

項目12:子ども	要約	
第5章 災害と子ども		
1. 災害下における子ども	1. 大人より子どものほうが災害から受ける心理的影響が大きく、重度の精神的困難を報告する割合は、一般コミュニティの子ども達よりも被災地の子ども達のほうが大きい(日本ユニセフ協会, 2013; Yabe et al., 2014)。	1. Ev.
2. 災害時の子どもの反応 —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	1. 著者(高橋と高橋, 2015)は、災害前、災害時、災害直後、災害後長期における子どもの心理反応について表を用いて概説している(Raphael, 1986)。 2. 著者(高橋と高橋, 2015)は、子どもの死別・悲嘆反応を年齢別／発達段階別に提示している(Raphael, 1986)。 3. 子どもの回復に関する要因には、トラウマ体験のリマインダーへの曝露、二次的ストレス、社会的サポートの欠如、トラウマと喪失の併発などが含まれる(Ursano et al., 2007)。 4. 特筆すべき精神症状として、PTSD, 悲嘆反応、解離性反応、うつ病、不安障害、恐怖症、睡眠障害、モラル発達の阻害、関心の減退、苛立ち、などが挙げられている(Gerda et al., 2013; Copeland et al., 2007; Tang et al., 2014; Ursano et al., 2007)。	1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.
3. 被災した子どもへの対応 —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	1. 急性期介入(災害後数日～数週間)には、安心・安全な環境の提供、親の状態の評価、遊びを通じた治療、PFAなどが含まれる。アメリカで開発された中間期対応(災害後から18か月間)には、skills for psychological recovery(SPR)やenhanced servicesなどがある(Ursano et al., 2007)。 2. 子ども達の多様なニーズに応じた安心できる空間や遊び場が災害下には必要。保護者は子ども達の退行的な行動を容認しながら見守る。子どもが親と離散した場合は代替りの保護者に繋げ、親が精神的に不安定な場合は彼らをサポートする(Raphael, 1986)。 3. 「ごっこ」遊びでは、子ども達は自分の感情をうまく表現できず苦痛を和らげないことが多いため、大人たちがそれらの気持ちを代わりに言語化し、安心感をもたせ、子ども達自身がトラウマを克服できるよう援助することが求められる(Raphael, 1986)。治療目的の自発的なお絵かきは現在推奨されていない。	1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.

	<p>4. 子ども達の悲嘆反応が数週間長引く場合は、専門的な治療へと子ども達を繋げる (Schonfeld et al., 2009)。喪失体験を有する子供たちへの有効な治療法には、CBT, TF-CBT, PEが含まれるが、薬物療法の有用性に関するエビデンスはない (Pfefferbaum et al., 2014)。</p>	
<p>子どもに対する支援・介入</p>		
<p>第13章 惨事後の子ども・若 1. 実証的研究論文 —惨事後の子どもへの介入/複数のトラウマを経験した子どもへの介入</p>	<p>1. 惨事後の子ども達に有効である可能性が示唆されている介入法は、マッサージ治療 (Field et al., 1996)、EMDR (Chemtob et al., 2002)、カタストロフィック・ストレス介入 (Hardin et al., 2002)、悲嘆に焦点を当てたCBT (Goenjian et al., 1997)、デブリーフィングと公開集団認知行動療法の混合介入 (Yule, 1992)である。上記3つの介入療法の検証にはRCTデザインに基く比較対照群が用いられ、CBT検証には混合群と無介入群との比較、デブリーフィングを用いた第五番目の介入検証には無介入群との比較が行われた。デブリーフィング(単独)に関する多くの研究は、対照群を置いていないためその効果の測定するのは不可能 (Stellard & Law, 1993; Vila et al., 1999)。</p> <p>2. 喪失体験を有する子ども達への介入はトラウマと悲嘆の両方を考慮したものでなければならないという考えが広まっている (Cohen et al., 2003; Layne et al., 2001; Pfeffer et al., 2002; Salloum et al., 2001; Saltzman et al., 2001)。</p> <p>3. 複数のトラウマ歴をもつ子どもには、トラウマに焦点を置いたCBT (TF-CBT) (Deblinger et al., 1996), 集団TG-CBT (Kataoka et al., 2003; Stein et al., 2003)、精神力動的療法 (Lieberman & van Horn, 1998; Trowell et al., 2002)、薬物療法 (三環系抗うつ剤イミプラミン) (Robert, et al., 1999)の有効性が示唆されている (Cohen & Mannarino, 1996; Cohen & Mannarino, 1998; Cohen & Mannarino, 2004; Cohen et al., 2005; Deblinger & Heflin, 1996; King et al., 2000)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.</p>

2. 文献を利用する—集団暴力後のベスト・プラクティス

—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—EBTsのコミュニケーション・トレーニングとその受け入れ

1. TF-CBTの一般的な構成要素は、①心理教育、②感情の特定と調整の技能、③ストレス・マネジメント・テクニック、④認知の3要素の理解、⑤暴露と関連付け介入、⑥トラウマ的出来事の認知的処理、⑦親向け治療や親子合同治療セッション(Cohen et al., 2003; Deblinger & Heflin, 1996)である。CTGに対するTF-CBTとGF-CBTの混合介入には、これら全ての要素が含まれており、トラウマ症状が軽減し次第、悲嘆の回復プロセスが進行するよう援助する(Cohen & Mannarino, 2004; Layne et al., 1999)。

2. トラウマ直後は、親の適応能力を促進し、2か月以内にスクリーニングを実施し、子ども達に生活の基本的な必需品や社会的サポート、年齢相応の情報を提供する(Brent et al., 1996; Chemtob et al., 2002; DeBellis et al., 1999; Laor et al., 2001; Pine & Cohen, 2002; Pynoos et al., 1998; Yule et al., 1991)。

3. 地域の治療者にEBTsのトレーニングをする際の考慮事項は、①子どもとの治療関係を強調すること、②複数あるEBTsを子どもの多様性に応じて使用してもらうために柔軟性を強調すること、③治療者からの意見を要請し共通点を強調すること、④トレーナー自身が子ども専門の治療者であること、⑤継続的なコンサルテーションを提供すること、である。

1. Ev.
2. Ev.
3. Op.

3. 軍人および救急隊員の子どもたち

1. ①戦地派遣による親との別居生活、②親の戦時中の怪我(例:手足の切断や火傷)、③親の戦死、④親が経験した戦闘後に生じたPTSDを通じての代理受傷、親の精神疾患に影響を受けるなど、軍人の子ども達は一般人の子ども達よりも特殊なストレス要因に曝される可能性が高い(Davidson & Mellor, 2001; Dowdney, 2000; Jensen et al., 1989; Jensen et al., 1996; Kelly, 1994; Peebles-Kleiger & Kleiger., 1994; Solomon, 1988; Solomon et al., 1992; Rosen, 1993; Rosenheck & Nathan, 1985; Rosenheck & Thomson, 1986)。

1. Ev.

4. 実際の治療へのヒント

－災害と集団暴力の場合
／軍人の子どもへのケア

1. 災害と集団暴力の場合は、初期にスクリーニングを実施し、実証されたアセスメントと治療モデルの集中トレーニングを受ける。コミュニティ(内部)のサポートシステムを促進し、子ども達が生活の「日常」を取り戻すせるよう援助する。TF-CBTが必要とされる場合は最低一か月以上待ち、症状をアセスメントしながら治療を行う。

2. 軍人の子どもへのケアとして、ストレス要因(例:戦時の別居生活)を対処する、軍人の親の病気、重篤な怪我、死に対する感情を処理できるよう助力する、子ども達が代理受傷しないよう家族を教育する、配置換えによる軍関係者とその家族への長期的被害の回避のための早期介入などといった事柄が挙げられる。

5. 異なる被災現場・被災状況における継時的アプローチ

－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】

1. 著者(Cohen et al., 2006)は、a) 直後期対応(数時間～数日後)、b) 短期対応(初期4週間)、c) 継続対応(被災後1ヶ月以上)として、①学校、②家庭、③コミュニティと精神保健専門家がすべきことを提示している。

1. 被災直後(数時間から数日後)に行われるべきことの場所別による幾つかの重要な点は、①学校: a)なるべく早期に子どもと親・その他の保護者の再開が実現するようにする、b)保護者の迎えを待っている間の子どもらに緊急事態の性質、安全のための段取り、保護者への連絡、お迎えの段取りについて信頼のおける情報を年齢相応に伝達する、c)子どものPTSDの予防、重篤化の回避のために教室のラジオ・テレビは消したままを維持する、d)数日間内の学校再開の予測がつく場合は、可能な限り通常的生活リズムを維持する。②親: a)生存のための必需品を子どもとその家族が可能な限り早期に確保できるよう段取りをする、b)年齢に相応しい遊び媒体を提供し、一緒に遊び、話、歌を歌ったりすることで通常の状態を感じられるよう手助けする、c)子どもが災害時のことを話たがる、大人にまわりつく等した場合は異常時に通常みられる行動として認め、子どもが安心できるように対処する。③コミュニティとメンタルヘルス専門職: a)子どもが

1. Op.
2. Op.

1. Op.
2. Op.
3. Op.

肉親、その他大切な人と離ればなれとなっている場合は入手可能な限りの情報を提供し、再開まで大人らが面倒をきちんとみ、安全を確保して安心させる、b)コミュニティの指導者、メンタルヘルス専門職、学校は災害発生後の子どものニーズについての情報がNCTSNのテロ・災害部より入手可能である。

2. 短期の対応(初期4週間): ①学校: a)スクリーニングは子どものトラウマ、メンタルヘルス専門家、公衆衛生関係者、研究者との協働で行う。その際、子ども本人と保護者用の承諾書を作成し、各学校で柔軟に手続きに対応をする、b)スクリーニングの遅延防止のため、学校の管理職も初期段階より手続きの計画・履行に参画する。②家族: a)子どもは時間経過とともに通常は平常の生活に次第に以降していくが、悪化や目に付く変化がないかを観察し、トラウマ症状の悪化が認められれば適切な助けを求める。③コミュニティとメンタルヘルス専門職: a)コミュニティはトラウマを受けた子どものアセスメント、EBTsのトレーニングをメンタルヘルス専門職のために用意する、b)治療費、サービス提供にかかる経費は連邦政府の災害支援プログラムに負担してもらう。

3. 継続対応(被災後1か月以上): ①学校: a)すべての子どもにスクリーニングを実施し、更なるサービスを必要とする子どもに提供する、b)保護者に対しても心理教育介入、セラピーなどの提供を配慮する。②保護者: a)子どもが災害前の生活に戻れるように支える、②PTSDの症状が子どもに認められれば、メンタルヘルス専門職に心理査定を行い、自身のストレス症状についても専門的支援を求める。③コミュニティとメンタルヘルス専門職: a)医療保健のない家庭、社会的・経済的な理由によりメンタルヘルスサービス受給がかなわない家庭の子どもを特定、サービスが受けられるようアウトリーチの実施を継続する。

6. 臨床事例

一主訴／背景／治療

1. 著者(Cohen et al., 2006)は、9.11直後から悪夢や退行的行動(夜尿、癩癢、親から離れない等)を呈する7歳の女兒に関する臨床事例を提示している。
2. 治療としてニーズに合わせて6つの構成要素をもつ子どもと親のための個別TF-CBTが施された。治療後すべての症状は消え、アリスンは母親がそばに居なくても機能できるようになり、成績も向上し、友人への攻撃的行動もなくなった。

1. Op.

7. これからの臨床実践と研究の方向性	<p>1. 今後の重要な臨床研究のテーマとして、①スクリーニングに関する研究、②子どもに対するデブリーフィングや精神薬理療法などの初期対応に関する研究、③TF-CBTの適切な導入時期、量、内容に関する研究、④EBTsの最善の普及方法などが挙げられている。</p> <p>2. 災害や大規模暴力によるトラウマを受けた子ども達への最適な臨床介入を決定するため、より多くの研究、とくにRCTが求められる。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>第17章 子どもと青少年に対</p> <p>1. 災害前の段階</p>	<p>1. 災害前に行われるべきことは、①災害精神保健の講義と子どものためのPFAを含んだ子供のニーズに関する訓練を精神保健専門家が受けること、②平時から子ども支援機関(例:学校、病院、少年裁判所)や報道関係者と連携すること、③子ども達の感情表現を促すための道具類(例:人形)を用意することである(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。</p>	<p>1. Ev.</p>
2. 急性期	<p>1. 急性期には、①子どものためのPFAを行い、②子どもの遊ぶ場所を確立し(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)、③急性症状、トラウマ歴、精神疾患の既往をスクリーニングし(Becker-Blease et al., 2010; Young, 2006)、④災害後の正常な反応と健康的な対処法を子どもと家族に教育し、⑤子どもの年齢にあった情報を提供し(Cohen et al., 2006a)、⑥子供への対応法に関する簡単な印刷物を配布する(Laor & Wolmer, 2007)。</p> <p>2. 大人のためのPFAと子どものためのPFAは異なり、後者は発達に焦点を当て、その目的には①聞くこと、②守ること、③繋がること(Laor & Wolmer, 2007; Masten et al., 1990)、④冷静で楽観的な行動のモデルとなること(Pinse & Cohen, 2002)、⑤教えることが含まれている(Schreiber & Gurwitch, 2006; Stoddard et al., 2004)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

<p>3. 急性期後の段階</p>	<p>1. 急性期後において、学校は子どもの回復に最も適切な場所であり、スクリーニングと治療を行う場として役に立つ。また、管理者や教師に災害後の正常な反応とトラウマへの対処法について指導することにより、生徒に心理教育を施す助けになる (Cohen et al., 2006a; Laor & Wolmer, 2007; Klingman, 1993; Schreiber et al., 2006)。</p> <p>2. エビデンスに基づく、学校と連携した介入には「学校でのトラウマ向け認知行動療法介入法 (CBITS) がある (Wong et al., 2002)。</p> <p>3. トラウマを受けた子どもに対し最もしっかりとしたエビデンスを有するのは、CBT (Chemtom et al., 2002; Cohen et al., 2006; Goenjian et al., 1997; Wethington et al., 2008) である。遊戯療法 (Ablon, 1996; Stoddard, 2002; Terr, 1990; Winnicott, 1995) はトラウマに暴露された子ども、特に小さな子供への有効な治療として広く実践されている (Ablon, 1996)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>
<p>4. 災害後の小児への薬物療法</p>	<p>1. 急性期には、精神科の薬物療法を必要とする学齢期の子どもは少数である。7歳以上の子どもに推奨されている薬物は以下の通りである：</p> <p>① 痛み：アセトアミノフェン、イブプロフェン、オピエート (Holbrook et al., 2010; Saxe et al., 2001)</p> <p>② 不眠：ジフェンヒドラミン、ベンゾジアゼピン (ロラゼパム) (Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Donnelly, 2003)</p> <p>③ 不安と抑うつ：ロラゼパム、SSRI (セルトラリン、フルオキセチン、イミプラミン) (Donnelly, 2003; Stoddard et al., 2006)</p> <p>④ 焦燥：非定型抗精神病薬 (リスペリドン、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール)、ジフェンヒドラミン、ベンゾジアゼピン (Stoddard et al., 2006)</p> <p>⑤ 不注意と気の散りやすさ：精神刺激剤 (メチルフェニデート)</p> <p>2. 急性期後の段階では子どもの症状について、災害が与えた衝撃と要因になっている度合を考慮して投与する薬物について決定をすべきである。</p>	<p>1. Ev. 2. Op.</p>

5. 結論	<p>1. 子どもの発達上のニーズ、子どもの親・家庭・学校のニーズを評価して考慮することで、子どもの災害後のニーズを満たす適切な準備が可能となる。</p> <p>2. 小児科医療、学校、子ども向けサービス提供期間は協働して具体的な計画を立て、災害時のスタッフの訓練を行い、その具体的な計画をコミュニティ内の災害関連機関と調整し、共有する。</p> <p>3. PFAから継続的なPTSD症状への対応を要する幅広い子どものメンタルヘルスニーズに応えることは、子ども・青少年だけでなく、その家族へのトラウマの衝撃の緩和につながる。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
第10章 母子保健対策		
<p>1. 母子保健サービスとケア — 母子保健は人権である／妊娠・出産・新生児・小児とつづく継続ケア／ニーズは掘り起こすもの</p>	<p>1. 災害時は、①子供の権利条約(生存、発達、保護、参加)(国際連合、1989)とリプロダクティブ・ヘルス・ライツ(女性の生涯の身体的、精神的、社会的健康)(ICPD 国際人口開発会議、1994)を尊重し、②母子が一体化した継続的ケアの発想に基づいた支援に取り組む。③妊産婦や乳幼児等の弱者集団には、より手厚いケアを提供する。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>2. 母子保健サービスの早期 — 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>1. 災害時の母子保健対策には、妊婦に利用可能な産院や病院の情報提供、母乳育児の促進、乳幼児健診の再開、避難所で暮らす子供達への優先的な予防接種、周産期医療の提供を妨げないための平時からの新生児医療機関ネットワークシステム(例:いーはとーぶ)の構築、医師・保健師・看護師をはじめとする多くの専門家が係わって実施される乳幼児健診、災害時の小児保健対策で優先される予防接種、母乳育推進、などが含まれている。災害の復旧・復興は被災地域の未来を担う子ども達を主役とした活動に重きを置く。</p>	<p>1. Op.</p>
第12章 学校における事件・事故		
1. 緊急支援		

<p>ー緊急支援とは／緊急支援プログラムの概要</p>	<p>1. 学校における緊急支援の定義: 児童生徒の反応を学校コミュニティが受容し、本来の機能を回復させるために事件・事故後に行う援助、およびコミュニティが学校コミュニティの構成員に対して行う後方支援(窪田、2005; 福岡県臨床心理士会, 2001)</p> <p>2. 学校における緊急支援の主な目的: ①心の傷の応急処置、②一次被害の二次予防(例: 危機的状況に対する反応の長期化・重篤化を防ぐために、リスクが高い者を早期に発見し、専門的・継続的ケアに繋げる)、③二次被害の一次予防(例: 特定の個人への誹謗・中傷、無責任な噂による二次被害に対して正確な情報提供を行い、その発生を予防)</p> <p>3. 援助活動が必要となる具体的な出来事として、児童生徒による自殺・死傷、地域の自然災害被害、児童生徒による殺傷事件、教員の不祥事・自殺・突然死、などが挙げられている。</p> <p>4. 生徒、教職員、保護者を対象とした緊急支援活動は、①トラウマ的出来事に関する情報共有、②トラウマ反応と対処法に関する情報提供、③トラウマ体験の表現機会の供給から構成される。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>2. 学校コミュニティの危機 ー学校コミュニティとは／学校コミュニティの危機／学校コミュニティの危機をもたらす出来事</p>	<p>1. 学校コミュニティとは、児童生徒、教職員と保護者(地域)を構成員とし、児童生徒の成長と発達を支援することをその役割とする(窪田、2010)。</p> <p>2. 心的外傷的出来事を受けると、学校コミュニティに所属する多くの構成員(生徒、教職員、保護者)が危機状態に陥るため、コミュニティ内で通常行われていた構成員に対するケアで收拾がつかなくなる(窪田、2005)。</p> <p>3. 学校コミュニティの危機をもたらす出来事は人々心の傷、心的外傷経験をもたらすが、その要因は恐怖体験と喪失体験である(安、1996)。多くの学校コミュニティの構成員が強い恐怖・喪失を体験すると、無力感・自責感を生み、コミュニティ全体の混乱が増幅される。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.</p>
<p>3. 支援者の構造 ー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ーそれぞれの役割</p>	<p>1. 学校における緊急支援プログラムは、①第一次支援者(学校コミュニティ内の教職員、保護者)、②第二次支援者(スクールカウンセラー)、③第三次支援者(外部緊急支援チーム)より構成される(図1: 学校コミュニティの危機への緊急支援モデル; p.87)。</p> <p>2. 災害急性期に緊急支援プログラムを実施するには、①学校、②教育委員会、③臨床心理士の3者の連携が欠かせない。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急支援のシステムを形成するには、学校内のネットワークに加えて学校外のネットワーク作り（例：医療保険機関）が必要とされるため、行政機関の一つである教育委員会との連携が欠かせない。そのためには、①既存の緊急支援システムを知り、②教育委員会に緊急支援プログラムの必要性を理解してもらうことが重要である。 2. 学校のスクールカウンセラー、擁護教師等がキーパーソンとなり、医療保健機関、福祉機関、司法矯正機関、警察等との連携が必須であり、教育委員会がその連携作りの推進にあたることが重要である。 3. 連携ネットワークの構築に重要なのが、学校行政の中心的機関である教育委員会に緊急支援プログラムの実施方法や有効性を示すことである。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op.
<p>5. 中長期的ケア</p> <p>—中長期ケアの対象者/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>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 緊急支援プログラムは学校コミュニティのメンバー（教師、児童生徒、保護者）を対象としているが（図1：緊急支援プログラム；p.89）、その中でも特別な支援を必要とする者に関しては、スクールカウンセラーによる個別カウンセリングへと繋ぎ、必要に応じた援助を提供することが求められる。 2. 緊急支援が終了し、初期対応が進む折、教師の疲労が表面化する。個別カウンセリング、管理職との相談・連携、医療機関へのつなぎ等の配慮が必要である。 3. 自分の問題によるストレス、事件・事故による急性ストレスの二重のストレスを負う個別カウンセリング対象児童への対応にはスクールカウンセラーの担任との緊密な連携、情報共有、学校主体による教育相談によるフォローアップが重要である。 4. 継続したフォローアップを受けている児童の保護者へのサポートならびに必要な応じた対応を行う。 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.

<p>5.4 幼児(0-8歳)とその保護者への支援を強める。</p>	<p>1. 保護者と幼児を離散させないことを最優先する。万が一離散した場合は、親子が再会できるよう援助する。児童保護施設に離散した子どもを預ける場合もあるが、適切な支援ができないところもあるので最終手段として考える。</p> <p>2. 新生児ケアについて家族を教育し、母乳育児を促進する。</p> <p>3. 幼児期発達(Early Childhood Development: ECD)を支援するために、遊び、養育、ソーシャルサポートを促進する。</p> <p>4. 保護者同士が話し合える場や、幼児のストレス反応やケアに関する助言を提供する。重度のうつ病など、保護者の精神的健康がすぐれない場合は保護ケアサービスを紹介する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>災害弱者への配慮</p>		
<p>第6章 災害弱者への配慮</p>		
<p>1. 子どもと思春期の若者</p>	<p>1. 子供を評価する時には、基本的ニーズが確保されているか確認し、家族からの同意を取得する。この際、家族に対して子どもの災害後の一般的な反応について教育すると良い。災害直後・急性期にはPFAや小児症状チェックリスト(図6-1s小児症状チェックリスト(Pediatric Symptom Checklist)(Jellinek & Murphy, 2003))等を用いたスクリーニングを行い、もし可能なら、子供の遊び場やキッズコーナーを設置し子どもたちに日常性を提供する(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Schreiber & Gurwitch, 2006a, 2006b)。</p>	<p>1. Ev.</p>
<p>2. 高齢者</p>	<p>1. 災害時の高齢者の主なリスク要因には、①老齢、②認知機能障害、③重篤な精神疾患、④複数の身体疾患、⑤身体的健康状態の不良、⑥運動機能障害、⑦知覚障害、⑧ソーシャルサポートの欠如などが含まれる(Sakauye et al., 2009)。</p> <p>2. 孤立し、移動が困難な状況にある高齢者に対してはアウトリーチ活動を行い、ストレス反応の程度と精神疾患の有無を評価する。モントリオール認知機能評価尺度によるスクリーニングによる簡易スクリーニングも有望 (Nasreddine et al., 2005; Sakuuye et al., 2009)。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

3. 女性	<p>1. 災害時の女性の主なリスク要因として、①災害前の精神疾患の既往、②性暴力体験、③結婚の経験、④心的外傷体験前後に体験したパニック発作の有無などが挙げられている (Stuber et al., 2006)。</p> <p>2. 災害後女性はレイプや性暴力を受けやすく、被害を実際に受けたことまたはそのスティグマを隠すことにより治療へのアクセスが妨げられる。性暴力体験の有無は災害後の精神障害のリスク要因の一つであるため、対象者とラポールを構築した上での性暴力やレイプ体験のスクリーニングが不可欠。その際、「レイプ」という言葉の使用を避ける(例:「あなたはあなたが望まない形で性的関心を向けられたことがありますか?」)(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lorch et al., 2000; Street & Stafford, 2004)。</p>	1. Ev. 2. Ev.
4. 身体障害をもつ者	<p>1. ①多彩な身体障害(例:知覚障害、視覚障害)に配慮したリスクコミュニケーション体制の整備する。②被災現場に誰一人取り残さないために多彩な身体障害をもつ被災者に合わせて避難経路を確保し、移動を支援する。③被災者一人一人にサービスを継続的に提供するために、介護・支援組織は災害時に必要なもの(例:食糧、医薬品)を備蓄し、ボランティアに障害者支援に必要な情報(医療受診情報、服薬情報、アレルギー、緊急時の連絡先)を与える((表6-2 特別の身体管理を必要とする被災者に関して考慮すべき事柄(Nick et al., 2009; p.141))。</p>	1. Ev.
5. 人種・地域特有の問題	<p>1. 異文化の人々を支援する際には、その被災地域の文化を学び、文化依存症候群を予め認識しておくことが不可欠。地元の文化に精通している人々(例:地域住民、文化大使)と連携したり、地域の伝統(例:宗教的儀式や癒しの儀式)と配合した活動を行えると良い (Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Marsella & Christopher, 2004)。</p> <p>2. 災害カウンセリングによく用いられているGiger & Davidhizar (1999)の多文化に配慮したアセスメントと介入モデル(表6-3 異文化の人と関わる際に考慮すべき重要な項目;p.148)には、以下の考慮事項が提示されている:①異なる言語や感情表出によるコミュニケーションの障壁、②「個人的な空間」の捉え方の違い、③社会組織の影響(例:信念、価値観、態度)、④時間の捉え方の違い、⑤環境コントロール(environmental control)に関する信念の違い(U.S. Department of Health and Human Services, 2003)。</p>	1. Ev. 2. Ev.

6. 結論

1. ある種のマイノリティ集団は災害後の困難な状況のなかで極めて脆弱であり、さまざまな特別なニーズを持つ。支援者である精神科医はこれらの集団のニーズに常に配慮し、細心の注意と柔軟性をもってアプローチすることが求められる。

1. Op.