

心的トラウマ研究

第12号 平成28年11月

巻頭言 亀岡 智美

[研究論文]

● 効果的な DPAT 活動に向けての論点

－ Delphi 調査における自由記述の分析－ 福井 貴子 1

● 被災地域での支援者研修による影響の検討

－ 住民への対応とセルフケアへの意識について－ 赤澤 正人 23

[総説]

● 2004 年スマトラ沖地震の被災者の精神保健に関する文献レビュー 田中 英三郎 31

● PTSD に対する認知行動療法の神経生理学的基盤に関する文献研究 ... 高田 紗英子 41

● 職場いじめの予防的介入に関する文献レビュー 山本 沙弥香 51

[実践報告]

● DPAT 制度における活動拠点本部の業務

～熊本地震における活動から～ 大澤 智子 59

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

心的トラウマ研究

第12号 平成28年11月

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

巻頭言

思いがけず「失敗の本質」（中公文庫）という本を読む機会があった。大東亜戦争での日本軍の敗戦の原因を、組織論の観点から分析した良書である。1984年に初版が出版され、いまだに読み継がれているのは、先の敗戦を「組織としての日本軍の失敗ととらえなおし、これを現代組織一般にとっての教訓あるいは反面教師として活用すること」に主眼が置かれているからかもしれない。

本書では、ノモンハン事件・ミッドウェー作戦・ガダルカナル作戦・インパール作戦・レイテ海戦・沖縄戦の事例を取りあげ、個々のケースにおける失敗の内容を分析している。まず、ノモンハンでは、作戦の目的があいまいであり、中央と現地のコミュニケーションが有効に機能しなかった点が挙げられている。大東亜戦争におけるターニング・ポイントとされているミッドウェーとガダルカナルは、不測の事態に適切に対応できなかったことが主な要因であるという。米軍の成功と比較して、日本海軍の作戦目的の二重性や、陸軍の情報不足と技術戦略開発の欠陥も指摘されている。日本軍の敗戦が濃厚となった状況下でのインパール・レイテ・沖縄の3つの戦いでは、戦略的な合理性を欠いた作戦・依然としてあいまいな作戦目的・各部隊への任務の不徹底と統一指揮の不在・大本営と現地軍の認識のずれや意思の不統一などが、失敗理由として挙げられている。

さらに本書は、日本軍の戦略策定におけるいくつかの問題点の中に、「空気の支配」があることを指摘している。日本軍では、帰納法的にさまざまな事実から法則を見出すことをせず、たぶん戦略的合理性を欠いた無謀な作戦であったとしても、科学的検討によってではなく、その場の空気による決定がなされる傾向が強かった。結局、日本軍は、十分な戦略的議論のないままに、場当たりの対応を積み重ね、作戦計画が成功しなかった際にもこれを直ちに立て直すことをせず、自滅的に敗戦に突き進んでしまったのである。

本書の最終章である「失敗の教訓」において、執筆者らは、自己革新組織の原則として、組織は主体的にその戦略を環境の変化に適合するように変化させ、進化し続けなければならないとしている。

折しも、本年4月14日21時26分に熊本地震が発生し、全国各地から多くのDPAT（Disaster Psychiatric Assistance Team, 災害派遣精神医療チーム）が派遣された。DPATは、自然災害や集団災害が発生した際に、被災地域の精神保健医療ニーズに対応するための精神科専門家チームであり、平成25年に創設されたシステムである。それぞれのチームが各現場で活動するにあたり、厚生労働省・DPAT事務局と都道府県の調整本部・被災地の活動拠点本部などが連携し、DPATが組織として有効に活動できるように、指揮及び調整に当たった。今後、さまざまな災害が予想される中で、DPATが刻々と状況の変わる災害現場に適切に適合し、有機的に活動できるような組織であり続けることが望まれる。

兵庫県こころのケアセンター副センター長 亀岡 智美

効果的な DPAT 活動に向けての論点

－ Delphi 調査における自由記述の分析－



福井貴子、加藤寛

兵庫県こころのケアセンター

平成 25 年に厚生労働省は「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」を定め、都道府県等に DPAT の体制整備や研修の実施を求めている。しかし、国が示す活動要領や活動マニュアルは都道府県等の行う DPAT の研修カリキュラムについて具体的に示しておらず、各地域で DPAT の体制整備に困難が生じていると推測される。

本研究では先行研究である Delphi 調査の過程における自由記述の分析を行った。この Delphi 調査は、DPAT のコンピテンシーの合意を得るために全国の災害精神保健分野の専門家を対象に行ったものである。特に、「身体科治療への関与」「地域精神科医療機関の機能の補完」「支援者支援」の項目に関しては様々な方向性を持つ意見が示され、効果的な DPAT 活動に向けて、検討に欠かせない論点が示されていると考えられた。被災地において関係者が共通理解のもとで支援活動を展開できるよう、今後も検討を継続していくことが必要である。

Key Words : DPAT、Delphi、被災地支援

I . はじめに

大規模な災害が発生した時、様々な分野で外部からの支援活動が行われる。阪神・淡路大震災以降、精神科医療・保健分野においては、外部からの支援として「心のケアチーム」の活動が展開されてきた。平成 23 年の東日本大震災における活動はこのあり方を見直す契機となり、平成 25 年、厚生労働省は「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」(DPAT : Disaster Psychiatric Assistance Team)⁴⁾ を定めた。DPAT 活動マニュアル³⁾ も発行されている。活動要領のなかで各都道府県・政令指定都市 (以下、都道府県等と表記) は、DPAT の体制整備を進めるよう求められている。

体制の変更に伴い、DPAT 事務局による先遣隊研修や統括者研修が行われているが、先遣隊以降に都道府県等が派遣する DPAT の体制整備や研修については各都道府県等に一任されている。しかし、組織化の進め方や研修カリキュラムの内容等に関して全国的に一致したものが示

されていないことから、各地域で DPAT に関する認識の違いや温度差が生じ、各地域で手探りの取り組みが続いている状況がある。そのため平成 27 年度、筆者らは DPAT に必要な研修の形を探るため、Delphi 法を用いて、全国の災害精神保健の専門家等を対象として DPAT に求められるコンピテンシーとは何かについて調査を行い、合意を得ることを試みた¹⁾。コンピテンシーは「ある役割についた者がその役割を果たすために発揮すべき力。その役割を担うために持つておくべき力。」と定義した。

Delphi 法はその分野の専門家を調査対象者とし、繰り返し質問を重ねながら、エビデンスの蓄積が十分でない事案について合意形成を図る方法である。災害精神保健分野においても、時相別の精神保健医療の支援方法について Delphi 法を用いた調査が行われている (鈴木 et al., 2012)。調査を進めるなかで、調査者は回答者に前回の結果をフィードバックし、それを参考に回答者は自己の回答を見直し、次の回答を行う²⁾。本研究では、リッカートスケールでの評

定とともに自由記述欄に記入された意見もフィードバックの内容に含めた。このことにより、評定の背後にある個人の意見をふまえて、回答者はより深い考察のもとで次の回答を行うことができたものと思われる。このように、調査途中の回答は本来、合意を得るまでの過程において活用するものであるが、本研究ではここでの自由記述における意見に注目した。最終的に合意に至らなかった項目の背景にある様々な意見には、興味深い内容が含まれていた。これらはDPATのコンピテンシーについて今後の議論の論点となる可能性があると考え、Delphi調査を進めるなかで得られた自由記述のテキストを分析し、検討を行うこととした。

II. 方法

II-1. 調査対象者

災害時のこころのケア活動に関わった経験を持つ災害精神保健の専門家、今後災害が起きたときにDPAT活動に携わることになる者、DPAT研修を受けた者を調査対象とした。加えて、災害にとどまらないトラウマケアに関する学術的な専門家も対象とした。

具体的には、日本トラウマティックストレス学会理事や全国の都道府県や政令指定都市の精神保健福祉センター長（センター内担当者）、東日本大震災時にこころのケア活動に参加あるいは受入れを行った専門職に協力を要請した。加えて、平成26,27年度に「ひょうごDPAT」研修に参加した兵庫県内のDPAT構成員や健康福祉事務所（保健所）の保健師に調査を依頼した。兵庫県では県内発災時には健康福祉事務所がDPAT活動拠点本部となりDPATの受け入れ先となる。職種は精神科医師、保健師、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士等であった。

II-2. 調査方法

研究デザインとして、Delphi法を用いた。調

査の詳細については、福井 et al.,(2015)に記載されている。

Delphi調査における第1回調査では調査対象者のうち、6名の専門家にインタビュー調査を行い、分析結果をもとに質問項目を抽出しアンケートを作成した。

第2回調査では、調査対象者として選定した全国の専門家に調査説明書と同意書、同意撤回書を郵送し、同意書へのサインと調査に使用するメールアドレスの記入を依頼し、返信を求めた。返信された同意書に記入されたアドレスに対してメールを送信し、その後、オンライン調査ツールQuestant (<https://questant.jp/>)を用いて、アンケートを実施した。「1.必要でない」から「5.必要である」の5段階のリッカートスケールで評価を求めた。「5.必要である」に回答した割合が80%以上になった項目を合意基準に達したものとした。さらに中項目のまとめりに、「回答者の意見」を記入する自由記述欄を設けた。さらに、すべての質問の最後に「DPATに関する考えや意見・アンケートへの意見」（300文字）を記入する自由記述欄を設けた。本研究ではこれらの自由記述欄に記入された意見を分析対象とした。

第3回調査では、第2回調査で合意基準を満たした項目を除外し、オンライン調査ツールを用いて、再質問項目と追加項目を加えた質問でアンケートを実施した。またアンケートと共に、第2回調査の自由記述欄で得られた代表的なコメントと回答者全体の5段階評価における回答分布を示したグラフ資料を添付し、それを参考に回答を促した。第3回調査では、3段階のリッカートスケールで回答を求め「3.必要である」に80%以上が回答することを合意基準とした。また質問の最後に「DPATに関する考えや意見・アンケートへの意見」（300文字）を記入する自由記述欄を設け、これも今回の分析対象とした。

II - 3. 調査項目

第1回調査からアンケートの形にまとめる際、DPAT のコンピテンシーは、大項目 5、中項目 14、小項目は 78 に整理された（第 2 回調査を経て小項目は 79）。第 2 回調査で、中項目ごとに回答者の意見を記入する自由記述欄を設けた。自由記述欄への回答は任意であり、200 文字までの制限を設けた。今回の調査では、この第 2 回調査で記入された自由記述のうち、第 3 回調査終了時に合意に至らなかった 8 つの中項目に対して記入された意見を分析対象とした。それに加え、第 2 回調査、第 3 回調査の最後に「DPAT に関する意見や考え」「アンケートへの意見」についてのコメントを求めた自由記述（任意回答）も分析対象に加えた。この調査では DPAT 先遣隊ではなく、各都道府県等が養成、派遣する DPAT について回答を求めた。

II - 4. テキスト分析の方法

自由記述として記入された意見を文節ごとに分類し、内容の類似したものを KJ 法にならい、内容ごとにまとまりをつけて分析を行い、カテゴリー化した。また実際のコメントをニュアンスが損なわれない程度に編集し、表にまとめた。ほぼ同じ内容であると考えられるコメントは省略した。

II - 5. 倫理的配慮

兵庫県こころのケアセンター倫理委員会の承認（H27.7.11）を受けて実施した。

調査協力者に対しては、書面で調査説明を行い、研究の目的、調査への参加は自由であること、調査中いつの時点でも同意の撤回が可能であること、撤回しても調査対象者にはなんら不利益を生じることはないことを説明した。さらに調査結果の発表に関して、機関や個人の特徴を明らかにすることはないと匿名性の確保について説明した。

III . 結果

III - 1. Delphi 調査の経緯

本研究にいたる調査の経緯を図 1. に示した。

第 1 回調査でのインタビュー対象者は 6 名（男性 3 名、女性 3 名）で、平均年齢は 51.8 歳、いずれも東日本大震災を含む災害時に精神保健活動に携わった経験を持つ専門家で、職種は精神科医、精神保健福祉士であった。インタビュー結果を分析し、78 の質問項目のアンケートを作成した。

第 2 回調査では、全国の災害精神保健の専門家 139 名を対象に調査を依頼し、同意書の返信があった 79 名（返信率 56.8%）を対象とした。オンライン上のアンケートにアクセスするための URL を記したメールを調査協力者に送信し、回答を求めた。メールを送信した 79 名中、74 名から回答を得た（回答率 93.7%）。

第 3 回調査では、第 2 回調査で回答した 74 名に対し前回と同じようにアンケートの URL を記したメールを送信し、別メールに添付した第 2 回調査の結果を参照して回答するよう求めた。回答率は 94.6% で、70 名から回答を得た。

自由記述欄への記入は任意であったが、第 2 回調査では 51 名（回答者の 68.9%）が、第 3 回調査では 22 名（31.4%）が自由記述欄に何らかのコメントを記入した。第 2 回調査と第 3 回調査の回答者属性を表 1. に示した。

最終的に合意に至らなかった小項目は 20 項目で、14 の中項目のうち合意に至らなかった小項目を含む中項目は 8 項目あった（表 2.）。

III - 2. テキスト分析の結果

第 3 回調査で合意に至らなかった小項目を含む 8 つの中項目に対する自由記述欄に、合意形成に至らなかった理由と考えられる論点が表示されていると考え、分析の対象とした。8 つの中項目におけるすべての小項目についての Delphi 調査の結果を表 3.5.7.9.11.13.15.17. で示し、そ

れらの中項目に寄せられた自由記述を質的分析
 につけ、表 4.6.8.10.12.14.16.18 にまとめた。表
 19. では、第2回調査、第3回調査のアンケー

トの最後に「DPAT に関する意見や考え」「アン
 ケートへの意見」について求めたコメントをま
 とめている。

表 1. 回答者属性

		第2回調査		第3回調査	
		人数	回答率	人数	回答率
回答者数		74	93.7	70	94.6
年齢	平均(歳)	50.9		51.7	
	SD	8.1		7.6	
	範囲	27-64		29-65	
		人数	%	人数	%
性別	男性	36	48.6	33	47.1
	女性	38	51.4	37	52.9
職種	精神科医師	36	48.6	33	47.1
	保健師	21	28.4	21	30.0
	看護師	5	6.8	5	7.1
	精神保健福祉士	6	8.1	6	8.6
	臨床心理士	5	6.8	4	5.7
	事務	0	0.0	0	0.0
	精神科以外の医師・その他	1	1.4	1	1.4
所属先	行政機関	48	64.9	47	67.1
	教育・研究機関	13	17.6	11	15.7
	病院・クリニック等の医療機関	12	16.2	12	17.1
	その他	1	1.4	0	0.0

表 2. DPAT のコンピテンシーについての Delphi 調査の結果

大項目	中項目	小項目の Delphi 結果
I . 精神科医療の提供	I -1. 基本的な精神科医療	合意
	I -2. 災害時特有の精神科医療	合意
	I -3. 身体科治療への関与	2/4 項目 合意に至らず
	I -4. 地域精神科医療機関の機能の補完	3/3 項目 合意に至らず
II . 地域精神保健活動への支援	II -1. 地域精神保健活動への支援	2/6 項目 合意に至らず
III . 支援者支援	III -1. 支援者支援	4/7 項目 合意に至らず
IV . 支援に必要なスキル	IV -1. サイコロジカル・ファーストエイド	合意
	IV -2. DPAT 活動におけるスキル	2/3 項目 合意に至らず
	IV -3. ロジスティクス	3/9 項目 合意に至らず
	IV -4. 各機関との連携	合意
V . あり方	V -1. 位置づけの理解	2/5 項目 合意に至らず
	V -2. 被災地の支援者への礼節や配慮	合意
	V -3. チームのあり方	2/7 項目 合意に至らず
	V -4. 後方支援	合意

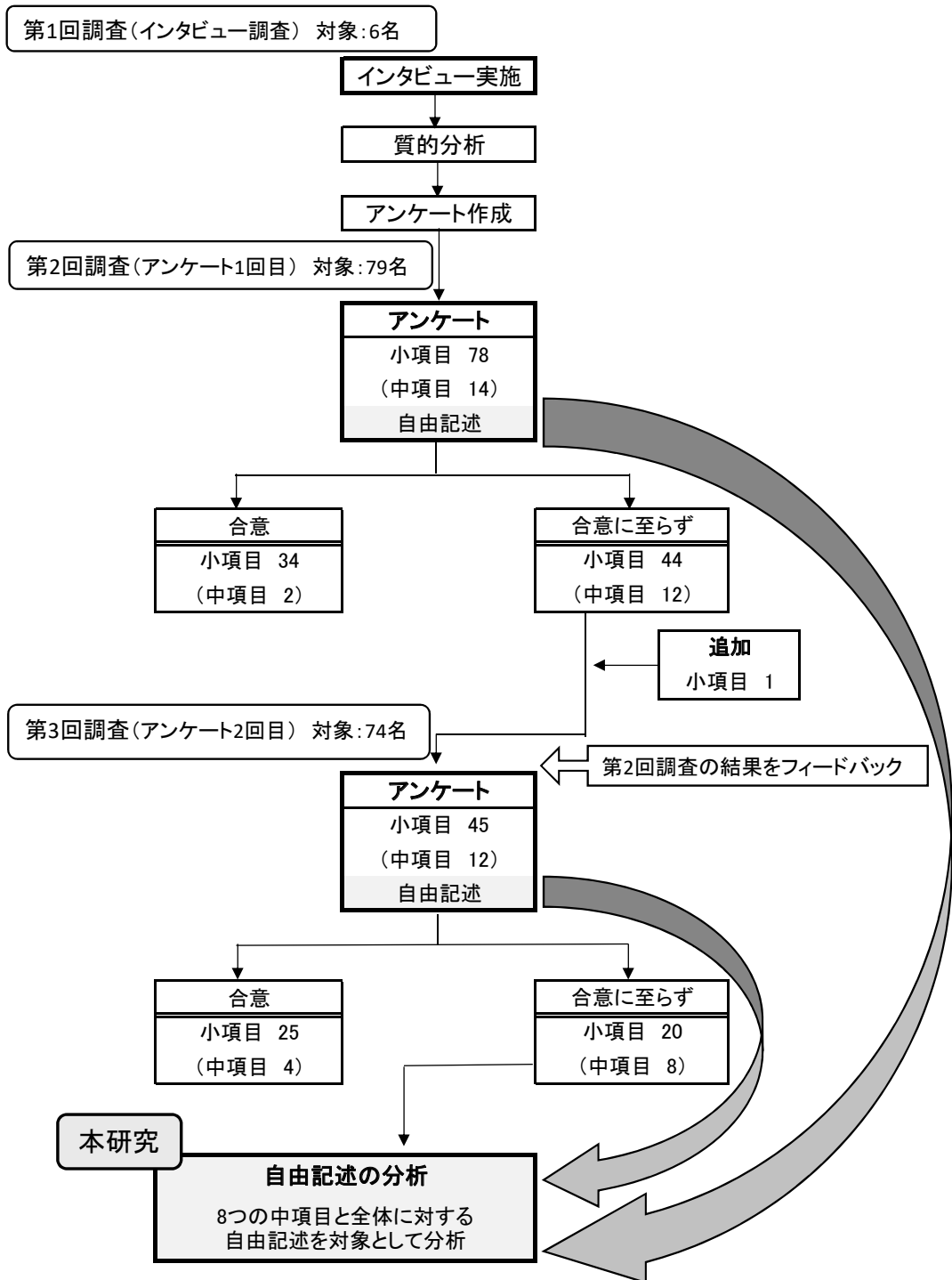


図 1. 本研究に至る調査経緯

表3. 【1-3. 身体科治療への関与】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
1-3. 身体科治療への 関与	①身体的な救急医療の知識や経験を有し、トリアージを行うことができる	14.9	28.6	×
	②身体的な慢性疾患(高血圧、糖尿病など)の治療継続を必要とする時、その重症度を判断し、軽症であれば治療を行うことができる	21.6	42.9	×
	③感冒などの軽症の身体的問題に対応することができる	35.1	81.4	○
	④専門的知識を必要とする場合には他の医療チームなどにつながるができる	95.9		○

表4. 【1-3. 身体科治療への関与】についての意見

カテゴリー	コメント	
関与の 程度	救命処置を行う	緊急時に身体科の医師がいないかもしれない。救命救急処置を行える事が望ましい。
	基本的な対応を行う	身体症状を切り口として精神科的介入することもあるため、プライマリケアレベルの対応ができることが望ましい。 悲嘆反応や精神症状に紛れ込む身体医学的な問題についても対応できることが、被災者・支援者・地域との関係づくりにも有用であると思う。 災害時は医療体制が脆弱なため、どんなケースでもある程度の対応ができることが望ましい。 高血圧等の持病の確認は最低限必要と思われ、その中でかかりつけ医への通院勧奨や専門医療の必要性等の情報提供やトリアージができれば良い。 精神症状の診察に際し、血圧、脈拍、視診、触診によって、ある程度の身体的面の評価を行うことは必要である。
	状況による リスク管理をする	中途半端な知識で軽症高血圧などへの対応、処方を行うのは、低血圧などのリスクがあり避けるべき。ただし、明らかに継続処方、薬剤名・用量が明確な場合は途切れるリスクを考え、処方することが有用な事もあるだろう。
	業務外である	基本的にDMATないし身体医にお任せすべき。 慢性疾患に対しては慎重な対応が必要なので、安易に処方対応せず専門医へ繋ぐことが必要。 身体科の支援はほぼ必ず入っている。処方の重複を避けるためにも、精神科関係者が安易な診療や処方を漫然と行うべきではない。 身体面のケアについては、副次的な機能に留めておくべきではないかと考える。
体制づく り	体制・ルールが必要	基本的には軽症なものに限られるが、他の身体の医療チームへつなぐことができる体制が求められる。 他の医療チームや地元の地域資源を事前に情報共有や連携体制しておくことで、身体的ケアの範囲もルール化しておく現場も混乱しないと思う。 被災地全体のコーディネートがポイントになると考える。提供するケアはできる限り統一した考え方で、医療人がチームとして共通目標をもってあたることが肝要。
	チーム構成の再考	精神科の専門家みでのチームと身体的ケアを行う専門家の中に精神科領域の人が加わったチームの両方が必要だと思う。 DPATとDMATでコラボして、ひとつのチームとして厚労省が編成するのはどうか。
連携・つながりが大切である	DPATのみで動くのではなく、被災地の保健・医療チームや派遣されている他地域の保健師と情報共有することで身体面の対応が可能になると思う。 精神科のチームとして対応可能かどうかを判断し、別のチームに相談し、調整、連携するスキルの方が必要と考える。 医療チームや保健師等と連携して対応できることが求められる。 外傷と慢性疾患等の優先(重度の糖尿病・透析患者・酸素利用者等と新生児・妊婦)を見逃さないチームワーク 仮設住宅では身体疾患の治療ニーズが高く、生活習慣病など身体的な話を通じて、心理面にアプローチするよう心掛けた。必要に応じて紹介状を作成した。	
自信がない	身体面へのケアが重要であることは言うまでもないが、精神科医である自分がそれを担うことに全く自信がない。	

【I-3.身体科治療への関与】(表3.表4.)では、精神科医療チームである DPAT がどこまで身体科治療を行う必要があるのかが大きなトピックとなった。「救急救命処置を行う」から「DPAT の業務外である」まで、関与の程度に対し幅広い意見があがった。他にも、「身体科治療に関する体制づくり、共通のルールが必要」「チーム構

成を再考してはどうか」といった意見、「連携やつながりができることが大切」といった意見に分かれた。「重要なことであるが、それを担うことには自信がない」といった意見もあった。これを受け第3回調査では、感冒などの軽症の身体的問題への対応までが合意を得る形となった。

表5.【I-4.地域精神科医療機関の機能の補完】における Delphi 調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
I-4. 地域精神科医療 機関の機能の補完	①被災した医療機関での外来・入院診療を補助または代行する	40.5	70.0	×
	②転院を必要とする入院患者の搬送を補助する	39.2	57.1	×
	③物資供給(薬品、水、食料など)の調整を補助する	23.0	41.4	×

表6.【I-4.地域精神科医療機関の機能の補完】についての意見

カテゴリー	コメント
支援の 程度	<p>原則的に協力する</p> <p>求められることは、支援・協力すべき。 地元の医療スタッフ自身が被災者であり、地元で医療を継続させるため代行等の支援は必要。 被災した医療機関の早期の通常診療再開は、地元にとって何よりもありがたい。安心につながる。 地域の精神科医療機関が機能するようなサポート支援が望ましいと考える。 派遣された先のニーズに対して、応えるのが救援チームなので、何をして何をしないというのは特にないと思う。 とくに当直の代行は重要ではないか。</p>
	<p>状況に応じて行う</p> <p>現地の状況で、他に担当する(できる)ものがいなければ、やることになるだろう。 被災の程度によって、支援の方法は大きく異なると思うが、外来受診者の増加や入院患者への対応で支援が必要な場合には、診療の支援をすることは自然なこと。 被災の程度によると思う。 チームの許容範囲もあり、どこまで可能かは状況によると考える。 医療機関の被害状況や支援に入ったチームの数や種類にも影響されるため一概に論じることは困難だが、医療機関支援は想定しておく必要がある。</p>
	<p>配慮して実施する</p> <p>地域の医療機関の状況に配慮した支援 被災直後は支援が必須であるとしても、地元医療との役割分担を明確にしたうえで、連携した支援活動を望む。 被災地に戻すことを基本に、一時的な代替機能であることを念頭に置きながら支援することが重要だと思う。 先方からの要請があれば可能であろう。「やりすぎない」姿勢が重要である。</p>
	<p>条件付で行う</p> <p>近隣も含め多くの医療機関が機能しなくなる大規模災害時であり、必要な時期は発災から2～3週間ぐらいの早期の時期。長期的に必要なとは思わない。 地域精神科医療機関への支援は、急性期～亜急性期に、あくまで期間を区切って限定的に行うべき。医療過疎地域の医師の補充に順ずるような役割を漫然と担うべきではない。 あくまでも通常精神科医療を補完する役割であるので、地域の精神科医療機関につながるまでの対応であることを意識する事が基本。過剰な医療や特殊な技法での対応は継続性が保てないだけでなく、侵襲的でもある。被災地の震災前の精神科医療レベルを踏まえた対応が必要。 被災する前のネットワークに依拠するべきだと考える。例えば元々医療過疎であった地域などに精神科患者を多数作り上げる必要はない。収束時をイメージして、地域の規模に留めるのがよいと考える。</p>
	<p>必然性なし</p> <p>物資供給は他のロジ機能がどの程度機能しているか等、必要に応じて対応すべきだが、専門集団として積極的に行うことではないと思う。 その場に不足しており、DPAT が実行可能な事柄は行うと良いと思うが、災害時の危機対応システムとして、これらを DPAT の役割に含める必然性は乏しいと考えます。</p>

DPAT とは異なる枠組みで行う方がよい	精神科病院の代替機能のみならずニーズに応じた派遣が必要と思われる。 被災病院への支援は、個別に対策本部を立ち上げ実情に応じて対策をとる必要がある。こうした事態はレアケースであり、DPAT 全体の議論をこの対策のために歪めるべきでない。災害拠点病院との連携についての議論が乏しい。	
支援実施のために	体制整備が必要である	地域の精神医療を回復させることは重要。ただし DPAT の枠組みは非常時のシステムであるため、災害時であっても、現在の制度下では医療機関への直接支援は難しい。受け入れ医療機関側でも外部の人達が毎週入れ替わる方法での支援は、むしろ負担になる。相手からのニーズがあれば、それに応える準備を検討することや、可能な支援の枠組みについて制度を整えておくことが必要。 転院などの支援は、患者像の把握ができていないと困難なケースがあると思う。転院支援をする場合、対象者の症状や精神状態をある程度限定する必要があるのではないかと？ 非常時に、他の医療機関で診療を行えるような枠組みが必要（通常の手続きではなく、簡易な手続きですむなど）。
	支援の仕組みを検討する	迅速に県内で、支援体制を組む（東日本は例外的だった） 地域精神科医療機関の被災状況や、圏域を越えて他精神科医療機関の受入状況など行政とのパイプ役が必要である。 医療機関は押し寄せる患者への対応で精いっぱい、被災の1週間後に地域のネットワークが機能していることを把握していなかった。動くことのできる支援者が情報を流し、孤立させない配慮が必要と考える。
	役割分担・連携が必要	理想としては、対応可能な医療機関への搬送や医療物資なども含め物資供給に力を発揮できるのなら、他の地方自治体や自衛隊などと役割分担などしながら実際の支援を行ってほしいとよい。 搬送が必要な患者とは、精神症状のある身体疾患患者なのか？、病院が壊れたため搬送が必要な精神疾患の方なのか？付き添い必要があるかはケースバイケース。搬送には移送手段が必要なので、DPAT 単独では困難と考える。DMAT、自衛隊等との連携が必須ではないか。
	DPAT の役割を再考	被災病院への支援活動は被災地域全体の精神医療、資源の損失状況や外部支援チームの数等によって大きく変化する。DPAT には、その病院の被災状況や残存患者の精神状態の重症度等の専門的な情報を収集し、被災地医療対策本部や DPAT 調整本部等の判断をサポートする役目がまずは求められると思われる。 外部支援者としての関わりも重要であるが、まずは地域の実情を把握している地域の支援者が精神科医療活動を展開できるよう、サポートが必要と考える。
	難しさがある	地域独特の医療文化があるように感じたことがある。やり方や考え方に違いがある。

【I -4. 地域精神科医療機関の機能の補完】（表5.表6.）については、第3回調査まで3つの小項目全てが合意に至らず、自由記述欄には数多くの意見が示された。これらは国が示したDPAT活動マニュアル³⁾による項目で、被災した精神科医療機関への支援に関する内容である。「原則的に協力する」から「支援実施には配慮が必要」「DPATの役割とする必然性はない」といった意見、また「DPATとは異なる枠組みで行う方がよい」とする意見等、多くの幅広い意見が示された。他にも支援実施のためには「体制整備が必要」「役割分担や連携が必要」「DPATはサポート役である」など様々な意見があった。

【II -1. 地域精神保健活動への支援】（表7.表8.）では、「地域精神保健活動を理解すること」

「地域の支援者をサポートし、連携して活動すること」を重視することに分類される意見が多くあった。また地域精神保健活動については「特別な活動ではない」という意見と「日常的に経験するのは難しい」と相反する意見があった。概ね、保健師をはじめとする地域の支援者をサポートし、地域精神保健活動を理解したうえで活動を行うという点で理解が得られており、それに反対する意見は見られなかった。

【III -1. 支援者支援】（表9.表10.）においては、「支援は重要」や「負担にならない形で行う」こと、「客観的にサポータータイプに支援をすることが大切である」等の意見があった。「③専門業務外の支援の実施」や「⑥見通しを共に検討する」については賛否双方の意見があった。また、III -1. で挙げられている全ての小項目につ

表7. 【II-1. 地域精神保健活動への支援】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
II-1. 地域精神保健 活動への支援	①地域精神保健における保健師の役割を理解し、その活動を支援する	82.4		○
	②日常的に地域精神保健活動に関心を持ち、保健師などとともに活動する経験を持っている	47.3	70.6	×
	③こころのケアを前面に押し出すことなく、被災者に抵抗感を与えずに接することができる	87.8		○
	④被災者の訴える不安や不眠などに対して、適切な心理教育を行うことができる	70.3		
	→ 被災者の訴える不安や不眠などに対して、心理教育(わかりやすい説明)を行うことができる		91.4	○
	⑤対応を必要とする住民に対して、医療以外の幅広い支援を行うことができる	44.6	65.7	×
	⑥安易に診断したり、投薬をするなどの医療モデルによって、すべての被災者に対応することの危険性を理解している	90.5		○

表8. 【II-1. 地域精神保健活動への支援】についての意見

カテゴリー	コメント
地域と ともに	<p>一般の地域保健活動ができること。</p> <p>DPATの活動は被災地の地域精神保健福祉活動に引き継がれるため、地域の活動と共に勤めることが効果的。</p> <p>保健師などと活動した経験がなくても、活動の理解に努め地域のやり方に合わせて協力してもらえると、地域の保健師はとても助けられる。</p> <p>地域精神保健福祉活動の知識、経験はチームとして必ず必要。チームリーダーとなる精神科医が、地域精神保健福祉活動について理解しておくことが望ましい。</p> <p>被災前の地域精神保健活動の状況を熟知すべきである。</p> <p>地域の特性があるので、ニーズに沿って活動している地域活動を理解した上での活動が望まれる。</p>
	<p>保健師等の地域支援者のサポートができること。保健師等の活動を批判したり押しつけがましくなることなく、活動を共にして求められる役割を担い、支援者のメンタル的なサポートも行う。</p> <p>保健師に代表される地元地域精神保健に関わる方々の力量や震災対応による過剰業務による状況等を配慮し、地元支援者をサポートしつつ、協働するスタンスが大切。</p> <p>地域の保健師が活動できるよう、まずはサポート的な支援を行うことが望ましいと考える。</p> <p>保健師と活動したことはなくても、保健師の役割を理解しサポートする。</p> <p>実際にチームが派遣されるときはタイミングにもよりますが、自分が表舞台で働くより現地の支援を行うことが一番大事であることも多いと思う。幅広い活動への認識が重要。</p>
	<p>公衆衛生チーム、地元保健師との連携は不可欠。</p> <p>支援の中で、すぐに地域の特性を理解するのは困難と思われるので、地域の保健師とともに活動してほしい。</p> <p>被災地では、援助希求できずに自宅にいるメンタルヘルスの問題を抱えたままの人がいる可能性が高く、地域保健活動との連携は大事である。</p> <p>医師にも、先導する保健師さんの指示にある程度従える度量と共に作戦・対応策を考えられる姿勢が必要。</p> <p>被災地の保健活動との共同作業によって円滑に支援が遂行できると考えられる。被災地の保健師等との連携体制をどのように構築するかが課題となろう。</p> <p>被災地の地域精神保健福祉を担う者との協力体制が欠かせないことを把握して活動することが必要。</p> <p>「何が必要か」を、住民をよく知っている保健師と情報共有できるとよい。心のケアチームが到着するまでの間に「医師の必要な方」と「医療スタッフが話を聞く方」に分けて調整し、多くの被災者を効率よく支援につなぐことができた。</p>

特別な活動ではない	心のケアのみならず、住民に安心感を与えるよう接し、出来る範囲の支援を行うことが必要である。 被災地だからといって特別な地域保健活動をするのではなく、世間話や日常生活での困りごとなどを丁寧に対応していくことが大切だと思う。 医療・服薬優先ではなく、広域的な災害時のこころのケアができる人材育成と、平素から保健所等の地域精神保健活動について顔の見える関係づくりが必要である。
日常的に経験するのは難しい	いずれもDPATチームが有しておくべき必須の力量だとは思いますが、現実的にはこれらを要求するのは難しいだろうと思う。 普段から経験できている精神科領域の専門家は多くないであろう。むしろ被災地支援での地域精神保健福祉活動を学ぶことにより、日常の仕事に還元できることが望ましいと思う。
アセスメントが大切	災害規模と被災地のネットワークのダメージ度合いにより変化する。その評価が最も大切。 被災地に蔓延するリスク対応であることを意識する必要があると思う。(個別精神ケアとは区別して考える必要がある。)
役割を分担する	チームで役割分担しながら活動を行うことが重要と考える。 方法論が必要。マッサージ、リラクゼーション、子どもであればスポーツや身体遊びなどの活動を提供できることが必要。 地域の医療機関との役割を話しあう連携会議が必要。
中長期に必要	特に中長期的対応に求められるものとする。

いて「全てを行うことのできる支援者は限られており、一般的なDPATの業務とは切り離して、より専門性の高い者が行うことが望ましい。」という意見もあった。

【IV-2.DPAT活動におけるスキル】(表11.表12.)では、「スキルは必要」という意見の一方で「できるにこしたことはないが、必須ではない」「得意なメンバーが行えばよい」との意見があった。「メンタルヘルスの講話や実

技に関して、パッケージ化されたものを共有できるとよい」という声もあった。

【IV-3.ロジスティクス】(表13.表14.)については、「ロジ活動の重要性」や、「自己完結型で行う活動の大切さ」を認識する声の他、「ロジ担当者の果たす役割の重要性」を認識した意見が多くあがっていた。「事前研修の必要性」や「今後の課題」について述べる意見があった。

表9. 【III-1.支援者支援】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
III-1. 支援者支援	①支援先の組織がおちいっている機能上の問題や葛藤状況を的確に把握することができる	63.5	82.9	○
	②被災地域に入る外部支援者(チーム)のコーディネートを地域の支援者に代わって行う	13.5	14.3	×
	③専門外の業務であっても、地域支援者からの求めに応じてマンパワーを提供する	31.1		
	→ 専門外の業務であっても、地域支援者からの求めがあれば可能な支援を行う		61.4	×
	④地域内の支援者に対する心理的相談を受けることができる	78.4	97.1	○
	⑤地域内のさまざまな職種の支援者に対してメンタルヘルスに関する研修を行うことができる	62.2	78.6	×
	⑥災害精神保健に関する専門性を持ち、地域の支援者に中長期を見通した課題や方向性を伝えることができる	51.4	77.1	×
	⑦惨事ストレスや、支援の長期化などによって生じる支援者の疲弊について理解している		98.6	○

表10. 【III-1. 支援者支援】についての意見

カテゴリー		コメント
支援への認識	支援は重要である	<p>支援者の心理的ケアを行うことは重要。</p> <p>地元の支援者自身が被災者であることを理解しておく必要がある。</p> <p>自身やチームの疲弊等についても関心を持つべきである</p> <p>被災後の復旧が遅れるほど支援者への支援の重要度が増すと思う。</p> <p>二次被害のことも考えに入れて、支援者支援は大切だと考える。</p> <p>心のケアチーム投入直後から「支援者のメンタルケア」を所内で実施していただいた。医療職や消防・警察関係者は覚悟を持っているが、遺体や死亡届けを担当する行政職員へのケアが大きかった。私も共感に大きく勇気づけられ、支援を続けられた。</p>
	負担にならない形で行う	<p>支援者支援の重要性が理解できていないと、支援が迷惑になってしまうであろう。</p> <p>被災地は、混乱している中で外部支援者の対応に時間を取られる現状がある。全体の状況を見ながらアドバイスや支援を受けたい。</p> <p>支援者も被災者であり、疲弊するのは当然である。交代でやってくる外部支援者が、地域内支援者の負担にならないような構造が望ましい。</p> <p>支援者を指導する姿勢ではなく寄り添ってほしい。</p> <p>地域内のさまざまな職種の支援者に対してメンタルヘルスに関する研修を行うことが「できる」ということが重要であり、研修疲れにならないような配慮も必要だと思う。</p> <p>災害精神保健について、どの程度把握しているかを評価することは困難であるため、安易な知見の提供や意見の押しつけは避けるべきだと思う。</p> <p>活動が十分に動いていなくても、批判することなくじっくり話を聴いてあげること。そのことが支援に繋がると思う。</p>
③ 専門外の業務実施	賛成	<p>日々の対応に追われ、支援者自身が心身の健康に目がいかないことが多いと感じる。直接的な支援だけでなく、外部支援者がいることで地元の支援者が仕事を休む機会を持ってもらうことも重要な役割だと思う。</p> <p>マンパワーが不足している場合は専門外も行う柔軟さは必要。</p> <p>支援者の休息と負担の軽減につながる支援は、必ずしも精神科領域ではなくとも協力したい。</p> <p>専門外の支援については、その時々判断にまかされると考える。</p>
	慎重に考えるべき	<p>専門外の業務をすることは、地域支援者とのコミュニケーションの確立のためには時に役に立つかもしれないが、DPAT チームはそれ自体貴重な医療資源であることを考えれば、本来の業務に注力すべきとも思う。</p> <p>専門外の業務をノルマとするのは、メンバーの二次受傷の可能性があり、慎重にすべき。</p>
マクロな視点	② コーディネートの代行	<p>支援者がコーディネートを担えるるといのが難しい場合もある。担えるようにフォローすることではないか。</p> <p>地元支援者の業務をサポートすることは重要だが、業務内容によってどの程度肩代わりできるかは異なる。外部支援者のコーディネート等の重要な役割は 全てを肩代わりするのではなく、地元支援者を中心しつつ、サポートする体制が望ましいと思われる。</p> <p>コーディネーターの支援は、支援の連続性と同質性を考えると、かなり困難だと思うが、最も大きな負担はコーディネーターに集中する傾向があると思われる。</p> <p>コーディネートについては、地域の支援者に代わって行える部分と、そうでない部分とがある。代替可能な部分についてのコーディネートを行ったり、地域の支援者をサポートするという役割は大切だと考えられる。</p>
	客観性を保つ	<p>被災地における支援者のメンタルヘルスについて、客観的な視点から支援を行うことが望ましいと考える。ただし、全てを被災地の要望に合わせ対応するのではなく、ニーズを冷静に見極める必要がある。</p> <p>被災地内をよく知る現地チームの指示に従い行動するが、客観的な判断が必要な場合はむしろ被災地域外のチームの方が得意と考える。支援者の能力を高めることも DPAT の役目とも考える。</p> <p>地域の状況を客観的に判断し、ストレスを軽減させる働きかけを行うリードをしてほしい。</p>

⑥見通しを共に検討する	賛成	被災地のスタッフは、目の前の課題を片付けていくことに精一杯であるため、中長期的な展望の必要性や見通しを、一緒に検討してくれることを望んでいる。 災害精神保健の専門家でなくとも、現状等から中長期の課題や取組を一緒に考えられることが大事。 地域でできることや今できること、長期的な方向性等をしめし、今後困った時に相談できる体制ができていれば支援者は心強い。
	懐疑的	1週間の派遣期間の中で、現地の支援者の業務の代行として長期の見通しを立てたりすることに意味があるのかわからない。
専門的な支援	チームの力量次第である	支援チームの特性や専門性に応じた役割を担うべきと考える。 被災地に負担をかけないことを基本に、チームの力量によってくる。
	一般のDPATでなく、特別なチームが行うべき	このような支援者支援が行われることが望ましいが、支援者支援の経験や専門性を十分にある方が行うことが必須で、そうでなければ被災地に迷惑になる危険性も孕む。DPATにこのような専門家が含まれていなければいけませんが、そうとは限らないため、支援者の心理的相談や簡単な研修以外の支援は、DPATとは切り離して支援者支援の専門家が行う方が望ましい。 このような業務は要求される能力が特殊であり、分けて考えたほうがいいかもしれない。両方を兼ね備えるチームは作りにくいと思う。 支援者支援やアドバイザー的能力をすべてのチームが持つことは難しいが、市町村や保健所ごとの一つは、そのような能力を持ったチームが必要である。 全て出来るチームや人は確保が困難であろう。

表11. 【IV-2.DPAT活動におけるスキル】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
IV-2. DPAT活動にお けるスキル	①住民が集まる会などで、リラクゼーションの仕方や呼吸法などを指導することができる	33.8	61.4	×
	②ボランティアなどが行う茶話会などにスタッフの一員として参加し、場を盛り上げることができる	17.6		
	→ ボランティアなどが行う茶話会などにスタッフの一員として参加し、会の進行を手伝うことができる		47.1	×
	③講話などを通じて、被災地域の住民に対しメンタルヘルスに関する普及啓発ができる	48.6	85.7	○

表12. 【IV-2.DPAT活動におけるスキル】についての意見

カテゴリー	コメント
スキルを用いることができる	メンタルヘルスに関する啓発活動は必要と考える。 リラクゼーションなども必要。 支援者やボランティアに、被災者のストレス解消、リラクゼーションの方法などを指導し、様々な活動や集まりで取り入れていけるようにすることも必要。 「自分の話を聞いて欲しい」方々に啓発活動だけでは難しく、啓発活動の前後に相談面接場面もあるとよい。 被災後しばらくたった時に必要とされ、仮設住宅の集会所で様々な講話を行った。チームの紹介をしてから、話をし、ストレスチェックを・・・ということを実施した。
できるといいが必須ではない	どこまでをDPATが担うかにもよるが、スキルを持っておくに超したことはない。 出来るにこしたことは無いが、チーム構成の条件とするのは必ずしも妥当とは思わない。 このようなスキルは実際に被災地でよく求められていると思われる。ただ、DPATの優先事項ではないかもしれない。
メンバーによって活動も変化する	チームのそれぞれのメンバーが得意なこと、できることを行ったらいいと思う。 職種もさることながら、個人個人のパーソナリティーによっても出来る出来ないが異なると思う。 チームのメンバーのなかで、役割分担できると良い。 メンタルヘルスに関する啓発活動の他のスキルはチームによる許容範囲があると思われる。 場をもちあげることができる人をスタッフにいておくといいが、必須ではない。

地域に寄り添うことが大切	<p>受容共感的な接し方ができることが必須であり、まずはそれだけでも十分だと考える。</p> <p>現地の活動に寄り添い、活動を通して精神保健の視点で必要な事項を被災地に伝えることができるスキル。</p> <p>ニーズをアセスメントする力。害にならないよう話をお聞きして、必要な情報を届けることができたらいののではないか。</p> <p>地域の支援スタッフのサポート的な支援が望ましいと考える。</p> <p>被災地域住民の中へ入って活動することは大変だが、地域のスタッフとともに活動することで実践できると思う。</p> <p>活動のスキルを必ずしもコーディネートできなくても、参加することが大切と考えられる。</p> <p>DPAT の活動としては専門性を活かせる部分をきちんとおさえつつ、地域支援者のサポートとして他に何ができるかを考えるべきと思う。</p> <p>被災地の状況に応じて支援を行う。</p>
パッケージ化してあるとよい	<p>派遣前に、メンタルヘルスに関する技術や講話・実技を伝授してもらうことで、派遣先ですぐに用いることができる。</p> <p>スキルについてマニュアルが必要。</p> <p>ツールは情報提供も踏まえて、ある程度パッケージ化されていれば、活動内容が均一化されると思う。</p> <p>DPAT が一般被災住民への心のケアを担うのであれば、心理教育・ストレスマネジメント技法・時期に応じたストレスチェックのあり方など具体的なツールの共有が必要。</p>

表13. 【IV-3.ロジスティクス】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
IV-3. ロジスティクス	① DPAT の派遣元である本部(調整本部)と現場の活動拠点との間で連絡調整をする	83.8	/	○
	② 関係諸機関と役割や担当地域などの業務内容の調整を行う	75.7	94.3	○
	③ 情報が不足している時、機動力を発揮して精神科医療機関、避難所などに直接出向き、情報を収集する	59.5	71.4	×
	④ 通信インフラが整っていない場合にも無線機や衛星電話を使いこなし、活動を維持することができる	45.9	62.9	×
	⑤ DMHISS(災害精神保健医療情報支援システム)の活動記録機能を適切に使うことができる	45.9	61.4	×
	⑥ 活動拠点本部などで開催されるミーティングや地域のキーパーソンから活動に必要な情報を得る	74.3	98.6	○
	⑦ 得られた様々な情報を総合して判断し、活動に活かすことができる	75.7	100.0	○
	⑧ 被災地で得られた情報(特に個人情報)を適切に管理する	91.9	/	○
	⑨ 現地での移動、食事、宿泊等を自ら確保し、被災地域に迷惑をかけず自立した活動を行うことができる	94.6	/	○

表14. 【IV-3.ロジスティクス】についての意見

カテゴリー	コメント
重要である	<p>いずれも極めて重要な項目だと思う。</p> <p>被災地の現状に即した対応として、調整能力が発揮されると、業務をスムーズに進めることが出来る。</p> <p>支援チームが円滑な支援を展開するため、また被災地支援者の邪魔にならないために調整や情報の統合及び伝達が必要である。</p> <p>被災地に対して生活上の負担を掛けずに支援を行うためには必須の備えである。</p>
自己完結での活動が大切	<p>被災現地に負担をかけない。</p> <p>自己完結型で活動が行えることが大切である。</p> <p>被災地に対して生活上の負担を掛けずに支援を行うために必須である。</p>

ロジスティクス担当者の重要性		<p>情報の検索、整理報告を、診療とは別の担当者が行うことは支援の効率を格段に向上させる。連絡調整は、専門職ではなく(事務)担当者が主となって地元や本部と行うことが望ましい。専門職だけの連絡調整や判断は、しばしば「やりすぎ」を招くように思う。</p> <p>事務職が不可欠。</p> <p>ロジスティクス担当者(事務担当者等)が行うには難しい内容もあると思われる。</p> <p>緑の下の力持ちで、チーム活動がスムーズにいくために必要不可欠なので、調整能力が高いメンバーが担うことが望ましいと思う。</p> <p>担当者がチームの中心になり連絡調整や情報収集を行うが、ロジスティクスの役割は複雑で多岐にわたっているため、負担が大きくなりすぎないようチームで検討が必要。</p>
研修の必要性	平時の準備	<p>ロジスティクスについて研修でも積極的に取り上げられる必要がある。平時から準備しておかねばならない。</p> <p>ロジスティックは、最も重要な機能と考えられる。事前の研修は必要と思われる。</p>
	衛星電話	衛星電話が必要な場合もあるかもしれないが、そのための研修が欠かせないものとは思えない。
情報収集の仕方		<p>チーム自ら動いて情報収集を行い、出来る範囲の活動を行うことは必要と考える。</p> <p>災害医療チームとして、情報収集の能力などは医療とは異なるが必要なスキルと考える。現場とうまく連携をとりつつ、場合によっては混乱している現場を客観的に分析判断し、調整していくスキルが必要と考える。</p> <p>チームによる情報収集は必要なこともあるが、単独で行動することにより、被災地の機関の邪魔になったり、プレッシャーになることがある。できるだけ地元のまとめ役の機関を定め、そこを通して情報を入手すべきだと思う。</p>
ロジ業務で留意すること		<p>被災地支援の全体像の中に位置づけられた形で活動することは重要である。</p> <p>支援を開始すると同時に、(開始する前からでも良い)引き際を考えておくことが重要。</p> <p>個人情報について被災者のデータは基本的に、被災地に属するものであり、持ち出しにあたっては慎重であるべき。</p>
今後の課題		ロジを育成するには専門性や時間、資金も必要である。そのため、DPATを広めていくためには、超急性期や急性期に活動を行う上で必要な部分と、全体を通じて必要な部分を区別して、整理していく必要があるのではないかな。
DMHISS		DMHISSの情報を把握していなかった。

【V-1. 位置づけの理解】(表15. 表16.)では、「関係者の共通理解の下で自らを位置づけ、ニーズに応じて動く姿勢が重要である」という意見があった。合意に至らなかった小項目である「④リーダーシップの発揮」と「⑤24時間体制の活動」については様々な意見が表された。「リーダーシップをとるのは現地の担当者である」と

DPATがリーダーシップをとることに反対する意見がある一方で「災害現場は混乱している。リーダーシップを発揮した支援を望む」との意見もあった。⑤では「やむをえない場合のみ」「状況に応じて」と、進んで24時間体制での活動を支持する意見はなく、「メンバーの健康管理が大切である」という意見が多くあがっていた。

表15. 【V-1. 位置づけの理解】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
V-1. 位置づけの理解	①災害において、DPATが派遣されるプロセスを理解している	71.6	90.0	○
	②被災地における指揮命令システムを理解し、それにしたがって活動する	90.5	/	○
	③派遣先の状況に応じて、チームが果たす役割を見極め、適切に力を提供する	90.5	/	○
	④活動の方向性について現場で積極的に意見を主張し、リーダーシップを発揮する	13.5	14.3	×
	⑤被災地域のニーズに即時的に応じる必要がある場合、24時間体制で活動を行うことも視野に入れる	23.0	31.4	×

表16. 【V-1.位置づけの理解】についての意見

カテゴリー		コメント
位置づけ	関係者の共通理解と体制整備が必要である	DMATともすり合わせが必要。 各自治体の防災計画等の災害対応マニュアルに位置づけておくことが必要。 研修等で継続して医療・保健・行政関係者が一同に理解しておく必要がある。 位置づけに関し、各チーム間での共通理解は必要と考える。 国が各都道府県に整備を求めているなら予算措置してもらえたと、研修にも参加しやすい。 自らの位置づけと限界を理解し、被災地と必ず連携しながら活動する。
	ニーズに応じて動く	ニーズに応じる姿勢は重要。 隙間を埋める存在という役割が中心になると思う。
④リーダーシップをとること	反対	被災地でのリーダーシップは現地の精神保健医療担当者が担うべきである。 被災地の人々に対して、一方的に指示するようなリーダーシップは望ましくない。 DPATはあくまで補完的な機能であり、現地の方針を最優先して活動することが基本。 リーダーシップは自分達の与えられた業務に関して発揮されるべきであり、地元支援者の活動やシステムに沿うことが望ましい。 被災地における指揮命令系統を理解し、それにしがたがって活動するのが基本。勝手にリーダーシップは発揮しない。
	例外はあるが概ね反対	被災地の行政機関等が麻痺している場合には必要なこともあるが、基本は被災地の行政・医療機関の判断を重視すべき。 まったく被災地が機能しておらず代行の必要があるときは求められるだろうが、被災地の指揮命令に従いながらサポートすること。
	賛成	災害現場は混乱しているので、リーダーシップを発揮した支援を望む。
	負担をかけない	積極的な活動は必要であるが、でしゃばったり、邪魔になるなど現地の負担にならないようにすべきであり、状況の判断が必要。 現地支援者に負担のないように考える。
⑤24時間体制での活動	やむをえない場合のみ	現実的に24時間体制はあまりないが、急性期の患者の受け入れなど、被災地の医療機関が麻痺していれば対応することもあるかもしれない。 DPAT単独で活動が完結することはありえないので、やむを得ない場合を除き、活動時間については地元支援者の枠に準じることが望ましい。 発災直後には24時間体制もあるかもしれないが、中長期的に効率よく働くためにはそうならないマネジメントが必要。
	状況に応じて	24時間体制に応じるかは、支援チームの継続性によって異なる。 健康管理も重要であり、無理せず必要であれば交替で24時間体制を作ること。
	弊害の可能性を認識	サービスの質を妥協させないため、支援者側のコンディションを整えておくことが重要。このような体制作りはDPATの整備の上でかえって妨げになる危険もある。
	健康管理が大切	支援者として自身の心身に余裕をもって活動することが求められる。 自分のチームの特性や限界性についても十分留意するスキルが必要。 先遣隊は別として、活動の限界を認識しておくことが必要。二次被害が生じないように。 チームの士気やメンバーの健康を保つことも大切。

【V-3. チームのあり方】(表17. 表18.) については、「よい支援を行うためにチームの健全性が重要である」、また「チームとして継続性を保ち、切れ目のない支援体制が大切である」といった意見があった。

【「DPATに関する考えや意見」「アンケートへの意見」についてのコメント】(表19.)では、「DPATの概念がはっきりしない」「中長期を重視した活

動が望ましい」「急性期を重視したDPAT体制への危惧」「多くの人が参加できる体制を整備する」「今後の課題」など、DPATのあり方に関する意見があった。また調査を通じて、「災害によって活動内容は変化すると考えられ、コンピテンシーの同定は難しい」「継続した検討が必要」といった意見、さらに研修に関して効果的なその進め方についての意見等が表されていた。

表17. 【V -3. チームのあり方】におけるDelphi調査の結果

中項目	小項目	第2回調査 評定5(%)	第3回調査 評定3(%)	合意
V -3. チームのあり方	①チームが果たすべき役割について、チーム内で共通認識を持っている	94.6		○
	②チームとしての独立性を保ち、信念を持って活動する	35.1	37.1	×
	③チームの活動において必要な点を冷静に互いに指摘しあい、改善に向けて努力することができる	74.3	90.0	○
	④チームの構成員がお互いの業務をカバーし合うことができる → チームの構成員の誰もが基本的な業務について理解しており、その業務を実施することができる	64.9	85.7	○
	⑤チームの中に災害後のこころのケアに関する知識や活動経験が豊富なメンバーがいる	47.3	65.7	×
	⑥地域の活動方針を理解し、チーム(班)が交代しても継続性のある活動ができる	89.2		○
	⑦チーム構成員がセルフケアをするとともに、互いをねぎらい、安定した活動を維持することができる	93.2		○

表18. 【V -3. チームのあり方】についての意見

カテゴリー	コメント
よりよい支援のために	<p>チームやメンバーの健全性が支援に影響を与える</p> <p>DPAT活動では1週間～10日間行動を共にするので、支援に対する同程度の価値観やある程度の協調性は必須だと思う。</p> <p>チームの雰囲気は支援に直接影響する。互いを尊重しながら冷静にかつ我慢しすぎないように思いを共有することが大切。</p> <p>メンバーの健康を保つことも必要。ストレス下での活動でもあり、お互いが共通認識をもって活動しやすい環境をつくれることが大事だと思う。</p> <p>多職種によるチーム編成であるため、チーム内での意思疎通や活動の共有が必要であり、チームとしての統率がとれていること。セルフケアは大事。</p> <p>互いへの思いやりが無いチームがよい支援をできるとは思えない。</p> <p>安定した活動は、安定した支援の提供を意味する。もっとも重要なことだと思う。</p>
	<p>多職種である意義</p> <p>多職種チームとしてあらかじめ準備しておくことが必要。</p> <p>チームが多職種であることで、より効果的な関わりが出来る。</p>
	<p>継続性が大切</p> <p>各チームにばらつきがあることは仕方がないが、できるだけ派遣に行った者から派遣前の心構え等を伝授するようにする。</p> <p>一つのチームが永続的に支援を展開することは困難であることから、チーム内で共通認識を持ちつつ、それを次のチームに引き継ぐ継続性が必要と考える。その際、被災地を置き去りにしたチーム独自の方針にならないよう留意する。</p> <p>チームとして継続して引継ぎを行い、切れ目ない支援体制をとれたことで被災地では安定した活動ができた。</p> <p>活動するチームがすべての点を実現できる事は望ましいが、難しいこともあると思われるため、派遣元(DPAT調整本部など)からの後方支援も重要と思われる。</p>
	<p>チーム編成で留意すること</p> <p>チーム編成には若干の注意を払いたい。経験が浅くとも問題なく、むしろ過去の経験にとられやすい、おせっかい、でしゃばりな経験者の存在は困ったことになりそう。</p> <p>お互いに意見が言える人間関係で構成されていることが何より望ましいが、そうとばかりもいかないのが現実と思われる。</p>
状況に応じた柔軟性	<p>チーム全体として挙げられた内容を共有できることが望ましいが、「べき論」的に尊重されすぎてチームの自由度が損なわれないことを望む。</p>
疑問	<p>あらかじめ、平常時にチームとして研修等を受けている方が良いのか、流動的にメンバーが替わることを念頭に自分の職種の役割を理解している方が良いのか、どちらがよいのだろうか。</p>

表19. 「DPATに関する考えや意見」「アンケートへの意見」についてのコメント(第2回、第3回調査を合わせて)

カテゴリー	コメント
DPAT の概念がはっきりしない	<p>DPAT の定義、支援の期間などの整理が必要。国の考えるものと県の DPAT との整合性が必要。</p> <p>被災地での役割については、まだ十分に検討がされていないように思われる。</p> <p>災害直後の支援なのか、ある程度長期にわたる支援を考えるのがよくわからない。</p> <p>厚労省の発信する内容を調べても、DPAT の役割や災害支援の中の位置づけが、よく分からない。どのように整備を進めるべきなのか、例えば地方自治体で財政や人事を司る部署に明確な説明ができないため、進められずに停滞している。</p> <p>被災地主体の視点で、国全体でほぼ共通したかたちを作っていただきたい。</p> <p>国政レベルで DPAT 体制を組み立てて行く立場の人達は、災害支援やトラウマケアに関して経験豊富であるか、そのような人達の意見を理解して取り入れることができることが、必要不可欠であると思う。</p> <p>DPAT の対象を精神科医療の対象にするのか、被災者すべての心のケアをめざすのかによって、アプローチが異なる。これを明確にしてから検討したい。DPAT は前者に比重がかかっていると思われる。</p> <p>DPAT の必要性は理解しているが、役割や動きについてはよく理解しているとはいえない。実践的な研修(災害のシミュレーション、ロールプレイなど)を受けてみたい。</p>
中長期を重視	<p>イメージとしては、災害直後よりある程度長期のものが望ましいと考える。</p> <p>DPAT による被災者の心理的ケアはむしろ中長期的なものが求められているのではないか。地域精神保健福祉における中長期的な視点、トラウマ関連の最低限の知識は必要かと考える。</p>
D P A T の あ り 方 急性期重視への危惧	<p>従来のこころのケアチームの活動をベースに置くことが基本。現在の DPAT 先遣隊が実際に機能するシチュエーションは限られるように見え、現実感が湧かない。先遣隊ばかりに投資するのは費用対効果が低い。</p> <p>現在の DPAT の議論は先遣隊に特化し過ぎているように思う。被災病院支援や DMAT 等の急性期に特化した支援チームとの連携も重要と思われるが、現場レベルでみるとまずは県内、または隣接県に局限した規模の災害対応が中心になると思われるため、先遣隊以降の DPAT 活動の質の担保や地域レベルでの体制整備をどのようにしていくのがもっと議論されるべきだと思う。</p> <p>DPAT 事務局による先遣隊研修が先行していることもあり、超急性期の対応についての認識については深まったと思うが、従来のこころのケアチームが担ってきた急性期の終わりから中長期に関しての対応はどうか。医療だけではなく、地域精神保健福祉の対応が望まれるであろうし、そのための研修体制が必要だと思う。</p>
急性期中長期における役割の違い	<p>発災直後の支援と中長期支援は分けて考えた方がよい。</p> <p>発災直後しばらくは DPAT (精神科医療) が主となる活動と思うが、その後、中長期的には地域が主となり活動していくことになり、被災者である住民の生活をイメージし、住民が混乱することなく、住民が持っている力を活かした支援ができるよう、関係者は各時期で目指すところを共有し活動することが大切だと思う。</p> <p>災害時の発生直後の精神的・心理的ケアは、身体的ケアや生活支援を行う援助者が中心となり、その背後でそれら援助者を支援する活動が求められると思う。しかし、精神科疾患患者への対応は DPAT が戦力とならなくてはならないと思う。</p>
多くの人が参加できる体制を整備する	<p>少数の重厚なチームではなく、薄く広くても、多くの人を関わらせるための準備や仕組み作りが必要。</p> <p>経験者が支援に行くことで安心や安定があると思うが、人材育成という視点で、経験のないスタッフが不安なく参加できるような研修も必要だと思う。</p> <p>必要となる知識、経験、装備は、理想を求めればきりが無い。基本的に必要な知識、技術、装備、後方支援を示し、今後の研修を通じて、なるべく多くのチームが参加できる体制整備が大切だと思う。</p>
効果的な活動のために	<p>指揮命令系統の確立と、目的を明確にした情報の整理がカギとなる印象がある。</p> <p>DPAT のメンバーは、専門的な知識や技術を持っていることは当然であるが、対人関係能力、協調性、調整能力が高い人が望ましい。</p> <p>実際には理想的なチームはないため、働きながら学ぶことになる。専門的だとしても寄せ集めでは凝集性が担保できないので、多少専門的でなくともまとまりがあるチームがよい。とくにリーダーの責任は大きいと考える。</p>

D P A T の あ り 方	課題	<p>現在は行政職なので、DPATを受け入れる側として考えておかなければいけないことが多いと感じている。</p> <p>非常時の対応は通常時の凝縮と考えるが、チーム力の向上(県単位)が重要であると思う。</p> <p>この調査の回答者は災害精神医療や平時の地域精神保健医療にも前向きな考えを持っていると思われるが、DPATを今後広く展開していくためには一般的な精神医療の従事者を想定しなくてはいけないと思う。</p> <p>いわゆる精神科病院内での医療活動をそのまま災害時の活動に持ち込むことの危うさを感じる。一般精神医療と災害時の精神科救護活動との違いを整理していくことが重要。</p>
	地域とDPAT	<p>被災地からするとDPATの支援は大変重要であると考えている。</p> <p>平素から(DPATは)地域精神医療への働きかけをしてほしい。</p> <p>あくまでも被災地で実施されている地域活動を支援するという視点を大切に活動が望まれる。</p>
	得意分野を生かす	<p>DPATは精神科医にとって「非常事態」の活動を意味するものではなく、精神科医本来の知識経験が役立つような活動を想定すべきではないかと思う。</p>
	長期的視点	<p>長期の視点をもった急性期支援が必要。災害後の心理支援・精神保健は長期的な支援及び支援体制の構築が必要で、それは急性期に整備しておかないと1年後以降では予算措置など新たな政策を掲げるのは困難である。</p>
調 査 を 通 じ て	決めきれない難しさ	<p>被害規模により活動内容が変わるため、事前に細かいことまで決めておくことは難しい。指揮命令系統と協力の枠組みだけは決めておき、PFAや災害精神科医療について理解を深めておくことが事前にできることだと思う。</p> <p>支援チームとしてあくまでも被災地の求め、状況に応じて活動が必要であるものの、現場の混乱や今までの被災経験、対応する力量によって必ずしも必要か必要でないに分類できるものばかりではない。</p> <p>発災後どの時期に行くのかによってかなり違うことが要求されるし、その時期の被災者の状況は？インフラは？と一つ一つの災害で異なり、一貫したイメージでは答えられない。理想を述べるのか、現状で可能なレベルだけを述べるのかによっても異なる。具体的に記述すること、一般的なDPATの基準について考えることが、相容れないという気もした。むずかしい。</p>
	できるにこしたことはない	<p>ほとんどの項目で「必要である」としてしまった。ほとんどの項目がコンピテンシーとして有するならそれに越したことはないものだ感じた。</p> <p>「あればいい」といった意味で「必要」と回答したものもある。</p>
	検討を継続	<p>アンケートに記載された内容を反映し、幅広い視点でDPATが考えられるようになることを切望する。</p> <p>今後に向けてとても重要な調査だと思う。</p> <p>DPATが今後実際どのような形で展開されていくのか興味があるが、それぞれの県で意識の違いがあるのも気になる。この調査が今後のDPAT研修等に役立つことを期待する。</p> <p>今回、他の人の意見を知ることで自分の意見を再考できてよかった。身体疾患への対応と被災医療機関の機能の補完については、意見が大きく分かれていることを知り、DPAT活動の具体的な内容を統一するにはひき続き多くの意見を聴く必要があると考えた。寄せられた意見については、肯定的な意見、否定的な意見の両方を掲載して頂きたい。</p>
	研修の進め方	<p>研修においては、過去の災害事例の検証や体験談を積極的に取り入れるべき。</p> <p>支援された経験もある側として、支援される側に迷惑をかけることだけではないように、また自分たちの専門性にこだわりすぎないように、研修を行う必要があると思う。</p> <p>研修内容のある程度の規格化はとても重要になると思われる。</p> <p>被災地支援から戻ったあとのケアなどの研修もあれば、より安心感が増すのではないかな。</p> <p>シュミレーションやロールプレイなど疑似体験や報告会などの参加で災害精神保健への意識を高める機会があれば参加を継続したい。年1回の研修では、意識付けも忘れてしまう。被災地域外では報道も少なくなるため、活動の実際がイメージできなくなってしまう可能性がある。</p>

IV. 考察

DPAT のコンピテンシーについての Delphi 調査において、自由記述欄の記入は任意であるにも関わらず、第 2 回調査においては実に 7 割近くの回答者が何らかの意見をを入力した。これは DPAT に対する意識の高さ、取り組むべき課題としての強い思いがあることの表れであると考えられた。

合意に至らなかった中項目に寄せられた自由記述を分析することで、検討が必要な論点が見出された。特に【I -3. 身体科治療への関与】や【I -4. 地域精神科医療機関の機能の補完】については、幅広く様々な考えがあることが示され、今後 DPAT の業務として、あるいは被災地域全体の精神医療・保健業務においてこれらの業務をどのように位置づけていくのか、多くの検討が必要であると考えられた。

【I -3. 身体科治療への関与】(表 4.) については、こころのケアチームから DPAT へ体制が変化し、災害後の活動開始が早まることが予想されるなか、救急医療を含む身体科治療へ関わる機会は増加する可能性がある。心のケアチームでの活動では求められることのなかった活動も含まれており、DPAT のコンピテンシーとして合意に至らない項目もあった。自由記述で、「被災地全体のコーディネイトがポイントになる。提供できるケアはできるだけ統一した考え方で医療人がチームとして共通目標をもってあたるのが肝要。」という意見があったように、今後は災害現場で同時期に活動している医療チーム等と連携し役割分担を行うこと、そのルールを現場の支援者が共通理解していることがより重要になると考えられる。ただし、被災現場では決められたルールが通用しない事態もあると考えられ、可能な範囲でルール作りを行っておくが、それが通用しない事態になった場合にどのように対処すべきか様々なケースを想定しておく必要があるのではないかと考え

る。まだまだ論議は尽くされておらず、精神科医療チームがどこまで身体科治療へ関与すべきなのか、DPAT の活動時期やチーム編成も含め、いま一度考え直し、検討を重ねていくことが必要になると考えられる。

【I -4. 地域精神科医療機関の機能の補完】(表 6.) についても、従来の心のケアチームの活動には含まれなかった活動であり、幅広い意見が表された。災害現場での考え方として「求められることには応じるべき」という PFA の原則に基づいた気持ちの表明の一方で、「地域の医療への配慮が必要である」「体制整備が求められる」「DPAT がすべきことではない」といった、DPAT 業務の一つとして簡単には容認できないという意見が多くあがっていた。こうした新しい業務を DPAT のコンピテンシーとして課すためには、検討が不足していると考えられた。現実的に支援実施が可能な体制や、DPAT が実施すべきであるとする納得のいく理由等が示されない限り、関係者のスムーズな了解を得ることは難しいのではないだろうか。関係者の合意を得るためには、今後様々な立場に立つ専門家による話し合いを重ねていくことが欠かせないと考える。

【III -1. 支援者支援】(表 10.) における注目点は、「より専門性の高い支援者が支援者支援を行うべきではないか」という意見である。被災地の支援者にとって、外部支援者は歓迎すべき存在であると同時に、受け入れの負担を生じさせるやっかいな存在にもなりうる。自身が被災しつつ、地域のために余裕なく懸命に働いている時、同じ支援者からの働きかけに大きな影響を受けることは想像に難くない。Delphi 調査で「被災地の支援者への礼節や配慮」に関して 1 回のアンケートですべての項目の合意が得られたことからその思いの強さが裏付けられている¹⁾。自身が支援を受けるにあたり、急遽派遣された DPAT がどのような存在であるのかわからないままその支援を受けるより、全面的に

信頼できる専門性の高い支援者からサポートを得ることで自身も含め、地域の活動を安定させていきたいという思いが存在していることが推測された。支援を受ける側になった場合を想定して、誰（どんなチーム）からどのような支援を受けたいか、DPATの特性、限界を考慮して、DPATのコンピテンシーを考えることも大切な観点であると言える。

【IV-3. ロジスティクス】(表14.)に関しては、重要性の認識が強まっていると考えられた。これは、東日本大震災を経てDPATに体制が移行しロジスティクスの大切さが強調されてきた成果であると考えられる。ただ、重要さを強調する意見は多く示されたものの具体的な論点はいまいである。小項目③④⑤「情報の収集の仕方」や「無線機や衛星電話」、「DMHISSの使用」について、3項目すべてが合意に至らなかったにも関わらず、具体的なコメントは少なかった。DMATを見本に整備を進めているDPAT事務局ではこれらを欠かせないコンピテンシーと想定しているものと考えられるが、反対意見も配慮を要するといった具体的な指摘もないまま合意が形成されなかった。回答者には、これらを用いた具体的な活動イメージが共有されていないことが推測される。

アンケートの最後には、DPAT全般に感じる意見や思いが表明された(表19.)。「DPATの概念がはっきりしない」とする意見では、DPATの定義、活動期間、役割や災害支援における位置づけ等がよくわからないという声があった。これは、「中長期支援を重視」、「急性期重視への危惧」の категорияとも関係が深く、急性期支援が強調されるなかで従来の心のケアチームの活動との違い、共通点等をどう捉えるべきなのか回答者の間で混乱が生じていることが伺える。概して今後の継続した検討を求める声が多く示された。被災地域での活動という特殊な状況では、何もかもをマニュアル化して、すべての事態に備えておくことは不可能である

としても、DPATへの認識が共通のものとして示され、共有できることが求められていると考えられた。

また、「決めきれない難しさ」(表19.)で示されたように、回答者には、都道府県等が派遣するDPATにどこまで高度なコンピテンシーを求めるべきなのか、自身がDPATとして活動する場合、あるいは自身がDPATの研修を行う責任者であった場合、通常は医療機関で臨床業務を行っている医療関係者にどこまでのコンピテンシーを実際に求めることができるのであろうか、という思いや迷いがあったと考えられる。これを「多くの人に参加できる体制を整備する」(表19.)という意見、また支援者支援についての意見に示されていた「(高度な支援者支援は)一般のDPATではなく、特別なチームが行うべき」(表10.)の意見をふまえて考察する。いつ起こるかもわからない災害を想定して常に周到に準備を行うことは難しく、事前研修に割く時間も多くはとれないのが実情である。そんな都道府県が派遣する一般のDPATには最大公約数的なコンピテンシーの保持を求めることが妥当な考え方になるのではないかと考える。派遣されるDPATには最低限の基準をクリアしていることが求められる。高度な専門性を持つ専門家は現地の支援者に対して今後の方向性をアドバイスするような特別な業務を行い、災害直後に被災地に入るDPAT先遣隊は事前研修によって獲得した特別なコンピテンシーを活かして活動を行う。しかし、一般のDPATは自らの位置づけを理解し、地域を尊重する形で謙虚に柔軟な支援を行うという位置づけで全体のシステムを設定してはどうだろうか。それぞれのチームの特性はプラス α の形で、控えめにそれを発揮し活動に活かすという考え方が現実的であるように思われた。そのなかで最大公約数的な役割を果たすためには「研修の規格化」「被災地で求められるスキルのパッケージ化」等が必要とな

る。そして、それは関係者の共通言語となり、体制整備を安定して進めさせる安心材料になるものとする。

V. まとめ

Delphi 法における自由記述の分析から、DPAT という新体制に関して、戸惑いを感じつつ様々な考えを持っている回答者の様子が伺えた。今後、DPAT の枠組みの中だけではなく、被災地域の精神科医療、精神保健活動をサポートするうえで誰がどの役割を担うべきなのか、どのような形で進めることが望ましいのか、大きな視点で議論を深めていくことも必要であるとする。最終的には派遣を行う側ではなく、派遣を受ける側にとって有益な支援活動が実施されることが必要で、東日本大震災や、今年度大規模な DPAT 派遣を受けた熊本地震の地域支援者などから意見を聴取し、被災地にとって有益な形を探っていくことが大切であると考えられる。被災地にとって望ましい支援を提供することのできる DPAT へ体制整備が着実に進められていくことを願う。

謝辞

本研究にあたり、多くのご協力、ご助言をいただいた皆さまに心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 福井貴子、加藤寛、亀岡智美, et al. : 災害時こころのケア活動を有機的に実施するための DPAT 研修カリキュラムのあり方についての研究. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書, 1-34, 2015.
- 2) Hasson, F., Keeney, S., & McKenna.: Research guidelines for the Delphi survey technique. *Journal of Advanced Nursing*,

32(4). 1008-1015, 2000

- 3) 国立精神・神経医療研究センター（厚生労働省 災害時こころの情報支援センター事業）：DPAT 活動マニュアル ver.1.1（平成 27 年 1 月）
http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/dpat_003_131227_2.pdf
- 4) 厚生労働省：災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領. 平成 26 年 1 月 7 日.
http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 5) 鈴木友理子, 黒澤美枝, 小原聡子, et al. : 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討 平成 24 年度厚生労働省科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究 分担研究報告書（研究代表者：金吉晴）. 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. 17-109, 2012.

Discussion points of effective DPAT activities
- Based on the analysis of free description in Delphi survey -

Takako FUKUI, Hiroshi KATO
Hyogo Institute for Traumatic Stress

Key words : DPAT, Delphi, Support to Affected Areas

被災地域での支援者研修による影響の検討 —住民への対応とセルフケアへの意識について—



赤澤正人・加藤寛

兵庫県こころのケアセンター

本研究では、生活支援相談員等の支援者の職務遂行への支援を目指した研修を企画・実施し、研修による業務への認識やセルフケアへの意識の変化を検討すること、および精神的健康を把握することを目的とした。研修前後で質問紙調査を行った結果、住民支援に関する認識やセルフケアの重要性について、有意な肯定的な変化が認められた。また対象者の約3割が共感性疲労による心理的ストレスの高さ、バーンアウトのリスクの高さを抱えていた。これらの結果から、支援スキルやセルフケアの向上に向けた支援者研修を継続的に実施していくことが重要であると考えられた。

Key words：東日本大震災 支援者研修 セルフケア

目的

東日本大震災から5年が経過し、復興に向けた様々な取り組みが進められている。復興の過程では生活再建、経済的問題、コミュニティの再構築など様々な課題によって被災者の心理的負担が増大し、メンタルヘルスの問題や自殺の問題に直面する可能性は十分に予想される。そうした精神保健福祉の問題を予防するには、住民が抱える生活課題や福祉課題を早期に発見し支援していくことが重要である。

被災地において活動している生活支援相談員等は、被災者の生活支援を行い、また自殺予防にも貢献が期待される人材である。生活支援相談員等は、たとえば、仮設住宅を訪問し、声掛けやニーズ調査、行政や専門機関等へのつなぎ、各種イベント活動を行う。困難を抱えた人々へのこのような見守り活動は、住民のメンタルヘルスの維持向上に資するものである。地元住民である生活支援相談員等が他の住民の困りごと相談に乗るということは、地域や境遇が近い

者同士であるがゆえの関係づくりが可能であると同時に、職務のなかで同じ住民の深刻な悩みへの対応に苦慮し、精神的負担を抱える可能性の両面をもつ。

それゆえ、生活支援相談員等がその職務を遂行できるような支援体制を検討する必要がある。具体的には生活支援相談員等が地域で抱える問題に焦点を当てながら、地域のニーズを共有していく作業が必要であり、それ抜きにして精神保健対策や自殺対策を実施することはできない³⁾。被災地では支援者向けの各種研修が実施されているが、それらの効果や影響についても報告が待たれるところである。

筆者らは、生活支援相談員等を対象にした面接調査から、復興期における生活支援相談員等が抱える課題やニーズを探索的に検討したところ、住民の漠然とした不安や希死念慮への対応に、生活支援相談員等が苦慮していることが分かった¹⁾。そこで本研究では、これらの課題やニーズを受けて、生活支援相談員等の支援者の職務遂行への支援を目指した研修を企画・実施

し、支援者の精神的健康の把握することおよび研修による業務への認識やセルフケアへの意識の変化を検討することを目的とした。

方法

1. 対象及び調査方法

調査対象は宮城県 A 市および B 町で住民支援に関わる生活支援相談員等を含めた支援者である。調査は 2 回実施され、第 1 回が 2014 年 11 月、第 2 回が 2014 年 12 月であった。

調査方法は質問紙調査である。研修参加者に調査への協力を依頼し、研修前後で質問紙調査を行った。研修参加者は第 1 回が 101 名、第 2 回が 82 名であった。

2. 調査内容

①フェイスシート

性別、年齢、婚姻状況、所属、職種、現在の職種での経験年数、現在の職種に就く以前に对人援助活動に従事した経験の有無、東日本大震災後の収入の変化、飲酒量の変化を尋ねた。

②業務に対する認識

「相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる」「将来の不安を訴える人に適切に関わることができる」などからなる住民対応への効力感に関する 4 項目を設定した。また、「自身のストレスと上手につきあうことができる」「自分にできそうなセルフケアがあれば試してみようと思う」などからなるセルフケアに関する 4 項目を設定した。回答は「全くそう思わない」から「強くそう思う」の 5 件法で回答を求めた。

③主観的な感覚としての自己効力感尺度⁴⁾

たいていのことはできるような気がするという感覚そのものを直接的に測定する尺度で、6 項目からなる。回答は「全くあてはまらない」から「よくあてはまる」の 5 件法で回答を求めた。

④専門職の QOL：共感性満足と共感性疲労下

位尺度⁶⁾

30 項目からなり、共感性満足、バーンアウト、共感性疲労／二次的トラウマの下位尺度を持つ。回答は「まったくない」から「とてもよくある」の 6 件法で回答を求めた。なお共感性満足度の平均値は 37 ± 7.0 とされている。また、共感性疲労の得点が 17 点以上の場合、ストレス反応が高いとされており、バーンアウトの得点が 27 点以上の場合、バーンアウトのリスクが高いとされている。

3. 研修の内容

第 1 回の研修内容は、住民が抱える不安の理解と対応および呼吸法を用いたセルフケアについて、第 2 回の研修内容は、自死念慮を訴える方の理解と対応および筋弛緩法を用いたセルフケアについてであった。

4. 倫理的配慮

本調査は兵庫県こころのケアセンター倫理委員会の承認を得た上で実施した。調査実施前に、調査の目的、方法、重要性、倫理面への配慮、調査への参加は任意であり拒否しても何ら不利益は受けないこと、対象者のプライバシーが外部に漏れることはないこと等を書面で説明した。質問紙への回答と提出をもって、調査協力への同意とみなした。

結果

1. 対象者の属性

第 1 回研修および第 2 回研修における対象者の各属性を表 1 に示す。第 1 回研修の回答者数は 83 名（回収率 82.2%）、第 2 回研修の回答者数は 63 名（回収率 76.8%）であった。

現在の職種での経験年数は、第 1 回研修の回答者で 1 ヶ月から 37 年、平均値は 4 年 7 ヶ月 \pm 7 年 7 ヶ月、中央値は 3 年であった。第 2 回研修の回答者では、0 ヶ月から 46 年 8 ヶ月と

幅広く、平均値は3年6ヶ月±6年5ヶ月、中央値は2年8ヶ月であった。また、現在の職種に就く以前に、対人援助の活動に従事したことがある回答者の割合は、第1回研修の回答者で35名(42.2%)、第2回研修の回答者で22名(34.9%)であった。

2. 業務に対する認識の変化

研修前後での、業務に対する認識の変化を表2に示す。第1回研修では、住民対応への効力感に関する項目で「相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる」の項目を除いて、研修後の有意な上昇が認められた。またセルフ

ケアに関する項目では、すべての項目において、研修後の有意な上昇が認められた。第2回研修では、住民対応への効力感に関する項目では「将来の不安を訴える人に、適切に関わることができる」「死にたい」「消えてしまいたい」などの自殺念慮を持った人に、適切に関わることができる」の2項目で、研修後の有意な上昇が認められた。いっぽうで、「相談者の訴えを否定せずに、相手のペースで話しを進めることができる」「相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる」の項目は有意差が認められなかった。またセルフケアに関する項目では、すべての項目において、研修後の有意な上昇が認められた。

表1 回答者の基本属性

		第1回研修(N=83)		第2回研修(N=63)	
		人数	割合	人数	割合
性別	男性	9	10.8%	9	16.7%
	女性	74	89.2%	54	83.3%
平均年齢		47.1(SD=10.8)		45.5(SD=11.3)	
所属	医療機関	1	1.2%	1	1.6%
	介護保険事業所	23	27.7%	18	28.6%
	サポートセンター	15	18.1%	6	9.5%
	行政機関	12	14.5%	11	17.5%
	その他	32	36.8%	27	42.9%
職種	支援員・友愛訪問員等	44	53.0%	31	49.2%
	看護職(保健師・看護師等)	9	10.8%	8	12.7%
	ソーシャルワーカー (社会福祉士・精神保健福祉士等)	8	9.6%	5	7.9%
	介護支援専門員、相談支援専門員	10	12.0%	7	11.1%
	その他	11	13.2%	12	19.0%
	無回答	1	120.0%		
婚姻	未婚	18	21.7%	17	27.0%
	既婚	54	65.1%	35	55.6%
	死別	4	4.8%	3	4.8%
	離別	6	7.2%	4	6.3%
	無回答	1	1.2%	4	6.3%
居住形態	戸建住宅	57	68.7%	39	61.9%
	共同住宅	8	9.6%	5	7.9%
	仮設住宅	11	13.3%	11	17.5%
	民間賃貸借上住宅	2	2.4%	3	4.8%
	その他	4	4.8%	1	1.6%
	無回答	1	1.2%	4	6.3%
震災後の収入の変化	増えた	10	12.0%	8	12.7%
	減った	30	36.1%	28	44.4%
	ほとんど変化なし	42	50.6%	23	36.5%
	無回答	1	1.2%	4	6.3%
震災後の飲酒量の変化	増えた	8	9.6%	6	9.5%
	減った	4	4.8%	7	11.1%
	ほとんど変化なし	70	84.3%	46	73.0%
	無回答	1	1.2%	4	6.3%

表2 研修前後での業務とセルフケアに対する認識の変化

	第1回研修				
	研修前	研修後	t値	df	p
相談者の訴えを否定せずに、相手のペースで話を進めることができる	3.67(SD=0.65)	3.90(SD=0.58)	-3.31	80	p<.01
相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる	3.26(SD=0.79)	3.41(SD=0.72)	-1.88	79	n.s
将来の不安を訴える人に、適切に関わることができる	3.00(SD=0.75)	3.25(SD=0.68)	-3.03	79	p<.01
「死にたい」「消えてしまいたい」などの自殺念慮をもった人に、適切に関わることができる	2.60(SD=0.95)	2.95(SD=0.70)	-3.97	81	p<.001
自身のストレスと上手につきあうことができる	2.96(SD=0.92)	3.38(SD=0.81)	-4.60	81	p<.001
自分のことをいたわることができる	3.00(SD=0.92)	3.45(SD=0.80)	-5.40	81	p<.001
自分にできそうなセルフケアがあれば試してみようと思う	3.93(SD=0.83)	4.15(SD=0.63)	-2.53	81	p<.05
セルフケアは自分の現在の仕事と関連していると思う	3.78(SD=0.80)	3.96(SD=0.79)	-2.15	81	p<.05

	第2回研修				
	研修前	研修後	t値	df	p
相談者の訴えを否定せずに、相手のペースで話を進めることができる	3.68(SD=0.54)	3.74(SD=0.68)	-3.31	61	n.s
相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる	3.32(SD=0.62)	3.47(SD=0.56)	-1.88	61	n.s
将来の不安を訴える人に、適切に関わることができる	2.90(SD=0.62)	3.11(SD=0.54)	-3.03	62	p<.05
「死にたい」「消えてしまいたい」などの自殺念慮をもった人に、適切に関わることができる	2.76(SD=0.71)	3.19(SD=0.64)	-3.97	62	p<.001
自身のストレスと上手につきあうことができる	3.16(SD=0.88)	3.48(SD=0.86)	-4.60	62	p<.01
自分のことをいたわることができる	3.30(SD=0.91)	3.59(SD=0.91)	-5.40	62	p<.01
自分にできそうなセルフケアがあれば試してみようと思う	3.90(SD=0.74)	4.15(SD=0.60)	-2.53	61	p<.01
セルフケアは自分の現在の仕事と関連していると思う	3.68(SD=0.91)	3.94(SD=0.84)	-2.15	62	p<.01

表3 研修前後での主観的な感覚としての自己効力感の変化

	第1回研修				
	研修前	研修後	t値	df	p
主観的な感覚としての自己効力感	17.21(SD=1.99)	17.79(SD=1.76)	-2.49	79	p<.05

	第2回研修				
	研修前	研修後	t値	df	p
主観的な感覚としての自己効力感	17.24(SD=1.83)	17.97(SD=1.58)	-2.49	61	p<.01

3. 自己効力感の変化

研修前後での、主観的な感覚としての自己効力感の変化を表3に示す。第1回研修、第2回研修ともに、研修後の有意な上昇が認められた。

4. 専門職のQOL

専門職のQOLを集計するために、第1回と第2回の調査データを一つにまとめた。その際、38名が両方の研修を受講していたが、統計解析により第1回と第2回の各値に有意差がない

ことを確認し、38名については第1回の調査データを用いることとした。結果として、107名のデータについて分析を行った。107名の内訳は、男性13名女性94名で平均年齢は47.4±10.6歳であった。所属の内訳は、医療機関1名(0.9%)、介護保険事業所27名(25.2%)、サポートセンター20名(18.7%)、行政機関19名(17.8%)、その他40名(社会福祉協議会、被災者生活支援センター等37.4%)であった。職種の内訳は、支援員・友愛訪問員等53

名 (49.5%)、看護職 (保健師、看護師等) 16 名 (15.0%)、ソーシャルワーカー (社会福祉士、精神保健福祉士等) 9 名 (8.4%)、介護支援専門員、相談支援専門員 13 名 (12.1%)、その他 15 名 (14.0%) であった。現在の職種での経験年数は、0 ヶ月から 46 年 8 ヶ月と幅広く、平均値は 4 年 8 ヶ月 ± 8 年 1 ヶ月、中央値は 2 年 10 ヶ月であった。現在の職種に就く以前に、対人援助の活動に従事したことがある参加者は 45 名 (42.1%) であった。以下に専門職の QOL の各下位尺度得点の平均値とカットオフでの割合を示す。

まず、共感性満足の平均値は 24.7 ± 8.8 であった。共感性満足度の平均値とされる 37 点以上の回答者は 13 名 (12.3%) であった。つぎに、共感性疲労の平均値は 14.6 ± 6.4 であった。ストレス反応が高いとされている 17 点以上の回答者は 37 名 (34.9%) であった。そして、バーンアウトの平均値は 24.1 ± 5.2 であった。バーンアウトのリスクが高いとされている 27 点以上の回答者は 34 名 (32.1%) であった。

現在の職種に就く以前に対人援助の活動の従事した経験の有無および、現在の職種での経験年数 3 年未満と 3 年以上の 2 群に分けて比較したところ、どちらも有意差は認められなかった。

考察

セルフケアに対する意識について、研修によって肯定的な変化が確認された。セルフケアに対する意識については、研修の中で対象者が呼吸法や筋弛緩法に実際に取り組んだことが良い影響を及ぼした可能性があり、後述する自己効力感を高める情動的喚起²⁾の役割を果たしたとも考えられる。また、2つのリラクゼーション技法は時間や手間をそれほどかけずに容易に行いやすいといった利点があり、対象者に受け入れられやすいものであったのかもしれない。そして、研修がセルフケアの重要性を対象者に

改めて認識してもらう契機となったとも考えられる。

業務に対する認識について、研修によって部分的ではあるが肯定的な変化が確認された。不安や自殺念慮への対応についての研修が、対応スキルや知識の習得に一定の効果があったと考えられる。ただし「相談者にどこまで関わるべきかを自分で判断することができる」については、どちらの研修でも有意な変化が認められなかった。その理由のひとつに、研修の中で支援者が住民に関わる範囲について提示していなかったことが挙げられる。住民支援には、様々な職種の支援者が関わるために、住民と関わる範囲や程度について一概な基準を示すことは困難かもしれないが、支援者同士の連携や役割分担を確認することが重要であると考えられる。

自己効力感についても研修前後で肯定的な変化が確認された。本研究で用いた尺度は、大抵のことはできるような気がするという感覚そのものを測定しており、課題固有の自己効力感とも関連しその重要性が指摘されている⁵⁾。自己効力感を高めるためには、遂行行動の達成、代理的体験、言語的説得、情動的喚起が有効であるといわれている²⁾。本研究で実施した研修が、言語的説得の役割を果たしたかどうか明確に示すことはできないが、何らかの影響はあったと考えるのが妥当であると思われる。今後の支援者研修を企画するに当たっては、支援者の自己効力感や支援スキルの向上に向けて、事例検討やロールプレイ、専門家によるフィードバック等を含めた研修が必要と思われる。

専門職の QOL 得点をみると、対象者の多くが十分な共感性満足を感じているとは言えず、およそ 3 割の対象者に共感性疲労やバーンアウトのリスクが考えられ、支援者の疲弊が推測された。専門職の QOL は、トラウマを負った人に接する支援者であれば、起こりうる、そして防ぐことが可能な二次的外傷性ストレス⁷⁾を評価する尺度であり、こうした反応についての支

援者への啓発や予防が重要であり、支援者のメンタルヘルスの維持向上は今後の課題であると思われる。

本研究には以下の限界がある。一つは対象の代表性に関する限界である。本研究は限られた被災地域での、支援者支援に関する研修会への自主的な参加者を対象としているため、結果の一般化には慎重にならなければならない。もう一つは、研修前後のみでの情報収集であり、研修による影響や変化の継続性については検討できていない。

以上のような限界がありながらも、本研究では生活支援相談員等への育成と支援を目指した研修によって、住民支援に関する認識やセルフケアの重要性についての認識は一定の上昇がみられたことを示した。支援スキルやセルフケアの向上のための支援者研修を継続的に実施していくことが重要である。そのためには、今後フォローアップ研修の開催や、地域で支援者がどのような課題やニーズを抱えているのかを的確に把握した上での研修を実施していく必要があると思われる。

謝辞

本調査は、宮城県気仙沼保健福祉事務所のご協力を得て実施されました。多大なるご支援、ご協力をいただき心よりお礼申し上げます。また、ご多忙の中、調査にご協力をいただきました関係機関の皆様、研修参加者の皆様に心よりお礼申し上げます。

文献

- 1) 赤澤正人・加藤寛：東日本大震災の復興期の支援に関する研究。平成26年度版兵庫県こころのケアセンター研究報告書。p87-100, 2015.
- 2) Bandura, A. Self-Efficacy: Toward a

Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychological Review*, 84(2); 191-215, 1977.

- 3) 川野健治, 竹島正, 白神敬介, ほか: 自殺予防の枠組みと被災地の地域精神保健. *精神保健研究*, 58; 35-41, 2012.
- 4) 三好昭子: 主観的な感覚としての人格特性的自己効力感尺度 (SMSGSE) の開発. *発達心理学研究*. 14(2); 172-179, 2003.
- 5) 三好昭子: 人格特性的自己効力感の形成に影響を及ぼす要因についての探索的検討. *立教大学心理学研究*, 50; 11-24, 2008.
- 6) Stamm, B. H.: Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV. (ProQOL). 1997-2005. 後藤豊実訳: 専門職のQOL: 共感性満足と共感性疲労下位尺度, (ProQOL-R-IV-J). 2005-2006.
- 7) Stamm, B. H. Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators. Sidran Press. 1999. (小西聖子・金田ユリ子訳: 二次的外傷性ストレス臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題. 誠信書房, 2003.

Evaluation of the training for supporters in the disaster area.

–awareness of support for residents and self-care–

Masato AKAZAWA, Hiroshi KATO

Hyogo Institute for Traumatic Stress

The purpose of this study was to examine the effectiveness of training for supporters working at affected area of the Great East Japan Earthquake and to investigate the state of their mental health. Participants were asked to complete the self-report questionnaire about awareness regarding support for residents, self-care, sense of generalized self-efficacy and professional quality of life before and after the training. Result showed that awareness regarding support for residents, self-care, and self-efficacy were significantly increased at the post training. On the other hand, about thirty percent of participants were high score of compassion satisfaction and fatigue. These results suggested that constant training designed to enhance the skills to support residents and self-care were required.

Key words : The Great East Japan Earthquake, training for supporters, self-care

2004年スマトラ沖地震の被災者の 精神保健に関する文献レビュー



Literature review of mental health condition among survivors of the 2004 Indian Ocean earthquake and tsunami

田中英三郎

兵庫県こころのケアセンター

スマトラ沖は地震の多発地帯である。中でも、2004年に発生した大地震と津波は、インド洋周辺諸国に甚大な被害をもたらした。この災害は国際社会から大きな注目を集め、被災者の心理社会的支援や災害後の精神保健に関する調査などが多く実施された。しかしながら、これらの実証的知見を集約した論文は未だ存在しない。本研究は2004年スマトラ沖地震後の被災者の精神保健に関する論文をレビューし、今後の災害に備えるための基礎資料を作成することを目的とした。Pubmed及びハンドサーチを実施して関連する35本の論文を抽出した。被災者のPTSDやうつ病の有病率や有症率及びその関連要因は、概ね他の災害に関する結果と類似していた。他の災害同様に被災地における中長期的な研究が不足しており、特に重度被災地域での研究が必要であると考えられた。

I. 緒言

スマトラ沖は地震災害の多発地域である。2000年代以降2016年現在まで、マグニチュード7以上を記録する地震が11回発生している。中でも、2004年12月26日に発生した大地震(以下、2004年スマトラ沖地震)は、マグニチュード9.1を記録し、巨大な津波を引き起こし、インド洋沿岸諸国に多大な損害を与えた。被災した国の中で最も被害が大きかったのはインドネシアであり、死者行方不明者が16万人以上に上った。とりわけスマトラ島のアチェ特別州は甚大な被害を受け、州都バンダ・アチェや西アチェ県はほぼ壊滅状態になったと言われている。インドでも2万人以上、スリランカでも4万人以上、タイでも5千人以上が、死亡もしくは行方不明となった。更に被害は、ミャンマー、マレーシア、モルディブや東アフリカの国々、欧米の外国人旅行者にまで及んだ。

災害が被災者の心に負の影響を与え、

Posttraumatic stress disorder (PTSD) やうつ病をはじめとする様々な精神保健上の問題を引き起こすことは広く知られている。被災者の精神健康やこころのケアは、災害復興における重要事項であり、2015年の国連防災世界会議で採択された成果文書(仙台防災枠組2015-2030)の中でも、「必要性があるすべての人々に、心理社会的支援と精神保健サービスを提供するような(災害からの)復興計画を立てること」が強調されている。2004年スマトラ沖地震でも、被災者の精神保健に関する調査や直接及び間接的な心理社会的な支援がなされた。しかしながら、これほどの広域巨大災害は他に例を見ず、被災各国でどのような実証研究が実施されたかをまとめた報告は存在しない。2004年スマトラ沖地震から10年以上が経過した現在、これまでの知見を整理し今後の災害に如何に備えるべきであることを明らかにする基礎資料作成を目的として、本研究では2004年スマトラ沖地震後の被災者の精神保健に関連する論文のレビューを行う。

II. 方法

“mental health, or psycholog*or, psychiatr*”と“Indian Ocean earthquake and tsunami or Sumatra earthquake”を検索キーワードとして、pubmedを用いて関連する文献を検索した(2016/9/23にアクセス)。その結果、のべ39本の文献が見つかった。これらの文献に関してタイトルと抄録を著者が目視で確認し、2004年スマトラ沖地震や精神保健が主な研究対象になっていないものと重複している文献を削除すると、9本の文献が残った。この9本の文献の引用検索を行いタイトルからスマトラ沖地震に関連すると思われるものをピックアップし抄録と本文を確認した。2004年のスマトラ沖地震後の精神保健が主な研究テーマになっている論文であればレビューの対象に追加し、更にその論文の引用検索を行った。このようなプロセスを繰り返し、最終的に合計35本の文献を詳細なレビューの対象とした。なお、質的調査法のみ研究や意見論文はレビューの対象から除外した。

III. 結果

2006-2016年に出版された35本の文献の内容を表1にまとめた。

III-1. 論文出版数の推移 (図1参照)

発災2-6年目に多くの論文が出版されていた。7年目以降は1-2本/年の出版ペースであったが、10年目には3本の論文が出版されていた。



III-2. 研究のデザイン

横断研究が最も多く19本(54.2%)、次いでコホート研究13本(37.1%)であった。また、総説研究、事例研究、介入研究が、それぞれ1本ずつ出版されていた。

III-3. 対象国と対象者

最も多く調査された国はインドネシア(8本、22.8%)であった。タイとスウェーデンがそれに続き(7本、20%)、その他はインド(5本、14.2%)、スリランカとノルウェー(3本、8.5%)の順であった。対象者は、被災地の成人、被災地の小児、被災地に一時的に滞在していた外国人旅行者の3つに分類することができる。被災地の成人を対象にした研究が12本(34%)、被災地の小児を対象にした研究が11本(31%)、外国人旅行者を対象にした研究が10本(29%)、出版されていた。

III-4. 追跡/調査時期と評価方法

発災1年以内に調査を実施した研究が13本(37%)、1-2年後に調査を実施した研究が10本(29%)、3-5年後に調査を実施した研究が7本(20%)、6年後以降に調査を実施した研究が1本(3%)であった。ほとんどの研究で自記式質問表が用いられていた。子どものPTSD症状の把握にはUCLA PTSD Reaction Index(PTSD-RI)が用いられることが多く、成人のPTSD症状の把握には改訂版出来事インパクト尺度(IES-R)やハーバードトラウマ質問表などが用いられていた。複雑性悲嘆の把握には、複雑性悲嘆筆問表(ICG)が用いられていた。被災地の成人や子どもを対象にした研究では、質問表の妥当性が確立されていない場合が多く見受けられた。

III-5. 主な結果

被災地での研究

急性期(発災1-2ヶ月後)に、小児の約15%

¹⁻³⁾と成人の10-20%^{4,7)}がPTSD症状を呈した。PTSD症状に次いで多く調査された心理反応はうつ症状であり、小児の約10%^{1,3)}、成人の10-30%⁵⁾に認めた。急性期の精神不調に関連する要因には、被災／被害の強さ、災害による死別体験、経済的困難、以前のトラウマ体験、家族の精神障害（子どもの場合）などが報告されていた。

中長期（発災1年以後）の研究によると、1年後には約30%の小児にPTSD症状が残存していたが、時間経過とともに減少していき、5年後には3%未満となっていたという報告がある⁸⁾。一方、4年半後でも60%以上の小児が中等度のPTSD症状を有していたという報告もある⁹⁾。成人では、1年半後に21%がPTSD症状を、16%がうつ症状を呈していたが¹⁰⁾、時間経過とともに減少していったという報告もある¹¹⁾。

旅行者を対象とした研究

旅行者を対象とした研究では、主にスウェーデンとノルウェーの旅行者が前向きコホートとして1-6年に渡って追跡調査されている。被災2年後も、34.4%にPTSDが、23.3%に複雑性悲嘆が認められており¹²⁾、特に災害により近親者と死別することがPTSDや複雑性悲嘆と関連していた¹³⁾。PTSDの長期的な経過としては、大多数が時間経過とともに回復に向かっていくが¹⁴⁾、6年後でも約15%が中等度以上の症状が持続していた¹⁵⁾。精神不調に関連する要因としては、被災／被害の強さ、女性、災害による死別体験、低学歴、経済的困難、ソーシャルサポートの欠如などであった。

IV. 考察

本研究では、2004年スマトラ沖地震の被災者の精神保健に関連する既存の研究を概観し、これまでの知見をまとめた。スマトラ沖地震の被災地は、インド洋に面する様々な国に広がっているため、被災地の調査国はインドネシア、

タイ、インド、スリランカの5カ国に渡った。また、興味深いことに北欧（ノルウェー、スウェーデン）からの旅行者が前向きコホート研究として長期間追跡調査されていた。被災者には、PTSD症状やうつ症状をはじめとした様々なトラウマ反応が現れることが知られているが、その有症率／有病率は調査方法、調査対象、調査時期などに影響を受けて大きく異なってくる。本研究結果を要約すると、急性期には10-30%の被災者（含む小児）に、こういった心理反応が現れていることが明らかになった。この結果は、スマトラ沖地震以外の他の災害の調査結果とも概ね類似のものであろう。また、被災後の精神不調に関連する要因も他の災害で報告されているものと重なるものが多い。

研究デザインや調査時期に目を向けると、多くの研究が発災後2年以内に実施されており、また横断研究である。これは、災害の急性期には注目が集まりやすく、様々な支援とともに調査がなされるものの、被災地は非常に混乱しており長期的な視座にたったコホート研究を計画することが困難であるからであろう。多くの長期的な前向きコホート研究は北欧の旅行者を対象になされているため、被災地の長期的な現状は未だ不明な点が多い。被災地で3年後以降の状況について調査した報告は3本しかなく、その結果は一定していない。

本研究の限界は、英語論文のみを対象にしたため、被災地の現地語で報告された研究を包含できていない点が挙げられる。

V. 結語

スマトラ沖地震の被災地を対象にした精神保健に関する長期的研究は不足している。特に被災／被害の大きさが一貫して被災者の精神保健に強い悪影響を与えていることが分かっているため、重度災害地域の住民の長期的な精神健康に目を向けた研究が必要とされる。

表1. スマトラ沖地震後の精神保健に関する研究

著者/出版年	種類	調査国	対象者	時期	評価法	主な結果
Marthoenis M/2016 ⁽⁶⁾	総説	NA	NA	NA	NA	災害を契機にアチェで精神保健システムが発展したが、その効果は検証(-)。課題はスティグマ、ケアへのアクセス
Epping-Jordan JE/2015 ⁽⁷⁾	事例	NA	NA	NA	NA	災害を契機にアチェの精神保健システムが発展した
Johannesson KB/2015 ⁽⁵⁾	コホート	スウェーデン	スウェーデン人旅行者2268人、追跡率46%	1,3,6年後	IES-R	PTSD症状の経過:レジリエント72.3%、慢性重症4.6%、慢性中等症11.2%、回復11.9%
Arnberg F/2015 ⁽⁸⁾	コホート	スウェーデン	スウェーデン人旅行者12504人と性別、年齢などをマッチした対照群1184916人	5年後	臨床診断 (ICD-10)	被災者はなんらかの精神障害発症リスクが1.21倍、ストレス関連障害が2.27倍、自殺企図が1.54倍であった。小児では有意差なし
Musa R/2014 ⁽⁹⁾	横断	インドネシア	12-75歳の被災者200人	?	DASS	20%にうつ、50%に不安を認め、女性、若年、無職、独身が関連
Frankenberg E/2013 ⁽¹¹⁾	コホート	インドネシア	20-59歳の重度被災地の住民3812人	5年後	PCL7項目	高学歴はPTSD症状の保護要因
Frankenberg E/2012 ⁽²⁰⁾	コホート	インドネシア	アチェと北スマトラの15歳以上の住民16709人	1-2年後	PCL7項目	PTSD症状は、個人レベルの被災体験だけでなく、地域レベルの被害状況とも関連あり
Dyster-Aas J/2012 ⁽²¹⁾	コホート	スウェーデン	スウェーデン人旅行者1501人	1-3年後	IES-R & GHQ-12	災害による負傷は、1-3年後のPTSD症状と全般的精神健康に影響あり
Johannesson KB/2011 ⁽²²⁾	コホート	スウェーデン	災害で近親喪失したスウェーデン人486人	1-2年後	ICG, IES-R, GHQ-12	被災体験は、複雑性悲嘆、PTSD症状に関連あり
Johannesson KB/2011 ⁽¹⁴⁾	コホート	スウェーデン	スウェーデン人旅行者3457人	1-3年後	IES-R, GHQ-12	PTSD症状:3年後の回復率80%以上、被災の程度が軽ければ98%以上。一方、喪失を伴うと50%強
Piyasil V/2011 ⁽⁸⁾	コホート	タイ	被災地の学生1625人	5年後	CRIES	PTSD有病率:6週57.3%、6ヶ月46.1%、1年31.6%、2年7.6%、3年4.5%、4年3.9%、5年2.7%
Agustini EN/2011 ⁽⁹⁾	横断	インドネシア	被災した中高生482人	4.5年後	PTSD-RI	63.1%に中等度以上のPTSD症状あり
Irmansyah I/2010 ⁽²³⁾	横断	インドネシア	15歳以上の被災者783人(内、避難者616人)	6-8週後	PTSD症状5つ(質問紙)	避難者は、不安、うつ、PTSD症状のリスクが高い。女性、低学歴、直接的災害への曝露、被害の大きさが関連あり
Kristensen P/2010 ⁽²⁾	横断	ノルウェー	近親を喪失したノルウェー人130人(内35人直接被災)	2年後	ICG, Crisis Support Scale	47.7%が複雑性悲嘆。女性、無職、子どもや配偶者の喪失、死の確認に1月以上要した、ソーシャルサポートの欠如が関連あり
Johannesson KB/2009 ⁽¹³⁾	横断	スウェーデン	スウェーデン人旅行者3515人(内187人は近親、308人は友人を喪失)	1年後	ICG, IES-R, GHQ-12	近親を亡くしたものの50%にPTSD症状、40%に複雑性悲嘆と自殺念慮あり

著者/出版年	種類	調査国	対象者	時期	評価法	主な結果
Johannesson KB/2009 ³⁵⁾	横断	スウェーデン	スウェーデン人旅行者4822人	1年後	IES-R、GHQ-12	被災が重度である方が、精神健康度が低く、PTSD症状が高く、自殺念慮を持ちやすい。女性、独身、以前のトラウマ、近親喪失、負傷、死体目撃等が関連あり
Kristensen P/2009 ²⁴⁾	横断	ノルウェー	ノルウェー人111人(内32人は直接被災)	2年後	MINI、ICG	被災者でPTSD34.4%、うつ病25%、複雑性悲嘆23.3%、非被災者は、それぞれ5.2%、10.1%、14.3%。低学歴、子どもの喪失が複雑性悲嘆と関連あり
Frankenberg E/2008 ²⁵⁾	横断	インドネシア	アチェと北スマトラの15歳以上の住民20500人	0.5-1年半後	PCLの7項目	重度被災地域でPTSD症状が最も高い。女性、津波の直接被害、財産喪失が関連あり
Ulamtinton S/2008 ²⁶⁾	コホート	タイ	被災1年後にPTSDと診断された小児45人、追跡率52%	1-3年後	臨床診断(DSM-IV)	26%がPTSD/うつ病/不安症の診断持続、46%が部分寛解、24%が完全寛解
Piyasil V/2008 ²⁷⁾	横断	タイ	1364人の小児(中学生まで)	1年後	CRIES、臨床診断(DSM-IV)	なんらかの精神障害に該当するものが、全体で10.4%、被災者に限れば33.1%。最も多いものはPTSD。
Math SB/2008 ³⁾	横断	インド	被災した小児37人、被災していない小児498人	3月以内	臨床診断(ICD-10)	被災した小児では、適応障害(13.5%)、うつ病(13.5%)、パニック症(10.8%)、PTSD(10.8%)が認められた
Heir T/2008 ²⁸⁾	横断	ノルウェー	ノルウェー人旅行者637人	半年後	GHQ-28	精神不健康に関連する要因は、死の危機、目撃、死別
Hollifield M/2008 ¹⁰⁾	横断	スリランカ	89人の被災した成人	1年半-2年後	HSCL-25、PSS-SR	PTSD21%、うつ16%、不安30%であった。生命の危機が関連あり
Souza R/2007 ²⁹⁾	横断	インドネシア	避難中の262人(16歳以上)	7月後	HSCL-25	83.6%に心理的苦痛(不安+うつ)、77.1%にうつ症状あり。津波による家族の死が関連あり
Tang CS/2007 ³⁰⁾	コホート	タイ	265人の被災者	0.5-6月後	ASD/PTSD 症状(質問紙)	直後では22%、半年後では30%にトラウマ反応を認めた
John PB/2007 ³¹⁾	コホート	インド	523人の被災した小児	2-6月後	CBCL-PTSD、IES-8	PTSDハイリスクで2ヶ月後70.7%、6ヶ月後に10.9%が遅延発症
Kumar MS/2007 ⁶⁾	横断	インド	重度被災地の成人314人	2月後	HTQ	PTSDの有病率12.7%。無収入、女性、津波で負傷が関連あり
Wickrama KAS/2007 ³²⁾	横断	スリランカ	被災した325人の青年と母親	4月後	YSR、CES-D、DSM-IVのPTSD症状	避難、喪失、母の精神不調が、青年のうつとPTSDに関連。
Neuner F/2006 ²⁾	横断	スリランカ	重度被災地区の小児264人(8-14歳)	1月後	PTSD-RI	津波に関するPTSDが14-39%、他のトラウマが5-8%であった。トラウマ曝露の強度、家族の喪失、以前のトラウマが関連あり

著者/出版年	種類	調査国	対象者	時期	評価法	主な結果
Tang CS/2006 ⁷⁾	横断	タイ	267人の被災者	半年後	GHQ、PTGI、PTSD症状	30%が中等度のPTG、40%が精神不健康を示した。PTGには、有職、覚醒亢進、精神不健康には、侵入、覚醒亢進が関連あり
van Griensven F/2006 ⁵⁾	コホート	タイ	被災地の住民1061人(内、避難者371人)	2-9月後	HTQ、HSC-25	直後のPTSD、不安、うつ症状は、それぞれ3-12%、22-37%、10-30%。9ヶ月後のフォローでは、低下傾向あり。失業が関連あり
Tienkrua W/2006 ¹⁾	コホート	タイ	被災地の小児371人(7-14歳)、一部(210人)の参加者を追跡し、72%をフォロー	2-9ヶ月後	PTSD-RI、パールソン抑うつ尺度	PTSDとうつ症状は、それぞれ6-13%、5-11%であった。避難の遅れ、家族の生命の危機、恐怖やパニックがPTSD症状と関連し、年齢の高さ、家族の生命の危機がうつ症状と関連した。9ヶ月後の調査で両症状の明らかな低下は認めなかった
Redwood-Campbell LJ/2006 ⁵⁾	横断	インドネシア	被災地の病院の外来受診者271人	9週後	PTSD/うつ症状(質問紙)	24%にPTSD/うつに関連する症状を4つ以上認めた
Vijayakumar L/2006 ³⁾	横断	インド	被災地の小児230人(11-14歳)	1年後	YSR、PTSD-RI	被災度と不安、身体化、PTSD症状が相関、家族の精神障害と子どもの感情障害、身体化、多動障害、PTSD症状が関連あり
Vijayakumar L/2006 ³⁾	介入	インド	被災地の子ども135人(介入65人)、非ランダム化	1-2年後	YSR、PTSD-RI	多動の問題以外(感情障害、不安、身体化、PTSD症状)は改善なし

Note. NA=not applicable; IES-R= Impact of Event Scale-Revised; DASS= Depression Anxiety Stress Scales; GHQ=general health questionnaire; ICG=inventory of complicated grief; CRIES= Children's Revised Impact of Event Scale; PTSD-RI=PTSD-reaction index; MINI= Mini International Neuropsychiatric Interview; HSC-25=Hopkins Symptoms Checklist-25; PSS-SR=Posttraumatic Stress Symptoms Scale-Self Report; CBCL= Child Behavior Checklist; HTQ=Harvard Trauma Questionnaire; YSR=Youth Self Report; CES-D= Center for Epidemiologic Studies Depression Scale; PTGI=Post Traumatic Growth Inventory.

引用文献

- 1) Thienkrua W., Cardozo B. L., Chakkraband M. L., et al. Symptoms of posttraumatic stress disorder and depression among children in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*. 2006;296 (5) :549-59.
- 2) Neuner F., Schauer E., Catani C., et al. Post-tsunami stress: a study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka. *J Trauma Stress*. 2006;19 (3) :339-47.
- 3) Math S. B., Tandon S., Girimaji S. C., et al. Psychological impact of the tsunami on children and adolescents from the andaman and nicobar islands. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*. 2008;10 (1) :31-7.
- 4) Redwood-Campbell L. J., Riddez L. Post-tsunami medical care: health problems encountered in the International Committee of the Red Cross Hospital in Banda Aceh, Indonesia. *Prehosp Disaster Med*. 2006;21 (1) :s1-7.
- 5) van Griensven F., Chakkraband M. L., Thienkrua W., et al. Mental health problems among adults in tsunami-affected areas in southern Thailand. *JAMA*. 2006;296 (5) :537-48.
- 6) Kumar M. S., Murhekar M. V., Hutin Y., et al. Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. *Am J Public Health*. 2007;97 (1) :99-101.
- 7) Tang C. S. Positive and negative postdisaster psychological adjustment among adult survivors of the Southeast Asian earthquake-tsunami. *J Psychosom Res*. 2006;61 (5) :699-705.
- 8) Piyasil V., Ketumarn P., Prubrukarn R., et al. Post-traumatic stress disorder in children after the tsunami disaster in Thailand: a 5-year follow-up. *J Med Assoc Thai*. 2011;94 Suppl 3:S138-44.
- 9) Agustini E. N., Asniar I., Matsuo H. The prevalence of long-term post-traumatic stress symptoms among adolescents after the tsunami in Aceh. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2011;18 (6) :543-9.
- 10) Hollifield M., Hewage C., Gunawardena C. N., et al. Symptoms and coping in Sri Lanka 20-21 months after the 2004 tsunami. *Br J Psychiatry*. 2008;192 (1) :39-44.
- 11) Frankenberg E., Sikoki B., Sumantri C., et al. Education, Vulnerability, and Resilience after a Natural Disaster. *Ecol Soc*. 2013;18 (2) :16.
- 12) Kristensen P., Weisaeth L., Heir T. Predictors of complicated grief after a natural disaster: a population study two years after the 2004 South-East Asian tsunami. *Death Stud*. 2010;34 (2) :137-50.
- 13) Johannesson K. B., Lundin T., Hultman C. M., et al. The effect of traumatic bereavement on tsunami-exposed survivors. *J Trauma Stress*. 2009;22 (6) :497-504.
- 14) Johannesson K. B., Lundin T., Frojd T., et al. Tsunami-exposed tourist survivors: signs of recovery in a 3-year perspective. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199 (3) :162-9.
- 15) Johannesson K. B., Arinell H., Arnberg F. K. Six years after the wave. Trajectories of posttraumatic stress following a natural disaster. *J Anxiety Disord*. 2015;36:15-24.
- 16) Marthoenis M., Yessi S., Aichberger M. C., et al. Mental health in Aceh--Indonesia: A decade after the devastating tsunami 2004.

- Asian J Psychiatr. 2016;19:59-65.
- 17) Epping-Jordan J. E., van Ommeren M., Ashour H. N., et al. Beyond the crisis: building back better mental health care in 10 emergency-affected areas using a longer-term perspective. *Int J Ment Health Syst.* 2015;9:15.
- 18) Arnberg F. K., Gudmundsdottir R., Butwicka A., et al. Psychiatric disorders and suicide attempts in Swedish survivors of the 2004 southeast Asia tsunami: a 5 year matched cohort study. *Lancet Psychiatry.* 2015;2 (9) :817-24.
- 19) Musa R., Draman S., Jeffrey S., et al. Post tsunami psychological impact among survivors in Aceh and West Sumatra, Indonesia. *Compr Psychiatry.* 2014;55 Suppl 1:S13-6.
- 20) Frankenberg E., Nobles J., Sumantri C. Community destruction and traumatic stress in post-tsunami Indonesia. *J Health Soc Behav.* 2012;53 (4) :498-514.
- 21) Dyster-Aas J., Arnberg F. K., Lindam A., et al. Impact of physical injury on mental health after the 2004 Southeast Asia tsunami. *Nord J Psychiatry.* 2012;66 (3) :203-8.
- 22) Johannesson K. B., Lundin T., Hultman C. M., et al. Prolonged grief among traumatically bereaved relatives exposed and not exposed to a tsunami. *J Trauma Stress.* 2011;24 (4) :456-64.
- 23) Irmansyah I., Dharmono S., Maramis A., et al. Determinants of psychological morbidity in survivors of the earthquake and tsunami in Aceh and Nias. *Int J Ment Health Syst.* 2010;4 (1) :8.
- 24) Kristensen P., Weisaeth L., Heir T. Psychiatric disorders among disaster bereaved: an interview study of individuals directly or not directly exposed to the 2004 tsunami. *Depress Anxiety.* 2009;26 (12) :1127-33.
- 25) Frankenberg E., Friedman J., Gillespie T., et al. Mental health in Sumatra after the tsunami. *Am J Public Health.* 2008;98 (9) :1671-7.
- 26) Ularntinon S., Piyasil V., Ketumarn P., et al. Assessment of psychopathological consequences in children at 3 years after tsunami disaster. *J Med Assoc Thai.* 2008;91 Suppl 3:S69-75.
- 27) Piyasil V., Ketumarn P., Prubrukarn R., et al. Psychiatric disorders in children at one year after the tsunami disaster in Thailand. *J Med Assoc Thai.* 2008;91 Suppl 3:S15-20.
- 28) Heir T., Weisaeth L. Acute disaster exposure and mental health complaints of Norwegian tsunami survivors six months post disaster. *Psychiatry.* 2008;71 (3) :266-76.
- 29) Souza R., Bernatsky S., Reyes R., et al. Mental health status of vulnerable tsunami-affected communities: a survey in Aceh Province, Indonesia. *J Trauma Stress.* 2007;20 (3) :263-9.
- 30) Tang C. S. Trajectory of traumatic stress symptoms in the aftermath of extreme natural disaster: a study of adult Thai survivors of the 2004 Southeast Asian earthquake and tsunami. *J Nerv Ment Dis.* 2007;195 (1) :54-9.
- 31) John P. B., Russell S., Russell P. S. The prevalence of posttraumatic stress disorder among children and adolescents affected by tsunami disaster in Tamil Nadu. *Disaster Manag Response.* 2007;5 (1) :3-7.
- 32) Wickrama K. A., Kaspar V. Family context of mental health risk in Tsunami-exposed

- adolescents: findings from a pilot study in Sri Lanka. *Soc Sci Med.* 2007;64(3):713-23.
- 33) Vijayakumar L., Kannan G. K., Daniel S. J. Mental health status in children exposed to tsunami. *Int Rev Psychiatry.* 2006;18 (6) :507-13.
- 34) Vijayakumar L., Kannan G. K., Ganesh Kumar B., et al. Do all children need intervention after exposure to tsunami? *Int Rev Psychiatry.* 2006;18 (6) :515-22.
- 35) Johannesson K.B., Michel P.O., Hultman C.M., et al. Impact of exposure to trauma on posttraumatic stress disorder symptomatology in Swedish tourist tsunami survivors. *J Nerv Ment Dis.* 2009;197 (5) :316-23.

PTSD に対する認知行動療法の 神経生理学的基盤に関する文献研究



Family support after suicide attempt

高田紗英子^{1) 2)}

- 1) 国立大学法人福井大学 子どものこころの発達研究センター
- 2) 兵庫県こころのケアセンター

心的外傷後ストレス障害 (PTSD) への治療法として、認知行動療法が推奨されている。しかし、これまでの臨床で用いられたデータは心理指標を元にしたものが多く、神経生理学的指標を使用した研究は少ない。そこで本稿では PTSD 患者に対して認知行動療法 (本研究では、(i) ト라우マ関連の刺激に対する想像上もしくは実生活内暴露を実施していること、(ii) ト라우マ体験に起因する認知の歪みの修正を目的としているものであること、と定義する) を実施し、神経生理学指標および標準化された心理指標を効果測定として使用した研究を概観した。その結果、心拍数や収縮期血圧等の生理的反応の減少には認知行動療法は有効であったという知見が得られた。一方で、前頭葉や扁桃体の体積に対する治療効果は見られず、いずれの実験結果も PTSD に対する認知行動療法の確実性を示す根拠にはならなかった。しかし、PTSD に対する認知行動療法の有効性は臨床的に広く認められているため、本分野におけるさらなるエビデンスを蓄積していくことが期待される。

Key words : PTSD、認知行動療法、神経生理学、文献レビュー

I. はじめに

心的外傷後ストレス障害 (PTSD) とは、自然災害や事件・事故、虐待や大切な人との突然の死別など、予測不可能で一方的に暴力を受けるような体験 (トラウマ体験) に曝露された後に生じる症状の発現である。PTSD 症状には、体験した出来事を繰り返し、自分の意思とは関係なく想起する「侵入症状」、その出来事に関連する刺激や出来事を想起させる事物を避ける「持続的回避」、他者に対する否定的信念や罪悪感・恥の感覚への囚われなどを含む「認知と気分の陰性変化」、無謀な自己破壊的行動や過度の驚愕反応を示す「覚醒度と反応性の異常」がある。PTSD は、1980 年に米国精神医学会が発表した DSM- II の中に不安障害の下位カテゴリーとして登場した診断概念であるが、その疾患概念が確立される以前から、過度の筋緊張・

心拍数の増加・外部からの刺激に対する過剰な反応など、生理的变化が頻繁に認められることが知られていた¹⁾。近年では、遺伝子多型解析や脳機能解析の方法がより精巧かつ緻密に行われるようになったため、神経生理学的側面からの PTSD のメカニズムの解明が盛んに行われている²⁾。これらの研究から分かってきたのは、以下の4つの事実である。(1) PTSD は前頭葉および大脳辺縁系の神経回路に変化を引き起こす^{3) 4)}、(2) 神経回路内の変化は、自律神経系 (ANS)⁵⁾ や視床下部 - 下垂体 - 副腎系 (Hypothalamic-Pituitary-Adrenal axis: HPA) の変化と関連する^{6) 7)}、(3) これら神経回路、ANS および HPA の変化は、環境要因と遺伝子プロファイルの相互作用により生じる^{2) 8)}、そして (4) これらの変化は、PTSD の発症と症状継続に大きく関わりがある。また、これらの他にも、脳梁の断面積が子どもの PTSD 患児では小さくな

ること⁹⁾や、前部帯状皮質 (anterior cingulate cortex : ACC) 容積の減少や機能低下も報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。

PTSDを発症することにより、個人の日常生活や社会生活は大きく阻害される。そのためPTSDに対する有効な治療法を確立することは不可欠であり、多くのランダム化比較試験 (Randomized Control Trial: RCT) を用いた効果研究が実施されてきた。さまざまな精神療法中でも、トラウマに特化した認知行動療法がPTSDの治療には効果的であるとして推奨されているが¹²⁾、子どものPTSD治療の第一選択として挙げられているのは、トラウマフォーカスト認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy :TF-CBT) である¹³⁾¹⁴⁾。欧米でその有効性が確認されたTF-CBTは、現在日本においても予備的研究を終えており、トラウマ体験に曝された児童青年のPTSD症状の軽減に顕著な効果があったことも分かっている¹⁵⁾。

しかし、これまでの臨床試験で用いられたデータはPTSD症状や不安症状・抑うつ症状・問題行動などの心理指標を元にしたものが多く、PTSD治療薬の効果に関する調査に比べても、神経生理学的指標を使用した研究が少ないのが事実である¹⁶⁾。そこで、本稿では、(1) 認知行動療法が前頭葉・大脳辺縁系・ANS・HPAにおける活動に与える影響、(2) PTSD症状の重症度と神経生理学的な変化、(3) 介入前の神経生理学指標が治療効果への予測因子となるかどうかについて文献レビューを行い、これまでの知見を概観することを目的とする。

II. 方法

PubmedおよびPsycINFOを用いて、1999年から2015年までに公表された論文を検索した。キーワードを、“posttraumatic stress disorder AND cognitive behavioral therapy OR exposure

therapy”として論文を検索した結果、Pubmedで506本、PsycINFOで150本の文献があり、収集した文献を下記のように分類した。

- (1) PTSDもしくは部分PTSDであるという診断を受けた患者を対象としているものを選択した。部分PTSDの診断には、DSM-IVの診断基準において、A基準 (トラウマ体験への曝露) に該当し、かつ症状が1か月以上継続しており、臨床的に著しい苦痛を呈していること、また、B基準 (再体験症状)、C基準 (回避症状)、D基準 (過覚醒症状) のうち2つ以上に該当していることを診断基準としている。
- (2) 研究デザインとして、治療待機群や認知行動療法以外の精神療法を提供する対照群を設定したRCT研究のみを選択した。
- (3) 子どものPTSD治療の第一選択として挙げられているTF-CBTの構成は、「PRACTICE」の頭文字で要約される¹⁷⁾。心理教育とペアレンティングスキル (Psychoeducation and parent skills)、リラクゼーション (Relaxation)、感情表現と調整 (Affective expression and modulation)、認知コーピング (Cognitive coping)、トラウマナラティブの作成と処理 (Trauma narrative development and processing)、In vivo mastery of trauma reminders (トラウマ想起刺激の実生活内での克服)、Conjoint child-parent sessions (親子合同セッション)、将来の安全と発達の強化 (Enhancing future safety and development) の治療要素で成り立っており、現在我が国ではTF-CBTはトラウマ体験をした児童青年とその養育者向けのものとして位置付けられている。しかし、児童青年に対するTF-CBTの治療効果に関して、神経生理学的指標を使用した研究が見当たらなかった。また、PTSD患者に対する認知行動療法として、上記の条件で検索をかけると膨大な数になったため、今

回選択した文献における認知行動療法の定義は、(i) ト라우マ関連の刺激に対する想像上もしくは実生活内曝露を実施していること、(ii) ト라우マ体験に起因する認知の歪みの修正を目的としているものであること、とした。

- (4) 最後に、効果測定ツールとして、ホルモンレベル・脳活動または脳体積・ANS活動をj使用しているものを選択した。また、PTSD症状の重症度を測るために標準化された心理指標を使用しているものも選択した。

Ⅲ．結果

Ⅲ－1．検索結果

上記の条件を用いて、PTSD患者に対する認知行動療法を実施し、神経生理学指標および標準化された心理指標を効果測定として使用した研究は12本確認された¹⁸⁻²⁹⁾。対象者のトラウマ体験は、犯罪被害・交通事故被害・難民等であり、すべての対象は成人であった。すべての研究において、除外診断として物質依存・人格障害・精神障害、またはてんかんや脳に関連し

た手術や疾患の既往がないことが挙げられた。総対象者数は330名であった。

Ⅲ－2．認知行動療法が前頭葉・大脳辺縁系・ANS・HPAにおける活動に与える影響：認知行動療法実施群と待機群の比較

上記の比較を行った研究は、12本中8本であった。結果については表1にまとめている¹⁸⁻²⁵⁾。これらの内、5本において認知行動療法は待機群との比較がなされており、神経心理学指標を用いて治療効果を計測していた^{18-21), 24)}。また、これらの研究8本の内3本においては、脳活動や脳体積も効果測定の変数として使用していた^{22) 23) 25)}。

Ⅲ－3．介入前の神経生理学指標が治療効果への予測因子となる可能性について

4本の研究において、患者が元々有している神経生理学基盤が治療効果に与える影響について報告をしていた²⁶⁻²⁹⁾。生体指標を用いて報告したものが1本²⁶⁾、脳機能を測定したものが2本^{29) 28)}、遺伝子多型について報告したものが1本²⁹⁾であった。

図1. TF-CBTの前頭葉・大脳辺縁系・ANS・HPAにおける活動への影響：TF-CBT実施群と待機群の比較

Fecteau ¹⁸⁾	1999	CBT:20名 待機群:10名	HR	待機群に比べ、CBT実施群において、HRRが低下(p<0.1)
Blanchard ¹⁹⁾	2002	CBT:25名 支持的精神療法:26名 待機群:22名	HR, BP, SCL	支持的精神療法や待機群に比べ、CBT実施群においてHRRの有意な低下***、BPおよびSCLについては変化なし
Karl ²⁰⁾	2004	CBT:6名 支持的精神療法:3名	下唇動脈及び上唇動脈におけるEMG / 中立的な音、驚愕反応を誘発させる音、トラウマに関連する音	CBT実施群および支持的療法実施群において、驚愕反応を誘発させる音やトラウマに関連する音に対するEMG反応が、待機群に比べて有意に低下**
Rabe ²¹⁾	2006	CBT:17名 待機群:18名	HR/ベースライン、快刺激写真、嫌悪刺激写真、 トラウマに関連した写真	CBT実施群において、トラウマに関連した写真を見た際のHRRが待機群に比べて有意に低下*
Peres ²²⁾	2007	CBT:16名 待機群:11名	[99mTc]HMPAO SPECT	CBT実施群において、左前帯状皮質、左前頭前皮質、視床、左頭頂葉、左海馬、左ブローカ野のrCBFが待機群に比べて誘因に上昇***、左扁桃体のrCBFが待機群に比べて有意に低下***

Rabe ²³⁾	2008	CBT:17名 待機群:18名	EEG/ベースライン、快刺激写真、 嫌悪刺激写真、 トラウマに関連した写真	CBT実施群において、右前方の活動が待機群に比べて減少 ($p=0.07$)
Hinton ²⁴⁾	2009	CBT:12名 待機群:12名	HR、BP/ 起立性パニック発作の誘発	待機群に比べ、CBT実施群において、DSBPが有意に減少**
Peres ²⁵⁾	2011	CBT:12名 待機群:12名	fMRI/快刺激音、嫌悪刺激音、 トラウマに関連した音刺激	CBT実施群において、内側前頭前皮質のBOLDの増加および、左扁桃体内のBOLDが、待機群に比べて有意に減少***

HR (R) = 心拍数 (変動); BP= 血圧; SCL= 皮膚コンダクタンスレベル; EMG= 筋電図; SPECT= 脳血流評価; rCBF= 局所脳血流; EEG= 脳波検査 DSBP/SBP= 拡張期血圧 / 収縮期血圧; BOLD= 血中酸素濃度依存的シグナル

図2. 治療効果への予測因子となる神経生理学指標の探索

著者	出版年	生体指標	心理評価尺度	介入方法	対象者数	主要結果
Blanchard ²⁶⁾	2003	ベースラインHR	CAPS	CBT/ 支持的 精神療	57名	治療効果の予測因子としてもっとも高かったものは、治療前のCAPS得点であり、また、支持的 精神療法群での、治療前のHR と治療後のCAPS得点に相関 が見られた
Bryant ²⁷⁾	2008	恐怖表情刺激 および中立的な 表情刺激に対する fMRI関心領域: 扁桃体・ACC		CBT	responder群:7名 nonresponder群:6名	恐怖表情刺激を見た際に起こる 両側扁桃体および腹側前帯状 皮質の過活動の程度と治療効 果の弱さが関連していた
Bryant ²⁸⁾	2008	MRI、VOI、ACC		CBT	responder:7名 nonresponder群:7名	吻側前帯状皮質の体積が大き いPTSD患者は、恐怖のコント ロールがうまくできる傾向がある ため、治療効果がよく出る
Bryant ²⁹⁾	2010	5-HTTLPR遺伝	CAPS	CBT	45名	セロトントランスポータ遺伝子 多型(5-HTTLPR)の発現量が 低いタイプ(SまたはLG型)は、6 か月後のフォローアップ時点でも PTSD症状が重篤であった

responder= 治療効果が発現した群; nonresponder= 治療効果が発現しなかった群

IV. 考察

本稿では、PTSD患者に対して認知行動療法を実施し、神経生理学指標および標準化された心理指標を効果測定として使用した研究を12本概観した。2本の研究結果からは、T認知行動療法実施後に、内側前頭前皮質の活動が上がり、扁桃体の活動が下がることが分かった^{22) 25)}。両方とも、恐怖の条件付けおよび消去と関連がある分野であり、PTSD患者には両領域の活動に問題が見られることも分かっている³⁰⁾。内側前頭皮質(前部帯状回を含む)の

機能不全のため、扁桃体の活性を制御できず、恐怖条件付けの過形成・消去不全が起こるとい
う笠井ら(2006)の説とも一致する³¹⁾。すなわち、
トラウマ体験によって学習された恐怖記憶の消
去不全が、PTSD発症の一因になっていると考
えられる。また、認知行動療法実施群において、
前帯状皮質、視床、ブローカ野、頭頂葉、そし
て海馬に対してもその活動に変化があったこと
が分かっており^{22) 25)}、これらは(感覚)情報の
処理と統合、そして記憶の整理と構成に携わっ
ており、これらの領域の機能不全がPTSD患者
に見られるのである³²⁻³⁵⁾。単一光子放射断層撮

影研究を実施した Peres らによると、認知行動療法実施後ではこれらの領域が活発に活動するようになると報告しているが²²⁾、彼らが fMRI を用いて行った実験では再現性が確認されなかった²⁵⁾。また、ナラティブ・エクスポージャー・セラピーを実施し、認知行動療法実施後に脳磁計を用いてその効果をみた Adenauer らの研究においては、嫌悪刺激への注意制御の機能を有する頭頂葉および後頭葉において、活動が活発になったと報告しているが、結果の信頼性の検証が不十分であるという指摘もある^{36) 37)}。本稿で紹介した実験においては、対象者数がいずれも少なく、それぞれの結果に統一性がないため、認知行動療法が確実に PTSD 患者の神経活動の改善に効果があると結論づけるには、時期尚早かもしれない。

しかし、今回紹介したすべての実験において、認知行動療法を実施した群は待機群に比べてトラウマに起因する生理的反応を減少させたことが明らかになった。PTSD 患者は、実際には中立的な刺激であってもトラウマ体験を想起させる刺激（トリガー）に触れることで、恐怖反応を引き起こし、その刺激がさらなる機能不全に陥ることが知られている（例えば、中立刺激であったコンビニが、コンビニで強盗に遭うことをきっかけに、コンビニに行くだけで驚愕反応が生じる＝古典的条件付け）。しかし、認知行動療法実施群においては、心拍数や収縮期血圧、そして筋活動が減少することが確認された¹⁸⁻²¹⁾。つまり、治療の成功によって、トリガーに触れた際の生理反応を減少することができ、嫌悪刺激に対する過敏性も軽減することができると思われるだろう。

また、治療効果への予測因子として神経生理学指標を扱った研究についてもレビューを行った。Bryant らの実験においては、吻側前帯状皮質の体積の減少と扁桃核および腹側前帯状皮質における活動の増加が認知行動療法への反応性の悪さを示しているということが明らか

になった²⁷⁻²⁸⁾。一方、眼球運動による脱感作と再処理法（Eye Movement Desensitization and Reprocessing : EMDR）を実施してその治療効果を検討した Nardo らの研究では、扁桃核の灰白質の体積減少が EMDR への反応性の悪さとの関連があるという結果が出ており、矛盾が生じている³⁸⁾。これについても、対象者数が非常に少ないという課題があるため、結論を導き出すには不十分である。さらに、今回は遺伝子の側面から PTSD への治療効果を検討した実験も紹介した²⁹⁾。セロトニントランスポータ遺伝子多型（5-HTTLPR）の発現量が低いタイプ（S または LG 型）は、PTSD 症状の改善が見られにくいという結果が出たが、本結果は、ヒトにおける 54 個の研究をメタアナリシスで解析した Karg らの知見とも類似するところがあるのではないだろうか。Karg らは、ストレスへの曝露と 5-HTTLPR のプロモーター領域の多型との間には相互作用があることを確認し、ストレス感受性とうつ病のリスクに強く関連していることを示した。さらに、S アレルを持つ場合は、ストレスへの感受性の亢進と、ストレスに曝露された際のうつ病を発症するリスクの増加にリンクされることが見出している³⁹⁾。大変興味深い知見ではあるが、5-HTTLPR の分布は、アジア人と欧米人との間で有意な差があると結論付けられているため⁴⁰⁾、さらなるデータの蓄積と慎重な分析が必要であろう。

また、今回の文献レビューではすべての対象者が成人男女であったため、児童青年への TF-CBT の治療効果について神経心理学的基盤からは確認することができなかった。10代の脳は適応性と脆弱性を併せもつという指摘がある通り⁴¹⁾、PTSD を発症した児童青年の神経心理学および脳基盤、そして治療への反応性を検討するには多くの課題があると思われるが、臨床的に認知行動療法は非常に意義深いことが周知されるようになった今こそ、神経心理学指標を用いた効果研究が求められるのではないだろう

か。今後、質の良い研究が蓄積されればエビデンスはより強固になっていく可能性があると思われる。

V. 結語

PTSD 患者に対して認知行動療法を実施し、神経生理学指標および標準化された心理指標を効果測定として使用した研究を概観した結果、心拍数や収縮期血圧等の生理的反応の減少には認知行動療法は有効であったという知見が得られた。このことから、認知行動療法が恐怖条件付けや学習と関連する脳領域に作用するのではないかという可能性が示された。一方で、前頭葉や扁桃体の体積に対する治療効果は見られず、いずれの実験結果も PTSD に対する認知行動療法の確実性を示す根拠にはならなかった。しかし、認知行動療法の有効性は臨床的に広く認められ、我が国でも効果研究が始まっており、PTSD 症状の改善があったという報告がある。今回の文献レビューでは児童青年への認知行動療法の治療効果について、その神経心理学基盤を確認することができなかった。今後の本分野へのさらなる実証研究の蓄積が期待される。

引用・参考文献

- 1) 松村 健太, 松岡 豊: 外傷後ストレス障害に関する最新の精神生理学的研究. 脳と精神の医学, 20(2), 143-155, 2009.
- 2) Yehuda R, LeDoux J: Response variation following trauma: a translational neuroscience approach to understanding PTSD. *Neuron*. 56, 19-32, 2007.
- 3) Francati V, Vermetten E, Bremner JD: Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder: review of current methods and findings. *Depress Anxiety*. 24, 202-218, 2007.
- 4) Karl A, Schaefer M, Malta LS, Dorfel D, Rohleder N, Werner A: A meta-analysis of structural brain abnormalities in PTSD. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. 1004-103, 2006.
- 5) Charney DS: Psychobiological mechanisms of resilience and vulnerability: implications for successful adaptation to extreme stress. *American Journal of Psychiatry*. 161, 195-216, 2004.
- 6) Carrion VG, Weems CF, Richert K, Hoffman BC, Reiss AL: Decreased prefrontal cortical volume associated with increased bedtime cortisol in traumatized youth. *Biological Psychiatry*. 68, 491-493, 2010.
- 7) Rodrigues SM, LeDoux JE, Sapolsky RM: The influence of stress hormones on fear circuitry. *The Annual Review of Neuroscience*. 32, 289-313, 2009.
- 8) Koenen KC, Amstadter AB, Naugent NR: Gene-environment interaction in posttraumatic stress disorder: an update. *Journal of Traumatic Stress*. 22, 416-426, 2009.
- 9) Michael D De Bellisa, Macheri S Keshavana, Duncan B Clarka, B.J Casey, Jay N Gieddd, Amy M Boringc, Karin Frustacic, Neal D Ryan: Developmental traumatology part II: brain development. *Biological Psychiatry*. 45 (10), 1271-1284, 1999.
- 10) Kitayama N, Quinn S, Bremner JD: Smaller volume of anterior cingulate cortex in abuse-related posttraumatic stress disorder. *Journal of Affective Disorder*. 90(2-3), 171-174, 2006.
- 11) Bremner JD, Narayan M, Staib LH, Southwick SM, McGlashan T, Charney DS : Neural correlates of memories of childhood

- sexual abuse in women with and without posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*. 156, 1787-1795, 1999.
- 12) Bisson J, Andrew M: Psychological treatment of post-traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Systematic Review*. CD003388.2007.
- 13) AACAP Official action: Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children and Adolescents with Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 49, 2010.
- 14) Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, Cohen JA: *Effective Treatments for PTSD 2nd Edition-Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. Guilford Press, New York, 2009.
- 15) Kameoka S, Yagi J, Arai Y, Nosaka S, Saito A, Miyake W, Takada S, Yamamoto S, Asano Y, Tanaka E, Asukai N: Feasibility of trauma-focused cognitive behavioral therapy for traumatized children in Japan: a Pilot Study. *International Journal of Mental Health Systems*. 2015. doi: 10.1186/s13033-015-0021-y
- 16) Roffman JK, Marci CD, Glick DM, Dougherty DD, Rauch SL: Neuroimaging and the functional neuroanatomy of psychotherapy. *Psychological Medicine*. 35, 1385-1398, 2005.
- 17) 亀岡智美, 紀平省吾, 白川美也子 監訳: 子どものためのトラウマフォーカスト認知行動療法 ささまざまな臨床現場におけるTF-CBT実践ガイド. 岩崎学術出版社, 東京, 2015.
- 18) Fecteau G, Nicki R: Cognitive behavioural treatment of posttraumatic stress disorder after motor vehicle accident. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*. 27, 201-214, 1999.
- 19) Blanchard EB, Hickling EJ, Veazey CH, Buckley TC, Freidenberg BM, Walsh JD, Keefer L: Treatment-related changes in cardiovascular reactivity to trauma cues in motor vehicle accident-related PTSD. *Behavioral Therapy*. 33, 417-426, 2002.
- 20) Karl A, Malta LS, Alexander J, Blanchard EB: Startle responses in motor vehicle accident survivors: a pilot study. *Applied Psychophysiological Biofeedback*. 29, 223-231, 2004.
- 21) Rabe S, Dorfel D, Zoellner T, Maercker A, Karl A: Cardiovascular correlates of motor vehicle accident-related posttraumatic stress disorder and its successful treatment. *Applied Psychophysiological Biofeedback*. 31, 315-330, 2006.
- 22) Peres JF, Newberg AB, Mercante JP, Simao M, Albuquerque VE, Peres MJ, Nasello AG: Cerebral blood flow changes during retrieval of traumatic memories before and after psychotherapy: a SPECT study. *Psychological Medicine*. 37, 1481-1491, 2007.
- 23) Rabe S, Zoellner T, Beauducel A, Maercker A, Karl A: Changes in brain electrical activity after cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in patients injured in motor vehicle accidents. *Psychosomatic Medicine*. 70, 13-19, 2008.
- 24) Hinton DE, Hofmann SG, Pollack MH, Otto MW: Mechanisms of efficacy of CBT for Cambodian refugees with PTSD: improvement in emotion regulation and orthostatic blood pressure response. *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 15, 255-263, 2009.

- 25) Peres JFP, Foerster B, Santana LG, Domingues Fereira M, Nasello AG, Savoia MN, Moreira-Almeida A, Lederman H: Police officers under attack: resilience implications of an fMRI study. *Journal of Psychiatric Research*.45, 727-734, 2011.
- 26) Blanchard EB, Hickling EJ, Malta LS, Jaccard J, Devineni T, Veazey CH, Galovski TE: Prediction of response to psychological treatment among motor vehicle accident survivors with PTSD. *Behavioral Therapy*. 34, 351-363, 2003.
- 27) Bryant RA, Felmingham K, Kemp A, Das P, Hughes G, Peduto A, Williams L: Amygdala and ventral anterior cingulate activation predicts treatment response to cognitive behaviour therapy for post-traumatic stress disorder. *Psychological Medicine*. 38, 555-561, 2008.
- 28) Bryant RA, Felmingham K, Whitford TJ, Kemp A, Hughes G, Peduto A, Williams LM: Rostral anterior cingulate volume predicts treatment response to cognitive-behavioural therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*. 33, 142-146, 2008.
- 29) Bryant RA, Felmingham KL, Falconer EM, Pe BL, Dobson-Stone C, Pierce KD, Schofield PR: Preliminary evidence of the short allele of the serotonin transporter gene predicting poor response to cognitive behavior therapy in posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 67, 1217-1219, 2010.
- 30) LeDoux JE: Emotion circuits in the brain. *Annual Review of Neuroscience*. 23, 155-184, 2000.
- 31) 笠井清登, 山末英典: PTSDの生物学—脳画像を中心に—. *こころの科学*. 129, 43-47, 2006
- 32) Lanius RA, Williamson PC, Hopper J, Densmore M, Boksman K, Gupta MA, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS: Recall of emotional states in posttraumatic stress disorder: an fMRI investigation. *Biological Psychiatry*.53, 204-210, 2003.
- 33) Lanius RA, Williamson PC, Densmore M, Boksman K, Neufeld RW, Gati JS, Menon RS: The nature of traumatic memories: a 4-T fMRI functional connectivity analysis. *American Journal of Psychiatry*. 161, 36-44, 2004.
- 34) Bremner JD, Vythilingam M, Vermetten E, Southwick SM, McGlashan T, Nazeer A, Khan S, Vaccarino LV, Soufer R, Garg PK, Ng CK, Staib LH, Duncan JS, Charney DS: MRI and PET study of deficits in hippocampal structure and function in women with child-hood sexual abuse and posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*.160, 924-932, 2003.
- 35) Lindauer RJ, Vlioger EJ, Jalink M, Olf M, Carlier IV, Majoie CB, den Heeten GJ, Gersons BP: Smaller hippocampal volume in Dutch police officers with posttraumatic stress disorder. *Biological Psychiatry*. 56, 356-363, 2004.
- 36) Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, Neuner F: Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli – evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*. 12, 127, 2011.
- 37) J Zantvoord JB, Diehle J, Lindauer RJL: Using Neurobiological Measures to Predict and Assess Treatment Outcome of Psychotherapy in Posttraumatic Stress

- Disorder: Systematic Review. *Psychotherapy and Psychosomatics*. 82:142–151,2013.
- 38) Nardo D, Hogberg G, Looi JC, Larsson S, Hallstrom T, Pagani M: Gray matter density in limbic and paralimbic cortices is associated with trauma load and EMDR outcome in PTSD patients. *Journal of Psychiatric Research*. 44, 477-485, 2010.
- 39) Karg K, Burmeister M, Shedden K, Sen S: The Serotonin Transporter Promoter Variant (5-HTTLPR), Stress, and Depression Meta-Analysis Revisited: Evidence of Genetic Moderation. *Archives of General Psychiatry*. 68(5),444-54,2011.
- 40) Nakamura M, Ueno S, Sano A, Tanabe H: The human serotonin transporter gene linked polymorphism (5-HTTLPR) shows ten novel allelic variants. *Molecular Psychiatry*. 5, 32-38, 2000.
- 41) Giedd JN: The Amazing Teen Brain. *Scientific American*. 312, 32-37, 2015.

職場いじめ（パワーハラスメント）の 予防的介入に関する文献レビュー



The prevention of workplace bullying: literature review

山本沙弥香

兵庫県こころのケアセンター

職場いじめ（パワーハラスメント）の問題は近年大きな社会問題となっている。しかし、職場いじめ発生の予防の取り組みに関しては、有効な介入方法が十分に実証されているとは言い難い。そこで本稿では、諸外国の職場いじめの文献を通して、効果的な介入について検討を行った。結果として、職場いじめの予防介入の研究はわずかであった。介入方法としては、職場いじめに関する心理教育、職場いじめ発生を想定した認知的リハーサル訓練が多く見られた。しかし、介入効果に関しては、結果は一定しておらず、どのような介入が効果的か明らかにすることは難しかった。しかし、介入後のインタビューを行った研究からは、介入に効果があったという報告もあり、今後の研究の蓄積が期待される。今後は、これまでの職場いじめの発生要因に関する研究の蓄積をふまえて、リーダーシップやチームマネジメントの観点からより効果的な介入方法を検討していくことも必要であると考えられた。

Key words：職場いじめ、パワーハラスメント、予防、介入

1. はじめに

パワーハラスメント（以下職場いじめ）は、労働者の精神健康に影響する問題として、大きな社会問題となっている。事実、全国の都道府県労働局に寄せられる職場いじめの相談件数は、年々増加傾向にある。厚生労働省が公表した平成27年度の個別労働紛争解決制度の施行状況によれば、全国の都道府県労働局に寄せられる労働相談の相談内容は、いじめ・嫌がらせが66,566件となっており、4年連続で最多となっている¹⁾。厚生労働省も平成28年度の今後のメンタルヘルス対策の通達の中で、パワーハラスメント対策を一層重視する必要性について言及している²⁾。

職場いじめはLeymannの報告³⁾を皮切りに、欧州で盛んに研究がなされるようになった。これまでに、職場いじめとの精神健康及

び身体健康との関連などが数多く報告されている。例えば、抑うつとの関連でいえば、職場いじめ曝露群は非曝露群に比して抑うつ症状の発症リスクは8倍強であるとの報告⁴⁾や、うつ病のリスクが4.2倍になるとの報告⁵⁾がある。また、職場いじめの被害者の76%にPTSDを示す症状がみられたという報告⁶⁾もあり、職場いじめは精神健康に様々な影響を及ぼすといえる。また、身体健康に関しては、職場いじめ曝露群は非曝露群に比べて、2.3倍循環器系疾患の発生リスクが多くなることが報告されている⁵⁾。また、職場いじめは健康面だけでなく、職務満足感の低下や離職意志の増加をもたらすことも報告されている⁷⁾。このように職場いじめは労働者の精神健康、身体健康のみならず、仕事自体への影響など、多岐にわたる影響を及ぼすものであるといえる。よって、職場いじめの発生のり

スクを減らすことは、労働者の健康維持のみならず、仕事の質を維持する上でも重要であるといえる。

職場いじめ発生の予防に関する取り組みの必要性はこれまでの研究の中で数多く指摘されてきた。また、国をあげての取り組みの必要性や枠組みも示されている。例えば、欧州ベースで進められている職場のメンタルヘルス対策には Psychosocial Risk Management-European Framework(PRIMA-EF) プロジェクト⁸⁾がある。このプロジェクトは、ホームページ上で成果やメンタルヘルス対策の取り組みのマニュアルなどが公開されている。職場いじめは重要な社会心理的リスクと位置づけられており、組織レベルでの介入や第三者の介入などの具体的な取組が示されている。また、本邦でも職場いじめ問題の啓発として、厚生労働省が「明るい職場応援団」というホームページを開設している。その中では職場いじめに関する対策マニュアルや、職場いじめの研修資料などが無料公開されている⁹⁾。また、厚生労働省が主体となって、職場いじめに関する研修を無料で提供されている。このほかには、本邦ではEAPプログラムを提供する事業者や産業保健活動を実施している団体などでも、「パワハラ研修」は数多く提供されているという現状がある。このように、職場いじめ問題への予防介入の現場レベルの実践に関しては、活発な動きが見られており、介入の方法については蓄積があるといえる。しかし、研究という面では、どのような予防的介入が効果的であるかコンセンサスが得られているとは言い難い。また、本邦でも職場いじめに関する研究の取り組みは発展途上であるといえる。そこで本研究では、これまでの職場いじめの予防の取り組みに関して諸外国の文献を検討し、有効な介入方法や今後の研究の可能性について概観することを目的とする。

2-1. 方法

Pubmed で職場いじめの予防に関する文献を検索した。どちらの検索においても、キーワード検索で全文検索を行った。職場いじめは英語では、Workplace bullying, Workplace mobbing, Workplace harassment, Moral harassment, Lateral violence など様々な名称で呼ばれているため、Pubmed で検索を行う際には、複数の職場いじめを示す語句と prevention を AND 検索した。なお、harassment という語句にはセクシャルハラスメントが含まれることを防ぐために、sexual の語句は NOT 検索を行った。(Workplace bullying) AND prevention, (Workplace mobbing) AND prevention, (Workplace harassment) AND prevention NOT sexual, (Moral harassment) AND prevention NOT sexual, (lateral violence) AND prevention の5つの検索キーワードで検索を行った。検索した文献の中から、以下の基準で目視して文献の選定を行った。選定した論文について、著者、発表年、研究形態、介入（実践の内容）、評価の時期、介入の評価法、主要な結果をまとめた。

2-2. 選定基準

- 1) 職場いじめの予防介入に関するレビューは除く。
- 2) 職場いじめに関する介入研究もしくは、介入研究でなくとも独自のプログラムの実践報告を含むものとする。
- 3) 職場いじめの発生を防ぐ介入（第一次予防的介入）もしくは職場いじめ発生の際の早期介入（第二次予防的介入）を検討することとし、職場いじめの被害者への精神的なケアを含む介入（第三次予防的介入）は除く。
- 4) 原著論文もしくは症例報告形式の論文とし、記事形式や短い実践報告は除く。
- 5) 英語で報告された論文とする。

3. 結果

Pubmed で検索を行った結果、それぞれの検索ワードで表 1 の検索数となった（2016 年 9 月末時点）。以上の文献の中から、選定基準を用いて判定したところ 8 編の論文に絞られた。各論文の概要を表 2 に示した。

表 1. 検索キーワードとその結果

検索キーワード	検索結果
(Workplace bullying) AND prevention	136
(Workplace mobbing) AND prevention	20
((Workplace harassment) AND prevention) NOT sexual	30
((Moral harassment) AND prevention) NOT sexual	5
(lateral violence) AND prevention	51

(1) 研究形態について

実証研究として報告しているもの 6 編のうち、全てがコントロール群をもたない準実験計画法であった^{10) 11) 13) 14) 15) 16)}。残り 2 編は症例報告であった^{12) 17)}。

(2) 介入の対象について

7 編は看護師に対する介入であった^{10) 11) 13) 14) 15) 16) 17)}。残り 1 編は医療者に対する介入であり¹²⁾、全てが医療現場で働く労働者を対象としたものであった。

(3) 介入内容について

介入内容としては、複数の技法を組み合わせた介入が多く見られた。また、全てが研修によ

る教育的介入を含んでいた。教育的介入としては、職場いじめに関する知識伝達が 5 編^{10) 11) 13) 14) 16)}、職場いじめの発生事例の際の介入を目的とした認知的リハーサル訓練（ロールプレイ、エクササイズ、デモンストレーションと記載しているものも含む）が 5 編^{10) 12) 13) 16) 17)}、職場のコミュニケーション向上を目的とした介入（アサーショントレーニングなど）が 2 編^{14) 15)}、チームビルディングに焦点をあてた介入が 1 編見られた¹¹⁾。

研修等の教育的介入以外の介入としては、職場の経営層からいじめやハラスメント撲滅の方針について説明を行う対策が 1 編¹²⁾、職場いじめ問題への気付きを促すためのポスター掲示が 1 編¹²⁾ 見られた。

(4) 主要な結果

介入効果を検討した主要な結果としては、量的調査を行ったものと質的調査を行ったものに分類された。量的調査を行った研究の中では、介入後に職場いじめ報告の増加が見られたとする文献が 2 編^{16) 15)}、職場いじめの報告の低下が見られたとする文献は 1 編あった¹⁴⁾。職場いじめの増加が見られたとする文献であっても、職場いじめの深刻さは有意に低下した¹⁶⁾。職場いじめ問題に対する意識の向上が見られたとする文献は 1 編¹²⁾、チームの凝集性が高まったとする報告¹¹⁾ が 1 編、メンバー同士の相互作用が高まったとする報告¹¹⁾ が 1 編、職員の仕事への熱意が高まったとする報告¹²⁾ が 1 編あった。仕事の満足度に関しては、介入前後で差が見られなかったという報告¹⁵⁾ が 1 編あった。

インタビュー等の質的な検討を行った文献では、職場いじめへの気付きの向上になるという報告¹⁰⁾ や、教育的介入で学んだスキルが実際の職場いじめ発生の際に役立ったという報告¹⁷⁾ があった。

表2. 職場いじめの予防的介入及び実践を行った論文一覧

著者	発表年	介入対象	研究形態	介入(実践)内容	評価方法及び内容	評価時期	評価尺度	主要な結果
Griffin M. ¹⁰⁾	2004	看護師	準実験計画	新卒の看護師26名に対して職場いじめの概要の教育と認知リハーサル訓練を実施し、職場のIDカードに添付できる職場いじめが起きたときの対応例カードを配布した。	フォーカスグループインタビュー(ビデオテープ)	1年後	NA	介入は職場いじめ問題に関する意識の向上に役立つことが明らかとなった。また、実際に職場いじめにあったときに、介入をもとに問題に立ち向かう行動をとっていることが明らかとなった。
Barrett A, Piatek C, Korber S, et al. ¹¹⁾	2009	看護師	準実験計画	職場いじめに関する情報提供とチームビルディングに焦点をあてたデモンストレーションやエクササイズを行う介入を行った。4つの部署から各6-8名の看護師が参加し、介入内容を部署のスタッフと共有することが推奨された。	介入前後の質問紙調査	3ヵ月後	① "How Well Are We Working Together" 尺度 ② GCS ③ NDNQIより職務満足と仕事の楽しみを測定する尺度	介入後には各チームにおいて、チームの凝集性(GCS)は有意に改善した。また、メンバー同士の相互作用のスコアが改善した。
Meloni M, ¹²⁾ Austin M.	2011	医療者	症例報告	いじめとハラスメントに対するゼロ・トレランス方式のプログラム(①最高責任者からのいじめやハラスメント撲滅の方針の表明、②自薦方式による職員への職場いじめ発生時の解決方法のトレーニングの受講③職場いじめ問題への気付きを促すためのポスターの掲示)を行った。	介入前後の質問紙調査	3年後	病院独自の従業員満足度調査	介入後には、職員の職場いじめ発生時の対応についての意識が向上し、職員の熱意も向上した。
Sharon J. Stagg, Daniel Sheridan, Ruth Ann Jones, et al. ¹³⁾	2011	看護師	準実験計画	上述のGriffinの介入を元とした、2時間の職場いじめに関する教育と認知的リハーサル訓練を行った。	介入前後の質問紙調査	介入直後	① 介入に関する質問 ② 職場いじめに対する看護師の態度に関する質問	職場いじめの知識及び自身や同僚が被害に遭ったときに報告しようとする意識が有意に高まった。
Ceravolo DJ, Schwartz DG, Foltz-Ramos KM, et al. ¹⁴⁾	2012	看護師	準実験計画	アサーティブなコミュニケーションのスキルの獲得とハラスメントに関する気づきの向上を中心とした60-90分のワークショップを毎年度行った。	介入前後の質問紙調査	3年後	Verbal Abuse Survey	言語暴力の報告は、介入前90%から介入後76%に低下した。また、他者を尊重する態度や意見を安全に伝えようとする意識、職場いじめが発生したときにも解決しようとする意識が高まった。
Chippis EM, ¹⁵⁾ McRury M.	2012	看護師	準実験計画	16名の看護師に対して、職場での葛藤状況においてより効果的なコミュニケーションを行うための3ヶ月間の介入プログラムを実施した。	介入前後の質問紙調査	4ヵ月後	① NAQ-R ② 職務満足、職場での失敗に関する尺度	介入後には職場いじめ体験尺度の平均値、及び自分がいじめのターゲットに該当すると答えた割合は増加した。仕事の満足度は介入前後で差は見られなかった。

Dahly MA, Herrick LM. ¹⁶⁾	2014	看護師 計画	標準 計画	看護士に対して1.5時間の職場いじめに 関する知識と認知的リハーサルを含む教 育的介入を行った。	介入前後の 質問紙調査	3か月後	The Lateral and Vertical Violence in Nursing Survey	介入前後で職場いじめの頻度に有意 な差は見られずいじめの内容によっ ては若干増加したものもあった。しかし ながら、職場いじめの深刻さは有意に 低下した。
Keller R, Budin WC, Allie T. ¹⁷⁾	2016	看護師 症例報告	症例報告	看護師への職場いじめの実態調査をも とに、独自のプログラムの開発を行った。 開発プログラムは、職場いじめの発生が あったときに第三者の介入を奨励するプ ログラムとなっており、3～4時間の対面 式の教育的プログラムとなっている。参 加者は介入の4S(Stand by, Support, Speak up, Sequester)を軸に介入の ロールプレイを体験する。	介入後の フォローアップ セッション	6ヶ月後	NA	最初のセッションから6か月後に行われ たフォローアップセッションでは、実際 の職場いじめの目撃において参加者が プログラムで学んだ介入方法を実践し、 職場いじめが止んだ事例や、セッショ ンでのロールプレイが実際の介入の際 に役立ったことが語られた。

注:NA= not applicable, GCS=Group Cohesion Scale, NDNQI=National Database of Nursing Quality Indicators Nurse Satisfaction Survey

4. 考察

本稿では、職場いじめの予防的介入について、文献による検討を行った。結果、予防介入の検討を目的とした文献はわずかであることが明らかとなった。

一方で、職場いじめの予防介入では、様々な技法を複合的に用いた研究や実践を行っていることが明らかとなった。介入技法としては、職場いじめの心理教育や職場いじめ発生時の状況を想定した認知リハーサル訓練のように、職場いじめに関することを直接的に扱う方法から、職場いじめに至る前の葛藤状況を解決するための方法としてアサーショントレーニングを行うなど、職場いじめのことは直接扱わないアプローチを行うことで、職場いじめの発生の低減を目指すものまで様々であった。特に、今回の結果では、職場いじめ発生時の対応を学ぶスキルを伝える介入が数多く見られていたが、これは看護師の職場いじめの発生率が高く^{18) 19) 20)}、早期介入のためのスキルを必要とするためと考えられた。

また、介入技法の多くは研修形式による教育的介入であったが、そのほかにもポスターによる職場いじめ問題に関する啓発や経営層からの情報発信といった対策を行うものもあった。様々な技法を複合的に用いた取り組みを行うことで、職場いじめの低減に役立てることができると期待されているといえる。

介入効果の検討に関しては、直接的に職場いじめの頻度を測定するものから、仕事の満足度やチームの凝集性などポジティブな面の評価など様々であった。職場いじめの発生頻度に関しては、職場いじめの介入を行うことで逆に職場いじめの体験の報告が増加するといった結果が複数の文献で指摘されていた。これは、職場いじめに関する知識を伝えることで知識が深まり、自分では職場いじめと考えていなかった行為をいじめ体験として報告するためと考えられた。

介入後の評価の時期に関しても、介入直後から介入数ヶ月～数年後と幅があり、評価のタイミングによっては、職場いじめの体験の報告が増加することを念頭に置く必要があると考えられた。一方で、毎年度取り組みを行った介入の報告では3年後の調査で言語的な暴力の報告が低下しており、職場いじめの発生頻度の評価には年単位での取組が必要になる可能性を示しているといえよう。その他の主要な結果に関しても、文献によって焦点をあてた変数や評価の時期にばらつきがあり、現時点でどのような介入が効果をもたらすかを一定の知見を得ることは難しかった。しかしながら、介入後にインタビューを行った結果からは、職場いじめの発生場面を想定したデモンストレーションが実際の職場いじめ発生に役立った、職場いじめの知識向上に役立ったという報告がされていた。量的な結果では効果が限定的であったものの、必ずしも今回の文献で取り上げた介入方法が効果的でないとはいえず、今後の研究の蓄積が期待される。

これまで職場いじめ問題に関する研究の焦点として数多く研究が進められてきたものとして職場いじめの発生要因に関する研究がある。発生要因としては、個人レベルの要因から、組織的要因、社会的要因など様々な観点から研究が行われているが、中でも組織的な要因に関しては様々な知見の蓄積がある。例えば、組織の中で事なかれ主義のリーダーシップが従業員の役割葛藤を引き起こし、職場いじめをもたらすとの報告^{21) 22)}があることから、マネジメントの観点やチーム作りの観点からの介入も効果をもたらすのではないかと考えられる。今回の文献では、チームビルディングに焦点をあてた介入があったが、直接的に職場いじめの知識を伝える心理教育的な介入に加えて、職場のチーム作りやマネジメントの観点からも予防的介入の可能性を探っていくことも必要と考えられる。

また、今回の検討した文献のほとんどは、コントロール群をもたない準実験計画方式の研究

であった。よりよい介入方法の検討のため研究デザインを考えていくことも必要だろう。

5. 結語

本稿では、職場いじめに対する予防的介入の文献を通して、効果的な予防方法のあり方について検討を行うことを目的とした。結果として、職場いじめの予防介入の研究はわずかであった。介入方法については、複数の技法を組み合わせた介入が見られたが、多くは職場いじめに関する知識教育と職場いじめ発生を想定した認知的リハーサル訓練であった。介入効果に関しては、結果は一定しておらず、どのような技法が効果的であるかを現時点で明らかにすることは難しかった。しかし、介入後にインタビューを行った文献の結果からは、今回検討した介入に効果がなかったとはいえ、今後の研究の蓄積が期待される。

これまで、職場いじめに関する研究では、職場いじめ発生の組織的要因の検討など発生メカニズムを探る研究の蓄積が数多くなされている。特に、リーダーシップやチームマネジメントの観点からより効果的な介入方法を検討していくことも、今後必要であると考えられる。

- 1) 厚生労働省 . 平成 27 年度個別労働紛争解決制度の施行状況 . ; 2016.
- 2) 厚生労働省 . ストレスチェック制度の施行を踏まえた当面のメンタルヘルス対策の推進について . ; 2016.
- 3) Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence and victims*. 1990;5:119-126.
- 4) Niedhammer I, David S, Degioanni S. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *Journal of psychosomatic research*. 2006;61(2):251-9.
- 5) Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. 2003;779-784.
- 6) Mikkelsen EG, Einarsen S. Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scandinavian journal of psychology*. 2002;43(5):397-405.
- 7) Quine L. Workplace bullying in NHS community trust: staff questionnaire survey. *BMJ (Clinical research ed)*. 1999;318(January):228-232.
- 8) Consortium P. Psychosocial Risk Management-European Framework. <http://www.prima-ef.org/>.
- 9) 厚生労働省 . 明るい職場応援団 . <https://www.no-pawahara.mhlw.go.jp/>.
- 10) Griffin M. Teaching cognitive rehearsal as a shield for lateral violence: an intervention for newly licensed nurses. *Journal of continuing education in nursing*. 2004;35(6):257-63.
- 11) Barrett A, Piatek C, Korber S, Padula C. Lessons learned from a lateral violence and team-building intervention. *Nursing administration quarterly*. 2009;33(4):342-351.
- 12) Meloni M, Austin M. Implementation and outcomes of a zero tolerance of bullying and harassment program. *Australian Health Review*. 2011;35(1):92-94.
- 13) Stagg SJ, Sheridan D, Jones RA, Speroni KG. Evaluation of a workplace bullying cognitive rehearsal program in a hospital setting. *Journal of Continuing Education in*

- Nursing*. 2011;42(9):395-403.
- 14) Ceravolo DJ, Schwartz DG, Foltz-Ramos KM, Castner J. Strengthening communication to overcome lateral violence. *Journal of Nursing Management*. 2012;20(5):599-606.
 - 15) Esther Maria Chipps, McRury M. The Development of an Educational Intervention to Address Workplace Bullying: A Pilot Study. *Journal for Nurses in Staff Development*. 2012;28(3):94-98.
 - 16) Dahlby MA, Herrick LM. Evaluating an Educational Intervention on Lateral Violence. *Journal of Continuing Education in Nursing*. 2008;39(6):344-352.
 - 17) Keller R, Budin WC, Allie T. A Task Force to Address Bullying. *AMERICAN JOURNAL OF NURSING*. 2016;116(2):52-58.
 - 18) McKenna BG, Smith NA, Poole SJ, Coverdale JH. Horizontal violence: Experiences of Registered Nurses in their first year of practice. *Journal of Advanced Nursing*. 2003;42(1):90-96.
 - 19) Johnson SL, Rea RE. Workplace bullying: concerns for nurse leaders. *The Journal of nursing administration*. 2009;39(2):84-90.
 - 20) Quine L. Workplace bullying in nurses. *Journal of health psychology*. 2001;6(1):73-84.
 - 21) Skogstad A, Einarsen S. The destructiveness of laissez-faire leadership behavior. *Journal of occupational health psychology*. 2007;12(1):80-92.
 - 22) Tsuno K, Kawakami N. Multifactor leadership styles and new exposure to workplace bullying: a six-month prospective study. *Industrial health*. 2015;53(2):139-51.

DPAT 制度における活動拠点本部の業務 ～熊本地震における活動から～



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

熊本地震（2016年）後に初めて稼動した災害派遣精神医療チーム（通称 DPAT）における活動拠点本部の業務内容をひょうご DPAT 第2陣で派遣された業務調整員の立場から報告し、そこから見えてきた制度の課題について検討した。

Key words：DPAT、熊本地震、災害拠点本部

はじめに

2016年4月14日の午後9時26分に発生した前震（震度7）に引き続き、同年4月16日の午前1時25分の本震（震度7）前後に、震度6弱以上の地震が合計5回も起こるという未曾有の災害が熊本県熊本地方と阿蘇地方を襲った。これを受け、東日本大震災後に発足した「災害派遣精神医療チーム（DPAT）」が初稼動し、全国からのべ911隊（6月1日時点 DPAT 事務局調べ）が現地入り、活動を展開した。熊本の地震はDPAT制度が想定していた通りの災害被害であり、被災病院の入院患者の転院作業にDPAT隊が関わることができたという意味では成功だった。しかし、今回の活動から学ぶことも多かった。そこで、本稿では、ひょうご DPAT 第2陣3班の業務調整員（ロジスティック担当）として活動拠点本部に関わった経験を報告し、今後の課題について述べる。

移動日である初日は、先遣隊として派遣された2チーム（各チームは医師、保健師/看護師、業務調整員の3名）と福岡駅で落ち合い、構内

のコーヒーショップで引継ぎを受けた。多種多様の支援チームが入っており、現場は飽和状態で、とても混沌としているとの印象を受けた。

翌日からは、活動拠点本部での活動が開始した。兵庫県のDPATマニュアルには被災地の保健所が活動拠点本部を担うと記されているため、外部の派遣隊だけがその業務を行うというのがどうなるのか全く見当もつかなかった。しかし、幸い、被災地での活動経験が豊富な岡山チームと合同であることができたため、調整本部が兼務していた業務内容に加え、必要と思われることを行っていった。以下に当時の活動拠点本部の活動を記す。

活動拠点本部の活動内容

活動拠点本部の役目はタクシーの配車センターのようである。配車センターと同様、活動拠点本部は、各被災地で活動中の隊の状況を把握することで、支援要請が入った際に、対応することが可能になる。以下に活動拠点本部で私たちが行った活動を列挙する（表1）。

表1 活動拠点本部の仕事

1) クロノロジーの作成
2) 隊の配置案作成
3) 新規隊への情報提供
4) 初活動隊へのオリエンテーション
5) 各隊からの活動終了報告と翌日の活動場所と開始時間の確認
6) 活動報告の作成(クロノロと共に調整本部へ提出)
7) その他

1) クロノロジーの作成

各隊は災害時精神保健医療情報支援システム(Disaster Mental Health Information Support System: DMHISS)と呼ばれるネット上のページに動向を書き込む。そこで、活動拠点本部はその記述から、各隊の行動を時系列に記述する「クロノロジー(以降 クロノロ)」を作成する。クロノロから、どの隊が、どこで、誰を対象に、どんな活動をしているのかが一目で分かるようになる。クロノロは2タイプ作成される。ひとつは壁に張り出されるもの。もうひとつは同じ内容をエクセルにまとめたものである。後者は各隊の活動報告を取りまとめたものと一緒に調整本部に提出される。

2) 隊の配置案作成

活動拠点本部では翌日の隊の配置も考えた。派遣隊の派遣期間は各都道府県が決めるため、各隊の滞在日数には幅がある。兵庫県のように6日間の活動日に前後各1日の移動日の計8日は珍しく、最短は活動日2日に移動日2日の合計4日と言うところもあった。現在活動中の隊から後続チームの情報を収集しつつ、関係者がアクセスできるGmailアカウントに送付される膨大なメールの中から派遣隊登録票を見つけ、次の隊の人数、職種等を踏まえ、今後の配置計画を練る。この配置表は毎日、調整本部へ送付され、夕方、そのデータがDMHISSに流され、

周知される。

同時に、被災地の保健所等に連絡を入れ、DPAT 隊の配置を希望するかどうかについても問い合わせを行った。

3) 新規隊からの問い合わせ対応

初めて被災地で活動する「新規参入する隊」への情報提供も行った。「自分たちの隊はどこ地域を担当することになるのか」、という問い合わせがあった。どこが活動拠点になるかが分かればその近くに宿を取ることができるという事情からだ。現地入りする前でもDMHISSを見れば、宿を出発する時間が分かる。少なくとも数の隊が5時や6時に「宿を出発し、〇×に向かいます」と記述していたことから、少しでも移動時間を短くし、隊員の疲弊を軽減できれば、という配慮だろう。当時は、熊本市内のホテルに滞在できる支援関係者はほぼ皆無だった。震災の影響やそれ以外の事情から市内の宿泊施設が支援チームの受け入れを見合わせていたことからDPAT 隊の多くは熊本市外あるいは福岡県などの近隣に宿を構えざるを得なかった。兵庫県の場合、福岡県筑後市にあるビジネスホテルに滞在した。熊本市内までは平均片道2時間の移動だったが、ホテルの周りには飲食店も多く、比較的恵まれていたと思う。多くの他府県隊も同様に2時間以上をかけて移動している隊も少なくなく、毎日宿泊先が変わる隊や初日の宿泊先すら決まっていなかった隊もあった。旅館が宿泊先だった隊は隊員同士が相部屋となるケースもあり、外部支援チームが飽和状態をはるかに超えていた状況を考えると、そこまでの負荷を隊員に強いなければならないのか、と首を傾げざるを得なかった。

4) 初活動隊へのオリエンテーション

継続して派遣されているか否かに関わらず、新しく到着した隊に対してのオリエンテーションも行った。先着隊がいる場合は、引継ぎが行

われているが、DPAT 制度下で動く際のルールを確実に理解してもらうために新しく被災地入りする隊には必ず活動拠点本部に来ていただいた。具体的には以下の点を確認した（表 2）。

表 2 オリエンテーションの内容

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 被災地の現状と担当地区の状況 ② メンバー登録票に記載されている連絡先(電話番号やメールアドレス)の確認 ③ 活動拠点本部の役割「配車センター」 ④ 活動趣旨の確認「緊急性のある状況への対応＝精神科救急」 ⑤ 調整本部から上がってきている注意点 ⑥ DMHISS 用の報告書(日報と個票)と活動拠点本部作成の活動報告書 ⑦ その日の活動内容の口頭報告(16時半から17時の間) ⑧ DMHISS の使用方法 ⑨ 活動時間(通常9時から18時) ⑩ 活動が終了した時点で活動拠点本部に電話あるいはDMHISS に記載 |
|--|

メディアが報道する被災地の情報は被害が大きい地域に偏りがちで、被災地全体の客観的な全体像を得るには役に立たないことが多い。そのため、活動予定地域および全体の状況、発災からの時間経過の中、どのような経緯をたどっているのかについても分かる範囲でお伝えするよう努めた。DMHISS の書き込みを眺めるとどの地域でどんなことが行われているのかを書き込みを拾い上げて把握することは可能だが、今の DMHISS 画面では他府県隊の活動状況を瞬時に理解する、ということが簡単にできない作りになっている。また、前任隊からある程度の情報を得ていても、担当地域以外の状況を知る機会はほとんどないのが現状であった。

次いで、活動拠点本部の役割についてお伝えした。先述の「配車センター」としての役目を担っていることを説明し、DMHISS に活動状況をリアルタイムに記載することの重要性を理解

していただき、情報アップへの協力を依頼した。加えて、その日の活動内容を夕方に口頭報告してもらえるようお願いした。各隊は、活動終了時に DMHISS 上の報告書と個票への入力が義務付けられている。それらに加えて、活動拠点本部は各隊の活動内容をまとめ、毎夜、調整本部に報告しなければならない。そのため、対象者の人数、性別や年齢、主訴やそれへの対応についての情報を必要とした。当初、この報告はメールにて送付してもらっていた。しかし、そうすると 2 つの問題が発生した。ひとつは、情報が夜にならないと挙がってこないこと。もうひとつは、業務調整員（通称ロジ）の仕事が増える、ということだ。ロジの仕事は現場活動が終了して終わるわけではない。彼らは、翌日までに DMHISS 関連の報告書作成に加え、派遣元の都道府県庁が用意する報告書も作成し、送付しなければならない。そこで、なるべく不要な雑務を減らし、活動拠点本部が必要な情報を得られるようになるために、電話で報告してもらうことにした。

また、その日の活動が終了した際にはリアルタイムで電話か DMHISS を利用して、報告してもらえるように依頼した。活動拠点本部は全隊の動向を把握し、不測の事態に備えるのが存在理由でもあるからだ。

また、被災地で活動する際の趣旨および原理原則についてもお伝えした。多くの隊は東日本大震災時の活動を思い出しながら、同様の活動をするを想定して熊本へ入っていたように思う。東日本大震災と熊本地震は規模も災害の内容も地域性も災害後の状態も異なっていただけでなく、2011 年当時は、各都道府県が被災 3 県のどこかと連携しながら活動を展開していたため、それぞれの隊は独立していたと言える。ところが、DPAT 体制下では、調整本部や活動拠点本部が各隊の業務を指定し、指示を出していたため、隊によっては「そこまで口を出してくるのか」と感じたこともあっただろう。

例えば、薬の処方についてのやりとりは大きなストレスとなった。私たちが活動していた際に最も問題になったのは、何を持って「緊急性のある対応」とするのか、という点だった。発災から1週間の時期であり、急性ストレス反応を示す被災者もいたし、中には医療保護入院を必要とする事案もあった。ただ、避難所で出会う処方が必要となる被災者のほとんどは主治医がいる人たちだった。この点は東日本大震災時と同じような傾向にあったが、当時との違いは、熊本県では救急医療体制が通常通り機能しており、被災した病院も外来業務は比較的早い時期には復旧していたことだ。よって、万が一、緊急性の高いケースに遭遇したとしても、熊本県内の制度を利用することで対応できたはずだ。しかし、薬を持参し、避難所を回っていた隊の中には、本来であれば主治医のところに行くことを支援するべきなのに、そのやり方が分からない、あるいは被災者が何らかの理由から受診をしぶったなどの理由から薬を出すことで場を修めていた印象がある。そのため、事前に電話で処方を検討している旨の連絡があった場合には、受診支援を第一優先にすることをお願いしたが、そのやりとりが白熱することも多々あり、お互いにとって不要な負荷が生じた。

もうひとつのストレスは、「支援活動＝直接支援」という想いから生じた。多くの隊員にとっては被災者に対して直接関わるこそが支援活動で、それ以外の行為は「意味ある支援」ではないと捉えられていたように感じた。よって、活動拠点本部に配置されたことが伝えられるとかなりがっかりされた。また、当時は「夜勤」や「オンコール」が存在した。夕方18時以降はある隊が県庁の調整本部にて不測の事態に備えることが目的だったようだ。超急性期は何が起こるか分からなかったため、夜勤の必要性もそれなりにあっただろう。しかし、時間が経過するにつれ、夜勤やオンコールの殆ど

は、何も起こらない「待機状態」だった。不測の事態や緊急事態が起こらないのはいいことである。また、被災地での支援活動は「基本、待機」と思えば「そんな仕事もあるのか」くらいにしか思わない。ところが、支援活動＝直接支援、という思いが強い隊員にとっては、貧乏くじを引いた、と感じたこともあったようだ。加え、残念なことに、夜勤制度があったことは派遣元である都道府県はもちろんのこと、派遣隊員にも周知されていなかった。そんな中、被災地で支援活動をするものだと思っていた隊員が、「夜勤」あるいは「オンコール」であることを、何の前情報もない中、DMHISSで知らされたとしたらどんな反応が生じるだろうか。夜勤やオンコールを担う隊の配置は、調整本部が決めていたが、それを知るのはごく限られた人たちだけだった。結果、驚いた隊は活動拠点本部に問い合わせを入れる。すると、夜勤やオンコールを担うと日中は公休扱いとなるため、宿で休んでいただき、時間になったら調整本部に詰めてください、と言われるのだ。実際、どんな経緯でそうなったのかは不明だが、この体制はなくなり、調整本部に詰めていたいくつかの隊でローテーションすることになっていた。

オリエンテーションでは、その時点でGmailやDMHISSに流れている調整本部や国からの注意点や情報を伝えた。私たちが活動をしていた頃、マスコミの取材時に被災者が特定できるような映像が流れたことが問題になり、取材を受ける際のルールが明示されていた。また、支援者支援の講演依頼も増えてきており、その際の対応方法（可能な場合は受けてもらいたいが謝金は受取れない；依頼があった場合は許諾に関係なく活動拠点本部や関係機関に一報して欲しいこと、など）について説明をした。

このようなオリエンテーションを丁寧に行うことで、齟齬は減り、隊から入る問い合わせも激減した。

5) 各隊からの活動終了報告と翌日の活動場所と開始時間の確認

夕方の4時半から5時に各隊から入るその日の活動報告を受ける。報告は「合計5箇所での活動。6名が対象。一人目は、50代男性、主訴は不眠。傾聴後、心理教育を行った。次は・・・」というような内容で、必要な場合は補足質問を行った。同時に、翌日の活動場所と活動開始時間を確認した。多くの隊は活動期間中、同じ地域を担当するが、派遣日数の違いや支援ニーズの変化から、これまでとは異なる地域に急遽、入ってもらう必要が出たり、日によって、近隣ではあるが別の地域に入ってもらったりすることもあったからだ。

6) 活動報告の作成

先述の通り、各隊から集めたその日の活動内容をまとめ、エクセル版のクロノロと共にDPAT 共用 Gmail にて調整本部へ送付した。

7) その他

調整本部や市町村の役場等から派遣要請の連絡があることがある。派遣要請の場合は、情報収集を行い、DPAT が引き受けるべき仕事であるかどうかを見極め、対応した。

例えばこんな依頼があった場合；

大雨で土砂崩れの恐れがあるため自宅避難をしている人たちにも避難指示が出た。そのことを通達していた際に、「すでに不安定な状態なのに、大勢の人が集まる避難所に行くとパニックに陥ってしまう」と訴える地域住民がいる。DPAT を派遣してもらえないか。

この時点では派遣の必要性を判断する材料が不足している。そこで、「パニックとはどの程度のものを言うのか」「過去にもパニックを起こしたことがあったのか」「その時はどんな状況で、どうなったのか」「震災前にもパニック

の既往があるのか」「パニックが起これば、どうしてきたのか」「主治医はいるのか」「主治医がいるなら、パニックが起これそうになったらどうしたらいいと指示されているのか」「パニックが起これた際の頓服は処方されているのか」などに関する情報を収集しなければならない。隊を派遣することは簡単ではあるが、先述の薬の処方と同様、DPAT 隊が被災地を去った後のことを考えると、同様の事態が発生した際に、地域で対応できるようになってもらうためにも、依頼されたらなんでも受ける、というスタンスではなく、地域の支援者ができることは行ってもらうことも大事だ。

今後の課題

DPAT 隊として被災地に派遣された場合、どのような業務や役割を担うことになるのか、また、それぞれの業務内容がどんなものであるかを明らかにすることが必要である。今回、先遣隊が調整本部で活動していたこともあり、私たちは活動拠点本部に入るようになった。被災地での支援活動を多数経験している筆者にとっては非常に興味深い経験だった。ただ、先遣隊でもない一般の派遣隊が活動拠点本部で活動することが期待されているならば、オンコールや夜勤同様、周知が必要である。

私たちが活動拠点本部に詰めている間、比較的、構成人数が多かった他府県隊には、メンバーの中から1～2名を活動拠点本部に出してもらった。そうすることでこの制度下で行われている業務を俯瞰できる人が増えることを期待してのことだった。とは言え、今回、発災から1週間後の熊本ではこのような活動を行ったが、次の災害で必要とされる活動拠点本部の役目が今回のものと同じだとは限らないのも事実だ。基本的な方針や枠組みが早急に提示されることが望ましい。

そして、避難所で被災者に対応する以外の業

務が割り当てられる可能性があるならばそれに準じた研修を実施する必要があるだろう。今回、ひょうご DPAT 隊は基本的な仕事内容を熟知していた岡山隊と一緒に became ため、業務をしながら仕事を習得することができた。しかし、万が一、過去に活動拠点本部で働いたことがない隊だけでこの業務を担うことになったら混乱を招き、配置されている隊はもとより、被災地にも大きな迷惑となり得る。

ただ、最も重要なのは、自らが被災した際に、現状の DPAT 制度が押し寄せてきたらどんなことが生じるのかを各自治体がまずは考えることだ。DPAT 制度を利用するとしても、他府県隊はどこかの時点で必ず去ることを前提に、各自治体は何をどんな風に支援してもらいたいのか、を明確にしなければ、被災地のニーズではなく別の誰かのニーズに即した支援が行われなくても限らない。また、自前の制度で対処できるとするならば、他府県隊の支援を断るというのも選択肢としてあってしかるべきだ。各自治体は賢い利用者にならなければならない。そのためには、自分の地域を襲うのはどんなタイプの災害で、万が一、そのようなことが生じた場合、何がどうなり、どこと連携しながら、どんな対応が必要となるのか等を普段から想像することが大事だ。

参考文献

- ・今こそ知りたい！災害派遣精神医療チーム【DPAT】とこころのケア【PFA】<http://rise-nippon.co.jp/report/1135/>（2016年9月28日）
- ・「ひょうご DPAT」活動マニュアル（Ver. 1.0）<http://www.j-hits.org/dpat/index.html>（2016年9月28日）

Activities of the On-Site Headquarter of the Disaster Psychiatric Assistance Team:
Anecdotal Report from the Kumamoto Earthquake 2016

Tomoko OSAWA

The paper looks back on the experiences on the activities in the on-site headquarter of the Disaster Psychiatric Assistance Team after the Kumamoto Earthquakes in April 2016, and makes proposals for future issues.

■心的トラウマ研究 投稿規定■

1. 本誌への投稿は、原則として兵庫県こころのケアセンター所属の研究員及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限ります。
2. 本誌は他誌に発表されていないものを掲載します。したがって他誌に掲載された論文、または投稿中の論文はお受けできません。
3. 投稿の対象は研究論文、資料論文、総説、実践報告等です。それぞれの規定は以下の通りです。
 - a) 研究論文、資料論文、総説は8,000字～12,000字以内（400字詰め原稿用紙で20～30枚程度、図表込み）、実践報告は8,000字以内（原稿用紙20枚程度、図表込み）を原則とします。
 - b) 研究論文の投稿原稿は次の順番で作成して下さい。表題（日本語）、著者（日本語）、所属（日本語）、抄録（日本語）、Key words（日本語）、本文、文献、表題（英語）、著者（英語）、所属（英語）、抄録（英語）、Key words（英語）、図表。
 - c) 英語表記に際し、著者名については名、姓を略さずにローマ字で綴り、所属機関名については英語の名称で表記して下さい。
 - d) 抄録は日本語で400字以内、英語で250語以内とし、Key wordsを5つ以内で付記して下さい。
 - e) 文献は筆頭著者の姓のアルファベット順に番号を付記し（同一著者の場合は発表順）、本文中にその番号で引用して下さい。また本文中の引用は番号を上付きにし、その横に小括弧（終）を付記して下さい（例：²⁾）
 - f) 欧文雑誌名の略称を用いる場合はIndex Medicusに従い、省略のピリオドをつけて下さい。
 - g) 著者氏名は3名以下の場合全員、4名以上の場合et al.（または、ほか）と記載して下さい。
 - h) 文献の書き方について、雑誌の場合は、著者氏名：論文題名・雑誌名（類似の誌名があるときには発行地）、巻；起頁—終頁、西洋年号.の順に、単行本は、著者氏名：書名・発行所名、発行地、起頁—終頁、発行年次.単行本の中の論文については、著者氏名：論文題名・著者（編者、監修者）名：書名・発行所名、発行地、起頁—終頁、発行年次.などとし、以下の記載例にならして下さい。
 - 1) Foa,E.B.,Riggs, D.S., Dancu, C.V., et al.: Reliability and Validity of Brief Instrument for Assessing Post-traumatic Stress Disorder. J. Trauma. Stress 6;459-473, 1993.
 - 2) ジュディス・L・ハーマン（中井久夫訳）：心的外傷と回復.みすず書房,東京,1996.
 - 3) 加藤寛、岩井圭司：【わが国におけるPTSD研究の動向】PTSDの経過論 縦断研究の知見を通して.精神科治療学,13;955-961,1998.
 - 4) Weiss,D.S. & Marmar, C.R.: The impact of event scale-revised. (ed) Wilson,J.P.& Keane T.M.: Assessing psychological trauma and PTSD.The Guilford Press, New York, p399-411,1997.
 - i) 資料論文、総説では抄録（英語）、実践報告については抄録（日本語・英語）、Key words（英語）は不要です。研究論文の規定に準じ、資料論文、総説では抄録（日本語）、Key words（日本語・英語）を、実践報告についてはKey words（日本語）を作成して下さい。

4. 研究論文については、方法論の中で倫理的手続きについて言及して下さい。その際、著者所属機関の倫理委員会の承認の有無、対象者から同意を得た方法などを明記して下さい。資料を二次的に使用した場合は、著作権者の許諾、その他必要と思われる事項を記載して下さい。助成、寄付を受けての研究等については、その旨を記載して下さい。
5. 投稿原稿には、外国の人名、薬品等は原語で、また専門用語はわが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要な場合には訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
6. 投稿に際しては、原則としてデータのみご提出ください。
 - a) 原稿は、以下の規定をお願いします。
 - 余白：上下左右20mm
 - 字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）
 - フォント：10.5（全文）
 - 文字数と行数：文字数40、行数30
 - 図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付
 - b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承ください。
 - c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。
 - I. I-1. I-1-1.
7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。
8. 著者校正は原則として二度行います。
9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。
10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、田中英三郎、福井貴子
編集事務 片桐由美

編集後記

今年度は年度あけ早々の4月に、熊本地震が発生いたしました。兵庫県こころのケアセンターは、最初期からチームを派遣し熊本の復興に助力いたしました。私個人は、現場での活動中、無我夢中という言葉がぴったりの状態で、帰神後しばしなんとも言われぬ疲労感がしばらく体の中に残っておりました。そういえば、阪神淡路大震災20年後にインタビュー調査をさせていただいたおりに、被災者の方が、災害の最中には怪我の傷みも感じないほど集中力が高まっていたが、数ヶ月するとどっと疲れがでてきてうつのような状態になってしまったと話されていたのを思い出しました。実際被災された方と私の体験は比べられるものではありませんが、経験に学び、自らも少し体験し、そして思索することで、少しずつ前に進んでいくことができるのではないだろうかなどとぼんやり考えております。

さて今回の収録された論文も非常にバラエティー豊かなものとなっています。それぞれの論文のキーワードをあげると、DPAT、熊本地震、支援者支援、スマトラ沖地震、PTSDの神経生理などとなります。地域支援から臨床活動まで幅広い当センターの活動を反映しているのではないかと思います。平素より研究を支えていただいているすべての皆様に感謝の意を示したいと思います。(T)

心的トラウマ研究 第12巻

2016年11月30日発行

編集・発行 (公財)ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター研究部
〒651-0073
神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号
TEL:078-200-3010
FAX:078-200-3026

印刷・製本 株式会社旭成社
〒651-0094 神戸市中央区琴ノ緒町1丁目5-9
TEL:078-222-5800 FAX:078-222-8559

(非売品)

Japanese Bulletin of Traumatic Stress Studies

Number 12, 2016

CONTENTS

- Discussion points of effective DPAT activities
- Based on the analysis of free description in Delphi survey - Takako FUKUI
- Evaluation of the training for supporters in the disaster area.
-awareness of support for residents and self-care- Masato AKAZAWA
- Literature review of mental health condition among survivors of the 2004
Indian Ocean earthquake and tsunami Eizaburo TANAKA
- Family support after suicide attempt Saeko TAKADA
- The prevention of workplace bullying: literature review Sayaka YAMAMOTO
- Activities of the On-Site Headquarter of the Disaster Psychiatric Assistance Team:
Anecdotal Report from the Kumamoto Earthquake 2016 Tomoko OSAWA