

心的トラウマ研究

第18号 令和5年2月

巻頭言 亀岡 智美

[研究論文]

- 犯罪被害で亡くなった子どもの親ときょうだいにおける家族機能評価と精神健康との関連
..... 赤田 ちづる・坂口 幸弘 1
- 支援者の主観的評価からみたトラウマインフォームドケア研修の効果 酒井 佐枝子 11
- 大規模交通災害が負傷者の心身に及ぼす長期的影響
--JR 福知山線脱線事故 13 年目のインタビュー調査から -- 道免 逸子 21

[資料論文]

- 新興感染症パンデミック期のこころのあり方に関する文献レビュー
—新型インフルエンザパンデミック期の心理とリスクコミュニケーション— ... 中塚 志麻 31
- PTSD 治療における統合医療（補完代替療法）の可能性についての検討 西川 昭子 45
- 心的外傷後ストレス障害（PTSD）における実行機能障害および併存する睡眠障害の影響
..... 桃田 茉莉 57

[総説]

- PFA の原理原則を基にした職場での自殺後の対応：ポストベンションについて
..... 大澤 智子 67

[症例報告]

- 遷延する悲嘆を合併した PTSD への持続エクスポージャー療法 須賀 楓介 75

心的トラウマ研究 投稿規定

編集後記

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18号 令和5年2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

2022年の冬、4年に一度開催されるサッカーの世界カップがカタールで開催されました。日頃サッカーに無関心な層も試合に熱狂しましたが、その一方で、大会開催準備に雇われた外国人労働者が搾取されていたのではないかという疑惑や、カタール国内での女性や性的少数者の権利侵害が注目されました。また、近年の国内に目を向けると、スポーツ界での暴力やハラスメントの告発が相次いでいます。残念なことに、子どもの自殺という形で発覚した事件もありました。

2014年に文部科学省は、「同じ団体やチームで競技活動をする者に対して、職務上の地位や人間関係などの組織内の優位性を背景に、指導の適正な範囲を超えて、精神的もしくは身体的苦痛を与え、その競技活動の環境を悪化させる行為・言動など」をパワハラ（性的行動や言動はセクハラ）と定義し、スポーツ指導に関連してこのような行為が行われた場合は処分対象とすると規定しました。さらに、競技者の能力・適性にふさわしくないスポーツ指導、たとえば、「しごき」や「かわいがり」、罰走など、競技力の向上とは明らかに無関係な不合理な指導も処分対象とされています。

スポーツ界における暴力・ハラスメント行為の根絶に向けた取り組みは、「スポーツ団体ガバナンスコード」（2019年、スポーツ庁）の中にも引き継がれていますが、残念なことに、それでもスポーツ界の暴力やハラスメントはなくなっていない。その主な要因として、「ガバナンスコード」では、動機・プレッシャー、機会、正当化の3つの要素がそろった時に不正が行われるリスクが高くなる「不正のトライアングル」という考え方を挙げています。

たとえば、パフォーマンスに伸び悩む選手がいたとすると、もっとパフォーマンスを上げたいという動機やプレッシャーが選手と指導者の双方に生まれ、過度な指導につながりやすくなります。また、閉鎖的な組織の中で指導者に力や権限が集中すると、過度な指導を行う機会が得られやすくなります。さらに、暴力やハラスメントを行っても、選手のために、あるいは、良い結果を出すためにやむを得なかったなど、過度な指導を行う側を正当化する理由付けがなされやすく、被害者である選手の側にも、指導者が自分のために思って指導してくれている、というように、指導者側の正当化を強化してしまいがちな心理状態が生まれやすいと考えられています。

軌を一にして、法改正により、さまざまな職場におけるパワーハラスメントやセクシャルハラスメント防止のために、雇用管理上必要な措置を講じることが雇用主の義務となりました（労働施策総合推進法、男女雇用機会均等法、育児・介護休業法）。

このように、スポーツ界のみならず職域全般で、暴力やハラスメント防止の取り組みが強化されていますが、これらの施策が有効に運用されるためには、私たち一人一人の意識の改革が大切であることは言うまでもありません。

犯罪被害で亡くなった子どもの親ときょうだいにおける 家族機能評価と精神健康との関連



赤田ちづる* 坂口幸弘**

* 関西学院大学人間福祉研究科大学院研究員 ** 関西学院大学人間福祉学部教授

犯罪被害による子どもの死が、遺された家族に深刻な影響を及ぼすことは避けられない。犯罪被害者遺族への支援において、死別後の家族機能に着目することは重要であるが、その基盤となる研究は乏しい。そこで本研究では、遺された親ときょうだいにおける家族機能の評価と精神健康の関連を明らかにすることを目的とした。犯罪被害によって子を亡くした親ときょうだいを対象に、郵送による質問紙調査を行い、それぞれ51名から回答を得た。結果として、遺されたきょうだいにおいてのみ、家族機能評価と精神健康の有意な関連が認められた。亡き子の親は、きょうだいに比べ、家族の凝集性と適応性を高く評価していた。遺された親ときょうだいの心的外傷性ストレス症状の程度に関して、有意な正の相関がみられた。得られた結果から、犯罪被害者遺族の家族機能やその影響について適切にアセスメントし、家族全体を視野に入れた支援を検討する必要があることが示唆された。

Key words：犯罪被害、家族機能、遺された親、遺されたきょうだい、精神健康

I はじめに

犯罪被害による子どもの死が、遺された家族全体に深刻な影響を及ぼすことは避けられない。Kissane & Bloch¹⁾は、個人の悲嘆の解消が見られない場合は、家族にみられる抑制された感情表出や相互防衛が原因であることを示唆している。

家族は典型的には多様な下位グループ(夫婦、親子、きょうだい等)に分割することができ、それぞれのグループには役割や責任があるが、その役割が極端な混乱状態に陥ると正常に機能することは難しいとされる²⁾。Vollmanら³⁾は、役割こそが家族が機能するために大切だとし、家族のメンバーが亡くなって、手段的にその役割を埋めることができない場合においても、家族の情緒的なバロメーターとなるような「気持ちを表現する」ことが、家族の均衡を保つために必要だと述べている。

家族機能について、Olsonら⁴⁾は、FACES

(Family Adaptability and Cohesion Evaluation scales)を開発し、現在は、FACE IIIに改訂されている⁵⁾。Olson⁵⁾によると、FACE IIIでは、家族の機能度を、凝集性(cohesion)と適応性(adaptability)の二つの下位尺度から測定し、凝集性は「家族成員間の情緒的なつながり」、適応性は「家族に危機が生じた場合に、状況に応じて役割を変化させる家族システムの能力」とされる。凝集性・適応性が非常に高い、あるいは非常に低いという極端なレベルでは家族機能がうまく働かず、中間のレベルにあると家族機能がよく働くと考えられている。

犯罪被害で子どもが亡くなった場合、遺された家族がどのような状況に陥っているのかに着目することは、彼らへの支援体制の構築に必要不可欠であると考えられるが、わが国では、関連する研究はあまり見られない。そこで本研究においては、犯罪被害によって亡くなった子どもの親、きょうだいを対象とし、死別後の家族機能と精神健康の関連を検討することを目的とした。

II 研究の方法

1. 用語の定義

本稿で表記する「犯罪」とは、長井⁶⁾に従い、自己の力では統制できず、暴力的に強いられた被害とする。刑法211条の業務上過失致死傷罪又は重過失致死傷罪が成立した加害者のいる交通事故遺族も対象に含む。また、本研究で扱う「家族」は「子ども（きょうだい）と死別した際に属していた家族」と操作的に定義した。

2. 対象と調査方法

犯罪被害によって子ども（きょうだい）を亡くした家族（親・きょうだい）を対象とした。きょうだいについては、育った家族の影響を大きく受ける成年前期（30歳）までにきょうだいと死別し、調査時において18歳以上であることを条件とした。調査にあたっては、犯罪被害者遺族支援に関わる3団体に協力を依頼し、3団体の承諾が得られた。各団体の会員遺族の中から、親・きょうだいを含む148家族を調査対象に、無記名の自記式質問紙調査を実施した。質問紙は郵送にて配布及び回収を行った。親を対象とした質問紙は、各団体に登録されている住所宛に郵送し回答を求めた。本調査においては、現時点における親との同居の有無は問わず、きょうだいを対象とした質問紙は親宛に送付し、非同居の場合は転送できるよう転送用封筒を同封し、転送を依頼した。調査時期は2020年8月～9月であった。

3. 調査内容

精神健康としては以下の3尺度を使用した。

複雑性悲嘆評価尺度 (Inventory of Complicated Grief, 以下 ICG) は、複雑性悲嘆（遷延性悲嘆症）の重症度を評価する尺度 (19項目5件法) であり原・日本語版ともに、信頼性と妥当性が確保されている⁷⁾⁸⁾。26点以上が複雑性悲嘆に該当する⁸⁾。

改訂出来事インパクト尺度日本語版 (Impact of Event Scale-Revised, 以下 IES-R) は心的外傷性ストレス症状を測定するための評価尺度 (22項目5件法) である⁹⁾。3因子 (侵入症状、回避症状、過覚醒症状) から成り、災害から個別被害まで、PTSD 関連症状の測定が簡便にできるとされる。日本語版は PTSD 関連症状のスクリーニング尺度として、十分に優れた信頼性と妥当性が認められている¹⁰⁾。

PHQ-9 日本語版 (Patient Health Questionnaire-9, 以下 PHQ) は、DSM 診断基準の評価項目が含まれたうつ病のスクリーニング評価尺度 (9項目4件法) である。範囲は0～27点であり、10点以上はうつ病の可能性を示唆している。日本語版は、バックトランスレーションを経て作成し信頼性と妥当性が確認されている¹¹⁾。

家族機能を測定するため、草田・岡田¹²⁾により作成された家族機能測定尺度日本語版を用いた。この尺度は、Olson⁴⁾の Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACE III) の邦訳版であり、20項目から作成され、草田¹³⁾によって妥当性と信頼性が確認されている。凝集性と適応性の2因子構造で、「まったくない」から「いつもある」までの5段階評定で実施した。

個人属性としては、性別、年齢、故人との続柄、故人の命日を尋ねた。

4. 解析方法

ICG、IES-R、PHQ は、いずれも各項目得点を総計し、尺度得点を算出した。まず、親ときょうだいの得点において、Pearson の相関係数を用いて相関分析を施した。次に、親ときょうだいにおける家族機能の評価において、対応のある t 検定を用いて比較した。

FACE III においては、凝集性因子と適応性因子それぞれの尺度得点を算出した後、Olson⁴⁾らの基準に従い、中間値、及び上位25%、下位25%を分類する値を適用し、下位因子ごとに分

離した。凝集性は、得点が低いほうから順に「遊離 (disengaged)」、「分離 (separated)」、「結合 (connected)」、「膠着 (enmeshed)」と4段階、適応性も、得点の低いほうから順に「硬直 (rigid)」、「構造化 (structured)」、「柔軟 (flexible)」、「無秩序 (chaotic)」の4段階に分類する。

家族機能の評価と精神健康の関連においては、親、きょうだいそれぞれの凝集性4段階、適応性4段階における精神健康の記述統計量を算出し、それぞれの項目において、対応のある一元配置分散分析と多重比較から検証した。統計解析には、SPSS Ver.28を使用し、有意水準は5%とした。

5. 倫理的配慮

本研究は、関西学院大学「人を対象とする行動学系研究倫理委員会」の承認(2020-13)を得て実施した。対象者への研究依頼書には、研究の趣旨とともに、研究の目的・意義、注意事項、個人情報保護、研究の参加・協力の自由意志と拒否権、回答することによって体調不良を起こした際の緊急連絡先、研究結果の公表、自記式質問紙の返送をもって調査へ同意したとみなすことを明記した。

III 結果

1. 回答者の属性

148家族に質問紙を配布し、きょうだい64名(回収率43.2%)、親61名(回収率41.2%)の回答を得た。きょうだいとの死別時に成年前期を超えていた2名、及び被害後に生まれたきょうだい5名は除外したうえで、親ときょうだいの双方から回答が得られた51家族102名を本研究の分析対象とした。親ときょうだいが同一家族か否かは、故人の命日によって判断した。

親51名の性別は、男性12名(23.5%)、女

性39名(76.5%)、現在の年齢は60.6歳(SD=8.27)、死別時の年齢は44.5歳(SD=7.01)であった。きょうだい51名の性別は、男性28名(54.9%)、女性23名(45.1%)、現在の年齢は32.1歳(SD=8.04)、死別時の年齢は15.7歳(SD=7.39)であった。

故人の性別は、男性34名(66.7%)、女性17名(33.3%)、死亡時の年齢は16.9歳(SD=7.25)、死別からの経過時間は16年4か月(SD=5年10か月)であった。

2. 親ときょうだいの精神健康

親におけるICG得点の平均は37.0(SD=12.13)、ISE-R得点の平均は27.3(SD=16.58)、PHQ得点の平均は7.5(SD=6.92)であった。他方、きょうだいにおけるICG得点の平均は31.4(SD=13.97)、ISE-R得点の平均は29.4(SD=21.71)、PHQ得点の平均は6.5(SD=6.42)、両者を比較したところ、ICGのみで有意差が見られ、きょうだいのICG得点に比べ、親のICG得点が有意に高いことが示された($t=2.34, p<0.01$)。また、相関分析の結果、親のICG得点ときょうだいのIES-R得点の間と、親のIES-R得点ときょうだいのIES-R得点の間に有意な正の相関がみられた(表1)。

表1 親ときょうだいにおける精神健康の相関

		きょうだい		
		ICG	IES-R	PHQ
親	ICG	0.15	0.29*	0.25
	IES-R	0.15	0.28*	0.24
	PHQ	0.13	0.21	0.13

* $p<.05$

3. 家族機能の評価と分類

親ときょうだいにおける家族機能の評価の差異について、対応のあるt検定を行った結果、FACE IIIの凝集性と適応性の各因子において、親の得点に比べ、きょうだいの得点有意に低く、きょうだいのほうが家族機能を低く評価していることが示された(表2)。

次に、Olson⁴⁾らの分類基準に従い、中間値、

表2 親と子における家族機能下位尺度得点

	親(n=51)		きょうだい(n=51)		t
	M	SD	M	SD	
凝集性	24.14	9.63	19.94	11.97	2.26*
適応性	21.27	6.17	17.78	7.81	3.06**

*p<.05, **p<.01

及び上位 25%、下位 25% の値を目途に回答者を 4 分割した。今回の回答者全体の凝集性と適応性の得点をもとにした回答者の分類と基準は表 3 に示す通りである。親ときょうだいそれぞれにおける凝集性と適応性の 4 分割の結果は、表 4 の通りである。

表3 凝集性と適応性の得点に基づく家族機能の分類基準 (n=102)

		全体	
		M	SD
凝集性		22.04	11.01
適応性		19.53	7.22
	レンジ		%
凝集性	遊離 (n=28)	10~24	27.5
	分離 (n=24)	25~34	23.5
	結合 (n=26)	35~40	25.5
	膠着 (n=24)	41~50	23.5
適応性	硬直 (n=27)	14~24	26.5
	構造化 (n=27)	25~30	26.5
	柔軟 (n=25)	31~34	24.5
	無秩序 (n=23)	35~48	22.5

4. 親における家族機能評価と精神健康の関連

親における家族機能評価と ICG、IES-R、PHQ の得点との関連を検討するため、一元配

置分散分析を行った (表 5)。その結果、凝集性と適応性の各 4 群、いずれの群間においても有意な差は見られなかった。

5. きょうだいにおける家族機能と精神健康の関連

きょうだいにおける家族機能評価と ICG、IES-R、PHQ の得点との関連を検討するため、一元配置分散分析を行った (表 6)。その結果、凝集性の 4 群と PHQ、適応性の 4 群と ICG、IES-R、PHQ において有意差が認められた。多重比較の結果、凝集性に関しては、「分離」「遊離」の両群は、「結合」「膠着」の両群に比べて、PHQ 得点が高く、うつ症状が重篤であることが示された。適応性に関しては、ICG 得点において「構造化」群は「柔軟」群に比べて高く、IES-R 得点では、「硬直」群が「柔軟」「無秩序」の両群より高値であった。PHQ 得点では、「硬直」「構造化」の両群が「柔軟」「無秩序」の両群に比べて高かった。

IV 考察

本研究において、親の複雑性悲嘆、心的外傷性ストレス症状と、きょうだいの心的外傷性ストレス症状に有意な正の相関があることが示された。この結果は、暴力的な死の引き起こす心的外傷性ストレス症状が親ときょうだいで少なからず共通している可能性があることと捉えることができる。他方、遺された親の複雑性悲嘆、心

表4 本研究における家族機能の分類

		きょうだい (n=51)			親 (n=51)		
		n	M	SD	n	M	SD
凝集性	遊離	17(33.3%)	5.47	5.59	11(21.6%)	9.91	3.89
	分離	12(23.5%)	20.25	2.42	12(23.5%)	20.42	3.61
	結合	13(25.5%)	28.00	1.53	13(25.5%)	27.46	1.71
	膠着	9(17.6%)	35.22	2.82	15(29.4%)	34.67	2.82
適応性	硬直	19(37.3%)	9.26	2.75	8(15.7%)	11.88	1.64
	構造化	13(25.5%)	18.54	1.33	14(27.5%)	18.00	1.57
	柔軟	9(17.6%)	22.33	1.41	16(31.4%)	22.38	1.15
	無秩序	10(19.6%)	28.90	2.73	13(25.5%)	29.23	3.35

表5 親における家族機能の評価と精神健康の関連

		ICG(M+SD)	F	IES-R(M+SD)	F	PHQ(M+SD)	F
凝集性	遊離	38.18 ± 12.61		31.09 ± 15.00		9.91 ± 6.72	
	分離	36.92 ± 13.14	0.68	27.75 ± 14.83	0.48	7.42 ± 5.96	0.91
	結合	33.15 ± 9.91		23.00 ± 19.27		5.23 ± 5.83	
	膠着	39.53 ± 13.05		27.80 ± 17.35		7.60 ± 8.52	
適応性	硬直	42.25 ± 13.64		33.13 ± 18.54		8.88 ± 5.82	
	構造化	38.36 ± 10.31	0.86	28.36 ± 13.71	0.50	9.79 ± 7.80	1.16
	柔軟	34.38 ± 15.55		24.75 ± 17.87		6.31 ± 9.92	
	無秩序	35.54 ± 7.42		25.62 ± 17.49		5.46 ± 6.37	

表6 きょうだいにおける家族機能の評価と精神健康の関連

		ICG(M+SD)	F	IES-R(M+SD)	F	PHQ(M+SD)	F
凝集性	遊離	35.88 ± 10.28		37.65 ± 16.67		9.53 ± 5.97	
	分離	32.83 ± 18.68	2.35	29.67 ± 26.60	1.98	9.75 ± 7.59	7.81****a)
	結合	23.15 ± 13.20		18.69 ± 21.08		3.08 ± 3.52	
	膠着	32.89 ± 10.41		29.00 ± 20.49		1.22 ± 1.64	
適応性	硬直	35.00 ± 12.6		38.16 ± 20.37		9.00 ± 5.76	
	構造化	37.77 ± 15.04	4.28**b)	36.92 ± 23.46	5.48**c)	9.46 ± 7.55	7.26****d)
	柔軟	20.89 ± 10.68		11.67 ± 9.29		2.89 ± 3.69	
	無秩序	25.70 ± 11.45		19.00 ± 17.31		1.00 ± 1.41	

*p<.05, **p<.01, ***p<.001

a) 遊離, 分離>結合, 膠着 b) 構造化>柔軟 c) 硬直>柔軟, 無秩序 d) 硬直, 構造化>柔軟, 無秩序

的外傷性ストレス症状が、きょうだいの心的外傷性ストレス症状に影響を及ぼしていると捉えることもできる。Forward et al¹⁴⁾は、子どもを亡くした親は、自らの喪失体験に圧倒され、遺されたきょうだいに安定して関わることは難しくなることを指摘している。また、Anabel¹⁵⁾は、保護や支援を受ける必要がある状況に置かれたとき、まさにその「支援をしてくれるはずの人」に傷つけられたり放置されたりすると、それは、人間の脳に保存されている進化論的プログラミングの範囲を超えた体験となると説明している。この見解は、暴力的な死に遭遇した後の親と子の関係に限らず、遺族と医師、遺族と警察官等、様々な関係性が想定できる。しかし、犯罪被害できょうだいを亡くして混乱している遺されたきょうだいが、親に対して「きっと自分を助けてくれる」という期待を持っている場合、きょうだいに対する親の配慮の欠如があれば、

「関係性のトラウマ」¹⁵⁾としてきょうだいに深刻な影響を与える可能性は否定できないと考えられる。

家族機能の評価において、立山¹⁶⁾が、一般的な日本の家族における家族機能を調査した結果では、凝集性の平均値は31.65、適応性の平均値は32.71であった。今回の対象とした親ときょうだい全体での凝集性の平均値は22.04、適応性の平均値は19.53であり、立山の調査結果に比べ、非常に低い。FACE IIIでは、「凝集性の点数が低い=家族のかかわりが不足」、「適応性の点数が低い=変化が少なすぎる」ことを示しており¹⁷⁾、今回の結果は、犯罪被害で子どもが亡くなった後の家族が、家族として極めて困難な状況にあり、機能不全の状態に陥りかねないことを示唆している

今回、FACE IIIの下位尺度である「凝集性」と「適応性」のいずれにおいても、きょうだい

に比べると親の得点が有意に高いことが示された。McGoldrick & Walsh¹⁸⁾は、身近な人の死を経験した子どもたちは、両親や周りの大人を心配させないために、悲しみを隠し、何も問題がないように振る舞うことがあるとしている。このような、いわゆる「いい子ちゃん」にみえる、きょうだいの振る舞いが、親から見た家族機能評価を高め、同一家族内での親ときょうだいの評価の差につながっている可能性がある。

今回、親における家族機能の評価と精神健康との有意な関連性は認められず、犯罪被害で子どもを亡くした親が抱える苦痛が、家族機能の良否にかかわらず深刻な状況である可能性が考えられる。同一家族内の遺されたメンバーはそれぞれに悲嘆を抱えており、家族内で互いにサポートするには限界があると推察される。今回の遺された親に関する結果は、家族内の関係性が良好であったとしても、必要に応じて、第三者からの介入が必要であることを示唆するものであるといえる。

きょうだいにおいては、家族の凝集性に対する評価とうつ症状、適応性に対する評価と複雑性悲嘆、心的外傷性ストレス症状、うつ症状において有意な関連が示された。この結果は、「遺されたきょうだいの悲しみのプロセスには、家族が大きな影響を与える可能性がある¹⁹⁾」という先行研究の知見を支持する結果であるといえる。

家族の凝集性、適応性の双方と関連が見られたうつ症状は、もって生まれた素因に、なんらかの心理・社会的な負荷条件が加わり、それを処理できないときに見られる²⁰⁾とされる。犯罪被害で子どもを亡くした家族においてはさまざまな負荷条件があることが推察され、きょうだいの視点から見た家族機能が原因だと断定することはできないが、愛着対象から見捨てられる不安は、強い憤りや抑うつ感を髄伴しやすい²¹⁾とする報告もあり、家族の調和が乱れたとき、家族の中で最も脆弱な立場にあるのが「子ども」

である²²⁾ことは明らかであろう。

本研究では、家族の適応性における「構造化」群のきょうだいにおいて、「柔軟」群に比べ、悲嘆とうつ症状が重篤であることが示された。Olson⁴⁾や立山¹⁶⁾によれば、「構造化」群に属する場合、適応性の面において良好に機能している家族と評価されるが、一方で「構造化」群に分類されるのは、対人場面において自分の影響を気にしつつ不安に思しやすい人であるとの指摘もある²³⁾。遺されたきょうだいの場合には、自身の淋しさや怒りには蓋をして、母親をこれ以上悲しませないようにふるまう傾向がみられるともいわれる²⁴⁾。これらの報告を踏まえると、「構造化」群のきょうだいの中には、親に心配をかけず、家族機能を維持するために過度の精神的な負担を抱えている人が多くいる可能性が示唆される。

本研究の結果から、犯罪被害による子どもの死後、遺された親が思う以上に、遺されたきょうだいの見ている家族が、家族として機能しておらず、家族機能の不全が特にきょうだいの精神健康に悪影響を及ぼす可能性があることが示唆される。Akata & Sakaguchi²⁵⁾は、犯罪被害によって子を亡くした親は、遺されたきょうだいが親子関係に対して感じているストレスや心理的反応を、きょうだいの認識よりも低く見積もっている傾向にあると説明している。犯罪被害で子どもを亡くした家族が、家族のメンバーそれぞれを互いに思いやるのが困難な状況にあることは容易に想像できる。赤田・坂口²⁶⁾は、遺されたきょうだいの約9割が、きょうだいの死後、親が自分に関心を向けることができず、見捨てられたように感じていると報告している。遺された親だけでなく、遺されたきょうだいにも焦点を当て、家族全体を視野に入れた支援が必要であると考えられる。

V 研究の限界と今後の課題

本調査は一時点の調査に基づくものであり、変数間の因果関係について論じることはできない。死別以前や死別直後の家族機能の評価を含む縦断的な研究は、今後の課題である。また、親が遺族団体に所属していること、親子間において質問紙を渡すことのできる関係性であること等のバイアスが存在し、対象者の偏りも否めない。回答は遺族の記憶に基づいており、調査時点の心理状態から受ける影響や、死別以降のさまざまなライフイベントが交絡因子として存在している可能性も排除することはできない。とはいえ、犯罪被害で亡くなった子どもの親ときょうだいの精神健康に関して、家族機能との関連に着目した研究は乏しく、今回の知見は資料的価値を十分に有していると考えられる。

VI おわりに

本研究は、犯罪被害による子どもの死に直面した家族の切実な状況の一端を、あらためて浮き彫りにしたものである。今回の知見から、個人にのみ焦点を当ててではなく、家族全体を視野に入れた支援の必要性が強調される。犯罪被害者遺族に関わるすべての人たちが、遺された親やきょうだいの実情を理解し、悲しみと絶望の最中にある家族にどのように関わることができるのかを考えるひとつのきっかけに本研究がなることを願っている。

付記

本稿の調査は、一般社団法人日本損害保険協会 2020 年度自賠責運用益拠出事業助成を受けて実施致しました。深く感謝いたします。

1. Kissane DW, Bloch S. Family grief, *British Journal of Psychiatry*. British Journal. 1994;

164: 728-740.

2. Minuchin, P. and Minuchin, S. The family as the cotext for patient care, in L. H. Berstein, A. J. Greico and M. Dete (eds) *Primary Care in the Home*. 1987; 83-94.
3. Vollman, R. R., Ganzert, A., Picher, L. and Williams, W. V. The Reactions of Family Systems to Sudden and Unexpected Death. *Omega*. 1971; 2: 101-106.
4. Olson, D. H., Sprenkle, D. H., & Russell, C. S. Circumplex model of marital and family systems: I. Cohesion and adaptability dimensions, family types, and clinical applications. *Family process*. 1979; 18(1): 3-28.
5. Olson D, McCabbin H, Larsen A, Muxen M, Wilson M. *Family Inventories*. University of Minnesota.: Family Social Science; 1985.
6. 長井進. 犯罪被害者の心理と支援 ナカニシヤ出版.; 2004.
7. 中島聡美, 伊藤正哉, 石丸径一郎. 遷延性悲嘆障害の実態と危険因子に関する研究 - 罪責感の与える影響およびソーシャルサポートの役割を中心に-. 明治安田こころの健康財団研究助成論文集. 2010; 45: 119-126.
8. Prigerson H, Maciejewsk P, Reynolds 3rd C, Bierhals AJ, Newsom JT, Fasiczka A, et al. Inventory of Complicated Grief: a scale to measure maladaptive symptoms of loss. *Psychiatry Res*. 1995; 59(1-2): 65-79.
9. Weiss, DS. The Impact of Event Scale-Revised, In: Wilson, J.P., Keane T.M. eds., *Assessing psychological trauma and PTSD(Second Edition)*. The Guilford Press. New Yor. 2004; 168-189.
10. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Miyake Y, et al. Reliability and validity of the Japanese-language version of the Impact of Event Scale-revised

- (IES-R-J): Four studies of different traumatic events. ,. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2002; 190(3): 175–182.
11. Muramatsu K., Miyaoka H., Kamijima K., Muramatsu Y., Tanaka Y., Hosaka M., & Shimizu E. Performance of the Japanese version of the Patient Health Questionnaire-9 (J-PHQ-9) for depression in primary care. *General hospital psychiatry*. 2018; 52, 64-69.
 12. 草田寿子, 岡堂哲雄. 家族関係査定法 岡堂哲雄(編)心理検査学 垣内出版.; 1993.
 13. 草田寿子. 日本語版FACESIIIの信頼性と妥当性の検討. *カウンセリング研究*. 1995; 28: 154–162.
 14. Forward DR & Garlie N. Search for New Meaning: Adolescent Bereavement after the Sudden Death of a Sibling. *Canadian Journal of School Psychology*; 2003; 18(1-2): 23–53.
 15. Anabel G. It's not me: Understanding Complex Trauma, Attachment and Dissociation. *Matogrande*.; 2018
 16. 立山慶一. 家族機能測定尺度 (FACESIII) 邦訳版の信頼性・妥当性に関する一研究. *創価大学大学院紀要*. 2007; 28: 285-306.
 17. 茂木千明. 家族機能査定に関する研究—家族円環モデルと日本語版FACES- IIIの関連性について—. *家族心理学研究*. 1994; 8(2): 95-108.
 18. McGoldrick M & Walsh F. A Time to Mourn: Death and the Family Life Cycle. In Walsh F & McGoldrick M(Eds.), *Living beyond loss: Death in the family*. New York: W Norton & Co. 2004; 27–46.
 19. Kathleen, R. G., & Rebecca, J. G. Siblings Grief and Its Effect on the Family System. In B. J. Marshall, & H. R. Winokuer (Eds.), *Sibling loss across the lifespan. (Series in death, dying, and bereavement)*. Oxford: Taylor & Francis.2017; 159-166.
 20. 滝川和弘. 子どものための精神医学 医学書院.; 2017.
 21. 山本 力 . 喪失と悲嘆の心理臨床学 - 様態モデルとモーニングワーク - 誠信書房.; 2014.
 22. Michael E., & Bowen M. *Family Evaluation: An Approach Based on Bowen Theory*. New York: W W Norton & Co Inc.; 1988.
 23. 児玉夏枝. 青年期における自己の葛藤と家族機能との関連についての研究 - 対人恐怖的傾向・自己愛的傾向に着目して . 京都大学大学院教育学研究科紀要. 2016; 62: 387-399.
 24. 赤田ちづる, 坂口幸弘. 犯罪被害による子どもの死が児童期・青年期のきょうだいに及ぼす影響の探索(続報) - 親の感情・認識と親子関係の変化 - 死の臨床. 2020; 43(1): 165-172.
 25. Akata C., Sakaguchi Y. Sibling bereavement following a crime: differences between parents and children in perceptions of grief experienced by bereaved siblings. (submitted to *Journal of Loss and Trauma*)
 26. 赤田ちづる, 坂口幸弘. 犯罪によるきょうだいとの死別—親子関係ストレスと心理的反応に関する検討— グリーフ&ビリーブメント研究. 2022; 3: 89-102.

Relationship between family function assessment and mental health among parents and siblings of children who died as a result of crime

Chizuru AKATA* Yukihiro SAKAGUCHI**

* Researcher, Graduate School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

**Professor, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

(abstract)

It is inevitable that the death of a child who was a victim of crime will have a serious impact on the bereaved family. It is important to focus on family function after bereavement when providing support to bereaved families of crime victims. However, insufficient research has been conducted that could inform such support. Therefore, the purpose of this study was to clarify the relationship between family function assessment and mental health in bereaved parents and siblings of crime victims. A mailed questionnaire survey was conducted with parents and siblings of children who died as a result of crime, and responses were obtained from 51 parents and 51 siblings. Results showed a significant association between family function assessment and mental health only among bereaved siblings. Further, parents of deceased children valued family cohesion and adaptability more than siblings. There was also a significant positive correlation with the degree of traumatic stress symptoms in both bereaved parents and siblings. The obtained results suggest that it is necessary to appropriately assess family function and its impact on the bereaved families of crime victims, and to consider providing support from the perspective of the entire family.

(keyword)

victims of crime, family function, bereaved parents, bereaved siblings, mental health

支援者の主観的評価からみた トラウマインフォームドケア研修の効果



酒井佐枝子

兵庫県こころのケアセンター

児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア（Trauma Informed Care: TIC）普及において研修が果たす役割は大きい。本研究では、本邦で求められる TIC 研修の要素を抽出することを目的に、TIC 研修の開発及び研修を施行し、研修に参加した児童福祉領域の支援者を対象にアンケート調査を行った。オンライン実施の研修に参加した 50 名の自由記載内容を解析の対象とした。

その結果、属性は多様な地域、勤務施設、職種の参加が得られ、オンライン研修は TIC 普及における重要な一歩といえ、知識を得る場として参加者が研修を活用し、職場で共有する手段として研修を位置づけていることが示唆された。研修内容を自身の実践にあてはめるための時間と位置付けられる個別・グループでのワークでは、膨大な情報を消化する時間を確保することの必要性、支援組織への TIC 普及の難しさが言及され、安全が配慮された中での研修内容の細分化の必要性が示唆された。

キーワード：トラウマインフォームドケア、オンライン研修、支援者

I はじめに

近年、児童福祉領域において、子どもやその家族のこれまでの生活背景やトラウマ体験を考慮し、トラウマの視点から関わりをとらえ直そうというトラウマインフォームドケア（Trauma Informed Care、以下 TIC）の重要性が指摘され、TIC 研修やコンサルテーション等を含む TIC 普及に向けた取り組みが始まっている [1]。一方で、その導入への困惑も見受けられ [2]、現状の支援をどのように転換させていくかに関する体系立てた知識が、本邦には未だ普及していない現状がある。

そこで本研究では、本邦で求められる TIC 研修の要素を抽出することを目的に、児童福祉領域の支援者を対象にアンケート調査を行い、児童福祉領域への TIC 導入で求められる視点を精査した。

II 方法

The Child Welfare Trauma Training Toolkit (CWTTT [3]) を参考に、本邦の実情に即した研修内容を開発し、研修を施行した。そして、研修に参加した児童福祉領域の支援者を対象に研修に関するアンケート調査を行った。

II -1. 研修について

児童福祉領域における TIC の実践に関するカリキュラムとして、米国でエビデンスのあるツール CWTTT は、NCTSN（National Child Traumatic Stress Network）が提示するトラウマインフォームド（以下、TI）な児童福祉システムのありようを網羅したカリキュラムである。トラウマが子どもや大人の発達や行動に与える影響、児童福祉システムとして TI を導入するために求められる知識とスキルを、子どもとその家族に直接、接する支援者だけでなく、管理職にも教育するための各モジュールが整備

されている。

本研究では、CWTTTを参考に本邦の実情に合わせて、研修内容をトラウマとTICへの理解(第1週目)および、支援者や組織へのトラウマの影響(第2週目)に焦点を絞った構成とした。講義とワークを混在させることで、講義内容に関するディスカッションと実践への展開可能性についてグループで話し合う機会を確保した。なお、研修の開催にあたっては、本務への様々な影響を考慮し、2週にわたり土曜日にオンラインで開催した。

II -2. 対象と募集

児童福祉領域で支援者として働く者を対象とした。対象者の募集は、当センターのホームページにおいて研究協力者の募集を行った。

II -3. アンケート内容と解析の方法

基本属性の他、研修に関する感想や意見について、自由記載により回答を得た。得られた各自由記載内容について、帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマの生成を行った。

II -4. 倫理的配慮

本研究は、兵庫県こころのケアセンター倫理委員会において承認を得て行った。研究協力者には、研究説明文にて、研究の目的と意義、方法のほか、研究参加の任意性、同意しない場合でも不利益を受けないこと、同意した後での研究協力撤回の保証等の倫理的配慮について説明し、同意を得た研究協力者のみを対象とした。

III 結果

III -1. 基本属性

研究協力者の基本属性を表1に示す。研究協力者50名のうち、20代が9名(18.0%)、30代が11名(22.0%)、40代が21名(42.0%)、

50代が9名(18.0%)で、女性が44名(88.0%)、男性が6名(12.0%)だった。オンラインでの開催であったため、参加者は全国から参加することが可能となり、19都道府県からの参加があった。職場の施設種別では、児童相談所からの参加が最も多く24名(48.0%)の参加があり、続いて児童養護施設からの参加が6名(12.0%)であった。

表1 研究協力者の基本属性

属性		N=50	%
年齢	20代	9	18.0%
	30代	11	22.0%
	40代	21	42.0%
	50代	9	18.0%
性別	女	44	88.0%
	男	6	12.0%
職場のある都道府県			
	大阪府	8	16.0%
	神奈川県	7	14.0%
	茨城県	6	12.0%
	埼玉県、福岡県	4	8.0%
	高知県	3	6.0%
	兵庫県、京都府、沖縄県、山形県、青森県	2	4.0%
	東京都、宮城県、秋田県、栃木県、富山県、広島県、愛知県、鹿児島県	1	2.0%
管理職	管理職である	11	22.0%
	管理職でない	39	78.0%
施設種別			
児童養護施設	指導員	2	4.0%
	心理職(常勤)	3	6.0%
	心理職(非常勤)	1	2.0%
児童心理治療施設	指導員	1	2.0%
	心理職(常勤)	1	2.0%
	心理職(非常勤)	1	2.0%
児童相談所	児童心理司	19	38.0%
	児童福祉司(常勤)	3	6.0%
	心理士	1	2.0%
	その他(課長)	1	2.0%
精神保健福祉センター/保健センター	保健師、主査	2	4.0%
福祉型障害児入所施設	心理職(常勤)	1	2.0%
医療型障害児入所施設	心理職(常勤)	1	2.0%
児童家庭支援センター	保育士(ケア・ワーカー)	1	2.0%
乳児院(母子生活支援施設)	心理職(常勤)	1	2.0%
家庭児童相談室	課長補佐	1	2.0%
子どもシェルター	保育士(ケア・ワーカー)	1	2.0%
NPO 法人事務局	プログラムファシリテータ	1	2.0%
児童発達支援事業所	管理責任者	1	2.0%
スクールソーシャルワーカー、スクールカウンセラー		3	6.0%
無回答		4	8.0%

現在の職務年数と児童福祉領域での全勤務年数について表2に示す。現在の職務年数が5年以下の者が30名(60.0%)いたが、そのうち10名は現在の職務以前にも児童福祉領域での勤務経験があり、その年数は6年～26年以上と多岐にわたっていた。また現在の職務年数が6年～10年の者8名のうち、3名は以前にも児童福祉領域での勤務経験があり、その年数は11年から25年にわたっていた。現在の職務年数11年～15年の者5名のうち、1名は以前にも児童福祉領域での勤務経験があり、その年数は16年から20年であった。

現在の職務にかかる資格を複数回答で得た結果を表3に示す。最も多かったのが、公認心理師30名(60.0%)であり、臨床心理士19名(38.0%)、社会福祉士8名(16.0%)、精神保健福祉士7名(14.0%)、教員(中学校)5名(10.0%)と続いた。

表3 現在の職務にかかる資格

資格(複数回答)	N = 50	%
公認心理師	30	60.0%
臨床心理士	19	38.0%
社会福祉士	8	16.0%
精神保健福祉士	7	14.0%
教員(中学校)	5	10.0%
教員(高等学校)	4	8.0%
保育士	4	8.0%
保健師	2	4.0%
教員(小学校)	2	4.0%
教員(大学)	1	2.0%
看護師	1	2.0%
その他	4	8.0%

III -2. 研修全体に関する感想や意見

III -2-1. 第1週目の感想

研修の第1週目では、トラウマの定義とその影響について具体例やワークを取り入れながら解説するとともに、TICがなぜ必要かについて、物事の規範的な考え方の起源をたどりながら解説し、ワークを通して支援対象者の言動を理解するディスカッションを行った。第1週目に関する感想や意見について自由記載から抽出したカテゴリおよびテーマに関する結果を表4に示す。

全体の印象として、トラウマに関する学術的な知見が豊富に含まれた内容であり、口頭での説明だけでなく、図や資料があることで具体的にわかりやすく、ワークの流れも明示されていたことから、内容や説明のわかりやすさに関する言及がみられた。また講義の間にワークの時間を設定したことで、メリハリが生まれて集中して取り組めたり、理解が進んだといった意見もあり、ワークは個別ワークとグループワークを織り交ぜたことにより、知識の振り返りや具体化を行う機会が得られた。

研修のあり方への改善要望として、第1週目という初対面の参加者同士が関係性を構築していくために求められる時間や役割明示、グループ内の相手理解への工夫を求める言及がみられた。こうした時間が充分にとられていなかったことから、グループワークでの時間が不足する事態もみられた。また、オンラインで画面を見続けることへの困難やこまめな休憩、不意に話を振られることへの緊張等、対面とは異なる課

表2 現在の職務年数と児童福祉領域での全勤務年数のクロス表

	児童福祉領域全勤務年数								
	N=50 (%)		現勤務年数と 同じ	現勤務年数以上 5年以下	6～ 10年	11～ 15年	16～ 20年	21～ 25年	26年 以上
現職勤務年数	5年以下	30 60.0%	16	4	5	2			3
	6～10年	8 16.0%	5			1	1	1	
	11～15年	5 10.0%	4				1		
	16～20年	2 4.0%	2						
	21～25年	3 6.0%	3						
	26年以上	2 4.0%	2						

題が抽出された。その他、説明や資料についてのより詳細な説明を具体例とともに求めるコメントや、参加者の既有知識の違いにより、「パラダイムの転換」など一部の内容を理解することに困難を感じるといった参加者の理解度に関する言及もみられた。

III -2-2. 第2週目の感想

第2週目は、支援者や組織に生じるトラウマの影響を解説するとともに、参加者自身の状況をふりかえる機会をワーク等を通して確保した。加えて、4つの安全と安全の脅威となることに関する解説の後、安全方略についてグループで話し合うワークを行った。第2週目に関する感想や意見について自由記載から抽出したカテゴリおよびテーマに関する結果を表5に示

す。

全体の感想として、第1週目と同様、支援者や支援組織で生じるトラウマの影響についての豊富な知見が得られたことや、ワークやディスカッションを通して自身に生じていることへの客観的理解が進んだとともに、参加者との意見交流による様々なアイディアに触れることができたことに関する言及がみられた。また、支援者自身の立ち位置やトラウマの影響への気づきとともにどのようにTICを個人や職場に導入したらいいかといった今後の展開を模索する回答も得られた。

研修構成に関しても講義とワークのバランスの良さや安心して参加できる雰囲気のみられた等肯定的なコメントもみられた。その一方でグループワークや休憩時間、質疑応答の時間の不

表4 「第1週目の感想」で抽出されたテーマとカテゴリ（カッコ内は人数を示す）

コンテンツの良かった点 (10)	
幅広い学術的な内容 (2)	トラウマに関する最新の知識が豊富に含まれた内容で、参考になった。
説明や資料、ワークの流れのわかりやすさ (8)	配布資料、図、講義が具体的でわかりやすかった。また、ワークの流れが明示されることで、安心して参加することができた。
ワークの良かった点 (16)	
少人数によるグループワークでの意見交流とスムーズな進行 (12)	グループワークでは、他の方の話もとても参考になり、様々なアイデアを得たり、具体的にトラウマを理解し、知識の振り返りや具体化する時間となった。少人数のグループでメンバーが固定されていたため、スムーズに進行した。
個別ワークとグループワークによるメリハリ (4)	個人とグループでのワークがあったことで、メリハリが生まれたり、知識の振り返り・具体化を行う機会が得られたりした。
その他良かった点 (6)	
時間帯や時間配分の良さ (3)	時間配分もよく、フラットで落ち着いた雰囲気だった。育児中でも参加しやすい日程、時間帯だった。
講義とワークによる理解が進む構成 (2)	講義の合間にワークの時間が設定されていることで、理解が深まり視野が広がった。
雰囲気の良さ (1)	落ち着いた雰囲気、フラットな感じがよかった
もっと知りたい (1)	
もっと知りたい (1)	さらに理解を深めるために、参考になる本があったら教えてほしい。
課題・改善要望 (23)	
グループワークの進行、関係性構築の時間の不足 (6)	グループにおいて、進行の仕方、役割 (e.g. 司会、発表者)、人数、相手の背景 (e.g. 参加動機) が確定せず、うまく交流できず、ワークの内容に時間をかけられなかった。
グループワークでの時間不足 (5)	グループの人数が多い、内容が豊富であるため、意見を共有する時間が足りなかった。
オンライン研修特有の課題 (3)	オンライン研修で画面を見続けることに困難を感じたため、小休憩を求める。研修の前半では、不意に話が振られるのではないかと緊張した。対面ではないため、参加者とうまく交流できなかった。
説明や資料のより詳細な説明 (3)	グループワークの時間配分、グラウンディングや脳の機能について、もう少し説明が欲しい。具体的な事例が聞きたい。
一日の流れ、時間配分の工夫と事前提示 (3)	研修前に1日のスケジュール (e.g. 休憩時間、ワークの時間等) を把握しておきたい。2時間続きでは疲れが出て、集中が切れてしまう。
既有知識の有無による理解度の違い (3)	既有知識の有無により、一部の内容を理解するのに、困難を感じた。TICを知らない人に説明できるくらいにはまだ理解できていない。

足や、グループの構成メンバーへのさらなる配慮の必要性、内容理解のためのさらなる工夫を求める言及も得られた。

IV 考察

児童福祉領域における TIC 普及に向けて、TIC 習得に向けた児童福祉領域の支援者対象者の研修に求められる要素の抽出を目的に、研修の実施及びアンケート調査を通じた研修内容の検討を行った。

IV-1. 研究協力者の属性について

本研修は週末にオンラインでの実施であったことから、研究協力として研修に参加した解析対象者 50 名は、全国各地域から参加し、地域という場所や職務時間内といった参加の障壁と

なる負担が軽減されたことが伺われる。また、管理職の参加も 22% 得られ、TIC が子どもとその家族に直接支援を提供する支援者だけでなく、組織としての取り組みとして導入する必要性を意識していることが示唆された。

参加者の年齢構成として 40 代 (42.0%) が全体の中で最も多い中、現職の勤務年数は 5 年以下 (60.%) である割合が全体の中で最も多かった。現職の勤務年数が 5 年以下であるものの、児童福祉領域での全勤務年数がそれよりも長い者は 10 名 (33.3%) いた。このように、現職の勤務年数と児童福祉領域での全勤務年数に違いがあったのは現職の勤務年数が 15 年までの者においてであり、現職の勤務年数が 16 年以上の者では児童福祉領域での全勤務年数が同じであった。医療・福祉領域における離職率 (令和 2 年: 14.2%) の高さ [4] はたびたび指摘

表5 「第2週目の感想」で抽出されたテーマとカテゴリ (カッコ内は人数を示す)

コンテンツの良かった点 (9)	
豊富な内容 (8)	豊富な内容で、(自分を含む) 支援者や支援対象者、職場について振り返られる機会だった。関わるヒントがたくさんあり、前向きな気持ちで受講できた。
具体性が高さによるわかりやすさ (1)	前回よりも具体的でわかりやすかった。
ワークの良かった点 (16)	
少人数によるグループワークでの意見交流とスムーズな進行 (13)	グループワークでは、他の職場・職種の参加者と意見を交流させることで、様々なアイデアを得たり、共通点を見出したり、具体的に対策を考えたりできた。少人数のグループであると、全員が意見を言いやすかった。複数のグループワークがこまめにあるのがよかった。
実践への参考となるワーク (3)	ワークが実践に向けて参考になった。
その他良かった点 (6)	
適度な時間配分 (5)	午前・午後のバランスが良かった。2 時間休憩なしでもグループワークがあることで集中できた。話し合いの制限時間があることで、スムーズに進んだ。
研修の雰囲気 (1)	安心して参加できた。
もっとやってみたい (1)	
職場への適用可能性 (1)	コミュニティーミーティングは職場にも取り入れやすいと感じたため、上司に提案してみようと思う。
課題・改善要望 (20)	
グループワークでの時間不足 (11)	グループワークでは、グループの人数が多い、内容が豊富であるため、意見を共有する時間が足りなかった。グループ発表の時間をもう少し減らしてもいいのではないか。
研修運営上・構成: 一日の流れ、時間配分 (4)	質疑応答の時間がもう少し欲しい。休憩時間の長さが足りない。全体的に時間を伸ばして、より具体的に話を聞きたいと思った。
グループワークのメンバー、内容の多さ (3)	多様な意見を聞くために、知り合い同士が同じグループになるのは避けてほしい。内容が盛りだくさんで、グループワークの中で消化しきれなかったり、集中が続かなかったりしたことがあった。
説明や資料のより詳細な説明 (1)	研修で取り上げる各内容のつながりを最初に提示すると理解しやすい。
既有知識の有無による理解度の違い (1)	全体的に難易度が高かったため、職員の層や研修経験により、理解するのに困難を感じた方もいるかもしれない。研修対象者によっては、進度や回数で調整してもよいかもかもしれない。

されるところではあるが、現職の勤務年数が少ない者ほど離職の経験を有している割合が高いことが示唆された。

参加者の現職の施設種別と職種では、児童相談所の児童福祉司（38.0%）をはじめとして、多様な施設種別からの参加が得られた。また関連する資格においても、公認心理師（60.0%）、臨床心理士（38.0%）、社会福祉士（16.0%）、精神保健福祉士（14.0%）といった心理臨床や児童福祉に関連する資格を有する参加者だけでなく、教員や保育士、保健師、看護師など多様な資格を有する参加者が参加した。TICは、子どもとその家族が生活している環境全体で共有される必要がある視点であり、そのためにあらゆる支援者や子どもとその家族に関わる周囲の人が共通理解を持つための取り組みが求められる。本研修では、子どもとその家族に関わる多様な資格や職種の参加が得られた。このことは、普及における重要な一歩といえ、知識を得る場として参加者が研修を活用し、職場で共有する手段として研修を位置づけていることが示唆される。

IV-2. 研修について

IV-2-1. 研修のよかった点

「支援者のためのトラウマインフォームドケア」と題する本研修では、第1週目にトラウマとTICへの理解、第2週目に支援者や組織へのトラウマの影響を講義とワークを通して実施した。両日ともに、豊富な内容について具体性を交えて学ぶことができた点について評価するコメントが得られた。また、研修の進行の仕方として、両日ともに講義内容に関連した個別ワークやグループワーク（4人一組）をその講義の後すぐに導入した。日頃の仕事を振り返るワークとして位置づけられるワークは、講義内容をもとに参加者自身の体験の振り返りの時間を確保し、内的対話の時間を持ったり、グループワークを通じたディスカッションを通して、自

分の実践に照らし合わせて考えたり、他の参加者の体験を聞くことを通じた新たな知見への理解を深めることが可能となった。加えて第2週目では、テーマが支援者自身および支援組織に生じるトラウマの影響であったことから、参加者同士が互いに支え合うことで生まれる安全・安心な中で、自分の中に内容を落とし込む作業の時間が、両日ともに有効に活用されていたことが示唆される。こうした研修への参加を通して、さらなる理解を深めたいといった意欲が生じたとともに、第2週では上司への提案など職場への適用可能性を検討するといった言及もみられ、研修内容を実践に活かす方法についての具体的イメージを持ち始めていることが示唆される。

IV-2-1. 研修の課題

オンライン研修の運営に関する課題が指摘され、対面では気にならないことでも、オンラインでは留意する必要性がある点について明らかとなった。例えば、こまめな小休憩や、双方向性を意識した対話形式の際には事前の投げかけや自発的な発言を尊重するといったことがあげられた。オンラインでの参加は、それぞれの職場等いわゆる参加者の生活・職場環境からの参加が基本となる。したがって研修会場等とは異なり、私的空間に半分身を置きつつ、研修を受けることとなるため、研修会場で講師が参加者に問いかけるのとはまた異なる配慮が必要とされることが示唆された。次に、研修内容の情報量の多さに関してそれを肯定的に受け止める参加者がいる一方で、既有知識の有無による理解度の違いに関する言及もみられた。そのほか、それぞれの内容についてのより詳細、具体的な説明を求めるコメントや、内容の提示順序の変更の提案もみられた。講義内容を自身の経験に照らし合わせる機会となるグループワークでは、時間が足りないという意見は両日ともにみられた。これは時間配分や進行の仕方、役割分

担といった運営側の課題としてあげられる側面とともに、凝縮された内容を理解するために必要な時間が足りないといった内容に対する時間配分の検討の必要性を示す結果といえる。

本研修は支援者に焦点をあてた内容であった。グループワークで、第1週目では、より具体的に得たトラウマの知識と職場での経験を結び付けて理解を深めるための意見交換ができる良さがみられた。一方で、TICが根付く上での困難として挙げられる支援組織が抱える既存の物事の解釈の仕方や信念体系に関する内容をグループワーク内で深めるためには、より多くの時間が必要とされていた。Bloomら[5]は、我々の住む世界における物事の信念体系や世界観への理解を得ることなくしてTICを導入することは不可能であるという。その大前提に対してそれを吟味する必要性を感じない、あるいはそこに目を向けることを避けるといったことにより、TIC導入の困難が生じる。このことを丁寧に振り返ることが物事のとらえ方の転換には求められる。参加者は、自身の実践や現場で生じていることに目を向ける以上のことを本研修で直面することとなったといえる。こうした転換が必要なことに対する圧倒される感覚や、考え方の混乱がみられたことも考えられ、参加者によっては、内容により触発される抵抗が生じている可能性が示唆された。そのため、短時間では深掘りすることが難しかったという印象となり、混乱を解消できないままグループワークが終わっていったことに対する消化不良が示唆された。このことから、グループワークでの時間を十分に確保するとともに、話し合う内容について、知識の整理から始め、提示された話題により生ずる感情や考えの整理、自身の職場における体験、所属組織のスタンスの明確化と共有等、話題を細分化してそれぞれについてワークを行うといった工夫をすることが求められる。第2週目では特に支援者自身や支援組織のトラウマの影響をふりかえる構成であったことから、

このことは第2週目においても同様といえる。加えて、今後研修を構成する際には、TICに関する学びの習熟度別のコースを設定し、参加対象者の知識や実践に応じた研修の選択肢を増やしていくといった工夫も必要といえる。

V 課題と展望

本研修はオンライン形式での実施であったことから、全国から研究協力者の協力が得られたことで、多様な地域の実情に沿った自由記載内容が得られたことが示唆される。一方で、対象者数が少ないことから、より大きなサンプルサイズでのさらなる検証が求められる。また、研修内容が膨大であったことから、各概念や内容に対するより詳細で具体例を交えた解説を希望する声や、時間不足を感じた参加者もあり、多様な支援者が本研修内容を実践に適用するためには、さらなる内容の精査や研修終了後の継続研修やコンサルテーション・スーパービジョン等を導入する必要性が示唆される。

引用文献

- [1] 浅野恭子、亀岡智美、田中英三郎，“児童相談所における被虐待児へのトラウマインフォームド・ケア,” *児童青年精神医学とその近接領域*, 57(5), pp. 748-757, 2016.
- [2] 野坂祐子, *トラウマインフォームドケア*, 日本評論社, 2019.
- [3] C. Walsh, S. Pauter, A. Hendricks, *Child Welfare Trauma Training Toolkit* (3rd ed.), Los Angeles, CA, and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress, 2020.
- [4] 厚生労働省, “2020年(令和2年)雇用動向調査結果の概要,” 2020. [オンライン]. Available: https://www.mhlw.go.jp/toukei/itiran/roudou/koyou/doukou/21-2/dl/kekka_

gaiyo-02.pdf. [アクセス日: 2022/1/20].

- [5] L. S. Bloom , B. Farragher, Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-informed Systems of Care, Oxford University Press, 2013.
- [6] 増沢高, “『社会的養護（児童福祉施設）における人材育成に係る要件に関する調査』報告書,” 公益財団法人資生堂社会福祉事業財団, 2016.

Subjective effectiveness of trauma informed care training observed by child welfare service providers

Saeko SAKAI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Training plays an important role in the dissemination of Trauma Informed Care (TIC) in child welfare field. In this study, we developed a TIC training program and conducted a questionnaire survey of support providers in child welfare field who participated in the online training program, with the aim of extracting the necessary elements of TIC training that are required in Japan. The free comments of 50 participants were included in the analysis. The results suggest that online training is an important step in the dissemination of TIC, and that the participants utilize the training as a place to gain knowledge and position the training as a means to share it in their workplaces. In the individual and group work sessions, which were positioned as time for participants to apply the training content to their own practice, the need for time to digest the vast amount of information and the difficulty of disseminating TIC to support organizations were mentioned, suggesting the need to subdivide the training content in the future.

Keywords: Trauma Informed Care, online training, service provider

大規模交通災害が負傷者の心身に及ぼす長期的影響 --JR 福知山線脱線事故 13 年目のインタビュー調査から --



道免逸子* 内海千種** 加藤寛***

* 関西国際大学心理学部 ** 徳島大学大学院社会産業理工学研究部

*** 兵庫県こころのケアセンター

2005年4月25日に発生したJR福知山線脱線事故の負傷者に対し、兵庫県こころのケアセンターはこれまで事故後6-7カ月後に郵送調査を実施し、1年半後、2年半後、3年半後に面接調査を行った。これら4回が量的調査であったのに対し、2018年には事故後13年目のインタビュー調査(質的調査)を実施した。このインタビュー調査の目的は、事故が13年間に負傷者に与えた影響とその変化、および変化の要因を明らかにし、有効な支援を探ることである。調査対象は事故の負傷者20名、方法は90分程度の半構造化面接によるインタビュー調査である。合わせて、過去3回の面接調査で実施したPTSD臨床診断面接尺度第4版(以下CAPS-IV)を実施した。

本調査の結果、13年後にDSM-IVのPTSDの診断基準を満たす対象は無かった。過去の量的調査でPTSDの診断のあった対象には、持続エクスポージャー療法(以下PE療法)による軽減と経年輕減がみられた。インタビュー調査の質的データをKJ法により構造化した結果、負傷者の回復に影響した要因として、事故の惨状目撃によるダメージ、サバイバーギルト、家族の負った傷つき、遺族との分裂、負傷者同士の絆と分裂、加害側(JR西日本)との関係、死生観の変化、事故による成長、体験を聞いてもらうことの大切さと人により異なる適期、その他回復に役立ったことと傷ついたこと、が示された。

これらの結果から考察された、大規模交通災害の負傷者に有効な支援は、惨状目撃のダメージへの対策、軽症者への支援、事故体験の言語化の場の長期的確保、サバイバーギルトへの対応、負傷者と遺族を分けたサポートの提供、死者・負傷者以外の被害者へのサポート、PE療法機会の確保と周知、誰もが長期間アクセス可能な情報集約的窓口の設置と周知、加害側との協働などであった。

本調査の対象は遺族を含まず、562名の負傷者のごく一部であり、全体を反映したものではないが、実際の体験が明らかにされたことで、大規模交通災害の支援体制の構築が進むことが期待される。

キーワード：大規模交通災害、長期調査、インタビュー調査、JR福知山線脱線事故、PTSD

I JR 福知山線脱線事故の過去の研究

結果の概要

1. 事故の概要

JR福知山線脱線事故は2005年4月25日JR福知山線塚口駅-尼崎駅間で発生した未曾有の大規模交通災害である。快速電車の前5両が脱線、1、2両目は大破し、死者107名、負傷者562名を出した。犠牲者の多くは1、2両目の乗客で、生存者でも四肢切断など後遺症を伴う

重傷者が複数人いた。いち早く現場に駆けつけた近隣住民の自家用車、トラックにより病院へ搬送された死傷者も多かった。

2. 過去の調査の方法

兵庫県こころのケアセンター(以下、センター)では過去4回調査を実施している(図1)。負傷者562名のうち、半年後に負傷者として名簿に名前が載ったのは550名である。この550名に対し、5種の自記式調査票(表1)を郵送し、243件の回答を得た。回答のあった243件¹⁾のうち、有効回答とされた238件の結果を報告し

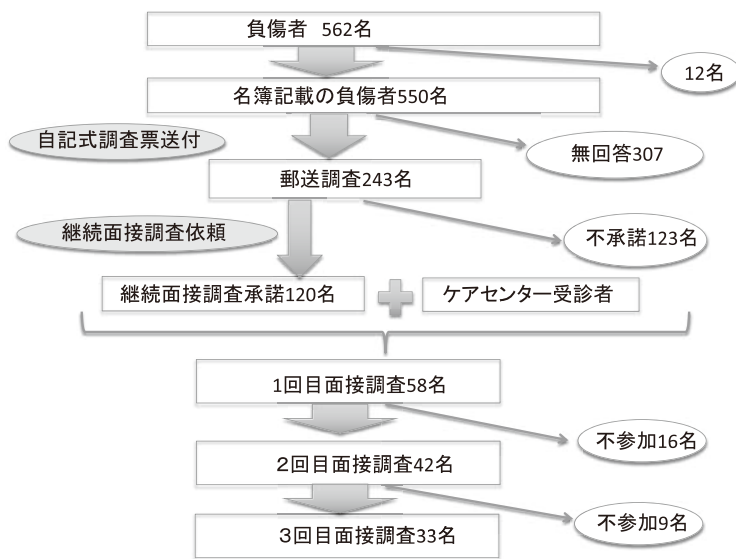


図1 JR福知山線脱線事故調査

たものが、2006年の廣常らの論文である(表1)。

回答のあった243名に対し継続面接調査を依頼したところ、承諾が120名、不承諾が123名であった。このうち実際に1回目の面接調査対象となったのは58名であった。このようにして面接調査が始まり、1回目面接調査は事故から1年半後の2006年に58名²⁾、2回目面接調査は事故から2年半後の2007年に42名³⁾、3

回目面接調査は事故から3年半後の2008年に33名⁴⁾に対して実施された。

過去3回の面接調査(量的調査)で使用された質問紙は、PTSD症状に対してPTSD臨床診断面接尺度第4版(Clinician Administered PTSD Scale:CAPS-IV)、出来事インパクト尺度(Impact of Event Scale Revised:IES-R)を、うつ症状に

表1 JR福知山線脱線事故の研究

研究	出来事	対象	実施時期	結果(PTSD)	結果(その他)	使用尺度
1)	廣常 2006	238名	7~8ヵ月後	PTSD 44.3% 女性の方が多い	車両による差は無し 身体的健康と生活全般への支障の強さが影響 PTSD症状と痛みの強い相関あり	IES-R, PDI, K-10, WHOQOL-BREF, VAS
2)	加藤 2007	58名 m=18	1年半後	PTSD27.6%, partial PTSD19%, 計45% 回復みられず	生活面への影響あり PTSD群にQOLの低さと疼痛の併存 PTSD群でSF-MPQが高い 心理的問題と疼痛との関連あり	IES-R, BDI-II, K-10, SF-MPQ, SF-36, CAPS
3)	内海 2008	42名 m=15	2年半後	PTSD14.3%, partial PTSD21.4% 計35%	精神的健康が身体面・生活機能面に大きな影響 PTSDと疼痛に強い相関あり PTSD群のQOLの低さが顕著 PTSD群で大うつ病の併存高い傾向 PTSDと性別、乗車位置、直後の入院は関係せず 公共交通機関の利用に支障がある	IES-R, BDI-II, K-10, SF-MPQ, SF-36, CAPS SCID-I
4)	内海 2009	33名 m=15	3年半後	PTSD18.2%, partial PTSD18.2% 計36.4% 経年で回復する群と遷延化の群の二分傾向	事故後続く不調78.8% そのうち96.2%に痛み 補償交渉は6割が妥結。2割は開始せず JR線への困難4.5割 生活への影響あるのが3割 事故前のトラウマ体験78.8% 事故後のトラウマ体験21.2% 4割に抑うつ PTSD群に疼痛高<QOL低い	IES-R, BDI-II, K-10, SF-MPQ, SF-36, CAPS SCID-I 以下を問う半構造化面接 事故後続く不調・痛み 乗り物への困難 事故による生活への変化 事故以外の心的外傷体験

Note. BDI-II=Beck Depression Inventory Second Edition; CAPS=Clinician Administered PTSD Scale; IES-R=Impact of Event Scale Revised; K-10=Kessler's 10; PDI=Peritraumatic Distress Inventory; SCID=Structured Clinical Interview for the DSM; SF-36=Short-Form 36-Item Health Survey; SF-MPQ=short-form McGill Pain Questionnaire; VAS=Visual Analogue Scale; WHOQOL-BREF=World Health Organization Quality of Life Assessment Bref.

対して、ベックうつ病調査票第 2 版 (Beck Depression Inventory Second Edition : BDI-II) を、慢性疼痛に対して、SF-MPQ(Short-form McGill Pain Questionnaire) を用いた。また、これらの症状や乗り物恐怖などによる全般的影響、生活の質等をみることを目的に、K-10 (Kessler's 10)、SF-36(Short-Form 36-Item Health Survey)、SCID-I (Structured Clinical Interview for the DSM) を用いた (表 1)。

3. 過去の量的調査の結果

事故後 1 年半の面接調査で示された、対象者 44% に PTSD 症状がみられたことと、女性の発症率の高さ、また事故後 3 年半後の面接調査でみられた、PTSD から経年回復する群と遷延化する群との二分傾向、乗り物恐怖やうつの併存、QOL の低下は、先行研究と一致している⁵⁾。慢性疼痛をみるための尺度を用いて PTSD と痛みの相関をみているところは、他研究にない本研究の特徴であり、PTSD 症状と痛みとの強い相関、心理的問題と疼痛との関連が見出されている。また対象の 8 割近くに災害前のトラウマ体験の存在がみられる⁴⁾。これは、PTSD の期間と重症度の予測因子として、「客観的・主観的な災害関連因子ではなく、災害前の脆弱性因子である幼少期の社会的・身体的・心理的困難と災害後 5 カ月に得られた抑うつ状態の評価、および災害後に受けた学校での支援の有無」を挙げた先行研究⁶⁾の結果と重なるところがあり、慢性化した PTSD への支援を考える際に考慮すべき視点と考えられる。

II. 13 年目インタビュー調査の方法

1. 目的

インタビュー調査の目的は、事故後 13 年間に PTSD 症状をはじめ、事故が及ぼした症状や状態、状況がどのように変化していったのかを明らかにし、大規模交通災害に対する有効な支

援方法を探ることである。

2. 対象

対象は、JR 福知山線脱線事故の負傷者のうち、過去の調査協力者、及びセンター診療所に通院歴のある者 69 名に調査依頼を行い、承諾を得た 20 名である。20 名の内訳は、男性 9 名、女性 11 名、年齢は 33 歳から 83 歳 ($M=52.85$, $SD = 12.3$) である (表 2)。

3. 方法

表2 対象の基本属性

	n	%	
性別	男性	9	45
	女性	11	55
年齢	30代	3	15
	40代	2	10
	50代	12	60
	60代	1	5
	70代以上	2	10
入院	無し	12	60
	1ヶ月	3	15
	2ヶ月	2	10
	3ヶ月	3	15
惨状の目撃	有り	14	70
	無し	6	30
PE治療	有り	5	25
	無し	15	75

本調査は PTSD 臨床面接診断尺度第 4 版 (CAPS-IV) の実施と 60 分から 90 分の半構造化面接によるインタビュー調査からなる。CAPS は過去のデータとの比較検討を行うことを目的とする。先行研究を参考に⁷⁾ インタビューガイドを用意し (表 3) 適宜用いたが、基本的に、対象には自由に語ってもらった。語りは許可を得て録音し、テキスト化して KJ 法⁸⁾ による構

表3 インタビューガイド

- 1) 13年の間に何がどのように変わり、あるいは変わらなかったですか。
心身の症状は？ (PTSD症状、乗り物恐怖、うつ、可動域制限等)
特に痛みについて (慢性化があるか等)
生活の質は？ (何に影響が残っているか等)
事故の影響、事故への思いはどのようなものですか
- 2) どの時期の何が役立ち、何に困られましたか。
治療
サポート (物質的、人的)
ソーシャルサポート等
- 3) 事故に遭われる前、あなたはどんな方でしたか。
トラウマ体験があったか
生活の質、人生の質はどうだったか
- 4) 当然の補償を得るための補償交渉はどのようなものとして体験されましたか。
ストレスとなりましたか
症状の長期化への影響はありましたか
被害者同士の絆は感じられましたか。
現在も繋がっている人や組織はありますか
- 5) さらに回復のために今必要とお考えになるサポートはありますか。
- 6) 今回の調査を含む事故後の一連の調査へのご意見、ご感想

造化を行った。KJ法実施に際しては霧芯館、川喜田氏の指導を受けた。

4. 期間

調査期間は2018年9月から2018年11月の約2ヶ月間である。

5. 倫理的配慮

本調査は当該分野の知識を有する臨床心理士が行い、心身の状態が増悪した場合に備え、医療機関へ紹介できる体制を整えた。インタビューに関して十分な説明を行い、対象から文書による同意を得た。本研究は兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会の承認を得た。COI関係は無い。

III. 13年目インタビュー調査の結果

1. CAPS-IVの結果

事故後1年半後、2年半後、3年半後、及び今回13年後の調査によるCAPSの値を見ると(表4)、13年後にCAPS-IVのスコアが20以上の対象はあるものの、CAPS-IVによるPTSD

診断を満たす対象は無い。「*」は欠損値を示し、今回調査の「*」3名は事故後3年間の調査でもPTSD症状がみられず、CAPS実施を断った対象である。対象のうち5名、(No2、11、15、16、18)が持続エクスポージャー療法(以下PE療法)を受けている。

2. インタビュー調査の結果

KJ法による構造化の結果を以下にまとめる。

1) 事故の体験とその後の身体・精神的影響

対象の事故前の状態として、身体的健康の良否、神経症傾向の有無、家族関係の良否、事故に先行するストレス体験の有無等は様々であった。事故による被害も乗車位置により、無傷、軽症から、クラッシュ症候群、肋骨や骨盤、頭蓋骨骨折、全身打撲、顔の裂傷など様々で、事故の鮮明な記憶のある人から意識を失っていた人まで、またその場から勤務先へ向かった人から、長期間入院した人まで様々であった。注意すべきなのは、その身体的損傷と精神的ダメージの軽重は必ずしも一致していないことである。事故で重傷を負った人は、怪我からの劇的な回復について力強く語った。しかし「障害が

表4 CAPS値

対象	1回目	2回目	3回目	今回	PE療法
1	58	38	16	10	無
2	54	37	41	31	有
3	5	8	5	0	無
4	11	10	6	0	無
5	27	36	37	19	無
6	14	15	14	16	無
7	14	5	4	2	無
8	62	47	38	22	無
9	12	7	7	*	無
10	20	25	15	12	無
11	74	28	*	36	有
12	16	*	*	4	無
13	3	13	17	9	無
14	25	*	*	26	無
15	63	20	67	16	有
16	10	0	4	6	有
17	12	*	*	11	無
18	*	*	*	17	有
19	34	*	*	*	無
20	8	*	*	*	無

残ったらこうはいかないと思う」と付け加えた人もいた。

事故後の症状としては、1. で述べた PTSD 症状の他に、乗り物恐怖症、うつ、難聴、慢性疼痛等が語られ、13 年間のいずれかの時点で、精神科・身体科病院、ペインクリニック等に通院していた人が多かった。現在も通院・服薬中という人や生活の質 (QOL) が良くない人もいた。痛みは事故後長期に及んだ人が多く、今でも降雨、低気圧、事故の前後、事故の話等のきっかけで痛むという人が複数いた。

2) 事故の惨状目撃によるダメージ

4 名を除き、全員が事故の惨状目撃のダメージについて語っている。「重傷だったけど光景を見ないのは良かった」「事故自体より光景が辛かった」「亡くなった人のひどい光景の目撃が一番辛い」等である。ほとんど無傷だった人で、今でも凄惨な場面のトラウマ記憶に苦しめられている人がいた。一方、惨状目撃の被害を知っていて、すぐにその場を立ち去った人は、救助活動をしなかったという強い罪悪感に苦しめられていた。

3) サバイバーギルト

死者の出る出来事を生き延びた人が死者に感じる、不合理な強い罪悪感をサバイバーギルトと名づけたのは、ホロコーストのサバイバーを治療した Niederland である⁹⁾。「私の代わりに犠牲になった人がいる。かわいそう。」「私だった可能性があるんで、亡くなった人にすみません、すみませんという気持ち」「どうして生き残っているの？死ぬべきだった。生きていて申し訳ない。」等、このサバイバーギルトが多く語られた。惨状目撃があった人、知り合いが亡くなった人に多く、13 年後の今も苦しんでいる人がいた。

4) 家族の負った傷つき

負傷者の家族も深く傷ついた、家族も被害者である、という語りがあった。「子どもが毎晩泣いていた」「配偶者の加害者への怒りが激し

い」等の語りで、事故をきっかけに配偶者が精神科通院を始めた人が 3 名おり、13 年後も通院している家族が 2 名いた。

5) 遺族との分裂

同じ被害者である、負傷者と遺族との分裂の語りが非常に多かった。「遺族とは話しづらい。生き残っているので気が引ける」「遺族と一緒にやっていけない」「生きてるじゃない、と言われる」「遺族の怒りと負傷者の怒りは違う」等である。海外の先行研究に、交通災害を始めとする科学技術災害は事故原因の解明に時間がかかり、加害 - 被害の構図が曖昧で、補償交渉が長引くことから、被害者に連帯の絆が形成されにくいことが指摘されている^{10) 11)} が、これと一致する結果であった。

6) 負傷者同士の絆と分裂

負傷者同士では、絆と分裂の両方の語りがあった。負傷者の会が作られており、自由な語りの場、繋がり、支え、情報提供の場となっていた。定期的に会って話す仲間の間には「事故友(じことも)」という言葉が作られていた。「事故友との繋がりが支えになった」「事故友は昔からの知り合いのよう」「同じ経験をした人でないと気持ちはわからない」「事故友の回復に希望の光を見る」「事故で知り合った人との体験が貴重で、むしろ事故が良かったというくらい」等の絆の語りがあった。

しかしその一方で「負傷者はばらばら、まとまらない」「集まるのは元気な人」「怪我は重かったけど、元気になりすぎて、集いに行けなくなった」「負傷者とのつながりは無し」「怪我の軽い、重いで分裂する」等の分裂の語りもあった。

7) 加害側 (JR 西日本：以下 JR) との関係

JR の対応に傷ついたという語りは「遺族との対応の違いに傷ついた」「負傷者を蔑ろにした」「JR の悪い対応が回復の妨げになった」「JR が非を認めず、イライラした」「刑事罰を受けてほしかった」等である。

JR との関係を肯定的に捉えた語りには、2 種

類があった。1つは、JRが全ての負傷者につけた担当者との個人的な良い関係についてである。「JRへの怒りはあったが、担当者との信頼関係があった」「すごく親切でいい人で、JRも大変だな、と思った」「ずっと会っていて、最後はもういいですよ、と言った」等である。2つ目は、JRを安全な企業に作り変えていこうと改善活動に取り組み、その成果やJRの姿勢の変化に感じた喜びである。積極的に協力した人が4名いた。「JRに色々働きかけて変えていく」「社長とのやりとり、手紙、意見」「JRへの要望（吊り革を低くしてほしい）が通った喜び」「JR西日本に世界一になってほしい」等である。

8) 死生観の変化

「死生観が変わった」という語りがあった。九死に一生を得る経験は、強運の持ち主という感覚と、いつ死ぬかわからないという感覚を与えていた。前者は「強運、天命、ラッキーだった」「死なない、という自信」「すごく長生きしそうなのがする」「運をもらいに来た人がいた」等である。後者は「有限性を自覚した」「いつ死んでもいいように終活を終えた」「できることはやらないと」「死はいつも隣り合わせ。人はこんなに簡単に死ぬんや」等である。

9) 事故による成長

事故の後、葛藤、もがきを経て成長した、という語り、心的外傷後成長 (PTG)¹²⁾ の語りがあった。「人の辛さについて、事故前は甘えて片付けていたが、事故後は理解する努力が必要と思ようになった」「人とのつながりが大事だという思いが前より強くなった」「命は有限、後悔したくないと思い、自分が変わり、・・・DV夫と別れ、・・・パートナーを得、・・・親子関係を修復することができた。事故がなければ変わらない構図だった。」「怪我からいろんなことを学び成長した、変わった」等である。また、事故をきっかけにキャリアをポジティブな方向に変えた人もいた。「事故の後、安全を卒

論のテーマに選び、・・・安全に関わる仕事について」「人前結婚式の仕事を始めた。・・・素晴らしい瞬間に立ち会えるのはすごいと思って、積極的にするようになった」等である。

10) 体験を聞いてもらうことの大切さと人により異なる適期

人に事故の体験を聞いてもらうことが回復に有効であるという語りは多かったが、聞いてもらうタイミングは人により異なっていた。「事故後は身体を治すことで精一杯で、長年経てようやく、同じ被害者と繋がりたいといった余裕が出てくる」「13年、14年経てようやく来れる人もいる」「わ～っと吐き出したい時期は人によって違う」「事故後すぐにいっぱい話した」「しばらく人と話したくなかった」「話したい時期と全然話す気になれない時期がある」等である。

聞いてもらう相手については「家族や友達に聞いてもらった」「家族は感情が溢れすぎてこちらが気を遣ってしまう」「マスコミの記者はこの事件についてよく学んでいる。専門知識を持って中立的に聞いてくれるので安心して語れた」等があった。

11) その他、回復に役立ったことと傷ついたこと

20名のうち5名がPE療法を受けており(表4)、5名が有効だったと語った。「事故のことを人に話せるようになった」「電車に乗れるようになったのは大きかった」「これだけの専門治療をした、という安心感があった」等である。

他に、家族のサポート、職場での復職時の配慮、病院スタッフのサポート、医師のアドバイス、先輩・友人からのサポート、マスコミからの協力、鍼治療、体験や思いを文章に書く作業、負傷者の会による手記の出版、乗車位置調査、カウンセリング、慢性疼痛最新治療の体験への参加、時間経過等が役立ったこととして語られた。

一方、警察やマスコミの心無い対応、時間が

経つと「まだ（事故のこと）言ってるの？」と言われること、思い込みによる不適切な支援、病院の不誠実な対応等が、傷ついたこととして語られた。

IV. 考察

13 年後の調査で CAPS-IV による PTSD 診断のつく対象はなかったが、PTSD 症状が残っている人はおり、まだ通院を続けている人もいた。通常の生活を送りながらも、罪悪感等の陰性感情に苦痛を感じている人もみられた。事故の辛さは、尺度では測りきれない複雑なものであった。

本調査の結果から考えられた、大規模交通災害負傷者に有効な支援について考察する。

1) 惨状目撃のダメージへの対策が求められる

惨状目撃の影響への言及は多く、「光景の目撃まで含めてケアすることが必要だと広めてほしい」という意見もあった。直ちに自発的に現場を離れた負傷者は、救助活動をしなかったという罪悪感に苦しめられた。事故後は現場を離れるように指示する等の対策が必要と考える。今回調査対象とされなかった救助者にも同様の傷つきが想定され、今後、救助者の調査や支援も必要と考える。

2) 軽症者への支援も必要である

負傷者、死者、重症者、軽症者による対応の違いが問題になっていたが、身体的損傷と、心理的影響の程度は必ずしも一致していなかった。軽症者や無傷の人には支援がなく、13 年間体験を話す機会もなかった。軽症の自分は物申す資格はない、という気持ちから口をつぐんでしまう人も多く、今でも苦痛を抱えて生きている人もいた。事故に関わったどの人もアクセスできる支援の窓口が必要である。

3) 事故体験を言語化できる場が長期的に確保されることが望ましい

話す、書く等、体験や感情を言語化すること

は有効だが、言語化にふさわしい時期は個人差があると指摘されていた。話す相手は、専門知識を持った中立的な人が良いとされ、災害後の支援の中に、災害後長期に渡り、誰でも訪れて話を聞いてもらえる場が確保されていることが求められる。

4) サバイバーギルトの問題に配慮する

死者に対する理不尽な罪悪感が負傷者の回復を妨げる、時には自殺を招く、ということが指摘されている⁹⁾が、本調査でも多くの人が「自分のせいで死んでしまった」「亡くなった方に申し訳ない」と語り、「助かってよかったね」という言葉に傷ついてきたことを語った。サバイバーギルトは強烈で特殊な心理状態で、広く見られる現象であるが、概念の定義も曖昧であり、今後の研究が待たれている¹³⁾。こうした症状があるということを関係各者に周知することが必要であろう。

5) 被害者対応は負傷者と遺族に分けてなされることでストレスが軽減する

今回のインタビュー調査で強調されたことに、被害者と遺族の立ち位置、傷つきは大きく異なり、サバイバーギルトの問題もあって、一緒に対応されると負傷者は大きなストレスを感じる、ということがあった。遺族側からの調査も併せて検討する必要があるが、双方のストレス軽減のために、最初から、負傷者と遺族への支援窓口・組織を別に作り、別々に対応することが有効と考えられる。

6) 乗客以外の関係者に対する幅広いサポートも必要である（図 2）

13 年たった今でも事故後の精神的不調から通院している家族が 2 名いた。親しい人が被害を受けたことを知ることが PTSD の出来事基準にあることを考えれば、負傷者と親しい関係にあった人へのサポートも支援に含まれるべきであろう。この事故の後、親しい人を失い自殺された方もいる。こうした第 2、第 3 の死を防げるよう、必要なサポート体制を構築すべきである。

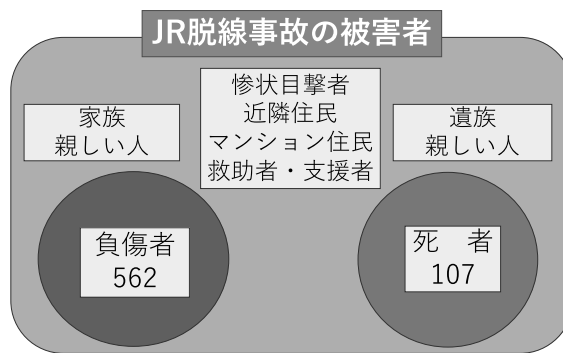


図2 JR脱線事故の被害者概念図

7) PE療法が有効である

PE療法はエビデンスあるトラウマ焦点化認知行動療法であり、実際に、乗り物恐怖で困っている人の回復に有効だったことが語られていた。希望する人が受けられるよう、機会を増やし、周知することが有効と考える。

8) 誰もが長期間アクセスできる情報集約的な窓口が必要である

今後必要と思われるサポートを聞かれて「いざという時の窓口を残してほしい」という要望があった。この事故で負傷者から自発的に立ち上げられた負傷者の会では、情報交換、定例会などによる繋がり、弁護士を招いての法律相談、手記の発行、乗車位置の特定、メモリアルウォーク、しおりの作成と配布といったさまざまな活動がなされた。しかし、この会の存在を知らない人もいた。今回の調査も周知できた範囲はごく限られている。

大規模交通災害が発生したとき、必要な情報を集約し、誰もがアクセスできる窓口をどう作るか、また、その存在を誰がいつどのように被害者に知らせるか、ということが重要な検討課題である。SNS、地域保健所、各種行政の窓口、加害企業など、さまざまな可能性を検討して決めておく必要がある。

9) 個別の担当者が有効である

今回加害側のJR西日本は、全ての負傷者と遺族に担当者をつけていた。インタビューで語られたJRの事故後の活動には、日常のこまご

まとしたサポート、お見舞い、相談窓口の開設、仕事の斡旋、慰霊祭、モニュメントに関連した行事の開催、各種説明会などがあったが、この内容は、この各人ごとの担当者から負傷者に伝えられていた。

10) 加害側との協働の有効性が指摘されている

JR西日本との関係は、傷つけられたというものと回復に役立ったというものの両方があった。先行研究の科学技術災害ガイドブックには、加害側を敵に回さず味方につけるという提案があるが⁷⁾、今回の対象20名の中に、JRの安全促進のためにJRと協力した人が4名いることは興味深い。13年にわたる関わりの中で自分の事故体験や過去のキャリアが活かされ、JRに良い変化をもたらしたことが、安全感的回復のみならず、自己効力感の回復や事故の意味構成をもたらし、回復に役立ったことが語られた。大規模交通災害の被害側は一個人であり、加害側は大企業など社会的強者であることが多い^{14) 15)}。加害側を敵とせず味方につけて再発防止と改善に向けて協働することは、大規模交通災害における治療的コミュニティ¹⁶⁾形成の秘訣と言えるかもしれない。

V. 結語

本調査に応じてくださった方は皆、「自分の体験が何かの役に立てば」という思いや、「亡くなった人は話せないから」という使命感から

語ってくださった。「この調査には膨大なエネルギーが注がれているので、結果にしてほしい」と語った人もいた。こうした思いを受け止め、調査結果を今後の具体的対策や研究に活かしていくことが求められる。考察に幾つかの提案を挙げたが、大規模交通災害の支援で大事なポイントは長期支援である。遺族を対象とした研究の結果も合わせ、長く、広く共同体全体のトラウマの累積を減らしていく努力が必要と考える。

引用文献

- 1) 廣常秀人、加藤寛、堤敦朗ほか：大規模輸送災害が被害者のその後の心身に与える影響．心的トラウマ研究 2; 85-93, 2006.
- 2) 加藤寛、大澤智子、内海千種ほか：大規模交通事被害者の健康被害 --PTSD 症状と慢性疼痛との関連に注目して --. 心的トラウマ研究, 3; 67-73, 2007.
- 3) 内海千種、宮井宏之、加藤寛：大規模交通災害被害者の健康被害 第II報 --- 被害後2年半における調査協力者の現状 ---. 心的トラウマ研究, 4; 37-48, 2008.
- 4) 内海千種、宮井宏之、加藤寛：大規模交通災害被害者の健康被害 第III報 --- 事故後3年半における調査協力者の現状 ---. 心的トラウマ研究, 5; 41-49, 2009.
- 5) Kessler,R.C., Sonnega,A., Bromet,E. et al.: Post-traumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry, 52, 1048-1060. 1995.
- 6) Udwin,O., Boyle,S., Yule,W., et al.: Risk factors for long-term psychological effects of a disaster experienced in adolescence: Predictors of post traumatic stress disorder. J. Child Psychol. Psychiat., 41(8), 969-979, 2000.
- 7) 鈴木逸子：交通災害が被害者に与える長期的影響に関連する文献レビュー - 科学技術災害 technological disaster の視点から -. 心的トラウマ研究、13; 55-68, 2017.
- 8) 川喜田二郎：発想法 改版 - 創造性開発のために -. 中央公論新社, 2017.
- 9) Niederland,.G. “Clinical observations on the “survivor syndrome.”” Int J Psycho-Analysis, 49, 313-315, 1968
- 10) 3) Arata,C.M., Picou,J.S., Johnson,G.D. et al.: Coping with technological disaster: an application of the conservation of resources model to the Exxon Valdez oil spill. J. Trauma. Stress, 13(1); 23-39. 2000.
- 11) 7) Freudenberge,W.R.: Contamination, corrosion, and the social order: An overview. Current Sociology, 45; 19-40, 1997.
- 12) 宅香菜子：PTG の可能性と課題 . 金子書房,2016.
- 13) 道免逸子：サバイバーギルトの概念と定義：文献展望 . 心的トラウマ研究 17;11-24, 2022.
- 14) Ka’aihue,L.: Coping with technological disasters: Helping communities help themselves. International oil spill conference proceedings, March 2001, 2001(1);713-717, 2001.
- 15) Mayer,B., Running,K., Bergstrand,K.: Compensation and community corrosion: Perceived inequalities, social comparisons, and competition following the Deepwater Horizon oil spill. Sociol Forum(Randolph N J), 30(2); 369-390, 2015.
- 16) Fritz,C.E.: “Disaster”in R.K.Merton and Nisbet,R.A.(eds) Contemporary Social Problems. New York: Harcourt, Brace & World, 1976.

Long term effects of large-scale transportation disaster on victims' psychological and physical state :
An interview survey thirteen years after JR Fukuchiyama Line train derailment accident

Itsuko Domen* Chigusa Uchiumi** Hiroshi Kato***

*Kansai University of International Studies **Tokushima University

***Hyogo Institute for Traumatic Stress

Hyogo Institute for Traumatic Stress (HITS) conducted four surveys for the survivors of the Japan Railway (JR) Fukuchiyama Line train derailment accident that occurred on April 25th, 2005. The first was a mail survey that was held six to seven months after the accident. The second, third, and fourth surveys were face-to-face quantitative surveys held after one and half years, two and half years, and three and half years after the accident, respectively. This paper reports the results of the 2018 HITS interview (qualitative) survey with 20 survivors thirteen years after the accident, with the aim to clarify the effects and changes caused by the accident during the thirteen years and to find an effective support system. This survey consisted of 90 minutes interview and Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-4 version(CAPS-IV).

Results showed that none of the participants were diagnosed with PTSD as per the DSM-IV classification thirteen years after the accident. PTSD symptoms indicated in the past three quantitative surveys were reduced by prolonged exposure (PE) therapy and time. Qualitative data of the interview survey was structured with the KJ method, and some factors that affected the recovery of the survivors were identified: damage caused by witnessing horrible scenes, survivor guilt, mental damages to survivors' families, division between survivors and the bereaved, bonding and division among survivors, relations between survivors and the perpetrator (JR West), changes in views of life and death, post-traumatic growth after the accident, importance of active listening of the survivors' narratives provided for each survivor at an appropriate time, and other factors that affected recovery.

In the discussion section, some supports that is effective for survivors of large-scale transportation disasters were proposed: treatment toward the witnessing of horrible scenes, support for survivors with minor injuries, long-term maintenance of the place where survivors can talk about their accident experiences, treatment of survivor guilt, separately providing support to survivors and the bereaved families, support for people who were not injured but were affected by the accident, provision and notification of PE therapy, creation and notification of a long-term one-stop consultation counter that anyone can access, and collaboration with the perpetrator.

The 20 survivors who participated in this study do not represent all 562 victims and do not include the bereaved families. However, their experiences are expected to help establish a support system for survivors of large-scale transportation disasters.

Keyword : large-scale transportation disaster, long-term follow-up,
interview, JR Fukuchiyama Line train derailment accident, PTSD

新興感染症パンデミック期のこころのあり方に関する文献レビュー —新型インフルエンザパンデミック期の心理とリスクコミュニケーション—



中塚志麻

兵庫県こころのケアセンター

2009年にパンデミックとなった新型インフルエンザを対象に、人々の心理やリスクコミュニケーションに焦点をあて、先行研究をレビューした。検索にはCinii, J-STAGE, 医中誌WEB, IRDBを用い、最終的に11本の文献を分析対象とした。感染に対する不安については、大学生等の若い世代はあまり不安を感じる事がなく、対して子どもを持つ親は、不安感が多いことが示された。新型インフルエンザの情報に関しても若い世代は情報収集に積極的な態度が見られず、感染予防行動も少なかった。今後の課題として、若い世代への情報発信の方法等世代に応じた情報提供のあり方の必要性が見出された。また、リスクコミュニケーションのあり方として、リスク認知を高めると、感染予防行動は高くなるが、危険回避行動として、感染者を退ける差別や偏見、スティグマが発生する可能性が示唆された。今後はスティグマを発生させないリスクコミュニケーションのあり方が重要となることが示された。

Key word; 感染症、結核、COVID-19、こころのケア

I はじめに

2009年5月、成田空港検疫で最初のA(H1N1)（後新型インフルエンザ）感染例が確認された。その後、近畿圏で感染が拡大すると、感染者に対し誹謗中傷が殺到する等の差別的な行動がみられた^{1) 2)}。新型インフルエンザ等の新興感染症は、不明な点が多く、未知のものに対する恐怖を「他者」と関連づけるため、スティグマを引き起こしやすいとされている³⁾。現在パンデミック期であるCOVID-19も同様であり、感染者及びその家族、医療従事者等に差別被害が及んでいる^{4) 5)}。自然災害や感染症パンデミック期では、人々は、多大な不安と恐怖にさらされるため、適切なリスクコミュニケーションのあり方が重要となってくる。新型インフルエンザとCOVID-19では異なる疾患であり発生時期や経過等に違いがあるが、同じ新興感染症として共通する点も多くある。新型インフルエンザパンデミック期における人々の心理やリスク

コミュニケーションのあり方を文献検討することは、新たな感染症に対応する資料を得ることができる。

以上のことより、本研究は新型インフルエンザを対象に、パンデミック期の人々の心理やリスクコミュニケーションに焦点をあて、先行研究をレビューし、今後の新興感染症パンデミック時のこころのあり方に役立つ知見を集積することを目的とした。

II 方法

本研究は、妥当性のある研究論文を選択するため、システムティックレビューおよびメタアナリシスのガイドラインであるPRISMA声明の原則に準拠し、実施した⁶⁾。

1. 文献検索過程

学術情報データベースであるCinii、J-STAGE、医中誌WEB、IRDBを用いてデータとなる既存文献を検索した。検索の用語においては、「新

型インフルエンザ」「差別」「偏見」「心理」「スティグマ」「リスクコミュニケーション」の組み合わせを使用して、検索を行った。

2. 選考基準と除外基準

検索された文献は、以下の選択基準に基づき、タイトルと抄録のみで選別した。その後、フルペーパーが入手可能である文献を精読し、適格性を判断した。

1) 選考基準

- ・国内で実施された研究論文(英語論文含む)
- ・対象疾患が「新型インフルエンザ」であること。
- ・差別や偏見、心理やリスクコミュニケーションに関する内容が具体的に記載されているものであること

2) 除外基準

- ・非公開研究
- ・リスクコミュニケーションや心理に関係のない文献
- ・文献レビュー

3. 文献の選択

第1段階では、データベースから抽出した文献278本と、文献参照リストとその他の情報源から追加した6本を加え、284本を特定した。第2段階では、全てのタイトル・抄録を閲覧し、本研究のリサーチクエストに合致しない文献、重複文献243本を除外し、41本を選択した。さらに、対象疾患が新型インフルエンザではない文献、「差別・偏見」「リスクコミュニケーション」や「心理」に関する内容が記されていない文献12本を除外した。第3段階では、適格性を有する候補文献29本を精読、除外基準に相当する文献18本を除外し、最終的に11本を採択する文献として決定した。(図1)

4. 倫理的配慮

本研究は文献研究のため該当しない。

5. 分析方法

レビューシートを作成し、①著者名・掲載年 ②キーワード ③対象 ④研究デザイン・研究方法 ⑤研究目的 ⑥研究期間 ⑦考察/結果の項目立てをして、内容を整理した。(表1)

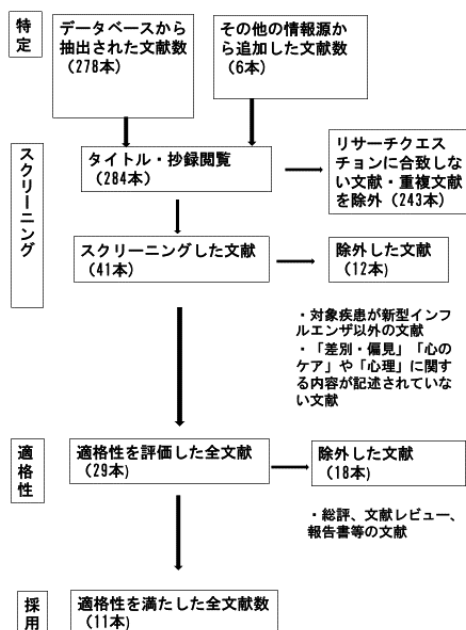


図1 対象文献選定のフローチャート

表1 各研究の概要

著者年	キーワード	対象	研究方法 使用尺度	研究目的	研究年度 期間	結果/考察
勝見吉彰 2011年3月	社会考慮 新型インフルエンザに対する態度 リスク認知 感染予防行動	女子大学生275名を対象者として、5種類の質問紙からなる調査を実施した。	質問紙調査 社会的考慮尺度 新型インフルエンザに対する認知・態度に対する認知・態度尺度 新型インフルエンザによる影響の予測尺度 他人の行為に対する不快感の程度尺度	社会考慮を個人の感染予防行動方向づける一つの要因と考え、新型インフルエンザに対するリスク認知と自他の感染予防行動の態度と社会考慮との関連について検討することを目的とした。	2010年7月下旬に大学の講義時間内に質問紙を配布し回答させる形で行われた。	新型インフルエンザの流行に対して、社会考慮が高い者は低い者よりも強い懸念を抱いていた。社会考慮が高い者は低い者に比べて新型インフルエンザに関する情報を得ようとする傾向があり、感染予防行動をより熱心に行っていた。社会考慮の高い者は感染予防に熱心でない者に対してより不快感を抱きやすかった。これらの結果から、社会考慮を高めることが感染症の流行抑制に役立つ可能性を示唆。
海後宗明 藤原 崇 松枝世 内山景 金鈴詩 ジェニファ・エヴァ 橋本 蘭 2011年3月	リスク認知 新型インフルエンザ メディア報道 不安 情報 知識	茨城県国立1次学学生 第1期150名 (男86名 女64名) 第2期148名 (男86名 女62名)	独自の質問紙による調査	新型インフルエンザに感染する危険性があり、メディア接触が多いと考えられる日本の大学生を対象。メディア報道が増大している2009年5月期と、より感染リスクが高まっている2009年9月期において、新型インフルエンザに関する人々の知識や行動、意識の変化を検討。	第1期2009年5月25日～5月26日 第2期2009年9月7日～8日	大学生が情報を最も多く得ているメディアはテレビであり、能動的な情報入手が行われていない傾向があった。2009年9月の不安感や重要度は、2009年5月と比べて高くなっていた。この時期は、感染が拡大していたが、メディアの情報量が減少傾向にあった。これらのことから感染リスクの高まりと知識の不足から生じた不安感と重要度が上昇したと考察。2009年9月の不安感とは公的な対策への不安感、個人の情報入手の限界に対する無力感と考察。新型インフルエンザに関するメディア報道の影響の重要性を示唆。
田代 隆良 鎌山 有奈 川原 享子 2011年8月	新型インフルエンザ マスク 手洗い 自宅隔離 感染予防行動	全学部の3年次学生721人 (流行時2年生)	質問紙調査	長崎大学における新型インフルエンザの流行状況、感染対策、情報伝達、学生の行動等について検証した。	2010年6月	インフルエンザ様症状のあつて者226人(31.3%)、新型インフルエンザと診断された者164人(22.7%)、診断結果を大学に報告した者120人(16.6%)であった。新型インフルエンザ罹患率はマスク着用率の低い学部で高かった。学生は新型インフルエンザと感染防御に関する情報を主に友人から得ており、掲示板やホームページからは少なかった。大学は全学生に確実に情報を提供すべきであり、学生は適切な感染防御対策を実施すべきと考察。
田辺 則子 高橋 敏子 田原 卓浩 2010年	新型インフルエンザ リスクコミュニケーション 不安 電話相談	2009年4月～2010年3月に寄せられた全相談140、939件のうち、対象年齢0～15歳までの相談2734件から、インフルエンザ関連相談8868件を抽出し、相談内容により『情報が欲しい』『発熱未受診』『発熱中』『ホームケア』の4分類に分け、検証	電話相談の内容分析調査	インフルエンザパンデミック期における子育て中の保護者の相談内容を分析することにより、流行の経過とともに変化する支援のニーズを明らかにする。今後の新たな感染症の流行に際しての危機管理に必要とされる、より適切な情報の発信機能と、それを基盤とした電話相談の課題を明らかにする。	2009年4月～2010年3月	2009年5月以降、相談件数が増加したのはメディアや風説により未知の病気である新型インフルエンザに関する情報が氾濫したことによるものと考察。厚生労働省や国立感染症センターが発信する情報を収集し、正確でわかりやすい表現となるように工夫して速やかに発信することが電話相談の指名の1つであることを示した。
大見 広規 舟根 紀 朝美 結城 佳子 藤本 瑠 涼子 寺山 和幸 2010年	新型インフルエンザ対策 意識調査 市民、学生、インターネット調査 不安	住民台帳から無作為に選んだ3000名の名寄市民と、講演会に参加した大学生54名	質問紙調査	新型インフルエンザに関する地域における公衆衛生行政等の危機管理対策のあり方を検討するために、市民や学生の意識を調査する。	パンデミックとなることが予想され、また警戒感も強かった。一方、学生はきわめて無防備である上、新型インフルエンザに対する警戒感も薄かった。いずれも国・自治体の行動計画の認知度は低いという結果になった。	インターネット調査結果と比較すると、市民は一般的な感染症予防対策を明確に行っており、また警戒感も強かった。一方、学生はきわめて無防備である上、新型インフルエンザに対する警戒感も薄かった。いずれも国・自治体の行動計画の認知度は低いという結果になった。
及川 晴 及川 昌典 2010年	optimistic bias, emotion, swine flu, 楽観性バイアス 感情 新型インフルエンザ 不安	部内大学生112名。この内、全ての調査に回答した79名(女性40名、男性39名)	質問紙調査	4期における新型インフルエンザに関する知識量と不安感情・予防行動・楽観性バイアスについて検討する。	第一調査 2009年4月29日 第二調査 5月29日 第三調査 6月24日 第四調査 7月29日	感染リスクと必要な対処に関する情報は、初期から継続的に報道されていた。感染リスクに関する情報が浸透しても、不安感情は低下していった。明らかなリスクが事前に知らされていても、関連する情報が繰り返し提示されると感情の飽和や楽観的な割りが生じ、予防行動が差し控えられることが示唆された。
碓井 真史 2009年	新型インフルエンザ リスク関連行動 プロトタイプ・イメージ (楽観主義) 不安の用語	新潟県内の短期大学生1年女子163名。解答に不備のあった11名を除き、152名を分析対象	質問紙 楽観主義尺度	「パンデミック」といった一般にとっては新語となる用語に対する不安感、ならびにプロトタイプへのイメージが新型インフルエンザ感染予防行動にどのような影響を与えるかを検討する。リスク認知とリスクを回避するための感染予防行動に及ぼす個人の特性面を調べるために楽観傾向と悲観傾向を測定する。	2009年5月18日	用語に対する不安については、「パンデミック」という言葉は、「世界的流行」「感染爆発」よりも不安を引き起こさなかった。感染拡大期に、全く感染予防行動をとっていないプロトタイプに対して否定的なイメージを持つ人ほど、感染予防行動を取ろうとする傾向がみられた。
勝田 吉彰 2008年	記載なし 新型インフルエンザ 社会不安 報道 ステイグマ	全国紙(朝日・産経・毎日・読売)、地元紙(神戸・山陽、通信社(共同通信)記者に対しアンケート調査を実施。総数143に対し有効回答数135	質問紙調査	記者の意識調査を行い、マスメディアに対しどのような働きかけや提言を行うべきか検討する。	不明	「感染者発生」には高い関心が示されたが、社会不安を拡大する「噂の流布」に対する関心は低く、流行時には社会に流布する噂の拾い上げと訂正報道を強く要請する必要があると考えられた。

著者年	キーワード	対象	研究方法 使用尺度	研究目的	研究年度 期間	結果/考察
藏素代 佐久間春夫 2009年	新型インフルエンザ 高校生 部活動 心理 不安	大阪市内の1高校身近な 高校生が新型インフル エンザに感染し、完全 学校閉鎖を経験した高 校生 1~3年生638名 (男子207 女子431)	10代の易感染性に 対する意識、感染原 因の認知、学校閉鎖 に対する意識、学校閉鎖 に対する意識について の自記式質問紙調 査	10代の易感染性に対する意識、感染原 因への認知、学校閉鎖に対する意識に 関する実態調査を行い、新型インフ ルエンザ感染拡大が高校生の心理面 に与えた影響について検討する。	2009年5月の学校 閉鎖直後	易感染性に対する意識では、「自分も気をつ けようと思った」と回答した者が8割と多かつ たが、3年生男子では他の学年・性別に比べて 「自分が感染しないだろうと思った」と回答 した者が多かった。学校閉鎖に關して他の学 年・性別に比べて、3年生男子では「部活がし たい」と回答したものが多かった。部活動を 行っていた3年生は他の学年と比べて、心理的 影響を受けていた可能性を示唆。
三島和子 2010年	pandemic flu, H1N1 flu, H5N1 risk communication risk cognition 不安 ストレス	サーベイリサーチセン ターの登録 モニター(全国から抽 出) 有効回答者数 1016 名	インターネットアン ケート調査 使用尺度 新型インフルエンザ のリスク認知尺度 ①「恐ろしさ」尺度 ②「未知性」尺度	新型インフルエンザに関する人々のリス ク認知の実情とより効果的なリスク コミュニケーションのあり方について 実証的検証を行う。	2008年11月7日~ 21日	新型インフルエンザとパンデミックの認知度 は、世代が上がるほど高くなることが分かった。 新型インフルエンザの理解度については、感 染症としての脅威を理解を示す一方で「若い 人ほど重症化しやすい」という新型インフル エンザ特有の理解度は非常に低かった。若い 世代の新型インフルエンザに対するリスク認 知度が高く、高齢者世代で低かったが、事前 対策への意欲は若い世代で低く高齢者世代で 高くなった。
立花正一 佐野信也 井上夏彦 2012年	新型インフルエンザ 閉鎖環境 外傷後ストレス障害 リスクコミュニケー ション	成田国際空港の検疫で 停留措置となった乗客 48名のうち、最終的に 面接を希望した13名 さらに対象者を①学生 群 ②引率教師 ③そ の他乗客、乗務員の3 グループに分けた。 空港検疫担当者3名	質問紙による半構造 化面接 SSで飛行士に用い る質問紙を改定	停留措置を受けた乗客及び空港検疫担 当者のストレス要因を明らかにする。 停留措置のケースを「隔離的閉鎖環 境」とみなし、同様の環境であった 「赤リ鉱山作業員サバイバル」「国際 宇宙ステーション」と比較し、その特 徴を明らかにする。	2009年5月9日~5 月15日 2011年3月	停留期間は10日間から7日間に短縮され、対象 者は翌日に停留が解除される環境であった。 そのためか、閉鎖環境のストレス状態は認め られなかった。しかし、学生群の中ではネ ットの整備に対し不安を感じている者がいた。 引率教師群も同様に生徒がネットに晒され ることに不安を感じ、停留措置に対して、自 責の念を持っていた。また、空港検疫担当者 は、相当のストレス状況にあり、PTSDと疑われ る心身の不都合が認められた。これは、上部機 関の指示が二転三転したり、マスコミよりも 情報伝達が遅くなったりした不安感ではな いかと考察。

表2 新型インフルエンザパンデミック期の動向と各研究の実施期間

西暦	海外	日本	研究期間
2008年			大見ら2008年6月 三島2008年11月7日~21日
2009年			2009年4月田辺ら(2010年3月ま で)
4月23日	メキシコで新型インフルエンザ患者を確認		
4月24日	WHO 国際保健規約に基づき国際緊急 事態を宣言	厚生労働省から都道府県への情報提供	
4月25日		検疫強化・コールセンター設置	
4月27日	WHOフェーズ4宣言(コミュニテイ レベルの大発生の要因となるヒト ヒト伝染)	政府の新型インフルエンザ対策本部で「基 本的対処方針」が策定	及川ら(2009年4月29日)
4月29日	WHOフェーズ5宣言(ヒトヒト伝染 が複数国で広まる)		
国内発生期	5月8日	検疫における最初の患者確認(成田空港)	立花ら(2009年5月9日~15日)
	5月16日	大阪・兵庫で国内最初の発生 その後、高校生を中心とした集団感染に拡 大)	
感染拡大期	5月18日~24日	厚生労働省は、大阪府や兵庫県に全中学、 高校の臨時休校を要請。大阪府内では公立 の全中高で、兵庫県内では公立の全小中高 で、臨時休校措置がとられた。	碓井ら(2009年5月18日) 海後ら(2009年5月25日・26日) 及川ら(2009年5月29日) 巖ら(2009年5月)
	6月11日	WHOフェーズ6(地球規模の流行)パ ンデミックを宣言	
蔓延期	8月15日	初めての死者確認(沖縄)	及川ら(2009年7月29日)
2010年			海後ら(2009年9月7日・8日)
回復期	6月10日	WHO「最も深刻な時期は脱しと表明	田代ら2010年6月
	8月10日	WHOフェーズ6からポスト・パンデ ミックへ引き下げ、世界的大流行の 終結を宣言。	勝見(2010年7月)
			立花ら(2011年3月)

参考 内閣官房新型インフルエンザ等対策室

<https://www.cas.go.jp/jp/influenza/index.html>

III 結果

1. 文献の掲載年次と研究期間について

今回採用した新型インフルエンザに関する文献は、2008年が1件、2009年2件、2010年4件、2011年3件、2012年が1件であった。また、研究を実施した時期が、パンデミック期以前、国内発生期、感染拡大期、まん延期、回復期の各期の状況により結果が影響されると考え、各研究の実施期間を表2に示した。

2. 新型インフルエンザ流行に対する不安やストレスについて

子育て中の保護者の電話相談の内容を分析した田辺ら⁷⁾の研究では、2009年4月～2010年3月までの相談内容を分析している。相談件数の推移は新型インフルエンザの流行と相関し、国内で初めて新型インフルエンザ患者が報告された5月以降相談件数が増え始め、11月にピークに達し、その後2010年2月以降は減少したと報告している。年齢層では、0～4歳児の子どもの症状や治療に関する相談が主体で、保護者の口調から不安感を多くに感じたとして記している。相談内容も流行の推移により変化している。2009年5月以降は、メディアや風説による情報が氾濫し、翻弄されている相談内容が多くみられた。8月頃の間中期は、未感染の受診方法、検査の時期、流行・感染の可能性の有無等の内容が多く占めていた。11月以降は、感染後に関する相談が多くよせられたと報告している。

大学生を対象とした研究の中で海後ら⁸⁾は、同じ対象者で調査を2回実施し、調査データを分析、比較している。中でも新型インフルエンザに対する不安感を問う項目では、不安を「ある程度感じる」及び「非常に感じる」と答えた人の割合は5月では38.7%、9月には46.6%と増加していた。さらに2つの時期でt検定を行ったところ、有意差があることが確認された。海後ら⁸⁾はこれらの結果について、5月期よりも

9月のほうが実際の感染リスクが高まっていたため、不安感が高くなったと考察している。

また、及川ら⁹⁾も学生を対象に2009年4月～7月の4期において、新型インフルエンザに関する認知、不安感情・予防行動等について検討している。不安感情については、第1期より下がり続け、学内で感染者が確認された3期においても低下を示していた。この結果について、及川ら⁹⁾は、新型インフルエンザに関する情報が浸透することで、感情反応が飽和し、感染に対する不安が低下したのではないかと考察している。

大見ら¹⁰⁾の研究では、大学生と一般市民を対象に新型インフルエンザに対する不安感や予防行動についての調査を実施している。調査の結果、学生は一般市民と比較して、不安感や危機感が薄く、パンデミック時の交通機関・集客施設利用等の行動は自粛しないとの回答が示された。大見ら¹⁰⁾は感染リスクの高い学生に対して、若者層の行動様式にあった危機情報を伝える体制が必要と述べている。

暇ら¹¹⁾の研究では、身近な高校生が感染し、7日間の完全学校閉鎖を経験した高校生638名を対象に、易感染性に対する意識、感染原因への認知、学校閉鎖に対する意識について実態調査を行っている。その結果、易感染性については、「自分も気を付けようと思った」と回答した者が8割を占め、「自分は感染しないと思った」と回答した者は1割程度であった。しかし、自由記述では「気にならなかった」「関係ない」という内容が8割を占めていた。

2009年5月に成田国際空港で停留措置となった人を対象とした立花ら¹²⁾は（以下、航空機停留措置）、停留者のストレスについて調査を行った。この報告では、停留措置による閉鎖環境特有のストレスは認められなかったと記している。立花らはこの結果について、停留期間が7日間と短かったことや、テレビ、ラジオ、パソコンにより情報入手が容易であったこと、管

理当局の配慮が十分であったこと等が奏功したのではないかと考察している。

3. 新型インフルエンザに関する情報提供のあり方とリスクコミュニケーションについて

1) 感染症予防としての情報提供について

田代ら¹³⁾は、長崎大学内における新型インフルエンザの流行状況、感染対策、情報伝達、学生の行動について、検証している。長崎大学では、長崎県で新型インフルエンザ感染者発生を契機に、学生用掲示板や大学ホームページに発生状況等の情報を発信し、学生には、毎日確認するように注意喚起をした。しかしながら、掲示板やホームページから情報を得た学生は少なく、友人からの情報収集が多かったと報告している。田代らは学生に対しては、より注意喚起できる情報発信の方法を工夫すべきと考察している。

2) 新型インフルエンザパンデミック期のリスクコミュニケーションのありかたについて

三島¹⁴⁾は、ネットアンケートにより、全国から抽出した10代～70代以上の男女を対象にリスク認知の実情とリスクコミュニケーションのあり方に関する研究を報告している。その結果、新型インフルエンザとパンデミックの認知度について、子どもの有無別に χ^2 乗検定を行ったところ、1%水準で有意の結果となり、子どもをもつ人は、新型インフルエンザの認知度は高くなるという結果になった。また、リスク認知に関しては、高齢者よりも若者のほうが高いが、実際の事前対策の意欲は、高齢者のほうが高く、若い世代は低くなるというねじれの関係が見出されていた。三島は今後のリスクコミュニケーションのあり方として、重要事項に関するリスクコミュニケーションは「継続」「繰り返し」が必要であり、年齢層に合わせた行動指針の整理と普及併発ツールの作成・浸透を図ることが重要であると述べている。

勝見¹⁵⁾の研究では、社会考慮に焦点をあて、新型インフルエンザに対するリスク認知と感染予防態度の関連について報告している。社会考慮とは、社会的迷惑を検討するための概念の1つとされ、個人の生活空間を社会として意識している程度、または複数の個人からなる社会というものを考えようとする態度のことである。勝見は、社会考慮の高い人のほうが新型インフルエンザの流行を深刻に受け止め、情報を積極的に収集し、感染予防行動を熱心に行う傾向があると報告している。しかし、マスメディアによる過剰な報道に触れ、社会考慮の高い人は不安感を喚起される可能性を示している。勝見は、「個人が社会考慮を高め、予防的対処を行うと結果的に社会全体のリスクを低減する」ことが適切に伝わるリスクコミュニケーションのあり方が重要と述べている。

碓井¹⁶⁾の研究では、リスクを認知し、実際にリスク回避行動の意思決定に関わるプロトタイプ理論を用いて、リスク関連行動を検討している。碓井らは、感染拡大期においても、全く感染予防行動をとらないプロトタイプに対して、否定的なイメージをもつ人ほど、感染予防行動を取ろうとする傾向がみられたと報告している。さらに、リスク回避行動に最も影響を与えていたのは不安感情ではなく、プロトタイプイメージとしている。碓井は適切なリスク回避行動を促進するために、同調行動等社会心理学的な研究が必要と述べている。

マスコミの情報提供の在り方について、勝田¹⁷⁾の全国紙の新聞記者を対象にした意識調査では、「感染者発生」に関する内容には高い関心が示されたが、「噂の流布」に対する関心は低く、特にスティグマの要素のある噂に対する関心は最も低い結果となった。勝田は、報道による風評被害やスティグマの発生を助長した過去の経験から、「噂」に関する内容について、メディアは敬遠する傾向にあると考察している。勝田は、パンデミック期では、公的機関だけではなく、

マスメディアも、あえて噂を拾い上げ、専門家による否定情報を出し、社会不安を緩和する役回りをする必要があると述べている。

IV 考察

1. 文献の掲載年次と研究期間について

今回選定した全 11 論文は、新型インフルエンザパンデミック期前後に集中しており、当時の新型インフルエンザへの関心の高さが伺われる。新興感染症には、それぞれ流行の波があり、その状況に応じて社会の動きや人々の心理も影響される⁷⁾。そのため、本節では、実際の研究実施期間に関しても考察した。大見ら¹⁰⁾と三島¹⁴⁾の 2 論文は、新型インフルエンザ発生以前の 2008 年に研究を実施した報告である。大見らはこの段階での新型インフルエンザは、鳥インフルエンザ (H5N1) のパンデミックを想定したものであり、弱毒性とされる新型インフルエンザ A (H1N1) パンデミック後の意識とは大きく異なる可能性が高く、適切な時期に同様の意識調査を実施し、比較する必要があると述べている。また、三島は (H5N1) と A (H1N1) は異なる点もあるが、この報告で明らかになった課題は新型インフルエンザ A (H1N1) とかなりの部分で共通すると考察している。このように新興感染症の過去のパンデミック経験から学び、次なる感染症に備えることは重要である。

新型インフルエンザ発生初期の 2009 年 4 月から翌年の 3 月までのパンデミック全期において電話相談の内容を分析した田辺ら⁷⁾の報告は、流行の波を国内発生早期・感染拡大期・まん延期・回復期、に分け分析している。流行の推移から電話相談の件数や相談内容を分析することで、流行の波の各時期の感染症に対する心理を把握することができる貴重なデータである。国内発生期からまん延期に至るまでの期間で、研究を実施した報告は、6 件 (田辺ら⁷⁾海後ら⁸⁾・及川ら⁹⁾・暇ら¹¹⁾・立花ら¹²⁾ 碓井ら

¹⁶⁾があり、それぞれの流行期の状況や特徴を把握することができる。現在の COVID-19 パンデミック期においても各波毎、変異株毎の比較を行い、新たな知見を見出すことが重要である。

2. 新型インフルエンザ流行に対する不安やストレスについて

子育て世代対象とした電話相談の内容を分析した田辺ら⁷⁾は、特に 0 歳から 4 歳児の子どもを持つ保護者からの相談が顕著であったことを報告している。また、相談をする口調から、不安感が極度に募る様子を感じたと示している。全国的なインターネットアンケートを行った三島¹⁴⁾の報告でも、子どもを持つ人ほど、新型インフルエンザに関する認知度が高いと示しており、子どもを持つ親にとっては、新興感染症に対する不安や恐怖は多いと考えられる。現在のコロナ禍においても、乳幼児保護者の不安やストレスが大きいことが、発達の遅れ、生活習慣の乱れと合わせて全国の乳幼児健診担当者の報告から示されている¹⁸⁾。以上のことから、子どもを持つ親の不安感は強く、特に乳幼児の保護者支援の重要性が示唆された。

学生を対象とした海後ら⁸⁾と及川ら⁹⁾の研究は、双方ともにパンデミック期間に複数回調査を行っている。海後らの研究では、5 月と 9 月の調査で、新型インフルエンザに対する「不安感」は、5 月より 9 月のほうが高くなったと報告している。海後らはこの結果について、5 月より 9 月のほうが実際の感染リスクが高くなったためと考察している。対して及川らの 4 月から 7 月の 4 期にわたる調査の結果では、新型インフルエンザの不安感情は期を重ねるごとに低下したと報告している。この結果について及川らは新型インフルエンザに関する情報が浸透することで感情反応が飽和し、不安感情が低下したと考察している。海後らと及川らの結果の差異に関して、1 つには流行の推移が調査結果に影響を与えた可能性が考えられる。海後ら

の調査時期は、第1回目は国内発生期の5月末であり、第2回目は感染まん延期9月上旬である。対して、及川らの調査時期の最終第4期は死者がまだ確認されていない感染拡大初期の7月下旬であった。そのため、この時期において及川が指摘する「自分は大丈夫」という楽観性バイアスが生じた可能性が考えられる。2点目は、4月から短期に4回調査した及川らの結果は、縦断研究におけるバイアスの発生が推測される。縦断データは、繰り返し調査による作業への慣れや記憶等がデータにゆがみ(バイアス)が生じるとされている¹⁹⁾。新興感染症の推移を調査する縦断的な研究は大変意義があるが、縦断研究で生じるバイアスも加味し、調査する時期と期間に対して十分に考慮する必要がある。

高校生を対象とした暇ら¹¹⁾の研究では、身近で感染者が確認されている環境下での若者の危機感が伺われる一方、「無関係」とする心理も併存することが示された。また、年齢層別に比較した大見ら¹⁰⁾の報告でも、一般市民と比較して学生は不安感や危機感が薄いと報告している。両者の報告において、若者は他の年齢層と比較して感染自体に対する不安はあまり見られないことが見出された。

3. 新型インフルエンザに関する情報提供のあり方とリスクコミュニケーションについて

1) 感染症予防としての情報提供について

大学生を対象とした田代ら¹³⁾の報告では、掲示板やホームページから感染対策に関する情報収集する学生が少なく、大学側の伝達手段を見直すべきと論じている。さらに、学生に対しても適切な感染防御対策を実行すべきと述べている。これは、及川ら⁹⁾の報告でも同様であり、感染拡大期でも、学生の予防行動低下を指摘している。以上のように若い世代は、新型インフルエンザ罹患のリスクが高いにもかかわらず、予防行動は低いという共通した結果が見出された。これは、前項で示したように、若い世代は、

新型インフルエンザに対して、「自分は若いので大丈夫」という楽観性バイアスの影響と、元々不安感が少ないため、結果的に予防行動も低くなる傾向がある。大見らや田代らが示すように、今後は若い世代への感染予防としての情報提供の在り方が課題となる。

2) 新型インフルエンザパンデミック期のリスクコミュニケーションのありかたについて
リスク研究におけるリスク認知とは、人や物に対して害を及ぼす可能性がある現象や活動の特質を人々が評価する心理的イメージのことをいう²⁰⁾。感染症に関するリスク認知とは、感染症が人や動物あるいは物に対して害を及ぼす可能性について人々が評価している心理的イメージ²⁰⁾とされる。また、リスク認知が高ければ、安全行動(感染予防行動・リスク回避行動)も多くなることが報告されている^{21) 22)}。しかし、三島の研究では、リスク認知の高い若い世代のほうが、感染予防に対する意識が低く、リスク認知の低い高齢者のほうが高いというねじれを引き起こしていると示している。このようなねじれは、新型インフルエンザパンデミック期前の調査のため、高齢者は新型インフルエンザを季節性インフルエンザの延長ととらえていることが一因と考察している。リスク認知は、認知度が低すぎると安全行動につながらず、反対に高レベルになると不安、ストレス、うつ病などの精神的健康問題の割合を増加させると言われている²³⁾。人々が適切なリスク認知を行えるためには、的確な質量で構成される情報提供のあり方が重要となってくる。

社会への関心の有無に関する社会考慮と新型インフルエンザの流行に対する態度の関連について検討した勝見¹⁵⁾の報告では、社会考慮を高めることが感染症の流行抑制に役立つ可能性があると考察している。しかし、一方で社会考慮の高い人は感染症に対する不安感が強く、感染予防に熱心でない者に対して、より不快感を

抱きやすいという指摘も述べている。この点に関して、社会考慮を高めると、「感染したのは、予防を怠った本人の責任」ととらえる内在的公正推論が発生し、差別や偏見、社会的分断が生じることも考えられる。特に日本人は内在的公正推論が高いと言われており²⁴⁾、リスク認知と内在的公正推論が連動しないことが重要である。また、碓井¹⁶⁾の研究でも、感染拡大期に予防行動をとらないプロトタイプに対して否定的なイメージをもつ人ほど感染予防行動をとろうとする結果を示している。このことより、リスク認知の高い者は安全行動の1つである感染予防行動を起こしやすいが、危険回避行動として、感染者や感染者と関わる人々に対する差別行動を起こす可能性が推測できる。リスク認知を高めることは、感染予防行動を促進するが、危険回避行動として差別的行動につながる二面性があることを加味しなければならない。そのためには、スティグマや差別的行動が発生させないリスクコミュニケーションのあり方が重要となる。

4. COVID-19 パンデミック期と比較して

1) 停留措置のストレスについて

「航空機停留措置」の立花ら¹²⁾の研究では、対象者の隔離環境によるストレスはほとんど、認められなかったと報告している。この結果について、立花らは、対象者は生命の危機について、あまり意識しなかったこと、情報・通信手段が比較的自由であったこと等を挙げている。これらについて同じ停留措置の環境であったCOVID-19 パンデミック初期下「ダイヤモンドプリンセス号」と比較すると多くの差異が見られる。まず、第一に乗客の年齢層の違いである。「航空機停留措置」は高校生等比較的若い世代であったが、ダイヤモンドプリンセス号の場合は乗客のうち8割が60歳以上であり、日常的に薬を必要とする健康被害のリスクが高い者が多かった。また、停留措置の長期化で、薬

不足が乗客の不安を煽り、ストレスが増大したとされている²⁵⁾。2点目はウィルスの致死性の問題である。新型インフルエンザは、小児を中心とした若年者が主に罹患し、致死率は0.001%程度と軽症な疾患である²⁶⁾。対してパンデミック初期に報告されたCOVID-19の致死率は、若年者は0.06%、成年者は0.21%、高齢者は1.79%が死亡するとされ、乗客の大半を占める高齢者は生命の危機にさらされていたと考える²⁷⁾。3点目は検疫対象者数である。「航空機停留措置」では、48人の対象者に対して確実に検疫措置ができる環境であった。ダイヤモンドプリンセス号の場合は、3000人以上が対象者であり、停留中の配膳を乗員が行う等行動制限が難しく、結果的に大規模なクラスターが発生する等感染しやすい環境²⁵⁾となり、感染への恐怖や不安が増大したと思われる。4点目は情報提供の問題である。「航空機停留措置」は、国内ホテルでの停留であり、情報を収集しやすい環境であった。対してダイヤモンドプリンセス号は、船内の日本語放送はNHKの衛星放送だけでその他は海外メディアの放送ばかりであった²⁵⁾。また携帯電話もつながりにくい環境であり、このような情報不足が、停留者の不安をより大きくされたと考えられる。以上のように、「航空機停留措置」と「ダイヤモンドプリンセス号」では、同じ停留措置でも大きく環境が違い、新興感染症の特徴や年齢層、停留措置環境等によってストレスや不安も差異があったことが伺われる。COVID-19 パンデミックが収束すると、インバウンド観光促進により、今後も外国クルーズ船が誘致されることが予想される。今回の事例を踏まえて、外国クルーズ船の検疫も含め、あらゆる環境を想定した停留措置のあり方を考える必要がある。

2) 情報提供の在り方とリスクコミュニケーション

インフルエンザパンデミック期のマスメディアの情報提供のあり方とスティグマの発生につ

いて、新聞記者の意識調査を行った勝田¹⁷⁾はマスメディアに対して「事実ではない噂」も拾い上げ、「噂」を検証し否定情報を積極的に報道することが必要と考察している。COVID-19パンデミック期においても、マスメディアの情報提供のあり方は、問題となっており、2020年月に山中らは差別や偏見を助長しない報道の在り方について報道機関に要望書を提出している²⁸⁾。これを受けて、報道陣も新型コロナウイルス感染症の差別・偏見問題に関する共同声明²⁹⁾を取りまとめたが、まだ多くの課題が残っている。

過去より人類は、多くの感染症パンデミックを経験し、その都度感染症に関する情報収集と発信を行ってきた。特に新型インフルエンザパンデミック期においては、リスクマネジメントとリスクコミュニケーションの重要性が注目され、WHOでも2017年にインフルエンザリスクマネジメントに関する基本方針を提示している³⁰⁾³¹⁾。現在のメディア環境では、従来のマスメディアに加え、SNSやブログ、掲示板等を情報収集源とし、人々は即座に多種多様な情報を収集することが可能となった。実際にCOVID-19パンデミック下では、公的機関による情報発信だけではなく、民間企業や報道機関の参入も増えており、加えてSNS等発信ツールも加わっている。しかし一方で、情報が錯綜し、ネット炎上やフェイクニュースについても議論が起こっている。このような情報形態の多様化の中で、スティグマを発生させない適切なリスクコミュニケーションのあり方が今後の重要な課題となる。

引用文献

- 1) 江本博明. 新型インフルエンザへの危機対応の中で. トラウマティック・ストレス: 日本トラウマティック・ストレス学会誌 .2010;8 (2) 171-174.
- 2) 及川馨. 新型インフルエンザと患者への情報伝達 - 登校・登園の基準, 濃厚接触者の処遇などについての問題点など. 日本小児科医会会報 .2010;(39) 27-32.
- 3) WHO. 型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に関する社会的スティグマの防止と対応のガイド .2020.2.
- 4) 毎日新聞デジタル. 新型コロナ風評被害相談呼びかけ, 神戸市が窓口開設「冷静な行動を」 .2020.4.17.
- 5) 毎日新聞デジタル. 感染者受け入れ病院従事者の子、保育所「拒否」相次ぐ, 厚労省、是正を通知 .2020.4.22.
- 6) 木戸芳史 .PRISMA システムティック・レビューおよびメタアナリシスの報告における望ましい報告項目. 看護研究 .2020;(53)34-39.
- 7) 田辺則子, 高橋敏子, 田原卓浩. 電話相談にみる新型インフルエンザ (A/H1N1) pdm 流行時のリスクコミュニケーション. 外来小児科 .2010;13(3)313-318.
- 8) 海後宗男, 康雪梅, 蔡莉, 他. A型 H1N1 亜型インフルエンザ報道の影響に関する研究. 筑波大学地域研究 .2011;(32)59-80.
- 9) 及川晴, 及川昌典. 危機的状況での認知, 感情, 行動の変化 - 新型インフルエンザへの対応 -. 心理学研究 .2010;81(4)420-425.
- 10) 大見広規, 舟根妃都美, 結城佳子, 他. 市民, 学生の新型インフルエンザ対策についての意識調査 - インターネット調査と比較して -. 北海道公衆衛生学雑誌 .2010;23(2) 80-85.
- 11) 暇素代, 佐久間春夫. 新型インフルエンザ感染拡大が高校生の心理面に及ぼした影響. 奈良体育学会研究年報 .2009;(14)13-19.
- 12) 立花正一, 佐野信也, 井上夏彦. インフルエンザ (H1N1)2009 のため停留措置を受

- けた航空便乗客のストレスについて - 類似の閉鎖環境との比較 -. 防衛医科大学校雑誌 .2012;37(1)27-38.
- 13) 田代隆良, 諫山有葵奈, 川原享子 . 長崎大学学生の新型インフルエンザ感染と行動 . 保健学研究 .2011;23(2)7-14.
- 14) 三島和子 . 新型インフルエンザのリスク認知とリスクコミュニケーションのあり方に関する調査研究 . 日本リスク研究学会誌 .2010;20(1) 59-68.
- 15) 勝見吉彰 . 社会考慮と新型インフルエンザ (A/H1N1) に対する態度との関連 . 人間と科学 .2011;11(1)79-87.
- 16) 碓井真史 . 新型インフルエンザ (H1N1) のリスク関連行動に及ぼすプロトタイプ・イメージと不安の影響 . 新潟青陵大学大学院臨床心理学研究 .2009;(3) 31-36.
- 17) 勝田吉彰 . 新型インフルエンザパンデミックにおける社会不安緩和に向けた報道の考察 マスメディア関係者の意識調査から新型インフルエンザ報道への提言 . 日本渡航医学会誌 .2008;2(1)4-10.
- 18) 佐々木溪円, 杉浦至郎, 山崎嘉久, 他 . 「全国市区町村調査からみた新型コロナウイルス感染症の流行下における乳幼児と保護者の状況」 . 小児保健研究 .2021; (80) suppl 号 .171.
- 19) 荘島宏二郎, 宇佐美慧, 吉武尚美, 他 . 縦断データ分析のはじめの一步と二歩 . 教育心理学年報 .2017;(56)291-298.
- 20) 三橋睦子, 辛銀娟, 大坪靖直 . SARS 集団発生を経験をとおした感染症の知識とリスク認知との関連性 . 久留米医学会雑誌 .2007;70(3-4) 78-86.
- 21) Bults M, Beaujean DJ, Richardus JH, Voeten HA. Perceptions and behavioral responses of the general public during the 2009 influenza A (H1N1) pandemic: a systematic review. *Disaster Med Public Health*.2015; 9(2):207-19.
- 22) 李光鎬 . メディアシニシズムと新型コロナウイルス感染症に対するリスク認知および市民的価値観の関連 (1). 慶應義塾大学大学院社会学研究科紀要 .2021;(91) 59-66.2021
- 23) Betancourt TS, Brennan RT, Vinck P, VanderWeele TJ, Spencer-Walters D, Jeong J, et al. Associations between Mental Health and Ebola-Related Health Behaviors: A Regionally Representative Cross-sectional Survey in Post-conflict Sierra Leone. *PLoS Med*.2016;13(8).
- 24) 三浦麻子, 平石界, 中西大輔, 他 . 新型コロナウイルス感染禍に対する態度の国際比較 - 自業自得 - 自粛警察は日本にユニークなのか -. 日本社会心理学会第 61 回大会発表論文集 .2020;199.
- 25) 高梨ゆき子 . 命のクルーズ .2022; 新藤慶昌堂 .
- 26) 森兼啓太 . 新型インフルエンザ - 現状と今後の対応 -. 医学のあゆみ .2010;232(13) 1303-1309.
- 27) Zhang, Y. The epidemiological characteristics of an outbreak of 2019 novel coronavirus diseases (COVID-19) . *China CDC Weekly*.2020;41(2)145-151 .
- 28) 山中伸弥, 押谷仁, 長谷川好規, 他 . 「みんなで共に走っていこう - 新型コロナウイルス感染症対策に関する研究者・臨床家から報道機関への要望書 2020 年 4 月 24 日 .
- 29) 日本新聞協会, 日本民間放送連盟 . 新型コロナウイルス感染症の差別・偏見問題に関する共同声明 .2020 年 5 月 21 日
- 30) WHO. <http://www.who.int/foodsafety/micro/riskcommunication/en/print.html>. 現在閲覧不能 . WHO Outbreak communication guidelines.

http://www.kankyokansen.org/uploads/uploads/files/jsipc/WHO_Outbreak%20communication%20guidelines.pdf

- 31) 勝田吉彰．新型インフルエンザパンデミックにおけるリスクコミュニケーションの実情．近畿医療福祉大学紀要.2010;11(1) 15-22.

Literature review on the state of mind during an emerging infectious disease pandemic
—Psychological response and risk communication in the pandemic A(H1N1) period—

Shima NAKATUKA
Hyogo Institute for Traumatic Stress

PTSD 治療における統合医療（補完代替療法）の可能性についての検討



西川昭子

兵庫県こころのケアセンター

PTSD の通常治療としては、薬物療法、認知行動療法、EMDR がよく知られているが、現在、PTSD 治療における「統合医療」への関心が国内外で高まっており、特に瞑想、鍼、ヨガ、等の心身療法が補完代替療法として有望視されている。しかしながら、本邦ではこれらについて不明な点が多い。本稿では、先行研究の文献レビューを参考に、特定の検索語について、2016年から2020年までの5年間についてデータベース検索を行い、抽出された心身療法について9件の文献レビューを行った。その後、対象、具体的な介入方法、主な評価方法、および主な介入効果についての情報を整理し、各々の共通点や相違点等を纏めた。その結果、瞑想によるものが相対的に症状の改善に効果的であったが、これらは一般的にイメージされやすい閉眼状態で座って静かに行うような静的なものではなかった。本稿ではまた、他の先行研究と照らし合わせ、これらの介入方法の問題点や今後の展望についても触れ、新たな選択肢としての可能性を検討した。

キーワード：PTSD、心的外傷、統合医療、心身療法、瞑想

研究体制：西川昭子、亀岡智美、加藤寛

I. はじめに

2013年の厚労省の「統合医療」の在り方に関する検討会資料『これまでの議論の整理』³⁾によると、米国衛生研究所相補代替医療センター(NCCAM: National Center for Complementary and Alternative Medicine)では、「統合医療」を「従来の医学と、安全性と有効性について質の高いエビデンスが得られている相補・代替医療とを統合した療法」と定義している。2014年12月には、同センターは米国国立補完統合衛生センター(NCCIH: National Center for Complementary and Integrative Health)と改名、2017年時点で「統合医療」は①天然物(ハーブ<ボタニカル>、ビタミン・ミネラル、プロバイオティクス等)の投与と②心身療法(ヨガ、カイロプラクティック、整骨療法、瞑想、マッサージ療法、鍼灸、リラクゼーション、太極拳、気功、ヒーリングタッチ、催眠療法、運動療法等)、お

よび③その他(心霊治療、アーユルヴェーダ医学、伝統的中国医学、ホメオパシー、自然療法等)という3つのグループに分類されている。⁴⁾

ところで、PTSDの通常治療は主に、薬物療法、認知行動療法、EMDR等とされているが、先行研究¹⁾では、医学中央雑誌およびPubMedのデータベース開始から2007年8月までの期間について、PTSDの補完代替療法として件数の多かったものとして、漢方、鍼、ヒーリングタッチ、レイキ等を挙げるものがある。国内外で「統合医療」への関心が高まる中、2014年3月末にはPTSDの補完代替療法に関する最新情報を含むeJIM(Evidenced-based Japanese Integrative Medicine)という専門サイトが厚労省により開設された。2021年3月12日のサイト内の最新情報では、PTSDへの適用として瞑想と催眠療法が特に注目されている。また、他の先行研究²⁾においても、PTSDの補完代替療法として特に瞑想、鍼、ヨガ、等が挙げられ、

上述の分類②の心身療法が PTSD の補完代替療法として有望視されているようだ。これらの心身療法に関して、先行研究²⁾では今後への期待を述べるとともに、現状では、対象者が偏っている(退役軍人を対象にしたものが多い)こと、サンプルサイズが小さいこと、ヨガや瞑想には様々なタイプのものがあり作用機序が明確ではないことなどの問題を指摘し、エビデンスが十分ではないともしている。しかしながら、これらの療法について、どのような対象に何をどのような方法で実践し、どのような評価方法でどのような結果が得られたのか、本邦では特に不明な点が多いように思われる。そこで本研究では、主に2016年から2020年までの5年間について、上述の分類②の心身療法について文献レビューを行い知見を整理し、各々の心身療法の共通点や相違点等を纏めてみたい。本研究で得られた知見を基に、統合医療(補完代替療法)と呼ばれる介入方法の今後の可能性を検討し、PTSD治療の新たな選択肢につながるような情報を提供することを本研究の目的とする。

II. 方法

先行研究¹⁾の文献レビューを参考に、催眠療法(Hypnosis)、瞑想(Meditation)、霊気(Reiki)、鍼(Acupuncture)、ヒーリングタッチ(Healing Touch / Hands-on Touch)について、2016年から2020年までの5年間についてデータベース検索を行った。日本語文献に関しては、医学中央雑誌で「心的外傷」または「トラウマ」または「PTSD」を検索語として、また外国語文献に関しては、PubMedで“Psychological Trauma”または“Traumatic Stress”または“PTSD”を検索語とした。2021年4月30日時点において、医学中央雑誌では2件、PubMedでは18件の文献が抽出された。その後、内容を確認した上で重複するもの、抄録のないもの、対象が異なるもの、メタ分析、

パイロット研究等を除き、RCT(Randomized Controlled Trial)の量的研究を中心に本稿におけるレビューの対象を最終的に9件とした。

III. 結果

レビューの対象となった9件の文献について、表1にまとめた。参照されたい。

III-1. 対象

9件の文献は、戦争体験者を対象とするものが5件⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾、災害体験者を対象とするものが1件¹⁰⁾、犯罪加害者を対象とするものが1件¹¹⁾、事故等による負傷者を対象とするものが1件¹²⁾、その他様々な理由により PTSD と診断された対象を扱ったものが1件¹³⁾だった。犯罪加害者を対象にした研究¹¹⁾では、犯罪加害者は一般人と比較すると、4倍以上トラウマ的な出来事を経験しているという理由で対象として選ばれていた。今回のレビューでは、対象者の性別が男児または男性である割合が高く、年齢層をみても、戦争体験者を対象とするものでは30代後半～50代前半、災害体験者を対象とするものでは10代後半、犯罪加害者を対象とするものでは20代後半、事故等による負傷者を対象とするものでは10歳未満、その他様々な理由により PTSD と診断された対象を扱ったものでは40代前半が主な対象となっていた。また、災害体験者を対象とするもの、およびその他様々な理由により PTSD と診断された対象を扱ったものでは、対象の多くが女児または女性であった。トラウマの原因となる出来事の内訳を確認すると、家族の死、交通事故、職場での事故によるものが多数を占めており、一般的に女性が被害を被りやすいDVや性被害等によるものは多くはなかった。全体として、対象者に偏りが認められた。

III-2. 介入方法

催眠療法が1件¹²⁾、瞑想が5件(TM: Transcendental Meditation <超越瞑想> 2件⁷⁾¹¹⁾、MRP: Mantram Repetition Program <マントラ瞑想> 1件⁶⁾、ボディースキャン&マインドフルネス1件⁵⁾、ヨガ1件¹⁰⁾、鍼治療が3件⁸⁾⁹⁾¹³⁾だった。TMとMRPについては区別が難しいが、TMではマントラ（祈りを表現した短い言葉）がインストラクターによって選ばれ公表されないのに対し、MRPでは個人が意味のあるスピリチュアルな言葉を選び個人の希望するレベルで共有される。また、前者が座位で行われるのに対し、後者は場所や姿勢、また時間にも特に制限は設けられていない、とされている²⁾。実践期間で最長だったものは4ヵ月、最短だったものは1ヵ月、9件の実践平均期間は2ヵ月半だった。また、家でのホームワークが課せられたものは4件⁷⁾⁹⁾¹¹⁾¹³⁾あり、インストラクターの介入方法についての資格の有無については、6件⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹³⁾の研究で明確な記載があった。

III-3. 主な評価方法

III-3-1. PTSD およびトラウマに関する症状の評価

PTSD およびトラウマに関する症状の評価として、PTSD チェックリスト (PTSD Checklist; PCL) 関連が6件⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹³⁾、PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale; CAPS⁶⁾⁷⁾¹³⁾ が3件、出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale-Revised; IES-R) が2件⁸⁾¹⁰⁾、TSC(Trauma Symptom Checklist) が1件¹¹⁾用いられていた。また児童用として、CPSS(Child PTSD Symptom Scale) が1件¹²⁾、YCPC(Young Child PTSD Checklist) が1件¹²⁾用いられていた。研究によっては、単独の指標による評価で済ませているものもあれば、いくつかの指標を組み合わせているものもあり、中でもPCL関連の評価尺度とCAPSの組み

合わせによる評価は3件⁶⁾⁷⁾¹³⁾にもものぼっていた。こうした傾向は、2018年以降特に顕著となっている。DSM)(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)による評価は2件⁶⁾¹³⁾で、介入方法の評価ではなく選択基準の際に他の尺度とともに用いられていた。

III-3-2. 併存症状およびその他の評価

PTSD およびトラウマの併存症状に関しては、うつ、不安、ストレス、睡眠障害、疼痛、等が挙げられていた。うつの評価には、うつ病自己評価尺度 (Beck Depression Inventory; BDI) が2件⁵⁾⁸⁾、CES-D(Center for Epidemiological Studies Depression Scale) が2件⁹⁾¹⁰⁾、PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9, depression) が2件⁶⁾⁷⁾、TSC(Trauma Symptom Checklist) が1件¹¹⁾、HAM-D-17(17-item Hamilton Rating Scale for Depression) が1件¹³⁾用いられていた。不安の評価には、状態-特性不安尺度 (State-Trait Anxiety Inventory-Short Form; STAI) が1件⁶⁾、VAS-A(Visual Analog Scale for Anxiety) が1件¹²⁾、TSC(Trauma Symptom Checklist) が1件¹¹⁾用いられていた。ストレスの評価には、PSS(Perceived Stress Scale) が2件⁵⁾¹¹⁾、SRS-18(Stress Response Scale-18) が1件¹⁰⁾、唾液中コルチゾールが2件⁵⁾¹²⁾、唾液中アミラーゼが1件¹²⁾用いられていた。研究によっては、唾液中コルチゾールとアミラーゼのように別の生理的ストレス指標と組み合わせて評価したり、上述の自覚的ストレス指標（自己報告式）とともに用いて評価しているものもあった。その例として、先行研究⁵⁾では、生理的指標よりも自覚的ストレス指標（自己報告式）の方が症状の改善に効果的であったが、その問題点として、サンプルサイズが小さかったことが挙げられていた。その他、他の先行研究¹²⁾でも生理的指標が使用されているが、先行研究⁵⁾と同様の結果であり、両研究の1群当たりのサンプル数は30名程度と同程度であった。睡眠障害の評価

には、PSQI(Pittsburgh Sleep Quality Index)が2件⁵⁾⁸⁾、ISI(Insomnia Severity Index)が1件⁶⁾、「睡眠時間」が1件⁸⁾用いられていた。疼痛の評価には、FPS-R(Faces Pain Scale-Revised)が1件¹²⁾、NRS(Numeric Rating Scale)が1件¹²⁾、「痛みの記録」が1件⁹⁾、そして疼痛関連の機能障害の評価には、MVAS(Million Visual Analog Scale)が1件⁹⁾用いられていた。

その他、戦争体験を対象とするものについては、対象者の軍事経験を問うものとしてCES(Combat Exposure Scale)を用いたものが1件⁵⁾、犯罪加害者を対象とするものについては、犯罪者になるリスクを評価するものとしてACRS(Automated Criminal Risk Score)を用いたものが1件¹¹⁾確認された。また、対象者の催眠状態、マインドフルネスや気づき、感情や情緒を評価する尺度等として、それぞれSHCS-C(Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children)を用いたものが1件¹²⁾、FFMQ(Five Facet Mindfulness Questionnaire)が1件⁶⁾、MAAS(Mindful Attention Awareness Scale)が1件¹⁰⁾、PANAS(Positive and Negative Affect Scale)が1件⁵⁾、WHOのQOL-BREF(World Health Organization Quality of Life, brief form)が1件⁶⁾、FACIT-SPの(Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being, 12-item scale)が1件⁶⁾確認された。

III-4. 主な介入効果

III-4-1. PTSDおよびトラウマに関する症状の評価

9件中4件⁵⁾⁷⁾¹¹⁾¹³⁾の研究においてPTSDおよびトラウマの症状に明確な改善があり、1件¹⁰⁾の研究において改善傾向が、1件⁶⁾の研究において中程度の改善が認められたという結果だった。介入方法別では、瞑想の4件、すなわち、TMの2件⁷⁾¹¹⁾で症状に高い効果量での改善(Cohen's dがCAPSで0.82, PCLで0.82)や有意な減少(p<.001)が、MRPの1件⁶⁾で中

程度の効果量での改善(Cohen's dがCAPSで0.49, PCLで0.43)が、ボディースキャン&マインドフルネスの1件⁵⁾については有意な減少(p<.001)が確認された。また、瞑想(ヨガ¹⁰⁾)の1件で症状の減少が有意傾向(p<.10)を示し、鍼治療によるものが1件¹³⁾のみが高い効果量での改善(Cohen's dがCAPSで0.484-0.907,1.111-1.600, PCLで0.803-1.333,0.867-2.244)を示していた。催眠療法¹²⁾については効果は確認されておらず、催眠療法¹²⁾を実施した群の熱傷3ヵ月後のPTSD症状は、標準治療群よりも有意に高くなっていた(p<.05)。

III-4-2. 併存症状およびその他の評価

8件⁵⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾の研究において何らかの併存症状に明確な改善が、1件⁶⁾の研究において中程度以上の改善が確認された。症状別では、うつを有意に軽減させていたり¹¹⁾Cohen's dが高いもの⁷⁾¹³⁾が3件、不安を有意に軽減させていたものが2件¹¹⁾¹²⁾、ストレスを有意に軽減させていたものが3件⁵⁾¹⁰⁾¹¹⁾、睡眠障害を有意に軽減させていたり⁵⁾⁸⁾¹¹⁾効果量が中程度以上のもの⁶⁾が4件、疼痛を有意に軽減させていたものが1件⁹⁾だった。介入方法別では、催眠療法¹²⁾により不安が有意に減少(p<.05)し、瞑想(ヨガ¹⁰⁾)によりストレス(不機嫌・怒り)が有意に減少(p<.05)し、瞑想(TM)の1件¹¹⁾によりストレス(p<.001)・不安(p<.001)・うつ(p<.001)・睡眠障害(p<.001)が有意に減少し、瞑想(ボディースキャン⁵⁾)によりストレス(自己報告式:p<.001/生理的指標:p<.05)・睡眠障害(p<.001)が有意に減少し肯定的な感情および情緒(p<.001)が有意に増加し、瞑想(MRP⁶⁾)により睡眠障害が中程度以上の効果量で改善(Cohen's dが0.59以上)を、瞑想(TM)の1件⁷⁾によりうつが高い効果量での改善(Cohen's dが0.83)を、鍼の1件¹³⁾によりうつが高い効果量での改善(Cohen's dが0.521-1.167,0.867-2.244)を示し、鍼の1件⁸⁾により睡眠障害(自己報告

表1 各研究の概要

著者(出版年)	対象	実践方法	主な評価方法 (尺度等)	主な結果 (有意水準、等)
Chester et al., (2018) ¹²⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・4~16歳の急性熱傷で通院中の児童(62名) ・平均年齢標準治療(35名)7.14±2.72歳 / 催眠+標準治療(27名)8.62±3.37歳 ・男子(標準治療)63% / 男子(催眠+標準治療)59% 	<ul style="list-style-type: none"> ・3カ月(創傷治療の通院時)催眠+標準治療(27名)実施 ・博士課程で特別な訓練を受けた医学生が実施 ・包帯交換前と交換の最中に各個人に合わせながら実施 ・(深い呼吸と筋弛緩等を併用しながら)自分の好きな場所で自分のしたいことをイメージするように指示 ・標準治療(35名) ・薬物治療+非薬物療法+その他の気晴らしになるものを用意 	<ul style="list-style-type: none"> ・FPS-R ・NRS ・VAS-A ・CPSS ・YGPC ・唾液中コルチゾール ・唾液中アミラーゼ ・心拍数 ・SHCS-C、等 	<ul style="list-style-type: none"> ・VAS-A: 2回目包帯交換前で効果あり($p < .05$)。 ・心拍数: 3回目包帯交換前後で効果あり($p < .05$)。 ・(創傷)疼痛や治癒: 効果は認められなかった。 ・YGPC: 熱傷3カ月後のPTSD症状は催眠群の方が高い($p < .05$)が、臨床症状よりははるかに下でサンプルサイズも小さい。 ・SHCS-C: サンプルサイズが小さい(27名中10名)。両親が時間を掛けたがらない。10名中8名は6以上あり催眠反応が高いことを示していた。
Nidich et al., (2016) ¹¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・再犯リスクが中~高程度の男性の被収容者(最終分析対象144名) ・調整前の対象者(181名)の平均年齢TM群(90名)28.56±7.18歳 / 統制群(91名)29.95±8.22歳 ・オレゴン州の更生施設に収容されており、量刑判決の収容期間が最低4カ月は残っている ・ACRSで最低中程度のリスクがある 	<ul style="list-style-type: none"> ・4カ月TM群(73名) ・TMの実践方法の伝達も含めて1セッション(60分)を5回 ・1回20分のTMを毎朝・夕の2回実践 ・2人の資格のあるTMインストラクター(10年以上の教育経験あり)が実施 ・最も穏やかな意識状態をイメージしながら実践 ・統制群(71名) ・日課は実践していたが、TMプログラムには不参加 	<ul style="list-style-type: none"> ・TSC ・PSS 	<ul style="list-style-type: none"> ・TSC(不安、解離、抑うつ、睡眠障害の全下位尺度): TM vs. 統制群の比較において、得点が全て有意に減少($p < .001$)。 ・PSS: TM vs. 統制群の比較において、得点が有意に減少($p < .001$)。
Wahbeh et al., (2016) ⁵⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・退役軍人でPTSDの男性(102名) ・平均年齢MM(27名)53.3±12.6歳 / SB(25名)52.2±12.5歳 / MM+SB(25名)50.0±12.8歳 / SQ(25名)53.0±11.8歳 ・CESが7点以上 ・精神科医の診察により慢性的なPTSDと診断された者 	<ul style="list-style-type: none"> ・下記全ての実践方法において、週1回20分のマンツーマンのセッションを6W(1.5カ月)継続 ・トレーニングの最初に研究アシスタント(RA)によって課題が提示 ・マインドフルネスの言葉の説明やその実践方法がRAによって伝えられる ・MMおよびMM+SBの実践には、録音した音声を使用 (a) MM: マインドフルネスのポディースキャン(27名) (b) SB: バイオフィードバック装置を装着しゆっくり呼吸する(25名) (c) MM+SB: ゆっくりとした呼吸を意識したマインドフルネス(25名) (d) SQ: 安静時(25名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・PCL ・PSS ・BDI ・PANAS-N ・PANAS-P ・GPSE ・PSQI ・(-GIC) ・EEG ・呼吸 ・覚醒時唾液中コルチゾール ・心拍数 ・心拍変動 	<ul style="list-style-type: none"> ・生理的指標よりも自己報告式の方が反応が明確だった。 ・PSS: MMの得点が有意に減少($p < .001$)。 ・PANAS-P: MMの得点が有意に増加($p < .001$)。 ・PSQI: MMの得点が有意に減少($p < .001$)。 ・PCL: MM+SBの得点が有意に減少($p < .001$)。 ・覚醒時唾液中コルチゾール: MMが有意に減少($p < .05$)。

著者(出版年)	対象	実践方法	主な評価方法 (尺度等)	主な結果(有意水準、等)
Bormann et al., (2018) ⁶⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・18歳以上の軍事関連のPTSDと診断された兵役経験者の男女(173名) ・平均年齢TM群(89名)48.30±14.63歳 / PCT=統制群(84名)49.50±14.50歳 ・男性(TM)82% / 男性(PCT)88% ・DSM-IV-TRのPTSDの基準に合致している ・CAPSで45点以上 ・PCL-Mで50点以上 	<ul style="list-style-type: none"> ・各療法とも週1回60分の8W(2ヵ月)でマンツーマンのセッション ・ファシリテーターは1つの治療法のみ担当、2日間で各治療法に関するロールプレイとスーパーヴィジョンを終え、隔週毎に自らもスーパーヴィジョンを受けていた ・マントラ瞑想(MRP)(89名) ・各個人がリストから選んだスピリチュアルに関連した言葉やフレーズを静かに繰り返す ・「ゆとり」と「一点集中する」とが教示される ・不快な気持ちになたら、この3つのスキルをできるだけ練習するよう伝えられる ・現在中心療法(PCT)(84名) ・支持的で間接的な方法で問題解決を目指すセラピストとセラピストについて話し合うのに、日誌が日課となる 	<ul style="list-style-type: none"> ・CAPS ・PCL-M ・PHQ-9 ・STAIの怒りの状態 ・STAIの怒りの特徴 ・FACIT-SPの全体スコア ・FFMQの全体スコア ・WHOのQOL-BREF全体スコア 	<ul style="list-style-type: none"> ・CAPS: 治療後のCohen's d=0.49 / フォロアアップ後(2ヵ月後)の効果量0.46。 ・PCL-M: 治療後のCohen's d=0.43 / フォロアアップ後(2ヵ月後)の効果量0.33。 ・ISI: 治療後のCohen's d=0.59 / フォロアアップ後(2ヵ月後)の効果量0.69。
Nidich et al., (2018) ⁷⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・PTSDと現在診断を受けている現役軍人の男女(203名→最終分析対象202名) ・平均年齢TM(68名)46.4±14.3歳 / PE(68名)48.5±15.6歳 / HE(66名)46.2±16.4歳 ・男性(TM)82% / 男性(PE)82% / 男性(HE)85% ・CAPSが45点以上 ・兵役期間中体験した出来事によるPTSD症状がある ・兵役に関連するトラウマになるような出来事から3ヵ月以上経過している 	<ul style="list-style-type: none"> ・PTSDワークブックを用いたPE療法導入後のPE治療を週1回12W(3ヵ月) ・資格のある精神科医が実施 ・統制条件: PTSD HE (66名) ・1群7~4名に対し、PTSDヘルスケア教育(90分)を週1回12W(3ヵ月) ・日課として、音楽聴取、読書、料理、運動、等を1日20分x2回行う ・毎週資格のある心理学者が実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・CAPS ・PCL-M ・PHQ-9 	<ul style="list-style-type: none"> ・CAPS: TM v.s. PTSD HE Cohen's d=0.82 / PE v.s. PTSD HE Cohen's d=0.49 / TM v.s. PE Cohen's d=0.33。 ・PCL-M: TM v.s. PTSD HE Cohen's d=0.82 / PE v.s. PTSD HE Cohen's d=0.54 / TM v.s. PE Cohen's d=0.29。 ・PHQ-9: TM v.s. PTSD HE Cohen's d=0.83 / PE v.s. PTSD HE Cohen's d=0.46 / TM v.s. PE Cohen's d=0.32。
土屋ら(2018) ¹⁰⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・岩手県の高校生(最終分析対象188名) ・平均年齢不明 ・女子学生(マインドフルネス)100% / 女子学生(心理教育)約62% 	<ul style="list-style-type: none"> ・約1ヵ月の間で計3回(ホームワークなし)マインドフルネス(57名) ・1回60分のマインドフルネスヨーガ瞑想法 ・ヨガインスタタラクターの資格を持つ臨床心理士専攻の大学院生が実施 ・心理教育(131名) ・1回60分の心理教育 ・臨床心理士の資格を持つ大学教員が実施 	<ul style="list-style-type: none"> ・MAAS ・CES-D ・IES-R ・SRS-18 	<ul style="list-style-type: none"> ・IES-R: マインドフルネス介入群において、介入前より介入後で得点の減少が有意傾向(p<.10)。介入前よりフォロアアップの得点の減少が有意傾向(p<.10)。 ・SRS-18(不機嫌・怒り): マインドフルネス介入群において機能的な改善が認められた有効群とそれ以外の無効群の比較で、介入前より介入後の得点有意に減少(p<.05)&介入後よりフォロアアップの得点有意に増加(p<.01)。

著者(出版年)	対象	実践方法	主な評価方法 (尺度等)	主な結果 (有意水準、等)
Feng, et al., (2018) ¹²⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・18歳～60歳の男女(240名) ・平均年齢A群(60名)40.6±12.5歳 / B群(60名)41.0±12.8歳 / C群(60名)40.9±12.7歳 / D群(60名)44.5±12.9歳 ・男性(A群)31.7% / 男性(B群)75.0% / 男性(C群)36.7% / 男性(D群)75.0% ・CAPSとDSM-IVで6ヵ月以上の期間PTSDと診断された者 ・以前に重篤なトラウマになるような出来事を体験している ・PCL-Cが35点以上というようにPTSD症状が最低中程度 	<ul style="list-style-type: none"> ・12W(3ヵ月) ・CBT: ①週1回1セッション(45分)を12回実施 ②最初の2週間で手順を教え、残り10週で暴露療法を実施 ③対象者のモチベーション維持と再発防止のために、セッションの合間に自主的な暴露療法の課題を毎日30分以上実践 ・CBTの実践の統一性確保のため、CBTインストラクターである精神科医および行動療法家に対して事前にトレーニング研修を実施 ・対象者へのCBTの手順やリハーサルの詳細な説明は、上級者のスーパーバイザーの下実施 A群: セルトラリン併用の疑似TEAS (60名) B群: CBT併用の疑似TEAS (60名) C群: CBT併用の能動的TEAS (60名) D群: CBTとセルトラリン併用の能動的TEAS (60名) 	<ul style="list-style-type: none"> ・CAPS ・PCL-C ・HAM-D-17 ・臨床反応(CAPSスコアのB/L時の点数より30%以上減と定義されている) ・寛解(CAPSスコアで20ポイント以下と定義されている) 	<ul style="list-style-type: none"> ・B/L、4W、8W、12Wで評価 ・CAPS: A-B群 Cohen's d=0.033-0.313、A-C群 Cohen's d=0.511-0.978、A-D群 Cohen's d=1.111-1.600、B-C群 Cohen's d=0.484-0.907、B-D群 Cohen's d=1.176-1.545、C-D群 Cohen's d=0.449-0.814。 ・PCL-C: A-B群 Cohen's d=0.313-0.509、A-C群 Cohen's d=0.787-1.368、A-D群 Cohen's d=1.479-1.571、B-C群 Cohen's d=0.803-1.333、B-D群 Cohen's d=1.115-2.194、C-D群 Cohen's d=0.4929-0.984。 ・HAM-D-17: A-B群 Cohen's d=0.077-0.295、A-C群 Cohen's d=0.557-1.447、A-D群 Cohen's d=0.867-2.244、B-C群 Cohen's d=0.571-1.167、B-D群 Cohen's d=0.805-2.194、C-D群 Cohen's d=0.359-1.121。 ・C-D群はA-B群よりも、臨床反応(85.0%と95.0% v.s. 63.3%と60.0%, p<.001)および寛解意に高かった。 ・有害事象発生率はA-D群とB-C群で同程度だった。
Huang et al., (2016) ⁸⁾	<ul style="list-style-type: none"> ・RCT ・24～55歳の退役軍人(60名) ・平均年齢PTSD陽性群(15名)40.7±10.9歳、PTSD陰性群(14名)38.3±8.6歳 / PTSD陽性疑似群(15名)40.3±10.1歳、PTSD陰性疑似群(15名)39.7±10.8歳 ・男性(PTSD陽性群)68.8%、男性(PTSD陰性群)78.6% / 男性(PTSD陽性疑似群)86.7%、男性(PTSD陰性疑似群)73.3% ・最低3ヵ月間の軽度の外傷性脳損傷の既往と雑治性の睡眠障害がある ・PSQI 全体スコアが8点を超えている 	<ul style="list-style-type: none"> ・10W(2.5ヵ月) ・1回50～60分のセッションを最低5回 ・鍼の上級訓練を受けた資格のあるリハビリテーション医が実施 鍼群(30名) 疑似鍼群(30名) ・活動的な経穴に近い処(例えば、1インチ以内)の皮膚浸透および針の穿刺を行わない 	<ul style="list-style-type: none"> ・PSQI ・BDI ・睡眠時間 ・IES-R ・PCL-M ・手首のアクティグラフ(身体の動きを測定する装置) 	<ul style="list-style-type: none"> ・PSQI : 介入後 p=.04。 ・アクティグラフ(睡眠効率): 介入後p=.0016。

著者(出版年)	対象	実践方法	主な評価方法 (尺度等)	主な結果(有意水準、等)
Peacock et al. (2019)	<ul style="list-style-type: none"> • RCT • 18~60歳の現役および退役軍人の男女(100名) • 平均年齢: バイオモジュレーター(34名)49.1±10.8歳 / 鍼(36名)45.8±10.6歳 / TENS(30名)42.7±10.3歳 • 男性(バイオモジュレーター)79.4% / 男性(鍼)75.0% / 男性(TENS)80.0% • 慢性疼痛で最低3カ月は治療を受けている 	<ul style="list-style-type: none"> • 6W(1.5カ月)バイオモジュレーター(34名) • 1回20分のセッション(アセサメント、バイオモジュレーターによる治療、家での使用方法の確認) • 日課として1日15分x2回実施 • 鍼(36名) • 従来の中国の経穴やAh-Shiポイントに基づいて穿刺(但し、耳点は除く) • 参加者は皆、手動および電気的針刺激の組合せを経験する • 各セッションの最後に、約5秒針が再び手動で穿刺 • 同じ鍼師による治療で、実施時間は20~30分 • TENS(30名) • 経皮電気(的)神経刺激週1回20分 • 必要な機材が配布され日課として1日2回 	<ul style="list-style-type: none"> • 痛みの記録 • MWAS • PCL-M • CES-D 	<ul style="list-style-type: none"> • B/Lから終了まで1回/Wで評価(PCL-M&CES-D以外) • 痛みの記録: 疼痛が有意に軽減(p<.0001)。 • MWAS: 疼痛関連の機能障害が有意に軽減(p<.0001)。 • 疼痛に関しては、他よりも顕著に優れている方法はない。 • 疼痛および疼痛関連の障害の軽減が、1カ月後のフォローアップまでには鈍化している。 • 時間またはグループ(群)の間数でPTSDおよび抑うつ症状に顕著な変化なし。

BDI=Beck Depression Inventory; CAPS=Clinician-Administered PTSD Scale; CES-D=Center for Epidemiological Studies Depression Scale; CPSS=Child PTSD Symptom Scale; ECG=electroencephalography; EEG=electrocardiography; FACIT-SP=Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being, 12-item scale, total score; FFMD=Five Facet Mindfulness Questionnaire; FPS-R=Faces Pain Scale-Revised; GIC=Global Impression of Change; GPSE=General Perceived Self-Efficacy Scale; HAMD-17=17-item Hamilton Rating Scale for Depression; IES-R=Impact of Event Scale-Revised; ISI=Insomnia Severity Index; AAS=Mindful Attention Awareness Scale; MWAS=Million Visual Analog Scale; MM=Mindfulness Meditation; MM + SB=Mindfulness Meditation plus Slow Breathing; NRS=Numeric Rating Scale; PANAS-N=Positive and Negative Affect Scale; PANAS-P=Positive and Negative Affect Scale; PCL=PTSD Checklist; PCL-C=PTSD Checklist-Civilian; PCL-M=PTSD Checklist-Military; PHQ-9=Patient Health Questionnaire-9, depression; PSQI=Pittsburgh Sleep Quality Index; PSS=Perceived Stress Scale; SB=Slow Breathing; SHCS-C=Stanford Hypnotic Clinical Scale for Children; SQ=Sleeping Quietly; SRS-18=Stress Response Scale-18; STAI=State-Trait Anxiety Inventory-Short Form; TSC=Trauma Symptom Checklist; VAS=Visual Analog Scale for Anxiety; WHOQOL-BREF=World Health Organization Quality of Life, brief form, total score; YPO=Young Child PTSD Checklist; RCT=Randomised Controlled Trial; TM=Transcendental Meditation; ACRS=Automated Criminal Risk Score; MRP=Mantram Renetition Program; SB=Slow Breathing; SQ=Sitting Quietly; SCT=Present-Centered Therapy; PTSD=Posttraumatic Stress Disorder; PTSD HE=PTSD Health Education; DSM-IV-TR=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; PE=Prolonged Exposure; CBT=Cognitive Behavioral Therapy; TEAS=Transcutaneous Electrical Acupoint Stimulation; DSM-IV=Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; TENS=Transcutaneous Electrical Nerve Stimulation; B/L=Base Line

式： $p<.05$ / 生理的指標： $p<.01$) が、鍼の 1 件⁹⁾により疼痛が有意に軽減していた ($p<.001$)。

IV. 考察

本研究では、2016 年から 2020 年までの 5 年間で、特定の検索語を用いてデータベース検索を行った結果得られた PTSD に対する心身療法 9 件について、どのような対象に何をどのような方法で実践し、どのような評価方法でどのような結果が得られたのか、を纏め検討した。各介入方法の効果については、催眠療法¹²⁾は PTSD およびトラウマの症状には直接的な効果は認められなかったが、不安などの併存症状には効果が認められた。鍼治療に関しては、1 件¹³⁾のみ PTSD およびトラウマの症状にも直接効果が認められ、うつなどの併存症状にも効果が認められた。鍼治療の残りの 2 件⁸⁾⁹⁾については、睡眠障害または疼痛などの併存症状に対しては効果が認められていた。瞑想に関しては、PTSD およびトラウマの症状が改善傾向レベルにとどまったのがヨガの 1 件¹⁰⁾、中程度の改善にとどまったのが MRP の 1 件⁶⁾で、ヨガの 1 件¹⁰⁾では併存症状の内ストレス（不機嫌・怒り）にも効果が認められていた。残りの瞑想の 3 件、すなわち、TM の 2 件⁷⁾¹¹⁾、およびボディースキャン&マインドフルネスの 1 件⁵⁾については、全て PTSD およびトラウマの症状の明確な改善が確認された。また、TM の 1 件¹¹⁾はストレス・不安・うつ・睡眠障害に対して、ボディースキャン&マインドフルネス⁵⁾はストレス・睡眠障害・肯定的な感情および情緒に対して、MRP⁶⁾は睡眠障害に、TM の 1 件⁷⁾はうつに明確な効果が確認された。各介入方法の効果量等を比較すれば、TM を介入方法として用いた研究¹¹⁾において、PTSD およびトラウマとその併存症状に対する高い有効性が示唆されている。本件は犯罪加害者を対象にした研究であり、今後の犯罪予防という観点からも期待が持てる結果とも考えられるが、9 件全ての研究において同じような

評価が行われたという訳でもなければ、デザインも同じという訳でもない。本件については、対象も男性に限定されていた（本稿で取り上げたその他の研究では、男性の戦争体験者を対象とするものが半分以上を占めた）。これらを踏まえると、上述の結果は慎重に解釈する必要があるであろう。

本稿で取り上げた介入方法の中では、瞑想によるものが相対的に症状の改善に効果的であったが、これらの瞑想は、いわゆる、一般的にイメージされやすい閉眼状態で座って静かに行うような静的な瞑想とは違っていた。作用機序については不明確な点が多いものの、トラウマ治療における身体性の重要性について言及している報告もあり¹⁴⁾、本稿で取り上げた瞑想の全てが身体を介するような能動的アプローチであったことは注目に値する。また、家でのホームワークが課せられたアプローチの結果にも注目したい。家でのホームワークが課せられたものは 4 件⁷⁾⁹⁾¹¹⁾¹³⁾で、内 3 件⁷⁾¹¹⁾¹³⁾については、PTSD およびトラウマに関する症状の評価で改善に効果的で、これは介入方法の結果とも重複するものであった。その他、家でのホームワークが課せられている訳ではないものの、週 1 回 20 分以上のセッションを 1.5 ヶ月以上マンツーマンで行ったアプローチ⁵⁾⁶⁾についても、結果は良好であった。さらに、インストラクターの介入方法に関する資格の有無については、PTSD およびトラウマに関する症状の評価で改善に効果的だった 5 件中 2 件⁵⁾⁶⁾が資格は確認されていないが、結果は良好だった。2 件の内の 1 件⁵⁾では、研究アシスタントがインストラクターを担い、もう 1 件⁶⁾では、ファシリテーターが 2 日間で各治療法に関するロールプレイとスーパーヴィジョンを終え、隔週毎に自らもスーパーヴィジョンを受けていたとのみ記されていた。

PTSD は現在、細胞の老化の加速化や心血管代謝の不全にも関わっていることが判ってきて

おり¹⁵⁾、このような問題と関連のある全身性疾患として全身治療が必要だとされている¹⁶⁾。これを踏まえた上で先行研究²⁾では、心身療法が必要とされる背景について、今現在人々の関心が高く利用可能性が高く、人体に有害ではないこと等を挙げている。一方で、介入が適切に行われない場合には、強い感情を引き起こす刺激を避けるべきものとしてしまい、内的体験が有害であるという恐怖感が強化されてしまう可能性、内的体験を回避するためにアプローチが誤用される可能性もあるため、実践者にはPTSDの発症と維持につながっていく過程について、基本的な理解が備わっていることが求められると指摘する。さらに、鍼やマッサージ等の心身療法については受動的アプローチと称し、効果があったとしても、これらの治療提供者への過度な依存につながったり、変化をもたらしたものが自分以外によるもの(外的帰属)として捉えられるようになる可能性を指摘しており、能動的アプローチの継続的実践の重要性を強調している。本研究でも、家でのホームワークが課せられたもの、週1回20分以上のセッションを1.5ヵ月以上マンツーマンで行ったアプローチ等、継続的な実践が行われたものが相対的に症状の改善に効果的であり、これは上述の内容とも一致した結果と考えられよう。

冒頭でも述べた通り、PTSDに対して実施された心身療法の研究に関する現状での問題点として、先行研究²⁾では、対象者が偏っており(退役軍人を対象にしたものが多い)、サンプルサイズが小さく、ヨガや瞑想には様々なタイプのもがあり作用機序が明確ではないことなどの問題が挙げられていたように、今後これらをどう日常生活とつなげ生かしていくかも含めて、この領域での研究はこれからのものであると言えよう。本邦においては、2016年から2020年までの5年間でのRCTは殆どなく、事例研究が中心となっていることから、本研究では本邦での心身療法の現状についてはあまり触れるこ

とができなかった。本件については、また別の機会に検討し改めて報告する機会を持つことができればと考えている。

引用文献

- 1) 平墳昭一, 元村直靖. 心的外傷からの回復と保管代替療法. 大阪教育大学紀要第II部門 2008; 56(2): 61-76.
- 2) Lang AJ, Niles B. Complementary, Alternative, and Integrative Interventions. In Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L, Alisic E.(Eds.) *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* New York : The Guilford Press, 2020: 343-365.
- 3) 「統合医療」のあり方に関する検討会(2013), これまでの議論の整理, 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002vsub-att/2r9852000002vsv2.pdf>, (アクセス日 2021年4月30日)
- 4) 「統合医療」に係る情報発信等推進事業, eJIME (evidence-based Japanese Integrative Medicine), 厚生労働省 <https://www.ejim.ncgg.go.jp/public/index.html>, (アクセス日 2021年04月30日)
- 5) Wahbeh H, Goodrich E, Goy E, Oken BS. Mechanistic Pathways of Mindfulness Meditation in Combat Veterans With Posttraumatic Stress Disorder. *JOURNAL OF CLINICAL PSYCHOLOGY* 2016; 72(4): 365-383.
- 6) Bormann JE, Thorp SR, Smith E, Glickman M, Beck D, Plumb D, et al. Individual Treatment of Posttraumatic Stress Disorder Using Mantram Repetition: A Randomized Clinical Trial.

- American Journal of Psychiatry* 2018; 175(10): 979-988.
- 7) Nidich S, Mills PJ, Rainforth M, Heppner P, Schneider RH, Rosenthal NE, et al. Non-trauma-focused meditation versus exposure therapy in veterans with post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; 5(12): 975-986.
- 8) Huang W, Johnson TM, Kutner NG, Halpin SN, Weiss P, Griffiths PC, et al. Acupuncture for Treatment of Persistent Disturbed Sleep: A Randomized Clinical Trial in Veterans With Mild Traumatic Brain Injury and Posttraumatic Stress Disorder. *The Journal of Clinical Psychiatry* 2018; 80(1): e1-e8.
- 9) Peacock KS, Stoerke, E, Libretto S, Zhang W, Inman A, Schlicher M, et al. A randomized trial comparing the Tennant Biomodulator to transcutaneous electrical nerve stimulation and traditional Chinese acupuncture for the treatment of chronic pain in military service members. *Military Medical Research* 2019; 6(37):1-10. <https://doi.org/10.1186/s40779-019-0227-4>
- 10) 土屋さとみ, 大谷哲弘, 伊藤大輔他. 東日本大震災被災地の高校生に対する短期マインドフルネスの効果. *ストレスマネジメント研究* 2018; 14(2): 67-77.
- 11) Nidich S, O'connor T, Rutledge T, Duncan J, Compton B, Seng A, et al. Reduced Trauma Symptoms and Perceived Stress in Male Prison Inmates through the Transcendental Meditation Program: A Randomized Controlled Trial. *The Permanente Journal* 2016 ; 20(4): 1-5. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/16-007>
- 12) Chester SJ, Tyack Z, De Young A, Kipping B, Griffin B, Stockton K., et al. Efficacy of hypnosis on pain, wound-healing, anxiety, and stress in children with acute burn injuries: a randomized controlled trial. *Pain* 2018; 159(9): 1790-1801.
- 13) Feng B, Zhang Y, Luo LY, Wu JY, Yang SJ, Zhang N, et al. Transcutaneous electrical acupoint stimulation for post-traumatic stress disorder: Assessor-blinded, randomized controlled study. *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 2019; 73(4): 179-186.
- 14) 大谷彰. マインドフルネス実践抗議 – マインドフルネス段階的トラウマセラピー (MB-POTT) – . 金剛出版, 2017.
- 15) Wolf EJ, Schnurr PP. Posttraumatic stress disorder-related cardiovascular disease and accelerated cellular aging. *Psychiatric annals* 2016; 46(9): 527-532.
- 16) Mcfarlane AC. Post-traumatic stress disorder is a systemic illness, not a mental disorder: Is Cartesian dualism dead? *Medical Journal of Australia* 2017; 206(6): 248-249.

The Potential of Complementary and Integrative Health Treatments for PTSD

Akiko NISHIKAWA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

心的外傷後ストレス障害（PTSD）における実行機能障害 および併存する睡眠障害の影響



桃田茉莉子

兵庫県こころのケアセンター

PTSDに併存する睡眠障害や実行機能障害についての詳細な調査は多く実施されていない。そこで本研究では、PTSD患者を対象に睡眠の問題と実行機能障害の関連について検討した。

本研究の調査対象者28名のうち、PTSDの診断基準を満たす25名（平均年齢37.8歳）を解析対象とした。睡眠習慣に関しては、日本人の平均的な睡眠時間と大きな相違は見られなかったが、睡眠効率や入眠にかかる時間が長いなどの質的な問題が確認された。

PTSD症状と睡眠の問題を含めた実行機能の関連を検討するため相関分析を実施した結果、データの全体的な傾向としてPTSD症状と実行機能との各項目間に有意な相関が認められた。

さらに睡眠の問題を制御するとPTSD症状が実行機能の下位項目にどのように影響するのか検討するため、睡眠の問題を除いたPTSDと実行機能の関連を検討した結果、主にPTSD症状の「覚醒度と反応性の著しい変化」と実行機能の項目間で正の偏相関が見られた。

睡眠の問題を制御してもなお、PTSD症状の「覚醒度と反応性の著しい変化」が実行機能に多くの問題を引き起こし、日常生活上で問題が多く起こっている可能性が高いと考えられた。

Key word: PTSD、認知機能、実行機能、睡眠習慣

I, はじめに

実行機能とは、目的を達成するために、適切な行動の選択を可能にする能力の総称とされ¹⁾、抑制、シフト、ワーキングメモリという3つの下位要素を中核とする²⁾。実行機能は、人の様々な日常行動の基礎となる複合的な能力であるため、低い場合には何らかの日常生活上の不便が生じる可能性がある³⁾と述べられている。

心的外傷後ストレス障害（Post-traumatic stress disorder; PTSD）患者を対象に実行機能を測定した研究では、健常者と比較して機能低下が認められており、その背景には、心理的苦痛や不快な内的経験に対処するためのリソースに割り当てる必要があるため、そのことが注意力の低下につながっていると考えられている⁴⁾⁵⁾。実行機能を低下させる要因は、先に挙げたPTSD⁶⁾⁷⁾、他の精神疾患や加齢をはじめとして

多くあるが、睡眠障害による影響も確認されている⁸⁾。PTSDに伴う睡眠障害は、患者の多くに併存することがわかっており⁹⁾¹⁰⁾、PTSD症状の重症度は、睡眠障害を媒介して実行機能低下に関連していることが明らかになっている¹¹⁾。しかし、先行研究では、実行機能の下位項目を詳細に検討することや日常生活に即したアセスメントは多く実施されては来なかった。

桃田¹²⁾では、それら詳細な検討が不十分だった要因の一つに実行機能の測定上の問題を挙げ、日常生活上の実行機能を質問紙で簡便に査定できる成人のための自記式の質問紙成人版実行機能行動評価尺度（Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult Version; BRIEF-A）を用いてPTSD患者の日常生活上の実行機能と睡眠習慣を評価した。この調査における参加者は、ほぼすべてがPTSDの診断基準を満たし、PTSD症状や主観的苦痛は

有するものの中は学業や仕事に従事していたため、睡眠習慣は大きく乱れていなかったが、睡眠効率は65%未満の低さなどに多く該当し、睡眠の質的な問題が見られた。また、実行機能と睡眠習慣の関連については、主に日中覚醒困難と実行機能の各下位項目との間に中程度から強い正の相関を示した。このことから日中は学業や仕事に従事し、社会生活、日常生活を送ることができる患者であっても睡眠や実行機能に問題が生じており、日常生活に様々な不便が起こっていることが予想されたが、データ数が少なかったためにPTSD臨床診断尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 : CAPS-5)⁵⁾ 総得点と症状クラスター得点、BRIEF-A 及びピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh Sleep Quality Index ; PSQI-J) の総得点と下位得点の相関を個別に確認するのみであった。PTSD症状と睡眠障害がBRIEF-Aの広範な領域と相関することがわかったが、これまでの研究では、PTSD症状による実行機能障害なのか、睡眠障害の影響を制御するとPTSD症状が実行機能の下位項目にどのように影響するのかという点は、検討することができなかった。

そこで、本研究では、桃田¹²⁾にデータを追加して分析を行った。まずは、PTSD症状と実行機能の単相関を確認し、睡眠の問題を含んだ影響について確認した。その上で睡眠習慣を評価するPSQIの総得点であるPSQI-JGを制御した偏相関分析を実施し、PTSD症状と実行機能の下位項目の関連について確認することとした。

II, 方法

II -1. 対象者

兵庫県こころのケアセンターを受診し、トラウマ体験がある28名を対象とした。本研究の除外基準は、1. トラウマに関する専門的治療を受けている、2. 活発な精神病症状、3. 重

篤なうつ症状、4. その他、研究責任者および主治医において研究参加が不適切だと判断した場合とした。この28名の対象者は、桃田¹²⁾の10名のデータに新たに収集した18名のデータ追加したデータである。そのうち、PTSDの診断基準を満たさなかった3名のデータを除外し、最終的に25名の最終的に解析対象者とした。

II -2. 実施場所

プライバシーおよび実施者・協力者双方の安全が確保された個室を使用した。

II -3. 倫理的配慮

調査に際し、調査協力者へ「研究対象者への調査説明書」を渡し、目的、方法、倫理面の配慮、研究への参加は任意であり、参加しない場合でも今後の治療やケアを受ける上でなんら不利益は受けないこと、参加に同意した後でも同意を撤回できること、同意撤回を行った場合も当然治療やケアに関して何ら不利益を被ることはないこと、回答内容については、統計解析処理をして分析するため、回答者の氏名をはじめとした個人情報については、特定されることはないこと、データは兵庫県こころのケアセンターの研究目的で使用することを対面で説明した上で、「研究対象者からの同意書」への記載を求めると同時に「研究対象者からの同意撤回書」を渡した。本研究は、兵庫県こころのケアセンターの倫理審査に承認され実施した。

II -4. 使用した尺度

1) PTSD臨床診断尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5 : CAPS-5)

CAPS-5とは、PTSD症状の重症度を量と強度に基づいて評価する構造化面接である。「A : 出来事」の確認、「B : 侵入症状」に関する5つの項目、「C : 回避症状」に関する5つの項目、「D : 認知・気分の陰性の変化」に関する7つ

の項目、「E：覚醒度と反応の著しい変化」に関する6つの項目に加え、「F：持続期間」で1項目、「G：苦痛または機能障害」で3項目、「総合評価」で3項目、「解離症状」で2項目の全30項目で構成されている。それぞれの質問項目について過去1か月間の状態を5段階(0:全くなし、1：軽度/閾値以下、2：中等度/閾値レベル、3：重度/閾値を顕著に上回る、4：極度/能力を損なう)で面接者が評価を行う。

2) 成人版実行機能行動評価尺度 (Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult Version; BRIEF-A)

BRIEF-Aとは、家庭や日常環境における行動を評価し実行機能の査定を可能にする成人のための自記式の質問紙である。抑制、シフト、情動制御、セルフモニタ、開始、ワーキングメモリ、計画/組織、タスクモニタ、整理、の9つの下位項目からなり、日常生活上の問題行動を実行機能の下位要素ごとに詳しく検討できる。さらに、下位項目は抑制、シフト、情動制御、セルフモニタの値の和が行動調整指標 (Behavioral Regulation Index: BRI) になり、開始、ワーキングメモリ、計画/組織、タスクモニタ、整理の値の和がメタ認知指標 (Metacognition Index; MCI) という2つの因子に統合され、BRIとMCIの値の和が合成得点 (Global Executive Composite: GEC) として算出される。これらの得点は、BRIEF-AのT得点換算表を用いてT得点に換算され、T得点が高いほど日常生活における実行機能に関連する行動に問題があることを示す。全72の質問項目で各項目については、問題にならない、ときどき問題になる、しばしば問題になる、の3件法で回答する。

3) ピッツバーグ睡眠質問票 (Pittsburgh Sleep Quality Index ; PSQI-J)

PSQI-Jは、睡眠の質を測定する自記式の質問紙である。質問項目は、すべて過去1か月に

における睡眠習慣や睡眠の質に関するもので、回答者は、就寝時刻、入眠時刻、起床時刻、睡眠時間に関する質問項目について0：なし、1：1週間に1回未満、2、1週間に1-2回、3:1週間に3回以上で該当する選択肢を選ぶ。PSQI-Jでは、全18項目から7つのコンポーネントC1：睡眠の質；睡眠の全般的な主観的評価、C2：入眠時間；寝つきのよさを評価、C3：睡眠時間；総睡眠時間の長さを評価、C4：睡眠効率；就寝時間に対する実睡眠時間の割合を、(実睡眠時間/床内時間(起床時間-就床時間))×100で算出する、C5：睡眠困難；睡眠困難の理由を得点化する、C6：眠剤の使用；眠るための薬、使用頻度を評価、C7：日中覚醒困難；睡眠問題に伴う抑うつ気分・眠気を評価、得点と睡眠障害の程度を表すGlobal PSQI-J Score (PSQI-JG)を算出することが可能である。土井ら¹³⁾はPSQI-JGの得点が睡眠障害と関連が高いことを示し、合計得点が5.5点以上である場合に、睡眠障害の診断と高率で一致することを示している。

II -5. 分析方法

質問紙の回答を集計し、統計学的方法を用いてデータ解析を行った。CAPS-5総得点および症状クラスター得点と3種類の質問紙の総得点と下位得点の記述統計量を算出した。Kolmogorov-Smirnov検定にて本データが正規分布に従っていることが確認されたため、CAPS-5とBRIEF-Aの単相関を確認し、さらに、PSQI-Jの総得点であるPSQI-JGを統制した偏相関分析を実施した。全ての統計解析には、IBM SPSS Statistics 23 IBM (IBM 日本, 東京)を使用した。

III, 結果

III -1. 対象者の基本属性

対象者の基本属性を表1に示した。性別は男性が3名、女性22名であった。年齢は平均36.1歳(11.1歳)、就労状況は、フルタイム勤務が12名、休職中2名、学生2名、主婦/無職が9名であった。トラウマ体験種別に関しては、交通事故4名、性被害8名、DV被害が5名、幼少期の被虐待体験が5名、その他が3名であった。

表1, 対象者の基本属性(N=19)

		平均(標準偏差)
年齢(歳)		37.8(10.1)
		人数
性別	男性	3
	女性	16
就業状況	フルタイム	6
	休職中	2
	主婦/無職	10
トラウマの種類	交通事故	2
	性被害	5
	DV	4
	幼少期の被虐待体験	5
	その他	3

III -2. CAPS の判定結果および基本統計量

対象者のCAPS判定結果を表2-1、基本統計量を表2-2に示した。25名すべての参加者がA基準である「実際にまたはあやうく死ぬ、重症を負う、性的暴力を受ける出来事への暴露」を満たし、25名全員がDSM-5におけるPTSDの診断基準であるA～G項目のすべてを満たしていた。

表2-1, CAPS判定結果

項目	人数(満たす/満たさない)
A 基準を満たすか	19/19
すべての基準を満たすか	18/19
解離症状を伴うか	9/19
遅延顕症型か	2/19

表2-2, CAPS基本統計量

項目	平均得点(標準偏差)
B. 侵入症状	11.1(4.9)
C. 回避症状	4.5(2.0)
D. 認知と気分の陰性化	13.7(7.5)
E. 覚醒度と反応性の著しい変化	10.9(3.8)
PTSD合計点	39.8(16.7)
G. 苦痛または機能障害	7.7(3.7)
解離症状	2.5(2.5)

III -3. PSQI-J の基本統計量

PSQI-Jの基本統計量を表3に示した。対象者25名の各項目における最頻値及び平均値を示した。入眠にかかる時間が最頻値で3「61分を超える」を示し、睡眠時間に1「6時間以上7時間以下」と入眠に時間がかかるが、睡眠時間には大きな問題は見られなかった。さらに睡眠の質は最頻値で2「かなり悪い」を示し、睡眠効率は65%未満という低い値を示した。PSQI-JGを見ると平均点12.8点と高い得点を示し、研究参加者の睡眠に問題が多くみられることがわかった。

表3, PSQI-J 基本統計量

PSQI-J	最頻値及び平均値(標準偏差)
C1: 睡眠の質	2
C2: 入眠時間	3
C3: 睡眠時間	2
C4: 睡眠効率	3
C5: 睡眠困難	2
C6: 眠剤の使用	1
C7: 日中覚醒困難	2
PSQIG	平均 12.8 (3.9) 点

注) C1(0:非常により, 1:かなりよい, 2:かなりわるい, 3:非常に悪い)。C2(0:16分未満, 1:16分以上31分未満, 2:31分以上61分未満, 3:61分を超える)。C3(0:7時間を超える, 1:6時間を超え7時間以下, 2:5時間以上6時間以下, 3:5時間未満)。C4(0:85%以上, 1:75%以上85%未満, 2:65%以上75%未満, 3:65%未満)。C5(0:0点, 1:1-9点, 2:10-18点, 3:19-27点)。C6(0:なし, 1:1週間に1回未満, 2:10-18点, 3:19-27点)。C7(0:0点, 1:1-2点, 2:3-4点, 3:5-6点)。PSQIG(0-27点)

III -4. BRIEF-A の基本統計量

BRIEF-Aの平均得点を表4-1、T-score得点を表4-2に示した。Roth & Gioia¹⁴⁾によるとT得点で65点を上回る項目については、年齢相応段階と比較して日常に問題が多いと評価できるとされる。本結果からは、開始、ワーキングメモリ、計画/組織、合成得点ではMCI項目とGEC項目が65点を上回り、日常生活上で問題が多いことが確認された。

表4-1, BRIEF-A基本統計量

		平均値 (± SD)
BRI	抑制	13.8 (3.5)
	シフト	11.8 (3.3)
	情動制御	19.7 (5.2)
	セルフモニタ	10.2 (3.4)
MCI	開始	16.6 (4.4)
	ワーキングメモリ	17.5 (3.8)
	計画 / 組織	19.6 (5.0)
	タスクモニタ	11.9 (3.0)
	物の整理	15.4 (4.2)
BRI		55.7 (13.1)
MCI		81.1 (18.0)
GEC		136.8 (30.2)

注, Behavioral Regulation Index:BRI (抑制、シフト、情動制御、セルフモニタ), Metacognition Index:MCI (開始、ワーキングメモリ、計画 / 組織、タスクモニタ、物の整理), Global Executive Conpocite: GEC (BRI、MCI) .

表4-2, BRIEF-A基本統計量 (T-score)

		平均値 (± SD)
BRI	抑制	57.6 (12.3)
	シフト	64.8 (14.8)
	情動制御	61.8 (12.6)
	セルフモニタ	55.1 (14.5)
MCI	開始	66.5 (14.8)
	ワーキングメモリ	72.9 (13.4)
	計画 / 組織	65.6 (13.9)
	タスクモニタ	64.5 (14.0)
	物の整理	58.4 (12.3)
BRI		62.2 (14.1)
MCI		69.1 (14.0)
GEC		69.2 (18.1)

注, Behavioral Regulation Index:BRI (抑制、シフト、情動制御、セルフモニタ), Metacognition Index:MCI (開始、ワーキングメモリ、計画 / 組織、タスクモニタ、物の整理), Global Executive Conpocite: GEC (BRI、MCI) .

III -5, CAPS-5 症状クラスター群と BRIEF-A の単相関・偏相関係数の結果

研究対象者の CAPS-5 症状クラスター群と BRIEF-A の単相関分析の結果を表 5-1 に、偏相関分析の結果を表 5-2 に示した。

まず、睡眠の問題を含めた PTSD 症状と実行機能の関連を検討するために、単相関分析を行った結果、CAPS-5 重症度合計と BRIEF-A のタスクモニタ以外のすべての項目間に $r=.47-64$ の中程度の正の相関が認められた。次に、下位項目別に見ていくと「B: 侵入症状」重症度と BRIEF-A の情動制御 $r=.43(p<.05)$ 、セルフモニタ $r=.49(p<.05)$ 、開始 $r=.51(p<.01)$ 、物の

整理 $r=.48(p<.05)$ に関連が見られた。さらに、合成項目では、BRI、MCI、GEC で $r=.42-.46$ 、「D: 認知・気分の陰性の変化」とセルフモニタ $r=.41(p<.05)$ 、合成項目の BRI $r=.43(p<.05)$ との間に中程度の正の相関が確認された。「E: 覚醒度と反応の著しい変化」の重症度と BRIEF-A では、すべての下位項目、合成項目で $r=.55-72$ の中程度から強い正の相関が認められ、「G: 苦痛または機能障害」においては、タスクモニタ以外のすべての項目で $r=.42-56$ の正の相関が認められた。

次に、睡眠の問題を制御して PTSD 症状と実行機能の関連を見るために、PSQI-JG を制御変数として偏相関分析を行った結果は、CAPS-5 の重症度合計と BRIEF-A の抑制、ワーキングメモリ、タスクモニタ以外の項目で $r=.45-.57$ の中程度の正の偏相関が見られた。下位項目別に見ると「B: 侵入症状」重症度と開始 $r=.41(p<.05)$ 、「D: 認知・気分の陰性の変化」と BRI $r=.42(p<.05)$ 、「E: 覚醒度と反応の著しい変化」の重症度と BRIEF-A の抑制以外のすべての下位項目、合成項目で $r=.41-65$ の中程度の偏相関が認められた。そのほか、「G: 苦痛または機能障害」とシフト $r=.44(p<.05)$ 、セルフモニタ $r=.47(p<.05)$ 、BRI $r=.46(p<.05)$ 、GEC $r=.44(p<.05)$ の項目で有意な正の偏相関が認められた。

IV, 考察

本研究では、PTSD 患者を対象に PTSD 症状が与える日常生活上の実行機能への影響について検討するため、桃田¹²⁾にデータを追加して分析を行った。まずは、CAPS-5 と BRIEF-A の単相関を確認し、睡眠の問題を含んだ影響について確認した。その上で睡眠の問題を制御して PTSD 症状と実行機能の関連を見るために PSQI-J の総得点である PSQI-JG を制御した偏

表5-1, CAPS-5とBRIEF-A得点の単相関係数

BRIEF-A	CAPS												遅延顕症型		
	B, 侵入症状		C, 回避症状		D, 認知と気分の陰性変化		E, 覚醒度と反応性の著しい変化		G, 苦痛または機能障害		解離症状				
	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数			
抑制	.34	.24	.17	.01	.3	.18	.55**	.51**	.48*	.39	.44*	.25	.21	.34	.13
シフト	.26	.06	.33	.18	.35	.19	.62**	.52**	.52**	.38	.49*	.42*	.32	.05	-.14
情動制御	.43*	.32	.28	.17	.38	.28	.59**	.55**	.57**	.50*	.42*	.26	.32	.15	-.13
セルフモニタ	.49*	.35	.04	-.15	.41*	.26	.65**	.54**	.59**	.47*	.57**	.3	.27	.03	-.1
開始	.51**	.37	.29	.17	.28	.08	.59**	.56**	.53**	.49*	.45*	.32	.36	.02	.09
ワーキングメモリ	.25	.04	.12	-.03	.28	.11	.66**	.59**	.47*	.33	.47*	.46*	.35	.06	.02
計画/組織	.27	.06	.18	.03	.34	.19	.63**	.53**	.50*	.36	.45*	.42*	.31	.08	.07
タスクモニタ	.33	.27	-.08	-.19	.1	-.05	.55**	.52**	.35	.28	.36	.29	.25	.31	.26
物の整理	.48*	.33	.29	.22	.39	.27	.60**	.55**	.60**	.55**	.43*	.40*	.43*	-.05	-.21
BRI	.46*	.3	.25	.08	.43*	.27	.71**	.63**	.64**	.52**	.55**	.36	.33	.17	-.07
MCI	.42*	.24	.2	.06	.32	.15	.69**	.62**	.57**	.47*	.49*	.44*	.39	.08	.04
GEC	.45*	.27	.23	.07	.37	.21	.72**	.65**	.62**	.50*	.54**	.41*	.38	.12	-.01

注, $p < .05$, $p < .01$ ** ; Behavioral Regulation Index: BRI (抑制、シフト、情動制御、セルフモニタ), Metacognition Index: MCI (開始、ワーキングメモリ、計画/組織、タスクモニタ、物の整理), Global Executive Composite: GEC (BRI, MCI) .

表5-2, CAPS-5とBRIEF-A得点の偏相関係数

BRIEF-A	CAPS												遅延顕症型		
	B, 侵入症状		C, 回避症状		D, 認知と気分の陰性変化		E, 覚醒度と反応性の著しい変化		G, 苦痛または機能障害		解離症状				
	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数	重症度	有症状数			
抑制	.13	.08	.2	.06	.28	.21	.41	.36	.36	.27	.29	.26	.14	.01	.47*
シフト	.18	-.02	.33	.2	.34	.19	.59**	.48*	.48*	.33	.44*	.41*	.29	.16	.07
情動制御	.34	.25	.29	.2	.37	.29	.54*	.50*	.52*	.44*	.34	.26	.29	.12	.19
セルフモニタ	.36	.24	.03	-.13	.41	.28	.56*	.42*	.51*	.38	.47*	.31	.23	.13	.08
開始	.41*	.29	.31	.22	.19	.08	.51*	.47*	.45*	.41	.36	.32	.32	.19	.06
ワーキングメモリ	.05	-.13	.12	.00	.26	.12	.52*	.48*	.37	.21	.35	.49*	.32	.22	.11
計画/組織	.21	-.00	.19	.04	.33	.19	.53*	.50*	.47*	.32	.41	.42*	.29	.13	.1
タスクモニタ	.15	.14	-.1	-.18	.05	-.07	.54*	.39	.21	.15	.21	.3	.2	.12	.4
物の整理	.38	.24	.31	.27	.38	.29	.55*	.47*	.54*	.49*	.33	.41	.41	.24	-.01
BRI	.32	.18	.27	.12	.42*	.3	.56*	.48*	.57**	.44*	.46*	.37	.3	.13	.24
MCI	.29	.12	.22	.1	.3	.16	.57*	.49*	.49*	.38	.4	.45*	.36	.21	.13
GEC	.32	.15	.25	.12	.36	.23	.58*	.50*	.55*	.43*	.44*	.43*	.35	.18	.18

注, $p < .05$, $p < .01$ ** ; Behavioral Regulation Index: BRI (抑制、シフト、情動制御、セルフモニタ), Metacognition Index: MCI (開始、ワーキングメモリ、計画/組織、タスクモニタ、物の整理), Global Executive Composite: GEC (BRI, MCI) .

相関分析を実施し、CAPS-5 と BRIEF-A の下位項目の関連について確認することとした。

本研究の解析対象者は、すべてが PTSD の診断基準を満たしているが、日中はフルタイムの仕事や学業、家事や育児などを行い日常生活を営んでいる外来通院が可能な対象者であった。睡眠習慣に関しては、PSQI-J の睡眠時間が 6 時間以上 7 時間以下に最も多く該当した。日本人の平均睡眠時間は、平均 6 時間～7 時間未満¹⁵⁾とされているので平均的な睡眠時間を取り、日中は仕事や学業、家事などに従事しているため昼夜逆転など極端な睡眠習慣を送っている対象者ではないということがわかった。しかし、睡眠効率は、65%未満の低さに多くが該当し、睡眠の量的には問題が見られないが、質的に十分な睡眠が取れていないことが示唆された。

日常生活上の実行機能を測定する BRIEF-A の結果に関しては、基本統計量において T 得点に換算したところ、下位項目において開始、ワーキングメモリ、計画/組織、合成得点では MCI 項目と GEC 項目が 65 点を上回り、日常生活上にメタ認知の問題が多いことが確認された。PTSD 患者にメタ認知因子の問題が多いという結果は、これまでの先行研究結果と一致した結果であった⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。以上の結果から、本研究の解析対象者は、睡眠習慣や社会適応に大きく問題は見られないが、睡眠の質は低下し、メタ認知の問題が日常に多いと考えられた。

さらに、PTSD 症状と睡眠、実行機能の関連を詳細に見るために CAPS-5 と BRIEF-A の単相関分析を実施した結果、「B: 侵入症状」重症度と GEC 項目に有意な正の相関が認められた。このことは、先行研究における PTSD 症状の重症度が、睡眠障害を媒介して実行機能低下を引き起こす⁷⁾結果と一致した結果であった。GEC は、合成項目であるのでその内訳を見ると、感情制御やセルフモニタの問題などの BRI 項目の問題やワーキングメモリ、物の整理など MCI 項目の幅広い範囲に問題が認められた。これら

が日常生活の中では、些細なことでイライラする、感情が安定せず、自分自身の思考や行動のコントロール及び物事を整理し進めていくことに問題が多く起こっていることが予想される。

次に、睡眠の問題を制御した上で CAPS-5 と BRIEF-A の関連を見るために PSQI-JG を制御した偏相関分析を行った結果からは、睡眠の問題を除外したうえでもなお、CAPS-5 重症度合計と合成得点の BRI、MCI、GEC 得点との関連が認められ、PTSD 症状の重症度と実行機能の関連が明らかになった。特に「E: 覚醒度と反応性の著しい変化」は BRIEF-A のすべての項目と有意な正の偏相関を示し、日常生活上の実行機能を低下させる可能性が考えられた。この結果は、人の覚醒レベルと作業効率の関係を明らかにした研究において最適な覚醒レベルでのパフォーマンスが最適化するという見解¹⁶⁾に一致した結果であった。

睡眠の問題を含めた単相関分析とそれらを制御した偏相関分析について異なった点は、「B: 侵入症状」と「G: 苦痛または機能障害」項目であった。単相関分析においては、「B: 侵入症状」重症度と BRIEF-A の合成項目すべてに有意な正の相関が認められたが、偏相関分析では開始項目のみに有意な差が認められた。外傷的出来事に関する侵入症状は、侵入思考や不安が不眠の原因となる認知的過覚醒の特徴とされており、睡眠に特に有害であることが報告されている¹⁷⁾。本研究においてもその睡眠の問題が実行機能の低下につながり、行動を調整する BRI やメタ認知 MCI の問題が日常で多くなっていると考えられた。また、「G: 苦痛または機能障害」においては、単相関分析では、タスクモニタ以外のすべての項目において有意な正の相関が認められたが、偏相関分析では、シフト、セルフモニタ、BRI と GEC 項目のみで有意な正の相関が認められた。先行研究において睡眠障害は、思考や感情コントロールの難しさにつながり¹⁸⁾、PTSD 症状を増悪させる可能性が示唆

されている。これらが主観的苦痛や広範な範囲の実行機能障害につながり、BRIEF-Aで確認される日常生活上の問題につながっているのではないかと考えられた。

本研究結果から、PTSD症状により最適な覚醒状態が保てないことや睡眠の問題が日常生活上の実行機能に影響を及ぼしていることが示唆された。これら最適な覚醒状態を保てないことが引き起こす日常生活上の実行機能や睡眠の問題のアセスメントを実施すること、それらを患者自身へフィードバックしていくことは日常生活を円滑に送るうえで有効な情報になると考えられる。

V, 本研究の限界点と課題

本研究では、実行機能研究では、多くの場合、学習歴や社会的経済因子などの情報が多く記載されているが、それらの情報は収集できていない。それらの情報がないために解析対象者は、PTSDによって実行機能が低下したのか、元から実行機能が低いサンプルか判断することができない。また、BRIEF-Aに関しては日本で標準化されていない。今後はそれらの収集できていない情報や標準化されたBRIEF-Aを用いた上で詳細な検討を行いたいと考えている。

引用文献

- 1) Hughes, C., Ensor, R., Wilson, A., & Graham, A. Tracking executive function across the transition to school: A latent variable approach. *Developmental neuropsychology*, 2009, 35.1: 20-36.
- 2) Miyake, A., Friedman, N. P., Emerson, M. J., Witzki, A. H., Howerter, A., & Wager, T. D.. The unity and diversity of executive functions and their contributions to complex “frontal lobe” tasks: A latent variable analysis. *Cognitive psychology*, 2000, 41.1: 49-100.
- 3) 関口理久子 ; 山田尚子 . 実行機能質問紙 (Executive Functions Questionnaire) の開発 . *関西大学心理学研究* , 2017, 8: 31-48.
- 4) Twamley, E. W., Allard, C. B., Thorp, S. R., Norman, S. B., Cissell, S. H., Berardi, K. H., ... & Stein, M. B. Cognitive impairment and functioning in PTSD related to intimate partner violence. *Journal of the International Neuropsychological Society*.2009;15:879-887.
- 5) Aase, D. M., DiGangi, J. A., Babione, J. M., Schroth, C., Levy, D. M., Kennedy, A. E., ... & Phan, K. L. PTSD symptoms are associated with visual retrieval performance in OEF/OIF/OND veterans. *Psychiatry research*.2017;257:156-162.
- 6) Op den Kelder, R., Van den Akker, A. L., Geurts, H. M., Lindauer, R. J., & Overbeek, G. Executive functions in trauma-exposed youth: A meta-analysis. *European Journal of Psychotraumatology*.2018;9:450595.
- 7) Verfaellie, M., Lee, L. O., Lafleche, G., & Spiro, A. (2016). Self-reported sleep disturbance mediates the relationship between PTSD and cognitive outcome in blast-exposed OEF/OIF veterans. *The Journal of head trauma rehabilitation*, 31(5), 309.
- 8) Nilsson, J. P., Söderström, M., Karlsson, A. U., Lekander, M., Åkerstedt, T., Lindroth, N. E., & Axelsson, J. Less effective executive functioning after one night's sleep deprivation. *Journal of sleep research*, 2005;14:1-6.

- 9) Krakow, B. J., Ulibarri, V. A., Moore, B. A., & McIver, N. D. Posttraumatic stress disorder and sleep-disordered breathing: a review of comorbidity research. *Sleep medicine reviews*.2015;24:37-45.
- 10) Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M. Posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive psychiatry*.2000;41:469-478.
- 11) Verfaellie, M., Lee, L. O., Lafleche, G., & Spiro, A. Self-reported sleep disturbance mediates the relationship between PTSD and cognitive outcome in blast-exposed OEF/OIF veterans. *The Journal of head trauma rehabilitation*.2016;31:309.
- 12) 桃田茉莉子 .PTSD 症状を呈する対象者の睡眠習慣と日常生活上の実行機能との関連 . 心的トラウマ研究 ,2022;17:39-47.
- 13) 土井由利子 , 箕輪真澄 , 大川匡子 , 内山真 . ピッツバーグ睡眠質問票日本語版の作成 . 精神科治療学 .1998;13:755-769.
- 14) Roth, R. M., & Gioia, G. A. Behavior rating inventory of executive function-adult version. FLorida: Psychological Assessment Resources,2005.
- 15) 厚生労働省 . 健康状態調査結果の報告 . <https://www.mhlw.go.jp/content/11131500/000904748.pdf>, (2021)
- 16) Teigen, K. H. Yerkes-Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology*.1994;5:25-574.
- 17) Harvey, A. G., Schmidt, D. A., Scarnà, A., Semler, C. N., & Goodwin, G. M. Sleep-related functioning in euthymic patients with bipolar disorder, patients with insomnia, and subjects without sleep problems. *American Journal of Psychiatry*.2005;162:50-57.
- 18) Baglioni, C., Spiegelhalder, K., Lombardo, C., & Riemann, D. Sleep and emotions: a focus on insomnia. *Sleep medicine reviews*.2010;14, 227-238.

Executive dysfunction in posttraumatic stress disorder (PTSD) and the influence of comorbid sleep disturbance.

Mako MOMODA
Hyogo Institute for Traumatic Stress

PFAの原理原則を基にした職場での自殺後の対応： ポストベンションについて



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

2003年にピークを迎えた自殺率は減少しつつも、年間2万を超える人が自らの命を絶っている。結果、身近な人の自死はいつ、どこで起こっても不思議ではない。職場の関係者が自殺をした場合、同僚や職場が受ける動揺やショックは計り知れない。そこで、サイコロジカル・ファーストエイドの基礎となっている原理原則を枠組みとした自殺後の介入であるポストベンションについて解説した。

Key words 自殺、危機介入、ポストベンション、サイコロジカル・ファーストエイド、原理原則

I. はじめに

わが国における近年の自殺死亡率の年次推移は、2003年にピークを迎えた後、2009年から減少の一途をたどっている¹⁾。コロナ禍の影響で2020年から微増に転じたが、2021年の自殺率は16.8（男性22.9、女性11.0）であり、2003年の27.0（男性40.0、女性14.5）や2009年の18.9（男性27.0、女性11.3）と比較すると減少していることが分かる。しかしながら、年間2万を超える人が自らの命を絶っていることには変わらず、いつ身近で起こっても不思議はない。

では、職場の関係者が自死した場合、職場あるいは支援を依頼された専門職は何をしたらいいのだろうか。身近な人が突然亡くなることはそれだけでも十分ショッキングなことだが、それが自死であるとその衝撃はさらに大きくなる。亡くなった人との関係性や直前のやりとりなどによってもその度合いは変化するが、死別とそれに伴う悲嘆は心身へ影響をもたらす。

このような状況で提供される支援は「危機介入」と呼ばれ、その理論の歴史が始まるのは20世紀中旬だ。Lindemanは“Symptomatology

and Management of Acute Grief”で、遺族の急性悲嘆反応への介入が精神疾患の予防活動となることを示した²⁾。最近では事件や事故後の対応のスタンダードとなった「サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid: PFA）」は、商船の乗組員を対象に予防介入として利用された記録が存在する³⁾。それからほどなく、1954年には自然災害や敵襲撃後のストレス軽減を目的とした急性期の介入としてAmerican Psychiatric AssociationのCommittee on Disaster and Civil Defenseが“Psychological First Aid in Community Disasters”を発表した⁴⁾。そして、アメリカから遠く離れたオーストラリアでは精神科医のRaphaelが著書“When Disaster Strikes（邦訳『災害の襲うとき』）”に災害直後の介入としてサイコロジカル・ファーストエイドの具体的な項目を列挙している⁵⁾。

自殺に特化した予防や介入の歴史を振り返ると、アメリカの自殺研究者であるShneidmanは、自殺学（suicidology）、精神痛（psychache）、心理学的剖検（psychological autopsy）、ポストベンション（postvention）などの言葉を作り出し、自殺予防に関する学問を提唱した⁶⁾。ポストベンション（postvention）は、企図後に介入

を行うことで、さらなる自殺者を防ぐことを目的としている。

そこで、本稿では、職場における組織が行うポストベンションについて考える。

II. 組織対応の基本

II-1. 職場が行うべきこと：概要

想定外の出来事を体験した人が心に打撃を受けた後、周囲にいる人は何ができるのだろうか。それに応えるために開発されたのがPFAである。心の応急処置とも呼ばれるPFAはアメリカのPTSDセンターらが2005年に出版し、その後、世界保健機関や国際赤十字などが簡素化されたバージョンを作成している^{7,8,9,10}。兵庫県こころのケアセンターが監訳したPFA(通称、アメリカ版)は介入時の原理原則を基盤とし、この原理原則が活動方針や行動選択を導いてくれる^{11,12}。

介入時の原理原則は先行研究を基に抽出され、危機に遭遇した人が回復するために必要な要素と解釈される¹³(図1)。事件や事故に巻き込まれ、直後にはそれ相応の影響を受けていたとしても、ここに記されている特性を多く兼ね備えた環境に身を置いている人は、専門家の支援がなくても回復することが知られている。

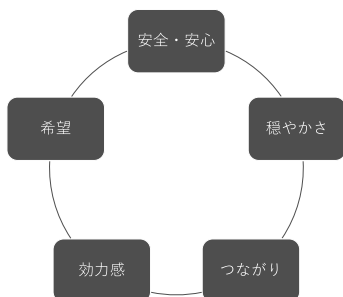


図1 介入時の原理原則(Hobfollら、2007)

では、この原理原則に即して、身近な人が自殺をした場合、遺された人が必要とするのはどのようなことなのかを考えてみる。まずは遺さ

れた人の安全を確保し、彼らが安心して喪の作業を行えるようにすることが第一に優先される。しかし、現実には甘くない。マスコミ報道や根拠のない噂に心を乱され、故人の死を悲しむことが困難になることもあれば、職場に問い合わせの電話が次々とかかり業務に支障がでるかもしれない。身近な人の死は、精神的な不安定さを抱えている人が自らの命を断つ後押しになる可能性もある。

身近な人が亡くなれば動揺するのは当然である。故人を思い出すものや故人にまつわる話題を避ける人もいるだろう。眠れなくなったり、食欲が落ちたりする人、仕事やその他の活動に集中できなくなる人もいるだろう。ただ、多くの人は時間の経過と共に、少しずつ、落ち着きや冷静さを取り戻していく。しかし、大変な状況下では、可能な限り早い段階から落ち着いた心は必要になる。なぜならば、冷静さは困難な状況下でも適切な判断を下し、後悔が少ない対応をするのを助けてくれるからだ。そのためには、メディアやSNS情報をシャットアウトすることも有益である。

では、安全や安心、そして、穏やかな心を維持するためにはどうすればいいのだろうか。それらをもたらすのに役立つ人・物・情報とつながることだ。例えば、故人にお別れを言う機会。亡くなった人について話せる相手や時間。故人の死について尋ねられた時の具体的な対応方法。憔悴しきっている同僚への声掛けの具体例。ショックを受けた後の回復の道筋やその際に役立つ対処方法。

信頼できる人や心理教育と言われる情報などとつながることで各人は自分の回復に必要なことやこの事案が引き起こした困りごとの解決に取り組むのだ。そうすることで、当初は途方に暮れていた人々も「この辛い状況下でも自分にはできることがある」、と自己効力感を抱くことにつながる。

5つ目の「希望」は無力や絶望の対極にある。

安心でき、穏やかな心を取り戻す中、自分にできることを行うことで、辛い体験をした人が自身や仲間、組織に対して再び、安心感を抱いたり、信頼したりできるようになるのだ。

では、続いて、これらの環境を整えるためにより具体的にできることを次項に述べる。

II-1-1. 公式情報の通知

自死が発覚した際に、まず行うべきは組織としての公式な見解を周知することだ。当然、直後は分からないことが多く、言えることは限られる。よって、「×月×日に〇〇さんがお亡くなりになりました。死因などの詳しいことは分かりません」というのが関の山かもしれない。「分からない」ということを公式な情報として流してもいいのか、と思う人もいるだろう。ただ、「分からない」のは事実であり、正確な情報なのだから構わない。初動で大切なのは、組織が知っていることを関係者に伝えることなのだ。

ショッキングな事態であればあるほど、噂は飛び交い、尾ひれがつく。結果、故人や遺族、関係者を傷つける二次被害を引き起こしかねない。すでに十分辛い思いをしている人に害が及ばないようにするのもポストベンションでは重要だ。また、問い合わせがあった際、公式情報があれば「組織としてお答えできるのは以上です」と言い切れる。外部からの問い合わせへ対応しなければならぬ人にとって安心につながる。

通知には、「この件で困ったことがあった際、誰に言えばいいのか、どこに行けばいいのか」を記すことも望ましい。直属の上司に加え、職場の産業保健スタッフ、地域の保健所や専門機関などの情報と利用方法を分かりやすく記載してもいいだろう。

また、ご遺族と連絡が取れているならその旨も記し、「お通夜や葬儀などについての情報は分かり次第お知らせします」と言い添えられる

と、混乱している関係者も見通しが持て、落ち着きを取り戻すのに役立つだろう。

その後、情報が増え、組織としての方針が決まれば、それについても都度、知らせていくといい。時間の経過と共に死亡時の状況が分かってくることもあるだろう。そんな場合でも自死の事実やその手段についての詳細は群発自殺（ある人の自殺が複数の自殺の引き金となること）にもつながりかねない。そのため、回復の妨げになるかもしれない情報の開示はご遺族の同意や希望があったとしても注意が必要だ。どこまで、誰に、何を伝えるべきなのかに悩んだ際は、産業保健スタッフや地域の専門機関に相談して欲しい。

II-1-2. ラインケアの徹底

これらと同時進行で行うのが、職員のケアだ。同僚の死、それも自死となれば病死や事故死よりも強い影響が出るかもしれない。集中力の低下、無気力、感情の乱れ、麻痺、怒りや無力感などは典型的な反応だろう。多くは数日から数週間で治まるが、中には長期化する人がいるかもしれない。

そこで大切になるのがラインケアの徹底である。ラインケアとは「ラインによるケア」で、職場内のラインにおいて管理職が部下の様子を観察し、普段と異なる言動に気づいたら、積極的に声を掛け、メンタルヘルスを含む諸問題に発展するのを未然に防ぐ行為である。労働安全衛生法に基づき、労働者の心の健康の保持のため、事業者はメンタルヘルスケアを実施しなければならない¹⁴⁾。具体的には「セルフケア」、「ラインによるケア」、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」、そして、「事業場外資源によるケア」の4つで構成されている。ラインケアが効果を発揮するには、普段からの観察やコミュニケーションが不可欠である。それらの行為を通して、上司は部下の「普通」を把握し、関係者の自死から来る影響をいち早く気づくことが

できるのだ。メンタルヘルスケアの目的は、業務の継続である。自殺によって職員が影響を受けた結果、業務が滞るのは事業所にとって問題になる。冷たく聞こえるかもしれないが、職場がポストベンションを行う第一の目的は業務を継続するためでもある。

すでに述べた通り、多くの人は時間を味方にし、乗り越えていくだろう。しかし、中にはハイリスク者として、注意が必要な人たちがいる。例えば、故人と親しかった人；亡くなる直前にやりとりがあった人；親しい人を自死によって失くしたことがある人；何らかの事情で精神的に不安定な人；などである。ハイリスク者だと思われる人に対しては、上司に加え、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」も念頭に置いておくといい。繰り返しになるが、職場におけるポストベンションの目的は業務の継続である。したがって、業務に影響が出ていない限り、観察や見守りでよく、影響が仕事に出てきた場合には産業保健スタッフや事業場外の資源の利用を検討すると思っておくとよいだろう。

II-1-2-1. 職員との面談での留意点

普段と明らかに様子が違う場合は声を掛けるわけだが、具体的に何を尋ねればいいのか。まずは、様子が変だな、と思うに至った理由を伝えるといい。「普段、〇分くらいでできる仕事に倍くらい時間がかかっているようだけれど、〇〇さんがお亡くなりになったことで仕事に集中するのが難しい？」「最近、お昼ご飯の量が以前より明らかに減ったようだけれど、体調が悪いの？」あるいは、「〇〇さんが亡くなってショックだ」と管理職自らが心情を吐露し、相手が心を開くか探ってもいいだろう。とは言え、これらの声掛けが成功するかどうかは、上司の普段の立ち居振る舞いに左右される。部下に関心がないと思われている上司やそもそも最低限の会話しかなかった人が、急に声を掛けてきても、逆に警戒されたり、相手を頑なにし

てしまったりすることもあるからだ。つまり、いざという時のためにも普段からのやりとりや関係が大事なのだ。

相手が心を開いてくれたなら、基本は聴くことに徹する。途中、事実誤認があったとしても、相手の話がひと段落するまで指摘はしない。なぜなら、話の腰を折ることになり、大事なことを聞きそびれてしまうかもしれないからだ。いま困っていることや気になっていることはないか、あるいは気になっている人がいないか、などを尋ねてもいい。ただ、必ず確認して欲しいことがある。それは睡眠と食欲がこの事案後、どう変化・推移しているかだ。徐々にでも改善していて、業務に支障がないなら継続観察で構わない。しかし、食べられない・眠れない、という状態が1週間以上続いている場合と業務に支障が出ている場合は、産業保健スタッフや地域の専門機関につなぐべきである。また、この手のやり取りは小一時間が限界である。それ以上、話が続けても、同じ内容の繰り返しになる可能性が高いし、聴く方も集中を維持できない。

II-1-2-2. 関係者を対象にしたグループワークについての懸念

職員のケアを行う手法としてグループが選択肢として挙げられていることがある。自然な流れから関係者が自発的に集まり、結果として数人で気持ちを分かち合うことがあったとしても不思議ではない。安全で、信頼できる人と行うのは困難を乗り越える際に有益だからだ。

しかし、職場が関係者を集め、想いを吐露させるやり方には危険があることも知っておくべきだ。惨事後のグループワークの手法として「ディブリーフィング」というものがあった。元はアメリカの兵士のために開発され、その後はアメリカの救急救命士らが使っていたものが、事件や事故の被害者や被災者にも利用されていた。わが国においても、1995年の阪神・淡路大震災当時、有力なところのケアとして海

外から紹介され、その後もしばらくは学校における危機介入時に使用されていた。ディブリーフィングは、当時も今も Mitchell と Everly によって提唱された惨事ストレス・ディブリーフィング（Critical Incident Stress Debriefing : CISD）¹⁵⁾、何らかのグループ様式を採用した早期介入 / 危機介入を意味する総称として使われている。ところが、彼らが主張する中長期の予防効果への疑念やハイリスク者に害を与える可能性が 2000 年に入り示唆されはじめていた^{16,17)}。結果、昨今ではディブリーフィングではなく、対象者に害を与えないことを第一に考えている PFA が推奨されているのだ。

ディブリーフィングのような手法の何が害を与えるかについて考えてみたい。まず、職場で行うことで参加への強制力が伴う。ディブリーフィング運営時のルールには「発言したくない人はしなくてもいい」というものがある。しかし、誰もが「パスします / 言いたくありません」と言えるわけではない。また、発言をしなくても他の人の話に耳を傾けなければならない状況は変わらない。その場で語られた内容が自分の考えや気持ちと大きく違った場合、葛藤や傷つきが生まれる可能性がある。また、感情を吐露し、取り乱したり、後で後悔したりするようなことを口走ってしまう人もいるかもしれない。グループで語られたことは部屋の外に出ない、というルールを設けても、それが守られるかどうかは参加者次第だ。これらのことを考えただけでもグループが安全に自分の気持ちと向き合ったり、分かち合ったりする場だとは言いきれない。

ディブリーフィングという言葉は本来、実際に起こったことを振り返り、そこから得た教訓を今後活かすことを目的とした報告会を意味する。この本来の意味通りの使い方であれば関係者の回復を後押しする可能性はある。例えば、事業所の利用者が亡くなるような場合だ。病院の外来あるいは入院患者。職場復帰支援サービ

スの利用者。このようなケースでは担当者らが強い自責感を抱く見込みは高い。故人と直接的な関わりがなかった職員も自分が担当している利用者が同じようなことになったらと想像し、ひどく動揺してもおかしくない。これらの動揺や不安を乗り越えるためには、起こったことを振り返り、教訓を得るために関係者が集い、意見を交換し、改善するべきところを見つけることが有益だろう。その過程で、気持ちを吐きだしたり、涙を流したりすることはあるかもしれない。しかし、それは副産物であり、目的ではない。

II-1-3. 喪の作業を促す儀式 お別れの場や儀式を設ける

自死の場合、通夜と葬儀の両方が家族だけで執り行われることもあり、お別れを言うことができないことは珍しくない。しかし、遺された人にとってはその人が亡くなったという現実を受け入れ始めるためにも、希望する人がお別れをする機会は必要だ。それをいつ、どんな形で行い、誰が参加できるようにするのかは状況によって異なる。このような儀式は喪の作業を行うにあたり不可欠である。ただ、その際、ご遺族への報告（あるいは承諾）は可能な限り、行うのが望ましい。

故人を偲ぶ目的で、机の上にお花や写真を置くことがあるが、いつ撤去するかで悩むことは珍しくない。しかしながら、いつまでも飾り続けることは区切りをつけることを難しくするため、望ましくない。例えば、職場が主催するお別れの会の後；故人の私物をご遺族に届けた後；四十九日の法要後；年度が切り替わる時期、などがひとつの目安になるかもしれない。

II-1-4. ご遺族との連絡

これまでに記した通り、職場がポストベンションを行う際、そこかしこでご遺族の意向を確認したり、職場の計画をお伝えしたりする機

会がある。そのため、可能な限り、ご遺族と連絡が取れるのが望ましい。この場合、担当者を決め、同じ人が対応するべきだ。故人と親しかった人がその役目を買って出たり、職場から任命されたりするかもしれない。しかしながら、職場の代表として意思疎通を図ることを考えると、ある程度の職位にいる人が行うのがふさわしいだろう。

自殺の原因が職場にあると思われている場合、ご遺族とのやりとりは困難を極めることが予想できる。最悪、職場、もしくはある特定の職員が遺族から訴えられることも起こりうる。しかし、遺品や給与の引き渡し等を含む実際のやりとりもあり、避けて通ることはできず、場合によっては、弁護士を介するしかないかもしれない。相手が感情的になっている際は心情的に距離がある人が対応する方が結果的にはうまくいく。法的な問題を避けるためにも多岐にわたる専門家をうまく使うことが望ましい。

III 終わりに

ポストベンションは死別のショックを乗り越え、喪の作業を行うために不可欠だ。そのためには、関係者が安心し、落ち着きを取り戻す中、やるべきことをできるという感覚を再体験できる枠組みが必要である。本稿では、アメリカ版PFAの基となっている原理原則を枠組みとし、具体的な方略について解説した。

【参考文献】

- 1) 令和3年中における自殺の状況、厚生労働省自殺対策推進室 警察庁生活安全局生活安全企画課、<https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/R04/R3jisatsunoukyou.pdf> (アクセス日 2022年7月13日)
- 2) Lindemann E, Symptomatology and management of acute grief. *The American Journal of Psychiatry*, 1944; 101: 141-148.
- 3) Blain D, Hoch P, Ryan VG. A course in psychological first aid and prevention: A preliminary report. *Am J Psychiatry* 1945; 101:629-34
- 4) American Psychiatric Association. Committee on Disaster and Civil Defense. *Psychological First Aid in Community Disasters*. Washington, D.C. Author, 1954.
- 5) Rafael B (1986) *When Disaster Strikes*. Basic Books. (石丸正訳 (1989) 災害が襲うとき、みすず書房)
- 6) Shneidman, E. S. *Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior*. Northvale: Aronson, 1993. (シュナイドマン, E. S., 高橋祥友 (訳) 2005 シュナイドマンの自殺学—自己破壊行動に対する臨床的アプローチ— 金剛出版)
- 7) Brymer M et al. *Psychological first aid: field operations guide*. National Center National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2005.
- 8) World Health Organization, World Vision International, and War Trauma Foundation *Psychological first aid: guide for field workers*. Geneva, 2011, WHO <http://tinyurl.com/3pd9deg>.
- 9) International Federation of Red Cross and Red Crescent Societies. *Community-*

- Based Psychological Support. IFRC: Refence Centre for Psychosocial Support. Copenhagen, Denmark, 2009.*
- 10) サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) ガイド要約版, IFRC 心理社会的支援リファレンスセンター, コペンハーゲン, 2019 年. (*A Short Introduction to Psychological First Aid for Red Cross and Red Crescent Societies*, IFRC Reference Center for Psychosocial Support, Copenhagen, 2019.)
- 11) Brymer M et al. *Psychological first aid: field operations guide, 2nd Edition*. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD, 2006, <http://tinyurl.com/64jez95>. (兵庫県こちらのケアセンター訳, サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版、2011 : https://www.j-hits.org/_files/00106528/pfa_complete.pdf)
- 12) Hobfoll SE et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes* 2007; 70(4):283–315.
- 13) National Institute for *Mental Health. Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. NIH Publication No. 02-5138, Washington DC, 2002, <https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED469199.pdf> (アクセス 2022 年 7 月 22 日)
- 14) 厚生労働省 独立行政法人労働者健康安全機構 「職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～」
<https://www.mhlw.go.jp/content/000560416.pdf> (アクセス 2022 年 7 月 22 日)
- 15) Mitchell JT & Everly GS. The Scientific Evidence for Critical Incident Stress Management. *Journal of emergency Medical Service*, 1997; 22; 86–93.
- 16) Rose S, Bisson J, & Wessely S. *Psychological Debriefing for Preventing Post Traumatic Stress Disorder (PTSD): Review*. Cochrane Database Syst Rev 2002; (1).
- 17) Litz BT & Bryant RA. Early cognitive-behavioral interventions for adults. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ, & Cohen JA (Eds.), *Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies* (pp. 117-135). The Guilford Press, 2009.

Utilization of Five Principles based from PFA after Suicide at Workplaces: Suicide Postvention

Tomoko OSAWA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

In Japan, the suicide rate, which peaked in 2003, is declining, but more than 20,000 people die each year. As a result, it is no wonder that the suicide of someone close to us occurs anytime, anywhere. When a person involved in the workplace commits suicide, the upset and shock to colleagues and the workplace is immeasurable. This article discusses a post-suicide intervention based on the principles underlying Psychological First Aid.

Key words suicide, crisis intervention, postvention, psychological first aid, five principles

遷延する悲嘆を合併した PTSD への 持続エクスポージャー療法



須賀楓介

兵庫県こころのケアセンター

大切な存在を失った際に生ずる悲嘆は自然で正常な反応であるが、時に遷延して長期間にわたる機能障害をもたらすことがある。また、喪失場面が外傷体験となって心的外傷後ストレス障害 (PTSD) を発症することもある。本稿では、突然の病死で配偶者を亡くし、PTSD を発症したクライアントに持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy; PE) を用いて治療にあたった経過を報告する。PTSD は悲嘆症状の“防止弁”として機能しており、PE により PTSD が改善すると、急性悲嘆の反応が顕在化し、悲嘆症状への対処を要した。治療経過を振り返り、遷延する悲嘆を伴う PTSD に PE を行う際に求められる配慮、注意や工夫について考察する。

Key words: 複雑性悲嘆、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、
持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy)

I. はじめに

心的外傷後ストレス障害 (post-traumatic stress disorder; PTSD) は、1980 年に発刊された DSM(the Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders) の第 3 版 (DSM- III) で初めて正式な診断として登場し、我が国では阪神・淡路大震災という未曾有の大災害を契機として広く知られるようになった。PTSD を引き起こすトラウマ体験は、死の恐怖や危うく死ぬ、重傷を負う、性被害など身体保全への脅威を伴うものであり、自然災害、事故、暴行被害、命に関わる病気や怪我など多岐にわたる。PTSD への治療は多くが知られており、中でも持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE)¹⁾ は PTSD に最も効果が高い治療法の一つとして認識されている。

死別に伴う悲嘆は我々が経験する苦悩の中でも最も大きなものの一つである。パートナー、親、子ども、その他の親しい人やペットなど、自分にとってかけがえのない存在を喪った際、我々は強い悲嘆反応を体験することになる。多

くの場合で悲嘆反応は自然かつ正常な反応であり、医療的介入は必要ないばかりか、有害であるとさえ考えられてきた。そのような悲嘆を病理化することへの懸念の一方で、数多くの研究からは通常の反応や経過とは異なる悲嘆が存在することも明らかになった。近しい人を想定外の出来事で亡くした人は、想定されていた喪失を経験した人よりも大きな認知の障害や変化を経験するため²⁾、外傷性の死別への介入においては治療のための定式化に悲嘆の評価を組み込むことが重要となる。そうして、悲嘆反応が強く遷延して生活に支障を来し続ける状態が複雑性悲嘆 (complicated grief) という概念にまとめられた³⁾。なお、2019 年に刊行された国際疾病分類第 11 回改訂版 (ICD-11) では、複雑化した悲嘆は Prolonged grief disorder (PGD) として採用された。PGD の日本語訳は未定であり、本稿では複雑性悲嘆を PGD と同義として扱う。PGD の治療としては、複雑性悲嘆治療 (Complicated Grief Treatment; CGT) の有効性が示されている⁴⁾。

II. 本症例報告の背景と目的

本稿で提示する症例は、筆者がCGTを実施可能となる以前、トラウマに焦点化した介入としてPEのみを実施可能であった時期に経験した症例である。当時の筆者はCGTを学んではいたが実践できる段階にはなく、PEを軸として治療を組み立てなければならなかった。同じような状況にあるセラピスト（以下、Thと記載）もいるだろう。また、PTSDにPEを行い、その後改めてCGTを行うという選択肢をとることもできなくはないが、それが最適解とも限らないし、現実的とも思えない。

本症例報告の目的は、遷延性の悲嘆を伴うPTSDにPEを軸として治療に当たる際の配慮や工夫を検討し、PEをベースとした悲嘆治療の可能性を提示することである。

III. 症例提示

1. 倫理的配慮

本症例報告についてはクライアント（以下CIと記載）からの同意を得ているが、プライバシー保護の観点から、本症例の本質を損なわない範囲で背景情報等に改変を加えている。

2. CI:

34歳・女性・医療専門職として10年間以上の勤務経験あり。

3. インデックストラウマ：夫の急逝

自宅で就寝中、夫が心肺停止状態となるところをCIが発見し一次救命処置を実施し、病院に搬送されるも夫はそのまま帰らぬ人となった。

4. 主訴

「怖くて夫を思い出すものに近づけない。夫の顔を思い出せない。」

「悲しさがどこかにいってしまい、自分の感情が無くなってしまったように感じる。」

5. 生活歴、病歴

同胞なし。大学を卒業後、医療専門職として就職した。27歳で6歳年上の男性と結婚し、28歳、30歳で共に男児を出産した。夫は寡黙だがおおらか、穏やかな人柄で、夫婦仲は良好であった。

X-1年(33歳)2月某日の明朝、自宅の寝室と一緒に寝ていた夫が心肺停止となっているところをCIが発見した。CIは一次救命処置を行いながら救急要請を行い、夫は病院に搬送されるも息を吹き返すことなく、そのまま帰らぬ人となった。葬儀では喪主を務め、その後も様々な現実的手続きに追われながら、仕事、家事、育児をこなした。一方、恐怖感が強く、夫の遺品には全く触れずにいた。現実的な手続きが落ちてきた頃から、自宅のリビングに一人でいても不安で落ち着かず、突如として心肺蘇生をしている光景が浮かんで呼吸が乱れ、涙が止まらなくなったり、感情に霧がかかったような感覚や離人感が強まり、強度の不眠に悩まされるようになった。近医精神科クリニックを受診し、睡眠薬を処方され睡眠は何とか確保されるようになったものの、不随意的な想起が頻回で不安、気分の落ち込みが強まり、職場の同僚の勧めもあって、X年1月にThの外来を紹介受診した。

6. 治療前評価と準備

<精神症状と評価>

理路整然と経過を話すことは出来るが、感情回避が強く、淡々と話す。夫が急に居なくなったことに対する寂しさや悲しさはもちろんあるが、それよりも夫の最期を想起すると非常に強い恐怖感が湧き上がり、内的・外的な回避を引き起こしている。自宅では夫に関する話題が実質的にタブーとなっており、子供も不自然なほどに父親の話題を出さない。家族全体で悲嘆処

理の流れが“滞っている”ようである。PTSD が悲嘆の進行を阻害しているため、PTSD の治療が進行すれば、悲嘆反応が強まる可能性がある。

< 症状評価尺度 >

BDI(Beck Depression Inventory)- II : 27

ICG(Inventory of Complicated Grief):32

PDS(Posttraumatic Diagnostic Scale)- IV : 24

CAPS-5(Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5): 53

< 薬剤調整 >

不安や抑うつが強く、SSRI(escitalopram, sertraline)を処方したところ日中の眠気が強く、忍容性が無かったため、trazodone 25mgを眠前内服とした。睡眠の調整には前医からの処方を引き継いで zolpidem5-10mg を用いた。日中の不安感には alprazolam 0.2-0.4mg/ 日を処方したが、PE 開始となった後は、セッションや自宅での課題の直前・後には可能な限り内服しないことを勧めた。

7. PE (全 15 セッション) の治療経過

休職した上で治療に臨むこととなった。

【セッション 1】 PE の概要について伝え、治療原理を共有した。また、認知行動療法における感情 - 認知 - 身体感覚 - 行動のつながりについて、CI のポジティブな体験を例にとり説明した上で、集中呼吸法を一緒に練習し、自宅での課題とした。

【セッション 2】 PE の治療原理に触れながらトラウマ反応についての心理教育を行った後、SUDs (Subjective Units of Disturbance) を用いて現実の回避場面についての不安階層表 (表 1) を作成した。現実エクスポージャー課題を SUDs:15 「宴会の席で夫が笑顔で写っている写真を日中に見る」から開始した。

【セッション 3】 現実エクスポージャーの感想

として、CI は「写真なら割と簡単に見ることができると思っていたが、時間をかけて見てみると、胸のあたりから全身にゾワゾワとした感覚が広がっていくのが分かった。」と述べた。Th は、CI が課題に取り組み、身体感覚に気付いたことについてポジティブなフィードバックを伝えた上で、「その感覚はどのような感情からだと思いか尋ねると、CI は「多分、これが恐怖なのだろうと思う。」と答えた。Th は、治療によって恐怖は馴化していくことを強調した上で、恐怖を感じることは極めて自然であること、そして、恐怖が馴化してゆけば、夫の全体像、暖かな思い出にアクセスできるようになることを伝えた。想像エクスポージャーの治療原理を振り返り、初めての想像エクスポージャーに進んだ。CI の不安が強かったために閉眼、現在形とせず、開眼、過去形で行った。

【セッション 4】 想像エクスポージャーを閉眼、現在形で実施した。

セッション 3&4 で語られた全体の流れは以下の通りであった。(過去形で記載)

「24 時頃、寝室へ。夫は飲み会帰りで酔っていたので、横になるなりすぐに鼾をかきはじめた。子供 2 人は先に寝ていて、すでにぐっすり眠っていた。2 時頃、目が覚めた。いつも通りの夫の鼾が聞こえた。また寝て、次男の泣き声で目が覚めた。夫や長男を起こしたらいけないと思って、部屋の電気をつけないまま、数分間次男をあやしていた。しかし、全く泣き止まないで困って、夫にも手伝ってもらおうと思って寝室の電気を手探りで探して、電気をつけた。夫の体の向きが変わっていて、寝相が悪いなと思った。しかし、どうも様子がおかしいと感じた。鼾が聞こえなくなっていた。よくみると顔色が悪いのが分かったし、顎で息をしているのがわかった。明らかに様子がおかしいと確信した。名前を呼びながら肩を叩いたり、ゆすったりしても返事がなかった。頭がまっしろになり、何が何だかよくわからなくなった。夫

の肌はじっとりとしていた。橈骨動脈、頸動脈で脈拍を確かめようとしたが、わからなかった。緊急事態であることを悟った。すぐに心臓マッサージを始めた。人工呼吸も間に挟んだ。回数は何回と何回だったか、最初は混乱していたが、30回と2回だった気がして、そうした。救急車を呼ばないといけないと思い、携帯電話を探して救急隊に電話をした。救急隊が到着するまで8分くらいかかった。救急隊が到着するまでに玄関の鍵をあけておかないといけないと思い、大泣きしている長男、次男にここにいるように伝え、2階から階段を駆け下りで玄関の鍵、扉をあけ、またすぐに寝室に戻った。救急車の音が聞こえた時には、やっと来てくれたと思った。救急隊員の声でしたので、二階から叫んだ。救急隊員があがってきてくれて、夫が運ばれていった。自分にも子供にも上着を探し、救急車に乗るための準備をした。次男は自分が抱きかかえたまま救急車の後部座席に座った。長男は、今思うと、夫の姿を見せないようにとの救急隊員の配慮だったのか、助手席に乗った。救急車が出発した。サイレンの音がものすごく大きくて、耳に響いていた。目の前で夫が救急隊員から心臓マッサージを受けていた。手はぶらりとしていて、全く力が入っていないのがわかった。途中、消防署に救急車が停車して一人救急隊員が乗り込んできた。病院をすごく遠く感じた。病院に着いて、夫は救急処置室に運ばれた。待合室で待つように言われ、子供と一緒に広い待合室の椅子に座っていた。なんとか助かってほしいと思った。もうだめかもしれないという思いが出てくるたびに、病院に着いたのだからきっと大丈夫と自分に何度も言い聞かせた。自分の実家と夫の実家に連絡を入れた。30分ほど経って、診察室に呼ばれた。処置を続けたが、心臓は止まったままで、蘇生は難しいことを伝えられた。救急処置室に通されると、気管内挿管された夫が横たわっていた。心電図モニターのアラーム音がずっと鳴っていた。医師

から看取りの時刻を伝えられ、死亡確認がなされた。夫の顔は見ていたし、体にも触れたと思うが、夫の表情はよく思い出せない。遺体安置所で子供達と家族写真をとった。早朝になり、家に帰ってきた時、何が起きたんだろうと思った。全く現実感がなかった。」

【セッション5-8】ホットスポットとして、夫の異常を把握して心肺蘇生を行うシーンに取り組んだ。最初は記憶へのアクセスが途切れがちで、夫の顔を思い出せなかったが、詳細に記憶を語るうちに断片化が解消され、恐怖感情は馴化していった。プロセッシングでは生き残り罪悪感について扱い始めた。「近所の家にAEDがあることを知っていた。それを借りにいってれば夫は助かった」、「心肺蘇生がうまくいかなかったから、夫は死んだ」といった後出しバイアスに対して、「午前4時、救急車到着までの8分程度で、泣いている子供を部屋に残して、AEDを借りに行って戻ってこられたらどうか?」「100kg近くある巨漢の男性の心肺蘇生を病院ではどのように行っているか?どのくらいの力、マンパワー、医療器具が必要か?」といった切り口を用いてフェアな見方を探っていった。

子供と一緒に自宅で手付かずになっていた夫の書斎に入って時間を過ごす課題に取り組み始め、それにも段々と慣れていった。時に子供と泣きながら、笑いながら、一緒に夫の思い出に触れていった。今まで父親のことには触れなかった子供が「父さんがいなくて寂しい」と泣くようになり、また時には「あの時、『父さん死ぬの?』って聞いたお母さんは、『死なないよ!』って言ったのに、どうして父さんは死んじゃったの?」とCIに想いをぶつけるようになった。CIは、子供に向き合い、心から助かってほしいと思っていたことを伝え、抱きしめながら一緒に泣いたという。滞っていた母子それぞれの悲嘆が流れ始めた。

【セッション9-13】CIは「セッション8を終え

て気持ちがスッキリしていたが、帰り道、偶然にトンネルの中で救急車に遭遇し、反響するサイレンの音を聞いて動悸、震えがとまらなくなった。まだ山が残っていることを感じた。」と述べたため、救急車の車内から病院までのシーンをテーマとしてホットスポットに取り組んだ。セッション 11 の現実エクスポージャー課題には、「夫の映った動画を観る」を設定した。感想として、CI は「自宅で子供達と一緒に動画を見て、一瞬身震いがした後、夫の表情や声、仕草を再確認し、子供と一緒に笑い泣きしながら動画をみた。」と述べた一方で、「夫の書斎をミシン部屋に改装した。これくらいは許してもらわないと。怒らないと思いますけど。」とも述べた。内的な存在となった夫との対話が始まっていた。恐怖よりも寂しさが強まって、CI は自宅でもよく涙するようになったという。また、子供たちは心臓マッサージごっこを始めた。また、長男が不意に「母さんがぎゅっとしてもらいたかったらいつでもするよ。父さんからのお告げでそう言われたから。」と言い、長男に抱きしめてもらえたとのことであった。

セッション 13 の終わり、CI は「葬儀の写真をみると、胸がざわざわして吐き気がする」と述べたため、次のセッションでは葬儀の場面を取り扱うこととした。

【セッション 14】葬儀の場面の中で、夫の棺の蓋が閉まってゆくシーンをホットスポットとし

て想像エクスポージャーを行った。記憶に触れながら CI は「喪主の役割を果たさないといけない中で、最後まで夫とゆっくり二人で過ごせる時間がなかった。現実感がなく、認めたくも受け入れたくもない中でやはり夫は死んだのだと受け入れざるを得ないという感じ。頑張ったねとは思う。でも一人にしないでほしかった。」という想いを表出した。

セッション 14 が終わった後、スイッチが切り替わったかのように悲しみが溢れ出し、CI からしばらくセッションを延期したいという申し出があった。定期的に電話で状態を確認することとし、一ヶ月ほどして、セッション 15 を迎えた。

【セッション 15】CI は開口一番「本当に悲しくて辛かったけど、ピークは越えた気がする。もう大丈夫かなと思います」と述べた。トラウマ記憶全体の想像エクスポージャーを終え、不安階層表における SUDs の変化を確認した(表 1)。治療の感想として、CI からは「治療前は一寸先が闇で、朝が来るたびに恐怖と絶望に苛まれていたが、今は、今日 1 日を生きてみようかなと思える。ただ、母親としての自分しかみえなくて、一人の女性として、人間としてどういう風に生きればいいのかはまだよくわからない。」と述べた。

表1. 治療前後の不安階層表におけるSUDs

項目	SUDs セッション2	SUDs 最終セッション
夫の飲み会の写真をみる	15	0
遺影をみる	30	15
結婚式の写真をみる	15	0
夫の動画をみる	65	30
アルバムをみる	50	20
昼間 夫の書斎をのぞきこむ	50	0
夫の書斎に入る	70	10
家族写真@遺体安置所をみる	100	35
運ばれた病院のHPをみる	30	0
実際にその病院に入る	50	30
昼間/夜にリビングで過ごす	25/100	10/30
夫の荷物を整理する	100	15
BLS訓練をみる	75	50

表2. 治療前後の評価尺度得点

評価尺度	治療前	治療後
CAPS-5	53	9
PDS	24	7
BDI-II	27	3
ICG	32	20

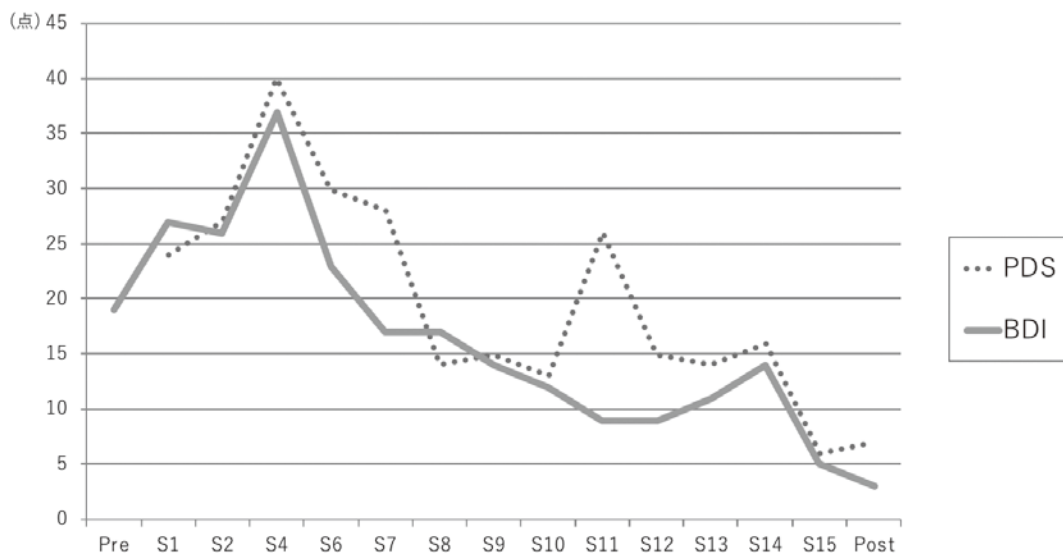


図1. 治療前後およびPE中の評価尺度の推移

8. PE 終了後の経過

PE 終了後、PTSD 症状の悪化は無く、仕事に復帰したが、悲嘆の反応には波があり、仕事中でも泣き出してしまいうことが増えた。また、夫の墓をどうするか、義母との距離感をどうとるのか、そんな話を誰にするのが良いのか、などの現実的な問題に直面し、抑うつ状態が悪化して、PE 終了から約半年が経過した時点で二ヶ月間の休職を要した。その期間を用いて、CI の実母を診察に招き、これまでの経過と悲嘆についての心理教育をし、日常生活におけるサポートをお願いした。診察では、問題解決のためのプランを考える傍ら、その後のCIの生き方について重点的に話し合った。その中で、CIは「母親として子供たちが父親のことを思い出したい時には笑わせてあげて、泣きたい時に

は泣かせてあげたい。時には一緒に泣いてもいい。」「夫が好きだった景色を子供たちにも見せてあげたい。子供たちと旅行にでかけて、夫がいなくなったこの世界を楽しみたい。」「母親としてだけではなく、一人の女性として、人間として、自分の人生を考える視点を持ちたい。今の自分だからこそできることもあるかもしれない。」と話すようになった。X + 1年3月に治療終結となり、通院治療を終えた。

9. 考察

PEの根拠となっているのは感情処理理論⁵⁾である。不安障害の治療におけるエクスポージャーの役割、有効性を説明するものとして、この理論がもたらした恩恵は非常に大きい。感情処理理論が主に焦点を当てているのは、「恐

怖」という感情、「危険」という意味づけであるため、治療の目標は、トラウマを思い出すことは危険ではないこと、トラウマは過去に起こった特別な出来事であり、それによって自分が完全に無力であったり、世界が完全に危険な場所であることにはつながらないと CI が気付くことである。それでは、この感情処理理論は、遷延化した悲嘆に応用できるのであろうか。死別や嫌悪感といった他の感情もまた PTSD と同じような感情処理の障害と関連しているかもしれないという指摘⁶⁾があり、実際、遷延性の悲嘆においても PTSD と同様に侵入的な想起が起こり、その苦痛を緩和するための内的/外的な回避が機能している。その苦痛があまりに強すぎて、悲しみや喪失が多くの種類の刺激によって活性化される構造となり、悲しみや喪失の感覚に対する無力感を引き起こすだろう。特に、外傷性の死別には恐怖感情が伴うことが少なくないことを考えると、強い恐怖と悲しみが連合して相互補完的に構造をなし、より回避を強固にしている可能性がある。感情処理理論においてエクスポージャーは、恐怖構造を活性化し、その構造に埋め込まれていた情報に拮抗する新しい情報を組み込む機能を果たす。エクスポージャーによって「恐怖であれ、悲しみであれ、感情に触れることは危険ではない」という信念が組み込まれることになるだろう。喪失による深い悲しみは、恐怖のように急速に馴化していくものではないし、無くなるものではないだろうが、それでも時間をかけながらその激しい痛みは緩和され、色合いは変化してゆく。つまり、遷延性の悲嘆と PTSD が併存する場合には、恐怖構造と悲しみの構造を活性化し、相互的な絡まりを緩めながら罪悪感などの“心のひっかかり”を処理し、最終的には時間をかけて悲しみに触れられる感覚、いわば“悲しむことができる力”を獲得すること治療目標の一つとなる。この「悲しむことができるよう、恐怖を外していく」という視点が、他のトラウマ被害に対す

る PE の温度感とは大きく異なるであろう。エクスポージャーの実施においては、恐怖が最も強い場面に対してのみではなく、本症例のように、悲しみ、喪失といった異なる感情に対するシーンへのエクスポージャーが必要になるかもしれない (CGT では、主に“死を知った瞬間”に焦点を当てる)。そして必然的に、恐怖と共に悲しみに対する回避を促していた PTSD が解除されれば、悲嘆の”防止弁“が外れ、むしろ悲嘆が強まる可能性があることに留意する必要がある。

この時に重要となるのは、喪に取り組むことと現実生活に取り組むことが悲嘆の処理に必要なとする“二重過程モデル”に基づいたプランである。喪失志向と回復志向の双方に対応してゆくため、想像エクスポージャーがある程度進んだ段階から、故人を様々な側面から振り返り、内的な故人とのつながりを強化する働きかけを行ったり、セッション間の課題として遺品に触れたり、日常生活の中で小さな楽しみに触れていくなどの工夫が有効だろう。そして、故人のいなくなった世界でどのように生きてゆくかについて考えるというゴールワークに取り組んでゆく。本症例のように PE の治療構造の中だけでは現実的に十分な時間をかけて扱いきれないかもしれない。また、生存者の罪悪感が揺るぎないものである限りは悲嘆の処理が滞りやすいため、それについては特にプロセッシングで優先的に取り扱う必要があるだろう。加えて、ゴールワークがスムーズに進まず、時間が必要になることもあるだろう。例えば、本症例では、母親としての役割を優先しなければならないという責任感が強く、一人の女性として、または人間としてという観点からのゴールワークが困難であった (もちろん、それは全くもっておかしなことではない)。悲嘆を扱う際には、セラピストは一時的にクライアントの愛着対象の一部を担いながら、クライアントが自身のペースで故人のいない世界に歩み出すための助走に、

そっと暖かく伴走する姿勢を持っておきたい。

10. 謝辞

最後に、最も大切なこととして、突然の喪失体験を経験され、忍耐の必要なトラウマ治療に臨まれたクライアントにこの場を借りて心からの敬意を伝えたい。

11. 引用文献

- 1) Foa, E.B., & Rothbaum, B.O. : Treating the trauma of rape: Cognitive-behavioral therapy for PTSD. New York: Guilford Press, 1997.
- 2) Shwartzberg,S.S, & Halgin, R.P.: Treating grieving clients: The importance of cognitive change. Prof Psychology: Research and Practice, 22(3), 240-246, 1991.
- 3) Strobe,M., Schut, H., Strobe, W.: Health outcomes of bereavement. Lancet, 370; 1960-73, 2007.
- 4) Shear, K., Frank, E., Houck, P.R., et al.: Treatment of complicated grief: a randomized controlled trial. Jama, 293; 2601-8, 2005.
- 5) Foa, E.B., & Kozak, M. J.: Emotional processing of fear: Exposure to corrective information. Psychological Bulletin, 99, 20-35, 1986.
- 6) Dalgleish, T., & Power, M.J.: Emotion specific and emotion-non-specific components of post-traumatic stress disorder(PTSD): Implications for a taxonomy of related psychopathology. Behavior Research and Therapy, 42, 1069-1088, 2004.

Considerations and tips when applying prolonged exposure therapy for PTSD with prolonged grief disorder.

Yosuke SUGA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

■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者及びその共著者、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) 本文中の引用・参考文献は、バンクーバー方式に従って記載してください。
 - f) 文献リストの引用・参考文献（書誌情報）は、NLMスタイルに従って記載してください。
 - g) 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、以下の規定でお願いします。
余白：上下左右20mm
字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）

フォント：10.5（全文）

文字数と行数：文字数40、行数30

図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付

- b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。
なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承下さい。
 - c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。
 - I. I-1. I-1-1.
7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。
8. 著者校正は原則として二度行います。
9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。
10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、須賀楓介、酒井佐枝子
編集事務 中井浩子

編集後記

今年度は新型コロナウイルス感染症の影響が未だ消えぬ中、2月にはロシアのウクライナ侵攻という衝撃的なニュースが世界を震撼させました。なぜ戦争は繰り返されるのか？なぜ人は同じ過ちを繰り返すのか？多くの人が強くこの疑問を抱いたでしょう。マクロで起こっていることは、ミクロでも起こっています。戦争について考えるとき、私たちは必然的に自分自身の中にある極めて自己中心的で利己的な視点に気づきます。「自分が！自分さえ！自分だけでも！」と囁く私たちの中にあるエゴの声に気づき、それを否認せず認めることから始める他ないかもしれません。トラウマの研究は、皮肉にも戦争の歴史と密接に関連しています。そして、今この瞬間にも世界中で紛争が起きています。トラウマの治療などいらない世界をどのようにすれば実現できるのか。私たち一人一人に突きつけられている課題だと感じます。

さて、本号には8つの論文が収められています。内容としては、大規模災害による長期的影響、犯罪被害後の家族機能、トラウマインフォームドケア、ポストベンション、トラウマ治療の代替療法、新興感染症のもたらす心理的影響、PTSD症状と実行機能の関連、悲嘆を伴うPTSDの治療と、多岐にわたっています。どうすればトラウマによる影響を最小化できるのか。トラウマの影響からの解放には何が最適解となるのか。決して一概には答えられない大きな問いですが、これらの研究がその一助となることを願うばかりです。(S)

心的トラウマ研究 第18巻

2023年2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 18, 2023

CONTENTS

Relationship between family function assessment and mental health among parents and siblings of children who died as a result of crime
Chizuru AKATA Yukihiro SAKAGUCHI

Subjective effectiveness of trauma informed care training observed by child welfare service providers
Saeko SAKAI

Long term effects of large-scale transportation disaster on victims' psychological and physical state :
An interview survey thirteen years after JR Fukuchiyama Line train derailment accident
Itsuko DOMEN

Literature review on the state of mind during an emerging infectious disease pandemic
—Psychological response and risk communication in the pandemic A(H1N1) period—
Shima NAKATUKA

The Potential of Complementary and Integrative Health Treatments for PTSD
Akiko NISHIKAWA

Executive dysfunction in posttraumatic stress disorder (PTSD) and the influence of comorbid sleep disturbance.
Mako MOMODA

Utilization of Five Principles based from PFA after Suicide at Workplaces: Suicide Postvention
Tomoko OSAWA

Considerations and tips when applying prolonged exposure therapy for PTSD with prolonged grief disorder.
Yosuke SUGA

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109