

図 1. 宮城県における相談対応延件数

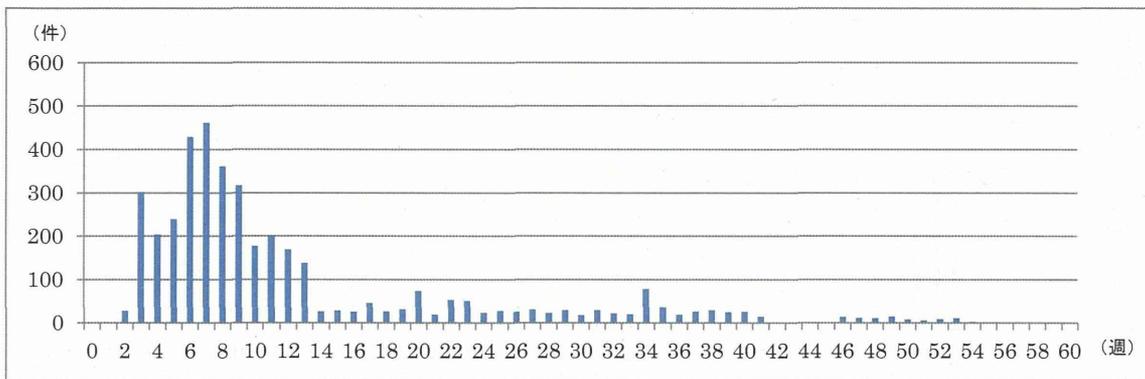


図 2. 福島県における相談対応延件数

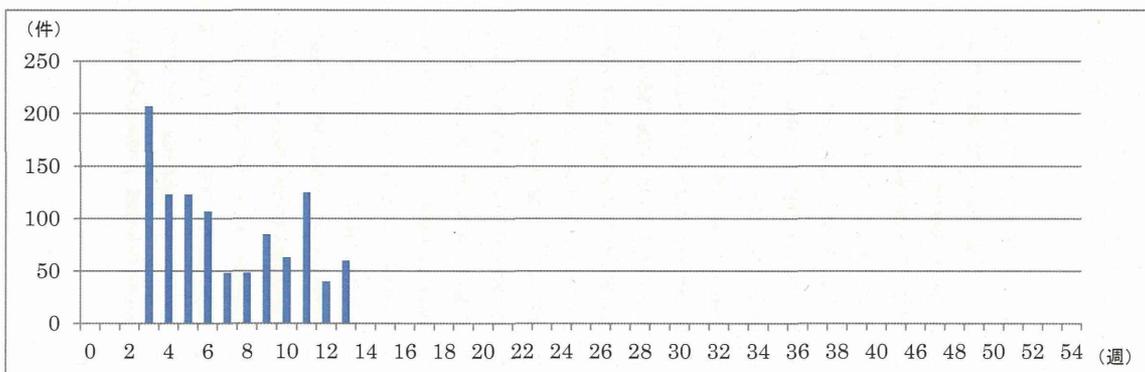


図 3. 福島県（県北地域）における相談対応延件数

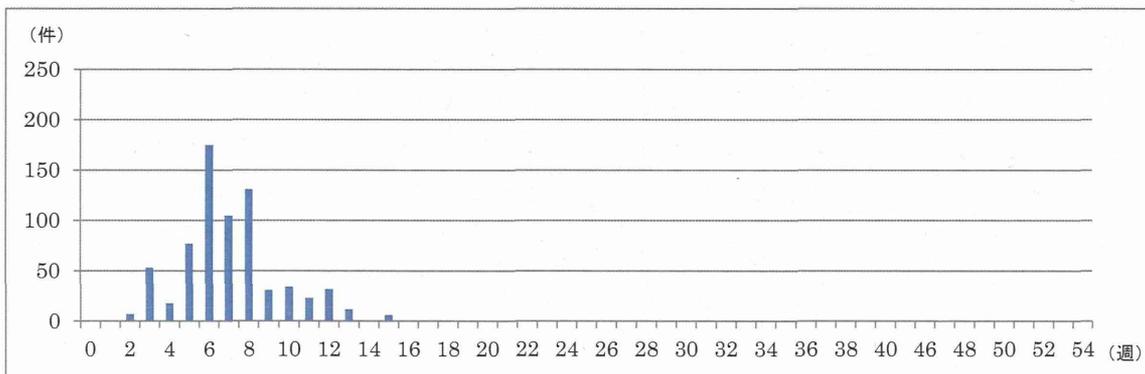


図 4. 福島県（県中地域）における相談対応延件数

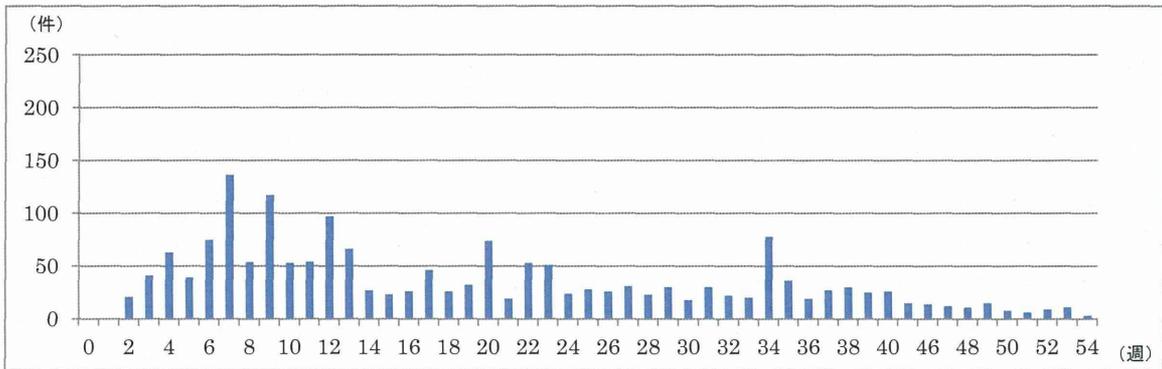


図 5. 福島県（相双地域）における相談対応延件数

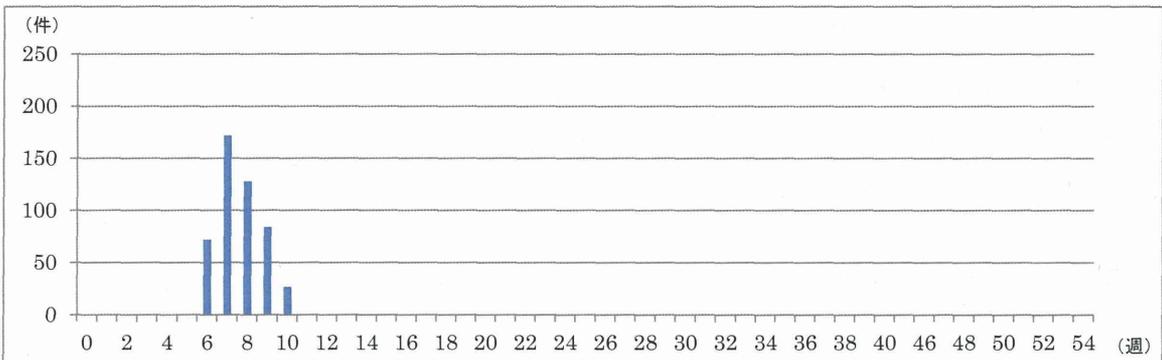


図 6. 福島県（南会津地域）における相談対応延件数

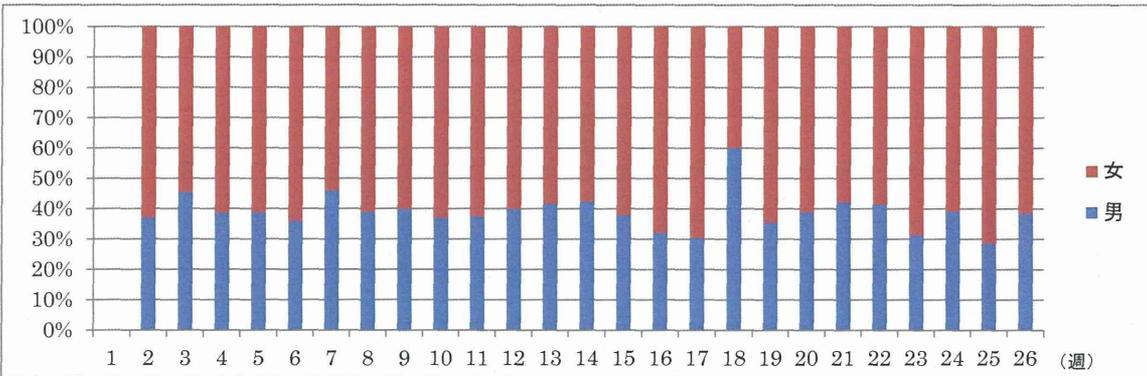


図 7. 福島県における性別相談対応延件数の割合

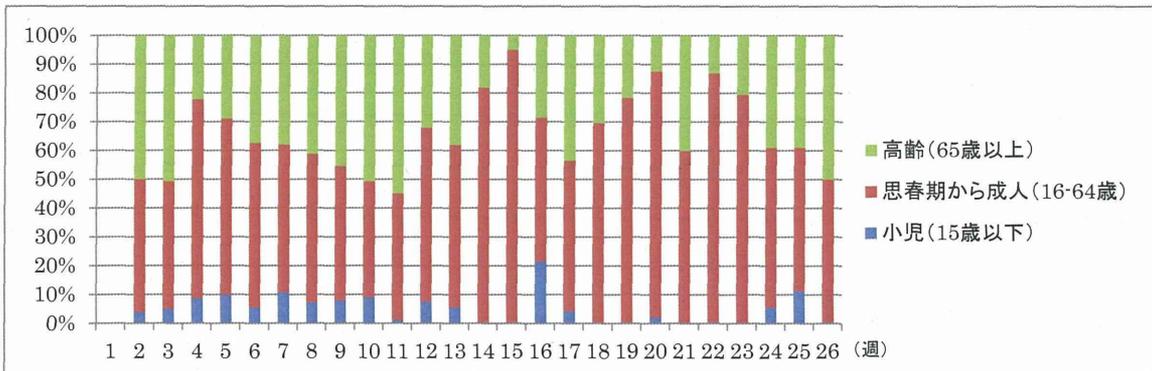


図 8. 福島県における年齢層別相談対応延件数の割合

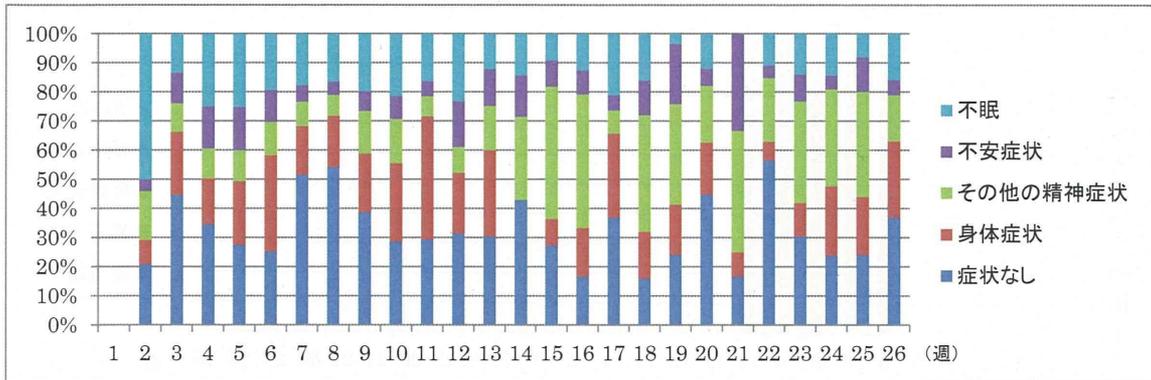


図 9. 福島県における症状別相談対応延件数の割合

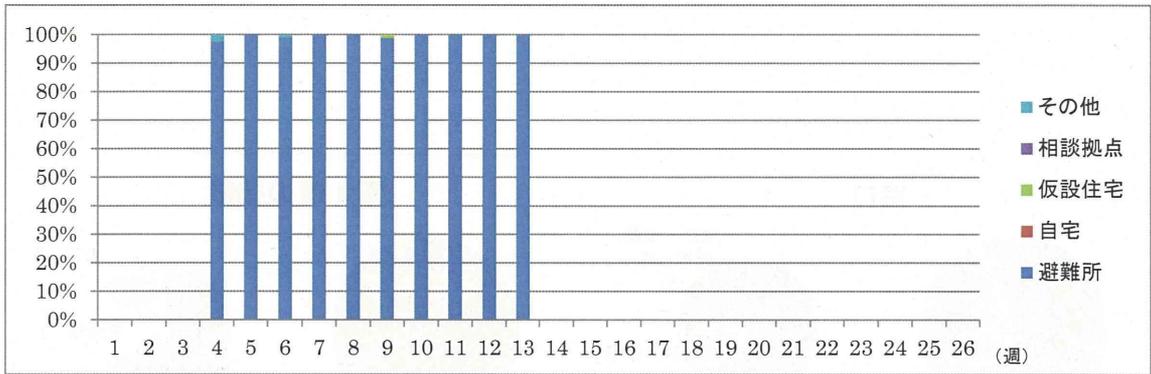


図 10. 福島県（県北地域）における相談対応場所別相談対応延件数の割合

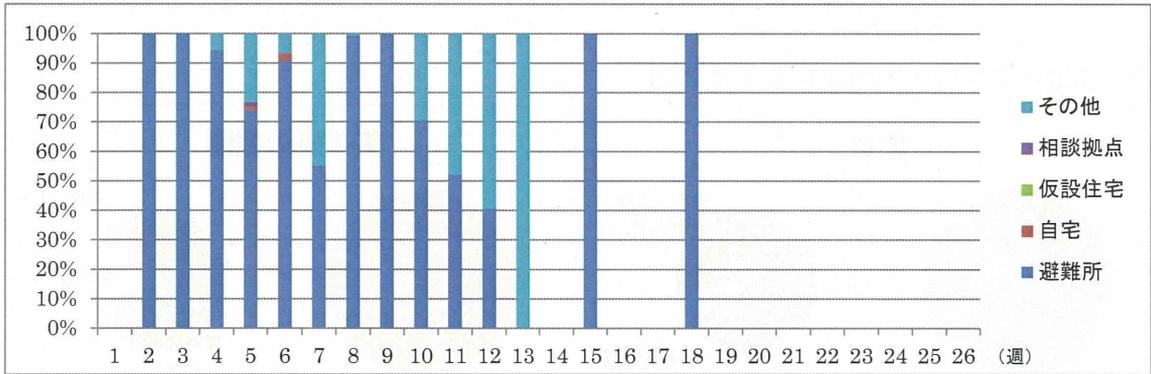


図 11. 福島県（県中地域）における相談対応場所別相談対応延件数の割合

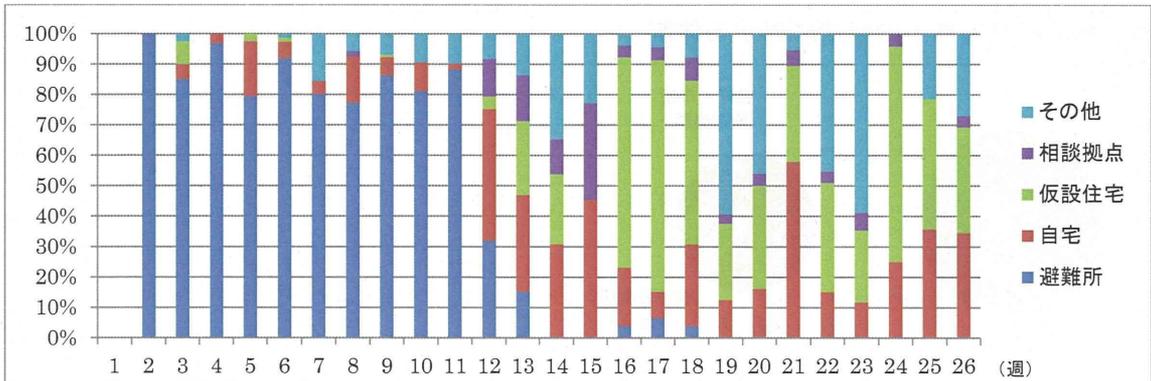


図 12. 福島県（相双地域）における相談対応場所別相談対応延件数の割合

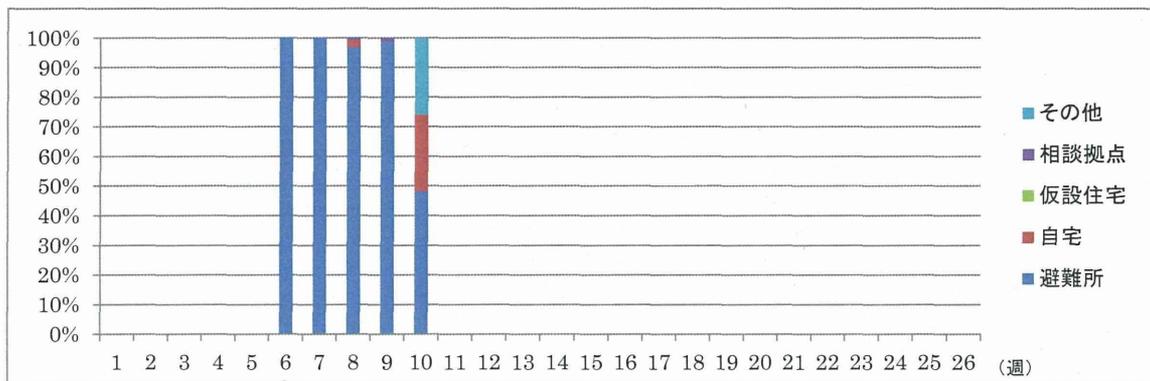


図 13. 福島県（南会津地域）における相談対応場所別相談対応延件数の割合

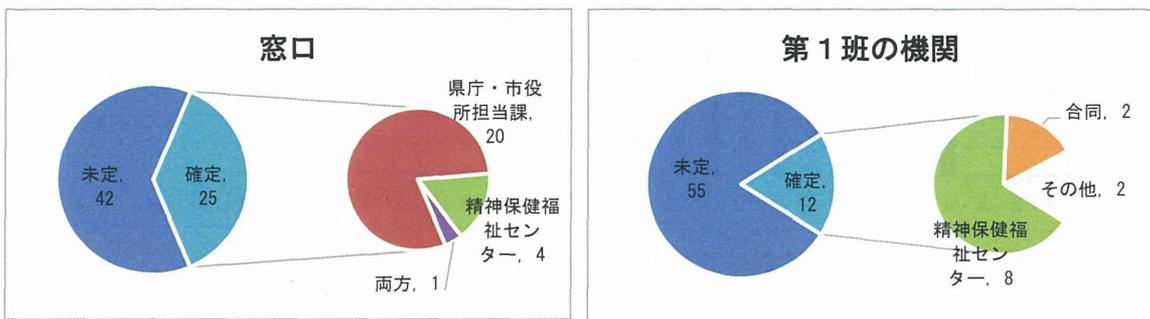


図 14. 都道府県等内への派遣に対する体制

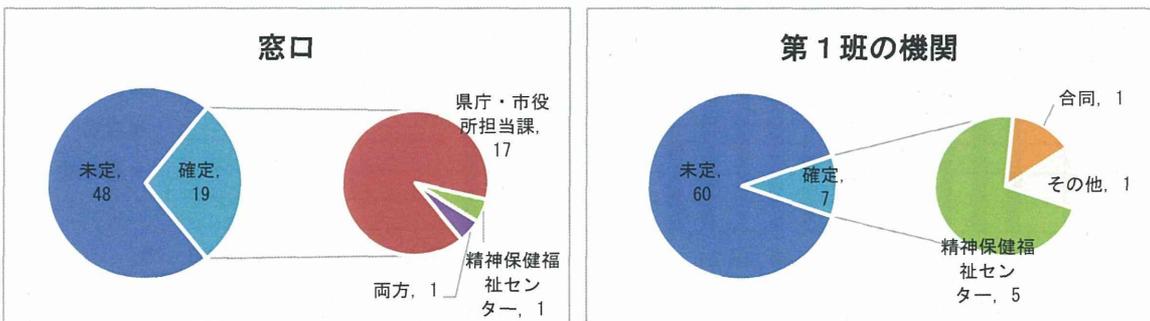


図 15. 都道府県等外への派遣に対する体制

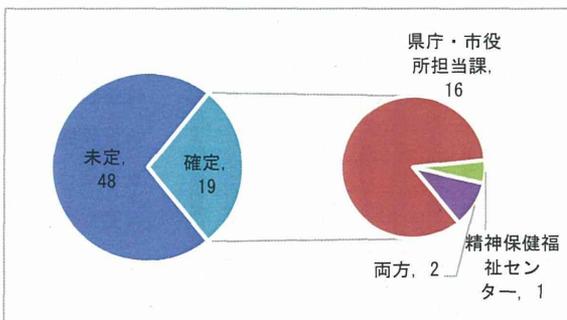


図 16. こころのケアチーム等の受け入れ窓口

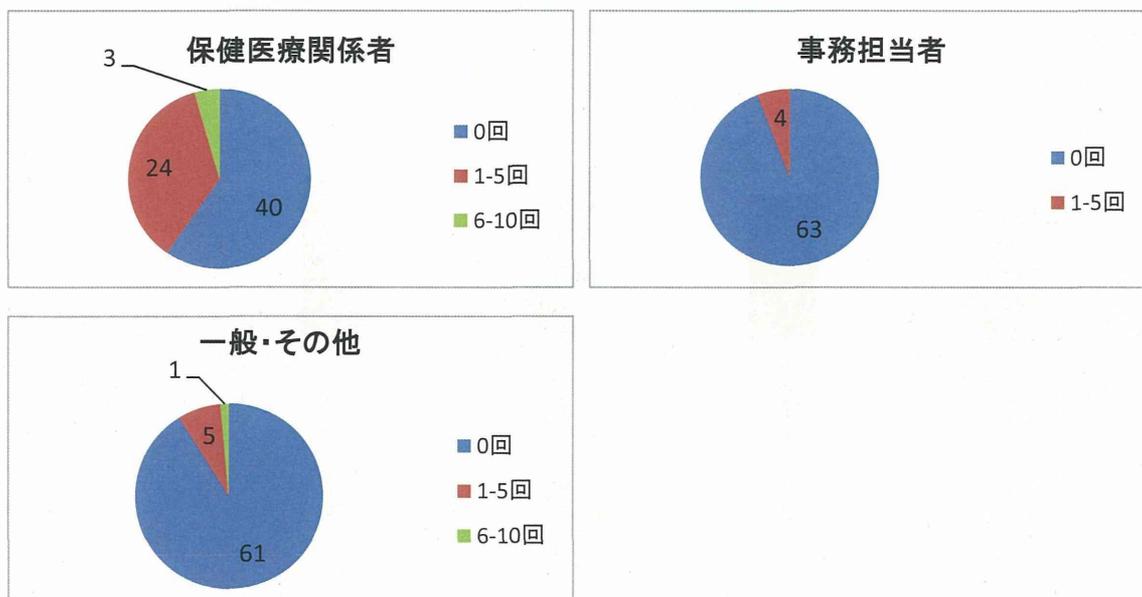


図 17. 災害精神保健関連研修の開催状況

表 1. 物資等の平時の準備が有と回答した都道府県等の割合

薬剤・医療機材		ロジスティクス関連機材		個人装備	
標準薬剤（精神）	25%	通信・記録機器	39%	服装	28%
標準薬剤（その他）	24%	生活用品・雑品	28%		
医療関連機材	40%	非常食	19%		
		調理器具	18%		



図 18. 各都道府県等での災害精神保健医療に関する訓練の実施の可否

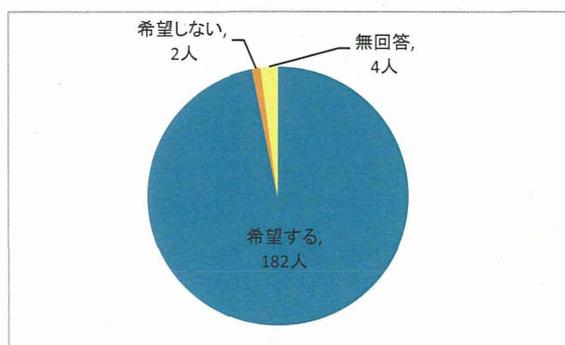


図 19. 災害時こころの情報支援センターへの研修の要望の有無

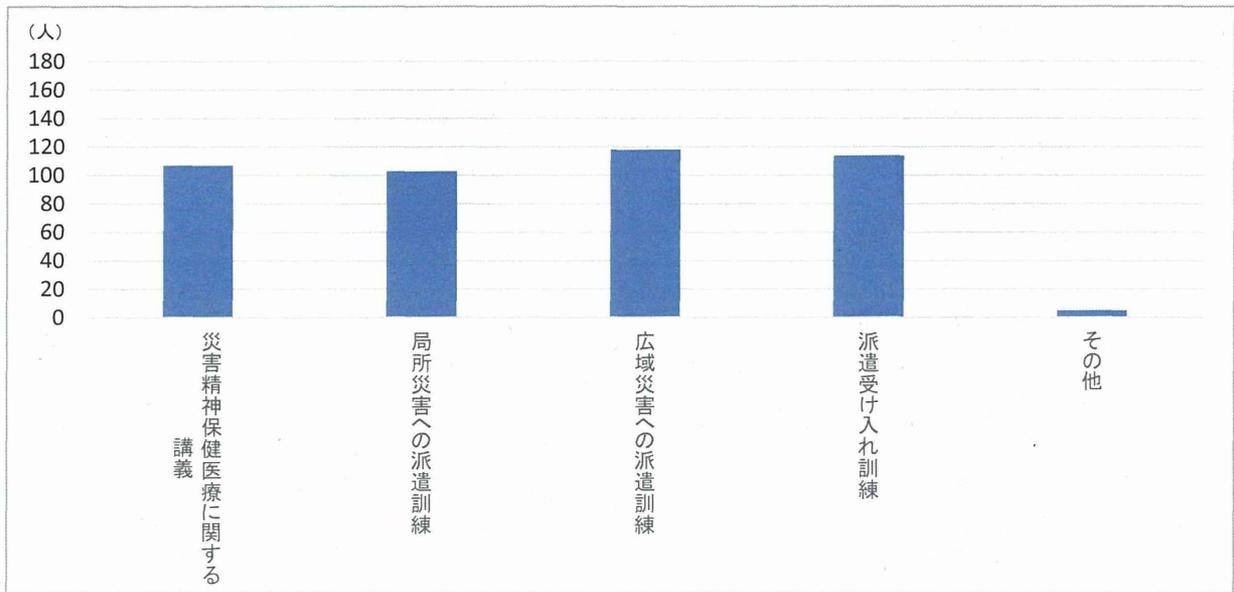


図 20. 災害時こころの情報支援センターに希望する研修内容（複数回答可）

平成 25 年度 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））  
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究  
分担研究報告書

「サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）を実施する際に必要な  
基本的コミュニケーションスキル訓練」

研究分担者 堀越 勝 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター  
研修指導部長

研究協力者 新明一星 国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター

**研究要旨**

本分担研究班は、心理的応急処置を実施する際に、その土台となるコミュニケーションの技法を教えることの意義を検証し、それに合うコミュニケーションプログラムを開発することを目的としている。25年度は、その予備調査として、コミュニケーションプログラム実施群と実施をしない群とを比較した。予備調査の結果から、事前のコミュニケーションスキル研修を受けることで、PFA研修による正確な知識の習得率が高まる可能性があること、コミュニケーションスキル研修の受講により、参加者は自身の基本的コミュニケーションスキルを正確にモニターできるようになることなどを確認した。

**<A. 研究目的>**

心理的応急処置（P・F・A）が目指していることの多くは、重要なことを押し付けずに相手に渡すなど相手に無理強いをせずに実施しなければならないことが多い。実際に、P・F・Aのマニュアルの随所に、「押し付けずに」、「無理強いをせずに」などの言葉を見つけることが出来る。たとえば、P・F・Aのマニュアルの「P・F・Aが目指していること」には、下記の文言が記載されている。「実際に役立つ支援や援助を提供する、ただし押し付けない」、「話を聞く、ただし話すことを無理強いしない」、さらに、

「安心させ、心を落ち着けるように手助けする」など、相手を安心させる術、また、相手の心が落ち着いているかどうかを知る力などが必要になる。では、実際に災害の只中にある人を前にした時に、押し付けずに、重要な情報や援助を提供する、また、話を無理強いせずに他人の話を聞き、安心を与え、心を落ち着けるように指示された場合、どのようにすればそれらが可能なのかについての理解がどのくらい浸透しているのだろうか。

PFAの「見る・聞く・つなぐ」はある意味でコミュニケーションの型である。

見る、聞く、つなぐの流れは、医療現場で行われる治療の流れと似ている。「どうしましたか？」から始まる、一連の医療現場での対応は、精神的な危機状態にある人物に対しても同様に行われる。したがって、PFA新しい介入モデルではなく、ケアのコミュニケーションを精神的な危機介入の型と解釈することが出来る。一般に、こうしたコミュニケーションスキルの土台は、PFA実施以前の段階でそれぞれが専門家として持ち合わせているものである。しかし、PFAを一般人に導入するにあたり、基本的なケアのコミュニケーションスキルを復習する、または学習し、その流れの中でPFAを応用することによりPFAをより効果的に実施することが出来ると考えた。本研究では、P・F・Aを専門家間で拡大するだけでなく、広く一般にも均霑化することを目指している。一般でも専門家同様にP・F・Aを実施出来るようになるためには、P・F・Aの研修を実施する際に、ケアのコミュニケーションスキル訓練を提供することが望ましいのではないだろうか。

そこで、本分担研究班では、以上のことを踏まえて、P・F・Aの研修を実施する際に、ケアのコミュニケーションスキル訓練を提供するためのプログラムの構築と、そのプログラムの効果を検証することにある。

## <B. 研究方法>

25年度は、まず予備調査として、P・F・Aの研修を実施する際に提供するケアのコミュニケーションスキル訓練をプ

ログラムの叩き台を開発し、その効果を検証すること。また、近年、米国では、熟練セラピストを使わずに（修士レベルの訓練を受けている途中のセラピスト）、訓練生を用いてRCTを実施する機運が高まっており、そうしたことを実際に行っている、海外の専門家を尋ね、訓練方法や質の担保などについて情報を収集することを目標とする。

### ●予備調査

研究計画：ケアのコミュニケーションの研修プログラムを開発し、P・F・Aの研修を実施する際に、ケアのコミュニケーションスキル訓練を提供する群としない群の前後比較を行う。

倫理的な配慮：本研究の対象者は患者ではなく看護師であり、本年度は予備調査として協力を依頼して同意を得ること、また、無記名で本人を特定できないという点で配慮した。

### 被験者

#### ●グループ1：

コミュニケーション研修無し (N=18)  
(研修実施日：2013年11月13日)

#### ●グループ2：

コミュニケーション研修有り (N=18)  
(研修実施日：2013年11月20日)

### 手続き

●それぞれのグループに対し、コミュニケーション訓練を加えたPFA研修と加えない研修を実施し、それぞれのグループ

の前後の比較と群間の比較を実施した。

●コミュニケーション研修プログラムは堀越が作成した60分のモジュールで、講義と練習問題が含まれている。

●質問紙: 心理的応急処置: 研修 Pre-Post Test 質問紙 (研修の前後に実施)

### <C. 研究結果>

#### ●質問紙前半 (自身の援助能力に関する自信を尋ねるもの)

8つの質問の合計点について分散分析を行ったところ、群×研修前後の交互作用が有意で、コミュニケーション研修なし群の方が得点の伸びが良かった(図1)。統計的な記述は以下の通りであった。

8つの質問の合計点について分散分析を行ったところ、群×研修前後の交互作用が有意であった。 $(F(1, 29)=4.53, p<.05)$ 。そこで単純主効果の検定を行ったところ、いずれの群においても研修前後の単純主効果が有意であった。(それぞれ $F(1, 29)=89.80, p<.01$ 、 $F(1, 29)=38.64, p<.01$ )。

#### ●質問紙後半 (PFA についての正確な知識を尋ねるもの)

質問の正答数について分析を行った。その結果、研修後の正答数については天井効果が認められた(得点範囲は0~16、 $M=14.86, SD=1.27$ )。本来は分析から外すべきところであるが、分散分析を実施してみたところ、コミュニケーション研修あり群の方がPFAに対する正確な知識の伸び率が良かった(図2)。統計的な記述

は以下の通りである。

質問の正答数について分散分析を行ったところ、群×研修前後の交互作用が有意傾向であった $(F(1, 26)=3.97, p<.10)$ 。そこで単純主効果の検定を行ったところ、いずれの群においても研修前後の単純主効果が有意であった。(それぞれ $F(1, 26)=17.50, p<.01$ 、 $F(1, 26)=55.01, p<.01$ )。また、研修前では群の単純主効果が有意であった。 $(F(1, 26)=4.25, p<.05)$

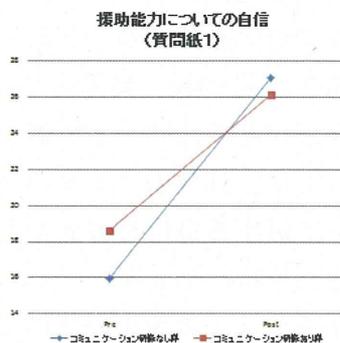


図1

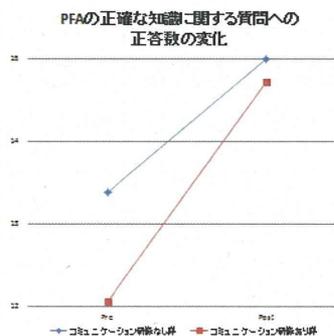


図2

### <C. 考察>

以上の結果から、研修前はコミュニケ

ーション研修あり群の方が PFA に対する正確な知識が少なかったものの、コミュニケーション研修と PFA 研修によってコミュニケーション研修なし群と同等の知識水準まで向上したことが示された。

天井効果はあったものの、事前のコミュニケーションスキル研修を受けることで、PFA 研修による正確な知識の習得率が高まる可能性がある。コミュニケーションスキル研修の受講により、参加者は自身の基本的コミュニケーションスキルを正確にモニターできるようになり、多くの場合、一度自身のコミュニケーションスキルに対する評価が下がる（より正確な評価？）。その後、具体的なコミュニケーションスキルについて研修の中で学ぶことにより、自身のコミュニケーションスキルに対する自信や評価が高まる傾向にある。今回の PFA 研修では一連のコミュニケーションスキル研修の最初の一部を実施したため、自身の援助能力に対する自己評価が研修後では低めとなった可能性がある。

一般人に PFA 研修を実施する場合、コミュニケーションスキル訓練を実施することは恐らく有意義であるが、短時間のコミュニケーション研修では、かえってコミュニケーションについての自信を喪失させるリスクがある。したがって、研修を実施する場合は、PFA 研修と別途行う方が良いかもしれない。また、コミュニケーションスキルの習得度を正確に測る尺度を使うことが望ましい。

## ●海外視察

認知行動療法（CBT）などの精神療

法を実施して効果研究を実施する際、海外ではライセンスを持ったセラピストが治療を実施するのが定石である。なぜなら、実施者の質が低いことが効果に影響することがないようにする配慮といえる。つまり、ライセンスを持っていることは、海外の場合幾つかの関門を潜り抜けた証しであり、介入者の質を担保するものだと考えられるからである。

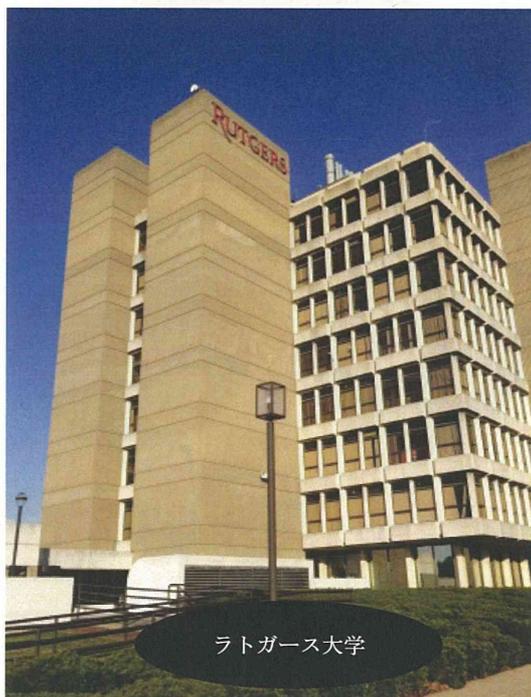
しかし今回の PFA 研修は一般人も視野に入れ、広くこの介入法を伝えていくことになり、介入者の質を担保するものはない。近年米国では（NIMH など）、介入研究の実施者に、恐らく経済的な理由からか、訓練中の大学院生などを使うことが多くなってきた。つまり、経験豊富な介入者ではない、半ば素人の介入者を訓練し介入プログラムを動かし、データを取っているのである。今回は、そうした方法で、CBT の RCT を実施した研究者を米国に尋ね、実際の訓練の様子や方法などを学ぶ機会を持った。

Dobkin 博士（ロザンナ・ドブキン博士：Roseanne Dobkin, Ph.D, 米国・ラトガース大学医学部（Robert Wood Johnson Medical School）の准教授）は世界初のパーキンソン病患者に対する CBT 介入の RCT を実施し、2002 年に無作為割り付け試験の結果を発表した。Dobkin 博士は、介入のためのセラピストを大学院生に定め実験を行い有意な効果を導き出している。従来、クリニカル・サイコロジストのライセンスを取得している、何年以上の臨床経験を持ち合わせていることなどを条件とする場合が多いが、密なスーパービジョンを実施しながら、パ

ーキンソン病のCBTを実施し、効果をあげており、訓練の仕方などについて情報を収集し、P・F・Aの研修を実施する際の参考にすることとした。

#### <視察から学んだこと>

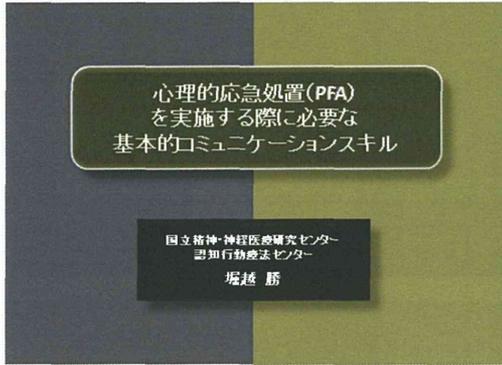
今回の視察では、精神療法の訓練について幾つかの点が判明した。①スーパービジョンの重要性：スーパービジョン（個人指導）抜きに、介入者の質向上はない。②具体的なスキルを教える。単なる座学では精神療法を実施するための実力の向上は望めない。以上の2点が重要であることが判明した。



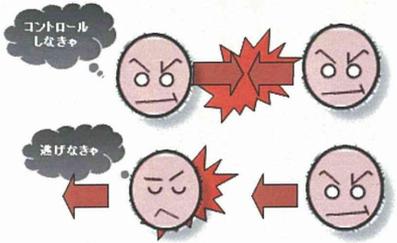
今後の課題：一般人に PFA 研修を実施する場合、コミュニケーションスキル訓練を実施することは恐らく有意義であるが、短時間のコミュニケーション研修では、かえってコミュニケーションについての自信を喪失させるリスクがある。したがって、研修を実施する場合は、PFA 研修と別途行う方が良いかもしれない。また、コミュニケーションスキルの習得度を正確に測る尺度を使うことが望ましい。

<ケアのコミュニケーションプログラム>

(一部抜粋)



押せば押し返すか、逃げる



平成 25 年度 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））  
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究  
分担研究報告書

分担研究報告書  
被災地の子どもの精神医療支援

研究協力報告書  
東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響

分担研究者 神尾 陽子<sup>1)</sup>、金 吉晴<sup>2)</sup>  
研究協力者 大沼 麻実<sup>2)</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部  
2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター

【研究要旨】

東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももおり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかと不安の声が上がった。メディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆している(1)。

しかし災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状がある。

そこで本研究は、東日本大震災後のメディアへの暴露が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とする。そのうえで新たな視点として、メディアへの暴露とプレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のためのエビデンスを提供したい。なお本研究は継続中の課題であるため、本報告書においては実施した質問紙の素集計データを中心に、一部のデータ解析の報告、ならびに来年度の研究の予定についてまとめている。

Key words : 東日本大震災、メディア暴露、子ども、メンタルヘルス

1. 背景

ニューヨーク 9.11 テロの後では、テレビでのビル爆破映像を視聴した児童が PTSD になったという研究結果が出たが、他方でこの度改正された DSM-5 では特殊な場合を除き、テレビ視聴による PTSD 発症は認められていない。しかし今般の東日本大震災

においても津波映像の視聴が児童に心理的悪影響を与えるのではないかと懸念が一部の専門家によって指摘されており、日本での調査報告もまだないという現状にある。

2. 研究目的

本研究は、1) 東日本大震災後のメディアへの暴

露が遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査した上で、2) プレ要因としての子ども側の要因（自閉傾向や気質など）との関連を明らかにし、3) 要支援児の同定および早期対応のためのエビデンスを提供することを目的とする。また後述するが、結論から先に言えば、先行研究では、テレビを視聴した際の即時的なストレス反応の有無や、それがどのくらいの期間で回復するののかについては調査されていないことが明らかとなった。そこで、即時的な反応の持続期間に加え、震災前後の体重・身長といった発育、通園状況を調査することにより、影響を受けた子どもがどのくらいの期間で回復していくのかを明らかにしたい。

なお、本研究は当センターの倫理委員会の承認を受けて実施している〔NCNP 倫理委員会, 承認番号 A2012-056〕。

### 3. 研究方法

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部に研究協力者として登録された、多摩地区の6歳児、426名の保護者に対し、2013年2月6日から2013年3月9日にかけて質問紙による郵送調査を行った。質問紙の作成にあたっては、先行研究をレビューし(平成24年度の報告書参照)、先行研究と比較可能な項目を網羅したうえで、独自に作成した項目を含めて作成した。本年度は、質問紙が返送された後にデータ入力を行った。その集計結果とSPSSによるデータ解析の一部について報告する。

質問紙の主な質問項目は、下記の通りである。

- 1) Demographic features
- 2) 震災時とその後の生活状況
- 3) 震災関連の報道映像の視聴内容とその際(当日ないし翌日)の子どもおよび保護者のストレス反応とその持続時間(※1)
- 4) 映像の視聴に対する親の認識
- 5) 視聴を挟む震災前後(2010年3月～2012年12月)の子どもの発育・通園状況
- 6) 震災の2年後の Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ「子どもの強さと困難さアンケート(子どもの情緒や行動の問題)」(※2)  
下位尺度である1.情緒の問題、2.行為の問題、3.多動・不注意の問題、4.仲間関係の問題と、その合計である Total Difficulties

スコアをアウトカムとする。カットオフとして、厚生労働省の web サイトに記載された Matsuishi et al(2008)の日本における SDQ (保護者評価) 標準値を用いて、3群に分類した。情緒、行為、仲間関係の問題は、スコア 5-10 点を High Need、4 点を Some Need、0-3 点を Low Need とし、多動・不注意の問題は 7-10 点を High Need、6 点を Some Need、0-5 点を Low Need とした。Total Difficulties スコアは、16-40 点を High Need、13-15 点を Some Need、0-12 点を Low Need とした。

- 7) Social Responsiveness Scale [対人応答性尺度(自閉症的特徴)] (2012年1月末～3月31日: 児童部の既存データ)

自閉症的行動特徴の程度を定量的に測定し、診断カテゴリーによらない ASD 診断群から閾下群までを連続量で捉えることのできる質問紙。「あてはまらない(0点)」～「ほとんどいつもあてはまる(3点)」の4件法で評価し、SRS 合計得点を算出する。SRS のカットオフについては、男児は、Tスコア 78 点以上を ASD-Probable 群、Tスコア 51-77 点を ASD-Possible 群、50 点以下を ASD-Unlikely 群とした(※3)。

- 8) 親の現在の精神状態(K6)(※4)

うつ病・不安障害のスクリーニングのための質問紙。被災地域住民と平常時の地域住民との比較のため、10 点以上を精神健康不調として算出した(平成22年国民生活基礎調査特別集計)(2)。

※ 1: 初めて子どもと一緒に震災映像を視聴した際の子どものストレス反応を調査する単体での適切な尺度が見当たらなかったため、本研究では先行研究で使用された尺度の重複項目や、対象と同年齢のお子さんをお持ちでかつ実際に症状があったという保護者の方から聞き取り調査を行い、それをもとに尺度を作成した(平成24年度厚生労働科学研究費補助金報告書参照)。

※ 2: SDQ とは、Goodman(1997)によって開発され、4～16 歳を対象とした「子どもの強さと困難さアンケート」紙である(3)。保護者または教師が3件法で回答する形式で、行為、

多動、情緒、仲間関係のサブカテゴリーの合計得点に基づき支援の必要性を High Need, Some Need, Low Need の3段階によって評価する。日本では Sugawara, et.al(2006)が翻訳を行い、その後、森脇ら(2012)によって信頼性と妥当性が認められている(4)(5)。

※ 3: SRS は、Constantino(2003)によって開発された対人応答性尺度であり、対象年齢は 4~18 歳である(6)。尺度は保護者または教師によって評価され、自閉的な社会性障害をスクリーニングすることが可能である。日本でも妥当性が、神尾ら(2009)の検証によって認められている(7)。

※ 4: K6 とは、Kessler(2002)が開発し、うつ病・不安障害をスクリーニングするために、6 項目からなる 5 件法の自記式評価尺度である(8)。大野ら(2002)によって日本語版が作成され、尺度の有用性も検証により認められている(9)。

## 4. 研究結果

### 4-1. 素集計結果

#### 【1、Demographic features】

192 名の保護者から回答を得て(回答率 45.1%)、解析にあたっては震災時に福島県にいた 1 名を除外した。性別については(n=189)、男児 53.4%(n=102)、女児 46.6%(n=89)であった。回答保護者の続柄は(n=188)、母親 96.8% (n=182)、父親 3.2%(n=6)であった。

#### 【2、震災時とその後の生活状況】

震災発生時にいた場所については(n=190)、自宅にいた子ども 31.1%(n=59)、保育所あるいは幼稚園にいた子ども 47.4%(n=90)、その他(屋外など) 21.6%(n=41)であった。子どもがいた場所の階数は(n=164)、1 階 67.1%(n=110)、2 階 23.2%(n=38)、それ以上 9.8%(n=16)であった。震災発生時に家族と一緒にだった子ども 55.3%(n=105)であり、一緒ではなかった子ども 44.7%(n=85)であった。また、一緒ではなかった子どもが家族に会えるまでの時間は、1 時間 32.9%(n=28)、2 時間 23.5%(n=20)、3 時間 20.0%(n=17)、4 時間 10.6%(n=9)、それ以上 12.9%(n=11)であった。震災に伴って子どもを避難させたかどうかについては、避難させた 6.8%(n=13)、避難させなかった 93.2%(n=177)であった。震災後の被災地域の子どもの視察の有無は(n=190)、視察

あり 8.4%(n=16)、視察なし 91.6%(n=174)であった。また回答保護者では(n=190)、視察あり 12.1%(n=23)、視察なし 87.9%(n=167)であった。回答保護者に被災した家族・親戚の有無については(n=190)、あり 12.1%(n=23)、なし 87.9%(n=167)であり、被災した友人・知人の有無については(n=189)、あり 25.4%(n=48)、なし 74.6%(n=141)であった。また、被災した家族・親戚がいることを子どもが知っているかどうかについては(n=23)、知っている子ども 78.3%(n=18)、知らない子ども 8.7%(n=2)であり、被災した友人・知人がいることを子どもが知っているかどうかについては(n=48)、知っている子ども 20.8%(n=10)、知らない子ども 64.6%(n=31)であった。

#### 【3、震災関連の報道映像の視聴内容とその際の子どもおよび保護者のストレス反応とその持続時間】

テレビ視聴に関しては、子どもが初めて震災映像を見たときに回答保護者と一緒だったかどうかは(n=191)、一緒だった 85.3%(n=163)、一緒ではなかった 8.4%(n=16)であった。子どもが初めて回答保護者と一緒に震災映像を視聴した時期は(n=191)、震災当日 75.4%(n=144)、翌日 10.5%(n=20)、翌々日 1.6%(n=3)、おぼえていない 11.0%(n=21)であった(図 1)。

子どもが視聴した映像の種類は(n=169 複数回答)、津波 90.5%(n=153)、地震 77.5%(n=131)、家屋の崩壊 52.1%(n=88)、人々の家屋の屋上への取り残し 35.5%(n=60)、帰宅難民 30.8%(n=52)、人々の救出 23.7%(n=40)、人々の逃走や泣き叫び 84.6%(n=143)、誰かのケガや死亡 0.6%(n=1)であった(図 2)。子どもによるこれらの視聴映像の種類数は(n=169)、1 種類 19.5%(n=33)、2 種類 21.3%(n=36)、3 種類 16.6%(n=28)、4 種類 16.6%(n=28)、5 種類 11.8%(n=20)、6 種類 8.9%(n=15)、7 種類 5.3%(n=9)であった(図 3)。

視聴直後には 20 の症状項目(複数回答)のうち、親への過剰な甘え(n=169)は 43.8%(n=74)、災害関連の遊び(n=168)は 39.9%(n=67)、家族の怪我や死亡への不安(n=167)は 35.3%(n=59)、過敏さ(n=169)は 29.6%(n=50)、震災映像の忌避(n=169)は 16.0%(n=27)、睡眠障害(n=169)は 13.6%(n=23)、震災映像の視聴欲求は(n=170)は 10.6%(n=18)、不自然にはしゃいだ(n=169)は 10.7%(n=18)、口数が増えた(n=169)は 5.9%(n=10)、爪かみ(n=169)は 4.7%(n=8)、涙もろさ(n=169)は 4.1%(n=7)、消化器

系の症状(n=169)は 3.6%(n=6)、食欲の変化(n=4)は 2.4%(n=4)、赤ちゃん返り(n=168)は 2.4%(n=4)、癩癩(n=167)は 1.2%(n=2)、動きの乏しさ(n=169)は 1.2%(n=2)、頭痛(n=168)は 0.6%(n=1)であり、失禁、持病の悪化、チック症状については該当者はいなかった。子どもによるこれらの視聴映像の種類数は(n=160)、0種類 23.1%(n=37)、1種類 23.1%(n=37)、2種類 18.8%(n=30)、3種類 13.1%(n=21)、4種類 10.0%(n=16)、5種類 5.0%(n=8)、6種類 1.9%(n=3)、7種類 2.5%(n=4)、8種類 0.6%(n=1)、10種類 1.9%(n=3)であった(図4、図5)。

#### 【4、映像の視聴に対する親の認識】

震災後1ヶ月間に子どもへの視聴の影響を心配していたかどうかは(n=191)、とても心配していた 12.0%(n=23)、やや心配していた 41.9%(n=80)、あまり心配していなかった 34.6%(n=66)、まったく心配していなかった 7.9%(n=15)、おぼえていない 3.7%(n=7)であった。震災後1ヶ月間に子どもの視聴を制限していたかどうかは(n=191)、とても制限していた 4.2%(n=8)、やや制限していた 38.7%(n=74)、あまり制限していなかった 36.1%(n=69)、まったく制限していなかった 20.4%(n=39)、おぼえていない 0.5%(n=1)であった。現在でも当時の視聴の子どもへの影響を心配していたかどうかは(n=191)、とても心配している 2.6%(n=5)、やや心配している 10.5%(n=20)、あまり心配していない 57.1%(n=109)、まったく心配していないのは 27.2%(n=52)、わからない 2.6%(n=5)であった。身近な地域の震災等の映像は子どもに好ましくない影響があるかどうかについては(n=190)、とても影響があると思う 10.0%(n=19)、やや影響があると思う 63.7%(n=121)、あまり影響がないと思う 20.5%(n=39)、まったくないと思う 1.6%(n=3)、わからない 4.2%(n=8)であった(図6)。

#### 【5、視聴を挟む震災前後(2010年3月～2012年12月)の子どもの発育・通園状況】

2011.3.11を起点として、前後1年間の身長と体重の伸びと通園状況を分析した。子どもや親の不安と、子どもの発育や通園状況との間には有意差はなかった。

#### 【6、震災2年後の Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ「子どもの強さと困難さアンケート(子どもの情緒や行動の問題)」】

2年後のSDQにおいて、情緒の問題は、High Need8.0%(n=15)、Some Need6.4%(n=12)、Low

Need85.6%(n=160)であり、行為の問題は、High Need8.0%(n=15)、Some Need9.1%(n=17)、Low Need82.9%(n=155)であり、多動・不注意の問題は、High Need9.6%(n=18)、Some Need4.8%(n=9)、Low Need85.6%(n=160)であり、仲間関係の問題は、High Need5.9%(n=11)、Some Need7.0%(n=13)、Low Need87.2%(n=163)であった。Total Difficulties は High Need8.6%(n=16)、Some Need10.7%(n=20)、Low Need80.7%(n=151)であった。厚労省のHPに記載された Matsuishiらのデータと比較しても、本研究の子どもたちが偏った群ではないことがわかる(図7)。

#### 【7、Social Responsiveness Scale [対人応答性尺度(自閉症的特徴)] (2012年1月末～3月31日: 児童部の既存データ)】

児童部の既存データにて群分けを行った結果、男児(n=80)は、Probable6.3%(n=5)、Possible11.3%(n=9)、Unlikely82.5%(n=66)であり、女児(n=65)は、Probable7.7%(n=5)、Possible13.8%(n=9)、Unlikely78.5%(n=51)であった。

#### 【8、親の現在の精神状態(K6)】

K6は(n=189)、10点以上の精神健康不調は 5.3%(n=10)、10点未満は 94.7%(n=179)であった。なお、平時の東京都民のK6では10点以上の割合は 10.5%であるため、回答保護者の精神状態が健康な割合は高いといえる(平成22年国民生活基礎調査特別集計)(図8)。

#### 4-2. 解析結果

まず子どもの視聴直後の症状種類数を従属変数として、子どもの視聴映像種類数、保護者の視聴直後の症状種類数、子どもの自閉症的傾向の3つで重回帰分析を行った。保護者の視聴直後の症状種類数は1%水準で有意であり、子どもの視聴映像種類数や自閉症的傾向との間には有意差がなかった(R<sup>2</sup>乗=.170)。このことから、見たかどうかという点ではほとんどの子どもがメディア暴露していたが、見た範囲の程度つまり視聴映像の種類数には子どもは影響を受けておらず、むしろ保護者の反応と密接であることがわかった。

次に、震災から2年後の子どもの情緒や行動の困難さであるSDQを従属変数として、子どもの視聴映像種類数、子どもの視聴直後の症状種類数、保護者の視聴直後の症状種類数、子どもの自閉症的傾向

の重回帰分析を行った。子どもの視聴直後の症状種類数は1%水準で有意だった(R2乗=.069)。震災後の精神健康には視聴種類数よりも直後の反応が関係していたことから、こうした映像刺激に対して敏感な子どもの一群が存在することが疑われる。

さらに、震災から2年後の親のK6を従属変数として、子どもの視聴映像種類数、子どもの視聴直後の症状種類数、保護者の視聴直後の症状種類数、子どもの自閉症的傾向で重回帰分析を行った。保護者の視聴直後の症状種類数は1%水準で有意であったものの、子どもの視聴映像種類数や、子どもの視聴直後の症状種類数、子どもの自閉症的傾向との間には有意差は見られなかった(R2乗=.119)。

## 5. 考察

現在のSDQの結果を見る限り、ほとんどの子どもは支援の必要がなかったが、子どもの症状種類数と子どものSDQに有意な正の相関があったため、解釈としては、SDQの結果がメディアや災害自体の影響というよりも、些細なストレスへの閾値が低いために反応が大きいのではないかと考えられる。つまり当時反応が大きかった子どもというのは、情緒の不安定さ、集団生活でのいろいろなストレスに対しても予測できるということがいえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事でも丁寧に対応していくことが大事になってくる。

また、ほとんどの子どもが津波、地震、倒壊家屋等の報道映像を目撃していたが、精神、行動面での反応は子どもよりは保護者に多かったという点も明らかになった。

## 6. 今後の課題

今後の課題は、子どもの自閉症的傾向についてはまだ素点の段階のため下位分類も含めてもう少し詳しくみていく必要があるということと、重回帰分析でのR2乗が少ないということもあるため、より幅広い変数を含めて検討する必要がある。その上で本データの解析から期待される成果としては、メディア暴露が子どもの心身の成長に及ぼす影響について実証的なエビデンスを提供することにより、今後の災害に備えてメディアに対して一定の提言が可能となることがまず挙げられる。さらに、子どもの個人差に注目した本研究の成果は、支援者が知っておくべき、メンタルリスクの高い子どもへの対応につい

て具体的な助言を可能とする。特に、情緒や行動の問題といった精神的健康面のリスクが高い子どもの場合には、一般の子どもと比べて生活環境の影響を受けやすく、支援ニーズがより高いと推測される。だが、どのような支援がより効果的であるかということは十分に調べられていないことから、災害後に限定することなく平常時においても汎用できるような、地域における育児支援や発達支援の体制構築を促進することが期待される。

## 文献

1. <http://child-neuro-jp.org/visitor/iken2/20110325.html> (2014.3.1現在)
2. 平成22年国民生活基礎調査特別集計(災害時こころの情報支援センター；  
<http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/document/medical.html>)
3. Goodman, R.(1997). The Strengths and Difficulties Questionnaire: A Research Note. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38, 581-6.
4. <http://www.sdqinfo.org/py/sdqinfo/b3.py?language=Japanese> (2014.3.1現在)
5. 森脇愛子, 藤野博, 神尾陽子. (2012). 子どもの強さと困難さアンケート(Strength and Difficulties Scale:SDQ)日本版の標準化と信頼性・妥当性検証. *日本社会精神医学会プログラム・抄録集*, 31, 125.
6. Constantino, J.N. et al. (2003). Validation of a brief quantitative measure of autistic traits: comparison of the social responsiveness scale with the autism diagnostic interview-revised. *Journal of Autism Developmental Disorder*, 33(4), 427-33.  
([http://portal.wpspublish.com/portal/page?\\_pageid=53,70492&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.wpspublish.com/portal/page?_pageid=53,70492&_dad=portal&_schema=PORTAL)) (2014.3.1現在)
7. 神尾陽子, 辻井弘美, 稲田尚子ほか. (2009). 対人応答性尺度(Social Responsiveness Scale; SRS)日本語版の妥当性検証-広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PDD-Autism Society Japan Rating Scale; PARS)との比較. *精神医学*, 51(11), 1101-9.
8. Kessler, R.C. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 969-76.

9. 大野裕ほか. (2002). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究. 平成14年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学

特別研究事業)心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究-研究協力報告書.

図1. 子どもが回答保護者と一緒に視聴した時期(n=170)

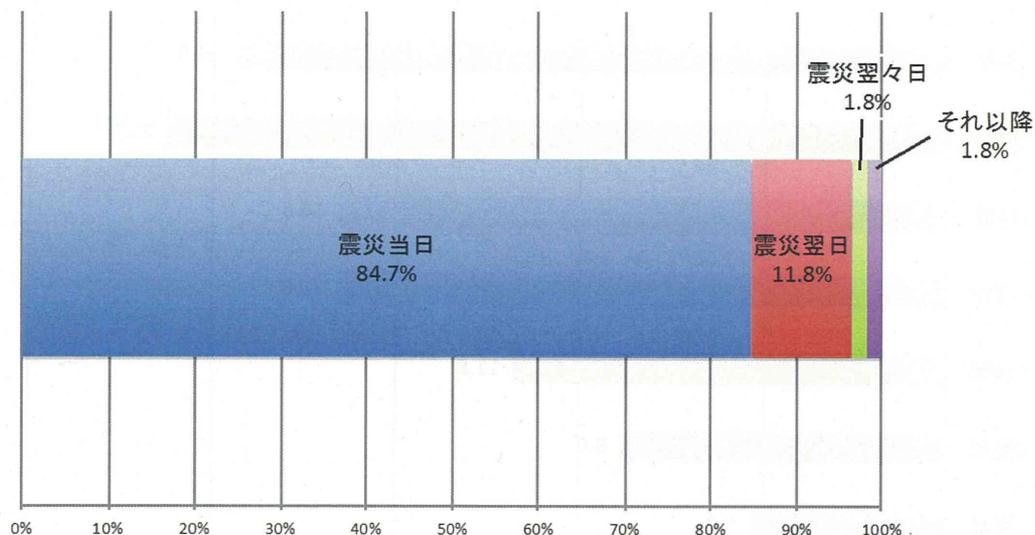


図2. 子どもの視聴映像種類(複数回答)  
(n=169)

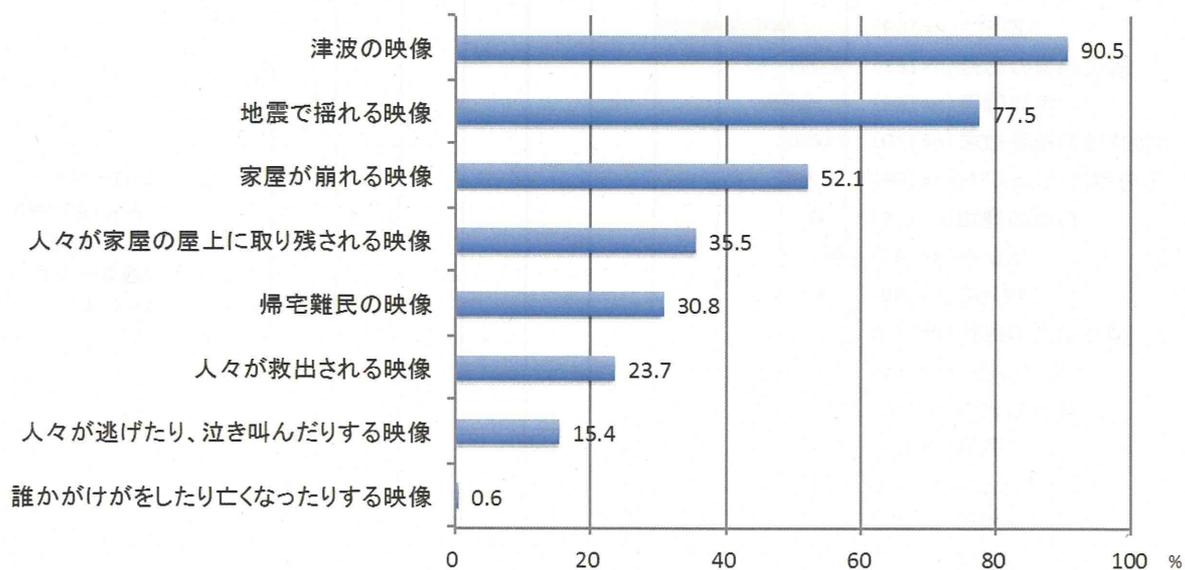


図3. 子どもの視聴映像種類数(n=169)

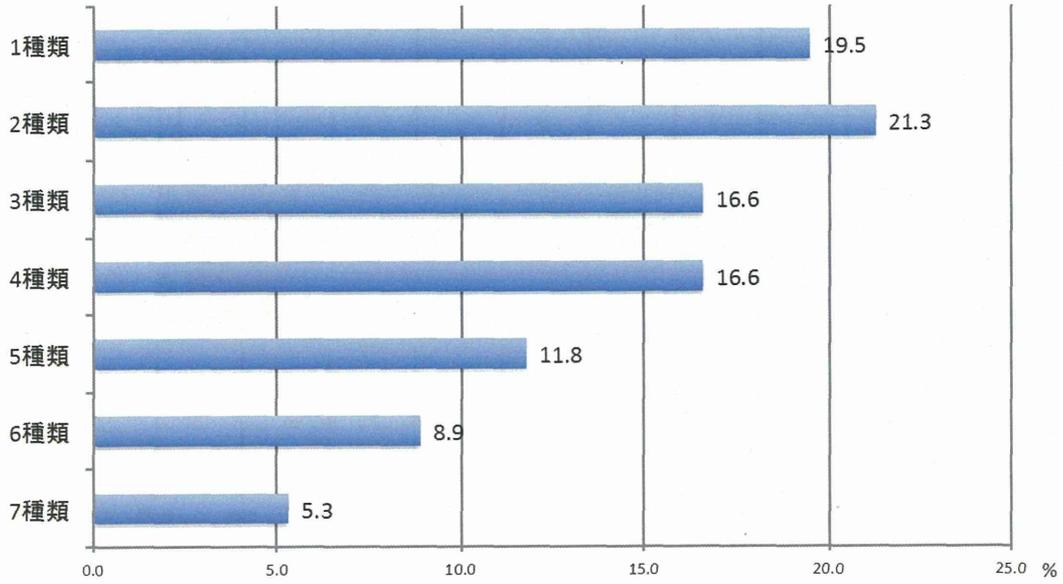


図4. 子どもの視聴直後の症状(複数回答)

