

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27年度～29年度 総合研究報告書

研究代表者 金 吉晴

目 次

I. 総合研究報告書

- 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. 分担研究総合報告書

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.9
分担研究者 金吉晴、川上憲人、加藤寛、荒井秀典、松本和紀、前田正治、中島聡美、富田博秋、鈴木友理子、神尾陽子、松下幸生、朝田隆、大塚耕太郎、井筒節
研究協力者 篠崎康子、島津恵子、小林真綾、染谷紗恵子、Marylene Cloitre
2. 東日本大震災被災地における精神保健疫学調査----- P.395
分担研究者 川上憲人
研究協力者 坂田清美、鈴木るり子、富田博秋、根本晴美、安村誠司、矢部博興、秋山 剛、堀越直子、梅田麻希、下田陽樹、立森久照
3. 中長期の災害精神保健活動
専従組織を置かなかった仙台市の状況について ----- P.401
分担研究者 加藤 寛
4. 地域住民にとっての個人の災害への備えと
ソーシャル・キャピタルとの関連----- P.407
分担研究者 荒井秀典
研究協力者 大倉美佳、橋本 明弓
5. みやぎ心のケアセンターの活動分析----- P.413
分担研究者 松本和紀
研究協力者 福地 成、瀬戸 萌、渡部裕一、片柳光昭、東海林涉、長尾愛美、高橋葉子、阿部幹佳、上田一気
6. 原発事故が引き起こした福島県住民への心理社会的影響に関する報告 ---- P.425
分担研究者 前田正治
研究協力者 植田由紀子、昼田源四郎

7. 災害による遺族の複雑性悲嘆に対するケア・治療の普及に関する研究 ---- P.427
分担研究者 中島聡美

8. 広域自然災害の精神医療保健体制の備えのあり方の検討
(分担研究総合報告書) ----- P.433
分担研究者 富田博秋

9. 東日本大震災の被災3県の被災と復興の実態調査
(分担研究総合報告書) ----- P.437
分担研究者 富田博秋

10. 外部支援者による中長期的な支援者支援のあり方に関する研究 ----- P.445
分担研究者 鈴木友理子
研究協力者 深澤舞子、種田綾乃

11. 東日本大震災のメディア報道による子どもたちの
メンタルヘルスへの影響 ----- P.483
分担研究者 神尾陽子、金 吉晴
研究協力者 大沼麻実

12. 被災地の飲酒問題に関するアンケート調査 ----- P.489
分担研究者 松下幸生

13. 災害時の心のケアに関する研究と提案 ----- P.507
分担研究者 朝田 隆

14. 岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の保健医療圏別の変化
(分担研究総合報告書) ----- P.515
分担研究者 大塚耕太郎
研究協力者 赤平美津子、中村 光、遠藤 仁、志賀優

15. 岩手県被災地の自殺対策(分担研究総合報告書) ----- P.517
分担研究者 大塚耕太郎
研究協力者 赤平美津子、中村 光、遠藤 仁

16. 災害時の精神保健医療：国際精神保健の視点から ----- P.519

分担研究者 井筒 節

研究協力者 堤 敦朗、伊東亜紀子

III. 研究成果の刊行に関する一覧表 ----- P.525

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27年度～29年度 総合研究報告書

研究代表者 金 吉晴

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
センター長・成人精神保健研究部 部長

分担研究者氏名

川上憲人

東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野 教授（平成27年度）

加藤 寛

ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター センター長

荒井秀典

国立長寿医療研究センター 副院長

松本和紀

東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野 准教授

宮城県精神保健福祉協会 みやぎ心のケアセンター 副センター長

前田正治

福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 教授

福島県精神保健福祉協会 ふくしま心のケアセンター 副所長

中島聡美

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
室長（平成27年度）

富田博秋

東北大学災害科学国際研究所
災害精神医学分野 教授

鈴木友理子

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 室長

神尾陽子

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 部長

松下幸生

国立病院機構久里浜医療センター 副院長

朝田 隆

東京医科歯科大学 特任教授（平成27年度）

大塚耕太郎

岩手医科大学医学部神経精神科学講座 教授

井筒 節

東京大学教養学部教養教育高度化機構 特任准教授

東日本大震災被災者への長期的な精神保健医療対応は継続しており、阪神淡路大震災（1995）などの例を見ても、長期的なトラウマ、悲嘆反応、生活ストレスへの対応には困難が予想される。他方で現地の支援者には疲弊も見られ、より効果的な支援に向けての専門家からの助言ならびに支援者支援

が必要である。東日本大震災以降、いくつかの研究班が調査、支援研究を行ってきたが、それらの成果を統合し、長期的支援の課題に向けてデータに基づいた課題整理と対策を助言するとともに、現地での支援システムについての研究ベースでの提言が望まれている。またこの経験、知見を今後の災害への対応に活用する必要があり、事前の準備性の向上、急性期の対応、中長期の支援、また PTSD や複雑性悲嘆（遺族）への治療的対応などをシームレスに展望し、包括的なガイドラインにまとめる必要がある。阪神淡路大震災(1995)当時は専門家の対応も統一されていなかったが、その後の厚労行政ならびに研究成果によって精神医療専門家の対応はほぼ一元化されてきたものの、その後の震災の経験、エビデンスによって常に補完、更新する必要があり、また多職種との連携を踏まえ、避難所の設営や睡眠・飲酒問題、小児や高齢者の保護、身体健康なども視野に入れた包括的な指針が求められる。また PTSD、複雑性悲嘆については認知行動療法の有効性が国際的にも支持され、PTSD については国内でも RCT が終了していることから、これらを効果的に普及させる必要がある。また評価尺度を標準化し、自記式質問紙の特性の相違による統計データの不安定さを克服するとともに、その他の指標の実施可能性も検討する。これらの知見を統合し、災害時の精神健康の安定と回復の促進、そのための DPAT を初めとする医療支援リソースの効果的な運用に貢献することを通じて、厚生労働行政の円滑な実施が促進される。被災者、患者からのデータの取得には倫理委員会の指示を踏まえ、適切に行う。班員は、

東日本大震災後、厚生労働科学研究班の主任、分担研究者として研究を行っており、初年度はその成果を照合し、整合性を検討し、課題を整理する。また包括ガイドラインの枠組みを設定する。本研究班を通じて、被災地での長期的精神保健医療支援が向上すること、将来の災害への準備性が更新し、対応が促進されること、重症のトラウマ性疾患への治療が向上すること、またガイドラインについては更新可能な、持続的な運用体制が整備されることを目指している。

研究総括

川上らは 2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにし、精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。そのために岩手県、宮城県、福島県の 3 県から、協力の得られた東日本大震災の被災地自治体を選択し、これらの自治体の仮設住宅に居住する 20 歳以上住民に対して、WHO 統合国際診断面接による訪問面接調査を実施した。ほぼ同時期に、東日本（関東を除く）の一般住民の調査が実施されており、このデータを比較対照とした。震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民 1,010 人および東日本一般住民 695 人のデータを分析した。東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後 3 年目で 5.6% であり、東日本一般住民の約 2 倍であった。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSD の新規罹患が一般住民にくらべて増加していた。本人の負傷は

精神疾患罹患の危険因子だった。仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民にくらべて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民にくらべて高かった。被災の程度の大きな住民では18人に1人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は2年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示している。精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅住民では一般住民よりも高く、心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものであると考えられる。

加藤らは、阪神・淡路大震災などの過去の大災害、および東日本大震災後の活動状況について、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関の役割、「こころのケアセンター」と称されることが多い専従組織の果たす役割と課題、さらに東日本大震災での新たな展開としてNPOの活動状況などをまとめてきた。本年度は、東日本大震災後の特筆すべき活動として、専従機関を設置しなかった仙台市での取り組みについて検討した。これは、被災した自治体が従前からの精神保健活動を強化するための取り組みであり、新たな組織を作るよりも保健師活動などと連携しやすいという利点があり、必要なマンパワーを得るための工夫をしている。今回の取り組みは、被災後のこころのケア活動を日常の精神保健活動にシームレスに繋いでいく上で、意義のある方法と考えられる。

荒井らは地域住民を対象とした調査により、個人の災害への備えとソーシャルキャピタル(SC)との関連を明らかにし、災害の備えを促進する対策を考察することを目的とした。某自治体の全世帯の成人を対象に、全戸配布の広報へ自記式質問紙調査票を折り込み、郵送による返送を依頼した。調査項目は、基本属性、家族構成、個人の災害への備え(避難場所の知識、ハザードマップの知識、発災時の行動についての家族との話し合い、食料飲料水の準備、住宅の耐震対策)、SC(互助と信頼、社会の責任感、帰属意識、インフォーマルなつながり、地域の優しさ)、実際の周囲の人々とのつきあいの度合い(近所、友人・知人、親戚、職場外での職場の同僚)とした。本分析に用いた有効回答1001名(17.6%)を用いて、多変量ロジスティック回帰分析(性別・年齢を調整)を行った。分析の結果、周囲の人々とのつきあいを深め、SCを高めることが、個人の災害への備えを促進することが示唆された。特に高齢者に対しては、独居や障がい者・障がい児がいる世帯への支援強化が重要だと考えられた。

松本らはみやぎ心のケアセンターの活動分析について、同センターの活動についての分析と(パート1)同センターと共同で支援、活動を行っている東北大学予防精神医学寄附講座を中心として行った研究(パート2)に分けて報告した。活動分析では、みやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析し、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討した。この報告では、2012年4月に開設されてから2014年3月までの同センターの設置状況、そ

後の事業概要、実情と課題についてまとめ、さらに、同センターの活動内容を分析し、それぞれのフェーズで各地域で必要とされている支援について検討した。地域住民への支援活動のうち約6割が家庭訪問を占め、男女ともに高齢者層への支援が多かった。ICD-10による疾患分類では、F2(統合失調症など)およびF3(気分障害)が多くを占め、災害前に発症していた事例への支援が多く、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが含まれていた。震災から約4年が経過し、各種健康調査の返信率も下がり、ハイリスク者も減少する中、今後の支援の在り方を見直していく必要性は高いと考えられる。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であり、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要がある。一方、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があると考えられた。宮城県沿岸市町社会福祉協議会(社協)職員の精神健康調査では、職員は復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられた。職場要因としては、住民からの非難の経験が精神症状と関連していた。一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究と災害復興期における不健康者への個別介入プログラム「サイコロジカル・リカバリー・スキル」を用いた介入研究については、被災地住民を対象とした介入研究を現在も継続中である。

前田らは震災後4年を経過し、現在の福島が抱える複雑な心理社会的問題を5つに

分けてまとめた。原発事故による外傷反応、放射線被ばくに対する慢性不安、あいまいな喪失状況、コミュニティの分断、スティグマにまつわる問題である。いずれも過去の自然災害では類例を見なかった現象であり、今後も息の長い精神保健上の取り組みが必要であると考えられた。中島らは災害による死別は、被災者に深刻な精神的影響を与え、災害遺族では、うつ病やPTSD、複雑性悲嘆などの精神障害の高い有病率が報告されており、複雑性悲嘆は、通常の悲嘆の区別しにくく、QOLや対人関係の障害があっても見逃されやすいことを踏まえ、複雑性悲嘆の病態や近年の治療の動向を文献から検討し、災害による遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療の在り方と普及について検討を行った。

富田らは本年度は昨年度から継続している岩手、宮城、福島県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等を分析し、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に宮城県22病院、岩手県5、福島県11病院(昨年度より6病院増)からの回答の集計・分析を進めた。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病院協会担当者とも協議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る方針を確

定した。また、発災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、前年度までに、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織 164、教育機関 314、NPO 法人 2786 を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から回答を得ているが、本年度は集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

神尾らは東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももおり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかと不安の声が上がったことを踏まえ、またメディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆していること、また災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状を踏まえて行った調査結果の懐石を続行した。東日本大震災後のメディアへの暴露が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とし、メディアへの暴露とプレ要因としての子

ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のため方策を検討した。これまでの研究班で行った調査データを二次解析し以下の結果を得た。震災から 2 年後については、子どもの情緒と行動の問題(SDQ)の下位分類である情緒に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響していた。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1 年後の情緒に影響が認められた。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは 1 年後も影響が持続していたといえる。しかし、2 年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは 2 年後の情緒にも影響を与えたといえる。

松下らは岩手県、宮城県、福島県において被災者を支援している保健師、生活支援相談員等の支援者 756 名を対象としてアルコール関連問題に関するアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、

アルコール関連問題の増減・問題の内容、 飲酒問題への対応で困った経験の有無、 アルコール以外の精神的な問題、 避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、 仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、 アルコール関連問題の介入、 予防に役立ったことである。アルコール関連問題の増減は、震災からの時期によって異なり、震災発生から避難所閉鎖までの期間は変わらないとする回答が多かったが、避難所閉鎖以降の期間では増えたとする意見が多くなった。増えた理由としては、震災による生活や

住環境の変化を挙げた者が多かった。地域別にアルコール関連問題の増減をみると、岩手県では変わらないとする意見が多い一方、宮城県では増えたとする意見が多かった。増えた理由については震災による生活や住環境の変化を挙げるものが3県とも多いが、福島県では補償金などの収入を理由に挙げるものが他の2県より多かった。アルコール関連問題の内容としては、朝や昼間からの飲酒、飲酒による健康への影響、酔って他人とケンカなどの問題を挙げた者が多かった。アルコール以外の精神的問題については、震災発生から避難所閉鎖および避難所閉鎖から震災1年後までの期間は、不眠、不安、うつ、持病の悪化が増えたとする意見が多いが、震災1年後から調査時点までの期間では、うつ、不眠に次いで、認知症を挙げるものが多かった。避難所での飲酒に関する意見としては、避難所では飲酒すべきではないとする意見が過半数であり、避難所へアルコール飲料を持ち込むことについても支援物資としては持ち込むべきではないとする意見が半数以上であった。仮設住宅でのアルコール問題については、全体では約60%の支援者が経験しており、朝や昼間からの飲酒や飲酒による健康被害を相談されたものの割合が高かった。仮設住宅でのアルコール問題の相談で困った経験は全体で約50%が認めており、関わり方がわからない、地域住民の苦情への対応をその具体的な内容として挙げる者の割合が高かった。支援者の意見としては、アルコール問題が増えたという印象が少なくない。また、その対応については、アルコール問題に

対応した経験が乏しいことから困難に感じられていると考えられた。これらの結果を災害後のアルコール関連問題への対応や予防について検討すべきと考えられた。

大塚らは震災では自殺のリスクが高まること指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比(Standardized Mortality Ratio: SMR)について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に自殺SMRは低下していた。これら自殺SMRの変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

井筒らは災害時の精神保健医療については、国連システムを始めとする国際機関の動向が、現場の政策・実施に大きな影響を与える。2015年には、国連「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標(SDGs)」が採択され、これらに精神保健・障害が初めて包括的に含まれた。今後、これらを実施するためのシステム作りが求められる。これに関連し、国連システムを中心として、機関間調整、治療介入、レジリアンス向上等につき、様々なガイドラインが作成されつつある。今後、災害時の精神保健医療において世界をリードする知見を有する日本は、これを世界に発信することで、国際的意思決定に更に貢献し、各国への技術協力を促進することが求められている。

朝田はこれまでの災害ガイドラインの資料を提出し、今後の課題について検討を行

った。

大塚らは大規模災害では地域の自殺リスク上昇や自殺率増加の報告が認められることを受け、岩手県の自殺データを検討した。岩手県においてはこれまで自殺集積性と医療資源の乏しさ、人口密度の低さ、経済的指標などが関連してきたが、震災前3年と比較すると震災後3年での各医療圏の自殺の標準化死亡比(SMR)は減少傾向にあり、対策が奏功している。しかし、大規模災害の被災地は長期的に自殺リスクにさらされており、介入を弱めれば危険性が高まるため、長期的で高い強度の自殺対策の実践が求められた。

富田は、東日本大震災の経験から精神科医療機関が行うべき防災体制を検討し、活用することを目的として、東日本大震災の被災県である宮城県、岩手県、福島県の日本精神科病院協会に所属する計67の精神医療機関を対象に行った調査結果から、回答が得られた医療機関の防災(防災訓練と防災マニュアル)に関する情報を抽出した。本年度の調査結果から、防災訓練に関しては東日本大震災以降の防災訓練の実施状況や、実際の東日本大震災を経て防災訓練に取り入れた方が良いと考えられること等についての情報が得られた。また、防災マニュアルについて、35の医療機関のうち「策定している」と回答した医療機関は74%、そのうち震災後に策定した医療機関44%、震災後に改定した医療機関が59%という結果等が得られた。

金、加藤、荒井、松本、前田、富田、鈴木、神尾、松下、大塚、井筒らは災害や事故・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ことを踏まえ、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ことについて、包括的な災害時精神保健医療対応ガイドラインの作成を目指した。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、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られる。そのために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。

これらの作業を通じて抽出された以下の項目について検討が加えられ、エキスパートらの意見も集約され、内容検討は終了した。

【システム・原理】

1. 災害時精神保健医療体制(システム)の差異
2. 災害時における地域精神保健医療活動のめざすところとその内なる課題
3. プログラム評価

【アセスメント】

1. 災害時精神保健医療活動において行われるアセスメント
2. 災害時におけるアセスメント、スクリーニング実施の弊害の可能性について

【初期】

1. 初期の定義
2. PFA
3. アセスメント
4. 体制
5. 教育現場

【中長期】

1. 不明確な中長期の定義
2. 中期、長期介入を行ううえでの留意点
3. 中長期にスクリーニング、モニタリングを実施・継続する重要性

【心理療法】

1. 心理的危機
2. 心理療法の説明
3. 危機介入・緊急支援
4. 悲嘆
5. 心理教育

【リスクコミュニケーション】

1. リスクコミュニケーションの定義
2. 精神保健医療活動におけるリスクコミュニケーションの役割
3. リスクコミュニケーションについての留意点

【準備・訓練】

1. 国内外における災害時精神保健活動のための準便・訓練についての方向性
2. 国海外における国家指針としての災害時メンタルヘルス訓練の体系化と専門家要請の枠組み

健康危険情報 なし

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

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

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)、川上憲人 3)、加藤 寛 4)、荒井秀典 5)、松本和紀 6) 7)、
前田正治 8) 9)、中島聡美 2)、 富田博秋 10)、鈴木友理子 1)2)、神尾陽子 11)、
松下幸生 12)、朝田 隆 13)、 大塚耕太郎 14)、井筒 節 15)

研究協力者 篠崎康子 1)2)、島津恵子 2)、小林真綾 1)、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) 東京大学大学院医学系研究科 精神保健学分野
 - 4) 兵庫県こころのケアセンター
 - 5) 国立長寿医療研究センター
 - 6) 東北大学大学院・医学系研究科 精神神経学分野
 - 7) みやぎ心のケアセンター
 - 8) 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
 - 9) ふくしま心のケアセンター
 - 10) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野
 - 11) 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
 - 12) 国立病院機構久里浜医療センター
 - 13) 東京医科歯科大学
 - 14) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
 - 15) 東京大学教養学部 教養教育高度化機構
 - 16) Stanford University School of Medicine
- 所属は研究当時の機関

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無い。本研究結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、精神保健医療福祉の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間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

1. 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。全文献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。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」のカテゴリーに焦点を置き、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、マトリックス資料参照）

【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: 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)、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: 精神保健医療提供者の継続的な活動、職種、専門分野の枠を超えての連携、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(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れ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. トラウマ

➤ 項目5：トラウマ対応参照のこと

4. PTSD

➤ 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、脆弱性が増大したり、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(Stauch, 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を示唆している(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の時には、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、患者の意識レベルに注意を払う、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：精神科医コンサルテーション(Brennan et al., 2010; Stoddard & Saxe, 2001; Stoddard et al., 2006)、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)、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、薬理学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で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重要である
- 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、無関心、麻痺などを引き起こす回避(avoidance)や、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

12 . 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

13 . 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

14 . 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)

以下は項目7：初期よりー

- 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
 - 固さ coping self-efficacy
 - トラウマからの回復
 - トラウマ後の成長
 - 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)を見落としてはならない

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越え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라우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性が強調されている（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のと良いと考える。(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、 コミュニティ、個人、 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：
 - 公的情報によるアセスメント、 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）
 - 初期アセスメント、全体アセスメント、課題別アセスメント、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
 - 被災者支援の活動時期、精神保健活動の範囲、内容ならびに方法--何をどうアセスメントするか、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、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、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、ニーズや受け入れのない介入の強制的回避、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

- 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）、満足度、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

- 評価に対する事前の政治的支援を構築させること、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、技術支援者の中核グループを確立すること、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、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、支援リソースの喪失、対処能力、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： 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、現状把握なのかが必要である
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」(p.68)、「避難所夏季対策要望調査」(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、重度の急性ストレス反応を呈している者(表8.1, p.152)と、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 死別体験、トラウマ刺激への曝露、支援資源の喪失、再体験・侵入的思考、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 リラクゼーション法、教育的手法(表8.6, p.160)、認知リフレーミング法、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) 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、アプローチするの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
- 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、強靱になること 軍 セルフヘルプ・プログラム 訓練プログラムを通じて強さを構築する 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、適応的コーピングの教育 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： 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、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、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、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。 連携・調整、 アセスメント・モニタリング・評価、 保健および人権上のスタンダード、 人的資源、 コミ
- ュニティの動員および支援、 保健ケアサービス、 教育、 情報発信、 食料安全及び栄養、 避難所及び仮設配置計画、 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。JTCR (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、情報・通信チーム形成を促進し、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、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。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現実情報(災害規模など)被災者のサブグループごとに対応行動や心理教育self-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、基本的なニーズへの対応(安全、食料提供など)早期心理社会的介入、需要把握と需要のスクリーニング、救援と回復、アウトリーチと情報散布、技術援助、相談、訓練、レジリエンス、コーピング、回復、緊急ニーズ トリアージ、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： 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、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ルにより正式に認可されている、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： 精神科救急対応、精神科通院患者の服薬継続の維持、相談窓口の周知、避難所などを巡回しての相談活動、心理教育・普及啓発活動
 - ✓ 意見が分かれた項目： 精神医療や心理専門職による心理療法、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) 一般住民への相談活動、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、 戦闘精神医学、災害時精神保健医療対応、危機度の高い職種に従事する人々への支援、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の援助、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
 - 「ほとんどの人々は回復する」 (Norris et al, 2002; North et al, 1999; Rothbaum et al., 1992)
 - 「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)
 - 「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)
 - 「ほとんどの生存者に対しては、簡潔な対応(service)が適切」 (Bisson, 2003)
 - 「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)
 - 「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)
 - 「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)
 - 「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り (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く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、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、研究者、臨床家、政策担当者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、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、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、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라우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, SSRI) 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라우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
 - 子どもへ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、専門的見極め、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、 耳を傾ける (Listen)、 守る (Protect)、 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する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、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、PTSD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
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の話もき
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)
 - トラウ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

【長期を被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

【中長期の定義を被災発生後 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： 心理的接触を図る、アセスメント、 解決法の検討、 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)
 - 医療領域：大規模災害のトリアージの実施、 司法領域：災害救助法の適用、法的に被害者と認定、
 - 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、デブリフィングと異なり被害者にとって非侵入的(non-intrusive)介入方法であると理解されている
 - 従来脆弱モデル、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
 - 精神科救護支援、 精神保健福祉支援、 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：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、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

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出向いて、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、プライベート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るのではなく、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あてられる。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

- 日本ではまだ実践例が少ないが、外傷性障害の短期療法として有望と思われる
- 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、リラクセーション、情動表出と調整、認知のコピングとストレス (認知のトライアングル、

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

- ◇ トラウ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る。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の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』)
 - 人々の懸念を和らげる
対応方法についてのガイダンスを与える
継続してメッセージを伝える
最新の正確な情報を届ける
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』)
 - 被災者の恐れ、不安、疑念に傾聴する
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)
不確かで信頼性の低い情報を公開しない
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』)

- 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
現在はっきりしている客観的事実を伝える
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
正確な情報がなぜ遅れるのか、情報が刻々と変化するのはなぜかを伝える
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
不確実な推測や「わかりません」を繰り返すと信頼を失う
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

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・ストレスをお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、危機のみをお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： 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

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： 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、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）
 - 発展途上国における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（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、と思い込み、被災者が正直な要求をすることや感情を表に出すことを妨げる結果を招く。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、セルフケア、家族のケア、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。また日本では災害救助法が数か月で終了し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 + 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 リーダーシップをつくること 情報を伝え管理すること 実践の準備をし、実践を向上させること 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
- （多職種の連携）『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。最初は指揮命令系統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って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なっており、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、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、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、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)

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 のアプローチが治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はっき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、災害前の精神疾患の既往、性暴力体験、結婚の経験、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、学校、教育委員会、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なくこと、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

✚ 東北震災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 多彩な身体障害（例：知覚障害、視覚障害）に配慮したりリスクコミュニケーション体制を整備する。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。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

- 高齢者を取り巻く問題に 孤独死、徘徊死・不明者、自殺、高齢者虐待、消費者被害、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、社会的孤立、感覚・認知障害、既存の精神疾患、既存の身体疾患、身体の動きの損傷、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： 身体疾患の合併、 服薬状況、 知覚や運動の障害、 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、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、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、社会的支援、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

- 健康問題の早期判断と治療、高齢者の活動性が低下しない生活環境の提供、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、支援者を送りだす体制整備、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

- 情報の収集 適切な休養 問題の早期の認識 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、救援活動の目的と限界、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。(災害支援活動に単独で取り組まない、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。その目的は急性ストレス反応の低減 情報の整理と共有 ストレス反応の心理教育・対処方略の情報交換 リスク群のスクリーニング 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ういう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える。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., Weishaar, 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)、健康解離への意識の相違、医療保健や問題自覚力の低さ、苦痛や障害を感じる等値の相違、言語問題、文化的対応が可能なサービス提供の限界、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、スティグマ、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疎通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あり、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ない。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・サービスの質的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：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、「個人的空間」の捉え方の違い、社会組織の影響（信念、価値観、態度等）、時間の捉え方の違い、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な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べきである。事例化するということを明記、啓発すべきである。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

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、地域のニーズへの気づき、実態把握(地域診断)、目標の設定、具体的なプログラムと評価指標の準備、プログラム実施、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あり、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)ここに入れるか(特殊事例項目)全体に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(Eksi & 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人間だと思えますか」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: ジェンダー平等意識の低さ、暴力としての認識の乏しさ、自尊感情の低さ、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てはいけない『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づ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、参加者の決断能力、脆弱性、リスクと利益のバランス、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、倫理上の責任と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、

(1)日本においては災害対策本部がこの役割を担うが、3.11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

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、被験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間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、災害は通常の経験の境界線をこえ、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

協働するという強い願望

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

技能あるリーダーシップ

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

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々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げるのが良い
- 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二重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。考えう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)健康安全・危機管理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

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.

項目 5 : ト라우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.

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> (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

【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 レポートティング・フォーム (Ver1.0)」 (<http://jhim.jp/disaster/pdf/saigai.pdf>) (2018年5月20日現在)

【5】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成・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_13jspnkinkyuusei.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

つての倫理指針.

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の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・スタッグード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 -現象的にわかっていること/早期介入 | 8. 復習問題 |
| 第2章 ストレスとメンタルヘルス | 8. わが国における災害・事件後の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 | 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 | | 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 | 10. 本書の目的 | 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 | ・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 |
| - 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・心理社会への影響 |
| 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 |
| - 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 |
| - 「被害」とは / 被害者とは | 1. 世界の大規模災害の趨勢 | ・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 | |
| - 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 | - 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 |
| - 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 |
| - 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 | - 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。 |
| - 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、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 | 1. 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。

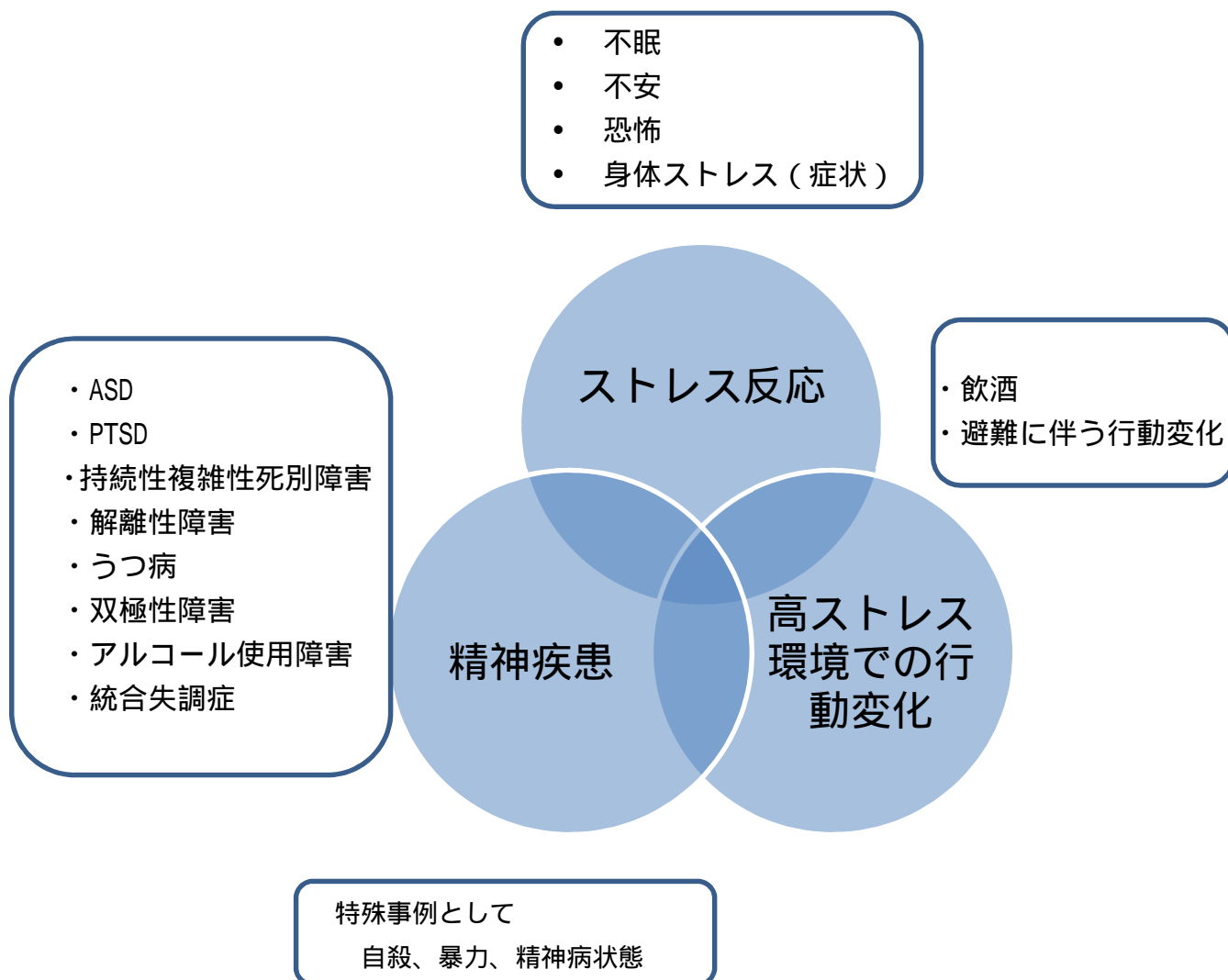
- A. 災害精神医学入門 災害に学び、明日に備える (高橋 & 高橋、2015)
- B. 災害・事件後の子どもの心理支援 システムの構築と実践の指針 (富永、2014)
- C. 巨大惨禍への精神医学的介入 自然災害・事故・戦争・テロ等への専門的備え (Ritchie, Watson, & Friedman, 2006)
- D. 災害精神医学 (Stoddard, Pandya, & Katz, 2011)
- E. 危機への心理支援学 - 91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ (日本心理臨床学会、2010)
- F. 災害時の公衆衛生 - 私たちにできること - (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遡った、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。適宜口語表現を用いる (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、思考の変化を継続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過剰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。簡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向けに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 | 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 | 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いっそう高まる。 |
| 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されている。 |
| 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の結果ではないし、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

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

MHPSSの中心的活動領域

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

活動領域セクター別の社会的配慮

- 食料安全及び栄養
- 避難所及び仮設配置計画
- 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 | |

| | |
|--|----|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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、今後は専門家のネットワークを構築することが課題 | |
| <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・最新化する必要性がある • 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的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 | 項目 3 |
| <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 | |
| <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 | 項目 5 |

| | |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"> 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 | |
| <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 | 項目 5 |

| | |
|---|-----|
| <ul style="list-style-type: none"> の中に入れるのはどうか トラウ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"> トラウ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くかどうか、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 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 | 項目 7 |
| <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 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 | |

| | |
|--|------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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で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ので、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 | |

| | |
|---|------|
| <ul style="list-style-type: none"> • 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 ており 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 などが入り入れられている ● 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るが、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、すでにサービスを受けている人は、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 ● リスコミの目的・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) 災害発生時のリスコミ、3) 災害発生後のリスコミ、 ● 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"> ● リスコミ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 ● リスコミ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、事例もある。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。考えていけないといけない。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いくことがある（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、対象を守るのが優先。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"> ● それが一ツ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、地元に関わって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"> ● 日本の状況を考えると、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、学童以下の子どもでは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 | |
| <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 というかリスクが高い。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」を参照にしてほしい。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 ● 多文化対応のくりはあるのか。それともマイノリティのくりと、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ブライドについて）、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たり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 | |

| 項目1:総論 | 要約 | |
|--------------------------|---|-------------------------------------|
| 第1章 災害の定義・原因分類・関連要因 | | |
| 1. 災害の定義 | <p>1. 日本の災害対策基本法(1961年11月15日制定)による災害の定義:「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象または大規模な火事若しくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」</p> <p>2. 「生ずる被害」は特に人間の生命・生活に対する影響・被害を指す。</p> <p>3. 「災害」の定義については日本のみならず世界でも統一された定義をみない。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| 2. 災害の原因と分類 | <p>1. 災害は①自然災害と②人為災害に大別されるが、その原因はさまざまである(表1-1, p.4を参照)。</p> <p>2. 発生形態(突発型vs.遅延型)や持続時間(短時間vs.長時間)で災害を分類する場合もある(表1-2, p.5を参照)</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| 3. 災害の発生・被害・対応に関連する因子 | <p>1. まずハザード(発生要因)があり、この有無を知ることとは比較的容易だがリスク(悪化因子)、つまり「災害が発生して被害・影響を及ぼす可能性」を予測することは困難なことが多い。被害・影響の大きさを左右する要因としてその国・地域の脆弱性、防災対策、災害への対応能力の有無がある。災害後のニーズに対応するためには、必要な資源とその能力を検討し、準備・対応する必要がある(図1-1, p. 5を参照)。</p> <p>2. 「災害」とは人間の生命・生活に多大な影響・被害を及ぼす自然および人為的現象・出来事。「緊急事態」とはその災害により発生したニーズに対して「緊急で大規模な対応を必要とする事態」。「緊急事態」の宣言は、災害対策基本法に基づく「災害緊急事態の布告」と警察法に基づく「緊急事態の布告」により定められる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| 第1章 災害精神医学とは 1. 災害の分類 | <p>✓災害は「自然災害」と「人的災害」に大別され、人的災害はさらに「非意図的災害」(大規模飛行機事故、大規模工場事故等)と「意図的災害」(テロ、戦争)に分類される。</p> | <p>✓Op.</p> |

| | | |
|------------|--|---|
| 2. わが国の災害 | <p>1. 過去半世紀においては自然災害が多くを占めるが、人的災害もみられる。</p> <p>2. 東京電力福島第一原子力発電所の事故では政府が放射線量、放射線分布についての情報を控えたことが効率的な非難を妨げた。これは原子力発電所の電源供給を停止すれば大混乱を引き起こすという弱点を世界に明らかにしてしまい、将来テロの対象になりかねない。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 3. 災害対策基本法 | <p>1. 1959年に甚大な被害をもたらした伊勢湾台風を契機として1961年11月15日制定</p> <p>2. 同法の災害定義:「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の異常な自然現象または大規模な火事もしくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」</p> <p>3. 武力攻撃やテロなどの意図的災害は同法における災害概念に含まれない現実を理解することが重要である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 4. 災害精神医学 | <p>1. 大規模災害時において心の健康をいかに守るかに焦点をあてた学問と定義できる。</p> <p>2. 目標とするところは備え、災害時の適切な対応、災害の影響を最小限に食い止めること、そして回復の支援である。</p> <p>3. すべての被災者が心理的ケアを必要とするわけではないことを念頭におくこと。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 一被災者／救援者 | <p>1. 被災者は一般市民(健康な人、災害を契機として精神症状を生ずる人、災害弱者)と精神障害を抱える人に大別できる。</p> <p>2. ここでいう精神障害とは、重症の精神障害、避難所生活への適応不全、治療中断による症状の再燃、アルコール離脱症状である。</p> <p>3. 従来、日本では専門の救援者のメンタルヘルス保持について十分な注意が払われてこなかった。救援者の事前教育、スクリーニング、フォローアップの計画、そして活動中においてはシフト制の導入、適切な休養、睡眠、栄養価の高い食事の確保が実現できる態勢の確立が奨励される。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 5. リジリエンス | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>—トラウマ</p> | <p>1. トラウマの正式な定義とは「自分自身あるいは自分と近い関係にある人が、死または生命の危険が迫るような体験をすること」である。</p> <p>2. トラウマに関する従来の研究・理論は均質性 (homogeneity) が前提とされていたが (例、Elizabeth Kübler-Ross の喪失・悲嘆の5段階理論)、最近では多様性 (heterogeneity) という視点が検討されており、911米国同時多発テロの被害者を研究した Bonanno (2009) は皆が Kübler-Ross の喪失・悲嘆の5段階に沿って亡くした身近な人々の死を受け入れてゆくのではないと反論している。</p> <p>3. Bonanno (2009) はレジリエンスを本来人間に備わっている固有の能力であるとし、その人固有の力強さを取り戻すことは可能であるが、万人に有効なレジリエンスを高める方法があると考えていない。</p> <p>4. 「レジリエンスを高める」といった表現が多用されているが、レジリエンスと回復が同一の概念になりかねず、懸念する。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>—PTSD</p> | <p>1. トラウマを経験してから一か月以上経過しても持続しているストレス症状がある場合は PTSD と診断され、一か月未満の場合は ASD と診断される。</p> <p>2. PTSD には侵入 (再体験) 症状、過覚醒症状、回避・麻痺症状、トラウマ体験に関連する認知や気分の変化の症状が含まれる。</p> <p>3. PTSD 診断率は一般的にトラウマ体験一か月後に 30%、3か月後には 10% といわれるが、911米国同時多発テロ救援者の長期フォローアップ研究によると、従来より低い数値が報告されている。</p> <p>4. トラウマ体験後に生じるのは PTSD 症状だけではなく、また、病的・否定的な面のみならず、各個人のもつレジリエンスに注目すべきである。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>—遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder)</p> | <p>1. トラウマ体験後6か月を経てもなお重篤な精神症状を患っている場合は、遷延性悲嘆障害を疑い、積極的な治療が必要である (Bonanno, 2009)。</p> <p>2. よって、6か月をめやすにフォローアップ計画を立てるべきである。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>6. まとめ</p> | <p>1. 日本では自然災害の関心は高いが人為的災害のなかで特に意図的災害についても備えを怠らぬべきである。</p> <p>2. 緊急時に経済的・人的資源を有効活用する臨機応変な態度をもつことが望ましい。</p> <p>3. 精神疾患の病的側面のみならず、レジリエンスについても留意するべきである。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>災害による健康問題と心の</p> | | |
| <p>第2章 世界の大規模災害と</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>1. 世界の大規模災害の趨勢</p> | <p>1. 地球環境の変化、人口増加、都市化により、1980年以降の20年間に災害件数は約5倍となり、被災者総数も年間2億人を超える(図2-1, p.8)。 2. 災害による犠牲者は発展途上国の特に貧困層に集中している。しかし、発展途上国の人口統計の信頼性は低く、正確な犠牲者数の把握は困難である。 3. 一方、先進国で同規模災害が起きると経済インフラの破壊により甚大な経済損失を招く。 4. 人為災害のうち特に解決が困難な戦争・紛争は90年代後半ならびに2005年以降難民・国内避難民数の増加を招いている。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 日本の大規模災害の趨勢と特徴</p> | <p>1. 日本はその特異な位置、地形、地質、気象から世界有数の自然災害大国であり、その国土は世界の0.25%であるが、2008年に発生した世界災害総合被害額の12%を占める。 2. しかし、災害死者数で見ると1979～2008年に記録された世界総数257万人のうち0.9%にとどまり、日本の防災対策の効果を反映している。</p> | <p>✓ Op. ✓ Op.</p> |
| <p>3. 世界の大規模災害と健康影響 ー災害に伴う健康問題／災害と感染症流行</p> | <p>1. 災害が健康に及ぼす影響は幅広く、災害の種類・持続時間、発生場所・時期、被災者の性・年齢、災害発生以前の地域住民の人口構成、健康状態や慢性疾患の有無、災害発生前の感染症流行状態、ベクターの有無、緊急支援の迅速さ・的確さ、避難生活の環境などが挙げられる。 2. 災害による最悪の健康被害は死亡(直接死亡・間接死亡・災害関連死)であり、『災害時要支援者』(子ども、女性、高齢者、障害者、病弱者)に高い率で発生する。 3. 一般的に「災害の後には感染症が流行する」と考えられているが、過去の災害は必ずしもそれを実証していない。 4. しかし、発展途上国における災害前の上下水道不備ならびに人口過密における劣悪な衛生状態、紛争地域での緊急援助の遅延、災害前より頻発していた感染症の災害による再燃、災害後に地上表面に現れた衛生動物・土壌に棲息する真菌や細菌、風水への長時間の暴露などが災害後の感染症を引き起こす原因として列挙される。一度発生すると健康被害が急速に拡大するものもあるため、被災地のリスクを分析して、その対策は迅速に行う必要がある。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |

第3章 災害のサイクルと災害時の公衆衛生の役割

1. 災害の疫学

1. 従来の災害すなわち緊急医療チームの派遣、医薬品、食料の援助という画一的な対応が効果的でないことが認識されつつあり、実際の災害からどのような支援ニーズが必須かを学び、被害を最小限にする方策を練る「災害の疫学」という考え方がベルギーのカトリック・ルヴァン大学教授のレシャにより70年代初頭より提唱される。

2. レシャ教授により設立されたCenter for Research on the Epidemiology of Disasters: CRED 災害疫学研究センターは災害種別ごとの情報の集約と提供を行っており、培われた知見を災害の備えと救援活動に生かすためPAHO/WHOは1977年にEmergency Preparedness and Disaster Relief Coordination Program 災害保健管理部を立ち上げ、従来顧慮されていなかった災害発生後の公衆衛生保全のための課題・備えを整理、災害種別ごとの教材・参考文献集を開発(災害種別、時相ごとのニーズと対応課題のマップ化)、災害保健管理専門家の育成に努めている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

2. 災害のサイクル

1. 災害の疫学によると災害は復興をもって終わるものではなく、繰り返すものであることを前提とする。平常時こそ次の災害の備えるべきとして「災害時期」と名付け、災害サイクルを示した(LechatのサイクルにSpirigiの案を加えたもの)。

2. 災害サイクルは以下の災害時期から成る: 前災害期 (pre-disaster phase)、発災期 (impact phase)、緊急対応期 (emergency phase)、回復期 (recovery phase/restore phase)、復旧/再建期 (rehabilitation/reconstruction phase)、災害間期 (inter-disaster phase) 図3-2,3-4

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

3. 災害における保健医療の役割

1. 災害のもたらす影響は自然現象の物理的な大きさと地域社会が備える対応能力の相関関係により決定される。

2. 保健医療の防災計画は災害発生後の人的被害への対処を主として行い、必要な対応が迅速に行えるよう災害予防ではなく、「Disaster Preparedness 備えること」を主眼とする。

3. 人々の生命と健康を守るのが保健医療の使命である。よって、災害はパブリックヘルスの問題であり、パブリックヘルスの危機管理が求められる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

| | | |
|---|--|--|
| <p>—災害時保健医療の4つの役割／事前に行動計画を策定し整えておくべき事項／情報管理と支援ネットワーク</p> <p>4. 保健医療スタッフへの支援</p> | <p>1. 災害時保健の4つの役割: 1)救命救急と集団外傷への対応、2)被災者・避難者の健康管理、3)地域保健医療システムの機能維持と再建、4)災害が間接的に健康に及ぼす悪影響の制御と中長期的ケア</p> <p>2. 事前に予測できないいかなる事態にも的確に対応するため、災害時対応マニュアルは課題ごとに手順と参考情報をモジュール化し、状況に合わせた対応方法を策定、事前に行動計画を練ることが必須である。</p> <p>3. 緊急時の対応を効果的に行うために重要になるのが医療災害対策本部の統括・調整機能、情報の収集・共有の仕組み、支援ネットワークの存在となる。</p> <p>1. 災害時に保健医療活動に従事するスタッフの健康維持、現場指揮責任者の災害回復期での他スタッフとの交代および責務分担が重要である。</p> <p>2. また、人力的支援だけでなくロジスティクス業務維持のための機器・機材の補完・支援のため、平常時より自治体間での相互協定と計画策定が実施されることが求められる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>第1章 序論</p> <p>1 背景</p> | <p>1. 災害・紛争時に被災した人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守るための支援を実現するため、今までになかったセクター横断的で機関を越えた様々なアプローチを補完し合うフレームワークを構築することを目的とする。</p> <p>2. 本ガイドラインの根幹にある考えは、災害・紛争時の初期段階において、人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、支援するためにはソーシャルサポートが必要不可欠であり、個別の問題(精神的)に応じて、心理学的・精神医学的介入を奨励するものである。そのため、「精神保健・心理社会的支援 (mental health and psychosocial support: MHPSS)」という用語を可能な限り広範な関係者を対象にするため、また多様かつ相互補完的なアプローチが必要であることを強調するために使用している。</p> <p>3. 科学的エビデンスは本分野では依然として少なく、現場での経験の蓄積を反映し、今後の研究基盤の発展のため、本書の定期的な更新が重要である。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

2 災害・紛争等による精神保健・心理社会上の影響

1. 災害・紛争時による精神保健・心理社会上の諸問題は社会的性質の問題と心理的性質の問題とに大別される。
2. とくに社会的性質の問題は多様であり(既存の社会的問題、災害・紛争によって引き起こされる社会的問題、人道支援によって引き起こされる社会的問題など)。
3. 災害・紛争時における精神保健・心理社会的問題はPTSDにとどまらず、多岐にわたり複雑である。
4. 適切な支援の提供するため問題発現のリスクが高い人々は危機ごとに特定される必要がある。
5. 適切な対応を計画するためにはコミュニティーの資源の性質と被災者がそれらを利用できる度合を把握することが重要。

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

3 ガイドライン

1. 主な目的: 災害・紛争の最中にある人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを守り、改善するため人道支援関係者および地域コミュニティが多岐セクターにわたる最低限の一連の対応を計画、構築、組織できるように支援することである。
2. 災害・紛争時に早急に実施されるべき必須、最優先事項を明確にするべく最低必須対応の実施を中心に据えている。
3. 低・中所得国を対象に作成されたが、全体的フレームワークならびに様々な部分は高所得国にも適応することができる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

4 本書の利用方法

1. 緊急時に本ガイドラインを通読することは現実的ではない。まずは、最低必須対応を中心にマトリックスを読み、関連の高い項目を探し出し、それに対応したアクションシートに移るとよい。(一つの機関で全項目の実施は想定されていない) 2. 本ガイドラインでは、災害・紛争以前の準備から対応プログラムの立案・実施・評価のあらゆるステップに至るまで、あらゆる従事者による災害・紛争などの人道支援対応を強化することを狙いとしている。3. 本書は特に被災した人々の精神保健・心理社会支援を実施するための関係機関の連携、調整、アドボカシーを強化するためのツールとして有用である。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

| | | |
|---|--|--|
| <p>5 基本原則</p> | <p>✓ 1) 人権及び公平、2) 参加、3) 害を与えない、4) 利用可能な資源と能力に立脚する、5) 支援システムの統合、6) 多層的な支援(基本的なサービスおよび安全、コミュニティおよび家庭の支援、特化した専門的サービス、専門的サービス)</p> | <p>✓ Op.</p> |
| <p>6 よくある質問</p> | <p>✓ 12のうち最初の5つを列挙する: 1) 精神保健・心理社会的支援とは、2) 精神保健・心理社会的支援という意味が重なり合う用語を本ガイドラインが用いる理由は、3) 本ガイドラインは精神保健専門家のみを対象としているのか、4) 本ガイドラインが従来の精神保健専門家や専門知識を超越するセクターを取り上げている理由とは、5) 本ガイドラインは災害・紛争の最中における最低必須対応を中心に取り上げているが、災害・紛争等とはなにか、最低必須対応とは何か。</p> | <p>✓ Op.</p> |
| <p>第1章 展望</p> <p>1. 災害メンタルヘルス</p> <p>ー信管抜きDefusing／心理的デブリーフィング</p> | <p>1. 災害時メンタルヘルスは軍事先進医学に起源を持ち、歴史的背景を熟慮することが大切である。</p> <p>2. 軍事前線治療の主要原則は接近性、即時性、そして期待(急性ストレス反応はノーマルな反応であり、速やかに回復して通常任務に復帰することが期待される)である。</p> <p>1. 信管抜き(デフュージング: 緊張を緩和させること)短時間(10~30分)の言葉による介入であり、事実の発見、今考えていることを尋ねる、今感じていることについて尋ねる、支援と安心の提供の4要素を含む(Young et al., 1998)。</p> <p>2. デフュージングは心理的デブリーフィング(PD)よりも有意に良好な結果を有し(Larson, Per-Olof, & Lundin, 2000)、急性戦闘ストレス反応やPTSDを減少させるという結果を支持している(Kardiner & Spiegel, 1947; Neria & Solomon, 1999; Solomon & Benbenishty, 1986)。</p> <p>3. PD(心理的デブリーフィング)は戦場精神医学の原則(接近性・即時性・期待)を市民生活での災害に適用するものとして始められた。</p> <p>4. PDの有効性の支持、そしてPTSD予防のエビデンスは少しにとどまる。いくつかの研究結果はある種の条件ではPDは心的外傷後障害を悪化させ、結果としてPTSD有病率の増加を示している(Bisson, McFarlane, & Rose, 2000; Neria & Solomon, 1999)。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|----------------|--|---|
| 2. 公刊文献 | <p>1. 災害時メンタルヘルスとPTSDの関係を把握する上で適切な文献には国立PTSDセンターのPILOTSデータベース Published Literature on Traumatic Stress、アメリカ精神医学会(American Psychiatric Association)DSMである。</p> <p>2. これらの文献はASD(急性ストレス障害)がDSM-IVに追加され、結果としてASDはトラウマ体験への暴露とその一か月後のPTSD発症との間の重要な診断的隙間を埋め、説明を可能にすることとなった。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> |
| 3. 統一見解会議 | <p>1. 2001年に米国で行われた統一見解会議は国防省、退役軍人局、法務省、保健および人道サービス省、米国赤十字社と多数の国際エキスパートが参加し、巨大惨禍発生後の早期介入の最善の方法についてコンセンサスに達する目的で開催された(National Institute of Mental Health Report, 2002)。</p> <p>2. 具体的には鍵となる操作原理、エビデンスに基づいた実務ガイドライン、早期介入の適正なタイミング、生存者へのスクリーニング調査、フォローアップ・ガイドライン、エキスパート養成ならびに訓練、研究・評価・倫理的事項である(National Institute of Mental Health Report, 2002)。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> |
| 4. 統一見解会議以降の活動 | <p>1. アメリカ同時多発テロ事件(911)そしてイラク・アフガニスタン戦争は災害時メンタルヘルス分野の急速な発展を促した。</p> <p>2. 地域精神保健サービスセンター(Center for Mental Health Services: CMHS)、米国保健福祉省薬物乱用・精神衛生管理局(Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)により国家規模の災害時のメンタルヘルス・サービスならびにアウトリーチが危機対策カウンセリング・プログラム実施のもとに経済的、人道的に支援され、危機対策カウンセリング・プログラムであるニューヨークで実施されたプロジェクト・リバティにより得られた臨床経験、評価のデータは急性トラウマ後障害の緩和のために有用な地域レベルでのアプローチの理解に多大な貢献をした。</p> <p>3. 制服軍人医療保健科学大学(Uniformed Services University of the Health Sciences)が行った生物兵器テロリズム・プログラムは将来のテロへの備えの政策と実施計画の促進に寄与し、一方、</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |

米国国立精神保健研究所 NIMHは統一見解会議についての書籍を出版、CMHSと協同し、効果的な災害時初期・早期介入について国内外の専門家を召喚して円卓会議を主催した。また、CMHSはエビデンスに基づく早期介入の実務ガイドラインをプロジェクト・リバティの後身であるオクラホマ市爆弾テロ事件へのメンタルヘルスに関するケースヒストリー採集を推進し、作成中の国立PTSDセンターを支援している。

5. この領域の最近の状況

ー人口比に関する概況／ 早期発見と早期介入

1. テロの与える心理的不調の発病率は自然災害に比べ相当高い。実際、アメリカ同時多発テロ事件後3～5か月のアメリカ全国無作為電話調査では44%が一つ以上の重症障害の実質的症状をもつと判明、その一方で90%は軽い不調を抱えると報告された(Schuster et al., 2001)。世界貿易センター攻撃2か月後のウェブ上で行われた全米有病率調査ではニューヨーク外在住の全米人口の17%が9.11関連トラウマ後ストレス症状群を報告した(Silver et al., 2002)。
2. 上記両方の研究結果において、世界貿易センター攻撃後数週間、ニューヨーカーの間でPTSDならびにうつ病の有病率がそれぞれ7.5%, 9.0%よりも有意に高かったことが示された(Galea et al., 2002)。
3. トラウマ後の脆弱性に対するレジリエンス、一過性に対する慢性的トラウマ後反応、そして最善のトラウマ前準備とトラウマ後介入については多くの個人差が存在している。災害時の貴重かつ高価な臨床資源を有効活用するために、これらの人々を識別する有効な手段をもたなければならず、これは公的メンタルヘルス政策立案者らの主要な関心事である。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Op.

6. エビデンスにもとづいた早期介入

- ✓ 成人・児童のデータによると早期介入の最善の形は、基本的要求への対応(安全、きちんとした食事、シェルター、急性の身体医学的問題等)、心理学的応急処置、臨床的評価、スクリーニングと全般的見通しの総合的提供であると示唆される(Friedman, 2005)。
- ✓ この時期の介入は睡眠障害や教育的情報の提供など間接的なものでよい。災害後少なくとも数週間から、理想的には数か月後が依然として顕著な症状をもつ人々に対する焦点化された認知行動的介入を開始するのに最適な時期と言える。

✓ Ev.
✓ Op.

7. 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
—現象的にわかっていること

1. 「知っている」こと:トラウマに対する一般的な反応は災害直後に生じるかなりの精神的苦痛である。ほとんどの人々は支援なしに回復するが、少数はPTSDやうつ病などの慢性的障害に発展する。ASDはスクリーニング用ツールとしてはPTSDに発展するようなケースと診断基準が異なるため、限られた有用性しかない。また、児童に関する最近の情報は僅かしかない。
2. 「知らない」こと:災害急性期における症状プロフィール、機能的損傷への心理的反応について年齢・性差・文化的差異をどう評価するのか。PTSDやその他の精神疾患を発病する危険性のある脆弱な生存者と素早く回復する生存者を識別するため、急性トラウマ後に表出する現象的・診断的・心理的・生物学的な要素に対してどのような計測を行えばよいのか。また、トラウマ後の心理的苦痛を評価し、その影響を受けた人々を長期間観察するための最善の方法と機材はどのようなものがあるか。
3. 知識のギャップを埋めるためにすべきこと:急性期反応を全面的に評価、慢性化を予測できるモデルを開発して疫学的調査を施行、一般人口に対する脆弱なグループ・回復力のあるグループについて長期研究を行う。また、そのような研究実現のための必要なスタンダードおよび信頼性のある用具・手順を開発する。児童について分離研究を促進する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

| | | |
|---|---|---|
| <p>一早期介入</p> | <p>1. 知っている」こと: 認知行動療法による介入の無作為抽出臨床知見で、PTSD症状の回復を促進したのか、それともその有病率を減少させたのか。個人的心理的デブリーフィングについての無作為抽出による知見ではPDは効果がない、または実際に回復を遅延させること。急性期の薬物療法的介入については少ししかテストが行われていない。児童への急性期における心理社会的介入についての実証研究は存在しない。</p> <p>2. 「知らない」こと: 心理学的/生物学的メカニズムに関する知識をどのように有効な治療法につなげるか。トラウマ生存者に対するいつ、どのような治療が助けとなるか。どのような種類の急性期精神療法あるいは薬物療法またはそれらの組み合わせが有効的介入として推奨されるのか。また、教育、予防的行動、地域介入、リスク・コミュニケーション戦略のうちどれが現状で奨励されるべきか。</p> <p>3. 個人、グループ、コミュニティへの広い介入スペクトラムの追求が上記のギャップを埋める手助けとなる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>8. 結語</p> | <p>1. ビジョン、洗練、人間性、創造性ならびに強い緊迫感をもって前進し、本著が本フィールドの研究、実務と政策の豊かな実りを生むことを望む。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>第1章 災害・事件後の心理支援の歴史と課題</p> <p>1. はじめに</p> | <p>1. 災害・事件後の子どもの心理支援システムの三つの視点に方法(プログラム・心理アセスメントツール)、理論(ガイドライン・指針)、人的システム(教師・カウンセラー研修・SVシステム)が挙げられ、これらを子どもへの災害・事件後の心理支援システムとして提案する。</p> <p>2. 西欧のモデルを参考にしながらも、日本の文化・人的システムを考慮して構築する。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |

2. わが国の災害・事件後の心理支援のはじまり

1. 日本における災害後の心理支援研究は藤森・藤森・山本(1996)の北海道南西沖地震(1993年7月12日)後の被災者の心理的反応の調査とその支援が最初のものであろう。
2. 1995年に発生した阪神淡路大震災後にマスメディアを通じて「こころのケア」の重要性が指摘され、歴史上初めて災害後の被災者への心理支援が注目される。これを受け、同年6月に政府事業として「こころのケアセンター」が開設され、災害後の組織的精神保健活動が始動した。
3. その当時来日したアメリカ精神保健チームは母国で推奨されていたディブリーフィングが災害・事件後の被災者支援モデルとして提案・推奨、運動として展開されていた。児童については、多くの教師が学校再開後に被災体験の作文や絵を描かせることに取り組んだが、この取り組みの成果を判断する十分な調査研究はない。
4. 阪神淡路大地震はバブル経済崩壊時期に起き、自殺・虐待の増加に鑑み、「こころのケア」は時代の要請であったが、実際に具体的方法は乏しく、活動は困難を極め、試行錯誤の活動が続いた(兵庫県臨床心理士会、1997; 河合、1996)。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Ev.

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

1. 災害・事故・事件などの出来事について ①災害・事故・事件・虐待は身体を傷つけ、生命を脅かし、物を損壊する等様々な害を与える出来事であり、その結果それまで存在していた人や物の「喪失」ならびに命を脅かす「トラウマ」を生む。
2. ストレス理論から見た出来事が及ぼす心身への影響と対応 ①出来事が心身に与える影響と対応についてはストレス理論とストレス・マネジメント理論がその説明を担い、構築されてきた ②ストレス要因の種類により(日常ストレス、トラウマ・ストレス、喪失ストレス)異なった心身反応となる ③子供をとりまくストレス、ストレス反応とストレス障害および成長の関連は表1-1に示されている。例として、災害後の日常ストレス(避難所・仮設住宅・転居等)がイライラ・怒りまた身体反応(不眠・食欲低下・消化器系不調・頭痛等)のストレス反応、様々なストレス障害(不安障害、身体表現性障害、外傷性悲嘆、うつ等)、ならびに成長(トラウマ後の成長・他者との親密性、新たな可能性、強

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

さ等)と関連している。

3. 災害と人の責任—怒りと自責とサバイバルギルト

①自然災害と事件・事故・虐待のストレス反応の相違は「怒り」であり、虐待の被害者である子どもは激しい怒りを抱える傾向がある。災害においても人の責任が問われる場合があり、「怒り」が自分に向かう時は自責感が、他者に向かう時は他罰感情が生じる。②災害の生存者の罪悪感 (survival guilt)はストレス障害の要因となる。喪失体験者、被災を免れた者も等しく罪悪感をもつ傾向にあることから被害が少ない者へも心理支援は重要である。特に、子どもの場合は因果が成立しない原因にあたる誤帰属が自責感を生む場合がある(例:ご飯に箸を立てていたところ、死人にすることと親に叱られた。ほどなく父が亡くなり、自分のせいであると長年悔いていた)。

4. さまざまな出来事と心身反応やPTSDの推移 ①語りがたいトラウマ体験ほどPTSDの有病率が高い (Kessler et al., 1995)ことが全米での研究調査で示されているが、災害も重層的な心身反応を引き起こし、長期にわたり重複するようにストレスが生じる。兵庫県教育委員会が児童を対象に1999年より毎年行った調査によると(2005)、災害直後のトラウマ反応(例:震災の恐怖)から、4年目以降は二次的な生活ストレス(例:住環境の変化、家族・友人関係の変化・経済環境の変化)が要因の心身の不調がみられることが報告されている。

5. 事例からみた体験の特性と心身反応およびストレス障害との関連について①出来事はその原因が「自然-人為」、出来事の頻度が「単発-反復」、出来事の持続が「持続-終結」の視点から分類できる ②表1-2は先述された体験された出来事の特性と心身反応との関連を事例を挙げて整理している(事例は筆者が直接かかわったものであるが、プライバシーの保護のため体験内容は一部改編)。

4. ストレスマネジメントとストレスマネジメント教育

1. Lazarus & Folkman (1984)はストレスを「生体と環境との相互作用的な交渉のなかで、ストレスフルなものとして認知された関係性とそれに対抗しようとする一連の意識的な努力(コーピング)の過程」と考え、トランスアクショナル・モデルを提唱した。プレッシャーを伴う心理社会的出来事において、同じ出来事でも人によりストレス反応が異なることを、ストレスコーピング、認知的評価、素因・気質の3要素から説明。また、ストレスコーピングには問題焦点型対処法と情動焦点型対処法がある、と提唱した。

2. 著者はLazaarusらの心理社会的ストレスモデルを中心に据えた小学校高学年および中学生を対象としたストレスマネジメント授業案を提案した。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

5. わが君における学校危機での心理支援モデル ー福岡モデルと兵庫モデル

1. 1999年1月に日本臨床心理士会に被害者支援専門委員会が設置され、2000年ごろより学校で危機事態が発生すると福岡モデル(窪田ら、2005)によって、支援活動が展開された。

2. 福岡モデル: 災害・事件後出来るだけ早期にトラウマ反応項目チェック式アンケートを実施、その後すぐに担当教師による児童生徒の全員の個別面談ならびにハイリスクの児童生徒へのスクールカウンセラーによる面談を行う(窪田・林・向笠・浦田、2005)。

3. 兵庫モデル: 災害・事件後3週間から1か月後に心理教育のための4件法のストレス・アンケートを実施、ストレスマネジメント体験をクラスで実施、ハイリスクの児童生徒にスクールカウンセラーが面談を行う(杉村・本多・富永・高橋、2009)。

4. 災害や事件によるトラウマ反応を測定するためのスクリーニングテストとして代表的なのは、22項目よりなるIES-r (Impact of Event Scale-revised; Weiss & Marmar, 1997)、子どもを対象とした単回性トラウマ診断のための20項目よりなるCPTS-RI (Frederick et al., 1992/小西・田中訳, 1995)、UCLA PTSD Index (Pynoos et al., 1998)がある(齊藤ら、2005)。しかし、これらはPTSDやASDの再体験・過覚醒・回避マヒの3大症状を対象にしており、身体反応や抑うつ、自責感を含めた否定的認知を含んでいない。

5. ストレス・アンケートはリスクの高い児童生徒の発見を目的として実施されてきたが、アンケートを児童生徒がストレスやトラウマ反応について適切に学び、対処できるよう心理教育として行うことが出来れば、つらいことを思い出したくないという、アンケートを受けることの回避ならびに災害について話すことを嫌がる等の行動を減少させることができると考えられる。

✓ Op.

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

6. ハリケーン・カトリーナ後の子どもの心理支援

1. スクールカウンセラーによる小児科チェックリストによるスクリーニングと教師の観察から、特別支援を要する児童生徒が識別され、さらに重い反応を示す児童生徒にCBITS(Cognitive-Behavioral Intervention for Trauma in Schools:学校トラウマへの認知行動介入: Jaycos, Langley, & Dean, 2009; RAND Corporation訳、2012)とTF-CBT(Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy:トラウマ焦点化認知行動療法)が適用された。

2. いずれも心理士を中心にソーシャルワーカー、心理専攻の大学院生、精神科医をチームとした心理支援チームが特別に支援を要する児童生徒へプログラムを実施し、教師は関わらない。

✓災害後の子ども支援として2012年の時点では心理的応急処置(PFA)が実施され、3か月後に特別支援が必要な児童にSPR(Skills for Psychological Recovery:サイコロジカル・リカバリー・スキル: Berkowitz et al., 2010/兵庫県こころのケアセンター訳、2012)がグループ単位で実施され、さらにCBITS, TF-CBTを適用する段階的モデルが実施されている(Walker, 2012)。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

7. 海外の災害紛争後の心理支援モデル

1. 1980年代より2003年ごろまでディブリーフィング(Mitchell, 1983)が、それ以降はPFAが奨励されている。また、心理支援だけでなく総合的支援システムとしてのガイドラインとして国連の機関間常設委員会の災害・紛争緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するガイドライン(IASC, 2007)が作成されており、子どもにはSPR、CBITSが提案されている。

2. 心理支援の範疇にのけるトラウマ体験の語りの位置づけは大きく変化しているが、トラウマ体験の表現が心理支援の一つの大きな要素であることはどのモデルからも明らかと言える。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.

8. わが国における災害・事件後の心理支援モデルの提案

1. 急性期には安全感と安心感が育成されるような身体的・生理的・物理的・環境的・情動的支援が必要であり、加えて呼吸法や漸進性弛緩法等のセルフ・リラクセーションを身につけて感情のコントロールを学ぶのがよい。

2. 災害・事件発生後の各時期に応じた「災害後に必要な体験の段階モデル」(富永、2011)はそれらの実現のため子どもを対象に作成され、安全・安心、心身コントロール、心理教育、生活体験表現、トラウマ体験表記、回避へのチャレンジ、喪の作業の7段階より成る。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.

| | | |
|---|---|---|
| <p>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</p> | <p>1. PSCC-Japan: 第1段階は「日常ストレス対処」(こころのサポート授業1)、第2段階は「トラウマ反応対処」(こころのサポート授業2)、第3段階は「災害体験表現」(こころのサポート授業3)とし、これらの体験を発災後から3か月、6か月、1年と3期に分け、加えて2年目、3年目、5年目、10年目と長期にわたりこころのサポート授業計画に盛り込み、子どもの心理支援を展開する。</p> <p>2. このシステムは授業だけでなく、スクールカウンセラーの個別カウンセリング、教師による個別教育相談も提供する。これは日本におけるこころの専門家が少ない現状を補填する消極的なものではなく、個に応じた専門性を有するカウンセラーと集団への働きかけに専門性を有している教師それぞれの長所の連携ならびに相互に必要な対処スキル習得に貢献する。また、このモデルは他のアジアの国々にも適用可能と推測する。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>10. 本書の目的</p> | <p>✓「災害・事件後に必要な体験の段階モデル」および「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」を災害・事件後の心理支援実践より検討し、また、一つの関連ツールである「心理教育のための心とからだのストレス尺度」の妥当性と信頼性の検討である。</p> | <p>✓ Op.</p> |
| <p>ストレス</p> | | |
| <p>第2章 ストレスとメンタルヘルス</p> <p>1. ストレスとは</p> <p>ー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</p> | <p>1. ストレスには個人の作業能率を上昇させる善玉ストレス(eustress)と作業能率の下降させる悪玉ストレス(distress)の2種類がある(Yerkees-Doson curve: ヤーキズ・ドッソン曲線)。</p> <p>2. ストレスのサインは身体的、精神的、感情的、行動的なものに分類される。</p> <p>3. ストレスマネジメントの第一原則は早い段階で問題に気付くこと、そしてひとりで抱え込まないで他者にSOSを発することである。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|------------------------|--|------------------------------|
| 2. 被災地でのストレスマネジメント | <p>1. 精神科治療への抵抗を回避するため、呼びかけの質問を簡単なストレスマネジメントの技法を試すように働きかけるものや、普段服用している薬が切れていないかを問う、あるいは身体的な側面に焦点を当てた質問から精神症状を話題にしてゆく、等の配慮が必要である。</p> <p>2. 精神医学を専門としていない医療関係者が精神疾患をスクリーニングするのに役立つ質問 (Chiles et al., 2005) の使用も有効である。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| 3. バーンアウトの予防 | <p>✓バーンアウトの予防には以下の3点に留意することが重要である: 1) 自分の仕事の意義と限界を把握しておく、2) 対象者との間に適切な距離を置く、3) 同僚からのサポートが得られるようにする(Figley, 1995)。</p> | <p>✓ Ev.</p> |
| 4. 簡単なストレスマネジメント技法 | <p>✓簡単なストレスマネジメント技法には腹式呼吸法と段階的筋弛緩法がある(Abramowitz, 2012)。</p> | <p>✓ Ev.</p> |
| <p>—腹式呼吸法/段階的筋弛緩法</p> | <p>✓腹式呼吸法は自然な呼吸法であり、特別な道具・場所を必要とせず、動悸、筋肉の緊張、高血圧などのストレスによる身体兆候の緩和に役立つ。</p> <p>✓段階的筋弛緩法はゆったりと腰をかけ、30秒ほど腹式呼吸を行った後特定の筋肉群に焦点をあててゆく。各段階において焦点となっている筋肉を緊張、弛緩させることによりリラクセーションを体験し、深めてゆく。</p> | <p>✓ Op. ✓ Op.</p> |
| 5. まとめ | <p>1. 大規模災害時に被災者側からの精神的なケアに対する抵抗を緩和する手段として、ストレスマネジメントの簡単な技法を身につけておくことは支援者として活動するうえで有効である。</p> <p>2. 救護者自身のセルフケアの必要性は重要であり、自身の心身の健康を保持しながら救援活動を進めてゆく姿勢は必須である。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| 災害支援のスタンダード | | |
| 第4章 災害時における公衆衛生対策の最低基準 | | |

1. ビルド・バック・ベター の 思想

1. Build Back Better (ビルド・バック・ベター)とは自然災害後の復興視点を表す。復興の過程において自然災害をグローバルな視点から捉え直し、環境に配慮し、社会の回復力 (resilience) を促し、災害を軽減する対策を盛り込み、持続可能なコミュニティを再生する試みである。

2. 自然災害からの復興というと経済・産業の復興のみに注意が注がれる傾向があるが、ビルド・バック・ベターは住民の生活の質 (quality of life) や社会弱者への公平性を配慮し、被災住民が主体的に参画するプロセスを重視する。実際、posttraumatic growth (PTG:トラウマ後の成長) という概念が提唱され、トラウマを体験した人々がその後を示すポジティブな変化が注目されている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

2. 人道緊急支援の国際的な基準づくり

ー変貌する人道緊急支援／行動規範と人間の安全保障／人道支援の質の向上を目指して

1. 自然災害・紛争に対する緊急支援は1990年代以降、人道主義の視点よりグローバルな課題とみなされ、コンピューターと機動力を利用した大量かつ迅速なロジスティクスの実現ならびに緊急支援活動のプロフェッショナル化が進んでいる。

2. 緊急支援において人道的責務を最優先とする行動規範が作成され、被災者の人種・信条・国籍等の差別ない支援活動が目指されているが、現場でのそれらの理念の実践は被災したすべての市民の意見を取り入れることが可能でないことから、援助の優先順位決定において非常に困難である。

3. 1990年代のルワンダ内戦における人道支援の失敗が大きな起爆剤となり、緊急人道支援に関する数々の国際的組織が設立された。国際赤十字・赤新月社、国際NGOが中心となりスフィア・プロジェクト (sphere project) を立ち上げ、「人道憲章と災害援助に関する最低基準」を作成した (アジア福祉教育財団難民事業本部、2004)。現在このスフィア・プロジェクトで提唱されている基準は世界共通の最低基準となっている。また、1997年にはALNAP (Active Learning Network for Accountability and Performance in Humanitarian Action) が設立され実務と研究の両面からの人道支援活動を支えることをめざし、2003年に設立されたHAP-I (Humanitarian Accountability Partnership-International)は受益者自身が支援プログラムの計画立案、実施、評価に関わる仕組み作りを目指した国際基準の作成を行っている。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Ev.

3. 保健医療に関する最低限の基準

—安全な水の供給と衛生環境／食料の確保と栄養／感染症対策／心理社会的サポート

1. スフィア・プロジェクトの「人道憲章と災害援助に関する最低基準(2011年版)」は緊急時における安全な水の供給と衛生環境、食糧の確保と提供、感染症対策、ならびに心理社会的サポートについて具体的に各々の最低基準を記している。
2. 安全・食糧・水・避難所・プライマリケアを多くの被災者に提供すること自体が大きな心理社会的サポートであり、被災したコミュニティ全体や家族に対する支援を実施するため、それぞれの被災者のニーズに合った専門・非専門家、心理社会的サポートの要となる人材は不可欠である。
3. 個別のカウンセリングと同時に、災害の記憶が薄れてゆく時こそ地元の方言でゆったりと傾聴してくれるコミュニティ内の身近な非専門家による長期的支援が必要である。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

4. 人道支援に関する評価

1. 人道支援活動の評価を量的評価、質的評価療法の側面から行うのが世界的に主流となっているが、ALNAPが行った人道支援評価報告書によると、物資供給後のモニタリング、生活状況に関する調査は非常に少ない。
2. 評価に関して、大学・研究機関と援助団体の協働は始まったばかりであるが、被災地に協力可能な研究者がほとんどいない事実が大きな困難となっている。その点、日本は先進国であり、人材は非常に豊富なことから被災地の文化・習慣を熟知した研究者による長期的なモニタリングと評価が実施され、世界に発信されることが期待される。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

5. 国際基準を満たす仕組みづくりを目指して

✓ 東日本大震災においては被災後2か月において以前安全な水の供給、トイレの設置、食料の配給などの面において難民に適用されるスフィア・プロジェクトの定めるところの国際基準を満たしていない避難所が数多くあり、阪神・淡路大震災と比べ改善を見ることが叶わなかった。
✓ 一方、災害派遣医療チーム(DMAT)の効率的派遣ならびに日本医師会災害医療チーム(JMAT)のDMATチーム撤収後の引き継ぎは大きな成果を上げた。また、医療コーディネーターが被災地での医療専門家らの受け入れに活躍した。
✓ スフィア・プロジェクトによると、少なくとも人口5万人に1名の医師、人口1万人に1名の看護婦と1名の助産婦が必要であるが、日本は質の高い保健医療人災に恵まれた国であるといえる。それらの人材を活かし、国際基準を満たす公衆衛生活動の枠組み作りが奨励される。

✓ Op.
✓ Op.
✓ Op.

3 保護および人権上のスタンダード

3.1 精神保健・心理社会的支援に人権のフレームワークを適用する。

1. ✓ 災害・紛争時などにあらゆる形式の精神保健・心理社会的支援に関し、国際人権上の基準の順守をアドボケイトする。
2. ✓ 人権を促進・保護する精神保健・心理社会的支援を実施する。
3. ✓ あらゆる関連従事者の研修において、人権および保護に着目する。
4. ✓ 虐待や搾取のモニタリングおよび報告のための仕組みを-既存の人道サービスのフレームワーク内に-確立する。
5. ✓ 関連する国内の法律、政策、プログラムを国際基準に則したものにしよう、また、政府団体(各機関、警察、軍など)による国際基準の順守が強化されるよう、国家に対してアドボカシーを行い、具体的な助言をする。

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

3.2 社会的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。

1. ✓ 保護に関する専門的アセスメントを行い、保護上の脅威に関する情報収集の実施の是非、実施機関、実施方法を決定する。
2. ✓ 保護上の脅威および能力について、多セクター間にわたるアセスメントを行う。
3. ✓ 社会的保護の仕組みを始動、確立し、必要に応じてコミュニティの保護能力を構築する。
4. ✓ 保護上の脅威をモニタリングし、適切な機関、保護に関する関係者と情報を共有する。
5. ✓ コミュニティ主導の適切な行動によって、保護上の脅威に対処する。
6. ✓ プログラムおよびアドボカシーを併用して保護上の脅威を予防する。

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

3.3 法的保護を通じて、保護上の脅威・人権侵害を見出し、モニタリング、予防、対応を行う。

1. ✓ 保護上の主な脅威および既存の保護の仕組みの状況(特に、ハイリスクな状態にある人々について)を特定する。
2. ✓ 文化的に適切なコミュニケーション法を用いて、自身の法的権利意識を高め、可能な限り安全な形で権利を主張できるようにする。
3. ✓ 法的基準の侵害に対するモニタリング、報告、行動に関しての各仕組を支援する。
4. ✓ 国際法、国際基準に則した国内法・慣習法の遵守をアドボケイトする。
5. ✓ 心理社会的ウェルビーイング、尊厳、敬意が高まるような形で法的保護を実施する。
6. ✓ 心理社会的支援サービスと法的保護サービスを相補的な形で提供する。

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

| 項目2: 歴史 | 要約 | |
|---|---|----------------------------|
| 第26章 東日本大震災(陸前高田市)の教訓 | | |
| <p>1. マニュアルがない東日本大震災被災地支援</p> <p>ー考えながら一歩ずつ進む支援活動／支援者に必要な被災地の正しい理解</p> | <p>1. 被災地について支援者が知っておくべきことは、①行政職員が災害の犠牲となり、行政機能が失われる。と、同時に復旧復興の最前線に立っている保健師などの専門職自身(保健師など)が災害を生き延びた生存者であり、被災者であること、②地域との深い繋がりを有する職員を亡くすことは、数字的には充足されても被災地のニーズを埋められないこと、③外部支援者の信頼性を見極める方法がなく、被災地に負担をかけている事実もあること、などである。</p> | 1. Op. |
| <p>2. できる人ができることを</p> <p>ー一人ひとりができることを／ネットワークによる公衆衛生活動の展開が被災地復興の基盤づくり／公衆衛生活動の基本再確認(ポピュレーションアプローチとハイリスクアプローチの融合)</p> | <p>1. 現地における情報の収集・集約・分析・共有することは、災害対応に関するヒントを得るのに有用である。また、それらの活動を可能にするネットワークの構築が重要である。</p> <p>2. 筆者(岩室&佐々木, 2012)は、3.11により壊滅状態になった陸前高田市を支えるための公衆衛生ネットワークを作り、情報や復興計画(陸前高田市保健医療福祉未来図(たたいてちょう台)、そしてその課題と目標を保健医療福祉関係者間で共有するために「包括ケア会議」(発災直後から関係者が集まる)を行った。</p> <p>3. 災害により地域住民の基本的情報も消失していたため、悉皆調査を行い住民の全体的被害状況、健康状態等を集団として把握、評価した。数値化された地域の実際の状況が解ることで対策につながった。</p> <p>3. 被災地の公衆衛生対策はハイリスクアプローチに傾倒しがちだが、震災後は被災者全体にこころの健康を阻害するストレス(例:住・職環境、地域への愛着、周囲との関係性の喪失)が蔓延しているため、WHOの健康の定義(1999)に鑑み、ポピュレーションアプローチの重要性をしっかりと把握した観点からこころのケアを行うべきである。</p> | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>3. 陸前高田市復興支援における教訓(公衆衛生の原点とは)</p> | <p>1. 被災地に求められている公衆衛生活動は、地域や生活の再建だけでなく関係性や絆(Quality of Life:QOL)の再構築を含めたものであるが、そのような取り組みはまだ確立されていないのが実情である。</p> <p>2. 行政や民間と言う枠組みを超え、住民一人一人のQOLの向上に寄与する「公衆衛生の原点」に戻り、日本全国規模での早急な体制づくりが求められる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>第6章 東日本大震災後の子どもの心理支援システム</p> | | |
| <p>1. 災害後の心理支援モデルと「心とからだの健康観察」の作成</p> | <p>1. 災害後のスクリーニングテストとして世界的に使われているのは、①高校生以上が対象のIES-r (Weiss & Marmar, 1997)と②子供が対象のUCLA PTSD indexである。しかし、a)トラウマ症状(覚醒、再体験、回避マヒ)の項目がランダムに配置されていて心理教育にならないこと、b)生活を阻害する行動の項目が含まれていないこと、c)後の個別面接で有用なポジティブな項目が含まれていないこと、d) IES-rには、PTSDの予測因子である否定的認知の項目が含まれていないことから、筆者(富永, 2014)は教員・臨床心理士・医師を含むチームをつくり、心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度改訂版「Ptsr-ed-trauma25」(通称:心とからだのストレスアンケート)を作成した。</p> <p>2. 教育現場で講師が活用しやすく、児童生徒のトラウマ・ストレス反応を縦断的に検討できるように、岩手教育委員会により設立された「いわて子どものこころのサポートチーム」(チームリーダー:三浦光子;スーパーバイザー:筆者(富永, 2014);臨床心理士のスクールカウンセラーと岩手県総合教育センター指導者で構成)は「心とからだの健康観察」と呼ばれるテストを「心理教育のための心とからだのストレス・アンケート(ptsr-ed-trauma25)」を検討修正し、作成した。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>2. こころのサポート授業で活用する「心とからだの健康観察(31項目版)」の妥当性・信用性の検討</p> | <p>1. 筆者(富永, 2014)は、新たに作成された「心と体の健康観察(31項目)」の妥当性と信頼性を高等学校の生徒1,469名を対象にK10 (Kessler et al., 2002)とIES-r (Weiss & Marmar, 1997)を用いて検討したところ、十分な併存的妥当性、弁別的妥当性、収束的妥当性、因子妥当性、信頼性が確認された。</p> | <p>1. Ev.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>3. 大規模災害後の子どものこころのサポート授業</p> | <p>1. 筆者(富永, 2014)は、東日本大震災に1年間の子どもの心のケアプログラム(別称:いわて子どものこころのサポートプログラム)を立案し、災害から2~3カ月に「こころのサポート授業1」、半年後に「こころのサポート授業2」、10カ月~1年後に「心のサポート授業3」を行った(富永, 2011)。</p> <p>2. 「こころのサポート授業1」では、①トラウマ反応を省いた健康アンケート(睡眠、苛立ち、食欲不振、体調不良)、②苛立ち・不眠への対処法に関する話し合い、③リラクセス法、④絆を深めるためのワークなどが行われた(山中&富永, 2000; 富永, 2009)。</p> <p>3. 「こころのサポート授業2」では、①トラウマ反応を含む「心とからだの健康観察」、②ハイリスク者をスクールカウンセラーに繋ぐためのスクリーニング、③リラクセス法が実施された。</p> <p>4. 「こころのサポート授業3」では、震災に伴う体験の表現活動(この一年を振り返るというテーマでの作文活動)を主に行った。</p> <p>5. ストレスマネジメントを軸としたこころのサポート授業は日本では保健体育と扱われており、普及に制約がある。文部科学省は中国の「心理健康教育」の科目としての設立、四川大地震の経験をもとにした四川省教育部の「心の健康教育」の科目としての設立と同様のシステムを立ち上げ、「健康教育・心のケア、防災教育」を焦点とした総合的な学習の時間を確保する系統的プログラムを提案するべきである。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| | | |
| <p>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</p> <p>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</p> | <p>1. 災害後、被災者は被災体験(イン・トラウマの状況)の渦中にいるため、安心感を抱くことが難しい。自分を安心体験に置くことではじめて被災体験の世界から抜け出し、それと距離を置いて眺めたり語ったりすることができる。阪神淡路大震災時に避難所で実施された動作法(通称:リラクセス動作法)は、被災体験から安心体験に被災者自らが移行していくための安全感・安心感を育成する援助法の一つである(富永, 1995; 富永, 1999; 成瀬, 1992; 成瀬, 2000)。</p> <p>2. 身体からの安心感の回復は藤原(1994)が提唱する三角形イメージ体験法、田嶋(1987)が提唱する壺イメージ療法を汲んだ「体験治療論からみた被災者の体験と援助モデル」(富永ら, 1995; 富永, 1999)でそのしくみが説明されている。</p> <p>3. 動作法は恐怖感情を可能な限り迅速に吐き出させるディブリーフィング(Mitchell, 1983)とは全く異なる。</p> | <p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>2. 神戸児童連続殺傷事件後の心理支援</p> | <p>1. 著者(富永, 2014)は、阪神淡路大震災と神戸児童連続殺傷事件の心理支援の経験から、安心感と安全感が促進される心のケアの必要性を唱えている。そのためには、被災者に①心理支援者が何者かを伝え、具体的な支援メニューを提示し、②リラックス動作法や動作を通じたコミュニケーション(例: キャッチボール)を行い、③今起こっている反応や体験を共有し、それらを対処する方法を学ぶ場を設けることが求められる(富永, 1998; 富永, 2006)。 2. 災害後の心理支援においては被災者のニーズに応じて寄り添うことが何よりも大切だが、災害・事件後の理論と方法が必要であり、それを体系化することが重要である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>第24章 阪神・淡路大震災の教訓</p> | | |
| <p>1. 医療機関や行政職員も被災者</p> | <p>1. 阪神淡路大震災による多くの医療機関や行政職員が被災したことから筆者が得た教訓は以下の通りである: ①医療施設は災害対応マニュアルの作成や耐震強化を施すこと、②小規模施設(例: 医院)では、非常用電気を活用すること、③電子カルテを使用しバックアップを作成すること、④患者におくすり手帳を常時携行させること、⑤交通手段を失くした職員は、近くの行政組織の応援に行くこと、⑥予めボランティアの受け入れのためのマニュアルを策定し、災害時ボランティア・コーディネーターを訓練しておくこと。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>2. 救護活動 一救護活動の拠点となった保健所／ボランティアによる救護活動／疾病分類／医薬品の確保／精神科・歯科救護／救護活動の終息</p> | <p>1. 多分野を網羅する多数の医療スタッフをもち、関係業界と交流があり、地域の地理を熟知している神戸市衛生局管轄下の各保健所はライフラインの断絶、情報・交通網の遮断、行政・医療機関が被災し機能を失う中、救護活動の拠点となった。 2. 教訓: 救護活動の拠点となった保健所のスタッフは、①医療機関への医療用水や給食の手配、②救護ボランティアの申し込みの手配、③救護班の医療品の確保や管理、避難所への配布、④多数の遺体への対応、⑤ミーティングの開催、⑥被災者への救護活動等に忙殺された。 3. 教訓: 震災後、国内外から支援者の申し込みが殺到するため、平時に医療ボランティアの受け入れ方法や活用法を策定しておくべきである。また、地震直後の救護活動には、自己完結型救護班が歓迎される。個人ボランティアは医療免許証等の縮小コピーを携帯すると良い。 4. 教訓: 平素から災害救護関連の機関は医薬品を3日分程度備蓄する。配布された医薬品の分類・在</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p> |

庫管理には薬剤師が最適任であるが、外国から提供された医薬品の多くは日本人に使用できず大量処分せざるを得なかったため、送付側と受取側が事前に使用可否を確認すべきである。

5. 教訓: 震災後早期にPTSDや精神障害者、スタッフの燃えつき症候群に対応するために「地域こころのケアセンター」を激甚地の数か所に開設された。一般被災者に対して組織的かつ継続的な心のケア体制が必要であり、また、入れ歯がない、歯痛などを抱え摂食に困難がある高齢者も多数いることから、早期歯科治療の重要性の把握も大切である。

6. 教訓: 救護医療は無料で地元と医療機関の再開を阻害しないため、被災地(保健所など)と話し合い適切な撤退時期を決定すべきである。また、救護医療は無料により、病院・医院受信時の医療費自己負担金は地震直後より免除とする必要がある。

3. 急性および慢性疾患・感染症・孤独死対策

一 避難所の巡回健康相談
／ 仮設住宅・自宅避難者への訪問活動
／ 感染症予防
／ 仮設住宅の孤独死対策

1. 保健師による避難所の巡回健康相談には①疾病の早期発見・慢性疾患の療養相談、②虚弱高齢者への看護・介護サービス、③機能訓練、④保健所だよりの配布などによる情報提供等が含まれていた。管理栄養士による避難所の巡回健康相談には①栄養調査、栄養相談、栄養指導、②炊き出し支援、③調理実習・試食会などがあつた。歯科衛生士は、歯科衛生相談や歯磨き指導を行った(管理栄養士、歯科衛生士はいずれも保健師に同行し、上記の活動を実施)。

2. 仮設住宅・自宅避難者への訪問活動として、保健師は①要援護者への訪問、②健康相談、③健康体操、④医療機関や福祉施設への紹介、⑤結核患者の服薬継続の支援、⑥経済的支援を市民病院看護婦、他都市の保健師らの支援を受け、実施した。これらの活動は安否確認にもつながる結果となつた。

3. 感染症予防として、①インフルエンザ予防接種、乳幼児ツ反・BCG予防接種、②うがい薬・マスク・手指消毒の配布、③トイレの清掃、④結核患者の服薬継続支援などを実施。結果として、避難所での集団感染を未然に防ぐことが出来た。

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

4. 被災者健診

| | | |
|---|--|--------------------------|
| <p>ーボランティアによる「トリアージ検診」／基本健康診査</p> | <p>1. 教訓：ボランティアによる検診の受診者は、保健師や救護スタッフに事前にピックアップされたハイリスク者に限定されるべきである。災害時の多数の負傷者の治療の優先順位を決める「トリアージ」が行われるが、法改正のもと検診も同様に「トリアージ検診」として行われるべきである。</p> <p>2. 激基地の被災者を対象に、基本健康診査を実施。最も多かった要指導・要医療者の内訳は、脂質異常症や糖尿病である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>5. 避難所などの食品・環境衛生 ー食中毒対策／環境衛生</p> | <p>1. 食中毒対策として、①配食後早期の喫食と食べ残しの廃棄、手洗い等の啓発 ②保冷库・冷蔵庫の設置、③弁当の細菌検査、弁当製造所のふき取り検査、露店・自動車飲食店・弁当販売店、炊き出しボランティアへの衛生指導を実施。</p> <p>2. 保健衛生班により災害後3日目より汚物処理、消毒、戸外簡易便所の設置が行われたが、避難者の自立心・協働精神の有無が避難所の衛生環境を左右した。震災後一か月ほどで、毛布の乾燥が行われ、仮設シャワーや大型野営風呂（自衛隊により提供）、民間・公的施設の浴場が提供された。加えて、公衆便所、廃棄物収集所の設置をはじめとする数々の必要防疫活動が実施された。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>6. 遺体 ー法医学者不足の遺体検索／満杯の斎場</p> | <p>1. 監察医や法医学者が不足し一般臨床医も遺体検案に携わった。当時の教訓から、日本法医学会は災害時活動マニュアルを作成し全国的支援体制を強化した。</p> <p>2. 一挙に4,000人を超える死者が出たため、神戸市内の斎場は混乱状態に陥った。災害時の遺体火葬については自治体間連携の強化と関係業者と提携のうえで一定数の棺のストックが必要である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>7. そのほかの対策 ー被災者支援窓口／コンパニオンアニマル対策／化学薬品／助け合いの力</p> | <p>1. その他の対策には、①被災者支援・相談窓口の設置（専門医の紹介、薬・検査器材・治療器材の提供）、②コンパニオンアニマル対策（保護収容、治療、里親探し）、③化学薬品による火災や有毒ガスの発生防止、④近所付き合い・日頃の交流による近隣の助け合いなどがある。</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|---|---|----------------------------|
| 8. 活動のまとめ | 1. 筆者(國井、2012)は、自身の阪神・淡路大震災の支援経験から公衆衛生的問題を、①PTSD、トラウマ、抑鬱症候群、②保健、医療、③医薬品、④行政、医療機関のマンパワー、⑤医療相談窓口、⑥避難所の給食、⑦避難所の生活環境に分類し、これらへの対処法を概説している(表24-5)。 | 1. Op. |
| 9. 阪神・淡路大震災を振り返って | 1. 筆者(國井、2012)は当時の出来事を振り返り、今後の有効な対策として①病院、警察署、消防署、役所、学校などは耐震構造を考慮し、③一般建造物の場合は、自身の命や財産を守るために、耐震グッズを利用したり、停電後は電気家電の電源をコンセントから外したりすべきであると述べている。 | 1. Op. |
| 第11章 災害 | | |
| 1. 阪神・淡路大震災と心の —兵庫県教育委員会震災・学校支援チームの活動:アース(EARTH)／ネットワークの緊密化／心のケアを要する被災児童生徒数の推移 | 1. 筆者(杉村、2010)は、阪神・淡路大震災時に実施した心のケアについて述べている。震災発生後、兵庫県教育委員会は学校教育の早期復興を目的とした震災学校支援チーム(EARTH)を結成。EARTHは兵庫県内だけでなく、他都道府県の災害時や海外の災害時(スマトラ沖地震など)にも心のケア活動を行っている。 2. 医師、心理士、栄養士、ボランティアなどがそれぞれの専門性を活かしつつ、柔軟に立場を変えつつ連携したネットワークの緊密化をはかることが心のケア活動では不可欠である。 3. 兵庫県教育委員会によって14年間にわたり「心のケア調査」が行われ、被災児童生徒への長期間の継続的調査が行われたことは災害史上稀有であり、結果として教育的配慮を要する児童生徒数の推移の把握につながった。また、臨床心理士からコンサルテーションを受けた心のケア担当教員の児童生徒や保護者への関わり(例:励まし、相談活動)が震災後の回復に有効であることもわかった。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |
| 2. 北海道南西沖地震の奥尻津波災害と心のケア—災害・中長期支援 | | |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>ー北海道南西沖地震の被災者のメンタルヘルス／中長期支援のあり方</p> | <p>1. 北海道南西沖地震当時、精神保健専門家の中では「被災者への心理的支援」に関する理解がなかったと筆者(藤森, 2010)は述べている。震災から6年後にGHQ-28 (General Health Questionnaire 28)とIES-R (Impact of Event Scale-Revised) を用いて調査したところ、被災者は社会一般成人よりもハイリスク者率が3倍高く、PTSD者の比率も高かった(22.5%)。また、筆者(藤森, 2010)は、災害被害程度は被災者の精神健康に直接的な影響はないと述べている。</p> <p>2. 北海道南西沖地震の研究の基づいて、被災者への中長期支援の課題について筆者は次のように述べている:①中長期支援を何らかの形で継続させる、②非回復者のリスク要因には変遷があるため、その変遷に合った支援の提供を行う、③非回復者の対人関係の問題を解決するための支援を行う、④被災遺族への特別支援プログラムを提供する、⑤災害を体験した子ども達への支援を継続する。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>3. 新潟県中越地震と心のケアー現地支援ボランティア活動</p> <p>ーリラックス動作法チームの活動/おわりに(活動を支えたもの)</p> | <p>1. 新潟県中越地震発生直後、筆者(織田, 2010)は「リラックス動作法チーム」を立ち上げると同時に支援マニュアルを作成した。被災地域には多数の高齢者がいた理由から、リラックス動作法を工夫した「長岡ヴァージョン」という技法が創案された(吉川, 2007)。リラックス動作法はセルフケア手法ならびにアウトリーチ手法としても有効であると記されている。</p> <p>2. ①「動作」に焦点をあてるため、実感を得やすく、被災者に積極的に受け入れられた。また、セルフケア手法としても有効であった。②現地状況に合った動作課題を選定できることから、アウトリーチ手法として有効であった。③諸々の後方支援のおかげで活動の立ち上げ・継続が可能であった。④リーダー3名と若いメンバーの理想的な連携により生き生きと活動できた。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>4. 三宅島噴火災害と心のケアー組織による支援と終結</p> | | |

| | | |
|---|---|--------------------------|
| <p>ー全島避難と支援の組織づくり／支援の実際と終結</p> | <p>1. 三宅島で火山活動が活発になった時点(2000年6月)より、東京臨床心理士会は支援準備を開始、8月末に島の児童が集団避難をした時点で東京都教育庁に被災者支援の申し出をし、支援協力の要請を受けた。「災害対策特別委員会」が会内に設置され、運営委員会全体で支援に携わる体制作りがなされ、避難地域に近い会員10名がスクールカウンセラーとして中心支援メンバーとなり、活動を行った。</p> <p>2. 三宅島噴火災害の際に東京臨床心理士会が7か月間にわたり行った支援活動には、①現地での活動ならびに後方支援スタッフとの連携、②寄附金での支援参加、③ストレス・ケアに関するアンケートや職員の研修、④カウンセラー便りの発行などが含まれている。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>5. 四川大地震と心のケアー 災害時の支援者支援 ー被災地の実情／どう対策を講じておくか</p> | <p>1. 災害救援者(例:警察官、看護師)は二次的外傷ストレスを被りやすい(Stamm, 1999)。実際に、小林ら(2009)は、四川大地震から2か月後に心理臨床の実施者を対象とした調査を行い、活動後の支援者には、情緒的(被害者への罪悪感、自信の喪失)および行動的(回避行動)な変化が起こりやすくなることを明らかにした。</p> <p>2. こうした二次的外傷性ストレスを回復させるためには、①仕事と休みのバランスがとれるようなセルフケア(リラックス法、友人と過ごすなど)と、②支持的、情緒的、道具的サポートが提供され、ユーモアのあるチーム作りが不可欠。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev.</p> |
| <p>第17章 支援者体験の実際</p> | | |
| <p>1. 学校コミュニティへの緊急支援の実際</p> | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>—はじめに／実践例／最後に</p> | <p>1. 筆者(浦田, 2010)は、授業中に男子生徒(中学3年生)が急死した際に実践した緊急支援プログラム(一日で実施)を紹介している。</p> <p>2. 事故発生当日は、①緊急職員会議(緊急支援プログラムの立案、生徒の心理状態とカウンセリングのあり方の説明を含む)と②PTAの理事会(緊急支援プログラムと心の健康調査を生徒に執行するための許可取得を含む)を開催した。災害発生の翌日には、生徒に①事故の状況を伝え、②こころの健康調査票を介してスクリーニングを実施。同日に③緊急保護者会を開き、緊急支援プログラムの内容、生徒の急性ストレス反応、保護者としての子どもへの対応方法を説明した。</p> <p>3. 重要なのは学校、過程、地域が連携して緊急支援の目的を完遂することである。そのためには事件事故の種類把握、児童生徒へのダメージ、児童らが所属している学校コミュニティへの影響の3点についてアセスメントを行い、その情報に基づいた支援プログラムを作成すべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>2. 小児科での経験から —事例: 8歳男児／小児科における虐待問題の支援</p> | <p>1. 筆者(奥村, 2010)は、8歳男児の臨床事例を用いて小児科における児童虐待の被害者に対する支援の一例を提示している。小児科における虐待問題の支援として、当事者とその家族(問題の中心である人間関係)を、医療者と地域の人間関係(例: 幼稚園、学校担任)のネットワーク(図4)の中に取り込み、加害被害心理を薄める良好な関係を処方することが有効である。</p> <p>3. 被害者の早期かつ予防的な加害者からの分離、あるいは家族関係そのものに働きかけるためには被害者である児童に係わる人々の個別の支援への工夫がさまざまな段階で行われることが重要である。また、心理士がこれら児童と関わる人々の危惧・配慮を引き取り、児童福祉士、精神科医師へつなぐと同時に、心理士が対象家族の「係われる部分」につながり続けることが重要な役割と言える。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>3. 地域精神保健における家族支援の経験から</p> | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>ー精神保健の対象のひろがり／問題の複合化／家族を対象とする危機介入</p> | <p>1. 精神保健の問題が多様化している。統合失調症をもつ人々に対する受療援助や社会参加の支援に加えて、気分障害やひきこもりに関する相談事例が増加。</p> <p>2. 精神保健の問題が複合化している(例:DVや高齢者虐待の背景にあるアルコール依存症・問題、児童虐待の背景にある保護者の精神疾患の未治療・治療中断、ひきこもりの背景にある精神疾患や発達障害)。</p> <p>3. 家族成員の一人に精神的問題が生じると、家族全体が危機に直面し、その家族のメンバーの誰かが相談者として相談機関を訪れることがある。こうした家族への危機介入には、①適切な情報を入手したうえで、②専門的な知識に基づいた情報を提供し、③対処法を話し合っ、家族の力で対応できるよう継続的に支援することが含まれる。コミュニティ心理学で主張されている、早期介入により家族というシステム元来の力の発揮と適応力の向上が可能となるという考え方に基づいた支援方法はより一層強調されるべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>4. はじまりは阪神・淡路大震災</p> <p>ーはじまりは阪神・淡路大震災／神戸児童連続殺傷事件の衝撃／日本臨床心理士会被害者支援専門委員会の設立と犯罪被害者支援の息吹／Education Internationalによるインド洋大津波後の心のケアプロジェクトとJICA四川大地震こころのケア人材育成プロジェクト／私がやりたい2つのこと</p> | <p>1. 筆者(富永、2010)は、阪神淡路大震災、神戸児童連続殺傷事件、インド洋大津波、四川大地震で実際に行った心理支援活動について述べている。</p> <p>2. 1999年に日本臨床心理士会被害者支援専門委員会が設立され、各都道府県の警察に被災者対策室が設置された。2004年には、犯罪被害者等基本法が制定され、法律ではじめて被害者の権利が尊重された。</p> <p>3. 今後の心理支援において、筆者(富永、2010)は、①トラウマイメージ動作法の効果検証のためのプロジェクトを推進し、②学校教育に「心の健康教育」を科目として定着させたいと述べている。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>5. 警察での被害者相談の実際</p> | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>-二次受傷の経験 / 代理外傷後成長 / 支援者の無力感 / まとめ-被害者支援を通じて築きたい社会</p> | <p>1. 筆者(藤代, 2010)は、自身の臨床心理士・警察の被害者支援担当者の経験から、二次受傷(自己コントロール感や世界に対する信頼感の喪失、苛立ちなど)や代理外傷後成長、自責感を過去に体験したことを述べている(Arnold et al., 2005; 藤代, 2005)。それらの経験より、被害者支援において外傷後成長を安易に目標と掲げてはいけなく、そして代理外傷後成長を経験することを支援者自身がかんがえることを控えるべき、と意見している。</p> <p>2. 筆者(藤代, 2010)の今後の被災者支援の目標には、①心理臨床家としての知識や技術を磨くこと、②「心のケアの常態化」を次世代の責務として実現させることが含まれている。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>6. DV被害者への支援 —緊急時の支援とさまざまなDVと強い覚悟「言うべきことだけは言う」/心理面接の留意点/支援者のメンタルヘルス</p> | <p>1. 一時保護を利用するDV被害者は急性期の状態と考えられ、急性期に必要な支援は、①安心と安全を確保し、②自分が置かれている状況や心身の状態を理解するための認知の枠組みを提供し、安心を得る。また、予想されるPTSD等のストレス反応の症状や出来事を予測、対処力を強化するための心理教育・情報を提供する。これらの被害者の中には、家を出る決意を固めた者、不適応的な対処行動(例:薬物依存)を取る者、迷いや揺れがある者、支援前に夫に戻る者など、さまざまな被害者がいる。こうした被害者を支援する際には、「言うべきことだけは言う」強い覚悟を持ち、症状は複雑で変化することを理解し、積極的に受容し支持することが求められる。</p> <p>2. 心理面接の留意点には、①一回の面接で聞き過ぎないこと(最長90分)、②評価尺度(例:IES-R)や希望者同士でのグループミーティングを通して被害に対する認知を修正すること、③「加害者が悪い」と伝えること、④DVは児童虐待であり、母子ともに支援すること、⑤子供と家に戻る場合には、児童相談所に通告してもらうことが含まれている。</p> <p>3. 支援者は、無力感や代理受傷を受けやすいので、セルフケアを施し、見通しをもって被害者を見守る。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>第25章 新潟県中越沖地震の教訓</p> | | |
| <p>1. 柏崎保健所管内の概況</p> | <p>1. 2007年に発生した新潟中越沖地震の被害が最も大きかった地域は、柏崎保健所管内の①柏崎市と②刈羽村である。しかし、2005年に柏崎市が西山町と高柳町を編入したので、2004年に起きた新潟中越地震の時と比べて、連絡・災害医療調整が容易になった。</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| 2. 地震の概要 | 1. 2004年に中越地震、2007年に中越沖地震が起きたため、この3年間に再度被害を受けた住民もいる。しかし、中越地震と比べて大きな被害を受けた地域は比較的小さく、前回の経験と教訓が活かされ適切かつ迅速な災害支援の取り組みがなされた。 | 1. Op. |
| 3. 県型保健所の役割 | 1. 中越沖地震発生時は、被災地の市町村、都道府県、国に災害対策本部が設置された。①市町村レベルの災害対策本部は避難所運営や食料とライフラインの確保の役割を担い、②都道府県レベルの災害対策本部は、食料や医療などの物資を市町村に配達し、支援する。 2. 県型保健所(柏崎地域振興局)の役割には、①避難所の住民を市町村と一緒に支援すること、②県の立場で地域の状況を報告すること、③本庁と連携を取りながら、現地に派遣される医療保健分野(特に災害医療)支援者を調整すること、などがある。 | 1. Op. 2. Op. |
| 4. 災害医療コーディネーター — 中越地震後の災害時医療救護活動マニュアルの改訂/DMATの活動/災害医療本部の引き継ぎ/避難所巡回医療チームの調整/ミーティング/避難所における診療/医療チームの撤退/避難所巡回チームに関するコーディネーター | 1. 2006年に県災害時医療救護活動マニュアルが改訂され、中越地震では機能していなかった被災地における医療救護班・資機材の調整をその地域所管の保健所長が担うことになった。 2. DMATが本格的に始動したのは中越沖地震と言われており、当時の主な活動には①被災患者のトリアージ、②他病院への域外搬送、③診療支援、④災害医療本部の設立・運営、⑤避難所への巡回診療が含まれていた。 3. 災害当初、主にDMATにより行われていた避難所への巡回診療を引き継いだのは、県内外の医療チームである。外部の医療機関の窓口となり、派遣された医療チームを調整するのはコーディネーターの役目である。 4. ミーティングで行われていたことは、①巡回先のシフト表、地図、電話番号の配布、②巡回先に関する情報共有、③活動報告・日報の提出、④引き継ぎ用の診断記録用紙の記入である。 6. 避難所における医療救護班の相談内容の半分は内科疾患が占めており、最も多かったのは循環器系疾患である。 7. 発災から一か月後に避難所への巡回診療を終了。中越地震の時よりも中越沖地震では診療所の被害が小さく、医師会からの早期撤退の要望があったが、災害時は避難者が診断所に通院できる状態ではなかったので巡回診療を継続。しかし、医療救護班は長く滞在するわけではなく、従来の医療体制に戻さなければならないこともあり撤退の判断が難しかった。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op. 7. Op. |

5. 関連死, 二次的健康被害の予防

ー在宅人口呼吸器利用の難病患者の支援／透析患者への対応／感染症, 食中毒対策／熱中症対策／エコノミークラス症候群対策／生活不活発発病の予防／AEDの設置

1. 中越大震災を機に緊急時安否確認リストと個別避難計画を作成したため、在宅人工呼吸器利用の難病患者者に対して十分な支援ができた。
2. 地震により被災地の透析医療機関は機能を喪失したため、厚生連本部が近隣の透析医療へ透析患者の運搬を調整。自衛隊の援助により、現地の透析病院を**発災後3日**で再開させた。
3. 感染症や食中毒対策として、手洗いや手指消毒薬の使用、うがい、食品衛生指導に関するチラシやポスターの配布ならびにラジオによる報道を行った。
4. ボランティアと避難者に対して、水分補給と熱中症に関するチラシや防災無線を用いての注意喚起をした。
5. エコノミークラス症候群に対処するために、①エコーによる下肢血栓の検査を行い、②車中泊をしない、水分補給をして車外でのストレッチをするなどの予防に関するチラシの配布した。
6. **避難所生活の長期化による生活不活発発病の予防**として、①注意喚起のチラシを配布し、②派遣運動指導員や派遣保健師による運動指導を実施し、③下肢筋カトレーニング機器を設置した。
7. 全避難所にAEDが配備されていたが、当時の避難所の管理者はその使い方を知らない者が多かったので、巡回医療チームが**診療の間に余裕があった際に**使用方法を指導した。

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

6. 保健師活動

ー県内外からの派遣保健師の調整／主な活動／健康福祉ニーズ調査

1. 県内外からの保健師の調整・派遣要請は県庁所管課が行い、現地の活動調整は被災地の柏崎保健所所属の保健師が行った。
2. 中越沖地震時の保健師の主な活動には、①避難所における健康管理、②応急救護、③衛生的環境の確保、④健康相談として精神的な不安への対応や健康チェック、⑤集団指導(例:感染症、食中毒、熱中症)、⑥現地の被災市町村職員の健康診断、健康相談、⑦要支援者をこころのケアチームに繋げる役割、などがあった。
3. 自宅避難者の健康福祉ニーズ調査を実施するため、被災地の保健師と派遣保健師が協力し戸別訪問をした。調査により把握した在宅要支援者に継続的毛亭訪問を行うと同時に、仮設住宅の入居者に対して全戸訪問し長期的な活動を実施した。

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

7. こころのケア

| | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <p>ーこころのケアホットライン ／災害時精神科医療の確保 ／こころのケアチーム</p> | <p>1. 「新潟県災害時こころのケア活動マニュアル」に基づき、県・被災自治体・新潟大学・民間関係団体などで「災害時こころのケア対策会議」が設置され、①こころのケアホットライン(県精神保健センターに設置)、②災害時精神科医療の確保、③こころのケアチームの派遣、④普及啓発、⑤援助者への教育研修を軸とするこころのケア対策を実施した。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>8. 歯科医療救護班</p> | <p>1. 歯科医療救護班は、発災3日後より5日間県歯科医師会を中心に結成され、柏崎市健康管理センターや避難所で歯科診療を行った。 2. 発災3日後より約一か月間は、県歯科医師会を主体として歯科医師、歯科衛生士が避難所を巡回、口腔ケアや歯科保健指導を実施した。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>日本国外</p> | | |
| <p>第9章 海外での災害、そして支援の現状</p> | | |
| <p>0. はじめに</p> | <p>1. 災害は多種多様であり、文化・人種の差はあれど、共通点も多いことから日本へのフィードバックが可能かつ有用なものを探す価値がある。 2. 以下は著者らが米国の被災都市を訪問、当事者らとの会見をもとに得た体験を自身の視点より考察したものである。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>1. 9.11米国同時多発テロを通じて</p> | <p>1. 2013年3月に著者らはニューヨークを訪問、マウントサイナイ医科大学、コーネル大学、コロンビア大学などを訪れ、被災者のメンタルヘルスケアに携わった専門家と意見交換を行った。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>ー9.11米国同時多発テロ(以下9.11)／被災者・遺族の話から／支援者の話から／9.11同時多発テロの話聞いて</p> | <p>1. 米国同時多発テロ(9.11)は、2001年9月11日にアメリカで起きた人的災害。世界貿易センタービルの北棟と南棟、アメリカ合衆国国防総省本部庁舎ペンタゴンを標的としたハイジャック、自爆テロにより死者2993人、負傷者6291人、行方不明者24人の犠牲者を出した。航空機4機が使用された史上最大規模のテロであり、アメリカ軍は報復としてアフガニスタン戦争、イラク戦争を行った。</p> <p>2. 著者(高橋, 2015)は9.11で実弟を失った遺族の男性より直接話を聴く機会に恵まれ、米国においては緊急時の人道支援・相互扶助のために即行動を起こす文化背景があり、寄付、ボランティアに非常に慣れているという印象を受けた。</p> <p>3. 災害精神医学専門家(マウントサイナイ医科大学 Dr. Craig Katz)、世界貿易センター健康プログラム、Japan Society、9.11で活動した元消防士、コロンビア大学 Goerge Boanno教授、コーネル大学 Cynthia Pfeffer教授と著者(高橋, 2015)は対談し、災害時における心のケアについてはPFAに始まり実施される心のトリアージ、被害者ら相互の支え合いと社会貢献、アメリカの寄付・支援体制の充実、レジリエンスに焦点を当てた精神支援介入の重要性、ならびに子どもの発達段階に応じた心理教育の大切さについて理解を深めた。</p> <p>4. 東日本大震災時に日本は海外より多くの早急な支援を受けたのであるから、先代の災害に対する知恵を継承している日本人はこの恩を海外に還元してゆく義務がある。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Op.</p> |
| <p>2. ハリケーン・サンディを通じーハリケーン・サンディとは／対応した看護師の話</p> | <p>1. 2012年10月29日、ハリケーン・サンディは米国ニュージャージー州に上陸し、大都市ニューヨークを直撃。地下鉄をはじめ多くの施設が浸水し、800万世帯の停電により交通機関が麻痺、経済・社会活動に影響を及ぼした。死者はアメリカ全土ならびにカナダで132名(内43名はニューヨーク市内)を数え、被害総額は8兆円となった。</p> <p>2. ニューヨーク近郊のRockaway(人口14万人)で精神科看護師としてボランティアで働いたDianaより著者(高橋, 2015)は災害当時の話を聴く。活動中に困難な点として、支援者チームの一員の身勝手な行動、重症精神疾患患者の紹介先が不十分であったこと、薬局が災害時に平時の規則を適用し、柔軟な対処に欠いたこと、そして富裕層と貧困層の立ち直りの差を学ぶ。</p> | <p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p> |
| <p>3. ハリケーン・カトリーナを通じて</p> | | |

ーハリケーン・カトリーナ
(以下HK)とは、HKの被災者・支援者の声から

1. 2005年8月末に米国南部を襲った大型ハリケーンのカトリーナ(HK)は非常事態宣言の出されたルイジアナ州に2度上陸し堤防決壊を引き起こした。48万人が避難をし、当初の死者は55人とされたが、1836人(うちルイジアナ州1577人)という結果となった。
2. ニューオーリンズの8割が冠水し、市民は強制的に避難所や周辺地域での避難生活を余儀なくされ、交通手段をもたない貧困層が市内に取り残され、強盗や殺人が多発して混乱に拍車がかかった。避難所でも食糧不足となり、政府の対応への不満が市民より噴出、混乱を極めた。
✓著者はHKの被災者である一般市民、災害当時研修医であった精神科医、支援者として災害時活動した看護師Rooney、精神科医Jose、そしてTulane大学社会福祉学部の専任教官ら、アメリカ赤十字社の職員から話を聴く機会を得た。
3. 最初は任意避難であったものが陸軍が銃をもった強制退去・避難となり、黒人暴徒化のデマも流れ、殺人事件が発生、混乱を極めた。避難、居住地の変更において災害弱者ならびに経済的弱者が取り残され「はさみ現象」が観察された(中井, 2011)。
4. リジリエンスと心的外傷後成長(posttraumatic growth)が大規模災害の後、アメリカ、日本その他の多くの被災地で聞かれたが、一方で看護師の共感疲労(compassion fatigue)の問題も表面化し、支援者支援の重要性もHKを機に説かれるようになった(藤岡, 2011)。
5. HK直後、多くの精神科医が避難してしまい、6名の精神科医が活動にあたった。心の病ではなくストレスの有無の確認が功を奏し、ストレスマネジメントの技法のなかにマインドフルネス(瞑想、気づきを通じたストレス対処法)を織り込んだ「心のエクササイズ」が多くの状況で以来実施されるようになった。
6. 支援者同士が相互に支え合い、災害時には特別なことをしようとするのではなく、自分も他人も同様に淡々と対応をし、平常時に培ってきた良い習慣、スタンダードな生活、仕事のパターンを維持することが重要である。
7. 通信機能の維持のために柔軟性をもった対処をすることが大切である。また、ペトロス症候群を経験している人々への考慮と対処、支援者のメンタルヘルスデーの実施も有効であると伝えられた。

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

| | | |
|----------------------------------|--|---|
| 4. まとめ | <p>1. アメリカの災害、日本の災害より捉えられた二つのキーワードは「レジリエンス」と「心的外傷後の成長」である。</p> <p>2. 自然災害であれ人的災害であれ、人間は犠牲を払い悲劇を経験しながらも本来有しているレジリエンスをもって力強く回復し、成長してゆくことを歴史が示している。これは精神疾患に罹患する人もあてはまり、困難を乗り越えている力強い部分がある。</p> <p>3. 急性期を息抜き、その後の環境変化に対応・適応してゆく力が鍵となる。そして、減災・防災につながる努力を惜しまむ結果が来るべき災害への有効な対処となる。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 第14章 家族支援センターの迅速な立ち上げ—9.11のテロ攻撃後 | <p>1. 大規模惨事発生後、早急に家族支援センターを設立するためには何が必要であるのか、メンタルヘルス対策に焦点を当て、実践的な提言を行うことを目的とする。</p> <p>2. 9.11発生時の現場で数多くの家族ケアに関わった経験豊かなベテランの臨床医、臨床心理士、行政官の経験と証言をもとに検証を行った。</p> <p>3. 家族センターに着目する理由: 被害者家族の精神的支援だけでなく多数の役割をこなす人道支援の中心的存在であり、行方不明者の情報、法的・法医学的・金銭的サービスの提供も行うことより。</p> <p>4. ニューヨーク市と国防総省の惨事は別個のケースとして検証する。実際に行われたケアや遭遇した諸々の問題を紹介し、惨事・災害に対して包括的な支援が可能となる準備・調整を実現するため、現実的な体験を提供する(プライバシーの尊重の為、名前を含めた個人情報を変更した)。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Op.</p> |
| 1. 背景—航空災害家族援助法 | <p>1. 1996年に施行された航空災害家族援助法 (The Aviation Disaster Family Assistance Act) により、米国運輸省の管轄下にある国家運輸安全委員会 (National transport Safety Board: NTSB) は、米国国防総省や米国赤十字社をはじめとする地域、州、連邦政府の機関と提携し、航空事故や災害の被災者家族の援助策(緊急時対応策と手順)を構築する任務を受け、活動を進めている。</p> <p>2. NTSBより提出された二つの案は航空災害における連邦政府家族援助法と連邦政府が運営・チャーターした航空機による事故に対処する連邦案である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |

| | | |
|------------------------|---|---|
| 2. 家族へのケアとメンタルヘルス | <p>1. 航空災害家族援助法は民間航空機事故の際は米国赤十字社が被害者家族へのメンタルヘルス支援を行うことと定めている。</p> <p>2. 米国赤十字社はその職員の管理および支援を行う他ボランティア団体との提携、管理について一切の責任を負う。また、家族支援センターとは別のセンターを米国赤十字社内に設置してボランティアの選抜および監督管理を行うこともある。</p> <p>3. 地元団体の活動は赤十字人材調整センターを通して行われ、被災者へのカウンセリング、食事・避難所の提供、その他必要な支援活動を行う。また、米国赤十字社は航空会社とも密接に協力し合い、飛行機事故現場に立ち会えない家族への支援を行う。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 3. 世界貿易センターと米国国防総省への攻撃 | <p>1. 9.11テロの最初の攻撃目標は世界貿易センターであり、8時45分にボストン発アメリカン航空11便がハイジャックされ、世界貿易センターの北タワーに突入。9時3分にはボストン発ユナイテッド航空175便がハイジャックされ、南タワーに突入し、結果世界貿易センターでは消防署隊員、警察官、港湾局職員を含め2700人以上が死亡あるいは負傷した。</p> <p>2. 同日9時43分にはテロリストに乗っ取られたアメリカン航空77便が米国国防総省総司令部であるペンタゴンに墜落、184人の軍人、民間人が死亡した。</p> <p>3. これらの攻撃発生後、米国赤十字社と国防総省は家族支援センター本部と地元支部を設立、惨事の生存者と犠牲者の家族への支援にあたった。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 4. 桁外れの惨事と類のない課題 | <p>1. 広範囲かつ大規模、そして瞬時に大勢のそして多様な犠牲者を生んだ惨事は、災害救助・支援について未曾有の難題をもたらした。</p> <p>2. 地元行政、国防省症、赤十字社は素早い対応を求められると同時に、この事件は国家安全保障問題でもあることから犯罪捜査と法医学検査も必要とされた。また、多種多様な被害者を支援するために幅広い分野の災害援助専門家が必要とされた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 5. ニューヨーク市 | | |

ーニューヨーク市命令系統
／施設運営ー概要／メンタル
ヘルス・カウンセリング

1. ニューヨーク市緊急対策本部が、ニューヨーク市警、消防局、ニューヨーク市検視局、ニューヨーク州緊急管理事務所、米国連邦捜査局(FBI)、FEMA、米国赤十字社、そして他の地域、州、連邦政府関連機関の協力し、すべての活動の総括的指揮をとった。
2. 事件発生後数時間内に危機管理室 (Office of Emergency Mangement: OEM)が設立され、市長の地域支援ユニット(CAU)とともに被害家族支援センター (Family Compassion Center)を設ける候補地を検討。4回の移転ののち被害家族支援センターを事件発生後6日後に第94棧橋の巨大倉庫に設置、業務を開始した。市長執務室の代表者、地域支援ユニットがセンターの運営をコーディネートし、米国赤十字社はメンタルヘルス担当のボランティアをコーディネートした。
3. メンタルヘルス関連の人材はニューヨーク市保健精神衛生局、災害精神医学アウトリーチ・チーム、ボランティアで子どもと青少年に精神的サポートをしている精神科医、その他地元の病院、地域メンタルヘルスセンターの専門家によって構成された。
4. 赤十字社には自発的に名乗り出たボランティアが殺到した。その多くはプロのメンタルヘルス専門家であったが、資格確認と人材調整にかなりの労力を要し、隣接州赤十字災害メンタルヘルス専門家も人材調整の支援を行った。
5. メンタルヘルス・ボランティアらは活動方針と手順について最低限のトレーニングを受けた後に市内各所に派遣され、子ども、成人、家族、カップル、同僚等ありとあらゆる人々の面倒をみた。

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

6. 国防総省

—国防総省家族支援センター指揮系統／施設の運営—概要／組織構造／管理構成部門／家族向けの情報提供のためのミーティング／国防総省家族支援センターにおけるメンタルヘルス・カウンセリング／メンタルヘルス・スタッフの選別／メンタルヘルス・スタッフの構成と役割／戦死通告官の役割／米国赤十字社のさらなる役割／国防総省家族支援センターにおける災害メンタルヘルス・サービス／国防総省家族支援センターで働く人びとのための短期研修と支援サービス／リーダーたちのストレス緩和

1. 襲撃直後より国防副次官管轄下の軍関係者および家族政策局のスタッフが国防総省家族支援センター (Pentagon Family Assistance Center: PFAC) の設置を計画。国防総省より1マイルの場所にあるシェラトン・クリスタル・シティホテルが設置場所に選定され、陸軍中將(本章論文の共著者 William Huleatt 大佐) がPFACのディレクターとしてセンターの活動ならびに多くの組織から出向してきたプライマリケア医とメンタルヘルス・スタッフの指揮をとった。
2. 当初は現役の陸海空軍の職員、政府及び非政府団体からの精神医療職員とボランティアがメンタルヘルス支援に従事したが、間もなく他の災害支援専門家が加わり、退役軍人省、国立PTSDセンターのスタッフが現場での助言と援助を提供した。また、米国赤十字社の災害メンタルヘルス・サービス (American Red Cross Disaster Mental Health Services: ARC DMHS) と地元のメンタルヘルス・ボランティアが追加人員を提供。センターは24時間体制で危機介入サービスを行った。
3. PFACのメンタルヘルス・スタッフは航空会社と国防総省の被害者の家族と友人に感情面でのサポートを提供し、一日に軍と民間のカウンセラー20人と2人の運営アシスタントが8時間3交代で支援にあたった。スタッフはソーシャルワーカー、心理士、精神科医で構成された。
4. 亡くなった軍人と国防総省の文官の最近親者には全員一人ずつ戦死通告官(志願した男性および女性の現役軍人ら) が割り当てられたことから、PFACの運営中はメンタルヘルス・スタッフが戦死通告官の査定評価を与えた。これは、国立PTSDセンターが戦死通告官に関する調査とプログラム評価を開発、実施、分析したことによる。
5. PFACに勤務する人々のストレスと疲労緩和のため、メンタルヘルス担当者から通常ストレス反応、ストレスからのレジリエンスに関する教材と情報を提供された。また同様の目的のため、PFACの指導部の責任者に対して、国立PTSDセンターのシニアスタッフが形式ばらない集団ストレス緩和セッション (defusion session) を行った。

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

7. 被害者家族支援センターから学んだ教訓

一地域での計画と準備態勢／メンタルヘルスに関する人材のコーディネーション／十分な訓練と経験／各機関の共同作業と協力関係／マスメディアとの関係／まとめ

1. 安否について信頼できる情報を迅速に犠牲者の家族や近しい人々に提供する場所を一か所に集約し、直ちに設置する。また、この場所は家族のニーズに柔軟に対応し(とくに悲嘆にくれている個人をメディア等より守り、プライバシーと安全を確保する)、拡張可能であることが必須である。
2. 大規模災害や大量の死傷者を出すような将来の有事に備え、メンタルヘルスの専門家を含む善意の沢山のボランティアが援助を申し出ることのできるシステムの確立が必要である。
3. すべてのメンタルヘルスの専門家が同じ資格を持ち、災害被害者に対応できると考えられている一般的な誤解に対して、災害時メンタルヘルス専門家の最も重要な特質は臨床的に臨機応変であることである。加えて、災害の現場で他者のニーズに対応するために自身のニーズを抑制することのない高度な自己意識をもつ。
4. 家族支援センターは大惨事対応の一つの局面でしかなく、メンタルヘルス支援もセンター内の活動の一部にすぎないことを理解することが、明確な意思伝達に基いた指揮系統の確立とそのための関係機関との協力・協働を容易にする。
5. マスメディアは被災者のプライバシーを脅かすものとして敵とみなされがちであるが、マスメディアを正しく教育することによる恩恵(心理教育の普及、有用な情報提供、人々をメンタルヘルス援助の機会につなぐ等)にも留意する。
6. 解決すべき課題として、適切な支援提供のための場所・人材の確保、適切な支援の実施、包括的な災害対応計画に見合う省庁間の命令系統の確立、生物化学兵器または核兵器によるテロ攻撃発生後迅速に家族支援センターを開設することは逆に汚染を拡大する危険性を内包、電気・通信システム・コンピューター・交通手段およびその他の基本的公共業務停止への対処が挙げられる。

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

8. 結論

1. 惨事と大量の死傷者に有効な対応をするためには準備、調整、協力が必須であり、多くの課題を解決し、次々に発生する意志決定のプロセスに専念できるよう柔軟なリーダーシップが求められる。また、家族支援センターを早急に設立することで、惨事に圧倒されている地域社会に真に必要とされる組織、慰め、そして情報を提供することが可能となる。

1. ✓
Op.

| | | |
|---|---|---|
| <p>第18章 災害後のケアの理解とシステム構築に向けて —世界貿易センターテロ災害に対するニューヨークの対応事例研究</p> | | |
| <p>1. 方法</p> | <p>1. 2003年1月から3月の間に97名に対し個別面接を行った。また、同年12月に11名の研究参加者に対して再度援助強化策についての面接を行い、加えて5名の新たな参加者に対しても同様に面接を行った(研修参加者の内訳:21名の行政指導者、51名の援助団体管理者、31名の援助提供者)。計50団体からの103名に対し面接が実施された。 2. 面接は録音され、文字に起こされ、3010ページ分の記録となった。 3. データは逐語的に書き起こされた面接記録に基づき、総意で同意した言い換えや要約を調査結果とし、その調査結果の調査者による解釈を結論とみなした。 4. 調査結果は6つの大項目(「災害に対する備え」、「危機に対する対応」、「長期に及ぶメンタルヘルス協働対応の管理」、「作業者の訓練」、「援助提供者に対するケア」、「利用者へのサービス」)にまとめられた。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 災害に対する備え —調査結果の要約／結論と提案</p> | <p>1. ニューヨーク市やニューヨーク州には9.11テロ規模の災害に対する準備が既にあっただにもかかわらず、現実には事態の規模そのものがあらゆるシステムを圧倒する結果となった。 2. 州全体のメンタルヘルス・システムは資金と資源不足に加え、重症精神患者に重きを置き、予防やアウトリーチ作業という点では経験不足で、教育システムとメンタルヘルス・システムは互いに隔絶されていた。 3. 多くの支援団体は災害対応チームや大きな設備を備え、学校を始め地域、米国赤十字社と協力関係を築いていたことから確固たる準備ができていると感じていた。一方、社会活動に対する準備、支援者ケアについて準備が足りていなかったと経験した。 4. 提案としては、あらゆる危機対応計画にメンタルヘルスの専門家が含まれている必要があり、災害準備の最重要点として協働、協同、ネットワーク、提携が研究参加者により繰り返し言及された。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op. 7. ✓ Op.</p> |

3. 危機に対する対応

—調査結果の要約／結論
と提案

5. 連邦政府は政策、十分な財源および情報資源の迅速な策定・普及により州の災害準備活動を支援しなければならない。
6. 州は一般人と支援提供者を結びつけるため、州内の関係管轄区において多数のレベルに対応すべき体制を構築すべきである。
7. 関係機関間で協力関係や理解を前もって構築してゆくべきである。

1. 手助けをしたいと押し寄せるボランティアの資格証明や管理監督の必要性が浮き彫りとなると同時に、各地域間での災害・惨事経験の差に緊張感が生じた。
2. 早期対応では心理学的応急処置が具体的な支援や援助に組み込まれた。
3. 行政指導者らはプロジェクト・リバティのような長期CCPに資金提供する連邦政府の助成金申請に「このモデルはすべての人のためのものであるという概念を含む」という姿勢で取りかかり、この動きは既存のCMHSのニーズ査定方式を大きく修正する結果となった。
4. 提案として、急性期対応のための実行計画には地域の役割と活動の明確化、適正で効果的なエビデンスに基づいたケアの提供、被災者の長期的ニーズを満たすプログラムの着手とそれを実行するための人材の確保、国の方針決定・実践的ガイドライン普及・州と地域への良質な資源提供ならびに国家レベルの専門家の意見調整が挙げられた。

1. ✓
Op.
2. ✓
Op.
3. ✓
Op.
4. ✓
Op.

4. 長期におよぶメンタルヘルス協働対応の管理

| | | |
|--------------------------------------|--|---|
| <p>一 調査結果の要約／結論と提案</p> | <p>1. 行政指導者らは将来のプログラムについて「絶えず修繕したり拡張したりしなくてもよい様に、初めから管理組織を共につくる十分な時間をかけるべき」と述べた。</p> <p>2. プログラムの規模と複雑さは行われた援助に対する支払方法の選択を困難にし、また、援助団体に承認し難い出費を強いることとなった。時間経過とともに進む決済の中央集権化は決済の遅延を引き起こし、承認獲得そのものに多くの時間が割かれる結果に支援団体管理者らは不満を訴えた。</p> <p>3. 支援団体と行政間でのコミュニケーションはおおむね良好とされながらも、度重なる変更混乱という意見も多かった。</p> <p>4. 提案としては、CMHSの管理上の問題に関する技術支援能力の向上、連邦政府によるCCPs運用の評価と良質な管理業務の明示、行政指導者より援助提供者への危機カウンセリング活動に関する首尾一貫した明確な指導、州と地方自治体による主となる関係機関間の共同作業の促進が挙げられた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Op.</p> |
| <p>5. 作業者の訓練 一 調査結果の要約／結論と提案</p> | <p>1. 9.11テロ事件の後多くの団体により作業者の訓練が提供されたが、多くの援助団体管理者ならびに支援提供者は大多数の訓練が基本的すぎると感じ、一般的に専門職を補佐する人々は専門家よりも訓練に積極的であった。行政指導者は訓練とは危機的カウンセリングとは何かを知ることであると考えていたのに対し、臨床家らは実践に関する見通しを知ることが重要と考えていた。</p> <p>2. 多様な訓練、そして段階的な継続的な訓練が奨励された。</p> <p>3. 提案としては、CMHSによる災害時メンタルヘルスケアのための完璧なカリキュラム開発、州と地域公共機関による災害後に提供された訓練プログラムロジスティクスへの注意喚起、信頼できるトレーナーのための国のシステムの創設が挙げられた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| <p>6. 援助提供者に対するケア</p> | | |

| | | |
|--|--|---|
| <p>#NAME?</p> | <p>1. 多くの支援者らは多大なストレスを抱えていた一方、仕事への非常に高い満足度も報告された。正式で義務化されたストレス管理政策は援助提供者らの健康維持にとって必須であるという共通認識があり、数多くの正式なストレス管理政策がニューヨークで実施され効果を上げたと報告された。</p> <p>2. 提案として、援助提供者のスーパービジョン、支援、ケアのメカニズムは災害時対応計画・予算案ならびにトレーニング・プログラムに組み入れられるべきというものが挙げられた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| <p>7. 利用者へのサービス — 調査結果の要約／結論 と提案</p> | <p>1. 危機カウンセリング・モデルは公衆衛生上の見地より妥当であると判断された。</p> <p>2. ニューヨークが許容している以上の徹底した援助を提供することを許可した連邦CCPの拡張により「強化サービス」(enhanced services)が2002年8月にCMHSによって許可されたが、施行されたのは2003年5月であり、その導入の遅延が批判されるも被災後の苦悩とトラウマ性悲嘆をターゲットにした認知行動療法的介入はそのアイデアと介入の質が支持された。</p> <p>3. 提案としては、①信頼性、受容性、近接性、積極性、継続性、秘密保持性の援助の特徴は価値ある目標として導入する必然性、②危機カウンセリング・プログラムのより厳格な評価のための手段と戦略の設定、活動の義務付けならびに資金提供、③地域密着型ニーズ評価メカニズムの災害プログラムと連邦政府からの財政的支援への組み込み、④子どもや文化的背景の異なる住民のニーズを満たす災害時プログラム強化のための政策実施、⑤テロリズムが頻発する現代の事情にあわせた連邦政府CCPモデルの改編、⑥強化支援の援助パッケージ内の一つの要素としての組み込みが挙げられた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| <p>8. 結語</p> | <p>1. ニューヨークの事例より多くの教訓を得ようと試みたが、科学的に確かなエビデンスに基いたデータではなく、結果の一般化は困難であることから研究の限界を知る必要がある。</p> <p>2. 未曾有のテロ攻撃に対するニューヨークの対応の多くが印象的であったため、他の地域はそれらを見習うまく対応することが予測される。そしてこれらの危機時カウンセリングの新たな試みと経験は危機時カウンセリングの再評価に役立つ。</p> <p>3. 9.11テロ攻撃はメンタルヘルス・システムの数多くの欠点を世間に暴露したが、失敗から進歩は生まれる。災害時メンタルヘルスの領域は9.11以降変わったが、将来の更なる進化を期待する。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| <p>第3章 台風23号豪雨災害後とインド洋大津波後の心理支援と心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度</p> | | |
| <p>1. 台風23号豪雨災害後の心理支援と心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度</p> | <p>1. 兵庫県臨床心理士会は、学童自身が自分の心身反応をチェックし、トラウマ・ストレスを理解するための尺度を作成し、公立小学校4～6年生、中学1～3年生を対象に尺度の妥当性と信頼性を検討した。</p> <p>2. 尺度作成のために参考にされた項目：IES-r (Weiss & Marmar, 1997)、CPTS-RI、PTSSC15 (富永ら, 2002)、「自分を知らうチェックリスト」(服部・山田, 1999)</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p> |
| <p>2. インド洋大津波後の心理支援プログラムの実践</p> | <p>1. スリランカとアチエの被災児童心理支援のため、Education International (EI)と兵庫県教育委員会震災・学校支援チームが協力しトラウマ・カウンセリング・プロジェクトを設立。被災した高校生を対象に、心理教育と「心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度 (Ptsr-ed)」とストレス・マネジメント授業を実施した。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>第4章 中国・四川大地震後の専門家支援研究</p> | | |
| <p>1. 日本心理臨床学会派遣による四川大地震後の中国専門家支援研修会</p> | <p>1. 中国が海外からの支援を積極的に受け入れたのは四川大震災がはじめてである。</p> <p>2. 中国心理学会の依頼により日本心理臨床学会より4名の講師が派遣され、中国での精神保健専門家を対象に心のケア研修を350名以上に行った。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 四川大地震JICAこころのケア人材育成プロジェクト</p> | <p>1. 2009年4月より開始された5年計画のプロジェクトは中華全国婦女連合会、JICA中国事務所、兵庫県こころのケアセンター、兵庫教育大学、兵庫県震災学校支援チーム、日本臨床心理学会、日本臨床心理士会、日本トラウマティック・ストレス学会が協力、定期的な被災地での研修会の開催、中国精神保健専門家の訪日研修を実施した。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>システム</p> | | |
| <p>第3章 災害精神医学の歴</p> | | |
| <p>1. 近代精神医学と災害精神医学の成立</p> | | |

| | | |
|--|--|--------------------------------------|
| <p>—近代精神医学成立と災害精神医学の始まり／被災者への臨床記述的精神症状分類の始まりからPTSD概念へ</p> | <p>1. 18世紀後半の産業革命の中、自然科学に基づいた精神医学が芽生え、器質的原因による外傷神経性の概念がドイツのオッペンハイムにより提唱され、以後伝播した。 2. 20世紀初頭に心因性疾患として「災害神経症」が初めて提唱され、3つに分類された。そのうちの一つである「事故神経症」には今日の心的外傷後ストレス障害 (PTSD)に通じる症状が示されている。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 現代の災害医療と災害精神医学</p> <p>—米国の災害医療体制と災害精神医学/悲嘆についての研究/日本の災害精神科医療システムと災害精神医学の始まり/災害時精神保健活動の始まりと疫学的精神医学研究/大規模災害に対する国家的精神保健活動</p> | <p>1. 現代の災害医療体制を牽引する米国では、大災害の国家的対策として1979年に設立された大統領直属機関である連邦緊急管理庁 (The Federal Emergency Management Agency: FEMA)が連邦機関、州政府、地域・地元機関の調整を行い、9.11テロ以降に設置された国土安全保障省 (Department of Homeland Security: DHS)に統合されている。米国では被災者の悲嘆と喪失についての研究も先行し、1990年以降はレジリエンスと心的外傷後成長という概念が症例を理解するうえで主流になっている。 2. 日本においては災害救助法(1947年)、日本赤十字法(1952年)、災害対策基本法(1961年)により災害医療体制が構築されているが、行政が被災現場での精神保健活動の必要性を理解したのは1990年の雲仙普賢岳噴火がはじめとされており、大規模災害時における国家的精神保健活動は1995年の阪神・淡路大震災が最初であると考えられている。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>3. まとめ</p> | <p>1. 現代の高度情報化社会においては災害の影響はグローバル化、時間の経過とともに複雑を極めている。頻発化する広域大災害とともに被災者への精神的支援の重要性が高まっており、災害医療の一部として組み込まれ確立される流れが進みつつある。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>第7章 災害・事件後の子どもの心理支援システム構築の考察</p> <p>1. 災害・事件後の3段階心理支援モデルについて</p> | <p>1. 3つのモデル(①災害・事件後に必要な体験の段階モデル、②回復と成長のための体験のトライアングル、③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)を総称した「災害・事件後の3段階心理支援モデル」は日常性の回復と生活支援(直後期・急性期)、トラウマ・ストレスの心理教育とストレスマネジメント体験、被災体験にともなう体験の表現と服喪追悼の3段階より成る。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|------------------------|---|------------------------------|
| 2. 災害後の心理アセスメントについての考察 | <p>1. 心理アセスメントツールは「アンケート」でなく、子どもが主体性をもって自分自身の心身反応を認識するために用いる教材として位置付けることから、「心とからだのストレス・チェックリスト」、「心とからだの健康観察」という名称が適切である。</p> <p>2. 「心とからだの健康観察31版」は、他の確立された尺度IES-rとの妥当な強度を相関性において示すことから、トラウマ反応を測定していると結論付けられる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| 3. 今後の課題 | <p>1 ハリケーン・カトリナ後の米国で行われた子どもの心理支援システムから学ぶに当たり、文化に応じたインフォームド・コンセントのあり方、子どもが発信した情報の取り扱い方の検討ならびに子ども心理支援に関する理論と方法についての支援者間での同意と共通認識の獲得、こころのサポート授業の学習指導要領における位置づけの明文化、大規模災害心理支援チームの今後のあり方の提案が必須である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| 4. 結語 | <p>1. 過去の日本で発生した自然・人為災害後に行われた心理支援より、被災した児童にとって安全感・安心感の回復がなにより重要であり、動作によるかわりが方法として有効であること、こころのサポート授業1、2、3、という方法に対する評価は未確定であること、そして「心理教育のためのトラウマ・ストレス尺度」の発展版である「心とからだの健康観察31版」の信頼性と妥当性についてはIES-rにより併存的妥当性を確認していることが把握された。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| | | |
| 第5章 小学生殺害事件後の心理支援 | | |
| 1. 事件の概要 | <p>1. 当時小学校2年生女兒が午後6時ごろ何者かに自宅付近で刺され、救急車で病院搬送後やく1時間40分後に死亡した。犯人は未逮捕。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| 2. 心のケアの方針 | <p>2. ①防犯と心のケアの両輪、②安心と警戒のバランス、③日常生活における喪の作業の取り組み、④取材の申し入れ、教育委員会による記者会見、⑤身近な人の適切な関わり、⑥スクールカウンセラーによる個別カウンセリング、の6つの方針が立てられた。</p> | <p>2. ✓ Op.</p> |
| 3. 心のケアの実際 | <p>1. 子どもたちが正しくストレスに対処できるよう、子どもをとりまく大人の望ましい対応を支援するため、保護者への心理教育、こころのケア、カウンセラーの配置、教師研修会が子どもへの「心の授業」と個別面談まえに行われた。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|-------------|--|----------------------------|
| 4. アンケートの分析 | 1. 小学1～3年生の子どものアンケートと保護者からみたアンケートの各項目データを比較分析したところ、第一因子(再体験・過覚醒)においては8項目において有意な差が、そして第二因子(抑うつ・マヒ)では4項目について有意な差がみられた。 | 1. ✓ Op. |
| 5. 考察 | <p>1. 子どもの心のケアに最も大きな影響を及ぼす保護者と教師への徹底的心理教育の実施、児童へのカウンセリングの導入、保護者への子どもについてのアンケートと心のケア実施のための組織的対応が効果的であったと考える。</p> <p>2. 子どもへのアンケートの結果は犯人未逮捕の恐怖が強く現れ、自宅は必ずしも安全な場所でないと考え一方、学校は安心できるとした児童が大部分であった。また、保護者という身近な大人でも子どもが訴えない限り認識が難しいトラウマ反応(悪夢や不眠等)があるということが示唆された。</p> | 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. |

| 項目3:システム・原理 | 要約 | |
|-----------------------|--|---|
| 第1章 災害への備えと災害発生時の支援シス | | |
| 1. 災害支援において考慮すべきこと | 1. 支援者が災害支援において考慮すべき事項は(1) 公認の支援グループと連携すること、(2) 支援現場の最新情報を把握すること、(3) 災害支援を行う目的を見直し、現場のニーズに合った活動を行うこと、(4) 困難な状況下でも十分に活動できるように健康を維持することの4つである (Kantor, 2009)。 | 1. Ev. |
| 2. 災害支援の状況に応じた役割の変化 | 1. 災害支援者(精神科医)の役割について。被災地で求められることは、災害精神医学的知識や技能だけではない。災害現場のニーズにあった活動(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。これは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 | 1. Op. |
| 3. 災害支援体制 | <p>1. アメリカ合衆国においては、軍ならびに国家レベルの緊急事態、航空機の緊急事態を除く、災害を含めた初期対応の責任所在は地方自治体にあり、すべての州政府とほとんどの地方自治体が緊急事態管理官を任命しており、緊急事態管理官が緊急事態オペレーションセンターの立ち上げと、被災地域全体の災害支援活動の調整に責任を持つ。</p> <p>2. 州あるいは連邦政府、また双方からの支援要請のためには、地方自治体が緊急事態を発令、「災害」と認定・宣言する必要がある。災害時の州の境界を越える人員・物資・財源の提供は緊急事態管理支援協定 (Emergency Management Assistant Compact: EMAC)のもとに決定、実施される。</p> <p>3. 2001年アメリカ同時多発テロ事件後に国土安全保障省に統合された連邦緊急事態管理庁(Federal Emergency Management Agency: FEMA)は防災計画の策定、災害急性期事態の鎮静や各機関の災害対応調整、災害からの普及を先導する主たる国家機関として機能する。</p> <p>4. 災害時メンタルヘルスケアについては、DMATや他医療リソースを含む国家災害医療システムが起動、加えてアメリカ赤十字社、ならびに連邦市民部隊(Federal Citizen Corps)プログラムに基づいたボランティアプログラムが機能する。</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> |

| | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|
| 4. 精神医療保健従事者が果たしうる役割 | 1. ボランティアとしての精神保健医療従事者について。災害支援ボランティアは災害支援組織に入っている場合、入っていない場合の二通りに大別される。前者は組織の指示・活動方針に沿って活動し、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(「自発的未登録」ボランティア)。災害支援組織はボランティアの訓練、資格認証をするが、事前登録が奨励されている。ボランティア活動の情報源はオンライン、口づてのコミュニケーションが主である。赤十字、医療予備隊(MRC)などがボランティア向けの情報を提供することもある。 | 1. Op. |
| 5. 訓練 | 1. 災害時のメンタルヘルス対応のための標準化された訓練形態については連邦機関、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。 2. 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おこなっているが、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・被害者の抱える感情的・心理的ニーズへの初期対応として、また、事前訓練の指導原理として広く用いられている。 | 1. Op. 2. Op. |
| 6. 結論 | 1. 災害支援を適切に行うには、共に活動を行うための適切な支援グループを見出し、あるいは理想的な役割を支援者として果たすために個人でリサーチを行い、また現実的に物事を探索する必要がある。 2. 災害精神医療に従事することは非常にやりがいがあり、また、人生を変えるほどの経験をしばしばもたらすものであるが、何を期待すべきか正しく理解をし、自らと合うグループと協働し、災害支援に必要な知識とスキルを得ることがよりよい経験をもたらす結果に結びつく。 | 1. Op. 2. Op. |
| I. 災害時の精神保健福祉体制 1. 災害精神保健計画の立案 | 1. 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の関与が求められる。 2. 精神保健およ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。 3. 行政機関や医療機関は災害時勤務体制ならびに業務継続計画を事前に立案すべきである。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |

| | | |
|--|--|---|
| <p>2. 初動時のこころのケア対策本部の設置</p> <p>3. 保健師活動の課題</p> <p>4. 活動・支援記録</p> | <p>1. 災害初期に都道府県、市町村の行政が中心となり、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置、対応を実施すべきである。</p> <p>2. 初動時の精神保健計画の立案には災害精神保健体制や活動について、災害時保健専門家、災害対応経験者による助言が必須である。</p> <p>3. 県が被災状況や他機関からの情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供すべきである。</p> <p>1. 保健師とその他の機関関係者間で平常時から役割分担を明確にし、日常業務における連携が必要である(例:地域保健・医療、子ども・学校、危機管理関連等のネットワークの取り組みと連携する)。</p> <p>1. 支援者の業務の円滑な引き継ぎのため、支援記録を作成する。</p> <p>2. 復興時の保健活動の通常業務において災害時支援の経緯が分かるよう、通常業務記録からも災害時対応記録を参照できるようにする。</p> <p>3. こころのケア対策本部は、災害時の保健支援プログラムの状況を把握、プログラムの効果を評価する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>I. 災害時の精神保健福祉体制</p> <p>1. 災害精神保健計画の立案</p> <p>2. 初動時のこころのケア対策本部の設置</p> <p>3. 保健師の役割</p> <p>4. 保健師活動の課題</p> <p>5. 活動・支援記録</p> | <p>災害時精神保健医療専門家により合意を得た項目は以下の通りである:</p> <p>1.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。</p> <p>2. 精神保健および地域保健関係者は平常時から災害時の役割分担や活動の法的根拠などを理解する必要がある。</p> <p>3. 行政機関や医療機関では、災害時の勤務体制や業務継続計画を事前に立案することが必要である。</p> <p>1.初期段階で都道府県あるいは市町村など行政が中心となって、地域の精神保健関係者を集めた「こころのケア対策本部」を設置し、それに基づいて対応を実施するのがよい。</p> <p>2.初動時の精神保健計画の立案には災害時メンタルヘルス専門家や災害対応経験者による、災害精神保健体制や活動に関する助言が必要である。</p> <p>3.県が被災状況や他機関から情報収集を一元化して行い、被災地域に随時提供すべきである。</p> <p>1. 保健師の役割において、研究に参加した専門家から合意を得られた項目はなかった。</p> <p>1. 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。</p> <p>1. 支援者の交代の際に、業務の円滑な引き継ぎができるように支援記録を作成する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>I. 災害時における地域精神保健医療活動の必</p> <p>1. 災害体験と地域精神保健医療活動</p> <p>2. 災害時の地域精神保健医療活動</p> <p>1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針</p> <p>2) 災害時の地域精神保健医療における焦り</p> | <p>1. 広範囲に渡る災害により、被災地域の保健医療の機能は一時的に低下し、被災によって生じるさまざまな心理的負担(e.g., 悲嘆、急性ストレス反応、精神疾患の発症・悪化、自殺)に拍車をかけるため、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。</p> <p>1. 災害時の地域精神保健医療活動の方針は、①地域住民の精神健康を高め、集団としてのストレスと心的トラウマを減少させる活動(アウトリーチ活動、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)と、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、受診への動機づけなど)、の二つに大別される。</p> <p>1. 災害時の活動における重要事項には、①精神保健医療提供者による継続的な活動、②同じ職種および違う職種の者との連携、③非常時にどのように精神保健医療を実行したらよいかを工夫する姿勢を持ち、多様な被災状況を想定した上での対策準備などが含まれる。</p> | <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> |
| <p>III. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開</p> <p>1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ</p> | <p>1. 災害対策本部における精神科医の役割は、①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めること、②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こと、③援助者に精神保健医療活動の助言を与えること、④現場の援助者に精神保健医療を行うことに大別される。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>介入モデル・サービス</p> | | |
| <p>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</p> | <p>1. この章では、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(①戦闘精神医学、②災害時メンタルヘルス対応、③危機度の高い職種への支援、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)について記述している。</p> | <p>1. Op.</p> |

1. サービス提供の諸モデル

1. **戦闘精神医学**領域には、前線ケア(=Frontline Care)という早期介入法が存在し、その特徴は、①近接性、②即時性、③期待、④簡潔性(PIES)の4点である。前線ケアの有効性を支持する知見はあるが、ほとんどない(Jones & Wessely, 2003; Solomon et al., 2004)。しかし実用的である。2. **災害メンタルヘルス・サービス**の早期介入法には、実地的(pragmatic)な援助、心理的応急処置、危機カウンセリングが存在する(Young, et al., 1998)が、それらがメンタルヘルス問題の予防になるか否かは、未だに不明瞭である。3. **危機度の高い職種で働く人々へのサポート**には、任務のローテーション、ストレス・マネジメント訓練、defusingなどが含まれる。グループ・デブリーフィングが用いられる時もあるが、この早期介入法の再評価を行っている専門家らは批判的である(Bisson et al., 2000; McNally et al., 2003)。グループの士気や団結などの向上の達成に役立っているようだが、実証的根拠を欠いている。無作為抽出の成果調査によると、災害の直接的被害者である個人に提供されたデブリーフィングは心的外傷後ストレス、その他の精神疾患の発生を防止できなかった。4. **レイプ被害者の危機カウンセリング**は、社会的支援、ホットライン、トラウマ対応、支援団体・機関への紹介、コミュニティ教育などから成り立つ。5. 身体的救急医療を受けた人々への**認知行動的早期介入**は、曝露、リラクゼーション、認知的再構成などの要素を含んでいる。ASDを有する生存者には有効と認められているが(Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999)、その他の被害者に適応できるかどうかは、北アイルランドでの大規模破壊の生存者達への類似介入は有効と示された(Gillespie, 2002)が、まだ不確かである。

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

—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

1. 前述した5つの早期介入モデルは、さまざまな点で共通している。
▶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「トラウマ後ただちに介入することが重要」(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、簡潔な介入が適切」(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,

1. Ev.
2. Op.

| | | |
|---|--|-------------------------------------|
| <p>2. 自然回復と定型的援助に関する重要な論点</p> <p>-自然回復のプロセス/定型的な援助 Formal Helping</p> | <p>2001)、⑦「ハイリスク者を同定することは死活的に重要」(Bowler, 2001; Brewin et al, 2000; Bryant, 2003; Ursano, et al, 2003)</p> <p>2. 5つのモデルは早期介入に関する諸仮説を共有しているが、どれをどの程度協調するかに関しては、各モデル異なっている。例えば、CBTモデルは、エビデンスに基づいた介入の提供に焦点をあ</p> <p>1. トラウマ的ストレス反応からの自然回復について。定型的援助が被災者の自然回復を促進するという知見がある一方、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)。また、自然回復にいたる期間は人それぞれで、自然的プロセスが失敗する可能性もあることから、提供者は、特定の被災者にとって、援助が必要かどうかを考慮する必要がある (Bolton et al, 2003; Ullman & Filipas, 2001)。</p> <p>2. 定型的な早期介入の目的は、被災者の自然回復力を強化することであり (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。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev.</p> |
| <p>3. 早期介入の適切な目標は何か</p> <p>4. 行動の変化を促す最善の方法は何か</p> | <p>1. 早期介入の適切な目標は、①トラウマ体験に関する内적および外的な刺激への治療的曝露を増加させること、②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)、③コーピング能力を改善すること (Gentilello et al, 1999)、④社会的支援を強化することなどである (Bolton et al, 2003; Cordova, 2003)。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>-簡潔な情報提供と助言を通じた教育/中等度の強度の介入</p> | <p>1. 多くの早期介入法には、被災者の回復に必要な「簡潔な教育」が取り込まれている。これは、生存者に対する情報提供 (例: カウンセリングの提供元) および不適切な行動の変化 (例: アルコール摂取) を促すことに効果があり、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できる (Resnick et al., 1999)。</p> <p>2. 簡潔な教育は、複雑な変化が求められる場合 (社会的支援を求めるなど) とPTSD予防および軽減には、あまり効果はない (Bryant et al., 1999; Ehlers et al., 2003)。</p> <p>3. 回復に必要な複雑な行動 (社会的ネットワークを作る、不安の処理など) を形成するためには、より複雑な (中等度の) 早期介入が必要である (Brisson et al., 2000)。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.</p> |

| | | |
|--|--|-------------------------------------|
| <p>5. 結論</p> | <p>1. 大規模暴力やその他のトラウマ被害者の早期介入サービスについて、メンタルヘルス専門家とその組織は経験的、理論的、研究的知識の統合を行う方法を見出す必要がある。そして、適切な方法を選択し、効果的な援助技術を学習するにあたり柔軟であり続け、それらの早期介入法について批判的に評価する義務がある。</p> <p>2. 国際ストレス学会実務ガイドラインのなかで Binsonら(2000)はデブリーフィングについて言及するなかで、「最も高いリスクにある人々にとってトラウマ暴露後のPTSDの発症を防止するためにはより複雑な介入を行うことが最善であるだろう」と述べており、この結論づけは変化プロセスについての現在のエビデンスと理解に一致している。短期教育アプローチによる一回限りのアドバイスやグループ・ディスカッションは回復に重要なより複雑な介入に比べるとそのインパクトは制限されるが、中等度の強度の複数回介入は重要なメッセージを繰り返すことが出来、色々な面での効果の増幅が期待できるだけでなく、生存者の環境が回復を促進するのを確実にするだろう。</p> <p>3. 早期介入の多くが個人の内面のプロセスと生存者の行動に焦点をあてているが、より広い社会的環境にも目をむけるべきであり、社会支援のさまざまなプロセスを対象とする(例: 家族支援を構築、維持し、その他の社会支援ネットワークをつくる)明確な介入が構築されるべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>ロジスティクス</p> | | |
| <p>第22章 ロジスティクス 1. ロジスティクスとは ーロジスティクスの定義／ロジスティクス活動</p> | <p>定義: 1. 著者(國井、2012)は、災害時における「ロジスティクス」を、被災者のニーズを満たすために、必要な物資や情報の流れを計画、管理する過程、と定義している。</p> <p>ロジスティクスの活動: 2. ロジスティクスの活動は、①被災地のニーズおよびロジスティクス能力調査、②物資調達(i.e., 現物支給、購買)、③陸運、海運、または、空運による運輸、④倉庫管理(i.e., 入出荷の記録)、⑤配給する際の配分と運送手段への配慮、⑥事前準備(i.e., スタンドバイ・パートナーの確保、官民連携の促進、ロジスティクス・クラスターの立ち上げ)、の6段階に区別されている。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| 2. 東日本大震災におけるWFPのロジスティクス活動 | 1. 著者(國井、2012)は、3.11東日本大震災のロジスティクス活動(政府支援物資輸送、仮設倉庫建設、民間支援物資輸送、能力育成支援)に携わった経験をベースに、①パートナーの重要性、②柔軟性、③最短時間で物資を目的地に届けるための計画の3点が重要であると記している。 | 1. Op. |
| 留意点 | | |
| 9 食糧安全および栄養 9.1 適切な社会的・心理的配慮(文化的な習わしや家事役割を考慮し全ての人の尊厳に配慮した安全な支援)を食糧・栄養支援の提供に取り入れる。 | 1. 食糧安全、栄養および食糧援助に関連する心理社会的要因をアセスメントする。 2. 食糧援助の計画立案、提供およびフォローアップへできるだけ参加を求める。 3. 食糧援助の実施において治安と保護を最大限に高める。 4. 主要な関係者のアイデンティティ、人格、尊厳を保護するように文化的に適切な方法で食料援助を実施する。 5. 紹介に際し、保健ケア施設、その他の支援組織と協働する。 6. コミュニティで長期食料安全計画に関する議論を活発化させる。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op. |
| 10 避難所および仮設配置計画 10.1 連携・調整のとれた形で、避難所設置計画および避難所提供の際に適切な社会的配慮(安全で尊厳に配慮した文化的・社会的に適切な支援)を取り入れる。 | 1. 災害・紛争等において、安全かつ適切な避難所を備えておくことが重要である。これを実現するためには、できるだけ多くの被災者(とくにハイリスク者と女性)が避難所に関する問題解決に参加し、土地の割り振りと配分を差別なく行い、プライバシーを最大限に確保し、安全な共同スペース(子どもの遊び場など)を設置することが求められる。また、避難民が自分で問題に対処できるよう手助けすることも推奨されている。 | 1. Op. |
| 11 水および衛生 11.1 適切な社会的配慮(すべての人の尊厳に配慮した、安全で文化的に適切な利用可能性)を水と衛生を提供する際に取り入れる。 | 1. きれいな水と下水整備、衛生推進のためのアセスメントに社会的・文化的問題を含める。 2. 特に女性と、そのほかリスクの高い状態にある人々が、評価・計画・実行に参画できるようにする。 3. 水と衛生活動の全てにおいて安全と保護を強化する。 4. 住民間の衝突を防ぎ、それが起きた場合は建設的な方法で対処する。 5. 一人一人、および社会全体の衛生を推進する。 6. 水と衛生設備をコミュニティ全体でモニタリングし、結果のフィードバックを推進する。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op. |
| コメント | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>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)</p> | <p>以下専門家の意見をまとめたものである:</p> | |
| <p>(i) 災害の規模による違い</p> | <p>1. 広域災害の場合:①DPAT派遣は広域災害に限るべきである(災害派遣に伴う病院等の後方支援としての派遣についてはその限りではない) ②自治体の要請がなくともDPATは派遣されるべきであり、オーバートリアージの状況になってもよい 2. 局所災害の場合:①基本的に県内のDPATおよび地域の事情に明るい関係機関で対応すべきである ②DPATが局所災害に対応しないのはのぞましくない 3. 災害の規模を不問とする場合:①地域ニーズを把握するためのDPAT先遣隊の必要性は高い 4. その他:①DPATを広域型、局所型に分割する ②災害規模・災害程度の細分化を行い、各々に対応する活動内容を明記する</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>(ii)派遣の必要性の判断は、災害の規模だけによらない</p> | <p>1. 災害規模に加え、被災者数、医療設定、医療機関や行政のマンパワーによりDPATの活動内容が決定される。 2. 活動の指針の一助として局所災害と大規模災害ではどこが異なるのか構成要素(例:マンパワー、地域性、近隣からの支援)をある程度明確にする。 3. DPAT派遣の有無とその規模は「医療機関の損失の程度(医療機関への交通機関の遮断も含む)」「新たなる対象者の増加の有無(医療中断の可能性のある対象者の数や、新たなASDの発生の数)」等によって判断されるべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>(iii)医療機関への支援について</p> | <p>1. 医療機関の支援を活動の前提とするのでなく、局所災害で災害地の医療機関が機能できている場合はその現地の医療機関より被災者への支援活動をおこなうべきである。一方、広域災害の場合は近隣医療機関が被災地支援を積極的に行い、DPATは近隣医療機関に派遣されたのち近隣医療機関より被災地支援を行うのがのぞましい。 2. DPAT派遣要請において、医療機関支援を含む場合とそうでない場合とを区別し、平時より各自治体の精神病院協会・自治体病院がリーダーシップを取り、災害拠点病院、総合病院、大学病院等の連携体制を整え、その連携を全体的なロジスティクスをとりまとめる形で補佐する共助グループの構築が重要であり理想的である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|----------------|---|--|
| <p>(iv)その他</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 災害規模の想定については何年もかかる作業となるので、都道府県をまたぐ大災害、市町村をまたぐ中規模災害、局所だが広域性を持つ災害ほどのシンプルな設定にとりおき、災害発生時の活動人員の所在、部署間の連絡系統、活動内容の明確化とそれに伴う準備を行う。 2. 被災都道府県、政令指定都市のコーディネーターがDPAT派遣の要否を判断するのが原則である。大規模災害による地元コーディネート機能破綻の場合もあるが、地元自治体の判断が最優先されるべきである。 3. DPATの派遣について市町村、都道府県、ブロックレベルでの相互のペアリング支援体制を整備し、平時より研修・訓練を通じて交流する。 4. 現地に精神科医がいる状況を確保・継続するため、DPAT活動としては何か特別な対応をすることなく、現地精神科医の不在により空いた部分を補填するだけでよいと考える。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. |
|----------------|---|--|

| 項目4: 心理反応+精神疾患 | 要約 | |
|---|---|---|
| <p>第5章 精神医学的評価</p> <p>1. 災害による心理的影響</p> | <p>1. 災害による心理的影響は主に、(1) 行動の変化、(2) ストレス反応、認知、身体反応、情緒反応、(3)精神疾患の3つのグループに分類されるが、多くの症状はこれらのカテゴリーに重複しているため境界線をひくのは難しい(e.g., 不眠、災害後の成績の低下など)。(Goldfrank et al. 2003; Ursano, 2002)</p> <p>2. 「行動の変化」は災害後、様々な人々の行動や生活において認められる変化を含んでいる。(Vlahov et al. 2004, Shimizu et al. 2000)</p> <p>3. 人々は災害を様々な形で体験することになるが、どのような体験に対してもストレス反応は起こりうる。その反応は以上もしくは不適応な反応であることもあれば、そうでないこともある。これらの反応は認知、情動、身体の3つの側面に及ぶ(Disaster Psychiatry Outreach 2008)。</p> <p>4. 特に、異なる文化から入ってきた人の中には、身体表現性障害や演技性人格障害などの障害を抱えていない人でさえ、心よりむしろ体にストレスを感じる人がいるかもしれない(Van Moffaert 1998)</p> <p>5. 災害に対する多くの人々の反応は流動的で変わりやすく、いわゆる「感情のローラーコースター」に乗っているかのような感情の変化をしばしば体験することもある。</p> <p>6. 実際の現場で、行動の変化、ストレス反応、精神疾患の間に境界線を引くことはそう簡単なことではない。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Ev.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 特殊な問題による心理的影響</p> | <p>1. ✓【自殺】災害と自殺に関する知見が様々で、二つの関係性は明確ではない。(Kessler et al., 2008; Krug et al., 1999; Nishio et al., 2009)</p> <p>2. ✓【暴力】災害直後のコミュニティでは、調和や利他主義が優勢になることが一般的に知られているが暴力に精神医学的に要因が関与していることを示す十分な根拠は示されていない。災害後に社会的要因で暴力が増える可能性が高まるものであるからと言って、精神保健の専門家は、災害後暴力に関するバランスのとれた評価をおこなうことをあきらめるべきではない。(Anastario et al., 2009; Keenan et al., 2004; Van Landingham, 2007; Phua 2008)</p> <p>3. ✓【精神病状態】災害後に精神病状態が起こりやすくなるという知見があるが、二つの関係性について研究論文ではほとんど取り上げられていない。(Katz et al., 2002; Tseng et al., 2010)</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> |

3. 精神医学的評価に関わる要因

●精神医学的評価に関わる要因は以下の通りである:

- 1.【被災者との関わり】被災地において、精神科医は短時間面談に取り組んだり、専門家として、または人道的支援に取り組む支援者として、被災者に関わったりすることが求められる。
- 2.【災害後の時間経過】災害による心理社会的影響の評価を進めるうえで最も重要な要因の一つに災害後の時間経過があげられる(Disaster Psychiatry Outreach, 2008, 2009)。精神疾患が顕在化するまでには時間を要する場合が多いため、精神疾患が災害後急性期においてはアセスメントの対象とならないことが多い。また精神疾患の診断には症状が一定期間持続することが必須となことも、その理由にあげられる。(American Psychiatric Association, 2000;)。
- 3.【身体的・心理的・社会的ニーズ】①安全、②身体、③医療、④メンタルヘルスに関する4つニーズを評価する(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)。
- 4.【リスク要因】被災者が心的外傷に起因する精神疾患を葉称するリスクを引き上げる数多くの心理社会的要因が特定されている(Disaster Psychiatric Outreach, 2009; Katz et al., 2002)が臨床評価に組み込まれるだけのエビデンスは得られていない。暴露の程度は、研究者に最も支持されているリスク要因の一つである(Katz et al., 2002)。(Corrigan et al., 2009;
- 5.【レジリエンス】レジリエンスは多くの関心を集めているがその定義は多様である。評価にレジリエンスを含めることによって、被災者に健康的な対処法を提案し、促進することが可能(Goldfrank et al., 2003)。
- 6.【災害の意味】症状や診断の評価する精神医学的アセスメントに加えて、精神科医は被災者個人にとっての災害の意味を探る必要がある (Katz and Nathaniel, 2002; van der Kolk, 1994)。
- 7.【問題への名前付け】診断は、DSM-IVを用いて行われるが、急性ストレス反応の兆候は一過性で適応的であるため、災害後急性期に実施するのは難しい。(American Psychiatric Association, 2000; Disaster Psychiatry Outreach, 2009)Figley & Nash(2007)は、これらの急性ストレス反応を、「ストレス損傷」と命名しており、①心的外傷、②悲嘆、③疲労の三種類が存在すると提示している。しかしこれらを現場で用いることが推奨される段階にはない。

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

| | | |
|--|---|--|
| 4. こころの健康調査 | 1. ✓こころの健康調査は、精神医学的な評価の体制を補うものとなりうる。①より専門的な治療に繋ぐスクリーニングテストとして、②被災地におけるDMHサービスを計画するための需要評価のツールとして、③災害現場に精神保健医療専門家が不足しているかを確認する方法として用いられる (Conner and Davidson, 2003; Connor et al., 2006; Katz et al., 2002)。 | 1. ✓ Ev. |
| 5. 結論: 3つのW～What, Who, When～ | 1. ✓精神医学的評価を実施するうえで、支援者は①What (e.g., 災害の被害はどれくらいか)、②Who (e.g., 精神疾患をががあるか)、③When (e.g., 災害後いつその人と会ったか)、の3つのWを被災者に尋ねることが推奨されている (Disaster Psychiatry Outreach, 2004)。 | 1. ✓ Ev. |
| 第11章 悲嘆とレジリエンス 1. 喪失と悲嘆 2. 死別と関連のうつ病 3. 複雑性、遷延性悲嘆 | ✓死別、悲嘆、複雑性悲嘆の定義。(Bonanno, 2004; Zhang et al. 2006; Zisook & Shear, 2009) ✓災害に起因する喪失は極度の反応をもたらす可能性がある。(Love, 2007; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009) ✓「正常」の悲嘆と「異常」の悲嘆を鑑別するのは難しいが介入に関しての一般的な指針がある。(Bonanno 2004,2006) ✓悲嘆の兆候や症状は他の様々な精神障害と重なり合うので、こういった体験が正常範囲であるのか、さらに介入が必要であるのかを決定する必要があるだろう。死別反応の一部は、大うつ病の症状と類似しているため、鑑別することが大事。少数ではあるが、死別を体験した人々が大うつ病を患うという研究論文もあるため、災害後、うつ病が生じる可能性に注意を払うべきである(American Psychiatric Association, 2000; Zisook & Shear, 2009)。 ✓悲嘆の糧が完全に終了するということは一般的にないのだが、より病的な悲嘆反応を示すいくつかの兆候がある。重症で遷延性の悲嘆症状は、臨床的注意を払う必要性が示唆される。(Prigerson et al., 2009; Zhang et al., 2006; Shear et al., 2006) CGD,PGDも正式なDSM診断ではないが災害後数か月間このような状態が疑われたら、精神科医は介入を実施すべきである。 ✓他に、(a) CGD/PGDの症状、(b) comorbidityと他の障害との違い(i.e., PTSDとうつ病)、(c) 治療反応について記されている。(Prigerson et al., 2009; Zhang et al., 2006; Zisook & Shear, 2009, Simon et al., 2008) | 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 1. ✓ Ev. 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. |

4. 悲嘆に暮れている人に話しかけ、耳を傾ける

✓死別への早期介入に関するエビデンスは乏しい。正式な死別カウンセリングは、利益より害をもたらすことを示唆するエビデンスさえある。(Bonanno, 2004)。しかし、CGDなどの重篤な悲嘆反応を持つ人には、少なからずの効果があると記述されている(Currier et al., 2008; Zhang et al., 2006)。
✓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。(Love, 2007; Rachael et al., 2006; Shear, 2008)。

1. ✓ Ev.
2. ✓ Ev.

5. 絶望感への対処、実存的な問題、意味の探索、逆転移

1. ✓ 災害後、被災者は、死に対する恐怖感から実存的な疑問を抱いたり、死や破壊を目の当たりにして絶望感に圧倒されたりするかもしれない(C.L. Katz, personal communication, 2010; Lindy & Lindy, 2004)。
2. ✓ 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)。
3. ✓ 具体的に、精神科医は、生存者が苦痛な感情を素直に表明したり、それらの感情は悲劇に対する一般的で正常な反応と捉えたりできるように支援する(Raphael et al., 2006; Walsh, 2007)。また、被災者がそれらの悲劇の意味を構築または再構築するのに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)
4. ✓ 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)。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Ev.
4. ✓ Ev.

6. 悲嘆を評価しそれに対処するうえでの文化的問題

1. ✓ 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(Bonanno, 2006; Ng, 2005; Rajkumar et al., 2008)。

1. ✓ Ev.

| | | |
|--|---|--|
| <p>7. レジリエンス</p> | <p>1. ✓レジリエンスの定義 (Bonanno, 2005; Haglund et al., 2007; Shalev and Errena, 2008)。 2. ✓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)</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p> |
| <p>8. 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</p> | <p>1. ✓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)。また、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。 2.3.4.5. ✓レジリエンスに関係している社会心理的要因として、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) 6. ✓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)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Ev 5. ✓ Ev 6. ✓ Ev</p> |
| <p>第3章 トラウマと喪失とストレス</p> | | |
| <p>1. トラウマとは</p> | | |

1. トラウマの概念／トラウマの性質・特性

1. ✓ ストレッサー(「トラウマとなる出来事」)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、支援者は被災者に理解して貰うことが重要。
2. ✓ 心的外傷(トラウマ)は、強烈な危機的出来事(体験強度)を至近距離で(体験距離)体験した際に生じる(岡田, 1995)。また、それらに対する反応は、出来事の客観的状況(e.g., 震度)と主観的意味付けによって、大きく異なる。
3. ✓ 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。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.
3. ✓ Op.

2. トラウマ体験の症状

1. トラウマの再現性／トラウマ体験とストレス障害, 解離性障害

1. ✓ 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。
2. ✓ 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。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.

3. PTSD

1. はじめに／症状のなりたち／不安に対して／日常臨床のなかで

- ✓ 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。この項では、何故こういった症状が起きるのかを説明している。
- ✓ 不安障害における二次性の不安は不安が果てしなく増大することへの恐れ、自分の無力感などの認知のより悪化し、精神療法で重要なのはこの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。
- ✓ 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。二次的被害、生活サポートの不足、安心・安全・安眠の確保の欠落、症状の不認識、症状すなわち自身の弱さの証明との認識、カフェイン摂取・飲酒等に留意し、患者が安心してさまざまな相談にのれるようにすることは有効である(金, 2007)。また、SSRIも不眠・動悸を鎮静することで有効であることから、多方面の専門家ならびに行政機関の連携が必要である。

✓ Op.
✓ Op.
✓ Ev.

4. 喪失と喪の作業

| | | |
|---|---|---|
| <p>一喪失 (loss) とは／喪の作業 (mourning work)</p> | <p>1. ✓ 喪失、悲嘆、喪の作業の定義 (Freud, 1917; Harvey, 2002)。 2. ✓ 外傷的出来事に伴う喪失体験には、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。 3. ✓ 喪失体験から回復までの過程/段階モデル (Bowlby, n.p.)。 4. ✓ 喪の作業とは、喪失によって生じる悲嘆を和らげ、通常的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。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>5. 生活ストレス 一事件・事故の被害者の「生活ストレス」／災害の被災者の「生活ストレス」</p> | <p>1. ✓ 災害、事故、事件により、日常のストレスに加えられる新たな生活上のストレスを「生活ストレス」と呼ぶ。 2. ✓ 被害者のストレスについて。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。 3. ✓ 被災者のストレスについて。主に避難所生活での問題が取り上げられている。例として、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。 4. ✓ しかし、近年では避難所でのプライバシー問題が考慮されつつある。2008年の岩手・宮城内陸地震では、宿舎にて家族ごとに個室を避難所として提供した。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>6. 二次被害</p> | <p>1. ✓ 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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>7. 喪失ステージモデルと二重過程モデル</p> | <p>✓ 喪失ステージモデルにはBowlbyの4段階説、Deekenの悲嘆の12段階プロセス、Kübler-Rossの臨死患者の心理的過程5段階モデルがあるが、統合的モデルとしてStroebeらの(1999,2001) 2重過程モデル(DPM), Neimeyer (1998)の意味の再構成モデル(MRM)がある。 ✓ DPMは喪失志向と回復志向2つのストレスの間を揺れ動きながら経過することを仮定し、MRMは喪失における意味の再構成のプロセスを重視する。段階モデル、統合的モデル双方において今後さらなる研究展開が期待される。</p> | <p>✓ Ev. ✓ Op.</p> |
| <p>II. 災害時における心理的</p> <p>1. どのような心理的な負荷が生じるのか</p> <p>1) 心的トラウマ</p> <p>2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責</p> <p>3) 社会・生活ストレス</p> <p>2. どのような心理的反応が生じるのか</p> <p>1) 初期(災害後1ヶ月未満)災害直後数日間</p> <p>2) 中長期(災害後1ヶ月以降)</p> | <p>1. 災害体験それ自体による衝撃（災害の体感、被害、目撃）に起因する精神的な症状（過覚醒、フラッシュバック、トラウマ想起など）。</p> <p>1. 喪失による悲哀、悲嘆、罪責、怒り。</p> <p>1. 新しい生活環境（避難所での生活、報道取材など）によるストレス（心身の不調、不眠、苛立ちなど）。</p> <p>1. 災害後初期における被災者の心理的反応： （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。</p> <p>1. 災害直後における被災者の精神反応は （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。</p> <p>1. 中長期における被災者の心理的問題：一部に心理的不調を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、(1)支援者自身またはその家族が被災者である者と、(2)遠方から派遣された援助者である。</p> | <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op.</p> |

第4章 主な精神疾患

1. 災害と関連する主な精神疾患

－急性ストレス障害 (acute stress disorder: ASD) / 心的外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) / うつ病 / 双極性障害 / アルコール関連の精神障害 / 統合失調症

1. ASD

- ・持続期間一カ月以上 = PTSD、一カ月未満 = ASD
- ・対人暴力が最も多い原因 (20～50%の有病率)
- ・ASDを呈する比較的多くの患者が自然回復する (30～60%)
- ・ASDに対する薬剤の有効性を示すエビデンスはないが、PTSD治療に効果的なSSRIを用いることがある。
- ・ASDからPTSDに移行する例があることから、前者は後者のpredictorの可能性あり。ASDが寛解した後も最低6カ月間は要経過観察)。

2. PTSD

- ・性被害や対人暴力による発症率が高い。
- ・治療: まず安全と安心できる環境を提供し、患者の自然治療力を尊重。症状が強く、長く続いている場合、薬物療法を考慮し、SSRIが第一に推奨されている。他に、TCA、抗アドレナリン作動薬、気分安定薬、抗精神病薬、ベンゾジアゼピン系薬(注意)の名前が挙げられている。PTSDへの薬物療法の適用に関しては表4-1(p. 65)を参照(日本トラウマティック・ストレス学会、2014)。
- ・災害とPTSDの関係性は強いが、患者の半数は発症後3カ月ほどで改善することもある。

3. うつ病(大うつ病性障害)

- ・治療: 薬物療法(SSRI, SNRI, TCA)と心理療法(精神力動的な精神療法、CBT、IPT)が有効(大熊、2008)。
- 災害と発症: 初期から中長期までの幅広いスパンの間に発症する可能性あり。

4. 双極性障害

- ・治療: 薬物療法(AEDs、抗精神病薬)と心理療法(精神力動的な精神療法、CBT、IPT)が有効。
- ・災害後、症状が悪化するという知見がある。

5. アルコール関連の精神障害

- ・既存の場合: 避難先でお酒が手に入らず、断酒から1～2日で離脱症状を呈することがある。周囲が対応に苦慮し、対人的に問題が生じる。
- ・災害後の発症: 仕事を失い、突然何もすることが

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

なくなり、空き時間に飲酒。中長期にわたると、アルコール依存症になる。アルコール関連の精神障害は自殺と関係があるため、飲酒に関する教育や専門的な介入が必要。

- ・治療: 精神療法、向精神薬(ジスルフィラム)、自助グループ(断酒会など)への参加。
- ・飲酒によって、睡眠の質が下がり、抑うつを患う可能性があり、自殺と関係がある(Anderson, 1988; Akechi et al., 2006; Lonnqvist et al., 1995; Murphy, et al., 1990).

6. 統合失調症:

- ・治療: 抗精神病薬、抗てんかん薬、社会生活技能訓練、職業リハビリテーション。統合失調症の前駆症状を呈する人々への早期介入も効果的である。
- ・災害と統合失調症: 災害による環境変化への適応力(例、社会的孤立による絶望感、自殺念慮)と、薬剤供給停止による症状の悪化(幻覚妄想の再発など)が災害時の主な問題である。

2. 精神関連のトリアージ・スクリーニング

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

トリアージの必要性

1. 日本の環境を考慮した、精神状態を評価するトリアージ法は少ない。
2. 精神医学を専門としない支援者も、ハイリスク群をトリアージできることが望ましい。

トリアージの項目

3. 著者は、被災者における精神面のチェック項目を想定・作成した(頁81)。ただ、自傷障害、自殺念慮、強いパニックを呈している被災者においては、すぐに専門機関に相談すべきだと推奨している。
4. その他にも、①表1-3(心のケアの対象, p. 17)と表2-4(Chiles et al., 2005)を考慮した対応や、②アメリカで作成されたPsySTART(PsySTART, 2012)がある。

精神科病院での患者搬送

5. 身体的トリアージを行い、赤タグ→黄タグ→緑タグの順に搬送。同時に、被災者の心理的症状または精神疾患の程度を評価し、総合的に優先搬送順位を決めることが求められる。

6. DMATとの協働。単独でトリアージすることもあるので、START法とPAT法を習得することが望ましい(日本集団災害医学会、2012)。

7. 身体的負傷はないが精神症状が重い患者を搬送する必要もある。著者は、自傷他害の危険性や精神疾患の既往などのチェック項目を提示している(p. 85)。

8. トリアージに関する事前のルール作りと準備が大切。

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

| | | |
|-----------------------------------|--|----------------------------|
| 3. まとめ | 1. 支援者に対する①災害時に精神的に何が生じるかに関する事前教育、②IES-R、K6を用いた派遣前・後のスクリーニング、③組織が個人を守るためのシステムづくりも不可欠である。 | 1. Op. |
| 8)「PTSD」をどのように扱うか | <p>PTSDの位置づけ</p> <p>1. 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)。したがって、精神保健医療関係者は、PTSDという特定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ことべきである。</p> <p>トラウマとPTSDへの対応</p> <p>2. トラウマ・PTSD対応におけるべきこと: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(頁14)。災害弱者のケアや、生活の雑事から生じる負担の軽減、付属のチェックリスト(頁24)を用いたスクリーニング、支援のネットワークの強化および被災者との良好関係を築く、などといった具体的な対処法が提案されている。</p> <p>3. トラウマ・PTSD対応におけるべきでないこと: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。</p> | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |
| 第7章 重篤な精神疾患 | 1. 災害前から重篤な精神疾患(Serious Mental Illness: 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。 | 1. Op. |
| 1. 重篤な精神疾患から被災後代償不全へどのような経路をたどるのか | 1. SMI(統合失調症など)をもつ人たちは、災害後に、症状が悪化したり、脆弱性が増大したり、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) | 1. Ev. |

| | | |
|---------------------|---|------------------|
| 2. 災害後の新たな診断 | <p>1. 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)。</p> <p>2. 表7-1(p.162):PTSD、統合失調症、うつ病の比較表</p> | 1. Ev. |
| 3. システム介入 | <p>1. 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)。</p> <p>2. 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)。</p> | 1. Ev. 2. Ev. |
| 4. 個人の評価および治療 | <p>1. 急性期にSMIを有する人々を評価する際に、精神科医は患者に、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を尋ねることが推奨されている (National Council on Disability, 2006)。</p> <p>2. 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を示唆している(Frueh et al., 2009; Mueser et al., 2008; Rosenberg et al., 2001)。これらを実施するうえでの留意点には、①信頼とラポールの構築すること、②暴露段階に進む前に安全を確保すること、また③知的障害を持つ患者に対してCBTの有効性が保たれるのかを再確認することなどが含まれる (Frueh et al., 2006)。</p> | 1. Ev. 2. Ev. |
| 第10章 外傷と医学的愁訴のトリアージ | <p>1. 医学的に説明不能な身体症状 (medically unexplained physical symptoms: MUPS): 核、化学、生物兵器への暴露、あるいはテロ攻撃後に患者に生じる心因性の病的反応</p> | 1. Op. |

1. 生物学的またはテロ攻撃後のMUPS

1. 「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。
2. 一方、「緊急対応能力」(surge capacity)とは、集団的な傷害(心身症を含む可能性あり)が一挙に増加する事態に救急医療が対応する能力のことである。
3. 表10-1(p.222)、表10-2(p.223): ①医師・患者間におけるMUPSの特徴と、②MUPSを呈する患者に対する医師のコミュニケーション技術(Richardson & Engel, 2004)
4. 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。
5. 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。
6. MUPSは精神医学的にも複雑な疾患である。多くの湾岸戦争症候群患者が他覚的所見を認めないという研究結果があり、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)。

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

2. 身体疾患:身体疾患のある被災者のトリアージと評価

1. 研究文献によると、ASDやPTSDなどの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)。
2. 表10-3(p. 227):内科、外科患者のために精神医学的コンサルテーションが依頼される理由(Stoddard et al., 2000)。
3. 災害後、迅速なトリアージと評価が必要。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。21章の遠隔精神医学を用いてのコンサルテーションについても一行だけ述べられている。
4. 【外傷のタイプ】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)。
5. 【身体疾患を有する被災者の精神症状の範囲】:身体疾患をもつ患者は、入院による自己制御感の消失、プライバシーの喪失、他者への依存など、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)。
6. 【重要な症状】:うつ病、不安、ASD、せん妄、不眠、自殺念慮などの重要な症状を特定するために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。
7. 【身体外傷を負っている被災者に対する補助的な評価技法】負傷者の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)。
8. 【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)。
9. 【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

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

| | | |
|---------------------------------------|---|--|
| | <p>al., 2007, Powers and Santana, 2005)、③社会的技能相互作用訓練(Lansdown et al., 1997)。10.【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。</p> | |
| <p>3. 結論と注意</p> | <p>1. 精神科医が「医学的に説明不能」は「生物学的に説明不能」ではないと理解することにより、患者と医療スタッフが心とカラダの関係を理解するの助力し、災害後に効果的な介入を提供できる。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>第15章 精神薬理学－急性期－</p> | | |
| <p>1. 薬理療法学：急性期の災害現場での介入のゴールと考察事項</p> | <p>1. 急性期災害現場においては精神薬理的介入のための証拠の不在という難問がある。災害急性期のケアでは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。多くみられる症状を頻繁度の高い順に列挙すると不眠、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である。</p> <p><u>介入の基盤</u></p> <p>2. 急性期介入のゴール：被災者の安全を確保し、症状の負担の軽減、不安と苦痛を減らし、機能を改善すること。</p> <p>3. 急性期災害現場におけるエビデンスの非常な制限により、ターゲットとなる症状の改善を目指し、薬物は通常短期間のみ処方される、また、処方迅速かつ柔軟に行われる。慢性的なPTSDを発症しやすい人たちに対して介入が有効な災害からの時間枠「ゴールデンアワー」がトラウマ直後に存在することが示唆されており(Shalev, 2009)、また、急性ストレス障害に対する標準的治療はアメリカ食品医</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Ev.</p> |

薬品局の認可薬がないことから、抗不安薬、鎮静薬、抗精神病薬を「適応外」処方することが通常である。急性期環境での処方では救援者と被災者が再度面会することがなく、また、被災により喪失した薬の服用を継続あるいは再開する目的がないのであれば、数日分の薬の処方にとどまるべきである。また、救援者は精神薬使用のリスクと利益ならびに支援継続計画についてコミュニケーションをし、その内容を記録すべきである。

介入のタイプ

4. トラウマ的出来事後の数時間の間、臨床のゴールは患者の恐怖低減とニューロンのインプリンティングを減らすことであり、βアドレナリン遮断薬が理論的に有用(Shalev, 2009)。しかし、災害時環境においては多くの難題がある。まず、災害時の薬物療法については災害時のRCT(無作為化比較実験)に基づく研究結果が稀なことから適切な臨床にむけての証拠獲得が難しい。また、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)。どのような症状がPTSDの前兆になるかという議論においても主張は様々である。よって、精神科医は被災者の精神状態の急変に用心し、見当識を常に評価し、解離症状を観察し、集束的な病歴を準備すべきである。対象の災害に特有な医学的出来事を把握するためのスクリーニング、頭部負傷や発作の既往、外傷に至った過程と薬物アレルギーの見直しもそれに含む(Stevens et al. 2010)。

2. 急性期精神薬理学的介入

1. 不安に対するベンゾジアゼピン: 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)。これらの急性症状はベンゾジアゼピン投与そのものより大きなPTSD発症のリスク因子であると考えられる(Simon & Gorman, 2004)。ベンゾジアゼピンで薬物相互作用の潜在的危険があるものには中枢神経系(CNS)の鎮静リスクを増やすような薬物や物質があるので、処方前に完全な臨床歴を聞いたうえで禁忌症(外傷性能損傷を含む)のスクリーニングが必須である。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(表15-2, p.331)。

2. 睡眠のための非ベンゾジアゼピン: 不眠に対する安全な薬は表15-3 (p.333)を参照。脈拍増加がPTSDの前兆とみなされているので(Zatzick et al. 2005) 処方の際、脈拍数、血圧、呼吸検査は必須

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

であり、頭部挫傷やせん妄がみられれば集中的な神経検査が必要である。

3. 不安および急性トラウマティックスに対する抗うつ薬：急性現場では長期使用を意図した抗うつ薬を含む薬物治療を開始することは通常適切でないが、PTSDの病歴がある、既存の不安障害がある、大うつ病の再発リスクの高いなど、一部の高リスクの患者に対して災害精神科医はSSRIを処方する(Ursano et al. 2004)ことを含む選択肢を常に考慮すべきだ。適切な継続管理の提供と、躁転とSSRI服用開始後の稀な合併症である自殺念慮の発生の発見のため、患者のモニターが奨励される。

4. 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：成人で研究されているプロゾシン剤がPTSDが一部引き起こす α アドレナリンの活性を遮断、悪夢を含めた覚醒を減らすことが事実になっている。クロスオーバーデザインの13人の患者が参加したプラセボ対照実験を含むいくつかの研究が、プラシゾンに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)。

5. アジテーションと極度の不安に対する抗精神病薬：アジテーションと不安に対する非定型抗精神病薬の適応外使用処方確固たるエビデンス基盤がないにもかかわらず増加している。急性期災害現場では極度のアジテーション、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。急性ジストニアや錐体外路反応等の重大な副作用の可能性はあるが、躁病の予防や慢性統合失調症の再発や悪化防止のため抗精神病薬投与を再開することは、重度の精神疾患患者に対して合理的措置である(表15-4, p. 337, p. 378)。

6. 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： β アドレナリン遮断薬は後続のPTSD症状を減らすと動物実験より示唆されており、トラウマ的出来事へのアドレナリン反応阻害が起こればその恐怖反応の記憶への長期定着を防

| | | |
|--|---|---------------------------------------|
| | <p>げるだろうという理論がある。プロプラノロール治療は一か月の時点でPTSD臨床診断面接尺度の変更をみななかったが、トラウマから3か月後スクリプトによるトラウマイメージへの生理的反応の減少させた(Pitman et al. 2002)。一方、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予防は見込めなず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)。</p> | |
| <p>3. 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</p> | <p>1. 軍事精神医学において蓄積された重要な教訓に、災害精神科医が学ぶところは多い。急性期の医療現場で使用される薬とその精神医学的影響を知っておくことは重要である。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と注目され(Rundell, 2000), これらは重大な精神障害を模倣する可能性を有する。よって、精神科医は現場においてはコンサルテーション、リエゾン担当の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)。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>4. 急性期災害現場でのせん妄</p> | <p>1. せん妄は火傷患者、手術後の患者、深刻な負傷をした人、科学的・生物学的な毒素に暴露された人等、急性期のトラウマ患者によく現れる。 2. アジテーション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)。 3. ハロペリドールを含む抗精神病薬がせん妄とアジテーションの管理で効果が見込め、その際病状の寛解にため十分な量を処方すべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Ev. 3. Op.</p> |
| <p>5. 結論と注意</p> | <p>1. 精神薬理学的治療は①既存の精神疾患と物質乱用と②災害関係のストレスに焦点を当てるべき。 2. 精神科医は最低用量の薬剤を投与し、地域内で患者が治療を継続できるよう支援する。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

第16章 精神薬理学－急性期の後の段落－

1. 急性期後段階での精神医学的評価

診断的アセスメント

1. 急性期後段階では診断アセスメントは短期的なリアクションから長期的なものを区別する必要性が特徴。推薦事項を以下に示す：

現病歴：災害中と災害後の患者の経験について「歴史語り」(narrative history)を引き出す。急性期段階ならびに以前の治療について処方された薬物等具体的な情報を集める。災害に関係ならびに無関係な経験も含め、包括的に患者の有する経験を獲得することで、トラウマの主観的経験とならび、トラウマ、外傷の重症性と性質について客観的エビデンスを考察する。PTSD評価ツール(例：CAPS)の使用を考慮する。

リジリエンス：標準的な精神医学的面接実施の際、リジリエンスのアセスメントも含めて患者の主観的なトラウマ経験とトラウマの重症度と性質についてより客観的なエビデンスを評価する。

主要なリスク要因：前5章で列記された精神医学的評価のリスク要因を見直す。リスク因子の神経生物学的研究はゆっくりと進行しており、いくつかの薬物治療の有効度や重要度を近い将来説明するかもしれない。いくつかの研究によると、トラウマ後のPTSDならびにうつ病の発症に遺伝子的要因があることを結論付けている(Kolassa et al. 2010; Caspi et al. 2003, Dimsdale et al. 2009)。

過去の医学的・精神医学的病歴：過去の医学的、精神医学的な病歴、災害やほかの要因からのトラウマ暴露の「一回量」、災害前の生活での問題ならびに心理社会的支援の得られる可能性をスクリーニングする。可能であれば、患者が過去と現在に経験したトラウマについて医療従事者ら、家族、友人からその歴史を聞く。

薬物使用の歴史：アルコールと薬物の使用についてスクリーニングをする。災害への暴露は、乱用や依存の前歴のある人々の再発と関連、また、中毒性物質使用量の増加に強い関わりがある。

前駆的症候群：正常なリアクション(例：サバイバーズギルト)を考慮に入れ、診断基準を満たす障害(例：

- 1. Ev.
- 2. Op.
- 3. Ev.
- 4. Ev.

PTSD)とその前駆症状は当段階で治療されるべき。部分的PTSD(Mylle & Maes, 2004)などの診断基準を完全に満たさない症状も、認識、介入、治療に値する。

2. 以上に加え、精神状態検査、身体的検査、心理的検査(心理的あるいは神経心理的アセスメント)ならびに臨床検査と放射線での検査(肝機能、甲状腺刺激ホルモン、甲状腺ホルモン(サイロキシン))の実施が推奨される。

心的外傷後ストレス障害

3.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おり、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。診断基準グループCにおける症状の改善はPTSDからの回復と並行し、グループC基準が不在の場合にはグループBの症状(「外傷的な出来事が再体験され続けている」)とグループD基準(「持続的な覚醒亢進症状」)がよく見られて病理的ではない反応であることが発見された。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性が強調されている(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。

大うつ病性障害:

4. 大うつ病性障害は災害後にPTSDと同じほどに蔓延すると発見されており(Green et al., 1990)、PTSDと併発している事例が多い(North et al., 1999)。

2. 急性期後段階での治療

1. 表16-4(p. 366): 急性期後段階の治療ゴール 薬物療法学

2. 災害後に多発する精神疾患によく使用される薬物治療には抗不安薬、抗うつ薬、抗精神病薬、 α アドレナリン作動薬、気分安定薬が含まれる。

3. 薬物治療のリスク、副作用、利益、予想される治療経過についての情報提供ならびに心理教育は介入の重要部分であり、医療法上必須である

4. 表16-6(p.366): 急性期後段階における精神薬理的治療の構成要素。

5. 薬物治療の選択に影響する患者のタイプ: ①災害前から精神病理があり、気分正常状態の維持・コントロールのため治療や新たな処方計画を有する; ②以前からの精神病理はないが、急性ストレスの症状を発症、PTSD(表165, p. 366)、うつ、その他のストレスが契機となったり、煽られることで起こった障害治療を要する。

6. 災害による不安、うつに対する抗不安薬と抗うつ薬のリストは表16-7(p. 367)と表16-8(p. 368)を参照。

7. 災害後病理の治療を有効に補う付加的な薬剤を列挙したが(表16-9, p. 368)、そのうちオピオイド鎮痛薬は後続のPTSDを軽減するエビデンスがある(Bryant et al. 2009; Stoddard et al. in press)。, 急性期段階の精神薬理学を扱う本書の第15章も参照。

8. 急性期後に治療の進行とともに双極性障害や統合失調症、慢性PTSD, アルコール乱用(Zatzick et al. 2004a, 2004b)のような重度な疾患を発症・再発した人たちは、一時的に症状を呈した人たちから区別されるようになると推測される。患者らの安全が第一であるので、必要時には即刻再評価ならびに入院させるべきである。外来治療を続けるための紹介・照会は可能な限り治療が提供されている現場から行われるべきである。

継続管理の計画

9. 急性期後段階における継続管理の計画は災害と無関係のルーティーン的环境での計画と変わら

ない。災害支援におけるリソースは地域差が必ずある。精神科医は少なくともわずかなものでやりくりする、という態度と柔軟性を持つべきである。なぜなら、この柔軟性が急性期後段階において災害生存者に対し大いに利益となるからだ。災害生存者の最初の治療同意には継続管理のための訪問、患者が過度の副作用なしに良い反応を見せた場合の治療の継続、コンプライアンス、症状が改善しない等の諸々の問題が起きた場合代わりになる治療の選択肢の考慮がもりこまれるべきだ。

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

3. 外傷性脳損傷のアセスメントと治療のための特別な考慮事項

1. 外傷性脳損傷(TBI)のリスクに留意すべきである。TBIはアメリカ合衆国退役軍人省/防衛相(2009)の脳震盪・軽度TBIの管理のための実践ガイドラインで次のように定義づけられている:「外傷によって誘発された構造的な負傷や外部からの力の結果としての脳機能の生理的分断で、出来事の直後に意識の喪失かレベルの低下、負傷の直前直後の出来事の記憶の喪失(トラウマ後記憶喪失)、負傷時の意識の変化(混乱、見当識の喪失、思考の遅速化)、一過性あるいは一過性でない神経学的欠損(弱化、バランスの喪失、視覚や習慣的行動の変化、不全麻痺・麻痺、感覚の喪失、失語症)、頭蓋内の損傷のうちすくなくとも一つが結果として生じるもの」

3. TBIの身体的、認知的、行動的・感情的な特徴(短期間か数日間継続):身体的-頭痛、吐き気、嘔吐、めまい、疲労、ぼやけ目、睡眠障害、光あるいは音への過敏症、バランスの問題、一時的な神経学的異常。認知的-注意、集中、記憶、処理速度、判断、実行機能。行動的・感情的-うつ、不安、アジテーション、いらだちやすさ、衝動性、攻撃性

4. TBIの治療における難題:負傷時の混乱や意識のレベルの変容は出来事そのものへの直接的心理的リアクションとして経験される強烈な恐怖、絶望感、混乱、乖離状態からの区別が難しい。また、TBIの兆候の多くがPTSD、うつ、パニック障害、全般性不安障害などの災害後のストレスあるいは精神的困難状態で頻繁にみられる症状に似る。神経学的検査は何も発見できない場合があり診断に役立たない。災害現場において神経心理学的検査を実施できない可能性が高い。

5. 疑いのあるTBI患者への治療原則

(U.S.Department of Veterans Affairs/Department of Defense 2009):①けいれん閾値を下げるかもしれない薬剤を避ける。②大雑把な目安は「少量から始め、ゆっくり進む」である。TBIのある患者は低用量の薬物で反応する、あるいは、より多くの副作用を感じるであろうからだ。③治療反応達成のため

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

| | | |
|----------------|--|------------------|
| | <p>全範囲の向精神薬の服用が必要になる可能性があることから、用量を抑えすぎるといふ過ちを避ける。④衝動的あるいは重大な自殺リスクのある患者には、薬物の供給量を限定することを考慮する。⑤アジテーションやいらだちやすさを引き起こす、あるいは悪化させるカフェイン、ハーブ、栄養補助食品、エネルギー補給製品の使用は最小限にするよう患者に助言する。⑥可能な時は、混乱、認知の遅速化、疲労、眠気を引き起こす薬剤は避けるか、注意して使用する。</p> <p>6. TBI治療に有効な向精神薬：TBIにおける向精神薬の有効性についてのデータは不足している。アメリカ合衆国退役軍人省・防衛相(2009)の臨床ガイドラインは以下を推薦している：①集中力や記憶の問題に対して-SSRIあるいは刺激剤の注意深い使用。②不安に対して-抗不安剤薬あるいはSSRIの短期の注意深い使用。③うつに対して-SSRI ④いらだちやすさ、気分不安定、フラストレーション耐性低下に対して-抗痙攣薬あるいはSSRI。⑤不安に対して-ゾルピデムやザレプロンのような非ベンゾジアゼペン系催眠剤の注意深い使用。⑥睡眠中の悪夢、暴力的行動、アジテーションに対して-プラゾシン。</p> | |
| 4. 結論 | 1. 急性期後段階の治療ゴール(①症状、リスク、障害の減少、②回復力と生活の質の向上)を達成するための計画には、必要であれば薬物療法を伴う心理療法と心理社会的介入が含まれるであろう。 | 1. Op. |
| 3. ト라우マからの自然回復 | <p>1. 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。</p> <p>2. 被災者の回復力を支援するためには、以下の1)自然回復を促進する条件を整え、2)障害する要因を減らすことが必要。</p> | 1. Op. 2. Op. |
| 1)自然回復を促進する要因 | 1. 自然回復を促進する条件は、(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)の3グループに大別される。 | 1. Op. |

2)自然回復を阻害する要因

1. 自然回復を阻害する要因は、(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)の4グループに大別される。

2. Op.

| 項目5:トラウマ対応 | 要約 | |
|--|---|---|
| 第6章 外傷性ストレスへの介入 | 1.外傷的な出来事の生存者に対する早期介入についての知見は不十分である。 | 1.✓ Op. |
| 1. 外傷性ストレス— 二つの理論の間 | <p>1.✓「トラウマティック・ストレス」という用語がストレスとトラウマの関連付けを示すように、外傷性ストレスを理解するうえでストレス理論に心理的トラウマ理論を加味する必要性がある。</p> <p>2.✓二つの理論は似て非なるものである。ストレス理論は本質的にホメオスタシス法則を基盤とし、ストレス要因と防御している宿主との間に変動する相互作用を仮定している。対して、トラウマ理論は崩壊、ホメオスタシス法則の断絶、生存者に長期にわたるストレスとの対決という結果を説く。</p> <p>3.✓トラウマ直後の急性期は両方の見解を必要とすることから、ストレス対策とPTSD予防という早期介入の二つのカテゴリーの混同が生じた。演繹的にストレス対策はPTSDの治療法ではなく、純粹なPTSD対策にはストレス対策を除いたPTSD対策が望まれる。</p> | <p>1.✓ Op.</p> <p>2.✓ Op.</p> <p>3.✓ Op.</p> |
| <p>2. ストレス, ストレス反応, そしてストレス度の高いイベント</p> <p>—需要, 反応と資源 —一次性的, 二次性的および三次性的のストレス要因 —現実と知覚的現実 Perceived Reality —社会的コンテクスト —個人的な背景— —以前のトラウマと生き方そして近しい人との絆 —制御可能性と予測そして避難 —時間経過と回復 —早期反応を評価すること— —ストレス・マネジメントの展望</p> | <p>1.✓ 生存者が災害後の流れにおける積極的な参加者であると認識したうえで、早期介入の実施において、支援者は災害後の需要、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)</p> <p>2.✓ 災害後の需要は主に、①一次性的ストレス要因(e.g., 破壊、負傷)、②二次性的ストレス要因(e.g, 移動、不確実性)、③第三次のストレス要因(生存者自身の反応; 抑うつ、不眠)から生じる。</p> <p>3.✓ 生存者が同様のトラウマを体験したにもかかわらず(現実)、その状況の見立てが被災者によって異なる場合がある(認知的現実)。災害後の需要・反応・資源に対する認知が、早期介入の有効性やその後のPTSD発症に関与する可能性があるため、支援者はこの点においても注意を払う必要がある(Ehlers & Steil, 1995; Lazarus & Folkman, 1984; Kaniasty & Norris, 2004; Shalev et al.,</p> | <p>1.✓ Ev.</p> <p>2.✓ Op.</p> <p>3.✓ Ev.</p> <p>4.✓ Ev.</p> <p>5.✓ Op.</p> <p>6.✓ Ev.</p> <p>7.✓ Op.</p> <p>8.✓ Op.</p> |

1993)。

4. ✓ 同じ社会的コンテクスト(e.g., 9.11)を生存者と共有することは、彼らから理解や共感を得る好機となるが、その一方で支援者が現実に圧倒されたり、支援の有効性を低下させるかもしれない(Camp, 1993; Shalev et al., 2003)。

5. ✓ 生存者自身の背景(経歴、現在の生活状況と軌跡)についても支援者は考慮すべきである。これは臨床家として患者個人をとりまく世界すべてが大規模災害の影響下にあることを忘れない為にとどまらず、需要、反応と資源のトライアングルは家族、集団、地域を含み拡大されるべきだからである。

6. ✓ 「激しい、制御不能の、予測不可能なおよび避けられないストレス」が特に有害と学説で断言されており(Foa et al., 1989)、これは一次性、二次性、第三次のストレス要因を指す。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目標になるべきである。

7. ✓ 生存者の苦痛は時間が経つにつれて、徐々に回復していく。回復を遅らせる因子はいくつかあるが(二次性ストレス要因など)、臨床家は回復を妨げている要因を見落としてはならない(例: 支えとなる他者の欠如、過度の精神的苦痛)。

8. ✓ ストレス対策はストレス要因を低下させ、資源を最大限に活用して生存者(個人ならびに集団の)のストレス反応を緩和することを主眼とする。コーピングの結果として生じる改善を評価することでストレス・マネジメントの有効性が適切に判断される。しかし、ストレス理論は症状を予測しないことから、一部の慢性的ストレス体験がなぜ持続するかには答えを出さない。この場合、説明にはトラウマ理論が

3. ストレスから外傷性ストレスまで

| | | |
|---|---|--|
| <p>—不調和な未知の体験と侵入的想起／ストレスの間に獲得された記憶／初期の抑うつ反応／トラウマ反応の処理</p> | <p>1.✓ 不条理で、受容しがたく、想像を絶するようなトラウマ性イベント(大規模災害など)は、生存者および目撃者に同様の認知的負荷を与える。このような外傷的出来事は、反復的で侵入的な記憶を呼び覚ます(Brewin et al., 1996; Galea, 2002; Lindemann, 1994; Nordland, 2004)。</p> <p>2.✓ 認知はストレスによって変えられ、多くの被災者は惨禍直後の自分の行動に批判的である(e.g., 必要なことは行ったか?)。このような自己非難的な態度は、その後の回避行動や侵入的想起に関与する可能性がある。</p> <p>3.✓ トラウマ直後の抑うつ病はPTSD発症と大いに関係しているため、初期のうつ病は介入の主要な目標の一つである(Shalev et al., 1998)。</p> <p>4.✓ 侵入的想起を対処するには、生存者の社会的ネットワークや家族など、その個人にとって良き傾聴者となる者を支援し、自然治療を促進。症状が重篤な場合は、専門的な援助に繋げる。</p> | <p>1.✓ Ev. 2.✓ Op. 3.✓ Ev. 4.✓ Op.</p> |
| <p>4. 早期介入の意味</p> | <p>1.✓ 災害後の介入は、ストレス対策とトラウマ反応の治療の二つを含む。前者の目的は、環境からの圧力の軽減、資源の促進、適応的反応の支援。後者の目的は、不条理なトラウマ体験や喪失の処理。</p> <p>2.✓ 頁128の表6.1を用いて、ハイリスク群を判断することができる。ここでは、トラウマ反応が制御不能であり、資源/社会環境が崩壊している破壊的なストレス要因のある者が、その後のストレス障害に関して最も高リスクであることを表している。</p> | <p>1.✓ Op. 2.✓ Op.</p> |

| | | |
|--|--|------------------------------|
| <p>5. 集団トラウマの最中の臨床家と支援者</p> | <p>1. ✓ 大規模トラウマの中、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り、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。</p> <p>2. ✓ ストレス対処の原則は治療者にも適用される。過剰な需要の下、リソースを必要としているなか、自らのストレス反応ならびに暴露を自身で処理しなければならない。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。初期の治療においては、患者との出会いを意義のあるものにする豊かな感情と、生存者が苦しみから離れていられるための、十分な距離が必要である。</p> | <p>✓ Op. ✓ Op.</p> |
| <p>6. トラウマ、治療そしてその向こう側</p> | <p>1. ✓ 回復に関する多くの理論が生への欲望が抑圧や不安の後ろに隠されたままであるという考えに基づき、大部分の治療法がポジティブな感情を促進するのではなく、負の側面に焦点をあて、対処している。</p> <p>2. ✓ 生への欲望が生存者を回復するように動機づけるのであるから、支援者はトラウマを癒すことはすなわち、生存者が希望を取り戻し、トラウマよりも人生をいきることを好むようになることであることを忘れてはならない。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>第15章 トラウマ体験後の内科・外科患者のための精神医学的介入</p> | <p>1. ✓ メンタルヘルス治療の提供者は、患者、その家族、および患者の医療チームと連携し、患者がトラウマ体験およびその結果(精神疾患)に対処するのに支援を行う必要がある。このアプローチは、精神科リエゾン・コンサルテーション(PCLS: Psychiatry Consultation Liaison Service)と呼ばれ、著者のウォルター・リード陸軍医療センター(WRAMC: Walter Reed Army Medical Center)での経験に基づいている。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>1. ト라우マ体験被害者における身体的負傷と医原性ストレス因子</p> | <p>1. ✓ ト라우マを体験した負傷者や、その家族にとって、内科・外科治療(e.g., 皮膚移植、入院、薬の副作用、回復の遅延)を受けることは、大きなストレスとなる。よって、精神保健医療専門家は、心理学的後遺症を回避、最小化するために、臨床治療に起因するストレスの影響を考慮する必要がある(Weinstein, 1990)。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> |
| <p>2. ト라우マ体験の影響</p> | <p>1. ✓ ト라우マ体験は人間のホメオスタシスを崩壊させるほど圧倒的な経験であり、短期および長期の情緒的トラウマ(代表的に急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、感情障害、不安障害、身体表現性障害)を生じる可能性がある。 2. ✓ 受傷した身体部位に対し、制御されない痛みは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)。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p> |
| <p>3. 入院治療と外傷の意味</p> | <p>1. ✓ 外傷を知覚することは個人のホメオスタシスの崩壊であり、生命や四肢を失う恐怖、自己コントロール喪失への恐怖、自身の存在の消滅の恐怖は強烈である。 2. ✓ ト라우マ経験の有無にかかわらず患者は自己愛的統合に対する脅威を体験し、無力化、脆弱化、ならびに依存的になり、圧倒的なストレス下におかれる。 3. ✓ 支援者らはやさしさ、思いやり、共感、支持の心を持ち、患者ならびにその家族との同盟関係を構築すべきである。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| <p>4. 一般身体疾患患者における精神科の役割</p> | <p>1. ✓ 内科・外科患者における精神医学的・心理学的後遺症に関する評価と治療は精神科コンサルテーションの中心的な役割であるが、もっぱら患者の問題が明らかになってから初めて相談を受けるのが通常である。</p> <p>2. ✓ 身体治療を受けている患者が心理学的苦痛を示した場合、精神療法、認知行動療法、催眠療法、リラクゼーション療法、薬物療法等が患者の抑うつ、不安の減少または再発防止に有用である (Cottraux, 1993; Covino and Frankel, 1993; Postone, 1998; Spiegel, 1996)。また、それにより、在院期間の短縮、外科治療に続く退院準備の改善につながる (Levitan and Kornfeld, 1981; Schindler et al., 1989)。</p> <p>3. ✓ 精神医学的介入はさらなる情緒的苦痛を予防する助言を提供することにより、主治医チームを支持するものである。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>5. トラウマ体験後の精神科の役割</p> | <p>1. ✓ トラウマ体験を負った患者は通常一つ以上のストレス関連症状を一時的に示す (Morgan et al., 2003)。将来PTSDや他のストレス関連精神障害へ発展する可能性があるにもかかわらず、依然治療は身体的外傷自体に対するものがほとんどである。</p> <p>2. ✓ 精神科によってトラウマ体験を患った患者が自分を脆いものと感じる可能性があるため精神科の役割の捉え方を変える必要があった。</p> <p>3. ✓ トラウマ体験被害者に対応する精神科コンサルテーションチームが通常認識するよりもっと迅速な介入が必要なのかもしれない。精神科医に診察されることにより生じる差別を避けるため、自分の精神症状を過少に報告する患者も少なくないことから、スティグマ軽減とトラウマ体験患者との治療的同盟関係構築のため、WRAMCのPCLSは「予防医学的精神医学」(Preventive Medical Psychiatry : PMP)を開設した(Wain et al., 2005)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>6. トラウマ体験患者に対するコンサルテーションーリエゾンよりPMPの活用</p> | <p>1. ✓ <u>PCLSとPMPの違いについて</u>: 前者は、身体疾患と精神障害を併発した患者に対して診断と治療を行い、後者は、精神障害と関連がある危機因子を同定し、発症を予防する。また、PCLSは、主治医の指示があつて初めて、コンサルトやスクリーニングを行うことができるが、PMPは、入院時から患者を診断し、外傷治療チームと協働して治療する(Wain et al., 2005; Wain et al., 2002)。</p> <p>2. ✓ <u>精神科患者に対するスティグマについて</u>: スティグマを減らすためには、①従来の精神医学的診察法を遠ざけ、外傷医療チームとして患者を診察する、②精神科医に対する疑念や思い込みの更正、③患者とのラポートを構築、④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を認識することが不可欠である(Wain et al., 2005; Wain et al., 2002)。</p> <p>3. ✓ 精神医学的ストレス障害の予防のための治療的介入 (Therapeutic Intervention for the Prevention of Psychiatric Stress Disorders: TIPPS)(Wain et al., 2005)は、共感的・支持的暴露療法を通して患者が自身のトラウマ体験を処理できるように支援をする。トラウマ経験の被害者の心理的ニーズに取り組み、必要な支援を提供し、スティグマを与えることなく早期介入を行う。更には、支援にあたる医療スタッフのサポートも介入に含まれている。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |
| <p>7. 患者介入におけるまとめと実用的な総論</p> | <p>1. ✓ TIPPS(Wain et al., 2005)は非生産的な伝統的なデブリーフィング技法に代わって、入院中の精神疾患の合併、精神医学的問題が生じるのを減少させ、患者との治療的同盟関係の構築を促進させてきた。治療的同盟関係の確立は、退院後の患者またはその家族へのフォローアップに非常に重要である。</p> <p>2. ✓ TIPPSの付加的な構成要素には、患者のパーソナリティ、心理的防御反応、逆転移と転移に関すること、事態の正常視、認知再構成、患者教育、適切な薬物治療、催眠療法、リラクゼーション技法等が含まれる。</p> <p>3. ✓ 身体状態の急性期の安定化後に介入は開始される。患者と家族には個別に面接が行われ、臨床家は共感的・支持的かつ誠意をもった態度で接する(p.329の表15.1, 15.2に付加的介入方法とテクニックがまとめられている)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|------------|---|------------------------------|
| 8. 薬物療法 | <p>1. ✓ 身体的外傷は重度な心理的苦痛を多くの場合引き起こし、制御されない痛みが強いストレス因子となってPTSDに発展する場合 (Schreiber & Galai-Gat, 1993) や、加えて不安、抑うつ、孤独、敵意、睡眠障害が生じる例もある (Lenehan, 1986; Mohta et al., 2003)。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、迅速な痛みに対する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。</p> <p>2. ✓ 不眠が病的な現実感喪失や解離を招くことがあり、回復への注意の持続が阻害される恐れがある。抗うつ薬は思考機能を低下させ、心理的統合を妨げるおそれがあることから、低用量のトラゾドン、クアチアピン、ゾルピデム等の鎮痛薬の使用が望ましい。また、治療者は施設の設備を十分に考慮し、入院させるにあたってはいかなる重大な精神医学的問題も治療し取り除くよう内科・外科チームと連携するべきである。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p> |
| 9. フォローアップ | <p>1. ✓ 災害初期の目標の一つは精神科医と患者の関係を構築することであり、フォローアップは必須である。筆者 (Wain et al., 2006) は患者一人一人に連絡先の番号を渡し、患者自身や患者の身内が心配になった際の連絡を勧めている。また、退院から30、90、180日目に電話で患者と連絡を取っている。</p> <p>2. ✓ こうしたフォローアップは患者の帰宅後の受診を容易にし、危機的状況下において患者が積極的に紹介受診を受け入れる一助となる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>10. ト라우マ体験を負った患者の家族の治療</p> | <p>1. ✓ 患者の家族も心的外傷を負う可能性があるため (Alexander, 2002; Brown, 1991; Flannery, 1999; Solursh, 1990)、①トラウマ対処と、②二次的PTSD発症の防止を目的とした、医療チームによる介入・治療が必要である(Flannery, 1999)。そういった家族に対する治療には、基本的ニーズの評価(e.g.,衣食住の有無)、危機的介入、短期支持的カウンセリング、PMPの配置などが含まれる。その他に、似たような経験を持つ家族との食事会やグループ会合に参加するなど様々な活動が援助の例として挙げられている (Flannery, 1999; Harvey et al., 1995; Lenehan, 1986)</p> <p>2. ✓ 上記のような介入戦略は、家族の付加的なストレスを緩和する役目があり、家族と患者の両方がトラウマ体験に適応していくのを援助する。そういった支援を受けた家族は、医療的治療より有効な情緒的サポートを患者に提供することができる (Brown, 1991; Flannery, 1999)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p> |
| <p>11. ト라우マ体験の被害者のケアに当たるスタッフの支援</p> | <p>1. ✓ 被害者支援従事者に対する影響や、彼らが利用可能な資源についての研究は少ない (Robbins, 1991; Salston & Figley, 2003)。</p> <p>2. ✓ 支援従事者のなかには、心理的動揺や精神的混乱を呈する者がいるにもかかわらず、支援を求めたがらなかったり、自らの恐怖や挫折感について話したがない場合がある。それゆえ、医師や専門家が経験するストレスは見落とされがちである (Collins, 2001; Dyergröv, 1989; Wain et al., 2004)。</p> <p>3. ✓ ケアスタッフへの支援として有益なのは、①ストレスに関する教育および講義の提供、②PMPによる訪問、③会合や食事会の開催、④休暇、ユーモア、などである。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>12. 外傷患者のために働くメンタルヘルス担当者のための準備および最小限の必要事項</p> | <p>1. ✓ 外傷患者のために働くメンタルヘルス担当者は、内科・外科アウトカムに有害な影響を与えうる精神医学的問題への対応が第一に求められ、自らの技術を被害者の身体的治療に優先してはならない。</p> <p>2. ✓ テロや災害現場で活動する精神科医は、内科医・外科医からの信頼を得るために、ATLSおよびACLSの認定を取得することが推薦されている (Rundell, 2000)。</p> <p>※ATLS=Advanced Trauma Life Saving ※ACLS=Advanced Cardiac Life Support</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>第9章 ト라우マと人</p> | | |
| <p>1. 文化と宗教 —海外での被害者・被災者支援の体験から/子どものトラウマ焦点化認知行動療法のWebサイトにおける文化的配慮</p> | <p>1. 筆者(富永 & 小澤, 2010)は自らの海外での体験を基に、EMDRなどの心理療法は、それらが用いられる国の文化や宗教を考慮し、有効性を再度検証する必要があると提示している。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>2. 危機と成長 —危機と成長/外傷後成長の規定要因/臨床上の留意点/さまざまな領域における外傷後成長</p> | <p>1. 外傷後成長(PTG)とは、トラウマと苦闘した末に得られるポジティブな心理的变化である(Tadeschi et al., 1995)。 2. PTGの規定要因は、①自己に関する認識の変化、②人間関係の変化、③人生哲学の変化、の3領域に分類される(Calhoun et al., 2006; Tadeschi et al., 1995)。日本人用の外傷後成長尺度を作成中(Takuら, 2007)。 3. 臨床上の留意点として、PTGを体験した被害者の多くは、トラウマに対し、肯定的および否定的な思考や感情を抱いている。したがって、被害者全員がPTGを経験するという考えは控える(Tadeschi & Calhoun, 1995)。外傷後成長が現われる時、適切な方法で注視することが臨床家にとって相応しい。 4. 癌患者、戦争生存者、被害者・被災者、遺族など、さまざまな領域において、PTGが見られる(Rosnerら., 2006; Stanton, et al., 2006)。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p> |

| 項目6:アセスメント | 要約 | |
|-----------------------------------|--|--------------------------|
| 2 アセスメント、モニタリング、評価 | | |
| 2.1 精神保健・心理社会的問題について現状のアセスメントを行う。 | <p>1. 可能な限り適切な関係者(支援機関、コミュニティ、被災者など)と連携し、①被災地域の人口統計・背景情報、②被災体験、③精神保健・心理社会的問題、④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、⑤地元の支援団体の対応能力と活動、⑥プログラムのニーズと機会、の6つの情報を収集し共有する。</p> <p>2. 効果的な救援活動を行うためには、被害を受けた地域の対応能力とその被災体験に焦点を置いた迅速アセスメントを1,2週間以内に完了することが推奨されており、上記の情報全体に関する詳細なアセスメントもその後必要とされる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| 2.2 参加型のモニタリング・評価システムを始動する。 | <p>1. 支援活動の質の向上させるためには、モニタリングと評価(monitoring and evaluation: M&E)が欠かせない。(1)プロセス(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)、(2)満足度、(3)アウトカム(設定した目標に応じた対象者の生活の変化の程度)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し、活動の前後・最中に測定することで長期的にわたり活動の変化の有無を確認できる。また、活動の後に一定の間隔での追跡調査を行うことが望ましい。</p> <p>2. 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)がアセスメントの行われる過程に参加し、協同的作業とする。加えて、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。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| 第4章 スクリーニングと心理アセスメント | | |
| 1. スクリーニングと心理アセスメントの概説 | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>—何をアセスメントするのか／アセスメントによる“回復促進”と“傷つき”／アセスメントの時期・選び方</p> | <p>1. 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が故に、それに関連する(1)外傷体験の内容や、(2)背景要因(例:サポート資源の欠如)の把握が不可欠となる。児童虐待等の場合は、被害が発生する可能性を優先的に評価することが求められる。</p> <p>2. 被災者のトラウマ体験の開示については「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、どちらが正しいということではない。トラウマ体験の開示・非開示については、体験からの経過時期、開示の程度や環境、ならびに本人の開示への準備性などが影響する。</p> <p>3. アセスメントの時期・選び方は(1)トラウマ体験からの経過時期、(2)被災者の状態と人数、(3)査定者との関わりが可能な時間、などで決まる。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>2. スクリーニングとしての査定 —トラウマに関連したスクリーニングとは／実際に用いられているスクリーニング尺度の概説</p> | <p>1. 心理尺度を用いたトラウマ体験の「後遺症」としての反応のスクリーニングは、限られた時間の中で支援を必要とする人々を迅速に特定し、心理教育としての効果も発揮する。</p> <p>2. 本章では、①改訂出来事インパクト尺度: IES-R(Asukai et al., 2002; 飛鳥井, 2004)や、子ども版災害後ストレス反応尺度: PTSSC-15(富永, 2004; 富永ほか, 2002)などのトラウマ反応の重症度を査定する尺度と、②改訂版虐待経験評価尺度: AEI-R(西澤, 2005)や日本版ドメスティックバイオレンス簡易スクリーニング尺度: DVSI(石井, 2006)の尺度</p> | <p>1. Op. 2. Ev.</p> |
| <p>3. 子どもの心理アセスメント —「UCLA・PTSDインデックス DSM-IV版(UPID)」とは／UPIDの特徴／施行方法</p> | <p>1. 著者(明石, 2010)は、7～18歳の子どもを対象としたPTSDのアセスメントツールとして、UCLA・PTSDインデックスDSM-IV版(UPID)を紹介し、特徴や施行方法について概説している。</p> <p>2. UPIDの最大の特徴は、子どもの応えやすさを重視した明快で簡潔な質問項目である。試行時間も平均20～30分と短く、使い易い。</p> <p>3. 対象年齢は7～18歳(日本語版は小学校3年生以上に適切な言葉、表記を使用)であり、試行形態は施行者が質問を読み上げる(構造化面接)、自記式、集団試行(読み上げもしくは自記式)の3通りがある。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>4. 診断としての査定</p> | | |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| <p>ー診断としての査定にあたって／時期式質問紙法／構造化診断面接法</p> | <p>1. 査定に必要な内容は、①被害体験の内容、②他の心的外傷経験、③精神症状(PTSD症状や抑うつ状態など)、④精神科既往歴と被害前の社会適応状態、⑤生活状況と家族等のサポート資源等が含まれる。これらの情報が適切な支援計画と治療的介入の検討に必須である(齊藤ら、2009)。 2. PTSDの診断方法は以下2つに大別される: ①自記式質問紙法 -PTSS-10(外傷後症状尺度) -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(外傷後ストレス診断尺度) ②構造化診断面接法 -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)(日本語版:飛鳥井ら、2003)</p> | <p>1. Ev. 2. Ev.</p> |
| <p>第5章 迅速ニーズアセスメント 1. 災害下の迅速アセスメント ー災害下で行われるさまざまなアセスメント／迅速アセスメントについて</p> <p>2. アセスメントの実際</p> | <p>1. 災害下で効果的な対応を可能にするためには、情報収集・情報把握(アセスメント)が不可欠である。ただし、災害発生直後から急性期において、情報収集が困難になる上、信憑性を確認する手段が途絶えやすい。また、現場のニーズは刻一刻と変化するため、下記のアセスメント(表5-1;p.54)を災害後の経過時間に応じて幾度も行う必要がある: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。 2. 迅速アセスメント(rapid assessment: RA)とは、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用的手法により効果的に収集・分析するプロセスを指す。とくに発災後最初に行われるアセスメント調査(初期アセスメント)はRAの成否が救援の正否に直結するため、これを指してRAと呼ぶこともある。RAを実施する上で重要な点は、①目的に徹すること、②迅速であること、③可能なあらゆる手段を駆使すること、の3点である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>一 発災後最初に行う迅速アセスメント／全体アセスメント／迅速アセスメントの実施に際しての参考事項／情報の集約と共有・公開</p> | <p>1. 初期アセスメントは、災害後12時間～24時間以内に①災害と被害の状況、②保健医療システムの被災状況、③公衆衛生の課題、④緊急対応の実施に必要な情報、を迅速に得ることを目的としている。その後、公衆衛生課題の全体と保健医療課題の全体について問題点やニーズを特定するために全体アセスメント (thorough assessment)を実施する。</p> <p>2. 全体アセスメントでは、被災地域の全体と保健医療課題の全体について、どのような問題・ニーズがあるかをスクリーニングする。</p> <p>3. 迅速アセスメントを実施するうえでの参考事項として、データ・情報の入手方法(文書データ、情報提供者、フォーカスグループ・インタビュー等)、準備・持参するとよいもの(被災地の地図、被災地の医療機関、保健施設その他関連施設、デジタルカメラとICレコーダー等)の二項目について列記されている。</p> <p>4. アセスメントで得た情報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、救援団体や機関が参照できるよう共有・公開する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>第4章 ニーズ・アセスメント</p> | | |
| <p>1. 災害時の精神保健・心理社会的支援に関連する情報</p> | <p>1. 災害援助活動を行うためには①災害のタイプに関する基本的事実とそれに関連する科学的事実と災害精神医学的知識 (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Garakani, et al., 2004)、②コミュニティの詳細な被災状況 ③災害前のコミュニティについての背景情報を収集する必要がある (Disaster Psychiatry Outreach, 2006; World Health Organization, 2009)。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>2. 災害時の精神保健・心理社会的支援のガイドライン</p> | <p>1. 著者(Katz, 2015)は、機関間常設委員会のガイドライン(Inter-Agency Standing Committee, 2007)、世界保健機構のガイドライン(World Health Organization, 2001)、災害精神医学アウトリーチのガイドライン(Disaster Psychiatry Outreach, 2004)をニーズ・アセスメント実施の観点から総説している。</p> <p>2. 機関間常設委員会 (IASC) のガイドラインはニーズ・アセスメントで収集すべき6つの情報のタイプ(表4-2)を列記しており、アセスメント実施の上でいくつかの要点を示している: ①アセスメントを行う目的に災害支援自体の必要性を決定することを含む、②アセスメントは対象地域の利害関係者、政府、コミュニティ、他の支援期間の協力のもとに行う、③複数の支援組織によって行われるニーズ・アセスメントが災害時精神保健活動全体を管理する組織に共有される体制を築く、④迅速アセスメントは被災者の体験に焦点を当て、発災後1～2週間以内に完了することが奨励される。</p> <p>3. 世界保健機構(WHO)のガイドラインは紛争により</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p> |

| | | |
|---------------|---|----------------------------|
| | <p>国外に脱出した難民、自国内の故郷を追われた避難者、避難せずとも紛争の影響下にある地域住民を対象とするメンタルヘルス・ニーズの迅速アセスメント(Rapid Assessment of Mental Health needs: RAMH)を公開(WHO, 2001)しており、紛争によって生じた複雑な人道上の緊急事態の際に実施する特定のガイドラインを含む。RAMHガイドラインはIASCガイドラインに比べ、より具体的な運用指針を示しており、①RAMHIチームの特定(構成メンバーは少なくとも一人のメンタルヘルスの専門家を含む複数の専門分野にまたがること、地元メンバーと国際メンバーから成ること)、②メンタルヘルスの専門家以外のメンバーがアセスメントについて評価者としての訓練を受けたうえでチームメンバーになることを許可、③複数の期間によるアセスメントの必要性、が含まれる。</p> <p>4. 災害時精神医学アウトリーチのガイドライン(DPO)はいかなる災害精神医学的ニーズ・アセスメントにおいても最低限収集すべき情報の種類を列記しており(表4-3、4-4)、被災者の状況を左右する重要な要因と被災者のニーズに焦点を当てた情報収集のモデルを示している。</p> | |
| 3. 実践上考慮すべきこと | <p>1. ニーズ・アセスメントを実施する際に考慮すべきことは、①被災者支援の活動時期(Disaster Psychiatry Outreach, 2008)、②精神保健活動の範囲(Calderon-Abbo, 2008)、③アセスメント内容ならびに方法-何をどうアセスメントするか(Choudhurry et al., 2006; Connor et al., 2006; Lindal & Stefansson, 2011; Math et al., 2006; Humayun, 2008; Palinkas et al., 1993; North et al, 2002)、④支援活動の予算的問題である(Inter-Agency Standing Committee, 2007; Schoenbaum et al., 2009)。</p> | 1. Ev. |
| 4. 結論 | <p>1. 大きな混乱に晒されている被災地の状況を悪化させることなく最大限の支援を提供するため、システムレベルのアセスメントは災害精神科医の効果的支援の実施の礎となる。</p> <p>2. 介入前に優先されるアセスメント対象は患者、すなわちコミュニティである。</p> <p>3. 潜在的な支援のリソースと目指すべき支援体制の実現を目標にアセスメントを行うと最大限に有用な情報を得ることが出来る。</p> | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |
| | | |

| | | |
|--------------------------------|--|---|
| <p>災害直後 見守り必要性のチェックリスト</p> | <p>1. 金ら(2001)は、初期対応の一環として一般援助者がチェックリストを用いて要支援者をスクリーニングすることが望ましいと述べている。本ガイドラインに掲載されている「見守り必要性チェックリスト」(14項目)には、①トラウマ反応、②トラウマ体験、③処方薬の有無、④災害弱者(本人・家族)に関する質問項目が含まれている。</p> <p>2. 一般援助者に対し、対応方法を可能な限り早期に伝達するため、見守り必要性のチェックリストを配布することが望ましい。</p> <p>3. プライバシーへの十分な配慮の指導のため、平時より防災訓練等でその必要性を伝達しておく。</p> <p>4. 防災訓練時などに一般援助者がチェックリストを用いて経験を積むのが望ましい。</p> <p>5. 地域精神保健医療の担当機関、地域精神保健医療従事者に一般援助者が助言を必要時に仰ぐことができ、その後の対応を依頼できる連絡体制の確立が望ましい。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| <p>早期介入研究における留意点</p> | | |
| <p>第20章 メンタルヘルス介入の研究を行うために</p> | | |
| <p>1. 現状はどうなっているのか？</p> | <p>1. 危機的事態ストレス・デブリーフィング(critical incident stress debriefing: CISD)の無効性と有害性を示す報告があり、それに代わるCBTの有効性が認められているにも関わらず、CISDは災害下の標準的ケアとして現在も臨床家に注目されている。早期介入法としてCBTを普及するためには、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く評価結果が必要である(Bryant et al., 1998; Bryant et al., 1999; Litz et al., 2002; Rose, Bisson, & Wessely, 2001; Watson et al., 2003)。</p> | <p>1. Ev.</p> |

| | | |
|-------------------------------|--|--------------------------------------|
| 2. 早期介入研究における優先事項 | <p>1. 筆者 (Litz & Gibson, 2006)は今後の早期介入研究のテーマを優先順に次のように列記している:① RCT, quasi experienmetal design, balanced design, block randomization design等を用いた多様な二次的予防法に関する、入念に計画され適切な対照群を置いた臨床試験 (Yule, 1992; Hardin et al., 2002)、②トラウマ後適応の自然経過、特に大規模暴力およびトラウマ性喪失後の適応経過に関する縦断的研究、③スクリーニングモデルおよびスクリーニング方法に関する研究 (Ethlers & Clark,2003; Litz et al., 2002) 、④さまざまな介入の最適な導入時期に関する研究、⑤早期介入に不可欠な構成要素や必要な修正作用に関する研究、⑥被災者のニーズに関する研究 (Hobfoll, 1989; Hobholl et al., 1995)、⑦トラウマ体験による喪失体験 (traumatic loss)に特有の精神的荷重に関する研究、⑧トラウマ後の適応概念の拡大に焦点を当てた研究 (Norris et al., 2002; North, 2003)。</p> | 1. Ev. |
| 3. きちんとした早期介入研究への障碍, およびその解決策 | <p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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ければならない(臨床的平衡)。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)。</p> <p>4. 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する。</p> | 1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op. |
| 4. 早期介入研究における方法論的留意事項 | | |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| <p>ー目標とする症状を明確に定めること／治療への無作為割り付け／信頼性・妥当性のある評価尺度／評価者の盲検化／評価者の訓練／マニュアル化された再現可能な治療プログラム／客観的な治療アドヒアランス評価尺度／多様なアウトカムに関する評価</p> | <p>1. FoaとMeadow(1997)は早期介入に関する臨床研究の妥当性を高めるために、以下7つの「ゴールド・スタンダード」を提示している:①目標とする症状を明確に定める、②治療への無作為割り付け、③信頼性および妥当性のある評価尺度、④評価者の盲検化、⑤評価者の訓練、⑥マニュアル化された再現可能な治療プログラム、⑦客観的な治療アドヒアランス評価尺度、⑧多様なアウトカムに関する評価。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>5. 結論</p> | <p>1. 大規模暴力、外傷性喪失への暴露による慢性PTSD・他メンタルヘルス問題防止のため最良と考えられる方法の探求は臨床的平衡状態を保つことであり、それが体系的研究の必要性を実証している。 2. 方法論的基準を満たす早期研究を行う課題は多岐にわたるが、必ず克服しうると考えている。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>第5章 破滅的大災害発生直後の緊急的なニーズ評価</p> | <p>1. 筆者(Speier, 2006)の見解によると、災害時の需要評価モデルは、主に①情報収集、②事件への対応、③生存者の回復を重要視している。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>1. 背景</p> | <p>1. 多種多様な介入戦略と評価指標、ならびにそれらに関する研究が存在するが(Norris, 2001)、その中でもFranklyn(1983)に認められている介入はFEMAを通してCMHS(2003)より資金援助されている危機的カウンセリング・プログラムで実施されている対応戦略と一致している。その基本アプローチはトラウマを受けた人々は現行の適応行動を過去にもとっており、困難を乗り越える力を基本的に有しているというものだ。 2. 従って、人々に現れる症状は災害に関係しているが、専門家による診断や治療的介入が必要な精神疾患の症状ではないということを前提とすべきである。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>2. 介入計画</p> | <p>1. 効果的な介入の計画を立てるためには、生存者の抱える繊細な問題と反応の特徴、そしてコミュニティと個人への災害の影響の社会環境要因ならびに特徴を注意深く評価する必要がある。そのために、以下の点について留意する。</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|--------------------------------------|--|-------------------------------------|
| <p>ー災害の場所／災害の衝撃を受けた人びと</p> | <p>1.DMH対応策を立てるためには、まず被災地域を特定する。例えば、FEMAは、地域ごとの人口動態が記載された地図や、援助を要請している地理的場所が書いてある地図を提供している。 2.被災地を特定した後は、コミュニティとその居住者の特徴を見定め、資源と合致させる。 3.著者 (Speier, 2006)は、DMH対応に影響しうる数多くの個人および共同体の相対的回復力への影響因子をリストアップしている (言語、脆弱性、教育資源、大惨事の経験など。P.97-98)</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>3. 自然災害後の需要評価</p> | <p>1. 量的需要評価 (被災者の数など)だけでなく、心理社会的ストレス要因に関する情報などを含めた質的需要評価も実施すべきである (Louisiana Office of Mental Health, 2002)。 2. 付加的な質的指標はp.99-100に掲載されており、緊急住宅用支給額、中小企業局による被災者への住宅サポート、身体的に脆弱な高齢者数、農業と漁業の災害損失額、蛇・蚊に加え菌類・カビ類の蔓延と脅威、下水の家屋・井戸への流入などが含まれている。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>4. 大量の死傷者を伴うテロリストによる大惨事後の需要評価</p> | | |
| <p>ーヴァージニアの需要評価/ ニューヨーク州需要評価</p> | <p>1. ヴァージニア州で起こったペンタゴンへの飛行機衝突事件と、ニューヨーク州の9.11において用いられた惨事後のメンタルヘルス需要評価方法はテロ事件という原因を同じくするも、それにより引き起こされた災害の差異により、異なる評価方法が導入された。 2. ヴァージニアでは事件後6週～8週以内にサービス受給対象となったグループは①直接の被害者、②殺害された人々の家族、友人、近隣者、③事件に対応した救急隊員とその家族、④事件に対応しなかった救急隊員とその家族、⑤テロ行為の</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |

| | | |
|------------------------------|---|------------------|
| | <p>結果として失業した人々、⑥テロリストの標的またはペンタゴン周囲の住人、⑦出身国やイスラム教信仰のため見当違いの怒りの標的とされたと感じる人々、⑧難を逃れるためにバージニアに来ていた移民、⑨学童児童であったが、ニューヨークではFEMA/CMHSが定める喪失カテゴリーにある因子に基いた需要見込み指標を拡大し、①災害により雇用・解雇された人々、②世界貿易センター(WTC)緊急および復旧作業員、③WTC避難者、④WTCにおいて勤務していたが攻撃時に不在であった人々、⑤避難所での学童と教師、⑥就学前の子どもなどを含めて広範なアウトリーチが実施された。</p> <p>3. ニューヨーク市5区を対象とした需要評価では共同体内の下位集団へのリスクを考慮し、第一、第二段階の対応プランが定められた。</p> | |
| 5. 需要評価戦略 | 1.メンタルヘルス需要評価において、WHOは以下の項目を推奨している:①背景、文化、問題の歴史と性質、その地域での苦悩と疾病への認識の仕方、対処方法、共同体の資源などを慎重に考え評価、②特定の背景および事情の定性的評価、③障害または日常機能の定量的評価、④満たされていない需要と需要の緊急性を特定、⑤地域の資源と潜在的な外部資源 (World Health Organization, 2003)。 | 1. Ev. |
| 6. 災害後のメンタルヘルス需要の評価に対する概念モデル | 1. 災害・事件でのメンタルヘルス需要評価概念モデルは図5.1(p.107)に示されている。 2. 計画性の高い需要評価は、最終的に効果的な短期および長期介入サービスを導くものである。 | 1. Op. 2. Op. |
| 7. 対応構築を需要評価に結び付ける | 1. 被災地と被災者を特定した後は、コミュニティとその住民における需要と資源をいかにして合致させるかを定める。著者が推奨する対応策には、①現在および将来の個人の需要、②個人と共同体を災害以前の状態に復旧するために必要な、回復活動範囲に関連して利用できる機器のサポート、③回復戦略の基盤となる因子の再評価の継続の慎重な分析が含まれている。 | 1. Op. |

| | | |
|---|--|--------------------------|
| <p>8. 結語</p> | <p>1. 災害支援に限らず、状況への対応において最も重要な要素は多種多様な場所において沢山の 人々と話すことである。平時に対応業務に積極的 に従事している人々などを集めて少人数ごとにブレ インストーミングを行い、その受け答えの過程で異 なる有権者グループがこうむる災害の影響の多種 多様な側面について誰が専門家として決まってメ ディアに引き合いに出されるか常に注意を払うこ とが最も重要である。</p> <p>2. サービス提供のプロセスは新しいステーク ホルダーが現れるに伴いニーズアセスメントのプ ロセスを知らせる。被災者が誰であるか、そし てその人たちがどこに住み、どこで働いている のかという情報は必須であるが包括的な災害時 精神保健対応と復興事業の基本的な構成要素に とどまる。よって、幅広く慎重なニーズアセ スメントをする努力を率先して見極めることが 災害復興の対応における早い段階で統合的な 対応政策を組織し実施する機会を災害精神保 健チームに与える。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| | | |
| <p>第12章 よき意図で舗装された道でも、方位磁針は必要—災害時メンタルヘルス・サービスのモニタリングと評価</p> | | |
| <p>1. なぜ災害メンタルヘルス・プログラムを評価するのか？</p> | <p>1. 災害メンタルヘルスサービスは、刻々と変化する混沌とした状況のなかで提供されるため、介入が非効果的に行われる可能性がある。不合理な先入観、サービス内容の改善のための最善策についての間違った前提、以前の災害の印象にもとづく臨床の知識・ロジスティクスの知識等は現場での素早い決断へ要求が高いあまり、頻繁に見受けられる。</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>ープログラム評価が貢献すること ／プログラム評価のタイプ</p> | <p>1.プログラム評価は介入の実施・効果に関する情報の収集、分析、解析する体系だった取組みを指すが(Shadish et al., 1991)、危機の最中においてはなおざりにされがちであり、効果を期待できる最良のカウンセリングが何であるかの実証的知識は非常に限られている。しかし、災害メンタルヘルス・サービスにまつわる課題への答えはプログラム評価により提供される実証的根拠によって導き出されることから、科学的なプログラム評価の実践とその質の向上が必須である。</p> <p>2.プログラム評価には、①プロセス評価と②成果評価の2種類が存在する。前者は、危機介入の実施に関する評価で、後者はその効果の評価に焦点を置く。</p> <p>3.また、プログラム評価の種類には、a)モニタリングと、b)累積的評価も存在する。前者は、プログラムの実施期間中に集めたデータ(利用者の満足度など)を基に、プロセスが計画通りに進んでいるのかを評価する。後者は、モニタリングの目的に加えて、プログラムとそのプロセスの効果に関連する問題を特定する。これにより、プログラム実施における問題のみならず目標、戦略などについての幅広い因子について考察が可能となり、将来の危機対応への計画設定に役立つ。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>2. よいプログラム評価の基準</p> | | |
| <p>ー有用性／実行可能性／倫理／正確さ</p> | <p>1. 評価は評価結果に影響を受ける、あるいは評価に深く関与しているの人々の関心である課題に応えることであるから、利害関係の特定とそのニーズの対応が必要である。個々の利害関係者は評価の有効性についてそれぞれ異なった判断をすることから、評価者の重要な仕事の一つは、利害関係者の価値観を明確にすることである。評価は利害関係者の活動に対する影響力が最大限になるよう、終始一貫して実施・報告する必要がある。</p> <p>2. 評価の有効性はその実行可能性(例:評価する範囲、利用可能な資源、政策面での実用性)に合理性があるかによる。</p> <p>3.倫理的評価について--参加者の人権、権利、福利を尊重すること。</p> <p>4.正確さについて--評価の手順の詳細を明示し、手順自体が明らかでなければならない。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>3. プログラム評価の実施</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>ーステップ1 利害関係者を参加させる／ステップ2 プログラムがどう機能するかを示す／ステップ3 評価課題と評価計算に焦点を当てる／ステップ4 確かな証拠を集める／ステップ5 結論の正当性の確保／ステップ6 評価の成果を共有する</p> | <p>1. プログラム評価は以下の手順で行われる(表12.1; p.237): ①利害関係者の特定、その関心を時期段階ごとに区別する、②プログラムがどう機能するかを示す、③プログラムの課題と計画に焦点を当てる、④確かな証拠を集める、⑤結論の正当性を示す、⑥評価の結果や教訓を共有する (Bickman, 1987; Lipsey, 1993; Mowbray, 1988; Rossi et al,1999; University of Kansas Work Group on Health Promotion and Community Development, 2004; Weiss, 1997)。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>4. 災害後の評価に関する諸課題</p> | <p>1.生存者のニーズが変わるにつれて、提供されるメンタルヘルス・サービスの種類が時間とともに変更する傾向があること。 2.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ともに変転する。例えば、後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 (Athey, 1999; Lipsey, 1993)。 3.アウトリーチ・プログラムによって、災害以前に存在していたにもかか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 (Athey, 1999)。 4.評価の必要性が十分認識されてないために、有効な評価を行うのが遅れてしまうことがある。</p> | <p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev. 4. Op.</p> |
| <p>5. 「評価文化」を発展させる</p> | <p>1.評価文化を定着させるためには、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なかに含ませることが必要である。 2. 危機カウンセリング・サービスにおいて役立つと考えられる知識の多くがいまだ個人的な経験談と社会通念に基づいている。支援者らが経験的に持ち合わせている介入の効果の知識は比較的簡単に研究できる類似集団(例:自動車事故の被害者)をもとに得られたものが多くを占める。実際の災害から得た経験的なデータに則した知識が必要とされるならば、適切な環境を整備し、災害メンタルヘルス・サービス提供時に有用なプログラム評価をすることが必須である。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>第7章 災害直後の緊急介入提供を構成する背景となる文脈</p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2. 早期介入を開始するための前提</p> | <p>1. 災害と大規模暴力の生存者への早期介入はメンタルヘルス専門職によるサービスでなくとも多くの取り組みが、地域社会のメンタルヘルス効果をもたらすと考えられている(例: 国家と地方自治体による治安の確保、リスクと適切な行動に関する市民への正確な情報伝達、国民の指導者への信頼)。 2. 災害への対応のさまざまな側面がコミュニティに存在する不安、恐怖を軽減し、人々のメンタルヘルスに影響を及ぼすことから、メンタルヘルス介入を単独で行うのではなく、包括的な災害対応のシステムのなかに完全に組み込んで実施すべきだと専門家の間で合意されている。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>3. 巨大惨禍に対する個人の反応</p> | <p>1. 被災者の災害に対する反応に影響する因子には、①トラウマの既往、②精神科既往歴、③トラウマ的出来事の期間と種類、④性別、⑤年齢、⑥社会的支援の状況などが含まれる (Wright & Bartone, 1994)。 2. 長期にわたる、激しいトラウマへの暴露を経験した生存者はより激しい反応を起こしやすく、災害の特性と由来により生じる反応は多種多様である(例: 戦争、テロリズムなど人為的行為によって生じたトラウマ、火山噴火、ハリケーンに起因するトラウマ)。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |
| <p>4. サービス提供モデルと顕在化しているニーズと合致させること</p> | <p>1. サービス提供において要となる原理は、必要とされていない、歓迎されていない場面で無理矢理介入することを控えることである(Orner & Schnyder, 2003)。 2. 災害生存者のニーズは常に変化し、それぞれの行動は予測不可能であるがために、支援者は現実的で短時間で行える援助に取り組む必要がある (Ajducovic & Ajducovic, 2003)。 3. 被災者にとって、惨事直後に起こる「活動停止の時間(downtime)」は必要と示唆されているため、心理的デブリーフィングは効果がないうえに推奨されていない (Kenardy, 2000)。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev.</p> |
| <p>5. 災害の背景を評価する</p> | <p>4 災害生存者にとって最も効果的な早期介入法として 1. 被災地域への緊急介入を計画する際には ①社会基盤の損傷の度合い、②災害の規模、③被災地住民の特徴 (例: 人口層、多文化 vs. 単一文化社会)、④二次災害の可能性 (de Jong & Kleber, 2003)を評価したうえで、大惨事の発生と終息については様々なパターンがあることから、早期介入を行う際には、常に災害の状況に注意しなくてはならない(Grieger et al., 2003; Myers, 1994)。</p> | <p>1. Ev.</p> |

6. 乏しい資源の有効活用

1. 必要性demandに対して資源が少ない場合、支援者は、①各々の災害のコンテクスト (Shalev & Ursano, 2003)または②ニーズneeds(Ørner & Schnyder, 2003)に基づいて早期介入方法を選択すべできある。

2. 公共性の高い適切かつ正確な情報を災害時に提供できる希少な資源としてマスメディアは使われるべきである。とくに、トラウマにより最初に生じる一般的な心理的反応、反応の一般的な経過、生存者のニーズにあわせて立ち上げられた支援の詳細について伝達すべきである (Levant et al., 2004)。

1. Ev.
2. Ev.

| 項目7:初期 | 要約 | |
|--------------|---|---|
| 2. 直後期の対応として | <p>1.. 著者ら(鈴木ら, 2012)は、直後期を「発災後数時間から数日間」と定義している。</p> <p>2. 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</p> <p>3. 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</p> <p>4. 不適切という意見が多かった項目:一般住民に対するスクリーニング</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> |
| 3. 急性期の対応 | <p>1. 著者ら(鈴木ら, 2012)は、急性期を「発災から数日から数カ月程度」と想定している。</p> <p>2. 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</p> <p>3. 専門家の意見が分かれた項目:①心理療法、②PFAのような心理的な側面に配慮しながら具体的なニーズを優先する、治療を目的としない対応、③巡回相談</p> <p>4. 専門家による合意が得られなかった項目:スクリーニング</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> |
| 2 最低必須対応 | <p>1. 災害・紛争時などにおける精神保健・心理社会的支援を保護・促進するために重要な活動に関する指針を縦3段、横11段のマトリックスで示す。</p> <p>2. 対応の種類には3種類あり(緊急事態に備えた準備、最低必須対応、包括的対応)、以下「最低必須対応」に着目する。</p> <p>3. 最低必須対応の定義:「災害・紛争時等に至急実施すべき優先度の高い対応」、「被害者が受けるべき最低限の支援を提供するための活動」</p> <p>4. 最低必須対応アクションシートは大きく3パートから成り(パートA:各領域に共通の作業役割; パートB:精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域; パートC:活動領域別セクター別の社会的配慮)、以下11項目の対応必須アクション、その下に更に24項目の関連必須アクションを設けている。</p> <p>5. 11項目の対応必須事項には、①連携・調整、②アセスメント・モニタリング・評価、③保護および人権上のスタンダード、④人的資源、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情報の発信、⑨食糧安全および栄養、⑩避難所および仮設配置計画、⑪水および衛生が含まれる。</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p> |

| | | |
|-----------------------|---|----------------------------|
| 2. 初期対応(災害後1ヶ月ま | | |
| 1) 現実対応と精神保健 | 1. 災害による不安、恐怖、苦痛などの心理的反応を和らげるためには、生命、身体、生活への迅速な対応が前提となるが、これらの全てが解消されるわけではないため、精神的問題を念頭に置いた対策が必要。 | 1. Op. |
| 2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト | 1. ファーストコンタクトの必要性: 災害後できるだけ早い時期に援助者が被災者と顔を合わせ、言葉を交えることで、被災者の混乱や不安を軽減。 2. 初回接触時に援助者がすべきこと: ① 付属の見守り必要性チェックリスト(p.24)を用いて、ハイリスク者の特定を目的としたスクリーニング、② 心理教育の実施、③ 援助の意志を伝えること(住民は今後の援助活動についても信頼感を持てる) 3. 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: 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。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |
| 3) 見守りを要する者のスクリーニング | 1. 災害に備えて一般援助者がすべきこと: 見守り必要性チェックリストの使用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。 2. 災害時に一般援助者ができること: ① 見守り必要性チェックリストを用いたスクリーニング、② 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、③ 心理的応急処置 | 1. Op. 2. Op. |
| 4) 心理的応急処置 | 1. 心理的応急処置の必要性: 住民と援助者が接することによって、住民全体の不安を軽減し、安心感をもたらす。ただし、災害前から訓練を受けておく必要がある。 2. 被災者と接する際に伝えること: ① ホットラインや相談所について、② 急性期のストレス反応について「不安や苛立ちは一時的で誰にでも起こること」 3. 精神的症状が強い被災者: 原因として、① 過去に別の外傷的出来事への曝露、② 精神疾患の再発、発症、③ 投薬など治療の中断、などが挙げられている。 | 1. Op. 2. Op. 3. Op. |
| 5) 医学的スクリーニング | 1. 医学的スクリーニングで(質問紙や面接)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という流れが勧められている。 | 1. Op. |
| 6) 情報提供 | 1. 被災者へ提供されるべき情報の内容は、① 現実情報(災害規模など)と、② 心理情報(一般的なトラウマ反応、対応法など)である。 | 1. Op. |
| 7) 「心の相談」ホットライン | 1. 「心の相談」ホットラインは、被災地住民の不安軽減に非常に有効。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。 | 1. Op. |

| | | |
|-----------------------|--|--|
| II. 災害時こころのケアのあり方 | | |
| 1. 基本的こころ構え | <p>災害後初期における対応の心構えは、以下の4つである：</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 被災者に安心感を保証する：情報の提供、現実的問題への対応、支援者の適切な態度（傾聴など）を必要とする。 2. 被災者を被災地域のネットワークに繋ぐ：具体的な方法の例として、同じコミュニティの人の避難先を隣接させる、情報提供などが記述されている。 3. 被災者が落ち着きを確保できるよう支援する：具体的な対応の例として、被災者の話に傾聴する、メディアの過剰な取材から保護する、衣食住の確保などが挙げられている。 4. 共感的な態度で具体的な支援を提供する：共感的な態度を示せるような訓練、行政や医療との連携、避難所間の支援の格差の軽減を必要とする。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. |
| 2. 初期対応における精神保健専門家の役割 | <ol style="list-style-type: none"> 1. 被災後1～2週間ほどは、急性期医療専門家と連携し被災者ならびに支援者の精神問題に対応する。 ✓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。 ✓連携は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。 2. 初期にはほかの急性医療関係者、保健師、行政職員などの相談に応じ、助言を行う。 ✓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、という意見がある。 ✓一方で、ボランティア、保育士、教員らは専門的な助言を必要とする際には、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。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. Op. 2. Op. |
| | | |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| <p>3. 初期対応</p> | <p>1. 被災者には誠実に、かつ幅広い問題に対応する姿勢で接するべきである。 ✓「幅広い問題」＝「被災者のニーズに合わせた援助」であり、柔軟な姿勢で問題に対処することが求められる。</p> <p>2. 被災者の疑問にできるだけ正確な答えを与えられるよう、情報の確認を徹底するべきである。 ✓伝達すべき情報の収集ならびに伝達手段の確保ならびに確認、また、被災者のニーズに合わせた適切な伝達の仕方が重要である(身体障害者、日本語を話せない外国人への配慮等)。</p> <p>3. 被災者と対面の際、精神的な問いかけを当初にすることは控え、まず当面の心配事・体の状態などについて問うことが一般的に奨励される。 ✓被災者の精神面の問題の多くは当面の心配あるいは体の状態に呼応しているケースが多いからである。また、実際に話しかける際は被災者の状況にあわせた対応が必須である。</p> <p>4. 不安・恐怖に圧倒されている、あるいは茫然自失状態にある被災者には体験・感情等の言語化を求めるのではなく、そばに寄り添うような共感的安心感を与える接し方がよい。 ✓安心感を提供する関わりの実践、ならびに必要に応じて薬物療法も考慮すべきである。</p> <p>5. 被災者に個人の体験を詳細に語ることを勧めてはならない。 ✓被災者が十分な準備のないままに言語化を強制された場合の状態の悪化の危険性は高い。本人が自発的に話すのを待つとともに、安心して語れる環境作りが必須である。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| <p>4. アセスメント・スクリーニングについて</p> | <p>1. 精神健康問題が継続する人について、精神保健専門家は専門的アセスメントを実施する。 ✓緊急災害時には包括的なアセスメントをする余裕がないが、特に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。問題継続の鍵であるストレス反応が持続しているのか、災害前より続いている精神疾患や問題なのかで対応が異なることから、適切なアセスメントが求められる。</p> <p>2. 精神健康スクリーニングの実施目的はハイリスク者の把握のためであって、単なる被災者の調査目的であってはならない。 ✓研究目的の調査は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。しかし、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。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|-----------------------|---|---|
| <p>5. 災害時要支援者への対応</p> | <p>1. 災害時要支援者とは高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障害者、既往の精神疾患・身体疾患がある者、外国人などを含む。 ✓加えて、自身の安全確保のために迅速に的確な必要情報入手できない、また、迅速に安全な場所に避難することができない人々も対象として含めるべきである。 ✓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。</p> <p>2. 早期から災害時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。 ✓往々にして災害時要支援者へのケア・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。</p> <p>3. 学童のこころのケアは学校現場や児童相談所などの学童期のこころのケア担当機関と連携することが奨励される。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| | <p>✓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。</p> <p>4. 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。 ✓基本中基本の概念であるが、親の安定化が困難な家庭もあり、専門的見極め、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、介入につなげる好機とし、保健活動の経験・アセスメントをいかすべきである。</p> <p>5. 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。</p> | |
| | <p>✓親の情報や情報提供内容に準じた対応場所の検討・確保が求められ、著作権に抵触しないパンフレット等の事前準備が必要である。</p> | |

| | | |
|------------------------------|---|---|
| <p>6. 精神健康に配慮したコミュニケーション</p> | <p>1. 被災後初期よりこころのケアホットラインの設置することが望ましい。 ✓住民の安心感につながる利益が見込めるが、行政やメディアはその効果を過大評価しがちであり、実際の相談件数も期待したより多くないことから、電話相談は情報提供・傾聴にとどまる限界を念頭に置いた対応が求められる。</p> <p>2. 被災後のこころの反応についての心理教育、相談を行い、また、支援提供機関が掲載されたパンフレットの提供が望ましい。 ✓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。</p> <p>3. 災害初期に多く見られる心理的反応は通常反応ととらえて対応するのがよい。 ✓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。</p> <p>4. 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。 ✓「異常な事態における通常反応」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応、説明を付加する配慮が求められる。</p> <p>5. 被災者に広くメンタルヘルス関連情報を提供することが望ましい。 ✓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。 ✓情報の提供・伝達方法に留意し、同様の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。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| | | |
| <p>II. 初期対応</p> | <p>(専門家の意見集約のデータ結果に基づく)</p> | |
| <p>1. 基本的こころ構え</p> | <p>1. 初期対応においては、被災者に安心感を保障すべきである。 2. 初期対応においては、被災者が落ち着きを得られるよう支援すべきである。 3. 初期対応においては、被災者に対して共感的な態度で接し、具体的な支援を提供すべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>2. 初期対応における精神保健専門家の役割</p> | <p>1. この項目について、専門家間で合意の得られた項目はなかった。</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|----------------|---|---|
| 3. 初期対応 | <p>1. 被災者には誠実に対応し、開かれた態度で接するべきである。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 唐突に精神的な面について問うのではなく、まずは当面の心配事、ならびに体の状態等について問いかけていくべきである。</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> |
| 4. スクリーニングについて | <p>1. 精神健康面で問題が継続している被災者には、精神保健専門家は専門的なアセスメントを実施すべきである。</p> | <p>1. Op.</p> |
| 5. 災害時要支援者への対応 | <p>1. 災害弱者とは高齢者、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、外国人などである。</p> <p>2. 高齢者、子どもなどの災害弱者には早期から各々のニーズに応じた特別なケア・介入が必要である(介護予防、生活不活発病、認知症対策、母親への心理教育など)。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 乳幼児のこころのケアについては、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ができるよう支援することが大切である。</p> <p>5. 乳幼児の対応については、避難所、幼稚園・保育所等で子どもたちの親を対象に、子どもの心理ならびに対応について情報提供をし、また、親の相談を行うことが必須である。</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> <p>4. Op.</p> <p>5. Op.</p> |
| 6. 情報提供 | <p>1. 被災後初期からこころのケアに関する電話相談網(ホットライン)を設置すべきである。</p> <p>2. 被災後のこころの反応についての心理教育や、相談や支援機関の情報提供をパンフレット等の配布を通して行うべきである。</p> <p>3. 被災者には初期における心理反応について情報を提供し、基本的にそれは正常な反応であることについて積極的説明を行うべきである。</p> | <p>1. Op.</p> <p>2. Op.</p> <p>3. Op.</p> |
| 8 情報の発信 | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>8.1 被災した人びとに対し、災害・紛争等、救援活動、被災者の法的権利に関する情報を提供する。</p> | <p>1. 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、思惑を持つ者に通信経路が悪用される可能性がある。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>8.2 前向きな対処方法に関する情報へアクセスできるようにする。</p> | <p>1. 災害・紛争時に多くの人々が経験する心理的ストレスを軽減するのに役立つ、前向きな対処法に関する情報の確保、作成、ならびに配布は最もよく用いられる緊急介入の一つである。</p> <p>2. 極度のストレス要因に対処し、効果的な自己・他人の心理社会的ニーズに応じる共通する方法を知ることにより、人々、家族、コミュニティの理解が高まる。</p> <p>3. 具体的には、①前向きな対処方法に関する情報で、被災者らの間ですでに入手可能なものを特定し、②その時点で、前向きな対処法に関する入手可能な情報が無い場合は、文化的に適切な情報を作成。また、さまざまなサブグループ(男性、女性、ハイリスクの被災者等)のニーズに対処できるよう適宜情報を確認、個別に作成することである。(前向きな対処方法に関する一般向けの情報を作成する上で「すべきこと」、「すべきではないこと」を表で示している(p. 164を参照))。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>第8章 災害への即時対応</p> | | |
| <p>1. PFAとは</p> | <p>1. PFAの定義: 適応的対処・問題解決を支援するために、急性期の間(最初の4週間)に急性ストレス反応あるいは機能不全を呈する人々に提供される介入方法。</p> <p>2. 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く、一定の基準を満たす者に対して使われるため、「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)。※「一定の基準」とは何かについては書かれていない。</p> <p>3. 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)。最近の総説では、CISDは長期的心理的後遺症を予防できるものではなく、症状を増悪させる可能性があること示されている(詳しくは第7章を参照)。</p> | <p>1. Op. 2. Ev. 3. Ev.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| <p>2. PFAを求めているのは誰か</p> | <p>1. PFAの恩恵が最も期待されるのは、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。 2. 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(p.152, p 153のサンプルを参照)。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>3. PFAの目的と介入方法</p> | <p>1. PFAの目的には、適応的コーピングと問題解決プロセスを支援することの他に、①安全を確保し、基本的なニーズを満たす手助けをすること、②特定のストレス要因への介入、または過覚醒緩和介入を用いて重度のストレス反応の軽減すること、③復興資源へ生存者を繋げることなどが含まれる。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>—安全の確立/極度の急性ストレス反応を軽減する【災害に関連した特定のストレス要因への介入/過覚醒緩和介入】/復興資源へ生存者をつなぐ【問題解決への積極的な支援/メンタルヘルス・サービスへ紹介する時期と方法】</p> | <p><u>安心の確立</u> 1. 身体的ケア(基本的ニーズを満たすこと)は心理的ケアである。 <u>極度の急性ストレス反応を軽減する</u> 重度のストレスを軽減するためにPFAを概念化させる方法としては少なくとも二つのアプローチがある。 2. 【災害に関連した特定のストレス要因への介入】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。死別体験者への関わり方は表8.3(p. 156)、再体験を呈する者への支援例は表8.4(p. 157)、認知的歪みを呈する者へのリフレーミング例は表8.5(p. 159)に記載されている。 3. 【過覚醒緩和介入】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。 <u>復興資源へ生存者をつなぐ</u></p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Ev. 4. Op.</p> |
| | <p>4. 支援者は生存者の問題解決を積極的に援護し、①惨事直後の危機介入を要する人々(例:自殺願望、セルフケア能力の喪失)と②長期的なメンタルヘルス上のリスクのある人々(表8.7, p 163)をメンタルヘルス・サービスに紹介する。</p> | |
| <p>第8章被災地におけるコミュニケーション 2. 被災者への介入</p> | <p>1. 被災者に対する支援者の基本的な姿勢:「判断を交えない、中立的な態度」</p> | <p>1. Op.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| <p>—Psychological First aid: PFA／包括的な災害緊急時被災者支援システム</p> | <p><u>Psychological First Aid (PFA)</u> 1. 日本で広く知られているPFAは、①「心理的応急処置(PFA) 現場支援ガイド」と、②「サイコロジカル・ファーストエイド;実施の手引き 第2版」。 2. PFAの目的: 急性期支援(被災直後～数週間以内)。 <u>包括的な災害緊急時被災者支援システム</u> 3. 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(LPC)が低～高リスク者に提供される。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Ev.</p> |
| <p>第12章 サイコロジカル・ファーストエイド</p> | | |
| <p>1. 歴史と発展</p> | <p>1. PFAの起源: アメリカ精神医学会が執筆した「コミュニティ災害におけるサイコロジカル・ファーストエイド(Psychological First Aid in Community Disasters)」(Drayer et al., 1954)。 2. 心理的デブリーフィング(CSID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)。 3. 心理的デブリーフィングとオペレーショナルデブリーフィングの違い: 後者は実施された介入の有効性を学ぶことを目的として用いられる。 4. 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)。 5. PFAの目的は表12-1(p.276)を参照(Brymer et al., 2006)。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Ev.</p> |
| <p>2. 発展中の基準</p> | <p>1. 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)。</p> | <p>1. Ev.</p> |

| | | |
|--|---|------------------|
| 3. サイコロジカル・ファーストエイドの基本 | <p>1. PFAの基本要素と目的は、頁278の表12-2に簡潔に記述されている:①被災者に対して共感的な関わりを持つ、②安全を確保し安心感を与える、③被災者の落ち着きを取り戻す、④情報を収集する、⑤現実的な問題の解決を助ける、⑥社会的ネットワークの強化する、⑦対処に役立つ情報を提供する、⑧支援を必要とする被災者をサービスと繋げる(Brymer et al., 2006)。</p> <p>2. PFAの学び方: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。</p> | 1. Ev. 2. Op. |
| 4. 特別な人口集団 | 1. 「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。 | 1. Op. |
| 5. 文化の問題 | <p>1. 「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。</p> <p>2. 対策として、「PFA実施の手引き」には、他国で支援活動をする援助者に対するの注意書きが全体的に散らばられている。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。</p> | 1. Op. 2. Op. |
| 6. 子どもと青少年 | 1. 「PFA実施の手引き」には、子どもとその保護者(両親、学校教員など)への対処法について記述されている。 | 1. Op. |
| 7. 結論 | 1. ガイドやオンライン訓練で得たPFAの概念や介入を実践に活かすためには、臨場感のある台本(scenarios)とベテランの指導者がメンターを務める講習会が適切。 | 1. Op. |
| | | |
| 第5章 緊急支援・グループアプローチ | | |
| 1. 総合的支援体制 — 求められる多様な被害への対応／総合的な支援体制の構築 | <p>1. 求められる多様な被害への対応:災害や事件による被害の予防と解決支援</p> <p>2. 総合的支援体制とは、被災者・被害者のダメージの度合いに合わせて、①セルフケア(低ダメージ:心理教育)、②コミュニティによるケア(中ダメージ:安心できる環境を提供)、③専門的なケア(大ダメージ:心理療法、薬物療法)を同時並行的に行う体制である(図1、p. 42を参照)。</p> | 1. Op. 2. Op. |
| 2. サイコロジカル・ファーストエイド(PFA) | | |

| | | |
|--|---|-------------------------------------|
| <p>—PFAが作られた経緯／PFAの概要／PFAの展望</p> | <p>1. PFAが作られた経緯: 9.11当時、現場に入った複数の支援チームは各々独自の支援活動を展開し被災地に混乱を招いた。同じ失敗を繰り返さないために、包括的早期支援マニュアルであるPFAが作成された。本節では、サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版(Psychological First Aid Field Operations Guide)を基に、概要を説明している。</p> <p>2. PFAの概要: PFAの原則、目的、要素について述べられている。</p> <p>3. PFAの展望: 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。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>3. 緊急支援チーム(CRT) —CRT(緊急支援チーム)とは／CRTの現状と課題</p> | <p>1. 緊急支援チーム(CRT)とは: 「学校や地域で生命に関わる重篤な事件・事故が発生し、子どもを含む多くの地域住民が心に傷を負うような深刻な衝撃を受けた場合に、精神科医や臨床心理士等の専門家を派遣し、現地機関である学校等を支援するチーム」</p> <p>2. 災害発生後、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。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>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</p> | <p>1. 本稿では、災害派遣精神医療チーム(DPAT)の活動指針に関する精神医療専門家の意見を提示している。</p> | |
| <p>(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 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</p> | <p>1. 被災地の立場からすると、急性期から中長期まで継続して災害対策ならびに通常業務を合わせて担うことは多大な負担となる。</p> <p>2. 急性期活動による疲弊により、中長期活動の質の低下が懸念される。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|--|--|--|
| <p>2 急性期と中長期では必要な活動が異なる</p> | <p>1. 災害時に求められるのは①既往症のある被災者への対応(服薬の継続)と②惨事ストレスへの対応である。前者の派遣期間は現地の医療機関が復旧するまでで、後者の派遣期間は長期にならざるを得ない。</p> <p>2. 急性期は地域保健ニーズのくみ上げ、地域保健組織の組み立て、精神医療機関(病院)の支援が主たる仕事だが、中長期は地域精神保健の長期的・継続的支援が主な仕事である。</p> <p>3. 3日以内に緊急を要する病院にDMAT/DPATを派遣。中長期には、精神保健福祉センターや保健所、保健師チーム等との連携が不可欠。</p> <p>4. DPATの急性期支援は主として被災した精神科医療機関の診療支援とダメージの回復にあたるべきであり、中長期的活動についてはチームでの派遣は必要なく、被災地の医療機関でニーズのある個々の職種の人材を単独で中長期的に派遣することが求められる。数日間という超短期で活動する構造を有するDPATは中長期の対応に適していない。中長期対応は精神医療・保健のみでは解決できない。現実的生活支援、経済問題、保険交渉、就労援助などを網羅する様々な機関、専門家らとの一体的なワンストップ・サービスが提供されなければならないことに鑑み、複合的な支援構造の一部として支援活動はなされるべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>3 先遣隊の活動(発災直後)を急性期とは別枠で考える</p> | <p>1. DPATの活動は当面のところ急性期に特化したほうがよい。DPAT先遣隊は14チームしか決まっておらず、中長期の支援活動を加えて行う余力は有していない。</p> <p>2. 先遣隊は数が限られており、医療支援を中心とした病院支援を想定していることから、急性期というよりは先遣隊の活動を別枠にした構造で考えるのが良いと思われる。先遣隊はDMATとの連携・協働を進める体制が望ましく、一方DPAT本体の活動としては先遣隊以降の支援が中心であり、これまで通り急性期から現地のニーズに応じた活動がのぞまれる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>(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</p> | | |

| | | |
|--|--|--------------------------|
| <p>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</p> | <p>1. DPATの主な役割は、①先遣隊による情報の収集と提供(超急性期)、②病院支援(急性期)、③急性期から中長期への橋渡しとなるころのケアのニーズ調査と導入である。中長期的支援が必要と考えるならば、長期的に入れるチームを配置する必要があるが、急性期と中長期は連続していることから枠組みを変えるのは難しいと思われる。</p> <p>2. 急性期と中長期を分けるのは現実的ではない。大量の継続的、長期的支援を受け入れるための各被災地域のロジスティクスの仕組みが必要であり、それを具体化、支援していくことが求められる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>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ってもよい</p> | <p>1. 災害の規模に応じて、急性期・長中期の対応を融合あるいは区別するというオプションが考えられることから、幾つかの対応バリエーションを事前に準備し、災害が起こった際に災害に応じて選択できるのが理想的である。</p> <p>2. DPATの活動の枠組みは、現場の見立てと外部からの見立てを勘案して、その都度現実的な枠組みを作るしかないのではないかと。ただし、いろいろなゴールを設定しておくことは必要であり、それに合わせて活動の枠組みはバリエーションがあってもよい。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>(iii) より適切な枠組みの提 1 時期より活動内容で分けて考えるべき</p> | <p>1. 医療機関支援に偏った印象のあるDPATの活動を、急性期・中長期と分けるのではなく、急性期の支援の対象を医療機関支援と避難所等の地域支援に分けて考えていく必要がある。医療機関支援は基本的に急性期が大半であり、避難所等の地域支援は時期につき対象が避難所から仮設住宅、住宅訪問等に変化していくからである。また、医療機関の損失が認められない場合は避難所等の地域支援のみとなる。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>2 その他</p> | <p>1. 災害規模に応じて県内、あるいは外部からのチームを派遣するのがDPATで、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。例えば、「ころのケアシステム(仮)」は全期間にわたって機能し、DPATチーム派遣が必要な場合はDPAT調整本部を立ち上げ、DPATが終了した後も機能し続け、復興期の活動を調整していく構想である。</p> <p>2. 長期的活動は、全国の隊員や派遣病院に大きな負担を強いるので、細く・長くがよいと思われる。JMATの傘下におけるDPATの活動と位置付けると、現地行政・医療機関も理解が容易であろう。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| (iv) その他 | <p>1. DPAT、精神医療の枠組みだけに焦点を合わせていると、災害時に精神科病院が取り残される事態を回避できない。理想的には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である。</p> <p>2. 外部支援であるDPATが急性期から中長期的な活動の規定をすると地域、現場のニーズと解離する可能性がある。DPATは被災地のニーズによって活動内容を決定するという原則を遵守すべきである。</p> <p>3. 特定地域での継続的ロジスティックスをその地元で継続的に行うことは可能と考えるが、それには災害時の拠点化が地元でも必要であり、信用のおける外部からの拠点サポートが必須である。</p> <p>4. 1,2週間目からDPATの中期チームは、①救護所の設営、避難所巡回、支援活動の実施、②被災精神科病院支援の継続、③本部支援の継続を行い、24時間体制の精神科救護者を設置したチームが保健所とともに心のケアのチームの統括を行うことが現実的である。</p> <p>5. 現地の精神科医不足の補てんが災害時には深刻な課題となることから、長期的に精神科医が被災地に転居し、常勤医として勤務するような確固たる支援が必要である。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op.</p> |
| | | |
| <p>第7章 災害直後の緊急介入提供を構成する背景とな</p> <p>1. 早期介入の妥当性</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. 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。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</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

7. 鍵となる早期介入の構成要素

- 基本的なニーズ/早期心理社会的介入/需要把握と需要のスクリーニング/救援と回復/アウトリーチと情報散布/技術援助,相談,訓練/レジリエンス,コーピング,回復/緊急ニーズ-トリアージ/治療

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ルがよく整備されていること。

1. 災害と大規模暴力後の生存者のショック期、救護期、回復期における段階的適応反応がShalevとUrsano(2003)によって説明され(表7.1; p.143)、災害後の早期支援の計画と実行の指針となっている。この原理をもとに以下の早期介入内容リストが作成された。
2. 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。

1. Ev.
2. Op.

8. 早期介入のための指針の要約

1.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)。
2.安全確保、メディアとの連携および情報提供、生存者とのラポート構築は、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)。

1. Ev.
2. Ev.

第3章 巨大惨禍後の復元力(レジリエンス)軌道の改善
1. 中心となる構成

レジリエンス／レジリエンスに寄与する他の因子

1.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。

2.①頑固さ(Kobasa et al., 1982; Maddi & Hightower, 1999., Waysman et al., 2001)、②coping self-efficacy (Benight et al., 1999; Murphy, 1987)、③トラウマからの回復(Bonanno, 2004; Brewin et al., 2000; King et al., 1998)、④トラウマ後の成長 (Aldwin et al., 1994; Calhoun & Tedeschi, 2001; Davis et al., 1998 Linley & Joseph, 2004; Tadeschi & Calhoun, 1995)、④レジリエンスの生物学的構成要素 (Caspi et al., 2003; Charney, 2004)は、レジリエンスに寄与する因子と考えられている。

1. Ev.
2. Ev.

2. 介入

ー準備(心構え)と予防【強靱になること／軍／セルフヘルプ・プログラム／訓練プログラムを通じて強さを構築する／技能を教えることで個人に備えさせることは、いろいろなトラウマ状況に利用できる】／二次ないし三次予防【適応的な対処法について個人に教育すること／地域社会でのレジリエンス・プログラム】

1.準備と予防における必要事項として、①強靱になること (Dienstbier, 1984)、②軍 (Charney, 2004)、③セルフヘルプ・プログラム(アメリカ心理学会によるインターネット上のセルフヘルプ・プログラムへのレジリエンス形成モジュール掲載)、④訓練プログラムを通じて強さを構築する (Hobfall & Watson, 2005; Peterson, 2000; Seligman & Peterson, 2003; Seligman et al., 1999)、⑤技能訓練 (Ness & Macaskill, 2003)などが挙げられている。

2.二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(Beardslee et al., 1999; Bleich et al., 2003)、②地域社会におけるレジリエンス・プログラム(Landau & Saul, 2004)について記述されている。

1. Ev.
2. Ev.

3. 要約と結論

1. 大参事後のレジリエンスの軌跡を最大限にする賢明な方法は、多学派による多面的で、さまざまな暴露や反応に対してと同様に文化的背景や出来事の状態を配慮し、その出来事において、多様な介入に可能性を取り入れたものであろう。

2. 単に精神保健従事者や指導者だけでなく、社会全体がレジリエンスを強化するにあたり甚大な役割を担っている。コミュニティが個人的、社会的レジリエンスの両方を促進するためのより効果的な戦略を促すには実証的文献の前進が期待される。

1. Op.
2. Op.

| 項目8: 中長期 | 要約 | |
|--------------------|---|---------------------------------|
| 第9章 中間期の介入 | <p>1. 本書では中間期をトラウマ暴露後最初の一か月と定義する。</p> <p>2. 災害時に限られた資源を有効活用するため、慢性化リスクに基づいて介入対象を選択することが最重要課題となる。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 1. 心理的な反応の経過 | <p>✓トラウマ暴露後最初の一か月はかなりの苦痛を伴うのが典型的だが、数週から数か月後には暴露された人々の大部分の人々が顕著に改善する (Rothbaum et al., 1992; Riggs et al., 1995; Blanchard et al., 1996; Galea et al., 2002)。</p> | <p>✓ Ev.</p> |
| 2. 誰を治療するのか | <p>1. トラウマに暴露された人々の中よりPTSDおよび類縁疾患に罹患するであろう人々を見出すことが必須である。</p> <p>2. 概して、ASD(急性ストレス障害)と診断された人々の約4分の3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ことから(Harvey & Bryant, 1998; Koren, Arnon, & Klein, 1999; Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)、ハイリスク患者の決定に解離症状が含まれることを必須と考えるべきでない。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 3. 早期介入要否の評価をいつするか | <p>✓患者をASDと診断する際、トラウマ暴露後1週間後と4週間後の評価を比較した際、後者が2倍以上の正確さでPTSDに移行するASDを予測することができるため(Murray, Ehlers, & Mayou, 2002)、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。</p> <p>✓早期に一回のみアセスメントを実施した場合、遅れて発症するPTSD症例を見逃さないために適切なモニタリングが必要である。</p> | <p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p> |

| | | |
|------------------------|--|-------------------------|
| <p>4. ASDの査定</p> | <p>✓ ASD査定に有効な3つの評価尺度にスタンフォード急性ストレス反応質問票 (Stanford Acute Stress Reaction Questionnaire-SASRQ) (Cardeña et al., 2000)、急性ストレス障害問診票(Acute Stress Disorder Interview-ASDI) (Bryant et al., 1998)、急性ストレス障害尺度 (Acute Stress Disorder) (Bryant et al., 2000) がある。 ✓ 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せず、トラウマ暴露後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である。</p> | <p>✓ Ev. ✓ Op.</p> |
| <p>5. PTSDに対する早期介入</p> | <p>✓ PTSDへの主な早期介入法にはCBTである、認知療法、持続エクスポージャー療法 (prolonged exposure therapy)、眼球運動による脱感作と再処理法 (EMDR) がある (Foa & Meadows, 1997; Harvey et al., 2003)。 ✓ PTSDに対する早期介入の研究で問題となるのは、治療介入による効果と自然寛解による効果を区別するのが困難なことである (Brewin, 2001)。近年採用されている介入方法の一つは、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ことである。現在のエビデンスはASD診断はPTSDを発症する人々すべてを同定できないことを示唆するが、PTSD慢性化リスクを示す良い指標であるという十分なエビデンスも集まりつつある。よって、治療をASD患者に限ることも初期介入戦略を厳しく検証する一助となる。</p> | <p>✓ Ev. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>ー認知療法/持続エクスポージャー療法Prolonged Exposure/眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)</p> | <p>1. PTSDの原因と持続要因を吟味することは重要であり、それが認知再構成の基礎となり(Ehlers et al., 2003)、認知療法の中心となっている。認知再構成法には二通りあり、①悲観的な自動思考を同定し評価すること ②トラウマ、自己、世界、将来についての患者の信念を評価するのを援助することである(Beck, 1976)。</p> <p>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、患者が苦痛の軽減を体験し、その状況を習得することを目的とする。</p> <p>3. EMDRは認知行動療法の1つであり、暴露療法と認知療法の両方の要素をもつ。クライアントにトラウマ記憶に注意を向けさせ、治療者の指が動くのを目で追うようにさせることで水平の眼球運動を生じさせた後、トラウマ体験のより適応的な見方が生じるよう支援する。EMDRはCBTほど効果はなく(Deville & Spence, 1999; McNally, 1999)、トラウマ暴露後最初の一か月に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にEMDRを使用することは勧められない。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |
| <p>6. 中間期の介入における注意点</p> | <p>1. トラウ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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 昔の未解決のままのトラウマに直近の出来事に対する治療のなかで取り組むのは困難であると予想される。</p> <p>6. 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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.</p> |

| | | |
|-----------------------------|---|--|
| <p>7. 巨大惨事の被災者にCBTを適用する</p> | <p>1. 巨大惨禍発生後一か月の間被災者へのCBTの適用は大きく2つの理由により困難である: 1) 何百、何千という数の被災者に対応できる人材を確保できる機関が存在しない; 2) 外傷や経済損失等の数多くの急性期ストレス要因が存在するため被災者はCBTのような集中的プログラムに専念できない。</p> <p>2. 解決法として、まず支持的カウンセリング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を実践する。</p> <p>3. より慢性化したPTSD症状へのCBTはASD治療と同程度に効果があるように見受けられることより、人的資源不足ならびにトラウマ生存者が過剰な負担を経験している場合は積極的治療を数か月遅延させることが適切である。</p> <p>4. 代表的な米国連邦緊急事態管理局 (FEMA) の資金援助を受けた危機カウンセリング・プログラムならびに2001年の9・11テロ攻撃以来関心を集めているワールドワイド・ウェブを利用したCBTの評価と効果の科学的エビデンスに基づいた検証が進むことで危機介入プログラムによる利益を最も享受できる集団を確定することができ、また、メンタルヘルスサービス利用を躊躇する集団に対して匿名性の利点を生かしたアウトリーチが可能であると考えられる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>8. 今後の方向性</p> | <p>1. 大規模災害発生後1か月間にすべての人に早期介入することは必須ではない。</p> <p>2. 紹介されたすべての介入はトラウマを引き起こす出来事発生後、何か月を経ても同様に用いることが可能である。災害発生後1か月内に治療を効果的に享受できないとしても、のちにその利益を最大限に受ける人がいる可能性を念頭におくべきである。</p> <p>3. 主な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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---|---|---|
| <p>4. 中期の対応</p> | <p>1. 仮設住宅等を巡回しての相談活動、普及啓発活動の合意率が精神保健専門家(本研究参加)の間で高かった。 2. こころのケアチームによる心理療法の提供については意見が分かれたが、災害中期にサイコロジカル・ファーストエイドを適切とした意見が過半数を占めた。 3. 中期においても巡回相談の適切性には合意がみられ、また、中期にスクリーニングを実施することについては肯定的な意見は多かった。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>長期的対応</p> | | |
| <p>第10章 災害や大規模な暴力行使後に行う長期的メンタルヘルス介入</p> | | |
| <p>1. 長期介入に関わる文 —社会的文脈／無力感／資源と資金</p> | <p>1. メンタルヘルスにおける社会的文脈は時間とともに、「蜜月」、「怒りと幻滅」そして斬新的な「回復と再生」という過程をたどる (Raphael, 1986)。 2. 災害の多くの犠牲者が「無力感」を体験する。被害者の社会的・心理的脆弱性を助長するのを防止するため、希望に満ちた積極的な期待を培えるように、そして力強い主体的な人間として重要な社会的役割を果たせるように支援すべきである。 3. 被害者に長期間のメンタルヘルスサービスを提供するための資源を確保し、そのサービスを管理・運営、エビデンスに基づいた良質な医療を確保し、活動の成果を適切に評価するため、とくに重要なのは専門的な技術と知識を有する人的資源であり、その準備と養成が必須である。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 1ヶ月後の介入</p> | | |

—1.継続的または特別な介入を必要とする人の認定
/2.介入を必要とする個人や集団を特定し、その人たちに
関与していくこと【長期の介入で利益を得る人の特定/人への関与】
/3.有益な介入の決定と実施【トラウマ患者とPTSDに対する介入に関する
コンセンサス/災害後の長期介入の実施計画に関する重要事項】
/4.優先度の高い要求をもつ人びとへの必要性評価と目標設定【遺族への介入/
他の被害者】/5.介入と結果のモニタリング

1. 心を傷つける因子(災害で経験するストレス因子、以前からある潜在的な脆弱性、社会的・人口統計学的要因)に呼応する影響を受ける人の特徴のリスト(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;p.199)が掲載されている。
2. 長期の介入で利益を得る人の特定には追跡調査、アウトリーチ活動、情報源の確保と必須情報の伝達、そしてスクリーニングが重要である。
3. 災害や大規模暴力の影響を受けた人への関与はトラウマ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・恐怖等により実行が困難になるが、支援者の技術と能力自体も問題に寄与する一因子である。
4. トラウマとPTSDに対する介入法としてCBT、SSRI、EMDRの有効性がエビデンスにより裏付けられているが、他にも創造的実践戦略を用いた「ウェブ心理治療 interapy」の効果が発見されている(Lange et al., 2003)。
5. 災害後の有効な長期介入の実施計画のために介入対象、介入の提供法、介入供与の対象の同意、ならびに、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、ならびに適切な結果の評価法について明確にすべきである。
6. 悲哀とトラウマ性ストレス反応は病気ではなく、その影響を受けた多くの人々が回復することから、介入は高リスクを有する、あるいは既に有害な結果を示している人を対象に行うべきである。また、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がある。
7. 患者の特定、そのリスクとニーズを記録し、提供される介入とその結果の評価の記録を記述する情報システムを構築し、患者のプライバシーを保護したうえで他の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の重要な前提条件である。
8. 住民のメンタルヘルスを体系的に観察することは災害のもたらす全体的な影響の検証に役立ち、予防プログラムと治療プログラム療法の結果についてデータをもたらす。

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

| | | |
|----------------|--|-------------------------------------|
| <p>3. 結論</p> | <p>1. すべての介入は結果が良くなることへの期待、希望の心、被害者への共感に基づいて行われるべきである。</p> <p>2. 体系的調査、問題の記録化、治療対象を絞った介入が評価の土台となる。その入念な管理だけでなく関連医療保健機関と明確な関係を結ぶことも必要である。</p> <p>3. 最重要課題は研究と評価をつねに中核に据え、災害時メンタルヘルスに関する知識を増し、将来のより効果的な対応に役立てることである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>3 包括的対応</p> | <p>1. 包括的対応の定義: 災害後の安定期／復興初期に必要と思われる追加的な対応</p> <p>2. 本ガイドラインでは、(A) 各領域に共通の作業役割(①連携・調整、②アセスメント、モニタリング、評価、③保護および人権上のスタンダード、④人的資源)(B)精神保健・心理社会的支援の中心的活動領域(⑤コミュニティの動員・支援、⑥保護ケアサービス、⑦教育、⑧情報の発信)、(C)活動領域セクター別の社会的配慮(⑨食糧安全および栄養、⑩避難所・仮設配置計画、⑪水・衛生)の3領域における包括的対応を概説している。</p> <p>3. 包括的対応はコミュニティの大部分が最低必須対応に取り組んでいる、もしくは最低必須対応を受けていることが明らかになった後に検討されるべきである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |

| 項目9:心理反応への対応 | 要約 | |
|--|--|---|
| 第1章 危機における心理支援学とは | | |
| <p>1. 求められる危機への心理的支援</p> <p>－危機の時代／危機への心理的支援</p> | <p>1. 人口爆発、地球温暖化による地球環境の危機、数々の無差別テロ事件・民族紛争、世界規模の経済競争激化による予測不可能な将来、ならびに新型インフルエンザなど新型感染症の危険が「危機の時代」を構成している。</p> <p>2. 一方日本においては、社会的格差に拍車がかかり、年間3万人を超える自殺者が過去10年にわたり記録され、うつ病などのメンタルヘルス不全、DV、虐待の増加、そして無差別殺傷事件が多発している。</p> <p>3. もはや安定、安全な世界ではなく危機はすべての人々のまわりにある。</p> <p>4. 対人援助職に従事する者は危機的状况において人々を支援することが期待される。</p> <p>5. 支援内訳:生活支援、医療的支援、司法的支援、経済的支援、心理的支援(小澤、2009)</p> <p>6. 心理的支援内訳:精神的苦痛・ダメージの軽減によりPTSDなどの精神的障害の予防・回復を支援、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</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Op.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p> |
| 2. 被害者支援とは | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>ー被害者支援の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</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 危機支援における心理社会的アプローチは医療領域、司法領域、心理社会的領域の3分野で独自に発展してきた(小澤、2009)。 2. 医療的領域の支援は病気や機能不全および社会的適応が困難な状況の治療・予防、ならびにトリアージの実施(大規模災害の際)が主である。 3. 司法に基づく支援においては犯罪被害者基本法、災害救助法の適用ならびに法的に被害者と認可されることが重要である。 4. 社会的領域での支援には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CRT(緊急支援チーム)が含まれる。 5. 精神疾患理解のための理論的モデルについては従来の脆弱モデル、ストレスモデルを柱とする「発病過程」を重視する生物・心理・社会モデルから「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)。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Ev. |
| <p>3. 被害者とは ー「被害」とは／被害者とは</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 被害の定義範疇は広く、最狭義の「法律上の犯罪被害」から最広義の「すべての被害」までを含む(諸澤、1998)。 2. 被害者は狭義では「犯罪や犯罪に準ずる行為の被害者」より、広義では前者に加えて戦争、テロ事件、大規模事故、交通事故、自然災害、薬害、近親者の自殺や事件等により心身に有害な影響を受けた人々すべてを指す。 3. 犯罪被害者等基本法(2004)、自殺対策基本法(2006)が示すように、支援者や専門家の立場は多様であり、被害者の定義も幅広く様々なものが混在することを念頭に置くことが重要である。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. |
| <p>4. 心のケアとは</p> | | |

| | | |
|--|--|--|
| <p>ー心のケアとは／セルフケアへの支援／初期介入から中長期のケア活動へ</p> | <p>1. 心のケア: 被害者の精神的苦痛はダメージを軽減、二次・三次的なダメージケアを行い、被害者が人生を再建するための精神的・生活的・実存的問題解決の支援をおこなう。 2. 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。 3. 災害時のこころのケアとは、他者による被害者の「セルフケア」への支援である(富永・小澤、2005)。 4. 米国では大規模災害直後の初期介入としてサイコロジカル・ファーストエイド(PFA)が多数のガイドラインにより奨励されおり、デブリーフィングと異なり被害者にとって非侵入的(non-intrusive)介入方法であると理解されている。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>5. 危機とは</p> <p>ー危機(Crisis)とは／危機の種類／集団・コミュニティの危機</p> | <p>1. 定義はいろいろあるが危機とはその人が持つ通常の自己防衛の方法や問題解決の方略が崩壊してしまつた状態で心身に何らかの不調や変調が生じている状態といえる。また、物事やその人生における転機となることがある。 2. 危機は「発達段階における危機」と「状況に伴う危機」の二つに大別される。 3. 危機は個人だけでなく集団や家族、コミュニティに起きる危機がある。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>6. 危機介入とは</p> <p>ー危機介入とは／危機介入のステップ／危機介入の取り組み</p> | <p>1. 危機介入(crisis intervention): 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ことである。目標は危機状況をアセスメントし、心理的危機状態を解消し、以前の機能遂行の水準まで回復することにある。 2. 危機介入の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 3. 危機介入活動の取り組みとしては、学校危機への介入を目的とした緊急支援チーム(Crisis Response Team: CRT)活動がある。CRTのない自治体においては緊急支援コーディネーターやスクールスーパーバイザーが派遣され、危機介入体制としている。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |

| | | |
|--------------------|--|---|
| 1. こころのケアの定義 | <p>1. 日本において「こころのケア」は活動の性質によって区別され、専門家による支援である前提にない場合が多い。</p> <p>2. 一般の人々が期待する「こころのケア」(専門家からボランティアによる幅広い支援者による心理社会的支援)と「精神保健医療福祉活動」は異なる。</p> <p>3. 「心理社会的支援」や「ウェルビーイング」といった言葉は一般的になじみが薄いので、言葉の説明や実際の災害事例と関連付けた説明が必要である。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| 5. こころのケアの活動内容 | <p>1. 精神科救護支援、精神保健福祉支援、支援者支援の三領域に整理することで専門家内で合意。</p> <p>2. 既存のこころのケアチームマニュアル(自然災害発生時における医療支援活動マニュアル)と異なり、本研究では、被災地の精神科医療機能の補完を目的とした医療活動を支持する意見が多数あり、精神保健医療活動のなかの精神科医療の必要性が明確化された。また、多様な被災者の精神反応に応じた介入の多様化と、初動要員だけでなく、行政職員等の地元支援者のストレス対応も重視されている。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| 第20章 こころのケア | | |
| 1. 精神医療対応からみた自然災害 | <p>1. 精神医療対応からみた災害時の公衆衛生を論じる上での主要な二つの視点: 1) 災害時公衆衛生的アプローチ(集団対象)と臨床的アプローチ(個人対象)の対比; 2) 自然回復を重視した経過モデルとその場の苦痛の軽減を重視した即時対応モデルの対比</p> <p>2. 被災地にわざわざ出かけて行って取り立てて目立った治療もせずに人々に養生を説いて回る医師というのは想像しにくい。</p> <p>3. 熱意を具体的な治療行為に結びつけるときには、①行為の正当性の検証②治療目的の明確化③エビデンスが必要となる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| 2. 災害時の地域精神保健医療の指針 | | |

—1.災害時の精神心理的
負荷/2.災害時の精神保健
医療の意義/3.災害時の精
神保健医療活動の方針/4.
災害に伴うストレス要因/5.
心理的反応のタイプ/6.災
害時における地域精神保
健医療活動の具体的展開

1. 災害後は直後の生命身体への危険だけではなく、それに続く混乱のなかで数多くのライフイベントを生じるので、それに触発されて多彩な精神疾患や精神の不調が生じ得る。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のは、錯乱、興奮を伴う統合失調症、短期精神病性障害、躁病、急性ストレス障害などである。客観的に異常を認めにくい、うつ病、悲嘆、トラウマ反応の一部は対応が遅れることも懸念される。

2. 災害は多くの住民に大きな心理的な負担を与える。精神的変化の多くは一時的なもので自然に回復するが、ストレスが長引くと長期化することもある。症状の程度、持続期間によっては、精神疾患の診断がつく。また、こうした症状に伴って、自殺、事故、飲酒、喫煙の増加、家庭内や地域社会での不和、現実的な生活の再建の遅れ、一部には社会的な逸脱行為などが生じることが報告されている。こうした変化は個人の心理的な反応が拡大されてしまう。通常の保健・医療システムでは対応しにくい。また目に見えないストレスや精神の症状を自覚しにくい。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置きながら、災害後の時間経過に従って効率的に進めていく必要がある。

3. 災害時地域精神保健医療活動は2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

4. 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

5. 心理的反応のタイプ：現実不安型、取り乱し型、茫然自失型

6. 災害時地域精神保健医療の具体的展開：①災

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

害対策本部における精神保健医療の位置づけ: 立ち上げ当初から精神科医を加えることが重要。②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こと。現場で援助活動にあたる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること。現場で活動しているさまざまな援助者に対する精神保健医療活動を行うこと。特に重要なことは特別な精神保健医療活動をどのように終結させ、通常の地域精神保健医療業務に、円滑に移行させるのかということである。③初期対応: 1) 現実対応と精神保健—現実の被害に基づいた苦痛に対しては、それに適切に対応することが最良の対策である。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精神的な問題を念頭に置いた対策が必要。2) 災害後できるだけ早い時期に援助者が被災現場や避難所に出向いて、被災者と顔を合わせ、言葉を交わすことが望ましい。早い時期に実現することに意義がある。災害対策本部で対話や心理的状況など情報を一元的に把握すべきである。平時より多職種との連携による精神保健医療の総合対策の策定、打ち合わせを行う必要がある。

3. 東日本大震災における精神医療的な初期対応

—精神医療の継続／こころのケアチーム／情報発信／今後の復興に向けて

1. 従来の自然災害では、精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が積極的な統括的役割を担った。支援活動を考えるうえで重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊、二次被害への懸念、放射線汚染への不安である。結果患者が通院不能となり、必要な精神科治療薬が不足した。一方で精神科病院の閉鎖、機能

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.

縮小、患者の移送が問題となった。また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により症状を引き起こすという系列と持続的な現実不安が懸念された。

2. 被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかった。よって外来通院が中断した患者への治療継続が一層困難になった。入院患者に関しては厚生労働省が人数調査と周辺県の受け入れ可能ベッド数を調査し、ほぼ1週間で移送を終えた。精神科治療薬に関してはあらゆる機関が連携し、現地に搬送した。

3. 従来の大震災では心のケアチームは自発的あるいは被災地の県知事の要請を受けて被災地に派遣された。今回は厚生労働省が主導して行い、1-2週間後には派遣が円滑に進むようになった。基本的に災害時地域精神保健医療活動ガイドラインに準拠していたと考えられる。こころのケア活動においては継続性が重視される。ほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、3か月以上にわたって活動した。

4. 心理的ブリーフィングは効果が否定され、PTSDを悪化させかねないということが明らかになり、あらゆる国際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、ならびにエビデンスの共有が重要である。災害時地域精神保健医療活動ガイドラインはそのことを踏まえて作られた。NCNPは情報支援webを掲載し、信頼すべきデータソースをして機能したと考えている。今回の震災における精神医療を見る限りでは侵襲的介入、不安を増強させるような働きかけはみられなかったようだが人道的行為と医療行為の境界があいまいなとき結果として医療とは不適切な介入が行われることもみられた。また災害時の精神医療活動についての海外への情報発信の重要性を浮き彫りにした。

5. 今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策の進展するものと思われる。真の回復に向けて取り組みが現地で行われ、被災者自身から学ぶことが大きいであろう。そのような段階を経て災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待する。

| | | |
|---|---|---|
| <p>第5章 緊急支援・グループアプローチ</p> <p>4. 心理教育</p> <p>ー心理教育とは／心理教育の主なメッセージ／それぞれの災害・事件後の心理教育</p> | <p>1. 心理教育とは危機に直面している人や集団に、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や情報を提供する活動である。</p> <p>2. 危機によって経験される様々な心身反応は、回復のための自然な反応であり、其々の反応に対して適切な対処法がある。</p> <p>3. 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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| <p>5. トラウマ・ストレスマネジメント法</p> <p>ートラウマ・ストレスマネジメント法とは／トラウマの心理教育／トラウマ反応への望ましい対処</p> | <p>1. トラウマ・ストレスマネジメント法: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。</p> <p>2. トラウマの心理教育:日常ストレスへの望ましい対応を提案する。古典的条件付けとオペラント条件付けを説明し、"安心していい"と実感することが必要。実感できると回復していく。マイナスのつぶやきをプラスのつぶやきへ変えるよう練習させ、支援する。</p> <p>3. 回避と再体験が一对の反応であることを理解する。再体験にはコントロールできるようになる練習をする。一方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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| <p>6. 統合リラクセーション法</p> <p>ー統合リラクセーション法／統合リラクセーション法の手順</p> | <p>1. 統合リラクセーション法:従来の呼吸法、筋弛緩法、瞑想法、受動的音楽療法にアファーマーション(自分を励ます言葉)を加え、有機的に統合したもの。</p> <p>2. 手順には準備、実施、統合リラクセーションの教示(リラクセーションとアファーマーション)が含まれる。</p> <p>3. 毎日継続することで副交感神経を活性化、結果心身回復機能が高まる。不安・緊張に対処するためのセルフコントロールの手段として、統合リラクセーション法を予防手段として練習することが重要である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |

7. リラックス動作法

ー教員説明会における臨床動作法の活用／リラックス動作法の手続き／リラックス動作法の有効性

1. 中越地震時、講義と動作実習が組み込まれ、実習では支援手立ての習得と同時に教員自身のセルフケア効果も顕著にみられた。
 2. 「いつでも、どこでも、誰でもできる」動作課題には、「前まげ動作」、「軸づくり動作」(成瀬, 2000)、「肩の上げ下げ動作」(山中ら, 2000)、「立位重心移動動作」(鶴, 2007)、「踏みしめ動作」が含まれる。
 3. 有効性: ①「動作」に基づくことから実感を得やすく、受け入れやすい; ②リラックス感、安心感ならびに現実感、自己統制感、自己確実感を助長する(成瀬, 2000); ③アウトリーチに適し、セルフケアとしても使用できる; ④「ペア」体験では絆や支えられ感が実感できる。

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

第7章 心理療法・カウンセリング:トラウマへ

1. トラウマと喪失の心理療法の概説

ートラウマへの心理療法／喪失後の心身反応への心理療法

1. 「今は安全である」ことが必須条件。安全が確保されて、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陥った時にトラウマ心理療法が提供される。①トラウマからの回復に必要な体験 共通項: 心理教育、心身のコントロール、トラウマ記憶の処理、実生活で回避している行動へのチャレンジ、否定的・非機能的な認知の修正。反復性トラウマによる場合は健康な自我を育成・支持する環境が必要。②各技法の相違点と共通点一覧 長時間暴露法(Foa et al., 2007; Prolonged Exposure Therapy: PE)、EMDR、認知処理療法、イメージ動作法、トラウマ・ストレスマネジメント法等があり、相違点、共通点がある。(表1)
 2. 悲嘆が長期慢性化し生活上の支障が生じる状態を複雑性悲嘆や外傷性悲嘆と呼んでいる。(白井, 2008) Shearほか(2005)は複雑性悲嘆の認知行動療法を提案している。またNeimeyer(2001)は悲嘆を死別や喪失によって壊れてしまった意味の再構成という能動的過程と捉える構成主義をとってい

1. ✓ Ev.
 2. ✓ Ev.

る。心理支援には心理療法のみならず、自助グループでの分かち合い、宗教の貢献などの視点が重要である。

2. PE療法

ーPE療法とは／曝露療法のメカニズム／PE療法の実際

1. 欧米のPTSDガイドラインでは「長時間暴露療法」に代表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。(飛鳥井, 2007; Asukai et al., 2008)。

2. 暴露療法とは恐怖を覚える事物、状況、記憶やイメージに、安全な環境のもと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。二つの技法(イメージ暴露、実生活内暴露)がある。PTSDの病理の中核であるトラウマ記憶は刺激、反応、意味が複合したもの。安全な環境でトラウマ記憶に直面させる心理療法が必要となる。回復プロセスはトラウマ記憶の反復賦活と修正された情報を受け入れることである。トラウマ体験は非機能認知をもたらす。よってこの修正をはかるために自己と世界に関する物の見方を検出する。その妥当性を検証し、バランスのとれた有益なものの見方への置き換えを促す。

3. PE療法は一回90分で週1～2回、全部で10回～15回の面接からなる認知行動療法プログラムである。これは認知の修正を強力に促す作用を持っている。回避され未整理のままだったトラウマ記憶が整理、組織化されることで再検証と意味づけ修正される。感情処理が進んだ段階で初めて認知の修正が可能になるものである。またイメージ曝露を繰り返す中で馴化が進み、トラウマ記憶を想起することは危険でないことを学習する。

1. ✓ Ev.

2. ✓ Op.

3. ✓ Ev.

3. EMDR

| | | |
|---|---|---|
| <p>－EMDRの評価／EMDRの 治療過程／EMDRのメカ ニズム／最近の出来事プロ トコル・統合グループ治療 プロトコル／EMDRの適用範 囲</p> | <p>1. 眼球運動による脱感作と再処理法(EMDR)は、あらゆるPTSDの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」の一つとして認知行動療法と並んで載せられている。認知行動療法と同等の効果をもつのに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。</p> <p>2. 治療過程は①病歴②生育歴聴取③評価④脱感作⑤植え付け⑥ボディスキャン⑦終了⑧再評価。</p> <p>3. メカニズムは解明されていない。再体験の馴化でなく、できごと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、距離がとれることを導いていると考えられる(Lee, 2006)。GunterとBodner(2009)は統合的モデルを用いてPTSD症状の低下の過程を提案している。</p> <p>4. 最近の出来事であれ、過去の出来事であれ、過程途中で不快と感じるものはその都度取り上げ、トラウマの解消を導くまで幾つになろうと処理をしてゆく。</p> <p>5. EMDRはPTSDのみに効果的なのではなく、うつ、パーソナリティ障害、解離性障害、恐怖症、強迫性障害、不安障害、死別、ターミナルケアなどにもその有効性を示している。</p> | <p>1. Ev. 2. Op. 3. Ev. 4. Op. 5. Op.</p> |
| <p>4. 臨床動作法</p> <p>－危機における動作法の 活用／危機における動作 法活用の利点と留意点</p> | <p>1. 主な動作法の活用には、災害後の心のケアとしてのリラックス動作法、緊急支援としての事件後の心のケアとしての動作法(土屋, 2006)、性被害やDVなどの事例へのイメージ動作法、裁判で主張するための動作法が含まれる。</p> <p>2. 利点: 体験の表現を含まないので、安全感・安心感がある、集団の中で行うことが可能、他の人が何をしているか把握できるので被災者のケアとして安心して行うことができる。</p> <p>3. 留意点: 動作援助は同性同士にて行う、動作援助の使用には十分な説明同意を行い、セルフ動作法を活用後に行う。</p> | <p>1. Ev. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>5. 力動的心理療法</p> | | |

ーはじめに／トラウマへの
取り組みの2つの立場／ト
ラウマへの力動的心理療
法の取り組み

1. 患者がトラウマへの距離をどのようにとるべきかは専門家として難しい判断である。
2. トラウマへの取り組み方には主に二つのアプローチがある: 正面から積極的に取り組み、消化し、過去のものとするというアプローチと、トラウマに触れずそのままそっと心の奥に置いておくというアプローチ。
3. トラウマとの折り合いのつけ方は個々によって異なる。トラウマの全てを暴露し、すべてを解消する「癒し」は幻惑、有害であるかもしれず、「心の奥に密かにしまっておく」というやり方も日本文化に即しているのではないか。

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

6. 表現療法

1. 災害、犯罪(性犯罪を含む)、自己、DV、子供虐待等の被害者支援において、表現療法は重要な役割を果たす。
2. 表現療法(広い意味での芸術療法)は、外傷性障害の治療において幅広く用いられている。
3. 外傷性記憶が言葉にならない性質も持ち、想起が激しい感情を引き起こす際に表現療法(芸術的手法)は有効である。
4. 芸術的手法には、身体運動の要素が含まれており、外傷的体験に由来する身体的要素を変形していく力がある。
5. 被害体験には、加害者に対する感情をはじめ、出来事に関わる人間関係に由来する複雑な対人感情が伴っている。
6. 表現療法が外傷治療に有効であることは、経験的によく知られているが理論的基盤について統一された見解があるわけではない。他の治療法との組み合わせによる総合的治療法も含めて方法論を検討していく必要がある。

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

7. トラウマ・カウンセリング

1. トラウマの本質は、大きな恐怖やショックを感じた体験が通常の記憶とは異なったトラウマ記憶となり、それが私たちの日常生活にさまざまな圧力を加えることにある。記憶の想起には必ず一定の情動が付随する。トラウマ記憶は、限界を超えた過剰なマイナスの情動を付随する記憶である。ストレスの中身は①再体験症状②過覚醒症状③麻痺症状。トラウマ・カウンセリングの目的は過剰な情動のレベルの低下と想起の際に起こる苦痛の軽減にある。またトラウマ・カウンセリングは初期1～2か月のPTSD予防時期と中・長期のPTSD化したトラウマへの治療に大別される。

2. 初期の対応はストレス・マネジメントには心理教育とリラクゼーションの二つの柱が存在する。

3. 中長期のカウンセリングはPTSDないしはPTSD化したトラウマへの対処、すなわち何らかの要因で自然は低下が妨げられている情動の過剰なレベルを人為的に低下させることが目的となる。方法としてはエクスポージャー(暴露)とEMDRが挙げられる。さらにトラウマ記憶ではない通常の記憶として体験を保持するために、その体験に対する認知＝評価の変容が必要である。

4. トラウマ・カウンセリングという定式化された方法はない。トラウマの本質への正しい理解に基づき、適切な時期に適切にトラウマに向かい合うならば、どのようなカウンセリング技法もトラウマ・カウンセリングとなりうる。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| <p>8. トラウマ焦点化認知行動療法</p> | <p>1. トラウマをうけた子供と養育者のために作成された治療パッケージである。米国で開発された、薬物やChild Centered Therapyに優位であると報告されている唯一の治療法である。</p> <p>2. 認知療法と暴露療法双方の要素を持ち、かつ子どもというまだ言語的には未発達であり、養育者との関係性のなかに生きる存在に対して柔軟に適応できる形を持った本方法が生まれた。</p> <p>3. 米国では均てん化のためにwebsiteがあり、このサイトを終了したものが2施設でのトレーニングに参加できるようになっている。</p> <p>4. この療法はPRACTICE(トラウマに関する10個の構成要素)を頭文字に次のような段階的構造を持っている。</p> <p>5. トラウマ性悲嘆には、4構成要素が加わる。単に心理的教育で準備してトラウマ曝露に備えるというものではない重層的治療構造と、子どものレジリエンスに着目し、養育者の関係性の中における回復を促進する技法である。</p> | <p>1.Op. 2.Op. 3.Op. 4.Op. 5.Op.</p> |
| <p>9. ナラティブ・エクスポージャー・セラピー</p> | <p>1. ナラティブ・エクスポージャー・セラピー(NET)は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である。</p> <p>2. 原理は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である。</p> <p>3. ヨーロッパを中心に、紛争現場だけでなく、一般の精神医療における外傷性障害の治療に用いられている。</p> <p>4. 日本ではまだ実践例が少ないものの、生活史における重大なライフイベントが関わると思われる症状に対する短期療法として有望と思われる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>第8章 心理療法・カウンセリング: 喪失へ</p> | | |
| <p>1. グリーフカウンセリング</p> | | |

—心身行動面での現れ／
専門家としての対応の実際
／儀式や癒しの機会

0. 悲嘆の過程は、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。

1. 食欲不振などの一般的に知られる心身の不調のほかに、悲嘆や関連した反応とは理解されにくい症状や行動の問題が表れることがある。

2. 基本的には通常のうちへの対応とさほど異ならない。まずは耳を傾け、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。また援助者自身の無力感やバーンアウトにも配慮する必要がある。

3. 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なり、残されたものが周囲と接触したり、宗教の支えを得る機会を与える。また、自然に身を置く、音楽など心身を癒す試みも無理のない範囲で行うのならば有益である。

0. ✓ Op.
1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.

2. 犯罪被害者遺族の自助グループ

—犯罪被害者遺族の自助
グループの意義／犯罪被害
者遺族の自助グループ
とは

1. 支援が必要と思われる被害者に対しても、「同じ体験をした人と話をしたい・つながりたい」という思いがあることを受け止めることから関わり、自助グループに参加できるように支援者が手伝うという姿勢を持てば、被害者との信頼ある関係を構築できるだろう。

2. 定義：犯罪被害者の自助グループは、自助力を回復し、促進し、強化するために自分たちが中心になって自分たちのためのケア・プログラムを実施する集団ないし団体と定義される(長井、2004)。目的：米国では「飲酒運転に反対する母の会」(略称、MADD)があげている(大久保、2001)もののほかに、それぞれの立場で自分の問題を認め、受容し、対応の仕方を変えていく過程や、心の揺れなどを他のメンバーと分かち合うことも目的といえる。(長井、2004)運営法：支援者は研修を受講し、会場の確保、連絡、ファシリテーターを務めることなどが期待される。ニーズの高い自助グループの意義や目的を理解し、立ち上げ支援やファシリテーターとしての研修を受けることが今後重要になるだろう。

1. ✓ Op.
2. ✓ Ev.

| | | |
|---------------------------|--|---|
| <p>第13章 集団への介入と家族への介入</p> | <p>1. 精神科医が避難者を治療する際に集団心理療法を導入することで多様な問題に対処できるかもしれない。考慮されるべきは、どのタイプの集団介入が有効かということだ。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>1. 集団への介入</p> | <p>【急性期における1セッションでの集団への介入: デブリーフィング】</p> <p>1. 多くのデブリーフィングモデルは経験部分と情報部分の両方を含む。</p> <p>2. コクランレビューは主観的な苦痛の減少を発見せずPTSDのリスクの短期的な低下も発見されなかった(Rose et al., 2002)。将来の研究によりデブリーフィングが有用である特定の状況が見つかる可能性はあるが、推奨できないというのが複数専門家グループの統一見解(Disaster Psychiatry Outreach, 2008; Medical Reserve Corps et al., 2006; National Center for PTSD, 2010)。</p> <p>3. 「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ので支援者がチームを組織化して災害後の各段階を通じて情報の流れを調整するために有用。</p> <p>【多数回のセッションでの集団への介入】</p> <p><u>心的外傷後ストレス障害のグループ:</u></p> <p>4. トラウマ焦点化認知行動療法(TF-CBT)は災害後有用(Bisson & Andrew, 2007)。</p> <p>5. 現在中心CBTよりもTF-CBTに強いエビデンスがあるが十分な情報は提供されていない。</p> <p>6. 災害の環境での報告がなされている他の形態の集団心理療法には、心理力動グループ、対人療法グループ、プロセス思考グループ、支持的グループがある。(Shea et al. 2009)</p> <p>7. トラウマ後の多数回でのセッションによる心理的介入についてのコクランレビューでグループであろうと個人であろうと、何らかの心理療法がPTSDの危険性を減らすために有効であるというエビデンスを発見しなかった。(Roberts et al. 2009)</p> <p><u>死別と悲嘆のためのグループ</u>(個人治療は11章を参照)</p> | <p>1. Op. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Op. 6. Ev. 7. Ev. 8. Ev. 9. Ev. 10. Ev.</p> |
| | | |

| | | |
|-----------------------|--|---|
| | <p>8. Rynearsonら(2002)はマニュアル化された介入モデルを用いて集団心理療法を記載した。 <u>子供と青少年のグループ</u></p> <p>9. 多様なグループが行われてきた。集団への介入の実験が少ないが予備的な証拠はグループが災害生存者 (Chemtob et al. 2002; Salloum & Overstreet, 2008; Tol et al. 2008) と災害に関係していないトラウマに曝露された人 (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。</p> <p>10. トラウマ後の成人向けグループと同様に、子供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)</p> | |
| <p>2. カップルと家族への介入</p> | <p>1. 個人的には生命を脅かす出来事も愛する人の喪失も経験しなかった人たちの間にも甚大な社会的な機能不全や苦痛を作り出して、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)</p> <p>2. 子供の精神に病理的な問題が発生しやすくなることに加えて、大きなトラウマを生き抜いた人の家族では、ほかの問題も報告されている。(Hinton et al., 2009, Norris & Uhl 1993; Norris et al., 1999; Price & Stevens 2010, Galovski & Lyons 2004, Jordan et al., 1992)</p> <p>3. 災害後の環境での家族への介入については、存在するデータが限定されている。文献の大半がカップルへの介入を扱っていて、より大きな家族システムの介入を扱っていない。</p> <p>4. 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—行動家族療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</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev. 5. Ev. 6. Op.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| | <p>et al., 2009)。</p> <p>5. 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)。</p> <p>6. ここまでの研究から災害後の環境にある精神科医は、家族への介入、特にCBTの技法を取り入れたものの実施を考慮すべき。</p> | |
| <p>3. 結論</p> | <p>1. 災害は直接的にも間接的にも多数の人々に影響するので家族への介入や集団への介入で明らかとなった臨床上の問題に対処しなければならない。PTSDについては集団への介入、とくにCBTにエビデンスが多くある。死別経験や悲嘆に関してはPTSDの予防より治療でのエビデンスが最も優れたものになっている。</p> <p>2. 家族への介入を研究したものは少ないがトラウマに曝露された人の家族では、家族の機能不全を示す証拠が豊富に存在。</p> <p>3. 一番研究されている家族への介入はカップルに焦点をあてており、同時に行われている個人治療の効果をコントロールする、さらなる研究が必要。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| | | |
| <p>第14章 心理療法</p> <p>1. 災害後に心理療法を必要とする人を決める</p> | <p>代表的な心理療法の実践的事柄を列記</p> <p>1. メンタルヘルスの専門家はすべての生存者が心理療法を必要とすると想定すべきではない。</p> <p>2. 人による治療の必要性の有無の査定には十分なエビデンスに基づいた確固たる方法論は存在しないが、治療を必要とする人々を臨床的に決定することが最初の決断となるべきである。心理療法を必要とする人々を特定するためには、以下の要因を考慮する: ①災害現場付近の人(物理的近接性) ②個人的な回復力 ③家族やコミュニティからの支援 ④精神障害の臨床的な徴候の存在 ⑤個人の好み</p> <p>3. 心理療法を必要とする生存者に加えて精神科医と他のメンタルヘルス専門家も、心理療法から利益を得られるだろう。バーンアウトを予防し、自身の支援を助ける(Knobler et al., 2007)。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev.</p> |

2. サイコロジカル・ファースト エイド

1. 災害後の心理社会的介入の初期段階では、危機管理が重要となることが多い。(Milligan and McGuinness 2009)
2. アメリカ赤十字社の心理社会的支援プログラムは4つの明確な構成要素からなる。①参加型危機アセスメント②生存者の慣れ親しんでいる環境からの断絶への対処③コミュニティの動員④コミュニティの展開。Kのプログラムは災害後には生存者が「場所」の感覚を喪失することを前提としている(Diaz, 2008)。
3. PFAは衝撃を受けた多数の生存者に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は生存者に対して、最初の支援とつながりを提供するものである。
4. 人間とシステムをつなぐアプローチ(Linking Human Systems Approach; Landau et al. 2008)では、個人とその家族に本来備わっている強さを円滑に引き出すことに焦点を当て、脆弱性ではなく回復力を強調する。
5. 一実践的事柄—
PFAは災害後の最も基本的な、全般的な心理社会的支援のため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弱さに焦点を当てるのではなく、強さに着目することで生存者の語りが創造され、回復力を高めるものとなる。
6. まとめると、メンタルヘルスの専門家はPFA、アセスメント、コミュニティの動員というように、危機介入計画を段階的に導入することが勧められている。最後のステップでは個人だけではなく、支援システム(日本語訳では組織になっているが原著は support system)全体に話しかけなければならない。

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

3. 短期心理療法

1. 災害後に推奨される治療法のほとんどは短期療法が中心。その中でもCBTに、その使用を支持するエビデンスが最も多く存在している。
2. 災害後のCBTでは、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(Ruzek et al., 2008)。CBTの一部はリラクゼーション反応の原理を用いる(Benson et al., 1975)。事実上、CBTには新しい学習が含まれる。
3. CBTは子供と成人を対象としたいくつかの異なる対象人口において、災害後に行われる効果的な介入のモデルであることが示されている(Udomratn 2008, Salcioglu and Basoglu 2008, Shooshtary 2008, Giannopoulou et al. 2006, Difede et al. 2007, Difede et al. 2006, Hamblen et al. 2006)。
4. 一実践的事柄—
—メンタルヘルスの専門家は既存の資料を状況にあったものへと修正するべきである。
—最初は暴露療法と反応防止がかなり効果的に思われる。バーチャルリアリティの技法が暴露技法を強化するだろう。
5. Phillips(2009)は災害後の治療構造を創るために、安全の段階・思い出して悼む段階・再連結という段階を使つと報告している。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。①安全の感覚②落ち着かせること③自己とコミュニティについての有効感④つながっていること⑤希望(Hobfoll et al., 2009)
6. 一実践的事柄
CBTの実施法を計画する場合に、メンタルヘルスの専門家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できるように寄り添う。そして、人生、希望、コミュニティからの支援へと再び結びつける。

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

| | | |
|----------------|--|--|
| 4. 文化に根付いた代替治療 | <p>1. その文化に根付いた治療についての知識があると、臨床家が患者を診る場合に、治療できる範囲を広げることができる。(Halliburton 2004)。代替治療には、①ヨガ呼吸法(プラナヤマ)(Brown & Gerbarg, 2009; van de Kolk, 2006)、②瞑想(Gatani et al., 2009)、③ナラティブ曝露治療法(NET)(Gatani et al., 2009)。</p> <p>2. 一実践的事柄一 代替療法は、その文化でどのように受け入れられているかに十二分に注意して使用されるべきである。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である。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p> |
| 5. 家族への支援 | <p>1. 災害後には生存者への家族の支援が非常に有益である。</p> | <p>1. Op.</p> |
| 6. 長期的心理療法 | <p>1. 被災者向けの長期的な心理療法についても調査されているが、これは遠く離れた災害の場では利用できない。(Boscarino&Adams, 2008; Bohleber, 2007; Lewis, 2009)。</p> <p>2. トラウマ後という状況で有効性が期待される治療法には、眼球運動による脱感作と再処理法(EDMR)がある。これは多数の療法を構造化された実施法へと統合するものである。(Bossion&Andrew, 2007; Shapiro, 1999)</p> <p>3. 一実践的事柄一長期的な治療が被災者の治療で効果を上げるのかどうかは不明確。しかし、それでもそれを開始する場合には、エビデンスとしては短期治療が望ましいとされていることを認識しつつ、注意深く治療を組み立てて実施するべきである。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op</p> |
| 7. 治療の副作用 | <p>1. 回復能力ではなく、依存についてのニーズを活性化してしまえば、長期的には援助にはならないであろう。(前文にWessells 2009))</p> <p>2. 一実践的事柄一心理療法は災害後に有用であるが、自律性の減退、依存と恥の増加のような負の副作用をもたらす可能性も潜在している。よってバランスの取れた心理療法のプログラムのほうが効果的となる可能性ははるかに高い。特に回復力と脆弱性の療法に焦点を当てることが重要である。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |

| | | |
|--|---|--|
| 8. 結論 | 1. 心理療法は、トラウマ刺激への暴露とトラウマ反応予防を含む認知行動療法的な実施形態の枠内で用いられれば、災害時介入の有益かつ重要な一部となる。メンタルヘルスの専門家は長期的な治療を意識しておくべきだが、思慮深くそれを推奨したり使用したりすべきである。(K後にWessells, 2009) | 1. ✓ Ev. |
| | | |
| 6 保護ケアサービス 6.1 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る。 | <p>主な活動内容</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 一般保健ケアの提供には、社会的配慮を取り入れる。 2. 出生証明書および死亡証明書を発行する。(必要な場合) 3. 保健システム外にある主要な資源への紹介をすすめる。 4. 緊急保健ケア対応における心理的側面に関し、一般保健スタッフおよび精神保健スタッフにオリエンテーションをする。 5. 極度のストレス要因(心的外傷性ストレス要因とも言う)の被害者のために、心理的支援を利用できるようにする。 6. プライマリ・ヘルスケアにおいて精神保健に関するデータを収集する。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op. |

| | | |
|--|---|---|
| <p>6.2 重度の精神障害をもつ人びとが、ケアへアクセスできるようにする。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. アセスメントを行う。 2. あらゆる緊急医療品キットに十分な量の必須精神科治療薬を確保する。 3. 緊急プライマリ・ヘルスケア。 4. 重度の精神障害に対して最前線でケアに当たることができるプライマリ・ヘルスケアスタッフを研修、スーパーバイズする。 5. 複数の異なる研修によってプライマリ・ヘルスケア従事者に過剰な負担をかけることを避ける。 6. 無理なくアクセスできる場所に追加的な精神保健ケアを設ける。 7. 特定の診断や限定した集団に集中した並行的な精神保健ケアサービスを構築しないようにする。 8. 精神保健ケアの利用可能性について人々に情報提供する。 9. コミュニティ体制として連携して、重度の精神障害をもつ人々を発見、訪問、支援する。 10. あらゆる関係機関間の精神保健に関する連携・調整に携わる | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op. 7. ✓ Op. 8. ✓ Op. 9. ✓ Op. 10. ✓ Op. |
| <p>6.3 入院・入所している重度精神障害者等の精神・神経疾患を持つ患者を保護し、ケアを提供する。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 保健ケアに従事する一つ以上の機関が、施設入居者の継続的ケアおよび保護に関する責任を負うようにする。 2. スタッフが精神科施設を放棄した場合には、置き去りにされた重度精神障害をもつ人々をケアするように、コミュニティおよび保護システムから人的資源を動員する。 3. 精神科施設内の精神障害をもつ人びとの生命および尊厳を保護する。 4. 災害、紛争等の全期間にわたって基本的な健康管理・精神保健ケアを行えるようにする。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. |
| <p>6.4 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。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 医療の提供状況に関し、アセスメントをし、ケアマップを作成する。 2. 伝統的ヒーラーに関する国としての政策を確認する。 3. 確認されたヒーラーと信頼関係を築く。 4. 現地のヒーラーが情報共有および研修・セッションに参加するようにすすめる。 5. 可能な場合には、協働的なサービスを構築する。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. |

6.5 アルコール等の物資使用に関する問題を最小限に抑える。

1. 迅速評価を実施する。
2. 有害となるアルコール等の物質使用、依存を防止する。
3. コミュニティ内においてハームリダクション(害軽減)の介入をすすめる。
4. 離脱等の急性の問題を管理する。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.

| 項目10:リスクコミュニケーション | 要約 | |
|---|--|---|
| 第8章 被災地におけるコミュニケーション | 本章では、外部支援者を主体としている。 | 1. Op. |
| 3. リスクコミュニケーション —(1) リスクコミュニケーションの定義／(2) リスクコミュニケーションの基本原則／(3) リスクをふまえた個人レベルでのコミュニケーション／(4) 集団へのクライシスコミュニケーション／(5) マスメディアを介したコミュニケーション | <p>1. 災害時に、迅速で、正確かつ信頼できる情報を提供することは、個人や社会の混乱、不安、恐怖を軽減し、病的状態への移行を防ぐことができる。また、コミュニティの回復力の強化にも最終的に繋がってくる。</p> <p>(1)1. 定義:「災害危機に際して人々が効果的なコミュニケーションを行うための用語であり、行政、組織、コミュニティ、個人といった関係者間でリスクに関する情報を共有し、相互に意思疎通をはかること」(Stoddard et al., 2011)</p> <p>(2)2. 基本原則: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)。</p> <p>(3)3. 被災者と個別にコミュニケーションを図る上での留意点として、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に心がける(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表しない、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ないことを伝える、などが挙げられている。(Stoddard, et al. 2010)。</p> <p>(4)4. 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。筆者は、高橋(2014)の生徒が自殺した際の対応を参考にしよう勧めている(頁155, 表8-1)。</p> <p>(5)5. 専門家と住民等と関係者間でリスク認識の違いがあるため、メディアを積極的に使い、不安を和らげ、レジリエンスによる回復への希望を高める。災害時にメディアが発信すべき情報には、①災害の影響と継時的変化、②支援の求め方、③トラウマと悲嘆、④身体症状、⑤抑うつ情報、アルコールや薬物の渴望、⑥支援者のストレス・対策、⑦回復力、⑧化学物質や放射線などの知識、が含まれる(表8-2, p.156) (Stoddard et al., 2011)。</p> | 1. Op. 1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev. 5. Ev. 6. Ev |
| | <p>6. マスメディアではセンセーショナルなものを取り上げる傾向があり、報道関係者は二次的トラウマを被りやすい。報道側の要求を考慮したメディア対応の流れが表8-3(p. 157)に提示されている(鈴木, 2015)。</p> | |

| | | |
|-------------------------------------|--|--|
| <p>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</p> | <p>1. 精神保健医療専門家として行うリスクコミュニケーションについての教育は、これまでのところほとんど行われていない。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>1. リスクコミュニケーションの一般原則</p> | <p>1. リスクコミュニケーションの定義:「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」(SAMHSA-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:公務員のためのリスクコミュニケーション・ガイドライン』, 2000, p.14)</p> <p>2. 精神保健サービスセンター(2002)により作成されたガイドラインには、リスクコミュニケーションにおいて5つ推薦事項が記述されている:(1) 人々の懸念を和らげる、(2) 対応方法について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、単純で、率直で、現実的なゴールとメッセージを示す(表2-1, p. 27)。</p> <p>3. 公共コミュニケーション媒体を利用する際には、精神保健専門家等の信頼できる情報源からメンタルヘルスに関する情報を発信することが重要。</p> <p>4. リスクメッセージの定義:『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もある。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。』(SAMHSA-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:公務員のためのリスクコミュニケーション・ガイドライン』, 2000, p.20)</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Op. 4. Ev.</p> |
| <p>2. メディアとの関わり方</p> | <p>1. 災害リスクの伝達、社会教育(Beard & Kantor, 2004; Bennett et al., 1999; Fassler, 2003; Rauch, 2009; Stoddard & Menninger, 2004; Teichroeb, 2006)。</p> <p>2. 精神保健医療従事者が取材を回避しないように、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(Tinker&Vaughn, 2004)への防止が期待できる。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev.</p> |

| | | |
|-------------------------------|--|---|
| <p>3. 災害に備えてのリスクコミュニケーション</p> | <p>1. 精神医療(住民の心理的反応、初期対応者のストレスなど)と災害情報の両者の発信が求められる。被災地で連携してメディア対応に当たる必要あり。メディアも含めた支援者支援を行い、大分部の被災者が回復力をもつことを強調する適切かつ洗練されたメッセージを送信することが重要である。(Myers & Zunin, 2000; Nickell et al., 2004; Singer et al., 2003; Wray et al., 2008)。</p> <p>2. 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不安、ストレスを被災者にあおる弊害をもたらしては本末転倒であるという点である。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| <p>4. 災害発生時のリスクコミュニケーション</p> | <p>1. 支援者が効果的に機能できるため。</p> <p>2. 表2-3(p.33):精神保健専門家が疾患罹患者や被災者と個別にコミュニケーションを取るためのガイドライン。</p> <p>3. 心理的影響を受けやすいメディア関係者と話すことは、見逃された被災者への間接的支援。</p> <p>4. 保護的要因: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 (Charney, 2004; Shalev, 2004; Stoddard, 2009; Watson et al., 2006)。被災後の生活状況、恐怖の改善。</p> <p>5. 災害弱者を取り巻く問題:詳細は、第6章、第7章、第17章、第18章を参照。弱者集団のリーダー、彼らから信頼されている人物とのコミュニケーションが有効。アウトリーチは地域指導者と協力 (Reissman et al., 2005)。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Ev. 5. Ev.</p> |
| <p>5. 災害後のリスクコミュニケーション</p> | <p>1. 被災者が高域に分散する可能性を踏まえる (Covello, 2001)。明確、正確な情報発信。うつ病、PTSDのリスク軽減、生活への柔軟な対処法の指導。</p> <p>2. 被災者が移動した地域のプライマリケア医との連携。メディアとの協力。メディアと精神医療者との対話促進が重要。精神医療関係者がメディアトレーニングを受けること。</p> | <p>1. Ev. 2. Op.</p> |

| 項目11:準備+訓練 | 要約 | |
|-----------------------------------|--|--|
| 第2章 介入マトリックス | | |
| 1 緊急事態に備えた準備 | <p>1. 災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援(MHPSS)は3領域に大別され、本ガイドラインでは各領域における緊急事態への準備に関する活動が概説されている:A.各領域に共通の作業役割 B.精神保健・心理社会支援の中心的活動領域 C.活動領域セクター別の社会的配慮</p> <p>2. A.各領域に共通の作業役割 ①連携・調整 ②アセスメント、モニタリング、評価 ③保護および人権上のスタンダード ④人的資源</p> <p>3. B.精神保健・心理社会支援の中心的活動領域 ①コミュニティの動員および支援 ②保護ケアサービス ③教育 ④情報の発信</p> <p>4. C.活動領域セクター別の社会的配慮 ①食料安全および栄養 ②避難所および仮設配置計画 ③水および衛生</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| | | |
| IV 平常時から行うべきこと | | |
| 1) 災害時の精神保健医療活動についての住民教育 | <p>1. 災害時に起こりえる精神的反応とその対処について、広報活動を通じた地域住民の教育が必要である(本ガイドラインの第二項:災害時における心理的な反応を参照)。</p> <p>2. 特にPTSDについてはマスメディアによる不正確な情報の修正の為、住民教育では正しい情報(例:災害後の心理的変調の多くは正常反応である、PTSDの診断は症状発症後一か月以上経過ののち行われる、トラウマ的出来事の体験直後に心理的デブリーフィングを行うことはPTSDの予防にならない等)を強調すること。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| 2) 災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション | <p>1. 防災訓練の一環として精神保健医療の救助活動のシミュレーションが含まれるのが望ましい。</p> <p>2. シミュレーションには救護班による災害現場での簡単な心理教育、不安・不眠などを主訴とする住民の相談窓口での受診等の訓練が含まれる必要がある。</p> <p>3. とくに不安をかかえた住民が受診をためらわずに済むよう、地元の首長・名士にその役割を依頼することは効果的である。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| 3) 精神保健医療の援助資源の確保 | <p>1. 災害時に援助を求めることのできる精神保健医療の人的資源について把握、整理しておく。</p> <p>2. 職種ごとの連携先の確保、助言を求める先の確保、また多文化対応のための外国人ボランティアの確保が役立つ。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p>4) 日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進</p> | <p>1. 災害時に体験される心的トラウマを伴う精神的な症状は、平時におこる虐待、事故、家庭内暴力(DV)等で生じる精神反応とほとんど変わらない。従って、精神保健従事者がこうしたケースに積極的に取り組み、女性相談センターや児童相談所と情報交換を行うことが心的トラウマ対応の経験を積むことに役立つ。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>5) 精神保健医療従事者への研修活動</p> | <p>1. 災害時における心的トラウマ対策の担当者は精神保健専門家だけではなく、行政担当職員も専門家研修に積極的に出席すべきである。とくに、行政内の医師免許保持者は行政と臨床の現場の連携を図るべく努めるべきである。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>5 コミュニティの動員および支援</p> | | |
| <p>5.1 あらゆるセクターでの緊急対応について、コミュニティそのものが活動し、主体的に関わり、管理できるような環境を整える。</p> | <p>1. コミュニティの動員のため、支援に関する公的・非公的リーダー、機関・構造間の連携・調整をする。 2. 可能な限り早期に被災コミュニティの政治・社会治安状況を確認するため、コミュニティ内の指導者ら、支援組織、意思決定プロセス、文化ルールならびに文化的情報提供者を把握する。 3. コミュニティの人々が等しく支援を受けるために、公式・非公式組織の組織とコンタクトを取り、過去の危機に直面した経験、組織化の中心人物、既存の相互支援形態とその有用性、問題が生じた際の解決策、人々の緊急対応への参加について問い、各コミュニティの特徴について理解する。 4. 社会的に疎外された人々が緊急支援の計画・提供に組み込まれ、その過程に参加できるよう、それらの人々をエンパワーし、スティグマや差別を防止・抑制するために青年ら、地方行政に働きかける。 5. コミュニティの人々(子どもも含む)が集まり緊急対応を計画、実現するための自助、宗教、文化活動が行えるよう安全なスペースを早期より設ける。このスペースは子どもを保護、支援する場所でもあり、重要な情報の発信拠点としても機能する。 6. 緊急時に社会心理支援においてレジリエンスを発揮できるコミュニティとするためには、コミュニティの人々自身がその過程を主導、牽引し、コミュニティがあるべき未来像を描き、長期的シナリオに基づいた行動計画の実現のために活動できるようにする。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---------------------------------------|--|--|
| <p>5.2 コミュニティの自助およびソーシャルサポートを強める。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 効果的な心理社会支援、対処、そしてレジリエンスの基盤となるコミュニティの人的資源を特定する。 2. 参加型手法を用い、コミュニティによる優先すべき社会的支援活動の特定をする。利用可能な非専門的・専門的支援で即時開始/強化が可能なもの、コミュニティの将来の展望に貢献するものに着目する。特定された情報は連携・調整グループと共有する。 3. 被災したコミュニティのすべての人々が支援を受けられるよう、コミュニティ内の自助・相互支援の取り組みを強化し、可能であるならコミュニティの人々自身が提案したコミュニティ支援イニシアチブを後押しする。 4. 災害弱者のなかでも最も高いリスクに晒される最弱者の人々を支援するため、コミュニティ独自の支援イニシアチブだけでなく広い範囲での関連イニシアチブの追加を検討、計画・実施・モニタリングを行い活動を促進する。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. 6. ✓ Op. |
| | <ol style="list-style-type: none"> 5. コミュニティの支援が十分でない、あるいは目標達成に至るのに不十分とみなされる場合は、フォローアップを伴う短期の参加型研修をコミュニティの心理的支援活動の従事者(ボランティアを含む)に提供する。 6. 必要に応じて、コミュニティ内外で社会的に疎外された災害弱者として最も高いリスクのある人々のために人道支援者としてアドボカシーを行う。 | |
| <p>第8章 被災地におけるコミュニケーション</p> | | |
| <p>1. 準備段階</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>—被災者・支援者の背景 ／被災者と支援者との関係 ／同僚や家族との準備 と共同生活作業</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 被災現場の支援者は、曖昧な個人の役割や過度の労働によりストレスに曝されやすい。結果として、非効率的・非生産的な活動が起こり、自身の健康を害したり、二次災害を引き起こしたりする (Raphael, 1986)。 2. 被災者と支援者は相互関係にあり、ともすると歪んだ関係に陥り易い。例えば、災害急性期に活発に支援に従事した支援者はその後事態が沈静化するにつれ疎外感を覚えるようになる。また、自身を全能と信じる支援者は被災者を脆弱な存在とみなし (Raphael, 1986)、すべての保護と援助に対し被災者は感謝すべき、と思い込み、被災者が正直な要求をすることや感情を表に出すことを妨げる結果を招く。 3. このような負の関係にならないよう、支援者は常に被災者を客観的に捉え、被災者と適切な心理的距離をとり、お互いのなすべきことを尊重する姿勢を保つべきである。 4. 派遣された支援者は、私生活や仕事への災害の影響に対する不安に襲われるため、①セルフケア、②家族のケア、③家族や職場と有事の備えに関する話し合いを行うべきである。 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. |
| <p>教育</p> | | |
| <p>7 教育</p> <p>7.1 安全で支持的な教育へのアクセスを強める。</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. 教育の重要な保護的役割として、平和地帯としての安全な学習環境を整える。 2. 精神保健・心理社会的ウェルビーイングを促進しつつ効果的な学習を提供するため、災害・紛争時に柔軟に対応した正規/非正規教育をより支持的かつ適切なものにする。 3. 災害・紛争時においては年齢、性別、障害、入学書類の有無に拘わらず、すべての者への教育のアクセスの向上に努める。代理母を務める子どもたちには保育サービス、物資に困窮する者には学用品、そして復学を希望する者には上級者向け教育を提供する。 4. 教育者は学習者のウェルビーイングを支援できるよう、教育者自身の社会的ウェルビーイングの支援のため、コミュニティの背景と文化に応じた参加型学習法を取り入れた継続的な学習機会、関連研修、災害・紛争に関する専門的支援を提供されることを奨励する。 5. 特別な精神保健・心理社会的ニーズをもつ学習 | <ol style="list-style-type: none"> 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op. |

| | | |
|--|--|---|
| | <p>者を支援できる教育システムの能力を育成する。子どもをモニタリング、フォローアップする担当者置き、学内カウンセラーは災害・紛争関連問題の対処についての研修を受講し、コミュニティ内の精神保健、社会的、心理社会的サービスに適切に子どもをつなぐことができる紹介体制を築く。</p> | |
| <p>第16章 予防・教育</p> | | |
| <p>1. ストレスマネジメント教育 ーストレスマネジメント教育とは／ストレスマネジメント教育のすすめ方</p> | <p>1. 定義: ストレスマネジメント教育とは、自分のストレスに向き合い望ましい対処を学ぶ理論と実際であり、すべての人を対象とする(山中・富永、2000)。 2. ストレスマネジメント教育は、心理社会的ストレスモデル(Lazarus & Folkman, 19984)を理論の根幹とし、日本独自の展開として、臨床動作法の動作を取り入れている。身体を整えることで気持ちも整い、集中を促す結果となる。 3. ストレスマネジメントの教育の進め方は4段階ある: ①ストレスについて学ぶ、②自分のストレスを知る、③望ましいストレス対処法を学ぶ、④望ましいストレス対処法の活用。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>人材育成・支援者訓練</p> | | |
| <p>第4章 災害時メンタルヘルス活動の訓練</p> | | |
| <p>1. 災害メンタルヘルス(DMH)訓練のためのガイドラインと配慮</p> | | |

-訓練を受ける者/いつ訓練が行われるか/訓練テーマと学習目標/訓練の過程/訓練に割り当てる時間/指導者/財源

1. DMH訓練を受ける者はメンタルヘルスの専門家、医学の専門家、牧師、消防士、警察、学校職員および専門職の助手が含まれ、訓練の内容は各人の資格、職、あるいは被害者や災害作業員と接するボランティアを希望するか否で大きく異なる。また、訓練を受ける者はDMH活動のために公的に認可された機関内で支援することを認可される必要がある。
2. システムレベルでの対応の調整、統一をはかり、また、専門家がDMHサービスと通常の臨床サービスとの顕著な差異を学ぶために災害前の訓練が最適である。数多くの地域救急関連サービスならびに各支援時期に対応したDMH活動を実現し、講義と災害シミュレーションの組み合わせた教育形態が理想的である。
3. DMH介入における研究は少なく(Norris et al., 2002)、災害時の効果を実証したエビデンスやスクリーニング・評価に関する記述が非常に乏しいことから、メンタルヘルスのリスクのある個人に関する災害関連の評価を一般化することが妥当であると考えられる。著者ら(Young et al., 2006)は被災者の多様なニーズに効果的に応えるための準備として多面的なDMH訓練を奨励している(表4.1 DMH訓練カリキュラム—臨床家と行政職への普遍的モジュールを参照)。
4. テーマや内容の説明に終始する既存の訓練マニュアルに対し(Young et al., 2001)、DMH訓練は参加者が実際に介入のリハーサルをしフィードバックを受けさせることで重要な介入技術の習得を可能にさせている(Norris et al., 2005)。
5. 多くのDMH訓練は4時間、8時間、12時間または16時間のプログラムとなっている。長時間のプログラムには計画立案の機会、チームの組み立て、参加者間のネットワークづくり、ロールプレイ、演習ならびに支援行動のデモンストレーションが含まれる。
6. 指導者は一般的にメンタルヘルス臨床の有資格者、さまざまな災害および地域社会に対応した経験のある行政官である。例外として、特定の課題(例:資源、行政的手法、地域の文化的特性、死者の扱い等)には講師が指導者として加わる。
7. DMHの財源はそのプログラムが政府、非営利団体、民間企業等、どのような機関から提供されているかによって異なる提供者から支給される(例:政府による財源として国土安全保障省、連邦緊急事態管理庁 FEMA等)。

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

2. 外傷後早期介入研究—訓練に関連したもの

-被災者への教育/技術訓練/トラウマ・ストレス反応を軽減するための簡易心理的介入/ブリーフ・アルコール・インターベンション/長期的問題のリスクがある被災者の同定/紹介--メンタルヘルス・サービスの利用への障害を減らす

1. 災害発生後の被災者へのいくつかの教育方法は、単独では自動車事故と暴行後におけるPTSDの発症の予防に対し限定的な効果しかないと認知されている (Bryant & Harvey, 2000; Bryant et al., 1999; Bryant et al., 1998)。情緒的な回復と情報の簡易な提供による影響の可能性の両方を視野に入れた教育についてDMH職員は訓練を受ける必要がある (Ruzek, 2002; Young & Gerrity, 1994)。
2. モデリング、行動のリハーサル、セルフモニタリング、現実的環境での繰り返しの練習、マルチセッションの指導などDMH技術訓練で用いられている方法はDMH教育の効果向上に有効であると推測されている。
3. トラウマ体験やASD後数週間以内に効果的と考えられている認知行動療法 (CBT) の中で最も強力な要素は暴露療法と認知の再構成であるが、短期間症状を悪化させる、正式な訓練を受けた実務者が稀少であることから、被災者への適用については研究の実施が求められる。災害時には悲観的認知がよく観察されるので、PTSDの発症における認知の役割についての教育、また、災害時に頻繁にみられる苦痛を伴う反応に対する間違った考え (例: 罪悪感) を変えるための体系的なアプローチについて訓練を受ける。
4. 病院のトラウマセンターですぐに治療を受けた患者で、一回のブリーフ・アルコール・インターベンションでも飲酒量を軽減することができたことが実証されている (Gentilello et al., 1999)。従って、この介入方法が災害後の飲酒問題を軽減する可能性について考えることは妥当であり、DMH訓練にアルコール乱用に対する介入は採用されるべきである。
5. リスクの高い被災者を精神科治療へつなぐことはDMH従事者に求められる重要な任務の一つである。外傷直後において最も脆弱な人々の確定は困難だが、訓練ではスクリーニングのモジュールが含まれるべきである。
6. 被災者のメンタルヘルス・サービス利用に対する抵抗・拒否について様々な理由が考えられているが、様々な被災者の反応、懸念について話し合い、動機付け面接 (Rollnick et al., 1992) を行うことで、DMH従事者の支援が利用される確率が上がることが示唆される。

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

3. 学校におけるDMH訓練

ー学校への訓練とアクセス
 /学校におけるリーダー
 シップを保持している人々
 への訓練/教員への訓練
 /“教員以外の”学校職員
 への訓練/学校保健師へ
 の訓練/学校メンタルヘル
 ス・スタッフへの訓練

1. 学校におけるDMH訓練は、教室のマネジメントを助け、子どもの健康、メンタルヘルス、学習を促すことを目的とした学校を基盤としたメンタルヘルス・サービスのためのものである。教室内の活動、学校生活のルーチンを阻害しないメンタルヘルス介入をするを行うために、学校とDMHとのパートナーシップを確立することは大きな課題である。学校からのDMH訓練実施の許可を得たうえで、多岐にわたる学校職員の訓練とDMHサービスに特化したリソースを開拓できるように指導を行う。
2. DMH訓練従事者は災害後の学校をベースとした回復プログラムの立ち上げの過程で、学校における指導的立場になる可能性があり、また、教育委員会管轄の階層構造のなかにある学校組織ということ念頭に置く必要がある。
3. 教員の訓練には災害関連の不安、引きこもり、怒りそして非協力的な生徒への介入手法の練習の機会が含まれるべきである。どのように話し、年齢や発達レベルに見合った接し方を経験、理解させることにより有意義な訓練となる。
4. あらゆる年齢層、文化・宗教背景の教員以外の多くの職員にも救護活動や生徒と大人の相互作用について、各々適切なレベルの内容と実演訓練を受けるべきである。
5. 学校保健師(看護師)はDMH訓練により、災害関連ストレスにより生じる医学的問題の評価、また、生徒、親、職員の災害関連ストレスとその対処技術を加えて得ることが出来る。結果、トリアージと心理学応急処置の分野での活動強化につながる。また、養護教諭も学校のクライシスチームの鍵となるメンバーとして訓練を通じて任務強化を期待できる。
6. 災害前と後で、学校メンタルヘルス専門家(スクールカウンセラー、学校心理士(博士)、スクール・ソーシャルワーカー)と地域メンタルヘルス専門家の訓練を組み合わせることにより、パートナーシップを強化し、学校と地域でのDMH対応と方針の統一、調整の強化を実現することが可能となる。

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

4. 災害後の自助/相互援助
 を促進させるためのDMH訓
 練

1. 災害に対応した自助(self-help:SA)/相互援助(mutual aid:MA)的介入とは、非公式な供給源、特に仲間(例:特定の事象に対し直接の知識を共有する人々)から得られる個人のコーピングを増すためのアプローチのセットであり、これらはやや組織化された方法で提供される。

1. ✓ Op.

| | | |
|--|--|------------------------------|
| <p>一 訓練／SH/MAの理論と研究</p> | <p>1. DMH実務者は一般的にSH/MAの介入設立を援助した経験に乏しい。(表4.3)仲間同士がお互いに提供し合うサービスの有益性を支える理論は訓練の概要を示している。これらの理論には、社会的比較理論、社会的学習理論、社会的サポート理論、経験値、救助所-治療の原則が含まれる。</p> <p>2. 仲間同士が相互に提供する peer-deliveredサポートと援助であるSH/MAの介入についての存在的利点は表4.3(p. 78)にみられるように様々な理論に基づいている。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>5. 現実の事件では—9.11後のニューヨーク州によるDMH—指導者／9.11の余波におけるトレーニングに伴った困難性</p> | <p>1. 9.11同時多発テロ事件後のニューヨークのコミュニティは災害とトラウマに対するボランティアとして必要な訓練に参加を希望する数多くの専門家に恵まれたことにより、FEMA予算による全ての訓練活動が州レベルで承認され、結果としてニューヨーク州の職業訓練および労働力開発部が災害救助活動全般に関する訓練活動に参加する組織からの代表者のためのトレーニング・タスクフォースを組織することを支援した。</p> <p>2. 9.11後災害支援要員が直面した数多くの障害には、①現場のニーズに合わせた教育教材の翻訳、②ハイリスク群と一般人口両方へのサービス提供、③地域団体や地域機関と協働することによるプログラムの個々の段階の効率的な切り詰め、④新たに特定されたニーズに適合した訓練の導入、が含まれる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>6. DMH訓練の改善に向けて</p> | | |

| | | |
|--|---|---|
| <p>ー内容および手順／新たなテクノロジー／調査研究</p> | <p>1. 多くの訓練およびサービス提供がFEMA/CMHS主催のもとに行われてきた。このFEMA/CMHSモデルに対し、著者ら(Young et al., 2006)は今回推奨されるDMH訓練モデルへの抵抗を推測したうえでの概念的枠組みの詳細なレビューの必要性、重症者に対するメンタルヘルス・サービスの提唱を含めた10項目にわたるDMH訓練の改善を提言している。</p> <p>2. 災害後のDMH従事者の迅速な訓練のため(「ジャスト・イン・タイム」訓練)、潜在的な新たなテクノロジーとして個人用携帯情報端末personal digital assistance(PDA)およびタブレット(メモ帳)サイズのコンピューターの利用が考えられている。</p> <p>3. DMH訓練内容をよりエビデンスに基づいたものとするためには①介入、②介入のタイミング、③介入と被災者のマッチング、④個人介入対グループ介入、⑤専門家による介入対専門家補助者による介入、⑥利用者主導型サービス、⑦サービス提供ネットワークの管理最適化、⑧訓練手順の諸タイプ、⑨特定の訓練法有効性、⑩その他のテーマの実証的研究、が必須である。また、DMH訓練手順の進化をもたらす評価法の導入、ならびにさまざまな教育法の効果と特定の訓練モジュールの効果の比較研究も有益な情報をもたらすと考える。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>7. 結論</p> | <p>新しい論点はなく結論の要約を省略した。</p> | |
| <p>第19章 災害公衆衛生専門家の人材育成</p> | | |
| <p>1. 人材を育てる</p> <p>ーわが国での健康危機管理人材のためのコンピテンシー／アメリカの健康危機管理人材のためのコンピテンシー</p> | <p>1. 橋ら(2011)は地域の公衆衛生従事者に求められる危機管理をめぐるコンピテンシー(業務遂行能力)をデルファイ法を用いて検討した(第一回調査回答 1016件; 第二回調査回答 756件)。表19-1(p.277)には、①発生の第一報、初動調査結果から地域保健上のインパクトを図る能力、②原因究明調査のマネジメント能力、③対策遂行の組織マネジメント能力、④判明事実・対策方針などの迅速・正確な内外に対する情報提供・説明能力、スポークスマンとしての役割、⑤対策後フォロー、再発防止策を継続可能体制とするシステム・社会的コンセンサス形成能力、⑥平時に必要なコンピテンシー、に関する全21項目に対する意見集約結果がまとめられている。</p> <p>2. アメリカ疾病予防管理センター(CDC)の支援を受け、Association of Schools of Public Health(ASPH)は2010年に公衆衛生危機準備・対応のためのコアコンピテンシーモデルを発表した。4つの大項目は、①リーダーシップをつくること、②情報を伝え</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p> |

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

2. さまざまな人材育成活動
—アメリカの人材育成／イギリスの人材育成／国立保健医療科学院での人材育成／DPATについて／職種間の連携について

1. 米国ではCDCを中心とし健康危機事象に対応する人材・指導者を育成しており、代表的なものに preparedness and emergency response learning centers (PERLC)というプログラムがあり、全米各地の公衆衛生従事者の訓練センター(全米14か所の公衆衛生大学院)を統括するネットワークとして機能しており、州、地方レベルでの危機管理水準の向上、コンピテンシーに基づく訓練と教育を開発、提供、評価することを目的としている。国全体を網羅する国家健康保障戦略の一環であり、CDCより約90万ドル(2011年当時)の資金を得て活動している。
2. 英国では健康危機管理を統括する英国健康保護局 (HPA)が2011年より新たな健康危機計画研修 (health emergency planning program)を開始し、従来のディプロマプログラムと危機計画官コース (emergency planning officer's course)を発展させた。研修プログラムはaward, certificate, diplomaの3つのレベルからなり、運営はLoughborough大学ビジネススクール内のProfessional and Management Development Centreが行っている。
3. 国立保健医療科学院は、①長期の研修: 専門課程I 保健福祉行政管理分野分割前期(基礎)と、②短期の研修: 健康危機管理保健所長等研修(実務編、高度技術編)を実施している。前者は地域保健法施行令によって保健所長の資格要件となっており、保健所長の就任が予定されている自治体職員を対象としている。一方、後者は2001年の「地域健康危機管理ガイドライン」をうけ、厚生労働省は同年より「健康危機管理保健所長等研修会」を開催。2004年度より国立保健医療科学院が研修会の企画・運営に参加することとなり、実践的能力の向上に有用な演習プログラムの開発・実施・評価に取り組むこととなり、2006年度より本研修を実施している。
4. 東日本大震災後に開かれた2011年全国衛生部長会において、公衆衛生版DMATである災害派遣公衆衛生チームDisaster Public Health Assistance

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

Team(DPAT)の設置が提言された。DPATは都道府県で事前に登録、訓練を受けた自治体の公衆衛生医師、保健師、管理栄養士、衛生関係職員、事務職、運転手、大学などの専門職、NPO、NGOで構成され、災害発生直後にDMATと同時に派遣される。

5. 奥田と鈴木ら(曾根ほか, 2010; 曾根ほか, 2011)は、災害時の避難所などにおける職種間の連携の在り方について具体的に検討。自治体職員を含む保健師班、環境衛生監視班が避難所の衛生管理についてそれぞれ単独で考察した後、合同で結果について議論した。結果は「保健師と環境衛生監視員の連携に関する認識－避難所の場面」(表19-3)(p. 285)にまとめられており、「避難所の衛生管理について迅速に提供されるべき情報の記載内容に関する様式」(表19-4)(p. 286)がその結果を受けて作成され、東日本大震災でも一部の避難所で使用された。

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

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

2. 文献を利用する—集団暴力後のベスト・プラクティス

—治療のタイミングと発達の問題／子どものメンタルヘルスのスクリーニング／文化的課題—EBTsのコミュニケーション・トレーニングとその受け入れ

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

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

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

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

3. 軍人および救急隊員の子どもたち

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

1. Ev.

4. 実際の治療へのヒント

－災害と集団暴力の場合
／軍人の子どもへのケア

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

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

5. 異なる被災現場・被災状況における継時的アプローチ

－被災直後(数時間から数日後)【学校／親／コミュニティとメンタルヘルス専門職】／短期の対応(初期4週間)【学校／家族／コミュニティとメンタルヘルス専門職】／継続対応(被災後1ヶ月以上)【学校／保護者／コミュニティとメンタルヘルス専門職】

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

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

1. Op.
2. Op.

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

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

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

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

6. 臨床事例

一主訴／背景／治療

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

1. Op.

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

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

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

| | | |
|---|--|--|
| <p>ー緊急支援とは／緊急支援プログラムの概要</p> | <p>1. 学校における緊急支援の定義: 児童生徒の反応を学校コミュニティが受容し、本来の機能を回復させるために事件・事故後に行う援助、およびコミュニティが学校コミュニティの構成員に対して行う後方支援(窪田、2005; 福岡県臨床心理士会, 2001)</p> <p>2. 学校における緊急支援の主な目的: ①心の傷の応急処置、②一次被害の二次予防(例: 危機的状況に対する反応の長期化・重篤化を防ぐために、リスクが高い者を早期に発見し、専門的・継続的ケアに繋げる)、③二次被害の一次予防(例: 特定の個人への誹謗・中傷、無責任な噂による二次被害に対して正確な情報提供を行い、その発生を予防)</p> <p>3. 援助活動が必要となる具体的な出来事として、児童生徒による自殺・死傷、地域の自然災害被害、児童生徒による殺傷事件、教員の不祥事・自殺・突然死、などが挙げられている。</p> <p>4. 生徒、教職員、保護者を対象とした緊急支援活動は、①トラウマ的出来事に関する情報共有、②トラウマ反応と対処法に関する情報提供、③トラウマ体験の表現機会の供給から構成される。</p> | <p>1. Ev. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>2. 学校コミュニティの危機 ー学校コミュニティとは／学校コミュニティの危機／学校コミュニティの危機をもたらす出来事</p> | <p>1. 学校コミュニティとは、児童生徒、教職員と保護者(地域)を構成員とし、児童生徒の成長と発達を支援することをその役割とする(窪田、2010)。</p> <p>2. 心的外傷的出来事を受けると、学校コミュニティに所属する多くの構成員(生徒、教職員、保護者)が危機状態に陥るため、コミュニティ内で通常行われていた構成員に対するケアで收拾がつかなくなる(窪田、2005)。</p> <p>3. 学校コミュニティの危機をもたらす出来事は人々心の傷、心的外傷経験をもたらすが、その要因は恐怖体験と喪失体験である(安、1996)。多くの学校コミュニティの構成員が強い恐怖・喪失を体験すると、無力感・自責感を生み、コミュニティ全体の混乱が増幅される。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev.</p> |
| <p>3. 支援者の構造 ー学校コミュニティの危機への緊急支援モデル／緊急支援プログラムの実施にあたってーそれぞれの役割</p> | <p>1. 学校における緊急支援プログラムは、①第一次支援者(学校コミュニティ内の教職員、保護者)、②第二次支援者(スクールカウンセラー)、③第三次支援者(外部緊急支援チーム)より構成される(図1: 学校コミュニティの危機への緊急支援モデル; p.87)。</p> <p>2. 災害急性期に緊急支援プログラムを実施するには、①学校、②教育委員会、③臨床心理士の3者の連携が欠かせない。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>4. 教育委員会との連携</p> | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>—教育委員会の組織と学校との関係／連携先とのネットワークづくり／最後に</p> | <p>1. 緊急支援のシステムを形成するには、学校内のネットワークに加えて学校外のネットワーク作り（例：医療保険機関）が必要とされるため、行政機関の一つである教育委員会との連携が欠かせない。そのためには、①既存の緊急支援システムを知り、②教育委員会に緊急支援プログラムの必要性を理解してもらうことが重要である。</p> <p>2. 学校のスクールカウンセラー、擁護教師等がキーパーソンとなり、医療保健機関、福祉機関、司法矯正機関、警察等との連携が必須であり、教育委員会がその連携作りの推進にあたることが重要である。</p> <p>3. 連携ネットワークの構築に重要なのが、学校行政の中心的機関である教育委員会に緊急支援プログラムの実施方法や有効性を示すことである。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>5. 中長期的ケア</p> <p>—中長期ケアの対象者/教師の中長期ケア/児童生徒の中長期ケア/保護者の中長期ケア</p> | <p>1. 緊急支援プログラムは学校コミュニティのメンバー（教師、児童生徒、保護者）を対象としているが（図1：緊急支援プログラム；p.89）、その中でも特別な支援を必要とする者に関しては、スクールカウンセラーによる個別カウンセリングへと繋ぎ、必要に応じた援助を提供することが求められる。</p> <p>2. 緊急支援が終了し、初期対応が進む折、教師の疲労が表面化する。個別カウンセリング、管理職との相談・連携、医療機関へのつなぎ等の配慮が必要である。</p> <p>3. 自分の問題によるストレス、事件・事故による急性ストレスの二重のストレスを負う個別カウンセリング対象児童への対応にはスクールカウンセラーの担任との緊密な連携、情報共有、学校主体による教育相談によるフォローアップが重要である。</p> <p>4. 継続したフォローアップを受けている児童の保護者へのサポートならびに必要な応じた対応を行う。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |

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

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

6. 結論

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

1. Op.

| 項目13:高齢者 | 要約 | |
|--|--|--|
| 第6章 災害と高齢者 | | |
| <p>0. はじめに</p> <p>—高齢者とは／高齢化／高齢化社会の問題点</p> | <p>1. WHOでは高齢者を65歳以上と定義づけし、日本は2007年に超高齢者社会となった(人口の21.5%)。</p> <p>2. 高齢化社会の問題点には、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・災害弱者がある。災害時の社会システム脆弱化は避けられないことから、平時より高齢者へのゆとりある対応が求められる。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| <p>1. 高齢者の特徴</p> <p>—身体的特徴・身体の老化／精神的特徴・精神の老化</p> | <p>1. 高齢者の特徴には、①体力の低下、②前頭葉の機能の低下による意欲の低下、③動脈硬化の進行による自発性の低下、④セロトニンなどの脳内神経伝達物質の減少やソーシャルサポートの喪失によるうつ病の危険性、⑤眠りの質の低下、⑥せん妄、⑦尿失禁、頻尿、などがある。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>2. 認知症</p> <p>—認知機能とは／認知症とは／病態／診断／治療／認知症の注意点／代表的な認知症／災害と認知症</p> | <p>1. 認知症とは理解、判断、論理などの知的機能に障害が生じることである。後天的に獲得した知能、知識を徐々に失い、判断・行動に問題を生じ、結果として社会生活に問題をきたす。記憶の問題が認知障害でも中心となっている。</p> <p>2. 病態は各認知症患者によって異なる(例:アルツハイマー病ではアミロイドβタンパクの重合、沈着が脳の異常を引き起こす一方、脳血管性認知症では脳梗塞や脳出血などの血管性疾患が原因と考えられている)。</p> <p>3. 認知症の診断方法、①本人と家族から既往歴と家族歴を聴取、②ミニメンタルステート検査(MMSE)や長谷川式簡易知能評価スケールを用いての認知機能の低下の測定、③MRIやSPECTの画像検査などがある。</p> <p>4. 認知症の種類によって治療薬が異なるが、薬物療法は過鎮静などの副作用があるため、最初はユマニチュードなどの非薬物的手法を使用してから薬物療法に移行する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p> |

5. 認知症に関する注意事項として、①高齢者うつ病との鑑別が困難なこと、②コミュニケーションが取りづらいため身元が確認できなかったり、食事などの配給を受けることが出来なかったりすることなどがある。

6. 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かったり、身体疾患のための薬を内服できない、等の事態が生ずる。認知症患者は災害弱者のうち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。

3. 災害と高齢者

－身体面の問題／精神面の問題
／高齢者と避難勧告／災害時の
急性期対応／慢性期対応

1. 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)のリスクに関する研究結果はさまざまで、①若年者と比べて高齢者は精神疾患のリスクが低いことを示していたり、②高齢者のほうがリスクは高いと示していたり、③年齢による差はないと示しているものもある(Galea et al., 2008)。

2. 高齢者の精神面を評価する際に把握すべきことは、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である(Conwell, 2009)。

3. 災害時において有用な支援法には、①BASIC-Ph(Lahad et al., 2013)と、②サイコロジカル・リカバリー・スキル(SPR)がある。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)。

4. 高齢者が避難勧告があるにも関わらず避難しないことがある理由として、①過去の災害で成功体験があったこと、②生まれ育った場所を離れたくないこと、③安全だと思ってしまうことなどが挙げられている。

5. 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に、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)を提供すべきである。

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

| | | |
|----------------|---|--------------------------------------|
| 3. 神経生物学的リスク因子 | 1. 神経生物学的リスク因子には、①日周変動の喪失を伴うコルチゾールのおだやかな増加、②ニュートロフィン反応の減少(脳由来神経栄養因子の減少、チロシンキナーゼ活性)、③アドレナリンの大量放出(PTSDへの発展の危険性をはらむ)、などがある(Pitman et al., 2002; Peskind et al., 2007; Ziegenhorn et al., 2007)。 | 1. Ev. |
| 4. 精神医学的アウトカム | 1. 災害直後ほとんどの人がストレス反応を経験するが、2か月後一部の人は何らかのI軸診断疾患を発症し、ごく少数が長期的な心理病理に移行する(図18-1トラウマへの反応の階層、p.423; Lindemann, 1944)。 1. 軽度の記憶・認知障害は、極度のストレスを受けた高齢者では一般的なことなので、精神科医は鎮静剤を使用すべきではない(Sakauye, 2008a)。 | 1. Ev. |
| 5. 介入の方略 | 1.災害対応は、①直後期(災害後一週間)、②早期・急性期(1週間～2カ月)、③後期・急性期後(2カ月以上)に大別され、各段階においてa)患者のトリアージ、b)精神医学的歴の確認、c)向精神薬治療の中断回避、d)精神疾患のスクリーニング、e)物資使用の確認、f)ビアーズ基準上の薬の回避の確認(Fick et al., 2008)が必要とされている。 2. 直後期の対応としてPFAが推奨されている。認知症患者には、愛着対象人物の存在が有益である。薬物を使用する際は、ビアーズ基準に掲載されている薬物(例:抗ヒスタミン薬)を避ける(Fick et al., 2008)。 3. 急性期対応として推奨されているのは、①ソーシャルサポートの欠如、健康、記憶、日常生活動作の制限の有無、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、②ハイリスク者を治療・精検へ紹介、③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、などがあげられている(Dyer et al., 2008; Sakauye, 2008b)。 4. 急性期後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)。 | 1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev. |

| | | |
|---------------------------------------|---|------------------|
| 6. 準備 | 1. 防災計画に高齢者と認知症患者のための計画を含め、彼らの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の計画を確立する(Sakauye et al., 2009) | 1. Ev. |
| 7. 結論 | 1. 健康障害、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である。よって、ADLの制限、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。 2. 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大切である。また、転倒・混乱のリスクが知られているベンゾジアゼピン、鎮静作用のある抗ヒスタミン剤、抗コリン性の薬、多剤投与を避けるべきである。 | 1. Op. 2. Op. |
| 第12章 高齢者対策 | | |
| 1. 近年の震災にみる高齢者への対策 —高齢化社会と災害／過去の教訓 | 1. 2004年中越地震、2007年能登半島地震、2007年中越沖地震により、災害時要援護者 (CWAP-防災白書、1991) の中でも特に高齢者に対する配慮が重要視されるようになった。 2. 2007年の能登半島地震では、CWAPの人々のための福祉避難所が初めて設置され、2008年に厚生労働省による福祉避難所設置・運営に関するガイドラインが公表された。 | 1. Op. 2. Op. |
| 2. 高齢者対応の実際 | | |

—2011年東日本大震災での活動／遊楽館に設置された福祉避難所／桃生農業者トレーニングセンターに設置された福祉避難所／これからの課題

1. 東日本大震災当時、筆者(石井, 2012)は、現地に派遣される災害支援ナースのコーディネーターとして活動の調整や支援を行っていた。数多くの避難所に巡回する救護班や医療福祉関係者の活動拠点を固定化するため、要援護者を集約できる福祉避難所(遊楽館、桃生農業トレーニングセンター)を4月中旬に設置。福祉避難所への移動を拒む人々がいたため、筆者(石井, 2012)は二次避難説明指針(表12-3; p.179)を作成し、個別訪問を行った。

2. これからの課題として、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、または促進し可能な範囲でのセルフケアの確立、が想定される。

1. Op.
2. Op.

| 項目14: 支援者 | 要約 | |
|--|--|---|
| <p>第7章 救援者のメンタルヘルス</p> <p>1. 活動前</p> <p>2. 活動中</p> <p>3. 活動後</p> <p>4. まとめ</p> | <p>✓主な指針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✓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✓リジリエンスについて触れる✓マスキング✓救援活動の目的と限界✓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)</p> <p>バーンアウト発生の可能性を常に念頭におく。✓メンバー同士支え合う✓家族との連絡をとる✓一貫した傾聴の態度で被災者への対応を行う✓被災者からの怒りについて常に心の準備をしておく✓1日の振り返りをメンバー同士で行う</p> <p>救援活動終了ではなく、通常の生活に戻れて任務完了とする。✓元の職場復帰の前に休養日(移行期間)をとる✓救援者として経験を語る事ができる場をもつ✓残留組への配慮をする✓英雄視された人への配慮をする✓極度のストレス下に置かれた後に生じる症状について簡潔に事後教育を行う✓フォローアップとその期間を対象数、症状に応じて適切に設定する</p> <p>1. 極度のストレス下で可能性のある精神的な問題に早期の段階で気づき、適切な援助を求めることの重要性を教育しておく。 2. 人間が本来備えている適応力についても触れる。 3. 救援者も人間であり、過酷な経験から様々な問題を起こす可能性があるため日ごろから準備をしておくべきである。</p> | <p>全てOp</p> <p>全てOp</p> <p>全てOp</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>7. 援助者の精神健康</p> <p>1) 背景</p> | <p>1. 援助者は十分な健康管理下に初めて業務を遂行できる、との認識のもとに援助者についても適切なケアを行うことが必要。</p> | <p>1. Op</p> |

| | | |
|---|--|--|
| <p>2) 援助者のストレス要因</p> <p>3) 援助者に生じる心理的な反応</p> <p>4) 対策</p> | <p>1) 急性期における業務形態が慢性化することによる疲労。2) 使命感と現実の制約の間で生じる葛藤。3) 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。4) 災害現場の目撃によりトラウマ反応を生じること。5) 同一地域からの援助者は自分自身や家族も被災者、あるいはそのおそれがあること。6) 他地域からの援助者は出向に伴う生活の不規則化、ストレス対処法の困難、残された家族の問題が生じ得ること</p> <p>1) 急性ストレス反応(ASD) 2) PTSD 3) 適応障害 4) 恐怖症 5) 従来 of 精神疾患の憎悪 6) その他</p> <p>1) 業務ローテーションと役割分担の明確化 2) 援助者のストレスについての教育 3) 心身のチェックと相談体制の確立 4) 住民の心理的な反応についての教育 5) 被災現場のシュミレーション 6) 援助業務の価値付け</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Op. 6. Op.</p> |
| <p>第6章 救援者・支援者の支</p> <p>1. 救援者のグループワーク ー救援者の惨事ストレス/ グループワーク</p> <p>2. 二次受傷の理解 ーはじめに/二次受傷の 定義/寄与要員/予防策</p> | <p>I 深刻な業務災害といえるため、組織として災害救援者のケアが重要。時間やコスト面からもグループワークは有効。II デフュージングとデブリーフィングがあるが、感情表出の効能に関しては議論が分かれる。グループワークの目的は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)。また「組織は職員を守るという姿勢」(飛鳥、2008)を示すことで職務の意義を再確認する→チースピリットが高まる。→リーダーシップが機能する。→惨事ストレス反応の低減(飛鳥、2008)。</p> <p>✓二次受傷の定義①二次的外傷性ストレス(Secundary Traumatic Stress; STS)②代理受傷(Vicarious Trauma)③共感性疲弊(Compassion Fatigue)つまり「支援者がトラウマを負った被害者に共感的にかかわるなかで、彼らのトラウマ体験に繰り返し曝される結果生じる影響」✓寄与要因: 支援活動の要因、支援者個人の要因、職場環境の要因 ✓予防策: 準備、サポート、バランス、そして概念の認知と理解が重要。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op. 5. Ev.</p> <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |

| | | |
|------------------------------|---|--|
| <p>3. 被災時に派遣された職員への支援</p> | <p>1) 派遣後、チーム内で派遣体験の振り返りを行うミーティングや、健康状態を把握するために、スクリーニング面談ができる体制をつくる。✓運用体制は各機関で検討する必要がある。</p> <p>2) 被災地に派遣された職員が派遣後に休養できる期間を設ける。✓休養の体制や、業務調整をし仕事の滞りを防ぐ。✓休養も業務の一つ！</p> <p>3) 被災地に職員の派遣を行った組織では災害時の職員の派遣を、派遣された職員だけでなく、派遣されずに組織に残り、通常業務をカバーした職員も含めた組織全体の活動として位置づける。✓運用方法は各機関の現状に応じて選択。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>4. 支援者のセルフヘルプ</p> | <p>1) 平常時の研修でセルフケアについての啓発、教育を十分に行う。</p> | <p>1. Op.</p> |
| <p>IV. 支援者のストレス対応</p> | | |
| <p>1. 被災地で被災者支援にあたる組織の構築</p> | <p>✓災害発生時の出勤体制及び連絡手順を事前に定める。✓医療関係者等出勤の際に負傷あるいは援助を求める被災者に遭遇した場合の対処の方針を定める。✓被災時の職員の勤務の在り方、特に休息・休養をとることの必要性について組織全体が把握しておくためのマニュアルを作成あるいは研修を実施する。✓職員の安否に関する家族などからの相談窓口や情報伝達の方法を定める。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>2. 職員の休養・休息</p> | <p>✓職場として職員が休息をとるようにローテーションを組む。✓職員の休養のための福利厚生や慰労の機会を設ける。✓職場や避難所にプライバシーが保てる職員のための休憩場所を設ける。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>3. 被災時に派遣された職員への支援</p> | <p>✓派遣後、チーム内で派遣体験の振り返りを行うミーティングや、健康状態を把握するために、スクリーニングや面談ができる体制を作る。✓被災地に派遣された職員が休養できる期間を設ける。✓被災時に職員を派遣した組織で災害時の職員の派遣を、派遣された職員だけでなく、派遣されずに組織に残り、通常業務をカバーした職員を含めた組織全体の活動として、位置づける。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>4. 支援者のセルフヘルプ</p> | <p>✓平常時の研修でセルフケアについての啓発、教育を十分に行う。</p> | <p>1. Op.</p> |

第3章 災害支援者自身の救済－災害支援コミュニティのセルフケア－

1. 自己認識 (Self-Awareness) : 自分の限界を知る

✓災害支援に当たる人に特有の性格特徴があり、レスキューパーソナリティ (Mitchell & Bray, 1990) を有する個人は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。
✓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分自身に与える影響を意識すること。(Goleman, 2000) ✓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) ✓災害支援対応に当たらないことにも多くの理由があるが、その中でも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。

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

2. セルフケアの計画策定とトレーニング

✓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)。✓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)。✓準備の重要な部分としてセルフケア計画の策定がある (Yassen, 1995)。

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

3. スタッフケア

1. 臨床家は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を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作成において役割を果たすべきである。

1. Op.

4. 事前の準備

1. 災害支援の教育や訓練を受けている人々はそうでない人と比べ、現場で効率よく活動を遂行し、経験するストレスのレベルは低く、高い回復力を有し、支援の中で経験するストレスへの反応として心理的に成長する可能性が高い傾向が示された (Merlino, 2010a)。

1. Ev.

| | | |
|----------------|--|---|
| 5. ストレスとストレス反応 | <p>✓最善の準備をしても災害支援従事者が感情的な困難を経験することは避けられない(O'Reilly, 2010)。✓現場で見る事実は支援者の心理的あるいは感情的困難の原因になる可能性があることを認識しておくことは重要(CDC, 2010a)。✓心的外傷となる出来事の影響はその出来事を直接体験する犠牲者のみならず、多くの人にまで広がることが明らかである(Bradberry & Greaves 2009)。✓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)。✓逆転移と燃え尽きは二次的ストレス反応を描写する際に使用する(Cambell, 2009; Figley, 1995)。✓共感性疲労に対して有効性が示唆されている治療として、問題となっている兆候に対し、その人がよい支援や治療者となるうえで解決策を見出すことができるように促すことを目指したグループまたはカウンセリングがある(Myers & Wee, 2002)。✓災害支援従事者がメンタルヘルスケアを受けることができ、受けるべきであることを納得するうえで有効なこととして「非心理化」があげられる(Katz, 2010)。</p> | <p>1. Ev. 2. Ev. 3. Ev. 4. Ev. 5. Ev. 6. Ev. 7. Ev.</p> |
| 6. 平常業務への復帰 | <p>1. 復帰した後に特にストレス緩和のための対応を行うことなく、抑うつ症状を経験する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るべきである。</p> | <p>1. Op.</p> |
| 7. 結論 | <p>1. 災害支援従事者は災害支援の仕事から利益を得られる。自分の時間と才能を惜しまない人はより長く、健康で、幸せな人生を送る(Post&Neimark, 2008)。したがって災害支援活動への従事に伴うリスクへの対応としては、セルフケアのための適切な計画をたてて内省力をもって災害支援を引き受けるという解決策をとることが奨められる。</p> | <p>1. Ev.</p> |
| 6. 支援者支援の整理 | <p>(1)労務管理: 過重労働の防止と休養を確保する重要性を管理監督者が認識する。 (2)ストレス対応: 惨事ストレス対応に加え、震災対応業務によるストレス反応に対し、セルフケア、労務管理としてのスクリーニング、個別カウンセリングを実施する。 (3)スキル取得のための支援: 平時より、災害時の被災者対応について訓練を行う。支援者が自分の業務の価値を再認識し、スキル取得、業務上の相談を可能とするスーパービジョン体制を整備する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |

人的資源

第18章 外部支援者の考慮すべき事

1. 外部からの災害支援

✓需要と供給という視点から災害のフェーズをみると、このバランスが急激に崩れる時に通常よりも低減した供給を補うだけでなく増加した需要にもこたえるべく、一時的にも現地の体制を補完することは被災地にとっても有用である可能性は大いにある。
✓復興期には外部支援者もその支援の内容ややり方を変えていく必要が出てくる。✓ただし、現地の需要(現地側が対処しなければならない事項)を増やすような支援機関・支援者もあるのも事実で、それに支援者自身が気づいていない場合もある。

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

2. 求められる外部支援者

—外部支援者の心構え／
外部支援者に必要な視点
／実際の活動／実施体制
／被災者側との関係

1. 外部支援者の心構え a.行動規範 b.自己完結性の確保 c.友好的、融和的支援的な態度や言動
2. 外部支援者に必要な視点 a.医療だけでなく、保健や公衆衛生的な視点の保持 b.行政組織との連携の視点 c.情報収集と調査活動 d.行政組織への支援の視点 e.地元保健師を含む職員の動き
3. 実際の活動 a.災害対策本部や災害拠点病院などとの連携(地域割り当て、密な情報共有、など) b.受け入れ側の予測可能性を高める c.現場のニーズに合った柔軟な対応 d.災害情報の提供
4.実施体制 a.受け入れ側の負担を減らすような人や組織のあり方、活動計画の立て方を実施 b.中長期的な視点の保持 c.現場のニーズに予測をもって行う対応 d.地元の保健行政機構が破綻した場合の対応 e.支援者を送り出す派遣元の組織と現場との連携を保つ f.支援者を送りだす体制整備 g.支援者側の調整役の配置
5. 被災者側との関係 a.被災地内部の、行政側の内部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方 b.外部支援者同士、及び支援者と行政の調整窓口の設置 c.地元リソースの活用(自立に向けて)

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.

3. 今後の対応

1. 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。今後そのシステム構築が必要。

1. Op.

4 人的資源

4.1 スタッフを同定し採用するとともに、コミュニティの文化を理解しているボランティアと協力する。

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. 採用プロセスにおいて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. ボランティア活動の条件を設ける。
5. 国内外のスタッフを採用する際には、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。

1~7.
Op.

4.2 スタッフの行動規模および倫理指針を実施する。

1. 広く受け入れられている人道支援者の行動基準をまとめた行動規範を各組織内に策定する。
2. 明確な行動規範、倫理指針に基づき、合意されている最低限求められる行動基準を、すべての人道支援者に周知し、定期的に注意喚起する。
3. 単に行動規範を設定するだけでなく、確実に遵守されるように、各関係機関間の合意形成の仕組みを設ける。
4. アクセスしやすく安全で信頼のおける苦情処理の仕組みを設ける。
5. 各規範、倫理指針、及び秘匿下に懸念を指摘する方法とその相談先をコミュニティに周知する。
6. 懸念が指摘されたら直ちに報告しなければならないという理解をスタッフ間で徹底させる。
7. IASC Model Complaints and Investigations Proceduresなどの合意を得たスタンダードに準拠した調査手順を用いる。
8. 行動規範や倫理指針に違反したことが確認されたスタッフには、適切な懲戒処分をとる。
9. 容疑者の行動がホスト国またはその加害容疑者の母国において犯罪公に当たる場合には、対応についての合意を形成しておく。
10. 以後の照会/採用の際の確認を効果的にするため、行動規範への違反が判明した従事者の文書記録を保持する。

1~10.
Op.

| | | |
|--|--|--|
| <p>4.3 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。</p> <p>4.4 スタッフ、ボランティアの精神保健・心理社会的ウェルビーイング上の問題への予防、対処を行う。</p> | <p>1. 戦略的、包括的、タイムリーかつ現実的な研修計画を準備する。2. 有能で意欲的な研修指導者を選定する。3. 学習内容を直接的かつ実際的に応用できるような学習方法を用いる。4. 研修受講者の学習ニーズに合わせて、適切な学習形態を用いる。5. 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。6. 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。7. 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。8. 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。</p> <p>1. 個々の災害・紛争などに関してスタッフの健康を守り、促進すべく、具体的な計画を利用できるようにする。2. その職務および災害・紛争等状況に合わせてスタッフの準備を整えること。3. 健全な労働環境を促進する。4. 業務上予想されるストレス要因に対処する。5. スタッフに対する保健ケア・心理社会的支援の利用可能性を確保する。6. 極度の出来事を経験または目撃したスタッフに支援を提供する。7. 活動/雇用の後にも支援を受けられるようにする。</p> | <p>1～8. Op.</p> <p>1～5. Op.</p> |
| <p>6. 研修体制について</p> | <p>1)災害対応に関わるすべての支援者は、災害精神保健に関する研修を受ける必要がある。*リーダーとなる支援者には精神保健に関する研修を必須とし、災害時にも簡単な研修を準備する。</p> <p>2)継続的な支援を提供する精神保健および地域保健の支援者全員を対象とする、継続的なスーパービジョンが提供される必要がある。*平常時から臨床スキルの向上を設けておく。</p> <p>3)継続的な支援を提供する精神保健および地域保健の支援者全員を対象とする、定期的な研修が必要。</p> <p>4)広義の心のケアに関わる人には、精神保健に関する研修が必要。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |

7. これらの研修体制について (II. 初期対応)

✓災害対応にかかわるすべての支援者は、災害精神保健に関する研修を受けるべきである。✓継続的な支援を提供する精神保健および地域保健の支援者全員を対象とする、継続的なスーパービジョンが提供されるべきである。✓継続的支援を提供する精神保健および精神保健の支援者全員を対象とする、継続的な研修が提供されるべきである。✓広義の心のケアにかかわる人には、精神保健に関する研修が必要である。

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

| 項目15:マイノリティ | 要約 | |
|---|---|---|
| <p>第17章 少数民族の災害復興を個人とコミュニティのレベルでどう進めていく</p> <p>1. メンタルヘルス・サービスの必要性 一人種と精神障害の疫学/疫学的リサーチの限界/民族性,文化と災害復興</p> <p>2. メンタルヘルス・サービスの利用</p> | <p>0. 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(少数民族)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。</p> <p>1. 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)。少数民族のうつ病有病率は、白人のそれと同様かそれより低いということである。(Holer, C.,&Copeland, C. 2000, Kessler, R., Berglund, P., et all. 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。PTSD有病率の民族性による違いを認めず(Kessler, R., Sonoga, 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のほうが(Ortega, A., &RosenheckR.2000)生涯有病率や重症のPTSDが高かった。</p> <p>2. 米国における少数民族のうつ病や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)</p> <p>3. 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、少数民族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。</p> <p>4. 少数民族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、民族によってそれぞれの年齢による社会的役割に相異があることから、年齢と災害の影響との一貫した関係はみられない (Chen et al., 2003; Norris et al., 2002a; Norris et al., 2002b; Thiel de Bocanegra & Brickman, 2004)。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Ev.</p> |

ーサービス利用における民族的格差／サービスの可用性と利用しやすさ／支援の求めやすさ, スティグマと不信感／災害後の余波が残る状況におけるサービス利用の促進

1. 少数民族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る。少数民族が白人よりメンタルヘルス・サービスを利用しない要因には(DHHS, 2001)、①健康管理への意識の相違(Blendon et al., 1995)、②医療保険(Hargraves & Hadley, 2003)や問題自覚力の低さ(Borowsky et al., 2000)、③苦痛や障害を感じる閾値の相違、④言語問題(Castaneda, 1994)、⑤文化的対応が可能なサービス提供の限界(Sue et al., 1991)、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(Kaniasty & Norris, 2000)、⑦スティグマ(DHHS, 2011)、⑧精神医学的治療への不信感(Miranda & Cooper, 2002)などが含まれる。

2. これらの格差が生じる要因について、医療保険(Hargraves, J.L., & Hadlet, J. 2003)や問題自覚力の低さ(Borowsky, S., Rubenstein, L., et al. 2000)など多くの説明がされている。これらの事実は、アメリカの少数民族のためのメンタルヘルスケアの可用性と利用しやすさにおける一般的な問題を示すものである。(Castaneda, D.M. 1994; Sue, S., Fujino, D., et al. 1991)

3. 少数民族の問題は支援を求めること自体にあるのではない。(Kaniasty, K., & Norris, F. 2000)また米国公衆衛生総監の報告は、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明らかにしている。(U.S. Department of Health and Human Services. 2001)。そして不信感とはスティグマと多少違う問題である。さらに多くの研究が必要であるが、現時点のデータは、①偏見は米国に浸透している問題であり、②少数民族のなかで精神医学の治療に対する不信感が強い。(Allen, I. 1996; Cooper-Patrick, L., Power, N.R., et al. 1997; Miranda, J., & Cooper, L. 2002; Wang, P., Bergland, P., et al. 2000; Young, A., Klap, R., et al. 2001)

4. 米国公衆衛生総監の報告ではそのような否定的な態度は言語やニーズ、少数民族の文化に合わせた公教育への取り組みを通して対処できると思われる。これらの原則が、実際にサービス利用の格差を減らすのに役立つデータであるかどうかを実証するデータはあまりない。しかし、ニューヨークのプロジェクト・リバティからのデータは以下の仮説を支持する。すなわち少数民族もサービスを受けるために障害となる(スティグマ、不信感)を軽減する、もしくは取り除く(費用など)ことができれば、サービスを求めたり、受け入れたりいすることができる。

1. ✓
Ev.
2. ✓
Ev.
3. ✓
Ev.
4. ✓
Ev.

3. 適切なメンタルヘルス・サービス

| | | |
|--|---|---|
| <p>—少数民族に関する実証的研究に欠けているもの/ケアの質における人種的格差/文化を感じ取る能力の枠組み/多文化的介入のための編成理念としての社会的機能/地域社会活動</p> | <p>1. 米国公衆衛生総監による報告は少数民族を対象とする効果的なメンタルヘルス治療についての実証的研究は粗末であると評価している (US Department Health and Human Services, 2001)。 2. 提供されるケアの質に人種的格差が存在し、誤診・不適切な投薬をはじめ多くの問題が山積している (Borowsky et al., 2000; Young et al., 2001)。解決には支援者が少数民族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(Siegel et al., 2000)、とりわけ集団主義の概念の把握は重要である(Hobfoll, 1998)。 3. これらのマイノリティへの支援は災害時における地域社会活動においても文化的な意味をもって対応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(例: Solomon, 2003)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |
| <p>4. 提案</p> | <p>1. 筆者 (Norris & Alegría, 2006)より提唱された文化を配慮した災害後のケアのためのガイドラインには、以下の9項目の提案事項が含まれている:①地域のニーズを早期に頻繁に査定する、②無料で容易に使用できるサービスを提供する、③スティグマや不信感を減らし、少数民族の人々をケアに繋げるために積極的に共同作業する、④苦悩の認識と正常視、⑤自立と同様、相互依存を適切な目標として尊重する、⑥地域活動を推進する、⑦文化を感じ取る能力の獲得は経過であって結果ではないことを認識する、⑧治療と査定研究を行うことを主張し、促進する、⑨遺産を残す。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>6. 多文化対応</p> | <p>1. 日本において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。 2. これらの回避のため、精神保健医療担当者の異文化理解に基づいた適切な調整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ことが効果的と示唆されるが、日本語で十分に意思疎通の可能な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。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |
| | | |

| | | |
|---|--|---|
| <p>5.3 各共同体における適切な文化上・スピリチュアル・宗教上の癒しを行える環境を整える。</p> | <p>1. コミュニティの宗教的・スピリチュアル上の指導者 その他文化に通じている人に会い、被災状況や被災者の支えとなる実践に対する考え方をしる。 2. 倫理的な配慮をする。 3. 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ぶ。 4. 収集した情報をセクター別会議や連携・調整会議にて人道支援者に発信する。 5. 適切な癒しを行えるような環境を整える。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op. 5. ✓ Op.</p> |
| <p>第19章 親善大使としての精神科医</p> | | |
| <p>1. 親善大使の仕事</p> | <p>1. 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。2. 専門家一人ひとりには親善大使の仕事は独自に、個人的に引き受けねばならず、自分自身を複数の役割を掛け持つ人物として活かす。3. 個々の災害はそれぞれ異なっており、災害は通常経験の境界線をこえるので、親善大使として働くことは巧妙さと繊細さを要求され、満足感を与えられる創造的チャレンジとなる。同時に多様でしばしば変わりやすい目的をたっせいするために、自分自身の最適な活用一直観、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一ができねばならない。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |
| <p>2. 協働作業</p> | <p>0. 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だ。1. グループとシステムの視点：グループ関係論 グループ理論を振り返ることが、災害対応の場で働く意図を持つ精神科医の役に立つであろう。2. 役割とコンサルティングのスタンス 災害精神科医は多くの役割を管理できるように、概念的なフレームワークをもつことが何より重要。3. 多くの役割を演じること 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。災害精神科医は多くの役割の中を流れるように動かねばならない。</p> | <p>全て。 Op.</p> |
| <p>3. 災害メンタルヘルス、宗教、スピリチュアルケア</p> | <p>1. 災害精神科医は、親善大使として、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ない。2. メンタルヘルスに関わる個人や組織と宗教に基づくスピリチュアルケアをする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、困っている人々の援助のために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。</p> | <p>1. Op. 2. Op.</p> |

| | | |
|------------------|---|------------------|
| 4. セルフケアと逆境に続く成長 | 1. 災害支援と外傷学は人々の回復力の概念に焦点を当ててきた。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、周囲のグループに前向きな影響を与えることができ、親善大使として大きな存在感を示すことができるだろう。 | 1. Op. |
| 5. 協働の成功 | 1. 作業グループの課題を成功裡に行えた要因は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。 | 1. Op. |
| 6. 結論 | 1. 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。 2. 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。 | 1. Op. 2. Op. |

| 項目16:遠隔 | 要約 | |
|---|---|-------------------------------------|
| <p>第21章 災害時と公衆衛生の緊急事態における遠隔精神医療</p> <p>1. 災害遠隔精神医療の適用</p> | <p>1. 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十分に積む必要がある。</p> <p>2. 急性期段階においては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。また、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。</p> <p>3. 急性期後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。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医学的な影響についての継続的な教育でも効果的である。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Ev.</p> |
| <p>2. 災害時の遠隔精神医療での問題</p> | <p>1. 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)</p> <p>2. 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。</p> | <p>1. Op. 2. Ev.</p> |
| <p>3. 結論</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 災害時遠隔精神医療の重要性は決定的であり、関係機関の共同と統合により公衆衛生の促進を多助長する。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op.</p> |

| 項目17:報道 | 要約 | |
|---|---|------------------|
| 5. 報道機関との協力・対応 1) 報道による情報援助の意義 | 1. 迅速かつ公正な報道は、援助関連の情報提供に有益であり、被災地域の住民やその他の地域との治療的ネットワーク形成やスティグマの軽減、トラウマからの回復を促進する。 | 1. Op. |
| 5. メディアへの対応 | 1. 県に窓口を設定し、情報窓口を一元化し、メディア対応者を予め精神保健専門家の中で定めておく(例:行政担当者)。また、正確な情報を発信するためには、平時から心のケア活動についての理解を深める取り組みをしたり、二次被害を避けるために情報配信への配慮を求めたりすることが重要である。 2. 被災者のプライバシーを保護し、二次被害を避けるためにも、被災者に取材対応の選択があることを協調したり、メディア関係者に対して報道自粛を求めたり、取材のあり方に関する勉強会を開催したりすることなどが求められる。 | 1. Op. 2. Op. |
| 6. メディアへの対応 | 1. 精神保健専門家の間で合意が得られた災害時のメディア対応に関する項目には、①メディア対応の窓口を県に設定し、情報発信を一元化することや、②被災者が不必要にメディアに曝されたり、取材をうけることがないように援助する(例:メディアに対して避難所の入り口に許可なく入らないよう張り紙をする)、などといったことが含まれている。 | 1. Op. |
| 第12章 学校における事件・事故 6. 報道被害とメディア対応 ー広報窓口の一本化／記者会見について／児童生徒の取材の自粛・匿名報道の申し入れ | 1. メディア取材による二次被害を回避するために、学校内緊急支援チームは、①メディア対応の窓口を一本化し②記者会見を通して、事故・事件の事実や対応内容に関する情報やその後の心理反応や心のケアに関する資料をを学校側から積極的に提供する。③児童生徒への取材の自粛と匿名報道を要請する必要がある。これらの申し入れは記者会見、地元メディアの幹事社、地元自治体の記者クラブを通して行うことができる。全国から押し寄せるためこの申し入れが功を奏さないことも多い。(傍示, 2003; 福岡臨床心理士会, 2005)。 | 1. Ev. |

| 項目18: 特殊事例 | 要約 | |
|----------------------|---|--|
| 第8章 薬物乱用 | | |
| 1. 災害後の薬物使用に関する疫学的知見 | <p>0. 災害によってアルコールやその他の薬物使用の消費が増加することを示唆している。(Rubonis and Beckman 1991) 1. 被災経験とその後のアルコールや薬物の消費の間には有意な関係が存在するが (Okura, 1975; Logue et al. 1979; D.W. Smith et al., 1999; Rubonis & Bickman, 1991)、被災に加えて他の独立の因子 (被災前のアルコールや薬物使用の既往、被災後の精神症状、災害現場から近い事、資源の喪失、若年、未婚など) が重なると、アルコールや薬物の試用の増加に優位に関連することが研究で示唆された (Vlahov et al., 2002, 2004)。2. 破局的な出来事後に消費が増える薬物はアルコールだけではない。(Joseph et al. 1993; Adams and Adams 1984) 3. 一方で、災害前に大量飲酒、薬物使用の経歴のある者を対象にした幾つかの研究では、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)。4. 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)</p> | <p>0. ✓ Ev 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev 4. ✓ Ev</p> |
| 2. PTSDと他の危険因子 | <p>1. 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。</p> <p>2. 2001年に起きた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アルコール、タバコ、マリファナの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)。</p> <p>3. なかでも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)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|-------------------------|--|---|
| <p>3. 危険飲酒</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. 大量飲酒を定義づける飲酒量(米国ガイドラインによる)により(Dawson et al., 2005)、多くの身体疾患の危険性が上昇(Rehm et al., 2003)するものの、主治医ならびに精神科医による危険飲酒診断率は実際よりも低いことが頻繁に観察されている。</p> <p>3. 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(患者に飲酒パターンを自ら変える準備ができているか見定める)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態勢を整えておくことが重要である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| <p>4. スクリーニングと評価の方法</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. トリアージ実施可能能力が現場においてその限界に至ると、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るので、AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)アルコール使用障害特定テスト:面接版などのスクリーニング法の使用が推奨される。</p> <p>3. 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ぼしたり、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。</p> | <p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p> |

| | | |
|-------------------|---|---|
| 5. 薬物療法と他の治療的介入 | <p>1. アルコール離脱の患者については離脱の程度により(離脱の危険度が高い、軽度、中度、重度)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。以前の服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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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。詳細な情報はアルコール乱用・依存症研究所(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2008)より入手可能であり、とくにこれらの薬物処方の経験のない臨床家はさらに文献を読み、嗜癖の専門家に相談することが奨励される。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev.</p> |
| 6. 治療における重複罹患の問題 | <p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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)。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |
| 第9章 パーソナリティに関する問題 | | |

| | | |
|--|--|---|
| 1. 評価 | <p>1. 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人間だと思いますか」という問いは効果的である。</p> <p>2. 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ことにも影響を及ぼす。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> |
| 2. 被災状況に関連するパーソナリティの問題 | <p>1. 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(Eksi & Baum, 2009)。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 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破壊的か否かに注目することが適切な介入を可能とする。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p> |
| 3. 被災環境におけるパーソナリティの問題のマネジメント | <p>1. 被災環境においてパーソナリティに関する問題に適切に対処するため、臨床医は一般的な治療原則(例:現実的であること、トリアージをして適切な治療に繋げること)を覚えておくことが有効である。</p> <p>2. 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)。</p> <p>3. 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;)。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> |
| <p>第16章 大量破壊兵器によってもたらされる心理的悪影響の緩和</p> <p>1. 歴史上の事例</p> | | |

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| <p>—核および放射性物質兵器／生物兵器／化学物質</p> | <p>1. 長崎と広島での原爆投下、スリーマイル島原発事故の被災者において長期にわたる心理的影響、精神的苦痛が認められた。(Kemeny, J.G., and et al. 1979; Nishikawa, T&Tsuiki, S. 1961)。チェルノブイリ原発事故においてはPTSDおよびPTSD症状が被災者の間に認められた(Cwikel et al., 1997; Tarabrina et al., 1996)</p> <p>2. 多数の生物兵器によって生じる急性呼吸促迫症候群 (acute respiratory distress syndrome: ARDS) を引き起こす感染症はPTSDおよび健康関連の生活の質の低下が原因ともなることが報告されている (Lettinga et al., 2002; Schelling et al., 1998)。</p> <p>3. 第一次世界大戦時の化学兵器物質は、米軍の戦闘による障害の原因の31%、死因の2%に過ぎなかった。(Gilchrist, H.L.1925)。呼吸努力症候群、神経性循環無力症ならびにPTSDを引き起こした (Haldane, 1919)。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)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |
| <p>2. 急性および長期の心理的影響</p> | <p>1. CBRN (Chemical, Biological, radiological, nuclear)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)。</p> <p>2. 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)。</p> <p>3. 現在あるデータからは、中東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る。</p> <p>4. 自然災害および従来型兵器によるテロ攻撃において、生存者にはPTSD、うつ病、全般性不安障害、および物質・アルコール乱用が共通して認められる。(Norris, F.H. 2002; North, C.S., et al. 1999)</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p> |
| <p>3. 影響の緩和</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>ー事前準備／防護器具について／危機意識および健康リスク・コミュニケーション／トリアージおよび鑑別診断</p> | <p>1. CBRN事態が起こる前に、公共教育、座学訓練、災害訓練、防護器具の使用法に関する訓練、実際の規模での大量死傷者訓練を行い(DiGiovanni, 2001)、リスクについて一般の人々に注意喚起しつつ過度な警告にならぬようにする。 医療従事者およびメンタルヘルス従事者の訓練も不可欠であり、それにより効果的支援を実現するだけでなく、二次感染を防止する支援者の支援につながる (DiGiovanni, 1999; Ursano et al., 2003)。</p> <p>2. 以前は、防護器具を着用するのは軍人や初動要員に限られていたが、一般市民も防護器具を着用する必要があるかもしれない。防護器具を身に着けることによる弊害(コミュニケーションの困難、日常生活活動の困難、閉所恐怖症を生み出す「ガスマスク恐怖」(Ritchie, 1992; Ritchie, 2001))を除くための試行が積極的になされるべきである。</p> <p>3. 原則は知識豊富で信頼のできる当局者によって一貫したメッセージを発信しつづけること、人びとの心配を傾聴し対応すること、および防衛的なたいどをみせたり隠し事を避けたりすることなどが含まれている。(Sandman, P.M. 1993).人々に正確な危険情報ならびに実行可能な解決策を伝えるべきである。</p> <p>4. 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)。心理的に傷害を負った人々に対する初期の治療が、長期的結果に大きな影響を及ぼす可能性があり(Hyams et al. 1996)、軍隊の経験からPIESがPTSDを減らし、兵士の任務復帰を促進させることを示し続けてきた(Jones, F D. 1995; Solomon,Z., & Benbenishty, R. 1986)。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Ev. 5. ✓ Ev..</p> |
| <p>第16章 予防・教育</p> | | |
| <p>2. DV防止教育</p> | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>ーはじめに／DVとは／DVの背景／我が国におけるDV防止教育／DV防止教育の実際／終わりに</p> <p>3. 自殺予防教育</p> <p>ー学校における自殺防止教育の現状／生徒を対象とした自殺防止教育の取り組み</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. DVとは「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」。</p> <p>3. 日本におけるDVの背景にあるのは、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自尊心の低さ、④暴力的な家庭で育つこと、である。</p> <p>4. 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。</p> <p>5. 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)。</p> <p>6. 暴力による支配からの脱却し、対等な関係を構築していくための幅広く地道な統合的な取り組みが求められる。また連携、協働という視点も必要だと考えられる。</p> <p>1. 毎年児童生徒の自殺者数は300人前後で推移しており、全自殺者の100人に一人が児童となっているが、現場の教師が手探りで適宜対処している状態である。またスクールカウンセラーや専門機関との連携を進めながら組織的対応を行う必要がある。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と思われる。</p> <p>2. 自殺防止には子供が自分の命の危機を乗り越える力をつけるとともに、子供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が求められている。自殺防止教育を学校の教育活動として位置付けるためには、教師と精神科医その他の心理専門家の協働が必須である。また、自殺防止教育のための土台作りとして生徒の自尊心を高め、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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Op.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| <p>第21章 自殺予防対策</p> <p>1. 自殺の概念</p> | | |

ー自殺とは、自殺予防とは
／自殺の実態からみた自
殺予防対策の視点／自殺
の関連要因／精神保健の
問題／アクセシビリティ／
総合的な支援／災害と自
殺

1. 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。厚生労働省死亡診断書マニュアルによると、自殺は「外因死」のなかの「その他および不詳の外因死」にあたる。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を公衆衛生的アプローチがある。
2. 第二次世界大戦後より自殺は死因の7位ほどを維持しており、無職・離別の中高年男性を含むハイリスクグループに目を向けることが自殺予防対策では重要である。
3. 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。
4. 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。
5. ハイリスクグループには本来必要とする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。
6. 多重な問題を抱えているほど支援のアクセシビリティは低いと考え、何らかの事情で事例か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。
7. 災害と自殺の間に一貫した関係はない (米本, 2012)。人口動態統計をもとに分析し3-8月で自殺死亡数の変動が大きい時期であることを確認することができた。地域におけるじさつ事例や自殺統計の扱いには十分な注意が望まれる。
7. 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。

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

| | | |
|---|---|---|
| <p>2. 自殺を予防するために ー自殺対策の公衆衛生的視点／災害における自殺予防対策の展望</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. 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。</p> <p>3. 災害公衆衛生は科学と人の暮らしをつなぐ包容力のある活動であることを鑑み、自殺予防対策はそれと密接につながり、重要な構成要素になることが望まれる。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>第27章 将来の大規模災害に向けた提言</p> | | |
| <p>1. 大規模災害時の公衆衛生対策の抜本的な見直し</p> | <p>1. 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。指定避難所や避難場所となりえる場所には「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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| <p>2. 公衆集衛生分野での連携・協力・調整メカニズム構築</p> | <p>1. 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。</p> <p>2. クラスターは刻々と変化する数多くのニーズについて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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |

| | | |
|---------------------|---|---|
| 3. 災害ロジスティクスの強化 | <p>1. 被災者に必需品を迅速に供給するため、災害ロジスティクスの強化する必要性があり、筆者(國井, 2012)は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いる。</p> <p>2. 物資のニーズ調査ならびにリスト化、調達システムの明確化と把握、調整役の訓練と登録、支援団体が送り入れる物資の整理等、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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 4. 公衆衛生人材の育成と派遣体制 | <p>1. 災害派遣医療チーム(DMAT)にならい、災害派遣公衆衛生チーム(Disaster Public Health Assistance Team)の設置を提言したい。これにより、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)、最低一か月以上の派遣が可能になるものと期待する。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |
| 5. 災害公衆衛生および災害疫学の充実 | <p>1. アメリカにおける疾病管理予防センター(Center for Disease Control and Prevention: CDC)のように、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。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| 項目19:倫理・法規 | 要約 | |
|-------------------------------|--|----------------------------------|
| 第10章 関連法規 | | |
| 1. 関連法規総説 —関連法規の制定／危機と関連法規 | 1. 関連法規の制定:日本において従来危機介入は私的ネットワークを通して行われてきたが、近年の私的ネットワークの不備・崩壊ならびにより専門的な支援の必要性から、関連法規が順次制定されつつある。しかし、法的整備に至らないものが多く、既に制定されている多くの法律も内容の充実化を要し、発展途上の段階にある。 2. 危機と関連法規:危機の関連法規の分野として主に虐待防止(例:児童虐待防止法、高齢者虐待防止法)、ストーカー被害(例:ストーカー規制法、DV防止法)、被害者支援(例:犯罪被害者等基本法)、災害・更生保護(例:災害対策基本法、被災者生活再建支援法、更生保護法)が挙げられるが、いずれも心理的ケアを含む総合的支援が必須の分野である。 | 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. |
| 2. 犯罪被害者等基本法 | 1. 犯罪被害者を擁護する法律制定について、日本では1980年に犯罪被害者等給付金支給法が成立しているが、実践的な被害者支援は1990年代後半になってから広がった。一方、多くの国では1980年代に犯罪被害者の基本法が制定され、多角的支援が公的な制度として行われるようになったことから、日本は諸外国に比べ大きく後れを取っていた。 2. 2000年前後に多くの被害者関連の法律が日本において施行され(刑事訴訟法や刑事手続きの改正二法、児童虐待防止法、ストーカー規制法、DV防止法)、2005年には犯罪被害者等基本法が施行された。同年末には犯罪被害者等基本計画が法律に従って決定され、国・地方団体が行うべき基本的施策が明文化された。 3. 犯罪被害者の精神的、身体的回復は基本計画の重点課題の一つであることから、さまざまな有効支援の導入を担う心理的ケアの分野への期待は大きく、犯罪被害心理に精通した専門家の増加が望まれる。 | 1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. |
| 3. 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 | | |

| | | |
|---|---|--|
| <p>一目的および定義／改正の主な内容／関連法令・制度</p> | <p>1. 目的および定義: 配偶者暴力防止法、DV防止法は2000年4月に成立、同年10月施行された。法律制定の目的は、その前文に以下のように記されている:「配偶者からの暴力に係わる通報、相談、保護、自立支援等の体制を整備することにより、配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護を図る。」 2. 2004年改正では「配偶者からの暴力」の定義が拡大され、「配偶者からの暴力」は身体に対する暴力、これに準ずる心身に有害な影響を及ぼす言動、離婚後も継続する身体に対する暴力、「配偶者」には事実上婚姻関係同様の事情にある者を含み、「離婚」には事実上婚姻関係にあった者の事実上離婚と同様の事情を含む、とされた。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>4. 児童虐待の防止等に関する法律 一目的および定義／2004年の改正／2008年の改正</p> | <p>1. 目的および定義: 2000年5月に成立、同年11月に施行された児童虐待防止法はその第一条において、「児童虐待の防止等に関する施策の促進」と「児童の権利利益の擁護に資すること」を目的と定めている。 2. 第二条では、①児童虐待を身体に外傷を生じるまたは生じるおそれのある暴行を加える、②わいせつな行為を児童にする、または児童にわいせつな行為をさせる、③保護者としての監護を著しく怠る、④児童に著しい心理的外傷を与える言動、と定義している。 3. 2004年の改正では第一条(目的)に「児童虐待が著しい人権侵害である」と明記され、保護者以外の同居人による虐待行為を保護者のネグレクトとし、児童への心的外傷を与える暴言、拒絶的対応、配偶者に対する暴力などの心理的虐待と合わせて児童虐待に含められた。 4. 2008年の二回目の改正では児童の安全確認などのための立ち入り調査の強化、保護者に対する面会・通信などの制限の強化、指導に従わない保護者の措置の明確化に伴い、保護者への出頭要求、強制立ち入り調査、接近禁止命令の規定等が設けられた。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Op.</p> |
| <p>5. 災害対策基本法</p> | <p>1. 災害対策基本法は北海道十勝沖地震や伊勢湾台風による被災経験後、1961年に成立、施行された。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> |

| | | |
|--|---|---|
| <p>一目的および定義／改正の経緯</p> | <p>1. 目的および定義:「総合的かつ計画的な防災行政の整備及び推進を図り、もつて社会の秩序の維持と公共の福祉の確保に資すること」をその目的と明記している。</p> <p>2. この法律において、災害は「暴風、豪雨、豪雪、洪水、高潮、地震、津波、噴火その他の以上な自然現象又は大規模な火事もしくは爆発その他その及ぼす被害の程度においてこれらに類する政令で定める原因により生ずる被害」と定義されている。</p> <p>3. 改正の経緯:防災基本計画は1995年に阪神・淡路大震災の教訓を踏まえ、全面的な修正が行われ、震災対策、風水害対策及び火山災害対策が定められている。1997年には海上災害、航空災害、鉄道災害、道路災害、原子力災害、危険物等災害への対策の追加、2000年には原子力災害対策編の修正、2004年には震災対策編の修正、2005年には津波防災対策の充実、集中豪雨時等の情報伝達、高齢者などの避難支援の強化等についての修正、2008年には原子力災害対策の強化、復興支援強化、緊急地震速報の本格的導入等の修正が行われた。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p> |
| <p>第20章 法と倫理の問題</p> <p>1. 矛盾する役割と柔軟性</p> | <p>1. 災害精神医療の現場において、現場のニーズにあわせて医師が柔軟にその役割を変えてゆくことが要求されるものの、組織に対するコンサルタント役を医師が受け持っているときは特に扱いにくいものとなる。一組織の最大利益が災害対応全体としての利益につながるとは限らないからである(サービスのクライアントによって異なる精神科医の倫理的な役割、表20-1)。</p> <p>2. 患者と治療関係にある専門家がある組織のために任務適正評価を行うことは、①「何よりも害をなすなかれ」という責任に背くことになり、②対象者に守秘義務が守られると誤解させることになる(Merlino, 2010)。</p> <p>3. 解決策として、アメリカ精神医学会(2004)が提唱するように、精神科医はアセスメント開始前に、守秘義務はないこと、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が、災害支援の混乱のなかでは困難であり、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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|----------|---|------------------------------|
| 2. 守秘義務 | <p>1. 災害支援チームは病院のような秘密を守ることに特化した集団、すなわち秘密情報とその機関外に漏洩することから守り、明確な方針と法律 (Health Insurance Portability and Accountability Act: HIPAA) がある組織とは劇的に違うことを明確に把握しておくべきである。よって、災害現場で精神医学的・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与えていると考えてはいけない。</p> <p>2. 秘密情報について話し合うことを文書で同意してもらうことは精神医療サービス提供時には多くの場合非現実的であることから、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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p> |
| 3. カルテ記入 | <p>1. 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)。</p> <p>2. 精神科医として臨床記録で痛み、苦痛、障害の程度を誇張する誘惑にかられる可能性は皆無と云えず、カルテを自身の目的に合わせる試みは非倫理的であり、意図せぬ結果を招くリスクがある (Dwyer & Shih, 1998)。そのような行為は後に任務適正についての疑問が出されたとき、カルテが患者にとって不利益になる恐れがある。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev.</p> |
| 4. 詐病 | <p>1. 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、ニューヨーク市災害精神医療アウトリーチは個人が規制物質・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を経験した。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。</p> <p>2. 心的外傷後の疾患を誇張したり、偽りに供述するケースは一世紀以上にわたり認められている (Resnick, 1995)。例えば、レクリエーション活動への従事ができないとは報告しないが、仕事ができないと主張する。しかし、真に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。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| 5. 法的、倫理的な落とし穴としての臨床家の災害への心理的反応 | <p>1. 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)。</p> <p>2. 問題回避策として、精神科医は災害支援に従事する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に、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。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> |
| 6. 免許交付と損害賠償責任の補償範囲 (liability coverage) | <p>1. 災害対応に従事する者として医療過誤に対する適切な保健補償保護 (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)。</p> <p>2. 精神科医は多くの場合アメリカ赤十字社やアメリカ精神医学会 (APA)の地方支部)を介して災害支援に参加するが、APAとAPAの地方支部は医療サービスの直接的な供給者となる構造は有していないので、精神科医がAPAを通して支援に受持する際は、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。アメリカ赤十字社についても同様である。</p> | <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> |
| 7. 災害精神医学研究での倫理的問題 | <p>1. 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は参加者の決断能力、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)。</p> <p>2. 被災者が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)。</p> <p>3. 将来の研究において、苦痛を経験する可能性の高い被験者を見極めることができれば、計画した研究に有用な情報を与えることができ、同時に臨床的にも有用な情報を得ることができる。</p> <p>4. 災害生存者を助ける研究によって、将来の精神科医が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)。</p> | <p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Op.</p> <p>4. ✓ Ev.</p> |
| 8. 結論 | | |

| | | |
|--|---|--|
| <p>第2章 支援の哲学</p> | | |
| <p>1. 支援における責任 —I. はじめに／II. 責任論</p> | <p>I. 1. 形骸化しがちなガイドライン上で示されている「責任」を越え、現代の倫理学・哲学が「責任」をどのようにとらえているかを考察する。</p> <p>II. 2. 現代倫理学における責任に関する議論の背景には個人の行為の結果が直接目に見えない形で世代を超えて影響を及ぼし(例:環境問題)、個人の意志が組織に呑み込まれ責任の曖昧化が生じる、という傾向がある。従って、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。</p> <p>II. 3. 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。そのうち最も明確な判断が困難であるのが倫理的責任である。</p> <p>II. 4. 責任は他者の呼びかけに応答できることであり (Goodin, 1985)、呼びかけられる者は呼びかけを聞く時点で責任を負い (Goodin, 1985)、この関係は互酬的・契約的でなく一方的なもので (Derrida, 1999)、その責任は無限である (Levinas, 1974)、という性質を持つ。</p> | <p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p> |
| <p>2. 支援における契約 —I. 契約のもつ意味／II. 責任とアイデンティティ</p> | <p>I. 1. クライアントは臨床心理士に依存する関係であり、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、臨床心理士はクライアントの呼びかけに直に晒され、感情の伝染を避けられないが、その呼びかけを聞く心理士は一人ではなく複数である場合もある。</p> <p>II. 2. 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。</p> | <p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op.</p> |
| <p>3. 災害支援の心構え</p> | | |

—I. はじめに／II. トラウマと回復
／III. 急性期／IV. 現地での連携

I. 1. トラウマ被害に対する緊急支援は個人を対象に行うものと被災地域住民全体を対象とするものに大別され、特に後者の支援形態が特殊であることから一般の医療・心理職は馴染みがなく、支援者の支援も重要となる。

II. 2. 災害直後の対応として、可能な限り生活の持続性が保たれるような支援を心理職の専門家から受けることが望ましい。現実に関心を中心とした精神療法 (present-centered psychotherapy) は効果的であり、心理の専門家が生活の相談に乗ることは大きな力を持つと予測される。

III. 3. 急性期においては自然に完治に至る心の傷に不必要に介入するべきではない。急性期の対応の原則は安全、安心、安眠である。

IV. 4. 現地での連携を行う際は現地の臨床家たちが被災者とふれあうべきであることに留意し、外部支援者としては災害のために滞っている日常業務の代行等、支援のためには柔軟に何でもする姿勢・心構えが必要である。

1. ✓ Op.
2. ✓ Op.
3. ✓ Op.
4. ✓ Op.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4. コンサルテーションのさらなる問題

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

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

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

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

低下などの危険性を抱えている。

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

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

3. 結論

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2. 現場での予防と対策

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

—災害時こそOMが必要／
褥瘡対策,OM,こころのケアを
3点セットで

災害時こそOMが必要

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

褥瘡対策、OM、こころのケアを3点セットで

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

3. 遺体の検案検死

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

- 1. Op.
- 2. Op.

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

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

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

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

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

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

| | | |
|---|--|--|
| <p>6. 虐待による被害と支援のあり方</p> <p>—虐待の国内における取り組みの実態／虐待の種別／虐待の被害とケア／虐待被害への支援のあり方</p> | <p>1. 1990年に日本で初めて児童虐待の全国統計が行われ、児童虐待防止法が2000年に成立。</p> <p>2. 虐待の種別には、①身体的虐待、②性的虐待、③ネグレクト、④心理的虐待、⑤揺さぶられっ子症候群、⑥代理ミュンヒハウゼン症候群がある。</p> <p>3. 虐待の被害には、身体・知的・脳発達への影響、自己・他者への認知の歪み、孤立感・無力感などがあるが、ケアを経済的な負担なく受けられるといった場合は極めて少ない。</p> <p>4. 児童虐待防止法により、子どもと関わる立場にいる臨床家は通告の義務がある。その際、虐待状況を全て把握する必要はないが、単独よりも所属組織の意志として判断・通告することが理想。児童虐待発見に必要とされるのは、面接技能と聞く力。その後、児童の安全確保のために虐待専門機関に手渡し、子どもが被害を開示したことへの罪悪感から解放されるようなフォローをする。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |
| <p>7. いじめ被害への支援</p> <p>—“いじめ”被害への対応のポイント／被害の再生産を止めるための加害者支援／予防と再発防止のための心理教育</p> | <p>1. いじめの定義は「当該児童生徒が一定の人間関係のある者から心理的・物理的な攻撃を受けたことにより、精神的な苦痛を感じているもの」であり（文部科学省, 2007）、被害者は①直接被害を受けている児童生徒、②観衆、傍観者、③虐待・DV被害を受けた加害児童生徒を含む場合がある。</p> <p>2. いじめ被害児童生徒への支援として、安心と安全の確保、心身状態の確認、③支援提供者に関する情報提供などが挙げられている。支援を求めない児童生徒に対しては、個別支援を強要せず、心理教育的に対応し、当該案件以前にトラウマ体験がある場合は、医療機関受診を勧めること。</p> <p>3. 観衆や傍観者の傷つきへの対応として、振り返りと同様の事態への適応的な対処方法をシミュレーションする機会を設けるべきである。</p> <p>4. 加害者に対しては、ストレス対処法を教え、ストレス耐性、問題解決能力、自尊感情、自己効力感を育成することが不可欠。</p> | <p>1. Op. 2. Op. 3. Op. 4. Op.</p> |

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

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

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

2. 要因別の対策

—化学的要因／物理学的要因／生物学的要因／心理・社会的要因／環境・職業要因から守る体制／情報や指導を得るリソース／健康と安全の確保に向けて

化学的要因(ほこり(粉じん)やアスベスト、漏出した化学物質、一酸化炭素中毒)

ほこり(粉じん)やアスベスト

1. 健康被害と暴露するリスク:じん肺、慢性の肺機能低下、肺炎、気管支炎、胸膜中皮腫。

2. 対策:①重機などの作業場に近づかない、②防じんマスク(DS2/N95)を着用する(防じんマスクの使用方法は図14-1を参照(p. 204)、③ほこりの少ない所で休憩を挟む、防じんマスクを入手困難な場合は感染症対策用マスクを依頼する(作業現場の呼吸用保護具の選択例は表14-2(p. 203)を参照)。

漏出した化学物質

3. 表14-3(p.205): 災害時に漏出した化学物質の取り扱い

一酸化炭素中毒

4. 表14-4(p.206): 災害時の一酸化炭素中毒予防
物理学的要因(熱中症、寒さ、重量物運搬)

熱中症

5. 予防:積極的な水分・塩分補給、環境の改善(例:扇風機の使用)、涼しい場所での休憩、暑さに弱い人への配慮、吸湿性・通気性に優れた服装。

6. 熱中症が起きた際の対応:①意識障害がなく水分摂取が可能な場合は、安静にさせ水分を摂らせる;②意識障害があり水分摂取が不可能な場合は、迅速に医療機関を受診させる。

寒さ

7. 対策:食事・水分の十分な摂取、保温、屋外作業の場合は暖かい部屋で休憩時間を確保する。

重量物運搬

8. 災害現場での作業は災害性腰痛のハイリスク作業となり得る。

1. Op.
2. Op.
3. Op.
4. Op.
5. Op.
6. Op.
7. Op.
9. Op.
10. Op.
11. Op.
12. Op.
13. Op.
14. Op.
15. Op.
16. Op.
17. Op.
18. Op.

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

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

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

東日本大震災被災地における精神保健疫学調査

分担研究者 川上憲人（東京大学大学院医学系研究科・教授）
研究協力者 坂田清美（岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座・教授）
鈴木るり子（岩手看護短期大学・教授）
富田博秋（東北大学 災害科学国際研究所災害精神医学分野・教授）
根本晴美（東北大学 災害科学国際研究所災害精神医学分野・研究員）
安村誠司（福島県立医科大学医学部公衆衛生学講座・教授）
矢部博興（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座・教授）
秋山 剛（N T T東日本関東病院精神科・部長）
堀越直子（福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター・助手）
梅田麻希（聖路加国際大学看護学部・准教授）
下田陽樹（東京大学大学院医学系研究科・博士課程院生）
立森久照（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所・室長）
所属は研究当時の機関

研究要旨

目的：2011年3月11日に発生した東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにする。また精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。

方法：岩手県、宮城県、福島県の3県から、協力の得られた東日本大震災の被災地自治体を選択し、これらの自治体の仮設住宅に居住する20歳以上住民に対して、WHO統合国際診断面接による訪問面接調査を実施した。ほぼ同時期に、東日本（関東を除く）の一般住民の調査が実施されており、このデータを比較対照とした。

結果：震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民1,010人および東日本一般住民695人のデータを分析した。東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後3年目で5.6%であり、東日本一般住民の約2倍であった。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSDの新規罹患が一般住民にくらべて増加していた。本人の負傷は精神疾患罹患の危険因子だった。仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民にくらべて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民にくらべて高かった。

結論：被災の程度の大きな住民では18人に1人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は2年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示している。精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅住民では一般住民よりも高く、心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものであると考えられる。

A 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災は被災した住民に大きな精神的影響

を与えた。多くの調査から、被災地住民の心理的ストレスや抑うつ・不安が高いことが報告されているが、精神疾患の頻

度やその持続期間について報告したものはない。またこれらを一般住民と比較した研究は世界的にみても少ない。この研究では既存データを解析し、東日本大震災による精神疾患の新規罹患とこれに関連する要因、震災後に罹患した精神疾患の持続期間と回復に関連する要因を、東日本大震災被災地の仮設住民において明かにする。また精神疾患の新規罹患率と持続期間を東日本の一般住民と比較した。

B. 研究方法

(1) 対象

東日本大震災被災地は、岩手県、宮城県、福島県の3県から協力の得られた自治体から選択した。岩手県では沿岸部の一自治体の仮設住宅(2カ所)を対象とした。宮城県では、沿岸部の一自治体の全仮設住宅(6カ所)を対象とした。福島県では、避難区域住民向けの仮設住宅から、比較的規模が大きく、かつ自治体から調査に協力が得られた仮設住宅合計5カ所を選択した。これらはA自治体住民が居住する福島県中通り地域に所在する仮設住宅(2カ所)と、B自治体住民が居住する浜通り地域の仮設住宅(3カ所)である。なお調査対象となった岩手県自治体では、全壊した被災戸数は約3000戸、死亡者は約1700人であった。宮城県の自治体では、震災による住宅、建物被害(全壊数+半壊数)は約1,300戸、死亡者は約100名であった。福島県の自治体Aでは死亡者は約1,100人、自治体Bでは死亡は541人であった。調査は2013年10月1日から2014年8月31日までの間に、調査会社の調査員により実施された。

仮設住宅住民の調査結果を比較する対照として、別途収集された調査データを利用した。東日本(関東地方を除く)20-74歳住民から二段階無作為抽出された一般地域住民であり、同一の方法によりデータ収集された。これは世界精神保健日本調査セカンドの一部である。

岩手県の調査は、平成25年度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)、宮城県の調査は平成25年度東北大学災害科学国際研究所特定プロジェクト研究費、福島県の調査は

平成25年度環境省原子力災害影響調査等事業(放射線の健康影響に係る研究調査事業)により実施された。また東日本一般住民の調査は平成25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)により実施された。

(2) 調査方法

WHO 統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview, CIDI)3.0版は、WHOにより開発された高度に構造化されたコンピュータ支援面接(CAPI)であり、これを用いて気分、不安、物質使用障害のDSM-IV診断のための情報を収集した。本調査では、以下の疾患のDSM-IV診断による過去12ヶ月有病率について調査した。

気分障害：大うつ病エピソード、気分変調性障害、そう病エピソード

不安障害：全般性不安障害、パニック障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)

物質使用障害：アルコール使用障害(アルコール乱用あるいは依存)

いずれかの疾患の経験として、以上のいずれかに該当した場合とした。

仮設住宅住民の面接調査データから、これらの精神疾患に被災より以前に罹患経験のある者を除外し、被災後に発症した精神疾患とその発症時期(発災後の年数)および持続期間を把握した。精神疾患の累積罹患率および持続期間を、生命表分析により仮設住宅住民と東日本の一般住民(世界精神保健日本調査セカンド)との間で比較した。また精神疾患の罹患率および持続に関連する要因をCox比例ハザードモデルにより分析した。なお罹病期間は気分・不安障害のみでしか質問されていなかったため、分析を気分・不安障害に限定した。

(倫理面への配慮)

研究にあたっては東京大学大学院医学系研究科・医学部倫理委員会で研究計画を審査し承認されている。

C. 研究結果

表1に以下に各調査の概要、調査時期、回答者数(率)を示す。回答者は被災地仮設住宅住民(n=1,089)、東日本一般住民(n=852)であった。その基本的属性を表2

に示した。このうち震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民 1,010 人および東日本一般住民 695 人のデータを分析した。

震災から 3 年後までの期間における精神疾患の累積罹患率は被災地仮設住宅住民では 5.6%であった(図 1)。大うつ病、全般性不安障害、PTSD の頻度が高かった。東日本一般住民における同期間の累積罹患率は 2.7%であり、仮設住宅住民での累積罹患率は約 2 倍であった。被災地仮設住宅住民における Cox 比例ハザードモデルによる分析では、災害時の自分のけががある場合に罹患率が有意に高かった。

被災地仮設住宅住民のうち、震災後に罹患した気分・不安障害を持つ 57 名の平均罹病期間は 2.0 年(95%信頼区間,1.3-2.7)であった。震災後に罹患した気分・不安障害からの回復は、被災地仮設住宅住民で遅かった(図 2)。

仮設住宅住民では、震災後の精神疾患経験者 61 人のうち 26 人(43%)が医師(精神科医または一般医)を受診していた。この割合は、東日本一般住民における 23 人中 4 人(13%)よりも高かった(Fisher 検定, $p=0.011$)。しかし PTSD による医師受診率は仮設住宅で 9%(東日本住民では PTSD の経験者はいなかった)と低かった。

D. 考察

東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に精神疾患が増加し、震災後 3 年目で 6%の者が精神疾患を新たに経験していた。特に大うつ病、全般性不安障害、PTSD の新規罹患が一般住民に比べて増加していた。被災の程度の大きな住民では 16 人に 1 人程度の者が精神疾患を経験することを想定した支援が必要になると考えられる。本人の負傷は罹患の危険因子だった。負傷した本人に着目した支援が効率的と考えられる。

仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復速度が一般住民に比べて遅かった。これは仮設住宅に居住することによる生活の困難が影響している可能性、仮設住宅住民では被災地住民の中でも仕事や自宅、財産を

失った者が多く震災の影響の大きい者が集まっていた可能性などが考えられる。震災後の気分・不安障害の平均罹病期間は 2 年であり、長期の心のケアが仮設住宅住民に対して計画されることの必要性を示唆している。

新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民に比べて高かった。これは心のケアチームの関わりに加えて、仮設住宅住民を支援する自治体保健師、NPO、ボランティアなどの相談活動が反映されたものであると考えられる。

E. 結論

東日本大震災における仮設住宅在住の被災者では、震災直後に大うつ病、全般性不安障害、PTSD の新規罹患が一般住民に比べて増加していた。本人の負傷は罹患の危険因子だった。仮設住宅在住の被災者では震災後に新規罹患した精神疾患からの回復が一般住民に比べて遅れていた。新規罹患した精神疾患についての相談の頻度は仮設住宅在住の被災者で一般住民に比べて高かった。

F. 健康危険情報

該当せず。

G. 研究発表

1. 論文発表
なし。
2. 学会発表

川上憲人、高野 歩、稲垣晃子、「一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法マニュアル」の作成。第 74 回日本公衆衛生学会総会，長崎市，2015 年 11 月 4～6 日。

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
該当せず。
2. 実用新案登録
該当せず。
3. その他
該当せず。

表 1 被災地仮設住宅住民および東日本一般住民調査の概要

| 調査 | 調査対象 | 調査時期 | 回答者数 (回収率) | 性別 (女性%) | 平均年齢 |
|------------|--|--------------------|-----------------|-------------|------|
| 岩手県 | A市仮設住宅(2カ所) 20歳以上住民 | 2014.6-8 | 242人 (55.3%) | 59.5 | 60.7 |
| 宮城県 | B市仮設住宅(6所)20 歳以上住民 | 2014.6-8 | 329人 (55.6%) | 61.7 | 64.1 |
| 福島県 | 2自治体仮設住宅(5所) 20歳以上住民 | 2013.11- 2014.2 | 518人 (44.0%) | 61.8 | 66.0 |
| 一般地 域住民 | 東日本(関東地方を除く) 20-75歳住民から二段階 無作為抽出 | 2014.8-11 | 856人 (49.6%) | 51.6 | 50.2 |

表 2 被災地仮設住宅住民および東日本一般住民からの回答者の比較

| | 被災地仮設住宅住 民(n=1,089) | | 東日本一般住 民(n=852) | |
|------------|------------------------|------|--------------------|------|
| | N | % | n | % |
| 性別(女性) | 667 | 61.2 | 438 | 51.4 |
| 年齢(64歳以上) | 632 | 58.0 | 192 | 22.5 |
| 婚姻状態 | | | | |
| 既婚 | 628 | 57.7 | 615 | 72.2 |
| 別居・離婚 | 75 | 6.9 | 46 | 5.4 |
| 死別 | 266 | 24.4 | 39 | 4.6 |
| 独身 | 120 | 11.0 | 152 | 17.8 |
| 学歴(高卒以上) | 653 | 60.0 | 788 | 92.5 |
| ADL(問題あり) | 57 | 5.2 | 1 | .1 |
| 震災経験 | | | | |
| 自分自身のけが | 53 | 4.9 | 1 | .1 |
| 家族や友人の死亡 | 639 | 58.7 | 17 | 2.0 |
| 家屋の損壊 | 877 | 80.5 | 23 | 2.7 |
| 放射線への不安(高) | 326 | 29.9 | 118 | 13.8 |

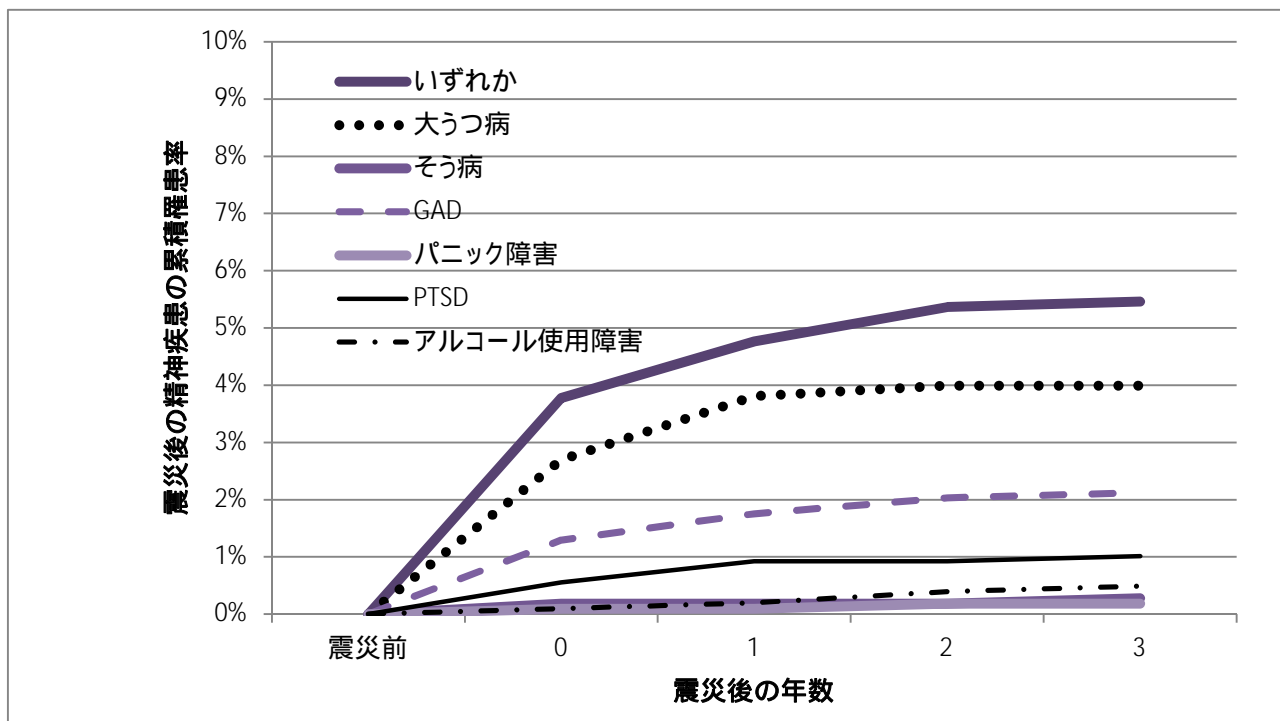


図1 東日本大震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民 1010 人における震災後の新規精神疾患の累積罹患率。診断は DSM-IV 診断。GAD: 全般性不安障害, PTSD: 心的外傷後ストレス障害。

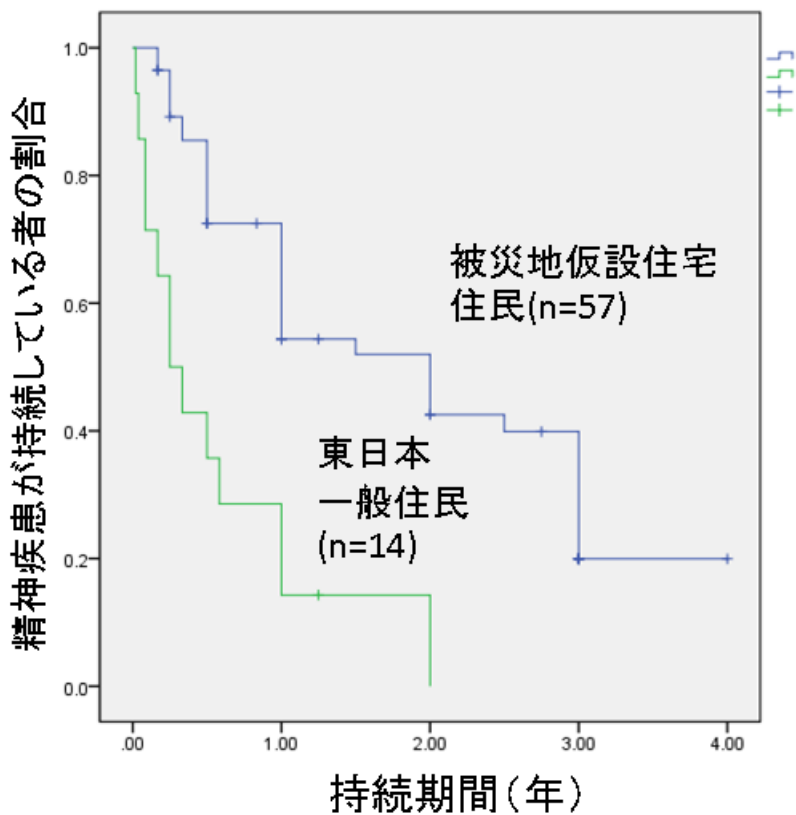


図2 震災後に罹患した精神疾患の持続期間：被災地仮設住宅住民と東日本一般住民との比較

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

中長期の災害精神保健活動 専従組織を置かなかった仙台市の状況について

分担研究者 加藤 寛

公財)兵庫震災記念21世紀研究機構

兵庫県こころのケアセンター センター長

昨年度までの研究で、阪神・淡路大震災などの過去の大災害、および東日本大震災後の活動状況について、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関の役割、「こころのケアセンター」と称されることが多い専従組織の果たす役割と課題、さらに東日本大震災での新たな展開として NPO の活動状況、などをまとめてきた。本年度は、東日本大震災後の特筆すべき活動として、専従機関を設置しなかった仙台市での取り組みについて検討した。これは、被災した自治体が従前からの精神保健活動を強化するための取り組みであり、新たな組織を作るよりも保健師活動などと連携しやすいという利点があり、必要なマンパワーを得るための工夫をしている。今回の取り組みは、被災後のこころのケア活動を日常の精神保健活動にシームレスに繋いでいく上で、意義のある方法と考えられる。

受けた。

1. 仙台市の被災および復興状況

・概要

仙台市は人口100万余を有する東北一の都市である。1989年（平成元年）に全国で11番目の政令指定都市になった。青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区の5行政区で構成されており、東日本大震災では沿岸部の宮城野区、若林区が津波の被害を受けたほか、丘陵部の住宅地で地震による地滑りなどの被害があった。震災関連死の261名を含めて1002名の仙台市民が犠牲となったほか、全壊3万棟、大規模半壊2万7千棟、半壊8万3千棟の大きな被害を

・被災者の動向

震災発生後、最大288カ所の避難所に市民の1割にあたる約10万人が避難したが、7月末にはすべて解消した。その後、仮設住宅に最大12000世帯（平成24年3月）が移り住んだが、プレハブ仮設住宅は約11%に留まっており、空いていた民間賃貸住宅に82%、公営住宅に7%が入居している。それらの仮設住宅入居者も、後述する生活再建プログラムを推進することで、平成27年11月の段階ではピーク時の4割（4800世帯）にまで減少している。

2. 仙台市の復興計画の特徴

復興に関する市の体制として、震災復興本部を設置し平成 23 年 11 月末に震災復興計画を発表した。最も重視したのは住宅再建で、集団移転のための宅地造成、復興公営住宅の建設（3206 戸）、丘陵部の宅地復旧などの早期実現を目標に掲げた。平成 24 年 4 月には復興事業局を設置し事業を促進させる中で、被災者個々の状況を把握した上で、きめ細かな支援策を展開することとした。そして、被災から 3 年が経過した平成 26 年 3 月には、対策をさらに促進するために被災者生活再建推進プログラムを作成した。この時点で、応急仮設住宅入居者は依然として当初の 3 分の 2（約 8600 世帯）に高止まっており、再建できた者と立ち後れた者との差が広がっていることが懸念されたため、「個々の世帯状況に応じたきめ細かな支援を重点的に実践することにより、震災復興計画期間内に仮設住宅に入居されている方々に生活再建を実現していただく」ことを趣旨として提案された。

基本的視点として、個々の状況に応じたきめ細やかな支援、人と人のつながりを大切にした支援、の 2 点が呈示されている。

に関しては、仮設入居世帯を戸別訪問し、「生活再建可能世帯（66%）」「日常生活支援世帯（6.3%）」「住まいの再建支援世帯（24.8%）」「日常生活・住まいの再建支援世帯（2.9%）」の 4 群に分け、それぞれの抱える問題に沿った支援計画を提案するという方針が示されている（図）。このうち、日常生活への支援が必要とされた第 2 群と第 4 群の合計約 1 割の世帯に関しては、心身の健康面での支援を重視し、地域保健活

動の強化を進めることが対策の柱になっている。

こうした計画を進めていくためには、マンパワーが必要である。そのために、他の政令指定都市からの人材支援が長く続けられたほか、嘱託職員の増員（市の各部署・社会福祉協議会）そして NPO などの民間団体への事業委託が活用されてきた。後述するように、精神保健活動に関しては嘱託職員を各区に配置する方法が取られたし、個々の被災者の状況を確認するために個別訪問や生活再建に関する業務の大部分は、一般社団法人パーソナルサポートセンターに委託されている。この団体は、震災の 1 週間前に設立され、もともとはホームレスなどの生活困窮者の生活支援、就労支援などを行う目的だったが、震災後は見守り活動、市内最大の仮設住宅におけるサロン活動、就労支援相談センターの設置など、多彩な事業を中心的に行っている。

3. 震災後の精神保健活動の経緯

・震災後早期の活動

東日本大震災後の仙台市における精神保健活動（心のケア）は、当初から仙台市精神保健福祉総合センター（以下、市精保センター）がコーディネートし、各区の保健師活動と連携して行われた。震災後早期には、被害の大きかった宮城野区と若林区にそれぞれ兵庫県と徳島県からの支援チームが入った。筆者は、兵庫県チームのとりまとめを行い、震災発生から 1 週間目の 3 月 18 日を皮切りに、同年の 6 月末まで 16 チームを継続して派遣した。当初は避難所巡回が役割だったが、第 4 陣ぐらいからは保健師や関係者へのコンサルテーション、民

生委員などの地域リーダーへの研修などに役割はシフトしていった。派遣された者の多くが指摘していたのは、事前の準備性の高さであった。宮城県沖地震を想定した心のケアマニュアルが、東日本大震災以前から準備されており、その一部には外部支援者向けの情報や指示がまとめられており、非常に有用であった。また、混乱した状況にもかかわらず、精保センターのスタッフが活動に加わり保健地チームなどの調整を行ったことも、外部支援チームの活動をやりやすくしていた。

・復興期の精神保健活動の枠組み

上述した震災後早期からの活動は、各区の保健福祉センターの活動を市精保センターがバックアップし強化するもので、そこに外部からの支援を受け入れるという枠組みで提供された。外部支援者が去った後も、コアとなる各区と市精保センターの活動は継続され、平成 24 年度からは嘱託職員を雇用することで、マンパワーを補った。嘱託職員の業務は、主に被災者の訪問活動などで、一部、各部署の通常業務の補助も担っている。訪問件数の 24 年度から 26 年度の推移は表のとおりで、年々増加している。

嘱託職

員の雇用は国の事業費によって全額賄われ、各区に 1～2 名、市精保センターに 3 名配置された。この事業費は仙台市に直接補助されるのではなく、みやぎ心のケアセンター

| | H24 | H25 | H26 |
|------|-------|-------|-------|
| 訪問件数 | 5,283 | 5,854 | 6,916 |

を經由して支出されているが、嘱託職員の雇用や管理は仙台市がすべて行う形を取っ

ている。仙台市は、震災後早期からの事業の連続性を担保するために、心のケアセンターの設置ではなく、マンパワーを補うために、この方法を選択したのである。

各区の保健師や嘱託職員へのスーパーバイズは、市精保センターが行っている。相談支援として実際の相談業務や訪問活動に参加するほか、困難事例、とくにアルコール関連問題への検討に、センターの医師や保健師が出向いている。また、サロン活動への参加、人災育成のための講演会やワークショップでの講師なども、積極的に引き受けている。さらに、実態把握のためのデータ解析、次に述べる長期の活動方針を示すためのガイドライン作りも行っている。

・ガイドラインの作成

「仙台市震災後心のケア行動指針」と名付けられたガイドラインは、1 年近くの議論を経て平成 25 年 6 月に発表された。被災者の中に生じている格差や精神的問題の遷延化への対応のために、それまでの活動を振り返るとともに、長期的な課題を抽出し、活動の方向性を示している。各区によって抱えている問題が異なるため、具体的な活動計画を各区ごとに立てているのが特徴の一つである。基本的視点として 震災によるストレス反応は、遅発性、動揺性、反復性に出現する 被災者のニーズや地域の状況に合ったケアの質や方法が必要 各区の既存の保健福祉業務の中にも、震災後の心のケアに関する要素が含まれている 行政内の各部署のみならず、地域住民や関係機関との連携が必要 との 4 点を挙げ、中長期的に実効性のある対策を示す必要性を強調している。その上で、対象者を「健

康～自己回復可能群」「不安定群」「ハイリスク群」の3群に分類し、普及啓発、相談、人材育成、マネジメント、連絡調整の5領域について、それぞれ具体的な活動計画を呈示している。一例を挙げると、相談事業では、健康や生活に関するさまざまな相談事業の中で、メンタルヘルスの問題への視点も持つことの重要性を指摘し、「幅広く潜在的な問題をキャッチし、適切な支援につなげるようにする」必要性が求められている。また、人材育成では民生委員や包括ケアの担当者などを「ゲートキーパー」と位置づけ、メンタルヘルスに関する研修機会を十分に盛り込む必要性が示されている。

4. 考察

仙台市における復興期の精神保健活動の特徴は、連続性の担保という点である。市精保センターは、従前から災害発生後の活動を想定していたこともあり、今回の震災後も現場活動と外部支援者のコーディネートに積極的に関与した。その延長線として復興期の精神保健活動を捉え、市精保センターの業務として位置づけていった。また、市全体の復興事業計画の中で、生活再建が精神保健の問題と密接な関係があり、精神保健活動が重要な復興施策の一つであることが認識されたことは、活動を推進するために重要だった。

しかし、市精保センターは多くの通常業務を抱えており、その上に災害後の業務を追加するためには、マンパワーの確保とともに高いモチベーションを持つ必要があった。マンパワーの確保については、上述したように嘱託職員を増員して対応した。それも、市精保センターだけでなく活動の前

線である各区の内部職員として配置したことが、大きな意義を持っていたと思われる。市職員であることは、情報の共有がスムーズに行えることや、通常業務の代行を行いやすいなどの、利点が大きかったという。心のケアセンターなどの他機関で採用した者を、出向者として受け入れた場合には、情報共有だけでなく公用車の使用といった些末な困難があることを考えると、効率的なマンパワーの強化方法といえるだろう。嘱託職員の多くは、経験が浅い上に、行政での業務の経験がなかったために、スーパーバイズが必要だったが、その役割を市精保センターの医師やベテランの保健師などが担ったことで、現場との関係がより密接になっていった。

市精保センターが、震災関連の業務を通常業務の中に位置づけて行った背景には、従前から災害への準備と主体的に関わる意思があったことが重要である。本研究では、スタッフへのインタビューを行ったが、復興期の活動をきっかけに地域にアウトリーチできるようになる、より専門的な知見を身につけることができた、被災者の生活の場に触れることは自分の専門職としてのキャリアに大いに役だった、などの意見が出された。こうした高いモチベーションを維持できたことが、活動を支えたことは間違いない。

大災害が発生すると都道府県や政令指定都市の精神保健福祉センターは、被災直後から大きな役割を担う。しかし、復興期になり、心のケアセンターのような専従組織が作られると、関与の度合いが大きく減ってしまい、役割を見いだしにくくなり、関与していないとの批判に晒されることもあ

る。今回の仙台市が取った、専従組織を置かずマンパワーを確保して通常業務に入れ込んでいくという手法は、シームレスに事業を展開しやすくなるという大きな利点があったと思われる。

5. 健康危険情報：該当なし

6. 研究発表：該当なし

7. 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

8. 参考資料

1) 仙台市震災復興計画

http://www.city.sendai.jp/shinsai/shinsaihukkorentou/pdf/keikakushiryousaishu_honbun3113.pdf

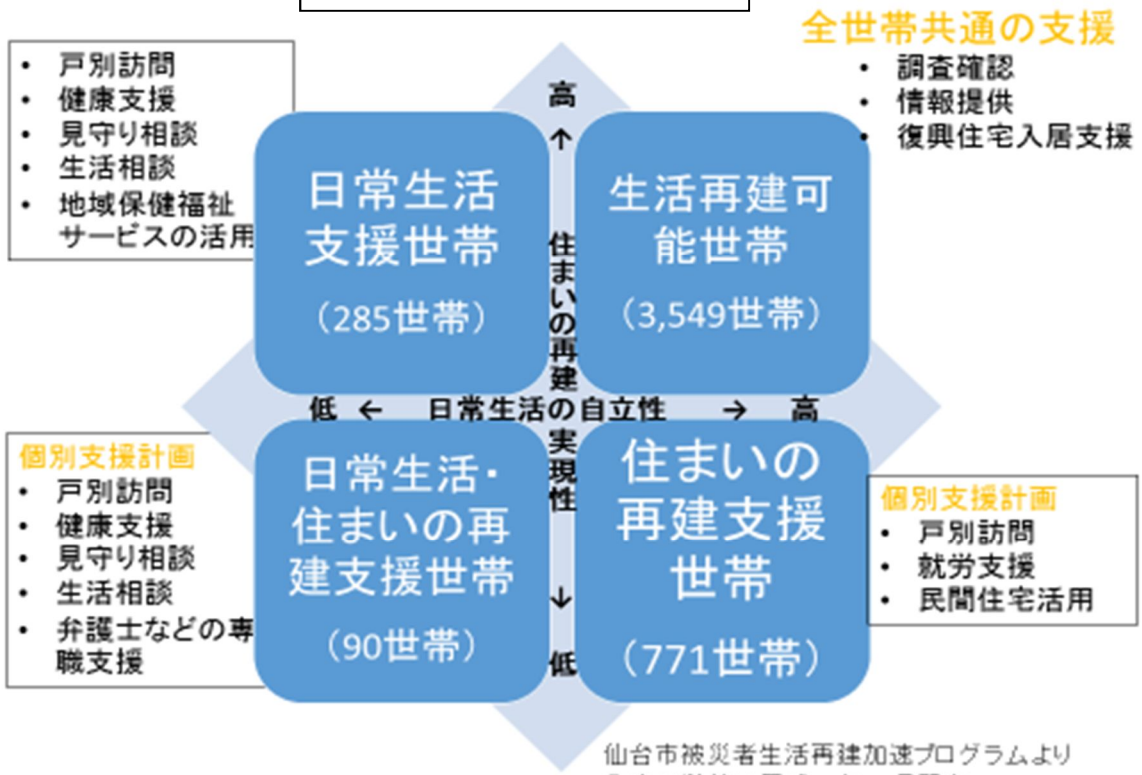
2) 仙台市被災者生活再建推進プログラム

<http://www.city.sendai.jp/shinsai/seikatsushien/pdf/program/honpen.pdf>

3) 仙台市被災者生活再建加速プログラム

http://www.city.sendai.jp/shinsai/seikatsushien/pdf/kasokuprogram_honpen.pdf

支援施策の適用イメージ



仙台市被災者生活再建加速プログラムより
 〇内の数値は平成27年11月現在

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

地域住民にとっての個人の災害への備えとソーシャル・キャピタルとの関連

分担研究者：荒井 秀典 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 客員研究員
研究協力者：大倉 美佳 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 講師
橋本 明弓 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 研究協力員
所属は研究当時の機関

研究要旨

地域住民を対象とした調査により、個人の災害への備えとソーシャルキャピタル(SC)との関連を明らかにし、災害の備えを促進する対策を考察することを目的とした。

平成26年10～12月、1自治体の全世帯の成人を対象に、全戸配布の広報へ自記式質問紙調査票を折り込み、郵送による返送を依頼した。調査項目は、基本属性、家族構成、個人の災害への備え(避難場所の知識、ハザードマップの知識、発災時の行動についての家族との話し合い、食料飲料水の準備、住宅の耐震対策)、SC(互助と信頼、社会の責任感、帰属意識、インフォーマルなつながり、地域の優しさ)、実際の周囲の人々とのつきあいの度合い(近所、友人・知人、親戚、職場外での職場の同僚)とした。

本分析に用いた有効回答1001名(17.6%)を用いて、多変量ロジスティック回帰分析(性別・年齢を調整)を行った。分析の結果、周囲の人々とのつきあいを深め、SCを高めることが、個人の災害への備えを促進することが示唆された。特に高齢者に対しては、独居や障がい者・障がい児がいる世帯への支援強化が重要だと考えられた。

A．研究目的

本報告書においては、地域住民の防災の備えの実態を把握すること、特に高齢者層での特性を明らかにすることを目的に分析を行った。また、実際に防災の備えという行動を起こすためには、本人の個人特性とともに、ソーシャル・キャピタル¹⁾(以下、SC)や実際の日常的な人とのつながり度、人への信頼度などが影響しているのではないかと考え、SCとの関連について焦点をあてて検討することとした。

B．研究方法

B-1) 調査方法および調査対象

平成26年11月に、1自治体に在住する全6565世帯を対象に、広報配付時に調査票および返信用封筒を折り込み、職員以外の20歳以上の成人

に回答を求めた。回収は、京都大学大学院宛てへの郵送返信とした。

B-2) 本報告で分析に用いた調査項目

防災の備え：家族内での避難経路の話し合い、飲料水の備蓄、住宅の耐震対策、居住地域の避難場所の知識、居住地域のハザードマップの存在の知識の5項目について、各項目「あり」の回答を1点とし、5項目の合算した値を防災の備え得点(0-5点)とした。

SC：地域におけるSCに関しての、「近所の人はお互いに助け合う気持ちがあるか(以下、互助と信頼)」、「近所の人子どもだけで危険なことをして遊んでいるのを見かけると注意するか(以下、社会的責任感)」、「住んでいる地域に愛着があるか(以下、帰属意識)」、「近所の人とよく話をするか(以下、インフォーマルなつながり)」、「近所の人

は高齢者に優しさがあるか(以下、地域の優しさ)の5項目から構成した(本橋ら²⁾が信頼性の検討済み)。各項目は、4件法で問い、それぞれ0-3点を配点し、5項目の合算した値をSC得点(0-15点)とした。

人への信頼度：内閣府の調査項目³⁾を参照し、一般的に人への信頼度、旅行先や見知らぬ土地で出会う人への信頼度の2項目とした。各項目は0-9点の10件法とし、2項目の合算した値を人への信頼得点(0-18点)とした。

実際の周囲の人々とのつきあい度(以下、実際の人とのつきあい度)：内閣府の調査項目³⁾を参照し、近所の人、友人・知人、親戚、職場の同僚との交流の頻度(毎日から週数回、週1回から月数回、月1回から年数回、年1回から数年1回の4件法)および交流方法(直接会う、それ以外(電話、電子メール、手紙))を問うた。交流頻度(4~1点)と交流方法(直接会う2点、それ以外1点)を掛け合わせた値を実際の人とのつきあい得点(1-32点)とした。

基本情報：性別、年齢、独居の有無、家族内の障害者・児の存在の有無

B-3) 分析方法

本報告における各分析項目について、65歳未満群および65歳以上群における差異を検討するため、割合の差にはカイ二乗検定を、平均値の差の検定にはU検定を行った。また、連続変数を有する調査項目の合算値の中央値を参考にカットオフとし、2値化した。その後、防災の

備え(高値群)を従属変数とし、性別、年齢を調整し、単変量ロジスティック回帰分析を行った。単変量解析で有意差の認められた、次の項目を共変量とした多変量ロジスティック回帰分析(年齢、性別を調整)を行った；SC得点、実際の人とのつきあい得点、家族内に障がい者・児がいる、独居。

B-4) 倫理的配慮

本調査は、無記名自記式調査であるため、調査の段階で個人情報取り扱い扱われることはなく、個人的な侵襲や有害事象を招く恐れはない。調査票の管理は施錠できる棚に保管した。なお、本調査は京都大学大学院医学研究科・医学部および医学部附属病院医の倫理委員会の承認を得て実施した(第E1730号)。

C. 結果

C-1) 回収データ

回収できた調査票1007名(15.3%)のうち、1001名(99.3%)を有効分析データとした。

C-2) 基本属性の分布

主な基本属性を表1に示す。男性563名(55.9%)、女性421名(41.8%)であり、年齢は65.9±11.8歳であった。回答者が独居であった者は130名(12.9%)であり、家族内に障がい者・児が存在する者は73名(7.2%)であった。

表1. 基本属性

| | | 表1. 基本属性 | | | n(%) |
|-----------------------------------|----|-----------|-----------|-----------|--------|
| | | 全体 | 65歳未満群 | 65歳以上群 | P値 |
| 性別(n=984) | 男性 | 563(57.2) | 202(49.6) | 361(65.6) | <0.001 |
| | 女性 | 421(42.8) | 205(50.4) | 216(37.4) | |
| 年齢(平均値±標準偏差；歳、n=991) [†] | | 65.9±11.8 | 54.9±8.1 | 73.7±6.7 | 0.270 |
| 独居(n=991) | | 130(13.1) | 31(7.5) | 99(17.1) | <0.001 |
| 家族内に障がい者・児あり[複数回答] | | 73(7.2) | 34(8.4) | 39(6.8) | |

カイ二乗検定

†：U検定

C-3) 防災の備えに関する項目に関する分布
防災の備え得点の平均値は2.8±1.0、65歳未

満群では2.7±1.1、65歳以上群では2.8±1.0であった(p=0.270)。その内訳をみると、年代区

分別の割合の検定において有意差の認められた項目は、ハザードマップの知識ありの割合(65歳未満群; 73.8%、65歳以上群; 67.0%、 $p=0.021$)、発災時の行動についての家族との話し合いをしている割合(65歳未満群; 51.4%、65歳以上群; 65.6%、 $p<0.001$)であった。

C-4) ソーシャル・キャピタルなどの項目に関する分布

SC得点の平均値は 11.4 ± 2.3 、65歳未満群では 11.1 ± 2.4 、65歳以上群では 11.6 ± 2.2 であった($p=0.001$; U検定)。その内訳をみると、年

代区分別の割合の検定において有意差の認められた項目は、帰属意識(65歳未満群; 2.3 ± 0.7 、65歳以上群; 2.6 ± 0.6 、 $p<0.001$)、インフォーマルなつながり(65歳未満群; 2.3 ± 0.7 、65歳以上群; 2.5 ± 0.6 、 $p<0.001$)であった。

人への信頼得点の平均値は、 9.8 ± 4.2 、65歳未満群では 9.7 ± 4.1 、65歳以上群では 10.0 ± 4.3 であった($p=0.130$)。

実際の人とのつきあい得点の平均値は 13.1 ± 4.5 、65歳未満群では 12.8 ± 4.2 、65歳以上群では 13.6 ± 5.1 であった($p=0.014$)。

表2. 年代区分別の防災の備えおよびSC

| | 全体 n(%) | 65歳未満群 n(%) | 65歳以上群 n(%) | P値 |
|-----------------------------------|----------------|----------------|----------------|--------|
| 防災の備え得点(n=927) [†] | 2.7 ± 1.0 | 2.7 ± 1.1 | 2.8 ± 1.0 | 0.270 |
| 避難場所の知識あり(n=983) | 960(97.7) | 398(97.3) | 562(97.9) | 0.540 |
| ハザードマップの認知あり(n=969) | 677(69.9) | 302(73.8) | 375(67.0) | 0.021 |
| 家族との話し合いあり(n=963) | 574(59.6) | 209(51.4) | 365(65.6) | <0.001 |
| 飲食料水の備蓄あり(n=977) | 214(21.9) | 83(20.3) | 131(23.0) | 0.318 |
| 住宅の耐震対策あり(n=962) | 260(27.0) | 110(27.5) | 150(26.7) | 0.780 |
| SC得点(n=961) [†] | 11.4 ± 2.3 | 11.1 ± 2.4 | 11.6 ± 2.2 | 0.001 |
| 互助と信頼(n=987) [†] | 2.3 ± 0.6 | 2.3 ± 0.6 | 2.4 ± 0.6 | 0.184 |
| 社会の責任(n=985) [†] | 1.9 ± 0.8 | 2.0 ± 0.7 | 2.0 ± 0.8 | 0.742 |
| 帰属意識(n=1000) [†] | 2.5 ± 0.6 | 2.4 ± 0.7 | 2.6 ± 0.6 | <0.001 |
| インフォーマルなつながり(n=1000) [†] | 2.4 ± 0.6 | 2.3 ± 0.7 | 2.5 ± 0.6 | <0.001 |
| 地域の優しさ(n=997) [†] | 2.2 ± 0.6 | 2.2 ± 0.6 | 2.2 ± 0.6 | 0.288 |
| 人への信頼得点(n=943) [†] | 9.9 ± 4.3 | 9.9 ± 4.2 | 10.0 ± 4.3 | 0.386 |
| 実際の人とのつきあい得点(n=672) [†] | 13.2 ± 4.9 | 12.8 ± 4.6 | 13.6 ± 5.1 | 0.028 |

カイ二乗検定

† : U検定

C-5) 防災の備えとソーシャル・キャピタルとの関連に関する分析

防災の備え(高値群)を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析(性別、年齢を調整)を行ったところ、各オッズ比(95%信頼区間)は、SC・高値群(OR=2.01, 95%CI:1.42-2.85)、実際の人とのつきあい得点・高値群(OR=1.63, 95%CI:1.16-2.29)、家族内に障がい者・児がいる(OR=0.40, 95%CI:0.21-0.76)、独居

(OR=0.43, 95%CI:0.24-0.76)であった。65歳未満群における災害への備えに影響した要因は、人とのつきあいの度合い

(OR=1.97, 95%CI:1.23-3.17)、独居(OR=0.37, 95%CI:0.15-0.96)であった。一方、65歳以上群における災害への備えに影響した要因は、SC(OR=3.13, 95%CI:1.82-5.38)、家族内に障がい者・児がいる(OR=0.24, 95%CI:0.09-0.64)であった。

表 3. 防災の備え高値群を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

| | 全体 OR(95%CI) | 65歳未満群 OR(95%CI) | 65歳以上群 OR(95%CI) |
|-------------------------------|-----------------|---------------------|---------------------|
| SC得点・高値群(ref.低値群) | 2.01(1.42-2.85) | 1.44(0.90-2.31) | 3.13(1.82-5.38) |
| 実際の人とのつきあい得点・ 高値群(ref.低値群) | 1.63(1.16-2.29) | 1.97(1.23-3.17) | 1.32(0.79-2.22) |
| 家族内に障がい者・児がいる(ref.いない) | 0.40(0.21-0.76) | 0.56(0.15-1.29) | 0.24(0.09-0.64) |
| 独居(ref.非独居) | 0.43(0.24-0.76) | 0.37(0.15-0.96) | 0.50(0.24-1.03) |

多変量ロジスティック回帰分析

調整因子：性別、年齢

D. 考察

D-1) 防災の備え

防災の備えについて、食料飲料水の備蓄を行っている割合は約2割、住宅の耐震対策を行っている割合は3割弱と非常に低い割合であった。本調査の回収率は2割弱であり、特に青年層など若い世代の回答率は低く、地域住民全体の結果とは言い難い。しかしながら、地域住民の中でも防災に関心がある回答者であると捉えるならば、地域住民全体としてはこの結果以上に実質的な防災行動に至っていないことが想定されることが危惧される。ほとんどの項目において、年齢区分による差異については認められなかったが、ハザードマップの認知は65歳以上群で有意に低い割合であった。ハザードマップは、地域住民の自発的な防災意識の啓発や防災行動を促すツールとして重要視される中、広く認知されるようなアプローチだけでなく、そこに表示されている災害リスク情報が適切に理解されることが重要である。洪水ハザードマップに関する結果であるが、『緻密なマップ』は、発災時の行動指南となるが災害イメージの固定化を招きかねない一方で、『粗なマップ』は、地域住民と防災を担う自治体や行政とがリスク・コミュニケーションを行うきっかけになると片田ら⁴⁾は述べている。高齢者を含む災害弱者と呼ばれる住民を巻き込んだアプローチによって、ハザードマップの認知を啓発するだけに留まらず、防災行動が高まることが臨まれる。

D-2) SC

帰属意識、インフォーマルなつながりに関しては、65歳以上群に比べて65歳未満で有意

に低い割合であった。また、実際の人とのつきあい得点についても同様の結果であった。一般的なライフサイクルの発達課題を考えると、高齢者に比べて壮年期層は仕事など社会的役割を一線で担うことが多く、職場という社会との結びつきは大きい。居住地である地域とのつながりは希薄な場合が多いと想定され、本調査の結果も同様の結果を示したと言えよう。

D-3) 防災の備えとSCとの関連

SCが高いこと、実際の人とのつきあい度が高いことは、防災の備えを高める要因であった。一方、家族内に障がい者・児がいること、独居であることは、防災の備えを抑制する要因であった。

防災白書⁵⁾にはすでに、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が、「災害はひとつ」と思わず、いつ発生するかわからない災害に備えておくことが、大規模広域災害での被害を少なくすることにつながると明記されている。つまり、「いつだれにとっても等しく起こりうるかもしれない災害」という認識が浸透することで、「自分たちの町・地域を自分たちで守れること」に目を向けることにつながり、防災に関する予期的行動が高まるような『地域づくり』を、平時から培っていくことが重要であると考えられる。

また、大震災など広範囲で深刻なダメージを受けるような発災直後は、公助を求めることは難しく、自助や共助で乗り切らなければならない事態が想定される。その際、地域住民が自発的に避難行動を行ったり、地域コミュニティで助け合って、救助活動、避難誘導、避難所運営等を行うことが重要になってくる。また、災害

からの復興に当たっても、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が主体的にかかわることが「よりよい復興」にとって不可欠である⁶⁾。

E. 結論

SCが高いこと、実際の周囲の人々とのつきあい度が高いことは、防災の備えを高める要因であった。一方、特に65歳以上群においては、家族内に障がい者・児がいることは、防災の備えを抑制する要因であった。

参考文献

- 1) Putnam, Robert D. : Marking Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton, NJ: Princeton University Press. 1993. [阿田潤一訳: 哲学する民主主義-伝統と改革の市民的構造-, NTT出版, 2001]
- 2) 本橋豊: 地域づくり型自殺予防対策の有効性に関する研究 ソーシャルキャピタルモデルの構築 (2007年度科学研究補助金研究成果報告書)
<http://kaken.nii.ac.jp/pdf/2009/seika/jsp/1/11401/18390193seika.pdf> (検索 2015年2月17日)
- 3) 内閣府 NPO ホームページ(内閣府国民生活局 市民活動促進課, 委託先: 株式会社日本総合研究所): 平成14年度内閣府委託調査-ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて-(平成15年6月19日), <https://www.npo-homepage.go.jp/data/report9.html> (検索 2015年2月17日)
- 4) 片田敏孝、木村秀治、児玉真: 災害リスク・コミュニケーションのための洪水ハザードマップの在り方に関する研究. 土木学会論文集 D 63(4):498-508, 2007.
- 5) 内閣府防災情報のページ: 平成26年版防災白書 第5章「公助の限界」と自助・共助による「ソフトパワー」の重要性,
http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho/h26/honbun/0b_5s_01_00.html (検索 2015年2月17日)
- 6) 木村玲欧: 統計望桜・数字から知る人々の心理と行動(東海望桜, 60(4)-61(4)), 2007-2008,

http://www.u-hyogo.ac.jp/shse/rkimura/080700_toukaibourou_all.pdf#search='%E7%B5%B1%E8%A8%88%E6%9C%9B%E6%A5%BC' (検索 2015年2月17日)

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
 - 1) Ayumi Hashimoto, Mika Okura, Hidenori Arai: Factors affecting personal disaster preparedness -Focusing on the relevance to social capitals-. 19th East Asian Forum Of Nursing Scholars, 2016.
 - 2) Ayumi Hashimoto, Mika Okura, Hidenori Arai: Factors Affecting the Registration for Disaster Evaluation Plans for Vulnerable People in Japan. The Tokyo Conference on International Study for Disaster Risk Reduction and Resilience, 2015.
 - 3) Mika Okura, Ayumi Hashimoto, and Hidenori Arai: Community characteristics that affect the development of a disaster evacuation plan for vulnerable people in Japan. The Tokyo Conference on International Study for Disaster Risk Reduction and Resilience, 2015.
 - 4) 大倉美佳、荒井秀典: 地域住民にとっての個人の災害への備えとソーシャルキャピタルとの関連. 第58回日本老年医学会学術集会、金沢市、2016年6月.

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
該当なし
2. 実用新案登録
該当なし

みやぎ心のケアセンターの活動分析

| | | | |
|-------|------|-------------------------|-------------|
| 分担研究者 | 松本和紀 | 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野 | |
| | | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| 研究協力者 | 福地成 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 瀬戸萌 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 渡部裕一 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 片柳光昭 | 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会 | みやぎ心のケアセンター |
| | 東海林涉 | 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 | |
| | 長尾愛美 | 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 | |
| | 高橋葉子 | 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 | |
| | 阿部幹佳 | 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 | |
| | 上田一気 | 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野 | 各所属は研究当時の機関 |

本研究では、みやぎ心のケアセンターの活動分析について、同センターの活動についての分析と（パート1）同センターと共同で支援、活動を行っている東北大学予防精神医学寄附講座を中心として行った研究（パート2）に分けて報告する。

活動分析では、みやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析し、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討した。この報告では、2012年4月に開設されてから2014年3月までの同センターの設置状況、その後の事業概要、実情と課題についてまとめ、さらに、同センターの活動内容を分析し、それぞれのフェーズで各地域で必要とされている支援について検討した。

地域住民への支援活動のうち約6割が家庭訪問を占め、男女ともに高齢者層への支援が多かった。ICD-10による疾患分類では、F2（統合失調症など）およびF3（気分障害）が多くを占め、災害前に発症していた事例への支援が多く、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが含まれていた。

震災から約4年が経過し、各種健康調査の返信率も下がり、ハイリスク者も減少する中、今後の支援の在り方を見直していく必要性は高いと考えられる。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であり、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要がある。一方、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があると考えられた。

宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査では、職員は復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられた。職場要因としては、住民からの非難の経験が精神症状と関連していた。一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究と災害復興期における不健康者への個別介入プログラム「サイコロジカル・リカバリー・スキル」を用いた介入研究については、被災地住民を対象とした介入研究を現在も継続中である。

パート1：みやぎ心のケアセンターの活動分析

A. 研究目的

みやぎ心のケアセンターは東日本大震災により、心理的影響を受けた県内の住民がコミュニティの中で、一日も早く安心して生活できるよう、地域の実情に合わせた支援事業を行っている。本センターの活動内容を分析することにより、災害後の中長期的なりかばりセンターとしての役割を検討し、今回の災害に対する今後の支援と、これからのわが国で生じうる災害に備えることを本研究の目的とする。

B. 研究方法

本センターが開設された2012年から2014年3月までの3年間の活動内容を分析し、被災地地域ではどのような支援が必要とされているのか検討を行った。

C. 結果

1. 当センターの概要

1) 職員の構成

2012年4月の発足当時は総数34名(常勤28名、非常勤6名)で開始したが、徐々に増員され平成28年2月時点で74名(常勤51名、非常勤23名)となった。職種としては精神保健福祉士が26名(35%)と最多になった。その他、心理士、保健師、看護師などの多職種により職員は構成されていた。

2) 地域センターの設置

基幹(仙台)、石巻、気仙沼の3つの拠点を設置し、人員を各センターに集約するような形で人員配置を行った。基幹センターに人員を集約し、各地域センターには約10名程度の常勤を配置した。

3) 自治体への職員派遣

要請のあった被災自治体に対して、精神保健業務にかかわる専門職として当センターより派遣を行った。2015年度に派遣された職員は、計

7機関8名となった。派遣された自治体において、住民個別相談および自治体職員のメンタルヘルス相談、精神保健福祉相談や健診業務など市町自治体の各種事業の支援を行った。

2. 地域住民への直接支援

1) 支援方法

過去3年間の地域住民支援の実績を資料1に示した。3年間で支援総数20,201が件あり、そのうち家庭訪問が11,418件(56.5%)を占めた。総支援数は経年的に増加傾向にあり、特に家庭訪問のニーズが増加している。定期的に来所相談を実施する体制は取っておらず、電話相談などのホットラインも解説していないため、来所相談と電話相談の件数は増加していない。

2) 相談経路

2013、2014年の相談経路の集計を資料2に示した。当センターの支援に繋がる経路として最も多いのは、県と市町村が協働して実施した住民健康調査の結果を契機としたものだった。K6や飲酒の項目から要支援者が抽出され、その確認を当センターへ依頼される形が多かった。被災者自ら支援を求めてくることは少なかった。

3) 年齢層と性差

2013、2014年の要支援者の年齢層と性差を資料3に示した。総じて対象者の年齢分布としては、高齢になるにしたがって多くなり、特に70歳以上の女性が最も多かった。当センターが開設された当初は女性が多かったが、時間系とともに若い世代(40~50歳)の男性に増加傾向が見られた。

4) 疾患分類

2013、2014年の要支援者のうち、精神疾患として診断可能な対象者の疾患分類を資料4に示した。ICD-10による疾患分類では多い順にF2(統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害) > F3(気分障害) > F1(精神作用物質による精

神および行動の障害)であり、その約7割は震災前の発症、約3割は震災後の発症だった。

3. 普及・啓発事業

各種研修会の企画、ホームページやパンフレットの発行などを通じて、地域住民に対してメンタルヘルスに関わる普及・啓発事業を行った。

1) 研修会を通じた普及・啓発

地域住人(非専門職)を対象とした普及啓発を目的とした研修会は延べ40回実施した。このうち、「精神疾患について」「アルコール依存などのアディクション問題について」のテーマが多くを占めた。

2) 啓発用品の作成と配布

パンフレットの作成においては、うつ病やアルコール依存に関わる啓発パンフレットに加えて、時機に応じた内容のものも作成した。2014年度は復興住宅へ移転する住民が増えた時期であり、『おひっこしされるみなさまへ』と題したパンフレットを作製した(資料5)。2015年度は消防団員など対人救助に従事した非専門職に対する啓発としたパンフレットを作製した(資料6)。そのほか、年4回の広報誌を作成し、関係諸機関へ配布した。

4. 集いの企画

1) サロン各種

集いの仕組みを作り、被災した地域で活動を行った。その中で講話などの啓発やリスクの高い参加者に対する個別相談を行った。当センターが主催するサロンは減少したものの、地域主体で行われているサロンに協力する形が増加した。

2) キャンプ

仙台市および名取市の被災した小学校の子どもを対象として、キャンプ事業を展開している。現在までに計4回開催し、延べ124名が参加した。プログラムの中に心理教育を含め、日常生活の中

で困難が生じた場合に対処できるような工夫を行った。

3) 農作業

石巻地域センターを中心に、地域住民を対象とした農作業を定期的に行っている。毎回10名程度の参加者があり、特に男性の参加者が多いのが特徴と言える。

D. 考察

本センターの人員は少しずつ拡充しているが、地域での精神保健ニーズは高いためにすべての地域のニーズに応え切れておらず、この点では必ずしも人員が十分充足しているとは言えない状況が続いている。また、時間の経過とともに地域の課題が変化するため、常に新たな課題が突きつけられる現場では、専門性に基づく柔軟な対応と、地域の人々との信頼関係を根気強く構築し、維持していくことが求められ続けている。

地域住民支援の全支援活動のうち約6割が家庭訪問を占めていることから、災害後の精神保健に従事する支援者としては、アウトリーチのためのスキルが要求されると考えられた。ICD-10による疾患分類では、F2(統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害)、F3(気分障害)が多くを占めた。全体としては災害前に発症しているものの割合が約7割を占め、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが多いと考えられた。そのため、災害に対して脆弱性を持つ住民を早期に発見し、必要な場合には適切な医療機関へ繋げる動きが求められていると考えられた。今回のデータには計上していないが、近年ではF2は減少傾向にあり、震災後発症のF3が増加傾向にある。時間経過に伴って、震災によるストレスにより発症する気分障害が増加する可能性がある。また、F1の中のアルコール関連疾患も増加しており、内訳としては震災前発症が多いところが特徴的である。

一般住民を対象とした普及啓発では、大災害後の一般的なこころの反応を啓発する内容よりは、地域

で生活する中で配慮を有する精神疾患についての知識を求める傾向がみられた。具体的には、統合失調症や認知症をはじめとする精神疾患、アルコールなどのアディクションの理解を深めるための普及啓発が求められていると考えられた。地域内では精神疾患などの特別な配慮を有する住民の支援が課題になっており、その専門知識や対処方法を学びたいという動きをうかがうことができた。

E. 結論

本研究では、開設から現在までの当センターの組織体制と活動内容とその分析について提示し、当センターによる活動の実情と課題について検討を行った今後、復興の格差はさらに一層広がることが予想されている。このため、みやぎ心のケアセンターでは、地域と時間による変化を把握しながら、被災地域住民のニーズに応え、適切な支援を提供するために、対応を柔軟に工夫していく必要があると考えられた。

パート : 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座を中心とした研究活動

A. 研究目的

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座は、東日本大震災後の宮城県における精神保健医療システムを再構築し、予防精神医学的観点から精神疾患の早期発見と早期介入に対応した新たな精神保健医療モデルを創出することを目的として研究・教育活動を実践してきた。

以下では、被災地支援に関わる地方公共団体の生活支援員等のメンタルヘルス対策に関わる調査研究(東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会職員の精神健康調査)、認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの開発研究(一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究)、被災地での精神障害者の重症化、慢性化予防プログラムの開発研究(災害

復興期における不健康者への個別介入プログラムサイコロジカル・リカバリー・スキル(Skills for Psychological Recovery: SPR)を用いた介入研究)の成果について報告する。

B. 研究方法

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会(社協)職員の精神健康調査

目的: 東日本大震災の被災地において長期間活動を続ける社会福祉協議会職員の精神健康を調査し、発災20ヶ月後と32ヶ月後の精神健康指標、関連要因、20ヶ月後における1年後の精神健康の予測指標について調べること。

研究デザイン: 質問紙による横断的/縦断的調査

調査対象: 第1回調査: 約20ヶ月後(2012年11月~2013年1月)、宮城県内6社協の職員1008名(822名(81.5%)から回答)。第2回調査: 約32ヶ月後(2013年11月~2014年1月)、5社協の職員870名(779名(89.5%)から回答)。横断研究の分析対象は第1回調査で回答があった823名とした。縦断研究の分析対象は第1回・第2回調査の両時点で回答があり、追跡可能な610名とした。

調査方法: 自記入式調査票を対象者に配布し回収。

調査内容: 基本属性(年齢、性別、職種)、被災の体験、職場の環境についての質問。全般性心理的ストレス(K6)、抑うつ症状(Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9)、PTSD症状(PTSD Check List: PCL)。

倫理面への配慮: 調査後にはハイリスク者・希望者に精神科医療従事者と面談を設けた。

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

目的: 被災地の一般市民を対象に、認知行動療法の基本的な考え方やスキルを学んでもらい、日常生活の中でのストレスケアに活用できる「こころのエクササイズ研修」を実施し、同プログラムの効果を検証する。

研究デザイン：介入研究（前後比較研究）

プログラムの紹介：大野裕氏（認知行動療法研修開発センター）と田島みゆき氏（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）が作成した「こころのエクササイズ研修」を使用した。全6回からなり、認知行動療法の基本、活動記録表、行動活性化、コミュニケーションスキル向上、アサーション、認知再構成法、問題解決技法などを、一般市民向けに分かりやすく解説し、演習を交えながら実施するものである。

調査対象：被災地の一般市民 180 名の中で、全6回のプログラムのうち5回以上出席した46名（平均年齢：47.8±13.7歳，男性2名（4.3%）、女性44名（95.7%））

調査時期：平成25年2月～平成26年6月の間に、5クール実施した。

介入方法：全6回の「こころのエクササイズ研修」プログラムを、6週にわたって毎週実施した。

調査内容：基本属性（年齢、性別、職種、被災状況など）、特性的自己効力感尺度（General Self-Efficacy Scale：GSES）（成田ら，1995），研修の理解度を測るための質問（自作の7項目）。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

目的：東日本大震災の被災者を対象とし、災害回復期に推奨されている最新の心理的支援法である、SPRを用いて介入を行い、同プログラムの我が国の被災地における実施可能性を検証すること。

対象：宮城県内に居住もしくは就労している者で、精神的な不健康を自覚する18歳以上の者。精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外した。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とした。

調査方法：宮城県内の精神保健に携わる職員を通じて、参加者を公募した。また、A地区の自治体と覚

書を取り交わし、共催で住民に「災害後のストレス回復プログラム」の参加者を公募した。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターのSPRトレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医のSVのもとにSPRを実施した。

選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行った。介入者は参加者に対して訪問による1回60分程度の面接を1週間から2週間に1回程度の頻度で計5回程度実施する。介入終了後に介入後評価と2ヶ月後のフォローアップ評価を実施した。

調査項目：精神健康状態（General Health Questionnaire：GHQ-30）＜プライマリ・エンドポイント＞、QOL（SF8 Health Survey：SF-8）

心的外傷後ストレス症状（The Impact of Event Scale-Revised：IES-R）、レジエンス（Tachikawa Resilience Scale：TRS）、自己効力感（Self-efficacy：SE）、プログラムへの満足度（Client Satisfaction Questionnaire：CSQ-8J）

倫理面への配慮：介入者は、毎回の面接において、対象者の漸進的な精神状態（自殺念慮含む）を評価した。また、本研究に関する重篤な有害事象及び不具合等の発生を知った時は、精神保健に携わる職員やA地区担当課との協力の下に必要な対処や支援、医療機関を含めた関連機関への紹介を含めて、最善を尽くすこととした。本研究の実施については、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施している。

C. 結果

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

横断的調査の結果：20ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を抽出した（Table 1）。職種によるハイリスク者数の偏りについて²検定を行ったところいずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクとPTSDハイリスクについて20ヶ月後時点での関連要因を検討するため、説明変数に20ヶ月後時点での要因、目的変数に20ヶ月後時点での精神症状(PHQ-9, PCL)を用いて、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、うつ病ハイリスクには被災体験要因として「命の危険を感じた」(OR=2.57), 「転居した」(OR=2.23), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=4.27)が影響を及ぼしていた。PTSDハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=2.81), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=3.97), 「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.31)が影響を及ぼしていた。

縦断的調査の結果：20ヶ月後と32ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を比較した(Figure 1)。時期による差についてマクネマー検定を行った結果、いずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクとPTSDハイリスクについて20ヶ月後時点における32ヶ月後時点の精神症状の予測指標を検討するため、説明変数に20ヶ月後時点での要因、目的変数に32ヶ月後時点での精神症状(PHQ-9, PCL)を用いて、ロジスティック回帰分析(強制投入法)を行った。その結果、うつ病ハイリスクには属性要因として「年齢」(OR=0.96), 職場環境要因として「休養が十分にとれない」(OR=2.11), 「人間関係に苦労している」(OR=1.78)が影響を及ぼしていた。PTSDハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=4.46), 職場環境要因として「人間関係に苦労している」(OR=3.76), 「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.82)が影響を及ぼしていた。

| | 全体 N=822 | | 事務職 n=360 | | 生活支援 相談員 n=191 | | 介護職 n=271 | | χ ² | P |
|---------------------------|-------------|------|--------------|------|----------------------|------|--------------|-----|----------------|------|
| | N | % | n | % | n | % | n | % | | |
| 精神的苦痛ハイリスク者 (K6 ≥ 13) | 65 | 8.3 | 33 | 9.5 | 17 | 9.4 | 15 | 5.9 | 2.77 | 0.25 |
| PTSDハイリスク者 (PCL ≥ 44) | 33 | 4.1 | 21 | 5.9 | 6 | 3.3 | 6 | 2.3 | 5.69 | 0.06 |
| うつ病ハイリスク者 (PHQ-9 ≥ 10) | 101 | 13.0 | 45 | 13.3 | 31 | 17.1 | 25 | 9.7 | 5.26 | 0.07 |

Table 1 20ヶ月後時点の精神症状ハイリスク者の内訳

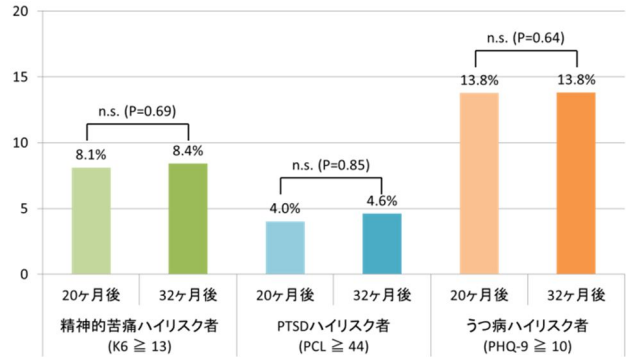


Figure 1 20ヶ月と32ヶ月時点のハイリスク者の比較

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

結果：特性的自己効力感の介入前後の得点についてWilcoxonの符号付き順位検定で比較した。その結果、研修前後での特性的自己効力感の平均値が有意に上昇した(介入前:69.2, 介入後:73.4, $z=2.73$, $p=.009$)。

また研修の理解度について介入前後の得点をWilcoxonの符号付き順位検定で比較した。その結果、「自分の考え方のクセを知っている」、「どのように考えよううつや不安な気分が強くなるのかわかっている」、「自分をいつも苦しめている考え方に気づき、発想を切り替えることができる」、「解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価する」の4項目において有意な変化を認めた。

さらにアンケートの記述から、全体的に楽しんで学べたという意見が多く、プログラムは好評であった。さらにコミュニケーション、アサーションについてのプログラムは、参加者それぞれの気づきもあり、特に良い評価が多かった。加えて、認知再構成や問題解決についてのプログラムは1回の研修では理解が難しいという意見が多かった。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

結果と進捗状況：平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 28 年 1 月時点で、申込者は計 32 名に達した。このうち適応外 5 名、介入前のキャンセル 7 名、延期 1 名があり、残りの 19 名に介入を開始した。このうち 5 名は事前加入例であり、調査開始後の介入例は 14 名である。事前介入例を含めた 13 名のうち、1 例は、SPR セッション間に抑うつ症状が生じ（重篤な有害事象に当てはまらない程度）、精神医療機関受診につながっている。その後症状は軽快し、社会生活には支障がないとの確認をとっている。

介入を開始した 14 名のうち、現在までに 10 名がセッションを終了し、そのうち 6 名がフォローアップセッションまで終了している。予備的な解析として、10 名の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントである GHQ 得点は、いずれも介入前より介入後の方が有意に下がっていた。

D. 考察

東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

先行研究では、平成 22 年度の宮城県一般住民における K6 得点 13 点以上の割合は 5.5%（国民生活基礎調査特別集計, 2005）日本人の気分障害の 12 ヶ月有病率は 3.1%（Kawakami et al., 2005）日本人の PTSD の 12 ヶ月有病率は 0.4%（Kawakami et al., 2005）とされている。本調査の結果、社協職員は、全般的精神疾患、PTSD 症状、うつ病のハイリスク者が高い割合で存在し、精神健康の状況は発災後 20 ヶ月からの 1 年間で変化を認めず、改善が鈍化している可能性が示唆された。復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられる。

また、ハイリスク者の関連要因、予測要因は、被災体験の要因だけでなく、休養不足や職場の人間関係、住民からの非難といった職場環境の要因も重要であった。被災の影響を強く受けた支援者に対する対策の重要性はもとより、発災後には休養をとりやすい労働環境の整備、職場のコミュニケーションの改善、地域や職場など様々なレベルでのコミュニティー強化などの取り組みが必要と考えられた。

一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

本研究は対照群のない予備的な前後調査であるため、結果の解釈は慎重に行うべきであるが、本研修プログラムは、被災者の自己効力感の向上に役立つことが示唆された。本研究から、被災地における認知行動的アプローチを学んで実生活に役立てたいというニーズに応えるための研修プログラムが実施可能であることが明らかとなった。今後の課題として、さらに多くの地域で実践を試みるとともに、プログラムの改訂やプログラム施行者の育成に努めていくことが必要と考えられた。

そこで現在、この結果をもとに認知により焦点をあて、認知行動療法のスキルの中でも認知再構成法とアサーションを中心にプログラムを改訂し、ランダム化比較試験（RCT）として被災地の一般市民に向けて認知行動療法の考えやスキルを普及させる研修会を実施し、研修の有効性を検証している。今後、この研究を遂行していくことにより、被災地における認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの整備を行っていくことが必要である。

災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

本研究はまだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した 14 件において現段階では重篤な有害

事象を認めておらず、SPR セッション間に抑うつ症状が生じた 1 例についても、精神医療機関の受診に繋げ、その後症状が軽快し、社会生活には支障がないことの確認を取っている。

また予備解析の結果では介入が終了した 10 件に関しては GHQ-30 の数値も介入前後で比較すると下がっている。このため、現時点では、SPR が我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。

今後は症例対象数を増やし、目標対象者数に到達した時点で、各エンドポイントの推移を分析し、プログラムの実施可能性を検証していく予定である。

E. 結論

本寄附講座においては、復興期に持続的にストレス負荷がかかる支援者の健康調査、支援、予防精神医学にもとづく新たな心理介入や地域でのストレス緩和のための研修を継続的に行ってきた。これまでの活動から、一定の成果が得られたと考えられるが、震災から 5 年を迎える現在においても、被災地は復興の途上にあり、今後もこれらの活動や研究を通して被災地域の精神保健医療福祉体制を整えていくことが必要であると考えられる。また、将来の災害時の精神健康の安定と回復の促進を実施するための知見を構築するために、成果の整理を今後も継続して実施していく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

< 論文 >

1. Sakuma A, Takahashi Y, Ueda I, Sato H, Katsura M, Abe M, Nagao A, Suzuki Y, Kakizaki M, Tsuji I, Matsuoka H, Matsumoto K. Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and

reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. doi: 10.1186/s12888-015-0440-y, 2015

2. Atsushi Sakuma, Ikki Ueda, Kazunori Matsumoto. Large-Scale Disaster Damage and Management in Psychiatric Hospitals. -The Experience of Psychiatric Hospitals in Miyagi Prefecture during the Great East Japan Earthquake-. Journal of Japan Psychiatric Hospitals Association. 33(12), 69-73, 2015
3. 福地成：宮城県における復興の現状と課題。病院・地域精神医学 57(3), 241-244, 2015.
4. 福地成：宮城県の子どものこころの現状と課題。子どもの心とからだ 23(1), 31-32, 2015.
5. 福地成：子どもを支える精神療法・心理療法。小児の精神と神経 55(2), 112-114, 2015.

< 発表 >

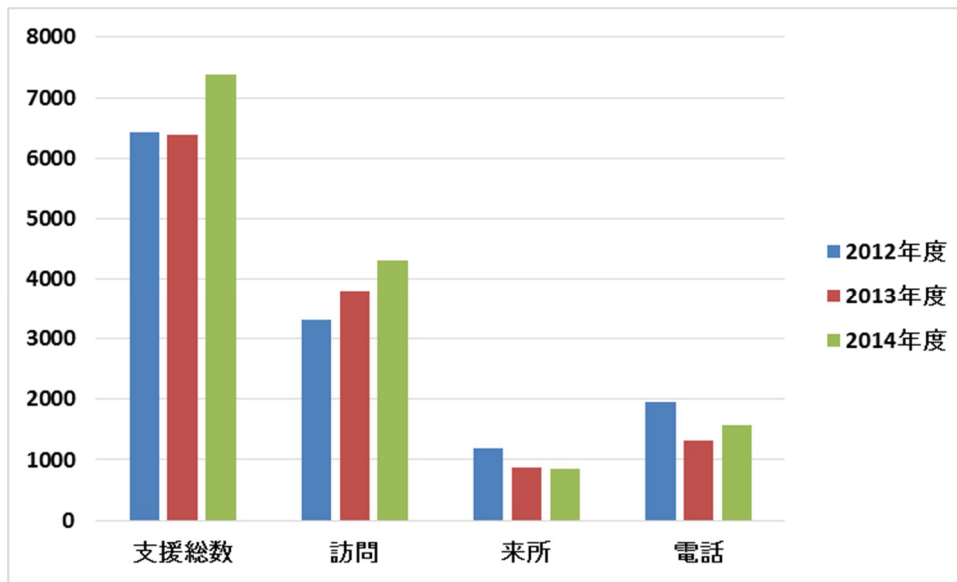
1. I. Ueda, A. Sakuma, Y. Takahashi, M. Abe, A. Nagao, H. Matsuoka, K. Matsumoto. PTSD and Depression among Local Government Workers after the Great East Japan Earthquake. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies. リトアニア. 2015.6.12
2. Ueda I., Takahashi Y., Tajima M., Nagao A., Matsuoka H., Ohno Y., Matsumoto K. Cognitive Behavioral Therapy-based programs in the communities affected by the Great East Japan Earthquake XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies リトアニア, 2015.6.12
3. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災発災後 3 年半の A 自治体職員の精神健康に影響を及ぼす要因 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都, 2015.6.20

4. 上田一気, 佐久間篤, 高橋葉子, 阿部幹佳, 長尾愛美, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災 32 ヶ月後の社会福祉協議会職員の精神健康を予測する要因: 1 年間の縦断調査研究. 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都. 2015.6.20
5. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. "大規模自然災害後の職場におけるうつ病と PTSD のスクリーニングと面接希望 ~ 職場における効果的なメンタルヘルス対策に向けて ~". 第 19 回日本精神保健・予防学会学術集会. 仙台 2015.12.12
6. Naru Fukuchi: Child Psychoeducation after the Great East Japan Earthquake. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
7. Naru Fukuchi: Post-graduate Training in Psychiatry and Recruitment in Japan. 2015 RANZCP Congress; 2015; Brisbane.
8. 福地成, 瀬戸萌, 片柳光昭, 山崎剛, 松本和紀. みやぎ心のケアセンターの活動分析. 第 14 回日本トラウマティック・ストレス学会; 2015; 京都.
9. 福地成. 日本小児心身医学会の災害支援の取り組み. 第 56 回日本心身医学会; 2015; 船掘.
10. 福地成. 東日本大震災・原発事故に関わる家族支援, 支援者支援. 第 32 回日本家族研究・家族療法学会; 2015; 目白.
11. 福地成. 東日本大震災後の子どもの心理教育について考える. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
12. 福地成. 心のケアを再考する. 第 114 回日本小児精神神経学会; 2015; 仙台.
13. Naru Fukuchi, Kazunori Matsumoto, Hidekatsu Shirasawa: The Role of A Post-Disaster Recovery Center. WPA International Congress 2015; 2015; Taipei.
14. 平川聖子, 渡部裕一, 丹野孝雄, 嵐朋子, 瀬戸萌, 福地成. みやぎ心のケアセンターにおける精神保健福祉士の役割を振り返って. 第 51 回日本精神保健福祉協会全国学会; 2015; 郡山.
15. 大沼れいら, 遠藤育美, 平川聖子, 武隈智美, 渡部裕一, 福地成. 被災地の親子を対象としたキャンプ事業の報告 ~ アンケート結果から見えた効果と課題 ~. 第 6 回東北精神保健福祉学会; 2015; 福島.
16. 木原英里子. これから起こりうる災害に対して, 心理臨床家は何ができるか. 第 34 回日本心理臨床学会; 2015; 神戸.

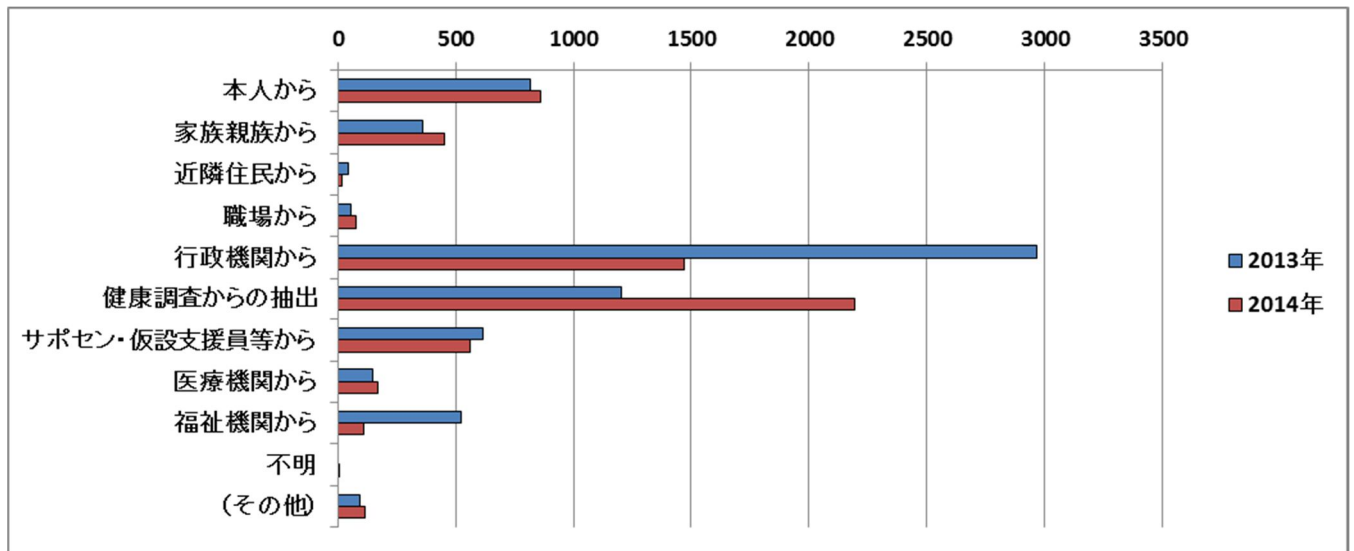
H. 知的財産の出願・登録状況

なし

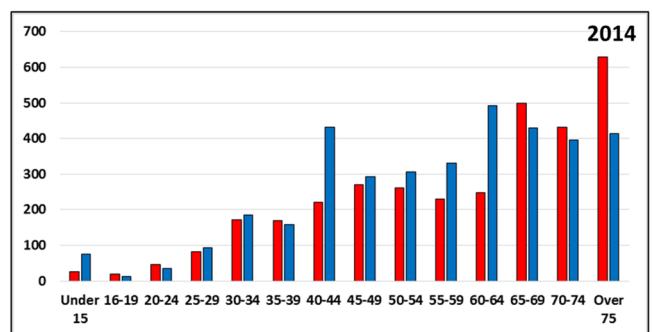
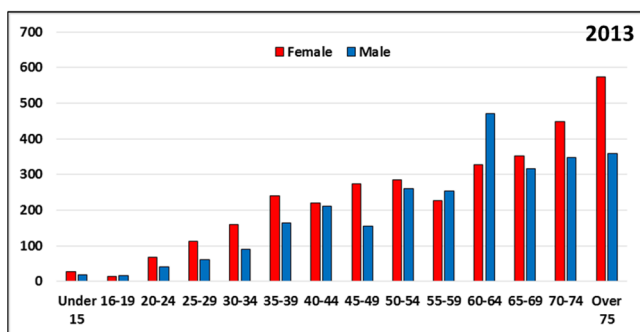
資料1 過去3年間の地域住民の支援方法



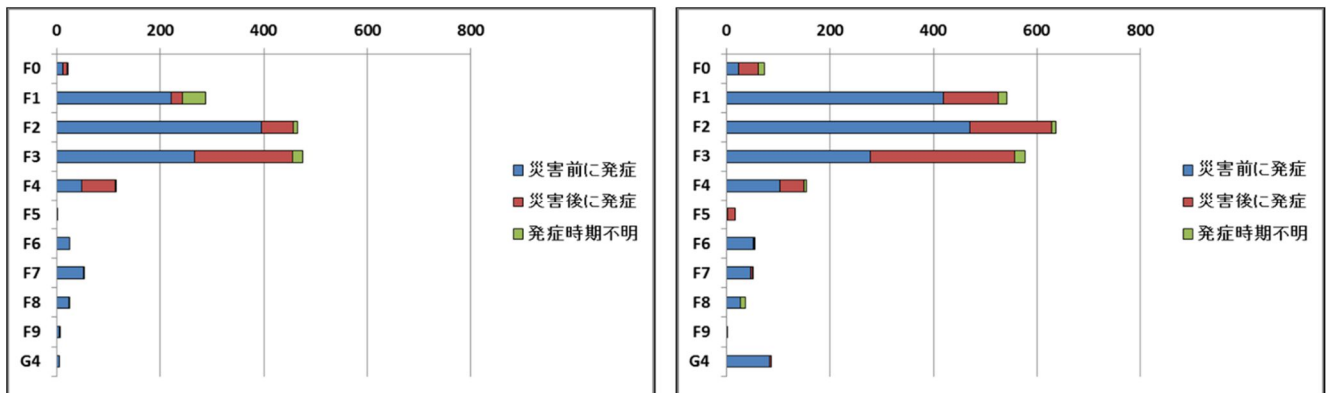
資料2 相談経路



資料3 要支援者の年齢層と性差



資料4 要支援者の疾患分類



資料5 復興期の啓発パンフレット



資料5は、復興期の啓発パンフレットの複数枚を示しています。内容は、被災者の状況や、災害前後の発症状況、地域の方へのサポート、心のケアセンターの役割などについて詳しく説明しています。また、ストレスの解消や、周囲とのコミュニケーションの重要性についても触れられています。

おひっこしをされるみなさまへ

こころとからだの健康のために

災害公営住宅入居、集団移転、個別移転など新たな生活を始めるにあたって

お引っ越しをするときには、あたらしい生活への楽しみや期待がふくらみます。一方、環境が変わることによって、こころとからだに影響が生じる場合があります。

誰とも会いたくねえななにもするこがなくてさ
酒、飲み過ぎんだっちゃんねえ
イライラしちゃうよ
うちの子、寝れなくなったのどうしてなの？
一人で居たくないよ

引っ越しの後に **心身の不調** を感じたとしたらどうしたらいいでしょうか？

心のケアセンター

こころとからだの健康のための生活のヒント!

- こころとからだを休ませる
- 良質な睡眠をとる
- バランスのよい食事をとる
- からだを動かす
- 高いことをする
- まわりの人と交流する

ひびびがきかず早めの相談することも大事な事です。主な相談窓口はこちらですので、ご相談ください。

| 名称 | 電話番号 | 住所 |
|---------------|--------------|---------------------------------------|
| ● 東宮市心のケアセンター | 027-765-6675 | 〒986-0214 宮城県東宮市1-11-22 復興ビル5F |
| ● 仙台市心のケアセンター | 022-94-6625 | 〒986-0812 仙台市青葉区1-4-32 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0224-25-7387 | 〒986-0266 仙台市青葉区3-3-3 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0229-23-0302 | 〒986-0117 仙台市青葉区1-1-25 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 022-266-2181 | 〒986-0845 仙台市青葉区1-4-32 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0224-53-3132 | 〒986-0103 仙台市青葉区1-1-25 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 022-368-3133 | 〒986-0203 仙台市青葉区7-8-16 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0222-25-2188 | 〒986-0202 仙台市青葉区10-1-18 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 022-266-1111 | 〒986-0204 仙台市青葉区10-1-18 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0229-22-2118 | 〒986-0101 仙台市青葉区1-1-25 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0229-95-1431 | 〒986-0812 仙台市青葉区1-4-32 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0270-29-6118 | 〒987-0511 仙台市青葉区中央100-4 (仙台市立中央図書館5階) |
| ● 仙台市心のケアセンター | 0226-21-1366 | 〒986-0266 仙台市青葉区3-3-3 (仙台市立中央図書館5階) |

相談することもたいせつなセルフケアです

※ みやぎ心のケアセンター 連絡センター ☎ 022-263-6615

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

原発事故が引き起こした福島県住民への心理社会的影響に関する報告

分担研究者 前田正治¹⁾²⁾

研究協力者 植田由紀子¹⁾, 昼田源四郎¹⁾

1) ふくしま心のケアセンター

2) 福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座

各所属は研究当時の機関

研究要旨

震災後4年を経過し、現在の福島が抱える複雑な心理社会的問題を5つに分けてまとめた。原発事故による外傷反応、放射線被ばくに対する慢性不安、あいまいな喪失状況、コミュニティの分断、スティグマにまつわる問題である。いずれも過去の自然災害では類例を見なかった現象であり、今後も息の長い精神保健上の取り組みが必要である。

Key Words: 福島第一原発事故、うつ病、PTSD、あいまいな喪失、スティグマ

A はじめに

東日本大震災は福島県に、甚大な被害をもたらした。最大の惨禍は、言うまでもなく福島第一原子力発電所の爆発事故である。廃炉に至るプロセスはまだ長く、根源的な解決の行方が見えない状況が続いている。本論では、福島で引き起こされている様々な精神医学的、あるいは心理社会的問題を俯瞰し、震災後5年を経過した現在生じている大きな問題について、各種調査のエビデンス等から俯瞰的に考察してみたい。

B. 原発事故が与えた心理社会的影響

上述したように、福島における原発事故は、きわめて広範囲で深刻な心理社会的影響を県内外にもたらした。それらを5つに大別し、以下にそれぞれについて詳述してみたい。

1. 原発事故時の心的衝撃と反応

今般の爆発事故が起こったとき、ほとんどの住民は心的準備性がなく、情報が錯綜した混乱の中、多数の住民が避難を余儀なくされた。その中で懸念されたのが、外傷性ストレス障害 posttraumatic stress disorder: PTSD をはじめとする不安・恐怖症状が出現である。実際に、福島県立医科大学の県民健康管理センターが、このような沿岸部住民約210,000人に対して行った、PTSD Check List (PCL)

を用いた質問紙調査¹⁾によると、21.6%がPTSDのハイリスク・グループであった。

2. 放射線被曝に対する慢性不安と罪責感情

チェルノブイリ事故でもそうであったが、最もこうした不安が強い住民は、比較的若年の子どもを持つ養育者、とくに母親と考えられる²⁾。福島の母親たちに広くみられる子どもの放射線被曝に対する不安は、「ここに住んでいいのだろうか」という強い罪責感情をも生みだしている。とくに、福島県ではコミュニティの凝集性が弱まっており、その場合もつとも影響を受けやすいのがこの母子システムと考えられる。配偶者と別離を余儀なくされている母親も少なくないが、その場合は、母子双方にかかるストレスは否応なく高まっているだろう。すでに紹介した福島県立医科大学による15歳以下の子どもに対する大規模調査¹⁾でも、各年代とも情動・行動面での問題があると評価されたものは、対照群にくらべはるかに多い。

3. あいまいな喪失と喪失不安

上述した津波被災地はもとより、福島県においては居住が困難な、あるいは居住に不安が伴う地域が広く存在し、土地・家屋等の不動産はもとより、経済的基盤や就労機会の喪失が生じている。しかも多くの住民は土地等を完全に喪失したというわけでは

なく、「不完全な形での復興」にとどまっている。またこのような不完全な形態は、土地などの不動産に限らない。就労に関して、定住ができていないことから企業側も雇用しづらく多くの避難者は正規の雇用に至っていない。このような福島のみまいな喪失状況は、提唱者の Boss²⁾のいう 2 型（物理的に存在するが、心理的に存在が不明瞭）に相当するだろう。そして、「自分はいったいどこの住民なのだろうか」といった同一性の問題が、この避難住民に引き起こされていると考えられる。

4. コミュニティの分断

今般の福島原発災害は、言うまでもなく人為的災害であり、コミュニティの分断化が引き起こされ、地域の持つレジリエンスが発揮しづらい状況が続いている。また新たに、避難生活の長期化に伴い別の形のコミュニティの分断・軋轢が生じるようになった。それは元々住んでいる住人と避難住民との軋轢である。この現象は被災直後には殆ど見聞しなかったものである。ところが避難生活が長期化し、しかも上述したようなのみまいな状況が続く中、次第に避難先住民との間に微妙な溝が生まれつつあるようである。とくに、このような避難先住民との軋轢は、いわき市のような避難住民が多い地域ではより起こりやすいようだ。

そして、このようなコミュニティが本来有するレジリエンスが失われれば、閾値下の精神保健上の問題が顕在化する可能性がある。とくに危惧すべきはうつ病の発生であるし、自殺や薬物依存といった自己破壊的行動である。実際、先の県民健康管理センターが行った Kessler-6(K6)を用いた調査¹⁾でも、うつ病のリスクは一般住民サンプルのそれよりもはるかに高い。また福島県において、震災関連死、なかんずく震災関連自殺が他の被災県に比してはるかに高いことはよく知られている(平成 25 年度復興庁調べ)。

5. スティグマとセルフ・スティグマ

放射線被曝が健康に与えている影響は決して看過できないが、それにしても非科学的、非合理的なレベルでの被曝恐怖が福島県内外住民に存在する。たとえば福島の若年女性が抱く（あるいは彼女らに対する）結婚にまつわる不安、あるいは将来の妊娠に対する不安、あるいは放射線汚染が「感染する」などの風評である。これらの現象は自然災害ではまずみられないもので、むしろそのアナロジーは広島・長崎原爆被爆者に関連するスティグマに求められるかもしれない。こうしたスティグマの構造を考えると、放射線汚染に関する一般大衆の認知の特性があげられるだろう。それは不可視の対象に対する恐怖にまつわる問題であり、「汚染された」あるいは「汚染されていない」といった極端な二分法 false dichotomy 的認知がもたらす問題でもある。こうし

た過剰な二分法は福島産の生産物のみならず、福島住民にも向けられてしまい、「汚染されたフクシマ」といったステレオタイプ化が起こり、これが福島住民へのスティグマを招いている可能性がある。

C. おわりに

以上、今般の原発事故がもたらした住民への精神保健上への多様な影響について、5 つに分けてまとめた。このような大規模原発災害自体が未知領域の出来事であり、放射線という不可視性もあって、その影響は多元的で複雑かつ慢性的である。

本稿では現在行われている様々なケアの動きについて詳しく触れることができなかったが、現在は、避難指示解除が進むにつれ“帰還”というかつて経験したことのない復興にも対応しなければならないことが大きな課題である。

ふくしま心のケアセンターでは、こうした流動的な事態に対処するために、機動的なチームを作るなど組織体制も柔軟に変化をさせている。そして以上述べたような複雑な心理社会的問題に対応するために、心のケアセンターでは、以下のような重点目標を掲げている。一つは、避難指示解除及び解除見込みの自治体住民支援、二つ目は、自殺対策とアルコール対策、3 つ目は、疲弊にあえぐ支援者への研修支援である。これには福島に多数働く相談員の育成も含む。いずれにせよ、今後も息の長い支援が必要となる。

参考文献

- 1) Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, Nakayama Y, Hisata M, Niwa S, Yasumura S, Yamashita S, Kamiya K, Abe M; Mental Health Group of the Fukushima Health Management Survey. Psychological distress after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: results of a mental health and lifestyle survey through the Fukushima Health Management Survey in FY2011 and FY2012. Fukushima J Med Sci. 60(1):57-67, 2014. Yamada M, Izumi S (2002) Psychiatric sequelae in atomic bomb survivors in Hiroshima and Nagasaki two decades after the explosions. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 37(9):409-415
- 2) Boss, P.: Ambiguous loss. Cambridge, MA: Harvard University Press, 1999.

災害による遺族の複雑性悲嘆に対するケア・治療の普及に関する研究

分担研究者 中島 聡美¹⁾

- 1) 国立研究開発法人国立精神・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 所属は研究当時の機関

研究要旨

災害による死別は、被災者に深刻な精神的影響を与える。災害遺族では、うつ病やPTSD、複雑性悲嘆などの精神障害の高い有病率が報告されている。特に、複雑性悲嘆は、通常の悲嘆の区別しにくく、QOLや対人関係の障害があっても見逃されやすい。本研究では、複雑性悲嘆の病態や近年の治療の動向を文献から検討し、災害による遺族の複雑性悲嘆に対する心理的ケア・治療の在り方と普及について検討を行った。

A 研究目的

災害による死別の精神的影響が深刻であることについては多くの研究報告がなされてきた。ニカラグアのハリケーン被災者においては、家族との死別が6か月後の抑うつ状態を予測していたことが報告されている⁸⁾。また2005年のスマトラ沖地震では、インドネシア人の遺族において、失った家族の数が災害の精神的苦痛を予測したことや²⁵⁾、ノルウエー人被災者において死別健康が精神的健康を予測したとされている⁹⁾。

災害の遺族において、多い精神障害は、うつ病、PTSD、複雑性悲嘆などがあげられる。スマトラ沖地震を経験した遺族の調査では、津波から2年後のPTSD、うつ病、複雑性悲嘆の有病率は、それぞれ11.7%、12.8%、14.9%であったが、6年後には、6.4%、9.6%、11.7%に変化していた。このデータからは、PTSDの有病率の減少に比べ、うつ病や複雑性悲嘆の有病率の減少が少ないことがわかる¹³⁾。

このように災害後の遺族の長期の心理的問題として、複雑性悲嘆は重

要なものであるが、その概念の統一が中々はかられなかったこともあり、過去の日本の災害研究ではあまりとりあげられてこなかった。しかし、東日本大震災のような多くの死者を出すような災害において、今後は無視できない問題であると考えられる。

今後の災害後の遺族ケアを考えるために、現在の複雑性悲嘆の概念の動向と有効な治療について文献をもとにまとめた。

B. 研究方法

複雑性悲嘆の診断および、治療に関する文献をPub-Medにより検索し、内容を検討した。

（倫理面への配慮）

文献研究なので、倫理的な問題は生じない。

C. 研究結果

1) 複雑性悲嘆の診断の確立

複雑性悲嘆の呼称が研究者の間で広く使われるようになったのは、1995年にPrigersonら¹⁹⁾が評価尺度(Inventory of Complicated Grief)を開発し、研究が実施できるようになったことが大きい。そ

の後、複雑性悲嘆は、研究者によって、外傷性悲嘆 (traumatic grief)¹¹⁾ や遷延性悲嘆障害 (prolonged grief disorder)²⁰⁾ など様々な呼び方がなされてきたが、“悲嘆が長期に強いレベルで持続し、社会生活や対人関係など重要な機能の障害をきたしている状態”という概念についてはほぼ共通していると考えられる²⁶⁾。

また、複雑性悲嘆の患者において、身体健康、精神健康が不良¹⁶⁾ ¹⁴⁾ ⁴⁾ であり、QOLの低下⁴⁾ ¹⁴⁾ ²⁴⁾ や自殺念慮の増加¹⁷⁾ などの深刻な影響が大きいことや、一般人口における有病率は2.4%⁷⁾ -6.7%¹²⁾ と10%未満であり、通常の悲嘆反応とは区別できるという考え方から、精神障害として治療すべきであるという意見が研究者の中で強くなり、DSMの形式による診断基準が提唱されるようになった¹⁸⁾ ²²⁾。

このような流れを受けて、2013年に改訂されたDSM-5では、「心的外傷およびストレス因関連障害群」の中に、「持続性複雑死別障害 (persistent complex bereavement disorder)」として、精神障害に位置付けられるようになった¹⁾。しかし、診断基準については研究者間の一致が見られないなどから、「今後の研究のための病態」に提示されるにとどまっている。DSM-5の診断基準については、症状の数が多すぎることや過去の診断尺度と共通性が乏しいこと、症状の持続期間(12か月)にエビデンスが乏しいなどの批判もあり⁵⁾、今後の研究によって変わってくる可能性もある。

また、2018年改訂予定のICD-11では、ワーキンググループから“prolonged grief disorder”の用語が提唱されており (ICD-11, beta draft)、この診断基準についてはほぼPrigersonら¹⁸⁾の提唱したものと同等であるため、DSM-5との整合性が今後の課題であると思われる。

2) 複雑性悲嘆の治療

複雑性悲嘆の治療の有効性については、Stroebe²⁶⁾らが、系統的レビューを行いまとめているが、その中で、すべての遺族を対象とした一次介入においては、予防として実証性のある心理的介入はなく、悲嘆症状や苦痛が強いなどのハイリスク群を対象とした二次介入において、有効

性の報告があったが、最もエビデンスのある研究が多かったのは、複雑性悲嘆の診断がついた遺族を対象とした治療を提供する三次介入であった。この結果は、Wittouckら²⁸⁾のメタアナリシスによっても支持された。Wittouckらは、複雑性悲嘆の予防に関する9つの研究においては、治療効果が見られなかったが、複雑性悲嘆の遺族を対象とした治療研究において認知行動療法において有効性が示されたことを報告している。また、近年いくつかの複雑性悲嘆の認知行動療法の無作為化比較試験が報告されているが、いずれも高い効果量を示していた。代表的な治療として、個人を対象とした対面による認知行動療法³⁾ ²¹⁾ ²³⁾、個人を対象としたインターネットを利用した認知行動療法²⁷⁾、個人療法と集団療法を組み合わせた認知行動療法⁶⁾などがある。著者らは、Shearらの開発したCGT

(complicated grief treatment)を日本の複雑性悲嘆を抱えた遺族に適応し、オープントライアルであるが良好な結果を得ている(未発表)。またAsukaiら²⁾も、心的外傷体験を伴う複雑性悲嘆の患者にCGTを修正したプログラムを適応し、日本人の遺族においても複雑性悲嘆の認知行動療法が有効であることを報告しており、災害の遺族で複雑性悲嘆を有する患者については、CGT等の認知行動療法を提供するのが望ましいと言える。

薬物療法についても、SSRIや三環系抗うつ薬(Noritriptyrine)¹⁵⁾を用いた研究がopen trialのレベルで行われているが、SSRIについては悲嘆を軽減したという報告がいくつかあるが¹⁰⁾ ²⁹⁾、無作為化比較試験での報告がなく、認知行動療法に比べると実証性にはまだ乏しいと言える。

D. 考察・結論

複雑性悲嘆の診断および治療について文献研究を基にまとめた。

複雑性悲嘆はDSM-5以降精神障害として認知はされるようになっているが、診断基準がまだ明確ではないこと、ICD-11との整合性がどのようになるかが不明確などの問題を抱えている。現状では、過去の研究で広く使われている診断基準や

尺度をもとに、治療等の研究をすすめていくほうが、望ましいと考えられる。また、診断基準や病態を明確化させていくようなコホート研究や生物学的研究などを進めていく必要もあると考えられる。

治療については、予防的介入においては、現在有効とされるものはなく、災害等で多くの人々が家族を失うような場合には、PTSDと同様にPFA (psychological first aid)のような非侵襲的な心理社会的介入が望ましいと思われる。

しかし、時間が経過して複雑性悲嘆であると診断された遺族に対しては、積極的にCGT等の複雑性悲嘆に焦点化した認知行動療法の提供が有効であると官がられる。しかし、これらの治療はまだ日本においては、open trialにおいて有効性が示された段階であることから、今度RCTによって実証されることが必要である。また、治療の普及や多くの遺族が発生した場合の対応等を考えると、軽度あるいは閾値下レベルの複雑性悲嘆に対しては、保健師や臨床心理士が行える低強度の集団認知行動療法が有用ではないかと考えられる。我々は、全6回の集団認知行動療法プログラム(ENERGY)を開発し、現在有効性の検証を行っている。

日本では災害だけでなく、自死やん罪被害等による遺族においても複雑性悲嘆が多く見られることから、今後臨床現場で実施しやすい治療の開発と、効果検証、普及を進めていく必要があると言える。

F. 健康危険情報

特記すべきものなし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中島聡美:女性における複雑性悲嘆 - 愛着と養育の視点から - .武蔵野大学人間科学研究所年報 第5号,2016. (印刷中)
- 2) 金吉晴, 中島聡美, 堀弘明, 関口敦: 不安障害、PTSDの治癒と再燃に関わる要因. 精神保健研究62:35-39, 2016.

2. 学会発表

- 1) 中島聡美, 伊藤 正哉, 鈴木 友理子, 金吉晴: DSM-5 および ICD-11 における複雑性悲嘆の診断基準の違いと今後の展望. 第14回日本トラウマティ

ック・ストレス学会 シンポジウム A - 4 トラウマ関連病態の診断: 現在と近未来を見据えて. 京都, 2015.6.21.

- 2) 新明一星, 伊藤正哉, 松田陽子, 浅野敬子, 正木智子, 成澤知美, 中島聡美, 白井明美, 小西聖子, 金吉晴: 複雑性悲嘆の集団認知行動療法プログラムの開発. 第14回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウムC-2 災害後の複雑性悲嘆の予防および治療介入. 京都, 2015.6.21.
- 3) 白井明美, 中島聡美, 小西聖子, Birgit Wagner. 複雑性悲嘆の筆記療法による介入の現状と課題. 第14回日本トラウマティック・ストレス学会 シンポジウムC-2 災害後の複雑性悲嘆の予防および治療介入. 京都, 2015.6.21.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

< 引用文献 >

- 1) American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition. Washington, DC; American Psychiatric Publication, 2013
- 2) Asukai N, Tsuruta N, Saito A: Pilot study on traumatic grief treatment program for Japanese women bereaved by violent death. J Trauma Stress, 2011
- 3) Boelen PA, de Keijser J, van den Hout MA, et al.: Treatment of complicated grief: a comparison between cognitive-behavioral therapy and supportive counseling. J Consult Clin Psychol 75;277-284, 2007
- 4) Boelen PA, Prigerson HG: The influence of symptoms of prolonged grief disorder, depression, and anxiety on quality of life among bereaved adults: a prospective study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 257;444-452, 2007
- 5) Boelen PA, Prigerson HG: Commentary on the inclusion of persistent complex bereavement-related disorder in DSM-5. Death Stud 36;771-794, 2012
- 6) Bryant RA, Kenny L, Joscelyne A, et al.: Treating prolonged grief

- disorder: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71;1332-1339, 2014
- 7) Fujisawa D, Miyashita M, Nakajima S, et al.: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord* 127;352-358, 2010
 - 8) Goenjian AK, Molina L, Steinberg AM, et al.: Posttraumatic stress and depressive reactions among Nicaraguan adolescents after hurricane Mitch. *Am J Psychiatry* 158;788-794, 2001
 - 9) Heir T, Weisaeth L: Acute disaster exposure and mental health complaints of Norwegian tsunami survivors six months post disaster. *Psychiatry* 71;266-276, 2008
 - 10) Hensley PL, Slonimski CK, Uhlenhuth EH, et al.: Escitalopram: an open-label study of bereavement-related depression and grief. *J Affect Disord* 113;142-149, 2009
 - 11) Jacobs S, Mazure C, Prigerson H: Diagnostic criteria for traumatic grief. *Death Stud* 24;185-199, 2000
 - 12) Kersting A, Braehler E, Glaesmer H, et al.: Prevalence of complicated grief in a representative population-based sample. *J Affect Disord* 131;339-343, 2011
 - 13) Kristensen P, Weisaeth L, Hussain A, et al.: Prevalence of psychiatric disorders and functional impairment after loss of a family member: a longitudinal study after the 2004 tsunami. *Depress Anxiety* 32;49-56, 2015
 - 14) Ott CH: The impact of complicated grief on mental and physical health at various points in the bereavement process. *Death Studies* 27;249-272, 2003
 - 15) Pasternak RE, Reynolds CF, 3rd, Schlernitzauer M, et al.: Acute open-trial nortriptyline therapy of bereavement-related depression in late life. *J Clin Psychiatry* 52;307-310, 1991
 - 16) Prigerson HG, Bierhals AJ, Kasl SV, et al.: Traumatic grief as a risk factor for mental and physical morbidity. *Am J Psychiatry* 154;616-623, 1997
 - 17) Prigerson HG, Bridge J, Maciejewski PK, et al.: Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults. *Am J Psychiatry* 156;1994-1995, 1999
 - 18) Prigerson HG, Horowitz MJ, Jacobs SC, et al.: Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11. *PLoS Med* 6;e1000121, 2009
 - 19) Prigerson HG, Maciejewski PK, Reynolds CF, 3rd, et al.: Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res* 59;65-79, 1995
 - 20) Prigerson HG, Vanderwerker LC, Maciejewski PK, et al.: A case for inclusion of prolonged grief disorder in DSM-V. In: Stroebe M, Hansson R, Schut H, et al., eds. *Handbook of bereavement research and practice: Advances in theory and intervention: American Psychological Association: Washington:165-186* 2008
 - 21) Shear K, Frank E, Houck PR, et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. *Jama* 293;2601-2608, 2005
 - 22) Shear MK, Simon N, Wall M, et al.: Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress Anxiety* 28;103-117, 2011
 - 23) Shear MK, Wang Y, Skritskaya N, et al.: Treatment of complicated grief in elderly persons: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71;1287-1295, 2014
 - 24) Silverman GK, Jacobs SC, Kasl SV, et al.: Quality of life impairments associated with diagnostic criteria for traumatic grief. *Psychol Med* 30;857-862, 2000
 - 25) Souza R, Bernatsky S, Reyes R, et al.: Mental health status of vulnerable tsunami-affected communities: a survey in Aceh Province, Indonesia. *J Trauma Stress* 20;263-269, 2007
 - 26) Stroebe M, Schut H, Stroebe W: Health outcomes of bereavement. *Lancet* 370;1960-1973, 2007
 - 27) Wagner B, Knaevelsrud C, Maercker A: Internet-based cognitive-behavioral therapy for complicated grief: a randomized controlled trial. *Death Stud* 30;429-453, 2006
 - 28) Wittouck C, Van Autreve S, De Jaeger E, et al.: The prevention and treatment of complicated grief: a meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 31;69-78, 2011
 - 29) Zygmunt M, Prigerson HG, Houck PR, et al.: A post hoc comparison of paroxetine and nortriptyline for symptoms of traumatic grief. *J Clin Psychiatry* 59;241-245, 1998

広域自然災害の精神医療保健体制の備えのあり方の検討

分担研究者 富田博秋

東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

本年度は昨年度から継続している岩手、宮城、福島県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等を分析し、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に宮城県22病院、岩手県5、福島県11病院（昨年度より6病院増）からの回答の集計・分析を進めた。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病院協会担当者とも協議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る方針を確定した。また、発災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、前年度までに、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織164、教育機関314、NPO法人2786を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、公的組織16、教育機関44、NPO法人160の合計220団体から回答を得ているが、本年度は集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

A．研究目的

本研究は東日本大震災の教訓を踏まえて、今後予想される災害に対応することのできる強い精神医療保健体制を構築するため、被災県の精神科病院協会、保健所、自治体などと協力して、東日本大震災における精神科医療保健に関わる機関の被害と対応の実態や、災害の復興・防災に関する有益な情報を抽出し、得られた教訓を今後の精神科医療に関わる医療機関の防災・減災に活かすことを目指すものである。本年度は昨年度までに集積した情報の分析を行い、集計分析結果のうち可能なものはホームページ上での公開を行い、また、今後の実装化に向けた方針の検討を行うことを目的とした。

B．研究方法

精神科医療機関調査：本年度は昨年度行った調査の分析であり、方法は昨年度のものに基づく。

調査対象：宮城県、岩手県、福島県に位置する日本精神科病院協会所属の医療機関（宮城県24病院、岩手県15病院、福島県26病院）および、宮城県立精神医療センター

調査方法：郵送または訪問面接調査

調査項目：被害について（施設の被害状況、施設の復旧状況、診療への影響）地震保険について（加入状況、加入に対する考え、未加入である理由）避難訓練（想定した災害内容・時間帯・出火元・階層、訓練内容、防災訓練の内容に含まれておらず実際の

震災で想定外であったこと、防災訓練の内容に含まれていたが、実際の震災で実行出来なかったこと、震災の体験を通して、防災訓練に取り入れた方が良かったこと、避難について（震災当日に避難をした場合の、患者の状況別の避難・誘導方法や注意事項、今後起こり得る災害を想定した避難方法や避難誘導方法のアドバイス）防災マニュアルについて（策定年月日・改訂年月日、防災マニュアルの中で震災で実際に役に立った内容、震災の体験を通して、防災マニュアルに新たに取り入れた方が良かったことや、改良すべき点であると思ったこと、緊急時の職員の非常招集についてのマニュアル設定状況、災害・緊急時の職員の非常招集の設定内容、災害・緊急時の職員の非常招集について震災後に変更した点・新たに設定したこと）震災直後の被災状況の発信について（被害状況を発信した日、発信先、発信方法）震災直後の外部からの支援状況について（支援があった日、支援元、支援の内容）不足していた支援について（いつ頃まで不足していたか、不足していた支援内容）緊急時に備えた他医療機関との連携・契約状況について（契約状況、契約先、契約内容、契約及び調整内容、連携すべき点等）緊急時に備えた業者との契約状況について（契約状況、契約内容、契約時期、連携・契約すべき点等）職員について（職種別職員数への影響、減少理由、必要であった制度・支援・準備等、安否確認完了日、連絡に時間を要した理由、連絡方法の改善点、職員の通勤被害への対応、子ども保育への対応、生活支援、健康支援のあり方）病院への避難者について（受け入れ有無、食事提供、病院への影響）隔離・拘束について（問題になったこと、誘導方法）患者の転院受け入れ・送出しについて（有無、問題点、備えておくべきこと、必要なシステム）転院超過入院について（有無、工夫した点・病院にもたらした影響）診療録について（震災時に使用していた診療録、診療への支障、電子カルテの導入状況・導入の問題点）ライフラインについて（被害有無、復旧時期、震災後変更した点、給水方法、停電時でも使用可能な井戸設備の有無、自家発電機燃料種類、備蓄燃料の種類、持ち運び可能なポータブル発電機の所有、異なる複数種類のエネルギー利用）医薬品について（外来診療の医薬品処方方法、医薬分業システムの改善点、医薬品備蓄計画の有無、医薬品リストの策定状

況、医薬品の備蓄量、災害時に不足していた薬剤、保険診療以外で提供した薬剤の有無、薬剤支援供給の望ましい制度）備蓄量について（自家発電、生活用水・飲用水、患者用・職員用・職員家族用の食糧、実際に備蓄しておいた方がよかった備蓄量とその根拠）通信について（災害時用通信回線設置、衛星電話や衛星携帯の保有、衛星回線のインターネット使用可否、院内電話交換機の非常用電源回路接続可否、通信機器の充電状態を含めた管理の実施、非常時でも使用できるトランシーバーか PHS、EMS の参加状況、EMS の緊急時の入力者の設定、困ったこと）その他（震災後に地域被災者に対して行ったこと、震災前からやっておけばよかったこと、震災時にやっておけばよかったこと、震災後災害に備えて心掛けておいた方がよかったこと、など）

支援団体調査：発災以降、被災地域で様々な団体により、多様なメンタルヘルス支援活動が行われていることから、その実態を把握するため、宮城県、岩手県、福島県の精神保健を所管する公的組織 164、教育機関 314、NPO 法人 2786 を対象に支援活動内容と成果、課題を把握する調査を行い、これまでのところ、公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から回答を得ている。そのうち、101 団体がメンタルヘルス支援を行っているという回答している。研修会等の開催を行っている団体が 56、研究・情報収集 50 団体、健康法の指導 43 団体、コーディネート業務 38 団体、移送・送迎 28 団体、電話相談 21 団体、家庭訪問 17 団体などの多様な活動を行っており、被災者への関わり方、専門的知識・技術の不足、専門機関との連携、資金や人材不足、セルフケアなどの課題を抱えていることが伺われた。

（倫理面への配慮）医療機関の被害状況と災害対応のあり方、および、被災地域のメンタルヘルス支援活動について、各施設に関する情報のみの収集を行い、個人を特定する情報を一切取り扱わなかった。東北大学災害科学国際研究所倫理委員会で承認されたプロトコルに基づき研究を行った。

C . 研究結果

精神科医療機関調査：これまでに得られている情報は宮城県 22 病院、岩手県 5 病院、福島県 11 病院に基づくもので、県ごとの回収率はそれぞれ 88%、

33%、43%であった。本年度の調査結果から、特に福島県に関しては原子力発電所事故の影響を関係機関への聴取を進めることにより精査することの重要性が認められた。日本精神科病院協会担当者とも協議の上、次年度、再度、回答を得ていない医療機関を対象とする調査の実施を行うこと、また、原発事故により事業を取りやめた事業者からも聞き取りを行い、精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る方針を確定した。

支援団体調査：公的組織 16、教育機関 44、NPO 法人 160 の合計 220 団体から得られた回答の集計・解析を行い、そのまとめのデータをホームページ上に公開した。

D . 考察

精神科医療機関調査に関しては、次年度の結果を含めてとりまとめることで、精神科医療機関の災害への防災や大規模災害被災後の事業継続を検討する上で有益な情報を抽出し、実装化が可能と期待される。また、支援団体調査に関しては、今後、今回のデータを核に更なる情報の集積が進むことが期待される。

E . 結論

これまでの調査から精神科医療機関の今後の防災・減災・災害対応に向けて有益な情報が多く得られた。今後、更に情報の集積、抽出を進め、全国の精神科医療機関の防災・減災・災害対応の体制づくりに有用な情報の共有を図る予定である。また、被災地域のメンタルヘルス支援活動の実態把握を進め、今後の大災害に向けて、有効な支援体制のネットワークの形成を行うことは有用であると考えられる

F . 研究発表

論文発表

1. Tsuchiya M, Aida J, Hagiwara Y, Sugawara Y, Tomata Y, Sato M, Watanabe T, Tomita H, Nemoto E, Watanabe M, Osaka K, Tsuji I. Periodontal Disease Is Associated with Insomnia among Victims of the Great East Japan Earthquake: A Panel Study Initiated Three Months after the Disaster. *Tohoku J Exp Med.* 237(2):83-90, 2015 doi: 10.1620/tjem.237.83.

2. Nakaya N, Nakamura T, Tsuchiya N, Tsuji I, Hozawa A, Tomita H. Unemployment risk among individuals undergoing medical treatment for chronic diseases.

Occup Med (Lond). 66(2):143-149, 2015 Nov 13. doi: 10.1093/occmed/kqv159

3. Miyashita M, Kikuya M, Yamanaka C, Ishikuro M, Obara T, Sato Y, Metoki H, Nakaya N, Nagami F, Tomita H, Kiyomoto H, Sugawara J, Hozawa A, Fuse N, Suzuki Y, Tsuji I, Kure S, Yaegashi N, Yamamoto M, Kuriyama S. Eczema and Asthma Symptoms among Schoolchildren in Coastal and Inland Areas after the 2011 Great East Japan Earthquake: The ToMMO Child Health Study.

Tohoku J Exp Med. 237(4): 297-305, 2015. doi: 10.1620/tjem.237.297

4. Nakaya N, Nakamura T, Tsuchiya N, Narita A, Tsuji I, Hozawa A, Tomita H. Prospect of the future housing and the risk of psychological distress at one year after an earthquake disaster. *Psychiatry Clin Neurosci.* 70(4):182-189. 2016 Jan 14. doi: 10.1111/pcn.12377.

5. Akanuma K, Nakamura K, Meguro K, Chiba M, Gutiérrez Ubeda SR, Kumai K, Kato Y, Oonuma J, Kasai M, Nakatsuka M, Seki T, Tomita H; Tome Project Members. Disturbed social recognition and impaired risk judgement in older residents with mild cognitive impairment after the Great East Japan Earthquake of 2011: the Tome Project. *Psychogeriatrics.* 2016 Jan 12. doi: 10.1111/psyg.12175. [Epub ahead of print]

6. Yoshida H, Kobayashi N, Honda N, Matsuoka H, Yamaguchi T, Homma H, Tomita H. Posttraumatic growth of children affected by the Great East Japan Earthquake and their attitudes to memorial services and media coverage. *Psychiatry Clin Neurosci.* 70(5):193-201, 2016 Jan 29. doi: 10.1111/pcn.12379 [Epub ahead of print]

学会発表

1. 富田博秋 . 東日本大震災被災者のこころの健康の現状と展望要望演題 3 「宮城から学ぶ被災地のこれから」 第 21 回日本集団災害医学会 . 山

形市[2016/2/28]

2. 小林奈津子、根本 晴美、佐藤 翔輔、菊地 紗耶、
本多 奈美、松岡 洋夫、富田 博秋・災害時の妊
産褥婦の心理的反応と母子保健・支援活動・第
12回 日本周産期メンタルヘルス学会 学術集会・
下野市[2015/10/31]
- 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

東日本大震災の被災3県の被災と復興の実態調査

分担研究者 富田博秋

東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

本年度は、東日本大震災の経験から精神科医療機関が行うべき防災体制を検討し、活用することを目的として、東日本大震災の被災県である宮城県、岩手県、福島県の日本精神科病院協会に所属する計67の精神科医療機関を対象に行った調査結果から、回答が得られた医療機関の防災（防災訓練と防災マニュアル）に関する情報を抽出した。本年度の調査結果から、防災訓練に関しては東日本大震災以降の防災訓練の実施状況や、実際の東日本大震災を経て防災訓練に取り入れた方が良いと考えられること等についての情報が得られた。また、防災マニュアルについて、35の医療機関のうち「策定している」と回答した医療機関は74%、そのうち震災後に策定した医療機関44%、震災後に改定した医療機関が59%という結果等が得られた。

A. 研究目的

2011年の東日本大震災では、災害により孤立し、援助が行われるまで何日もかかったケース等がみられた。この研究は東日本大震災の教訓を活かして、精神科医療機関が災害に備え平常時からとるべき防災体制のあり方を検討し、全国の精神科医療機関に提供し、活かすことを目指して、被災3県の精神科医療機関を対象に、日本精神科病院協会、宮城県精神科病院協会、日本精神科病院協会岩手県支部、日本精神科病院協会福島県支部との共同調査を行った調査結果から、防災に関する情報を抽出したものである。

B. 調査対象

東日本大震災の被災県である宮城県、岩手県、福島県の日本精神科病院協会所属の医療機関（宮城県26、岩手県15、福島県26）、および、宮城県立精神医療センター 計67医療機関

C. 調査方法

東日本大震災の被災県である宮城県・岩手県・福島県の精神科病院協会と協力し、3県の精神科医療機関を対象に、東日本大震災が被災地域の精神科医療機関の診療体制に及ぼした影響、震災前の備えの状況とそれがもたらした影響、震災を経て改善した災害対応方針等に関して、郵送による質問票調査又は訪問聞き取り調査を実施し、選択回答項目につい

では集計を行い、自由回答項目については防災及び精神医療の専門家によるKJ法を組み合わせた内容分析を行い、災害発生時の対応に関する教訓をまとめた。本調査は、東北大学災害科学国際研究所の倫理規定に基づき調査を実施した。本研究で対象者が回答する質問内容は、医療

機関の組織としての被害状況と災害対応のあり方に関する情報のみ収集を行い、個人を特定する情報は取り扱わないことから、心理的侵襲性は比較的軽度であると考えデータマネジメント実施者には守秘義務を課した。

D. 結果

下記の回答を得、この回答に基づいて、防災に関する情報の整理を行った（図1、表1、表2、図2）。

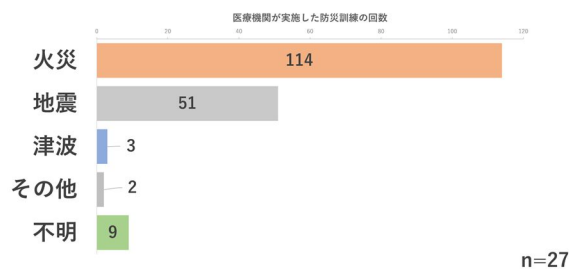
| | 岩手 | 宮城 | 福島 | 合計 |
|-----|-----|-----|-----|-----|
| 郵送数 | 15 | 26 | 26 | 67 |
| 回収数 | 10 | 23 | 10 | 43 |
| 回収率 | 67% | 88% | 38% | 64% |

1. 防災訓練に関すること

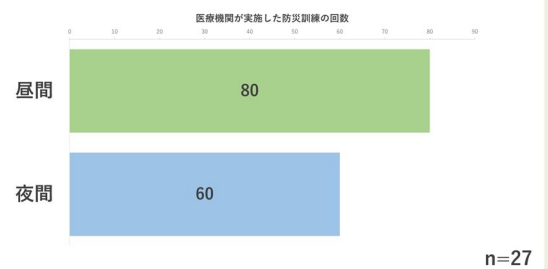
(1) 東日本大震災以降の防災訓練の実施状況は下記の通りであった。

図 1 防災訓練実施内容

防災訓練の際に想定した災害の種類

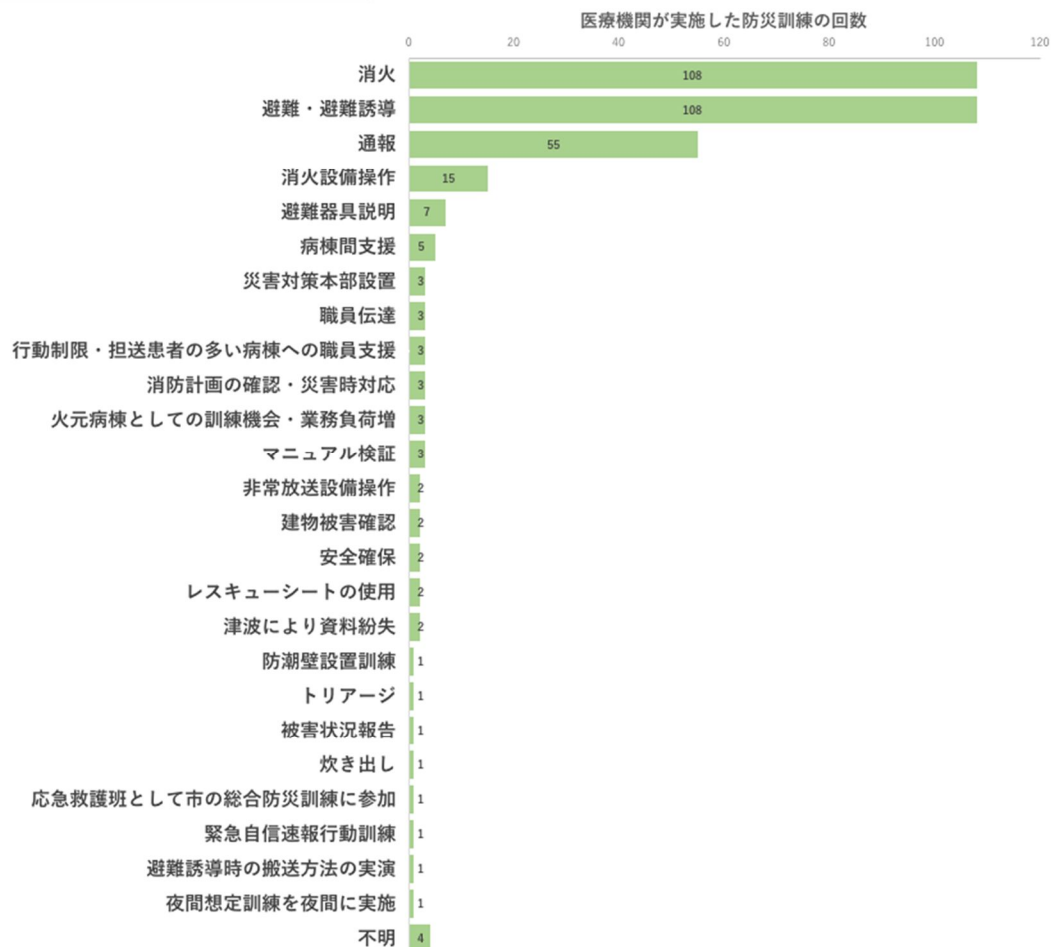


防災訓練の際に想定した発災時間帯



防災訓練の内容

n=27



(2) 東日本大震災の時、防災訓練の内容に含まれておらず、想定外であったこと、並びにその際の対応として下記のことあげられた。

表 1

防災訓練想定外だったこととその対応

n=26

| 回答数 | 想定外であったこと | その時の対応 |
|-----|--|---------------------|
| 5 | ライフラインの断絶 | |
| 3 | 復旧に長期間を要した | |
| 3 | 原発事故による避難 | |
| 2 | 津波被害が想定されていなかったが、津波が襲来した | |
| 2 | 停電により電気錠が開放状態となった | 職員が見張りをしなくてはならなくなった |
| 2 | 停電により暖房器具が使用できなくなった | |
| 2 | 自家発電期の燃料不足・不具合 | |
| 2 | ガスは復旧を待つしかなかった | |
| 2 | 外部との連絡手段がなくなった | |
| 2 | 停電により貯水槽のタンク引き揚げができなくなった | 人力で対応した |
| 2 | 建物の損壊により、一次避難・二次避難を要した | |
| 2 | 燃料の不足 | |
| 1 | 津波発生時の外来患者の避難場所確保・避難誘導 | |
| 1 | 院内にある保育所児童の避難誘導 | |
| 1 | 屋外への避難ができなかった | その場で待機した |
| 1 | 備蓄食料にほとんど手をつけずに不満を漏らす人がいた | |
| 1 | ひと気がなかったという理由で行政の支援リストに入らず孤立状態になった | |
| 1 | 情報収集が困難であった(停電、防災無線も聞こえず、広報車も回ってこなかった) | |
| 1 | 委託業者との連絡がとれなかった | |
| 1 | 停電時の訓練を行っていなかった | |
| 1 | 地震想定の実施していなかった | |
| 1 | 震災直後の迅速な被害状況の把握ができなかった | |
| 1 | 多数の患者受け入れ | |
| 1 | 避難先までの移動 | |
| 1 | 全患者の避難 | |
| 1 | 車輦での搬送 | |
| 1 | 院内別棟への避難 | |

(3) 東日本大震災の時、それまでの防災訓練の内容に含まれていたが、実際には実行出来なかったこと、並びに、その理由として下記のことがあげられた。

表 2

防災訓練の内容で実行困難であったこと

n=11

| 回答数 | 実行できなかったこと | 理由 |
|-----|---|-----------------------|
| 3 | 職員間の情報伝達に時間を要した | 通信機器不通により連絡網が機能しなかった為 |
| 2 | 防災訓練時の対応はほぼ実行できなかった | 地震規模が大き過ぎた為 |
| 1 | 人員確認・被害状況報告が遅れた | あまりに強い揺れであった為 |
| 1 | 原発事故への対応 | 原発事故を想定していなかった為 |
| 1 | 断水に備え浴槽に生活用水の貯水を行なう 規定であったため貯水をしたが、その結果飲料水を減らしてしまうことになった | 断水が長期に及んだ為 |
| 1 | 避難場所の判断 | |

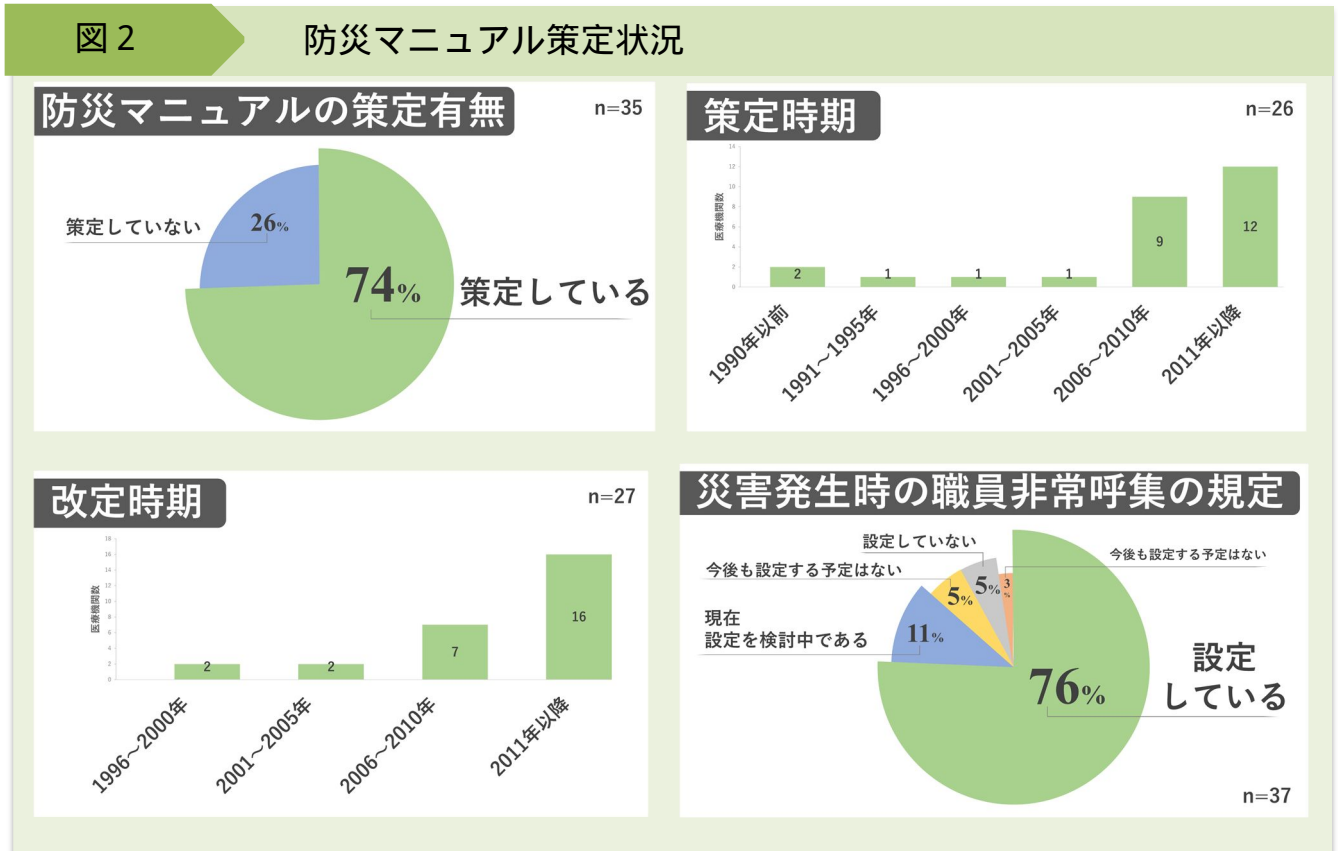
(4) 東日本大震災の教訓を踏まえて、今後防災訓練に取り入れた方が良かったこととして下記のことがあげられた。

- 震災マニュアルの読み合わせを繰り返す(2)
- 炊き出し訓練(2)
- 地震を想定した訓練（これまでは火災を想定した訓練が多かった）(2)
- 原発事故を想定した訓練(2)
- 停電時の熱源確保策を含めた訓練(2)
- ライフライン長期断絶を想定した訓練(2)
- 入院患者全員の避難訓練（通常は動ける患者及び歩行困難（軽度）な患者の誘導が主で、重症患者避難誘導は行っていない）(1)
- 発電機使用方法の確認(1)
- 建物損壊場所を複数想定した避難経路・避難場所への誘導訓練(1)
- 複数の連絡手段を想定した外部との連絡訓練(1)
- 人不足の際の避難・避難誘導訓練(1)
- 院内各種設備の復旧策を各部署（施設管理課、事務部、給食部）で共有、検討(1)
- 外部からの孤立を想定した訓練(1)
- 近隣の自主防災組織との自発的な連携(1)
- 災害対策本部への情報集約(1)
- トリアージ(1)
- 大規模災害を想定した医療設備の非常時の使用や説明を含めた訓練(1)

II. 防災マニュアルに関すること

(1) 防災マニュアルの策定状況

防災マニュアルについては、「策定している」と回答した医療機関は74%、そのうち震災後に策定した医療機関44%、震災後に改定した医療機関が59%という結果であった。また、災害発生時の職員非常呼集の規定については、76%の医療機関が「設定している」と回答した。



(2) 防災マニュアルの中で、震災で実際に役に立ったこととして下記のことがあげられた。

- 非常時体制の設定(4)
- 患者の避難誘導(2)
- 非常時連絡網(2)
- ライフラインの確保を想定した課題明確化や役割分担(2)
- 設備等の安全確認(1)
- 全職員・全患者に配布しているヘルメット(1)
- 避難場所の設定(1)
- 被害状況報告書(状況把握に有効)(1)
- 非常時における職員の自主出勤要領(1)
- 全て(1)

(3) 震災の体験を通して、防災マニュアルに新たに取り入れた方が良かったことや、改良すべき点であると思ったこととして下記のことがあげられた。

- 長期間のライフライン断絶、燃料不足時の対応策 (2)
- 原発事故を想定したマニュアル (2)
- 職員及び職員家族の備蓄(ただし、保管場所と費用、消費期間の管理の課題があり困難)(1)
- 建物倒壊時に負傷者が発生した場合の救出救護活動 (1)
- 他地域や他医療機関のマニュアルの良い所を取り入れる (1)
- 食材、薬剤、物資、燃料等のルートを複数確保 (1)
- 津波警報発生時の対応(避難行動以外は一階での作業を一切行わないようにし、全員二階以上のフロアで待機した方が良い) (1)
- 何よりもまずは自分の命を守ることを最優先にする (1)
- 状況によって臨機応変に対応する (1)
- 対応(看護部、電気・ガス・重油・水道等のライフライン関連の対応、食材調達に関連した対応、他医療機関との連携・支援等)実績の継承 (1)
- 外部との連絡手段確保 (1)
- 院外への全患者避難を想定したマニュアル (1)
- 椅子や担架等を使用した実際の搬送方法や訓練 (1)
- 停電・通信制限時の連絡体制の改良(SNS活用、直接伝達等)(1)

(4) 災害・緊急時の職員の非常招集について、震災後に変更した点、又は、新たに設定したこととして下記のことがあげられた。

- 招集基準(設定震度,距離)の変更 (5)
- 津波警報時の対応方法の追加 (1)
- 緊急防災チームの増員 (1)
- 震災後に非常招集の設定 (1)
- 役職員以外への正確な情報提供発信体制の構築 (1)
- 幹部職員及び事務職員を主として設定 (1)
- 原発事故の想定 (1)
- 地震でエレベーターが停止した時の食事の供給体制 (1)
- 医師の非常招集メール配信機器の設置検討 (1)
- 部署毎の連絡網の作成と、招集できる実際時間の把握 (1)
- 停電・通信制限時の緊急連絡網対策の改良(メールやSNSの活用)(1)

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

外部支援者による中長期的な支援者支援のあり方に関する研究

研究分担者 鈴木友理子 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 災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
種田 綾乃 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

各所属は研究当時の機関

研究要旨

【目的】東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてのインタビュー調査を行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難など、3) 震災4年後の状況について質的に分析し、望ましい外部支援の在り方を検討することを目的とした。

【方法】2015年11月から12月にかけて調査員が対象の3機関に訪問し、現地支援者10名に個別対面式のインタビュー調査を実施した。

【結果】1. 外部からの支援内容として、1) 役に立った支援としては、研修、コンサルテーション、同行訪問、他地域の見学、医師の見立て、外来の診療の手伝い、支援者へのカウンセリングが挙げられた。2) あればよかったと思う支援としては、法人やクリニックの立ち上げの支援、活動の記録のまとめ、支援者のための相談窓口、病気でない人への予防的な関わり方が挙げられた。2. 外部から支援者が入ることの意義としては、新しい情報、長期的な視点、刺激、フラットな視点、相談しやすさ、風化させない、があり、困難としては、専門性や職種へのこだわり、外部支援の集中、継続性のなさ、気遣い、地域のことが分からない、配慮に欠ける言動、調査が挙げられた。3) 震災4年後の状況としては、資金の減少・財源確保、活動主体の模索、外部支援者との関係性の維持、新しいスタッフへの引き継ぎ、地域様相・ニーズの変化、事業体の提供するサービスの変化・拡充、地域におけるネットワーク・連携の強化、地域における障害理解・リカバリーの促進が挙げられた。

【結論】東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に、中長期における外部支援についてのヒアリングを行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難などを整理し、3) 震災4年後の状況を記述した。これらの結果から、外部支援者の心得集を作成した。

A．研究目的

東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてのインタビュー調査を行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難など、3) 震災4年後の状況について質的に分析し、望ましい外部支援の在り方を検討することを目的とした。

B．研究方法

調査員が対象の3機関に訪問し、現地支援者に個別対面式のインタビュー調査を実施した。

インタビュー項目、1．震災後の3年間程度の各地域の状況、2．外部支援として望ましい支援活動、3．外部から支援者が入ること自体のもつ意義、困難など、4．震災4年後の現状について、インタビューガイドに基づいて尋ねた。ここでは、外部支援者とは、面接対象者が主に活動している組織以外からの関わりの全てを意味し、中長期支援とは、こころのケアチームの撤退後から約3年間を目安とした。

インタビューの内容は、調査員による書記とICレコーダーによる録音により記録した。なお、インタビューの質問項目とは別に、インタビューについての基本情報(調査日・時間・場所)や、対象者の基本情報(性別・年齢・職種・職務年数・居住地・居住年数)についても確認した。

調査対象機関は、地域住民のこころのケアや重い精神障害をもつ人への直接支援などを行っている3つの支援機関(相馬広域こころのケアセンターなごみ、震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からころステーション」、宮古市の地域精神保健医療福

祉ネットワーク)とした。これらは、本研究に先立つ3年間、研究班による外部支援者による支援者支援活動を経験している(平成26年度樋口班報告書)。各機関で被災後から継続的に活動している中心的な現地支援者に研究への協力を依頼し、2015年11月から12月にかけて、各機関3~4名、計10名のインタビューを行った。10名の内訳は、男性8名、女性2名、年齢は30歳代1名、40歳代5名、50歳代4名、職種は看護職4名、心理職3名、精神保健福祉士2名、その他2名であった(複数該当あり)。対象機関の背景情報は以下の通りである。

1) 相馬広域こころのケアセンターなごみ

相馬広域こころのケアセンターなごみは、東日本大震災後の2011年11月に福島県相双地区の保健、医療、福祉の向上のために発足した特定非営利活動法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会により2012年1月に開設され、同じく震災後に立ち上げられたメンタルクリニックなごみと連携し、活動を行っている。相馬事務所と南相馬事務所を設け、仮設住宅での全戸訪問、サロン活動を行ったり、アウトリーチを積極的に行い、未受診者・治療中断者の治療導入や長期入院後の退院や入退院を繰り返す方への訪問、災害により精神症状が出現した人へのフォローなどを行うとともに、職員の心の相談や健診(高校教員、消防署員、特別養護老人ホーム職員など)なども行っている。2014年には訪問看護ステーションを開設し、2015年からは相談支援事業所、地域活動支援センターを開設してピアのグループ活動の場を設けるなど、活動の幅を広げており、また2015年8月か

らはメンタルクリニックなごみでデイケアも始まるなど、地域の精神保健医療システムが整えられてきている。

外部支援も震災直後から特定非営利活動法人の立ち上げ、そして現在に至るまで、さまざまな団体や個人から多様な支援を受け入れてきているが、本研究に先立つ3年間の研究班の支援としては、主として他地域で訪問活動をしているチームを見学するためのスタッフの派遣や、チームビルディングや技術についてのコンサルテーションなどが行われていた。

2) 震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からころステーション」

宮城県石巻地区（石巻市、東松島市、女川町）は、東日本大震災で甚大な被害を受けた。「からころステーション」は、被災者のメンタルヘルスに関わる様々な支援および関係する医療、保健、福祉および震災関係サービスのネットワーク形成の拠点として、2011年9月に設立された一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎが設置した。同地域では、震災による精神科医療・福祉機関の影響は限定的で、震災前の機能を保つことが可能であったために、本ステーションでは、これらのサービスと連携しながら、地域のメンタルヘルスサービスの充実と、震災に特化したサービスの提供を行っている。事業内容は1)メンタルヘルスケアニーズをもつ対象者への直接サービス（ブローカー型、集中型のケアマネジメント）と2)震災に関連した保健活動（普及啓発活動、調査研究後の相談やフォロー、ネットワークの構築や研修会）に分けられる。2015年度は約20名のスタッ

フが活動を展開しており、精神保健福祉士、心理士、作業療法士、准看護師で構成される。医師は、運営法人に参加している精神科医が定期的に活動するほか、日本精神科診療所協会の医師らがボランティアで参加して、活動を支えている。

3) 宮古市の地域精神保健医療福祉ネットワーク

宮古市は、岩手県沿岸部の中心的都市（人口約6万人）であるが、県庁所在地の盛岡市より車で2時間という地勢的不利のため、人口も経済も減退傾向にある。高齢人口比率も30%を超え、高齢化の進む地域である。

この地域では、震災前より、基幹的な役割をもつ福祉事業所（宮古圏域障がい者福祉推進ネット）や代表的な医療機関（三陸病院、宮古山口病院）などを中心として、精神保健医療福祉サービスが提供されてきた。震災により、人的被害・家屋被害等の甚大な被害があり、避難者も多数存在した。各関係機関では概ねの機能を維持することができたものの、地域全体の様相の変化や震災後の地域化の取組みの変化などを受け、地域精神保健医療福祉に関わる機関や事業所での取組みの強化など、地域化や専門化、ネットワーク化に向けたニーズが生じた。

当地域では、震災後、外部支援者により、他県から派遣されたピアスタッフとの協働による定期的なサロン活動や座談会をはじめ、WRAP（元気回復行動プラン）の集中クラス、リカバリーに関するワークショップ、家族向け地域支援事業など当事者主体の取り組みが多機関の協働により実施された。また、外部支援者による臨床スタッフへの継続的コンサルテーションやスタッフ

向けのリフレッシュサロンの開催、研修・学会等への派遣なども実施された。

録音データは逐語記録におこし、連結不可能匿名化した上で、質的分析の手法を用いて、コード化・カテゴリ化し、分析を行った。

6) 倫理的配慮

本研究計画は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会にて承認された(承認番号 A2015-063)。

C. 結果

インタビューでは以下の項目について述べられた。具体的な意見は、資料1を参照のこと。

1. 外部からの支援内容

1) 役に立った支援

研修

研修の内容としては、地域での対応法、声のかけ方、アルコールや認知症といった課題を掘り下げたものなど、実践的なものがよかった。

研修はスタッフのモチベーションの向上につながった。被災地から離れた場所での研修は気分転換になる。被災地内ではつらいと言えないが、外部でなら言える。

アルコールプログラムを学んできて、院内でもプログラムを立ち上げたり家族教室を開催するようになり、成果があった。

被災後の混乱のなか、自分たちで必要な研修は分からない。例えば2~3年後にはアルコールや自殺など、より専門的なスキルが必要となるといったようなことを絞りこんで、外部から提示してもらえたらよかつ

たのかもしれない。

震災後から外部から研修の申し出はたくさんあり、どれもよいものだったが、数が多すぎ、また断りづらく、スタッフが疲れてしまった。義務感から疲れていてもお付き合いとして参加せねばならず、負担となったこともあった。

コンサルテーション

当初は様々な人に入ってもらっていたが、3年目からスーパーバイザーを決め、同じ人に継続的に入ってもらったことで、変化を見てもらえたことがよかった。スーパーバイザーからは、ねぎらいと課題の両方の指摘がありよかったが、最初から月1回1~2日程度の支援が継続があればなおよかったと思う。

精神疾患の知識と見立て、医療へのつながり方、服薬の知識、医療での経験など、スーパーバイズしてくれる人が必要だった。精神保健の分野に詳しい職員があまりおらず、利用者の半数が精神障害をもっていたという状況であり、相談できる人の存在は大きかった。

同行訪問

スキルを学びながら、一緒にアセスメントしてもらったり、相談にのってもらったり励ましてくれたりして、最初自信がないころ、とても心強かった。フィードバック、アドバイスで自信を得ることができた。

医師がいない組織では、医師の視点でアセスメントやスーパーバイズしてもらうのもよかった。精神科的な見立てを依頼することは多かった。長期的な支援として、医師が訪問に同行するのはスタッフの安心感

につながる。アウトリーチや地域での支援、災害支援の経験者だと、同行訪問によって学ぶことが多い。

他地域の見学

多職種での支援のあり方やアウトリーチの目的、働き方などを実際に見ることができてよかった。自分たちの活動の強みを理解することもできた。想定外の対応法を見ることが、自分の考えが広がったのがよかった。

早い段階で見学に行って、支援の在り方のギャップに驚いたスタッフもいた。ある程度、自分たちのやることが見えてからの方がよかったかもしれない。早い段階で見学し、その1~2年後に自分たちの地域で経験を積んでから再度見学に行くと、活動の違いが地域性によるものなのか、やり方、技術などによるもののかなどがわかり、よりよかったのかもしれない。

2年目の疲れている時期に見学に行ったので大変だったが、自分の職場を離れることで気分転換になった。

見学先はACTなどが多かったが、被災地で活動していて生活再建の問題などが出てくると、医療だけでなく、福祉領域の知識も必要になってくる。ACTだけでなく、福祉領域で訪問などをやっているところへの見学があってもよかったのかもしれない。

医師の見立て

医師がいない組織で、医療的なアセスメントや助言があったのはよかった。自分たちの活動を肯定してもらったり、後押しするような力となった。

外来の診療の手伝い

現在もクリニックへ県外から非常勤の医師が診療の手伝いに来ている状況だが、もともとこの地域にはいなかった子ども専門の医師も来ており、これまで遠方まで通っていた方を地元で診られるようになった。

支援者へのカウンセリング

スタッフは被災者の話は聞くが、自分で話す場がない。支援者の声を聞いてくれる人が外から入ると、スタッフの心の安寧につながる。2年目は、スタッフの勢いだけでは乗り切れない時期であり、それぞれの思いを吐き出す場所が必要だった。心理士が定期的に来て個別で希望者に話を聞いてくれたり、箱庭のワークなどもしてくれたのがよかった。

2) あればよかったと思う支援

法人やクリニックの立ち上げの支援

立ち上げの資金と、事務などの後方支援、コンサルテーションがあればよかったと思う。資金は個々人からの寄せ集めで作った。医療や福祉の専門職は多かったが、組織の立ち上げをする事務職や行政書士などの専門性が必要だった。結局、あちこちへ聞きに行き、書類を作ったりしたが、事務的な手続きを教えてくれる人がいればよかった。

組織を運営していくことについてのコンサルテーション、例えばリーダーの養成のための研修だったり、一般向けに精神疾患などについての普及啓発を行ったり、自分たちの活動をアピールして人材を集めるための、魅力的な広報のしかたなどのコンサルテーションがあればいいと思う。

活動の記録のまとめ

兵庫県や新潟県のこころのケアセンターの経験や知見を知りたかったが、そのような情報がないのは、忙しくてまとめて発信する時間がないのだと想像できる。自分たちの活動をまとめたものを作る必要があると思う。現地支援者は日々の活動で忙しく活動記録を残せない現状があるので、外部支援者がある程度まとめて、それに現地の視点で修正を加えて記録を残していくのが現実的だと思う。活動の論文化の支援があればよいと思う。

支援者のための相談窓口

自分たち支援者が、精神保健関係で困ったことについて、電話などですぐに相談できるような仕組みがあるとよい。

病気でない人への予防的な関わり方

直接支援、二次、三次予防だけでなく、一次予防の視点での研修や、病気ではない人への予防的な関わり方やその意義について意味づけがあると活動しやすかった。

3) 疑問のある支援

医療に偏った視点での支援

避難所を精神科医療チームが巡回していたが、医療がどの程度役だったのかは疑問が残る。巡回は初期のみとし、その後は仮設診療所に精神科医を配置するような拠点型にした方がよかったのではないかと。

また、自分たちは対象者を住民として見ているが、医師はどこか患者として見ている人が多かった。診療所から精神科医が派遣されてくるが多かったが、診療所の医師は医療につながる前の住民への対応に

は慣れていない。地域をまわって予防の視点で関係づくりができるような医師だと自分たちとしてはやりやすいが、そういう専門性をもつ医師はなかなかいなかった。ある疾患の専門性より、病気になる前の段階での関わりが必要だった。保健所での相談経験があり慣れている医師はよかったが、そうでない医師の支援は有効だったのか疑問が残った。

人員の補充

マンパワー補充のために外部支援が入ってきたが、相談業務機関としてのニーズに合わなかった。1週間交代で派遣される人に教えても、地理はわからないし、1週間経てばまたいなくなるので教えてもしょうがない。ケースを掘り起こして置いていってしまう支援者に困った。フォローは現地でやらなければいけないし、業務オーバーになる。

2. 外部から支援者が入ることの意義、困難など

1) 意義

新しい情報

多くの人にとって災害支援は初めての経験なので、災害対応の経験やノウハウ(例: 安否確認の際のインタビューシートの作成など)を得られたことは良かった。復興期に移行したころは、外部支援者から、新たな考え方や専門技法を学ぶ機会が増えたことも良かった。具体的には、リカバリーの考え方、ピアサポート、元気回復行動プラン(WRAP)、多職種アプローチ、アセスメント法、疾患に関する専門的知識などが挙げられた。被災地で働いていると、外の世界

が分からなくなることがあるので、最新情報は役に立ち、支援を提供する上で安心感につながった。

長期的な視点

多くの支援者にとって、災害対応は初めての経験で、現地は混乱しているので、初期から長期的な見通しをもつことは困難だった。現地支援者が、3か月後、6か月後、1、2年後に何が必要になるか考えるのは難しかったので、過去の災害経験に基づいた見通しを持てると良かった。例えば研修の内容など、時期に応じて必要な内容を、外部から提示されるとよかった。

刺激

外部支援者が来ることで、チームやもの見方が固定化せず、流動的になったことが良かった。例えば、スタッフがケースを抱えがちのところ、外部支援者が入ることで関係者間の力動が変わるという変化を感じるがあった。いつも同じメンバーでマンネリ化してしまうと、日常の小さな気づきをメンバー間で共有しなくなってしまうことがあるが、外部支援者から指摘されると見直すきっかけになる。

また、震災を機に、様々な分野の専門家とのネットワークができたことは大きな利点だった。

フラットな視点

外部支援者だと、客観的、冷静にみてアドバイスをくれる。被災地で自分たちも同じような支援をしている人がコンサルテーションやフォーカスグループのファシリテートをしたとしたら、フラットな視点はな

かなかもてなくて甘くなったと思う。ノーマルな状態ではできず、バイアスがかかって見えるものが見えないかもしれない。地元に近い人間はフラットな視点を持ちにくい。

また、前のめりになりがちな現地支援者の活動のあり方に、少し距離のある立場から助言があったのも良かった。

相談しやすさ

外部支援者は、地元でない気軽さやしからみのなさで、住民が気軽に相談できたり、弱音を吐ける。被災の程度が軽かった人は特に、負い目のようなものがあり、被災地内では苦勞を口にできない。外部の人に聞いてもらうことで、気持ちの整理になる。

また、活動を振り返るフォーカスグループに外部支援者が入ることで、現地支援者だけでは話しにくいことも、話題にすることができた。また、地域内ではなかなか苦勞を口にできないが、外部支援者が入り、話せる場があったことで、自分の状況の整理につながった。

風化させない

支援者が多すぎるのも大変だが、全く来なくなり、被災地が忘れられることはさらに問題である。中長期の支援では、特定の技量よりも、被災地を忘れなかったり、現状を伝えることで被災者の気持ちを支えるという意味が大きい。住民も、この点で長期的に外部からの支援を評価することが多い。

2) 困難

専門性、職種へのこだわり

専門性や職業アイデンティティにこだわって支援に入られると現地支援者は対応に苦慮した。例えば、まだ被災地では生活再建、家の片づけの手伝いが必要な段階で、自分の職種と違うので、このような活動を断った人もいた。なんでも屋のつもりで来てもらわないと、被災地では困る。

また、現地支援者が一緒に活動しやすいのは、順応性のある、我を出さない支援者で、自分のやり方を通す人、現場の取り組みを否定する人にはストレスを感じた。

外部支援の集中

現地支援者だけでは対応しきれない局面もあるが、外部支援が多数いた時期が良かったわけでもない。分散させる配慮や仕組みがあればよいのだが、この調整を地元支援者で行うと、通常の業務に加えて大きな負担となることが多かった。

継続性のなさ

不定期で代わる代わる支援者が来る状況では、支援者と住民で関係性を作ることが難しい。また、気遣いがあり、デメリットを感じることもあった(次項参照)。例えば、年に1回の2時間の講演よりは、半年に1回、1日一緒に回るといった細くても長い支援のほうが、現地支援者にはありがたい。

また、単年度ごとの会計だと、長期的な視点がもちにくい。

気遣い

慣れない外部支援者への気遣いは常にあり、支援の関係性をつくれるような、継続的な支援が望ましい。

外部支援者の中には、仕事がないことへ

の不満の述べるものもいて、仕事はケースの訪問を充てるように調整するのも気遣いの1つとなっていた。中長期にはあまり変化がないので、「仕事がなくともいい」としてくれる支援者はありがたかった。被災、業務の程度によっては、知らない人への対応にエネルギー使うデメリットから、支援を断ることもあった。

地域のことが分からない

外部支援者には地理や言葉の問題があるので、単独で動けない。また、住民との会話でも地元の状況や地理がわからないと話が続かないので、そのあたりは少し事前に知識を得て来てほしい。地域の事情を知らないでところで助言は役に立たない。地域の現実を知らずに理想を語られると疲れる。

配慮に欠ける言動

対人支援をするにあたって不適切な身なりの支援者は、現地で対応に困る(例、華美な服装、茶髪など)。被災地ではいつまでも被災者と思われたくない、という思いはあるものの、被災した状況やつらい状態にある人に会うかもしれないという配慮は欲しい。また、まだ町全体が被災の影響が残っている時期に、観光的な気分で来る支援者の対応にも苦慮した。

疲れているときもあるので、外部支援者の勢いについていけないときもある。

調査

地元支援者としては、アンケート等の調査に消極的である。ひとつひとつの調査はそれほど大変ではないが、数が多く、被災者は辟易している現状がある。外部支援と

しても、調査が前面に出ると不評であった。

支援活動の評価としても、調査票による量的評価ではなく、関係者へのヒアリングの方が良い。例えば、地元保健センターの保健師への聞き取りは、現地支援者ではできないので、外部支援が実施してフィードバックがあると良い。

3. 震災4年後の状況

資金の減少・財源確保

外部支援者からの金銭的な支援の減少や予算削減に伴う活動資金の減少により、活動規模を縮小せざるをえない状況や研修等の機会が減少し専門的な技術取得に苦労している状況があった。

財源確保が困難となり終了する活動がある一方、従来の障害者福祉等の枠組みへの参入や新たな助成金の確保により、財源の安定化に動いている事業体もあった。また、組織の経済基盤の安定化や組織内での理解・ニーズの高まりにより、内部資金で実施できる体制へと移行した事業体もある。他方、資金面での削減により、地域外での研修機会が減り、地域ニーズとしてはより専門分化した知識技術を習得する場の確保に苦労している事業体もある。

活動主体の模索

震災後の一定期間、外部支援者が中心となって継続されてきた活動（研修会、サロン等）に関しては、外部支援者中心から現地支援者中心へと、整理されつつある状況がある。

資金面での支援の中断を見越して、事業体にて、外部支援者等を交えて活動主体や資金のあり方・事業体の枠組みについての

検討が行われ、徐々に整理され移行されてきた機関もある。また、地域におけるキーパーソンが確立され、現地支援者のキーパーソンとなる中心として、これまでに外部支援者が担っているコンサルティング機能が引き継がれつつある状況もある。

外部支援者との関係性の維持

活動主体は現地支援者主体へと徐々に移行されていく形が見られるものの、いずれの地域においても、震災後数年間の定期・継続的な関わりのあった外部支援者との関係性を完全に中断するのではなく、資金面での中断後も、相互に無理のない形で関わりが継続している状況もある。

外部支援者による訪問頻度は減少しているものの、直接の連絡手段が確保されており、可能な範囲でのコンサルテーションの場（事例検討会、訪問、サロン活動等）が設定され、必要時には相談できる、つながることができる関係性を維持する努力がされている。

新しいスタッフへの引継ぎ

機関内部でのスタッフの異動や変化もみられた。離職後も新しい担当者により活動は継続している活動がある一方で、職員の交代を機に終了となった活動もある。定期開催されている活動や外部支援者と直接接点のある活動について新規スタッフに引き継がれることが多い一方、単発的な活動は、引き継ぎが手薄になることが多く、こうしたスタッフ交代時の引継ぎ方が活動維持に影響することも多い。

また、関連機関（特に行政等）でのスタッフの交代により情報の引き継ぎが十分に

なされず活動維持に苦労している状況や、あるいは、スタッフ交代を機に、地域における連携やネットワーク化が円滑に進みつつある状況も見られている。

地域様相・ニーズの変化

仮設住宅から復興住宅やその他の住居への移行、地域における従来のサービス事業所の閉止・撤退等の地域様相の変化に伴う地域ニーズや不安感の拡大があり、それに伴い事業体の活動の守備範囲や対象者層に変化が生じている状況もある。

また、外部支援者による活動展開を機に、地域における受け皿やネットワーク基盤が強化され、結果として精神科への入院者・再入院者が減少したり、日中の「居場所型」から「就労」へのニーズへと、地域全体の利用者層の変化が生じている地域もある。

事業体の提供するサービスの変化・拡充

復興住宅への移行に伴い、転居支援を開始したり、組織内においてエリア担当制の形に支援体制を整備するなどといった工夫も見られている。また、地域における就労ニーズの高まりにより、企業等への障害理解や普及啓発の研修会の開催等を新たに展開し始めている事業体もある。

また、外部支援により現地支援者の中で専門的な知識技術が獲得され、それらを事業体内の他のスタッフに伝達・共有することで、事業体のサービスの質の向上や専門技術の定着につながった事業体もある。また、地域外でのアルコール研修・視察を機に事業体内にてアルコール関連プログラムや家族会を発足させたり、地域外での研修・講演会等の経験をもとに事業体内でも

WRAP や当事者主体のプログラムを設立するなど、プログラムとして取り入れることで、事業体としてのサービスの質の向上につながっている事業体もある。

地域におけるネットワーク・連携の強化

支援機関同士の連携会議や研修会を通じて地域内の連携が維持・強化されている。機関役割の明確化により機関同士の守備範囲の整理やケースに対する支援機関の整理などが行われている地域もある。

また、外部支援者による働きかけを機に、関係機関同士の接点や仕事内外でのコミュニケーションが増えているところもある。

外部支援の撤退後も、現地支援者の中で機関横断的な活動の機会や定期的な情報共有の機会が生まれ始め、医療や障害者福祉の関係機関に加え、弁護士や就労や介護関係の機関、行政等も含めた定期的な事例検討会を開催し始めている機関もある。

地域における障害理解・リカバリーの促進

外部支援者による当事者主体の活動等の展開を機にリカバリー志向の考え方を受け、外部支援撤退後も、利用者のリカバリーにもとづいた地域づくりが行われている状況がみられている。また、震災を機に「こころのケア」としての切り口から、精神科医療に対する敷居が下がり、障害理解やステイグマ軽減につながりつつある状況もある。

医療機関が企業に対する定期的な研修・相談対応を行うことで、企業における障害理解や障害者雇用の促進につながっている状況もある。また、就労関係者等を医療機関のプログラムにゲストとして呼び、利用者自身が一般就労を意識できるようになっ

たり、WRAP 等のプログラム参加を機に WRAP ファシリテーター資格を取得する利用者が出てきたりと、利用者自身のリハビリが進んでいる状況もある。地域のサポート体制が充実しつつある中で、地域移行が進んでいることを実感している医療従事者も確認された。

D．考察

1．外部からの支援内容

1) 役に立った支援

研修、コンサルテーション、同行訪問、他地域の見学、医師の見立て、外来の診療の手伝い、支援者へのカウンセリングが挙げられた。ただし、全ての組織にこれらが提供されたわけではなく、対象機関の活動内容や方針に沿って支援が提供されていた。そこで、多様な意見を示す目的で、複数の意見が述べられた支援を列記したものである。医師の見立て、外来の診療の手伝い、支援者へのカウンセリングは、前年度までの3年間に研究班が行っていた外部支援には含まれていなかった、もしくは中心的な活動としては位置づけられていなかったため、当研究班の支援活動に焦点をあてて行っていたフォーカスグループではあまり話題にされていなかった支援であった（平成26年度樋口班報告書）。それぞれの組織とも、保健活動を主軸においていたが、外部からの医師の支援は有益であったと挙げる意見もあった一方で、後述するが、医療に偏った視点に疑問が示されることもあり、状況に応じて医師が提供できるものを適確に見極める必要があると考えられた。また、支援者へのカウンセリングについても、評価する声があり、個別のカウンセリングや

今回行ったヒアリング等、外部支援者が現地の支援者の話を聞く時間を作ることは、支援者自身の考えや気持ちを整理する機会となり、震災から一定期間後に希望に応じて実施しても良いのかもしれないと考えられた。

2) あればよかったと思う支援

法人やクリニックの立ち上げの支援、活動の記録のまとめ、支援者のための相談窓口、病気でない人への予防的な関わり方が挙げられた。これらについても、各組織の成り立ちや運営状況によって異なる意見が出された。これらは、臨床に関する支援よりも、非臨床的な事柄（組織の設置や運営の補助、記録の編纂）、間接的な支援（支援者のための相談窓口）、代替的なアプローチ（病気でない人への予防的な関わり方）に関する意見であった。

非臨床的な事柄に関しては、精神保健分野の専門家にはない専門性が必要とされる面も多く、被災地の復興のためには、精神保健分野だけが独自に支援を行うのではなく、他領域の専門家らとの協同が不可欠であることがあらためて指摘されたと考えられた。本稿は精神保健分野における中長期支援について、主として精神保健分野の専門家に読まれることを想定してまとめたため、他領域の話題については載せていないが、インタビューのなかでは、震災をきっかけとして法律家等との連携がとれるようになり、動きやすくなったとの話題もあった。支援者のための気軽に相談できる窓口があればよいとの意見も、そういった他領域の専門家との連携のしかたから発想された意見である。代替的なアプローチに関する

るノウハウは今回の東日本大震災で培われたところが多いので、これらを次の災害での支援活動にスムーズに継承することが求められる。

3) 疑問のある支援

医療に偏った視点での支援、人員の補充が挙げられた。医師の見立ては役に立った支援として挙げられたが、状況によってはそれが求められないこともあった。特に、中長期の支援活動としては、精神保健活動や、一次予防に力点が置かれる一方で、外部支援としては、そういった専門性をもたない精神科医師の派遣が多かったというギャップから生じていたものと考えられる。外部支援者が状況を把握し、自分の職種にこだわらず、求められるものを提供する必要がある。また、地域保健や一次予防のスキルの向上が求められる。

2. 外部から支援者が入ることの意義、困難など

1) 意義

新しい情報、長期的な視点、刺激、フラットな視点、相談しやすさ、風化させない、が挙げられた。知識や過去の経験の共有、ニュートラルな立ち位置からの支援、情緒的支援に意義が見出されていた。

外部支援は、一定の条件を満たしていれば、その役割や活動は有益であったという意見があった。その、一定の条件とは、次の「困難」に加担しない支援者、ということができよう。

2) 困難

インタビューのなかで、外部支援はよか

った、役に立った、ありがたかった、ニーズに合致していた、との意見が大部分を占めたが、調査の目的のひとつとして、役に立たなかった支援や迷惑だった支援、被災地にかえって混乱や疲弊をもたらした支援について聞き取り、次の災害に備えて支援者間で共有を図ることもあったため、あえて改善できる点について尋ねたところ、専門性や職種へのこだわり、外部支援の集中、継続性のなさ、気遣い、地域のことが分からない、配慮に欠ける言動、調査、などが挙げられた。これらを防ぐための、支援者に必要とされる心構えについては、阪神淡路大震災や中越地震・中越沖地震の支援にあたった現地支援者から出された意見と共通するところが多かった(平成22年度金班報告書)。多くの支援者にとっては、今回が初めての震災対応であったことから、これらの心構えが簡便に参照できるような仕組みが必要であった。そこで、今回のヒアリングの結果にもとづき、外部支援者の心得集を作成した(資料2)。今後の災害で、活用されることを期待したい。

3. 震災4年後の状況

3年間にわたる定期的・継続的な外部支援が終了した後の状況としては、資金面の減少に伴う変化や、活動主体についての模索(外部支援者中心から現地支援者中心へ移行) 機関内部におけるスタッフの交代に伴う変化・引き継ぎの課題、地域におけるニーズや対象者層の変化と、それに伴う事業体のサービスの变化や新たなサービスの拡充も見られていた。外部支援者とは資金面の削減により直接的な接点は減少するものの、両者に負担のない範囲で、いつでも

つながることのできる関係性を維持している状況がある。

外部支援による活動を一つのきっかけとして、外部支援の撤退後、現地支援者の中で、地域内の関係機関間の連携の強化や、医療福祉のみならず地域内の多様な社会資源を巻き込んだ形での新たなネットワークが構築されつつある状況も確認されていた。また、外部支援をきっかけとして地域の中で、震災以前の状況以上に、地域における精神保健医療福祉のネットワークが充実したり、障害理解や当事者・家族や支援者のリカバリーが進みつつある状況もあった。外部支援によって得られた多様な機会を有効に活用しながら、外部支援の終了後も、現地支援者の手によって、地域全体のリカバリーに向けた取り組みが行われつつある状況があり、今後、こうした地域の復興の状況を広報していくことも重要と考える。

E．結論

東日本大震災の被災地における現地支援者を対象に中長期における外部支援についてヒアリングを行い、1) 支援内容、2) 被災地の外部から支援者が入ることの意義、困難などを整理し、3) 震災4年後の状況について記述した。これらの結果から、外部支援者の心得集を作成した。

【参考資料】

樋口輝彦. 厚生労働科学研究費補助金(地域医療基盤開発推進研究事業)「東日本大震災の被災地における地域精神保健医療福祉システムの再構築に資する中長期支援に関する研究」平成26年度 総括・分担研究報告書.(研究代表者 樋口輝彦)2015.3. 東京

鈴木友理子, 深澤舞子, 中島聡美, 成澤知美, 金吉晴. 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対策総合研究事業(精神障害分野)大規模災害や犯罪被害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 平成22年度総括・分担研究報告書(研究代表者: 金吉晴), pp.97-131, 2011.3

G．研究発表

- 1．論文発表
- 2．学会発表

H．知的財産権の出願・登録状況

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

資料 1

1) 相馬広域こころのケアセンターなごみ

1. 外部支援の内容について

1) 役に立った支援(要望も含めて)

研修

たぶんよくなかった研修というのではないと思うのです。内容はどれも充実していたので、研修の一つ一つは本当によかったのだと思うのです。ただ、問題があったとすると、研修が乱立するのです。もう毎週のように研修会で、研修疲れというのを起こしてくるのです。だから、自分なり、チームのスキルアップにはすごくいいのですけれども、あまりにも研修が多過ぎて、こちらがセレクトする必要ももちろんあるのですけれども、少し情報過多になってしまう感じがありました。

せっかく声をかけてくれているのに申し訳ないという思いもあって、初年度はほとんど断らずに全部受けた感じです。2年目からの反省として、「いや。自分たちがそれで疲れていたら意味がないから、それこそ選ばせてもらって、ときには断るのもしょうがないよね」と言ったのは2年目以降でした。

だんだん逆に専門分化してくるのです。そうなったときに、最初のうちにわーっと研修に行くよりは、少し当初の予定より長めに考えてもらい、本当に4年目、5年目ぐらいでいよいよだねというときに行けるようななんらかの手だてがあったらいいなとは思いません。

地域で起こっている心のケアの問題というと、いろいろですから、認知症だったり障害者の問題だったり、あとお酒の問題だったりですけれど、医学的な一般論は実践にはあまり使えない。どちらかという、地域のアルコールの方に対して、どのようなことをおこなってどういうふう to 効果をあげているかというふうな実践、そちらの研修がすごく役に立ったなというふうに思います。

もう早い時期に、アルコールだったり認知症だったり、疾患別の勉強会であったりというのは、支援に来ていただいた先生に1時間お話ししてもらおうとか、そういうのは最初の頃はやっていたように思います。ちょっと掘り下げたという部分は少なかったような気がするのですが、そういうものも、あってもよかったのかなと、今思います。もうちょっと掘り下げて。欲張りですけど、実践に生かせるようなものを。

コンサルテーション

スーパーバイザーを固定したほうがいいと言い出したのは、実は僕なのです。毎回来るた

びに人が違う。人が違えば視点が違うので、その前に来られた方が言っていたことがまた少し戻ってしまう感じなのです。それだともったいないので、同じ方が継続的に入られて、「この間、ここまでできてたよね」と助言をもらって、次に来られたときに、「今度、この部分伸びてるね」「できてるようになったね」というふうに、要はストレングスで見てもらえると、支援者としては、癒され感も含めて達成感を感じるかと思うのです。毎回違うと、もちろん、ストレングス視点で入ってはくれるのですけれども、「やっぱりここ足りないよね」「できてないよね」というところも、お言葉をいただくようになるので。それよりは継続的に入って、「ここ、伸びてきてるね」といつてもらったほうが、たぶん被災地で踏ん張っている人間にしてみると、ありがたいと思います。

●●さんがよかった点は、多職種チームの中で実践しておられるというほかに、もともと家族会のほうから ACT、●●クリニックに入られた方だったので、当事者中心という考えが徹底していたのです。私たちが新たにつくった地域活動支援センターの中で、どうしても、私たちがやり方だったり目標を提供するという名のもとで、日中活動場を運営していたのですけれど、そうではなく、ご本人のやりたいことを丁寧に聞くことが、よい支援につながるということ気付かせてくれたのが、まず一つ。あと、我々の多職種チームの間で、最初は震災のあとに大変だったことへのねぎらいだったり、支援の方向性のあり方みたいなのを両方していただいていたのですが、次第に、チームカンファレンスの弱さだったり、ほかの ACT の実践例と重ねて、チームの情報の共有の仕方だったり、あとは、チームワークとは、こういうところは気をつけなくては駄目だよという要望を、きちんと示してくれた。ただねぎらうだけではなくて、しっかり査定してくださったと思います。

あちらの方も職場に所属されているので、無理はできなかったということはありませんが、最初から月1回、1日か2日、継続的に、最初から立ち上げから付き添って、理想的には、1か月に一遍ずっと来ていただければいいのかなと思っています。あとはもう少し辛口でもよかったのかなと思います。この辺もやらないと駄目でしょうとか、少しオブラートに包んだ形で言うてくださったので、それははっきり言って、書面でもなんでも結構ですけど。何か不満だったり疑問があったら、それを言葉にしてみんなで話せるぐらい。

事業所の駄目なところもちゃんと指摘してもらったので、そこは、自分でも思っていたも、なかなか言えなかったとか、どういうふうに修正したらいいかわからなかったところを指摘してもらったりもしたのです。やはり内側からの意見よりは、外部の人が来ていうことで、みんなの意識が改善しなければいけないというふうに変わっていったというところは、大きいかなと思います。

同行訪問

最初の頃は、私たちのアウトリーチとか、こころのケアセンターの業務そのものがわからなかったので、同行してくださった方々が、たくさんいらしたのです。そういう方々のスキルを学びながら、一緒にアセスメントしたり、相談相手になってもらったりということが、最初の頃は、とても心強かったです。自分たちにも自信がなかったところで、外部の方が来て、私たちも支えてもらえたとし、対象者の方々も長期にアセスメントして下さったり、誘導してもらったので、そういう面は本当にありがたかったなと思います。

双相保福に、京都から心理士さんとかが支援に来てたんです。そういう方々も、毎日来てくださって、一緒に訪問も行ってたのです。そういう方々が、対象者さんのこともアセスメントするし、私たちのこともフォローして下さるといって、励ましてくださっていたというのは、とても印象に残っています。

うちも地元の保健師さんもいましたけれど、外部から来た方々が、意外と客観的に冷静にしてくれるじゃないですか。私たちを、なおかつ励ましてくれたので、ああいう支援は、本当によかったなと思います。

訪問は、一緒に行っていたりもしたので、「あのときのあの質問は、私もこういうふうに思っていたよ」とか、振り返りもして下さったので、自分たちの活動とか、対応に対して、アドバイスや、フィードバックをもらったりというところで、自信につながっていったというところは大きいと思います。

他地域の見学

僕たちは、いわゆる ACT チームでも結構先進的にやってきていたところに行かせてもらったので、その意味では先を走っているところではあります。ただ、実際は、それはその地域でやっているからうまくいっている事例であって、そのまま持ってこられるかと言ったら、決してそうではないというところは、確かに前もって説明があると、なおいいかもしれないです。

あまりに早い時点で見学に行ってしまうと、あまりのギャップについていけないという話があったのです。「自分たちがこんなことできるの?」「しなきゃいけないの?」というので、逆に驚いて帰ってきたスタッフがいたのです。その意味では、チームづくりの最初の時点で行くのではなくて、多少、形ができてきたぐらいで行って見せてもらうと、イメージが湧きやすいのかと思いました。

もともと医療ベースの人間だと、ACT に行ってみると来たところはあると思うのですけれども。被災地で、こころのケアセンターも含めて何らかの活動をするとなると、福祉領域

の知識も必要になるのです。そうすると、同じアウトリーチでも、ACT だけではなくて、訪問型の生活訓練などをやっている福祉事業所などに行かせてもらおうと、また生活者の視点で少し違って見えるので、そういうところも入ってもいいのかと思いました。

医療と福祉と分かれるのではなくて、そこが連携・協同する形で、支援に入ってもらえるが一番強いのかというのが印象です。僕が医療の人間でもあって、福祉の資格も持ってやっているのですが、たぶん感じるのだと思うのですけれども、分けないで一緒に支援してもらえると、なお支援者の視点の広がりがあるかと思うのです。

他地域といっても、1人1か所しか行けないので、ほかの地域の地域性ですね。最初、開設したあと1年間は、これがいいからこれをやろうという思考になりやすかったのですが、まだ視野が狭かったというか。やはり2回目に行くことにより、自分たちの地域に合わせたやり方は、どんなものでもいいのだと。必ずしも、ほかの地域のものがないわけではなくて、いいところを取ればいいのだという考え方になったことかな。

最初に、ほかの関係機関との連携の仕方はわからなかったと思うのです。ほかの地域でこういう連携の仕方もありなのだとか、私たちのスタッフもたぶんヒントを持ち返ってきて実践していると思うのです。1年ぐらいうると、ほかの機関も私たちの活動なども見ていきながら、ここは少し矛盾しているよねとか、ここはこのやり方だと少し難しいよ、と考えたときに、その地域の問題もあるからやり方がどうこうではなくて、まず地域のことを全部知ろうというようになるのに、さらにそこから1年から2年ぐらいかかるのかなと思います。そういった意味で、最初の1年から2年ぐらいに、もう一度行くというのがいいのかなと。

2年目に、学会とか、研修とか、よその見学にすごく行かせてもらったりしました。よそを見ると比較するので、自分たちを振り返るということでは、気づきだったと思います。2年目に、行き過ぎてしまって、それをどう生かすかというところまでたどり着かないうちに、いろんなものを見てしまったというのはあると思います。ここではこういうやり方が通るけど、なごみに持ってきたら実際はできないかもしれないということが多々あった。ただ、それが悪いとも思わないですね。後々生かせるようになればいいかなと私は思っていたので。

本当に欲張りなのですが、体的には本当に大変だったのですが、時期的に心身ともに疲れているような時期だったので。それと今と比較できるので、今行ったら、また新しい発見ができるのかな。

早い時期に行ったときには、気分転換の期間をつくってくださったというのはあったので、ありがたいと思います。「ここに来たら、ちょっと気分が変わるから」というようなことを、●●先生とかもおっしゃってくださったりして。確かに息抜きにはなったかもしれませんが。

そのときには本当に疲れてるのに、行かなくちゃいけないのかなと思いつつ行ったんですけど、行ったらやっぱり新しいものが見れたりとか、本当に気分転換にもなりました。自分の職場をそんなに考えなくて済む時間なので、行かないよりは行ったほうがよかったと思います。

そのときには、もう順番のような感じでした。そうやってきっかけをつくってもらわないと、なかなか受け取れなかったかもしれないです。そのときにはちょっと腹が立ったけど（笑）。でも、振り返れば、結果的にはよかった感じ。

医師の見立て

不定期に来てくださった先生方もいらっしゃるんですけど、ここに先生もいなかったので、医師とか、医療という視点もプラスして、アドバイスもらったりとか、同行したりとかもできたので、本当にスーパーバイズしてもらったというところはあるかな。欲を言えば、同じ先生に来ていただいたほうがありがたいんですけど。贅沢は言えないので。

継続的、定期的に来てくださった先生もいらっしゃったんですけど、不定期の先生とも、やっぱり同行して、アセスメントしてもらえるというのは。今やっていることが間違っていないのかなということに、あと押ししてもらえるというか。

外来の診療の手伝い

今は子ども専門の先生が3人来てくださっているので、被災関係のお子さんなども児童外来につながってきているので、その部分はすごくありがたいというか、地域としても助かっているところだと思います。

今までは、発達障害のお子さんなども、遠方まで通わないといけなかったのです。1時間半から2時間ぐらいかけて通われていたのが、うちで診られる範囲ということにはなりませんけれども、地元で診られるというのはすごい大きいと思っています。

今、来てくださっている先生方は、福島震災が終わらないので、ずっと来られる限りはと、言ってくさっています。あとは、こちらの経営の状況を圧迫するようでは困るので、そういったことがない限りは来たいと言ってくれています。

支援者へのカウンセリング

ある大学の先生が支援者支援としてカウンセリングに入ってくれていたのです。それはすごく助かったのです。スタッフも、やはり日々の業務に追われる中で、被災者の苦しい体験を聞くのだけれども自分の苦しさを話すところがないので、その意味では、外から支援者支援という形でカウンセリングに入ってもらったのは、すごくよかったと思うのです。

2年目になると、私たちも突っ走ってきたものが、疲れてきたっていうんですかね。もう勢いだけでは行き詰まってしまっていて。事業所としても、自分たちとしても疲れていて、いろいろなストレスがたまってきて、それを吐き出す場所がなかったのです。そういうところを、支援者支援というのですか、私たちのメンタル的なものをフォローして下さった心理士の先生が定期的に来てくださって、私たちのカウンセリングというか、話しを聞いてくださいました。箱庭の先生だったのです。それで、その先生に、希望者にだけですけど、話を聞いてもらって、箱庭をやって、自分の状況を説明してもらって、改めて自分を客観的に見るという状況っていう。

2) あればよかったと思う支援

法人やクリニックの立ち上げの支援

実際は、クリニックを立ち上げるときに、やはり一番必要になったものは資金だったのです。県が、備品を用意するだけのものというのをつけてはくれたんですけども、ただ、何せ、被災地で、新しい事業でクリニックを立ち上げるということだったので、もう少し、それは、県に望むことではないのですけれども。たとえば、コンサルテーション的なことができる人だったり。最初は全く0からのスタートなので、その運転資金は、どこから出たら違ったのかなとは思いますが。

全くノウハウがない中で、保健所や県に行って尋ねるということをやりながら、書類も全部つくると感じだったので、そこに、立ち上げなどをやっているコンサルの人などが入っていたらもっと楽だったろうと思います。災害時のロジスティクスみたいなものは、専門職はそれほど得意ではないので。そういう人がいてくれたらずいぶん違っただろうなと思います。

最初こういう法人を立ち上げるときには、お金やお金を使うためのノウハウが。事務の方や後方ですけど、組織の直接支援だけではなく、間接や後方支援のノウハウを持っている方がいたらよかったなど。特に私たちが今の時期になってそれが脆いなと思っているのです。事務所や法人を立ち上げる行政書士さんや、お金の扱いに慣れている人など、そういう支援があればよかったです。

組織全体の運営に関するコンサルタントの場があってもよかったかなと。NPO 法人だったら NPO 法人の運営の仕方や広報の仕方など、継続的にあってもよかったかなということと、私も含めてリーダー的な役割の、スーパーバイズやコンサルテーションなども受けていないので、研修など、多職種チームなどのリーダー養成に対する支援があればもっといいかなと思う。これは思いつきなのですが、人材不足になってきているので、人の集め方や、こちらの活動の魅力を伝えて、人材を増やすような形にしてくださるようなものあればいいかなと。少し欲張りですけども。

心のケアだったり、こちらの訪問についてもなのですけど、それを一般市民に伝えるために、コマーシャルだったり啓発キャンペーンだったり、そういったものは今の時期必要だなと気づいてきたのです。たぶん早くからやっていたら、もう少し違うかなと思って。それは医療者向けにしても一般人向けにしてもそうなので、本当に大きな部分だなと思います。うちが丁寧にやっているということが伝わったり、あと、医療者に伝えていただければ、うちに入りたいという人がもしかして現れるかもしれない。うちの活動の内容をわかりやすく伝えてくれるような、要約してくれるようなお手伝いですね。

こういう関係性があれば、今の時点では、「研究で、こういったこともやります」と言ってくれてもいいかと思うのです。たとえば震災後、我々のような働きによって、心の敷居とか偏見とかがどのくらい下がったかとか。

いわゆる災害医療のロジスティックスの役割というのがすごく大事だと思うのです。たぶん被災地だけではなくて、ほかのチームアプローチしているところもそうだと思うのですが、みんな専門職だから専門のことはできるのです。それ以外のプラスアルファのところになると、てんで弱くなるので、そこを少し外の方に担ってもらえるととてもありがたい。

精神保健という長い目で見たときに、支援者がへばったらやはり元も子もないのです。だから、現地の支援者をいかにして引っ張り上げてもらうかというのがたぶん外の方に求められるのだと思うのです。そうすると、一番大変だったのはそのロジの部分だなと正直思うのです。

後方支援の組織支援を最初の段階で支援してくれるシステム、次に、技術的な直接支援。同時並行でいってくれば、よかったかもしれない。それを1団体に全部お願いするというのは、難しいだろうな。一貫した、たとえば、5年間通して、続けてやるという覚悟で、支援者支援というのが、一番いいかな。

活動の記録のまとめ

丸っきり外の方だけにお願いというたとぶん齟齬も生じやすいと思うので、理想としては担当のスタッフ1名と外からの方とペアでしてもらえれば一番いいのだろうとは思いますが、ただ、そうすると、現地チームから1人減ることになってしまうので、それは現実的ではないです。そう考えると、やはり外から来てもらい、ある程度外の方の目線でもいいからまとめてもらったものに修正を加えていくというぐらいが、実際に折り合いつけてできるところなのかなという感じはします。

アンケートではなくて、関係者ということにはなるから数は少なくなると思うのですが、そういった方へのヒヤリングのほうがしっくり伝わるという感じはします。調査だとしても数字を追うことになってしまうので、それよりは、たとえば保健センターの保健師やどここの誰々みたいところで、なごみできてどうかと、実際ヒヤリングしてもらったものでまとめてもらったらとてもスタッフは喜ぶと思います。

今やっている活動を、論文化する必要があると思うのですが、そのサポーターです。それは大事でしょうね。今もう忙しくてできないので、兵庫と新潟の文献が少ない、たぶん同じ状況だったと思うのです。これやってくださる人、代弁者ですよね。論文という手段を通して代弁してくれる方。

2. 外部から支援者が入ることの意義、困難など

1) 意義

新しい情報

やはり外の情報と言ったらいいのか。私たちは、被災地で、新しい活動ですけれども、ベースになっているものは、自分たちのもともとのやっていた活動のスタイルや地域性なのです。そうしたときに、外から入ってきて、「関西では、全然違う視点でやってるよ」「東京では、こんなこと始まってよ」「リハビリテーションの見方自体も、こういうふうに変遷してきてるよ」などの話自体が、地域の人間にとってはありがたかったです。それが、一番ではないですか。どの地域もそうだと思いますけれども、自分たちのやり方しか知らないで、そうではなくて、そういうやり方もあるんだねという発見につながって、自分たちのところに組み込んでいけるという意味では、外から入ってもらってありがたかったのは、その部分ですかね。

やっぱり専門的な意見をもらえたのは、いいことだと思います。視野が狭くなってしまいがちなので広げてもらえたり、具体的な指摘をもらえたり、アドバイスをもらえたりすると、視野がちょっと広がっていくので、その辺はよかったんじゃないかと。

刺激

やはり職員が、多職種チームということに慣れていないというのがあったり、アセスメントですね、やはり難しいと思うのは。進んだ地域でやっていることは新たな意見として、チームの看板になりますよね。マンネリ化してしまうと、それぞれのチームミーティングの中でも、言っても無駄だとか、もう一度、コンサルの人が、うまく拾い上げてくださったことも、気づきを与えることになる。スタッフが言った言葉と外部の方が言った言葉とでは、全然重みが違います。普段、当事者としてやっている中で、小さなことでも気づきあってあると思うのです。本当はすごく大事だなと思うことが、いつもと同じメンバーでいると重要な気づきが、いつの間にか言わなくてもいいやとか、隅のほうに追いやられるときがあるのです。しばらく来てない方が、同じ考え方が必要だとか、大事だとか、いいなって言ってくざると、普段持っている大事な気づきを、少し共有化しやすいようにしてくれるというのは大事なことですよね。

長期的な視点

混乱の中なので、自分たちに今、何が必要で何を欲しているかということは、それほど明確に見えていないのです。だから、ある程度、3か月、6か月、1年というあたりで、こういった視点が必要になるかもしれないというのを、その枠組みの中で考えていてもらえるといいのかもしれない。

最初は、ジェネラリスト、何でも屋、でいいのですけれども、それは年単位で変わってくるので、たとえばアルコールや自殺対策の専門の人などという、いわゆるスペシャリストにだ移行していく必要が、やはり出てきたのです。そうなったときに、広く浅くという何でも屋ばかりだったので、「その部分誰がやるの？」という話になるわけです。想定として持ち合わせていなかったもので、今後、もし、何らかがあるときには、たとえば1~2年後には、自殺やアルコールなどの対策が必要になってくるから、そのスペシャリストの養成という研修などに定期的に出向いていたほうがいいということはお伝えいただいたほうがいいのかと思います。

1年後ぐらいまでは現地はかなり混乱しているので、自分たちでロードマップを描くということはしにくいのです。1年後や2年後というのは、もう少し落ち着いてこないとしにくいので、外から描いてもらうと楽かもしれないです。たとえば阪神のときとか、今回の東日本大震災をもとにして、「1年後、こういうことが起きました」「2年後、こういうことが起きました」というのを示してもらえると、被災地は助かると思います。自分たちで先を見据えることは結構きついです。

フラットな視点

たとえば福島県内で、福島市なり郡山市から誰か入ってもらったとしても、ご自分たちも福島、郡山で近いような支援をされていると、たぶんフラットな目線ではないと思うのです。少し甘くなるというか。

なごみの活動を、外部から来た方って、いろいろ客観的に冷静に見てくださるじゃないですか。そういうことでアドバイスとかもあったので、自分たちが思い込んで、ためらっているところを、引きとめてもらったり、先生に諭してもらえたりということはあったと思います。

フォーカスグループに関しては、僕も何度かお願いしたいと言ってきてもらっていた経緯もあるのです。たとえば僕ならケアセンターの人間ではないので、一緒には動いていますが、一応外にはいるのですから、僕がファシリテートすることもできるのです。ただ、やはり話しにくいことはたくさんあって。それが外部から入ってもらくと、同じ内容で話しにくいだけけれども、何となく試してみてもいいのかという感じにはなっていたのです。その意味では、外の人に入ってもらえてすごくいいなと思いました。

今回、福島なら福島は、地域差はあるのですが、全体が原発災害ということで被災者になってしまったので、これで福島市から来てファシリテートをノーマルな目線でできるかといったら、きっとできないのです。最初からもうバイアスがかかった状態になるので、グループを回すという意味では本来見えるところも見えにくくなる可能性はあります。だから、少し離れたところというのは、意味があったのかなと思うのです。

内部の人だけで言えないというか、自分たちで気づかない点とかも指摘してもらえたりしたので、そういうところはいいかかと。振り返ることができるというか、気づかされるというのか。あとは、フィードバックしてもらえるとというので、自分たちの自信につながるということもあります。

風化させない

今回の福島県というのは、どうしても忘れられてしまうことがあるので、県外の今までお世話してくださった支援者の方が、ネットワークを組みながら、もう少し自分たちの活動を表に出してくれるようなものがないと、「福島はこれでいいんだ」ということになりがちなのは心配です。少なくともそこだけはずっと継続してもらいたい。

相談しやすさ

フォーカスグループやヒヤリングの意味は大きく、実際受ける側としては発散の場になる

ので、次の被災地等でぜひ今後も続けてもらえたらいいなと思います。

フォーカスグループもそうだったのですけれど、こうやってお話聞いてもらえると自分の中で感じ考えていたことの整理にもなり、話しながら「そうか」と気づくこともあるので、こういうのを続けてもらうのはすごく一つ大事だろうと思いました。

たぶんスタッフが最終的に求めるのは個別のインタビューだと思うのです。それぐらい話したいこともあるし、考え方もおのおの違うので。しかし、フォーカスグループをやってよかったと思うのは、ほかのスタッフがどう考えているか、あのときどう感じていたかなどというのを共有できるという意味では、あのグループはやはりいいと思いました。

2) 困難

専門性、職種へのこだわり

外部から入ってくださった、とある職種の方が、当時は、まだ生活再建、被災当事者の望まれるものが、どちらかと言うと家の片づけなどという段階のときに、「自分の仕事、職種はこういう職種だから、それはできません」とはっきり断った方が何人かいらっしまったのです。被災地からすると、この人は何のために来たのかというのがよくわからなくて、いわゆる職業アイデンティティを振りかざす方は被災地支援には向かないというのはありました。だから、ACT というか、多職種チームの言うところの何でも屋みたいな感じのつもりで来ていただかないと。何人かでしたけれども、なかなか使い勝手が悪い方もいらっしまった。

地元の「こういうことをしてほしい」「手伝ってほしい」というニーズに沿える支援者でないと、入ってこられても現場が困るので。その人のために仕事を探したり、あてがったりすることがプラスアルファの業務になるのです。だから、やはり地元というか、現地にいる、そのコーディネーターなり、現地の支援者の言うことに沿って動いてくださるということは、一つ大事だろうと思います。これは、どこの地域にもいたみたいですけど。

外部支援の集中

外部支援が集中し過ぎてしまう、押し付け的な感じになるとやはり地元としては疲れてしまうのです。だから、そこをどう分散させてうまく来てもらうか。

時間調整とか出てきますよね。うちもスーパーバイズコンサルテーションとかまでやると、こちらである程度そういった調整をしなくてはならないので、それは絶対にでる手間というか、デメリットではありました。事務作業してくれる人がセットで支援者の中にいらっしやるといいですよ。

事務の人が、とっても苦労したと思います。調整とか、重ならないようにとか、あとはこちらの訪問の都合を、その人に合わせなくちゃいけないということもあったので。今は来られる方がだいぶ減ったので、調整もそんなに大変じゃないかもしれないですが、1年目、2年目、3年目ぐらいまでは、●●さんとか事務の人たちが、大変だったと思います。私たち、訪問に同行をしてもらって側としても、この先生が行くなら誰々さんとか、利用者さんとかを選ばなくちゃいけなかったんで、その調整が大変なときもありました。

継続性のなさ

単年度のお金を使い切るとは結構つらいですね。外部支援の方も、それなりに手弁的な形で支援されているので。今回会計業務までできたから、やつつけにもなる。使い道は厳しいなと思いつつながらですけど、もう少し長く、3年程度の計画だと、全体に余裕ができたかなとは思っています。

地域のことが分からない

地域を知らなくて、理想を語られるときもあるので、理想を言われても、現実にそぐわないと、聞いているのも疲れるときもあります。

配慮に欠ける言動

ちょっと疲れるなと思うときはありましたね。ただ、自分のパワーが落ちているときなのかなとは思ってましたけれど。ごり押しする人も中にはいなくもないので、考え方が違っていたり、態度が違ってたりという方もいるので、ちょっと戸惑いはあります。

支援して下さる方々の心構えみたいなのがあったほうがいいのか。勢いがあって、とてもいいと思うときもあるし、もう本当についていけないというときも。自分のパワーがダウンしているときは、ついていけなかつたりするので。

調査

いわゆる調査というのが前面に出してしまうグループなどだと、うちのチームがということではなくて、被災当事者がやはり嫌がっていたということはあります。今回特に福島は健康管理調査みたいなものがすごくいっぱい入ってきたので、そういうのは少し辟易している感じはありました。

一つ一つの調査はそれほど大変ではないのですけれど、数が多かったのです。またですか、みたいな感じだったので、福島は今回特殊な状況だったのでやむを得ないとは思いますが、けれども。結構被災当事者にとってはいろいろなアンケートなどというのは苦痛みたいです。

我々のような仕事をしている人間であれば、今後同じような事態が起きたときに備えて自分たちのものをデータとして積み上げてほしいというはあるのです。ただ、そうでない一般の方や通常の業務をされているような方だとそういう視点はまずないので、自分たち大変というのが先に立つから、次のためにや他県のためにという頭はそもそもないです。だから、そういう方たちにとってはきつかったのだろうなと思います。

外部支援からの自立

これはうちの、独自の問題だと思うのですが、最初は補助金で始まっているのです。補助金は5年ぐらいで切れてきますよね。そうなったときに自前で活動していかないといけないので、訪問看護ステーションを立ち上げて、そちらで稼げるような仕組みづくりを合わせてやってきて、最終的には補助金から完全移行を目指しているのです。

ほかの被災地は、また少し違う形でやっていたりするのです。うちとしてはこのやり方を定着というか、被災地ではこういうやり方のほうが生き残っていけるのではないかと。もちろん被災者のためにということは、一つあってもいいのかと。補助金はどこでぱっきり切られるかはわからないので、そうなったときに急に被災者を放るわけにはいかないですから。そういうときに、自前でやっていく仕組みを、うちならうちを先行事例のような形で紹介してもらってもいいのかと思いました。

2) 震災こころのケア・ネットワークみやぎ「からころステーション」

外部支援として、望ましい支援

1. 外部支援の内容について

1) 役に立った支援(要望も含めて)

研修

啓発事業で心のケアの部分で講演をしていただくということは、今でもあるので、その部分では何か特化された先生方は、非常にお願しやすいところがありました。たとえば認知症、アルコールとか、児童とか、そういったものに特化している先生は、そこにマッチングして、講演をしていただいたり、または我々の小さな勉強会で。我々の中にはしかないのです。そうすると、外が見えないことがありますし、ここができてから入ってきた新人たちもいるので、全く精神保健に関しても経験が少ないので、いろいろな方々が来て、その話を聞くだけでも、すごい刺激になる。いい風になっていただいて、我々も成長する一つ、支援者支援というところでは、最新情報を持って来てくれて、講演会してもらったり、内部講演会をしていただいたりということは、非常に我々にとっても、そういう意味でやっていただいているところでもあります。

同行訪問

初期の頃は、自分たちもケースの見方はわからないし、関わり方も含めて、足元ぐらついていた感じだったので、一緒に行ってもらうだけでも、安心というのはあったと思います。

我々が普段訪問している方々に同行してもらい見立てというのはあります。ある程度必要性はないのですが。ただ、見守り的な部分での訪問も含めて、同行していただくこともあります。

診療所から出るとか、たとえば、診療所の診療以外に、ボランティアしていた先生方が、たまにいらっしゃるんです。そういう先生方と回れば、やっぱり学ぶことが多いです。あとは、震災の経験とか、災害の経験がある先生とか。そういうことでの広がりも、今も含めてありがたいなと思います。

うちのスタッフは、まだ若い人が多いので、経験がないので、いきなり難しいケースに飛び込むということができないので、経験ある人間とつけると数が足りなくなってしまうのです。そのときに外部支援者で経験あって、引っ張ってくれたり、アドバイスをしてくれるというのが、非常に助かったところはある。

医師の見立て

精神科的な見立てをお願いすることは多いですね。我々がお願いする場合もありますし、我々じゃない地域の支援者が、先生がいるということをお願いをしたいという場合もあります。そういう場合には、我々スタッフもついて行って、一緒にケース会議なり、同行訪問なりをする。

長期引きこもりで、急に具合が悪くなり、急性期というような2次予防的な対応のタイミングで入っていただいた先生には、非常にお世話になりました。

2) あればよかったと思う支援

病気でない人への予防的な関わり方

2012年4月に、石巻市役所からみなし仮設の健康調査をもとに、関わってほしいという依頼が600件ありました。みんな、やり方もわからない。そのタイミングで、市の健康調査にもとづいて、私たちが訪問しました。「この健康調査で、眠れないに○がついてますけど、今はどうですか。その後、お変わりないですか。」のように聞く中で、健康調査に書かれていない孤立感とか、抑うつといったところを、うまく聞けるかといったところです。研修があれば、聞いたのかなと思います。

我々も、いろいろなところから委託してもらって、いずれ精神障害者になる人たちとか、2次予防・3次予防ケースをやることだけで、十分評価されるものなのか。されるのであれば、いいのですが。ただ、(病気の前段階のような)この人たちも、我々としては考えてはいるのです。そういう大きい視点でやってくれような、あるいは発信してくれるような人とか、直接支援はしない人で、そういう話しをしてくれる先生がいれば、それは我々にとって、ありがたい支援なのかなと思います。

3) 疑問のある支援

医療に偏った視点での支援

アウトリーチというか、まだ病気になるずっと前の段階での関わりのイメージです。我々も手探りでやっていたので、アルコールの専門性とか、何々病の専門性というのは、ありがたいはありがたいんですけど、そこじゃない、という感じがありました。

我々は住民さんとして見てるんですけど、(医師は)どこか患者さんとして見ている先生が多いという、その辺の意識の違いを感じていました。

(派遣された医師に)仮設の健康調査とか、民賃の健康調査と一緒に回り、医療に携わる数か月前の人たちと会っていただいて、少し予防的に関わる場所に関して言うと、申し訳ないんですけど、その専門性を有している先生方は、たぶんいなかったと思うんです。

たぶん全国的にみれば、保健所の精神保健相談がすごく得意な先生とか、市町村の保健師さんにすごく頼りにされている先生方とかであれば、一緒に行って、声をかけて、地元で関係をつくって、医療につなげるというような先生方もいらっしゃる。そのイメージができて先生は、我々はやりやすいのです。

「研修」と言われると、自殺対策だったり、アルコールであったり、そのお話しはありがたいのかもしれませんが、その話が出る段階の前に、どれだけ長い時間がかかるのか、というところでは、役に立っているのかな、と思うところがあります。

2. 外部から支援者が入ること自体の意義、困難など

1) 意義

刺激

内部のスタッフだけでやっているのと、一緒に行くスタッフがいるとして、その同行の人とだけになってしまいます。それが、うまくいけばいいんですけど、ちょっと変えてみたいときに、内部のスタッフで動揺して引っ張るよりは、外部の支援の人が入って、立て直しをすとか、アドバイスとかがあります。流動的なということでもあるし、替えがきくというんですか、そういう意味のメリットがあるのではないかと思います。

自分たちが一つの組織でいながら、人が頻繁に入ってくることで、流動的な組織になると思うのです。たまに人が来る。それが気疲れを生むんですけど、固定化しない、そのメリットはあるだろうと思います。

風化させない

中・長期に外からの支援が少なくなっていく中で、「なんかさせてください、なんでもします」と多数来られるのは嫌なのですが、全く来なくなったり、忘れ去られたような感じになるのも、地元の住民さんは嫌なのです。これは、皆さん、おっしゃるところです。完全に放っておかれると辛いけど、しょっちゅう来られると、そこまで自分たちは、おかしくない。ほどほどに、ときどき外から来るのがいいです。

(4年が経過した)今、精神科の先生方お連れしても、「いまだに、こういう先生が来るんだね」と評価してくれる方々も、結構沢山います。まだ被災地、石巻では、こんな状況だというのを、地元に戻って言うていただき、忘れ去られないという意味合いはあると思いますので、外の方が来ていただけることは、すごく良いと思います。

相談のしやすさ

地域の先生方と相談しづらいことも、先生が来るからという話は、入り口としてすごく敷居が低いのです。その場しかないのです。

横浜から来ました、北海道から来ましたとなると、「そう」って。たぶん、二度と話さないかもしれない、という気持ちで話してくれる、そういったプラスはあると思います。

2) 困難

専門性、職種へのこだわり

順応性のある自我の出さない支援の姿勢というのが、外部支援者に求められるものだと思うのです。それぞれの地元で、頑張っただけで地位を確立したり、一生懸命頑張られている方々が来て、自分のやり方を通そうとしてしまうと、もしくは自分たちのやり方とは違う、「このほうがいいよ」と言われてしまうと、別の流れに変わってしまうことで地元の人たちにストレスがありました。

最初からコワーカー理論でいくぞと、ドクターもワーカーもみんなコワーカーだと。それぞれができることを、それを動かしていくという理念はあったので、先生たちにも遠慮せずにはいました。物資を配布する準備とか、物を運んでいただいたり、または医療と全くかけ離れたこともしていただく。一応ドクターの方には、それなりにリスペクトをしながら接してはいるのですが、みんなコワーカーであるという理念で、ドクターだからというのではなくて、遠慮しないでやれというお達しなので、それを実行していました。

外部支援の集中

避難所を最初は巡回するんですけど、だんだん人が固定されてくると、仮診療所をつくる。仮診療所に精神科医がいることをみんな知って、必要があればそこからアウトリーチするというようなスタイルです。精神科の先生方とこころのケアチームの巡回は、初期の段階で1回ストップしたほうが、有効だろうと思います。初期は、それもできないから回ったほうがいいのかと思うのです。こころのケアチームは、巡回、巡回で回っていたんですけど、だんだん必要性をやる側も、受ける側も見失いがちなところもあり、4月ぐらいにはそうだったと思う。逆に、身体医療との連動はすごく重要だろうと思います。コンサルが、一番の仕事なのかなと思いました。そういう意味では、初期の頃の外部支援ってというのは、数はそんなにいらなかなと思います。

(初期に)現地見学をしてもらったほうが、コーディネートをする際にはいいです。そこで見てもらったから、今もつながってる人たちもいるので、一概に来るのは駄目とは、言いがたいんですけど、多過ぎるのは疲弊すると思います。

継続性のなさ

帰らないといけない、戻らなくてはいけないというところで、継続性がないというマイナス面がありました。また来てくれればいいですけど。「お待ちしていますよ」なんて話があり、せっかく関係性ができたのに、「また来てね」と言っても来れないというのは、外部支援者のマイナス部分です。継続性がないというところは感じたことがあります。

年に1回の2時間の講演よりは、半年に1回、1日一緒に回ってもらおうというほうが、我々としてはありがたいと思います。

気遣い

(相談の)敷居の低さになっている反面、気遣いはあります。先生方とのコミュニケーションをスタッフがどれくらい取れるか、先生に気遣いしなくていいと思えば、すごく話しやすいし、ケースも頼みやすくなる。

基本的に、お医者さんじゃなければ、我々としては、気はつかわないですね。一緒に何かやろうぐらいの感じ。お医者さんに対しては、医者としての仕事をしてもらわなきゃといった頭で働いていて、そういう雰囲気とか空気があるのです。それを、払拭できた先生は、すごくやりやすい。おりてきてくれるか、というところだと思うのです。クリニックでは「先生」となっていて、先生の指示で物事が進むじゃないですか。でも、ここでは、先生が指示したから物事が動いているのではなく、マネージャーがいて、マネージャーがその人と関わって、先生の情報をもとに先生にやってもらって、その人が主軸になっているのです。だから、先生もある意味で、一つのリソースだと思う。そして、そういう位置取りの場合に、有効性は高いです。

遠くからお金かけて被災地に入って、「何かしないといけない」という気持ちがあると、「何かをしてもらわないといけない」という気持ちに変わっていくのです。「ただ新聞読んでいることで何の意味があるのだ」とか、「人がこんなにいるのに何もしないのはもったいないのではないか」と思われても、何もないのでしょうがないのです。無理に人の家に行くことにはないので、忙しい時期と暇な時期とがあります。あと、365日やっているのです、お正月早々人の家に行くことはできないことをまずご理解いただいた上で、来ていただきたいと思います。支援に対する熱い思いを、なかに入ったときに少し沈めてもらえるような態度は常に必要と思いました。

地域のことが分からない

外部支援者のマイナスの要因として、外部支援者だけでは動けないということがあります。道が知らない、運転できない、あと言葉の壁ですね。

配慮に欠ける言動

華美な服装は勘弁していただきたいです。こちらからは言えないので。被災者の方は、「自分たちのことを特別視しないで」と言うのですが、基本的にちょっとだけ襟を正してほしいところがあります。あれだけの被害があり、数年経って復興してきたとはいえ、しんどさがあって、軽くなれない人たちがいるかもしれない、そういう人と会うかもしれないという、謙虚さというか、その辺（の配慮）は持ってほしいというのがあります。

まだ避難所から仮設へという移行期、まだ町全体が被災という空気感に包まれているなか、観光的に来られたのは、非常につらいところがありました。我々の前では、非常に神妙なのですが、ちょっと離れているところで、モニュメントで写真をとったりとか。まだ観光でなく、支援ということで入ってこられている時期なので、そこが目立つような方々には、注意しないといけない。

我々の活動を、勝手に評価して帰っていく先生とかがいるんです。「いい」と言われれば、別に悪い気はしないのですが。

いろいろな先生がいらっちゃって、不安な方もいれば、非常にやる気に満ち溢れて、中期ぐらいに来られて仕事なくて怒るというようなパターンがありました。そうすると非常にやりづらかった。

3) 宮古市の地域精神保健医療福祉ネットワーク

外部支援として、望ましい支援

1. 外部支援の内容について

1) 役に立った支援(要望も含めて)

研修

●●さんからのご紹介で、●●病院にアルコールの研修に行かせていただきまして、それはスタッフのモチベーションにつながってよかったと思います。

アルコールの研修会に行った方々が、それでプログラムができて、今は家族教室までも開けるようになってました。その辺の成果は出ているのかな。

コンサルテーション

職員が頭を悩ませるのも精神(的な問題)の人たちなんですよ、いろんなトラブルがあって。ですから、専門的な対応が必要になってくるんだけど。とにかく、今は、全面的にご指導いただいている感じです。

必要だったのはやっぱりスーパーバイズだったかもしれません。精神の部分でいえば、スーパーバイズ。ここは作業所のわりに弱いので。スタッフのスーパーバイズをやってくれたらよかったのかな。そういった意味では、だから、●●先生だとか、●●さんだとか、●●さんだとかっていう方がいたっていうのが大きかったんでしょうね。

やっぱり医療。我々が弱いのは、とにかく精神疾患に対する知識と見通し、見立て。これがやはり難しいので、その辺を教えてくれる人間。医療へのつなげ方とか、服薬の知識とか、そういうのは弱いんですよ。本読んで頭に入れてる程度の知識しかないから、経験がない。

2) あればよかったと思う支援

支援者のための相談窓口

何か困ったときにすぐ相談できるというのが必要です、あとで聞くとかではなく。我々は現場で仕事して、目の前でいろんなことが起きるから、そのときにすぐという体制。これが特に精神保健の分野でもあると非常にいいのではないかな。法律職と連携ができて、昔だったら、「来月の何日に時間空けときますから来てください」というようなものが、今は携帯で、先生たちと仲よくなっているから、「今こうなんだけど、どうなの」と、電話ですぐ解決、そういうのが必要ですよ、精神の分野は。「今こういう状態なんですけど、今聞きたいなんですけど」と言えば、すぐ答えてくれるような。ですから、電話(相談体制)

なんとか、全国的にすぐにもうできるように。

3) 疑問のある支援

人員の補充

震災後にいろいろ組織化していますけれども、岩手県に登録した職員を市に送るという仕組みをつくったんです。そのベースになったのが、震災が起きて1か月後に県が募集して、送り出した組織なんです。釜石にも宮古にも入っています。私たちと同じ職種で内陸で仕事してる人たちを、4人が5人、交代で1週間ごとに送るという職員派遣チームです。

自分は、断ったんです。必要なところ、釜石は1年ぐらい人来てたんじゃないですかね。それについては、1か月以降はそんなに困らなかったんですよ。困らないと言ったら変だけれども、職員に来てもらったとしても、やってもらうことがないの、残念ながら。1週間だから。ずっといって、我々と同じように動いてもらえるんだけど、1週間で、代わる代わる来た人に教えるわけでしょ。地理はわからないし、1週間経てばまたいなくなるので教えてもしょうがないって感じになりますよね。常勤職員と一緒に動く形になって、あんまり効果がなかったと思っています。

もし送るのであれば、同じ人を継続して送ってくればよかったという部分ですね。来てくれるだけでありがたい。

マンパワーが必要ということで、職員派遣を一生懸命考えてくれたんだけど、今思えば必要なかったような気がします。というのは、うちの仕事が、そういうものではなかったのです。いろんな人の手が必要な作業、そういうのは全然やっていませんので。たぶんそういうところは必要だったと思うんですけど。1人でも多くね、家の片づけとか。でも、ここはそんな仕事全然しないので、要は、相談業務。ただ、これはできないんじゃないでしょうか、派遣された人たちでは。

ベテランの人たちがいっぱい来ましたが、難しかったんじゃないでしょうか。一般の健常者であればね、いいんでしょうけども。我々が関わる人に私たちの代わりが相談を受けるといのは厳しんじゃないでしょうか、派遣職員では。自閉症でワーワーってやって、障害者のところにその人が行っても難しいし、家族も初めて会った人に、そういう意味では、無理がちょっとある。

ピアカウンセリングや SST だって、ここで何人かでやるものですから、人手がほしいわけではないのです。少人数の活動です、すべて。ですから、今思えば、我々の事業所に限っていえば、マンパワーはあんまり必要ないんじゃないだろうか。

ケースを掘り起こしていくんだけど、それを置いていく人。ありがたいような、困るような感じでしたね。「こういうケースがあったから、あとアフターフォローしてちょうだい」という、「フォローしてちょうだい」と言われたときに、困りますよね。

ちょっと置いていくものですから。それが震災、特に直後に、こっちも疲れて。今、目の前のことが精いっぱいのときにそうなると、仕事増えるから苦しかった。それは、迷惑ではなくて、大変だったってことです。

面白いなと思ったのは、この人たちが行ったとき、「このことで困ってる」となりますよね。ちょっと対応が遅れますよね、そうすると、もう解決してたりして、相談内容はなくなっていたり、あとは「遅い」って怒られて。「もっと早く来てほしかった」とか。だから迷惑って意味じゃなくて、「ああ、困っちゃったな」というのでした。

震災直後に、●●●でもうちの病院にも来てくれたそうなのですが、「支援が必要だったら、ボランティアを派遣します」という話をしたら、部長が断ったのです。なんとなくわかると思ったのですが、断ったことに対して、●●●がすごく反応して。自分のところに連絡して、「●●さんが今までいた病院で、支援断ったんだけど、大丈夫なの」って逆に言われました。戻ってから、部長にそういう話がありましたねと話したら、来てもらっても、全く知らない人に対応するのにエネルギーを使うから、それほど建物も壊れてないし。大丈夫なのかって、うちは。だから、そこに知らない人がいっぱい来ると、余計スタッフが疲れるから断ったんだ、と。当たり前だと思いました。

2. 外部から支援者が入ることの意義、困難など

1) 意義

新しい情報

一番外部支援の意義というのは、震災を経験した人たちが実際来て、自分の経験に基づいて話してくれると、それは参考になるんじゃないかな。たとえば結婚式をしたことない人にとって、「明日結婚式しよう」と言われたら、わからないんだと思うんです。したことのある人から聞くと、「こうやって順番にこうやるんだ」とわかる。それと同じで、震災のとき、何していいかわからなかったということ。行政には、そういう人が入って来ていたんですよ。我々も震災経験した障害者支援の人がそういるわけではないとは思いますが、来ていろいろ話をしてもらおうと、助かるんじゃないかな。それはとてもありがたい。だから、阪神・淡路大震災を経験した人たちが来たりしたのは、すごくよかったと思いました。

一旦、収束を迎えるというか、復旧から復興に切り替わったあたりで、我々としては、情報がほしかったです、新しい情報が。力の置き方を、基盤をもう1回つくり直そうというところから一段落したら、自分たちはこの今の医療に置いて行かれないようにしようとか、もう1回その辺を見直すという時期が来たときには、情報がほしかった。みんなではないと思うのですが、自分はそうでしたね。置いて行かれるような気がしましたね。その矢先に WRAP に出会ったのは、自分にはよかったですね。●●さんから、WRAP っていうのが

あるよっていうことで。

身近にピアスタッフがいなかったのが、我々にとっては新鮮でした。障害者というのが先に来たんですけど、やっぱり話ししてみると、全然違いますね。障害は関係ないと思いますね。それぞれの人生の中で、いつかのタイミングで精神の障害を、この人たちは体験しているだけで、たまたま、自分たちはそれを体験してないだけで。受診してない、外来に行っていないので、自分たちには診断名はないですけど、行けば必ず何かついちゃうというの、なんとなくわかりました。ピアというのは、障害者という、精神障害者ということによく使われるんですけど、ピアは精神障害者じゃなく仲間だということを教えてもらいました。重要な出会いでした。ピアの、●●さんとか、●●さんとか、皆さんに会った。そのつながりをしてくれた●●さんは非常にありがたかったです。そこから、どんどん広がっていききました、つながりは。

新しいこととか、たとえば、学会の人たちとも、いろんなのが出てきたわけです。仮面座談会とか。リカバリーとか、WRAP とか。それはもし震災なければ、なかったかもしれない。そこはやっぱり、すごくいいと思います。

刺激

元気サロンでしたか、その部分で●●先生がこうやってね、すごい人に来てもらえるのは、職員も勉強になるんです。

●●さん、あの人 came ことで大きく変わったと思います。やっぱり弱いから、我々が。●●さんに助けてもらったりとか。あれは大きな変化。●●学習会とか、いろんなことやって。通常は職員が勉強してやれるようなことでも、●●さんに頼ってるかな。

相談しやすさ

家族を亡くした人とか、家が流された方とか、その中で、普通というか、とりあえず失ったものは直接はないけど、その地域を通過して来るとか、いろんなところで目にするから、痛みとしてはあるのです。でも、失ったものが、あの人たちに比べれば、ちっぽけだから、口に出しては言えない。ふたをしている部分があるのです。そして、いろいろな被災をして、心が沈んだ方のケアをするわけじゃないですか。面接とか。それがきっかけで、外来に来るようになった方とか、入院になった方の支援をするのです。どこかでアウトプットしたいけど、現地では、それは口にできないって感じなんです。自分では、その時期に気づけてはいないんですけど、何か苦しいと思っていました。私は、このインタビューを受けたときに、ああ、それだったんだって、自分で気づいたりしました。聞いてもらえる、その機会に感謝しています。

話しているうちに、自分で整理できたというか、「あっ、これだったんだ」、自分がなんか詰まっていたのは、とか。

中長期における外部支援者の心得

1. 被災地で浮かない身なりを

対人支援に相応しい身なりかどうか、今一度考えてみましょう（例：華美な服装、茶髪など）。被災地では、依然つらい状況にある人に会うかもしれません。自分の雰囲気や相手にどのような印象を与えるか、想像してみましょう。

2. 現地に入る前に、地域の情報を

現地の地理や言葉がわからないと、現地支援者の付き添いが必要となり、外部支援者だけではなかなか有効な支援ができません。事前に知識を得ておくことで対応できることもあります。地域の事情を知らないで助言したり、理想を語ったりしても、現地の人びとの心に響きません。

3. 外部支援が集中しないように

外部支援者が多数いることが必ずしも良かったともいえない、という声もあります。自分たちだけでなく、全国の外部支援者が同じようなことをしているのではないかと（例：同じような研修の申し出など）と想像してみましょう。被災地では断りづらく、無理をして受け入れることもあります。外部でできるだけ調整することで、被災地の負担を減らすことができます。

4. 専門性、職種にこだわらない

順応性のある、我を出さない支援者は現地で協働しやすいです。専門性や職業アイデンティティにこだわった支援者のために仕事を調整するのは、大変な負担になります。被災地では、精神保健の専門性を持っている「なんでも屋」のつもりで動きましょう。自分の専門性が生かされるような仕事がタイミングよくあるとは限りません。専門外のケースへの対応や、生活支援、事務処理など、もしかしたら自分の不得手なことを求められることもあります。

5. 継続的な支援を

不定期で代わる代わる支援に入る状況では現地支援者、また住民と関係性を作ることは難しいです。細くても息の長い支援のほうが、現地支援者としてはありがたいです。

6. 気遣いがあることを忘れずに

現地支援者は、外部支援者に対して気を遣ってしまいます。時には、仕事がないことに不満を言われ、あえて仕事を調整するようなことさえあります。中長期にはあまり変化がないことを前提にして、求めに応じて支援をしたり、被災地の現状を知ったり、風化させないことに努めてくれる支援者をありがたく思います。

7. 勝手に調査をしない

地元では、アンケート等の調査は、一つ一つは大変ではなくても、数が多く辟易しています。外部支援者が、第三者的な立場で支援活動を評価する場合には、関係者へのヒアリングをして、現地支援者にフィードバックする形などが良いかもしれません。

東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響

分担研究者 神尾 陽子 1)、金 吉晴 2) 3)

研究協力者 大沼 麻実 3)

- 1) 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
- 2) 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
- 3) 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

【研究要旨】

【背景】東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももあり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかと不安の声が上がった。メディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆している(1)。しかし災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状がある。

【目的】そこで本研究は、東日本大震災後のメディアへの暴露が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とする。そのうえで新たな視点として、メディアへの暴露とプレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のため方策を検討する。

【方法】多摩地区の6歳児426名の保護者に対し、2013年2月6日から2013年3月9日にかけて郵送による質問紙調査を行い、回答があった192名(回答率45.1%)のうち、震災時に福島県にいた1名を除外した191名を解析対象とした。本年度は、下記の2つの仮説、〔仮説1:子どもの情緒や行動の問題(SDQ)(特に情緒に着目)において、映像にどれだけ曝されたかよりも、視聴直後の症状が影響しているのではないか〕、〔仮説2:自閉症的特徴(SRS)をもつ子どもは映像に対して敏感であるため、1年後および2年後の情緒により影響が残りやすいのではないか〕について階層的重回帰分析を行った。

【結果】震災から2年後については、子どもの情緒と行動の問題(SDQ)の下位分類である情緒に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているという〔仮説1〕が支持された。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1年後の情緒に影響があるという〔仮説2〕も支持された。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは1年後も影響が持続していたといえる。しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事でも丁寧に対応していくことが大事になってくるのではないだろうか。

1. 背景

ニューヨーク 9.11 テロの後では、テレビでのビル爆破映像を視聴した児童が PTSD になったという研究結果が出たが、他方でこの度改正された DSM-5 では特殊な場合を除き、テレビ視聴による PTSD 発症は認められていない。しかし今般の東日本大震災においても津波映像の視聴が児童に心理的悪影響を与えるのではないかと懸念が一部の専門家によって指摘されており、日本での調査報告もまだないという現状にある。

2. 目的

本研究は、1) 東日本大震災後のメディアへの暴露が遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査した上で、2) プレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、3) 要支援児の同定および早期対応のためのエビデンスを提供することを目的とする。また後述するが、結論から先に言えば、先行研究では、テレビを視聴した際の即時的なストレス反応の有無や、それがどのくらいの期間で回復するののかについては調査されていないことが明らかとなった。そこで、即時的な反応の持続期間に加え、震災前後の体重・身長といった発育、通園状況を調査することにより、影響を受けた子どもがどのくらいの期間で回復していくのかを明らかにしたい。

なお、本研究は当センターの倫理委員会の承認を受けて実施している [NCNP 倫理委員会, 承認番号 A2012-056]。

3. 方法

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に研究協力者として登録された、多摩地区の 6 歳児、426 名の保護者に対し、2013 年 2 月 6 日から 2013 年 3 月 9 日にかけて郵送による質問紙調査を行った。質問紙の作成にあたっては、先行研究をレビューし(平成 24 年度の報告書参照)、先行研究と比較可能な項目を網羅したうえで、独自に作成した項目を含めて作成した。本年度は、質問紙が返送された後にデータ入力を行った。その集計結果と SPSS によるデータ解析の一部について報告する。

質問紙の主な質問項目は、下記の通りである。

- 1) Demographic features
- 2) 震災時とその後の生活状況
- 3) 震災関連の報道映像の視聴内容とその際(当日ないし翌日)の子どもおよび保護者のストレス反応とその持続時間(尺度は筆者が作成)《図 1, 2, 3》
- 4) 映像の視聴に対する親の認識《図 3》
- 5) 視聴を挟む震災前後(2010 年 3 月～2012 年 12 月)の子どもの発育・通園状況
- 6) 震災の 2 年後の Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ「子どもの強さと困難さアンケート(子どもの情緒や行動の問題)」
- 7) Social Responsiveness Scale [対人応答性尺度(自閉症的特徴)](2012 年 1 月末～3 月 31 日: 児童部の既存データ)
- 8) 親の現在の精神状態(K6)

4. 結果

4-1. 素集計結果 (素集計の詳細な結果については、昨年度までの報告書を参照されたい。)

【主な Demographic features】

192 名の保護者から回答を得て(回答率 45.1%)、解析にあたっては震災時に福島県にいた 1 名を除外した。性別については(n=189)、男児 53.4%(n=102)、女児 46.6%(n=89)であった。回答保護者の続柄は(n=188)、母親 96.8%(n=182)、父親 3.2%(n=6)であった。

【解析結果】《図 4》

〔仮説 1: 子どもの情緒や行動の問題(SDQ)(特に情緒に着目)において、映像にどれだけ曝されたかよりも、視聴直後の症状が影響しているのではないか〕

相関分析の結果、子どもの視聴映像種類数(暴露数)と 1 年後および 2 年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)の下位尺度である「情緒の問題」の間に、弱い有意な正の相関があった(1 年後, 2 年後ともに $p < .05$)。また、子どもの症状種類数と 2 年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)の Total difficult score および下位尺度である「情緒の問題」の間に、有意な正の相関があった(1 年後, 2 年後ともに

$p < .01$)。

重回帰分析の結果、1年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)を従属変数とし、暴露数と症状数を独立変数として重回帰分析を行った結果、暴露数は $=.13(n.s.)$ 、症状数は $=.04(n.s.)$ であった。また、2年後の子どもの情緒や行動の問題(SDQ)を従属変数とし、暴露数と症状数を独立変数として重回帰分析を行った結果、暴露数は $=.13(n.s.)$ 、症状数は $=.23(p < .01)$ であった。

ゆえにこれらの結果から、1年後は暴露数も症状数もどちらも情緒に影響していなかったが、2年後の情緒に対しては、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているということが分かった。

〔仮説 2: 自閉症的特徴(SRS)をもつ子どもは映像に対して敏感であるため、1年後および2年後の情緒に、より影響が残りやすいのではないか〕

階層的重回帰分析において、STEP1 に暴露数と症状数、STEP2 に SRS を投入した結果、1年後の情緒については、暴露数は $=.16(p < .05)$ 、症状数は $=.01(n.s.)$ であり、SRS は $=.56(p < .0.1)$ であった。つまり、同じ程度映像に暴露され、症状が同じ程度みられた子どもの中では、自閉症的特徴をもつ敏感な子どもであるほど一年後にも情緒に影響があることが分かった。

また同じく階層的重回帰分析において、STEP1 に暴露数と症状数、STEP2 に SRS を投入した結果、2年後の情緒については、暴露数は $=.15(n.s.)$ 、症状数は $=.21(p < .05)$ であり、SRS は $=.03(n.s.)$ であった。つまり同じ程度映像に暴露され、症状が同じ程度みられた子どもの中では、自閉症的特徴の影響は2年後の情緒にはみられなかったということが分かった。

5. 考察

震災から2年後については、「子どもの情緒と行動の問題(SDQ)」の下位分類である「情緒」に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているという〔仮説 1〕が支持された。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1年後の情緒に影響があるという〔仮説 2〕も支持された。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは 1

年後も影響が持続していたといえる。

しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事でも丁寧に対応していくことが大事になってくるのではないだろうか。

6. 班会議の出席者からのコメント

班会議発表後の出席者によるディスカッションでは、災害関連の遊びをする子どもの割合が約4割であり、とても高いことへの驚きの声があった。震災当時5歳の子どものが、テレビを見た影響のみで災害関連の遊びをするということは、子どもたちにとってはテレビの映像がそれだけ印象的であったということだろうとの意見であった。これについて他の参加者からは、震災関連の遊びなど、災害直後に様々な影響が見られるにしても、本調査の目的のひとつでもある永続的な影響が出るかどうかという懸念に対しては、あまり影響がなかったということに安心したとの声もあった。

また、調査対象者である保護者の中には、放射線の影響や余震の不安などから子どもを遠方に避難させたと答えた人が約6%いたため、もともと災害に対して意識が高い集団であるかもしれないという指摘があった。この点について他の参加者からは、避難した人の割合を一般人口と比べることができれば、今回の対象者の集まりが敏感であるかどうか推定することができ、今回の参加者が一般人口をどれくらい代表しているかがわかるかもしれないとの意見も出された。

文献

1. <http://child-neuro-jp.org/visitor/iken2/20110325.html> (2015.3.1現在)
2. Goodman, R.(1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-6.
3. <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese> (2015.3.1現在)
4. 森脇愛子, 藤野博, 神尾陽子.(2012). 子どもの強さと困難さアンケート(Strength and

Difficulties Scale:SDQ)日本版の標準化と信頼性・妥当性検証. *日本社会精神医学会プログラム・抄録集*, 31, 125.

5. Constantino, J.N. et al. (2003).Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 33(4), 427-33.
(http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70492&_dad=portal&_schema=PORTAL) (2015.3.1現在)
6. 神尾陽子, 辻井弘美, 稲田尚子ほか.(2009).

対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale; SRS)日本語版の妥当性検証-広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scale; PARS)との比較. *精神医学*, 51(11), 1101-9.

7. Kessler, R.C. (2002).Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non- specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 969-76.
8. 大野裕ほか.(2002).一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究-研究協力報告書.

図1. 子どもの視聴映像の種類数 (暴露数)
(n=169)

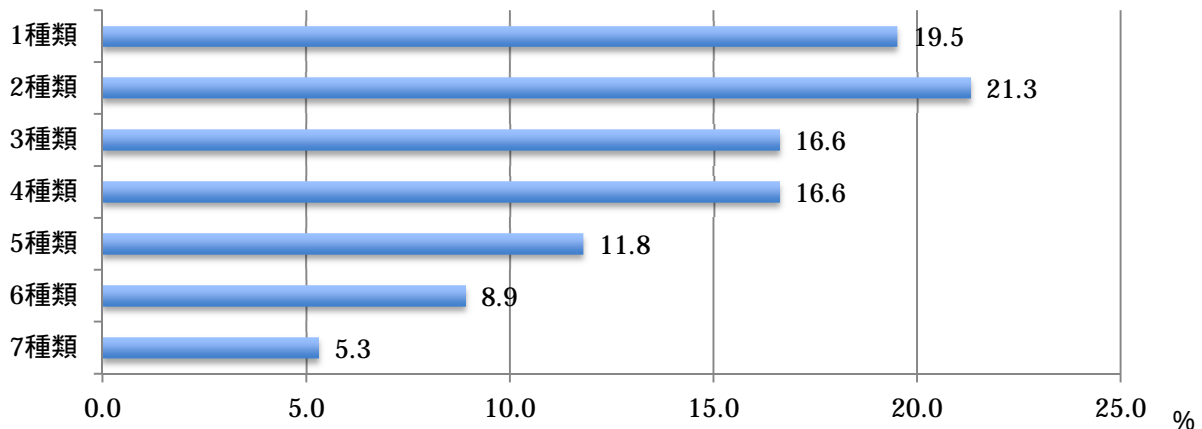


図2. 子どもの視聴直後の症状種類数 (n=160)

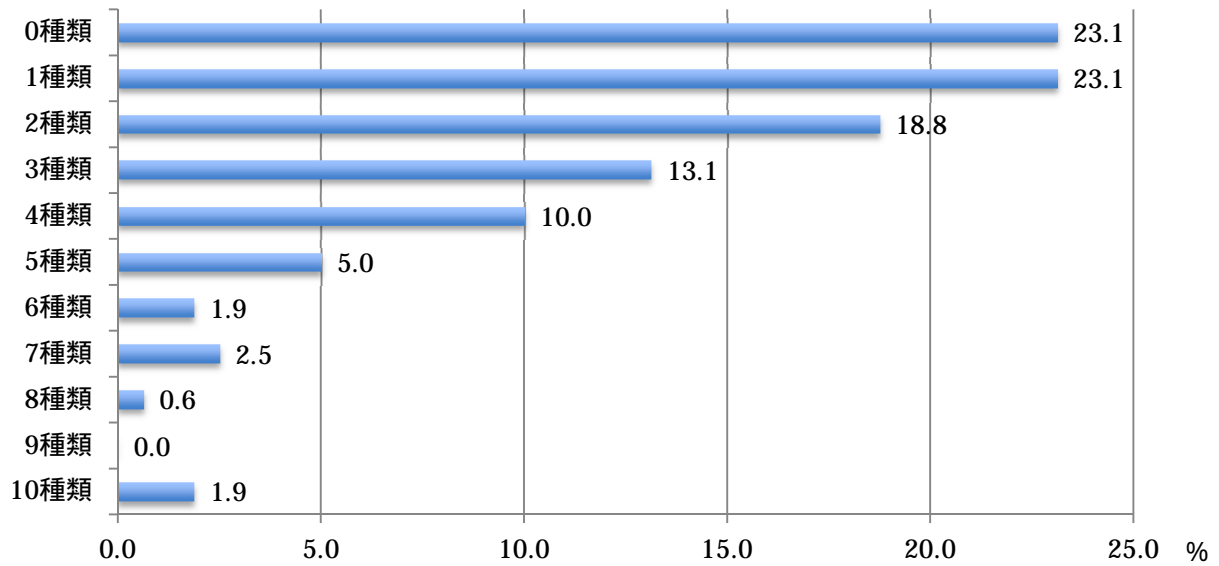


図3. 子どもの視聴直後の症状 (複数回答)

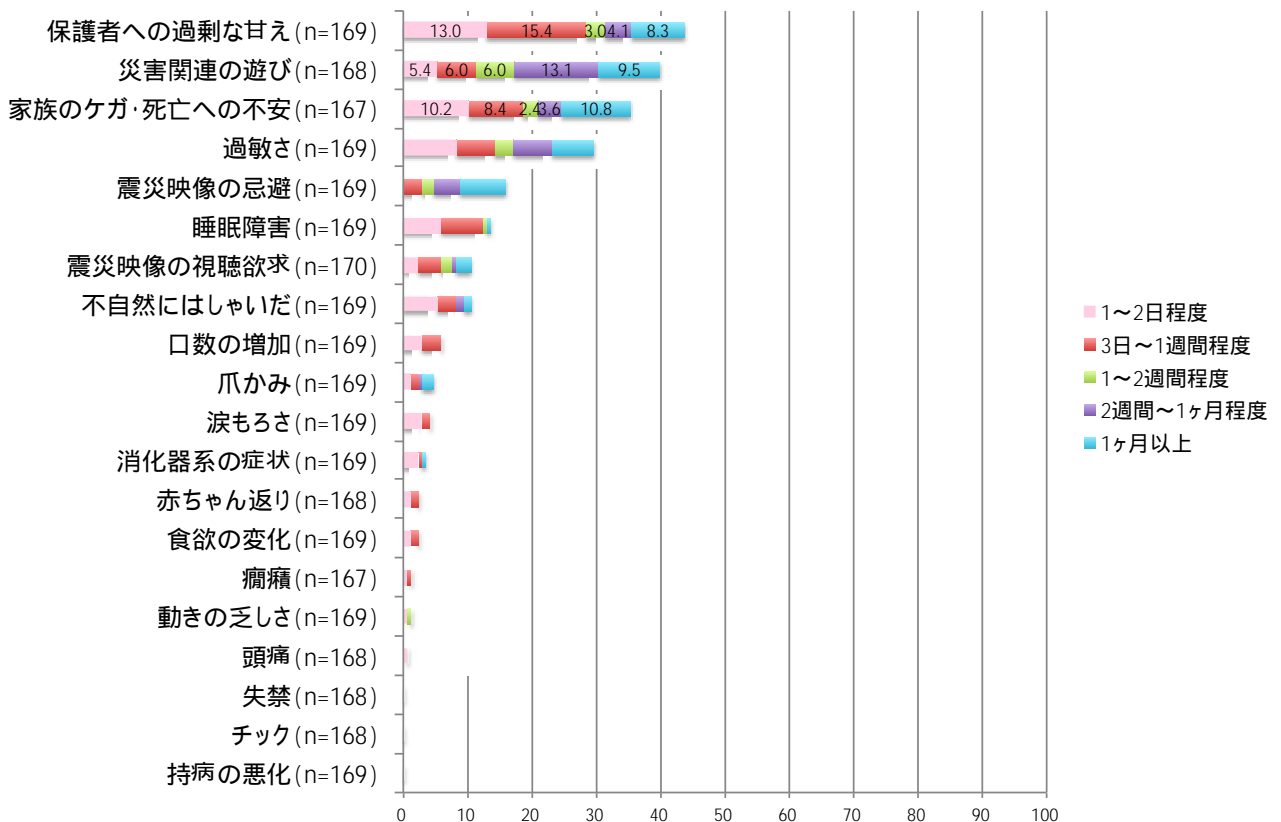


図4. 震災1年後および2年後の情緒に対する階層的重回帰分析

| 震災1年後の子どもの情緒 | | | 震災2年後の子どもの情緒 | | |
|--------------------------------|---------|---------|--------------|---------|--|
| | β | β | β | β | |
| STEP1 | | | STEP1 | | |
| 暴露数 | .20* | .16* | .15 | .05 | |
| 症状数 | .03 | .01 | .22* | .21* | |
| STEP2 | | | STEP2 | | |
| 子どもの自閉症的特徴(SRS)合計得点 | | .56** | | .03 | |
| ΔR^2 vs. control model | .04 | .35*** | .08** | .08 | |
| Full-model R^2 | .03 | .33*** | .06 | .05 | |
| Model F ratio | 2.6 | 21.3 | 4.9 | 3.3 | |

*** $p < .001$, ** $p < .01$, * $p < .05$

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

被災地の飲酒問題に関するアンケート調査
研究分担者 松下 幸生 国立病院機構久里浜医療センター 副院長

研究要旨

岩手県、宮城県、福島県において被災者を支援している保健師、生活支援相談員等の支援者756名を対象としてアルコール関連問題に関するアンケート調査を実施した。アンケートの内容は、アルコール関連問題の増減・問題の内容、飲酒問題への対応で困った経験の有無、アルコール以外の精神的な問題、避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、アルコール関連問題の介入、予防に役立ったことである。アルコール関連問題の増減は、震災からの時期によって異なり、震災発生から避難所閉鎖までの期間は変わらないとする回答が多かったが、避難所閉鎖以降の期間では増えたとする意見が多くなった。増えた理由としては、震災による生活や住環境の変化を挙げた者が多かった。地域別にアルコール関連問題の増減をみると、岩手県では変わらないとする意見が多い一方、宮城県では増えたとする意見が多かった。増えた理由については震災による生活や住環境の変化を挙げるものが3県とも多いが、福島県では補償金などの収入を理由に挙げるものが他の2県より多かった。アルコール関連問題の内容としては、朝や昼間からの飲酒、飲酒による健康への影響、酔って他人とケンカなどの問題を挙げた者が多かった。アルコール以外の精神的問題については、震災発生から避難所閉鎖および避難所閉鎖から震災1年後までの期間は、不眠、不安、うつ、持病の悪化が増えたとする意見が多いが、震災1年後から調査時点までの期間では、うつ、不眠に次いで、認知症を挙げるものが多かった。避難所での飲酒に関する意見としては、避難所では飲酒すべきではないとする意見が過半数であり、避難所へアルコール飲料を持ち込むことについても支援物資としては持ち込むべきではないとする意見が半数以上であった。仮設住宅でのアルコール問題については、全体では約60%の支援者が経験しており、朝や昼間からの飲酒や飲酒による健康被害を相談されたものの割合が高かった。仮設住宅でのアルコール問題の相談で困った経験は全体で約50%が認めており、関わり方がわからない、地域住民の苦情への対応をその具体的な内容として挙げる者の割合が高かった。

支援者の意見としては、アルコール問題が増えたという印象が少なくない。また、その対応については、アルコール問題に対応した経験が乏しいことから困難に感じられていると考えられた。これらの結果を災害後のアルコール関連問題への対応や予防について検討する材料としたい。

研究協力者

杠 岳文：国立病院機構肥前精神医療センター
院長

阿部祐太：国立病院機構花巻病院 精神保健福祉士

水野由香里：釜石市保健福祉部健康推進課

福田貴博：国立病院機構琉球病院 医師

佐久間寛之：国立病院機構久里浜医療センター
精神科医長

藤田さかえ：国立病院機構久里浜医療センター
医療社会事業専門職

長 徹二：三重県立こころの医療センター医長

原 敬造：医療法人社団原クリニック 院長

奥平富貴子：医療法人東北会東北会病院医師

鈴木俊博：医療法人東北会東北会病院精神保健福祉士

三浦敦子：医療法人東北会東北会病院看護師

A. 研究目的

災害発生後に被災地で飲酒量が増加してアルコール関連問題が発生することは国外の過去の多くの災害やその調査が指摘している。我々は東日本大震災のアルコール関連問題に及ぼす影響を検討するために平成24年度から3年間にわたって岩手県、宮城県及び全国の一般住民を対象とした調査を実施したが、アルコール関連問題の明らかな増加は示唆されな

った。しかし、一般住民調査では回答率がやや低いことや、問題を抱えた住民は回答しないことが考えられるため、住民調査結果から震災によるアルコール関連問題への影響はないと結論することには慎重になるべきと考えられた。

そこで、本研究は被災地における飲酒の問題について地域の支援者を対象としたアンケート調査を実施し、問題の実態や効果的予防法や対策について検討することを目的とする。

本研究の特徴は以下の点である。

1) 被災地におけるアルコール関連問題の状況について、相談の窓口である地域住民支援者を対象に調査を実施することにより、より正確に実態を把握できる。

2) 避難所における飲酒についての意見等、今後のアルコール関連問題についての対策や予防方法に関する資料を提供する。

B. 研究方法

1) 対象

平成24年度から3年間にわたり実施した障害者対策総合研究事業「被災地のアルコール関連問題・嗜癖行動に関する研究」研究班では、岩手県、宮城県の被災地で研修等の支援活動を行い、その効果を検証した。その際に関わった地域の支援者に協力を依頼し、さらに研究協力者が福島県で行った研修の参加者を中心にアンケート調査への協力を依頼した。アンケートは平成27年3月から11月にかけて依頼し、12月までにすべて回収した。

2) アンケート調査

調査票

調査票は本報告書の最後に掲載する。アンケートは無記名で、性別、職種および経験年数、主な支援担当地域、被災地における勤務開始時期について回答を依頼した。アルコール関連問題については、件数の増減、具体的な問題の内容、アルコール関連問題への対応で困った経験の有無とその内容、アルコール以外の精神的な問題で増加したものの、避難所での飲酒やアルコール飲料の持ち込みに関する意見、仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験の有無とその内容、アルコール関連問題の介入、予防に役立ったことについて回答を依頼した。

解析方法

得られた回答はコンピューターに入力して解析を行った。解析には統計解析パッケージSAS (version 9.2) を使用した。平均値は t 検

定、割合の比較はカイ二乗検定を用いた。

(倫理面への配慮)

本研究は独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター倫理審査委員会の承認を得て実施した。調査対象者には書面にて研究の目的や方法について説明し、同意の得られたものから回答を得た。アンケートは無記名のため、個人情報には限られているが、得られた情報は厳密に保管して、本調査の関係者以外が取り扱えないよう配慮し、情報漏洩には十分な対策を講じた。

C. 研究結果

1. 回答者の性別、職種、勤務年数

性別が記載されていない8名、県名が記載されていない1名を除いた有効回答は、男性182名、女性574名、合計756名より得られた。県別では岩手県が284名、宮城県は409名、福島県は63名と宮城県が最多である。回答者の担当支援地域の分布を表1に示す。また、職種の分布を県別に表2に示す。

回答者全体の平均勤務年数は 10.9 ± 10.5 年だが、県別にみると岩手県が最も短く、福島県の回答者が最も長い。県別の勤務年数の分布を表3に示す。

2. 被災地での勤務開始時期について

被災地での勤務開始時期について、震災前から、震災後1年未満から、1年以上2年未満から、2年以上3年未満から、3年以上経ってからに分けて、その分布を表4に示す。

震災前から勤務していた者は120名であり、全体の15.9%であった。割合が最も多いのは震災後から1年未満からで281名(37.2%)であった。

3. アルコール関連問題の増減について

支援者からみた震災前後のアルコール関連問題の増減について下記の3つの期間に分けて質問した。震災発生から避難所全面閉鎖までの期間、避難所全面閉鎖から震災後1年までの間、震災1年後からアンケート回答までの期間。期間ごとに集計した結果を表5に示す。

1) 震災発生から避難所全面閉鎖までの期間 “わからない”と回答した者がいずれの県においても最多である。次いで、全体では“変わらない”と回答した者の割合が高い。

震災前から被災地で勤務していた120名に限って集計すると、岩手県では“変わらない”と回答した者が45.0%と最も多く、次いで“増

えた“が”22.5%、“わからない“が”20.0%の順であった。宮城県では“わからない“が”45.5%”と最も多く、次いで“変わらない“25.8%、“増えた“18.2%の順であった。福島県では“増えた“44.4%、“わからない“33.3%、“変わらない“22.2%の順であった。

2) 避難所閉鎖から震災1年後までの期間

全体の割合は表5に示す通りである。“わからない”という回答が最多だが、次いで“増えた”とする回答が多かった。上述のように震災前からの勤務者に限って集計すると、岩手県では“変わらない”52.5%、“増えた“と”わからない“がそれぞれ22.5%であった。宮城県では、”増えた“が46.2%と最多であり、“わからない“35.4%、“変わらない“15.4%の順であった。福島県では、“変わらない“44.4%、“わからない“33.3%、“増えた“22.2%の順であった。

3) 震災1年後から調査時点までの期間

全体では“増えた”と回答した割合が最多で、“変わらない“が次ぐ。震災前からの勤務者に限って集計すると、岩手県では“変わらない”50.0%、“増えた“40.0%の順であり、宮城県では、“増えた“が58.0%と最多であり、“わからない“、“変わらない“がそれぞれ18.8%であった。福島県では、“変わらない“55.6%が最多で、“わからない“、“増えた“がそれぞれ22.2%となっていた。

以上をまとめると、震災発生から避難所閉鎖までの期間は変わらないとする意見が多かったが、避難所閉鎖以降の期間では、増えたとする意見が多くなり、特に震災1年後からは、特に増えたとする意見が多くなっていた。

4. アルコール関連問題が増えた理由

アルコール関連問題が増えたと回答した者にはその理由に関する意見を尋ねている。表6に示すように、時期を問わずに増えたと回答したものは全体の48.2%であり、ほぼ半数であった。特に宮城県では過半数だが、岩手県、福島県では4割弱の割合である。

増えたと回答した者に対してその理由を選択肢から複数回答で選んでもらったところ、震災による生活や住環境の変化を挙げた者の割合は全体で84.1%と最多であった。次いで、震災前からの問題の再燃や悪化を挙げた者が62.9%であった。理由については地域差が認められ、補償金などの収入を挙げた者は福島県で多く、周囲の見方の変化を挙げた者は岩手県で最も多かった。

5. アルコール関連問題の内容

表7に各期間に分けて、具体的な問題に関する意見の回答を得た。回答は選択肢から複数回答可で選んで回答してもらった。

震災発生から避難所閉鎖までの期間では、朝や昼間からの飲酒と回答した割合が最も高く、次いで飲酒による健康への影響が多かった。この期間の問題については地域による違いは認められなかった。

避難所閉鎖から震災1年後までの期間では、朝、昼間からの飲酒が最多で、健康への影響が次に多い点では前の期間と同じ傾向であるが、宮城県では酔って他人とケンカすると回答した者が多く、福島県では朝、昼からの飲酒が少ないなど県による回答率の違いがみられている。

震災1年後から調査時点までの期間では全体的に問題があったと回答している割合がそれ以前の期間より増加していた。具体的な内容については、健康への影響という回答が最も多く、朝・昼からの飲酒、家族とのトラブル、経済問題、酔って騒ぐと続いている。地域による回答率の違いも以前の期間よりはっきりとみられるようになっていた。

6. アルコール関連問題への対応で困った経験

表8には震災後にアルコールに関連した問題への対応で困った経験の有無について質問し、経験があったと回答した者には具体的な内容を尋ねた結果を示す。対応に困った経験は岩手県を除いて過半数に経験がある。具体的な内容としては、どのように関わってよいかわからなかった、相手から問題を否認されて困った、地域住民からの苦情の対応に困ったと続いた。

7. アルコール以外の精神的な問題について

次に、アルコール問題以外の精神的な問題で増加したものについて質問した。回答は全ての回答者から得られたが、医学的な問題のため、より正確さを期すために、医療従事者または精神医療に関連した職種を選択して集計した。選択した職種および対象者数は、保健師203名、精神保健福祉士51名、心理士18名、医師7名、看護師74名、およびこれらの職種を含む複数の職種をあげた18名の371名である。

回答は複数回答で問題を選んでもらう他に、わからないという回答を設けている。集計の際はわからないと回答した者を除いて集計した。

集計結果を表9に示す。震災発生から避難所閉鎖までの期間では不眠、不安、うつ、持病の

悪化の順に多く、地域による違いは不安・パニックが宮城県、岩手県で多かった他は有意な差は認められなかった。

一方、避難所閉鎖から震災1年後までの期間では、不眠が最多であることは同じだが、うつが多く、不安がやや減少していた。地域による違いは、PTSDが岩手、宮城県で多く、福島県では少ないという点である。

震災1年後から調査時点までの期間では、うつが最多であり、不眠が次ぐ。他の期間では少なかった認知症が増加している。パチンコなどの賭け事による問題は全体としては多くないが、地域による違いが明らかであり、福島県、宮城県で増えたという意見が有意に多かった。

8. 避難所での飲酒に関する意見

震災発生後、避難所では一部の者が飲酒して周囲に迷惑をかけるといったトラブルがあり、一部の避難所では飲酒、喫煙について自主的にルールを設定していたため、支援者に意見を求めた。その結果、表10に示すように地域を問わず避難所の中では飲酒を禁止すべきという意見が過半数であった。

9. 避難所へのアルコール飲料の持ち込みに関する意見

阪神淡路大震災の際の避難所への支援物資にアルコール飲料が含まれており、議論になった経緯を踏まえて、避難所へのアルコール飲料の持ち込みについて意見を求めた。表11に示すように、基本的にはアルコール飲料を持ち込まないとする意見が過半数であった。

10. 仮設住宅でのアルコール問題について

次に仮設住宅でのアルコール問題について相談された経験の有無を尋ねたところ、表12に示すように宮城県では70%以上、福島県では50%近く、岩手県では40%を超える支援者が相談を受けたと回答している。相談を受けた回答者にはその内容を選択してもらったところ、朝・昼間からの飲酒が最多で、飲酒による健康への影響が続いた。相談の内容は地域によって割合が大きく異なっているが、全般的に宮城県が高く、岩手県で低い傾向である。

11. 仮設住宅のアルコール問題の相談で困ったこと

アルコール問題の相談については経験の乏しい支援者も少なくないと思われることから、どのような事で困ったかを尋ねた。表13に示すように困った経験のある支援者は宮城県で63%、岩手県で40%、福島県で35%と多くの支援

者が相談されて困った経験を有していた。その内容について複数回答で選んでもらったところ、関わり方がわからずに困ったという回答が最多であり、地域住民の苦情の対応に困った、相手から問題を否認されて困ったという回答が次いだ。具体的な問題も地域によって割合が異なり、全般的には宮城県の支援者で高い割合になる傾向がみられた。

12. アルコール関連問題の介入、予防に役立ったこと

最後にアルコール関連問題の介入や予防に役立ったことについての意見を尋ねた。無回答が最多だったことから、有効と感じられる手段が限られていることが示唆されるが、研修を挙げる割合が最も高く、地域の関係者間の連携、専門家のアドバイスが次いだ。

D. 考察

震災後のアルコール関連問題の実態や支援者の対応についてアンケートを用いて検討した。県によっても異なるが、支援者の意見としては、アルコール問題が増えたという印象が少なくない。また、その対応については経験の乏しさのため困難に感じられている。これらの結果を災害後のアルコール関連問題への対応や予防について検討する材料としたい。

E. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表(国内)

1) 藤田さかえ、佐久間寛之、松下幸生. 東日本大震災被災地におけるアルコール関連問題・嗜癮行動に関する実態調査報告. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2015年10月12日、神戸国際会議場

2) 上野文彦、佐久間寛之、藤田さかえ、木村 充、瀧村 剛、松下幸生、樋口 進. 被災地におけるアルコール関連問題・嗜癮行動の実態調査. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2015年10月12日、神戸国際会議場

3) 瀧村 剛、松下幸生、佐久間寛之、中山秀紀、湯本洋介、遠山朋海、真栄里 仁、岩原千絵、木村 充、樋口 進. 東日本大震災被災後の被災地消防団におけるアルコール関連問題の変化. 平成27年度アルコール・薬物依存関連学会合同学術総会、2015年10月12日、神

戸国際会議場

3. 学会発表（国際）
なし

F. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得：なし
2. 実用新案登録：なし
3. その他： 特記事項なし

表1 支援者の活動地域の分布

| 県 | 市町村 | 人数 | 県内割合 (%) | 全体割合 (%) |
|-----|--------------|-----|----------|----------|
| 岩手県 | 一関市 | 2 | 0.7 | 37.6 |
| | 釜石市 | 41 | 14.4 | |
| | 宮古市 | 23 | 8.1 | |
| | 住田町 | 16 | 5.6 | |
| | 大船渡市および陸前高田市 | 42 | 14.8 | |
| | 大船渡市 | 111 | 39.1 | |
| | 陸前高田市 | 43 | 15.1 | |
| | 記載なし | 6 | 2.1 | |
| | 岩手県合計 | 284 | 100 | |
| 宮城県 | 塩釜市 | 13 | 3.2 | 54.1 |
| | 岩沼市 | 8 | 2.0 | |
| | 気仙沼市 | 52 | 12.7 | |
| | 山元町 | 4 | 1.0 | |
| | 七ヶ浜町 | 1 | 0.2 | |
| | 女川町 | 19 | 4.6 | |
| | 松島市 | 1 | 0.2 | |
| | 石巻市 | 88 | 21.5 | |
| | 仙台市 | 50 | 12.2 | |
| | 多賀城市 | 12 | 2.9 | |
| | 東松島市 | 45 | 11.0 | |
| | 南三陸町 | 16 | 3.9 | |
| | 名取市 | 25 | 6.1 | |
| | 記載なし | 75 | 18.3 | |
| | 宮城県合計 | 409 | 100 | |
| 福島県 | いわき市 | 16 | 25.4 | 8.3 |
| | 会津坂下町 | 2 | 3.2 | |
| | 会津若松市 | 5 | 7.9 | |
| | 喜多方市 | 6 | 9.5 | |
| | 郡山市 | 2 | 3.2 | |
| | 西会津町 | 5 | 7.9 | |
| | 大熊町 | 2 | 3.2 | |
| | 湯川村 | 1 | 1.6 | |
| | 南会津町 | 1 | 1.6 | |
| | 富岡町 | 1 | 1.6 | |
| | 福島市 | 2 | 3.2 | |
| | 北塩原村 | 1 | 1.6 | |
| | 記載なし | 19 | 30.2 | |
| | 福島県合計 | 63 | 100 | |
| 合計 | | 756 | | 100.0 |

表2 回答者の職種（県別分布）

| 職種 | 岩手県 | 宮城県 | 福島県 | 合計 (%) |
|---------|-----|-----|-----|------------|
| 保健師 | 58 | 125 | 20 | 203 (26.9) |
| 精神保健福祉士 | 5 | 40 | 6 | 51 (6.8) |
| 心理士 | 5 | 10 | 3 | 18 (2.4) |
| 医師 | 2 | 5 | 0 | 7 (0.9) |
| 社会福祉士 | 8 | 15 | 3 | 26 (3.4) |
| 介護支援専門員 | 17 | 18 | 3 | 38 (5.0) |
| 生活支援相談員 | 52 | 58 | 5 | 115 (15.2) |
| 作業療法士 | 1 | 2 | 0 | 3 (0.4) |
| 看護師 | 22 | 44 | 8 | 74 (9.8) |
| 薬剤師 | 8 | 0 | 0 | 8 (1.1) |
| その他 | 50 | 79 | 12 | 141 (18.7) |
| 不明 | 8 | 4 | 0 | 12 (1.6) |
| 複数あり | 48 | 9 | 3 | 60 (7.9) |

表3 勤務年数の分布（県別）

| 勤務年数 | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) * |
|-----------|------------|-------------|-------------|-------------|
| 1年未満 | 18 (6.5) | 11 (2.8) | 1 (1.8) | 30 (4.1) |
| 1年以上3年未満 | 49 (17.8) | 44 (11.1) | 8 (14.0) | 101 (13.9) |
| 3年以上5年未満 | 85 (30.9) | 123 (31.1) | 11 (19.3) | 219 (30.1) |
| 5年以上10年未満 | 30 (10.9) | 42 (10.6) | 9 (15.8) | 81 (11.1) |
| 10年以上 | 93 (33.8) | 175 (44.3) | 28 (49.1) | 296 (40.7) |
| 無回答 | 9 | 14 | 6 | 29 |
| 平均年数 | 9.6 ± 10.4 | 11.5 ± 10.5 | 13.1 ± 11.3 | 10.9 ± 10.5 |

*無回答を除いた割合

表4 被災地での勤務開始時期

| 勤務年数 | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|----------|------------|------------|-----------|------------|
| 震災前 | 40 (14.1) | 70 (17.1) | 10 (15.9) | 120 (15.9) |
| 1年未満 | 107 (37.7) | 166 (40.6) | 8 (12.7) | 281 (37.2) |
| 1年以上2年未満 | 45 (15.9) | 59 (14.4) | 9 (14.3) | 113 (15.0) |
| 2年以上3年未満 | 29 (10.2) | 36 (8.8) | 6 (9.5) | 71 (9.4) |
| 3年以上 | 37 (13.0) | 54 (13.2) | 7 (11.1) | 98 (13.0) |
| 無回答 | 26 (9.2) | 24 (5.9) | 23 (36.5) | 73 (9.7) |

表5 アルコール関連問題の増減に関する意見

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|-----------------------|------------|------------|-----------|------------|
| 震災発生から避難所全面閉鎖までの期間 | | | | |
| 増えた | 46 (16.3) | 60 (15.8) | 6 (10.7) | 112 (15.6) |
| 変わらない | 102 (36.0) | 60 (15.8) | 8 (14.3) | 170 (23.6) |
| 減った | 26 (9.2) | 26 (6.8) | 3 (5.4) | 55 (7.7) |
| わからない | 109 (38.5) | 234 (61.6) | 39 (69.6) | 382 (53.1) |
| 避難所閉鎖から震災1年後までの期間 | | | | |
| 増えた | 63 (22.3) | 125 (33.2) | 7 (12.5) | 195 (27.3) |
| 変わらない | 110 (38.9) | 57 (15.2) | 15 (26.8) | 182 (25.5) |
| 減った | 9 (3.2) | 9 (2.4) | 1 (1.8) | 19 (2.7) |
| わからない | 101 (35.7) | 185 (49.2) | 33 (58.9) | 319 (44.6) |
| 震災1年後からアンケート調査時点までの期間 | | | | |
| 増えた | 75 (26.4) | 181 (45.7) | 19 (33.3) | 275 (37.3) |
| 変わらない | 117 (41.2) | 86 (21.7) | 15 (26.3) | 218 (29.6) |
| 減った | 22 (7.8) | 15 (3.8) | 2 (3.5) | 39 (5.3) |
| わからない | 70 (24.7) | 114 (28.8) | 21 (36.8) | 205 (27.8) |

表6 アルコール関連問題が増えた理由に関する意見

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| アルコール関連問題の増減 ^{††} | | | | |
| 増えた | 113 (39.8) | 228 (55.8) | 23 (36.5) | 364 (48.2) |
| 増えた以外の回答 | 171 (60.2) | 181 (44.3) | 40 (63.5) | 392 (51.9) |
| 震災での辛い体験 | 55 (48.7) | 109 (47.8) | 7 (30.4) | 171 (47.0) |
| 震災による生活や住環境の変化 | 91 (80.5) | 195 (85.5) | 20 (87.0) | 306 (84.1) |
| 補償金などの収入 [*] | 20 (17.7) | 65 (28.5) | 12 (52.2) | 97 (26.7) |
| 震災前からの問題の再燃・悪化 ^{**} | 60 (53.1) | 154 (67.5) | 15 (65.2) | 229 (62.9) |
| 周囲の見方が厳しくなったから [†] | 30 (26.6) | 38 (16.7) | 1 (4.4) | 69 (19.0) |

^{††} $\chi^2 = 20.8, p < 0.0001$

^{*} $\chi^2 = 12.7, p = 0.002$

^{**} $\chi^2 = 6.8, p = 0.033$

[†] $\chi^2 = 8.2, p = 0.017$

表7 アルコール関連問題の内容に関する意見

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|-----------------------|------------|------------|-----------|------------|
| 震災発生から避難所全面閉鎖までの期間 | | | | |
| 酔って騒ぐ | 49 (17.3) | 85 (20.8) | 8 (12.7) | 142 (18.8) |
| 酔ってケンカ | 35 (12.3) | 67 (16.4) | 4 (6.4) | 106 (14.0) |
| 朝、昼からの飲酒 | 90 (31.7) | 120 (29.3) | 18 (28.6) | 228 (30.2) |
| 酔って転倒・ケガ | 22 (7.8) | 45 (11.0) | 4 (6.4) | 71 (9.4) |
| 健康への影響 | 72 (24.7) | 97 (23.7) | 12 (19.1) | 179 (23.7) |
| 所構わず寝てしまう | 10 (3.5) | 13 (3.2) | 0 | 23 (3.0) |
| 経済問題 | 18 (6.3) | 38 (9.3) | 5 (7.9) | 61 (8.1) |
| 家族とのトラブル | 47 (16.6) | 71 (17.4) | 14 (22.2) | 132 (17.5) |
| その他 | 21 (7.4) | 22 (5.4) | 3 (4.8) | 46 (6.1) |
| 避難所閉鎖から震災1年後までの期間 | | | | |
| 酔って騒ぐ | 53 (18.7) | 74 (18.1) | 4 (6.4) | 131 (17.3) |
| 酔ってケンカ** | 32 (11.3) | 66 (16.1) | 2 (3.2) | 100 (13.2) |
| 朝、昼からの飲酒* | 99 (34.9) | 170 (41.6) | 17 (27.0) | 286 (37.8) |
| 酔って転倒・ケガ | 24 (8.5) | 50 (12.2) | 4 (6.4) | 78 (10.3) |
| 健康への影響 | 84 (29.6) | 139 (34.0) | 13 (20.6) | 236 (31.2) |
| 所構わず寝てしまう | 11 (3.9) | 19 (4.7) | 0 | 30 (4.0) |
| 経済問題 | 27 (9.5) | 56 (13.7) | 3 (4.8) | 86 (11.4) |
| 家族とのトラブル | 66 (23.2) | 97 (23.7) | 14 (22.2) | 177 (23.4) |
| その他 | 18 (6.3) | 13 (3.2) | 4 (6.4) | 35 (4.6) |
| 震災1年後からアンケート調査時点までの期間 | | | | |
| 酔って騒ぐ** | 56 (19.7) | 96 (23.5) | 5 (7.9) | 157 (20.8) |
| 酔ってケンカ** | 29 (10.2) | 72 (17.6) | 3 (4.8) | 104 (13.8) |
| 朝、昼からの飲酒*** | 122 (43.0) | 241 (58.9) | 23 (36.5) | 386 (51.1) |
| 酔って転倒・ケガ** | 34 (12.0) | 85 (20.8) | 5 (7.9) | 124 (16.4) |
| 健康への影響*** | 118 (41.6) | 261 (63.8) | 30 (47.6) | 409 (54.1) |
| 所構わず寝てしまう* | 13 (4.6) | 30 (7.3) | 0 | 43 (5.7) |
| 経済問題*** | 40 (14.1) | 131 (32.0) | 11 (17.5) | 182 (24.1) |
| 家族とのトラブル* | 82 (28.9) | 162 (39.6) | 19 (30.2) | 263 (34.8) |
| その他 | 26 (9.2) | 24 (5.9) | 2 (3.2) | 52 (6.9) |

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.0001

表8 アルコール関連問題への対応で困った経験の有無

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|---------------------|------------|------------|-----------|------------|
| 対応で困った経験の有無** | | | | |
| あった | 127 (49.8) | 273 (76.0) | 39 (78.0) | 439 (66.1) |
| なかった | 128 (50.2) | 86 (24.0) | 11 (22.0) | 225 (33.9) |
| どのように関わっていいかわからなかった | | | | |
| 周囲の理解が乏しかった** | 67 (52.8) | 173 (63.4) | 26 (66.7) | 266 (60.6) |
| 介入するツールがなかった | 33 (26.0) | 18 (6.6) | 1 (2.6) | 52 (11.9) |
| 相手から問題を否認されて困った | 27 (21.3) | 36 (13.2) | 9 (23.1) | 72 (16.4) |
| 暴言・暴力への対応に困った | 36 (28.4) | 108 (39.6) | 14 (35.9) | 158 (36.0) |
| 地域住民の苦情の対応に困った* | 27 (21.3) | 51 (18.7) | 5 (12.8) | 83 (18.9) |
| その他 | 39 (30.7) | 112 (41.0) | 6 (15.4) | 157 (35.8) |
| その他 | 23 (18.1) | 51 (18.7) | 4 (10.3) | 78 (17.8) |

*p < 0.01, **p < 0.0001

表9 アルコール関連問題以外の精神的問題の増加

| 回答者数 | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| | 100 名 | 232 名 | 39 名 | 371 名 |
| 震災発生から避難所全面閉鎖までの期間 | | | | |
| うつ病・うつ状態 | 37 (37.8) | 65 (37.4) | 11 (40.7) | 113 (37.8) |
| 不眠 | 59 (60.2) | 114 (65.5) | 13 (48.2) | 186 (62.2) |
| 不安・パニック* | 41 (41.8) | 91 (52.3) | 7 (25.9) | 139 (46.5) |
| 認知症 | 20 (20.4) | 38 (21.8) | 5 (18.5) | 63 (21.1) |
| 薬物乱用 | 0 | 1 (0.6) | 1 (3.7) | 2 (0.7) |
| 喫煙 | 6 (6.1) | 10 (5.8) | 1 (3.7) | 17 (5.7) |
| パチンコなどの賭け事 | 11 (11.2) | 14 (8.1) | 3 (11.1) | 28 (9.4) |
| 持病 (精神疾患) の悪化 | 26 (26.5) | 65 (37.4) | 12 (44.4) | 103 (34.5) |
| 知的障害 | 4 (4.1) | 9 (5.2) | 1 (3.7) | 14 (4.7) |
| PTSD | 24 (24.5) | 51 (29.3) | 2 (7.4) | 77 (25.8) |
| 避難所閉鎖から震災1年後までの期間 | | | | |
| うつ病・うつ状態 | 52 (53.1) | 101 (55.8) | 12 (44.4) | 165 (53.9) |
| 不眠 | 56 (57.1) | 104 (57.5) | 11 (40.7) | 171 (55.9) |
| 不安・パニック | 36 (36.7) | 79 (43.7) | 6 (22.2) | 121 (39.5) |
| 認知症 | 26 (26.5) | 47 (26.0) | 4 (14.8) | 77 (25.2) |
| 薬物乱用 | 0 | 2 (1.1) | 1 (3.7) | 3 (1.0) |
| 喫煙 | 4 (4.1) | 17 (9.4) | 1 (3.7) | 22 (7.2) |
| パチンコなどの賭け事 | 15 (15.3) | 28 (15.5) | 7 (25.9) | 50 (16.3) |
| 持病 (精神疾患) の悪化 | 25 (25.5) | 49 (27.1) | 11 (40.7) | 85 (27.8) |
| 知的障害 | 4 (4.1) | 7 (3.9) | 0 | 11 (3.6) |
| PTSD** | 23 (23.5) | 56 (30.9) | 1 (3.7) | 80 (26.1) |
| 震災1年後からアンケート調査時点までの期間 | | | | |
| うつ病・うつ状態 | 62 (62.6) | 147 (71.7) | 22 (64.7) | 231 (68.3) |
| 不眠 | 56 (56.6) | 133 (64.9) | 17 (50.0) | 206 (61.0) |
| 不安・パニック | 35 (35.4) | 91 (44.4) | 9 (26.5) | 135 (39.9) |
| 認知症 | 42 (42.4) | 89 (43.4) | 12 (35.3) | 143 (42.3) |
| 薬物乱用 | 2 (2.0) | 5 (2.4) | 2 (5.9) | 9 (2.7) |
| 喫煙 | 4 (4.0) | 20 (9.8) | 1 (2.9) | 25 (7.4) |
| パチンコなどの賭け事*** | 7 (7.1) | 45 (22.0) | 11 (32.4) | 63 (18.6) |
| 持病 (精神疾患) の悪化 | 32 (32.3) | 72 (35.1) | 14 (41.2) | 118 (34.9) |
| 知的障害 | 4 (4.0) | 11 (5.4) | 2 (5.9) | 17 (5.0) |
| PTSD | 23 (23.2) | 65 (31.7) | 6 (17.7) | 94 (27.8) |

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.001

表 10 避難所での飲酒に関する意見

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|--------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| 避難所にいる間は飲酒すべきではない | 77 (30.9) | 119 (35.7) | 10 (22.2) | 206 (32.9) |
| 避難所の中では飲酒すべきではないが、避難所の外では認めるべき | 75 (30.1) | 123 (36.9) | 14 (31.1) | 212 (33.8) |
| 避難所の中でも問題を起こさなければ飲酒を認めるべき | 65 (26.1) | 67 (20.1) | 18 (40.0) | 150 (23.9) |
| その他 | 32 (12.9) | 24 (7.2) | 3 (6.7) | 59 (9.4) |

表 11 避難所へのアルコール飲料の持ち込みに関する意見

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|-----------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|
| どのようなものでもアルコール飲料は避難所に持ち込むべきではない | 81 (31.4) | 138 (40.2) | 16 (35.6) | 235 (36.4) |
| 支援物資としては持ち込むべきではないが、個人的な土産なら認められる | 75 (29.1) | 112 (32.7) | 16 (35.6) | 203 (31.4) |
| どのような形であれアルコール飲料を持ち込んで良い | 9 (3.5) | 9 (2.6) | 2 (4.4) | 20 (3.1) |
| どちらとも言えない | 80 (31.0) | 72 (21.0) | 10 (22.2) | 162 (25.1) |
| その他 | 13 (5.0) | 12 (3.5) | 1 (2.2) | 26 (4.0) |

表 12 仮設住宅でのアルコール関連問題の有無とその内容 (複数回答)

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|--|------------|------------|-----------|------------|
| 仮設住宅でアルコール問題について相談を受けた経験の有無 ^{***} | | | | |
| あった | 113 (44.0) | 248 (71.7) | 19 (48.7) | 380 (59.2) |
| なかった | 144 (56.0) | 98 (28.3) | 20 (51.3) | 262 (40.8) |
| 相談された問題の内容 | | | | |
| 酔って騒ぐ | 50 (19.1) | 90 (25.8) | 6 (15.0) | 146 (22.4) |
| 酔って他人とケンカ ^{**} | 33 (12.8) | 73 (20.9) | 1 (2.6) | 107 (16.6) |
| 朝や昼間からの飲酒 ^{***} | 76 (29.0) | 193 (54.4) | 14 (35.0) | 283 (43.1) |
| 酔って転倒・ケガ ^{**} | 32 (12.4) | 72 (20.6) | 3 (7.7) | 107 (16.5) |
| 飲酒による健康への影響 ^{***} | 65 (24.9) | 173 (48.6) | 18 (41.9) | 256 (38.8) |
| 所構わず寝てしまう [*] | 9 (3.5) | 28 (8.0) | 0 | 37 (5.7) |
| 飲酒による経済問題 ^{***} | 15 (5.8) | 86 (24.5) | 2 (5.0) | 103 (15.9) |
| 飲酒による家族とのトラブル | 54 (20.9) | 95 (27.0) | 10 (24.4) | 159 (24.4) |
| その他 | 19 (7.3) | 21 (6.1) | 2 (5.1) | 42 (6.5) |

*p < 0.05, **p < 0.01, ***p < 0.0001

表 13 仮設住宅のアルコール関連の相談で困ったこと（複数回答）

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|----------------------------------|------------|------------|-----------|------------|
| 仮設住宅のアルコール問題の相談で困ったことの有無** | | | | |
| あった | 113 (39.8) | 259 (63.3) | 22 (34.9) | 394 (52.1) |
| なかった | 171 (60.2) | 150 (36.7) | 41 (65.1) | 362 (47.9) |
| 具体的な問題 | | | | |
| どのように関わってよいかわからなくて困った** | 60 (21.1) | 143 (35.0) | 11 (17.5) | 214 (28.3) |
| 保健所の中でもアルコール関連問題への理解が乏しくて困った* | 1 (0.4) | 24 (5.9) | 3 (4.5) | 28 (3.7) |
| 介入のツールがなくて困った | 18 (6.3) | 35 (8.6) | 5 (7.9) | 58 (7.7) |
| 相手から問題を否認されて困った* | 35 (12.3) | 99 (24.2) | 10 (15.9) | 144 (19.1) |
| 飲酒した上での暴言・暴力にどのように対処してよいかわからなかった | 19 (6.7) | 46 (11.3) | 3 (4.8) | 68 (9.0) |
| 地域の住民の苦情の対応に困った** | 37 (13.0) | 114 (27.9) | 7 (11.1) | 158 (20.9) |
| その他 | 18 (6.3) | 39 (9.5) | 5 (7.9) | 62 (8.2) |

*p < 0.001, **p < 0.0001

表 14 アルコール関連問題の介入、予防に役立ったこと

| | 岩手県 (%) | 宮城県 (%) | 福島県 (%) | 合計 (%) |
|---------------|-----------|------------|-----------|------------|
| アルコール問題に関する研修 | 39 (13.7) | 73 (17.9) | 19 (30.2) | 131 (17.3) |
| 飲酒日記などのツール | 4 (1.4) | 6 (1.5) | 0 | 10 (1.3) |
| 専門家のアドバイス | 37 (13.0) | 60 (14.7) | 2 (3.2) | 99 (13.1) |
| インターネットで得た情報 | 5 (1.8) | 5 (1.2) | 0 | 10 (1.3) |
| 書籍から得た情報 | 1 (0.4) | 0 | 0 | 1 (1.3) |
| 地域の関係者間の連携 | 41 (14.4) | 57 (13.9) | 9 (14.3) | 107 (14.2) |
| 特になし | 59 (20.8) | 17 (4.2) | 2 (3.2) | 78 (10.3) |
| その他 | 3 (1.1) | 5 (1.2) | 1 (1.6) | 9 (1.2) |
| 無回答 | 95 (33.5) | 186 (45.5) | 30 (47.6) | 311 (41.1) |

厚生労働省研究班「災害時の精神保健医療に関する研究」
アンケートにご協力をお願い

被災地での支援活動お疲れ様です。

当研究班は災害時の精神保健に関するガイドラインを作成することを目的としておりますが、さまざまな精神的問題の中でもアルコール関連問題に関してアンケート調査を行って、災害時にどのようにアルコール問題へ対応、予防するかという点についてガイドラインを作成することを目指しております。

このアンケートはそのための資料とさせていただくために実施するもので、地域住民の公衆衛生に中心的な役割を果たされている支援担当の方々を対象にご協力をお願いするものです。

お忙しいところを誠に恐れ入りますが、今後の災害発生時の参考とするためにご協力のほど、どうかよろしくお願ひ申し上げます。

ご協力いただけます場合には、下記にご回答のほど宜しくお願ひいたします。

厚生労働省研究班「災害時の精神保健医療に関する研究」
(研究代表者 国立精神・神経医療研究センター 金 吉晴)
独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター
調査責任者 松下 幸生

まず、あなた自身のことについてお答えください。

性別： 男性 ・ 女性

職種： 保健師 ・ 精神保健福祉士 ・ 臨床心理士 ・ 医師

社会福祉士 ・ ケアマネージャー ・ 生活支援相談員 ・ 作業療法士

看護師 ・ 薬剤師 ・ 介護支援相談員 ・ その他 (_____)

上記職種の勤務年数： (_____) 年間

担当地域： 岩手県・宮城県・福島県 (_____) 市・町

被災地での勤務は： 平成 _____ 年 _____ 月 から

・ 災害とアルコール関連問題の変化に関する質問

当てはまる番号に でお答えください。“複数回答可” 以外はどれか一つをお選びください。

問1．次の各期間でアルコールに関連した問題の件数は震災の前と比べて変化しましたか。

- ・ 震災発生～避難所全面閉鎖までの間：1) 増えた、2) 変わらない、3) 減った、4) わからない
- ・ 避難所全面閉鎖～震災1年後の頃までの間：1) 増えた、2) 変わらない、3) 減った、4) わからない
- ・ 震災1年後～現在までの間：1) 増えた、2) 変わらない、3) 減った、4) わからない

問1でいずれかの時期に“増えた”と回答された方へ

(“変わらない”または“減った”とご回答の方は問3へお進みください)

問2．増えた理由として多いものはどれだと思いますか(複数回答可)。

- 1) 震災での辛い体験
- 2) 震災による生活や住環境の変化(仮設住宅への入居や仕事を失うことなど)
- 3) 補償金などでお金が入ったから
- 4) 震災前からのアルコールの問題の再燃・悪化
- 5) 周囲の人たちが飲酒や酩酊に厳しくなった
- 6) その他(具体的に _____)

問3．震災後にアルコールに関連した問題は具体的にはどのような問題でしたか。

- ・ 震災発生～避難所全面閉鎖までの間(複数回答可)
 - 1) 酔って騒ぐ、
 - 2) 酔って他人と喧嘩、
 - 3) 朝や昼間からの飲酒
 - 4) 酔って転倒・ケガ、
 - 5) 飲酒による健康への影響、
 - 6) 所構わず寝てしまう
 - 7) 飲酒による経済問題、
 - 8) 飲酒による家族とのトラブル
 - 9) その他(具体的に _____)
- ・ 避難所全面閉鎖～震災1年後の頃までの間(複数回答可)
 - 1) 酔って騒ぐ、
 - 2) 酔って他人と喧嘩、
 - 3) 朝や昼間からの飲酒
 - 4) 酔って転倒・ケガ、
 - 5) 飲酒による健康への影響、
 - 6) 所構わず寝てしまう
 - 7) 飲酒による経済問題、
 - 8) 飲酒による家族とのトラブル
 - 9) その他(具体的に _____)
- ・ 震災1年後～現在までの間(複数回答可)
 - 1) 酔って騒ぐ、
 - 2) 酔って他人と喧嘩、
 - 3) 朝や昼間からの飲酒
 - 4) 酔って転倒・ケガ、
 - 5) 飲酒による健康への影響、
 - 6) 所構わず寝てしまう
 - 7) 飲酒による経済問題、
 - 8) 飲酒による家族とのトラブル
 - 9) その他(具体的に _____)

問4．アルコールに関連した問題への対応で困った経験はありましたか（震災発生～現在までの間）

- 1) あった → 問5へお進みください
2) なかった → 問6へお進みください

（問4で1）あったと回答された方へ）

問5．アルコール問題についてどのような点で困りましたか（複数回答可）

- 1) どのように関わったらよいかわからなかった
2) 保健所の中でもアルコール関連問題への理解が乏しかった
3) 介入するツールがなかった
4) 相手から問題を否認されて困った
5) 飲酒した上での暴言・暴力にどのように対処してよいかわからなかった
6) 地域の住民からの苦情の対応に困った
7) その他（具体的に _____ ）

問6．次にアルコール以外の問題についてお答えください。

各期間で震災前より増えたと感じられる精神的な問題はどれでしたか。

- 震災発生～避難所全面閉鎖までの間（複数回答可）

1) うつ病・うつ状態、2) 不眠、3) 不安・パニック、4) 認知症、5) 薬物乱用、
6) 喫煙、7) パチンコなどの賭け事、8) 持病（精神疾患）の悪化、9) 知的障害
10) PTSD、11) わからない
 - 避難所全面閉鎖～震災1年後の頃までの間（複数回答可）

1) うつ病・うつ状態、2) 不眠、3) 不安・パニック、4) 認知症、5) 薬物乱用、
6) 喫煙、7) パチンコなどの賭け事、8) 持病（精神疾患）の悪化、9) 知的障害
10) PTSD、11) わからない
 - 震災1年後～現在までの間（複数回答可）

1) うつ病・うつ状態、2) 不眠、3) 不安・パニック、4) 認知症、5) 薬物乱用、
6) 喫煙、7) パチンコなどの賭け事、8) 持病（精神疾患）の悪化、9) 知的障害
10) PTSD、11) わからない
- ・ アルコール関連問題への対策・予防に関する質問

問7．避難所での飲酒についてのご意見をお答えください（どれか一つ）

- 1) 避難所にいる間は飲酒すべきではない
2) 避難所の中は飲酒すべきではないが、避難所の外は認めるべき、
3) 避難所の中でも問題を起こさなければ飲酒も認めるべき
4) その他（具体的に _____ ）

問8．避難所への支援物資や土産などでアルコール飲料を持ち込むことについてのご意見をお答えください（どれか一つ）

- 1) どのようなものでもアルコール飲料は避難所に持ち込むべきではない。
2) 支援物資としては持ち込むべきではないが、個人的な土産なら認められる。
3) どのような形であれアルコール飲料を持ち込んでも良い
4) どちらとも言えない

5) その他(具体的に _____)

問9. 仮設住宅でのアルコール問題について相談を受けた経験はありますか。

- 1) あった _____ → 問10へお進みください
2) なかった _____ → 問12へお進みください

問10. 相談されたアルコール問題はどのような内容でしたか。

- 1) 酔って騒ぐ
2) 酔って他人と喧嘩
3) 朝や昼間からの飲酒、
4) 酔って転倒・ケガ
5) 飲酒による健康への影響
6) 所構わず寝てしまう
7) 飲酒による経済問題
8) 飲酒による家族とのトラブル
9) その他(具体的に _____)

問11. 仮設住宅のアルコール関連の相談で困ったことはありましたか(複数回答可)。

- 1) 特に困ったことはない
2) どのように関わったらよいかわからなくて困った
3) 保健所の中でもアルコール関連問題への理解が乏しくて困った
4) 介入のツールがなくて困った
5) 相手から問題を否認されて困った
6) 飲酒した上での暴言・暴力にどのように対処してよいかわからなかった
7) 地域の住民からの苦情の対応に困った
8) その他(具体的に _____)

問12. アルコール関連問題の介入、予防にどのようなことが役に立ちましたか(どれか一つをお選びください)。

- 1) アルコールの問題に関する研修
2) 飲酒日記などのツール
3) 専門家のアドバイス
4) インターネットで得た情報
5) 書籍から得た情報
6) 地域の関係者間の連携
7) 特にない
8) その他(具体的に _____)

質問はこれで終わりです。お疲れ様でした。
ご協力いただき、どうもありがとうございました。

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

災害時の心のケアに関する研究と提案

分担研究者 朝田隆（東京医科歯科大学・特任教授）

所属は研究当時の機関

災害時のメンタルケアに関する従来の多くの研究は災害1年後かそれ以内の時点での有病率とその関連因子の検証にとどまっている。同一対象群を通年で追跡している検討はない。また、介入は精神科的なカウンセリング的なものが少数あるだけで、精神科医がいなくても行政レベルでも可能な、簡易な介入（運動、栄養指導、就労支援）などの検討はない。さらに多くのマニュアルは心の専門家を対象にしているが、非専門家対象の場合は、ごく簡易なもので具体性に欠ける内容になっている。

その背景としては以下の事情が考えられる。こころのケアは新しい支援カテゴリーであり、認知されたのは阪神・淡路大震災以降である。WHOのガイドライン整備も最近のことにすぎない。また様々な取り組み実績があるが体系化されているとは言い難い。

この点を踏まえ、著者の先行研究に

おいて既存のマニュアルを網羅的に収集・検討し、100人弱の専門家・当事者からヒアリングを行い、支援の技術だけでなく地域の対応力を加味する必要があることを見出した。また刻々変化する状況に限られた資源で対応することの必要性が認められた。

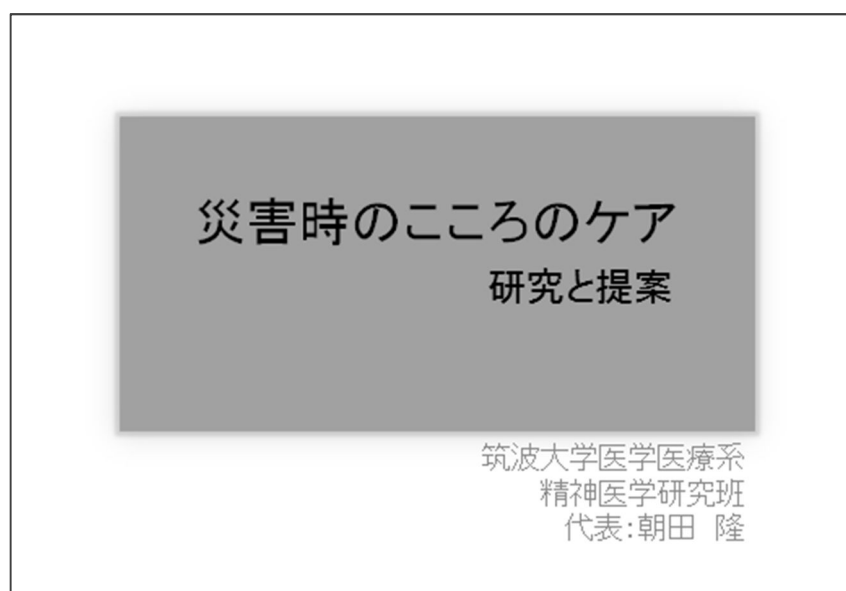
すなわち以下の点が重要な課題として抽出された。1)こころのケアを幅広く捉える必要がある 2)自然に回復する人から即対応が求められる人まで幅広い 3)どのようなことが効果的かを予め判断することが難しい 4)被災直後には専門家は近くにいない 5)DPATが被災地に到着するのは1週間が標準 6)避難所に配属された市町村職員や保健師が実働部隊 7)支援者自身が被災者でもある 8)被災者支援の一部として実施することが現実的 等。

この方針に基づいて作成したマニュアルを研究会議で提示し、討議を行った。今後の課題として、中期とい

う期間の定義のしかたとして、避難所の閉鎖、災害救助法の適応が切れるという区切りがよいのか、半年といった機関で区切るのがよいのかという点が指摘された。また PTSD、うつに影

響している主観的苦痛というのは、症状についての苦痛なのか、出来事に対する認知評価なのかを明確にすべきであるとの指摘があった。

資料



これまでの災害研究で
何が問題だったか？

1. うつやPTSDの発症について横断的な調査は行われてきたが、継続的な調査を行ったものは少なかった。
2. 観察研究が中心で、何らかの介入によって精神的問題が減少するかを検討したものは少なかった。
3. 多くのマニュアルが作成されているが、時間軸に沿って変化するニーズと資源状況を踏まえたものが無かった。

北茨城元気づくりプロジェクトの「3本柱」

▶ 診療支援

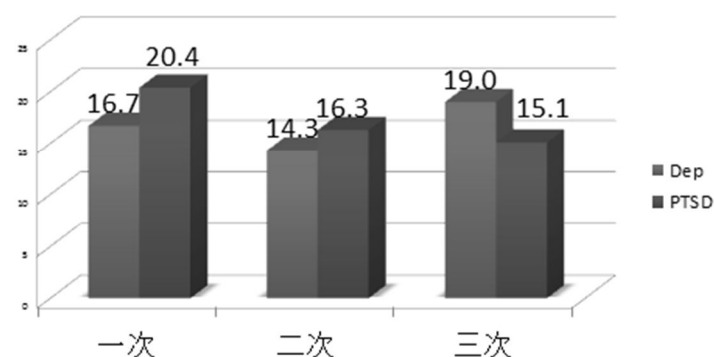
市内には精神病院が1ヶ所のみ。
市立総合病院内に「震災こころのケア外来」開設。

▶ 健康診断: 心身の健康チェックと自己管理の動機づけ

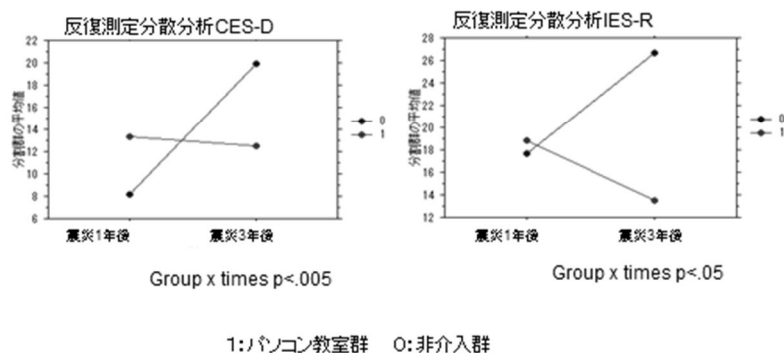
▶ 元気塾 : 市民のエンパワーメント

運動教室、パソコン教室、講演会

結果: 震災後うつとPTSD状態の発症率



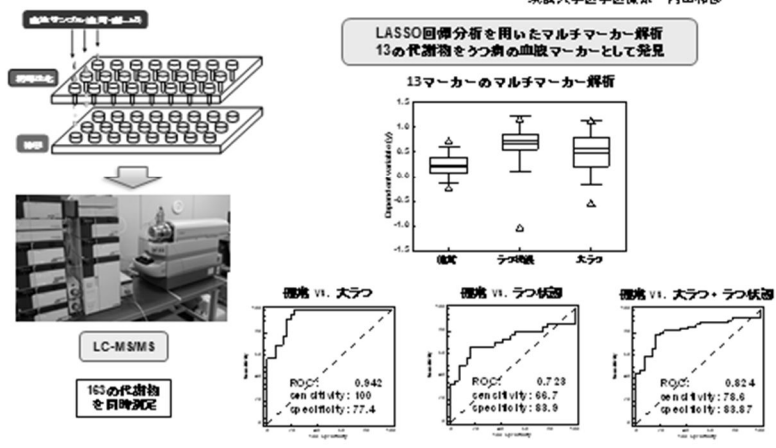
パソコン教室介入の結果



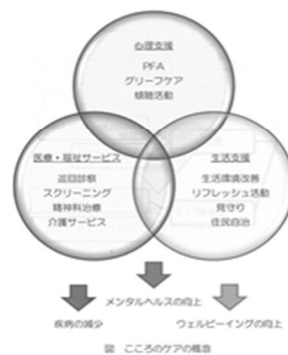
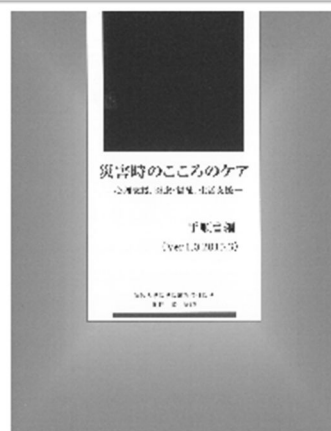
北茨城コホート うつ病バイオマーカーの探索研究

健常 31例、うつ状態 30例、大うつ 26例の血清サンプル：163の代謝物の臨床有効性を分析

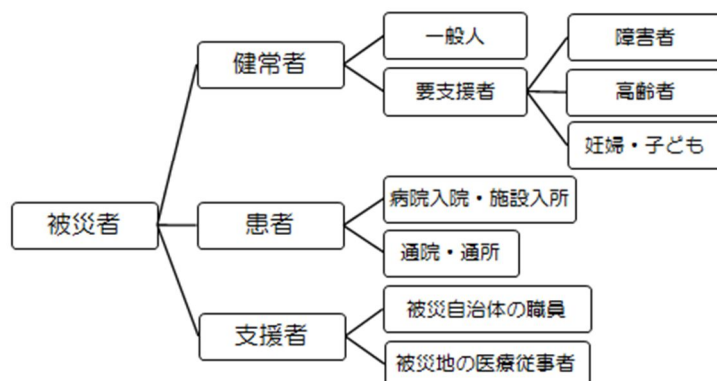
筑波大学医学医療系 内田和彦



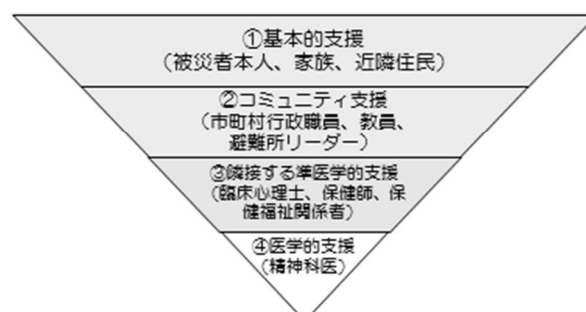
ガイドラインとマニュアル



支援対象者



支援に当たる人々



背景と検討

- こころのケアは新しい支援カテゴリー
認知されたのは阪神・淡路大震災以降
WHOのガイドライン整備も最近のこと
- 様々な取り組み実績があるが体系化されているとは言い難い
既存のマニュアルを網羅的に収集・検討
100人弱の専門家・当事者からヒアリング
- 支援の技術だけでなく地域の対応力を加味する必要がある
刻々変化する状況に限られた資源で対応すること

基本的スタンス

- こころのケアを幅広く捉える必要がある
自然に回復する人から即対応が求められる人まで幅広い
どのようなことが効果的かを予め判断することが難しい
- 被災直後には専門家は近くにいない(→時間軸設定)
DPATが被災地に到着するのは1週間が標準
避難所に配属された市町村職員や保健師が実働部隊
支援者自身が被災者でもある
- 被災者支援の一部として実施することが現実的
その時点時点でプライオリティを見極める必要がある
あらゆる被災者支援はこころのケアに通じている

時系列に沿った事象と支援

時間軸の設定

- 最初期(発災から1週間)
- 初期(1週間から1ヶ月)
- 中期(1ヶ月から半年)
- 長期(発災から半年以降)

災害の規模や態様
被災者の心の変化
支援体制の整備状況 } の3要素を勘案して
目的志向で設定

支援体制の整備状況①

最初期

- 生存の最低限の基盤の確保が中心
- 発災直後は専門家不存在の状態
- 行政機関の機能も大きく損なわれている
- 誠意ある一般人が中心になって対応

初期

- 生活環境の改善に着手
- 外部からの専門的応援
- 地元機関の復旧開始
- 内外専門家のチームプレイによる対応

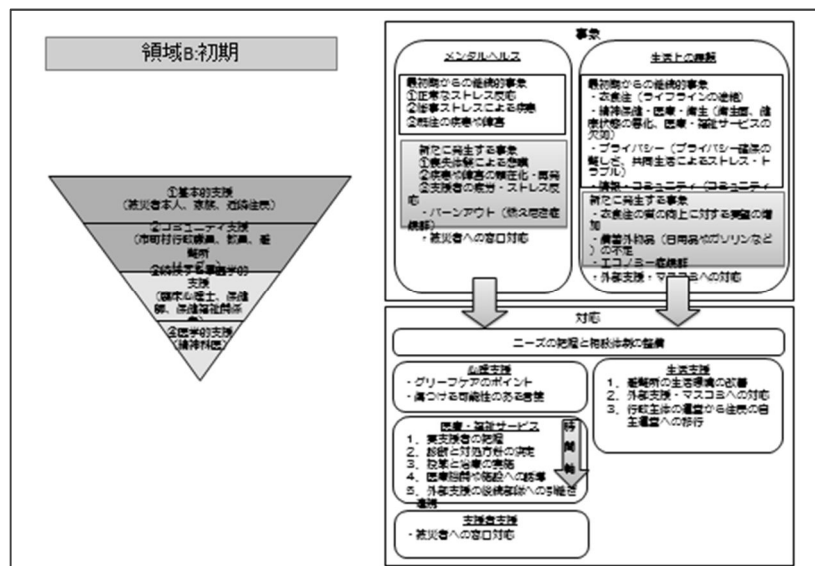
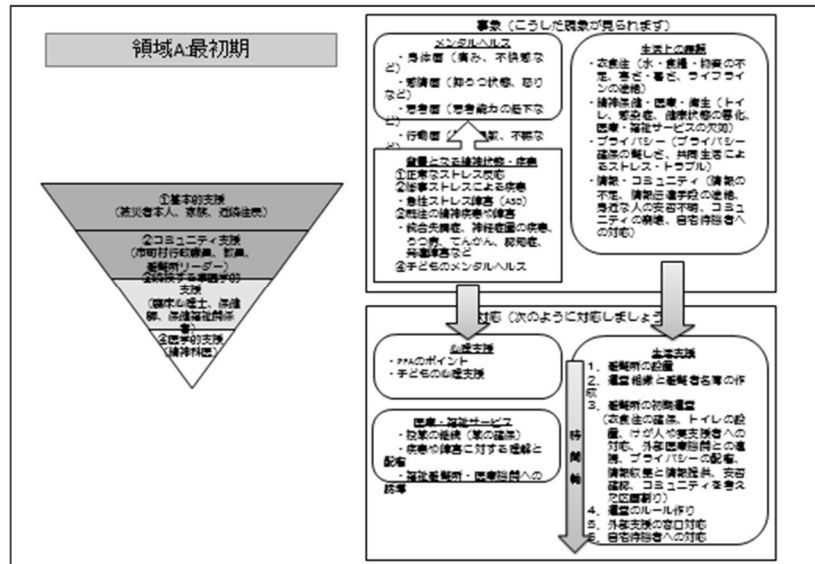
支援体制の整備状況②

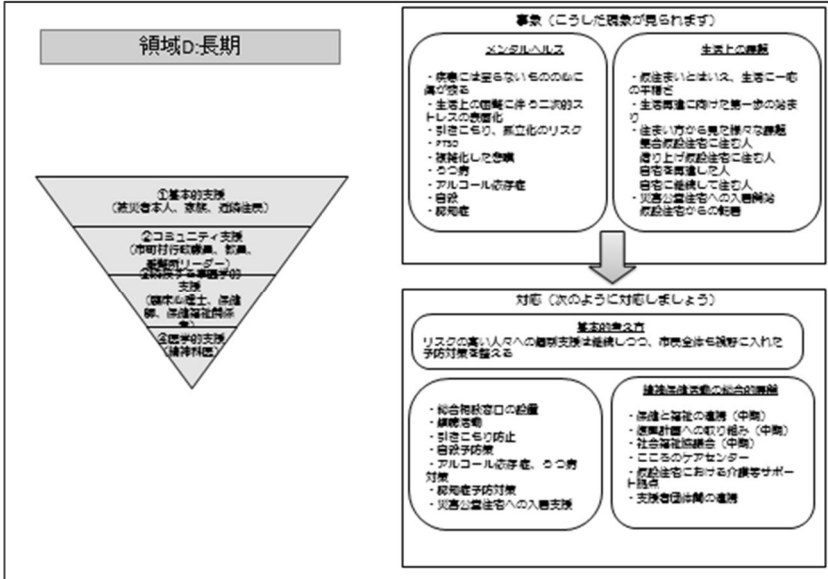
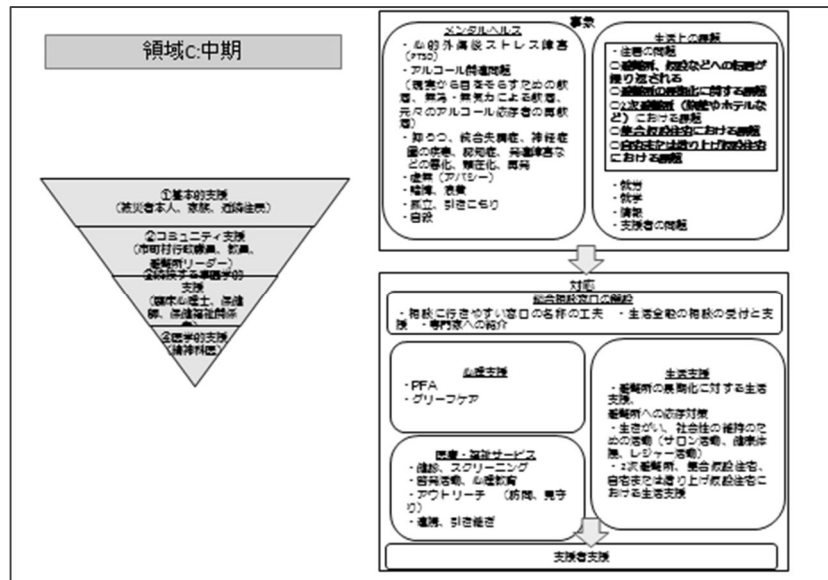
中期

- ・避難生活の長期化に伴う心身の健康問題
- ・自宅に戻れる人、仮設住宅に移る人、避難所に取り残される人
- ・地元機関が復旧する一方、外部支援は徐々に減少
- ・避難所に集中した支援からアウトリーチ支援へと拡大

長期

- ・仮住まいの中から本格的な生活再建に向けたスタート
- ・孤立、引きこもりのリスク
- ・住民相互が支え合う地域社会づくり
- ・一般住民サービスの展開と被災者の包摂





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27年度～29年度 分担研究総合報告書

岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の保健医療圏別の変化

分担研究者 大塚耕太郎1)2)

研究協力者 赤平美津子1)、中村光1)、遠藤仁2)、志賀優2)

1) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

2) 同学部神経精神科学講座

各所属は研究当時の機関

研究要旨

震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio: SMR）について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に自殺 SMR は低下していた。これら自殺 SMR の変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

A 研究目的

震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県の各保健医療圏における自殺標準化死亡比（Standardized Mortality Ratio: SMR）について、東日本大震災前後の変化を調査し、自殺の集積性を明らかにすることを目的とした。

B 研究方法

調査期間は2008年から2013年までの6年間で、2011年の震災発生年を境に、前半3年を震災前、後半3年を震災後と定義した。岩手県は9保健医療圏から構成されており、震災前後について、医療圏毎に総SMR、男性SMR、女性SMRを算出した。

（倫理面への配慮）

なお、本研究は資料は公表されている指標を用い、個人情報に関わる情報は活用しない。

C 研究結果

各保健医療圏別の自殺 SMR は全体、男性、女性別で示すと、以下の通りである。

1) 全体

| 保健医療圏 | 震災前 | 震災後 |
|-------|-------|-------|
| 盛岡 | 125.6 | 123.2 |
| 岩手中部 | 154.4 | 136.2 |
| 胆江 | 134.5 | 116.3 |
| 両磐 | 151.4 | 111.7 |
| 気仙 | 117.5 | 102.8 |
| 釜石 | 147.9 | 100.9 |
| 宮古 | 142.7 | 109.0 |
| 久慈 | 157.6 | 122.2 |
| 二戸 | 181.5 | 197.2 |

2) 男性

| 保健医療圏 | 震災前 | 震災後 |
|-------|-------|-------|
| 盛岡 | 125.2 | 130.5 |
| 岩手中部 | 151.9 | 138.9 |
| 胆江 | 138.4 | 116.8 |
| 両磐 | 149.8 | 120.2 |
| 気仙 | 119.9 | 86.0 |
| 釜石 | 144.6 | 113.1 |
| 宮古 | 137.6 | 124.2 |
| 久慈 | 135.1 | 163.5 |
| 二戸 | 177.4 | 196.4 |

3) 女性

| 保健医療圏 | 震災前 | 震災後 |
|-------|-------|-------|
| 盛岡 | 131.4 | 111.4 |
| 岩手中部 | 160.7 | 130.4 |
| 胆江 | 123.6 | 113.9 |
| 両磐 | 152.8 | 91.2 |
| 気仙 | 114.8 | 138.7 |
| 釜石 | 159.5 | 76.0 |
| 宮古 | 156.0 | 76.1 |
| 久慈 | 215.2 | 39.6 |
| 二戸 | 192.2 | 199.5 |

D. 考察

震災前後における、医療圏別の自殺 SMR の推移では、二戸地域は全期間を通じて他地域より SMR が高く、震災後で上昇傾向にあった。その他の地域では横ばい～減少傾向にあった。

男性では、二戸、久慈地域で震災後で上昇傾向あり、その他の地域では震災後低下傾向にあり、震災前後とも二戸地域が最も高く、気仙地域が最も低い結果であった。

女性では、女性の自殺 SMR は、震災前は久慈地域が最も高く、気仙地域が最も

低かく、二戸、気仙地域で震災後で上昇傾向あり、その他の地域では震災後低下傾向にあり、震災後は二戸地域が最も高く、久慈地域が最も低かった。

E. 結論

東日本大震災前後において、自殺の地域集積性には相違を認め、全体的には岩手県北内陸部の二戸地域以外は震災後に、自殺 SMR は低下していた。これら自殺 SMR の変動に関しては、将来の大規模発生時の自殺のリスク変動に関わる参照資料となると考えられた。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

Shiga Y, Otsuka K, Endo J, et al. Relationship between the suicide standardized mortality ratio and local community indices before and after the Great East Japan Earthquake in Iwate prefecture. JIMA 68 (in press)

2. 学会発表

志賀優, 大塚耕太郎, 遠藤仁, ほか. 岩手県における東日本大震災前後の自殺標準化死亡率の変化と社会指標との関連. 第 35 回日本社会精神医学会. 2016. 岡山.

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記なし

2. 実用新案登録

特記なし

3. その他

特記なし

岩手県被災地の自殺対策

分担研究者 大塚耕太郎1)

研究協力者 赤平美津子2)、中村光2)、遠藤仁1)、2)

1) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

2) 同学部災害・地域精神医学講座

各所属は研究当時の機関

研究要旨

大規模災害では地域の自殺リスク上昇や自殺率増加の報告も認められる。岩手県においてはこれまで自殺集積性と医療資源の乏しさ、人口密度の低さ、経済的指標などが関連してきたが、震災前3年と比較すると震災後3年での各医療圏の自殺の標準化死亡比(SMR)は減少傾向にあり、対策が奏功している。しかし、大規模災害の被災地は長期的に自殺リスクにさらされており、介入を弱めれば危険性が高まるため、長期的で高い強度の自殺対策の実践が求められる。

A 研究目的

震災では自殺のリスクが高まることが指摘されており、本研究では、岩手県被災地での自殺対策及びこころのケアのモデルを検討することを目的とした。

B 研究方法

本研究では、幾つかの社会指標と被災地の実態を基に、被災地での自殺対策及びこころのケアのモデルを検証した。

(倫理面への配慮)

なお、本研究は資料は公表されている指標を用い、個人情報に関わる情報は活用しない。

C 研究結果

東日本大震災では当初見込んだよりも仮設住居からの移動や復興への期間が延長するなど、被災者は持続的なストレスにさらされている。そして、自力再建した自宅や復興住宅へ移行後の支援も必要であり、当然ながら見守るポイント増加する。

そして、今後数年にわたり、被災者は医療費、経済的自立、高齢化など、現実

的な生活の様々な困難を抱え、状況は厳しくなっていく。

D 考察

被災地の自殺対策では現状のハイリスク者対応、未来のハイリスク者を減少させる予防的介入、こころの健康への理解や対策の推進を目標とする。

東日本大震災後の岩手県の実例をあげると、岩手県こころのケアセンター(岩手医科大学、岩手県委託事業)の活動は、個別ケアと健康づくり事業で構成されている。

こころのケアの中長期的目標は、地域主体、支援体制の整備、住民力の向上を通してこころの健康を享受できる地域を構築することである。

当初想定した介入よりも実際の支援は中期、長期では強度を強めた介入を行う必要がある、今後もしばらくは介入強度を高い水準で維持する必要がある。

E 結論

大規模災害では地域の自殺リスク上昇や自殺率増加の報告も認められる。岩手県においてはこれまで自殺集積性と医療

資源の乏しさ、人口密度の低さ、経済的指標などが関連してきたが、震災前3年と比較すると震災後3年での各医療圏の自殺の標準化死亡比(SMR)は減少傾向にあり、対策が奏功している。しかし、大規模災害の被災地は長期的に自殺リスクにさらされており、介入を弱めれば危険性が高まるため、長期的で高い強度の自殺対策の実践が求められる。

F. 健康危険情報

特記なし

G. 研究発表

1. 論文発表

大塚耕太郎：2-1-4 被災地における自

殺対策の現状と課題．精神保健医療福祉白書 2017 地域社会での共生に向けて，中央法規出版，東京，p48，2016

2. 学会発表

特記なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記なし

2. 実用新案登録

特記なし

3. その他

特記なし

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27年度～29年度 分担研究総合報告書

災害時の精神保健医療：国際精神保健の視点から

分担研究者 井筒 節1)
研究協力者 堤 敦朗2)、伊東亜紀子3)

- 1) 東京大学教養学部教養教育高度化機構国際連携部門
 - 2) 国連大学グローバルヘルス研究所
 - 3) 国連経済社会局障害者権利条約事務局
- 各所属は研究当時の機関

研究要旨

災害時の精神保健医療については、国連システムを始めとする国際機関の動向が、現場の政策・実施に大きな影響を与える。2015年には、国連「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標（SDGs）」が採択され、これらに精神保健・障害が初めて包括的に含まれた。今後、これらを実施するためのシステム作りが求められる。これに関連し、国連システムを中心として、機関間調整、治療介入、レジリエンス向上等につき、様々なガイドラインが作成されつつある。今後、災害時の精神保健医療において世界をリードする知見を有する日本は、これを世界に発信することで、国際的意思決定に更に貢献し、各国への技術協力を促進することが求められている。

A 研究目的

災害時の精神保健医療をめぐっては、国連や世界保健機関（World Health Organization: WHO）を始めとする国際機関の動向が現場の政策・実施に大きな影響を与える。同時に、日本における災害精神保健をめぐり知見を国際的意思決定に反映させ、更に、諸外国への技術協力を行う等の国際貢献が益々求められている。

2015年には、防災と開発双方の分野において、2030年までの国際社会の方向性を決める大きな意思決定がなされた。これらには、精神保健・ウェルビーイング及び心理社会的サービスが初めて包括的に含まれ、日本を含む世界の災害時の精神保健医療に顕著な影響を与えるものと思われる。よって、これらの動向及び実施に有用な国際機関によるガイドラインにつき研究した。

B 研究方法

文献検索を通じ、国連システムをはじめ、様々な国際機関の防災及び精神保健に関連する文献・政策を調査・分析した。更に、これらの作成に携わった担当官や研究者に直接聞き取りを行った。
（倫理面への配慮）

本研究は、国際機関による政策やガイドラインをめぐり文献調査及び国際機関関係者への聞き取りを行ったものであり、これに際し必要な倫理的配慮を行った。

C 研究結果

国際精神保健の現状

WHOによると、世界の4人に1人が一生のうちに一度以上何らかの精神疾患を罹患するが、開発途上国ではそのうちの80%が適切な治療を受けられずにいる。中でも、自殺の問題は大きく、1年間の自殺による死亡者数は約80万人にのぼり、これは戦争

と殺人による死亡者数を合わせたものよりも多い。特に、青年女子において、自殺は死因の1位である。精神科医を始めとする精神保健医療人材は世界的に不足しており、精神科医がいない国が40カ国もある。多くの国において、精神医療に使われる予算は大変少なく、低所得国においては、平均すると、保健予算の0.5%程度しか割り当てられていない。また、精神障害や知的障害に対するスティグマ・差別は根強く、重篤な人権侵害が見られる国も見受けられ、基本的人権の侵害の他、障害を理由に殺害されるケースもある (Izutsu et al., 2015)。経済協力開発機構 (Organisation for Economic Co-operation and Development: OECD) は、これら精神保健上の問題に起因する経済的コストは、世界の国内総生産の4%を超えると警告している (OECD, 2015)。

災害時には、これらの状況はより厳しいものとなり、精神医療や地域支援を含む精神保健・心理社会的支援へのアクセス困難や、精神障害者・知的障害者への物理的・心理的・情報面での障壁が増大することが多い。

国際の新しい枠組：「仙台防災枠組」と「持続可能な開発目標」

一方で、国際社会においては、精神保健は国連「ミレニアム開発目標 (Millennium Development Goals: MDGs)」(国連、2000)に含まれず、政策・実施双方の側面において、周辺化されがちであった。2005年に兵庫で開催された第2回国連防災世界会議の成果文書である「兵庫防災枠組」では一部心理社会的支援につき言及がなされたものの、その範囲は限定的であった。一方で、現場でのニーズの高まりに対応する形で、2007年には、国連人道問題調整事務所が事務局をつとめ、国連機関と国際NGOの間で調整をするために作られた機関間調整委員会 (Inter-agency Standing

Committee: IASC) が「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」を作成した (IASC, 2007)。

その後、国連経済社会局とWHOが、国連「精神保健とMDGsパネル・ディスカッション」(ニューヨーク)にて共同発表した「MDGs達成のための精神保健と開発政策分析」(国連・WHO、2009)を契機に、精神保健を国際の優先事項とするための動きが本格化した。2013年には、国連大学、国連経済社会局、東京大学の共催で「精神的ウェルビーイング、障害及び開発に関する国連専門家会議」がクアラルンプールで開催され、成果文書が発表された。続いて、2014年には、国連大学、国連経済社会局、世界銀行、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所の共催で「精神的ウェルビーイング、障害及び防災に関する国連専門家会議」が東京で開催された。ここで採択された成果文書は、2015年に仙台で開かれた「第3回国連防災世界会議」の成果文書交渉に向けて世界中で配布・参照された。

これらを経て、この「第3回国連防災世界会議」では「仙台防災枠組」(国連、2015)が採択され、「優先事項4:効果的な応急対応に向けた準備の強化と「より良い復興」」において、「33(o)必要とするすべての人々に心理社会的支援及び精神保健サービスを提供するための復興スキームを強化する」との文言が入り、初めて精神保健・心理社会的支援が総合的に明記されることとなった。これは、2030年までの防災をめぐる最重要な国際枠組となるため、本文書により、今後の防災施策・プログラムには、様々な国と地域において、精神保健・心理社会的支援が統合されていくことが期待されている。

更に、同年9月には、国連ニューヨーク本部にて「国連持続可能な開発サミット」が開かれ、2015年をゴールとするMDGsの後継となる「持続可能な開発目標 (Sustainable

Development Goals: SDGs)」(国連、2015)が加盟193カ国のトップ・レベルの合意のもと採択された。8つの目標からなるMDGsに対し、SDGsには17の目標が含まれ、その内の一つである「ゴール3:全ての年齢の人々の健康な生活とウェルビーイングを促進する」に、「ターゲット4:非感染症対策および精神保健・ウェルビーイングの促進」及び「ターゲット5:物質乱用の予防と治療」が初めて含まれた。同時に、防災についても、いくつかの目標、ターゲットに含まれることとなり、精神保健と防災は、国際の優先事項となった。「仙台防災枠組」と同様、2030年をゴール年としており、現在、モニタリングのための具体的な指標を作成中である。

国際のガイドライン

このような世界の流れの中で、災害時の精神保健医療をめぐる様々なガイドラインが国際機関により作成され、現場でも広く使用されるようになってきている。

代表的なものとして、緊急時の人道支援アクター及び地域が、精神保健をめぐる計画を策定し、様々なステークホルダー間の調整をすることで、精神保健・心理社会的支援を適切に提供できるようにすることを目指す、前述の「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」がある。これは、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所を中心とするチームにより、日本語訳も作成されており、インターネット上で入手可能である。

また、精神保健医療における治療介入ガイドラインとして、WHO「mhGAP 人道介入ガイド」(WHO、2015)が発表された。これは、WHO「mhGAP 介入ガイド」(WHO、2010)を元に、人道危機時によく見られる精神疾患等に対する治療・支援介入についてまとめたものである。「mhGAP 介入ガイド」は、長崎大学を中心とするチームにより、邦訳が発表されている。

更に、より広く誰もが心理社会的支援を提供できるようにするために作られた「心理的応急処置(PFA)フィールド・ガイド」(WHO、2011)もあり、国立精神・神経医療研究センター等による邦訳がある。

更に、人道危機時の対応について原則をまとめた「スフィア・ハンドブック」(The Sphere Project、2011)にも精神保健・心理社会的支援が含まれており、邦訳もある。

(国際の枠組及びガイドラインの詳細については、Izutsu, et al. 2015を参照されたい。)

D. 考察

仙台防災枠組とSDGsに精神保健が含まれたことにより、災害時に精神保健医療を提供するための重要な国際的政策的基盤ができた。災害時の精神障害・知的障害をめぐる人権保護・促進については、2006年に国連総会で採択された「障害者権利条約」があり、これは、批准国において法的義務を生じるため、この有効活用が期待される。更に、2016年5月には、初めての「世界人道サミット」がイスタンブールで予定されており、ここにおいても精神保健・心理社会的支援を含める動きがあり、既存の枠組を更に強化するものとして期待されている。これに向けては、2016年1月、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所と東京大学教養教育高度化機構がWHOや国連と協力して「精神的ウェルビーイング、障害及び人道に関する専門家会議」をWHO西太平洋地域事務局(マニラ)において開催し、日本をはじめとするアジアの知見を共有すると共に、「世界人道サミット」に向けた提言を議論した。

これらを受けて、今後、実施に向けた資金確保、人員の育成と能力開発、政策策定支援、政策実施・プログラム実施支援、グッドプラクティスや教訓の共有とその拠点作り、害がなく質の高いサービス提供のための研究・開発、多分野に渡る多機関

協働のためのシステム作り、精神障害・知的障害をめぐるアクセシビリティと包摂性の確保・促進が必要である。中でも、仙台防災枠組には、その進展をモニターするための指標がなく、これを確実に実施していくためのシステム作りが課題である。

日本は、阪神・淡路大震災や東日本大震災をはじめとする様々な災害対応において、精神保健医療をめぐる世界有数の知見を有している。これらを国連等を通し世界に発信することで、世界の枠組作り及び実施に貢献することが求められている。

E. 結論

災害時の精神保健医療に関し、国連システムを始めとする国際機関の政策・ガイドライン等を概観した。これらの実施に際し、日本の知見を世界に発信し、開発途上国を含む世界の意思決定・実施への貢献が益々求められている。

文献

1. 国連, 2006. Convention on the Rights of Persons with Disabilities. <https://www.un.org/disabilities/default.asp?id=259>
2. 国連 & WHO, 2010. United Nations-WHO Policy Analysis on Mental Health and Development: Integrating Mental Health into All Development Efforts including MDGs. <http://www.un.org/disabilities/default.asp?id=1545>
3. 国連, 2013. The UN Expert Group Meeting on Mental Well-being, Disability and Development: Conclusions and recommendations for inclusion of mental well-being and disability into key goals and outcomes of upcoming international conferences. http://www.un.org/disabilities/documents/hlmd/UNU_EGM_MWDD_2013.pdf
4. 国連, 2014. The UN Expert Group

Meeting on Mental Well-being, Disability and Disaster Risk Reduction: Outcome document. http://www.un.org/disabilities/documents/egms/egm_tokyo_drr.docx

5. IASC, 2006. IASC Guidelines for Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf

6. Izutsu T., Tsutsumi A., Ito A., 2015. Mental Health, Well-being and Disability: A New Global Priority: Key United Nations Resolutions and Documents. The University of Tokyo. <http://i.unu.edu/media/iigh.unu.edu/news/3735/UN-MHWD-Book-2015.pdf>

7. OECD, 2014. Making Mental Health Count: The Social and Economic Costs of Neglecting Mental Health Care. <http://www.oecd.org/els/health-systems/Focus-on-Health-Making-Mental-Health-Count.pdf>

8. The Sphere Project, 2011. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian. <http://www.sphereproject.org/handbook/>

9. WHO, 2010. mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings. http://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/en/

10. WHO, 2011. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/

11. WHO, 2015. mhGAP Humanitarian Intervention Guide.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/162960/1/9789241548922_eng.pdf?ua=1

F. 健康危険情報
特になし。

G . 研究発表

1. 論文発表

- i. Harry Minas, Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Ritsuko Kakuma, Alan D Lopez. Asia-Pacific is Ready to Act on a Mental Health Target in the SDGs. Lancet Psychiatry. 2:199-201, 2015.
- ii. Harry Minas, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Kathryn Goetzke, Graham Thornicroft. Comprehensive SDG Goal and Targets for Non-communicable Diseases and Mental Health. International Journal of Mental Health Systems. 10:12, 2015.
- iii. Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Akiko Ito, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Harry Minas. Mental Health Mainstreamed in New UN Disaster Framework. Lancet Psychiatry. 2:679-80, 2015.
- iv. Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Harry Minas, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Akiko Ito. Inclusion of Mental Health in the Sustainable Development Goals. Lancet Psychiatry. 2: 1052-1054, 2015.

2. 学会発表
なし

H . 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)

特になし。

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 |
|-------------------------------|---|---|---|------------------|----------|-------|---------|
| Masaharu Maeda*, Misari Oe | The Great East Japan Earthquake: Tsunami and Nuclear Disaster | Katie E. Cherry | Traumatic Stress and Long-Term Recovery Coping with Disasters and Other Negative Life Events | Springer | New York | 2015 | 71-90 |
| 佐久間篤、 松本和紀、 金吉晴 | 薬物の使い方 | 酒井 明夫、 丹羽 真一、 松岡 洋夫 | 災害時のメンタルヘルス | 医学書院 | 日本 | 2016 | 36-38 |
| 松本和紀 | 総論 | 酒井 明夫、 丹羽 真一、 松岡 洋夫 | 災害時のメンタルヘルス | 医学書院 | 日本 | 2016 | 72-74 |
| 松本和紀、 松岡洋夫 | 精神医学講座 | 酒井 明夫、 丹羽 真一、 松岡 洋夫 | 災害時のメンタルヘルス | 医学書院 | 日本 | 2016 | 92-94 |
| 松本和紀、 高橋葉子 | 職域での支援 | 酒井 明夫、 丹羽 真一、 松岡 洋夫 | 災害時のメンタルヘルス | 医学書院 | 日本 | 2016 | 128-132 |
| 松本和紀、 松岡洋夫 | 東北大学精神医学教室 | 酒井 明夫、 丹羽 真一、 松岡 洋夫 | 災害時のメンタルヘルス | 医学書院 | 日本 | 2016 | 221-222 |
| 松下幸生 | アルコール使用障害 | 樋口輝彦、 市川宏伸、 神庭重信、 朝田隆、中 込和幸 | 今日の精神疾患治療指針 | 医学書院 | 東京 | 2016年 | 626-632 |
| 瀧村剛 松下幸生 | アルコール依存症 | 精神保健医療福祉白書編集委員会 | 精神保健医療福祉白書 | 中央法規 | 東京 | 2016年 | 170 |
| 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 |
|--|--|--|-------|-----------|------|
| 前田正治, 植田由紀子, 昼田源四郎 | こころのケアセンターが果たすべき役割とは: ある方部の苦闘から | トラウマティック・ストレス | 12巻1号 | 5-12 | 2014 |
| 前田正治 | 福島における心理社会的問題と支援ネットワーク | トラウマティック・ストレス | 12巻2号 | 129-139 | 2014 |
| 前田正治 | 東日本大震災後の自殺対策を考える 当事者の就労問題、支援者の労働環境も考えて | 自殺予防と危機介入 | 35巻1号 | 20 | 2015 |
| 中島聡美 | 女性における複雑性悲嘆 - 愛着と養育の視点から - | 武蔵野大学人間科学研究所年報 | 5 | 29-39 | 2016 |
| Harry Minas, Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Ritsuko Kaku, Ritsuko Kaku, Alan D Lopez | Asia-Pacific is Ready to Act on a Mental Health Target in the SDGs. | Lancet Psychiatry | 2 | 199-201 | 2015 |
| Harry Minas, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Kathryn Goetzke, Graham Thornicroft | Comprehensive SDG Goal and Targets for Non-communicable Diseases and Mental Health. | International Journal of Mental Health Systems | 10 | 12 | 2015 |
| Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Akiko Ito, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Harry Minas | Mental Health Mainstreamed in New UN Disaster Framework. | Lancet Psychiatry | 2 | 679-80 | 2015 |
| Takashi Izutsu, Atsuro Tsutsumi, Harry Minas, Graham Thornicroft, Vikram Patel, Akiko Ito | Inclusion of Mental Health in the Sustainable Development Goals. | Lancet Psychiatry | 2 | 1052-1054 | 2015 |
| Teruo Hashimoto, Kento Fukui, Hikaru Takeuchi, Susumu Yokota, Yoshie Kikuchi, Hiroaki Tomita, Yasuyuki Taki, Ryuta Kawashima | Effects of the BDNF Val66Met Polymorphism on Gray Matter Volume in Typically Developing Children and Adolescents | Cereb Cortex | 26巻4号 | 1795-1803 | 2016 |

| | | | | | |
|---|--|---|-----------|---------|------|
| Naoki Nakaya, Tomohiro Nakamura, Naho Tsuchiya, Akira Narita, Ichiro Tsuji, Atsushi Hozawa, Hiroaki Tomita | Prospect of the future housing and the risk of psychological distress at one year after an earthquake disaster | Psychiatry and Clinical Neurosciences | 70 卷 4 号 | 182-189 | 2016 |
| Hirokazu Yoshida, Natsuko Kobayashi, Nami Honda, Hiroo Matsuoka, Takuhiro Yamaguchi, Hiroaki Homma, Hiroaki Tomita | Posttraumatic growth of children affected by the Great East Japan Earthquake and their attitudes to memorial services and media coverage | Psychiatry and Clinical Neurosciences | 70 卷 5 号 | 193-201 | 2016 |
| Naoki Nakaya, Akira Narita, Naho Tsuchiya, Tomohiro Nakamura, Ichiro Tsuji, Atsushi Hozawa, Hiroaki Tomita | Partners' Ongoing Treatment for Chronic Disease and the Risk of Psychological Distress after the Great East Japan Earthquake | The Tohoku Journal of Experimental Medicine | 239 卷 4 号 | 307-314 | 2016 |
| Naho Tsuchiya, Naoki Nakaya, Tomohiro Nakamura, Akira Narita, Mana Kogure, Jun Aida, Ichiro Tsuji, Atsushi Hozawa, Hiroaki Tomita | Impact of social capital on psychological distress and interaction with house destruction and displacement after the Great East Japan Earthquake of 2011 | Psychiatry and Clinical Neurosciences | 71 卷 1 号 | 52-60 | 2016 |
| 富田博秋 | 震災後メンタルヘルスの現状について教えてください | DEPRESSION JOURNAL | 4 卷 2 号 | 22-23 | 2016 |
| 富田博秋, 河島謙, 大塚耕太郎, 高橋晶, 小山司(監修) | 災害時精神医療の現状と展望 | Depression Strategy うつ病治療の新たなストラテジ | 6 卷 4 号 | 1-4 | 2016 |
| 富田博秋、佐久間篤 | 災害精神医学領域におけるアウトリーチ支援 | 臨床精神医学 | 46 卷 2 号 | 199-204 | 2017 |
| Yuriko Suzuki, Maiko Fukasawa, Akiko Obara and Yoshiharu Kim | Burnout among public servants after the Great East Japan Earthquake: decomposing the construct aftermath of disaster | Journal of Occup Health | 59 | 156-164 | 2017 |
| 松下幸生、樋口進 | アルコールと認知症リスク | Brain and Nerve | 68 卷 | 819-827 | 2016 |

| | | | | | |
|--|--|--|---------------|-----------|----------------|
| 松下幸生 | アルコールと神経・精神障害 | 医学と薬学 | 73 巻 | 985-992 | 2016 |
| 松下幸生 | アルコール摂取が多い | Medicina | 53 巻 | 1959-1964 | 2016 |
| 松井敏史、横山顕、松下幸生、神崎恒一、樋口進、丸山勝也 | アルコール関連の諸問題 | 日本老年医学会雑誌 | 53 巻 | 304-317 | 2016 |
| 松下幸生、真栄里仁、伊藤満、上野千恵、岡田瞳、樋口進 | アルコールデイケアとリワーク | 日本デイケア学会誌 | 20 巻 | 41-45 | 2016 |
| 松下幸生 | アルコールと認知症のさまざまな関係 | 老年期認知症研究会誌 | 21 巻 | 30-31 | 2017 |
| Sachio Matsushita and Susumu Higuchi | Use of Asian samples in Genetic Research of Alcohol Use Disorders: Genetic variation of alcohol metabolizing enzymes and the effects of acetaldehyde. | American Journal on Addictions | | In press | 2017 |
| Maiko Fukasawa, Yuriko Suzuki, Akiko Obara, Yoshiharu Kimim | 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 gato | 4(3) | 52-53 | 2017 |
| Sakuma A, Ueda I, Rengi S, Shingai T, Matsushita 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 H, 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 |