

European Network for Traumatic Stress (TENTS)ガイドライン(Bisson, 2010)をもとに、本調査の質問項目を作成した。災害時精神保健体制、初期対応、外部支援のあり方、支援者のストレス対応の4領域について、災害発生時に地域の精神保健関係者および地域保健関係者が行うべき精神保健活動の指針と被災者への対応を示す項目を作成し、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、全ての項目について設けた。TENTSガイドラインとの比較も考慮し、TENTSガイドラインに含まれる項目を日本語訳した項目も含めた。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。

i) 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者に対し、ウェブ上で作成した調査票へアクセスするためのアドレス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。

意見回収後、デルフィ調査 第1ラウンドの結果のフィードバックとして、第1ラウンドの調査における各項目の得点分布および平均点と、各項目についての意見を求

めた自由記載欄に記載されたコメントを200字程度にまとめたものを、第1ラウンドの調査の回答者へ送付した。また、各項目において第1ラウンドの調査時に各自がつけた得点についても送付して、第2ラウンドの調査へ回答する際に参考にできるようにした(図1)。

ii) 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、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。また、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も加えた。そして再度、第1ラウンドでの回答者に対して、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、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、第1ラウンドと同様に回答のフィードバックを行った。

iii) 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のうち、7点以上の得点をつけた者が3割に満たなかった項目を除いて、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、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。

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、書面もしくはメールで同意を得てから調査を実施した。

C. 結果

1) 第1-3ラウンド調査の回答者の属性

調査への参加は100名に依頼した。そのうち97名から参加への承諾が得られ、調査票のアドレスを案内した。その結果、第1ラウンドの調査では95名(同意取得者に対する回収率97.9%)、第2ラウンド調査では、94名(回収率96.9%)、第3ラウンド調査では90名(回収率92.8%)から回答を得た。調査回答者の属性は表1に示す(表1)。

第1ラウンド参加者の平均年齢は48.6歳(標準偏差:8.1,レンジ:28-69歳)であり、男女の割合は同等であった。背景となる専門職種としては、精神科医師28人(29.5%)が最も多く、以下、保健師21人(22.1%)、精神科以外の医師13人(13.7%)、臨床心理士12人(12.6%)、精神保健福祉士11人(11.6%)の順であった。第2、第3ラウンドと回答者数は若干減ったが、職種による偏りは見られなかった。

2) 合意が得られた項目数

第1ラウンドで合意が得られた項目数は、災害時の精神保健福祉体制の構築に関しては18項目、初期対応では10項目、外部支援のあり方については21項目、支援者のストレス対応については21項目であった。第1ラウンドから第3ラウンドでの合意、非合意の質問数の推移は図2に示す。

いずれの質問領域においても、第1ラウンドで半数以上の質問項目に合意は得られ

た(図3-1,3-2,3-3)。合意の得られなかった項目について、コメントを参考に質問文を明確にしたり、新たな質問項目を作成したりして、第2ラウンド以降の調査を実施した。

3) 合意が得られなかった項目の得点の推移

災害精神保健体制の構築の領域において、第3ラウンドにおいても合意が得られなかった項目について、第1ラウンドから第3ラウンドの7点以上と評価した回答者の割合と平均点の推移を表2に示した。

第1ラウンドで合意基準を満たさなかったが、災害時の精神保健体制の活動・支援記録に関する項目、「通常業務においても災害時支援が反映されるように、通常業務記録にも災害時対応の記録を残しておく。」はその後合意が得られた。

合意者の割合も平均値も比較的低い値で推移して意見が分かれた項目は、初動時のこころのケア対策本部を設置する上での情報収集のあり方であり、事前に情報が不足していても、現地で情報収集を行うことに肯定的な考えと慎重な考えで意見が分かれた。また、第1ラウンドおよび第2ラウンドで合意者の割合が極めて低かった8項目について表3に示す。

保健師の役割として、外部から派遣された保健師が本部機能を強化するために常駐して対応にあたるという方針を支持したものは極めて少なかった。保健師の役割についても、現地の保健師が総合的判断を主に行い、外部から派遣された保健師が主にアウトリーチを行うといった方針に十分な合意は得られなかった。この項目に関するコ

メントのまとめを図4-1、図4-2に示す。

また、メディアへの対応についても支援者がメディアと緊密に協働すべきであるという方針も、接触を控えるという方針についても合意は得られず、どちらでもない、と回答したものの割合が多かった。これらの質問には、回答者から経験談、より具体的な状況や条件等の提案があり、これらについては、図4-3に示す。

初期対応領域の質問項目について、3ラウンドをとも合意が得られなかった11項目について、第1ラウンドから第3ラウンドの7点以上と評価した回答者の割合と平均点の推移を表4に示した。

合意基準を満たさなかったが、合意率や平均点が比較的高値で推移した項目は、「被災者に起こることが予想される心理反応について説明する」、「激しいストレス反応を呈している被災者には、積極的にアプローチすべきである」、「高齢者や子どもといった特定の集団に対しては、専門的計画が別個に必要である」であった。

合意者の割合も平均値も比較的低い値で推移して意見が分かれた項目は、「不安や恐怖に圧倒されて混乱していたり、茫然としている被災者には、落ち着いて感情を表出できるように手助けする。具体的には自分の状態を把握できたり、どのような気持ちを感じているのかを尋ねることなどである。

(例:「どうしていいかわからないような状態でしょうか?」「どんな気持ちを感じていますか?」など)、「支援者は、質問紙や面接を用いて、被災者の精神健康状態をスクリーニングすべきである」、「問題を抱えている人には何らかの介入を行うまえに、身体、心理、社会的ニーズを検討するため

の正式なアセスメントを、支援者は実施すべきである」であった。

第3ラウンドでも合意が得られず、意見が分かれた項目についてコメントのまとめ、代表的なコメントの一部を図5-1~3に示す。

また、第1ラウンドおよび第2ラウンドで合意者の割合が極めて低かった項目について表5に示す。

初期対応における精神保健専門家の役割として、初期対応は急性期医療担当者が行い、精神保健専門家は積極的な対応はしない、あるいは直接的な関与はしないという方針には否定的な意見が多かった。しかし、自由記載欄には、「積極的な対応」の定義や、自然災害以前からの精神保健専門家と地域担当者の関係性によって、助言やスーパービジョンのあり方も異なる、といった指摘があった。

初期対応のあり方については、「症状の有無を問わず、被災者には積極的にアプローチすべきである」といった考え方や、「被災者はそれぞれの体験を詳細に語るよう勧められるべきである」といったデブリーフィングのアプローチに対しては否定的であった。

情報提供のあり方についても、「初期の心理的反応についての情報は、関心のある被災者に対して提供されるべきで、全員を対象にすることはない」、「動揺させるといけないので、強いストレスを感じている人には悪い知らせは差し控えるのがよい」については否定的な意見が多かった。

外部派遣チームの活動のあり方について合意の得られなかった項目を表6に示す。

これらの非合意項目について寄せられたコメントのまとめは、図6-1~3に示す。

また、「外部派遣チームが十分な臨床活動をするためには、前後一日の引き継ぎも見込み、最低5日の期間で支援が必要である。」という質問に第1ラウンドで得られた回答を基に、第2ラウンド以降では、望ましい派遣期間の区分を提示して質問した。62.0%の回答者が1週間程度の派遣が望ましいと回答した(表7)。

4) 新たに作成した項目

新たに作成した項目は、まったく新規の概念を提示するというよりも、提示した項目を補足、説明してより具体的な表現とするものが多かった(図7)。項目をこのような形で第2ラウンド調査に追加した結果、いずれの項目も合意が得られた。

D. 考察

1) 合意が得られた項目

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。これまでの災害精神保健の知見について、既存のガイドライン、書籍、研修会等の媒介を通じて、災害経験のある専門家においては共有されている事柄が多かったのであろう。言い方をかえれば、多数の専門家によって承認されている方針として特記すべき目新しい文言はなかった。これは、回答者の合意を得るというデルフィ法の目的にかなった結果と言えよう。

2) 合意が得られなかった項目

合意が得られなかった項目を、合意・非

合意で意見が分かれた項目と、合意者の割合が低くどちらでもない、と態度を保留したものが多かった項目について分けて考えたい。調査を始めてみると、回答者からのコメントが予想以上に得られた。質問の文意や文脈を確認するものや、仮定する状況を限定したうえで具体的な提案をしたものが多かった。これらのコメントは現場での経験を生々しく語り、非常に示唆に富むものであったので、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というよりも、コメントや具体例を示し、対応者が自分の現場や状況を鑑み、判断を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思われる。

3) 意見が分かれた項目

こころのケアサービスを計画するための情報収集のあり方として、被災状況などがある程度把握してから現地に入る方針と、情報は不足している段階でも積極的に現場には行って、自分の目でニーズを確かめるといった方針のいずれについても合意は得られなかった。しかし、自由記載のコメントをまとめた、「状況分析にあたり、現地に迷惑をかけないという大前提を守り、このために都道府県、地域の保健所、市町村部門との役割分担や調整を平常時から予め定めておく必要がある」という意見を支持する声が多かった。日本赤十字社の取り組みにおいて初期に精神保健専門家が“スカウティング(斥候活動、偵察活動)”を行う重要性が指摘されておるとおり、現地に迷惑をかけないように、先遣隊が必要な情報を適切に収集する活動は求められると考えられる。闇雲に現地にはいるのではなく、災

害対応に関する見識と経験のある先遣隊が入る、保健所や市町村の既存の「精神障害者手帳交付者」「自立支援医療利用者」「精神保健福祉相談来談者」「発達障害者支援者」「要保護児童(虐待)」等々のリストを活用したり、生活支援や一般健康支援を目的とした職員のアウトリーチのなかで要支援者を把握していくといった方法が現地に迷惑をかけない具体的方法として挙げられた。しかし、被害状況がわかってからや、メンタルヘルスのニーズが明らかになってから動くのでは遅いので、被災地での被災者の生活を見る必要があるという声があった。

保健師の役割として、「被災地の保健師は現状の総合的判断や、指示、他機関との連携のために、被災現場で住民に直接支援を行うより、役所あるいは医療本部等にて、情報収集、電話対応、指示を出すことが望ましい。」「外部から派遣された保健師は、被災現場に積極的に出向き(アウトリーチして)、地域の情報収集、住民の安否確認、被災者の支援を行い、その情報を被災地の保健師に伝達する。」のいずれの方針についても合意は得られなかった。被災状況、マンパワー、地域特性を考慮して個別に検討するのが現実的かと思われるが、具体的な指摘については、図 4-2 に掲載した通りである。

マスメディアへの対応については態度を保留したものの割合が多かった。マスメディアに関する質問は、TENTS ガイドラインの質問項目を翻訳して用いたものであったが、メディアとの協働とは、被災者の取材、一般向けの情報発信など、語意を明確にしていなかったために、文意が多様にとられたため、合意がえられなかったのかもしれ

ない。ただし、自由記載欄には、被災者の取材対応、一般向けの情報発信の両者について、具体的な経験例や、場面設定を具体的にした上での提案などが多数あり、回答者らの意見は以下の通りに集約できるように考えられた。回答者らが、メディアに期待していることは、被災状況・安全に関する情報発信、心理教育やストレス対応法、そしてモデル的取り組みに関する情報発信であった。しかし、イメージが先行する報道、プライバシーの侵害、メディア対応への負担、対応者のスキル不足などの負の側面によって、積極的な協働に躊躇いを感じているという意見もあった。情報がひとり歩きしないように、事前に理解を深める取り組みをする、情報発信に関する配慮を求める(2次被害を起こさない配慮)、精神保健専門家の中でメディア対応専従者を定めておく、といった提案があった。直接支援者は、個人情報の管理上、メディアとの緊密な協働は困難であり、行政担当者が窓口として適任であるといった声が聞かれた。また、直接支援者は支援に集中するために、そして個人情報漏洩のリスクを最小限にするためにも、メディア対応は避けるべきという意見が多かった。しかし、メディアの接触を避けることはできないので、一般向けの情報発信をしたり、情報公開できないのであればその理由を説明するといったプロアクティブな対応法も示唆された。また、対策本部でメディア担当者を定め、現場対応者も報道対応について事前に打合せをしたうえで、一緒に対応するという提案もあった。

外部からの支援のあり方は、状況によるということ、そして被災地の負担軽減と、

被災地外の調整の仕組みと被災地との連携の重要性が、改めて指摘された。さらにこれらの課題に対して、具体的な対応方法の提案も出された。外部派遣の調整の仕組みは平常時に構築しておくことが望ましいという意見が多かった。また文章について、「外部からの派遣の調整の仕組みは、被災地に事務的負担がかからぬように、国、県などの被災地以外で大枠を構築することが望ましい。」とした方がよいのではないかという意見や、「現場との十分な連携のもと」や、「現場からの要望を重視した上で」というような表現を追加した方がよいのではないかと、といった意見も寄せられた。

「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に支援に行く際には、医療、心理療法等の支援を行うべきではない。」という方針は、被災地におけるフォーカスグループの意見をまとめたものであったが、デルフィ法では、必要に迫られた際には許容されるだろうという意見もある一方で、個人での活動の限界や弊害を指摘するコメントが多かった。被災現場でこれらボランティアを受ける側と、支援に入る側での意識の違いが現れたのかもしれない。

4) 限界

i) 回答者のサンプリング

デルフィ法は専門家の意見集約のために行われるので、サンプルの代表性を追求するものではない。しかし、回答者の選定によって、意見の偏りや誘導が生じ得るので、convenient sampling でありながらも、合理的なサンプリングフレームを選択し、脱落上の偏りには配慮する必要がある。

災害後急性期対応に関する経験者、専門家として、兵庫県、新潟県、岩手県における大規模自然災害時の対応関係者(県、市、保健所等の専門職員)、そして日本トラウマティック・ストレス学会理事、臨床心理士を中心とした CRT 研究会らに調査を依頼した。職種としては、医療、保健、福祉、臨床心理士が多かったが、これらの職種は災害時のこころのケアチームの主要な構成員であり、比較的高い割合でこれらの職種に人びとが回答したことは現実のチームの声を反映する結果となりうる。これらは支援チームの構成員であるものの、今回の調査では、実際の受益者である被災者や住民は対象としなかった。したがって今回得られた合意は、精神保健職を背景にもつ支援者らの意見であり、特に「初期対応」の方針については、これが本当に被災者のニーズに適い、便益をもたらすものかについては、調査対象者に被災者らを加えてさらに検討する必要がある。

調査を実施してみたところ、回答率は90%以上が維持され、また自由記載にも多くの書き込みがみられたことから、回答者の災害精神保健支援に対するモチベーションと問題意識は高いことが伺われた。このような意味で、回答者の選定は成功したと言えるが、今回得られた合意は災害に関する経験をもち、積極的に取り組みを行っている専門職の人びとによるものであり、得られた結果をマニュアルに反映させていくことは、わが国の災害精神保健の取り組みをグレードアップさせる指針として妥当であると思われるが、普及や標準化をすすめる際には、現場の実情も考慮していくことが求められるだろう。

ii) フィードバックの作成、提示の仕方

調査ラウンドごとに回答者の合意の割合を集計し、自由記載を200字程度に要約したコメントを付記して、次回ラウンドの参考資料とするよう提示した。しかし、コメントの提示の仕方によっては、回答者の意見を誘導したり、形成するように提示する危うさもデルフィ法にはある (Linstone HA & Turoff M)。自由記載で多くみられたコメントの要約に加え、少数意見であるが異なった意見や具体的な提案については掲載する方針とした。各コメントのまとめに際して、研究者ら4人が検討したうえで最終的な意見とした。また、回答者が自分で自由記載にアクセスできるようにし、求めに応じて要約する前の自由記載文を提示した。

E. 結論

デルフィ法によって災害精神保健対応に関する合意形成をはかった。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寄せられた。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現場で判断を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。

【参考文献】

van Emmerik AA, Kamphuis JH, Hulsbosch AM, Emmelkamp PM. (2002). Single session

debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*; 360(9335):766-71.

Rose, S, Bisson, J, &Wissley, S. (2003). A systematic review of single psychological interventions (“debriefing”) following trauma: Updating the Cochrane review and implication for good practice. In R. J. Orner&Schnyder (Eds), *Reconstructing early intervention after trauma innovations in the care of survivors* (pp. 24-39). Oxford, UK: Oxford University Press.
鈴木友理子, 深澤舞子, 金吉晴: 保健師における災害精神保健支援に関する準備状況. *トラウマティック・ストレス* 8:45-53, 2010.
深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴. 都道府県及び政令指定都市を対象とした災害時精神保健活動に関するニーズ調査. *日本社会精神医学会雑誌* 19:16-26, 2010.

Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orengo 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. *BrJ Psychiatry*. 2010 Jan;196(1):69-74.
Rose S, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst Rev*. 2002;(2):CD000560. Review.

Linstone HA, Turoff M, ed. *The Delphi Method: Techniques and applications*. Retrieved on 2010/10/14 at

<http://is.njit.edu/pubs/delphibook/>

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1. 鈴木友理子, 深澤舞子, 中島聡美, 成澤知美, 浅野敬子, 金吉晴. デルフィ法を用いた災害時の精神保健活動についてのガイドラインの改訂: 特に災害時こころのケアの直接支援のあり方について. 第 30 回日本社会精神医学会. 2011.3.4-5. 奈良
2. 深澤舞子, 鈴木友理子, 金吉晴, 中島聡美, 成澤知美, 浅野敬子. 日本における災害時精神保健活動についてのガイドライン作成とヨーロッパにおいて作成された TENTS ガイドラインの比較. 第 30 回日本社会精神医学会. 2011.3.4-5. 奈良

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

2. 実用新案登録

3. その他

いずれもなし

表 1. 第 1 から第 3 ラウンド調査回答者の属性

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	48.6	8.1	48.7	8.1	48.5	8.2
範囲	28-69		28-69		28-68	
性別						
男性	48	50.5	46	48.9	44	48.9
女性	47	49.5	48	51.1	46	51.1
職種						
精神科医師	28	29.5	29	30.9	29	32.2
精神科医以外の医師	13	13.7	12	12.8	11	12.2
保健師	21	22.1	21	22.3	19	21.1
看護師	4	4.2	4	4.3	4	4.4
臨床心理士	12	12.6	12	12.8	10	11.1
精神保健福祉士	11	11.6	11	11.7	10	11.1
事務職	2	2.1	2	2.1	2	2.2
その他	4	4.2	3	3.2	5	5.6
回答者 (率 ¹⁾)	95	97.9	94	96.9	90	92.8

¹⁾母数は同意取得者 97 名

表2. 災害精神保健体制の構築の領域の非合意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
初動時のこころのケア対策本部の設置						
こころのケアサービスを計画するために、情報が不足していてもできるだけ早く、精神保健関係者が被災現場に向向いてメンタルヘルスニーズ等を把握する必要がある。	45.3	6.0	62.8	6.6	68.5	6.5
こころのケアサービスを計画するために、被害状況の情報を得てから、精神保健関係者は被災現場に向向くほうがよい。	59.0	6.1	70.2	6.4	64.0	6.3
保健師の役割						
被災地の保健師は現状の総合的判断や、指示、他機関との連携のために、被災現場で住民に直接支援を行うより、役所あるいは医療本部等にて、情報収集、電話対応、指示を出すことが望ましい。	33.7	5.5	36.2	5.7	25.8	5.5
外部から派遣された保健師は、被災現場に積極的に出向き（アウトリーチして）、地域の情報収集、住民の安否確認、被災者の支援を行い、その情報を被災地の保健師に伝達する。	65.3	6.6	71.3	6.6	71.9	6.6
活動・支援記録						
通常業務においても災害時支援が反映されるように、通常業務記録にも災害時対応の記録を残しておく。	63.2	6.7	92.3	7.2		

表 3. 災害精神保健体制の構築に関する領域で合意者の割合が極めて低かった項目の平均点の推移

	第1ラウンド		第2ラウンド	
	7点以上の割合(%)	平均点	7点以上の割合(%)	平均点
保健師の役割 被災地の保健師も、直接現場で積極的に支援を行えるように、外部から派遣された保健師が、役所あるいは医療本部での情報収集、電話対応を行うようにする。 メディアへの対応 初期対応にあたる精神保健および地域保健関係者は、メディアと緊密に協働すべきである。 初期対応にあたる精神保健および地域保健関係者は、メディアとの接触は避けるべきである。	19.0	4.6	8.5	4.5
	28.4	5.3	22.3	5.1
	21.1	4.9	17.0	7.3

表 4. 初期対応領域の非合意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
基本的心構え						
初期対応では、被災者本人や地域の自己効力感を高めるようにすべきである。	55.8	6.5	57.5	6.6	48.9	6.1
初期対応では、被災地域のつながりを促進すべきである。	70.5	6.9	58.5	6.5	52.2	6.2
初期対応						
被災者に話しかける場合には、「具合はどうですか?」、「何か心配ごとはありませんか?」など開かれた質問から入っていく。	66.3	6.4	60.6	6.3	65.2	6.4
不安や恐怖に圧倒されたり、茫然としていたり、茫然としている被災者には、落ち着いて感情を表出できるように手助けする。具体的には自分の状態を把握できたり、どのような気持ちを感じているのかを尋ねることなどである。(例:「どうしていいかわからないような状態でしょうか?」「どんな気持ちを感じていますか?」など)	57.9	6.3	60.6	6.4	39.3	5.6
被災者に起こることが予想される心理反応について説明する。	68.4	6.7	79.8	6.8	84.3	6.8
激しいストレス反応を呈している被災者には、積極的にアプローチすべきである。	56.8	6.4	73.4	6.8	76.4	6.7
被災者は体験を詳細に語るよう勧められるべきでも、妨げられるべきでもない。	70.5	6.8	72.3	6.5		
スクリーニングについて						
支援者は、質問紙や面接を用いて、被災者の精神健康状態をスクリーニングするべきである。	41.1	5.7	35.1	5.8	19.1	5.2
調査票や面接によるスクリーニングは必要ないが、問題を抱えている人を特定することを、支援者は意識すべきである。	42.1	5.9	51.1	6.1	57.2	6.3
問題を抱えている人には何らかの介入を行うまえに、身体、心理、社会的ニーズを検討するための正式なアセスメントを、支援者は実施すべきである。	37.9	5.8	30.9	5.7	36.5	5.6
災害時要支援者への対応						
高齢者や子どもといった特定の集団に対しては、専門的計画が別個に必要である。	66.3	6.7	72.3	6.8	79.1	6.8

表 5. 初期対応領域で否定された項目の平均点の推移

	第1ラウンド		第2ラウンド	
	7点以上の割合(%)	平均点	7点以上の割合(%)	平均点
初期対応における精神保健専門家の役割				
初期対応は、精神保健専門家以外（急性期医療対応者など）が行うべきである。	12.6	4.6	20.2	5.2
初期では精神保健専門家は積極的な対応をするべきではない。	3.2	3.9	19.2	5.1
初期には精神保健専門家は、助言やスーパーバイザーとして対応し、初期対応で直接関与はしない。	11.6	4.2	9.6	4.3
初期対応				
症状の有無を問わず、被災者には積極的にアプローチすべきである。	21.1	4.8	14.9	5.1
被災者はそれぞれの体験を詳細に語るよう勧められるべきである。	4.2	3.4	0.0	3.1
情報提供				
初期の心理的反応についての情報は、関心のある被災者に対して提供されるべきで、全員を対象にするこ とはない。	2.1	3.2	4.3	3.2
動揺させるといけないので、強いストレスを感じている人には悪い知らせは差し控えるのがよい。	14.7	4.7	7.5	4.8
これらの研修体制について				
災害ボランティアは、事前に募集され、適性についてスクリーニングされるべきである。	34.7	5.8	26.6	5.5

表 6. 外部支援のあり方領域の非合意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
外部支援受け入れの判断						
ニーズを見極めた上で、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。	72.6	6.9	84.9	7.0		
外部派遣の調整の仕組みは、国、県などの被災地以外で構築することが望ましい。	48.4	5.9	57.5	6.2	53.9	6.0
活動導入の仕方						
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。	79.0	7.2				
外部支援ところのケアチームの活動						
外部支援者は避難所や被災者宅を巡回し、必要な被災者に対応していくアウトリーチを積極的に行っていくとよい。	53.7	6.3	70.2	6.6	71.7	6.6
派遣期間						
外部派遣チームが十分な臨床活動をするためには、前後一日の引き継ぎも見込み、最低5日の期間で支援が必要である。	63.2	6.5				
専門職ボランティア						
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に支援に行く際には、医療、心理療法等の支援を行うべきではない	40.0	5.9	43.6	5.9	44.6	5.9

表 7. ひとつの外部派遣チームに望まれる活動期間

甚大災害において外部派遣チームが十分な臨床活動をするためには、ひとつのチーム（同じメンバー）は、前後一日の引き継ぎも見込み、最低何日間の期間で支援が必要だと考えますか。

5日未満／5~6日間／1週間／2週間／1カ月／3カ月／半年

2回目調査において、各得点へ回答した人の割合 (%) (n=92)

5日未満	5~6日間	1週間	2週間	1カ月	3カ月	半年
8.7	21.7	62.0	7.6	0.0	0.0	0.0

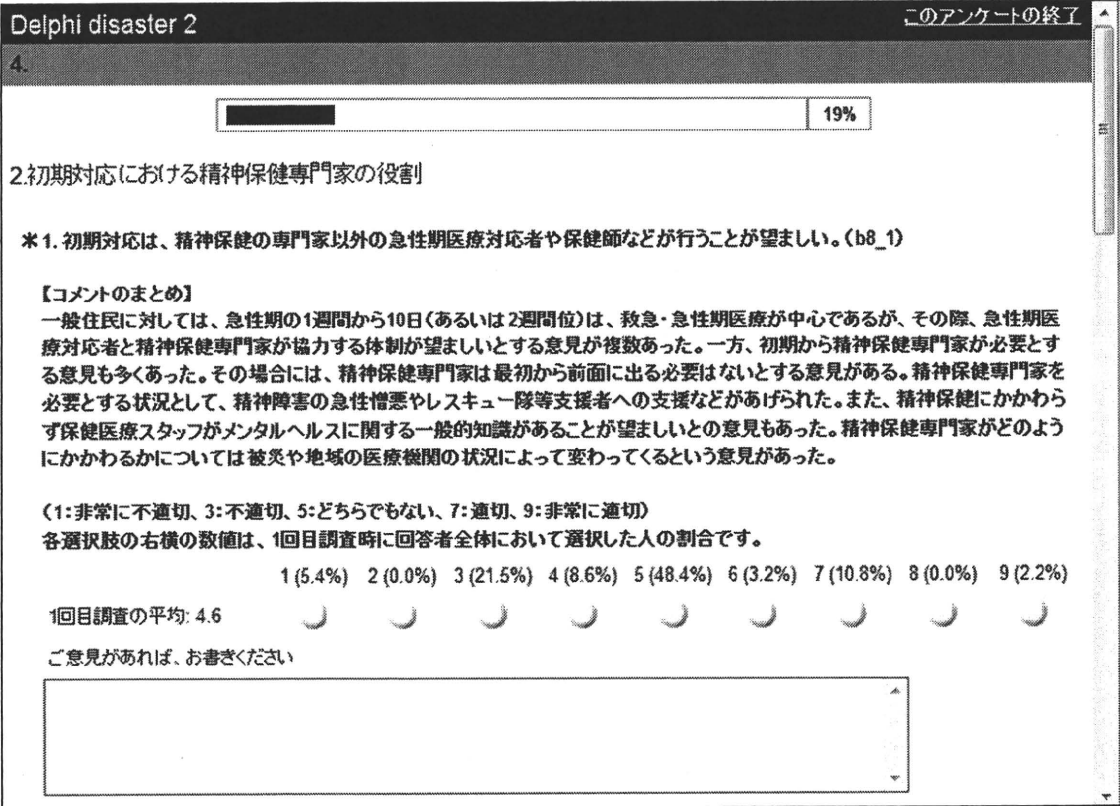


図 1. 第 2 ラウンド調査でのフィードバック例

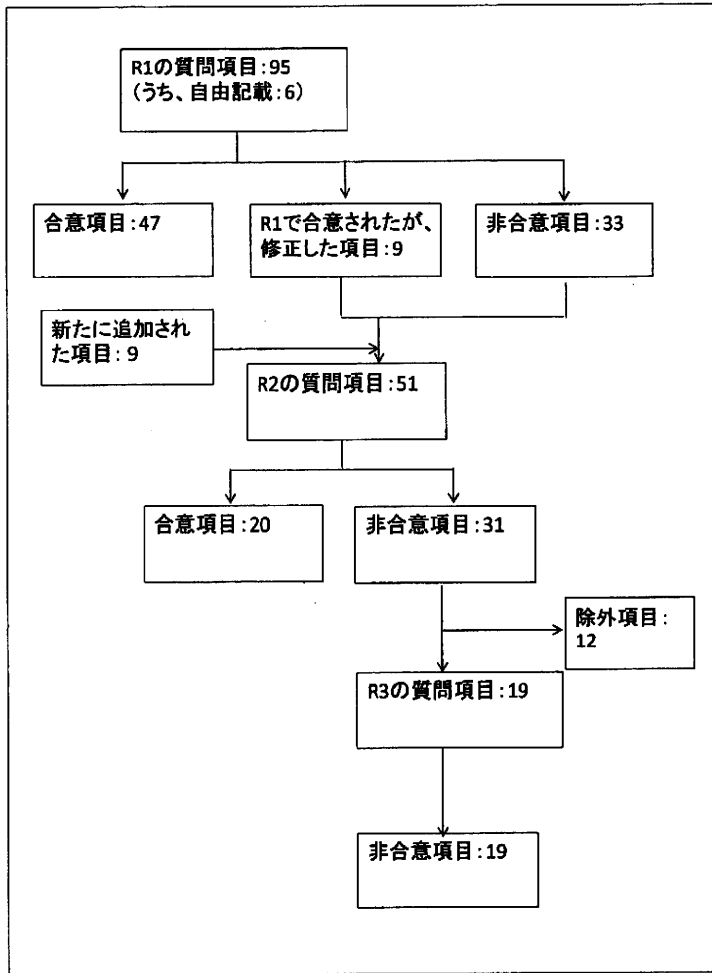


図2. 第1から第3ラウンド調査における質問数、合意・非合意項目数の推移

I. 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るべきである
- ・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。
- ・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。

初動時のこころのケア対策本部の設置

- ・初動の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。
- ・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。
- ・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るべきである。

保健師の役割

合意の得られた項目なし

保健師活動の課題

- ・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（例：自殺対策連絡会などの関係者の横のつながりを活用）。

活動・支援記録

- ・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。

メディアへの対応

- ・報道について、県に窓口を設定し、情報の発信を一元化すべきである。
- ・被災直後は被災者は無防備な状態にあるので、不必要にメディアにさらされたり、取材を受けることがないように配慮するべきである。具体的には避難所の入り口などに、メディアへ許可なく立ち入らないように張り紙をするなどである。

図 3-1. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

II. 初期対応

基本的心構え

- ・初期対応では、被災者に安心感を保証すべきである。
- ・初期対応では、被災者が落ち着きを得られるようにすべきである。
- ・初期対応では、共感的な態度で、具体的な支援を被災者に提供すべきである

初期対応における精神保健専門家の役割

なし

初期対応

- ・被災者に対応する際には、誠実に対応し、開かれた態度で接するべきである。
- ・被災者の疑問に対して不正確な情報を伝えるべきではなく、確認をしてから伝えるべきである。
- ・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べきである。

スクリーニングについて

- ・精神健康の問題が継続している人について、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。

図 3-2. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

II. 初期対応

災害時要支援者への対応

- ・災害弱者としては、高齢者、子ども、乳幼児を抱えた母親、障がい者、精神疾患・身体疾患の既往のある人、外国人などがあげられる。
- ・高齢者や子ども等の災害弱者には、早期からそれぞれのニーズに応じた特別なケアや介入が必要である（例：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）。
- ・学童のこころのケアは、学校現場（スクールカウンセラー含む）や児童相談所、地域の臨床心理士会など学童期の心のケア担当機関と連携することが望ましい。
- ・乳幼児のこころのケアでは、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になることが大切である。
- ・乳幼児に対しては、避難所や幼稚園・保育所などで子どもたちの親を対象に、子どもの心理や対応についての情報提供を行ったり、親の相談を行うことが必要である

情報提供

- ・被災後初期からこころのケアに関する電話相談（ホットライン）を設置すべきである。
- ・被災後の心の反応についての説明（心理教育）や、相談や支援の機関の情報がのっているパンフレットを提供すべきである。
- ・被災者には、初期の心理的反応についての情報を提供し、基本的にはそれは正常な反応であることを積極的に説明するべきである。

これらの研修体制について

- ・災害対応に関わる全ての支援者は、災害精神保健に関する研修をうけるべきである。
- ・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、継続的な研修が提供されるべきである。
- ・広義のこころのケアにかかわる人（介護職や民生委員、ボランティアなど）には、精神保健に関する研修が必要である。

図 3-3. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧