

項目20: 機関連携	要約	
<p>第15章 機関による支援</p> <p>1. 警察における犯罪被害者支援</p> <p>－ 支援者が警察における被害者支援を知る意義／警察における捜査過程および被害者支援の流れ／警察における犯罪被害者支援の施策／警察における相談体制／まとめ</p>	<p>1. 支援者が警察における被害者支援を知る意義：警察に被害申告をした後の捜査の流れおよび警察による被害者支援施策を対人援助職が知ることにより、クライアントが抱える警察への被害申告に係る不安も軽減する情報を提供ができ、のちのよい支援につながると考えられる。</p> <p>2. 警察における捜査過程及び被害者支援の流れ：①被害申告・事情聴取、②実況見分・再現見分、③被疑者の確認</p> <p>3. 警察における犯罪被害者支援の施策：①情報提供、②.心理的支援、③.経済的支援</p> <p>4. 警察における相談体制：①被害者相談、②警察安全相談、③少年相談</p> <p>5. 有効な支援を行うためにも支援者は警察における犯罪被害者支援の知識をもっておきたい。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>2. 被害者支援センター</p> <p>－ 民間被害者支援団体／被害者支援活動の歴史と内容／犯罪被害者等早期援助団体／全国被害者支援ネットワーク</p>	<p>1. 犯罪被害者・遺族は長い間、適切な援助を受けることがなく、社会の中で孤立し放置されてきたが、現在では多くの民間被害者支援団体が設立され、公的機関と連携しながら被害者の支援を実施している。</p> <p>2. 1992年犯罪被害者相談室が開設、2000年社団法人被害者支援都民センターが設立された。支援活動に電話、面接相談、直接支援、支援者の養成及び研修、被害者支援活動に関する広報啓発活動、自助グループへの支援がある。</p> <p>3. 公安委員会から犯罪被害者等早期援助団体の指定を受けて警察と連携ができるようになる。</p> <p>4. 全国被害者支援ネットワークは民間支援団体を束ねる組織で支援団体の連携を強化し、支援活動の中核的な組織として機能。教育、訓練、情報の交換、調査、研究、広報、啓発に関する事業を行っている。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>3. 児童相談所</p> <p>－ 児童相談所の現在／危機への対応／児童相談所の組織</p>	<p>1. 児童相談所の現在：他の機関・組織では担えない部分を社会的役割として引き受けている。</p> <p>2. 児童相談所が取り扱う危機状態：①.児童虐待、②「非行」「思春期反応」「発達障害の二次障害の反応」など。</p> <p>3. 「市町村児童家庭相談援助方針」を厚生省から示されているが地域差があり、今後の成熟が望まれる。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>4. 配偶者暴力相談支援センター等</p> <p>－配偶者暴力相談支援センター／女性センター・男女共同参画センター</p>	<p>1. DV法その3条「都道府県は当該都道府県が設置する婦人相談所そのほかの適切な施設において、当該各施設が配偶者暴力相談支援センターとしての機能を果たすようにするものとする」</p> <p>2. 配偶者暴力相談支援センターの業務:①暴力防止・相談対応・相談機関の紹介、②医学的・心理学的な指導、③安全確保・一時保護、④自立促進のための支援、⑤保護命令制度利用に関する情報提供・民間団体との連携。</p> <p>3. 女性センター・男女共同参画センター:男女共同参画社会基本法の方針により、都道府県や市町村などが自主的に設置している女性のための総合施設。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>5. 災害医療</p> <p>－災害医療とは／災害医療専門機関としての日本赤十字社の動向／日本赤十字社の心のケア／日本赤十字社と日本DMAT／国際ガイドライン</p>	<p>1. 災害医療とは大規模災害によって、限られた医療資源に対し、それを必要とする被災者が圧倒的に多くなった状況での医療活動を指す。</p> <p>2. 災害救助法で日本赤十字社を災害救助の協力機関と定めている。近年、心のケアを災害救護活動の一環として取り組むようになってきている(前田, 2001; 日本赤十字社, 2003)。</p> <p>3. 日赤のこころのケア教育のキーワードは「ストレス」「エンパワメント」「コミュニティ」であり、心のケアの対象者を被災者や援助者のすべてとする。</p> <p>4. 超急性期における心のケアについて日赤DMAT研修で項目に取り入れている。</p> <p>5. 2007年に発行されたIASCが心のケアの国際ガイドラインとして認知されている。</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>6. 小児科における支援</p> <p>－虐待問題／小児がん／臓器移植／新生児集中治療室(NICU)関連の課題</p>	<p>1. 虐待問題:事例の個別性に依りて対応体制は組まれる必要があり、実効が上がるためには参加者の主体的取組が必須である。</p> <p>2. 小児がん:心理的サポートの必要性はチーム医療のテーマとして認識されている。また生存率の低い中で治療法選択の意思決定を求められることも危機心理につながる。</p> <p>3. 臓器移植:全体を前提としての心理的社会的支援システムは模索の段階(長谷川, 1996)。</p> <p>4. 新生児集中治療室関連の課題:心理的課題としても近年多くの側面が取り上げられている。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op.</p>

<p>7. 小児科における虐待対応支援</p> <p>ー心理臨床の中での虐待対応支援／心療科病棟への性的虐待対応支援</p>	<p>1. 小児科医療の中での虐待対応支援の中心は、虐待によると診断されたさまざまな症状の回復を目指す。</p> <p>2. 診療科病棟への性的虐待対応支援:性的な加害被害の連鎖を食い止めるシステムづくりを看護師や保育士らと共同作業をしている。また支援者が燃え尽きないように自己の柔軟性を保つ努力を心がけることが支援に優先される必要がある。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>8. ホットライン(いのちの電話)</p> <p>ーいのちの電話の設立目的／フリーダイヤル「自殺予防いのちの電話」です！／自殺予告電話の対応について</p>	<p>1.いのちの電話の設立目的:自殺防止と取組、ボランティアによる市民活動として電話相談が設置された。</p> <p>2. 日本いのちの電話連盟は全国52か所で相談事業を実施しており(2009年現在)、通常電話は年間72万ケースを受診している。</p> <p>3. 自殺予告電話の対応について:①「いのちの電話」の危機介入に対する基本的な考え方(6項目)②. 電話相談員に対する支援(チームワーク)(3項目)③ 臨床心理士・専門家としての役割(3項目)</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>III. 外部支援のあり方</p>		
<p>1. 外部支援の受け入れの判断</p>	<p>1. 災害直後には、土地勘のある県内チームによって現地の情報収集をしてニーズを見極める。</p> <p>2. ニーズを見極めたうえで県内外からの外部派遣を調整する仕組みを構築するとよい。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>2. 活動導入の仕方</p>	<p>1. こころのケアチームは医療・保健ミーティングなどに定期的に参加し、情報交換をする。</p> <p>2. こころのケアチームは、医療・保健の他領域の関係者に、こころのケアの対応方針について理解を得るよう努める。</p> <p>3. 外部支援チームは、被災地の状況を把握してから入ることが望ましい。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>3. 外部支援こころのケアチームの活動</p>	<p>1. 外部支援者は、現場のニーズに応じて柔軟な支援を提供する(過去の被災地支援体験は必ずしも現在の状況にそぐわないかもしれないことを念頭に置く)</p> <p>2. 外部支援にあたっては、必ず被災地の行政の許可を得て支援にあたり、地元の精神保健・医療との連携のもとに支援を提供する。</p> <p>3. 外部支援にあたっては、被災地での居住、食料、備品等は基本的に自身で用意し、被災地に負担をかけない。</p> <p>4. 外部支援者のこころのケアチームは、精神科医、看護師、保健師、精神保健福祉士、ロジスティクスを担当する事務職員などによって構成される。</p> <p>5. 被災者に安易な投薬は行わない。複数の機関から処方されている可能性がある。</p> <p>6. 外部支援者は必ずしもメンタルケアのニーズがないかもしれないことを想定して派遣先へ向かう心構えが必要。</p> <p>7. 外部支援者は、一時的な介入なので、患者を抱え込まず、地域の精神保健につなぐようにする。</p> <p>8. 外部支援者は、避難所などで被災者にメンタルヘルスについての心理教育を行うなど、地元の精神保健担当者の手の回らない部分についてサポートを行う。</p> <p>9. 外部支援者は、地元で支援を行っている行政職員、保健師等のメンタルヘルスに気遣い、支援を行う。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op. 7. Op. 8. Op. 9. Op.</p>
<p>4. 派遣期間</p>	<p>1. 最低1週間程度が必要。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>5. 専門職ボランティア</p>	<p>1. 医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアは、個人情報共有やチームでの支援を円滑に行うために、組織を通して派遣されるべき。</p> <p>2. 医療、看護、福祉、臨床心理などの専門職ボランティアが個人で被災地で支援を行う際には、単独で、医療、心理療法などの支援を行うのではなく、組織の中で活動すべき。</p>	<p>1. Op. 1. Op. 2. Op.</p>
<p>III. 外部支援のあり方</p>		
<p>1. 外部支援の受け入れの判断</p>	<p>1. 災害直後には土地勘のある県内チームによって現地の情報収集をしてニーズを見極める。災害弱者への対応</p>	<p>1. Op.</p>
<p>2. 活動導入への仕方</p>	<p>1. こころのケアチームは、医療・保健ミーティングに定期的に参加し、情報交換をする。また医療・保健の他領域の関係者にこころのケアの対応方針について理解を得るよう努める。</p>	<p>1. Op.</p>

3. 外部支援こころのケアチームの活動	1. 外部支援者は柔軟な支援を提供し、被災地の行政の許可を得て支援にあたり、地元の精神保健・医療と連携する。また被災地に負担をかけなぬよう、ロジスティクスは自前で用意。こころのケアチームは精神科医、看護師、保健師、精神保健福祉、事務職員などで構成する。被災者に安易な投薬は行わない。患者を地域精神保健につなぐ。地元の精神保健担当者の手のまわらない部分のサポートをする。地元の行政、保健職員のメンタルヘルスを気遣い支援を行う。	1. Op.
4. 専門職ボランティア	1. 個人情報共有やチームでの支援を円滑に行うために、組織を通して派遣されるべき。	1. Op.
第3章 最低必須対応アクションシート		
1 連携・調整	1. 連携・調整は支援者、被災者そして専門領域を超えての関与したものでなければならない。a)精神保健/心理社会的ウェルビーイングを促進するかたちで実施され、b)必要な精神保健・心理社会的支援が人道支援において含まれるようにする。連携・調整が不十分であれば、プログラムの効果は得られず、非効率に陥り、不適切なものとなり、害を与える。「精神保健」「心理社会」の隔たりを埋めることが課題。MHPSSに対する見解をもった従事者の共通理解を構築し、共有する問題を適時解決することが効果的。	1. Op.
1.1 多セクター間にわたる精神保健・心理社会的支援の連携・調整を確立する。	1. 多セクターにわたるMHPSSの連携・調整グループを始動・設置する:連携・調整をとるグループを結成し、活動とその担当者を明示した計画を共同で策定する。各機関の代表者をそのグループに組み入れる。既存のグループがあるときはそれを活用する。地方/全国レベルでグループを設置する。各国際機関の支援の下国内の1組織または複数組織がリーダーとなる。グループのメンバー間の権力の偏りを減らし弱者の参加を促すべく取り組む。すべての組織が各組織内の活動連携・調整を行う責任を有する。 2. プログラムの計画および実施の連携・調整を取る。 3. ガイドラインを策定・発信し、アドボカシーの連携・調整をとる。 4. 資源を動員する。	1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.

<p>第16章 医療・保健・福祉の連携</p>		
<p>1. 被災地における支援と連携</p>	<p>1. 超急性期の医療支援に対し、それ以後の被災地医療支援においては、現地のニーズを細やかに拾うことと、現地のリソースを評価し、支援体制をそれに向けてセットアップして、必要なポイントに適切に配置していくことが重要。 2. 支援は「受け手本意」。 3. 保健医療の「地域力」とは地域のリソースと連携能力、キーパーソンの存在。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
<p>2. 実践と考察 — I. 発災後約1週間の時点での気仙沼総合体育館(ケーウェーブ)/II. 気仙沼巡回療養支援隊/III. 気仙沼市口腔ケア・摂食嚥下・コミュニケーションサポート/IV. 福祉との連携全般/V. 精神科的支援との連携</p>	<p>I. 1. 発災後約1週間の時点における大規模避難所(気仙沼総合体育館)では、「生活と安定と適切な医療の確保」が主に求められ、医療・保健・福祉の連携が問題となった。この時期に求められる保健・医療支援者のスタンスはp.247を参照。 II. 2. 発災2週間後に在宅医療支援チーム(気仙沼巡回療養支援隊(JRS))が結成。医医、医科歯科、多職種連携を主導し、在宅医療福祉推進委員会という結果を生んだ。この時期の外部医療者の関わり方はチェックリスト②(p.248)を参照。 III. 3. 圧倒的な口腔ケアのニーズがあったにも関わらず歯科医療で緊急支援のスタイルが確立していなかったため支援が遅れた。JRSは歯科との連携を行った。 IV. 4. 福祉避難所が設置され、宮城県におけるリハ支援は、調査、支援受け入れ、配置を1人で担う過重な任務を負った。東日本大震災リハビリテーション支援関連10団体が設置されたが定時から福祉との連携が取れていないところでは身体的に目立たない障害に対する支援は困難。平常時からの組織作りと直接連携を積み重ね、災害に対する備えを具体的に話題にして繰り返すことが緊急の場での連携つながるだろう。 V. 5. 精神科支援:①精神疾患を有する有病者の治療構造の確保、②一般被災者の心のケア、③被災者をケアする立場の職員、あるいは支援者のこころのケア。「心のケア」の受け入れは精神保健福祉センター、保健福祉事務所、保健師が担い、自治体のスタッフに被害が大きいとき「こころのケアチーム」によるバックアップが被災地の精神科系保健活動に貢献する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>

<p>3. これからの連携・支援に向けて</p>	<p>1. 縦割り中央集権型の行政の対応スピードの遅さ、非弾力的運用、非効率ぶりが3.11の対応で目立った。援助を求めるための膨大な事務作業が被災した自治体を悩ませたが同じような規模の自治体からの同じ職種の水平な支援は初期に有効な支援だった。行政を通じての縦からの支援はスモールニーズを直接満たす市民レベルの水平な支援に劣った。「共助」への課題は課せられている。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>第17章 外部支援者・ボランティアの調整</p>		
<p>1. 災害支援者の受け入れ態 —I. 災害ボランティアの類型/II. 外部支援者・ボランティア派遣数の広域的な調整/III. 必要マンパワーの算定/IV. コーディネート機能/V. 公衆衛生コーディネート支援者/VI. TOR(取り決め事項)</p>	<p>I. 1. ①居住地と②専門性によって災害ボランティアの類型と役割は異なり、被災者は重要な活動主体(図17-1)。 II. 2. DMATは厚労省DMAT事務局、公衆衛生関係者の派遣は厚労省が調整し派遣する。被害の大きな災害時は、被災地からの明確な派遣要請が来ない時点でも派遣を開始することが必要。 III. 3. 必要マンパワーの算出方法には①すべてのニーズについて積み上げて算定する方法や、②現状のマンパワーを基礎とする方法がある。被災者の状況が十分に把握できていなかったり、余裕がない場合には避難所1か所あたり(避難者数1000名以上)に対し保健師2名という目安が日本公衆衛生協会から示されている。避難所などでの各種疾患や障害の有病者数や要支援者数を推計することも必要。 IV. 4. 保健医療活動についてコーディネート機能が重要。ICS(incident command system),NCO(network centric operation)の形があるが混乱した状況のなかでは情報認識の統一(common operational picture)を持つことが重要。 V. 5. 大規模災害時には公衆衛生コーディネート支援が重要である。なるべく早期からの長期派遣が好ましいが、短期派遣が多いのが現実。短期的コーディネート支援者の役割は「カウンセラー」「ペースメーカー」「(情報の)見える化」。 6. 日本では業務内容、権限、責任があいまいな中TORは参考になると考えられる(表17-1参照)。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p>

2. 被災地での実際の調整	1. 外部支援者・ボランティアの調整のためには、ニーズ、資源の把握が重要。保健活動シート(p259, p260)などを使用し、業務別に人員、業務時間の配分を調整してバランスよく配置する。また業務の性質や現状、今後の計画する。表17-2(p.257)に被災地での有病者からみたニーズの推計、表17-3(p. 258)に被災地で確保可能な保健医療マンパワーの推計が示されている。	1. Op.
4. 外部ボランティアとの連携		
1) 援助の方針は災害対策本部が定めるべきである	1. 多様な職種からの協力申し出は必要な時に必要な役割を依頼する。援助の全体的な方針は現地の災害対策本部の責任において定めるべき。	1. Op.
2) 住民との接触は災害対策本部がコントロールすべきである	1. 外部のボランティアが直接被災住民と接するときは住民の受け取る情報や知識、保身に混乱が生じてしまうため情報を一元化するとよい。	1. Op.
3) 外部からの調査活動は災害対策本部がコントロールすべきである	1. 不用意な調査活動は住民の不安をかきたてかねない。必要と思われるときは継続的な援助活動に参加することを条件に検討すべき。	1. Op.
第11章 集団, 組織, 地域へのコンサルテーション	1. コンサルタントが供給するメンタルヘルスサービスの一覧(表11.1, p. 217)。	1. Op.
1. 歴史	1. 組織に対する精神医学上のコンサルテーションの概念と実践に関する知識は戦争のなかで育っていた(McCarroll et al., 1994)。戦闘から得た知見に基づき社会環境こそが行動の最も重要な決定因子であることが明らかとなったことを実感した。この発見により精神医療の予防と相談に幅広く活用するための土台が築かれることになった。Rioch(1995)によれば、第二次大戦中に予防と治療に関する精神医学の概念は著しく変化し、以前とは全く異なる様相を見せるようになった。	1. Ev.
2. 現在の環境	表11.2災害/テロにおける段階ごとの主要なコンサルテーションの仕事	
3. コンサルテーションの実施		

—組織への参入/当初の同意形成と質問の明確化/コンサルテーション・チームの形成/服装/組織について理解すること/コンサルテーションの目的を説明する/患者と話す/言語/コンサルテーションの終了/コンサルテーションの報告

1. コンサルテーションはしかるべき機関から依頼されて正式に認可されたものでなくてはならない。またコンサルタントは被験者の協力を得なくてはならない。
2. コンサルタントと組織の指導者の間に明確な契約がないとコンサルテーションがうまくいかない可能性が高くなる。そしてコンサルタントの最初の課題は問われるべき基本的質問がなんであるか見極めること。
3. コンサルテーションを通して有益な結果を得るためには、チームのメンバーは、被験者集団の構成をある程度は反映すべき。
4. コンサルタントの服装と参加者の服装に配慮することは重要。
5. 集団、組織、地域、それと地域の上位の組織に関する組織図があるなら、それは、参加者と会う前の情報として価値がある。
6. コンサルタントの対象者の不安をうまく処理する方法を見出さなくてはならない。
7. 集団や組織やコミュニティの指導者から開始する。参加者自らが語る事については、奨励し支持すべきである。
8. 対象グループの言語を知って、それをを用いることは重要。一方、グループのメンバーはよく知っているが、コンサルタントにとっては意味がよくわからない言葉は使わないようにすることも大事。
9. 参加者には協力してくれたことに感謝の気持ちを伝えるべき。そしてコンサルテーションの仕事について考えを述べ合う機会を設けるべきだった。
10. コンサルテーションの終了業務の一つであり、報告書は実践的な目的に役立つものでなくてはならない。

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.
6. Op.
7. Op.
8. Op.
9. Op.
10. Op.

4. コンサルテーションのさらなる問題

<p>ー指導者へのコンサルティング／コミュニティ対個人／コンサルタントが負うリスクと倫理課題／二つの組織のために働くこと／コンサルタントとしての役割の維持／秘密保持／特別な課題</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 指導者向けのコンサルティングの主な内容をどのように決定するかは、様々な因子により異なる。</li> <li>2. 臨床家にとって大事なことは臨床に関する問題と組織に関する問題を区別することである。</li> <li>3. コンサルタントは自分は絶対に間違いを犯さないと過信することがないように注意すべき。問題を理解するには常に注意深いアプローチが必要。</li> <li>4. 二つの組織のために働くことは、被災した組織に雇われて仕事をしているコンサルタントにとってジレンマになる。</li> <li>5. 相談のプロセスには客観性を失う危険性が内在している。</li> <li>6. 秘密保持については慎重にすべきであり、コンサルテーションの課題とは関係がない個人情報保護されるべき。</li> <li>7. テロや災害への心理学的な対応はいまだに開発途上である。(Ursano, R.J., &amp; Norwood, A.E.203)</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op.</li> <li>2. Op.</li> <li>3. Op.</li> <li>4. Op.</li> <li>5. Op.</li> <li>6. Op.</li> <li>7. Ev.</li> </ol>
<p>5. まとめ</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 組織に対するコンサルティングの任務はたやすいものではない。そしてコンサルタントには幅広い技術が求められている。メンタルヘルス臨床家の目的が通常はクライアントをある種の個人的な満足に到達させることであるのに対し、コンサルテーションの仕事は集団を対象とする傾向が強い。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op.</li> </ol>
<p>第19章 アウトリーチ戦略— 9.11同時多発テロ事件後の 災害対応に用いられたアウト リーチの方法に関する経験 的記述</p>		
<p>1. 歴史的背景</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. アウトリーチの概念は1889年にシカゴにハルハウスを設立したジェーン・アダムスらの社会福祉の先駆者たちに起源をもつ。彼らは移民たちに社会福祉サービスを提供した。1930年代フランクリン・ルーズベルト大統領により社会福祉政策が実施された。政府による経済支援はコミュニティ内の安定を保つことを目的として発展した。非常事態や災害時におけるメンタルヘルスサービスはコミュニティにおいて提供されてきた。災害時におけるアウトリーチのやりかたに関する実証的研究論文はない。</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Op.</li> </ol>
<p>2. アウトリーチの方策を決定し実践すること</p>		

—大都市でアウトリーチの経験／郊外都市や地方でのアウトリーチ／低社会経済地区と高収入地区におけるアウトリーチの違い／一般住民へのアウトリーチ／大規模のメディア・キャンペーン／文化を感じ取る能力／ハイリスク集団と特別な集団【直接的被害を受けた集団と家族／成人と高齢者／重症かつ慢性化した症状のある精神障害者】／エスニック文化【移民集団／アジア・太平洋諸島系のコミュニティ／ヒスパニック系米国人コミュニティ／アフリカ系米国人コミュニティ／米国先住民コミュニティ／ホロコーストを生き延びた人びと】／閉鎖的なコミュニティ—救助, 復興, 救急, 建設関係者

1. アウトリーチと危機カウンセリングを定義づけること、つまりサービス提供の方法と内容を具体的にどう実践するかであった。今後も災害時メンタルヘルス対応の方法として危機カウンセリングが標準化していくのであれば、公衆衛生のメンタルヘルス従事者や学会関係者らにアウトリーチの概念をどう説明するかを議論していく必要がある。
2. ニューヨーク州の郊外や地方においては、アウトリーチの概念がより容易に浸透し、専門家や準専門家、そしてコミュニティにおける非メンタルヘルス関係者によって構成される災害対応スタッフが支援を受け入れられた。州北部の行政関係者は災害救済事に理解を示し、後押しした。コミュニティでは、家族支援団体や学校を通じた支援が最も効果的であった。
3. 高所得者地区ではアウトリーチがあまり浸透しなかったことを示している。
4. アウトリーチの方策を練る際には特定の地区内にどのようなグループが居住しているのか見極めることが第一歩。
5. マーケティングは支援の機軸が整ったことを人々に周知させる重要なアウトリーチの方法である。コマーシャル、中央ホットライン、パンフレット、ウェブ。
6. 文化を感じる能力の定義は知識、価値、行動、態度そして尊敬の概念とそれらに対応するサービス提供能力を包含するようになった。
7. 災害時におけるハイリスク群を見極める際には、災害の種類、範囲、それぞれのコミュニティの災害との関係性、コミュニティの人口構成が考慮される。【直接的被害を受けた集団と家族】支援的カウンセリングを受けることに抵抗が少ないかもしれないが、それでもアウトリーチの方法も、彼らのきわめて深刻な状況に十分に配慮されなければならない。【成人と高齢者】高齢者のうち、災害後にハイリスクになる集団と逆に支援者としての人的資源となる手段とがある。【重症かつ慢性化した症状のある精神障害者】彼らは、災害後は症状の悪化や機能

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.
6. Op.
7. Op.
8. Op.
9. Op.

低下などの危険性を抱えている。

8. 【移民集団】過去のトラウマ、そして社会的サポートが欠如しているという感覚さえもが、災害被害者の精神不調に影響を与える。【アジア・太平洋諸島系のコミュニティ】中華街では様々な言語を話す人を幅広く取り込み、地域の医療現場でも活発に行われた。アジア・太平洋諸島系コミュニティでのアウトリーチは学校を通じても行われた。【ヒスパニック系米国人コミュニティ】結束は早く、被害者家族は彼らの話を語りたがり感情が激しかった。家族支援には、メンタルヘルスの専門家の援助が必要。密度の濃い支援が、コミュニティの絆を強くするのに役立った。【アフリカ系米国人コミュニティ】最も効果的なアウトリーチの方法は宗教団体での活動だった。また日常的暴力に曝された文化で育つ彼らには9.11は多くの出来事のたった一つにすぎないと説明した。「通行中の介入」も効果的。【米国先住民】オープンな態度であることと、こちらが支持する方法を押し付けるのではなく、コミュニティのなかから出された問題に取り組むという姿勢が重要。まずコミュニティの歴史的体験をしっかり受け止めること。【ホロコーストを生き延びた人びと】フラッシュバックや耐え難い心理的反応を呼び起こし、多数の人々が災害時メンタルヘルス・スタッフを必要とした。

9. 大変社交的で絆の深さはアウトリーチをするうえで大きな利点となり得る。しかし外部の介入を制限することもあるので人口動態の問題を熟考して最適なアウトリーチを考えなくてはいけない。失業の不安なくカウンセリングを受けられるようサービスの体制を幾層かに組みなおして対応した。そしてアウトリーチには彼らに近い人を雇用した。警察官にはピア・サポート・モデルを採用している。

### 3. 結論

1. 連邦政府主導の災害対応の危機カウンセリングモデルは大部分の問題を扱うことは可能だが多様性にあふれる都市でこれを提供するにはアウトリーチという様式が成功をおさめた。
2. 災害対応の早い時期からスクリーニングや専門家との連携のためにツールを用いるとよい。
3. 支援提供の結果についてまとめた最終報告と支援を受けた人々のレポートによって今後の災害時メンタルヘルスの対応の方向性が見えてくるだろう。

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

<p>第21章 災害および大規模暴力の犠牲者のためのメンタルヘルスおよび行動学的介入</p>	<p>1. 災害や大規模暴力は人生の一要素と化した。それに対する早期介入論は公衆衛生的な問題と臨床的医療についてである。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>1. 公衆衛生的観点</p>	<p>1. 災害や大規模暴力は、地域資源を圧倒し、コミュニティの機能と安全を脅かす。コミュニティ同士の結束は災害後の早い時期によく見られる。しかし災害や大規模暴力後のメンタルヘルス・ケアの提供に関して、系統的な取り組みを確立し得てはいない。伝統的なメンタルヘルスおよび行動科学的なニーズをケアするには1次、2次、3次予防の全範囲にわたってメンタルヘルス問題に対して公共医療を提供するための系統的なアプローチが求められる。そのためにも防災計画の枠組みの中での準備と対応活動が求められる。(Flynn, 2003)医療システムの一部としてのメンタルヘルス・ケアシステムはトリアージ、対応能力、公衆衛生および救急応答システムに加わらなければならない。そのために各代表者との共同が必要。(Ursano., Fullerton, 2003)</p> <p>2. Speier[第5章]は有益かつ正確なデータにもとづいてこのような計画を立案すべきと主張し、Ornerら[第7章]は計画立案のための体系的アプローチは成果を左右する基本的な脈絡関係要素を考慮すべきと強調。Pastelら[第16章]は公衆衛生的アプローチの重要性を強調。Leskin[第14章]らはコミュニティ計画、協調、トレーニング、協働、協力及びメディアとの共同作業の必要性を強調。Norris[第17章]らは文化的感受性を満足させるよう勧告。Norrisは公共のメンタルヘルス対応にシステムとしての視点を提供。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>
<p>2. 個別ケア</p>	<p>1. 災害や大規模暴力の心理学的、行動学的結果には、行動変化、苦痛症状、そして時には精神疾患が含まれる。(Norris et al., 1999, 2002)</p> <p>2. 行動変化の経過についてはよくわかっていない。</p> <p>3. 介入の成否は迅速かつ効果的、持続的な資源の投入次第。</p> <p>4. 災害や大規模暴力後に傷ついた人々にはメンタルヘルス・ケアが必要(Wain, Grammer &amp; DeBoer, 2005の第15章を参照)。さらに従来ならメンタルヘルス的な問題であったのが、身体的な健康問題として顕在化する可能性がある(Rundell, 2003)。</p> <p>5. 災害や大規模暴力後にみられる行動上の変化、精神的苦痛の症状、および病気は惨事の性質やどの程度それに曝されたかなどの多くの要因によってさまざまである。</p> <p>6. 即時的、中期的、長期的介入として、個人のトラウマ後の苦痛の緩和を重点的に検討してきた。概念的思考領域のほうが公衆衛生メンタルヘルス領域よりも実際のところ前進が認められてる。</p>	<p>1. Ev. 2. Op. 3. Op. 4. Ev. 5. Op. 6. Op.</p>

3. 忘れられたケアへの必要性	<p>1. 最初の対応者は医療従事者を含むため、医療提供者・機関のための教育プランが必要。</p> <p>2. 子供には、彼ら自身が曝されるだけでなく、彼らの保護者が曝される危機にも瀕する恐れがある。ニーズを有する子どもを同定するために、学校保健プログラム、教師とトレーニングが重要。</p> <p>3. 高齢者には、社会福祉サービスが消滅した際に気づかれない重大な現実的ニーズがあるかもしれない。高齢者にとって社会福祉サービスを不可欠。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>
4. 将来の方向性	<p>1. 災害メンタルヘルスのために公衆衛生インフラを強化するには、災害関連の心理学的および行動学的被害規模を速やかに把握、追跡、モニターする手段が必要。</p> <p>2. 苦痛、行動変化、および疾患を軽減するための介入法の基礎となる知識は社会学、リスク・コミュニケーション、教育、災害メンタルヘルスを含む多様な学問分野から引用され、コミュニティ指導者、地域救急立案者、身体・精神保健立案担当者、及び医療提供者が災害や大規模の心理学、行動学的帰結に対する計画の統合や関連する準備を展開するための指針を提供する。(Litz et al., 2002; National Institute of Mental Health, 2002)</p> <p>3. テロ事件に対応するメンタルヘルス及び公衆衛生の統合のため、明確な推奨事項を定めることが非常に重要である。(Institute of Medicine, 2003; Joint Commission on Accreditation of Health Care Organization, 2003; Ursano &amp; Fullerton, 2001; Ursano &amp; Fullerton, 2002)</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op. 5. Op. 6. Op. 7. Op.</p>
	<p>4. エビデンスにもとづいた介入が必要。</p> <p>5. 以前の報告書[第1章]を再検討し、近年成し遂げたことがあるならその進歩について理解することが有益。</p> <p>6. あらゆる範囲の急性期反応の特徴を把握し慢性化を予想するべく、疫学的予測モデル、人口にもとづくサーベランス方法、および信頼性のある計測手順を開発するために多数の連邦政府構想が進行中。</p> <p>7. ここで述べられていることや求められていることの多くはまだ計画途上の段階だが正しい方向へのスタートだ。</p>	

III. DPATの活動、精神科医療と地域保健活動、活動の拠点や地域の資源との連携		
(i) 活動拠点		
<p>1 地域事情に応じて設置し、医療と行政が協議できる仕組みを作る</p> <p>2 基本的には行政に拠点を</p>	<p>1. 災害時を想定したネットワークを構築することを検討しておくことが基盤整備として重要。行政と医療機関が協議を行える仕組みを確保しておくことが重要。</p> <p>2. DPATの統括者が災害医療コーディネーターを補佐するシステムが重要。</p> <p>3. 医療機関・行政との連携が重要。</p> <p>4. 急性期はDPATの活動拠点は病院で支持を出す機関は一つに集約。中長期は精神保健福祉センターが活動拠点。</p> <p>5. 災害時精神科活動はごく一部。その活動を医療と保健とに二分すると齟齬が生じる。</p> <p>6. 先遣隊は災害拠点病院、本体は行政に置くのが良い。</p> <p>7. 精神科医医療と行政の連携体制を構築。</p> <p>1. 急性期医療救護チームと合同の活動拠点。</p> <p>2. 地域保健活動とつながる行政機関が拠点。</p> <p>3. コーディネート昨日は行政担当者。</p> <p>4. DPATの拠点は保健所。</p> <p>5. 精神保健福祉センターを補完する機能を作るべき。</p>	<p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p> <p>6. Op.</p> <p>7. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p>
(ii) 精神医療支援について		
<p>1 転院支援</p> <p>2 診療支援</p> <p>3 精神科病院の位置づけ</p>	<p>1. 精神科病院がEMISに加入し、平時からの行政との地域防災についての連携基盤整備が重要。病院はEMIS,あとはDMATと協力。</p> <p>1. もともとある精神科医療のマンパワーの欠損を補う形で移動し、臨機応変に現地の医療者、行政と連絡をする。</p> <p>2. 「DMATとDPATとは全く違うものである」との基盤に立って、構築を進めていくのが良い。</p> <p>3. 医療支援の場所が避難所から病院支援が可能になったため議論の食い違いがあると思われる。</p> <p>1. 災害拠点精神科病院を制度上に創立することが重要。</p> <p>2. 日精協は医師会等と連携しながらDPATを統括するのが望ましい。</p>	<p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p>

(iii) 地域保健活動について	1. 保健師はメンタルケア(例:傾聴、共感)、DPATや医療機関スタッフチームは医療的対応(例:薬物治療)を担い、両者の連携が欠かせない。そのためには、保健師の養成と訓練ならびに保健師チームの組織化が重要。	1. Op.
(iv) その他	1. 受け入れ側との連携を充実させる必要がある。	1. Op.