

災害と精神医療

—災害前と災害後の精神保健活動

岩井圭司

# 災害と精神医療

## —災害前と災害後の精神保健活動

岩井圭司

### Key words

natural disaster, traumatic stress, Hanshin-Awaji Earthquake, disaster prevention planning

### 1. 災害とは

災害は、災害精神医学・災害心理学においては、「被災地域の対処能力をはるかに超えた、生態学的・心理社会的に重大な崩壊」(WHO<sup>18)</sup>)と定義される。災害時には通常の社会システムでは処理し得ない状況が現出し、あるいは被災地の社会的システムそのものが崩壊する。

災害は、死の恐怖や絶望感など様々な精神的苦痛をもたらし、外傷性ストレス traumatic stress (心的外傷 trauma) を生み出す。

### 2. 災害の心理的影響への対策——災害精神保健活動の3分野

災害が与える心理的影響は、外傷性ストレスにとどまるものではない。特に大規模都市災害(人口密集帯の広範囲中心的災害)時には、あらゆる分野における社会機能の多くが無効化するか使用不可能な状態に陥ることで、被災者は日常生活上の多大なストレスを受ける。その結果、外傷後ストレス障害 posttraumatic stress disorder (PTSD) 以外にも、大うつ病、パニック障害、特定の恐怖症 specific phobias, 身体化障害、アルコール依存症など様々な精神医学的病態の有病

率が上昇することになる。(岩井<sup>5)</sup>, 太田<sup>13)</sup>, WHO<sup>18)</sup>)

どのような形であれ災害に関与したすべての人が何らかの影響をこうむる(Myers<sup>8)</sup>, Raphael<sup>16)</sup>)。しかも、災害に対する人々の心理的反応は経時的に変化してゆく(後述)。それらの結果、災害後には、精神保健活動に対する多種多様な需要が著しく増大することになる。

そのような多種多様なニーズに対応するには、災害発生前の準備が不可欠である。つまり、災害精神保健は、災害後の精神医療活動にとどまらず、もっと広いパースペクティブを有するものでなくてはならない。

災害精神保健活動は、準備 preparedness, 予防 prevention, 軽減 mitigation (あるいはケア care) という3分野からなり(図1)、いずれもが欠くべからざるものである(Weisaeth<sup>17)</sup>, WHO<sup>18)</sup>)。

準備とは、災害前の防災活動をさす。予防とは、災害発生後に被災者に生じる健康上の問題を最小限にするための活動のことであり、実際に生じてしまった健康上の問題に対処するのが軽減である。

これを、精神保健領域に即して、概念的に対応付けるならば、表1ようになる。

### 3. 災害前準備，とくに防災計画の意義について

既に述べたように，大規模都市災害時の被災者援助活動においては通常の都市機能（交通機関，通信連絡機能など）が利用できない場合が多い。行政機関においても，災害時には通常の意志決定過程・指示伝達系統が機能しなくなることがある。防災計画を策定する際には，このことを考慮に入れておかねばならない。実際，都市の中心部を襲った阪神・淡路大震災では，被災者援助活動の中心的な担い手となるべき行政機構自体が大きな被害を受けたということもあって，平時の精神保健活動の方法で被災者を援助することは全く不可能な状態がしばらく続いた。

災害救援にあたっては，行政体にありがちな“（過剰な）前例主義”は超えられねばならないが，そのためには，前例に替わるべき規範としてマニュアル化された防災計画を予め用意しておくことが必要である。

被災者援助活動の主たる担い手である行政体には，効率的かつ迅速な対応が求められる。通常の何段階にもわたる稟議書の決裁は，災害時には不適である。災害が実際に起こってから議論していたのでは間に合わないような事項については，予め防災計画を策定する際に冷静かつ入念に検討しておくべきである。災害発生直後に，災害救援活動の空白もしくは重複地帯を生み出さないためにこそ防災計画は存在する。

しかし，防災計画を絶対視してはならない。実際の災害では想定外の事態が起こるからである。災害時には，災害に関するあらゆる施策を統括する迅速な意思決定機関としての復興対策本部を設置し，あらゆる災害救援業務を一本化する。自治体の場合，首長が対策本部長を務める。もちろん，精神保健の専門家も「対策本部」に必ず加わり，被災者援助に関わるあらゆる施策の決定に関与できるようにする（Myers<sup>9)</sup>）。防災計画には，対策本部の構成・権限について明

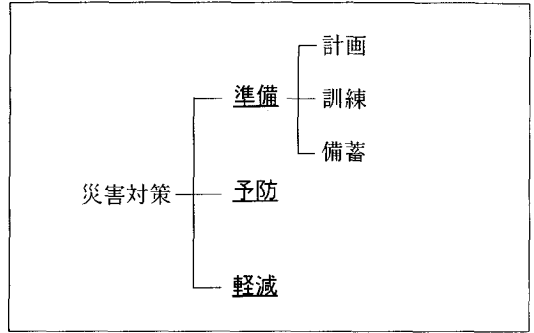


図1 災害対策の3分野（3要素）

（WHO<sup>18)</sup>）

確な規定が盛り込まれていなければならない。

また，制約された条件のなかで効率的に災害救援活動を行うには，精神保健の資源は被災者の中でもハイリスクとされる者（深刻な心的外傷体験を蒙った者および災害弱者）（文末の付1）に優先的に割り当てられるべきである。

災害前準備には計画 planning，訓練 training，備蓄 stockpile という3要素のいずれが欠けても本来の意味をなさないといわれる（広常<sup>3)</sup>）。本稿の末尾に，災害前準備および防災計画のチェックリストを掲げておく（付2）。

### 4. 精神保健スタッフの役割

精神科医をはじめ精神医療従事者の多くは，ふだんは医療機関に勤務していて狭義の精神保健活動には従事していない。その上，災害時の精神保健活動は平時のそれとは大きく異なるものであるので，精神医療の“専門家”が被災地の第一線で救援“スタッフ”たるためには，それなりの準備（訓練）が必要である。

災害時に精神保健の専門家が，災害救援スタッフとして担うべき役割は，次の3点に集約される<sup>5)</sup>。

#### ①啓発の中心として

少数の専門家が直接ケアできる被災者の数は，所詮限られたものである。精神保健スタッフは，災害発生直後にはすべての災害救援者に対して最小限の精神保健知識を教育するようにする

表1 災害後精神保健における準備、予防、軽減

災害対策の3分野	準備	予防		軽減
全般的対策課題	災害前対策	緊急対策	応急対策	再建対策
被災者の心理の変化	—	茫然自失期	ハネムーン期	幻滅期
被災者の生活の場	自宅		避難所	仮設住宅 <small>定住(自宅, 恒久住宅)</small>
精神保健上の課題	訓練、啓発	急性反応性症状 / 生活ストレス / PTSD症状等		
本書の該当箇所	本章	急性期		中長期

(Myers<sup>8, 9, 10</sup>, WHO<sup>18</sup>)。災害時には、すべての災害救援者が精神保健の担い手であるべきである。また、精神保健面での援助を必要なのではないかと思われる人を見つけたら（被災者であろうと救援者であろうと）、精神保健スタッフに相談・紹介するようにしておく。

被災者に対しても、精神保健の正しい知識の普及啓発に努めるとともに、自分たちが提供する援助についての具体的情報（援助の内容、援助者の職種、提供場所、守秘義務が厳密に履行されることなど）を、精力的に広報する。精神保健サービスの情報は、サービスを受けることに積極的でない被災者にもある種の安心感を与えるものである。

### ②全般ケアの一員として

災害時には、就中災害直後の混乱の中では、精神保健の専門家であろうとも援助者の一員として一般的な被災者援助業務に関わるようにする。避難所や救護所を巡回し実際の被災者援助に加わることで、災害現場の状況や被災者のニーズをより正確に把握することができるし、精神保健領域以外の援助者との連携もスムーズになる。また、救護医療チームにはなるべく精神科医が加わるようにする

公的災害扶助の申請が行われる市役所や福祉事務所など、多くの問題を抱えた被災者が集まる場所では、順番待ちの行列の整理や臨時保育室などのあまり構造化されていない業務を手伝いながら「ケースの発見」に努め、形式張らない形で「治療の会話」を導入することをめざす(Myers<sup>10</sup>)。この際、精神保健スタッフが自らの専門性を強調して被災者の“レッテル貼り”への不安をあおることがないように、くれぐれも注

意する。

### ③対策本部の一翼として

「災害対策本部」には、必ず精神保健専門家が正式な構成メンバーとして（observerではなくfull memberとして）加わり、災害救援全般について積極的な提言を行うべきである。災害救援および災害復興プログラムを、可能な限り被災者のニーズに合うように軌道修正する上で、精神保健スタッフの果たす役割は大きい。Myers<sup>9</sup>は、Loma Prieta地震のときにある大規模避難所で、男性を女性や子どもとは別の施設へ移そうという計画がたてられたことを例に挙げている。それは、援助システムとしての家族を分断してしまうことを意味したので、精神保健スタッフが避難所管理者に家族がいっしょに暮らすことの重要性を説いて、この計画を撤回させたという。

## 5. 災害発生後の精神保健活動

### 1) 被災者の心理状態の変化への対応

災害発生後、被災者の心理状態はおよそ次のような3相性（図2）の段階を踏んで経過する(Raphael<sup>16</sup>を岩井<sup>6</sup>が改変)。

1. 茫然自失期（災害発生後数時間から数日間）：どうしていいかわからずに被災者が茫然としている時期。

2. ハネムーン期（災害発生後数日後から数週間または数ヶ月間）：被災者は災害後の生活に適応したかに見え、被害の回復に向かって積極的に立ち向かい、愛他的行為が目立つ時期。

3. 幻滅期（災害発生後数週間後から年余）：メディアが災害を報じなくなり、被災地外の

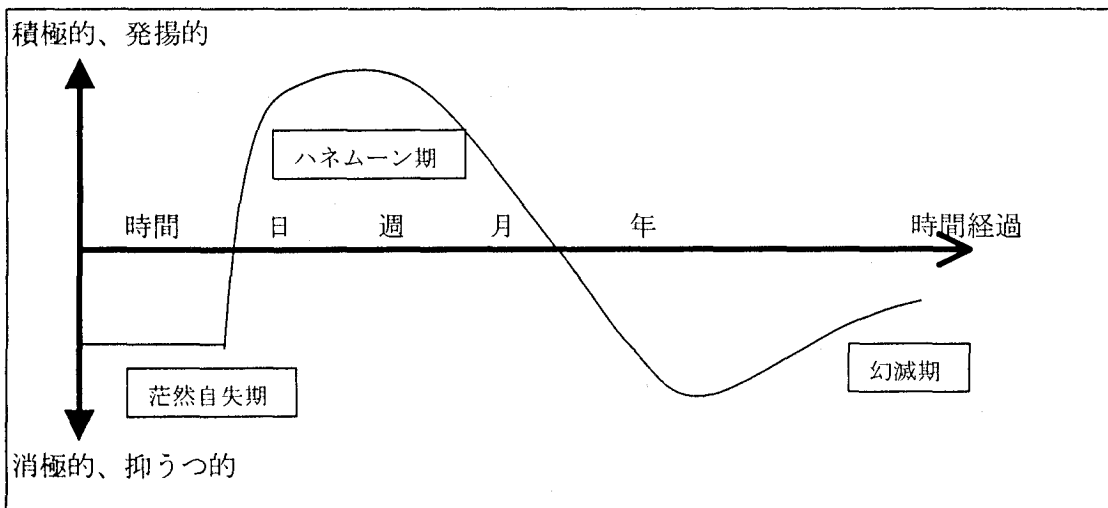


図2 被害者の心理状態：3相性の変化

人々の関心が薄れる頃になると、被災者は無力感・倦怠感にさいなまれるようになる。

被災者のニーズは時々刻々と変化していく。例えば、特に大規模都市災害後早期には都市機能のマヒによって日常生活ストレスは著しく増大しているにもかかわらず、被災者間には独特の連帯感が生まれ、被災者の孤立無援感は比較的軽い（ハネムーン期）。ところが、時間の経過とともに被災者の立ち直り（心理的および経済的生活再建）状況の個人差は拡大していき、災害弱者対策の重要性が増す。

変化していくニーズを把握し、時期に応じた対策をたてる必要がある（表2）。

## 2) 被災者ケアの目標と原則

災害発生後早期には、狭義の精神医療行為よりは、より実際的かつ一般的な援助業務を優先する。精神保健活動の包括的な目標は、安全の確保と生活ストレスの軽減である。

どのような病態であれ、精神症状の鎮静のためには、まずは安全な居場所と衣食を確保して被災者が安心できるようにすることが重要である。そのうえで、必要に応じて薬物的鎮静や心理療法的介入を検討する。

また、被災者間での自発的・自然発生的互助ネットワークから孤立しがちな人に対する援助に重点をおくようにする。

## 3) 救援者の心得

災害被災者に対して援助を提供しようとする者が、共通認識として持つておかねばならない“心得”を次に掲げる。これは、Myers<sup>8)</sup>が「災害救援者のキー・コンセプト」として挙げた14項目を筆者<sup>6)</sup>が8項目にまとめなおしたものである。

1. 救援者は二次的被災者である：どんなかたちであれ、災害に関与した人はすべて、災害からなんらかの影響を受ける。救援者は、被災者を救援することで、自らも傷つく。

2. 被災者の生活上のストレスを重視する：被災者にみられる情動的な反応の多くは、災害によって引き起こされた生活上の問題から生じる。

3. 災害後早期の精神保健活動は、「心理学的」というよりは、より「实际的」な性質のものであるべきである：「何が必要とされているか」ということを常に考えて行動する。ときには狭義の精神保健の領域を超えて、より一般的な援助（避難所の清掃をする、申請書類の書き方を

時間経過	被災者のニーズ	被災者の行動	あるべき対策	
秒～分	生命の安全の確保	避難行動	警報の伝達	緊急 対策
時	心理的安心の確保	安全確認 帰宅 家族との連絡、安否確認	避難の誘導 災害情報の伝達 交通の再建 停電の解消	
日	生活の復旧	被害の後片付け  貴重品の確保	埋設管施設（上水道、ガス） の復旧 避難所の設置（住の確保） 生活物資（衣食）の確保 物流の確保	応急 対策
週	生活の再建	損害保険請求 減免措置請求	罹災証明の交付 資金援助	再建 対策
月	人生の再建 心理的安定の確保	住居の再建 「こころの傷」への治療希求	仮設住宅の提供 「こころのケア」	
年	喪の作業 災害文化の育成	体験の想起と共有化 体験の教訓化 体験の風化と忘却	記念事業、防災教材	

(林<sup>2)</sup>より作成)

表2 被災者のニーズ、行動とあるべき対策の時系列的变化

教える、子守を手伝うなど)をも行う。

4. 自分が精神保健サービスを必要としていると思う被災者はほとんどいない：被災者たちは、自分たちが災害のせいだ“クレージー”になってしまったという“レッテル”を貼られてしまいはしないかという不安を強く抱き、しばしば援助の申し出を拒む。一方で、自らの不安を抱える人は、子どもや老親など身近な他者のことを自分以上に心配することがある。

5. 災害後の精神保健的援助は、アウトリーチに重点をおく：被災者本人たちが精神保健サービスを希望するのを待っていたのでは、初期救援は有効に行えない。“レッテル貼り”の危険性に配慮しながらも、自らが災害の場に赴いて、現場のニーズを把握する必要がある。

6. 被災者にみられる情動的な反応の多くは、「異常な状況に対する正常な反応」である。そのことを被災者にははっきり伝えるようにする。

7. 時期に合わせた援助をこころがける：例えば、災害直後に被災者に被災体験について詳細に問うのは好ましいことではないが、災害直後の混乱が終息した後に被災者が被災体験を言語

化できるように援助することは治療的である。

8. 被災コミュニティの特質を考慮し、互利的機構を尊重し、活用する：公的な災害救援システムは、そのような援助システムから切り離されてしまった被災者を中心に供給するようにする。

#### 4) 被災者ケアの方法と場

被災者に対する精神保健サービスを提供する際の原則として、次のようなものが挙げられる<sup>6)</sup>。

1. 精神保健業務の「拠点」の設置：災害対策本部と緊密な連絡を保ちながら、精神保健活動を統括する拠点を市役所、保健所、精神保健福祉センター等のいずれかにおき、精神保健活動の実践経験のある行政職員が責任者となる。

2. 災害救援スタッフへの教育：パンフレット等を用いて、災害救援スタッフ全員に必要最小限の精神保健の基礎知識を与える。精神保健の知識は、一般救援スタッフが被災者に適切な援助を提供する上で有用であるとともに、精神的な問題を抱えた被災者を精神保健の専門スタッ

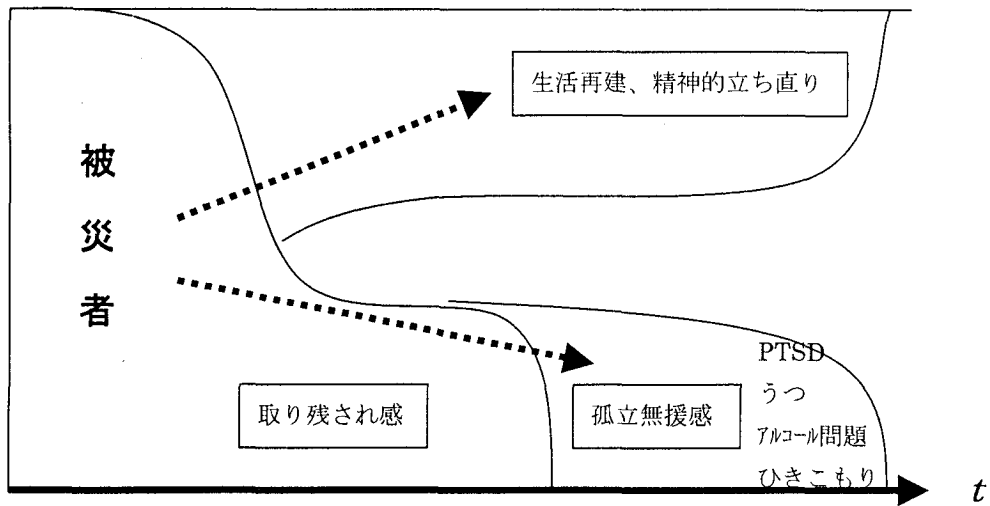


図3 被災者の回復の2極分化（“はさみ状較差”）

フに紹介することにつながり、さらには救援者自身の精神的健康の維持に役立つ。

3. 宣伝活動：いつどこでどのような精神保健サービスが提供されているかという情報を、あらゆる手段と機会を利用して発信し続ける。また、上記の「拠点」に“ホットライン”を設置して、被災者・救援者からの様々な問い合わせに対応する。

4. 一線機関との連携：災害救援に携わる一線機関と連携し、避難所や一線機関で把握された精神保健上の問題に対処する。できる限り、精神保健スタッフが避難所を巡回したり一般医療救護班に加わるなどして、被災者が「精神科」を意識せずに精神保健サービスを受けられるように配慮する。

5. 専門的相談への応需と精神医療への導入：上記のような災害救援の一線での精神保健サービスとは別に、自己の精神的問題を自覚している者が来談して専門的な精神保健相談を受けることができる相談センターを、市役所、保健所、福祉事務所など様々な目的を持つ人が出入りする公的機関内におく。相談センターはまた、地域コミュニティーや避難所内で激しい興奮、繰り返す自殺企図、精神症状に基づいて他の者

を著しく動揺させるような言動をなすなど顕著な精神症状を呈する者を、精神医療機関に紹介する。必要に応じてスタッフが同行して被災地外の医療機関に移送できるよう準備をしておく。

## 6. 被災者に対する中長期的ケア

メディアが災害について報じなくなり、被災地外の人々の関心が薄れるようになる頃、被災者は無力感・倦怠感にさいなまれるようになる。ここから年余（ときに数年）にわたる幻滅期がはじまる（図2）。

この時期は、被災地が全体としては復興に向けて前進し、被災者の生活再建対策が進行する時期である。その一方で、生活環境ストレスに長期間さらされ続けストレスが重畳し回復が遅れる人、PTSD等の精神医学的病態を抱える人が出てくる。つまり、被災者間に“はさみ状格差”が生じてくる時期である（図3）。したがって、回復が遅れている人、孤立し閉じこもりがちになっている人、PTSD等の精神医学的病態を抱える人に対するケア（軽減）に重点がおかれる。

このころになると、災害直後の混乱はあらかた収束しているため、災害に起因する様々な病

態を抱える人への対応は、急性期に比べると平時の精神保健の方法に近いものになる。

この時期のストレス因子として、次の2つに注意を払うべきであろう。

### 1. 生活環境ストレス

災害直後の混乱を脱した後でも、災害で自宅を失ったために避難所→仮設住宅→復興住宅(恒久住宅)と引越しを重ねねばならなかったり、自宅に住みつづけることができても街並みがまったく変わってしまったりと、生活環境の変化による影響はこの時期も続いている。

通常心的外傷体験から時間が経過すると外傷性ストレスは逡減していくものであるが、大規模自然災害後の生活環境ストレスは、困難な生活が長期間続く場合には、時間がたつほどに重畳していくことがある。

### 2. 「取り残され感」と被災地外からの眼差し

時間がたつにつれて順調に回復していく人と立ち直りが遅れている人の格差がひろがっていく。後者の人たちは「取り残され感」を抱いて、自責感、自己卑小感、絶望感、自暴自棄感にさいなまれるようになり、閉じこもりがちの生活となる。

また、この時期になると、被災地外の人々の無関心や「被災者は甘えているのではないか」という冷たい視線にさらされることが増える結果、ますます自責感や孤立無援感を抱きやすくなる。

対策としては、急性期に引き続きアウトリーチ的な手法を用いながら、被災者たちの新しい生活の場である仮設住宅や復興住宅において、被災者住民相互の交流を促進するような事業を展開する。また、より専門的な援助が必要な者や希望する者にカウンセリングやケースワーク的対応を提供する場として、精神保健の専門スタッフが常駐する相談センターを置く。センターの名称は、「被災者支援センター」などとするか「災害総合相談センター」の一部門にするかなどして、ユーザーが「精神科」を意識せずに精神保健サービスを受けられるようにするの

が望ましい。

## 7. あるべき防災体制へ——現行「地域防災計画」批判

先にも述べたように、災害救援には、効率的かつ迅速であることが求められる。災害時には、平時とは異なった方法を取らざるを得ない。また、限られた救援資源の有効活用のためには、被災者の中でもハイリスクとされる者(深刻な心的外傷体験を蒙った者および災害弱者)に優先的に割り当てられるべきである。

ところが、現行の各自治体の「地域防災計画」の多くは、旧来的な「決裁主義」「前例主義」「悪平等主義」を脱していない。今日なお、各自治体は「地域防災計画」を、“平時”の行政活動の方法論でしか考えておらず、その記述は行政体内の事務分掌に終始し、分量も数百ページから2,000ページにもなんなんとする大部なものである。これでは、「防災マニュアル」としての体裁すらなしていないと言わざるを得ない。

実は、各自治体の「地域防災計画」は、最近になってどんどん大部になってきているのである。その原因として、阪神・淡路大震災後に被災地自治体が防災計画を改定する際、震災時に自分たちがおこなった活動を十分に反省・検討することなく、ややもすると追認的に片っ端から盛り込んでいったということが挙げられる。それをまた、他の多くの自治体が“鵜呑み”にして自分たちの防災計画の中に書き写しているのが現状である。

阪神・淡路大震災発生直後の被災者に対する医療救護活動では、精神医療がほとんど顧慮されていなかった。そのため、被災地の精神科医たちは、被災地外の精神科医や自治体当局と通常の行政ルート外の経路で連絡をとりあって「精神科救護所」活動をたちあげ、その後公的に追認されたのである(麻生<sup>1)</sup>、中井<sup>11,12)</sup>。

筆者はその当時の活動に微力ながら関与した者として、「精神科救護所」活動は決してまちが



ってはいなかったと思っている。しかし、「精神科救護所」活動は、災害前準備が不十分であった故の、まさに窮余の一策であったことを忘れてはならない。

本稿の中でも述べてきたように、被災者に精神保健サービスを提供する際には、「精神科」という専門性をひとまず脇におくことから始める必要がある。しかるに、災害後の被災者に対する精神医療活動をことさらに一般医療救護から分離して行くと規定している「地域防災計画」が多いのが実情である。

もちろん自治体の防災計画には、少数ながらすぐれた例外もある。精神保健領域について筆

者が目にした範囲で言うならば、北海道、札幌市、神奈川県、横浜市、川崎市、静岡県、静岡市、愛知県、名古屋市、大阪府、福岡県、長崎県、鹿児島県などがそういった例外にあたる。もうおわかりであろう。想定される大災害（例えば東海大地震）に備え、あるいは自らの経験（雲仙普賢岳噴火災害や奥尻島津波災害）に基づいて、以前から“自分の頭で考える”ことを通して作成された防災計画がすぐれた例外たり得ているのである。

事は自然災害後の精神医療活動に限らない。問い直されるべきは、わが国の危機管理に対する姿勢全体なのであろう。

#### 付1・被災者のハイリスク度 チェックリスト<sup>7)</sup>

次に掲げる項目のうちあてはまるものの数が多い人ほど、災害後の精神的立ち直りが遅れたり、孤立し閉じこもりがちになったり、PTSD等の精神医学的病態を発症したりしやすい。あてはまる項目の多い者を重点的にケアする必要がある。

1. 心的外傷，喪失体験
  - (ア) 今回の災害で、危うく死ぬような目にあった。
  - (イ) 今回の災害で、家族や親しい友人が亡くなった。
  - (ウ) 今回の災害以前にも、心的外傷体験がある。
2. 家族
  - (ア) ひとりぐらしである。
  - (イ) 家族の中に、介護の必要な人がいる（寝たきり老人、乳幼児、障害者など）。
  - (ウ) 家族の中に、その人の世話をしてくれる人物がいない。
3. 対人関係とコミュニケーション
  - (ア) ほとんど毎日話をする人物は、家族以外にはいない。
  - (イ) 日本語での疎通に困難を伴う。
4. サポート態勢
  - (ア) 家族以外に、定期的に訪問してくれる援助者はいない。
5. 身体的状態など\*
  - (ア) 身体疾患がある。
  - (イ) 身体疾患があるが、医療機関に通院していない。
  - (ウ) 障害（身体、精神、知的）がある。
  - (エ) 障害（身体、精神、知的）があるが、障害の認定を受けていない。
  - (オ) 週に5日以上飲酒する。
  - (カ) 65歳を超えている。
  - (キ) 85歳を超えている。

\*あてはまる項目は全て選ぶ。例えば、高血圧で通院服薬が必要であると言われながら現在通院していない86歳の人ならば、(ア)(イ)(カ)(キ)があてはまる。

日頃から、勤務地・居住地自治体や所属機関の防災計画をチェックし、その特徴や長短について知っておくこと。

1. 通読可能な分量か
2. 準備、予防、軽減の3分野について行き届いた記載があるか
3. 防災訓練、避難訓練との関連付けがなされているか
4. 防災資材、災害救援資材の備蓄についての記載や規定があるか
5. 災害復興対策本部の役割と権限についての記載があるか
6. 対策本部が迅速な意思決定機関として機能するよう配慮が為されているか
7. 対策本部の構成には、精神保健の専門家が含まれているか
8. 発災直後の救援方針の概略についての記載があるか
9. 外部への応援要請する際の基準が記載されているか
10. 災害弱者に配慮した被災者援助が考えられているか
11. 規定されている様々な被災者援助策は、精神保健的視点からみて妥当なものか
12. 被災者援助策としての精神保健活動が盛り込まれているか
13. 規定されている精神保健活動は、一般医療救護や福祉関連の援助策と有機的に関連付けられているか
14. 災害援助者の精神保健について顧慮されているか

文献

- 1) 麻生克郎：阪神・淡路大震災から2年半。第4次精神医療 12:20-24, 1987.
- 2) 林春男：災害をのりこえる。第4回京都大学防災研究所公開講座「都市の防災」, 1993.
- 3) 広常秀人：災害ストレスに対する「こころのケア」の実態と防災対策上の問題点。大震災に学ぶ——阪神・淡路大震災調査研究委員会報告書——, 阪神・淡路大震災調査研究委員会 編, 第2巻第7編 94-99, (社) 土木学会関西支部, 大阪, 1998.
- 4) 岩井圭司：災害前準備の原則と防災計画。中根允文, 飛鳥井望 編, 外傷後ストレス障害 (PTSD), 精神医学臨床講座 special issue6 巻 121-130, 中山書店, 東京, 2000.
- 5) 岩井圭司：自然災害（総論と災害前準備）。厚生労働省 精神・神経疾患研究委託費 外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班（主任研究者 金吉晴）編, 心的トラウマの理解とケア 35-46, じほう, 東京, 2001.
- 6) 岩井圭司：自然災害（急性期）。前掲書 47-56, 2001.
- 7) 岩井圭司：自然災害（中長期）。前掲書 57-67, 2001.
- 8) Myers D: Key concepts of disaster mental health. Disaster Response and Recovery: A Handbook for Mental Health Professionals, Myers D, pp.1-5, Center for Mental Health Services, U.S. Department of Health and Human Services, Montrey, 1994.
- 9) Myers D: Providing mental health services in a disaster shelter. *ibid.* 69-79, 1994.
- 10) Myers D: Providing mental health services in a disaster application center. *ibid.* 81-90, 1994.
- 11) 中井久夫：災害下の精神科救急はいかに行われたか。中井久夫 編, 昨日のごとく——災厄の年の記録 93-110, みすず書房, 東京, 1996.
- 12) 中井久夫：阪神・淡路大震災のわが精神医学に対する衝迫について。精神科治療学 11: 309-315, 1996.
- 13) 太田保之 編著, 荒木憲一, 川崎ナヲミ, 長岡興樹, 中根允文：災害ストレスと心のケア。医師薬出版, 東京, 1996.
- 14) Parks CM: Bereavement counseling: Does it work? *Br Medical J* 281:3-6, 1980.
- 15) Quarantelli EL.: Sociology and social pathology of disasters: Implications for Third World and developing countries. Disaster Research Center, The Ohio State University, 1983.
- 16) Raphael B: When disaster strikes: How individuals and communities cope with catastrophe. Basic Books, New York, 1986. (石丸 正 (訳) : 災害の襲うとき——カタストロフィーの精神医学。みすず書房, 東京, 1989)
- 17) Weisaeth L: Disaster: risk and preventive intervention. In: Rphael B And Burrows G (eds.), Handbook of Studies on Preventive Psychiatry, 301-322, Elsevier, 1995.
- 18) World Health Organization: WHO Psychological consequences of disasters: Prevention and management. World Health Organization, Geneva, 1992. (中根允文, 大塚俊弘 訳 : 災害のもたらす心理社会的影響。創造出版, 東京, 1995)