

心的トラウマ研究

第15号 令和2年1月

巻頭言	加藤 寛	
[研究論文]		
●日本における複雑性悲嘆の実証研究に関する文献検討と 症例報告の質的内容分析.....	田中 英三郎	1
●心理的応急処置（PFA）e-Orientation 版の有効性に関する研究	堤 敦朗	11
[資料論文]		
●災害時の障害者の権利をめぐる国際動向	井筒 節	17
●精神保健医療分野における受援についての課題	福井 貴子	27
●一時保護を利用する DV 被害女性の 精神的健康に関する文献レビュー.....	桃田 茉莉	37
[総説]		
●犯罪被害によるきょうだいの死別体験に関する研究の動向.....	赤田 ちづる 坂口 幸弘	47
[症例報告]		
●発達障害をベースに持つ PTSD 患者に対する EMDR の試み 症例研究...	大塚 美菜子	57
●アタッチメントの問題を背景に持つ Complex PTSD 症状への ナラティブ・エクスポージャー・セラピー	鈴木 逸子	67

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15号 令和2年1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

災害復興期は創意工夫で

大災害からの復興過程は長く、様々な分野で被災者のニーズに合わせた支援活動が必要となる。既存のサービスが役立たないことも多く、創意工夫を凝らすことが重要になる。阪神・淡路大震災では、当時の貝原知事が提唱した「創造的復興」という言葉が、行政として可能な限りの創意工夫を考える上での旗頭となった。たとえば、中規模以上の仮設住宅には住民同士のつながりを強めるための集会場が作られ、「ふれあいセンター」と名付けられた。また、県外被災者への支援のために「ふるさとひょうごキャラバン隊」という活動が行われ、多くの被災者が住んでいた県外の公営住宅などに、実際に兵庫県の職員が赴き相談に応じるなどした。そのほかにも中高年の就労を促進する「いきいき仕事塾」、在野の看護師を活用し地域での健康意識を高める活動をした「まちの保健室」、被災した児童へのきめ細かい支援を行うために加配された「教育復興担当教員」、そして、過去の災害では取り組まれることのなかった精神保健活動を展開するために作られた「こころのケアセンター」など、さまざまな創意工夫が行われていた。

未曾有の広域災害であった東日本大震災でも、発災以降、さまざまなレベルで新たな視点に立った活動が展開されてきた。地域保健や精神保健の分野では、まず各県ともに被災者の大規模な健康調査を行っており、そこから抽出されたハイリスク者への対応を、心のケアセンターや生活援助員などの新たなマンパワーを活用しながら行ってきた。特に、20万人規模の県民健康調査を行ってきた福島県は、被災者が広域に散らばっているという状況を克服するために、福島県立医大に設置された「こころの健康支援チーム」が電話をかけ、状況確認と相談に応じるという、これまでにない取り組みをしている。同時に医大の教員で構成された「放射線健康相談チーム」が地域に出向き、放射線に関する情報を伝え、個別相談に応じている。これらは、新たなアウトリーチの形といえるだろう。

いくつかの地域では市町村の保健師が中心となって、健康リスクの高い被災者の個別支援だけでなく、地域全体のメンタルヘルスに関する意識を高める活動が行われている。たとえば、宮城県女川町の「こころとからだとくらしの相談センター」の設置、宮城県南三陸町の「健康づくり隊」活動、岩手県陸前高田市の「はまってけらいん、かだつてけらいん運動」など、地元に着した地域保健活動が展開されている。また、宮城県石巻市の「からころステーション」、福島県相双地域の「なごみ」など、民間団体も長期に支援を提供するなど、創意工夫に溢れた活動が展開されてきた。

政府は復興期間を当初は10年と定めたが、平成31年3月に新たに「復興・創生期間」として、さまざまな分野での事業を延長するとしており、健康・生活支援の重要な要素として「心の復興」という言葉を用いて、これまでの事業の延長、新たな事業の展開などを行うとしている。岩手県では被災した子どもたちの支援と臨床から、「いわてこどもケアセンター」が発展的に設立され、すでに積極的な臨床活動を行っている。また、震災後に新たに設置された心のケアセンターの継続を検討している県もある。今後、どのような創意工夫が行われるのか、注目したい。

日本における複雑性悲嘆の実証研究に関する 文献検討と症例報告の質的内容分析



田中英三郎

兵庫県こころのケアセンター

目的—本研究の目的は、日本の複雑性悲嘆に関する実証研究の現状と複雑性悲嘆患者の臨床症状の表現形式を明らかにすることである。

方法—Pubmed 及び医中誌を用いた文献レビュー及び複雑性悲嘆の症例報告を対象とした質的内容分析を実施した。

結果—合計50本の論文がレビュー対象となり、うち13本の症例報告が質的内容分析の対象となった。レビューからは、複雑性悲嘆の有病率、関連要因、診断的妥当性、予備的心理療法の効果が明らかになった。質的内容分析からは、複雑性悲嘆の表現型として抑うつ、自責感、悲しみ、PTSD 症状などが高頻度で認められた。それ以外にも、身体化、自殺関連事象、解離、幻覚及び空想なども認められていた。

考察—今後は長期的な予後を明らかにするための前向きコホート研究と日本の文化に根付いた複雑性悲嘆の臨床的特徴を明らかにするためのインタビュー調査などが必要と考える。

Keywords：複雑性悲嘆、死別、遺族、質的内容分析

I. はじめに

愛する者との死別は人生における最もストレスフルな出来事の1つであり、心身の健康状態に多大な影響を与える。死別後に起こってくる心の反応は「悲嘆」と呼ばれ、ショック、無感覚、否認、絶望、無力感、恐れ、不安、悲しみ、思慕、怒り、後悔、自責などが出現する。大切な人を喪う悲しみは誰しもが経験することであり、悲嘆反応自体は喪失体験に伴う自然な心の変化と言えるだろう。一般的に悲嘆反応は、周囲に支えられながら喪の過程が進むにつれて次第に和らいでいくと考えられてきた。しかしながら、1990年代以降、老年期の配偶者との死別研究、戦争や災害という外傷体験になりうる死別状況下での遺族研究などから、病的な悲嘆が長期に持続することが明らかになり、遷延性悲嘆障害、複雑性悲嘆、トラウマ的悲嘆などの呼称が提唱されるようになってきた¹⁾。

2013年に改訂されたDSM-5では、持続性複雑死別障害(Persistent Complex Bereavement Disorder)という臨床単位が、新たに検討すべき課題として取り上げられた²⁾。また2018年に公表されたICD-11では持続性悲嘆障害(prolonged grief disorder)として正式な医学診断に組み込まれている³⁾。悲嘆が慢性化し病理化した状態を表す用語は、上述の通り様々に提唱されており、未だにコンセンサスは得られていないため、ここではこれまで臨床的に最も幅広く用いられてきた「複雑性悲嘆」を採用することとする。

日本の疫学研究によると、複雑性悲嘆は一般人口の0.7-2.4%に認められている^{4,5)}。また、複雑性悲嘆は診断学的にうつ病やPTSDとも区別されることも明らかになっている⁶⁾。海外では、複雑性悲嘆に対する有効な心理療法のプログラムが既に報告されている⁷⁾。国内でも、Asukai や Nakajima が Shear の複雑性悲嘆

に対する治療法を修正した悲嘆治療プログラム (Asukai の TGTP や Nakajima の J-CGT) を開発し、有望な治療結果を示している^{8,9)}。

しかし、日本での複雑性悲嘆の研究は端緒についたばかりであり、国内の実証研究を系統的にまとめたレビューは存在しない。そこで、本研究では複雑性悲嘆に関して日本でどのような研究がなされてきたのかを明らかにするために、国内の実証研究をレビューしその知見を整理した。また、複雑性悲嘆で認められるような症状は通常の悲嘆反応でも存在することがあり、診断名をつけることで過剰な医療化につながるのではないかと懸念がある。悲嘆の表現型は、国や文化によって異なる可能性があり、欧米の診断基準だけで日本の複雑性悲嘆の現状を判断することが適切かどうかは不明である。そこで、日本の複雑性悲嘆患者の臨床症状を明らかにするために、日本から発表された症例報告を収集し、複雑性悲嘆の臨床的表現型としてどのようなものが報告されているか質的内容分析を実施した。

II. 方法

複雑性悲嘆に関する日本の研究を Pubmed 及び医中誌を用いて検索した。Pubmed では「Complicated grief AND Japan*」を検索式とした。医中誌では「複雑性悲嘆 and 原著論文」を検索式とした。検索で得られた文献リストのタイトルと抄録から複雑性悲嘆に無関係な論文は除外した。残った関連論文のリストを用いて本文が入手可能なものを全て集め論文の内容を精査した。論文中に引用されている複雑性悲嘆に関する論文で、日本の知見にかかるものは適宜ハンドサーチし入手を試みた。

また、収集した論文のうち症例報告は、質的内容分析を用いて分析した。質的内容分析は、テキストのある特定の属性を客観的・体系的に同定し、推論を行うための方法である。アン

ケートの自由記述や日記文などのすでに記述されたテキストの分析に適用でき、テキストの中で何が語られているのかを知るために利用できる¹⁰⁾。本研究でも既に記述された症例報告の文章を解析対象とするため、質的内容分析が適切であると考えた。まず、「日本では複雑性悲嘆がどのように表出されているか」を明らかにするために、Asukai ら⁸⁾の外傷性悲嘆治療プログラムで取り上げられている悲嘆反応 (1. 悲しさ、寂しさと思慕、2. 現実と信じられない気持ち、3. 怒り、4. 抑うつと空虚感、5. 自責感と申し訳なさ、6. 再体験と過覚醒の反応、7. 回避、8. 感情麻痺、9. 否定的な考え、10. 人間関係への影響) を援用して演繹的コーディングを行った。また、どのような治療がなされているかも探索した。治療法については、援用できる日本の理論枠組みが見つけられなかったため帰納的コーディングを行った。ただし、複雑性悲嘆の表出に関しても、データに照らして検討し、データに基づき適宜帰納的コーディングを併用した。

III. 結果

日本の複雑性悲嘆に関する実証研究のレビュー

Pubmed 及び医中誌の検索結果を表 1 に示した。Pubmed を用いた検索では、22 本の研究が同定されたが、うち 3 本は、研究参加者が遺族でない、日本の研究でない、質的研究、などの理由で本レビューの対象からは除外した。その結果、19 本の論文がレビュー対象となった。医中誌を用いた検索では、29 本の研究が同定されたが、うち 3 本は、意見論文、日本の研究でない、質的研究、などの理由で本レビューの対象から

表1. 研究種類別の報告数

	Pubmed (n=19)	医中誌 (n=26)
症例報告	1	12
疫学研究	13	12
診断研究	2	0
治療研究	1	0
総説	2	2

は除外した。以下にレビューのまとめを、疫学研究、診断研究、治療研究毎に示す。

疫学研究

一般人口を対象とした2つの疫学調査が存在する。共に、対象者の選定はランダムサンプリングを用い、複雑性悲嘆の評価には Brief Grief Questionnaire を利用しており、1000名前後が解析対象となっていた。研究デザイン、規模、実施時期（2010年と2012年）が似通った研究同士であるが、結果は大きく異なった。Fujisawa⁴⁾らの調査によると、複雑性悲嘆群は2.4%、閾値以下の複雑性悲嘆群は22.7%であったが、Mizuno⁵⁾らの調査によると、複雑性悲嘆群は0.7%で、閾値以下の複雑性悲嘆群は2.5%であった。この有病率の乖離に大きく寄与している可能性が高い要因は、対象者の年齢ではないかと推測する。Fujisawaらは40歳以上を対象としているが、Mizunoらは18歳以上を対象としているため、調査集団の平均年齢に大きな違いが生じている。報告されている複雑性悲嘆の危険因子には、配偶者の死、予期せぬ死、ホスピス/ケア施設/自宅での死、死の直前に毎日時間を共に過ごすこと⁴⁾、女性、死別後の時間経過が短いこと⁵⁾、終末期ケアの質、主たる介護者であること¹¹⁾などであった。

緩和ケア病棟や在宅緩和ケアを受けた終末期患者の遺族8000名以上を対象とした大規模な疫学調査であるJ-HOPE (Japan HOspice and Palliative care Evaluation) 研究が、2007年より実施されており、様々な知見が報告されつつある¹²⁾。例えば、緩和ケアを受けた癌患者の遺族約9000名を対象にした調査によると、遺族の17-22%はうつ病、14-16%は複雑性悲嘆のハイリスク状態であったことがわかり、終末期の話し合い (End-of-Life discussion) を持つことが、遺族のうつ病や複雑性悲嘆のリスクを低減することが報告されている¹³⁾。遺族のうつ病や複雑性悲嘆と関連する他の要因としては、死の直前

に患者と有意義なコミュニケーションを持つこと¹⁴⁾、生前に患者の死に対する準備をすること、死について患者と話し合うこと¹⁵⁾が保護要因となり、ホスピスを紹介されたときに見捨てられたと感じることが危険要因となっていた¹⁶⁾。

診断研究

複雑性悲嘆はICD-11で新たな診断カテゴリーとして採用されたものの、DSM-5とは乖離した状態にある。しかし、いくつかの研究結果が日本における複雑性悲嘆診断の妥当性を支持していた。例えば、Tsutsuiらは、東日本大震災を経験した病院職員82名を対象に、複雑性悲嘆、PTSD、うつ病の症状を自記式尺度により調査し、それぞれが独立したクラスターを形成することを確証的因子分析で証明している⁶⁾。この知見は、複雑性悲嘆と抑うつにはそれぞれ異なった因子が寄与しているという坂口の報告¹⁷⁾からも裏付けられる。また、Itoらは疫学調査で汎用されている簡便な5項目の自記式尺度であるBrief Grief Questionnaireの妥当性を検証している¹⁸⁾。

治療研究

海外では複雑性悲嘆に対する何種類かの治療法が研究されている。具体的には、集団療法 (Ogrodniczuk)、対人関係療法と認知行動療法を組み合わせた治療プロトコル (Shear)、インターネットを活用した認知行動療法 (Wagner)、薬物療法 (Reynolds) などである⁷⁾。一方、国内での治療研究は現在進行中であり、Asukaiらが、Shearの複雑性悲嘆に対する治療プロトコルを修正した外傷性悲嘆治療プログラム (Traumatic Grief Treatment Program) の予備的介入研究の結果を報告しているのみである⁸⁾。Asukaiらのプログラムの構成要素は、心理教育、実生活内曝露、想像曝露、思い出についての話し合い、想像上の会話である。この予備的研究では、外傷的な悲嘆によりPTSDを発症した15

人の女性を対象に、12 - 16 週の個別セッションが実施されている。結果、治療前後の比較で、悲嘆、PTSD 症状、抑うつ の 3 つの症状が有意に減少するとともに、治療 12 ヶ月後も治療効果は維持されていた。Asukai らの研究のほかにも、Sear の治療プログラムや Wagner のインターネットを用いた治療プログラムが現在効果検証中である^{9,19)}。

予後

我々が入手しえた複雑性悲嘆に関する日本の疫学研究の多くが横断調査であった。そのため、複雑性悲嘆に苦しむ方々が時間と共にどのように変化していくのか、長期的には症状が緩和し、社会機能は改善していくのか、といった疑問に対する答えは現時点では出せない。しかしながら、いくつかの報告が参考となるであろう。例えば、有菌らは事故で家族と死別した遺族 15 名を対象に、約 27 ヶ月後と約 47 ヶ月後の 2 時点で面接調査を実施し、PTSD、うつ状態、複雑性悲嘆を評価している²⁰⁾。結果、時間経過とともに PTSD、うつ状態、悲嘆反応のそれぞれの得点は減少傾向を示していた。また、宮井らは、阪神淡路大震災で被災し遺族となった 47 名を対象に、15 年目と 16 年目に複雑性悲嘆、PTSD 症状、抑うつ症状の調査を実施している²¹⁾。結果、1 年のフォローアップで、悲嘆反応と PTSD 症状は減少傾向を示してはいるものの、半数前後が複雑性悲嘆、PTSD、軽症以上のうつ病のハイリスク群であった。

日本の複雑性悲嘆の症例報告の質的内容分析

Pubmed で検索された 1 つの症例報告に関しては、同著者らの日本語での症例報告と同一であるか否か判断できなかったため今回の分析対象からは除外した。医中誌で検索された 12 の症例報告のうち、8 つの本文が入手可能であったため、これらを分析対象とした。さらに、日本の複雑性悲嘆に関連する症例報告を検索する

目的で、医中誌を用いて「悲嘆 and 症例報告 and 原著論文」、「死別 and 症例報告 and 原著論文」をキーワードに追加検索を行いフルテキストにアクセス可能な 5 つの症例報告を分析の対象として追加した。質的内容分析では、“どのような悲嘆症状が表出されているか”（複雑性悲嘆の表現型）を明らかにするとともに、“どのような治療方法がとられたか”（治療的アプローチ）についても探索した。

分析対象事例の特徴

分析の対象となった症例はのべ 24 例であった。各症例の臨床的特徴を、表 2 にまとめた。要約すると、60 代以降の高齢者が 14/24 例 (58%) と半数以上を占め、10 代以下は 2/24 (8%) であった。複雑性悲嘆以外の主診断としては、うつ病 / 抑うつ状態が最も多く 10/24 例 (41%)、次いで PTSD が 4/24 例 (16%) であった。喪失対象は、配偶者が大半で 15/24 例 (62%) であった。死因は、病死が最も多く 14/24 例 (58%)、次いで自死 6/24 例 (25%) であった。主な治療としては、通常の外来精神療法による対応が最多で 14/24 例 (58%) であった。

複雑性悲嘆の表現型

Asukai らが心理教育で取り上げている悲嘆反応のうち、内容分析で多く認められたものは、抑うつと空虚感、自責感と申し訳なさ（共に 8 例）、悲しさ、寂しさと思慕、再体験と過覚醒の反応（共に 5 例）、回避（4 例）であった。また、帰納的コーディングにより新たに生成されたカテゴリーとしては、不眠、不安、気力低下、情緒不安定など抑うつ状態と関連するものや、身体化（例：失声、めまい、胃部不快感、下腹部痛、食欲低下、口渇、動悸、など）、自殺関連事象（例：自殺念慮、自殺企図、自傷行為）、解離、幻覚及び空想、躁状態などである。帰納的コーディングにより新たに生成されたカテゴリーの中では、身体化が 6 例と最も多く認められていた。

表 2. 複雑性悲嘆の症例報告 (のべ24 症例)

報告者	発表年	雑誌	性別	年齢	悲嘆以外の主診断	喪失対象	死の状況	主な治療
今中, 高見, 他	2018	精神科治療学	男性	60代	双極性障害	叔母	病死	薬物療法
清水, 加藤	2016	臨床精神医学	女性	70代	うつ病	夫	病死	修正型電気けいれん療法、 環境調整
清水, 安田, 他	2016	日社精医誌	女性	70代	アルコール依存	夫	心筋梗塞による突然死	入院加療
			男性	60代	うつ病	妻	病死	入院加療
			女性	70代	死別反応	夫	吐血による突然死	入院加療
清水, 小林	2016	臨床精神医学	女性	60代	全般性不安障害	夫	自死	外来精神療法、環境調整、 抗不安薬
			女性	50代	身体表現性障害	長女、夫	自死、難病による病死	外来精神療法
西岡	2015	精神療法	女性	60代	うつ病	夫	病死	EMDR
本島	2015	臨床精神医学	女性	40代	PTSD	夫	事故死	環境調整
			女性	50代	抑うつ状態	子ども	自死	抗うつ薬
			女性	50代	PTSD	夫	自死	睡眠薬
			男性	50代	うつ病	母、妻、父	病死	外来精神療法
			男性	80代	うつ病	妻	?	抗うつ薬
			男性	80代	抑うつ状態	孫	病死	抗うつ薬
			女性	30代	抑うつ状態	恋人	交通事故	外来精神療法
			女性	10代	境界性パーソナリティ障害	父	飲酒の問題	外来精神療法
黒鳥, 加藤	2015	精神神経学雑誌	女性	60代	なし	夫	病死	外来精神療法
大谷, 高宮	2014	臨床精神医学	女性	60代	適応障害	夫	病死	外来精神療法
			女性	70代	適応障害	夫	病死	外来精神療法
道免, 森	2013	日本サイコロセラピー学会雑誌	男性	40代	複雑性PTSD、抑うつ状態	母、父	病死、自死	抗うつ薬 ナラティブエクスプロージャー
宮田, 浅島	2013	総合病院精神医学	女性	40代	解離性障害	子ども	自死	入院加療、心理教育
鈴木, 秋山, 他	2013	分子精神医学	男性	70代	抑うつ状態	妻	津波	外来精神療法
斉藤, 森, 他	2012	児童青年精神医学とその近接領域	男性	10歳未満	PTSD	父	テロ	遊戯療法、心理教育
山崎, 堀川, 他	1998	臨床精神医学	女性	60代	統合失調気質	母	病死	外来精神療法

治療的アプローチ

帰納的コーディングにより、遺族を支援するうえで身に着けておくべき「基本的態度」と呼べるようなカテゴリーが創発してきた。具体的な内容としては、遺族を傷つけない（二次被害を与えない）、見守る、遺族の語りを尊重する、故人の物語を共有する、などである。

このような基本的な態度の元に遺族と安定した関係性が築ければ、悲嘆に関する心理教育が次のアプローチとなる。特に、現在の精神症状と死別体験の関連を伝えていくことが重要であろう。またこういった医療的なケアと並行して、死別後に起こってくる様々な社会的問題への実際的な援助、他の家族との協力、公的支援の導入、自助グループの活用なども治療的アプローチとなる。更に場合によっては、遺族の状態に応じた専門的な精神療法（悲嘆に焦点化した治療プログラム、ナラティブエクスポージャー、ロールレタリング、遊戯療法、行動療法など）、薬物療法、入院治療が必要になることもある。

IV. 考察

本研究では、日本の複雑性悲嘆に関する実証研究のレビューを行うとともに、日本での複雑性悲嘆の表出形式を明らかにするために、症例報告を用いた質的内容分析を行った。また、症例報告においてどのような治療的アプローチがなされているかについても探索した。

日本では一般人口や遺族を対象とした大規模な疫学調査が2000年代以降、多く実施されてきており、複雑性悲嘆の有病率（一般人口0.7-2.4%、遺族14-16%）やその関連要因が明らかになりつつある。また、認知行動療法をベースとした心理療法の有効性も検討されている。しかし、前向きコホート研究はなされておらず、中長期的な複雑性悲嘆の予後に関しては今後の研究が必要である。

症例報告を用いた質的内容分析の結果から

は、DSM-5の診断基準Bと関連する抑うつ、悲しみ、自責感などの悲嘆症状と再体験と過覚醒、回避などのPTSD症状がそれぞれ認められた。日本の特徴としては、身体化という形式で悲嘆が体の不調として表出される事例が少なかつたことである。身体化症状を遺族からの一種のコミュニケーションと捉える臨床家もあり、特に日本人の複雑性悲嘆の表出形式としての特徴かもしれない²²⁾。また、重篤な例では、自殺念慮、自殺企図、自傷行為など自殺関連事象が認められていたことも見逃せない。遺族のケアを行ううえでは、死に関する話題が回避されがちで、自殺の危険性を正しく評価しそこねる可能性がある。治療者自身の回避にも、目を向けていく必要があるだろう。また、少数ではあるが故人にまつわる幻覚やその他の空想が悲嘆の表出となることもある。こういった症状は、遺族自身が他人に話すと変に思われるかもしれないと考えて隠していることが多々あるようだ。真に精神病性の幻覚などとはことなり、悲嘆からの回復を後押ししてくれる効用も認められている。治療的アプローチとして、2次被害を与えないことや環境調整を行うことがもっと重要である。薬物療法より精神療法の方が効果的であるようだが、うつ症状などの強さに応じて適宜薬物療法も選択していく必要がある。

質的内容分析の限界は、あくまで症例報告で記載された内容のみしか分析できないため、研究者が注目しなかったために報告されなかった臨床症状や治療的アプローチについては不明である。今後は、複雑性悲嘆患者や治療者を対象としたインタビュー調査などを実施する必要があるであろう。

引用文献

- 1) 清水加奈子, 加藤敏: 持続性複雑死別障害. 臨床精神医学, 45:285-290, 2016.
- 2) 高橋三郎, 大野裕監訳: DSM-5 精神疾患

- の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014.
- 3) <https://icd.who.int/browse11/l-m/en/#/http://id.who.int/icd/entity/1183832314> (2019/7/31 アクセス)
 - 4) Fujisawa, D., Miyashita, M., Nakajima, S., et al.: Prevalence and determinants of complicated grief in general population. *J Affect Disord*, 127;352-8, 2010.
 - 5) Mizuno, Y., Kishimoto, J., Asukai, N.: A nationwide random sampling survey of potential complicated grief in Japan. *Death Stud* 36;447-61, 2012.
 - 6) Tsutsui, T., Hasegawa, Y., Hiraga, M., et al.: Distinctiveness of prolonged grief disorder symptoms among survivors of the Great East Japan Earthquake and Tsunami. *Psychiatry Res* 217;67-71, 2014.
 - 7) 立野淳子, 山勢博彰, 山勢善江: 国内外における遺族研究の同行と今後の課題. *日本看護研究学会雑誌*, 34;161-170, 2011.
 - 8) Asukai, N., Tsuruta, N., Saito, A.: Pilot Study on Traumatic Grief Treatment Program for Japanese women bereaved by violent death. *J Trauma Stress* 24;470-473, 2011.
 - 9) <http://plaza.umin.ac.jp/~jcgtp/pages04/index.html> (2019/7/31 アクセス)
 - 10) 有馬明恵: 内容分析の方法. ナカニシヤ出版, 京都, 2007年
 - 11) Miyajima, K., Fujisawa, D., Yoshimura, K., et al.: Association between quality of end-of-life care and possible complicated grief among bereaved family members. *J Palliat Med* 17;1025-31, 2014.
 - 12) Miyashita, M., Morita, T., Tsuneto, S., et al.: The Japan HOspice and Palliative Care Evaluation study (J-HOPE study) : study design and characteristics of participating institutions. *Am J Hosp Palliat Care* 25; 223-232, 2008.
 - 13) Yamaguchi, T., Maeda, I., Hatano, Y., et al.: Effects of End-of-Life Discussions on the Mental Health of Bereaved Family Members and Quality of Patient Death and Care. *J Pain Symptom Manage* 54;17-26, 2017.
 - 14) Otani, H., Yoshida, S., Morita, T., et al.: Meaningful Communication Before Death, but Not Present at the Time of Death Itself, Is Associated With Better Outcomes on Measures of Depression and Complicated Grief Among Bereaved Family Members of Cancer Patients. *J Pain Symptom Manage* 54;273-279, 2017.
 - 15) Mori, M., Yoshida, S., Shiozaki, M., et al.: "What I Did for My Loved One Is More Important than Whether We Talked About Death": A Nationwide Survey of Bereaved Family Members. *J Palliat Med* 21;335-341, 2018.
 - 16) Odagiri, T., Morita, T., Aoyama, M., et al.: Families' Sense of Abandonment When Patients Are Referred to Hospice. *Oncologist* 23;1109-1115, 2018.
 - 17) 坂口幸弘, 宮下光令, 森田達也, 他: ホスピス・緩和ケア病棟で近親者を亡くした遺族の複雑性悲嘆、抑うつ、希死念慮. *Palliative Care Research*, 8;203-210, 2013.
 - 18) Ito, M., Nakajima, S., Fujisawa, D., et al.: Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One* 7:e31209, 2012. 2011
 - 19) <https://www.j-itcg.jp/> (2019/7/31 にアクセス)
 - 20) 有蘭博子, 加藤寛, 煙崎久子: 突然の事故により家族と死別した遺族の経年的な心理状態の変化. *心的トラウマ研究*, 2;31-39, 2006.
 - 22) 宮井宏之, 内海千種, 大和田攝子, 他: 阪

神・淡路大震災の遺族における心身の健康状態に関する継続調査. 心的トラウマ研究, 7;15-23, 2011.

- 23) 清水加奈子, 小林聡幸: 身体症状として表現された自殺者遺族の複雑性悲嘆—「仮面複雑性悲嘆」の治療について—. 臨床精神医学, 45;349-356, 2016.

A literature review on empirical evidence of complicated grief in Japan and qualitative analysis for case reports among Japanese bereaved

Eizaburo Tanaka

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Aims – The purposes of this study were to reveal existing evidence on complicated grief in Japan and to explore the clinical feature of patients with the condition.

Methods – A Literature review with Pubmed/Ichushi and qualitative content analysis for case reports of Japanese complicated grief patients.

Methods – Of all, 50 papers were reviewed. Among them, 13 case reports were used for qualitative content analysis. The literature review showed prevalence, associated factors, diagnostic validity, and preliminary result of psychotherapy for complicated grief. Japanese complicated grief patients often had depression, self-blame, sorrow, and PTSD symptoms. Additionally, Somatization, suicidal thought and behavior, dissociation, delusion, and fantasy were reported as possible grief reactions.

Discussions – Further prospect cohort study and interview survey with complicated grief patients are needed to reveal long-term outcome and detailed clinical feature among people with complicated grief.

Keywords: Complicated grief, bereavement, bereaved, qualitative content analysis

心理的応急処置（PFA）e-Orientation 版の有効性に関する研究



堤敦朗* 井筒節** 金吉晴***

* 金沢大学国際機構・人間社会環境学研究所 ** 東京大学総合文化研究科教養教育高度化機構

*** 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

著者らが国連機関等と共同で作成した Psychological First Aid (PFA) Guide for field workers: e-Orientation の効果について、マレーシアにて、対面式のトレーニングと比較してその有効性を検討した。対象者は、PFA e-Orientation を用い約2時間のオンライン研修を受けたEO群48名(男11名、女37名、平均36.55歳(SD9.47))と、コントロールとして、同内容を3時間の対面式研修を通して受けたF2F群66名である(男22名、女性44名、平均年齢36.03歳(SD13.08))。この両群間で、介入の有効性の差異を検討するために、「適切にPFAを行う自信」と「PFAに関する知識」の得点につき、比較した。その結果、両群共に「適切にPFAを行う自信」と「PFAに関する知識」双方の得点が有意に上昇した($p<0.01$)。また、両群間で、それぞれ介入前後の得点変化の比較を行ったところ、統計的有意差は見られなかった。これにより、PFA e-Orientation は対面式トレーニングと同程度の有効性があることが示唆された。

キーワード：心理的応急処置（PFA）、e-Orientation、効果、災害

I はじめに

国連国際防災戦略事務局（現・国連防災機関（UNDRR））によると⁴⁾、近年数多くの大災害が世界各地で報告されており、その経済損失は150兆円を超える。過去10年の間に、自然災害の影響を受けたのは17億人で、そのうち、70万人が命を落としている。中でも、アジア太平洋地域は多くの大災害を経験しており、その数は世界全体の約40%にのぼる。過去10年間に発生した災害の数上位10か国のうち、5か国をアジア太平洋地域の国が占め、1位が中国、3位がフィリピン、5位がインドネシア、6位がベトナム、そして9位が日本である¹⁾。国連アジア太平洋経済社会委員会（UNESCAP）も、アジア太平洋地域で暮らす人々のうち、14億人が自然災害による影響を受けたと報告している³⁾。これは、世界全体の80%以上を占める数である。

このような中、災害時の精神保健・心理社会的支援に関する国際的なガイドラインとして、IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings¹⁾、Psychological First Aid: Guide for field workers⁵⁾、mhGAP Humanitarian Intervention Guide⁶⁾などが出版され、多くの国で共有されるようになってきた。また、国際的合意レベルでは、第3回国連世界防災会議で採択された Sendai Framework for Disaster Risk Reduction（仙台防災枠組）²⁾において、復興のための精神保健および心理社会的支援の促進が優先事項として含まれた。その結果、精神保健・心理社会的支援は、多くの人道支援関係者や医療関係者によって積極的に取り組まれるようになってきた。これら国際ツールの浸透や、阪神淡路大震災、インド洋津波、東日本大震災をはじめとする内外の経験に基づき、「害を与えない」精神保健・心理社会的支援が幅広く実施さ

れるようになってきている。心理的応急処置 (Psychological First Aid: PFA)⁵⁾ は、この「害を与えない」原則に基づく精神保健・心理社会的支援のかなめの一つであり、回復とレジリエンスを高めることを主眼に、現在多くの国で実施されている。

一方、依然として災害時の精神保健・心理社会的支援分野では、財政的・人的資源が著しく限られており、特に低・中所得国では、より厳しい現状がある。その結果、精神保健・心理社会的支援をめぐるニーズとそのアクセシビリティには大きなギャップが存在している。PFAに関するリソースも同様で、開発途上国では、トレーニングを行うことができる国や施設は限られている。また、トレーナーやトレーニングに参加するための予算が存在としても、精神保健関係者が少ない開発途上国では、トレーニングを受けるために職場を離れることがままならない場合も多い。この課題を解決するために、本研究チームは、WHO等が開発した Psychological First Aid: Guide for field workers をもとに、WHOの許可のもと、国連機関や開発途上国政府・自治体、精神障害当事者、若者等と共に、PFAを自己学習できる遠隔教育ツール PFA e-Orientation 英語版を開発した。本研究では、災害の多いマレーシアにて、この PFA e-Orientation の効果につき、従来型の対面式トレーニングの効果と比較して検討した。

II 方法

II-1. 対象

対象は、マレーシアのクアラルンプールで PFA 研修に登録した 114 名 (男 47 名、女 67 名) の医療関係者である。クアラルンプールにある国連機関である国連大学グローバルヘルス研究所 (UNU-IIGH) の協力のもと、UNU-IIGHにて、PFA 研修を 2017 年 2 月に 2 日間行った (各群 1 日ずつ)。この時、e-Orientation に

よる約 2 時間の PFA 研修を受けた対象群 (EO 群) は 48 名 (男 11 名、女 37 名、平均 36.55 歳 (SD9.47))、筆者を講師とした同内容の 3 時間の対面式 PFA 研修を受けたコントロール群 (F2F 群) は 66 名であった (男 22 名、女性 44 名、平均年齢 36.03 歳 (SD13.08))。EO 群と F2F 群の割付は、初日に参加した者は F2F 群、2 日目に参加したものは EO 群であった。なお、研修は無料で行い、参加者募集の際に、本研究は e-Orientation の効果測定を目的としているため、参加日によってどの割付になるか分からないことを記載した。なお、倫理的配慮に基づき、EO 群のうち希望した者に対して、データ収集後に、対面式 PFA 研修も追加実施することも明記した。

II-2. 尺度

本研究では、WHO 等が発表している PFA Moderator's Manual にある PFA 研修の効果測定のための自記式質問票を使用し、Pre-Post Test で比較した⁷⁾。この自記式質問票は「適切に PFA を行う自信」(Confidence to provide PFA: 以下、「PFA 自信」) の 8 項目と「PFA に関する知識」(Knowledge on PFA: 以下、「PFA 知識」と記述) 16 項目の計 24 項目から構成されている。「PFA 自信」は、災害後、適切に PFA を実施する自信があるかどうかを評価することを目的としたチェックリストである。また、「PFA 知識」は、PFA に関する基礎的な知識について評価することを目的としたものである。「PFA 自信」では、各項目につき、それぞれ 5 件法 (とても低い、低い、普通、高い、とても高い) で回答し、合計点 (範囲: 9-45 点) が高いほど適切に PFA を行う自信があることを意味する。「PFA 知識」においては、各質問項目に「はい」か「いいえ」で回答し、正解を 1 点、不正解を 0 点として、合計点 (範囲: 0-15 点) を計算する。なお、英語の原文の日本語訳は、PFA の公式日本語版に従ったものである。これ

らの質問票に加え、年齢、性別、職業、災害現場での活動経験についてもデータ収集した。

II-3. 統計解析

e-Orientation 群と F2F 群の間における、「PFA 自信」、「PFA 知識」の平均得点の比較を *t* 検定にて行った。また、介入前後の得点比較は対応のある *t* 検定を行った。各群の介入前後のスコアの上り幅については、Mann-Whitney の *U* 検定を実施した。両群間における、災害活動経験、性別をめぐる比較に関しては、 χ^2 乗検定を行った。また、各質問尺度に対して、Cronbach の α 係数を算出し、内的一貫性の検討も行った。

II-4. 倫理的配慮

研究に関する説明書を配布した上で、口頭でも説明を行った。侵入性のない質問票であること、データ収集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。また、本研究の手続きは金沢大学国際機構倫理委員会によって承認された。

III 結果

EO 群と F2F 群間に年齢による有意差はなかった。

表 1 に示すように、EO 群における女性の割合は 77% であり、F2F 群では 66% であった。

表1 属性

	EO群 (n=48)	F2F群 (n=66)	t
	度数(%)	度数(%)	
性別(女性)	37 (77%)	44 (66%)	-0.61
災害経験あり	25 (52%)	37(56%)	-1.26

災害現場での経験があると答えたものは、EO 群で 52%、F2F 群で 56% であった。両群間において、性別や災害現場での活動経験の有無に、統計的有意差は見られなかった。

表 2 は、両群における介入前の「PFA 自信」と「PFA 知識」の得点を示した。双方、介入前の得点に、両群間で有意差はなかった。

表2 両群の介入前の得点

	EO群 (n=48)	F2F群 (n=66)	t
	平均値 (標準偏差)	平均値 (標準偏差)	
PFA自信	27.06 (5.86)	26.36 (6.33)	-0.61
PFA知識	11.08 (1.99)	10.53 (2.52)	-1.26

表 3 には、各群における介入前後のスコアの変化を示した。EO 群における「PFA 自信」では 10 点以上の上昇がみられ、F2F 群では約 7 点の上昇であった。どちらも、統計的に有意であった ($p < 0.01$)。「PFA 知識」においては、

表3 介入前後の得点比較

	PFA自信		t	PFA知識		t
	介入前	介入後		介入前	介入後	
	平均 (標準偏差)		t	平均 (標準偏差)		
EO群 (n=48)	27.06 (5.86)	37.45 (5.33)		-11.97**	11.08 (1.99)	13.06 (2.05)
F2F群 (n=66)	26.36 (6.33)	33.85 (5.65)	-8.46**		10.53 (2.52)	12.24 (3.13)

** $p < 0.01$

EO 群が約 2 点の上昇を示し、F2F 群は約 1.7 点の上昇を示した。どちらにおいても、統計的に有意な上昇がみられた ($p < 0.01$)。

表 4 は、介入前後の得点変化の比較を行ったものである。EO 群の「PFA 自信」と「PFA 知識」

表4 介入前後の得点増加の比較

	EO群 (n=48)	F2F群 (n=66)	u
	中央値 (四分位)	中央値 (四分位)	
PFA自信	8.00 (4.25-9.00)	7.50 (4.00-13.00)	1538
PFA知識	2.00 (1.00-3.00)	2.00 (0.00-3.00)	1558

の中央値は、それぞれ8.00、7.50で統計的有意差は見られなかった。

なお、Cronbachの α 係数は、「PFA自信」で0.93、「PFA知識」で0.61であり、十分な内的一貫性と信頼性を示した。

IV 考察

本研究では、新たに作成したPFA e-Orientationの介入効果について検討した。その結果、「PFA自信」と「PFA知識」のどちらにおいても、有意にスコアが上昇するという結果が示された。また、点数の変化においては、対面式のPFA研修と差がみられなかった。これにより、PFA e-Orientationが対面式研修と同等の有効性を有していることが示唆された。

本研究において、e-Orientationと対面式研修の間で効果が変わらなかった理由として、まず、PFAの内容が、医療関係者のみを対象とする専門的な内容ではなく、あらゆる人が学び、実施できるものであることが関連していると考えられる。また、本e-Orientationでは、アニメーションを多用し、対面式研修で実施しているシミュレーションやロール・プレイ等も再現することで、研修内容の具体的理解を促進したことが功を奏した可能性がある。また、約2時間という比較的短い時間に収めたことも、理解度の向上と関連するかもしれない。

PFA e-OrientationとPFA対面式研修の間に効果の差がなく、同等の効果が期待されるということは、財政面や人的資源の観点からも意味が大きく、地理的なアクセシビリティの課題があった対面的研修を必ずしも行わなくとも、いつでも、どこからでも利用できる有効性があることを示している。特に中・低所得国では、対面式PFAの研修を実施できるトレーナーが少なく、トレーニングを受ける機会が非常に限られていること、そして、同時に災害が多いことを鑑みると、e-Orientationは有用である。

現在、国際機関や各国政府・自治体等と共同して、フィリピン語版、マレー語版、タイ語版の作成と標準化が進んでおり、さらなる普及が期待される。

また、このe-Orientationは、財政的・人的資源が少ない地域のみならず、あらゆる場面で有用である可能性がある。例えば、突如、災害現場に赴かねばならない際等にも、移動の合間や宿泊先等に、独学でPFAを学ぶことが可能となる。これにより、被災者への対応を行う自治体職員、自衛隊員、警察・消防関係者、医療関係者、教育関係者、メディア、その他の援助関係者、ボランティア、地元の一般住民にとっても、e-Orientationを通して、時や場所を選ばずに、害のない心理社会的支援を学ぶことができ、非常に役立つものと思われる。これは、災害準備性の側面からも重要である。「レジリエンス向上のための災害準備性チェックリスト(DPRC)」を用いた研究においても、災害準備性が高いほど生活の質(QOL)や精神健康度が高いことが報告されている⁸⁾。よって、災害の現場に携わる様々なステークホルダーにとって、有用なツールと言える。

特に、一般住民が、災害等時に、気軽にPFAをオンラインで学べるようになることは、自らや家族や知人の精神保健・心理社会的ウェルビーイングを保護・促進し、地域のレジリエンスを高めることにつながり、大きな貢献となるかもしれない。

本研究では、対象者が少ないため性別による比較を行っていない点に加え、限界がある。医療関係者のみを対象としており、両群とも研修前からPFAの知識に関する得点が高かったことから、すでに知識を有しかつPFAの理解度の高い群であるという場バイアスは否定できない。この場合、いかなる研修方式によっても得点が上昇する可能性がある。よって、今後は、医療関係者だけではなく、地域住民など幅広いグループを対象にデータを収集し分析すること

が求められる。

トラウマ研究 . 2019;14:23-30.

尚、本 e-Orientation 英語版は、<https://www.youtube.com/playlist?list=PLtWjmBOuKQBdk734agp5XN09ciQ1c-WfQ> から無料でアクセス・利用できる。

V 謝辞

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

文献

1. IASC. IASC Guideline on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva: IASC;2007.
2. UN. The Sendai Framework for Disaster Risk Reduction 2015-2030. New York: UN; 2015.
3. UNESCAP. Asia-Pacific Disaster Report 2015 - Disasters Without Borders. Bangkok: UNESCAP;2015.
4. UNISDR. The economic and human impact of disasters in the last ten years. Geneva: UNISDR;2015.
5. WHO, Foundation WT, Vision W. Psychological First Aid (PFA) : Guide for Field Workers. Geneva: WHO; 2011.
6. WHO, UNHCR. Clinical management of mental, neurological and substance use conditions in humanitarian emergencies: mhGAP Intervention Guide (mhGAP-HIG) . Geneva: WHO; 2015.
7. WHO., War Trauma Foundation, World Vision. Psychological first aid: Facilitator's manual for orienting field workers. Geneva: WHO; 2013.
8. 堤敦朗, 井筒節, 田中英三郎, et.al. 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 . 心的

A study on the effectiveness of Psychological First Aid e-Orientation

Atsuro Tsutsumi, Ph.D.* , Takashi Izutsu, Ph.D.** , Yoshiharu Kim, M.D., Ph.D.***

*Organization of Global Affairs, Graduate School of Human and Socio-Environmental Studies,
Kanazawa University;

**Komaba Organization for Educational Excellence, The University of Tokyo;

***National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

This present study examined the effectiveness of the Psychological First Aid (PFA) Guide for field workers: e-Orientation comparing with the face to face training of the same contents. The e-Orientation group consisted of 48 participants who received 2 hours PFA e-Orientation (male: 11, female: 37, mean age: 36.55 (SD9.47)) and the 3 hours Face to Face group consisted of 66 participants who received the face to face training (male: 22, female: 44, mean age: 36.03(SD13.08)). There was significant increase in the scores of “Confidence to provide PFA” and “Knowledge on PFA” after the intervention for both groups ($p<0.01$) . In addition, there was no significant difference in the change of the scores in both groups. These results imply that the PFA e-Orientation has similar effectiveness as the PFA face to face training.

Key words: Psychological First Aid (PFA) , e-Orientation, effectiveness, disaster

災害時の障害者の権利をめぐる国際動向



井筒節 * 堤敦朗 ** 田中英三郎 *** 金吉晴 ****

* 東京大学総合文化研究科教養教育高度化機構 ** 金沢大学国際機構・人間社会環境学研究所

*** 兵庫県こころのケアセンター **** 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

近年、大災害が世界的に増加しており、災害時の精神保健・心理社会的支援をめぐるニーズは益々高まっている。国際機関では規範作りが進められ、各国のリーダーシップと現場関係者の努力により、防災や人道支援の現場でも、より「害のない」形で精神保健・心理社会的ウェルビーイングを実現するための取組みが広く行われるようになってきた。しかし、防災や人道支援における精神障害と知的障害を含む障害者の権利保護・促進には、制度と実践の両面で、未だ大きなギャップがみられる。災害時の障害者の人権についても、日本は多くの経験を有しており、好事例や教訓を世界に発信していくことが求められている。その上で、これまでの国際動向を把握しておくことは重要である。よって、国際社会における人道危機時の障害者の権利をめぐる最近の動向につき、障害者権利条約、仙台防災枠組、持続可能な開発目標（SDGs）等の観点から、整理し、検討した。

Key words：障害、人権、障害者権利条約、持続可能な開発目標（SDGs）、仙台防災枠組

I. はじめに

近年、大災害が世界的に増加しており、災害時の精神保健・心理社会的支援をめぐるニーズは、益々高まっている。そのような中、日本は、阪神大震災や東日本大震災をはじめとする様々な災害への取り組みを通し、緊急時の精神保健をめぐる世界的知見を積み重ねてきた。また、これをもとに、国際協力機構（JICA）による災害後の「メンタルヘルスサービス研修」や「四川大地震こころのケア人材育成プロジェクト」等を通し、能力向上と技術支援等を通した他国への貢献も進めてきている。また、国連2030アジェンダおよび持続可能な開発目標（SDGs）策定過程においても、これらの経験を活かした日本の専門家が、精神保健・ウェルビーイングの促進の優先事項化における中心的役割を担った。

世界でも、様々な緊急対応を経て、災害時の精神保健・心理社会的ウェルビーイングは、防災や人道支援の政策および実践の優先事項とし

て認識されるようになってきた。国際機関も、国連機関間常設委員会（IASC）（2007）「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」¹、世界保健機関（WHO）等（2011）「心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）フィールド・ガイド」²、WHO（2015）「mhGAP 人道介入ガイド」³を発表する等して、国際の規範を形づくってきた。これを受け、各国政府や自治体、現場関係者の努力により、防災や人道支援の現場では、「害のない」形で精神保健・心理社会的ウェルビーイングへの取組みをすることが標準となりつつある。

しかし、防災や人道支援における精神障害、知的障害を含む障害者の権利保護・促進の必要性については、未だ、認識が十分ではない。この結果、災害時の障害者の死亡率は、障害のない者と比べて2-4倍とされている他⁴、障害のある人が避難所から追い出される等の問題も多く生じている。これは、これまでのガイドライン等でも障害のある人々の人権について触れら

れてきたものの、アウェアネス、制度、実践において、未だ大きなギャップがあることに起因する。日本は、災害時の障害者の権利についても、国、自治体、障害関係団体、日本弁護士連合会、大学・研究機関等が、多くの経験や知見を有しており、好事例や教訓を世界に発信し、活用していくことで、この状況を早急に変えていくことが求められている。その上では、災害時の障害者の権利をめぐる国際動向を整理し、理解しておくことが役立つ。よって、本稿では、国連を中心とする国際社会における人道危機時の障害者の権利保護・促進をめぐる動向を概観し、検討する。

II. 障害者の権利をめぐる国際規範

II-1. 障害者権利条約

2006年に国連総会で採択された「障害者権利条約」⁵は、現在、181か国が批准しており、これら批准国において法的拘束力をもつ重要なツールである。障害者権利条約では、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む」(1条)とされ、精神障害と知的障害が含まれた。また、医学的コンディションを障害の原因と考える「医学モデル」や「チャリティー・モデル」から、「社会モデル」への大きなパラダイムシフトを示し、障害の概念を刷新した。すなわち、これまで一般的であった長期的な機能障害や医学的コンディションを障害と捉える考え方と異なり、「社会のバリア(障壁)」が障害を生むとする「社会モデル」が採用された。これは、障害者において、走者ではなくハードルが障害であるのと同様で、聴覚障害における情報伝達を例にとると、音声のみによる情報伝達ではバリアが生じうるが、字幕や手話等があれば情報伝達ができ、障害はなくな

るという考え方である。精神障害や知的障害をめぐる文化・環境・制度・情報コミュニケーション・態度のアクセシビリティ(アクセシビリティは、日本政府公定訳では「施設及びサービス等の利用の容易さ」と訳されている)確保を通してバリアをなくし、アクセシビリティを確保することで、インクルージョン(包摂)を進めていくことが求められている。更に、この社会モデルに基づき、障害者権利条約では、「合理的配慮」という概念が採用された。合理的配慮とは、「障害者が他の者との平等を基礎として全ての人権及び基本的自由を享有し、又は行使することを確保するための必要かつ適当な変更及び調整であって、特定の場合において必要とされるものであり、かつ、均衡を失した又は過度の負担を課さないものをいう」(2条)。これにより、学校や職場、店舗をはじめとする社会の様々なアクターが、障害のある人の社会参加に必要で適当な変更や調整を、過度な負担がない限り、行う必要がある。すなわち、災害時の情報伝達、避難経路、避難所運営、仮設住宅設置等の各段階で、一人ひとりの個性に合わせた「合理的配慮」を行い、社会側がバリアを取り除いていくことが求められている。

本条約の原則は、(a)固有の尊厳、個人の自律及び個人の自立の尊重、(b)無差別、(c)社会への完全かつ効果的な参加及び包容、(d)差異の尊重並びに人間の多様性の一部及び人類の一員としての障害者の受入れ、(e)機会の均等、(f)施設及びサービス等の利用の容易さ、(g)男女の平等、(h)障害のある児童の発達しつつある能力の尊重及び障害のある児童がその同一性を保持する権利の尊重(3条)である。これらの原則に基づくこの条約は、50条からなり、「生命に対する権利」(10条)、「危険な状況及び人道上の緊急事態」(11条)、「法律の前にひとしく認められる権利」(12条)、「司法手続の利用の機会」(13条)、「身体的自由及び安全」(14

条)、「拷問又は残虐な、非人道的な若しくは品位を傷つける取扱い若しくは刑罰からの自由」(15条)、「搾取、暴力及び虐待からの自由」(16条)、「個人をそのままの状態で保護すること」(17条)、「移動の自由及び国籍についての権利」(18条)、「自立した生活及び地域社会への包容」(19条)、「個人の移動を容易にすること」(20条)、「表現及び意見の自由並びに情報の利用の機会」(21条)、「プライバシーの尊重」(22条)、家族や子供を作る自由を含む「家庭及び家族の尊重」(23条)、そして、「教育」(24条)、「健康」(25条)、「ハビリテーション及びリハビリテーション」(26条)、「労働及び雇用」(27条)、「相当な生活水準及び社会的な保障」(28条)、「政治的及び公的活動への参加」(29条)、「文化的な生活、レクリエーション、余暇及びスポーツへの参加」(30条)等が含まれている。特に、11条では、「危険な状況(武力紛争、人道上の緊急事態及び自然災害の発生を含む。)において障害者の保護及び安全を確保するための全ての必要な措置をとる」ことが明記されている。

批准国は、数年ごとに実施状況を国連障害者権利委員会に報告することになっており、本年は、日本の報告書が初めて審査される他、市民社会からもパラレルレポートが提出される。日本政府による報告書⁶における11条をめぐる記述では、東日本大震災において障害者の死亡率が被災住民全体の約2倍であったことを教訓に、2013年に「災害対策基本法」を改正し、障害者を含む「要配慮者」のうち、自ら避難することが困難で、支援を要する者への実効性のある避難支援、安否確認、その他の必要な措置がなされるよう「避難行動要支援者名簿」作成を市町村長に義務づけ、平常時・災害発生時双方において避難支援者に情報提供を行う制度と「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針」を作ったこと(2013)、避難所における生活環境の整備等に関する努力義務規定と「避難所における良好な生活環境の確保に向け

た取組指針」を策定したこと(2013)等が述べられている。また、障害者基本法において、国と地方公共団体が、災害等時に、障害者に対し安全確保のための情報を的確に伝えるための施策や、障害者の性別・年齢・障害の状態及び生活実態に応じて防災・防犯に関し必要な施策を講じること等が定められたことが述べられた。また、「障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援する法律に基づく指定障害者支援施設等の人員、設備及び運営に関する基準」において、障害者の施設入所支援等を行う施設は、非常災害時に必要な設備を設け、具体的計画と関係機関への連絡体制を整備し、定期的に従業者に周知することを定めたことも述べられている。また、締約国は、毎年、国連本部で開かれる締約国会議でそれぞれの経験を共有し、課題を話し合う。

II-2. その他の国際規範

防災分野における国際規範としては、これまで「兵庫防災枠組」(2005)が大きな役割を果たしてきたが、2015年に仙台で開催された国連世界防災会議ではこれを引き継ぐ2030年までの新枠組み「仙台防災枠組」⁷が採択された。仙台防災枠組には、「必要としている人のすべてに対して、心理社会的なサポートとメンタルヘルスサービスを提供するための復旧スキームを強化する」(33o)との文言で精神保健・心理社会的支援が優先事項に含まれたが、防災における障害者の包摂も初めて優先課題とされた。具体的には、ユニバーサルデザインの原則等に沿った「政策・計画・基準の企画立案及び実施」のために、これらのプロセスに障害者に参加してもらうこと、年齢やジェンダーのみならず障害によって分類されたデータを収集すること、障害等をめぐる技術革新・技術開発への投資をすること、災害への対応・復興再建・復旧アプローチにおける障害者のエンパワーメントの重要性が盛り込まれた。

更に、2015年、193の加盟国の首脳が2016-30年の国際優先事項として合意した国連「2030アジェンダおよびSDGs」⁸でも、「精神保健・ウェルビーイングの促進」(ターゲット3.4)や「物質乱用の防止・治療の強化」(3.5)と共に、障害者の権利が5つの目標、7つのターゲットに含まれた。具体的には、質の高い教育への平等なアクセスと障害に配慮した教育施設の提供(目標4ターゲット4.5、4.a)、障害のある人の雇用と働きがいのある人間らしい仕事の実現(目標8ターゲット8.5)、障害のある人のエンパワーメントと社会的、経済的、政治的インクルージョンを通じた不平等の是正(目標10ターゲット10.2)、障害者のニーズに配慮した交通機関の整備と緑地や公共スペースにおけるアクセスの確保(目標11ターゲット11.2、11.7)、障害に関する信頼性あるデータの収集(目標17ターゲット17.18)が盛り込まれた。これらをめぐっては、各国において、毎年データ収集がなされ、国連の場でもモニターされている。

更に、2016年にイスタンブールで開催された国連世界人道サミットでは、「人道支援における障害者の包摂に関する憲章」⁹が、加盟国、国連機関、人権団体等に承認された。これは、すべての人道支援が障害を包摂し、障害者にとって大切なニーズを満たすと共に、紛争や自然災害等の人道危機における保護、安全、尊厳の尊重を促進することの重要性を再確認したものである。また、5つの行動コミットメントとして、差別の禁止、参加、包摂的な政策、包摂的な対応とサービス、協働と調整が提示された。

同じく2016年には、第3回国連人間居住会議(ハビタットIII)がキトで開催され、成果文書「ニュー・アーバン・アジェンダ」¹⁰が採択された。ここでも、都市計画における、障害者への差別の撤廃と、テクノロジー、雇用、交通機関を含む公共サービスへのアクセスにおける平等の確保が約束された。

また、地域ごとの努力も続けられており、例

えば、2012年には、国連アジア太平洋経済社会委員会(ESCAP)を中心に、「第3次アジア太平洋障害者の十年(2013-22年)」の行動計画である「インチョン戦略」¹¹が発表されている。10個ある目標のうち、目標7は特に障害を包摂した防災に関するものである。

この他にも、各国際機関が、それぞれ防災と障害をめぐる活動を強化している。国連防災機関(UNISDR)は、2013年に障害と災害に関する調査¹²を行った。障害のある人々を対象に行われたこの調査によると、自治体の防災計画がアクセスや機能障害に関連するニーズを満たすと考えている障害者は10%にすぎず、災害時に困難なく避難できると思うと答えた人も20.6%にとどまり、多くの障害のある人々が災害時に取り残されるリスクを認識していることが示された。また、障害のある人の50%が、地域の防災をめぐる制度作りに参加したいと考えているものの、多くの場合、障害者の参加が実現していない現状が示唆された。

また、精神障害や知的障害をめぐる、WHOは、「精神・神経・物質使用障害のためのmhGAP介入ガイド」(2010)¹³に続き、2015年に「mhGAP人道介入ガイド」³を発表した他、2016年のmhGAP介入ガイド第2版¹⁴では冒頭に人権をめぐる記述を強化した。また、2013年にWHO総会が採択した「メンタルヘルスアクションプラン2013-2020」¹⁵でも、人権や精神障害と心理社会的障害のある人々のエンパワーメントが原則に含まれた。

更に、精神保健と人権をめぐる、国連人権理事会において、これに関する決議が2016年と2017年に採択された。また、2017年には、健康権に関する国連特別報告者(国連の意見を代表するものではなく、個人の資格で活動する)が報告書¹⁶を提出し、精神保健における「生物学モデルへの過度な依拠」、「意思決定をめぐる力の偏り」、「エビデンスの偏用」について問題提起したのに対し、世界医学会や世界精神

医学会等が反対意見を表明。これを受け、2018年には、国連人権高等弁務官事務所（OHCHR）が精神保健と人権をめぐるコンサルテーション会議をジュネーブで開催した。

また、国勢調査等で用いることを目的に、ワシントン・グループが障害をめぐる6つの質問を、国連や当事者と共に開発。更に、39項目からなる「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）」¹⁷や「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）」¹⁸も、国連や障害当事者との協力のもとで開発される等、災害時の障害者の人権保護・促進に資する国際尺度も生まれつつある。

紛争や災害等の人道危機時の障害者の権利をめぐるっては、IASCが、現在、障害者のインクルージョンをめぐる新ガイドラインを作成している（本年発表予定）。

III. 災害時の障害者の権利をめぐる現状

災害時の障害者の権利をめぐる取組みは、国や自治体によってまちまちであるが、ほとんどの場合、未だ十分とは言えず、好事例から学びながらシステム化していくことが望まれている。国連は、昨年発表した障害と開発に関する報告書¹⁹や、今年、東京大学、金沢大学、国立精神・神経医療センター精神保健研究所等と共に発表予定の「障害を包摂した防災：すぐに取り組むべき国際優先事項：仙台防災会議とその後」報告書において、国際機関、政府、自治体、アカデミア、フィールド・ワーカー、障害当事者等から聴取した好事例や教訓を紹介している。

例えば、障害と防災をめぐる調整をめぐり、ブルガリアでは、災害に関連する障害者のニーズをめぐる政策策定・実施を、省庁を超えて調整するための政府高官ポストが作られた。このポストが担当する調整は、リスクの査定、防災

計画の策定、財政、早期警戒、緊急対応、救出等と幅広い範囲にわたる。

災害への備え・準備については、例えばフィリピンでは、国が委員会を立ち上げ、障害を包摂した防災プログラムを策定し、すべての自治体で実施している。これには、様々なステークホルダーの能力開発、脆弱性とレジリエンスをめぐる参加型アセスメント、障害のある人やその家族への心理社会的支援、各自治体の事情に合わせた包摂的な危機対応・復興計画の策定が含まれ、自治体ごとに当事者を巻き込みながら実施している。また、ウガンダでは、現地NGOが協力し合い、障害のある人々のレジリエンスを高め、政府や自治体の防災計画策定等に貢献したい場合、効果的に参加できるようにするための能力開発研修を行っている。また、それらのトレーニングのためのトレーナー育成研修も実施している。更に、研究機関やメディアと連携して、災害時の障害者の権利をめぐるアドボカシーや意識向上を行っている他、防災や人道支援のモニタリングに必要な指標開発も、障害当事者が当事者視点から行った。熊本県発達障害当事者会 Little bit（リルビット）は、2016年に発生した大地震の際の経験に基づき、発達障害をめぐる活動を行っている。発達障害のある人にとって、人により、音、光、におい、予期せぬ出来事等がストレスとなることがあり、また、災害時に、それらめぐるニーズを言葉で伝えることにバリアを感じることもあるため、常に持ち歩くことができるカードに災害時に伝えるべき情報を予め記入しておき、携行する試みを行った。また、地震後、避難所から追い出される等の事例が多発した経験に基づき、行政やメディア等のステークホルダーとのワークショップを開催し、平常時の対話に基づく相互理解の促進と災害への備えを行っている。

緊急対応について、セルビア共和国では、コミュニケーションをめぐる障害のある人が、災

害時にアクセスできるコールセンターを設置した他、ニュージーランドも同様のシステムを開始したのに加え、2011年に発生したクライストチャーチでの地震を教訓に、手話が使用できる消防チームを結成した他、テレビにおける災害情報のすべてに手話通訳をつけるようにした。アメリカでも、連邦緊急事態管理庁(FEMA)が、災害情報を掲示するウェブサイトのアクセシビリティを改善した他、大きなビルに対しては、障害のある人が安全に避難できるルートの確保、視覚と聴覚どちらでも認知できる警報機器の設置、それらをめぐる防災計画の策定等を義務づけた。

復興期に関しては、洪水や地震災害を多く経験するパキスタンの例が紹介されている。パキスタンでは、2010年の洪水以降、全国的に実施している障害者を含む災害時に脆弱な立場に置かれやすい人々をめぐる事前データ収集および登録に基づき、災害後、ダメージを受けた家屋の修理や収入保障をめぐる社会保障の提供について、障害のある人々が迅速に適切なサービスを受けられるシステムを運用している。

そして、すべての段階において、「私たちのことを、私たち抜きで決めないで」の原則に基づき、障害者がアクティブに参加することが重要である。2011年の東日本大震災では、多くの被災地において交通や医療等の社会インフラが一時的に寸断されたこともあり、福島県南相馬市と東京都大田区の精神障害当事者が協力して、車両とドライバーを用意し、被災した精神障害者の移動支援サービスを自主運営している。この際、国の助成が早急に提供されたことも役立った。

このように、多くの地域で好事例が積み重ねられている。一方で、障害の中でも、精神障害・発達障害・知的障害のある人、目に見えにくい障害のある人等は、特に、差別を受けたり、重篤な人権侵害を経験したりすることが多い。例えば、警戒情報や避難勧告のアクセシビリ

ティーが確保されていなかったり、収容型施設で、特に閉鎖型の場合、災害時に置き去りにされたりといった事例も報告されている。更に、避難所の使用や仮設住宅への入居を拒否されたり、住む場所や移動をめぐって、他の人と平等な権利を行使できなかつたりすることも多い。また、これらは、自由や安全という最も基本的な人権の侵害にもつながりうる。更に、自らの生活をめぐる様々な意思決定をめぐり、契約やその他の法的能力が認められず、困難を強いられる事例も多く報告されている。また、災害や被災生活等に関連するストレスの影響で、適切な保健医療サービスを受けたいと思っても、エビデンスに基づいた医療へのアクセスがなかったり、逆に、不必要な治療が本人のインフォームド・コンセントなしに行われたり、不必要な強制入院が行われることもある。また、性暴力を含む暴力や搾取がなされることも多い。更に、障害のある子どもの場合、災害後に提供される教育へのアクセスが拒否されるケースもある。また、職場やエンターテインメントの場での差別も、災害を機に新たに生じたり、増幅したりすることがある。

IV. 考察

災害時の障害者の人権は、多くの人がその重要性を認識してはいるものの、具体的な課題やとるべきアクションについては幅広く知られているとはいいがたく、防災や人道支援の現場では障害者の人権保護・促進をめぐる課題が少なくない。生活のあらゆる側面において様々なギャップがあることを踏まえ、人権に基づく防災・人道支援を、保健医療分野はもちろん、全てのセクターで実現していく必要がある。すなわち、様々な分野において障害をめぐる不平等とバリアをなくし、障害を主流化すること、そして、障害のある人それぞれのニーズに合わせたエンパワーメントとアクションが重要であ

る。そのためには、(1) 計画、意思決定、実施、評価の各段階において障害当事者の参加を確保すること、(2) 機能障害等に基づくステレオタイプにしばられることなく、一人ひとりの多様なキャパビリティとニーズを尊重すること、(3) ユニバーサルデザインや合理的配慮によって環境・制度・情報コミュニケーション・態度のバリアをなくし、アクセシビリティを高め、インクルージョンを実現すること、(4) 防災・人道支援関係者（行政、自衛隊、警察、消防、メディア、ボランティア等）や障害当事者双方に対して、障害を包摂した防災・人道支援をめぐる能力開発とエンパワーメントをすること（現在、日本医療研究開発機構（AMED）の支援を受け、東京大学、金沢大学、国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所が、国連や内外の障害当事者とのパートナーシップのもと、災害時の障害者のインクルージョンに関する遠隔教育モジュールを作成中であり、パイロット研究が進行中である）、(5) それら各ステークホルダー間のパートナーシップと協働を促進すること、(6) 障害をめぐるデータ収集に基づく、アカウンタビリティの確保とモニタリングが必要である。今後、これらめぐる、多くの好事例と教訓、そして、エビデンスを積み重ね、災害後の現場で、すべてのステークホルダーが障害を包摂した防災・人道支援を実践し、すべての人の多様性の尊重とインクルージョンが促進されるようにしていく必要がある。

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. Inter-Agency Standing Committee (IASC：機関間常設委員会)：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。IASC, Geneva, 2007.
2. World Health Organization: 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド：PFA) フィールド・ガイド。WHO, Geneva, 2011.
3. World Health Organization: mhGAP Humanitarian Intervention Guide. WHO, Geneva, 2015.
4. Rehabilitation International (RI) , the Nippon Foundation, United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific (ESCAP) : Sendai Statement to Promote Disability-inclusive Disaster Risk Reduction for Resilient, Inclusive and Equitable Societies in Asia and the Pacific. RI, Sendai, 2014.
5. United Nations: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, New York, 2006.
6. 日本政府：障害者の権利に関する条約 第1回日本政府報告（日本語仮訳）。外務省，東京，2016.
7. United Nations: Sendai Framework for Disaster Risk Reduction. United Nations, Sendai, 2015.
8. United Nations: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, New York, 2015.
9. Humanitarian Disability Charter: Charter on Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action. Humanitarian Disability Charter, Istanbul, 2016.

10. United Nations: New Urban Agenda. United Nations, Quito, 2016.
11. United Nations ESCAP: Incheon Strategy to “Make the Right Real” for Persons with Disabilities in Asia and the Pacific. UN ESCAP, Incheon, 2012.
12. UN Office for Disaster Risk Reduction (UNISDR) : UNISDR 2013 Survey on Living with Disabilities and Disasters. UNISDR, Geneva, 2014.
13. World Health Organization: 精神保健専門家のいない保健医療の場における . 精神・神経・物質使用障害のための mhGAP 介入ガイド . WHO, Geneva, 2010.
14. World Health Organization: mhGAP Intervention Guide for Mental, Neurological and Substance Use Disorders in Non-Specialized Health Settings: Version 2.0. WHO, Geneva, 2016.
15. World Health Organization: Comprehensive Mental Health Action Plan 2013–2020. WHO, Geneva, 2013.
16. United Nations: Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. United Nations, Geneva, 2017.
17. 井筒節, 堤敦朗, 田中英三郎 et, al.: 「人権に基づくウェルビーイング・チェックリスト (HRCW)」の有用性に関する研究 . 心的トラウマ研究, 14;1-8, 2019.
18. 堤敦朗, 井筒節, 田中英三郎 et, al.: 「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 . 心的トラウマ研究, 14;23-30, 2019.
19. United Nations: Flagship Report on Disability and Development on the Realization of the Sustainable Development Goals by, for and with Persons with Disabilities. United Nations, New York, 2018.

Title: Global State of the Rights of Persons with Disabilities in Humanitarian Action

Name: Takashi Izutsu, Ph.D., Atsuro Tsutsumi, Ph.D., Eizaburo Tanaka, M.D., Ph.D.,
Chika Tanaka M.A., Yoshiharu Kim, M.D., Ph.D.

Komaba Organization for Educational Excellence, The University of Tokyo;
Organization of Global Affairs, Graduate School of Human and Socio-Environmental Studies,
Kanazawa University;
Hyogo Institute for Traumatic Stress; National Institute of Mental Health,
National Center of Neurology and Psychiatry

In order to respond to an increasing number of severe disasters in the world, development of normative frameworks at international organizations, national system development by member states, and implementation by various humanitarian stakeholders are ongoing globally. These have collectively promoted integration of mental health and psychosocial support, in a “do no harm” way, in many humanitarian action efforts. However, there have been a serious gap in protection and promotion of the rights of persons with disabilities including those with mental health conditions and psychosocial disabilities and intellectual disabilities. Japan has cumulated various good practices and lessons learned in this area, and sharing those with the international community is important. In doing so, it is necessary to be updated on the global efforts on the rights of persons with disabilities with special attention to recent normative frameworks. Responding to the need, this study looks into recent development related to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Sendai Framework for Disaster Risk Reduction, and Sustainable Development Goals.

Key words: Disabilities, Human Rights, Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Sustainable Development Goals (SDGs) , Sendai Framework for Disaster Risk Reduction

精神保健医療分野における受援についての課題



福井貴子

兵庫県こころのケアセンター

災害時には、被災によって阻害された日常生活をサポートするため様々な支援活動が行われる。被災地域の外から派遣される外部支援は整備が進み、今では数多くのチームが災害時に備えている。一方、外部支援を受け入れ活用する「受援」は整備が遅れ、体制整備が求められている。本稿では精神保健医療分野における受援課題について、過去の災害時の活動を通して概観した。手探りの活動であった阪神・淡路大震災にはじまり、災害ごとに被災の状況は異なり、受援業務にまつわる様々な困難が生じていた。外部支援活動の発展に伴い受援業務の進め方に一定の進展は見られるものの、外部支援に比べると知見の継承には難しさがあると考えられ、整備の遅れにつながっているものと考えられた。大規模な災害時に被災地と外部支援をつなぐ受援業務は欠くことができない。過去の知見を生かし、受援体制の整備を進めていく必要がある。

Key words：災害支援、受援、DPAT

I. はじめに

災害大国といわれる日本では毎年のように自然災害が発生する。そして災害で住民の日常生活が阻害された時、それを補うための様々な支援が行われている。必要な支援の種類や規模、方法は災害の被害状況によって異なる。大規模な災害が発生した場合には地域の支援者だけでは必要な支援が確保できないため、全国から多くの支援者が被災地へ派遣され支援活動が行われる。阪神淡路大震災以降、外部支援の形は発展し、現在では様々な背景、専門性を有する多様なチームが整備されている。また、外部支援チームを組織する各種団体は災害に備え、支援の体制整備や派遣予定者への研修等、平時から熱心な取り組みを行っている。

外部支援の体制が整えられる一方で、被災地側が外部支援者を受け入れ活用する「受援」については、多くの課題が指摘されている¹⁴⁾。災害直後の被災地では被災して失われた生活を取り戻すため、対応しなければならぬ事柄が爆発的に増加する。しかし被災した地域の行政機

関等では通常勤務している職員も被災して出勤できない事態も重なり、通常業務の遂行ですら難しくなることがある。そうした状況を打開するため、外部支援者を受け入れ、不足する資源の補充を図る体制が整えられてきた。ところが被災地域の職員は多岐にわたる膨大な業務に追われ、応援として入ってきた外部支援者を有効に活用することができないケースが多く見られている。自治体は平時から被災を想定し、効果的な受援を行うことができるよう備えておくことが必要である。そのため、政府は平成24年に防災基本計画を修正し、受援計画の策定を自治体に求めた。熊本地震をふまえ、平成28年に内閣府は「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」¹⁴⁾を立ち上げ、平成29年3月「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」¹³⁾を示した。そこには、応援・受援についての基礎知識や組織に応援・受援の役割を位置づけること等が推奨されている。しかしながら、受援体制が構築されている自治体は数少ない。受援計画の策定は都道府県で約4割、市町村では1割強に

とどまっている¹³⁾(平成29年時)。

平成28年の熊本地震では、避難所は全国から押し寄せた支援者であふれた。精神保健医療分野では精神派遣医療チーム(DPAT: Disaster Psychiatric Assistance Team)⁹⁾が初の本格的な運用となり、数多くのチームが熊本に派遣された。DPATは一定の成果を残したが、一方で被災地の需要と派遣のバランスの問題や受援側のDPATへの認識不足等、支援と受援が噛みあった活動を実施するためには今後検討すべき多くの課題があると考えられた^{1) 12) 18)}¹⁹⁾。外部支援を成功させるため多くの検討がなされてきたが、よりよい受援のあり方についての検討は不足していると考えられる。

本稿では、精神保健医療分野における外部支援活動の展開に伴い、受援に関わる課題がどのように表れてきたのか、改善を図るためにどういった試みがなされてきたのか、そして現在見られる課題は何なのか、受援の観点から概観する。今までに報告されてきた災害時に行われた外部支援活動に関する論文や報告書等における記述の中から、受援にかかわる内容に注目して、現在に続く受援課題について報告する。

II. 精神保健医療分野における

災害支援活動の経緯 - 受援の観点から -

1. 阪神・淡路大震災(平成7年)

平成7年、阪神・淡路大震災が発災した。この災害では一年間に延べ138万人を超えるボランティアが活動し、ボランティア元年とも言われた。被災地の様子はマスコミによって克明に報道され被害の状況がタイムリーに伝えられたこともあり、多くの支援者が支援を希望し被災地に入った。東西南北からのアクセスの良さもそれに寄与した。しかし当時、災害関連法規や制度は全くの未整備で効果的な対処が取れない状況にあった。様々な支援活動が行われるなか、精神保健医療分野でもはじめてとなる大規模な活動が行われた。「こころのケア」と

いう言葉が、大きな社会的関心を集めた。都市部での災害であり、精神科診療所が大きな被害を受けたことから、通院中の精神障害者への継続医療の提供のため被災地10ヶ所の保健所を拠点に精神科救護所が立ち上げられた。そして災害の影響により新たに発生した精神的問題への対応のために避難所などで行うアウトリーチ活動も行われた。はじめての試みが多くなされたが、外部支援の受け入れに関しては派遣する側にもそれを受け入れる側にも何の準備もなかった。早期には地元の保健師や精神保健福祉士が調整役を引き受けたが、多くの混乱と葛藤が生じた。活動が進むにつれ地域の医師がコーディネーターとしての役割を持ち、各地域の情報を集積し発信した。コーディネーターは国や他の自治体及び関連団体との連絡を行い、外部からの応援者への対応と振り分け、精神科救急体制や夜間往診体制の整備と運営を行った。通信手段にはFAXが用いられた。その頃は派遣側の自己完結の意識が低く、宿泊場所や食料の手配を被災地側に求める要求が多くみられた。また被災地内の関係者の疲労を顧みず、情報不足やマニュアルの不備を非難する言動等もあった。派遣日数が短いチームは交代のたびにオリエンテーションを行う必要があり、地元関係者をさらに疲弊させた。思うように活動できないことや待機を強いられることに不満を示すチームもあった。災害支援の基本的な作法が未確立で、活動内容にも統制が取れていなかった。この災害は外部支援のあるべき姿勢を考えさせる大きなきっかけとなった。また、精神保健や精神医療分野における活動を効果的に進めるためには多職種と連携し現実的な支援を行うことや、外部から来た支援者が表立って活動するよりも黒子的な立場をとる方がスムーズであること等、外部支援者と地域の支援者との連携についても多くの学びを得た災害であった^{3) 4) 5)}。

2. 新潟県中越地震（平成 16 年）

次に大規模な外部支援が行われたのは平成 16 年 10 月 23 日に発災した新潟県中越地震である。この災害では発災から数日以内に新潟県が活動方針を明確に呈示することができた。これは地震 3 か月前の水害発生時に「こころのケア対策会議」が発足しており、それをそのまま拡大して活動できたことや、取りまとめ役となる新潟県庁や新潟大学が被災していなかったことが功を奏したと考えられた。また、国立精神・神経センターや兵庫県こころのケアセンターなどが、対策会議にスーパーバイザーとして参画し助言を行い、活動のガイドラインや啓発資料を提供したことも活動に寄与した。36 にもものぼる外部支援チームは、新潟県庁の指示に従い機能的に活動することができた。10 月におきたこの災害は、降雪前の 12 月を区切りとして外部からの支援活動を完了した⁴⁾。

その前年に示された「災害時地域精神保健医療活動ガイドライン⁹⁾」を見ると、災害時における地域精神保健活動の必要性や災害時における心理的な反応、活動の具体的展開などが示されている。災害時におけるこころのケア活動の基本的な方針が確立されコンセンサスが得られてきたことが伺える。外部支援チームの受け入れや活用についての記載はないが、外部ボランティアの項に「援助の方針は災害対策本部が定めるべきである」とあり、援助の方針はあくまでも現地の責任において定めるべきであると記載されている。平成 18 年に刊行された「新潟県災害時こころのケア活動マニュアル」¹⁵⁾では「混乱する被災地への無秩序な派遣を避け、適量適所の派遣を行うために派遣調整は健康対策課及び児童家庭課（児童精神専門医等調整）に一元化する」との文言がある。受援時に適切な派遣調整を行うための方策を述べているが、裏を返せば、方法を誤れば派遣を受けることで被災地に負担が生じ混乱を引き起こす危険性があることを示唆している。支援を受

けた経験自治体ならではの重みある文言と考える。

3. 阪神・淡路大震災以降の比較的規模の小さな災害

阪神・淡路大震災以降も日本では様々な災害が次々と発災したが、新潟県中越地震を除き、精神保健・精神医療分野において外部からの支援活動は行われなかった。平成 12 年の有珠山噴火災害（北海道）、平成 13 年芸予地震（広島）、平成 16 年の新潟・福島水害、同年台風 10 号（徳島）、同年台風 23 号（兵庫）、平成 17 年福岡県西方沖地震、平成 19 年新潟県中越沖地震、平成 21 年台風 9 号（兵庫）等では、被災都道府県内の精神保健関係者が被災地域に入り支援を行った。被災地域が限定的で死者が数十人程度までの災害であれば、一つの自治体がイニシアティブをとって精神保健活動を提供することが可能である³⁾。こうした活動が可能となったのは、災害時の精神保健活動についてコンセンサスが得られてきたことや、過去の災害経験が蓄積され活動の方向性が認知されてきたことが背景にあると考えられる。災害が起きると被災地には外部派遣を要請するかどうかの判断が求められるが、地域内の資源で精神保健のニーズに応えられるかどうかを判断する基準としてこうした知見は重要である。

4. 東日本大震災（平成 23 年）

平成 23 年 3 月 11 日、未曾有の災害となる東日本大震災が発災した。厚生労働省はその必要性を早くから認識し、発災から 2 日目には各都道府県に支援チーム（こころのケアチーム）の派遣を要請した。被災地に入ったのはこうした都道府県等からの支援チームのほかに、精神科を持つ全国の大学病院や自治体病院、関連学会、精神科病院協会などの職能団体などで、その数は岩手県 30 チーム、宮城県 33 チームにのぼった。津波によって沿岸部の市町の保健部門や県保健所の多くが被災したため、マンパワー不足

や情報集約の問題が生じた。外部支援に関する調整はオーガナイズされておらず、別々のルートから入ってくるチームをその都度調整するしかなかった。またルートから外れていた精神科病院への救援が遅れ、被災精神科病院は数日間にわたり孤立無援状態におかれた。指揮命令系統や情報共有は手探りで進められたが、徐々にコーディネート体制が確立された。外部支援は最長で1年に及んだ。過去の知見を生かした外部支援者向けのマニュアルが用意されていた(仙台市)¹⁶⁾等、部分的には準備性の高さも見受けられたが、想定をはるかに超える被害に対し混乱は免れなかった⁴⁾。

発災とほぼ同じ時期に「災害精神保健医療マニュアル」⁶⁾(平成23年)が示された。ここには「外部支援のあり方」の項が設けられ、外部支援受け入れの判断や活動導入の仕方等が表記されている。このマニュアルは専門家を対象としてコンセンサスを構築するデルフィ法を基に作成されている。マニュアルの作成過程において外部派遣調整や外部支援者の活動のあり方については意見が分かれ合意に至らなかったことが示されている。

東日本大震災で、こころのケアチームとして派遣されたのは発災を機に即席で編成されたチームであった。この時、上述のようなマニュアルがインターネット上や専門家のネットワークを通じて共有され、それを参考に活動したチームが多かったと考えられる。しかし事前に十分なトレーニングを受けていた支援者は少なく、被災地全体の活動において各チームの活動方針や支援活動の作法、提供する支援の質や量が等質であったとは言えない状況であった。これにより支援のニーズと供給の不一致が生まれ、支援者や受援者にフラストレーションが生じることも多かった。またニーズに応じた派遣調整が難しく、地域によって偏りが見られた⁴⁾。

平成24年3月には、厚生労働省府から「被災者のこころのケア都道府県対応ガイドライ

ン」⁸⁾が表された。ここでは東日本大震災における課題として、「連携に関する課題」が示された。ここには被災地におけるチーム同士の連携の問題や、地方公共団体の仲介機能の不足、派遣チームと地域スタッフとの連携の問題等が含まれる。また、のちに整備されるDPATの前身として都道府県におけるこころのケアチームの整備やその体制等についても示された。

平成26年には厚生労働省が「災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領」⁹⁾を示し、マニュアルも整備された。DPATは災害派遣医療チーム(DMAT)を踏襲した活動体制を整え、災害医療支援全体の枠組みにおける連携体制を構築し、情報システムを整備、指揮命令系統をはっきりと示した。事前の登録や国の委託による研修も始まった。今までこころのケアチームとして精神保健活動を中心に行われていた活動は、災害後急性期から活動を開始することになり、救急医療の色合いの濃いものとなった。

当初、立ち上げられたばかりのDPATに関して、そのあり方や従来のこころのケアチームとの相違について関係者の間では混乱が生じた。各都道府県が養成するDPATへの研修は各都道府県に任されたが、養成すべきDPATについて実施側となる関係者の見解は様々であると考えられ、筆者らはDPATが持つべきコンピテンシーについての合意を得るために有識者や関係者を対象にした研究を行った²⁾。その結果、合意を得られたDPATのコンピテンシーのなかに、被災地の支援者への礼節や配慮についての項目があった。DPAT活動において、受援側となる地域支援者へ配慮する姿勢は外部支援者であるDPATが持つべきコンピテンシーとして認識されていた(表1.)。両者が互いの立場を尊重し連携体制をとることは支援活動の成否にかかわる大切なポイントと考えられていた。

表1. DPATのコンピテンシーとして合意を得られた項目(一部)

＜カテゴリー＞被災地の支援者への礼節や配慮
①被災地の支援者の気持ちを思いやり、傷つけることのないように配慮し、ねぎらう
②被災地の支援者に対して、無理な助言をしないようにつとめる
③DPATはあくまでも一時的な支援の担い手であり、つなぎ役である事を自覚している
④外部支援者としての限界を理解し、地域が引き継ぐことのできないような特別な活動をしない

5. 熊本地震

平成28年4月14日にM6.5の前震、4月16日にM7.3の本震という形で熊本地震が発生した。車中泊で過ごす多くの被災者の姿がマスコミで報道されていたように、頻繁な余震の影響により災害規模の割に避難者の多い災害であった。全国規模でDPATが派遣された初めての災害で、派遣されたDPATは被災した7精神科医療機関から合計595人の入院患者搬送を支援し、DPAT設立の目的の一つであった被災した精神科病院への支援活動に実績を残した。その後を引き継いだチームは被災地各地で支援活動を行い、全国から派遣されたDPATの活動は、6月以降に九州・沖縄DPATへ、7月からは熊本県DPATへと段階的に活動を縮小し、10月28日をもってDPATの活動は終了した¹⁹⁾。DPAT発足後、初の本格的な活動として足跡を残した災害であるが、ふりかえると支援開始時における課題が見られた。山口¹⁷⁾によると、熊本県では発災当時、DPAT統括者の所属する精神保健福祉センターや所管課である障がい者支援課がDPAT活動の具体的イメージを持って、DPATの運営方法がわからない状態であった。そして、よくわからないままDPAT事務局による教示により全国へDPAT派遣を要請し、他県のDPAT先遣隊による主導によってDPAT調整本部やDPAT活動拠点本部を立ち上げることとなった。山口は、発災初期にどの程度の支援を要請すべきか判断できなかったため、必要を超えた量の支援を受けてしまったと振り返

り、過剰な支援は行政職員に必要以上のストレスや責務を負わせてしまうものであると警鐘を鳴らしている。そして適正な支援のためには被災規模に応じた適正な支援量であることが求められると述べた。

宮本¹²⁾はその後、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、DPATによる支援の有効性を感じた声とともに、受援に関して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まとめた。また矢田部¹⁸⁾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報告を行った。そのなかで、被災地で活動した医療支援団体が20以上にのぼってい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り準備すべきことがあると話した。こうした報告から、被災地のニーズと派遣チームの活動をかみあったものにするためには受援側の準備性の向上と外部支援者側による受援側への配慮が必要であることが示された。

被災地における精神保健医療活動において中心となって活動し、外部支援者と地域住民をつなぐ役割として受援業務を行うのは各自治体に所属する保健師であることが多い。受援時の課題を抽出するため、筆者らは東日本大震災と熊本地震で受援業務を行った保健師に半構造面接によるインタビュー調査を行った¹⁾。その結果、9つの受援課題が見出された(表2.)。

表2. 受援課題

受援課題として整理された項目
1. 調整・受け入れ
2. 受援時の組織のあり方
3. 受援担当者の働く環境
4. 受援担当者の準備性
5. 受援業務の進め方
6. 情報の取り扱い
7. 被災地で活動する関係者の協働
8. 外部支援者とのパートナーシップ
9. 地域の力を取り戻す

「1. 調整・受け入れ」は、発災後すぐに行われる派遣調整に関わる課題を指す。災害直後の一時期に情報や問い合わせが錯綜するなか派遣調整を行う大変さや受援の必要性について理解の不足する自治体と粘り強く交渉を行う等の負担に加え、派遣決定を急がせ、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深めることがわかった。「2. 受援時の組織のあり方」「3. 受援担当者の働く環境」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、平時から働きやすい職場環境であるかどうか受援業務にも大きな影響を与えることが示されていた。「4. 受援担当者の準備性」では、受援担当者には外部支援者と地域とのはざまに立ち、慣れない業務を行わなければならない状況が続くことから重い負担が生じ、これらを緩和するために対策が必要であると考えられた。「5. 受援業務の進め方」では、地域が主体となって外部支援を活用することや、力のある支援者と協働することが円滑な活動につながる等が鍵になることがわかった。「6. 情報の取り扱い」「7. 被災地で活動する関係者の協働」「8. 外部支援者とのパートナーシップ」では、外部支援者が活動時の情報を適切に管理すること、被災地での活動上のルールを理解し、同時期に活動する他チームと連携して活動すること、また受援担当者と良好な関係があることは活動のスムーズさにつながり、受援担当者の負担軽減になることが示された。「9. 地域の力を取り戻す」では、本来災害後の支援の目的は地域がもともと有している健康的な力を取り戻すことであり、地域支援者が地域の状況を見立て、その回復や復興に必要と考えられる方策を立てる際、方向性を定める主体となっていることが望ましいとする内容であった。必要以上の支援を受けないように心がけるという考えもここでは示された。このように、受援時の担当者に生じる課題が抽出され、スムーズな

受援活動を実施するためにはこうした課題をふまえて具体的な検討を続けることが必要であると考えられた。

III. 考察

現在では、災害時に備え、様々なミッションを帯びた多様な支援チームが存在している。昨今の活動状況を見る限り、地域の受援担当者がすべての窓口となりそれぞれすべてのチームとやり取りすることは現実的でないと考えられる。保健医療分野においては、厚生労働省が大規模災害時には被災都道府県に保健医療調整本部⁷⁾を設置して、災害対策に係る保健医療活動を行うチームの総合調整を行うという方向で整備を進めている。さらに、被災地外の都道府県等の職員が保健医療調整本部及び保健所の指揮調整機能を支援するという形で災害時健康危機管理支援チーム¹⁰⁾ (DHEAT: Disaster Health Emergency Assistance Team) の整備が行われ、専門的な研修・訓練が開始されている。今後は外部支援者同士が連携し、地域に負担をかけることなくシステムティックに連動した活動を行うことがより重要になると考えられる。こころのケアチームに代わり設立されたDPATにおいても他チームと連携して活動するために、広域災害救急医療情報システム (EMISS: Emergency Medical Information System) や日本版災害時の健康情報集計報告システム (J-SPEED: Japan-Surveillance in Post Extreme Emergencies and Disaster) 等の情報共有ツールを用いることが活動の上で欠かせないものになっている。地域の受援担当者と外部支援者との新たなつながり方が構築されつつあると言える。

懸念されるのは、外部支援チームが各々自らの専門性を磨きシステムティックに他チームと協働した活動を進めていくことが、災害時の活動について特別な知識を持たない地域支援者を

置きざりにしてしまうことにならないかという点である。筆者の行った研究でも受援担当者は外部支援者に遠慮して自らの希望や考えを率直に伝えることに躊躇する思いを抱えていることが示された。外部支援者の協働のためのシステムが固められることにより、地域から発信される生の声や地域の支援者が望む方向性が活動に反映されにくくなることは避けなければならない。受援に備え各自治体が体制整備を行い、外部支援者との効率的な連携体制を構築することはもちろん必要だが、外部支援者と被災地域との有機的なつながりを欠いてはならないと考える。外部支援者が活動時、被災地域の地域復興への方針を尊重し、その意見を粘り強く引き出し、支援活動に反映させ、ともに活動を進めるという姿勢を持つことは災害支援スキルと同じくらい大切なものであると考える。

IV. まとめ

阪神・淡路大震災以降、精神保健医療分野での支援活動の様相を受援時の課題に注目して見てきた。数多の災害を経て活動経験が蓄積されることにより、外部支援チームは活動の質を上げ、洗練された活動を展開してきた。東日本大震災という未曾有の災害では、日本全土をあげての最大限の支援が必要となり、その勢いは加速した。しかし、実際に発災する災害ではその被災規模は大小さまざまである。それぞれに必要な支援内容や支援量は異なる。外部支援者は被災した地域の方針を受け止め、それに応じて柔軟な支援を行わなければならない。

災害経験を積み重ね外部支援活動が発展してきたのに対し、受援側の経験がそれと異なるのは同じ人がその経験を重ねることがない点である。偶然その災害に居合わせ受援業務を担当することになったその経験は一時的なものに留まる。受援の専門家としての活動を継続するわけではないため、その経験を他地域へ伝える機会

も限られたものになる。しかし様々な資料や筆者の行ったインタビューにおいて、受援担当者の苦悩や苦労には共通する点が多く見られた。受援側の知見をまとめ、学ぶことは、今後同じ立場に立つ人の苦悩を和らげるものになると考える。経験者の知見から事前の対応策を立て、それが広く知られることは効果的な受援への備えとなるであろう。行政主導で受援体制の整備が進められている昨今、過去の災害において受援担当者がどのような課題を抱えて業務を行ってきたのか、受援側の観点から活動を捉え直し、地域の災害支援体制に反映させることは、有意義であると考え。今後も継続した検討が望まれる。

V. 参考文献

- 1) 福井貴子, 加藤寛, 田中英三郎, et al : 災害後の精神保健医療分野における受援のあり方に関する研究. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書 (平成 30 年度版) 1-20, 2019.
- 2) 福井貴子, 田中英三郎, 加藤寛 : DPAT に求められるコンピテンシーとは 精神保健分野の専門家を対象とした Delphi 調査の結果. 精神医学 59 (10) : 925-936, 2017
- 3) 加藤寛 : 日本における災害精神医学の進展 阪神・淡路大震災後の 10 年間をふり返って. 精神医学 48 (3) : 231-239, 2006
- 4) 加藤寛 : 大災害後の外部からの支援をめぐって. トラウマティック・ストレス 10(1) : 39-43, 2012
- 5) 加藤寛 : 災害後のこころのケア 阪神・淡路大震災からの 20 年の歩み. 精神医学 60 (12) : 1355-1361, 2018
- 6) 国立精神・神経医療研究センター : 災害精神保健医療マニュアル. 平成 23 年 3 月 <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/H22DisaManu110311.pdf>

- 7) 厚生労働省：大規模災害時の保健医療活動に係る体制の整備について。平成29年7月
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10600000-Daijinkanboukouseikagakuka/29.0705.hokenniryokatsudoutaiseiseibi.pdf>
- 8) 厚生労働省：被災者のこころのケア都道府県対応ガイドライン。平成24年3月
www.bousai.go.jp/taisaku/hisaisiyagousei/pdf/kokoro.pdf
- 9) 厚生労働省：災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領。平成26年1月
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaihashukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 10) 厚生労働省：災害時地域精神保健医療活動ガイドライン。平成15年1月
https://www.ncnp.go.jp/nimh/pdf/saigai_guideline.pdf
- 11) 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>
- 12) 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
- 13) 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
- 14) 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
- 15) 新潟県福祉保健部健康対策課：「新潟県災害時こころのケア活動マニュアル」。2006年3月
- 16) 仙台市精神保健福祉総合センター：仙台市災害時地域精神保健福祉ガイドライン ころのケア活動実務マニュアル～外部からの派遣職員向け～。平成27年4月
- 17) 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.
- 18) 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」, 平成29年6月10日
- 19) 渡路子：DPATの現状および課題について, 平成29年度厚生労働省科学研究費補助金(障害者政策総合研究事業)「災害派遣精神医療チーム(DPAT)の機能強化に関する研究」, <https://www.mhlw.go.jp/content/10802000/000328602.pdf>

Issues related to accepting support in the mental health field during disasters

Takako FUKUI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Key Words : Care for after disaster, Support acceptance work, DPAT

一時保護を利用するDV被害女性の精神的健康に関する文献レビュー



桃田 茉莉

兵庫県こころのケアセンター

近年、DVの相談件数は増加傾向にあるが、一時保護利用に関しては減少傾向にあることが報告されており、これらの背景には、利用者の支援ニーズと支援枠組みのミスマッチが考えられている。この問題を解消するためには、まずは利用者の生活環境や生活様式を含めた実態調査を行い、利用者のニーズを改めて理解する必要があると考えられる。

DV被害者は、PTSDやうつ病の罹患率が高いことが知られており、効果的な支援を考えていく上でも精神的健康を評価することは大変重要な視点であると考えられる。しかし、一時保護を利用した女性においては、精神的健康状態を評価した実態調査はほとんどされてこなかった。そのため、本研究では国内外のDV一時保護施設を利用した女性の精神的健康状態に関する研究をレビューし、その研究方法や結果、研究の問題点を検討した。

結果は、多くの被害者にPTSDやうつ症状が認められた。また、これまでの研究の問題点として、使用尺度が統一されていないことやPTSDをはじめとする精神症状の評価および、評価尺度開発などの研究不足が見いだされた。とくに国内においては、既存の質問紙を用いた量的研究はほとんどなく今後は詳細な調査が望まれる。

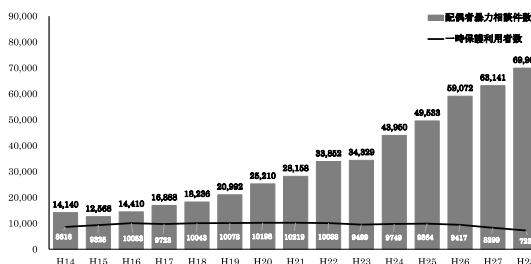
Key words：ドメスティックバイオレンス、母子生活支援施設、精神的健康、PTSD

I. はじめに

ドメスティックバイオレンス（Domestic violence; 以下DVとする）は、配偶者や恋人など親密な関係にある、またはあったものから振られる暴力である。DV防止法では、一時保護施設として母子生活支援施設が位置付けられDV被害者の保護から生活の基盤づくりを行うための自立支援を行う施設であることが明記されている。平成29年度分の配偶者暴力相談支援センターにおける配偶者からの暴力が関係する相談件数は、77,482件（前年比+5,027件、+6.9%）で平成13年度のDV防止法の施行後最多であった⁹⁾。しかし、DV相談件数が増加しているにもかかわらず、平成28年度婦人相談における一時保護件数は、8,642件で平成26年度からの減少が確認されており、相談件数の増加と比例しない結果となっている（図1）。

近年この一時保護が利用されない理由について

岩本・増井・山中（2019）が行った実態調査によると「子どもの学校（転校したくない）」、「仕事を続けたい」、「携帯電話を使用したい」、「集団生活への適応が困難」など本人ニーズと支援枠組みのミスマッチが指摘されており、本人が一時保護を希望しない理由が多いことが報告されている。



注1) 一時保護件数は、夫等の暴力を理由としない者は除外した。

注2) 配偶者暴力相談件数では、配偶者から暴力又は生命等に対する脅迫を受けた被害者の相談を受理した件数

図1 配偶者暴力相談件数と婦人保護における一時保護件数の継年的変化（平成30年内閣府男女共同参画局一部改変）

このことからDV以外の主訴に対する支援方策の再検討、本人ニーズにあった支援方策の再検討の必要性が提示されている。

この流れは、海外のDVシェルターでも同様の流れを汲んでいる。DVシェルターを利用した被害者のインタビュー調査では、肯定的なレポートがみられる一方で、否定的なレポートも存在する。例えば、シェルター内では、スマートフォンの使用や他のソーシャルネットワークを使用することができないこと、アルコールが制限されていることなどがあり、このような規則を守ることができないことも支援に結びつかない要因のひとつであると考えられ、既存の制限の再検討がなされている⁷⁾。これらのDVシェルターでの厳しい規則は、被害者が加害者との接触を断ち、安全を優先するためであった。しかし、その厳しい規則を科すことが、DV被害者がかつて加害者から力で抑圧されてきた状況の二の舞になりかねないという懸念もあり相手を抑制するのではなく、被害者を中心によりトラウマなどの精神的な影響を考慮した実践が必要だといわれている¹²⁾。

DV被害者の精神的健康における報告では、心的外傷後ストレス障害(Post-traumatic stress disorder:以下PTSDとする)やうつ病、不安障害、物質使用障害、自傷、また身体疾患のリスクも上昇することが報告されている²⁾。精神的健康の悪化により生活様式も変化することを考えれば、被害者の精神的健康と生活実態の両面からの調査が必要である。国内においてこれまで実施された実態調査では、一時保護を利用した被害者の特徴は、一時保護の時点で所持金が30万円未満のものが全体の86%と生活再建を考える上では経済的に厳しく、また心身が安定していない状態で一時保護につながってきていることが報告されているが¹⁰⁾、PTSDやうつ病をはじめとする精神的健康の実態調査は国内ではほとんど実施されていない。

そこで、本研究では、DV被害を受け一時保

護施設を利用した者のPTSDを含む精神的健康の実態調査についての先行研究をレビューし、国内外の知見から一時保護施設の利用者の実態および課題を明らかにすることとした。

II. 方法

文献選定のプロセス

文献の選定条件は、①DV一時保護施設利用者のPTSDを含む精神的健康状態、②アセスメント方法が内容的に含まれているものとし、ハンドサーチも併せて行った。除外条件は、パートナーからのDV被害以外のもの、特定の介入研究、解説・ケースレポート、文献レビューは除外した。以上の採択基準の決定、および文献検索は、PRISMA声明(Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and meta-Analyses)に即して実施した。

文献検索に当たっては、PubMedおよびGoogle scholarを利用した。期間は、2009年から2019年までに公表された論文を検索した。国外においては、DVという用語は、思春期年齢の子どもが親へふるう暴力などの家庭内暴力も意味する。国内で使用されているDVと同じ意味の用語として表現されるのは、配偶者や親密なパートナーによる暴力(Intimate partner Violence; IPV)であるため、文献検索に当たっては、「Domestic violence」「Intimate Partner Violence」の言葉に「PTSD」「mental health」と「shelter」の組み合わせで行った。国内の文献に関しては、「家庭内暴力」、「ドメスティックバイオレンス」、「メンタルヘルス」、「PTSD」、「婦人相談施設」、「一時保護施設」で検索を行った。

対象文献の選定のための4段階フローチャートを図2に示す。2019年7月3日時点においてデータベース検索により抽出された41本(PubMed 12本、Google scholar 29本)の文献についてスクリーニングを行った。具体的には

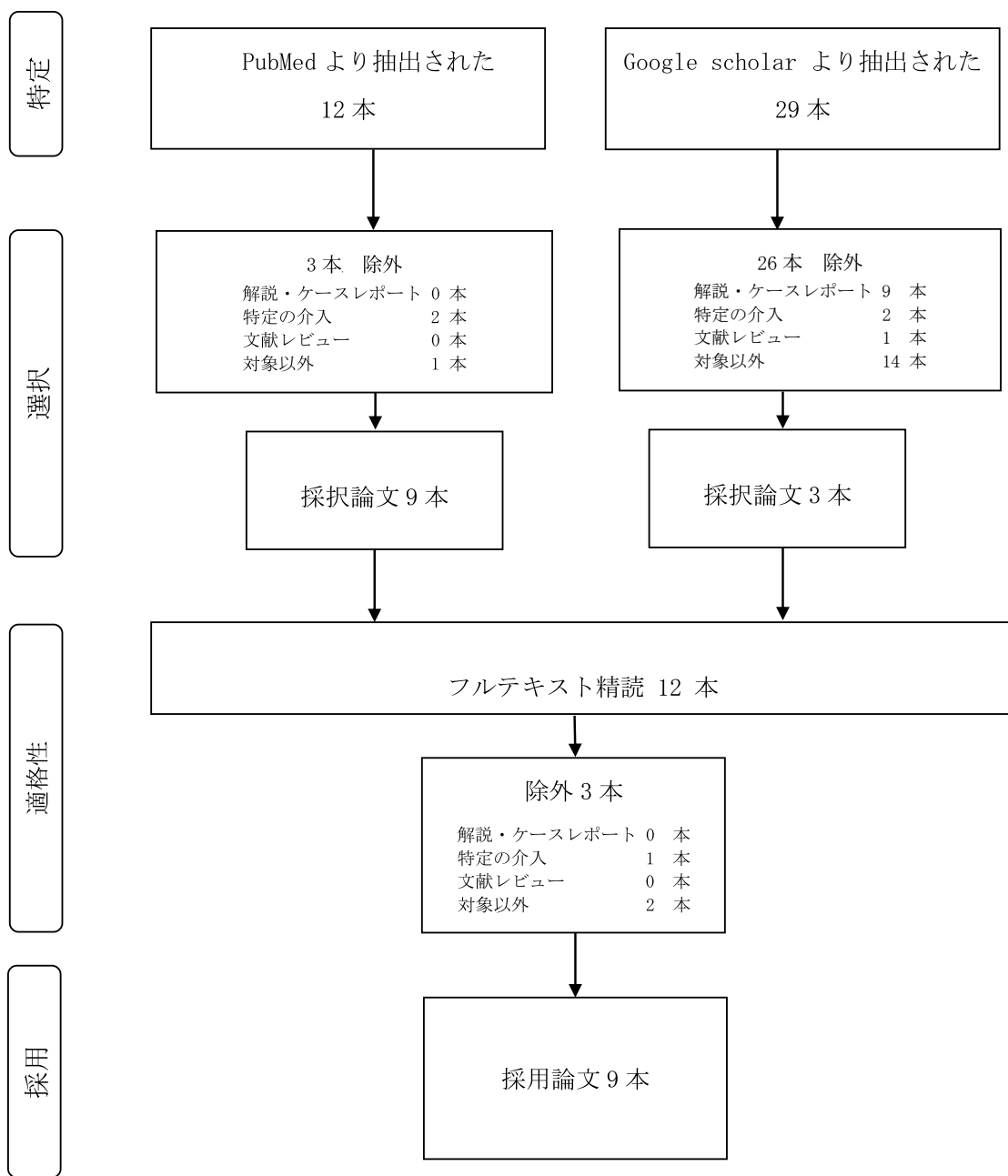


図2 対象文献選定のためのフローチャート

タイトル及び抄録の精査を行い、選定基準のい
ずれかを満たさない32本を除外した。検出し
た文献の中で題目と抄録の内容を確認し、判断
できない場合にはフルテキストを精査した。フ
ルテキストを12本精読し、適格基準を満たさ

ない3件を除外し、最終的に9本の文献を詳細
なレビューの対象とした。

Ⅲ．結果

最終的に選定基準に従って国外の文献は、6件を選定した。国内の文献に関しては、3件選定した。該当した文献については、概要を表1に整理した。

対象者

該当文献のうち、DV被害にあった女性のみを対象にした研究が8本^{1) 3) 5) 6) 13) 14) 15) 16)}、女性および同伴児を対象にした研究が1本¹¹⁾であった。対象者の年齢は、10代後半から60代までの女性であった。子どもは、平均年齢6.88歳。国別には、イギリス、アメリカ3本、イスタンブール、中国、日本3本の研究報告であった。

表1, 各研究の概要

著者 (出版年)/国	対象者	評価尺度	結果/考察
Akyazi et al., (2018). / イスタンブール ¹⁾	59人の女性 (平均年齢31.31歳)	DV被害:Domestic violence form 半構造化面接 不安:DSM-IV不安障害のための 臨床的インタビューフォーム (SCID-I)、Beck不安尺度 うつ:ハミルトンうつ病尺度 子ども時代のトラウマ評価: 子ども時代のトラウマ評価尺度	全体の76.3%の女性が暴力に晒され、なんらかの精神疾患を持っていた。そのうち、最も高いのはPTSD(50.8%)、その次は、うつ(37.3%)であることがわかった。DVを受けた女性において精神疾患の併存と自殺企図は高い確率で認められた。用いた尺度では、解離のアセスメントは不十分であった。
Ferrari et al., (2016)/ イギリス ³⁾	260名の女性 (平均年齢33歳) 4歳以下の子どもがいる (260人:37%) 子ども時代のDV目撃 (257人:50%) 子ども時代の虐待 (257人:50%) 過去に何等かの精神的な問題があった (251人:82%)	全般的な問題:CORE-OM うつ:PHQ-9 不安:GAD-7 暴力被害:DVA 危険飲酒:AUDIT-C	CORE-OM: 平均18点(±7) PHQ-9:カットオフ以上になるオッズが1.02 GAD-7:カットオフ以上になるオッズが1.02 DVA: 高い暴力被害の得点 AUDIT-C:危険飲酒の段階は、カットオフ以上になる割合が54% CASは、平均56点、CORE-OMは、平均18(SD8) 76%が臨床域、抑うつや不安は高く、臨床域に近いスコア、精神疾患の症状は、DVの重症度によりリスクが上昇した。
Kelly (2010). / アメリカ ⁶⁾	33人の女性 (平均年齢39.7歳) emergency shelter, DVエイジェンシーからのリクルート	DV被害:SAVAWS 子ども時代のトラウマ評価:子ども時代に性的虐待の経験があるかをYes, noで問う。 身体的健康:NHIS PTSD:PCL 健康に関するQOL:HRQOL	2/3の女性が中〜重篤な心理的、身体的、性的虐待を受けていた。20人の女性が3種類のすべての虐待を経験し、幼少期の性的虐待が、痛み、症状、不眠と強い相関が認められた。 また、痛みと不眠は在留資格の必要書類の欠如と強い相関を示した。 痛みや睡眠障害の詳細なアセスメントがDVやPTSDや大うつ病などにつながるメンタルヘルスの特定化に役立つ。 シェルターにおいてもPTSDやうつはコミュニティ調査と同様の高い罹患率を示した。
Symes et al., (2014)/ アメリカ ¹¹⁾	女性300人 (平均年齢30.65歳) 子ども299人 (平均年齢6.88歳)	子どもの問題行動:CBCL DV被害:SAVAWS Danger assessment scale 痛み:BPI	身体的暴力の強度に対して性的虐待の被害の高さに相関があった($r=0.36$, $P<0.001$)。身体的、性的虐待の高さは母親の不安、身体化、PTSD、CBCL内在的問題、問題行動の総得点の得点を挙げる。 ($R^2=0.034-0.343$, $p<0.05$)。 暴力の種類をスクリーニングすることが、効果的な介入を予測することが示唆された。子どもの問題は、時間経過につれ変化するため長期的な調査が必要である。

著者 (出版年)/ 国	対象者	評価尺度	結果/ 考察
Tiwari et al., (2013)/ 中国 ¹³⁾	308人の女性 (年齢平均40.8歳) 香港の3つの シエルター	DV被害:C-AAS、C-CTS2 PTSD:IES-R うつ:PHQ9 痛み:CPG	PTSD症状 回避 7.8 侵入症状 8.9 過覚醒 6.6 うつ症状の重症度 9.7 慢性的な痛みの強度 16.3 精神的虐待は有意に慢性的な痛みの評価 に重症な影響があった。
Wolford- Clevenger & Smith (2017)/ アメリカ ¹⁶⁾	134人の女性 (平均年齢32.5歳)	強制的なコントロール評価:Coercion in intimate Partner Relationships scale Conflict Tactics Scaleから一部抜粋 PTSD:PTSDチェックリスト うつ、不安:うつ不安ストレス尺度、 20項目ベック絶望感尺度 希死念慮:L-SASI	20%の女性が自殺観念を持っていた。強 制的なコントロールは、身体的暴力では なくその他の暴力(性的、精神的暴力)に 正の相関がみられた($r=0.15$, $p<0.08$)。 自殺念慮と強制的なコントロールは、 ($B=.15$)有意な関連がみられた。 自殺念慮を活性化するのはうつであった。
葛西(2010)/ 日本 ⁵⁾	21名の女性 (30代～40代が多い)	1時間程度のインタビュー調査、 活動観察	PTSD等症状に関しては、21名中15名が何 等かの精神疾患に該当した。一時保護後 に就職ができたものは6名である。完全 辞職をしたものについては、PTSDなどの 精神疾患のため療養中などの理由が主。 精神疾患に悩まされたものが多く確認さ れ、うち3名は入院経験を有するなど非 常に深刻な状態にあった。
米田(2009)/ 日本 ¹⁴⁾	平成18年度におけ る報告では、年間850 人～900人で推移。 H18年度の同伴児は、 611人、うち幼児が 大半 20代が27.5%、30代 が36.1%。	実態報告	外科系疾患:骨折、打撲、切創、摩過傷、捻 挫など。 内科系疾患:胃痛、食欲不振、胃腸障害、 喘息、感冒など。 精神科判定概要:PTSDを含む心因反応が 62%と最も高く、ついで躁うつ病が20%、 入所中入眠困難、不安を訴える利用者が 多い。
Yoshihama et al., (2009)/ 日本 ¹⁵⁾	421人の女性 (平均年齢35.7歳) 2005年83か所の母子 支援施設	子ども時代の虐待体験:7つの質問へ の回答 DVの経験:4つの質問への回答 DSM-IV	DV被害女性は、精神的健康、社会機能な どが障害されている。 身体的、心理的、ネグレクトは母親のメン タルヘルスに影響を与える。

Note. Brief Pain Inventory: BPI, Child Behavior Checklist : CBCL, Clinical Outcomes in Routine Evaluation-
Outcome Measure: CORE-OM, Health Related QOL: HRQOL, lifetime-Suicide Attempt Self-Injury Count : L-SASI,
Severity of Violence Against Women scale: SVAWS, Violence Against Women Screen: VAWS,

暴力被害の評価

暴力被害の評価に関しては、半構造化面接でのインタビュー形式で評価したものが2本¹⁾
¹⁴⁾、その他は、女性に対する暴力スクリーニ
ング尺度(Violence Against Women Screen :
VAWS)、SVAWS (Severity of Violence Against
Women scale)、C-AAC (Chinese version abuse
assessment screen)、CCTST (Chinese version
of the revised conflict assault scales) の質問紙
評価で実施された。

Kelly (2010) の結果から対象者は、全体の3
分の2の女性が身体、精神、性的暴力の複数の
重複した暴力を受けており、身体的暴力の重症
度と性的虐待の被害の高さに正の相関がみられ
ている¹¹⁾。また、母親の身体的、性的虐待の被
害の高さがPTSDやその他の精神症状、身体症
状、および子どもの問題に相関することが報告
されている¹³⁾。

暴力被害を評価することは、暴力の種類や
重症度でその後の精神症状の重篤度が異なる

ため、被害者にとって有効な介入を特定化することにつながると考えられている¹³⁾。しかしながら、本稿で挙げた文献においても暴力を評価する尺度は統一されておらず、研究間の比較が困難であることや、用いられている調査項目の内容にばらつきが存在することがわかった。さらに、CTSTは海外諸国においてDV研究やパートナー間の暴力の評価に頻用されている尺度であるが、国内では標準化などはされておらず、文化的背景を考慮した独自の尺度の開発も行われていないのが現状であり、暴力被害の評価に関しては詳細にないことがわかった。

身体症状の評価

身体症状の評価に関しては、National Interview Survey (NHIS)、Chronic pain grade questionnaire (CPG)の質問紙が用いられ、評価されていた。これらの結果から慢性的な身体の痛みや不眠症状が認められ、さらに精神的虐待と慢性的な痛みにも正の相関⁶⁾が認められた。国内の報告からは、骨折、打撲、切創、摩過傷、捻挫などの外科系疾患や胃痛、食欲不振、胃腸障害、喘息、感冒などの内科系疾患、小児科系疾患、産婦人科系疾患が確認されている¹⁵⁾。

過去のトラウマ体験

過去のトラウマ体験の評価に関しては、既存の子ども時代のトラウマ評価尺度を使用した研究が1本¹⁾、半構造化面接において子ども時代の性的虐待や虐待体験を問う形式¹⁵⁾、自由回答のインタビュー形式が挙げられた⁶⁾。Ferrari et al., (2016)の研究では、被害者において子ども時代のDV目撃、子ども時代の虐待体験が全体の50%に存在し、約80%が過去に何等かの精神的な問題があったことが確認された。また、幼少期の性的虐待が現在の慢性的な痛みと不眠に強い相関を示す⁶⁾ことが報告されるなど過去のトラウマ体験の有無が現在の症状に関連する

ことが明らかになっている。

入所者の訳半数に虐待体験があり、その体験と現在の症状とに関連がみられることから精神症状を改善させていくことを考えると過去の体験の評価は非常に重要な情報である。しかし、既存の尺度を使用せず自由回答でなされていることなど信頼性の乏しさが示唆されるため、より信頼性の高い尺度を用いて評価することが必要であると考えられる。

精神症状の評価

精神症状の尺度に関しては、PTSDをPTSDチェックリスト(PTSD check list; PCL)で評価した文献が2本⁶⁾¹⁶⁾、IES-Rで症状を評価した研究が1本¹³⁾、その他うつ症状に関しては、ハミルトンうつ病尺度¹⁾、PHQ-9³⁾が使用された。

PTSDに関しては、全体の7割の女性が暴力に曝され、何等かの精神疾患に罹患している。とくにPTSDは50.8%の半数以上が症状を示すこと¹⁾、全体の76%が臨床域であること³⁾、IES-R評価で高いPTSD症状¹⁴⁾、精神科判定でPTSDを含む心因反応が全体の62%¹⁵⁾、PTSD等症状において、21名中、15名が何等かの精神疾患に該当⁵⁾したことが示された。

ついでうつ病、不安症状が臨床域に近い高いスコアを示し³⁾、全体の37.3%でうつ病¹⁾やうつ症状の重症度が高いスコアを示し、¹⁴⁾全体の20%に躁鬱がある¹⁵⁾という報告や、20%の女性に自殺念慮がある¹⁷⁾など重篤なうつ症状を持つ女性が多いことが示唆された。

アルコールの問題に関して、アルコール使用障害特定テスト(Alcohol Use Disorders Identification Test: AUDIT-C)の評価尺度が使用され、危険飲酒の段階はカットオフ以上に該当する割合が54%と高いスコアが確認された³⁾。この文献では、アルコールの問題がある被験者はあらかじめ除外されているが、それらの被験者を除いたにも関わらず高いスコアが確認されている。

多くの研究において、PTSD やうつ病の症状は深刻な状態であることが示された。それらの症状が日常生活を障害することで回復の阻害要因となることが示唆される。国内の報告においては、施設内で PTSD やうつ症状を既存の尺度などで評価した研究はなく、実態報告のみであった^{5) 14)}。また、PTSD とアルコール依存の問題には強い関連を示すことはこれまでの知見で明らかになっていることであり²⁾、その傾向が Ferrari et al., (2016) の実態報告にも見受けられた。

生活状況に関する評価

全体の約 40% に 4 歳以下の子どもがおり、約 8 割が定職についていない現状であること³⁾。さらに、生活上に必要な書類などの欠如が身体の痛みや不眠と強い相関を示した⁶⁾ 調査結果も報告された。国内において、葛西 (2010) の報告では、仕事を完全辞職したものについては、PTSD などの精神疾患に療養が必要な場合であったことが確認されている。

4 歳以下の幼い子どもがいることで移動が制限されてしまうこと、定職についていないことなど経済的に安定させそうとしても自由に動くことができない状況がある。Kelly (2010) の調査報告では、生活環境の見通しを立てにくい状況が症状と結びついていることや、精神症状が就労を困難にすることなど相互の負の要因が生活再建を困難にしていることが示唆された。

子どもに関する調査

子どもの問題行動の評価に子どもの行動チェックリスト (Child Behavior Checklist ; CBCL) が使用された文献を 1 本挙げた。Symes et al., (2014) の研究では、母親の身体的、性的虐待体験が母と子にどのような影響を与えるかについて調査を行ったところ、身体的、性的虐待は、母親の不安や身体症状、PTSD と結びつくことや、子どもの CBCL 評価における内在化問題と問題行

動の総得点を上げることが示された。

これらの結果から母親の症状は、子どもの養育に影響を及ぼし、子ども自身の問題行動も多くなることが示された。DV シェルターの利用者に関する研究は、これまでに少ないことが報告されているが、その女性の子どもに関する研究はより数が少ない。子どもの健康状態に関してもより詳細な評価が必要である。また、子どもの問題は時間経過に伴い変化するため長期的な調査や支援が望まれる。

研究の限界点

各研究の限界点としては、サンプルサイズが小さいことや男性から女性のみ暴力しか扱っておらず、同性間の暴力は扱っていないことが挙げられた^{6) 16)}。また、一部のシェルターのみ研究であることや人種やシェルターの滞在期間を統制できていないこと^{1) 4) 6)}、研究に参加した被験者は、入所者の一部なので調査対象者の偏りが存在することを示唆した文献^{6) 13)}、自己評価のみの質問紙調査なので回答者の主観的評価であることに留意が必要であるということが 1 本の文献で挙げられた¹⁶⁾。

DV シェルターでの実態調査の場合、限られた滞在日数の中での調査になることや、一時保護の状況化では生活の見通しが立たないことをはじめとして心身共に強いストレス状況化にあるため、主観的評価においても留意が必要な点に関しては、周囲のスタッフなどの身近な観察者の評価も踏まえることが必要となるかもしれない。

IV. 考察

本研究では、一時保護施設を利用した DV 被害者の PTSD をはじめとした精神的健康の実態調査についての先行研究をレビューし、国内外の知見からこれまでの研究動向や研究課題を明

らかにすることを目的とした。

本研究で挙げられた海外での文献では、多くの文献で重篤な PTSD 症状やうつ症状が報告された。さらにそれらが、女性自身の希死念慮につながることや、母親の症状が子どもの養育や、子ども自身の問題行動につながっていることも示された。一方、限界点としては、使用尺度が統一されていないこと、調査対象者の偏り、回答が被験者の主観的評価のみの結果であることなどが問題点として挙げられた。これらの限界点は、今後国内での実態調査を進める上でも問題になる点であると予想される。限られた滞在期間内での調査研究を考えると安全面を考慮した信頼性の高い尺度の使用が被験者の評価にも今後の比較研究を実施する上でも望まれることである。さらに、被験者の主観的評価における問題点を考えると、施設内の職員の他者評価などを併せることなどで限界点を補完できると考えられる。また、本研究で挙げた結果に関しては、DV シェルターで一時保護を利用し、その中から研究参加をした被験者の回答結果である。今後、これまで支援に繋がらなかった被害者を適切に施設利用につなげるためには、本来は支援につながるができない対象者の調査が必要となる。その際、より安全面を考慮した慎重な調査が必要となるが、広い範囲でインターネット調査などの手法も有効ではないかと考える。

国内の研究課題においては、これまでに、小西 (2010) により女性の暴力自体に関する研究が少ないこと、臨床家や研究の発展がなく、海外よりも四半世紀遅れていることが指摘されてきた。その後、一時保護された女性を対象とし、生活再建までの質的研究や生活実態が報告されているが^{4) 8)}、PTSD を含む精神的健康状態を既存の質問紙で調査した研究などが不足していること、また暴力被害を評価する尺度の開発などもなされていないことも問題点として考えられた。小西 (2010) の指摘した問題点が改善さ

れ研究が大きく発展したとは言い難いが、今後婦人保護の運用の見直しをするにあたって実態調査などはさらに増えてくることが予想される。

増井 (2019) は、多くの被害者は時間経過とともに自然回復のプロセスを経るが、一方で自然回復がうまくいかず、時間が経過しても PTSD 症状に苦しみ続け、慢性化する場合も一部にみられるということを報告している。PTSD は、心身の健康状態、認知機能の問題を媒介する因子であることがわかっており⁶⁾、より詳細な症状の評価が被害者の支援につながるのはもちろんのこと、PTSD に併存するアルコール等の問題など、これまで実施されてこなかった利用者の生活状況の調査を行うことで自然回復を障害するリスクが高い者を評価し、早期に支援につなげることが問題の長期化を防いでいくことも考えられる。

引用文献

- 1) Akyazi, S., Tabo, A., Guveli, H, et al.: Domestic violence victims in shelters: what do we know about their mental health?. *Community mental health journal*, 54 (3) ; 361-369, 2018.
- 2) Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D, et al.: Mental and physical health and intimate partner violence against women: A review of the literature. *International journal of family medicine*, 2013; 15, 2013.
- 3) Ferrari, G., Agnew-Davies, R., Bailey, J, et al.: Domestic violence and mental health: a cross-sectional survey of women seeking help from domestic violence support services. *Global health action*, 7 (1) ; 25519, 2014.
- 4) 岩本華子, 増井香名子, & 山中京子: 市町村の女性相談窓口における支援の現状と課題: DV と DV 以外の相談対応に着目して.

- 社会問題研究, 68; 13-24, 2019.
- 5) 葛西リサ: A 県における DV 被害者向け自立支援費の利用実態に関する研究. *日本建築学会計画系論文集*, 75 (652); 1525-1532, 2010.
 - 6) Kelly, U.: Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *Western Journal of Emergency Medicine*, 11 (3); 247, 2010.
 - 7) Kulkarni, S. J., Stylianou, A. M., & Wood, L.: Successful rules reduction implementation process in domestic violence shelters: From vision to practice. *Social work*, 64 (2); 147-156, 2019.
 - 8) 小西聖子: 精神健康の側面から見た DV 被害の実態と研究の課題. *国立女性教育会館研究ジャーナル*, 14; 15-22, 2010.
 - 9) 増井香名子: DV 被害者の支援の視点: 「ステージモデル」から理解を深める. *社会問題研究*, 68; 117-125, 2019.
 - 10) 内閣府男女共同参画局統計資料「配偶者からの暴力に関するデータ」. 2018. http://www.gender.go.jp/policy/no_violence/e-vaw/data/pdf/dv_data.pdf (令和元年7月6日アクセス)
 - 11) 大阪府女性相談センター: DV 被害母子調査 DV 被害が被害者とその子どもに与える影響と支援ニーズに関する調査報告～婦人相談所一時保護利用者への調査から～. 2006.
 - 12) Symes, L., Maddoux, J., McFarlane, et al.: Physical and sexual intimate partner violence, women's health and children's behavioural functioning: entry analysis of a seven - year prospective study. *Journal of clinical nursing*, 23 (19-20); 2909-2918, 2014
 - 13) Sullivan, C. M., Goodman, L. A., Virden, T., Strom, et al.: Evaluation of the effects of receiving trauma-informed practices on domestic violence shelter residents. *American journal of orthopsychiatry*, 88(5); 563, 2018.
 - 14) Tiwari, A., Fong, D. Y., Chan, C. H., et al.: Factors mediating the relationship between intimate partner violence and chronic pain in Chinese women. *Journal of interpersonal violence*, 28 (5); 1067-1087, 2013.
 - 15) 米田弘枝: 東京都における公的シェルターの実態と配偶者暴力相談支援センターの活用(シェルター・専門治療編, メインテーマ「ドメスティック・バイオレンス (DV) の実態と被害女性及び母子に対する医療機関での適切な対応」, < 特集 > 第 9 回日本女性心身医学会研修会報告). *女性心身医学*, 14 (2); 150-154, 2009.
 - 16) Yoshihama, M., Horrocks, J., & Kamano, S.: The role of emotional abuse in intimate partner violence and health among women in Yokohama, Japan. *American Journal of Public Health*, 99 (4); 647-653, 2009.
 - 17) Wolford-Clevenger, C., & Smith, P. N.: The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. *Personality and individual differences*, 106; 46-51, 2017.

犯罪被害によるきょうだいとの死別体験に関する研究の動向



赤田ちづる¹⁾ 坂口幸弘²⁾

1) 関西学院大学人間福祉研究科 2) 関西学院大学人間福祉学部

本研究は、犯罪被害によってきょうだいと死別したきょうだいの体験の特徴と社会の認識の現状及び支援に関して、システマティックレビューにより、国内外での研究の動向を把握し知見を集積することを目的とした。国外文献は、「PsycINFO」「MEDLINE」「Social science Full Text」の3つのデータベースを用いて検索を行い、国内文献は「CiNii」「医中誌」を用いて検索を行った。2019年2月4日までに発行された984編の文献(国外949、国内35)から選択基準に沿って評価し、15件(国外12、国内3)の研究を抽出した。レビューの結果から、遺されたきょうだいを対象とした研究は非常に少ないことが明らかになった。犯罪被害者支援において、遺されたきょうだいに対しての意識は非常に低いことが窺える。遺されたきょうだいのニーズに沿った支援を構築し、提供するためには、研究知見の蓄積が急務の課題である。

キーワード：きょうだい・死別・犯罪被害・事故・システマティックレビュー

I. 緒言

犯罪被害者白書によれば、平成30年度には年間5183名の尊い命が交通事故を含む犯罪被害で奪われている⁷⁾。犯罪等の被害者遺族は、ある日突然、犯罪者によって大切な家族の命を奪われる。さらに、被害状況の捜査、公判の過程で負担を負うことになり、時には配慮に欠けた対応によって新たな苦痛(二次被害)を受けることもある。

喪失体験は、どのような状況であれ、心理的衝撃や苦痛を伴うものであるが、とりわけ、犯罪等の被害のように事件・事故を原因とする外傷体験を伴う喪失体験は複雑な悲嘆反応をもたらすことが知られている²¹⁾。

犯罪等の被害者・遺族を対象とした中島らの調査¹³⁾では、犯罪等の被害者遺族における精神健康のハイリスク該当者は40.9%であると示されており、さらに、過失運転致死傷罪、危険運転致死傷罪を含む犯罪等の被害者遺族への面接調査では、PTSD(Post Traumatic Stress Disorder

外傷後ストレス障害)の該当者は17.8%、複雑性悲嘆は21.9%とされている。また、白井らによる交通事故遺族等の調査¹⁶⁾では、PTSD有病率は75.7%、複雑性悲嘆反応は32.7%と報告されている。すなわち、事件・事故遺族の場合、一定の割合で、PTSDや複雑性悲嘆に繋がる可能性がある。そのような状況であるにも関わらず、日本では長い間犯罪等の被害者の支援や、こころのケアの問題には関心が払われない状況が続いていた¹⁷⁾。

近年になってようやく、犯罪等被害者の問題に対する社会的関心が高まり、刑事司法機関等においても被害者支援のための各種の施策が推進されるようになってきた。2005年に犯罪等の被害者の権利利益の保護が図られる社会を実現させるため施行された「犯罪被害者等基本法」を皮切りに、第2次犯罪被害者等基本計画(2011)が策定され、続いて、第3次犯罪被害者等基本計画(2016)が策定されている。

関心が高まってきたとはいえ、犯罪被害によってきょうだいを亡くした遺されたきょうだい

いに関しては、目に留まる機会が少なく、第3次犯罪被害者等基本計画で、はじめて、犯罪被害によって遺されたきょうだいへの支援が基本方針に加えられた。これにより、遺されたきょうだいの存在が露になり、支援の必要性が提言され始めているが、現状では支援の輪が広がっているとは言い難い。支援の方策を考えるにあたっては、まず犯罪被害によるきょうだいとの死別体験の実態を明らかにすることが必要であるといえよう。本研究では、「犯罪等の被害におけるきょうだいとの死別」に焦点をあて、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験における研究の動向を探り、知見を集積することを目的とした文献レビューを試みるものとする。

II. 用語の定義

本論で表記する「犯罪等の被害」とは、自己の力では統制できず、暴力的に強いられた被害とし¹²⁾、日本被害者学会が述べた「被害者とは、犯罪など何らかの違法行為による被害を受けた人、すなわち犯罪被害者」という定義を用い、多様な犯罪、事故、災害における被害とする。

III. 方法

1. 国外文献の収集

登録研究抽出の基準は以下の方法を用いた。「PsycINFO」「MEDLINE」「Social science Full Text」の3つのデータベースを用いて検索し、検索条件として、¹⁾ journal article であること、²⁾ 「siblings」 AND 《“bereavement” or “grief”》が含まれること、³⁾ 英語で執筆された文献であること、の3つを設定した。発行年に関しては特に指定をせず検索を実施した。検索実施日は2019年2月4日であった。データベースから得られた文献の中で、重複した論文を除外し、適格基準に照らし合わせて論文の選択を行った。

2. 国内文献の収集

登録研究抽出の基準は、以下の方法を用いた。「CiNii」「医中誌」の2つのデータベースを用いて検索した。検索条件として、¹⁾ journal article であること、²⁾ 「きょうだい」 AND (“死別” OR “悲嘆”) が含まれること、³⁾ 日本語、または英語で執筆された文献であること、の3つを設定した。発行年に関しては特に指定をせず検索を実施した。検索実施日は2019年2月4日であった。データベースから得られた文献の中で重複した論文を除外し、適格基準に照らし合わせて論文の選択を行った。

3. 適格基準

「きょうだいと死別した経験を持つきょうだいに関する文献であること」を選択基準とし、タイトルとAbstractを評価した。選択の可能性のある論文については全文を取り寄せ、本文を精読し、基準を満たす論文を選択した。

4. 除外基準

適格基準を満たした文献のうち、「死別の原因が犯罪等の被害でないもの」「きょうだいが調査対象者に含まれているが、きょうだいに特化した分析をしていないもの」を除外した(図1)。

IV. 結果

1. 文献の収集の結果

1-1. 国外文献の結果

文献検索データベースからは、949件の論文が抽出された。そのうち重複があった300件を削除した結果、649件となった。選択基準を適用した結果、最終的に扱う論文として12件が抽出された。

内訳は、インタビューを実施し、質的手法を用いて分析をしたものが6件^{1) 2) 4) 5) 8) 10)}、親が遺されたきょうだいを観察し、記入した自由回答式質問紙調査を質的に分析したものが1件⁹⁾、

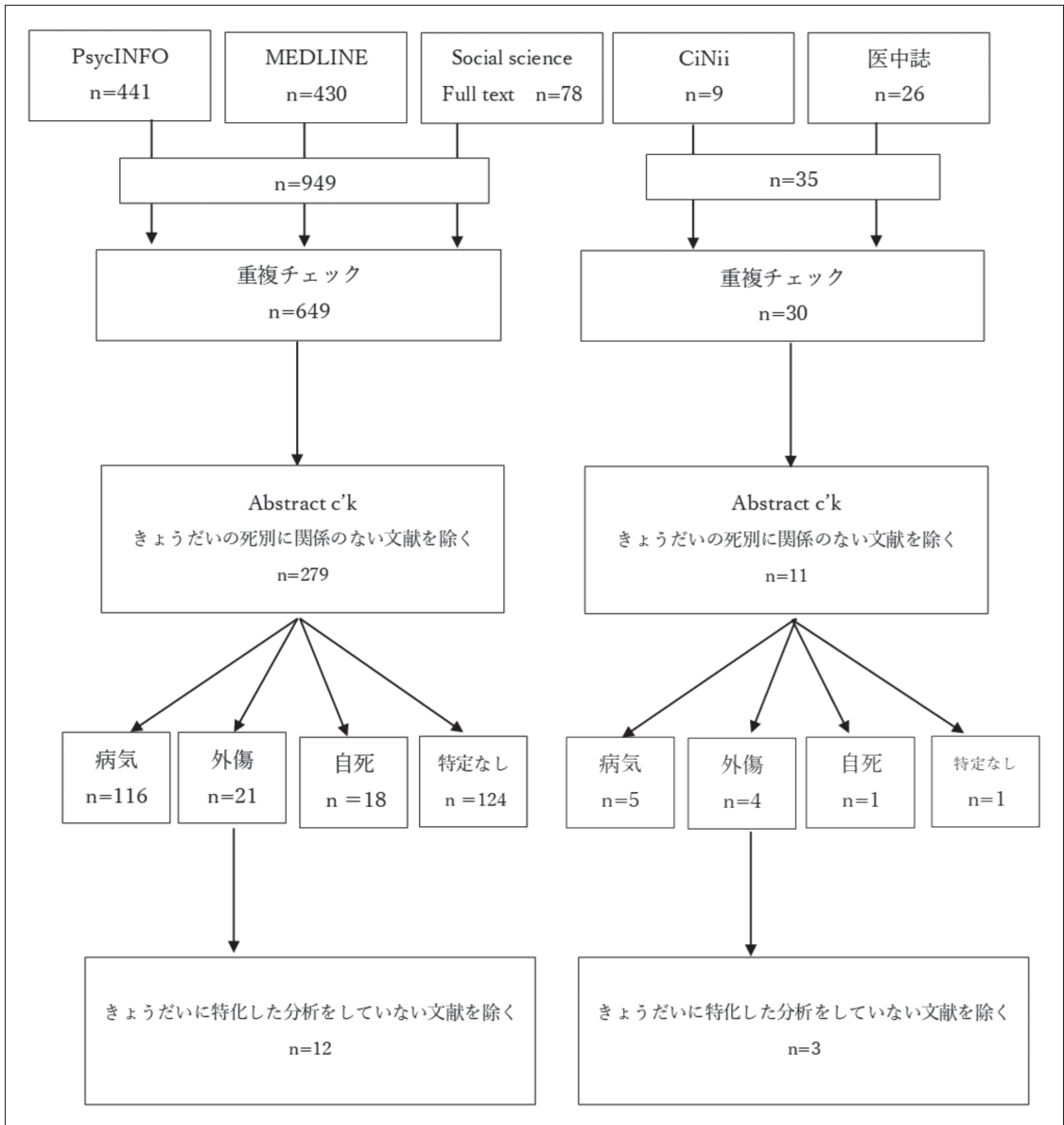


図1. 国外文献・国内文献の収集の結果

質問紙調査を実施し量的に分析を施したものが1件³⁾、事例紹介が4件^{6) 11) 19) 20)}であった。

1-2. 国内文献の結果

文献検索データベースからは、39件の論文が抽出された。そのうち重複があった5件を削除した結果、34件となった。適格基準を満たした文献は11件であったが、その多くが病児のきょうだいを対象とした事例報告・事例検討

に留まっており、除外の対象となったため、最終的に扱う論文として、3件^{14) 15) 18)}が抽出された。内訳は、2親等以内の親族を対象として質問紙調査を実施し量的に分析したものが1件¹⁵⁾、事例紹介が2件^{14) 18)}であった。

2. 研究の動向

2-1. 文献の掲載年次推移

国外文献については、1973年以降に見られ、

2018年までの45年のあいだに12件であった。国内文献については2003年以降に3件見られた。

2-2. 対象文献の研究デザインと対象者

対象文献となった国内外合わせて15件の研究デザインに焦点を当てると、インタビューを用いた質的調査が6件^{1) 2) 4) 5) 8) 10)}、記入式質問紙を質的に分析したものが1件⁹⁾、量的調査は2件^{3) 15)}、事例紹介が6件^{6) 11) 14) 18) 19) 20)}であった。

対象者に焦点を当てると、遺されたきょうだいのみを対象としたものが8件^{2) 4) 6) 11) 14) 18) 19) 20)}、親を対象としたものが3件^{1) 8) 9)}、親ときょうだい双方を対象としたものが2件^{3) 15)}、親ときょうだい双方を対象とし、なおかつ比較群を用いたものが1件⁵⁾であった。また、遺されたきょうだいと、きょうだいとの死別体験を持たない比較群の子どもを対象としたものが1件¹⁰⁾であった(表1.2.3)。

2-3. 質的分析を実施した対象文献の概要

7件のうち、1件¹⁰⁾は死の概念形成に関する文献であったが、6件^{1) 2) 4) 5) 8) 9)}は死別後に辿ったプロセスを聞き取り、プロセスの変化をもとに支援の必要性を述べたものであった。また親との関係性の変化について述べている文献が4件^{1) 2) 5) 8)}、社会との関係構築の変化について書かれたものが5件^{2) 4) 5) 8) 9)}、現実の被害との向き合い方の困難さを書かれた文献が5件^{2) 4) 5) 8) 9)}あった(表1)。

2-4. 量的分析を実施した対象文献の概要

テロによる死別後、3つの測定ポイント(12、28、40ヶ月)を用いた縦断的な観察研究³⁾では、尺度を用い、心理的な苦痛(General Health Questionnaire, GHQ¹²⁾、トラウマ(Impact of Event Scale-Revised, IES-R)、複雑性悲嘆(Inventory of Complicated Grief, ICG)、社会的機能(Work

and Social Adjustment Scale、WSAS)の測定を行っていた。その結果、「回避症状」及び「過覚醒症状」は両親よりきょうだいが高く、「侵入症状」はきょうだいの方が低かった。なお、測定結果においては両親ときょうだいに有意な差は認められなかった。

白井¹⁵⁾の調査では、尺度を用い、抑うつ性障害および不安障害(Kessler10、K10)、トラウマ(IES-R)、複雑性悲嘆(ICG)の測定を行った。2親等以内の親族において、IES-R・ICG・K10が有意に高得点なのは親であった。なお、配偶者間では差が認められなかった(表2)。

2-5. 事例紹介

事例紹介を用いた対象文献は6件^{6) 11) 14) 18) 19) 20)}であった。文献ごとの概要は表3に示し、ここでは2例を紹介する。

自分を含む遺された5名の姉妹が、きょうだいの死をどうとらえているのか、それぞれの語りを紹介し、経験と反応の違いを示した事例¹⁹⁾は、きょうだいと死別して36年が経過しているが、この期間、遺された姉妹で亡くなったきょうだいの話をするのではなく、語ることそのものが初めての経験であった。経験と反応は、同じ家族の中でも多様であり、共通性を見出すことは困難であった。しかしながら、自身の悲しみを知るためにも、他者に支援を求めるためにも、「自分の物語」を話す機会を設けることの重要性は見出すことができたとして述べている。

第三次中東戦争で兄と死別した3名の統合失調症患者の行動記録の事例⁶⁾では、精神疾患を持っている男性3名が、兄を失い、死別当時は精神疾患が寛解状態にあったにも関わらず症状が悪化した様子を紹介した。それぞれの行動、死のとらえ方を示し、彼ら自身が亡くなった兄を再配置する必要性はあるが、彼らだけではなく、両親も変わる必要があるとしている。家族の中で、パワーバランスや役割を再配置し、新しい役割を担った遺されたきょうだい

表 1 質的分析を実施した対象文献の概要

著者名（掲載年）	研究デザイン	対象者	研究目的	結果
Alisic, E. et al. (2012) ¹⁾	インタビュー	親 (n=33)	遺されたきょうだいの心理的回復を促進するために、両親による支援方法を探究する	両親による支援方法として2つのカテゴリーと14のサブカテゴリーが抽出された 1) 子どものニーズへの気づき（知覚） 2) 子どものニーズへの対応（行動）
Balk, D.(1983) ²⁾	インタビュー	きょうだい (n=33)	きょうだいとの死別体験を持つ10代の若者が望む支援を探索し、カウンセラー養成のための知見とする	10代の若者が望む支援として、6つのカテゴリーが抽出された 1) 感情反応 2) 両親との関係性 3) 仲間との関係性 4) 成績と学習習慣への影響 5) きょうだいの死を話す 6) 信仰の重要性
Forward, D.R. (2003) ⁴⁾	インタビュー	きょうだい (n=5)	青年期の遺されたきょうだいの死別プロセスを明らかにする	死別プロセスは可変的であり、5つの段階を含む 1) 事実を知りたい 2) 現実から逃げる 3) 現実に向き合う 4) 窮地に追い込む 5) 新たな意味を見つける
Freeman, L.N.(1996) ⁵⁾	インタビュー	きょうだい (n=15) 親 (n=15) 比較群あり	遺されたきょうだいのメンタルヘルスサービスへのニーズを明らかにする	<ul style="list-style-type: none"> ・ きょうだいは激しい悲しみと怒りを持つ ・ 事件について現実感がない ・ 事件のことや亡くなったきょうだいのことを思い出すのを避けている ・ 感情を失った両親と暮らすのが、両親を氣遣っている ・ 仲間との関係構築が困難
Khang, M. et al. (2018) ⁸⁾	インタビュー	親 (n=16)	セウォル号沈没事故にて死亡した子どもたちの遺されたきょうだいの死別体験に対する反応を明らかにする	死別体験に対する反応として、5つのカテゴリーが抽出された 1) ネガティブな行動の変化 2) 悲しみの表現 3) 親との関係性の変化 4) 学校での問題 5) 社会的な変化
Lohan, J.A. et al.(2002) ⁹⁾	記入式 質問紙調査	親 (n=107)	青年期の遺されたきょうだいについて、両親が認識するきょうだいの悲嘆反応を明らかにする	父親と母親が共通したきょうだいの悲嘆反応として17カテゴリー、父親特有の認識として4カテゴリー、母親特有の認識として5カテゴリーが抽出された
Mahon, MM. (1993) ¹⁰⁾	インタビュー	きょうだい (n=29) 比較群 (n=29)	子どもの死の概念形成に影響を与える要因を明らかにする	外傷によるきょうだいとの死別は、子どもの死の概念形成に大きな影響を与えることはない

表2 量的分析を実施した対象文献の概要

著者名 (掲載年)	研究デザイン	対象者	研究目的	使用尺度	結果
Dyregrov, Kari. et al. (2015) ³⁾	質問紙調査	親 (n=67) きょうだい (n=36)	2011年のノルウェーで起きたテロにより、子ども、またはきょうだいと外傷的死別を経験した遺族の心的外傷と悲嘆反応の程度についての報告し、心的外傷と悲嘆の関連性と社会生活への影響について検討する	GHQ12 IES-R ICG WSAS	GHQ12高リスク群 (きょうだい75%・親88%) PTSD (IES-R)高リスク群 (きょうだい72%・親61%) ICG高リスク群 (きょうだい75%・親81%) WSAS (兄弟25%・姉妹32%)
白井 明美 (2010) ¹⁵⁾	質問紙調査	2親等以内の親族 (n=144) (きょうだい n=22/144)	被害者遺族において、故人との続柄の違いが精神健康に差を生じるか否か検討する	IES-R ICG K10	2親等以内の親族において、IES-R・ICG・K10が有意に高得点なのは親であった

Note. GHQ12=General Health Questionnaire ; IES-R= Impact of Event Scale-Revised ; ICG=Inventory of Complicated Grief ; WSAS= Work and Social Adjustment Scale ; K10=Kessler10

表3 事例紹介を用いた対象文献の概要

著者名 (掲載年)	研究デザイン	対象者	概要
Jaglom, M. (1973) ⁶⁾	事例報告	きょうだい(n=3)	第三次中東戦争で兄と死別した3名の統合失調症患者の行動記録をもとに、彼らの悲嘆反応の特徴を述べた
Moss, Eric. et al. (2001) ¹¹⁾	事例報告	きょうだい(n=12)	テロできょうだいを殺害された12名の少年のグループセラピーの内容を記録した
高柳 奈生 (2003) ¹⁸⁾	事例報告	きょうだい(n=1)	犯罪被害によって遺されたきょうだい(4才)の保育支援を中心に、援助記録・スーパービジョンにおけるディスカッション記録・報道記録から情報を収集し考察した
野坂 祐子 (2006) ¹⁴⁾	事例報告	きょうだい(n=1)	弟を交通事故で亡くするという外傷的死別体験をした20代女性のカウンセリング過程を事例として、きょうだい喪失によって生じる心理的問題と回復について考察した
Van, R.M. (1997) ¹⁹⁾	事例報告	きょうだい(n=5)	6人姉妹の一人との死別を5人の姉妹がどう捉えたのか、経験と反応に関する事例を紹介した
Widen, H.A. (2016) ²⁰⁾	事例報告	きょうだい(n=2)	青年期後期におけるきょうだい喪失に対する特異的な症状反応に関して3人の事例を紹介した

を、両親が受け入れることが大切であると締めくくっている。

V. 考察

犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験における国内外の研究の動向、それらの実態を整理した結果に基づき、今後の研究の方向性と課題を考察する。

1. 犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験における国内外の研究の動向

犯罪等の被害できょうだいと死別した遺されたきょうだいを対象とした研究は非常に少なく、適格条件を満たしている290件を網羅しても、その42%が病児・流産・死産を対象としたものであり、死別の原因が犯罪等の被害と限定すると、関連する文献は僅か7.5%となった。犯罪被害者支援において、遺されたきょう

だいに対しての意識が低いことは明らかであるといえる。掲載年別にみると、国外では1973年から2018年にかけて、少数ではあるが研究がなされているものの、国内では、2003年、2006年、2010年においてそれぞれ1件ずつにとどまり、2010年以降は見つけることができなかった。

日本では2000年頃から、大阪教育大学附属池田小学校児童殺傷事件（2001）、佐世保小6女児同級生殺害事件（2004）、JR福知山線脱線事故（2005）、秋葉原通り魔事件（2008）など社会を震撼させるような犯罪や事故が多発した。事件によって尊い多くのいのちが奪われることになったが、支援制度の整っていない我が国において、ひとつひとつの事件をきっかけにしながら被害者支援制度が整備され、犯罪被害者等基本法の制定に繋がった。それと並行して、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験に関する研究が行われたことが推察される。

2. 今後の研究の方向性と課題

まずは、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験を持つ遺されたきょうだいを対象とした研究知見の蓄積が急務の課題であると考えられる。被害者等の遺族の調査では、PTSD有病率、複雑性悲嘆反応がそれぞれ高く、一定の割合で、PTSDや複雑性悲嘆に繋がる可能性があるにもかかわらず、国内において、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験を持つ遺されたきょうだいを対象とした調査は見当たらなかった。7つの質的研究からは、遺されたきょうだいが、どのような影響を受け、どのように対処しているのか、それぞれの研究の限界はあるものの、実態を垣間見ることができたといえる。とはいえ、すべてが国外での調査であり、死別におけるグリーフ、家族システムの文化差、及び、支援体制の違いを考慮すれば一抹の不安が残る。同一の犯罪

等の被害を同時に受けた場合でも、被害者の心理と体験には個人差があるように、犯罪被害の軽重はもちろんのことではあるが、欲求不満やストレスに対する抵抗力など持って生まれた体質・気質も精神的な被害に影響を及ぼす。また、被害を受ける前の家族関係や置かれている状況によって被害後の影響は異なる。研究知見を蓄積することで、個人差はあるにしても、被害者のきょうだいが入りやすい心理状態や家庭の内外で経験しがちな事柄を一般的に提示することが必要であろう。

また、両親からの視点を示した文献^{1) 8)}、きょうだいからの視点を示した文献²⁾はそれぞれあったが、同一家族の親子双方の視点からきょうだいの実態を探ったものはなかった。事件・事故後に両親が遺されたきょうだいに関わることは容易ではないにもかかわらず、両親のありようが子どもへ与える影響は大きいことが窺える。双方の悲嘆のプロセスへの認識の差異を、両親・子ども・支援者が正しく理解するためには、家族単位での調査が望まれる。

以上で、知見の積み重ねの必要性は提示することができたと考えるが、一方では課題も存在する。犯罪被害のもたらす影響は単なる喪失体験にとどまらず、生存者罪悪感を抱えるなど複雑なものであるが、さらに、遺族は、出来事の苦痛から逃れたい気持ちに逆らいながら行わなければならないことに追われている。加えて、多くの場合、刑事裁判や民事裁判は長期化し、長年にわたって事件に関わり続けなければならない。研究者が更なる二次被害を与えることのないよう、対象者の選定、調査方法、調査の実施、調査後のフォローには細心の注意を払う必要があると考える。そのためにも、研究者が単なる調査者としての視点に留まることなく、グリーフケアの視点を持って、長期にわたって関わり続けることが望ましいであろう。

VI. 結論

本研究は、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験に関する研究の動向を探り、知見を集積することを目的とした。筆者は、東京と大阪で、きょうだいを亡くしたきょうだいの会「栞の会」を主催している。2016年に制定された第3次犯罪被害者等基本計画の施行をきっかけに、遺されたきょうだいの支援に社会の目が向き始めたことを嬉しくも思っているが、遺されたきょうだいの体験には家族のありようが与える影響が強いことを痛切に感じている。「遺されたきょうだい支援」を考えるにあたっては、「きょうだいの立場からみたきょうだい支援」、「子どもを亡くした親の子育て支援」の双方からの視点が必要であり、「きょうだいの立場から見たきょうだい支援」と「親の子育て支援」は同じではない。遺された家族それぞれが持つ体験を多様な視点から調査し、知見を集約しながら、犯罪等の被害によるきょうだいとの死別体験を持つきょうだいの支援が発展していくことを願ってやまない。

参考文献

- 1) Alisic, E. et al.: Supporting children after single- incident trauma: parents' views. *Clinical Pediatrics*, 51 (3) ; 274-82, 2012.
- 2) Balk, D.: How teenagers cope with sibling death: Some implications for school counselors. *School Counselor*, 31 (2) ; 150-158, 1983.
- 3) Dyregrov, K., Dyregrov,A., Kristensen,P.: Traumatic bereavement and terror: The psychosocial impact on parents and siblings 1.5 years after the July 2011 terror killings in Norway. *Journal of Loss & Trauma*, 20-6; 556-576, 2015.
- 4) Forward,D.R., Garlie,N.: Search for New

Meaning: Adolescent Bereavement after the Sudden Death of a Sibling. *Canadian Journal of School Psychology*, 18; 23-53, 2003.

- 5) Freeman,L.N.,Shaffer,D.,Smith,H.: Neglected victims of homicide: the needs of young siblings of murder victims. *American Journal of Orthopsychiatry*, 66 (3) ; 337-345, 1996.
- 6) Jaglom,M.: Reactions of three schizophrenic patients to their brother's death. *Israel Annals of Psychiatry & Related Disciplines*, 11 (1) ; 54-65, 1973.
- 7) 警察庁 犯罪被害者白書 <https://www.npa.go.jp/hanzaihigai/whitepaper/w-2018/html/zenbun/index.html> (2019年2月4日)
- 8) Khang,M., Lee,D.H., Kim,Y. :Parental Perceptions of Surviving Sibling Grief Responses to an Adolescent's Violent and Sudden Death by the Sewol Ferry Disaster in South Korea. *Omega*, 30222818777340, 2018.
- 9) Lohan,J.A.,Murphy,S.A: Parents' perceptions of adolescent sibling grief responses after an adolescent or young adult child's sudden, violent death. *Omega, Journal of Death and Dying*, 44 (1) ; 77-95, 2002.
- 10) Mahon, MM.: Children's concept of death and sibling death from trauma. *Journal of Pediatric Nursing*, Vol.8 (5) ; 335-44, 1993.
- 11) Moss,E., Raz, A.: The ones left behind : A siblings' bereavement group. *Group Analysis*, 34 (3) ; 395, 2001.
- 12) 長井進：犯罪被害者の心理と支援. ナカニシヤ出版 .2004.
- 13) 中島聡美, 白井明美, 真木佐知子ほか：犯罪被害者遺族の精神健康とその回復に関連する因子の検討. *精神神経学雑誌* ,111 (4) ;27-33,2009.

- 14) 野坂祐子：きょうだいの喪失に伴うグリーフ・カウンセリングの過程 交通事故で弟を亡くした青年期女性の事例から．聖マリアンナ医学研究誌 ,6 (81) ;83-88,2006.
- 15) 白井明美, 中島聡美, 小西聖子ほか：【犯罪被害者のメンタルヘルス 現状と回復への取り組み】 犯罪被害者遺族における続柄の相違が精神健康に与える影響についての分析．精神保健研究 ,56 ;27-33,2010.
- 16) 白井明美・木村弓子・小西聖子：外傷的死別における PTSD. トラウマティック ストレス , 3 (2) ;63-70,2005.
- 17) 白岩祐子・小林麻衣子・唐沢かおり：警察による犯罪被害者施策の有効性：遺族の立場からの検討．犯罪心理学研究 ,55 (1) ;15-27, 2017.
- 18) 高柳奈生・辻尾佳澄：犯罪によってきょうだいと死別した子どもの人間的成長をどう支援するか．関西学院大学社会学部紀要 , 95; 255-268,2003.
- 19) Van, R. M.: Death of a sibling: five sisters、five stories. Pediatric Nursing, 23 (6) , 587-593, 1997.
- 20) Widen, H. A.: Phase-specific symptomatic response to sibling loss in late adolescence. Adolescent Psychiatry, 14; 218-229, 2016.
- 21) Worden, j. W.: Grief counseling and grief therapy. (成澤實訳) Springer Publishing Company ,Inc. New York, 1991.

The bereavement experience with siblings due to crime damage: A systematic review

Chizuru Akata¹⁾, Yukihiro Sakaguchi²⁾

1) Doctoral Program, school of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

2) Professor, school of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

The aim of this study was to perform a systematic review of research in Japan and overseas on the experiences of persons who lost their sibling in a crime, as well as public awareness and support for such persons. Searches for overseas studies were performed in three databases: PsycINFO, MEDLINE, and Social Science Full Text, and those for Japanese studies used the CiNii and Japan Medical Abstracts Society databases. Fifteen studies (overseas: 12, Japanese: 3) were identified based on the selection criteria after evaluation of 984 references (overseas: 949, Japanese: 35) published before February 4, 2019. The review showed that there is remarkably little research on the feelings of siblings of crime victims, and that support for siblings who are bereaved due to crime is likely to be insufficient. There is an urgent need to perform studies that will allow establishment and provision of support that meets the needs of such persons.

Key word: siblings, bereavement, crime, accident, systematic review

発達障害をベースに持つ PTSD 患者に対する EMDR の試み 症例研究



大塚美菜子

兵庫県こころのケアセンター

本研究では、ADHD と DV 被害によるトラウマ体験を有する患者に対し、トラウマ焦点型の治療として EMDR 療法を実施した過程とその介入結果を報告する。IP は成人期以降に発達障害の診断を受けたが、未治療のまま経過しており、来談当初は症状理解がなされていない状態にあった。そのため、PTSD 治療を実施するにあたり、ADHD についてのアセスメント、心理教育、問題に対処するための対処スキルの獲得を行った。その上で、IP の障害特性に配慮、工夫を加えた PTSD 治療を行うことで、いずれの問題も低減、消失するに至った。

Key words：発達障害、PTSD、EMDR

I. はじめに

現在、PTSD 症状に対して、PE (Prolonged Exposure Therapy；長時間曝露療法)、TF-CBT (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy；トラウマフォーカスト認知行動療法)、EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing；眼球運動による脱感作と再処理法) などが、エビデンスに基づいた治療法としてその治療技法として選択されている^{2) 4)}。効果検証は、他の精神疾患を含まないこと、トラウマ体験の内容は DMS-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition)¹⁾ における PTSD 診断の A 基準 (実際にまたは危うく死ぬ、深刻な怪我を負う、性的暴力など) を満たすことという条件の元に実施されることが多い⁴⁾。しかし、実際の臨床場面においては、発達障害や知的障害を持つ者や、体験された出来事は A 基準に満たないが、本人の苦痛の度合いが著しく高く、PTSD に類似した症状を呈する者が、治療を求めて来談することも少なくはなく、トラウマ臨床を行っている臨床心理士を対象とした調査⁹⁾ では 6 割が発達障害児者を対象としたことがあると回答してい

たが、同時に「両症状をどのようにアセスメントすればよいか分からない」「治療にあたり参照できる文献がほとんどなく、手探りにならざるを得ない」といった問題が存在することも分かった。そこで本稿では、ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder；注意欠陥・多動性障害) を背景に持ち、DV 被害の体験に起因する PTSD 症状を呈する IP に EMDR を実施し、回復が著明であった事例から、アセスメントおよびその治療について概観する。

II. 治療方針

NCTSN (The National Child Traumatic Stress Network) が作成した子どもを対象とした ADHD とトラウマティックストレスの臨床家のためのガイド⁶⁾ によると、PTSD と ADHD の症状は主に、「注意集中や学習困難」「気が散りやすい」「聞いていないかのように見える」「混乱」「多動」「落ち着きがない」「睡眠の問題」について重複しやすく、ゆえに誤診のリスクが高まり、適切な診断と治療が困難になることを指摘している。適切な治療を提供するためには、ADHD、PTSD のいずれについても、アセスメントツ

ルや聞き取りによる情報収集を実施し、その上で重複する症状とそうでない症状の評価がなされる必要がある。ガイドは子どもを治療の対象としたものではあるが、トラウマを持つADHD児に対する介入において特に重要となる点として挙げられている「心理教育」、ストレスマネジメントや行動マネジメントなどの「セルフマネジメントスキルの獲得」により多くの時間をかけ、工夫を凝らすことは、成人を対象とした場合にも同様であると考えられる。本症例もこの点に留意し、治療を進めるものとした。

Ⅲ. 事例呈示

40代女性、X-12年～X-4年にかけて、元夫からの身体的DVを受けていた。X-4年に別居、X-3年に離婚が成立し、現在は単身生活を送っている。

(倫理的配慮)

本症例は口頭、および書面にてIPから論文の許可を取った。なお、本症例の本質を損なわない程度に固有の事象の記述は避け、改変を行っている。

Ⅲ-1. 事例概要

1. 来談時の主訴(問診表の本人記載欄より抜粋)

理由なく突然号泣する／イライラ／空虚感／暴力を受けていたときの体の感覚がフラッシュバック／消えてしまいたい／自信が持てない／気力がなく、家事ができない。

2. 家族構成

原家族は父親、母親、弟、妹の5人家族。現在、きょうだいはそれぞれ独立し家庭を持ち、実家には両親が居住している。

3. 成育歴

就学前より行動に落ち着きはなく、屋根に

上って遊んだり、車のボンネットの上を跳ねるといった危険な遊びを繰り返すというエピソードがあった。しかし多動を検診で指摘されることなく経過し、地元の公立小学校の普通学級に入学した。学校では忘れ物が多い、板書が遅い、授業中の私語で注意を受けることが多く、親からは日常的に叩かれる、髪の毛をつかんで引きずられることがあった。しかし当時は、体罰が現在ほど問題視されることがない時代背景を持っていたため、辛くはあったがそれが当たり前であると考えていたという。

小学校、中学校ともに、学内では活発で明るく、ムードメーカーのような存在であった。IPのストレートな物言いが原因で喧嘩に発展することなどはあったが、交友関係は概ね良好だった。高校は地元の商業科に進学。友人、教師ともに恵まれ、充実した学生生活を過ごした。高校卒業後に就労してからは、元夫との交際が始まる30代半ばまでは特筆すべきエピソードはなく経過した。

4. 現病歴

X-12年から8年間に渡り元夫からの身体的DV(首を絞められる、ベランダから落とされそうになる、壁や床に体や頭を打ち付けられるなど)を受け、公的シェルターを経て別居、離婚が成立した。元夫は自閉スペクトラム症の診断を受けており、その際、IPも「高機能広汎性発達障害」の診断を受けた。X-4年に別居して以降、悪夢、暴力場面のフラッシュバック、情動コントロール困難による感情失禁が顕著になった。外出中に、元夫と背格好が似た人物を見ると、暴力場面がフラッシュバックし、吐き気、震え、流涙が生じ、過去にタイムスリップしたかのような感覚に陥るため、外出は必要最小限にとどめ、回避する傾向にあった。当時通院していたクリニックでPTSDの診断を受け、紹介を経て、X-3年6月、当センター来談に至った。当センター初診時のIES-R(出来事インパクト尺度)

得点は 58 (カットオフ値 25) であった。

なお、当センターにて実施した WAIS - III および、不注意・多動が目立つ様相から、発達障害については「高機能広汎性発達障害」から「注意欠陥・多動性障害」に変更された。医師による診察、薬物療法を経て次第に状態が安定し、トラウマ焦点型治療の導入が検討され、X-2 年 4 月より臨床心理士によるカウンセリング開始となった。カウンセリングの頻度は隔週とした。

III - 2. 治療経過

介入時期と、用いた方法を図 1 に示す。

1. 第 1 期：アセスメント

1) トラウマ歴の聴取

生育歴、トラウマ歴の聴取、および IP の発達特性の確認を行った。現在の症状の直接的な原因となるインデックストラウマは元夫からの DV であるが、「私が悪いから殴られる」「私は人に迷惑をかける存在だ」という否定的な認知

は幼少期より存在していたことが明らかとなった。具体的には、成育歴からも確認された多動や不注意により両親から叱責および体罰（箠の柄で殴られる、長時間の正座、食事を与えられないなど）を受ける機会が多かったというエピソードが否定的認知が生まれた原因となっていた。加えて、当時は発達障害の診断も受けておらず、本人、両親ともにその特性を理解していなかったことから、両者共に何が問題であり、どう解決すればよいのかがわからず、ただ「お前 (IP) が悪い」とされていたという。

その結果、自身が直接関わっていない場面であっても、何らかの問題が発生するような場面、例えば自分を除くきょうだいの喧嘩や、学校、職場での揉め事についても、「自分がなにかきっかけを作ってしまったのではないか」「私が迷惑をかけているのではないか」と、責任の所在を自身に置く認知の癖が形成された。

元夫との交際においても、元夫の情緒が不安定になるたびに同様の認知が生じ、「私が離れ

介入時期	内容	方法
第 1 期 X-2 年 4 月～	PTSD 症状のアセスメント ADHD のアセスメント	聴取 / IES-R / CAPS 聴取 / WAIS-III
第 2 期 第 1 期と並行	心理教育 ・ PTSD について ・ ADHD について スキルの獲得 ・ セルフモニタリング ・ 主に ADHD 由来の過活動の調整	検査結果の説明 口頭 / 図解 活動記録表 呼吸法 / 動作法
第 3 期 X-1 年 1 月上旬	トラウマ焦点型治療の導入 ・ 使用する技法 (EMDR) の説明 ・ 安定化のためのスキル獲得	絵本 / 口頭での補足 安全な場所のワーク
第 4 期 X-1 年 1 月下旬 X-1 年 3 月上旬 X-1 年 4 月	トラウマ焦点型治療の実施 ・ 試金石記憶の処理① ・ 試金石記憶の処理② ・ インデックストラウマの処理 ・ 治療効果の評価	EMDR IES-R / CAPS
終結 X-1	・ 残存する問題の確認	診療 / 福祉の支援へ移行

図 1. 介入時期と内容、および方法

てしまったら、私のせいでこの人は死んでしまうかもしれない」と考え、それを防ぐために結婚に至った。

2) ADHD のアセスメント

成育歴の聴取、WAIS-IIIの結果からIPの特性をアセスメントした。幼少期より落ち着きがなくじっと座ってられず、授業中であってもおしゃべりをやめることができずに教師から度々注意を受けたり、机を離されることも多かったという。後先や結果を考えず、衝動的に行動することもあり、例えば門限を守れずに締め出された際には素手でガラスを破り、流血するほどの怪我をさほど気にすることもなく自宅に侵入したこともあった。学校では忘れ物やケアレスミスが多く、勉強が苦手だったわけではないが、それによって減点されることが多かったり、興味ない分野に関してはことさらに注意集中が持続しないことがたびたびあった。社会人になると、社会規範を学ぶ中で衝動的な行動

は多少抑えられるようになったが、不注意は顕著であり、一切集中ができないときと、過集中となるときの差が顕著であった。IP自身、この特性には困っていたが、幼少期に受けた検診では引っかけなかったこと、周囲の大人をはじめ、社会全体が発達障害に対して現在ほど注意深くスクリーニングを行う視点を有していなかったことなどから、未診断、未治療のまま経過していたことが分かった。そして現在は、過集中と不注意が特に顕著であるが、日常生活を困難にしているのは、この特性があるが故に自己肯定感が下がり、否定的な自己認知を持ちやすくなったことや、視覚優位であるために悪夢のイメージが脳裏から離れにくかったり、トラウマ場面のフラッシュバックが非常に鮮明、克明であることが分かった。

2. 第2期：心理教育および行動マネジメントとセルフマネジメントスキルの獲得

アセスメントと並行して、IPの否定的認知で

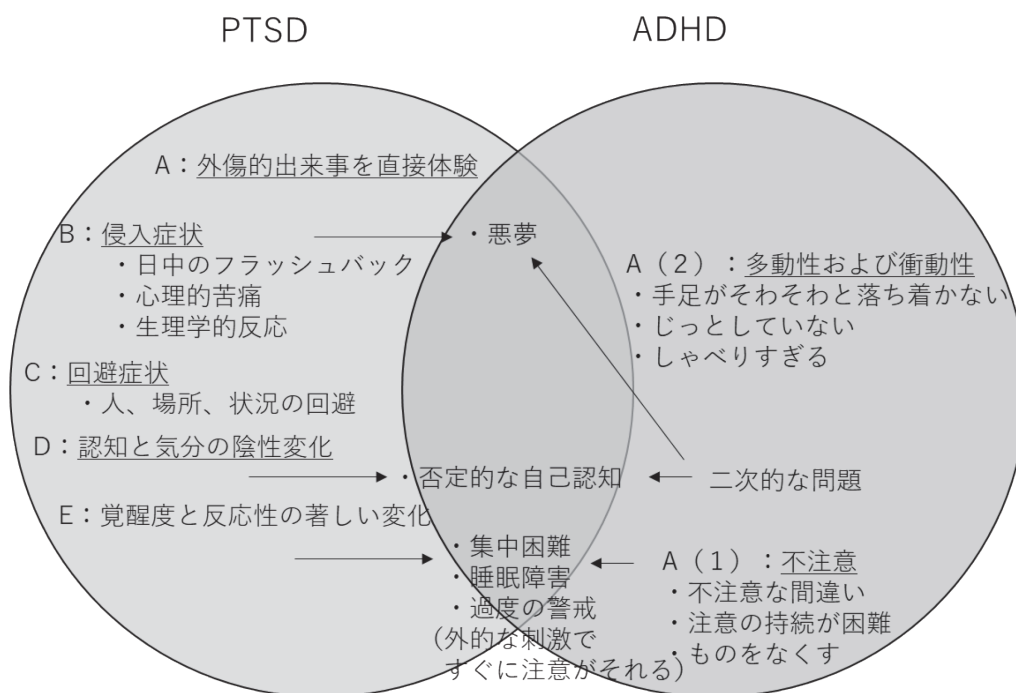


図2. PTSD症状とADHD症状の分布(分類はDSM-51)による)

ある自責は DV 以前の日常的なストレス体験から培われたものであることを確認した。認知の陰性変化 (PTSD 診断の D 基準) に加え、侵入症状 (B 基準)、持続的な回避 (C 基準)、過覚醒 (E 基準) について、IP の目の前でイラストと図を用紙に書き、視覚的な補助を豊富に用いて説明を行った。IP にコピーを渡すと同時に、日常で触れる機会の多いスマートフォンの写真機能でも保存することで、他のセッションおよび日常生活内でこれを何度も見直し確認ができるよう工夫した。

特に、過覚醒に加え、ADHD の特性である過活動や過集中を呈しやすいことで、エネルギーを消耗し数日間寝込んでしまうことが多い IP の傾向を指摘する際には、スマートフォンのバッテリー切れを防ぐためには充電が必要であること、充電が 20～30% を切るあたりでの充電の効率が良いことを喩えとして用いてイラストによる図解を加えた上で、休息を取るタイミングを検討し、活動記録表への記載と気分の点数化を宿題として課した。加えて、呼吸法、動作法を伝え、セッション終了時に必ずこれを実施し獲得を促すと共に、日常場面での使用を提案した。PTSD 治療に先立ち、自己モニタリングと対処法の獲得を進めた結果、3 時間動いたらその後は休息を取る、というルールが決められ、それを遵守して行動をすることで、大きな気分の落ち込みや疲弊は低減された。

IP からは、<これまで自分の症状や特性を、理屈で知る機会がなかったから、混乱して、何をどうすれば良くなるのかわからなかった。身近な喩えでそれが分かると、突っ走りやすい自分にブレーキをかけることができるようになった>と語られた。ADHD に由来する諸問題については、自覚をし、日常生活で用いることのできるセルフマネジメントスキルを獲得することでコントロールが可能になること、その特性を否定的に捉えられた結果生じた二次的な傷つきについてはトラウマ処理によって軽減が見込

めるが、ADHD の特性そのものが消失するのではないという点についても説明した。

なお、この心理教育と、日常生活場面の安定化は X-1 年 1 月のトラウマ焦点型治療を開始するまで継続して実施し、定着を図った。

3. 第 3 期：トラウマ焦点型治療の導入

IP の症状と発達特性の自己理解が深まるにつれ、活動量と体調および情動のコントロールが可能になったことを受け、トラウマ焦点型治療の導入段階へと移行した。使用する技法である EMDR については、絵本『こわかったあの日にバイバイ！—トラウマと EMDR のことがわかる本』³⁾ を用いた。EMDR では、その治療構造は 8 つの段階に分けられている⁵⁾。第 1 段階は、すでにこれまでに実施した「生育歴・病歴の聴取」に当たる。第 2 段階は「準備」とされ、ここでは、トラウマ記憶と直面するにあたり、IP が現在の安心と安全を確実に感じられるようにするための「安全な場所のワーク」の実施が推奨されている。

X-2 年 12 月、「安全な場所のワーク」を実施した。プロトコルに従い、

- ① 映像(安心,安全と感じられる場所のイメージ)
- ② 感情と感覚
- ③ 強化(イメージの詳細:視覚,聴覚,嗅覚,触覚の情報)
- ④ ゆっくりとした両側性の刺激(眼球運動,あるいは左右交互のタッピング,聴覚刺激のいずれかを選択)を2~3往復を1セットとし,イメージが肯定的な状態で維持されるまで続ける
- ⑤ 手がかり語の作成(イメージを想起しやすくするために名前をつける)
- ⑥ 再び眼球運動を行い,イメージと名前を定着させる
- ⑦ 比較的軽微なストレス状況をイメージし,安全な場所の名称を用いることでどの程度苦痛が下がるのかをテストする

以上、①～⑦の手続きを実施した。IP は①自

室のベッド上、ビーズクッションを抱いている状況をイメージ、②③静かな空間で、その手触りを味わっている、④触覚の情報が心地よいとのことであったため、両側性刺激には手の甲への左右交互のタッピングを選択し、イメージと刺激の種類を合わせた、⑤「もこもこ」、⑥再び、④と同様の両側性刺激を、安全と安心の感覚が定着し、それがネガティブな記憶や感覚に繋がらないことを確認、⑦外出先で機嫌の悪い人物を見するという状況でテストし、苦痛の度合い(SUDs: Subjective unit of distress 主観的苦痛尺度、0～10の11件法)が8/10から2/10まで下がることを確認した。日常生活でストレスを感じた際にはこの名称「もこもこ」を思い浮かべ、SUDsが変化することを確認することを宿題とした。

日常生活場面で適切に安全な場所のイメージである「もこもこ」が使用され、不安を感じても速やかに低減することができるようになった。さらに、繰り返し行われた心理教育の内容への理解が高まり、IP自身の言葉で「今、確かに症状は出ているけど、それは過去の記憶が悪さをしているだけ」「今は安全な環境にいる」と、過去と現在とを区別することも可能になっていた。日常場面での自己コントロール感が増し、面接場面でトラウマ記憶を扱っても生活が脅かされることはない実感されたため、これをもって介入への準備が整ったものと判断し、EMDRを実施することとなった。なお、この時点でDV場面のIES-R得点は42(初回58)に下がっていた。

4. 第4期: EMDRを用いたトラウマ記憶の処理

1) 試金石記憶(最早期のトラウマ記憶)の処理

X-1年1月、アセスメントにより明らかになったIPにとって苦痛な否定的認知である自責に繋がる最も古い記憶(以下、試金石記憶)から処理を行うこととした。EMDRの第3段階「アセスメント」では、現在の問題に繋がる過去の

記憶を同定し、処理すべき記憶を特定する。IPの試金石記憶に該当するものとして、①就学前の、叱られる理由が明確にされないまま叱責、体罰を日常的に受けていたこと ②夫婦喧嘩に巻き込まれ、両親の仲裁や母親を慰める役割を取らなければならなかったこと、の2つが挙げられた。いずれも、PTSD診断のA基準(致死性)を満たす出来事ではないが、現在のIPの認知に影響を及ぼすには十分な出来事であるとして、EMDRの適応であると考えた。

そして、特定された記憶について更に詳細なアセスメントをEMDR標準プロトコルに従って実施した。その手続とは、①ターゲットの同定、②最も苦痛な場面の特定、③否定的認知、④治療のゴールとなる肯定的認知、⑤肯定的認知を現時点で信じることのできる度合いであるVoC(Validity of Cognition: 認知の妥当性、1～7の7件法)の測定、⑥②と③を想起した際の情動、⑦SUDsの測定、⑧身体感覚を順に確認し、トラウマ記憶へのアクセスをイメージ、認知、情動、身体感覚全ての要素で高めてゆくというものである。

就学前の記憶を①として例に挙げると、②両親の怒鳴り声と顔、③私は悪い子だ、④私は私のままでいい、⑤VoC=2/7、⑥悲しい、怖い、混乱、⑦SUDs=9/10、⑧足が震える、お腹のあたりがキュツとなる、であった。記憶へのアクセスがかかった時点で、即座に第4段階「脱感作」に入った。

およそ一往復1秒の速いスピードでの眼球運動を両側性刺激として用いて処理を進めたところ、苦痛な場面のイメージが明確になり、胸や喉が締め付けられる感覚がよりリアルになったのち、<本当は当時大きな声で泣きかかった>と、当時感じるができなかった情動が想起され、次いで、理由も告げられず理不尽に怒鳴る両親に対する正当な怒りの感情が出現した。そして、<自分も確かに不注意や多動はあったが、それでも、大人たちの怒り方は

度を越していたし、きちんと説明さえあれば、私は理解することができた」と、自責に傾いていた責任の所在を捉えなおす視点が生じた。初回の EMDR では、このように、トラウマ場面を現在の大人の視点を持って客観的に捉えられるようになったが、〈お腹のあたりにまだ不快感が残っている〉ことを確認した時点で面接の終了時間が迫っていたため、呼吸法、動作法を用いたグラウンディングを行いセッションを終了した。

翌週のセッションで、認知、情動については記憶の再処理がほぼ完了し、〈自分が全てを背負う必要はなかった〉と過去の体験を捉えなおすことができていたため、身体に残る不快感を扱うこととした。両側性刺激を眼球運動からタッピングに切り替えると同時に、〈「じっとしていないさい」とだけ言われて、本当はしたくても当時できなかった動きをしたい〉〈体全体で「しんどかった！」と言いたい〉という IP の言葉に合わせ、立位で地団駄を踏む、何度もその場でジャンプする、壁を両手で思い切り押すといった動作を IP が行う傍らで、肩や背中へのタッピングを続けた。結果、計 4 回のセッションで、試金石記憶①および②が再処理され、否定的認知に伴う苦痛な情動が消え、SUDs は 0/10 に、肯定的認知である「私は私のままでいい」を信じられる度合い (VoC) は 7/7 となり、不快な身体感覚は消失した。

試金石記憶が処理された時点での DV 場面の IES-R は 30/88 だった。IP より、〈自分が関わっていない場面で起きたことまで責任を感じる必要はない〉〈親が親の役割を放棄していたという事実気づいて、それは悲しいし、まだ傷が治りきったとは言えないが、”かさぶた”のようになって、これから治っていくんだなということが感じられる〉と語られた。試金石記憶への EMDR を通して、苦痛な視覚的イメージに対しては眼球運動が、身体に残る苦痛や不快感はタッピングがそれぞれ効果的であるこ

とを IP と Th. とで共有し、インデックストラウマについてもこの戦略で処理を進めることを共有した。否定的認知の根にあたる記憶が処理されたことにより、汎化が生じて DV 記憶の苦痛が下がった可能性を伝え、今後は DV 記憶の処理を実施することを提案し了承を得た。

2) インデックストラウマ (DV 記憶) への EMDR

X-1 年 3 月、試金石記憶と同様にトラウマ場面のアセスメントを行った。①ターゲットとする記憶：DV 場面、②最も苦痛な場面：首を絞められベランダから落とされそうになったシーン、③否定的認知：私が悪い、④肯定的認知：私は私でいい、⑤ VoC：2/7、⑥情動：恐怖、⑦ SUDs：10/10、⑧身体感覚：脱力、虚脱感、極度の緊張、の順にアセスメントし、記憶へのアクセスを確認し、脱感作に移った。まず、眼球運動を用いた再処理を実施したところ、元夫の顔や、ベランダから見えた地面などの視覚的な映像のインパクトが薄れ、それと同時に、〈今、あの場面にいるわけではない〉、〈今は危険ではない〉と、記憶との距離化が進み、現在は安全であることを実感する言葉が述べられるようになった。カウンセリングルームを見渡し、そこにある物 (時計など) の名称を言葉にするグラウンディングを合間にはさみ、現在身を置く環境は無害であることを実感するよう促すことで、安全感が強化された。

同時期、日常生活場面では悪夢の内容に変化が生じていた。再処理を行う以前は、〈夢の中でも理不尽な扱いを受け入れて、「私が悪いから仕方がない」と諦めていたが、今は「それはおかしい」と相手に反論したり、その場から立ち去ったりすることができるようになった〉と語られるようになった。また、現実と夢の区別が明確につくようになり、起床後の不快感が減った。

その後のセッションでは、試金石記憶と同様

にタッピングを用いながら身体に残る苦痛の処理を行うと同時に、当時言えなかった言葉やできなかった動作を実際に面接室で行いながら再処理を進めた。＜自分が悪いと思っていたから、その時は言えなかった＞言葉として、「あっちへ行って!」「もう来ないで!」が挙がり、＜もう相手の理不尽な暴力を受け入れる必要はない＞と、相手の手を振りほどき抵抗し、押しつける動作を繰り返し行うことで、＜本当にもう、終わったんだな＞と、2回目のEMDRセッションでインデックストラウマの再処理が完了した(SUDs = 0/10, VoC=7/7, 身体感覚 = 不快感消失)。

翌週以降のSUDs測定でもこれは維持され、IES-Rは2/88に、CAPS-5の合計得点は6まで下がっていた。現在残る問題としては、長期化している睡眠習慣の問題や、就労にまつわる懸念など、トラウマ由来ではない現在の状況に即したものであったため、薬剤の調整とPSWによる就労支援を継続するとして、X-1年5月にトラウマに焦点を当てたカウンセリングは終結となった。

以上の介入時期と内容、方法を図2にまとめた。

IV. 考察

アセスメントの段階においては、成育歴の聴取だけでなく、症状の視覚化、数値化を狙い、PTSD、ADHDいずれも既存の心理検査を使用した。対象の発達障害の有無を問わずこれを実施することは、治療効果の測定にとどまらず、心理教育の根拠や症状の自覚に繋がることから、これは「アセスメント」として独立したのではなく、治療を構成する一要素として重要な役割を果たす。IPの状態によっては実施の時期について慎重に検討する必要はあるが、検査によって得られる情報と、患者自身の主観的な体験の語りの双方から過去の体験が現在の症状へと至

る経過の確認なくしては治療計画を立てることはできない。本事例においては、これまでの人生で家庭や学校のみならず、医療や福祉の場でも自身の特性や症状について詳細な説明を受けることがなかった、あるいは説明を受けたとしてもIPの理解の度合いは確認されず、覚えられないものではなかったという。実際、一度の説明では、その場では理解ができたとしても、日が経つにつれて忘却されたり、2度目の説明時であっても、あたかも初めてそれを聞いたかのような反応が返ってくるがあった。これは本事例に限らず起こり得ることであり、我々治療者にとってはPTSDや発達障害の症状に関わる知見は馴染み深いものであったとしても、IPにとっては理解しがたく馴染みの薄いものであることを心に留め置く必要があるだろう。

結果として、本事例では、X-2年4月に治療を開始してから、X-1年1月にトラウマ焦点型の治療を導入するまでのおよそ7か月間、必要に応じて何度も同様の説明を喩えや手段を変えながら実施した。そして、治療者が説明をせずとも、IPが自分の言葉で症状について語ることができるようになったことは、症状理解と治療への動機づけに繋がったと考えられる。

本事例ではPTSD症状に先立ち、ADHDに由来する日常生活上の問題を解決するためのセルフマネジメントスキル獲得を目指した。どちらを先に実施するかについては、明確な方法は確立されておらず、IPに合わせてオーダーメイドで治療を組み立てる必要があるとされている⁶⁾。IPはPTSD症状に苦しんでいたが同時に社会生活への適応はある程度保たれており、それ故にそこで生じる細かな困りごと、たとえば過集中、過活動による疲弊に日々悩まされていた。この問題は、モニタリングと自己調整スキルの獲得によって比較的速やかに緩和されること、そしてそれはトラウマ治療の土台となる現実場面の安定化に繋がると考えられたため、これを先に扱うこととした。活動量を調整できるよ

になったことで、自己コントロール感が増し、小さな目標達成を着実に増やしたことで、<きちんと準備していけば、あの記憶 (DV) もなんとかできるような気がしてきた>という言葉が IP から述べられた。症状が日常生活に及ぼす影響の強さ、取り組みやすさ、要する時間に応じて、治療の順序は検討される必要があるだろう。

標準的な EMDR プロトコルでは、脱感作の最中は治療者は極力言葉を挟まず、IP の連想が適応的な情報処理の流れに乗るシステムを妨げることなく記憶の再処理を進めることが推奨されている。一方、再処理が進まず、堂々巡りを繰り返す場合や、適応的な方向へ連想が進まない場合などは、ソクラテス質問を用いて IP 自らが適応的な回答を導き出すことができるよう促す、「認知の編み込み」技法を使用することも勧められている⁵⁾。しかし、発達障害児者においては、自発的な連想が限定的であるため、ソクラテス質問では適応的な連想を導くことが困難であることもすくなくないため、あえて治療者が教育的に回答を示すことが有効に働くことがある (教育的編み込み)⁸⁾。本事例でも、脱感作を進める上で IP から適応的な回答が得られにくい場合にはこれを使用することを検討していたが、心理教育を通して、IP の否定的な認知は出来事がそうさせたものであり、本来、責任の所在は別にあることを共有していたため、積極的に教育的な編み込みを行うことなく自発的な連想の展開のもとで再処理が進んだ。適応的な認知の在り方を、EMDR セッション外であらかじめ共有し、事前に方向付けを行ったことで、よりスムーズに再処理を行うことができたものと考えられる。

EMDR で用いられる両側性刺激には、眼球運動のほか、タッピング (手の甲や膝など、IP が不快でなく許可が得られた箇所を左右交互にタップする)、聴覚刺激 (IP の耳元で治療者が人差し指と親指の腹を打ち鳴らす) が用いられ

ることがある。例えば慢性疼痛のように、身体的な苦痛を主とする症状には、モダリティが合致する触覚刺激 (タッピング) を用いることが効果的に働くという指摘がある⁷⁾。本事例においても、身体的な不快感、苦痛に対して、眼球運動からタッピングに切り替えたところ、即座に苦痛が低減された。じっと座った状態を維持することが苦痛な IP にとっても、自由に動き回り、当時できなかった動作を行えることは、より<自分に合っている>と感じられたと言う。このような臨床上の工夫は、勉強会やトレーニングの場で語られることはあるが、特に、成人の発達障害者にこれを試みた例が記載されている文献はない。この一事例をもって効果の如何を述べることは難しいが、少なくとも、標準的なプロトコルは順守、理解した上で、IP の特性に沿った工夫を行うことは、臨床上有効な効果をもたらすものと考えられる。

【謝辞】

過酷なトラウマ体験を生き延び、治療に臨み、研究への協力に同意をして下さった本事例の患者様に、紙面をお借りして心よりの感謝を申し上げます。

【文献】

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5). Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013 (日本精神神経学会監修『DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル』, 医学書院, 2014).
- 2) 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.
- 3) Gomez, A. M.(2007). Dark, Bad...Day Go Away: A Book for Children About Trauma and EMDR. Phoenix, AZ.(市井雅也監訳, 大塚美菜子翻訳, 角慎作イラスト 2015:こわかったあの日にバイバイ! -トラウマとEMDRのことがわかる本, 東京書籍)
- 4) National Institute for Clinical Excellence: Posttraumatic Stress Disorder(PTSD): The management of PTSD in Adults and Children in Primary and Secondary Care, London, 2018.
- 5) Shapiro, F. 1995 Eye Movement Desensitization and Reprocessing : Basic principles, protocols, and procedures. Guilford Press, New York.(市井雅哉監訳 2004:EMDR 外傷記憶を処理する心理療法. 二瓶社.)
- 6) Siegfried, C. B., Blackshear, K., National Child Traumatic Stress Network, with assistance from the National Resource Center on ADHD: A Program of Children and Adults with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (CHADD). (2016). Is it ADHD or child traumatic stress? A guide for Clinicians. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress. (日本語版) 兵庫県こころのケアセンター訳:ADHD?それとも子どものトラウマティックストレス? 臨床家のためのガイド, 2017.6(翻訳)大阪大学大学院連合小児発達学研究所 酒井佐枝子, 兵庫県こころのケアセンター 亀岡智美
- 7) 天野玉記・市井雅哉・十一元三:左右交互のタッピングを用いた疼痛緩和技法の有効性についての臨床的研究 EMDR研究 3 (1),19-25,2011.
- 8) 市井雅哉,吉川久史:EMDR-外傷記憶を処理する心理療法-子どもへの適用,特に自閉症圏の子どもへの適用について 日本児童青年精神医学会 51(3),275-280,2010.
- 9) 大塚美菜子: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, 心的トラウマ研究,14, 9-22,2019.

症例報告

アタッチメントの問題を背景に持つ Complex PTSD
症状へのナラティブ・エクスポージャー・セラピー

鈴木逸子

兵庫県こころのケアセンター研究部

ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (Narrative Exposure Therapy; 以下 NET) は PTSD の認知行動療法であるが、時系列順に全人生史を構築するという特徴から、NET 開始後すぐに幼少期の不適切養育によるアタッチメントの問題が見えてくるケースがある。NET はトラウマの出来事については詳細に聞いてイメージ曝露を行い、それ以外の部分については簡単に聞いていく短期療法であるが、アタッチメントの問題が大きいたことが推測された本症例に対しては、通常の NET にはない介入の工夫を行った。すなわち、1) 小学校低学年までの人生史に時間をかけて丁寧に聞く、2) 養育的な親であればこうするという具体例を示す、3) 発達の視点に立った心理教育を多く入れる、の3点である。その結果、実施期間は通常の NET よりも長期を要したが、PTSD 症状が軽減し、長年にわたる不適応状態の顕著な改善をみた。アタッチメントとトラウマは深く影響していることが指摘されており、幼少期の不適切養育を背景に持つ Complex PTSD への NET 実施に際しては、アタッチメントとトラウマ双方のレンズを用いることが有効と考える。NET には、セッション中に高まった情動を納めて帰ることを繰り返す情動調律の要素、自伝的記憶を繰り返し語り、それを徹底的に聞いてもらうことで「ナラティブ」を獲得し言語化能力を向上させるという養育的な要素もある。アタッチメントの問題を背景に持つ PTSD への NET 適応のさらなる検証が望まれる。

Key words : ナラティブ・エクスポージャー・セラピー (NET)、不適切養育、アタッチメント、Complex Post Traumatic Stress Disorder (CPTSD)

はじめに

厚生労働省の児童虐待の定義には、4つの虐待、つまり身体的虐待、性的虐待、ネグレクト、心理的虐待が挙げられている¹⁸⁾。身体的虐待は、殴る、蹴る、投げ落とす、激しく揺さぶる、やけどを負わせる、溺れさせる、首を絞める、縄などにより一室に拘束するなどであり、性的虐待は、子どもへの性的行為、性的行為を見せる、性器を触るまたは触らせる、ポルノグラフィの被写体にするなどであり、ネグレクトは、家に閉じ込める、食事を与えない、ひどく不潔にする、自動車の中に放置する、重い病気になっても病院に連れて行かないなど、心理的虐待は、言葉による脅し、無視、兄弟間での差別的扱い、ドメスティック・バイオレンスを見せる、など

である。

さらにこの定義で明記された内容以外に、マルトリートメント、つまり不適切な養育や関わりという広い認識についての言及があり、早期に対応する必要性がうたわれている。臨床によく見られる不適切養育の例には、ずれた応答、了解不能な行動、しつこい叱責、一貫性を欠く発言や行動、豹変、八つ当たり、強制、制限、過剰な心配、過剰な関わりや刺激、大事なものの遺棄、親の混乱、裏切り、搾取、気づかない、見ない、理解しようとしめない、関心がない、などがあるが、こうした不適切養育による日常的な傷つきの累積は、「じゃあ何がトラウマなの? と聞かれると答えに窮する」と語られることがあるように、非常に人から理解されにくい傷つきであり、そのために孤立を深め自己評価を下

げるといふ悪循環を生む傾向がある。被害を受けた本人にも理解されていないことが多く、何が原因であるかわからないままに、社会的不適応状態が長期慢性化し無力感を強めている症例が多い。

この不適切養育による傷つきについての理解を助けてくれる概念にアタッチメントがある。アタッチメントは乳幼児が不安時に安全、保護、安心を得ようと養育者を視認し、身体的接触を求める機能である²⁾。この乳幼児からのシグナルと、それを正しく理解し、素早く適切に満足させる能力、つまり感性のある養育者との「相互調節システム」において、乳幼児は「安全基地」を手に入れ、安定したアタッチメントを形成する。逆に不安や恐怖を与えるような不適切養育をする養育者との相互作用においては、不安定な、混乱し、崩壊したアタッチメントが形成される。こうしたアタッチメントを持つ子どもは、低い自尊感情、ストレスや逆境への対応困難、自己コントロール能力の欠如、友人関係の構築や維持の困難、自己や家族・社会に対する悲観などの問題を抱える²⁾。不適切養育は不安定なアタッチメントを生み、ストレスに対する脆弱性の閾値を低下させ²⁾、トラウマ的ストレスへの再曝露のリスクを高める¹⁷⁾。アタッチメントとトラウマの問題は深く影響しあっていることから⁸⁾、幼少期の逆境体験を考える際には、トラウマだけでなくアタッチメントのレンズも用いることが有用と考えられる。

ナラティヴ・エクスプロージャー・セラピー（以下NET）は、誕生からNET実施に至るまでの人生を時系列順に語るPTSDの認知行動療法である^{11) 12) 13)}。その中でトラウマ的出来事については詳細に語ってイメージ曝露を行い、トラウマに遭遇する以前の人生やトラウマ的出来事と次のトラウマ的出来事との間については簡単に聞いていく短期療法で、マニュアルは12回を標準としている。本症例は30代であり、マニュアル通りNETを実施すれば、10回程度

で終了したであろう。しかしNET開始後数回で、つまり人生早期の語りの部分で、子どものアタッチメント欲求への感性の低い親から不適切養育を受けることによる傷つきが見られたため、この傷つきを取り扱うために、本来のNETには含まれない実施の工夫を行った。本稿ではその工夫と結果について報告する。

1. NET技法^{11) 12) 13)}

NETは2000年代初頭にドイツでシャウアー、ノイナー、エルバートによって開発されたPTSDの認知行動療法である^{11) 12)}。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なPTSDに有効とされる。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。NETのエビデンスは、国際的なガイドラインで示されている³⁾。

具体的技法はマニュアル等に詳しい^{11) 12)}。ここでは簡潔に要点のみを示す。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ことが肝要である。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、先行研究にある複雑な事例ではそれ以上のセッション数を要し、境界性パーソナリティ障害 (Borderline Personality Disorder; 以下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^{3) 9)}。

2. 症例の概要

本研究はヘルシンキ宣言と「臨床研究における倫理綱領」および一般社団法人日本心理臨床学会が倫理綱領第11条の規定に基づいて定めた倫理基準に従い、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。対象者への十分な説明と同意の上、NET実施と学術的発表および出版についての文書による承諾を得た。本研究に関するCOI関係は無い。プライバシー保護のため、症例内容を損ねない範囲で一部改変を加えている。

30代女性Fさん

【診断名】 双極性障害

【主訴】 もう入院しないで済むようになりたい。

【家族構成】 父 (外資系大企業要職を定年退職)、母 (専業主婦で心身共に虚弱)、弟 (2歳下。専門職として遠方に住み、結婚し子供あり)

【生育歴】 同胞2名の第1子として出生、発達、発育に問題はなかった。中学時にいじめ被害体験がある。高校卒業後に渡欧し有名大学を卒業し帰国した。日本での就職に苦労したが就労し、婚約した。しかしリストラにあい、パート勤務をしている間にうつ病を発症、婚約解消となった。

【現病歴】 X-9年、Aメンタルクリニックを受診し、うつ病と診断される。精神科病院への入院を勧められたがB心療内科に転院した。通院しつつパート勤務に従事したが、うつ症状に加え、幻覚を生じ、不安、焦燥感、希死念慮が強まり、X-7年に婚約解消した。リストラ後にB心療内科より筆者の勤務する精神科病院に紹介され、医療保護入院となった。診断は双極性障害であった。1ヶ月ほどで退院した。X-5年には入浴にも家族の介助を要し、リストラが止められず、2回目の入院となった。筆者の前任である臨床心理士とカウンセリングを開始し、3ヶ月ほどで退院した。X-4年もリストラや過量服薬で救急搬送が続き、3回目の入院 (10日程度) となった。その後も不穏な状態が続き、4回目の入院 (任意入院で数日) となった。退院後も過量服薬、2階からの飛び降り、縊首などの自殺企図により5回目の入院 (医療保護入院) となった。X-3年、X-2年も通院を継続、X-1年、7回目の入院時にBPDの診断を受けた。退院後も寝込んでいることが多く、危険回避のため雨戸も閉め切った状態で過ごした。再び不穏になり8回目の入院となった。カウンセラー退職のため、カウンセリングを終了した。現病の発症から筆者とカウンセリングを開始するまでの9年間に、主治医は数名交代し、比較的安定している時には、家族の協力のもと、家族旅行や、ヨガ、フルート、絵画、デイケアなど、少しでも良いと思われる様々なことを試みてきた。筆者によるカウンセリング開始後に再度主治医の交代があり、診断名は双極性障害とされた。

3. 治療経過

I. 導入期（#1～#47、12ヶ月）

週1回50分のカウンセリングを開始した。初期は整容もままならず髪がボサボサでゴミがついたような状態で、黒目に光がなく炭のような印象を受けた。通院は父親の送迎によるが、車での移動中に、ドアを空けて飛び出そうとすることもあった。不安、イライラ、焦燥感、そわそわ感、不眠、便秘等の苦痛が強く、しばしば時間外で外来を受診した。特に不眠のもたらず苦痛が著しかった。この状態は長年続いていた。

カウンセリング導入期にはラポールの形成、心理教育による症状理解とコントロール感の獲得、過覚醒症状の軽減を試みた。具体的には、慎重に様子を見つりラクセッションを試み、その後、臨床催眠を用いて、「人には生まれながらに心や身体の状態を調整する力が備わっていること、今はそれに繋がりにくくなっているにすぎず、また繋がることのできることを繰り返し伝え、苦痛の軽減を図った¹⁴⁾。#29まで実施したところで、9回目の短期間の入院をFさんが希望した。「8割は親を休ませるため。2割は自分のため」とのことであった。この頃には、自分の辛さの原因に、過去の辛い出来事の他に親子関係の問題もあるということに気づきつつあった。

47回のカウンセリングの後、各種質問紙を取ることができた。使用尺度は、改訂版出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised；以下 IES-R）、解離体験尺度（Dissociative Experiences Scale；以下 DES）、ツァン自己評価式抑うつ尺度（Zung's Self-Rating Depression Scale；以下 SDS）、PTSD 臨床診断面接尺度 DSM-IV 版（Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-IV；以下 CAPS-IV）である。結果は、IES-R 42、SDS 46、DES-t 平均 10.36（0%）、CAPS-IV 51 で、過去の出来事からの影響が大きく、うつ症状、PTSD 症状があり、病

的解離症状は見られないとされる値であった。CAPS-IV のインデックストラウマは婚約解消で、A 基準を満たさないことから、PTSD 症状は明らかに認められたものの PTSD の診断はつかなかった。また、国際疾病分類の第 11 回改訂版（以下 ICD-11）において診断名が成立した^{5) 6)} Complex Post Traumatic Stress Disorder（以下 CPTSD）に特有とされる「自己組織化の障害（Disturbances in Self-Organization；以下 DSO）」の 3 症状、つまり重度で広汎な感情調整の問題、心的外傷的出来事に関連した深刻で広汎な恥の感覚や罪悪感、敗北感によって生じる、自分自身を弱く、挫折した、価値のないものだとする持続した信念、対人関係を維持し他者を親しく感じることへの持続的困難が顕著に認められたが、CPTSD の診断には PTSD 診断が必要とされることから、本症例にはこの CPTSD の診断もつかなかった。

導入期のセッションにおける語りの内容や質問紙の結果から、過去の出来事からの影響が大きく、いじめのように長期反復的な被害があったこと、挙げられたトラウマ的出来事の内容に比して症状が重く長期に及んでいたことから、健忘されたトラウマ的体験等があり得ること、つまり、心理療法開始の時点でターゲットが明確に焦点づけられていない可能性があることから、NET を提案した。Fさんが「やっぱり、私、記憶整理をした方がいいかもしれない。」と意欲を示し、CAPS-IV 実施後も不穏になることがなかったため、主治医とも相談の上 NET 実施を決断した。

II. NET 期（#48～#75、うち、#55から#60 6回は中断 計 21回 6ヶ月）<>は筆者の言を示す。

NET の 2 回目、幼稚園のお泊まり保育の前日に入眠に不可欠のブランケットを母親に捨てられた記憶が語られ、Fさんは「うちの親は綺麗好きで、見栄っ張りなんですよ」と、気に

もとめず先に進もうとした。しかしこれは、移行対象の遺棄であり、幼児が不安時に安全、保護、安心を得ようと出すシグナルと、それを正しく理解し、素早く適切に満足させる能力のある養育者との「相互調節システム」が働いていないというエピソードで、アタッチメントの問題であり²⁾、現在最も苦しんでいる症状が不眠であることを考えても、重く扱うべきであると考えた。

そこで、養育的な親であれば、お泊まり保育はお母さんと離れて寝る不安な体験だとわかること、だから慣れ親しんだ感触のお気に入りのブランケットがとても大切だとわかることを伝え、<ブランケットが汚くてお母さんが恥ずかしいなんてどうでもいいことで、初めてのお泊まりで心細い子供の気持ちがわかるお母さんなら、“お母さんは一緒に行けないけど、このブランケットがFちゃんと一緒に居てくれるから大丈夫よ”と言うでしょうにね>と伝えると、ハッとした様子で、母親の行動がいかに養育的でないかに気づき、また、この出来事を大きく取り上げてよいのだ、大袈裟だとは言われないのだ、という安心を感じられたようだった。このようにして、この出来事を大切に扱い、言語化したのが以下の文章である。

年長の夏、お泊まり保育をしました。お気に入りのブランケットが見当たらず、お母さんに、「どこいったの!？」と聞きました。お母さんは、「あまりに汚いからゴミ箱に捨てた。」というので、ゴミ箱に飛んで行って、さがしたけど、もうどこにもなくて、どうすることもできませんでした。「なんでそんなことするんや! 大好きやったのに!」と、激しい怒りとショックで「返して!返して!」と号泣しました。お泊まり保育には、新しいタオルケットを持って行ったけど、全然眠れなくて、プールの緑の水と、新しいタオルケットで眠れないのと、男の子がどつきにかかってきた、という記憶が強く残ってい

ます。

また、この出来事について、発達的な視点に立った心理教育を丁寧に行った。

NETの5回目6回目で中学時の1年間に渡るいじめの記憶を詳細に語った後に辛くなり、NET中断を希望した。NETは、能動的に取り組みたいという動機が最も大切である。強制的に語らされるという感覚があってはならないため、Fさんの気持ちを尊重して中断した。また、この技法は最後までやらないと効果が出ないのではなく、やったところまでは記憶が整理されており無駄にならないことを伝えた。さらに、この時期はちょうど婚約解消があった季節で、毎年入院していた時期であったことから、今調子が悪くなるのは折り込み済みであるという心理教育を行い、コントロール感の強化に努めた。

NET中断の間も通常の支持的カウンセリングは継続しており、5回の中断ののちFさんは「変って来たことを感じる。本が読めるようになった。ゲームができる。ほんとうに違う。こういう本はもう何年も読めなかった。」と語り、NET再開を希望した。NETの8回目から15回目までは留学と婚約者との生活、リストラと婚約解消についての記憶を丁寧に扱い、良い記憶についても詳しく語り、母親からもえなかった養育的なものをくれた人については、<この人からここで、お母さんからもらえなかった大事なものをもらっていますね。>と指摘した。

トラウマ的な場面については詳細に語り、イメージ曝露を行った。16回目から21回目はうつ病を発症してからの9年間の辛い記憶を扱い、ここまで長期間ひどく崩れてしまったのは、これまでの親子関係やいじめの体験、婚約者との関係の辛さの累積があるからだという理解ができ、低い自己評価の認知が修正された。これまで、婚約者に関連した事物についての強い回避があったが、詳細にイメージ曝露をした結果、辛い記憶の陰に隠れていた良い記憶も想起され、大事な記憶としてしまい直すことがで

きた。そして、過去に婚約者からプレゼントされたお気に入りの帽子をかぶることを楽しめるまでになった。22回、NETの最終回では、全人生史の読み上げを聞き、その後も調子を崩すことはなかった。

III. フォローアップ期 (#76～#179、計103回2年8ヶ月)

フォローアップ期が非常に長い、これだけ必要だった、あるいはこれで十分だったというものではない。最終的には筆者の退職により終結した。この時期のカウンセリング内容は以下のようなものである。

NET終了直後、「今まで何をしていたんだろ？こんな長い事、どうしちゃったんだらう？それがとってもそれが悲しくて。10年間泥沼だった。」と語ったが、これは、健康であれば得ていたであろう交友関係、キャリア、結婚、楽しい思い出など膨大な喪失への直面から来る悲嘆である。混乱していた記憶が整理され、それまで見えなかった様々なものが見えるようになった結果開始された悲嘆の仕事には長い時間が必要であり、フォローアップではこの悲嘆の仕事の道程に寄り添った。泣きたいことが沢山あるのに、家で泣くと母親が「また以前の症状に戻ってしまったのでは？」と極度に心配するため家で泣けない、という状況にあり、面接室に入ると泣き出し「ここでしか泣けない。泣いたらスッキリした」と語ることが繰り返された。

NET開始以前には感じられなかった家族への批判や怒りの感情とどう折り合いをつけて行

くが問題となった。NET以前には理想化していた両親について「母は気分の波が激しく、すぐ泣いて崩れるから何も言えない、父は解決志向で辛い気持ちがわからない人。」と認知が変化した。両親への現状の説明、協力の要請などを目的とした親面接が実施され、家族関係の調整、環境調整が行われた。

NET実施前、実施2週間後、3ヶ月後、6ヶ月後、12ヶ月後の時点で実施した質問紙の結果は以下のようなものである。

NETは終了後1年間症状の軽減が続くとされる技法であるが、1年後の時点でPTSD症状、うつ症状は見られず、自傷行為はなくなり、睡眠が安定し、頓服を使わなくなり、資格試験の勉強ができるようになり、一人で国内旅行ができるようになるなど、日常生活に大きな改善が見られた。

これ以降のフォローアップは、より生きやすくなることを目的に、毎週から隔週へ頻度を落としながら実施した。その間、就労したが合わず6ヶ月で退職した。資格を取りつつ再挑戦を目指し、単身で海外旅行ができるまでになり、最終的には、「自分を守るシェルターが欲しい」と部屋を借りて親元を離れた。

4. 考察

本症例は長年入院を繰り返し、カウンセリングの開始からNET実施まで12ヶ月、NET実施に6ヶ月、フォローアップに32ヶ月を要して

表1 質問紙数値

	NET前	NET2週間後	NET3ヶ月後	NET6ヶ月後	NET12ヶ月後
IES-R	42	6	9	7	11
SDS	46	36	44	40	33
CAPS-IV	51	7	10	11	6
DES	10.36(0%)	7.14(0%)	7.14(0%)	7.86(0%)	4.29(0%)

いる。開始当初の状態における NET の適応は疑問であり、症状の軽減を目指してイメージ療法¹⁰⁾、臨床催眠¹⁴⁾、リソース強化¹⁰⁾を試み、有効であった。Fさんが人生史の整理を希望されたこと、長期反復的な被害があったこと、心理療法開始の時点でターゲットが明確に焦点づけられないことから、NET実施に至った。

NETは1回目に石と花のワークでトラウマ的出来事が人生上のどの時期にどのくらいあるか概観を得て開始するが、本症例の石は少なかった。しかし語りに入ると不適切養育による傷つきが多く見られた。岡野は、「子どもが無力で自分の気持を表現できずに親に生殺与奪の権を握られ、他方では親がいとも簡単に子どもを無視し、自分の感じ方を半ば無意識的に強要するような状況では、それこそあらゆる気持のズレが子どもにとってのストレスや心的外傷に繋がりがね」ないこと、実際、日本の臨床の中ではそのズレからもたらされる傷つきが解離性同一性障害を生じ得るほどの深刻な傷つきであることがみられることを指摘している⁷⁾。そこで、この傷つきを扱うために以下のような工夫を行った。本症例のみならず、同様にアタッチメントの問題が大きかった症例に対して実施してきた NET 実施上の工夫を、以下にまとめて示す。

1) 小学校低学年までの人生史に時間をかけて丁寧に聞く

本症例のブランケットのエピソードのようにアタッチメントの問題を反映した出来事が語られる場合はそれを取り上げることができるが、語られない場合も多い。就学前の記憶が極端に少ないケースもあり、それは何事もなく穏やかだったから特別思い出すことがないというよりも、辛いことが多かったため想起しないようにしてきた結果思い出しにくくなっていると考えの方が適切である場合が多い。NET 開始後すぐに、親から聞き知った情報が極端に少ない、

あるいは、養育者などが過去を語るのを見聞きしたり、大人の会話に参加する経験を積み重ねたりすることによって獲得すると言われる、個人の物語を語るための形式、「ナラティブ」が獲得されていない¹⁶⁾、といったことからアタッチメントの問題が推測できる場合、それをどの時点で、何をターゲットに扱うことができるだろうか。そうした場合、幼少期に経験する多くのこと、例えばおつかい、お留守番、公園、プール、幼稚園での遊び、好物、おやつ、トイレ、夏休み、ラジオ体操、海、山、川、遠足、運動会、お盆、お正月、誕生日、七五三、予防注射、風邪、怪我、自転車乗りの練習、動物の世話などについて、「例えば、小さい子どもってこんなことを経験するものだけど、覚えていますか。～とか?～とか?」とフックとなる事象を多く挙げる。幼少期の記憶は体の感覚として覚えていることが多いため、五感に働きかけることが有効である。こうした介入を行うことで想起する記憶が増え、日常生活の記憶の中にアタッチメントの問題が現れてくる。ネグレクトの場合も「無いもの」に気づくことが可能になる。

2) 養育的な親であればこうするという具体例を示す

本症例のブランケットのエピソードのところ<ブランケットが汚くてお母さんが恥ずかしいなんてどうでもいいことで、初めてのお泊まりで心細い子供の気持ちがわかるお母さんなら、“お母さんは一緒に行けないけど、このブランケットがFちゃんと一緒に居てくれるから大丈夫よ”と言うでしょうにね>という筆者のコメントを示したが、不適切養育しか知らないクライアントは、本来はこうあるべき、といった概念的な知識を伝えてもイメージがわからない。これまで不適切養育の語りに対し<それは本当に辛いことですね>とコメントすると「どこもそんなもんじゃないですか。じゃ、他の親はどうするんですか?」と聞かれることがしば

しばあったため、行うようになった方法である。＜養育的な親であればこんな風に言うんだけど、こんな風にするんだけど＞と「有るはずのもの」を示すことで「無いもの」に気づけるため、この方法はネグレクトにも有効と考える。

3) 発達的な視点に立った心理教育を多く入れる

3. のIIで示したように、不適切養育の体験に気づき、それが語られたなら、それがどのような傷つきになるかについて発達的な視点を重視した心理教育を行う。養育的な親であれば、子供の感情に調律して、嬉しい時は共に喜び、悲しい時は共に悲しんでくれること、そして、悲しみや恐怖や怒りを宥めてくれるものであること、気持ちを宥めてもらうことを繰り返すことで、子供は自分の感情を調整するスキルを身につけることを伝える。親に養育能力が欠けていると、そういう関わりをしてもらえないので、自分の気持ちを調整することが学べないこと、気持ちが激しく上下する人生は辛いものであることを伝え、症状理解を促す。

また、いつも安心をくれる親がいれば、それを心の中に取り入れ安全基地のようになって、親と離れているときでも安心して過ごせること、それがなく生きにくくなるのは当然であることを伝え、ほかの人には耐えられることがなぜ自分には辛く耐え難いものであるのかの理解を深める。「そこが辛かったんだ！」と初めて自分の辛さが明らかになり、その辛さをセラピストに共感してもらい、労ってもらうことは養育的な体験である⁴⁾。

同時に、親から養育的なものを得られない人であっても、人生のどの時点においても、親以外の大人や友達など様々な人から獲得し補って行くことができることを伝え、人生史の語りの中で愛着補償的な人物や機会が語られた時には、＜ここで、大事なものをもらっていますね＞と指摘し、また、NETのセッションで一度高まった否定的な感情を納めて帰ることも、ま

さに感情調整の練習をしているのだということ伝える。アタッチメントにメインの言う「獲得自律型」があることは安定型のアタッチメントを持ち合わせていない人に安心をもたらすと考えられる²⁾。

5. まとめと今後の課題

トラウマ的出来事に遭遇する以前に不適切養育によるアタッチメントの問題が生じていたケースに対して行ったNET実施上の工夫について報告した。NETはPTSDの治療法であるが、全人生史の構築という特色から、開始後数回でアタッチメントの問題に気づくことができ、それ以降の語りにアタッチメントというレンズを用いることで、不適切養育による傷つきを扱うことができる。「アダルト・アタッチメント・インタビュー」を開発したメインは、悪い経験について一貫性高く報告できる成人は後に重要なアタッチメント対象者との間で質の良い経験を持ったことがある、あるいは心理療法を通して、そうした能力を獲得したと考えている²⁾。ブリッシュは「重要なのは、逆境的な子供時代がいかに処理され、それについていかに語られるか、ということである」と述べているが、NETで馴化し整理した逆境的な記憶は適切な情動を伴って語られるようになることから、クライアントはメインの言う「獲得自律型」のアタッチメントを得たと言うことができるだろう。

逆境的な幼少期を背景に持つCPTSDの治療を考える際、アタッチメントとトラウマ双方のレンズを用いて行くことは有効である。また、NETには高まった情動を納めることを繰り返す情動調律の要素、自伝的記憶を繰り返し語り、それを徹底的に聞いてもらうことで「ナラティブ」を獲得し言語化能力を向上させるという養育的な要素があり、作業自体が愛着の修正体験となることが期待できる。

不適切養育によるわかりにくい傷つきの上に、DSMのA基準¹⁾のようなトラウマ的体験

がある場合は PTSD と診断され PTSD 治療の道が開かれるが、こうした明らかなトラウマ的体験がない場合、トラウマ治療に結びつかないことも考えられる。アタッチメントの問題やいじめ被害などを背景に持ち、適応障害と診断されているような症例に対する NET の有効性や適応についても、今後慎重に検証を重ね、検討されることが期待される。

文 献

- 1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5. American Psychiatric Publication, Washington, D.C., 2013. (高橋三郎、大野裕監訳:DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014.)
- 2) Brisch, K.H.: Treating Attachment Disorders: From Theory to Therapy. The Guilford Press, 2002. (数井みゆき、遠藤利彦、北川恵監訳: アタッチメント障害とその治療 - 理論から実践へ -. 誠信書房, 2008.)
- 3) 道免逸子、森茂起: ナラティブ・エクスポージャー・セラピーの効果に関する文献展望. *トラウマティック・ストレス*, 14 (2); 55-66, 2016.
- 4) 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라우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.
- 5) 大江美佐里: ICD-11 分類における Complex PTSD 概念について. *トラウマティック・ストレス*, 14 (1); 56-62, 2016.
- 6) 大江美佐里: ICD-11 における Complex PTSD 診断: 理念の受容は円滑になされるか? *トラウマティック・ストレス*, 16(2); 69-77, 2018.
- 7) 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.
- 8) 奥山真紀子: 特集にあたって. *トラウマティック・ストレス*, 14 (1); 27, 2016.
- 9) 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.
- 10) Phillips, M.: Finding the energy to heal: How EMDR, Hypnosis, TFT, Imagery, and Body-Focused Therapy can help restore mindbody health. W.W.Norton & Company, 2000. (田中究監訳: 最新心理療法. 春秋社, 2002.)
- 11) 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.
- 12) 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.)
- 13) Schnyder, U., Cloitre, M. (eds.): Evidence based treatments for trauma-related psychological disorders: A practical guide for clinicians. Springer International Publishing, Switzerland, 2015. (ウルリッヒ・シュニーダー、マリリン・クロワトル編、前田正治、大江美佐里監訳: ト라우マ関連疾患心理療法ガイドブック - 事例でみる多様性と共通性 -. 誠信書房, 2017.)
- 14) 高石昇、大谷彰: 現代催眠原論. 金剛出版, 2012.

- 15) 田中究：子ども虐待とケア．児童青年精神医学とその近接領域，57（5）；705-718, 2016.
- 16) 上原泉：自伝的記憶の発達と縦断的研究．佐藤浩一、越智啓太、下島裕美編：自伝的記憶の心理学．北大路書房，47-59, 2012.
- 17) 山下洋：発達精神病理学からみたトラウマとアタッチメント．トラウマティック・ストレス，14（1）；29-38, 2016.
- 18) 厚生労働省，児童虐待の定義と現状〔引用2019-10-1〕
https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kodomo/kodomo_kosodate/dv/about.html

■心的トラウマ研究 投稿規定■

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

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

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、田中英三郎、鈴木逸子
編集事務 中井浩子

編集後記

令和初の「心的トラウマ研究」(第15巻)をお届け致します。消費税増税を睨み、例年より早期の編集となりましたが、この9ヶ月間にも地震や豪雨などの自然災害、痛ましい幼児・児童の虐待死事件、京都アニメーション放火事件、ドメスティック・バイオレンス(DV)やいじめ、通り魔、煽り運転等々数多くの災害、事件、事故が発生しました。また2020年は阪神淡路大震災から25年という節目を迎えることから、震災の風化を防ぐための様々な記念事業が行われています。こうした災害、事件、事故が発生する度に、被害者の方々の傷つきや復興の問題、加害者の心の闇などが話題となり、心的トラウマ研究がますます必要とされるような厳しい現実があることを再認識させられます。

本号には、災害時の人権問題と受援体制およびサイコロジカル・ファースト・エイドに関する研究、DV被害者の支援ニーズや死別・複雑性悲嘆に関する研究、発達障害を持つ対象へのEMDRとナラティブ・エクスポージャー・セラピー実施の症例報告等、ユニークな切り口の論文が収められました。平素より研究をお支えくださっている皆様に感謝申し上げますと共に、これらの研究がトラウマを負った方々への有効な支援と地域社会のレジリエンス向上の一助となることを願います。(S)

心的トラウマ研究 第15巻

2020年1月発行

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 15, 2019

CONTENTS

- A literature review on empirical evidence of complicated grief in Japan and qualitative analysis for case reports among Japanese bereaved
Eizaburo TANAKA
- A study on the effectiveness of Psychological First Aid e-Orientation
Atsuro TSUTSUMI
- Global State of the Rights of Persons with Disabilities in Humanitarian Action
Takashi IZUTSU
- Issues related to accepting support in the mental health field during disasters
Takako FUKUI
- A review of research on the mental health of women in domestic violence shelters
Mako MOMODA
- The bereavement experience with siblings due to crime damage: A systematic review
Chizuru AKATA
Yukihiro SAKAGUCHI
- EMDR therapy for the PTSD patient with Developmental Disorder – Case Study –
Minako OHTSUKA
- Narrative Exposure Therapy for the treatment of complex PTSD with attachment related emotion regulation difficulties
Itsuko SUZUKI

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109