

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
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
分担研究報告書

犯罪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

分担研究者 中島聡美¹⁾、加茂登志子²⁾、鈴木友理子¹⁾、金吉晴¹⁾
研究協力者 中澤直子³⁾、小西聖子⁴⁾、辻村貴子⁵⁾、吉田謙一⁵⁾、
成澤知美¹⁾、浅野敬子⁶⁾、深澤舞子¹⁾

- 1) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所
- 2) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター
- 3) 東京厚生年金病院 産婦人科
- 4) 武蔵野大学人間科学部
- 5) 東京大学大学院医学系研究科法医学講座
- 6) 武蔵野大学大学院人間社会研究科

研究要旨:本研究は、犯罪被害後急性期における被害者等の心理的負担を軽減するための介入の指針を作成することを目的とした研究である。被害後急性期から精神科医および心理専門家が関わり、専門的な治療を提供することは現実には困難である。したがって、本研究では犯罪被害急性期に被害者等に関わる関係者に焦点を当て、以下の3つの研究を行った：（研究1）犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発と検証、（研究2）性暴力被害者の急性期心理ケアマニュアルの開発、（研究3）検視（検死）及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究。

これらのガイドライン等の開発にあたっては、支援者（警察官、早期援助団体犯罪被害者等支援員、法医学者等）および被害当事者（遺族、性暴力被害者等）への聞き取りを行い、それに基づいて個々のガイドラインの開発を行った。「犯罪被害者等の急性期心理社会的支援ガイドライン」の開発では意見収束方法として、すでに様々な分野においてケアや支援のガイドラインの作成に用いられている Delphi 法を適用した。Delphi 法によって3回の意見収束を行い最終的に合意の得られた118項目を基にガイドラインを作成した。今後は、すでに行っている関係者および犯罪被害者の聞き取りを基に、他の領域、産婦人科、法医学等における急性期の介入のガイドラインあるいはマニュアルを開発するとともに、これらのガイドライン、マニュアルの有効性の検証を行うことを検討している。

A. 研究目的

犯罪被害者（ここでの犯罪被害者は、被害を受けた本人、遺族、家族を含む）において、PTSD や大うつ病などの精神障害の有病率が高いことが様々な研究において報告されている^{3, 6)}。犯罪被害者の精神健康の回復は犯罪被害者等基本法（2004）および、それに基づく基本計画（2005, 2011）の重要な課題の一つであ

り、PTSD 等の専門的な治療の開発・普及はもとより、これらの精神障害を予防し、かつ治療を必要とする被害者が適切な医療・心理療法機関にアクセスできるような体制を構築することが重要であると考えられる。

今までも、犯罪被害後急性期の心理社会支援として、警察の被害者支援員による支援や、早期援助団体等民間の被害者

支援団体の支援が行われてきたが、これらの早期支援は警察に相談しない被害者の利用が困難であった。しかし、PTSDなどの精神健康への影響が深刻であるとされる性暴力被害者の3.7%⁷⁾しか警察に相談しないことが内閣府の調査でわかっており、これらの被害者では早期の援助を受けることは少ないと考えられる。実際には、これらの性暴力被害者は誰にも相談しないことが多い(67.9%)。したがって、被害者に適切な支援を早期から提供するためには、性暴力被害者においては産婦人科医療機関などの医療機関が一つの窓口となる可能性がある。欧米や韓国では、このような窓口機能を果たす機関として、性暴力被害者に対しては、司法検査、婦人科治療・検査、カウンセリング、その後の司法手続きの支援などが一か所で行われるワンストップセンター(rape crisis centerなどと呼ばれることもある)の設置が進んでいる。日本でも性暴力被害者や支援団体の要望から、国のモデル事業が行われ、現在大阪、名古屋、東京の3か所でワンストップセンターが活動している。

このような早期支援の進展に伴い、どのような支援を提供していくかについてのガイドラインやマニュアルが必要であると考えられる。PTSDについては、様々なガイドラインから、早期の予防的な介入のエビデンスが乏しいことが指摘されているが、1, 8)、災害やテロなどの集団被害においては、PFA (psychological first aid) のような精神病理に焦点をあてず、被災者等の現実的なニーズに対応する中で心理面への配慮を行う対応が推奨されている。しかし、PFAは、集団を対象としているため、個人や小人数の犯罪被害者に適用しにくい側面がある。また犯罪被害者の場合には急性期に警察や産婦人科が関わることが多いが、そのような状況での対応は考慮されていないことがあり、犯罪被害者の急性期支援にあたっては、個人レベルの被害者に対応でき、かつ犯罪被害に特有に関連してくる機関において適用できるガイドラインやマニュアルが必要であると考えられる。

本研究は、このような背景を踏まえ、犯罪被害者に急性期に関わる機関(警察、

犯罪被害者支援機関、産婦人科医療機関、司法解剖を行う法医学教室)を想定して、それらで使用できる心理社会支援プログラムの構築を目標とし、以下の3つの研究を行った。

研究1 犯罪被害者の急性期心理社会ケアガイドラインの開発と検証

研究2 性暴力被害者の急性期心理ケアマニュアルの開発

研究3 検視(検死)及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究

研究1 犯罪被害者の急性期心理社会ケアガイドラインの開発と検証

B. 研究方法

(1) 対象

ガイドラインの作成にあたり、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、支援者を対象とした。項目抽出に際し聞き取りを行った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、90名より承諾を得た(応答率90%)。

(2) 方法

既存の資料の分析(災害時初期対応マニュアル、TENTSガイドライン、NOVAマニュアル等)を行い、さらに被害者支援団体支援員、被害者自助グループ当事者、精神保健専門家(N=30)を対象に、フォーカスグループによる意見の収集(6回)を実施し、124項目を抽出した。

これらの項目について犯罪被害者支援に経験の豊富なエキスパートの意見を収束する方法としてDelphi法を用いた。

Delphi法は、十分な科学的エビデンスが得られない場合に、その分野に精通した専門家の集団が有する直観的意見や経験による意見を匿名のアンケートを反復することによって系統的に収束・洗練する技法であり、本研究ではヨーロッパにおいて急性期災害支援ガイドラインの作成において用いられた方法に従って実施した²⁾。各項目案について9段階で評価し、7点以上の割合が70%以上で、平均点が7点以上の項目について適切とする合意に至ったと判断した。合意に至らなかった項目および、コメントにより修正した項目について再度意見を確認した。3ラウンドを実施した。さらに、第4ラウンドを実施し、最終的なガイドライン項目案について意見の求め、用語や解説についての修正を行った。第4ラウンドで決定された項目案に対して、研究スタッフ(中島、成澤、浅野、深澤、鈴木、金)で検討を行い、最終的なガイドライン文章を作成した。ガイドラインにまとめるにあたり、指針となる項目に関連したより具体的な項目については、具体的な対応として、指針項目と区別をはかるようにした。また、合意に達しなかった項目については、研究参加者からの意見のまとめを参考意見として提示した。更に、このガイドラインを支援者が利用しやすいようe-learning教材を作成した

(3) 倫理的配慮

本研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を得て実施した。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

各ラウンドの回答者数は82人(第1ラウンド)、83人(第2ラウンド)、81人(第3ラウンド)であり、90%以上の回答率を得た。第4ラウンドは、第3ラウンドへの調査協力依頼した者のうち、調査を辞退した者1名を除く88名に依頼した。そのうち72名から回答を得た(回答率81.8%)。参加者が最も多かつ

た第2ラウンド時における対象者の平均年齢は50.4±12.0歳(27-70歳)であり、女性が67名(80.7%)であった。職種は、早期援助団体職員4.6%が最も多く、以下、臨床心理士29人(34.9%)、精神科医11人(13.1%)、精警察の支援担当者7人(8.3%)、精神保健福祉士4(4.8%)、被害者当事者2名(2.4%)、その他16名(19.3%)であった(表2)。各ラウンドにおける対象者の属性に大きな違いはなかった。

(2) 項目の合意/非合意

第1ラウンドでは、113項目について合意が得られた。このうち、36項目については、コメントに基づいて表現の修正を行った。非合意項目11項目のうち「被害者に、それぞれの体験を詳細に語るように進めることが望ましい」という1項目については、7点以上の割合が1.2%、平均点3.5点と著しく合意が低かったため、否定的合意項目と判断した。更に、意見に基づいて、あらたに3項目を追加した。この修正項目36項目、否定的合意項目を除いた非合意項目10項目、追加項目3項目の計49項目について第2ラウンドを実施した。第2ラウンドでは36項目に合意が得られた。この項目のうち6項目については意見に基づいて修正を行った。修正した6項目と非合意項目13項目、計19項目について第3ラウンドを実施したところ、11項目について合意が得られた。非合意であったのは8項目であった。

最終的に、追加した3項目を含む127項目のうち、合意が得られた項目は118項目であり、合意が得られなかった項目(否定的合意項目含む)が9項目であった。

これらの合意項目に対して第4ラウンドで参加者に再度提示し、表現の修正を行った。第4ラウンドですでに合意を得た項目に対する反対意見はなかったため、この合意項目をガイドライン案とし、最終的検討を行い「犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドライン」を作成した(別冊)。

D. 考察

本研究は、実証的研究が困難な犯罪被害後急性期の心理社会的対応について、Delphi 法という意見収束技法を用いてエキスパートコンセンサスによるガイドライン開発を行った初めての試みである。合意された項目は、被害者に安心や安全を提供する対応や現実的な問題への支援についてであり、これらは PFA や TENTS などの大規模災害時の急性期介入のガイドラインと一致していた。また、否定的合意となった1項目は、心理的デブリーフィングと類似する内容であったが、この項目が否定されたことは、PTSD の予防としての単回の心理的デブリーフィングについてエビデンスが十分ではないため、急性期介入の方法としては否定的である NICE⁸⁾や ISTSS のガイドライン⁴⁾と一致した見解であった。

合意が得られなかった項目の中には、「支援者は広く問題に対応すべき」という災害時のガイドラインでは合意された項目もあり、大規模災害と個別の犯罪被害では対応に違いがあることが示唆された。

本研究では、Delphi 法の限界でもあるが、対象者の偏りの問題がある。しかし、日本では、犯罪被害者の急性期支援の経験がある支援者は警察や犯罪被害者等早期援助団体の職員など一部に限られていることから、これらの職種での支援者についてはある程度意見が反映されていると考えられる。犯罪被害当事者については今回の研究では殺人等の遺族のみであったことから DV や性暴力被害当事者の意見は反映されていない。この点については、これらの被害者の支援団体や警察の被害者支援員を対象者に取り入れることで補う形となった。

今後は、このガイドラインを基に研修プログラムや教材を作成し、有効性について検討を行うことを検討している。

研究 2 性暴力被害者の急性期心理ケアマニュアルの開発

B. 研究方法

(1) 対象

精神科医療機関・心理相談機関（国立精神・神経医療研究センター病院、東京

女子医科大学附属女性生涯健康センター、武蔵野大学心理臨床センター）を受診した性暴力被害者で現在、精神状態が安定しており、60分程度のインタビューに耐えられるものを対象者とした。適格基準は、①性暴力被害（強姦、強姦未遂、強制わいせつ等）を契機とした精神症状を主訴として上記医療機関・相談機関を受診したもの、②現在 20 歳以上である、③調査によって精神症状の悪化のおそれがないことを主治医（相談担当臨床心理士）および研究者（小西、加茂、中島）が確認している、④文書による同意が得られる、⑤日本語を母国語とするである。また、除外基準は以下とした：①現在受診の契機となった犯罪被害について刑事裁判あるいは民事訴訟中である、②統合失調症および類縁疾患が存在している、③過去 1 ヶ月間に自傷行為や深刻な自殺念慮を認めるあるいは過去 3 カ月に自殺企図などがある。

(3) 調査方法

面接および自記式調査票による記述的研究（横断調査）である。

対象となる性暴力被害者には、調査員が調査説明を行い、文書にて同意を得た。同意の得られた患者に対して 60 分程度の半構造化面接と精神健康に関する自記式調査を行った。調査員は、各施設で既に性暴力被害者の診療経験のある精神科医師あるいは臨床心理士（女性、臨床経験 3 年以上）が行い、調査にあたっては、対象者に心理的苦痛を与えないように配慮した。許可の得られた被害者については面接を IC レコーダーに録音した。自記式調査希望者に対しては、主治医（相談担当臨床心理士）が調査票および返信用封筒を渡し、郵送にて返信してもらうこととした。

(4) 調査項目

調査項目は以下である。

- ① 心理社会的背景：年齢、性別、教育歴、婚姻状態、就労状態
- ② 事件関連事項：事件からの経過年数、警察届出の有無、加害者逮捕の有無、産婦人科受診の有無、医療機関受診歴

- ③急性期対応の内容:医療機関あるいは警察等での対応の内容、不適切な対応(苦痛と感じた対応)、適切と思われた対応
- ④急性期の対応の苦痛度
- ⑤精神科受診の契機および受診を促進した要因、阻害した要因
- ⑥現在の精神健康:現在の精神科疾患、IES-R (Impact of Event Scale-Revised; 改訂出来事インパクト尺度日本語版)、CES-D (The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; うつ病(抑うつ状態)自己評価尺度)、QOL: WHO-QOL26 (WHO Quality of Life 26)

サンプルが少ないことから、面接内容の質的分析を行った。

(5)倫理的配慮

本研究は国立精神・神経医療研究センター、東京女子医科大学、武蔵野大学の各機関の倫理委員会にて承認を受けて実施した。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

現在本研究は継続中であるため、本報告書は、現段階までに面接の済んだ3名についての報告である。対象者はすべて女性で、年齢は20代~40代であった。参加者が性暴力被害からの経過年数は、調査時点を起点として1年~13年であった。全員が警察に被害届を出しており、加害者が逮捕されていない状況であった。

(2)産婦人科受診の有無と受診のきっかけ

調査対象者の全員が産婦人科を受診していた。民間の性暴力被害支援機関から情報を得て、産婦人科受診に至ったのは、2名であった。

(3)精神科受診の有無と受診のきっかけ

調査対象者のうち、精神科を受診した者は2名であった。内科等の他科では症

状がよくならなかったことや、弁護士から紹介されたことがきっかけとなり、精神科を受診していた。1名は精神科ではなく、心理カウンセリング機関に相談を行っていた。

(4)急性期対応の内容

警察や医療機関およびその他の支援機関の対応での二次被害の経験が話された。警察では、取調室で事情聴取をされたことや被害者の心情を傷つけるような言動を経験したことが話された。カウンセリングや医療機関においても、説明の不足や、きちんと話を聞いてもらえなかったり、対応されなかったことが報告された。特に、警察に対しては、性暴力被害やメンタルヘルスに関する知識がある者が対応してほしいという意見があった。医療機関に対しては、性暴力という被害内容に配慮した対応を求める意見があった。

(6)調査時の精神健康

IES-Rの得点は、37点-83点(平均66.7)と高い値を示し、全員がPTSDが疑われるとされる25点を超えていた。CES-Dは、32-45点(平均36.7)であり、全員がうつ病に該当した(16点以上)。WHO-QOL26は平均2.12(1.88-2.31)であり、先行研究による一般成人の平均3.3(標準偏差0.5)点⁵⁾と比較して、全員が低い値を示した。

D. 考察

本研究は、産婦人科医療現場及び警察における急性期の性暴力被害者への対応マニュアルを作成するための基礎資料の収集の一環として行ったものである。どのような対応が被害者の苦痛を招くのかについては、被害者当事者の意見を聞き取ることが重要であるが、性暴力被害者の場合、当事者のグループなどにアクセスすることは困難であり、かつ警察や産婦人科を利用した被害者を同定することが困難であったために、被害者の意見を聞き取った研究は少ない。また、多くは精神健康状態に焦点を当てており、急性期の対応についての質的研究は見当たらない。その意味では、少数の事例ではあるが、被害者の直接の意見を聞き取っ

た今回の研究は貴重なものであるといえる。結果として調査に協力してくれた被害者は、警察や医療機関等での対応の苦痛が著しい方が多かったが、これが仮に一部の意見であったとしても、対応の改善という点において十分に生かすものであると考えている。また、回答者の PTSD 症状やうつ症状は高値であり、QOL も一般の平均よりも低かったことから、今後は、二次被害が与える影響についても検討していく必要があると考えられる。

研究 3 検視（検死）及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究

本研究は、犯罪被害等の遺族の急性期支援の在り方について検討を行うものである。遺族に対しては、他の犯罪被害者と異なり、身元確認、検視、司法解剖などの心理的に負担の大きい刑事司法手続きに関わることがある。その心理的な負担を軽減するための対応について、警察官および法医学者への聞き取り、司法解剖を経験した遺族への自記式及び面接調査から検討を行うものである。今年度は、警察官、法医学者への聞き取り調査を行った。

B. 研究方法

(1) 対象

関東地方の大学の法医学教室で司法解剖を行っている法医学者および遺族対応業務を行っている警察官で、本研究の目的及び方法に賛同し、研究への同意が得られた人を対象とした。

(2) 方法

上記対象者に研究の目的と方法を説明し、文書同意を得たうえで、半構造化面接を行った。

① 医学者への聞き取り

現在実施している遺族対応、遺族用の待合室の設置の有無、司法解剖終了後の説明の実施の有無とその内容、遺族への結果説明実施についての賛否、遺族対応を行っている場合は苦慮する点について質問した。さらに、遺族対応のための研

修やガイドラインについて、その必要性和求められる内容について尋ねた。

② 察官への聞き取り

遺族対応の実際と配慮及び苦慮について聞き取りを行った。具体的には、身元確認の方法及び場所に関する遺族への配慮及び苦慮、検視の際の遺族への説明の内容と配慮及び苦慮、司法解剖実施前の遺族への説明の内容と配慮及び苦慮、司法解剖実施後の遺族への説明の内容と配慮及び苦慮について質問した。また、遺族対応のためのガイドラインの開発にあたり、ガイドライン及び研修の必要性和求められる内容について尋ねた。

(3) 倫理的配慮

本研究は、疫学研究の倫理指針に基づき研究計画を作成し、国立精神・神経医療研究センターおよび東京大学の倫理委員会で承認を得て実施した。

C. 結果

(1) 法医学者への聞き取り

① 対象者の属性

共同研究機関である東京大学法医学教室より紹介を受けた法医学者 5 名に対して面接調査を行った。性別は全て男性であり、司法解剖の経験年数は平均 20.6 年、これまでの執刀件数は平均 920 件、現在の年間執刀件数は平均 54 件であった。

5 名の勤務先の内訳は東京都内が 4 名、東京都以外の関東地方が 1 名であった。東京都内に勤務する法医学者のうち、23 区内を管轄する警察署からの依頼で司法解剖を行う人が 3 名、23 区外の依頼による司法解剖を行う人が 1 名であった。

③ 族対応の現状について

故人の司法解剖中に遺族が待機するための「遺族待合室」の設置については、都内勤務の 4 名が有、他県勤務の 1 名が無と回答した。解剖結果の説明については 3 名が行っており、2 名が行っていなかった。説明の実施の有無の理由について、有と回答した人からは遺族が安心することが挙げられ、無と回答した人からは、守秘義務が問われることや公判への

影響、時間の不足を挙げていた。

③遺族対応のための研修及びガイドラインの必要性について

研修の必要性については全ての回答者が否定した。理由としては、そのための時間の不足が挙げられた。一方で、ガイドラインについては4名があると良いと回答し、求められる内容としては、困難なケースへの対応方法や、遺族への言葉かけの具体例などが挙げられた。残る1名からは、自身は遺族対応をする時間的余裕はないものの、遺族対応をする大学にとってはあると良いという意見が挙げられた。

(2) 警察官

①対象者の属性

東京都内の警察署に勤務し、刑事課員として司法解剖時の遺族対応を業務としている警察官7名に対して面接調査を行った。性別は全て男性、平均年齢は43歳、司法解剖時の遺族対応を業務とする刑事課員としての平均年数は12.5年、これまでの遺族対応件数は平均286件、そのうち司法解剖での対応件数は平均5.9件であった。7名のうち、23区内の警察署に勤務する人が4名、それ以外の地域に勤務する人が3名であった。

②遺族対応の現状について

遺族への配慮の有無については、全ての回答者が有と回答した。内容については、「遺族の気持ちを第一に考える」「言葉づかいを丁寧にする」「説明を丁寧に行う」「やわらかく接する」などが挙げられた。

身元確認に際しては、全ての人が損傷の激しい遺体を確認する際には事前に状態を説明すると回答し、半数以上が遺族の希望を尊重すると述べた。

司法解剖時の対応については、全ての回答者が司法解剖が必要な理由について説明していると答えた。

③遺族対応のための研修及びガイドラインの必要性について

ガイドラインについては6名があると良いと答え、うち5名が研修もあると良

いと回答した。望まれる内容については、「遺族の心情」が最も多く、「良い対応と悪い対応」、「言葉かけ」、「実際の経験談」などについても聞いてみたいとの回答があった。

D. 考察

1) 法医学教室における遺族対応の現状

遺族対応のハード面については、本調査での回答者5名の所属機関中4つの機関が遺族のための待合室を設置していると回答があった。解剖結果の説明については、5名中3名が日常的に警察官からの依頼に基づいて行っていた。説明を制約するものは、都内では守秘義務と公判への影響、地方ではそれに加えてスタッフの不足による時間のなさであると考えられた。また、都道府県内の法医学教室数が地域によって異なることや、捜査が検事直接指揮で行われる東京都23区内とそれ以外の地域では、遺族への情報提供の範囲も異なることがあり、遺族への説明への考え方は異なることが考えられる。

2) 法医学者のための遺族対応研修及びガイドラインの必要性

すべての回答者が、研修までは不要であるが、ガイドラインはあると良いと回答した。研修が不要であるのはそこに参加するための時間がないためであり、ガイドラインへの支持は対応困難な遺族への対応方法について知りたいとの理由であった。遺族の心情や遺族への対応の仕方については、遺族対応をしていると回答した全ての人があると良いと回答した。臨床経験の有無にかかわらず、司法解剖を行う故人に対しては治療を行ったというプロセスがないため、通常の遺族対応とは異なるという回答があり、遺族の死別体験の特殊性のため、対応への配慮の必要があると考えられた。

3) 警察官による遺族対応の現状

警察官への調査では、すべての回答者から、被害者遺族に対して何らかの配慮をしているとの回答が得られた。配慮の内容としては、言葉づかいを丁寧にしたたり、態度を柔らかくすることを心がけて

いるとのことが多く挙げられた。しかし、その具体的な行動については研修やガイドラインなどの共通の基盤はなく、個々の考えに基づいて行われていると考えられた。そのため、配慮をどのような行動や言葉遣いに表すかなど、具体的な内容については、今後遺族の希望なども含めて検討が必要であると考えられる。

4) 警察官のための遺族対応研修及びガイドラインの必要性

ガイドラインについては7名中6名があると良いと回答し、研修についても5名があると良いと回答した。内容については、司法解剖を経験した被害者遺族の心情を知りたいというものが最も多く、方法の希望については、経験者の講演や外部の専門家による講義など研修形式のものや、ガイドラインでの自己研鑽など様々であった。また、良い対応、悪い対応について、困難なケースの対応について、言葉のかけ方についてなど、具体的な内容を知りたいとの意見も挙げられた。警察内部では犯罪被害者や遺族への配慮の必要性は指導されているが、今後はさらに、被害者や遺族がどのような心情になるためにどのような配慮が必要であるという実務に直結する内容を学ぶことができるツールが必要だと考えられる。

本研究では、犯罪により家族を亡くし、故人の司法解剖を経験した遺族への対応のためのガイドラインの開発を目的としている。そのため、まずは対応の現状について把握するため、直後から遺族に接すると考えられる法医学者及び警察官に対して、現在の対応の実際と、配慮及び苦慮について、さらに、遺族対応のための研修及びガイドラインへの希望について面接調査を行った。法医学者に対する調査からは、遺族への直接対応の賛否は一致していないことが分かり、その理由としては司法解剖という枠組みの特殊性と、それに対する個々の法医学者の考えによって、また、各法医学教室の歴史によって、直接対応の是非が異なっていることが考えられた。研修の必要性については否定されたが、ガイドラインの必要性については、全ての人があると良いと回答した。警察官に対する調査では、全

ての警察官が、遺族対応の際には何らかの配慮をしていると回答し、日常業務よりも丁寧な対応が心がけられていることが述べられた。一方で、その具体的内容については個々によって異なっていた。ガイドラインの必要性についても7名中6名が肯定し、内容については遺族の心情や具体的な対応方法が希望された。今後は、遺族への調査により、実際に遺族が受けた対応とそれに対する満足の度合い及び、その経験から、どのような対応であると良いと考えているかについて調べ、法医学者、警察官が知りたい内容をガイドラインとして組み立てる予定である。

E. まとめ

本研究は、犯罪被害後急性期における被害者の心理的負担を軽減するための介入の指針を作成することを目的とした研究である。被害後急性期から精神科医および心理専門家が関わり、専門的な治療を提供することは困難であるとともに、その有効性については疑問視されてきている。したがって、急性期の介入については、実際の犯罪被害者の置かれた状況で接する関係者—警察官や早期援助団体等犯罪被害者支援員—にゆだねられることになり、これらの関係者が被害者への適切な対応が行えることが最も利便性が高いものと考えられる。したがって、本研究では犯罪被害急性期の関係者に焦点を当てて以下の3つの研究を行った（研究1） 犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発と検証、（研究2） 性暴力被害者の急性期心理ケアマニュアルの開発、（研究3） 検視（検死）及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理的影響に関する研究。

これらのガイドラインやマニュアルは、事情聴取、司法検査、検視・司法解剖等犯罪被害者・遺族にとって心理的に苦痛な手続きの負担を軽減し、二次被害の防止を行うことと、さらに急性期において被害者の不安等を軽減できるような、より積極的な意味においての心理的配慮を行うことを目的としている。PTSDの予防研究から、心理的でブリーフィングのような心理介入のエビデンスがないことを

踏まえて、これらの心理社会的支援は被害者に安心感を提供し、自律感を取り戻す手助けをするなど、被害者自身のもつレジリエンスの強化に焦点を当てている。

このような急性期の被害者の状態や介入の有効性については、この時期への被害者への接触や同意の取得が困難であることから、研究報告が乏しく、本研究では、実際に急性期の支援を行った警察官、警察の臨床心理士、早期援助団体支援員、産婦人科医、法医学者等の聞き取りを行い、その経験を収束してガイドラインの作成を行った。更に、当事者の意見を反映するために、自助グループに所属する犯罪被害遺族や医療機関に通院している性暴力被害者からの聞き取りも行っている。

これらの意見の収束方法として、すでに様々な分野においてケアや支援のガイドラインの作成に用いられているDelphi法を適用した。犯罪被害者全般へのガイドラインの作成では、Delphi法によって3回の意見収束を行い最終的に合意の得られた118項目を基にガイドラインを作成した。今後は、すでに行っている関係者および遺族の聞き取りを基に、他の領域、産婦人科、法医学等における急性期の介入のガイドラインあるいはマニュアルを開発するとともに、これらのガイドライン、マニュアルの有効性の検証を行うことを検討している。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

- 1) 中島聡美：日本の被害者支援の軌跡と今後の課題。被害者学研究 22, 136-147, 2012.
- 2) 中島聡美：犯罪被害者の支援とこころのケア。こころの科学 165, 56-61, 2012.
- 3) 中島聡美：犯罪被害者に対する心理教育。前田正治, 金吉晴編：PTSDの伝え方。誠信書房, 東京, pp210-238, 2012.
- 4) 中島聡美：犯罪被害者支援とメンタルヘルス。精神保健福祉白書 2013

年版, 中央法規, 東京, pp48, 2012.

2. 学会発表

- 1) 中島聡美, 鈴木友理子, 成澤知美, 浅野敬子, 深澤舞子, 金吉晴：犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発。シンポジウム D-2 犯罪被害者のメンタルヘルスと司法関連の課題, 第11回日本トラウマティック・ストレス学会, 福岡, 2012.6.9.
- 2) Nakajima S., Narisawa T., Asano K. Suzuki Y., Fukasawa M, Kim Y.: Development of a guideline for the early psychological care of crime victims. 14th International Symposium, World Society of Victimology, The Hague, Netherlands, 2010. 5. 20- 24.
- 3) 中島聡美, 鈴木友理子, 成澤知美, 浅野敬子, 深澤舞子, 金吉晴：Delphi法を用いた犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発。第32回日本社会精神医学会, 熊本, 2013.3.8.
- 4) 浅野敬子, 中島聡美, 小西聖子：都内大学生における痴漢被害の援助要請志向に関する研究, (ポスター), 第11回日本トラウマティック・ストレス学会, 福岡, 2012.6.9.

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

<引用文献>

- 1) Bisson J, Andrew M: Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev:CD003388, 2007.
- 2) Bisson JI, Tavakoly B, Witteveen AB, et al.: TENTS guidelines: development of post-disaster psychosocial care guidelines through a Delphi process. Br J Psychiatry 196:69-74, 2010.
- 3) Boudreaux E, Kilpatrick DG, Resnick HS, et al.: Criminal victimization, posttraumatic stress disorder, and comorbid psychopathology among a community

- sample of women. *J Trauma Stress* 11:665-678, 1998.
- 4) Foa EB, Keane, T.M., Friedman, M.J., Cohen, J.A. *Effective treatment of PTSD second edition* New York: Guilford Press, 2009.
 - 5) 石崎裕香, 中根允文, 田崎美弥子. 日本における WHO QOL26 の一般人口における特徴. In: 中根允文, ed. *精神疾患とQOL*. 東京: メディカル・サイエンス・インターナショナル: 277-291 2002.
 - 6) Kilpatrick DG, Acierno R: *Mental health needs of crime victims: epidemiology and outcomes*. *J Trauma Stress* 16:119-132, 2003.
 - 7) 内閣府男女共同参画局, ed. *男女間における暴力に関する調査報告書<概要版>*. 東京: 内閣府男女共同参画局, 2009.
 - 8) National Institute for Health and Clinical Excellence. *Post-traumatic stress disorder The management of PTSD in adults and children in primary and secondary care*. London/Leicester: Gaslell and British Psychological Society, 2005.

資料 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン
<http://cocorocare.jp/c/guideline/>

犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン | ココロケア

cocorocare | ココロケア 災害/犯罪被害時こころのケアのあり方



はじめに 災害時こころのケア 犯罪被害時こころのケア

[TOP](#) > [犯罪被害時こころのケア](#) > [犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン](#)

犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン

PDFファイルのダウンロード



PDF ファイルのダウンロード
(Adobe PDF 670KB)

プレビュー

<http://cocorocare.jp/c/guideline/> [2013/03/25 9:59:31]

犯罪被害者に対する 急性期心理社会支援 ガイドライン

Guideline for the Early Psychosocial Care of Crime Victims



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疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

分担研究報告書

東日本大震災後の宮城県職員の精神健康とストレス要因

分担研究者 鈴木友理子、金吉晴

研究協力者 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

研究要旨

【目的】自治体職員は災害後、自ら被災しながら膨大な業務に追われる。有効な支援のあり方の実証的な知見を蓄積するために、災害関連業務の状況や被災状況などと精神健康度との関連を検討した。

【方法】本研究は、東日本大震災の発生後に 2 回実施された宮城県職員の自記式健康調査の第 1 回調査(2011 年 5 月)と第 2 回調査 (同 10 月) のデータを連結して、両方の調査に回答した 3743 名 (全職員の 70.6%) を解析対象とした。分析には精神健康不調を示す K6 の上位 10%に相当する 10 点以上をアウトカムとして、震災業務ストレス、業務ストレス、被災者ストレスの各領域の要因について、性別と年齢、震災業務への従事の程度を調整して、オッズ比を算出した。また職場内コミュニケーション良好群(908 名)、不良群(2730 名)に層化して同様の検討をした。

【結果】K6 にて 10 点以上は、358 名 (9.56%) であった。回答者全体を対象とした解析では、業務ストレスとして、職場内コミュニケーション不良であること (調整済み OR:1.97, 95%信頼区間: 1.43-2.71)、休息がとれていないこと (調整済み OR:3.95, 95%信頼区間: 3.08-5.07)、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり (調整済み OR:2.23, 95%信頼区間: 1.23-4.03)、避難所生活を調査時点でもしていること (調整済み OR:2.55, 95%信頼区間: 1.27-5.14) が精神健康不良のリスクを高めていた。職場内コミュニケーション良好群の解析では、休養のみがリスクファクターであった。一方で、不良群では、これに加えて、震災業務ストレスとして苦情相談対応があったこと、被災者ストレスとして家族の死、行方不明等あり、避難所生活を 5 月時点で行っていたことがリスクを高めていた。

【結論】全体的には、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は行政職員では見られなかった。休養をとれるような労務環境の整備、職場内コミュニケーションが良くないと感じている職員には、苦情相談対応、家族の喪失体験、避難所生活でのストレスなどへの一層の配慮が求められることが示唆された。

A. 研究目的

2011年3月11日に発生した東日本大震災後、被災自治体の行政職員の業務は増大し、健康への悪影響が懸念されている。近年では、災害支援者のストレス対応の重要性が国際的なガイドラインでも指摘されており (IASC, 2007)、東日本大震災の被災地における行政職員のストレスに対し、多くの現場からの支援経験をもとに警鐘が鳴らされている (加藤、他、2011)。このような現場からの声を集約して、日本精神神経学会からも「被災自治体 (県、市町村) 職員の健康に関する緊急要請」として声明が発せられた

(http://www.jspn.or.jp/info/daishinsai/taisaku_info/geje_emergency_appeal2011_07_21.htm)。

過去の研究からは、支援者のケアとして、消防、警察、救急隊員といった災害救護者のストレスとして、惨事ストレス対応の重要性が指摘されている (Stallman, 2008)。救護者のストレスは、1) 危機的ストレスとして、命の危険を伴うような出来事 (例: 同僚の死、死体や悲惨な状況の目撃など)、2) 累積的ストレスとして、危険な環境下での困難な業務の蓄積 (例: 被災者から感謝されない、苦情対応、倫理的ジレンマ)、3) 基礎的ストレス (例: 睡眠や休息の不足、人間関係のトラブル等) に整理されている (日本赤十字社, 災害時のこころのケア (http://www.jrc.or.jp/vcms_1f/care2.pdf))。しかし、行政支援者の災害後の業務ストレスに関する実証的な検討は十分でないのが現状である。

宮城県では、東日本大震災後に職員の心

身の健康状態への意識を促し、メンタルヘルス維持のために職員を対象とした健康調査が実施された。このデータを二次解析し、災害関連業務の状況や被災状況などと精神健康度との関連を明らかにすることは、その支援方策を検討するうえで有益な知見をもたらすことが考えられる。

そこで、本研究では、行政職員の災害時のストレス状態と業務や震災被害に関するストレス要因との関連を検討することを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象

宮城県の全職員 5,305 名が健康調査の対象とされた。

2) デザイン

縦断調査。第1回調査は2011年5月、第2回調査は2011年10月に実施された。

3) 調査方法

宮城県の厚生課を通じて、宮城県の全職員に対して、職員ポータルサイトを通じて実施された。記名による自記式調査である。本研究は、匿名化したデータを二次使用の許可を得て実施した。

4) 観察項目

(1) 精神健康度の指標として、K6 (Kessler, 2003; 川上, 平成18年)

(2) 震災業務ストレス

震災に関連した特殊な業務によるストレスとして、沿岸部での業務、遺体関連業務、苦情対応の有無

(3) 業務ストレス

平常時の産業保健で考慮される要因として、時間外の長時間労働の程度 (最長月、

調査の前月)、職場内コミュニケーションの程度、休息の有無

(4) 被災者ストレス

被災した当事者としてのストレスに関して、家族等の死亡・行方不明の有無、家屋の損壊の程度(半壊以上、未満)、5月時点での避難生活経験の有無

(5) その他の基礎属性として、性別、年齢、所属部署、震災関連業務への従事程度

5) 統計解析

分析対象は、調査に回答した宮城県職員(1回目調査 4,334名、2回目調査 4,413名)のうち、1回目調査と2回目調査のデータを連結して、両方の調査に回答した3743名(全職員の70.6%)である。なお、301名(全職員の5.7%)は、いずれの調査にも回答しなかった。

分析のアウトカムは、精神健康不調者として、第2回調査時点におけるK6の得点が上位10%に相当する10点以上であることに関するリスクファクターを検討した。分析モデルは、(1)震災業務ストレス、(2)業務ストレス、(3)被災者ストレスの各領域の要因について、性別と年齢、震災関連業務への従事程度を調整して、オッズ比を算出した。

また、平常時の産業保健の先行研究から、職場内コミュニケーションは、精神健康に影響を及ぼすことが報告されている(Eguchi, 2012)。この影響を除外して、震災に関連したストレス要因の影響を検討するために、職場内でコミュニケーションについて「とれていない」と回答したものを良好群、「まあまあとれていない」「とれていない」と回答したものを不良群として、こ

れらを層化して前述のモデルでロジスティック回帰分析を行い、オッズ比を算出した。

6) 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。

C. 結果

K6の分布を図に示す。K6にて10点以上は、358名(9.56%)、13点以上は164名(4.38%)であった。

調査回答者の基礎属性を表1に示す。性別、年齢(10才階級)、震災関連業務への従事程度についてK6の得点が10点以上の群(高リスク群)と10点未満の群(低リスク群)の群間でそれぞれの割合に統計的な有意差があった。

次に、表2に精神健康度とストレス要因の状況について示した。高リスク群では、(1)震災業務ストレスとして、苦情相対応の経験あり、(2)業務ストレスとして、調査前月および最長勤務月の時間外勤務が長いこと、職場内コミュニケーションが不良、休養がとれていないこと、(3)被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり、家屋の損壊が半壊以上、避難所生活の経験があったものの割合が多く、統計的に有意な差があった。

表3に、精神健康不良(K6が10点以上のもの)に関する震災業務ストレス、業務ストレス、被災者ストレスの調整済みオッズ比を示した。まず全回答者を対象とした解析では、業務ストレスとして、職場内コミュニケーションが不良であること(調整済みOR:1.97, 95%信頼区間: 1.43-2.71)、休息がとれていないこと(調整済みOR:3.95,

95%信頼区間: 3.08-5.07)、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり(調整済み OR:2.23, 95%信頼区間: 1.23-4.03)、避難所生活を調査時点でもしていること(調整済み OR:2.55, 95%信頼区間: 1.27-5.14)が精神健康不良のリスクを高めていた。

職場内コミュニケーションの程度で層化した分析では、良好群では、業務ストレスとして、休養がとれていないことのみがリスクを高めていた(調整済み OR:2.55, 95%信頼区間: 1.27-5.14)。職場内コミュニケーション不良群では、震災業務ストレスとして、苦情相談対応あり(調整済み OR:1.55, 95%信頼区間: 1.00-2.42)、業務ストレスとして、休養がとれていないこと(調整済み OR:3.93, 95%信頼区間: 3.00-5.15)、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等(調整済み OR:2.87, 95%信頼区間: 1.53-5.38)、避難所生活を調査時点でもしていること(調整済み OR:2.80, 95%信頼区間: 1.32-5.95)が精神健康不良のリスクを高めていた。

D. 考察

本報告では、精神健康不調者を、K6にて上位10%に相当する10点以上のものと定義して、358名(9.56%)が該当した。先行研究をみると、K6にて10点以上の割合は被災地域住民では16.6%(辻, 2011)、平常時の地域住民では8.0%(川上, 2007)と報告されている。今回の結果は、これらの調査の中間の程度の割合であったが、その理由として、行政職員は勤労世代であるという年齢構成、被災県であっても雇用が安定していること、男性の割合が多いことなどが考えられる。

精神健康不良であることに関連する要因を検討したところ、全回答者では、業務ストレスとして、職場内コミュニケーション不良、休養がとれていないこと、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等があったこと、5月時点で避難所生活があったことがリスクファクターとなっていた。震災下の特殊業務や惨事ストレスで報告されているような、遺体関連業務や苦情相談対応の影響は行政職員では見られなかった。むしろ、職場内コミュニケーション不良や休養がとれないといった平常時の産業保健上のリスクファクターが震災時にも大きな影響を及ぼしていた。東日本大震災後に被災自治体では、行政職員の臨時雇用が進められているが(宮城県、臨時職員を最大4千人採用へ 緊急雇用対策, 朝日新聞 2011年4月19日、<http://www.asahi.com/special/10005/TKY201104190245.html>)、これは職員の精神健康を保つうえでも欠かせない方策である。職場内コミュニケーションの重要性は、平常時の産業精神保健でも報告されているが(Eguchi, 2012)、本調査でも同じ結果であった。これは、職場内のコミュニケーションのあり方は、震災よりも、もともとの職場関係のあり方等が大きく影響している可能性も考えられるので、さらに層化して検討を加えた(後述)。

被災者ストレスとしては、家族の死、行方不明等があること、避難所生活を5月の調査時点で行っていたことが関連していた。大切な人の喪失体験、また避難生活をめぐる日常的なストレスは、災害後の精神健康に悪影響を与えることは先行研究において報告されており(Lock, 2012)、本研究でも

これらの知見が確認された。

職場内コミュニケーション良好群の解析では、休養のみが精神健康不良のリスクを高めていた。一方で職場内コミュニケーション不良群では、休息に加えて、震災業務ストレスとして苦情相談対応があったこと、被災者ストレスとして家族の死、行方不明等あり、避難所生活を5月時点で行っていたことがリスクを高めていた。職場内コミュニケーションの程度で分けた2群で異なったリスクファクターが統計的に有意であったことは、興味深い。職場内コミュニケーションが不良と感じているものは、苦情相談対応といった業務上の負担感や、家族の喪失、被災生活の不自由さなどが職場内の人間関係で十分に共有できなかったものが多かったことが推測される。家族の喪失体験、避難生活のストレスが精神健康不良のリスクを高めていたが、これらを経験しているものには、職場内での一層の配慮、声掛けが必要であろう。災害後の精神健康に保護的な要因としてソーシャルサポートが指摘されている (Arnberg FK, 2012)。行政職員にとっては、職場内の人間関係はもっとも身近なリソースあるサポートの質を規定するので、重要な介入のポイントとなる。

限界

本調査は回答率が高かったが、これは記名式であり、ある程度の回答への心理的プレッシャーがあったことが考えられる。業績評価には影響しない、回答結果は秘匿されるということは、あらかじめ伝えてあるが、それでも、が、業績評価への影響を恐れ、精神健康不調を過少評価して回答した可能性がある。そのような調査環境の中で

も、職員全体の5%が回答しておらず、ここには回答できないほど多忙な職員が多く含まれていた可能性がある。

また、先行研究において惨事ストレスはトラウマ反応をアウトカムとして検討しているものがほとんどである。本研究では、全般的な精神健康をアウトカムとしたので、症状の表出の仕方、それに伴うリスク要因が異なる可能性がある。今後検討する必要がある。

そして、本研究は宮城県職員を対象としたが、業務、地域によっては必ずしも震災業務に関わっていないものもいる。震災関連業務を本来業務としていたもの、災害関連業務中心に従事していたものは、全回答者の20.6%である。一方で、被災地域の市町村の行政職員はより多くのものが震災関連業務に対応しており、本結果を行政職員の状況として一般化はできない。しかし、県職員の状況を示すことは、市町村職員のストレス対応を検討する上でも、重要な参照点となることが期待される。

E. 結論

自治体職員は災害後、自ら被災しながら膨大な業務に追われる。有効な支援のあり方の実証的な知見を蓄積するために、災害関連業務の状況や被災状況などと精神健康度との関連を検討した。全体的には、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は行政職員では見られなかった。休養をとれるような労務環境の整備、職場内コミュニケーションが良くないと感じている職員には、苦情相談対応、家族の喪失体験、避難所生活でのストレスなどへ

の一層の配慮が求められることが示唆された。

【参考文献】

1. Stellman JM, Smith RP, Katz CL, Sharma V, Charney DS, Herbert R, Moline J, Luft BJ, Markowitz S, Udasin I, Harrison D, Baron S, Landrigan PJ, Levin SM, Southwick S. Enduring mental health morbidity and social function impairment in world trade center rescue, recovery, and cleanup workers: the psychological dimension of an environmental health disaster. *Environ Health Perspect.* 2008 Sep;116(9):1248-53. doi: 10.1289/ehp.11164.
2. Inter-Agency Standing Committee (IASC) (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC.
3. 加藤 寛, 鈴木 友里子, 金 吉晴. 自然災害後の精神保健医療の対応について. *トラウマティック・ストレス*(1348-0944)9 巻 2 号 Page152-157(2011.09).
4. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, et al. Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry.* 2003;60(2):184-9.
5. 川上憲人. 全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因. 平成 18 年度厚生労働科学研究費補助金 (統計情報高度利用総合研究事業) 国民の健康状況に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究. 分担研究書
6. Eguchi H, Tsuda Y, Tsukahara T, Washizuka S, Kawakami N, Nomiya T. The effects of workplace occupational mental

health and related activities on psychological distress among workers: a multilevel cross-sectional analysis. *J Occup Environ Med.* 2012;54(8):939-47.

7. Lock S, Rubin GJ, Murray V, Rogers MB, Amlôt R, Williams R. Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS Curr.* 2012 Oct 29;4. pii: ecurrents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfefc13c87a2f24f. doi: 10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfefc13c87a2f24f.
8. Arnberg FK, Hultman CM, Michel PO, Lundin T. Social support moderates posttraumatic stress and general distress after disaster. *J Trauma Stress.* 2012;25(6):721-7.

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

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. 基礎属性 K6 のカットオフ値を 10 点に設定した場合の精神健康度との関係(n=3,743)

	全体		K6: 10 点未満		K6: 10 点以上		df	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%			
	3,743		3,385		358				
性別									
男性	2,903	77.6	2,644	78.1	259	72.4	1	6.2 *	0.013
女性	840	22.4	741	21.9	99	27.7			
年齢									
18-29 歳	445	11.9	392	11.6	53	14.8	3	29.3 †	<0.001
30-39 歳	898	24.0	795	23.5	103	28.8			
40-49 歳	1,255	33.5	1,118	33.0	137	38.3			
50-65 歳	1,145	30.6	1,080	31.9	65	18.2			
平均年齢(標準偏差)	43.2	(10.4)	43.5	(10.4)	40.7	(9.4)	3741	4.8 †	<0.001
所属									
総務部	510	13.6	468	13.8	42	11.7	9	6.7	0.671
震災復興・企画部	127	3.4	120	3.6	7	2.0			
環境生活部	222	5.9	196	5.8	26	7.3			
保健福祉部	658	17.6	586	17.3	72	20.1			
経済商工観光部	742	19.8	676	20.0	66	18.4			
農林水産部	575	15.4	519	15.3	56	15.6			
土木部	657	17.6	594	17.6	63	17.6			
出納局	68	1.8	61	1.8	7	2.0			
企業局	65	1.7	58	1.7	7	2.0			
その他	119	3.2	107	3.2	12	3.4			
震災関連業務への従事									
本来業務として行っている	349	9.3	313	9.3	36	10.1	4	17.74 †	0.001
災害関連業務中心	422	11.3	360	10.7	62	17.4			
本来業務と災害関連業務が同程度	492	13.2	441	13.1	51	14.3			
本来業務中心	1,103	29.5	1,014	30.0	89	25.0			
災害関連業務は行っていない	1,369	36.7	1,251	37.0	118	33.2			

Chi-square tests or t-tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01

表 2. ストレス要因の状況 K6 のカットオフ値を 10 点に設定した場合の精神健康度との関係(n=3,743)

	全体		K6: 10 点未満		K6: 10 点以上		df	χ^2	p
	n	%	n	%	n	%			
震災業務ストレス									
業務地域(n=3,743)									
内陸部	3,164	84.5	2,867	84.7	297	83.0	1	0.7	0.388
沿岸部	579	15.5	518	15.3	61	17.0			
遺体関連業務(n=3,739)									
なし	3,488	93.3	3,152	93.2	336	93.9	1	0.2	0.652
あり	251	6.7	229	6.8	22	6.2			
苦情相談対応(n=3,739)									
なし	3,492	93.4	3,167	93.7	325	90.8	1	4.4 *	0.036
あり	247	6.6	214	6.3	33	9.2			
業務ストレス									
調査前月の時間外勤務 (n=3,682)									
20 時間未満	2,771	75.3	2,538	76.2	233	66.0	2	32.5 †	<0.001
20 時間以上 40 時間未満	614	16.7	549	16.5	65	18.4			
40 時間以上	297	8.1	242	7.3	55	15.6			
最長勤務月の時間外勤務 (n=3,673)									
40 時間未満	2,113	57.5	1,941	58.5	172	48.9	2	12.3 †	0.002
40 時間以上 80 時間未満	942	25.7	830	25.0	112	31.8			
80 時間以上	618	16.8	550	16.6	68	19.3			
職場内のコミュニケーション(n=3,742)									
とれていない	102	2.7	63	1.9	39	10.9	2	116.5 †	<0.001
まあまあとれている	2,693	72.0	2,425	71.7	268	74.9			
かなりとれている	947	25.3	896	26.5	51	14.3			
職場内のコミュニケーション(n=3,742)(再掲)									
良好(かなりとれている)	947	25.3	896	26.5	51	14.3	2	25.6 †	<0.001
不良(まあまあ・とれていない)	2,795	74.7	2,488	73.5	307	85.8			
休養(n=3,739)									
とれている	2,768	74.0	2,611	77.2	157	44.0	1	185.4 †	<0.001
とれていない	971	26.0	771	22.8	200	56.0			
被災者ストレス									
家族の死、行方不明等(n=3,742)									
なし	3,648	97.5	3,308	97.7	340	95.2	1	8.2 †	0.004
あり	94	2.5	77	2.3	17	4.8			
家屋の損壊(n=3,741)									
半壊未満	3,199	85.5	2,912	86.1	287	80.2	1	18.9 †	0.005
半壊以上	542	14.5	471	13.9	71	19.8			
避難所生活(n=3,740)									
なし	2,894	77.4	2,647	78.2	247	69.4	2	18.9 †	<0.001
あった	776	20.8	681	20.1	95	26.7			
現在もしている	70	1.9	56	1.7	14	3.9			

Chi-square tests were used. *: p<0.05, †: p<0.01