

- Brandes D, Sahar T, Orr SP, et al. Prospective study of posttraumatic stress disorder and depression following trauma. *Am J Psychiatry* 1998;155(5):630-7.
5. O'Donnell ML, Creamer M, Pattison P, Atkin C. Psychiatric morbidity following injury. *Am J Psychiatry* 2004;161(3):507-14.
 6. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
 7. Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, et al. Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry Clin Neurosci* 2005;59(4):441-52.
 8. Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, Silove D, McFarlane AC. A multisite study of initial respiration rate and heart rate as predictors of posttraumatic stress disorder. *J Clin Psychiatry* 2008;69(11):1694-701.

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 分担研究報告書

性暴力被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究

研究分担者	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
	加茂登志子	東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
	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
研究協力者	小西聖子	武蔵野大学人間関係学部
	中澤直子	東京厚生年金病院 産婦人科
	成澤知美	国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
	浅野敬子	武蔵野大学大学院人間社会研究科
	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
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

研究要旨：本研究は、犯罪被害者に対し支援者が急性期にどのように心理的側面に配慮したケアを行うべきかについて、デルフィ法を用いて専門家の意見を集約したマニュアルを作成した日本で初めての研究である。

フォーカスグループおよびデルフィ法の対象者として、急性期の犯罪被害者の支援経験が豊富である民間犯罪被害者支援団体相談員、警察の犯罪被害者支援室に所属する臨床心理士、精神科医師、臨床心理士等の専門家の他、自助グループに所属する犯罪被害者遺族を取り上げ、このマニュアルの利用者の意見の反映を行った。フォーカスグループおよび既存の文献から 124 項目の原案を作成した。これに対してデルフィ法を用いて約 100 名に調査を依頼し、Web 上で 3 回の意見集約を行い、最終的に 68 名からの意見を得た（同意者 89 名中の回収率 76.4%）。その結果、128 項目（追加 4 項目含む）中 119 項目（93.0%）の合意が得られた。今後は、この結果に対し、フォーカスグループでの意見およびデルフィ法の際に集められたコメントを含めた解説を補足し、Web 上で支援者が閲覧できるマニュアルを作成し、このマニュアルの有用性についての検証を行い、より支援の現場に即したものに洗練を行っていく予定である。

A. 研究目的

性暴力被害など犯罪被害者ではうつ病や PTSD などの精神障害の有病率が高いことが報告されている¹。PTSD の危険因子として、ソーシャルサポートの不足が

あげられていることや²、被害者に関わる人からの二次被害が長期的な精神健康に関連している³ことから、早期からの適切な介入が精神障害のリスクを軽減すると考えられる。

しかし、現在のところ PTSD 等の予防効果が実証された急性期心理介入プログラムはない⁴。大規模災害に対しては、Psychological First Aid(PFA)が推奨されているが、犯罪被害など個別の事例に対しての適切性については検討されていない。

そこで、今回、国内外の先行研究とフォーカスグループによって犯罪被害急性期後の支援および心理対応項目を抽出し、更にその内容の適切性について精神保健の専門家、犯罪被害者支援者、および当事者によって評価し、デルフィ法を用いて内容の洗練と合意形成を行い、最終的な初期対応マニュアルを開発することを目的とした。

B. 研究方法

(1) 対象

1) フォーカスグループ

犯罪被害者の初期対応マニュアルの作成にあたって、犯罪被害者支援の経験のある専門家および、被害者当事者を対象にフォーカスグループと個別の聞き取りを行った。フォーカスグループの実施にあたっては、支援者だけでなく当事者からの意見を取り入れることと、犯罪被害者では被害によって対応の特殊性があることを考慮し、広く被害者を支援している団体と、被害者数の多い配偶者間暴力(Domestic Violence、以下 DV)の被害者支援団体を対象とした。

フォーカスグループの対象者は以下である。①公益社団法人犯罪被害者支援都民センター 被害者支援員(5名)、②NPO 法人大阪被害者支援アドボカシーセンター被害者支援員(6名)、③大阪府女性センター職員(5名)、④NPO 法人おかもやま犯罪被害者サポート・ファミリーズ 被害者支援員(5人)、⑤公益社団法人犯罪被害者支援都民センター自助グループ参加者(5名)。フォーカスグループは6回実施し、延べ参加者数は30名であった。これらの対象者の選択にあたっては、その代表性や相談経験について配慮したものの、研究者のリソースからの convenient sample である。

2) マニュアル案の修正

フォーカスグループで得られた結果を主要な項目にまとめ、この項目の内容の適切性について、デルフィ法を用いて評価を行った。デルフィ法の対象者は、犯罪被害者の支援や臨床経験について十分な経験を有している専門家等を対象とした。具体的にはフォーカスグループ参加者に加え、以下の集団から参加者を募った：①全国犯罪被害者支援ネットワーク加盟団体のうち早期援助団体の犯罪被害者支援員および臨床心理士・精神科医師、②犯罪被害者支援に詳しい日本トラウマティック・ストレス学会理事、③武蔵野大学心理臨床センターで犯罪被害者治療の経験豊富な臨床心理士・医師、④都道府県警察の犯罪被害者支援に係る臨床心理士、⑤研究者らがこれまでに関わりをもってきた被害者支援経験の豊富な精神科医師・臨床心理士、精神保健福祉士。これらの対象者約100名に文書による研究協力依頼状を送付し、89名より承諾を得た。この89名をデルフィ法の対象者とした。

(2) 方法

1) 初期対応マニュアル案の作成

犯罪被害者の急性期心理ケアに関する国内外の文献等を検討し、被害後急性期の対応に必要なと思われる項目を抽出した。これをもとに犯罪被害者支援に熟達した専門家等(精神科医師、臨床心理士、犯罪被害者支援員等)と被害者当事者によるフォーカスグループを実施し、急性期の支援に関する項目をまとめ、初期対応マニュアル案を作成した。また、災害時の初期対応との比較のため後述するデルフィ法を用いて作成された The European Network for Traumatic Stress (TENTS)により作成された災害後の心理社会的支援についてのガイドライン(以下、TENTSガイドライン)⁵の項目も参照した。マニュアル案は、4つの大項目(1.被害者支援の基本姿勢、2.被害者への接し方、

3. 急性期の支援、4. 被害者支援者へのケア・サポート)とし、全部で124項目により構成された。

2) 支援者の意見によるマニュアル内容の修正 (デルフィ法)

上記で作成したマニュアル案の各項目の適切性について、デルフィデルファイ法を用いて評価を行った。

デルフィ法 (Delphi process/method/technique) は、専門家などがもつ直観や経験に基づく意見を反復型アンケートを使って、組織的に集約・洗練する意見収束技法で、特に、十分なエビデンスを得ることが困難な領域において経験的知識を反映させる上で有用な方法と考えられている^{5,6}。

フォーカスグループでは、急性期の対応だけでなく、中長期対応、DV等被害特有の対応などの話し合いもなされたが、デルフィ法では、広く犯罪被害者一般の対応として応用できる項目に限定し、被害特異性の高い項目については、内容をまとめ、その被害者対応の専門家の意見を聞いて修正を行うこととした。各項目についてどのくらい適切と思うかについて、1点(非常に不適切)から9点(非常に適切)のリッカートスケールにて回答を求めた。また、各質問項目に対する意見を求めるための自由記載欄を全ての項目に設けた。また回答者の、性別、年齢、職種(精神科医師、精神科医以外の医師、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、事務職、その他)を尋ねる項目も含めた。デルフィ法の参加者は犯罪被害者の支援や臨床経験について十分な経験を有している専門家等を対象とした。本調査への参加の可否、本調査における謝品の受け取りの可否、所属、住所、調査に使用する電子メールアドレスを尋ねる研究協力依頼状を送付し、同封した返信用封筒による返信、もしくはメールでの返信を求めた。2週間経過後に回答が得られなかった者については、再度依頼状を送付し、承諾が得られたものを対象とした。

デルフィ調査は、TENT作成にならい、

2010年9月—2011年2月にかけて3回実施し、意見を集約した。

デルフィ調査 第1ラウンド

調査への参加について承諾が得られた89名に対し、Web上で作成した調査票へアクセスするためのURLを電子メールにて送信した。また同メールにて、各対象者に割りつけた個別のIDを通知し、調査票への回答の際に入力を求めた。回答の締め切りを2週間以内とし、回答が未入力の者に対して、再度回答を依頼する電子メールを送信して、調査票へアクセスするためのアドレスを案内した。

デルフィ調査 第2ラウンド

第1ラウンドの調査において、平均点が7点未満であった項目、もしくは、7点以上の得点をつけた者が7割に満たなかった項目について合意が得られなかったものと見なした。これらの項目について、必要な場合には第1ラウンドで得られたコメントをもとに修正を加えたり、あるいは、第1ラウンドで得られたコメントをもとに新たに作成した項目を追加した。また、合意は得られたが、第1ラウンドのコメントによっては、その内容や文章表記について修正が必要と考えられた項目については、項目表記や解説を修正した。これらの項目について再度、本調査の参加同意者に対して、それらの項目についてどのくらい適切と思うかについて、回答を求めた。また、TENTSガイドラインに従って7点以上の回答者が30%未満かつ平均得点が4点未満(TENSガイドラインでは3点未満)のものを否定的な合意が得られたとした。第2ラウンドでは、Web上に項目・解説のほか、第1ラウンドでのコメントのまとめと、各項目の得点分布についても提示した。

デルフィ調査 第3ラウンド

第2ラウンドの調査において、平均点が7点未満であった項目、もしくは、7点以上の得点をつけた者が7割に満たなかった項目について、再度本調査への参加同意者に、これらの項目についてどのくらい適切と思うかについて、回答を求めた。第2ラウンドでの意見から更に修

正が必要と思われる項目については表記の修正を行った。第3ラウンドでもWeb上に各項目の第2ラウンドでのコメントのまとめと得点分布を提示したほか、第1、第2ラウンドすべての項目についてのコメントのまとめを別文書として送った。

3) 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。調査の開始にあたって、研究の趣旨を文書で個別に送付および公告し、書面およびメールで同意を得てから調査を実施した。

C. 結果

1) 対象者の属性

調査依頼を行った依頼状送付者および調査依頼機関より90名から調査協力を得た。うち1名は別々の機関から紹介されていたため、89名を調査対象者とした。

各ラウンドの回答者数および対象者の属性の詳細を表1に示した。各ラウンドの参加者は、84名(94.4%)、83名(93.3%)、68名(76.4%)であった。第3ラウンドはまだ回答を収集中であるため応答率が低くなっている。また、第一ラウンドの際、リマインダーを送っても回答のなかった2名と第2ラウンド終了後家庭の事情で調査協力を辞退した3名をドロップアウトとしたため、第2ラウンドの対象者は87名、第3ラウンドの対象者は86名となった。

対象者の性別はすべてのラウンドで女性が80%以上と多く、平均年齢は約50歳(27-75歳)であった。職種は民間被害者支援団体相談員が最も多く、次いで臨床心理士、精神科医であった。当事者は、約10%であった。

2) 各ラウンドにおける合意項目の推移

第1ラウンドで全124項目のうち、適切であるという合意の得られたのは111項目(89.5%)、合意が得られなかったのは13項目(10.5%)であった。このうち、1項目(「被害者に、それぞれの体験を詳細に語るように勧めることが望ましい。」

は、7点以上の回答が1.2%、平均が3.5点であったことから否定的な合意が得られたと判断された。この1項目を除いた非合意項目およびコメントに基づいて追加・修正を行った51項目について第2ラウンドで意見を求めた。第2ラウンドでは38項目で合意が得られた。第1ラウンドで合意の得られなかった項目で、修正により合意が得られたのは「被害後間もない時期では、支援の要望を待つのではなく、支援機関から被害者に連絡し、支援の準備があることや支援情報を伝えることが望ましい。」と「刑事機関や諸機関での手続きが被害者に苦痛を与える可能性についても事前に被害者に伝えることが望ましい。」「被害者の希望がある場合、支援者は被害者がマスメディアに対応できるような支援を行うことが望ましい。」の3項目であった。一方、「警察等が関わっている事例であれば、被害者の許諾を得たうえで、事前に被害内容について情報を得ておくことが望ましい。(7点以上割合79.5%、平均点6.93)」および「犯罪被害を経験した人が支援を担当している場合、サバイバーではない支援者がサバイバーである支援者をサポートする体制が必要である。(7点以上割合74.4%、平均点6.91)」の2項目は、第1ラウンドでは、合意が得られていたが、適切でないとする意見が複数あったため、第2ラウンドでも意見を求めたところわずかに合意に達しなかった。

第3ラウンドでは、第2ラウンドにおける非合意項目13項目(5項目は修正)と合意が得られたがコメントに従って修正した8項目をあわせて21項目について意見を尋ねた。10項目で合意が得られた。第2ラウンドで合意が得られなかった12項目のうち3項目(「急性期において、自ら話すことを希望していない被害者にそれぞれの体験を詳細に語ることを勧めるべきではない」、「急性期において、事件について被害者が話すことを望んでいる場合には、基本的には妨げるべきではない」、「警察等が関わっている事例であれば、被害者の許諾を得たうえで、事前に被害内容について情報を得ておくことが望ましい」)で合意が得られた。

最終的には、追加した項目を加えた128項目で、119項目(93.%)で合意が得られたが、9項目(7%)については合意が得られなかった。これらの項目の推移を表2に示した。また、合意が得られた119項目を表3に示した。

3) 合意に至らなかった項目

最終的に合意に至らなかった9項目を表4に示した。これらの項目の中で、7点以上割合がいずれのラウンドでも50%に満たなかったのは、3項目であった。もっとも合意率が低かったのは、「被害者にそれぞれの体験を詳細に語るように勧めることが望ましい(7点以上の割合1.2%、平均点3.5)」であった。その理由としては、「被害者が話したくない場合に強要するべきでない」という意見が多かった。この項目では、適切とする合意が著しく少なかった。TENTSガイドラインでは、7点以上の割合が30%未満で、平均点が3点未満の場合、むしろ、否定的な合意があると判断しており、ほぼそのレベルにあると判断された。第2ラウンド以降は、逆の意見である「急性期において、原則的には被害者にそれぞれの体験を詳細に語るように勧めることはしない。」という項目に変更して意見を尋ねた。第2ラウンドでは合意がえられなかったため修正し、最終的に第3ラウンドで合意を得ている(「急性期において、自ら話すことを希望していない被害者にそれぞれの体験を詳細に語ることを勧めるべきではない。」「被害後急性期には精神保健専門家が、専門性を前面に出して被害者に対応することは望ましくない(7点以上割合22.1%、平均点5.5)」という項目については、「精神的不安を自ら訴える方には、専門家として専門的見地から答えることが安心感につながる」など被害者の状態や状況によって異なるという意見があげられた。「支援者は、質問紙を用いて、被害者の精神健康状態を把握することが望ましい(7点以上割合34.8%、平均点5.6)」という項目では、質問紙を使うことで被害者が不快に思う可能性があったり、このような形で把握するのは、一般の支援者ではなく専門家が行うべき

という意見があった。

その他の合意が得られなかった項目では、7点以上の割合が70%を超えているものも多く、回答者の立場や被害者の状況によって一概には支持できないという理由が多くあげられた。

D. 考察

1) デルフィ法を用いた意義

このようなマニュアルは、本来は被害早期からの縦断研究による精神健康の推移や、無作為化比較試験による急性期の介入手法の有効性の評価などの実証的な研究に基づいて導かれることが必要であるが、現実には、そのような外傷的出来事の直後の被害者から研究同意をもらうことや急性期対応を行わない群を設定することには倫理上の問題があるため、実証研究が困難な領域であると言える。従って、従来から現場での対応の実践を踏まえた、いわゆるエキスパートコンセンサスによるガイドラインが作成されてきた。PFAはその代表であると言える。しかし、エキスパート(専門家)の意見をどのように集約していくかという経緯は必ずしも明確でなかった。TENTSガイドライン⁵は、それに対し、デルフィ法を用いることで合意形成のプロセスを明らかにする形で作られたガイドラインであった。本研究でも、エキスパートの合意形成プロセスを明らかにした形でエキスパートコンセンサスを得ることを重視し、デルフィ法を用いて犯罪被害の急性期心理ケア対応プログラムの作成を行ったものである。

2) 合意の得られた項目

本調査では、提示した128項目(追加4項目含む)のうち119項目(93.0%)が合意基準に達していた。これは、フォーカスグループで実際の経験の豊富な被害者支援団体相談員から聞き取りを行ったことで、現場の実践を踏まえたものになっていたことが要因としてあげられる。特に合意率が高い項目では、被害者に対する態度(被害者が安心できるような環境の設定や支援者の姿勢)や、基本的な

原則（守秘義務、事前アセスメント）が含まれており、基本的な接し方やルールについては、既に日本の被害者支援現場では一応のコンセンサスに基づいた対応がなされてきたことが考えられる。また、これらの項目では、全米被害者機構（National Organization for Victim Crime, NOVA）の危機介入マニュアル⁷と共通するものが多かった。日本の犯罪被害者支援のプログラムは、米国のプログラムの影響を受けているものが多いこともそのことを裏付けていると言えよう。

3) 合意の得られなかった項目

合意の得られなかった項目は9項目（9項目（7.0%）であった。特に、適切と回答した割合が低かった項目は、被害直後に詳細に体験を聞くことを望ましいとするいわゆるデブリーフィングについての項目であった。デブリーフィングについては、現在では、メタアナリシス等によってPTSDの予防効果がないという点で一定したコンセンサスが得られているが、この情報が広く犯罪被害支援者にも周知されていたことが要因であろうと思われる。また、7点以上の回答割合が50%に満たなかったその他の2項目は、TENTSガイドラインでも合意が得られなかった項目であることから、国内外を問わず支援経験者からは適切とされない内容であると考えられる。

4) 本研究の限界

本研究の限界としては、対象者の偏りがあげられる。実際の被害者支援をある程度経験している母集団を対象としたことで、民間犯罪被害者支援機関の相談員がかなり多くなり、精神科医師など精神保健専門家の数が少なくなり、これらの専門職の意見がやや乏しい。また、母集団についても convenient sample であるという点において偏りがあった。民間犯罪被害者支援団体については、全国被害者支援ネットワークの早期援助団体を対象にしたことで、代表性のあるサンプルになっているが、その他の集団については研究者らの情報で、被害者支援の経験があると思われる集団あるいは個人に依頼

する形となった。しかし、犯罪被害者のメンタルケアは精神保健専門家でも新しい領域であり、被害者支援経験のある精神科医師等の集団の把握は困難であることから、代表制よりはむしろ支援経験について十分に情報を確認できる集団を選択することを優先した。

E. まとめ

本研究は、犯罪被害者に対し支援者が急性期にどのように心理的側面に配慮したケアを行うべきかについてデルフィ法を用いて、専門家の意見を集約した日本で初めての研究である。

フォーカスグループおよびデルフィ法の対象者として、急性期の犯罪被害者の支援経験が豊富である民間犯罪被害者支援団体相談員、警察の犯罪被害者支援室に所属する臨床心理士、精神科医師、臨床心理士等の専門家その他、自助グループに所属する犯罪被害者遺族を取り上げ、マニュアルを利用することが想定される支援者の意見の反映を行った。フォーカスグループおよび既存の文献から124項目の原案を作成した。これに対してデルフィ法を用いて約100名に調査を依頼し、Web上で3回の意見集約を行い、最終的に68名からの意見を得た（同意者89名中の回収率75.6%）。その結果、119項目（93%）の合意が得られた。

今後は、この結果に対し、フォーカスグループでの意見およびデルフィ法の際に集められたコメントを含めた解説を補足し、Web上で支援者が閲覧できるマニュアルを作成し、このマニュアルの有用性についての検証を行い、より支援の現場に即したものに洗練を行っていく予定である。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中島聡美：犯罪被害者の help-seeking とメンタルヘルスサービス。精神保

- 健研究 56, 19-27, 2010.
- 2) 中島聡美：日本のメンタルヘルス領域における犯罪被害者支援の現状と課題．トラウマティック・ストレス 8(2), 111-120, 2010.
 - 3) 中島聡美：急性ストレス反応（急性ストレス障害）の治療．精神科治療学 25 増刊号, 166-167, 2010.
 - 4) 中島聡美：被害者支援の実行化に向けて．被害者学研究 20, 107-119.
 - 5) 中島聡美：性暴力およびドメスティック・バイオレンス被害者の精神科受診の実態と精神科医療機関の果たす役割．外来精神医療 11(1) (印刷中)
2. 学会発表
- 1) 中島聡美：性暴力およびドメスティック・バイオレンス被害者の精神科受療の実態と精神科医療機関の果たすべき役割．シンポジウム3 女性のトラウマに対する外来診療でのアプローチ．第10回日本外来精神医療学会，東京，2010.7.25.
 - 2) 中島聡美，中澤直子，加茂登志子，金吉晴：産婦人科医療現場における性暴力被害者の診療の実態．第39回日本女性心身医学会学術集会，埼玉，2010.8.7.

H. 知的財産権の出願・登録状況
なし

< 引用文献 >

1. Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. *J Trauma Stress*. 2003;16(2):119-132.
2. Ozer EJ, Best SR, Lipsey TL, Weiss DS. Predictors of posttraumatic stress disorder and symptoms in adults: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2003;129(1):52-73.
3. 中島聡美，白井明美，真木佐知子，石井良子，永岑光恵，辰野文理，小西聖子．トラウマの心理的影響に関する実態調査から 犯罪被害者遺族の精神健康とその回復に関連する因子の検討．*精神神経学雑誌*. 2009;111(4):423-429.
4. Roberts NP, Kitchiner NJ, Kenardy J, Bisson JI. Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms. *Cochrane database of systematic reviews (Online)*. 2010;3:CD007944.
5. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orenge Garcia F, Punamaki RL, Schnyder U, Sezgin AU, Wittmann L, Olf M. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry*. 196(1):69-74.
6. Listone HA TM. *The Delphi Method: Techniques and Applications*.: Addison-Wesely; 1975.
7. National Organization for Victim Assistance. *An Introduction to Crisis Intervention Protocols*. 2010.

victim support 2

3.1. 犯罪被害者支援の基本的姿勢

* 1.1a_4a 被害者と信頼関係を築くためには、被害者と行動をともにしながら、被害者の気持ちを受け止めていく必要がある。

【コメントのまとめ】

この項目については、合意を得られなかった（平均点：6.67、7点以上%：64.2%）。多くあげられた意見は、「信頼関係を築くために、行動をともにすることは必ずしも必要ではない」ということであった。この理由として、「通常の相談でも信頼関係を築くことは可能である」という意見があげられた。また、臨床心理士などの専門職の場合には、行動を共にすること自体が難しいという意見も複数あった。また、状況や事例によっては必要な場合があるという意見もあり、具体的な例として、「警察や検察での事情聴取、病院、役所等への付き添い」があげられた。実際に行う上では被害者の希望や合意をもとに行う必要があるが、依存関係を強めないような配慮が必要という指摘もあった。

（1：非常に不適切、3：不適切、5：どちらでもない、7：適切、9：非常に適切）
各選択肢の右横の数値は、1回目調査時に回答者全体において選択した人の割合です。

1回目調査の平均: 6.67

1 (0.0%) 2 (1.2%) 3 (3.7%) 4 (3.7%) 5 (20.7%) 6 (7.3%) 7 (39.0%) 8 (3.7%) 9 (20.7%)

ご意見があれば、お書きください

図 1 デルファイ法第 2 ラウンドでのフィードバック例

表 1 第 1 から第 3 ラウンド調査回答者の属性

	第 1 ラウンド		第 2 ラウンド		第 3 ラウンド	
	人	(%)	人	(%)	人	(%)
年齢						
平均、標準偏差	50.9	12.4	50.4	12.0	50.9	12.9
範囲	27-74		27-70		29-75	
性別						
男性	14	16.7	16	19.3	10	14.7
女性	70	83.3	67	80.7	58	85.3
職種						
精神科医師	11	13.1	11	13.3	4	5.9
精神科医以外の医師	0	0.0	0	0.0	1	1.5
保健師	1	1.2	1	1.2	1	1.5
看護師	1	1.2	1	1.2	1	1.5
警察の支援窓口担当	7	8.3	7	8.4	7	10.3
行政の支援窓口担当	1	1.2	1	1.2	1	1.5
当事者団体会員	2	2.4	2	2.4	2	2.9
民間支援者団体相談員	33	39.3	34	41.0	33	48.5
臨床心理士	27	32.1	28	33.7	24	35.3
精神保健福祉士	4	4.8	4	4.8	4	12.1
事務職	1	1.2	1	1.2	1	1.5
その他	10	11.9	10	12.0	11	16.2
回答者（率 ¹⁾ ）	84	94.4	83	93.3	68	76.4

¹⁾ 母数は同意取得者 89 名

表2 合意・非合意項目の推移

	第1ラウンド		第2ラウンド		第3ラウンド		最終	
	項目数	合意	項目数	合意	項目数	合意	項目数	合意
		非合意		非合意		非合意		非合意
I 基本的姿勢	18	14	11	8	5	2	20	17
II 初期対応	22	19	10	7	4	3	24	23
III 支援								
a. アセスメント	8	6	5	2	3	1	8	6
b. 付き添い	13	13	2	2	1	1	13	13
c. 情報提供	19	19	7	7	2	2	19	19
d. 心理教育	8	7	3	3	1	1	8	8
e. 連携・コーディネート	8	8	4	4	1	1	8	8
f. マスメディアへの対応	7	4	3	1	2	0	7	5
g. 生活・家族支援	4	4	2	2	0	0	4	4
IV 支援者へのケア	17	17	4	3	2	1	17	16
合計	124	111	51	39	21	12	128	119

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目

合意項目	7点以上割合 (%)	平均点
I. 犯罪被害者支援の基本的姿勢		
1a_1 被害者支援は、原則として、被害者のニーズや意思に基づいて行うべきである。	97.7%	7.94
1a_2 被害者に生命等の危険がある場合、あるいは、被害者が意思決定や判断ができない状況にあるときは、支援者の判断に基づいて介入を行うことが必要である。	94.2%	7.64
1a_3 被害者支援を行うに当たっては、被害者との間に信頼関係を築くことが重要である。	96.5%	8.36
1a_5 急性期では、被害者が安心感を得られるような対応が重要である。	100.0%	8.36
1a_6 急性期では、被害者が落ち着きを得られるように対応することが必要である。	93.0%	7.98

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
1a_7	急性期では、被害者の現状やニーズに即した具体的な支援を提供することが重要である。	98.8%	8.09
1a_8b	支援者は、自分の専門性を越えた問題に対しては、他の専門機関と連携を行うことが望ましい。	97.6%	8.10
1a_9	被害者と接する際には、被害者等の心情や状況をできる限り理解しようとするべきであるが、一方で理解には限界があるという認識も必要である。	90.7%	7.86
1a_10	支援者は、配慮しても、意図せず被害者等を傷つけたり不快にさせたりする可能性があることを理解し、注意して関わる必要がある。	98.8%	8.42
1a_11	支援者は、被害者と人として対等であるという意識を持って接することが重要である。	94.0%	7.89
1a_12	最初は支援を断った被害者等に対しても、支援を断った理由や相手の状況を踏まえて、再度接触することを検討することが必要である。	77.9%	7.28
1a_13	原則的には、被害者が望まないのに支援を強要するべきではない。	94.0%	7.53
1a_14	支援者は、原則として、支援で知りえた情報を被害者の許可なく他者に伝えてはならない。	97.7%	8.19
1a_15	被害者自身の生命の危険や他者への危険がある場合、支援者は、被害者の意思に反しても関係者（保護者、警察、主治医等）に連絡し、対応することが望ましい。	97.6%	8.01
1a_16	被害後急性期では、精神保健専門家は、支援者と連携して被害者の精神的問題の対応にあたるのが望ましい。	76.7%	7.19
1a_17b	精神保健専門家は、被害者の状態に応じて専門的な支援を提供することが望ましい	92.8%	7.54
1a_18	被害後間もない時期では、支援の要望を待つのではなく、支援機関から被害者に連絡し、支援の準備があることや支援情報を伝えることが望ましい。	85.3%	7.07
II	初期対応		
2a_1	被害者と会う場面では、周囲に話が聞こえない、静かで落ち着いた場所を用意することが望ましい。	96.5%	8.27
2a_2	被害者と話す際には、立ったままではなく、座って話ができるようにすることが望ましい。	86.7%	7.19

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

	合意項目	7点以上割合 (%)	平均点
2a_3	支援者は、座っている被害者に対して立って話しかけるのではなく、同じ高さを目線に合わせて話をする。	98.8%	8.37
2a_4	被害者と最初に接する際には、まず支援者から自己紹介を行い、自分の名前、所属や立場、自分の役割と目的について説明を行う。	98.8%	8.26
2a_5	支援者の自己紹介にあたっては、急性期では被害者が名前などを覚えていないことを踏まえ、名刺や名前の書かれたパンフレットなどを手渡す。	94.2%	7.95
2a_6	一般的には、いきなり精神的な面について問いかけるのではなく、まずは当面の心配ごと、体の状態などから問いかけていくことがすすめられる。	97.7%	8.12
2a_7	支援者は、最初は、被害者の話を遮らずに被害者のペースで丁寧に聴いていくのがよい。	95.2%	7.54
2a_8	被害者の話がまとまらない場合には、被害者の話したいことや気持ちを言葉にしていくことが助けになる。	98.8%	7.52
2a_9	不安や恐怖に圧倒されていたり、呆然としているのかについて尋ねることなどである。	84.6%	7.00
2a_10	不安や恐怖に圧倒されていたり呆然としている被害者には、言語化を促すより、側に寄り添うなど共感的に安心感を与える接し方が望ましい。	86.0%	7.44
2a_11b	急性期において、自ら話すことを希望していない被害者にそれぞれの体験を詳細に語ることを勧めるべきではない。	90.9%	7.18
2a_12b	急性期において、事件について被害者が話すことを望んでいる場合には、基本的には妨げるべきではない	89.2%	7.02
2a_13	被害者の感情を批判したり、否定せずに、被害者が感じていることを受け止めることが必要である。	96.5%	8.00
2a_14	被害者が強い怒りや罪悪感などの否定的な感情を表現する場合でも、被害者がそのような感情を持っていることを認め、そのような体験をした場合では、そう感じることを伝える。	91.6%	7.55
2a_15	被害者が恐怖を感じたり混乱したりしていることに不安を感じている場合にはそれが異常なものではなく被害体験に対する自然な反応であることを伝える。	98.5%	8.20
2a_16	支援者は、話し合いの中で被害者が現実の問題に優先順位をつけて対処できるように手助けすることが重要である。	86.0%	7.44
2a_17	支援者は、被害者の自己決定を重視しなくてはならない。	87.2%	7.64
2a_18a	何かを選択したり決定しなければならぬ場合には、被害者の意思の確認を行うことが必要である。	98.8%	8.37
2-18b	支援者は、被害者が適切に自己決定や判断ができるように支援することが重要である。	96.3%	8.11
2a_19	支援者は、自分のペースではなく、被害者のペースに合わせて支援することが必要である。	94.2%	7.79
2a_20	被害者は被害以前の生活やバックグラウンド、被害者の状況、現在の状況がそれぞれ異なっているため、個々の被害者の実情に合わせた柔軟な対応が必要である。	97.7%	8.22
2a_21	遺族の場合には、故人に対して「被害者」や「亡くなった方」などという言葉を避け、その方の名前や「息子さん」「お嬢さん」「お子さま」「親御さん」などの言葉を使う。	94.2%	8.10
2a_22	被害者を傷つけたり不快にさせたりしたことに気付いた場合、すぐに謝ることが大切である。	93.0%	8.10

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
Ⅲ 急性期の支援			
アセスメント			
3a_1	被害者に接する前に、可能な限り被害者や事件についての情報を収集しておくことが望ましい。	96.4%	7.48
3a_2	警察等が関わっている事例であれば、被害者の許諾を得たうえで、事前に被害内容について情報を得ておくことが望ましい。	89.4%	7.12
3a_3	支援を行うにあたっては、被害者の状態についてアセスメント（現状の把握）を行うことが必要である。	96.5%	7.99
3a_4	アセスメントにおいては、支援者から被害者の心身の状態について尋ねることが必要である。	94.0%	7.41
3a_5	被害者本人がPTSDであるとして症状を訴える場合、医師からの診断を受けているのか、あるいは本からの知識を得たなど被害者本人の考えなのか確認する必要がある。	82.6%	7.41
3a_6	性被害者の相談では、産婦人科医等医療機関の受診の必要性について確認することが必要である。	95.3%	7.93
付き添い支援			
3b_1	急性期では、被害者が様々な機関へ行く際に付き添うことが重要である。	87.7%	7.00
3b_2	付き添いにあたっては、不測の事態に備えて複数名で行うことが望ましい。	75.6%	7.42
3b_3	付き添いにあたっては、事前に訪問先の環境（トイレ、洗面所、喫煙所、休憩場所等）を調べ、把握しておくことが重要である。	77.9%	7.42
3b_4	付き添いにあたっては、支援者は時間や様子を見て被害者に休憩やトイレをすすめたり、警察官、検事などに申し入れを行うことが必要である。	84.9%	7.58
3b_5	被害者が途中で具合が悪くなるような場合を想定し、準備しておくことが必要である。	94.2%	7.93
3b_6	被害者は自分の周囲の周囲の環境に無防備である場合があるため、支援者が被害者の身の回りの安全について確認することが大切である。	91.9%	7.86
3b_7	付き添いの際には、被害者の自立心を損なわないように行う。	96.5%	8.07
3b_8	事情聴取や手続きなどが長時間に及ぶ場合には、食事がとれるような配慮を行う。	91.9%	7.76
3b_9	刑事司法機関などでは、被害者の気持ちに負担のかかるようなことが予想される事態について、あらかじめ伝えておくことが必要である。	90.7%	7.71
3b_10	支援者は、被害者に対して、不調を感じた場合には警察官や検察官などに伝えて良いことをあらかじめ説明することが必要である。	98.8%	8.16
3b_11	支援者は、事情聴取等のためなど刑事司法機関に付き添う場合、被害者が疲れたり休養を必要としているときは、支援者から休憩について申し出ることがあると、あらかじめ担当者に伝えておくことが必要である。	89.5%	7.73
3b_12	刑事司法機関での事情聴取等に付き添う際、検事や警察官など刑事司法機関関係者に対して、支援者が事件のことについて見聞したことを発言したり意見を述べたり解説をしてはならない。	82.6%	7.58
3b_13	付き添い支援の後、被害者が気持ちの整理をしたり、気持ちを落ち着けるための話し合いをするクールダウンの時間をもつとよい。	88.4%	7.80

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
情報提供			
3c_1	被害者に他機関に関する情報提供を行う際には、機関名だけでなく、どのような支援をする機関なのか具体的な説明を行う。	97.7%	8.06
3c_2	被害者に対して、司法手続きの流れについて説明することが必要である。	86.0%	7.81
3c_3	被害者の利用できる司法手続きについては、被害者の状況に応じて情報提供を行うことが必要である。	98.8%	8.06
3c_4	医療が必要と考えられる被害者に対しては、医療や医療機関についての情報を積極的に被害者に伝えることが必要である。	94.2%	7.74
3c_5	急性期の情報提供時には、被害者にリーフレットなどを渡すとよい。	90.7%	7.77
3c_6	被害者に対してリーフレットなどの書面を用いて情報を提供する場合、同時に口頭でも説明する必要がある。	94.2%	8.01
3c_7	情報を伝える際には、内容を簡潔に明確に伝えることが重要である。	97.7%	8.09
3c_8	情報を伝える際には、被害者の反応を確認しながら、理解できるように丁寧に説明することが必要である。	95.3%	8.13
3c_9	情報を伝える際には、被害者の理解しやすい言葉を用い、専門用語は説明をして用いるようにする。	100.0%	8.47
3c_10	情報を伝える際には、被害者の状況に配慮し、適切な時期に必要な量の情報を提供することが重要である。	98.8%	8.13
3c_11	最初は当面起こるであろうことの大筋と今すぐに必要となる情報を伝えることが必要である。	97.7%	7.94
3c_12	被害者がそれを聞くことで不安になるような情報を伝える際には、伝えるタイミングや同席者を用意するなど注意が必要である。	97.7%	8.05
3c_13	被害者ができるだけ納得のいく判断のできる材料となる情報を提供することが必要である。	90.7%	7.84
3c_14	事件に関連する情報については、被害者に対して不正確な情報を絶対に伝えてはならない。可能な場合には支援者が警察等に確認するか、または被害者自身が確認できるようにするべきである。	97.6%	8.17
3c_15	警察に届け出をしていない性暴力被害者に対しては、警察に届け出た場合に受けられる支援の情報提供が必要である。	100.0%	7.77
3c_16	警察への届け出をためらっている性暴力被害者に対しては、告訴期限がないことから、後で届け出ることが可能であることも伝える必要がある。	95.5%	7.68
3c_17	警察に届け出をしていない性暴力被害者に対しては、産婦人科等医療機関への受診を勧めることが必要である。	95.3%	8.07
3c_18	被害者の家族など被害者を支える周囲の人に対しても、支援情報の提供を行うことが必要である。	96.4%	7.69
3c_19	被害者の利用できる経済的な支援（犯罪被害給付制度、その他の公的支援制度）についても、時期を見て情報提供を行う。	96.5%	7.94

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
心理教育			
3d_1	被害者の様々な反応の多くは、被害後の急性期ではよく見られる反応であることを伝えることが重要である。	98.8%	8.39
3d_2	被害者本人だけでなく、被害者の家族に対しても、被害者の変調は異常な事象への正常な反応であると伝えることが必要である。	95.3%	8.09
3d_3	一般的な被害者の心理の時間経過を伝えることは、被害者がある程度見通しを得る上で重要である。	89.5%	7.67
3d_4	被害者やその家族に対して、被害者（特に遺族）は、家族の中でも感じ方や反応が異なることを伝えることが必要である。	97.7%	8.02
3d_5	刑事機関や諸機関での手続きが被害者に苦痛を与える可能性についても事前に被害者に伝えることが望ましい。	95.4%	7.32
3d_6	被害者への二次被害を防ぐために、家族など被害者の周りの人に対しても、一般的な被害者の反応や関わり方を伝えることが必要である。	93.0%	7.65
3d_7	日常生活の困難をきたしている被害者に対して、回復には時間がかかることを伝えることが必要である。	95.3%	7.78
3d_8	事件について自分を責めている被害者に対して、「あなたは悪くない」と伝えることは大切である。	94.0%	7.54
連携・コーディネート			
3e_1	相談を受けた機関での対応が困難な場合には、その支援を提供できる他機関につなぐことが必要である。	98.8%	8.08
3e_2	被害者に精神科医療機関の受診を勧める場合には、被害者の不安や抵抗感を十分に聴き、被害者が受診しやすいように紹介することが必要である。	93.0%	7.93
3e_3	支援においては、他機関と連携を取るコーディネートの役割が重要である。	97.7%	8.17
3e_4	被害者に他機関を紹介したが、そこで対応ができない、あるいは、被害者がそこに合わなかった場合、本人の希望や状況を確認したうえで、再度他の支援機関を紹介することが必要である。	91.6%	7.29
3e_5	コーディネートを担当する支援者は、被害者が、警察官や検察官、弁護士、医師などの専門家や行政の担当者とうまく連絡をとったり相談ができるような手助けを行う必要がある。	98.5%	7.74
3e_6	司法手続きの場が移る際（警察～検察～裁判等）、支援者は被害者に次にどこで何が行われるのかを説明し、被害者がとまどわないように手助けすることが必要である。	94.2%	7.78
3e_7	被害者参加制度等のように、司法手続きにおいて被害者の選択が求められる際には、支援者は被害者が判断するのに必要な情報の提供あるいは、それを行うことができる専門機関を紹介することが必要である。	98.8%	7.89
3e_8	被害者が福祉や介護等の制度を必要としている場合は、市町村の各相談窓口あるいは被害者支援窓口と連携を行う。	95.2%	7.69

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
マスメディアへの対応			
3f_1	支援者は、被害者を不本意なマスメディアへの曝露から保護することが必要である。	91.8%	7.76
3f_2	被害者の希望がある場合、支援者は被害者がマスメディアに対応できるような支援を行うことが望ましい。	74.7%	7.06
3f_3	マスメディアが取材に来る可能性が高い場合、支援者は、被害者と事前にもどのように対応するか話し合っておくことが必要である。	85.9%	7.47
3f_4	支援者は、被害者に対して、マスメディアに対応したくない場合には対応する義務はないことを伝えておくことが必要である。	95.3%	7.93
3f_5	支援者が被害者に対して、取材に訪れたマスメディア関係者と後で連絡を取る必要があること、そのために名刺や相手の名前や連絡先などは確認しておいた方がよいことを伝えることが必要である。	84.7%	7.40
急性期の支援 生活や家族への支援			
3g_1	被害者に幼い子どもがいる場合には、各機関に出向く際に付き添って託児を行ったり、託児施設を紹介したりすることが助けとなる。	80.0%	7.38
3g_2	子どもの面倒をみる場合には安全のため2人で行う。付き添いの際には、被害者本人への付き添いがいるため3人の同行が望ましい。	69.4%	7.05
3g_3	生活機能の問題を抱える被害者には、食事や買い物などの生活支援あるいはそれが行える機関の紹介が必要である。	91.6%	7.48
3g_4	自宅が被害現場となった場合などでは、仮の住居を探す手伝いを行うことが重要である。	90.6%	7.91
IV 被害者支援者へのケア・サポート			
4a_1	支援機関は、各組織及び個人が行うことのできる支援の限界を把握し、マネージメントを行うことが必要である。	96.5%	8.05
4a_2	支援の対象が子どもである場合には、自分自身の気持ちの動揺に注意し、冷静に対処できるように気をつける必要がある。	95.3%	7.79
4a_3	それぞれの支援を引きずらないようにするため、こまめに休憩をとる等、気持ちを切り替えるための工夫が必要である。	93.0%	7.93
4a_3	支援を行った後では、適宜休憩をとる等、気持ちを切り替えるための工夫が必要である。	96.9%	8.27
4a_4	支援者が、プライベートの確保・充実に努めることは、精神健康やバーンアウト防止などに有効である。	97.7%	8.07
4a_5	支援者は、支援活動あるいは支援活動による多忙などについての家族の理解を得ることが重要である。	89.5%	7.59
4a_6	支援活動以外の時間には、できるだけ支援のことを考えないなど気持ちの切り替えを意識することが必要である。	81.4%	7.43
4a_7	支援組織は、支援に必要な知識を常にアップデートし、定期的に支援者へ情報提供することが必要である。	92.8%	7.94

表3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目 続き

合意項目		7点以上 割合 (%)	平均点
4a_8	支援組織は、現在の支援状況について組織内で共有し、支援者の不安を解消するために、定期的に研修やスケーパービジョンやケースカンファレンスを行う必要がある。	98.8%	8.21
4a_9	研修やケースカンファレンスの実施においては、不必要な批判を受けないなど、各支援員が参加や発言をしやすいように配慮する必要がある。	98.8%	8.02
4a_10	支援組織は、支援における問題等について、弁護士、各科専門医師など専門家への相談ができるよう体制を整えることが必要である。	98.8%	8.16
4a_11	支援組織は、支援員のバーンアウトや二次受傷などを防ぐため、支援員の健康に配慮することが必要である。	97.6%	8.12
4a_12	被害者支援に当たる担当者は複数配置することが望ましい。	95.3%	8.05
4a_13	各支援員が直面している困難について、職場や組織（団体）の中で気軽に相談や話ができるような雰囲気や体制作りの工夫が重要である。	98.8%	8.16
4a_14	支援員のモチベーションやメンタルヘルスの向上のために、支援の目標・目的を明らかにすることが重要である。	95.3%	7.85
4a_15	メンタルヘルスの向上やバーンアウト防止のためには、支援については、支援について十分な労いを受けたり、また支援が有効であったと考えられる事例や支援方法について共有することが必要である。	97.6%	8.01
4b_2	被害の経験がある支援者とない支援者が連携して支援を行う場合、それぞれにしかでき得ない支援があることを理解し、助け合うことが必要である。	90.7%	7.58

表4 合意に至らなかった項目の平均点の推移

	第1ラウンド		第2ラウンド		第3ラウンド	
	7点以上の割合(%)	平均点	7点以上の割合(%)	平均点	7点以上の割合(%)	平均点
犯罪被害者支援の基本的姿勢						
被害者と信頼関係を築くためには、被害者と行動をともしながら、被害者の気持ちを受け止めていくことが必要である。	64.3	6.7	51.8	6.2	52.2	6.2
支援者は、広く問題に対応しようとする姿勢で被害者に接することが重要である。	59.5	6.7	60.2	6.4	79.1	6.8
被害後急性期には、精神保健専門家が、専門性を前面に出して被害者に対応することと望ましくない。	27.4	5.3	19.3	5.2	22.1	5.5
被害者から間もない時期の被害者への接し方（初期対応）						
被害者に、それぞれの体験を詳細に語るように勧めることが望ましい。	1.2	3.5				
急性期の支援						
支援者は、質問紙を用いて、被害者の精神健康状態を把握することが望ましい。	41.7	5.9	38.6	5.8	34.8	5.6
被害者の支援にあたっては、身体、心理、社会的ニーズを包括的に評価するようなアセスメントを、行うことが望ましい。	65.5	6.6	36.6	5.8	84.8	6.9
被害者の希望がある場合、支援者がマスメディア対応の窓口として機能することが必要である。	59.0	6.4	44.6	5.9	47.7	6.0
支援者は、被害者からメディア取材の付き添いの希望がある場合、可能であれば付き添いを行うことが望ましい。	72.3	6.9	69.9	6.8	73.8	6.7
被害者支援者へのケア・サポート						
犯罪被害を経験した人が支援を担当している場合、サバイバーではない支援者がサバイバーである支援者をサポートする体制が必要である。	75.6	7.2	74.4	6.9	76.6	6.6

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 分担研究報告書

災害精神保健医療マニュアル改訂版作成の取り組み

研究分担者 鈴木友理子 独) 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 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
中島 聡美 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
成澤 知美 独) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

研究代表者 金 吉晴 独) 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 部長

研究要旨

【目的】日本の現場に即した大規模災害・事故後精神保健医療マニュアルを作成するために、専門家の意見集約を行う。【方法】自然災害時の精神保健対応について国内外の先行文献等の検討、およびわが国の災害支援に熟達した精神保健専門家等による 3 回のフォーカスグループを経て、項目を抽出して、具体化しガイドライン案を作成した。「災害時精神保健体制の構築」、「初期対応」、「外部支援のあり方」、「支援者ストレス対応」の 4 領域、95 項目を、自然災害時に精神保健支援の経験がある専門家等（100 名）に示し、これらに対して 9 段階（1:非常に不適切、5:どちらでもない、9:非常に適切）での評価を求め、平均点が 7 点以上かつ 7 点以上の得点をつけた参加者の割合が 7 割以上である項目を、「合意が得られた」項目とした。【結果】質問項目の大部分（80 項目）については、途中での修正を含め合意が得られた。しかし、修正や項目の追加を経た後に、最終的に 19 項目については合意は得られなかった。【考察】デルフィ法は合意形成のプロセスであるが、災害時の急性期対応について第 1 ラウンドから合意が得られた項目は、既出のガイドラインや本などで記載されていたり、対人サービスの基本的な心構えなどが多かった。最終的に合意が得られなかった項目についても、多くの具体的な経験談や提案などが得られた。合意の得られなかった項目についてはマニュアルから削除するのではなく、これらのコメントを判断するときの一助となるように資料集として提示するほうが情報を有意義に活用できると考えられた。

A. 研究目的

近年災害時の対応として、精神保健支援の重要性が認識されているが、そのサービス提供体制の整備、根拠に基づいた支援法の蓄積などについて課題が山積している (van Emmerik AA, 2002 ; Rose, 2003)。また、トラウマ研究では、犯罪や交通事故被害後急性期については、PTSD の予防として早期に認知行動療法が有効とする研究報告 (Bryant et al., 1998) などがあるが、被害直後の介入については交感神経遮断薬の投与やコルチゾールの投与などの報告があるものの、十分に実証された段階にはない。つまり犯罪被害直後や大規模災害・事故の直後に効果が実証されたプログラムは同定されていない。近年欧米では、Psychological First Aid (PFA)が被害者や被災者に安心と慰めを提供し、現実的な支援を提供するプログラムとして推奨されるようになってきている。犯罪被害や災害直後は、精神医療の専門家だけでなく、警察官、救命救急や産婦人科などの他科の医療関係者、保健師、犯罪被害者支援団体等のボランティアなどが対応に当たることが多く、これらの精神医療の非専門家が急性期対応のスキルを身につけることが望まれている。

我が国では多くの自然災害への対応経験が蓄積されており、近年では阪神淡路大震災、新潟県中越地震の経験に基づき、各都道府県や職能団体において災害時のこころのケアに関するガイドラインが多数発行されており、i) 精神保健ガイドライン、ii) 精神保健専門家向きマニュアル、iii) 精神保健非専門家向きマニュアル、iv) 精神保健以外のガイドラインなどが公開されている。しかし、各職域そして地域保健活動の

一環として、災害時のこころのケアの重要性は認識されているが、知識、準備性、自己効力感について十分備わっているとはいえず (鈴木、2010; 深澤、2010)、研修プログラムの提供が求められている。これまでの初期対応法として、効果について実証された介入法は非常に限られている。最近では、日本でも前述の PFA の日本語版が公開されたが (<http://www.j-hits.org/PFA.htm>)、その使用される文脈、つまり支援体制や文化、実施者など、内容の適切性に関する社会調査の手法を用いた検討はされていない。

そこで、本研究の目的は、日本の現場に即した大規模災害・事故後精神保健医療マニュアルを作成するために、専門家による意見集約を行うこととした。

B. 研究方法

1) 災害精神保健医療マニュアル案の作成

被災者の急性期心理ケアに関する国内外の文献等を検討し、急性期の心理的対応に必要と思われる項目を抽出した。これをもとに災害支援に熟達した専門家等 (精神科医師、臨床心理士、保健師、犯罪被害者支援員等) によるフォーカスグループ (グループ 10 名程度) を 3 回開催し、上記で抽出した項目を具体化し、災害精神保健医療マニュアル案を作成した。

2) 支援者の意見による災害精神保健医療マニュアル案の修正

災害対応経験者の意見を系統的に収集し、合意形成を図ることを目的としてデルファイ法を行った。フォーカスグループにより得られた知見に加え、ヨーロッパにおいて同様の手法で開発されたガイドライン The