

## 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ことが必要であるが、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。

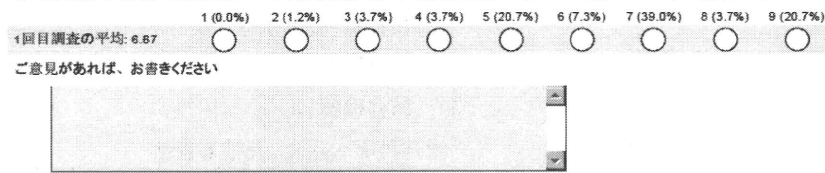


図 3 デルフィ法ラウンド 2 でのフィードバック例

表 3 犯罪被害者への初期対応マニュアル 合意項目例

合意項目		7点以上割合 (%)	平均点
<b>I. 犯罪被害者支援の基本的姿勢</b>			
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
<b>犯罪被害者支援の基本的姿勢</b>						
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は望ましくない。	27.4	5.3	19.3	5.2	22.1	5.5
<b>被害から間もない時期の被害者への接し方(初期対応)</b>						
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				
<b>急性期の支援</b>						
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
<b>被害者支援者へのケア・サポート</b>						
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

1. Kilpatrick DG, Acierno R. Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes. J Trauma Stress 2003;16(2):119-32.
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. Nakajima 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라우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. Kimerling R, Calhoun KS. Somatic symptoms, social support, and treatment seeking among sexual assault victims. J Consult Clin Psychol 1994;62(2):333-40.
5. Campbell R, Ahrens CE, Sefl T, Wasco SM, Barnes HE. Social reactions to rape victims: healing and hurtful effects on psychological and physical health outcomes. Violence Vict 2001;16(3):287-302.
6. Kanou 加納尚美, 中村安秀, 桜山豊夫, 片岡弥恵子, 下谷恵美, 篠原清夫, 大竹眞裕美, 牧野美幸. 医療機関における性暴力・暴力被害女性の受け入れに関する実態調査. 日本公衆衛生雑誌 2000;47(5):394-403.
7. Burgess AW, Holmstrom LL. Rape trauma syndrome. Am J Psychiatry 1974;131(9):981-6.

8. Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, Ajdukovic D, Jehel L, Johansen VJ, Nordanger D, Orengo Garcia F, Punamaki RL, Schnyder U and others. TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. *Br J Psychiatry*;196(1):69-74.
9. Listone HA TM. *The Delphi Method: Techniques and Applications.*: Addison-Wesely; 1975.
10. NationalOrganizationforVictimAssistance. *An Introduction to Crisis Intervention Protocols.* 2010.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）

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

分担研究 自然災害に関する実態把握および介入手法の開発に関する研究

平成20-21年度 分担研究報告書

研究分担者 鈴木友理子 国立精神・神経センター精神保健研究所  
災害等支援研究室長

研究協力者 深澤 舞子 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究代表者 金 吉晴 国立精神・神経センター精神保健研究所

研究要旨

平成20年度 災害精神保健対応に関する準備性の検討

【目的】全国の県および政令指定都市の精神保健所管課および精神保健福祉センターの、災害精神保健対応に関するニーズと準備性を検討する。【方法】各都道府県および政令指定都市における災害時の精神保健活動についての必要性の認識と準備状況を調査するため、平成20年8月上旬に、47都道府県と17政令指定都市の精神保健主管部（局）へ、自己記入式調査票を郵送にて配布した。調査項目は、IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007)を参考に作成した。【結果】回収した全調査票49通（回収率74.2%）を集計した結果、地域防災計画上的におけるこころのケアの位置づけは約70%の自治体でみられたが、研修体制、役割分担などの具体的な準備体制が進んでいたものはそれぞれ半数以下であった。県と市町村や保健所との役割分担も実際に準備体制があるものは約半数であった。こころのケアチームの必要性は、回答したものの約60%が派遣の必要性を感じていたが、その受け入れ体制や近隣県との協力体制の整備が進んでいる自治体は限定的であった。職員のメンタルヘルス対策として、スタッフのローテーション、検討会などのスーパービジョン体制、健康管理体制についても、これらのニーズは多くが認識していたが、実際に準備が整っていた自治体は約30%程度であった。【考察】防災計画でのメンタルヘルスの位置づけや、それぞれのマニュアル作成は行われている自治体が多いが、具体的な研修や、関係機関での役割分担、派遣こころのケアチームの調整体制などは不十分であった。災害時の精神保健支援に関する、国、県、精神保健福祉センター、市町村、NGOらとの役割分担の明確化と、行政的対応に関する標準化プログラムの開発が望まれる。

平成21年度 身体健康指標を用いた中越地震後の心理的ストレスの予測因子の検討

【目的】平成16年の中越地震で被災した地域住民の精神健康について、震災後3年間の推移を記述する。また、災害1年後の精神健康の状態と、震災前の身体健康指標との関連を検討する。【方法】A市における健康診査において主要評価項目を精神健康状態（K6：得点のレンジは0-24点）として、震災1年後から3年後の推移について種々のカットオフ値

で検討した。また、震災1年後の精神健康状態について、災害前の健診で収集された体重、血圧、生化学データといった身体健康の指標から予測因子を検討した。【結果】震災前と震災後3年間の健診データが照合できたものを対象に解析したところ(n=3,538)、軽度ストレス状態(K6にて5点以上)のものは、震災1年後から3年後にかけて23.4%, 20.1%, 18.1%と推移した。中程度ストレス状態(K6にて10点以上)は震災1年後から5.4%, 5.7%, 3.4%と経年的に変化していた。震災1年後の軽度ストレス状態を予測する要因は、震災規模(OR:1.36; 95%CI: 1.16 to 1.60)、女性(OR: 1.38; 95%CI: 1.15 to 1.65)、中程度ストレス状態相当を予測する要因は、中越地震における震災規模(OR: 1.36; 95%CI: 1.01 to 1.84)、女性(OR: 1.46; 95%CI: 1.04 to 2.06)、HbA1c(1単位ごとの上昇)(OR: 1.36; 95%CI: 1.00 to 1.85)、重度ストレス状態についてはBMI(OR:1.07; 95%CI: 1.01 to 1.15)であった。【考察】中越地震前の健康診査における身体健康指標として、HbA1cは震災1年後の中程度ストレス状態を、BMIが重度ストレス状態は予測していた。

平成20年度

災害精神保健対応に関する準備性の検討

A. 研究目的

近年の自然災害、人為災害の経験を経て、災害時の精神保健支援の重要性が一層認識されているが、そのサービス提供体制、研究面では依然課題が山積している(van Emmerik AA, 2002; Rose, 2003)。特に、スマトラ島沖地震および津波被害の対応では、精神保健対応に一定の方針がないもつで支援が提供され、混乱が生じた局面もあつた。このような反省から、2007年には国連および支援に関与した国際NGOらが共同で「災害・紛争等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」を発行した(IASC, 2007)。このなかでは、一般的な行政対応のあり方から、現場での支援者の応急対応やその研修法まで言及され、国際的にも認知度が上がっている(Jones L, 2007)。

災害時の応急対応としては、Psychological first aidとしていくつかの支援要素が抽出されており、“Do No Harm”

を原則として、精神保健の非専門家が被災者の具体的な支援をする際のこころの健康に配慮した対応と専門家支援の情報提供について紹介されている。わが国においても、本アプローチは「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン」で紹介されている(金、他, 2002)ところだが、IASCガイドラインでは、支援を提供の基盤となる行政対応から一般医療や保健活動のなかでの心理的応急処置の活用、およびこの研修方法について包括的に指針を定めている点が出色である。

これまでに災害時の精神保健支援の既存のガイドラインやマニュアル類を文献的に検討した結果、多くの職能団体や自治体などからこれらの書類が作成されており、ウェブ上で公開されているものも多かった(鈴木, 2008)。しかし、関係する県庁所管課、精神保健福祉センター、保健所、市町村などでの役割分担は明確ではない。そこで、精神保健活動について組織的支援を提供することが期待されている都道府県および政令指定都市の精神保健担当部局およ

び精神保健福祉センターにおける、災害精神保健支援の準備性について現状を把握して、今後の効果的な研修方法およびツール類の開発のための基礎資料とする。

## B. 研究方法

各都道府県および政令指定都市における災害時の精神保健活動についての必要性の認識と準備状況を調査するため、平成 20 年 8 月上旬に、47 都道府県と 17 政令指定都市の精神保健主管部（局）へ、自己記入式調査票を郵送にて配布した。東京都については 3 つの精神保健福祉センター（東京都立精神保健福祉センター、東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター）各々からの回答を依頼し、調査票を 3 通同封した。8 月末の時点で未回収であった都道府県および政令指定都市に対しては、再度調査への依頼を行い、9 月末の時点で未回収であった都道府県および政令指定都市については、その都道府県または政令指定都市の精神保健福祉センターへ宛てて、再度調査票を郵送し、回答を依頼した。

調査項目は、IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings (2007)を参考に作成した。行政的な準備状況として、他領域との連携、評価・モニタリング、スタッフの確保などについて、また、精神保健の直接サービス提供体制として、地域社会の活用および支援、保健医療サービスとの連携、子どもへの支援体制、情報の集約と提供体制などについて、各自治体において必要だと感じているかどうかといったニーズと、実際に実施しているか否かといった準備性を尋ねた。

また、災害時の精神保健活動の経験と、外部からのこころのケアチームや専門家の支援の必要性についても尋ねた。

なお本研究は、疫学研究の倫理指針に則り、国立精神・神経センターの倫理委員会で本研究計画について承認を得てから実施した。

## C. 結果

調査票を送付した 47 都道府県のうち 38 都道府県（回収率 80.9%）から、17 政令指定都市のうち 9 都市（回収率 52.9%）から、回答を得た。東京都からは 3 つの精神保健福祉センターから各々回答を得た。ここでは回収した全調査票 49 通（回収率 74.2%）を集計した結果を示す。

都道府県（政令指定都市を含む、以下同様）の災害時精神保健活動の経験と外部支援の必要性について、自県において災害時に精神保健活動を行った経験のある自治体が 5 割、他県における災害時精神保健活動のための派遣を経験した自治体が 6 割であった。激甚災害発生時、外部からのこころのケアチームの派遣を必要だと感じている自治体が約 6 割、必ずしも必要ではないと感じている自治体が約 1 割であった。外部からのこころのケア専門家による支援を必要だと感じている自治体も同様に約 6 割、必ずしも必要ではないと感じている自治体が約 1 割であった。

行政的な準備状況としての他領域との連携・調整について、ニーズに関しては、各項目において「必要ではない」と回答した自治体はほとんどなかったが、準備性に関しては「準備予定はない」と回答した自治体も少なからずあり、特に「外国人および

日系人サービスとの連携」については5割以上の自治体で準備予定がなかった。ニーズが特に高かった項目は、「地域防災計画へのこころのケアの必要性の明記」「災害時精神保健医療マニュアル」「県（主管課）と保健所の役割分担」「県と市町村の役割分担」などであり、「必須」もしくは「必要である」と回答した自治体を合わせると9割を占めたが、準備性に関しては、「地域防災計画へのこころのケアの必要性の明記」については実施している自治体が比較的多かったものの（65.9%）、その他の3項目については、「計画作成中」と合わせても5割前後の実施率であり、必要性は感じているものの実施には至っていない状況がうかがえた。ニーズの低かった項目は「外国人および日系人サービスとの連携」や「外部からの精神保健専門家による助言」であり、準備性もこれらの項目は低くなっていた。また、「外部からの派遣こころのケアチームとの連携」に関しては、必要性を感じている自治体が比較的多く「必須」もしくは「必要である」と回答した自治体が約9割であったものの準備性が低く、ニーズと準備性との乖離が大きかった。

行政的な準備状況としての事前評価・モニタリング・事後評価については、他領域との連携においても、外国人および日系人サービスとの連携に関しては他の領域と比較してニーズ、準備性ともに低かったが、ここでも同様に、外国人および日系人の把握体制は他の項目と比較して、ニーズ、準備性ともに低くなっていた。その他の災害弱者の把握体制の準備性に関しては、在宅の精神障害者の把握体制の実施率が他と比べて低く、「計画作成中」と回答した自治体

と合わせても5割未満であった。「安否確認や災害直後の健康調査体制（県・市の役割分担、時期、使用する質問紙などの具体的な計画）」と「災害数カ月後の住民の健康調査体制（県・市の役割分担、時期、使用する精神健康質問紙などの具体的な計画）」については、約4割の自治体が「必須」であると回答し、「必要である」と合わせると約9割の自治体が必要性を感じていたが、準備性については約3割の自治体が「準備予定はない」と回答しており、ニーズと準備性との乖離が大きかった。

行政的な準備状況としてのスタッフの確保や管理体制について、いずれの項目についても高いニーズがうかがえたが、「派遣チーム受け入れの必要性を判断する体制」や「スタッフの配置・交代体制」に関しては、特にニーズ高かった。この2項目の準備性は、他の項目と比較すると実施している自治体は多かったものの、3割から4割に過ぎなかった。身体健康管理体制や精神健康管理体制は他の項目と比較するとあまりニーズが感じられておらず、また準備性も低くなっていた。

直接サービス提供体制に関して、「外国人および日系人への支援」や「情報提供の多言語対応」などはニーズ、準備性ともに低かった。特にニーズの高かった項目は、「一般保健医療における、精神健康問題に関する研修」や、非常事態、救援活動、制度・サービスに関する住民への情報や、マスコミへの対応、心理教育的な情報など、情報の集約や提供体制であり、「必須」もしくは「必要である」と回答した自治体が9割を占めた。これらの一般保健医療における研修や情報の集約・提供体制に関しては、約

半数の自治体において実施されており、他の項目と比較すると実施率は高かったものの、ニーズに対する準備性は低かった。子どもに対する支援の領域は、「必要ではない」と回答した自治体はなかったものの、他の領域と比較してあまりニーズは感じられておらず、また準備性についても低い状況がうかがえた。

#### D. 考察

地域精神保健活動は、保健所、市町村、精神保健福祉センター等を中心に行われる。精神保健福祉センターの役割としては、精神保健福祉法に基づいて地域精神保健福祉活動の中核となり、保健所、市町村その他精神保健福祉関係機関に技術指導、技術援助を与えることが求められている。個々の災害の発生状況に応じて、その関与の仕方は多様であることも想定されるが、事前に災害精神保健に対する準備体制を整備することが望まれる。

行政的な準備状況として、各関係機関との連携・調整に対してニーズと準備性を担当者に尋ねた。地域防災計画にこころのケアについて記載されている、あるいは計画中・作成中と回答したものは、70.5%にのぼり、災害時精神保健医療マニュアルを持っている、作成中と回答したものは、半数程度にとどまった。さらに、具体的な関係機関との連携・役割分担や研修などを実施している・準備中と回答したものは、31.9%から48.9%であった。県と市町村や保健所との役割分担も実際に準備体制があるものは、約半数であった。概ね回答者の大部分が各項目でのニーズを感じながら、実際には準備は進んでいないことが明らかになっ

た。

また、スタッフの確保や管理体制に対するニーズ・準備状況について、激甚災害発生時、外部からのこころのケアチームやこころのケア専門家の派遣を必要だと感じている自治体が約6割、必ずしも必要ではないと感じている自治体が約1割であったが、その受け入れに関する判断体制や近隣都道府県との協力体制の整備がある、あるいは準備中と回答したものは、それぞれ約37%、約35%に過ぎなかった。外部からの派遣こころのケアチームのあり方は災害の都度試行錯誤で行われており、またその応援呼びかけの方法も、現地の精神保健福祉センターや大学等のリーダーの個人的努力に依るところが大きい。保健師の派遣については、「地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針」（平成20年 日本公衆衛生協会）が定められており、精神保健領域でも同様の整理が求められる。

職員のメンタルヘルス対策として、スタッフのローテーション、検討会などのスーパービジョン体制、健康管理体制についても、これらのニーズは多くが認識していたが、実際に準備が整っていた自治体は約30%程度であった。これらは、平常時から職員の過労やメンタルヘルスに関する労務管理体制を整備することで、災害時にも活用することが現実的と考えられる。

情報の集約と提供に関するニーズと準備状況についても、ニーズは感じているが必ずしも具体的な準備は進んでいないことがうかがわれた。近年では、学校の危機管理支援から発したクライシス・レスポンス・チーム（CRT）を精神保健福祉センターで導入している県もあり、組織の災害初期の



体制整備の在り方に標準化をもたらす方法として注目される。しかし、精神保健の諸問題は、初期以上に中長期にわたって対応していく必要もある。

情報の提供に関する多言語対応について実際に準備中・実施中の回答自治体は非常に限定的であった。ニーズ、求められる言語、対応可能な組織の有無は地域によって大きく異なることが推測され、これについては、活動的な外国人支援 NGO らとの連携によりモデルや普及・啓発ツールを提示していくことが現実的な方策と考えられた。

#### E. 結論

各都道府県および政令指定都市における災害時の精神保健活動についての必要性の認識と準備状況を、担当者への自記式調査で検討した。防災計画でのメンタルヘルスの位置づけや、それぞれのマニュアル作成は行われている自治体が多いが、具体的な研修や、関係機関での役割分担、派遣こころのケアチームの調全体制などは不十分であった。災害時の精神保健支援に関する、国、県、精神保健福祉センター、市町村、NGO らとの役割分担の明確化、行政的対応に関する標準化プログラムの開発が望まれる。なお、本研究に関する詳細は、F. 研究発表 1) の論文を参照されたい。

#### 【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, & Wessely, S. (2003). A systematic review of single psychological interventions (“debriefing”) following trauma:

Updating the Cochrane review and implication for good practice. In R. J. Ormer & Schnyder (Eds), *Reconstructing early intervention after trauma innovations in the care of survivors* (pp. 24-39). Oxford, UK: Oxford University Press.  
Inter-Agency Standing Committee (IASC). IASC guidelines on mental health and psychosocial support in emergency settings. 2007.

[www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth\\_psychosocial\\_support](http://www.humanitarianinfo.org/iasc/mentalhealth_psychosocial_support).

Jones L, Asare J, Elmasri M, Mohanraj A. (2007). Mental health in disaster settings. *BMJ*; 335(7622):679-80

金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 他. 「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 (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班 (主任金吉晴), 分担研究報告書. 2002.

鈴木友理子, 深澤舞子. 健康危機管理体制における既存の精神保健支援ガイドライン等の検討. 厚生労働科学研究費補助金 (地域健康危機管理研究事業) 平成 19 年度総括・分担研究報告書. 2008 年 3 月  
地震災害発生時における派遣保健師の受け入れ指針. 地震災害時における効果的な保健活動の支援体制のあり方に関する検討会. 財団法人日本公衆衛生協会 平成 19 年度地域保健総合推進事業. 平成 20 年 3 月  
<http://www.jpha.or.jp/jpha/suishin/jishin%20shishin%202007.pdf> (最終アクセス日: 2009 年 3 月 6 日)

平成21年度

身体健康指標を用いた中越地震後の心理的  
ストレスの予測因子の検討

#### A. 研究目的

災害は地域住民の身体、そして精神に大きな影響を及ぼす。先行研究では、災害直後の身体健康の影響として、死亡率、心疾患、脱水、感染症、高血圧、糖尿病などを検討している。精神健康面では、トラウマ反応に関する研究が進んでおり、いずれの指標でも災害が悪影響を及ぼしていると報告されている。しかし、災害が、身体および精神面に及ぼす中長期的な影響について結果はわかれている。

一方、平時においても身体疾患と精神健康、および精神疾患の関係は近年関心を集めている領域であり、特にうつ病と耐糖能異常の関係は双方向の関係、つまりうつ病が耐糖能異常のリスクを高めているのと同時に、耐糖能異常(糖尿病)をもつことが、うつ病のリスクを高めている、と報告されている。

我が国において、大規模震災という甚大なストレス状況下における精神健康状態の変化を記述し、また災害後の精神健康度と震災前の身体的指標との関連を検討した研究はほとんどない。

そこで、平成16年に発生した中越地震後の地域住民の精神健康の震災後3年間の推移を記述する。また、災害後の精神健康の状態と、被災規模や震災前の身体健康指標との関連を検討する。

#### B. 研究方法

##### 1) 調査対象者

本健康診査は中越地震発生以前の平成16年4月19日から同年10月2日、震災発

生1年後として、平成17年4月18日から同年11月1日、震災発生2年後として平成18年4月17日から同年11月11日、震災発生3年後として平成19年4月16日から同年11月14日に実施された。

本健康診査の受診者は、A市の20歳以上の全成人(33,269人、小千谷市全人口 41,641人 平成12年国勢調査)のうち、任意で受診を希望したものであり、平成16年が6,851名、平成17年が7,097名、平成18年は6,586名、平成19年は6,696名であった。このうち、震災前の平成16年および震災後3年間すべての健診を受診し、データの照合がとれ欠損値のないもの3,538名を分析の対象とした。2) 健康診査の概要

本健康診査は老人保健事業の一つとして、問診、理学的検査、血圧測定、検尿、循環器検査、貧血検査、肝機能検査、腎機能検査、血糖検査及びヘモグロビンA1c検査を行っている。精神健康度を測定するために、A市はこころの健康スクリーニング尺度、K10/6の10項目を震災以降に健診項目として追加した。

##### 3) 測定項目

##### i) 震災後の精神健康度：K10/6

K6は、米国の精神保健に関する地域疫学調査で開発された、精神保健に関するスクリーニング尺度であり、欧米ではその信頼性・妥当性が検証されている。わが国においても、古川らによって日本語版が開発されており、気分障害、不安障害のスクリーニング特性について検討されている(Furukawa, 2008)。

##### ii) 説明変数

本健康診査の検査項目は広範にわたるが、本研究では、特に以下の領域の変数につい

て検討した。1) 地震の影響として、震災規模(被災強、それ以外)、2) 社会経済的変数として、性別、年齢、居住地、職業、3) 検査データとして身長、体重、Body Mass Index(BMI)、血圧(収縮期、拡張期)、脂質検査、耐糖能検査の検査所見に基づいて検討した。

#### 4) 分析方法

分析の主要評価項目は、震災後の精神健康度であり、先行研究に従って K6 の種々のカットオフ値を用いて、震災後3年間にわたる軽度ストレス状態、中程度ストレス状態、重度ストレス状態のものの割合を算出した。これらの精神健康度を指標として、震災規模、および身体健康指標について、その変数の特性に応じて $\chi^2$ 検定、Fisherの直接確率、t検定を行った。特に被災前の身体健康指標の影響を検討するために、年齢、震災規模を調整して多変量ロジスティック解析を行った。すべての分析には、STATA Ver10(Collage Station, Tx)を用いた。

なお、本研究は、A市の保健活動を目的に収集した情報の二次解析であり、連結不可能匿名化データを扱った。本研究は国立精神・神経センターの倫理委員会の承認をうけて行った。

### C. 結果

震災前と震災後3年間の健診データが照合できたものを対象に解析したところ(n = 3,538)、軽度ストレス状態(K6にて5点以上)のものは、震災1年後から3年後にかけて23.4%、20.1%、18.1%と推移した。中程度ストレス状態(K6にて10点以上)は震災1年後から5.4%、5.7%、3.4%と経年的に変化していた。震災1年後の軽度ストレス

状態を予測する要因は、震災規模(OR:1.36; 95%CI: 1.16 to 1.60)、女性(OR: 1.38; 95%CI: 1.15 to 1.65)、中程度ストレス状態相当を予測する要因は、中越地震における震災規模(OR: 1.36; 95%CI: 1.01 to 1.84)、女性(OR: 1.46; 95%CI: 1.04 to 2.06)、HbA1c(1単位ごとの上昇)(OR: 1.36; 95%CI: 1.00 to 1.85)、重度ストレス状態についてはBMI(OR:1.07; 95%CI: 1.01 to 1.15)であった。

### D. 考察

K6で中程度ストレス状態とされる10点以上のものは5.4%、5.7%、3.4%と変化した。これら震災1年後のK6による区分の頻度は、Kawakami, et al (2006)による平時の地域住民における頻度よりも低値であった。

災害1年後の精神健康を予測する要因を検討したところ、K6が5点以上、10点以上のいずれにおいても震災規模が大きかったこと、女性であることがそのリスクを高めていた。

K6が10点以上、つまり中程度ストレス相当では、震災前のHbA1cの上昇がリスクとなっていた。

先行研究でも耐糖能異常とうつ病は双方向の関係が指摘されており、特に震災という極度のストレス状況下ではその関係が顕著に表れた可能性がある。

### E. 結論

中越地震前の健康診査における身体健康指標として、HbA1cは震災1年後の中程度ストレス状態を、BMIが重度ストレス状態は予測していた。なお、詳細は、F. 研究発表の2)の論文を参照されたい。

## 【参考文献】

- 1) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M et al: The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 17: 152-158, 2008.
  - 2) Kawakami N. [Distribution and associated factor of mental health status by K6 in a national survey in Japan]. In: Hashimoto H (ed.), Report on research on statistics and information by the Health and Labour Sciences Research Grants. Tokyo, 2006.
- F. 研究発表
1. 論文発表
  - 1) Fukasawa M, Suzuki Y, Kim Y. Needs assessment of local governments for the disaster mental health services. *JPN Bull Soc Psychit* 19:16-26, 2010. (in Japanese)
  - 2) Suzuki Y, Furukawa TA, Kawakami N, Horiguchi I, Ishimaru K, Kim Y. Predictors for psychological distress after the Niigata-Chuetsu earthquake in Japan using pre-disaster physical health indicators. *Journal of Mental Health*. 2010.56: 89-97. (in Japanese)
  - 3) Suzuki Y, et al. Preparedness for disaster mental health among public health nurses in Japan. *Japanese Journal of Traumatic Stress* 8: 45-53. 2010. (in Japanese)
  - 4) 鈴木友理子. 災害精神保健活動における役割分担と連携. *保健医療科学*. 2008.57 (3) 234-239.
  - 5) 鈴木友理子. 能登半島地震への派遣活動を通じて. *日本トラウマティックストレス学会誌*.2008.6;100-102.
  - 6) 鈴木友理子, 本間寛子, 堤敦朗, 金吉晴. 新潟中越地震 3 年後の地域高齢者における精神障害の有病率調査. *日本精神神経雑誌*
  - 7) Yuriko Suzuki, Atsuro Tsutsumi, Takashi Izutsu, Yoshiharu Kim. Psychological consequences more than half a century after the Nagasaki atomic bombing. *Radiation Health Risk Sciences*. Nakashima M, et al (Eds.) pp277-282. Springer, Tokyo, 2008
2. 学会発表
- 1) Yuriko Suzuki. Mental health consequence after the Niigata-Chuetsu earthquake. 13th Pacific Rim College of Psychiatrists Scientific Meeting, Tokyo, 31 October 2008.
  - 2) 鈴木友理子, 堤敦朗, 本間寛子, 金吉晴: 新潟県中越地震 3 年後の地域高齢者における精神障害の有病率調査. 第 104 回日本精神神経学会総会, 東京, 2008.5.29-31
  - 3) 鈴木友理子, 金吉晴. わが国における大規模震災時の精神保健支援の経験. シンポジウム: 災害精神保健の発展—日本とアジアの経験から. 第 7 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡. 2008.4.19-4.20
- 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

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。

## 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な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

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。

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。