

心的トラウマ研究

第14号 平成31年3月

巻頭言 亀岡 智美

[研究論文]

- 「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (HRWC)」の
有用性に関する研究 井筒 節 1
- 発達障害児者におけるトラウマ臨床についての実態に関する調査
－臨床心理士を対象とした質問紙調査より－ 大塚 美菜子 9
- 「レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト (DPRC)」の
有用性に関する研究 堤 敦朗 23
- 効果的な受援体制に向けての検討
－東日本大震災、熊本地震での受援担当者へのインタビュー調査から－ ... 福井 貴子 31
- サイコロジカル・ファーストエイド学校版の普及と活用 田中 英三郎 41

[総説]

- ト라우マ体験後の成人に対する
早期心理社会的介入の方法と日本の現状 山本 沙弥香 59

[実践報告]

- 消防職員のための消防庁緊急時メンタルサポートチームの利用方法：
派遣および受け入れ時の手続きと役割分担について 大澤 智子 69
- Narrative Exposure Therapy による PTSD の治療
— 解離症状を伴う症例への効果と適応の検討 — 鈴木 逸子 75

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14号 平成31年3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

1989年に始まった「平成」は、「災害の時代」であるともいわれています。この30年間、毎年のように自然災害が日本を襲いました。「平成」最後の年となる今年度も、平成の総集編であるかのように、いくつもの災害に見舞われました。

6月18日に発生した大阪北部地震では、大阪府北部を震源地として、マグニチュード6.1、最大震度6弱の大地震が発生し、370名以上の死傷者を出しました。この地域に暮らす人々のなかには、23年前に発生した阪神淡路大震災の記憶がよみがえった人も少なくなかったでしょう。

「平成30年7月豪雨」は、平成最大の広域災害であるとされています。100名を超える人が命を落としました。降雨期間は11日にも及び、降雨量は観測史上1位を記録しました。31の道府県が被害を受け、なんと1748件もの土砂災害が発生しました。複数の斜面や溪流から土砂が流出し山を削り取ってしまった映像に、日本中の人々が衝撃を受けました。またこの間、いくつもの台風が襲来し、上陸後に西進した台風までありました。その中でも台風21号は、25年ぶりの非常に強い勢力で、各地で観測史上1位となる暴風が記録されました。近畿地方には顕著な高潮が発生し、関西空港の滑走路が水没し、空港は機能不全の状態に陥りました。さらに、停泊していたタンカーが、空港と本土を結ぶ連絡橋に衝突し、多くの人々が空港内に閉じ込められました。

豪雨の傷が未だ癒えない9月には、マグニチュード6.7、最大震度7を観測した「北海道胆振東部地震」が起り、北海道の広域が停電するという、前代未聞のブラックアウトが起きました。

いったい地球はどうしてしまったのでしょうか？あらかじめどんなに準備していたとしても、人知の及ばぬ自然災害には到底太刀打ちできないのでしょうか？それとも、高度に文明が発達したゆえに、自然災害に対しては脆弱になってしまったのでしょうか？いいえ、そんなはずはありません。災害大国の日本は、これまで多くの災害を経験しながら、現代まで生き抜いてきたではありませんか！

「7月豪雨」の被災自治体の中に、被害が甚大であった他の自治体よりも72時間降水量が抜きんで多かったにもかかわらず、死者数や避難者数が少なかった自治体がありました。この自治体では、過去の豪雨や土砂災害を教訓に、長い年月をかけて治水対策に取り組み、「7月豪雨」の際には、ダムのゲートの開閉をコンピューター制御から手動操作に切り替えて、人の判断で細やかな操作を行うことで、かろうじて住民の安全を守ったということです。人の力の奥深さに、改めて深い感動を覚えました。

「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (HRWC)」の有用性に関する研究



井筒節* 堤敦朗** 田中英三郎*** 田中千佳****

山田悠平***** 桑原未来***** 金吉晴*****

* 東京大学大学院総合文化研究科教養教育高度化機構

** 金沢大学国際機構・人間社会環境研究科 *** 兵庫県こころのケアセンター

**** 神戸大学大学院保健学研究科国際保健学分野 ***** 精神障害当事者会ポルケ

***** 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

***** 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

災害後の支援をはじめ、人権に基づく政策策定及び実施が益々求められている。一方、国連等において、各国の状況を人権条約に基づき質的にモニターするシステムはあるものの、個人や特定の集団の人権保護状況を簡便に数値化して比較検討する方法は乏しい。よって、国連とも連携し、障害者権利条約に基づき作成した「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (HRWC)」につき、大学生 260 人を対象に有用性を検討した。その結果、 α は 0.90 で、高い内的一貫性が示された。また、国連、障害当事者、日本と開発途上国の実務家等と共同開発したことによる内容妥当性に加え、生活の質を評価する WHOQOL-BREF の各領域との有意な相関により併存妥当性が、精神保健尺度である K6 の高得点群と低得点群間の有意な得点差により弁別妥当性が確認された。更なる検討が必要だが、SDGs が目指す「誰一人取り残さない」社会実現に向けた新しい鍵指標としての HRWC の一定の有用性が示された。

Key words：人道危機、ウェルビーイング、人権、障害者権利条約、持続可能な開発目標 (SDGs)

I. はじめに

2015 年、国連総会は、2030 年までの国際優先課題「持続可能な開発目標 (Sustainable Development Goals: SDGs)」を採択した。このうち、目標 3 では、「精神保健及びウェルビーイングの促進」と「物質乱用の防止・治療の強化」が新たに優先ターゲットとして加わった¹。SDGs では、これまで国の政策や実施による成果が届きにくかった「周辺化された人々」に第一に手を伸ばすことによって「誰一人取り残さない」ことを原則としており、新たなアプローチに基づく大きな成果を生み出すことが期待されている。災害後の精神保健・心理社会的支援についても、障害のある人、高齢者、外国人を

はじめ、周辺化されがちな人々のインクルージョン (包摂) やアクセシビリティは大きな課題であり、周辺化は精神保健・心理社会的ウェルビーイングの悪化にも寄与することが知られている。特に、精神障害、知的障害、発達障害のある人々は、避難所や多くのサービスにおいてアクセスをめぐる問題に直面させられることが多く、様々な困難が報告されてきた。よって、災害時および平常時における、人権とウェルビーイングに基づく現状把握と、「誰一人取り残さない」ためのインクルージョン向上は急務である。

国連は、人権をめぐる、自由権、社会権、人種差別撤廃、拷問禁止、女性・子供・移民労働者・障害者の権利等をめぐる 9 つの人権条約

を採択してきた。これらに基づき、人道危機時の対応をめぐるっては、機関間常設委員会が「自然災害時における人々の保護に関する IASC 活動ガイドライン」²等のガイドラインを作成してきた他、「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」³の中にも「保護および人権上のスタンダード」に関するセクションを設けるなどして、現場での人権保護と人権に基づく支援を呼びかけている。現在は、人道危機時の障害者の権利をめぐるガイドラインを作成中である。また、「スフィア・プロジェクト」⁴も、冒頭に「権利保護の原則」を掲げている。

人権をめぐるっては、従来、権利条約締約国会議、人権理事会、特別報告者等の国連のメカニズム、もしくは各地域の人権裁判所等が、主に国を単位としたマクロの視点からモニターしてきた。また、個人については、主に国内の司法システムや当事者団体を含む NGO 等が個別に調査や保護を行うが、人道支援や開発の現場で、個人や集団の人権保護状況を簡便に数値化して評価できる尺度は乏しい。現場の個人や集団のウェルビーイングを評価しようとする場合、これまで、生活の質 (QOL) や精神保健を指標とすることが多かったが、SDGs の時代になり、人権の視点からみたウェルビーイングを鍵指標としていくことが求められるようになってきている。人権に基づくウェルビーイングの状況を把握できれば、具体的にどの分野においてニーズがあるのかがわかる上、特にニーズが満たされていない人や集団を同定したり、その改善をモニターしたりすることができるようになる。障害者権利条約は障害の「定義」をめぐるパラダイムシフトとして「社会モデル」を規定しており、障害者における障害が走者ではなくハードルを指すように、障害は社会が作る障壁に基づくため、アクセシビリティを保障し、障壁を取り除くのは、障害のある人ではなく、社会の責任とした⁵。よって、基本的なニーズが満

たされていない人々の状況を把握し、情報やサービスへのアクセスとインクルージョンを確保することが社会に求められており、更に、これは、保健や社会福祉分野を超えて、様々な分野における自己決定、教育、労働、防災、人道支援をはじめとする全ての分野において分野横断的に主流化されねばならない。この点からも、簡便でエビデンスに基づき、分野を超えて使用できる人権に基づいたウェルビーイングの数的評価は不可欠といえる。

よって、本研究では、国立研究開発法人日本医療研究開発機構地球規模保健課題解決推進のための研究事業「A Study on Rights-based Self-learning Tools to Promote Mental Health, Well-being & Resilience after Disasters」の一環として、国連や精神障害当事者 NGO、日本と開発途上国の災害時対応と平常時対応をめぐる実務家、若者等と共に、人権に基づくウェルビーイングをめぐるチェックリストを作成し、その信頼性と妥当性を検討したところ、一定の有用性を示す結果を得たので報告する。

II. 方法

対象

本研究の対象者は、ある国立大学に通う大学1年生および2年生である。著者が担当している科目を履修する全学生260名(平均年齢は18.7歳(範囲18-26歳))を対象に、研究への参加を依頼した。有効回答は244名から得られ、回答率は94%であった。

II-1. 尺度

本研究で用いた「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (Human Rights-based Well-being Checklist: HRWC)」は、36項目から構成される(本研究の結果を踏まえ、最終版では39項目に変更された)。HRWCは、紛争や災害等の人道危機の現場や平時の双方におい

て、個人や集団の人権に基づくウェルビーイングの状況を簡便に評価できる尺度として、個人や集団の人権に基づくニーズの同定、周辺化されている人々の同定、個人や集団の人権に基づくウェルビーイングの状況の測定や比較に役立たせること、そしてそれらを国際比較できるようにすることを目的に開発された。各項目は、自己報告による0から4点の5件法で評価し、総点(0～144点)が計算される。逆転項目があり、これらについては、得点を調整後、総点を算出する。点数が高いほど、人権に基づくウェルビーイングが高いことを示す。本尺度は、国際共同的に開発を進めており、本研究で使用した日本語版の他に、英語版、フィリピン語版、タイ語版等での有用性の検討が実施されている。

開発にあたっては、国連が採択した最新の人権条約の一つであり、最新の人権をめぐる議論が反映されている障害者権利条約を主たる基準とし、これに含まれている一人一人の日常生活に関わる事象を項目化した。これについて、内外の国連関係者、障害当事者 NGO、人道支援や開発分野での実務経験者、若者等からなる専門家チームで議論し、国連や世界保健機関(World Health Organization : WHO)、世界銀行等の最新の決議やガイドライン等も参照しながら完成させた。

妥当性の検討に際しては、併存妥当性及び弁別妥当性の検証のために、WHO が作成した生活の質(QOL)尺度である WHOQOL-BREF⁶ と、全般的な精神保健を測定する尺度である Kessler Psychological Distress Scale (K6)^{7,8} を用いた。WHOQOL-BREF は、身体、心理、社会、環境の4領域からなる全26項目の尺度で、開発途上国を含め様々な国で使用されている。K6は、気分・不安障害をめぐる簡便な精神保健尺度であり、こちらも多くの国で標準化され、使用されている。

また、人口統計学的データの他、ワシントン・グループが開発した6項目の質問⁹ を用いて

障害の有無を聞いた。

II-2. 統計解析

HRWC の有用性を評価するために、尺度の信頼性と妥当性を検討した。信頼性に関しては、Cronbach の α 係数を算出し、内的一貫性を検討した。WHOQOL-BREF との併存妥当性については、HRWC と WHOQOL-BREF 各領域とのピアソンの相関係数を算出し、K6 については、対象が大学生であることを考慮し、 $9/10^{8,10}$ で2群に分け(低得点群 213 名、高得点群 32 名)、マンホイットニーの U 検定で比較検討した。全ての統計解析は、SPSS Version 25 で行った。

II-3. 倫理的配慮

研究に関する説明書を配布し、書面と口頭でわかりやすく説明を行った上で、書面でのインフォームドコンセントを必須とした。データは無記名で収集し、個人を特定できないよう配慮しているため、研究に参加せずとも単位や成績に何ら影響しないこと、研究への参加は自由意志によるものであることに関する説明も含んだ。更に、得られた情報はすべて数値化し、個人情報漏洩しないよう安全な形で保管した。また、得られた情報は、研究目的以外には使用せず、本研究班メンバーが書面にて承認した者のみがアクセスできる形とした。これらにより、人権を保護し、法令を遵守した。なお、本研究の過程は、金沢大学国際機構倫理委員会にて承認されている。

III. 結果

人口統計学的データ

参加者は、男性 100 名、女性 144 名であった。「経済的に裕福でないと思う」と答えたのは 20 名で、全体の 8% 程度であった。11 名が何らかの障害があると答えた。

信頼性・妥当性

HRWC の Cronbach の α は 0.90 で、高い内的一貫性が示された。

WHOQOL-BREF との併存妥当性について、スピアマンの相関係数を算出したところ、身体 0.43、心理 0.45、社会 0.44、環境 0.52 と、それぞれ十分な相関を示した。また、すべての相関関係において、 $p < 0.01$ で統計的有意であった。

K6 については、9/10 で 2 群に分け、マンホイットニーの U 検定で解析したところ、HRWC の 25 項目において低得点群の中央値が有意に高く、総合点においても有意に高かった ($p < 0.01$)。

IV. 考察

尺度の信頼性は、多くの側面から検討可能であるが、HRWC では Cronbach の α が 0.90 であり、内的一貫性を指標とした一定の信頼性が示された。しかし、質問紙法にとって重要である再テスト信頼性の検討は、本研究では行っていない。これは、本研究の限界であり、HRWC の再現性は、今後検討すべき課題である。

HRWC は、国連が、190 を超える加盟国の代表と障害当事者や人権専門家との数年に渡る文言交渉を経て 2006 年に採択し、170 カ国以上が批准している障害者権利条約を起点とし、国連障害者権利条約事務所チーフ、障害当事者、実務家、若者等からなる専門家チームが、最新のガイドラインや文献、現場経験等をもとに作成したものであり、この点から、一定の内容妥当性は保障されていると思われる。また、WHO が作成した QOL 尺度として多くの国で使用されている WHOQOL-BREF の全領域と中等度以上の相関関係がみられたことから、併存妥当性も示された。また、精神健康度を測定する K6 をめぐっては、HRWC の総合点及び各々の 25 項目において低得点群の中央値が有意に高く、弁別妥当性が示された。総合点や多くの項目において有意の相関関係がみられたものの、11 項

目では有意の相関関係がみられなかったことについては、対象が日本の国立大学に通う大学生であることから、災害後や開発途上国でみられる厳しい状況につき、ほとんどの者が、現在、経験していないことが関連していると思われる。英語版やフィリピン語版等の有用性研究が進行中であり、これらの結果を鑑み、更なる検討が有用である。

本研究では、対象者が多くないこと及び様々なジェンダー自認や属性が存在し、それらが人権に基づくウェルビーイングに多様な形で影響しうることを鑑み、男女別等の比較を行っていない。今後の研究では、様々な集団を対象とした詳細な検討と報告がなされることが期待される。

統計解析後、これらの結果を専門家チームで改めて検討した結果、より現場のニーズを効果的に拾い上げるために、今回の調査で使用了 36 項目に、新たに 3 項目を加えることが合意され、現在、データ収集中のフィリピンでは、新項目を含めた 39 項目版を使用している。今後、日本でも 39 項目版の使用が推奨される。尚、HRWC の項目は、表に示した通りであり、無料で使用できる。今回、有用性が示された HRWC を用いることで、人権に基づくウェルビーイングに関わる様々な分野の現状についてチェックリスト形式で確認ができる他、個人のみならず特定の集団のニーズの同定と比較のための数値化や、周辺化されている人々の同定、そして、個人や集団の人権に基づくウェルビーイングの評価や、国際比較、更には介入前後の比較も含めた比較検討が可能となる。HRWC を用いることで、障害者権利条約で示された社会モデルに基づき、2030 アジェンダと SDGs が目指す「誰一人取り残さない社会」を実現し、紛争や災害などの人道危機時のレジリエンスを高め、一人一人の精神的ウェルビーイングを、死亡率や経済効果等と並ぶ新たな鍵指標として主流化するために役立てることが重要と考える。

V. 謝辞

本研究は、AMED の課題番号 JP18jk0110015 の支援を受けた。また、障害者権利条約と SDGs の実施、モニタリングおよび評価の一環としてご協力を頂いた国連障害者権利条約事務所チーフに感謝を申し上げる。

文献

1. United Nations. Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development (A/RES/70/1). New York: United Nations, 2015.
2. Inter-Agency Standing Committee. 自然災害時における人々の保護に関する IASC 活動ガイドライン. Geneva: IASC, 2011.
3. Inter-Agency Standing Committee. 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン. Geneva: IASC, 2007.
4. Sphere Association. The Sphere Handbook: Humanitarian Charter and Minimum Standards in Humanitarian Response, fourth edition. Geneva: Sphere Association, 2018.
5. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). New York: United Nations, 2006.
6. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO, 1997.
7. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32(6):959-76.
8. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(3):152-8.
9. Washington Group on Disability Statistics. Washington Group Implementation Documents: Analytic Guidelines for the Washington Group Short Set. Washington DC: Washington Group on Disability Statistics, 2018.
10. 川上憲人. 一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査方法マニュアル: 厚生労働科学研究費補助金報告書, 2015.

表 人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (HRWC)

以下の質問は、過去1年の間に、様々な出来事をどのくらいあなたが経験したかをうかがうためのものです。一つ一つの問いにつき、もっとも当てはまる数字に○をして下さい。

	まったく ない	あまり ない	しば しば	度々	いつも
1. 自分の性別やジェンダーのために、不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
2. 自分の年齢のために、不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
3. 自分の障害のために、不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
4. 自己的人種や民族のために、不平等や差別に合う。	0	1	2	3	4
5. 私は、能力がある人として尊敬されている。	0	1	2	3	4
6. 私は、あまり障壁に出会うことなく、街を散策できる。	0	1	2	3	4
7. 社会生活を送るために必要な交通機関を利用できる。	0	1	2	3	4
8. 社会生活を送るために必要な情報にアクセスできる。	0	1	2	3	4
9. インターネットや新しいテクノロジーにアクセスできる。	0	1	2	3	4
10. 必要な時には、誰かに協力を頼むことができる。	0	1	2	3	4
11. 地域や国の意思決定に参加したい時には、参加できる。	0	1	2	3	4
12. 日常生活の中で、命の危険を感じる。	0	1	2	3	4
13. この町で災害が起こったとしても、自分の最低限の安全は確保できると思う。	0	1	2	3	4
14. 法的な決断を、誰かに邪魔される。	0	1	2	3	4
15. 財産や持ち物を、誰からも邪魔されずに守ることができる。	0	1	2	3	4
16. 必要な時には、裁判などの法的サービスを利用できるだろう。	0	1	2	3	4
17. 不法に監禁されうる。	0	1	2	3	4
18. 身体的虐待もしくは性的虐待を受けうる。	0	1	2	3	4
19. 自分の体と心に関する事柄について、誰かに邪魔されることなく、自分で決めることができる。	0	1	2	3	4
20. どこに住むかを自分で決められる。	0	1	2	3	4
21. 私が住んでいる住居は悪くない。	0	1	2	3	4
22. 必要な時には、自分の意見を聞いてもらうことができる。	0	1	2	3	4
23. 望めば、プライバシーを守ることができる。	0	1	2	3	4
24. 公正な選挙に参加することができる。	0	1	2	3	4
25. 望めば、誰かに邪魔されることなく、結婚したり、子供をもったりできる。	0	1	2	3	4
26. 望んだ時に、家族と連絡をとることができる。	0	1	2	3	4
27. 望んだ時に、友達と連絡をとることができる。	0	1	2	3	4
28. 質の高い教育を受けることができた（もしくは、できる）。	0	1	2	3	4
29. 体の調子が良くない時には、必要な保健サービスを受けることができる。	0	1	2	3	4
30. 精神の調子が良くない時には、必要な保健サービスを受けることができる。	0	1	2	3	4
31. 必要な時には、地域で暮らすために必要な社会的サービスを受けられると思う。	0	1	2	3	4
32. 働きたい場合、自分で仕事を選ぶことができる。	0	1	2	3	4
33. 職場環境は悪くない（働いていない場合は、働くことを想定すると、悪くないだろう）。	0	1	2	3	4
34. 衣食住のレベルは悪くない。	0	1	2	3	4
35. 清潔な水とトイレが利用できる。	0	1	2	3	4
36. 文化・芸術（音楽、映画、劇場、美術館、図書館等）を楽しむことができる。	0	1	2	3	4
37. スポーツを楽しむことができる。	0	1	2	3	4
38. 望めば、旅行やレジャーを楽しむことができる。	0	1	2	3	4
39. 自分の文化や宗教を大切にすることができる。	0	1	2	3	4

Validity and Reliability of the Human Rights-based Well-being Checklist (HRWC)

Takashi Izutsu, Ph.D., Atsuro Tsutsumi, Ph.D., Eizaburo Tanaka, M.D., MPH.,
Chika Tanaka M.A., Miki Kuwabara, B.A., Yoshiharu Kim, M.D., Ph.D.

Komaba Organization for Educational Excellence, Graduate School of Arts and Sciences, The University of Tokyo; Organization of Global Affairs, Kanazawa University; Hyogo Institute for Traumatic Stress; Division of Global Health, Graduate School of Health Sciences, Kobe University; Porque; Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo; National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Human rights-based policy-making and implementation is indispensable in all development and humanitarian actions. Though there are systems to qualitatively monitor a status of human rights in each country at the United Nations and others, methods to quantify and compare states of protection of rights among individuals and specific groups are scarce. In this study, the “Human Rights-based Well-being Checklist (HRWC)” was developed based on the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, in collaboration with the United Nations and others, and evaluated its reliability and validity among 260 university students. As a result, Cronbach's alpha was 0.90 and high internal consistency was shown. In addition to the content validity which was assured by developing the checklist by a group of experts including those from United Nations, organizations of persons with disabilities, practitioners from Japan as well as developing countries, and others, concurrent validity with a quality of life scale, WHOQOL-BREF, and discriminant validity utilizing a mental health scale, K6, were indicated. While further investigation will be useful, HRWC has shown enough usability as a key transformative indicator for realizing a society which “leaves no one behind.”

Key words: Humanitarian Crisis, Well-being, Human Rights, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Sustainable Development Goals (SDGs)



発達障害児者における トラウマ臨床についての実態に関する調査 ー臨床心理士を対象とした質問紙調査よりー

大塚 美菜子

兵庫県こころのケアセンター

発達障害を背景に持つ PTSD 患者に対する臨床実践の現状を捉えることを目的に、国内の臨床心理士有資格者を対象とした調査を行った。結果、臨床心理士有資格者 80 名に調査票を配布し 52 名から回収（有効回答率 65%）、そのうち 60% の 31 名がトラウマ症状を訴える発達障害児者への介入経験があると回答した。発達的問題のアセスメントおよび介入法は標準的な手法が選択されている一方、PTSD 症状およびストレス反応のアセスメント、介入については、発達特性による言語的やりとりの困難さや注意集中の問題などから、非言語的な手法で実施が可能なアセスメントや介入法が比較的多く用いられていることなどが伺えた。

キーワード：PTSD, 発達障害

I. はじめに

災害、虐待、犯罪被害など生命の危機に瀕する可能性のある外傷的出来事への曝露を背景に発症する PTSD（心的外傷後ストレス障害）に係る研究は、近年国内外において盛んに試みられている。英国国立医療技術評価機構（NICE）ガイドライン（2018）や、米国精神医学会（2004）では、エビデンスに基づく治療として PE 療法（Prolonged Exposure Therapy）や EMDR（Eye Movement Desensitization and Reprocessing）が紹介されている。しかし効果検証は概ね定型発達児者を対象として実施されており、知的障害や発達障害を背景に持つ者については、実践報告は存在するもののその数は少なく、その実態はまだ明らかにはなっていない（大塚, 2018）。発達障害の被虐待リスクは定型発達に比べ 3.4 倍と言われている（Sullivan, P.M, et. al, 2000）。また、林ら（2015）によると発達障害はストレスに対する生物学的脆弱性を有し、日常生活で一般的に体験される傷つきであった

としてもフラッシュバックなどの PTSD 類似症状が出現することが临床上多く認められる。中でも知的な問題が顕在化しにくい広汎性発達障害などでは、その特性が周囲に気づかれることなく経過し、就学後あるいは成人以降にはじめてその障害に気づくこともあり（川端ら, 2011）、その結果、医療機関に訪れた時点で既に幼少期からの度重なるストレス体験によって多彩な症状を呈していることがある。しかし、発達障害を持つ PTSD 患者を対象とした症例報告のレビューを行った結果（大塚, 2018）、症状アセスメント方法が未記載であったり、介入に工夫がなされていると書かれているもその内容が不明瞭であったりと、臨床実践に際して参照できる資料は非常に少ないことが分かった。発達障害をベースに持つ PTSD 患者に対する診療ニーズに応えるには、発達障害児者とトラウマを取り巻く現状と実態の把握は急務の課題であるといえるだろう。

本研究では、日本の発達障害児者に対するトラウマ臨床の実態を幅広く外観するための実態

把握を行うことを目的とし、日本国内の臨床心理士有資格者を対象とした質問紙調査を実施した。

II. 方法

1. 対象者および倫理的配慮

日本国内在住の臨床心理士資格有資格者を対象とした。団体に調査同意説明書を基に書面および口頭にて調査の目的、方法、倫理的配慮について説明し、研究協力の許可が得られた都道府県臨床心理士会分科会が主催する研修会で質問師を配布し調査を行った。その中から、自身の所属する病院やスクールカウンセラー部に所属する臨床心理士への配布を申し出た協力者を通じて追加で調査票を配布しデータを収集した。調査への参加は任意であり、拒否してもなんら不利益は受けないこと、調査票は完全無記名で実施し、個人情報特定される可能性のある情報や、調査協力者が担当する患者に関する個別的情報を問うような質問項目は一切設けていないことを説明した。

2. 手続き

同意を得られた団体宛に調査同意説明書、調査票、返信用封筒を配布した（有効回答率65%：80名に配布52名から回収）。調査票の返送をもって、調査に同意を得られたものとした。統計分析にはSPSS version 24.0を使用した。

3. 調査項目

1) 活動領域

医療・保健領域、福祉領域、教育領域、産業領域、大学・研究所、司法・法務・警察領域のいずれに属しているかを尋ねた。

2) 臨床経験年数

臨床心理士資格取得後の経験年数を、1～5年未満、5～10年未満、10～20年未満、20年以上のいずれかから選択できるよう項目を設けた。

3) 主とするオリエンテーション

自由記述欄とし、臨床で用いる方法論や心理療法の立場を尋ねた。

4) トラウマ症状を訴える発達障害児者への実践経験の有無

「ある」「ない」の2択とし、「ない」と回答した場合はここで回答終了とし、「ある」と回答した場合は以下の項目にも引き続き回答するよう呈示した。

5) 対応したクライアントの診断状況

「①発達障害、PTSD いずれとも明確に診断されたクライアントにお会いしたことはありますか?」「②PTSDのA基準に該当する体験（トラウマ体験）を有し、PTSDと診断されているが発達障害の明確な診断はされていないクライアントにお会いしたことはありますか?」「③発達障害と明確に診断されているが、トラウマ体験を有しトラウマ症状を呈しているにも関わらず、PTSDと診断がされていないクライアントにお会いしたことはありますか?」「④PTSDのA基準に該当しない体験（一般的なストレス体験）であっても、PTSDに類する症状を呈するクライアントにお会いしたことはありますか?」の4項目について、それぞれ、ない（1）、まれにある（2）、たまにある（3）、ある（4）、よくある（5）の5件法で回答を求めた。

6) 発達障害のアセスメント方法

①発達障害児者（クライアント）本人に実施する検査 ②養育者や発達障害児者（クライアント）の状態を知るものに実施する検査 ③心理検査以外の方法で実施されるアセスメントについて、それぞれ選択肢（付録参照）を設けた上で回答を求めた（複数回答可）。また、「実施しない」場合、その理由を尋ねる項目を設けた。

7) A基準に該当するトラウマ体験によるPTSD症状を持つ発達障害児者への対応

①PTSD症状のアセスメントで使用する検査（子ども） ②PTSD症状のアセスメントで使用

する検査（成人）について、それぞれ選択肢を設けた上で回答を求めた（複数回答可）。また、「実施しない」場合、その理由を尋ねる項目を設けた。さらに、③発達障害児者に PTSD アセスメント尺度を実施する際に困難さを感じましたか？ について、「感じる」と回答した場合、どのような困難さを感じるかを問う項目への回答を求めた。④発達障害児者と定型発達児者として PTSD 症状の様相にちがいがあると感じますか？ については、自由記述での回答を求めた。

8) PTSD 症状を持つ発達障害児者への介入方法

①発達のな問題への介入方法 ② PTSD 症状への介入方法 ③介入に際しての工夫 ④他機関との連携 についてそれぞれ選択肢を設けた上で回答を求めた（複数回答可）。

9) A 基準に該当しない一般的なストレス体験による PTSD 類似症状を持つ発達障害児者への対応

先述の7)と同様の項目を設け、回答を求めた。

10) PTSD 類似症状を持つ発達障害児者への介入方法

先述の8)と同様の項目を設け、回答を求めた。

III. 結果

1. 基本属性

80 名に配布し、回答者は 52 名であった（有効回答率 65%）。活動領域（複数回答あり）を表 1 に、臨床経験年数を表 2 に、発達障害児者を対象としたトラウマ臨床経験の有無を図 1 に示す。

臨床経験年数（表 2）は、回答者全体を見ると、「1～5 年未満」は 14 名（26.9%）であったのに対し、当該児者へのトラウマ臨床経験ありでは 4 名（12.9%）と、経験年数が少ないものは減少する傾向にあることが特徴的であった。なお、当該児者を対象としたトラウマ経験の有無は、全回答者 52 名中 31 名（60%）が「経験あり」と回答しており、以

表1. 回答者の活動領域(複数回答あり)

	該当児者へのトラウマ臨床経験				延べ人数		
	なし		あり		N	%	
	N	%	N	%			
医療・保健	病院	14	48.3%	15	51.7%	29	100.0%
	クリニック	6	50.0%	6	50.0%	12	100.0%
	保健所	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	その他	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%
	合計	23	47.9%	25	52.1%	48	100.0%
福祉	児童相談所	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	児童福祉施設	0	0.0%	7	100.0%	7	100.0%
	女性DV相談	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	障がい者相談機関	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	発達相談	3	42.9%	4	57.1%	7	100.0%
	その他	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%
合計	5	23.8%	16	76.2%	21	100.0%	
教育	小学校(SC)	1	10.0%	9	90.0%	10	100.0%
	中学校(SC)	0	0.0%	6	100.0%	6	100.0%
	高校(SC)	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%
	教育相談室	0	0.0%	5	100.0%	5	100.0%
	教育センター	4	36.4%	7	63.6%	11	100.0%
	その他	3	60.0%	2	40.0%	5	100.0%
合計	8	19.5%	33	80.5%	41	100.0%	
産業	企業内の健康相談室	0	0.0%	2	100.0%	2	100.0%
	産業領域その他	1	20.0%	4	80.0%	5	100.0%
	合計	1	14.3%	6	85.7%	7	100.0%
大学・研究	大学(相談室含む)	2	20.0%	8	80.0%	10	100.0%
	研究機関	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%
	その他	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	合計	2	13.3%	13	86.7%	15	100.0%
司法	家庭裁判所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	少年鑑別所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	刑務所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	保護観察所	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%
	合計	0	0.0%	4	100.0%	4	100.0%

表2. 回答者の臨床経験年数およびトラウマ臨床経験者数

	全体		トラウマ臨床経験者 (発達障害児者対象)	
	N	%	N	%
1~5年未満	14	26.9%	4	12.9%
5~10年未満	14	26.9%	11	35.5%
10~20年未満	18	34.6%	10	32.3%
20年以上	6	11.5%	6	19.4%
合計	52	100.0%	31	100.0%

降の分析はこの31名を対象とした。

2. 当該児者の診断状況

臨床現場において、「発達障害、PTSD いずれも明確に診断されたクライアント」（以下、PTSD +, 発達障害+）、「A基準に該当するトラウマ体験を有し PTSD と診断されているが、発達障害の明確な診断はされていないクライアント」（以下、PTSD +, 発達障害-）、「A基準に該当するトラウマ体験を有するが PTSD と診断されておらず、発達障害は明確に診断されているクライアント」（以下、PTSD -, 発達障害+）、「A基準に該当しない一般的なストレス体験であっても、PTSD に類する症状を呈す

るクライアント」に会う頻度を尋ねた。その結果、「PTSD +, 発達障害+」「PTSD +, 発達障害-」については、臨床場面で対応した経験の有無は約半々であるが、「PTSD -, 発達障害+」では対応経験「有り（64%）」と回答した者が「無し（36%）」と回答した者を上回る結果となり、さらに、「A基準に該当しない一般的なストレス体験であっても、PTSD に類する症状を呈するクライアント」に関しては、「有り（97%）」「無し（3%）」と顕著な傾向が見て取れた。さらに、そのような一般的なストレス体験であっても PTSD に類する症状を呈する背景に、発達障害の有無が関係していると感じたことがあるか否かを問うと、96%が「（感じたことがある）」と回答していた（図1）。

3. 発達障害のアセスメント法および介入法

当該児者に実施する検査を図2に、保護者や養育者など当該児者を知る者に実施される検査を図3に示す。本人に実施するアセスメント法では、ウェクスラー式知能検査が最も多く、

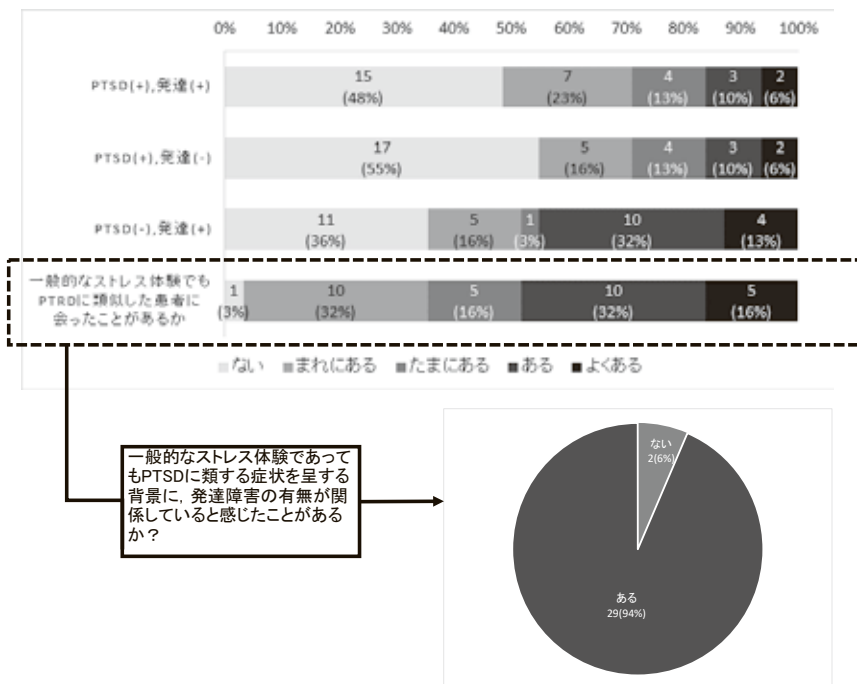


図1. 臨床現場における当該児者の診断状況

次いで新版 K 式発達検査, AQ と続いた。なお, 「その他」で回答された内容からは, 発達検査として特化した尺度の他に, ロールシャッハ・テストや PF スタディ, 文章完成法といった投影法や, バウムテスト, 風景構成法といった描画法のほか, 心の理論課題や社会的常識テスト, 比喩皮肉テストも使用されていることが分かった。

養育者・関係者に実施するアセスメント法としては, PARS が最も多く, 次いで「その他」であった。養育者に対して実施する検査は, 「その他」の内容として回答された内容も含め, 全て発達検査として特化した尺度であった。

なお, 発達検査の実施以外に, 発達のアセスメント目的に補助的に用いられる手段(図4)としては, 「行動観察」, 「生育歴」, 「日常の様子」

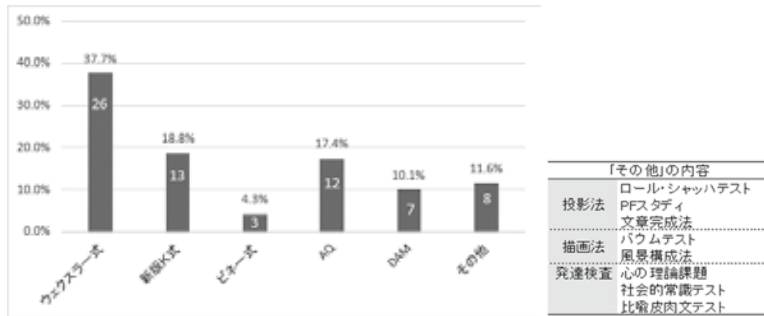


図2. 発達障害児者本人に実施するアセスメント法

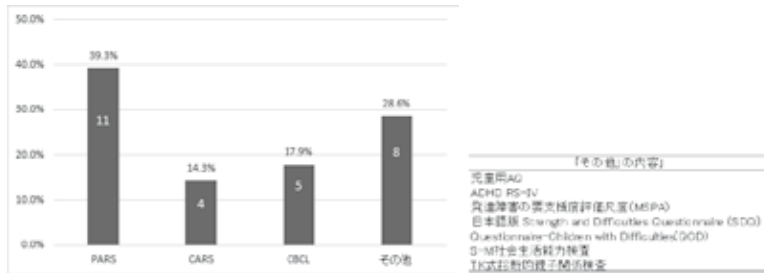


図3. 保護者あるいは養育者に実施するアセスメント法

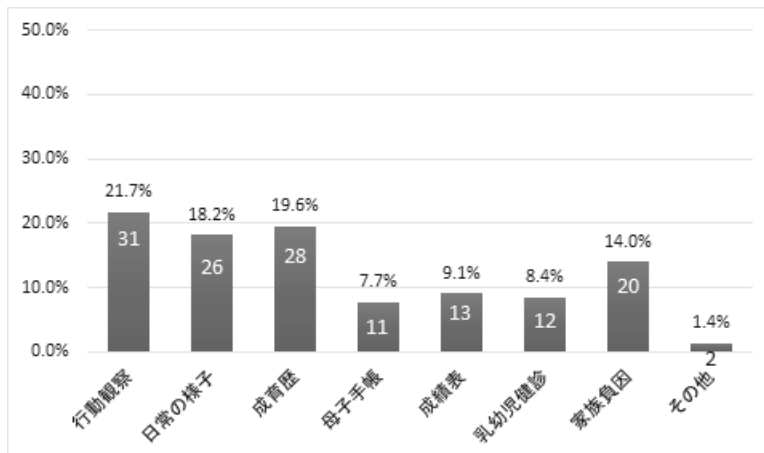


図4. その他のアセスメント指標

と続いた。なお、「その他」の内容を記述した者はいなかった。

ただし、PTSD 症状あるいは PTSD 類似症状を持つクライアントについては「本人に発達検査を実施できない」場合もあり、その理由を問うと（表3）、「検査に要する時間、枠を取ることができない」「トラウマ治療を優先する必要のあるケースの場合（発達検査は実施できない）」などが挙げられ、検査の実施は他機関でなされる（既になされているか、依頼する）こともあるようだ。そして、「養育者・関係者に発達検査を実施できない」理由（表4）としては、「検査を実施できる養育者や関係者がいない」「検査に要する時間、枠を取ることができない」ほか、所属施設によっては「許可が下りない」ことがその理由として挙げられていた。

PTSD 症状（A 基準に該当するトラウマ体験

による症状）、PTSD 類似症状（A 基準に該当しない一般的なストレス体験による PTSD 様の症状）を持つ発達障害児者に実施される発達の問題への介入法を訪ねた結果を図5に示す。いずれの症状においても、主として「心理教育」「環境調整」「ストレスマネジメント」が実施されているようである。

4. PTSD 症状および PTSD 類似症状のアセスメント法および治療的介入法

子どもに対して用いられるアセスメント法を図6に、成人に対して用いられるアセスメント方法を図7に示す。子どもの対象者について、PTSD 症状に対しては IES-R と描画法を用いていると回答しているのが多かった。PTSD 類似症状に対しても同様の結果であった。成人の対象者についても同様の傾向があるようで、IES-R が最も多く使用されていた。

表3.クライアント本人に発達検査を実施できない理由

理由	N	%
検査に要する時間、枠を取ることができないため	2	29.6%
その他	5	71.4%
合計(延べ)	7	100.0%

「その他」の自由記述内容(抜粋)
 ・トラウマ治療を優先する必要のあるケースの場合
 ・他機関で実施されている

表4.養育者・関係者に発達検査を実施できない理由

理由	N	%
検査を実施できる養育者や関係者がいないため	7	29.2%
検査に要する時間、枠を取ることができないため	9	37.5%
その他	8	33.3%
合計(延べ)	24	100.0%

「その他」の自由記述内容(抜粋)
 ・発達より、トラウマの問題としての切り口を優先する場合
 ・他機関で実施されている
 ・施設における許可が出ないため
 ・養育者、関係者に会えないため

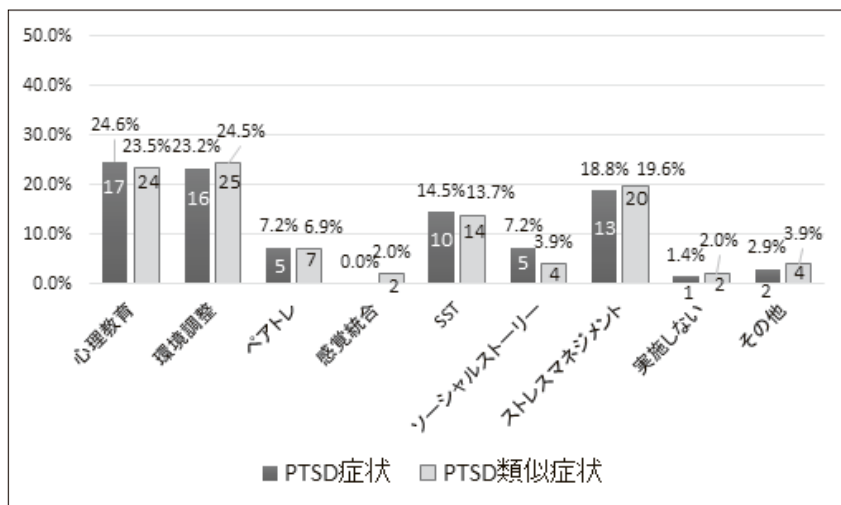


図5. PTSD 症状、PTSD 類似症状を持つ発達障害児者に実施される発達の問題への介入法

ただし、発達障害のアセスメントと同様に、これらのアセスメントを実施するにあたり困難を感じられているようで（図8）、その理由として最も多かったのが「検査項目の言葉の意味にこだわる」、「検査に集中できない」と「知的

水準に応じて項目の言葉を言い換える必要がある」であった。

治療に用いる介入法（図9）は、PTSD症状ではEMDRが最も多く、次に「特に実施しない」と「その他」が続いた。「その他」の内容



図6. 子どもに対して用いられるPTSD症状、PTSD類似症状のアセスメント法

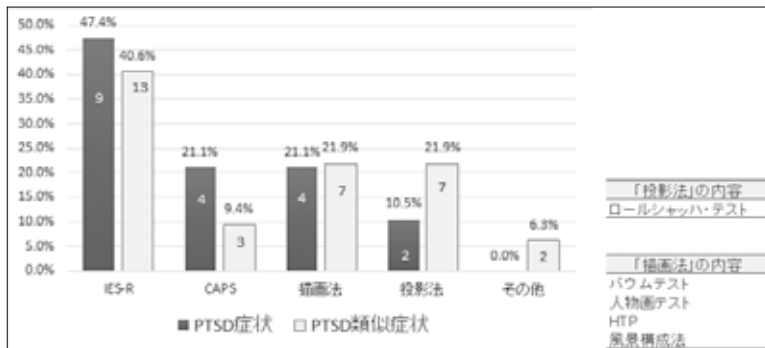


図7. 成人に対して用いられるPTSD症状、PTSD類似症状のアセスメント法

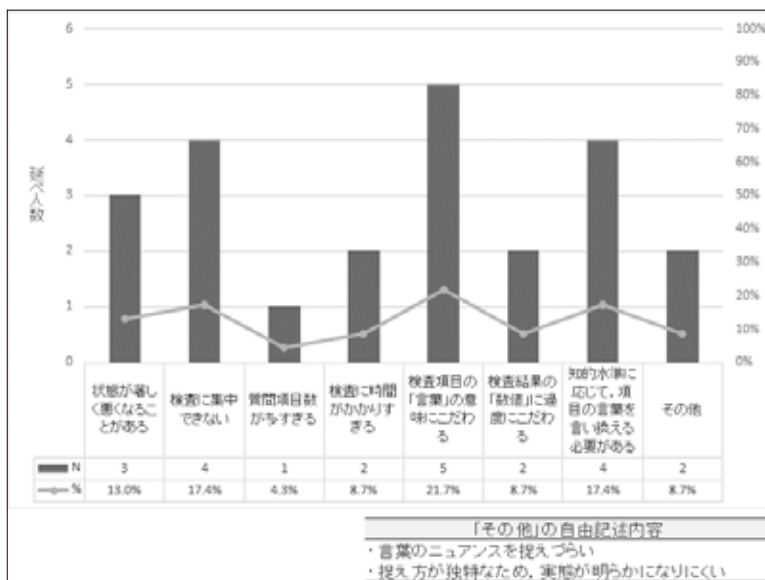


図8. PTSD症状、PTSD類似症状をアセスメントする際に感じる困難さ

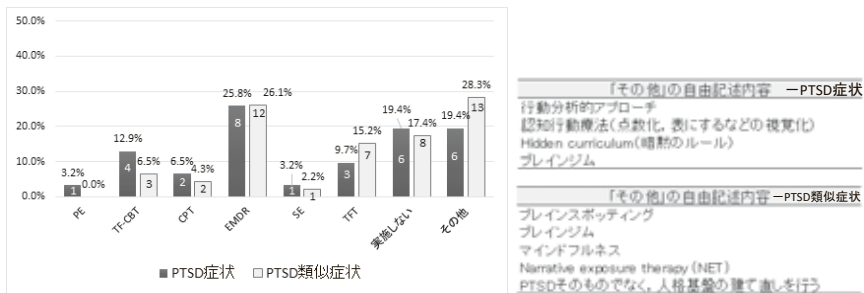


図9. PTSD症状、PTSD類似症状への治療的介入法

表5

	工夫	N	%
PTSD症状	準備や安定化、心理教育のセッションを通常よりも多く取る	13	43.3%
	視覚的の手がかり(イラストや絵本、漫画、プリントなど)を用い対象が成人であっても、子ども用の手続きを採用する	11	36.7%
	合計(延べ)	30	100.0%
PTSD類似症状	準備や安定化、心理教育のセッションを通常よりも多く取る	15	41.7%
	視覚的の手がかり(イラストや絵本、漫画、プリントなど)を用い対象が成人であっても、子ども用の手続きを採用する	13	36.1%
	その他	4	11.1%
	合計(延べ)	36	100.0%

は、ブレインスポッティング、ブレインジム、マインドフルネスの他、「PTSD そのものでなく、人格基盤の立て直しを行う」といった記述も見られた。PTSD 類似症状では、「その他」と EMDR がほぼ同数で並んだ。「その他」の内容としては、症状の心理教育、ストレスマネジメント、タッピングタッチ、ブレインスポッティング、安定化技法、マインドフルネスなど多岐に渡ることが分かった。

介入に用いる工夫(表5)としては、PTSD 症状では介入以前に「準備や安定化、心理教育に多く時間を取る」ことや、「視覚的の手がかりの利用」、「対象が成人であっても子ども用の手続きを採用する」、といった工夫内容への回答がみられ、類似症状についても同様に「介入以前に準備や安定化、心理教育に多く時間を取る」、「視覚的の手がかりの利用」、「対象が成人であっても子ども用の手続きを採用する」、といった工夫内容への回答がみられた。

さらに、発達障害児者と定型発達児者とで

PTSD 症状の様相に関して臨床家が感じるちがいについて回答を求めた結果 29 名中 26 名(未回答 2 名)の回答者が、PTSD 症状の様相にちがいを感じると回答しており、その内容を自由記述にて求めた結果を図 18 に示す。回答内容から、「トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及」「反応の出方、症状の特徴についての言及」「治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及」の 3 つに大別された(図 10)。

トラウマ記憶の貯蔵のされ方、認知のされ方についての言及

- ・ 身体的な体験と感じやすい(約100かとなりやすい)のといったことから、本児の感覚では「死ぬほどの恐怖」となることもあるため。
- ・ 整理されていないまま記憶している。

反応の出方、症状の特徴についての言及

- ・ 症状が勝手に出やすい。
- ・ こだわっている場面やフラッシュバックが激しい
- ・ 過敏から強く出ているのでは
- ・ フラッシュバック等の感覚的な鋭さの度合いの強さ。
- ・ 幻覚、幻聴などへの結びつきやすさ。

治療への反応性、時間経過による症状の変化の有無についての言及

- ・ 語学がPTSDの回復に影響を与えている。
- ・ 場面の説明をする際の言葉の選択が独特であったり、言語表現が複雑であったりして他者に伝わりにくく、整理されにくい→制化が起こりにくい。

図10. 発達障害児者と定型発達児者とでPTSD症状の様相に感じるちがい

IV. 考察

1. 全体的傾向

今回の調査では、対象者の活動領域に限定を
かけず、広く「臨床心理士」を対象として調査
を行った。その結果、半数以上の60%の臨床
家から、PTSD症状（あるいはストレス体験に
よるPTSD類似症状）を呈する発達障害児者
に出会ったことがあるとの回答が得られた。サ
ンプル数の限界から、これはひとつの傾向とし
ての言及にとどめる必要があるが、当該クライ
アントへの診療、臨床的介入のニーズは決して
低くはないことが伺える。しかしながら、発達
障害、PTSD症状ともに明確に診断されたクライ
アントは少なく、発達障害に拠ったアセスメン
ト（あるいは介入）、もしくはPTSDに拠った
アセスメント（あるいは介入）になりやすく、
両側面共に適切にアセスメント、診断するこ
との困難さもまた示唆された。

2. アセスメントに使用される尺度、および介 入について

発達障害のアセスメント、PTSD症状のアセ
スメント、ストレス反応のアセスメントいづれ
も多く用いられていたのは、標準化された量的
尺度（ウェクスラー式知能検査や、IES-R）であ
った。特に発達検査に関しては、知的水準や発達
特性に応じた対応の工夫やノウハウが周知され
ていることから、本人を対象とした検査、養育
者・関係者を対象とした検査、その他行動観察
や生育歴の確認など、多角的な側面からのアセ
スメントが安定して実施されていた。介入につ
いても同様に、「心理教育」によって症状・特
性の理解を促し、「環境調整」からストレス
をコントロールし、本人のストレス耐性やコン
トロールスキルを向上するために「ストレスマ
ネジメント」を実施する、といった標準的な介
入が実施されていた。

体験が明らかにA基準であるPTSD症状に

対しては、IES-Rが選択される率が比較的高い
が、一方でCAPSはあまり使用されていなか
った。これには、検査を実施する際に感じる困
難さとして挙げられた、検査に割く時間枠の確
保の難しさや、当該児者の発達特性とも関連
する、注意集中の問題や言語的なやりとりの
難しさに関連しての使用率の低さであると思
えられるのではないだろうか。ゆえに、IES-R
のように少ない項目数（22項目）で比較的短
時間で実施が可能な検査が選ばれやすいの
かもしれない。さらに特徴的だったのは、描
画法もまたIES-Rと同程度に多く使用され
ているという点である。言語を介さずに実施
できる点や、短時間で実施が可能な点、専用
の検査用具を必要としない点などから、臨
床現場での利便性が高いことが理由として
挙げられるかもしれない。しかし、描画法
や投影法はPTSD症状を測定する確実な指
標が設けられておらず、あくまで補助的な
使用に留める必要がある。

一般的なストレス体験に対するPTSD類似
症状（ないし、ストレス反応）のアセスメン
トに用いられる尺度はさらに多様であり、症
状に焦点を当てた検査を実施するというより
は、認知様式や人格全般すなわち「人とな
り」を広く把握するために検査が実施され
ていた。

介入に関しては、PTSD症状はEMDRの選
択率が最も高かった。選択された理由につ
いては推測の域を出ないが、詳細な言語化
の必要なく実施が可能な点が挙げられるの
かもしれない。「その他」に含まれた介入
技法も多くは非言語的なやりとりに主眼を
置いたものが多いという点もまた特徴的
であった。

ただし、臨床現場で多く用いられている
手法が、実際にどのように治療効果を上
げているのか、およびどのような課題を
残しているのかについては不明瞭な点が多
く、今後、これらの手法についての効果
検証が行われる必要があるものと思われ
る。

結語

発達障害のアセスメントには標準化されたスタンダードな検査が用いられていることが分かった。一方 PTSD 症状, PTSD 類似症状に対しては, 言葉の理解や注意集中の維持などの発達課題に配慮し, 短時間で実施可能な検査, 文字を介さず実施できる検査が選択されやすいことが分かった。症状への介入技法も同様に, 詳細な言語化を要しないものが好まれる傾向にあった。

【謝辞】

本調査を実施するにあたり, 質問紙調査にご協力を頂いたすべての臨床心理士の皆様に, 紙面をお借りしてお礼を申し上げます。

【文献】

- 1) American Psychiatric Association: Practice Guideline for the Treatment for Patients with Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder. Am J Psychiatry 161, November Supplement, 2004.
- 2) National Institute for Clinical Excellence: Posttraumatic Stress Disorder(PTSD) : The management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care, London, 2018.
- 3) Sullivan,P.M., Knutson,J.F. : Maltreatment and disabilities: a population based epidemiological study. Child Abuse and Neglect 24(19); 1257-1273,2000.
- 4) 大塚美菜子: 発達障害児者を取り巻くトラウマ臨床の現状と課題に関する文献レビュー. 心的トラウマ研究,13, 45-54,2018.
- 5) 林剛丞, 江川純, 染矢俊幸: ストレス関

連障害を示す発達障害. ストレス化学研究 ,30;10-15,2015.

- 6) 川端康雄, 元村直靖, 本村暁子, ほか: 不安障害を呈する広汎性発達障害児者に対して認知行動療法が効果的であった2例. 学校危機とメンタルケア ,3;107-117,2011.

— 付録 —

E 来談されたクライアントの診断状況についておたずねします。

それぞれ、ご経験に最も近いと思われる項目をひとつ選び、○をつけてください。

I 発達障害、PTSD いずれも明確に診断されたクライアントにお会いしたことはありますか？

II PTSD の A 基準^[1]に該当する体験(トラウマ体験)を有し、PTSD と診断されているが、発達障害の明確な診断はされていないクライアントにお会いしたことはありますか？

[1] A 基準とは以下が、意を失った、驚きを失った、習慣的性質に陥る事、以下に1つ以上(括弧内は以下)に該当して、(1)外的出来事(災害や戦争)、(2)他人心による出来事(身体的被害)、(3)被害者または加害者としての経験、(4)心的被害(暴力や虐待による出来事)、(5)心的被害(性的虐待による出来事)、(6)心的被害(虐待による出来事)に該当する。

III 発達障害と明確に診断されているが、トラウマ体験を有し、PTSD を呈しているにも関わらず PTSD と診断されていないクライアントにお会いしたことはありますか？

IV PTSD の A 基準^[2]に該当する体験(一般的なストレス体験^[2])であっても、PTSD に類する有無を鑑別するクライアントにお会いしたことはありますか？

「2. まれにある」～「5. よくある」と回答された方にお聞きします。①一般的なストレス体験であっても PTSD に類する症状を呈する背景に、発達障害の有無が関係していると感じたことはありますか？

F 発達障害のアセスメント方法についておたずねします。

あてはまる項目番号全てに○をつけてください。

I. 発達障害児者(クライアント)本人に実施される検査【複数回答可】

II. 養育者や、発達障害児者(クライアント)の状態を知る者(他)に実施される検査【複数回答可】

III. 心理検査以外の方法で実施されるアセスメント【複数回答可】

G A 基準に該当するトラウマ体験による PTSD 症状をお持ちの

発達障害児者(クライアント)への対応についてお聞きします。..... [H] へお進みください。

I. 子どもを対象とする場合に実施する検査【複数回答可】

II. 成人を対象とする場合に実施する検査【複数回答可】

III. 発達障害児者に PTSD アセスメント尺度を実施する際に、困難を感じたことはありますか？

1. ない 2. ある [2. ある]と回答された方にお聞きします。①発達障害の有無が、検査を実施する上での困難さに関わっていると感じたことがありますか？

IV. 発達障害児者に PTSD アセスメントを実施する際に、発達障害児者として PTSD 症状の正確に気がないと感じますか？

V. PTSD 症状をお持ちの発達障害児者への介入についてお聞かせ下さい

発達的な問題に関して、使用される介入技法をすべてお選びください【複数回答可】

- 発達障害についての心理教育
- 環境調整
- 療育
 1. ベアレントレーニング
 2. TEACCH プログラム
 3. 感覚統合療法
 4. SST
 5. ソーシャルストーリー
 6. その他 ()
- ストレスマネジメント
- 特に実施しない
- その他 ()

PTSD 症状に関して、使用される介入技法をすべてお選びください【複数回答可】

- PE (持続エクスポージャー療法)
- TF-CBT (トラウマフォーカスト認知行動療法)
- CPT (認知処理療法)
- EMDR (眼球運動による脱感作と再処理)
- SE (マインドフルネス)
- TFT (思考療法)
- 特に実施しない
- その他 ()

PTSD 症状への介入に、標準的な手続きに変更・工夫を加えることはありますか？

1. 行う
2. 行わない
 1. 連携可能な機関がない
 2. どこと連携をしたらよいかわからない
 3. その他 ()

5

H A 基準に該当しない一般的なストレス体験による PTSD 類似症状をお持ちの発達障害児者 (クライエント) への対応についてお聞かせ下さい……………

該当したクライエントが該当しない場合は、質問はここで終了です。

症状のアセスメントに使用する心理検査について

I. 子どもを対象とする場合に実施する検査【複数回答可】

1. IES-R (改訂版出来事インパクト尺度)
2. UPID (DSM-IV版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス)
2. TSCC (子ども用トラウマ症状チェックリスト)
3. CAPS-CA, mini KIDS などの構造化・半構造化面接
4. 描画法 (描画法の名称:)
5. 投影法 (投影法の名称:)
6. その他 (使用する検査:)
7. 実施しない

実施しない場合、その理由について該当する項目番号に○をつけてください

1. 子どもを対象とした臨床は行っていません
2. クライエントの状態から、実施が不可能なため
3. 検査に要する時間、枠を取ることができないため
4. 検査に要する費用がクライエントの自費負担となるため
5. その他 ()

II. 成人を対象とする場合に実施する検査【複数回答可】

1. IES-R (出来事インパクト尺度)
2. TSPT (医師診断検査)
3. 描画法 (描画法の名称:)
4. 投影法 (投影法の名称:)
5. その他 (使用する検査:)
6. 実施しない

実施しない場合、その理由について該当する項目番号に○をつけてください

1. 成人を対象とした臨床は行っていません
2. クライエントの状態から、実施が不可能であるため
3. 検査に要する時間、枠を取ることができないため
4. 検査に要する費用がクライエントの自費負担となるため
5. その他 ()

6

III. 発達障害児者と定型発達児者とで一般的なストレス体験から生じる反応の様相に違いがあると感じますか？

1. 感じない
2. 感じる

(どのような違いを感じられましたか？詳しく回答下さい)

IV. 一般的なストレス体験による PTSD 類似症状をお持ちの発達障害児者への介入について、聞かれます

発達的な問題に関して、使用される介入技法をすべてお選びください【複数回答可】

- 発達障害についての心理教育
- 環境調整
- 療育
 1. ベアレントレーニング
 2. TEACCH プログラム
 3. 感覚統合療法
 4. SST
 5. ソーシャルストーリー
 6. その他 ()
- ストレスマネジメント
- 特に実施しない
- その他 ()

PTSD 類似症状に関して、使用される介入技法をすべてお選びください【複数回答可】

1. PE (持続エクスポージャー療法)
2. TF-CBT (トラウマフォーカスト認知行動療法)
3. CPT (認知処理療法)
4. EMDR (眼球運動による脱感作と再処理)
5. SE (マインドフルネス)
6. TFT (思考療法)
7. 特に実施しない
8. その他 ()

7

PTSD 類似症状への介入に関して、標準的な手続きに変更・工夫を加えることはありますか？

1. ない
2. ある
 1. 準備や安定化、心理教育のセッションを通常よりも多く取る
 2. 視覚的手がかり (イラストや絵本、漫画、プリントなど) を用いる
 3. 対象が成人であっても、子ども用の手続きを採用する
 4. その他 ()

必要に応じて他機関との連携を積極的に行いますか？

1. 行う
2. 行わない
 1. 連携可能な機関がない
 2. どこと連携をしたらよいかわからない
 3. その他 ()

以上で終了です。

ご質問ありがとうございました。ご協力ありがとうございました。

お手数ですが、記入漏れがないか今一度ご確認ください。

8

An actual condition survey of trauma-related problems in people with developmental disorders
- Questionnaire for clinical psychologists -

Minako Ohtsuka
Hyogo Institute for Traumatic Stress

The purpose of this research was to conduct a questionnaire survey for clinical psychologists to grasp the current state of clinical practice for PTSD patients with developmental disorders. The questionnaire was distributed to 80 clinical psychologists and 52 people completed (response rate 65%). 60% of the participants answered that they had experience working with people who have developmental disorder with symptoms of PTSD. Standardized methods were used for assessment and treatment in dealing with issues emerging from the developmental disorder. On the other hand, non-verbal approach was often used for assessment and intervention for PTSD symptoms and stress responses, in order to take account of the problems of verbal communication and attention concentration due to the developmental disorders.

Key words : PTSD, Developmental disorders

「レジリエンス向上のための災害準備性 チェックリスト (DPRC)」の有用性に関する研究



堤敦朗* 井筒節** 田中英三郎*** 田中千佳**** 桑原未来***** 金吉晴*****

* 金沢大学国際機構・人間社会環境研究科

** 東京大学大学院総合文化研究科教養教育高度化機構

*** 兵庫県こころのケアセンター **** 神戸大学大学院保健学研究科国際保健学分野

***** 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野

***** 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

災害時における被災者等の精神保健・心理社会的ウェルビーイング*に影響を与えるレジリエンス[†]に注目が集まっている。しかし、レジリエンス向上に必要な準備性の評価は、防災の観点からも重要であるにも関わらず、これを測定する尺度は世界的にほぼ存在しない。よって、国連と NGO が作成した機関間常設委員会ガイドラインに基づき、「レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト (DPRC)」を作成し、大学生 260 人を対象に有用性検討を行った。その結果、Cronbach の α が 0.83 と高い内的一貫性が示された。また、生活の質を評価する WHOQOL-BREF の全領域との有意な相関により併存妥当性が確認され、全般的精神保健尺度 K6 の高得点群と低得点群間の比較では後者の得点が有意に高く弁別妥当性も示された。精神保健・心理社会的支援には、心理社会的側面と共に、生活の諸側面における安心・安全が強い影響を与えるため、本尺度を活用した準備性の向上と新知見の創出が期待される。

Key words：レジリエンス、防災、精神保健・心理社会的支援、災害準備性、人権

I. はじめに

災害時の心のケアをめぐるっては、阪神・淡路大震災やインド洋津波、東日本大震災をはじめとする内外の様々な経験に基づき、エビデンスに基づいた適切な対応がなされるようになってきている。以前は、災害直後に“カウンセリング”や“芸術療法”やの名のもと、エビデンスに基づかない介入がなされたり、推奨されていないデブリーフィングが行われたりすることがあった。また、安易な抗不安薬の処方や診断基準を満たさない人が多いにも関わらず外傷後ストレス障害 (PTSD) 中心のサービス構築を

行うなど、誤った方法に基づく医学中心アプローチがとられることもあった。一方で、災害以前から服用している薬の継続服用を希望する人や強いストレス反応を呈する人など、専門家による医療支援が本当に必要な人は、保健サービスにアクセスしにくい実態もあった。また、入院病棟や地域で暮らす精神障害や知的障害のある方への避難に関する情報・物理的アクセシビリティ（情報や物理的なアクセスのしやすさ）や人権が確保されない等、難しい状況も多くみられた。そのような中、2007 年には国連と国際 NGO が形成する機関間常設委員会 (Inter-agency Standing Committee : IASC) が

* ウェルビーイングは、「福祉」などと訳されることが多いが定訳は存在せず、また、国際社会で使用されるウェルビーイングの意味とはニュアンスが異なって解釈されることもあるため、カタカナで示す。

[†] レジリエンスは「強靱性」や「しなやかさ」と訳されることが多いが、「回復を促すために本人や社会が備えているもの」という意味を包含する広い概念であるため、誤解を免れるためカタカナで示した。

「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン」(2007年)を公表し、保健医療分野のみならず、教育、情報発信、食糧安全・栄養、避難所・仮設配置計画、水・衛生、それらの多分野協力・調整等も巻き込んだマルチセクター・アプローチ(分野横断的なアプローチ)による、エビデンスに基づいた「Do no harm (害を与えない)」の原則に則った心のケア指針が示された¹。また、これに併せて、世界保健機関(World Health Organization: WHO)等が「心理的応急処置フィールド・ガイド」²を作成した。日本では、国立精神・神経医療研究センターのリーダーシップのもと、国連大学グローバルヘルス研究所と世界銀行と共同で、多くの研修が開かれ、国内外の様々な現場で広く利用されるようになってきている。

これらのガイドラインにおいて強調されているのが、防災の取り組みの一つとしての「準備性の強化」とそれによる「レジリエンスの向上」である。2015年に仙台で開かれた第3回国連世界防災会議で採択された仙台防災枠組³では、「必要とするすべての人々に心理社会的支援及び精神保健サービスを提供するための復興スキームを強化する」ことが初めて優先課題となったが、これも優先事項3「効果的な応急対応に向けた準備の強化と「より良い復興」の一部とされ、準備性とレジリエンスの枠組の中で精神保健・心理社会的側面を考えることは益々重要になっている。中でも、従来の精神医学中心モデルから人権に基づく精神保健・心理社会モデルに移り変わっている中で、IASC ガイドラインの「災害・紛争時等における精神保健・心理社会的支援の介入ピラミッド図」¹にあるように、基本的なサービスおよび安全(食糧、避難所、水、基本的な保健ケア、感染症への対応等)、コミュニティおよび家庭の支援(家族の行方追跡・再会、葬式や各共同体の癒しの儀式への支援、前向きな対処方法に関するマ

コミによる広報、育児支援プログラム)等は、多くの人々のレジリエンスを促進し、精神的苦痛からの自然回復に役立つため、これらに重点的に取り組む必要性が認識されている。

しかし、レジリエンスのための準備性は精神保健・心理社会的ウェルビーイングに深く関る一方、これを簡便に評価し、モニターするための尺度は乏しい。Connor-Davidson Resilience Scale⁴、Resilience Scale for Adults⁵、Brief Resilience Scale⁶等が、レジリエンスに関する尺度として存在するものの⁷、レジリエンスと災害準備性と関連づけた尺度は著者の知る限り存在しない。このようなチェックリストがあれば、平常時から、レジリエンスを高めるために必要な準備ができていのかどうか一人一人が簡便にチェックし行動に移すことができる。また、準備性と精神保健の関係性をめぐるより精緻な検討も可能となり、より良い社会支援サービスおよびそのシステム作りに向けた発展性も期待できる。よって、国立研究開発法人日本衣料研究開発機構地球規模保健課題解決推進のための研究事業「A Study on Rights-based Self-learning Tools to Promote Mental Health, Well-being & Resilience after Disasters」の一環として、国内外の多職種からなる専門家・実務家・当事者からなる研究班を組織し、レジリエンス向上のための準備性チェックリストを開発した。本研究では、この信頼性と妥当性を検討したところ、一定の有用性が示されたため、報告する。

II. 方法

II-1. 対象

本研究では、ある国立大学1年生および2年生を対象とした。著者が担当する科目を履修している全学生260名(平均年齢は18.7歳(18-26歳))を対象に、研究への参加を依頼したところ、244名から有効回答が得られ、回答率は94%であった。

II-2. 尺度

23項目からなる「レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト」(Disaster-preparedness for Resilience Checklist: DPRC) (表1)を作成し、使用した。本尺度をめぐっては、著者らによる国際共同研究において、現地パートナーと協働して、日本語、英語、フィリピン語、タイ語での有用性の検討を実施しており、本研究では日本語版を使用した。DPRCは、災害時のレジリエンスを高めるための準備性を評価することを目的とした尺度として開発された。これは、国連やWHO等の最新のガイドラインや知見と、様々な災害に対応してきた政策及び現場経験をもとに、国内外の災害精神保健実務担当者、国連等で防災や人道支援のガイドライン作りやプログラム実施を統括してきた担当者、国内外の災害精神保健政策策定・実務・研究を取りまとめた学識経験者、被災経験者、若者等からなる専門家チームによって作られたものである。IASCガイドライン等で精神保健・心理社会的ウェルビーイングの促進に関連する項目としてあげられているもののうち、レジリエンスのための準備性に関連すると考えられる項目を中心に構成されている。各項目は、自己報告式で、0から2点の3件法で評価され、総点(0～46点)が計算される。点数が高いほど、レジリエンスのための準備性が高いことを意味する。

妥当性の検討に際しては、併存妥当性及び弁別妥当性の検証のために、WHOが開発した生活の質(QOL)尺度であるWHOQOL-BREF⁸と、全般的精神保健を測定する尺度Kessler Psychological Distress Scale (K6)^{9,10}を用いた。WHOQOL-BREFは、身体、心理、社会、環境の4領域からなる全26項目の尺度であり、開発途上国を含めた多くの国で使用されている。K6は、気分・不安障害、重症精神障害に関する尺度であり、こちらも多くの国で使用されているものである。また、人口統計学的データに

は、ワシントン・グループが開発した6項目の質問¹¹も含め、障害の有無も確認した。

II-3. 統計解析

DPRCの有用性を評価するために、尺度の信頼性と妥当性を検討した。信頼性に関しては、Cronbachの α 係数を算出することで、内的一貫性の検討を行った。WHOQOL-BREFとの併存妥当性については、DPRCとWHOQOL-BREF各領域とのピアソンの相関係数を算出し、K6については、対象者が授業に参加している大学生という点を鑑み、9/10¹²で2群に分け(低得点群213名、高得点群32名)、t検定で比較検証した。全ての統計解析は、SPSS Version 25で行った。

II-4. 倫理的配慮

倫理的配慮に関し、研究に関する説明書を配布した上で口頭でも説明を行い、書面によるインフォームドコンセントを必須とした。データは無記名で収集し、個人を特定できないように配慮し、研究に参加しなかった場合も単位や成績には一切影響がないことと、研究への参加は自由意志によることを説明した。得られた情報はすべて数値化し、個人情報漏洩せぬよう安全に保管した。これらの情報は、研究目的以外では使用せず、本研究班メンバーが書面で承認した者のみアクセスできることとした。これにより、すべての者の人権を保護し、法令を遵守した。本研究の過程は、金沢大学国際機構倫理委員会にて承認されている。

III. 結果

人口統計学的データ

参加者は、男性が100名、女性が144名であった。経済的に裕福でないと思うと答えたのは20名で全体の8%程度であった。11名が何らかの障害があると答えた。

信頼性・妥当性

Cronbach の α は、0.83 で高い内的一貫性が示された。

WHOQOL-BREF との併存妥当性については、ピアソンの相関係数を算出したところ、身体 0.34、心理 0.46、社会 0.41、環境 0.43 と、各々において十分な相関を示した（すべて $p < 0.01$ ）。（表1）

K6 については、DPRC の総合点を、9/10 で2群に分け、t 検定で比較したところ、低得点群において有意に高かった（低得点群 27.99 SD7.32；高得点群 22.68 SD8.49, $t=3.69$, $p < 0.01$ ）。（表2）

<表1> WHOQOL-BREF の各領域と DPRC とのピアソン相関係数

	身体	心理	社会	環境
DPRC	0.34*	0.46*	0.41*	0.43*

* $p < 0.01$

<表2> K6の2群間の DPRC 平均得点の比較

	K6低得点群 (n=207)	K6高得点群 (n=31)	t
DPRC 平均得点(SD)	27.99 (7.32)	22.68 (8.49)	3.69*

* $p < 0.01$

IV. 考察

本研究では、DPRC の信頼性を検討したところ、Cronbach の α は 0.83 であり、高い内的一貫性が示されたことから、一定の信頼性が示されたといえる。

DPRC は、様々な国連機関と多くの国際 NGO がエビデンスと経験に基づき作成した IASC ガイドラインをもとに、国連関係者、被災経験のある者を含む国内外における災害精神保健をめぐる政策・実施に携わってきた実務家（医師、精神保健福祉士、臨床心理士を含む）、

学識経験者、若者等からなる専門家チームによって作成されており、一定の内容妥当性が確保されていると考える。

弁別妥当性を評価する尺度として、既存のレジリエンス尺度ではなく、WHOQOL-BREF を使用したのは、下記の理由がある。これまでのレジリエンス関連尺度の多くは、個人の心理的状況を問うものが多かったが、緊急事態に対するレジリエンスは、前述した IASC ピラミッド図にも示されているように、本来、物理的環境や社会的支援体制などの社会資源と、個人的な身体的・心理的要因双方の相互作用を含めて検討すべきものである。これは、国連障害者権利条約¹³において、障害が機能障害と社会的障壁の結果生じるとされ、障害の「社会モデル」が新たなパラダイムとなったのと同様である。よって、個人の資質や状況のみならず、社会や環境を含む WHOQOL-BREF を比較尺度とした。

DPRC と WHOQOL-BREF の4領域との相関を確認したところ、DPRC 得点は身体、心理、社会、環境の各領域における QOL 得点と、どれも中等度の相関がみられた。これにより、一定の併存妥当性が示された。また、全般的精神保健度を測定する K6 の低得点群と高得点群の間で DPRC 得点を比較したところ、低得点群で DPRC が有意に高く、弁別妥当性も示された。これにより、DPRC の一定の有用性が示されたものと考えられる。

レジリエンスは、災害後に急に育つものではなく、平時からの準備を通して高めていくことが重要である。特に、災害後にレジリエンスが低いことが分かったところで、その対策には時間がかかるため、事前の備えが大切となる。精神保健・心理社会的ウェルビーイングは、人道支援や復興においても、鍵となる側面であり、これを良好に保つためには、個々が自らのレジリエンスについて知り、準備を行うことが役立つ。DPRC は、国際基準等に基づき、事前に確認しておくべき項目をリストしており、これを

チェックリストとして使用することで、災害発生に備えてレジリエンスを高める取り組みを、各自できるようになる。特に、災害後の精神保健・心理社会的側面をめぐるっては、一部の被災者が投薬や心理療法を必要とする一方、多くの人々にとって、それらの代わりに基本的な安心と安全の確保が重要となる。中でも、災害後に個人の心理的な反応傾向を把握しても、有効な対策ができにくいことがあるが、社会的資源をめぐる項目を含むことで、現実的なアプローチで広範な非常時への備えもしくは対応をおこなうきっかけとすることができる。本チェックリストは、この知見を広め、害のない実践を広げていく上でも大切な役割を担うと考える。また、今後、DPRC を用いて精神保健をはじめとする様々な指標との関係性を検討することで、レジリエンス及び災害後の心のケアをめぐる新しい知見を得たり、新たな手段を探索したりすることが期待される。

本研究では、対象者が多くないこと及び様々なジェンダー自認や属性が存在し、それらが精神保健・心理社会的側面に多様な形で影響していることを鑑み、男女別等の比較を行っていない。その点からも、今後の研究では、様々な集団を対象とした詳細な検討と報告が重要である。また、本研究では再テスト信頼性は検証していない。英語版等の有用性検討においては、再テスト信頼性の確認を予定している。

DPRC は、文化の重要性も踏まえつつ、各国の文化を越えた比較可能性を想定しながら作成された。様々な災害が、各国で猛威を振るっており、これらをめぐる準備性を国際比較することによって、DPRC を共通言語として、個々の取り組みから国を越えて学び合うことができるようになる。また、DPRC は、国連等とも協働している日本の若者発のイニシアチブである EMPOWER Project¹⁴ が提唱する新パラダイム「協力者カミングアウト」の考え方も取り入れている。これは、従来のようにマタニティ・マー

クやヘルプ・マークで当事者がカミングアウトすることに加え、「できることがあれば気軽に声をかけて下さい」という意志をマゼンタ・ピンクのバッジで意思表示する「協力者カミングアウト」を推進するもので、2020年オリンピック・パラリンピックを前に、逆転の発想で誰もがインクルージョンやアクセシビリティ（包摂やアクセスのしやすさ）を向上させることができる取り組みとして注目されている。属性に関係なく、一人一人が、態度や行動上の障壁となる代わりに、協力できる場合はバッジをつけ、自分では対応できない場合は、対応できそうな人につなぐというこの取り組みは、心理的応急処置にも通ずるものがあると同時に、被災者同士でもできる取り組みであり、まさに協力される側と共に協力する側をもエンパワーする取り組みである。これに関する項目を尺度内に取り入れることで、レジリエンスや災害後の復興に重要な役割を果たす「自己コントロール感」強化を包含しており、ここに注目することで、新しい防災及び人道支援ができる可能性がある。DPRC の項目は、表に示されている通りで、無料で使用できる。

V. 謝辞

本研究は、AMED の課題番号 JP18jk0110015 の支援を受けた。

レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト (DPRC)

災害をめぐる考えについてうかがいます。

一つ一つの問いにつき、もっとも当てはまる数字に○をして下さい。

		いいえ	まだだが、 すぐに そうする	すでに そうだ
1.	災害時に、自分をどのように守ればいいのかを知っている。	0	1	2
2.	家族やペット等の大切な存在がいる場合、彼らをどのように守ればいいのか知っている。	0	1	2
3.	どこに避難すればいいか、行き方も含めて知っている。	0	1	2
4.	緊急時に備えて、食料と水をストックしてある。	0	1	2
5.	緊急時に使えるトイレを用意してある。	0	1	2
6.	緊急時に、大切な人と連絡をとる方法を準備してある。	0	1	2
7.	災害時に信頼して使える情報源を知っている。	0	1	2
8.	私が住んでいる地域に起こりうる災害の予測を知っている。	0	1	2
9.	私には、家族、友達、地域の人々等、私のことを支援してくれる人がいる。	0	1	2
10.	緊急時に、自分自身や他人のプライバシーを守る方法について、考えがある。	0	1	2
11.	緊急時に、保健サービスにアクセスする方法を知っている。	0	1	2
12.	危険な飲酒や処方薬以外の薬を利用しない心づもりがある。	0	1	2
13.	休息が大切であることを知っている。	0	1	2
14.	ストレスを感じた時、気分を切り替えるための自分なりの方法がある。	0	1	2
15.	過去に困難を乗り越えた経験を活かすことができる。	0	1	2
16.	私は柔軟なので、様々な状況に適応できる。	0	1	2
17.	自分のキャパシティを超えた場合、他の人に協力を頼める。	0	1	2
18.	自分で全ての問題を解決しなくてはならないわけではないと、わかっている。	0	1	2
19.	必要時には、私は、他の人に支援を提供してあげられる。	0	1	2
20.	災害直後に、無理やり話をさせられることは害がありうることを知っている。	0	1	2
21.	時がたてば、ほとんどの人が、苦しい気持ちからうまく回復できることを知っている。	0	1	2
22.	自分のウェルビーイングを高めるのに役立つ文化的手段（音楽、宗教、伝統的な催し等）がある。	0	1	2
23.	周辺化された人々のニーズや、彼らのインクルージョンが大切であることを知っている。	0	1	2

参考文献

1. Inter-Agency Standing Committee. 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン. Geneva: IASC, 2007.
2. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological First Aid: Guide for Field Workers. Geneva: WHO, 2011.
3. United Nations. Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030 (A/RES/69/283). New York: United Nations, 2015.
4. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82.
5. Friborg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, et al. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *Int J Methods Psychiatr Res* 2003;12(2):65-76.
6. Smith BW, Dalen J, Wiggins K, et al. The brief resilience scale: assessing the ability to bounce back. *Int J Behav Med* 2008;15(3):194-200.
7. Windle G, Bennett KM, Noyes J. A methodological review of resilience measurement scales. *Health Qual Life Outcomes* 2011;9:8.
8. World Health Organization. WHOQOL: Measuring Quality of Life. Geneva: WHO, 1997.
9. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, et al. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res* 2008;17(3):152-8.
10. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, et al. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med* 2002;32(6):959-76.
11. Washington Group on Disability Statistics. Washington Group Implementation Documents: Analytic Guidelines for the Washington Group Short Set. Washington DC: Washington Group on Disability Statistics, 2018.
12. 川上憲人. 一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査方法マニュアル: 厚生労働科学研究費補助金報告書, 2015.
13. United Nations. Convention on the Rights of Persons with Disabilities (A/RES/61/106). In: Nations U, ed. New York, 2006.
14. EMPOWER Project. empowerproject.jp. 2018

Validity and Reliability of the Disaster-preparedness for Resilience Checklist (DPRC)

Atsuro Tsutsumi, Ph.D., Takashi Izutsu, Ph.D., Eizaburo Tanaka, M.D., MPH.,
Chika Tanaka M.A., Miki Kuwabara, B.A., Yoshiharu Kim, M.D., Ph.D.

Organization of Global Affairs, Kanazawa University; Komaba Organization for Educational Excellence, Graduate School of Arts and Sciences, The University of Tokyo; Hyogo Institute for Traumatic Stress; Division of Global Health, Graduate School of Health Sciences, Kobe University; Department of Mental Health, Graduate School of Medicine, The University of Tokyo; Department of Behavioral Medicine, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Resilience affects mental health and psychosocial well-being after crises. While assessing preparedness for resilience is important from a perspective of disaster-risk reduction, scales to evaluate it do not exist. Therefore, based on the Inter-Agency Standing Committee Guidelines developed by the United Nations and NGOs, the Disaster-preparedness for Resilience Checklist (DPRC) was developed. Based on analyses among 260 university students, high internal consistency, concurrent validity based on moderate correlations with all areas of WHOQOL-BREF, and discriminant validity through comparison between the high-score group and the low score group based on K6, were indicated. Since mental health and psychosocial support is affected by safety and security in various aspects of our social life in addition to individual characteristics, it is warranted that we promote preparedness and new knowledge for/on resilience through DPRC.

Key words: resilience, disaster-risk reduction, mental health and psychosocial support, disaster-preparedness, human rights

効果的な受援体制に向けての検討

—東日本大震災、熊本地震での受援担当者へのインタビュー調査から—



福井貴子・加藤寛

兵庫県こころのケアセンター

大規模災害が発生すると、生じる様々な問題に対処するため、被災地では外部支援者による支援活動が行われる。阪神淡路大震災以降、外部支援者として派遣される職種やチームの種類も増え、被災地では多様な活動が展開されている。一方被災地では、外部支援を受け入れ活用する「受援」が必要となるが、それに対する自治体の準備は十分とは言えない。本研究では東日本大震災と熊本地震で受援業務を担当した保健師を対象に半構造化面接を行い、受援時の課題や工夫等を聞き取った。質的分析を行った結果、受援担当者は様々な業務を抱えており、受援業務に少なからぬ負担を感じていることが示された。受援担当者が仕事をする環境や、協働する外部支援者の姿勢とその関係性は、業務の円滑さに大きな影響を与えていた。また受援担当者に特有の精神状態が生じていたことも示された。適切な職場環境や受援担当者へのサポート、事前の知識、地域として統一した考えをもとに活動する体制は、受援業務をスムーズに進めるにあたり効果的であった。受援担当者の視点を基にした受援体制の構築が望まれ、今後も検討の継続が必要であると考えられた。

Key Words: 災害 外部支援 受援 受援担当者

I. はじめに

大規模災害発生時は、被災によるダメージへの様々な支援が必要となる。被災自治体では、業務が増大し勤務可能な職員の確保が難しくなり、地域の支援ニーズを当該自治体の職員だけで満たすことが困難になる。その不足を補うため、阪神淡路大震災以降、被災地では外部からの支援を受けてきた。様々な災害の経験を経て、外部支援の内容や形態は進化し、現在では様々な特徴を持つ支援チームが災害時に活動している。そして今も様々な団体が災害に備えて派遣体制を整備し、平時から熱心な取り組みを行っている。こうした外部からの支援は、被災地での支援ニーズを補い、地域の復興を後押しする力強いサポートとなってきた。

一方、被災地には外部支援を受け入れ、活用する力として「受援力」が求められる。しかし災害直後の被災地は混乱状態にあり、被災によって多くの業務を担うことになる地域支援者

にとって、受援業務はさらなる負担ともなる。実際に被災地での受援には、多くの課題が指摘されている。平成28年の熊本地震では、全国から無数の支援者が押し寄せた。精神保健医療分野ではDPAT（災害派遣精神医療チーム）が初の全国規模の運用となり、数多くのチームが熊本に派遣された。宮本²⁾は熊本地震で精神保健活動に携わった保健師を対象にDPATとの協働についてのアンケートとインタビューを行った。その結果、支援の有効性を感じたという声とともに、受援において保健師に多くのとまどいが生じていたことを報告し、保健師が外部援助者へ望むことをあげている。また矢田部⁷⁾は、第16回トラウマティック・ストレス学会の特別シンポジウムでDPATを受け入れた被災県としての報告を行った。そのなかで、活動した医療支援団体が20以上にのぼったことや受け入れ側の体制整備に関する今後の課題についてまとめ、支援を受けるにあたって準備すべきことがあると話した。このように被災地の需要と派

遣チームの供給に関するバランスの問題や受援側の DPAT の周知不足等の問題が生じていたことがわかった。支援と受援がかみあった活動の実施は今後の課題と考えられる。

被災を想定し、効率的な受援を行うことができるよう自治体は平時から備えておくことが必要である。政府は平成 24 年に防災基本計画を修正し、自治体に受援計画を策定するよう求めた。また内閣府では、平成 28 年の熊本地震を教訓に、今後の地震災害への対応策を検討するため、中央防災会議に設けられている防災対策実行会議のもとに「熊本地震を踏まえた応急対策・生活支援策検討ワーキンググループ」⁴⁾を設置し、学識経験者、関係省庁、県、市町村を構成委員として、話し合いを行った。そのなかでも被災自治体に対する応援と受援は大きなテーマであった。こうして明らかになった課題を踏まえ、平成 28 年 10 月からは「地方公共団体の受援体制に関する検討会」が設置された。その結果、平成 29 年 3 月に「地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン」³⁾が策定された。これは地方公共団体に対し、応援・受援の現状を紹介し、受援に関する検討や準備を呼びかける内容となっている。ここからも具体的な受援への取り組みが多く地域で手付かずであることが見てとれる。

本研究では、東日本大震災(2011.3.11)と熊本地震(2016.4.15)の被災地で、精神保健や医療の分野において受援業務を担当した保健師へのインタビューを行った。受援担当者として経験した受援時の様々な課題、効果的に受援を進めるための取り組みやそこから得た学び等について半構造化面接の手法を用いて聞き取った。聞き取った内容を分析することで災害時における効果的な受援体制について検討することを目的とする。外部支援者からの視点ではなく、実際に支援業務を行った被災地の担当者の声を拾い上げることで、真に役立つ災害支援とは何かを検討する有意義な研究になると考えられる。

II. 方法

1) 対象者の選定基準

東日本大震災と熊本地震の被災地で、地域精神保健医療分野において受援業務を担当した自治体所属の保健師 16 名を対象とした。

2) 対象者の選定方法

宮城県と熊本県の精神保健福祉センターに打診し、災害時に派遣された精神保健や医療の支援チームの受援業務を担当した地域支援者の紹介を依頼した。センターから紹介を受けた後、調査対象者に調査の依頼を行い、了解が得られた対象者に対して正式な調査依頼と日程調整を行い、インタビュー前にその概要を知らせた。

3) データ収集

半構造化面接によるインタビュー調査を実施した。

4) インタビューの実施

インタビュー調査は、対象者の勤務地へ調査者が出向き、対面で行った。実施場所については、プライバシーの確保ができる場所として、対象者に場所の確保を依頼した。調査説明書を用いて、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、参加に同意した後でも同意を撤回できること、対象者のプライバシーが外部に漏れることはないことを説明し、同意書への署名を求め、同意撤回書を渡した。その後性別、年齢、職種、職種の従事期間、被災時の所属部署と担当業務、当時の受援に関する業務等を尋ねるフェイスシートへの記入を求め、インタビューを実施した。インタビュー内容はプライバシーを厳守することを確約した上で、対象者の許可を得て IC レコーダーで録音した。

5) 調査項目

インタビューでは、(1) 受援についてのふ

り返り、(2) 効果的な受援体制に必要なだと考えること、(3) 受援側と外部支援者の望ましいあり方、について半構造化面接の手法を用いて尋ねた。(1) では、被災時の経験から感じた受援に関する難しさ、業務をスムーズに進めるために役立った工夫等について尋ね、(2) では、今後の受援体制の整備に関して必要と考えることについて尋ねた。(3) では外部支援の力を効率よく活かすため、望ましい双方のあり方について話を聞いた。

また、インタビューの補助資料として震災からの時系列とともに派遣チームの動向を示した図(図1.)を用いた。加えて、宮城県では東日本大震災から6年以上が経過しているため、記憶を思い起こしやすくするための資料として、東北大学大学院医学系研究科地域ケアシステム看護学分野が編集した「東日本大震災の体験を、今に、未来

につなぐ」⁵⁾の各市町村のページを参照しながらインタビューを実施した。

6) 分析方法

インタビューの音声記録から逐語記録としてテキストデータを作成し、KJ法にもとづく以下の手順で分析を行った。分析は、各県を区別することなく全体として行った。

- ① テキストデータを読み込み、受援に関して述べられている箇所を拾い上げた。
- ② 拾い上げた箇所を意味のまとまりごとに切片化し、似たような他の切片と一緒に分類し、一群になったものをまとめ、そのまとまりをカテゴリーとして整理した。
- ③ カテゴリーに整理したものをさらに分類し、それぞれを受援課題として各表にまとめた。

【各時期】の受援状況のふりかえり

- ・どのような状況だったか(職場、自身)
- ・困りごとやトラブル
- ・難しさ(仕組み、他業務との兼ね合い、疲労)
- ・受入れをスムーズにした取組み/うまくいかなかったやり方

* 受援業務:外部支援者の受入れに関する業務

熊本地震DPATの場合

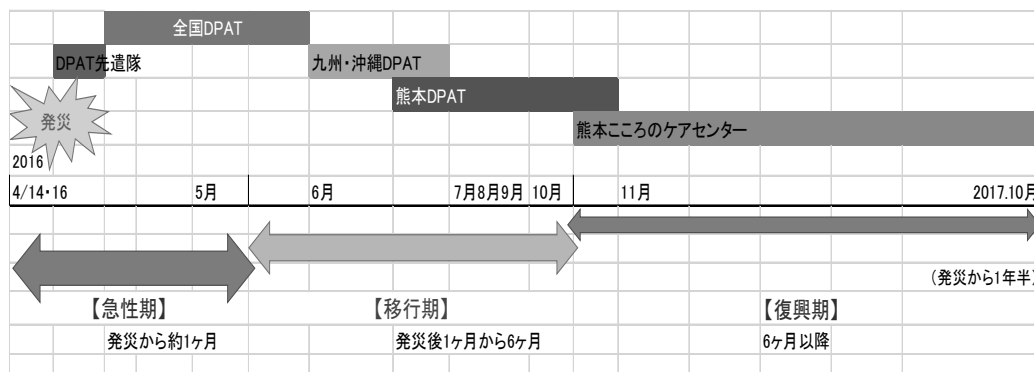


図1 インタビュー補助資料(熊本)

III. 結果

インタビュー時間は、平均 82.88 分（標準偏差 = 13.06）であった。対象地域は 2 県 1 政令市 10 市町村であった。詳しい属性については表 1 に示した。

表1. 調査協力者属性

調査協力者	名
	16
性別	名
男性	0
女性	16
所属	名
県・政令市	5
市町村	11
職種	名
保健師	16
年齢	歳
平均	53.6
SD	6.37
職種従事期間	年
平均	30.2
SD	5.78

今回対象とした災害は異なる地域で異なる時期に起きたものであるが、災害時に起きうる事象を幅広く拾い上げるため、それぞれを区別せずに 1 つのデータとして分析した。

行った受援業務（表 2.）

表2. 行った受援業務

業務の目的	業務内容
活動のベースづくり	派遣に関する問い合わせへの対応
	派遣側と受入側の間での派遣調整
	地域状況の把握と派遣チームへの情報提供
	派遣チームとの情報共有の体制作り
	派遣チームの活動計画の立案
	外部支援に関する地域への啓発・広報活動
	外部支援に伴う関係機関との連携体制の構築
派遣チームの運用	派遣チームの活動調整
	派遣チームへのオリエンテーション
	派遣チームとのミーティング、申し送り・受け
	派遣チーム活動後の被災住民へのフォロー
受援サポート	受援業務に関する市区町村保健師へのサポート (実施者：都道府県等保健師)

チームの派遣前に行う業務として「活動のベースづくり」が 7 つ、実際の運用業務として「派遣チームの運用」が 4 つ、そして都道府県等の保健師が市町村保健師の受援業務を支援する「受援サポート」1 つに分けられた。

調整・受け入れ（表 3.）

「調整の難しさ」として災害直後の被災状況も把握しきれない時期に、外部支援の派遣調整が集中し派遣チームの配置を迅速に決めなければならないことがあげられた。また「チームの見極め」には、様々な支援の申し出に対して、適切な支援者であるかどうかの見極めを行うことの負担が示された。それに対し災害後早い時期に入り、自立して活動を展開した DPAT の存在や、災害支援の経験が豊富な自治体が被災地の現状を考慮して派遣人材を選出してくれたことがありがたかったという意見があり、「被災地目線に立った支援活動」として安心感につながっていた。

表3. 受援時の課題「調整・受け入れ」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	調整の難しさ	一時期に集中する派遣調整
		押し寄せる外部支援者のコントロール
		受け入れ側に生じる負担感・抵抗感
		運用計画がないまま、とりあえず派遣を要請する自治体
	チームの見極め	適正なチームかを見極め、受け入れを決めること
		あやしい支援者の入りこみ
		派遣希望者の窓口対応を被災市町村でしなければならなかった
	派遣側の強引な態度	被災地へ強引に入りこもうとする
		手柄争いの現場を求める
		地域支援者の意向を軽視し、自分達の希望を押し進める
困難緩和要因	被災地目線に立った支援活動	災害後早い時期での派遣（DPAT）
		災害後のフェーズにあわせ、派遣側が適切な人材を選出し派遣

組織のあり方（表 4.）

指揮命令系統のあいまいさや組織内の役割分担の不明瞭さ等により、効率的に業務を行うことが難しかったという項目が含まれた。県と市

町村の担当者が平時から顔の見える関係性を築いていたかいなかったかという点も影響していたことが示された。

表4. 受援時の課題「組織のあり方」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	自治体組織の問題	ももとの組織基盤が脆弱
		指揮命令系統のあいまいさ
		防災計画に矛盾・不備があった
		組織内の役割分担が不明瞭
	枠組みによる限界	県と市町村の関係性の悪さ
DPAT 体制への不慣れ		
困難緩和要因	関係者、関係機関の連携	職場内に協力し、支えあう体制があった
		職場内で役割分担ができていた
		県と市町村との良好な関係があった

受援担当者が働く環境（表5.）

困難要因として「組織内の位置づけ」には、受援を担当する保健師が他にも業務を多く抱えすぎたことや、職場内で保健師が持つ職能への理解が得られなかったこと、保健師の分散配置により保健師同士の話し合いが十分にできなかったことが含まれる。また担当者のキャパシティを超える業務量により、それ以上動くことが不可能であったこともあげられた。これらを緩和したものとしては、受援担当者をサポートする体制であった。

表5. 受援時の課題「受援担当者が働く環境」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	組織内の位置づけ	受援担当者の業務過多
		上司の無理解、非協力的な態度
		(内部関係組織等からの)半端な知識によるよこやり
		保健師同士の話し合い不足、連携不足
		県保健師と市町村保健師の連携が困難
	キャパオーバー	増大した業務量に対するマンパワー不足
困難緩和要因	現場を支えるサポート体制	申し送りを受けても、住民個人を把握できない（保健所業務の変化）
		現場を把握し、サポートしてくれるコーディネーターの不在
	関係者、関係機関の連携	現場の市町村保健師を県機関や県保健師がサポート
		地域支援者を災害対応の経験者や有識者がサポート
		県の保健師と市町村保健師で連携できた

受援担当者の準備性（表6.）

受援に関する知識がなく外部支援者の受け入れや活用を実際どう進めるべきかがわからない、応援に来てくれた外部支援者に対する遠慮、そして災害対応業務を続ける中で普段とは異なる精神状態になっていたこと等が受援業務を難しくさせていた。これに対し組織内での支えあいや災害以前に学んでいた知識、外部支援は積極的に活用すればよいという考え等が困難さを和らげたことが示された。

表6. 受援時の課題「受援担当者の準備性」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	受援担当者としての動きがわからない	外部支援者についての知識不足
		運用の仕方がわからない
	担当者の不自由さ	外部支援者を使いこなす余力がない
		仕事を用意しなければという思い
		適切な仕事を割り当てられない
		申し訳なさ
		外部支援者に遠慮して要望を伝えられない
	普段とは異なる精神状態	自分達の判断がどう評価されるか気になる
		地域のことは自分達ですべきと考える、頼れない
		外部支援者の存在自体がプレッシャーに感じられる
外部支援者との温度差がづらい		
過敏になり、通常範囲のやりとりでも傷つく		
		自分達の活動に自信が持てない
		大変さをわかってもらえない孤独感
困難緩和要因	関係者、関係機関の連携	組織内で支えあうことができた
		地域だけでの対応に限界を感じ、外部支援前提で支援を考えていた
	支援を活用する態勢	災害以前に学んでいた知識
災害以前からの人とのつながりやネットワーク		
住民のためにという気持ち		
		受援担当者のセルフケア

受援業務の進め方（表7.）

刻々と状況が変化していく中で調整をし、チームを運用していくことの難しさ、地域の支援者の中で活動方針が一致しないこと等が困難さとしてあげられた。これに対し、被災地域が情報を集約して地域課題を分析し、方向性を定める体制をつくること、つまり「地域が要」となり、積極的に外部支援者を活用することが効果的な受援業務の進め方につながることを示さ

れた。さらに、外部支援者が「力のある」チームであることも受援業務をスムーズに進める上で大きなプラスになることがわかった。

表7. 受援時の課題「受援業務の進め方」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	調整の難しさ	急激に変化する派遣状況への対応
		先を見越した派遣計画の難しさ
	チーム運用の難しさ	チームの力量や専門性の違いによる対応の差
		思っていた支援と異なる活動の展開 特殊な活動に対する責任の所在が不明確 活動目的があいまいなチームの運用
受援組織内のバラつき	被災地域内の支援者の中で目指す方向性が一致しない	
困難緩和要因	環境	活動場所を確保していた
	地域が要となる	フェーズに即した地域課題の分析を行う
		外部支援を含めた、全体で活動する体制を整える
		情報集約と情報共有の仕組みをつくる
	積極的に外部支援者を活用	業務は任せでも、地域状況の把握は手放さない（情報を集約）
		受援担当者がマネージャー役を担い、派遣チームを採配
		必要な活動を実施するため、特定して外部支援を要請
		各派遣チームの強みを生かした活用
	力のあるチーム	派遣終了時期を見越した計画的な運用
		状況に合わせて、地域主導で外部支援チームを選択
即戦力としてすぐに活動できる		
専門家としての技量		
災害対応の経験者		
自立して活動できる		
初期派遣チームが活動の道筋をつけられる		
現場を知っている 先を見通して、今後予想されることを示すことができる		

情報の取り扱い（表8.）

情報を扱う時には、すべての種類の情報をできる限り多く集めることがよいわけではなく、必要な情報の内容と適切な情報量があり、その扱い方は業務をスムーズに進める上で大切な鍵となること、協働する際には情報の扱い方についての取り決めを行い、共通理解のもとで運用することが必要であることが示された。

表8. 受援時の課題「情報の取り扱い」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	活動状況の把握のしづらさ	情報が中央に吸い上げられ、詳細な情報が地域においてこない(DPAT)
		情報量が多く、派遣チームからの申し送り事項を受けきれない
困難緩和要因	情報の扱いに関する不自信	単発の活動で引き継ぎがされない支援者
		活動報告等の情報が予想外の範囲にまで流された 地域や地域支援者に関する中傷や悪口を耳にした
困難緩和要因	背景	自治体の規模が小さく、個人情報把握が可能
	受援担当者や派遣チームの効果的な連携体制	活動時の連絡手段の整備
		確実に情報伝達を行う
		定期的なミーティングの実施
		支援チームによる記録を地域に残す

関係者の協働（表9.）

外部支援者同士が連携し、地域支援者に負荷をかけないシステムで被災地への支援活動が行われていることは、受援担当者の負担を軽減し、業務のスムーズさにつながるということがわかった。

表9. 受援時の課題「被災地で活動する関係者の協働」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	派遣チームの連携の問題	派遣チーム同士で、役割の認識が不十分
		派遣チームの連携体制の不備
困難緩和要因	派遣チーム同士の連携	多様な派遣チームが協働するためのルールやシステムの構築
		派遣チームによるミーティングの仕組みがあること
		派遣チームの不満が地域支援者に伝わらない体制
	派遣チームの1つが他の派遣チームのコーディネーター役を担う	
関係者、関係機関の連携	関係機関のそれぞれが役割を果たし、連携できた	

外部支援者とのパートナーシップ（表10.）

これがスムーズになることは受援担当者の負担を大幅に軽減すると考えられた。緩和要因としてあげられているように、外部支援者による地域を尊重する姿勢の有無は大きな影響を与えるものと考えられた。足並みの揃った活動を行うためには互いがコミュニケーションを絶やさず、意志の疎通を図ることが欠かせないことが示された。

表10. 受援時の課題「外部支援者とのパートナーシップ」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	足並みが揃わない活動	状況にそぐわない活動で、フォローが必要になる
		地域と外部支援者間で要支援者の定義にずれがある
	連携しづらいチーム	お客様感覚で被災地入りし、地域支援者に協力を要請する
		自ら行った活動の後始末ができない
		指示がないと動けない 提案をおしつける
	地域への配慮不足	理想の指摘のみで改善に寄与しない
被災地域や地域支援者への批判を行う		
困難緩和要因	外部支援者とのパートナーシップの醸成	信頼できるパートナーを選択
		コミュニケーションを絶やさない
		オープンマインドでコミュニケーション
		相手を信じ、遠慮せずに業務を依頼
		要望を率直に伝え、やりやすい体制に修正
		感謝の気持ちを持つ
	連携しやすいチーム	活動に対する具体的な提案ができる
		被災地の要望に的確に応えられる
		アウトリーチ活動や依頼に対するフットワークが軽い
	外部支援者の地域を尊重する姿勢	ねぎらいの言葉がある
		言いやすい雰囲気がある
		受援担当者の味方である
地域の負担を和らげる		
ともに考える姿勢がある		
	ともに活動する	
	見守る姿勢	

地域の力を取り戻す (表 11.)

受援には直接関係がないように見えるが、支援を受ける際に地域支援者が心得ておくべきことと考えられた。外部支援の活用にあたり地域の力をふまえておくこと、自分達がやるべきことは手放さないことの大切さが示された。

表11. 受援時の課題「地域の力を取り戻す」

大カテゴリー	中カテゴリー	小カテゴリー
困難要因	過度な支援	外部支援に甘えてしまうと、自立できなくなると感じた
		支援が行き届きすぎると、住民が自分ですべきこともしなくなる
困難緩和要因	地域の主体的な動き	状況に合わせて地域支援者でたてた共通の目標を持つ
		通常体制に戻すことを目標に平常業務を進める
		住民の力を育成、活用する
	被災地目線にもとづく支援活動	地域のニーズに合わせて、継続して長期間にわたり支援活動が行われた

IV. 考察

本研究では受援体制の効果的なあり方について探索的手法を用いて検討した。受援担当者は災害後の急性期に始まる派遣調整から派遣終了、その後の地域状況のフォローアップに至るまで長期にわたり様々な業務に携わることがわかった (表 2.)。受援担当者は外部支援者と被災地住民をつなぐ大切な役割を担っていることが示された。

以下、受援業務を課題別に見ていく。「調整・受け入れ」(表 3.)では、災害後まもない時期に行う派遣調整の難しさがあげられた。派遣調整が一時期に集中することや理解の不十分な自治体との交渉はある程度やむをえない部分があるとしても、派遣決定を急がせ、より被害が甚大な地域への派遣を強く求めるような「派遣側の強引な態度」は受援担当者の苦悩を増すものとなっていた。これは地域の支援者に対する配慮に欠ける態度と言える。無益な押し問答で受援担当者が疲弊することを避けるためにも、調整や受け入れ、チームの配置等がシステムティックに行われる仕組みの具体的な検討が望まれる。

「組織のあり方」(表 4.)「働く環境」(表 5.)では、職場が組織化され各役職の役割分担が明確で、非常時に対応するための柔軟性がある等、職場環境としての適切さが問われていた。構造がしっかりした組織では、受援業務も臨機応変に進めることができる。至極当然なことではあるが、保健師の持つ職能への十分な理解があり、関係者とスムーズな連携がとれ、適切な業務量を分担することのできる職場環境のもとでは、受援業務も円滑であることがわかった。職場組織も職場環境も災害時であるからと特別である必要はなく、所属する職員が働きやすい職場であることが大前提であるといえる。

「受援担当者の準備性」(表 6.)においては、受援担当者が独特の思考状態に陥る傾向がある

ことが示された。医師や災害対応の経験者といった敬意をはらうべき支援者が遠く地域外から応援に入ること、受援担当者は萎縮する。慣れない業務を、正しいやり方を学ぶ間もなく次々と対応していくことが求められる。自分達の動きが肯定されるものなのか不安にかられながら、疑問は解消されないまま、多くの業務に忙殺され疲弊していく。それとともに受援担当者は応援してもらっているはずの外部支援者への負担感を強めていた。負担を和らげたのは、人とのつながりによるサポートや事前の知識、そして休養であった。受援担当者にはこのような特徴ある思考状態が生じやすいことをあらかじめ知っておき、対策を講じることが有効であると考えられた。

また、地域が要となり外部支援を活用することや、力のある支援者との協働が円滑な活動につながることを「受援業務の進め方」(表7.)では示された。地域の支援者が一致した支援の方向性を見出すことで、必要となる活動が浮かび上がり、主体性を持って外部支援を含めた資源を活用する姿勢をとることができる。ここでは、地域が主体となって支援活動を進めていくことの大切さを確認することができた。鍵になるのは、いかにスムーズに地域内での協力体制を作り上げることができるかである。地域の関係機関が平時から災害時を想定した準備とともに進めることや、その他の業務を通じて顔の見える関係を構築しておくことはその基盤となるのではないかと考えられた。

「情報の取り扱い」(表8.)「関係者の協働」(表9.)「パートナーシップ」(表10.)においては、外部支援者が被災地での活動上のルールを理解し、地域への配慮をもって活動することが受援担当者の負担軽減につながることを示された。地域支援者は自分の担当地域で外部支援者がどのように活動しているのか、その動向に常に気を配っている。情報の取り扱いや他の関係者との協働、地域支援者への配慮やその関係づくり

において派遣チームが安定した活動形態にあることは受援担当者の大きな安心につながっていた。派遣チームを組織する外部支援団体は被災地における協働関係をどのように構築するのかを想定し、平時から多様なチームと連携できる準備を整えておくことが必要である。

「地域の力を取り戻す」(表11.)に関しては、災害が起きる前から派遣終了後のフォロー時期に至るまで、地域支援者が心得ておくべきことと考えられた。そもそも災害支援とは、地域が本来有している健康的な力を取り戻すことを目指して行われるものである。被災前を知っている地域支援者が被災による地域のダメージを見立て、ダメージからの回復や復興に必要と考えられる方策が支援を構成する中身になる。そのなかで、外部からの支援は被災地に必要な力の1つとして活用(要請)されるのである。今回の調査では外部支援の少なさを嘆く声よりも、多すぎる支援の調整に困惑したという声が多く聞かれた。また山口⁶⁾は、熊本地震の経験から適切な支援量について言及し、被災地を過剰な支援により疲弊させないことの大切さを述べている。外部支援が必要量を超え、地域の自立を妨げるものになっていないかという視点は、受援者、外部支援者の双方に求められるものであると考えられた。

V. 結語

今回、受援業務は担当者に大きな負担をかけるものであることが明らかになった。業務にあたり共通する難しさや受援担当者が陥りやすい独特の精神状態があることが見出された。外部支援者のあり方も受援業務の円滑さに大きな影響を与えていた。自治体は、受援担当者の個人的な負担を軽減するためにも、システムティックに業務を進める体制を整備していく必要がある。外部支援者には自らの存在が地域支援者(受

援担当者)の負担を増すことのないような配慮が求められる。受援担当者がサポートされ、安心して働くことのできる環境のもとにあることは、安定した受援業務の展開に不可欠であると考えられた。また、受援現場で何が起きているのか、効果的な受援とはどのようなものであるのか、今までの取り組みによって得られた知見をまとめ、周知していくことは受援業務の備えとして有効に働くものとする。

効果的な受援体制を確立していくために、今後も継続した取り組みが求められる。

平成 29 年 6 月 10 日

謝辞

本研究を実施するにあたり、ご協力、ご助言いただいた皆様に心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省：災害時健康危機管理支援チーム活動要領について。平成 30 年 3 月 20 日
<http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000198472.pdf>
- 2) 宮本靖子：熊本地震の経験から支援者へのぞむこと。平成 28 年度ひょうご DPAT 研修会。平成 28 年 12 月 17 日
- 3) 内閣府：地方公共団体のための災害時受援体制に関するガイドライン。平成 29 年 3 月
http://www.bousai.go.jp/taisaku/chihogyomukeizoku/pdf/jyuen_guidelines.pdf
- 4) 内閣府：熊本地震を踏まえた応急対策・生活支援策検討ワーキンググループ。平成 28 年
http://www.bousai.go.jp/updates/h280414jishin/h28kumamoto/okyuseikatu_wg.html
- 5) 東北大学大学院医学系研究科地域ケアシステム看護学分野：「東日本大震災の体験を、今に、未来につなぐ」報告書。平成 25 年 2 月
- 6) 山口喜久雄：熊本地震の特徴—被災者の避難行動から見えるもの—。トラウマティック・ストレス, 16(1), 69-77, 2018.
- 7) 矢田部裕介：DPAT をどう受け入れるか—熊本地震の経験から—。第 16 回日本トラウマティック・ストレス学会特別シンポジウム「受援力を高めるために必要なこと」。

Research on an effective system for accepting disaster support

-From an interview survey to those who took charge of accepting disaster support in the Great East Japan Earthquake and the Kumamoto earthquake-

Takako FUKUI, Hiroshi KATO
Hyogo Institute for Traumatic Stress

Keywords: Disaster, Disaster support, Accept disaster support, Person in charge to accept the disaster support

When large-scale disasters occur, support activities will be carried out by external supporters from outside of the affected areas to deal with various problems in the affected areas. Since the Great Hanshin Awaji earthquake, a variety of professions and teams have been dispatched increasingly. Thus various activities are carried out in the affected areas. "Juen (to accept and utilize external supporters)" is crucial for local government in an affected area though, preparation of "Juen" is not enough. In this research, we conducted semi-structured interviews with public health nurses who were in charge of accepting external supporters in the Great East Japan Earthquake and the Kumamoto earthquake. Then the interview data were analyzed qualitatively. Our results showed that participants who were in charge of accepting the external supporters committed a broad range of tasks, which imposed them a heavy burden. Their work environment, the relationship with external supporters, and the attitude of external supporters had an impact on the smoothness of the acceptance of disaster relief. The keys of successful "Juen" would be as follows: an appropriate workplace environment; support for people in charge of "Juen"; and knowledge and activities based on regional ideas. Effective "Juen" system should be developed on the basis of the perspective of persons who are in charge of "Juen".

サイコロジカル・ファーストエイド学校版の普及と活用



田中英三郎

兵庫県こころのケアセンター

サイコロジカル・ファーストエイドとは、災害時に支援者が被災者と接する際に共通して身につけておくべき心構えと対応法をまとめたものである。著者は、米国で開発されたサイコロジカル・ファーストエイド学校版（PFA-S）を日本語に翻訳し普及研修を実施した。本稿では、サイコロジカル・ファーストエイドに関する歴史と実証研究のレビューを行った。また、PFA-Sを実践、普及していく上での要点をまとめた。

Key words：サイコロジカル・ファーストエイド学校版、心のケア、子ども、青年

I. はじめに

サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid: PFA）とは、災害時に支援者が被災者と接する際に共通して身につけておくべき心構えと対応法をまとめたものである。WHO版PFAでは「深刻なストレスに曝された人々に対する、人道的、支持的、実用的支援」と定義されている¹⁾。本稿では、PFAの歴史について振り返るとともに、現時点（2018年）での実証研究の成果を総括する。また、筆者は、米国子どもトラウマティックストレス・ネットワーク（National Child Traumatic Stress Network）とPTSDセンター（National Center for PTSD）が開発した「Psychological First Aid for Schools Field Operations Guide（サイコロジカル・ファーストエイド学校版：PFA-S）」の日本語版を作成し、その普及研修を実施した²⁾。そこで、日本でのPFAの普及状況を概観するとともに、PFA-Sの活用に関して論ずる。

II. PFAの歴史

PFAの概念は1950年代から存在しており³⁾、1986年に出版された災害精神医学の記念碑的

テキストである「災害の襲うとき」の中にも「PFAとトリアージ」として取り上げられている⁴⁾。このテキストではPFAの要素として、1. 基本的な快適さ、2. 身体的ケア、3. 目標設定、4. 探索と再会、5. 現実的な問題への支援、6. 感情調整、7. 安全感と現実感、8. 支援ネットワーク、9. 二次被害からの保護、10. 評価、が挙げられており、現在のPFAの概念とも連続する。PFAは、トラウマ体験によって引き起こされる様々な心理反応に対して「被災者のニーズを把握し、状況を悪化させないようにし、被災者自身が回復できる環境を整えていく」という極めて常識的なアプローチである。しかし、常識的な内容であるため、その重要性は長らく見過ごされてきた。

1970-1980年代にかけて、災害によるストレスを管理する技法として、緊急事態ストレスデブリーフィング（Critical Incident Stress Debriefing: CISD）が開発された。CISDは、元々は消防士に対するPTSD予防のための早期介入であり、トラウマ体験直後にグループで個々の体験を語り合い、トラウマ反応や対処法を学習するという集団的技法である。1990年代には、支援者ケアから始まったCISDが一般の被災者ケアに適用拡大され、心理的ブリーフィング

(Psychological Debriefing: PD) として広く用いられるようになった。しかし、その後の研究で、災害直後の専門的ケアが十分にできない環境下で実施する単回のPDは、PTSD等を緩和する効果はなく、むしろ被災者に心理的悪影響を与える可能性があることが示唆された⁵⁾。この結果、PDに代わる災害後のこころのケアのスタンダードとして、PFAが注目されるようになった。

2000年代以降、30種類近いPFAが提案されているが、現在のPFAに共通している要素は、1.安全、2.安心、3.周囲とのつながり、4.自己効力感、5.希望の5つである⁶⁾。これらのPFAのなかでも国内外で広く普及しているのが、2005年に米国で開発され、兵庫県こころのケアセンターが日本語版作成と普及研修を実施している米国版PFA⁷⁾と、2011年にWHOが開発し、国立精神・神経医療研究センターが日本語版作成と普及研修を実施しているWHO版PFA¹⁾である。また、米国版PFAの子ども用としてPFA-Sが、WHO版PFAの子ども用としてセーブザチルドレンが開発したPFA for Childrenが存在する。米国版PFAは、1.被災者に近づき、活動をはじめ、2.安全と安心感、3.安定化、4.情報を集める、5.現実的な問題の解決を助ける、6.周囲との関わりを促進する、7.対処に役立つ情報、8.紹介と引継ぎ、という8つの活動内容からなる。全ての人々が実施可能ではあるが、災害精神保健に関する詳細な情報が含まれているため、基礎知識を有した支援者に向けたPFAと言える。一方、WHO版PFAは、1.準備、2.見る、3.聞く、4.つなぐ、という4つの活動原則からなり、米国版より簡便な構造である。人的資源の限られた低中所得国での普及を念頭に開発されており、より一般向けと言えるであろう。

PFAは、これまでに効果が確認されている心理的支援の必要な要素を集めて開発されたものである。また、国際的な人道支援ガイドラインである「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」

や「スフィア基準」でも、その必要性が明記されている。しかし、PFA全体としての有効性に関する実証研究が欠如しているという批判もある⁸⁾。近年、小規模な介入研究で中高生⁹⁾、大学生¹⁰⁾に対するPFAの有効性や低所得国¹¹⁾での有効性が報告されつつある。

III. 日本でのPFAの普及(2018年時点)

PFAの普及方法として、マニュアルを用いた自己学習、対面式研修、eラーニングの3つが挙げられる。

まず、日本語で入手可能なマニュアルや資料を以下に示す。

米国版 PFA & PFA-S

- サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版 日本語版
- サイコロジカル・ファーストエイド学校版実施の手引き 日本語版
兵庫県こころのケアセンターのHPより入手可能である。

<http://www.j-hits.org/>

WHO 版 PFA

- WHO版心理的応急処置 (PFA) フィールド・ガイド
WHOのHPより入手可能である。
http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44615/9789241548205_jpn.pdf;jsessionid=DF5957ACC7D9E54D8D7082752238EF30?sequence=18
- 子どものための心理的応急処置 (子どものためのPFA)
セーブザチルドレンのHPよりパンフレットが入手可能である。

<http://www.savechildren.or.jp/lp/pfa/>

次に、対面式研修に関しては、

米国版 PFA/PFA-S

- 被災者や被害者をささえるために—サイコロジカル・ファーストエイドを学ぶ— (2日間)

- 学校でできる子どものこころのケア—災害対応編— (1日)

兵庫県こころのケアセンターで毎年1回実施されており、詳細な情報はHPから入手可能である。

WHO版PFA

- WHO版PFA研修会
- 子どものための心理的応急処置研修

WHO版PFA研修会は国立精神・神経医療研究センターが研修を管理しており、詳細な情報はストレス災害時こころの情報支援センターのHP (<https://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/>) から入手可能である。子どものための心理的応急処置研修は、セーブザチルドレンが実施しており、詳細な情報はセーブザチルドレンのHPより入手可能である。

最後に、eラーニングに関する情報を以下に示す。

米国版PFA

- PFA mobile (iPhone/Android)
- 米国版PFAを自己学習するためのモバイルアプリケーションの日本語が兵庫県こころのケアセンターによって開発公開されている。
- Psychological First Aid Online / Psychological First Aid for Schools webinar (英語版)
- PFAオンラインという6時間のeラーニングコースが、米国のNational Child Traumatic Stress Networkにより開発公開されている。この教材は、ビデオ、トラウマ専門家と被災者の体験談等からなり、新たにPFAを学習したり、PFAの復習をしたりするのに有用である。また、PFA-Sに関するwebinarも開発公開されている。言語は英語のみである。

<https://learn.nctsn.org/>

その他のPFA

Johns Hopkins 大学が、RAPID model と呼ばれるPFAを開発し、オンラインの学習サイトであるコーセラで公開している。

また、Minnesota 大学も、Psychological First

Aid tutorial というオンライン学習サイトを公開している。いずれも、言語は英語のみである。

- Johns Hopkins <https://www.coursera.org/learn/psychological-first-aid>
- Minnesota <http://www.sph.umn.edu/pfatutorial/>

以上のようにPFAの普及に関しては、様々な方法によって実践が試みられている。また、普及方法の有効性に関する研究もなされている¹²⁻¹⁶⁾。しかし、多くの研究では対面式研修を用いて研修の前後でPFAに関する知識や態度がどのように変化したか対照群を置かない形で調査されており、厳密な意味での有効性検証はなされていない。

筆者はPFA-S実施の手引き日本語版を作成し、その手引きに基づき対面1日研修を開催して研修効果検証を行った。PFA-Sはその名が示す通り、学校でのPFAの実施を念頭に作成されたものである。なぜなら、学校は子どもが多く時間を過ごす場所であり、かつ災害時には支援の拠点となりうるからである。PFA-Sは子どもを対象としているが、子どもに限定されたものではなく、保護者や教職員の心理社会的支援まで含めている。PFA-Sはその知識を持ったものならば誰でも提供可能だが、現実的には教師やスクールカウンセラーが提供者として想定される。したがって、本研究では研修受講者(参加者)を週5日以上日常的に子どもと接する機会のある教職員に限定した。対面1日研修は計8回実施し、約200名弱の参加者を得た。参加者はランダムに介入群と待機群に振り分け、この2群の研修効果を比較した。アウトカム指標は、心のケアを提供する主観的自信、PFA-Sで示される心のケアに関する望ましい行動の頻度とした。介入群では待機群に比べて、両アウトカム指標の有意な向上が認められた(未発表データ、科研若手研究B2015-2017「学校用サイコロジカル・ファーストエイドの日本語版作成と普及のための研究」)。

IV. PFA-S の活用

上述の研究を通して得られた PFA-S 研修実施に関する要点を PFA-S 実践の手引き（以下、マニュアル）と研修用スライド（以下、スライド）に沿って以下に解説する。

IV-1. PFA-S の導入（マニュアル p3-16、スライド 1-15）

PFA-S を導入するに当たって、なぜ学校が重要なのか、いつから、誰を対象に、誰が PFA-S を提供するのか、を明確に伝える。PFA-S 実施の手引きでは、PFA-S は出来事の直後（ある事件の 1 時間後～数週間後）に提供することが最も効果的であると述べられている。筆者は、平時から PFA-S に基づいて全ての子どもに接することは、子どものレジリエンスを高める上で有益なことだと考える。なぜなら、PFA-S に示された心のケアに関する活動は、常識的かつ害を与えないものだからである。しかも、災害時に実行できることは、平時から慣れ親しんで行っていることだけだからでもある。

また、文化的多様性に配慮することも強調する必要がある。PFA-S は、多文化国家である米国で開発されたため、文化、民族、宗教、人種、言語などの多様性を尊重することが、随所に示されている。文化的な多様性は日本国内の活動においても軽視すべきではない。文化を尊重するということは相手の立場に立つということであり、PFA-S 提供者として常に必要な態度である。PFA-S の基本的な活動方針は実施の手引き p12-13 に簡潔にまとめられている。PFA-S の全体像を簡潔に伝えるうえで、この基本的な活動方針が役に立つであろう。またマニュアルには記載されていないが、研修を開始するに当たって、なんらかのアイスブレイクを入れることや研修全体を通じた基本的約束事を取り決める（例：他者の意見を尊重する、守秘義務を保つ、話したくないことは無理に話さなくてもよ

い等）が、研修を効果的に運営する上で役に立つ。

IV-2. 活動内容 1：被災者に近づき、活動を始める（マニュアル p19-23、スライド 17-20）

被災者を支援する上で最も重要なことは、良好なラポール（関係性）を築くことである。この活動の目的は、その足がかりをつくることである。具体的には、初対面ならば必ず自己紹介をする（名前、所属、役割）、話しかけてもよいか本人や保護者から許可をとる、被災者のニーズに焦点をあてるなどである。また、被災者へは常に共感的な態度で接することに意識を置く。非常事態では、個人のプライバシーが守られにくいことが多々あるため、話を聞く際にはプライバシーが守られた環境を可能な限り設定する。

IV-3. 活動内容 2：安全と安心感（マニュアル p25-34、スライド 21-25）

安全は最も優先されるべき事項である。この活動の目的は自分、被災者、現場それぞれの安全を確かめ、安心感を高めることである。この活動を進める上でのポイントは情報の入手と取り扱いである。非常事態では、情報は待っていても届かない。関係者との直接の対話、メディア、インターネットなどを通して能動的に情報を集める必要がある。災害では情報を制するのが災害を制する。一方、災害の急性期には、様々な情報が洪水のようにあふれる。子どもを過剰な災害の情報に曝すことは、2 次的トラウマを与える可能性があるため、大人がある程度コントロールする必要がある。しかし、青年期になれば自らネットなどで情報を得ることは容易であり、大人が完全にコントロールすることは不可能である。したがって、子どもがどんな情報を知っていて、それをどのように考え感じているのか、率直に話し合う必要もある。もし、そこで誤解があれば、大人は子どもと話し合っ

子ども、保護者、教職員から、情報を求められることもある。その時点で正確な情報をわかりやすい言葉で伝えるように努力する。決して、憶測で不正確な情報を伝えてはならない。わからないことがあれば、それは正直にわからないと伝え、その情報を得るためにどのような努力が出来るかを示せばよいであろう。

IV-4. 活動内容3：安定化（マニュアル p35-40、スライド 26-31）

安定化は必要に応じて実施する。この活動の目的は情緒的に圧倒されている被災者に対して、気持ちが落ち着くように手助けすることである。まず、大切なことは、多くの被災者には安定化が必要ではないということである。しかしなかには、興奮、混乱が著しく、明らかに安定化が必要になる場合もある。また、茫然自失、無反応となってしまう、一見すると落ち着いているかのように映る被災者もいる。しかし、こういったタイプでも心の中の混乱は極めて強く、安定化の技法が必要になる。マニュアル（p39-40）ではグラウンディング法が安定化技法として紹介されている。研修を進めていく上では、まずはマニュアルに従ったグラウンディング法の練習を事前しておくことが有効である。

IV-5. 活動内容4：情報を集める（マニュアル p41-45、スライド 32-36）

適切なアセスメントのためには情報が必要である。この活動の目的は被災者が今必要としていることや困っていることを明らかにし、何が優先度の高い事項かという情報を得ることである。そのためには、被災者が経験したトラウマ的出来事についてもある程度触れる必要がでてくるかもしれない。したがって、これまでの活動（1-3）で行なってきた、“被災者との良好な関係”、“安全と安心の確保”、“安定化”が不十分ならばこの活動をはじめてはならない。また災害の急性期では、トラウマ的出来事に関連

する話題を詳しく聞きすぎないように注意すべきである。しかし、被災者が自らの体験を積極的に語ろうとすることもある。その場合は、被災者の語りを否定することなく、今いちばん役に立つのは被災者自身の現在のニーズを知ること、今後体験を語れるようにスクールカウンセラーなど専門家を紹介することもできると伝えていくことが良い。

IV-6. 活動内容5：現実的な問題の解決を助ける（マニュアル p47-50、スライド 37-40）

極度のストレスを抱えた状況では、子どもも大人も視野狭窄に陥ることがある。また、直面している問題が大きすぎると、“解決策はない”と考えて何も行動を起こさなくなってしまうことがある。この活動の目的は、被災者が自ら問題を解決する力を取り戻せるように支援していくことである。そのためには、まずは何が問題なのかを明確にすることからはじめる。そして、大きすぎる問題は、出るだけ具体的な小さな問題へと分割していく。すべての問題を一度に解決しようとはしないことが大切である。問題が明確化できれば、次にその解決法を被災者と一緒に考えていく。解決法を考える上では、ブレインストーミングが役に立つ。ブレインストーミングとは、集団の自由な議論を通じて新たなアイデアを創出する方法である。ブレインストーミングを行なう上では、アイデアの実現可能性の判断は後回しにする、多くのアイデアを出す、アイデアを結合し発展させるなどのルールを設ける。そして、被災者と一緒になんらかの解決法を考え出すことができれば、次は具体的な行動計画を立てて実施していく。支援者は常に被災者自身の問題を解決する力を奪わず、黒子としてサポートしていくことがポイントである。

IV-7. 活動内容6：周囲の人々との関わりを促進する（マニュアル p51-56、スライド 41-44）

ソーシャルサポートは被災者の精神的な安定と回復に最も重要な要素である。トラウマ的出来事を経験すると、現実的にも心理的にも他者との関係性が希薄になってしまいがちである。支援者は、被災者が持っている人との繋がりを回復できるようにアドバイスしていく。家族や友人などその人にとって大切な人々との繋がりをできるだけ早く回復することは言うまでもないが、それ以外にも公的機関の支援サービスなども重要なソーシャルサポートの資源である。そして支援者自身もたとえ短い関わりでも、被災者にとって意味のあるソーシャルサポートであることを忘れてはいけない。

IV-8. 活動内容7：対処に役立つ情報（マニュアルp57-69、スライド45-51）

この活動の目的は、ストレスに関する心理教育を行い、被災者の適応的なコーピングスキルを伸ばしていくことである。ストレス反応とはどのようなものなのか、トラウマ的出来事を体験した後には生じるトラウマ反応とはどのようなものなのかを被災者にわかりやすいことばで伝えていく。そして、そのような反応は、緊急事態に対する正常な反応であるということを強調する。被災者は自分なりのストレスに対するコーピングスキルを持っているため、支援者は被災者のコーピングスキルが十分発揮できるように支えていくことが大切である。

IV-9. 活動内容8：紹介と引継ぎ（マニュアルp71-73、スライド52-54）

支援活動には必ず終わりがある。本活動の目的は、やりっぱなしの支援にならないように、支援活動の終わりに必要な紹介と引継ぎを行なうことである。これは支援の継続性を保つという点で非常に大切な活動だと言える。

IV-10. 支援者のセルフケア（マニュアルp114-115、スライド55-57）

最後に、PFA-Sを提供する支援者自身にもケアは必要である。支援者に心理的、身体的余裕がなければ、被災者に良い支援を行なうことは到底できない。支援者のセルフケアのポイントは、自分の心や身体の反応に注意を向けてそれにまず“気づく”こと、そして活動と休養の“バランスをとる”ように心がけること、最後に家族や同僚などできるだけ多くの人々と支援者も“つながる”ようにつとめることである。被災者を支援する考えや技法が支援者自身の心のバランスを守る上でも有効である。

V. 謝辞

本マニュアルの日本語への翻訳と普及は、「学校用サイコロジカル・ファーストエイドの日本語版作成と普及のための研究：研究代表者 田中英三郎」（JSPS 科研費 15K17323）の助成を受けて実施した。マニュアルの翻訳に当たっては、大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター、大阪大学大学院人間科学研究科の先生方から多くの支援を受けた。また、兵庫県こころのケアセンターの同僚からも多くの助言を受けた。PFA-S 研修実施に当たっては、兵庫県下を中心に近畿地方の多くの教職員が御参加いただいた。研究に関わっていただいた全ての方にここに感謝の意を示す。

引用文献

1. World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision International. Psychological first aid: Guide for field workers WHO: Geneva 2011.
2. 兵庫県こころのケアセンター，大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター．サイコロジカル・ファーストエイド学校版実施の手引き 第2版．2017.
3. Drayer C. S., Cameron D. C., Woodward

- W. D., et al. Psychological first aid in community disaster. *J Am Med Assoc*. Sep 4;156(1):36-41. 1954.
4. Raphael B. When disaster strikes. New York: Basic Books Inc; 1986.
 5. van Emmerik A. A., Kamphuis J. H., Hulsbosch A. M., et al. Single session debriefing after psychological trauma: a meta-analysis. *Lancet*. Sep 07;360(9335):766-71. 2002.
 6. Hobfoll S. E., Watson P., Bell C. C., et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry*. Winter;70(4):283-315; discussion 6-69. 2007.
 7. 兵庫県こころのケアセンター．サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版2009年．
 8. Dieltjens T., Moonens I., Van Praet K., et al. A systematic literature search on psychological first aid: lack of evidence to develop guidelines. *PLoS One*;9(12):e114714. 2014.
 9. Ramirez M., Harland K., Frederick M., et al. Listen protect connect for traumatized schoolchildren: a pilot study of psychological first aid. *BMC Psychol*;1(1):26. 2013.
 10. Everly G. S., Jr., Lating J. M., Sherman M. F., et al. The Potential Efficacy of Psychological First Aid on Self-Reported Anxiety and Mood: A Pilot Study. *J Nerv Ment Dis*. Mar;204(3):233-5. 2016.
 11. Wijesinghe C. A., Williams S. S., Kasturiratne A., et al. A Randomized Controlled Trial of a Brief Intervention for Delayed Psychological Effects in Snakebite Victims. *PLoS Negl Trop Dis*;9(8):e0003989. 2015.
 12. Lee J. S., You S., Choi Y. K., et al. A preliminary evaluation of the training effects of a didactic and simulation-based psychological first aid program in students and school counselors in South Korea. *PLoS One*;12(7):e0181271. 2017.
 13. El-Khani A., Cartwright K., Redmond A., et al. Daily bread: a novel vehicle for dissemination and evaluation of psychological first aid for families exposed to armed conflict in Syria. *Glob Ment Health (Camb)*;3:e15. 2016.
 14. Akoury-Dirani L., Sahakian T. S., Hassan F. Y., et al. Psychological first aid training for Lebanese field workers in the emergency context of the Syrian refugees in Lebanon. *Psychol Trauma*. Nov;7(6):533-8. 2015.
 15. Everly G. S., Jr., Lee McCabe O., Semon N. L., et al. The development of a model of psychological first aid for non-mental health trained public health personnel: the Johns Hopkins RAPID-PFA. *J Public Health Manag Pract*. Sep-Oct;20 Suppl 5:S24-9. 2014.
 16. Chandra A., Kim J., Pieters H. C., et al. Implementing psychological first-aid training for medical reserve corps volunteers. *Disaster Med Public Health Prep*. Feb;8(1):95-100. 2014.

学校でできる子どものこころのケア 災害対応編

サイコロジカルファーストエイド学校版に基づく
子どものための心理支援

1

目的

- PFA-Sに準拠した心のケアをどのように学校で実践していただけるか講師と参加者で議論し、明らかにしていく
- PFA-Sの基本理念と具体的な介入戦略を理解する
- 非常事態への準備と対応のために、PFA-Sを活用する
- 生徒、教職員、家族を巻き込んだ学校全体での支援を計画する

2

PFA-Sの開発者

- Melissa Brymer (chair)
- Pia Escudero
- Anne Jacobs
- Mindy Kronenberg
- Robert Macy
- Lou Ann Mock
- Linda Payne
- Robert Pynoos
- Matt Taylor
- Juliet Vogel

3

PFA-Sとは？

- 災害に見舞われた学校やコミュニティで、子ども、青年、大人、家族を援助するためのevidence-informedなアプローチ
- Evidence-informedとは、「これまで有効性が検証されている様々な支援方法の要素を体系的に取りまとめている」、ということの意味する

4

なぜ学校なのか？

- 学校は災害等の非常事態が起こった際に、重要な役割を果たす(例:避難所、子どものケア等)
- 学校は非常事態に備える必要がある(例:防災教育)
- 子どもは心理的ストレス(心的トラウマ)の影響を受けやすい
- 心的トラウマに関連した苦痛は、見過ごされると長期的な影響を与えうる
- 短期的な介入でも効果が期待できる

5

対象者

- ストレス/トラウマとなる出来事に遭遇した
 - I. 生徒
 - II. 教職員
 - III. 家族

6

提供者

- 教職員なら誰でも提供可能
- PFA-Sは心理療法ではない。従って、心理学、精神医学等のバックグラウンドは必須ではない
- 他にPFA-Sを提供しうる人々
 - 精神保健の専門家
 - 宗教家
 - 災害ボランティア
 - 保健医療の専門家
- 非常事態に際し、教職員は生徒のレジリエンスを促進し、トラウマ反応に気づき、正常であるという感覚を取り戻すために大きな役割を果たす

7

いつ提供するか？

- 学校危機
 - 災害
 - テロ
- 上記のような出来事が起こった直後から実施可能

8

PFA-Sを提供する前に

- 外部支援者として学校に入る場合は、学校の状況について情報を得ておく
- どのようなこと(ストレス/トラウマとなる出来事)が起こったか把握しておく
- ストレス/トラウマの影響を特に受けやすいのは誰か把握しておく(例: 以前の喪失体験、なんらかの障害、物理的/心理的な出来事との距離の近さ)
- 文化や人種の多様性に配慮する

9

PFA-S提供のガイドライン

- 学校の危機対応システムの枠組みの中で実施する
- アプローチする前に、まず観察する
- 子どもたちが伝えようとしていることに耳を傾け理解する
- 話すときは、ゆっくりと、穏やかに
- 現実的な支援を提供する(例: 食料・水)
- 子どもにどうしてほしいか、簡潔に尋ねる
- 子どもの強さに注目し、対処能力を引き出す

10

PFA-S提供のガイドライン

- 子どもの現在のニーズに答えるための情報を教える
- 年齢に応じた正確な情報を伝える。本当のことを、簡潔に話す
- 大人が側にいて子どもたちを守っていることを伝える
- 学校の日課を大切にす

11

避けるべき態度

- 子どもがどう感じ、考えているか、大人は決めつけない
- 災害にあったすべての人がトラウマを受けているとは考えない
- 病理化しない
- 子どもを弱者とみない
- 全ての子どもが体験したことを話したがっている、話す必要があるとは考えない
- デブリーフィングしない
- 臆測で話したり、不正確な情報を伝えたりしない

12

支援者もケアされるべき

- PFA-Sでは、当然子どもの支援が中心となっているが、子どもを支える様々な大人自身もケアを受ける必要がある

13

学校危機管理サイクルとPFA-S



14

緊急時総合調整システム (ICS)



15

PFA-Sの8つの活動

1. 被災者に近づき、活動をはじめ
2. 安全と安心感
3. 安定化
4. 情報を集める
5. 現実的な問題の解決を助ける
6. 周囲の人々との関わりを促進する
7. 対処に役立つ情報
8. 紹介と引き継ぎ

16

活動1: 被災者に近づき、活動をはじめ

- 目的: 被災者に負担をかけない共感的な態度で、こちらから手をさしのべたり、生徒や教職員の求めに応じたりする



17

活動1: 被災者に近づき、活動をはじめ

- **被災者に負担をかけない、共感に満ちた態度で関係を構築する**
 - 自己紹介し、自分の役割を伝える
 - 話しかけてもいいか聞く
 - 目的を説明する
 - 今必要なことを確認する
 - ゆっくりと穏やかに話しかける
 - 子どもが強い心理的苦痛を感じているならば、スクールカウンセラー、保護者等にすぐ連絡をとる

18

活動1:被災者に近づき、活動をはじめ

- 文化的背景に詳しくなければ以下の点に注意する
 - ✓近づきすぎない
 - ✓目を合わせすぎない
 - ✓直接接触しない

19

活動1:被災者に近づき、活動をはじめ

- 大きなグループに対してPFA-Sを実施するのは避ける
- 特に不安定になっている子どもには、プライバシーが確保できる場所を用意する
- 同じ体験をした子どもたち(例:友だちが亡くなる)を集めて、小さなグループで話し合える場所を持つ
- 様々な体験をした子どもたちで小グループ活動を行う場合は、役に立つ情報、対処方法を教える等に集中する

20

活動2:安全と安心感

- 目的:当面の安全を確かなものにし、被災者が心身を休められるようにする



21

活動2:安全と安心感

- 以下のやり方で物事を進める
 - 受身で待つのではなく、積極的に
 - 入手可能なものを利用して、現実的な方法で
 - 過去の経験を参考に、なれたやり方で
 - 落ち着き、リラックスし、気持ちを静めて
- 正確な最新情報を伝える
- 安全を確保するために支援者が何を行っているか伝える
- 快適さや他者とのつながりを提供する
- さらなるトラウマやトラウマのリマインダーから保護する

22

活動2:安全と安心感

- 報道に触れすぎることのマイナス面について話し合う
- 子どもが知りえた情報は何か尋ね、間違いや苦痛を引き起こす情報があれば対処する
- 保護者や教職員に最新の情報や資源が掲示されている公的なウェブサイトを紹介する

23

活動2:安全と安心感

- 悲嘆に対処する
- 傾聴する
 - 文化規範を知る
 - 悲嘆反応は人それぞれであることを理解し、子どもや教職員にも伝える

24

活動2:安全と安心感

教職員を支える

- 教職員が冷静だとしても、安全に関して不安を感じていないわけではない。多くの場合、子どものために不安を見せないようにしている
- 生徒とは別に、プライバシーの確保された場所で教職員と話し合う
- 一般的な心の反応についての心理教育を行い安全感を高める
- 安全や健康についての恐怖や不安があることを認める
- 教職員が家族と連絡を取れるようにする

25

活動3:安定化

- 目的: 圧倒されている生徒や教職員の混乱を鎮め、見通しが持てるようにする



26

活動3:安定化

- いつ安定化が必要か？
 - 心理反応が強烈でしかも持続しており、生活に支障がでている
 - 出来事の直後で、ひどく取り乱したり、極端に落ち着かなくなっている
- 留意事項
 - ほとんどの人には安定化の技法は必要ない
 - 非常事態の直後に、一時的に強い感情が表出されたり、無感情になったり、不安が強くなることはよくある

27

活動3:安定化

安定化が必要な事例

- ぼんやりと空をみつめている
- 言葉かけに反応しない
- ひどく取り乱している
- 強烈な感情反応を示している
- コントロールできない身体反応がある
- 退行行動を示している(例: 指しゃぶり)

28

活動3:安定化

子どものための安定化技法

- (自分自身が) 穏やかに、静かに、現在に留まる
- 子どもと目を合わせて落ち着いた口調ではなす
- 年齢に応じた適切な情報を伝える(伝えすぎない)
- 出来るだけ早く保護者やなじみの教職員につなげる
- 趣味、好きなスポーツや歌について質問して気持ちをそらしてあげる

29

活動3:安定化

グラウンディング

- こちら(支援者)の方を見て、声に耳を傾けさせる
- 周りを見回してもらおう
- 自分のコントロール下にあるもの、希望が持てること、肯定的なことについて話してもらおう
- ゆっくり呼吸する
- 目に見える、聞こえる、あるいは感じるもので、嫌な気持ちにならないものを5つ挙げてもらおう(子どもに周りにある色を5つ答えてもらうのも良い)
- 状況が落ち着けば念のため、受診を促す

30

活動3:安定化

グループで安定化

- 生徒が話し合いにどのように反応しているかをモニターする
- もし苦痛を感じている生徒がいれば、中立的な活動(描画、塗り絵、筆記、呼吸法、カラーージュなど)を行いグループを安定化する
- それでも落ち着かない生徒がいれば、個別対応する

31

活動4:情報を集める

- 目的:周辺情報を集め、被災者が今必要としていること、困っていることを把握する。そのうえで、そういったニーズにあったPFA-Sを組み立てる



32

活動4:情報を集める

情報を集める目的は以下のことを判断するため

- すぐに他機関への紹介が必要か
- 追加の支援が必要か
- どのPFAの要素が役に立ちそうか

33

活動4:情報を集める

- 非常事態では、情報を集めるための時間が限られている。したがって、個人のニーズと優先順位を見極める必要がある
- 留意事項
 - 柔軟に対応する
 - (時間をかけた)正式なアセスメントは不適切
 - ニーズに対応しどのように介入すべきか判断できるだけの情報を集める

34

活動4:情報を集める

- 以下のような情報を直接得る
 - 最も差し迫った心配事はなにか
「今どんな感じ?必要なことや困っていることはある?」
 - 出来事をどのように体験したか
「その時どこにいた?どう感じた?今おびえている?」
 - 日常生活はどのように影響を受けているか
「あなたや家族や友だちへの影響はどう?眠れてる?学校で集中できる?」

35

活動4:情報を集める

- 以下のような情報を間接的に得る
 - 生徒の行動に変化があれば、連絡がもらえるように教職員に伝える
 - 何が起こったかがわかる地図を作成する
 - 出席や保健室の記録をモニターして、リスクの高い生徒を同定する

36

活動5: 現実的な問題の解決を助ける

- 目的: 今必要としていること、困っていることに取り組みするために、生徒と教職員を現実的に支援する



37

活動5: 現実的な問題の解決を助ける

生徒に必要な資源を提供することによって

- エンパワーする
- 希望を与える
- 尊厳を取り戻す

38

活動5: 現実的な問題の解決を助ける

教職員への現実的な支援

- 現在利用可能な資源を伝える
- 授業や宿題をどのようにするか話し合う(特に注意集中に問題が出ている生徒のため)
- 生徒が様々な回復のための課外活動に参加出来るように促す
- 教師がクラスの目標を定めて、進捗が目に見えてわかるように手助けする
- お互い支え合える方法を一緒に考える

39

活動5: 現実的な問題の解決を助ける

- 生徒と教職員への現実的な支援
- 今最も必要としていることを確認する
- ニーズを明確化する(何が優先事項で、次に何をすべきか)
- 行動計画を話し合う(ブレインストーミングする)
- 解決に向けて行動を手助けする(例: 予約をとる、事務手続きを手伝う)

40

活動6: 周囲の人々との関わりを促進する

- 目的: 家族、友人、教職員など身近にいて支えてくれる人や、学校や地域の援助機関との関わりを促進し、その関係が長続きするように援助する



41

活動6: 周囲の人々との関わりを促進する

- サポートしてくれる人につなげる(家族、信頼出来る友人)
- 今近くにいる人たちと支えあう
- 支えてもらうこと、支えることについて話し合う
 - 支えてくれそうな人を特定する
 - 何をすべきか、何を話し合うべきか一緒に考える
 - 支えを求めることをためらう理由について考える
- 極端な孤立や引きこもりに対応する

42

活動6: 周囲の人々との関わりを促進する

学校でつながりを促進する

- 誰もが回復の途上にあることを生徒や教職員に伝える
- 生徒にはお互い目を配るように促す。もし友だちの行動変化に気づいたら、大人に知らせるように伝えておく
- 転校生が馴染めるように配慮する
- 学校が閉鎖された場合は、クラスメート同士が連絡を取れる手段を探す

43

活動6: 周囲の人々との関わりを促進する

学校でつながりを促進する

- グループ活動や共同で取り組む課題を増やしてお互いが支えあえるようにする
- 卒業式などの行事が中断されていないか注意し、代わりとなる行事などを検討する

44

活動7: 対処に役立つ情報

- 目的: 苦痛をやわらげ、適応的な機能を高めるために、ストレス反応と対処の方法について知ってもらう



45

活動7: 対処に役立つ情報

ストレス反応、コーピングについての情報提供

- 出来事について今現在分かっていることを伝える
- 利用可能なサポート資源が何かを知らせる
- 災害後の心理反応とその対処法を明らかにする
- セルフケアや家族のケアをサポートし促進する

46

活動7: 対処に役立つ情報

- ストレス反応がどういったもので、強烈な反応はよく見られるものだが時間とともに軽減していくと伝えることは役に立つことがあるものの、闇雲にそのうちよくなるよと保証することはすすめられない。回復に関する非現実的な期待を抱かせてしまう可能性がある。

47

活動7: 対処に役立つ情報

ストレス反応とコーピングの簡潔な情報を提供する

- 個々が体験している反応を中心に話し合う
- 起こりうる否定的／肯定的反応、両方を含める
- 反応を病的なものと思わさない
- (不)適切コーピング、両方について話し合う

48

活動7: 対処に役立つ情報

不適切なコーピング

→意図しないマイナスの結果を招く

- 孤立、引きこもり
- 出来事を考えたり、話したりすることを極端に回避
- テレビやゲームに没頭する
- 怒り、暴力
- アルコール、ドラッグ
- 過食、拒食
- 危険な行動

49

活動7: 対処に役立つ情報

適切なコーピング

→プラスの結果を招く

- 社会的サポート
- 肯定的な気晴らし
- 目標を立てて達成する
- 期待や優先順位を変化させる
- 呼吸法、リラクセス法、休養
- 運動
- カウンセリング
- ユーモア

50

活動7: 対処に役立つ情報

どれくらいストレス反応が続くかは以下のこと次第

- トラウマへの曝露の強さ、喪失の度合い
- トラウマ後の逆境体験
- リマインダーの量

51

活動8: 紹介と引継ぎ

- 目的: 生徒や教職員が今必要としている、あるいは将来必要となるサービスを紹介し、引継ぎを行う



52

活動8: 紹介と引継ぎ

- ニーズや現在の困り事を鑑みて、更なる支援が必要か否か判断し、必要ならばどうすれば支援につなげることができる本人と相談する
- 紹介が必要なケース
 - 急性の医療的(精神医療的)問題
 - 既存の医学面、感情面、行動面の問題の悪化
 - 自傷や他害
 - アルコールやドラッグの問題
 - 家庭内暴力、児童虐待
 - 対処困難な状況が継続する問題

53

活動8: 紹介と引継ぎ

- 外部機関に紹介する際の学校方針、学校が持つ既存のネットワークに注目する
- 個人情報保護法や親への通達方針に従っているかどうか確認する
- 効果的に引き継げるように必要なことをする(例: 家族と一緒に引継ぎ機関へ出向くなど)

54

支援者のケア

- Awareness—気づく
最初のステップは気づくこと。そのためには、ペー
スを落として自分の内面に集中し、どう感じている
か、ストレスレベルはどれくらいか、どんな考えが
頭の中をよぎっているか、自分の行動は自分の本
当にやりたいことと一致しているか、思いをめぐら
せる

55

支援者のケア

- Balance—バランス
次に、自分の生活のすべての面(仕事、自分自身、
家族、休養、趣味)でバランスをとる。休養をとりリ
ラックスすることでより生産的になる。バランスが
崩れていると気づいたときは、何かを変化させる
チャンスでもある

56

支援者のケア

- Connection—つながる
最後に大切なのはつながること。同僚、友だち、家
族、地域社会と支えあえる関係を築くことが大切で
ある。最も協力的なストレス対処法は、社会的な絆で
す

57

Take Home Messages

- 学校で働くみなさんが、学校を回復させるキー
パーソンです
- 非常事態後にPFAを実施することは非常に重要で
す
- ニーズ、文脈、回復段階に応じて、柔軟で実用的
なアプローチをとってください
- PFA-S実践の手引きもご参考に
- 自分自身と同僚をいたわりましょう

58

How to implement Psychological First Aid for Schools in Japan.

Eizaburo Tanaka

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Psychological First Aid (PFA) is a basic attitude regarding mental care for survivors of any disasters. The author translated PFA for Schools which developed in the US into Japanese and conducted training seminars for school personnel so as to develop their capacity of mental care for students. In this paper, the author reviewed the history of PFA and current evidence, summarized tips for conducting PFA-S training.

Keywords: Psychological First Aid for Schools, Mental care, Child, Adolescent

トラウマ体験後の成人に対する 早期心理社会的介入の方法と日本の現状



山本沙弥香

兵庫県こころのケアセンター

本稿では2018年時点でのPTSDの各種ガイドラインを参考にトラウマ体験者の心理社会的早期支援・介入の方法を概観し、日本の早期支援の現状について述べた。ガイドラインの共通事項として、デブリーフィングは推奨されず、ASDの症状がある対象者には、トラウマ焦点化認知行動療法が推奨されていた。しかし、推奨のレベルはまちまちだった。PTSDの部分的な症状が見られたり、PTSDに発展するリスクのある対象者への予防的な介入方法の研究の証拠は十分ではなかったが、注意深く症状をモニタリングすることや、段階的／共同的ケアアプローチの検討が指摘されていた。また、日本では、災害現場での早期支援の枠組みは整いつつあるが、事故や犯罪被害者の早期支援の現場ではハード面でもソフト面でも課題が見られる。今後、早期支援に関しては、ガイドラインのようなエビデンス情報を参考にし、対象者の価値観や状況などを柔軟に取り入れた適切な支援が普及することが望まれる。

キーワード：早期介入 予防 心理社会的介入 心的外傷後ストレス障害 急性ストレス障害

Keywords: Posttraumatic stress disorder, Acute stress disorder, prevention, early intervention, Psychosocial intervention

I. 問題と目的

人生の中で、事件や事故、災害や虐待といった衝撃的な体験であるトラウマ体験は約70%の人が経験する¹¹⁾。トラウマ体験は心身の健康に様々な影響を及ぼす。多くの影響は時間の経過とともに和らぐが、場合によっては、直後に急性ストレス障害(Acute stress disorder: ASD)を発症したり、その後心的外傷後ストレス障害(Posttraumatic stress disorder: PTSD)を発症したりする。Kesslerらによれば、PTSD症状を持つ者の2/3は自然回復するとされるが、治療を受けなかった者の症状の持続期間は平均して64か月と長期的であることが示されている¹²⁾。また、PTSDの症状の平均持続期間は出来事の種類によって異なり、特に、戦闘体験では161.7ヶ月、幼少期の身体的虐待は138.6ヶ月、レイプ被害では110.3ヶ月など長期になりやすいことが報告されている¹¹⁾。しか

し、PTSDの治療には様々な治療法が開発されており、いくつかの治療法の効果が研究で示されている。なかでも、長時間曝露療法(Prolonged Exposure Therapy: PE)、認知処理療法(Cognitive processing therapy: CPT)、EMDR(Early Eye movement Desensitization and Reprocessing)といったトラウマに焦点化した心理療法はエビデンスが示されており、国際トラウマティックストレス学会(International Society for Traumatic Stress Studies: ISTSS)や英国の国立医療技術評価機構(National Institute for Health and Care Excellence: NICE)などいくつかのガイドラインによって推奨されてきた⁵⁾。これらの治療は、短期間の集中的な介入によって患者の症状を緩和することができるという点で有用である。慢性的なPTSDの症状は、トラウマに関わる出来事を回避することで生活の幅が狭まったり、感情のコントロールが難しくなったりすることで、その後の被害者の生活上の困難をより

強める可能性がある。そのため、早期に適切な支援や治療につなげることは、トラウマ被害者が苦痛を感じる期間を減少させ、その後の生活をよりよく過ごしていくためにも重要である。トラウマ体験者の早期介入においても、いくつかのガイドラインではトラウマに焦点化した認知行動療法が推奨されてきた⁵⁾。しかし、早期介入に関しては、研究の少なさや研究方法やサンプルの偏りが指摘されていること²⁰⁾や、ガイドラインで示されているトラウマに焦点化した認知行動療法は交通事故や業務災害の被害者に比べて対人暴力の被害者には効果が不明瞭であるといったように対象が限定的であることや、長期経過を見ている報告が少ない¹⁵⁾など、早期支援に関する研究には課題も多く、十分なコンセンサスが得られているとは言い難いのが現状であった¹⁴⁾。また、早期に重篤な症状を示す者に対してトラウマに焦点化した認知行動療法の実施が推奨されているが、ASDの症状を示す70%が後にPTSDに移行することを示す報告もある一方で⁷⁾、ASDの症状を示す者が必ずしもその後PTSD症状を呈するわけではないことや、PTSDと診断された者のうち初期の時点でASDの診断基準を満たした者は多くはないことが指摘されている²⁾。また、縦断研究からトラウマ体験後の症状の出方には、症状が一貫して出ない者、急性のストレス反応を示すがその後の反応が弱まる者、急性のストレス反応を示さないがその後PTSD症状を示す者、当初から強いストレス反応を示しその後の反応も強く続く者といくつかのコースをたどることが指摘されている³⁾。よって、早期支援の観点からは、対象者がいくつかのパターンをたどることを想定しながら支援を行うことが必要である。以上のことから、早期支援の方法は認知行動療法の提供だけでなく、幅広い技法を用いた支援が必要であると考えられるが、そのような支援の方法のコンセンサスが得られているとは言い難い。

しかし、近年いくつかのPTSDの臨床実践のガイドラインの内容が更新されており、新たな知見も含まれるようになった。そこで、本稿では2018年時点で発表されているガイドラインを比較し、特に成人の早期の心理社会的介入の方法を概観することとする。また、実際に支援を行う環境がどのようなものであるか、日本の早期支援の現状も合わせて述べることにする。

2. 様々なガイドラインの現状

臨床実践のガイドラインは、質の高い医療を求める社会的な流れから、1991年にGuyattが根拠に基づく医療(Evidence based Medicine: EBM)を提唱した⁸⁾1990年代から徐々に広がりを見せるようになった。EBMは、研究によるエビデンスと臨床的な技能、および患者の価値観や好みを統合するもの²¹⁾であり、研究によるエビデンスはEBMの一部である。このエビデンスを様々な形で評価し、治療やケアの推奨事項をまとめたものがガイドラインである。日本でもEBMの流れから、診療ガイドラインをインターネット上で確認できるサイトであるMindsガイドラインライブラリが日本医療機能評価機構によって運営されている。Mindsガイドラインライブラリによれば、ガイドラインは、「診療上の重要度の高い医療行為について、エビデンスのシステマティックレビューとその総体評価、益と害のバランスなどを考量して、患者と医療者の意思決定を支援するために最適と考えられる推奨を提示する文書」⁶⁾とされている。

トラウマ体験後のPTSD及び関連症状に関するガイドラインは、2000年にISTSSからPTSDの治療ガイドラインが出版されるなど、2000年代頃に広がりを見せ、いくつかのPTSDに関するガイドラインがイギリス、アメリカ、オーストラリアなどの欧米諸国を中心に発表されてきた。各ガイドラインでは、RCTなど

の臨床研究データや専門家での合意などを経て、介入の方法の推奨度合いをレベルわけしている。推奨レベルの基準はガイドラインによって異なっているものの、具体的な介入方法の推奨レベルが各ガイドラインに示されている。現時点での主な PTSD のガイドラインは表 1 に示すとおりである。なお、ガイドラインは ISTSS の HP で紹介されているガイドラインを参考にした。

3. 各ガイドラインが推奨する 早期支援の方法

PTSD のガイドラインの中には、ガイドライン発表から 10 年以上時間が経過しているものがあるため、最新の状況を検討するために、2018 年時点で過去 5 年のうちにガイドラインが発表されたもの、もしくは更新されたものを対象とした。そのため、5 つのガイドラインが対象となった。各ガイドラインで、早期支援に関する部分を抜粋し、以下に示した。

3-1. ISTSS のガイドライン

ISTSS のガイドラインは 2018 年 10 月に更新

された¹⁰⁾。このガイドラインは要約であり、実務家へのより詳細なガイドラインは 2019 年に出版される予定とされている。ISTSS のガイドラインでは、推奨レベルを強い（推奨もしくは反対するのに妥当な証拠と効果には高い確実性がある）、標準（推奨もしくは反対するのに妥当な証拠と効果には低い確実性がある）、低い効果の介入（推奨もしくは反対するのに妥当な証拠と効果が低いという高い確実性がある）、新しい証拠の出現（低い質の証拠もしくは低い効果の確実性）、推奨するには十分な証拠がない（効果があることも効果がないことも証拠が見られない）の 5 段階で設定している。また、成人の早期心理社会的介入に関しては、単回の介入、複数回の予防的介入、複数回の早期の治療的介入の 3 つの介入方法に分類されている。また ISTSS のガイドラインでは早期の介入とはトラウマ体験の対象者は 3 ヶ月以内の介入を指している。複数回の予防的介入の対象はスクリーニングをしていないか、もしくは最小限のスクリーニングをした集団となっている。また、複数回の早期の治療的介入の対象者は、トラウマ関連のストレス症状が出現している個人への提供とされており、このように介入すべき

表1. PTSD の治療に関する主なガイドライン

名称	公表年	国	機関
1 PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of Patients With Acute Stress Disorder and Posttraumatic Stress Disorder	2004 (2009年に付加的な情報が追加)	アメリカ	American Psychiatric Association
2 Australian Guidelines for the Treatment of Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder	2013	オーストラリア	National Health Medical Research Council
3 CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of PTSD	2017	アメリカ	American Psychological Association
4 VA/DOD CLINICAL PRACTICE GUIDELINE FOR MANAGEMENT OF POSTTRAUMATIC STRESS AND ACUTE STRESS DISORDER	2017	アメリカ	Department of Veterans Affairs/ Department of Defence
5 Post-traumatic stress disorder NICE guideline	2018	イギリス	National Institute for Health and Care Excellence
6 Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations	2018	国際学会	International Society for Traumatic Stress Studies

対象がわけられている。単回セッションでの介入としては、新たにエビデンスが出てきたものとして、Group 512 PM 及び単回の EMDR が示された。一方で、集団デブリーフィング、集団教育、集団ストレスマネージメント、ハートストレスカウンセリング、個別デブリーフィング、個別心理教育／セルフヘルプ、単回のコンピューターでの視覚認知課題、単回のトラウマ焦点化カウンセリングを行うことには推奨するための十分なエビデンスが見られないとしている。複数回の予防的介入として、ブリーフダイアディックセラピーとセルフガイド式のインターネットベースの介入に関して新しい証拠が出現したことが示されている。一方で、簡易対人関係療法 (IPT)、簡易個人トラウマプロセッシングセラピー、早産に対する簡易ペアレンティング的介入、共同ケア、集中治療環境におけるコミュニケーションファシリテーター、看護師主導的集中的ケア回復プログラム、支持的な心理教育的介入、電話による CBT は推奨するための十分な証拠が見られないと報告されている。

複数回の早期治療的介入としては、トラウマに焦点化した認知行動療法、認知療法、EMDR に対して標準的な推奨がなされている。また、効果としては弱い推奨される方法として、段階的／共同的ケアが示されている。新しい証拠の出現として、インターネット上で行うセルフヘルプと構造化筆記的介入が示された。推奨するには十分な証拠がないものとして、行動活性化、コンピューター上での神経行動訓練、インターネットバーチャルリアリティセラピー、支持的カウンセリング、電話によるトラウマ焦点化認知行動療法が示されている。

3-2. NICE ガイドライン

NICE ガイドラインの最新版は 2018 年 12 月に公表された¹⁸⁾。このガイドラインでは、フローチャートが用意されており、状況に応じて推奨される方法が示されている。早期介入は、トラウマティックな出来事に遭遇してから 1 ヶ月以内の場合という時期が明示されており、症状や置かれている状況から推奨する方法を確認することができる。ガイドラインを作成した委員会では出来事から 1 ヶ月以内に PTSD の部分的な症状を持つ者に対して PTSD を予防するための効果的な介入に関して、一貫した証拠が得られなかったとしている。しかし、介入が早期に行われないと、その後慢性的な症状に発展する対象者も存在することから、委員会メンバーの合意に基づき、出来事から 1 ヶ月以内の間で部分的な PTSD の症状が見られる場合には、注意深く症状を観察するアクティブモニタリングを実施し、その後の介入を検討することが必要であるとしている。また、出来事から 1 ヶ月以内に ASD と診断される場合や臨床的に重要な PTSD の症状が見られる場合には、トラウマに焦点を当てた認知行動療法を実施することを推奨している。それらには CPT、PTSD のための認知行動療法、ナラティブエクスポージャーセラピー、PE が含まれる。なお、デブリーフィングは推奨されていない。

3-3. オーストラリア NHMRC ガイドライン

オーストラリアの国立保健医療研究委員会 (National Health and Medical Research Council: NHMRC) によるガイドライン¹⁹⁾では、推奨レベルが A,B,C,D の 4 グレードで示されており、A が最も強い推奨レベルである。トラウマティックな出来事にさらされた人の早期介入として、急性期の状況でデブリーフィングのような単回で構造化された心理学的介入は PTSD 予防のために日常的に適用すべきではないことが明記されている。この推奨基準はグレード B であり、多くの状況でこの推奨が有効であることを示している。また、出来事の曝露から 4 週間以内に ASD や PTSD の症状が持続している場合には、個人向けのトラウマ焦点化認知行動療法を行うことを推奨している。この手法には、曝露や認知療法が含まれる。ただし、推奨の基準はグレー

ドCであり、これを推奨するいくつかのエビデンスが存在するが、実施するには注意が必要であるとされている。また、このガイドラインでは、エビデンスが不十分であるが、専門家の合意に基づいて示された実務家への臨床的なポイントが示されている。それによれば、早期介入の際には必要に応じて、実用的で情緒的な支援を提供すること、苦痛への対処の方法とソーシャルサポートにつながる方法を手助けすること、肯定的な期待を促進させていくことの必要性を示している。また、対象者が自身の経験について話したいという希望を示したり、関連する苦痛に耐える能力を実証したいと望んだりする際には、それを支援するのがよいと示している。ただし、その際には実務家は非常に苦痛を感じている人が過度に感情を表出することの悪影響についても心にとどめておくべきであるとされている。また、個人のニーズに合わせて整えられた段階的ケアアプローチ（段階的／共同的ケアアプローチ）を用意することが示されている。それらには、苦痛がより強い人やメンタルヘルスの問題のリスクが高まる人々に対し、的を絞ったアセスメントを実施して継続的にモニタリングすることと、必要に応じて介入を行うことが含まれる。また、強い苦痛に発展したり自分自身を傷つけるリスクがあったりする成人に対しては、診断的アセスメントを通じて適切な介入がなされるべきであるとされている。

3-4. アメリカのVAによるガイドライン

アメリカの退役軍人省（Veteran Affair：VA）によるガイドラインは第三版として2017年に更新された⁴⁾。このガイドラインではフローチャートが用意されており、早期介入は出来事から30日以内を指している。推奨レベルは、強い推奨、弱い推奨、推奨するにも反対するにも証拠がない、弱い反対、強い反対の5つに設定されている。対象者がASDの診断に該当する場合には心理教育やノーマライゼーション、急性症状のマネジメント、ソーシャルサ

ポートを行うこと、ASDに該当する場合に限り、曝露や認知再構成を含む個別の簡易なトラウマ焦点化心理療法を提供することを強く推奨している。しかし、PTSD発症リスクのある対象者に対する選択的予防介入としてトラウマ体験後ただちにトラウマ焦点化心理療法を行うことは、十分なエビデンスがないとしている。また、その他に避けるべき方法としては、心理学的デブリーフィングが挙げられている。ASDの診断には該当しないものの、急性ストレス反応や戦闘ストレス反応が考えられる場合には、安全や食事、睡眠、医療ケア（ファーストエイド）、安定化（必要に応じて）、説明、家族・友人・コミュニティといった単位でのコミュニケーション、教育とノーマライゼーションといった緊急のニーズを満たす支援を提供することを示している。もしくは、急性期の介入として、急性症状のマネジメント、ソーシャルサポートの提供などを行うことが示されている。この他には、急性期には限定していないものの、一般的な症状マネジメントとして、プライマリケアの段階ではエビデンスに基づく治療への積極的な関与を促進するために段階的／共同的アプローチの実施を行うことが弱いレベルであるが推奨されている。

3-5. アメリカ心理学会によるガイドライン

アメリカ心理学会は2017年にPTSDの臨床ガイドラインを公表している¹⁾。しかし、このガイドラインでは予防的な観点での介入については検討していないことが明記されており、早期支援に関する推奨事項は特に記載されていない。

4. 各ガイドラインの早期支援・介入の方法の共通点と今後の研究の方向性

各ガイドラインは発行年が異なり、ガイドラインの作成方法も異なっている。そのため、同

列に比較することは難しいが、推奨する支援・介入に共通点が見られた。

まず、避けるべき方法として、心理学的デブリーフィングが挙げられている点である。早期支援・介入の具体的な方法を示している4つのガイドラインの全てがデブリーフィングを推奨しない、または推奨すべき十分な証拠がないとしている。

また、トラウマ体験後早期の時点で急性ストレス症状を示す者やASDに該当する者に対しては、トラウマ焦点化認知行動療法を推奨している点も共通点であろう。しかし、選択的予防介入の観点からトラウマ体験後早期にトラウマ焦点化認知行動療法を行うことは十分な証拠が見られないとVAでは指摘している。また、NHMRCのガイドラインでは、トラウマ焦点化認知行動療法の推奨レベルはグレードCと、いくつかの証拠はあるが、実施には注意を要するとしている。そのため、実際の適用には適切な症状のアセスメントや入念な準備が必要であるといえる。

また、ASDの症状を示さないが部分的にPTSDの症状を示したり、PTSDの発症リスクのある人がPTSDを発症することを予防するための早期支援の方法に関しては、各ガイドラインで明確な推奨事項が見られなかった。ISTSSのガイドラインでは、複数回の予防的介入の方法が示されているが、新しい証拠が出てきた段階のみであり、標準的な推奨レベルまでには至っていない。また、NICEでもPTSDを予防するための介入には、一貫性のある証拠が見られていないとしている。NHMRCのガイドラインでも専門家の合意に基いた実際的な対応方法が示されているが、具体的な研究における証拠は見られていない。NICEでは、直後に症状を示さなくともその後に症状を示す可能性がある人の存在を考慮し、注意深く症状をモニタリングし、アセスメントすることが記載されている。また、NHMRCでは、段階的／共同的ケア

アプローチの一環として、継続したモニタリングの必要性を示している。VAのガイドラインでも、プライマリケアの段階で段階的／共同的ケアアプローチが、レベルは弱いものの推奨されている。VAが推奨する段階的／共同的ケアアプローチにおいても、症状を注意深くモニタリングすることが内容に含まれている。現時点では、注意深く症状をモニタリングしていくことが実際の支援として必要であるといえるだろう。

各ガイドラインでは、将来の必要な研究の方向性が示されているが、VAのガイドラインでは今後の研究の必要性として、PTSDを予防するための効果的な介入を検討することを示している。また、NHMRCのガイドラインでも、トラウマを経験した全ての人に適用できるような効果的な戦略を検討する必要性を指摘している。予防的な観点からの支援に関するエビデンスの蓄積は今後一層求められるといえよう。

5. 日本におけるトラウマ体験者への早期支援の現状

ここまで、ガイドラインにおける早期心理社会的介入の現状について概観した。最後に日本における早期支援・介入を行う実際の支援の現状について概観する。

トラウマ体験の種類によって支援の枠組みは異なるが、成人においては、主に災害後の早期支援と犯罪や事故などの被害者の早期支援が挙げられるだろう。

災害後の早期支援に関しては、1995年の阪神淡路大震災を契機に、こころのケアへの関心が高まるようになったことから、現在では災害後に早期支援として精神保健活動を行うことが浸透してきている。その際には、支援に必要なスキルとしてPsychological First Aid(PFA)の活用が広まっている。また、厚生労働省が2013

年に自然災害や列車事故など集団災害の際に被災地域に入り、精神保健活動を行う「災害派遣精神医療チーム（DPAT）活動要領」を定めた¹³⁾。各都道府県・政令指定都市に対して、DPATの体制整備を行うよう求めたことから、各県において早期から支援を行う枠組みが整備され始めている。

一方、犯罪被害者支援の枠組みとしては、1998年5月に全国被害者支援ネットワークが設立され、その後、民間の被害者支援センターが各都道府県に設立されることとなった。また、性被害に関しては、被害直後から産婦人科の診察や警察、カウンセラーにつなぐなど複数の役割を一つの機関で行うワンストップセンターとして、性犯罪・性暴力被害者支援センターの設立が近年相次ぎ、ハード面は以前より整いつつある。しかし、被害者がスムーズに支援につながるには、いまだハードルの高さがある。内閣府が2017年に発表した一般市民に行った調査によれば、被害者支援センターの認知度は25.5%、性犯罪・性暴力被害者のためのワンストップ支援センターの認知度は11.8%と認知度が低く¹⁶⁾、多くの人が支援機関を知らない現状がある。そのため、支援を必要としても支援につながりにくい現状があると考えられる。また、各都道府県の被害者支援センターでは無料で臨床心理士等のカウンセラーの面接を受けられる制度があるが、回数制限が見られるなど支援の充実度には差が見られている。また、支援センターは全国にあるものの、県に1つであるため、遠方の利用者が利用しづらいなどの問題点もある。このように、日本においては、犯罪被害者に対してのハード面での整備の拡充が望まれる。

また、支援の内容についても、早期支援の場合でもASD症状が見られるなど精神症状が強いつきには、トラウマ焦点化認知行動療法を行うことが各ガイドラインの共通事項として挙げられていたが、犯罪被害者を支援する医師や心

理職の中でも、PEなどのトラウマに焦点化した心理療法を施行する者は少ないことが調査で明らかとなっている⁹⁾。そのため、日本における早期支援には、エビデンスのある支援方法が必要とする対象者に届きにくいエビデンスプラクティスギャップが存在するといえる。

しかしながら、日本でも犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドラインが発表されている¹⁷⁾。このガイドラインは専門家の意見に基づく合意形成のプロセスであるデルフィ法によって作成されているが、日本の状況に応じた具体的で実際的な支援の方法が示されており、有用な情報が提供されている。対象とする人がよりよい支援を提供するためにも、このような効果的な支援の方法が支援者の中で共有され、対象者にできるだけ有用な支援のスキルを支援者が獲得していくことが望まれる。一方で、各ガイダンスにも指摘されているように、ガイダンスは規範として使用するというよりは、各対象者の状況やニーズを考慮して、最もよい方法を選択すべきである。これは、先に指摘したように、EBMがエビデンスだけを重視するのではなく、臨床的な技能、患者の価値観や好みを統合するものであるということに他ならないだろう。

6. 結論

本稿では2018年時点において発表されている様々なガイドラインを参考にトラウマ体験者の心理社会的早期支援・介入の方法を概観した。また、併せて日本における早期支援の現状についても述べた。ガイドラインの共通要因として、ASDの症状が強く見られる者に対しては、トラウマ焦点化認知行動療法が推奨されていた。しかし、推奨のレベルはまちまちであり、実施の際には注意が必要であるといえる。PTSDの部分的な症状が見られる対象者やPTSDに発展するリスクのある対象者に対し

て予防的な介入方法の研究の証拠は十分ではなかったが、注意深く症状をモニタリングすることの必要性や、段階的／共同的ケアアプローチのように、症状をモニタリングしながら状況に応じて適切な介入を検討することが求められるといえる。予防的な観点からの介入研究は現時点ではまだ不十分であり、今後の研究の蓄積が期待される。

また、日本においては、災害現場での早期支援の枠組みや対応方法は整いつつあるものの、事故や犯罪被害者の早期支援の現場ではハード面でもソフト面でも課題が見られる。今後、早期支援に関しては、ガイドラインのようなエビデンス情報を参考にしながら、対象者の価値観や状況などを柔軟に取り入れた適切な支援のあり方が普及していくことが望まれる。今後、対象者がよりよい生活を送れるような支援が根付いていくことを期待している。

引用文献

- 1 American Psychological Association: CLINICAL PRACTICE GUIDELINE for the Treatment of PTSD. 2017.
- 2 Bryant RA, Creamer M, O'Donnell M, et al.: A comparison of the capacity of DSM-IV and DSM-5 acute stress disorder definitions to predict posttraumatic stress disorder and related disorders. *Journal of Clinical Psychiatry*. Physicians Postgraduate Press, Inc.; 76(4):391-7, 2015.
- 3 Bryant RA.: The Current Evidence for Acute Stress Disorder. *Current Psychiatry Reports*. *Current Psychiatry Reports* 20(12):111, 2018.
- 4 Department of Veterans Affairs Department of Defense.: VA/DOD Clinical Practice Guidelines for the Management of Posttraumatic Stress Disorder and Acute Stress Disorder. Department of Veterans Affairs Department of Defense. 2017.
- 5 Forbes D, Creamer M, Bisson JI, et al.: A Guide to Guidelines for the Treatment of PTSD and Related Conditions. *Journal of Traumatic Stress*. 23(5):537-52, 2010.
- 6 福井次矢, 山口直人, editors. *Minds 診療ガイドライン作成の手引き* 2014. 医学書院; 2014.
- 7 Gil S, Weinberg M, Shamai M, et al.: Risk Factors for DSM-5 Posttraumatic Stress Symptoms (PTSS) among Israeli Civilians during the 2014 Israel-Hamas War. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 8(1):49-54, 2016.
- 8 Guyatt GH.: Evidence-based medicine. *ACP Journal Club*. 114:A-16, 1991.
- 9 犯罪被害者の精神的被害の回復に資する施策に関する研究会：犯罪被害者の精神的被害の回復に 資する施策に関する報告書 . 2015.
- 10 ISTSS.: Posttraumatic Stress Disorder Prevention and Treatment Guidelines Methodology and Recommendations. 2018;
- 11 Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, et al.: Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *European Journal of Psychotraumatology* 8, 2017.
- 12 Kessler RC, Sonnega A, Bronet E, et al.: Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey. *Archive of General Psychiatry*. 52:1048-60, 1995.
- 13 厚生労働省：災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領 . 2014. Available from: https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 14 Litz BT.: Early intervention for trauma and loss: Overview and working care model.

- European Journal of Psychotraumatology.
2015;6.
- 15 Litz BT, Bryant RA(斉藤梓訳). 成人の認知行動的早期介入 . PTSD 治療ガイドライン 第 2 版 . 金剛出版 ; 2013.
 - 16 内閣府政府広報室 : 「犯罪被害者等施策に関する世論調査」の概要 . 2017. Available from: <https://survey.gov-online.go.jp/tokubetu/h28/h28-hanzai.pdf>
 - 17 中島聡美, 成澤知美, 浅野敬子, ほか : 犯罪被害者に対する急性期心理社会支援ガイドライン . 2013.
 - 18 National Institute for Health and Care Excellence: Post-traumatic stress disorder NICE guideline. 2018.
 - 19 Phoenix Australia - Centre for Posttraumatic Mental Health: Acute Stress Disorder & Posttraumatic Stress Disorder Australian Guidelines. 2013.
 - 20 Roberts N, Kitchiner N, Kenardy J, et al.: Early psychological interventions to treat acute traumatic stress symptoms (Review). Cochrane Database of Systematic Reviews. (3), 2010.
 - 21 Sackett DL, Straus SE, Richardson WS, et al.: Evidence-based Medicine: How to Practice and Teach EBM. 2nd Edition. London: Churchill Livingstone; 2000.

消防職員のための消防庁緊急時 メンタルサポートチームの利用方法： 派遣および受け入れ時の手続きと役割分担について



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

Key Words 消防庁、緊急時メンタルサポートチーム、惨事ストレス

はじめに

阪神・淡路大震災をきっかけに災害救援者の惨事ストレスへの関心が高まり、予防対策が講じられるようになった。これらの取り組みは、組織や職員が被災しても業務を継続し、市民の生命や財産を守るためである。例えば消防の場合、地域の消防力を凌駕する災害が生じると近隣都道府県は、消火・救急・救助活動を支援する「緊急消防援助隊」を派遣する。同時に、災害の規模や地域を巻き込むかどうかに関わらず、職員が惨事ストレスの影響を大きく受けたことが想定される場合には、消防庁に登録している専門家で構成される「緊急時メンタルサポートチーム」が派遣される。緊急時メンタルサポートチームおよび惨事ストレス対策の歴史にご興味がある方は、「消防における惨事ストレス対策－阪神・淡路大震災から東日本大震災、そして今後の展望－（トラウマティック・ストレス 第11巻第2号：17-24、2013）」をご参照いただきたい。

緊急時メンタルサポートチーム（以降、サポートチーム）は、平成15年5月に創設された。平成30年5月の資料¹⁾によると、創設以降の派遣は65回、述べ3,140名のケアを行い、登録メンバーは50名である。消防庁の担当部署は惨事ストレスの影響が大きく出ることが想

定される案件（例えば、殉職や大規模災害）の発生にあわせ、管轄地区の消防本部に連絡を入れ、サポートチームの利用を促す。しかし、この制度の認知度はあまり高くなく、何をしてくれるのか良く分からないとの声が現場では聞かれる。サポートチームの概要を説明する資料は存在するものの、派遣要請をする側の担当者にとっては何が起こるのか、自分たちは具体的に何を準備すればいいのかが分かり辛いかもしれない。その上、2年から3年で異動する消防庁の担当職員の中にはサポートチームを派遣した経験がないこともある。結果、制度を一番良く知っているのがサポートチームに登録している専門家のみ、ということもある。

そこで、本紙は過去の派遣経験を元に消防庁担当者、受け入れ消防本部、サポートチーム専門家それぞれの役目と役割分担を具体的に明示することで、支援を受ける側の消防本部担当者の理解を促し、派遣事業が効率よく、円滑に進むことを目指す。

サポートチームの役割

惨事ストレス対策は職員が業務を継続することを目的に行なわれる。よって、サポートチームの役割は、回復に困難を抱える職員を見極め、必要な対応を教示することである。惨事案件が

発生し、影響を受けた職員を目の当たりにすると、管理職や職員課等の担当者は職員が自然に回復するとは思えず、早い時期の専門家による介入を望む。しかし、これまで殉職後の介入を行なった経験から言えるのは、直後はそれなりに影響を受けている職員も時間を味方に回復の道を歩む、ということだ。そこで重要になるのは、影響を受けた職員が回復できる環境を組織が提供できるか否かにある。回復の場を提供するために必要な現実的な支援については「殉職および惨事案件を経験した後の惨事ストレス対応の基本（心的トラウマ研究 第9号：57-65、2013）」をご参照いただきたい。

消防本部の役割

サポートチームの派遣を依頼した本部には回復を可能にする場の提供という重要な仕事がある。そして、そのためにはどのような支援をサポートチームから受けたいのかを組織には考えてもらいたい。サポートチームさえ呼べば、環境が整うわけではなく、派遣依頼は環境調整の一部でしかない。しかし、初めての経験となれば、何をどうすればいいのか分からなくても当然だ。そこで、組織が望む支援を明確にするためにも、現状を消防庁担当者あるいは派遣予定の専門家に伝えて頂きたい。以下に、派遣される専門家の立場として知りたい情報をまとめた。

- 1) 職員の勤務状況
- 2) 事案発生後に行なわれた組織対応
- 3) 介入の選択
- 4) 面接室として利用できる部屋の数
- 5) 担当者が抱える困りごとや心配
- 6) サポートチームに期待すること

事案後の職員の状態を見極めるために重要な

指針は、「業務を継続できているか」である。影響を受けていても業務に支障がなければ、職員を見守り続けることが重要だ。見守りは組織全体で行なうが、影響の有無を見極めるのは通常、直属の上司（＝小隊長）および同じ隊に所属する仲間となる。普段と比較して、体調や言動に変化がないかを目安に観察を続け、おかしいと思った際には担当部局（通常は職員課）や所属長に連絡するように伝え、組織や職員が受けた影響を把握する。

次に重要なのは事案後、「組織が行った対応」である。惨事ストレスは業務に関連するストレスであり、回復を後押しするのは「組織が自分たちを守ってくれている」という感覚である。業務上、命を落とすこともあるかもしれないと頭では理解していても、いざ不幸が起こった際に、残された家族に礼は尽されるのか、影響を受けた職員に適切な対応がなされるのか、を職員は注視している。よって、職員に死者が出た場合、ご遺族への対応は誰が、何をしているのか；同僚らはお通夜や葬儀に参列できたのか；地域を巻き込んだ災害の場合、家族の安否や被災状況の確認は行なわれたのか；そして、消防長を含む組織から職員に対するねぎらいはどのようなされたのか、などが重要になる。

次いで、職員が置かれている現状を踏まえて具体的な介入の方法を選択していただく。筆者ら関わってきた事案では、①惨事ストレスに関する講義（通常1時間）と個人面談のセット、あるいは②個人面談のみ、のどちらかを行なってきた。①の場合、講義は影響を受けた職員を支える同僚職員の理解を促すために有益であるが、一人でも多くの職員に面談を受けてもらいたいと考える場合には②が選ばれることになる。介入は一日、長くて二日間に亘って行なわれるため、対象人数が多い場合、全員の面談をすることは不可能になる。その場合は、①を選び、組織全体の理解を底上げし、見守り力を高めると同時に、専門家によるスクリーニング

が必要な職員を厳選することとなる。

具体的な介入方法を選択する際に重要なのは面接に使用できる部屋の数だ。参加できる専門家の数が多くても使用できる部屋に限りがあると一日に対応できる面接数は限られる。プライバシーが保てる（ある一定の時間帯に出入りを制限できる）場所であれば、食堂やトレーニングルームでも構わない。

一人の専門家が一日に受けられる面接数は、6名から7名が妥当だ。初対面の人に面接の枠組みを説明し、ある程度の関係を築き、自分の状況話を話してもらうには、短く見積もっても40分は必要である。面接後には、記録をまとめ、次の人を迎える準備をすることで10分の休憩は必要となり、50分のサイクルで面接が組める。開始時間と終了時間は移動時間や宿泊の有無にも影響されるが、朝から夕方まで面接を行なえるとしても6人から7人が限度となる。

先述の消防庁が年度初めに送付しているサポートチーム関係の文書には、職員の状態を把握するためにチェックリストの利用が提案されている。面談対象者を選別する際に、この結果を根拠とすることも過去にはあった。しかし、20名から30名の少人数ならまだしも、対象職員が100名を超える場合、調査票を集計するのは簡単なことではない。よって、惨事ストレスへの曝露度合い、現時点における仕事への支障、被災の程度などを勘案し、消防庁が決定した面接枠数内に収まる人数を決定するのが最も現実的なやり方だと思われる。

しかし、担当者はどこで線を引けばいいのかわからず、頭を抱えることだろう。そんな時は、介入の枠組みを探りながら、その他の困りごとやサポートチームに対する要望と一緒に、その旨を消防庁の担当者や派遣予定の専門家にお知らせいただきたい。それを一緒に考えるのも担当者と派遣される専門家の仕事である。

当日のスケジュールに欠かせないのは、組織からの状況説明である。自然災害の場合、何が

起こり、被害がどれくらいで、どんな困難に直面し、そんな中、何ができたのか。殉職案件であれば、いつ、どこで、何が起こり、現場活動の様子やその後の職員の状態について半時間から1時間以内でお話いただけるとありがたい。

派遣される専門家の中には消防業務に関する知識がない人もいる。そんな時には、面接対象となる職員の仕事について概説することをお願いしている。交代制勤務、各業務（警防・救急・救助・指令など）の内容など、対象者の業務背景が大まかに理解できる内容で構わない。

消防庁の担当者

専門家と現場担当者をつなぐ消防庁担当部局の担当者には以下の役目を期待している。

- 1) 派遣要請本部と専門家間の連絡調整
- 2) 日時、および面接枠数の決定
- 3) 被災地域の専門家の新規登録
- 4) 事務手続き 前泊を含む宿泊、移動手段（ホテルや最寄り駅からの送迎）
- 5) 駐車場、昼食、集合場所などの当日の情報

正式な派遣要請を受けた後、現場の状況や現地本部からの希望を踏まえ、何名を面談対象とするのかをまず決めて欲しい。現地消防本部は関係者全員を対象とすることを希望するが、実際に面談を必要とする人は要請数の半数以下であることがほとんどである。しかし、何名分の面接枠を設けるのが決定されなければ派遣日数や必要とする専門家の数は定まらない。人数を決定するのは難しく、専門家のアドバイスが必要になる場合には派遣予定の専門家と協議していただきたい。関係者全員を対象に面談が出来ない場合、本部担当者はその理由を尋ねられる。その際に、消防庁の決定である、と言えるのは現場の担当者にとってありがたいことだと

思う。

この決断と同じくらい重要な役目が消防庁の担当者にはもうひとつある。それは新規専門家の登録である。現在、50名の専門家が登録されているが、地域を巻き込む災害が生じた場合、登録済みの専門家は本業で忙しく、チームメンバーとして参加できないこともある。しかし、これは未登録の専門家をメンバーにできるチャンスでもある。社会の耳目を集める案件であれば、何らかの手伝いをしたいと思う未登録の専門家を発掘し、ひきつけることができるだろう。また、現地の専門家であれば、サポートチームの介入が単発でも、引き続き、職員を支援してくれるだろうし、今回の介入を実施訓練の場とすれば消防組織について理解をもつ専門家を増やすことにもつながる。その上、別の案件で専門家の支援が必要になった場合、現地の消防署が直接やりとりできる資源を提供することにもなるからだ。事務手続きとしては煩雑になるが、厭わず協力していただけると幸いである。

具体的な日程は最終的には専門家の予定次第だが、事案発生から3週間あるいは4週間後に設定されるのが望ましい。ほどほど健康な人ならば現場や職場が落ち着きを取り戻す頃には心身も回復に向かう。生活や職場環境が落ち着き、自然回復が促されるのに必要とされるのが通常、3週間から4週間となるからだ。しかし、東日本大震災のように地域のインフラや資源が大打撃を受けるような場合はこの期間より長い時間が必要とされることもあるので、状況ごとの判断が必要となる。この点も派遣予定の専門家と協議していただきたい。

以上が消防庁の担当者に期待する役割だが、これに加えて必要なのが以下の情報だ。前泊を含む宿泊の扱い。近隣のホテル情報。宿の手配を誰が行うのか（被災地の場合、ボランティアやその他関係者で宿が埋まり、適当な場所に宿が手配できないことも多々ある）。当日の移

動手段や集合場所。昼食の手配（消防署から提供されるのか、各自が用意をするのか）。昼食を各自が用意する場合は近くのコンビニ情報。車で来署する際の駐車場の利用方法。

専門家

サポートチームの専門家として派遣されることが決まれば、以下の準備をして欲しい。

- 1) 消防本部担当者の情緒および技術的サポート
- 2) 面接用紙の作成
- 3) 初派遣の専門家に対する情報提供と陪席およびオリエンテーション

まず、消防庁および派遣要請をした本部担当者に対する情緒的・技術的サポートの提供である。本部担当者は、何かしなければならぬのは分かっているが具体的な何をすればいいのかわからず混乱している。まず、専門家がすべきは担当者や組織ができていることを具体的に指摘し、ねぎらい、彼らが抱える困りごとを担当者が言語化できるように助けることだ。そして、実際の介入日までに、万が一、問題が生じても支援は行くと保証することで、担当者が落ち着けるようにすることも大切な仕事である。職員の回復がどのように進むのか見通しを示すことで安心感を抱いてもらえることもある。

次に、面談時に使用する用紙の作成を行なう。共通の面接用紙を準備することで各専門家が必要な情報を確実に収集するための。筆者らが面接で網羅するのは以下の事柄である。①事故や事案における関わり（殉職の場合、亡くなった職員との関係等も含む）、②惨事ストレスの影響とその推移、③対処方法、④改定出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-

Revised : IES-R) と K6 質問票 (The Kessler Psychological Distress Scale : K6) などの尺度、⑤職場に伝えて欲しいこと。面接の前には専門家の自己紹介に加え、面談の目的、守秘義務の範囲、面談で得た情報の扱いなどを説明した上で面談を希望するかを問い、希望者に対して面談を継続する。この流れも用紙に添付し、サポートチームに初参加する専門家が混乱しないようにしている。

面談は通常、各専門家が一人で対応する。しかし、消防職員の面接が初めての専門家がいる場合は午前中の面接に同席してもらい、午後から独り立ちするなどの実施訓練期間があると自信につながるようだ。資料を読んだり、口頭での説明を受けたりするよりも実際の面接に立ち会うことが有益であるように思う。

職員は大変な出来事を経験し、影響を受けているが病人ではない。関わる際に心に留めておくべきは、多くの職員は回復する力を備えており、専門家の役目はそれを引き出せる場を整えることだ。普段の仕事で関わる病を抱えている対象者とは異なるため、戸惑いを覚える場合は、事前にサイコロジカル・ファーストエイド²⁾に目を通すことをお勧めする。当センターのホームページからダウンロードでき、研修も行なっている。

最後に

創設から 15 年の月日が流れ、サポートチームは大勢の職員に支援が提供してきた。これまでの経験を元に質の高いサポートが必要な場面で提供されることを願う。

文献

- 1) http://www.fdma.go.jp/concern/law/tuchi3005/pdf/300516_jimurenraku.pdf (平成 30 年 9 月 21 日アクセス)
- 2) <http://www.j-hits.org/psychological/> (平成 30 年 9 月 21 日アクセス)

Narrative Exposure Therapy による PTSD の治療

— 解離症状を伴う症例への効果と適応の検討 —



鈴木逸子

兵庫県こころのケアセンター研究部

我が国の精神科病院外来で実施した Narrative Exposure Therapy (NET) 実施例のうち、解離性障害の診断がついた2例と、診断はないものの解離体験尺度(DES)により病的解離の可能性が92%~100%とされた3例、計5例から、解離症状を伴う PTSD に対する NET の効果と適応を検討し、回復のプロセスを考察する探索的研究を行った。評価尺度は CAPS、IES-R、SDS、DES を使用し、治療2週間後、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に実施した。

その結果、解離症状を伴う症例にも NET は安全に実施することができ、PTSD 症状は2例に顕著な軽減、3例に明らかな軽減、解離症状は4例に顕著な軽減が見られ、3例にはうつ症状の明らかな軽減が見られた。

全人生史を構築するという NET の特徴は、ターゲットとなる出来事を特定せずに治療を開始できること、解離性健忘のために十分な馴化が生じない場合でも時系列に沿った記憶整理が有効であることから、NET は解離症状を併存した PTSD の有望な治療法となり得ると考える。

Key words : PTSD、ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET)、解離症状、解離性障害、自伝的記憶

I. はじめに

ヴァン・デア・ハートは、「解離は外傷を理解する鍵概念である」と述べている²⁴⁾が、筆者がこれまで NET を実施した30例ほどの PTSD 症例のうち、解離体験尺度 (Dissociative Experiences Scale、以下 DES) で病的解離の可能性を示す DES% が0である症例は8例のみだった。解離症状は、PTSD 治療に不可避な問題であり²⁴⁾、Halvorsen は、「これまで解離は曝露療法に禁忌とされてきたが、メタアナリシスによれば効果を減じることはなかった、曝露が解離に禁忌とする論拠はない」と報告している⁹⁾。ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET) は曝露と馴化、自伝的記憶整理を機序とした PTSD の治療法であるが⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾、解離症状をも著しく軽減するというエビデンスが RCT により¹⁾¹⁰⁾ また対象群の無い効果研究により⁵⁾⁶⁾⁷⁾¹¹⁾¹⁶⁾¹⁷⁾²³⁾ 示されている。しかし我が国ではまだ NET の解離症状への効果は検討されて

いない。これまでに実施した NET 症例から解離性障害という診断のついた2例と DES の値から解離症状の存在が明らかとされた3例、計5例を考察し、解離症状を伴う PTSD 症例に対する NET の効果と適応を検討した。

NET 技法

NET は2000年代初頭にドイツでシャウアーらによって開発された PTSD の認知行動療法である⁸⁾¹⁹⁾²⁰⁾。曝露療法と証言療法を組み合わせた短期療法で、特に長期的反復的なストレスに曝された結果生じる複雑性 PTSD に有効とされる³⁾⁴⁾。NET の機序は曝露療法による恐怖学習の消去と全人生史の構築による自伝的記憶の整理および認知再構成である。

技法の詳しい紹介はマニュアル¹⁹⁾²⁰⁾に譲り、ここでは要点のみを示す。初回は、人生を表す紐の上に、よい体験を花、トラウマ的体験を石で表して置く「人生ライン」のワークを行う。この作業によって人生を概観し NET のセッ

セッション数と実施期間の見直しを持つ。2回目以降は、患者は誕生から時系列順に人生を物語る。治療者は、それを筆記し、次のセッションまでに文章化し次回の最初に読み上げる。患者はそれを聞き、必要に応じて修正、追加を行ったのち、その先の人生の語りに進む。このようにして人生史を語る中で、トラウマ的出来事「ホットスポット」に遭遇した時は、「映画のコマ送りのように」詳細に語る。治療者は五感に働きかける頻繁な質問と辛い語りを回避させないようなサポートを行う。感覚、情動、思考、身体反応のいずれにも言及するよう問いかけること、過去と現在それぞれを意識する「二重意識」を保つため、現在の「感覚、情動、思考、身体反応」に意識を戻すための問いかけをはさみ、過去と現在を往復させる。その過程で、非機能的認知が見られたときは、心理教育あるいは認知の修正のためのかかわりを挿入する。よい体験についてもていねいに聞き、人生史に組み込んでリソース強化する。最終回には、全人生史を治療者が読み上げ、患者と治療者が署名し、患者が自伝を受け取る。

NETの各セッションは、90分を平均的な所要時間とし、高まった情動が馴化により下がってから終了する。頻度は週1～2回が望ましいとされている。セッション数は、人生史の長さや外傷的な出来事の数により異なり、最新の記述では12回までを標準としているが、複雑な事例ではそれ以上のセッション数を要し、BPDを併存する患者への効果研究では10～30回を要している¹⁶⁾¹⁷⁾²³⁾。

II. 方法

1. 対象

本研究の対象5例は、精神科外来通院中の女性で、20代1名、30代2名、40代2名である(表1)。AからEの従来診断による診断名はそれぞれ、A: 情緒不安定性障害、B: 境界性人格

障害(以下BPD)・アルコール依存症・摂食障害、C: うつ病、D: 解離性障害・BPD、E: 解離性障害であった。5名とも出来事インパクト尺度(以下IES-R)(表3)とPTSD臨床診断面接尺度DSM-IV版(以下CAPS-IV)(表4)の値から、PTSD症状が認められた。

2名(D,E)は医師から解離性障害と診断され、3名(A,B,C)はDESの値から病的解離の可能性が92%～100%とされた。5例共に健忘された記憶が多く、「私は誰だろう?」といった同一性の混乱が見られた。Dは「中学以前の記憶がない」と語り、幼少期にはimaginary companionと遊んだといった空想傾向があり、入眠時幻覚、気配過敏症状、影がみえる等、解離症状が頻繁に語られた²¹⁾。Eはパートナーから少なくとも2名の交代人格の報告があり、柴山が解離の中核症状として挙げている健忘、離人、疎隔、同一性混乱、同一性変容²¹⁾²²⁾の全てが見られた。

ケースABCDEのうち、Aは精神科に7年の通院、1回の入院歴があり、Bは14年の通院と17回の入院歴、Cは2年の通院と1回の入院歴、Dは9年の通院と1回の入院歴、Eは20年の通院と6回の入院歴があった(表1)。

トラウマ的出来事としては(表1)、Aは親からの心理的・身体的虐待とネグレクト、両親のDVの目撃、DV被害、墮胎、性被害、交通事故、Bは親からの心理的・身体的・性的虐待、ネグレクト、監禁、DV被害、性被害、墮胎、Cは長期のいじめ被害、両親とのトラウマ的死別、Dは、親からの心理的虐待、ネグレクト、兄弟間差別、ストーカー被害、墮胎、Eは親からの心理的・性的虐待と兄弟間差別、性被害があった。

2. 方法

精神科病院外来にて、主治医との連携の下、臨床心理士がNETを実施した。主治医は、NETの作業内容には立ち入らず、行動化、症

表1 対象

対象	歳台	通院歴	入院歴	診断	状態／トラウマの種類
A	30	7年	1回	情緒不安定性人格障害	見捨てられ不安とDV男性への依存、性的逸脱、過食、大量服薬等の
					自己破壊的行為。激しい怒りと攻撃性に基づく対人関係、ストレス耐性の低さ
					／親からの心理的・身体的虐待、両親の激しいDVの目撃、DV被害、墮胎、性被害
B	40	14年	17回	BPD、アルコール依存症 摂食障害	連日長時間の過食嘔吐、感情爆発、様々な手段による自傷行為、自殺企図
					アルコール依存、解離性健忘
					／親からの心理的・身体的・性的虐待、ネグレクト、監禁、DV被害、性被害、墮胎
C	30	2年	1回	うつ病	胸の下、両手、足の甲のしびれ、夜酒を飲まないで眠れないなどの睡眠障害、
					強い不安、激しい罪悪感と希死念慮
					／長期のいじめ被害、両親とのトラウマ的死別
D	20	9年	1回	解離性障害、BPD	小学、中学ほとんど通えず、中学以前の記憶の健忘など、
					広範な解離症状、希死念慮、醜形恐怖、よくうつ、墮胎
					／親からの心理的虐待、ネグレクト、兄弟間差別、ストーカー被害、墮胎
E	40	20年	6回	解離性障害	思春期から成人するくらいまでの摂食障害、自傷行為、希死念慮
					交代人格の存在、広範な解離症状
					／親からの心理的虐待、性的虐待、兄弟間差別、性被害

表2 治療ペース

対象	枠	ペース	NET回数	NET期間	NETまでの回数	NET後経過
A	外来	90分 週1→2	21	3ヶ月	61	1年3ヶ月のフォローアップ後終結
B	外来、入院	120分 週2	31	4ヶ月	29	3年フォローアップ後終結
C	外来	120分 週1	17	6ヶ月	6	1年半のフォローアップ後終結
D	外来	120分 週1→2	26	5ヶ月	18	6ヶ月のフォローアップ後終結
E	外来	120分 週1	41	18ヶ月	9	Th交代あり、4ヶ月後に再開し10ヶ月継続中

状憎悪などがなく観察しながら作業の励ましと慰労を行った。NETの実施ペースは表2を参照。

NET実施病院である北斗会さわ病院の倫理委員会の承認を得た。

3. 評価尺度

評価尺度はPTSDに対してCAPSとIES-R、抑うつに対して自己評価式抑うつ尺度（以下SDS）、解離に対してDESを使用し、治療前、治療2週間後、3ヶ月後、6ヶ月後、1年後に実施した。

4. 倫理的配慮

本研究は、ヘルシンキ宣言と「臨床研究における倫理綱領」に即し、プライバシーに関する守秘義務の遵守と匿名性の保持に対する十分な配慮を行った。対象者より治療への十分なインフォームド・コンセントを得ると共に、文書による同意とデータ公表の許可を得た。本研究は

III. 結果

5例の語りの特徴として、内容にふさわしい情動や感覚が伴わない、記憶が曖昧で時系列の混乱が多い、体験した当時ですら情動や感覚につながっていない、一度思い出した記憶もまた健忘してしまう、回避傾向が強いといった傾向がみられた。

評価尺度得点

5例のうち、Dは本人の希望により6ヶ月後の時点でフォローアップ面接を終了したため、データが6ヶ月後までしかない。Dは6ヶ月後の時点で、「もうフラッシュバックはなくなったからPTSDの検査はいらなと思う」と述べ

てCAPSを受けなかったため、CAPS データは NET 2 週間後までしかない。E は NET 実施 2 週間後と 6 ヶ月後に欠損値がある。

IES-R の値は cut off ポイント 24/25 とされるが、1 年後の時点で、A、B、E は顕著に下がり、C、D はまだ過去の出来事からの影響があるとされる値である (図 1)。

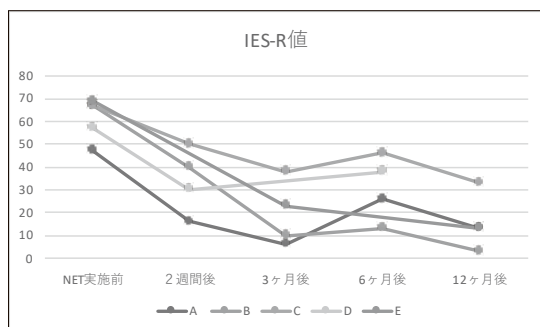


図1 IES-R 値

CAPS も A、B、E は顕著に下がり、C、D は PTSD 症状が残っており、IES-R の値と一致する結果だった (図 2)。

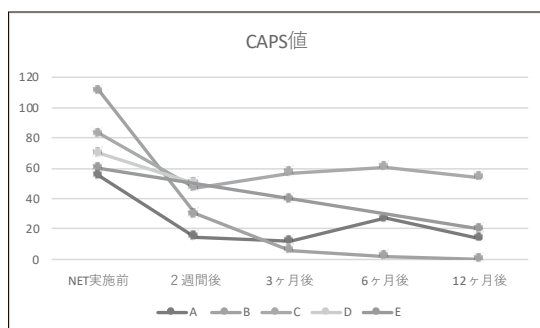


図2 CPS 値

DES-T 平均値 (図 3) は、5 例とも実施直後に顕著に下がり、D 以外は 1 年後まで漸減する経過をたどったが、D は 6 ヶ月後にまた元の値に近い値に戻っている。A と B の DES% は NET 実施 2 週間後で 0% になり、そのまま維持された。C は NET 実施 3 ヶ月後に 0% になり維持、E は NET 実施 3 ヶ月で 3.7% まで下がり 12 ヶ月後には 0% になった。

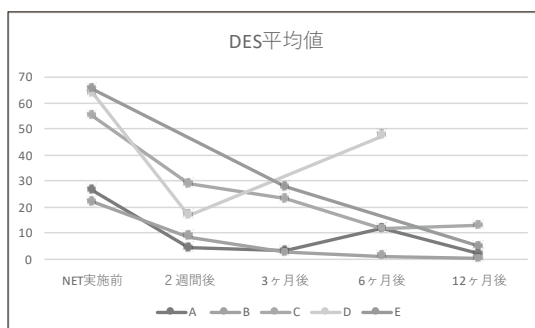


図3 DES 値

SDS は (図 4)、正常者 35 ± 8 、神経症者 49 ± 10 、うつ病者 60 ± 7 とされる質問紙だが、実施前にはうつ病圏 4 (BCDE)、神経症圏 1(A) であったスコアが実施後に漸減し、実施 1 年後には神経症圏が 2(CE)、正常圏が 2 (AB) に軽減され、D は 6 ヶ月後の値だが、うつ病圏のままであった。

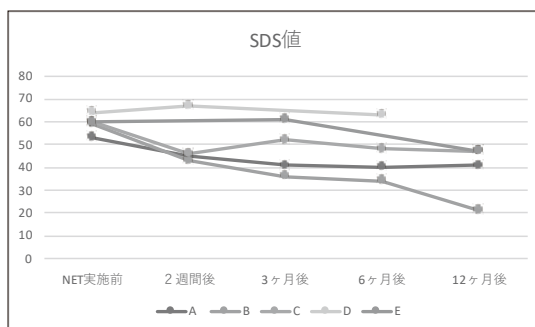


図4 SDS 値

IV. 考察

1. 効果と適応の検討

NET は PTSD 症状のみならず、解離症状をも軽減するという先行研究の結果を支持する結果であった。また先行研究では効果の有無の別れるうつ症状に対しても有効とされる結果であった。全人生史を語るという NET の特徴は、解離性健忘やネグレクトなど、「無いもの」を扱うことを可能にする。解離は複雑性 PTSD 症状の「自己調整能力の障害」の一つとされ、解離軽減の効果は NET の複雑性 PTSD への有効

性を示すと考えられる。

NET は曝露療法であり、これまで回避してきた辛い過去に直面する治療法であるが、解離症状を伴った PTSD 症例に対しても NET は安全に実施することが可能で、症状が悪化したケースやドロップアウトしたケースはなかった。

2. 解離傾向の強いケースの困難

健忘記憶が想起されるということは、初めてその事実に直面し、大きな喪失に直面するということである。自分が失ってきたものがどれだけ大きいかを思い呆然とする。NET 後のフォローアップ面接では、喪失のモーニングワーク、さらなる認知再構成、新しい行動パターンの獲得などを目指すが、その過程において全ケースで、健忘されていた大きな出来事の新たな想起があった。解離傾向の高いケースでは、新たに直面するトラウマ体験や喪失が多いこと、防衛でもあった解離がとれることから、生きづらさが強く感じられ、NET 後に取り組むべき課題が多いと言える。解離傾向の強い対象への効果的な NET 実施を考える上で環境調整は非常に重要である。安全や生活の安定、養育的なパートナーの存在、ライフイベント、特に若年者には加害親に変わる愛着対象の存在の有無を考慮し、カウンセリングに取り組むタイミングを測ることが肝要と考える。

3. 自伝的記憶の整理の要素

自伝的記憶の整理は NET の重要な要素であるが、自伝的記憶を語るためには自己の体験を語るための様式、ナラティブが必要であるとされる。そしてナラティブは養育者が過去を語るのを聞き、大人の過去の語りに参加させてもらうことを繰り返す中で獲得されるという¹⁸⁾。NET は体験の語りや気持ちを徹底的に共感的に聞いてもらうという、逆境的な環境で育った人に欠くことの多い体験を提供する。それはナラティブの獲得を促進する愛着補償的な体験で

あると言えるだろう。実際 NET 実施後には全ての人に体験の言語化能力の向上が見られた¹²⁾。

NET は以下のような点で、解離傾向の強い PTSD 治療に適していると考えられる。つまり、ターゲットを特定せずに治療を開始できること、想起を促進すること、ネグレクトのような「無い傷つき」をも掬えること、十分な馴化が生じない場合も、記憶整理の効果や作業自体がもつ愛着外傷への治療効果がある¹²⁾ こと、作業の結果言語化能力が向上し対人関係が改善されること、である。

4. 終わりに

これまでに実施した NET 症例から、解離症状を伴う PTSD 症例に対する NET の効果と適応を検討した。今後実施数を増やし、有効性と適応を厳密に検討していく必要がある。ケース B の質問紙の結果では軽減が著しいが、構造的な解離の可能性も感じられた。著しく軽減したと感じている自我状態のみが答える検査結果であれば、その値が全体の症状を反映していない可能性があり、解離の程度の強い対象への質問紙検査の限界も考えられた。PTSD は解離症状を伴うことが多いが、臨床の現場では PTSD 症状はあるものの A 基準を欠く人も多く見かける。こうした対象への NET の適応についても今後検討が必要と考える。

引用文献

- 1) Adenauer, H., Catani, C., Gola, H., et al.: Narrative exposure therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli – evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neuroscience*, 12; 127, 2011.
- 2) 飛鳥井望：PTSD の臨床研究：理論と実践．

- 金剛出版, 2008.
- 3) Cloitre, M., Courtois, C.A., Charuvastra, A., et al.: Treatment of complex PTSD: Results of the ISTSS expert clinician survey on best practices. *J.Trauma.Stress*, 24(6); 615-627, 2011.
 - 4) Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J. et al.: The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults. Retrieved from http://www.istss.org/AM/Template.cfm?Section=ISTSS_Complex_PTSD_Treatment_Guidelines&Template=%2FCM%2FContentDisplay.cfm&ContentID=518 2012.
 - 5) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療 (2) - 効果と適応の検討 -. *日本サイコセラピー学会雑誌*, 13(1); 67-73, 2012.
 - 6) 道免逸子, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療 - 複雑性悲嘆を伴う 1 事例の報告 -. *日本サイコセラピー学会雑誌*, 14(1); 77-85, 2013.
 - 7) 道免逸子, 江尻真樹, 森茂起: Narrative Exposure Therapy による複雑性 PTSD の治療 - 境界性パーソナリティ障害を伴う症例への効果と適応の検討 -. *日本サイコセラピー学会雑誌*, 16(1); 71-81, 2015.
 - 8) Elbert, T., Schauer, M., Neuner, F.: Narrative Exposure Therapy (NET): Reorganizing memories of traumatic stress, fear, and violence. (eds.) Schnyder, U., Cloitre, M.: Evidence based treatment for trauma-related psychological disorders. A practical guide for clinicians. Springer, 229-253, 2015.
 - 9) Halvorsen, J.Ø., Stenmark, H., Neuner, F. et al.: Does dissociation moderate treatment outcomes of Narrative Exposure Therapy for PTSD? A secondary analysis from a randomized controlled clinical trial. *Behav. Res. Ther.*, 57; 21-8, 2014.
 - 10) Hensel-Dittmann, D., Schauer, M., Ruf, M., et al.: Treatment of traumatized victims of war and torture: A randomized controlled comparison of Narrative Exposure Therapy and Stress Inoculation Training. *Psychother. Psychosom.*, 80(6); 345-352, 2011.
 - 11) Milde, A.M., Nordling, T.S., Nordanger, D. O.: The effect of Narrative Exposure Therapy on posttraumatic stress disorder: An outpatient intervention study. *Eur. J. Psychotraumatol.*, March, 2012.
 - 12) 森茂起: 児童擁護施設における子どもたちの自伝的記憶 - トラウマと愛着の観点から -. *トラウマティック・ストレス*, 9(1); 43-52, 2011.
 - 13) 野間俊一: 解離研究の歴史. 特集 解離性障害. *こころのりんしょう a-la-carte*, 28(2); 277-284, 星和書店, 2009
 - 14) 岡野憲一郎編: 解離性障害. 専門医のための精神科臨床リュミエール 20. 中山書店, 2009.
 - 15) 岡野憲一郎: 続解離性障害: 脳と身体からみたメカニズムと治療. 岩崎学術出版社, 2011.
 - 16) Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K., et al.: Treatment of patients with borderline personality disorder and comorbid posttraumatic stress disorder using Narrative Exposure Therapy: A feasibility study. *Psychother. Psychosom.*, 81(1); 61-63, 2012.
 - 17) Pabst, A., Schauer, M., Bernhardt, K. et al.: Evaluation of Narrative Exposure Therapy (NET) for borderline personality disorder with comorbid posttraumatic stress disorder. *Clin. Neuropsychiatry*, 11(4); 108-117, 2014.
 - 18) 佐藤浩一, 越智啓太, 下島裕美: 自伝的記憶の心理学. 北大路書房, 2012.
 - 19) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. :

Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. Ashland, Hogrefe & Huber, 2005. (森茂起監訳：ナラティブ・エクスポージャー・セラピー。金剛出版, 2010.)

- 20) Schauer, M., Neuner, F., & Elbert, T. : Narrative Exposure Therapy: A short-term intervention for traumatic stress disorders after war, terror, or torture. 2nd revised and expanded edition. Ashland, Hogrefe & Huber, 2011.
- 21) 柴山雅俊：解離性障害：「うしろに誰かいる」の精神病理。ちくま新書, 2007.
- 22) 柴山雅俊：解離の構造：私の変容とくむすびの治療論。岩崎学術出版社, 2010.
- 23) Steuwe, C., Rullkotter, N., Ertl, V. et al.: Effectiveness and feasibility of Narrative Exposure Therapy (NET) in patients with borderline personality disorder and posttraumatic stress disorder - a pilot study. BMC Psychiatry, 2016.; 16 254 DOI: 10.11186/S12888-016-0969-4
- 24) van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K.: The haunted self: Structural dissociation and the treatment of chronic traumatization. W.W.Norton & Co.Inc. 2006. (野間俊一、岡野憲一郎訳：構造的解離：慢性外傷の理解と治療 上巻(基本的概念編)。星和書店, 2011.)

Narrative Exposure Therapy for the treatment of PTSD:

An examination of the effect and adaptation of patients with dissociative symptoms

Itsuko Suzuki

Hyogo Institute for Traumatic Stress

The current study examined cases of individuals receiving Narrative Exposure Therapy (NET) on an outpatient basis at a Japanese psychiatric hospital. This exploratory study focused on 5 individuals, 2 of whom were diagnosed with a dissociative disorder and 3 of whom were not diagnosed with such a disorder but who were 92-100% likely to have pathological dissociation according to the Dissociative Experiences Scale (DES). This study examined NET's effects on dissociative symptoms and PTSD and its adaptation in Japan. This study also explored the recovery process. Scales in the form of the CAPS, IES-R, SDS, and DES were used to evaluate outpatients 2 weeks, 3 months, 6 months, and 1 year after therapy.

Results indicated that NET was safely conducted even for individuals with dissociative symptoms. PTSD symptoms decreased markedly in 2 outpatients, and they decreased considerably in the remaining 3. Dissociative symptoms decreased markedly in 4 outpatients. Depressive symptoms decreased considerably in 3 outpatients.

NET involves constructing the narrative of one's life story. Two features of NET are that the therapy can begin without targeting events and that memories can be effectively integrated into a timeline even if sufficient habituation has not occurred due to dissociative amnesia. Thus, NET may be a promising therapy for PTSD with dissociative symptoms.

Key words: Narrative Exposure Therapy (NET), dissociative symptoms, dissociative disorders, autobiographical memory

■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下さい。
 - 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、鈴木逸子
編集事務 中井浩子

編集後記

編集後記を執筆し始めてから今年で5年目になります。月並みですが時間が経つのは本当に早いものです。平成27年度からは、本誌を当センターホームページ上で公開するようになり、論文へのアクセス性を高めてきました。来年度には年号が変わるとともに、阪神淡路大震災から25年を迎えます。本誌もその創刊の精神を継承しつつ時代に合わせて柔軟に変化していくことが必要なのかもしれません。

平成最後の心的トラウマ研究は、外部研究者2名からの投稿を含む合計8本の論文からなります。概観すると、災害への準備性に関連する新たな尺度の開発、災害時の受援に関する質的調査、発達障害とトラウマに関する量的調査、サイコロジカル・ファーストエイド学校版の普及に関する研究、消防職員のメンタルサポート、ナラティブエクスプロージャーの実践研究など研究の分野、方法、内容などの点において非常に多彩なものとなっています。これらの研究が、様々な災害で苦しむ日本と世界の人々にとっての有効なこころのケアの礎になることを願います。(T)

心的トラウマ研究 第14巻

2019年3月12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
URL:<http://www.j-hits.org>

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 14, 2018

CONTENTS

Validity and Reliability of the Human Rights-based Well-being Checklist (HRWC)

Takashi IZUTSU

An actual condition survey of trauma-related problems in people with developmental disorders

- Questionnaire for clinical psychologists -

Minako OHTSUKA

Validity and Reliability of the Disaster-preparedness for Resilience Checklist (DPRC)

Atsuro TSUTSUMI

Research on an effective system for accepting disaster support

-From an interview survey to those who took charge of accepting disaster support in the Great East Japan Earthquake and the Kumamoto earthquake-

Takako FUKUI

How to implement Psychological First Aid for Schools in Japan.

Eizaburo TANAKA

Early intervention and prevention following trauma for adults and current status in Japan

Sayaka YAMAMOTO

How to utilize the Emergency Mental Support Team of the Fire and Disaster Management Agency: the clarification of procedural steps and the division of the roles

Tomoko OSAWA

Narrative Exposure Therapy for the treatment of PTSD

-An examination of the effect and adaptation of patients with dissociative symptoms-

Itsuko SUZUKI

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109