

# 心的トラウマ研究

第17号 令和4年2月

巻頭言 ..... 加藤 寛

## [研究論文]

●フィリピンにおける精神疾患・心理社会的障害者のトラウマ体験に関する研究  
..... 橋本 仁 1

## [資料論文]

●サバイバーギルトの概念と定義：文献展望 ..... 道免 逸子 11  
●再興感染症としての結核の患者心理に関する文献レビュー  
－ COVID-19 パンデミック期における心理支援の視点から－ ..... 中塚 志麻 25  
●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 桃田 茉莉 39

## [総説]

●持続可能な開発目標（SDGs）における精神保健・ウェルビーイング ..... 井筒 節 49  
●コロナ禍における支援者のメンタルヘルス対策：ストレス・ファーストエイド 大澤 智子 57  
●支援者を対象としたトラウマインフォームドケア研修に関する研究の動向 ... 酒井 佐枝子 67

## [症例報告]

●複雑性 PTSD の治療 -STAIR/NST とセルフ・コンパッション- ..... 須賀 楓介 79

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17号 令和4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

### 複雑性PTSDを巡って

ある結婚をとおして社会が知ることになった精神疾患がある。複雑性PTSD。この疾患名は1992年にトラウマ研究のレジェンドであるジュディス・ハーマンによって提唱された。彼女は戦争における強制収容や捕虜体験、反復される家庭内での暴力や虐待、とりわけ性的虐待がもたらす精神的変調が正当に理解されていないと主張した。「慢性的な外傷に曝露されていた人に対する世間の眼は冷たい。慢性的に虐待されたことのある人は、途方に暮れ、人の言いなりになり、過去から抜け出せず、どうしようもなく憂鬱になり、身体のあるものの不具合を訴え、怒りを陰に籠もらせたりするが、それに対して、身近な人たちはどうもしてやれなくただいらいするだけに終わる。それだけならまだしも、かりに、被害者が倫理的価値に反し、地域社会の掟にそむき、対人関係において裏切りを犯すことでもあれば、いくら本人の意志に反して強制された場合でも、強烈な怒りの感情を巻き起こし、社会的死刑を宣告されてしまう」と、被害者が何重にも繰り返して傷つけられると述べている。その上で感情制御困難、解離などの意識変化、自己への否定的な認知、他者との安定した関係を持つことの困難、などの症状を呈する独立した疾患群があると提唱したのである。この提案は公式にはずっと認められないままであったが、ようやく2018年にWHOが改訂したICD-11で正式に記載された。

トラウマ被害者に接する機会の多い臨床家にとっては、この概念にあたる人たちがかなりの割合で存在することは自明であっただろう。筆者の経験でも、以前なら「境界性人格障害」と診断されていた人の背景に、児童思春期の虐待体験などがあり、それを治療者側が認知することが安定した治療の端緒になることも少なくなかった。しかし、長い人生の中ですっかり身に付いてしまった感情制御の困難、自己否定、自傷や摂食障害などの行動化を修正していくのは容易ではなく、治療者は無力さを思い知る覚悟が必要である。折しも、複雑性PTSDの治療技法について、いくつかの成書が出版され、さまざまな議論と提案がなされている。その中には、いくつかのコンポーネントで構成される新たな技法の提案もあれば、単純なPTSDに対する技法で十分という議論もある。また、これまで蓄積されてきた境界性人格障害の精神療法の技法を再評価する考察もある。

ハーマンは複雑性PTSDの概念が確立することの意義を次のように述べている。「複雑性外傷後ストレス障害の症候群に名前をつけることは、長期の搾取にあえいだ人々にそれに値する認知を与えるための重要な一歩である。それは正確な心理学的診断の伝統を守りつつ、同時に外傷をこうむった人々の道徳的・人間的要請をも裏切らない言葉を1つ発見しようとするものである。それは、捕囚の影響をどのような研究者よりも深く知る生存者から学ぼうとする姿勢である。」

活発な議論が、長期にトラウマの影響に苦しむ人たちを助けることに繋がることを期待したい。



# フィリピンにおける精神疾患・心理社会的障害者の トラウマ体験に関する研究



橋本仁\* 井筒節\*\* 堤敦朗\*

\* 金沢大学大学院人間社会環境研究科 \*\* 東京大学大学院総合文化研究科教養教育高度化機構

本研究は、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者のそれぞれが経験したトラウマをフィリピンにおいて分析したものである。調査対象として Muntinlupa 市に障害者登録されている者から 3,000 人を無作為に抽出し、内 1,024 人が調査へ参加した。両群のトラウマに対する暴露率を比較したところ、身体的暴力については精神疾患・心理社会的障害を持つ者の暴露率が有意に高かった。一方、言葉の暴力、性的暴力及び暴力的事象の目撃については、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者の間に有意差は見られなかった。また、一種類でもトラウマを体験した者の割合を比較しても、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者の間に有意差は見られなかった。両群が、身体的暴力を除いてトラウマに対する同程度の暴露率を有している理由として、(1) 精神疾患・心理社会的障害は外部から見えにくいいため、精神疾患・心理社会的障害を持つ者が他の障害を持つ者と比して必ずしも全ての形態の暴力を受けやすいとは限らないこと（例えば、言葉の暴力に対する脆弱性は障害の可視性と関係があると考えられるところ、外見上は非障害者と大きく変わらない精神疾患・心理社会的障害者が言葉の暴力に対して特に脆弱であるとは限らない）、(2) 障害種別に関わらず障害者に対するスティグマや差別があまりに深刻であり、障害者全体に対する暴力が蔓延している可能性があること、(3) 災害後には暴力的事象が増加する可能性が高いところ、フィリピンの災害に対する脆弱性は全ての障害者に均質的な影響を与え、等しくトラウマを経験しやすい状況を生み出している可能性があることが挙げられる。同時に、トラウマ体験は人権に基づくウェルビーイングと密接な関係性を有すると考えられるが、人権に基づくウェルビーイングはトラウマ以外の様々な要素にも影響を受ける。したがって、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者を取り巻く人権状況を正確に把握するためには、両者の人権に基づくウェルビーイングについてトラウマ以外の観点からも詳細な分析を行うことが今後待たれる。

Key words：トラウマ、精神疾患・心理社会的障害、障害者、ウェルビーイング

## I. はじめに

障害者は世界人口の 15% と大きな割合を占める一方<sup>1</sup>、様々な人権侵害に直面し周辺化され続けている。近年刊行された国連による報告書「障害と開発報告書—障害者による、障害者のための、そして障害者とともにある持続可能な開発目標の実現 (Disability and Development Report – Realizing the SDGs by, for and with persons with disabilities)」<sup>2</sup> は、障害者が直面する障壁や人権侵害を包括的に描写している。

障害者に対する暴力や人権侵害は依然として継続しているが、中でも、広範な人権侵害に直面する精神疾患・心理社会的障害者 (persons with mental health conditions or psychosocial disabilities) は特に脆弱な立場にあるといえる。精神疾患・心理社会的障害を持つ者が厳しい現実に関わらず、精神疾患・心理社会的障害者が経験する暴力やトラウマを定量的に分析したり、他の種類の障害を持つ者と比較したりする研究は少ない。限られた先行研究を概観すると、Hughes ら (2012) による

系統的レビュー・メタ分析<sup>3</sup>は、精神疾患・心理社会的障害者の暴力に対する深刻なリスクを指摘する。一方で、障害者に対する暴力の蔓延やリスクに関する十分なエビデンスを得るためにも、さらなる研究を行うことが有用であると著者は指摘する。加えて著者は、ほぼ全ての研究は先進国で実施されてきており、発展途上国の実態が十分に明らかにされていないことも指摘している。

Khalifeh ら (2013)<sup>4</sup> は、英国犯罪調査 (British Crime Survey) で得られた 44,398 人の成人データを調査し、障害を持たない者、精神疾患・心理社会的障害を持つ者、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者を比較した。その結果、精神疾患・心理社会的障害を持つ者は、障害を持たない者に比べて過去 1 年間の暴力被害に遭う確率が 3 倍高く、暴力に対する脆弱性が極めて高いことが明らかになった。但し、この研究で分析されている暴力は身体的暴力と性的暴力であり、言葉の暴力や暴力的事象の目撃といったトラウマについては対象とされていない。他にも、Dammeyer と Chapman (2018)<sup>5</sup> が 18,000 人以上の市民を対象としたデンマークの全国調査に基づき、精神疾患・心理社会的障害を持つ者は、身体的障害を持つ者に比べて暴力や差別の対象となる傾向が強いことを明らかにしているが、開発途上国における研究はほとんど存在しない。

開発途上国には 10 億人の障害者のうち 80% が住んでいると推定されており、また、60 歳以上の障害者の割合をみると低所得国 (43.4%) が高所得国 (29.5%) の割合を大きく上回っている<sup>1</sup>。開発途上国の障害者数が圧倒的に多いことや、リソースの乏しい厳しい状況に開発途上国が置かれていることに鑑みれば、開発途上国で大規模調査を実施することは極めて有意義である。そこで本研究では、フィリピンにおいて、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、それ以外の種類の障害を持つ者のトラウマ体験を調査・比較することを試みる。具体的には、(1)

様々な種類のトラウマに対する曝露を定量化し、(2) 精神疾患・心理社会的障害を持つ者とそれ以外の種類の障害を持つ者の間にトラウマに対する曝露の観点から統計的有意差があるかどうか分析し、(3) 両群間の差異または類似性をもたらしている要因を分析することを目的とする。

## II. 方法

### II -1. 対象

本研究は、フィリピンのマニラ首都圏の最南端に位置する Muntinlupa 市で行った。Muntinlupa 市社会局障害者部 (the Persons with Disability Affairs Office, Social Affairs Bureau) によると、2021 年 5 月現在、同市では 11,586 人が障害者登録されている。本調査では、障害者登録されている者の中から無作為に 3,000 人を抽出し、各障害者の世帯を訪問した。調査への参加拒否、訪問時の不在、障害の性質により質問への回答が困難等の理由で、3,000 人のうち 1,024 名の障害者が最終的に有効回答を提供した。すべての参加者は、無償で自発的に調査に参加した。

Muntinlupa 市による公式分類では、障害の種類は 6 つのカテゴリーに分類される ((1) 精神・心理社会的障害 (Mental / Psychosocial)、(2) コミュニケーション障害 (Communication)、(3) 学習障害 (Learning)、(4) 知的障害 (Intellectual)、(5) 整形外科的障害 (Orthopedic)、(6) 視覚障害 (Visual))。複数の障害を有する障害者については、その障害者の有する最も顕著な障害 1 種類を持つ障害者として分類されるため、複数の障害を持つ障害者として登録される者は存在しない。なお、各カテゴリーの障害者が有する障害の具体的態様・診断名等については必ずしも明らかではないが、医師をはじめとした臨床家の専門的判断をもって障害者認定がなされている。



調査に参加した 1,024 名の障害者のうち、精神疾患・心理社会的障害者は 207 名(男性 108 名、女性 98 名、その他 1 名)であり、その平均年齢は 34.87 歳 (SD=12.78) であった。精神疾患・心理社会的障害以外の障害を有する者の数は 817 名 (コミュニケーション障害 102 名、学習障害 35 名、知的障害 30 名、整形外科的障害 568 名、視覚障害 82 名) で、男性 402 名、女性 414 名、その他 1 名であった。精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者の平均年齢は 40.92 歳 (SD=13.99) であった。

## II -2. 尺度

精神疾患・心理社会的障害を持つ者及び精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者のトラウマ体験のデータを収集するため、質問票を用いたインタビュー調査を実施した。質問票には、トラウマへの暴露の他、社会人口統計学的特性に関する質問が含まれた。社会人口統計学的特性については、年齢、性別、宗教、雇用状況、世帯収入等の情報を収集した。トラウマ体験については、(1) 身体的暴力 (Physical violence (including physical domestic violence))、(2) 言葉の暴力 (Verbal violence (including verbal domestic violence))、(3) 性的暴力 (Sexual violence (including sexual domestic violence))、及び (4) 暴力的事象の目撃 (Witnessed something) について尋ね、それぞれのトラウマを体験した頻度を比較した。

## II -3. データ分析

精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者の、性別、宗教、雇用状況をカイ二乗検定で比較した。年齢の比較には t 検定を、世帯収入の比較にはマンホイットニーの U 検定を用いた。精神疾患・心理社会的障害を持つ者と精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者のトラウマへの曝露状況を比較するため、両者のトラウマ体

験への曝露頻度に対してカイ二乗検定を実施した。解析には SPSS バージョン 25 を使用し、統計的有意差の判定は  $p < 0.05$  を基準とした。

## II -4. 倫理的配慮

本研究は極めてセンシティブな問題を扱うため、十分な倫理的配慮が払われた。参加希望者全員に対して、研究の目的、方法、参加の任意性に加え、いつでも参加を取りやめることができる権利について、簡単な言葉で情報を提供した。2 日間にわたって研究倫理に関する研修を受けた地元の医療従事者の助力を得て、参加希望者がその識字レベルにかかわらず自発的に参加の是非を判断できるように、インフォームド・コンセント・フォームが声に出して読み上げられ、参加者全員からインフォームド・コンセントを得た。本研究の過程は、金沢大学国際機構倫理委員会にて承認されている (承認番号: KINDAIKOKUKI-001GO)。Muntinlupa 市保健当局からは、事前に研究プロトコルについて承認を得た。

## III. 結果

### III -1. 社会・人口統計学的特性

表 1 に示すように、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者とでは、年齢において有意差が見られた (精神疾患・心理社会的障害者群の方が若い) ( $p < 0.01$ )。両群間の性別構成には、有意差は認められなかった。また、精神疾患・心理社会的障害者 207 名のうち、キリスト教を信じている者は 153 名 (73.91%)、イスラム教を信じている者は 9 名、その他の宗教を信じている者は 42 名、宗教を信じていない者は 3 名であった。精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者 817 名のうち、キリスト教を信じている者は 687 名 (84.09%)、イスラム教を信じている者は 9 名、その他の宗教を信じている者は 113

名、宗教を信じていない者は8名だった。結果として、両群の宗教上の信仰には統計的有意差が認められた ( $p<0.01$ )。

調査時点における雇用状況をみると、精神疾患・心理社会的障害を持つ者については、被雇用者が58名(28.02%)、雇用されていない者が149名(71.98%)であった。精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者については、被雇用者が242名(29.62%)、雇用されてい

い者が575名(70.38%)であった。結果として、両群の間で、雇用状況にかかる有意差は認められなかった。

本調査に参加した各障害者が所属する世帯の年間収入をみると、精神疾患・心理社会的障害者の所属する世帯、精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者の属する世帯ともに、中央値は120,000PHP(1万PHP/月×12か月)であった。両群の年間世帯収入に有意差は見られなかった。

表1 社会・人口統計学的特性(精神疾患・心理社会的障害者及び精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者)

|                           | 精神疾患・心理社会的障害者<br>(n=207) |                                  | 精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者<br>(n=817) |                                  | $t^a/X^{2b}/U^c$ |
|---------------------------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------|
|                           | 平均値 <sup>a/</sup>        | SD <sup>a/</sup> % <sup>b/</sup> | 平均値 <sup>a/</sup>              | SD <sup>a/</sup> % <sup>b/</sup> |                  |
|                           | 頻度 <sup>b/</sup>         | 第1-第3四分位 <sup>c</sup>            | 頻度 <sup>b/</sup>               | 第1-第3四分位 <sup>c</sup>            |                  |
|                           | 中央値 <sup>c</sup>         | 分位 <sup>c</sup>                  | 中央値 <sup>c</sup>               | 分位 <sup>c</sup>                  |                  |
| 年齢 <sup>a</sup>           | 34.87                    | (12.78)                          | 40.92                          | (13.99)                          | -5.658**         |
| 性別 <sup>b</sup>           |                          |                                  |                                |                                  | 1.759            |
| 男性                        | 108                      | (52.17)                          | 402                            | (49.20)                          |                  |
| 女性                        | 98                       | (47.34)                          | 414                            | (50.67)                          |                  |
| その他                       | 1                        | (0.48)                           | 1                              | (0.12)                           |                  |
| 宗教 <sup>b</sup>           |                          |                                  |                                |                                  | 16.877**         |
| キリスト教                     | 153                      | (73.91)                          | 687                            | (84.09)                          |                  |
| イスラム教                     | 9                        | (4.35)                           | 9                              | (1.10)                           |                  |
| その他                       | 42                       | (20.29)                          | 113                            | (13.83)                          |                  |
| 信仰なし                      | 3                        | (1.45)                           | 8                              | (0.98)                           |                  |
| 雇用状況 <sup>b</sup>         |                          |                                  |                                |                                  | 0.204            |
| 雇用されている                   | 58                       | (28.02)                          | 242                            | (29.62)                          |                  |
| 雇用されていない                  | 149                      | (71.98)                          | 575                            | (70.38)                          |                  |
| 月間世帯収入 <sup>c</sup> (PHP) | 10000                    | (6000-15000)                     | 10000                          | (6000-15810)                     | 83.589           |
| 障害種別 <sup>b</sup>         |                          |                                  |                                |                                  |                  |
| 精神・心理社会的障害                | 207                      | (100.00)                         | 0                              | (0.00)                           |                  |
| コミュニケーション障害               | 0                        | (0.00)                           | 102                            | (12.48)                          |                  |
| 学習障害                      | 0                        | (0.00)                           | 35                             | (4.28)                           |                  |

|         | 精神疾患・心理社会的障害者<br>(n=207) |                                  | 精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者<br>(n=817) |                                  | $t^a/X^{2b}/U^c$ |
|---------|--------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------------------|
|         | 平均値 <sup>a/</sup>        | SD <sup>a/</sup> % <sup>b/</sup> | 平均値 <sup>a/</sup>              | SD <sup>a/</sup> % <sup>b/</sup> |                  |
|         | 頻度 <sup>b/</sup>         | 第1- 第3四                          | 頻度 <sup>b/</sup>               | 第1- 第3四                          |                  |
|         | 中央値 <sup>c</sup>         | 分位 <sup>c</sup>                  | 中央値 <sup>c</sup>               | 分位 <sup>c</sup>                  |                  |
| 知的障害    | 0                        | (0.00)                           | 30                             | (3.67)                           |                  |
| 整形外科的障害 | 0                        | (0.00)                           | 568                            | (69.52)                          |                  |
| 視覚障害    | 0                        | (0.00)                           | 82                             | (10.04)                          |                  |

a t 検定 b カイ二乗検定 c マンホイットニーのU検定 \*p<0.05, \*\*p<0.01

注:複数の障害を有する障害者については、その障害者の有する最も顕著な障害1種類を持つ障害者として分類される。

### III -2. トラウマへの暴露

表2は、両群がトラウマにさらされた頻度を男女別に集計したものである。身体的暴力に対する曝露については、両群の男性同士・女性同士を比較すると有意差は見られなかった。他方で、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害者全体をみると、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者全体に比べて、身体的暴力に対する曝露率が高かった(p<0.05)。

言葉の暴力、性的暴力及び暴力的事象の目撃については、両群の男女それぞれを比較しても、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害者全体と精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者

全体を比較しても、有意差は認められなかった。

最後に、上記の4種類のトラウマのうち、1種類でもトラウマを経験(Any Trauma)した者の割合を分析したところ、両群の男女それぞれを比較しても、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害者全体と精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者全体を比較しても、有意差は認められなかった。

即ち、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害を持つ者全体と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者全体の、身体的暴力に対する曝露においてのみ、有意差が認められた。

表2 各トラウマ体験にさらされた頻度(男女別集計)

|                                                                            | 精神疾患・心理社会的障害者<br>(n=207) |        | 精神疾患・心理社会的障害者以外の<br>障害者<br>(n=817) |        | X <sup>2</sup> |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------|------------------------------------|--------|----------------|
|                                                                            | 頻度                       | %      | 頻度                                 | %      |                |
| 身体的暴力<br>(Physical violence<br>(including physical<br>domestic violence )) |                          |        |                                    |        |                |
| 男性                                                                         | 10                       | (4.83) | 24                                 | (2.94) | 1.48           |
| 女性                                                                         | 9                        | (4.35) | 20                                 | (2.45) | 2.81           |
| その他                                                                        | 1                        | (0.48) | 0                                  | (0.00) | N/A            |
| 合計                                                                         | 20                       | (9.66) | 44                                 | (5.39) | 5.154*         |

|                                                                       | 精神疾患・心理社会的障害者<br>(n=207) |         | 精神疾患・心理社会的障害者以外の<br>障害者<br>(n=817) |         | X <sup>2</sup> |
|-----------------------------------------------------------------------|--------------------------|---------|------------------------------------|---------|----------------|
|                                                                       | 頻度                       | %       | 頻度                                 | %       |                |
| 言葉の暴力<br>(Verbal violence<br>(including verbal<br>domestic violence)) |                          |         |                                    |         |                |
| 男性                                                                    | 17                       | (8.21)  | 48                                 | (5.86)  | 1.106          |
| 女性                                                                    | 11                       | (5.31)  | 46                                 | (5.63)  | 0.001          |
| その他                                                                   | 0                        | (0.00)  | 1                                  | (0.12)  | N/A            |
| 合計                                                                    | 28                       | (13.53) | 95                                 | (11.63) | 0.563          |
| 性的暴力<br>(Sexual violence<br>(including sexual<br>domestic violence))  |                          |         |                                    |         |                |
| 男性                                                                    | 3                        | (1.45)  | 15                                 | (1.84)  | 0.227          |
| 女性                                                                    | 7                        | (3.38)  | 16                                 | (1.96)  | 1.985          |
| その他                                                                   | 1                        | (0.48)  | 0                                  | (0.00)  | N/A            |
| 合計                                                                    | 11                       | (5.31)  | 31                                 | (3.79)  | 0.97           |
| 暴力的事象の目撃<br>(Witnessed something)                                     |                          |         |                                    |         |                |
| 男性                                                                    | 3                        | (1.45)  | 16                                 | (1.96)  | 0.343          |
| 女性                                                                    | 4                        | (1.93)  | 21                                 | (2.57)  | 0.168          |
| その他                                                                   | 0                        | (0.00)  | 0                                  | (0.00)  | N/A            |
| 合計                                                                    | 7                        | (3.38)  | 37                                 | (4.53)  | 0.528          |
| 一種類でもトラウマを<br>体験(Any Trauma)                                          |                          |         |                                    |         |                |
| 男性                                                                    | 28                       | (13.53) | 83                                 | (10.16) | 1.393          |
| 女性                                                                    | 24                       | (11.59) | 85                                 | (10.40) | 0.741          |
| その他                                                                   | 1                        | (0.48)  | 1                                  | (0.12)  | N/A            |
| 合計                                                                    | 53                       | (25.60) | 169                                | (20.69) | 2.353          |

カイ二乗検定 \*p<0.05, \*\*p<0.01

注:複数の障害を有する障害者については、その障害者の有する最も顕著な障害1種類を持つ障害者として分類される。

#### IV. 考察

人口統計学的特性についてみると、性別、雇用状況及び世帯年収については精神疾患・心理社会的障害を持つ者と精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者との間に有意差は認められなかった。年齢及び宗教に関しては両群間で有意差が認められたものの、両群の経済状況は同程度の水準であることが今回の調査によって明らかになった。フィリピン統計局によるとフィリピンにおける年間世帯収入の中央値はPHP 203,000 であるところ<sup>6</sup>、精神疾患・心理社会的障害を持つ者の世帯と精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者の世帯の年間世帯収入の中央値はともに 120,000PHP（1 万 PHP/ 月×12 か月）であるため、精神疾患・心理社会的障害を有する者の世帯であるかその他の障害を有する者の世帯であるかにかかわらず、障害者の経済状況は極めて厳しいことが浮き彫りになった（全人口の年間世帯収入の中央値の 60% 以下）。

トラウマへの曝露については、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害を持つ者全体と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者全体の身体的暴力に対する暴露で、唯一有意差が認められた。これは、両群が他の種類のトラウマに同程度にさらされていることを意味する。精神疾患・心理社会的障害を持つ者が暴力や差別に対して脆弱であることを明らかにした先のデンマークの研究<sup>5</sup>等の先行研究に基づいた当初の想定では、精神疾患・心理社会的障害を持つ者はより多くのトラウマにさらされていると予想していたが、結果はむしろ直感に反したものとなった。

身体的暴力に対する暴露率に統計的差異が認められた（ $p<0.05$ ）とはいえ、両群のトラウマに対する暴露水準が概ね同程度であることは、いくつかの要因から説明し得る。まず、精神疾患・心理社会的障害は目に見えにくいため、精

神疾患・心理社会的障害を有する者は、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を有する者に比べて、必ずしも全ての形態の暴力に対して脆弱であるとは限らない可能性がある。また、言葉の暴力に対する脆弱性は障害の可視性と関係があると考えられるところ、外見上は非障害者と大きく変わらない精神疾患・心理社会的障害者が言葉の暴力に対して特に脆弱であるとは限らない。第二に、障害の種類にかかわらず、障害者全体に対する暴力が蔓延していることが指摘され得る。即ち、障害者一般を対象としたスティグマや差別に起因した暴力があまりに圧倒的過ぎて、統計的有意差が露見しなかった可能性がある。第三に、身体的暴力であれ、言葉の暴力であれ、性的暴力であれ、暴力的事象の目撃であれ、大災害の後にはトラウマとなるような事象が増加する可能性が指摘できる。災害や異常気象は、生命、水と衛生、食料、健康、住居、自決、文化の権利、開発の権利等、さまざまな人権の享受に直接的・間接的に影響を与えると国連も指摘するが<sup>7</sup>（UN, 2019b）、フィリピンは災害リスクが高い国として世界第3位にランクされており、台風、高潮、海面上昇等の災害を受けやすいという地理的特徴を有する<sup>8</sup>。障害の種類にかかわらず誰もが犠牲者となり得る自然災害に脆弱であることは、すべての障害者に均質的影響を与え、等しくトラウマにさらす結果をもたらし得る。これら要因は、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者が、同程度の水準でトラウマにさらされることを説明し得る。

本研究には、いくつかの限界が存在する。まず、本研究はマニラ首都圏の1都市で実施されたものであり、農村部人口は研究に参加していない。したがって、本研究は都市部の障害者が経験するトラウマを分析した点で有意義であるが、今後は農村部でもさらなる調査を行うことが有益であろう。第二に、Muntinlupa 市の公式な障害分類の制度上、複数の障害を持つ障害



者を特定することは不可能であり、本研究では複数の障害を持つ障害者のトラウマに関する実態を分析することができなかった。複数の障害を持つ者が経験するトラウマはより深刻である可能性が高く、したがって本研究の分析結果は障害者が経験するトラウマの深刻性を過小評価している可能性がある。第三に、本研究は精神疾患・心理社会的障害者と精神疾患・心理社会的障害者以外の障害者を比較した研究であるが、一般に精神疾患・心理社会的障害と密接な関連がある（ないしは精神疾患・心理社会的障害に内包される）と考えられるコミュニケーション障害、学習障害及び知的障害を有する障害者が、Muntinlupa 市による公式分類上は精神障害・心理社会的障害者以外の障害者群に含まれていることが指摘される。第四に、開示バイアス（disclosure bias）の影響が挙げられる。Goodman ら（1999）の研究<sup>9</sup>では、重度の精神疾患・心理社会的障害を持つ者から得られるトラウマ歴や心的外傷後ストレス障害（PTSD）に関する情報はほぼ信頼できることが示されている一方、Khalifeh ら（2013）<sup>4</sup>は、情報開示による潜在的な悪影響や加害者への依存のために障害者が暴力被害を過少申告する可能性があることを示唆している。加えて、トラウマ体験を報告することでネガティブな感情が引き起こされることを恐れて、申告を控える者がいる可能性もある。かかる事情から、本調査で報告されたトラウマ経験は現実のトラウマ経験より過小であり、トラウマへの暴露率やその深刻性を正確に反映していない可能性がある。

## V. 結論

本研究によって、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者のトラウマに対する暴露を比較すると、男女を合わせた精神疾患・心理社会的障害を持つ者全体と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者全体の、身体的暴力に対する

暴露においてのみ差異が認められ、他の種類のトラウマに対する暴露については差異がないことが明らかになった。同時に、トラウマ体験は人権に基づくウェルビーイングと密接な関係性を有すると考えられるが、人権に基づくウェルビーイングはトラウマ以外の様々な要素にも影響を受ける。したがって、精神疾患・心理社会的障害を持つ者と、精神疾患・心理社会的障害以外の障害を持つ者を取り巻く人権状況を正確に把握するためには、両者の人権に基づくウェルビーイングについてトラウマ以外の観点からも詳細な分析を行うことが今後待たれる。

## VI. 謝辞

本研究は、AMED の課題番号 JP18jk0110015、科研費の課題番号 KAKENHI 18K02102 及び KAKENHI 19K02235 の支援を受けた。また、Muntinlupa 市社会局障害者部の John Russel 氏の御協力に感謝を申し上げる。

## 文献

1. WHO & World Bank. World report on disability. Geneva: World Health Organization, 2011.
2. UN. Disability and Development Report - Realizing the SDGs by, for and with persons with disabilities. New York: United Nations, 2019.
3. Hughes, K., Bellis, M. A., Jones, L., Wood, S., Bates, G., Eckley, L., McCoy, E., Mikton, C., Shakespeare, T., & Officer, A. Prevalence and risk of violence against adults with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*, 2012; 379 (9826), 1621-1629.
4. Khalifeh, H., Howard, L. M., Osborn, D., Moran, P., & Johnson, S. Violence against

- people with disability in England and Wales: findings from a national cross-sectional survey. *PLoS One*, 2013; 8 ( 2 ), e55952.
5. Dammeyer, J., & Chapman, M. A national survey on violence and discrimination among people with disabilities. *BMC Public Health*, 2018; 18 ( 1 ), 355.
  6. Philippine Statistical Authority. Mean and Median Family Income and Expenditure by Per Capita Income Decile and by Region. Manila: Philippine Statistical Authority, 2018.
  7. UN. Report of the Special Rapporteur on the right to development. New York: United Nations, 2019.
  8. UNDRR. Disaster Risk Reduction in the Philippines: Status Report 2019. Bangkok: United Nations Office for Disaster Risk Reduction Regional Office for Asia and the Pacific, 2019.
  9. Goodman, L. A., Thompson, K. M., Weinfurt, K., Corl, S., Acker, P., Mueser, K. T., & Rosenberg, S. D. Reliability of reports of violent victimization and posttraumatic stress disorder among men and women with serious mental illness. *Journal of Traumatic Stress*, 1999; 12 ( 4 ), 587-599.

A Study on Trauma Exposure of Persons with Mental Health Conditions or Psychosocial Disabilities  
in the Philippines

Jin HASHIMOTO\* Takashi IZUTSU\*\* Atsuro TSUTSUMI\*



# サバイバーギルトの概念と定義：文献展望



道免逸子

関西国際大学心理学部

サバイバーギルトは死者が生じた事件・事故・災害等を生き延びた者が感じる強い罪悪感であり、DSM-5 では、Post Traumatic Stress Disorder（心的外傷後ストレス障害：以下 PTSD）症状の 1 つとされている。トラウマからの回復を妨げるのみならず、自死へと駆り立てる要因ともなりえる临床上重要な概念だが、その定義や治療法についてはあまり知られていない。そこで、サバイバーギルトの概念、定義、特質、治療法などの知見を求めることを目的に、文献展望を行った。文献検索の結果入手可能な論文は 53 本であった。サバイバーギルトという用語を初めて用いた Niederland は、ホロコーストサバイバーの症状を“survivor syndrome”として報告し、その中心的な症状を“survivor guilt”と呼んだ。サバイバーギルトの概念は、次第に家族間・近親者間で生じるより微妙な形態や社会資源の不平等な分配から生じる罪悪感などへと広げられた。文献展望により、用語の定義は、狭義のサバイバーギルトについての共通認識はあるものの、広義の概念をも含めた一致した見解は見られず、サバイバーギルトに特化した治療法もまだ存在しないことが明らかになった。サバイバーギルトの概念、定義、特質、治療法は、今後の研究に期待するところが大きいと言える。

キーワード：サバイバーギルト（Survivor Guilt） 文献展望（Review） トラウマ（trauma） 被災者（victims） 死別（bereavement）

## I. はじめに

トラウマ的な出来事に遭遇して Post Traumatic Stress Disorder（心的外傷後ストレス障害：以下 PTSD）を負い、トラウマに焦点づけた心理療法を受けた後もなかなか回復に向かえない対象の中には、しばしばサバイバーギルトを持つものがある。筆者は 2019 年に JR 福知山線脱線事故の負傷者へのインタビュー調査を実施したが<sup>1)</sup>、事故から 10 年以上の歳月を経ても生存者が感じる罪悪感に苦しむ人が多いことに驚かされた。これまでの研究で、この罪悪感によりトラウマ症状や悲嘆症状から回復することが困難になる例が少なくないことが指摘されている<sup>2)</sup>。例えば、東日本大震災の後に精神的に立ち直れない被災者が「なぜ真先に助けに行かなかったのか」「なぜ死んだのがあの人で、私ではなかったのか」という自問自答の中で精神を消耗していく「精神の危機」が報

告されている<sup>3)</sup>。この生き残りの罪悪感は回復を妨げるのみならず、自死へと駆り立てる要因ともなるため、临床上非常に重要な概念である。

死者が生じる事件・事故・災害などで死を免れたサバイバー、あるいは親しい人のトラウマ的な死に遭遇した人が、死者や重傷者に対して感じる罪悪感をサバイバーギルト、サバイバーズギルトなどと言い表すが、本稿では、この罪悪感を survivor syndrome という症候群として初めて紹介した Niederland が用いた、survivor guilt という用語をそのままカタカナ表記にした「サバイバーギルト」という用語を用いる<sup>4)</sup>。

サバイバーギルトは文化的に耳慣れた言葉であり、DSM-5 においては PTSD の 4 症状の 1 つ、認知と気分の陰性変化に含まれ、臨床ではよく用いられる用語であるが、その定義や概念、要因、治療法についてはあまり知られていない。そこで、サバイバーギルトの本質的特徴、共通項として認識される概念はどのようなものか、

またそれを言語的に明確に限定する定義は存在するのか、またどのように発症して、どのような経過を辿るのか、その治療はこれまでどのようなになってきたのかについての知見を求めることを目的として文献展望を行った。

## II. 方法

“survivor guilt” “survivor’s guilt”を検索キーワードとして、google scholarを用いて関連する文献を検索した(2020/10/1にアクセス)結果、13,400本の文献が見つかった。同じキーワードでPubmedを検索した(2019/9/6にアクセス)結果、76本がヒットした。また、“サバイバーギルト”“サバイバーズギルト”を検索キーワードとしてgoogle scholarを用いて検索した(2020/10/1にアクセス)結果、64本の文献が見つかった。これらの文献に関してタイトルと抄録を筆者が目視で確認し、“survivor guilt” “survivor’s guilt” “サバイバーギルト” “サバイバーズギルト”という用語が論文中あるいは引用文献中に見られるだけのものや、コラムや講演の原稿を起こしたもの、議事録、ブログ・新聞記事など学術論文の形でないもの、入手不可能な文献を除外した。残った文献の引用検索を行い、タイトルから生き残り罪悪感に関連すると思われるものをピックアップし、抄録と本文を確認した。生き残り罪悪感が主な研究テーマになっている論文であればレビューの対象に追加し、さらにその論文の引用検索を行った。このようなプロセスを繰り返し、最終的に合計53本の文献を詳細なレビューの対象とした。

展望に際し匿名性の保持に対する十分な配慮を行った。

## III. 結果

### 1. サバイバーギルト研究の欠如への言及

本稿で取り上げた53本の論文の内訳は、様々

な対象に見られるサバイバーギルトについて記述した論文28本、サバイバーギルトの概念や定義について検討する論文24本、レビュー論文1本である。1961年から2020年7月までの論文数は増加傾向にある(図1)が、その概念や定義の研究の少なさについて多くの言及があった。「看護学、医学における定義は一切なく、驚くべき欠如である」<sup>5)</sup>「研究は少なく、定義もギルトと心身の症状の関係もわかっていない。研究は始まったばかりである」<sup>2)</sup>「ほとんど研究されていない」<sup>6)</sup>、「自殺の危険性が高いのに、現象について研究されてこなかった。治療法も明らかでない。」<sup>7)</sup>「あまり理解されてこなかった臨床現象であり、その治療法を検討した研究はない」<sup>8)</sup>などである。

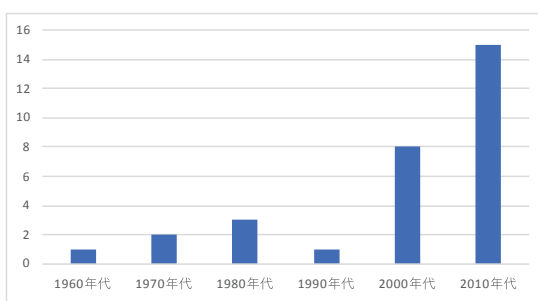


図1 サバイバーギルト論文数推移

### 2. サバイバーギルトの症状を記述した研究

その一方で、サバイバーギルトの症状については、看護学、医学、心理学の分野で多く記述されてきていた。28本の文献は以下のような事象のサバイバーを対象としていた。つまり、ホロコースト<sup>9) 10) 11)</sup>、広島原爆<sup>12)</sup>、戦争<sup>13) 14) 15)</sup>、テロ<sup>16)</sup>、地震<sup>17) 18)</sup>、AIDS<sup>19) 20)</sup>、がん<sup>21) 22) 23) 24) 25) 26) 27)</sup>、慢性疾患<sup>28) 29)</sup>、アノレキシア・ネルボーサ(神経性無食欲症:以下アノレキシア)<sup>30)</sup>、ハンチントン病<sup>31)</sup>である。このほかに、広義のサバイバーギルト概念の対象として、妊娠した産婦人科医<sup>32)</sup>、失業<sup>33) 34)</sup>などが対象となっていた。

### 3. サバイバーギルトの狭義の概念

### 3.1.“survivor guilt” という用語の初出以前

サバイバーギルトの概念について考察する際に、1970年代以前の精神分析理論の流れを辿った上で考察している論文が複数あった。罪悪感、恥といった概念についての論文は数多く存在するが、サバイバーギルトの概念を考える上で、踏まえておく流れとして大まかに以下のような点が挙げられていた。精神分析理論は罪悪感を「病理に最も影響するもの」として重視した<sup>5)</sup>。罪悪感について、フロイトは母親ヘリピドーを向ける時、父親から罰を受けるという不安からなるエディプス・コンプレックスの危険を解消するために父親に同一視することによって超自我が形成され、規範を逸脱すると罪悪感を感じるようになる、と考えた<sup>35)</sup>。フロイトはサバイバーギルトにあたる生き残り罪悪感について「生存者の間に死が常に後に残す自己譴責への傾向性」「他者の死を超えて生きる時に感じる罪悪感」と表現し、この種の罪悪感が世界中に見られると想定している<sup>5) 35) 36)</sup>が、この生き残りの罪悪感に特別な名称を与えることはしていない。花田はフロイトの強迫自責がサバイバーギルトに当たると述べている<sup>3)</sup>。フロイト以降の精神分析的理論の中では、許されない欲望への懲罰の恐怖という解釈から、欲求を追い求めることへの罪悪感へ、そして、自立欲求への罪悪感とその防衛としての自立能力への不安・恐怖という捉え方へと解釈が変化してきた<sup>37)</sup>。

### 3.2.“survivor guilt” という用語の初出

生き残りによる罪悪感についての詳細な記述の最初のもは、Niederlandによるホロコーストのサバイバーの症状の記述であるという点で概ね見解の一致が見られた。Niederlandは1961年のThe problem of the survivorの中で、その激しい罪悪感、うつ、不安、心身症的状态について記述している<sup>38)</sup>。その後、1964、1968、1971、1977、1981年と論文を発表する

中で、Niederlandはこうした症状は生き残れなかった愛する人への同一化であり、愛する人が亡くなったその災難を自分は生き延びたということに対する永遠に継続する罪悪感によって引き起こされると記述している<sup>4)</sup>。また降りかかった運命への無意識の敵意と、生き残ることは死者への裏切りであるという無意識の信念からもたらされるとも考察している。1968年の論文のタイトルに、The survivor syndrome: further observations and dimensions (下線筆者)には survivor syndrome<sup>39)</sup> とあることから、遅くともこの論文以降は、ホロコーストのサバイバーの症状に対して“survivor syndrome”という用語を用い、生き残り罪悪感を症候群として捉えていたことがわかる<sup>5) 7)</sup>。同じ時期に、広島原爆のサバイバーについて Lifton が行った報告には、「自分が生き残ったのは他の人が身代わりに死んだからである」、つまり他者の死の贖いの上に自分の生があるという信念が記述されているが、その罪悪感を指し示す特別な用語は用いられていない<sup>12)</sup>。

筆者が入手できたNiederlandの論文は、1981年の論文である。ここでNiederlandは“survivor syndrome”の症状の1つとして、“survivor guilt”という用語を用いており、「35年間、2000人もの収容所のサバイバーを診てきたが、症状はほとんど癒えることがない」と述べている<sup>4)</sup>。Niederlandは、この81年の論文の中で、ホロコーストのサバイバーの永遠に継続する罪悪感に伴うものとして、「今にも罰せられる感覚、つまり意識的無意識的な懲罰される恐怖」を挙げている。生き残りの罪悪感に恐怖の併存を指摘したことで、Niederlandはそれまでの生き残り罪悪感の概念の理解を広げた、とHutsonは指摘している<sup>5)</sup>。

### 3.3.Niederlandによる“survivor guilt”の症状

1981年の論文の中で、Niederlandはホロコーストのサバイバーの症状“survivor syndrome”

の大きな特徴として、不安と認知・記憶の障害をあげた<sup>4)</sup>。不安はもっとも顕著に現れる症状であり、再び迫害されるという恐怖、睡眠障害、多数の恐怖症、不安な夢、そして特徴的な“re-run”悪夢と結びついている。慢性的な不眠症に悩まされている患者が多いことについて、収容所の体験をまざまざと蘇らせるような悪夢が堪え難いため、それを見ないように眠る時間を短くしようとするためであると述べている。Niederland による“survivor syndrome”の症状の記述は以下のものであった(筆者訳)。

- a) 慢性的なうつ状態 身体症状の仮面を被っていることもある。リウマチ、頭痛、腰痛、胃腸症状、筋力低下、無力症など。認知行動面では、孤立、引きこもり、陰鬱な隠遁生活、突然の激怒など。体験について語りたがらず、否定したり忘れてしまおうとする、泣くこともできない、など
- b) 無快楽症 (anhedonia) 解消しない悲嘆、言語化できない悲しみ、性的不能・冷感症、サドマゾ傾向の亢進
- c) 不安と恐怖 また捕まるという不安と恐怖 (transparent phobias)、悪夢
- d) 記憶高進 (hypermnnesia) 侵入症状、極度な苦痛を伴う想起
- e) アイデンティティ感覚の変化 ボディイメージ、セルフイメージ、空間と時間の感覚の変化。「私はもう人間ではない」に至るまで。現在と過去の区別の困難、見当識の障害
- f) 心身症的な状態 (psychosomatic conditions) 消化器の潰瘍、血管の疾患、甲状腺機能亢進症、喘息、過緊張、不眠症、筋緊張性頭痛、胃腸疾患、心臓血管障害、ホルモン異常など。身体症状が過去の苦しみを物語っている。
- g) “survivor guilt” と解消しない悲嘆 家族がほとんど全滅した人の「私はここにいるべきじゃない、死んだ家族と一緒にいるべ

きだ」という語りがある。死ぬまで痛み、恥、罪悪感に苦しめられる。死ぬべきだった、と感じている。無意識に生き残ったことは死んだ親や兄弟への裏切りであると感じられている。

- h) 精神的脆弱性 内面の緊張状態、不眠、悪夢、不安な夢、不整脈など

そして、この中の1つ、g) が“survivor guilt”である。Niederland はホロコーストの後に生まれた子どもを replacement children と呼び、子どもへの深刻な影響も指摘している<sup>4)</sup>。

### 3.4. Garwood によるサバイバーギルトの症状と概念

ホロコーストのサバイバーであり、精神分析家でもある Garwood は、Niederland の survivor guilt の概念に当事者の視点を加えていた<sup>40)</sup>。Garwood は子ども時代にホロコーストを体験し、両親と共にゲットーに監禁されて生き残ったという体験を持つ。Garwood は、サバイバーシンドロームの中核的な要素はサバイバーギルトであると述べ、これまでの罪悪感の理論では説明がつかないこの症状について、以下のように考察している。つまり、サバイバーのトラウマには、無力感、消滅不安、累積した対象喪失、苦痛という大きな4つの特徴があり、最も重大なものが無力感である。サバイバーはこの無力感を軽減するために、防衛としての自責の念を必要とする、という。さらに Garwood はこの無力感について、幼少時の体験に背景があると考察している。3歳以前の記憶は幼児期健忘によって意識にのぼらないが、養育者に完全に依存した存在である新生児は、空腹、痛み、寒さなどを全て消滅危機の不安として感じている。この消滅の脅威と絶望は、後年トラウマや喪失に遭遇することで活性化される。そしてサバイバーにとって、自責はこの圧倒的無力感よりもまだよいため手放そうとしない、と考察する。サバイバーが、癒えること、服喪することに抵



抗を示すのは、喪失を想起することで、再度圧倒的な無力感と消滅恐怖に襲われるためであるという。ホロコーストから解放されたサバイバーについて、伴侶や子どもにしがみつく傾向が顕著であり、子どもに対する侵入的傾向や境界のなさは深刻な問題であると指摘していた。これは、Neiderland の危惧していた子どもへの影響と重なるものである。Garwood は一人一人のトラウマというミクロの側面から、マクロの側面、つまり、遅延する喪のプロセスのために一人の一生ではとても終わらない喪のプロセスが600万以上のユダヤ人の死に対して存在し、その解消には何世代も要することになる、<sup>40)</sup> という国家的な問題について言及していた。

#### 4. サバイバーギルトの広義の概念

Niederland によって提唱された survivor guilt の概念は、様々に広げられていった。Modell (1985) は、家族間、近親者間で生じるより微妙な形態へと概念を広げている<sup>41)</sup>。自分よりも幸せでない家族成員に対する罪悪感から成功を回避するケースを報告し、survivor guilt が無意識的な現象である可能性を指摘した。Modell は survivor guilt を separation guilt と depletion guilt の2つに大別し、separation guilt を成長して母親から離れて行くと母親が損なわれるという信念として、depletion guilt を誰かがとれば誰かが失うというゼロサムゲームのように成功を捉える信念として考察している。Erreich は Modell の separation guilt について、発達理論との組み合わせがなされている点を評価している<sup>37)</sup>。この Modell の depletion guilt の概念をアノレキシア・ネルボーサ（神経性無食欲症）の発症要因に用いたのが Friedeman (1985) である<sup>30)</sup>。つまり、自分が幸せになると他者が不幸になる、正常に発達すると大事な人を損ねる、という考え方で、depletion guilt が生じる背景には、重要な他者の傷つきや痛みに対する過敏性があると述べている。傷つけられることへの

恐れではなく、傷つけてしまうことへの恐れであるという点で、従来の精神分析の罪悪感の概念と異なることを指摘している。他者を傷つけることへの罪悪感については、山岸も阿蘭世コンプレックスとの関連から考察していた<sup>36)</sup>。

Williams はサバイバーギルトを existential survivor guilt と content survivor guilt という2つに大別していた<sup>42)</sup>。existential guilt は1947年に Cobb と Lindemann がココナッツグローブ火災の研究で概念化したもの<sup>43)</sup>で「私はなぜ生きているのか、死ぬべきだった」というような生き残ったことへの当惑やアイデンティティの混乱、またその生き残りへの意味づけを特徴とする<sup>44)</sup>。content survivor guilt は「死んだ者が苦しんでいる間に、自分は安全なところへ逃げた」ということに起因する罪悪感である。Matsakis はこの2つのサバイバーギルトの観点からセルフヘルプガイドを書いている<sup>45)</sup>。

O'Connor らは他者への気遣い及び分配の促進と関係しているという点で、社会集団の成員における利他的な行動がサバイバーギルトと似ていると考えた<sup>46)</sup>。サバイバーギルトは集団の結束を強め、反社会的競争を禁じ、人を利他的な行動へと誘導するという考えは、フロイト学派とは対照的な、肯定的な見解である。サバイバーギルトを肯定的な面から考察した研究に福間のものがある。福間は進化論的な研究の視点から、「小集団で生活することに起因する進化的圧力によって発展した基礎的な情動の一つ」「資源の公平な分配を保証し、子どもの世話の長期化を可能にする機能」という側面を紹介し、和辻哲郎の罪責概念の分析なども用いて、サバイバーギルトについて「無秩序で恐ろしいほどの偶発性に対して道徳的な秩序を我々に付与することができる一方法」という見解を述べている<sup>50)</sup>。Wang も肯定的な面を捉えている。Wang はサバイバーギルトが PTSD と Post Traumatic Growth（心的外傷後成長：以下 PTG）の双方に影響していると指摘した<sup>18)</sup>。サ

バイバーギルトは恐怖の処理を妨害し、PTSDを維持する。しかしその一方で道徳的な情動でもあり、人生の深い意味を見つけるなど自己受容、対人関係、人生哲学において、PTGをもたらしと述べている。また罪悪感から生まれる償いの行動から対人関係が改善されると考察した。

また O'Connor らは社会資源の不平等な分配から生じる罪悪感として、浮浪者を見る時に感じる罪悪感などもサバイバーギルトの延長とみている。Lim らはサバイバーギルトと PTSD との関連、また Equity theory (公平理論)、つまり同じ仕事に対して自分と他の従業員が異なる報酬を与えられている時、その報酬に見合った仕事量に合わせようとするという現象との関連を指摘している<sup>54)</sup>。こうした広義のサバイバーギルト概念は、リストラで会社に残った側に生じる罪悪感<sup>33) 34) 47)</sup>の考察に用いられていた。Hutson (2015) はこうした罪悪感について、専門家が把握しているよりもはるかに広く見られると述べている<sup>5)</sup>。杉原もサバイバーギルトと同型の心理が日常の文脈に広く認められることを指摘し、その背景には「予想された妬み」と「食欲への恐怖」があると考えた<sup>48)</sup>。これらは自己と他者の境界を明確にすることへの負目、境界線をぼやけさせようとする心理であると考察している。宮野 (2018) もまた、自他境界の拡散について指摘している<sup>49)</sup>。死別の悲嘆を扱った2つの能『鐵門』と『大原御幸』を通してサバイバーギルトについて考察し、人間の限界と運命を恨む気持ち、「なぜ？」という答えのない問い、守れなかった負い目から生じる強い罪悪感、自他境界の拡散による他者の不幸を他人事にできない心理、について述べている。また生死の問題には宗教が必要であること、「物語ること」と鎮魂とは密接に繋がっていることを指摘していた。

サバイバーギルトを死別の悲嘆研究の観点から考察した研究もあった。Li らは、死別の罪悪

感を単一の情動ではなく、様々な情動を含む情動的シンドロームと捉えている。罪悪感と不適応、罪悪感と身体症状、罪悪感と精神反応、罪悪感とトラウマ反応との間には関連があり、死別の罪悪感が多角的に概念化すべきであると指摘した<sup>2)</sup>。宮地は東日本大震災の遺族を対象とした研究のなかで、サバイバーギルトについて、運命のいたずらともいえるべき出来事に対しコントロール感を取り戻すために意味づけを探す行為、理不尽な運命に対する怒りの裏返し、あるいは生きることが運命を共有するはずだった相手への裏切りという感覚、あるいはトラウマ反応としての再体験症状であると考察した<sup>52)</sup>。コントロール感を取り戻すためにサバイバーギルトが必要だという解釈は Griffioen も述べていた<sup>53)</sup>。Valent はトラウマ的出来事の際に発動する本能により特徴的な8種類のサバイバーギルトがあると述べ<sup>61)</sup>、①救助・介抱（しまった！しなかった！という苦悩）②愛着（悪い子だったから、自分のせいだ、など）③目標達成（もっとできたのに、など）④諦めてしまった⑤闘争（過剰防衛など）⑥逃走（見捨てた）⑦競合（私の身代わりに死んだ、私が助かったから死んだ、など）⑧共犯（性的なことに関連した欺瞞など）の8つを挙げている。Valent はまた、サバイバーギルトは自然災害においても人為災害においても違いはないことを指摘している。

## 5. サバイバーギルトの定義

先行研究の中で用いられている狭義のサバイバーギルトの定義は以下のものであった（筆者訳）。「否定的な認知的情動の状態で、他者が亡くなる悲劇を生き延びた人が体験するもの」<sup>5)</sup>「死者や重傷者がでた出来事を生き延びた人が感じる罪悪感」「死別の悲嘆における悔恨の情動反応であり、亡くなった人と / あるいは死との関係において、自分の内なる基準や期待に従って生きられなかったという認知」<sup>2)</sup>「自分

が生き残ったことへの罪悪感」<sup>52)</sup>「生き残り者の罪悪感。戦争、災害など多数の死者が出る事態に巻き込まれながら、そこで生き残った人が、自分が生き残ったという事実について感じる罪悪感」<sup>48)</sup>「心的外傷反応の特別な側面」<sup>55)</sup>

サバイバーギルトの定義については、先行研究の中で「存在しない」<sup>2) 5)</sup>と指摘されているように、研究者の間で一致した定義は見出せないが、狭義の概念について「重要な対象の喪失を伴うトラウマ的体験後に生じる強い情緒的苦悩」といった、ある程度の共通認識が存在すると思われる。

Hutson はサバイバーギルトの定義づけを以下のように試みており、特徴を幅広く掴んだ丁寧な定義であると考え<sup>5)</sup>。「サバイバーギルトとは、非常に個別化した対人間のプロセスである。他者が巻き込まれたのに自分は免れて距離を置いている危害が存在し、その出来事は、悲惨な苦悩の体験であって、様々な反応により体現され、その反応は生じた文脈に左右される。サバイバーギルトは、犠牲者との関係を維持しようとする試みであり、その生じ方には個人の特性、つまり所属や公正の感覚、社会文化的な期待や価値などが影響する。サバイバーギルトにより、アイデンティティや対人関係の変化、心身の健康問題が生じ、その解消に至る場合があるとしても、解消にどの程度の時間が必要であるかは明らかでない。」(筆者訳)

一方で、サバイバーギルトの広義の概念については、喪失対象に関する共通認識が曖昧であることから、その影響についての言語的な規定は難しく、定義は存在しなかった。

## 6. サバイバーギルトの疫学とリスク要因

PTSD の治療機関のサンプルを調査した Murray は、全体の 38.5% に死者の生じたトラウマ的出来事のサバイバーがおり、その 90% にサバイバーギルトが見られたことを報告していた<sup>6)</sup>。過去の研究では、海難事故で 61%、ベ

トナム戦争帰還兵で 46%、ナイジェリアの兵士で 38%、科学技術災害で 36% にみられた、という報告がある。Pethania は、サバイバーギルトが退役軍人では、38% ～ 40%、交通災害では、36% ～ 61% にみられるとしている<sup>7)</sup>。

死別の悲嘆の量的研究を行った Li らは、死別の罪悪感のリスクファクターとして、状況的要因（時間がどのくらい経過しているか、死因、なくなった人の特徴、死ぬ前の関係性と受けた緩和ケア）、個人的要因（性別、宗教など）、対人関係的要因（ソーシャルサポートなど）などを挙げている<sup>2)</sup>。罪悪感は経時軽減するというものとそうでないというものがあり、不自然な死や自死、死者との間の両価の関係、自然な死であっても亡くなりかたが良くない場合など、対象によって様々であり、疫学は明らかでないとしている。

宮地は東日本大震災の遺族を対象とした研究のなかで、サバイバーギルトを生み出す 3 つの要因を挙げた<sup>52)</sup>。1 つは、喪失があまりに耐え難くなんとか取り返したいと願うこと、2 つには、後知恵バイアス hindsight bias が生じること、3 つには、危機的状況における心身の反応や行動を平常時の道徳規範で評価することによるずれが生じることである。

## 7. サバイバーギルトの治療法

Medin は探索的な研究の中で、PTSD にサバイバーギルトを併存した 14 名に対してイメージ書き直し (Imagery Rescripting: 以下 IR) を用いた治療を行い、認知と情動面で顕著な改善が見られ有効であったと報告している<sup>8)</sup>。Hutson はサバイバーギルトによる対人関係の変化として、成功しないようにする、完璧主義になる、ワーカホリックになるなどの例を挙げ、精神的・身体的症状として、ストレスの身体化、自傷行為、PTSD、うつ、アレキシサイミア、強迫性障害、摂食障害などを挙げ、回復にかかる時間は様々であると述べた。サバイバーギルトに対

して様々な治療法が使われているものの、サバイバーギルトに特化した有効な治療方法はまだ存在しないと結論づけている<sup>5)</sup>。Underwood はサバイバーギルトに有効な支援について考察した。すなわち、予測不能な経験であり生存者は無作為だということを知らせる、自分を罰する必要はないことを知らせる、サバイバーの認知・感情・活動が展望を持てるよう支援する、サバイバーを支援計画に巻き込む、という4点である<sup>55)</sup>。

Lee は PTSD を fear-based PTSD、shame-based PTSD、guilt-based PTSD に分けることを提案し、fear-based PTSD には曝露法が有効であるが、shame-based PTSD や guilt-based PTSD には曝露と認知再構成の組み合わせが有効であり、もともと持っていたスキーマが強化されたという視点からの心理教育が大事であること、これらのコアスキーマを形成した幼少期の体験や先行する体験を時系列順に考える必要性を指摘していた<sup>56)</sup>。

Williams はサバイバーギルトの問題が解決されないために回復せず、何度も治療の場に舞い戻ってくる一群について、bad penny syndrome (“悪貨は必ず戻ってくるもの”) と名付け、治療の困難さを指摘していた<sup>42)</sup>。治療法として挙げられたのは、トラウマ的出来事の詳細な想起と語りを得る、必要であれば聖職者にリファーする、発達の視点をを用いる、事件の最中の良かった行動に焦点づける、ゲシュタルトのエンプティチェア、象徴的なメモリアルなどである。また惨事ストレスに対しては、技術的なことに焦点を当てることの有効性を指摘していた。

Valent は、サバイバーギルトを心的外傷後障害の中心症状であると述べ、有効な治療として、気づきを得ることと持続曝露療法 (prolonged exposure therapy: 以下 PE) を挙げた<sup>51)</sup>。良い見通しを持って治療を行い、サバイバーギルトの意味や痛みが明らかになり処理されると、悲嘆から新しい意味の構築が可能となり、目的の

ある人生へと変えられるとしている。

Powell はサバイバーギルト治療の選択肢として CISD:Critical Incident Stress Debriefing model (緊急事態ストレスデブリーフィングモデル) と PFA:Psychological First Aid (サイコロジカルファーストエイド) を挙げた<sup>57)</sup>。レジリエンスを高める試み、つまり、情動調整、コーピングスキル、問題解決スキル、援助希求行動への肯定的姿勢、セルフケアについての心理教育を重視し、サポートネットワークを作ること、コミュニティを作ることも有効な方法として挙げていた。

Pethania は、質的研究から「なぜ自分は生き残ったのか?」という問いに答えを見つけることと、新たな意味づけを見出すことが重要と述べ<sup>7)</sup>、高橋は東日本大震災のサバイバーへの支援の経験から、生き残ったことへの意味づけが人によりいかに多様であるかを指摘し、サバイバーギルトの心理教育の大切さについて「知識は力である」と表現した<sup>58)</sup>。

#### IV. 考察

サバイバーギルトとはどのようなものか、その概念や定義、治療法についての知見を求めることを目的として文献展望を行った。その結果、生き残りによる罪悪感フロイトらによって指摘されていたが、その症状を明確に記述し紹介したのは Neitherland であり、ホロコーストサバイバーに見られる症候群 “survivor syndrome” として報告されたこと、そしてその特徴の1つが “survivor guilt” であるということが明らかになった<sup>4)</sup>。Niederland は “survivor syndrome” の大きな特徴として不安と認知・記憶の障害を挙げ、その症状として、慢性的なうつ状態、無快楽症、不安と恐怖、記憶高進、アイデンティティ感覚の変化、心身症的な状態、“survivor guilt” と解消しない悲嘆、精神的脆弱性を報告している。Niederland は、ホロコーストのサバ



イバーの永遠に継続する罪悪感に伴うものとして、「懲罰される恐怖」を挙げている。

自らホロコーストのサバイバーであり精神分析家でもある Garwood は、無力感を重視した。サバイバーの無力感と消滅不安、累積した対象喪失と苦痛という4つの重要な情動のうち、特に無力感は圧倒的であり、この無力感への防衛として罪悪感が必須だと述べている<sup>40)</sup>。サバイバーはこの防衛を手放さず、喪のプロセスを辿ることができないため、喪の作業が一人の一生では終わらずに何世代もが必要となる。伴侶や子どもから離れることができないサバイバーの、侵入的で自他境界が曖昧な子育ての影響の深刻さを指摘した。Niederland も Garwood も子どもたちへの影響について同様の懸念を表明していた。

何世代にも渡るトラウマとサバイバーギルトの深刻な影響とその広がりを考える時、個人のみならず、社会、国家レベルの取り組みが必須であることを考えさせられる。第二次世界大戦後、アメリカは国民に多くのトラウマ障害患者を抱え、その治療のために専門の心理職を国家で養成することを決定した<sup>59)</sup>。法整備がなされ、Clinical Psychologist という専門性の高い国家資格が生まれ、ヨーロッパでも同様の流れが生じ、欧米では今日も心理の先進的な治療・研究が進められている。

サバイバーギルトの概念は、本来の、ホロコースト、戦争、自然災害、テロ、登山事故など死者を伴う出来事に遭遇し生き残ったサバイバーの感じる罪悪感、というものから、心臓手術やガン治療、慢性疾患治療により辛くも生存が可能となった人の感じる罪悪感、また、家族や近親者の中の成功者と失敗者など不均衡に対する罪悪感、リストラされた人や浮浪者など社会資源の不平等な分配から生じる罪悪感など、必ずしも死と関連のないものにまで広げられていた。死者が関係しない出来事の中に見られる、サバイバーギルトと似たような症状が本来のサ

バイバーギルトと同じものなのか、その延長線上にあるもの、つまりスペクトラムのようなものなのか、あるいは異なるものなのかについては、その解明が今後に期待される興味深い問題である。また、死者の関連するサバイバーギルトの中でも、サバイバーと死者との関係性、つまり死者が行きずりの他者であるのか家族のように繋がりの強い他者であるのか、といったことによりサバイバーギルトの構造や性質などに違いはあるのかといったことに関しても、今後の研究が待たれる。

Williams はサバイバーギルトを「私はなぜ生きているのか」といった existential survivor guilt と「死んだ者が苦しんでいる間に、自分は安全なところへ逃げた」といった content survivor guilt に大別し、Modell は子どもが成長して母親から離れると母親を損なうという separation guilt や自分が得れば誰かが失うという depletion guilt など、発達理論やゼロサムゲームの考え方を取り入れた興味深い考察を展開している<sup>42)</sup>。O'Connor らはサバイバーギルトの利他的な側面に注目し、反社会的な行動を禁じ集団の結束を強めるという肯定的な意味に言及した<sup>46)</sup>。もともと進化論的な観点では、資源の公平な分配や、子どもの世話の長期化を可能にする機能としてサバイバーギルトを肯定的に捉えていたが、福岡もサバイバーギルトを「無秩序で恐ろしいほどの偶発性に対して道徳的な秩序を我々に付与することができる一方法」であると述べている<sup>50)</sup>。Wang もまた人生の深い意味を見いだす、償い行動により対人関係を改善する、PTG をもたらすといったサバイバーギルトの適応的な面に注目している<sup>18)</sup>。また日常の文脈に広く見られるサバイバーギルトについて、自他境界の拡散という心理が指摘されていた。自他境界の曖昧さについては、Garwood も指摘しており<sup>40)</sup>、サバイバーギルトの特質を考える上で重要な概念となる可能性がある。サバイバーギルトはトラウマの観点からは、心的

外傷後障害の中心症状であるとされ<sup>51)</sup>、guilt-based PTSD という概念も提唱されていた<sup>56)</sup>。また死別の悲嘆研究の観点からは、単一の情動ではなく、様々な情動を含む情動的シンドロームであり、悲嘆の中心的情動反応であるとされていた<sup>2)</sup>。

かくも多様にサバイバーギルト概念は考察されていたが、こうした多角的なアプローチを許容するサバイバーギルトは死生観や宗教観とも絡んだ非常に複雑な概念であり、Li も言うように<sup>2)</sup>、研究はまだ始まったばかりと言える。中国には罪と恥を表す語彙が100以上あると言われるが、罪悪感についての文化差も大きい可能性がある。先行研究はほとんどが西洋の研究であるが、今後は多様な文化圏における研究が望まれる。

サバイバーギルトの提唱者であるNeitherland は定義づけをしておらず、サバイバーギルトの定義について、これまでに一致した見解があるとはされていない。しかし、狭義の概念については「重要な対象の喪失を伴うトラウマ的体験後に生じる強い情緒的苦悩」といった、ある程度の共通認識が存在していた。サバイバーギルトの広義の概念については、喪失の対象をどこまで広げるのかを定められない以上、その影響についての言語的な規定は難しく、定義は存在しなかった。

このように定義が確定していないことはサバイバーギルトの概念や定義についての研究が少ないことに加え、サバイバーギルトの概念が複雑であることにも起因すると考えられる。

サバイバーギルトの疫学研究では、トラウマ的体験をした人のサバイバーギルトの併存率が非常に高いことが示されており<sup>6)</sup><sup>7)</sup>、改めて、サバイバーギルト研究の重要性、緊急性が示された。治療法については、まだ探索的な段階であり、RCTによる効果の検証ができていない治療法は無かった。治療について述べた論文は概ね、心理教育の重要性と、トラウマ的出来事の

詳細な語りによるトラウマ記憶の処理と認知再構成、ソーシャルサポート、象徴的メモリアルなどの重要性を指摘していた。本稿がサバイバーギルト研究を進めていく上で何らかの参考となれば幸甚である。

## V. 限界

本稿で扱った文献は日本語、英語によるものに限られ、入手困難な文献も少なくなかったことから、サバイバーギルトの知見の一部を反映したものに過ぎない。今後検索エンジンを増やし、さらなる検索と展望を行う必要がある。また、サバイバーギルトは死生観や宗教観とも関係する複雑な概念であり、さらに検索語を増やした多角的な文献展望が必要と考える。展望した研究は、それぞれのフィールドで遭遇した特定のトラウマに対しての考察であり、その結果を他のトラウマ的出来事のサバイバーに当てはめて良いのかということについても慎重に検討される必要がある。サバイバーギルトの定義、概念、治療法は、今後の研究に期待されるところが大きいと言える。

## 引用文献

- 1) 鈴木逸子・亀岡智美・加藤寛ら. 大規模交通災害が心身の健康に及ぼす長期的な影響に関する研究. 兵庫県こころのケアセンター平成30年度長期研究2,2018. ([www.j-hits.org/function/research/pdf/30\\_2chouki.pdf#zoom=100](http://www.j-hits.org/function/research/pdf/30_2chouki.pdf#zoom=100)) (accessed 2020-10-1)
- 2) Li J, Stroebe M, Chan CLW et al. Guilt in bereavement: A review and conceptual framework. *Death stud* 2014; 38 (3) : 1-7.
- 3) 花田太平. 大震災と死者の政治学, 2017 ([reitaku.repo.nii.ac.jp/pdf](http://reitaku.repo.nii.ac.jp/pdf)) (accessed

- 2020-10-1)
- 4) Niederland G. The survivor syndrome: further observations and dimensions. *J Am Psychoanal Assoc* 1981; 29: 413-26.
- 5) Hutson SP et al. Survivor guilt: Analyzing the concept and its contexts. *Adv Nurs Sci*. 2015; 38 (1) : 20-33.
- 6) Murray HL. Survivor guilt in a post-traumatic stress disorder clinic sample. *Journal of loss and trauma International perspectives on stress & coping*. 2018; 23 (7) : 600-607.
- 7) Pethania Y, Murray H, Brown D. Living a life that should not be lived: A qualitative analysis of the experience of survivor guilt. *J Trauma Stress Disord Treat* 2018; 7 (1) : DOI: 10.4172/2324-8947.1000183
- 8) Medin E. Treatment of survivor guilt after trauma using imagery rescripting. Doctoral thesis, University of London, 2015.
- 9) Krell R. Holocaust survivors and their children: comments on psychiatric consequences on psychiatric terminology. *Compr Psychiatry* 1984; 25 (5) : 521-528.
- 10) Leon GR, Butcher JN, Kleinman M et al. Survivors of the Holocaust and their children: current status and adjustment. *J Pers Soc Psychol* 1981; 41 (3) : 503-516.
- 11) Schneider S. Attitudes toward death in adolescent offspring of Holocaust survivors. *Adolescence* 1978; 13 (52) : 585-584.
- 12) Lifton RJ. *Death in life: Survivors of Hiroshima*. UK: Simon&Schuster. 1976.
- 13) Davidson JRT, Kudler HS, Saunders WB et al. Symptom and comorbidity patterns in World War II and Vietnam veterans with posttraumatic stress disorder. *Compr Psychiatry* 1990; 31 (2) : 162-170.
- 14) Hendin H, Haas AP. Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. *AmJ Psychiatry* 1991; 148 (5) : 586-591.
- 15) Wilfred CA, Tyrone C, Bankey D et al. SIS incites long term PTSD combat memories and survivor guilt. *SIS Journal of projective psychology & Mental Health* 2014; 21 (2) : 68-80.
- 16) Wayment HA. It could have been me: vicarious victims and disaster-focused distress. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30 (4) : 515-528.
- 17) Carmassi C, Bertelloni CA, Gesi C et al. New DSM-5 PTSD guilt and shame symptoms among Italian earthquake survivors: impact on maladaptive behaviors. *Psychiatry Pres*. 2017; May 251:142-147. doi: 10.1016/j.psychres.2016.11.026.Epub 2016 Nov 22.
- 18) Wang W, Wu X, Tian Y. Mediating Roles of Gratitude and Social Support in the Relation Between Survivor Guilt and Posttraumatic Stress Disorder, Posttraumatic Growth Among Adolescents After the Ya'an Earthquake. *Frontiers in Psychology* 2018; 2131. Doi: 10.3389/fpsyg.2018.02131
- 19) Boykin FF The AIDS crisis and gay male survivor guilt. *Smith Coll Stud Soc Work*.1991; 61 (3) : 247-259.
- 20) Land E. What is AIDS survivor syndrome? *BETA website* 2018; February 1. sfaf.org (accessed 2020-10-1)
- 21) Calhoun-Egan RD Psychological and social impact of being a brain tumor survivor: adult issues. In: Goldman S, Turner C. (eds) , *Late Effects of Treatment for Brain*

- Tumors*, Springer, 2009: 309-316.
- 22) Dizon DS Survivors' Guilt: Dealing with anxiety and questions years after successful cancer treatment. 2015; Sep 29.
  - 23) Geller G, Botkin JR, Green MJ et al. Genetic testing for susceptibility for adult-onset cancer: the process and content of informed consent. *JAMA* 1997; 277 (18) : 1467-1474.
  - 24) Glaser S. Survivor guilt in cancer survivorship. *Soc Work Health Care* 2019; Sep. 58 (8) : 764-775. Doi: 10.1080/00981389.2019.1640337. Epub 2018 Jul 16. PMID: 31311446
  - 25) Kreitler S. Survivor's guilt in caretakers of cancer. In: Hineman N, Glahn JA (eds.) *The Presence of the Dead in Our Lives*. Family&Relationships, 2012: 77-98.
  - 26) Maxwell T. Survivor guilt in cancer patients: a pastoral perspective. *The Journal of Pastoral Care* 1994; Spring 48 (1) : 25-31.
  - 27) Perloff T. Survivor guilt: The secret burden of lung cancer survivorship. *Journal of Psychosocial Oncology* 2019; 34 (3) <https://doi.org/10.1080/0734332.2019.1569191> PMID 30798776
  - 28) Patenaude AF, Rapoport JM Surviving bone marrow transplantation: the patient in the other bed. *Ann Intern Med* 1982; 97: 915-918.
  - 29) Vamos M Survivor guilt and chronic illness. *Aust N Z J Psychiatry* 1997; 31 (4) : 592-6. PMID: 9272270 DOI 10.3109/0004867970906582
  - 30) Friedman M. Survivor guilt in the pathogenesis of anorexia nervosa. *Psychiatry* 1985; 48: 25-39.
  - 31) Huggins M, Bloch M, Wiggins S et al. Predictive testing for Huntington disease in Canada: adverse effects and unexpected results in those receiving a decreased risk. *Am J Med Genet* 1992; 42: 508-515.
  - 32) Edelson P.K. Survivor guilt of a pregnant obstetrician. *Obstet Gynecol* 2019; 134 (3) : 641-642. doi:10.1097/AOG.0000000000003418. [Epub ahead of print] PMID:31403608
  - 33) Ward T. Survivor guilt: Examining the effect a redundancy situation can have on the psychological contract for those employees left behind. Under graduate thesis, Dublin, National College of Ireland, 2009. [trap.ncirl.ie/460/4/Tracy\\_Ward.pdf](http://trap.ncirl.ie/460/4/Tracy_Ward.pdf)
  - 34) Wolfe H. Survivor syndrome: Key considerations and practical steps. *Institute for Employment Studies* 2004. <https://www.employment-studies.co.uk/system/files/resources/files/mp28.pdf>
  - 35) Freud S. As cited in: Masson JF. *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhelm Fleiss 1887-1904*. Cambridge, MA: The Belknap Press of Harvard University Press, 1896/1985.
  - 36) 山岸明子. 罪悪感再考 --4つの罪悪感をめぐって. パーソナリティ研究 2014; 22 (3) : 213-225.
  - 37) Erreich A. More than enough guilt to go around: oedipal guilt, survival guilt, separation guilt. *J Am Psychoanal Assoc* 2011; 59 (1) : 131-51.
  - 38) Niederland G. The problem of the survivor. *J Hillside Hosp* 1961; 10: 233-247.
  - 39) Niederland G. Clinical observations on the "survivor syndrome." *Int J Psycho-Analysis* 1968; 49: 313-315.
  - 40) Garwood A. The Holocaust and the

- power of powerlessness: Survivor guilt an unhealed wound. *Br J Psychother* 1996; 13 (2) : 243-258.
- 41) Modell AH The origin of certain forms of pre-oedipal guilt and the implications for a psychoanalytic theory of affects. *Int J Psychoanal* 1985; 48: 25-39.
- 42) Williams T. Diagnosis and treatment of survivor guilt: The bad penny syndrome. In Williams T. (Ed.) *Post-traumatic stress disorders: A handbook for clinicians*. Disabled American Veterans, 1987: 75-92.
- 43) Cobb S, Lindemann E. Neuropsychiatric observations after the Cocoanut Grove fire. *Annals of surgery* 1943; 117 (6).
- 44) Wilson JP, Harel Z, Kahana B. *Human adaptation to extreme stress: from the Holocaust to Vietnam*. New York, NY, Plenum Press, 1988.
- 45) Matsakis A. *Survivor Guilt: A self-help guide*, Oakland, CA. New Harbinger Publications, 1999.
- 46) O'Connor LE, Berry JW, Weiss J. Interpersonal guilt, shame, and psychological problems. *J Soc Clin psychol* 1999; 18 (2) : 181-203.
- 47) Brockner J. Layoffs, self esteem, and survivor guilt: Motivational, affective, and attitudinal consequences. *Organ Behav Hum Decis Process* 1985; 36 (2) : 29-244.
- 48) 杉原保史. 日常生活におけるサバイバーズ・ギルト -- 負い目による自己他者境界の不明瞭化 --. *大谷学報* 2006; 76 (1) : 17-30.
- 49) 宮野知子. 能「鐵門」と能「大原御幸」からみた「生き残ること」の「悲しみ」と語ることにについて. *花園大学心理カウンセリングセンター研究紀要* 2018; 12: 35-44.
- 50) 福岡聡. サバイバー・ギルト（生存者罪責感）再考 - 哲学的解釈による一試論 -. *死生学・応用倫理研究* 2013; 18: 160-167.
- 51) Valent P. Survivor guilt. In Fink G. (ed.) *Stress concepts and cognition, emotion, and behavior*. Academic press, 2016; 373-376.
- 52) 宮地尚子. 震災トラウマと復興ストレス. 岩波書店, 2011.
- 53) Griffioen AL. Regaining the 'lost self': A philosophical analysis of survivor's guilt. In Gerner G (eds.) *Altered self and altered self experience*. Nordstedt: Books on Demand, 2014; 43-57.
- 54) Lim A. What is survivor's guilt? Definition and examples. 2018. [thoughtco.com](http://thoughtco.com) (accessed 2020-10-1)
- 55) Underwood P. Survivor's Guilt: Understanding the Aftermath of Disaster. *Journal of Japan Society of Disaster Nursing*. 2005; 7 (2) : 23-30. [ウィリアムソン・彰子訳 サバイバー・ギルト：災害後の人々の心を理解するために. *日本災害看護学会誌* 2005; 7 (2) : 2-30.]
- 56) Lee DA, Scragg P, Turner S. The role of shame and guilt in traumatic events: A clinical model of shame-based and guilt-based PTSD. *Br J Med Psychol* 2001; 74: 451-466.
- 57) Powell V, Swift M. Building resilience from survivor guilt after a traumatic event. *CSHR* 2019; 1 (1) April.: 14-20.
- 58) 高橋聡美. サバイバーズギルトとACの罪悪感. *Be! = 季刊ビィ* 2019; 35(4):24-26.
- 59) 下山晴彦・佐藤隆夫・本郷一夫. (監修) 公認心理師の職責. ミネルヴァ書房, 2020.



## Concept and Definition of Survivor Guilt: A Review

Itsuko DOMEN

Department of Psychology, Kansai University of International Studies

### Abstract

Survivor guilt, which affects survivors of an event in which others died, is one of the PTSD symptoms according to DSM-5 diagnostic criteria for PTSD. It is an important clinical concept because it interferes with the recovery process for patients with PTSD and is associated with suicidality. I reviewed the literature about the term's concepts, definitions, features, and clinical interventions, analyzing 53 studies retrieved by searching the databases. Niederland described Holocaust survivors' symptoms as "survivor syndrome," the major symptom of which is "survivor guilt". Now the concept of survivor guilt includes also more subtle forms in the family and situations of social inequity. There is no consensus about the definition of survivor guilt or specific treatment interventions. Further research is needed to consider the concept, definitions, features, and therapeutic interventions of survivor guilt.



# 再興感染症としての結核の患者心理に関する文献レビュー ー COVID-19 パンデミック期における 心理支援の視点からー



中塚志麻

兵庫県こころのケアセンター

本研究は、再興感染症としての結核を対象に感染者の心理や心のケアに焦点をあて、先行研究をレビューし、新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）に対する心のケアに役立つ知見を集積することを目的とした。レビューの結果、入院中の結核患者の共通する心理状態の特徴として、①発症当初の気持ち ②差別・偏見のある病気に罹患した思い ③隔離入院による孤立と疎外への不安が示された。また、心のケアに関しては、看護援助としてカウンセリングマインドのある関わり方をする内容が多く記された。結核患者の心理を、COVID-19 患者と比較すると、共に「自分は感染しないだろう」と思う認知バイアス等が出現することが示された。また、期間に関わらず隔離環境は大きなストレスとなり、心理的な支援が必要であることが示唆された。感染者に対する心のケアの問題は、感染症だけに焦点を当てるのではなく、社会的、環境的要因を含めた包括的なアプローチが望まれる。

Key word; 感染症、結核、COVID-19、心のケア

## I, はじめに

2019 年 中国の武漢市で発生した新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）は、2021 年 8 月現在も、感染が拡大し依然猛威をふるっている。「人類の歴史は感染症との闘い」と言われるように我々は、多くの感染症と対峙してきた。2003 年に発生した重症急性呼吸器症候群（以下 SARS）流行期では、差別的な言動や行為によりトラウマ体験を有した罹患者がいるとの報告されており<sup>9)</sup> 関係者の心のケアとともに差別や偏見に対する対応が必要である。

また、感染症流行時に得た過去の教訓を現在に活かし、未来に備えることが重要である。中でも結核は、1935 年から 15 年間、日本の死亡原因の第 1 位となった感染症である。その後、抗結核薬の開発や結核予防法の改定、衛生状態の改善などにより、罹患者は減少した。しかし 1980 年代より罹患率低下が鈍化し、1997 年の

患者数微増となったことから 1999 年結核緊急事態宣言が発せられた<sup>16)</sup>。その後も罹患率は低下したが、欧米先進国の罹患率が低蔓延国<sup>30)</sup>（結核罹患率が、人口 10 万人当たり 10 以下）であるのに対して、日本は 2019 年に人口 10 万人あたり 11.5 の中蔓延国と報告されている<sup>17)</sup>。このように、結核は今なお国内最大の感染症とされている。慢性疾患の結核と急性疾患の COVID-19 とでは異なる疾患だが、呼吸器感染症として共通する点も多くある。以上のことより本研究は、再興感染症としての結核を対象に感染者の心理や心のケアに焦点をあてた研究をレビューし、COVID-19 に対する心のケアに役立つ知見を集積することを目的とした。

## II, 方法

本研究はナラティブレビューであるが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国際的規範となる PRISMA 声明の原則に準拠し、実施した<sup>12)</sup>。

## 1. 文献検索過程

学術情報データベースである CiNii と J-STAGE を用いて、データとなる既存文献を検索した。検索用語は、結核の言葉に差別・偏見・心のケア・心理・スティグマの組み合わせを使用した。

## 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。

### 1) 選考基準

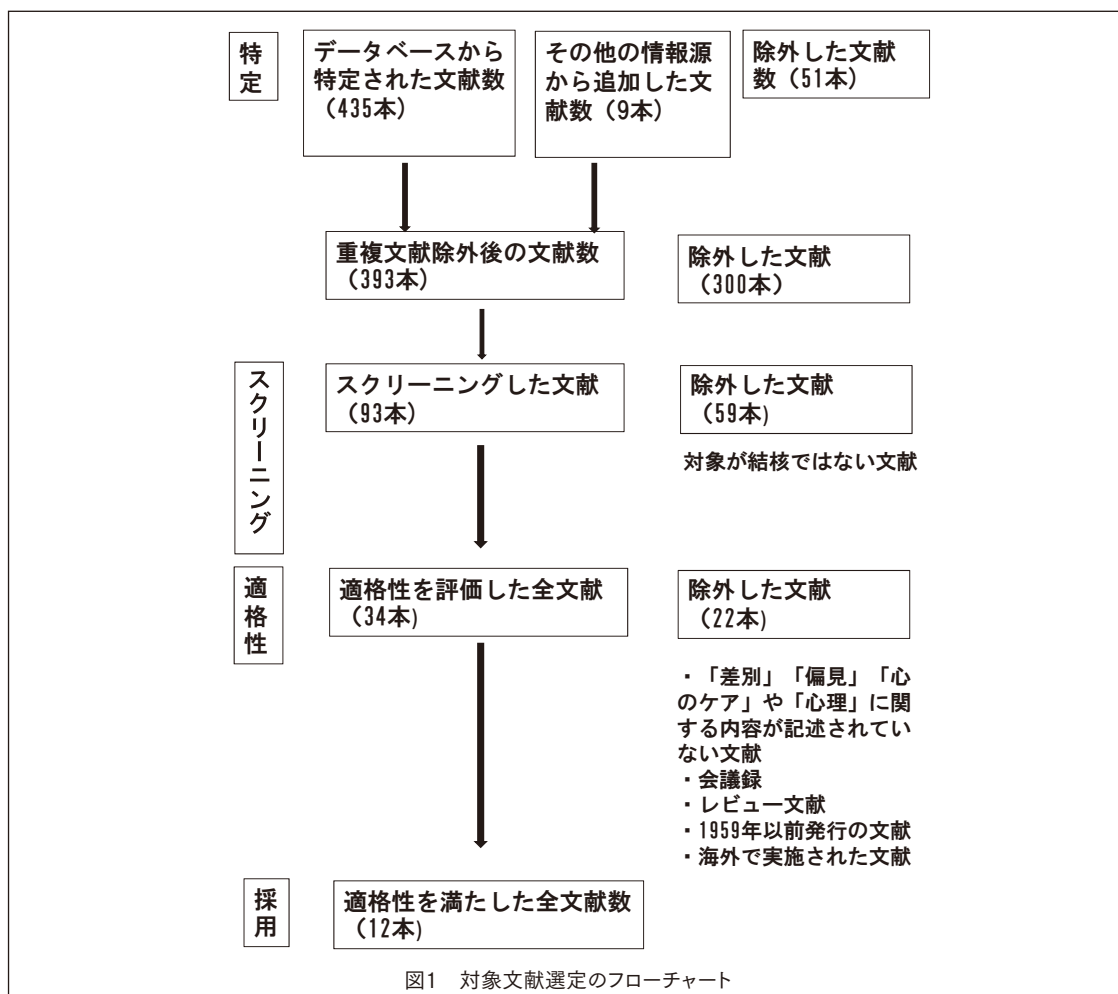
- ・国内で実施された研究論文（英語論文含む）
- ・対象が結核患者または、医療従事者等関係者であること。
- ・差別や偏見、心理や心のケアの内容が具体的に記載されている

### 2) 除外基準

- ・会議録
- ・非公開研究
- ・心のケアや心理に関係のない文献
- ・文献レビュー

## 3. 文献の選択

文献選択のフローチャートについては図1に示す。第1段階では、データベースからの435



本と文献参照リストとその他の情報源から追加した9本を加え、重複文献を除外した393本を特定した。第2段階では全てのアブストラクトから、対象が感染症（結核）である93本を選択した。第3段階では、タイトルや抄録から除外基準に相当する文献を除外し、その後適格性を満たした12本を最終的に採択する文献として決定した。

#### 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

- 1) レビューシートを作成し、①文献名 ②対象者 ③研究デザイン ④対象者の環境状況 ⑤研究目的 ⑥考察／結果 の項目立てをして、内容を整理した。（表1）
- 2) 感染者の心理をより具体的に把握するため、採用文献の中から感染者の語りや思い等が記載されている箇所を改めて抽出し、共通する心理の特徴を分類した。

表1 各研究の概要

| 著者                                                   | 対象                 | 研究デザイン                        | 研究目的                                                                        | 結果 / 考察                                                                                                                                                                                                              |
|------------------------------------------------------|--------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1<br>石川まり子 <sup>8)</sup><br>(1998)                   | 結核入院患者<br>18名      | 気分を表す尺度である POMS を使用した量的研究デザイン | 隔離状況下における患者の気分変動を測定し看護の方向性を見いだす。                                            | 「抑うつ・落ち込み」「活気」尺度において有意差を認め、「抑うつ・落ち込み」が高く、「活気」が低下していた。「緊張・不安」「抑うつ・落ち込み」「敵意・怒り」尺度の平均得点において年齢群間に差がみられた。隔離中は20～39歳群の各得点が高く、隔離中、隔解除後ともに70歳以上群の各得点が低かった。                                                                   |
| 2<br>坂本久美 <sup>22)</sup><br>(2001)                   | 隔離状況下にある<br>結核患者5名 | 半構造化面接による質的研究デザイン             | 結核患者のストレス源を Lazarus の理論からストレスとコーピングに関する認知的評価とコーピングという2つのプロセスにそって分析し、明らかにする。 | 結核の発病や隔離された単調な入院環境がストレス源になっていた。患者は病気についての見込みの入院期間の説明を受けることで、目標をもち、治療に対し積極的に対処できることが明らかになった。医療従事者は、患者が目標設定できる関わりをもつことが必要であることがわかった。                                                                                   |
| 3<br>渡辺里美<br>庄司美幸<br>水野真緑 <sup>29)</sup><br>(2002)   | 入院中の結核<br>患者19名    | VAS 応用スケールと STAI を用いた量的研究     | VAS 応用スケールと STAI を用いて、患者の入院時から退院時までの不安の変化と不安に影響を及ぼす因子との関係を明らかにする。           | 入院中の不安は、時間の経過と共に軽減した。不安と相関関係があった「身体の調子」「気分」「不安」「隔離」「入院期間」「副作用」「経済状況」「社会復帰」「治療満足」「看護師の説明」「医師の説明」の11項目は、入院中の不安に影響を及ぼす因子と考えられた。不安に影響を及ぼす因子が改善傾向に変化すれば、不安は軽減した。看護師、医師による患者指導は、患者の不安を軽減させるのに有効であるが、患者指導は、退院まで繰り返し行う必要がある。 |
| 4<br>佐々木聡子<br>山本由美子<br>沖野久美 <sup>24)</sup><br>(2003) | 結核病棟入院<br>患者2名     | 半構造化面接による質的帰納的デザイン            | 入院患者の不安やストレスを文分析し、心理的变化について明らかにする。                                          | 結核病棟入院患者は、自己の振り返りや看護師や他者（家族）の支援など相互作用により、自分自身の置かれている状態を受け入れていった。入院生活を語ることでその心理変化を確認することができた。                                                                                                                         |

| 著者                                                                                          | 対象                              | 研究デザイン                                                                                                        | 研究目的                                                                         | 結果 / 考察                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 5<br>佐々木利恵子 <sup>23)</sup><br>(2003)                                                        | 結核病棟入院<br>患者 26 名               | Policer らの<br>「Hospital Stress<br>Rating Scale」を<br>参考にした精神的<br>ストレス項目と山崎<br>らがまとめたコー<br>ピングスケールを<br>使用した量的研究 | 肺結核患者の入院<br>中における精神的<br>ストレスと対処<br>行動を明らかにする。                                | 患者のストレスは「再発への不安」「人に嫌われる病気」「自由に病棟から出られない」「疎外感を強く感じさせる」等「他者からの孤立」や「情報の欠如」に関係していた。「経済状況への不安」は、50～80 代と比較して 10～40 代に多かった。対処行動については、「この機会に十分休養しようと考えた」「医師や看護師に助言を求め、それに従った。」等認知的対処法が多かった。また、偏見や差別を感じて入院生活を送っていることが示された。 |
| 6<br>藤原江梨子<br>高橋直美 <sup>4)</sup><br>(2005)                                                  | 退院が決定した<br>結核患者 16 名            | 半構造化面接による<br>質的帰納的研究<br>デザイン                                                                                  | 結核入院患者の<br>不安・ストレスについての内容、時期について明らかにする。長期の入院生活が退院後の生活のどのような精神面の影響があるか明らかにする。 | 入院して、1～2 か月は、患者の感じる不安・ストレスが最も強い時期であり、入院期間、他者への感染の不安、結核になったことへの絶望的感情が生じる。抗結核薬の副作用の出現と結核治療の中断は、患者にとって不安・ストレスが生じる要因の1つとなる。                                                                                            |
| 7<br>山路由美子<br>田口修<br>櫻井しのぶ <sup>32)</sup><br>(2009)                                         | 結核治療終了者<br>12 名                 | 半構造化面接による<br>質的帰納的研究<br>デザイン                                                                                  | 結核を発症した患者が「発症時に抱く結核という病気の認識」と「発症時の思い」について明らかにする                              | 「発症に対する驚きと疑問」「結核という病気に対する相反する認識」「孤立や疎外への不安」の3つのカテゴリーが抽出された。対象者は、発症時に結核という病気に対しての複数のイメージを抱き、病気認識が統一されたものでないことが明らかになった。また、対象者は、結核を発症した事実に対して驚きと疑問を抱き、困惑しながらも発症した事実を受け止めようとしていた。                                      |
| 8<br>古賀絵美<br>脇山貴絵<br>山田一樹 <sup>14)</sup><br>(2010)                                          | 内科病棟に勤務する<br>看護師 104 人          | 自記式質問紙調査<br>委による量的研究                                                                                          | 結核患者に対する<br>偏見につながる行動の要因を検討するため、「知識」「経験」「不安」との関連性を分析する。偏見を軽減するための方策を検討する。    | 日常生活の中で行う行動 10 項目を設定し、友人 A を想定した場合、「健康時」と「結核治療後」と比較して、にその行動を躊躇なく実施するか否かを設問したところ、全項目において「治療後」のほうが、有意に行動を躊躇していた。行動の差は、自分も感染するのではないかという不安と関係性が高く、知識や経験との有意な差はなかった。単純に知識や経験を強化するだけでは偏見をなくすことはできないことが示唆された。             |
| 9<br>島村珠枝<br>田口敦子<br>小林小百合<br>永田智子<br>櫛原良枝<br>永田容子<br>小林典子<br>村嶋幸代 <sup>25)</sup><br>(2010) | 多剤耐性結核の<br>治療のため長期入院の<br>患者 5 名 | 半構造化面接による<br>質的帰納的研究<br>デザイン                                                                                  | 患者の病気に対する<br>受け止め方、入院生活についての<br>感じ方を明らかにする。                                  | 患者は、長期入院と隔離生活により、大きなストレスを抱え、入院生活全体を楽しめることはほとんどないと捉えている。しかし、人とのつながりを持つこと等により、努めて前向きに治療・入院生活に向かっていった。                                                                                                                |

| 著者                                                                                    | 対象             | 研究デザイン                   | 研究目的                                       | 結果 / 考察                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 10<br>藤村一美<br>秋腹志穂<br>吉田ヤヨイ<br>笹山久美代<br>富田ひとみ<br>森迫京子<br>園田恭子 <sup>3)</sup><br>(2011) | 結核病棟勤務看護師 11 名 | 半構造化面接による質的帰納的デザイン       | 看護師からみた結核患者の隔離療養生活の実態と入院生活の心理過程について明らかにする。 | 分析の結果、「入院生活を送ることが困難な患者の傾向」「疾患特有の揺れ動く患者の心理状態」「内服することの大変さ・困難さ」「疾患受容できない」「行動変容の難しさ」「退院後の治療継続の困難さ」の6つのカテゴリーを抽出した。                                                                                                                                         |
| 11<br>小草知子<br>宇都宮佑佳<br>野尻麻衣子<br>盆子原由香<br>長谷川里香<br>本間みどり <sup>15)</sup><br>(2013)      | 結核入院館患者 2 名    | 半構造化面接による質的研究デザイン        | 結核隔離入院中の患者のストレスと対処法について明らかにする。             | 内容分析の結果、ストレスに関して「精神的苦痛」「食事の不満」「医療や治療者に対する不満」「入院設備やシステムの不満」「体力の低下」「身体的痛み」のカテゴリーが抽出された。対処法として「食欲が出る工夫」「慣れるまで待つ」「お金がかからないようにする」「楽なほうを考える」「看護師に冗談のように話す」「自分で痛みの軽減を工夫する」「話にくいことは IT を活用する」等が抽出された。精神的に安定した入院生活を送るためには、医療者との信頼関係やゆっくりと話ができる環境作りが大切であると考察した。 |
| 12<br>濱口靖子<br>岡崎恵子<br>五百川明子<br>加藤藍子 <sup>5)</sup><br>(2016)                           | 結核入院患者 1 名     | 看護記録に基づいて内容を分析する質的研究デザイン | 隔離病床入院中の結核患者が求める看護援助について考察する。              | 看護援助を有効なものにするためには、コミュニケーションを密にして、心理状態に合わせた看護援助が必要である。患者の心の励み・闘病意欲を高めるためには、患者の思いをくみ取る看護師の細やかな配慮が重要である。隔離下のストレスを軽減するには、入院前の環境に近い環境を提供することが重要である。家族の支援や気分転換の充足を図ることで心理的苦痛を軽減することが必要である。                                                                  |

### Ⅲ，結果

#### 1. 研究の動向

##### 1) 文献の掲載年次推移

今回採用された結核に関する心のケアやストレスの関する文献について、1990 年代は 1 件、2000 年代は 6 件、2010 年代は 5 件であった。

##### 2) 対象者の属性と研究デザイン

対象者の属性は、結核入院患者 9 件<sup>4) 5) 8) 15) 22) 23) 24) 25) 29)</sup>、内科病棟勤務の看護師 1 件<sup>15)</sup>、結核病棟勤務の看護師 1 件<sup>4)</sup>、結核治療終了者 1 件<sup>32)</sup> となった。対象者の年齢層に関し

ては、40~70 代 1 件<sup>24)</sup>、60~70 代 3 件<sup>5) 15) 32)</sup>、20~50 代 1 件<sup>3)</sup>、20~70 代 1 件<sup>29)</sup>、10~80 代 1 件<sup>14)</sup>、記載なし 3 件であった。

研究デザインでは、半構造化面接等で実施した質的な研究は 8 件<sup>3) 4) 5) 15) 22) 24) 25) 32)</sup>、質問紙による量的研究は 4 件<sup>8) 29) 23) 14)</sup> となった。量的研究において使用された既存の尺度は、気分・疲労度を測定する POMS、主観的感情評価の VAS 応用スケールと状態不安と特性不安を測定する STAI 等であった。

#### 2. 入院・隔離による結核患者の心理

入院中の結核患者の心理状態の特徴として、



質的研究では①発症当初の気持ち ②差別・偏見のある病気に罹患した思い ③隔離入院による孤立と疎外への不安 と段階的な心理過程を示す内容が多く報告されていた。<sup>3) 4) 5) 22) 24) 25) 32)</sup>

#### ①発症当初の気持ち

感染源隔離を目的とした結核の入院医療は、患者の基本的な人権を制限する措置となる。結核予防法の時代では、これを入所命令と称したが実際の強制力はなかった。その後、感染症法統合後は入院勧告として強制的な入院措置も可能となり、患者は感染が明らかになった時点で即入院を求められる。患者の発症当初の気持ちとして共通した内容は、「罹患したことに対する驚愕や不安の気持ち」等が記された。(表2)

#### ②差別や偏見のある病気

藤原<sup>4)</sup> 研究では、「近所の人からなんて聞かれるだろう」という内容が入院中及び退院後の不安で記載されていた。また、坂本<sup>22)</sup> の研究では「家族が学校・職場に来ないでと言われた」との記載もあった。グランデッド・セオリー・アプローチを用いた山路<sup>32)</sup> の研究では、「偏見のある病名の病気」というコードを抽出している。実際に文献で記された差別や偏見の内容を表3に示す。

量的研究でも佐々木<sup>23)</sup> の研究では、男女ともにストレスが多かった項目の1つに「人に嫌われる病気」を示していた。さらに古賀等<sup>14)</sup> の研究では、結核患者と想定した友人と行う行動全10項目で健康時と比較して、結核治療後のほうが有意に行動を躊躇したという結果となった。古賀等は、この行動の差を感染不安との関連性が高くなったと考察している。

#### ③隔離入院による孤立と疎外への不安

病院における隔離予防策のガイドラインにおける隔離入院では、①患者のサージカルマスク着用。②対応する医療従事者はN95マスクを着用。③陰圧室に隔離。陰圧室がない場合は、一般個室で部屋を閉め切って対応。等の手続き

をとる。そのため、隔離入院となった患者は、限られた空間で多くのストレスを感じている。今回選択した文献でも、多くの者が「外に出られないのは辛い」と感じ、「早く出たい」と語っていた(表4)。

#### ④入院中の気分変動について

石川<sup>8)</sup> の研究では、POMSを使用して隔離中及び隔離解除後の結核患者の気分変動を測定している。この研究では、隔離中は隔離解除後と比較して「抑うつ・落ち込み」尺度の得点がありに上昇し、「活気」が有意に低下することが認められた。隔離の有無と年齢群の2要因分散分析では、隔離の有無の有意差が「抑うつ・落ち込み」「怒り・敵意」「活気」「疲労」の4尺度にみられた。

また、渡辺等<sup>29)</sup> は入院から12週間まで2週間毎にSTAIとVAS応用スケールを使用して気分変動を測定している。STAIの経時的変化では、状態不安・特性不安共に入院時から4週目までは有意に軽減したが、8週目に一度点数が上がり、12週目に下がるという変化があった。また、VASによる入院不安因子の経時的変化では、身体に関する因子の「気分」の項目で、入院時より入院期間が経つにつれ、有意に高くなっていた。社会に関した因子において、「経済状態」「世間の目」「家族への感染」等の項目が時間の経過と共に上昇したが、有意差は認められなかった。

### 3. 心のケアについて

今回レビューした文献には、外部とのつながりや患者に対する看護援助として人間的な関わりの重要性を示す内容が多かった。実際の患者の気持ちとしての記述は表5に示す。

また、実際の支援方法として以下の内容が示された。

- ・医療カウンセリングを看護師が積極的に行う。<sup>8)</sup>
- ・看護師や医師による患者指導を退院まで繰り返し



返し行う。<sup>29)</sup>

しができる環境を作る。<sup>15)</sup>

- ・看護師は日常的に病院外の話題を提供する。<sup>5)</sup><sup>25)</sup>
- ・入院前の環境に近い環境を提供することは、心理的苦痛が軽減され、効果的。<sup>5)</sup>
- ・患者の求める情報を適宜提供する。<sup>25)</sup>
- ・カウンセリングマインドの関わりをする。<sup>3)</sup>
- ・何でも話ができる信頼関係や、ゆっくりと話

表2 発症当初の気持ち

| 罹患したことに対する驚愕や不安の気持ち                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・「なんで、こんな病気になったのか」<sup>4)</sup><sup>22)</sup></li> <li>・「自分がかかることがないと思っていた」<sup>32)</sup></li> <li>・「なぜ、自分がかかってしまったのか」<sup>32)</sup></li> <li>・「死んだような気持ち」「窓から飛び降りようか・・・」<sup>24)</sup></li> <li>・「一番ショックな病気やな」「自分になるとはおもわなかった」<sup>32)</sup></li> <li>・「…悔しいつうよりも、とにかく、ああ、言葉で言えば、悔しいなんて言ったらあれだけでも、とんでもないような…、やっぱり、結核になってしまったな」<sup>25)</sup></li> <li>・「はじめの1週間くらいはね、言われてガーンで、」<sup>25)</sup></li> <li>・「結核になって悔しい。大変な病気になった。なぜ結核になってしまったのか」<sup>25)</sup></li> <li>・「今日の朝に、突然、結核なので病院を変えと言われて驚いた。」<sup>5)</sup></li> </ul> |
| 発症原因を模索する語り                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>「誰からうつされたのだろう」<sup>3)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「どこからもらったのだろう」<sup>5)</sup></li> <li>・「何でなんだろうというその疑問、自分には落ち度がないような気がするんですが」<sup>25)</sup></li> <li>・「やっぱり考えてみると、不摂生しotta人になったな」「何でこんな人になったんやろうか。いろんなことを考えたんやけど、全然理由も、どこでどうなったか、たぶん空気感染やと思うし」<sup>5)</sup></li> <li>・「どこからもらったんだろうか?」<sup>5)</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                            |
| 人にうつしていないかという不安                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <p>「人にね。うつしたらいけないからね。この病気だけは、人にうつしてよいもんじゃないからね。」<sup>25)</sup></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「子どもや職場の人にうつしていないか」<sup>22)</sup></li> <li>・「他の人にうつしていないか、心配だった」<sup>4)</sup></li> <li>・「誰かにうつしたのではではないかと不安に思う」<sup>3)</sup></li> <li>・「(外に出られたとしても)自分の心ではいつもマスクかけてるのと一緒でしょう。咳1つするにしてもね、すぐ気を遣いますよ」<sup>25)</sup></li> </ul>                                                                                                                                                                                                                              |

表3 差別や偏見のある病気

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・「あそこは、結核患者が出たとかか、出ないとか、やっぱりそういう話が頭に、耳に入ってきていた時代やから、そういうイメージって強い」<sup>32)</sup></li> <li>・「人に言わんようにしてるんや」<sup>32)</sup></li> <li>・「そんなん、人に相談できる病気でないって自分で思っottaから、そういう気持ちが強かったから。ただそれだけがよけいしんどかったね」<sup>32)</sup></li> <li>・「めんどろというのは、やっぱり人からも言われるしな。嫌われるしな。そりゃ人には嫌われるわさ」<sup>32)</sup></li> <li>・「看護師さんの扱いが違ottaから“すごい病気なんだ”って」「むこうも(一般病院)あわてふためいてたんです」<sup>32)</sup></li> <li>・「らい病というのがあれで、次に結核やわさ」<sup>32)</sup></li> <li>・「もう、寿命やで死ぬのは仕方ないけど、いろいろ差しさわりがあるかな。結婚話あんのに」<sup>32)</sup></li> <li>・「病気を周りの人に告げることで関係がどうなるのか」<sup>3)</sup></li> <li>・「近所の人からなんて聞かれるだろうか」<sup>4)</sup></li> <li>・「家族が、学校・職場に来ないでと言われた」<sup>4)</sup></li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

表4 隔離入院による孤立と疎外への不安

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・「即入院となり、困ることが入院直後から発生し、当惑」「症状もなしに入院となりショック」「入院生活全般のことが困る」<sup>3)</sup></li> <li>・「ただ…ただ、コンクリに囲まれて、ただ、入って…行けるって言ったら、屋上ぐらいしか行けないし。(中略)かごの鳥みたいな、感じでさ。それが辛かったなあ」<sup>25)</sup></li> <li>・「屋上に出さしてもらえらんで、ここの、新鮮な空気を吸って、リフレッシュするのは楽しみにしてますけど」<sup>25)</sup></li> </ul> |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

表5 心のケアに関する患者の気持ち

- ・「世間話をしたり、家の話をしたり、ちょっと買い物をしてきてもらったり、そういう、人のつながりが一番心の支えですね」<sup>25)</sup>
- ・「看護婦さん達も来てくださるし、家族とか、ごく親しいお友達（が来てくれることで気がまぎれる）、それに私は手紙が（やり取りできるから気がまぎれる）」<sup>25)</sup>
- ・「ベッドにこう、ベッドサイドにすわってお話して下さらなくてもよいです。ちょっと、こうなんか、外の雑談でも、今日こんな花がさいてたよとか、うちの近所でこんなことがあったよとか、そういうことで良いんです。外部との接触が、私達はないのですから」<sup>25)</sup>
- ・看護師とのやり取りに励ましもらった。<sup>24)</sup>
- ・実際にプランターの花を見ただけでも「なぐさめられる」という患者が多く、レクリエーション活動では、明るい表情がみられた。<sup>6)</sup>

## IV、考察

### 1. 研究の動向について

#### 1) 文献の掲載年次推移

本稿で採用数が多かった2000年代は、結核史の時期区分では第5期にあたる<sup>1)</sup>。この時代は、結核対策がこれまでの拡大一途から集約化へと向かう時期である。結核緊急事態宣言の発令等により、再度結核を重要視し改めて心理や心のケアに関する報告が多くなったと考察した。

#### 2) 対象者の属性と研究デザイン

今回採用した12論文のうち9件が入院中の結核患者であり、退院後の治療終了患者を対象とした研究は1件のみであった。山路は治療終了患者を対象とした理由について、調査内容が結核治療に影響を及ぼさないための配慮と記している。しかし、退院患者を対象とする場合、保健所を介してのリクルートが必要で手続きに造作がかかり、研究数が少なくなったのではないかと考察した。

対象者の年齢層に関しては、ほとんどの研究が50～70代の年齢層を有していた。年齢層の影響について、山路等<sup>32)</sup>は、高齢患者の場合1940年代の結核が猛威をふるっていた時代に生活しており、当時の結核のイメージに影響を受けている可能性を考察している。今日の結核患者の属性は、高齢者層、社会的経済弱者層、外国人労働者層等と多様化している。今後は、年齢層だけではなく患者の多様化を加味したア

プローチが必要と思われる。

研究デザインでは、質的研究8件、量的研究4件であった。質的研究は患者のリアルな語りが記され、患者心理や理解には有用である。分析方法に関しては、多くが逐語録の作成とカテゴリー化によって分析する単純集計方法を使用しており、明確な分析方法を明示しているのはグランデッド・セオリー・アプローチの1件のみであった。看護学領域の質的研究の展開は、2000年から盛んになりその影響もあり本数は多くあるが、明確な分析方法の活用までは至らなかった可能性がある。

量的研究において、使用された既存の尺度は、POMS、VAS応用スケール、STAIの3尺度であった。POMSは、患者の気分状態を測定するために多くの研究で用いられている。近年では患者負担の軽い短縮版のあるPOMS2が開発されており、患者対象の研究には十分活用できると考えた。VAS応用スケールは、本来痛み評価テストとして有名なVASを応用して、入院不安影響因子16項目を測定したものである。VASは視覚的に提示されているため、高齢者を対象とした多くの研究に活用されている。今後、外国人等の患者層の多様化を考えると視覚的に理解しやすいVASの使用は有用と思われる。STAIは、現在新版STAI状態-特性不安検査が開発されている。COVID-19に関する研究では、このSTAIを基にしたThe fear of COVID-19 scale<sup>18)</sup>等が開発されており、今後の研究でも多様に活用できると思われる。

## 2. 入院・隔離による結核患者の心理

本節では、抽出した結核患者の語りと COVID-19 患者のデータや証言を比較し、患者心理の相違点を考察する。なお、COVID-19 患者のデータについては中国河南省の大学病院に入院中の COVID-19 患者を対象としたインタビュー調査<sup>26)</sup>と、NHK が COVID-19 患者に対してインタビューした取材記事<sup>20)</sup>を比較する文献とした。

### ①発症当初の気持ち

「罹患したことに対する驚愕や不安の気持ち」では、「自身が結核にかかるとは思わなかった」という記述が多くみられた。COVID-19 患者の調査でも「自分が感染するとは、全く思っていなかった」等の記述が記されている。これらは、災害時等でよく出現する認知バイアスである正常性バイアスや楽観バイアスを示したものと考えられる。正常性バイアスとは、人間は予期しない災害等に対峙した際に「たいしたことない」等自体を過小評価する心理状況のことである。また、楽観バイアスとは、「自分は大丈夫」と楽観的になることでストレスを軽減しようとする心理作用である。災害時では、これらの認知バイアスにより多くの人が逃げ遅れたり、避難しなかったりして被害に遭うことが指摘されている<sup>11)</sup>。近年では、防災・減災の施策に認知バイアスの特性を考慮した計画立案やリスクリテラシーの向上が重要であるとする報告<sup>6) 31)</sup>がある。今後は感染症に対しても、認知バイアスを意識する内容を取り入れた感染予防教育やリスクコミュニケーションが必要と考えた。

結核に罹患した不安では、「死んだような気持ち」等否定的な言葉が多くみられた。COVID-19 患者でも「最初に考えるのは死」等恐怖感を示す記述<sup>26)</sup>があり、患者の多くが死を意識していたと考えられる。このように両者とも罹患に対して強い不安を示しているが、慢性疾患の結核と急性疾患の COVID-19 とでは疾患としての背景に差があると思われる。結核

の場合は、長期的な治療を想像し先行きの不安感等<sup>21)</sup>が含まれている。対して COVID-19 の場合は、急性期として直接的な死への恐怖が示されていると考えた。ただし、今回引用した COVID-19 の文献は第 1 波ピーク期前後に感染した患者を対象とした報告である。この時はまだ治療薬や治療方針が明確でない時期であり、患者の不安も強く表れたことが伺われる。

「発症原因を模索する語り」については、結核では「誰からうつされたのだろう」等の感染経路を模索する記述が多くみられた。結核を発症した場合、保健所等は積極的疫学調査を実施する。しかし、現在の結核は緩徐に広がる感染症であるため、患者調査や接触者調査、接触者健診の調査だけでは感染源や感染経路を推定するのは困難とされている。そのため、患者自身が感染経路を模索する語りが出現されたと思われる。対して COVID-19 患者の場合、感染経路の模索する語りは記載されていなかった。今回参考にした文献は、感染拡大初期でクラスター感染等感染経路を推定できるケースが多かったためと考察した。

また、感染経路の模索の後に、「誰かにうつしていないか」という不安を表す内容が多くみられた。今回採用した文献の多くは、1999 年に発令された結核緊急事態宣言の前後に発表された報告である。結核緊急事態宣言とそれに伴うマスコミ報道は、一般社会の中で結核問題を再認識する機会となった。しかし、この再認識が過去の結核のイメージを再興するきっかけとなり、患者の不安を増長させた可能性も考えられる。「他人にうつすのではないか」という不安感を藤村<sup>3)</sup>は「社会に対して感染疾患を罹患したことによる恐怖を伴った責任」と記している。これは感染は自業自得・自己責任と捉える内在的公正推論に由来する心理と考えられる。内在的公正推論とは、ある人物に起こった不運な出来事を因果関係がないにも関わらずその人物の過去の道徳的失敗に原因帰属することであ

る。結核緊急事態宣言と新型コロナウイルス感染症緊急事態宣言とでは、その目的と背景は異なるが、社会的インパクトは大きく共に内在的公正推論の影響があると考えられる。コロナ禍において、感染者が非難されたり謝罪したりする背景にはこのような心理があり、差別や偏見を助長する要因となる<sup>19)</sup>。

## ②差別や偏見のある病気

結核の「差別・偏見のある病気認識」は、本稿でレビューした質的研究の中では、必ず記述されている内容である。また、量的研究でも「差別や偏見の問題」を最も高いストレスの1つに挙げている<sup>23)</sup>。「差別や偏見」の問題は、COVID-19 パンデミック下でも、深刻な社会問題となっている。これらの差別や偏見の問題を助長する要因の1つが、マスメディアの報道とされている。結核緊急事態宣言前後でも国民の不安を煽るように、日本各地で発生する結核の集団感染事故が報道された<sup>27)</sup>。COVID-19 の報道の在り方に関しても、2020年5月に日本新聞協会と日本民間放送連盟が「差別や偏見を助長する報道にならない取材と報道に努める」との共同声明を出している。しかしながら、今日においてはマスメディアの報道に加え、SNS等の拡散により事態はより深刻化している。差別・偏見の問題は、結核やCOVID-19だけでなく他の感染症に対しても今後取り組むべき重要課題である。

## ③隔離入院による孤立と疎外感への不安

結核患者の入院期間は、他者への感染の可能性がなくなるまでの約1～3ヶ月程度とされている。結核の入院は、感染源隔離であるため隔離入院が余儀なくされる。このような隔離入院について、不安やストレスを感じている記述が多くみられた。隔離入院のストレスはCOVID-19患者でも同様であり、隔離による孤独感や不安感を示す内容が語られていた<sup>20) 26)</sup>。隔離入院によるメンタルヘルスの影響は、結核やCOVID-19だけでなく他の感染症でも指摘さ

れており<sup>10)</sup>、隔離期間に関わらず罹患者に対する心のケアが必要である。現在のCOVID-19パンデミック下では、タブレットを利用して面会を行っている病院や施設が多くある。今後は、結核や他の感染症に対してもICT等を活用し、入院患者の孤立や疎外感を軽減させる取り組みも積極的に取り入れることが大切である。

## ④入院中の気分変動について

感染症の隔離入院環境で、経時的に患者の気分変動を把握することは心理的支援を行う上で重要である。石川<sup>8)</sup>は、POMSを使用して「隔離中」と「隔離解除後」の2群で気分変動を測定している。POMSの採点結果によれば、「隔離中」は「隔離解除後」よりも「抑うつ・落ち込み」の尺度得点が高く、「活気」の得点が低くなっているという結果を示した。この研究では、隔離中の患者は、身体症状がなく時間が十分あるにも関わらず有効に過ごそうとする者は少ないと示していた。隔離環境での患者がストレス下にあることは質的研究でも多く示されており、POMSを用いた患者の心理の測定は有用と思われる。

また、石川<sup>8)</sup>、渡部等<sup>29)</sup>の研究共に入院後1～2週間の時期が最も不安傾向が高い期間であることを示している。結核やCOVID-19だけでなく患者が隔離入院を余儀なくされる場合、初期の段階で丁寧な心理的な支援をする必要があると思われる。

## 3. 心のケアについて

結核患者に対する心のケアについて、今回の文献の多くが看護系の研究であったため看護援助としてカウンセリングマインドのある関わり方の内容がほとんどであった。COVID-19患者を対象とした報告<sup>20)</sup>でも、医療職の献身的な関わり方に対する感謝を示す内容が記載されており、医療職の関わり方の重要性が改めて示された。

また、近年は結核患者のうつ病が課題となっ



ており、海外では結核とうつ病の関係をシンデミックと捉え、双方への包括的なアプローチの必要性を訴えている<sup>28)</sup>。シンデミックとは、synergy（相乗作用）と pandemic を合わせた造語で医療人類学者のシンガーが提唱した言葉である。その定義について CDC（アメリカ疾病予防管理センター）は、「ある集団における疾病の負荷を相乗的に悪化させていく 2 つ以上の苦痛」と説明している。結核患者がうつ病を発症すると、治療遵守の低下等のセルフケア行動に影響があるとされ、うつ病は、結核の予後不良因子となる<sup>2)</sup>。結核患者のうつ病発症を防ぐためには、従来通りの丁寧な看護援助と共に継続して心理支援行う等のシンデミックを前提としたアプローチが必要である。また、COVID-19 もシンデミックと捉えるべきとする提言<sup>7)</sup>もあり、感染者への心のケアの問題は感染症をシンデミックと捉えた包括的なアプローチが必要と思われる。

## V, 引用文献

- 1) 青木純一：日本における結核療養所の歴史と時期区分に関する考察，専修大学社会科学年報，50；23-22,2016.
- 2) Mina, Chandra et.al.:Tuberculosis – Depression, syndemic A public health challenge. Indian. J. Tuberc.66 (1) ;197-202,2019.
- 3) 藤村一美，秋原志穂，吉田ヤヨイ，et.al.:大阪府内の結核病棟勤務看護師からみた患者の療養生活および心理過程に関する研究，大阪市立大学看護学雑誌，7;1-13,2011.
- 4) 藤原江利子，高橋直美：結核患者の入院中に感じた不安，ストレス - 退院時に面接調査を用いて -，日本看護学会論文集，36;3-5,2005.
- 5) 濱口靖子，岡崎恵子，五百川明子，et.al.:隔離病床入院中の結核患者の看護，心理状態の変化に合わせた援助方法，鳥取臨床科学研究会誌，8 (1) ; 64-73, 2016.
- 6) 羽鳥剛史：洪水災害想定に関わる認知バイアスと内省機会付加型ハザードマップの効果検証，土木学会論文集，72 (3) ;231-247,2016.
- 7) Richard Horton,:COVID-19 is not a pandemic.  
[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- \(2020\)](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140- (2020))
- 8) 石川まり子：隔離状況下における結核患者の心理的変化 (1) -POMS を用いた気分変動の分析 -，北日本看護学会誌，1 (1) ;1-8,1998.
- 9) 勝田吉彰：海外日より，大規模感染症流行が及ぼす心理的影響と対策 -SARS の経験から新型インフルエンザパンデミックへ -，臨床精神医学，12;1719-1722,2006.
- 10) 河口朝子，照屋初枝：隔離状況下にある肺結核患者の入院生活のストレス - ストレス要因の分析，長崎県看護学会誌，6 ;1-8,2010.
- 11) 菊池聡：災害における認知バイアスをどうとらえるか - 認知心理学の知見を防災減災に応用する -，日本地すべり学会誌，55 (6) ;286-292,2018.
- 12) 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，53;34-39,2020.
- 13) 小林広記，下田清子，北野和子，ほか，結核菌縦列反復配列多型 (VNTR) 解析において同一パターンを示した 2 つの結核発生事例について，信州公衆衛生雑誌，11 (1) ;58-59,2016.
- 14) 古賀絵美，脇山貴絵，山田一樹：看護師の結核患者への偏見につながる行動に関連する要因の分析，日本看護学会論，

- 41;244-247,2010.
- 15) 小草知子, 宇都宮祐佳, 野尻麻衣子: 隔離状況下にある結核患者のストレスと対処方法. 中国四国地区国立病院機構国立療養所看護研究学会誌, 9;146-148,2013.
- 16) 厚生省, 結核緊急事態宣言 [https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1107/h0726-2\\_11.html](https://www.mhlw.go.jp/www1/houdou/1107/h0726-2_11.html), (1999 年)
- 17) 厚生労働省, 結核登録者情報調査年報集計結果 [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000175095\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000175095_00003.html), (2019 年)
- 18) M.Martínez-Lorca, A.Martínez-Lorca, JJ. Criado-Álvarez et.al.: The fear of COVID-19 scale-Validation in spanish university students. Psychiatry Res, 293,2020.
- 19) 三浦麻子, 平石界, 中西大輔: 感染は「自業自得」か - 状況の力の解明に挑む (特集 新型コロナウイルス感染症とコミュニケーション). 科学, 90 (10) ;906-908.
- 20) NHK. 新型コロナウイルス感染者・家族・遺族の証言. <https://www3.nhk.or.jp/news/special/coronavirus/testimony/>
- 21) 西村恵美子, 中越丈子, 牧村恵美: 結核患者が退院後に服薬継続できない要因. 中国四国地区国立病院機構国立療養所看護研究学会誌, 2 (1) ;99-102,2006.
- 22) 坂本久美子: 隔離状況下にある結核患者のストレス源, コーピング行動の分析. 日本看護学会論文集 (成人看護 II), 32;174-175,2001.
- 23) 佐々木利恵子: 肺結核患者の入院中におけるストレスと対処行動に関する調査. 日本看護学会論文集, 34;150-152,2003.
- 24) 佐々木聡子, 山本由美子, 沖野久美子: 結核病棟入院患者の心理的变化についての考察 - インタビュー (面接方法) による不安, ストレスの分析 -. 砂川市立病院医学雑誌, 20 (1) ;105-107,2003.
- 25) 島村珠枝, 田口敦子, 小林小百合, ほか.: 多剤耐性結核入院患者の病気の受けとめと入院生活で感じていること. 日本看護科学会誌, 30 (2) ;3-12,2010.
- 26) N.Sun,L.Wei,H.Wang, et.al:Qualitative study of the psychological experience of COVID-19 patients during hospitalization. J Affect Disord, 278;15-22,2021.
- 27) 鈴木智之: 結核をめぐる民衆意識 - 慢性伝染病行政初期におけるその実態と背景. 史観, 173;117-120,2015.
- 28) A.C.Sweetland,A.Kritski,M.A.Oquendo,et.al: Addressing the tuberculosis-depression syndemic to end the tuberculosis epidemic. J Tuberc Lung Dis, 1, 21 (8) ; 852-861, 2017.
- 29) 渡辺里美, 庄司美幸, 水野真緑: 結核患者の経時的心理変化の分 -VAS 応用スケール・STAIを用いて -. 日本看護学会論文集, 33; 84-86,2002.
- 30) WHO. Global tuberculosis report (2020). <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336069>
- 31) 山口健太郎, 多々納裕一, 岡田憲夫: リスク認知のバイアスが災害危険度情報の提供効果に与える影響に関する分析. 土木計画学研究論文集 17;327-336,2000.
- 32) 山路由実子, 田口修, 櫻井しのぶ: 結核患者の発症時の心理に関する研究 - 病気に対する認識と発症時の思いについて -. 三重県立看護大学紀要, 13 (13) ; 7-18,2009.



A review of psychological responses of tuberculosis patients  
-Perspectives on psychological support during the COVID-19 pandemic-

Shima NAKATSUKA



# 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



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は、それ自体が患者の生活に影響を及ぼすが、それらの調査は多く実施されていない。そこで兵庫県こころのケアセンター受診中の患者を対象に、睡眠習慣と実行機能の関連について検討した。

結果は、研究対象者 10 名（平均 34.7 歳）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が、日中は学業や仕事に従事していた。そのため、睡眠習慣は大きく乱れていなかったが、睡眠効率率は 65% 未満の低さなどに多く該当した。また、実行機能について測定する邦訳尺度名 BRIEF-A と睡眠習慣を評価する尺度 PSQI-J の結果からは、日中覚醒困難との間に中程度～強い正の相関を示した。PTSD について測定する邦訳尺度名 CAPS-5 と BRIEF-A との結果は、CAPS-5 重症度合計と MCI との間に相関関係を示し、概ね先行研究と一致した結果であった。

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いることがわかった。このことについてのアセスメントやフィードバックは、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た。

Key word: PTSD、認知機能、実行機能、睡眠習慣

## I. はじめに

睡眠の問題には、不眠を維持する睡眠習慣があると考えられ<sup>1)</sup>、それらの改善がなされていないこともひとつの要因として考えられている。睡眠は多くの社会的環境因子とも関連し、それらが相互作用するため、多くの関連因子の調査を行い、睡眠習慣を包括的に評価することが必要であるが<sup>2)</sup>、これまでに PTSD 患者に特化して睡眠習慣や生活機能を包括的に検討した研究は多くは行われていない。

一般成人を対象にした過去の調査では、睡眠に問題が生じると、自律神経系や内分泌系に様々な負の要因を与え、記憶や学習<sup>3)</sup>の効果が低下することが証明されている。とりわけ、睡眠不足に脆弱な脳機能として前頭前皮質が主として司る実行機能にも障害が起こることが知られており<sup>4)</sup>、睡眠障害と実行機能の関連を検討

した研究では、睡眠の質の低下が実行機能障害や、思考や行動の不適応につながることを示唆されている<sup>5)</sup>。

PTSD と睡眠障害については、患者の 70% に外傷体験に関連した反復的かつ苦痛な悪夢や不眠が経験され、全体の 41—47% で入眠・睡眠維持困難、他に閉塞性睡眠時無呼吸 (obstructive sleep apnea; OSA) やレム睡眠行動障害などが報告されている<sup>6) 7)</sup>。また、PTSD 患者の実行機能を検討した研究では、健常者と比較して実行機能の低下が報告されてきた。その背景には、PTSD 症状による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ことが、注意力の低下やメタ認知の低下につながる<sup>8) 9) 10)</sup>。さらに、睡眠障害と実行機能の関連が検討されたところ、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報告され

た<sup>11)</sup>。

これまで PTSD 患者の睡眠や実行機能の問題が明らかになっているが、睡眠習慣と実行機能の低位項目との関連など詳細な検討はなされていない。それらが不十分な要因の一つに実行機能の測定上の問題があげられる。

実行機能の神経心理学測定は、個別で実施されるために 40 分から 60 分程度の長い時間が必要という弱点を内包している<sup>12)</sup>。1 人に対し時間が必要な検査であるため、サンプルサイズが小さい研究が多く、さらに、それらの検査を実施しても日常生活の中で実行機能に明白な欠陥が観察される患者にもかかわらず、実行機能の個別評価課題では問題が現れない場合があると報告されている<sup>13)</sup>。

BADS (Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome: 遂行機能障害症候群の行動評価) は、日常生活上の遂行機能に関する問題点を検出することを企図して考案された個別評価法である<sup>14)</sup>。この検査を用いてトラウマ体験を有する 15 名の患者を対象にストレス体験の種類、PTSD 重症度、患者の実生活上の遂行機能に関する問題が検討された結果、PTSD 診断基準を満たす 9 名において短期記憶の保持や、ルール変更への柔軟な対応、そして目的達成のために逆算して実行に移す問題回答能力が低下しやすいことが示唆された。しかし、BADs は脳の器質的問題による重度の遂行機能障害をスクリーニングする目的で作られた検査であるために社会生活や日常生活に大きな問題はない被験者では、日常的な問題を把握することへの限界が示唆され、測定ツールの妥当性について再考する必要性が挙げられた<sup>15)</sup>。この日常的な問題を把握することへの解決策に関しては、浮穴ら (2008)<sup>16)</sup> により、非日常的な状況で実施される個別の評価課題だけでなく、日常生活に即した行動評価の使用が必要であると言及されている。

PTSD に併存する睡眠障害や実行機能障害

は、それ自体が精神的健康に影響を及ぼすが、その関連についての調査は多く実施されていないのが現状である。そこで、本研究では、研究協力に同意が得られた患者を対象に、PTSD 症状評価目的で実施する PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinician-Administered PTSD Scale for DSM-5: CAPS-5) に加え、実行機能の測定上の問題を考慮し、質問紙で簡便に実施でき、家庭や日常環境に即した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成人版実行機能行動評価尺度 (Behavior Rating Inventory of Executive Function—Adult Version: BRIEF-A) で評価することにより、PTSD 患者の睡眠習慣と日常生活上の実行機能の実態や関連について検討した。

## 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成人 10 人を対象とした。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。

### II -2. 実施場所

プライバシーおよび実施者・研究対象者双方の安全が確保された個室を使用した。

### II -3. 研究対象者へのインフォームドコンセント

調査に際し、「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、なお、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、データは本研究目的でのみ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、兵庫県こちらのケアセンターの倫理審査に承認され実施した（承認番号 2-2）。

## 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 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 つの下位尺度からなり、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、下位尺度は抑制、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 の値の和が合成スコア (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日本語版 (The Japanese version of the 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 Score (PSQIG) を算出することが可能である。土井ら (1998)<sup>17)</sup> は PSQI-J 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

各尺度の回答を集計し、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 BRIEF-A および PSQI-J の総得点と下位得点の相関を確認した。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. 研究対象者の基本属性

研究対象者の基本属性を表1に示した。性別は男性が2名、女性8名であった。年齢は平均34.7歳(12.4歳)、就労状況は、フルタイム勤務が6名、パートタイム1名、学生2名、主婦/無職が1名であった。トラウマ体験種別に関しては、性被害3名、DVが3名、交通事故2名、事故目撃1名、幼少期の被虐待体験が1名であった。

表1, 対象者の基本属性 (N=10)

|         |           | 平均 (標準偏差)   |
|---------|-----------|-------------|
| 年齢 (歳)  |           | 34.7 (12.4) |
|         |           | 人数          |
| 性別      | 男性        | 2           |
|         | 女性        | 8           |
| 就業状況    | フルタイム     | 6           |
|         | パートタイム    | 1           |
|         | 学生        | 2           |
|         | 主婦/無職     | 1           |
| トラウマの種類 | 交通事故      | 2           |
|         | 性被害       | 3           |
|         | DV        | 3           |
|         | 事故目撃      | 1           |
|         | 幼少期の被虐待体験 | 1           |

III -2. CAPS-5 の判定結果および基本統計量

研究対象者の CAPS-5 判定結果を表 2-1、基本統計量を表 2-2 に示した。10 名すべての研究対象者が 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、そのうち 9 名が 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-5判定結果

| 項目          | 人数 (満たす/満たさない) |
|-------------|----------------|
| A基準を満たすか    | 10/10          |
| すべての基準を満たすか | 9/1            |
| 解離症状を伴うか    | 3/7            |
| 遅延顕症状型か     | 3/7            |

表2-2, CAPS-5基本統計量

| 項目               | 平均得点 (標準偏差) |
|------------------|-------------|
| B. 侵入症状          | 10.7 (2.5)  |
| C. 回避症状          | 4.1 (0.7)   |
| D. 認知と気分の陰性化     | 15.0 (3.2)  |
| E. 覚醒度と反応性の著しい変化 | 10.4 (3.8)  |
| PTSD合計点          | 40.5 (7.9)  |
| G. 苦痛または機能障害     | 7.0 (1.9)   |
| 解離症状             | 2.7 (0.5)   |

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。研究対象者 10 名の各項目における最頻値と平均値を示した。入眠にかかる時間や睡眠時間に大きな問題は見られなかった。しかし、睡眠の質は最頻値で「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。PSQIG を見ると平均点 13.2 点と高い得点を示し、研究対象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   | 1               |
| C3:睡眠時間   | 1               |
| C4:睡眠効率   | 3               |
| C5:睡眠困難   | 1               |
| C6:眠剤の使用  | 3               |
| C7:日中覚醒困難 | 2               |
| PSQIG     | 平均13.2 (4.5)点   |

注) C1 (0 : 非常によい, 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 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 & Gioia (2005)<sup>18)</sup> 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 / 組織が 65 点以上で合成得点では MCI と GEC 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)    |
|----------|--------------|
| 抑制       | 14.2 (3.7)   |
| シフト      | 11.9 (3.2)   |
| 情動制御     | 18.8 (5.3)   |
| セルフモニタ   | 9.8 (3.5)    |
| 開始       | 18.0 (4.1)   |
| ワーキングメモリ | 18.1 (2.8)   |
| 計画/組織    | 20.8 (4.6)   |
| タスクモニタ   | 11.8 (3.2)   |
| 物の整理     | 15.7 (4.4)   |
| BRI      | 54.7 (12.7)  |
| MCI      | 84.4 (16.1)  |
| GEC      | 139.1 (27.0) |

注, Behavioral Regulation Index:BRI, Metacognition Index:MCI, Global Executive Conpocite: GEC.

表4-2, BRIEF-A 基本統計量 (*T*-score)

|          | 平均値 (±SD)   |
|----------|-------------|
| 抑制       | 58.6 (13.1) |
| シフト      | 64.9 (14.5) |
| 情動制御     | 59.6 (12.9) |
| セルフモニタ   | 51.5 (13.8) |
| 開始       | 71.2 (14.3) |
| ワーキングメモリ | 74.8 (10.4) |
| 計画/組織    | 68.7 (13.0) |
| タスクモニタ   | 63.8 (14.9) |
| 物の整理     | 59.0 (12.7) |
| BRI      | 61.3 (13.5) |
| MCI      | 70.4 (12.5) |
| GEC      | 67.8 (13.2) |

注, Behavioral Regulation Index:BRI, Metacognition Index:MCI, Global Executive Conpocite: GEC.

### III -5. CAPS-5 症状クラスター群と BRIEF-A の結果

研究対象者の CAPS-5 症状クラスター群と BRIEF-A の結果を表 5 に示した。重症度合計とセルフモニタ ( $r=.66, p<.05$ )、タスクモニタ ( $r=.68, p<.05$ )、MCI ( $r=.63, p<.05$ )、GEC ( $r=.66, p<.05$ ) との間に中程度の正の相関がみられた。また、有症状数合計とタスクモニタの間に中程度の正の相関が見られた ( $r=.66, p<.05$ )。下位項目別にみると、B, 侵入症状とセルフモニタ ( $r=.80, p<.01$ )、開始 ( $r=.67, p<.05$ )、MCI ( $r=.68, p<.05$ )、GEC ( $r=.68, p<.05$ ) の間に中程度から強い正の相関がみられた。また、E, 覚醒度と反応性の著しい変化とワーキングメモリ ( $r=.65, p<.05$ )、タスクモニタ ( $r=.68, p<.05$ ) の間に中程度の相関が見られた。さらに、解離症状重症度とワーキングメモリ ( $r=.63, p<.05$ )、解離症状有症状数 ( $r=.63, p<.05$ )、解離症状 ( $r=.67, p<.05$ ) の間に中程度の正の相関がみられた。日中覚醒困難との間に中程度の正の相関 ( $r=.67, p<.05$ ) がみられた。遅延顕症型と抑制 ( $r=.73, p<.05$ )、BRI ( $r=.65, p<.05$ ) との間に中程度の正の相関がみられた。

### III -6. PSQI-J と BRIEF-A の結果

研究対象者の PSQI-J と BRIEF-A の結果を表 6 に示した。PSQI-J の睡眠の質と BRIEF-A の開始 ( $r=.72, p<.05$ )、ワーキングメモリ ( $r=.64, p<.05$ )、PSQI-J の睡眠時間と BRIEF-A の抑制 ( $r=.63, p<.05$ )、開始 ( $r=.74, p<.05$ ) との間に中程度の正相関を示した。また、日中覚醒困難と BRIEF-A のセルフモニタ ( $r=.69,$

表5, CAPS-5とBRIEF-A得点の相関係数

| BRIEF-A  | CAPS   |        |       |        |       |        |       |        |       |        |       |        |        |         |
|----------|--------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|--------|---------|
|          | B.重症度  | B.有症状数 | C.重症度 | C.有症状数 | D.重症度 | D.有症状数 | E.重症度 | E.有症状数 | 重症度合計 | 有症状数合計 | G.重症度 | G.有症状数 | 全般的重症度 | 解離症状重症度 |
| 抑制       | .60    | .61    | .14   | .12    | .21   | .19    | .47   | .35    | .54   | .48    | .4    | .39    | -.07   | .47     |
| シフト      | .26    | .32    | .53   | .54    | -.04  | -.23   | .24   | .04    | .32   | .2     | .38   | -.09   | -.12   | .25     |
| 情動制御     | .25    | .17    | .6    | .56    | .09   | .35    | .17   | .43    | .28   | .19    | .22   | -.51   | .12    | .07     |
| セルフモニタ   | -.80** | -.69*  | .17   | .13    | -.29  | -.3    | .51   | .39    | .66*  | .61    | .54   | .52    | -.3    | .35     |
| 開始       | .67*   | .62    | .19   | .18    | .08   | -.09   | .24   | .08    | .41   | .37    | .59   | .16    | -.24   | .36     |
| ワーキングメモリ | .42    | .45    | .17   | .18    | .26   | .12    | .65*  | .53    | .59   | .56    | .39   | -.21   | .36    | .63*    |
| 計画/組織    | .54    | .38    | .42   | .42    | .09   | -.03   | .38   | .14    | .50   | .37    | .44   | .02    | -.45   | .43     |
| タスクモニタ   | .62    | .60*   | .25   | .19    | .25   | .18    | .68*  | .57    | .68*  | .65*   | .54   | .23    | .08    | .27     |
| 物の整理     | .57    | .43    | .27   | .29    | .29   | .18    | .34   | .18    | .53   | .47    | .42   | .20    | -.48   | .55     |
| BRI      | .57    | .52    | .48   | .44    | .17   | .12    | .49   | .29    | .60   | .48    | .44   | .33    | -.35   | .35     |
| MCI      | .68*   | .60    | .32   | .31    | .22   | .08    | .52   | .32    | .63*  | .56    | .57   | .11    | -.24   | .53     |
| GEC      | .68*   | .60    | .42   | .40    | .21   | .10    | .54   | .33    | .66*  | .56    | .55   | .22    | -.31   | .48     |

注,  $p<.05^*$ ,  $p<.01^{**}$ , Behavioral Regulation Index:BRI, Metacognition Index:MCI, Global Executive Conpocite: GEC.

$p<.05$ )、ワーキングメモリ ( $r=.65, p<.05$ )、計画組織 ( $r=.71, p<.05$ )、タスクモニタ ( $r=.76, p<.05$ )、物の整理 ( $r=.66, p<.05$ )、BRI ( $r=.75, p<.05$ )、MCI ( $r=.80, p<.01$ )、GEC ( $r=.83, p<.01$ ) との間に中程度から強い正の相関を示した。

IV. 考察

本研究では、研究協力に同意が得られた患者を対象に、PTSD 症状評価目的で実施する CAPS-5 に加え、PTSD 患者の睡眠習慣と実行機能の関連について検討することを目的とした。

本研究の研究対象者の特徴は、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しつつも日中は学業や仕事に従事し、社会生活、日常生活は送ることができている研究対象者であった。そのため睡眠習慣に関しては、極端に睡眠時間が長い、短い、また昼夜逆転など起床・就床時間が大きく乱れている患者は見られなかったものの、睡眠効率は、65%未満の低さに多くが該当し、睡眠時間の量的な問題より睡眠の質的な問題が顕著であることがわかった。

CAPS-5 と BRIEF-A の結果からは、CAPS-5 重症度合計と GEC 得点との関連が認められ、PTSD 症状と実行機能の関連が明らかになっ

た。GEC 得点は、すべての項目を合計した値であるのでその構成因子をみると、とくに MCI の問題が多いという結果であり、これまでの先行研究結果と一致した結果であった<sup>8) 9) 10)</sup>。さらに、MCI を下位項目別にみると、CAPS-5 重症度とセルフモニタ、タスクモニタとの有意な相関が認められた。セルフモニタやタスクモニタでは、問題解決、タスク指向性、モニタリング機能など自分が解決すべき問題がどれほどうまくいっているのか見続ける能力<sup>18)</sup>を測定している項目であるとされる。この機能に問題があると物事に取り組むときにケアレスミスをする、ミスに気付かないなどの問題が多く起こり、研究対象者の仕事や学業、家事など日常の幅広い範囲に影響を及ぼしている可能性が考えられた。

本研究で確認された睡眠や実行機能の問題の根底には、PTSD 症状の「覚醒度と反応性の著しい変化」に関する覚醒調節障害の問題を反映していることが考えられる。これまで睡眠ポリグラフ検査により PTSD 患者の睡眠構造を明らかにした研究では、ノンレム睡眠中の  $\alpha$  波パワーが高く、低振幅の徐波パワーが低下しており、覚醒への閾値が高いことが客観的に評価され<sup>19)</sup>、睡眠の質低下につながる事が確認されている。また、本研究で PSQI-J の日中覚醒困難と BRIEF-A の各項目との間に中程度から強い正の相関を示したことは、これまでに人の覚

表6, PSQI-JとBRIEF-A得点の相関係数

| BRIEF-A  | C1:睡眠の質 | C2:入眠時間 | C3:睡眠時間 | C4:睡眠効率 | C5:睡眠困難 | C6:眠剤の使用 | C7:日中覚醒困難 | PSQIG |
|----------|---------|---------|---------|---------|---------|----------|-----------|-------|
| 抑制       | .17     | -.30    | .63*    | .61     | -.17    | -.04     | .56       | .34   |
| シフト      | .57     | -.05    | .21     | -.1     | -.23    | -.12     | .56       | .02   |
| 情動制御     | -.31    | -.16    | .19     | .40     | -.35    | -.47     | .61       | -.15  |
| セルフモニタ   | .04     | -.21    | .74*    | .58     | -.22    | -.04     | .69*      | .42   |
| 開始       | .72*    | -.13    | .60     | .02     | -.11    | .14      | .58       | .38   |
| ワーキングメモリ | .64*    | -.02    | .43     | -.06    | -.28    | .31      | .65*      | .34   |
| 計画/組織    | .42     | -.14    | .48     | .06     | -.31    | -.12     | .71*      | .12   |
| タスクモニタ   | .28     | .01     | .60     | .31     | -.24    | .22      | .76*      | .48   |
| 物の整理     | .32     | -.25    | .45     | .27     | -.09    | -.19     | .66*      | .20   |
| BRI      | .07     | -.22    | .52     | .48     | -.32    | -.25     | .75*      | .16   |
| MCI      | .56     | -.14    | .61     | .15     | -.24    | .05      | .80**     | .34   |
| GEC      | .37     | -.19    | .61     | .32     | -.29    | -.09     | .83**     | .28   |

注,  $p<.05^*$ ,  $p<.01^{**}$ , Behavioral Regulation Index:BRI, Metacognition Index:MCI, Global Executive Copncopite: GEC.

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<sup>20)</sup>に一致した結果である。さらにこれらの関係では、心理的な影響も考慮されるべきと示唆されている。低いパフォーマンス状態下で行う仕事、学業上のミスや家事などが効率よくこなせないという問題がその後の生活上の不安や自己嫌悪につながり、新たなストレス因となりうることが予想された。

本研究では、外来通院者が対象であり、日中は学業や仕事に従事し、社会生活、日常生活を送っていても PTSD 症状により最適な覚醒状態が保てないことが睡眠や日中のパフォーマンスに影響を及ぼしていることが認められた。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ことが考えられる。

最後に、実行機能の測定に関しては、BRIEF-A の質問紙を使用し、本研究対象者のような社会適応に大きく問題の見られない患者の日常生活に即した問題をアセスメントできる可能性が示唆されたと考える。

## V. 本研究の限界点と課題

本研究では、サンプル数が少ないため今後も継続的なデータ収集が必要であると考ええる。BRIEF-A は本邦において標準化がなされていない尺度であるため、解釈には慎重を期す必要がある。さらに実行機能研究では、多くの場合、社会的経済因子、学習歴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研究対象者は、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。今後はそれらの収集できていない情報も収集したうえで、検討する必要がある。

以上のような限界点はあるものの、本研究では、PTSD 症状を呈する対象者の睡眠習慣の理解や実行機能との関連、感知しにくい日常生活上の実行機能をアセスメントできる可能性を示したと考える。

## 引用文献

- 1) 羽山順子, & 足達淑子. 不眠者の生活習慣と, 睡眠に対する不適応的認知—睡眠セミナー対象者と健診受診者との比較—. 行動医学研究. 2006;12:25-35.
- 2) 西村美八, 檀上和真, 松坂方士, 津谷亮佑, 倉内静香, 古川照美, ... & 中路重之. 一般住民における睡眠障害と生活習慣の関連について. 弘前医学. 2011;62:34-43.
- 3) Yoo, S. S., Hu, P. T., Gujar, N., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. A deficit in the ability to form new human memories without sleep. *Nature neuroscience*. 2007;10:385-392.
- 4) 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.
- 5) Cox, R. C., Ebesutani, C., & Olatunji, B. O. (2016) . Linking sleep disturbance and maladaptive repetitive thought: The role of executive function. *Cognitive Therapy and Research*, 40 (1), 107-117.
- 6) 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.
- 7) Ohayon, M. M., & Shapiro, C. M.

- Posttraumatic stress disorder in the general population. *Comprehensive psychiatry*.2000;41:469-478.
- 8) 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.
  - 9) 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.
  - 10) 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.
  - 11) 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.
  - 12) Casaletto, K. B., & Heaton, R. K. Neuropsychological assessment: Past and future. *Journal of the International Neuropsychological Society: JINS*.2017; 778: 9-10.
  - 13) 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;41:49-100.
  - 14) 鹿島晴雄. 遂行機能障害症候群の行動評価 (BADS 日本版), 東京: 新興医学出版社, 2003.
  - 15) 大塚美菜子. PTSD 患者にみられる神経心理学的症状に関する一考察. *心的トラウマ研究*. 2021;16:31-38.
  - 16) 浮穴寿香, 橋本創一, & 出口利定. 知的障害を伴う発達障害児の実行機能の特徴: ルールの切り替えを含む課題を用いた経年的視点からの検討, *東京学芸大学紀要総合教育科学系*. 2008;59:183-189.
  - 17) 土井由利子, 簗輪真澄, 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.
  - 18) Roth, R. M., & Gioia, G. A. Behavior rating inventory of executive function-adult version. *Florida: Psychological Assessment Resources*, 2005.
  - 19) Lavie, P., Katz, N., Pillar, G., & Zinger, Y. Elevated awaking thresholds during sleep: characteristics of chronic war-related posttraumatic stress disorder patients. *Biological psychiatry*.1998;44:1060-1065.
  - 20) Teigen, K. H. Yerkes-Dodson: A law for all seasons. *Theory & Psychology*.1994;525-547.



The relationship between sleep habits and executive function in PTSD patients

Mako MOMODA

Hyogo Institute for Traumatic Stress



# 持続可能な開発目標（SDGs）における 精神保健・ウェルビーイング



井筒節\* 堤敦朗\*\* 田中英三郎\*\*\*

\* 東京大学総合文化研究科教養教育高度化機構

\*\* 金沢大学人間社会研究域 \*\*\* 国際協力機構

国内外で、持続可能な開発目標（SDGs）が注目を集めているが、日本では、精神保健や災害時の心のケアの文脈でSDGsが語られることは少ない。しかし、国際社会では、SDGsが「精神保健・ウェルビーイングの促進」を優先事項として採用したことから、閣僚級サミットが英国で開催される等、精神保健をめぐる情勢は大きく変化してきている。また、2016～2030年の国際の最優先事項を定めたSDGsを理解することは、多様な分野に精神保健を主流化していく上で重要であると共に、資金・人材が少なく、スティグマや誤解の多い精神保健分野の政策・プログラムを進めて行く上で戦略的である。また、人権に基づくアプローチをより取り入れ、害のない形の実践を広げていくことにも役立つ。よって、国連の精神保健分野におけるSDGs策定過程の調整を担当してきた立場から、SDGsと精神保健の関わりと必要とされるアクションについて検討する。

Key words：精神保健・ウェルビーイング、人権、持続可能な開発目標（SDGs）、障害者権利条約、開発途上国

## I. はじめに：SDGsまでの世界の動き

国際社会において、精神保健・心理社会的側面は、長年に渡って、周辺化されてきた。第二次世界大戦直後には、人々の戦中の実体験に基づき、国連教育科学文化機関（United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization：UNESCO）憲章（1946）<sup>1</sup>の前文において「戦争は人の心の中で生まれるものであるから、人の心の中に平和のとりでを築かなければならない」とされ、世界保健機関（World Health Organization：WHO）憲章<sup>2</sup>において「健康」が「完全な肉体的、精神的及び社会的福祉の状態であり、単に疾病又は病弱の存在しないことではない」とされたり、国連人権規約（経済的、社会的及び文化的権利に関する国際規約）（1966）<sup>3</sup>でも「健康権」が「すべての者が到達可能な最高水準の身体及び精神の健康を享受する権利」とされたりと、人の「心」の重要性が認識されていた。しかし、各国の復興がなされ、更に

は経済発展が進む中で、経済指標や死亡率に視点が集中するようになり、その後、ジェンダーや環境に注目が集まるようになるが、精神保健や心の側面は、国際社会において、忘れ去られるか、後回しにされることが多くなっていった。

そのような中で、持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）（2015）<sup>4</sup>の前身であり、2000年に国連ミレニアムサミットで採択された「ミレニアム開発目標（Millennium Development Goals：MDGs）」（2000）<sup>5</sup>では、「選択と集中」を目指す8つの目標の中に、乳幼児死亡率の削減、妊産婦保健の改善、HIVとエイズ、マラリア等の蔓延防止の3つの保健関連目標が含まれたが、精神保健は言及されなかった。

その直後、2001年には、WHOが「世界保健報告2001」<sup>6</sup>のテーマとして精神保健を「新たな希望」として取り上げた。これにより、誤解が多く、広く実状が知られていなかった世界の精神保健について、最新のデータとエビデンスが示され、その

重要性が明示された。

2004年にはスマトラ島沖大地震が発生し、震源域のインドネシアにとどまらず、インド洋沿岸のインド、スリランカ、タイ、マレーシア等でも大津波が発生、死者・行方不明者約30万人という大きな被害を出した。これらの大災害と、冷戦終結後、90年代に世界に広がった民族紛争の経験が、国際社会においても緊急時の精神保健・心理社会的支援の重要性を再認知させ、人道危機時に国際機関や国際非政府組織（Non-Governmental Organizations：NGOs）間の調整機能を有する国連の機関間常設委員会（Inter-agency Standing Committee：IASC）のもと、「災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関するIASCガイドライン」（2007）<sup>7</sup>が作成、発表された。これは、1）「害のない」形で精神保健の保護・促進を目指すこと、2）精神保健・心理社会的支援ピラミッドにより、精神保健の専門家による支援のみならず、他セクターからの支援も精神保健・心理社会的支援の一環と位置づける等して、現在の精神保健体系の国際的基礎を築いたものと言え、現在も世界中の現場で使用されている。

開発分野においては、MDGsに精神保健が含まれなかったこともあり、精神保健の主流化は遅れていたが、IASCガイドライン策定においても役割を担った国連人口基金（United Nations Population Fund：UNFPA）が、MDGsの優先事項である妊産婦保健やジェンダー平等、そしてエイズ関連プログラムに精神保健・心理社会的支援を統合するプログラムを開始し、2008～13年のUNFPAの戦略計画やプログラム枠組にも精神保健・心理社会的支援を包含。更には、開発途上国に多くの人員とプログラムを持ち、資金力のあるUNFPAが、専門性を持つWHOと組む形で共同プログラムを開始し、HIVの性感染予防における「コンドーム」、マラリア感染予防における「蚊帳」のように、開発における精神保健の「ソリューション」を示すための「mhGAP介入ガイド」（2010）<sup>8</sup>開発等を、国連難民高等弁務官事務所（The

Office of the United Nations High Commissioner for Refugees：UNHCR）やアカデミアとも協力しながら推進することとなった。この頃、国連児童基金（United Nations Children's Fund：UNICEF）は、MDGsに人と金を集中するために、保健医療を担当する保健セクターでは精神保健に取り組み、国際人権法・人道法・難民法等に基づき個々の人権の保護・促進を行う保護セクターにおける心理社会的支援を行うという形をとっていた。ちなみに、「精神保健・心理社会的」支援という用語は、「精神保健」のみであると、保護セクターの観点から「心理社会的」支援として活動していたUNICEFやUNHCR等が活動できなくなるのを防ぐために作られた部分がある。ちなみに、精神保健・心理社会的支援は、人道支援の現場では、保健セクターと保護セクター双方にレポートする形をとり、双方のつなぎ役の役割も果たしている。

この間、国連総会は、障害者権利条約（2006）<sup>9</sup>を採択。本条約では、「障害者には、長期的な身体的、精神的、知的又は感覚的な機能障害であって、様々な障壁との相互作用により他の者との平等を基礎として社会に完全かつ効果的に参加することを妨げ得るものを有する者を含む」とされ、締約国（現在、193の国連加盟国中、日本を含む182か国）において法的拘束力をもつこの「強い」ツールにおいて、精神的・知的障害のある人の権利保護・促進が義務化された。ちなみに、第11条「危険な状況及び人道上の緊急事態」では、精神・知的障害のある人に対し、「危険な状況（武力紛争、人道上の緊急事態及び自然災害の発生を含む。）において」、「保護及び安全を確保するための全ての必要な措置をとる」ことが義務づけられている他、第16条では「搾取、暴力及び虐待からの自由」が定められており、「家庭の内外におけるあらゆる形態の搾取、暴力及び虐待（性別に基づくものを含む。）」について、「全ての適当な立法上、行政上、社会上、教育上その他の措置をとる」ことや、「あらゆる形態の搾取、暴力又は虐待の被害者となる障害者の身体的、認知的及び心理

的な回復、リハビリテーション並びに社会復帰を促進するための全ての適当な措置（保護事業の提供によるものを含む。）をとる」こと、その際、「障害者の健康、福祉、自尊心、尊厳及び自律を育成する環境において行われるものとし、性別及び年齢に応じたニーズを考慮に入れる」こと等が規定されている。

これによって、国連総会や経済社会理事会、安全保障理事会等の運営・調整の実務を担う国連事務局においても、精神保健をめぐる取組みが始まり、SDGs 策定過程においては、国連ニューヨーク本部で開催される障害者権利条約締約国会議や国際障害者デー等の政府間イベントにおいて、精神保健や精神障害をめぐるイベントを開催した他、市民社会団体との協働を通して、バングラデシュやアルゼンチン等、精神保健に理解の深い加盟国と共に、国際的意思決定における精神保健優先化の端緒を担った。中でも、SDGs の策定過程において、国連初の精神保健に関する専門家会議「精神的ウェルビーイング・障害と開発」を国連大学、WHO 等と共同でマレーシアにて開催し、精神保健を包含していく上で必要となる過去の国連文書の分析、データや好事例の整理を行った。本会議には、日本から、東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野や国際協力機構も協力した。

こうして、2015 年の国連特別総会にて、各国の首脳が集まる中、「我々の世界を変革する：持続可能な開発のための 2030 アジェンダ」が 193 か国の全会一致で採択された。SDGs は、この 2030 アジェンダの一部として、2030 アジェンダを実践・モニターするためのツールとしての役割があり、そのターゲットの一つに「精神保健・ウェルビーイングの促進」が含まれた形である。

## II. SDGs と精神保健・ウェルビーイング

SDGs は、2000 年から 2015 年の世界の優先事項をまとめた MDGs を引き継ぐ形で、2016 年から 2030 年の優先事項を示したものである。もと

もと、MDGs は、90 年代に、冷戦後の国際協調への期待の中で開催された様々な国連の国際会議（90 年の子どもサミット、91 年の万人のための教育世界会議、92 年の環境開発会議、93 年の人権会議、94 年の人口開発会議、95 年の女性会議等）の各合意文書中にある目標を一つにまとめ、資金とマンパワーが多分野に拡散してどれもが中途半端に終わることがないように、優先事項を定め、具体的な数値的目標を示したものであった。MDGs の時代、精神保健や障害のように、そこに含まれなかった分野は、資金もマンパワーも集めにくく、活動がしにくかったことから、SDGs 策定過程においては、SDGs への包含を試み、MDGs では 8 つであった目標は、17 個に増えた。また、17 個の大目標のもとには、169 の具体的なターゲット分野が示され、その下に 232 の具体的な指標がある。



例えば、精神保健に最も関わりの深い SDGs の目標 3 は、「あらゆる年齢のすべての人々の健康的な生活を確保し、福祉を促進する」であり、「すべての人に健康と福祉を」という大きな目標である。この中には、具体的なターゲット分野が 13 あり、ターゲット 1：妊産婦死亡を出生 10 万辺り 70 未満に削減、2：子供の死亡率削減（新生児死亡率を出生 1000 対 12 以下に、5 歳以下死亡率を 1000 対 25 以下に）、3：エイズ、結核、マラリア及び顧みられない熱帯病等の感染症を 2030 年までに根絶及び肝炎等への対処、4：2030 年までに非感



染症による若年死亡率を1/3減少させ、精神保健及び福祉を促進、5:薬物・アルコール乱用の防止・治療の強化、6:2020年までに交通事故死傷を半減、7:2030年までに性と生殖に関する健康サービスを誰もが利用できるようにする、8:ユニバーサル・ヘルス・カバレッジの達成、9:環境汚染による死亡・疾病の減少、a:たばこ枠組条約の実施強化、b:ワクチン・医薬品の研究開発支援・開発途上国でのアクセス確保、c:開発途上国での保健財政・人材の育成・定着、d:健康危険因子の早期警告・緩和・管理能力強化が含まれている。このうち、ターゲット4と5が直接的に、精神保健に関わると言えよう。

これらの指標として、指標3.4.2「自殺率」、3.5.1「物質使用障害に対する治療介入（薬理的、心理社会的、リハビリ及びアフターケア・サービス）の適用範囲」、3.5.2「15歳以上の人口一人当たり年間純アルコール消費量（ℓ）」がある。ちなみに、外務省<sup>10</sup>によると日本の状況としては、自殺率は、10万対で、2010年23.4、2015年18.5、2019年15.7。物質使用障害に対する治療介入の適用範囲については、日本ではまだデータがなく、3.5.1については、1年間（年度）の純アルコール量における20歳以上の1人当たりアルコール消費量を示しており、2010年7.28リットル、2015年7.24リットル、2019年7.05リットルである。ちなみに、精神保健・ウェルビーイングの促進として、自殺率が採用されているのは、特に開発途上国では精神保健をめぐるデータ収集をこれまでしてこなかった国が多いため、国家レベルで集め、各国間での比較が比較的可能な尺度として、自殺率しかなかったというのが理由の一つである。しかし、自殺率は、各国によって集計当局が警察、保健省等と異なり、その集計方法も統一されておらず、更には、文化・宗教等によって自殺が自殺として集計されないケースが多くあることから、指標としては課題がある。また、他の分野のターゲットにおいては、例えば、非感染症の場合、若年死亡を3分の1減少させる等の具体的数値があるものが多い中、精神

保健関連ターゲットは、「促進する」「強化する」といった表現にとどまっており、具体的にどれだけ「促進」し、「強化」すべきかが示されていない。更に、他の分野における指標は、多くの場合、ソリューションと直接結びついており、指標が改善することが直接ターゲットの達成に繋がる点と、解決策が見えやすい点で精神保健とは異なっている。精神保健においても、今後、ソリューションに基づく適切な指標と数値目標の開発が急務である。これまで、心理社会的支援を提供できる人材を有する学校・企業の割合等が候補として挙がっている。

また、健康に関する目標3以外にも、目標5「ジェンダー平等を実現しよう」のターゲット5.2は「人身売買や性的、その他の種類の搾取など、全ての女性及び女児に対する、公共・私的空間におけるあらゆる形態の暴力を排除する」であり、その指標5.2.1は「これまでにパートナーを得た15歳以上の女性や少女のうち、過去12か月以内に、現在、または以前の親密なパートナーから身体的、性的、精神的暴力を受けた者の割合（暴力の形態、年齢別）」である。日本では、過去1年以内に配偶者からの心理的攻撃の被害経験がある女性の割合を示しており、2014年には、20代が3%、30代が5%、40代が7.3%、50代が4.6%、60代以上が3.1%、2017年には、20代が3%、30代が4.7%、40代が8.8%、50代が8.4%、60代以上が2.7%と報告されている。<sup>10</sup>

更に、目標10「各国内及び各国間の不平等を是正する」のターゲット10.2「2030年までに、年齢、性別、障害、人種、民族、出自、宗教、あるいは経済的地位その他の状況に関わりなく、全ての人々の能力強化及び社会的、経済的及び政治的な包含を促進する」も、精神保健には根源的に深く関連がある。

また、この目標10に加え、目標4「質の高い教育をみんなに」、目標8「働きがいも経済成長も」、目標11「住み続けられるまちづくりを」、目標17「パートナーシップで目標を達成しよう」には、障害者をめぐるターゲットや指標があり、精神・知的障害を

めぐる包摂的な教育、雇用、防災を含む街づくり、性別や年齢のみならず障害別の統計の必要性等が含まれている。

この SDGs は、日本では、独自の発展をしており、ビジネス・セクター等で、それぞれの活動が関係しそうな SDGs ロゴを付すこと等が多く行われている。しかし、SDGs は具体的な数値目標を設定したものであり、日本を含む世界中の英知、資源を集中することで、2030 年までにそれらを達成することを目指すものである。よって、関連する目標に注目するというよりは、具体的なターゲットや指標を見渡し、自らの活動がそれらの達成に資するようにすることが重要となる。

更に、SDGs は、2030 アジェンダの一部であり、そのモニタリング・ツールにすぎない。SDGs を理解し、達成するためには、その「本文」である 2030 アジェンダの理解が欠かせない。2030 アジェンダのタイトルは、「我々の世界を変革する」である。すなわち、これまでやってきた活動について、2030 アジェンダの理念に基づき、やり方を変え、世界のあり方を変えていくことこそが求められている。

2030 アジェンダにおいてもっとも大切な理念は、「誰一人取り残さない」ことである。前身の MDGs の時代には、貧困・飢餓人口や、感染症による予防可能な死者数も多かったため、少しでも多くの命を救うため、効率も重要視された。その中では、多数の人の福祉の向上が第一とされたり、農村部や少数者は後回しにされたりすることがあり、持つ者と持たざる者の格差も大きくなった。そして、これは、紛争、テロ、難民の拡大にもつながった。よって、2030 アジェンダと SDGs では、「最も遅れているところに第一に手を伸ばすべく努力する」ことで、子供 / 若者、障害のある人、HIV やエイズと共に生きる人々、高齢者、先住民、難民、国内避難民、移民等への対応から始め、「誰一人取り残さない」ことが原則となった。すなわち、現在自分がやっていることが、誰かを残していないか、障害のある方や高齢の方、日本語が理解できない方にもアクセスしやすいものかなどを確認する

ことが大切である。これは、数から質への転換とも言える。その意味では、多数決や声の大きい人の意思のみで何かを決めるのではなく、サイレント・マジョリティーやマイノリティーの声やニーズにこそ目を向け、そこを起点にすることの重要性を示しているものとも言える。

もう一つの原則として、分野別の縦割りでは、ある分野にとっては良い事でも、他の分野に悪影響がある等、分野間の相互関係が見落とされがちであることから、17 のロゴを並べることで、様々な 이슈に同時に目を向けることの大切さを謳っている。例えば、目標 4 にある学校教育を受けることで給食を食べることができ、目標 2 の飢餓撲滅につながったり、学校での健康教育やワクチン接種によって目標 3 の健康促進にもつながったりする。女性の健康促進には目標 5 のジェンダー平等の視点が欠かせないし、目標 6 の安全な水やトイレがないと感染症が蔓延するかもしれない。すなわち、知った気になることなく、また「自分」事だけに集中せず、多分野も巻き込みながら、周辺化されがちな人々や遠い国の人々も含めた地球的視点にたち、今のみならず、未来を生きる人々にとっても持続可能な形で、人間と、地球上の生き物や環境にとっても良い形で行動していくことが求められている。

更に、MDGs では、「国」が主要なステークホルダーだったのに対し、SDGs では、国に加え、様々な市民社会、すなわち、企業、アカデミアをはじめとする私たち一人ひとりの役割が強調されている。中でも、「私たち抜きで私たちのことを決めないで」というスローガンは大切で、様々な人を巻き込んだ対話に基づいて、アクションをしていく必要がある。すなわち違う意見やアプローチを尊重し、オプションを増やしていくような活動を個々が繰り返し続けることが求められている。

これを紛争や災害時の精神保健の観点から考えると、1) 多分野に精神保健・心理社会的視点を主流化していくこと、2) 自殺や物質依存を中心に、予算・政策・人材を強化し、具体的な指標の値を改善していくこと、3) ソリューションに則っ

た適切な新指標を作ること、4) すべての精神保健・心理社会的支援が人権侵害を根絶し、精神・知的障害のある人の権利が保護・促進され、当事者が意思決定やモニタリングに加わることで様々な声が聞かれるようにし、害のある実践がなくなるようにすること、そして、5) 子供、障害者、移民等に加え、被災者、避難民、LGBTIをはじめとする人道危機時に周辺化されやすい人々にとって、様々な精神保健・心理社会的支援を「誰一人取り残さない」アクセスしやすいものにしていくことが重要となる。更には、これを日本のみならず、ニーズの高い開発途上国にも広げていくことが求められている。これらを、SDGsの文脈に結び付けることで、予算やシステムの強化を戦略的に行える可能性が高まる。

### III. 考察

SDGsに含まれたことで、精神保健・心理社会的支援は、ついに国際の優先事項となった。2018年には、英国・ロンドンで初めての精神保健に特化した閣僚級サミットが開催され、各国の代表とWHOや世界銀行の代表が集い、今後のロードマップが議論された。また、2019年からのコロナ禍が、人々の精神保健・心理社会的ウェルビーイングの重要性を再認識させ、国連もIASCガイドラインに基づくガイダンスを発表した他、世界中の国々で心のケアをめぐる関心が高まり、活動が広がっている。UNICEFも、基幹報告書である「世界子供白書」の2021年版<sup>11</sup>では、初めて精神保健をメインテーマとした。その他、様々なアクターが精神保健への取組みを始め、世界的なIT企業においても、精神保健をめぐるサービス開発に向けた競争が激化している。また、精神・知的障害当事者による活動もより活発化している。

このように開発途上国を含む様々なステークホルダーが精神保健・心理社会的側面に取り組むようになってきているが、新たに様々な人々が集うようになったゆえの課題もある。例えば、パワーゲーム・

主導権争いや、リソースの取り合いが生じたり、用語や実践をめぐる歴史や価値観の差異に基づく齟齬が生じたりしている。これらは優先化後の初期にはよく起こることで、時と共に対話と協働が重ねられ、良い形に収束していくと思われるが、有効な介入により、早期に解決することもできる。人道支援コミュニティにおいては、2007年のIASCガイドライン発表以降、それを共通言語とした、セクターをまたぐ積み重ねが世界各国の紛争・災害現場における実践の中で積み上げられてきている。人道支援コミュニティが開発分野とのリンクを深めることで、人道の現場におけるこれまでの知見と経験を開発の現場でも活かすことができる。特に、開発途上国の精神保健をめぐるリソースは限られており、人道支援コミュニティにおいて精神保健・心理社会的支援を担ってきた人々による技術協力、好事例や教訓の共有、そして、能力開発は重要なインプットとなる。

これら開発への精神保健・心理社会支援の主流化と共に、進めねばならないのが、人道から開発へと広がったこの分野を、更に、平和と安全、そして人権分野にも広げていくことである。そして、経済、死亡率、ジェンダー、環境、多様性と同様、人の心が苦しくないことをめぐる精神保健指標を、国際の共通指標としていく必要がある。

更に、SDGsの目標年である2030年まで10年をきった今、SDGsの後の次世代開発目標の策定が始まる。SDGsには文化・芸術やLGBTIをめぐる記述が殆どないが、これらは精神保健とも関りが深く、精神保健のより良い指標開発と共に、国際社会への提言を進めて行くことが重要である。特に、緊急時の心のケアをめぐる知見は、日本が世界をリードする分野であり、日本のステークホルダーによる強力なリーダーシップが国際的に求められている。一方で、防災や人道支援における精神・発達・知的障害のある人々の人権に基づく包摂については、未だ、日本でも認識が十分ではないところもある。緊急時の心のケアと精神・発達・知的障害のある人の包摂をコインの表裏と認識しつつ、

若い世代や障害当事者も含めた日本での実践と、その開発途上国への発信・技術協力、そして、国際社会での意思決定への参加が求められている。

#### IV. 謝辞

本研究は、日本学術振興会基盤研究（C）（一般）（課題番号 19K02235）障害者の権利保護・促進をめぐる尺度開発に関する研究および（課題番号 18K02102）災害時における障害者の死亡率および社会資源へのアクセシビリティに関する研究の支援を受けた。

#### 文献

1. United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) : UNESCO Constitution. United Nations. London, 1945. [http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL\\_ID=15244&URL\\_DO=DO\\_TOPIC&URL\\_SECTION=201.html](http://portal.unesco.org/en/ev.php-URL_ID=15244&URL_DO=DO_TOPIC&URL_SECTION=201.html)
2. World Health Organization (WHO) : Constitution of the WHO. United Nations. New York, 1946. [https://www.who.int/governance/eb/who\\_constitution\\_en.pdf](https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf)
3. United Nations: International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations, 1966. <https://www.ohchr.org/en/professionalinterest/pages/cescr.aspx>
4. United Nations: Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development. United Nations, New York, 2015. <https://sdgs.un.org/2030agenda>
5. United Nations: Millennium Declaration. United Nations, New York, 2000. <https://www.un.org/en/development/devagenda/millennium.shtml>
6. WHO: World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope. WHO, Geneva, 2001. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42390>
7. Inter-Agency Standing Committee (IASC: 機関間常設委員会) : 災害・紛争等緊急時における精神保健・心理社会的支援に関する IASC ガイドライン. IASC, Geneva, 2007.
8. WHO: 精神保健専門家のいない保健医療の場における精神・神経・物質使用障害のための mhGAP 介入ガイド. WHO, Geneva, 2010. [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44406/9784904561898\\_jpn.pdf?sequence=11](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44406/9784904561898_jpn.pdf?sequence=11)
9. United Nations: Convention on the Rights of Persons with Disabilities. United Nations, New York, 2006. <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html>
10. 外務省. Japan SDGs Action Platform: SDG グローバル指標 (SDG Indicators). <https://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/oda/sdgs/statistics/index.html> (2021/10/20 アクセス)
11. United Nations Children's Fund (UNICEF) : The State of the World's Children 2021. UNICEF, New York, 2021. <https://www.unicef.org/reports/state-worlds-children-2021>



## Mental health and well-being in the context of the Sustainable Development Goals (SDGs)

Takashi Izutsu, Ph.D., Atsuro Tsutsumi, Ph.D., Eizaburo Tanaka, M.D., Ph.D.

Komaba Organization for Educational Excellence, The University of Tokyo; Graduate School of Human and Socio-Environmental Studies, Kanazawa University; Japan International Cooperation Agency

### Abstract (250 Words):

The United Nations included promotion of mental health and well-being in the Sustainable Development Goals (SDGs) as a key global priority by 2030. Since then, the global landscapes surrounding mental health and psychosocial support including those in emergency settings are drastically changing. This includes the 2018 Global Ministerial Mental Health Summit held in the United Kingdom. Understanding and utilizing SDGs can be strategic in 1) mainstreaming mental health in various sectors beyond health, 2) addressing stigma and existing gaps in financial and human resources in mental health, and 3) transforming day-to-day practices in mental health to be more inclusive and human rights-based. Based on the experience of having coordinated the development process of SDGs in the area of mental health at the United Nations system, key concepts and action points are discussed.

Key words: Mental health and well-being, Human Rights, Sustainable Development Goals (SDGs), Convention on the Rights of Persons with Disabilities, Developing Countries



# コロナ禍における支援者のメンタルヘルス対策： ストレス・ファーストエイド



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

「ストレス・ファーストエイド（Stress First Aid: SFA）」は、個人と組織の両方に働きかけるセルフケアとピアサポートを統合したプログラムだ。コロナ陽性患者の対応に前線で取り組む支援者が終わりの見えない業務を継続するには各人のセルフケア任せでは不十分だ。コロナは災害であり、支援者支援が適切に行われな限り、職員の心身健康は守られない。しかし、感染爆発が起こる中、第一線でコロナ対応に取り組む人々には十分な支援が行われているとは言い難い。時間も人もお金もない中、できることには限りがある。そんな状況下で、SFAは職員を守る一助になると思われる。

キーワード ストレス・ファーストエイド、COVID-19、支援者支援、保健所

## I はじめに

コロナ禍の当初、差別の対象ですらあった医療関係者は敬意や感謝を示す対象となり、2020年5月にはブルーインパルスが東京の空を飛行した<sup>1)</sup>。しかし、陽性者に対応するのは病院関係者だけではない。例えば、保健師や救急救命士も新規陽性者やその家族らに関わるが、彼らが直面している業務ストレスは取り上げられることは少なく、「忘れられた支援者」とさえ言える。病院関係者同様、保健師や救急救命士の日々も感染リスクの不安を抱えながら、右肩がりの業務量をこなす。保健所では、濃厚接触者の追跡や入院調整に加え、パルスオキシメーターや食料品の手配や配達、検体の収集などその仕事は多岐にわたる。しかし、業務量よりも心をすり減らすのは、保健所だけでは到底、対処できない状況であるにも関わらず、その矢面に立たなければならないことだ。

読者はご存じだろうか。PCR検査の結果が陽性と判定された後のことを。検査を行った医療機関から保健所に「新型コロナウイルス感染症

発生届け」が提出される。届け先の保健所は医療機関を管轄する保健所であり、患者の居住地と同じだとは限らない。陽性者数が少なければ届け出を受けた保健所が患者の居住地の保健所に連絡を入れることができるが、連日、陽性者数が最多を更新するような状況になるとその日に対応できず、翌日以降に積み残される。陽性判定を知らされた患者は、保健所からの連絡を待つように医療機関から説明を受ける。ところが、医療機関と居住区が同じ保健所によって管轄されていたとしても、陽性者の数が増えるにつれ、保健所からの連絡に数日を要することが出てくる。患者やその家族にしてみれば、待たされるほどに不安は強くなり、患者本人が心配する家族が電話を保健所に入る。しかし、先述の事情から保健所には医療機関が提出した「発生届け」が転送されていないこともあるのだ。市民にしてみればそんな事情は分からない。期待通りの回答が得られない市民の不安は憤りや怒りに変わり、電話対応はさらに長引く。場合によっては、無力感と怒りにかられた市民から罵倒されることも想像に難くない。問い合わせ

の電話が増えると自宅療養者の状態確認の電話を掛けようと受話器を上げた途端、市民からの問い合わせの電話につながる、ということもあるようだ。すると、さらに業務は滞り、保健所からの電話を待つ新規陽性者や自宅療養者の不安は増えるのだ。そして、「この一年半以上、土日祝日、年末年始やお盆休みもなく対応してきたが、さらに感染者が増え、しっかり患者さん一人ひとりに対応するのは限界に近づいている（『朝日新聞』夕刊 2021年8月18日）」と話す東京都港区の保健所職員の声に代表される事態が全国で起こっている。

感染対策は保健所の仕事である。しかし、これほどの感染者が発生するような場合、保健所のみで対応することには限界がある。発生件数が限られるなら、平時のやり方でもいいのだろうが、現状は異なり、それ相応の対応や制度が必須なのだ。

## II セルフケアの限界

コロナは災害だ。そのため、職員が直面するのは通常とは異なる災害対応に起因するストレスと認識すべきだ。先が見えない業務が続くことによる疲労。コロナ対応と通常業務の両方をこなさなければならない負担。平時ならできることができなくなったことで生じる無力感。市民や患者が命を落とすことで起こる悲嘆や喪失。命の選択を迫られる倫理的ジレンマ。

看護理論家のOremは、セルフケアとは「個人が生命、健康、安寧を維持するために自分自身で開始し、遂行する諸活動の実践である」と定義している<sup>2)</sup>。職種に関わらず対人支援に関わる人が「セルフケア」を実行することは、サービスの質を担保するためにも不可欠だ。しかし、コロナ禍は終わりが見えない災害であり、通常の「セルフケア」戦略では到底足りない。なぜなら、業務量は膨大で、「寝る時間も食べる時間もない」中、従来のセルフケアをす

る時間など無いに等しいからだ。また、厳しい業務環境であっても仲間同士の支えがあれば乗り越えることも不可能ではないかもしれない。とは言え、現状は甘くない。既存職員のキャパシティが限界を超える中、外部からの応援が入る。それ自体はありがたいことだが、知らない人と働くことは別のストレスを生むのも事実だ。多忙を極める職場では、人間関係を構築する時間や余裕がなく、いつまで経っても「知らない人」のままになりかねない。組織の管理職にとっても、このような職場環境での部下のマネジメントは簡単ではない。ラインケアもままならない中、回復できない疲労や疲弊から病に倒れたり、辞職したりする職員が増えると組織運営はままならない。

このような状況下ではセルフケアには限界があり、より包括的で積極的な対応が必須となる。そこで、これらの困難に立ち向かうための選択肢のひとつとして、本稿ではストレス・ファーストエイド<sup>3)</sup>を紹介する。

## III ストレス・ファーストエイド

事件・事故の被害に見舞われた人に関わる際の指針とされるのはサイコロジカル・ファーストエイド（PFA）であり<sup>4)</sup>、コロナ対応においてもPFAの利用は推奨されている<sup>5)</sup>。そして、そのPFAの原理原則を基に支援者自身が抱える葛藤に焦点を当てて開発されたのが、ストレス・ファーストエイド（Stress First Aid: SFA）である。

元々はアメリカ海軍と海兵隊のために開発され、その後、消防や警察にも広がり、コロナ禍では病院や介護施設で働く人たちにも広がった<sup>6, 7)</sup>。職場における良好な人間関係を、同僚同士、先輩と後輩、上司と部下の間に築くことで、業務ストレスの影響を受けた人が健康な状態に戻るようすることを目標としている。SFAは業務ストレスに関する正確な知識が職場

における共通言語となり、影響を受けることや支援を求めることに対するスティグマを和らげ、業務ストレスが緩和され、職員の生産性は上がり、離職率が下がることを目指しているのだ。

SFAは「ストレス連続体モデル（the stress continuum model）」を基にした「7つの行動内容」で構成されている。ストレス連続体モデルは、その名が表す通り、ストレス反応は程度やタイプが異なるものの連続体であることを意味する（図1）。左から「準備万全（緑）」、「ストレス反応（黄）」、「ストレス傷害（オレンジ）」、そして、「ストレス障害（赤）」で、右に行くほど状態は悪く、専門的な支援を必要とする。この図が示すのは、条件が揃えば、誰しもが影響を受ける可能性があり、だからこそ、早期発見・早期介入が重要で、そのためにも自分や仲間がこの連続体のどこに位置するのかを意識し、状況に応じた対応をする必要がある、ということだ。

#### IV ストレス傷害

このモデルで注意を向けて欲しいのは「スト

レス傷害」だ。コロナ禍のようないつ終わるか分からない災害では、支援者の身体と心はボディーブローを受け続けた状態にある。リーダーシップに長けた管理職と凝集性が高く良好な人間関係に恵まれた職場であれば、この災害でも「ストレス反応」レベル止まりということもあるかもしれない。しかし、大方の職場では少なくとも数名の職員が「ストレス傷害」、場合によっては「ストレス障害」に陥っていても不思議ない。

ストレス傷害の原因として挙げられているのは、①生命の危機、②喪失体験、③内的葛藤、④擦り切れ/消耗、である（図2）。「生命の危機」の例としては、自分自身がコロナに感染し、命を落とす危険があること。同時に、自分が感染してしまった場合、家族や同僚、あるいは患者などの支援相手にうつしてしまい、彼らの命が危険にさらされること。多忙のあまり、十分な関わりが持てず、結果、利用者の命が危険にさらされること。また、老人介護や訪問看護などの現場では、コロナで命を落とした利用者の第一発見者となることは次項目にも関係する事案だろう。

「喪失体験」は、コロナにより利用者や同

| 準備万全                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ストレス反応                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | ストレス傷害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ストレス障害                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>〈定義〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆最適の機能</li> <li>☆適応的成長</li> <li>☆健康</li> </ul> <p>〈特徴〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆自身の最善状態</li> <li>☆よく訓練され準備万端</li> <li>☆自制</li> <li>☆身体/心理的に健全</li> <li>☆活動に集中</li> <li>☆高い動機</li> <li>☆落ち着き、安定</li> <li>☆楽しむ</li> <li>☆倫理的な振舞い</li> </ul> | <p>〈定義〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆軽度で一過性の苦痛や不具合</li> <li>☆必ずなくなる</li> <li>☆リスク低い</li> </ul> <p>〈特徴〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆イライラする、心配症になる、気分が落ちる</li> <li>☆やる気の喪失</li> <li>☆睡眠困難</li> <li>☆筋緊張、その他の身体的変化</li> <li>☆楽しめない</li> </ul> <p>〈原因〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆何らかのストレス因</li> </ul> | <p>〈定義〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆より深刻で持続する苦痛や不具合</li> <li>☆傷を残す</li> <li>☆リスク高い</li> </ul> <p>〈特徴〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆コントロール喪失</li> <li>☆パニック、激怒、抑うつ</li> <li>☆いつもの自分と異なる</li> <li>☆過度の罪悪感、恥</li> </ul> <p>〈原因〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆生命の危機</li> <li>☆喪失</li> <li>☆内的葛藤</li> <li>☆擦り切れ/消耗</li> </ul> | <p>〈定義〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆精神疾患</li> <li>☆未快復のストレス傷害が生活に支障</li> </ul> <p>〈特徴〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆症状が持続し、時間経過とともに悪化</li> <li>☆重篤な苦痛、社会的、職業的な支障</li> </ul> <p>〈種類〉</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>☆PTSD</li> <li>☆抑うつ</li> <li>☆不安</li> <li>☆物質乱用</li> </ul> |

図1 ストレス連続体モデル

| 生命の危機                                             | 喪失                                | 内的葛藤                               | 擦り切れ/消耗                                                |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------|------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| <b>心の傷＝トラウマ</b><br>命を脅かされる、恐怖<br>や脅威、無力感を抱く<br>体験 | <b>悲嘆</b><br>大切な人、物、 自分<br>の一部を失う | <b>良心の傷</b><br>規範意識に反する行動<br>やその目撃 | <b>消耗状態</b><br>ストレスが蓄積するが、<br>十分な休息や回復の時<br>間がない状態が長期化 |

図2 ストレス傷害の原因

僚、自分の大切な人の命が奪われること。あるいは、ストレス傷害から回復できず同僚や自分自身が職場を去ること。加えて、本来なら患者や利用者に触ることで彼らの辛さや痛みを取り除いたり、安らぎを提供したりしてきたのに、それらの行為が感染予防の観点から制限されることで仕事上の役割喪失に陥る場合もあるだろう。上司がリーダーシップを発揮できず、組織が職員を守ることができない中、職場に対する信頼を失うことも喪失体験と言える。業務のみならず、私生活における喪失体験もある。感染させてしまうことを恐れ、自宅に帰らずホテル暮らしをする支援者は自宅での役割を失ったり、子どもや家族と過ごす時間を失ったりする。また、感染の確立が高い職場にいてことで差別を受けたことがある人は、世の中に対する信頼を失ったことだろう。

「内的葛藤」は自分の価値観や倫理観に背かざるを得ない状況によって生じる。例えば、誰を入院させるかを決めなければならず、間接的に命の選択をする羽目になること。また、入院条件が延命処置を望まないことだと病院から言われ、その旨を家族に伝えなければならず、命の選択を家族に迫らなければならないこと。このような行為は医療関係者でも内的葛藤を生み出す。しかし、コロナ禍においては、医療関係者以外でも、このような判断を下さなければならず、大きな職業倫理上のジレンマを抱えることになる。そして、これらのどれもが強い罪悪感や恥の感覚を生み、支援者を追い詰め、彼ら

の心に大きな傷つける。

## V 7つの行動内容

SFAは7つの行動を提案している。とは言え、災害下で支援者にできることには限界があるも事実だ。しかしながら、どれだけ大変な仕事でも、粛々と続けるしか選択肢がない場合、少しでも蓄積する影響を和らげ、離脱者が出ないようにするのが現実的にできる最大のことである。また、以下の事柄をすでに実行できている職場も多い。結局のところ、普段から適切なラインケアや職員同士の見守りができていれば、目新しい内容ではないだろう。

SFAが示す行動内容を図3-1と図3-2にまとめた。これらの行動はPFA同様、5つの原理原則に基づいている<sup>8)</sup>。最初の2つ「観察と見守り (Check)」と「調整 (Coordinate)」はどの行動でも必ず行うべきことで、「普段と異なることやおかしい点に気づいたら、助けを求めたり、介入したりするための調整を行う」を意味する。残りの5つは、何を目的に「観察と見守り」および「調整」を行うのかを記している。

「安全/援護 (Cover)」は、対象者が安心・安全であること。「穏やかさ (Calm)」は、落ち着きを取り戻し、心身ともに冷静になれること。「つながり (Connect)」は、安全/援護、穏やかさを得るために必要な人、物、情報とつながること。「効力感 (Competence)」は、ス

ストレスの原因となる状況やストレス反応に対処できると感じられるようになること。「自信と希望（Confidence）」は、自分、仲間、組織、社会に対する信頼や自信を再度、持てるようになり、この災害にも対応できる、と希望を抱けるようになることである。

では、「安全/援護（Cover）」を達成するためにに行えることとはどのようなことなのかを考えてみる。影響を受けている人を守り、彼らの安全を担保するために必要なことならどんなことも含まれる。傍にいる、寄り添う、注意を向

ける、心配していることを伝える、困っていることがないか尋ねる、などだ。どれも当たり前のことだが、食事をする間もないくらいの業務を抱えているとこのような行為は忘れられがちだ。普段ならできることができなくなるのが危機であり、そんな状況下でも普段通りの対応ができることが重要だ。

「穏やかさ（Calm）」は、身体的、感情的、認知的な興奮を和らげることを意味する。危険や不安に襲われると過覚醒状態に陥るのは当然だが、その状態が長引くと心と身体の両方に

|    | 行動指針              | 目的                                       |
|----|-------------------|------------------------------------------|
| 常時 | 観察と見守り（Check）     | 普段からの観察を通して早期発見ができる                      |
|    | 調整（Coordinate）    | 必要な支援や資源へのつなぎ役となる                        |
| 1  | 安全/援護（Cover）      | 今より少しでも安心や安全を感じられる                       |
| 2  | 穏やかさ（Calm）        | 落ち着きを取り戻す                                |
| 3  | つながり（Connect）     | 同僚や家族、物資、情報、資源とつながることで安全/保護を感じ、穏やかさを取り戻す |
| 4  | 効力感（Competence）   | 困難や仕事に取り組めると感じられる                        |
| 5  | 自信と希望（Confidence） | 仕事、組織、人生に対して自信と希望が持てる                    |

図3-1 SFA行動内容

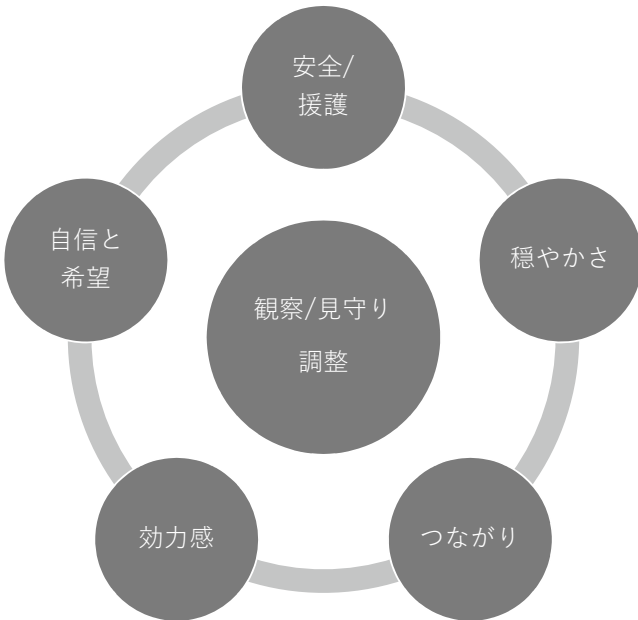


図3-2 SFA行動内容



様々な悪影響がもたらされる。その上、問題解決などの既存の能力も確実に低下する。すると、小さな未解決の問題が山積みとなり手に負えなくなり、不安や恐怖は和らぐどころか強くなる。そして、「自分には対処できない」「自分はダメな奴だ」という考えも強化されてしまう。こんな状態では強いストレスがかかる現状を乗り越えられるとは思えず、圧倒され、無力感が勝つ。そうならないためにも、「不安を抱くのは当然だ」「できていないことばかりではなく、〇〇はできている」などと自分に言うことができれば、少しかもしれないが不安は緩和され、体の緊張もほぐれる。大変な時だからこそ、心と身体に生じている不要な緊張を和らげることを意識しなければならない。そのためにも、休むことはとても大切だ。仕事が残ったままだと自分が困るし、周りにも迷惑をかけられないと休むことに及び腰になる人は多い。しかし、眠れていない、食べられていない心と身体はまともに働けない。自分の心や身体が発しているサインに耳を傾け、どうやったらこの状況を乗り切れるのかを考えられるようになるためにも、自分と向き合う静かな時間は必須である。

「つながり (Connect)」は先述の2つ「安全/援護 (Cover)」と「穏やかさ (Calm)」を達成するために必要な人、物、情報とつながりを持たせることだ。強いストレスに見舞われると、誰かに相談したり、頼ったりする必要があるのに、自分や周りが見えなくなり、孤立しやすくなる。そのため、孤立しているように見える人がいたら、積極的に声を掛けることが大切だ。「困っていることは何ですか?」「この状況で少しでも安全に業務をするために必要なことは何ですか?」と尋ねる。「何もありません」と言われても構わない。少なくとも気にかけていることが伝われば、それでいい。特に、慣れない業務に圧倒されている職員に、分からないことを尋ねることができる人が任命されて

いるだけでも「安全/援護 (Cover)」につながる。困りごとのあるなしに関わらず、定期的に時間を取り、状況確認をするのもいいだろう。不安の原因が経験不足や知識不足であるなら、それを補う研修を行うのも「情報」とつなげることだ。ただし、状況や研修内容によっては「研修を受講するくらいなら休みが欲しい」と思われることもあるため、タイミングや需要度合いも念頭に検討して欲しい。

感染対策の柱は密を避けることにあり、息抜きになっていた昼食や休憩時の無駄話ができなくなる。そして、忙しいとおしゃべりをする時間も余裕もないのが現実だろう。しかし、同僚や家族との時間は短くても積極的に持たなければ、長い闘いに勝てない。例えば、ペアやグループで業務をさせ、必然的に話す機会を生むことも一案だ。ある福祉施設は通勤途中、短い時間でも同僚と歩くことで話す時間を捻出していた。こういったちょっとした時間でのやりとりが「大変なのは自分だけではない」「他の人も同じようなことを思っているのだ」と知る機会になり孤独が和らぐこともある。管理職の務めは、孤独に陥りやすい作業や立場にいる人が、同僚とつながれるような環境を作り出すことだ。

2020年3月に200名以上の感染者を出し、43名の患者が亡くなった永寿総合病院がその教訓を書籍にしている<sup>9)</sup>。その中で興味深かったのが、情報共有の項目だ。災害時、情報は錯そうし、時間を追うごとに変わる。しかし、関係者にいちいち連絡する時間も余裕もない。災害対策本部等では「クロノロジー」を作成する。クロノロジーとは、情報共有手段のひとつで、時系列に起こった出来事を書き出すことで、対応漏れがないか、どこからどんな情報が上がっているのかなどを確認することを可能にしてくれる。永寿総合病院では、コロナ感染予防に関係している人を念頭にクロノロジーを作成していたが、張り出されていた場所が職員食堂の近く

であったため、コロナ対応に直接関係ない部署の看護師や医師らも目につくこととなった。その結果、期せずして、病院全体におけるコロナ関連の情報共有が行えた、と記されてあった。

コロナ対応に係わっていない職員は同じ組織にいても「蚊帳の外」と感じていることは多い。「大変そうだな」「何か手伝えることはないかな」と思っている、具体的に何が起きているのか分からず、口を出すのが憚られると感じるのだ。しかし、上記のような形で人目に付くところに情報が提示されていれば、直接関わることがないスタッフも組織内で起こっていることが分かり、万が一、当該部署がSOSを出した際、他局からの協力が得やすく、連携が取りやすくなるのではなからうか。そして、何よりも組織一丸となって取り組む、という姿勢にもつながるだろう。

ストレス反応に悪影響をもたらす人や状況から離すことも「つながり」の行為だ。例えば、問い合わせの電話が止まず、やるべき仕事に取り組めないとする。結果、効力感や自信が低下する。大変な業務でも専門職としてのやりがいを感じられればいいが、誰がやってもできることに時間が割かれるのは消耗するだけだからだ。このような場合は、電話対応のみを行う人や苦情処理の経験が豊かな人を担当にすることも検討するべきだ。また、昨今では会話の録音が簡単にできる電話機もある。このような機能を使うことで相手の言動がエスカレートするのを抑制できるかもしれない。

そして、「効力感（Competence）」は、公私における役割を果たすために必要とされる力を強化したり、取り戻したりすることで得られる。そのためには、ストレス反応に対処するスキル、あるいはストレスの源に働きかけるスキルが必要となる。人によっては内在する既存能力を思い出すだけでいい場合もあれば、新しいスキルを学ばなければならないこともあるだろう。これらのスキルは、業務に特化したもの；

人として必要となるスキル（例えば、コミュニケーション、自己主張、ストレスマネジメント、問題解決など）；今のライフステージで必須となるスキル（例 子育て、介護など）に分けることができる。どちらにしても、ストレスの源がどこにあるのかを明確にする必要があるだろう。原因は、業務量が多いことなのか：慣れない業務をしなければならないことなのか：慣れない人と働かなければならないことなのか：業務の分配が公平でないと感じていることなのか：管理職や職場から守られていると感じられないからなのか：自宅に帰れず、家族に関われないことなのか。どれも簡単に解決できることではない。しかし、少なくとも、何が理由なのか、どうなって欲しいのかが分かることで、問題解決の方向性は見いだせるし、自分がすべきことが明確になる。不安の多くは漠然としていることから生じる。自分が行うことの実体性、限界、優先順位がはっきりするだけでも現状を受け入れる助けになる。

最後が「自信と希望（Confidence/Hope）」だ。支援者が自信と希望を取り戻すには、自己効力感が不可欠だ。「効力感」と「自信と希望」は似通っている。違いは、効力感はスキル習得や構築に関連するが、後者は効力感につながる行動を通して、自分の内面に起こった変化の結果だと言える。ここで言うところの希望は、現実的なものであり、この災害に関わることで傷ついた効力感や信頼を再び、抱けるようになることだ。そのためには、自分や同僚、上司や組織に対する信頼が回復しなければならない。その過程では、期待する働きができなかった自身、同僚、組織を受け入れ、願わくは許すことも必要だ。そうすることで、過ちから学び、以前とは異なった物の見方や解釈も可能となり、これまで罪悪感や無力感で占められていた内面にも別の考えが生まれる。

## VI まとめ

繰り返しになるが、コロナ対応で重要なのは、「コロナは災害」との認識である。地域を巻き込む自然災害に見舞われた際、一つの組織だけで対応することはない。しかし、コロナ禍においてどこまで災害対応の枠組みが採用されているのだろうか。平時の業務と兼務しながらの対応ではうまくいかないのは当然だ。

SFAはセルフケアとピアサポートの両方を行う指針を提供している。当然、SFAだけではすべての問題に対応できるわけではない。とはいえ、先述の通り、「安全や援護」、「穏やかさ」を得ることで「効力感」や「自信と希望」を再体験できるように、適切な人や専門組織に「つなぐ」ことが重要だ。また、SFAは災害救援者に対する心理教育の資料にもなる。地域を巻き込む大災害や社会の耳目を集める事件、殉職などを経験した職員にも有益だ。同じ5つの原理原則を応用したコロナ対応の具体的な活動例については「COVID-19 流行におけるPEA の応用について」<sup>10)</sup>をご参照いただきたい。

### 【参照資料】

- 1) 航空自衛隊：「新型コロナウイルス感染症へ対応中の医療従事者等に対する敬意、感謝を示すためのブルーインパルスによる飛行の実施について」[PDFオンライン]、防衛省、[インターネット]、<https://www.mod.go.jp/asdf/news/houdou/R2/20200529.pdf>（アクセス 2021年8月5日）
- 2) Dorothea Orem: Self-Care Deficit Theory [オンライン]、Nurseslabs, [インターネット]、<https://nurseslabs.com/dorothea-orems-self-care-theory/>（アクセス 2021年8月19日）
- 3) Watson, P.J., et al. “Stress First Aid for

Firefighters and Emergency Medical Services Personnel.” Emmitsburg, MD: National Fallen Firefighters Foundation (2013) .

- 4) National Child Traumatic Stress Network and National PTSD Center (2006) Psychological First Aid Field Operation Guide. 兵庫県こころのケアセンター訳 (2008) サイコロジカル・ファーストエイド 実施の手引き 第2版. [PDFオンライン]、兵庫県こころのケアセンター、[インターネット]、[http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa\\_complete.pdf#zoom=100](http://www.j-hits.org/psychological/pdf/pfa_complete.pdf#zoom=100)（アクセス 2021年8月19日）
- 5) 緊急時のメンタルヘルスと心理社会的サポート（MHPSS）に関する機関間常設委員会（IASC）リファレンス・グループ. 『新型コロナウイルス流行時のこころのケア Version 1.5 暫定版』[PDFオンライン]、Interagency Standing Committee, [インターネット] [https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC Interim Briefing Note on COVID-19 Outbreak Readiness and Response Operations - MHPSS \(Japanese\) .pdf](https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-03/IASC%20Interim%20Briefing%20Note%20on%20COVID-19%20Outbreak%20Readiness%20and%20Response%20Operations%20-%20MHPSS%20(Japanese).pdf)（2021年8月20日アクセス）
- 6) Watson, P.J., & Ganzel, B. Stress First Aid for Long-Term Care Staff: For the COVID-19 Pandemic, 2020. [PDFオンライン]、Ithaca College, [インターネット]、<https://www.wcdn.ithaca.edu/file-download/download/public/16484>（アクセス 2021年8月19日）
- 7) Watson, P.J. Stress First Aid: Self-Care and Peer Support Model. 2020, [オンライン]、U.S. Department of Veterans Affairs, [イ

ンターネット]、[https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/stress\\_first\\_aid.asp](https://www.ptsd.va.gov/professional/treat/type/stress_first_aid.asp)  
(アクセス 2021年8月19日)

- 8) Hobfoll et.al., Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: empirical evidence. Winter 2007;70 (4) :283-315
- 9) 高野ひろみ、武田聡子、松尾晴美  
(2021) 永寿総合病院看護部が書いた新型コロナウイルス感染症アウトブレイクの記録、医学書院
- 10) 大澤智子 (2021) COVID-19 流行におけるPFA の応用について、心的トラウマ (16号 21-29)

## Stress First Aid for forgotten front-line workers in the COVID-19 Pandemic

Tomoko OSAWA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

The front-line workers have been working without rest for more than 18 months. In order to continue the endless work, their physical and mental health have to be intact, and by leaving it to their self-care strategies alone is not realistic. COVID-19 is a disaster; therefore, the response has to be conducted within the disaster framework. And the front-line workers have to be properly supported. "Stress First Aid (SFA)" is a program that is designed to help both organizations and the staff members by teaching self-care and peer support methods.

Keywords: Stress First Aid、COVID-19、supporting front-line workers、public health center



# 支援者を対象とした トラウマインフォームドケア研修に関する研究の動向



酒井佐枝子

兵庫県こころのケアセンター

トラウマが及ぼす影響は、当事者のみならず、当事者を支援する支援者や支援組織にも及ぶ。当事者への再トラウマを予防し、トラウマとその影響への理解を深めるというトラウマインフォームドケア（Trauma Informed Care: TIC）の視点は、支援者および支援組織のありようとして重要な要素といえる。しかし、本邦における TIC の観点からの人材育成に関する知見は少ない。そこで本研究では、TIC に関する研修の効果検証を行った研究論文を精査し、トラウマを抱えた子どもを支援する支援者および支援組織に求められる研修のありようを検討した。その結果、TIC の普及に関する研修で求められる視点として、学びのスタイルと協働があげられた。エビデンスベースプログラムを基盤に、現場実践と関連する研修への継続的な多機関多職種参加を通して、共通言語による協働が可能となることが示唆された。

キーワード：トラウマインフォームドケア、協働、支援者、コミュニケーション

## I. はじめに

児童福祉施設の中でも特に児童養護施設内で子どもの養育に携わる職員は、職務中に子どもやその家族との関わりなどで困難な状況に遭遇することが多く、自身の能力や技能に対する不安や不足、自信のなさ、無力感を、勤務年数に関わらず抱えている実態がある [1]。また、勤務年数7年目以降では、管理職やリーダーとしての組織運営への悩みや責任の重さ、業務量の多さなどが加わり、10年目以降では施設理念や風土などにも意識が向かうなど、よりよい子どもの支援を考えるうえで、組織としての職場のありようにも注目する必要がある。このように児童福祉領域における人材育成は、複合的な視点から段階的に継続して実施する必要がある、支援者としての技能や経験の蓄積の上に職務を継続できる体制が整うことが求められる。

本邦の児童福祉施設における研修体系は、全国児童養護施設協議会が作成した人材育成のための指針 [2] で、求められる専門領域（8つ）

や経験年数、実務実績等による階層（6つ）が提示され、全国、地域、施設それぞれのレベルで専門性向上や体制整備、充実に向けた指針が明示されている。しかし、あくまでも指針として本邦の児童養護施設の資質向上に向けた方向性が提示されているにとどまり、具体的な研修内容や支援スキル等が提案されているわけではない。

児童福祉領域における支援の対象となる子どもの多くは、何らかのトラウマを抱え、安全安心のよすがであるはずの家族との関係に困難を抱え、その中を懸命に生き抜いてきた背景がある。そのため、人との関わりにおいて不信感や恐怖を感じる、あるいは自身の気持ちや行動の適切な表出が困難なために、毎日の生活の中に安全・安心を見出すことができず、差し伸べられる支援に対しても警戒や拒絶を示すことも少なくない。こうしたトラウマの影響を受けた行動ゆえに、支援が困難となることもある。そのため、子どもへの再トラウマを予防し、トラウマとその影響への理解を深めるトラウマイン

フォームドケア（Trauma Informed Care: TIC）の視点は、支援者および支援組織のありようとして重要な要素といえる。

しかし、本邦における TIC の観点からの人材育成に関する知見は少なく、TIC 概念の紹介や事例報告に限られている [3] [4] [5] [6]。そこで、TIC の観点から児童福祉領域における研修を導入するために求められる要素を抽出することを目的に、先進諸国における TIC の実践および効果に関して、論文精査を通して明らかにする。

## II. 方法

文献選定のプロセスとして、“Trauma Informed Care” AND “Child Welfare” を検索キーワードとし、発行年に関しては指定せず、PubMed を用いて関連する文献を検索した（2020 年 10 月 10 日にアクセス）。論文精査の対象となる選定基準として、下記 5 点を満たす論文とした。

- 1) 児童福祉領域における TIC に関する介入研究を対象とする
- 2) TIC に関する介入の対象が、児童福祉の対象となる子どもを支援する立場にある支援者（里親等のリソースペアレントは除く）および支援組織である介入研究を対象とする
- 3) TIC に関する介入研究として、介入前と介入後の 2 期間における評価を行い、比較検証した研究を対象とする
- 4) 英語で報告された原著論文を対象とする
- 5) TIC に関する総説・レビュー、解説、コメント、記事、短い実践報告は除く

## III. 結果

### III -1. 文献検索結果

文献検索データベースにおいて、検索キー

ワードをもとに検索した結果、26 文献が抽出された。これらの文献に関して題目および抄録の精査、必要に応じてフルテキストを精読の上、選定基準を満たさない 18 本を除外し、最終的に 8 本の文献を詳細なレビューの対象とした。選定した 8 論文について、著者、発行年、実施地域、研究時期、プロジェクト提供者、調査対象、目的、プロジェクト内容、評価方法、主要な結果を表 1 にまとめた。

### III -2. 選定論文における研究目的

8 論文すべてが米国における実践報告であり、行政主導で実施された TIC 普及プロジェクトの一環として、その効果検証を行った 7 論文 [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] のほか、1 論文は行政（オハイオ州）から児童福祉業務を委託された非営利団体におけるスクリーニングに関する効果検証 [14] であった。

行政主導のプロジェクトに関する調査研究 7 論文 [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] の主たる目的は、トレーニングを通じた支援者の満足度や知識（トラウマに関する態度、スキル、行動、トラウマに関連したシステムのパフォーマンス）に対する認識の変化の評価 [7] [9] [11] [12] [13]、チーム・組織としての TIC 取り組みの評価（システムとしての変化）[7] [9] [11] [13]、子どもの行動の変化 [7] [8]、トラウマに特化した治療へのリファーマ能力の変化 [10] であった。オハイオ州の調査研究 [14] はスクリーニングに特化し、導入による問題発見率と対応の変化の検証を目的としていた。

### III -3. 選定論文の調査対象

調査対象となったのは、支援者が 6 論文 [7] [9] [10] [11] [12] [14] であり、すべてで家庭に直接支援を提供する支援者およびリーダー等の役割を担う支援者の両者を調査対象としていた。次に支援対象の子どもの行動変容を効果検証の対象としたのは、3 文献 [7] [8] [14] であっ



| 著者                                                                                                                                                         | 発行年  | 実施地域       | 研究時期                  | プロジェクト提供者                                   | 調査対象                                                                                   | 目的                                                                                                                | プロジェクト内容                                                                   | 評価方法                                                                          | 主要な結果                                                                                                                                                                         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|------------|-----------------------|---------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Kuhn TM, Cyperski MA, Shaffer AM, et al. [12]                                                                                                              | 2019 | デネシー州      | 2年プロジェクト              | デネシー子ども支援局                                  | フロントラインスタッフとスーパーバイザー 205人                                                              | 組織全体へのTIC研修開発の意義を、参加者の研修満足度と理解度から評価。                                                                              | 全4回の研修(各回2日)研修と研修の間(1ヶ月間)の電話コーチングとコンサルテーション                                | 満足度アンケート(各回研修後)理解度チェック調査(研修前後に回答)                                             | ・満足度は88.2%~98.6%。<br>・学歴や児童福祉の経験年数に関係なく、参加後のトラウマに関する知識の有意な増加。                                                                                                                 |
| Lang JM, Campbell K, Shanley P, et al. [13]                                                                                                                | 2016 | コネチカット州    | 5年プロジェクトの最初の3年の評価     | コネチカット州子ども家庭局(児童福祉、行動衛生、予防、少年司法、教育が統合された機関) | コネチカット州子ども家庭局勤務の臨床実践者、スーパーバイザー、管理スタッフを層化無作為抽出により抽出<br>1年目:223人<br>3年目:231人<br>5年目:185人 | TICを提供する能力に関するシステムレベルでの変化を評価                                                                                      | ①TICな労働環境の開発<br>②トラウマ・スクリーニングの実施<br>③トラウマインフォームド指針と実践ガイドの改訂<br>④EBP普及活動    | The Trauma System Readiness Tool (TSRT:12領域81項目)                              | ・TICな知識、実践、および協力の有意な改善が示唆。<br>・TICを提供する準備および能力におけるシステム全体の改善が示唆。<br>・現場スタッフの方が管理職/スーパーバイザーよりも改善した領域:子どもの主要な人間関係(源家族・養育者)維持へのサポート、源家族や養育者へのTIC実践。                               |
| Connell CM, Lang JM, Zorba B, et al. [9]                                                                                                                   | 2019 | コネチカット州    | 5年プロジェクトの3年目以降、5年目の評価 | コネチカット州子ども家庭局(児童福祉、行動衛生、予防、少年司法、教育が統合された機関) | コネチカット州子ども家庭局勤務の臨床実践者、スーパーバイザー、管理スタッフを層化無作為抽出により抽出<br>1年目:223人<br>3年目:231人<br>5年目:185人 | TICを提供する能力に関するシステムレベルでの変化の長期的な効果。                                                                                 | ①TICな労働環境の開発<br>②トラウマ・スクリーニングの実施<br>③トラウマインフォームド指針と実践ガイドの改訂<br>④EBP普及活動    | The Trauma System Readiness Tool Short Form (TSRT-SF:13領域55項目)                | ・開始3年間で得られた効果は最終年まで維持。<br>・4年目以降より有意に効果が見られた領域として「子どもの心理的安全性に対処するスタッフの能力」、「地域支援機関との全般的協働」<br>・システム全体の変化に貢献した活動として、「地域内でトラウマ集点化治療を受ける機会の増加」、「行政の実践におけるTIC普及」、「行政の使命にTIC実践が統合」。 |
| Jankowski MK, Schifferdecker KE, Butcher RL, et al. [11]                                                                                                   | 2019 | ニューハンプシャー州 | 5年プロジェクト              | ニューハンプシャー州青少年家族部門                           | 児童保護サービススタッフ、少年司法サービススタッフ145人<br>コホート1(介入群):77人<br>コホート2(遅延実施群):68人                    | 包括的なTIC態度と実践に関する変化の評価。                                                                                            | ・研修ワークショップ(月1回計3回)<br>・研修後コンサルテーション(3か月、週1回半~1日)<br>・トラウマ専門スタッフへのアドバンス研修実施 | TIC評価尺度(70542領域37項目)<br>Gittell's Relational Coordination ScaleおよびTSRTを参考に開発) | ・コホート1はプログラムによる改善が認められなかった。<br>・コホート2で改善が認められたのは、3領域「トラウマスクリーニング」、「ケースプランニング」、「組織システムのパフォーマンス」。                                                                               |
| Spehr MK, Zeno R, Warren B, et al. [14]                                                                                                                    | 2019 | オハイオ州      | 6か月                   | 非営利の児童福祉サービス機関                              | 非営利児童福祉機関の支援対象、生後1か月~3歳の子ども94人                                                         | スクリーニングプロトコル(ASQ:SE2 Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional-2)の使用によって、乳幼児期の社会情緒的問題の検出率およびリファーマ率が向上するか検討。 | 親子分離15~30日後の看護師家庭訪問時、親族養育者/里親によるASQ:SE2の記入<br>カットオフ値をもとに対応率およびリファーマ率を決定    | ASQ:SE2                                                                       | ・ASQ:SE2を用いたプロトコルにより、3歳以下の子どもたちの社会情緒的問題の検出率およびリファーマ率の向上が認められた。                                                                                                                |
| Note.                                                                                                                                                      |      |            |                       |                                             |                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                               |
| Ti: Trauma Informed<br>ARC: Attachment, self-regulation, and competency<br>CPP: Child-Parent Psychotherapy<br>CWTTT: Child Welfare Trauma Training Toolkit |      |            |                       |                                             |                                                                                        |                                                                                                                   |                                                                            |                                                                               |                                                                                                                                                                               |

Note.

Ti: Trauma Informed  
ARC: Attachment, self-regulation, and competency  
CPP: Child-Parent Psychotherapy  
CWTTT: Child Welfare Trauma Training Toolkit

TIC: Trauma Informed Care  
EBP/EBI: Evidence Based Practice/Treatment, エビデンスに基づいた治療法  
TF-CBT: Trauma Focused -Cognitive Behavioral Therapy  
TILTs: Trauma Informed Leadership Teams



た。

マサチューセッツ州における実践 [7] [8] では、児童福祉領域だけでなく精神保健領域や医療機関等、支援機関間が横断的にプログラムに参加するとともに、一機関内でも家庭に直接支援を提供する支援者からリーダー的役割を担う管理職まで、縦断的なプログラム参加が得られた。テネシー州 [12] における実践でも同様に、州における子ども保護領域および児童福祉領域のフロントラインスタッフとスーパーバイザーを対象にプロジェクトは施行され、コネチカット州 [9] [13] では、子どもに関する児童福祉、行動衛生、予防、少年司法、教育が統合された子ども家庭局に勤務する臨床実践者やスーパーバイザー、管理スタッフが層化無作為抽出により対象となっていた。バルチモア市 [10] における実践では、法執行機関を含む福祉・保健・教育機関という横断的な関係機関内の TIC をけん引している実践者が調査回答者であった。なお、バルチモア市 [10] とニューハンプシャー州 [11] の研究では、直接支援を提供しているスタッフのみを調査研究の対象としていた。

### III -4. プロジェクトの特徴

すべての論文において、行政主導で実施された TIC 普及プロジェクトに関する効果検証を行っていた。TIC 普及に向けた工夫として下記 5 点が抽出された。

#### III -4-1. プロジェクトの全体的枠組み

TIC への取り組みを米国全土に普及する取り組みを行っている先導的役割を担っているのが SAMSHA (Substance Abuse and Mental Health Services Administration, 2014) である。7 論文 [7] [8] [9] [10] [11] [12] [13] において、SAMSHA [15] のトラウマインフォームド (Trauma Informed: TI) なアプローチのための 6 つの主要原則や、10 の実施領域をもとにプログラムを構成していた。

6 つの主要原則には、「安全」、「信頼性と透明性」、「ピアサポート」、「協働と相互性」、「エンパワメント・意思表示・選択の機会の保障」、「文化・歴史・ジェンダーに関する問題」の認識と対応があげられる。トラウマの影響を受けた個人や団体・組織が回復し、レジリエンスのあるつながりを構築するためには、これらが遵守されるための組織的変革が求められる。こうした TIC の浸透には、組織に属するすべての人の関与が必要となることから、組織風土の変革と位置付けることができる。そして、TI なアプローチを実施するためには以下の 10 の領域からそれらが浸透することが求められる [15]。まず的確なリーダーシップのもと管理されていること、次に TI の原則が反映された方針、3 つ目に安全な物理的環境のもとで協働が促進されていること、4 つ目にトラウマサバイバー・支援対象者やその家族が積極的に関与し意見を述べ取り決めに参画すること、5 つ目に部門を超えた協働が行われること、6 つ目にスクリーニング・アセスメント・治療的な支援が利用できること、7 つ目に継続的な研修と人材開発のシステムが整備されていること、8 つ目にモニタリングを通じた TI なアプローチの質の保証を向上させること、9 つ目に資金調達の構造が維持されること、そして最後に実施したことを適切に評価するしくみを確立することである。これは、児童福祉領域における多様な関係機関や当事者が横断的に、そして各組織内での職種を超えた縦断的なプログラム参加が必要であることを意味するが、行政主導の 7 論文ではこの視点を取り入れたプロジェクト構成がなされていた。

例えば、マサチューセッツ州における実践 [7] [8] では、プロジェクト参加者の立場に応じたプログラムや取り組みが提供されていた。各関係機関でリーダー的役割を担う人等を TILT's (Trauma-Informed Leadership Teams) というチームを作ることで協働させ、月一回のミー



ティング開催の他、研修やエビデンスに基づく実践/治療（Evidence Based Treatment：EBT）の資格取得機会を主導する役割、児童福祉領域と精神保健領域内外の協働を促進する諸活動を引率した。一方、より直接的な支援を行うスタッフである臨床実践者やシニアリーダーには、各種研修や資格取得機会だけでなく TIC を継続して実践するための後項で取り上げる協働学習の機会が提供された。さらに支援対象者である子どもとその家族には、EBT が提供され、これらに関する効果検証が行われるなど、それぞれの立場に応じた取り組みが包括的に行われた。同様に、テネシー州 [12] やコネチカット州 [9] [13]、バルチモア市 [10]、ニューハンプシャー州 [11] など、州全体でのプロジェクトでは、異なる組織レベルや機関をチームとして集め、年間を通して定期的に直接会う機会やコンサルテーション等を実施するとともに、直接支援を提供するスタッフに対しては研修と継続した関わりの機会を提供するという取り組みをしていた。

### III -4-2. 基盤となる研修カリキュラム

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、5 論文 [7] [8] [9] [12] [13] で参考にされていたのが、The Child Welfare Trauma Training Toolkit (CWTTT) [17] であった。CWTTT は、児童福祉に携わる支援者や組織のための TI な児童福祉システム構築に向けたトレーニングカリキュラムであり、「リーダーシップを発揮したトレーニング準備」、「トラウマ 101」、「トラウマインフォームドな児童福祉への第一歩」、「スーパーバイザーのためのトラウマインフォームド児童福祉トレーニング」、「ケースワーカーのためのトラウマインフォームド児童福祉トレーニング」のモジュールからなる。直接支援を提供する児童福祉支援者だけでなく、組織におけるリーダー的役割を担う立場の人向けのカリキュラムも整備されているた

め、受講対象に応じてどのトレーニングカリキュラムを用いるかを定める。トラウマとその影響に関する基礎知識に加えて、組織としてのトラウマインフォームドな児童福祉のありようとその維持の仕方に関する内容まで包括されている。

マサチューセッツ州 [7] [8] とテネシー州 [12] では、CWTTT がプロジェクトの核心的構成要素として重要であるという認識のもと、CWTTT 研修を基礎研修として提供したうえで、その他のエビデンスに基づいた技法も取り入れることで、トラウマの影響を受けた子どもと家族への効果的な介入の習得を目指した。コネチカット州 [9] [13] では、CWTTT はプロジェクト開始以前より普及を始め、以降も新任採用における必須研修として継続実施していた。

### III -4-3. 協働学習の促進

TIC に関する知識を実地で継続して生かすために、6 論文 [7] [8] [9] [10] [12] [13] において Learning Collaborative (LC) アプローチ [16] をもとにプロジェクトが構成されていた。LC アプローチでは、一つの組織だけでなく、その分野に携わる多様な組織や環境全体に働きかけ、最善と考えられる実践や効果的な介入・支援を広め、各組織での導入や持続可能な形での提供に焦点を当てることで、最終的には多様な組織・環境の変化を生み出すことを目指す協働学習のプラットフォームである。マサチューセッツ州 [7] [8]、バルチモア市 [10]、テネシー州 [12]、コネチカット州 [9] [13] では、州全体でのプロジェクトの一環として、TIC を効率的に進めるうえで、こうした形態を導入し、多機関多職種における共通言語による協働を促進することを目指していた。

### III -4-4. スクリーニングについて

TI なアプローチのための 10 の実施領域 [15]

にもあるように、スクリーニングは、その次の段階での的確なアセスメントや治療的な支援につながるための重要な要素といえる。トラウマ全般に関するスクリーニングをプロジェクト内で導入し、効果に関する検証を行ったのは3論文 [7] [9] [11] であった。また、テネシー州の実践 [12] では、物質乱用に関連した虐待のスクリーニング知識の習得を研修に導入していた。

オハイオ州の実践 [14] では、マルトリートメントを受けた子どもや家族機能の低下が疑われる家族を抽出するスクリーニングツールとして妥当性が確立された ASQ: SE2 (Ages and Stages Questionnaire: Social Emotional-2) を児童福祉や精神保健領域の支援者が用い、乳幼児期の子どもの社会情緒的問題の検出力およびリファラー率の変化を検討した。

### III -4-5. エビデンスに基づく実践 / 治療 EBT の導入

マサチューセッツ州 [7] [8] では、トラウマ理解とともに子どもの治療への EBT 普及を目指し、地域の精神保健関係機関へ3つの治療法; ARC (Attachment, self-regulation, and competency)、CPP (Child-Parent Psychotherapy)、TF-CBT (Trauma Focused -Cognitive Behavioral Therapy) を、LC モデルを用いたコンサルテーションとともに根付かせる取り組みを行った。コネチカット州 [9] [13] でも、LC モデルを通した子どもへの EBP (Evidenced Based Practice) として、TF-CBT および CFTSI (Child and Family Traumatic Stress Intervention) の普及を図った。

## III -5. 介入の結果

### III -5-1. 支援者への全般的な効果

プロジェクトは様々な形態で実施されたが、総じて TIC 導入としての有効性が確認された結

果といえる。トラウマとその影響に関する基礎知識と、仕事内でどのようにそれらに気付くかに関する体系的な研修カリキュラムである CWTTT の導入により、トラウマや TIC に関する知識や態度、実践の深まり [7] [11] [13] が得られたこと、組織内での共通言語による TIC 理解を通した TIC へのシフト [7] [13]、トレーニング内容が児童福祉における仕事と直結した内容で有益であったゆえの高い満足度 (88.2% ~ 98.6%) の報告 [12] が得られた。トラウマに関するトレーニングや教育の効果は、管理職よりも最前線で働く現場スタッフでより見られた [13] といった報告もあった。

経年実施による効果としては、トラウマインフォームドに関する知識や態度、実践が2年にわたるプロジェクトを通して深まり、組織として TIC へのシフトが起きていることが示された論文 [13]、初年度に中心的役割を担っていた行政機関や児童福祉サービススタッフが、次年度以降にはその役割を現場に引き継ぐ形でプロジェクトを継続した結果、システムとしての TIC に関する能力のレベルが維持され、子どもや家族、児童福祉スタッフへの TIC 提供といったシステムとしての能力が向上したという報告もみられた [9]。

一方で、インタビュー調査 [10] から浮かび上がってきた課題として、リファラーの重要性が指摘される一方で、研修中にリファラーに関する具体的なリソースや流れが提供されなかったこと、トレーニングを受けた職員が少ないこと、子どもに関連するシステム間に公的なつながりがないため、コミュニケーション不足が生じるといったことが、トレーニングを受けたにもかかわらず TIC を実践する障壁として残っていたと報告された。

### III -5-2. 協働学習の効果

LC は、多機関多職種における共通言語による TIC の学びと実践における支え合いのプラッ

トホームとして機能する協働学習の一つのあり方である。LCにより、直接支援を提供する児童福祉ワーカーや臨床実践者との連携が進み、より強い関係性の構築と開かれたコミュニケーション、共通言語の浸透が認められることによりリファアーの問題が解消されるなど、このモデルの有用性が示唆された [7] [10] [12]。EBT 普及のための LC を導入したコネチカット州 [9] では、TF-CBT の LC の効果について、直接的な TF-CBT 実践への効果よりも、LC の認知度や TF-CBT へのリファアーに貢献したことが報告された。

### III -5-3. スクリーニングの効果

マサチューセッツ州の実践 [7] では、トラウマスクリーニングを通した EBT へのリファアーの増加が、ニューハンプシャー州の実践 [11] では、トラウマスクリーニングを通して、システム全体のパフォーマンスやリファアー率の向上が認められた。一方で、5 年プロジェクトの 3 年目にトラウマスクリーニング尺度を開発・施行したコネチカット州の実践 [9] では、スクリーニングに対する意識や実践の向上が限定的であった。本来スクリーニングは支援の開始時点で、子どもとその家庭の状況を把握することを目的に行われるものであるが、コネチカット州の実践では、子どもが家庭から分離された後にスクリーニングが実施されていたことが報告された。また研究期間内に開発されたスクリーニングが 7 歳以上の子どもを対象としたことなどにより、調査に回答した支援者が直接スクリーニングに関わることがなかったことが、限定的な結果の背景にあると考察された。

乳幼児期の子どもの社会情緒的問題の検出力およびリファアー率の変化を検討したオハイオ州の実践 [14] では、ASQ : SE2 導入による検出率（導入前 5.8%、導入後 45.2%）・リファアー率（導入前 33.3%、導入後 100%）の有意な上昇が認められた。

### III -5-4. 研修やエビデンスに基づく実践 / 治療 EBT の効果

マサチューセッツ州 [7] およびコネチカット州 [9] では、EBT/EBP へのリファアーやアクセスの増加が得られた。

### III -5-5. 支援対象者への効果

支援対象者の変化は 3 論文 [7] [8] [14] で提示されていた。マサチューセッツ州のプロジェクトでは、支援者の TIC 介入の結果、支援対象者である子どもの行動問題の減少が認められた [7]。また、研修を受けたことによるマルトリートメント報告件数の増加が認められた。

スクリーニングに関する 1 論文 [14] では、スクリーニングにおける検出率として 3 歳以下の子どもの社会情緒的問題を同定する割合に有意な改善が認められた。

## IV. 考察

本研究では、先進諸国における TIC の実践およびその効果に関して 8 論文を概観し、TI な実践の普及に求められる要素を抽出することを目的とした。

多くの文献で、行政主導の地域全体への統一したプロトコルでの研修プログラム実施という形態がとられ、TIC 普及における基本原理として NCTSN のガイドラインが採用されていた。この背景には、米国で Trauma-informed Care for Children and Families Act が 2017 年に立法化され、連邦政府主導での TIC の導入と実践が奨励されていることがあげられる。こうした点における本邦の実情との違いはあるものの、以下 3 点から TIC 普及に関する方向性と展望を考察する。

### IV -1. プロジェクト推進のための協働

本研究における文献精査を通して明らかとなったこととして、トラウマの視点を取り入れ

ることの意義と必要性は最前線の支援者自身強く認識しており、トラウマの影響を同定し減らすためには、TIC として介入のあり方を再定義し、新しい方向性を共有する必要性があるということである。そのためには、協働して公衆衛生的視点からトラウマへの理解を深め、それぞれの立場に応じたトラウマに関する理解と対応ができるための共通の知識基盤を持つことが求められる。プロジェクトの多くは、地域全体を対象に TIC に関する啓発や研修プログラムを実施し、児童福祉領域のさまざまな支援者のプロジェクトへの参加を促すことができていた [7] [9] [10] [11] [12] [14]。また、多機関多職種によるチームを構成し、行政主導によるリーダーシップを通して、システム間の協働を強化することで、支援対象者への全体的な支援の流れを把握しやすくなり、それぞれの役割に応じた支援の提供、必要に応じたリファール体制が整備された。こうしたセーフティネットが支援者側に存在したからこそ、トラウマを受けた子どもと家族によりきめ細かく対応できるようになったと考えられる。

#### IV -2. 学びのスタイルについて

多くのプロジェクトは CWTTT [17] を基盤に、研修での核となる概念が現場の実践と関連するよう研修内容が構成されており、学習効果や満足度はこうした工夫が反映された結果であることが示唆される [12]。CWTTT は、トラウマに関する基礎的な内容だけでなく、ケースワーカーや SV を対象としたトラウマ理解と実践への応用の習得を目指した研修キットであり、こうしたキットを活用しながら現場の実践と支援者のニーズに基づいた研修内容を構成していくことが有用と考えられる。

また学習効果の定着には、参加者のニーズとモチベーションに応じた様々な学習スタイルが求められることから、トレーニング内では座学とともに、実践に即した練習の機会や、ケース

検討などのコミュニケーションを通した LC という協働学習の機会が提供された。加えて、研修と研修の間には練習と議論を通した学習内容の強化が可能となる工夫としてのコンサルテーションやスーパービジョン体制、交流会等などが整備された。このことにより、研修のみと比して、臨床実践における持続可能な変化が得られた [8]。このような集中的な学習コミュニティを通した人材開発トレーニングの仕組み [8] は、特に最前線のスタッフにおいて求められているものといえ、タイミングを逸しない事例検討の機会 [10] や、現場のニーズに沿った内容が提供できる体制を整備することは、時間的制約のある支援者にとっては必要な要素といえる。

#### IV -3. 課題と展望

Jankowski ら [11] も述べているように、児童福祉システムという複雑な文脈内では、媒介要因を統制する難しさ、大規模な TIC 介入の実施と評価の複雑さなどの課題から、包括的な TIC 介入の効果には微妙な色合いが生じる。また、完全に TI なシステムとなるためには、調査報告で対象とされた期間にとどまらず、さらなる年数を要すること [13]、また TIC を実践する障壁としてコミュニケーション不足 [8] や、支援提供者不足、トレーニング受講者数の少なさ [9] [10] といった点もあげられる。組織（関係機関）間や支援者同士、また専門家を公式につなげる構造、地域と個人が協働できる土壌の醸成は、TIC 先進国の米国においても進展が難しいことが示唆される。その一方で、精神保健領域における支援対象者と多様な支援者とのつながりは、サービスシステム同士がつながるモデルとして参考になる [10]。つまり、まずは人と人とのコミュニケーションとして、支援対象者を中心としたコミュニケーションの脈路を確実に伸ばしていくことから TIC は始まるといえる。



## V. 結語

全国児童養護施設協議会 [2] の人材育成のための指針では、職員集団内で「大切にされると実感できる」集団づくりを実践することを通して、子ども集団内にもそれが伝搬していくことが述べられている (p.27)。目指す理念がまず支援者自身とその組織内に通底し、支援者の働く組織風土自体が変化することで、子どもの心的回復とともに健全な育ちが促進されるという好循環は生まれる。支援者と支援組織内における TIC 普及による子どもへの利益の循環を導くのは、支援者の人材育成と人材の定着にある。カジュアルな人と人とのコミュニケーションの延長線上に、組織としてのコミュニケーションが成立し、風通しの良い共通言語による協働が構築されることが望まれる。

## 引用文献

- [1] 公益財団法人資生堂社会福祉事業財団 2016 『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 研究代表者 増沢高
- [2] 全国児童養護施設協議会. 改訂児童養護施設の研修体系—人材育成のための指針一. 2017.
- [3] 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. 2016;57 (5) :748-757.
- [4] 亀岡智美. 逆境的環境で育った子どもへの治療的関わり：トラウマインフォームドケアの視点から. 児童青年精神医学とその近接領域. 2019;60 (4) :409-414.
- [5] 中村有吾、瀧野揚三. トラウマインフォームドケアにおけるケアの概念と実際. 学校危機とトラウマケア. 2015;7:69-83.
- [6] 野坂祐子. トラウマインフォームドケア. 2019. 日本評論社.
- [7] Bartlett JD, Barto B, Griffin JL, Fraser JG, Hodgdon H, Bodian R. (2016). Trauma-Informed Care in the Massachusetts Child Trauma Project. *Child Maltreat.* 21 (2) :101-112.
- [8] Barto B, Bartlett JD, Von Ende A, Bodian R, Noroña CR, Griffin J, Fraser JG, Kinniburgh K, Spinazzola J, Montagna C, Todd M. (2018). The impact of a statewide trauma-informed child welfare initiative on children's permanency and maltreatment outcomes. *Child Abuse Negl.* 81:149-160.
- [9] Connell CM, Lang JM, Zorba B, Stevens K. (2019). Enhancing Capacity for Trauma-informed Care in Child Welfare: Impact of a Statewide Systems Change Initiative. *Am J Community Psychol.* 64(3-4) :467-480.
- [10] Damian AJ, Gallo JJ, Mendelson T. (2018) Barriers and facilitators for access to mental health services by traumatized youth. *Child Youth Serv Rev.* 85:273-278.
- [11] Jankowski MK, Schifferdecker KE, Butcher RL, Foster-Johnson L, Barnett ER. (2019). Effectiveness of a Trauma-Informed Care Initiative in a State Child Welfare System: A Randomized Study. *Child Maltreat.* 24 (1) :86-97.
- [12] Kuhn TM, Cyperski MA, Shaffer AM, Gracey KA, Adams MK, Billings GM, Ebert JS. (2019). Installing trauma-informed care through the Tennessee Child Protective Services Academy. *Psychol Serv.* 16 (1) :143-152.
- [13] Lang JM, Campbell K, Shanley P, Crusto CA, Connell CM. (2016). Building



- Capacity for Trauma-Informed Care in the Child Welfare System: Initial Results of a Statewide Implementation. *Child Maltreat.* 21 (2) :113-24.
- [14] Spehr MK, Zeno R, Warren B, Lusk P, Masciola R. (2019) . Social-Emotional Screening Protocol Implementation: A Trauma-Informed Response for Young Children in Child Welfare. *J Pediatr Health Care.* 33 (6) :675-683.
- [15] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2014) . SAMHSA’s concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach. HHS Publication No. (SMA) 14-4884. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration , (大阪教育大学学校危機メンタルサポートセンター・兵庫県こころのケアセンター 訳、2018.3 「SAMHSA のトラウマ概念とトラウマインフォームドアプローチのための手引き：SAMHSA のトラウマと司法に関する戦略構想」 <http://www.j-hits.org/child/pdf/5samhsa.pdf> )
- [16] Markiewicz J, Ebert L, Ling D, Amaya-Jackson L, & Kisiel C. (2006) . *Learning Collaborative Toolkit*. Los Angeles, CA & Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.
- [17] Walsh, C., Pauter, S., & Hendricks, A. (2020) . *Child Welfare Trauma Training Toolkit (3rd ed.)*. Los Angeles, CA, and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress.

## Trends in research on trauma-informed care training for child welfare service providers

Saeko SAKAI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Trauma not only affects the person involved, but also affects child welfare service providers and its system. The perspective of Trauma Informed Care (TIC), which is to prevent re-traumatization and to deepen the understanding of trauma and its effects, is an important element for service providers and its system. However, there is little knowledge about human resource development from the perspective of TIC in Japan. In this study, we examined research papers that have examined the effectiveness of training on TIC, and examined what kind of training is required for service providers and its system that support children who have suffered trauma. As a result, learning styles and collaboration were identified as the perspectives required for training on TIC dissemination. It was suggested that collaboration in a common language is possible through continuous participation of multiple institutions and multiple professions in training modules that field practices are taken into account, while being based on evidence-based programs.

Keywords: Trauma Informed Care, collaboration, service providers, communication

# 複雑性 PTSD の治療 -STAIR/NST とセルフ・コンパッション-



須賀 楓介

兵庫県こころのケアセンター

抄録：2018 年に発表された ICD-11 において、複雑性 PTSD(CPTSD) という疾患概念が正式に診断基準に取り入れられた。これにより、従来の PTSD の診断基準では捉えられなかった、長期間にわたって反復的にトラウマ体験に曝露され続けた結果起こる精神的問題に焦点が当たることが期待されている。本稿では、幼少期に実父から実母への家庭内暴力を目撃するという感情的虐待に加え、児童思春期には義父からの性的虐待を受けて育ったクライアントに対し、CPTSD の認知行動療法である STAIR/NST(Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation/ Narrative Story Telling) を行い著明な症状改善が得られた経過を報告する。また、治療後にはセルフ・コンパッションの大きな向上が得られた。STAIR と NST の各段階がセルフ・コンパッションの向上に及ぼす影響は異なり、NST がより大きな役割を担う可能性がある。

Key words: 複雑性 PTSD、STAIR/NST、セルフ・コンパッション

## 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) で初めて正式に疾患概念化され、我が国でも阪神・淡路大震災という未曾有の大災害以降、広く知られるようになった。PTSD を発症するトラウマ体験は、性被害を含む犯罪被害、家庭内暴力や死別体験後、交通事故など多岐にわたるが、虐待被害のように長期間にわたって持続的、反復的に繰り返しトラウマ体験に曝露され続けた結果起こる PTSD には、従来の PTSD の診断基準では捉えられない様々な精神的問題が残存しうることが報告されるようになり、独立して扱うべきであるという議論がなされるようになった。複雑性 PTSD (Complex PTSD; CPTSD) は、そのような流れの中で 1992 年に Herman により提唱された概念である。2018 年に発表された ICD-11 では、従来の PTSD の診断基準を 3

項目 (再体験、過覚醒、回避・麻痺) に制限し、感情制御の困難、対人関係の困難と否定的な自己概念という自己組織化の乱れ (Disturbance in self-organization; DSO) の 3 項目を満たすものを CPTSD と定義した。CPTSD が診断名として正式に登場することで、従来の PTSD の疾患概念では捉えきれなかった問題に焦点が当たることが期待されている。

本稿では、CPTSD に認知行動療法を行った症例を提示し、治療のより本質的な効果判定のためセルフ・コンパッションに着目する重要性に言及したい。

## II. CPTSD の治療 -STAIR/NST-

CPTSD の認知行動療法である STAIR/NST (Skills Training in Affective and Interpersonal Regulation/Narrative Story Telling) は、Cloitre らによって提唱され、児童期虐待のサヴァイヴァーへの治療効果が示されており<sup>1)</sup>、我が国でも目下、オーブントライアルスタディが行な

われている。

STAIR/NSTは段階的治療の構造を有しており、STAIR段階では過去のトラウマを直接的に扱うことはせず、感情調整の困難、対人関係の困難という現在の生活に焦点を当て、いわゆる“安定化”の作業をトラウマ処理に先行させて、トラウマ処理の準備を行う。感情への気づきを皮切りとして、感情体験が、考え/イメージ-からだ-行動の3つのチャネルにより形成されると考え、それら3つのチャネルごとの対処法について話し合い、実践してゆく。次に、それまでに培った感情調整スキルを対人関係場面にあてはめてゆく。アサーションスキルが紹介され、セッション内では実際に日常生活で困難を経験した対人関係場面についてセラピストとクライアントは積極的にロールプレイエクササイズにも取り組む。また、STAIR/NSTをバックボーンとして貫いているものとして「対人関係スキーマ」がある。これは、対人関係場面において発動する自身に対する見方と、他者に対する予測である。例えば、「自分の意見/主張を表明すれば、他者はそれを軽視/否定し、攻撃してくるだろう」など、幼少期から長期間にわたるトラウマ体験の積み重ねによって形成された信念である。STAIRでは、トラウマ体験から形成された非機能的スキーマを外在化し、新たな適応的スキーマを案出しながら新しいスキーマに基づいた行動実験を繰り返してゆく。

後半のNST段階ではトラウマの語りを通して、恐怖、怒り、恥や喪失といった感情を処理することを通してトラウマ体験の処理を試みてゆく。NSTは持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure Therapy; PE)を修正したものであるが、PEほどは馴化に重きを置かず、トラウマ記憶へのエクスポージャーにかかる時間は多くない。代わりに、先述の対人関係スキーマのルーツをトラウマナラティブの中に見出し、いかに現在の対人関係スキーマに影響を与えているかについての気づきを導くことを重

要視する。

NSTにおけるナラティブワークの成功には、強固で肯定的な治療同盟と感情調整スキルが有意に関連することがわかっており<sup>2)</sup>、STAIRはそれを担保するのである。また、専門家の意見をまとめた結果、CPTSDの治療に有効と考えられる5つの治療要素として、感情調整、トラウマの語り、認知再構成、不安・ストレスマネジメント、対人関係スキルがあげられており<sup>3)</sup>、STAIR/NSTはその全てを内包している。STAIR/NSTはマニュアルに従えばSTAIR 8セッション、NST 8セッションの計16セッションで構成され、標準的な認知行動療法同様に短期集中的なプログラムではあるが、クライアントのペース、症状や強みに応じて、手順やセッション数は柔軟に修正が可能である。

### Ⅲ. セルフ・コンパッション

セルフ・コンパッション (self-compassion; SC) とは、自己への思いやり、労り、慈しみであり、困難な状況において生じた苦痛をありのままに受け入れ、その苦痛を緩和し、自らを励ましたり幸せを願う、自己との肯定的な関わりを持つとする動機づけである<sup>4, 5)</sup>。SCは自分への優しさ (self-kindness)、共通の人間性 (common humanity)、マインドフルネス (mindfulness) という三つの特性からなるとされ、その対極にあるものとして、自己批判 (self-judgement)、孤独感 (isolation)、過剰同一化 (over-identification) があげられている。それら6つの特性を測定する尺度として、セルフ・コンパッション尺度 (Self-compassion scale; SCS) が作成され、我が国でも標準化研究がなされ使用されている<sup>6)</sup>。

「自分への優しさ」とは、自分の不十分なところに気付いたり、困難に直面した際に、厳しく自己批判するのではなく、自身に愛情をもって優しさを注ぐ姿勢である。優しくすることと甘

やかすことを同義とみなし、「自己批判をせず、自分に優しくしてしまうと、すでにダメな自分がさらにダメになってしまう」と述べるクライアントは非常に多く経験される。例えば、他人のものを壊してしまった時に、過ちを認め、謝りにいくための勇気を持つために自分を励ますのは自分への優しさであり、隠蔽して逃げるように導くのは甘やかしだと考えれば、両者の違いは明らかである。困難に直面した際に自己批判の姿勢をとることは、抑うつなどの精神的不調を引き起こすリスクファクターとなる<sup>4,5,7)</sup>。

「共通の人間性」とは、困難や弱みは自分だけが抱えているものではなく、人間である以上は誰もが経験しうるものととらえる姿勢である。つまり、人間は誰でも不完全で間違いも失敗も犯してしまう存在であるという巨視的な視点を持つことで、自分だけが不完全で周りの人間がそうではないという視点からくる苦悩が緩和される。

「マインドフルネス」とは、困難な状況にあっても、ネガティブな感情や状況に過度にとらわれたり、逆に否認するのではなく、ありのままとして捉えようとする姿勢である。その姿勢により自分のおかれている状況を明確に把握し、ネガティブな感情や状況に圧倒されるのではなく、問題解決的な視点が導かれやすくなる。

つまり、自分への優しさ、共通の人間性、マインドフルネスという特性は SC を押し上げる要素であり、自己批判、孤独感、過剰同一化という特性は SC を引き下げる要素であるといえる。そして、筆者の経験では、CPTSD のクライアントには自己の価値の引き下げが起こっており、自己批判や孤独感は強く、抱えている問題に圧倒されていることが非常に多い。

#### IV. 症例提示

1. 倫理的配慮：本症例報告はクライアント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程度に背景や経過に改変を加えている。

2. クライアント（以下、CI と記載）：20 代、女性

3. インデックストラウマ：就学前まで、父親から母親への日常的な暴力を目撃（就学前まで）  
義父からの性的虐待（小学校入学後から中学生入学まで）

4. 主訴：「義父からの性被害場面が繰り返し意識にのぼり、自分が汚れた感覚が溢れてくる。」

「母親が殴られている場面が浮かび、強い恐怖を感じる。男性が怖い。」

「対人関係において、相手の要求を断れなかったり、自分の意見や希望を言えない。」

5. 生活歴 / 病歴：同胞なし。CI が生まれる前から、父親はアルコールに依存し、母親に日常的に暴力をふるっていた。父親から CI への身体的暴力はなかったという。CI が 5 歳時に両親は離婚した。CI が小学生に入学した後に母親が再婚し、義父、母親と CI での生活が始まった。母親は夜勤がある仕事で、母親の不在時に義父は CI の陰部を触ったり、舐めたりといった性的虐待が始まった。義父は CI にかたく口止めをしていた。小学校高学年になると、性行為を強要されるようになった。地元の中学校に進学し、養護教諭に義父から受けてきた被害を初めて打ち明け、母親の知るところとなり両親は離婚した。高校卒業後、アルバイトをしていたが職場に男性が多いと恐怖を感じ、長く続けられなかった。20 代になって、友人の紹介で知り合った男性と交際をはじめ、数ヶ月して妊娠が発覚し、男児を出産した。交際相手は定職に就かず、関係は破綻した。出産後、抑うつ的となり、母



親が育児を支援していた。CIは母親失格といって自分を責め、希死念慮を強めていった。産後の検診から精神科医療につながり、トラウマの治療を勧められ受診に至った。

## 6. 投薬

エスシタロプラム 10mg、ミルタザピン 30mgと抗不安薬の頓服が処方されていた。

## 7. 治療経過

### STAIR 段階：全 12 回

【導入：#1】STAIR/NSTの概観を説明し、その治療原理を共有した。集中呼吸法を紹介・練習し、自宅での課題とした。

【感情への気づき：#2】CIは集中呼吸法を実践して、「体に力が入っているのが分かった。まだ緩めるのは難しいが、何となく落ち着ける感覚があった。」と述べた。感情調整のコンセプトを紹介し、被虐待体験がCIの感情にどのような影響を与えたかについて話しあった。CIは、「両親の喧嘩の時は、ただただ怖くて、何も出来ないし、自分が何か悪いことをしたからこうなっているんじゃないかと感じていた。義父からの被害の時には、とても嫌だったから、段々と何も感じないようになっていった気がする。」と述べた。感情への気づきを促すため、感情のモニタリングフォームを紹介し、練習して日々の課題とした。

【感情調整：#3-5】感情調整に重点的に取り組むセッションであり、3回にかけて取り組んだ。記載されたモニタリングフォームのうち、特にネガティブな感情が強くなった場面を取り上げ、感情体験を形成する3つのチャンネル（からだ、考え/イメージ、行動）からの対処法を検討した。例えば、呼吸法を意識できるように部屋の中にくまずはゆっくり吐くといいよ>と記載したお気に入りの柄の紙を部屋に貼る、波の音に合わせて南国のビーチのイメージに浸る、鼻歌を歌う、足浴をする、アロマをたく、自分

に時間を使っていい、自分にはその価値があることを繰り返し自分に優しく伝えてあげる、などである。対処法は日々の洋服のようなもので、多ければ多いほど選択肢が増えることを強調し、実際の生活で練習を重ねた。

【苦悩耐性：#6】苦痛に耐えること（目指すゴールに向かう時には苦痛が生じることもあり、ゴールはその苦痛に耐える価値があるか）について話し合い、損益分析を練習した。虐待サヴァイヴァーは、全ての苦痛に対処できないと感じて回避的になることがあるためである。例えば、治療に取り組むことで不安が高まるかもしれないが、治療後には症状が改善し、子供のために自由に動ける、といったものである。

【対人関係スキーマ：#7-10】対人関係スキーマの概念を紹介し、困難な対人関係場面について、自身に対する感じ方、相手に対する予測、その結果の行動を丁寧に振り返りながら、非機能的な対人関係スキーマを同定していった。また、ロールプレイエクササイズを行いながら、アサーションスキルの練習を繰り返した。相手との対人関係のゴール（長期的に良い関係を築きたい相手なのか、それとも整理しても良いのか、＜自身を尊重してくれるのであれば＞などの条件付きで関係維持を検討するのか）を設定し、新しい機能的な対人関係スキーマの案出を試みた。例えば、体調が悪い時に友人から食事の誘いがあり、断れずに行く予定になってしまっている状況での「自分の事情を優先すると、友人から拒絶されてしまう」という対人関係スキーマを同定し、その友人とは「お互いを尊重しあえる関係でいたい」というゴールを確認して、「自分の事情を素直に話したら、友人は理解し、気遣ってくれるだろう」という新しい対人関係スキーマを案出した。それに基づいてロールプレイエクササイズを行い、現実生活で実際に友人に伝えて、結果を肌で感じるという流れである。

【対人関係の柔軟性、STAIRの振り返り：#11-

**12】** 相手とのパワーバランスによって対人関係のゴールが異なり、うまくいく行動パターンが変わるという対人関係の柔軟性について話し合い、異なるパワーバランスの相手に応じたロールプレイエクササイズを繰り返した。そして、これまでの取り組みから得たものや課題について話しあい、NSTに進むことの損益分析も行い、NSTに進むメリットが大きいことを共有した。

#### NST 段階：全 10 回

**【NST の紹介：#13】** NST の治療原理を説明し、トラウマ記憶の階層表を作成して、ナラティブワークに取り組む準備を行った。

**【初めてのナラティブ：#14】** <幼稚園時代、祖父母と一緒におやつを買いに行けて嬉しかった>という CI のポジティブな記憶を用いて、閉眼・現在形で話すというナラティブの進め方を練習した後、<幼少期、父親から母親への家庭内暴力の目撃>というトラウマ記憶についてナラティブに取り組んだ。恐怖感、無力感で動けず、かたまってしまっている中で、CI が泣くと父親がうるさいと言ってさらに母親を殴るので、必死に涙をこらえようとしていたこと、父親を怒らせないようにするためにはどうしたらいいかと頭の中でずっと考えていたことなどが語られた。初めてのナラティブ終了後、回避を乗り越えてトラウマ記憶を話せたことを大いに讃え、表出された感情が極めて自然であることを強調して伝えた。録音されたナラティブをセッション内で一緒に聴き、自宅で聴くことができるか、その際に何か障害がないかについて話しあった。

**【恐怖のナラティブ：#15】** CI が自宅で数回にわたって録音を聴き、恐怖感情の馴化を実感したようであった。前回と同じトラウマ記憶に対するナラティブに取り組み、より明細化された身体感覚やイメージが語られた。このエピソードから「自分の感情を表出すると、他者はそれを嫌う / 拒絶する / 攻撃してくる」という対人

関係スキーマを同定すると、CI はいかに過去の体験によって現在の感じ方が影響を受けているかに驚いていた。それに代わる、新たな対人関係スキーマとして「自分の感情やニーズを表出すると、他者はそれを尊重してくれる」「自分の感情を表出することが、すなわち他者を傷つけることではない」を案出した。新しいスキーマに基づいて、現実の対人関係場面を題材としたロールプレイエクササイズを行い、自分の感情やニーズを伝えることの重要性を再確認した。

**【恐怖、恥のナラティブ：#16-20】** 義父からの性被害について、CI の年齢を小学校低学年時と高学年時に分けて取り組んだ。小学校低学年では、母親が仕事でいない時は不安で、義父が CI を抱きしめてくれた時には安心したが、段々と体を触られたりするようになり、何が起こっているのかわからないと混乱したことや、何度か CI が義父にやめてと伝えてもやめてくれず、怖かったこと、からだがゾワゾワして気持ち悪かったことなどが語られた。小学校高学年頃になると、義父から性行為を求められるようになり、抵抗してもやめてくれないのであるべく早く終わらせるように振舞っていたこと、CI は同級生とは違って汚らしいことをしていると考えていたこと、母親に知られたら捨てられて、一人ぼっちになってしまうと考えていたことなどが語られた。また、一度義父の要求を拒絶した際に、義父の表情が豹変し、暴力を振るわれそうになり、「母親にばらすぞ」と脅されて強い恐怖を感じ、そこから性行為の最中には気持ちを無にするようになったことが語られた。その都度、抵抗もできない中で強い孤立無援感を感じながら、被害を最小限にしようとしていたこと、解離という“心のブレーカー”を発動させて自分のところは自分を守ろうとしていたこと、義父の“成分”は月経によって全て綺麗に体外に押し流されており、自分の中には全く残っていないこと、などの観点から話し合いを

重ねた。CIは、「何も抵抗できなかった自分が悪いと感じていたが、その状況をやり過ごすために必死だった」と述べるに至った。「こんなに価値のない自分には相手の要求を断ったり、主張をしてはいけない」というスキーマが同定され、それに代わるものとして、「自分が意志をはっきり主張すれば、よりオープンな関係性を築けるだろう」というスキーマを案出した。

【喪失のナラティブ：#21】無邪気で過ごせるはずであった幼少期・小学生時代の喪失、本来得られるべきであった保護的環境の喪失、これまでの人間関係における様々な喪失について扱った。CIは涙を流しながら、「なぜ自分がこのような体験をしなければならなかったのか、悲しいし、怒りがこみ上げてくる」と述べた。悲しみ、怒りは極めて自然な感情であることを是認した。

【治療の振り返り：#22】これまでの治療を振り返り、成果と、今後の目標、それに伴って予想される困難と対処法について話し合った。また、マニュアルには含まれていないが、過去の自分に対する労りをより確かなものとするために、イメージワークを行った。呼吸のペースを十分に落とし、呼吸のたび、体内に暖かい大地のエネルギーが注ぎ込まれるイメージに浸ったのち、イメージの中でトラウマを体験した過去の自分を、予め話しあって決めていた安心できる場所（今回は南国の草原にある小さな小屋、中には座り心地の良いソファやベッドなどがあ

る）に招待した。CIは過去の自分と対話し、労い、落ち着かせ、一緒に遊んだり、お菓子を食べた後、優しく抱きしめながら、いつでもここで会えること、常にそばにいることを伝えた。イメージワークを終え、CIは「心の中にいる過去の自分がニコニコ笑って喜んでいる。こころがポカポカ温かくなった感じがする。」と述べた。

8. 治療評価尺度の推移 表1に各症状評価尺度の推移を示す。

V. 考察

【STAIRとセルフコンパッション】

STAIRの中でCIは感情調整スキル、対人関係スキルの習得に向けた練習を重ねてゆく。そして過去のトラウマによる対人関係スキーマを洗い出し、新たに案出したスキーマに基づいて日常生活を過ごすという行動実験を繰り返すことになる。自らを無力で価値がなく、状況は変わらないと感じ、対人関係においても常に否定的な予測が付き纏うCPTSDのCIにとっては、Thとの協働的な治療関係のもとで現実生活に起きている問題に取り組み、少しずつそれらが解決してゆく（または解決する可能性がある）ことを肌で感じることは、それまでの感じ方への強い反証となるだろう。STAIRの終了段階でうつ症状だけではなく、トラウマ症状にも改善をみたことはSTAIRが緩徐で間接的なトラウ

表1 症状評価尺度の推移

| 評価尺度    | 治療前                            | STAIR<br>終了時点 | 治療後                           | 治療後<br>6ヶ月後                   |
|---------|--------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|
| CAPS- 5 | 52<br>(B13/C 6/D18/E15)<br>解離4 | -             | 7<br>(B 1/C 1/D 1/E 4)<br>解離0 | 6<br>(B 1/C 1/D 1/E 3)<br>解離0 |
| IES-R   | 72                             | 33            | 9                             | 7                             |
| BDI- II | 53                             | 16            | 8                             | 6                             |
| SCS-J   | 32                             | 45            | 87                            | 92                            |

CAPS- 5: Clinical Administered PTSD Scale for DSM-5, IES-R: The Impact of Event Scale-Revised  
BDI- II : Beck Depression Inventory- II , SCS-J: Self-Compassion Scale - Japanese version

マへの曝露として機能しているという見方に加えて、無力感や無価値感への反証を得た結果と考えることができるだろう。一方、SC はうつ症状やトラウマ症状の改善と比してわずかな向上にとどまっている。もちろん、CPTSD の CI がわずかであっても SC の向上を感じることにいかに困難であるかについては議論の余地がなく、STAIR の意義が再認識される。一方で、たとえ STAIR を経てうつ症状やトラウマ症状が改善していても SC の改善が十分でないのであれば、それはあくまで“表面的な”症状改善であるとも考えることもできる。つまり、トラウマに根ざした自己批判が火種として燃え続け、それでいて萎縮している自分への優しさや労りが回復していないならば、容易に再発・再燃が起ることは想像に難くない。総じて、STAIR は NST に向かう準備段階として非常に大きな役割を担うが、SC の本質的な向上を狙うことは難しく、それにはやはりトラウマナラティブを行う NST が必要になると考えられる。

### 【NST とセルフコンパッション】

治療後の SC は、治療前、STAIR 終了時点のそれと比較して劇的に改善した。このことをどう考えれば良いのだろうか。幼少期のトラウマ、特に被虐待体験というのは恐怖、怒り、恥などの複雑な感情を伴う極めて大きな喪失体験である。ほとんどの場合において閉じられた空間において体験してきたトラウマの記憶は回避の対象となり、加害者から押し付けられたスキーマとともに CI のこころの奥で苦痛をもたらす。STAIR の中で行うスキルトレーニングという作業は、いわば“思考優位”のものであり、いわば、“頭ではわかっているが、こころがついていかない”というこころと頭のアンマッチ状態にある。対して、NST ではトラウマナラティブを通じて、感情の処理を行ってゆく。トラウマナラティブによる恐怖の馴化、怒りの是認、恥や罪悪感についての話し合いを経て、CI は本来

自身が得られるべきであった温かい保護、時間、対人関係など、過酷な状況を生き延びてきた自分自身が失ってきたものに対して深い悲しみを向けることになる。自分自身のために深く悲しむことは、自分自身を慈しみ、思いやることにつながる。このようにして NST は喪失の処理を通じて SC を向上させ、より深い部分からの回復を促進する役割をもつと考えられる。

## VI. 謝辞

最後に最も大切なこととして、苛烈なトラウマ体験を生き延び、治療に臨まれた本事例のクライアントにこの場を借りて心からの敬意と感謝を伝えたい。

## VII. 引用文献

- 1) Cloitre, M., Stovall-McClough, K.C., Noonan, K. et al.: Treatment for PTSD related to childhood abuse : a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*. 2010 ;167 ( 8 ) :915-24
- 2) Horvath, A. O., & Symonds, D. B.: Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 1991;36, 223-33.
- 3) Cloitre, M., Courtois, C.A., Ford, J.D. et al.: The ISTSS Expert Consensus Treatment Guidelines for Complex PTSD in Adults.2012.
- 4) Neff, K. D. : Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*. 2003; 2, 85-102.
- 5) Neff, K. D.: Self-compassion. In M. R. Leary & R. H. Hoyle (Eds.), *Handbook of individual differences in social behavior*.

New York: Guilford Press. 2009: 561-573

- 6) 有光興記：セルフ・コンパッション尺度  
日本語版の作成と信頼性，妥当性の検討.  
心理学研究. 2014: 85, 50-59.
- 7) Kelly, A. C., Zuroff, D. C., Shapira, L. B.:  
Soothing oneself and resisting self-attacks:  
The treatment of two intrapersonal deficits  
in depression vulnerability. *Cognitive  
Therapy and Research*. 2009: 33, 301-313



The importance of focusing on self-compassion in the treatment of complex PTSD by STAIR/NST

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員及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限りします。
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、以下の規定をお願いします。
    - 余白：上下左右20mm
    - 字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）

フォント：10.5（全文）

文字数と行数：文字数40、行数30

図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付

b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。

なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承下さい。

c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。

I.            I-1.            I-1-1.

7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。

8. 著者校正は原則として二度行います。

9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。

10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

#### 投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

---

## 心的トラウマ研究編集委員会

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

---

### 編集後記

新型コロナウイルス感染症が世界に深刻な影響を及ぼし始めてから、2年になろうとしています。これまでとは違う生活様式に、コロナ疲れといわれるように、一人ひとりの心身だけでなく、社会全体に閉塞感が蔓延し、出口を求めている模索が続いています。改めて、人とのつながりによって生きていることを実感するとともに、どのような状況下においても、私たちは創意工夫を重ねて、新たな道を開拓しようとするエネルギーを結集させることができることを確信しています。

さて、本号では、外部研究者3名からの投稿を含む8論文が収められています。テーマを概観しますと、コロナ禍における支援者のメンタルヘルス対策、感染者の心理やこころのケア、持続可能な開発目標（SDGs）における精神保健・ウェルビーイング、フィリピンにおけるトラウマ体験の比較研究、睡眠習慣と実行機能、複雑性 PTSD の臨床研究、トラウマインフォームドケアの動向、サバイバーギルトと、研究の対象国、分野、方法など多岐にわたっております。これらの研究が、トラウマを抱えながらも日々を懸命に生きている方々と、人の心に真摯に向き合い、それぞれの方法論で回復に向けての道筋を見出そうとする支援者の皆様への一助となることを願います。（S）

### 心的トラウマ研究 第17巻

2022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 17, 2022

### CONTENTS

- |                                                                                                                                      |                 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| A Study on Trauma Exposure of Persons with Mental Health Conditions or Psychosocial Disabilities in the Philippines                  | Jin HASHIMOTO   |
| Concept and Definition of Survivor Guilt: A Review                                                                                   | Itsuko DOMEN    |
| A review of psychological responses of tuberculosis patients<br>-Perspectives on psychological support during the COVID-19 pandemic- | Shima NAKATSUKA |
| The relationship between sleep habits and executive function in PTSD patients                                                        | Mako MOMODA     |
| Mental health and well-being in the context of the Sustainable Development Goals (SDGs)                                              | Takashi IZUTSU  |
| Stress First Aid for forgotten front-line workers in the COVID-19 Pandemic                                                           | Tomoko OSAWA    |
| Trends in research on trauma-informed care training for child welfare service providers                                              | Saeko SAKAI     |
| The importance of focusing on self-compassion in the treatment of complex PTSD by STAIR/NST                                          | Yosuke SUGA     |

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109