

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 (Linestone 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, & 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.

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. *Br J 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.

Linestone 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
初動時のところのケア対策本部の設置						
と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
と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。	19.0	4.6	8.5	4.5
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。	28.4	5.3	22.3	5.1
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。	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)	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				
外部支援こ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

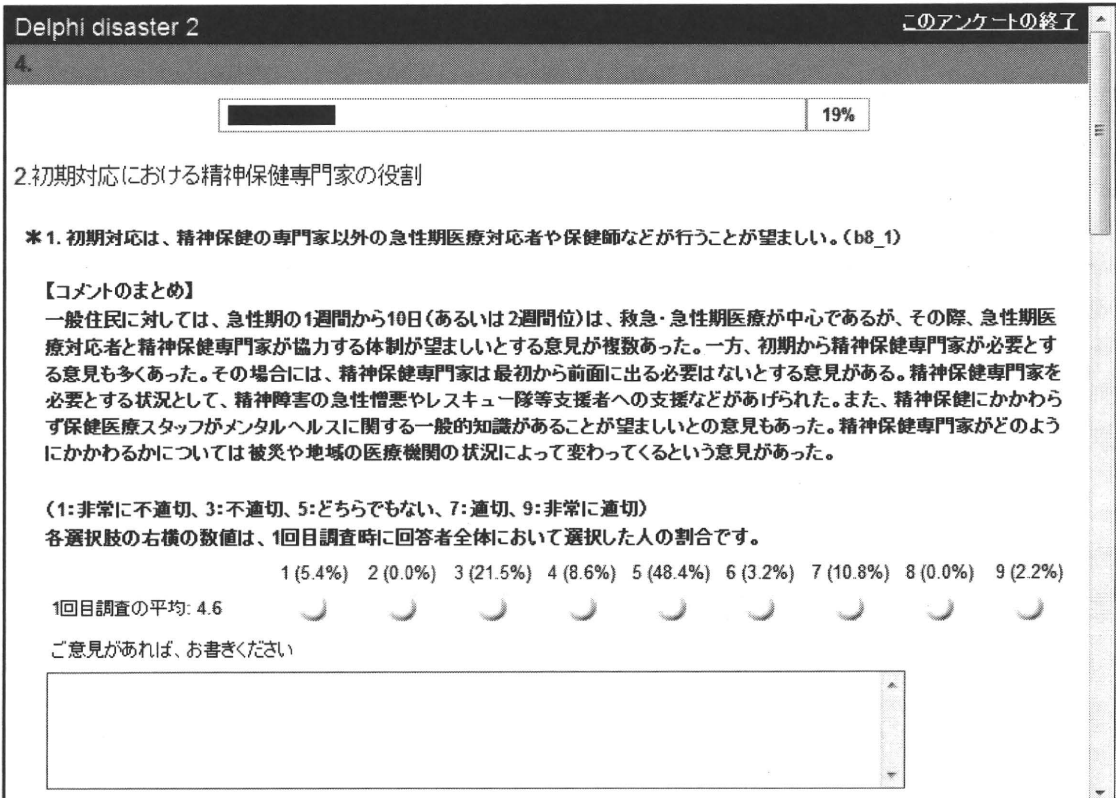


図 1. 第 2 ラウンド調査でのフィードバック例

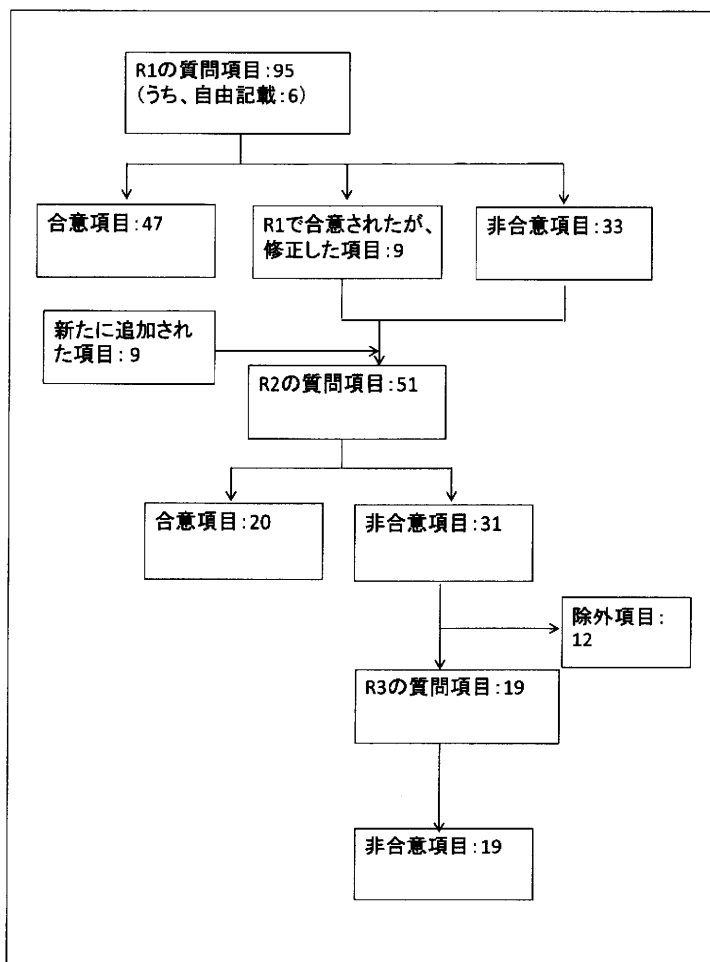


図2. 第1から第3ラウンド調査における質問数、合意・非合意項目数の推移

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す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

III. 外部支援のあり方

外部支援受け入れの判断

- ・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

活動導入の仕方

- ・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。
- ・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。

外部支援こころのケアチームの活動

- ・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おく）。
- ・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
- ・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前で用意し、被災地に負担をかけない
- ・外部支援者のこころのケアチームは、精神科医師、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
- ・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。・1 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いくべきである。
- ・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べきである。
- ・外部支援者は、避難所等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まわらない部分についてサポートを行う。
- ・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。

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である。

図 3-4. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

IV. 支援者のストレス対応

被災地で被災者支援にあたる組織の構築

- ・災害発生時の出勤体制およ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・休養をす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。

職員の休養・休息

- ・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。

被災時に派遣された職員への支援

- ・派遣後、チーム内で派遣体験の振りかえ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つくる。
- ・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。(例えば、派遣終了後、派遣された職員が活動の報告を行い、体験を共有する機会を設けるなど。)

支援者のセルフヘルプ

- ・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。

図 3-5. 第 1 ラウンドで合意の得られた項目一覧

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の情報収集のあり方

被災現場に入るタイミングが早すぎるとニーズの把握は難しいという声もあった。

- ・あまり早く行き過ぎると、ニーズの把握はかえって難しいように思います。

しかし、災害対応に関する見識と経験のある先遣隊が現地に出向きニーズ調査をする必要性は支持された。

- ・チームを派遣する前の偵察隊とでもいったものの早期派遣は極めて重要です。

・メンタルヘルスニーズの把握までは行かなくても、精神保健関係者が直接、被災地に向いて状況を確認することは、外部支援等について検討する際の重要な判断材料になると考える。

- ・現場に支援の計画があります。行かないとどのような支援が必要か分かりません。

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指摘があった。

・都道府県の精神保健担当課、地域の保健所、市町保健部門と調整をし、被災現場に入ってゆき、現場に迷惑をかけない配慮をして行う。また、ニーズ把握や分析を誰（どこが）がするか等、平時から動きを決めておくことが大切では。

・こころのケアサービスの計画は早期に状況を確認し、確認後、計画を立案しておくことが必要と考えます。災害本部の中にきちんとメンタルケアを位置づけることも必要と考えます。

図 4-1. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

保健師の役割

外部から派遣された保健師の役割は、災害経験があれば本部調整役のスーパーバイズ、経験がない場合やその地域の状況に詳しくない場合には地元保健師の補完業務にあたりと良いが、役割を限定させず状況に応じて対応するのがよいという意見があった。

被災状況と現地保健師の配置、経験を勘案して、外部から派遣された保健師は、地元保健師とペアで活動するとよいという意見が多かった。ペアで活動することで、現地保健師の災害対応への不安、不安全感の軽減、派遣された保健師の現地状況の把握や支援上の関係づくりといった点で、双方にとって良い効果があると思われる。

しかし、現実的にはペアで活動できるマンパワーの確保は非常に困難であり、事前に準備すれば派遣保健師も単独でアウトリーチはできるだろうという指摘もあった。しかし、この準備として、災害状況の確認、地図や説明資料の作成などの労力がかかる問題点も指摘された。

図 4-2. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

メディアへの対応

一般的な情報提供などにメディアを活用することの賛成意見として、以下があった。

- ・メディアをうまく活用することも、考えていく必要があると思います。「こうしたことを伝えてください」とこちらから積極的に伝えることで（リソースを提供することで）、過剰な取材は減るのではないのでしょうか。

しかし、個人情報への配慮不足、話題性のある情報への偏り、行政対応への批判、不正確な情報発信の経験から協働に慎重な姿勢もあった。

- ・現場で活動しているメディアの方々は、メディア同士競争ですので、対応は注意し、慎重にされた方がよいと思います。

また、協働可能なメディアとの関係構築（地域密着型だと信頼関係を築けることがある）、発信する情報の正確性の確認、被害者などの個人情報への配慮（直接支援者は対応を控える）といった工夫をすることで協働が可能になるのではないかといった意見があった。

- ・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う意見へ賛成であり、実際にそういう風に対応しいい結果を得た。

- ・協働の定義が必要で、内容によって変わります。またメディアによっても対応が異なると思います。しかし、地域に根ざしたメディアとは常日頃からの協働があると役に立つと思います。

- ・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意見に賛成です。

- ・メディア対応は、現場の支援者ではなく、後方支援のメディア対応の担当者が行った方がよいと思います。

- ・担当者を決めておくことが良いと思います。現場は混乱するので対応は無理と思います支援者が単独で取材に対応すると、個人の責任になるので、支援者や被害者を守るためにも、対策本部などでの情報の一本化が必要である。

図 4.3. 第3ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ

II. 初期対応

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、といった方針に対して、初期では困難であり、むしろ中長期で行うほうがよいとする意見が多数あった。一方で、初期から中長期のイメージをもって自立を促進するような対応も必要であるという意見もあった。また実際に初期からこのような対応を行うには、被災以前の地域の基盤が必要であり、被災前の状況も含めたコミュニティの対応力やネットワーク等の十分なアセスメントを行うことが重要であるという前提についての指摘もあった。

また、初期対応では、被災地域のつながりを促進すべきである、という方針にも、やはり初期よりは中長期の方針ではないかと言う意見が複数あった。このような支援は、被災地域の規模や地域性によって人とのつながりを促進するメリットとデメリットがあるので一概に言えないとする意見が多く、以下にメリット（肯定的意見）とデメリット（否定的意見）を示した。また、被災後の支援では難しく、むしろ被災以前の地域ネットワークの充実が重要であるとの意見もあった。

図 5-1. 第 3 ラウンドでの合意が得られなかった項目に関するコメントのまとめ