

厚生労働行政推進調査事業費補助金

障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害時の精神保健医療に関する研究

平成29年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

目 次

I. 総括研究報告書

災害時の精神保健医療に関する研究----- P.1

研究代表者 金吉晴

II. 分担研究報告書

1. 災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と新たな
包括的ガイドライン作成にむけての構想----- P.5

分担研究者 金吉晴、加藤寛、荒井秀典、松本和紀、前田正治、富田博秋、
鈴木友理子、神尾陽子、松下幸生、大塚耕太郎、井筒節

研究協力者 篠崎康子、島津恵子、染谷紗恵子、Marylene Cloitre

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- P.147

厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害時の精神保健医療に関する研究

平成 29 年度 分担研究報告書

災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と

新たな包括的ガイドライン作成にむけての構想

分担研究者 金 吉晴 1) 2)、加藤 寛 3)、荒井秀典 4)、松本和紀 5) 6)、
前田正治 7) 8)、富田博秋 9)、鈴木友理子 1) 2)、神尾陽子 10)、
松下幸生 11)、大塚耕太郎 12)、井筒 節 13)

研究協力者 篠崎康子 1) 2)、島津恵子 2)、染谷紗恵子 2)、Marylene Cloitre 14)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部
- 3) 兵庫県こころのケアセンター
- 4) 国立長寿医療研究センター
- 5) 東北大学大学院・医学系研究科 精神神経学分野
- 6) みやぎ心のケアセンター
- 7) 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 災害精神医学
- 8) ふくしま心のケアセンター
- 9) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野
- 1 0) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 1 1) 国立病院機構久里浜医療センター
- 1 2) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
- 1 3) 東京大学教養学部 教養教育高度化機構
- 1 4) Stanford University School of Medicine

研究要旨

目的：災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からであり、その歴史は浅い。災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに重要な影響を与え、また、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な介入・支援方針のもとで活動をするうえで、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインの重要性は否めない。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。国内におけるこころのケアに関する最初のマニュアルとなった 2003 年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドラインは、2001 年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違

を踏まえて作られたものであり、以降被災者のメンタルヘルスケアの充実のために当センターは 20 点以上のガイドライン・マニュアルを作成、国内に普及してきた。これらの過去に日本で蓄積された知識、近い将来国内において精神保健に携わる専門家らが被災支援の経験をもとに適宜獲得した新しい知識を反映することのできる「生きた」ガイドラインとし、また、対国外においては災害大国日本で培われたノウハウを共有することによる国際精神保健機構への貢献の可能性を視野に入れたうえで、体系的にガイドラインを整理し、内容の充実と今後のより幅広い普及にむけて包括的に再構成・最新化することは意義があると考えられる。

方法：2000 年から 2015 年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の 12 点にわたる(1) 書籍、(2) ガイドライン、(3) 研究報告書を収集、これらの対象文献で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを (1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め、手順に沿って作成した。上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリックスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。

結果：システム、心理反応と精神疾患、トラウマ対応、アセスメント、初期、中長期、心理反応への対応、リスクコミュニケーション、準備と訓練、子ども、高齢者、支援者、マイノリティ、遠隔、報道、特殊事例、倫理・法規、機関連携の 18 項目について検討を加えた（本文に収録）。

考察：災害時の精神保健医療対応へのニーズは益々高まっているが、既存のガイドライン、教科書類は国内外を問わず、その作成の背景となった事項を重点的に扱っており、必要な項目を包括的に網羅したものはない。本研究成果に最新のエビデンス、知見をふかして包括的なガイドラインを完成させ、ストレス・災害時こころの情報支援センターの HP に公開して広く災害支援委役立てると共に、随時更新して、研究知見、支援経験を反映させる。

A. 研究目的

災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からである（加藤, 2016a）。加藤(2016b)と富永(2014)は、1995 年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、精神保健医療福祉的支援や心理社会的支援が本格化し、災害と心理的問題の関連性が着目され始めたという。後に、被災者の心理状態に応じた精神保健活動の必要性がマスメディアを通じて強調され、「こころのケア」という名称を用いて世間一般に幅広く浸透した（富永, 2014）。

被災者の心理的問題や悪化リスクを軽減するために様々な精神保健活動が展開されてきたが、こころのケアに携わる専門家間で意見が対立することは決して珍しくない。阪神・淡路大震災を期に米国より推奨された心理的デブリーフィング (Psychological Debriefing: PD) または緊急事態ストレスデブリーフィング (Critical Incident Stress Debriefing: CISD) がその一つの例である（金, 2016）。当時、デブリーフィングを介して災害発生直後に詳細な被災体験を聴取することは適切な心のケアとして多くの専門家から支持されていたが、中にはそういった早期介入法を不適切と考えリラックス動作法などを被災者に適用する支援者もいた（富永, 2014）。この頃、我が国で初めて災害支援対策の中にメ

メンタルヘルスケアが位置づけられたことから、具体的な精神保健活動の方針は存在せず、専門家は独自に自己完結的な心のケアを行わざるを得なかった（加藤，岩井，飛鳥，& 三宅，1992）。その後の研究や検証で、心理的デブリーフィングの効果は認められず、災害によるPTSDなどの心理的影響を防げないことが明らかとなった。しかし、阪神・淡路大震災時に、多くの支援者がその技法を優先的に実施すべきであると万能視したため、その後の自然災害や人為災害の初期対応において相当な混乱を生じさせた。（金，2016；Kantor & Beckert, 2011；金 & 中谷，2014）。実際に、2001年に発生した付属池田小事件に際して支援に駆けつけた専門家の中で急性期対応の方針についてコンセンサスを得ることは困難な状況であった（金 & 中谷，2014）。

災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに影響を与えることから、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインが必要となる。これは、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な方針のもとで活動をするうえで最も重要なことである（Inter-Agency Standing Committee, 2007）。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。なかでも、2003年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（金，2003）は、2001年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、国内におけるこころのケアに関するマニュアル作成の端緒となったといわれている（金，2012；金 & 中谷，2014）。また、メンタルヘルスケアが適切に実施されるように、国立精神・神経医療研究センターでは東日本大震災発生から1週間後に20点以上のガイドラインやマニュアルをホームページに掲

載し、支援者向けの資料だけでなく、一般市民を対象とした情報も公開している（金，2012）。

本報告書では、災害時精神保健活動に関する国内外の文献を比較したうえで、構成内容の全体像を把握し、新たなガイドラインの作成に向けて、相違点や類似点、留意点等を検討し報告する。

B. 研究方法

I. 対象文献

2000年から2015年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の12点にわたる(1) 書籍、(2) ガイドライン、(3) 研究報告書を収集した。

(1) 書籍：

- ・ 災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-心理的対応（高橋 & 高橋，2015）
- ・ 災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針—（富永，2014）
- ・ 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え（Ritchie, Watson, & Friedman, 2006）
- ・ 災害精神医学（Stoddard, Pandya, & Katz, 2011）
- ・ 危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ（日本心理臨床学会，2010）
- ・ 災害時の公衆衛生—私たちにできること—（國井，2012）

(2) ガイドライン：

- ・ 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（金ら，2003）
- ・ 災害・紛争等緊急時における精神

保健・心理社会的支援に関する
IASC ガイドライン (Inter-Agency
Standing Committee, 2007)

- ・ 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金、2011)

(3) 研究報告書

- ・ 大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 (鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010)
- ・ 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築 (鈴木ら、2012)
- ・ 被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究 (金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.)

II. コンテンツ・マトリックスの作成

「対象文献」で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを次の手順に沿って作成した：(1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め。

(1) 目次・見出し埋め

取り扱う全文献の内容を集約するために、個々の文献から、題名、著者名、ならびに目次や見出しを抽出し、エクセルシート上に表を作成した。また、これらの文献を容易に識別するために、抜き出した情報を縦一列のセルに入力し、文献別に色分けした (付録 A を参照)。

(2) カテゴリー化

(1)の段階で集約した文献の目次や見出しをカラー印刷し、項目別 (書籍とガイドラインは章別、報告書は知見別) に区切り、整理用

のカードを作成した。これらのカードを検討し、類似した内容の項目をグループ化するために、1) 概論、2) 歴史、3) システム、4) 心理反応・精神疾患、5) トラウマ反応、6) アセスメント、7) 初期対応、8) 中長期対応、9) 心理療法、10) リスクコミュニケーション、11) 準備・訓練、12) 子ども、13) 高齢者、14) 支援者、15) マイノリティ、16) 遠隔、17) 報道、18) 特殊事例、19) 倫理・法規、20) 機関連携、21) その他の、21 にわたるカテゴリーが設けられた。全文の項目をカテゴリー別に分類した後、エクセルシートを用いて新たに表を作成した。この際に、縦軸に各文献の題名と著者、横軸に各カテゴリー名を入力し、それぞれに該当するマス目に各項目を配置した。なお、どのカテゴリーにも属さない項目は、「その他」のカテゴリーに分類された (付録 B を参照)。

(3) 接合作業

(2)の段階でカテゴリー別ならびに文献別に項目を整理したが、本段階では各カテゴリー内すべての項目を接合する作業を行った。また、それぞれのカテゴリーの中で相似の項目が見られる場合は、小見出しを作り項目の配置を変えるなどして、さらに細かくグループ分けをした (付録 C を参照)。

(4) 内容整理

カテゴリー別に分類された各項目の内容を要約した。縦一列に羅列した見出しや目次の隣に、その項目の概要をセルに入力した。この際に、著者がエビデンスを用いているのであれば隣に”Ev.”を、著者の個人的な考えや意見であれば”Op.”を記述した (付録 D, E, F を参照)。

III. 文献レビュー

上記の手順で作成されたコンテンツ・マト

リクセスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では、「心理反応・精神疾患」、「トラウマ対応」、「初期対応」の категорияに焦点を置き、今後のガイドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

C. 結果・考察

(表 1、2、班会議議事録資料参照)

【1】システム・原理 (マトリックス資料項目 3)

1. はじめに：精神保健医療従事者の災害支援での役割

- 災害対策本部における精神科医の役割
 - 精神保健医療活動に関する災害対策本部としての方針を決定する
 - 現場での援助者を通じて被災住民の精神健康状態を把握する
 - 援助者に精神保健医療活動について助言を与える
 - 現場の援助者に精神保健医療を行う
- 被災地で求められること
 - 災害精神医学知識や技能だけでなく、災害現場のニーズにあった柔軟な活動(物資の配布、コンサルテーションや教育を行う、一般診療を行う等)を最優先に行うことが重要である
 - 有効性：被災者が専門家である支援者と抵抗なく接触し、信頼関係を築く助けとなり、要支援の人への早期介入、アセスメント、トリアージを可能にする

2. 災害時の精神保健福祉体制

- 災害精神保健計画の立案
 - 各都道府県、政令指定都市の防災計画の立案に精神保健専門家が関与す

べきである

- 精神保健及び地域保健関係者は平常時より災害時の役割分担、活動の法的根拠を理解すべきである
- 平常時から保健師とその他の機関の関係者間での役割分担の明確化と日常業務における連携が必要である

- 災害時における情報収集

- 日本では、災害に関する情報は最終的に災害本部に集約される
 - ◇ 日本の DMAT や JICA が中心となって統一した情報収集を行うシステムの導入が WHO により採決された。EMT(WHO Emergency Medical Teams、日本では J-SPEED)では、国際的レポートの取り方を統一されている。Minimum data-set を収集することが 2 月に決定した。今後はそのシステムを活用してより良いデータを収集・蓄積する動きがある
- 情報収集についても、国により収集の仕方は異なる。「情報」という言葉ひとつをとっても、国によって解釈が異なるので、日本においてはこうだ、ということを示す必要がある

3. 災害時における地域精神保健医療活動

- 必要性：災害により被災地域の精神保健医療機関が被災し、機能の低下が生じる。災害時に被災者の心理的負担(例：悲嘆、急性ストレス反応、精神疾患の発症・悪化、自殺等)が増加するため、それらを踏まえた地域精神保健医療の対応が不可欠である
- 活動方針：①地域住民の精神健康を高め、集団ストレスと心的トラウマを減少させ

る支援活動（アウトリーチ、災害情報の提供、一般的な心理教育、比較的簡単な相談活動や現実的な援助など）、②個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動（スクリーニング、受診への動機付けなど）の二つに大別される

- 想定される課題：①精神保健医療提供者の継続的な活動、②職種、専門分野の枠を超えての連携、③多様な被災状況を想定した上での対策準備

- 災害時の保健師の役割について明確にすべきである
- 日本においては明らかに保健師が地域精神保健医療において中核的な存在であり、海外とは異なる。例えば、米国における **Public Health Nurse** は災害に関して特化しているわけではなく、災害時地域精神保健医療のなかで中核的な役割を果たす位置付けではない。**Public Health Nurse** の包括的国際比較は行う価値がある

4. 精神保健医療従事者によるボランティア

- 精神保健医療従事者がボランティアとして災害時支援にあたる場合、災害支援組織に入っている場合、入っていない場合（「未登録ボランティア」）の二通りに大別される（米国のケース）
- 前者は組織の指示・活動方針にそって活動し、後者は参加資格の確認、災害時の活動の訓練を経ず現場に到着する
- 災害支援組織はボランティアの訓練、資格認証を行うが、事前登録が奨励されている（米国赤十字・医療予備隊などがボランティア向けの情報を提供することもある）
- 災害時の精神保健医療対応のための

標準化された訓練形態：米国連邦政府機関、州、NGO、個人間でコンセンサスが得られておらず、検討が重ねられている。しかし、殆どの災害支援組織が基本となる「災害支援活動への導入」と「緊急事態の指揮系統」についてオリエンテーションを行い、そのなかでエビデンスに基づく手法であるサイコロジカル・ファーストエイドが被災者の抱える心理的ニーズへの初期対応手段として、また、事前訓練の指導原理として広く用いられている

- ◇ 日本においては災害時における精神保健医療支援者には自治体レベルで公的に動く専門職派遣チーム、専門職支援チーム団体、ボランティア、の三つの支援者グループに大別されるが、全てのレベルにわたる共通の指針、研修、スキルが必要である
- ◇ 災害時には立場を縦断する柔軟な姿勢、行動、活動が求められる。そのために担保となる資格認証が必要であり、検討されるべきである（例：受講証を発行して持っている等）

【2】心理反応と精神疾患（マトリックス資料項目4）

1. はじめに：災害による心理的影響

ストレスレベル、症状レベル、疾患レベルの反応があり得るが、その分類の仕方は諸家により一定していない。以下に代表的なものを記す

1-1. Katzらによる分類（マトリックス資料項目4：心理反応と精神疾患 図1参照のこと）：行動変化の項目を立てたことに独自性が

ある

- ◇ 日本での経験からは、震災後には社会とのつながりができ、役割を獲得するために自殺は減少する傾向にある。ただし復興の疲れが出る時期になると再び増加することがある
- ◇ 暴力は日本では高率には報告されていない
- ◇ 暴力の背景としてのアルコールの問題について検討が必要である
- ◇ そして日本に特徴的な行動上の問題としてのひきこもりについては、諸外国からの報告が乏しく、日本で今後検討する必要がある

1-2. WHO による分類（表 1）：

各グループの平常時と災害時の有病率の推測値が記されていることに特徴がある。

1-3. 時間軸による分類：

日本で提唱されたもの。災害後の時相に
応じて問題となりえる現象を記載している。

- ✓ 災害直後数日間：（1）現実的不安型、（2）取り乱し型（例：落ち着きがない、感情的な乱れ）、（3）茫然自失型（例：思考や感情の麻痺）、の3つに分類される。
- ✓ 初期（災害後 1 ヶ月まで）：（1）ストレス反応（不安、不眠）、（2）災害の衝撃や治療薬の中断による既往精神障害の悪化、（3）精神疾患の発症・再発（うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症）、などが記されている。
- ✓ 中長期（災害後 1 ヶ月以降）：
 - （1）中長期における被災者の心理的問題：一部に心理的不調が慢性化する恐れがある。
 - （2）中長期における援助者の心理的問題：支援者の中で特にストレスを

被る危険性があるのは、支援者自身またはその家族が被災者である者と、遠方から派遣された援助者である。

- 中期の言葉の定義は国によって異なるので注意が必要である。

2. 精神医学的評価に関する留意点

- ◇ 評価者と被災者との関係：災害という非日常的な場面で精神、心理的課題について被災者から情報を得る際には、以下のような注意が求められる
 - 評価者は PFA 的なコミュニケーションスキル、基本的なサポートを身に付けている
 - 評価の目的を明らかにし、同意を得る
 - 評価による負担を考慮（自殺に関する質問、評価の反復、重複）する
 - 評価者と被災者の関係（単回 or 持続的、臨床や行政との連携）がある
 - 被災者の状態の把握（PFA を応用）する
 - 災害後の時間経過と状況の意味を考慮する
 - ・ 急性期に余震の続いている場合の不眠は正常な反応である
 - ・ 数週間以上続く不眠は医学的注意の対象。ただし反復する被害の場合は急性期と慢性期が混在する
 - 急性期には症状が変動し、災害直後の環境も急変するため、精神疾患の診断ができないことが多い
 - 評価項目としては、症状だけではなく、被災者と評価者との関わり、災害後の時間経過、身体的・心理的・社会的ニーズ、リスク要因なども重要である
- 急性期の評価の課題：

急性期に被災者とかかわる場合、支援をせずに評価だけを行うことはあり得ず、PFA、アウトリーチ支援、情報提供、必要に応じて治療などを行いつつ、被災者の基本的ニーズと緊急支援ニーズを把握し（精神に限らない）、精神医療システムを整理する必要がある（『巨大惨禍への精神医学的介入』より：一部改）

▶ 日本の事情：

IASC のような諸外国の指針での評価は心理社会支援に焦点を当てたものが多い。これに対して日本では精神医療の提供を視野にいった症状などの評価が求められる。その理由として日本では精神医療インフラが整備されており、精神医療福祉センター、保健所、地元精神医療機関、DPAT、心のケアチームなどの活動が活発であることが考えられる。実際に東北大震災では急性期のこころのケアチームと地元保健所の連携が見られている。公的機関による住民の健康調査を、災害時の精神医学的な評価を補うものとして用いることもある

3. ト라우マ

▶ マトリックス資料項目 5：トラウマ対応参照のこと

4. PTSD

▶ マトリックス資料項目 5：トラウマ対応参照

5. Common mental health disorders（以下 CMHD）

The NICE guideline ではうつ、不安障害となっている⁽¹⁾。WHO でも同様に定義されている⁽²⁾。災害に関しては PTSD などのトラウマ関連疾患が注目されがちであるが、災害は強いストレスであり、ストレスと関連する様々な精神疾患が生じえる。また平常時によ

くみられる疾患は見逃してはならない。したがって、通常精神医療で対象とする「ありふれた精神疾患」への対応も重要である。高橋らは災害後と関連する主な精神疾患として ASD、PTSD、うつ病（大うつ病性障害）、双極性障害、アルコール関連の精神障害、統合失調症（『災害精神医学入門』4章より）をあげている

・ ASD については先行文献中の記述は限られている。こうした分類が精神科のトリアージに結びつくことが必要である。

・ 年齢要因なども検討すべきである

◇ 災害時の CMHD に関してはエビデンスが少ないと言われるが、集計データではなく事例を通じた検討も必要。たとえば acute psychosis を初めとする救急介入に関しても現場で培ったいろいろな工夫がある。問題がある家族が二人になった折に介入し、周囲の人への影響を回避できた事例もある

◇ 事故後は CMHD が PTSD より多かった、という研究がある(Usuki et al., 2012⁽⁴⁾)

▶ 精神関連のトリアージ・スクリーニングについてトリアージの必要性、トリアージの項目、精神科病院での患者搬送、またトリアージに関する事前のルール作りと準備、判断基準が大切である（『災害精神医学入門』4章一部改）

6. Serious Mental Illness：重篤な精神疾患（以下 SMI）

SMI の定義は National Institute of Mental Health によると精神的、行動的、または感情的障害として定義され、重大な機能障害をもたらし、1つまたは複数の主要な生活活動を実質的に妨害または制限する⁽³⁾。『災害精神医学』7章では以下のように述べている

▶ 災害前からの SMI をもつ被災者へのケア

は

1. 既存の SMI への治療
2. 災害後新たに発症した SMI への治療に分かれる

- ▶ 統合失調症などの SMI の人たちは、災害後に、症状が悪化したり、脆弱性が增大したり、代償不全になったりする危険性がある。その原因として、医薬品へのアクセシビリティの低下、精神科医療の中断、心理社会的支援の喪失が挙げられている(Staugh, 2009; Tseng et al., 2010)
- ▶ 災害後に発症する精神疾患として最もよくみられるのは、PTSD と大うつ病性障害である。しかしながら、PTSD の一部の症状が他の SMI の症状（うつ病や統合失調症の陰性症状など）と似ているため、過小評価されている(Pandya & Weiden, 2001)
- ▶ システム介入：
 - SMI を有する人々は一般集団よりも災害への備えが不十分であるため(Eiseman et al., 2009)、防災計画の中に位置付けられるべきである(National Council on Disability, 2006)
 - 災害後、患者が継続したケアを受けられるように、精神科医は、(a) 避難所の確保、(b) アクセスのよい場所に精神科クリニックの設置、(c) 治療や心理社会的支援へのアクセシビリティの向上など、様々なアプローチをとる必要がある(National Council on Disability, 2006)
- ▶ 個人の評価および治療：
 - 急性期の SMI の評価では過去に経験したトラウマの詳細と、薬を所持しているかについて尋ねることが推奨されている(National Council on

Disability, 2006)

- SMI を有する人々の PTSD 治療に関するいくつかの研究は、暴露療法、呼吸法、認知再構成などの CBT 技法をこの集団に適応されうること示唆している(Frueh et al., 2009; Mueser et al., 2008; Rosenberg et al., 2001)
 - 今後、非同意入院について考慮しなければならないかどうか検討が必要かもしれない
 - 認知機能の低下は精神疾患の項目には含まれていない。しかし東日本大震災後には、3000人以上の調査で認知機能の低下がみられたことが報告されたので、今後検討が必要である
7. MUPS (medically unexplained physical symptoms : 医学的に説明不能な身体症状)
- ▶ 化学生物兵器等による汚染への曝露、集団感染症などで生じやすい『災害精神医学』
 - ◇ 日本だと原発、和歌山カレー、光化学スモッグ、粉塵で生じたと考えられる
 - ▶ 「集団パニック」(mass panic)とは、器質的原因が認められないのに無意識的身体症状が訴えられ、興奮、機能の損失・変化といった神経系障害を原因とする疾患兆候・症状が凝集性の高い集団メンバー内で急速に拡散すること (Batholomew & Wessley, 2002)である
 - ▶ 精神科医は、災害後の正常な反応・行動に関する情報をスタッフや患者に提供し、「なんの疾病も見られない」と医療従事者が患者に対して疎遠な態度を取らないよう助言する必要がある。また、生物・化学物質暴露の医学的・精神医学的症状に関する知識(例: Kman & Nelson, 2008)

も蓄えておくべきである

- ▶ 精神科医とプライマリーケア医が協働し、MUPS を持つ患者に対して本人が感じている苦痛は恥ずかしいことではなく、このタイプの事件・事象は身体的に負担をかけて、大きなストレスの原因になる、という旨を一人のプライマリーケア医が言及し、患者を励ますことが不安と受診希求行動を抑制する
- ▶ MUPS は精神医学的にも複雑な疾患で、他覚的所見を認めないという研究結果がある。また、MUPS には前駆する生物社会的因子、契機となる生物社会的因子、症状を持続する生物社会的因子が複雑に影響している(Hunt et al, 2000)という見解がある。事件・事象への暴露による長期的な精神衛生面への影響が MUPS 症状の具現に懸念され、それらの症状を訴える患者の間で PTSD 診断率が高いというエビデンスがある(Ohbu et al, 1997; Turker et al, 2007)

8. 身体疾患と精神症状：身体疾患のある被災者のトリアージと評価 (『災害精神医学10章』より)

- ▶ 研究文献によると、精神障害を発症する危険が最も高い患者は、深刻な損傷(e.g., 四肢や機能の喪失、激しい疼痛、熱傷、顔の変形)を持つ者である。また、身体的外傷が重症なほど、精神疾患を患う可能性が高い (Dawydow et al., 2009; van Loey & Van Son, 2003; van Loey et al., 2003; Zatzick et al., 2007)。したがって災害後、迅速なトリアージと評価が必要であり、精神科医はトリアージについて、他の医療スタッフを教育することが勧められている
- ▶ 外傷には、自然災害やテロ攻撃、バイオ

テロ物資による、多発性外傷や精神神経医学的障害の症状などが含まれる。また、理学療法や強制的な隔離によるストレスを呈する場合もある (Peer et al., 2007; Wain et al., 2006)

- ▶ 身体疾患をもつ患者は、さまざまな心理的問題を呈するので、精神科医は最善の注意を払う必要がある(Geringer & Stern, 1989)。重要な症状としてうつ病、不安、ASD、せん妄、不眠、自殺念慮などがある。精神医学的スクリーニングを実施し、必要であればベンゾジアゼピンや低用量の抗精神病薬等の薬物療法的介入を実施する。精神状態を評価する上での留意点は、①患者の意識レベルに注意を払う、②コミュニケーションの方法を確立するの2点である
- ▶ 外傷患者における疼痛のコントロールと PTSD：疼痛は PTSD の危険因子であることから (Norman et al., 2008; Zatzick & Galea, 2007)、薬物を用いての疼痛コントロールは PTSD 予防に役立つかもしれない。モルヒネを使用することは、その後の PTSD 発症のリスクを軽減させるという知見がある (Holbrook, 2010; Stoddard et al., 2002)
- ▶ 熱傷および外傷患者に対して特別に配慮すべき点：著者(Jones, 2010)は、外傷患者に対するケアにおいて次のことを推奨している：①精神科医コンサルテーション(Brennan et al., 2010; Stoddard & Saxe, 2001; Stoddard et al., 2006)、②疼痛コントロールより生じる不安やせん妄の治療(DiMartini et al., 2007, Powers and Santana, 2005)、③社会的技能相互作用訓練(Lansdown et al., 1997)
- ▶ 病院での精神科医の役割：外傷を負った被災者に対して、精神科医はトリアージ

を第一に行い、必要とあれば、他科と連携し介入を実施する

9. 精神薬理学対応（『災害精神医学』15、16章より。一部改）

災害時の精神保健医療対応は「心のケア」という用語にも示されるように心理社会的支援、介入が念頭に置かれることが多いが、疾患レベルの精神症状に対しては、通常精神医療と同様、薬理的対応も選択肢となりえる。ただし平常時のエビデンスが必ずしも適応できるとは限らず、注意が必要である。

▶ 急性期

- ✓ 治療対象は特定の症候群や障害ではなく、特定の症状である。多くみられる症状は頻度の高い順に記述すると以下である

不眠

不安

パニック発作

激越

うつ状態の再発

既存の精神疾患の悪化

薬物乱用ならびに依存の再発

症状の改善を目指し、薬物は通常短期間で迅速かつ柔軟に処方する。急性期の環境における処方数は数日分の薬の処方にとどまるべきである

災害時環境においては災害時の薬物療法については研究結果が稀である。そして、災害がどの位の割合で精神疾患発症に関与しているのかは明らかでない(Katz et al. 2002, Kessler et al. 2005)。精神科医は災害後の患者の精神状態の急変に用心する必要がある

- ✓ 急性期精神薬理学的介入：

不安：ベンゾジアゼピン投与は災

害直後の場では、極度の覚醒、不眠、コントロールできない不安という急性症状に対して安全、効果的で有用であるとみなせる(Bandelow et al., 2008; Mellman et al.1998)。患者は投与のリスク、利益、副作用を認識し、ならびに耐性、依存、中毒の潜在的可能性について強く警告されなければならない

睡眠：非ベンゾジアゼピン：頭部挫傷やせん妄がある時は神経学的検査が必要である。不眠に対する安全な薬は最新のガイドラインを参照のこと

不安および急性トラウマティックスに対する抗うつ薬：Ursanoらは既存の不安障害がある、大うつ病の再発リスクが高いなど、一部の患者に対してSSRIを処方する、と述べている(Ursano et al. 2004)

心的外傷後ストレス障害に関係した悪夢に対するプラゾシン：いくつかの研究が、プラゾシンは悪夢の削減と睡眠の増加の両方で効果を示している(Fraleigh et al. 2009; Taylor et al. 2008)

焦燥と極度の不安に対する抗精神病薬：急性期災害現場では極度の焦燥、精神疾患、軽躁病のある人やベンゾジアゼピンが禁忌と考えられる被災者に抗精神病薬は確保されるべきである

不安と心的外傷後ストレス障害の予防のためのプロプラノロール：プロプラノロールもガバペンチンもトラウマ的外傷発生後48時間以内に投与された場合、PTSDの症状を低減しないことが発見された(Stein et

al. 2007)。ベンゾジアゼピンが禁忌になっている被災者にとり、PTSD 予防は見込めなくともプロプラノロールがパニック症状を緩和する即効性があるとみられる(Benedek et al. 2009)

- ✓ 深刻な医学的トラウマに対する薬物治療からの心的外傷後症状：

急性期の医療現場で使用される薬、例えば静脈内注射液、エピネフリン、リドカイン、アトロピン、鎮痛剤、ニトログリセリン、モルヒネなどが甚大な精神医学的影響や自律神経への影響がある(Rundell, 2000)。同僚と密にコミュニケーションをとり、適切な病状管理のため優れたリソースを入手すべきである(Caplan et al., 2010; Wise & Rundell, 2004)

- ✓ 急性期災害現場でのせん妄：

焦燥や混乱への処置としてベンゾジアゼピンを与えると、ますますせん妄を起こす恐れがあると現場全体で教育・把握されなければならない(Breitbart et al., 1996)

10. 特殊事例

- ・ 自殺、アルコール依存、暴力、などが問題になると思うが、災害後に引きこもり、不登校（社会的逃避傾向）は増加するのか、という質問に対して、災害時にそのような人々は逆にがんばる、という印象を持つ。中長期では不登校など増加しているが、引きこもりについては正確に把握していない。失業に伴い、特に男性が引きこもってしまうケースはみられた。（例：災害により漁業を営めなくなった漁師）
- ・ 災害後、人々にとって役割分担の存在が

とても大事だと考える。役割を失ってそこからどう生活を立て直していくかが重要である。福島の方々への支援においても、働き者の女性が仕事を失うと役割喪失によって抑うつ的になったりするところを見てきた。転居を繰り返してきたことによるストレスの問題もある。繰り返しの転居に伴うストレスは重要だと考える

11. 喪失、悲嘆

- 死別、悲嘆、複雑性悲嘆の定義。「正常」の悲嘆と「異常」の悲嘆がある
- 死別反応の一部は大うつ病と類似しているため鑑別が大事である
- 複雑性、遷延性悲嘆は病的な悲嘆反応を示すいくつかの兆候があるので臨床的に注意を払う必要がある。数か月間このような状態が続く場合は精神科医の介入を実施すべきである
- 介入、対処方法：
 - 死別への早期介入に関するエビデンスは乏しい。死別に対してもっとも有効なのは、その旨について話したいと思っている生存者に共感をもって傾聴する、非公式的な介入法である
 - そして絶望感への対処として実存的な疑問に答えるのは不可能かもしれないが、自責感、恥辱感、悲哀、絶望感、混乱といった感情的反応に生存者が対処していくことに精神科医は助力する (Walsh, 2007)
- 被災者が悲劇の意味を構築または再構築するのを精神科医が助力するのも有用である(“Meaning Making”と呼ばれる技法) (Armour, 2006; Holland et al., 2006; Rajkumar et al., 2008; Walsh, 2007)

- 被災者支援において、精神科医は、①無関心、麻痺などを引き起こす回避(avoidance)や、②燃え尽き、過度の献身をもたらす過度の同一化(overidentification)などの逆転移の反応に気を付けるべきである(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lindy & Lindy, 2004)

- 悲嘆を評価しそれに対処するうえでの文化的問題：

- 自分の文化とは異なる被災者に働きかけるには、地域の文化的な意味合いを考慮することが重要。必要ならば、その地域の助言者や霊的な助言者に援助を求めることを含めて、文化の差に敏感な態度が求められる(Bonnano, 2006; Ng, 2005; Rajkumar et al., 2008)

- 外傷に伴いうる喪失体験には、突然の死別、身体や機能の一部の喪失、心理社会的喪失(経済的損失や安全性への信頼の喪失)などが含まれる
- 喪の作業とは、喪失によって生じる悲嘆を和らげ、通常の生活に適応していくために安定した心理状態を取り戻していく自然回復過程のことを指す。悲嘆の過程が中断されてしまうと、うつ病や引きこもりなどを患う危険性がある
- 喪失ステージモデルと二重過程モデルがある

1 2. 生活ストレス

- 災害、事故、事件により、日常のストレスに加重される新たな生活上のストレスを「生活ストレス」と呼ぶ
- 具体的にはメディア・スクラムや、転居による経済的問題や環境の変化などがある。避難所生活での問題が取り上げられ

ており、プライバシーの欠如、騒音、仮設トイレの不便、食事の不自由などが挙げられている。そしてそれに伴い不眠、いらだちがある

- ストレッサーとして身体的なもの、精神的なものがある。生理的にはカフェイン、休息不足、不眠、アルコール、喫煙があるか、また原発に伴うスティグマもあるかどうか今後検討が必要かもしれない

1 3. 二次被害

- 被災者・被害者は、災害や事故や事件によって直接被害を受けるだけでなく、加害者、支援者、団体、社会などから二次被害を受けることがある。それらには、(a) マスコミの一方的な取材、(b) 警察の事情聴取、(c) 専門家や支援者の不適切対応、(d) 周囲や社会の被害者への偏見や無知などが含まれる

1 4. レジリエンス

- レジリエンスの定義(Bonanno, 2005; Haglund et al., 2007; Shalev and Errena, 2008)
- 誰が脆弱で、誰が高いレジリエンスを示すかを見定めることによって、とるべきアプローチを決めるうえでの重要な情報を得られる。しかし、臨床的に応用可能なpredictorsがないため、誰がより高いレジリエンスを示すのか予測するのは難しい(Friedman et al. 2006)
- レジリエンスに関与していると考えられる生物心理社会的要因：
 - レジリエンスに関連している生物学的要因として、多くのホルモンや神経伝達物質(コルチゾール、ドーパミン、エストロゲンなど)が挙げられている(Charney, 2004; Haglund

- et al., 2007)
- ストレス免疫理論があり、対処可能なストレスに暴露されると、レジリエンスを促進する神経生物学的な特徴が創造されるのを助けるという。(Haglund et al., 2007)。ストレス免疫理論がどの程度、生物学的機序、心理学的機序に関与しているか決定しがたいがおそらくどちらとも関連しているだろう
- レジリエンスに関係している社会心理的要因：
- 社会的サポート、安定した収入、認知の柔軟性、道徳的規範、積極的対処、楽観的な態度、ユーモア、肯定的な人生観、運動、不燃不屈、自己高揚がある (Bonanno, 2004, 2007; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Southwick, et al., 2005; Haglund et al. 2007)
 - この他にも、慢性疾患が少ない、テロ攻撃に直接的な影響が少ない、さらなる人生のストレスを認めない、過去のトラウマ経験が少ないなどの要因も関与している (Bonanno et al., 2007)
- 被災者のレジリエンスを促進するために、精神科医は、レジリエンス因子についての教育を施したり、被災者が成功体験や自己制御感を獲得できるように手助けしたり、過去のストレス状況において実際に行った対処法について検討したりするべきであると提示されている (Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Shalev et al., 2008; Watson et al., 2006)
- 以下はマトリックス資料項目7：初期より—
- 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」という用語が適切である

- レジリエンスに寄与する他の因子
- ① 固さ②coping self-efficacy③トラウマからの回復④トラウマ後の成長⑤レジリエンスの生物学的構成要素がある

15. ソーシャルキャピタル

- 災害後に地域とのつながりができることもある。仮設住宅でネットワークが形成された後に復興住宅に移ることによってそのネットワークが失われることが問題となる懸念もある。東日本大震災後の6年目にしてこのようなことがストレス要因として存在する。Kawachi 先生、辻先生がソーシャルキャピタルについて研究されているが災害前のデータも少ないためか災害後のソーシャルキャピタルに関する日本での文献は少ない (Takahashi et al., 2015⁽⁵⁾) など)。今後より発信されることを期待する。また、様々な災害について、ソーシャルキャピタルの視点から論じる必要があるかもしれない

【3】トラウマ対応（マトリックス資料項目5）

1. はじめに：トラウマの定義
- ◇ 基本的にはストレスモデルと捉える。そのモデルの中に一部トラウマがある。
- 「災害 = トラウマ」ではないことは、これまでもはたらきかけてきた。国連では

「トラウマ」という言葉をなるべく使わない動きがある。トラウマ性ストレスという言葉の使い方についてのディスカッションは必要だと考える。そして **Extremely distressed** などの表現が使われている、とコメントを得た。他の参加者より、2016年 UNSDR でもトラウマに関して **Terminology** が統一されていない、スタンダードが決まっていない、エビデンスが少ないという **activity report** が提出された。よって、リサーチコラボレーションが必要である。コアメンバーと意見を交換し、日本の知見を発表する予定である

- 文献ではストレスモデルと PTSD モデルが混在している場合があり、わかりにくいことがあるので注意が必要と考える。
「災害といえば PTSD」という風潮が過去にあったが沈静化してきたように考える
- トラウマと喪失を取り込んで記載するか取り出して記載するかは今後検討する必要がある。取り出して書くのであれば、初期対応に記載するのが良いかもしれない。日頃からトラウマ・PTSD 治療をしている専門家のネットワークの構築が必要で、そして日常診療でそうした疾患を見てない医者が災害時にトラウマ対応、PTSD 治療にあたることは危険である。非専門家のためにももう少し概念形成を付け足す必要があると考える。(PTSD ガイドラインとの対照など)

2. トラウマ性ストレスへの介入

- 1つの著書 (Ritchie et al., 2006) のみ詳

細に2章を使い言及していた

- トラウマ性ストレスを理解するうえでのトラウマ理論と心理的ストレス理論の両理論の存在が、早期介入におけるストレス管理と PTSD 予防の混同を生じた。演繹的にストレス管理は PTSD の治療法でなく、純粋な PTSD 対策にはストレス管理を除いた PTSD 対策が望まれる

3. ストレス反応

- 早期介入を実施する上で、生存者が積極的な参加者であると認識したうえで、支援者は災害後のニーズ、資源、反応の相互作用について考慮しなければならない (Norris et al., 2002)。解離が繰り返し起こるような制御不能の症状は早期介入の緊急対象となるべきである
- ストレス反応について臨床的に早期介入を行うことは効果的ではなく、控えるべきであるという見解がある (Shalev et al., 2004)
- 災害後のストレス要因については主に、一次性ストレス要因 (破壊、負傷等による)、二次性ストレス要因 (移動、不確実性等による)、第三次ストレス要因 (生存者地震の反応: 抑うつ、不眠など) が挙げられる
- 生存者が同様のトラウマを体験したにもかかわらず、その状況の見立てが被災者によって異なる場合があり (認知的現実)、支援者はこの点について注意を払う必要がある (Ehlers & Steil, 1996; Lazarus & Folkman, 1984; Kaniasty & Norris, 2004; Shalev et al., 1993)
- 生存者の苦痛は時が経つにつれて徐々に回復してゆく。回復を遅らせる要因はいくつか考えられるが (二次性ストレス要因等)、臨床家は回復を妨げている要因

(サポートシステムの欠如、過度の精神的苦痛等)を見落としはならない

4. トラウマ(一部マトリックス資料項目4: 心理反応と精神疾患より)

- ▶ ストレッサーに対するトラウマ反応を「異常な反応」としてではなく、「正常な反応」として支被災者に理解してもらうこと
- ▶ 単純性トラウマ(例: 自然災害)と複雑性トラウマ(例: 虐待)では、トラウマ反応のありようが異なる
- ▶ トラウマ体験の症状は、主に(1)侵入反応(e.g., 悪夢、フラッシュバック)と(2)マヒ反応(e.g., 社会的孤立、疎外感)の二つに大別される
- ▶ トラウマ体験後、被災者/被害者は、(1)解離現象、(2)PTSD、(3)DID、(4)過覚醒などを呈する危険性がある
- ▶ 被災者の多くは(約80%)、たとえ一時的に精神状態が不安定になっても自然に回復するが、約20%にPTSD/部分PTSDが生じる。体験後半年から1年以降は自然回復はほとんど見られない
- ▶ トラウマからの自然回復の条件と要因は下記のとおりである
 - 1.自然回復を促進する条件
 - (1)現実面での支援(例: 安全の確保)
 - (2)一般的サポート(例: 情報提供、援助へのアクセシビリティの向上)
 - (3)心理的ケア(例: 心理教育)
 - 2.自然回復を阻害する要因
 - (1)現実的支援の遅れ(例: 生活再建の遅れ)
 - (2)災害弱者(例: 高齢者)
 - (3)社会機能(例: 単身者)
 - (4)その他(例: 一方的な取材や事情調査)
- ▶ 大規模トラウマの混乱の中、臨床医が高

度な治療を考えたり提供することができない場合がある。患者一人一人が提示する事例に心からの関心を示し、傾聴する技術、共感、感情の解放と共鳴を求められるが、トラウマ体験は治療者をしばしば圧倒することがある。また、トラウマの一部は臨床家の直観をその衝撃性により阻害する可能性がある

- ▶ ストレス対処の原則は治療者、支援者にも適用される。過剰な需要の下、リソースが必要とされているなか、暴露の初期段階に行われる災難を乗り切る緊急性の高い作業をこなすため、自らの情緒反応を制御することも求められる

5. PTSD(マトリックス資料項目4: 心理反応と精神疾患より)

- ▶ PTSDの症状として、解離(例: 周トラウマ期解離など)侵入症状、フラッシュバック、否定的認知、恥、罪責、怒り、世間からのスティグマ、孤立、引きこもりなどがある
- ▶ 災害に起因する心理的反応や精神的症状は、PTSDのみではなく、様々なものがある(引きこもりなど)。よって、精神保健医療関係者は、PTSDの診断だけにとらわれずに、災害時に起こりうる多彩な心理変化を考慮し、その場のニーズに応じた幅広い支援活動を行うべきである
- ▶ 被災者の安全、安心、安眠を早急に確保するために「通常の援助活動を入念に行う」こと
- ▶ トラウマ・PTSD対応におけるすべきでないこととして被災直後にトラウマ体験の詳細や、感情を聞き出すことを含めた心理的デブリーフィングがある

6. トラウマ体験後の精神医学的介入

- ▶ 身体的外傷の場合には外傷を負う経験自体が短期および長期の心理的トラウマ（急性ストレス反応、PTSD、感情障害、不安障害、身体表現性障害等）を生じる可能性がある。☆加えて、外科等の入院、手術等の医療が心理的トラウマを生じる可能性がある。したがってこうした患者の外科的医療を行う病院においてはPTSD、うつ病等の精神的問題のスクリーニングが必要である。ベッドサイド PFA の導入も考慮する☆。受傷にともなう身体的痛み、特に制御不能な痛みは PTSD に発展する可能性のある強力なストレス因子である（Schreiber & Galai-Gat, 1993）
 - ▶ 制御不能の苦痛の渦中にある患者が精神療法的介入に反応しにくいことから、痛みに対する迅速な制御がトラウマ体験のある患者には必須であり、鎮痛薬の投与を確実に用いる対応が求められる
 - 医療行為・行動によるトラウマについても考慮すべきか今後検討が必要と思われる
 - ▶ 『災害精神医学』16章では短期治療により強いエビデンスがあることを鑑み、薬物減量のタイミングは予想される PTSD の経過とあらゆる依存疾患により部分的に決定が可能である（表 16-1, 359）。全体的に PTSD 研究において、PTSD はトラウマ性出来事の直後に始まり、慢性化しがちであり、発症が遅れるようには見受けないと示唆されている。また、PTSD の診断基準におけるグループ C（「外傷と関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺」）が、いくつかの症状は含むが全基準を満たすことはない正常な反応とは区別されるものとして、
 - ▶ PTSD すべての基準を満たすかどうかの識別子として重要であると示唆される。この North ら(1999)の研究は PTSD のスクリーニング、診断、治療は被災者への対応のなかで最重要であるべきことを示唆した。加えて、災害後の PTSD との併存疾患も典型的かつ重要であり、発症頻度が高い順に大うつ病、パーソナリティ障害、パニック・全般性不安障害、アルコール乱用・依存が列挙される（North, 1999）が、とくにうつ病の罹患率は PTSD の罹患率と類似しており（Breslau et al. 2000）、PTSD とうつ症状を並行してモニターする必要が強調されている（Green et al. 1990）。PTSD は伝統的に心理療法で治療されるが、薬物治療の有効性を支持するエビデンスがあり、とくに SSRI が最も有益であるとされるが（Stein et al., 2006; Stoddard, 2000）、さらなるエビデンスの構築が必須である
 - ▶ 精神療法で重要なのは二次性の不安の鎮痛である。持続エクスポージャーセラピー（prolonged exposure therapy）は PTSD に特化した治療法であり、米国学術会議報告書にその効果が薬物療法を含めたすべての治療法のなかで最も効果があると認識されている
 - Bryant ら(2008・新文献⁽¹⁾)は急性ストレス障害に PE（持続エクスポージャー療法）が効果的としているが、その効果は災害急性期に示されていない
 - 現時点でトラウマ体験に焦点をあてたエビデンスにサポートされた災害時の早期介入はない（対処療法的なことはできるが）
 - 一つの解決案として、ベッドサイド PFA の導入を提案したい
- ☆ 以前は心理的デブリーフィングが行われ

- ていたが、PTSD 予防の有効性がないことが証明され、現在は推奨されていない
- 日常臨床の現場では専門的な治療が困難な場合、より広く患者の生活に目を向けることが必須である。また、SSRI も不眠・動悸を鎮静することで有効である
 - 現場では薬物療法についての質問を頻繁に受ける。アドレナジックな薬がいいのか、SSRI がいいのか、現場としては切実で真っ先に使える薬物が現場では必要と考える。急性期の生物学的な側面も大事な事項で、往々にして public health, social 系の先生方が執筆するとこのような傾向になる。加えて、バイオマーカー、眠薬、抗うつ薬などの practical use について内・外科医にわかりやすい指標が必要である。また、抗うつ薬や睡眠薬の使用については地域の開業医に頻繁に質問を受ける。これだけのレビューであれば、参照する医師も多いと考える
 - ◇ ト라우マ体験の後で急性期に一律に行う PTSD の予防介入で効果が証明されたものはない。(心理療法 投薬を含める。) 心理教育もかえって精神状態を悪化させる場合があるので注意が必要である。PTSD の2次予防にオメガ3が提唱されている(Matsuoka K et al., 2016)⁽²⁾が、これらの知見の確固たるエビデンスはない
 - 内科・外科患者である被災者に対し、患者、その家族、患者の医療チームと連携し、リエゾンとして精神科医が支援を行う必要がある(精神科リエゾン・コンサルテーション: PCLS Psychiatry Liaison Consultation Service)
 - このコンセプトを基に迅速な介入を実現するため、Walter Reed メディカルセンター(米国ワシントン D.C.)では「予防医学的精神医学」(Preventative Medical Psychiatry: PMP)が設立された(Wain et al., 2005)
 - また、精神医学的ストレス障害の予防介入(Therapeutic Intervention for the Prevention of Psychiatric Stress Disorders: TIPPS)(Wain et al., 2005)は、トラウマ体験をかかえる被害者のニーズに取り組み、必要な支援を提供する。これには支援にあたる医療スタッフの支援も含まれている
 - 精神患者に対するスティグマ軽減のためには、従来の精神医学的診察法ではなく、トラウマ医療チームとして患者を診察する、精神科医に対する疑念や思い込みの修正、患者とのレポート構築、患者の中には精神的症状よりも身体的苦痛を訴える者もいるということ認識することが不可欠である(Wain et al., 2005; Wain et al., 2002)
7. ト라우マ後成長
- ト라우マ後成長については日米両著書ともその重要性を説いている
 - 富永と小澤(2010)が青少年へのトラウマ心理療法の使用とその効果については、実施された国の文化・宗教を考慮すべきと自身の海外での経験をもとに提言している
8. 支援者
- 支援者は被災者、他の人々のトラウマに常に暴露されるが、自身の苦痛な場面を回避するなど、自分を保護する行動ができない。支援者の保護も考慮されるべきかどうか今後検討が必要と思われる

- 防衛医科大学の先生が提唱している、遺体と関わる支援者のケアの項目が必要だと思う。ベッドサイド PFA を行うのはどうか。そして医療行為が与えてしまうトラウマもある。例えばトリアージタグや措置入院の現場を目にしてしまったり、避難所で精神病患者が連れて行かれるのを目撃してしまったりすることで、周囲の人々にトラウマが生じることもある。精神保健医療支援者が「白衣を着た悪魔」などと呼ばれることもある。支援者のケアは非常に重要な項目だと考える。頭ではわかっているが、実際はどうなっているのか、どう対処しているかが明確でない。また PTSD については経験がない人が多いが、PTSD に該当する人が一定数存在することを前提にしていることが大事だと考える。ベッドサイド PFA も必要である。そして「こうやるとうまくいく」、という好事例を含むのが良いかと考える。他のエキスパートからは、トラウマ対応は初期対応と重複する部分が多い。支援者のケアにおいて大事なものは、チームの構成だと考える。支援者支援の体制が施設にあることが非常に大事である

9. 今後の展望

- 当該ガイドラインは、今の段階では専門家が参照できるレビュー (Cochrane Review のような) を想定して作成している。最終的に一般の人に読みやすいように作成するよう目指している。今後はマニュアル作成を試みる。アーカイブスと

してこういうものがあると、とりあえず見てみたいという人が使える可能性がある。また既存の災害医療についても意見が分かれるので、並列・対立する意見なども引き出せるようにしておく方が良いと考える。(情報の引き出しやすさ>内容のわかりやすさ)

【4】アセスメント (マトリックス資料項目 6)

1. はじめに：災害時に行われるさまざまなアセスメントとその必要性

- アセスメントには、①コミュニティ、②個人、③支援システム・プログラム (モニタリング) の3つのレベルがある
- 災害アセスメントは2つに大別できる：①公的情報によるアセスメント、②地域の人々がどう災害を体験しているかのアセスメント (体験の仕方に関するアセスメント)。よって、これらを区別することが大切である
- 災害時に効果的な支援を可能とするために
 - 精神保健医療をはじめとするさまざまなセクターがそれぞれ所管する事項についての迅速な情報収集・情報の把握 (アセスメント) が不可欠である
 - しかし、災害発生後より急性期においては情報収集が困難であり、収集した情報の信憑性を確認する十分な手立てに欠く状況に遭遇することがしばしばある
 - 「何を知るべきか」を平常時に指針化しておくことが効率的な情報収集の助けとなる
- 災害時の精神保健・心理社会的ニーズに関するガイドライン

- 様々な国内外のガイドラインが存在する(IASC、WHO、DPO: Disaster Psychiatry Outreach、災害時精神保健医療活動ガイドライン)
 - ✧ 主にコミュニティを対象とする災害時ニーズ・アセスメントとして記載されている IASC ガイドラインの内容は、いささか理想論に傾倒しており、現場での使用には具体的な“how to”を提示すべきである。しかしながら、IASC ガイドラインに提唱される災害時の被災者の人権の保護・尊重は重要である
- 災害下で行うべきアセスメント（パブリックヘルスのアプローチによる）
 - ①初期アセスメント、②全体アセスメント、③課題別アセスメント、④定期的アセスメント/モニタリング、⑤復旧・再建のためのアセスメントがある
 - 現場のニーズは刻々と変化するため、災害後の経過時間に応じて幾度も行う必要がある
- アセスメント実施の目標
 - 潜在的な支援のリソースと目指すべき体制の実現を目標にアセスメントを実施すると最大限に有用な情報を得ることができる
- アセスメントで得た情報の集約の重要性
 - 収集したデータは被災者支援に役立てられるよう災害対策本部に集約し、救援団体や関係機関が参照できるよう共有・公開する
- 2. 迅速アセスメント（初期アセスメント）
 - 初期アセスメントとしての「迅速アセスメント」
 - 災害発生後に行われる初期アセスメントは「迅速アセスメント」(Rapid Assessment)と呼ばれることが多い。いつ迅速アセスメントが行われるべきかは、現行の文献・ガイドラインによって異なる
 - ✧ 発災後 12 時間から 24 時間以内に完了(國井)
 - ✧ 発災後 1~2 週間以内に完了 (IASC)
 - 定義
 - 投入できるリソース（時間、手段、要員など）が制約され、通常の調査・分析を行うことが不可能な状況下で必要な情報を優先的かつ実的手法により効果的に収集・分析するプロセスである
 - 迅速アセスメント実施にあたる留意点
 - 可能な限り適切な関係者（政府、支援機関、コミュニティ、被災者等）と連携すべきである
 - 収集する情報
 - 災害の規模、二次被害の可能性、被災地域の人口統計・背景情報、被災地住民の特徴、コミュニティの詳細な被災状況、社会基盤損傷の度合い、被災前のコミュニティについての背景情報、精神保健・心理社会的問題、地元既存する心理社会的ウェルビーイング・精神保健に関する資源、地元の支援団体の対応能力と活動、プログラム化のニーズと機会
 - ニーズ・アセスメント実施上考慮すべきこと
 - ①被災者支援の活動時期、②精神保健活動の範囲、③内容ならびに方法--何をどうアセスメントするか、④支援活動の予算的問題、⑤目的：災害支援自体の必要性の判断、⑥対象地

域の利害関係者、政府、コミュニティ、他の支援機関の協力のもとでの実施、⑦複数支援組織のニーズ・アセスメント結果の一統括機関への集約、⑧ニーズや受け入れのない介入の強制の回避、⑨限られた、乏しいリソースの有効活用、が挙げられている

3. モニタリング・プログラム評価システム

● 実施目的と定義

- 支援活動の質の向上のためのモニタリングと評価が不可欠である
- モニタリング：プロセスが計画通りに進んでいるかを評価
- プログラム評価（累積評価とも言われる）：プログラムとそのプロセスの効果とそれに関連する問題を特定する

● 支援活動の質の向上をはかるために

- ①プロセス（危機介入の実施に対する評価。サービスおよびプログラムの質、量、範囲、サービス利用に関する評価を指す）、②満足度、③アウトカム（成果評価。設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度）を指標とする
- これらの指標を SMART (Specific, measurable, relevant, time-bound: 具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き) の基準に沿って策定する
- 可能な限り適切な関係者（政府、NGO、コミュニティ、宗教団体、被災者等）がモニタリング、評価過程に参加し、協働的作業を行う

● 被災者の人権保護

- モニタリング・評価を行う際に被災者らに面接を行う際は、面接参加者のプライバシー、秘密、最善の利益

が尊重されなければならない

- プログラム評価の基準にはその有用性だけでなく、実行可能性、倫理（人権、プライバシー、秘密、最善の利益の尊重）、正確さも含まれる

● 災害後の評価に関する諸問題

- 評価結果は地域の社会的文脈に影響を受けるが、その社会的文脈も時間と共に変転する。例えば、復興期段階になるとコミュニティ・サービスが打ち切れ、生存者の間に幻滅感が生じる場合もある
- アウトリーチ・プログラムによって、災害発生依然に存在していたにも関わらず見過ごされたままであった問題が特定されることがある
- 評価の必要性が十分認識されていないために、有効な評価実施が遅れる場合がある

● 評価文化の定着を促進のために

- ①評価に対する事前の政治的支援を構築させること、②すぐに使えるデータを収集したライブラリーとデータ管理と報告ツールを作成すること、③技術支援者の中核グループを確立すること、④成果測定におけるプライバシー保護について真剣に議論すること、⑤評価に必要な資金を災害メンタルヘルス支援の中に含むこと、が必要である

◇ プログラム評価（モニタリング）は日本では殆ど行われていないことから、普及の必要性がある

4. 臨床スクリーニングと心理アセスメント（個人を対象とする）

- 個人を対象とするアセスメントには症状レベルのスクリーニングとリスクニーズ（現場での必要なサービスのニーズ）の

トリアージがある

- 主目的
 - 個人を対象とした臨床的アセスメントの主目的はトラウマによる心の後遺症の査定である。従って、トラウマ体験の内容、背景要因（サポート資源の欠如）の把握が不可欠である
- 被災者のトラウマ体験の開示について
 - 開示することが「回復を促進する」、「さらに心を傷つける」という相反する見解があるが、どちらが正しいわけではなく、体験からの経過時期、開示の程度や環境、本人の開示への準備性などが影響する
- 症状レベルのスクリーニングについて
 - 単なる被災者の調査目的であってはならない
 - 一般住民に対するスクリーニングについては不適切との意見がある
- 災害時における研究目的の調査について
 - 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
 - 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
 - Surveillance と epidemiology research を区別する必要がある。サーベイランスを間違えると倫理問題に発展する可能性があるので十分な配慮が必要である
- 医学的スクリーニング（質問紙や面接を用いる）
 - 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ことが勧められている
 - 精神健康問題が継続する人について、

精神保健専門家が専門的アセスメントを実施する。そして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

- 平常時に病院に来る人は疾患をもっている確率が高いが、一般住民の間ではその率が低いので、病院で妥当性が検証された尺度を一般住民に使うと偽陽性が多くなる。加えて、災害時の住民において妥当性が検証されている尺度は非常に少ない。このことから、病院で使われる尺度を被災者に使用することは適切でない。また、病院で使用される同様のカットオフ値によって被災者のスクリーニングを行うことは推奨されない

- 緊急災害時の包括的なアセスメント
 - 状況的に難しいが、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
 - 災害に備えて一般援助者がすべきこととして「見守り必要性チェックリスト」の使用方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。また実際に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がある
- 児童を対象とした PTSD の査定に使われる尺度
 - UCLA/PTSD インデックス DSM-IV 版 (UPID)、自記式質問紙法として

PTSS-10 (トラウマ症状尺度)、IES (出来事インパクト尺度)、IES-R (改訂出来事インパクト尺度)、PDS (トラウマストレス診断尺度、構造化診断面接法として SCID (DSM-IV のための構造化臨床面接)、M.I.N.I. (精神疾患簡易構造化面接法)、CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) が列挙されている

5. メンタルヘルス早期介入研究における留意点 (マトリックス資料項目 7 : 初期を参照のこと)

6. 災害時アセスメントの課題

- 「スクリーニング」と「アセスメント」が災害時精神医療では混在している印象を受ける。
 - 解決策 : ①疾患ベース、精神保健ベースで分けるのが適切である、地域と個人のアセスメントの混在を避け、違いを明確にする
 - しかしながら、精神領域に関してはスティグマもあるため、疾患を見つけに行くという姿勢で使わない配慮が必要。よって、あまり医学化に傾倒せずに、一般の人には難解な部分や態度の違いの部分については注釈をつけることも可能
- 大規模な全体アセスメントは行政が行うが、東日本大震災のように大規模な被害があった場合、行政システムが破綻している折に地域のサポート、アシストが必要。行政の情報収集だけは追い付かない。平常時から資格のある地域の精神科医をはじめとする臨床・専門家がそのサポートができるように体制を作ることも必要である
- メンタルヘルスのチェック項目を含む共通評価項目は必要である。実際に現場レ

ベルでどのように使っていくのか考える必要がある

- 評価項目 (J-SPEED レポートフォームでは項目 20 と 21) は実験的に熊本地震で用いられて、自殺リスクを評価し DMAT より DPAT に引き継がれて介入が行われた例があったと報告されている
- アセスメントの目的が何であるかが末端の人間に伝わっていることが必要。診断なのか、現状把握なのか伝わっていることが必須である

7. 日本での災害時アセスメントの現況

- 日本で標準化された災害診療記録として J-SPEED (日本版災害時診療概況報告システム) が挙げられる。フィリピン国保健省と WHO が共同開発した SPEED (Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters) という報告手法をモデルに開発され、東日本大震災を契機に設置された「災害時の診療録の在り方に関する合同委員会」(日本医師会・日本集団災害医学会、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本救急医学会、国際協力機構 (JICA) の 6 団体が構成) が提唱する標準手法である
 - 精神保健に関する「メンタル」項目は 2 つあり、項目 20 (災害ストレス関連諸症状 : 不眠、頭痛、めまい、食欲不振、胃痛、便秘等)、項目 21 (緊急のメンタル・ケアニーズ : 自殺企図、問題行動、不穏)
- 災害時保健医療活動支援システムとして、国立保健医療科学院は健康危機管理支援ライブラリーシステム (H-CRISIS) の機能の一つである、災害時保健医療活動支援機能 (H-CRISIS Assistant) を運用、提供している。支援機能は日本地図を通じて

提供されており、「H-CRISIS Assistant 地図スタート」から参照可能

- 災害時精神保健医療情報支援システム (Disaster Mental Health Information Support System: DMHISS) は災害発生時、被災者に対する精神科医療、精神保健活動の支援を行うため、関係機関が迅速に情報を共有することを可能とするインターネットをベースとしたシステムである。専用回線や特別な端末がなくともインターネットに接続可能であれば、情報の閲覧や記録が可能である。東日本大震災後、災害時の精神保健活動の円滑な推進を目的とし、厚生労働省の委託によって国立精神・神経医療研究センターが開発し、同センター内に設置された災害時こころの情報支援センターが、2013年(平成25)2月より2018年(平成30)3月まで運用した
 - 具体的には、大規模な災害や事故が発生した場合、被災地域の自治体、災害派遣精神医療チーム(DPAT)を派遣する都道府県、災害時こころの情報支援センター、厚生労働省などの関係機関が、精神医療や精神保健活動の必要な地域情報や被災者のニーズなどを共有し、医療チーム派遣の判断や医療活動の後方支援のために使用する。熊本地震で初めて災害時でのリアルタイムの使用が実施されたが、東日本大震災の被災三県でのこころのケアセンターの活動を集約するシステムとしても活用された。
- 迅速ニーズアセスメント(國井, 2012)の一環としての複数のチェックリストに「避難所リスト」(p. 65)、「避難所初期調査票」(p. 66)、「市町保健担当課・保健センター・保健所 要望調査(災害保健医

療支援室)」(p. 67)、「避難所夏季対策要望調査①」(p. 68)、「避難所夏季対策要望調査②」(p. 69)「医療救護活動サーベイランス(避難所)」(p. 70)、「受信記録」(p. 71)がある

- 災害時精神保健医療活動の経験と柔軟に対処できる判断力・経験を備えた人が情報の集約された場にいることが重要である

【5】初期(マトリックス資料項目7)

1. はじめに：初期の定義

- 初期の定義は統一されていない。直後期を「発災後数時間から数日間」、急性期を「発災から数日から数か月程度」「数日から数週間以内」、初期を「災害後1か月まで」としているものがあつた

2. Psychological First Aid：心理的応急処置(以下PFA)

- 今回用いた文献の2つの資料は初期の項目でPFAに関する記載があつた。「直後期の対応=ファーストコンタクト」、「基本的こころえ」、「基本的心構え」としてPFAの内容を記していた
- 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い。「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)。また、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>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)
- 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)。しかし、心理的デブリーフィング(CISD 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)
- PFA の学び方は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ことを勧めていた
 - PFA を必要としている人は誰なのか？をどんな生存者が恩恵を受けるのか？とすると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
 - PFA を求めている人で indication をつける必要があるかどうか、今後検討が必要と思われる
 - PFA の目的の 1. 安全の確立、2. 極度の急性ストレス反応を軽減する、3. 復興資源へ生存者を繋ぐ、がある。2. 極度の急性ストレス反応を軽減する方法としてアプローチが 2 つある。まず一つ目が災害に関係した特定のストレス要因について言及している介入方法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。そして二つ目に過覚醒を軽減させるための介入方法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
 - 「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。また、子どもと青少年、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
 - 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)
 - 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は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
 - 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
 - PFA は被災者が支援者と出会ってからの対応が記載されているが、どういう被災者を選択 (トリアージ) し、アプローチするかの記載やまたどういった支援者をその支援に振り分けるかの記載は認められなかった
 - WHO 版 PFA では重い人は専門機関に紹介する
 - PFA 以前は Stress Inoculation Training: SIT が最もよく使用されていた
3. アセスメント
- マトリックス資料項目 6 : アセスメント参照のこと
4. 体制
- 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)
 - 準備と予防における必要事項として、①強靱になること②軍③セルフヘルプ・プログラム④訓練プログラムを通じて強さを構築する⑤技能訓練などが挙げられていた

- 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②地域社会におけるレジリエンス・プログラムについて記述されていた
 - 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
 - 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
 - 早い段階からのその後の地域支援を話し合うことが勧められるかどうか今後検討が必要と思われる
 - 安全確保、メディアとの連携および情報提供、生存者とのラポール構築は、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）
 - 包括的アプローチ：

精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域の最低必須対応として以下を挙げている。①連携・調整、②アセスメント・モニタリング・評価、③保健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情報発信、⑨食料安全及び栄養、⑩避難所及び仮設配置計画、⑪水及び衛生を含んでいた。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と述べていた。「総合的支援体制」として表現しているものもあった
- 連携：
 - ✓ 急性期医療専門家と連携し精神問題への対応とほかの急性医療関係者、保健師、行政職員などの相談への対応と助言、特に子供に関しては児童精神科医と親のケアを含む連携の必要性を述べていた。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
 - ✓ 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
 - ✓ 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かもしれない
 - ✓ 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
- ・ (DMAT と JMAT) DMAT は初期の数日しか活動介入しない。現在は DMAT 隊員

のうち恐らくその中で救急医は半分以下もいないと考える。JTTCR (Japan Trauma Care and Research: 日本外傷診療研究機構) という外傷の見方などの訓練を受けるよう勧めてはいるが、現状では救急医ではない医師が無理やりDMATとして対応している背景がある。逆にそれは強みではないかと考える。各員それぞれの分野を生かしたDMATチームも良いと考える。それを売りにしてゆこう、という動きがある

- ・ (周産期) 以前DMATでは、周産期に特化した班を組もうという動きがあった

➤ 情報:

- ✓ 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
- ✓ 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
- ✓ 「心の相談」ホットライン: ホットラインがあることで被災地住民の不安を軽減する。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
- ✓ 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。しかし、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
- ✓ 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、通信経路が悪用される可能性

がある

- ✓ 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いうえで、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
- ✓ 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。また相談窓口、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

- 情報提供として文書、ウェブ、ホットラインがある。この提供される情報の中に①現実情報(災害規模など)②被災者のサブグループごとに対応行動や心理教育③self-monitoringなど。またホットラインの場所も含まれる。ISACp.164に「すべきこと、すべきでないこと」の表あり(マトリックス資料項目7:初期 表1参照のこと)

➤ 専門家の役割:

- ✓ 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

🌈 ステークホルダーとの関係構築や交渉もある

- ✓ 初期対応として精神科医は現地で活動している保健師などのバックアップやスーパーバイザーとしての役割を述べていた。また、精神科医の役割として交渉役も記している
- ✓ 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
- ✓ 「異常な事態における通常の反応」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
- ✓ 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ー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ールがよく整備されていること
- ✓ 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、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

- ✓ 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
 - ✓ DPAT に関しては同事務所の最新の資料を参照のこと
 - 外部からの支援者向けに記載されておりその地域で働く支援を受け入れる側であり、また被災者でもある支援者向けには記述されていなかった。たとえば外部からの支援者をどう振り分けるのか、などの記載は認めなかった
 - 初期の活動に関する科学的根拠が少なかった
5. 早期介入モデル（心理社会的介入を含む）
（マトリックス資料項目3：システム・原理より）
- 大規模な危機的状況に適応される5つの早期介入モデルには、①戦闘精神医学、②災害時精神保健医療対応、③危機度の高い職種に従事する人々への支援、④レイプ被害者に対する危機カウンセリングモデル、⑤認知行動モデル、が列挙される（米国文献）
 - 災害時精神保健医療の早期介入法には実際的な援助、心理的応急処置、危機カウンセリングが存在するが(Young et al., 1998)、それらが精神保健医療問題の予防になるか否かは未だ不明瞭である

- 上記 5 つの早期介入モデルの共通点
 - ①「ほとんどの人々は回復する」(Norris et al, 2002; North et al, 1999; Rothbaum et al., 1992)
 - ②「トラウマ後早期に介入(intervene)することが重要」(Bisson, 2003; Pitman, 1989; Shalev, 2003; Campfield & Hills, 2001)
 - ③「急性のストレス反応をノーマライズすることが重要」(Bryant, 2003; Ehlers & Clark, 2000; Steil & Ehlers, 2000; Taylor et al, 1992)
 - ④「ほとんどの生存者に対しては、簡潔な対応(service)が適切」(Bisson, 2003)
 - ④「生存者の適応的コーピングに焦点を当てることが重要」(Bryant et al., 1999)
 - ⑤「社会的支援を提供することが重要」(Bolton et al., 2002; Norris et al., 2002; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner et al., 1999)
 - ⑥「生存者に向けて積極的なアウトリーチをかけることが重要」(Bascarino et al., 2002; Hoven et al., 2002; Weisaeth, 2001)
 - ⑦「ハイリスク者を同定することは肝要である」(Bowler, 2001; Brewin et al., 2000; Bryant, 2003; Ursano, et al., 2003)
- トラウマ的ストレス反応からの自然回復と早期介入支援についての重要な論点
 - 早期介入の目的は、被災者の自然回復力を強化することにある(Shalev & Ursano, 2003)、援助を必要としている人々を同定し、介入することではない
 - 早期介入支援が被災者の自然回復を促進するという知見があるが、ある種の介入法(デブリーフィングなど)がそのプロセスを妨げるという研究結果も存在する(Bisson, 2003)
- 早期介入の適切な目的
 - トラウマ体験に関する内的、外的な刺激への治療的暴露を増加させること
 - トラウマに関するネガティブな思考を修正すること(Bryant, 2002)
 - コーピング能力を改善すること(Gentilello et al., 1999)
 - 社会的支援を強化すること(Bolton et al., 2003; Cordova, 2003)
- 行動の変化を促す最善の方法とは
 - 多くの早期介入には被災者の回復に必要な「簡潔な教育」が取り込まれているが、精神保健医療サービスについての情報提供や災害時にみられる不適切な行動の変化(アルコール摂取など)の予防などに効果があり、メディア、パンフレット、非公式な会話を通じて行うことが可能である
 - ◇ 情報提供は心理社会支援の一つに数えられる
 - ◇ 心理教育の効果を裏付けるエビデンスは少ないことから、災害時の心理教育の導入には不安感情を煽らないようにするなど、十分配慮すべきである
- より複雑な介入の必要性
 - 簡潔な教育は複雑なケース(社会支援を求める等)や PTSD 予防の軽減にはあまり効果がないというエビデンスがあり(Bryant et al., 1999; Ehlers et al., 2003)、それ以上のより複雑な早期介入が必要である(Brisson et al., 2000)
 - 大規模暴力、災害、その他のトラウマ被害者の早期介入サービスについて、精神保健専門家と関連支援組織は経験

的、理論的、研究的知識の統合を行い、その方法を模索する必要がある

- ▶ 早期介入の多くが個人の内面のプロセスと行動に焦点をあてているが、個人をとりまく社会的環境にも着目し、社会支援のための様々なプロセスを対象とする（例：家族支援を構築するなど必要な社会支援ネットワークをつくる）
明確な介入が成されるべきである
- ◇ どのような被災者にどのような援助をするかということが明確でない。被災者のタイプと援助のタイプを組み合わせる、新たな項目が必要ではないかどうか今後検討が必要と思われる
- ◇ 介入だけでなく、受援など地域回復のプロセスに関する項目も必要である

6. メンタルヘルス早期介入研究における留意点

（マトリックス資料項目 6: アセスメントより）

- ▶ 介入方法の一つとして CBT の有効性が認められており、普及がのぞまれる
- CBT が流行っているが、災害後初期に CBT の介入を行うべきかどうかは、その研究を実際に行うことが難しいためにまだわかっていない
- ▶ 被災者支援従事者と協力し、より大規模かつ多様な人々を対象とし、適切な対照群をもつ綿密に計画された臨床試験に基づき評価結果が必要である
- ▶ 災害下で臨床研究を実施すると方法論的不備を伴うため、早期介入の研究者は災害の影響下にあるコミュニティに持ち込むに適切な研究を事前にデザインし、調査のための資金を得なければならない
- ▶ 早期介入研究における障碍として主に記

されているのは、①被災者・被害者を研究参加者として取り入れ、対照群に割り当てることに対する懸念、②研究者、臨床家、政策担当者の間における比較対象臨床試験の重要性に対する認識の違い、③トラウマ体験後間もない生存者から研究参加への同意を得ることに関する倫理的問題（Christianson, 1992; Eysenck & Calvo, 1992）である

- ▶ 早期介入研究が倫理的に適切であるためには、その研究で使用される各介入法それぞれの相対的利点が真に不確かでない（臨床的平衡）が、被災者・被害者に対して科学的により有効性が認められた早期介入法は現存しないため、この原則は該当しない（Freedman, 1987; Gray, Litz, & Olson, 2004; Young, Annable, & Stat, 2002）
- ▶ 早期のトラウマ介入についてのエビデンス不足に鑑み、倫理的問題はおそらく RCT を行う事ではなく、行わない事であろう。トラウマ被害者のための有望な新介入法を試すため、RCTs を利用し、プラセボ非特異的要因の対照群を用いることに問題はない、と主張されている
- （処方）精神疾患に関しては、薬が無くなって何日間再発しないものなのか、そしててんかんについては個人差があるかどうかという疑問がある。調剤薬局は緊急時対応をする（情報提供を含む）。以前、DPAT は全ての薬を持参していたが、現在はそうではない。それしかなければ、ある中でやるしかない。てんかんの薬に関しては、状況は深刻になる。離脱症なども心配である。調剤薬局の対応に関して情報を持っていない人には情報提供が必要である。DPAT は薬のリストを作成することを行っている

- (診察や介入のセッティング) 精神医療的介入はこっそりと行われているもの、というイメージだが、皆の前で暴露される場合も多々ある。治療のセッティングについては書かれていない。この記載については、診察や介入のセッティングについての記載は必要だと思う。ユニセフの「子どもにやさしい空間」に、子どもに適切な空間設定についての記載があった

7. PTSD に対する早期介入

(マトリックス資料項目 8 : 中長期より)

- PTSD の主な早期介入法には認知行動療法 (CBT)、持続エクスポージャー (Prolonged exposure therapy:PE)、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) がある
 - 災害時の被災者への CBT の適用は、① 大人数の被災者に対応できる人材確保が可能である機関が存在しない、② 数多くの急性期ストレス要因を抱える被災者が CBT のような集中的療法に専念できない、という理由から実際のところ困難である (解決策としては、支持的対応により患者の準備をはかり、その後トラウマに焦点をあてた認知行動的介入へ移行する)
 - ☆ トラウマ体験後の早期の CBT でエビデンスがあるものに、ASD に対してブライアントが行った Prolonged Exposure : エクスポージャー療法 (以下 PE) がある⁽¹⁾。また急性 PTSD を有する生存者への早期介入 (PE, CBT, SSR) した 3 年後の効果は、有病率を低下させることはなかった⁽²⁾
 - 慢性化した PTSD に持続エクスポージ

ャー療法は有効であるという多くのエビデンスがある (Bryant & Friedman, 2001)。暴露療法では想像エクスポージャーと現実 (in vivo) エクスポージャーが実施され、トラウマ体験にまつわる恐怖を呼び起こす刺激に段階的に暴露させ、患者が自身の感じる苦痛の軽減を体験し、そのプロセスを習得することを目的としている

- トラウマ暴露後最初の一か月間に EMDR の効果を示すエビデンスはないことから、トラウマ暴露後一か月の間の EMDR 使用は勧められない

- 課題：治療介入による効果と自然寛解による効果の区別が困難である (Brewin, 2001)

- PTSD 発症のハイリスクを抱えるトラウマ生存者のみに二次予防介入を提供する方法が近年採用されている
- PTSD についての記述が古く、更新・洗練される必要がある

8. 災害弱者

- 災害弱者について「見守りを要する者」、「災害時要支援者」「特別な人口集団」と記載があった。具体的には災害弱者として高齢者、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、外国人を記述していた
- 災害弱者が“情報弱者”として取り残されないようにする
- 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
- 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

- ▶ 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。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
- ▶ 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。親の安定化が困難な家庭もあり、専門の見極め、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、介入につながる好機とし、保健活動の経験・アセスメントをいかすべきである
- ▶ 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
- ▶ 【米国での例】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段階からなる援助が低～高リスク者に提供される

- “外国人”よりも“日本語を母国語としない人”のほうが的確ではないかどうか今後検討が必要と思われる
- 福祉に関してもほとんど記載がなかった。そもそもそのようなシステムがない前提で書かれているからかもしれないと考える。「災害弱者」という表現は使わず、PFAでは「特別な配慮が必要な人」という表現でありこちらのほうが適切だと考える。妊産婦や知的障害者など、それぞれに対してどのような配慮の必要性の記述があると良いと考える。「特別な配慮が必要な人」には精神疾患をもともと持っている人も含む。精神疾患のある方は避難所にも行くことができないので、そのような集団に関しても記述があると良いと考える。特別な配慮を必要とする人の家族も脆弱であるので、家族を含めて配慮が必要だと考える

9. 多文化

- ▶ 「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
- ▶ 対策として、「PFA 実施の手続き」には、他国で支援活動をする援助者に対しての注意書きが全体的に記載されていた。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
- 災害に対する反応の違いが地域住民との軋轢の原因となりうるかどうか今後検討

が必要と思われる

- 出身国の大使館・領事館で情報が得られることになっているが、今後検討が必要だと思う。外国籍でも日本語を話せる人は多いため、「外国人」ではなく「日本語を母国語としない人」の方が適切だと考える

10. 教育現場

- 最低必須対応のなかで「安全で支持的な教育へのアクセスを強める」、また学童のこころのケアについて「スクールカウンセラーを含む学校現場や児童相談所などケア担当機関との連携することが求められる。」と既存の施設との連携の重要性を述べていた
- 緊急支援チーム（CRT）として専門家を学校に派遣するチームの説明が示されていた。（日本心理臨床学会、2010）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
- ボランティア、保育士、教員らは専門的な助言を必要としているので、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
- 日ごろからの教育機関との連携が推奨される

11. 人権

- 人権に関するチャプターがあってもよいかと考える。強制的な介入の際の配慮、IC、

情報提供などが必要となる。現在のところ日本では発達障害や法的な分野での言及にとどまっているが、WHOのhumanitarian intervention guideにも類似するものが含まれていたと考える

【6】中長期（マトリックス資料項目8）

1. はじめに：「中長期」の定義

- 「中間期」をトラウマ暴露後より最初の1か月以内（米国文献）
- 「中長期」を災害発生後1か月以降（日本文献）
 - 文献によって災害時期の定義と区別に違いがある（マトリックス資料項目8：中長期 表1を参照のこと）
- 災害後1か月後の介入は地域の事情によって異なると考えるべきである
 - 現場の心的変化を軸として、避難、仮設、復興住宅とフェーズ区分することが重要である。また、インフラ復興（例：プレハブ、みなし住宅等）、支援の提供体制も考慮する必要がある
 - 時期での区切り、適切なファクターでの区切りの両方を考慮すべき（例：薬剤の処方が徐々に減ってゆく時期、こころのケアセンターの設立時期、受援の視点からみた時間軸、被災者間の格差が表れる時期）
 - 災害発生後の介入時期は国際的同意がとれていないことから、日本での現場の状況に応じた定義づけは適切である

2. 中間期の介入

【中間期をトラウマ暴露後より最初の一か月以内と定義】

- 心理的反応の経過
 - 一般的にトラウマ暴露後より最初の

一か月はかなりの苦痛を伴うが、数週間から数か月後には暴露された人々の大部分が顕著に改善する (Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002)

◇ 日本では急性期が約1か月間、中長期は1か月以上であることから、「中間期」と書いてあるが、日本でいうところの「急性期」ではないか

- 治療対象

- トラウマに暴露された人々の中より PTSD ならびに類縁疾患に罹患すると予測される人々を特定することが必須である
- ASD (急性ストレス障害) 症状は PTSD 発症の前提条件と概して考えられており、約4分の3の ASD 患者が PTSD に移行するが、ASD 診断基準を満たしていない患者が PTSD を発症するエビデンスがある (Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)。
- 従って、より多くのハイリスク患者を見逃さないよう、解離症状を基盤とした評価を必須としないことが重要である

- 早期介入が必要なのか否かの評価時期

- ASD と診断をする際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較したところ、後者が2倍以上の正確度で PTSD に移行する ASD を予測することができる (Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)。よって、スクリーニング/アセスメントは災害発生直後ではなく、延期すべきである

◇ 私達は日頃 PTSD に注目しがちであることから、ASD の話もちんとする必要がある

- トラウマ暴露ご数週間後を経て顕在化した症状の全体的重症度に注目すべき

3. 中間期の介入における注意点 (米国文献)

- ト라우マ体験前より存在する高度の不安は、暴露治療により増悪する可能性がある
- 重度の解離反応は、治療者が患者をうまく制御できない可能性を内包している
- 精神作用物質依存症や重度の物質乱用がある場合、積極的治療はそれを増悪させる可能性がある
- 継続するストレス要因や脅威は、患者が治療で求められる課題をこなすのに障害となりえる
- 過去の未解決のままのトラウマを、直近の出来事に対する治療のなかで取り扱うのは困難であると予想される
- 切迫した自殺の危機が認められる場合、精神医学的な評価と抗うつ薬による治療が必要である
- 大規模災害発生後一か月間にすべての被災者に早期介入を行うことは必須ではない
- 上記で紹介された介入方法について、災害発生後一か月以内に治療効果を享受できないとしても後にその効果を最大限に受けることができる人がいる可能性を念頭におく
- 早期介入の目標は、トラウマにより心理的影響を受けたすべての人々が症状を持続させないようにすることである
 - 一方、日本においては、自殺は1か月以内はむしろ減る (人との結びつきが増え、役割も明確になるから)。

しかし自殺する事例は確かにあるので、注意する必要がある

- 医療介入の比重が高まるのはいつからなのかを把握する必要がある
 - ✧ 1か月過ぎるころからスクリーニングなどを含む積極的な介入を行ってもよいかもしれない
- 災害以前のトラウマを中長期で一緒に扱うのは困難が予想される
- 災害救助法が精神症状について述べる、触れることが適切か否か議論されるべきである

4. 長期的メンタルヘルス介入

【長期を発災後一か月後以降と定義した場合】
(米国文献)

- 継続的または特別な介入を必要とする人の認定
 - 追跡調査、アウトリーチ活動、情報源の確保と必須情報の伝達、スクリーニングを行う（救急隊員や復興隊員も同様に追跡調査、初期介入、後期介入を受ける必要あり）
 - 災害で経験するストレス因子、既存の潜在的脆弱性、社会的・人口統計学的要因はマトリックス資料項目 8：中長期 表 2. を参照のこと
- 介入を必要とする個人や集団を特定し、関与してゆく
 - トラウマの再体験に対する恐怖による否認や回避、介入受け入れに対する羞恥の念、自己開示への抵抗・恐怖により困難が予想される
 - 支援者自身の技術、能力自体も課題となり得るので十分な配慮が必要
- 有益な介入の決定と実施
 - トラウマと PTSD に対する介入方法として行動学的/CBT 的介入が有効というエビデンスがあるが(Brady et

al., 2000; Davidson et al., 2001a, 2001b)が、クリエイティブな手法としてウェブ心理療法(interapy)の効果が発見されている(Lange et al., 2003)

- 優先度の高い要求をもつ人々への必要性評価と目標設定
 - 有効な長期介入のため、介入対象、介入の提供法、介入供与の対象の同意、介入の訓練と介入技術の所在確認、介入者の裁量権、望ましい結果について明確にする
- 介入と結果のモニタリング
 - 適切な介入方法ならびに介入のプロセスのモニタリングを明確にし、実施する
 - 患者のプライバシーを保護したうえで、介入結果とその評価を記録する情報システムを構築し、他の関連データ群とリンクしたシステムを実現することは災害精神医療分野の研究促進のために重要である
 - 住民のメンタルヘルスを体系的に観察することは災害が及ぼす全体的な影響の検証に役立ち、予防と治療プログラム双方の結果をデータとして集約可能とする

5. その他の長期的介入

【中長期の定義を災害発生後 1 か月以降とした定義した場合】(日本文献)

- 中期の対応として仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動を行う
 - 日本はアウトリーチについてはより早期から行っている
 - 日本では政府が被災者に仮設住宅を建設・提供しているが、海外でこのような長期的住居提供は例をみない
- 災害中期にサイコロジカル・ファースト

- エイドを行うことは適切と考えられる
- 中期の介入としてスクリーニングを実施する
 - 住民のメンタルヘルスに関する実証的データの収集を心掛けたい
 - 国民調査でも使用している K6 を被災地でも定期的にとっていけばよいのではないか

【災害後の安定期/復興初期に実施】(海外文献)

- 追加的対応としての包括的介入
 - 連携・調整、アセスメント、モニタリング、評価
 - コミュニティの動員・支援、保護ケアサービス、教育、情報の発信
 - 食糧安全および栄養の確保、避難所・仮設配置計画、水・衛生

6. 児童への介入について (マトリックス資料項目 12「子ども」を参照のこと)

7. 災害時の人権保護

- 人権の保護およびスタンダードの普及、人的資源
 - 安定期・復興期の追加的包括的対応については、もともとは「保護と人権」という見出しで書かれたものである (海外文献)。これらの対応項目が具体的にどのように手当てされているのか見る必要がある。また、災害時の人権については急性期より対応がなされるべきである
 - ☆ 急性期の社会心理支援として PFA (サイコロジカル・ファーストエイド) があるが、PFA の支援スキルを誘拐や性的加害行為の手段として用いてはならない。そのようなスキルを用いた研修においては、人権に関する教育をすべきである
 - ☆ 日本での WHO 版 PFA では PFA

講師を対象に PFA の倫理的使用について 5 か条の誓約を設けており、誓約の署名を義務付けている。将来的には、資格認定試験の形式を導入し、宣誓書に昇華させたい

- 災害時の人権を災害時精神保健のなかの一つの独立した項目として強調すべきである (いままでは「社会的な回復の促進」と言っていたが、さらに言うならば「人権の回復」である)
- 災害時の人権に関するアセスメントは WHO には存在し、障害者の中にメンタルヘルスの項目が含まれている。高齢者についても人権の記述があるが、日本においては精神保健に特化した人権についてのアセスメントはみられない

【7】心理反応への対応 (マトリックス資料項目 9)

心理反応への対応 (以前の名称:「心理療法」) については 5 点の文献 (『危機への心理支援学』、『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』、『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』、『災害精神医学』、『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』) が記述している。

1. はじめに: 危機における心理的支援

- 「危機」の定義
 - 「危機は人が通常もっている、事態に打ち克つ作用がうまく働かなくなり、ホメオスタシスが急激に失われ、苦痛と機能不全が明らかに認められる状態」(アメリカ精神医学会、1994) (『危機への心理支援学』)

- 危機は個人に及ぶだけでなく、家族・集団、コミュニティの機能破綻によりその集団の構成員全員が混乱、恐怖を経験する（『災害精神医学』）
 - ✧ 災害時に生じる心理的危機の定義が充分でない。例えば、WHOの災害の定義とは異なり、整合性を図る必要がある。災害のどのような側面を危機と定義しているのか明確にし、また、心理的危機についても明確にする必要がある
 - ✧ 被災者の心理的危機については **autonomy** を失った状態であると考え、主観的・客観的見地との兼ね合いから定義が難しい
- 危機介入
 - 目的：被害者が物事に対処できる機能状態を取り戻せるよう支援する。危機状況のアセスメント、心理的危機状態の解消、以前の機能遂行水準の回復（『危機への心理支援学』）
 - 5つのステップ：①心理的接触を図る、②アセスメント、③解決法の検討、④行動計画の立案と実行、⑤フォローアップ（『危機への心理支援学』）
- 危機支援
 - 心理的支援は5種の危機支援（生活支援、医療的支援、司法的支援、経済的支援、心理的支援）の一領域である（小澤、2009）（『危機への心理支援学』）
- 危機支援としての心理社会的アプローチの醸成
 - 1995年阪神・淡路大震災、同年地下鉄サリン事件以降より必要性が認識される
- 危機支援の3分野、医療領域、司法領域、社会的領域のうち社会的領域に属し発展（小澤、2009）
 - ① 医療領域：大規模災害のトリアージの実施、② 司法領域：災害救助法の適用、法的に被害者と認定、③ 社会的領域：PFA、ストレスマネジメント教育、各種リラクゼーション法を用いたストレスケア、多職種による緊急支援チーム（『危機への心理支援学』）
- 2. 危機的状況における心理的支援（「こころのケア」）の定義と内訳
 - 「災害時のこころのケア」の定義：他者による被災者の「セルフケア」（自らの回復力・自己治癒力を最大限に引き出すこと）への支援（富永・小澤、2005）であり、精神的苦痛・ダメージの軽減によりPTSD等の精神的障害の予防・回復の支援、二次的・三次的被害の予防とケア、生活的・実存的問題解決の支援を指す（『危機への心理支援学』）
 - 米国では大規模災害直後の初期介入としてPFAが多数のガイドラインにより奨励されており、デブリーフィングと異なり被害者にとって非侵襲的（non-intrusive）介入方法であると理解されている
 - 従来の脆弱モデル、ストレスモデルを柱とする発病過程を重視するモデルから回復過程を重視するレジリエンスモデルへの移行が顕著である（加藤・八木、2009）
- 危機における心理的支援（災害時こころのケア）の活動内容
 - ①精神科救護支援、②精神保健福祉支援、③支援者支援の三領域に整理できる

- 活動は二点に分類される：①一般救助活動の一環として集団の精神健康を高め、集団ストレスを減少させる活動、②個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療に関する活動（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
 - パブリックヘルス・アプローチ（集団対象）と臨床的アプローチ（個人対象）に大別される（『危機への心理支援学』、『災害精神医学』）
3. 災害時にみられる心理反応とその対応
（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
- 心理的反応のタイプ：現実不安型、取り乱し型、茫然自失型
 - 災害時に避難所などで対応しきれずに緊急の精神医療が必要とされるケースは錯乱、興奮を伴う統合失調症、短期精神性障害、躁病、急性ストレス障害等である。一方、客観的に異常を認めにくいうつ病、悲嘆、トラウマ反応は対応が遅れることが懸念される
 - 代表的な災害に伴うストレス要因：心理的トラウマ、悲嘆、生活ストレス
 - 災害によって生じる心理的負担の多くは自然回復するが、ストレスが長引くと長期化することから症状の程度、持続期間によっては精神疾患の診断がつく
 - 加えて、症状に伴う自殺、事故、飲酒、喫煙の増加（飲酒については最近のデータを後の「特殊事例」の項目で紹介する）、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活再建の遅れ、社会的逸脱行為が生じることが報告されている
 - 上記のような変化が個人の心理的反応をより拡大してしまうが、通常の保健・医療システムでは把握・対応しにくい。ストレスや精神症状を目に見えないことから被災者自身が自覚しにくいことから、住民の心的ストレスの原因、生じた症状や疾患の区別を念頭におきながら、災害所の時間経過に従って効率的に進めてゆく必要がある
- 心理的反応の対応はまず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提であり、精神的な問題を念頭に置いた対策が必要であることから、災害後出来るだけ早い時期に援助者が被災現場や避難所に向向いて、被災者と対面し、言葉を交わすことが望ましい
- 東日本大震災支援から得た精神医療の初期対応の経験（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
 - 住民の精神健康を悪化させるストレス要因としてはトラウマとなる災害の影響が即座の厳しい苦悩を引き起こし、急性ストレス障害、パニック、やや遅れて PTSD、悲嘆喪失反応の症状を引き起こすという系列と、プライバシーがほとんどない避難所生活ならびに将来の不確定さによる持続的な現実不安が懸念された
 - 心理的デブリーフィングは PTSD を悪化させかねないということが明らかになり、その効果が否定され、あらゆる国際的ガイドラインにおいても採用されていない
 - 多くの職種間で方針が食い違うことは珍しくなく、情報、指針、エビデンスの共有が重要と把握された
 - こころのケアという言葉の意味合いは広く、医療の場以外での行われる

ことがあり、人道的行為と医療的行為の境界が曖昧となり、結果として医療としては不適切な介入が行われることもみられた（外部から数日間のみ現地に入り、継続性のないその場限りの支援を行い、自身の印象だけで一般的な結論を下そうとする）

- 日本における災害時の精神医療活動について海外への情報発信が重要

4-1. 緊急支援としてのアプローチ：集団への対応（災害時に限らず広義の危機的状況に晒された被害者むけ）（『危機への心理支援学』）

- 心理教育
 - 定義：危機に直面している集団に、危機により生じる心身反応の意味および望ましい対処に関する知識・情報を提供する活動
 - 危機によって経験される様々な心理反応は回復のための自然な反応であり、各々の反応に対して適切な対処法がある
 - 遭遇する災害は多種多様であり、それぞれの状況に応じて適切な心理教育メッセージ（具体的な声掛け）を行う
- トラウマ・ストレスマネジメント
 - トラウマ反応のしくみを学ぶ心理教育ならびにトラウマ反応への適切な対処法
 - トラウマの心理教育：日常ストレスへの望ましい対応の提案、古典的条件付けとオペラント条件付けの説明を受けることから「安心してよい」との実感を得ることが回復につながる。否定的なつづやきを肯定的なつづやきへ変える練習を行い、それをサポートする
 - トラウマへの回避と再体験が一对の

反応であるとの理解。再体験を制御できるようになる練習。フラッシュバック時は回復のチャンスととらえ、今、ここに生きている現実感を保つ

4-2. 災害時に特化した集団への介入（『災害精神医学』）

- 精神科医が避難者を治療の際に集団心理療法を導入することで多様な問題に対処しうる。どのタイプの集団介入が有効かを考慮することが重要
- 1セッション、複数回セッションに大別される
 - 1セッションでの集団への介入：デブリーフィング（急性期）
 - ◇ デブリーフィングには様々なものがあり、治療的な意図よりも情報収集を主な目的としている介入まで意味する。ここでは治療的な意図で、トラウマとなる出来事から数日以内に実施される、1回だけの集団への介入に言及
 - ◇ 「オペレーショナル」デブリーフィングや情報デブリーフィングは支持されているが、心理的デブリーフィングについて
Cochrane Review は主観的な苦痛の減少ならびに PTSD のリスクの短期的な低下を発見しなかった(Rose et al., 2002)。推奨できないというのが複数専門家グループおよび各種ガイドラインの統一見解である(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Medical Reserve Corps et al., 2006; National Center for PTSD, 2010)
 - 複数回セッションでの集団への介入

(急性期を過ぎた段階で導入)

- ◇ 目的：死別経験や悲嘆への対処、PTSD の危険性の削減、PTSD の治療等様々
- ◇ 被災者心的外傷後ストレス障害のグループ、死別と悲嘆のためのグループ、子どもと青少年のグループが列挙されている
- ◇ 査読論文に掲載された技法に心理力動グループ、認知行動療法(CBT)グループ、支持的心理療法グループが含まれる
- 心的外傷後ストレス障害のグループ
 - ◇ 診断基準を満たした PTSD 患者を治療するためのグループモデルのなかでトラウマ焦点化認知行動療法(TF-CBT)についての研究が最も進んでおり、TF-CBT は暴露療法、認知の歪みへの対処、ストレスの処理、リラクゼーション技術に指導を含む
 - ◇ TF-CBT は現在中心 CBT(Present-Centered CBT)とは異なる
- 死別と悲嘆のためのグループ
 - ◇ Rynearson ら (2002) がマニュアル化されたモデルを用い、殺人事件の被害者遺族向けの集団心理療法を治療期間を 2 回に分けてそれぞれ 10 週間ずつ行った。この方法は 2001 年アメリカ同時多発テロ事件後にニューヨーク市で集団への介入に用いられたが、その有効性についてのデータは発表されていない
- 子どもと青少年のグループ
 - ◇ 子どもと青少年を対象とした集団への介入の比較実験は少ない

が、予備的な証拠グループが差異が生存者 (Chemtob et al., 2002; Salloum and Overstreet, 2008; Tol et al., 2008) と災害に関係していないトラウマに暴露された人 (Stein et al., 2003) の PTSD 症状を減らす点で有効であると示唆している。

- ◇ トラウマ後の成人向けグループと同様に、子どもでも最良のエビデンスを示すグループには CBT の要素が共通している (Chemtob et al., 2002; Stein et al., 2003; Tol et al., 2008)
- カップルと家族への介入 (カップルは 2 人なので集団とする)
 - 生命の危機や喪失を体験しなくとも、甚大な社会的機能不全や苦痛を生み、トラウマが家族のメンバーの中で跳ね返り合う可能性がある (Kellermann, 2001)。子どもの精神に病理的な問題が発生しやすくなり、家族間での軋轢などの問題も生じる
 - 災害後の環境での家族への介入については、文献の大半がカップルを対象として介入を扱っていることからデータが限定されている
 - 国際トラウマティックストレス学会はその PTSD 治療の実践ガイドラインで CBT の方法論を取り入れた 2 つの療法—行動家族方法と行動夫婦療法—をエビデンスのある臨床行為であると評価している (Riggs et al., 2009)。また、退役軍人とその配偶者に心理教育を行うことの利点が示されている (Deville, 2002; Robin and Nardi, 1991; Riggs et al., 2009)

5-1. 災害時に用いられる代表的な心理療法

(『災害精神医学』)

- サイコロジカル・ファーストエイド (PFA)
 - PFA は衝撃を受けた多数の生存者に対して最初の支援を提供する技法で、広く受け入れられている危機介入の一形態である
 - PFA は災害後の最も基本的な、そして全般的な心理社会的支援の為の介入として推奨されている。より踏み込んだ介入が実行可能なときは、ポジティブ心理学の原則を用いて生存者の脆弱性に焦点を当ててではなく、本来備わっている強さに着目し、その強さを円滑に引き出すことで回復力を高めるものとなる
 - 参考：PFA の一段階上の災害時心理支援として The interPAR Pilot Trial: International program for promoting adjustment and resilience after disaster project (災害後のアジャストメントと回復力を促進するための国際プログラム)のパイロット・トライアルがメルボルン大学 Meaghan O'Donnell, 准教授らのチームによりオーストラリア政府保健省からの研究費援助を得て推進されている
- 短期心理療法 (CBT)
 - 災害後に奨励される治療法のほとんどは短期療法が中心であり、そのなかでも CBT がその使用が支持されるエビデンスを最も多く有する
 - 災害後の CBT には不適応な行動と思考プロセスが修正され、苦痛の緩和に焦点が当てられる。CBT の一部はリラクゼーションの原理を用いているが、CBT には新しい学習が含まれる

- 災害や大がかりな暴力行為に暴露された人々についての研究と治療の専門家からなる世界的な検討会では災害後の「即時と中間期」の介入に関して以下のコンセンサスを得た：安全の感覚、落ち着かせること、自己とコミュニティについての有効感、つながっていること、希望
- 災害後の治療構造の構築のためには、安全・思い出して悼む・再建の三段階での移行が重要である。まずは患者の安全を促進し、次にトラウマや災害の記憶に圧倒されずに耐えきることが出来るように寄り添う。そして、人生、希望、コミュニティからの支援に再び結びつける

5-2. トラウマ・喪失を対象とする心理療法・カウンセリング—個人へのアプローチ

(災害時に限らず緊急支援として) (『危機への心理支援学』)

- 治療が行ううえでの必須条件：「今は安全である」こと。安全が確保され、なお様々な反応が持続し、生活を阻害するストレス障害に落ちついた時にトラウマ心理療法が提供される
- 技法には長時間暴露療法(Foa et al., 2007; Prolonged Exposure Therapy:PE)、EMDR、臨床動作法、力動的心理療法、表現療法、トラウマ・カウンセリング、トラウマ焦化認知行動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピーが『危機への心理支援学』では列挙されているが、エビデンスのある災害心理療法である PE 療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、CPT (Cognitive Processing Therapy)の 3 療法をはじめとした主たる療法を列記した

5-3. 対トラウマ (『危機へ心理支援学』)

- PE療法 (Prolonged Exposure-持続暴露療法)
 - 欧米の PTSD ガイドラインでは「持続暴露療法」に代用されるトラウマ焦点化認知行動療法がエビデンスに基づき、治療の中核的技法として強く推奨されている。日本においても有用で治療効果の維持も確かめられている
 - 暴露療法とは恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに安全な環境の下で患者が向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法でイメージ暴露、実生活内暴露を駆使する。回復プロセスはトラウマ記憶の反復賦活と、トラウマによってもたらされた非機能認知の修正をはかる
 - PE療法は一回90分で週1~2回、全部で10~15回の頻度で行われる(患者による個人差あり)。回避され未整理のままだったトラウマ記憶が整理、組織化される。安全な環境下での感情処理が進み、認知の修正が可能になる。イメージ暴露を繰り返すなかで馴化が進み、トラウマ記憶の想起が危険でないことを学習する。
- ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET)
 - PTSDを中心とする外傷性障害のために開発された短期療法
 - Foaの持続暴露療法 (Prolonged Exposure Therapy) とチリのピノチエト体制で開発された証言療法 (Testimony Therapy) を組み合わせたもの
 - ヨーロッパを中心に、紛争現場だけでなく、難民への支援など一般の精神医療の現場で外傷性障害の治療に用いられている
- CPT療法 (Cognitive Processing Therapy-認知処理療法)
 - CPTとは非常に深刻な出来事の後、こころの傷を受けることによって生じるトラウマの症状、そしてそれに伴って生じてくる抑うつ状態や強い罪悪感に対して用いられる
 - これまで、性暴力被害者、子どもの頃からの虐待、戦争体験などによる心的外傷 PTSD を対象に、その有効性が報告されており、その有効性は、米国、オーストラリア、ドイツ、コンゴなど、世界の多くの地域で確認されている(国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)
- トラウマ焦点化認知行動療法 (TF-CBT)
 - 米国で開発されたトラウマをうけた子どもと養育者のために作成された治療パッケージ。子どもの PTSD 症状をアウトカムにしたランダム化比較試験(RCT)によって薬物や Child Centered Therapy に有意であると報告されている唯一の治療法
 - 認知療法と曝露療法の両要素を持ち、まだ言語的に未発達である子どもに対して柔軟に適応できる
 - TF-CBTはトラウマに関する10の構成要素をもつ段階的構造を有している
 - ◇ 心理教育、養育スキル、リラクゼーション、情動表出と調整、認知のコピーングとストレス
 - (①認知のトライアングル、②トラウマ体験の処理)、トラウマ

の物語の創作、トラウマ想起の現実における制御、子ども-養育者合同セッション、将来の安全と発達の強化

- ◇ ト라우マ性悲嘆には上記の10構成要素に加え、悲嘆の心理教育、嘆き悲しむことと両面的な感情の解決、良い思い出の保持、関係性の再定義の4要素が加わる
- 実施にあたってはプロトコルがなく、子どもを対象とした臨床経験は必須であり、なおかつトラウマに焦点をあてた治療経験を有することがのぞましい
- 単に心理教育をトラウマ暴露のための準備とするのではなく、重層的な治療構造を持ち、子どものレジリエンスに軸をおき、養育者の関係性のなかにおける回復を促進する
- EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）
 - 多くのPTSD治療ガイドラインに実証された最も効果がある心理療法の1つとして認知行動療法と並んで記載されている。認知行動療法と同等の効果を上げるのに1/3の時間で済み（Van Etten & Taylor, 1998）、暴露法のように負担の大きな宿題を課さない（Davidson & Parker, 2001）という点で優れていると指摘されている
 - 治療過程は病歴、成育歴聴取、評価、脱感作、植え付け、ボディスキャン、終了、再評価から成る
 - 効果のメカニズムは解明されていない。再体験の馴化でなく、出来事の想起と同時に感覚刺激に意識を向ける二重課題により、トラウマ体験よ

り距離がとれることを導いていると考えられる（Lee, 2006）

5-4. 対喪失（『危機への心理支援学』）

- グリーフカウンセリング
 - 悲嘆の過程：一般的には時間を追って回復に向かうが、回復が見られない場合、あるいは一時的であって苦痛が著しい場合には複雑性もしくは病的な悲嘆の可能性がある
 - 心身行動面での症状：食欲不振のほか悲嘆や関連した反応とは理解されにくい症状や行動、不眠・肩こり、健康への配慮の低下・欠如、疎隔感、怒り、焦燥感、過度の飲酒、不注意な行動による怪我等
 - 基本的には通常のうつへの対応とさほど異ならない。傾聴、話をさえぎらない、自分の体験を押し付けない、安易に同調しない、が基本である。葬儀や法要といった故人にまつわる儀式は現実や時間に向き合う前向きなプロセスと捉える
 - 援助者の無力感・バーンアウトへの配慮も必要
- 6. こころのケアについてのその他の知見
 - 文化に根付いた代替治療（『災害時精神医学』）
 - その文化に根付いた治療についての知識を有すると、臨床家は治療範囲を有益に拡大することが可能である。代替治療にはヨガ呼吸法、瞑想、ナラティブ暴露法等が含まれる
 - 代替治療がその文化でどのように受け入れられているか十二分に注意し、また、これらの技法の効果を裏付ける研究データに精通すべき
 - IASC (Inter-Agency Standing Committee: 機関間常設委員会)は災

害時における最低限の心理社会的支援としての保護ケアサービスとして、一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れ、重度の精神障害をもつ人々のケアへのアクセスを保障し、入院・入所している重度精神障害者等を含む精神・神経疾患を持つ患者の保護とケアの提供、コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力すること、アルコールなどの物資使用に関する問題を最小限に抑える、を列記している

- 家族への支援（『災害精神医学』）
 - 災害後には生存者の家族への支援が非常に有益である
- 治療の副作用（『災害精神医学』）
 - 心理療法は災害後に有用であるが、自立性の減退、依存と恥の増加など負の副作用をもたらす可能性も潜在する
 - ことから、回復力と脆弱性の両方に考慮した療法に焦点を当てることが重要
- デルファイ法を用いた精神保健医療専門家による災害時「こころのケア」に対する知見の合意内容（『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』）
 - 「こころのケア」は時期、場所、支援者の立場によって支援内容が異なる
 - 日本においては、活動の性質によって区別され、専門家による支援か否かによるものではない
 - 一般の人々が期待する「こころのケア」と「精神保健医療福祉活動」は異なる
 - ◇ 専門家による支援ではなく、専

門家からボランティアを含む幅広い支援者による心理社会的支援

- ◇ 「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった用語は一般的になじみが薄く、言葉の説明や実際の災害事例を列挙しての説明が必要

7. 災害時におけるこころのケアの課題

- 治療と危機介入、心理社会的支援の混在している状況が否めない。治療は治すということなので、危機介入とは異なる。治療はある程度安定した環境で行うのに対し、危機介入（自殺等のハイリスクケア）はそこに至るまでの活動。危機介入とCBTとカウンセリングの位置づけは必ずしも同じではないことを念頭におく必要がある
 - 複数の心理療法が列挙されており、避難所で集団療法を行うような印象を与えるので、急性期にどう対応すべきか明確にするべき。まず本人が落ち着き、本人のニーズを明確にしたうえで治療をおこなうのがよい。本人が治療してほしいという場合に、本人との関係性がある中で、どのような治療があるか紹介する
 - 初期はPFA的な幅広い対応を行い、PTSD等の治療は後で行うという方向が良い
- 災害時にすでにメンタルヘルス・サービスを受けている人については、それまでの治療を受けられるということを強調し、安心させることも考える必要がある（もともと治療を受けている人が悪くなる事例もあるが）
 - 災害だからといって急に新しい治療や特別なことをしようとする人もい

るが、普段から受けている治療を受けられることは重要。災害イコール危機というのはあまりにも広義であるので、災害の中で危機的状況が起こる、と paraphrase する

- 「危機」より「困難な状況にある」人まで入れ、「現実的生活困難さ」まで含める方がよい。ケースマネジメント、ソーシャルワークなどの大事な要素も含めて、現場で起きていることが漏れなくガイドラインに含まれるのがよい
- 一方で、災害になると、OX療法をする人が押し寄せる。支援が有害になりうるということも反映させることが必要である。解決策として PFA など形にしてもっと一般的にするなど、一般原則が重要
 - ✧ PFA はメソッドと思われがちだが、態度である。しかし、メソッドのように柔軟性を欠く印象は与えない。支援の引き際や、適応ならない場合などきちんと書く必要がある。介入にはリソースを消費するので、専門的な介入をするにもリソースのバランスを考える必要がある
- 医学的疾患問題でなくリカバリーモデル（回復モデル）としての「こころのケア」とは何かを考慮する必要がある
 - PTSD や悲嘆に絞ってゆくのではなく、より幅広く不安、うつ、アルコール依存なども含めて焦点を当てていくのがより適切と考えられる
 - トラウマ心理療法では急性期の効果のエビデンスが少ない（唯一の例外は Bryant ら（2003）が PE 療法が ASD に効果的という研究結果を提示

している）。時間経過してからの治療となる

- 心理療法は一般的に時間が経過してからの適用が奨励されるが、急性対応の中に混在していることから、初期対応としての PFA、狭義での PE、特殊な病態についての療法等、を分ける必要がある

✧ 解決策として、IASC 等が定義、奨励するように幅広いサービス提供（IASC は primary health care, social service with physical component を焦点としている）を行う。医療=primary health care; 心理的支援=PFA とし、PE は少しあとで導入、というフォーマットの導入を提案する

- 数か月は PTSD の自然寛解が多いが、多くの心理療法が対象としているのは慢性化した PTSD である。従って、そうした治療には急性期のエビデンスは少ない。また、災害で用いられたエビデンスも少ない。しかし、災害で浮き彫りになった別のトラウマへの治療としては、災害以外のエビデンスを応用することが可能である
- 災害時精神医学療法・心理療法については当事者間でエビデンスの重要性の意識は薄い印象がある
- 被災者からの感謝を主観的満足で捉え、治療効果と誤解、混同する精神保健医療従事者は少なくない。これをどのように防止すべきか検討する必要がある
- 日本の特徴的な枠組みとして、保健師やその他の共に働く人々の状況を理解する必要がある。DPAT やこころのケアセンターだけではなく、保健師、地元優先、地

元関係者をリスペクトして支援を行うことの大切さを盛り込むと良い

【8】リスクコミュニケーション（マトリックス資料項目10）

1. はじめに：リスクコミュニケーションの定義と目的

- リスクコミュニケーションの一致した明確な定義はないが、危機の前後、最中に行われる、重要な情報についての迅速かつ正確で、情報の発信者と受信者の相互の意思疎通と信頼感を増大させるようなコミュニケーションのあり方をさすことが多い（Stoddard et al., 2011、）（『災害精神医学入門』、災害精神医学入門）。そのことによって個人や社会の混乱、不安、恐怖が軽減され、病的な孤立が防止される（『災害精神医学入門』）。SAMSAによれば、そこには「リスクの性質や、リスクメッセージに対する懸念、意見、リアクションの表現、あるいはリスク管理のための法的・制度的アレンジメントに関する多様なメッセージについて個々、グループ、組織の間での情報と意見交換の相互プロセス」が含まれる（SAMSA-米国薬物乱用・精神保健サービス局精神保健サービスセンター出版『危機に際してのコミュニケーション：公務員の為のリスクコミュニケーション・ガイドライン』,2002）（『災害精神医学』）。
- リスクコミュニケーションに含まれる重要な内容はリスクメッセージである。これは「リスクに関する情報について、文書、言語、あるいは視覚化された声明であり、リスクを軽減するための行動についてのアドバイスを含む・あるいは含まないものである。正式なリスクメッセージはリスクについての情報を提供する

明確な目的をもってつくられた構造化された文書、音声、あるいは視覚化されたパッケージである」（Center for Mental Health Services, 2002）と記載される。

2. リスクコミュニケーションの基本原則

- リスクコミュニケーションにおける推奨事項（Center for Mental Health Services, 2002）（『災害精神医学』）
 - ①人々の懸念を和らげる
 - ②対応方法についてのガイダンスを与える
 - ③継続してメッセージを伝える
 - ④最新の正確な情報を届ける
 - ⑤簡潔に、明確に、効果的に情報を届ける。シンプル、率直で、現実的なゴールとメッセージを示す
 - リスクコミュニケーションを行う際には現状を把握し、情報の発信者と受信者の立場を平等にし、情報が不確かな時は素直に認め、明らかになった段階で伝えるべきである（木下、2014）（『災害精神医学入門』）
- ### 3. リスクコミュニケーションを行う上での留意点
- 個人を対象とするコミュニケーション（『災害精神医学入門』）
 - ①被災者の恐れ、不安、疑念に傾聴する
 - ②信頼を失わないような発言と行動を心掛ける（verbal と nonverbal メッセージの矛盾、否定的な言葉の使用など）
 - ③不確かで信頼性の低い情報を公開しない
 - ④最悪な結果を伝えるのではなく、支援者がそのことを心配していて、良い知らせを得ることに希望を捨てていないことを伝える等（stoddard

et al., 2010)

- 被災者に対する個別コミュニケーションとしてのリスクコミュニケーションには情報伝達的手段であると同時に不安を和らげるためのサポートという側面がある。しかし後者を強調すると PFA との境界が不鮮明となる。基本的にリスクコミュニケーションは必要な情報の円滑な提供を目指しているが、同時に情報の提供やその提供の仕方を通じて不安軽減効果が生じる。ただし PFA のように心理的なサポートを第一義にするものではない。実際にはリスクコミュニケーションと PFA の区別があいまいになる可能性はある。

集団を対象とするコミュニケーション

(表 8-1: 集団へのコミュニケーションで留意すべきこと (高橋, 2014) (『災害精神医学入門』))

- ① 集団に対して危機的状況を伝えるときは、小集団に分けてから各グループに説明する
- ② 現在ははっきりしている客観的事実を伝える
- ③ どこまで事実で、どこからは推測であるかをはっきりさせる
- ④ 正確な情報がなぜ遅れるのか、情報が刻々と変化するのなぜかを伝える
- ⑤ 確かな情報が発信された時点で、速やかに伝えることに努める
- ⑥ 不確実な推測や「わかりません」を繰り返すと信頼を失う
- ⑦ 回答に自信がない場合は、その分野の専門家を連れてくる。正確な情報が入ったときはすぐに伝える約束をする

⑧ 流言飛語は直ちに訂正し、正しい情報を発信する

4. 災害に備えて (災害前) のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 精神医療に関する情報 (住民の心理的反応、初期対応者のストレス等) と災害情報の両者の発信が必要。被災地で連携してメディア対応に当たるため、メディアも含めた支援者支援を行い、大部分の被災者が回復力を持つことを強調する適切で洗練されたメッセージの送信が重要 (Myers & Zunin, 2000; Nickell et al., 2004; Singer et al., 2003; Wray et al., 2008)

- 最も重要なのは、公共の教育が一方的な心理教育、症状教育を行うことにより、被災者の不安・ストレスをあおる弊害をもたらすのは本末転倒であるという点である

6. 災害発生時のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 疾患罹患者や被災者とコミュニケーションをとるためのガイドライン (Stoddard, 2011, p.33 マトリックス資料項目 10: リスクコミュニケーション表 1. を参照のこと)

- メンタルヘルスプロモーションによる保護的要因の強化、被災後の生活状況、恐怖の改善が主となる

7. 災害発生後のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 被災者が広域に分散する可能性を踏まえ、明確、正確な情報発信を行う。うつ病、PTSD のリスク軽減、復興にむけての生活への柔軟な対処法の指導を行う
 - 留意点: 自殺対策など、危機のみをあおると悪い方向に行くことがある (パパゲーノ、ウェルテル効果等)

ので、役立つ、それぞれの状況に応じた適切な情報を発信することが対策となる

- 被災者の移動先の地域のプライマリケア医と連携を行う。メディアとの協力、メディアと精神医療者との対話が重要であり、また、メディア対応には特殊な配慮とスキルを要することから、精神保健医療関係者がメディアトレーニングを受けることが推奨される
 - 災害弱者への適切なコミュニケーションをすべきであり、災害弱者のリーダー、まとめ役など、これらの人々より信頼されている人とコミュニケーションをとるのが適切である
8. メディアとの関わり方 (『災害精神医学』)
- 精神保健医療従事者の第1の責務：患者に対するメディアを通しての災害リスクの伝達
 - メディアとの関わりにおいては、被災者とメディアの間に精神医療専門家が望ましい。これは被災者の保護に通じる
 - 一方で被災者、精神医療専門家のメディア対象となる両方が保護される必要がある(避難所取材による被災者のプライバシー侵害、支援者である心理士がメディア関係者に追跡される等の過去の事例による)
 - 精神保健医療従事者はしばしばメディアを敬遠、回避しがちであるがコミュニティのリーダーとしての情報発信が求められる
 - 精神保健医療従事者を対象としたメディア対応の訓練が必要
 - 利点：①多数の被災者に必要な情報を届ける貴重な機会を得ることが出来る

②災害の医学的、心理社会的な影響に対処する社会の能力が大きく損なわれることへの防止が期待できる

- 留意点：①被災者にマイクを向ける人がケアの意識をもつことが重要である、②心理教育等だけでなく、どのような支援がどのように行われているかについても被災者である住民に伝えるべきである

9. リスクコミュニケーションの課題

- リスクコミュニケーションという概念自体が日本においては一般的に浸透していないように見受けられる
 - WHOではリスクコミュニケーションを基本的な公的介入(“fundamental public intervention”)としており概念として浸透している。従来リスクコミュニケーションは権限のある側から市民に伝える一方的なものであったが、現在は権限のある側が市民の信頼について責任があることを重要視している。しかし、災害時メンタルヘルスには特化していない
 - 精神保健分野でのリスクコミュニケーションへの言及については、基本的な災害時対応として一応ふれられているが、少ない
- 災害時には支援者側が同じリスクコミュニケーションの定義を共有することが重要であり、情報に的を絞った定義を関係支援機関でどのように共有するかが課題である
 - 事前にどのような情報を出すのか、支援関係機関がストックを作り、どこで災害が起こっても同じ情報を精神保健センター等から同メッセージを出せるような準備をしておくのが

望ましい

- 対被災者、対メディア等の外部とのコミュニケーションだけでなく、支援者側・支援関連機関内部での相互リスクコミュニケーションが必要である。そのような研修は現存しないので、行われる必要がある
- すべてのメディアが適切な情報発信を行う前提にはないことから、正当でないメディアがガセネタ等を発信する危険性のコントロールを慎重に行う
- メディアの多様化に伴い、特にインターネット、SNS等での害のある情報拡散の危険性を慎重に考慮する必要がある。と同時に、その有用性も検討すべきである
 - メジャーメディアだけでなく、草の根的な情報発信をオフィシャルにしてゆく方向を模索する必要がある
(十分な人員の確保、予算付け等を考慮する)
 - 発展途上国においての高いインターネット普及率・使用率についても念頭におく
 -

リスクコミュニケーションについては2点の文献(『災害精神医学入門：災害に学び、明日に備える』、『災害精神医学』)が記述している。関連項目としてマトリックス資料項目17「報道」を参照のこと。

【9】準備+訓練 (マトリックス資料項目11)

1. はじめに：領域別分類(マトリックス資料項目11：準備+訓練 表1参照のこと)
 - 災害・紛争時などにおける精神保健・心理社会的支援(MHPSS)として『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会

的支援に関する機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee)(以下IASCとする)ガイドライン』では3領域に分類し説明している

2. コミュニティ

- IASCガイドラインでは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ようにすることが推奨される。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の自主性が必要である。自助およびソーシャルサポートを強めるためには人的資源、自助・相互支援の取り組みの強化、活動の促進、災害弱者のアドボカシーを行う必要があるとされている

日本においては保健所があり、コミュニティの精神保健を含む保健に対する意識は異なるかもしれない。publicとprivate、個別の活動と行政がつながっていないので連携し、そして保健所、精神保健福祉センター、消防、警察、教育委員会、社協などと横の連携をすることにより社会的に阻害されている人を皆でpick upするようなコミュニティでの体制づくりが望まれる

- 『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』では平常時から行うべきことに災害時の精神保健医療活動についての住民教育がある。マスメディアによる不正確な情報の修正のため広報活動を通じ対処法を強調する
- 『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』「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る（山中・富永、2000）」

3. 学校

- ▶ 教育の役割として平和地帯としての安全な学習環境を整えることがある。精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しつつ災害・紛争時に柔軟に対応する。そしてすべての者への教育のアクセス向上に努める。学習者のウェルビーイングを支援できるようにする。特別な支援を必要とする学習者の能力を育成する『IASC ガイドライン』。日本では学校教育の立場からは立ち遅れている
- ▶ 『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』学校における災害メンタルヘルスの訓練は、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。各生徒が理解できる介入方法の練習の機会を含み、実演訓練を受けるべきである。学校保健師（看護師）はトリアージと心理的応急処置の分野での活動強化の役割をもつ。このことからクライシスチームの強化が期待できる。災害前後で地域のメンタルヘルス専門家の訓練を組み合わせ災害メンタルヘルス対応の統一と調整の強化の実現が可能となる
- 教育機関との連携が弱いため強化が必要である
- ◇ 集まって防災訓練をするだけでなく、災害精神保健を学校教育に入れる

4. 支援者

被災現場の支援者は、二次災害を引き起こしたりする（Raphael, 1986）。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。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、と思ひ込み、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。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『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』。チームで活動し、共有することも予防となるだろう

- ▶ 災害に対応した自助 (self-help:SH) /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『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- ▶ 派遣された支援者は、災害の私生活や仕事へ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『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』

5. 行動訓練とメンタルヘルスリタラシー

メンタルヘルスリタラシーの定義を Kutcher 等⁽¹⁾ は次のように述べている。肯定的な精神的健康を得るおよび維持する方法；精神障害とその治療法を理解する。精神障害に関連するスティグマを減少させる；助けを求める効果を高める（いつ、どこで助けを求めるかを知ること、自分のメンタルヘルススケ

アと自己管理能力を向上させるために図られたコンピテンシーを伸ばすこと)

- ▶ 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、簡単な referral の訓練を含むのが望ましく、住民が受診するのをためらわないように地元の名士との連携について述べている。そして多文化対応を含む援助資源の確保、日常的な心的トラウマ援助活動の促進、行政職員を含む研修についても述べている『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』

精神医療サービスを受けること、被災することがスティグマとなることがあるのでこのようなことをふまえてシミュレーションの中に PFA を取り込むなど、普段から行っていることを行う取り組みを組み込むとよいかもしれない。また日本では災害救助法が数か月で終了しこころのケアセンターができるためこのようなことも事前に想定しておいてもよいのかもしれない

- PFA + α の包括的な訓練が望ましい。そして災害時のメンタルヘルスに影響を受ける被災者の多く、大多数が自然治癒する。支援者のリソースが限られている中で効率的な介入方法が望まれる
- 兵庫県こころのケアセンター、NCNP などで災害 PTSD についての研修を継続している。これらは災害、犯罪への準備となりうるが、受講者、未受講者の分析や研修における戦略作りが必要である
- 池田小学校事件以降、PTSD 研修を行い 7000 人以上が受講した。トラウマティックストレス学会、兵庫県こころのケアセンター、DPAT でも研修を行っている。PFA に関しては 4000 人以上受講者がおり、世界でも一番 PFA が広がっている国

である

- ・ 学校、実際の訓練、資源（情報、人材、リーダーシップ）、PTSD において研修が進んでおり、日本の災害医療対策が進歩した。今後系統的な人材育成に関して検討が必要である。DPAT に求められるコンピテンシーという研修を行っている。つまり、地元を配慮する・優先する、行儀をよくするという基本が大事である。災害時の命令系統はしっかり守りつつ、地元を配慮し、伝えることをまとめて、これらをいろいろなレベルで行う。DPAT では独自のトレーニングがあるが、例えば DPAT で研修を受けた上で、神戸心のケアセンターで研修をさらに受けるという可能性については、DPAT の近畿連合を作って協力して訓練していく方向で話し合われている。これがレベルの高いモデルになっていくかもしれない。それが地域の核になって広がっていくことを期待する。熊本で DPAT の活動が滞りなかったのは普段から地域連携、顔の見える連携をとっていたからだと思う。消防・警察との連携は今後の課題である
- ・ 系統的な人材育成が弱い。またアメリカでは 9.11 でいろいろなところの航空、農業、漁業、商業のリーダーが教育を受けている。今後企業のリーダーを育成していく必要がある。そのためにも産業医/産業保健との連携が必要である
- ・ 「一芸に秀でた」、よりも「幅広い連携」ができることに重きを置く傾向であるようだが、受援側の話もすることが必要である。地元がどうか、ということは支援の質に影響する。受援については地域連携が重要である。外から来た支援側と被災した地域が連携できるかどうか大事受ける側がしっかりやることを強調する。

文献が少ないので日本から発信すべきである

- 『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』において、橘ら（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）を検討し、インパクトを図る能力、マネジメント能力、スポークスマンとしての役割、システム・コンセンサス形成能力、平時のコンピテンシーに関する意見集約結果がまとめられている。アメリカにおいて CDC の支援を受けて Association of Schools of Public Health が公衆衛生危機準備・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労働者の健康及び安全を守ることである『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』
- ✚ 応用力、自分で考え判断する力が重要である
- ✧ 判断のプロセスを勉強できるものがよい。
例：PFA
- ✧ いろんな場所で小さな災害のリタラシーを高めることを行っている。学术界などが指針を出すことが望まれる
- （日本、その他の国の取り組み）米国では CDC を中心として健康危機事象に対応する人材・指導者を育成している。英国では健康危機管理を統括する英国健康保護局が 2011 年より新たな研修プログラムを開始し、既存のプログラムとコースを発展させた
日本においては国立保健医療科学院が 2001 年より研修を行っていたが、東日本大震災後に開かれた、全国衛生部長会において公衆衛生版 DMAT である災害派遣

公衆衛生チームの設置が提言された

- ✧ 日本の医療従事者がどれくらい災害時のこころのケアの研修を受けているのか、データはなく、今後 OSCE にいれてもよいかもしい
- （多職種連携）『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』では Disaster Mental Health(以下 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、その他の消防士、警察、学校職員などを含み、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、と記載している。また専門家が災害時と通常の臨床サービスとの顕著な差異を学ぶためにシステムレベルでの対応の調整、統一をはかることを示している。また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。財源を含む具体的な研修の進め方も記述している
日本ではいまだにこのような連携体制はないため今後 PFA などを通じ消防、警察を巻き込むことが必要である
- ・ 精神だけでなく、災害全体をひっくるめて行政からあらゆる関係者が携わる基本的な訓練（PFA やリスクコミについて）方針を打ち出すのがよいと考える。最初は指揮命令システムを学ぶことは大事だが、そればかり学び過ぎて周りに伝えることばかりで自分の意見がなく、例えば地域や被災した人に対して何をするのが適切かなどを考えることなく、報告などに囚われてしまうところがある

6. アクセシビリティ

- ▶ 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。DMH 訓練内容をよりエビデンスに基づいたものとする『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

情報に関しては NCNP の Web で情報を提供している。また人材育成のための研修を行っている。人材不足が予想されることから NGO との連携を考慮する必要があるかもしれない

- ・ 草の根で呼びかけたり、モバイルで見られるようなものを使って、支援に関わる人に情報発信できると良い。アプリで見ることができ、派遣途中で見て思い出す、などの助けになると考える
- ◇ 災害時のこころのケアに対する国民の関心は高いが、系統的な学習機会がない。今後 Youtube など利用しアクセシビリティを高める予定である

7. 課題

- ▶ 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。現在では WHO による PM+やオーストラリア国立 PTSD センターなどによる SOLAR プログラムを用いた心理的リカバリーについての研究がようやく始まったところであるが、全体としては災害時対応の各ステップがエビデンスに基づいているとはいえない。したがって、メンタルヘルス的にリスクのある個人に関する平常時の心理的対応

を災害時に一般化していることが多いが、その可否は今後検討されるべきである

- ▶ また心理評価についても、平常時の評価尺度を、災害時に妥当性を検討せずに用いることの正当性は担保されていない。

こうしたことから、事前の研修についても、そのプログラム、内容については経験則に依るところが大きく、エビデンスに基づかない部分が少なからず存在しており、その適切性については常にモニタリングが必要である。特に、研修を受けて実際に災害現場に行き活動をした支援者からの事後モニタリングが必要である。日本では、この点は、WHO 班 PFA については検討していく予定である

【10】子ども（マトリックス資料項目12）

1. はじめに

一般的に子どもはストレス耐性や認知様式、感情調整において成人とは異っており、また生活において養育者への依存度が高く、養育者のストレス反応に巻き込まれやすいことなどから、特別な対応が必要である。そのためには子ども特有の心性が災害の需要に与える影響、その反応、回復の契機について個別の議論が必要となる

2. 準備

- ▶ 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 を含んだ子ども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) 『災害精神医学』

3. 対応

- ▶ (PFA) 子ども PFA を推奨している文献がある。大人のための PFA と子どものための PFA は異なり、後者は発達上の観点から標的を絞った介入が重要となる『災害精神医学』。PFA はトラウマや悲嘆などの治療ではなく、広い精神的健康を対象としている。災害後は個別の治療を提供することは困難かもしれない
- ▶ (CFS: Child Friendly Space) 『災害精神医学』では、可能なら子ども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 & Gurwitsch, 2006a, 2006b) と記載されている。上記に加えごっこ遊びについての説明がある『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』

ごっこ遊びやお絵かきなどポイント的なコメントは重要だが治療目的の自発的なお絵かきは現在推奨されていない。次の災害に備えての避難訓練で不安になる子もいるので注意が必要である。したがってごっこ遊び (例: 津波ごっこ、「刺された」ごっこ) の位置づけ、子ども特有の遊びや関わり方のコメントが必要かもしれない
- ・ 避難環境においては目が届かない部分も多々あるので、困難だが取り組まなければならないと考える。また、それをぜひ取り入れたい、という声もあった。CFS を支援者、避難所の運営に係わる人が知っておく、頭の中に留めるのは良いと考える
- ・ 避難先での環境調整の視点も重要である。例えば、子ども達が夜遊ぶと老人が「バカ野郎」と言うことがあった。実現には

難しいが子ども達だけでなく沐浴が必要な新生児など別環境が必要と考える

- ▶ (アプローチ) 子どもを評価する時には、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 (Pediatric Symptom Checklist)(Jellinek & Murphy, 2003)等を用いたスクリーニングを行う『災害精神医学』

母子でユニットと捉えて保護者や周囲から聞き取る。いきなり子どもに話を聞くのではなく保護者からアプローチし周りを安定化させて子どもを診る。このことは記述されていなかった
- ▶ (症状) 子どもの場合は内面の感情の状態を正確に伝えることが難しく、また精神的苦痛の症状も特定な形ではなかったりするので、症状を正確に特定するのは容易ではない(Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., et al. 2001) 『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。心身症が多いことや子どもの症状の特徴、大人の症状との違いなどの記述は乏しかった。また親の不安定化、子どもの怒りっぽさの相乗効果で暴力が起こることや赤ちゃん返りなどについての記述も少なかった。子どもはトラウマに対してきわめて多様な症状をもって反応し、PTSD の症状に加えて、あるいはその代わりにうつ症状、行動問題、物質乱用やその他の不安の問題を示すことがある『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。これらに対する専門的な治療の記述は乏しかった

- (治療のタイミング) 有効な治療法に関する情報は増えているが治療のタイミング、トラウマ初期反応や年齢による子どもの自然回復プロセスを判断する根拠となるようなデータは少ない『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- (CBT) PTSD の子どもには TF-CBT あるいはほかの CBT のアプローチが医療に関する文献でもっとも支持されている『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』『災害精神医学』では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)。トラウマを受けた子どもに対してもっと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
- (薬物療法) 一般に、ほとんどの子どもでは治療的な介入と家族支援への反応が良いので、災害直後の急性期に向精神薬が必要となることはない。大人が世話、栄養、慰めを与える介入をすれば薬物治療と同等以上に気持ちを落ち着かせる効果があるだろう。そして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『災害精神医学』。RCT での検証はされていないが、子どもの PTSD に対する薬物治療介入は増加傾向にある『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- (その他) 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、特に小さな子どもへの有効な治療として広く実践されている(Ablon, 1996) 『災害精神医学』。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、子どもの年齢にあった情報を提供し(Cohen et al., 2006a)、子どもへの対応法に関する簡単な印刷物を配布する(Laor & Wolmer, 2007) 『災害精神医学』。家族は食事時間、就寝時間をきちんと定めることで正常性の感覚の回復を助けられる。学校、教会、コミュニティでの課外プログラムの再開も構造や決まり事・支持されている感覚を想像する『災害精神医学』

- 子どもはごっこ遊びを通して治癒していく。したがってごっこ遊びを見ても不謹慎といわずに見守ることが重要である
- 発達障害の子どもは彼らの脆弱性の反応により症状が顕在化するときがある。このようなときはしからない、そしておびえさせないことが大事である。また、自分が悪いから災害が起きたと考え、罪悪感を覚えるため、彼らの話を丁寧に聞き、災害について説明する必要がある
- ・ DV、こどもの虐待がもともとありうる人たちが避難して顕在化することがあるので、そのようなケースの対応も含めることを考える必要があるかもしれない。児童相談所や他の子どものケアを行う機関との連携体制を構築し、子ども達をみていくことが大事である。災害のあとで虐待が事例化するケースもあるが、そうならないように母親の支援をしたり、訪問を頻回にしたり、周囲と協力しながら観察し、目が届くようにしておく
- ・ 子どもに映像をみせないことは不可能であり、どう位置づけるかが問題である。メディア、映像をどのくらい見て、それ

が長期的にどのように影響を与えるか調べたが気をつけておく必要はあるものの安心できる環境であれば二次受傷など必ずしもトラウマ症状を引き起こす訳ではないと考える。しかし十分に気を付けて子どもの様子をみながら行うことが必要であり、テレビを見ることの禁止はすすめられない。PFA の文言にどう取り込むかが課題と考える。また PFA も含めて総合的に幅広いものを作っていこうと考える

- ・ DPAT 隊員で子どもの専門家、子どもが得意な人が対応する傾向はあるが、大人、子どもとはっきりしたガイドラインがある訳ではない。(以前はあったようだった。) 熊本地震の際は児童精神科医が2名いたため彼らのいるチームにケースを紹介していたが隊員ベースだとむずかしいかもしれない。DPAT は急性期から中期に活動するので地元で繋いでいくことはできるが、隊員間で能力差もあるためそれ以上はしないことも仕方ないかもしれない

4. 母子関係

- 災害時は、子どもの権利条約(国際連合、1989)とリプロダクティブ・ヘルス・ライツ(ICPD 国際人口開発会議、1994)を尊重し、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。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『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- 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、予防接種、周産期医療の提供のための新生児医療機関ネットワークシステムの構築、乳幼児健診、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『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- 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。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し、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『IASC』
- 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)。災害後女性はレイプや性暴力を受けやすく、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、性暴力やレイプ体験のスクリーニングが不可欠。(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lorch et al., 2000; Street & Stafford, 2004) 『災害精神医学』
- Attachment の対象がいなくなったとき、修復が必要となる
- ・ 母子関係のところに妊婦の項目が入っているが(他に入るところがなかったからか)母乳が出なくなって追い詰められている母親がいた。妊産婦の状況はあまり着目されていないのかなと考える。「子ども」に入ると見えづらくなるので、別枠

が良いと考える

5. 学校

- ▶ 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) 『災害精神医学』

日常を取り戻すのは良いが、学校が始まると問題を起こす子どもがいる。生徒の被害の程度はさまざまであり、彼らが同じ教室にいるのはつらいことが原因かもしれないので考慮したほうが良い。学校が楽しいところ、という発想は全員が持っているわけではない。学校で被災したケースはあるが安全な場所を提供するところ、という設定が良いかもしれない

- ▶ 『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』において、学校における緊急支援の定義、学校における緊急支援の主な目的、必要となる具体的な出来事が記載されており、学校における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。また緊急支援システムを形成するために、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が必要とされる。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
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、スクールカウンセラーにつなぐこと、教師の疲労を管理職と相談、自己と事件による二重ストレスのためのカウンセリングと担任との連携、保護者へのサポートがある

学校が再開すると学校に頼ってしまいがちだが学校の連携する容量の限界を念頭に入れておく必要がある

- ・ 学校の先生方は文科省からの文書を読んだ不安になっている。先生方は読んだだけで何をどうしていいかわからないことが多い。それぞれがガイドラインを作っても、全体としてどうなのか、スクールカウンセラーとも協働しきれていないかもしれない。どこがどこまでやっているのか、DPATには子ども専門のチームはあるのか、今後検討の必要と思われる
- ・ 日本の状況を考慮すると学校は子どもについて大きい役割を果たしてことから教育委員会が重要な役割を担っている。一方学童以下の子どもは保健師が予防接種を含めその健康全般をケアしており、学齢以下のこどもでは3歳児健診などで様子をみている。母親の不安の状態が影響するので、母親の精神状態のチェックをする必要性を含め、母親の診査も盛り込むことは大切だと思う
- ・ mhGAPを作っていた時に、海外での非専門家教育の事例から、日本でも普段から学校の先生など非専門家にも使えるのではないかという話し合いがあった。難しいのは、池田小学校事件の経験からわかったことだが、先生たちは心のケアの専門家だという自負があるので、その上で先生たちに教育する場合に許容してくれるかどうかは定かではない。個人としては勉強し、受け入れてくれるとは思いますが、学校で共有となると難しいかもしれない。

いじめも同じで、対応できてないところがある。スクールカウンセラーを通じて風穴を開ける可能性については組織が縦割りなので難しい。避難所は学校の体育館なので、先生やスクールカウンセラーが子どもの対応をできるか、という質問に対しては、スクールカウンセラーは避難所に来ないし、医者同士は OK だとしても、その辺どうなのか兵庫県立大学の富永先生にお伺いする予定である。学校現場の健康教育、養護教諭会との情報共有は大事だと考える。スクールカウンセラーを派遣するのは各都道府県なので、行政との連携が重要となる。家庭の状況に関しては福祉や母子保健の方が詳しいと思われる

- ✚ 東北大地震では学校が避難所となったことから教師とこころのケアチームがうまく連携した事例もあった

6. 身体障害

- 障害を持つ子どもという視点ではないが『災害精神医学』で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を整備する。②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を備蓄し、ボランティアに障害者支援の必要な情報を与える (Nick et al., 2009; p.141)
- ・ 知的障害や発達障害のカテゴリーも設ける必要があると考える。発達障害、知的障害については含めなければいけない

7. 今後の検討課題

- 『災害精神医学入門-災害に学び、明日に

備える-』において、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)。そして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)とされる。こうした子ども特有のトラウマや状況への反応の様式を具体的に踏まえたうえでの対策、対応の立案が必要である

- 子どものニーズアセスメントに関しては被災の程度など大人と同じものはあるものの以下の4つの視点が重要であり、これを無視して一概に子どもとしてまとめることは適切ではない

I. 子どもの発達年齢

II. 母子関係

III. 学校との関係

IV. 障害をもつ子ども

- 先行文献においては、発達年齢などに応じたニーズ理解の記載は乏しかった。近年の研究からは3歳と14歳の逆境体験はうつ、アルコール、自殺などに一生影響するとされているが、この臨界期に注目した記述は見られない。こうした、年齢に応じた特有の脆弱性については、今後注目されるべきだろう
- 養育者との関係の観点から、母親などの支援者のへの支援ならびに子どもの状態についての心理教育を通じた子どものケアについての記述は少ない
- 子どもに関する災害直後に行われた科学的に厳密な研究、RCT はほとんど存在しない

- ほとんどの文献が子ども、母子保健、青少年をすべて同じカテゴリーとして取り扱っているが、より精細な記述が必要である
- 日本児童青年精神医学会からのガイドラインがあるのでこちらと十分調整していく予定である。ガイドラインに関するコアメンバーとの意見調整が望ましい
- 災害のために保護者を失った子どものフォローアップが必要である。里親制度などを使った場合には、受け入れた家族と子どもの仲介役である施設や行政職員のアドバイスの根拠はどこからきているのか、今後検討が必要と思われる

【11】高齢者（マトリックス資料項目13）

高齢者については3点の文献が記述している（『災害精神医学入門：災害に学び、明日に備える』、『災害精神医学』（海外文献）、『災害時の公衆衛生』）

1. はじめに：高齢者とは（『災害精神医学入門』）

- WHO は高齢者を 65 歳以上と定義。日本は 2007 年に高齢者が総人口の 21.5% を占め、超高齢者社会となった（2015 年度国勢調査データでは 26.7% を占める）
- 身体的・精神的特徴：加齢に伴う身体機能の低下、体力の低下、前頭葉の機能低下に伴う意欲の低下・適応困難、「こころの柔軟性」の低下、動脈硬化の進行による自発性の低下、うつ病の危険性の上昇（セロトニン等の脳内神経伝達物質の減少、ソーシャルサポートの喪失による）、眠りの質の低下、せん妄、尿失禁・頻尿
 - せん妄については、日照不足によるせん妄、睡眠リズムの崩壊等が要因と考えられているが、光療法に加えて効果的な対応法を検討する必要がある

ある

- 高齢者を取り巻く問題に①孤独死、②徘徊死・不明者、③自殺、④高齢者虐待、⑤消費者被害、⑥災害時要援護者・災害弱者が列挙される
2. 災害時における高齢者独特のリスク
- 災害時要援護者・災害弱者としての高齢者
 - 高齢者は自身の災害体験から安全だと誤った認識を持っていることがあり、避難勧告を無視する傾向がある（Gladwin & Peacock, 1997）。（『災害精神医学入門』、『災害精神医学』）また、生まれ育った場所を離れたくない、という理由により避難勧告を無視する傾向がある（『災害精神医学入門』）
 - 災害時に高齢者の脆弱性が増す要因には、①社会的孤立、②感覚・認知障害、③既存の精神疾患、④既存の身体疾患、⑤身体の動きの損傷、⑥社会経済的な制限（低収入、読解技能や言語の障壁）（Kaniasty & Norris, 1995; Sakauye et al., 2009）、そして⑦失感情性が列挙される（Henry et al., 2006; Paradios et al., 2008; Sakauye et al., 2009; Taylor et al., 1999）（『災害精神医学』）
 - 高齢者は身体的なストレス耐性が低下しており、脱水、貧血、不眠などの身体リスクの悪化によって精神機能が低下したり、抑うつ気分などの精神症状を生じやすい。
3. 災害時における高齢者への対応
- 高齢者における災害後の精神疾患
 - 主に PTSD、うつ病、不安障害、物資関連障害のリスクに関する若年層との比較研究結果はさまざまである。

高齢者に頻発する精神医学的問題は PTSD よりも不安、抑うつ、記憶障害である(Galea et al., 2008 『災害精神医学入門』)

- 高齢者の精神面の評価に必要な把握事項：①身体疾患の合併、②服薬状況、③知覚や運動の障害、④ソーシャルサポートの有無、⑤災害後の社会資源の利用状況（『災害精神医学入門』）。『災害精神医学』は上記に加え、(a)健康、記憶、日常生活動作制限の有無、(b)ケースマネジメントの要否に関する情報、ケースマネジメントの要否に関する情報に基づいたハイリスク者のスクリーニング、(c)ハイリスク者を治療・精検へ紹介、(d)鎮静作用のある向精神薬の使用を認知症患者に避けること、などを列挙している (Dyer et al., 2008; Sakauye, 2008b)
- 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尺度による簡易スクリーニングも有益と考えられている（『災害精神医学』）
- 直後期の高齢者への対応として PFA が推奨されている（『災害精神医学』）
- 認知症：災害時において迅速な判断ができない認知症患者は大きな不都合を抱える。介護者と離散した場合、身元特定が不可能となったり、自分の希望を表出できないことから避難所での配給を受けられない、身体疾患のための薬の内服ができない等の状況に遭遇する。認知症患者は災害弱者の内でも最も脆弱と考えられ、周囲からの積極的支援を必要とする（『災害精神医学入門』）
 - 認知症に関する注意事項：高齢者うつ病との鑑別が困難

- 認知症をもつ患者には副作用のある向精神薬を優先せず、まずは衣食住が補われている安心な環境や対象（家族など）を提供すべき
- 身体障害、精神的障害も持つ高齢者は最も脆弱と考えられるが、軽度の認知障害は高いストレス下にある高齢者に多くみられるもので、認知症を過剰診断しないよう注意が必要。一方、認知症は進行している場合もあるので、ある程度事態の混乱が収まった時点で認知障害を含めた症状の再評価が重要
- 上記に加え、認知症をもつ高齢者にはアタッチメント対象人物の存在が有益である (Fick et al., 2008)。また、認知障害を抱える高齢者はトラウマ後の精神医学的問題のリスクがあると認識することが重要。よって、認知機能はすべての高齢者でスクリーンされるべきであり、何らかの制限が認められる場合、家族の支援もスクリーンされるべきである。これは身体障害をもつ高齢者にも行われる必要性がある（『災害精神医学』）
- 急性期後（災害発生後 2 か月以降）における不安障害に対する精神科治療には、①リラクゼーション・エクササイズを用いた認知行動療法と、②抗うつ薬 (SSRI, SNRIs) が推奨されている (Sakauye, 2008a)（『災害精神医学』）
- 4. 災害時に高齢者の脆弱性を減らす要因
 - 災害時に高齢者の脆弱性を減らす要因には、①社会的支援、②予期能力がある (Sakauye et al., 2009)（『災害精神医学』）
 - 近年の自然災害では犠牲者の多くを高齢者が占める。災害時に有効な日常的なつながり、支え合う関係が必要であり、高

高齢者の周囲の人のサポート、行政によるサポート、家族によるサポートなどによる解決の糸口を模索する必要がある（『災害時の公衆衛生』）

- 災害時の社会システム脆弱化は避けられないことから、平時より高齢者を守るゆとりある対応が求められる（『災害精神医学入門』）

5. これからの高齢者対応の課題

- ①健康問題の早期判断と治療、②高齢者の活動性が低下しない生活環境の提供、③尊厳を保つ、エンパワメント・高齢者と支援者とのパートナーシップの促進、④ヘルスプロモーションの促進、⑤自立を阻害しない、または促進可能な範囲でのセルフケアの確立、が想定される（『災害時の公衆衛生』）
- 潜在的認知症をもつ高齢者と一般高齢者の取り扱いが明確でなく、混在している印象をうける。災害時にまだ事例化していない予備軍が事例化する可能性に鑑み、どのように準備、対処できるかを検討する
- 認知症と精神疾患の併存する事例への対処はどのようにすべきか検討する
- 高齢者が示す強い土着性とその自尊心といった心性への配慮が必要である
- 高齢者にとって自尊心は重要であり、ケアを受ける立場に立つのはつらいことである。これを考慮しながら、脱水、感染症、下痢、失禁等にどのように対処すべきか
- 高齢者をその介護者とワンセットで考える。高齢者のみならずハンディキャップを抱える人に対応する介護者への視点が重要である

6. 平常時よりの準備

- 防災計画に高齢者と認知症患者のための

計画を含め、対応方法についてケア提供者と初動対応員を訓練する。治療を継続させるためには、個人の医療情報が刻まれたアクセサリー(MedicAlert Jewelry)や、マイクロチップのインプラントや電子医療記録を手配する。有事に備えて、弱い高齢者や認知症患者へのサービス代替計画を確立する（『災害精神医学』）

- 既往の疾患の再発予防のため、既存の治療の継続は非常に重要（『災害精神医学』）
- 自助努力として若いうちより高齢にむけ準備をし、地域コミュニティとの接触を積極的に図り、関係を保つことが社会での孤立を防止する。また、高齢者に尊敬の念をもって接し、サポートする社会づくりが大切（『災害精神医学入門』）

7. 今後の検討課題

高齢者の適応を考えるとときにソーシャルキャピタルの概念は重要である。これが精神健康と実際にどのように関係しているのかについては今後の研究成果が待たれるが、臨床支援においては常に念頭に置くべき概念である。

【12】支援者(マトリックス資料項目14)

はじめに

- 支援者支援は日本において一貫して認識されてきた重要な課題である。WHO 版 PFA にも取り入れられている。
- 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』では災害時に需要と供給のバランスが急激に崩れるため供給を補うだけでなく増加した需要にもこたえられるよう、一時的にも現地の体制を補完する必要がある、復興期の支援の柔軟性が求められる。ただし、現地の需要を増やすような支援機関・支援者も存在するため支援者が気づいていない場合もある。

- ▶ 実施体制としては受け入れ側の負担を減らすような人や組織のあり方を考え、活動計画の立案し、中長期的な視点を保持する。そして現場のニーズを予測し対応する。地元の保健行政機構が破綻した場合、派遣元の組織と現場との連携を保ち、支援者を送り出す体制整備、支援者側の調整役の配置を行い、被災者側との関係をつくる。被災地の行政側の連携や調整を支援する、あるいは相互の信頼感を醸成するような関わりをする。外部支援者同士、及び支援者と行政の調整窓口を設置し、自立に向けて地元リソースを活用する『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』。
 - ▶ 急性期のDMATの対応はうまく初動したが、DMAT後の亜急性期、中長期にわたる公衆衛生学的支援を含む支援でも組織的な対応が求められる。今後そのシステムの構築が必要である『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』。
2. セルフケア、チームケア、家族ケア
- ▶ ①情報の収集②適切な休養③問題の早期の認識④適切な援助希求を指針として述べ、他に留意点としてチームの構成、単独派遣は避ける、大規模災害の現場で救護者に起こり得る症状、レジリエンスについて触れる、マスキング、救済活動の目的と限界、注意すべき群（女性、若年者、精神障害の既往・治療中、被災者である支援者）を記載している『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』。
 - ▶ アメリカ疾病予防管理センター(CDC)が警鐘を鳴らしているのが災害支援従事者に影響しうる心的外傷後ストレスである。セルフケアで重要なのは自分自身の感情

と他人の感情が自分自身に与える影響を意識すること (Goleman, 2000) であり、二次的心的外傷予防に重要な助言は2つある。(①災害支援活動に単独で取り組まない、②自分自身で自らを注意深く観察し、信頼のできる第三者からの観察とスーパービジョンを得る)。自身と家族のためのケア計画を準備することに加え、臨床業務を行う職場環境のためのケア計画に時間をかけて準備することが望ましい。作成の段階からスタッフが役割を果たすべきであるとも述べている『災害精神医学』。『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』では、二次的心的外傷ストレス(Second Trauma Stress:STS)、共感性疲労、代理性犠牲の重複する概念は災害支援に取り組むことにより潜在的に被りうる負の影響である(Figley, 1995; Miller et al. 1998; Stamm 1999)と述べている。組織として災害救援者のケアが重要であり、時間やコスト面からもグループワークは有効である。その目的は①急性ストレス反応の低減②情報の整理と共有③ストレス反応の心理教育・対処方略の情報交換④リスク群のスクリーニング⑤理解ある組織風土作り(松井、2005)である。また「組織は職員を守るという姿勢」(飛鳥井、2008)を示すことで職務の意義を再確認する。そしてチームスピリットが高まる。よってリーダーシップが機能する。最後に惨事ストレス反応の低減(飛鳥井、2008)と記している。また、二次性受傷や共感疲労(compassion fatigue)があり、これらの対処はこれが仕事の必然であると知っていること、その知識のチーム内で共有すること、としている。労務管理理念に取り入れられる

ことも予防のために重要である。さらに専門職のネットワークにおける取組が構築されることが望まれる（杉村、2009）と述べている。

- ▶ 復帰した後に抑うつ症状を経験し回復しない被災支援従事者は、復帰後の生活に再適応するため専門家のガイダンスを求めべきである『災害精神医学』。
- ▶ 『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』は慢性化することによる疲労、使命感と現実の制約の間で生じる葛藤、住民との直接の接触により心理的な反応として怒りなどの強い感情が向けられることがあること、他地域からの援助者は出向に伴う生活の不規則化があることを追記している。反応として適応障害、恐怖症、従来からの精神疾患の憎悪が挙げられる。対策としてローテーションと役割分担の明確化、被災現場のシミュレーションを加えている。

日本では支援者が被災地からの場合、休んでもらうことが難しい場合がある。休暇中でも気になったり、自主的に働いたり、また周囲の目が厳しいといったことが背景にあるため、休暇もリーダーが命じ、業務休暇をとるようにするのが良いかもしれない。持ち場を離れるだけで自分を責めることになるかもしれないので会議、研修、職員旅行といった形が勧められる。

- ▶ 『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』では上記に加え、通常の生活に戻れて任務完了とし、移行期間や残留組への配慮、事後教育について記述している。
- ・（予防）現地の支援は疲労防止のためにローテーションがよいと考える。

3. 準備・訓練

- ▶ CDCは災害支援の現場で活動する人向けに推奨する事項を発表し、災害救急時セットの準備、家族の防災計画の構築、災害についての情報収集を挙げている（CDC, 2010a,b）。また、災害支援に参加希望者のメンタルヘルスの専門家は災害支援に関するトレーニング機関として認められている団体から適切な訓練を受けておくべきである（American Red Cross, 2010）。準備としてセルフケア計画の策定がある（Yassen, 1995）『災害精神医学』。
- ▶ IASCでは精神保健・心理社会的支援に関し、支援者にオリエンテーションと研修を実施する。戦略的、包括的、タイムリーかつ現実的な研修計画を準備し、有能で意欲的な研修指導者を選定する。直接的かつ実際的に応用できるような学習方法を用い、適切な学習形態を用いる。予想される緊急対応に直接関連したオリエンテーションおよび研修・セミナーの内容を準備する。研修に先立ち研修指導者を育成すべく、指導者研修プログラムを策定することを検討する。いずれの研修後も、状況に応じて適切に、あらゆる研修受講者のモニタリング、支援、フィードバック、スーパービジョンに関するフォローアップ・システムを設ける。教訓を確認し、パートナーと共有し、将来の対応を強化するように、オリエンテーション及び研修を文書に記録し、評価を行う。『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』も研修やスーパービジョンの必要性を述べている。
- ▶ IASCは1. 採用には知識と責任あるスタッフを任命する。2. 採用・選定の原則

を適用する。3. ジェンダーのバランスをとり、主要な文化・民族グループの代表を取り入れる。4. 活動の条件を設ける。5. 推薦者および専門資格を確認する。6. コミュニティの文化および適切な行動様式に精通し、見識を持っているスタッフを採用するようにする。7. 国外の精神保健専門家個人からの支援の申し出には入念な評価をする。そして、スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。

- ▶ 災害支援に当たる人に特有の性格特徴の一つにレスキューパーソナリティ (Mitchell & Bray, 1990) がある。自らの価値観に従い、考えるよりも行動を選び、物事の効率にこだわり、保守的であり、退屈しやすく、非常に献身的という特徴がある『災害精神医学』。
- 支援者に向けた性格特徴としてレスキューパーソナリティとあるが、現場ではコミュニケーションスキルが大事である。そして感情的負荷がかかるのでそれに耐えられる人など支援者に求められる資質について今後さらにまとめていく必要がある。被災地に派遣する責任者 (例：院長など) にとっての派遣者の選出方法など。
- 人的資源の系統的育成、派遣のモニタリングが課題である。
- ・ テキストブックにも載っていたが、それほどのエビデンスがあるのかは疑問だった。パーソナリティを指摘されてもどうしようもないと思われた。東日本大震災などの想定外の災害の際には広く関わる人を募る必要がある。自分自身がトラウマなどリスクを抱えている場合は、間接的に支援する方法があるという内容が示されている。自身の動機をよく考える

などの助言がよいと考える。

- ・ 支援者パーソナリティの中に、マニックリアクション、精神症状が入っている人もいるため、支援に行く時に自分がどのような状態なのかをよく見てから行く、という文言が適していると考え。パーソナリティというより、相手に合わせるコミュニケーションが現地の支援者には必要な一方で、DPAT・DMAT に対しては番犬のような役割を担っていただくなど工夫が必要と考える。我々の活動を説明するスキルは災害支援の場で求められる。状況に応じてコミュニケーションをうまく使い分ける視点が必要である。これはプロフェッショナルとして重要であり、自分達の活動を説明できるスキルも必要と考える。
- ▶ 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』では、コミュニケーション能力、公衆衛生の視点、行政組織との連携そして支援の視点、情報収集と調査活動、地元の保健と医療のリソースとの協力と連携、柔軟な対応、情報の提供が外部支援者に必要である、と記述している。

4. 今後の展望

- ・ ガイドラインに入れることを考えると、支援者のトピックだけでも本一冊になるほど幅広い課題である。支援者には消防から地元のボランティアまでいるが彼らを含むすべての支援者を対象にし、内部の支援者と外部の支援者で分けて記述する。今回用いた文献の多くが外部からの視点で記述しており、支援者には被災地の職員である支援者と被災地以外からの支援者がいるがそれを明確に分けて記載している文献は少なかった。内部、外部支援者それぞれの特性があるので、支援

のストラテジー、方法論も異なる。日本もそのような視点を促す研究をすべきと考える。

- ・ 今後アメリカの PFA のモバイル版の「自分を守るためにすること」を参照していく予定である。DPAT は支援者支援について若干触れているが、スキルアップが必要である。支援者支援はどうするかという課題についてその方法、その場で気を付けることなどを書き入れるとより実践的なものになる。基本的なスキルが書かれると良いと考える。
- ・ レジリエンスなのか vulnerability として書くのか、どちらを強調するのかは検討する必要があるが、二次受傷からの保護を考慮し vulnerability のモデルで考える予定である。今後この視点から消防の文献も考慮する必要があると思われる。

【13】マイノリティ（マトリックス資料項目15）

マイノリティについては4点（うち3点は海外文献（『巨大惨禍への精神医学的介入』、『災害精神医学』、『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』）と『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』の文献が記述している。

マイノリティには LGBT 等様々なグループが存在し得るが、災害関連の文献で扱われてきたのは、居住者としてのエスニックマイノリティであるので、以下はそれについて論じる。エスニックマイノリティについては、人種による定義、国籍による法的定義と、多文化的背景による定義とがある。人種的、法的にマイノリティであっても、居住国で出生し、言語、文化を身につけている場合にはマイノリティとして扱う必要は乏しい。以下ではこのような視点も念頭において議論をする。な

お多文化的な背景を問題にするのであれば旅行者もその対象になるべきであるが、これは多文化対応として論じるべきかとも思われる。

1. はじめに：マイノリティへのメンタルヘルス・サービスの必要性（『巨大惨禍への精神医学的介入』）

- 2025年にはアメリカ全人口の40% (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) を占めると予測されるマイノリティの間の精神疾患有病率を、明確に把握することはその文化の多様性から困難である
- しかしながら、一調査によると災害によって引き起こされやすいのは、PTSD と気分障害だった (Norris, F., Friedman, M. et al. 2002) が、マイノリティのうつ病有病率は、白人のそれと同様かそれより低く (Holer, C., & Copeland, C. 2000, Kessler, R., Berglund, P., et al. 2003, Takeuchi, D., Chung, R., et al. 1998, Vega, W., Kolody, B., et al. 1998) 文化的に多様なグループの PTSD に対する相対的な脆弱性の度合いを判断するのは困難であると示された。PTSD 有病率の民族性による違いを認めなかったが (Kessler, R., Sonuga, A., et al. 1995), アメリカよりメキシコ (Norris, F., Murphy, A., et al. 2003)、白人では非ヒスパニックよりヒスパニック系のほうが (Ortega, A., & Rosenheck R. 2000) 生涯有病率や重症の PTSD が高かった
- 米国におけるマイノリティのうつ病や PTSD の調査は概して十分とはいえない (Srinivacan, S., & Guillermo, T. 2000)。サンプリングに加えて、症状評価にも多くの難しさがある (Alegria, M., & McGuire, T. 2003, Kirmayer, L. 1996, Norris, F., Weisshaar, D., et al. 2001,

- Zheng, Y., Lin, K., et al. 1997,
Guarnaccia, P., Ganino, G., et al. 1993)
- 一般的に民族性の影響を調査した災害研究のほとんどは、マイノリティの評価が良好でない結果を提示しており (Bolton & Klenov, 1988; Galea et al., 2002; Garrison et al., 1995; Green et al., 1990; March et al., 1997; Palinkas et al., 1993; Perilla et al., 2002; Webster et al., 1995)、トラウマ後ストレスにおける民族的な相異は、劣悪な経済的状况を筆頭とする多くのリスク因子による影響を示唆している
 - マイノリティを対象とした比較研究は人口集団の文化的あるいは歴史的な状況が災害の影響度に大きく関わり、複雑化に寄与している
2. マイノリティによるメンタルヘルス・サービスの利用
- マイノリティによるメンタルヘルス・サービスの利用には大きな格差があり、白人との差異の要因には(DHHS 2001), ①健康解離への意識の相違、②医療保健や問題自覚力の低さ、③苦痛や障害を感じる等値の相違、④言語問題、⑤文化的対応が可能なサービス提供の限界、⑥公的機関などの外部者に対して支援を求めることへの迷い、⑦スティグマ、⑧精神医学治療への不信感等がふくまれる。なかでも、米国公衆衛生総監の報告(U.S. Department of Health and Human Services, 2001)は、スティグマがメンタルヘルス・サービスを利用する重大な壁となっていることを指摘している (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
 - マイノリティに対する偏見は米国に浸透している問題であり、マイノリティのなかで精神医学の治療に対する不信感は強い (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
- 311 同時多発テロ事件後に実施されたニューヨークのプロジェクト・リバティからのデータは、解決策としてマイノリティがサービスを受けるために障害となるそれらのスティグマ、不信感の軽減と受診のための費用を削減することを挙げている (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
 - 居住者としてのマイノリティということに加えて、経済的困窮などの問題の併存がメンタルヘルス・サービスを受ける妨げとなっていることは、災害発生以前にストレス要因を抱えていることである。マイノリティに併存しやすい社会的リスクファクターの解明と対策が検討されるべきである
 - IASC ガイドラインでは、一步踏み込んでマイノリティコミュニティのリーダー、宗教的・スピリチュアル上の指導者に会い、被災状況が被災者の支えとなる実践に対する考え方の知識を獲得することを奨励している。そのマイノリティのコミュニティに適切な文化的・宗教的・スピリチュアルな支援、対処メカニズムを学習するだけでなく、収集した情報を関係連携組織の人道支援者らに発信することで彼らに適切な癒しを行える環境を整備する (『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』)
3. 災害時の多文化対応 (『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』)
- 日本においては日本語を母国語としない居住者は災害弱者であり、二次的な情報不安に陥り易く、適切な医療・援助を受けにくいという状況に晒される可能性が高い。しかし、日本語で十分に意思卒可

能なとくに永住権をもつ外国人に至っては、多文化対応の対象に含める必要はない

- 精神保健医療暗闘者の異文化理解に基づいた適切な法制ならびに多国語による情報提供を外部の専門家に依頼するのが効果的と示唆される
 - 外国対応の窓口を作る案に関しては、外国人といっても様々な言語があるため、現実的には多言語対応実現の難しさがあると思われる
 - 炊き出しをすると、外国人か否かに関わらず、関係ない外部の人が集まってしまうということはよくあり、外国人の対応について困っている自治体は多い
- エスニックマイノリティの中には、人種、あるいは国籍の有無による定義と、居住国の言語、文化を共有していないという文化的定義がある。災害時において支援から取り残されがちなのは文化的マイノリティの方である。マイノリティ支援は、各個人による、災害時の自己決定権を尊重するためにあるので、マイノリティ支援が隔離、疎外を強化してはならない。東日本大震災では、人種、法的立場についての個人情報情報を行政から聞き出すということが見られたが、人権侵害ともなりかねないので慎重な配慮が必要である
 - 多文化対応のくくり、マイノリティのくくりのどちらがよいのか検討する必要がある
 - 個人的な事情で外国籍であることを隠している住民もおり、行政による家庭訪問・アウトリーチが有効であるとは一概にいえぬ。また、国による日本在住者の支援も様々で、自国民が差別されていないか領事館員

にチェックさせている国もある。従って、外国人の対応は、本人の自己の決定権の問題で、本人に選んでいただくことが大事ではないか

- 文化的マイノリティ支援を含め、災害時の人権保護について独立したチャプターが必要である

- 解決策として、災害対応従事者が、各地域の外国人支援や対応をしている機関や団体（民間団体、NGOを含む）を平時から整理し、コンサルテーションを行い、準備をしておくのがよい。平時から関係をつくり災害時に備える

4. メンタルヘルス・サービスの質の人種的格差に対する解決策

- 支援者がマイノリティの独自の文化背景や経験についての正しい理解が必須であり、とりわけ個人主義と相対する集団主義の概念の把握は重要である（『巨大惨禍への精神医学的介入』）加えて、支援者が被災地域の文化を学び、あらかじめ認識しておくことが不可欠である。地元の文化に精通している人々（地域住民、文化大使等）と連携し、地域の伝統と合わせた活動を行えるとよい（『災害精神医学』）
- 難民についても考慮をし、別途論じる必要がある
- 災害カウンセリングに用いられているGinger & Davidhizer(1999)の多文化に配慮したアセスメントと介入モデルは以下の考慮事項を提示している：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「個人的空間」の捉え方の違い、③社会組織の影響（信念、価値観、態度等）、④時間の捉え方の違い、⑤環境のコントロールに関する新年の違い（U.S. Department of Health and Human Services, 2003）（『災害精神医学』）

- 災害精神科医が親善大使として成功を収めるには、精神医学に対して前向きな見解を持たぬ人々に敬意と誠実さをもって接することをすべての基盤となる。それが、維持可能な協働関係、効果的介入、エンパワーメント、コンサルテーションを可能とする大きな機会を作り出す（『災害精神医学』）
- 災害精神医学は若い分野であることから、メンタルヘルスを越えた分野の知識を関連させることが重要である。時間をかけて一つのマイノリティコミュニティとの同盟関係を築くには、柔軟な見解をもって外交術、公衆衛生の視点、対立解決等の精神保健の枠を超えた知識の獲得が必須であり、それらをもとに親善大使として課題にチャレンジし、成功することで災害精神医学の分野への貢献となる（『災害精神医学』）
- 様々な形で行われているマイノリティへの支援は災害時における地域社会活動でも文化的な意味を持って対処することを組み込んだ新たなアプローチの重要性を示唆する（巨大惨禍への精神医学的介入）
災害時の精神保健医療従事者は多職種と関係機関のステークホルダーらのファシリテーターになる責務があり、適切なマイノリティ支援を含めてそれを行うことは中長期支援への橋渡しにつながるのではないかと

【14】遠隔（マトリックス資料項目16）

1. はじめに：災害遠隔精神医療の適用
 - （準備）災害前段階において、防災計画と災害についての教育が中心となる。災害時に遠隔精神医療がいつ、どのように使用されるかを見極め、インターネット接続確保のためのインフラ構造・設備の

整備ならびに遠隔精神医療提供のために必要な技術的準備を充分に行う必要がある『災害精神医学』

- （災害遠隔精神医療の内容）急性期段階において精神科医は遠隔精神医療を通して、医療提供者ならびに他の精神医療専門家のコンサルテーションに応え、精神医学的介入を必要とする人々のトリアージを支援し、介入の実施を助ける。急性期の後の段階では精神医療ケアの提供で遠隔精神医療は重要な役割を担う可能性がある『災害精神医学』
- （支援者）支援者自身の精神的健康を維持するためのサービスの提供にも使用可能であり、災害支援者の援助に有益である『災害精神医学』
- （教育）専門知識へのアクセスとして継続的に使用可能である（例：Frueh et al., 2007b）また災害がもたらす精神的影響についての継続的な教育でも効果的である『災害精神医学』

2. 課題

- （法律）医療と法律の問題が要となる（例：コンサルテーションを行う臨床家と患者が別の州にいる、臨床家の資格確認の徹底、診療の医学記録の必要、臨床家の医療過誤保険が災害時の臨床遠隔精神医療行為をカバーするよう準備をしておく）『災害精神医学』
- （アクセス、環境）遠隔精神医療へのアクセスは文化的、言語的、民族的、社会経済的な問題により影響される（Shore et al., 2006, 2007a）。遠隔精神医療使用への理解の度合いに地域格差が見込まれ、また、通訳の必要が生じるなど、導入環境が複雑化する『災害精神医学』

3. 今後の展望

- 災害時を含む緊急事態において難題と

されている、精神医療のリソース不足やアクセスの困難は遠隔精神医療によって解決される可能性をもたらしている。

- 遠隔精神医療の実施に特化した訓練を受ける精神医学臨床家ならびに災害精神保健専門家の増加がリソースの確保を促進し、同時に事前の綿密な計画がそのリソースへのアクセス促進を支援する『災害精神医学』
- 関係機関の共同と統合により公衆衛生を促進させる『災害精神医学』
- CBT アプリが開発され、現在臨床に用いられている。災害時での使用は念頭におかれていないが、検討されるべきである
 - 災害後の遠隔精神医療が最初に記録されたのは、1988年のアルメニア地震においてアメリカ NASA、ソビエト連邦の共同介入であり、インターネットを使用した teleconsultation が 240 の臨床事例の支援のために実施された (Nicogossian & Doarn, 2011)
 - 以降、オーストラリアの山火事の被災者を対象とした telemental health の導入 (Reifels et al., 2012)、ソマリアでの医療従事者による tele-consultation の導入による精神症例への対処 (Zacjaria et al., 2012)、デンマーク・スウェーデンで行われた多国籍の亡命希望者、難民、移民を対象としたビデオ通信を介した telepsychiatry の実施例 (Music, 2008) がある
 - 最近の事例としては、2015年3月に洪水、そして同年10月にマグニチュード 7.5 の地震にみまわれた北パキスタンで災害後の外傷性ストレス障害をもつ被災者を対象に

Telepsychiatry を使用しての介入が行われた (Qadir et al., 2016) 。500 人の成人がスクリーニングを受け、うち 57 名が PTSD あるいはうつと診断された。この 57 名は訓練を受けた精神科医より少なくとも週に 1 度 1 時間のセッションを 10 か月間遠隔で受けた。パキスタンでは 16 万人が何らかの精神的問題を持ち、うち 34% が不安症やうつの影響下にあり、とくに過疎地では文化的理由から精神医療にかかることへの抵抗が強い。過疎地の北パキスタンでの災害後の遠隔精神医療の数少ない実用例としてその研究結果の発表が期待される

【15】特殊事例（マトリックス資料項目 18）

1. はじめに：物質乱用
 - （災害との関係）災害によってアルコールやその他の薬物使用の間に有意な関係が示されている (Rubonis and Beckman 1991; Okura, 1975; Logue et al.1979; D.W. Smith et al., 1999; Rubonis & Bickman, 1991; Vlahov et al., 2002, 2004; Joseph et al. 1993; Adams and Adams 1984)。一方で、被災経験は薬物やアルコール使用と関連しないと示されている (Bravo et al., 1990; E.M. Smith et al., 1990; Green et al., 1990; North et al., 1994)。災害前にすでにアルコールや薬物使用の既往を認めることは、災害後に使用が増加する危険因子である (E.M. Smith et al. 1990; Bravo et al. 1990; North et al. 1999) 『災害精神医学』
- 保健科学院が行っている「東日本大震災被災者の健康状態に関する調査研究」では沿岸部の漁村を中心にタバコ、飲酒、

睡眠などを調査し、結果はタバコ、飲酒において震災前と変化は認めなかった（現在データを解析中）

- ▶ （PTSD との関係）疫学調査は一貫して PTSD と薬物使用障害の高い有病率を示している（Shore et al., 1989; Stewart, 1996）。一般的に PTSD はアルコール使用に先行する傾向があることから（Stewart, 1996）、PTSD とアルコールや薬物使用は被災者・被害者の自己治療の手段であることが予測される。9.11 アメリカ同時多発テロ後、テロに暴露された人々の間で薬物使用が有意に増加しただけでなく、リスク要因としてテロ現場に近かったこと、テロ以前 12 か月以内にストレス経験があったこと、テロ直前にパニック発作を経験した、メディアによる報道に頻繁に接した、という特徴が判明した（Marshall & Galea, 2001; Vlahov et al., 2002, 2004）。加えて、思春期、リソースの重大な消失、未婚が誘因として挙げられる（Kishore et al., 2008; Thompson, 2004; Valhov et al., 2002）。一方、保護要因として加齢、既婚が示されている（Rowe & Liddle, 2008）。災害後の救急要員は過度のアルコール消費傾向を顕著に示す人々である（North et al., 2002b）『災害精神医学』
- ▶ （アルコール）一般成人の間で危険飲酒の割合はアルコール乱用・依存率よりも高いが、災害後により多くの人々がアルコール使用障害基準に達する問題飲酒行動に走ることが予測される。国立アルコール乱用・依存症研究所（National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA）のガイドラインは、危険飲酒への適切な治療対応として助言と援助を柱とする短期介入を記している

が、同時に身体医学的、精神医学的、心理社会的問題を含めた併存する問題を明らかにすることで患者の飲酒行動を紐解き、身体的・精神的障害の治療の必要性に対応できる体制を整えておくことが重要であると述べている『災害精神医学』

- ・ アルコールのことは特殊事例でもなく、急性期、初動時において問題行動を起こす人への介入は災害精神保健で大きな問題である。少し時間が経つと 3 合飲んでいたり、時期が経っても、引きこもって飲んでいる中高年の健康をどう守るかということが課題である。福島で保健師や福祉センターが実施している Happy Program など東日本大震災以降、各自治体でも非常に創意工夫して取り組んでいるので、海外のレビューだけでなく日本の活動を発信すべきだと考える。依存ではないが、遺族がいる横で酒盛りをしたり、夜の巡回をしてもらうなど警察との連携が重要と考える。楽しく飲む環境が無くなる、という一般人の飲酒環境も避難環境全体の中で考慮するべきである。事例化するということを明記、啓発するべきである。避難所ではおかしな人がいて騒いでいるという報告が上がってきて事例化していく。初期では避難所でも飲酒が禁止されていなかったりする。「耐えられなくなってくる」と「飲み始めてみた」では飲酒の性質が大きく異なる。発達障害の子どもと同じで、避難環境によってあぶり出される
- ▶ （スクリーニング）大規模災害はアルコールや薬物の流通経路をしばしば破綻させることから、災害支援現場で重要なのはアルコールと麻薬の離脱症状の診断である。アルコールや薬物使用に関する質問が見逃されたり、既往歴の聴取が不十

分になったりするので、スクリーニング法の使用が推奨される。被災時のメタドン・クリニックにおいてのメタドン供給停止は患者にオピオイド鎮痛薬を代わりに求めさせる。また、アルコールや薬物使用障害の既往がなく、ハイリスク群とみなされていなかった人々が不眠、疲労感、不安といった災害時に頻繁に起きる症状の自己治療の手段として身近に入手可能な薬物に手をのばす。一方で、元来の薬剤使用中断による離脱症状の解決策として、より入手可能かつ強力な薬物使用が、新たな離脱を生じさせ、さらに症状を悪化させるという複雑な問題がある『災害精神医学』

- ▶ (治療) アルコール離脱の患者については離脱の程度によりアルコールと交叉耐性のある薬物を用いた適切な解毒治療が行われなければならない。一方、オピオイド維持治療を受けていた人がオピオイド離脱を起こしている場合は、以前に服用していたオピオイド拮抗薬の一日量から再開する。以前の用量が不明の場合は少量より再開し、鎮静の兆候ならびに呼吸抑制の危険が出現しないか監視する。アルコール、鎮痛剤、麻薬の離脱に対する治療に有効な薬物は WHO 本質的な薬物モデルリスト(WHO, 2010) を参照のこと。離脱治療を終了後、解毒が完了した患者は拮抗薬を用いた治療と再発防止カウンセリングを併用したアルコール・薬物依存に対する治療を受ける。解毒後の過量服薬の危険は高く、この点についても患者に十分に周知すべきである。嗜癖の専門家が不足している場合、精神科医は災害急性期の現場において対アルコール依存症薬物を処方する役割を担う可能性がある。嗜癖の専門家に相談するこ

とが奨励される『災害精神医学』。アルコールに関して久里浜病院の報告書などを今後ガイドラインに反映していく予定である

- ▶ (重複疾患) 大うつ病は PTSD に罹患している患者のアルコールや薬物使用の症状の治療については特別な注意を払うべきである。PTSD の治療ではアルコールや物質使用の症状を合併していた患者に対しては、暴露療法よりも認知行動療法モデルが望ましい結果を得られている(Foa et al., 1999)。Seeking Safety は PTSD と薬物使用障害の合併症状を呈しているトラウマ患者を対象とした標準的な CBT 治療法である。PTSD の治療が薬物乱用に対する直接的な治療の代用にならぬこと、また、抗うつ薬・抗不安薬と心理療法の併用が薬物使用症状に効果をもたらすことを示す圧倒的なエビデンスはない(Labbate et al., 2004) 『災害精神医学』
- 災害後にアルコールを過剰摂取する人は災害前からの薬物乱用歴などの脆弱性があるかどうか検討する必要があると思われる
- 災害後に抗不安薬を飲み始めいまだに内服している人や大量に処方された薬で依存になった人がいないかの調査が必要かもしれない。処方期間、量に関して精神科以外の医師(例:内科医など)にも注意喚起が必要である
- 通常の処方薬については研究班で調査をしており、東日本大震災に関しては知見が出てきている。急激に飲酒量が増えるという傾向はなさそうである。阪神淡路大震災の時と同様に東日本大震災の時もアルコール飲料の販売量はむしろ減っているのではないかとされている。この

ことから海外の知見は必ずしも日本に当てはまらない。災害前からその傾向があった人は、災害後に再発するということはあると考える。災害前からアルコール依存のケースの数が少なく確認できていない。ベンゾジアゼピン系の問題に関しては、被災地での使用頻度の高い人に女性の割合が高いことがわかってきている。震災後一年後、二年後に追跡調査をしたが、ベンゾジアゼピンの使用量は減ってはならず、同じレベルを維持していることが明らかになってきた。アルコールに関しては、もともと飲酒していた人は注意が必要だが、災害そのものが飲酒の問題を引き起こすということではない。睡眠薬に関しては、避難所で眠れないなどの理由で多く睡眠導入剤を処方したため、慎重にみていく必要があるかもしれない。ギャンブルが一時的に増えた。被災地の男性において、一時的に増えたが2年後は減った。大船渡などでも、環境の問題として、本人にとってみれば変わらないことでも、住環境の影響でより明るみに出るということは考えられる。避難所や仮設スペースで、狭いところで多くの人に住み、隣の人との距離がない、音が筒抜け、隣で酔って怖い通報がより明るみに出るなど、住環境の変化によってもたらされるものは様々である

2. 自殺

- 自殺とは「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない」と定義される。自殺予防とは、自殺の危険因子を小さくし、保護因子を大きくすることで自殺死亡を少なくする取り組みであって、それには臨床的アプローチと公衆衛生的アプローチがある。地域の自殺率減少に効果があると考えられている介入法は、対人関係ネットワークの構築、総合的支援に結びつける自殺の危険因子・保護因子への介入、ならびにマスメディアへの自殺予防についての情報提供である。自殺者のほとんどが死亡時点で何らかの精神疾患に罹患していたと示す研究が多いため(Arsenault-Lapierre et al., 2004; Bertolote et al., 2004; 松本ら, 2011)、公衆衛生の自殺予防対策は精神保健医療と連携する必要がある。ハイリスクグループには支援に辿りつけない問題(アクセシビリティ)を抱える人々が多いことから、効果と実施可能性のバランス、利用可能な地域資源など、地域の条件に即した自殺予防対策を計画していくことが肝要でこれは公衆衛生における自殺予防対策に役立つ。多重な問題を抱えているほど支援へのアクセシビリティは低いと考え、何らかの事情で事例化するタイミングを生かして総合支援へ導入することが期待される。『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- (災害との関係) 災害と自殺の間に一貫した関係はない(米本, 2012)。災害後に自殺が増加するという思い込みによる情報発信は厳しく慎むべきであり、とくにマスメディアによるセンセーショナルな自殺問題ならびに自殺統計の取り上げは群発自殺抑止のため防止されるべきである『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- 東北大震災後に日本から自殺に関する研究が発表されているので今後それらを取り込んでいく予定である
- (予防) 理想的には臨床的アプローチと公衆衛生的アプローチの統合であるが、リソースの限られた災害現場においては

ハイリスクグループへの対応、地域に潜在しているニーズを自殺予防の見地からつなぐ等、現場の負担を軽減させるアプローチが適切である。自殺ハイリスク者への接触・介入は困難になるため、自殺リスクが高くない地域住民も含めて、①地域のニーズへの気づき、②実態把握（地域診断）、③目標の設定、④具体的なプログラムと評価指標の準備、⑤プログラム実施、⑥評価と新たなニーズへの気づき、の6ステップに沿って自殺予防を行うことが推奨されている『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- ▶ (学校)『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』では現場の教師が手探りで適宜対処している状態であること、スクールカウンセラー、専門機関との連携し組織的対応を行う必要があること、自殺防止教育を学校の教育活動として位置づけることが緊急の課題である。そして子どもが自分の命の危機を乗り越える力をつけ、子ども同士がお互いの危機を察知し適切に対応できるようにすること。予防として生徒の自尊感情を高め、悩みをかかえる生徒が孤立しないように仲間作りを促進してゆくことを記述している
- ・ 学校支援について、県単位で入る臨床心理士が教育委員会にうまく入っていけずに孤立する。県の事情によって臨床心理士会の体制が全く異なる。これから国家資格となる公認臨床心理士との兼ね合いや力関係なども考慮していかなければならない。もともと心療内科にいた立場として、表現が身体性であるケースも相当数おり、データが取れていない。今後注目すべき点である
- ・ 自殺大綱に災害が入ってないので触れる

ようにする。自殺未遂という観点もあるが、既存のシステムとの接合性について書いた方がいいと考える。被災者のこころのケア要綱に自殺、自殺未遂の観点を入れるべきである。介入した・しない地域で変わり（自殺がなくても発生することがある）ここで入れるか（特殊事例項目）、全体で入れるか判断が難しい。もちろん救急医療システムは24時間作動しているが、自殺未遂や危険性があった時には早急に入院させたりするなどのコーディネートが必要なので、そのあたりも書いた方がいいと考える。災害の中では早期から死にたい人たちは出てくる。自殺予防は災害時現場で問われることなので、事前教育を入れた方がいいと考える

3. パーソナリティに関する問題（『災害精神医学』）

- ▶ 災害発生時に多くの被災者にみられる退行性反応は器質的なパーソナリティに関わる問題とは区別されるべきである(Ekisi & Baum, 2009)
- ▶ 特に反社会性や境界性パーソナリティ障害にあたる人々は不愉快で対応困難な患者として、パーソナリティについての問題を治療への抵抗と理解されがちであるが、逆に治療可能な部分に焦点を当てて治療にあたるのが支援者・被災者双方にとって益である
- ▶ 4つの基本的な神経症的スタイル（強迫性、妄想性、ヒステリー性、衝動性）(Shapiro, 1999)について覚えておくことは臨床医が被災現場においての被災者のニーズの査定に有用であるだけでなく、治療の質や結果を予想するにも役立つ
- ▶ 臨床医はパーソナリティ問題を抱える被災者を支援する際、投薬によって早期治

療効果ができる I 軸の様相を見逃すべきではなく（例：Uhlenhuth et al., 2008）、臨床家自身が体験する逆転移についても検討し、有益な治療の糸口とすべきである（Yudofsky, 2005）

- パーソナリティ問題に有効な心理療法には支持的療法、認知行動療法的介入、早期の弁証法的行動療法介入と受容に基づく介入が挙げられる（Connor & Zhang, 2006; Gratz, 2007; Rimes & Chalder, 2010; Yen et al., 2009）
- とはいえ、被災現場において臨床医が災害後のストレス反応とパーソナリティ特性を見分けられると期待することは現実的ではなく、被災者の言動が被災者ならびに治療目的に対して甚大な悪影響を及ぼすか否かに注目することが適切な介入を可能とする
 - 急性症状とストレス反応に起因する慢性的、持続的なパーソナリティ特徴を区別するため、症状の再検討ならびに「これまでを振り返って、あなたはどのようなタイプの間人だと思えますか」という問いは効果的。
- 日本の災害時精神保健介入において、人格障害を扱うことは稀であると推測するが、どうか検討する必要があるかもしれない
- 災害時の人格障害への臨床的介入は困難であり、行動面での評価にとどまるのではないかどうか検討する必要があると思われる
- I 軸障害の躁病を見逃している場合があるので注意が必要である

4. 人的災害（大量破壊兵器）（『巨大惨禍への精神医学的介入』）

- 1995 年の東京地下鉄サリン事件では、サ

リン患者についての長期研究により身体的、精神的症状が暴露後 5 年間続くとしており、PTSD の診断率は 2~3%、部分的 PTSD は 7~8%、そして研究対象者の 10%に MUPS（眼症状、疲労感、筋肉の凝り、頭痛）が発症していると報告された（Kawana et al., 2001）

- Chemical biological, radiological and nuclear（以下 CBRN）兵器による前駆症状は多くの場合、非特異的であることから、トリアージを困難にする。さらには人々が CBRN 物質に暴露されたと認識し、実際の被害を受けていなくともこれらの一般的な前駆症状が起こる現象を OMUS（outbreaks of multiple unexplained symptoms: 多様な原因不明症状の突発）という（Pastel, 2001）
- 現在あるデータからは、中等度または重度の障害/疾患を呈する患者よりも、軽症または心理学的症状を呈する患者が多いことが示唆されている
- 自然災害および従来型兵器によるテロ攻撃の被災者への共通の影響として、生存者には PTSD、うつ病、全般性不安障害、および物質・アルコール乱用が認められる（Norris, F.H. 2002; North, C.S., et al. 1999）
- CBRN 兵器による攻撃時に一般的に起こると予測されている集団パニックは実際には稀である（Glass & Schoch-Spana, 2002; Quarantelli, 1960）。とはいえ、CBRN 事態においては大勢の人々が救急外来につめかけ（Bleich et al., 1992; Rotenberg et al., 1994）、ストレス反応を示すことから、救急外来に神経精神医学的障害のトリアージに含めるべきである（Burkle, 1996）。また、メンタルヘルス従事者は救急外来と良好な関係を平

常時から築き、病院にストレスセンターを設置するのが重要である (Rosenbaum, 1993)

- 日本だと福島原発事故がその例になるのかもしれない。そして誤った情報により混乱が生じる可能性があるかもしれない

5. DV 防止教育 (『災害・事件後の子どもの心理支援』)

- 日本において通称 DV 防止法 (配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律) は 2001 年に成立、公布され、その後二回改正されている
- DV の定義: 「配偶者や恋人などを親密な関係にある、又はあった者から奪われる暴力」
- 日本における DV の背景要因: ①ジェンダー平等意識の低さ、②暴力としての認識の乏しさ、③自尊感情の低さ、④暴力的な家庭で育つこと
- DV 防止教育は 2000 年より民間団体「アウェア」が先駆であり、2008 年より国政として DV 防止教育を学校教育の一部として教育啓発活動の普及が開始された
 - DV 防止教育は基本 90 分のワークショップであり、大学生・短大生をはじめ中学生ら、より若い層にも積極的に行われており、ワークショップ後には、プログラムの意図にあった暴力への意識の変化を示したコメントが寄せられている (山口, 2003)
- 暴力による支配から脱却し、対等な関係を構築していくために幅広く地道な統合的な取り組みが求められる。関連機関の連携・協働という視点も需要と考えられる
- DV に関して日ごろからトラウマに対する手当てが十分ではないため、災害時に

事例化しないか注意が必要である

- 災害時にレイプ事件が多発するという風評があるが、実際はどうか検討する必要と思われる

6. 将来の大規模災害に向けた提言

- 災害準備の基本は「最悪のシナリオ」を設定して計画を立てることである。公衆衛生対応について、具体的かつ実践的な対応を地域及び広域で検討し、マニュアル化する必要がある。「避難所運営マニュアル」などを作成し、管理者や地域自治会などで活用できるよう準備する必要がある。長期的対策として **building back better** を作り上げる努力をする必要がある。あるべき「目標」をできるだけ住民とともに議論し、具体的な行動計画を作成、見直すことである。また行政、専門家、民間支援組織を含めた日本にあったスタンダードが必要である。『災害時の公衆衛生ー私たちにできることー』
- (連携・協力・調整メカニズム構築) 医療以外の重要課題・分野 (公衆衛生、ロジスティクス、情報通信等) における連携・協力・調整体制の構築のため、国、都道府県、市町村レベルの災害対策本部でのクラスターアプローチを提唱する。クラスターは迅速かつ効果的に支援を割り当てる役割を担っており、すべての支援についてどこで、誰が、何を支援しているか (3Wマッピング) を把握し、適切なマッチングを行い、更なる連携・協力体制の促進に努めるものである。災害ロジスティクス・クラスターを設置することを提言しており (國井, 2012)、この強化が望まれる。他のクラスターと連携しながら平時より詳細な話し合いを行い、計画を練ることが必須である。公衆衛生

人材の育成と派遣体制に関しても災害派遣公衆衛生チーム (Disaster Public Health Assistance Team) の設置を提言しており、国が支持する体系的な人材育成計画の構築とその推進 (1~2 週間の実地訓練を含む)、災害時支援者としての登録と派遣制度の充実 (自治体同士での派遣協定締結を含む)、最低 1 か月以上の派遣が可能になるものと期待する『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- ▶ (災害公衆衛生および災害疫学) 災害が健康にもたらす影響について組織的に研究し、災害時対応・防災対策について具体的な方策を提示し、一般人の公衆衛生人材教育の推進に寄与する機能を持つ機関が必要である。そのためには、公衆衛生に関与する機関との連携・協力体制は必須であり、国とその関連機関が調整役になることが要となる『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- ・ (built back better) building back better についてスローガンなどの時は「Build back better」の表記の方がいいかと思う。防災会議でもそのように使われていた。
(WHO では building back better が使われている)
- ・ 見せ方について、例えば外から入る人向けの情報と内部の人向けの情報、というように、プレゼンテーションの仕方の見直し・検討があると良いと考える
- ・ 平時からの問題が災害時の問題にかぶることから、災害時ももちろん平時からの対策も考えさせられた (特にベンゾジアゼピン、アルコールの問題は平時から存在)
- ・ 既存文献は不十分だが、先生方からのご意見・ご指摘をもとに肉付けをし、役立つ資料を加える方向で考えていく

【16】倫理・法規 (マトリックス資料項目 19)

1. はじめに：災害時精神保健医療における倫理的配慮の必要性

これまでの日本での災害においては、いわゆる心のケアへの関心の高まりと呼応して、被災者への本人の同意によらない心理的尺度の施行、治療介入が行われることがあった。特に精神健康に関する自己記入式質問紙が安易に配布され、被災者からすると自殺などについての項目を含む各種の質問紙に何度も記入するということが生じ、そのために心のケア全体に対する忌避感が生じ、公的支援に対して扉を閉ざすということが少なからずみられている

こうした活動において被災者本人への口頭、書面による説明、同意の確認が行われることは少なく、そのために被災者は自分に拒否の自由があることを知らないままに、支援者に対する従属的な立場によって協力をせざるを得ないという事情がある。さらに、こうした評価データ、あるいは治療介入の成果が被災者本人に帰属しており、被災者の回復のために役立てられているという事例ばかりではなく、時には明らかに研究調査のためのデータ収集としてこうした活動が行われることもあった

平時であれば調査研究については医学研究の倫理指針が適用されるが、災害時の調査研究に関しては倫理委員会に迅速審査を認めるなど特例的な扱いがなされている面もあり、被災者を倫理的に保護するという視点が弱くなる傾向があったことは否めない。こうした点への批判を受け、311 震災においては、日本精神神経学会は災害時の調査研究に関する倫理的配慮を求める声明を出し⁽¹⁾、日本疫学学会は、倫理的に不備のあるデータに基づいた

論文は受理しないことを宣言した⁽²⁾

他方、災害時の被災者の被害、回復に関する適切なデータ収集は効果的な支援、今後の対策のために必要であり、災害の経験を踏まえて自分自身の活動を検証し、後世に伝えることは研究者のみならず広く臨床家の責務でもある。そのためのデータ収集は当然必要であるが、適切な手続きを踏まえ、データの帰属、目的、保存と活用方法などを明らかにし、第三者によって検証されるべきことは言うまでもない。日本では従来、こうした視点が脆弱であり、311後の厚生労働科学研究班でようやく検討が始まったところであるが、今後に向けてさらに議論を重ねる必要がある

➤ (守秘義務) 日本学術会議第7部報告では以下のように述べている。「医学研究からみた個人情報の保護に関する法制の在り方について(1)医療情報が発生する医療機関、健康診断等における個人情報保護 医師等の医療関係者においては、資格法等に罰則付きの守秘義務規定が定められ、厳格な個人情報保護措置がとられています」との記載がある。また刑法(秘密漏示) 第134条では「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産婦、弁護士、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」⁽³⁾となっている

☆ 災害時であっても診療、相談内容は守秘されるべきであるが、刻々に変化する状況の中で、また被災者の状態に応じて、適切な連携と支援を行うために、直接の診察、支援にあたった人間以外とも情報を共有する必

要が生じる。諸外国においては通常の医療機関等における診察とは異なり、診察内容の情報管理が困難であることへの注意喚起がなされている。日本ではこれまで、相談、診療内容の情報漏えいが大きな問題として報じられてことはない。そのことをどの程度、どのような形で被災者に伝えるべきかについては、明確なコンセンサスがあるとは言い難い

アメリカ精神医学会(2004)の提唱では以下のように提示している。精神科医はアセスメント開始前に、守秘義務に限界があること、また評価の目的について対象者に明確に話す必要があるとしている⁽⁴⁾。病院のようなヘルスケアシステムは通常秘密を守る集団を形成している。秘密情報がその環境外に伝わることから守る、明確な方針と法律、一般に医療保険の携行性と責任に関する法律(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)がある。医療情報の共有が許可されており、一般に患者によって理解されている。しかしながら災害現場で、精神医学情報と医学的情報を伝えてくる個人が、その情報を他の誰かと共有する許可を精神科医にあたっていると考えるはいけない『災害精神医学』

DPATなどの医療チームでは情報守秘について方針が定められているがそれ以外のNGOなどの場合にあいまいさが残るため今後検討する必要がある

➤ (役割と柔軟性) 災害への継続的参加は一部の組織や個人にとっては財政的チャンスやキャリア上のチャンスとなりうる。そのような状況で、災害精神科医が個人や組織の災害支援に効果的に貢献する能

力を損ねかねない問題に気づいたときに倫理的問題が生じる。災害支援者が柔軟で有用な災害支援チームのメンバーであるかどうかの任務適正評価は災害支援に携わっていない専門家が行うべきであるとの意見もある『災害精神医学』

- ▶ (記録) 話し合ったこと、話さなかったことをつぶさに可能な限り即席のカルテに記録することは、後日悪いアウトカムや医療過誤苦情の発生の場合に証拠として役立つ可能性がある。臨床サービス提供の記録は不利益の減少をもたらすと同時に、医事法上の目的を満たす (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。症状の程度を誇張せずに記載する『災害精神医学』
 - ◇ 災害時の診療、相談業務の内容を適切に記録にとどめることは活動の倫理性を担保する上でも欠かすことができない。日本の災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team:DPAT)、災害時健康危機管理支援チーム (Disaster Health Emergency Assistance Team:DHEAT)においては活動記録を共通のデータベースに保存することが求められているが、それ以外のNGOなどによる活動の場合には、必ずしも共通の記録様式は定められていない。また記録された内容の保存、管理の仕方にも統一の基準が存在していない
- こうした記録の方式が各国において異なることは国際的にも問題視されており、近年 WHO は災害医療情報の標準化手法 (Minimum Data Set:MDS) を採択した。日本には共通のフォーマットがあり、災害精神保健医療情報支援システム(Disaster

Mental Health Information System:DMHISS)も作成されているのでこちらを使用する

- ▶ (詐病と薬剤管理) 災害後の詐病率についてのデータは存在しないが、2001年アメリカ同時多発テロ後、個人が規制物質・薬を入手する意図をもって精神医学的症状を誇張していると思われるいくつかのケースがあった。カルテ記録で客観性を維持するためにも患者の報告と観察を区別することが重要とされる。例：PTSD の患者はレクリエーションと仕事の両方での機能低下を報告する傾向がある『災害精神医学』
- かつては日本ではケアチームの一部が避難所に薬をおいてくることがあったが、現在では薬の管理が厳密になされている。ただし意図的に抗不安薬、入眠剤を収集しようとする患者についてはあまり検討されていない。東日本大震災では、精神科医による抗不安薬の処方 は短期間であることが多かった。その一方で内科医が1か月処方するケースがあり、今後の注意が必要と思われる
- ▶ (臨床家の災害への心理的反応) 精神科医の柔軟性、インフォーマルなサービスを促す災害現場においては広範囲の「逆転移」が観察されており (Pandya, 2010)、「一体化、理想化、巻き込まれ、擁護」という色眼鏡によって専門家としての境界線が曖昧になることはしばしば体験される (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。回避策として、自分の動機を改めて考察し、内省することで境界性問題のリスク因子となる自分の内にある感情・考え、特に患者の理想化と限界設定力の欠如を認識することができるだろう (Norris et al., 2003)。手遅れになって初

めて倫理的、法的過失を認識することがないよう、常に潜在的境界性違反の兆候が自身にないかチェックすべきである『災害精神医学』

- (医療過誤) 災害対応に従事する者として医療過誤に対する適切な医療過誤保険 (malpractice coverage) があることを認識することは重要である (例: 良きソマリア人法)。個人で医療過誤についての保険を入手することが重要である『災害精神医学』

日本において心のケアチームは準国家公務員となるため医療過誤の際は自治体の責任となる

- (調査研究) 災害精神医学研究を倫理的に実施するために、精神科医が考慮すべき事柄には、①参加者の決断能力、②脆弱性、③リスクと利益のバランス、④インフォームドコンセントの適切性が含まれる (Collogan et al., 2004)。被災者の研究に同意する能力に関する証拠は不十分であり (Rosenstein, 2004)、被災者は脆弱とみなされるべきではないが、インフォームドコンセントの適切性を確保するための何らかの措置の準備がなされるべきである (Collogan et al., 2004)。災害生存者を助ける研究によって、将来の精神科医は災害支援にあたり十分な装備を整えられるようにするという責務があることを念頭に置くべきである (Kilpatrick, 2004) 『災害精神医学』

厚生科研の研究班で災害時の調査研究倫理についてすでに検討がなされている (参考文献参照)。東日本大震災では日本精神神経学会が災害時の調査研究の倫理的配慮に関する声明を出している

- (支援の責任) 一人ひとりが仕事をするにあたり、より望ましい結果を生み出す

ための判断と注意をするという個人の責任が非常に重要になっている。職務上の責任は、①倫理上の責任と②法律上の責任と関連している。職務上の責任と法律上の責任は、倫理上の責任 (人格としての責任) に基づいている。『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

医療行為の責任は医師にあり、災害時の医療チームも医師の監督下となる。医療チーム以外の責任は問題となる。今後臨床心理士の国家資格化により責任の所在が明確となるだろう

- (支援における契約) クライアントは支援者に依存する関係である。アウトリーチは支援する側の自由に基づくがそれでもクライアントを選択する自由はなく、呼びかけられれば責任を引き受けるよう強制される (Jaspers, 1932)。また、支援者は感情の伝染を避けられない。臨床心理士としてのアイデンティティはクライアントの呼びかけに応え、責任を引き受け、ケアを行うことにより形成される。臨床心理士はその責任を引き受ける自由を有しており、人間の実存に関わる仕事に従事する彼らの働きは公益性の高いものである『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

日本では被災者に断る権利 (選択の自由) があることを伝えることが大切である。一般の臨床での来談のクライアントに対する責任を負うあり方とアウトリーチでのそれとは異なっている。こうした視点は医療関係者においてはほぼ共有されているが、医療資格ではない臨床心理士においてはアウトリーチ型の責任の所在が曖昧になりかねなかった。この点は、

公認心理師制度の導入によって、次第に整備されていくと思われる

【17】 機関連携（マトリックス資料項目20）

1. はじめに：連携のありかた
 - 連携・調整は支援者、被災者地域の被災者の代表者（自治会長、被災した行政・医療関係者など）を含めて、意見を取り入れることが望ましい⁽¹⁾。a) 全体的支援の中に精神保健・心理社会的支援が含まれ精神保健/心理社会的ウェルビーイングが促進される必要がある 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『IASC ガイドライン』
 - 精神保健・心理社会的支援を実施している多くのセクター間の連携調整を行い、明示した計画を共同で策定する。リーダーとなる組織を決め、プログラムの計画や実施を連携・調整し、ガイドラインを策定する。アドボカシーの連携・調整をとり、資源を動員する『IASC ガイドライン』
 - 外部からの調査活動や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『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』
- ### 1-1. 連携機関
- 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）。そして虐待問題、小児がん、臓器移植、新生児集中治療室（NICU）関連の課題について小児科との連携の必要

(1)日本においては災害対策本部がこの役割を担うが、3. 1.1 震災の石巻地区のように地域の医療関係者が自発的にこの役割を担った例もある

性、自殺に関してはいのちの電話の役割を記述している『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

- 警察における犯罪被害者支援、被害者支援センター、児童相談所、配偶者暴力相談支援センター等の役割の記述がある『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』
2. 支援のありかた
 - 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。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)。行動変化の経過についてはよくわかっていない『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- ### 2-1. 公衆衛生
- 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みられるがメンタルヘルス・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である (Ursano., Fullerton, 2003)。データにもとづく計画の必要性 (Speier [第 5 章])、成果を左右する基本的な脈絡関係要素を考慮すること (Orner ら [第 7 章])、公衆衛生的アプローチの重要性 (Pastel ら [第 16 章])、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 (Leskin [第 14 章])、文化的感受性を満足の重要性と公共のメンタルヘルス対応にシステムとしての視点 (Norris [第 17 章]) を記述している『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

- ▶ 被災地域が意思決定をする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が重要となる。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、非効率的になるため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である『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』。『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』でも援助の方針は災害対策本部が定めるべきである、と記述している。『災害精神保健医療マニュアル』と『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』では外部支援の受け入れの判断は災害直後には、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ことを推奨している。そして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い、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、支援を行うことを勧めている
- ▶ 『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

では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である。また、『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』では心理社会的支援は「受け手本意」であり、現地のニーズアセスメントをし、現地のリソースを評価、必要なマンパワーの算出をする、支援体制をセットアップ、必要なポイントに適切に資源を配置していくことが重要である、と述べている。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的、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)。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 & Fullerton, 2001; Ursano & Fullerton, 2002)。そしてエビデンスにもとづいた介入、報告書などからのその進歩について理解する。疫学的予測モデル、人口にもとづくサーベイランス方法、および信頼性のある計測手順を開発する (多数の連邦政府構想が進行中。)『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

- ◇ 支援には push と pull がある。心理社会支援は受け入れ側被災地の状況を踏まえて行う、受けて本意の活動である。被災地域が自らのニーズを踏まえてイニシアチブをとるのが望ましく、外部からの支援者は被災地域の意思決定のプロセスを支援することが望ましい。このための支援としては現地のニーズアセスメントを行う
 - 医療提供者・機関のための教育プランが必要であり、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である。高齢者にとって社会福祉サービスを不可欠である『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- 2-2. 医療
- これに対し医療支援の場合は「受け手本意」とは言えない外部支援者のイニシアチブによる活動が含まれる（例：救命救急、精神疾患の急性増悪など）
 - 介入の成否は迅速かつ効果的、持続的な資源の投入次第であり、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・ケアが必要である（Wain, Grammer & 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）。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程度などの多くの要因によってさまざまである『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- アウトリーチに関する実証的研究論文はなく、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。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であり、マーケティングは人々に周知させる重要なアウトリーチの方法である。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。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。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『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- 2-3. 外部からの保健医療チームの構成と派遣期間
- 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となる。保健医療活動についてコーディネート機能が重要であり、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。彼らの役割は「カウンセラー」「ペースメーカー」「(情報の)見える化」である。『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』
 - メンバーは、被災者集団の構成をある程度は反映すべき『巨大惨禍への精神医学

的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。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『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』。(派遣期間)派遣期間は最低1週間程度が必要で組織を通して派遣されるべきであり、単独ではなく組織の中で活動すべきと記述している『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』

- ◇ 医療と精神をあまり切り分けないことを勧める。急性期においては心理社会支援と医療支援の双方を行う準備をする必要がある。具体的には急性期の重度の精神症状への医学的対応と被災地域の意向を踏まえた住民教育、PFA、ストレス軽減のためのプログラムの実施、スクリーニング等を行う

2-4. 精神科医の役割

- 非常に多くの競合する力の中でバランスをとるための技能と経験を育成するためには、継続的努力と多様な分野の専門知識のしっかりした理解が要求される。個々の災害はそれぞれ異なっており、災害は通常の実験の境界線をこえ、多くの役割を演じることが求められる。親善大使(=コーディネーター)として働くことは巧妙さと繊細さを要求され、満足感を与えてくれる創造的チャレンジとなる。同時に多様でしばし変わりやすい目的を達成するために、自分自身の最適な活用—直観、常識、冷静さを保つ基本的応力、磨くためには長い年月を要するその他の技能を調整すること—ができねばならない。災害精神科医が果たせる最重要機能

の一つは、その専門家が共に働いているグループのために、短期的・長期的協働プロセスの構築を促進することであり、グループとシステムの視点、概念的なフレームワークを持つことが重要である。災害精神科医学は他の精神医学の専門知識分野を活用し、統合し、拡大する。精神科医は、親善大使(=コーディネーター)として、宗教的ケアやスピリチュアルなケアを基盤にしている災害対応従事者と効果的に仕事をする方法の認識を深めねばならず、彼ら個人や組織の間に協同的で互恵的な関係を創造することが確実に最適のリソース配分をする唯一の最も効果的な方法である。介入に携わる精神科医や他のメンタルヘルスの専門家が自身の言動にこの視点を伝えると、周囲のグループに前向きな影響を与えることができる。そして以下の要因が成功に導くであろう

- ① 協働するという強い願望
- ② 別々の関心を持つグループを統合する系統的な計画をつくるという明確で満たされるべきニーズの存在
- ③ 技能あるリーダーシップ
- ④ 緊急の災害対応や他の関連活動という厳しい試練の中で、長年ともに仕事をやり遂げてきた参加組織と参加者の歴史
- ⑤ 相互尊重の雰囲気、共通性と違いの両方の正当な評価

災害精神科医が親善大使として成功を収めるには、精神医学に対して前向きな見解を持たぬ人々に敬意と誠実さをもって接することはすべての基盤である。それが、維持可能な協働関係、効果的介入、エンパワーメント、コンサルテーションを可能とする大きな機会を作り出す。災

害精神医学は若い分野であることから、メンタルヘルスを越えた分野の知識の関連性の重要性が否めない。時間をかけて一つのコミュニティとの同盟関係を築くには、柔軟な見解をもって外交術、公衆衛生の視点、対立解決等の精神保健の枠を超えた知識の獲得が必須である『災害精神医学』

- ▶ コンサルタントには幅広い技術が求められ、集団を対象とする傾向が強い。『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
 - (ア) 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る。
 - (イ) 機関とコンサルタントの間に契約が成立していなくてはならない。
 - (ウ) 被験者の協力を得る。服装と参加者の服装に配慮する。
 - (エ) 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、事前に入手する。
 - (オ) 対象者の不安をうまく処理する方法を見出す。
 - (カ) 集団や組織やコミュニティの指導者から開始し、自らが語る事については、奨励し支持すべきである。
 - (キ) 対象グループの言語を知って、それを用いることは重要。
 - (ク) 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。
 - (ケ) 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。
 - (コ) 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。

上記に加え『災害精神保健医療マニュアル』と『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』では被災者に安易な投薬は行わないことや、派遣先へ向かう心構えが必要なこと、患者を抱え込まず、地域の精神保健につなぐようにすることを推奨している

- ▶ 指導者向けのコンサルティングの主な内容、臨床に関する問題と組織に関する問題を区別すること、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、役割の維持、秘密保持、テロや災害への心理学的な対応などの特別な課題がある(Ursano, R.J., & Norwood, A.E.2003)『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
 - 急性期と中長期でコンサルテーションは異なり、チーム派遣のマネジメントと活動内容に対する助言も求められる
 - 災害時の精神保健医療従事者は多職種と関係機関のステークホルダーらのファシリテーターになる責務があり、それを行うことは中長期支援への橋渡しにつながる可能性がある

3. 課題

受援力に関しては今回引用した文献ではあまり取り上げられておらず、ディスカッションも十分ではない。したがって今後検討する必要がある

包括的災害時精神保健医療活動ガイドライン全体に関する専門家コメント

2017年7月、12月に実施された本研究の専門家会議内で寄せられたコメントのうち、今回考察対象となった各検討項目に対してではなく、包括的災害時精神保健医療活動ガイド

ライン全体に対するものは以下のとおりである。

- ガイドラインの中で、同様のテーマが繰り返し述べられていることもある。また、同様のテーマであってもその表現が異なったり、イメージが違ったりする場合もあるので考慮が必要
- 文献において、個人とコミュニティ（例：micro-community）を行ったり来たりと、対個人および対地域への支援が混在しているため、一部の文献のみを参照した場合は多くの人が誤解しやすいので、配慮が必要である
- 早期から一律に医学的な介入をする必要はないことは、複数の文献において一致して報告されている
- この包括的災害時精神保健医療活動ガイドラインにはユニバーサルな視点と実践的用途のための2つの視点がある。実践的に役立つガイドラインであることはもちろんだが、ユニバーサルな視点をもつことは重要である。推論的な部分もあるが、その2つの視点がバランスをとることが幅広い災害時精神保健従事者層にガイドラインが支持され、役立つものとなるうえで大切である
- 現場の人が参照して実際に役に立つかどうかについては、「今こういうことが動いている」というような参考にはなると思う。実際に現場で用いるマニュアル等はDPATが既に作成している
- DPATの活動などを追記するという姿勢も適切だと思う
- 受援などの、その他の地域回復のためのプロセスを追記する必要がある。受援についてはあまり述べられていない。該当の地域が回復するための原則が必要。これはシステム・原理の項目についても該

当する

- そもそもシステムをどこまで捉えてシステムとするかは検討が必要。これまでのシステムを整理し直すことも重要だが、新たに作っていくことも必要。平常時より存在する機関がマニュアルに積み上がるのが良い
- こころのケアセンター等で実際に行われてきたことが、このようなガイドラインに統合されるのは適切だと思う
- 各自治体が作成するガイドラインのためのガイドラインという立場でも良いと思う。自治体によって保健師の実力や役割にはばらつきがあり、自治体がガイドラインを最初から作成することは現実的ではない。そのため、当該ガイドラインをスタートとして自治体のガイドラインを作成するのはどうか

マトリックス資料項目1:「総論」、マトリックス資料項目2:「歴史」、マトリックス資料項目17:「報道」、マトリックス資料項目21:「その他」に関しては他項目との内容の重複等でニーズがなかったため省いている。

E. 結論

引用した文献は十分なエビデンスに基づいていないものも多く認めた。考える理由の一つとして災害時などでは人道支援という側面があるため科学的根拠を得るための研究を行うことが倫理的にも厳しい状況がある。このような背景を考慮しても今後効果的な治療、支援をするために倫理を遵守し遂行する必要性がある。災害時の精神保健医療対応へのニーズは益々高まっているが、既存のガイドライン、教科書類は国内外を問わず、その作成の背景となった事項を重点的に扱っており、必要な項目を包括的に網羅したものは無い。

本研究成果に最新のエビデンス、知見をふかして包括的なガイドラインを完成させ、ストレス・災害時こころの情報支援センターのHPに公開して広く災害支援委役立てると共に、随時更新して、研究知見、支援経験を反映させる。

F. 参考文献

1. 高橋昌・高橋祥友 (2015) . 『災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える—』金剛出版
2. 富永良喜 (2014) . 『災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針』創元社
3. Ritchie, E. C., Watson, P. J., & Friedman, M. J. (2007). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York, NY: Guilford Press. (訳: 計見一雄・鈴木満 (2013). 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え 弘文堂)
4. Stoddard, F. J., Anand, P., & Katz, C. L. (2011). *Disaster Psychiatry: Readiness, Evaluation, and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (訳: 富田博秋・高橋祥友・丹羽真一 (2015). 災害精神医学 星和書店)
5. 日本心理臨床学会 (監)・日本心理臨床学会支援活動プロジェクト委員会 (編) (2010). 『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ—』遠見書房
6. 國井修 (編) (2012). 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』南山堂
7. 金吉晴 (2001). 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 平成13年度厚生科学研究費補助金(特別研究事業) 「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」
http://www.ncnp.go.jp/.../saigai_guideline.pdf
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン ジュネーブ : IASC.
http://www.ncnp.go.jp/pdfmental_info_iasc.pdf
9. 鈴木友理子・中島聡美・金吉晴 (2011). 精神保健医療活動マニュアル. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 「大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と介入方法の開発に関する調査研究」.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/H22DisaManu110311.pdf>
10. 鈴木友理子・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・金吉晴 (2010). 災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 大規模災害や犯罪被害などによる精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 平成22年度分担研究報告書
11. 鈴木友理子・黒澤美枝・小原聡子・畑 哲信・林みづ穂・大塚耕太郎・松本和紀・丹羽真一・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・浅野敬 (2012). 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討. 厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究 平成24年度 分担研究報告書
12. 金吉晴・鈴木友理子・深澤舞子・中谷優

(n. d.). (資料)DPATに関する意見の収集.
厚生労働科学研究補助金 ((障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に関する研究

F-2. 各項目ごとの参考文献と最新研究

【2】心理反応と精神疾患

- (1) The Nice Guideline on Identification and Pathways to Care. Common mental health disorders. 2011.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/pdf/Bookshelf_NBK92266.pdf (閲覧:2018-05-22)
- (2) World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=91063A10AAC191CDD044087E94987B40?sequence=1> (閲覧:2018-05-22)
- (3) National Institute of Mental Health. Mental Illness.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml> (閲覧:2018-05-22)
- (4) Usuki M, Matsuoka Y, et al. Potential impact of propofol immediately after motor vehicle accident on later symptoms of posttraumatic stress disorder at 6-month follow up: a retrospective cohort study. Crit Care. 2012 Oct 28;16(5):R196.
- (5) Takahashi S, Ishiki M, et al. Health effects of a farming program to foster community social capital of a temporary housing complex of the 2011 great East Japan earthquake. Disaster Med Public

Health Prep. 2015 Apr;9(2):103-10.
トラウマ対応

- (1) Bryant RA, Mastrodomenico J et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jun;65(6):659-67.
- (2) Nakaya N, Sone T et al. Omega-3 fatty acid supplementation for expectant mothers with depressive symptoms in Japan and Taiwan: An open-label trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Jun;70(6):253-4.

【4】アセスメント

- (1) 国立精神神経・医療研究センター精神保健研究所災害時こころの支援センター (2013) 「DMHISS (災害時精神保健医療情報支援システム)」2013年2月発表 国立精神・神経医療研究センター災害時こころの情報支援センターホームページ (<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>) (2018年3月31日現在)
- (2) 国立保健医療科学院 (2017) 「H-Crisis Assistant (災害時保健医療活動支援機能)」2017年4月発表 国立保健医療科学院 H-Crisis 健康危機管理支援ホームページ (<https://h-crisis.niph.go.jp/>) (2018年5月20日現在)
- (3) 災害時の診療録に関するあり方委員会 (2015) 「災害診療概況報告システム J-SPEED レポーティング・フォーム (Ver1.0)」 (<http://jhim.jp/disaster/pdf/saigai.pdf>) (2018年5月20日現在)

初期

- (1) Bryant RA, Mastrodomenico J, et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jun;65(6):659-67.

- (2) Shalev AY1, Ankri Y, et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016 May;77(5):e580-7.
- 【7】心理反応への対応
- (1) Phenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health. (2017, August) The interPAR Pilot Trial: International program for promoting adjustment and resilience after disaster. Draft final report.
- (2) Shalev et al. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder
- (3) by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study, *Archives of General Psychiatry*, 69(2):166-176.
- 【9】準備+訓練
- (1) Kutcher S, Wei Y, et al. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016 Mar;61(3):154-8.
- 【10】子ども
- (1) 日本児童青年精神医学会
<http://child-adolesc.jp/notice/2016-04-18/>
 2016.04.18 災害下における子どものこころのケアの手引きとリーフレット
- [子どものこころのケアの手引き \(中長期編\) \(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[学校の先生方へ\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[被災地の支援に行かれる学会員の皆様へ\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[支援活動報告書\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[障害児への対応の手引き\(PDF\)](#)
 ○[保護者向けリーフレット\(PDF\)](#)
 ○[子どものこころのケアの手引き \(急性期編\) \(PDF\)](#)
 ○[災害支援体験談 \(中越、能登半島、岩手宮城内陸\) \(PDF\)](#)
- (2) 子ども PFA (Save the Children)
<http://www.savechildren.or.jp/lp/kumamoto/pfa/>
- (3) Andra RF and Felitti VJ. Adverse Childhood Experiences and their relationship to Adult Well-Being, Disease and Death: Turning gold into lead. ISTSS Annual Conference Los Angeles, November 2012
- 【13】マイノリティ
- (1) 野田文隆 (2006) 心的トラウマの理解とケア 第2刷, じほう, 277-290.
- 【14】: 遠隔
- (1) Augusterfer, E.F., Mollica, R.F., & Lavelle, J. (2015). A review of telemental health in international and post-disaster settings, *International Review of Psychiatry*, 27(6), 540-546.
- (2) Qadir, T.F., Fatima H., Usmani M.H., & Hussain, A. (2016, November). Telepsychiatry in Pakistan after natural disasters, *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1016.
- 【16】倫理・法規
- 添付、参考資料:
- (1) 飯島祥彦. 災害時における調査研究の倫理. 平成24年度厚生労働省科学研究班「大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作表・評価に関する研究 (主任研究者金吉晴) 分担研究報告書
- (2) 社団法人日本精神神経学会. 東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文. 平成23年5月13日.
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2011_05_13jspnkinkyuuseimei.pdf (閲覧: 2018-05-21)
- (3) 日本疫学学会. 疫学研究を実施するにあたっての倫理指針.
http://jeaweb.jp/ethical_reviews/files/shisin.html (閲覧: 2018-05-21)

- (4) 日本学術会議第7部. 医学研究からみた個人情報保護に関する法制の在り方について. 平成13年3月26日.
- (5) Anfang SA, Faulkner LR, et al. The American Psychiatric Association's Resource Document on Guidelines for Psychiatric Fitness-for-Duty Evaluations of Physicians. J Am Acad Psychiatry Law. 2005;33(1):85-8. (アメリカ精神医学会 (2004)の提唱)

G. 知的所有権の取得状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

表1 先行資料目次一覧

『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』	『災害・事件後の子どもの心理支援-システムの構築と実践の指針-』	『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』	『災害精神医学』
高橋 晶・高橋 祥友 編	富永 良喜	エルスベス・キャメロン・リチー バトリシア・J・ワトソン マシュー・J・フリードマン 編 計見 一雄・鈴木 満 監訳	<編著>フレデリック・J・スタッガードJr. アナンド・バーンディヤ クレイグ・L・カッツ <監訳>富田博秋 高橋祥友 丹羽真一
第1章 災害精神医学とは	第1章 災害・事件後の心理支援の歴史と課題	第1章 展望	第1章 災害への備えと災害発生時の支援システム
1. 災害の分類	1. はじめに	1. 災害メンタルヘルス	1. 災害支援において考慮すべきこと
2. わが国の災害	2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり	-信管抜きDefusing/心理的デブリーフィング	2. 災害支援の状況に応じた役割の変化
3. 災害対策基本法	3. ストレス理論からみた災害・事故・事件などの出来事と心身反応	2. 公刊文献	3. 災害支援体制
4. 災害精神医学	4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育	3. 統一見解会議以降の活動	4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割
-被災者/救援者	5. わが国における学校危機での心理支援モデル	4. この領域の最近の状況	5. 訓練
5. リジリエンス	-福岡モデルと兵庫モデル	-人口比に関する概況/早期発見と早期介入	6. 結論
-トラウマ/PTSD/遷延性悲嘆障害	6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援	5. エビデンスにもとづいた早期介入	7. 学習のポイント
6. まとめ	7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル	6. われわれは何を知っているのか、われわれは何を知らないか、そしてわれわれは何をなすべきなのか	8. 復習問題
	8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案	-現象的にわかっていること/早期介入	
第2章 ストレスとメンタルヘルス	9. 教師とカウンセラー協働による災害・事件後3段階心理支援モデルの提案	7. 結語	第2章 災害前、災害時、災害後のリスクコミュニケーション
1. ストレスとは	10. 本書の目的		1. リスクコミュニケーションの一般原則
-ストレスはいつも悪影響をもたらすのか/ストレスの症状/ストレスマネジメントの第一原則		第2章 大規模な暴力行使やその他のトラウマに引き続く早期介入に関する諸モデル	2. メディアとの関わり方
2. 被災地でのストレスマネジメント	第2章 阪神淡路大震災と神戸児童連続殺傷事件後の心理支援の実践	1. サービス提供の諸モデル	3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション
3. パーンアウトの予防	1. 阪神淡路大震災後の動作法による被災者への心理支援	-サービス提供の諸モデルに関するいくつかの想定/諸モデルに関する注解	4. 災害発生時のリスクコミュニケーション
4. 簡単なストレスマネジメント技法	2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援	2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点	5. 災害後のリスクコミュニケーション
-腹式呼吸法/段階的筋弛緩法		-自然回復のプロセス/定型的な援助 Formal Helping	6. 結論

『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』	『災害時の公衆衛生-私たちにできること-』	『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』	災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン
日本心理臨床学会 監修 同 支援活動プロジェクト委員会 編	國井 修 編	金 吉晴 阿部 幸弘 荒木 均 岩井 圭司 加藤 寛 永井 尚子 藤田 昌子 山本 耕平 綿引 一裕	Inter-Agency Standing Committee (IASC)
第1章 危機における心理支援学とは	第一章 災害の定義・原因分類・関連要因	I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性	第一章 序論
1. 求められる危機への心理的支援	1. 災害の定義	1. 災害体験と地域精神保健医療活動	1 背景
一危機の時代/危機への心理的支援	2. 災害の原因と分類	2. 災害時の地域精神保健医療活動	2 災害・紛争等による精神保健・心理社会的影響
2. 被害者支援とは	3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子	1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針	3 ガイドライン
一被害者支援の3つの源流/医療的領域での支援/司法に基づく支援/心理社会的領域での支援/人間の持つ回復力へのアプローチ		2) 災害時の地域精神保健医療における焦り	4 本書の利用方法
3. 被害者とは	第2章 世界の大規模災害と健康問題		5 基本原則
一「被害」とは/被害者とは	1. 世界の大規模災害の趨勢	II. 災害時における心理的な反応	6 よくある質問
4. 心のケアとは	2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴	1. どのような心理的な負荷が生じるのか	
一心のケアとは/セルフケアへの支援/初期介入から中長期のケア活動へ	3. 世界の大規模災害と健康影響	1) 心的トラウマ	第2章 介入マトリックス
5. 危機とは	一災害に伴う健康問題/災害と感染症流行	2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責	1 緊急事態に備えた準備
一危機 (Crisis) とは/危機の種類/集団・コミュニティの危機		3) 社会・生活ストレス	2 最低必須対応
6. 危機介入とは	第3章 災害のサイクルと災害時の公衆衛生の役割		3 包括的対応
一危機介入とは/危機介入のステップ/危機介入の取り組み	1. 災害の疫学	2. どのような心理的な反応が生じるのか	
	2. 災害のサイクル	1) 初期 (災害後1ヶ月まで)	第3章 最低必須対応アクションシート
第2章 支援の哲学	3. 災害における保健医療の役割	付) 災害直後数日間	1 連携・調整
1. 支援における責任	一災害時保健医療の4つの役割/事前に行動計画を策定し備えておくべき事項/情報管理と支援ネットワーク	2) 中長期 (災害後1ヶ月以降)	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。
一はじめに/責任論	4. 保健医療スタッフへの支援		2 アセスメント、モニタリング、評価

災害精神保健医療マニュアル	大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究	健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築	コメント (被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究)
鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 浅野 敬子 金 吉晴	鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 金 吉晴	鈴木 友理子、黒澤 美枝、小原 聡子、畑 哲信、林 みづ穂、大塚 耕太郎、松本 和紀、丹羽 真一、深澤 舞子、中島 聡美、成澤 知美、浅野 敬子	金 吉晴 鈴木 友理子 深澤 舞子 中谷 優
本マニュアルの位置づけ	I. 災害時の精神保健福祉体制	1. こころのケアの定義	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、統括)
用語の定義	1. 災害精神保健計画の立案	2. 直後期の対応として	(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
	2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	3. 急性期の対応	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
	3. 保健師の役割	4. 中期の対応	2 急性期と中長期では必要な活動が異なる
I. 災害時の精神保健福祉体制	4. 保健師活動の課題	5. こころのケアの活動内容	3 先遣隊の活動(発災直後)を急性期とは別枠で考える
1. 災害精神保健計画の立案	5. 活動・支援記録	6. 支援者支援の整理	(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
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	6. メディアへの対応		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
3. 保健師活動の課題			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つてよい
4. 活動・支援記録	II. 初期対応		(iii) より適切な枠組みの提示
5. メディアへの対応	1. 基本的こころ構え		1 時期より活動内容で分けて考えるべき
6. 研修体制について	2. 初期対応における精神保健専門家の役割		2 その他
II. 災害時こころのケアのあり方	3. 初期対応		(iv) その他
1. 基本的こころ構え	4. スクリーニングについて		
2. 初期対応における精神保健専門家の役割	5. 災害時要支援者への対応		II. 災害の規模とDPATの派遣 (特に、DPAT派遣の要請、派遣の必要性を判断する際に考慮すべき点など)
3. 初期対応	6. 情報提供		(i) 災害の規模による違い
4. アセスメント・スクリーニングについて	7. これらの研修体制について		(ii) 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない
5. 災害時要支援者への対応			(iii) 医療機関への支援について

表2 先行資料とカテゴリ対応表-1

(表2内の数字は、文献の中で各カテゴリに分類される章の数を表している)

	総論	歴史	システム	精神疾患+ 心理反応+	トラウマ対応	アセスメント	初期	中長期	心理療法	コミュニケーション	準備+訓練	子ども	高齢者	支援者	マイノリティ	遠隔	報道	特殊事例	倫理・法規	機関連携	その他	
A	2	2		1			1			1			1	1								
B	1	6												1								
C	1	2	5		2	1	1	2			1	1			1			1			3	
D			1	6		1	1		1	1		1	1	1		1		2	2		1	
E		2		1	1		1		3	1	1	1		1			1	1	3	1	1	2
F	1	3	1			1			1		1	1	1	1				2	1	1	1	9
G			2	3		1	1	1			1			1	1		1				1	2
H	1		3			1	2	1	1		3	1		1	1				1		1	
I			1				1							2			1				1	2
J			1				1							2			1				1	
K							2	1	2				1									
L			1				※1														1	

※「初期」と「中長期」の両方に該当する。

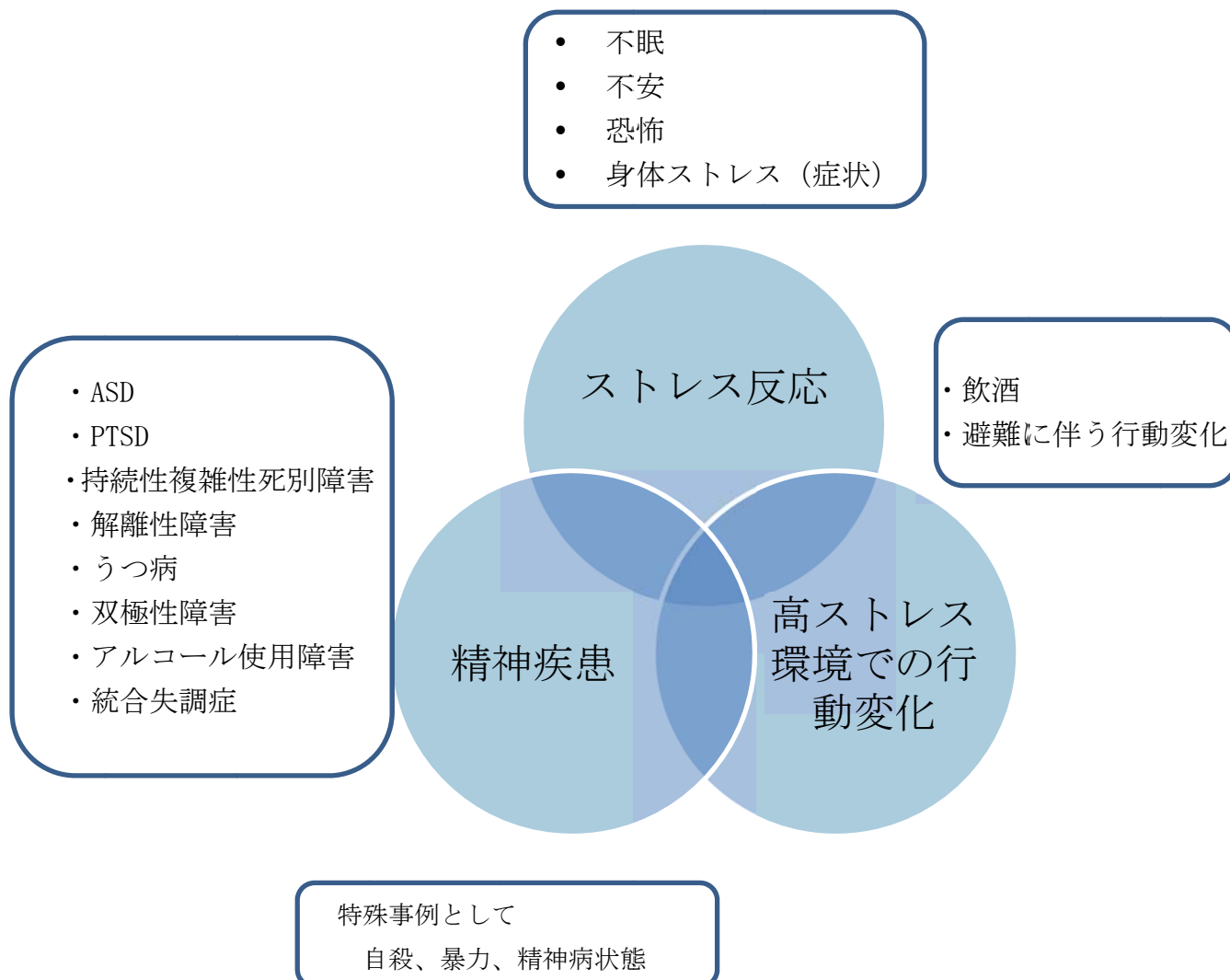
- A. 災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える— (高橋 & 高橋、2015)
- B. 災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針— (冨永、2014)
- C. 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え (Ritchie, Watson, & Friedman, 2006)
- D. 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- E. 危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ (日本心理臨床学会、2010)
- F. 災害時の公衆衛生—私たちにできること— (國井、2012)

- G. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(金ら、2003)
- H. 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン
(Inter-Agency Standing Committee, 2007)
- I. 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金、2011)
- J. 大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 (鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010)
- K. 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築(鈴木ら、2012)
- L. 被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究(金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.)

各項目別資料

マトリックス資料項目 4：心理反応と精神疾患

図 1. Katz らによる分類



マトリックス資料項目 4：心理反応と精神疾患

表 1. WHO による分類

1. 精神障害に関する災害の影響:

(WHOによる一般的な有病率に関する推測)

	災害前 12か月有病率	災害後 12か月有病率
重篤な障害 (e.g. 精神病的障害、重症のうつ病、機能障害を呈する不安障害)	2-3%	3-4%
軽度・中等度の障害 (e.g. 軽度・中等度のうつ病や不安障害)	10%	20% (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)
“通常の” ストレス反応 (障害ではない状態)	推計値はなし	大多数 (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)

van Ommeren. Aid after disasters: Needs a long term public mental health perspective. *BMJ* 2005;330:1160-1

マトリックス資料項目 7：初期

表 1. ISAC 「すべきこと、すべきでないこと」

すべきこと	すべきでないこと
簡単かつ直感的な言葉を用いる。コミュニティの背景に適った、現地の12歳の子どもでも理解できる形で概要が伝えられるようにする。適宜口話表現を用いる(例えば「コーピング」などにつき、わかりやすい現地の用語を用いるなど)。	複雑または専門的な用語(例えば、心理学的/精神医学的用語など)を用いない。
コミュニティによって特定された優先事項に重点を置いて、メッセージを短く、集中的、具体的な内容にする。	混乱や困惑を招きかねないので、一度に多くのメッセージを入れ過ぎない。
ストレス性の高いイベント後には苦痛を体験することが一般的であり、被災者は自分の感情、行動、思考の変化を経験する場合があることを指摘する。それが異常事態に対する通常かつ当然の反応であることを強調する。	一般住民向けの資料(すなわち、臨床現場外で使用する資料)内に精神医学で用いる長い症状リストを掲載しない。
前向きな対処方法、問題解決志向アプローチ、前向きな回復への期待を強調し、有害な対処法(アルコールの大量使用)につき注意喚起を行う。コミュニティ・家族・個人の各対処手法について述べる。	一般住民向けの資料において心理的脆弱性を強調しない。*
そらくほとんどの人が今後数週間から数ヶ月間で体調が良くなることを述べる。ストレスが数週間にわたり軽減しない場合、あるいはストレスが悪化した場合には、利用可能なコミュニティ支援による支援、または専門家による支援を求める必要がある(ただし、その支援が利用可能である場合に限り、この助言を取り入れること)。それらのサービスの入手方法・場所に関する情報を提供する。	厳密な回復の時間枠(例えば「あなたは3週間以内に体調が良くなる」など)を設けず、また、利用できない状況では、専門家の支援を求めるよう提案しない。
作成した資料の見直しをコミュニティの人びとに依頼する。翻訳版資料を正確なものとする。	一般に書き言葉で用いられていない言葉を使って、文書資料を翻訳しない。文書以外の形態(絵画、漫画、歌、踊りなど)を利用したり、各家庭で少なくとも1人は理解できるような現地の書き言葉に資料を翻訳するようにするとよい場合がある。

* この「すべきでないこと」は、臨床現場外で一般住民に向けられたセルフヘルプ資料に対し適用される。診断可能な精神障害を抱えている者への臨床ケア現場向けに作成された資料における症例の掲載や説明は、適切かつ治療の一環となること がしばしばである。

マトリックス資料項目 8：中長期

表 1. 災害時期の定義と区分の比較

主として日本 文献	直後期 急性期 初期 中長期	発災から数日～数か月程度 発災から数日から数週間以内 災害後 1 か月まで 災害後 1 か月以降
主として 海外文献①	直後期 急性期 中間期 長期	発災から 1 週間 発災から 4 週間 災害後 1 か月以内 災害後 1 か月以降
海外文献②	超急性期 急性期～亜急性期 慢性期～復興期 静止期	災害後 0～3 日 災害後 3～14 日 災害後 14 日～3 か月 災害後 3 か月以降

マトリックス資料項目 8：中長期

表 2. 災害および大規模暴力後にこころの傷を負いやすい人

表10.1 災害および大規模暴力後に心の傷を負いやすい人	
心を傷つける要因	影響を受ける人
災害で経験するストレス因子	
深刻な生命の危機／死との遭遇	出来事のすぐ傍にいて生命の危機に晒された人。あるいは死ぬかもしれないと思った人。手足が引き裂かれた多数の陰惨な死や子どもの死を見た人
災害死による死別体験	災害で愛する者を失った人。特にトラウマを与える環境であったり、特定できない遺留品があったりする場合。
事件の結果こうむる負傷	障害、身体の損傷、苦痛などの症状がある重傷者（例えば手足の喪失や火傷など）
資源の喪失、または移転や転入に伴うその他の資源の喪失	自宅、仕事、家財、財産等の資源を失った人。家庭や地域、家族や社会のネットワークから切り離された人。
事件の原因に関するストレス因子（例えば敵意など）	すべての住民。特に被害を直接受けた人や、傷つくリスクが高い人。
対応者のストレス因子	対応の役割を公式または非公式に担った人。このような人は、他人のために行動したり、自分の役割に関係するストレス因子を抱えたりしているせいで、上で述べたすべての項目を直接または間接的に体験する。（例えば、自分の対応のまずさを感じる）
長引く不安と、今も続く脅威	すべての住民
以前からある潜在的な脆弱性	
以前のトラウマ体験	幼児虐待や難民などのトラウマ体験を以前したことがある人。
以前からある精神障害	うつ病、不安、精神病など、一連の機能障害を過去にもっていた人。
既存の身体障害	特別なニーズをもっている人や援助が必要な人は、心が傷つく度合いがもっとも高まる。
社会的・人口統計学的要因	
不利な社会条件	経済資源が乏しく、貧困地域に住む人。
教育	教育水準が低い人。
ジェンダー	多くの研究によると、女性はPTSDになる可能性が高い。
高齢者	子どもと高齢者は心の傷を受けやすいと言われている。
注 ここで強調しておかなければならないのは、以下の事柄である。上掲のすべては、いくつかの研究において示された「好ましからざる結果をもたらすリスクの増大に」注意をうながす目的で示しているのであるが、疾病化しやすいということが不可避的結果ではないし、大部分の人びとやその種の脆弱性をもつ人口においても、それにかかわらずレジリエントである。	

マトリックス資料項目 10：リスクコミュニケーション

表 1. 疾患罹患者や被災者とコミュニケーションをとるためのガイドライン

1. 患者の恐怖、不安、先の見えない心細さをよく聞き、敬意をもって対応すること。患者は医師の知識に関心を持つ以前に、医師が自分のことを思ってくれるかどうかを気にするものである。
2. 人々はリスクを嫌うものであり、動揺するとネガティブなことに固着してしまいがちであることを考慮すること。以下の 5 つの N ワード—no（いいえ/～は全くない）、not（～でない）、never（決して～ない）、nothing（何も～でない）、none（何も/誰も～でない）—と、恐怖を減らすよりむしろ悪化させてしまうようなネガティブな意味合いを持つ言葉を用いるにあたっては十分注意を払う必要がある。
3. 聞くための時間をとったうえで、真摯な思いやり、共感の言葉を述べ、また、言葉と一致した行動をとること。
4. どこまで情報開示する必要があるかは局面によって異なるものの、基本的に正直かつ倫理的で率直な情報公開の姿勢をとること。
5. 言語的メッセージと非言語的メッセージとの間に矛盾があったり、一貫性が欠けたりすることは回避すること。

マトリックス資料項目 11：準備＋訓練

表 1. 領域別分類

各領域に共通の役割

- ①連携・調整
- ②アセスメント、モニタリング、評価
- ③保護及び人権上のスタンダード
- ④人的資源

MHPSSの中心的活動領域

- ①コミュニティの動員及び支援
- ②保護ケアサービス
- ③教育
- ④情報の発信

活動領域セクター別の社会的配慮

- ①食料安全及び栄養
- ②避難所及び仮設配置計画
- ③水及び衛生

資料

「災害時の精神保健医療に関する研究」研究班会議・専門家会議 議事録

日時：2017年7月20日（木）15：00～19：00

会場：フクラシア八重洲 Room K

出席者（順不同、敬称略）：

- 荒井秀典（国立長寿医療研究センター）
- 松本和紀（東北大学大学院、みやぎ心のケアセンター）
- 香山明美（みやぎ心のケアセンター、福地代理）
- 前田正治（福島県立医科大学医学部、ふくしま心のケアセンター）
- 富田博秋（東北大学災害科学国際研究所）
- 藤田さかえ（久里浜医療センター、松下代理）
- 井筒節（東京大学総合文化研究科）
- 来住由樹（岡山県精神科医療センター）
- 茅野龍馬（WHO 神戸センター）
- 五明佐也香（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部）
- 荻野和雄（国立精神・神経医療研究センター、神尾代理）
- 岡琢哉（国立精神・神経医療研究センター、神尾代理）
- 金吉晴（国立精神・神経医療研究センター）
- 鈴木友理子（国立精神・神経医療研究センター）
- 関口敦（国立精神・神経医療研究センター）
- 大沼麻実（国立精神・神経医療研究センター）
- 島津恵子（国立精神・神経医療研究センター）
- 石田牧子（国立精神・神経医療研究センター）
- 染谷紗恵子（国立精神・神経医療研究センター） 計 19 名

欠席者（順不同、敬称略）：

- 神尾陽子（国立精神・神経医療研究センター）
- 松下幸生（久里浜医療センター）
- 大塚耕太郎（岩手医科大学医学部） 計 3 名

資料：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン、項目 1～21、心理的応急処置フィールドガイド、PTSD 対策専門研修（大規模災害対策コース）時間割、包括的災害時精神保健医療ガイドライン研究・包括的レビュー対象文献

内容	資料
<ul style="list-style-type: none">• <開会の挨拶がなされた>• 災害時精神保健は今後も関心の的になるだろう。東日本大震災からすでに数年経過したが、時間とともに風化させないように研究を進めていきたい• これまでは災害時の対応の選択をすることに焦点を当ててきたが、今後は専門家	

<p>のネットワークを構築することが課題</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • <厚生労働省からの挨拶がなされた> • 九州の豪雨の被害と活動についての報告がなされた • 福島県避難者の相談とフィードバックについて今後検討予定 • 各地にちらばる被災者のネットワークに注目すべき • 今秋に福島県職員を主として研修会を実施予定 • 時間の経過とともに課題は複雑化しているが、支援者の専門的知識とスキルが上がっているのも事実 • 被災者の現状について、PTSD の治療へのアクセスについて、内閣、マスメディア、政治家の間でも関心が高い 	
<ul style="list-style-type: none"> • 災害時精神保健ガイドラインについては受援についても語られるべきだと考える 	
<ul style="list-style-type: none"> • 3 月末に陸前高田市に神奈川 DPAT として活動した 	
<ul style="list-style-type: none"> • <文献一覧表についての説明がなされた> • 文献によってポイントの置き方が異なるため、漏れのない包括的なガイドラインを作成していきたい • 今後は文献ごとの垣根を取り払ってまとめる予定 • 個々の項目に対してエビデンスの網羅的なレビューが必要（例えばディブリーフィングが有害というエビデンスなど）。引き出しをウェブ上に作成し、その中身（エビデンス）は随時更新する形にしたい • 野望は英語版を作成すること。阪神淡路大震災以来、様々な理論が海外から流入した。日本は災害大国であるにも関わらず、海外への発信が十分ではない。豊富な災害経験を持った日本が国際発信してゆくべきである。将来的に海外の専門家を交えたレビューができれば理想的である • 項目 3 のシステム・原理のように、いくつかの項目については垣根を取り払ってまとめることが可能と思われる 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • <包括的ガイドライン作成の経緯について説明がなされた> • 池田小学校殺傷事件をきっかけに精神保健専門家間の認識の統一の必要性が高まり、2003 年にガイドラインが厚労省より配布された • 多職種の連携的な活動の指針になるよう包括的なガイドラインを作成し、随時再校正・最新化する必要がある • 合計 12 点のガイドライン・教科書・報告書を解体し、21 項目にまとめた。ガイドラインマトリックスに情報をまとめ、表を作成した 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • 池田小学校殺傷事件以来、緊急時における精神保健医療ガイドラインの作成、PTSD への注目、日本トラウマティックストレス学会の設立など、エポックメイキングの様々な動きがあった。PTSD 研修も始まった。神戸市精神保健福祉センターも時期を同じく開設し、その後の阪神淡路大震災での活動に繋がった 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • <PTSD 対策専門研修の時間割について説明がなされた> 	時間割

<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 3：システム・原理についての紹介がなされた> 	項目 3
<ul style="list-style-type: none"> ● ガイドラインの中で、同様のテーマが繰り返し述べられていることもある。また、同様のテーマであってもその表現が異なったり、イメージが違ったりする場合もあるので考慮が必要 ● 文献において、個人とコミュニティを行ったり来たりと、対個人および対地域への支援が混在しているため、一部の文献のみを参照した場合は多くの人が誤解しやすい ● 個人とそれを取り巻く社会 micro-community について触れている ● 早期から一律に医学的な介入をする必要はないことは、複数の文献において一致して報告されている 	項目 3
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 3 ディスカッションについて紹介がなされた> 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 項目 3 の見方について、包括的ガイドラインの作成にあたり引用したガイドライン・文献のリストについて、および OP と EV の意味について教えてほしい。また、マトリックスに記載されている文献はそれぞれの参考文献に記載されているものか、それとも外部からの文献を含むのかを教えてほしい ● 非常に膨大な労力を要する作業であるが、(包括的ガイドラインの作成は) 良い方向に進んでいると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● OP は著者の意見、EV はエビデンスに基づいた事項を表している ● 文献リストは配布している ● 実際の文献は後方のテーブルに並べた ● 文献については参考文献に記載されているものをマトリックスに反映している 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本においては明らかに保健師が中核的な存在であり、海外とはそこが異なると思う。しかし、日本の保健師は単に「海外とは異なる」でいいのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 引用した文献は、主に南アジアおよびアフリカ地域などの発展途上地域向けのガイドラインである。そのような地域では保健師のシステムもなく、また、先進国における災害時の精神保健活動を想定していない ● よって、日本がガイドラインを海外に発信することで、他の先進国におけるテロ被害や感染症などの対応の参考になれば良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 米国のように Public Health Nurse の概念がない国も多い ● 米国の Public Health Nurse は災害に関して特化しているわけではない。海外と役割を比較する必要があるかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Public Health Nurse の包括的国際比較は行う価値がある ● 日本では、災害に関する情報は最終的に災害本部に集約される ● 情報収集についても、国により収集のしかたは異なるので日本ではこうだ、と明示する必要がある ● 「情報」という言葉ひとつをとっても、国によって解釈が異なるので、日本においてはこうだ、ということを明示する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の DMAT や JICA が中心となって統一した情報収集を行うシステムの導入 	項目 3

<p>が WHO により採決された。EMT(WHO Emergency Medical Teams、日本では J-SPEED)では、国際的レポートの取り方を統一されている。Minimum data-set を収集することが 2 月に決定した。今後はそのシステムを活用してより良いデータを収集・蓄積する動きがある</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 当該ガイドラインの目的は何か。実践的に用いる目的で作成するのであれば、DPAT 等を取り巻いている環境の実態を明示する必要がある。学問的に用いる目的であれば、災害メンタルヘルス学についてももう少しより包括的に発展する必要がある 現場で実践的に、オンタイムに使用するのか 	
<ul style="list-style-type: none"> おっしゃる通りで、ユニバーサルな視点を持つことが必要 ユニバーサルな視点と実践的用途のための二つの視点がある。推論的な部分もある 現場の人が参照して実際に役に立つかどうかについては、「今こういうことが動いている」というような参考にはなると思う。実際に現場で用いるマニュアル等は DPAT が既に作成している 	
<ul style="list-style-type: none"> ユニバーサルな視点は必要だと思う 受援などの、その他の地域回復のためのプロセスを追記する必要がある。受援についてはあまり述べられていない。該当の地域が回復するための原則が必要 DPAT の活動などを追記するという姿勢の方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> システムに関しては、受援に関する項目が必要 そもそもシステムをどこまで捉えてシステムとするかは検討が必要。これまでのシステムを整理し直すことも重要だが、新たに作っていくことも必要。平常時より存在する機関がマニュアルに積み上がるのが良い 	
<ul style="list-style-type: none"> こころのケアセンター等で行われてきたことが、このようなガイドラインに統合されるのは適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 各自治体が作成するガイドラインのためのガイドラインという立場でも良いと思う。自治体によって保健師の実力や役割にはばらつきがあり、自治体がガイドラインを最初から作成することは現実的ではない。そのため、当該ガイドラインをスタートとして自治体のガイドラインを作成するのはどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> <項目 5：トラウマ対応について報告がなされた> 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> 文献ではストレスモデルと PTSD モデルが混在している場合があり、わかりにくいことがあるので注意が必要 「災害といえば PTSD」という風潮が過去にあったが、やっと沈静化してきたように思う 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> <項目 5 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> 防衛医科大学の先生が提唱している、遺体と関わる支援者のケアの項目が必要だと思う。ベッドサイド PFA を行うのはどうか 医療行為が与えてしまうトラウマもある。例えばトリアージタグや措置入院の現 	項目 5

<p>場を目にしてしまったり、避難所で精神病患者が連れて行かれるのを目撃してしまったりすることで、周囲の人々にトラウマが生じることもある。精神保健医療支援者が「白衣を着た悪魔」などと呼ばれることもある</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 支援者のケアは非常に重要な項目だと思う。頭ではわかっているが、実際はどうなっているのか、どう対処しているかが明確でない • PTSD については経験がない人が多いが、PTSD に該当する人が一定数存在することを前提にしていることが大事だと思う。ベッドサイド PFA も必要である • 「こうやるとうまくいく」、という好事例を含むのが良い 	
<ul style="list-style-type: none"> • トラウマ対応は初期対応と重複する部分が多い • 支援者のケアにおいて大事なものは、チームの構成だと思う。支援者支援の体制が施設にあることが非常に大事である • 現場では薬物療法についての質問を頻繁に受ける。アドレナジックな薬がいいのか、SSRI がいいのか、現場としては切実なこと • 真っ先に使える薬物が現場では必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • おっしゃる通りで、急性期の生物学的な側面も大事な事項だと思う • 往々にして public health, social 系の先生方が執筆するとこのような傾向になる。加えて、バイオマーカー、眠薬、抗うつ薬などの practical use について内・外科医にわかりやすい指標が必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • 抗うつ薬や睡眠薬の使用については地域の開業医に頻繁に質問を受ける。これだけのレビューであれば、参照する医師も多いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「災害 = トラウマ」ではないことは、これまでもはたらきかけてきた。国連では「トラウマ」という言葉をなるべく使わない動きがある。トラウマ性ストレスという言葉の使い方についてのディスカッションは必要だと思う。Extremely distressed などの表現が使われている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 2016 年 UNSDR でもトラウマに関して Terminology が統一されていない、スタンダードが決まっていない、エビデンスが少ないという activity report が提出された • よって、リサーチコラボレーションが必要であり、Dr. Virginia Murray & Dr. Emily Chun が EDR のための thematic platform を打ち立てた。Global Health Team には 150 名のメンバーがおり、香港で 7 月に会合が開催された。日本の先生方はまだ参加していない。11 月の防災フォーラムには盛り込まれる予定 • これまで活動報告は多いが、エビデンスと呼べるものが不足していた • WHO では、何が不足しているのかを話し合うため、英国、香港の研究者を含め、世界から約 150 名の研究者が集まり Thematic platform for health emergency and disaster risk management research group を組む動きがある。日本の知見をもっと出していくプラットフォームができつつあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • トラウマのことを埋め込むのが良いのか。取り出して書くのであれば、初期対応の中に入れるのはどうか 	項目 5

<ul style="list-style-type: none"> ● ト라우マのことを取り出して書くのであれば、普段の臨床で精神的トラウマの症例を全く診ていないのではだめ。日頃からトラウマの症例を診ている先生方と連携する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ト라우マと喪失を特出しするかどうか検討する必要がある。 ● 非専門家のためにもう少し概念形成を付け足す必要があると思う（PTSD ガイドラインとの対照など） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 当該ガイドラインは、今の段階では専門家が参照できるレビュー(Cochrane Review のような)を想定して作成している。最終的に一般の人に読みやすいように作成したい ● 今後はマニュアルを作成したい。アーカイブスとしてこういうものがあると、とりあえず見てみたいという人が使える可能性がある ● 既存の災害医療についても意見が分かれるので、並列・対立する意見なども引き出せるようにしておくと思う（情報の引き出しやすさ>内容のわかりやすさ） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 6：アセスメントについて紹介がなされた> 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本では災害そのものに対するアセスメントは各行政が行っているが、アフリカや南アジア地域ではそうはいかないと思う ● 当該ガイドライン作成にあたり、支援の活動評価が体系化されていないという印象を受けた ● 人権モデルに関してはあえて明示していない印象を受けた 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 6 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 通常臨床時に用いるアセスメントを災害時に用いることは控えてほしい。災害時に用いることができる尺度の検証はなされていない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 内科領域では「スクリーニング」と「アセスメント」は使い分けているが、ガイドラインでは混在している印象を持った。災害時はそれらの用語が混同されているのか。疾患 oriented ではない。可能であれば身体疾患の用語にならうべきだと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 疾患 oriented と精神保健 oriented は分けた方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 状況のアセスメントなのか、個人の疾患の臨床アセスメントなのか、「アセスメント」の用語の使い方の考慮が必要だと思う 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域と個人のアセスメントが混在しているので違いを明確にする必要がある。臨床では、ハイリスクな人を「スクリーニング」する、という使い方をしている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科領域に関してはスティグマもあるため、疾患を見つけに行くという姿勢では使わない。あまり医学化しなくてよいのでは、と思う ● 注釈をつけることも可能（一般の人には難解な部分、態度の違い） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 倫理の問題もある。Surveillance と疫学調査を分けることも大事。やり方を間違えると住民を傷つけてしまうことになるので、調査は必要ではあるものの、実施は慎重に行う必要がある。福島の場合は surveillance として調査を実施している 	

<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance と epidemiology research を区別する必要がある • 実体が明示される必要があり、戦略が必要 • サーベイランスを間違えると倫理問題に発展する • チェルノブイリ以降、全体把握モデルを福島で実践している • 倫理問題は別に切り分けるのが良い • 調査は必ずしも被災者に還元されるわけではないが、状況把握するため、ということで行われているのか 	
<ul style="list-style-type: none"> • 疾患のスクリーニングではないが、K6,PCL は、福島であくまでサーベイランスとして実際に使用している 	
<ul style="list-style-type: none"> • ポイントはあくまでも疾患に向かっているかどうか、というところが分かれ目だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 茅野先生がおっしゃっていた共通評価項目は必要。共通評価項目の中にメンタルヘルスのチェック項目があり、実際には現場を統括する保健師等がそのスクリーニングを行い、DPAT にその情報が回ってくると思うが、現場レベルでどのように使っていくのか今後考える必要がある • 大規模な全体アセスメントは行政が行うが、東日本大震災のように大規模な被害があった場合、行政システムが破綻している折に地域のサポート、アシストが必要。行政の情報収集だけは追い付かない。平常時から資格のある地域の精神科医をはじめとする臨床・専門家がそのサポートができるように体制を作ることも必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 確かに地元の先生方が集まっての情報収集については抜けている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 評価項目（J-SPEED レポートフォームでは項目 20 と 21）は実験的に熊本地震で用いられて、自殺リスクを評価し DMAT より DPAT に引き継がれて介入が行われた例があったと報告されている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 川上先生のガイドラインアセスメントも使えると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • アセスメント実施については、目的によると思う。災害時は個人がバラバラに動いている印象を受けるので、アセスメントの目的が何であるかが末端の人間に伝わっていることが必要だと思う。診断なのか、現状把握なのか伝わっていることが必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • <PFA 研修の報告、研修内容の紹介がなされた> 	PFA
<ul style="list-style-type: none"> • PFA の受講数は 4,000 名、講演は 5,000 件程実施した 	PFA
<ul style="list-style-type: none"> • <項目 4：心理反応・精神疾患について紹介がなされた> • 中期の言葉の定義は国によって異なるので注意が必要。例えば、英語圏の諸機関では”psychosis”が”severe mental illness”と表記されている • “Severe mental illnesses”についてはシステム介入していく方向 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> • <項目 4 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> • 自殺、アルコール依存、暴力、などが問題になると思うが、災害後に引きこもり、不登校（社会的逃避傾向）は増加するのか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 災害時にそのような人々は逆にがんばる、という印象を持つ 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 中長期では不登校など増加しているが、引きこもりについては性格に把握していない。失業に伴い、特に男性が引きこもってしまうケースはみられる（例：災害により漁業を営めなくなった漁師） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● うつ、ASD についてはあまり書いておらず、それらを含めた common mental health disorders について述べられていない。日本の被災地で経験のある先生方が今後発信していくと良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● この場で災害時に患者を受け持った先生はおられないか。トリアージ、移送、避難所の状況を含めてどうするか ● 精神科のトリアージに関しても検討する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 認知機能の低下は項目に含まれていないのか。東日本大震災後の 3,000 人以上の調査で認知機能の低下がみられたことが報告されたので、今後検討が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 年齢要因なども検討すべきだと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 例えば、問題がある家族が二人になった折に介入し、周囲の人への影響を回避できた経験がある ● Acute psychosis の救急の介入に関しても現場で培ったいろいろなコツがある。事例提示が良いかもしれない。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● そのような事例の提示が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害後、人々にとって役割分担の存在がとても大事だと思う。役割を失ってそこからどう生活を立て直していくかが重要。福島の方々への支援においても、働き者の女性が仕事を失うと役割喪失によって抑うつ的になったりするところを見てきた。転居を繰り返してきたことによるストレスの問題もある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 繰り返しの転居に伴うストレスは重要だと思う ● ソーシャルキャピタルの点ではどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ソーシャルキャピタルは大事な視点。もともとあった地域性について含まれるべきだと思う。カワチ先生、辻先生がソーシャルキャピタルについて研究されている。論文があれば、確かにソーシャルキャピタルの点も加えるのは適切だと思う 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> ● 逆に様々な災害について、ソーシャルキャピタルの視点から論じる必要があるのでは ● 災害後に地域とのつながりができることもある。せつかく仮設住宅でネットワークができたのに、復興住宅に移ることによってそのネットワークが失われることが問題となる懸念もある（高齢者が畑仕事が出来ない等）。東日本大震災後の 6 年目にしてそのようなことがストレス要因として存在する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害後のソーシャルキャピタルに関する日本での文献はないので、今後発信されることを願う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 7：初期について紹介がなされた> 	項目 7
<ul style="list-style-type: none"> ● 多文化対応については、出身国の大使館・領事館で情報が得られることになって 	項目 7

<p>いるが、今後検討が必要だと思う。外国籍でも日本語を話せる人は多いため、「外国人」ではなく「日本語を母国語としない人」の方が適切だと思う</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBT が流行っているが、災害後初期に CBT の介入を行うべきかどうかは、その研究を実際に行うことが難しいために、まだわかっていない 	
<ul style="list-style-type: none"> • 人権に関するチャプターがあってもいいように思う。強制的な介入の際の配慮、IC、情報提供などが必要となる。現在のところ日本では発達障害や法的な分野での言及にとどまっているが、WHO の humanitarian intervention guide にも類似するものが含まれていたと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 福祉に関してもほとんど書かれていない。そもそもそのようなシステムがない前提で書かれているからかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「災害弱者」という表現は使わず、PFA で使われていた、「特別な配慮が必要な人」という表現は適切だと思う。妊産婦や知的障害者など、それぞれに対してどのような配慮が必要かの記述があると良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「特別な配慮が必要な人」には精神疾患をもともと持っている人も含む • 精神疾患のある方は避難所にも行くことができないので、そのような集団についても記述があると良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 特別な配慮を必要とする人の家族も脆弱であるので、家族を含めて配慮が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 精神疾患に関しては、薬が無くなって何日間再発しないものなのか。 • てんかんについては個人差があるがどうか。 • 調剤薬局は緊急時対応をする（情報提供を含む） • 以前は DPAT は全ての薬を持参していたが、現在はそうではない 	
<ul style="list-style-type: none"> • それしかなければ、ある中でやるしかない 	
<ul style="list-style-type: none"> • てんかんの薬に関しては、状況は深刻になる。離脱症なども心配 • 調剤薬局の対応に関して情報を持っていない人には情報提供が必要 	項目 7
<ul style="list-style-type: none"> • DPAT は薬のリストを作成することを行っている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 精神医療的介入はこっそり行われているもの、というイメージだが、皆の前で暴露される場合も多々ある。治療のセッティングについては書かれていない • 診察や介入のセッティングについての記載はどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> • 確かに、診察や介入のセッティングについての記載は必要だと思う。ユニセフの「子どもにやさしい空間」に、子どもに適切な空間設定についての記載はある • 以前 DMAT では、周産期に特化した班を組もうという動きがあった 	
<ul style="list-style-type: none"> • DMAT ではなく JMAT では。DMAT は初期の数日しか活動介入しない。現在は DMAT 隊員のうち恐らくその中で救急医は半分以下もいないのでは。JTEC という外傷の見方などの訓練を受けるよう勧めてはいるが、現状では救急医ではない医師が無理やり DMAT として対応している背景がある 	
<ul style="list-style-type: none"> • 逆にそれは強みではないか。各員それぞれの分野を生かした DMAT チームも良いと思う 	

<ul style="list-style-type: none"> それを売りにしてゆこう、という動きがある 	
<ul style="list-style-type: none"> <項目 8：中長期について説明がなされた> 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> PTSD についての記述が古く、洗練される必要がある 以前のトラウマを中長期と一緒に扱うのは困難 災害が無い時に治療を受けていない人々がいる一方で、災害時になぜ全員治療しなければならないのか 日本では災害援助法が解除されているか否かも考慮する必要がある 災害救助法が精神症状について述べる、あるいは触れることは適切か 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> 日本に人権のアセスメントは存在するのか 	
<ul style="list-style-type: none"> 人権全般に関しては存在するが、精神保健に特化したアセスメントはない。障害者に関するアセスメントは現在作成中 	
<ul style="list-style-type: none"> アセスメントは WHO には存在する。障害者の中にメンタルヘルスの項目が含まれている。高齢者についてはユニセフ(WHO)のアセスメントがあったと思う。身体と精神の双方が含まれるアセスメントはある 	
<ul style="list-style-type: none"> 中長期の定義についてはどう思うか 	
<ul style="list-style-type: none"> 現場の心的変化を軸として、避難、仮設、復興住宅とフェーズ区分することが重要だと思う 「あの人行っちゃった」、「残された私達」等の現場的視点を取り入れる必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> インフラの復興も加える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> プレハブ、みなし仮設（日本独特）も加える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> 確かに、文献的ではなく、現場的な区切りが必要だと思う。それをするには、時期で区切るか、出てくるファクターで区切るか検討する必要がある 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> 日本の現場で共有できている区切りはあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 国際的にも同意がとれていないので、日本ではこうだ、という風にしてもいいと思う。日本では現場の状況に基づいてこのように定義する、と述べても良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 災害の状況、規模、地域性、避難、仮設、によって異なるので、日数で区切るよりも、支援の提供体制も含めて考えた方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> PTSD の診断に関連して 1 か月という区切りがあるのかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> DPAT 活動を集約する。DPAT による薬剤の処方減少しているから、目安のみにするか 薬剤の処方が徐々に減っていく時期を区切りにするという議論も出ている 災害救助法においては、内閣府が経済的援助に関して日数の区切りではなく、各事例を検討して決定する考え方もあるので、もやっとした方がいい。そうでないと必要なときに必要な経済的援助が得られない 	
<ul style="list-style-type: none"> こころのケアセンターができると長期になるのか 理念型でよいのか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 実際は災害の状況によって異なる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 特に受援の視点から時間軸も必要 ● 時間による格差も生じる。個人として見た場合は、確実に格差が存在していて、「みんなが被災した1週間」、「格差が出てくる1か月」、というのは共通しているところもある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 児童への介入という視点からはどうなのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本支援に参加した折は、発災直後ではなく一か月後より支援者として入ったもともと持っていた脆弱さが、災害後に顕在化するようだ。どういうタイプの子かといえば、ASD系が多い。加えて被災地では発達障害、不登校、リストカットのある子どものケースもあった。災害前には何とか学校に行けていた子が災害後には行けなくなるということもある。ADHDの子どもに関しては目立たなかったが、児童に関するデータはない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 神戸市でも死別を経験した児童を数年間フォローしたデータがあると伺った-(フォーカスは個人)。東北でもデータがあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 石巻のデータはあったと思うが、児童についてのデータではない。遺児に関しては把握していない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 多動症に関しては、SDQでみると初期は症状のレベルで増えていたという石巻の報告があった 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> ● 文科省が資料を収集している ● 学校が再開し、遊び場ができるなど日常を取り戻すことが非常に大事だと思う。兵庫県の学校の先生に聞くことができるのでは。学校の運動場で遊ぶ、そこからの回復が大切 ● ガイドラインに組み込むことは良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 遺児に関しては教育学部の先生が研究をしている。保育所の調査などもつなぎ合わせると見えてくるものがあると思う ● 子どもセンター、保育所などのレポートを集める ● 教育に関してはあまりかかれてないので検討必要 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 被災三県のデータを確認すべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <WHO statement to the 2017 global platform for disaster risk reduction のコピーが茅野先生より参加者に配布された> 	WHO

「災害時の精神保健医療に関する研究」 研究班会議・専門家会議 議事録

日時：2017年12月14日（木）13:00-16:00

場所：フクラシア丸の内オアゾ 15階会議室D

参加者（順不同）：金、大沼、島津、篠崎、鈴木、関口、増野、茅野、西村（来住先生の代理参加）、
五明、井筒、大塚、松下、高橋、富田、松本、加藤、中山、大滝、石田、染谷

欠席者（順不同）：来住

資料：項目9「心理反応への対応」、項目10「リスクコミュニケーション」、項目11「準備+訓練」、
項目12「子ども」、項目13「高齢者」、項目14「支援者」、項目15「マイノリティ」、項目
17「報道」、項目18「特殊事例」、項目19「倫理・法規」、項目20「機関連携」内容のまとめ
(ディスカッション用配布資料)、前回7月開催「災害時の精神保健医療に関する研究」研究
班会議・専門家会議に出席された先生方からのコメントのまとめ（該当マトリックス項目に
併記）、Adverse Childhood Experiences ppt（抜粋）、項目別マトリックス、平成24年度・
25年度・26年度厚労科研「被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入
手法の向上に資する研究」目次、平成24年度厚労科研「大規模災害や犯罪被害者等により精
神疾患の実態調査と対応ガイドラインの作業・評価に関する研究」分担研究報告書、The
interPAR Trial: International program for promoting adjustment and resilience after
disaster (Draft final report)

内容	資料
<ul style="list-style-type: none"> ● 開会の挨拶がなされた。これまでの知見を整理する作業と、専門家のネットワークを形成することをしていきたい。教科書やガイドラインの内容に食い違いがあることがしばしばある。今回レビューした対象は、出版されている教科書などで、今後研究なども含めて肉付けしていく予定。今後も議論を進めて災害医療につなげていきたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 先生方には普段より 災害時精神医療に従事いただきありがとうございます。初期支援については、DPATの体制がまとまってきた。中長期支援については、心のケアの会議や情報交換など行った。引き続きご協力をお願いします 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 今回は来住先生の代理参加。よろしくお願いします 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害時の看護の活動の支援をしてきた。WHO 協力センターにもなっている。災害時の支援者の精神保健に関して取り組んでいる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の会議の内容をまとめたものを回覧するとの報告がなされた 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 前回話し合えなかった項目について話し合いたい 	
<p>項目 9「心理反応への対応」の項目内容について紹介がなされた</p>	<p>項目 9</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA は心理療法ではないが、災害後初期に行う支援として日本で広まってきている。PFA で安定しなかった人に対しては、オーストラリアと共同で interPAR をまとめ、おそらく来年 4 月に導入開始を検討している ● 対トラウマに関して言うと、災害時のトラウマに特化した療法はなく、平時に行うトラウマに対する療法を被災時に応用できるのかはまだ十分にわかっていない ● PE, NET, CPT, TFCBT などが取り入れられている ● 悲嘆喪失に関してはグリーンカウンセリングが行われているが、災害時に関してエビデンスはまだ十分ではない ● ディスカッションの項目について説明がなされた ● 被災者から感謝されることが効果があったということではない。何をアウトカムとするかを明確にする必要がある。治療ではエビデンスが必要。エビデンスのある認知行動療法以外の治療効果が把握できていないが、きちんと考察する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● (308 行目)この場合の災害の定義と WHO の災害の定義は一致せず、難しい。整合性をどのようにはかるかを考えていかなければならないと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 心理的危機についてももう少し明確にしたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 国際機関の間では 2015 年の仙台の防災会議や、2016 年トルコの世界人道サミットで概念が整理されてきた。日本の独自のものがいいのか検討必要。国際的な定義に合わせると日本のこれまでの経験も海外に発信しやすいのではないか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Autonomy を失った状態であると考え、主観的・客観的見地との兼ね合いから定義が難しい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 1 点目に、治療と危機介入が混在している。治療は治すということなので、危機介入とは異なる。治療はある程度安定した環境で行うのに対し、危機介入（自殺等のハイリスクケア）はそこにもっていくまでの活動。危機介入、CBT とカウンセリングの位置づけは必ずしも同じではない ● 2 点目に、すでにサービス受けている人は、もともと受けているサービスを優先すると思うので、それまでの治療を受けられるということを強調する。そうして安心させることも考える必要がある。もともと治療を受けている人が悪くなる事例もあるが 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 後者は本当に気をつけたほうが良いと思う ● 災害だからといって急に新しい治療や特別なことをしようとする人もいるが、普段から受けている治療を受けられることは重要。災害イコール危機というのはあまりにも広いと思うので、災害の中で危機的状況が起こると paraphrase する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 「危機」より「困難な状況にある」人まで入れ、「現実的生活困難さ」まで含める方がよいのでは。ケースマネジメント、ソーシャルワークなどの大事な要素も含めて、現場で起きていることが漏れなくガイドラインに含まれているといいかと思う 	項目 9
<ul style="list-style-type: none"> ● (1 頁目) PTSD や Grief に絞っていく形なのか、より幅広く不安、うつ、アルコール依存なども含めて焦点を当てていくのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 本来は幅広く捉えるべき。交通事故からうつを発症するケースも多い。出版されているものの中ではトラウマケアに関するトピックが多かったのが現状はそうになっている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● mhGAP という治療のガイドラインが出ている。International Humanitarian Intervention Guide があり、WHO ではエビデンス&リサーチのサイトがあるので有用だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● mhGAP のガイドラインについては、精神科の専門家を十分用意できない状況で、現地の人を手取り早く活動できるようにどうしたらいいか、ということ念頭に置いてまとめたもの(例: エボラ出血熱のケース)。mhGAP を用いて現地の人材を使って活動をして、うまくいったという報告は出てきてはいるが、まだ多くはない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害になると、OX療法をする人が押し寄せる。支援が有害になりうるということも反映させることが必要だと思う ● PFA など形にしてもっと一般的にするなど、一般原則が重要なのかなと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA はメソッドと思われがちだが、態度である。しかし、メソッドのようにガチガチな印象は与えない。支援の引き際や、適応ならない場合などきちんと書く必要がある。タイ津波の時のように介入にはリソースを消費するので、専門的な介入をするにもリソースのバランスを考える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 大塚先生のリフレーズになるが、『災害精神医学』で紹介されている災害支援は刹那的な介入で、見ず知らずの人が、見ず知らずの人を支援するということなので、心理教育や PFA などがあげられる。「世の中にはこういうものがある」と個別に CBT 等の療法を列挙したうえで、CBT や集団療法については関係性の中で行うものなので、混同して記載せずに明確に分ける必要がある。このように書くと、避難所 	

<p>で集団療法を行うような印象を与えるので、急性期にどう対応すべきか明確にするべき。まず本人が落ち着き、本人のニーズを明確にしたうえで治療をおこなうのがよい。本人が治療してほしいという場合に、本人との関係性がある中で、どのような治療があるか紹介できればいい</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 心理療法については、色々な療法を列挙している本もあり、それは削除している部分もある。初期は PFA 的な幅広い対応を行い、PTSD 等の治療は後で行うという方向が良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の特徴的な枠組みとして、保健師やその他の共に働く人々の状況を理解する必要がある。DPAT やこころのケアセンターだけではなく、保健師、地元優先、地元関係者をリスペクトして支援を行うことの大切さを盛り込むと良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● エビデンスは別にして、精神保健福祉センターレベル介入、いわゆる「つなぐライン」はよく求められる。強い介入ではなく相談に乗るというレベルでも、スキルが求められる。若い支援者ではなくベテランが対応することが多い ● 介入の方法論というのも、対住民になるので、患者として扱うのかそうではないのか、患者ではなくその手前の人々に対しては、既存の方法論としてすでにあるので、それを入れてもいいのではないか。ここに入れるかどうかは検討事項 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 別の枠組みでそれについても検討している。 	
<p>項目 10「リスクコミュニケーション」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日本文献 2、海外文献 2 ● リスクコミュニケーション ● リスクの目的・定義の説明がされた ● 基本原則、留意点について、資料を元に説明された ● リスクメッセージの定義、1) 災害に備えてのリスクコミュニケーション、2) 災害発生時のリスク、3) 災害発生後のリスク、 ● メディアとの関わり方について、説明がされた 	項目 10
<p>ディスカッション</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リスクは情報伝達的手段か、不安を和らげる等のサポートなのか、 ● メディア：報道という項目が項目 17 で出てくるので参考に ● 明確な情報伝達によって、不安を煽らないようにすることは PFA と似ている。PFA はそれが No.1 ではないが、重なるところがある ● リスクという概念があまりないようだ。リスクコミュニケーションについては文献が少なく、例えば別項目である「報道」との兼ね合いなど、この枠でくくってよいか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● WHO では、リスコミの概念はすごく使っている ● Fundamental public intervention だと言っている。ガイドラインのウェブサイトがあるので参考にしてほしい ● 従来、リスコミは authority から市民に伝える一方的なものだったが、今は authority への trust を重要視している。また、実例もある。WHO も経験を重ねてきた上で改善されているので、使えるかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスに特化しているのか 	項目 10
<ul style="list-style-type: none"> ● していない。一般的な災害時用で、3 分野すべて緊急時に対応している 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健分野ではリスコミへの言及は少ない。基本的な災害時の対応としては、一応ふれてはいるが 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA は広い意味でリスコミが含まれているかもしれないが、メディア対応については特殊な配慮とスキルが必要 ● 災害時のメンタルヘルスに関わる人は基本的なことは知っておくべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それは共有されていたのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスの枠組みでは考えられていなかったよう ● 私自身マスコミからの取材を受け、住民に対してどういうことを伝えたいかなど、色々な質問を受けた。社会に対する心理教育、どういう情報を発信するかは重要である ● どういう支援が行われて、どういうことが起きているの、住民は知りたいはず。実際は全部を統括している人はいないので、ある程度の専門家と共有し、どのように情報を発信して行くか伝えるポイントを明確にすることが重要 ● DPAT が何をしているか興味がある。どんな支援が行われてどうであったか、住民は知りたいだろう。実際現場でそこまで把握している人はいない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT 内部のリスコミも考えた方がいいと感じた。外部とのコミュニケーションだけでなく、支援者相互のリスコミとして 	
<ul style="list-style-type: none"> ● これまではそのような研修はなかった。リスコミが問題になったのは、福島原発の事故から。メディアは協力的になってきているが、正当なメディア以外のメディアに出ることもあるので、ガセネタなどそのあたりをどのようにコントロールするか。学会などでも取り組んでいるが困難 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 加えて、インターネットはどうしたらよいか。言及はするが 	

● WHO はそれについて書いている	
● 過剰なコミュニケーションの害があるのでは	項目 10
● WHO 自ら情報を発信しているところは変わってきた。ホームページ、ツイッターやフェイスブックでも、全部自分達で行い、予算をきちんとつけてチームをつけてプレスリリース等も行い発信している。そのようにシフトしてきている	
● ネットというと発展途上国ではあまり普及していないイメージがあるが、逆なのか	
● そのとおりで、60%以上の普及率でアフリカでもインターネットはみなチェックしている。そのようなシフトとその重要性に注目すべき	
● 草の根的な発信をオフィシャルにやっていく方向ということ。考えていかないといけない。そのための予算を取れるかどうか	
● チームを作り、きちんとサラリーを出すこと	
● 自殺対策など、危機だけあおると悪い方向に行くことがある（パパゲーノ、ウェルテル効果等）ので、役立つ、よい情報を発信することが対策となる	
● 対象者の情報を守る、対象を守ることに優先。マスコミが支援者（例：心理士）の車両ナンバーをチェックしたり、つけて取材に来るようなこともある。避難所でもそのようなこともあるので、起きてから対応するのではなく、事前の対応も重要。役立つ情報として何をあげるか、また情報の一元化、誰が発信するが、どのように統一するか	
● 事前にどのような情報を出すのか、関係機関がストックを作っておいて、どこで災害が起こっても同じ情報を精神保健センターから同メッセージを出せるような準備をしておくのもいいかもしれない	
項目 11 「準備+訓練」の項目内容について紹介がなされた	項目 11
ディスカッション ▶ 学校、2) 実際の訓練、3) 資源（情報、人材、リーダーシップ）、4) PTSD : 研修が進んでいる、日本の災害医療対策が進歩した	
● 系統的な人材育成をしたい。検討必要	
● 加藤先生に対して、どのように研修して行くといいと思うか質問したい	
● コンピテンシーという言葉が出たが、DPAT に求められるコンピテンシーという研	

<p>修を行っている。要は、地元配慮する・優先する、行儀をよくするという基本が大事ということ。災害時の命令系統はしっかり守ることが重要だが、それだけではだめで、地元配慮することが大切。何を伝えるかをまとめて、いろいろなレベルで行う</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT では独自のトレーニングがあるが、例えば DPAT で研修を受けた上で、加藤先生のところで研修をさらに受けに行くというケースはあるか 	項目 11
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT の近畿連合を作って協力して訓練していこう、ということは話し合っている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それが一つレベルの高いモデルになっていくかもしれないと思う。それが地域の核になって広がっていけばいい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本で DPAT の活動が滞りなかったのは普段から地域連携、顔の見える連携をとっていたからだと思われる。しかし、消防・警察との連携は難しい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 行政の方で、あらゆる関係者が携わる基本的な訓練（PFA やリスコミについて）を打ち出していきたい（精神だけでなく、災害全体をひっくるめて）と思うがどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 最初は指揮命令系統を学ぶ。それ自体は大事だが、そればかり学び過ぎて周りに伝えることばかりになってしまい、自分としての意見がなく、例えば地域や被災した人に対して何をするのが適切かなどを考えることなく、報告などに囚われてしまうところがある。そういう人は問題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 草の根で呼びかけたり、モバイルで見られるようなものを使って、支援に関わる人に情報発信できると良い。アプリで見ることができ、派遣途中で見て思い出す、などの助けになるのでは ● 「一芸に秀でた」、よりも「幅広い連携」ができることに重きを置く傾向であるようだが、平時からの準備・研修についてはどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 受援側の話もすることが必要。地元がどうか、ということは支援の質に影響する。受援については地域連携が重要である。外から来た支援側と被災した地域が連携できるかどうかも大事。受ける側がしっかりやることを強調する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● これについては文献が少ないので日本から発信すべき 	
<p>項目 12 「子ども」の項目内容について紹介がなされた</p>	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● 避難先での環境調整の視点も重要。例としては、子ども達が夜遊ぶと老人が「バカ野郎」と言う。子ども達だけでなく沐浴が必要な新生児など別環境が必要と考える 	

<p>(実現には難しいが)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● DV、こどもの虐待がもともとありうる人たちが避難して顕在化することがあるので、そのようなケースの対応も含めることを考える必要があるかもしれない。児相や他の子どものケアを行う機関との連携体制を構築し、子ども達をみていくことが大事 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害のあとで虐待が事例化するケースも実際に多いか 	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● そのような場合もあるが、そうならないように母親の支援をしたり、訪問を頻回にしたり、周囲と協力しながら観察し、目が届くようにしておく ● 子どもの安心できる空間について-- 避難環境においては目が届かない部分も多々あるので、困難だが取り組まなければならない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ぜひ取り入れたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● CFS を支援者、避難所の運営に係わる人が知っておく、頭の中に留めるのは良いと思った ● 二次受傷については子どもに映像をみせないというのも不可能であり、どう位置づけるかが問題。メディア、映像をどのくらい見て、それが長期的にどのように影響を与えるか調べたが、気をつけておく必要はあるものの安心できる環境であれば二次受傷など必ずしもトラウマ症状を引き起こす訳ではないと考える。しかし十分に気を付けて子どもの様子をみながら行うことが必要ではないか。テレビを見ることの禁止はすすめられない。PFA の文言にどう取り込むかが課題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA も含めて総合的に幅広いものを作っていきたい。児童精神保健学会ではどういふことが言われているか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 重要な課題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 文科省はそれで配っている。先生方は文科省からの文書を読んで不安になっている。先生方は読んだだけで何をどうしていいのかわからないことが多い。それぞれがガイドラインを作っても、全体としてどうなのか、スクールカウンセラーとも協働しきれていない。どこがどこまでやっているのか。DPAT には、子ども専門のチームはあるのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT では、DPAT 隊員で子どもの専門家、子どもが得意な人が対応する傾向はあるが、大人、子どもとはっきりしたガイドラインがある訳ではない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 昔はあった 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本の時は（児童精神科医が）2人いて役割をふられた。（彼らが）チームに入ればそこに子どもについての仕事が回ってくるという形だった 	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● チームで継続的にやっていた。隊員ベースだとむずかしいのでは 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT は急性期から中期しか活動しないチームなので、地元繋いでいくことはできるが、隊員間で能力差もあり、それ以上はしないことも仕方ないかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の状況を考えて、学校は子どもについて大きい役割を果たしていることを考えたら、教育委員会が鍵を握っていると思われる。一方学童以下の子どもは保健師が予防接種を含めその健康全般をケアしており、学齢以下のこどもでは3歳児健診などで様子を見ている。母親の不安の状態が影響するので、母親の精神状態のチェックをする必要性を含め、母親の診査も盛り込むことは大切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ここまでは対応に関する視点だったが、準備の部分はどうか。mhGAPを作っていた時に、海外での非専門家教育の事例から、日本でも普段から学校の先生など非専門家にも使えるのではないかという話し合いがあった 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 難しいのは、池田小学校事件の経験からわかったことだが、先生たちは心のケアの専門家だという自負があるので、その上で先生たちに教育する場合に許容してくれるかどうかは定かではない。個人としては勉強したり受け入れてくれるとは思いますが、学校で共有となると難しいのでは。いじめも同じで、対応できてないところがある。スクールカウンセラーを通じて風穴を開けられれば良いがどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 組織が縦割りなので難しいかと 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 避難所は学校の体育館なので、先生やスクールカウンセラーが子どもの対応をできるか？ 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 学校現場の健康教育、養護教諭会との情報共有は大事だと思う。スクールカウンセラーを派遣するのは各都道府県なので、行政との連携が重要。家庭の状況に関しましては福祉や母子保健の方が詳しいと思われる ● 身体障害者とあるが、知的障害や発達障害のカテゴリーも設ける必要があると思われる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 発達障害、知的障害については含めなければいけない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 母子関係のところ妊婦の項目が入っているが（他に入るところがなかったからか、）母乳が出なくなって追い詰められている母親がいる。妊産婦の状況はあまり着目されていないのかなと思う。「子ども」に入ると見えづらくなるので、別枠に 	

<p>して着目してほしい</p>	
<p>項目 14 「支援者」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 支援者にできること、支援機関、支援者の存在、実施体制、セルフケア、チームケア、家族ケアに関して説明がされた ● 準備、訓練、研修受講者のフォローアップ、スーパーヴィジョン、人的資源についても触れられている ● ディスカッション項目（配布資料参照） 	<p>項目 14</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援者パーソナリティーはテキストブックにも載っていたが、それほどのエビデンスがあるのかは疑問。そうと指摘されてもどうしようもないのでは。東日本大震災などの想定外の災害の際には広く関わる人を募る必要がある。自分自身がトラウマなどリスクを抱えている場合は、間接的に支援する方法があるという内容が示されている。自身の動機をよく考えるなどの助言がいいのかなと思う 	<p>項目 14</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援者パーソナリティーの中に、マニックリアクション、精神症状が入っている人もいる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援に行く時に自分がどういう状態なのかをよく見てから行く、という文言がいいかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 現地の支援は疲労防止のためにローテーションがいいと思う。パーソナリティーというより、相手に合わせるコミュニケーションが現地の支援者には必要な一方で、DPAT・DMAT に対しては番犬のような役割を担っていただくなど工夫が必要。我々の活動を説明するスキルは災害支援の場で求められる。状況に応じてコミュニケーションをうまく使い分ける視点が必要。これはプロフェッショナルとして重要であり、自分達の活動を説明できるスキルも必要である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 地元の中から支援にあたる被災者である支援者と、遠方から来る支援者は、区別する方がいい。それぞれの特性があるので、支援のストラテジー、方法論も違う。日本もそのような視点を促す研究をすべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ガイドラインに入れることを考えると、支援者のトピックだけでも本一冊になるほど幅広いと思う。消防から地元のボランティアまで入ってくる。どこにターゲットを据えるかぼやけるとわかりにくい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 内部の支援者と外部の支援者で分けて書いた方がわかりやすいと思う。消防の文献は入っていないのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 「外部からの派遣支援者」などターゲットを絞った方がいいかもしれない。曖昧にならないように検討した 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 書き方、表現の問題だが、レジリエンスなのか vulnerability として書くのか、どちらを強調するのは検討する必要がある。その記載があるかないかで違ってくると思う 	項目 14
<ul style="list-style-type: none"> ● その点は注意喚起した。感染症の支援者と同じで、リスクに晒される訳であるので、vulnerable といふかリスクが高い。その中で、外部支援者、内部支援者と分けるといいかと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健分野に関する支援者に特化すればいいと思う。アメリカの PFA のモバイル版の「自分を守るためにすること」を参照してほしい。日本では支援者支援が強調されており、DPAT は若干触れているが、スキルアップが必要。支援者支援はどうするかという課題についてその方法、その場で気を付けることなどを書き入れるとより実践的なものになる。基本的なスキルが書かれると良い 	
<p>項目 15 「マイノリティ」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 様々なマイノリティがあるが、災害関係の文献では、国籍やエスニックマイノリティ、文化的な定義が混在していることがあり、整理が十分ではない ● 多文化対応というくくりも適切かと思う。多文化対応という項目は日本では作っていたが、海外の文献では多文化対応というのがほとんどない ● マイノリティは医療や教育などのリソースが使えないということが挙げられている。マイノリティに対する精神医療を安価にすることなども書かれている。 ● 文化によって感情表出が違う ● 災害カウンセリングや災害精神科医が親善大使となることについては日本でもそうであり、医者が地域をまとめる役割を果たしていることが多い ● 多文化対応のくくりはあるのか。それともマイノリティのくくりと、どちらがよいか ● 日本では毎年 4000 万人の旅行者を受け入れようとしており、災害が起これば一気に災害弱者となるため、着目する必要がある ● 海外の文献で文化的マイノリティに着目しているのか、経済的困窮などのリスクファクターに着目しているのか整理されていないところがある ● 多文化間精神医学会の野田先生の難民のメンタルヘルスに関する文献が、難民メンタルヘルスに関しての日本の文献としては唯一であり、参考になる ● 外国人については新潟中越地震についても特出しの記憶はない 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 英国・カナダではやっているが、旅行者に関しては、災害時には各領事館が対応している面がある 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 研究所に当時いたため留学生がたくさんいたが、福島原発の後は、欧米の国からの 	

<p>学生は母国の指示であったという間に帰った。アジアからの国の学生は残留していた。国によって対応が違ったという印象</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 防災フォーラムで、女性のマイノリティについて発表があったが（アジアからのピクチャーライドについて）、普段は外国から嫁にきたということをしてできるだけ隠しているが、災害時にずっと取り残され、苦勞をしたという話があった。見えないようにしているために、取り残された、というケース 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 逆に、行政からリストをもらって家庭訪問したら、本人は嫌な想いをしたという話もある。外国人の対応は、本人の自己の決定権の問題で、本人に選んでいただくことが大事なのではないか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 中国人については、差別的な取り扱いを受けていないか、中国総領事が差別防止のために職員を派遣し、地域をまわっていたようだ ● 例えば、フィリピンの方はコミュニティがあるので、連絡を取れば集まる。国の特性を踏まえて、国ごとのやり方、対応の仕方を考える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 外国対応の窓口を作る案に関しては、外国人といっても様々な言語があるため、現実的には多言語対応実現の難しさがあると思われる ● 炊き出しをすると、外国人か否かに関わらず、関係ない外部の人が集まってしまうということはよくある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 地元は困っている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● マイノリティに関しては精神保健の分野内で対応するのは難しいので、どこにつなげればよいか。福祉や倫理の分野とどう連携するか検討が必要だと思う。メンタルヘルスではなかなか出てこないが、人権の分野ではマイノリティの研究などは盛んで文献も豊富にある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 各地域で結構リソースがあるので、災害対応の人々が、地域の外国人支援や対応をしている機関や団体（民間団体、NGO を含む）を平時から整理しておいて、コンサルテーションを行い、準備をしておく。平時から関係をつくる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 海外の文献には人権のチャプターがあるが、日本の文献では災害時の人権の保護が特出しして書かれていないので、チャプターが必要。井筒先生が取り組まれているようなことが大事だと思う。全ては被災者の権利の擁護のためにやっていることなので。あたりまえのことだが、書いていない 	
<p>ディスカッション 項目 18「特殊事例」（配布資料参照）</p>	項目 18

<ul style="list-style-type: none"> ● アルコールの問題と、自殺の問題について、特に意見をいただきたい 	項目 18
<ul style="list-style-type: none"> ● 通常の処方薬については研究班で調査をしており、東日本大震災に関しては知見が出てきている。急激に飲酒量が増えるという傾向はなさそうだ。阪神淡路大震災の時もそうだったが、東日本大震災の時もアルコール飲料の販売量はむしろ減っているのではないかとされている。海外の知見は必ずしも日本に当てはまらない。災害前から傾向があった人は、災害後に再発するということがあると思う。災害前からアルコール依存のケースの数が少なく確認できていない ● ベンゾジアゼピン系の問題に関しては、被災地での使用頻度の高い人に女性の割合が高いことがわかってきている。震災後一年後、二年後に追跡調査をしたが、ベンゾジアゼピンの使用量は減ってはならず、同じレベルを維持していることがわかってきた ● アルコールに関しては、もともと飲んでいた人は要注意だが、災害そのものが飲酒の問題を起こすということではない ● 睡眠薬に関しては、避難所で眠れないなどの理由で多く睡眠導入剤を処方したため、慎重にみていく必要があるかもしれない ● ギャンブルが一時的に増えた。被災地の男性において、一時的に増えたが2年後は減った 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それはある。大船渡などでも、環境の問題として、本人にとってみれば変わりなくとも、住環境の影響でより明るみに出るということはあるかと考えられる。避難所や仮設スペースで、狭いところで多くの人に住み、隣の人との距離がない、音が筒抜け、隣で酔って怖い通報がより明るみに出るなど、住環境の変化によってもたらされるものは様々である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺大綱に災害が入ってないので触れるようにする ● 自殺未遂という観点もあるが、既存のシステムとの接合性について書いた方がいいと思う。被災者のこころのケア要綱に自殺、自殺未遂の観点を入れるべき ● 介入した・しない地域で変わり（自殺がなくても発生することがある）ここで入れるか（特殊事例項目）、全体で入れるか判断が難しいところ。もちろん救急医療システムは24時間作動しているが、自殺未遂や危険性があった時には早急に入院させたりするなどのコーディネートが必要なので、そのあたりも書いた方がいいと思う ● 災害の中では早期から死にたい人たちは出てくる。自殺予防は災害時現場で問われることなので、事前教育を入れた方がいいと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 169行目の building back better - スローガンなどの時は「Build back better」の表記の方がいいかと思う。防災会議でもそのように使われていた。（WHOでは building back better が使われている） 	

<ul style="list-style-type: none"> ● アルコールのことは特殊事例でもなく、急性期、初動時において問題行動を起こす人への介入は災害精神保健で大きな問題。少し経つと3合飲んでいたり、時期が経っても、引きこもって飲んでいる中高年の健康をどう守るかということが課題。福島で保健師や福祉センターが実施している Happy Program など東日本大震災以降、各自治体でも非常に創意工夫して取り組んでいるので、海外のレビューだけでなく日本の活動を発信すべき 	項目 18
<ul style="list-style-type: none"> ● 依存ではないが、遺族がいる横で酒盛りをしていたり、夜の巡回をしてもらうなど警察との連携が重要。楽しく飲む環境が無くなる、という一般人の飲酒環境も避難環境全体の中で、考慮すべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 事例化するということを明記、啓発すべき。避難所ではおかしな人がいて騒いでいるという報告が上がってきて事例化していく。初期では避難所でも飲酒が禁止されていたりする。「耐えられなくなってくる」、と「飲み始めてみた」では飲酒の性質が大きく異なる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 発達障害の子どもと同じで、避難環境によってあぶり出されてくる項目がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 学校支援について思うが、県単位で入る臨床心理士が教育委員会にうまく入っていきえずに孤立する。県の事情によって臨床心理士会の体制が全く違う。これから国家資格となる公認臨床心理士との兼ね合いや力関係なども考慮していかなければならないかと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● もともと心療内科にいた立場として、表現が身体性であるケースも相当数おり、データが取れていない。今後注目すべき点である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 見せ方について、例えば外から入る人向けの情報と内部の人向けの情報、というように、プレゼンテーションの仕方の見直し・検討があると良いと思った 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 平時からの問題が災害時の問題にかぶることから、災害時ももちろん平時からの対策も考えさせられた（特にベンゾジアゼピン、アルコールの問題は平時から存在） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 既存文献は不十分だが、先生方からのご意見・ご指摘をもとに肉付けをし、役立つ資料を加えたい 	

厚生労働行政推進調査事業費補助金 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）

災害時の精神保健医療に関する研究

平成 29 年度 分担研究報告書

災害時精神保健活動ガイドライン：国内外の文献の検証と
新たな包括的ガイドライン作成にむけての構想

分担研究者 金 吉晴 1) 2)、加藤 寛 3)、荒井秀典 4)、松本和紀 5) 6)、
前田正治 7) 8)、富田博秋 9)、鈴木友理子 1) 2)、神尾陽子 10)、
松下幸生 11)、大塚耕太郎 12)、井筒 節 13)

研究協力者 篠崎康子 1) 2)、島津恵子 2)、染谷紗恵子 2)、Marylene Cloitre 14)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部
- 3) 兵庫県こころのケアセンター
- 4) 国立長寿医療研究センター
- 5) 東北大学大学院・医学系研究科 精神神経学分野
- 6) みやぎ心のケアセンター
- 7) 福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 災害精神医学
- 8) ふくしま心のケアセンター
- 9) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野
- 1 0) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 1 1) 国立病院機構久里浜医療センター
- 1 2) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
- 1 3) 東京大学教養学部 教養教育高度化機構
- 1 4) Stanford University School of Medicine

研究要旨

目的：災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からであり、その歴史は浅い。災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに重要な影響を与え、また、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な介入・支援方針のもとで活動をするうえで、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインの重要性は否めない。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。国内におけるこころのケアに関する最初のマニュアルとなった 2003 年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドラインは、2001 年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違

を踏まえて作られたものであり、以降被災者のメンタルヘルスケアの充実のために当センターは 20 点以上のガイドライン・マニュアルを作成、国内に普及してきた。これらの過去に日本で蓄積された知識を、近い将来国内において精神保健に携わる専門家らが被災支援の経験をもとに適宜獲得した新しい知識を反映することのできる「生きた」ガイドラインとし、また、対国外においては災害大国日本で培われたノウハウを共有することによる国際精神保健機構への貢献の可能性を視野に入れたうえで、体系的にガイドラインを整理し、内容の充実と今後のより幅広い普及にむけて包括的に再構成・最新化することは意義があると考えます。

方法：2000 年から 2015 年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の 12 点にわたる(1) 書籍、(2) ガイドライン、(3) 研究報告書を収集、これらの対象文献で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを (1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め、手順に沿って作成した。上記の手順で作成されたコンテンツ・マトリックスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。

結果：システム、心理反応と精神疾患、トラウマ対応、アセスメント、初期、中長期、心理反応への対応、リスクコミュニケーション、準備と訓練、子ども、高齢者、支援者、マイノリティ、遠隔、報道、特殊事例、倫理・法規、機関連携の 18 項目について検討を加えた（本文に収録）。

考察：災害時の精神保健医療対応へのニーズは益々高まっているが、既存のガイドライン、教科書類は国内外を問わず、その作成の背景となった事項を重点的に扱っており、必要な項目を包括的に網羅したものはない。本研究成果に最新のエビデンス、知見をふかして包括的なガイドラインを完成させ、ストレス・災害時こころの情報支援センターの HP に公開して広く災害支援委役立てると共に、随時更新して、研究知見、支援経験を反映させる。

A. 研究目的

災害や事故・事件などの予期せぬ出来事は、身体的外傷や生活環境上のストレスのみならず、被災者または被害者の心に測り知れない深い傷を残すことは明白である。それにもかかわらず、自然災害が頻発する日本において、被災地域住民の精神健康が問題視されるようになったのは 1990 年代からである（加藤, 2016a）。加藤(2016b)と富永(2014)は、1995 年に発生した阪神・淡路大震災を契機に、精神保健医療福祉的支援や心理社会的支援が本格化し、災害と心理的問題の関連性が着目され始めたという。後に、被災者の心理状態に応じた精神保健活動の必要性がマスメディアを通じて強調され、「こころのケア」という名称を用いて世間一般に幅広く浸透した（富永, 2014）。

被災者の心理的問題や悪化リスクを軽減するために様々な精神保健活動が展開されてきたが、こころのケアに携わる専門家間で意見が対立することは決して珍しくない。阪神・淡路大震災を期に米国より推奨された心理的デブリーフィング (Psychological Debriefing: PD) または緊急事態ストレスデブリーフィング (Critical Incident Stress Debriefing: CISD) がその一つの例である（金, 2016）。当時、デブリーフィングを介して災害発生直後に詳細な被災体験を聴取することは適切な心のケアとして多くの専門家から支持されていたが、中にはそういった早期介入法を不適切と考えリラックス動作法などを被災者に適用する支援者もいた（富永, 2014）。この頃、我が国で初めて災害支援対策の中にメ

メンタルヘルスケアが位置づけられたことから、具体的な精神保健活動の方針は存在せず、専門家は独自に自己完結的な心のケアを行わざるを得なかった（加藤，岩井，飛鳥，& 三宅，1992）。その後の研究や検証で、心理的デブリーフィングの効果は認められず、災害によるPTSDなどの心理的影響を防げないことが明らかとなった。しかし、阪神・淡路大震災時に、多くの支援者がその技法を優先的に実施すべきであると万能視したため、その後の自然災害や人為災害の初期対応において相当な混乱を生じさせた。（金，2016；Kantor & Beckert, 2011；金 & 中谷，2014）。実際に、2001年に発生した付属池田小事件に際して支援に駆けつけた専門家の中で急性期対応の方針についてコンセンサスを得ることは困難な状況であった（金 & 中谷，2014）。

災害精神保健活動のあり方が被災者の心理的ウェルビーイングに影響を与えることから、こころのケアの指針の共有を目的としたマニュアルやガイドラインが必要となる。これは、心理対応に携わるあらゆる従事者が統一的な方針のもとで活動をするうえで最も重要なことである（Inter-Agency Standing Committee, 2007）。世界有数の自然災害大国である日本では、自国の災害経験で蓄積されたノウハウに基づき、数々のガイドラインが作成されてきた。なかでも、2003年に制定された災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（金，2003）は、2001年の付属池田小事件の際に問題となった専門家間の見解の相違を踏まえて作られたものであり、国内におけるこころのケアに関するマニュアル作成の端緒となったといわれている（金，2012；金 & 中谷，2014）。また、メンタルヘルスケアが適切に実施されるように、国立精神・神経医療研究センターでは東日本大震災発生から1週間後に20点以上のガイドラインやマニュアルをホームページに掲

載し、支援者向けの資料だけでなく、一般市民を対象とした情報も公開している（金，2012）。

本報告書では、災害時精神保健活動に関する国内外の文献を比較したうえで、構成内容の全体像を把握し、新たなガイドラインの作成に向けて、相違点や類似点、留意点等を検討し報告する。

B. 研究方法

I. 対象文献

2000年から2015年までに発行・出版された緊急時こころのケアに関する国内外の文献を対象に、以下の12点にわたる(1) 書籍、(2) ガイドライン、(3) 研究報告書を収集した。

(1) 書籍：

- ・ 災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-心理的対応（高橋 & 高橋，2015）
- ・ 災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針—（富永，2014）
- ・ 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え（Ritchie, Watson, & Friedman, 2006）
- ・ 災害精神医学（Stoddard, Pandya, & Katz, 2011）
- ・ 危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ（日本心理臨床学会，2010）
- ・ 災害時の公衆衛生—私たちにできること—（國井，2012）

(2) ガイドライン：

- ・ 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（金ら，2003）
- ・ 災害・紛争等緊急時における精神

保健・心理社会的支援に関する
IASC ガイドライン (Inter-Agency
Standing Committee, 2007)

- ・ 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金、2011)

(3) 研究報告書

- ・ 大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 (鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010)
- ・ 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築 (鈴木ら、2012)
- ・ 被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究 (金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.)

II. コンテンツ・マトリックスの作成

「対象文献」で記した文献を一覧化し、整理するために、コンテンツ・マトリックスを次の手順に沿って作成した：(1) 目次・見出し埋め、(2) カテゴリー化、(3) 接合作業、(4) 概要埋め。

(1) 目次・見出し埋め

取り扱う全文献の内容を集約するために、個々の文献から、題名、著者名、ならびに目次や見出しを抽出し、エクセルシート上に表を作成した。また、これらの文献を容易に識別するために、抜き出した情報を縦一列のセルに入力し、文献別に色分けした (付録 A を参照)。

(2) カテゴリー化

(1)の段階で集約した文献の目次や見出しをカラー印刷し、項目別 (書籍とガイドラインは章別、報告書は知見別) に区切り、整理用

のカードを作成した。これらのカードを検討し、類似した内容の項目をグループ化するために、1) 概論、2) 歴史、3) システム、4) 心理反応・精神疾患、5) トラウマ反応、6) アセスメント、7) 初期対応、8) 中長期対応、9) 心理療法、10) リスクコミュニケーション、11) 準備・訓練、12) 子ども、13) 高齢者、14) 支援者、15) マイノリティ、16) 遠隔、17) 報道、18) 特殊事例、19) 倫理・法規、20) 機関連携、21) その他の、21 にわたるカテゴリーが設けられた。全文の項目をカテゴリー別に分類した後、エクセルシートを用いて新たに表を作成した。この際に、縦軸に各文献の題名と著者、横軸に各カテゴリー名を入力し、それぞれに該当するマス目に各項目を配置した。なお、どのカテゴリーにも属さない項目は、「その他」のカテゴリーに分類された (付録 B を参照)。

(3) 接合作業

(2)の段階でカテゴリー別ならびに文献別に項目を整理したが、本段階では各カテゴリー内すべての項目を接合する作業を行った。また、それぞれのカテゴリーの中で相似の項目が見られる場合は、小見出しを作り項目の配置を変えるなどして、さらに細かくグループ分けをした (付録 C を参照)。

(4) 内容整理

カテゴリー別に分類された各項目の内容を要約した。縦一列に羅列した見出しや目次の隣に、その項目の概要をセルに入力した。この際に、著者がエビデンスを用いているのであれば隣に”Ev.”を、著者の個人的な考えや意見であれば”Op.”を記述した (付録 D, E, F を参照)。

III. 文献レビュー

上記の手順で作成されたコンテンツ・マト

リクセスを用いて、災害時こころのケアに関する文献を比較し、相違点や類似点を考察した。なお本報告書では、「心理反応・精神疾患」、「トラウマ対応」、「初期対応」の категорияに焦点を置き、今後のガイドライン作成における留意点について検討し、報告することとする。

C. 結果・考察

(表 1、2、班会議議事録資料参照)

【1】システム・原理 (マトリックス資料項目 3)

1. はじめに：精神保健医療従事者の災害支援での役割

- 災害対策本部における精神科医の役割
 - 精神保健医療活動に関する災害対策本部としての方針を決定する
 - 現場での援助者を通じて被災住民の精神健康状態を把握する
 - 援助者に精神保健医療活動について助言を与える
 - 現場の援助者に精神保健医療を行う
- 被災地で求められること
 - 災害精神医学知識や技能だけでなく、災害現場のニーズにあった柔軟な活動(物資の配布、コンサルテーションや教育を行う、一般診療を行う等)を最優先に行うことが重要である
 - 有効性：被災者が専門家である支援者と抵抗なく接触し、信頼関係を築く助けとなり、要支援の人への早期介入、アセスメント、トリアージを可能にする

2. 災害時の精神保健福祉体制

- 災害精神保健計画の立案
 - 各都道府県、政令指定都市の防災計画の立案に精神保健専門家が関与す

べきである

- 精神保健及び地域保健関係者は平常時より災害時の役割分担、活動の法的根拠を理解すべきである
- 平常時から保健師とその他の機関の関係者間での役割分担の明確化と日常業務における連携が必要である

- 災害時における情報収集

- 日本では、災害に関する情報は最終的に災害本部に集約される
 - ◇ 日本の DMAT や JICA が中心となって統一した情報収集を行うシステムの導入が WHO により採決された。EMT(WHO Emergency Medical Teams、日本では J-SPEED)では、国際的レポートの取り方を統一されている。Minimum data-set を収集することが 2 月に決定した。今後はそのシステムを活用してより良いデータを収集・蓄積する動きがある
- 情報収集についても、国により収集の仕方は異なる。「情報」という言葉ひとつをとっても、国によって解釈が異なるので、日本においてはこうだ、ということを示す必要がある

3. 災害時における地域精神保健医療活動

- 必要性：災害により被災地域の精神保健医療機関が被災し、機能の低下が生じる。災害時に被災者の心理的負担(例：悲嘆、急性ストレス反応、精神疾患の発症・悪化、自殺等)が増加するため、それらを踏まえた地域精神保健医療の対応が不可欠である
- 活動方針：①地域住民の精神健康を高め、集団ストレスと心的トラウマを減少させ

る支援活動（アウトリーチ、災害情報の提供、一般的な心理教育、比較的簡単な相談活動や現実的な援助など）、②個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療のための活動（スクリーニング、受診への動機付けなど）の二つに大別される

- 想定される課題：①精神保健医療提供者の継続的な活動、②職種、専門分野の枠を超えての連携、③多様な被災状況を想定した上での対策準備

- 災害時の保健師の役割について明確にすべきである
- 日本においては明らかに保健師が地域精神保健医療において中核的な存在であり、海外とは異なる。例えば、米国における **Public Health Nurse** は災害に関して特化しているわけではなく、災害時地域精神保健医療のなかで中核的な役割を果たす位置付けではない。**Public Health Nurse** の包括的国際比較は行う価値がある

4. 精神保健医療従事者によるボランティア

- 精神保健医療従事者がボランティアとして災害時支援にあたる場合、災害支援組織に入っている場合、入っていない場合（「未登録ボランティア」）の二通りに大別される（米国のケース）
- 前者は組織の指示・活動方針にそって活動し、後者は参加資格の確認、災害時の活動の訓練を経ず現場に到着する
- 災害支援組織はボランティアの訓練、資格認証を行うが、事前登録が奨励されている（米国赤十字・医療予備隊などがボランティア向けの情報を提供することもある）
- 災害時の精神保健医療対応のための

標準化された訓練形態：米国連邦政府機関、州、NGO、個人間でコンセンサスが得られておらず、検討が重ねられている。しかし、殆どの災害支援組織が基本となる「災害支援活動への導入」と「緊急事態の指揮系統」についてオリエンテーションを行い、そのなかでエビデンスに基づく手法であるサイコロジカル・ファーストエイドが被災者の抱える心理的ニーズへの初期対応手段として、また、事前訓練の指導原理として広く用いられている

- ◇ 日本においては災害時における精神保健医療支援者には自治体レベルで公的に動く専門職派遣チーム、専門職支援チーム団体、ボランティア、の三つの支援者グループに大別されるが、全てのレベルにわたる共通の指針、研修、スキルが必要である
- ◇ 災害時には立場を縦断する柔軟な姿勢、行動、活動が求められる。そのために担保となる資格認証が必要であり、検討されるべきである（例：受講証を発行して持っている等）

【2】心理反応と精神疾患（マトリックス資料項目4）

1. はじめに：災害による心理的影響

ストレスレベル、症状レベル、疾患レベルの反応があり得るが、その分類の仕方は諸家により一定していない。以下に代表的なものを記す

1-1. Katzらによる分類（マトリックス資料項目4：心理反応と精神疾患 図1参照のこと）：行動変化の項目を立てたことに独自性が

ある

- ◇ 日本での経験からは、震災後には社会とのつながりができ、役割を獲得するために自殺は減少する傾向にある。ただし復興の疲れが出る時期になると再び増加することがある
- ◇ 暴力は日本では高率には報告されていない
- ◇ 暴力の背景としてのアルコールの問題について検討が必要である
- ◇ そして日本に特徴的な行動上の問題としてのひきこもりについては、諸外国からの報告が乏しく、日本で今後検討する必要がある

1-2. WHO による分類（表 1）：

各グループの平常時と災害時の有病率の推測値が記されていることに特徴がある。

1-3. 時間軸による分類：

日本で提唱されたもの。災害後の時相に
応じて問題となりえる現象を記載している。

- ✓ 災害直後数日間：（1）現実的不安型、（2）取り乱し型（例：落ち着きがない、感情的な乱れ）、（3）茫然自失型（例：思考や感情の麻痺）、の3つに分類される。
- ✓ 初期（災害後 1 ヶ月まで）：（1）ストレス反応（不安、不眠）、（2）災害の衝撃や治療薬の中断による既往精神障害の悪化、（3）精神疾患の発症・再発（うつ病、不安性障害、パニック、錯乱、躁病、統合失調症）、などが記されている。
- ✓ 中長期（災害後 1 ヶ月以降）：
 - （1）中長期における被災者の心理的問題：一部に心理的不調が慢性化する恐れがある。
 - （2）中長期における援助者の心理的問題：支援者の中で特にストレスを

被る危険性があるのは、支援者自身またはその家族が被災者である者と、遠方から派遣された援助者である。

- 中期の言葉の定義は国によって異なるので注意が必要である。

2. 精神医学的評価に関する留意点

- ◇ 評価者と被災者との関係：災害という非日常的な場面で精神、心理的課題について被災者から情報を得る際には、以下のような注意が求められる
 - 評価者は PFA 的なコミュニケーションスキル、基本的なサポートを身に付けている
 - 評価の目的を明らかにし、同意を得る
 - 評価による負担を考慮（自殺に関する質問、評価の反復、重複）する
 - 評価者と被災者の関係（単回 or 持続的、臨床や行政との連携）がある
 - 被災者の状態の把握（PFA を応用）する
 - 災害後の時間経過と状況の意味を考慮する
 - ・ 急性期に余震の続いている場合の不眠は正常な反応である
 - ・ 数週間以上続く不眠は医学的注意の対象。ただし反復する被害の場合は急性期と慢性期が混在する
 - 急性期には症状が変動し、災害直後の環境も急変するため、精神疾患の診断ができないことが多い
 - 評価項目としては、症状だけではなく、被災者と評価者との関わり、災害後の時間経過、身体的・心理的・社会的ニーズ、リスク要因なども重要である
- 急性期の評価の課題：

急性期に被災者とかかわる場合、支援をせずに評価だけを行うことはあり得ず、PFA、アウトリーチ支援、情報提供、必要に応じて治療などを行いつつ、被災者の基本的ニーズと緊急支援ニーズを把握し（精神に限らない）、精神医療システムを整理する必要がある（『巨大惨禍への精神医学的介入』より：一部改）

▶ 日本の事情：

IASC のような諸外国の指針での評価は心理社会支援に焦点を当てたものが多い。これに対して日本では精神医療の提供を視野にいった症状などの評価が求められる。その理由として日本では精神医療インフラが整備されており、精神医療福祉センター、保健所、地元精神医療機関、DPAT、心のケアチームなどの活動が活発であることが考えられる。実際に東北大震災では急性期のこころのケアチームと地元保健所の連携が見られている。公的機関による住民の健康調査を、災害時の精神医学的な評価を補うものとして用いることもある

3. ト라우マ

▶ マトリックス資料項目 5：トラウマ対応参照のこと

4. PTSD

▶ マトリックス資料項目 5：トラウマ対応参照

5. Common mental health disorders（以下 CMHD）

The NICE guideline ではうつ、不安障害となっている⁽¹⁾。WHO でも同様に定義されている⁽²⁾。災害に関しては PTSD などのトラウマ関連疾患が注目されがちであるが、災害は強いストレスであり、ストレスと関連する様々な精神疾患が生じえる。また平常時によ

くみられる疾患は見逃してはならない。したがって、通常精神医療で対象とする「ありふれた精神疾患」への対応も重要である。高橋らは災害後と関連する主な精神疾患として ASD、PTSD、うつ病（大うつ病性障害）、双極性障害、アルコール関連の精神障害、統合失調症（『災害精神医学入門』4章より）をあげている

・ ASD については先行文献中の記述は限られている。こうした分類が精神科のトリアージに結びつくことが必要である。

・ 年齢要因なども検討すべきである

◇ 災害時の CMHD に関してはエビデンスが少ないと言われるが、集計データではなく事例を通じた検討も必要。たとえば acute psychosis を初めとする救急介入に関しても現場で培ったいろいろな工夫がある。問題がある家族が二人になった折に介入し、周囲の人への影響を回避できた事例もある

◇ 事故後は CMHD が PTSD より多かった、という研究がある(Usuki et al., 2012⁽⁴⁾)

▶ 精神関連のトリアージ・スクリーニングについてトリアージの必要性、トリアージの項目、精神科病院での患者搬送、またトリアージに関する事前のルール作りと準備、判断基準が大切である（『災害精神医学入門』4章一部改）

6. Serious Mental Illness：重篤な精神疾患（以下 SMI）

SMI の定義は National Institute of Mental Health によると精神的、行動的、または感情的障害として定義され、重大な機能障害をもたらし、1つまたは複数の主要な生活活動を実質的に妨害または制限する⁽³⁾。『災害精神医学』7章では以下のように述べている

▶ 災害前からの SMI をもつ被災者へのケア

は

1. 既存の SMI への治療
2. 災害後新たに発症した SMI への治療に分かれる

- 統合失調症などの SMI の人たちは、災害後に、症状が悪化したり、脆弱性が增大したり、代償不全になったりする危険性がある。その原因として、医薬品へのアクセシビリティの低下、精神科医療の中断、心理社会的支援の喪失が挙げられている(Staugh, 2009; Tseng et al., 2010)
- 災害後に発症する精神疾患として最もよくみられるのは、PTSD と大うつ病性障害である。しかしながら、PTSD の一部の症状が他の SMI の症状（うつ病や統合失調症の陰性症状など）と似ているため、過小評価されている(Pandya & Weiden, 2001)
- システム介入：
 - SMI を有する人々は一般集団よりも災害への備えが不十分であるため(Eiseman et al., 2009)、防災計画の中に位置付けられるべきである(National Council on Disability, 2006)
 - 災害後、患者が継続したケアを受けられるように、精神科医は、(a) 避難所の確保、(b) アクセスのよい場所に精神科クリニックの設置、(c) 治療や心理社会的支援へのアクセシビリティの向上など、様々なアプローチをとる必要がある(National Council on Disability, 2006)
- 個人の評価および治療：
 - 急性期の SMI の評価では過去に経験したトラウマの詳細と、薬を所持しているかについて尋ねることが推奨されている(National Council on

Disability, 2006)

- SMI を有する人々の PTSD 治療に関するいくつかの研究は、暴露療法、呼吸法、認知再構成などの CBT 技法をこの集団に適応されうること示唆している(Frueh et al., 2009; Mueser et al., 2008; Rosenberg et al., 2001)
 - 今後、非同意入院について考慮しなければならないかどうか検討が必要かもしれない
 - 認知機能の低下は精神疾患の項目には含まれていない。しかし東日本大震災後には、3000人以上の調査で認知機能の低下がみられたことが報告されたので、今後検討が必要である
7. MUPS (medically unexplained physical symptoms : 医学的に説明不能な身体症状)
- 化学生物兵器等による汚染への曝露、集団感染症などで生じやすい『災害精神医学』
 - ◇ 日本だと原発、和歌山カレー、光化学スモッグ、粉塵で生じたと考えられる
 - 「集団パニック」(mass panic)とは、器質的原因が認められないのに無意識的身体症状が訴えられ、興奮、機能の損失・変化といった神経系障害を原因とする疾患兆候・症状が凝集性の高い集団メンバー内で急速に拡散すること (Batholomew & Wessley, 2002)である
 - 精神科医は、災害後の正常な反応・行動に関する情報をスタッフや患者に提供し、「なんの疾病も見られない」と医療従事者が患者に対して疎遠な態度を取らないよう助言する必要がある。また、生物・化学物質暴露の医学的・精神医学的症状に関する知識(例: Kman & Nelson, 2008)

も蓄えておくべきである

- ▶ 精神科医とプライマリーケア医が協働し、MUPS を持つ患者に対して本人が感じている苦痛は恥ずかしいことではなく、このタイプの事件・事象は身体的に負担をかけて、大きなストレスの原因になる、という旨を一人のプライマリーケア医が言及し、患者を励ますことが不安と受診希求行動を抑制する
- ▶ MUPS は精神医学的にも複雑な疾患で、他覚的所見を認めないという研究結果がある。また、MUPS には前駆する生物社会的因子、契機となる生物社会的因子、症状を持続する生物社会的因子が複雑に影響している(Hunt et al, 2000)という見解がある。事件・事象への暴露による長期的な精神衛生面への影響が MUPS 症状の具現に懸念され、それらの症状を訴える患者の間で PTSD 診断率が高いというエビデンスがある(Ohbu et al, 1997; Turker et al, 2007)

8. 身体疾患と精神症状：身体疾患のある被災者のトリアージと評価 (『災害精神医学10章』より)

- ▶ 研究文献によると、精神障害を発症する危険が最も高い患者は、深刻な損傷(e.g., 四肢や機能の喪失、激しい疼痛、熱傷、顔の変形)を持つ者である。また、身体的外傷が重症なほど、精神疾患を患う可能性が高い (Dawydow et al., 2009; van Loey & Van Son, 2003; van Loey et al., 2003; Zatzick et al., 2007)。したがって災害後、迅速なトリアージと評価が必要であり、精神科医はトリアージについて、他の医療スタッフを教育することが勧められている
 - ▶ 外傷には、自然災害やテロ攻撃、バイオ
- テロ物資による、多発性外傷や精神神経医学的障害の症状などが含まれる。また、理学療法や強制的な隔離によるストレスを呈する場合もある (Peer et al., 2007; Wain et al., 2006)
- ▶ 身体疾患をもつ患者は、さまざまな心理的問題を呈するので、精神科医は最善の注意を払う必要がある(Geringer & Stern, 1989)。重要な症状としてうつ病、不安、ASD、せん妄、不眠、自殺念慮などがある。精神医学的スクリーニングを実施し、必要であればベンゾジアゼピンや低用量の抗精神病薬等の薬物療法的介入を実施する。精神状態を評価する上での留意点は、①患者の意識レベルに注意を払う、②コミュニケーションの方法を確立するの2点である
 - ▶ 外傷患者における疼痛のコントロールと PTSD：疼痛は PTSD の危険因子であることから (Norman et al., 2008; Zatzick & Galea, 2007)、薬物を用いての疼痛コントロールは PTSD 予防に役立つかもしれない。モルヒネを使用することは、その後の PTSD 発症のリスクを軽減させるという知見がある (Holbrook, 2010; Stoddard et al., 2002)
 - ▶ 熱傷および外傷患者に対して特別に配慮すべき点：著者(Jones, 2010)は、外傷患者に対するケアにおいて次のことを推奨している：①精神科医コンサルテーション(Brennan et al., 2010; Stoddard & Saxe, 2001; Stoddard et al., 2006)、②疼痛コントロールより生じる不安やせん妄の治療(DiMartini et al., 2007, Powers and Santana, 2005)、③社会的技能相互作用訓練(Lansdown et al., 1997)
 - ▶ 病院での精神科医の役割：外傷を負った被災者に対して、精神科医はトリアージ

を第一に行い、必要とあれば、他科と連携し介入を実施する

9. 精神薬理学対応（『災害精神医学』15、16章より。一部改）

災害時の精神保健医療対応は「心のケア」という用語にも示されるように心理社会的支援、介入が念頭に置かれることが多いが、疾患レベルの精神症状に対しては、通常精神医療と同様、薬理的対応も選択肢となりえる。ただし平常時のエビデンスが必ずしも適応できるとは限らず、注意が必要である。

▶ 急性期

- ✓ 治療対象は特定の症候群や障害ではなく、特定の症状である。多くみられる症状は頻度の高い順に記述すると以下である

不眠

不安

パニック発作

激越

うつ状態の再発

既存の精神疾患の悪化

薬物乱用ならびに依存の再発

症状の改善を目指し、薬物は通常短期間で迅速かつ柔軟に処方する。急性期の環境における処方数は数日分の薬の処方にとどまるべきである

災害時環境においては災害時の薬物療法については研究結果が稀である。そして、災害がどの位の割合で精神疾患発症に関与しているのかは明らかでない(Katz et al. 2002, Kessler et al. 2005)。精神科医は災害後の患者の精神状態の急変に用心する必要がある

- ✓ 急性期精神薬理学的介入：

不安：ベンゾジアゼピン投与は災

害直後の場では、極度の覚醒、不眠、コントロールできない不安という急性症状に対して安全、効果的で有用であるとみなせる(Bandelow et al., 2008; Mellman et al.1998)。患者は投与のリスク、利益、副作用を認識し、ならびに耐性、依存、中毒の潜在的可能性について強く警告されなければならない

睡眠：非ベンゾジアゼピン：頭部挫傷やせん妄がある時は神経学的検査が必要である。不眠に対する安全な薬は最新のガイドラインを参照のこと

不安および急性トラウマティックスに対する抗うつ薬：Ursanoらは既存の不安障害がある、大うつ病の再発リスクが高いなど、一部の患者に対してSSRIを処方する、と述べている(Ursano et al. 2004)

心的外傷後ストレス障害に関係した悪夢に対するプラゾシン：いくつかの研究が、プラゾシンは悪夢の削減と睡眠の増加の両方で効果を示している(Fraleigh et al. 2009; Taylor et al. 2008)

焦燥と極度の不安に対する抗精神病薬：急性期災害現場では極度の焦燥、精神疾患、軽躁病のある人やベンゾジアゼピンが禁忌と考えられる被災者に抗精神病薬は確保されるべきである

不安と心的外傷後ストレス障害の予防のためのプロプラノロール：プロプラノロールもガバペンチンもトラウマ的外傷発生後48時間以内に投与された場合、PTSDの症状を低減しないことが発見された(Stein et

al. 2007)。ベンゾジアゼピンが禁忌になっている被災者にとり、PTSD 予防は見込めなくともプロプラノロールがパニック症状を緩和する即効性があるとみられる(Benedek et al. 2009)

- ✓ 深刻な医学的トラウマに対する薬物治療からの心的外傷後症状：

急性期の医療現場で使用される薬、例えば静脈内注射液、エピネフリン、リドカイン、アトロピン、鎮痛剤、ニトログリセリン、モルヒネなどが甚大な精神医学的影響や自律神経への影響がある(Rundell, 2000)。同僚と密にコミュニケーションをとり、適切な病状管理のため優れたリソースを入手すべきである(Caplan et al., 2010; Wise & Rundell, 2004)

- ✓ 急性期災害現場でのせん妄：

焦燥や混乱への処置としてベンゾジアゼピンを与えると、ますますせん妄を起こす恐れがあると現場全体で教育・把握されなければならない(Breitbart et al., 1996)

10. 特殊事例

- ・ 自殺、アルコール依存、暴力、などが問題になると思うが、災害後に引きこもり、不登校（社会的逃避傾向）は増加するのか、という質問に対して、災害時にそのような人々は逆にがんばる、という印象を持つ。中長期では不登校など増加しているが、引きこもりについては正確に把握していない。失業に伴い、特に男性が引きこもってしまうケースはみられた。（例：災害により漁業を営めなくなった漁師）
- ・ 災害後、人々にとって役割分担の存在が

とても大事だと考える。役割を失ってそこからどう生活を立て直していくかが重要である。福島の方々への支援においても、働き者の女性が仕事を失うと役割喪失によって抑うつ的になったりするところを見てきた。転居を繰り返してきたことによるストレスの問題もある。繰り返しの転居に伴うストレスは重要だと考える

11. 喪失、悲嘆

- 死別、悲嘆、複雑性悲嘆の定義。「正常」の悲嘆と「異常」の悲嘆がある
- 死別反応の一部は大うつ病と類似しているため鑑別が大事である
- 複雑性、遷延性悲嘆は病的な悲嘆反応を示すいくつかの兆候があるので臨床的に注意を払う必要がある。数か月間このような状態が続く場合は精神科医の介入を実施すべきである
- 介入、対処方法：
 - 死別への早期介入に関するエビデンスは乏しい。死別に対してもっとも有効なのは、その旨について話したいと思っている生存者に共感をもって傾聴する、非公式的な介入法である
 - そして絶望感への対処として実存的な疑問に答えるのは不可能かもしれないが、自責感、恥辱感、悲哀、絶望感、混乱といった感情的反応に生存者が対処していくことに精神科医は助力する (Walsh, 2007)
- 被災者が悲劇の意味を構築または再構築するのを精神科医が助力するのも有用である(“Meaning Making”と呼ばれる技法) (Armour, 2006; Holland et al., 2006; Rajkumar et al., 2008; Walsh, 2007)

- 被災者支援において、精神科医は、①無関心、麻痺などを引き起こす回避(avoidance)や、②燃え尽き、過度の献身をもたらす過度の同一化(overidentification)などの逆転移の反応に気を付けるべきである(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lindy & Lindy, 2004)

- 悲嘆を評価しそれに対処するうえでの文化的問題：

- 自分の文化とは異なる被災者に働きかけるには、地域の文化的な意味合いを考慮することが重要。必要ならば、その地域の助言者や霊的な助言者に援助を求めることを含めて、文化の差に敏感な態度が求められる(Bonnano, 2006; Ng, 2005; Rajkumar et al., 2008)

- 外傷に伴いうる喪失体験には、突然の死別、身体や機能の一部の喪失、心理社会的喪失(経済的損失や安全性への信頼の喪失)などが含まれる
- 喪の作業とは、喪失によって生じる悲嘆を和らげ、通常の生活に適応していくために安定した心理状態を取り戻していく自然回復過程のことを指す。悲嘆の過程が中断されてしまうと、うつ病や引きこもりなどを患う危険性がある
- 喪失ステージモデルと二重過程モデルがある

1 2. 生活ストレス

- 災害、事故、事件により、日常のストレスに加重される新たな生活上のストレスを「生活ストレス」と呼ぶ
- 具体的にはメディア・スクラムや、転居による経済的問題や環境の変化などがある。避難所生活での問題が取り上げられ

ており、プライバシーの欠如、騒音、仮設トイレの不便、食事の不自由などが挙げられている。そしてそれに伴い不眠、いらだちがある

- ストレッサーとして身体的なもの、精神的なものがある。生理的にはカフェイン、休息不足、不眠、アルコール、喫煙があるか、また原発に伴うスティグマもあるかどうか今後検討が必要かもしれない

1 3. 二次被害

- 被災者・被害者は、災害や事故や事件によって直接被害を受けるだけでなく、加害者、支援者、団体、社会などから二次被害を受けることがある。それらには、(a) マスコミの一方的な取材、(b) 警察の事情聴取、(c) 専門家や支援者の不適切対応、(d) 周囲や社会の被害者への偏見や無知などが含まれる

1 4. レジリエンス

- レジリエンスの定義(Bonanno, 2005; Haglund et al., 2007; Shalev and Errena, 2008)
- 誰が脆弱で、誰が高いレジリエンスを示すかを見定めることによって、とるべきアプローチを決めるうえでの重要な情報を得られる。しかし、臨床的に応用可能な predictors がないため、誰がより高いレジリエンスを示すのか予測するのは難しい(Friedman et al. 2006)
- レジリエンスに関与していると考えられる生物心理社会的要因：
 - レジリエンスに関連している生物学的要因として、多くのホルモンや神経伝達物質(コルチゾール、ドーパミン、エストロゲンなど)が挙げられている(Charney, 2004; Haglund

- et al., 2007)
- ストレス免疫理論があり、対処可能なストレスに暴露されると、レジリエンスを促進する神経生物学的な特徴が創造されるのを助けるという。(Haglund et al., 2007)。ストレス免疫理論がどの程度、生物学的機序、心理学的機序に関与しているか決定しがたいがおそらくどちらとも関連しているだろう
- レジリエンスに関係している社会心理的要因：
- 社会的サポート、安定した収入、認知の柔軟性、道徳的規範、積極的対処、楽観的な態度、ユーモア、肯定的な人生観、運動、不燃不屈、自己高揚がある (Bonanno, 2004, 2007; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Southwick, et al., 2005; Haglund et al. 2007)
 - この他にも、慢性疾患が少ない、テロ攻撃に直接的な影響が少ない、さらなる人生のストレスを認めない、過去のトラウマ経験が少ないなどの要因も関与している (Bonanno et al., 2007)
- 被災者のレジリエンスを促進するために、精神科医は、レジリエンス因子についての教育を施したり、被災者が成功体験や自己制御感を獲得できるように手助けしたり、過去のストレス状況において実際に行った対処法について検討したりするべきであると提示されている (Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Shalev et al., 2008; Watson et al., 2006)
- 以下はマトリックス資料項目7：初期より—
- 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」という用語が適切である

- レジリエンスに寄与する他の因子
- ① 固さ②coping self-efficacy③トラウマからの回復④トラウマ後の成長⑤レジリエンスの生物学的構成要素がある

15. ソーシャルキャピタル

- 災害後に地域とのつながりができることもある。仮設住宅でネットワークが形成された後に復興住宅に移ることによってそのネットワークが失われることが問題となる懸念もある。東日本大震災後の6年目にしてこのようなことがストレス要因として存在する。Kawachi 先生、辻先生がソーシャルキャピタルについて研究されているが災害前のデータも少ないためか災害後のソーシャルキャピタルに関する日本での文献は少ない (Takahashi et al., 2015⁽⁵⁾) など)。今後より発信されることを期待する。また、様々な災害について、ソーシャルキャピタルの視点から論じる必要があるかもしれない

【3】トラウマ対応（マトリックス資料項目5）

1. はじめに：トラウマの定義
- ◇ 基本的にはストレスモデルと捉える。そのモデルの中に一部トラウマがある。
- 「災害 = トラウマ」ではないことは、これまでもはたらきかけてきた。国連では

「トラウマ」という言葉をなるべく使わない動きがある。トラウマ性ストレスという言葉の使い方についてのディスカッションは必要だと考える。そして **Extremely distressed** などの表現が使われている、とコメントを得た。他の参加者より、2016年 UNSDR でもトラウマに関して **Terminology** が統一されていない、スタンダードが決まっていない、エビデンスが少ないという **activity report** が提出された。よって、リサーチコラボレーションが必要である。コアメンバーと意見を交換し、日本の知見を発表する予定である

- 文献ではストレスモデルと PTSD モデルが混在している場合があり、わかりにくいことがあるので注意が必要と考える。
「災害といえば PTSD」という風潮が過去にあったが沈静化してきたように考える
- トラウマと喪失を取り込んで記載するか取り出して記載するかは今後検討する必要がある。取り出して書くのであれば、初期対応に記載するのが良いかもしれない。日頃からトラウマ・PTSD 治療をしている専門家のネットワークの構築が必要で、そして日常診療でそうした疾患を見てない医者が災害時にトラウマ対応、PTSD 治療にあたることは危険である。非専門家のためにももう少し概念形成を付け足す必要があると考える。(PTSD ガイドラインとの対照など)

2. トラウマ性ストレスへの介入

- 1つの著書 (Ritchie et al., 2006) のみ詳

細に2章を使い言及していた

- トラウマ性ストレスを理解するうえでのトラウマ理論と心理的ストレス理論の両理論の存在が、早期介入におけるストレス管理と PTSD 予防の混同を生じた。演繹的にストレス管理は PTSD の治療法でなく、純粋な PTSD 対策にはストレス管理を除いた PTSD 対策が望まれる

3. ストレス反応

- 早期介入を実施する上で、生存者が積極的な参加者であると認識したうえで、支援者は災害後のニーズ、資源、反応の相互作用について考慮しなければならない (Norris et al., 2002)。解離が繰り返し起こるような制御不能の症状は早期介入の緊急対象となるべきである
- ストレス反応について臨床的に早期介入を行うことは効果的ではなく、控えるべきであるという見解がある (Shalev et al., 2004)
- 災害後のストレス要因については主に、一次性ストレス要因 (破壊、負傷等による)、二次性ストレス要因 (移動、不確実性等による)、第三次ストレス要因 (生存者地震の反応: 抑うつ、不眠など) が挙げられる
- 生存者が同様のトラウマを体験したにもかかわらず、その状況の見立てが被災者によって異なる場合があり (認知的現実)、支援者はこの点について注意を払う必要がある (Ehlers & Steil, 1996; Lazarus & Folkman, 1984; Kaniasty & Norris, 2004; Shalev et al., 1993)
- 生存者の苦痛は時が経つにつれて徐々に回復してゆく。回復を遅らせる要因はいくつか考えられるが (二次性ストレス要因等)、臨床家は回復を妨げている要因

(サポートシステムの欠如、過度の精神的苦痛等)を見落としはならない

4. トラウマ(一部マトリックス資料項目4: 心理反応と精神疾患より)

- ▶ ストレッサーに対するトラウマ反応を「異常な反応」としてではなく、「正常な反応」として支被災者に理解してもらうこと
- ▶ 単純性トラウマ(例: 自然災害)と複雑性トラウマ(例: 虐待)では、トラウマ反応のありようが異なる
- ▶ トラウマ体験の症状は、主に(1)侵入反応(e.g., 悪夢、フラッシュバック)と(2)マヒ反応(e.g., 社会的孤立、疎外感)の二つに大別される
- ▶ トラウマ体験後、被災者/被害者は、(1)解離現象、(2)PTSD、(3)DID、(4)過覚醒などを呈する危険性がある
- ▶ 被災者の多くは(約80%)、たとえ一時的に精神状態が不安定になったとしても自然に回復するが、約20%にPTSD/部分PTSDが生じる。体験後半年から1年以降は自然回復はほとんど見られない
- ▶ トラウマからの自然回復の条件と要因は下記のとおりである
 1. 自然回復を促進する条件
 - (1) 現実面での支援(例: 安全の確保)
 - (2) 一般的サポート(例: 情報提供、援助へのアクセシビリティの向上)
 - (3) 心理的ケア(例: 心理教育)
 2. 自然回復を阻害する要因
 - (1) 現実的支援の遅れ(例: 生活再建の遅れ)
 - (2) 災害弱者(例: 高齢者)
 - (3) 社会機能(例: 単身者)
 - (4) その他(例: 一方的な取材や事情調査)
- ▶ 大規模トラウマの混乱の中、臨床医が高

度な治療を考えたり提供することができない場合がある。患者一人一人が提示する事例に心からの関心を示し、傾聴する技術、共感、感情の解放と共鳴を求められるが、トラウマ体験は治療者をしばしば圧倒することがある。また、トラウマの一部は臨床家の直観をその衝撃性により阻害する可能性がある

- ▶ ストレス対処の原則は治療者、支援者にも適用される。過剰な需要の下、リソースが必要とされているなか、暴露の初期段階に行われる災難を乗り切る緊急性の高い作業をこなすため、自らの情緒反応を制御することも求められる

5. PTSD(マトリックス資料項目4: 心理反応と精神疾患より)

- ▶ PTSDの症状として、解離(例: 周トラウマ期解離など)侵入症状、フラッシュバック、否定的認知、恥、罪責、怒り、世間からのスティグマ、孤立、引きこもりなどがある
- ▶ 災害に起因する心理的反応や精神的症状は、PTSDのみではなく、様々なものがある(引きこもりなど)。よって、精神保健医療関係者は、PTSDの診断だけにとらわれずに、災害時に起こりうる多彩な心理変化を考慮し、その場のニーズに応じた幅広い支援活動を行うべきである
- ▶ 被災者の安全、安心、安眠を早急に確保するために「通常の援助活動を入念に行う」こと
- ▶ トラウマ・PTSD対応におけるすべきでないこととして被災直後にトラウマ体験の詳細や、感情を聞き出すことを含めた心理的デブリーフィングがある

6. トラウマ体験後の精神医学的介入

- ▶ 身体的外傷の場合には外傷を負う経験自体が短期および長期の心理的トラウマ（急性ストレス反応、PTSD、感情障害、不安障害、身体表現性障害等）を生じる可能性がある。☆加えて、外科等の入院、手術等の医療が心理的トラウマを生じる可能性がある。したがってこうした患者の外科的医療を行う病院においてはPTSD、うつ病等の精神的問題のスクリーニングが必要である。ベッドサイド PFA の導入も考慮する☆。受傷にともなう身体的痛み、特に制御不能な痛みは PTSD に発展する可能性のある強力なストレス因子である（Schreiber & Galai-Gat, 1993）
 - ▶ 制御不能の苦痛の渦中にある患者が精神療法的介入に反応しにくいことから、痛みに対する迅速な制御がトラウマ体験のある患者には必須であり、鎮痛薬の投与を確実に用いる対応が求められる
 - 医療行為・行動によるトラウマについても考慮すべきか今後検討が必要と思われる
 - ▶ 『災害精神医学』16章では短期治療により強いエビデンスがあることを鑑み、薬物減量のタイミングは予想されるPTSDの経過とあらゆる依存疾患により部分的に決定が可能である（表 16-1, 359）。全体的に PTSD 研究において、PTSD はトラウマ性出来事の直後に始まり、慢性化しがちであり、発症が遅れるようには見受けないと示唆されている。また、PTSD の診断基準におけるグループ C（「外傷と関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺」）が、いくつかの症状は含むが全基準を満たすことはない正常な反応とは区別されるものとして、
 - ▶ PTSD すべての基準を満たすかどうかの識別子として重要であると示唆される。この North ら(1999)の研究は PTSD のスクリーニング、診断、治療は被災者への対応のなかで最重要であるべきことを示唆した。加えて、災害後の PTSD との併存疾患も典型的かつ重要であり、発症頻度が高い順に大うつ病、パーソナリティ障害、パニック・全般性不安障害、アルコール乱用・依存が列挙される（North, 1999）が、とくにうつ病の罹患率は PTSD の罹患率と類似しており（Breslau et al. 2000）、PTSD とうつ症状を並行してモニターする必要が強調されている（Green et al. 1990）。PTSD は伝統的に心理療法で治療されるが、薬物治療の有効性を支持するエビデンスがあり、とくに SSRI が最も有益であるとされるが（Stein et al., 2006; Stoddard, 2000）、さらなるエビデンスの構築が必須である
 - ▶ 精神療法で重要なのは二次性の不安の鎮痛である。持続エクスポージャーセラピー（prolonged exposure therapy）は PTSD に特化した治療法であり、米国学術会議報告書にその効果が薬物療法を含めたすべての治療法のなかで最も効果があると認識されている
 - Bryant ら(2008・新文献⁽¹⁾)は急性ストレス障害に PE（持続エクスポージャー療法）が効果的としているが、その効果は災害急性期に示されていない
 - 現時点でトラウマ体験に焦点をあてたエビデンスにサポートされた災害時の早期介入はない（対処療法的なことはできるが）
 - 一つの解決案として、ベッドサイド PFA の導入を提案したい
- ☆ 以前は心理的デブリーフィングが行われ

- ていたが、PTSD 予防の有効性がないことが証明され、現在は推奨されていない
- 日常臨床の現場では専門的な治療が困難な場合、より広く患者の生活に目を向けることが必須である。また、SSRI も不眠・動悸を鎮静することで有効である
 - 現場では薬物療法についての質問を頻繁に受ける。アドレナジックな薬がいいのか、SSRI がいいのか、現場としては切実で真っ先に使える薬物が現場では必要と考える。急性期の生物学的な側面も大事な事項で、往々にして **public health, social** 系の先生方が執筆するとこのような傾向になる。加えて、バイオマーカー、眠薬、抗うつ薬などの **practical use** について内・外科医にわかりやすい指標が必要である。また、抗うつ薬や睡眠薬の使用については地域の開業医に頻繁に質問を受ける。これだけのレビューであれば、参照する医師も多いと考える
 - ◇ ト라우マ体験の後で急性期に一律に行う PTSD の予防介入で効果が証明されたものはない。(心理療法 投薬を含める。) 心理教育もかえって精神状態を悪化させる場合があるので注意が必要である。PTSD の2次予防にオメガ3が提唱されている(Matsuoka K et al., 2016)⁽²⁾ が、これらの知見の確固たるエビデンスはない
 - 内科・外科患者である被災者に対し、患者、その家族、患者の医療チームと連携し、リエゾンとして精神科医が支援を行う必要がある(精神科リエゾン・コンサルテーション: PCLS Psychiatry Liaison Consultation Service)
 - このコンセプトを基に迅速な介入を実現するため、Walter Reed メディカルセンター(米国ワシントン D.C.)では「予防医学的精神医学」(Preventative Medical Psychiatry: PMP)が設立された(Wain et al., 2005)
 - また、精神医学的ストレス障害の予防介入(Therapeutic Intervention for the Prevention of Psychiatric Stress Disorders: TIPPS)(Wain et al., 2005)は、トラウマ体験をかかえる被害者のニーズに取り組み、必要な支援を提供する。これには支援にあたる医療スタッフの支援も含まれている
 - 精神患者に対するスティグマ軽減のためには、従来の精神医学的診察法ではなく、トラウマ医療チームとして患者を診察する、精神科医に対する疑念や思い込みの修正、患者とのラポート構築、患者の中には精神的症状よりも身体的苦痛を訴える者もいるということ認識することが不可欠である(Wain et al., 2005; Wain et al., 2002)
7. ト라우マ後成長
- ト라우マ後成長については日米両著書ともその重要性を説いている
 - 富永と小澤(2010)が青少年へのトラウマ心理療法の使用とその効果については、実施された国の文化・宗教を考慮すべきと自身の海外での経験をもとに提言している
8. 支援者
- 支援者は被災者、他の人々のトラウマに常に暴露されるが、自身の苦痛な場面を回避するなど、自分を保護する行動ができない。支援者の保護も考慮されるべきかどうか今後検討が必要と思われる

- 防衛医科大学の先生が提唱している、遺体と関わる支援者のケアの項目が必要だと思う。ベッドサイド PFA を行うのはどうか。そして医療行為が与えてしまうトラウマもある。例えばトリアージタグや措置入院の現場を目にしてしまったり、避難所で精神病患者が連れて行かれるのを目撃してしまったりすることで、周囲の人々にトラウマが生じることもある。精神保健医療支援者が「白衣を着た悪魔」などと呼ばれることもある。支援者のケアは非常に重要な項目だと考える。頭ではわかっているが、実際はどうなっているのか、どう対処しているかが明確でない。また PTSD については経験がない人が多いが、PTSD に該当する人が一定数存在することを前提にしていることが大事だと考える。ベッドサイド PFA も必要である。そして「こうやるとうまくいく」、という好事例を含むのが良いかと考える。他のエキスパートからは、トラウマ対応は初期対応と重複する部分が多い。支援者のケアにおいて大事なものは、チームの構成だと考える。支援者支援の体制が施設にあることが非常に大事である

9. 今後の展望

- 当該ガイドラインは、今の段階では専門家が参照できるレビュー (Cochrane Review のような) を想定して作成している。最終的に一般の人に読みやすいように作成するよう目指している。今後はマニュアル作成を試みる。アーカイブスと

してこういうものがあると、とりあえず見てみたいという人が使える可能性がある。また既存の災害医療についても意見が分かれるので、並列・対立する意見なども引き出せるようにしておく方が良いと考える。(情報の引き出しやすさ>内容のわかりやすさ)

【4】アセスメント (マトリックス資料項目 6)

1. はじめに：災害時に行われるさまざまなアセスメントとその必要性

- アセスメントには、①コミュニティ、②個人、③支援システム・プログラム (モニタリング) の3つのレベルがある
- 災害アセスメントは2つに大別できる：①公的情報によるアセスメント、②地域の人々がどう災害を体験しているかのアセスメント (体験の仕方に関するアセスメント)。よって、これらを区別することが大切である
- 災害時に効果的な支援を可能とするために
 - 精神保健医療をはじめとするさまざまなセクターがそれぞれ所管する事項についての迅速な情報収集・情報の把握 (アセスメント) が不可欠である
 - しかし、災害発生後より急性期においては情報収集が困難であり、収集した情報の信憑性を確認する十分な手立てに欠く状況に遭遇することがしばしばある
 - 「何を知るべきか」を平常時に指針化しておくことが効率的な情報収集の助けとなる
- 災害時の精神保健・心理社会的ニーズに関するガイドライン

- 様々な国内外のガイドラインが存在する(IASC、WHO、DPO: Disaster Psychiatry Outreach、災害時精神保健医療活動ガイドライン)
 - ✧ 主にコミュニティを対象とする災害時ニーズ・アセスメントとして記載されている IASC ガイドラインの内容は、いささか理想論に傾倒しており、現場での使用には具体的な“how to”を提示すべきである。しかしながら、IASC ガイドラインに提唱される災害時の被災者の人権の保護・尊重は重要である
- 災害下で行うべきアセスメント（パブリックヘルスのアプローチによる）
 - ①初期アセスメント、②全体アセスメント、③課題別アセスメント、④定期的アセスメント/モニタリング、⑤復旧・再建のためのアセスメントがある
 - 現場のニーズは刻々と変化するため、災害後の経過時間に応じて幾度も行う必要がある
- アセスメント実施の目標
 - 潜在的な支援のリソースと目指すべき体制の実現を目標にアセスメントを実施すると最大限に有用な情報を得ることができる
- アセスメントで得た情報の集約の重要性
 - 収集したデータは被災者支援に役立てられるよう災害対策本部に集約し、救援団体や関係機関が参照できるよう共有・公開する
- 2. 迅速アセスメント（初期アセスメント）
 - 初期アセスメントとしての「迅速アセスメント」
 - 災害発生後に行われる初期アセスメントは「迅速アセスメント」(Rapid Assessment)と呼ばれることが多い。いつ迅速アセスメントが行われるべきかは、現行の文献・ガイドラインによって異なる
 - ✧ 発災後 12 時間から 24 時間以内に完了(國井)
 - ✧ 発災後 1~2 週間以内に完了 (IASC)
 - 定義
 - 投入できるリソース（時間、手段、要員など）が制約され、通常の調査・分析を行うことが不可能な状況下で必要な情報を優先的かつ実的手法により効果的に収集・分析するプロセスである
 - 迅速アセスメント実施にあたる留意点
 - 可能な限り適切な関係者（政府、支援機関、コミュニティ、被災者等）と連携すべきである
 - 収集する情報
 - 災害の規模、二次被害の可能性、被災地域の人口統計・背景情報、被災地住民の特徴、コミュニティの詳細な被災状況、社会基盤損傷の度合い、被災前のコミュニティについての背景情報、精神保健・心理社会的問題、地元既存する心理社会的ウェルビーイング・精神保健に関する資源、地元の支援団体の対応能力と活動、プログラム化のニーズと機会
 - ニーズ・アセスメント実施上考慮すべきこと
 - ①被災者支援の活動時期、②精神保健活動の範囲、③内容ならびに方法--何をどうアセスメントするか、④支援活動の予算的問題、⑤目的：災害支援自体の必要性の判断、⑥対象地

域の利害関係者、政府、コミュニティ、他の支援機関の協力のもとでの実施、⑦複数支援組織のニーズ・アセスメント結果の一統括機関への集約、⑧ニーズや受け入れのない介入の強制の回避、⑨限られた、乏しいリソースの有効活用、が挙げられている

3. モニタリング・プログラム評価システム

● 実施目的と定義

- 支援活動の質の向上のためのモニタリングと評価が不可欠である
- モニタリング：プロセスが計画通りに進んでいるかを評価
- プログラム評価（累積評価とも言われる）：プログラムとそのプロセスの効果とそれに関連する問題を特定する

● 支援活動の質の向上をはかるために

- ①プロセス（危機介入の実施に対する評価。サービスおよびプログラムの質、量、範囲、サービス利用に関する評価を指す）、②満足度、③アウトカム（成果評価。設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度）を指標とする
- これらの指標を SMART (Specific, measurable, relevant, time-bound: 具体的、測定可能、実現可能、妥当、期限付き) の基準に沿って策定する
- 可能な限り適切な関係者（政府、NGO、コミュニティ、宗教団体、被災者等）がモニタリング、評価過程に参加し、協働的作業を行う

● 被災者の人権保護

- モニタリング・評価を行う際に被災者らに面接を行う際は、面接参加者のプライバシー、秘密、最善の利益

が尊重されなければならない

- プログラム評価の基準にはその有用性だけでなく、実行可能性、倫理（人権、プライバシー、秘密、最善の利益の尊重）、正確さも含まれる

● 災害後の評価に関する諸問題

- 評価結果は地域の社会的文脈に影響を受けるが、その社会的文脈も時間と共に変転する。例えば、復興期段階になるとコミュニティ・サービスが打ち切られ、生存者の間に幻滅感が生じる場合もある
- アウトリーチ・プログラムによって、災害発生依然に存在していたにも関わらず見過ごされたままであった問題が特定されることがある
- 評価の必要性が十分認識されていないために、有効な評価実施が遅れる場合がある

● 評価文化の定着を促進のために

- ①評価に対する事前の政治的支援を構築させること、②すぐに使えるデータを収集したライブラリーとデータ管理と報告ツールを作成すること、③技術支援者の中核グループを確立すること、④成果測定におけるプライバシー保護について真剣に議論すること、⑤評価に必要な資金を災害メンタルヘルス支援の中に含むこと、が必要である

◇ プログラム評価（モニタリング）は日本では殆ど行われていないことから、普及の必要性がある

4. 臨床スクリーニングと心理アセスメント（個人を対象とする）

- 個人を対象とするアセスメントには症状レベルのスクリーニングとリスクニーズ（現場での必要なサービスのニーズ）の

トリアージがある

- 主目的
 - 個人を対象とした臨床的アセスメントの主目的はトラウマによる心の後遺症の査定である。従って、トラウマ体験の内容、背景要因（サポート資源の欠如）の把握が不可欠である
- 被災者のトラウマ体験の開示について
 - 開示することが「回復を促進する」、「さらに心を傷つける」という相反する見解があるが、どちらが正しいわけではなく、体験からの経過時期、開示の程度や環境、本人の開示への準備性などが影響する
- 症状レベルのスクリーニングについて
 - 単なる被災者の調査目的であってはならない
 - 一般住民に対するスクリーニングについては不適切との意見がある
- 災害時における研究目的の調査について
 - 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
 - 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
 - Surveillance と epidemiology research を区別する必要がある。サーベイランスを間違えると倫理問題に発展する可能性があるので十分な配慮が必要である
- 医学的スクリーニング（質問紙や面接を用いる）
 - 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ことが勧められている
 - 精神健康問題が継続する人について、

精神保健専門家が専門的アセスメントを実施する。そして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

- 平常時に病院に来る人は疾患をもっている確率が高いが、一般住民の間ではその率が低いので、病院で妥当性が検証された尺度を一般住民に使うと偽陽性が多くなる。加えて、災害時の住民において妥当性が検証されている尺度は非常に少ない。このことから、病院で使われる尺度を被災者に使用することは適切でない。また、病院で使用される同様のカットオフ値によって被災者のスクリーニングを行うことは推奨されない

- 緊急災害時の包括的なアセスメント
 - 状況的に難しいが、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
 - 災害に備えて一般援助者がすべきこととして「見守り必要性チェックリスト」の使用方や心理的応急処置、プライバシーへの配慮などを含めた防災訓練に参加。また実際に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がある
- 児童を対象とした PTSD の査定に使われる尺度
 - UCLA/PTSD インデックス DSM-IV 版 (UPID)、自記式質問紙法として

PTSS-10 (トラウマ症状尺度)、IES (出来事インパクト尺度)、IES-R (改訂出来事インパクト尺度)、PDS (トラウマストレス診断尺度、構造化診断面接法として SCID (DSM-IV のための構造化臨床面接)、M.I.N.I. (精神疾患簡易構造化面接法)、CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) が列挙されている

5. メンタルヘルス早期介入研究における留意点 (マトリックス資料項目 7 : 初期を参照のこと)

6. 災害時アセスメントの課題

- 「スクリーニング」と「アセスメント」が災害時精神医療では混在している印象を受ける。
 - 解決策 : ①疾患ベース、精神保健ベースで分けるのが適切である、地域と個人のアセスメントの混在を避け、違いを明確にする
 - しかしながら、精神領域に関してはスティグマもあるため、疾患を見つけに行くという姿勢で使わない配慮が必要。よって、あまり医学化に傾倒せずに、一般の人には難解な部分や態度の違いの部分については注釈をつけることも可能
- 大規模な全体アセスメントは行政が行うが、東日本大震災のように大規模な被害があった場合、行政システムが破綻している折に地域のサポート、アシストが必要。行政の情報収集だけは追い付かない。平常時から資格のある地域の精神科医をはじめとする臨床・専門家がそのサポートができるように体制を作ることも必要である
- メンタルヘルスのチェック項目を含む共通評価項目は必要である。実際に現場レ

ベルでどのように使っていくのか考える必要がある

- 評価項目 (J-SPEED レポートフォームでは項目 20 と 21) は実験的に熊本地震で用いられて、自殺リスクを評価し DMAT より DPAT に引き継がれて介入が行われた例があったと報告されている
- アセスメントの目的が何であるかが末端の人間に伝わっていることが必要。診断なのか、現状把握なのか伝わっていることが必須である

7. 日本での災害時アセスメントの現況

- 日本で標準化された災害診療記録として J-SPEED (日本版災害時診療概況報告システム) が挙げられる。フィリピン国保健省と WHO が共同開発した SPEED (Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disasters) という報告手法をモデルに開発され、東日本大震災を契機に設置された「災害時の診療録の在り方に関する合同委員会」(日本医師会・日本集団災害医学会、日本病院会、日本診療情報管理学会、日本救急医学会、国際協力機構 (JICA) の 6 団体が構成) が提唱する標準手法である
 - 精神保健に関する「メンタル」項目は 2 つあり、項目 20 (災害ストレス関連諸症状 : 不眠、頭痛、めまい、食欲不振、胃痛、便秘等)、項目 21 (緊急のメンタル・ケアニーズ : 自殺企図、問題行動、不穏)
- 災害時保健医療活動支援システムとして、国立保健医療科学院は健康危機管理支援ライブラリーシステム (H-CRISIS) の機能の一つである、災害時保健医療活動支援機能 (H-CRISIS Assistant) を運用、提供している。支援機能は日本地図を通じて

提供されており、「H-CRISIS Assistant 地図スタート」から参照可能

- 災害時精神保健医療情報支援システム (Disaster Mental Health Information Support System: DMHISS) は災害発生時、被災者に対する精神科医療、精神保健活動の支援を行うため、関係機関が迅速に情報を共有することを可能とするインターネットをベースとしたシステムである。専用回線や特別な端末がなくともインターネットに接続可能であれば、情報の閲覧や記録が可能である。東日本大震災後、災害時の精神保健活動の円滑な推進を目的とし、厚生労働省の委託によって国立精神・神経医療研究センターが開発し、同センター内に設置された災害時こころの情報支援センターが、2013年(平成25)2月より2018年(平成30)3月まで運用した
 - 具体的には、大規模な災害や事故が発生した場合、被災地域の自治体、災害派遣精神医療チーム(DPAT)を派遣する都道府県、災害時こころの情報支援センター、厚生労働省などの関係機関が、精神医療や精神保健活動の必要な地域情報や被災者のニーズなどを共有し、医療チーム派遣の判断や医療活動の後方支援のために使用する。熊本地震で初めて災害時でのリアルタイムの使用が実施されたが、東日本大震災の被災三県でのこころのケアセンターの活動を集約するシステムとしても活用された。
- 迅速ニーズアセスメント(國井, 2012)の一環としての複数のチェックリストに「避難所リスト」(p. 65)、「避難所初期調査票」(p. 66)、「市町保健担当課・保健センター・保健所 要望調査(災害保健医

療支援室)」(p. 67)、「避難所夏季対策要望調査①」(p. 68)、「避難所夏季対策要望調査②」(p. 69)「医療救護活動サーベイランス(避難所)」(p. 70)、「受信記録」(p. 71)がある

- 災害時精神保健医療活動の経験と柔軟に対処できる判断力・経験を備えた人が情報の集約された場にいることが重要である

【5】初期(マトリックス資料項目7)

1. はじめに：初期の定義

- 初期の定義は統一されていない。直後期を「発災後数時間から数日間」、急性期を「発災から数日から数か月程度」「数日から数週間以内」、初期を「災害後1か月まで」としているものがあつた

2. Psychological First Aid：心理的応急処置(以下PFA)

- 今回用いた文献の2つの資料は初期の項目でPFAに関する記載があつた。「直後期の対応=ファーストコンタクト」、「基本的こころえ」、「基本的心構え」としてPFAの内容を記していた
- 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い。「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)。また、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>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)
- 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)。しかし、心理的デブリーフィング(CISD 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)
- PFA の学び方は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ことを勧めていた
 - PFA を必要としている人は誰なのか？をどんな生存者が恩恵を受けるのか？とすると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
 - PFA を求めている人で indication をつける必要があるかどうか、今後検討が必要と思われる
 - PFA の目的の 1. 安全の確立、2. 極度の急性ストレス反応を軽減する、3. 復興資源へ生存者を繋ぐ、がある。2. 極度の急性ストレス反応を軽減する方法としてアプローチが 2 つある。まず一つ目が災害に関係した特定のストレス要因について言及している介入方法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。そして二つ目に過覚醒を軽減させるための介入方法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
 - 「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。また、子どもと青少年、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
 - 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)
 - 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は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
 - 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
 - PFA は被災者が支援者と出会ってからの対応が記載されているが、どういう被災者を選択 (トリアージ) し、アプローチするかの記載やまたどういった支援者をその支援に振り分けるかの記載は認められなかった
 - WHO 版 PFA では重い人は専門機関に紹介する
 - PFA 以前は Stress Inoculation Training: SIT が最もよく使用されていた
3. アセスメント
- マトリックス資料項目 6 : アセスメント参照のこと
4. 体制
- 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)
 - 準備と予防における必要事項として、①強靱になること②軍③セルフヘルプ・プログラム④訓練プログラムを通じて強さを構築する⑤技能訓練などが挙げられていた

- 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②地域社会におけるレジリエンス・プログラムについて記述されていた
 - 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
 - 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
 - 早い段階からのその後の地域支援を話し合うことが勧められるかどうか今後検討が必要と思われる
 - 安全確保、メディアとの連携および情報提供、生存者とのラポール構築は、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）
 - 包括的アプローチ：

精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域の最低必須対応として以下を挙げている。①連携・調整、②アセスメント・モニタリング・評価、③保健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情報発信、⑨食料安全及び栄養、⑩避難所及び仮設配置計画、⑪水及び衛生を含んでいた。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と述べていた。「総合的支援体制」として表現しているものもあった
- 連携：
 - ✓ 急性期医療専門家と連携し精神問題への対応とほかの急性医療関係者、保健師、行政職員などの相談への対応と助言、特に子供に関しては児童精神科医と親のケアを含む連携の必要性を述べていた。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
 - ✓ 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
 - ✓ 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かもしれない
 - ✓ 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
- ・ (DMAT と JMAT) DMAT は初期の数日しか活動介入しない。現在は DMAT 隊員

のうち恐らくその中で救急医は半分以下もいないと考える。JTTCR (Japan Trauma Care and Research: 日本外傷診療研究機構) という外傷の見方などの訓練を受けるよう勧めてはいるが、現状では救急医ではない医師が無理やりDMATとして対応している背景がある。逆にそれは強みではないかと考える。各員それぞれの分野を生かしたDMATチームも良いと考える。それを売りにしてゆこう、という動きがある

- ・ (周産期) 以前DMATでは、周産期に特化した班を組もうという動きがあった

➤ 情報:

- ✓ 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
- ✓ 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
- ✓ 「心の相談」ホットライン: ホットラインがあることで被災地住民の不安を軽減する。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
- ✓ 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。しかし、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
- ✓ 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、通信経路が悪用される可能性

がある

- ✓ 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いうえで、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
- ✓ 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。また相談窓口、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

- 情報提供として文書、ウェブ、ホットラインがある。この提供される情報の中に①現実情報(災害規模など)②被災者のサブグループごとに対応行動や心理教育③self-monitoringなど。またホットラインの場所も含まれる。ISACp.164に「すべきこと、すべきでないこと」の表あり(マトリックス資料項目7:初期 表1参照のこと)

➤ 専門家の役割:

- ✓ 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

🌈 ステークホルダーとの関係構築や交渉もある

- ✓ 初期対応として精神科医は現地で活動している保健師などのバックアップやスーパーバイザーとしての役割を述べていた。また、精神科医の役割として交渉役も記している
- ✓ 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
- ✓ 「異常な事態における通常の反応」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
- ✓ 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ー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ールがよく整備されていること
- ✓ 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、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

- ✓ 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
 - ✓ DPAT に関しては同事務所の最新の資料を参照のこと
 - 外部からの支援者向けに記載されておりその地域で働く支援を受け入れる側であり、また被災者でもある支援者向けには記述されていなかった。たとえば外部からの支援者をどう振り分けるのか、などの記載は認めなかった
 - 初期の活動に関する科学的根拠が少なかった
5. 早期介入モデル（心理社会的介入を含む）
（マトリックス資料項目3：システム・原理より）
- 大規模な危機的状況に適応される5つの早期介入モデルには、①戦闘精神医学、②災害時精神保健医療対応、③危機度の高い職種に従事する人々への支援、④レイプ被害者に対する危機カウンセリングモデル、⑤認知行動モデル、が列挙される（米国文献）
 - 災害時精神保健医療の早期介入法には実際的な援助、心理的応急処置、危機カウンセリングが存在するが(Young et al., 1998)、それらが精神保健医療問題の予防になるか否かは未だ不明瞭である

- 上記 5 つの早期介入モデルの共通点
 - ①「ほとんどの人々は回復する」(Norris et al, 2002; North et al, 1999; Rothbaum et al., 1992)
 - ②「トラウマ後早期に介入(intervene)することが重要」(Bisson, 2003; Pitman, 1989; Shalev, 2003; Campfield & Hills, 2001)
 - ③「急性のストレス反応をノーマライズすることが重要」(Bryant, 2003; Ehlers & Clark, 2000; Steil & Ehlers, 2000; Taylor et al, 1992)
 - ④「ほとんどの生存者に対しては、簡潔な対応(service)が適切」(Bisson, 2003)
 - ④「生存者の適応的コーピングに焦点を当てることが重要」(Bryant et al., 1999)
 - ⑤「社会的支援を提供することが重要」(Bolton et al., 2002; Norris et al., 2002; Ullman & Filipas, 2001; Zoellner et al., 1999)
 - ⑥「生存者に向けて積極的なアウトリーチをかけることが重要」(Bascarino et al., 2002; Hoven et al., 2002; Weisaeth, 2001)
 - ⑦「ハイリスク者を同定することは肝要である」(Bowler, 2001; Brewin et al., 2000; Bryant, 2003; Ursano, et al., 2003)
- トラウマ的ストレス反応からの自然回復と早期介入支援についての重要な論点
 - 早期介入の目的は、被災者の自然回復力を強化することにある(Shalev & Ursano, 2003)、援助を必要としている人々を同定し、介入することではない
 - 早期介入支援が被災者の自然回復を促進するという知見があるが、ある種の介入法(デブリーフィングなど)がそのプロセスを妨げるという研究結果も存在する(Bisson, 2003)
- 早期介入の適切な目的
 - トラウマ体験に関する内的、外的な刺激への治療的暴露を増加させること
 - トラウマに関するネガティブな思考を修正すること(Bryant, 2002)
 - コーピング能力を改善すること(Gentilello et al., 1999)
 - 社会的支援を強化すること(Bolton et al., 2003; Cordova, 2003)
- 行動の変化を促す最善の方法とは
 - 多くの早期介入には被災者の回復に必要な「簡潔な教育」が取り込まれているが、精神保健医療サービスについての情報提供や災害時にみられる不適切な行動の変化(アルコール摂取など)の予防などに効果があり、メディア、パンフレット、非公式な会話を通じて行うことが可能である
 - ◇ 情報提供は心理社会支援の一つに数えられる
 - ◇ 心理教育の効果を裏付けるエビデンスは少ないことから、災害時の心理教育の導入には不安感情を煽らないようにするなど、十分配慮すべきである
- より複雑な介入の必要性
 - 簡潔な教育は複雑なケース(社会支援を求める等)や PTSD 予防の軽減にはあまり効果がないというエビデンスがあり(Bryant et al., 1999; Ehlers et al., 2003)、それ以上のより複雑な早期介入が必要である(Brisson et al., 2000)
 - 大規模暴力、災害、その他のトラウマ被害者の早期介入サービスについて、精神保健専門家と関連支援組織は経験

的、理論的、研究的知識の統合を行い、その方法を模索する必要がある

- ▶ 早期介入の多くが個人の内面のプロセスと行動に焦点をあてているが、個人をとりまく社会的環境にも着目し、社会支援のための様々なプロセスを対象とする（例：家族支援を構築するなど必要な社会支援ネットワークをつくる）
明確な介入が成されるべきである
- ◇ どのような被災者にどのような援助をするかということが明確でない。被災者のタイプと援助のタイプを組み合わせる、新たな項目が必要ではないかどうか今後検討が必要と思われる
- ◇ 介入だけでなく、受援など地域回復のプロセスに関する項目も必要である

6. メンタルヘルス早期介入研究における留意点

（マトリックス資料項目 6: アセスメントより）

- ▶ 介入方法の一つとして CBT の有効性が認められており、普及がのぞまれる
- CBT が流行っているが、災害後初期に CBT の介入を行うべきかどうかは、その研究を実際に行うことが難しいためにまだわかっていない
- ▶ 被災者支援従事者と協力し、より大規模かつ多様な人々を対象とし、適切な対照群をもつ綿密に計画された臨床試験に基づき評価結果が必要である
- ▶ 災害下で臨床研究を実施すると方法論的不備を伴うため、早期介入の研究者は災害の影響下にあるコミュニティに持ち込むに適切な研究を事前にデザインし、調査のための資金を得なければならない
- ▶ 早期介入研究における障碍として主に記

されているのは、①被災者・被害者を研究参加者として取り入れ、対照群に割り当てることに対する懸念、②研究者、臨床家、政策担当者の間における比較対象臨床試験の重要性に対する認識の違い、③トラウマ体験後間もない生存者から研究参加への同意を得ることに関する倫理的問題（Christianson, 1992; Eysenck & Calvo, 1992）である

- ▶ 早期介入研究が倫理的に適切であるためには、その研究で使用される各介入法それぞれの相対的利点が真に不確かでない（臨床的平衡）が、被災者・被害者に対して科学的により有効性が認められた早期介入法は現存しないため、この原則は該当しない（Freedman, 1987; Gray, Litz, & Olson, 2004; Young, Annable, & Stat, 2002）
- ▶ 早期のトラウマ介入についてのエビデンス不足に鑑み、倫理的問題はおそらく RCT を行う事ではなく、行わない事であろう。トラウマ被害者のための有望な新介入法を試すため、RCTs を利用し、プラセボ非特異的要因の対照群を用いることに問題はない、と主張されている
- （処方）精神疾患に関しては、薬が無くなって何日間再発しないものなのか、そしててんかんについては個人差があるかどうかという疑問がある。調剤薬局は緊急時対応をする（情報提供を含む）。以前、DPAT は全ての薬を持参していたが、現在はそうではない。それしかなければ、ある中でやるしかない。てんかんの薬に関しては、状況は深刻になる。離脱症なども心配である。調剤薬局の対応に関して情報を持っていない人には情報提供が必要である。DPAT は薬のリストを作成することを行っている

- (診察や介入のセッティング) 精神医療的介入はこっそりと行われているもの、というイメージだが、皆の前で暴露される場合も多々ある。治療のセッティングについては書かれていない。この記載については、診察や介入のセッティングについての記載は必要だと思う。ユニセフの「子どもにやさしい空間」に、子どもに適切な空間設定についての記載があった

7. PTSD に対する早期介入

(マトリックス資料項目 8 : 中長期より)

- PTSD の主な早期介入法には認知行動療法 (CBT)、持続エクスポージャー (Prolonged exposure therapy:PE)、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) がある
 - 災害時の被災者への CBT の適用は、① 大人数の被災者に対応できる人材確保が可能である機関が存在しない、② 数多くの急性期ストレス要因を抱える被災者が CBT のような集中的療法に専念できない、という理由から実際のところ困難である (解決策としては、支持的対応により患者の準備をはかり、その後トラウマに焦点をあてた認知行動的介入へ移行する)
 - ☆ トラウマ体験後の早期の CBT でエビデンスがあるものに、ASD に対してブライアントが行った Prolonged Exposure : エクスポージャー療法 (以下 PE) がある⁽¹⁾。また急性 PTSD を有する生存者への早期介入 (PE, CBT, SSR) した 3 年後の効果は、有病率を低下させることはなかった⁽²⁾
 - 慢性化した PTSD に持続エクスポージ

ャー療法は有効であるという多くのエビデンスがある (Bryant & Friedman, 2001)。暴露療法では想像エクスポージャーと現実 (in vivo) エクスポージャーが実施され、トラウマ体験にまつわる恐怖を呼び起こす刺激に段階的に暴露させ、患者が自身の感じる苦痛の軽減を体験し、そのプロセスを習得することを目的としている

- トラウマ暴露後最初の一か月間に EMDR の効果を示すエビデンスはないことから、トラウマ暴露後一か月の間の EMDR 使用は勧められない

- 課題：治療介入による効果と自然寛解による効果の区別が困難である (Brewin, 2001)

- PTSD 発症のハイリスクを抱えるトラウマ生存者のみに二次予防介入を提供する方法が近年採用されている
- PTSD についての記述が古く、更新・洗練される必要がある

8. 災害弱者

- 災害弱者について「見守りを要する者」、「災害時要支援者」「特別な人口集団」と記載があった。具体的には災害弱者として高齢者、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、外国人を記述していた
- 災害弱者が“情報弱者”として取り残されないようにする
- 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
- 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

- ▶ 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。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
- ▶ 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。親の安定化が困難な家庭もあり、専門の見極め、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、介入につながる好機とし、保健活動の経験・アセスメントをいかすべきである
- ▶ 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
- ▶ 【米国での例】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段階からなる援助が低～高リスク者に提供される

- “外国人”よりも“日本語を母国語としない人”のほうが的確ではないかどうか今後検討が必要と思われる
- 福祉に関してもほとんど記載がなかった。そもそもそのようなシステムがない前提で書かれているからかもしれないと考える。「災害弱者」という表現は使わず、PFAでは「特別な配慮が必要な人」という表現でありこちらのほうが適切だと考える。妊産婦や知的障害者など、それぞれに対してどのような配慮の必要性の記述があると良いと考える。「特別な配慮が必要な人」には精神疾患をもともと持っている人も含む。精神疾患のある方は避難所にも行くことができないので、そのような集団に関しても記述があると良いと考える。特別な配慮を必要とする人の家族も脆弱であるので、家族を含めて配慮が必要だと考える

9. 多文化

- ▶ 「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
- ▶ 対策として、「PFA 実施の手続き」には、他国で支援活動をする援助者に対しての注意書きが全体的に記載されていた。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
- 災害に対する反応の違いが地域住民との軋轢の原因となりうるかどうか今後検討

が必要と思われる

- 出身国の大使館・領事館で情報が得られることになっているが、今後検討が必要だと思う。外国籍でも日本語を話せる人は多いため、「外国人」ではなく「日本語を母国語としない人」の方が適切だと考える

10. 教育現場

- 最低必須対応のなかで「安全で支持的な教育へのアクセスを強める」、また学童のこころのケアについて「スクールカウンセラーを含む学校現場や児童相談所などケア担当機関との連携することが求められる。」と既存の施設との連携の重要性を述べていた
- 緊急支援チーム（CRT）として専門家を学校に派遣するチームの説明が示されていた。（日本心理臨床学会、2010）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
- ボランティア、保育士、教員らは専門的な助言を必要としているので、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
- 日ごろからの教育機関との連携が推奨される

11. 人権

- 人権に関するチャプターがあってもよいかと考える。強制的な介入の際の配慮、IC、

情報提供などが必要となる。現在のところ日本では発達障害や法的な分野での言及にとどまっているが、WHOのhumanitarian intervention guideにも類似するものが含まれていたと考える

【6】中長期（マトリックス資料項目8）

1. はじめに：「中長期」の定義

- 「中間期」をトラウマ暴露後より最初の1か月以内（米国文献）
- 「中長期」を災害発生後1か月以降（日本文献）
 - 文献によって災害時期の定義と区分に違いがある（マトリックス資料項目8：中長期 表1を参照のこと）
- 災害後1か月後の介入は地域の事情によって異なると考えるべきである
 - 現場の心的変化を軸として、避難、仮設、復興住宅とフェーズ区分することが重要である。また、インフラ復興（例：プレハブ、みなし住宅等）、支援の提供体制も考慮する必要がある
 - 時期での区切り、適切なファクターでの区切りの両方を考慮すべき（例：薬剤の処方が徐々に減ってゆく時期、こころのケアセンターの設立時期、受援の視点からみた時間軸、被災者間の格差が表れる時期）
 - 災害発生後の介入時期は国際的同意がとれていないことから、日本での現場の状況に応じた定義づけは適切である

2. 中間期の介入

【中間期をトラウマ暴露後より最初の一か月以内と定義】

- 心理的反応の経過
 - 一般的にトラウマ暴露後より最初の

一か月はかなりの苦痛を伴うが、数週間から数か月後には暴露された人々の大部分が顕著に改善する (Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002)

◇ 日本では急性期が約1か月間、中長期は1か月以上であることから、「中間期」と書いてあるが、日本でいうところの「急性期」ではないか

- 治療対象

- トラウマに暴露された人々の中より PTSD ならびに類縁疾患に罹患すると予測される人々を特定することが必須である
- ASD (急性ストレス障害) 症状は PTSD 発症の前提条件と概して考えられており、約4分の3の ASD 患者が PTSD に移行するが、ASD 診断基準を満たしていない患者が PTSD を発症するエビデンスがある (Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)。
- 従って、より多くのハイリスク患者を見逃さないよう、解離症状を基盤とした評価を必須としないことが重要である

- 早期介入が必要なのか否かの評価時期

- ASD と診断をする際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較したところ、後者が2倍以上の正確度で PTSD に移行する ASD を予測することができる (Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)。よって、スクリーニング/アセスメントは災害発生直後ではなく、延期すべきである

◇ 私達は日頃 PTSD に注目しがちであることから、ASD の話もちんとする必要がある

- トラウマ暴露数週間後を経て顕在化した症状の全体的重症度に注目すべき

- 3. 中間期の介入における注意点 (米国文献)

- ト라우マ体験前より存在する高度の不安は、暴露治療により増悪する可能性がある
- 重度の解離反応は、治療者が患者をうまく制御できない可能性を内包している
- 精神作用物質依存症や重度の物質乱用がある場合、積極的治療はそれを増悪させる可能性がある
- 継続するストレス要因や脅威は、患者が治療で求められる課題をこなすのに障害となりえる
- 過去の未解決のままのトラウマを、直近の出来事に対する治療のなかで取り扱うのは困難であると予想される
- 切迫した自殺の危機が認められる場合、精神医学的な評価と抗うつ薬による治療が必要である
- 大規模災害発生後一か月間にすべての被災者に早期介入を行うことは必須ではない
- 上記で紹介された介入方法について、災害発生後一か月以内に治療効果を享受できないとしても後にその効果を最大限に受けることができる人がいる可能性を念頭におく
- 早期介入の目標は、トラウマにより心理的影響を受けたすべての人々が症状を持続させないようにすることである
 - 一方、日本においては、自殺は1か月以内はむしろ減る (人との結びつきが増え、役割も明確になるから)。

しかし自殺する事例は確かにあるので、注意する必要がある

- 医療介入の比重が高まるのはいつからなのかを把握する必要がある
 - ✧ 1か月過ぎるころからスクリーニングなどを含む積極的な介入を行ってもよいかもしれない
- 災害以前のトラウマを中長期で一緒に扱うのは困難が予想される
- 災害救助法が精神症状について述べる、触れることが適切か否か議論されるべきである

4. 長期的メンタルヘルス介入

【長期を発災後一か月後以降と定義した場合】
(米国文献)

- 継続的または特別な介入を必要とする人の認定
 - 追跡調査、アウトリーチ活動、情報源の確保と必須情報の伝達、スクリーニングを行う（救急隊員や復興隊員も同様に追跡調査、初期介入、後期介入を受ける必要あり）
 - 災害で経験するストレス因子、既存の潜在的脆弱性、社会的・人口統計学的要因はマトリックス資料項目 8：中長期 表 2. を参照のこと
- 介入を必要とする個人や集団を特定し、関与してゆく
 - トラウマの再体験に対する恐怖による否認や回避、介入受け入れに対する羞恥の念、自己開示への抵抗・恐怖により困難が予想される
 - 支援者自身の技術、能力自体も課題となり得るので十分な配慮が必要
- 有益な介入の決定と実施
 - トラウマと PTSD に対する介入方法として行動学的/CBT 的介入が有効というエビデンスがあるが(Brady et

al., 2000; Davidson et al., 2001a, 2001b)が、クリエイティブな手法としてウェブ心理療法(interapy)の効果が発見されている(Lange et al., 2003)

- 優先度の高い要求をもつ人々への必要性評価と目標設定
 - 有効な長期介入のため、介入対象、介入の提供法、介入供与の対象の同意、介入の訓練と介入技術の所在確認、介入者の裁量権、望ましい結果について明確にする
- 介入と結果のモニタリング
 - 適切な介入方法ならびに介入のプロセスのモニタリングを明確にし、実施する
 - 患者のプライバシーを保護したうえで、介入結果とその評価を記録する情報システムを構築し、他の関連データ群とリンクしたシステムを実現することは災害精神医療分野の研究促進のために重要である
 - 住民のメンタルヘルスを体系的に観察することは災害が及ぼす全体的な影響の検証に役立ち、予防と治療プログラム双方の結果をデータとして集約可能とする

5. その他の長期的介入

【中長期の定義を災害発生後 1 か月以降とした定義した場合】(日本文献)

- 中期の対応として仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動を行う
 - 日本はアウトリーチについてはより早期から行っている
 - 日本では政府が被災者に仮設住宅を建設・提供しているが、海外でこのような長期的住居提供は例をみない
- 災害中期にサイコロジカル・ファースト

- エイドを行うことは適切と考えられる
- 中期の介入としてスクリーニングを実施する
 - 住民のメンタルヘルスに関する実証的データの収集を心掛けたい
 - 国民調査でも使用している K6 を被災地でも定期的にとっていけばよいのではないか

【災害後の安定期/復興初期に実施】(海外文献)

- 追加的対応としての包括的介入
 - 連携・調整、アセスメント、モニタリング、評価
 - コミュニティの動員・支援、保護ケアサービス、教育、情報の発信
 - 食糧安全および栄養の確保、避難所・仮設配置計画、水・衛生

6. 児童への介入について (マトリックス資料項目 12「子ども」を参照のこと)

7. 災害時の人権保護

- 人権の保護およびスタンダードの普及、人的資源
 - 安定期・復興期の追加的包括的対応については、もともとは「保護と人権」という見出しで書かれたものである (海外文献)。これらの対応項目が具体的にどのように手当てされているのか見る必要がある。また、災害時の人権については急性期より対応がなされるべきである
 - ☆ 急性期の社会心理支援として PFA (サイコロジカル・ファーストエイド) があるが、PFA の支援スキルを誘拐や性的加害行為の手段として用いてはならない。そのようなスキルを用いた研修においては、人権に関する教育をすべきである
 - ☆ 日本での WHO 版 PFA では PFA

講師を対象に PFA の倫理的使用について 5 か条の誓約を設けており、誓約の署名を義務付けている。将来的には、資格認定試験の形式を導入し、宣誓書に昇華させたい

- 災害時の人権を災害時精神保健のなかの一つの独立した項目として強調すべきである (いままでは「社会的な回復の促進」と言っていたが、さらに言うならば「人権の回復」である)
- 災害時の人権に関するアセスメントは WHO には存在し、障害者の中にメンタルヘルスの項目が含まれている。高齢者についても人権の記述があるが、日本においては精神保健に特化した人権についてのアセスメントはみられない

【7】心理反応への対応 (マトリックス資料項目 9)

心理反応への対応 (以前の名称:「心理療法」) については 5 点の文献 (『危機への心理支援学』、『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』、『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』、『災害精神医学』、『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』) が記述している。

1. はじめに: 危機における心理的支援

- 「危機」の定義
 - 「危機は人が通常もっている、事態に打ち克つ作用がうまく働かなくなり、ホメオスタシスが急激に失われ、苦痛と機能不全が明らかに認められる状態」(アメリカ精神医学会、1994) (『危機への心理支援学』)

- 危機は個人に及ぶだけでなく、家族・集団、コミュニティの機能破綻によりその集団の構成員全員が混乱、恐怖を経験する（『災害精神医学』）
 - ✧ 災害時に生じる心理的危機の定義が充分でない。例えば、WHOの災害の定義とは異なり、整合性を図る必要がある。災害のどのような側面を危機と定義しているのか明確にし、また、心理的危機についても明確にする必要がある
 - ✧ 被災者の心理的危機については **autonomy** を失った状態であると考え、主観的・客観的見地との兼ね合いから定義が難しい
- 危機介入
 - 目的：被害者が物事に対処できる機能状態を取り戻せるよう支援する。危機状況のアセスメント、心理的危機状態の解消、以前の機能遂行水準の回復（『危機への心理支援学』）
 - 5つのステップ：①心理的接触を図る、②アセスメント、③解決法の検討、④行動計画の立案と実行、⑤フォローアップ（『危機への心理支援学』）
- 危機支援
 - 心理的支援は5種の危機支援（生活支援、医療的支援、司法的支援、経済的支援、心理的支援）の一領域である（小澤、2009）（『危機への心理支援学』）
- 危機支援としての心理社会的アプローチの醸成
 - 1995年阪神・淡路大震災、同年地下鉄サリン事件以降より必要性が認識される
- 危機支援の3分野、医療領域、司法領域、社会的領域のうち社会的領域に属し発展（小澤、2009）
 - ① 医療領域：大規模災害のトリアージの実施、② 司法領域：災害救助法の適用、法的に被害者と認定、③ 社会的領域：PFA、ストレスマネジメント教育、各種リラクゼーション法を用いたストレスケア、多職種による緊急支援チーム（『危機への心理支援学』）
- 2. 危機的状況における心理的支援（「こころのケア」）の定義と内訳
 - 「災害時のこころのケア」の定義：他者による被災者の「セルフケア」（自らの回復力・自己治癒力を最大限に引き出すこと）への支援（富永・小澤、2005）であり、精神的苦痛・ダメージの軽減によりPTSD等の精神的障害の予防・回復の支援、二次的・三次的被害の予防とケア、生活的・実存的問題解決の支援を指す（『危機への心理支援学』）
 - 米国では大規模災害直後の初期介入としてPFAが多数のガイドラインにより奨励されており、デブリーフィングと異なり被害者にとって非侵襲的（non-intrusive）介入方法であると理解されている
 - 従来の脆弱モデル、ストレスモデルを柱とする発病過程を重視するモデルから回復過程を重視するレジリエンスモデルへの移行が顕著である（加藤・八木、2009）
- 危機における心理的支援（災害時こころのケア）の活動内容
 - ①精神科救護支援、②精神保健福祉支援、③支援者支援の三領域に整理できる

- 活動は二点に分類される：①一般救助活動の一環として集団の精神健康を高め、集団ストレスを減少させる活動、②個別の精神疾患に対する予防、早期発見、治療に関する活動（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
 - パブリックヘルス・アプローチ（集団対象）と臨床的アプローチ（個人対象）に大別される（『危機への心理支援学』、『災害精神医学』）
3. 災害時にみられる心理反応とその対応
（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
- 心理的反応のタイプ：現実不安型、取り乱し型、茫然自失型
 - 災害時に避難所などで対応しきれずに緊急の精神医療が必要とされるケースは錯乱、興奮を伴う統合失調症、短期精神性障害、躁病、急性ストレス障害等である。一方、客観的に異常を認めにくいうつ病、悲嘆、トラウマ反応は対応が遅れることが懸念される
 - 代表的な災害に伴うストレス要因：心理的トラウマ、悲嘆、生活ストレス
 - 災害によって生じる心理的負担の多くは自然回復するが、ストレスが長引くと長期化することから症状の程度、持続期間によっては精神疾患の診断がつく
 - 加えて、症状に伴う自殺、事故、飲酒、喫煙の増加（飲酒については最近のデータを後の「特殊事例」の項目で紹介する）、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活再建の遅れ、社会的逸脱行為が生じることが報告されている
 - 上記のような変化が個人の心理的反応をより拡大してしまうが、通常の保健・医療システムでは把握・対応しにくい。ストレスや精神症状を目に見えないことから被災者自身が自覚しにくいことから、住民の心的ストレスの原因、生じた症状や疾患の区別を念頭におきながら、災害所の時間経過に従って効率的に進めてゆく必要がある
- 心理的反応の対応はまず生命、身体、生活への対応が速やかに行われることが前提であり、精神的な問題を念頭に置いた対策が必要であることから、災害後出来るだけ早い時期に援助者が被災現場や避難所に向いて、被災者と対面し、言葉を交わすことが望ましい
- 東日本大震災支援から得た精神医療の初期対応の経験（『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』）
 - 住民の精神健康を悪化させるストレス要因としてはトラウマとなる災害の影響が即座の厳しい苦悩を引き起こし、急性ストレス障害、パニック、やや遅れて PTSD、悲嘆喪失反応の症状を引き起こすという系列と、プライバシーがほとんどない避難所生活ならびに将来の不確定さによる持続的な現実不安が懸念された
 - 心理的デブリーフィングは PTSD を悪化させかねないということが明らかになり、その効果が否定され、あらゆる国際的ガイドラインにおいても採用されていない
 - 多くの職種間で方針が食い違うことは珍しくなく、情報、指針、エビデンスの共有が重要と把握された
 - こころのケアという言葉の意味合いは広く、医療の場以外での行われる

ことがあり、人道的行為と医療的行為の境界が曖昧となり、結果として医療としては不適切な介入が行われることもみられた（外部から数日間のみ現地に入り、継続性のないその場限りの支援を行い、自身の印象だけで一般的な結論を下そうとする）

- 日本における災害時の精神医療活動について海外への情報発信が重要

4-1. 緊急支援としてのアプローチ：集団への対応（災害時に限らず広義の危機的状況に晒された被害者むけ）（『危機への心理支援学』）

- 心理教育
 - 定義：危機に直面している集団に、危機により生じる心身反応の意味および望ましい対処に関する知識・情報を提供する活動
 - 危機によって経験される様々な心理反応は回復のための自然な反応であり、各々の反応に対して適切な対処法がある
 - 遭遇する災害は多種多様であり、それぞれの状況に応じて適切な心理教育メッセージ（具体的な声掛け）を行う
- トラウマ・ストレスマネジメント
 - トラウマ反応のしくみを学ぶ心理教育ならびにトラウマ反応への適切な対処法
 - トラウマの心理教育：日常ストレスへの望ましい対応の提案、古典的条件付けとオペラント条件付けの説明を受けることから「安心してよい」との実感を得ることが回復につながる。否定的なつづやきを肯定的なつづやきへ変える練習を行い、それをサポートする
 - トラウマへの回避と再体験が一对の

反応であるとの理解。再体験を制御できるようになる練習。フラッシュバック時は回復のチャンスととらえ、今、ここに生きている現実感を保つ

4-2. 災害時に特化した集団への介入（『災害精神医学』）

- 精神科医が避難者を治療の際に集団心理療法を導入することで多様な問題に対処しうる。どのタイプの集団介入が有効かを考慮することが重要
- 1セッション、複数回セッションに大別される
 - 1セッションでの集団への介入：デブリーフィング（急性期）
 - ◇ デブリーフィングには様々なものがあり、治療的な意図よりも情報収集を主な目的としている介入まで意味する。ここでは治療的な意図で、トラウマとなる出来事から数日以内に実施される、1回だけの集団への介入に言及
 - ◇ 「オペレーショナル」デブリーフィングや情報デブリーフィングは支持されているが、心理的デブリーフィングについて
Cochrane Review は主観的な苦痛の減少ならびに PTSD のリスクの短期的な低下を発見しなかった(Rose et al., 2002)。推奨できないというのが複数専門家グループおよび各種ガイドラインの統一見解である(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Medical Reserve Corps et al., 2006; National Center for PTSD, 2010)
 - 複数回セッションでの集団への介入

(急性期を過ぎた段階で導入)

- ◇ 目的：死別経験や悲嘆への対処、PTSD の危険性の削減、PTSD の治療等様々
- ◇ 被災者心的外傷後ストレス障害のグループ、死別と悲嘆のためのグループ、子どもと青少年のグループが列挙されている
- ◇ 査読論文に掲載された技法に心理力動グループ、認知行動療法(CBT)グループ、支持的心理療法グループが含まれる
- 心的外傷後ストレス障害のグループ
 - ◇ 診断基準を満たした PTSD 患者を治療するためのグループモデルのなかでトラウマ焦点化認知行動療法(TF-CBT)についての研究が最も進んでおり、TF-CBT は暴露療法、認知の歪みへの対処、ストレスの処理、リラクゼーション技術に指導を含む
 - ◇ TF-CBT は現在中心 CBT(Present-Centered CBT)とは異なる
- 死別と悲嘆のためのグループ
 - ◇ Rynearson ら (2002) がマニュアル化されたモデルを用い、殺人事件の被害者遺族向けの集団心理療法を治療期間を 2 回に分けてそれぞれ 10 週間ずつ行った。この方法は 2001 年アメリカ同時多発テロ事件後にニューヨーク市で集団への介入に用いられたが、その有効性についてのデータは発表されていない
- 子どもと青少年のグループ
 - ◇ 子どもと青少年を対象とした集団への介入の比較実験は少ない

が、予備的な証拠グループが差異が生存者 (Chemtob et al., 2002; Salloum and Overstreet, 2008; Tol et al., 2008) と災害に関係していないトラウマに暴露された人 (Stein et al., 2003) の PTSD 症状を減らす点で有効であると示唆している。

- ◇ トラウマ後の成人向けグループと同様に、子どもでも最良のエビデンスを示すグループには CBT の要素が共通している (Chemtob et al., 2002; Stein et al., 2003; Tol et al., 2008)
- カップルと家族への介入 (カップルは 2 人なので集団とする)
 - 生命の危機や喪失を体験しなくとも、甚大な社会的機能不全や苦痛を生み、トラウマが家族のメンバーの中で跳ね返り合う可能性がある (Kellermann, 2001)。子どもの精神に病理的な問題が発生しやすくなり、家族間での軋轢などの問題も生じる
 - 災害後の環境での家族への介入については、文献の大半がカップルを対象として介入を扱っていることからデータが限定されている
 - 国際トラウマティックストレス学会はその PTSD 治療の実践ガイドラインで CBT の方法論を取り入れた 2 つの療法—行動家族方法と行動夫婦療法—をエビデンスのある臨床行為であると評価している (Riggs et al., 2009)。また、退役軍人とその配偶者に心理教育を行うことの利点が示されている (Deville, 2002; Robin and Nardi, 1991; Riggs et al., 2009)

5-1. 災害時に用いられる代表的な心理療法

(『災害精神医学』)

- サイコロジカル・ファーストエイド (PFA)
 - PFA は衝撃を受けた多数の生存者に対して最初の支援を提供する技法で、広く受け入れられている危機介入の一形態である
 - PFA は災害後の最も基本的な、そして全般的な心理社会的支援の為の介入として推奨されている。より踏み込んだ介入が実行可能なときは、ポジティブ心理学の原則を用いて生存者の脆弱性に焦点を当ててではなく、本来備わっている強さに着目し、その強さを円滑に引き出すことで回復力を高めるものとなる
 - 参考：PFA の一段階上の災害時心理支援として The interPAR Pilot Trial: International program for promoting adjustment and resilience after disaster project (災害後のアジャストメントと回復力を促進するための国際プログラム)のパイロット・トライアルがメルボルン大学 Meaghan O'Donnell, 准教授らのチームによりオーストラリア政府保健省からの研究費援助を得て推進されている
- 短期心理療法 (CBT)
 - 災害後に奨励される治療法のほとんどは短期療法が中心であり、そのなかでも CBT がその使用が支持されるエビデンスを最も多く有する
 - 災害後の CBT には不適応な行動と思考プロセスが修正され、苦痛の緩和に焦点が当てられる。CBT の一部はリラクゼーションの原理を用いているが、CBT には新しい学習が含まれる

- 災害や大がかりな暴力行為に暴露された人々についての研究と治療の専門家からなる世界的な検討会では災害後の「即時と中間期」の介入に関して以下のコンセンサスを得た：安全の感覚、落ち着かせること、自己とコミュニティについての有効感、つながっていること、希望
- 災害後の治療構造の構築のためには、安全・思い出して悼む・再建の三段階での移行が重要である。まずは患者の安全を促進し、次にトラウマや災害の記憶に圧倒されずに耐えきることが出来るように寄り添う。そして、人生、希望、コミュニティからの支援に再び結びつける

5-2. トラウマ・喪失を対象とする心理療法・カウンセリング—個人へのアプローチ

(災害時に限らず緊急支援として) (『危機への心理支援学』)

- 治療が行ううえでの必須条件：「今は安全である」こと。安全が確保され、なお様々な反応が持続し、生活を阻害するストレス障害に落ちついた時にトラウマ心理療法が提供される
- 技法には長時間暴露療法(Foa et al., 2007; Prolonged Exposure Therapy:PE)、EMDR、臨床動作法、力動的心理療法、表現療法、トラウマ・カウンセリング、トラウマ焦化認知行動療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピーが『危機への心理支援学』では列挙されているが、エビデンスのある災害心理療法である PE 療法、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー、CPT (Cognitive Processing Therapy)の 3 療法をはじめとした主たる療法を列記した

5-3. 対トラウマ (『危機へ心理支援学』)

- PE療法 (Prolonged Exposure-持続暴露療法)
 - 欧米の PTSD ガイドラインでは「持続暴露療法」に代用されるトラウマ焦点化認知行動療法がエビデンスに基づき、治療の中核的技法として強く推奨されている。日本においても有用で治療効果の維持も確かめられている
 - 暴露療法とは恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに安全な環境の下で患者が向き合うことを促すためにデザインされた一連の技法でイメージ暴露、実生活内暴露を駆使する。回復プロセスはトラウマ記憶の反復賦活と、トラウマによってもたらされた非機能認知の修正をはかる
 - PE療法は一回90分で週1~2回、全部で10~15回の頻度で行われる(患者による個人差あり)。回避され未整理のままだったトラウマ記憶が整理、組織化される。安全な環境下での感情処理が進み、認知の修正が可能になる。イメージ暴露を繰り返すなかで馴化が進み、トラウマ記憶の想起が危険でないことを学習する。
- ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET)
 - PTSDを中心とする外傷性障害のために開発された短期療法
 - Foaの持続暴露療法 (Prolonged Exposure Therapy) とチリのピノチエト体制で開発された証言療法 (Testimony Therapy) を組み合わせたもの
 - ヨーロッパを中心に、紛争現場だけでなく、難民への支援など一般の精神医療の現場で外傷性障害の治療に用いられている
- CPT療法 (Cognitive Processing Therapy-認知処理療法)
 - CPTとは非常に深刻な出来事の後、こころの傷を受けることによって生じるトラウマの症状、そしてそれに伴って生じてくる抑うつ状態や強い罪悪感に対して用いられる
 - これまで、性暴力被害者、子どもの頃からの虐待、戦争体験などによる心的外傷 PTSD を対象に、その有効性が報告されており、その有効性は、米国、オーストラリア、ドイツ、コンゴなど、世界の多くの地域で確認されている(国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)
- トラウマ焦点化認知行動療法 (TF-CBT)
 - 米国で開発されたトラウマをうけた子どもと養育者のために作成された治療パッケージ。子どもの PTSD 症状をアウトカムにしたランダム化比較試験(RCT)によって薬物や Child Centered Therapy に有意であると報告されている唯一の治療法
 - 認知療法と曝露療法の両要素を持ち、まだ言語的に未発達である子どもに対して柔軟に適応できる
 - TF-CBTはトラウマに関する10の構成要素をもつ段階的構造を有している
 - ◇ 心理教育、養育スキル、リラクゼーション、情動表出と調整、認知のコピーングとストレス
 - (①認知のトライアングル、②トラウマ体験の処理)、トラウマ

の物語の創作、トラウマ想起の現実における制御、子ども-養育者合同セッション、将来の安全と発達の強化

- ◇ ト라우マ性悲嘆には上記の10構成要素に加え、悲嘆の心理教育、嘆き悲しむことと両価的な感情の解決、良い思い出の保持、関係性の再定義の4要素が加わる
- 実施にあたってはプロトコルがなく、子どもを対象とした臨床経験は必須であり、なおかつトラウマに焦点をあてた治療経験を有することがのぞましい
- 単に心理教育をトラウマ暴露のための準備とするのではなく、重層的な治療構造を持ち、子どものレジリエンスに軸をおき、養育者の関係性のなかにおける回復を促進する
- EMDR（眼球運動による脱感作と再処理法）
 - 多くのPTSD治療ガイドラインに実証された最も効果がある心理療法の1つとして認知行動療法と並んで記載されている。認知行動療法と同等の効果を上げるのに1/3の時間で済み（Van Etten & Taylor, 1998）、暴露法のように負担の大きな宿題を課さない（Davidson & Parker, 2001）という点で優れていると指摘されている
 - 治療過程は病歴、成育歴聴取、評価、脱感作、植え付け、ボディスキャン、終了、再評価から成る
 - 効果のメカニズムは解明されていない。再体験の馴化でなく、出来事の想起と同時に感覚刺激に意識を向ける二重課題により、トラウマ体験よ

り距離がとれることを導いていると考えられる（Lee, 2006）

5-4. 対喪失（『危機への心理支援学』）

- グリーフカウンセリング
 - 悲嘆の過程：一般的には時間を追って回復に向かうが、回復が見られない場合、あるいは一時的であって苦痛が著しい場合には複雑性もしくは病的な悲嘆の可能性がある
 - 心身行動面での症状：食欲不振のほか悲嘆や関連した反応とは理解されにくい症状や行動、不眠・肩こり、健康への配慮の低下・欠如、疎隔感、怒り、焦燥感、過度の飲酒、不注意な行動による怪我等
 - 基本的には通常のうつへの対応とさほど異ならない。傾聴、話をさえぎらない、自分の体験を押し付けない、安易に同調しない、が基本である。葬儀や法要といった故人にまつわる儀式は現実や時間に向き合う前向きなプロセスと捉える
 - 援助者の無力感・バーンアウトへの配慮も必要

6. こころのケアについてのその他の知見

- 文化に根付いた代替治療（『災害時精神医学』）
 - その文化に根付いた治療についての知識を有すると、臨床家は治療範囲を有益に拡大することが可能である。代替治療にはヨガ呼吸法、瞑想、ナラティブ暴露法等が含まれる
 - 代替治療がその文化でどのように受け入れられているか十二分に注意し、また、これらの技法の効果を裏付ける研究データに精通すべき
 - IASC (Inter-Agency Standing Committee: 機関間常設委員会)は災

害時における最低限の心理社会的支援としての保護ケアサービスとして、一般保健ケアの提供に際し、適切な心理的・社会的対応を取り入れ、重度の精神障害をもつ人々のケアへのアクセスを保障し、入院・入所している重度精神障害者等を含む精神・神経疾患を持つ患者の保護とケアの提供、コミュニティ固有の伝統的な保健システムを知り、適宜そのシステムと協力すること、アルコールなどの物資使用に関する問題を最小限に抑える、を列記している

- 家族への支援（『災害精神医学』）
 - 災害後には生存者の家族への支援が非常に有益である
- 治療の副作用（『災害精神医学』）
 - 心理療法は災害後に有用であるが、自立性の減退、依存と恥の増加など負の副作用をもたらす可能性も潜在する
 - ことから、回復力と脆弱性の両方に考慮した療法に焦点を当てることが重要
- デルファイ法を用いた精神保健医療専門家による災害時「こころのケア」に対する知見の合意内容（『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』）
 - 「こころのケア」は時期、場所、支援者の立場によって支援内容が異なる
 - 日本においては、活動の性質によって区別され、専門家による支援か否かによるものではない
 - 一般の人々が期待する「こころのケア」と「精神保健医療福祉活動」は異なる
 - ◇ 専門家による支援ではなく、専

門家からボランティアを含む幅広い支援者による心理社会的支援

- ◇ 「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった用語は一般的になじみが薄く、言葉の説明や実際の災害事例を列挙しての説明が必要

7. 災害時におけるこころのケアの課題

- 治療と危機介入、心理社会的支援の混在している状況が否めない。治療は治すということなので、危機介入とは異なる。治療はある程度安定した環境で行うのに対し、危機介入（自殺等のハイリスクケア）はそこに至るまでの活動。危機介入とCBTとカウンセリングの位置づけは必ずしも同じではないことを念頭におく必要がある
 - 複数の心理療法が列挙されており、避難所で集団療法を行うような印象を与えるので、急性期にどう対応すべきか明確にするべき。まず本人が落ち着き、本人のニーズを明確にしたうえで治療をおこなうのがよい。本人が治療してほしいという場合に、本人との関係性がある中で、どのような治療があるか紹介する
 - 初期はPFA的な幅広い対応を行い、PTSD等の治療は後で行うという方向が良い
- 災害時にすでにメンタルヘルス・サービスを受けている人については、それまでの治療を受けられるということを強調し、安心させることも考える必要がある（もともと治療を受けている人が悪くなる事例もあるが）
 - 災害だからといって急に新しい治療や特別なことをしようとする人もい

るが、普段から受けている治療を受けられることは重要。災害イコール危機というのはあまりにも広義であるので、災害の中で危機的状況が起こる、と paraphrase する

- 「危機」より「困難な状況にある」人まで入れ、「現実的生活困難さ」まで含める方がよい。ケースマネジメント、ソーシャルワークなどの大事な要素も含めて、現場で起きていることが漏れなくガイドラインに含まれるのがよい
- 一方で、災害になると、OX療法をする人が押し寄せる。支援が有害になりうるということも反映させることが必要である。解決策として PFA など形にしてもっと一般的にするなど、一般原則が重要
 - ✧ PFA はメソッドと思われがちだが、態度である。しかし、メソッドのように柔軟性を欠く印象は与えない。支援の引き際や、適応ならない場合などきちんと書く必要がある。介入にはリソースを消費するので、専門的な介入をするにもリソースのバランスを考える必要がある
- 医学的疾患問題でなくリカバリーモデル（回復モデル）としての「こころのケア」とは何かを考慮する必要がある
 - PTSD や悲嘆に絞ってゆくのではなく、より幅広く不安、うつ、アルコール依存なども含めて焦点を当てていくのがより適切と考えられる
 - ト라우マ心理療法では急性期の効果のエビデンスが少ない（唯一の例外は Bryant ら（2003）が PE 療法が ASD に効果的という研究結果を提示

している）。時間経過してからの治療となる

- 心理療法は一般的に時間が経過してからの適用が奨励されるが、急性対応の中に混在していることから、初期対応としての PFA、狭義での PE、特殊な病態についての療法等、を分ける必要がある

✧ 解決策として、IASC 等が定義、奨励するように幅広いサービス提供（IASC は primary health care, social service with physical component を焦点としている）を行う。医療=primary health care; 心理的支援=PFA とし、PE は少しあとで導入、というフォーマットの導入を提案する

- 数か月は PTSD の自然寛解が多いが、多くの心理療法が対象としているのは慢性化した PTSD である。従って、そうした治療には急性期のエビデンスは少ない。また、災害で用いられたエビデンスも少ない。しかし、災害で浮き彫りになった別のトラウマへの治療としては、災害以外のエビデンスを応用することが可能である
- 災害時精神医学療法・心理療法については当事者間でエビデンスの重要性の意識は薄い印象がある
- 被災者からの感謝を主観的満足で捉え、治療効果と誤解、混同する精神保健医療従事者は少なくない。これをどのように防止すべきか検討する必要がある
- 日本の特徴的な枠組みとして、保健師やその他の共に働く人々の状況を理解する必要がある。DPAT やこころのケアセンターだけではなく、保健師、地元優先、地

元関係者をリスペクトして支援を行うことの大切さを盛り込むと良い

【8】リスクコミュニケーション（マトリックス資料項目10）

1. はじめに：リスクコミュニケーションの定義と目的

- リスクコミュニケーションの一致した明確な定義はないが、危機の前後、最中に行われる、重要な情報についての迅速かつ正確で、情報の発信者と受信者の相互の意思疎通と信頼感を増大させるようなコミュニケーションのあり方をさすことが多い（Stoddard et al., 2011、）（『災害精神医学入門』、災害精神医学入門）。そのことによって個人や社会の混乱、不安、恐怖が軽減され、病的な孤立が防止される（『災害精神医学入門』）。SAMSAによれば、そこには「リスクの性質や、リスクメッセージに対する懸念、意見、リアクションの表現、あるいはリスク管理のための法的・制度的アレンジメントに関する多様なメッセージについて個々、グループ、組織の間での情報と意見交換の相互プロセス」が含まれる（SAMSA-米国薬物乱用・精神保健サービス局精神保健サービスセンター出版『危機に際してのコミュニケーション：公務員の為のリスクコミュニケーション・ガイドライン』,2002）（『災害精神医学』）。
- リスクコミュニケーションに含まれる重要な内容はリスクメッセージである。これは「リスクに関する情報について、文書、言語、あるいは視覚化された声明であり、リスクを軽減するための行動についてのアドバイスを含む・あるいは含まないものである。正式なリスクメッセージはリスクについての情報を提供する

明確な目的をもってつくられた構造化された文書、音声、あるいは視覚化されたパッケージである」（Center for Mental Health Services, 2002）と記載される。

2. リスクコミュニケーションの基本原則

- リスクコミュニケーションにおける推奨事項（Center for Mental Health Services, 2002）（『災害精神医学』）
 - ①人々の懸念を和らげる
 - ②対応方法についてのガイダンスを与える
 - ③継続してメッセージを伝える
 - ④最新の正確な情報を届ける
 - ⑤簡潔に、明確に、効果的に情報を届ける。シンプル、率直で、現実的なゴールとメッセージを示す
 - リスクコミュニケーションを行う際には現状を把握し、情報の発信者と受信者の立場を平等にし、情報が不確かな時は素直に認め、明らかになった段階で伝えるべきである（木下、2014）（『災害精神医学入門』）
- ### 3. リスクコミュニケーションを行う上での留意点
- 個人を対象とするコミュニケーション（『災害精神医学入門』）
 - ①被災者の恐れ、不安、疑念に傾聴する
 - ②信頼を失わないような発言と行動を心掛ける（verbalとnonverbalメッセージの矛盾、否定的な言葉の使用など）
 - ③不確かで信頼性の低い情報を公開しない
 - ④最悪な結果を伝えるのではなく、支援者がそのことを心配していて、良い知らせを得ることに希望を捨てていないことを伝える等（stoddard

et al., 2010)

- 被災者に対する個別コミュニケーションとしてのリスクコミュニケーションには情報伝達的手段であると同時に不安を和らげるためのサポートという側面がある。しかし後者を強調すると PFA との境界が不鮮明となる。基本的にリスクコミュニケーションは必要な情報の円滑な提供を目指しているが、同時に情報の提供やその提供の仕方を通じて不安軽減効果が生じる。ただし PFA のように心理的なサポートを第一義にするものではない。実際にはリスクコミュニケーションと PFA の区別があいまいになる可能性はある。

集団を対象とするコミュニケーション

(表 8-1: 集団へのコミュニケーションで留意すべきこと (高橋, 2014)

(『災害精神医学入門』)

- ① 集団に対して危機的状況を伝えるときは、小集団に分けてから各グループに説明する
- ② 現在ははっきりしている客観的事実を伝える
- ③ どこまで事実で、どこからは推測であるかをはっきりさせる
- ④ 正確な情報がなぜ遅れるのか、情報が刻々と変化するのなぜかを伝える
- ⑤ 確かな情報が発信された時点で、速やかに伝えることに努める
- ⑥ 不確実な推測や「わかりません」を繰り返すと信頼を失う
- ⑦ 回答に自信がない場合は、その分野の専門家を連れてくる。正確な情報が入ったときはすぐに伝える約束をする

⑧ 流言飛語は直ちに訂正し、正しい情報を発信する

4. 災害に備えて (災害前) のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 精神医療に関する情報 (住民の心理的反応、初期対応者のストレス等) と災害情報の両者の発信が必要。被災地で連携してメディア対応に当たるため、メディアも含めた支援者支援を行い、大部分の被災者が回復力を持つことを強調する適切で洗練されたメッセージの送信が重要 (Myers & Zunin, 2000; Nickell et al., 2004; Singer et al., 2003; Wray et al., 2008)

- 最も重要なのは、公共の教育が一方的な心理教育、症状教育を行うことにより、被災者の不安・ストレスをあおる弊害をもたらすのは本末転倒であるという点である

6. 災害発生時のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 疾患罹患者や被災者とコミュニケーションをとるためのガイドライン (Stoddard, 2011, p.33 マトリックス資料項目 10: リスクコミュニケーション表 1. を参照のこと)

- メンタルヘルスプロモーションによる保護的要因の強化、被災後の生活状況、恐怖の改善が主となる

7. 災害発生後のリスクコミュニケーション (『災害精神医学』)

- 被災者が広域に分散する可能性を踏まえ、明確、正確な情報発信を行う。うつ病、PTSD のリスク軽減、復興にむけての生活への柔軟な対処法の指導を行う
 - 留意点: 自殺対策など、危機のみをあおると悪い方向に行くことがある (パパゲーノ、ウェルテル効果等)

ので、役立つ、それぞれの状況に応じた適切な情報を発信することが対策となる

- 被災者の移動先の地域のプライマリケア医と連携を行う。メディアとの協力、メディアと精神医療者との対話が重要であり、また、メディア対応には特殊な配慮とスキルを要することから、精神保健医療関係者がメディアトレーニングを受けることが推奨される
 - 災害弱者への適切なコミュニケーションをすべきであり、災害弱者のリーダー、まとめ役など、これらの人々より信頼されている人とコミュニケーションをとるのが適切である
8. メディアとの関わり方 (『災害精神医学』)
- 精神保健医療従事者の第1の責務：患者に対するメディアを通しての災害リスクの伝達
 - メディアとの関わりにおいては、被災者とメディアの間に精神医療専門家がいるのが望ましい。これは被災者の保護に通じる
 - 一方で被災者、精神医療専門家のメディア対象となる両方が保護される必要がある(避難所取材による被災者のプライバシー侵害、支援者である心理士がメディア関係者に追跡される等の過去の事例による)
 - 精神保健医療従事者はしばしばメディアを敬遠、回避しがちであるがコミュニティのリーダーとしての情報発信が求められる
 - 精神保健医療従事者を対象としたメディア対応の訓練が必要
 - 利点：①多数の被災者に必要な情報を届ける貴重な機会を得ることが出来る

②災害の医学的、心理社会的な影響に対処する社会の能力が大きく損なわれることへの防止が期待できる

- 留意点：①被災者にマイクを向ける人がケアの意識をもつことが重要である、②心理教育等だけでなく、どのような支援がどのように行われているかについても被災者である住民に伝えるべきである

9. リスクコミュニケーションの課題

- リスクコミュニケーションという概念自体が日本においては一般的に浸透していないように見受けられる
 - WHOではリスクコミュニケーションを基本的な公的介入(“fundamental public intervention”)としており概念として浸透している。従来リスクコミュニケーションは権限のある側から市民に伝える一方的なものであったが、現在は権限のある側が市民の信頼について責任があることを重要視している。しかし、災害時メンタルヘルスには特化していない
 - 精神保健分野でのリスクコミュニケーションへの言及については、基本的な災害時対応として一応ふれられているが、少ない
- 災害時には支援者側が同じリスクコミュニケーションの定義を共有することが重要であり、情報に的を絞った定義を関係支援機関でどのように共有するかが課題である
 - 事前にどのような情報を出すのか、支援関係機関がストックを作り、どこで災害が起こっても同じ情報を精神保健センター等から同メッセージを出せるような準備をしておくのが

望ましい

- 対被災者、対メディア等の外部とのコミュニケーションだけでなく、支援者側・支援関連機関内部での相互リスクコミュニケーションが必要である。そのような研修は現存しないので、行われる必要がある
- すべてのメディアが適切な情報発信を行う前提にはないことから、正当でないメディアがガセネタ等を発信する危険性のコントロールを慎重に行う
- メディアの多様化に伴い、特にインターネット、SNS等での害のある情報拡散の危険性を慎重に考慮する必要がある。と同時に、その有用性も検討すべきである
 - メジャーメディアだけでなく、草の根的な情報発信をオフィシャルにしてゆく方向を模索する必要がある
(十分な人員の確保、予算付け等を考慮する)
 - 発展途上国においての高いインターネット普及率・使用率についても念頭におく
 -

リスクコミュニケーションについては2点の文献(『災害精神医学入門：災害に学び、明日に備える』、『災害精神医学』)が記述している。関連項目としてマトリックス資料項目17「報道」を参照のこと。

【9】準備+訓練 (マトリックス資料項目11)

1. はじめに：領域別分類(マトリックス資料項目11：準備+訓練 表1参照のこと)
 - 災害・紛争時などにおける精神保健・心理社会的支援(MHPSS)として『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会

的支援に関する機関間常設委員会(Inter-Agency Standing Committee)(以下IASCとする)ガイドライン』では3領域に分類し説明している

2. コミュニティ

- IASCガイドラインでは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ようにすることが推奨される。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の自主性が必要である。自助およびソーシャルサポートを強めるためには人的資源、自助・相互支援の取り組みの強化、活動の促進、災害弱者のアドボカシーを行う必要があるとされている

日本においては保健所があり、コミュニティの精神保健を含む保健に対する意識は異なるかもしれない。publicとprivate、個別の活動と行政がつながっていないので連携し、そして保健所、精神保健福祉センター、消防、警察、教育委員会、社協などと横の連携をすることにより社会的に阻害されている人を皆でpick upするようなコミュニティでの体制づくりが望まれる

- 『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』では平常時から行うべきことに災害時の精神保健医療活動についての住民教育がある。マスメディアによる不正確な情報の修正のため広報活動を通じ対処法を強調する
- 『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』「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る（山中・富永、2000）」

3. 学校

- ▶ 教育の役割として平和地帯としての安全な学習環境を整えることがある。精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しつつ災害・紛争時に柔軟に対応する。そしてすべての者への教育のアクセス向上に努める。学習者のウェルビーイングを支援できるようにする。特別な支援を必要とする学習者の能力を育成する『IASC ガイドライン』。日本では学校教育の立場からは立ち遅れている
- ▶ 『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』学校における災害メンタルヘルスの訓練は、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。各生徒が理解できる介入方法の練習の機会を含み、実演訓練を受けるべきである。学校保健師（看護師）はトリアージと心理的応急処置の分野での活動強化の役割をもつ。このことからクライシスチームの強化が期待できる。災害前後で地域のメンタルヘルス専門家の訓練を組み合わせ災害メンタルヘルス対応の統一と調整の強化の実現が可能となる
- 教育機関との連携が弱いため強化が必要である
- ◇ 集まって防災訓練をするだけでなく、災害精神保健を学校教育に入れる

4. 支援者

被災現場の支援者は、二次災害を引き起こしたりする（Raphael, 1986）。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。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、と思ひ込み、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。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『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』。チームで活動し、共有することも予防となるだろう

- ▶ 災害に対応した自助 (self-help:SH) /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や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『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- ▶ 派遣された支援者は、災害の私生活や仕事へ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『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』

5. 行動訓練とメンタルヘルスリタラシー

メンタルヘルスリタラシーの定義を Kutcher 等⁽¹⁾ は次のように述べている。肯定的な精神的健康を得るおよび維持する方法；精神障害とその治療法を理解する。精神障害に関連するスティグマを減少させる；助けを求める効果を高める（いつ、どこで助けを求めるかを知ること、自分のメンタルヘルススケ

アと自己管理能力を向上させるために図られたコンピテンシーを伸ばすこと)

▶ 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、簡単な referral の訓練を含むのが望ましく、住民が受診するのをためらわないように地元の名士との連携について述べている。そして多文化対応を含む援助資源の確保、日常的な心的トラウマ援助活動の促進、行政職員を含む研修についても述べている『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』

精神医療サービスを受けること、被災することがスティグマとなることがあるのでこのようなことをふまえてシミュレーションの中に PFA を取り込むなど、普段から行っていることを行う取り組みを組み込むとよいかもしれない。また日本では災害救助法が数か月で終了しこころのケアセンターができるためこのようなことも事前に想定しておいてもよいのかもしれない

- PFA + α の包括的な訓練が望ましい。そして災害時のメンタルヘルスに影響を受ける被災者の多く、大多数が自然治癒する。支援者のリソースが限られている中で効率的な介入方法が望まれる
- 兵庫県こころのケアセンター、NCNP などで災害 PTSD についての研修を継続している。これらは災害、犯罪への準備となりうるが、受講者、未受講者の分析や研修における戦略作りが必要である
- 池田小学校事件以降、PTSD 研修を行い 7000 人以上が受講した。トラウマティックストレス学会、兵庫県こころのケアセンター、DPAT でも研修を行っている。PFA に関しては 4000 人以上受講者がおり、世界でも一番 PFA が広がっている国

である

- ・ 学校、実際の訓練、資源（情報、人材、リーダーシップ）、PTSD において研修が進んでおり、日本の災害医療対策が進歩した。今後系統的な人材育成に関して検討が必要である。DPAT に求められるコンピテンシーという研修を行っている。つまり、地元を配慮する・優先する、行儀をよくするという基本が大事である。災害時の命令系統はしっかり守りつつ、地元を配慮し、伝えることをまとめて、これらをいろいろなレベルで行う。DPAT では独自のトレーニングがあるが、例えば DPAT で研修を受けた上で、神戸心のケアセンターで研修をさらに受けるという可能性については、DPAT の近畿連合を作って協力して訓練していく方向で話し合われている。これがレベルの高いモデルになっていくかもしれない。それが地域の核になって広がっていくことを期待する。熊本で DPAT の活動が滞りなかったのは普段から地域連携、顔の見える連携をとっていたからだと思われる。消防・警察との連携は今後の課題である
- ・ 系統的な人材育成が弱い。またアメリカでは 9.11 でいろいろなところの航空、農業、漁業、商業のリーダーが教育を受けている。今後企業のリーダーを育成していく必要がある。そのためにも産業医/産業保健との連携が必要である
- ・ 「一芸に秀でた」、よりも「幅広い連携」ができることに重きを置く傾向であるようだが、受援側の話もすることが必要である。地元がどうか、ということは支援の質に影響する。受援については地域連携が重要である。外から来た支援側と被災した地域が連携できるかどうかでも大事受ける側がしっかりやることを強調する。

文献が少ないので日本から発信すべきである

- 『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』において、橘ら（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）を検討し、インパクトを図る能力、マネジメント能力、スポークスマンとしての役割、システム・コンセンサス形成能力、平時のコンピテンシーに関する意見集約結果がまとめられている。アメリカにおいて CDC の支援を受けて Association of Schools of Public Health が公衆衛生危機準備・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労働者の健康及び安全を守ることである『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』
- ✚ 応用力、自分で考え判断する力が重要である
- ✧ 判断のプロセスを勉強できるものがよい。
例：PFA
- ✧ いろんな場所で小さな災害のリタラシーを高めることを行っている。学术界などが指針を出すことが望まれる
- （日本、その他の国の取り組み）米国では CDC を中心として健康危機事象に対応する人材・指導者を育成している。英国では健康危機管理を統括する英国健康保護局が 2011 年より新たな研修プログラムを開始し、既存のプログラムとコースを発展させた
日本においては国立保健医療科学院が 2001 年より研修を行っていたが、東日本大震災後に開かれた、全国衛生部長会において公衆衛生版 DMAT である災害派遣

公衆衛生チームの設置が提言された

- ✧ 日本の医療従事者がどれくらい災害時のこころのケアの研修を受けているのか、データはなく、今後 OSCE にいれてもよいかもしい
- （多職種連携）『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』では Disaster Mental Health(以下 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、その他の消防士、警察、学校職員などを含み、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、と記載している。また専門家が災害時と通常の臨床サービスとの顕著な差異を学ぶためにシステムレベルでの対応の調整、統一をはかることを示している。また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。財源を含む具体的な研修の進め方も記述している
日本ではいまだにこのような連携体制はないため今後 PFA などを通じ消防、警察を巻き込むことが必要である
- ・ 精神だけでなく、災害全体をひっくるめて行政からあらゆる関係者が携わる基本的な訓練（PFA やリスクコミについて）方針を打ち出すのがよいと考える。最初は指揮命令システムを学ぶことは大事だが、そればかり学び過ぎて周りに伝えることばかりで自分の意見がなく、例えば地域や被災した人に対して何をするのが適切かなどを考えることなく、報告などに囚われてしまうところがある

6. アクセシビリティ

- ▶ 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。DMH 訓練内容をよりエビデンスに基づいたものとする『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

情報に関しては NCNP の Web で情報を提供している。また人材育成のための研修を行っている。人材不足が予想されることから NGO との連携を考慮する必要があるかもしれない

- ・ 草の根で呼びかけたり、モバイルで見られるようなものを使って、支援に関わる人に情報発信できると良い。アプリで見ることができ、派遣途中で見て思い出す、などの助けになると考える
- ◇ 災害時のこころのケアに対する国民の関心は高いが、系統的な学習機会がない。今後 Youtube など利用しアクセシビリティを高める予定である

7. 課題

- ▶ 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。現在では WHO による PM+やオーストラリア国立 PTSD センターなどによる SOLAR プログラムを用いた心理的リカバリーについての研究がようやく始まったところであるが、全体としては災害時対応の各ステップがエビデンスに基づいているとはいえない。したがって、メンタルヘルス的にリスクのある個人に関する平常時の心理的対応

を災害時に一般化していることが多いが、その可否は今後検討されるべきである

- ▶ また心理評価についても、平常時の評価尺度を、災害時に妥当性を検討せずに用いることの正当性は担保されていない。

こうしたことから、事前の研修についても、そのプログラム、内容については経験則に依るところが大きく、エビデンスに基づかない部分が少なからず存在しており、その適切性については常にモニタリングが必要である。特に、研修を受けて実際に災害現場に行き活動をした支援者からの事後モニタリングが必要である。日本では、この点は、WHO 班 PFA については検討していく予定である

【10】子ども（マトリックス資料項目12）

1. はじめに

一般的に子どもはストレス耐性や認知様式、感情調整において成人とは異っており、また生活において養育者への依存度が高く、養育者のストレス反応に巻き込まれやすいことなどから、特別の対応が必要である。そのためには子ども特有の心性が災害の需要に与える影響、その反応、回復の契機について個別の議論が必要となる

2. 準備

- ▶ 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 を含んだ子ども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) 『災害精神医学』

3. 対応

- ▶ (PFA) 子ども PFA を推奨している文献がある。大人のための PFA と子どものための PFA は異なり、後者は発達上の観点から標的を絞った介入が重要となる『災害精神医学』。PFA はトラウマや悲嘆などの治療ではなく、広い精神的健康を対象としている。災害後は個別の治療を提供することは困難かもしれない
- ▶ (CFS: Child Friendly Space) 『災害精神医学』では、可能なら子ども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 & Gurwitsch, 2006a, 2006b) と記載されている。上記に加えごっこ遊びについての説明がある『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』

ごっこ遊びやお絵かきなどポイント的なコメントは重要だが治療目的の自発的なお絵かきは現在推奨されていない。次の災害に備えての避難訓練で不安になる子もいるので注意が必要である。したがってごっこ遊び (例: 津波ごっこ、「刺された」ごっこ) の位置づけ、子ども特有の遊びや関わり方のコメントが必要かもしれない
- ・ 避難環境においては目が届かない部分も多々あるので、困難だが取り組まなければならないと考える。また、それをぜひ取り入れたい、という声もあった。CFS を支援者、避難所の運営に係わる人が知っておく、頭の中に留めるのは良いと考える
- ・ 避難先での環境調整の視点も重要である。例えば、子ども達が夜遊ぶと老人が「バカ野郎」と言うことがあった。実現には

難しいが子ども達だけでなく沐浴が必要な新生児など別環境が必要と考える

- ▶ (アプローチ) 子どもを評価する時には、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 (Pediatric Symptom Checklist)(Jellinek & Murphy, 2003)等を用いたスクリーニングを行う『災害精神医学』

母子でユニットと捉えて保護者や周囲から聞き取る。いきなり子どもに話を聞くのではなく保護者からアプローチし周りを安定化させて子どもを診る。このことは記述されていなかった
- ▶ (症状) 子どもの場合は内面の感情の状態を正確に伝えることが難しく、また精神的苦痛の症状も特定な形ではなかったりするので、症状を正確に特定するのは容易ではない(Scheeringa, M.S., Peebles, C.D., et al. 2001) 『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。心身症が多いことや子どもの症状の特徴、大人の症状との違いなどの記述は乏しかった。また親の不安定化、子どもの怒りっぽさの相乗効果で暴力が起こることや赤ちゃん返りなどについての記述も少なかった。子どもはトラウマに対してきわめて多様な症状をもって反応し、PTSD の症状に加えて、あるいはその代わりにうつ症状、行動問題、物質乱用やその他の不安の問題を示すことがある『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。これらに対する専門的な治療の記述は乏しかった

- (治療のタイミング) 有効な治療法に関する情報は増えているが治療のタイミング、トラウマ初期反応や年齢による子どもの自然回復プロセスを判断する根拠となるようなデータは少ない『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- (CBT) PTSD の子どもには TF-CBT あるいはほかの CBT のアプローチが医療に関する文献でもっとも支持されている『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』『災害精神医学』では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)。トラウマを受けた子どもに対してもっと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
- (薬物療法) 一般に、ほとんどの子どもでは治療的な介入と家族支援への反応が良いので、災害直後の急性期に向精神薬が必要となることはない。大人が世話、栄養、慰めを与える介入をすれば薬物治療と同等以上に気持ちを落ち着かせる効果があるだろう。そして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『災害精神医学』。RCT での検証はされていないが、子どもの PTSD に対する薬物治療介入は増加傾向にある『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- (その他) 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、特に小さな子どもへの有効な治療として広く実践されている(Ablon, 1996) 『災害精神医学』。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、子どもの年齢にあった情報を提供し(Cohen et al., 2006a)、子どもへの対応法に関する簡単な印刷物を配布する(Laor & Wolmer, 2007) 『災害精神医学』。家族は食事時間、就寝時間をきちんと定めることで正常性の感覚の回復を助けられる。学校、教会、コミュニティでの課外プログラムの再開も構造や決まり事・支持されている感覚を想像する『災害精神医学』

- 子どもはごっこ遊びを通して治癒していく。したがってごっこ遊びを見ても不謹慎といわずに見守ることが重要である
- 発達障害の子どもは彼らの脆弱性の反応により症状が顕在化するときがある。このようなときはしからない、そしておびえさせないことが大事である。また、自分が悪いから災害が起きたと考え、罪悪感を覚えるため、彼らの話を丁寧に聞き、災害について説明する必要がある
- ・ DV、こどもの虐待がもともとありうる人たちが避難して顕在化することがあるので、そのようなケースの対応も含めることを考える必要があるかもしれない。児童相談所や他の子どものケアを行う機関との連携体制を構築し、子ども達をみていくことが大事である。災害のあとで虐待が事例化するケースもあるが、そうならないように母親の支援をしたり、訪問を頻回にしたり、周囲と協力しながら観察し、目が届くようにしておく
- ・ 子どもに映像をみせないことは不可能であり、どう位置づけるかが問題である。メディア、映像をどのくらい見て、それ

が長期的にどのように影響を与えるか調べたが気をつけておく必要はあるものの安心できる環境であれば二次受傷など必ずしもトラウマ症状を引き起こす訳ではないと考える。しかし十分に気を付けて子どもの様子をみながら行うことが必要であり、テレビを見ることの禁止はすすめられない。PFA の文言にどう取り込むかが課題と考える。また PFA も含めて総合的に幅広いものを作っていくと考える

- ・ DPAT 隊員で子どもの専門家、子どもが得意な人が対応する傾向はあるが、大人、子どもとはっきりしたガイドラインがある訳ではない。(以前はあったようだった。) 熊本地震の際は児童精神科医が2名いたため彼らのいるチームにケースを紹介していたが隊員ベースだとむずかしいかもしれない。DPAT は急性期から中期に活動するので地元で繋いでいくことはできるが、隊員間で能力差もあるためそれ以上はしないことも仕方ないかもしれない

4. 母子関係

- 災害時は、子どもの権利条約(国際連合、1989)とリプロダクティブ・ヘルス・ライツ(ICPD 国際人口開発会議、1994)を尊重し、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。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『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- 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、予防接種、周産期医療の提供のための新生児医療機関ネットワークシステムの構築、乳幼児健診、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『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- 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。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し、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『IASC』
- 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)。災害後女性はレイプや性暴力を受けやすく、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、性暴力やレイプ体験のスクリーニングが不可欠。(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Lorch et al., 2000; Street & Stafford, 2004) 『災害精神医学』
- Attachment の対象がいなくなったとき、修復が必要となる
- ・ 母子関係のところに妊婦の項目が入っているが(他に入るところがなかったからか)母乳が出なくなって追い詰められている母親がいた。妊産婦の状況はあまり着目されていないのかなと考える。「子ども」に入ると見えづらくなるので、別枠

が良いと考える

5. 学校

- ▶ 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) 『災害精神医学』

日常を取り戻すのは良いが、学校が始まると問題を起こす子どもがいる。生徒の被害の程度はさまざまであり、彼らが同じ教室にいるのはつらいことが原因かもしれないので考慮したほうが良い。学校が楽しいところ、という発想は全員が持っているわけではない。学校で被災したケースはあるが安全な場所を提供するところ、という設定が良いかもしれない

- ▶ 『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』において、学校における緊急支援の定義、学校における緊急支援の主な目的、必要となる具体的な出来事が記載されており、学校における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。また緊急支援システムを形成するために、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が必要とされる。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
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、スクールカウンセラーにつなぐこと、教師の疲労を管理職と相談、自己と事件による二重ストレスのためのカウンセリングと担任との連携、保護者へのサポートがある

学校が再開すると学校に頼ってしまいがちだが学校の連携する容量の限界を念頭に入れておく必要がある

- ・ 学校の先生方は文科省からの文書を読んで不安になっている。先生方は読んだだけで何をどうしていいのかかわからないことが多い。それぞれがガイドラインを作っても、全体としてどうなのか、スクールカウンセラーとも協働しきれていないかもしれない。どこがどこまでやっているのか、DPATには子ども専門のチームはあるのか、今後検討の必要と思われる
- ・ 日本の状況を考慮すると学校は子どもについて大きい役割を果たしてことから教育委員会が重要な役割を担っている。一方学童以下の子どもは保健師が予防接種を含めその健康全般をケアしており、学齢以下のこどもでは3歳児健診などで様子をみている。母親の不安の状態が影響するので、母親の精神状態のチェックをする必要性を含め、母親の診査も盛り込むことは大切だと思う
- ・ mhGAPを作っていた時に、海外での非専門家教育の事例から、日本でも普段から学校の先生など非専門家にも使えるのではないかという話し合いがあった。難しいのは、池田小学校事件の経験からわかったことだが、先生たちは心のケアの専門家だという自負があるので、その上で先生たちに教育する場合に許容してくれるかどうかは定かではない。個人としては勉強し、受け入れてくれるとは思いますが、学校で共有となると難しいかもしれない。

いじめも同じで、対応できてないところがある。スクールカウンセラーを通じて風穴を開ける可能性については組織が縦割りなので難しい。避難所は学校の体育館なので、先生やスクールカウンセラーが子どもの対応をできるか、という質問に対しては、スクールカウンセラーは避難所に来ないし、医者同士は OK だとしても、その辺どうなのか兵庫県立大学の富永先生にお伺いする予定である。学校現場の健康教育、養護教諭会との情報共有は大事だと考える。スクールカウンセラーを派遣するのは各都道府県なので、行政との連携が重要となる。家庭の状況に関しては福祉や母子保健の方が詳しいと思われる

- ✚ 東北大地震では学校が避難所となったことから教師とこころのケアチームがうまく連携した事例もあった

6. 身体障害

- 障害を持つ子どもという視点ではないが『災害精神医学』で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を整備する。②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を備蓄し、ボランティアに障害者支援の必要な情報を与える (Nick et al., 2009; p.141)
- ・ 知的障害や発達障害のカテゴリーも設ける必要があると考える。発達障害、知的障害については含めなければいけない

7. 今後の検討課題

- 『災害精神医学入門-災害に学び、明日に

備える-』において、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)。そして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)とされる。こうした子ども特有のトラウマや状況への反応の様式を具体的に踏まえたうえでの対策、対応の立案が必要である

- 子どものニーズアセスメントに関しては被災の程度など大人と同じものはあるものの以下の4つの視点が重要であり、これを無視して一概に子どもとしてまとめることは適切ではない
 - I. 子どもの発達年齢
 - II. 母子関係
 - III. 学校との関係
 - IV. 障害をもつ子ども
- 先行文献においては、発達年齢などに応じたニーズ理解の記載は乏しかった。近年の研究からは3歳と14歳の逆境体験はうつ、アルコール、自殺などに一生影響するとされているが、この臨界期に注目した記述は見られない。こうした、年齢に応じた特有の脆弱性については、今後注目されるべきだろう
- 養育者との関係の観点から、母親などの支援者のへの支援ならびに子どもの状態についての心理教育を通じた子どものケアについての記述は少ない
- 子どもに関する災害直後に行われた科学的に厳密な研究、RCT はほとんど存在しない

- ほとんどの文献が子ども、母子保健、青少年をすべて同じカテゴリーとして取り扱っているが、より精細な記述が必要である
- 日本児童青年精神医学会からのガイドラインがあるのでこちらと十分調整していく予定である。ガイドラインに関するコアメンバーとの意見調整が望ましい
- 災害のために保護者を失った子どものフォローアップが必要である。里親制度などを使った場合には、受け入れた家族と子どもの仲介役である施設や行政職員のアドバイスの根拠はどこからきているのか、今後検討が必要と思われるとくしゅ

【11】高齢者（マトリックス資料項目13）

高齢者については3点の文献が記述している（『災害精神医学入門：災害に学び、明日に備える』、『災害精神医学』（海外文献）、『災害時の公衆衛生』）

1. はじめに：高齢者とは（『災害精神医学入門』）

- WHO は高齢者を 65 歳以上と定義。日本は 2007 年に高齢者が総人口の 21.5% を占め、超高齢者社会となった（2015 年度国勢調査データでは 26.7% を占める）
- 身体的・精神的特徴：加齢に伴う身体機能の低下、体力の低下、前頭葉の機能低下に伴う意欲の低下・適応困難、「こころの柔軟性」の低下、動脈硬化の進行による自発性の低下、うつ病の危険性の上昇（セロトニン等の脳内神経伝達物質の減少、ソーシャルサポートの喪失による）、眠りの質の低下、せん妄、尿失禁・頻尿
 - せん妄については、日照不足によるせん妄、睡眠リズムの崩壊等が要因と考えられているが、光療法に加えて効果的な対応法を検討する必要がある

ある

- 高齢者を取り巻く問題に①孤独死、②徘徊死・不明者、③自殺、④高齢者虐待、⑤消費者被害、⑥災害時要援護者・災害弱者が列挙される
2. 災害時における高齢者独特のリスク
- 災害時要援護者・災害弱者としての高齢者
 - 高齢者は自身の災害体験から安全だと誤った認識を持っていることがあり、避難勧告を無視する傾向がある（Gladwin & Peacock, 1997）。（『災害精神医学入門』、『災害精神医学』）また、生まれ育った場所を離れたくない、という理由により避難勧告を無視する傾向がある（『災害精神医学入門』）
 - 災害時に高齢者の脆弱性が増す要因には、①社会的孤立、②感覚・認知障害、③既存の精神疾患、④既存の身体疾患、⑤身体の動きの損傷、⑥社会経済的な制限（低収入、読解技能や言語の障壁）（Kaniasty & Norris, 1995; Sakauye et al., 2009）、そして⑦失感情性が列挙される（Henry et al., 2006; Paradios et al., 2008; Sakauye et al., 2009; Taylor et al., 1999）（『災害精神医学』）
 - 高齢者は身体的なストレス耐性が低下しており、脱水、貧血、不眠などの身体リスクの悪化によって精神機能が低下したり、抑うつ気分などの精神症状を生じやすい。
3. 災害時における高齢者への対応
- 高齢者における災害後の精神疾患
 - 主に PTSD、うつ病、不安障害、物資関連障害のリスクに関する若年層との比較研究結果はさまざまである。

高齢者に頻発する精神医学的問題は PTSD よりも不安、抑うつ、記憶障害である(Galea et al., 2008 『災害精神医学入門』)

- 高齢者の精神面の評価に必要な把握事項：①身体疾患の合併、②服薬状況、③知覚や運動の障害、④ソーシャルサポートの有無、⑤災害後の社会資源の利用状況（『災害精神医学入門』）。『災害精神医学』は上記に加え、(a)健康、記憶、日常生活動作制限の有無、(b)ケースマネジメントの要否に関する情報、ケースマネジメントの要否に関する情報に基づいたハイリスク者のスクリーニング、(c)ハイリスク者を治療・精検へ紹介、(d)鎮静作用のある向精神薬の使用を認知症患者に避けること、などを列挙している (Dyer et al., 2008; Sakauye, 2008b)
- 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尺度による簡易スクリーニングも有益と考えられている（『災害精神医学』）
- 直後期の高齢者への対応として PFA が推奨されている（『災害精神医学』）
- 認知症：災害時において迅速な判断ができない認知症患者は大きな不都合を抱える。介護者と離散した場合、身元特定が不可能となったり、自分の希望を表出できないことから避難所での配給を受けられない、身体疾患のための薬の内服ができない等の状況に遭遇する。認知症患者は災害弱者の内でも最も脆弱と考えられ、周囲からの積極的支援を必要とする（『災害精神医学入門』）
 - 認知症に関する注意事項：高齢者うつ病との鑑別が困難

- 認知症をもつ患者には副作用のある向精神薬を優先せず、まずは衣食住が補われている安心な環境や対象（家族など）を提供すべき
 - 身体障害、精神的障害も持つ高齢者は最も脆弱と考えられるが、軽度の認知障害は高いストレス下にある高齢者に多くみられるもので、認知症を過剰診断しないよう注意が必要。一方、認知症は進行している場合もあるので、ある程度事態の混乱が収まった時点で認知障害を含めた症状の再評価が重要
 - 上記に加え、認知症をもつ高齢者にはアタッチメント対象人物の存在が有益である (Fick et al., 2008)。また、認知障害を抱える高齢者はトラウマ後の精神医学的問題のリスクがあると認識することが重要。よって、認知機能はすべての高齢者でスクリーンされるべきであり、何らかの制限が認められる場合、家族の支援もスクリーンされるべきである。これは身体障害をもつ高齢者にも行われる必要性がある（『災害精神医学』）
- 急性期後（災害発生後 2 か月以降）における不安障害に対する精神科治療には、①リラクゼーション・エクササイズを用いた認知行動療法と、②抗うつ薬（SSRI, SNRIs）が推奨されている (Sakauye, 2008a)（『災害精神医学』）
4. 災害時に高齢者の脆弱性を減らす要因
- 災害時に高齢者の脆弱性を減らす要因には、①社会的支援、②予期能力がある (Sakauye et al., 2009)（『災害精神医学』）
 - 近年の自然災害では犠牲者の多くを高齢者が占める。災害時に有効な日常的なつながり、支え合う関係が必要であり、高

高齢者の周囲の人のサポート、行政によるサポート、家族によるサポートなどによる解決の糸口を模索する必要がある（『災害時の公衆衛生』）

- 災害時の社会システム脆弱化は避けられないことから、平時より高齢者を守るゆとりある対応が求められる（『災害精神医学入門』）

5. これからの高齢者対応の課題

- ①健康問題の早期判断と治療、②高齢者の活動性が低下しない生活環境の提供、③尊厳を保つ、エンパワメント・高齢者と支援者とのパートナーシップの促進、④ヘルスプロモーションの促進、⑤自立を阻害しない、または促進可能な範囲でのセルフケアの確立、が想定される（『災害時の公衆衛生』）
- 潜在的認知症をもつ高齢者と一般高齢者の取り扱いが明確でなく、混在している印象をうける。災害時にまだ事例化していない予備軍が事例化する可能性に鑑み、どのように準備、対処できるかを検討する
- 認知症と精神疾患の併存する事例への対処はどのようにすべきか検討する
- 高齢者が示す強い土着性とその自尊心といった心性への配慮が必要である
- 高齢者にとって自尊心は重要であり、ケアを受ける立場に立つのはつらいことである。これを考慮しながら、脱水、感染症、下痢、失禁等にどのように対処すべきか
- 高齢者をその介護者とワンセットで考える。高齢者のみならずハンディキャップを抱える人に対応する介護者への視点が重要である

6. 平常時よりの準備

- 防災計画に高齢者と認知症患者のための

計画を含め、対応方法についてケア提供者と初動対応員を訓練する。治療を継続させるためには、個人の医療情報が刻まれたアクセサリー(MedicAlert Jewelry)や、マイクロチップのインプラントや電子医療記録を手配する。有事に備えて、弱い高齢者や認知症患者へのサービス代替計画を確立する（『災害精神医学』）

- 既往の疾患の再発予防のため、既存の治療の継続は非常に重要（『災害精神医学』）
- 自助努力として若いうちより高齢にむけ準備をし、地域コミュニティとの接触を積極的に図り、関係を保つことが社会での孤立を防止する。また、高齢者に尊敬の念をもって接し、サポートする社会づくりが大切（『災害精神医学入門』）

7. 今後の検討課題

高齢者の適応を考えるとときにソーシャルキャピタルの概念は重要である。これが精神健康と実際にどのように関係しているのかについては今後の研究成果が待たれるが、臨床支援においては常に念頭に置くべき概念である。

【12】支援者(マトリックス資料項目14)

はじめに

- 支援者支援は日本において一貫して認識されてきた重要な課題である。WHO 版 PFA にも取り入れられている。
- 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』では災害時に需要と供給のバランスが急激に崩れるため供給を補うだけでなく増加した需要にもこたえられるよう、一時的にも現地の体制を補完する必要がある、復興期の支援の柔軟性が求められる。ただし、現地の需要を増やすような支援機関・支援者も存在するため支援者が気づいていない場合もある。

- ▶ 実施体制としては受け入れ側の負担を減らすような人や組織のあり方を考え、活動計画の立案し、中長期的な視点を保持する。そして現場のニーズを予測し対応する。地元の保健行政機構が破綻した場合、派遣元の組織と現場との連携を保ち、支援者を送り出す体制整備、支援者側の調整役の配置を行い、被災者側との関係をつくる。被災地の行政側の連携や調整を支援する、あるいは相互の信頼感を醸成するような関わりをする。外部支援者同士、及び支援者と行政の調整窓口を設置し、自立に向けて地元リソースを活用する『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』。
 - ▶ 急性期のDMATの対応はうまく初動したが、DMAT後の亜急性期、中長期にわたる公衆衛生学的支援を含む支援でも組織的な対応が求められる。今後そのシステムの構築が必要である『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』。
2. セルフケア、チームケア、家族ケア
- ▶ ①情報の収集②適切な休養③問題の早期の認識④適切な援助希求を指針として述べ、他に留意点としてチームの構成、単独派遣は避ける、大規模災害の現場で救護者に起こり得る症状、レジリエンスについて触れる、マスキング、救済活動の目的と限界、注意すべき群（女性、若年者、精神障害の既往・治療中、被災者である支援者）を記載している『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』。
 - ▶ アメリカ疾病予防管理センター(CDC)が警鐘を鳴らしているのが災害支援従事者に影響しうる心的外傷後ストレスである。セルフケアで重要なのは自分自身の感情

と他人の感情が自分自身に与える影響を意識すること (Goleman, 2000) であり、二次的心的外傷予防に重要な助言は 2 つある。(①災害支援活動に単独で取り組まない、②自分自身で自らを注意深く観察し、信頼のできる第三者からの観察とスーパービジョンを得る)。自身と家族のためのケア計画を準備することに加え、臨床業務を行う職場環境のためのケア計画に時間をかけて準備することが望ましい。作成の段階からスタッフが役割を果たすべきであるとも述べている『災害精神医学』。『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』では、二次的心的外傷ストレス(Second Trauma Stress:STS)、共感性疲労、代理性犠牲の重複する概念は災害支援に取り組むことにより潜在的に被りうる負の影響である (Figley, 1995; Miller et al. 1998; Stamm 1999)と述べている。組織として災害救援者のケアが重要であり、時間やコスト面からもグループワークは有効である。その目的は①急性ストレス反応の低減②情報の整理と共有③ストレス反応の心理教育・対処方略の情報交換④リスク群のスクリーニング⑤理解ある組織風土作り (松井、2005) である。また「組織は職員を守るという姿勢」(飛鳥井、2008)を示すことで職務の意義を再確認する。そしてチームスピリットが高まる。よってリーダーシップが機能する。最後に惨事ストレス反応の低減 (飛鳥井、2008) と記している。また、二次性受傷や共感疲労 (compassion fatigue) があり、これらの対処はこれが仕事の必然であると知っていること、その知識のチーム内で共有すること、としている。労務管理理念に取り入れられる

ことも予防のために重要である。さらに専門職のネットワークにおける取組が構築されることが望まれる（杉村、2009）と述べている。

- ▶ 復帰した後に抑うつ症状を経験し回復しない被災支援従事者は、復帰後の生活に再適応するため専門家のガイダンスを求めべきである『災害精神医学』。
- ▶ 『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』は慢性化することによる疲労、使命感と現実の制約の間で生じる葛藤、住民との直接の接触により心理的な反応として怒りなどの強い感情が向けられることがあること、他地域からの援助者は出向に伴う生活の不規則化があることを追記している。反応として適応障害、恐怖症、従来からの精神疾患の憎悪が挙げられる。対策としてローテーションと役割分担の明確化、被災現場のシミュレーションを加えている。

日本では支援者が被災地からの場合、休んでもらうことが難しい場合がある。休暇中でも気になったり、自主的に働いたり、また周囲の目が厳しいといったことが背景にあるため、休暇もリーダーが命じ、業務休暇をとるようにするのが良いかもしれない。持ち場を離れるだけで自分を責めることになるかもしれないので会議、研修、職員旅行といった形が勧められる。
- ▶ 『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』では上記に加え、通常の生活に戻れて任務完了とし、移行期間や残留組への配慮、事後教育について記述している。
- ・ （予防）現地の支援は疲労防止のためにローテーションがよいと考える。

3. 準備・訓練

- ▶ CDCは災害支援の現場で活動する人向けに推奨する事項を発表し、災害救急時セットの準備、家族の防災計画の構築、災害についての情報収集を挙げている（CDC, 2010a,b）。また、災害支援に参加希望者のメンタルヘルスの専門家は災害支援に関するトレーニング機関として認められている団体から適切な訓練を受けておくべきである（American Red Cross, 2010）。準備としてセルフケア計画の策定がある（Yassen, 1995）『災害精神医学』。
- ▶ IASCでは精神保健・心理社会的支援に関し、支援者にオリエンテーションと研修を実施する。戦略的、包括的、タイムリーかつ現実的な研修計画を準備し、有能で意欲的な研修指導者を選定する。直接的かつ実際的に応用できるような学習方法を用い、適切な学習形態を用いる。予想される緊急対応に直接関連したオリエンテーションおよび研修・セミナーの内容を準備する。研修に先立ち研修指導者を育成すべく、指導者研修プログラムを策定することを検討する。いずれの研修後も、状況に応じて適切に、あらゆる研修受講者のモニタリング、支援、フィードバック、スーパービジョンに関するフォローアップ・システムを設ける。教訓を確認し、パートナーと共有し、将来の対応を強化するように、オリエンテーション及び研修を文書に記録し、評価を行う。『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』『災害時の精神保健対応のあり方に関する検討』も研修やスーパービジョンの必要性を述べている。
- ▶ IASCは1. 採用には知識と責任あるスタッフを任命する。2. 採用・選定の原則

を適用する。3. ジェンダーのバランスをとり、主要な文化・民族グループの代表を取り入れる。4. 活動の条件を設ける。5. 推薦者および専門資格を確認する。6. コミュニティの文化および適切な行動様式に精通し、見識を持っているスタッフを採用するようにする。7. 国外の精神保健専門家個人からの支援の申し出には入念な評価をする。そして、スタッフの行動規範および倫理指針を実施する。

- ▶ 災害支援に当たる人に特有の性格特徴の一つにレスキューパーソナリティ (Mitchell & Bray, 1990) がある。自らの価値観に従い、考えるよりも行動を選び、物事の効率にこだわり、保守的であり、退屈しやすく、非常に献身的という特徴がある『災害精神医学』。
- 支援者に向けた性格特徴としてレスキューパーソナリティとあるが、現場ではコミュニケーションスキルが大事である。そして感情的負荷がかかるのでそれに耐えられる人など支援者に求められる資質について今後さらにまとめていく必要がある。被災地に派遣する責任者 (例：院長など) にとっての派遣者の選出方法など。
- 人的資源の系統的育成、派遣のモニタリングが課題である。
- ・ テキストブックにも載っていたが、それほどのエビデンスがあるのかは疑問だった。パーソナリティを指摘されてもどうしようもないと思われた。東日本大震災などの想定外の災害の際には広く関わる人を募る必要がある。自分自身がトラウマなどリスクを抱えている場合は、間接的に支援する方法があるという内容が示されている。自身の動機をよく考える

などの助言がよいと考える。

- ・ 支援者パーソナリティの中に、マニックリアクション、精神症状が入っている人もいるため、支援に行く時に自分がどのような状態なのかをよく見てから行く、という文言が適していると考え。パーソナリティというより、相手に合わせるコミュニケーションが現地の支援者には必要な一方で、DPAT・DMAT に対しては番犬のような役割を担っていただくなど工夫が必要と考える。我々の活動を説明するスキルは災害支援の場で求められる。状況に応じてコミュニケーションをうまく使い分ける視点が必要である。これはプロフェッショナルとして重要であり、自分達の活動を説明できるスキルも必要と考える。
- ▶ 『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』では、コミュニケーション能力、公衆衛生の視点、行政組織との連携そして支援の視点、情報収集と調査活動、地元の保健と医療のリソースとの協力と連携、柔軟な対応、情報の提供が外部支援者に必要である、と記述している。

4. 今後の展望

- ・ ガイドラインに入れることを考えると、支援者のトピックだけでも本一冊になるほど幅広い課題である。支援者には消防から地元のボランティアまでいるが彼らを含むすべての支援者を対象にし、内部の支援者と外部の支援者で分けて記述する。今回用いた文献の多くが外部からの視点で記述しており、支援者には被災地の職員である支援者と被災地以外からの支援者がいるがそれを明確に分けて記載している文献は少なかった。内部、外部支援者それぞれの特性があるので、支援

のストラテジー、方法論も異なる。日本もそのような視点を促す研究をすべきと考える。

- ・ 今後アメリカの PFA のモバイル版の「自分を守るためにすること」を参照していく予定である。DPAT は支援者支援について若干触れているが、スキルアップが必要である。支援者支援はどうするかという課題についてその方法、その場で気を付けることなどを書き入れるとより実践的なものになる。基本的なスキルが書かれると良いと考える。
- ・ レジリエンスなのか vulnerability として書くのか、どちらを強調するのかは検討する必要があるが、二次受傷からの保護を考慮し vulnerability のモデルで考える予定である。今後この視点から消防の文献も考慮する必要があると思われる。

【13】マイノリティ（マトリックス資料項目15）

マイノリティについては4点（うち3点は海外文献（『巨大惨禍への精神医学的介入』、『災害精神医学』、『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』）と『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』の文献が記述している。

マイノリティには LGBT 等様々なグループが存在し得るが、災害関連の文献で扱われてきたのは、居住者としてのエスニックマイノリティであるので、以下はそれについて論じる。エスニックマイノリティについては、人種による定義、国籍による法的定義と、多文化的背景による定義とがある。人種的、法的にマイノリティであっても、居住国で出生し、言語、文化を身につけている場合にはマイノリティとして扱う必要は乏しい。以下ではこのような視点も念頭において議論をする。な

お多文化的な背景を問題にするのであれば旅行者もその対象になるべきであるが、これは多文化対応として論じるべきかとも思われる。

1. はじめに：マイノリティへのメンタルヘルス・サービスの必要性（『巨大惨禍への精神医学的介入』）

- 2025年にはアメリカ全人口の40% (U.S. Department of Health and Human Services, 2001) を占めると予測されるマイノリティの間の精神疾患有病率を、明確に把握することはその文化の多様性から困難である
- しかしながら、一調査によると災害によって引き起こされやすいのは、PTSD と気分障害だった (Norris, F., Friedman, M. et al. 2002) が、マイノリティのうつ病有病率は、白人のそれと同様かそれより低く (Holer, C., & Copeland, C. 2000, Kessler, R., Berglund, P., et al. 2003, Takeuchi, D., Chung, R., et al. 1998, Vega, W., Kolody, B., et al. 1998) 文化的に多様なグループの PTSD に対する相対的な脆弱性の度合いを判断するのは困難であると示された。PTSD 有病率の民族性による違いを認めなかったが (Kessler, R., Sonuga, A., et al. 1995), アメリカよりメキシコ (Norris, F., Murphy, A., et al. 2003)、白人では非ヒスパニックよりヒスパニック系のほうが (Ortega, A., & Rosenheck R. 2000) 生涯有病率や重症の PTSD が高かった
- 米国におけるマイノリティのうつ病や PTSD の調査は概して十分とはいえない (Srinivacan, S., & Guillermo, T. 2000)。サンプリングに加えて、症状評価にも多くの難しさがある (Alegria, M., & McGuire, T. 2003, Kirmayer, L. 1996, Norris, F., Weisshaar, D., et al. 2001,

- Zheng, Y., Lin, K., et al. 1997,
Guarnaccia, P., Ganino, G., et al. 1993)
- 一般的に民族性の影響を調査した災害研究のほとんどは、マイノリティの評価が良好でない結果を提示しており (Bolton & Klenov, 1988; Galea et al., 2002; Garrison et al., 1995; Green et al., 1990; March et al., 1997; Palinkas et al., 1993; Perilla et al., 2002; Webster et al., 1995)、トラウマ後ストレスにおける民族的な相異は、劣悪な経済的状況を筆頭とする多くのリスク因子による影響を示唆している
 - マイノリティを対象とした比較研究は人口集団の文化的あるいは歴史的な状況が災害の影響度に大きく関わり、複雑化に寄与している
2. マイノリティによるメンタルヘルス・サービスの利用
- マイノリティによるメンタルヘルス・サービスの利用には大きな格差があり、白人との差異の要因には(DHHS 2001), ①健康解離への意識の相違、②医療保健や問題自覚力の低さ、③苦痛や障害を感じる等値の相違、④言語問題、⑤文化的対応が可能なサービス提供の限界、⑥公的機関などの外部者に対して支援を求めることへの迷い、⑦スティグマ、⑧精神医学治療への不信感等がふくまれる。なかでも、米国公衆衛生総監の報告(U.S. Department of Health and Human Services, 2001)は、スティグマがメンタルヘルス・サービスを利用する重大な壁となっていることを指摘している (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
 - マイノリティに対する偏見は米国に浸透している問題であり、マイノリティのなかで精神医学の治療に対する不信感は強い (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
- 311 同時多発テロ事件後に実施されたニューヨークのプロジェクト・リバティからのデータは、解決策としてマイノリティがサービスを受けるために障害となるそれらのスティグマ、不信感の軽減と受診のための費用を削減することを挙げている (『巨大惨禍への精神医学的介入』)
 - 居住者としてのマイノリティということに加えて、経済的困窮などの問題の併存がメンタルヘルス・サービスを受ける妨げとなっていることは、災害発生以前にストレス要因を抱えていることである。マイノリティに併存しやすい社会的リスクファクターの解明と対策が検討されるべきである
 - IASC ガイドラインでは、一步踏み込んでマイノリティコミュニティのリーダー、宗教的・スピリチュアル上の指導者に会い、被災状況が被災者の支えとなる実践に対する考え方の知識を獲得することを奨励している。そのマイノリティのコミュニティに適切な文化的・宗教的・スピリチュアルな支援、対処メカニズムを学習するだけでなく、収集した情報を関係連携組織の人道支援者らに発信することで彼らに適切な癒しを行える環境を整備する (『災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン』)
3. 災害時の多文化対応 (『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』)
- 日本においては日本語を母国語としない居住者は災害弱者であり、二次的な情報不安に陥り易く、適切な医療・援助を受けにくいという状況に晒される可能性が高い。しかし、日本語で十分に意思卒可

能なとくに永住権をもつ外国人に至っては、多文化対応の対象に含める必要はない

- 精神保健医療暗闘者の異文化理解に基づいた適切な法制ならびに多国語による情報提供を外部の専門家に依頼するのが効果的と示唆される
 - 外国対応の窓口を作る案に関しては、外国人といっても様々な言語があるため、現実的には多言語対応実現の難しさがあると思われる
 - 炊き出しをすると、外国人か否かに関わらず、関係ない外部の人が集まってしまうということはよくあり、外国人の対応について困っている自治体は多い
- エスニックマイノリティの中には、人種、あるいは国籍の有無による定義と、居住国の言語、文化を共有していないという文化的定義がある。災害時において支援から取り残されがちなのは文化的マイノリティの方である。マイノリティ支援は、各個人による、災害時の自己決定権を尊重するためにあるので、マイノリティ支援が隔離、疎外を強化してはならない。東日本大震災では、人種、法的立場についての個人情報情報を行政から聞き出すということが見られたが、人権侵害ともなりかねないので慎重な配慮が必要である
 - 多文化対応のくくり、マイノリティのくくりのどちらがよいのか検討する必要がある
 - 個人的な事情で外国籍であることを隠している住民もおり、行政による家庭訪問・アウトリーチが有効であるとは一概にいえぬ。また、国による日本在住者の支援も様々で、自国民が差別されていないか領事館員

にチェックさせている国もある。従って、外国人の対応は、本人の自己の決定権の問題で、本人に選んでいただくことが大事ではないか

- 文化的マイノリティ支援を含め、災害時の人権保護について独立したチャプターが必要である

- 解決策として、災害対応従事者が、各地域の外国人支援や対応をしている機関や団体（民間団体、NGOを含む）を平時から整理し、コンサルテーションを行い、準備をしておくのがよい。平時から関係をつくり災害時に備える

4. メンタルヘルス・サービスの質の人種的格差に対する解決策

- 支援者がマイノリティの独自の文化背景や経験についての正しい理解が必須であり、とりわけ個人主義と相対する集団主義の概念の把握は重要である（『巨大惨禍への精神医学的介入』）加えて、支援者が被災地域の文化を学び、あらかじめ認識しておくことが不可欠である。地元の文化に精通している人々（地域住民、文化大使等）と連携し、地域の伝統と合わせた活動を行えるとよい（『災害精神医学』）
- 難民についても考慮をし、別途論じる必要がある
- 災害カウンセリングに用いられているGinger & Davidhizer(1999)の多文化に配慮したアセスメントと介入モデルは以下の考慮事項を提示している：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「個人的空間」の捉え方の違い、③社会組織の影響（信念、価値観、態度等）、④時間の捉え方の違い、⑤環境のコントロールに関する新年の違い（U.S. Department of Health and Human Services, 2003）（『災害精神医学』）

- 災害精神科医が親善大使として成功を収めるには、精神医学に対して前向きな見解を持たぬ人々に敬意と誠実さをもって接することをすべての基盤となる。それが、維持可能な協働関係、効果的介入、エンパワーメント、コンサルテーションを可能とする大きな機会を作り出す（『災害精神医学』）
- 災害精神医学は若い分野であることから、メンタルヘルスを越えた分野の知識を関連させることが重要である。時間をかけて一つのマイノリティコミュニティとの同盟関係を築くには、柔軟な見解をもって外交術、公衆衛生の視点、対立解決等の精神保健の枠を超えた知識の獲得が必須であり、それらをもとに親善大使として課題にチャレンジし、成功することで災害精神医学の分野への貢献となる（『災害精神医学』）
- 様々な形で行われているマイノリティへの支援は災害時における地域社会活動でも文化的な意味を持って対処することを組み込んだ新たなアプローチの重要性を示唆する（巨大惨禍への精神医学的介入）
災害時の精神保健医療従事者は多職種と関係機関のステークホルダーらのファシリテーターになる責務があり、適切なマイノリティ支援を含めてそれを行うことは中長期支援への橋渡しにつながるのではないかと

【14】遠隔（マトリックス資料項目16）

1. はじめに：災害遠隔精神医療の適用
 - （準備）災害前段階において、防災計画と災害についての教育が中心となる。災害時に遠隔精神医療がいつ、どのように使用されるかを見極め、インターネット接続確保のためのインフラ構造・設備の

整備ならびに遠隔精神医療提供のために必要な技術的準備を充分に行う必要がある『災害精神医学』

- （災害遠隔精神医療の内容）急性期段階において精神科医は遠隔精神医療を通して、医療提供者ならびに他の精神医療専門家のコンサルテーションに応え、精神医学的介入を必要とする人々のトリアージを支援し、介入の実施を助ける。急性期の後の段階では精神医療ケアの提供で遠隔精神医療は重要な役割を担う可能性がある『災害精神医学』
- （支援者）支援者自身の精神的健康を維持するためのサービスの提供にも使用可能であり、災害支援者の援助に有益である『災害精神医学』
- （教育）専門知識へのアクセスとして継続的に使用可能である（例：Frueh et al., 2007b）また災害がもたらす精神的影響についての継続的な教育でも効果的である『災害精神医学』

2. 課題

- （法律）医療と法律の問題が要となる（例：コンサルテーションを行う臨床家と患者が別の州にいる、臨床家の資格確認の徹底、診療の医学記録の必要、臨床家の医療過誤保険が災害時の臨床遠隔精神医療行為をカバーするよう準備をしておく）『災害精神医学』
- （アクセス、環境）遠隔精神医療へのアクセスは文化的、言語的、民族的、社会経済的な問題により影響される（Shore et al., 2006, 2007a）。遠隔精神医療使用への理解の度合いに地域格差が見込まれ、また、通訳の必要が生じるなど、導入環境が複雑化する『災害精神医学』

3. 今後の展望

- 災害時を含む緊急事態において難題と

されている、精神医療のリソース不足やアクセスの困難は遠隔精神医療によって解決される可能性をもたらしている。

- 遠隔精神医療の実施に特化した訓練を受ける精神医学臨床家ならびに災害精神保健専門家の増加がリソースの確保を促進し、同時に事前の綿密な計画がそのリソースへのアクセス促進を支援する『災害精神医学』
- 関係機関の共同と統合により公衆衛生を促進させる『災害精神医学』
- CBT アプリが開発され、現在臨床に用いられている。災害時での使用は念頭におかれていないが、検討されるべきである
 - 災害後の遠隔精神医療が最初に記録されたのは、1988年のアルメニア地震においてアメリカ NASA、ソビエト連邦の共同介入であり、インターネットを使用した teleconsultation が 240 の臨床事例の支援のために実施された (Nicogossian & Doarn, 2011)
 - 以降、オーストラリアの山火事の被災者を対象とした telemental health の導入 (Reifels et al., 2012)、ソマリアでの医療従事者による tele-consultation の導入による精神症例への対処 (Zacjaria et al., 2012)、デンマーク・スウェーデンで行われた多国籍の亡命希望者、難民、移民を対象としたビデオ通信を介した telepsychiatry の実施例 (Music, 2008) がある
 - 最近の事例としては、2015年3月に洪水、そして同年10月にマグニチュード 7.5 の地震にみまわれた北パキスタンで災害後の外傷性ストレス障害をもつ被災者を対象に

Telepsychiatry を使用しての介入が行われた (Qadir et al., 2016) 。500 人の成人がスクリーニングを受け、うち 57 名が PTSD あるいはうつと診断された。この 57 名は訓練を受けた精神科医より少なくとも週に 1 度 1 時間のセッションを 10 か月間遠隔で受けた。パキスタンでは 16 万人が何らかの精神的問題を持ち、うち 34% が不安症やうつの影響下にあり、とくに過疎地では文化的理由から精神医療にかかることへの抵抗が強い。過疎地の北パキスタンでの災害後の遠隔精神医療の数少ない実用例としてその研究結果の発表が期待される

【15】特殊事例（マトリックス資料項目 18）

1. はじめに：物質乱用
 - （災害との関係）災害によってアルコールやその他の薬物使用の間に有意な関係が示されている (Rubonis and Beckman 1991; Okura, 1975; Logue et al. 1979; D.W. Smith et al., 1999; Rubonis & Bickman, 1991; Vlahov et al., 2002, 2004; Joseph et al. 1993; Adams and Adams 1984)。一方で、被災経験は薬物やアルコール使用と関連しないと示されている (Bravo et al., 1990; E.M. Smith et al., 1990; Green et al., 1990; North et al., 1994)。災害前にすでにアルコールや薬物使用の既往を認めることは、災害後に使用が増加する危険因子である (E.M. Smith et al. 1990; Bravo et al. 1990; North et al. 1999) 『災害精神医学』
- 保健科学院が行っている「東日本大震災被災者の健康状態に関する調査研究」では沿岸部の漁村を中心にタバコ、飲酒、

睡眠などを調査し、結果はタバコ、飲酒において震災前と変化は認めなかった（現在データを解析中）

- ▶ （PTSD との関係）疫学調査は一貫して PTSD と薬物使用障害の高い有病率を示している（Shore et al., 1989; Stewart, 1996）。一般的に PTSD はアルコール使用に先行する傾向があることから（Stewart, 1996）、PTSD とアルコールや薬物使用は被災者・被害者の自己治療の手段であることが予測される。9.11 アメリカ同時多発テロ後、テロに暴露された人々の間で薬物使用が有意に増加しただけでなく、リスク要因としてテロ現場に近かったこと、テロ以前 12 か月以内にストレス経験があったこと、テロ直前にパニック発作を経験した、メディアによる報道に頻繁に接した、という特徴が判明した（Marshall & Galea, 2001; Vlahov et al., 2002, 2004）。加えて、思春期、リソースの重大な消失、未婚が誘因として挙げられる（Kishore et al., 2008; Thompson, 2004; Valhov et al., 2002）。一方、保護要因として加齢、既婚が示されている（Rowe & Liddle, 2008）。災害後の救急要員は過度のアルコール消費傾向を顕著に示す人々である（North et al., 2002b）『災害精神医学』
- ▶ （アルコール）一般成人の間で危険飲酒の割合はアルコール乱用・依存率よりも高いが、災害後により多くの人々がアルコール使用障害基準に達する問題飲酒行動に走ることが予測される。国立アルコール乱用・依存症研究所（National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA）のガイドラインは、危険飲酒への適切な治療対応として助言と援助を柱とする短期介入を記している

が、同時に身体医学的、精神医学的、心理社会的問題を含めた併存する問題を明らかにすることで患者の飲酒行動を紐解き、身体的・精神的障害の治療の必要性に対応できる体制を整えておくことが重要であると述べている『災害精神医学』

- ・ アルコールのことは特殊事例でもなく、急性期、初動時において問題行動を起こす人への介入は災害精神保健で大きな問題である。少し時間が経つと 3 合飲んでいたり、時期が経っても、引きこもって飲んでいる中高年の健康をどう守るかということが課題である。福島で保健師や福祉センターが実施している Happy Program など東日本大震災以降、各自治体でも非常に創意工夫して取り組んでいるので、海外のレビューだけでなく日本の活動を発信すべきだと考える。依存ではないが、遺族がいる横で酒盛りをしていたり、夜の巡回をしてもらうなど警察との連携が重要と考える。楽しく飲む環境が無くなる、という一般人の飲酒環境も避難環境全体の中で考慮するべきである。事例化するということを明記、啓発するべきである。避難所ではおかしな人がいて騒いでいるという報告が上がってきて事例化していく。初期では避難所でも飲酒が禁止されていなかったりする。「耐えられなくなってくる」と「飲み始めてみた」では飲酒の性質が大きく異なる。発達障害の子どもと同じで、避難環境によってあぶり出される
- ▶ （スクリーニング）大規模災害はアルコールや薬物の流通経路をしばしば破綻させることから、災害支援現場で重要なのはアルコールと麻薬の離脱症状の診断である。アルコールや薬物使用に関する質問が見逃されたり、既往歴の聴取が不十

分になったりするので、スクリーニング法の使用が推奨される。被災時のメタドン・クリニックにおいてのメタドン供給停止は患者にオピオイド鎮痛薬を代わりに求めさせる。また、アルコールや薬物使用障害の既往がなく、ハイリスク群とみなされていなかった人々が不眠、疲労感、不安といった災害時に頻繁に起きる症状の自己治療の手段として身近に入手可能な薬物に手をのばす。一方で、元来の薬剤使用中断による離脱症状の解決策として、より入手可能かつ強力な薬物使用が、新たな離脱を生じさせ、さらに症状を悪化させるという複雑な問題がある『災害精神医学』

- ▶ (治療) アルコール離脱の患者については離脱の程度によりアルコールと交叉耐性のある薬物を用いた適切な解毒治療が行われなければならない。一方、オピオイド維持治療を受けていた人がオピオイド離脱を起こしている場合は、以前に服用していたオピオイド拮抗薬の一日量から再開する。以前の用量が不明の場合は少量より再開し、鎮静の兆候ならびに呼吸抑制の危険が出現しないか監視する。アルコール、鎮痛剤、麻薬の離脱に対する治療に有効な薬物は WHO 本質的な薬物モデルリスト(WHO, 2010) を参照のこと。離脱治療を終了後、解毒が完了した患者は拮抗薬を用いた治療と再発防止カウンセリングを併用したアルコール・薬物依存に対する治療を受ける。解毒後の過量服薬の危険は高く、この点についても患者に十分に周知すべきである。嗜癖の専門家が不足している場合、精神科医は災害急性期の現場において対アルコール依存症薬物を処方する役割を担う可能性がある。嗜癖の専門家に相談するこ

とが奨励される『災害精神医学』。アルコールに関して久里浜病院の報告書などを今後ガイドラインに反映していく予定である

- ▶ (重複疾患) 大うつ病は PTSD に罹患している患者のアルコールや薬物使用の症状の治療については特別な注意を払うべきである。PTSD の治療ではアルコールや物質使用の症状を合併していた患者に対しては、暴露療法よりも認知行動療法モデルが望ましい結果を得られている(Foa et al., 1999)。Seeking Safety は PTSD と薬物使用障害の合併症状を呈しているトラウマ患者を対象とした標準的な CBT 治療法である。PTSD の治療が薬物乱用に対する直接的な治療の代用にならぬこと、また、抗うつ薬・抗不安薬と心理療法の併用が薬物使用症状に効果をもたらすことを示す圧倒的なエビデンスはない(Labbate et al., 2004) 『災害精神医学』
- 災害後にアルコールを過剰摂取する人は災害前からの薬物乱用歴などの脆弱性があるかどうか検討する必要があると思われる
- 災害後に抗不安薬を飲み始めいまだに内服している人や大量に処方された薬で依存になった人がいないかの調査が必要かもしれない。処方期間、量に関して精神科以外の医師(例:内科医など)にも注意喚起が必要である
- 通常の処方薬については研究班で調査をしており、東日本大震災に関しては知見が出てきている。急激に飲酒量が増えるという傾向はなさそうである。阪神淡路大震災の時と同様に東日本大震災の時もアルコール飲料の販売量はむしろ減っているのではないかとされている。この

ことから海外の知見は必ずしも日本に当てはまらない。災害前からその傾向があった人は、災害後に再発するということはあると考える。災害前からアルコール依存のケースの数が少なく確認できていない。ベンゾジアゼピン系の問題に関しては、被災地での使用頻度の高い人に女性の割合が高いことがわかってきている。震災後一年後、二年後に追跡調査をしたが、ベンゾジアゼピンの使用量は減ってはならず、同じレベルを維持していることが明らかになってきた。アルコールに関しては、もともと飲酒していた人は注意が必要だが、災害そのものが飲酒の問題を引き起こすということではない。睡眠薬に関しては、避難所で眠れないなどの理由で多く睡眠導入剤を処方したため、慎重にみていく必要があるかもしれない。ギャンブルが一時的に増えた。被災地の男性において、一時的に増えたが2年後は減った。大船渡などでも、環境の問題として、本人にとってみれば変わらないことでも、住環境の影響でより明るみに出るということは考えられる。避難所や仮設スペースで、狭いところで多くの人に住み、隣の人との距離がない、音が筒抜け、隣で酔って怖い通報がより明るみに出るなど、住環境の変化によってもたらされるものは様々である

2. 自殺

- 自殺とは「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない」と定義される。自殺予防とは、自殺の危険因子を小さくし、保護因子を大きくすることで自殺死亡を少なくする取り組みであって、それには臨床的アプローチと公衆衛生的アプローチがある。地域の自殺率減少に効果があると考えられている介入法は、対人関係ネットワークの構築、総合的支援に結びつける自殺の危険因子・保護因子への介入、ならびにマスメディアへの自殺予防についての情報提供である。自殺者のほとんどが死亡時点で何らかの精神疾患に罹患していたと示す研究が多いため(Arsenault-Lapierre et al., 2004; Bertolote et al., 2004; 松本ら, 2011)、公衆衛生の自殺予防対策は精神保健医療と連携する必要がある。ハイリスクグループには支援に辿りつけない問題(アクセシビリティ)を抱える人々が多いことから、効果と実施可能性のバランス、利用可能な地域資源など、地域の条件に即した自殺予防対策を計画していくことが肝要でこれは公衆衛生における自殺予防対策に役立つ。多重な問題を抱えているほど支援へのアクセシビリティは低いと考え、何らかの事情で事例化するタイミングを生かして総合支援へ導入することが期待される。『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- (災害との関係) 災害と自殺の間に一貫した関係はない(米本, 2012)。災害後に自殺が増加するという思い込みによる情報発信は厳しく慎むべきであり、とくにマスメディアによるセンセーショナルな自殺問題ならびに自殺統計の取り上げは群発自殺抑止のため防止されるべきである『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- 東北大震災後に日本から自殺に関する研究が発表されているので今後それらを取り込んでいく予定である
- (予防) 理想的には臨床的アプローチと公衆衛生的アプローチの統合であるが、リソースの限られた災害現場においては

ハイリスクグループへの対応、地域に潜在しているニーズを自殺予防の見地からつなぐ等、現場の負担を軽減させるアプローチが適切である。自殺ハイリスク者への接触・介入は困難になるため、自殺リスクが高くない地域住民も含めて、①地域のニーズへの気づき、②実態把握（地域診断）、③目標の設定、④具体的なプログラムと評価指標の準備、⑤プログラム実施、⑥評価と新たなニーズへの気づき、の6ステップに沿って自殺予防を行うことが推奨されている『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- ▶ (学校)『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』では現場の教師が手探りで適宜対処している状態であること、スクールカウンセラー、専門機関との連携し組織的対応を行う必要があること、自殺防止教育を学校の教育活動として位置づけることが緊急の課題である。そして子どもが自分の命の危機を乗り越える力をつけ、子ども同士がお互いの危機を察知し適切に対応できるようにすること。予防として生徒の自尊感情を高め、悩みをかかえる生徒が孤立しないように仲間作りを促進してゆくことを記述している
- ・ 学校支援について、県単位で入る臨床心理士が教育委員会にうまく入っていけずに孤立する。県の事情によって臨床心理士会の体制が全く異なる。これから国家資格となる公認臨床心理士との兼ね合いや力関係なども考慮していかなければならない。もともと心療内科にいた立場として、表現が身体性であるケースも相当数おり、データが取れていない。今後注目すべき点である
- ・ 自殺大綱に災害が入ってないので触れる

ようにする。自殺未遂という観点もあるが、既存のシステムとの接合性について書いた方がいいと考える。被災者のこころのケア要綱に自殺、自殺未遂の観点を入れるべきである。介入した・しない地域で変わり（自殺がなくても発生することがある）ここで入れるか（特殊事例項目）、全体で入れるか判断が難しい。もちろん救急医療システムは24時間作動しているが、自殺未遂や危険性があった時には早急に入院させたりするなどのコーディネートが必要なので、そのあたりも書いた方がいいと考える。災害の中では早期から死にたい人たちは出てくる。自殺予防は災害時現場で問われることなので、事前教育を入れた方がいいと考える

3. パーソナリティに関する問題（『災害精神医学』）

- ▶ 災害発生時に多くの被災者にみられる退行性反応は器質的なパーソナリティに関わる問題とは区別されるべきである(Ekisi & Baum, 2009)
- ▶ 特に反社会性や境界性パーソナリティ障害にあたる人々は不愉快で対応困難な患者として、パーソナリティについての問題を治療への抵抗と理解されがちであるが、逆に治療可能な部分に焦点を当てて治療にあたるのが支援者・被災者双方にとって益である
- ▶ 4つの基本的な神経症的スタイル（強迫性、妄想性、ヒステリー性、衝動性）(Shapiro, 1999)について覚えておくことは臨床医が被災現場においての被災者のニーズの査定に有用であるだけでなく、治療の質や結果を予想するにも役立つ
- ▶ 臨床医はパーソナリティ問題を抱える被災者を支援する際、投薬によって早期治

療効果ができる I 軸の様相を見逃すべきではなく（例：Uhlenhuth et al., 2008）、臨床家自身が体験する逆転移についても検討し、有益な治療の糸口とすべきである（Yudofsky, 2005）

- パーソナリティ問題に有効な心理療法には支持的療法、認知行動療法的介入、早期の弁証法的行動療法介入と受容に基づく介入が挙げられる（Connor & Zhang, 2006; Gratz, 2007; Rimes & Chalder, 2010; Yen et al., 2009）
- とはいえ、被災現場において臨床医が災害後のストレス反応とパーソナリティ特性を見分けられると期待することは現実的ではなく、被災者の言動が被災者ならびに治療目的に対して甚大な悪影響を及ぼすか否かに注目することが適切な介入を可能とする
 - 急性症状とストレス反応に起因する慢性的、持続的なパーソナリティ特徴を区別するため、症状の再検討ならびに「これまでを振り返って、あなたはどのようなタイプの間人だと思えますか」という問いは効果的。
- 日本の災害時精神保健介入において、人格障害を扱うことは稀であると推測するが、どうか検討する必要があるかもしれない
- 災害時の人格障害への臨床的介入は困難であり、行動面での評価にとどまるのではないかどうか検討する必要があると思われる
- I 軸障害の躁病を見逃している場合があるので注意が必要である

4. 人的災害（大量破壊兵器）（『巨大惨禍への精神医学的介入』）

- 1995 年の東京地下鉄サリン事件では、サ

リン患者についての長期研究により身体的、精神的症状が暴露後 5 年間続くとしており、PTSD の診断率は 2~3%、部分的 PTSD は 7~8%、そして研究対象者の 10% に MUPS（眼症状、疲労感、筋肉の凝り、頭痛）が発症していると報告された（Kawana et al., 2001）

- Chemical biological, radiological and nuclear（以下 CBRN）兵器による前駆症状は多くの場合、非特異的であることから、トリアージを困難にする。さらには人々が CBRN 物質に暴露されたと認識し、実際の被害を受けていなくともこれらの一般的な前駆症状が起こる現象を OMUS（outbreaks of multiple unexplained symptoms: 多様な原因不明症状の突発）という（Pastel, 2001）
- 現在あるデータからは、中等度または重度の障害/疾患を呈する患者よりも、軽症または心理学的症状を呈する患者が多いことが示唆されている
- 自然災害および従来型兵器によるテロ攻撃の被災者への共通の影響として、生存者には PTSD、うつ病、全般性不安障害、および物質・アルコール乱用が認められる（Norris, F.H. 2002; North, C.S., et al. 1999）
- CBRN 兵器による攻撃時に一般的に起こると予測されている集団パニックは実際には稀である（Glass & Schoch-Spana, 2002; Quarantelli, 1960）。
とはいえ、CBRN 事態においては大勢の人々が救急外来につめかけ（Bleich et al., 1992; Rotenberg et al., 1994）、ストレス反応を示すことから、救急外来に神経精神医学的障害のトリアージに含めるべきである（Burkle, 1996）。また、メンタルヘルス従事者は救急外来と良好な関係を平

常時から築き、病院にストレスセンターを設置するのが重要である (Rosenbaum, 1993)

- 日本だと福島原発事故がその例になるのかもしれない。そして誤った情報により混乱が生じる可能性があるかもしれない

5. DV 防止教育 (『災害・事件後の子どもの心理支援』)

- 日本において通称 DV 防止法 (配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律) は 2001 年に成立、公布され、その後二回改正されている
- DV の定義: 「配偶者や恋人などを親密な関係にある、又はあった者から奪われる暴力」
- 日本における DV の背景要因: ①ジェンダー平等意識の低さ、②暴力としての認識の乏しさ、③自尊感情の低さ、④暴力的な家庭で育つこと
- DV 防止教育は 2000 年より民間団体「アウェア」が先駆であり、2008 年より国政として DV 防止教育を学校教育の一部として教育啓発活動の普及が開始された
 - DV 防止教育は基本 90 分のワークショップであり、大学生・短大生をはじめ中学生ら、より若い層にも積極的に行われており、ワークショップ後には、プログラムの意図にあった暴力への意識の変化を示したコメントが寄せられている (山口, 2003)
- 暴力による支配から脱却し、対等な関係を構築していくために幅広く地道な統合的な取り組みが求められる。関連機関の連携・協働という視点も需要と考えられる
- DV に関して日ごろからトラウマに対する手当てが十分ではないため、災害時に

事例化しないか注意が必要である

- 災害時にレイプ事件が多発するという風評があるが、実際はどうか検討する必要と思われる

6. 将来の大規模災害に向けた提言

- 災害準備の基本は「最悪のシナリオ」を設定して計画を立てることである。公衆衛生対応について、具体的かつ実践的な対応を地域及び広域で検討し、マニュアル化する必要がある。「避難所運営マニュアル」などを作成し、管理者や地域自治会などで活用できるよう準備する必要がある。長期的対策として **building back better** を作り上げる努力をする必要がある。あるべき「目標」をできるだけ住民とともに議論し、具体的な行動計画を作成、見直すことである。また行政、専門家、民間支援組織を含めた日本にあったスタンダードが必要である。『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
 - (連携・協力・調整メカニズム構築) 医療以外の重要課題・分野 (公衆衛生、ロジスティクス、情報通信等) における連携・協力・調整体制の構築のため、国、都道府県、市町村レベルの災害対策本部でのクラスターアプローチを提唱する。クラスターは迅速かつ効果的に支援を割り当てる役割を担っており、すべての支援についてどこで、誰が、何を支援しているか (3Wマッピング) を把握し、適切なマッチングを行い、更なる連携・協力体制の促進に努めるものである。災害ロジスティクス・クラスターを設置することを提言しており (國井, 2012)、この強化が望まれる。他のクラスターと連携しながら平時より詳細な話し合いを行い、計画を練ることが必須である。公衆衛生

人材の育成と派遣体制に関しても災害派遣公衆衛生チーム (Disaster Public Health Assistance Team) の設置を提言しており、国が支持する体系的な人材育成計画の構築とその推進 (1~2 週間の実地訓練を含む)、災害時支援者としての登録と派遣制度の充実 (自治体同士での派遣協定締結を含む)、最低 1 か月以上の派遣が可能になるものと期待する『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』

- ▶ (災害公衆衛生および災害疫学) 災害が健康にもたらす影響について組織的に研究し、災害時対応・防災対策について具体的な方策を提示し、一般人の公衆衛生人材教育の推進に寄与する機能を持つ機関が必要である。そのためには、公衆衛生に関与する機関との連携・協力体制は必須であり、国とその関連機関が調整役になることが要となる『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』
- ・ (built back better) building back better についてスローガンなどの時は「Build back better」の表記の方がいいかと思う。防災会議でもそのように使われていた。
(WHO では building back better が使われている)
- ・ 見せ方について、例えば外から入る人向けの情報と内部の人向けの情報、というように、プレゼンテーションの仕方の見直し・検討があると良いと考える
- ・ 平時からの問題が災害時の問題にかぶることから、災害時ももちろん平時からの対策も考えさせられた (特にベンゾジアゼピン、アルコールの問題は平時から存在)
- ・ 既存文献は不十分だが、先生方からのご意見・ご指摘をもとに肉付けをし、役立つ資料を加える方向で考えていく

【16】倫理・法規 (マトリックス資料項目 19)

1. はじめに：災害時精神保健医療における倫理的配慮の必要性

これまでの日本での災害においては、いわゆる心のケアへの関心の高まりと呼応して、被災者への本人の同意によらない心理的尺度の施行、治療介入が行われることがあった。特に精神健康に関する自己記入式質問紙が安易に配布され、被災者からすると自殺などについての項目を含む各種の質問紙に何度も記入するということが生じ、そのために心のケア全体に対する忌避感が生じ、公的支援に対して扉を閉ざすということが少なからずみられている

こうした活動において被災者本人への口頭、書面による説明、同意の確認が行われることは少なく、そのために被災者は自分に拒否の自由があることを知らないままに、支援者に対する従属的な立場によって協力をせざるを得ないという事情がある。さらに、こうした評価データ、あるいは治療介入の成果が被災者本人に帰属しており、被災者の回復のために役立てられているという事例ばかりではなく、時には明らかに研究調査のためのデータ収集としてこうした活動が行われることもあった

平時であれば調査研究については医学研究の倫理指針が適用されるが、災害時の調査研究に関しては倫理委員会に迅速審査を認めるなど特例的な扱いがなされている面もあり、被災者を倫理的に保護するという視点が弱くなる傾向があったことは否めない。こうした点への批判を受け、311 震災においては、日本精神神経学会は災害時の調査研究に関する倫理的配慮を求める声明を出し⁽¹⁾、日本疫学学会は、倫理的に不備のあるデータに基づいた

論文は受理しないことを宣言した⁽²⁾

他方、災害時の被災者の被害、回復に関する適切なデータ収集は効果的な支援、今後の対策のために必要であり、災害の経験を踏まえて自分自身の活動を検証し、後世に伝えることは研究者のみならず広く臨床家の責務でもある。そのためのデータ収集は当然必要であるが、適切な手続きを踏まえ、データの帰属、目的、保存と活用方法などを明らかにし、第三者によって検証されるべきことは言うまでもない。日本では従来、こうした視点が脆弱であり、311後の厚生労働科学研究班でようやく検討が始まったところであるが、今後に向けてさらに議論を重ねる必要がある

➤ (守秘義務) 日本学術会議第7部報告では以下のように述べている。「医学研究からみた個人情報の保護に関する法制の在り方について(1)医療情報が発生する医療機関、健康診断等における個人情報保護 医師等の医療関係者においては、資格法等に罰則付きの守秘義務規定が定められ、厳格な個人情報保護措置がとられています」との記載がある。また刑法(秘密漏示) 第134条では「医師、薬剤師、医薬品販売業者、助産婦、弁護士、公証人又はこれらの職にあった者が、正当な理由がないのに、その業務上取り扱ったことについて知り得た人の秘密を漏らしたときは、六月以下の懲役又は十万円以下の罰金に処する」⁽³⁾となっている

☆ 災害時であっても診療、相談内容は守秘されるべきであるが、刻々に変化する状況の中で、また被災者の状態に応じて、適切な連携と支援を行うために、直接の診察、支援にあたった人間以外とも情報を共有する必

要が生じる。諸外国においては通常の医療機関等における診察とは異なり、診察内容の情報管理が困難であることへの注意喚起がなされている。日本ではこれまで、相談、診療内容の情報漏えいが大きな問題として報じられてことはない。そのことをどの程度、どのような形で被災者に伝えるべきかについては、明確なコンセンサスがあるとは言い難い

アメリカ精神医学会(2004)の提唱では以下のように提示している。精神科医はアセスメント開始前に、守秘義務に限界があること、また評価の目的について対象者に明確に話す必要があるとしている⁽⁴⁾。病院のようなヘルスケアシステムは通常秘密を守る集団を形成している。秘密情報がその環境外に伝わることから守る、明確な方針と法律、一般に医療保険の携行性と責任に関する法律(Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA)がある。医療情報の共有が許可されており、一般に患者によって理解されている。しかしながら災害現場で、精神医学情報と医学的情報を伝えてくる個人が、その情報を他の誰かと共有する許可を精神科医にあたえていると考えるはいけない『災害精神医学』

DPATなどの医療チームでは情報守秘について方針が定められているがそれ以外のNGOなどの場合にあいまいさが残るため今後検討する必要がある

➤ (役割と柔軟性) 災害への継続的参加は一部の組織や個人にとっては財政的チャンスやキャリア上のチャンスとなりうる。そのような状況で、災害精神科医が個人や組織の災害支援に効果的に貢献する能

力を損ねかねない問題に気づいたときに倫理的問題が生じる。災害支援者が柔軟で有用な災害支援チームのメンバーであるかどうかの任務適正評価は災害支援に携わっていない専門家が行うべきであるとの意見もある『災害精神医学』

- ▶ (記録) 話し合ったこと、話さなかったことをつぶさに可能な限り即席のカルテに記録することは、後日悪いアウトカムや医療過誤苦情の発生の場合に証拠として役立つ可能性がある。臨床サービス提供の記録は不利益の減少をもたらすと同時に、医事法上の目的を満たす (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。症状の程度を誇張せずに記載する『災害精神医学』
 - ◇ 災害時の診療、相談業務の内容を適切に記録にとどめることは活動の倫理性を担保する上でも欠かすことができない。日本の災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team:DPAT)、災害時健康危機管理支援チーム (Disaster Health Emergency Assistance Team:DHEAT)においては活動記録を共通のデータベースに保存することが求められているが、それ以外のNGOなどによる活動の場合には、必ずしも共通の記録様式は定められていない。また記録された内容の保存、管理の仕方にも統一の基準が存在していない
- こうした記録の方式が各国において異なることは国際的にも問題視されており、近年 WHO は災害医療情報の標準化手法 (Minimum Data Set:MDS) を採択した。日本には共通のフォーマットがあり、災害精神保健医療情報支援システム(Disaster

Mental Health Information System:DMHISS)も作成されているのでこちらを使用する

- ▶ (詐病と薬剤管理) 災害後の詐病率についてのデータは存在しないが、2001年アメリカ同時多発テロ後、個人が規制物質・薬を入手する意図をもって精神医学的症状を誇張していると思われるいくつかのケースがあった。カルテ記録で客観性を維持するためにも患者の報告と観察を区別することが重要とされる。例: PTSD の患者はレクリエーションと仕事の両方での機能低下を報告する傾向がある『災害精神医学』
- かつては日本ではケアチームの一部が避難所に薬をおいてくることがあったが、現在では薬の管理が厳密になされている。ただし意図的に抗不安薬、入眠剤を収集しようとする患者についてはあまり検討されていない。東日本大震災では、精神科医による抗不安薬の処方 は短期間であることが多かった。その一方で内科医が1か月処方するケースがあり、今後の注意が必要と思われる
- ▶ (臨床家の災害への心理的反応) 精神科医の柔軟性、インフォーマルなサービスを促す災害現場においては広範囲の「逆転移」が観察されており (Pandya, 2010)、「一体化、理想化、巻き込まれ、擁護」という色眼鏡によって専門家としての境界線が曖昧になることはしばしば体験される (Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。回避策として、自分の動機を改めて考察し、内省することで境界性問題のリスク因子となる自分の内にある感情・考え、特に患者の理想化と限界設定力の欠如を認識することができるだろう (Norris et al., 2003)。手遅れになって初

めて倫理的、法的過失を認識することがないよう、常に潜在的境界性違反の兆候が自身にないかチェックすべきである『災害精神医学』

- (医療過誤) 災害対応に従事する者として医療過誤に対する適切な医療過誤保険 (malpractice coverage) があることを認識することは重要である (例: 良きソマリア人法)。個人で医療過誤についての保険を入手することが重要である『災害精神医学』

日本において心のケアチームは準国家公務員となるため医療過誤の際は自治体の責任となる

- (調査研究) 災害精神医学研究を倫理的に実施するために、精神科医が考慮すべき事柄には、①参加者の決断能力、②脆弱性、③リスクと利益のバランス、④インフォームドコンセントの適切性が含まれる (Collogan et al., 2004)。被災者の研究に同意する能力に関する証拠は不十分であり (Rosenstein, 2004)、被災者は脆弱とみなされるべきではないが、インフォームドコンセントの適切性を確保するための何らかの措置の準備がなされるべきである (Collogan et al., 2004)。災害生存者を助ける研究によって、将来の精神科医は災害支援にあたり十分な装備を整えられるようにするという責務があることを念頭に置くべきである (Kilpatrick, 2004) 『災害精神医学』

厚生科研の研究班で災害時の調査研究倫理についてすでに検討がなされている (参考文献参照)。東日本大震災では日本精神神経学会が災害時の調査研究の倫理的配慮に関する声明を出している

- (支援の責任) 一人ひとりが仕事をするにあたり、より望ましい結果を生み出す

ための判断と注意をするという個人の責任が非常に重要になっている。職務上の責任は、①倫理上の責任と②法律上の責任と関連している。職務上の責任と法律上の責任は、倫理上の責任 (人格としての責任) に基づいている。『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

医療行為の責任は医師にあり、災害時の医療チームも医師の監督下となる。医療チーム以外の責任は問題となる。今後臨床心理士の国家資格化により責任の所在が明確となるだろう

- (支援における契約) クライアントは支援者に依存する関係である。アウトリーチは支援する側の自由に基づくがそれでもクライアントを選択する自由はなく、呼びかけられれば責任を引き受けるよう強制される (Jaspers, 1932)。また、支援者は感情の伝染を避けられない。臨床心理士としてのアイデンティティはクライアントの呼びかけに応え、責任を引き受け、ケアを行うことにより形成される。臨床心理士はその責任を引き受ける自由を有しており、人間の実存に関わる仕事に従事する彼らの働きは公益性の高いものである『危機への心理支援学-91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

日本では被災者に断る権利 (選択の自由) があることを伝えることが大切である。一般の臨床での来談のクライアントに対する責任を負うあり方とアウトリーチでのそれとは異なっている。こうした視点は医療関係者においてはほぼ共有されているが、医療資格ではない臨床心理士においてはアウトリーチ型の責任の所在が曖昧になりかねなかった。この点は、

公認心理師制度の導入によって、次第に整備されていくと思われる

【17】 機関連携（マトリックス資料項目20）

1. はじめに：連携のありかた
 - 連携・調整は支援者、被災者地域の被災者の代表者（自治会長、被災した行政・医療関係者など）を含めて、意見を取り入れることが望ましい⁽¹⁾。a) 全体的支援の中に精神保健・心理社会的支援が含まれ精神保健/心理社会的ウェルビーイングが促進される必要がある 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『IASC ガイドライン』
 - 精神保健・心理社会的支援を実施している多くのセクター間の連携調整を行い、明示した計画を共同で策定する。リーダーとなる組織を決め、プログラムの計画や実施を連携・調整し、ガイドラインを策定する。アドボカシーの連携・調整をとり、資源を動員する『IASC ガイドライン』
 - 外部からの調査活動や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『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』
- 1-1. 連携機関
 - 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）。そして虐待問題、小児がん、臓器移植、新生児集中治療室（NICU）関連の課題について小児科との連携の必要

(1)日本においては災害対策本部がこの役割を担うが、3. 1.1 震災の石巻地区のように地域の医療関係者が自発的にこの役割を担った例もある

性、自殺に関してはいのちの電話の役割を記述している『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』

- 警察における犯罪被害者支援、被害者支援センター、児童相談所、配偶者暴力相談支援センター等の役割の記述がある『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』
2. 支援のありかた
 - 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。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)。行動変化の経過についてはよくわかっていない『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

2-1. 公衆衛生

- 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みられるがメンタルヘルス・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である (Ursano., Fullerton, 2003)。データにもとづく計画の必要性 (Speier [第 5 章])、成果を左右する基本的な脈絡関係要素を考慮すること (Orner ら [第 7 章])、公衆衛生的アプローチの重要性 (Pastel ら [第 16 章])、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 (Leskin [第 14 章])、文化的感受性を満足の重要性と公共のメンタルヘルス対応にシステムとしての視点 (Norris [第 17 章]) を記述している『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

- ▶ 被災地域が意思決定をする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が重要となる。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、非効率的になるため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である『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』。『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』でも援助の方針は災害対策本部が定めるべきである、と記述している。『災害精神保健医療マニュアル』と『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』では外部支援の受け入れの判断は災害直後には、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ことを推奨している。そして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い、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、支援を行うことを勧めている
- ▶ 『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

では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である。また、『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』では心理社会的支援は「受け手本意」であり、現地のニーズアセスメントをし、現地のリソースを評価、必要なマンパワーの算出をする、支援体制をセットアップ、必要なポイントに適切に資源を配置していくことが重要である、と述べている。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的、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)。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 & Fullerton, 2001; Ursano & Fullerton, 2002)。そしてエビデンスにもとづいた介入、報告書などからのその進歩について理解する。疫学的予測モデル、人口にもとづくサーベイランス方法、および信頼性のある計測手順を開発する (多数の連邦政府構想が進行中。)『巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』

- ◇ 支援には push と pull がある。心理社会支援は受け入れ側被災地の状況を踏まえて行う、受けて本意の活動である。被災地域が自らのニーズを踏まえてイニシアチブをとるのが望ましく、外部からの支援者は被災地域の意思決定のプロセスを支援することが望ましい。このための支援としては現地のニーズアセスメントを行う
 - 医療提供者・機関のための教育プランが必要であり、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である。高齢者にとって社会福祉サービスを不可欠である『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- 2-2. 医療
- これに対し医療支援の場合は「受け手本意」とは言えない外部支援者のイニシアチブによる活動が含まれる（例：救命救急、精神疾患の急性増悪など）
 - 介入の成否は迅速かつ効果的、持続的な資源の投入次第であり、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・ケアが必要である（Wain, Grammer & 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）。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程度などの多くの要因によってさまざまである『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- アウトリーチに関する実証的研究論文はなく、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。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であり、マーケティングは人々に周知させる重要なアウトリーチの方法である。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。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。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『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
- 2-3. 外部からの保健医療チームの構成と派遣期間
- 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となる。保健医療活動についてコーディネート機能が重要であり、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。彼らの役割は「カウンセラー」「ペースメーカー」「(情報の)見える化」である。『災害時の公衆衛生－私たちにできること－』
 - メンバーは、被災者集団の構成をある程度は反映すべき『巨大惨禍への精神医学

的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』。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『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』。(派遣期間)派遣期間は最低1週間程度が必要で組織を通して派遣されるべきであり、単独ではなく組織の中で活動すべきと記述している『災害精神保健医療マニュアル』『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』

- ◇ 医療と精神をあまり切り分けないことを勧める。急性期においては心理社会支援と医療支援の双方を行う準備をする必要がある。具体的には急性期の重度の精神症状への医学的対応と被災地域の意向を踏まえた住民教育、PFA、ストレス軽減のためのプログラムの実施、スクリーニング等を行う

2-4. 精神科医の役割

- 非常に多くの競合する力の中でバランスをとるための技能と経験を育成するためには、継続的努力と多様な分野の専門知識のしっかりした理解が要求される。個々の災害はそれぞれ異なっており、災害は通常の実験の境界線をこえ、多くの役割を演じることが求められる。親善大使(=コーディネーター)として働くことは巧妙さと繊細さを要求され、満足感を与えてくれる創造的チャレンジとなる。同時に多様でしばし変わりやすい目的を達成するために、自分自身の最適な活用—直観、常識、冷静さを保つ基本的応力、磨くためには長い年月を要するその他の技能を調整すること—ができねばならない。災害精神科医が果たせる最重要機能

の一つは、その専門家が共に働いているグループのために、短期的・長期的協働プロセスの構築を促進することであり、グループとシステムの視点、概念的なフレームワークを持つことが重要である。災害精神科医学は他の精神医学の専門知識分野を活用し、統合し、拡大する。精神科医は、親善大使(=コーディネーター)として、宗教的ケアやスピリチュアルなケアを基盤にしている災害対応従事者と効果的に仕事をする方法の認識を深めねばならず、彼ら個人や組織の間に協同的で互恵的な関係を創造することが確実に最適のリソース配分をする唯一の最も効果的な方法である。介入に携わる精神科医や他のメンタルヘルスの専門家が自身の言動にこの視点を伝えると、周囲のグループに前向きな影響を与えることができる。そして以下の要因が成功に導くであろう

- ① 協働するという強い願望
- ② 別々の関心を持つグループを統合する系統的な計画をつくるという明確で満たされるべきニーズの存在
- ③ 技能あるリーダーシップ
- ④ 緊急の災害対応や他の関連活動という厳しい試練の中で、長年ともに仕事をやり遂げてきた参加組織と参加者の歴史
- ⑤ 相互尊重の雰囲気、共通性と違いの両方の正当な評価

災害精神科医が親善大使として成功を収めるには、精神医学に対して前向きな見解を持たぬ人々に敬意と誠実さをもって接することはすべての基盤である。それが、維持可能な協働関係、効果的介入、エンパワーメント、コンサルテーションを可能とする大きな機会を作り出す。災

害精神医学は若い分野であることから、メンタルヘルスを越えた分野の知識の関連性の重要性が否めない。時間をかけて一つのコミュニティとの同盟関係を築くには、柔軟な見解をもって外交術、公衆衛生の視点、対立解決等の精神保健の枠を超えた知識の獲得が必須である『災害精神医学』

- ▶ コンサルタントには幅広い技術が求められ、集団を対象とする傾向が強い。『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
 - (ア) 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る。
 - (イ) 機関とコンサルタントの間に契約が成立していなくてはならない。
 - (ウ) 被験者の協力を得る。服装と参加者の服装に配慮する。
 - (エ) 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、事前に入手する。
 - (オ) 対象者の不安をうまく処理する方法を見出す。
 - (カ) 集団や組織やコミュニティの指導者から開始し、自らが語る事については、奨励し支持すべきである。
 - (キ) 対象グループの言語を知って、それを用いることは重要。
 - (ク) 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。
 - (ケ) 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。
 - (コ) 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。

上記に加え『災害精神保健医療マニュアル』と『災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み』では被災者に安易な投薬は行わないことや、派遣先へ向かう心構えが必要なこと、患者を抱え込まず、地域の精神保健につなぐようにすることを推奨している

- ▶ 指導者向けのコンサルティングの主な内容、臨床に関する問題と組織に関する問題を区別すること、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、役割の維持、秘密保持、テロや災害への心理学的な対応などの特別な課題がある(Ursano, R.J., & Norwood, A.E.2003)『巨大惨禍への精神医学的介入－自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』
 - 急性期と中長期でコンサルテーションは異なり、チーム派遣のマネジメントと活動内容に対する助言も求められる
 - 災害時の精神保健医療従事者は多職種と関係機関のステークホルダーらのファシリテーターになる責務があり、それを行うことは中長期支援への橋渡しにつながる可能性がある

3. 課題

受援力に関しては今回引用した文献ではあまり取り上げられておらず、ディスカッションも十分ではない。したがって今後検討する必要がある

包括的災害時精神保健医療活動ガイドライン全体に関する専門家コメント

2017年7月、12月に実施された本研究の専門家会議内で寄せられたコメントのうち、今回考察対象となった各検討項目に対してではなく、包括的災害時精神保健医療活動ガイド

ライン全体に対するものは以下のとおりである。

- ガイドラインの中で、同様のテーマが繰り返し述べられていることもある。また、同様のテーマであってもその表現が異なったり、イメージが違ったりする場合もあるので考慮が必要
- 文献において、個人とコミュニティ（例：micro-community）を行ったり来たりと、対個人および対地域への支援が混在しているため、一部の文献のみを参照した場合は多くの人が誤解しやすいので、配慮が必要である
- 早期から一律に医学的な介入をする必要はないことは、複数の文献において一致して報告されている
- この包括的災害時精神保健医療活動ガイドラインにはユニバーサルな視点と実践的用途のための2つの視点がある。実践的に役立つガイドラインであることはもちろんだが、ユニバーサルな視点をもつことは重要である。推論的な部分もあるが、その2つの視点がバランスをとることが幅広い災害時精神保健従事者層にガイドラインが支持され、役立つものとなるうえで大切である
- 現場の人が参照して実際に役に立つかどうかについては、「今こういうことが動いている」というような参考にはなると思う。実際に現場で用いるマニュアル等はDPATが既に作成している
- DPATの活動などを追記するという姿勢も適切だと思う
- 受援などの、その他の地域回復のためのプロセスを追記する必要がある。受援についてはあまり述べられていない。該当の地域が回復するための原則が必要。これはシステム・原理の項目についても該

当する

- そもそもシステムをどこまで捉えてシステムとするかは検討が必要。これまでのシステムを整理し直すことも重要だが、新たに作っていくことも必要。平常時より存在する機関がマニュアルに積み上がるのが良い
- こころのケアセンター等で実際に行われてきたことが、このようなガイドラインに統合されるのは適切だと思う
- 各自治体が作成するガイドラインのためのガイドラインという立場でも良いと思う。自治体によって保健師の実力や役割にはばらつきがあり、自治体がガイドラインを最初から作成することは現実的ではない。そのため、当該ガイドラインをスタートとして自治体のガイドラインを作成するのはどうか

マトリックス資料項目1:「総論」、マトリックス資料項目2:「歴史」、マトリックス資料項目17:「報道」、マトリックス資料項目21:「その他」に関しては他項目との内容の重複等でニーズがなかったため省いている。

E. 結論

引用した文献は十分なエビデンスに基づいていないものも多く認めた。考える理由の一つとして災害時などでは人道支援という側面があるため科学的根拠を得るための研究を行うことが倫理的にも厳しい状況がある。このような背景を考慮しても今後効果的な治療、支援をするために倫理を遵守し遂行する必要性がある。災害時の精神保健医療対応へのニーズは益々高まっているが、既存のガイドライン、教科書類は国内外を問わず、その作成の背景となった事項を重点的に扱っており、必要な項目を包括的に網羅したものは無い。

本研究成果に最新のエビデンス、知見をふかして包括的なガイドラインを完成させ、ストレス・災害時こころの情報支援センターのHPに公開して広く災害支援委役立てると共に、随時更新して、研究知見、支援経験を反映させる。

F. 参考文献

1. 高橋昌・高橋祥友 (2015) . 『災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える—』金剛出版
2. 富永良喜 (2014) . 『災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針』創元社
3. Ritchie, E. C., Watson, P. J., & Friedman, M. J. (2007). *Interventions Following Mass Violence and Disasters: Strategies for Mental Health Practice*. New York, NY: Guilford Press. (訳: 計見一雄・鈴木満 (2013). 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え 弘文堂)
4. Stoddard, F. J., Anand, P., & Katz, C. L. (2011). *Disaster Psychiatry: Readiness, Evaluation, and Treatment*. Washington, DC: American Psychiatric Publishing. (訳: 富田博秋・高橋祥友・丹羽真一 (2015). 災害精神医学 星和書店)
5. 日本心理臨床学会 (監)・日本心理臨床学会支援活動プロジェクト委員会 (編) (2010). 『危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ—』遠見書房
6. 國井修 (編) (2012). 『災害時の公衆衛生—私たちにできること—』南山堂
7. 金吉晴 (2001). 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン. 平成13年度厚生科学研究費補助金(特別研究事業) 「学校内の殺傷事件を事例とした今後の精神的支援に関する研究」
http://www.ncnp.go.jp/.../saigai_guideline.pdf
8. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン ジュネーブ : IASC.
http://www.ncnp.go.jp/pdfmental_info_iasc.pdf
9. 鈴木友理子・中島聡美・金吉晴 (2011). 精神保健医療活動マニュアル. 平成22年度厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 「大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と介入方法の開発に関する調査研究」.
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/H22DisaManu110311.pdf>
10. 鈴木友理子・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・金吉晴 (2010). 災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野)) 大規模災害や犯罪被害などによる精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 平成22年度分担研究報告書
11. 鈴木友理子・黒澤美枝・小原聡子・畑 哲信・林みづ穂・大塚耕太郎・松本和紀・丹羽真一・深澤舞子・中島聡美・成澤知美・浅野敬 (2012). 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討. 厚生労働科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業) 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究 平成24年度 分担研究報告書
12. 金吉晴・鈴木友理子・深澤舞子・中谷優

(n. d.). (資料)DPATに関する意見の収集.
厚生労働科学研究補助金 ((障害者対策総合研究事業 (精神障害分野) 被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に関する研究

F-2. 各項目ごとの参考文献と最新研究

【2】心理反応と精神疾患

- (1) The Nice Guideline on Identification and Pathways to Care. Common mental health disorders. 2011.
https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK92266/pdf/Bookshelf_NBK92266.pdf (閲覧:2018-05-22)
- (2) World Health Organization. Depression and Other Common Mental Disorders: Global Health Estimates. 2017.
<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/254610/WHO-MSD-MER-2017.2-eng.pdf;jsessionid=91063A10AAC191CDD044087E94987B40?sequence=1> (閲覧:2018-05-22)
- (3) National Institute of Mental Health. Mental Illness.
<https://www.nimh.nih.gov/health/statistics/mental-illness.shtml> (閲覧:2018-05-22)
- (4) Usuki M, Matsuoka Y, et al. Potential impact of propofol immediately after motor vehicle accident on later symptoms of posttraumatic stress disorder at 6-month follow up: a retrospective cohort study. Crit Care. 2012 Oct 28;16(5):R196.
- (5) Takahashi S, Ishiki M, et al. Health effects of a farming program to foster community social capital of a temporary housing complex of the 2011 great East Japan earthquake. Disaster Med Public

Health Prep. 2015 Apr;9(2):103-10.
トラウマ対応

- (1) Bryant RA, Mastrodomenico J et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jun;65(6):659-67.
- (2) Nakaya N, Sone T et al. Omega-3 fatty acid supplementation for expectant mothers with depressive symptoms in Japan and Taiwan: An open-label trial. Psychiatry Clin Neurosci. 2016 Jun;70(6):253-4.

【4】アセスメント

- (1) 国立精神神経・医療研究センター精神保健研究所災害時こころの支援センター (2013)「DMHISS (災害時精神保健医療情報支援システム)」2013年2月発表 国立精神・神経医療研究センター災害時こころの情報支援センターホームページ (<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>) (2018年3月31日現在)
- (2) 国立保健医療科学院 (2017)「H-Crisis Assistant (災害時保健医療活動支援機能)」2017年4月発表 国立保健医療科学院 H-Crisis 健康危機管理支援ホームページ (<https://h-crisis.niph.go.jp/>) (2018年5月20日現在)
- (3) 災害時の診療録に関するあり方委員会 (2015)「災害診療概況報告システム J-SPEED レポーティング・フォーム (Ver1.0)」 (<http://jhim.jp/disaster/pdf/saigai.pdf>) (2018年5月20日現在)

初期

- (1) Bryant RA, Mastrodomenico J, et al. Treatment of acute stress disorder: a randomized controlled trial. Arch Gen Psychiatry. 2008 Jun;65(6):659-67.

- (2) Shalev AY1, Ankri Y, et al. Long-term outcome of early interventions to prevent posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry*. 2016 May;77(5):e580-7.
- 【7】心理反応への対応
- (1) Phenix Australia Center for Posttraumatic Mental Health. (2017, August) The interPAR Pilot Trial: International program for promoting adjustment and resilience after disaster. Draft final report.
- (2) Shalev et al. (2012). Prevention of posttraumatic stress disorder
- (3) by early treatment: Results from the Jerusalem trauma outreach and prevention study, *Archives of General Psychiatry*, 69(2):166-176.
- 【9】準備+訓練
- (1) Kutcher S, Wei Y, et al. Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Can J Psychiatry*. 2016 Mar;61(3):154-8.
- 【10】子ども
- (1) 日本児童青年精神医学会
<http://child-adolesc.jp/notice/2016-04-18/>
 2016.04.18 災害下における子どものこころのケアの手引きとリーフレット
- [子どものこころのケアの手引き \(中長期編\) \(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[学校の先生方へ\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[被災地の支援に行かれる学会員の皆様へ\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[支援活動報告書\(2011.7.14 UP\)](#)
 ○[障害児への対応の手引き\(PDF\)](#)
 ○[保護者向けリーフレット\(PDF\)](#)
 ○[子どものこころのケアの手引き \(急性期編\) \(PDF\)](#)
 ○[災害支援体験談 \(中越、能登半島、岩手宮城内陸\) \(PDF\)](#)
- (2) 子ども PFA (Save the Children)
<http://www.savechildren.or.jp/lp/kumamoto/pfa/>
- (3) Andra RF and Felitti VJ. Adverse Childhood Experiences and their relationship to Adult Well-Being, Disease and Death: Turning gold into lead. ISTSS Annual Conference Los Angeles, November 2012
- 【13】マイノリティ
- (1) 野田文隆 (2006) 心的トラウマの理解とケア 第2刷, じほう, 277-290.
- 【14】: 遠隔
- (1) Augusterfer, E.F., Mollica, R.F., & Lavelle, J. (2015). A review of telemental health in international and post-disaster settings, *International Review of Psychiatry*, 27(6), 540-546.
- (2) Qadir, T.F., Fatima H., Usmani M.H., & Hussain, A. (2016, November). Telepsychiatry in Pakistan after natural disasters, *The Lancet Psychiatry*, 3(11), 1016.
- 【16】倫理・法規
- 添付、参考資料:
- (1) 飯島祥彦. 災害時における調査研究の倫理. 平成24年度厚生労働省科学研究班「大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作表・評価に関する研究 (主任研究者金吉晴) 分担研究報告書
- (2) 社団法人日本精神神経学会. 東日本大震災被災地における調査・研究に関する緊急声明文. 平成23年5月13日.
https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/2011_05_13jpnkinkyuuseimei.pdf (閲覧: 2018-05-21)
- (3) 日本疫学学会. 疫学研究を実施するにあたっての倫理指針.
http://jeaweb.jp/ethical_reviews/files/shisin.html (閲覧: 2018-05-21)

- (4) 日本学術会議第7部. 医学研究からみた個人情報保護に関する法制の在り方について. 平成13年3月26日.
- (5) Anfang SA, Faulkner LR, et al. The American Psychiatric Association's Resource Document on Guidelines for Psychiatric Fitness-for-Duty Evaluations of Physicians. J Am Acad Psychiatry Law. 2005;33(1):85-8. (アメリカ精神医学会 (2004)の提唱)

G. 知的所有権の取得状況

- 1. 特許取得 なし
- 2. 実用新案登録 なし
- 3. その他 なし

表1 先行資料目次一覧

『災害精神医学入門-災害に学び、明日に備える-』	『災害・事件後の子どもの心理支援-システムの構築と実践の指針-』	『巨大惨禍への精神医学的介入-自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え』	『災害精神医学』
高橋 晶・高橋 祥友 編	富永 良喜	エルスベス・キャメロン・リチー バトリシア・J・ワトソン マシュー・J・フリードマン 編 計見 一雄・鈴木 満 監訳	<編著>フレデリック・J・スタッガードJr. アナンド・バーンディヤ クレイグ・L・カッツ <監訳>富田博秋 高橋祥友 丹羽真一
第1章 災害精神医学とは	第1章 災害・事件後の心理支援の歴史と課題	第1章 展望	第1章 災害への備えと災害発生時の支援システム
1. 災害の分類	1. はじめに	1. 災害メンタルヘルス	1. 災害支援において考慮すべきこと
2. わが国の災害	2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり	-信管抜きDefusing/心理的デブリーフィング	2. 災害支援の状況に応じた役割の変化
3. 災害対策基本法	3. ストレス理論からみた災害・事故・事件などの出来事と心身反応	2. 公刊文献	3. 災害支援体制
4. 災害精神医学	4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育	3. 統一見解会議以降の活動	4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割
-被災者/救援者	5. わが国における学校危機での心理支援モデル	4. この領域の最近の状況	5. 訓練
5. リジリエンス	-福岡モデルと兵庫モデル	-人口比に関する概況/早期発見と早期介入	6. 結論
-トラウマ/PTSD/遷延性悲嘆障害	6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援	5. エビデンスにもとづいた早期介入	7. 学習のポイント
6. まとめ	7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル	6. われわれは何を知っているのか、われわれは何を知らないか、そしてわれわれは何をなすべきなのか	8. 復習問題
	8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案	-現象的にわかっていること/早期介入	
第2章 ストレスとメンタルヘルス	9. 教師とカウンセラー協働による災害・事件後3段階心理支援モデルの提案	7. 結語	第2章 災害前、災害時、災害後のリスクコミュニケーション
1. ストレスとは	10. 本書の目的		1. リスクコミュニケーションの一般原則
-ストレスはいつも悪影響をもたらすのか/ストレスの症状/ストレスマネジメントの第一原則		第2章 大規模な暴力行使やその他のトラウマに引き続く早期介入に関する諸モデル	2. メディアとの関わり方
2. 被災地でのストレスマネジメント	第2章 阪神淡路大震災と神戸児童連続殺傷事件後の心理支援の実践	1. サービス提供の諸モデル	3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション
3. パーンアウトの予防	1. 阪神淡路大震災後の動作法による被災者への心理支援	-サービス提供の諸モデルに関するいくつかの想定/諸モデルに関する注解	4. 災害発生時のリスクコミュニケーション
4. 簡単なストレスマネジメント技法	2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援	2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点	5. 災害後のリスクコミュニケーション
-腹式呼吸法/段階的筋弛緩法		-自然回復のプロセス/定型的な援助 Formal Helping	6. 結論

『危機への心理支援学-91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ』	『災害時の公衆衛生-私たちにできること-』	『災害時地域精神保健医療活動ガイドライン』	災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン
日本心理臨床学会 監修 同 支援活動プロジェクト委員会 編	國井 修 編	金 吉晴 阿部 幸弘 荒木 均 岩井 圭司 加藤 寛 永井 尚子 藤田 昌子 山本 耕平 綿引 一裕	Inter-Agency Standing Committee (IASC)
第1章 危機における心理支援学とは	第一章 災害の定義・原因分類・関連要因	I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性	第一章 序論
1. 求められる危機への心理的支援	1. 災害の定義	1. 災害体験と地域精神保健医療活動	1 背景
一危機の時代/危機への心理的支援	2. 災害の原因と分類	2. 災害時の地域精神保健医療活動	2 災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響
2. 被害者支援とは	3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子	1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針	3 ガイドライン
一被害者支援の3つの源流/医療的領域での支援/司法に基づく支援/心理社会的領域での支援/人間の持つ回復力へのアプローチ		2) 災害時の地域精神保健医療における焦り	4 本書の利用方法
3. 被害者とは	第2章 世界の大規模災害と健康問題		5 基本原則
一「被害」とは/被害者とは	1. 世界の大規模災害の趨勢	II. 災害時における心理的な反応	6 よくある質問
4. 心のケアとは	2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴	1. どのような心理的な負荷が生じるのか	
一心のケアとは/セルフケアへの支援/初期介入から中長期のケア活動へ	3. 世界の大規模災害と健康影響	1) 心的トラウマ	第2章 介入マトリックス
5. 危機とは	一災害に伴う健康問題/災害と感染症流行	2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責	1 緊急事態に備えた準備
一危機 (Crisis) とは/危機の種類/集団・コミュニティの危機		3) 社会・生活ストレス	2 最低必須対応
6. 危機介入とは	第3章 災害のサイクルと災害時の公衆衛生の役割		3 包括的対応
一危機介入とは/危機介入のステップ/危機介入の取り組み	1. 災害の疫学	2. どのような心理的な反応が生じるのか	
	2. 災害のサイクル	1) 初期 (災害後1ヶ月まで)	第3章 最低必須対応アクションシート
第2章 支援の哲学	3. 災害における保健医療の役割	付) 災害直後数日間	1 連携・調整
1. 支援における責任	一災害時保健医療の4つの役割/事前に行動計画を策定し備えておくべき事項/情報管理と支援ネットワーク	2) 中長期 (災害後1ヶ月以降)	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。
一はじめに/責任論	4. 保健医療スタッフへの支援		2 アセスメント、モニタリング、評価

災害精神保健医療マニュアル	大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究	健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築	コメント (被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に質する研究)
鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 浅野 敬子 金 吉晴	鈴木 友理子 深澤 舞子 中島 聡美 成澤 知美 金 吉晴	鈴木 友理子、黒澤 美枝、小原 聡子、畑 哲信、林 みづ穂、大塚 耕太郎、松本 和紀、丹羽 真一、深澤 舞子、中島 聡美、成澤 知美、浅野 敬子	金 吉晴 鈴木 友理子 深澤 舞子 中谷 優
本マニュアルの位置づけ	I. 災害時の精神保健福祉体制	1. こころのケアの定義	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、統括)
用語の定義	1. 災害精神保健計画の立案	2. 直後期の対応として	(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
	2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	3. 急性期の対応	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
	3. 保健師の役割	4. 中期の対応	2 急性期と中長期では必要な活動が異なる
I. 災害時の精神保健福祉体制	4. 保健師活動の課題	5. こころのケアの活動内容	3 先遣隊の活動(発災直後)を急性期とは別枠で考える
1. 災害精神保健計画の立案	5. 活動・支援記録	6. 支援者支援の整理	(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
2. 初動時のこころのケア対策本部の設置	6. メディアへの対応		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
3. 保健師活動の課題			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つてよい
4. 活動・支援記録	II. 初期対応		(iii) より適切な枠組みの提示
5. メディアへの対応	1. 基本的こころ構え		1 時期より活動内容で分けて考えるべき
6. 研修体制について	2. 初期対応における精神保健専門家の役割		2 その他
II. 災害時こころのケアのあり方	3. 初期対応		(iv) その他
1. 基本的こころ構え	4. スクリーニングについて		
2. 初期対応における精神保健専門家の役割	5. 災害時要支援者への対応		II. 災害の規模とDPATの派遣 (特に、DPAT派遣の要請、派遣の必要性を判断する際に考慮すべき点など)
3. 初期対応	6. 情報提供		(i) 災害の規模による違い
4. アセスメント・スクリーニングについて	7. これらの研修体制について		(ii) 派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない
5. 災害時要支援者への対応			(iii) 医療機関への支援について

表2 先行資料とカテゴリ対応表-1

(表2内の数字は、文献の中で各カテゴリに分類される章の数を表している)

	総論	歴史	システム	精神疾患+ 心理反応+	トラウマ対応	アセスメント	初期	中長期	心理療法	コミュニケーション	準備+訓練	子ども	高齢者	支援者	マイノリティ	遠隔	報道	特殊事例	倫理・法規	機関連携	その他	
A	2	2		1			1			1			1	1								
B	1	6												1								
C	1	2	5		2	1	1	2			1	1			1			1			3	
D			1	6		1	1		1	1		1	1	1		1		2	2		1	
E		2		1	1		1		3	1	1	1		1			1	1	3	1	2	
F	1	3	1			1			1		1	1	1	1				2	1	1	9	
G			2	3		1	1	1			1			1	1		1			1	2	
H	1		3			1	2	1	1		3	1		1	1				1	1		
I			1				1							2			1			1	2	
J			1				1							2			1				1	
K							2	1	2				1									
L			1				※1														1	

※「初期」と「中長期」の両方に該当する。

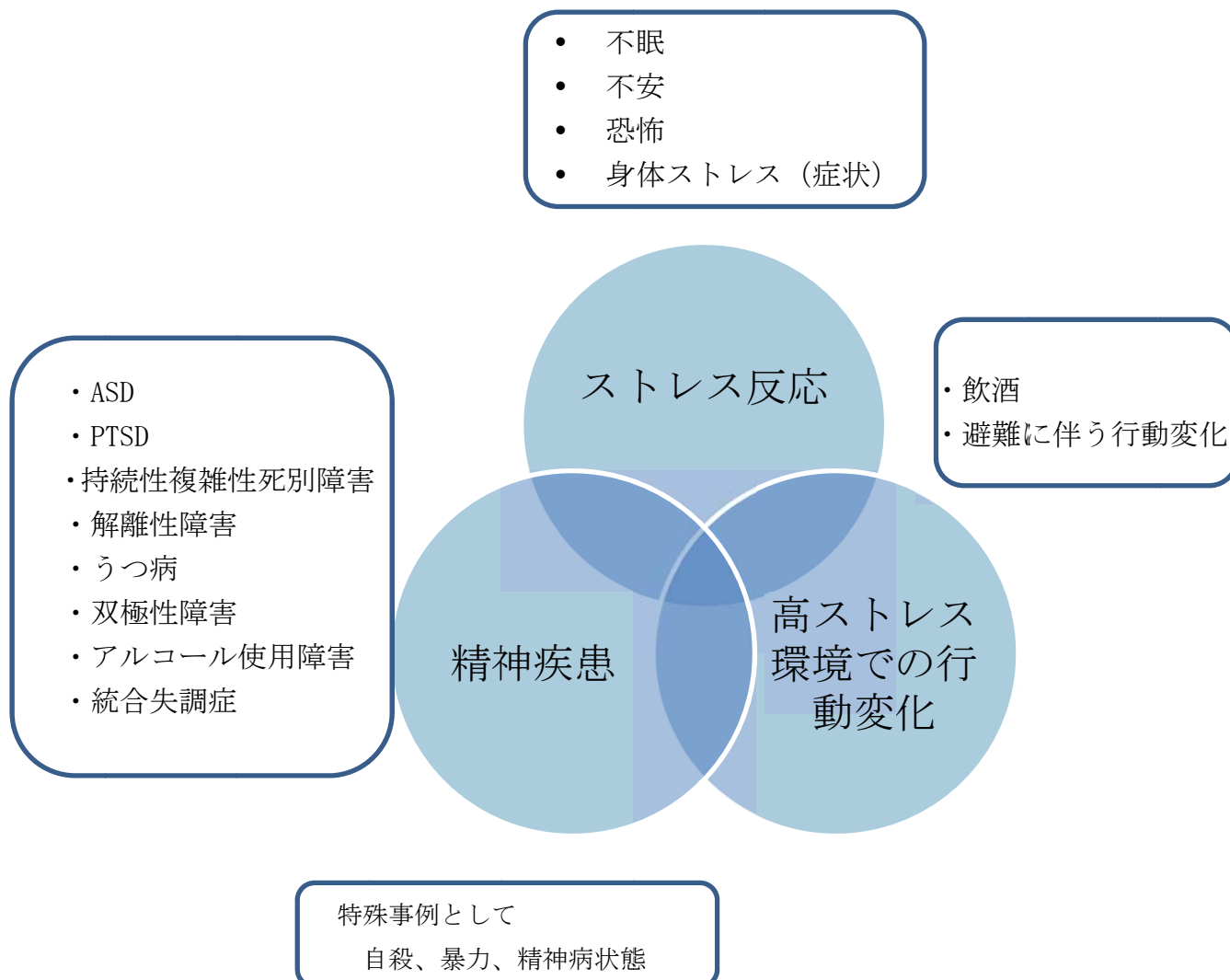
- A. 災害精神医学入門—災害に学び、明日に備える— (高橋 & 高橋、2015)
- B. 災害・事件後の子どもの心理支援—システムの構築と実践の指針— (冨永、2014)
- C. 巨大惨禍への精神医学的介入—自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え (Ritchie, Watson, & Friedman, 2006)
- D. 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- E. 危機への心理支援学—91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ (日本心理臨床学会、2010)
- F. 災害時の公衆衛生—私たちにできること— (國井、2012)

- G. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(金ら、2003)
- H. 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン
(Inter-Agency Standing Committee, 2007)
- I. 災害精神保健医療マニュアル(鈴木、深澤、中島、成澤、浅野、& 金、2011)
- J. 大規模災害や犯罪被害者等による精神科疾患の実態把握と介入手法の開発に関する研究 (鈴木、深澤、中島、成澤、& 金、2010)
- K. 健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築(鈴木ら、2012)
- L. 被災地における精神障害などの情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究(金、鈴木、深澤、& 中谷、n. d.)

各項目別資料

マトリックス資料項目 4：心理反応と精神疾患

図 1. Katz らによる分類



マトリックス資料項目 4：心理反応と精神疾患

表 1. WHO による分類

1. 精神障害に関する災害の影響:

(WHOによる一般的な有病率に関する推測)

	災害前 12か月有病率	災害後 12か月有病率
重篤な障害 (e.g. 精神病的障害、重症のうつ病、機能障害を呈する不安障害)	2-3%	3-4%
軽度・中等度の障害 (e.g. 軽度・中等度のうつ病や不安障害)	10%	20% (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)
“通常の” ストレス反応 (障害ではない状態)	推計値はなし	大多数 (たいていの場合、時間の経過とともに減少する)

van Ommeren. Aid after disasters: Needs a long term public mental health perspective. *BMJ* 2005;330:1160-1

マトリックス資料項目 7：初期

表 1. ISAC 「すべきこと、すべきでないこと」

すべきこと	すべきでないこと
簡単かつ直感的な言葉を用いる。コミュニティの背景に適った、現地の12歳の子どもでも理解できる形で概要が伝えられるようにする。適宜口話表現を用いる(例えば「コーピング」などにつき、わかりやすい現地の用語を用いるなど)。	複雑または専門的な用語(例えば、心理学的/精神医学的用語など)を用いない。
コミュニティによって特定された優先事項に重点を置いて、メッセージを短く、集中的、具体的な内容にする。	混乱や困惑を招きかねないので、一度に多くのメッセージを入れ過ぎない。
ストレス性の高いイベント後には苦痛を体験することが一般的であり、被災者は自分の感情、行動、思考の変化を経験する場合があることを指摘する。それが異常事態に対する通常かつ当然の反応であることを強調する。	一般住民向けの資料(すなわち、臨床現場外で使用する資料)内に精神医学で用いる長い症状リストを掲載しない。
前向きな対処方法、問題解決志向アプローチ、前向きな回復への期待を強調し、有害な対処法(アルコールの大量使用)につき注意喚起を行う。コミュニティ・家族・個人の各対処手法について述べる。	一般住民向けの資料において心理的脆弱性を強調しない。*
そらくほとんどの人が今後数週間から数ヶ月間で体調が良くなることを述べる。ストレスが数週間にわたり軽減しない場合、あるいはストレスが悪化した場合には、利用可能なコミュニティ支援による支援、または専門家による支援を求める必要がある(ただし、その支援が利用可能である場合に限り、この助言を取り入れること)。それらのサービスの入手方法・場所に関する情報を提供する。	厳密な回復の時間枠(例えば「あなたは3週間以内に体調が良くなる」など)を設けず、また、利用できない状況では、専門家の支援を求めるよう提案しない。
作成した資料の見直しをコミュニティの人びとに依頼する。翻訳版資料を正確なものとする。	一般に書き言葉で用いられていない言葉を使って、文書資料を複製しない。文書以外の形態(絵画、漫画、歌、踊りなど)を利用したり、各家庭で少なくとも1人は理解できるような現地の書き言葉に資料を翻訳するようにするとよい場合がある。

* この「すべきでないこと」は、臨床現場外で一般住民に向けられたセルフヘルプ資料に対し適用される。診断可能な精神障害を抱えている者への臨床ケア現場向けに作成された資料における症例の掲載や説明は、適切かつ治療の一環となること がしばしばである。

マトリックス資料項目 8：中長期

表 1. 災害時期の定義と区分の比較

主として日本 文献	直後期 急性期 初期 中長期	発災から数日～数か月程度 発災から数日から数週間以内 災害後 1 か月まで 災害後 1 か月以降
主として 海外文献①	直後期 急性期 中間期 長期	発災から 1 週間 発災から 4 週間 災害後 1 か月以内 災害後 1 か月以降
海外文献②	超急性期 急性期～亜急性期 慢性期～復興期 静止期	災害後 0～3 日 災害後 3～14 日 災害後 14 日～3 か月 災害後 3 か月以降

マトリックス資料項目 8：中長期

表 2. 災害および大規模暴力後にこころの傷を負いやすい人

表10.1 災害および大規模暴力後に心の傷を負いやすい人	
心を傷つける要因	影響を受ける人
災害で経験するストレス因子	
深刻な生命の危機／死との遭遇	出来事のすぐ傍にいて生命の危機に晒された人。あるいは死ぬかもしれないと思った人。手足が引き裂かれた多数の陰惨な死や子どもの死を見た人
災害死による死別体験	災害で愛する者を失った人。特にトラウマを与える環境であったり、特定できない遺留品があったりする場合。
事件の結果こうむる負傷	障害、身体の損傷、苦痛などの症状がある重傷者（例えば手足の喪失や火傷など）
資源の喪失、または移転や転入に伴うその他の資源の喪失	自宅、仕事、家財、財産等の資源を失った人。家庭や地域、家族や社会のネットワークから切り離された人。
事件の原因に関するストレス因子（例えば敵意など）	すべての住民。特に被害を直接受けた人や、傷つくリスクが高い人。
対応者のストレス因子	対応の役割を公式または非公式に担った人。このような人は、他人のために行動したり、自分の役割に関係するストレス因子を抱えたりしているせいで、上で述べたすべての項目を直接または間接的に体験する。（例えば、自分の対応のまずさを感じる）
長引く不安と、今も続く脅威	すべての住民
以前からある潜在的な脆弱性	
以前のトラウマ体験	幼児虐待や難民などのトラウマ体験を以前したことがある人。
以前からある精神障害	うつ病、不安、精神病など、一連の機能障害を過去にもっていた人。
既存の身体障害	特別なニーズをもっている人や援助が必要な人は、心が傷つく度合いがもっとも高まる。
社会的・人口統計学的要因	
不利な社会条件	経済資源が乏しく、貧困地域に住む人。
教育	教育水準が低い人。
ジェンダー	多くの研究によると、女性はPTSDになる可能性が高い。
高齢者	子どもと高齢者は心の傷を受けやすいと言われている。
注 ここで強調しておかなければならないのは、以下の事柄である。上掲のすべては、いくつかの研究において示された「好ましからざる結果をもたらすリスクの増大に」注意をうながす目的で示しているのであるが、疾病化しやすいということが不可避的結果ではないし、大部分の人びとやその種の脆弱性をもつ人口においても、それにかかわらずレジリエントである。	

マトリックス資料項目 10：リスクコミュニケーション

表 1. 疾患罹患者や被災者とコミュニケーションをとるためのガイドライン

1. 患者の恐怖、不安、先の見えない心細さをよく聞き、敬意をもって対応すること。患者は医師の知識に関心を持つ以前に、医師が自分のことを思ってくれるかどうかを気にするものである。
2. 人々はリスクを嫌うものであり、動揺するとネガティブなことに固着してしまいがちであることを考慮すること。以下の 5 つの N ワード—no（いいえ/～は全くない）、not（～でない）、never（決して～ない）、nothing（何も～でない）、none（何も/誰も～でない）—と、恐怖を減らすよりむしろ悪化させてしまうようなネガティブな意味合いを持つ言葉を用いるにあたっては十分注意を払う必要がある。
3. 聞くための時間をとったうえで、真摯な思いやり、共感の言葉を述べ、また、言葉と一致した行動をとること。
4. どこまで情報開示する必要があるかは局面によって異なるものの、基本的に正直かつ倫理的で率直な情報公開の姿勢をとること。
5. 言語的メッセージと非言語的メッセージとの間に矛盾があったり、一貫性が欠けたりすることは回避すること。

マトリックス資料項目 11：準備＋訓練

表 1. 領域別分類

各領域に共通の役割

- ①連携・調整
- ②アセスメント、モニタリング、評価
- ③保護及び人権上のスタンダード
- ④人的資源

MHPSSの中心的活動領域

- ①コミュニティの動員及び支援
- ②保護ケアサービス
- ③教育
- ④情報の発信

活動領域セクター別の社会的配慮

- ①食料安全及び栄養
- ②避難所及び仮設配置計画
- ③水及び衛生

資料

「災害時の精神保健医療に関する研究」研究班会議・専門家会議 議事録

日時：2017年7月20日（木）15：00～19：00

会場：フクラシア八重洲 Room K

出席者（順不同、敬称略）：

- 荒井秀典（国立長寿医療研究センター）
- 松本和紀（東北大学大学院、みやぎ心のケアセンター）
- 香山明美（みやぎ心のケアセンター、福地代理）
- 前田正治（福島県立医科大学医学部、ふくしま心のケアセンター）
- 富田博秋（東北大学災害科学国際研究所）
- 藤田さかえ（久里浜医療センター、松下代理）
- 井筒節（東京大学総合文化研究科）
- 来住由樹（岡山県精神科医療センター）
- 茅野龍馬（WHO 神戸センター）
- 五明佐也香（厚生労働省 社会・援護局 障害保健福祉部）
- 荻野和雄（国立精神・神経医療研究センター、神尾代理）
- 岡琢哉（国立精神・神経医療研究センター、神尾代理）
- 金吉晴（国立精神・神経医療研究センター）
- 鈴木友理子（国立精神・神経医療研究センター）
- 関口敦（国立精神・神経医療研究センター）
- 大沼麻実（国立精神・神経医療研究センター）
- 島津恵子（国立精神・神経医療研究センター）
- 石田牧子（国立精神・神経医療研究センター）
- 染谷紗恵子（国立精神・神経医療研究センター） 計 19 名

欠席者（順不同、敬称略）：

- 神尾陽子（国立精神・神経医療研究センター）
- 松下幸生（久里浜医療センター）
- 大塚耕太郎（岩手医科大学医学部） 計 3 名

資料：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン、項目 1～21、心理的応急処置フィールドガイド、PTSD 対策専門研修（大規模災害対策コース）時間割、包括的災害時精神保健医療ガイドライン研究・包括的レビュー対象文献

内容	資料
<ul style="list-style-type: none">• <開会の挨拶がなされた>• 災害時精神保健は今後も関心の的になるだろう。東日本大震災からすでに数年経過したが、時間とともに風化させないように研究を進めていきたい• これまでは災害時の対応の選択をすることに焦点を当ててきたが、今後は専門家	

<p>のネットワークを構築することが課題</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • <厚生労働省からの挨拶がなされた> • 九州の豪雨の被害と活動についての報告がなされた • 福島県避難者の相談とフィードバックについて今後検討予定 • 各地にちらばる被災者のネットワークに注目すべき • 今秋に福島県職員を主として研修会を実施予定 • 時間の経過とともに課題は複雑化しているが、支援者の専門的知識とスキルが上がっているのも事実 • 被災者の現状について、PTSD の治療へのアクセスについて、内閣、マスメディア、政治家の間でも関心が高い 	
<ul style="list-style-type: none"> • 災害時精神保健ガイドラインについては受援についても語られるべきだと考える 	
<ul style="list-style-type: none"> • 3 月末に陸前高田市に神奈川 DPAT として活動した 	
<ul style="list-style-type: none"> • <文献一覧表についての説明がなされた> • 文献によってポイントの置き方が異なるため、漏れのない包括的なガイドラインを作成していきたい • 今後は文献ごとの垣根を取り払ってまとめる予定 • 個々の項目に対してエビデンスの網羅的なレビューが必要（例えばディブリーフィングが有害というエビデンスなど）。引き出しをウェブ上に作成し、その中身（エビデンス）は随時更新する形にしたい • 野望は英語版を作成すること。阪神淡路大震災以来、様々な理論が海外から流入した。日本は災害大国であるにも関わらず、海外への発信が十分ではない。豊富な災害経験を持った日本が国際発信してゆくべきである。将来的に海外の専門家を交えたレビューができれば理想的である • 項目 3 のシステム・原理のように、いくつかの項目については垣根を取り払ってまとめることが可能と思われる 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • <包括的ガイドライン作成の経緯について説明がなされた> • 池田小学校殺傷事件をきっかけに精神保健専門家間の認識の統一の必要性が高まり、2003 年にガイドラインが厚労省より配布された • 多職種の連携的な活動の指針になるよう包括的なガイドラインを作成し、随時再校正・最新化する必要がある • 合計 12 点のガイドライン・教科書・報告書を解体し、21 項目にまとめた。ガイドラインマトリックスに情報をまとめ、表を作成した 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • 池田小学校殺傷事件以来、緊急時における精神保健医療ガイドラインの作成、PTSD への注目、日本トラウマティックストレス学会の設立など、エポックメイキングの様々な動きがあった。PTSD 研修も始まった。神戸市精神保健福祉センターも時期を同じく開設し、その後の阪神淡路大震災での活動に繋がった 	災ガ
<ul style="list-style-type: none"> • <PTSD 対策専門研修の時間割について説明がなされた> 	時間割

<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 3：システム・原理についての紹介がなされた> 	項目 3
<ul style="list-style-type: none"> ● ガイドラインの中で、同様のテーマが繰り返し述べられていることもある。また、同様のテーマであってもその表現が異なったり、イメージが違ったりする場合もあるので考慮が必要 ● 文献において、個人とコミュニティを行ったり来たりと、対個人および対地域への支援が混在しているため、一部の文献のみを参照した場合は多くの人が誤解しやすい ● 個人とそれを取り巻く社会 micro-community について触れている ● 早期から一律に医学的な介入をする必要はないことは、複数の文献において一致して報告されている 	項目 3
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 3 ディスカッションについて紹介がなされた> 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 項目 3 の見方について、包括的ガイドラインの作成にあたり引用したガイドライン・文献のリストについて、および OP と EV の意味について教えてほしい。また、マトリックスに記載されている文献はそれぞれの参考文献に記載されているものか、それとも外部からの文献を含むのかを教えてほしい ● 非常に膨大な労力を要する作業であるが、(包括的ガイドラインの作成は) 良い方向に進んでいると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● OP は著者の意見、EV はエビデンスに基づいた事項を表している ● 文献リストは配布している ● 実際の文献は後方のテーブルに並べた ● 文献については参考文献に記載されているものをマトリックスに反映している 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本においては明らかに保健師が中核的な存在であり、海外とはそこが異なると思う。しかし、日本の保健師は単に「海外とは異なる」でいいのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 引用した文献は、主に南アジアおよびアフリカ地域などの発展途上地域向けのガイドラインである。そのような地域では保健師のシステムもなく、また、先進国における災害時の精神保健活動を想定していない ● よって、日本がガイドラインを海外に発信することで、他の先進国におけるテロ被害や感染症などの対応の参考になれば良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 米国のように Public Health Nurse の概念がない国も多い ● 米国の Public Health Nurse は災害に関して特化しているわけではない。海外と役割を比較する必要があるかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Public Health Nurse の包括的国際比較は行う価値がある ● 日本では、災害に関する情報は最終的に災害本部に集約される ● 情報収集についても、国により収集のしかたは異なるので日本ではこうだ、と明示する必要がある ● 「情報」という言葉ひとつをとっても、国によって解釈が異なるので、日本においてはこうだ、ということを明示する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の DMAT や JICA が中心となって統一した情報収集を行うシステムの導入 	項目 3

<p>が WHO により採決された。EMT(WHO Emergency Medical Teams、日本では J-SPEED)では、国際的レポートの取り方を統一されている。Minimum data-set を収集することが 2 月に決定した。今後はそのシステムを活用してより良いデータを収集・蓄積する動きがある</p>	
<ul style="list-style-type: none"> 当該ガイドラインの目的は何か。実践的に用いる目的で作成するのであれば、DPAT 等を取り巻いている環境の実態を明示する必要がある。学問的に用いる目的であれば、災害メンタルヘルス学についてももう少しより包括的に発展する必要がある 現場で実践的に、オンタイムに使用するのか 	
<ul style="list-style-type: none"> おっしゃる通りで、ユニバーサルな視点を持つことが必要 ユニバーサルな視点と実践的用途のための二つの視点がある。推論的な部分もある 現場の人が参照して実際に役に立つかどうかについては、「今こういうことが動いている」というような参考にはなると思う。実際に現場で用いるマニュアル等は DPAT が既に作成している 	
<ul style="list-style-type: none"> ユニバーサルな視点は必要だと思う 受援などの、その他の地域回復のためのプロセスを追記する必要がある。受援についてはあまり述べられていない。該当の地域が回復するための原則が必要 DPAT の活動などを追記するという姿勢の方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> システムに関しては、受援に関する項目が必要 そもそもシステムをどこまで捉えてシステムとするかは検討が必要。これまでのシステムを整理し直すことも重要だが、新たに作っていくことも必要。平常時より存在する機関がマニュアルに積み上がるのが良い 	
<ul style="list-style-type: none"> こころのケアセンター等で行われてきたことが、このようなガイドラインに統合されるのは適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 各自治体が作成するガイドラインのためのガイドラインという立場でも良いと思う。自治体によって保健師の実力や役割にはばらつきがあり、自治体がガイドラインを最初から作成することは現実的ではない。そのため、当該ガイドラインをスタートとして自治体のガイドラインを作成するのはどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> <項目 5：トラウマ対応について報告がなされた> 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> 文献ではストレスモデルと PTSD モデルが混在している場合があり、わかりにくいことがあるので注意が必要 「災害といえば PTSD」という風潮が過去にあったが、やっと沈静化してきたように思う 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> <項目 5 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 5
<ul style="list-style-type: none"> 防衛医科大学の先生が提唱している、遺体と関わる支援者のケアの項目が必要だと思う。ベッドサイド PFA を行うのはどうか 医療行為が与えてしまうトラウマもある。例えばトリアージタグや措置入院の現 	項目 5

<p>場を目にしてしまったり、避難所で精神病患者が連れて行かれるのを目撃してしまったりすることで、周囲の人々にトラウマが生じることもある。精神保健医療支援者が「白衣を着た悪魔」などと呼ばれることもある</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • 支援者のケアは非常に重要な項目だと思う。頭ではわかっているが、実際はどうなっているのか、どう対処しているかが明確でない • PTSD については経験がない人が多いが、PTSD に該当する人が一定数存在することを前提にしていることが大事だと思う。ベッドサイド PFA も必要である • 「こうやるとうまくいく」、という好事例を含むのが良い 	
<ul style="list-style-type: none"> • トラウマ対応は初期対応と重複する部分が多い • 支援者のケアにおいて大事なものは、チームの構成だと思う。支援者支援の体制が施設にあることが非常に大事である • 現場では薬物療法についての質問を頻繁に受ける。アドレナジックな薬がいいのか、SSRI がいいのか、現場としては切実なこと • 真っ先に使える薬物が現場では必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • おっしゃる通りで、急性期の生物学的な側面も大事な事項だと思う • 往々にして public health, social 系の先生方が執筆するとこのような傾向になる。加えて、バイオマーカー、眠薬、抗うつ薬などの practical use について内・外科医にわかりやすい指標が必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • 抗うつ薬や睡眠薬の使用については地域の開業医に頻繁に質問を受ける。これだけのレビューであれば、参照する医師も多いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「災害 = トラウマ」ではないことは、これまでもはたらきかけてきた。国連では「トラウマ」という言葉をなるべく使わない動きがある。トラウマ性ストレスという言葉の使い方についてのディスカッションは必要だと思う。Extremely distressed などの表現が使われている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 2016 年 UNSDR でもトラウマに関して Terminology が統一されていない、スタンダードが決まっていない、エビデンスが少ないという activity report が提出された • よって、リサーチコラボレーションが必要であり、Dr. Virginia Murray & Dr. Emily Chun が EDR のための thematic platform を打ち立てた。Global Health Team には 150 名のメンバーがおり、香港で 7 月に会合が開催された。日本の先生方はまだ参加していない。11 月の防災フォーラムには盛り込まれる予定 • これまで活動報告は多いが、エビデンスと呼べるものが不足していた • WHO では、何が不足しているのかを話し合うため、英国、香港の研究者を含め、世界から約 150 名の研究者が集まり Thematic platform for health emergency and disaster risk management research group を組む動きがある。日本の知見をもっと出していくプラットフォームができつつあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • トラウマのことを埋め込むのが良いのか。取り出して書くのであれば、初期対応の中に入れるのはどうか 	項目 5

<ul style="list-style-type: none"> ● ト라우マのことを取り出して書くのであれば、普段の臨床で精神的トラウマの症例を全く診ていないのではだめ。日頃からトラウマの症例を診ている先生方と連携する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ト라우マと喪失を特出しするかどうか検討する必要がある。 ● 非専門家のためにもう少し概念形成を付け足す必要があると思う（PTSD ガイドラインとの対照など） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 当該ガイドラインは、今の段階では専門家が参照できるレビュー(Cochrane Review のような)を想定して作成している。最終的に一般の人に読みやすいように作成したい ● 今後はマニュアルを作成したい。アーカイブスとしてこういうものがあると、とりあえず見てみたいという人が使える可能性がある ● 既存の災害医療についても意見が分かれるので、並列・対立する意見なども引き出せるようにしておくと思う（情報の引き出しやすさ>内容のわかりやすさ） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 6：アセスメントについて紹介がなされた> 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本では災害そのものに対するアセスメントは各行政が行っているが、アフリカや南アジア地域ではそうはいかないと思う ● 当該ガイドライン作成にあたり、支援の活動評価が体系化されていないという印象を受けた ● 人権モデルに関してはあえて明示していない印象を受けた 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 6 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 通常臨床時に用いるアセスメントを災害時に用いることは控えてほしい。災害時に用いることができる尺度の検証はなされていない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 内科領域では「スクリーニング」と「アセスメント」は使い分けているが、ガイドラインでは混在している印象を持った。災害時はそれらの用語が混同されているのか。疾患 oriented ではない。可能であれば身体疾患の用語にならうべきだと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 疾患 oriented と精神保健 oriented は分けた方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 状況のアセスメントなのか、個人の疾患の臨床アセスメントなのか、「アセスメント」の用語の使い方の考慮が必要だと思う 	項目 6
<ul style="list-style-type: none"> ● 地域と個人のアセスメントが混在しているので違いを明確にする必要がある。臨床では、ハイリスクな人を「スクリーニング」する、という使い方をしている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神科領域に関してはスティグマもあるため、疾患を見つけに行くという姿勢では使わない。あまり医学化しなくてよいのでは、と思う ● 注釈をつけることも可能（一般の人には難解な部分、態度の違い） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 倫理の問題もある。Surveillance と疫学調査を分けることも大事。やり方を間違えると住民を傷つけてしまうことになるので、調査は必要ではあるものの、実施は慎重に行う必要がある。福島の場合は surveillance として調査を実施している 	

<ul style="list-style-type: none"> • Surveillance と epidemiology research を区別する必要がある • 実体が明示される必要があり、戦略が必要 • サーベイランスを間違えると倫理問題に発展する • チェルノブイリ以降、全体把握モデルを福島で実践している • 倫理問題は別に切り分けるのが良い • 調査は必ずしも被災者に還元されるわけではないが、状況把握するため、ということで行われているのか 	
<ul style="list-style-type: none"> • 疾患のスクリーニングではないが、K6,PCL は、福島であくまでサーベイランスとして実際に使用している 	
<ul style="list-style-type: none"> • ポイントはあくまでも疾患に向かっているかどうか、というところが分かれ目だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 茅野先生がおっしゃっていた共通評価項目は必要。共通評価項目の中にメンタルヘルスのチェック項目があり、実際には現場を統括する保健師等がそのスクリーニングを行い、DPAT にその情報が回ってくると思うが、現場レベルでどのように使っていくのか今後考える必要がある • 大規模な全体アセスメントは行政が行うが、東日本大震災のように大規模な被害があった場合、行政システムが破綻している折に地域のサポート、アシストが必要。行政の情報収集だけは追い付かない。平常時から資格のある地域の精神科医をはじめとする臨床・専門家がそのサポートができるように体制を作ることも必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 確かに地元の先生方が集まっての情報収集については抜けている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 評価項目（J-SPEED レポートフォームでは項目 20 と 21）は実験的に熊本地震で用いられて、自殺リスクを評価し DMAT より DPAT に引き継がれて介入が行われた例があったと報告されている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 川上先生のガイドラインアセスメントも使えると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • アセスメント実施については、目的によると思う。災害時は個人がバラバラに動いている印象を受けるので、アセスメントの目的が何であるかが末端の人間に伝わっていることが必要だと思う。診断なのか、現状把握なのか伝わっていることが必要 	
<ul style="list-style-type: none"> • <PFA 研修の報告、研修内容の紹介がなされた> 	PFA
<ul style="list-style-type: none"> • PFA の受講数は 4,000 名、講演は 5,000 件程実施した 	PFA
<ul style="list-style-type: none"> • <項目 4：心理反応・精神疾患について紹介がなされた> • 中期の言葉の定義は国によって異なるので注意が必要。例えば、英語圏の諸機関では”psychosis”が”severe mental illness”と表記されている • “Severe mental illnesses”についてはシステム介入していく方向 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> • <項目 4 ディスカッションについて紹介がなされた> 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> • 自殺、アルコール依存、暴力、などが問題になると思うが、災害後に引きこもり、不登校（社会的逃避傾向）は増加するのか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 災害時にそのような人々は逆にがんばる、という印象を持つ 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 中長期では不登校など増加しているが、引きこもりについては性格に把握していない。失業に伴い、特に男性が引きこもってしまうケースはみられる（例：災害により漁業を営めなくなった漁師） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● うつ、ASD についてはあまり書いておらず、それらを含めた common mental health disorders について述べられていない。日本の被災地で経験のある先生方が今後発信していくと良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● この場で災害時に患者を受け持った先生はおられないか。トリアージ、移送、避難所の状況を含めてどうするか ● 精神科のトリアージに関しても検討する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 認知機能の低下は項目に含まれていないのか。東日本大震災後の 3,000 人以上の調査で認知機能の低下がみられたことが報告されたので、今後検討が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 年齢要因なども検討すべきだと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 例えば、問題がある家族が二人になった折に介入し、周囲の人への影響を回避できた経験がある ● Acute psychosis の救急の介入に関しても現場で培ったいろいろなコツがある。事例提示が良いかもしれない。 	
<ul style="list-style-type: none"> ● そのような事例の提示が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害後、人々にとって役割分担の存在がとても大事だと思う。役割を失ってそこからどう生活を立て直していくかが重要。福島の方々への支援においても、働き者の女性が仕事を失うと役割喪失によって抑うつ的になったりするところを見てきた。転居を繰り返してきたことによるストレスの問題もある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 繰り返しの転居に伴うストレスは重要だと思う ● ソーシャルキャピタルの点ではどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ソーシャルキャピタルは大事な視点。もともとあった地域性について含まれるべきだと思う。カワチ先生、辻先生がソーシャルキャピタルについて研究されている。論文があれば、確かにソーシャルキャピタルの点も加えるのは適切だと思う 	項目 4
<ul style="list-style-type: none"> ● 逆に様々な災害について、ソーシャルキャピタルの視点から論じる必要があるのでは ● 災害後に地域とのつながりができることもある。せっかく仮設住宅でネットワークができたのに、復興住宅に移ることによってそのネットワークが失われることが問題となる懸念もある（高齢者が畑仕事が出来ない等）。東日本大震災後の 6 年目にしてそのようなことがストレス要因として存在する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害後のソーシャルキャピタルに関する日本での文献はないので、今後発信されることを願う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <項目 7：初期について紹介がなされた> 	項目 7
<ul style="list-style-type: none"> ● 多文化対応については、出身国の大使館・領事館で情報が得られることになって 	項目 7

<p>いるが、今後検討が必要だと思う。外国籍でも日本語を話せる人は多いため、「外国人」ではなく「日本語を母国語としない人」の方が適切だと思う</p> <ul style="list-style-type: none"> • CBT が流行っているが、災害後初期に CBT の介入を行うべきかどうかは、その研究を実際に行うことが難しいために、まだわかっていない 	
<ul style="list-style-type: none"> • 人権に関するチャプターがあってもいいように思う。強制的な介入の際の配慮、IC、情報提供などが必要となる。現在のところ日本では発達障害や法的な分野での言及にとどまっているが、WHO の humanitarian intervention guide にも類似するものが含まれていたと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 福祉に関してもほとんど書かれていない。そもそもそのようなシステムがない前提で書かれているからかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「災害弱者」という表現は使わず、PFA で使われていた、「特別な配慮が必要な人」という表現は適切だと思う。妊産婦や知的障害者など、それぞれに対してどのような配慮が必要かの記述があると良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 「特別な配慮が必要な人」には精神疾患をもともと持っている人も含む • 精神疾患のある方は避難所にも行くことができないので、そのような集団についても記述があると良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 特別な配慮を必要とする人の家族も脆弱であるので、家族を含めて配慮が必要だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> • 精神疾患に関しては、薬が無くなって何日間再発しないものなのか。 • てんかんについては個人差があるがどうか。 • 調剤薬局は緊急時対応をする（情報提供を含む） • 以前は DPAT は全ての薬を持参していたが、現在はそうではない 	
<ul style="list-style-type: none"> • それしかなければ、ある中でやるしかない 	
<ul style="list-style-type: none"> • てんかんの薬に関しては、状況は深刻になる。離脱症なども心配 • 調剤薬局の対応に関して情報を持っていない人には情報提供が必要 	項目 7
<ul style="list-style-type: none"> • DPAT は薬のリストを作成することを行っている 	
<ul style="list-style-type: none"> • 精神医療的介入はこっそり行われているもの、というイメージだが、皆の前で暴露される場合も多々ある。治療のセッティングについては書かれていない • 診察や介入のセッティングについての記載はどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> • 確かに、診察や介入のセッティングについての記載は必要だと思う。ユニセフの「子どもにやさしい空間」に、子どもに適切な空間設定についての記載はある • 以前 DMAT では、周産期に特化した班を組もうという動きがあった 	
<ul style="list-style-type: none"> • DMAT ではなく JMAT では。DMAT は初期の数日しか活動介入しない。現在は DMAT 隊員のうち恐らくその中で救急医は半分以下もいないのでは。JTEC という外傷の見方などの訓練を受けるよう勧めてはいるが、現状では救急医ではない医師が無理やり DMAT として対応している背景がある 	
<ul style="list-style-type: none"> • 逆にそれは強みではないか。各員それぞれの分野を生かした DMAT チームも良いと思う 	

<ul style="list-style-type: none"> それを売りにしてゆこう、という動きがある 	
<ul style="list-style-type: none"> <項目 8：中長期について説明がなされた> 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> PTSD についての記述が古く、洗練される必要がある 以前のトラウマを中長期と一緒に扱うのは困難 災害が無い時に治療を受けていない人々がいる一方で、災害時になぜ全員治療しなければならないのか 日本では災害援助法が解除されているか否かも考慮する必要がある 災害救助法が精神症状について述べる、あるいは触れることは適切か 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> 日本に人権のアセスメントは存在するのか 	
<ul style="list-style-type: none"> 人権全般に関しては存在するが、精神保健に特化したアセスメントはない。障害者に関するアセスメントは現在作成中 	
<ul style="list-style-type: none"> アセスメントは WHO には存在する。障害者の中にメンタルヘルスの項目が含まれている。高齢者についてはユニセフ(WHO)のアセスメントがあったと思う。身体と精神の双方が含まれるアセスメントはある 	
<ul style="list-style-type: none"> 中長期の定義についてはどう思うか 	
<ul style="list-style-type: none"> 現場の心的変化を軸として、避難、仮設、復興住宅とフェーズ区分することが重要だと思う 「あの人行っちゃった」、「残された私達」等の現場的視点を取り入れる必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> インフラの復興も加える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> プレハブ、みなし仮設（日本独特）も加える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> 確かに、文献的ではなく、現場的な区切りが必要だと思う。それをするには、時期で区切るか、出てくるファクターで区切るか検討する必要がある 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> 日本の現場で共有できている区切りはあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 国際的にも同意がとれていないので、日本ではこうだ、という風にしてもいいと思う。日本では現場の状況に基づいてこのように定義する、と述べても良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> 災害の状況、規模、地域性、避難、仮設、によって異なるので、日数で区切るよりも、支援の提供体制も含めて考えた方が適切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> PTSD の診断に関連して 1 か月という区切りがあるのかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> DPAT 活動を集約する。DPAT による薬剤の処方減少しているから、目安のみにするか 薬剤の処方が徐々に減っていく時期を区切りにするという議論も出ている 災害救助法においては、内閣府が経済的援助に関して日数の区切りではなく、各事例を検討して決定する考え方もあるので、もやっとした方がいい。そうでないと必要なときに必要な経済的援助が得られない 	
<ul style="list-style-type: none"> こころのケアセンターができると長期になるのか 理念型でよいのか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 実際は災害の状況によって異なる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 特に受援の視点から時間軸も必要 ● 時間による格差も生じる。個人として見た場合は、確実に格差が存在していて、「みんなが被災した1週間」、「格差が出てくる1か月」、というのは共通しているところもある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 児童への介入という視点からはどうなのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本支援に参加した折は、発災直後ではなく一か月後より支援者として入ったもともと持っていた脆弱さが、災害後に顕在化するようだ。どういうタイプの子かといえば、ASD系が多い。加えて被災地では発達障害、不登校、リストカットのある子どものケースもあった。災害前には何とか学校に行けていた子が災害後には行けなくなるということもある。ADHDの子どもに関しては目立たなかったが、児童に関するデータはない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 神戸市でも死別を経験した児童を数年間フォローしたデータがあると伺った-(フォーカスは個人)。東北でもデータがあると思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 石巻のデータはあったと思うが、児童についてのデータではない。遺児に関しては把握していない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 多動症に関しては、SDQでみると初期は症状のレベルで増えていたという石巻の報告があった 	項目 8
<ul style="list-style-type: none"> ● 文科省が資料を収集している ● 学校が再開し、遊び場ができるなど日常を取り戻すことが非常に大事だと思う。兵庫県の学校の先生に聞くことができるのでは。学校の運動場で遊ぶ、そこからの回復が大切 ● ガイドラインに組み込むことは良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 遺児に関しては教育学部の先生が研究をしている。保育所の調査などもつなぎ合わせると見えてくるものがあると思う ● 子どもセンター、保育所などのレポートを集める ● 教育に関してはあまりかかれてないので検討必要 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 被災三県のデータを確認すべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● <WHO statement to the 2017 global platform for disaster risk reduction のコピーが茅野先生より参加者に配布された> 	WHO

「災害時の精神保健医療に関する研究」 研究班会議・専門家会議 議事録

日時：2017年12月14日（木）13:00-16:00

場所：フクラシア丸の内オアゾ 15階会議室 D

参加者（順不同）：金、大沼、島津、篠崎、鈴木、関口、増野、茅野、西村（来住先生の代理参加）、
五明、井筒、大塚、松下、高橋、富田、松本、加藤、中山、大滝、石田、染谷

欠席者（順不同）：来住

資料：項目9「心理反応への対応」、項目10「リスクコミュニケーション」、項目11「準備+訓練」、
項目12「子ども」、項目13「高齢者」、項目14「支援者」、項目15「マイノリティ」、項目
17「報道」、項目18「特殊事例」、項目19「倫理・法規」、項目20「機関連携」内容のまとめ
(ディスカッション用配布資料)、前回7月開催「災害時の精神保健医療に関する研究」研究
班会議・専門家会議に出席された先生方からのコメントのまとめ（該当マトリックス項目に
併記）、Adverse Childhood Experiences ppt（抜粋）、項目別マトリックス、平成24年度・
25年度・26年度厚労科研「被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入
手法の向上に資する研究」目次、平成24年度厚労科研「大規模災害や犯罪被害者等により精
神疾患の実態調査と対応ガイドラインの作業・評価に関する研究」分担研究報告書、The
interPAR Trial: International program for promoting adjustment and resilience after
disaster (Draft final report)

内容	資料
<ul style="list-style-type: none"> ● 開会の挨拶がなされた。これまでの知見を整理する作業と、専門家のネットワークを形成することをしていきたい。教科書やガイドラインの内容に食い違いがあることがしばしばある。今回レビューした対象は、出版されている教科書などで、今後研究なども含めて肉付けしていく予定。今後も議論を進めて災害医療につなげていきたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 先生方には普段より 災害時精神医療に従事いただきありがとうございます。初期支援については、DPATの体制がまとまってきた。中長期支援については、心のケアの会議や情報交換など行った。引き続きご協力をお願いします 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 今回は来住先生の代理参加。よろしくお願いします 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害時の看護の活動の支援をしてきた。WHO 協力センターにもなっている。災害時の支援者の精神保健に関して取り組んでいる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 前回の会議の内容をまとめたものを回覧するとの報告がなされた 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 前回話し合えなかった項目について話し合いたい 	
<p>項目 9「心理反応への対応」の項目内容について紹介がなされた</p>	<p>項目 9</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA は心理療法ではないが、災害後初期に行う支援として日本で広まってきている。PFA で安定しなかった人に対しては、オーストラリアと共同で interPAR をまとめ、おそらく来年 4 月に導入開始を検討している ● 対トラウマに関して言うと、災害時のトラウマに特化した療法はなく、平時に行うトラウマに対する療法を被災時に応用できるのかはまだ十分にわかっていない ● PE, NET, CPT, TFCBT などが取り入れられている ● 悲嘆喪失に関してはグリーンカウンセリングが行われているが、災害時に関してエビデンスはまだ十分ではない ● ディスカッションの項目について説明がなされた ● 被災者から感謝されることが効果があったということではない。何をアウトカムとするかを明確にする必要がある。治療ではエビデンスが必要。エビデンスのある認知行動療法以外の治療効果が把握できていないが、きちんと考察する必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● (308 行目)この場合の災害の定義と WHO の災害の定義は一致せず、難しい。整合性をどのようにはかるかを考えていかなければならないと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 心理的危機についてももう少し明確にしたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 国際機関の間では 2015 年の仙台の防災会議や、2016 年トルコの世界人道サミットで概念が整理されてきた。日本の独自のものがいいのか検討必要。国際的な定義に合わせると日本のこれまでの経験も海外に発信しやすいのではないか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● Autonomy を失った状態であると考え、主観的・客観的見地との兼ね合いから定義が難しい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 1 点目に、治療と危機介入が混在している。治療は治すということなので、危機介入とは異なる。治療はある程度安定した環境で行うのに対し、危機介入（自殺等のハイリスクケア）はそこにもっていくまでの活動。危機介入、CBT とカウンセリングの位置づけは必ずしも同じではない ● 2 点目に、すでにサービス受けている人は、もともと受けているサービスを優先すると思うので、それまでの治療を受けられるということを強調する。そうして安心させることも考える必要がある。もともと治療を受けている人が悪くなる事例もあるが 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 後者は本当に気をつけたほうがいいと思う ● 災害だからといって急に新しい治療や特別なことをしようとする人もいるが、普段から受けている治療を受けられることは重要。災害イコール危機というのはあまりにも広いと思うので、災害の中で危機的状況が起こると paraphrase する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 「危機」より「困難な状況にある」人まで入れ、「現実的生活困難さ」まで含める方がよいのでは。ケースマネジメント、ソーシャルワークなどの大事な要素も含めて、現場で起きていることが漏れなくガイドラインに含まれているといいかと思う 	項目 9
<ul style="list-style-type: none"> ● (1 頁目) PTSD や Grief に絞っていく形なのか、より幅広く不安、うつ、アルコール依存なども含めて焦点を当てていくのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 本来は幅広く捉えるべき。交通事故からうつを発症するケースも多い。出版されているものの中ではトラウマケアに関するトピックが多かったので現状はそうなっている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● mhGAP という治療のガイドラインが出ている。International Humanitarian Intervention Guide があり、WHO ではエビデンス&リサーチのサイトがあるので有用だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● mhGAP のガイドラインについては、精神科の専門家を十分用意できない状況で、現地の人を手っ取り早く活動できるようにどうしたらいいか、ということ念頭に置いてまとめたもの(例: エボラ出血熱のケース)。mhGAP を用いて現地の人材を使って活動をして、うまくいったという報告は出てきてはいるが、まだ多くはない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害になると、OX療法をする人が押し寄せる。支援が有害になりうるということも反映させることが必要だと思う ● PFA など形にしてもっと一般的にするなど、一般原則が重要なのかなと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA はメソッドと思われがちだが、態度である。しかし、メソッドのようにガチガチな印象は与えない。支援の引き際や、適応ならない場合などきちんと書く必要がある。タイ津波の時のように介入にはリソースを消費するので、専門的な介入をするにもリソースのバランスを考える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 大塚先生のリフレーズになるが、『災害精神医学』で紹介されている災害支援は刹那的な介入で、見ず知らずの人が、見ず知らずの人を支援するということなので、心理教育や PFA などがあげられる。「世の中にはこういうものがある」と個別に CBT 等の療法を列挙したうえで、CBT や集団療法については関係性の中で行うものなので、混同して記載せずに明確に分ける必要がある。このように書くと、避難所 	

<p>で集団療法を行うような印象を与えるので、急性期にどう対応すべきか明確にするべき。まず本人が落ち着き、本人のニーズを明確にしたうえで治療をおこなうのがよい。本人が治療してほしいという場合に、本人との関係性がある中で、どのような治療があるか紹介できればいい</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 心理療法については、色々な療法を列挙している本もあり、それは削除している部分もある。初期は PFA 的な幅広い対応を行い、PTSD 等の治療は後で行うという方向が良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の特徴的な枠組みとして、保健師やその他の共に働く人々の状況を理解する必要がある。DPAT やこころのケアセンターだけではなく、保健師、地元優先、地元関係者をリスペクトして支援を行うことの大切さを盛り込むと良いと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● エビデンスは別にして、精神保健福祉センターレベル介入、いわゆる「つなぐライン」はよく求められる。強い介入ではなく相談に乗るというレベルでも、スキルが求められる。若い支援者ではなくベテランが対応することが多い ● 介入の方法論というのも、対住民になるので、患者として扱うのかそうではないのか、患者ではなくその手前の人々に対しては、既存の方法論としてすでにあるので、それを入れてもいいのではないか。ここに入れるかどうかは検討事項 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 別の枠組みでそれについても検討している。 	
<p>項目 10「リスクコミュニケーション」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 日本文献 2、海外文献 2 ● リスクコミュニケーション ● リスクの目的・定義の説明がされた ● 基本原則、留意点について、資料を元に説明された ● リスクメッセージの定義、1) 災害に備えてのリスクコミュニケーション、2) 災害発生時のリスク、3) 災害発生後のリスク、 ● メディアとの関わり方について、説明がされた 	項目 10
<p>ディスカッション</p> <ul style="list-style-type: none"> ● リスクは情報伝達の手段か、不安を和らげる等のサポートなのか、 ● メディア：報道という項目が項目 17 で出てくるので参考に ● 明確な情報伝達によって、不安を煽らないようにすることは PFA と似ている。PFA はそれが No.1 ではないが、重なるところがある ● リスクという概念があまりないようだ。リスクコミュニケーションについては文献が少なく、例えば別項目である「報道」との兼ね合いなど、この枠でくくってよいか 	

<ul style="list-style-type: none"> ● WHO では、リスコミの概念はすごく使っている ● Fundamental public intervention だと言っている。ガイドラインのウェブサイトがあるので参考にしてほしい ● 従来、リスコミは authority から市民に伝える一方的なものだったが、今は authority への trust を重要視している。また、実例もある。WHO も経験を重ねてきた上で改善されているので、使えるかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスに特化しているのか 	項目 10
<ul style="list-style-type: none"> ● していない。一般的な災害時用で、3 分野すべて緊急時に対応している 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健分野ではリスコミへの言及は少ない。基本的な災害時の対応としては、一応ふれてはいるが 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA は広い意味でリスコミが含まれているかもしれないが、メディア対応については特殊な配慮とスキルが必要 ● 災害時のメンタルヘルスに関わる人は基本的なことは知っておくべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それは共有されていたのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● メンタルヘルスの枠組みでは考えられていなかったよう ● 私自身マスコミからの取材を受け、住民に対してどういうことを伝えたいかなど、色々な質問を受けた。社会に対する心理教育、どういう情報を発信するかは重要である ● どういう支援が行われて、どういうことが起きているの、住民は知りたいはず。実際は全部を統括している人はいないので、ある程度の専門家と共有し、どのように情報を発信して行くか伝えるポイントを明確にすることが重要 ● DPAT が何をしているか興味がある。どんな支援が行われてどうであったか、住民は知りたいだろう。実際現場でそこまで把握している人はいない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT 内部のリスコミも考えた方がいいと感じた。外部とのコミュニケーションだけでなく、支援者相互のリスコミとして 	
<ul style="list-style-type: none"> ● これまではそのような研修はなかった。リスコミが問題になったのは、福島原発の事故から。メディアは協力的になってきているが、正当なメディア以外のメディアに出ることもあるので、ガセネタなどそのあたりをどのようにコントロールするか。学会などでも取り組んでいるが困難 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 加えて、インターネットはどうしたらよいか。言及はするが 	

● WHO はそれについて書いている	
● 過剰なコミュニケーションの害があるのでは	項目 10
● WHO 自ら情報を発信しているところは変わってきた。ホームページ、ツイッターやフェイスブックでも、全部自分達で行い、予算をきちんとつけてチームをつけてプレスリリース等も行い発信していつている。そのようにシフトしてきている	
● ネットというと発展途上国ではあまり普及していないイメージがあるが、逆なのか	
● そのとおりで、60%以上の普及率でアフリカでもインターネットはみなチェックしている。そのようなシフトとその重要性に注目すべき	
● 草の根的な発信をオフィシャルにやっていく方向ということ。考えていかないといけない。そのための予算を取れるかどうか	
● チームを作り、きちんとサラリーを出すこと	
● 自殺対策など、危機だけあおると悪い方向に行くことがある（パパゲーノ、ウェルテル効果等）ので、役立つ、よい情報を発信することが対策となる	
● 対象者の情報を守る、対象を守ることに優先。マスコミが支援者（例：心理士）の車両ナンバーをチェックしたり、つけて取材に来るようなこともある。避難所でもそのようなこともあるので、起きてから対応するのではなく、事前の対応も重要。役立つ情報として何をあげるか、また情報の一元化、誰が発信するが、どのように統一するか	
● 事前にどのような情報を出すのか、関係機関がストックを作っておいて、どこで災害が起こっても同じ情報を精神保健センターから同メッセージを出せるような準備をしておくのもいいかもしれない	
項目 11 「準備+訓練」の項目内容について紹介がなされた	項目 11
ディスカッション ▶ 学校、2) 実際の訓練、3) 資源（情報、人材、リーダーシップ）、4) PTSD : 研修が進んでいる、日本の災害医療対策が進歩した	
● 系統的な人材育成をしたい。検討必要	
● 加藤先生に対して、どのように研修して行くといいと思うか質問したい	
● コンピテンシーという言葉が出たが、DPAT に求められるコンピテンシーという研	

<p>修を行っている。要は、地元配慮する・優先する、行儀をよくするという基本が大事ということ。災害時の命令系統はしっかり守ることが重要だが、それだけではだめで、地元配慮することが大切。何を伝えるかをまとめて、いろいろなレベルで行う</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT では独自のトレーニングがあるが、例えば DPAT で研修を受けた上で、加藤先生のところで研修をさらに受けに行くというケースはあるか 	項目 11
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT の近畿連合を作って協力して訓練していこう、ということは話し合っている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それが一つレベルの高いモデルになっていくかもしれないと思う。それが地域の核になって広がっていけばいい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本で DPAT の活動が滞りなかったのは普段から地域連携、顔の見える連携をとっていたからだと思われる。しかし、消防・警察との連携は難しい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 行政の方で、あらゆる関係者が携わる基本的な訓練（PFA やリスコミについて）を打ち出していきたい（精神だけでなく、災害全体をひっくるめて）と思うがどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 最初は指揮命令系統を学ぶ。それ自体は大事だが、そればかり学び過ぎて周りに伝えることばかりになってしまい、自分としての意見がなく、例えば地域や被災した人に対して何をするのが適切かなどを考えることなく、報告などに囚われてしまうところがある。そういう人は問題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 草の根で呼びかけたり、モバイルで見られるようなものを使って、支援に関わる人に情報発信できると良い。アプリで見ることができ、派遣途中で見て思い出す、などの助けになるのでは ● 「一芸に秀でた」、よりも「幅広い連携」ができることに重きを置く傾向であるようだが、平時からの準備・研修についてはどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 受援側の話もすることが必要。地元がどうか、ということは支援の質に影響する。受援については地域連携が重要である。外から来た支援側と被災した地域が連携できるかどうかも大事。受ける側がしっかりやることを強調する 	
<ul style="list-style-type: none"> ● これについては文献が少ないので日本から発信すべき 	
<p>項目 12 「子ども」の項目内容について紹介がなされた</p>	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● 避難先での環境調整の視点も重要。例としては、子ども達が夜遊ぶと老人が「バカ野郎」と言う。子ども達だけでなく沐浴が必要な新生児など別環境が必要と考える 	

<p>(実現には難しいが)</p> <ul style="list-style-type: none"> ● DV、こどもの虐待がもともとありうる人たちが避難して顕在化することがあるので、そのようなケースの対応も含めることを考える必要があるかもしれない。児相や他の子どものケアを行う機関との連携体制を構築し、子ども達をみていくことが大事 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 災害のあとで虐待が事例化するケースも実際に多いか 	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● そのような場合もあるが、そうならないように母親の支援をしたり、訪問を頻回にしたり、周囲と協力しながら観察し、目が届くようにしておく ● 子どもの安心できる空間について-- 避難環境においては目が届かない部分も多々あるので、困難だが取り組まなければならない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ぜひ取り入れたい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● CFS を支援者、避難所の運営に係わる人が知っておく、頭の中に留めるのは良いと思った ● 二次受傷については子どもに映像をみせないというのも不可能であり、どう位置づけるかが問題。メディア、映像をどのくらい見て、それが長期的にどのように影響を与えるか調べたが、気をつけておく必要はあるものの安心できる環境であれば二次受傷など必ずしもトラウマ症状を引き起こす訳ではないと考える。しかし十分に気を付けて子どもの様子をみながら行うことが必要ではないか。テレビを見ることの禁止はすすめられない。PFA の文言にどう取り込むかが課題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● PFA も含めて総合的に幅広いものを作っていきたい。児童精神保健学会ではどういふことが言われているか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 重要な課題 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 文科省はそれで配っている。先生方は文科省からの文書を読んで不安になっている。先生方は読んだだけで何をどうしていいのかわからないことが多い。それぞれがガイドラインを作っても、全体としてどうなのか、スクールカウンセラーとも協働しきれていない。どこがどこまでやっているのか。DPAT には、子ども専門のチームはあるのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT では、DPAT 隊員で子どもの専門家、子どもが得意な人が対応する傾向はあるが、大人、子どもとはっきりしたガイドラインがある訳ではない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 昔はあった 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 熊本の時は（児童精神科医が）2人いて役割をふられた。（彼らが）チームに入ればそこに子どもについての仕事が回ってくるという形だった 	項目 12
<ul style="list-style-type: none"> ● チームで継続的にやっていた。隊員ベースだとむずかしいのでは 	
<ul style="list-style-type: none"> ● DPAT は急性期から中期しか活動しないチームなので、地元繋いでいくことはできるが、隊員間で能力差もあり、それ以上はしないことも仕方ないかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 日本の状況を考えて、学校は子どもについて大きい役割を果たしていることを考えたら、教育委員会が鍵を握っていると思われる。一方学童以下の子どもは保健師が予防接種を含めその健康全般をケアしており、学齢以下のこどもでは3歳児健診などで様子を見ている。母親の不安の状態が影響するので、母親の精神状態のチェックをする必要性を含め、母親の診査も盛り込むことは大切だと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ここまでは対応に関する視点だったが、準備の部分はどうか。mhGAPを作っていた時に、海外での非専門家教育の事例から、日本でも普段から学校の先生など非専門家にも使えるのではないかという話し合いがあった 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 難しいのは、池田小学校事件の経験からわかったことだが、先生たちは心のケアの専門家だという自負があるので、その上で先生たちに教育する場合に許容してくれるかどうかは定かではない。個人としては勉強したり受け入れてくれるとは思いますが、学校で共有となると難しいのでは。いじめも同じで、対応できてないところがある。スクールカウンセラーを通じて風穴を開けられれば良いがどうか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 組織が縦割りなので難しいかと 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 避難所は学校の体育館なので、先生やスクールカウンセラーが子どもの対応をできるか？ 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 学校現場の健康教育、養護教諭会との情報共有は大事だと思う。スクールカウンセラーを派遣するのは各都道府県なので、行政との連携が重要。家庭の状況に関しましては福祉や母子保健の方が詳しいと思われる ● 身体障害者とあるが、知的障害や発達障害のカテゴリーも設ける必要があると思われる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 発達障害、知的障害については含めなければいけない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 母子関係のところ妊婦の項目が入っているが（他に入るところがなかったからか、）母乳が出なくなって追い詰められている母親がいる。妊産婦の状況はあまり着目されていないのかなと思う。「子ども」に入ると見えづらくなるので、別枠に 	

<p>して着目してほしい</p>	
<p>項目 14 「支援者」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 支援者にできること、支援機関、支援者の存在、実施体制、セルフケア、チームケア、家族ケアに関して説明がされた ● 準備、訓練、研修受講者のフォローアップ、スーパーヴィジョン、人的資源についても触れられている ● ディスカッション項目（配布資料参照） 	<p>項目 14</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援者パーソナリティーはテキストブックにも載っていたが、それほどのエビデンスがあるのかは疑問。そうと指摘されてもどうしようもないのでは。東日本大震災などの想定外の災害の際には広く関わる人を募る必要がある。自分自身がトラウマなどリスクを抱えている場合は、間接的に支援する方法があるという内容が示されている。自身の動機をよく考えるなどの助言がいいのかなと思う 	<p>項目 14</p>
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援者パーソナリティーの中に、マニックリアクション、精神症状が入っている人もいる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 支援に行く時に自分がどういう状態なのかをよく見てから行く、という文言がいいかもしれない 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 現地の支援は疲労防止のためにローテーションがいいと思う。パーソナリティーというより、相手に合わせるコミュニケーションが現地の支援者には必要な一方で、DPAT・DMAT に対しては番犬のような役割を担っていただくなど工夫が必要。我々の活動を説明するスキルは災害支援の場で求められる。状況に応じてコミュニケーションをうまく使い分ける視点が必要。これはプロフェッショナルとして重要であり、自分達の活動を説明できるスキルも必要である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 地元の中から支援にあたる被災者である支援者と、遠方から来る支援者は、区別する方がいい。それぞれの特性があるので、支援のストラテジー、方法論も違う。日本もそのような視点を促す研究をすべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● ガイドラインに入れることを考えると、支援者のトピックだけでも本一冊になるほど幅広いと思う。消防から地元のボランティアまで入ってくる。どこにターゲットを据えるかぼやけるとわかりにくい 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 内部の支援者と外部の支援者で分けて書いた方がわかりやすいと思う。消防の文献は入っていないのか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 「外部からの派遣支援者」などターゲットを絞った方がいいかもしれない。曖昧にならないように検討した 	

<ul style="list-style-type: none"> ● 書き方、表現の問題だが、レジリエンスなのか vulnerability として書くのか、どちらを強調するのは検討する必要がある。その記載があるかないかで違ってくると思う 	項目 14
<ul style="list-style-type: none"> ● その点は注意喚起した。感染症の支援者と同じで、リスクに晒される訳であるので、vulnerable といふかリスクが高い。その中で、外部支援者、内部支援者と分けるといいかと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 精神保健分野に関する支援者に特化すればいいと思う。アメリカの PFA のモバイル版の「自分を守るためにすること」を参照してほしい。日本では支援者支援が強調されており、DPAT は若干触れているが、スキルアップが必要。支援者支援はどうするかという課題についてその方法、その場で気を付けることなどを書き入れるとより実践的なものになる。基本的なスキルが書かれると良い 	
<p>項目 15 「マイノリティ」の項目内容について紹介がなされた</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 様々なマイノリティがあるが、災害関係の文献では、国籍やエスニックマイノリティ、文化的な定義が混在していることがあり、整理が十分ではない ● 多文化対応というくくりも適切かと思う。多文化対応という項目は日本では作っていたが、海外の文献では多文化対応というのがほとんどない ● マイノリティは医療や教育などのリソースが使えないということが挙げられている。マイノリティに対する精神医療を安価にすることなども書かれている。 ● 文化によって感情表出が違う ● 災害カウンセリングや災害精神科医が親善大使となることについては日本でもそうであり、医者が地域をまとめる役割を果たしていることが多い ● 多文化対応のくくりはあるのか。それともマイノリティのくくりと、どちらがよいか ● 日本では毎年 4000 万人の旅行者を受け入れようとしており、災害が起こると一気に災害弱者となるため、着目する必要がある ● 海外の文献で文化的マイノリティに着目しているのか、経済的困窮などのリスクファクターに着目しているのか整理されていないところがある ● 多文化間精神医学会の野田先生の難民のメンタルヘルスに関する文献が、難民メンタルヘルスに関しての日本の文献としては唯一であり、参考になる ● 外国人については新潟中越地震についても特出しの記憶はない 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 英国・カナダではやっているが、旅行者に関しては、災害時には各領事館が対応している面がある 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 研究所に当時いたため留学生がたくさんいたが、福島原発の後は、欧米の国からの 	

<p>学生は母国の指示であったという間に帰った。アジアからの国の学生は残留していた。国によって対応が違ったという印象</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ● 防災フォーラムで、女性のマイノリティについて発表があったが（アジアからのピクチャーライドについて）、普段は外国から嫁にきたということをしてできるだけ隠しているが、災害時にずっと取り残され、苦勞をしたという話があった。見えないようにしているために、取り残された、というケース 	項目 15
<ul style="list-style-type: none"> ● 逆に、行政からリストをもらって家庭訪問したら、本人は嫌な想いをしたという話もある。外国人の対応は、本人の自己の決定権の問題で、本人に選んでいただくことが大事なのではないか 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 中国人については、差別的な取り扱いを受けていないか、中国総領事が差別防止のために職員を派遣し、地域をまわっていたようだ ● 例えば、フィリピンの方はコミュニティがあるので、連絡を取れば集まる。国の特性を踏まえて、国ごとのやり方、対応の仕方を考える必要がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 外国対応の窓口を作る案に関しては、外国人といっても様々な言語があるため、現実的には多言語対応実現の難しさがあると思われる ● 炊き出しをすると、外国人か否かに関わらず、関係ない外部の人が集まってしまうということはよくある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 地元は困っている 	
<ul style="list-style-type: none"> ● マイノリティに関しては精神保健の分野内で対応するのは難しいので、どこにつなげればよいか。福祉や倫理の分野とどう連携するか検討が必要だと思う。メンタルヘルスではなかなか出てこないが、人権の分野ではマイノリティの研究などは盛んで文献も豊富にある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 各地域で結構リソースがあるので、災害対応の人々が、地域の外国人支援や対応をしている機関や団体（民間団体、NGO を含む）を平時から整理しておいて、コンサルテーションを行い、準備をしておく。平時から関係をつくる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 海外の文献には人権のチャプターがあるが、日本の文献では災害時の人権の保護が特出しして書かれていないので、チャプターが必要。井筒先生が取り組まれているようなことが大事だと思う。全ては被災者の権利の擁護のためにやっていることなので。あたりまえのことだが、書いていない 	
<p>ディスカッション 項目 18「特殊事例」（配布資料参照）</p>	項目 18

<ul style="list-style-type: none"> ● アルコールの問題と、自殺の問題について、特に意見をいただきたい 	項目 18
<ul style="list-style-type: none"> ● 通常の処方薬については研究班で調査をしており、東日本大震災に関しては知見が出てきている。急激に飲酒量が増えるという傾向はなさそうだ。阪神淡路大震災の時もそうだったが、東日本大震災の時もアルコール飲料の販売量はむしろ減っているのではないかとされている。海外の知見は必ずしも日本に当てはまらない。災害前から傾向があった人は、災害後に再発するということがあると思う。災害前からアルコール依存のケースの数が少なく確認できていない ● ベンゾジアゼピン系の問題に関しては、被災地での使用頻度の高い人に女性の割合が高いことがわかってきている。震災後一年後、二年後に追跡調査をしたが、ベンゾジアゼピンの使用量は減ってはおらず、同じレベルを維持していることがわかってきた ● アルコールに関しては、もともと飲んでいた人は要注意だが、災害そのものが飲酒の問題を起こすということではない ● 睡眠薬に関しては、避難所で眠れないなどの理由で多く睡眠導入剤を処方したため、慎重にみていく必要があるかもしれない ● ギャンブルが一時的に増えた。被災地の男性において、一時的に増えたが2年後は減った 	
<ul style="list-style-type: none"> ● それはある。大船渡などでも、環境の問題として、本人にとってみれば変わりなくとも、住環境の影響でより明るみに出るということはあるかと考えられる。避難所や仮設スペースで、狭いところで多くの人々が住み、隣の人との距離がない、音が筒抜け、隣で酔って怖い通報がより明るみに出るなど、住環境の変化によってもたらされるものは様々である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 自殺大綱に災害が入ってないので触れるようにする ● 自殺未遂という観点もあるが、既存のシステムとの接合性について書いた方がいいと思う。被災者のこころのケア要綱に自殺、自殺未遂の観点を入れるべき ● 介入した・しない地域で変わり（自殺がなくても発生することがある）ここで入れるか（特殊事例項目）、全体で入れるか判断が難しいところ。もちろん救急医療システムは24時間作動しているが、自殺未遂や危険性があった時には早急に入院させたりするなどのコーディネートが必要なので、そのあたりも書いた方がいいと思う ● 災害の中では早期から死にたい人たちは出てくる。自殺予防は災害時現場で問われることなので、事前教育を入れた方がいいと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 169行目の building back better - スローガンなどの時は「Build back better」の表記の方がいいかと思う。防災会議でもそのように使われていた。（WHOでは building back better が使われている） 	

<ul style="list-style-type: none"> ● アルコールのことは特殊事例でもなく、急性期、初動時において問題行動を起こす人への介入は災害精神保健で大きな問題。少し経つと3合飲んでいたり、時期が経っても、引きこもって飲んでいる中高年の健康をどう守るかということが課題。福島で保健師や福祉センターが実施している Happy Program など東日本大震災以降、各自治体でも非常に創意工夫して取り組んでいるので、海外のレビューだけでなく日本の活動を発信すべき 	項目 18
<ul style="list-style-type: none"> ● 依存ではないが、遺族がいる横で酒盛りをしていたり、夜の巡回をしてもらうなど警察との連携が重要。楽しく飲む環境が無くなる、という一般人の飲酒環境も避難環境全体の中で、考慮すべき 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 事例化するということを明記、啓発すべき。避難所ではおかしな人がいて騒いでいるという報告が上がってきて事例化していく。初期では避難所でも飲酒が禁止されていたりする。「耐えられなくなってくる」、と「飲み始めてみた」では飲酒の性質が大きく異なる 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 発達障害の子どもと同じで、避難環境によってあぶり出されてくる項目がある 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 学校支援について思うが、県単位で入る臨床心理士が教育委員会にうまく入っていきえずに孤立する。県の事情によって臨床心理士会の体制が全く違う。これから国家資格となる公認臨床心理士との兼ね合いや力関係なども考慮していかなければならないかと思う 	
<ul style="list-style-type: none"> ● もともと心療内科にいた立場として、表現が身体性であるケースも相当数おり、データが取れていない。今後注目すべき点である 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 見せ方について、例えば外から入る人向けの情報と内部の人向けの情報、というように、プレゼンテーションの仕方の見直し・検討があると良いと思った 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 平時からの問題が災害時の問題にかぶることから、災害時ももちろん平時からの対策も考えさせられた（特にベンゾジアゼピン、アルコールの問題は平時から存在） 	
<ul style="list-style-type: none"> ● 既存文献は不十分だが、先生方からのご意見・ご指摘をもとに肉付けをし、役立つ資料を加えたい 	

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
Kim Y, Ohnuma A	National Scaling of PFA Capacity Throughout Japan	Leslie Snider	Psychological First Aid: Five Year Retrospective (2011-2016)	Church of Sweden	Sweden	2018	59
金 吉晴	災害精神医学	尾崎紀夫, 三村 将, 水野雅文, 村井俊哉	標準精神医学 (第7版)	医学書院	東京	2018	223-228

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Maiko Fukasawa, Yuriko Suzuki, Akiko Obara, Yoshiharu Kim	Effects of Disaster Damage and Working Conditions on Mental Health Among Public Servants 16 Months After the Great East Japan Earthquake	Disaster Medicine and Public Health Preparedness			2018
金 吉晴	自然災害と精神保健医療	熊精協会誌 (公益財団法人熊本県精神科協会)	173	3-30	2017
篠崎康子 金 吉晴	災害精神保健 - 現場での対処法	精神科臨床Le	4(3)	52-53	2017
Sakuma A, Ueda I, Rengi S, Shingai T, Matsuoka H, Matsumoto K	Increase in the Number of Admissions to Psychiatric Hospital Immediately After the Great East Japan Earthquake	Asia-Pacific Psychiatry	59		2017(in press)
Ueda I, Sakuma A, Takahashi Y, Shoji W, Nagao A, Abe M, Suzuki Y, Matsumoto K	Criticism by Community People and Poor Workplace Communication as Risk Factors for the Mental Health of Local Welfare Workers after the Great East Japan Earthquake: A Cross-Sectional Study	PLoS ONE	Nov 22;12(11)	e0185930	2017

上田一気、長尾愛美、高橋葉子、東海林 渉、松岡洋夫、大澤智子、田島美幸、加藤寛、大野裕、松本和紀	被災者支援への認知行動療法の応用-東日本大震災後の被災者への取り組みから -	精神科治療学	31(2)	157-162	2016
尾崎米厚、金城文、松下幸生、樋口進	アルコール関連問題による社会的損失の推計	日本アルコール薬物医学会雑誌	52	73-86	2017
松下幸生	アルコール依存症に合併するうつ病と自殺リスク	精神科臨床Le gato	3	137-141	2017
松下幸生	アルコール依存とヒトゲノム解析	分子精神医学	18	8-14	2018
松下幸生	ギャンブル障害 現状とその対応	精神医学	60	161-171	2018
松井敏史、三ツ間小百合、横山顕、松下幸生、樋口進	アルコール関連中枢神経障害	Frontiers in Alcoholism	6	32-40	2018
Fumihiko Ueno, Hiroyuki Uchida, Takafumi Suzuki, Akira Yokoyama, Sachio Matsushita, Masaru Mimura, Susumu Higuchi	Psychotic symptoms associated with varenicline in a patient with alcohol and nicotine dependence: A case report	Journal of Clinical Psychopharmacology	37	627-628	2017
大塚耕太郎	心理的危機におけるこころの働き	日本精神科病院協会雑誌	第36巻・第12号	45-49	2017