

項目 2 1 : その他	要約	
第23章 DMATからの教訓		
1. 東日本大震災におけるDMAT活動概要	<p>1. 東日本大震災発生からの12日間、災害派遣医療チーム(DMAT)は、①調整本部やDMAT事務局等の運営、②病院支援、③域内搬送、④広域医療搬送、⑤病院入院患者避難運送、などを主に行った。</p>	1. 0p.
<p>2. DMAT制度の概要</p> <p>—DMATとは／法的根拠／運用の基本方針／初動／DMATの指揮系統／DMATの活動／費用の支弁</p>	<p>1. DMATとは、災害急性期（48時間以内）に患者運送や被災地医療活動支援などの医療救護活動を行える、厚生労働省認定の「日本DMAT隊員養成研修」を修了した医療チームを指す。</p> <p>2. DMATの活動は、災害対策基本法をもとに作成された防災基本計画に基づく。</p> <p>3. 被災都道府県→厚生労働省→他の都道府県→DMAT指定医療機関・DMAT隊員の経路に沿って派遣要請がなされる。厚生労働省からの連絡はEMISを介して発信される。</p> <p>4. DMATは、被災都道府県の指揮下で、主に、①現場活動（例：緊急治療）、②医療機関支援（例：トリアージ）、③域内搬送（例：搬送中の診療）、④広域医療搬送・SCU活動（例：広域医療搬送のためのトリアージ、患者の症状の安定化の処置）、④後方支援／ロジスティクス（例：移動・医薬品・生活手段の確保）を行う。</p> <p>5. 費用の支弁は、と災害救助法の適用と都道府県と医療機関の事前の協定の有無により異なる。</p>	<p>1. 0p. 2. 0p. 3. 0p. 4. 0p. 5. 0p.</p>

3. 広域災害救急医療情報システム	1. EMISは、被災地における災害医療の需要（病院被害、患者の受け入れ情報）と供給（DMAT活動状況、病院のキャパシティー）に関する情報を、医療機関、行政、関係機関で共有するためのツールである。	1. Op.
4. DMATの活動と戦略  —DMATの活動の原則（CSCATTT）／マネジメント機能としてのDMATの重要性／広域災害時の医療ニーズ／広域災害時のDMAT活動戦略／DMAT活動戦略と公衆衛生	1. DMATの活動原則（CSCATTT）は、医療活動の①トリアージ、②治療、③搬送と、指揮情報体制の確立に必要な①指揮と連携、②安全、③情報伝達、④評価から成っている。 2. DMATが多くの重篤外傷患者を救護するために、優先すべき場所は病院である。 3. 広域災害時のDMAT活動戦略の第一段階の目的は、災害拠点病院における経時的情報把握体制の確立、機能回復・維持、大量患者の受け入れ体制の確保である。第二段階の目的は、全一般病院における経時的情報把握の確立、機能回復・維持、病院から災害拠点病院への搬送の確保である。第3段階は、災害拠点病院から被災地外の災害拠点病院への域外搬送体制の調整をする。第4段階で、災害医療活動のトリアージ（T）、治療（T）、搬送（T）を行う。	1. Op. 2. Op. 3. Op.
5. DMAT設立の経緯	1. 2001年に「災害医療体制のあり方に関する検討会」報告書に日本版DMAT構想について提唱されたことがDMAT設立の発端となった。	1. Op.
6. DMATの研修と制度設計	1. DMATの研修・訓練には、日本DMAT隊員養成研修、統括DMAT研修、DMAT技能維持研修、などがある。	1. Op.
7. まとめと教訓		

<p>第6章 感染症サーベイランス</p>		
<p>1. 災害時のサーベイランス</p> <p>－「災害」および「災害後のサーベイランスの考え方」の基本／災害のサイクルに基づいた考え方</p>	<p>1. 災害時のサーベイランスの目的は、情報収集・解析を行い、そのデータに基づいて、①災害による健康問題の予防・減少すること、②災害救援の運営・管理に関する意思決定プロセスを最適化することである。</p> <p>2. 災害の初期(超急性期～急性期)、中期(亜急性期～慢性期)、後期(復興期～静止期)によって、サーベイランスの方法論は異なる。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 1. Op. 2. Op.</p>
<p>2. 実際のリスクアセスメント</p> <p>－急性期における被災地・避難所における感染症リスクアセスメント／急性期における集団発生サーベイランス／避難所サーベイランス／岩手県における避難所サーベイランス(ICATによる実施)／平時からの準備の必要性</p>	<p>1. 東日本大震災の初期段階で筆者(岡部 &amp; 砂川, 2012)が行ったのは、①リスクアセスメントのための被災地・避難所における公式と非公式感染症情報の収集し、情報提供と注意喚起のためにその結果をホームページ(国立感染症研究所感染症情報センター)への掲載、②集団発生サーベイランスの提案、③避難所サーベイランスシステムの構築(各避難所が感染症関連の有症状者数を入力するためのホームページ)である。</p> <p>2. 平時から、国や自治体においてサーベイランスシステムの準備をすべきである。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>第7章 感染症対策</p>		
<p>1. 災害と感染症</p> <p>－災害時のウソとホント／遺体と感染症／感染症対策の基本ステップ／専門家チームの現地派遣とロジスティクス</p>	<p>1. 感染症対策の基本ステップは、①迅速評価、②感染症予防、③サーベイランス、④アウトブレイク対応、⑤疾病(患者管理)、⑥評価、である。</p>	<p>1. Op.</p>

<p>2. 感染症の対策と予防</p> <p>一系統的な感染症対策／ 物品のキット化／遺体の取 り扱い</p>	<p>1. 迅速評価は、被災地における公衆衛生ニーズと感染症発生リスクを評価し、速やかに適切な支援を行うため優先的な対策事項を計画することを目的とし、災害発生後から1週間以内に行われるべきである。</p> <p>2. リスク評価は、感染源、感染経路、ホストについて総合的に評価する。</p> <p>3. 感染症予防には、避難所計画、清潔な水、良好な衛生、適切な栄養、予防接種、ベクターコントロール、個人予防、個人衛生、保健教育、患者管理が含まれる。</p> <p>4. アウトブレイク対応の基本ステップには、①準備、②探知、③確認、④対応が含まれ、他者への感染の予防と被害の最小化を目的としている。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>第8章 水・衛生対策</p>		
<p>1. 災害時における水利用</p> <p>一災害時の水供給／災害時 における用途別の必要水量 と水質／緊急時の水質試験 と水の保管／医療施設での 水供給／トイレ対策</p>	<p>1. 災害下の応急活動は、自治体の地域防災計画や水道事業者の行動計画に基づく(例: 応急給水拠点や給水方法)。被災自治体だけでは対応しきれない場合を配慮し、応援自治体の受け入れ態勢についても整備しておくことが重要。災害により断水が生じた場合、用途別の必要水量と水質を考慮する必要がある。</p> <p>2. 緊急時の水質試験(①非常時の飲用水の安全性の確認と②施設(管路)の復旧後の検査)は迅速に行う。応急給水の保管管理も重要。</p> <p>3. 災害下の医療施設での水の確保は、医療活動の継続と医療施設の機能確保に必要とされるため、事前に緊急時への備えや計画を策定すると良い。</p> <p>4. 災害時のトイレ問題への対応には、①災害計画へのトイレ対策の位置づけ、②災害用トイレの整備、③トイレ関連用品の整備、④避難所での対応、⑤下水道施設の耐震化が含まれる。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>

<p>2. 水の確保と衛生対策</p> <p>—水道への被害／水の確保／トイレ</p>	<p>1. 阪神淡路大震災と新潟県中越沖地震では、断水により既設の水洗トイレが使えず、仮設トイレの設置が必要となった。</p>	<p>1. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>第9章 歯科口腔保健・衛生対策</p>		
<p>1. 歯科・口腔保健の重要性</p> <p>—歯科・口腔外科治療／口腔ケア／オーラルマネジメントとして取り組む／東日本大震災での活動から</p>	<p>1. 災害時の歯科的対応には①歯科・口腔外科治療と②口腔ケアが含まれる。</p> <p><u>歯科・口腔外科治療</u></p> <p>1. 超急性期(発災直後)は、顎顔面外傷患者への口腔外科的対応(例: 圧迫・縫合による止血)が中心。急性期(発災後数日～)には、一般歯科治療(例: 歯・義歯の不調)のニーズが増加するため、保健師らは潜在的なニーズの発掘に努める。亜急性期(発災後1,2週間～)では、口腔清掃や栄養の不足による歯周病の急性発作、口内炎の患者が増加。</p> <p><u>口腔ケア</u></p> <p>2. 関連死(例: 肺炎、心不全)が生じる原因には、①ストレス、②脱水、③高血圧・糖尿病の憎悪、新規発症、④免疫力・ADLの低下がある(図9-1, 9-2, 9-3, 9-4, p.129-131を参照)。</p> <p>3. 口腔ケアは災害関連死で最も多い肺炎(誤嚥性肺炎)の予防になることが示唆されているため(Yoneyama, 1999)、積極的に取り組まれるべき(図9-5, p.132参照)。(肺炎発症のリスクを約40%防げる可能性あり)口腔ケアの重要性を国民に周知する必要がある。</p> <p><u>オーラルマネジメント(OM)として取り組む</u></p> <p>4. 平時から、①口腔清掃、②口腔や嚥下のリハビリ、③教育、④口腔や嚥下のアセスメント、⑤歯科治療、⑥楽しく食べる、の6つ要素(CREATE)から構成されるオーラルマネジメント(OM)に取り組む。</p> <p><u>東日本大震災での活動から</u></p> <p>5. 福祉避難所や社会福祉施設へ専門ボランティアが支援し、一人ひとりの健康管理に配慮した避難所環境の設備し、屋内に明かりとともに水場の設置することが望ましい。</p>	

2. 現場での予防と対策

—災害時こそOMが必要／  
褥瘡対策,OM,こころのケアを  
3点セットで

災害時こそOMが必要

1. 保健師・看護師から口腔清掃の重要性を周知することが望ましい。
2. 口腔清掃(DAP予防を目標に): 口腔を清潔にするには、歯磨き、うがい、保湿、口からの栄養・水分の摂取が必要。
3. 口腔や嚥下のリハビリ(廃用予防・食べるを意識する): 廃用予防を目的とした褥瘡ハイリスク者へのOMを提供。要介護者は①介助があれば洗口できる、②介助ありでも洗口できないに分類され、いずれにしても「口のなかの汚れを飲み込ませないように吐き出してもらおう」ことが重要。
4. 教育(セルフケアが可能な方に正しい知識を): 毎食後最低一日一回は入れ歯を外し、入れ歯をしたままの口腔清掃はきれいにならないことを伝える。よく噛むことは健康維持(ストレス解消、消化援助)に役立つ。
5. アセスメント(ケア・治療の必要性を適切に判断): ①清浄度と②乾燥を評価。
6. 歯科治療(ケアのみでは限界がある): 口内炎や褥瘡性潰瘍による痛みの緩和にはステロイド軟膏が有効。症状の悪化が懸念されるが義歯安定剤の応急的使用も可。

褥瘡対策、OM、こころのケアを3点セットで

7. 筆者(岸本 & 足立, 2012)は、褥瘡対策、OM、こころのケアを3点セットで提供する必要性を提唱している。

3. 遺体の検案検死

1. 災害時の歯科医の役割には、歯科治療と口腔ケアに加えて、遺体の検視検案(遺体の歯数、歯列、治療痕の記録)も含まれる。
2. 義歯に名前を刻印するのは、身元確認作業に有効。

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

1. Op.  
2. Op.



<p>第11章 栄養対策</p>		
<p>1. さまざまな栄養問題</p> <p>—災害時の栄養問題</p>	<p>1. 3.11では、津波により備蓄食料が流失し、一日の平均摂取カロリー(2,000kcal)の半分程度しか摂取できない状況が2カ月以上続いた避難所があった。</p> <p>2. 避難所における栄養問題:①エネルギー・タンパク質不足の持続、②ビタミン・ミネラル不足(特に、B1)、③食物繊維不足、④塩分の過剰摂取、⑤糖質・資質過剰摂取</p> <p>3. 災害時要援護者の中には、栄養補給上特別な配慮を要する者が多いため、早期の栄養スクリーニングやアセスメント、ならびに個別の栄養支援が不可欠。</p> <p>4. 仮設住宅における栄養問題の有無は、①経済的自立、②食物入手のための整った環境、③調理への意欲やスキルに左右される。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>2. 問題解消にむけた栄養対策</p> <p>—ポピュレーションアプローチとしての栄養確保対策/ハイリスクアプローチとしての慢性疾患・感染症・要介護者など対策/栄養対策の推進</p>	<p>1. 避難所に指定されていない施設や事業所ならびに一般家庭でも、備蓄食料と飲料水を平時から確保・保存すべきである。</p> <p>2. 救援物資として送られてきた食品は、①主食系、②主菜系、③副菜系、④菓子、⑤栄養補助食品、⑦その他に分ける。</p> <p>3. 避難者の不安軽減のためにできるだけ早くに食事を提供をする。また、急性期・亜急性期栄養確保対策として、避難所の実態把握(避難者数や年齢層)、食中毒予防目的の炊き出し・自主調理に関する衛生管理指導、食品衛生監視員による弁当の監視指導、仮設調理場の設置、食事記録と給食日誌の作成が肝要となる。</p> <p>4. 仮設住宅(慢性期)へ移動した被災者に対しては、栄養教室や健康教室を開催し、「共食」を通じてコミュニティの再構築する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>第13章 福祉対策</p>		
<p>1. 災害と福祉</p> <p>—地域福祉を推進する福祉施策と防災施策／大震災で明らかになった災害時の福祉および防災施策の機能不全／早期の通所施設復旧の必要性／地域と一体となった福祉避難所のあり方</p>	<p>1. 3.11では、地域防災計画の想定を超えた大規模な被害が起き、在所を把握する術がなく、自宅避難者への支援を考慮していなかったため、要援護者に対する支援は機能しなかった。また、要援護者の中には、避難所に逃げ遅れスペースを確保できず支援物資を受け取れない自宅に戻ったり、避難所で周囲から差別を受ける者もいた。</p> <p>2. 要援護者の生活復帰を促し、介護者(家族)の負担を減らすために、保育所・通所施設は早期に開所する必要がある。再開までの時間を短縮するには、平時からボランティアの受け入れ態勢を構築し、有事に備えてボランティアを活用できるようにする。</p> <p>3. 避難所から福祉避難所への移行の必要性は、避難所の専門家による要援護者の生活状況のアセスメント、必要とされる支援の情報、家族や本人の意向に基づいて判断されるべきである。</p> <p>4. 福祉避難所が要援護者のために機能するには、避難所と福祉避難所間の情報共有、家族と避難所間の情報共有、生活支援・地域移行支援、専門職ボランティアにより申し送り、他県との支援協定結び、などが挙げられている。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>2. 東日本大震災で明らかになった福祉的課題</p> <p>—地域移行によって点在・分散した障害者の把握／避難所でのトリアージの必要性／通所施設の早期開所の必要性／通所・入所施設でのボランティアの活用の工夫</p>	<p>1. 3.11で明らかになあった福祉的課題には、①地域移行によって点在・分散している障害者の把握、②避難所のトリアージの必要性、③通所施設の早期開所の必要性、④ボランティアの活用の工夫、である。</p> <p>1. 筆者(大阪, 2012)は、3.11の経験から、①適切な支援に繋げるために、地域移行により点在・分散した障害者の所在を早期に把握すること、②非福祉専門職スタッフによる避難者のトリアージ、③通所・入所施設において一般ならびに専門職ボランティアを活用し、他県の施設と事前に協定を結びこと、を学んだ。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>



<p>3. 災害時にも安心して暮らせる地域福祉対策の必要</p> <p>—災害時における地域福祉実践のあり方/自宅避難者に対する物資の供給など/支援体制の構築</p>	<p>1. 災害時における地域福祉実践のあり方として記されているのは、①他県と支援協定を結ぶ、②人々が互いに支い、日常とあまり変わらない避難所づくりを目指す、③自宅避難者を支援する制度を構築する。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>4. これからの福祉対策</p>	<p>1. 3.11からの教訓を踏まえ、筆者(大阪, 2012)は、①支援機関間のつながりの強化ならびに地域住民間のかかわりの密接化、②早期の福祉サービスの再開、③みなし仮設に暮らす人々への支援が不可欠だと述べている。</p>	<p>1. Op.</p>
<p>第15章 衛生害虫対策</p>		
<p>1. 世界のさまざまな衛生害虫問題</p> <p>—蚊が媒介する感染症の世界的現状/自然災害と蚊媒介性感染症/自然災害とそのほかの衛生害虫問題</p>	<p><u>蚊が媒介する感染症の世界的現状</u></p> <p>1. 代表的な蚊媒介感染症: テング熱、ウエストナイル熱、アルボウイルス感染症、チクングニア熱</p> <p><u>自然災害と蚊媒介性感染症</u></p> <p>2. 大規模な洪水やハリケーンの強風などの自然災害により、蚊の幼虫洗い流し、蚊成虫やウイルスに感染した野鳥が死滅。日本でも同様の自然災害が起こると考えられたため参考になる。</p> <p><u>自然災害とそのほかの衛生害虫問題</u></p> <p>3. 消化器感染症をもたらす腸管出血性大腸菌(EcO157)を排泄するイエバエと食品が接触しない予防対策を練る、集団生活による疥癬やコロモジラミ症の発生にも考慮。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>2. 東日本大震災における問題と対策</p> <p>—東日本大震災で発生したがれき/被災地で発生したハエ類/被災地で発生した蚊類/衛生害虫の防除対策と基本的な問題点/避難所,仮設住宅での衛生害虫問題点/避難所,仮設住宅での衛生害虫対策/衛生害虫専門家の重要性</p>	<p>東日本大震災で発生したがれき</p> <p>1. 3.11で発生した有機物を含むがれきや腐敗した魚介を餌とするハエ類が大発生。</p> <p><u>被災地で発生したハエ類</u></p> <p>2. 被災地でみられたハエ類は、オオクロバエ、クロキンバエ、イエバエが大発生し、住民に精神的ストレスを与えた。クロバエ類は冷蔵魚介類のスカベンジャーとしての役割を發揮。</p> <p>3. <u>被災地で発生した蚊類</u>:コガタアカイエカ、イナトミシオカ、シナハマダラカ、アカイエカ、トウゴウヤブカ、ヤマトヤブカ、ヒトスジシマカ。</p> <p><u>衛生害虫の防除対策と基本的な問題点</u></p> <p>4. 衛生害虫の防災対策に使われる殺虫剤には①短時間に殺虫するタイプ(エトフェンプロックス乳剤、有機リン剤)と②長期的(約1か月)効果が持続するタイプ(昆虫成長阻害剤)がある。日本に衛生害虫対策担当部署は少ないが、我々の生活には必須である。被災地における衛生昆虫類が関与する感染症は表15-1(p. 228)を参照。</p> <p><u>避難所, 仮設住宅での衛生害虫対策</u></p> <p>5. ハエ類や蚊類が屋内に入らないようにする対策のほうが殺虫剤より避難所や仮設住宅での防除対策として確実である。</p> <p><u>衛生害虫専門家の重要性</u></p> <p>6. 各自治体で衛生害虫専門家の養成を含めた総合的な自然災害対策の準備が必要。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p>
<p>第13章 被害</p>		
<p>1. 殺人事件の被害者遺族</p> <p>—殺人事件遺族が受ける衝撃/殺人事件被害者遺族が置かれる実情/殺人事件遺族への支援のポイント/まとめ</p>	<p>1. 殺人事件被害者遺族が受ける衝撃は大きく、社会全体による支えが不可欠。</p> <p>2. 遺族は、経済的被害(医療費や葬儀費の急な出費)、周囲からの二次的被害(心無い発言、一方的な助言)、生命保険の請求の手続き等による負担を被る。</p> <p>3. 遺族の支援として、①二次的被害の防止、②心理教育、③寄り添い、④喪失という意味の再構成(亡き家族との心理的絆の再構築およびその人が亡くなった世界の再構成)の援助、などが記されている。</p> <p>4. 喪失体験をした遺族は、回復の段階を経るといっても、さまざまな局面に折り合いをつけながら回復する(Neimeyer, 1998)。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev.</p>

<p>2. 性犯罪被害と支援のあり方 1</p> <p>ーはじめに／性犯罪とは／性犯罪の被害者が受ける被害の影響／性犯罪の被害者に対する支援</p>	<p>1. 本章の焦点：心理療法以外の性犯罪被害への初期対応の概観</p> <p>2. 性犯罪：「被害者の人格と尊厳を踏みにじる悪質な犯罪」</p> <p>3. 性犯罪被害者が受ける被害の影響：、①迫られる多くの決断（例：誰に相談すべきか等の葛藤）、②身体的トラウマ（例：性器の痛みや性感染症）、③経済的被害（例：警察への被害申告なしの場合、医療費は自己負担）、④心理的被害（再体験、マヒ、過覚醒、自責感）。</p> <p>4. 性犯罪被害者への初期対応は(a) 周囲の支援と(b) 専門家の支援に分かれており、①リラクゼーション法を用いて他者からのサポートを受け取れるよう援助すること、②安全の確保（例：外傷の有無の確認）、③心理教育が含まれる。性犯罪被害者（年少者）の保護者を支援する際には、①保護者の動揺や心配を受け止め、②事件前と変わらない暖かさで子どもと関わってもらう。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p>
<p>3. 性犯罪被害と支援のあり方 2</p> <p>ーはじめに／性犯罪被害者の感情／PTSDの心理療法</p>	<p>1. 本章の焦点：性犯罪被害者のトラウマ回復への専門的支援</p> <p>2. 性犯罪被害を受けた人々が感じる感情：①恐怖感、②無力感、③自責感、③恥、④解離症状、⑤世界に対する認知の変化。</p> <p>3. PTSDの心理療法を行う際には、①介入のタイミング、②発症のリスク要因（事件の最中や直後の解離、精神科既往、トラウマ歴）、③防御要因を考慮する。事件直後は、専門的な介入は必要ない。症状を慢性化させる要因（二次被害）を取り除き、回復を促進する状況を整えることが肝要。性被害を受けた子どものトラウマ反応は看過されやすく、行動化（例：過剰な性的活動）しやすい。エビデンスに基づくPTSD治療はCBTであり、PE療法やEMDRが有効である。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>4. DVによる被害と支援</p> <p>—DVとは／加害者について／女性の心理的被害／なぜ逃げないのか／支援の考え方／援助の留意点</p>	<p>1. DVの定義：配偶者／恋人、あるいは元配偶者／元恋人からの暴力(心身に有害な影響を及ぼす言動)。</p> <p>2. DV加害者の共通点：①共感性の欠如、②情緒不安定、③顕著に不安定な対人関係、④見捨てられないための常軌を超えたふるまい、⑤男性中心主義、⑥被害の過小評価、⑦否認、⑧自己中心的。</p> <p>3. DVを受けた女性の心理的被害には、①人権侵害による自信喪失、自己評価の低下、無力感、希死念慮と、②感情麻痺や解離などのPTSD症状がある(加茂, 2006; 枘田ら, 2004)。自殺傾向、不安障害、身体化障害、アルコール・薬物乱用が生じる場合もある(枘田ら, 2004)。</p> <p>4. DV被害者が逃げない理由には、実家が危険な避難先であること、諦め、無力感やストックホルム症候群と類似する非現実的願望・根拠のない樂觀・加害者への好意、夫を伴侶として選んだ自分の否定、失う物の大きさへの気づき、などが挙げられている。</p> <p>5. 急性期には、①安全・安心・安眠の確保と認知修正のための心理教育、②正常なトラウマ反応やPTSD治療に関する情報提供・心理教育を行い、中長期には、患者が外傷を語ると同時に適切な感情を表出できるよう援助し、新たな自己が成長できるよう支援する。</p> <p>6. 支援者は代理受傷に留意する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p>
<p>5. DVによる子どもの被害と支援</p> <p>—DVによる子どもの被害／子どもの支援方法</p>	<p>1. DVによる子どもの心理的影響には、侵入症状、回避・マヒ、過覚醒、分離不安、遺尿・夜尿、指しゃぶり、衝動性、学習困難、摂食障害、引きこもりなどがある(Bancroftら, 2004; 米田, 2009)。</p> <p>2. 子どもを支援する際に、支援者は母子双方に支援が必要であることと(金ら, 2005)、児童相談所への通告の義務があることを認識する。急性期には安心・安全の確保と心理教育を行い、子どもが自身の恐怖体験や感情を表出・発散できるよう工夫する。母親には、子どもの回復には母親の回復が必要であることを伝え、必要に応じて専門機関の紹介をする。中長期支援として、母親が自分で判断し、行動を選択できるよう自信回復を援助する。</p>	<p>1. Ev. 2. Ev.</p>

<p>6. 虐待による被害と支援のあり方</p> <p>—虐待の国内における取り組みの実態／虐待の種別／虐待の被害とケア／虐待被害への支援のあり方</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 1990年に日本で初めて児童虐待の全国統計が行われ、児童虐待防止法が2000年に成立。</li> <li>2. 虐待の種別には、①身体的虐待、②性的虐待、③ネグレクト、④心理的虐待、⑤揺さぶられっ子症候群、⑥代理ミュンヒハウゼン症候群がある。</li> <li>3. 虐待の被害には、身体・知的・脳発達への影響、自己・他者への認知の歪み、孤立感・無力感などがあるが、ケアを経済的な負担なく受けられるといった場合は極めて少ない。</li> <li>4. 児童虐待防止法により、子どもと関わる立場にいる臨床家は通告の義務がある。その際、虐待状況を全て把握する必要はないが、単独よりも所属組織の意志として判断・通告することが理想。児童虐待発見に必要とされるのは、面接技能と聞く力。その後、児童の安全確保のために虐待専門機関に手渡し、子どもが被害を開示したことへの罪悪感から解放されるようなフォローをする。</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>
<p>7. いじめ被害への支援</p> <p>—“いじめ”被害への対応のポイント／被害の再生産を止めるための加害者支援／予防と再発防止のための心理教育</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. いじめの定義は「当該児童生徒が一定の人間関係のある者から心理的・物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの」であり（文部科学省, 2007）、被害者は①直接被害を受けている児童生徒、②観衆、傍観者、③虐待・DV被害を受けた加害児童生徒を含む場合がある。</li> <li>2. いじめ被害児童生徒への支援として、安心と安全の確保、心身状態の確認、③支援提供者に関する情報提供などが挙げられている。支援を求めない児童生徒に対しては、個別支援を強要せず、心理教育的に対応し、当該案件以前にトラウマ体験がある場合は、医療機関受診を勧めること。</li> <li>3. 観衆や傍観者の傷つきへの対応として、振り返りと同様の事態への適応的な対処方法をシミュレーションする機会を設けるべきである。</li> <li>4. 加害者に対しては、ストレス対処法を教え、ストレス耐性、問題解決能力、自尊感情、自己効力感を育成することが不可欠。</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>



<p>8. セクシュアル・ハラスメント</p> <p>ーはじめに／セクハラの内容と分類／セクハラ被害者の援助の流れ／最後に</p>	<p>1. セクハラ:「相手の意に反する不快な性的言動」</p> <p>2. セクハラは、①対価型／地位利用型と②環境型に分類され、前者は解雇などの不利な労働条件による強制的な性的行為であり、後者は性的な噂など就業環境が害される性的言動である。</p> <p>3. セクハラ相談の初期段階は、①被災者との関係を構築し、②被害状況を確認し、③心身状況のアセスメントを行い(必要であれば医師による診察を勧める)、④来談目標を設定する。セクハラ被害者の支援者は、システム・リテラシー(関係法規、従業員規則、被害者の人的環境システムの理解)の取得が不可欠。</p> <p>4. 被害者への介入として、①加害者に手紙などで不快な気持ちや被害内容を伝えること、②加害者の抗弁への対策をあらかじめ備えておくこと、③被害者と周囲に「怒りが生じる時期」について心理教育をすること、④多種の関係調整を行うこと、などが挙げられている。</p> <p>5. セクハラ防止目的の窓口を設ける際には、「中立的な立場からの援助は機能しないことが多い」ことを考慮する。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>9. その他のハラスメント</p> <p>ーさまざまなハラスメント／ハラスメントによって傷ついた人への支援</p>	<p>1. ハラスメントには、①セクシャル・ハラスメント、②パワー・ハラスメント、③アカデミック・ハラスメント、④ジェンダー・ハラスメント、⑤モラル・ハラスメント、⑥ドクター・ハラスメント、⑦アルコール・ハラスメント、などがある。</p> <p>2. パワー・ハラスメントとアカデミック・ハラスメントの被害者に対する支援として、まず問題の質や深刻さ、緊急性、相談者の状態や脆弱性のアセスメントを行う。臨床心理士として支援に携わる場合、相談者の立場に立ち、心身の健康を取り戻す援助をする。必要に応じて医療機関への受診を勧める。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>
<p>10. 交通事故の被害者遺族</p> <p>ーはじめに／交通事故被害者遺族の実状／交通事故被害者遺族の心理と支援／まとめ</p>	<p>1. 交通事故被害者遺族は、①心理的影響(身体・感情・思考マヒ、過覚醒、再体験)、②経済的被害(葬儀費用など)、③周囲からの二次的被害を受ける。</p> <p>2. 子ども・親・配偶者を亡くした遺族は自責感・罪悪感、抑うつを伴いやすく、彼らに対しては、①遺族の自責感を傾聴し、②遺族自身が認知の修正を行うまで待つ。母親と比較すると、父親は性役割により感情表出が妨げられ、回復が遅い。こういった父親の場合、まず捜査の流れなどの情報提供を行い、関係を構築し、自ら心理的悩みを話すまで待つことが推奨される。</p> <p>3. 悲嘆(グリーフ)への対応として、回復段階を遺族に直接適応するのを慎重にし、病的悲嘆を防ぐために査定と援助を続ける。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p>

<p>11. 自死遺族</p> <p>一病としての「自死」／自死遺族という存在／自死遺族の体験／悲嘆のプロセス／自死遺族へのカウンセリング</p>	<p>1. 自死遺族: 自責の念にかられ、社会的支援に背を向ける傾向がある。</p> <p>2. 自死遺族の体験: ①遺体の確認に伴う恐怖、衝撃、現実感の麻痺、②自死による別れを体験した際に生じる生の連続性の実感の喪失、③周囲からの偏見や死因をを隠すことにより起こる人間関係の表面化、孤立感、孤独感。</p> <p>3. 自死遺族は、①ショックの段階、②怒りの段階、③抑うつの段階、④立ち直りの段階、の4段階を辿りながら、家族が亡くなった世界を再構築し、新しい世界に適応していく(平山ら, 2004)。</p> <p>4. 悲嘆の回復を妨げる要因には、①「どうして」という疑問との闘い、②自死について語りにくいという社会状況や自己抑制、③自責感や他者への怒り、などがある。</p> <p>5. 自死遺族へのカウンセリングで行うべきことは、①生理的環境を整えるための配慮、②感情の傾聴・受容、③正常な悲嘆反応の教育、④各自の個性・感情の尊重などが挙げられている。カウンセリングの際に伝えるべきことは、⑤精神科や小児科の処方薬が持続的な症状にきくこと、⑥記念日反応(感情の揺り戻し)が見られること、⑦語れる場を持つのは意義深きこと、⑧自死の捉え方や悲嘆のプロセスは人によって異なること、などである。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op.</p>
<p>12. 大規模交通事故</p> <p>一はじめに／初期対応／具体的支援／結果／まとめ</p>	<p>1. 大規模な交通事故(えひめ丸遭難事故、JR福知山線脱線事故)への初期対応(最初の三日間)には、現場の状況把握、情報集拾、要援護者の振り分け、二次被害防止のための対応プランの作成などがある。詳細は表1、表2を参照(p. 113, 114)。</p> <p>2. 2005年のJR福知山線脱線事故で筆者(岡崎, 2010)が行った具体的な支援には、①ストレス・トラウマ反応や対処法に関する説明会や講座の開催、リーフレットの作成、②重傷者への病院訪問ならびに校内カウンセリング、③家族や関係者との連携、などである。</p> <p>3. トラウマ体験による心身への影響の個人差は、「内的資源×外的資源×出来事の大きさ」の式に当てはめると理解しやすい(岡崎, 2009)。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev.</p>

<p>13. 戦争・テロリズム</p> <p>ーはじめに／国内外のテロ被害者の対応／海外で武力紛争の被害を受けた外国人</p>	<p>はじめに</p> <p>1. 本文では①国内外のテロ被害者と②海外で武力紛争の被害を受けた外国人への支援を概説している。</p> <p><u>国内外のテロ被害者の対応(表1, p.115を参照)</u></p> <p>2. 海外で起きたテロの被害者への対応窓口は日本大使館・領事館の職員であることが多い。</p> <p>3. 核・生物・化学兵器(NBC:Nuclear-Bio-Chemical)では、身体受傷の有無にかかわらず、受診希望者が緊急医療機関に殺到するため、身体症状に加えて精神症状のトリアージが不可欠(Bleich et al., 1992; 重村ら, 2004; 重村ら, 2009)。</p> <p>4. 被災直後の推薦事項として、①心理教育の一環であるストレス反応の説明、②警察やメディアによるストレスを回避するための声明文章の発行や法的専門家の関与、などが挙げられている。</p> <p><u>海外で武力紛争の被害を受けた外国人</u></p> <p>5. 拷問の方法は表2(p.116)、介入のチェックポイントは表3(p.116)を参照。</p> <p>6. 対応として、①大使館領事部との相談②支援団体などの社会資源への紹介、③外傷体験の聴取、④外傷体験による心身反応の理解などが記されている。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p>
<p>第14章 環境・職業要因</p>	<p>1. 災害後に生じる環境要因は、作業者がそれらに対応することによって職業要因として彼らの健康に影響を及ぼす(表14-1, p.199参照)。これらの環境・職業要因は、①化学的要因、②物理的要因、③生物学的要因、④心理・社会的要因に大別され</p>	<p>1. Op.</p>
<p>1. 災害直後に建物に入る際の環境・職業要因</p>	<p>1. 被災した建物は安全ではないことを前提に、可能であれば専門家による安全確認が済んでから建物に入る。</p> <p>2. 災害直後に建物に入る際の環境・職業要因には、火災や感電、化学物質の漏出、一酸化炭素中毒などがあり、筆者(和田ら, 2012)はそれぞれの要因に対する対応を概説している。</p>	<p>1. Op. 2. Op.</p>

<p>2. 要因別の対策</p> <p>—化学的要因／物理学的要因／生物学的要因／心理・社会的要因／環境・職業要因から守る体制／情報や指導を得るリソース／健康と安全の確保に向けて</p>	<p>化学的要因(ほこり(粉じん)やアスベスト、漏出した化学物質、一酸化炭素中毒) ほこり(粉じん)やアスベスト</p> <p>1. 健康被害と暴露するリスク:じん肺、慢性の肺機能低下、肺炎、気管支炎、胸膜中皮腫。 2. 対策:①重機などの作業場に近づかない、②防じんマスク(DS2/N95)を着用する(防じんマスクの使用方法は図14-1を参照(p. 204)、③ほこりの少ない所で休憩を挟む、防じんマスクを入手困難な場合は感染症対策用マスクを依頼する(作業現場の呼吸用保護具の選択例は表14-2(p. 203)を参照)。 <u>漏出した化学物質</u> 3. 表14-3(p.205): 災害時に漏出した化学物質の取り扱い <u>一酸化炭素中毒</u> 4. 表14-4(p.206): 災害時の一酸化炭素中毒予防 <u>物理学的要因(熱中症、寒さ、重量物運搬)</u> <u>熱中症</u> 5. 予防:積極的な水分・塩分補給、環境の改善(例:扇風機の使用)、涼しい場所での休憩、暑さに弱い人への配慮、吸湿性・通気性に優れた服装。 6. 熱中症が起きた際の対応:①意識障害がなく水分摂取が可能な場合は、安静にさせ水分を摂らせる;②意識障害があり水分摂取が不可能な場合は、迅速に医療機関を受診させる。 <u>寒さ</u> 7. 対策:食事・水分の十分な摂取、保温、屋外作業の場合は暖かい部屋で休憩時間を確保する。 <u>重量物運搬</u> 8. 災害現場での作業は災害性腰痛のハイリスク作業となり得る。</p>	<p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op. 7. Op. 9. Op. 10. Op. 11. Op. 12. Op. 13. Op. 14. Op. 15. Op. 16. Op. 17. Op. 18. Op.</p>
---	--	--

<p>—化学的要因／物理学的要因／生物学的要因／心理・社会学的要因／環境・職業要因から守る体制／情報や指導を得るリソース／健康と安全の確保に向けて</p>	<p>9. できるだけ体幹部にひきつけて、ひざ関節・股関節を屈曲させて持ち上げ、重さ、移動距離、取り扱い頻度を考慮して作業負荷の軽減を図る。腰痛ベルトの使用、腰痛予防体操、休息の取得などの指導も望ましい。  <b>生物学的要因(予防接種の必要性、昆虫などが媒介する感染症、遺体を取り扱う際の感染症)</b>  <b>予防接種:</b>  10. 必要に応じて、現場の支援者に対してインフルエンザ、破傷風、B型肝炎などの予防接種を行う。  <b>昆虫などが媒介する感染症</b>  11. ネズミや蚊が媒介する感染症への対策を要する。  <b>遺体を取り扱う際の感染対策</b>  12. 手袋の着用、こまめな手洗い、医療廃棄物の処理や作業による怪我への配慮を要する。  <b>心理・社会学的要因(セルフケア、組織としての疲労対策)</b>  13. セルフケア: 心身状態のセルフチェック、睡眠(6時間以上)と食事の確保、軽い運動やストレッチ  14. 組織としての疲労対策: 十分な休憩がとれるよう作業時間を調整する、可能な限り整った宿泊施設を選ぶ、移動の負荷を軽減する、安全な休憩場所とトイレを確保する、持病のある作業者が治療を続けられるよう支援する。  <b>環境・職業要因から守る体制</b>  15. 危険有害要因と暴露の可能性の評価に基づき対策を練る。行政やメディアを通じた環境・職業要因とその予防策の伝達も不可欠。  <b>情報や指導を得るリソース</b>  16. ①産業医、②労働安全衛生コンサルタント、③衛生管理者、④作業環境測定士などに相談するのが有益。  <b>健康と安全の確保に向けて</b>  17. リスクの高い作業(救助、復旧)や医療機関での作業の際に環境・職業要因を考慮し、リスク評価や防護策に関して行政を含む様々なチャネルを通じて伝達する必要がある。</p>
---	---



第14章 その他の心理的危機		
<p>1. 産業メンタルヘルス</p> <p>—働く人達の心の健康／厚生労働省のメンタルヘルス指針／メンタルヘルス対策の課題／不確実性の時代と危機支援</p> <p>2. 緩和ケア</p> <p>—がん医療の現状／がんの臨床経過におけるアセスメント／家族のアセスメント／チームによるアセスメント／がん緩和ケアにおける心理的支援</p>	<p>1. 働く人たちの精神健康が問題視されており、メンタルヘルスケア(精神疾患の予防・治療、心身の健康の充実を目指す対策)が不可欠。</p> <p>2. 厚生労働省により「労働者のこころの健康保持増進のための指針(メンタルヘルス指針)」を2006年に策定。事業者は、「心の健康づくり計画」を策定し、①セルフケア、②ラインケア、③事業所内産業保健スタッフ等によるケア、④事業所外資源によるケアの4つが継続的に行われるよう、①教育研修・情報提供、②職場環境等の把握と改善、③メンタルヘルス不調への気づき・対応、④職場復帰における支援を実施(図1,p.118を参照)(厚生労働省, 2006)。</p> <p>3. メンタルヘルス対策を実施する企業の課題:①企業向けのメンタルヘルス対策を提供する外部の従業員支援プログラム(Employee Assistance Program: EAP)会社を利用する会社が増加しているが、企業内の問題が解決されていないこと、②精神疾患を有する人たちへのケアばかりで、心身の健康の充実と精神疾患の予防が重視されていないこと。</p> <p>4. 誰もが社会生活上の危機に遭遇する可能性があり、これに苦しむ人たちが最も多いであろう。</p> <p>1. 2007年に「がん対策基本」が策定され、治療開始時期からがん患者に対して緩和ケア—患者とその家族の身体的、精神的、スピリチュアルな問題の評価、予防、対処—を行うことが求められている(WHO, 2002)。</p> <p>2. がん患者を適切にケアするために、①臨床経過に沿った問題(図2, p.120を参照)の理解と、②身体症状、精神症状、心理的問題、社会経済的問題の評価に基づいた支援が必要である(図3, p. 120)(小川, 2009)。</p> <p>3. 患者の家族は「第二の患者」と呼ばれており、次のポイントを考慮しアセスメントを行う:①家族構成、②患者の病気に対する家族の理解と感情状態、③家族内の問題、④親の病気に対する未成年者の理解。</p> <p>4. 多職種がチームとしてアセスメントを行い、患者と家族に関わり、患者の療養生活を向上するための実践が求められている。</p> <p>5. がん緩和ケアにおける心理支援で求められること:患者と家族の「次の一歩」を共に考え、寄り添い、支援する姿勢</p>	<p>1. Op. 2. Ev. 3. Op. 4. Op.</p> <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p>

