

心的トラウマ研究

第19号 令和6年3月

巻頭言 加藤 寛

[研究論文]

- トラウマインフォームドケア研修の支援実践への活用 酒井 佐枝子 1
- 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度の開発
..... 原見 美帆・坂口 幸弘 11

[資料論文]

- 災害救助組織に対する外部支援のあり方に関する研究 外部支援職のためのガイドブック
..... 大澤 智子 21
- ポリヴェーガル理論とセルフ・コンパッション —トラウマ治療の出発点と到達点—
..... 須賀 楓介 57
- PTSD 治療におけるマインドフルネス瞑想法等の身体性および
その活用方法についての文献的考察 西川 昭子 67

[総説]

- 自然災害における子どものリスク教育に関する文献レビュー 中塚 志麻 79
- PTSD におけるモバイルヘルスケアの有用性に関する文献的考察 桃田 茉莉 91

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19号 令和6年3月

兵庫県こころのケアセンター研究紀要
Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

巻頭言

能登半島地震に寄せて

元旦に発生した能登半島地震、そして翌日の羽田空港での航空機事故と、2024年は不穏な幕開けとなった。まず、亡くなられた方々のご冥福をお祈りするとともに、被害に遭われた方々にお見舞いを申し上げたい。

阪神・淡路大震災、新潟県中越地震、東日本大震災、熊本地震と約30年の間に、いくつもの大地震が発生し、防災の知識が普及され復旧復興のための施策も整えられてきた。阪神・淡路大震災の時にはなかった個人への生活再建資金の提供も行われるようになったし、創造的復興（英語では build back better といい2015年の国連防災会議で重要なテーマとなった）という理念も広く受け入れられるようになった。しかしながら、ひとたび大災害が起きてしまうと、被災した人々の苦悩や悲嘆は変わることなく生じてしまい、それを和らげるための息の長い支援が求められる。

今回の地震では、多くの救援者支援者が様々な領域で活動を始めたが、当初はアクセスの悪さや多発する余震が影響して、十分な活動がなかなか出来なかったと言われている。その後、ニーズを掘り起こし支援対象や期間を見直しながら、枠組みを超えた活動が展開されている。たとえば、災害派遣救急医療チーム（DMAT）は、阪神・淡路大震災の際に、倒壊した家屋の下敷きになった被災者をたとえ救い出せたとしても、筋肉の挫滅などが原因となって起こるクラッシュ症候群で死なせてしまった苦い経験をもとに作られてきた。「瓦礫の下の医療」と称され、下敷きになった生存者が発見されると救出する前から点滴をしてクラッシュ症候群を回避する治療を行うなどの活動が今回の被災地でも行われた。DMATの活動方針は発災から72時間以内の救命に焦点を当てていたが、現在は途絶した通常医療の提供、被災した介護施設からの搬送、避難所での健康管理などにも視野を拡げている。さまざまな支援活動は、それが長期化すればするほど被災者の心理に配慮した関わりが求められるし、復興期に入ると、生活再建のための支援活動こそが、被災者の心理的回復を促進する基盤になるだろう。

一方、高齢化率が50%を超え人口減少に直面する地域で起きた今回の地震では、復興期の支援体制を構築する上で大きな困難が待ち受けている。医療、保健、介護の従事者は以前から不足していて、綱渡りの状況で維持されてきたという。若い世代が金沢などに移り住み、さらに高齢化が進むことが予想される中で、残された高齢者の健康を維持するマンパワーをどのように確保するのかは、今後の大きな課題となるだろう。

東日本大震災が発生した後、溢れるような報道を目の当たりにした阪神・淡路大震災の被災者の中には、自らのおぞましい記憶や必死に押さえてきた悲嘆が蘇って、治療を求めた人たちがいた。極寒の同じ季節に起きた今回の地震は、再び彼らの記憶を呼び起こしたようで、ある男性は自分だけが助かり家族二人を死なせてしまった自責感を慟哭しながら語った。津波が発生した今回の地震は東日本大震災の被災者にもまた、大きな影響を及ぼしたのではないかと思う。

記憶が消えることはないが、対処法を身につけることは出来る。その基盤になるのは、現在の生活を安定させ、その中で自分の役割を見いだして行くことである。そのためには、被災者の苦悩を忘れず息の長い支援をすることが何よりも求められる。

兵庫県こころのケアセンターセンター長 加藤 寛

トラウマインフォームドケア研修の支援実践への活用



酒井佐枝子

兵庫県こころのケアセンター

児童福祉領域におけるトラウマインフォームドケア（TIC: Trauma Informed Care）普及は、支援対象者の子どもの再トラウマを予防し、子どもが安全・安心な環境で生活する上で欠かせないことがわかってきている。そのため、支援者がTICを理解し実践できることは、子どもの生活環境を整えるうえで急務といえ、その一手法として研修を効果的に施行することが求められる。

本研究は、TIC研修に参加した支援者がその後、どのように研修内容を支援実践に活かしているかを検討することを目的に、研修3カ月後に質問紙調査を行った。その結果、支援対象者だけでなく、回答者の93.4%において、支援者自身および職場環境全体への働きかけにTIC研修内容を活用していることがわかった。そして、TICが職場風土に根付くうえで求められる視点として、「学びとその継続の工夫」及び「職場風土の安全安心の醸成」を柱とした研修の精緻化の必要性が抽出された。

キーワード：トラウマインフォームドケア、オンライン研修、支援者

I. はじめに

トラウマのある子どもとその家族への支援を行う際、トラウマの影響はその当事者だけでなく、支援者や支援組織そのものにも及ぼされることは近年知られるところとなった[1]。アタッチメント対象である養育者からの虐待によるトラウマ[2]や、子ども集団内におけるいじめ等支配-被支配関係によるトラウマ[3]など、様々な対人関係におけるトラウマを受けた子どもやその家族に接することは、支援者自身のさまざまなトラウマや人との関係の中で築いてきた信念や信条を揺さぶることにもなる。こうした支援者自身へのトラウマの影響もあわせて考慮し、トラウマとその影響への理解を深めていく必要性が児童福祉領域においてますます求められている。トラウマインフォームドケア（TIC: Trauma Informed Care）の視点は、支援対象者だけでなく、支援者自身やその所属組織における安全安心をどのように醸成していくかに関する体系立てた行程を示すアプローチとして近年

注目されている[4]。TICの視点を根付かせるうえで、研修をはじめとする実践的な学びの場は重要な役割を果たす[5]。本研究では、酒井[6]において報告したTIC研修に参加した支援者を対象に、TIC研修をどのように支援実践に活かしているかを検討することを目的に行ったフォローアップ調査の結果を報告し、TICが職場風土に根付くうえで求められる研修の在り方を検証した。

II. 方法

酒井[6]において報告したTIC研修参加者を対象に、TIC研修への参加による支援活動の変化について、TIC研修終了3カ月後にアンケート調査により聴取した。

II-1. 対象と期間

対象は、児童福祉領域で支援者として働く者50名であった。TIC研修終了3カ月後アンケートの実施時期は、2022年2月から3月であった。

II -2. アンケート内容と解析の方法

TIC 研修終了3カ月時点における研修内容の活用の有無、および活用の具体的方法や困難、支援活動や取り組みの変化、職場の変化に関する内容について、自由記載により回答を得た。得られた各自由記載内容について、帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマの生成を行った。

II -3. 倫理的配慮

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

III. 結果

TIC 研修後アンケートの回答者50名にTIC 研修3か月後アンケートへの協力を依頼し、そのうち46名(回収率92.0%)から回答を得た。基本属性は、酒井[6]において報告した属性より4名減であり、いずれも20代(2名)、40代(2名)であり、いずれも5年以下の現職勤務年数で、職務にかかる資格(複数回答)は、公認心理師、臨床心理士、精神保健福祉士、保育士であった。

以下、< >内は自由記載内容の抜粋、()内はカテゴリに該当する回答をした人数を表す。

III -1. TIC 研修内容の活用に関する意見や感想

本研修で学んだ内容の活用の有無を問うたところ、6.6%(3名)が活用していないと回答し、93.4%(43名)が自身の支援活動に取り入れたと回答した。

活用していないと回答した3名の自由記載内容から抽出された活用の難しさとして2点:第1に「TICに対する構え」、第2に「職場風土の問題」があげられた。

「TICに対する構え」として、<“トラウマインフォームドケア”として取り入れていない>、<改めてそのような場を設けることがまだできていない><自分自身の言葉で伝えるスキルがない>ことがあげられた。第2の「職場風土の問題」としては、<トラウマインフォームドケア以前の問題>として、職場労働環境がTICを取り入れる土壌にないことが言及された。また、活用するためのサポートとして何が必要かについては、導入のためのプロトコルやトラウマの視点からのアセスメント、例題集などがあげられた。

次に、研修参加者が自身の支援活動にTIC 研修で学んだ内容を取り入れたと回答した43名の自由記載内容を、帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマを生成

表1 「TIC 研修内容をもとに行った支援活動」で抽出されたテーマとカテゴリ (カッコ内は人数を示す)

支援対象者の理解やケースの見立てに TIC を導入する(21)	支援対象者の理解やアセスメントにトラウマのメガネを取り入れた(14)
	カンファレンスやSVなどでTICの観点を取り入れた(7)
職場でTICの啓発活動(20)	職場でのTICの啓発(6)
同僚・上司にTICを知ってもらおう(8)	職場の研修への導入(2)
支援者自身の活動に導入(12)	同僚・上司間でコミュニケーションをとる機会を増やす(6)
	自分の状態に目を向け、必要に応じて他者を頼る(6)
他機関や支援対象者への啓発(12)	他機関へのTICの啓発(6)
	子どもや親(支援対象者)への心理教育(6)

した結果を表1に示す。

大カテゴリとして最も多かったのが、「支援対象者の理解やケースの見立てにTICを導入する」(21)であり、トラウマの視点を取り入れたケース理解を実践したことがわかる。次に、大カテゴリ「職場でTICの啓発活動」(20)として、同僚や上司にTICについて知ってもらうための機会を設けたり(中カテゴリ8)、「支援者自身の活動に取り入れる」(中カテゴリ12)といった活用がみられた。最後に大カテゴリ「他機関や支援対象者への啓発」(12)として、自身の関わるケースに関係する機関や支援対象者自身とトラウマの視点を共有するための活用がみられた。

次に、活用していると回答した43名が、取り入れる際の難しさについて回答とした自由記載内容を、帰納的コーディングにより共通するコードからカテゴリおよびテーマを生成した結果を表2に示す。

最も多く得られた内容は大カテゴリ「TIC啓発にまつわる不安」(18)であった。「TICへの馴染みのなさや誤解」(中カテゴリ11)からく

る共有の難しさや、研修参加者「自身のティーチングスキル」(中カテゴリ7)の不足などにより、TICを共通理解として普及させていくことへの不安が抽出された。次に、大カテゴリ「TIC導入・活用の余裕がない職務内容」(12)として、「心理的制約」(中カテゴリ8)、「時間的制約」(中カテゴリ3)、話せる環境が作りにくいという「物理的制約」(中カテゴリ1)があげられた。「心理的制約」としてあげられたこととして、「支援者自身の健康や安全を後回しにしてしまう」(3)ことや、「自身が心身安定し続けることの難しさ」(2)といった研修参加者自身の内面への言及に加え、業務内で「TICを意識して仕事をすることの難しさ」(2)や、「職業的に緊張する場面が多い」(1)といった業務上で生じる心理的制約についても言及された。次に、大カテゴリ「TICの知識はあっても、うまく活用できない」(12)ことがあげられ、共通理解やTIC的な介入そのものの困難さから職場内で定着させる難しさが指摘された。一方で、下準備ができていると導入しやすいといった指摘もみられた。

表2 「TICを取り入れる際の難しさ」で抽出されたテーマとカテゴリ (カッコ内は人数を示す)

TIC啓発にまつわる不安 (18)	
TICへの馴染みのなさや誤解 (11)	TICを説明する・理解してもらうことへの不安や難しさ、誤解 (11)
自身のティーチングスキル (7)	TICの説明や教授にまつわるスキル・知識についての不安 (4) TICについてどこから話し合えば良いのかわからない (3)
TIC導入・活用の余裕がない職務内容 (12)	
心理的制約 (8)	支援者自身の健康や安全を後回しにしてしまう (3)
	自身が心身安定し続けることの難しさ (2)
	TICを意識して仕事をするものの難しさ (2)
時間的制約 (3)	職業的に緊張する場面が多い (1)
時間的制約 (3)	時間がない (3)
物理的制約 (1)	話せる環境が作りにくい (1)
TICの知識はあっても、うまく活用できない (12)	
下準備があれば導入しやすい (1)	職場内での共通言語・共通認識のなさ、認識の違い (5)
	TIC的な取り組みを実施し、定着させる難しさ (4)
	TICの視点にこだわりすぎてしまうリスク (1)
	TIC的な介入そのものが難しい (2)
	下準備ができているため、導入しやすかった (1)

III -2. TIC 研修後の支援活動や取り組みの変化に関する意見や感想

TIC の考え方を学んだことで、支援活動や取り組みに変化があったかに関する自由回答の解析により、4つの大カテゴリ（表3）が抽出された。「TIC を支援対象者の見立て・理解に役立てる」（16）では、支援対象者の行動の背景にあるトラウマや要因を考える（9）ことや、トラウマの視点からケースを捉えることでケースを俯瞰してみる（3）ことができるようになったなど、支援に活かしていることが示唆された。また、「より良い支援をするための支援者側の変化」（15）として、支援者が支援を行う上でのスキルアップが示唆される内容とともに、常に「知識や意識をブラッシュアップしていく必要性を感じている」（1）など、継続的な TIC の学びの必要性が指摘された。また、「支援者自身の安全に気を配る」（14）として、自分の状態に目を向けるといった変化も得られた。

一方で、「TIC への抵抗」（4）として、トラウマの視点を取り入れた支援を行うことへの違和感や疑念を持つ批判的見解のある職員と共通理解が得られないことや、国や教育現場の支援システムといったより大きなレベルから議論する必要性に関する指摘も得られた。

III -3. TIC を実践したことによる変化に関する意見や感想

TIC 研修を受講し、実践することで、研修参加者自身や職場に起きた変化について自由記載による回答を得た。解析の結果（表4）、大カテゴリ4つが抽出された。最も多かった記述内容として、大カテゴリ「職場全体の変化」（31）があげられる。新たな視点を職場内で共有し、それをもとにしたケース検討や支援方法の工夫に関するやりとりの機会が増えたり、上司への具体的な提案や研修機会の確保など、職場全体での取り組みを通じた変化に関する記載が得られた。次に、大カテゴリ「支援方針の変化・支援

表3 「TIC 研修後の支援活動や取り組みの変化」で抽出されたテーマとカテゴリ（カッコ内は人数を示す）

TIC を支援対象者の見立て・理解に役立てる (16)
行動背景にあるトラウマや要因を考えるようになった (9)
俯瞰して見れるようになった (3)
支援対象者のトラウマに気づく (2)
子どもだけでなく、保護者にも目を向けるようになった (2)
より良い支援をするための支援者側の変化 (15)
支援や SV に TIC の視点が組み込まれた (10)
より丁寧に情報共有をするようになった (3)
知識や意識をブラッシュアップしていく必要性を感じている (1)
支援対象者にトラウマの知識を伝える (1)
支援者自身の安全に気を配る (14)
職員の安全感に気を配る (7)
自分の状態に目を向け、労る (7)
TIC への抵抗 (4)
TIC の視点を組み込んだことへの抵抗や疑念があった (2)
活かしきれしていない／活かすには課題がある (2)

方針への自信」（11）として、トラウマの視点からケースを見立てることで支援者としての自信がつくといった肯定的な変化がみられた。また大カテゴリ「普段の生活での変化」（2）として、職務以外の日常生活内での TIC の活用に関する言及もみられた。一方で、大カテゴリ「変化はまだ起こっていない」との回答も2名で得られた。

IV. 考察

本研究では、TIC 研修受講者が、職務における支援活動に研修内容をどのように活かしているかを検証することを目的とし、体系的な TIC 研修に求められる視点を精査することを目指した。本研究の実施を通して明らかとなったことを、以下3点から考察する。

IV -1. 支援対象者への活用

TIC 研修への受講を通して、支援対象者をトラウマの視点から理解し、支援を展開するための糸口を得て、アセスメントに活かしているこ

表4 「TICを実践したことによる変化」で抽出されたテーマとカテゴリ（カッコ内は人数を示す）

職場全体の変化 (31)	同僚と話しやすくなった・話す機会が増えた (8)
風通しの良い職場になった (11)	管理職への具体的働きかけ (2)
	職場の雰囲気が悪くなった・働きやすい環境になった (1)
頼り頼られ、気を遣いあえるようになった (17)	1人で抱え込みすぎないようになった (9)
	同僚や職場全体に気を配れるようになった (8)
研修が行われた（行う） (3)	職場で TIC 研修が行われた（行う予定） (3)
支援方針の変化・支援方針への自信 (11)	自身の支援方法がポジティブに変化した（幅が広がった、自信がついた） (7)
	トラウマと行動の関係を考えるようになった (4)
普段の生活での変化 (2)	普段の生活の中でも TIC を意識するようになった (1)
	問題を冷静に考えられるようになった (1)
変化はまだ起こっていない (2)	まだ変化は起こっていない (2)

とが示唆された。支援対象者の行動の背景にあるトラウマの影響に目を向けることで、子どもの行動が問題行動として制止の対象となるのではなく、トラウマ反応としてケアが必要な事象であるという新たな見立ての視点 [4] が得られ、こうした視点の獲得により、俯瞰してケースを捉えようとする姿勢が見られ始めていることが示唆される。そして、支援者が理解し支援に導入した TIC の視点を、支援対象者との関わりの際に、心理教育を通して支援対象者と共有し、支援対象者自身のスキルを増やす一助にも活用していることもわかった。支援者と支援対象者が共通の言語で対話し、共に課題に取り組むことはトラウマへの支援における重要な視点であり、心理教育の果たす役割は大きい [7]。このように、TIC 研修を通して支援者が新たな視点を習得し、支援対象者に対して TIC を活用するというスキルの向上が示唆された。

加えて、ケースカンファレンスにおいて支援者間でトラウマの視点から支援対象者への支援を共通理解を持ったうえで話し合うことができたことも報告された。ケースカンファレンスでは事例の個別性を考慮した個別援助方針を決定する [8] が、その際の新たな視点として TIC が

機能していることがわかる。

このように活用している一方で困難さも同時に感じていることも明らかとなった。また活用していないと回答した研究協力者の言及からもわかる通り、TIC を取り入れる難しさには、TIC に対する構えが示唆される。しかし、TIC は日常生活の中での普段のやりとりや取り組みとは一線を画す“特別な技法”ではない。これまでの支援に付け加えることができる新たな、しかし本質的に人間に備わる安全安心を基盤とする態度、行程をさす。このことは、研修の中でも触れられる部分ではあるものの、より強調される必要がある視点であることが示唆される。また、生活や支援の中にどのように取り組めばいいか、取り入れにくいことそのものがどこからきているかを整理する必要性も導かれる。

IV -2. 支援者自身への活用

TIC 研修に参加したことで、職務としての支援者自身のありようへの内省が生じたことが示唆された。TIC という新しい視点を習得したことにより、自身のコミュニケーションのあり方を振り返り、トラウマと行動の関係を考えた支援を工夫したり、同僚や上司との対話の機会を

増やしたり、トラウマの視点からの支援対象者理解という新たなスキルを得たことによる自己評価や自己効力感の向上につながる言及が得られた。

支援対象者がトラウマを抱えている割合が高い児童福祉領域で働く支援者は、支援対象者のトラウマに様々な形で触れることとなる。支援対象者のトラウマ体験を日常的に見聞きしたり、激しいトラウマ反応に直接対応する必要性を迫られるといった体験を通して、支援者自身が知らない間にその影響を受けることが知られている[9]。TIC研修を通して、こうしたことへの気づきを得て、自身の状態に意識を向け、必要なサポートを受けたり自身をいたわるといった変化も認められた。

しかしその一方で、自身の健康や安全を後回しにしたり、心身を安定させ続けることの困難さも同時に抽出された。常に時間に追われ、緊張状態を強いられる職務の中で、どのように自身の状態をモニタリングし、セルフケアにつなげることができるかについて、今後TIC研修内容に反映させていくことが求められる。

IV-3. 環境への活用

IV-2.でも述べたように、TIC研修に参加した支援者自身が自分の職場環境に働きかけ、自らのコミュニケーションのあり方を工夫し、TICの視点を伝える役割を担い、職場全体に広げるための啓発を行った場合、風通しの良い職場環境に代わりうる事が示唆された。ケースカンファレンスやスーパービジョン、丁寧な情報共有といった日常のケースに関わる業務内でTICの視点を取り入れるとともに、TICに関する研修の計画や実施といった取り組みにより、職場全体に働きかける動きや、関係機関への啓発もみられた。また、職員の安全感に気を配るといった職務環境へのアプローチに言及するなど、積極的に取り入れることを模索していることが伺われる。

一方で、TIC啓発を模索する中で、自身の言葉でTICについて伝え、理解してもらうことの難しさも同時に指摘されるとともに、そのような時間や物理的環境を整えることが困難であるために、職場全体で共通認識を構築・定着させていくことの難しさもまた指摘された。加えて、トラウマの視点を取り入れた支援を行うことへの違和感や疑念を持つ職員とのやりとりにおける葛藤が示唆される内容も含まれ、職場風土に根付く既存の価値観や傷つきからの抵抗があることが伺われる。Bloom[1]は、新しい視点を環境に取り入れる際に抵抗は必ず生じることを述べている。それは、自身のこれまでよりどころとしてきた職務に関する価値観や支援の視点を内省することを求められ、変えること、新たな工夫を求められることへの喪失感による強いメンタルモデルからの抵抗と考えられる。したがって、こうした抵抗が生じることは自然なことであり、そうした抵抗を示すこと自体が責められるべきことではないことを職場環境全体で共有する必要がある。そのうえで、その抵抗について安全に話し合い、TICがもたらす可能性のある変化について共有できる風土を醸成していくことが求められる。こうした職場環境全体へのアプローチをするためには、TIC研修を職場全体で共有するための工夫が求められる。研修に参加した一人、もしくは数名の支援者が職場で伝達研修を実施するという方法がこれまで多くなされているが、こうした伝達研修に用いることができる資料を増やすことも研修主催側の工夫の一つといえよう。さらに、職場の全員が同じ研修を受講し、研修内で行われるワーク等で現在関わっている事例等をもとに内省する時間を持つことができれば、本結果で抽出された時間や物理的環境の限界を克服する一助となることが期待される。

最後に、支援者自身や職場環境の取り組みだけでは良い循環を生じさせることができないという意見もみられた。国レベル、あるいは各

領域における支援システムレベルでの大きな議論を通して、全体から働きかける必要性が指摘された。米国では、Trauma-Informed Care for Children and Families Act として、2017年に連邦政府主導でTICの導入と実践が立法化された。このことにより、多くの州がNCTSN(The National Child Traumatic Stress Network) [5] やSAMSHA(Substance Abuse and Mental Health Services Administration)[10]のガイドラインやプログラムを導入し、TICによる支援を加速化させている。本邦においてもこうしたシステムの整備を通して、トラウマの視点から安全安心について考える風土が構築されることが望まれる。

V. 今後の課題

本研究におけるTIC研修受講者は、自ら受講を希望して研究に協力した支援者である。そのため、研修終了後に学んだ内容を活用した割合も93.4%と高く、積極的にTICの視点を活用しようとする姿勢のある支援者であることが示唆される。そのような中でも職場内で共通認識としてTICを共有すること、そして学びを深めることの困難が多く抽出された。今後は研修内容の精査とともに、研修終了後の職場全体への普及のあり方にも視野を広げ、具体的な手法を検証していくことが求められる。

VI. 結語

子どもの生活する環境全体の安全が構築されるためには、子どもとその家族だけでなく、子どもに関わる支援者自身の安全安心も確保されることが必要となる[11]。そのためには、子どもの暮らす環境への支援のあり方そのものを変えていく必要があり、TIC研修はそのことを実現するための一つの手立てといえよう。本研究からは、TICの学びおよび職場環境の変化の必要性が示唆された一方で、TIC導入の困難もまた明らかとなった。今後、TIC研修を体系的に構築する上で、以下2つの視点、「学びとその継

続の工夫」及び「職場風土の安全安心の醸成」を精緻化することが求められる。学びとその継続を実現するために求められることとして、支援対象者や支援者の言動の背景にある気持ちや信念に目を向け、理解したうえで導き出されるTICをもとにした関わりについて、振り返る機会を持つための日常的・定期的な場面設定があること、そしてそのための資料の充実が求められる。また、学びを取り入れ受容する器となる職場風土の安全安心を醸成し、共通言語の定着に向け、安全な形で議論が展開できる場の確保及び職場内における日常的なTICの実践が求められる。

本研究の一部はJSPS科研費JP19H01650の助成を受けたものです。

引用文献

- [1] Bloom, S. L. Farragher, B. *Restoring Sanctuary: A New Operating System for Trauma-informed Systems of Care*. Oxford University Press; 2013.
- [2] Levy TM and Orlans M. *Attachment, Trauma, and Healing. Understanding and treating attachment disorder in children and families*. Child Welfare League of America ; 1998. [藤岡孝志・ATH研究会訳 *愛着障害と朱副敵愛着療法：児童虐待への対応* ミネルヴァ書房；2005.]
- [3] 楠凡之. *いじめと児童虐待の臨床教育学*. ミネルヴァ書房；2002.
- [4] 野坂祐子. *トラウマインフォームドケア*. 日本評論社；2019.
- [5] Walsh, C., Pauter, S. Hendricks, A. *Child Welfare Trauma Training Toolkit (3rd ed.)*. Los Angeles, CA, and Durham, NC: National Center for Child Traumatic Stress; 2020.
- [6] 酒井佐枝子. 支援者の主観的評価からみたトラウマインフォームドケア研修の効果.

心的トラウマ研究; 2023. 18, 11-20.

- [7] Cohen, J. a., Mannarino, A. P. Deblinger, E. *Trauma-Focused CBT for Children and Adolescents*. A Division of Guilford Publications, Inc.: The Guilford Press ; 2012. [亀岡智美・紀平省悟・白川美也子 (監訳) *子どものためのトラウマフォーカスト認知行動療法：さまざまな臨床現場におけるTF-CBT実践ガイド*. 岩崎学術出版社; 2015]
- [8] 西尾祐吾. 保健・福祉におけるケースカンファレンスの実践. 中央法規; 1998.
- [9] Stamm, H. B. *Secondary Traumatic Stress: Self-Care Issues for Clinicians, Researchers, and Educators*. Sidran Press; 1999. [小西聖子・金子ユリ子 (訳) *二次的楽章性ストレス 臨床家、研究者、教育者のためのセルフケアの問題*. 誠信書房; 2003]
- [10] Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-informed approach..* HHS Publication No. (SMA). 14-4884. Rockville, MD; 2014. [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. 「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」. 2018.]
- [11] 藤岡孝志. *支援者支援養育論－子育て支援臨床の再構築－*. ミネルヴァ書房, 2020.

Use of Trauma Informed Care Training in actual practice

Saeko SAKAI

Hyogo Institute for Traumatic Stress

The dissemination of Trauma Informed Care (TIC) in the child welfare field has been found to be essential in preventing re-traumatization of children who are the target of support and in helping children live in a safe and secure environment. Therefore, it is imperative for support providers to understand and be able to practice TIC in order to improve the child's living environment, and training should be effectively implemented as one of the methods.

A questionnaire survey was conducted three months after the TIC training with the aim of examining how the support providers who participated in the TIC training subsequently applied the training content to their support practice. The results showed that the TIC training content was used to encourage not only the supported persons, but also the support providers themselves and their work environment as a whole. The need for elaboration of training programs based on the pillars of "devising ways to learn and continue learning" and "fostering safety and security in the workplace culture" was identified as a perspective required for TIC to take root in the workplace culture.

Keywords: Trauma Informed Care, online training, support provider

自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度の開発



原見美帆* 坂口幸弘**

* 兵庫県こころのケアセンター・関西学院大学人間福祉学部講師

** 関西学院大学人間福祉学部教授

自殺・自死には様々な差別が存在しており、わが国でも自死遺族の手記や実態調査からその内容は明らかになっている。本研究では、実際にわが国に存在する自殺・自死の様々な差別について見聞きしたことがあるかどうかを明らかにする「自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度」の開発を行った。調査は精神保健福祉士500名を対象に行い、193名を解析対象とした。フロア効果が著しかった3項目を除いて探索的因子分析を行った結果、8項目2因子の構造となった。それぞれの尺度項目内容から第1因子は「コミュニケーションの減少情報因子」、第2因子は「差別事象の情報因子」と命名され、一定程度の信頼性、妥当性が認められた。

今後さらに尺度の精度を高めながら、研修や施策提言で本尺度結果を活用されることが期待される。

キーワード：自死遺族、スティグマ、自殺対策、人権

I はじめに

わが国では、1998年以降、自殺者数が13年連続で3万人を超え続け、深刻な社会問題となった。2006年に自殺対策基本法が施行され、公共事業としても全国的に自殺対策が展開されて10年以上が経過したが、「令和3年版自殺対策白書」¹⁾によると、自殺死亡率は16.1と世界第7位、主要先進国としては第1位の高さである。遺族は大事な人を失った悲しみの他にも、自殺・自死という死因により様々な差別を体験し、苦しみを抱えている。特定非営利活動法人自殺対策支援センターライフリンクが行った「自殺実態1000人調査」²⁾では、「故人の死に関して何か気になる周りからの言動があったか」という質問に対し、「あった」と答えたのは56.4% (172人)であった。具体的には、「近所の人が『自殺なのにおおびらに葬式をあげて・・・』と言っていた。」という言動や、警察や医療機関の対応として「故人の遺体と対面し、気が動転しているところに『迷惑なんですよ、他県から死にに來られると。早く遺体を持って

帰って下さい』と言われた。」等が挙げられていた。自殺対策基本法第9条では、「自殺対策の実施に当たっては、自殺者及び自殺未遂者並びにそれらの者の親族等の名誉及び生活の平穩に十分配慮し、いやくもこれらを不当に侵害することのないようにしなければならない」と差別を禁ずる条文が定められている。自殺対策基本法が示す理念をより具体的に示した自殺総合対策大綱はおおむね5年に一度見直しが行われているが、直近の2022年改正時、「自殺総合対策の基本方針」の中にも新たに「自殺者等の名誉及び生活の平穩に配慮する」という項目が追加された。項目としての追加が必要な現実がそこにあると捉えることができる。

こうした自殺・自死に関する差別が根強くある状況を改善していくためには、自殺・自死の差別についてどれくらいの人々が知っているかを把握することも必要となるが、そもそもどのような差別がわが国にあるかが記載されている先行研究や書籍等はまだまだ希少である。そのため、自殺・自死に関する差別としてどのようなことをどの程度把握しているかを明らかにすると共

に、回答を通じてこのような差別が実際にあるという啓発も行うことができる尺度の開発を、本研究の目的とした。

なお、「自殺」・「自死」の言葉の定義については、WHO（世界保健機関）は「自殺」を「故意に自ら命を断つ行為」³⁾と定義しており、本研究でもWHOの定義を用いる。また、わが国では、死因を表現する際や法律名等では、「自殺」という表現が使用されているが、「自殺」という字が遺族には辛く響くこともあり、「自死」という表現をする場合もあり、言葉が混在している状況である。「自死・自殺の表現に関するガイドライン」⁴⁾では、どちらかに画一的に統一するのではなく、意図を踏まえた使い分けを行うよう示されており、本研究では行為の表現については「自殺」を、遺族や遺児に関する表現には「自死」を用い、どちらにも当てはまる場合は併記する。

II 方法

II - 1. 対象者と方法

メンタルヘルス分野において、当事者の権利擁護に取り組む代表的な専門職としては、わが国では精神保健福祉士（以下、MHSW）が挙げられることから、公益社団法人日本精神保健福祉士協会の協力を得て、無作為抽出で選ばれた構成員のMHSW500名を対象に、個別自記入形式の郵送調査を行った。実施期間は、2020年9月10日から2020年9月28日である。

自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度の開発については、わが国において、自死遺族の手記や、語りや自由記述が掲載された書籍、論文や報告等から、差別に関するものを抽出し、尺度項目案を作成した。2019年12月10日に大学で社会福祉を学ぶ学生や聴講生等37名を対象に予備調査を実施し、調査結果から、尺度項目の選定をスーパーバイザー1名と行い、最終決定を行った。

分析にはIBM SPSS statistics version27を用

いて単純集計を行うとともに、因子分析にはIBM Amos version27を用いた。妥当性の検証では、相関分析はSpearmanの相関分析を行うとともに、2群間の比較を分析するときは、Mann-WhitneyのU検定を行った。

II - 2. 調査内容

調査では、回答者の年齢や経験年数等の基本属性をたずね、自殺対策研修受講の有無や自死遺族支援研修に携わった経験（受講を含む）の有無、自死遺族の相談支援に携わった経験の有無等についてもたずねた。また、「自死遺族支援に取り組む困難感」については、6件法（1. とても難しい、2. 難しい、3. やや難しい、4. あまり難しくなく、5. 難しくなく、6. まったく難しくなく）でたずねた。

自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度の項目については、「○○だと思おう」という風に意識を問う項目にすると、下津⁵⁾が、差別を含む精神障害のスティグマ尺度開発研究において述べているように、多くの人に好まれようとする「社会的望ましきバイアス」が回答時発生することも懸念されるため、自死遺族が実際に体験した差別に関する事柄自体を項目とすることにした。

教示は、「あなたは自死遺族の下記のような体験を、体験談や手記、報道等を通じて見聞きしたことがありますか？各項目の最もあてはまるもの1つに○をつけてください」とした。5件法（1. 見聞きしたことがない、2. あまり見聞きしたことがない、3. どちらとも言えない、4. やや見聞きしたことがある、5. 見聞きしたことがある）のリッカートスケールで、合計得点が高いほど情報への接触が多いというものである。尺度項目案は表1に示す。

II - 3. 倫理的配慮

尺度作成において遺族の語りを引用するにあたり、書籍や報告から引用したものについては

表1 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度項目案

No.	尺度項目案	文献等から抽出した自死遺族の差別に関する語り
1	自殺を隠した	『自殺ということは絶対に誰にも言うな。事故だったとでも言いなさい』と親戚中に口止めされ、自殺は悪いことで、父は間違ったことをしてしまったのだと思うようになっていました。』 (『自殺って言えなかった』 P37) ⁶⁾
2	自殺を理由に、かかわりを避けられた	「まわりの大人は、あくまで客観的に、そして汚いものを見るような目をしていて。励ましてくれる人もいたけど、実際にいろいろしてくれる人は、ごく一部だった。」 (『自殺って言えなかった』 P161) ⁷⁾
3	自殺についての話をそらした	「気がつかないふりをして身をかわずしかなかった。それが弱者の知恵ね。」 (『自死は、向き合える』 P29) ⁸⁾
4	自殺を理由に、人とのつながりがうすれた	「息子が亡くなった後は、周囲から偏見で見られるようになった。町内会でも顔をそむけられたり、挨拶をされなくなるなど不自然だと感じている。」 (『自死遺族における二次被害とは何か―』) ⁹⁾
5	自殺を理由に中傷や心無い発言を受けた	「地元ということもあって父の一件を知っている何人かの人から、心ない言葉をかけられました。それにすごく傷つき、思い悩んで、軽い対人恐怖症になってしまいました。」 (『自殺って言えなかった』 P56) ¹⁰⁾
6	自殺を理由に、進路を制限させられた	『あなたは母子家庭の長男なのに、どうして高校へ行くの?』と非難されました。』 (『自殺で家族を亡くして 私たち遺族の物語』 P98) ¹¹⁾
7	自殺を理由に、故人が住んでいた物件の高額な家賃保証を求められた	「Mさんは、その日のうちに不動産屋から家主の番号を聞いて、迷惑をかけたと詫言の電話を入れた。思いがけず、電話口からは罵倒する声が響いた。『自殺などされては迷惑だ。これからアパートに人が入らない。その分の家賃を補償してくれ』と言う。悔やみの言葉は一切なかった。」 (『自死は向き合える』 P6)
8	自殺を理由に、交際や結婚を反対された	「私の親の自死が理由で自分の親に付き合いを反対されているとその彼から聞かされ、初めて自死に対する偏見に直面しました。『自死した家の子』という烙印は『私』を全面から否定する冷たいものでした。」 (『自殺で家族をなくして 私たち遺族の物語』 P120) ¹²⁾
9	自殺を理由に、家族としての責任を追及された	「夫（故人）の両親から、『うつ病になったのは、あなたと結婚したからだ。あなたが責めたてて自殺に追いやった』と言われたり、『この結婚はそもそも反対だった』と言われたりした。」 (自殺実態白書 2008 P462)
10	自殺を理由に、死体検案料が他の死因より高かった	「担当した医者と言いで領収書も発行されない現状だという。自死と他の死との違いが死体検案料にもみられる。」 (『自死（遺族）問題のいま』 P41) ¹³⁾
11	自殺を理由に、戒名やお布施など供養の方法が他の死因と違った。	「ある寺が自死者の戒名に自殺を意味する『自戒』の文字を入れたと知った時には、その本山にそうした指導をしているのかと問い合わせた。僧侶の個人的な判断だとわかると直接連絡を取り『自戒』の文字を取るよう交渉した。」 (『自死は、向き合える』 P27)

出版元に、論文から引用したものについては著者に引用の許可を得た。

また、調査対象者には、本研究への協力は任意であり、回答しないことで不利益は被らないこと、回答後、協力を撤回することもできること、回答者の個人情報を守られ、回答データは本調査目的以外に使用しないことを書面で伝えた。研究の実施にあたっては、「関西学院大学人を対象とする行動学系研究倫理委員会」の承認（2020 - 29）を得た。

III 結果

III - 1. 基本属性と各経験の有無

調査対象者 500 名中、193 名より返信があり、回収率は 38.6% であった。基本属性と各経験に関する回答は表 2 のとおりである。回答者の年齢は平均 42.57 歳（標準偏差 = 10.910）で年代別では、30 代が 72 名（37.3%）と最も多かった。また経験年数では、10 年以上 15 年未満が 45 名（23.3%）と最も多かった。

自殺対策の研修受講が「あり」と答えたのは

表2 回答者の基本属性

N=193

年齢		経験年数	
20代	14名 (7.3%)	0年以上5年未満	36名 (18.7%)
30代	72名 (37.3%)	5年以上10年未満	39名 (20.2%)
40代	62名 (32.1%)	10年以上15年未満	45名 (23.3%)
50代	21名 (10.9%)	15年以上20年未満	34名 (17.6%)
60代以上	20名 (10.4%)	20年以上25年未満	14名 (7.3%)
無回答	4名 (2.1%)	25年以上	20名 (10.4%)
		無回答	5名 (2.6%)
自殺対策研修の受講経験の有無		あり100名 (51.8%)	なし93名 (48.2%)
自殺対策計画作成や推進会議への参画経験の有無		あり18名 (9.3%)	なし175名 (90.7%)
自死遺族支援研修に携わった(受講を含む)経験の有無		あり14名 (7.3%)	なし179名 (92.7%)
自死遺族の相談支援に携わった経験の有無		あり20名 (10.4%)	なし173名 (89.6%)

100名(51.8%)で、自殺対策計画作成や推進会議への参画が「あり」と答えたのは18名(9.3%)であった。自死遺族支援の研修に携わった(受講を含む)経験が「あり」と答えたのは14名(7.3%)で、自死遺族の相談支援に携わった経験が「あり」と答えたのは、20名(10.4%)であった。

自死遺族支援の困難感については「難しい」が68名(35.2%)で最も多く、次いで、「やや難しい」60名(31.1%)、「とても難しい」39名(20.2%)、「あまり難しくない」15名(7.8%)、「無回答」5名(2.6%)、「難しくない」と「全く難しくない」がいずれも3名(1.6%)であった。

III - 2. 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度項目案における回答分布

各項目の結果は表3のとおりである。最も中央値が高かった項目は「1. 自殺を隠した」中央値4、四分位範囲((IQR) 2—5)と、「3. 自殺についての話をそらした」中央値4 (IQR2—5)であった。天井効果が見られた項目はなかったが、「6. 自殺を理由に、進路を制限させられた」(平均値(M) —標準偏差(SD) =0.936)、「7. 自殺を理由に、故人が住んでいた物件の高額な家賃保証を求められた」(M—SD=0.724)、「8. 自

殺を理由に交際や結婚を反対された」(M—SD=0.924)「10. 自殺を理由に、死体検案料が他の死因より高かった」(M—SD=0.692)、「11. 自殺を理由に、戒名やお布施など供養の方法が他の死因と違った」(M—SD=0.557)にフロア効果が見られた。

III - 3. 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度に関する因子分析結果

中央値が1で、フロア効果も著しかった「7. 自殺を理由に、故人が住んでいた物件の高額な家賃保証を求められた」、「10. 自殺を理由に、死体検案料が他の死因より高かった」、「11. 自殺を理由に、戒名やお布施など供養の方法が他の死因と違った」の3項目を除いて探索的因子分析(最尤法、プロマックス回転)を行った。固有値1以上のカイザー基準、スクリープロットからのスクリー基準のいずれでも2因子と判断し、2因子を採用した。これらの因子に対し、最尤法によるプロマックス回転を行うと、表4のとおり、8項目全ての因子負荷量が0.4以上で、かつ2因子にまたがって0.4以上の値を示したものは無かった。2因子の累積寄与率は64.47%で、プロマックス回転後における因子間相関では2つの因子には0.657と中程度の正の相関がみられた。

表3 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度項目案における回答分布

N=193

No.	項目	中央値 (四分位範囲)	歪度	尖度	平均値+ 標準偏差	平均値- 標準偏差
1	自殺を隠した	4(2-5)	-0.344	-1.484	4.892	1.728
2	自殺を理由に、かかわりを避けられた	2(1-4)	0.361	-1.133	3.949	1.211
3	自殺についての話をそらした	4(2-5)	-0.359	-1.214	4.731	1.849
4	自殺を理由に、人とのつながりがうすれた	3(2-4)	-0.071	-1.214	4.449	1.711
5	自殺を理由に、中傷や心無い発言を受けた	3(2-4)	0.147	-1.321	4.275	1.445
6	自殺を理由に、進路を制限させられた	2(1-3)	0.842	-0.364	3.504	0.936
7	自殺を理由に、故人が住んでいた物件の高額な家賃保証を求められた	1(1-3)	1.066	-0.086	3.236	0.724
8	自殺を理由に、交際や結婚を反対された	2(1-3)	0.641	-0.944	3.596	0.924
9	自殺を理由に、家族としての責任を追及された	3(1-4)	0.069	-1.393	4.272	1.388
10	自殺を理由に、死体検案料が他の死因より高かった	1(1-1)	2.289	5.171	1.888	0.692
11	自殺を理由に、戒名やお布施など供養の方法が他の死因と違った	1(1-1)	2.436	5.758	2.263	0.557

第1因子は、「自殺を隠した」、「自殺についての話をそらした」、「自殺を理由に、かかわりを避けられた」、「自殺を理由に、人とのつながりがうすれた」の4項目で、いずれも他者とのコミュニケーションが減少したという情報を示す項目群のため、「コミュニケーション減少の情報因子」と命名した。第2因子は、「自殺を理由に、家族としての責任を追及された」、「自殺を理由に、交際や結婚を反対された」、「自殺を理由に中傷や心無い発言を受けた」、「自殺を理由に、進路を制限された」の4項目で、具体的に受けた差別に関する情報を示す項目群のため「差別事象の情報因子」と命名した。

IV 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度の信頼性と妥当性の検証

各項目の弁別力を検討するため、G-P分析にて尺度得点を上位群と下位群の2群に分け、尺度項目ごとにMann-WhitneyのU検定を行った。その結果、全ての項目で上位群の方が下位群より高い得点を示した。

次に内的整合性を検討するため、信頼性係数を算出したところ、第1因子のCronbachの α 係数は0.825、第2因子は $\alpha = 0.831$ でいずれも0.8以上であった。

基準関連妥当性を検討するために、「自殺対策研修受講の有無」と、「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」をMann-WhitneyのU検定で比較すると、「あり」の群が「なし」の群に比べて有意に高かった($p < 0.05$)。また、

表4 自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度因子分析結果

N=193

項目	I	II	共通性
第1因子：コミュニケーション減少の情報因子 Cronbach α = 0.825			
1 自殺を隠した	.870	-.154	.604
3 自殺についての話をそらした	.724	-.027	.499
2 自殺を理由に、かかわりを避けられた	.684	.089	.555
4 自殺を理由に、人とのつながりがうすれた	.637	.157	.562
第2因子：差別事象の情報因子 Cronbach α = 0.831			
9 自殺を理由に、家族としての責任を追及された	-.201	.885	.590
8 自殺を理由に、交際や結婚を反対された	.041	.746	.598
5 自殺を理由に、中傷や心無い発言を受けた	.195	.649	.626
6 自殺を理由に、進路を制限された	.305	.477	.512
因子相関行列			
I	—	.657	
II	—	—	

「自殺対策研修受講の有無」と下位尺度得点とも比較すると、「コミュニケーション減少の情報因子得点」では「あり」の群が「なし」の群に比べて有意に高く ($p < 0.01$)、「差別事象の情報因子得点」では有意差は見られなかった。表5に示す。

「自死遺族支援の研修に携わった(受講を含む)経験の有無」と、「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」をMann-WhitneyのU検定で比較すると、「あり」の群が「なし」の群に比べて得点は有意に高かった ($p < 0.01$)。また、「自死遺族支援の研修に携わった(受講を含む)経験の有無」と、下位尺度の「コミュニケーション減少の情報因子得点」とでは、「あり」の群が「なし」の群に比べて得点は有意に高く ($p < 0.01$)、「差別事象の情報因子得点」も、「あり」の群が「なし」の群に比べて得点は有意に高かった ($p < 0.05$)。

「自死遺族の相談支援に携わった経験の有無」と、「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」をMann-WhitneyのU検定で比較すると、「あり」の群が「なし」の群に比べて得点は有

意に高かった ($p < 0.05$)。また、「自死遺族の相談支援に携わった経験の有無」と下位尺度得点を比較すると、「コミュニケーション減少の情報因子得点」では「あり」の群と「なし」の群に有意差は見られなかったが、「差別事象の情報因子」では、「あり」の群が「なし」の群に比べて得点は有意に高かった ($p < 0.05$)。

V 自殺・自死の差別に関する情報への接触に関連する要因の検討

MHSWの「年齢」及び「経験年数」、「自死遺族支援の困難感」と「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」とでSpearmanの相関分析を行った。MHSWの「年齢」と「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」との間には有意な相関がみられず ($r=0.107$)、MHSWの「経験年数」と「自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点」との間にも有意な相関はみられなかった ($r=0.127$)。また、「自死遺族支援の困難感」との間にも有意な相関はみられなかった ($r = -0.045$)。

表5 研修受講や自死遺族支援に携わった経験の有無と自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度
得点及び下位尺度得点との関連

N=193

	人数 中央値 (四分位範囲)			人数 中央値 (四分位範囲)			Mann-Whitney の U 検定結果
	自殺対策研修の受講有り			自殺対策研修の受講無し			
自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点	100	23.00	(18.25-30.00)	93	20.00	(15.00-26.00)	*
コミュニケーション減少の情報因子得点	100	14.00	(10.00-16.00)	93	12.00	(7.00-14.00)	**
差別事象の情報因子得点	100	10.00	(7.00-14.00)	93	10.00	(5.50-13.00)	
	自死遺族支援の研修に携わった (受講を含む) 経験有り			自死遺族支援の研修に携わった (受講を含む) 経験無し			
自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点	14	30.00	(23.00-37.25)	179	21.00	(17.00-28.00)	**
コミュニケーション減少の情報因子得点	14	16.50	(14.00-19.00)	179	12.00	(9.00-15.00)	**
差別事象の情報因子得点	14	14.50	(8.50-18.00)	179	9.00	(7.00-13.00)	*
	自死遺族の相談支援に携わった 経験有り			自死遺族の相談支援に携わった 経験無し			
自殺・自死の差別に関する情報接触尺度得点	20	28.00	(20.50-32.75)	173	21.00	(17.00-28.00)	*
コミュニケーション減少の情報因子得点	20	15.00	(11.00-16.75)	173	12.26	(9.00-16.00)	
差別事象の情報因子得点	20	12.50	(9.00-16.50)	173	9.00	(6.50-13.00)	*

* p < 0.05 **p<0.01

VI 考察

本研究では、自殺・自死の差別に関する情報への接触に焦点をあてた尺度を探索的に開発した。G-P 分析では、8 項目全てで尺度得点上位群が下位群より高い得点を示した。因子分析でも各因子の因子負荷量は全ての項目で 0.4 以上であり、かつ、2 因子にまたがって 0.4 以上を示したものは無かった。また、累積寄与率については 64.47% であり、2 つの因子のクロンバックの α 係数も、第 1 因子 0.825、第 2 因子 0.831 と十分な値を示したため、「自殺・自死の差別に関する情報への接触尺度」は信頼性が十分に確保されていると考えられる。

また、尺度項目の内容的妥当性については、今回の尺度項目は遺族の手記や報告等に実際に記載されていた差別に関する事柄であるため、作成過程を通じて内容的妥当性も一定程度確保

されていると考えられる。

「自死遺族支援研修に携わった(受講を含む)経験の有無」と尺度得点及び 2 つの下位尺度得点とは全てで「あり」の方が有意に得点は高かった。自死遺族支援研修に携わったり受講をしたりするなかで、自死遺族がコミュニケーションを減少せざるをえない状況にあることや、差別を受けていることを講師の説明や当事者の語りから知り、差別に関する情報に接触していると考えられる。「自殺対策研修の受講の有無」とは、尺度得点及び「コミュニケーションの減少情報因子得点」で「あり」の方が有意に得点は高かった。自殺対策研修においても自死遺族のおかれている状況や必要な支援についての情報に接触していると考えられる。また、「自死遺族の相談支援に携わった経験の有無」とは、尺度得点及び「差別事象の情報因子得点」で「あり」の方が有意に得点は高かった。自死遺族の相談支

援に携わることで、具体的にどのような差別に苦しんでいるか等を把握することができていると考えられる。これらのことから基準関連妥当性も一定程度確保されていると考えられる。

ただ、「自殺対策研修の受講の有無」と「差別事象の情報因子得点」では、受講の有無による得点の有意差がみられなかった。これについては、自殺対策研修は自殺対策の総合的な研修のため、自殺予防のプログラムも含まれ、自死遺族支援のプログラム時間より自殺予防に関するプログラム時間の方が長い場合が多い。自死遺族のおかれている状況と必要な支援は研修で共有できていても、具体的に自死遺族に対しどのような差別があるのかという共有までは自殺対策研修ではできていないことが予想され、有意差は認められなかったと考えられる。また、「自死遺族の相談支援に携わった経験の有無」と、「コミュニケーションの減少情報因子得点」では、経験の有無による得点の有意差がみられなかった。これについては、今回の調査対象者はMHSWというメンタルヘルスの専門職であるため、直接の相談支援はまだなくとも、大事な人を失った悲しみやわが国における自死への差別から、コミュニケーションを減少せざるをえない状況であるということは把握していることが予想され、有意差は認められなかったと考えられる。

年齢や経験年数と尺度得点に有意差が認められなかったことについては、自殺対策が公共事業として全国的に展開され始めてまだ十数年であることが影響していると考えられる。精神障害者の受療や退院支援、地域生活のサポートを長年中心に取り組んできたMHSWの場合、現時点ではまだ自死遺族支援において、年齢やキャリアによる違いは大きく見られなかったことが考えられる。また、自死遺族支援の困難感と尺度得点に有意差がみられなかったことについては、困難感は差別に関する情報への接触によって左右されるわけではないことが示唆され

た。そうであるならば、例えば、MHSWがこれまで中心に行っていた精神障害者やその家族等に対する相談支援ではなく、喪失体験やトラウマ体験をした人に対する相談支援の援助技術において困難感を感じているのか、あるいは支援情報を自死遺族に届けていくアクセシビリティの向上やネットワーク構築等のソーシャルワークを展開するうえで困難感を感じているのか等、今後より詳細な調査も求められるところである。

本尺度をさらに改良するためには、今回は手記や報告書、論文等をもとに探索的に作成したが、これらのこと以外にも差別に関する体験はあるかどうか、あるならばどのような体験があるのかを遺族の方々の協力をえながら抽出していくことも重要である。また、今回の尺度開発のための調査は、MHSWというメンタルヘルス分野の専門職を対象としたが、広く一般住民を対象にして調査を行うと結果が変わってくる可能性は否めない。対象を拡大しながら尺度の精度を高めていくことが求められるであろうし、様々な対象群の特性を明らかにすることも期待される。

本尺度は、わが国で実際に存在する自殺・自死の差別に関する事柄を項目化しているため、回答者は回答をする過程で、実際にこのような自殺・自死に関する差別があるということを知ることができる。また、得られた結果からは、例えば普及啓発の研修会等で、当事者の声を届けてもらう際に、どこに重点を置いたメッセージを届けてもらうか等の検討材料の1つにもなることが考えられる。集団や社会レベルでの具体的な差別に関する情報でもあるため、支援施策の検討場面で、問題提起や提言をする際の一助にもなれば幸いである。

引用文献

- 1) 厚生労働省. 10国際的に見た自殺の状況と外国人の自殺の状況. 令和3年版自殺対策白

- 書 . 2021 ; 34. <https://www.mhlw.go.jp/content/r3h-1-1-10.pdf> (アクセス:2023年7月29日)
- 2) 特定非営利活動法人自殺対策支援センター ライフリンク. 自殺実態白書 2008第四章 自死遺族の実情・ ;462-463. https://lifelink.or.jp/Library/whitepaper2_4.pdf (アクセス: 2023年7月29日)
 - 3) World Health Organization. Preventing Suicide: a global imperative. World Health Organization, Geneva,2014;12. (国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター小高真美、高井美智子、山内貴史、大槻露華、白神敬介、竹島正訳. 自殺を予防する:世界の優先課題. 東京,2014) https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131056/9789241564779_jpn.pdf?sequence=5(アクセス:2023年7月29日)
 - 4) 特定非営利活動法人全国自死遺族総合支援センター. 「自死・自殺」の表現に関するガイドライン～「言い換え」ではなく丁寧な「使い分け」を～. 2013. <https://www.izoku-center.or.jp/doc/guideline.pdf> (アクセス: 2023年7月29日)
 - 5) 下津咲絵. 坂本真士. 精神障害に対する態度, 偏見, Linkスティグマ尺度. 臨床精神医学. 2015;44:93-100.
 - 6) 松村千晶. 父のためにも精いっぱい生きていきたい. 自殺って言えなかった. サンマーク出版. 2005:35-41.
 - 7) トオル. この一年の思い. 自殺って言えなかった. サンマーク出版. 2005:161-164.
 - 8) 杉山春. 自死は、向き合える一遺族を支える、社会で防ぐ一. 岩波書店. 2017: 6-29.
 - 9) 岡本洋子. 自死遺族における二次被害とは何か:聞き取り調査による実態と背景. 熊本学園大学社会関係研究. 2017;23(1): 39-83.
 - 10) ノブ. 家族のことを思うなら、生きていてほしい. 自殺って言えなかった. サンマーク出版. 2005:53-60.
 - 11) 竹村彰太郎. 苦しいときに必要なもの、それは、話を聞いてもらうこと. 自殺で家族を亡くして一私たち遺族の物語一. 三省堂. 2008:94-100.
 - 12) 大野絵美. ごめんね父さんありがとう母さん. 自殺で家族を亡くして一私たち遺族の物語一. 三省堂. 2008:115-120.
 - 13) 一般社団法人部落解放・人権研究所. 自死(遺族)問題のいま. 差別禁止法を求める当事者の声②. 2016:41.

Development of an access to information scale about suicide-related discrimination in Japan.

Miho HARAMI* Yukihiro SAKAGUCHI**

*Hyogo Institute for Traumatic Stress,

Teacher, School of Human Welfare Studies, Kwansei Gakuin University

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

(abstract)

In Japan, there are various forms of discrimination surrounding suicides. This discrimination has been substantiated through the memoirs of suicide-bereaved families and fact-finding surveys. In this study, we developed an access to information scale to measure people's exposure to suicide-related discrimination incidents. A survey was administered to 500 Mental Health Social Workers, with 193 participants being included in the final analysis. After conducting an exploratory factor analysis, we excluded three items where the floor effect was remarkable and identified, eight items that demonstrated a clear structure, with two underlying-factors. The first factor was labeled "Information factor of decreased communication" and the second factor was named "Information factor of discrimination event", and they displayed reliable and valid attributes.

It is expected that the results of this scale will be used for guiding training initiatives and shaping policy proposals, and the accuracy of the scale will be further improved in the future.

(keyword)

survivor of suicide, stigma, suicide countermeasures, human rights

災害救助組織に対する外部支援のあり方に関する研究 外部支援職のためのガイドブック



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

災害救援組織における惨事ストレス対策は漸進しているが、組織の規模により惨事後の対応には違いがある。大きな組織は専門家を常駐させ、平時や有事に関係なく備えを構築しているが、小規模な組織は地域の専門組織と連携することが不可欠になる。しかし、普段からの関係がなければ、お互いの特性や文化を知ることもなく、協働が困難になる。ただ、年々、地域を巻き込む災害は増え、職員が現場で亡くなることもゼロになることはない。

そこで、消防組織が惨事案件を経験し、強い惨事ストレスに襲われた際、外部支援組織が迅速な支援を適切に提供できるようになるためガイドブックを作成した。

Key words 惨事ストレス、消防職員、サイコロジカル・ファーストエイド、外部支援

1. はじめに

災害救援者が現場業務を通して受ける影響は惨事ストレスと呼ばれ、近年、対策が講じられるようになった。惨事ストレスの中で最もダメージが大きいのは職員の殉職だが、頻度はそれほど多くはない。ただ、それゆえ、殉職は発生した際の衝撃が極めて大きいと言える。逆に、頻回に発生するようになったのは地域を巻き込む災害だ。ここ最近毎年のように各地で起こり、多くの死傷者を出している。しかし、惨事ストレスは有事にのみ存在するわけではなく、平時の事案にも惨事ストレスの引き金は無数に潜む。ましてや、有事の場合、総務省消防庁や消防組織も職員の支援に積極的になるが、平時のそれは忘れられがちだ。その上、コロナ禍対応が示すように、災害が長期に及ぶと惨事ストレスの蓄積が業務継続に影響をもたらす、社会や市民生活は大きな打撃を受けることになる。

所帯の大きな組織は自前の専門家を配置し、平時や有事に関わりなく対応できるよう準備ができる。ところが、その多くが50名から100

名前後で構成される市町村単位の消防組織は外部支援組織との連携が欠かせない。しかしながら、ファーストコンタクトになる可能性が高い地域の保健所や役場などの公的な機関に所属する専門職の中には、普段からの関わりがない場合、対応に躊躇したり、不安を抱いたりし、連携がスムーズに行かないことが危惧される。そこで、災害救援組織に対する地域の支援体制を強化するために必要なことを明確化し、それを補う教育的資料を作成した。

2. 現状の課題と対策

ガイドブックの作成にあたり文献レビューを行い、災害救援組織に対して提供された惨事案件後の外部支援を概観した¹⁾。その結果、研修などの教育、相談およびコンサルテーション、スクリーニングが提供されていることが分かった。これらの支援がより効果的に作用するためには、「支援相手や業務に関連する知識の習得」、「平時からの関係構築」、「支援目的の明確化」が今後の課題として浮き彫りとなった。

また、過去の受援経験の評価および外部支援

組織への期待を明確にすることを目的とし、西日本の3消防組織に所属する1,667名を対象に、無記名自記式質問紙調査を行った²⁾。その結果、所属組織が外部の専門組織に支援を要請したことがあると回答したのは対象者の2割と少なかった。その多くは他府県で発生した大規模災害に対応するための緊急消防援助隊の派遣だった。外部組織が関わったかどうかに関係なく、過去に職場が提供した支援のほとんどは教育的な内容の講習会だった。また、非常に少ない数ではあったが、個人あるいは集団の面談も行われおり、講習会では9割強、面談では8割弱が役に立ったと回答していた。外部支援を依頼する必要があると考える事案は「殉職」と「複数の子どもが死傷」が必要性の高さで他の事案を上回った。外部専門家らが提供する支援をどの程度利用するか尋ねたところ、「心身の健康状態を測定するチェックリスト」がパンフレットなどによる情報提供、電話やメールによる相談や個別面談を凌駕した。外部専門家らに知っておいて欲しい組織の知識や用語については業務内容や勤務形態など大枠に留まり、名称などの詳細は不要であることが分かった。

3. ガイドブックの構成と普及

これらの結果を基に消防組織や職業文化に馴染みのない外部専門家が参照できるガイドブックを作成した。健康な集団であることを前提に、害を与えず、回復力を引き出す介入を目的にするため、構成は以下の通りとした。①支援時の態度や考え方には、災害対応の第一選択とされているサイコロジカル・ファーストエイドのアメリカ版³⁾が基盤としている原理原則⁴⁾、②セルフケア、ピアサポート、ラインケアを行う際の基礎となり、予防教育としても利用できるストレス・ファーストエイド、③心理尺度を用いたチェックリストの適切な使用方法と注意点、④個人面談の流れと具体的な質問、⑤付録 消防組織の基礎知識。

4. おわり

今後は、利用者である外部専門家や受益者である現場職員の意見を踏まえ、改良していきたい。同時に、本ガイドブックが地域支援制度のさらなる発展の一助となることを願う。

また、本ガイドブックの作成にあたり愛知学院大学の牧田潔教授にお世話になった。紙面を借りて感謝の意を述べる。

【参考文献】

- 1) 大澤智子、加藤寛：災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究（第1報）. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書 令和元年度版
- 2) 大澤智子、加藤寛：災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究（第2報）. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書 令和2年度版
- 3) Brymer, M., Layne, C., Jacobs, A., Pynoos, R., Ruzek, J., Steinberg, A., et al. (2006) Psychological First Aid Field Operations Guide (2nd Edition) . Los Angeles, CA: National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD/ 兵庫県こころのケアセンター訳 (2011) サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き 第2版 (https://www.j-hits.org/document/pfa_spr/page1.html)
- 4) National Institute for Mental Health(2002) Mental Health and Mass Violence: Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices. NIH Publication No. 02-5138, Washington DC.

<https://files.eric.ed.gov/fulltext/ED469199.pdf>
pdf（アクセス 2023 年 8 月 3 日）

次のページからガイドブック

（以下から入手してください）

災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究（第 3 報）～ガイドブック～

https://www.j-hits.org/document/disaster_rescuer.html



119番



惨事ストレスが襲うとき

—外部支援者のためのガイドブック—



惨事ストレスが襲うとき－外部支援者のためのガイドブック

はじめに

このガイドブックは兵庫県こころのケアセンター第4研究室が令和元年から3年にわたり行った「災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究」の成果物です。阪神・淡路大震災以降、災害救援組織における惨事ストレス対策は漸進しています。対策の多くは予防教育ですが、組織の規模によっては常駐の専門家を置いているところもあります。幸い、そういった専門家が常に必要とされることはないものの、地域を巻き込む災害は年々増加していますし、職員が殉職する事案も少ないながら発生しています。こういう事態が起こると、職員を支えるために小規模の組織は地域の専門家らの支援が必要となります。ところが、社会の耳目を集めるような事案への介入を打診されると、自分たちが対応できるのか不安や迷いが生じるかもしれません。ましてや、普段からの関わりがなければなおさらです。

惨事ストレスへの対応や危機介入と聞くと何か特別なことをしなくてはいけないと思われがちですが、必要とされることの基本は普段の相談や支援業務と変わりません。ただ、対象組織や職員の特性を考慮に入れる必要があるだけです。そこで、本ガイドブックは惨事事案をきっかけに、危機的な状況に直面した消防組織の支援に入る外部支援者が、見通しを持って自身の経験や力を発揮できるようにすることを目指しました。地域で支援を提供するみなさん方の一助になれば幸いです。

目次

1. 外部支援が要請される事案

- －殉職
- －緊急消防援助隊派遣
- －社会的注目を浴びる事件・事故

2. 災害救援組織のメンタルヘルス対策に関する基本的な考え方

(1) 平時 予防教育

- －全般的なメンタルヘルスケア（セルフケア、ピアサポート、組織対策）
- －ハラスメント
- －惨事ストレス

(2) 有事 惨事後の介入

- －対象は健康な集団である
- －組織が回復の場となるのを目指す
- －回復を促す5つの環境要因

3. 惨事への対応

(1) 事案発生から介入までの流れ

(2) 「ストレス・ファーストエイド」セルフケアとピアサポートモデル

- －ストレス・ファーストエイドの概要
- －ストレス連続体モデル
- －7つの行動内容

(3) 心理尺度を用いたストレスチェック

- －使用尺度と選択基準
- －目的と個人情報の取り扱い
- －結果のフィードバック
- －マスコミ対応

(4) 個人面談

- －面談の枠組みと全体像
- －面談項目と具体的な質問例

付録 A 消防の仕事 ー主な業務の名称と内容、部隊編成、勤務体制、階級と職位

付録 B K10 質問票日本語版 (The Kessler Psychological Distress Scale)

1. 外部支援が要請される事案

外部専門組織に支援が要請される事案にはどのようなものがあるのでしょうか。要請される可能性が高い事案トップ3は、殉職、緊急消防援助隊派遣、それ以外の社会の耳目を集める事案です。それぞれの事案の特徴と介入時の注意点を列挙します。

令和2年度に行われた「災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究(第2報)」¹⁾では、殉職と並び、複数の子どもが死傷する出来事も支援要請をするべき事案として挙げられています。幸い、そのような事案の発生は少ないため、外部の専門組織への要請依頼は稀です。ただ、子どもが複数巻き込まれる案件は社会的なインパクトも大きいため、介入に関わることになる支援者へのプレッシャーも大きくなるでしょう。

ー殉職

日本の消防職員が殉職する案件は、現場活動、訓練、その他の3つに分類できます。表1にこの10年で発生した殉職事案をまとめました。平成29年度は件数も死者数もとても多いですが、これは例外です。通常、年に2回程度で推移していることが分かります。

殉職がもたらす関係者への影響は多種多様です。淡々としているように見えながら内面には強い感情を抱えている人もいれば、動揺を態度に示す人もいます。組織に対する怒りを隠しきれない人もいれば、見るからに落ち込んでいる人もいます。ただ、仲間を失えばこのような反応は当たり前のことです。そして、ほとんどの職員は回復の道を歩みます。とはいえ、自責感の程度と私生活の安定度はその後の回復を大きく左右するのも事実です。特に、自責感は抑うつや自殺との関連も指摘されており、個人面談等を行う場合は必ず確認し、必要に応じて、追加の支援を提供してください。また、私生活のストレスが大きいこと(例 婚姻の破綻、配偶者の闘病や死など)も回復が足踏みをする際によく見られる現象です。多くの場合、これらの要因がない人より回復に時間がかかるだけですが、仕事以外のストレス負荷が高いことには違いないため、注意が必要です。

数は多くありませんが、ヘリコプターの墜落事故は多くの殉職者を出します。このような案件は、心の専門家でも対応に不安や緊張を強いられます。しかし、外部支援者がその場にいることが消防組織や関係者にとっての安全・安心につながることを忘れないでください。特に、職員やご遺族への対応を任された職員が安心してやるべきことを行えるよう支えましょう。そのためには、まず、彼らの労をねぎらってください。次に、これまでに何をしてきたのかを確認し、うまくできている場合はその旨を具体的に伝えてください。そして、本ガイドブックに記載されている原理原則や行動内容を参照しながら、職員が回復できる環境を整える手伝いをしてください。

表1 近年の殉職事案

年月	場所	殉職事案
H23.3	岩手県・宮城県	東日本大震災活動中（27名）
H23.9	兵庫県	風水害の増水河川活動中流される
H24.7	岩手県	へりでの水難訓練中
H24.9	兵庫県	工場火災消火活動中
H25.5	新潟県	河川捜索活動中流される
H26.8	広島県	土砂災害救助活動中
H26.12	富山県	用水路除雪活動中流される
H27.6	大阪府	山岳救助活動中
H29.2	東京都	救助訓練中ロープ宙吊り
H29.3	長野県	へり救助訓練中の墜落（7名）
H29.4	千葉県	建物火災消火活動中
H29.5	岩手県	トタン屋根固定中強風に煽られる
H29.6	宮城県	救助マット点検時に落下
H29.7	京都府	河川訓練中流される
H30.8	群馬県	視察中のへり墜落（7名）
H31.1	秋田県	建物火災消火活動中（2名）
H31.1	東京都	建物火災消火活動中
R1.5	和歌山県	山林火災消火活動中
R1.9	兵庫県	救助訓練中の転落
R2.7	静岡県	建物火災消火活動中（3名）
R2.7	山口県	初任教育訓練中溺水

（消防白書を基に作成）

－緊急消防援助隊派遣

殉職の次に、支援要請の可能性が高いのは緊急消防援助隊派遣後の対応です。緊急消防援助隊（略称「緊援隊」）は、阪神・淡路大震災をきっかけに創設（平成7年）された応援消防隊です。地域を襲う大災害が発生し、現地の消防組織だけでは対応に苦慮することが予想された場合、被災地からの要請を受け、都道府県単位で派遣されます。これまで平成16年新潟県中越地震、平成17年JR福知山線列車事故、平成23年東日本大震災、平成28年熊本地震、平成29年7月九州北部豪雨、平成30年7月豪雨、令和元年東日本台風等、合計40回の派遣実績があります（令和2年3月末時点）。

先述の令和2年度に行った消防職員を対象にした調査¹⁾では、外部支援を依頼するきっかけとして緊援隊の派遣が上位を占めていました。組織によっては、産業医や保健師、管理職らによる個人面談や、心理尺度を用いたストレスチェックを実施するところもあります。ただ、多くの派遣職員は体力や気力の消耗こそ激しいですが、士気は高いまま帰還します。東日本大震災では寒さが、西日本豪雨では暑さが堪えたそうです。初期に派遣される隊は消防車や救急車で移動となります。ああいった車種は長距離を走ることや快適な移動を目的に作られてはいません。車体が重たいため、スピードもそれほど出ません。自

衛隊と異なり野営することが前提の業務ではないため、食事や寝床がどの程度なのかも想像できるでしょう。しかし、派遣されることにやりがいを感じ、家族や同僚から応援される中、心身の健康を保つことができるのだと思います。そのため、ストレスチェックの結果も総じて安定している印象があります。

緊援隊派遣後の支援対象は派遣された職員であることが多いのですが、実際、最も労われるべきは後方支援をしながら平時の業務をこなす留守番職員です。少ない人数で普段よりも多い業務をこなさなければならない上に、派遣されることを希望していたのに選ばれなかった人も含まれます。派遣された人は帰署後、休みをもらえますが、留守番組は休日を返上する勤務が続くことも少なくありません。後方支援をしてくれる職員がいなければ派遣自体が不可能であることを職場や職員が理解できるようにするのも外部支援者の大切な役目です。

－社会的注目を浴びる事件や事故

殉職事案や緊援隊の派遣以外にも惨事ストレス対応の依頼があるケースがあります。それが新聞の一面を連日飾るような事件や事故です。令和元年の京都アニメーション火災などが一例です。複数の子どもの死傷する事案はここに分類される出来事となります。社会の注目を浴びると総務省消防庁をはじめ、メディアも関心を持ち、惨事ストレスを緩和するための介入が求められます。ただ、これらの現場で活動した職員は影響を受けていたとしても多くは一過性で、業務に支障が出ることは少ないと言えるでしょう。影響の度合いは事案の特性によっても左右されます。詳細は、後述の予防教育「惨事ストレス」に記載している資料を参照ください。

しかし、社会的な注目を浴びる事件や事故は、メディアの取材が白熱します。自宅等に取材が押しかけて来ることもあるようです。また、死傷者の詳細情報が取り上げられ、通常なら知ることがない傷病者や要救助者の背景が聞こえてきます。消防職員が現場で冷静な活動できる要因の一つは要救助者について最低限のことしか知らずにいられるからでしょう。相手のことを知り過ぎると感情移入をするポイントや自分と重なる部分が見えてしまいます。そういうことが増えると、後のストレス反応は強くなったり長引いたりすることが指摘されています。例えば、子どもが関わる事案では、自分に同年代の子どもがいれば親としての感情が強くなっても不思議ないでしょう。自分の子どもが幼かった頃に好きだったキャラクターグッズを身に着けている要救助者に関わると、職員の子どものはずで成人していても、感情移入が促されるかもしれません。そもそも、親であるかどうかに関わりなく、小さな子が理不尽な目に遭うことは誰にとっても辛いものです。このような理由から「子どもが複数死傷する事案」が外部からの支援を必要とする結果となったのだと推測できます。

以上のように、事案の種類によって辛さの原因は異なります。多くの職員は回復の道を歩みますが、さまざまな理由から他の職員より時間がかかったり、追加の支援が必要になったりすることもあります。これらのことを参考に必要な関わりを行ってください。

2. 災害救援組織のメンタルヘルス対策に関する基本的な考え方

先のような事案が発生し、支援依頼に応える際に必要となる災害救援組織におけるメンタルヘルス対応の基本的な考え方を概観します。平時の対応は予防教育等に、有事の対応は惨事後の介入に活用してください。

(1) 平時：予防教育

ー全般的なメンタルヘルスケア（セルフケア、ピアサポート、組織対策）

消防および広義の災害救援組織において行うべきメンタルヘルス対策は包括的なものでなければなりません（図1）。対策の土台は全般的なメンタルヘルスです。これは職員個々が心身共に健康であることを目指します。ストレスについての理解、ストレスマネジメントをはじめとするセルフケアを行うスキルの習得と実践、不適応や惨事ストレスの影響から異変を示している職員の早期発見と早期介入を目的とするラインケアなどが含まれます。

また、業務柄、寝食を共にすることも多いため、仲間同士での見守りも重要な役目を果たします。しかし、「見守り」は簡単で消極的な対応と誤解されがちです。特に、災害救援職は酷い目に遭った人に対して積極的に何かをすることを叩き込まれています。そのため、見守りは何もしていない、と思われがちです。ですので、見守りはただ見ているだけではないことを分かりやすく伝える必要があります。なぜなら、その効果を最大限発揮させるには、普段からの積極的な観察やコミュニケーションが不可欠だからです。このような方法による情報収集の結果、職員それぞれの普段の状態（ベースライン）を把握することができ、いま目の当たりにしている言動が了解可能な範囲内にあるのかどうかを判断できるようになるのです。ですので、見守りができるという土台はピラミッドの中段および上段を効果的に行う上でも必須であり、非常に重要なのです。この「見守り」を最大限活用したセルフケアおよびピアサポートを行う方法が「ストレス・ファーストエイド（Stress First Aid: SFA）」です。詳細は別項目で解説します。

ーハラスメント

ピラミッドの中段はハラスメント対応です。個々が健全でも人間関係に問題があると組織の機能レベルは落ちてしまいます。また、とても辛い業務でも職場の人間関係がほどほど良好であれば、仲間と支え合い、大変な時期を乗り切ることも可能です。しかし、ハラスメント予防や事後対応が適切に行われなければ、被害者だけではなく、被害を見たり聞いたりした職員にも組織に対する不信感が芽生えます。逆に、同僚や上司を信頼できるような関係性があれば、メンタルヘルス上の不調に陥った職員が自ら相談に来てくれる確率はあがるでしょう。また、職員同士の関係がよければ、同僚の異変にも気づきやすくなり、早期発見にもつながるのです。このような理由からも、また、職場の安全や人間関係を良好に保つためにも、ハラスメント予防対策を講じることが重要なのがお分かりいただける

と思います。

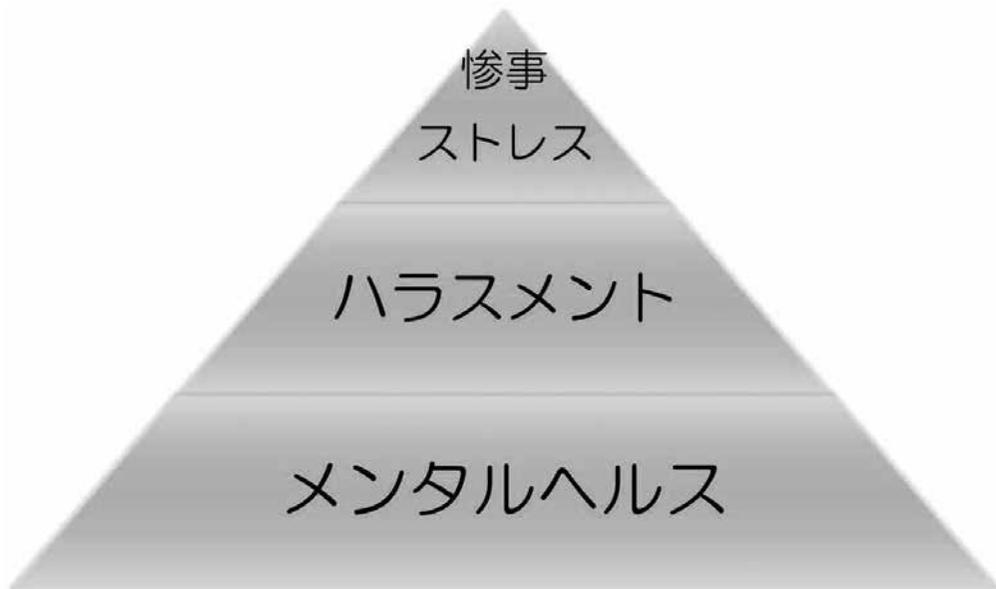


図1 災害救助組織におけるメンタルヘルス対策の全体像（ピラミッド）

－惨事ストレス

惨事ストレスとは、災害救援者が現場活動を通して体験する業務に特化したストレスです。事件や事故に遭遇し、生死をさまよう状態に陥っている市民を目の当たりにしたり、市民の財産や生命を守るための活動時に消防職員自身が命の危険にさらされたりすることで生じます。惨事ストレス対応はピラミッドの上段に位置づけました。これは惨事ストレス対応が最も重要だと言っているわけではありません。その逆で、下の二段が十分に機能していたなら、惨事ストレス対応に特化した取り組みが手薄でも影響を受けた職員の回復は見込めるからです。なぜなら、個々が健康で、組織に対する信頼があり、仲間の支えがあれば、その職場は回復を促す環境となるからです。そのため、事案直後に惨事ストレスの影響が出現しても自身の回復力やその他のスキルを発揮し、回復の道を歩むことになるのです。惨事ストレスに関する基本的な情報は兵庫県こころのケアセンターのホームページ「災害救援者のための資料 (https://www.j-hits.org/document/disaster_rescuer.html)」に掲載している「消防職員のための惨事ストレス対応マニュアル」をご参照ください。

(2) 有事：惨事後の介入

－対象は健康な集団である

まず、介入をする際に覚えておくべき重要な点は、災害救援組織は健康な集団である、ということです。近年、労働者の労災認定件数は右肩上がり、残念ながら消防職も例外

ではありません。総務省の「令和2年度地方公務員の過労死等に係る公務災害認定事案に関する調査研究」²⁾によると脳・心臓疾患を原因として公務災害が認定された消防職員は7件（警察職員は31件）、精神疾患の場合、消防職員は男性21件・女性1件（警察職員は男性16件・女性3件）でした。その理由としては「異常な状況への遭遇」や「対人関係等」が上位を占めています。この結果は社会が変化した故の当然の成り行きであり、彼らの健康度が下がったわけではありません。

ー組織が回復の場となるのを目指す

健康な集団が対象者である場合、彼らを病人と捉える病理モデルは不適切です。その代わりに、彼らに内在する回復する力を引き出すために必要なことを考えてください。そのためには、彼らが所属する組織や隊が回復を促す場であるか、という視点が不可欠です。また、トラウマのきっかけとなったことが仕事関連であった場合、良かれと思い「休ませるために業務から外す」ことは回復の道を逆行することにもなりかねないことも心に留めておいてください。酷いことが起こった直後に不安や恐怖を感じるのは当然で、その感情を思い出させる場所や人を避けたいのも理解できます。本人が業務から外れることを望むなら別です。しかし、そのような回避が長引くと最終的に復職する際の不安や恐怖は事案直後の数倍になるのは想像に難くないでしょう。そのため、可能な限り、避けたい気持ちを抱えながら業務を続け、それを乗り越えられる環境を提供して欲しいのです。

ー回復を促す5つの環境要因

では、回復を促す環境とはどのようなものをさすのでしょうか。Hobfollら³⁾は酷い目に遭った人が回復するために必要とする環境に共通する5つの要素を特定しています。それを図2に示します。これらは災害時のこころのケアとして推奨されているサイコロジカル・ファーストエイド⁴⁾のアメリカ版が基盤としている要素です。それぞれが意味することと具体例を挙げました。

【安全・安心】

・影響を受けた職員や支援に関わる人が物理的に安全で、安心できる環境

「この組織や職員は、安全なのか？安心だと感じられているのか？」

「もしそうでないなら、何が妨げになっているのか？」

例 マスコミの取材攻勢から関係者（職員の家族も含む）が守られている

例 支援を担当する職員が困ったり悩んだりした時、すぐに相談できる人がいる

例 現場活動をした職員には安心して心の中のわだかまりや困りごとを話せる人がいる

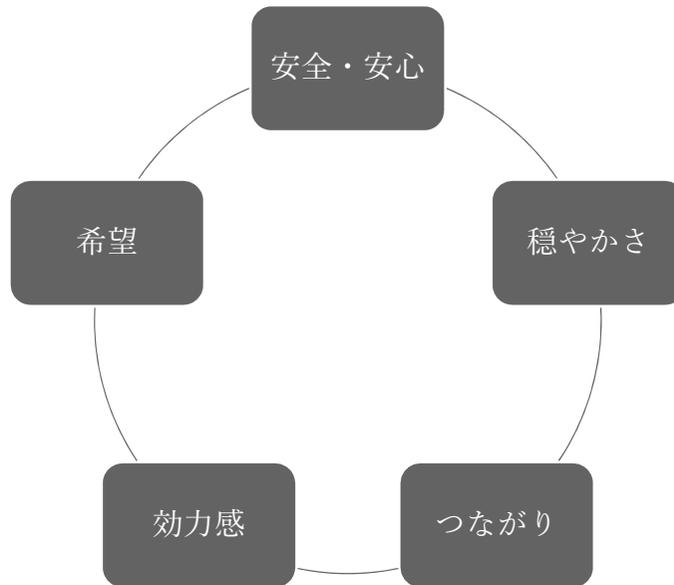


図2 回復を促す環境要因

【穏やかさ】

- ・影響を受けた職員や支援に関わる人が冷静さや落ち着きを取り戻せる環境

「組織や職員はこの状況でもある程度の冷静さや落ち着きを持ってているのか？」

「彼らが冷静さや落ち着きを取り戻すことの妨げになっているのは何か？」

例 動揺をもたらすニュースが入ってきた際、冷静さを保ちやすい場所や人がいる

例 影響を受けた職員に同僚たちが冷静さを保ちながら対応できる術がある

例 職員の回復を促すために職場が計画している支援内容を周知し、見通しを示す

【つながり】

- ・安全や安心、穏やかさを取り戻すために必要な人・物・情報とつながれる環境

「彼らが安心感を抱くために必要な人は？物は？情報は？」

「彼らが落ち着きや冷静さを取り戻しやすくなるために役立つ人・物・情報は？」

例 同僚や家族の安否に関する情報

例 一緒にいるだけで安心できる同僚や家族

例 困ったことがあった際に連絡ができる専門組織や専門家

例 惨事ストレスの影響から回復する際に役立つ対処策

【効力感】

- ・目の前の状況に対処するために自分がすべきことを実行できると思える環境

「何があれば、誰がいれば、どんな組織とつながることができれば、
彼らは自分がすべきことをできるようになるのか？」
「自分がすべきだと思うことを見極め、実行に移すのを邪魔しているのは？」

例 影響を受けている同僚に掛ける具体的な言葉や方法

例 現場復帰に伴う不安や恐怖を乗り越えるために必要なサポート

【希望】

- ・自分や同僚、組織を再び信じ、この出来事も乗り越えられそうだと思える環境

「彼らが組織を信じられるようになるために必要なことは？」
「彼らが自分や同僚を信頼できるようになるのを妨げていることは？」

例 組織や管理職が現場職員の声に耳を傾ける

例 管理職や隊長らが職員を見守る

例 職員に労いの言葉をかける

このように5つの要素を支援時の枠組みにすることで情報収集や支援の目的や方向性が明確になります。外部専門家は平時に行う業務においても同様のことを利用者に行っているはずですが、対象者が異なる上に有事だと気負いが生じます。そんな時、この要素は支援者が冷静で落ち着いた態度を持って組織や職員に関われるよう導いてくれるでしょう。

3. 惨事への対応

惨事対応に正解はなく、そのやり方は多種多様です。この項では、惨事介入の全体像を時系列に沿って説明した後、セルフケアとピアサポートを強化するための方略、惨事ストレス後のストレスチェックの活用方法、個人面談について解説します。

(1) 事案発生から介入までの流れ

ー事案発生

外部専門組織に支援要請がある場合の流れを図3に示しました。普段からの関係がある場合、発災当日に連絡がある可能性も否めません。しかし、社会の注目を浴びる事件事故後はマスコミ対応、警察の聴取、事故調査など、職場は目の前のことに追われます。職員のことを後回しにしているわけではありませんが、次々に起こることに対処するだけで手

一杯でも不思議ありません。殉職事案の場合、亡くなった職員の家族へも対応が必要です。お通夜や葬儀などもあります。ですので、最初の連絡が入るのが事案発生から1週間後ということもあるでしょう。支援要請の連絡時、すぐにでも対応して欲しい、と言われます。しかし、これまで記してきた通り、「仲間を失った直後に職員が落ち込んだり、感情的になったりするの当たり前」であることを思い出し、その旨を伝えてください。そして、業務に影響が出ているのかを確認しましょう。冷たく聞こえるかもしれませんが、組織介入の目的は業務の継続であり、そのために職員の回復を支えるのです。

職場としてやるべきは見守りの強化です。小隊長(現場で活動する最も小さい単位のリーダー：消防業務や呼称などは付録「消防の仕事」を参照ください)に対し、自分の部下の様子が普段と比べてどうなのか、現場に出して大丈夫だと思えるのかどうかを基準に、おかしい点があればどこに伝えればいいのかを明確に指示してもらいます。このようなやり取りをすると、影響は受けているものの、業務に支障が出ているとは聞こえてきていない、という回答が得られます。万が一、現場に出せない程の影響を受けている職員が出てきたら個別に対応する旨を伝えましょう。

次いで、関係者の現状を尋ねます。殉職の場合は、現場活動をしていた人だけではなく、亡くなった職員と親しかった人や同期も対象となります。亡くなった職員の直属の上司や現場責任者(「指揮隊長」)は強い自責感を抱いている可能性があるため注意が必要です。そして、ご遺族の様子についても尋ねます。通常、家族ぐるみの付き合いをしている職員が家族と職場の仲立ち役を行っているので、その人の様子についても確認してください。事案発生からの時間経過にもよりますが、お通夜や葬儀への参列ができていたのかなども尋ねましょう。喪の作業を行うためには欠かせません。

職員が大けがを負い入院するようなケースでは現状と今後の見通しについて尋ねます。治療は必要でも現場に復帰できるのかどうかは関係者の自責感を左右します。ご家族の様子がどうであるのか、家族と職場との関係がどうなのかについても分かる範囲で教えてもらいましょう。同時に、職員の病状や回復の見通しなど、ご家族の許可が得られる範囲で職員に通知することが安心感を生むことにもなります。また、職場としての対応を随時、職員に通知することも職員が安心感や信頼感を抱くのに役立ちます。この場合、関係者のみならず、職員全員に通知することの重要性を伝えましょう。

このタイミングで大切なのは、支援要請をして来た人=対応担当者が安心できるような関わりをすることです。ですので、「(担当者は)何に困っているのか」「どんなことに不安を感じているのか」という視点を持ち続けましょう。そして、今後も何か困ったことがあればどんな些細なことでも構わないのでいつでも連絡してください、と伝えることも重要です。

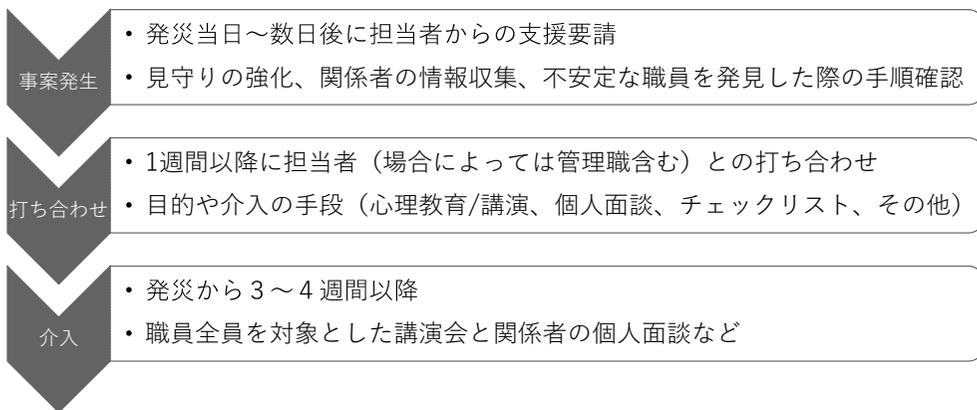


図3 介入の流れ：時系列

ー打ち合わせ

最初の連絡以降も電話やメールを使い担当者とのやり取りは続きます。殉職の場合、1から2週間以降に外部専門家が消防署に向向くこともあります。打ち合わせの目的は、事案の詳細、この時点での職員の様子、実際の介入の目的と手段の確認です。殉職案件であれば、この頃には事案の事実が整理されているので、何が起こり、誰がどこで何をしていたのかについての詳細な説明を受けることができます。職員の現状やご遺族の状態についての報告も受け、職場が外部組織に期待することを聞き取ります。そして、心理教育を主体とする講演会、チェックリスト、個人面談などの中から何が必要なのかを職場が選ぶのを手伝えることもあります。打ち合わせの時点で、チェックリストの個人結果の集計が終わっている場合もあり、その点数を基に手段を選ぶこともあります。逆に、外部支援者が候補を提案し、選んでもらうこともできます。殉職の場合、講演会と個人面談を組み合わせで行うのが主流です。

対象人数が多いと関係者全員の面談をするのが難しいことがあります。しかし、基本的には関係者全員を対象にするよう心掛けています。なぜなら、面談を受ける職員に対する「影響を受けている人（＝弱い人）」等のレッテル張りを避けるためです。当然、関わるのできる専門家の数などを考慮し、対象を絞ることもあります。とはいえ、様々な事情で全員の面談が叶わないなら、その理由を職場全体に通知しましょう。面談を行う際の注意点は「個人面談」の項目をご覧ください。

事案によっては、講演会のみを行うこともあります。時間は1時間から2時間で、対象者は関係者に絞ることなく、参加できる人になるべく来てもらうように働きかけます。そうすることで、基本的な知識を持つ人が増え、職場が一丸となり影響を受けている仲間を支えることが可能になるからです。そのため、大勢の人が参加できるよう講演会は複数回行うことがあります。

ー介入

事案発生から早くても3週間、通常は1か月以降に介入が行われます。専門家が直接、職員を対象に行う介入は講演会か面談（あるいはその両方）になるでしょう。個人面談を外部専門家が行う際、主な目的はどれくらい回復しているのかの確認です。そのためには事案発生直後は不適切で、3から4週間経過していなければなりません。京都アニメーション火災事件後は職員と消防団員を対象に講演会を開催しましたが、これも事案発生からそれぞれ5週間後と8週間後に行われました。

介入は種類に関わらず基本、勤務時間内に職場で行います。支援を受けるのは業務の一環と考えるためです。過去には、面談途中の出動要請に対応しなくてはならず、別の人の面談を行い、帰署後に続きを行ったこともありましたが、しかし、出動が頻繁だとこのような対応は現実的ではありません。そこで、面談時間枠は代替要員を準備し、面接時間を確保する消防署が増えました。これら以外に消防署で外部専門家が面接を行う際の現実的な注意点は、心的トラウマ研究第14号掲載の「消防職員のための消防庁緊急時メンタルサポートチームの利用方法：派遣および受け入れ時の手続きと役割分担」⁵⁾をご参照ください。

ーフォローアップ

介入は、面談や講演会が終われば、一旦終了となります。当然、関係者に何らかの問題が発生すればその都度、対応します。しかし、いつまでも継続するのは得策ではありません。打ち合わせの際に定めた目的を達成したら終了とすることをお勧めします。このようなタイプの介入は始めるのは簡単ですが、いつを終わりとするのが難しい側面があります。必要に応じて対応することさえ明確になっていけば、業務完了としても担当者や組織が不安を抱くことはないはずです。

事案発生から1年後前後に、再度、自記式チェックリストを利用したい、と相談されることがあります。最終的には職場が決めることですが、その際に示唆すべき点があります。まず、チェックリストを使わなければならない具体的な理由（例 業務に支障がある）がない限り、労力の無駄になりかねないことです。なぜなら、事案から1年後のチェックリスト結果は事案以外の影響も反映され、事案発生直後より悪い結果になる可能性があるからです。何が目的なのかを必ず確認してください。職場が適切な対応をした、ということの証拠にチェックリストの結果を使いたい、と考える幹部もいるようですが、結果が望み通りになる保証はどこにもありません。業務が継続されており、具体的な心配がないなら、担当者が余計な仕事を抱えずに済むことが優先されるべきでしょう。

(2) 「ストレス・ファーストエイド」：セルフケアとピアサポートモデル

危機対応は外部専門家しかできないわけではありません。平時の業務同様、支援相手（この場合は消防職員と消防組織）ができることは自分たちでやってもらいましょう。また、職場が回復の場となるためにも、セルフケアとピアサポートの底上げが役に立ちます。

この項では、災害救援者を念頭に開発された惨事ストレスに対応するための「ストレス・ファーストエイド」を紹介します。講演会の教材にすることもできます。

ーストレス・ファーストエイドの概要

災害救援組織に対して推奨している全般的なメンタルヘルス対策では、職員が自身の心身の健康を保てるようにするセルフケアと仲間同士で支え合うピアサポートの重要性を説明しました。そこで、平時のみならず、惨事の後にも利用できる具体的な方法を盛り込んだのがストレス・ファーストエイド（Stress First Aid：SFA）です⁶⁾。SFA は介入時の原理原則で紹介した要素を災害救援者や支援者が抱える影響や葛藤からの回復を目的に開発されました。サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid：PFA）は災害時の活動指針ですが、SFA は災害救援者に特化したPFA といえます。

SFA は、業務を通して受けたこころの傷を仲間や組織に見守られ、支えられながら回復するために何をすればいいかを示しています。惨事ストレスの影響を受けた際、業務に支障が出ているか（業務の継続が可能か）どうかを見極めるポイントと、各段階で何をすればいいのかを教えてください。

ーストレス連続体モデル

SFA は「ストレス連続体モデル」を基にした「7つの行動内容」で構成されています。このモデルはその名の通り、ストレス反応はレベルや質が異なる連続体であることを示しています（図4）。この連続体モデルでは、心身が健康な「準備万全（緑）」から始まり「ストレス反応（黄）」、「ストレス傷害（オレンジ）」、「ストレス障害（赤）」にレベル分けされ、右に行くほどに状態は悪く、積極的な関わり、または専門的な支援を必要とします。

準備万全	ストレス反応	ストレス傷害	ストレス障害
〈定義〉 ☆最適の機能 ☆適応的成長 ☆健康 〈特徴〉 ☆自身の最善状態 ☆よく訓練され準備万端 ☆自制 ☆身体/心理的に健全 ☆活動に集中 ☆高い動機 ☆落ち着き、安定 ☆楽しむ ☆倫理的な振舞い	〈定義〉 ☆軽度で一過性の苦痛や不具合 ☆必ずなくなる ☆リスク低い 〈特徴〉 ☆イライラする、心配症になる、気分が落ちる ☆やる気の喪失 ☆睡眠困難 ☆筋緊張、その他の身体的変化 ☆楽めない 〈原因〉 ☆何らかのストレス因	〈定義〉 ☆より深刻で持続する苦痛や不具合 ☆傷を残す ☆リスク高い 〈特徴〉 ☆コントロール喪失 ☆パニック、激怒、抑うつ ☆いつもの自分と異なる ☆過度の罪悪感、恥 〈原因〉 ☆生命の危機 ☆喪失 ☆内的葛藤 ☆擦り切れ/消耗	〈定義〉 ☆精神疾患 ☆未快復のストレス傷害が生活に支障 〈特徴〉 ☆症状が持続し、時間経過とともに悪化 ☆重篤な苦痛、社会的、職業的な支障 〈種類〉 ☆PTSD ☆抑うつ ☆不安 ☆物質乱用

図4 ストレス連続体モデル

この図で重要なのはオレンジの「ストレス傷害」です。ストレス反応なら通常のセルフケア等で緩和したり解消したりすることが可能です。しかし、ストレス傷害は惨事ストレスの影響を悪化させ、より深刻な状態である「ストレス障害」に陥る土壤となります。そのため、ストレス傷害の引き金を体験している人がいれば、積極的な対応が必要となるのです。具体的な対応は、後のSFA行動内容で示します。ストレス傷害を引き起こす要因は4つあるとされています（図5）。

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

図5 ストレス傷害の原因

「生命の危機」は文字通り、現場活動中に自分、仲間、要救助者の命が危険にさらされたり、自分の判断やミスにより仲間や要救助者の命が脅かされたりする状況だと言えるでしょう。

「喪失」の例としては、以下のようなことがあります。殉職で大切な仲間を失う。訓練中の大ケガがきっかけで現場復帰が絶望的になる。要救助者の命をつなぐことができず（最善を尽くしていても）自分は救急救命士失格だと感じる。これらは職業アイデンティティの喪失と言えるでしょう。惨事案件後の対応が不十分で組織や上司に対する信頼を失うことも喪失となります。

「内的葛藤」は、先に救急搬送したのが加害者だったと後に分かる。災害時、自宅に残された家族が何度も救助要請の連絡をしてくるが、「必ず向かうのでそれまで頑張ってください」としか言えない。自分の家族の安否が分からない中、現場に行かなければならない。火の勢いがあまりにも激しく、現場に到着した時には要救助者が全員死亡していてできることは限られている。道徳的な傷と呼ばれることもあります。

「擦り切れ/消耗」は、地域を巻き込む災害で普段の何倍もの救助要請が入って来る。緊急援助隊の派遣が決まり、後方支援業務をしながら休日を返上し平常業務をこなさなければならない。コロナ禍で業務量が増え、仮眠が全く取れず出勤し続けなければならない。業務量が多いのも擦り切れにつながりますが、自分たちの行為が報われない場合の消耗度合いは激しさを増すでしょう。

外部支援者が要請されるような事案は、これらの原因が複数存在していても珍しくありません。職員の影響や予後を評価する際の参考にしましょう。また、ストレス傷害に陥った場合、業務に影響が出ていても不思議ないため、産業医や保健師など、地域の専門家を積極的に利用することを推奨してください。

－ 7つの行動内容

SFA は7つの行動あるいは行動指針によって構成されています（表2）。以下、それぞれの行動について解説します。

	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

表2 SFA 7つの行動内容

「観察と見守り」は、自身や同僚のベースライン（普段の状態）を獲得するための情報収集行為で、惨事の有無に関わらず行います。セルフケアも原理は同じです。内省を通して自身のベースラインを把握し、ストレス発散を含む必要な行動をとります。得られたベースラインは、早期発見を可能にします。その後、必要な支援や資源につなぐのが「調整」と呼ばれる行動です。「観察と見守り」は適切に実行されれば、外部の専門家には察知できない小さな予兆を把握できます。やる気になれば職場の誰もが実行できることであるのがお分かりいただけるとと思います。調整で外部の専門家の助けが必要になることもあるかもしれませんが、早期発見ができなければ何も始まりません。まずは、「観察と見守り」。そして、その延長線上に具体的な対応につながる「調整」があるわけです。

残りの5つは「回復を促す5つの環境要因」で記した要素の応用です。何を目的に「観察と見守り」を行い、「調整」すればいいのか、を示唆してくれます。安全と安心は「安全と援護」に変更されていますが、基本的な考え方は同じです。また、この行動内容はセルフケアおよびピアサポートを念頭に考案されています。職員が実行できる具体例を交えながら5つの行動内容を解説します。外部専門職として講義等の依頼があった際の参考にしてください。

「安全と援護」は惨事ストレスの影響を受けている人が守られていると感じる行為すべてです。何をもち守られていると感じるか。そこには個人差があります。直接、本人に語ってもらえるのが一番ですが、強いストレス反応が出ている場合、言葉にするのが難しいこともあるでしょう。そこで、支援者が自問するべきは、該当職員は「安全だと感じているだろうか?」「組織に守られていると感じているか?」です。そして、不安や危険だと感じる原因を和らげたり、解消したりするのに役立ちそうなことを提案し、本人が興味を示したことを行いましょう。効力感を再体験してもらうためにも、本人ができることは本人に任せます。また、本人がやるべきことをしやすくなるような調整（例 必要な情報や専門

組織につなぐ；手伝ってくれそうな人につなぐ、など）をする場合もあるでしょう。

何も思いつくことがなく、ただ傍にいる、寄り添うだけでも十分な場合があります。例えば、ヘリコプターが墜落し、複数の職員が亡くなる惨事が起こった場合。誰もが言葉を失い、強い無力感にさいなまれるでしょう。これは外部専門家にも言えることです。そして、この無力感を払拭するために、何かをしたい・しなければと思うのは自然なことです。ただ、何をしても亡くなった職員は戻りません。大切な仲間が亡くなれば職員が強い悲嘆にくれるのは当然です。彼らがその悲しみを感じ、必要な喪の作業を行える安全な環境を整えるのが支援の目的です。自然回復の邪魔にならないように、何か必要なことがあった時にはすぐ動けるように待機することが仲間や外部支援者にできることなのです。

「穏やかさ」は、動揺した組織や職員が少しでも冷静さや落ち着きを取り戻せるようにすることです。そのためには、穏やかさを抱くのを邪魔していることが何なのか、何が動揺を和らげるのに役立つのか、を考えなければなりません。亡くなった職員の家族が敬意を持って扱われていることを知ることが、組織や職員が落ち着くのに重要かもしれません。東日本大震災では大勢の殉職者が出ました。生き残った職員の多くは殉職者の家族に対して職場が早々にその事実を伝えられなかったことに強い憤りを感じていました。生き残った人が罪悪感を抱くことを「生存者の罪責感（サバイバーズ・ギルト）」と言います。生死の境目がいたる所に存在する大災害では、自分が反対側にいたかもしれないと思い知らされます。その結果、殉職者の家族が自分の家族と重なり、彼らが適切に対応してもらえないことを自分事を感じても不思議ないでしょう。

職員が動揺していたら、「何が不安/心配なのか？」と尋ねるといいでしょう。病院に運ばれた職員の状態が分からないから、と答えるかもしれません。不安や心配の原因が明らかかな場合、それを解消するのに役立つ情報、人、物とつながります。その行為が「つながり」です。中には、何が不安なのか（あるいは心配なのか）分からないと回答する人もいます。直後であれば当然の反応です。そんな場合は、自分がそんな立場だったらどんなことに不安を抱えるか、何を心配するかを想像してみてください。自分の安否を家族に伝えられていないから、と言う人もいるかもしれません。

「効力感」はこの状況下でも自分がすべきことが分かり、それを実行できると思える感覚です。災害救援者は困った人に何かをすることを教育されます。ですので、影響を受けている同僚を目の当たりにすると何かをすることが当然だと思いがちです。しかし、周囲がやり過ぎることの弊害にも気づいてもらいましょう。本人が頑張ればできるのに、誰かがやってしまうと、「自信はなかったけれど、やればできるんだ」と実感できる機会を奪うことになりかねません。周りに助けを求めることや手助けすることを否定しているわけではありません。ただ、効力感自分が行動を起こすことでしか再確認できません。当人が回復の主体となり、自分ががんばったのでここまで来ていると思えるような関わりを目指しているに過ぎません。

最後は「自信と希望」です。元々は「希望」のみですが、原則の意図を理解しやすくするために変更されました。この行動は、自身、業務、人生、仲間、組織に対する信頼を回

復し、自信を持てるようになることです。災害が起こると絶望、不信が芽生えることがあります。組織や仲間の対応がまずいとなおさらです。対応がまずくなるのは、関係者が安全で援護されていると感じられず、穏やかさを取り戻せていないからかもしれません。落ち着きや冷静さを欠いた状態では必要な情報を集めることはできず、集めた情報を基に適切な判断もできません。なので、安全や援護されていると感じ、穏やかさを少しでも抱けるようになるのに役立つ人・物・情報とつなぎ、効力感を再認識できる行動を職員が実行できるようにしたいのです。

すでに記した通り SFA の行動内容は平時でも利用できます。例えば、適材適所になっていないため職場不適応を起し、職員が不調に陥ることは珍しいことではありません。また、ハラスメントが原因で関係者がストレスを抱え、業務に影響が出ることもあるでしょう。惨事ストレスのみならず、その他の状況で応用できるようになるためにも普段からの実践は不可欠です。平時にできないことが有事にできるわけはありません。ですので、惨事後だけではなく平時の職場におけるピアサポートを行う手がかりとしても活用するよう予防教育としても推奨できます。

(3) 心理尺度を用いたストレスチェック

介入の選択肢として心理尺度を用いたチェックリストの利用があります。先述の令和2年度に行った消防職員を対象にした調査¹⁾の結果、外部支援者が提供する支援で利用するだろうと回答した人が最も多かったのが自記式のチェックリストでした。チェックリストは全体像をつかむには有効です。しかし、データ入力や分析、情報管理など煩雑な側面があるのも事実です⁷⁾。そのため、積極的に利用を促すことはしていませんが、組織がその方法を選ぶなら、適切な方法で実施されることが肝要です。そのため、ここでは自記式チェックリストを適切に使用する際のポイントを示します。

ー使用尺度と選択基準

尺度選択の基準は表3に示した通りです。項目数が多過ぎると最後まで回答せず、未回答の項目が多くなります。また、回答の精度が落ちることにもつながり、データの信ぴょう性も低下します。尺度が標準化されているかも確認しましょう。標準化とは、その尺度が測定したいものを測定していることを保証し、結果を解釈する基準を示せるようにするための作業です。標準化されている尺度の結果には根拠が伴い、他の調査研究の結果と比較できるメリットもあります。無償で利用できるかどうかも重要な点です。対象となる職員の数が多くなると費用はばかになりません。尺度の中にはどの時期に使用するべきかが決まっているものがあります。例えば、惨事ストレスの影響を測定する際に心的外傷後ストレス障害 (post traumatic stress disorder : PTSD) の診断基準に基づいて作成された尺度があります。PTSD の診断はトラウマ的な出来事を経験してから4週間が経過していないとできません。そのため、この尺度は悲惨な出来事を体験して30日以上経過してから使

用します。酷い出来事を経験した直後に影響が出るのは当然です。そのため、この尺度を使用条件より早い時期に利用すると多くの項目に該当し、得点は高くなります。しかし、直後に強い影響が見られても社会機能に影響が出ることなく回復する人も大勢います。正確な職員の状態を知るためには、利用を計画している尺度の使用時期が適切であるかも確認してください。

表3 尺度選択の基準

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> 1) 項目数が少ない 2) 標準化がされている 3) 無償である 4) 使用時期が適切である |
|---|

兵庫県こころのケアセンターでは、以下の2つの尺度を利用しています。Kessler10 質問票日本語版 (The Kessler Psychological Distress Scale: K10) は、不安と鬱症状のレベルに関する10項目からなり、症状の頻度を5段階(0点から4点)で測定します⁸⁾。K10の場合、0点はリスクなし、1点から5点は低リスク、6点から19点は中リスク、20点から40点だと高リスクと解釈します。記入日におけるこの30日間の状態について尋ねます。項目数が6のK6というのもあります。K10は文末に掲載しています。

改訂版出来事インパクト尺度 (Impact of Event Scale-Revised: IES-R) は、PTSDの3症候群である再体験、回避、過覚醒の有無を尋ねます⁹⁾。22項目からなる尺度で、各項目の症状にどれくらい強く悩んでいるかを5段階で評価してもらいます。合計得点が25点以上だと高リスクと解釈します。PTSDのきっかけとなる出来事が生じてから30日以降に利用し、記入日における1週間の状態を尋ねます。IES-Rは公益財団法人東京都医学総合研究所のホームページ <https://mentalhealth-unit.jp/research/ptsd> からダウンロードできます。

結果を解釈する際には注意点があります。この尺度で高リスク判定が出たからと言ってPTSDの診断が必ず下るわけではありません。影響が強く出ていても業務(と私生活)に支障がなければ経過観察となります。また、IES-Rの点数が低くても業務に影響が出ることもあります。つまり、単体の尺度だけで結論を下すのではなく、K10のような全般的な精神健康を測定する尺度と組み合わせた上で、総合的な評価を行うことが大切です。

－目的と個人情報取り扱い

次は質問紙の準備に取り掛かります。その際、チェックリストの結果がどのような目的で利用され、誰が閲覧できるのかを明確に記しましょう。以下に、緊急消防援助隊として派遣された職員を対象に行うメンタルヘルスチェックを兵庫県こころのケアセンターが委託されたと想定した例を示します。

兵庫県こころのケアセンターは、〇〇消防本部より委託を受け、緊急消防援助隊として被災地に派遣された職員を対象にこころの健康チェックを実施します。この調査票は、職員のみなさんの「こころの健康状態」を調べ、自身の「こころ」の変化に気づいていただき、必要に応じてメンタルヘルスの改善を図っていただこうとするものです。こころの健康状態に関する個人結果は、各人に親展扱いでお返しいたします。

この調査票は記名式で行いますが、お答えいただいた方の氏名や個人結果を〇〇消防本部に提供することはありません。ただ、個人が特定されない様式でまとめた組織分析の結果は今後の対策を講じるための資料としますので組織に提供することをご了承ください。また、本調査票への記入は任意です。提出しない場合でも不利益を被ることはありません。

なお、この用紙の提出を持って、当センターの個人情報の利用と管理に関して、同意いただけたものとさせていただきますのでご了承ください。

この設定では、組織は個人結果を見ることはできません。しかし、組織により、その扱いは異なります。調査実施者以外で生データを見ることが出来る人物がいる場合は明記してください。大切なのは、説明責任を果たすことです。上司が生データを見られることが知られば、回収率は悪くなるかもしれません。回収率は下がらなくても、過小評価や過大評価の回答が増え、職員の状態を正確に測定できなくなるかもしれません。しかし、そのようなことも踏まえ、組織が開示範囲を選択・明記することが肝要なのです。

そして、文末には提出期日や回収方法、実施担当者の氏名と連絡先を書き記すと表紙として利用することもできます。また、殉職事案のように関係者の悲嘆や落胆が激しい場合は、この文章とは別に、職員に対する労いや感謝の言葉と同時に、この悲劇を乗り越えるために力を貸して欲しい等の組織長からの言葉を入れても良いでしょう。

ー結果のフィードバック

自記式チェックリストの個人結果は可能な限り、各職員に返すことを検討しましょう。そうすることで、自分の状態を把握し、必要なセルフケアにつながる可能性が高まります。そのためにも、個人結果を返す際には、点数やストレス反応の推移が意味するもの、どの時点でどんな支援を検討すべきなのかを平易な言葉で記してください。例えば、「ぐっすり眠れない、食欲がない状態が1週間程度改善せず、仕事や家庭内での役割に影響が出たら、産業医に相談してください。」また、その地域で利用できる外部専門機関の名称や連絡先、あるいはどのような支援が期待できるのかについても簡単にまとめてあるといいでしょう。

もし、さまざまな理由から個人結果を職員に返すことができない場合でも全体の結果を最低でも対象者に、可能ならば全体に知らせる機会を設けましょう。もちろん、そういう

計画であれば、その旨を調査票の表紙に説明しなくてはなりません。その結果を受け、組織がどのような介入を計画しているのかも一緒に伝えてください。組織が懸命に職員の支援を行っていても、その内容が組織全体に伝わっていなければやっていないのと同じです。こういった行為が組織に対する信頼の構築にもつながるのです。

ーマスコミ対応

職員のこころのケアについて尋ねられた際、マスコミに対してどこまで説明するかは悩ましい課題です。組織として適切な対応をしていることをメディアに伝えることは構いません。ただ、その流れで結果の開示を求められることもあります。そうなった場合、どうするかを先に考えておきましょう。そうすることで、必要な説明をチェックリスト配布時に記載できます。しかし、職員の同意が得られていたとしても、一旦、結果がマスコミの手に渡ってしまうと、数値だけが独り歩きすることもあります。つまり、組織が望むような形で報道される保証はどこにもないということです。最悪、本来の意味とは違う表現で紙面を飾ることもあります。組織が第一に考えるべきは職員が順調に回復の道を歩めるようにすることです。なぜ組織がマスコミに公表するのかの理由も含め、はっきりと記すようにしてください。

(4) 個人面談

介入の選択肢の3つ目は、個人面談です。先述の令和2年度に行った消防職員を対象にした調査¹⁾では、外部専門家より上司や管理職などが行うものも多く含まれていましたが、面談に対する評価はおおむね高い結果でした。この項では、危機介入の面談を消防職員に対して行う際の流れと注意点を解説します。

ー面談の枠組みと全体像

面談の枠組みは、普段の相談業務と基本的には変わりません。面談の全体像と流れを表4に示しました。面談で何をどれくらい尋ねるかは割り当てられている時間にも左右されます。理想は45分から60分ですが、対象者が多く、専門家が少ないと当然、面談時間は短くなります。

十分に時間があっても現場で何があったのかについての詳細に時間をかけることはしません。辛い内容について語らせ過ぎることには弊害があるためです。本人が話したが場合でも当時の状況を詳しく語ると感情や身体感覚まで鮮明に蘇り、せつなく落ち着いてきたストレス反応が再燃し、不安定になることがあります。もちろん、語ることで状態が安定する人もいるでしょう。ただ、対象者について知らないことが多い中、危険を冒すのは得策ではありません。職員の状態を安定させることを目的にしている介入で、逆の結果を生む可能性があるなら、その道を選択することには慎重でなくてはなりません。

面談の時期は、事案発生から4週間以降に行います。組織からはすぐにでも職員に会っ

て欲しい、と言われるでしょう。しかし、警察での事情聴取、マスコミ対応、遺族対応などやるべきことは多く、職員も職場も落ち着けません。また、面談の目的は業務を継続するために、自然回復が滞っている人を見つけ、必要に応じて対応を講じることです。直後に介入ができたとしても職員の多くは典型的なストレス反応（例 眠れない、食べられない、集中できない、イライラするなど）を経験しているでしょう。しかし、仲間を失うような経験をすればそれは当然の反応です。また、依頼をされる専門家もそれぞれ仕事を持っており、目の前の業務をすべて放り出し、職員や組織の支援に駆けつけることはできません。よって、影響の推移を見て取れる時期やそれ以外の事情もあり、これくらいの時期が妥当なのです。

表4 個人面談の流れ

- 1) 挨拶と自己紹介
- 2) 面談目的の確認と説明
- 3) 情報の取り扱いについての説明
- 4) 面談項目
- 5) 組織に返す内容の確認
- 6) 面談協力への謝意

面談で得た情報は今後の組織対応に活かすため、組織へ報告します。そのため、開始時には、面接者の自己紹介に加え、面談の目的と情報の扱いを明確に伝える必要があります。面談についてどのような説明を組織（あるいは直属の上司）から受けたかについても確認してください。そして、面談を受けるかどうかは職員が選択できる旨を伝え、どうするか決めてもらいましょう。以下に導入例を示しました。

殉職事案後の個人面談での導入例

今回、〇〇消防本部から依頼を受け、現場で活動した人、〇〇さん（亡くなった職員）と親しかった人、自ら希望された人らを対象に面談を行うこととなりました。私は（自己紹介）です。この面談について、どのような説明を受けていますか？（よく分かっていないと思われる場合は以下のような説明を行う）この度の殉職を受け、職員のみなさんを支えるために組織ができることは何かを見極めるのが目的です。〇〇さんがお亡くなりになり、その後、みなさんがどのように対応されているのかを教えていただきたいとも思っています。また、ここで話された内容はあなたの許可なく部屋の外にでることはありません。ただ、対象者全員の面談が終わった後、管理職にみなさんの状態の全体像は報告させていただきます。今後の組織対応に活かすためです。ただ、この面談は強制ではありません。必要ないと思われるなら、今すぐ、席を立っていた

だいても構いません。自分は平気だけれど、気になる同僚や後輩がいる場合、どんな対応をすればいいのかについてなどのご相談に乗ることもできます。どうされますか？

(受ける、と決まった後) 面談時間は〇分あります。この時間をどんな風に使えたら、面談が終わった後、残ってよかったと思われませんか？

一面談項目と具体的な質問例

面談の目的は、現時点でどれくらい回復をしているかを確認し、必要な場合は医療機関等の利用を勧めることです。そのため、事案発生からストレス反応がどのように推移しているのかを確認します。面接では以下の項目について尋ねます。

① 惨事ストレスの影響について

日常業務や私生活における影響について確認します。自発的に語ることが難しそうな場合は、「お話しになった他に、よくある変化を確認してもいいですか？」と前置きし、自記式チェックリストで紹介した K10 や IES-R を利用してもいいでしょう。事案発生直後、K10 などを用いスクリーニングを行っている場合は、現在の得点と当時の得点を比較して、本人に示し、回復の状態を話し合うこともできます。

その他の質問例：

「今回のような経験をする心身にさまざまな変化が生じて不思議ではありません。あなたの場合はどうでしょうか？」

「殉職後、仕事に対する考えが変わった、とおっしゃる方もいます。あなたの場合は、どうですか？」

「無力感や自責感から仕事を辞めたい、と漏らす人もいれば、組織や仲間に対して怒りや不信感を抱く人もいます。そんな風を感じることはありますか？」

「お休みの日の過ごし方はどうでしょうか？事案の前後で変化はありますか？」

「(既婚者や同居家族がいる場合) 配偶者やご家族にお尋ねしたとするとどんなことをおっしゃると思いますか？」

② 対処方法について

続いて、影響への対処方法について確認します。

「先ほどお話しいただいた変化に対処するためにどんなことが役に立っていますか？」

「今回の事案が起こる前(あるいは普段)、ストレス発散にはどんなことをしていますか？」

「今回のことも含め、何か困ったことがあった時、誰に相談しますか？誰なら安心して話ができますか？」

災害救援者の中にはこれまで以上に訓練を行う、と答える人もいます。中には、一般人

だとやり過ぎだと思ふ量や時間だと感じることもあるでしょう。そんな場合は、ケガにつながる恐れ、業務や私生活への影響等を考慮した上で、その対処が妥当かどうかを話し合ってください。

相談相手が誰か、と言う質問はその人のネットワークを知る手立てになります。家族に仕事の話は一切しない人もいれば、話せる範囲でする人もいます。この質問を通して、家族関係や同僚との関係が浮き彫りになり、今後の回復を推測するのに役立つ重要な情報を得ることができるでしょう。

③ 心療内科や精神科への紹介を検討する基準「睡眠と食欲」

惨事ストレスの影響の多くは時間経過と共に改善していきます。しかし、そんな中でも睡眠と食欲の推移は医療機関へ紹介するか否かを検討する上で重要になります。事案直後に眠れなくなったり、食べられなくなったりするのは比較的良好に見られることです。ただ、このような変化もお通夜やお葬式に参列したり、信頼できる仲間と話したりする中、少しずつ改善されていきます。ですので、現在の状態が直後からどのように推移しているかに注意を向けてください。事案前と同じではなくても、徐々に改善していて、業務に影響が出ていないなら、経過観察としていいでしょう。ただし、改善が見られず、業務に影響が出ている場合は、必要に応じて、近隣の心療内科や精神科の利用も検討しましょう。その際、そういう医療機関を利用することをどう思うかを尋ね、利用に対する不安があれば理由を確認してください。不安は誤解から生じていることもあります。正確な情報を伝えることで、不安が和らぎ、受診の可能性が高くなる場合もあります。また、具体的な医療機関が分からない人には、地域の病院やクリニックを紹介するか、都道府県の精神保健福祉センターや政令市や中核市のこころの健康センターなどで情報提供してもらうことなどを伝えるといいでしょう。

④ その他：組織に返す内容の確認

最後は、組織に対するフィードバックの内容を確認します。同時に、言い残したこと、聞き残したことがないかも尋ねるために、以下のような質問をしています。

「私がお尋ねしたかったこと（確認したかったこと）は以上です。逆に、何か聞いておきたいことはありますか？または、組織に伝えてもらいたいことはありますか？」

影響を受けている同僚にどのような声掛けをすればいいのか、を尋ねられることもあれば、仕事とは関係ない事柄で相談を受けることもあります。後者の内容でも時間が許すなら耳を傾けてください。

何もなければ、面談者が対象者の状態をどう理解したのかについてまとめます：例えば、「直後は惨事ストレス特有の反応が見られたが、親しい同僚と話したり、趣味の時間を積極的に活用したりする中で、徐々に改善しているようですね」。そして、時間を割いてくれたことに対するねぎらいと感謝の言葉をもって締めくくります。

逆に、組織に対して伝えて欲しい、と言われた場合は、どんな風に伝えるのかを一緒に

考え、その言い方でいいのかを確認して、面談を終了します。

⑤ 組織へのフィードバック

面接者が複数いる場合は、すべての面談が終わった後、フィードバックする内容と伝え方を協議します。実際のフィードバック時には、組織や管理職の対応についても十分なねぎらいを行います。完璧な対応から程遠い場合でも、外部専門組織に支援依頼をしたのは、職員のことを考えているからです。批判は簡単ですが、そんなことをしても組織の力を引き出すことの役には立ちません。その後も影響を受けた職員を支え、見守るのは彼らです。何か困ったことが生じた際に、外部専門家に連絡を試みよう、と思えるようなやり取りを意識してください。

【付録 A】 消防の仕事

令和2年度に行った消防職員を対象にした調査¹⁾によると、基本的な業務や内容については面接場面で尋ねてもらえればいい、との回答が多くありました。しかし、支援者の安全・安心を高めるためにはある程度の基礎知識を事前に得ておくことは必須だと思います。そこで、ここでは消防の仕事、部隊編成、階級や職位、勤務体制を概観します¹⁰⁾。

ー主な業務の名称と内容

消防の主要な業務は以下の通りです。「警防」は火災現場において消火活動を行います。消防車（ポンプ車）に乗務するところから「ポンプ隊員」と呼ばれることもあります。消防学校に入学し、初任科課程を修了した人は専門隊員を目指していたとしても数年はポンプ隊員として現場経験を積みます。

救助活動を行うのは「レスキュー隊員」で、オレンジの活動服を着用しています。交通事故や災害が起こった際に要救助者を救出するのが主な仕事です。緊張が強いられる場面で高度な技術と冷静な判断が要求されます。最近では、トイレに閉じ込められてしまった高齢者の救出なども多くなってきているようです。

救急車に乗っているのは「救急隊員」です。主な仕事はけが人（傷病者）の応急処置と病院への搬送です。専門課程を修了し、国家資格を得た者は「救急救命士」と呼ばれ、一般の救急隊員が実施できない輸液や薬剤の投与も行います。

119番通報を受けるのは「通信指令」です。動揺している一般市民から必要な情報をいち早く聞き取る技術が必要になるストレスが高い業務です。集まった情報を基に出動隊に指令を出す司令塔の役目も担います。

日勤で現場活動をするのが「予防査察」です。商業施設等の防火扉やスプリンクラー点検などの「立入検査」を行い、必要に応じて火災予防のための行政指導を行います。

上記以外にも現場業務を後ろから支える総務、人事など、一般行政と同じ業務もあります。現場と比較すると物理的な危険もなければ惨事ストレスにさらされることもありません。しかし、消防職員の仕事は現場にあると考える職員も多いため、敬遠されがちです。事実、現場と比較すると業務量が多いのに給与は減り、やりがいを感じるのが難しくストレスが溜まりやすい部署です。ただ、彼らがいけないことには現場仕事は回りません。そのため、最近では若いレスキュー隊員を数年限定で異動させ、後方支援の大切さを理解してもらう取り組みをしている消防本部も増えています。

ー部隊編成

部隊は各消防車両単位で3名から5名で部隊が構成されています（表1）。各部隊は小隊または分隊、その隊長は小隊長や分隊長と呼ばれています。複数の隊が活動を行う際は、指揮隊が全体の活動を取りまとめます。そして、その隊の数により中隊あるいは大隊と呼ぶことがあります。

表1 部隊編成

消防車両	部隊	隊員構成
消防ポンプ車	消防隊（5名）	隊長、放水長、機関員、隊員（2名）
救急車	救急隊（3名）	隊長、機関員、隊員
はしご車	はしご隊（4名）	隊長、放水長、機関員、隊員
救助工作車	救助隊（5名）	隊長、放水長、機関員、隊員（2名）
指揮車	指揮隊（3名）	指揮隊長、機関員、隊員
ヘリコプター	航空機動隊（6名）*	操縦士（2名）整備士、救急隊員（3名）

*兵庫県消防防災航空隊 / 神戸市消防局航空機動隊の災害現場出動時の基本編成¹¹⁾

厳密には消防車両ではありませんが、災害現場では情報収集に加え、要救助者の救助や搬送にヘリコプターが活躍しています。また、最近ではドローン（無人航空機）の運用も開始されました¹²⁾。空から情報収集を行うだけでなく、現場に取り残された要救助者や火元を捜索する際にも使用されています。

－勤務体制

消防職員の勤務には毎日勤務（日勤）と交替勤務（隔勤）の2種類があります。日勤は、平日の8時半から17時半まで働き、土日は休み、という勤務体制です。現場職員の後方支援を行う総務課や人事課に加え、予防課、管理職などがこの勤務体系で、職員全体の2割が当てはまります。隔勤は、8時半から24時間の勤務が終わると丸一日のお休みとなることから隔日勤務と呼ばれています。交替制勤務は2交代（2部）または3交代（3部）で行われ、自治体によって異なります。2交代制とは2係が交代で勤務し、24時間勤務と休みのサイクルを何回か繰り返した後に週休（3連休）が入ります。3交代制では、3係が交代で勤務し、24時間勤務の後、2日休みのサイクルを数回繰り返した後に日勤が入ります。

勤務日は「当務」、勤務の明けの休みは「非番」、複数サイクル後の休みは「週休」と呼ばれます。非番は8時半から24時間の休みではありますが、残業や訓練に割かれることもあります。また、非常招集がかかる可能性もあるため、飲酒に制限があったり、遠出外出に申請を課したりしている自治体もあり、週休（公休）のように完全に自由というわけではありません。

－階級と職位

消防職員は「消防吏員」というのが正式名称で、一般に親しまれている「消防士」は階級のひとつです。階級は全部で10あります（表2）。消防士からはじまり最高位が消防総監です。

表2 階級と職位

階級名称	職位
消防総監	東京消防庁の長
消防司監	政令指定都市の消防長
消防正監	消防吏員 200 名以上、人口 30 万以上の市町村の消防長
消防監	消防吏員 100 名以上、人口 10 万以上の市町村の消防長
消防司令長	人口 10 万未満の市町村の消防長、副署長、課長、大隊長
消防司令	出張所長、課長補佐、中隊長
消防司令補	係長、小隊長
消防士長	主任、分隊長
消防副士長	副主任
消防士	係員

【付録 B】 K10 質問票日本語版 (The Kessler Psychological Distress Scale:K10)

過去 30 日間にどれくらいの頻度で、次のことがありましたか。

あてはまる回答に○をつけてください。

		0 点	1 点	2 点	3 点	4 点
1	理由もなく疲れ切ったように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
2	神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
3	どうしてもおちつけなくらいに、 神経過敏に感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
4	絶望的だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
5	そわそわ、落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
6	じっと座ってられないほど、 落ち着かなく感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
7	ゆううつに感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
8	気分が落ち込んで、何が起ころうとも 気が晴れないように感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
9	何をするのも骨折りだと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
10	自分は価値のない人間だと感じましたか	全くない	少しだけ	ときどき	たいてい	いつも
	合計点 _____					

* 下線の項目は K 6 用

集計方法

	K10 (0 点から 40 点)	K6 (0 点から 24 点)
リスクなし	0 点	0 点
低リスク	1 点から 5 点	1 点から 4 点
中リスク・心理的ストレス相当	6 点から 19 点	5 点から 9 点
高リスク・気分障害 / 不安障害相当	20 点以上	10 点から 12 点
重症精神障害相当	N/A	13 点以上

【参考文献】

- 1) 大澤智子、加藤寛 (2020). 災害救援組織に対する外部支援のあり方に関する研究 (第2報) 兵庫県こころのケアセンター研究報告書 令和2年版
- 2) 独立行政法人労働者健康安全機構労働安全衛生総合研究所 過労死等防止調査研究センター 令和3年3月 「令和2年度地方公務員の過労死等に係る公務災害認定事案に関する調査研究報告書 (総務省委託調査研究)」 https://www.soumu.go.jp/main_content/000757486.pdf (2022年2月17日 アクセス)
- 3) Hobfoll S. E, Watson P, Bell C. C, Bryant R. A, Brymer M. J, Friedman M. J, et al. Five essential elements of immediate and mid-term mass trauma intervention: Empirical evidence. *Psychiatry*. 2007;70:283-315.
- 4) 「サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版」日本語版 https://www.j-hits.org/document/pfa_spr/page1.html (2022年2月24日アクセス)
- 5) 大澤智子、加藤寛. 消防職員のための消防庁緊急時メンタルサポートチームの利用方法：派遣および受け入れ時の手続きと役割分担、心的トラウマ研究、第14号：69 - 74、2019
- 6) Stress First Aid for Firefighters and Emergency Medical Services Personnel https://www.researchgate.net/publication/275335459_Stress_First_Aid_for_Firefighters_and_Emergency_Medical_Services_Personnel (2022年2月26日 アクセス)
- 7) 大澤智子、加藤寛. 殉職および惨事案件を経験した後の惨事ストレスの対応の基本、心的トラウマ研究、第9号：57 - 65、2013
- 8) 古川壽亮・大野 裕・宇田英典・中根允文 (2003). 一般人口中の精神疾患の簡便なスクリーニングに関する研究 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究協力報告書
- 9) Asukai N, Kato H, Kawamura N et al: Reliability and Validity of the Japanese-Language Version of the Impact of Event Scale-Revised (IES-R-J) : Four Studies of different Traumatic Events. *J Nev Ment Dis* 190: 175-182, 2002.
- 10) 総務省消防庁「消防職員の部隊編成と階級について」

https://www.soumu.go.jp/main_content/000056809.pdf (2020年2月26日 アクセス)

- 11) 神戸市消防局 航空機動隊の隊員構成

<https://www.city.kobe.lg.jp/a80207/bosai/shobo/outline/airplane/member.html>

(2020年1月6日 アクセス)

- 12) 無人航空機の災害時における活用状況等調査について 消防・救急課

https://www.fdma.go.jp/publication/ugoki/items/rei_0302_13.pdf (2022年1月6日

アクセス)

Guidebook for Mental Health Professionals in Assisting First Responders in Critical Incidents

Tomoko OSAWA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Despite progress in critical incident stress management in first responders' organizations, there are differences in how they are supporting their staff depending on the size of the organization. While large organizations have specialists stationed at all times to take care of their staff, it is essential for smaller organizations to collaborate with mental health professionals in the community. However, even if those professional are willing to provide support, sometimes they feel uneasy simply because they do not know each other. To help such professionals who are not so familiar with the first responders, a guidebook was created to enable external support organizations to appropriately provide prompt assistance fire departments when they suffer from critical incidents.

Key words critical incident stress, fire officials, Psychological First Aid, external support

ポリヴェーガル理論とセルフ・コンパッション —トラウマ治療の出発点と到達点—



須賀楓介

舞多間こころのクリニック

兵庫県こころのケアセンター

心的トラウマの経験は、我々の体や心は様々な影響を及ぼす。それまで全く反応しなかったような刺激に対して自動応答的に警戒反応を呈するような自律的な反応経路が形成され、過覚醒状態と、それに続く低覚醒状態が引き起こされる。体の反応からは切り離され、無感覚となればなるほど、自らが自分を取り仕切っているという主体性が失われる。自己価値は引き下げられ、無力感、孤独感に苛まれることになる。本稿では、トラウマに圧倒された状態から回復してゆく過程、トラウマの治療における出発点と到達点について、ポリヴェーガル理論からみた自律神経系の反応と、セルフコンパッションの概念を交えながら検討し、有効なトラウマ治療に通底する要素について考察する。

I. はじめに

トラウマ的な出来事を経験すると、心身共に様々な影響が現れる。トラウマ受傷から心的外傷後ストレス障害 (PTSD) やその他の状態による機能障害の軌跡 (trajectories) に関する多くの研究では、1) Resilient (一貫して機能障害が乏しい群)、2) Recovery (一時的な機能障害の後に回復する群)、3) Chronic (一貫して強い機能障害が続く慢性苦悩群)、4) Delayed onset (遅延して機能障害が増悪する群) という軌跡が同定されている。それによれば Resilient (52.7-69.5%, 平均 65.0%) が最も多く、Recovery (11.4-35.1%, 平均 23.4%)、Chronic (5.5-16.2%, 平均 11.7%)、Delayed onset (5.6-17.6%, 平均 9.7%) と続き、それはトラウマとなった出来事の性質によらず一貫していた¹⁾。トラウマ受傷以後の経過は、その体験以降どのようなストレス要因が持続して存在しているかによって強い影響を受けると考えられている²⁾。

このように、トラウマを受けると、私たちの

からだに“何か”が蓄積されてこびりつき、その“何か”は自然経過で抜けていったり、剥がれ落ちてゆくこともあれば、そのまま固着してしまうこともある。そして、幼少期虐待に代表されるような長期間に渡り反復されるトラウマがあれば、固着するものも大きくなる。

それでは、我々の中に固着する“何か”の正体はどのようなものなのだろうか。その正体を見定めることができれば、トラウマの治療を行う際の方向性を示してくれるだろう。

本稿ではトラウマによる影響を受けるもの、そしてそこから抜け出すためのフレームワークとして、ポリヴェーガル理論からみた自律神経系の反応とセルフ・コンパッションの概念を取り上げる。近年、外科領域においても手術の低侵襲化が進み、治療効果をいかに侵襲少なく得られるかに焦点が当てられてきた。トラウマ焦点化治療における低侵襲化と効率化を考えた時、それはどのようなものになるだろうか。ここでは特定の技法について論じたり、どの技法がどの技法よりも優れているとか劣っていると

いうことを論じるのではなく、現在数多存在するトラウマ治療の技法を活用する際、治療の成功に通底する要素を眺め、トラウマ治療の出発点と到達点についての整理を試みることを目的としたい。

II. ポリヴェーガル理論からみた自律神経系

ポリヴェーガル理論 (Polyvagal theory) は、自律神経のうち、迷走神経はそれぞれ異なる場所から発生する2つの別々の枝を持ち、それぞれが別の回路、異なる機能を有しているという考えに根ざした、自律神経系の適応反応に関する理論³⁾であり、1994年にS.Porgesにより初めて提唱された。

従来、自律神経系には、危険や脅威への反応を活性化する交感神経と、リラックス反応を誘導する副交感神経の2系統があり、それぞれが拮抗する形で消化、呼吸、循環、代謝、排泄や生殖等に関連する内臓機能を「自律的に」調整してバランスをとると認識されてきた。しかし、迷走神経はリラックスをもたらすこともあれば、逆に徐脈、低血圧や呼吸抑制などの致命的な反応を誘導することが知られていた。Porgesはそれを「迷走神経パラドクス」と名付け、副交感神経の主たる神経である迷走神経が異なる発生学的な起源をもつ2種類の神経系からなることを見出し、それと交感神経が協働して外界への適応と、生体内のホメオスタシスの恒常性維持に寄与しているというポリヴェーガル理論を体系化した。

ポリヴェーガル理論は、自律神経系の階層、ニューロセプション、協働調整という3つの体系化された原則に基づいている。以下、それについての概説を試みる。

II .1. 階層

ポリヴェーガル理論において迷走神経系に

は、背側迷走神経系と腹側迷走神経系の2種類が存在する。交感神経系は可動化を引き起こし、背側迷走神経系は不動化を引き起こす。そして、腹側迷走神経系は社会的交流とつながりをもたらす。

II .1-1. 背側迷走神経系

背側迷走神経系は、脳幹の背側運動核から始まり主に横隔膜より下の臓器の機能を調節するとともに、感覚情報を脳幹に伝達する無髄神経であり、自律神経の中では進化的生物学的に最も原始的な迷走神経である。この系は横隔膜をまたいで胃や腸管等にも分布しており、内臓の消化システムに強い影響を与え、生存のためのメカニズムにも関与している。背側迷走神経系の興奮によって、生体には不動化がもたらされ、エネルギーは温存され、身体的、心理的な苦痛から保護される。また、脳への血流が減って酸素供給が減ることで、認知的変化と解離体験が起きる。

自然界においては、肉食動物に捕食された時などには、究極の不動化反応として「凍りつき (フリーズ、シャットダウン)」あるいは「虚脱」が発動する。この状態では、全身の代謝が徹底的に減らされ、心拍も呼吸も強く抑制され、消化管が動かず、時に排便すら起こる。この状態は生存のための反応で、いわば擬死状態である。それによって捕食する側の捕食意欲を削ぎ、生存、逃走可能性を高めるという本能的な機能がある。結果的に、捕食を逃れることが出来た際には一寸の隙をみて再び交感神経系をフル稼働させ、逃走を試みることができる。

II .1-2 交感神経系

進化の過程で背側迷走神経系の後から現れたもので、生体に可動化をもたらす。交感神経系が備わったことで、生き残りをかけて不動化して息を潜めるといった以外にも、防衛反応としての「闘争 - 逃走反応」を駆動することができる

ようになった。交感神経系が興奮すると、生体は高い警戒状態に移行する。コルチゾールが放出され、心拍数は上昇し、呼吸は浅く速くなり、聴覚や視覚は些細な刺激に対して鋭敏に反応できるようになる。筋緊張を高め、俊敏な動きがとれるようなアイドリング状態に入る。この状態はエネルギー効率としては非常に悪く、消耗的である。外敵に襲われると、まず交感神経系が「闘争・逃走反応」を駆動させ、生き残りを試みる。戦うことも、逃げることもかなわないような絶体絶命の状況に陥ると、前述の背側迷走神経系の「凍りつき」が発動する。

II .1-3. 腹側迷走神経系

腹側迷走神経系は脳幹で背側運動核よりも腹側に位置する疑核から始まり、主に横隔膜から上の臓器に分布し、その神経線維は髄鞘化されており、背側迷走神経系と比較して伝達速度が速く、哺乳類のみに存在する新しい神経系である。

腹側迷走神経系は、つながり、安心や安全といった感覚をもたらす、協働調整の機会をもたらす。また、腹側迷走神経系は、脳幹において他の脳神経と連動して機能して、複合体を形成（腹側迷走神経複合体）する。これにより、特にヒトでは表情や声のトーンを調整して、穏やかな雰囲気を作り出したり、周囲への興味や同調、リラックス効果をコントロールして、周囲とつながるための土壌とすることができる。腹側迷走神経系が有効に機能して、交感神経系や

背側迷走神経系による防衛反応が発動しておらず、社会的な繋がりが保たれている領域を耐性領域と呼ぶ⁴⁾。

II .1-4 自律神経系の協働

上述のように自律神経系には3つの系統が存在するが、それらは必ずしも単独で機能するわけではなく、協働することもある。協働のコアとなるのは腹側迷走神経系である。

腹側迷走神経系が交感神経系と協働して機能すれば、例えばスポーツやゲームをしているような時に感じられるような「恐怖を伴わない可動化」を可能にする。この状態でヒトは、安全を感じながら可動化の幅を調整し、意図や目的に沿って自身のパフォーマンスを調整することが可能になる。

腹側迷走神経系が背側迷走神経系と協働すれば、「恐怖を伴わない不動化」をもたらす。つまり、穏やかさや安心感を感じながら、のんびりと読書に耽ったり、誰かとゆったりとした時間を過ごしたりしながら、不動化する時間を楽しむことが出来る。

II .2 ニューロセプション

自律神経系が周囲の状況のみならず、内受容感覚からの情報を統合して自律神経系の状態を作り出すプロセスがニューロセプションである⁵⁾。内受容感覚は、外受容感覚と固有感覚と共に感覚を構成する要素であり⁶⁾、身体内部環境に関する感覚である⁷⁾。内受容感覚は、痛みや体温を含む身体内環境、内臓、横紋筋、前庭システムや体液の状態といった身体内の変化に関する感覚である。脳が状況を「認知」する前に、自律神経系はニューロセプションを通して反応を形成し、それが感情体験の基盤となる。つまり、ニューロセプションが状態を形成し、状態が反応を規定する。ニューロセプションは過去の体験をもとに育ち、調整される。ニューロセプションが適切に機能していれば、危険の度合

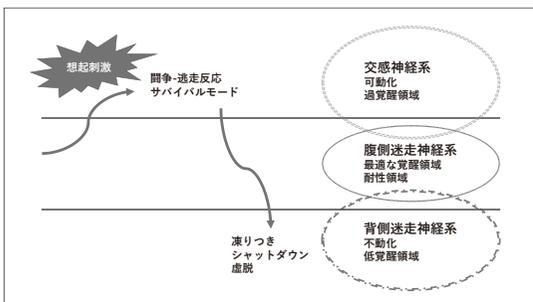


図1 耐性領域、可動化領域と不動化領域

いに見合った、真に適応的な自律神経系の状態が準備される⁸⁾。

ニューロセプションによって形成された状態が交感神経系や背側迷走神経系の反応を賦活してしまうと、我々は頭では安全とわかっている状況においても安全を感じることができない。つまり、ニューロセプションが危険を察知している時には、腹側迷走神経系は駆動不可能な状態になっているため、社会交流システムにつながることはできない。

II .3 協働調整

社会的なつながりが生存上重要となる哺乳類においては、協働調整は極めて重要である。特にヒトは、自然界の他の哺乳類と比べて未成熟な状態で生を受けるため、他者と相互作用しながら関係を持つことが生存に必須となってくる。赤ん坊は本能的に母親の方を向き、注意を集める。そうしてヒトは、常に他者と同調しながら反応システムを成長させていく。ポリヴェーガル理論では、自律神経系からみた安全感の形成を愛着の始まりとしており、協働調整は安全を感じるために必須であり、我々の生理学的状態は互いのつながりの中で調整されるとしている。協働調整により身体的な安全の感覚の基盤が築かれ、後の社会交流において肯定的な関係を構築することが可能になる。協働調整が適切に行われれば、適切なニューロセプションプロセスの形成につながり、それがまた協働調整を促すことになる。

II .4 トラウマが自律神経系にもたらすもの

自律神経系の状態は、人間が携わるほとんどすべての機能を構成しているという指摘⁹⁾がある。人がトラウマを経験した後は、この適応的な生き残りのための自律的反応の痕跡が残ることがあり、年余に渡るトラウマを受けてきたトラウマサヴァイヴァーは、客観的には安全な状況であっても、適応的な自律神経系の状態に

至ることができず、慢性的な可動化により警戒状態、あるいは不動化によるシャットダウン状態にとどまってしまうことがある。

そして、このような防衛パターンは人とのつながりを困難にし、結果的にさらなる孤独感を生んでしまう。社会的に仲間はずれになることは、体を傷つけられた時の体験と同じ苦痛を知らせる神経系の回路を活性化し¹⁰⁾、過去のみならず現在においても苦痛の中にとどまることになる。

II .5 自律神経系の反応と三位一体脳モデル

三位一体脳モデル¹¹⁾は極めて単純化されたモデルではあるが、ポリヴェーガル理論における背側迷走神経系、交感神経系と腹側迷走神経系との間に概念の重複がみられる。間脳・脳幹は爬虫類脳（反射脳）として生存のための反応を制御している。背側迷走神経系によるシャットダウンに関係し、扁桃体を含む大脳辺縁系は哺乳類原脳（情動脳）と呼ばれ、交感神経系による可動化、闘争・逃走反応に関連している。大脳新皮質は新哺乳類脳（理性脳）と呼ばれ、言語を用いた認知的制御を担う。理性脳は安全な状況では社会的交流やつながりを主導し、トラウマに遭遇した際には懐柔反応等の反応に関連している。

III. セルフ・コンパッション

セルフ・コンパッション (self-compassion) とは、自己への思いやり、労り、慈しみや慈悲であり、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い、自己との肯定的な関わりを持つとする動機づけである^{12) 13)}。先行研究から、幼少期虐待¹⁴⁾、自然災害¹⁵⁾、生得的な身体障害¹⁶⁾や慢性的な痛み¹⁷⁾などの苦痛を経験している人において、セルフ・コンパッションが心理的適応の指標となることが一貫して示されている。また、セルフ・コンパッショ

ンが高い人ほど PTSD の症状が軽度となることが示されている¹⁸⁾。セルフ・コンパッションには当然のことながら個人差があり、それが育まれるかどうかは安定した愛着関係の有無で影響を受ける^{19) 20)}。

セルフ・コンパッションは自分への優しさ (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。

III .1 「自分への優しさ」と「自己批判」

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。問題が生じた際、自分に責任や問題があることが現実であれば、その時こそ、自分に対する優しさ、慈悲が必要である。失敗することは人生の一部であり、避けられないことである。そんな時に発動しやすい自己批判は、一種の安全行動の一つであり、他者が自らに対して否定的な判断を下す前に自分自身の評価を落とすことで、他者からの否定的な評価を受けた際の精神的な苦痛を軽減することにつながる。この防衛的な態度は生存的欲求に根ざしたものでもあり、適応的な側面も有するが、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^{12) 13) 21)}。幼少期から養育者に批判的な態度をとられながら育った場合には、批判的な養育者は内在化され、「内なる声」として自己批判を繰り返して広げ、成人しても自分に対して批判的である傾向をもつ。

III .2 「共通の人間性」と「孤独・孤立」

「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するものという、一般的で普遍的な人間の経験を認識する姿勢である。慈悲とは「共に苦しむこと」を意味し、人間はそもそも不完全であり、間違い、苦しみを抱える存在であるという相互理解を意味している。もちろん、苦しみの程度、原因や状況は違うが、人間は皆、悩み、迷い、時に過ちを犯すものという事実を認める巨視的な視点は、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を緩和してくれる。

一方で、人間は何かを満たされない時、足りていないと感じる時、苦痛を感じている時には共通の人間性を意識することが難しくなり、世界から孤立し、切り離されていると感じる。そうして、自らは無力で弱い存在であり、現状を変えることなどできず、何もできないという破局的な視点から抜け出せなくなってしまう。孤独感自分がそこに所属していないという感覚から生まれる²²⁾が、どこにしようが、何をしようが、人間は皆、苦しむ存在であるという本質でつながっている。自分が他より優れているかどうか意識が向いていると、そこには常に優位性が脅かされるのではないかという恐れに怯えてしまう²³⁾。

III .3 「マインドフルネス」と「過剰同一化」

「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。苦境に陥っている自らの苦痛を癒そうとする時、感じていないもの、気付いていないものを癒すことはできない。癒しのプロセスは、まず自らの苦悩をありのままにとらえるところから始まる。しかしながら、苦悩をそのまま認め、見つめることは簡単なことではない。痛みがあまりに強ければ、我々はそれを半ば本能的に遮断しようとする。

苦痛に対してありのままに捉えようとする姿勢がなければ、我々の感覚は情動脳以下が作り出す感情的な反応に飲み込まれてしまう。この状態を「過剰同一化」と呼ぶ。Shinzen Youngが示した「苦しみ＝苦悩×抵抗」の公式は、マインドフルな状態における苦しみと、過剰同一化において増幅された苦しみの違いを端的に示している。苦しみにマインドフルな状態になったからといって苦痛がなくなるわけではないが、少なくともそれを増幅させることはなくなる。そして苦しみに気付くことは、自らを癒していくための重要な最初のステップとなるのである。

IV. トラウマ治療の出発点と到達点

IV.1 トラウマ、認知とセルフ・コンパッション

認知的な制御は「理性脳」と呼ばれる大脳新皮質を中心に行われる。

認知とは言語を用いる能力を授かった我々ヒト特有の能力である。もちろんサルやチンパンジーにおいても認知は存在するだろうが、ここでいう認知とは、世界、他者や自分自身に対して言語を用いた厳格なイメージを付加する能力、いわば“狭義の”認知を指すこととする。言語を駆使し、認知を操る能力は、自然界におけるヒトの位置付けを劇的に変化させた。身体

的能力では自然界の他の動物の中で弱々しい存在である我々は、言語を駆使し、表情や声色のコントロールも交えながら互いに綿密なコミュニケーションを図り、コミュニティを形成して結束し、自然界の法則を（未だ、ごく部分的にはあるだろうが）理解し、知的な創造をすることで生き延び、発展してきた。認知が我々にもたらした恩恵は計り知れないことは明らかだが、それは同時に我々に多大な困難ももたらした。ありのままに世界を捉えることが極めて困難になったのである。「コップが割れた」と「私の大切なコップが割れた」で、いかに惹起される感情が異なるかを想像してみれば、認知的フィルター破壊力に気付くことが出来る。「コップが割れる」という事象一つをとってみても、認知的制御によって我々は、ありのままの事象を感じることが出来ない。認知によって我々は、いとも簡単に相対的な評価の渦中に飛び込むことになる。何かが出来ると出来ない、多い/少ないという比較の中に生きることができてしまう。そして、トラウマを受ければ、まさにこの認知に甚大な変化が生じ、周囲の世界や自分自身に対するイメージが劇的に変化する。攻撃的な、または極度に無関心な養育者と生活を共にすることを強いられば、ヒトは生存のために養育者を内在化させ、自らに対して自罰的、批判的態度で接するようになる。自分に優しくすることは自分を甘やかすことと同義となり、自分を甘やかすことは生存可能性を押し下げる可能性があるために、自分に優しく接することに恐怖感すら感じるようになる。特に幼い子どもは、なぜそのような理不尽な扱いを受けるのかについて理解できず、自らの意思ではなく生存のためのメカニズムとして、その状況に無理やり後付けの妥当性を確保するために、「自分にどこか欠陥があるからこのような扱いを受ける」「自分にはそもそも価値がない」という認知を自らの奥底に根付かせる。当然ながら、セルフ・コンパッションは著しく低下す

る。

IV.2 ト라우マと自律神経系

これまでに見てきたように、トラウマを経験すれば、自律神経系の調整不全が引き起こされる。自律神経系は前述の脳辺縁系（情動脳）や脳幹レベル（爬虫類脳）での制御を受ける。幼い頃から長期間にわたって繰り返される虐待のような持続性、反復性のトラウマであればその影響は特に甚大である。発達段階の自律神経系は、慢性的な過覚醒、サバイバルモードとシャットダウンを繰り返し、安心して周囲と繋がるための状態におさまる機会が奪われる。世界には安心して誰かと繋がりを持つにはあまりに危険な場所となり、全身に刻み込まれた危険を伝える内受容感覚が危険のアラームを鳴らし続ける。世界はあたかも戦場のようなになる。

IV.3 ト라우マ治療の出発点と到達点

トラウマ治療の到達点は、つまるところ、大脳新皮質領域の「理性脳」と脳辺縁系を中心とした「情動脳」との間のバランスを取り戻すことにある。それは、落ち着いて自らの身体感覚にとどまり、トラウマ記憶やそれを想起させる刺激によって扁桃体が過剰興奮した結果もたらされる身体的な反応（例えば、動悸、めまい、発汗、震えや呼吸の乱れなど）をなだめることを学び、「今、ここ」で起きていることに意識をとどませることである。そして、過去の苛烈な環境を生き延びてきた自身を称え、労い、抱きしめ、これまで陽に当たることがなかった、トラウマに伴う感情体験を抱えてきた自分自身と共に歩む姿勢を持つことができれば、これまでに生きてきた人生がつながり、「自分は自分を取り仕切っている」という主体的な感覚が戻ってくる。

そう考えると、トラウマ治療の出発点に立つ前段階として、セラピストがポリヴェーガル理論における腹側迷走神経系が活性化をさせた耐

性領域にいて、クライアントの目の前に開かれて存在している必要がある。クライアントは過去のトラウマの影響で極めて鋭敏にセラピストの反応を観察している。このクライアントによるセラピストの査定は、クライアントの意識のレベルではなく、クライアントのニューロセプションのレベルで行われている。時に、クライアントはセラピストに攻撃的となったり、拒否的となったりするかもしれないが、クライアント自身もなぜ自らがそう行動したのかを理解していないことがある。それほど、深くトラウマを受けた人にとって、本当に安全な状況なのかを見極め、本当の危険に直面した時には適切な防御姿勢をとることは難しいことである。

慢性的なトラウマに曝されると、耐性領域が狭くなる。

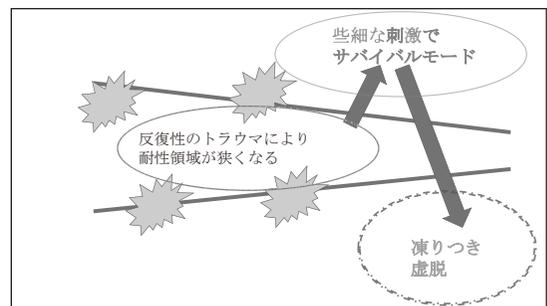


図2 反復性トラウマと耐性領域

クライアントは、自分の体でありながら、その自由を奪われている。セラピストはその事実を知り、クライアントの全体に対して興味、関心を向け、時には穏やかな声で話しかけながら、クライアントの神経系と同調することが重要になる。この同調は、元来、生まれただの赤ん坊と母親との間に起こる相互作用であり、内的な安全の感覚を育む役割がある。

セラピストが疲れていて、不機嫌であると、クライアントは時に容易に背側迷走神経系のシャットダウン領域に入って、心を閉ざす。セラピストと一緒にいて、体の芯から落ち着いた状態にあって、腹側迷走神経系を稼働させて相

互的なやり取りがなされはじめた時が治療の出発点である。クライアントの交感神経系が活性化されている時、それを超えて背側迷走神経系が活性化してクライアントが「そこにいない」時に、認知的な働きかけをしても意味をなさない。

そこから、クライアントが外的な感覚のみならず内的な感覚とつながることを手助けする。トラウマによって影響を受けた内受容感覚は、絶えずクライアントに危険信号を送り続けている。自らの中で起こっていること、腹の底で感じていることに気付けなければ、制御などできない。クライアントは、自らの体に意識を向け、そこにある感覚につながり - 例え最初はそれが極めて不快なものであると気づいたとしても - それをおさめてゆく必要がある。我々の体の微細な感覚は、我々が何を欲し、どのように行動してゆくかを決めていく際の極めて根源的な指標となる。微細な感覚は情動の源になる。セラピストはクライアントが感覚に意識を向けることを手助けしながら、耐性領域にとどまることができるように手助けする。そうしてクライアントが体で起こっていることを無視せず、体と仲良くなれたなら、トラウマに由来する様々な反応は永続的なものではなく、過ぎては去る波のように変化し、決して永続的で絶対的なものではないことを観察することができるだろう。これが理性脳で情動脳の誤作動を観察している感覚であり、自らの体への主体性を有している状態である。そうすれば、次には認知と体の相互作用を観察することができる。日頃からこわばったり、固まったり、痛みを感じていることに気付けたなら、その部位はトラウマの影響を引き受けてくれている部位である。クライアントは主体性をもって、自らの呼吸を落ち着かせ、情動脳以下がもたらす感覚と認知のつながりから生まれる無力感に気づき、苛烈な環境を自らが生き延びてきた事実を認めることに取り組む。そこから生まれる自らを癒そうとする動機

づけこそがセルフ・コンパッションであり、腹側迷走神経系の領域にとどまることはセルフ・コンパッションを後押しする。セルフ・コンパッションを取り戻すことは、認知的な到達点であるが、そこには決して認知的な取り組みだけでは届かない。前述のように、深いレベルで体と向き合い、付き合っ、主体性を取り戻す必要がある。そうして、トラウマ記憶とそれがもたらす反応と、安全で落ち着いた感覚との間を行き来しながら、情動脳を見張り、反応をゆるめてゆくと、徐々にクライアントの耐性領域が広がってゆくだろう。クライアントは自らが「今どこにいるのか」わかるようになり、主体性は強化されてゆく。時に刺激に反応して、クライアントは交感神経系、背側迷走神経系の反応に見舞われるだろうが、そこから自ら戻る術を身につければ、もはやトラウマの渦中に囚われた状態ではなくなる。

V. さいごに

耐性領域の中でワークすることの重要性和、そこから繋がるセルフ・コンパッションへの道のりを示した。この騒がしく慌ただしい世界にあって、我々はついつい思考優位、認知的な能力に頼って日々を過ごしてしまう。相対的な評価の世界に生きてしまえば、それは終わりなき闘いの日々であり、飽くなき欲求に翻弄されることになる。セルフ・コンパッションは、認知的な能力をもっている我々ヒトにとって内的な安息を与えてくれるものであり、トラウマ治療においても大きな到達点の一つとなるものである。そのためには、体の声に耳を傾け、体とつながって生きることを意識しなければならぬ。これは、「言うは易く行は難し」であるかもしれないが、少なくとも、出発点と到達点を把握していただくことが治療における羅針盤となり、セラピストとクライアントの協働作業の助けになるだろう。

VI. 引用文献

- 1) Bryant RA, O'Donnell M, Creamer M, et al. A multi-site analysis of the fluctuating course of posttraumatic stress disorder. *JAMA Psychiatry*. 70: 839-846. 2013.
- 2) Argolo FC, Cavalcanti-Ribeiro P, Netto LR, et al. Prevention of posttraumatic stress disorder with propranolol: a meta-analytic review. *J Psychosom Res*. 79 (2) :89-93. 2015.
- 3) Porges, S.W. *The Polyvagal Theory: Neurophysiological Foundations of Emotions, Attachment, Communication, and Self-regulation*. W. W. Norton & Company. New York. 2011.
- 4) Siegel, D.J. *The Developing Mind. How Relationships and the Brain Interact to Shape Who We Are* 2nd ed. New York: The Guilford Press. 2012.
- 5) Porges, S.W. *Neuroception: A subconscious system for detecting threats and safety*, Washington, DC : Zero to Three. 2004.
- 6) Sherrington, C.S. *The integrative action of the nervous system*. New Haven: Yale University Press. 1906.
- 7) Damasio, A.R. Feelings of emotions and the self. *Annals of the New York Academy of Sciences*. 1001, 253-261. 2003.
- 8) Porges, S.W. *The Polyvagal Theory: New insights into adaptive reaction of the autonomic nervous system*. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*. 76 (Suppl2) , S86-90. 2009.
- 9) Williamson, J. B., Porges, E. C. et al. Maladaptive autonomic regulation in PTSD accelerates physiologic aging. *Frontier in Psychology*, 5, 1571. 2015.
- 10) Eisenberger, N. I. The neural basis of social pain: Evidence for shared representations with physical pain. *Psychosomatic Medicine*, 74 (2) , 126-135. 2012.
- 11) MacLean, P. D. *The triune brain in evolution: Role in paleocerebral functions*. New York: Plenum Press. 1990.
- 12) Neff, K. D. : *Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself*. *Self and Identity*. 2003; 2, 85-102.
- 13) 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
- 14) Tanaka, M., Wekerle, C., Schmuck, M. L., Paglia-Boak, A., & MAP Research Team. The ages among childhood maltreatment, adolescent mental health, and self-compassion in child welfare adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 35, 887-898. 2011.
- 15) Zeller, M., Yuval, K., Nitzan-Assayag, Y., & Bernstein, A. Self-compassion in recovery following potentially traumatic stress: Longitudinal study of at-risk youth. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 43, 645-653. 2015.
- 16) Hayter, M. R., & Dorstyn, D. S. Resilience, self-esteem and self-compassion in adults with spina bifida. *Spinal Cord*, 52, 167-171.2014.
- 17) Costa, J., & Pinto-Gouveia, J. Acceptance of pain, self-compassion and psychopathology: Using the chronic pain acceptance questionnaire to identify patients' subgroups. *Clinical Psychology*

- and Psychotherapy, 18, 292-302. 2011.
- 18) Hiraoka, R., Meyer, E.C., Kimbrel, N. A., DeBeer, B. B., Gulliver, S. B., & Morissette, S. B. Self-compassion as a prospective predictor of PTSD symptom severity among trauma-exposed U.S. Iraq and Afghanistan war veterans. *Journal of Traumatic Stress*, 28, 1-7. 2015.
 - 19) Gilbert, P. *The compassionate mind: A new approach to the challenges of life*. London, UK: Constable & Robinson. 2009.
 - 20) Gilbert, P. *Compassion focused therapy: Distinctive features*. New York: Routledge. 2010.
 - 21) 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*. 33, 301-313. 2009.
 - 22) Roy, F. Baumeister. Mark, R. Leary. The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. 1995.
 - 23) Abraham, T. Toward a self-maintenance model of social behavior. In *advances in Experimental Social Psychology*, 21, 181-227. 1988.

PTSD 治療におけるマインドフルネス瞑想法等の 身体性およびその活用方法についての文献的考察



西川昭子

兵庫県こころのケアセンター

本稿では、昨年度筆者が行った文献レビューの内、PTSD 治療に対して相対的に良好な結果を示した瞑想等を取り上げ、その身体性と活用方法について検討した。トラウマ的な出来事を体験した場合、感情による記憶の書き込みが強く作用するため、認知や記憶に歪みや狂いが生じやすくなる。その為、PTSD 治療には、感情への働きかけが大事となる。瞑想等には、不安やマイナス感情の低減や PTSD との関連で注目される部位（前部帯状回皮質や海馬等）の変化が確認されており、今後の治療に期待が持てる。瞑想の研究はまだまだこれからのものであるが、PTSD 治療に瞑想等を用いる場合には、PTSD 患者の特徴や病態理解をベースに、その時その時の個人の状態や嗜好性にも沿った対応が可能なるように、治療者自ら体験的知識を積み重ねておく必要があるように思われる。

I. はじめに

昨年度筆者は、2016 年から 2020 年までの 5 年間で、特定の検索語によるデータベース検索を行い、PTSD に対して実施された心身療法 9 件について文献レビューを行った。その結果、瞑想によるものが相対的に良好な結果を示していた¹⁾。PTSD は現在、細胞の老化の加速化や心血管代謝の不全にも関わっていることが判ってきており²⁾、このような問題と関連のある全身性疾患として全身治療が必要だとされている³⁾。米国でのマインドフルネス瞑想の実践を日本に紹介している大谷⁴⁾は、トラウマ治療における身体性（人間の身体感覚、感情や情動といった「無意識」に近接した領域のものを指す）の重要性について言及しているが、西川¹⁾で取り上げられている瞑想全てにおいても、我々がイメージする閉眼状態で座って静かに行うような静的なものではなく、身体を介するような能動的アプローチであった。Lang AJ et al⁵⁾によれば、ヨガや瞑想には様々なタイプのものがあり、作用機序は今のところ明確ではないとされてい

るが、全身治療に向けたアプローチを模索する中で、身体性は考慮すべき重要な要素のように思われる。以上を踏まえて、今回の研究では、今後「統合医療」の中で効果が期待されるマインドフルネス瞑想等の心身療法の身体性について取り上げてみたい。まずは、マインドフルネス瞑想、および昨年度筆者が行った研究で、相対的に PTSD 治療に良好な効果が示された超越瞑想（TM）等を概観した後、PTSD 治療において瞑想等の身体性がどのように作用しうるか様々な角度から文献的考察を行ってみたい。同時に、PTSD の通常治療に効果が認められない対象に対して、新たな治療法の選択肢としてマインドフルネス瞑想等を提供する際、どのように活用していくことが今後求められるのかについても検討してみたい。

II. 瞑想と身体性

II-1. マインドフルネス瞑想と超越瞑想（TM）

『大辞林 第四版』⁶⁾によれば、瞑想とは、目を閉じて心を静め無心になって想念を集中させることで、この言葉自体は明治期に作られた

ものである。瞑想は、主要な宗教のほとんどが持つ観想の習慣にルーツがあるが⁷⁾、中でも1970年代末に、当時、マサチューセッツ大学医学部の生物学者 Jon Kabat-Zinn が「マインドフルネスに基づくストレス低減法(Mindfulness-Based Stress Reduction: MBSR)」という外来患者向けのプログラムを開発し^{8) 9)}、今日の瞑想ブームを巻き起こしたマインドフルネス瞑想は、特に有名であろう。マインドフルネス(mindfulness)という言葉は、1881年イギリスの東洋学者 William TRD が仏教典に出てくるパーリ語の sati の英訳にあてた言葉で、物事に執着せず、あるがままに受け止めることで、心の平安を得ることを指す。本邦でも2013年頃より一大ブームとなり、日本語では「心にとどめておくこと」、「気づき」と訳されている。現在、マインドフルネスの定義には様々なものがあるが、医療現場では、「あるがままの状況に対して意図的に、今のこの瞬間に、評価せずに、注意を向けることで生じる気づき」と定義され、宗教的な要素が排除され活用されている¹⁰⁾。

Gunaratana BH¹¹⁾ は、伝統的な上座部仏教(テーラワーダ仏教、南伝仏教、小乗仏教とも言う)、のパーリ語文献には、瞑想にはサマタ(samatha)とヴィパッサナー(vipassana)の二種類があると述べている。この二つの瞑想では、それぞれ心の能力や働き、意識の質が異なっている。ヴィパッサナーは「智慧」と訳され、いまこの瞬間に起きていることを起きているがままに明確に気づくことで、サマタは、「集中」や「落ち着き」と訳され、心のある一つの対象だけに集中させ、さまよわせないようにすることである。いわゆるマインドフル瞑想と言われる場合は、前者のヴィパッサナーを指している。

その他、現在、瞑想には様々なものが確認されているが、特にヨーガには色々な流派があり、被験者によって用いた方法、練習の仕方、達成度が全く異なっている。瞑想研究の難しさの一つはこうした点にあるとも言えるが、スト

レス解消学の第一人者であるハーバード大学の Benson H et al¹²⁾ は、Maharishi MY というヨーガ行者が編み出した超越瞑想(Transcendental Meditation: TM)が比較的条件が統一されたものと考え、1970年頃よりTMの研究に取り組み始めた。上述のような理由で、米国での瞑想研究の多くはこのTMによるものである。西川¹⁾でも、相対的に良好な結果を示していたのは、このTM関連の瞑想であり、取り上げられたTM2件^{13) 14)}の内2件^{13) 14)}とも、PTSDおよびトラウマの症状に対して明確な改善が確認された。さらに、TMの1件¹³⁾ではストレス・不安・うつ・睡眠障害に対して、TMの1件¹⁴⁾ではうつに明確な効果が確認された。世界的音楽グループであるビートルズが取り組んだことでも注目を集めたこの瞑想は、物理学を学びヨーガの教えを受けた Maharishi MY が、自分が学んだ物理学の見地からヨーガの本質的ではないと思われる部分を取り除き、西洋人が簡単に理解できるようヨーガに改良を加えたものとされている。彼の方法は座位で行われ、インストラクターによって選ばれた非公開のマントラ(日本語では真言とも訳される)と呼ばれる祈りを表現した短い言葉が何度も繰り返される。高度な集中力や、特別な心や身体のコントロールを必要とはせず、初心者は誰でも短時間の練習で、簡単に瞑想できるようになると考えられている。

II-2. PTSD 治療と身体性

久保¹⁵⁾によれば、現在、トラウマ・PTSDの生理学的メカニズムにおいてはHPA軸と呼ばれる防衛システムが主流で、Rothschild B.¹⁶⁾がこれを用いて以下のような仮説を立てている。HPA軸とは、視床下部・脳下垂体・副腎の3つの部分の連携による「闘争・逃走」システムのことで、トラウマ性の出来事を体験し、闘うことも逃げることもできない場合、大脳辺縁系は、もう一つの自律神経である副交感神経

系も同時に活性化させる。その後、双方の神経系が過覚醒状態である身体症状が慢性的となると、心理的、外部環境的な誘発因子（トリガー）によって容易に PTSD が発症するというものである。

このような場合、大脳辺縁系に属する情動の発生や記憶に大きな役割を果たす扁桃体や海馬では、以下のようなことが起こっている。まず、扁桃体は、ストレスとなる出来事に対する感情と反応を処理し蓄積する。恐怖や嫌悪等ネガティブで高負荷な感情は、それらの感情と結びつく身体感覚と一緒に大脳皮質において潜在記憶として記録される。トラウマ性の出来事を体験した場合でも、扁桃体のこの機能は維持され、感情の乱れ、身体感覚の障害、行動衝動の混乱等が起こり、どこで覚醒したかの文脈性が、それらの症状に関する顕在記憶的な情報とつながらないまま、潜在記憶の中に存在し続ける。一方、海馬は、時間と空間の中に記憶を文脈的または時間軸的に位置づける機能を果たす。情報は海馬を通じて処理された後に、大脳皮質に顕在記憶として記録される。トラウマ性の出来事を体験し自律神経系の覚醒が過度に高くなると、多量のストレスホルモンの分泌によって、記憶に時系列性（文脈）を与える海馬の機能が働かなくなり、トラウマ性の出来事が、過去の体験として時間軸上に定着できず、顕在的なものとして記憶されなくなる¹⁵⁾。

このような大脳辺縁系の働きは、わたしたちの認知機能にも大きな影響を及ぼしている。Goleman D.¹⁷⁾によると、人間には“認知の知性”と“感情の知性”という二つの知性があり、近年の発見で、“認知の知性”を司る大脳新皮質と“感情の知性”を司る大脳辺縁系は、双方向的な神経によってつながり、互いに影響し合っていることが判明している。さらに、意識的に物事が理解される前に、それが好きか嫌いか、また安全か危険か等が既に「無意識」（“感情の知性”）で判断されていると考えられており、

究極の状態下で人間は、“感情の知性”の方が優位に働くとされている¹⁸⁾。

扁桃体を含む大脳辺縁系には、感情的なものとしての記憶が書き込まれるが、この神経回路は曖昧であり、記憶は関連すると思われるところに分類されるものの、時系列に関係なく書き込まれる。そのため、ある出来事や刺激に対して、過去の類似する要素のある身体記憶、潜在記憶と結びつけてしまい過度に反応することがある。つまり、トラウマ性の出来事の体験により、わたしたちの記憶や認知に大きな狂いや歪みが生じる可能性が高くなるのである。PTSD 治療にはこの記憶や認知の整理が求められるが、上述のように感情による記憶の書き込みが強く作用しているため、非言語的な感情（身体性）への働きかけが重要になってくるのである。

II-3. マインドフルネス瞑想と超越瞑想 (TM) の効果

マインドフルネス瞑想等が PTSD 症状にどのように作用するのかを考える前に、マインドフルネス瞑想の一般的な効果について、以下に挙げておきたい。

Shonin E et al.¹⁹⁾によると、マインドフルネス瞑想に基づく介入の効果には、1) 脳構造の変化（神経機能画像で証明されている）、2) 自律神経系の覚醒レベルの低下（迷走神経優位となりリラックスする）、3) 知覚のシフト（思考・感情・刺激に対する距離を取り、心理的・身体的苦痛を客体化する）、4) スピリチュアリティの増加（無我・諸行無常を知ることにより、逆境や孤独に耐えられるようになる）、5) 状況への気づきの増加（自らを取り巻く刻々と変化する状況の成り行きを予測し、適切に対応できるようになる）、6) 価値の明確化（価値観を明らかにし、人生の意味を見出す）、7) 自己の気づきの増加（自分のマイナス感情や思考パターンを正しく認識する）、8) 依存の代替（ドラッグ・アルコール・ギャンブル等といった「悪い依存」

を瞑想・マインドフルネス等の「良い依存」に置き換える), 9) 衝動サーフィン (依存により生じる衝動をやり過ごす), 10) あるがまま (こだわりをなくす), 等が挙げられている。1) の脳構造の変化では, 前部帯状回皮質や左海馬等の変化が認められている。この前部帯状回皮質や海馬は, 川村²⁰⁾によると, PTSD との関連で注目されている部位である。また別の報告⁷⁾では, 熟達した瞑想者の島皮質および前頭前皮質 (ブロードマン領域9 および10 の領域) における脳組織 (灰白質) の体積が対照群より大きいという報告, さらに, 訓練の過程で最も顕著なストレス減少を示した被験者の場合, 不安処理に関係した領域である扁桃体の体積がマインドフルネス訓練によって減少したという報告もある。また, 心理的ストレスに顕著な低下がみられた瞑想者は, 修練期間の終わりには, 細胞の寿命の調節に関わる分子 (テロメラーゼという酵素) の活動も活発化していたとされている。

一方, TM を対象にした研究では, 主に, 瞑想中に生体の 1) 酸素消費率が大幅に減少し, 2) 血中乳酸濃度が著明に減少したことが報告されている。乳酸は骨格筋の代謝の結果生成される物質で, 不安に関係するといわれている。また, 3) 心拍数の低下や 4) 呼吸回数の減少も確認された。さらに, 5) 瞑想熟達者の血圧は, 実験の前, 最中, 後のいずれの期間も低い状態が維持されたという報告もある¹¹⁾。

以上で述べたように, 瞑想等には不安やマイナス感情やストレス等を低減させ, 前部帯状回皮質や海馬等の PTSD との関連で注目されている部位にも影響を及ぼす可能性が見込まれているのである。

III. 静座瞑想とそれ以外の瞑想との関係

「II. 瞑想と身体性」では, 主にマインドフルネス瞑想と TM について取り上げたが, 瞑想には様々なタイプのものがある。ここでは, マ

インドフルネス瞑想と同じ起源である仏教の一派から, 主に日本の天台宗および真言宗で用いられる修行プログラムで, 身体性がどのように考えられ, どのような位置を占めているのかを概観する。

大内²¹⁾によると, 仏教では, 基本, 心と身体は相互依存の関係にあると考えられている。また, 古代中国思想の基礎となる陰陽思想および五行思想でも, 人間の身体は精神と生理的身体の統合体とみなされており, こうした思想が中国における仏教思想の展開にさらに大きな影響を及ぼした。日本の大乘仏教の中では, 特に, 9世紀初頭中国から最澄によって日本にもたらされた天台宗や, 同時期, 中国の真言密教を基に空海が開いた真言宗に, このような思想が色濃く反映されており, 修行者の身体的感覚は重要視されていた。

先ず天台宗は, 6世紀半ば以降中国天台の祖智顛が『法華経』に基づく教義と実践活動を発展させたものである。「仏智の獲得」を目指すことが究極の目標となっており, そのための実践活動の中心には, 眼耳鼻舌身意の六根の浄化が置かれた。「六根」という概念は, 眼 (視覚), 耳 (聴覚), 鼻 (嗅覚), 舌 (味覚), 身 (触覚), という生理的感覚とそれを意識化する作用=意 (心) とを一纏まりで捉えており, それは, 修行者の生理的本性と精神活動をひとつの有機的統合体として理解することである。智顛はこれを, インド, 中央アジア, 中国と様々な出所をもつ多様な瞑想法を基に体系として纏め, 四種三昧という修行プログラムの実践で成し得るものと考えた。四種三昧は常坐三昧, 常行三昧, 半行半坐三昧, 非行非坐三昧の4つから成るが, 具体的な三昧法として三種の懺悔行法を指定している。半行半坐三昧に方等三昧懺悔法と法華三昧懺悔法, 非行非坐三昧に請観世音懺悔法である。智顛が整えたこれらの懺悔行法は, 坐禅を重要な要素として含んでいるが, 行法の各次第は口唱, 身体動作, そして関連する観想の組

み合わせによって行はずべきとしている。

一方の真言宗は、佐々木²²⁾によれば、インドのヒンドゥー教やバラモン教の呪術的な要素を取り入れて生まれた密教を起源に持つ。初期の密教(7世紀頃)では、災難や不幸を防ぐといった現世利益を成就するために、真言(マントラ)、護呪(パリッタ)、明呪(ヴィディヤー)、陀羅尼(だらに)等の神秘的な力が宿ると信じられた文言を唱えたり、呪術的な儀式を行うことが実践の中心だったが²¹⁾、8世紀半ば以降、中国の僧侶・景果^{けいこ}が根本経典を『大日経』と『金剛頂教』として真言密教の基礎ができ、『華嚴経』の毘盧遮那仏等と合わさりながら、組織的な仏教教義が確立されていく。これを受け継ぎ日本で真言宗を開いたのが空海である(9世紀初頭)。「大日経」が根本経典になったことにより、密教的儀礼を行う目的は「仏智の獲得」に変わり、「三密加持の行」が実践の基本となった。三密とは身密(印を手で結び)・口密(真言<マントラ>を唱え)・意密(宇宙の真理を心に思い描く)の三つの修行を指すが、それは、大日如来との合一を体得するための神秘的な特殊儀礼でもあるのである²²⁾。

このように、真言、天台いずれにおいても、「仏智の獲得」という究極の目的に口唱や身体動作は大きな意味を持っていた。

IV. 瞑想等の活用例

IV-1. マインドフルネス瞑想を用いた精神療法

ここでは、マインドフルネス瞑想等が今どのように活用されているのかを概観する。

Germer CK et al.²³⁾によれば、マインドフルネス指向の精神療法は以下の3つのアプローチに分類される。1) マインドフルネス瞑想を個人的に実践する治療者が行う『マインドフルネス実践者による治療』、2) 例え話等を活用してマインドフルネス瞑想のスキルや考え方を教示する『マインドフルネスを教示する精神療法』、3) 瞑想の仕方を具体的に指導する『マインド

フルネスに基づいた精神療法』である。さらに、『マインドフルネスに基づいた精神療法』には、マインドフルネス訓練を中心とする介入と、マインドフルネス訓練を介入の一部に含むものの2つがあり、その内、PTSDに特化した介入法で前者のものとしては、マインドフルネス認知療法(Mindfulness-Based Cognitive Therapy: MBCT)^{24) 25)}、マインドフルネス暴露療法(Mindfulness-Based Exposure Therapy: MBET)²⁶⁾、マインドフルネス段階的トラウマセラピー(Mindfulness-Based Phase-Oriented Trauma Therapy; MB-POTT)⁴⁾、後者のものとしては、メタ認知療法(Metacognitive Therapy: MCT)²⁷⁾、コンパッション・フォーカスト・セラピー(Compassion Focused Therapy: CFT または Compassionate Mind Training: CMT)²⁸⁾等がある。

IV-2. PTSDに有効とされる瞑想等を取り入れた心理療法

以下は、久保¹⁵⁾によりPTSDに有効であるとして取り上げられた心理療法であるが、その中で瞑想等を取り入れたものについて、いくつか挙げてみたい(表1~3 網掛け箇所参照のこと)。まず、PTSDの症状に使うべく開発されたとされるShapiro F²⁹⁾のEye Movement Desensitization and Reprocessing(以下、EMDR)では、第6段階でボディ・スキャンが用いられており、PTSDの児童用治療プログラムとして注目を集めているCohen JA et al.³⁰⁾のTrauma Focused- Cognitive Behavior Therapy(以下、TF-CBT)では、基本となる治療要素「PRACTICE」の内、Rでリラクゼーションスキルの習得が求められている。このリラクゼーションスキルには、呼吸法、漸進的筋弛緩法、イメージ、身体的活動、その他のコーピングスキル(セルフトーク、本や歌、マインドフルネス瞑想等の瞑想)が挙げられており³¹⁾、対象児童は自分に合ったスキルを選び繰り返し実践す

表1 EMDR(Eye Movement Desensitization and Reprocessing)

第1段階 (クライアントの成育歴・病歴聴取)	主訴に関連する情報を収集して事例概念化を行い、治療計画をたてる。EMDR への導入を行い、治療契約を結ぶ。
第2段階 (準備 / 安定化)	クライアントは、自らが体験した外傷的体験への暴露により、精神的に不安定な状態となる可能性が高まる。この段階では、そんな場合の対処方法を留意し練習する。
第3段階 (アセスメント)	トラウマ記憶の体験的要素を同定する。そして、トラウマ記憶に伴う感情と自覚的障害単位、苦痛を身体で感じている場所を明らかにする。
第4段階 (脱感作)	ターゲット記憶に焦点をあてたところに両側性刺激を加え、深呼吸の後、体験に何が起きているかを簡潔に報告してもらい、再び両側性刺激を加えることを繰り返す。
第5段階 (植え付け)	肯定的認知とターゲット記憶と一緒に思い浮かべながら両側性刺激を加え、認知の妥当性が完全に本当または生態学的に妥当なレベルになるまで続ける。
第6段階 (ボディ・スキャン)	トラウマ出来事と肯定的認知を思い浮かべ、全身をスキャンし、何か身体感覚があれば、両側性刺激を用いて解消または強化する。
第7段階 (終了)	記憶の処理の途中でセッションの終了時間になり、苦痛が残っている場合は、クライアントが落ち着き、安全に面接室を出ていけるよう援助する。
第8段階 (再評価)	前のセッションで扱った記憶の処理が完了しているかを確認する。未完了の場合は、処理を再開し、完了している場合は、治療計画に従って次の手続を行う。

(Shapiro F²⁹⁾, 菊池³²⁾)

表2 トラウマフォーカスト認知行動療法(Trauma Focused- Cognitive Behavior Therapy : TF-CBT)

Assessment and case conceptualization:	TF-CBT 実施に先立って、トラウマ体験やトラウマ関連症状を適切に評価し、ケース全体を把握する。
Psychoeducation about child trauma and trauma reminders:	子どものトラウマのタイプ別にそのメカニズムを学ぶ心理教育を行う。
Parenting component including parenting skills:	養育者は、子どものトラウマ症状に適切に対応できるように、様々なペアレンティングスキルを学ぶ。
Relaxation skills individualized to child and parent:	リラクゼーションスキルを習得する。
Affective expression and modulation skills tailored to youth and family:	子どもと家族に合わせた感情表出と調整のスキルを習得する。
Cognitive coping: cognitive triangle:	認知の三角形を習得する。
Trauma narration and processing:	トラウマナレーションとプロセッシング。最も中核となる要素。子どもはここでトラウマ記憶と向き合い、それを整理していく。
In vivo mastery of trauma reminders:	実生活内での段階的な暴露を行う。
Conjoint child-parent sessions:	完成したトラウマナレーションを親子で共有し、トラウマに関する親子のコミュニケーションの強化を図る。
Enhancing future safety and development:	これまで習得したスキルを統合し、子どもが本来の発達力を取り戻し、プログラム終了後にも習得したスキルを実践し続けることができるよう支援する。

(Cohen JA³⁰⁾, 亀岡³³⁾)

表3 ソマティック・エクスペリエンス(Somatic Experiencing: SE)

第1グループ (準備段階)	フェーズに対応したエクササイズを通して、自分は解離しているという感覚が減少し、身体によって支えられているという感覚の増大をはかる。
第2グループ (トラッキングの技術を身に付ける)	身体のどの部分がエネルギー過多で、どの部分が欠乏しているのを感じる必要がある。フェーズに対応したエクササイズを通して、自分の身体がどこかのように感じるのを知る。感じとり、動くことによって、身体感覚を整えていく。
第3グループ (滞っているエネルギーを開放する)	本能として持つ攻撃性や逃走反応と接触することで、体内の特定の部分に滞っているエネルギーを開放する道を開く。フェーズごとのテーマで、滞っているエネルギーを開放するエクササイズを行う。
第4グループ (完結)	闘うか逃げるかの反応から抜け出し、「今・ここ」に戻り、そして外部の環境に存在する物や植物や動物や人と意味ある触れあいを作る。

(Levine P³⁴⁾, 久保¹⁵⁾)

る。また、最近注目されつつある Levine P³⁴⁾ の Somatic Experiencing (以下, SE) では、第 2 グループでトラッキングとばれる特定の感覚等を追跡するボディ・スキャンに類似する作業が行われる。つまり、このような治療法の中でも、マインドフルネス瞑想等は既に活用されているのである。

V. 考察

本研究では、瞑想の効果として、特にマインドフルネス瞑想と TM の研究報告を中心に述べてきたが、相対的に PTSD 治療に効果が期待できるとされていたのは TM 関連の瞑想の方であった^{1) 5)}。この結果には様々な要因が考えられよう。「II-3. マインドフルネス瞑想と超越瞑想 (TM) の効果」でも述べた通り、一つ目の要因としては、条件が比較的統一されているため研究が行いやすく、また初心者であっても比較的短時間の練習で簡単に取り組むことが可能であることが挙げられよう。瞑想の研究では、通常、初心者と熟達者では、効果に違いが出るとされている³⁵⁾。しかし、TM における対象者を集めた初期の実験では、酸素消費率、血中乳酸濃度、心拍数、呼吸回数、血圧、等のアウトカムにおいて、違いが出たのは血圧のみであった。熟達者の場合、実験前・後における血圧の変化が、初心者のそれと比して小さいことが判ったのである。つまり、この結果からは、熟達者レベルになると、平時より血圧を低く保っているということが言えよう。初心者の場合は、実験前・後の血圧の変化は大きいものの、それ以外のアウトカムにおいて直ぐに熟達者と同レベルになるので、多くの初心者が少数の熟達者と変わらないレベルで、早くから様々な効果を実感することができると言える。

二つ目の要因としては、上述の要因であるが故に、そもそも実施される研究の絶対数が異なっていることが考えられる。米国での研究の数多くが TM を対象としたものである³⁵⁾。

さらに、三つ目の要因として、TM における身体性のより深い関与が考えられる。TM は、Maharishi MY がヨーガに改良を加えたものである。ヨーガでは一般的に、呼吸の調整、イメージの活用、何らかのポーズ (動作) 等が求められる、通常の瞑想よりも身体の関与が高い。TM ではマントラを唱えることが求められるが、マントラを声に出すという場合 (出さない場合もある)、聴覚に刺激を与えるだけではなく自らの声帯も用いることになる。また、マントラを声に出す場合は一定のリズムで呼吸することにもなるので、自然と呼吸の調整も行われる。このように、TM は通常の瞑想よりも身体の関与が高い。これに対して、いわゆるマインドフルネス瞑想と言われる場合は、基本、ヴィパッサナー (静座瞑想、歩行瞑想も含む) のことを指すが、身体動作が極めて抑えられたものである。

さて、Cannon WB が、ストレス下でわれわれが自ら闘うか逃げるかに適した体の状態を作る反応を闘争・逃走反応 (fight or flight response) と呼んだのに対して、Benson H et al¹²⁾ は、自らの力で体を癒し回復させる能力のことをリラクゼーション反応とした。このリラクゼーション反応が定期的に起こっている人は、闘争・逃走反応がもたらしている状況に効果的に対処できるとされており、TM の他に、禅、ヨーガ、自律訓練法、筋肉弛緩法、催眠によるリラクゼーション、感情循環法等も同様の反応が起こるとされている。彼らはまた、この反応を起こすには、文化に関係なく次の四つの基本要素があるとしており、第一に静かな環境、第二に集中する対象、第三に受け身の態度 (最も重要な要素、感覚にとらわれるのではなく、受け流そうとすること)、第四に楽な姿勢で、20 分は同じ姿勢が保てるような楽な姿勢をとる (大抵は座った姿勢が良い) ことを挙げている。PTSD およびトラウマの並存症状として、うつ、不安、ストレス、睡眠障害、疼痛等が挙げられるが、リラクゼーション反応により、少なくとも

も、これらの症状の緩和が見込まれる可能性は高いであろう^{1) 7) 12)}。また、前述の通り、前部帯状回皮質や左海馬の変化はPTSD治療に期待が持てるものと言える。

「III. 静座瞑想とそれ以外の瞑想の関係」では、日本の天台宗および真言宗で用いられる修行プログラムにおいて、身体性がどのように考えられ、どのような位置を占めているのかを概観した。両宗派とも、「仏智の獲得」という究極の目標に向かい、行として通常の静座瞑想に加え、口唱、身体動作等が取り入れられている。智顛の『法華三昧行法』には、「坐禅を始めようと意が欲しない場合は、さらに端坐して読経せよ、あるいは、もし坐禅をならってはず、ただ経を誦して懺悔をしたいのであれば、行道(経を唱えながら歩くこと)しながら、あるいは、坐しながら読経せよ」という指示がなされており、読経が坐禅に匹敵するほどの位置付けがなされている²¹⁾。研究によっては、マインドfulness瞑想とTMの比較に代表されるような、静座瞑想とそうでない瞑想の比較が行われ、その結果が短絡的な解釈につながりかねないものもあるが、大内²¹⁾が指摘するように、筆者も両者は相互補完的な関係にあると捉えており、どのようなものが今現在の自分に求められるかは、その時々状況や個人の感情や気分の状態、そして嗜好性にもよると考えている。

「IV. 瞑想等の活用例」では、マインドfulness瞑想を用いた精神療法やPTSDに有効とされる心理療法の中で、瞑想等がどのような位置を占め実際に活用されているのかを概観した。PTSD治療だけではなく、様々な精神疾患に取り入れられようとしている瞑想だが、活用の際には、以下の点に留意する必要がある。まず、Benson H et al¹²⁾によれば、リラクゼーション反応に至る方法のどの方法を用いたとしても、定期練習を止めてしまったら、数日でその効果の恩恵が得られなくなる可能性があると考えられている。一方で、毎日何週間も過度に行くと、感

覚が麻痺して幻覚をおこす可能性が高くなるともされており、注意が必要である。臨済宗中興の祖白隠が修行中に酷い幻覚妄想状態に陥り、これを内観法と軟酥(なんそ)の法(白隠が考案したとされる観想法)で癒したとされている禅病^{35) 36)}にも似た状態と考えられよう。このような状態を考慮すると、特に病気の人が瞑想等を治療に用いる場合には、医師の治療と指導が求められるであろう。現在、PTSD治療に瞑想等が用いられた研究では、先述の通り、ヨガや瞑想には様々なタイプのものであり作用機序が明確ではないこと、対象者が偏っていること(退役軍人を対象にしたものが多い)、サンプルサイズが小さいこと等が効果の検証で問題視されている⁵⁾。本邦では、RCT(Randomized Controlled Trial)と呼ばれる量的研究が殆どなく、事例研究が中心だが、MBCTをPTSD治療に適用しようとしている家接²⁵⁾が、PTSD患者は静止した状態で身体感覚に意識を向けるのを避ける傾向があるという点を指摘しており、歩行瞑想が推奨されていることについては留意すべきであろう。

瞑想の研究はまだまだこれからのものと言えるが、PTSD治療に瞑想等を用いる場合には、PTSDの病態理解をベースに、治療者はその時その時の個人の状態や嗜好性にも沿った対応が可能ないように、自ら体験的知識を積み重ねておく必要があると思われる。筆者の場合は、特に中国天台の智顛の教えに倣い、静座瞑想、身体動作を伴う瞑想(歩行瞑想、ヨーガ等)、そして聴覚刺激や口唱を伴う瞑想(マントラ・読経・声明・鳴り物・音楽等を用いる瞑想)の3つのパターンについては、最低限自分自身でも体験した上で、その活用方法を検討したいと考えている。

引用文献

- 1) 西川昭子. PTSD治療における統合医療(補完代替療法)の可能性についての検討.

- 心的トラウマ研究第 18 号 2023; 45-56.
- 2) Wolf EJ, Schnurr PP. Posttraumatic stress disorder-related cardiovascular disease and accelerated cellular aging. *Psychiatric annals* 2016; 46 (9) : 527-532.
 - 3) Mcfarlane AC. Post-traumatic stress disorder is a systemic illness, not a mental disorder: Is Cartesian dualism dead? *Medical Journal of Australia* 2017; 206 (6) : 248-249.
 - 4) 大谷彰. マインドフルネス実践抗議 – マインドフルネス段階的トラウマセラピー (MB-POTT) – . 金剛出版, 2017.
 - 5) Lang AJ, Niles B. Complementary, Alternative, and Integrative Interventions. In Forbes D, Bisson JI, Monson CM, Berliner L, Alisic E. (Eds.) *Effective Treatments for PTSD: Practice Guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies*. New York : The Guilford Press, 2020 : 343-365.
 - 6) 松村 明 (編集) 大辞林 第四版. 三省堂, 2019.
 - 7) Ricard M, Lutz A, Davidson RJ. Mind of the Meditator. *SCIENTIFIC AMERICAN* 2014 Nov. 2014; 38-45. [編集部訳 瞑想の脳科学. *日経サイエンス 2015 年 1 月号特集「瞑想する脳」* 2015; 1 : 37-43.]
 - 8) Kabat-Zinn J. *FULL CATASTROPHE LIVING : Using the Wisdom of Your Body and Mind to Face Stress, Pain, and Illness*. New York: Random House, 1990. [春木豊訳 マインドフルネスストレス低減法. 北大路書房, 2007]
 - 9) Jha A. Being in the Now. *SCIENTIFIC AMERICAN MIND* 2013 Mar./Apr. 2013; 26-33. [編集部訳 マインドフルネスの効用. *日経サイエンス 2015 年 1 月号特集「瞑想する脳」* 2015; 1 : 44-51.]
 - 10) Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, et al. *The Mindful Way Through Depression : Freeing Yourself from Chronic Unhappiness*. New York : The Guilford Press, 2007.
 - 11) Gunaratana BH. *MINDFULNESS IN PLAIN English*. Massachusetts: WISDOM PUBLICATION INC., 2011. [出村桂子訳 マインドフルネス – 気づきの瞑想 – . サンガ, 2012]
 - 12) Benson H, Klipper MZ. *The Relaxation Response*. New York: William Morrow Paperbacks, 2000. [中尾陸宏, 熊野宏昭, 久保木富房訳 リラクゼーション反応. 星和書店, 2001]
 - 13) Nidich S, O'connor T, Rutledge T, Duncan J, Compton B, Seng A, et al. Reduced Trauma Symptoms and Perceived Stress in Male Prison Inmates through the Transcendental Meditation Program: A Randomized Controlled Trial. *The Permanente Journal* 2016 ; 20 (4) : 1-5. <http://dx.doi.org/10.7812/TPP/16-007>
 - 14) Nidich S, Mills PJ, Rainforth M, Heppner P, Schneider RH, Rosenthal NE, et al. Non-trauma-focused meditation versus exposure therapy in veterans with post-traumatic stress disorder: a randomized controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2018; 5 (12) : 975-986.
 - 15) 久保隆司. ソマティック心理学. 春秋社, 2011.
 - 16) Rothschild B. *The body remembers: The psychophysiology of trauma and trauma treatment*. New York: Norton, 2000. [久保隆司訳 PTSD とトラウマの心理療法 – 心身統合アプローチの理論と実践. 創元社, 2009]
 - 17) Goleman D. *Emotional intelligence*. New

- York: Bantam Books, 1995. [土屋京子訳 EQ- ころの知能指数. 講談社, 1998)
- 18) LeDoux J. *The emotional brain: The mysterious underpinnings of emotional life*. New York: Simon and Schuster, 1996. [松本元, 川村光毅, 石塚典生, 湯浅茂樹訳 エモーションナル・ブレインー情動の脳科学. 東京大学出版会, 2003)
- 19) Shonin E, Van Gordon W. The mechanisms of mindfulness in the treatment of mental illness and addiction. *Int J Ment Health Addict*. 2016; 14 (5) : 844-849.
- 20) 川村光毅. 扁桃体の構成と機能. *臨床精神医学* 2007; 36: 817-828.
- 21) 大内 典. 仏教の声の技 - 悟りの身体性 -. 法蔵館, 2016.
- 22) 佐々木閑. 別冊NHK 100分de名著 集中講義大乗仏教 - こうしてブッダの教えは変容した -. NHK出版, 2017.
- 23) Germer CK, Siegel RD, Fulton PR. *Mindfulness and Psychotherapy, 2nd Edn*. New York : The Guilford Press, 2013.
- 24) Sears, RW, Chard, KM. *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Posttraumatic Stress Disorder*. New Jersey: Wiley Blackwell, 2016.
- 25) 家接哲次. マインドフルネス認知療法による PTSD 治療. *精神科治療学* 2020; 35 (6) : 621-627.
- 26) King AP, Block SR, Sripada RK, Rauch SA, Porter KE, Favorite TK, et al. A Pilot Study of Mindfulness-Based Exposure Therapy in OEF/OIF Combat Veterans with PTSD: Altered Medial Frontal Cortex and Amygdala Responses in Social-Emotional Processing. *Front Psychiatry*. 2016 ; 7 : 154.
- 27) Wells A. Metacognitive therapy. In Herbert JD, Forman EM. (Eds.) *Acceptance and mindfulness in cognitive behavior therapy: understanding and applying the new therapies*. New Jersey: Wiley and Sons, 2011: 83-108.
- 28) Gilbert P. The origins and nature of compassion focused therapy. *Br J Clin Psychol*. 2014; 53 (1) : 6-41.
- 29) Shapiro F. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) Therapy; Basic Principles, Protocols, and Procedures, 3rd Edn*. New York: Guilford Publications, 2017.
- 30) Cohen JA, Mannarino AP, Deblinger E. *Treating Trauma and Traumatic Grief in Children and Adolescents, 2nd Edn*. New York : The Guilford Press, 2017.
- 31) 亀岡智美. 子どものトラウマへの標準的診療に関する研究. 平成22年度厚生労働科学研究(子ども家庭総合研究事業)報告書 2011 : 235-237.
- 32) 菊池安希子. 眼球運動による脱感作および再処理法 (EMDR) : 発展の歴史から本邦における課題へ. *トラウマティック・ストレス* 2019; 17 (1) : 38-44.
- 33) 亀岡智美. トラウマフォーカスト認知行動療法 (TF-CBT) . *トラウマティック・ストレス* 2019; 17 (1) : 45-53.
- 34) Levine P. *Healing Trauma: A pioneering program for restoring the wisdom of your body*. Boulder, CO: Sound True, Inc., 2005.
- 35) 安藤 治. 瞑想の精神医学: トランスパーソナル精神医学序説. 春秋社, 1993.
- 36) 齊尾武郎. マインドフルネスの臨床評価: 文献的考察. *臨床評価* 2018;46 (1) : 51-69.

Physical Aspects and Use of Meditation Practices including
Mindfulness Practices for PTSD Treatments: A Review of the Literature

Akiko NISHIKAWA
Hyogo Institute for Traumatic Stress

自然災害における子どものリスク教育に関する文献レビュー



中塚志麻

神戸教育短期大学こども学科、兵庫県こころのケアセンター特別研究員

災害大国の日本では、災害弱者である子どものリスクマネジメントは重要課題となる。本研究は、災害時の子どものリスク教育に関する文献を検討し、学校のリスク教育・防災教育に役立つ資料を収集することを目的とした。選定の結果、7本の文献を分析対象とした。発達段階に関する資料では早期からのリスク教育・防災教育の重要性が示されたが、報告数は少なかった。今後は、発達に伴う変化等に焦点を当てた知見を見出す課題が見いだされた。保護者の協力とリスク教育・防災教育に関しては、家族の信頼関係が重要となることが示唆された。課題として、家族と地域を巻き込み、子どもの主体性を促す教育が重要となることが示された。子どもの主体性を促す教材では、マルチメディア教材の効用が示唆された。今後のリスク教育・防災教育は、発達段階に沿った体系的な教育課程と、学校、家庭、地域を結ぶリスクコミュニティの構築を目標に展開されることが望まれる。

Key word; 災害、リスク教育、防災教育

I はじめに

現代社会における子どもを取り巻くリスクには、いじめ、虐待、貧困、ゲーム依存等様々なものがある。今日ではCOVID-19の感染リスクやワクチン接種に関する問題、世界の地域で起こる紛争等リスク課題は深刻化している。特に自然災害が多い日本では、災害弱者とされる子どもに対するリスク教育は、子ども達が安全で安心な生活を営み、健やかに成長していくためにも最も重要な課題である。

リスク教育とは、リスクの性質、リスク評価の方法、リスク認知やリスクコミュニケーションについて学び、適切にリスクを管理するために必要な知識や技能獲得することに重点を置いた教育のことをいう¹⁾。実際には、自然災害に関して理解し知識を得るだけでなく、その発生や原因について自ら学び、防災や減災の仕組みや自身の役割に気づき、それを実践するプロセスが重要とされている²⁾。我が国のリスク教育は、近年まで余り実施されていなかったとされ、

教育の中でも歴史の浅い分野である。その中で片田の報告では、小学校低学年からのリスク教育の実施は、内容が親に伝わり、子どもが家族を持った時にはさらにその子どもに伝承されていくサイクルが最も効果的に災害犠牲者の最小化と早期復興に役立つと示している³⁾。今後のリスク教育はこのような災害文化の醸成に焦点をあてた取り組みが極めて重要な課題となる。

また防災教育とは、災害など社会に存在する様々なリスクから自分の身を守るための方法に重点を置いた教育のことである。日本の防災教育はリスク教育に比べて、古くから取り組まれてきている⁴⁾。それは、日本の国土が常に自然災害に脅かされており、自然災害多発国であるが所以である。

以上のことから、リスク認知、リスクコミュニケーション等リスクの概念を正しく理解するリスク教育と、様々なリスクから自分の身を守るための防災教育は、子どもが安全な生活環境を確保するための重要なアプローチとなる。本研究は、自然災害における子どものリスク教育

・防災教育について、文献を分析検討し、学校現場に役立つ資料を収集することを目的とする。

II 方法

本研究は、システマティックレビューおよびメタアナリシスのガイドラインであるPRISMA声明の原則に準拠し、実施した⁵⁾。

II -1. 文献検索過程

学術情報データベースであるCiNii、J-STAGE、医中誌WEB、IRDBを用いて文献検索を行った。検索キーワード「災害」「リスク教育」「子ども」「リスクコミュニケーション」「防災教育」「リスク認知」の組み合わせを使用して、検索を行った。

II -2. 選考基準と除外基準

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

選考基準

- ・国内で実施された研究論文（英語論文含む）
- ・研究対象が子どもであること（児童福祉法の児童の定義に基づき18歳未満）
- ・「リスクコミュニケーション」「リスク教育」「リスク認知」の内容が具体的に記載されているものであること

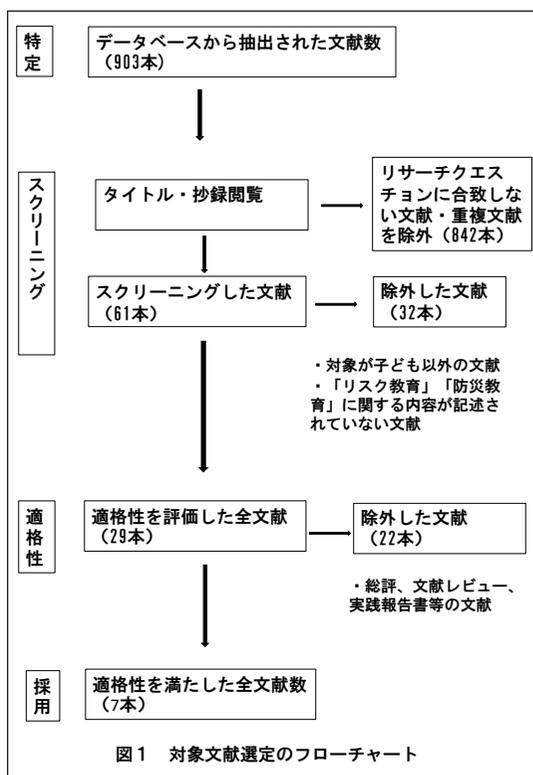
除外基準

- ・非公開研究
- ・災害時のリスク教育に関係のない文献
- ・文献レビュー
- ・実践報告

II -3. 文献の選択

上述のデータベースにおいて検索キーワード

により検索された論文は903本であった。次に、全てのタイトル・抄録を閲覧し、本研究のリサーチクエスションに合致しない文献、重複文献を除外し、61本を選択した。さらに、対象子どもではない文献、「リスク教育」「防災教育」に関する内容が記されていない文献32本を除外した。さらに、適格性を有する候補文献29本を精読、除外基準に相当する文献22本を除外し、最終的に7本を採択する文献として決定した。（図1）



II -4. 倫理的配慮

本研究は文献研究のため該当しない。

II -5. 分析方法

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

表1 各研究の概要

著者年	キーワード	対象	研究方法 使用尺度	研究目的	結果/考察
2010年 豊沢純子 唐沢かおり 福和伸夫 12)	防災教育・小学生・保護者・脅威アビール・説得	小学生全学年（意識調査は小学5・6年生）	質問紙調査	脅威アビール研究の枠組みから小学生を対象とした防災教育が、児童の感情や認知に変化を及ぼす可能性及びこれからの感情や認知の変化が保護者の防災行動に影響する可能性を検討	教育直後には、感情や認知の高まりが確認されたが、3か月後には教育前の水準に戻った。恐怖感情と保護者への効力感、保護者の教育内容の伝達意図を高め、伝達意図が高くなると実際に伝達を行い、保護者の防災行動を促進されるというプロセスが示された。
2017年 照本清峰 塚本章宏 田口太郎 11)	地震・津波・非難・リスク認知	2015年2月6日に徳島県南部で発生した地震によって強い揺れを観測した地域にあるA小学校の全児童を対象	質問紙調査	地震による揺れと津波に関する小学生の認識（地震発生直後の認識・動揺の不安要因・避難行動の認識・避難行動の必要性の規定要因）を定量的に示し課題を検討する。	地震発生後において動揺した児童は多くおり、その動揺は地震の揺れの認識と津波に関する不安感によって規定されていることが示された。また、児童の大半は津波の来襲の危険性と避難行動の必要性について認識していることが明らかになった。一方で、地震の揺れを強く感じた場合には避難行動の必要性を想起できなくなる可能性があることも示された。地震の揺れを感じた直後の児童の心理状態を考慮し、津波の来襲を予見し避難の必要性を喚起する情報伝達体制や児童が動揺した中でも誘導できる危機管理体制を確立しておかなければならないことが指摘された。
2017年 豊沢純子 元吉忠寛 竹橋洋毅 他 16)	防災教育・リスク認知 小学生・大学生	小学5年生26人 大学3年生30人	小学生の日常場面に関する4つのイラストを提示して、各場面で地震が起きた際の危険と身の守り方を記述	災害場面に対する子どものリスク認知の特徴を明らかにし、その結果に基づいて学校で防災教育を実施する際の留意点をまとめることを目的とした。	小学生に比べて小学生のリスク認知の特徴は、①状況に対する多面的な理解の少なさ、②自我関与の低さ、③発生確率や被害の深刻さの考慮の少なさ、が抽出された。
2018年 金井昌信 上道葵 片田敏孝 13)	津波でんでんこ 家族間信頼関係 家族防災会議 防災教育	学校区内に南海トラフ地震の津波浸水想定区域が含まれる小中学校の児童・生徒と保護者	質問紙調査	「津波でんでんこ」促進策として、家族間の津波避難に関する相談に焦点をあて、「津波でんでんこ」促進効果と実現可能性について検討する。	津波避難相談について、保護者が相談したつもりでも子どもは内容を忘れていたり、聞いていなかったりすることが10～20%の割合となった。家族で避難方法の相談を実施した家族の子どものほうが、適切な対応行動意向が見られた。わが子が適切に避難できている保護者ほど「津波でんでんこ」を実行する可能性が高いことが示唆された。

著者年	キーワード	対象	研究方法 使用尺度	研究目的	結果/考察
2019年 豊沢純子 元吉忠寛 竹橋洋毅 他 6)	防災教育 小学校低学年 マルチメディア教材 危険予測 対処行動	小学2年生	マルチメディア教材を使用した授業の実施と質問紙調査	低学年児童が危険予測と対処行動を学習するための防災教育を行い、学習効果を検討する。	マルチメディア教材を用いて危険予知と対処行動を学ぶ防災教育を実施した。また、保護者と一緒に通学路と校舎の危険を考える課題に取り組んだ。授業の効果として、危険だけではなく行動の仕方を具体的に学ぶこと、保護者と連携した学習を行うことの重要性が示された。
2019年 高田知紀 近藤綾香 15)	防災教育 リスク回避 妖怪 民話	未就学児4人 小学生53人 中学生2人 高校生3人 保護者7人	文献調査・社会実験・文献調査と社会実験をふまえた理論的考察	妖怪伝承に着目し、伝統的な自然災害に関する捉え方を分析し、具体的な防災・減災教育プログラムを提案することを目的とする。	文献検討の結果、妖怪伝承には地震や津波、洪水、水難事故といった災害と関連するものが多数存在した。中でも妖怪の働きが災害の誘発要因、予兆前兆、災害状況の説明、災害の回避策、災害履歴の伝達という5つの類型が見いだされた。妖怪を知的資源として活用した防災プログラムを実施したところ、子ども達は新たな妖怪を考え出す作業を通じて、地域の多様な危険を認識し、その対策を検討することができた。
2020年 曾川剛志 17)	リスクテイク 連続的意思決定 地図活用 図上避難訓練 防災教育	臨海部人口密集都市の小学校に在籍する小学5年生111人、6年生105人（計216人）	理論的枠組みの提供とそれに基づいた学習教材の作成と評価	防災における地図を利用した地理教育の問題点と、小学校で実施される津波避難訓練の限界を明らかにする。主体的な避難者育成を目指した防災教育理論に依拠しながら、地図活用で意識したい6つの理論的枠組みを構築する。理論的枠組みを基に臨海部人口密集都市の小学校を対象とした図上避難訓練を開発する。	避難シミュレーション「ディグロ」は、これまで津波避難訓練の大きな課題であったリスクテイクな連続的意思決定機会を個々の児童に保障することができた。また、避難訓練の個別化と避難の可能性、発災シナリオの「自覚化」、発災シナリオの異なるシミュレーションに繰り返し取り組ませることが可能になった。

III 結果

III -1. 文献の掲載年次と対象者の属性

今回採用した文献は、2010年が1本、2017年2本、2018年1本、2019年2本、2020年1巻であった。対象者の属性は、小学生を対象とした研究は全7本で、大学生と比較した研究が1本、未就学児から保護者までを対象とした報告が1本、大学生と小学生を比較した研究が1

本、小学生・中学生とその保護者を対象1本であった。

III -2. 認知発達段階に合わせたリスク教育・防災教育

防災教育を実施する際、子どもの発達段階に応じたリスク認知の特徴を踏まえた指導が重要である。しかしながら、それぞれの年代の子どものリスク認知に焦点をあてた資料は少なく⁶⁾

過去の研究においては、火災避難経路の選択について調査した鈴木らの一連の研究^{7) 8) 9)}が報告されるのみである。このように、学校教育の中でリスク教育は、まだ歴史が浅い教育分野とされている。その中でも今回採用した豊沢ら¹⁰⁾の報告は、地震に対する子どものリスク認知の特徴を明らかにし、実際に学校で防災教育を行う際の留意点を示すことを目的とした研究である。この報告では小学5年生と大学生を対象にイラストで描かれたシーンを提示して、各シーンで地震が起きた時に危険と身の守り方について自由に回答を求めている。使用したワークシートには、小学生の日常生活に深く関係する「授業中」「給食中」「下校中」「就寝中」のイラストが示され、丸等で囲った人物の視点から各シーンで地震が起きた際の危険と身の守り方についての自由記述を求める内容となっている。結果において、学生と比較した小学生のリスク認知の特徴として、①状況に対する多面的な理解の少なさ、②自我関与の低さ、③発生確率や被害の深刻さの考慮の少なさ、が抽出された。これらの結果を踏まえて、豊沢らは小学生に防災教育を行う際の留意点について以下のように考察している。①状況に対する多面的な理解の少なさに対しては、具体的な状況を設定し、児童の様々な意見を引き出すことで多面的な理解を促す取り組みをする。②自我関与の低さ・③発生確率や被害の深刻さに対しては、より具体的な説明を提示する。例えば、「地震の時にテレビで怪我をする可能性は？」等状況を具体的に説明し、客観的な理解を促す必要性を考察している。

小学校全学年を対象とした研究では、照本ら¹¹⁾の報告がある。この報告は、地震による揺れと津波に関する小学生の認識を定量的に示し、課題を検討することを目的とした研究である。対象とした地震は2015年2月に徳島県で発生した震度5強の地震である。調査は地震発生3日後の下校前の時間帯に全児童を対象とした。

地震発生後の児童の心理状況では地震の大きな揺れを感じた児童は、揺れをあまり感じなかった児童と比較して、津波来襲の予測ができなくなる傾向があることが示された。また、学年間の比較では、津波来襲の不安感、地震発生後の動揺に関する認識については統計的に有意な差はみられなかった。これらの結果を踏まえて、照本らは小学校の児童は地震発生直後心理的な動揺により津波来襲を想起できなくなり、避難行動に結びつかない可能性を示唆している。また、避難の必要性を喚起する情報伝達内容と動揺した児童を誘導できる体制を構築必要があると述べている。さらに、避難行動に関しては、具体的な認識と避難訓練等を何度も繰り返し実際に行動することが必要であると報告している。

児童の中でも低学年に対する効果的な防災教育は、認知発達段階の特徴を踏まえて考案しなければならないとされている、しかし、低学年児童の発達段階の特徴を踏まえたリスク認知に関する研究はあまり報告されていない。その中でも豊沢ら⁶⁾は低学年の児童を対象として発達段階の特徴を踏まえた防災教育の実践を報告している。この報告では、低学年に向けた防災教育の工夫として、①マルチメディアの教材使用②低学年児童向けの評価方法の提案の2点を挙げている。これらを活用して、低学年児童が危険予測と対処行動を学習するための防災教育を実施し、その学習効果を検討した。評価においては、危険予測と対処行動の両面について児童の主観的な理解度と自由記述の内容で評価を行った。その結果、主観的な理解度は学習の主効果が生じ、学習効果が確認されたとしている。また、危険予測と対処行動の理解度の差はなく、危険と安全をバランスよく学習することができたと報告されている。

III -3. 保護者の協力とリスク教育・防災教育

豊沢ら¹²⁾の研究では、小学生を対象とした

防災教育が保護者の防災行動に与える影響について、検討している。小学校高学年の児童 135 名を対象に、防災教育の直後の保護者への効力感、保護者への教育内容の伝達意図と 3 か月後の保護者への情報伝達量、保護者の協力度を測定した。豊沢らは 5 つの要因（恐怖感情・脅威への脆弱性・脅威の深刻さ・反応効果性・保護者への効力感）が保護者への情報伝達意図を高め、情報伝達意図が高まるほど、実際の伝達がなされ、情報伝達後に保護者の防災行動が行われやすくなるというプロセスモデルを構築し、検討を行っている。このプロセスモデルについて共分散構造分析を行った結果、5 要因の中で恐怖感情と保護者への効力感が、保護者への伝達意図に影響し、伝達意図が高まると保護者に伝達され、保護者の防災行動が促される一連のプロセスを示した。また、他の 3 要因では影響が生じなかった理由として、以下の 2 点を提示している。まず 1 点目は、相関分析で 5 要因全てが相関を示していることから、保護者への伝達意図に影響しており可能性はあるものの、概念に共通する部分のある複数の要因を同時に投入した共分散構造分析では一部の要因の影響が表れにくかったのではないかと考察している。2 点目は、小学生の防災行動意図の規定因は、大人とは異なっている可能性である。つまり、子どもから保護者への情報伝達課程を踏まえたモデルにおいては、従来の大人を対象とした研究ではなかった要因間の関係が生じたと解釈している。加えて、このプロセスモデルでは、各要因が保護者への伝達意図だけでなく、伝達量や保護者の協力度に直接影響する可能性も示唆している。豊沢らはこのモデルにおいて、防災教育を受けた児童を媒介としたメッセージは、専門家よりも効果的に保護者の防災行動を促進する可能性を提示している。

また、金井ら¹³⁾の研究では、家族間の津波避難に関する相談に焦点をあて、「津波でんでんこ」の促進効果と実現可能性について検討し

ている。児童生徒とその保護者を対象に「津波でんでんこ」の促進・阻害要因について、アンケート調査を行い、定量的な分析を実施した。その結果、津波避難の状況について、保護者が相談したつもりでも子どもは「忘れてる」等一方的な関わりであったことが確認された。この結果に対して、金井らは、家庭を巻き込んだ実践的な学習や定期的な家庭防災会議の促進等の対応を記している。また、家族と避難方法について相談している児童生徒のほうが、そうでない児童生徒よりも地震発生時に適切な対応行動意向を有していることが確認された。また、「わが子は避難することができる」と思っている保護者ほど「津波でんでんこ」を実行する可能性が高いことを示唆する結果が示された。以上の結果より親子間の津波避難に関する信頼関係が「でんでんこ」の促進・阻害要因となりえることが確認された。今後の課題として、家庭防災会議で具体的な避難方法を話し合い、確認し合うことを防災教育の中に取り入れることが必要と考察している。

III -4. 子どもの主体性を促すリスク教育・防災教育教材

日本の児童の生活時間は、20% が学校内、残り 80% が学校外で過ごしていると言われて¹⁴⁾。そのため、「自分の命は自分で守る」という主体的な態度を育むことは防災教育では重要課題となる。

高田ら¹⁵⁾は、妖怪伝承に着目して伝統的な自然災害に関する捉え方を分析し、児童を対象とした防災・減災教育プログラムを検討している。この報告では、妖怪伝承の中に込められた自然災害リスクへの関心の構造を明らかにしている。具体的には、妖怪の働きが①災害の誘発要因 ②災害の予兆要因 ③災害状況の説明 ④災害の回避方策 ⑤災害履歴の伝達の 5 類型で語られると示している。これらを踏まえて、自然災害リスクマネジメントとして災害体験を妖怪

に置き換える意義を以下のように記述している。災害の妖怪への置き換えは、災害が発生するそれぞれの地域の風土性を捉え、発災後に伝えるべき教訓を含み、単なるリスク体験を伝えるのではなく、それぞれの地域や集団で共有・共感される災害体験を他者や後世に伝えるための装置の役割があるとしている。高田らは、この機能に着目し、妖怪を活用したワークショップを紹介している。このワークショップでは、子ども達がオリジナルの妖怪の性質を考慮することで、身の回りにある潜在的なリスクに気づく、意識することを目的にしている。さらにそのリスク事象（妖怪）に遭遇した際の対処方法を考えることである。このようなワークを通じて、参加者の感想の中でもその地域のリスクを意識し、それに対して備える機会作り出す可能性を示している。妖怪に着目した防災教育ワークショップは、具体的なリスク現象・リスクのエッセンス・妖怪という3つの要素を循環的かつ関係的にとらえ、自身及び地域の安全性を担保するための意識や実践態度を醸成して行くことができると考察している。

小学校2年生を対象に、危険予測と対処行動を学ぶ防災教育について報告した豊沢ら⁶⁾の研究では、低学年に対して主体的行動を促す工夫として、マルチメディア教材を活用している。この報告では、地震の揺れや時間経過に伴う状況の変化を視覚的に捉えることのできるメディア教材は理解の促進と学習意欲の向上に役立つ可能性があるとして述べ、2017年に開発した教材¹⁶⁾を使用して防災教育を実施している。結果において、主観的な理解度は、学習の主効果が生じ、学習効果が確認されている。また、危険予知と対処行動の理解度に差がなく、危険と安全をバランスよく学習することができたと報告している。豊沢らは、マルチメディア教材の活用は、子どもの主体的な行動を促すことに効果はあったが、知識と行動をより結びつけるためには、体を動かす学習と組み合わせることが有効

と捉え、今後も様々な学習方法を実施し検討することが望ましいと述べている。

曾川¹⁷⁾の研究では、主体的な避難者育成を目指した防災教育に依拠しながら、地図活用で意識したい6つの理論的枠組みを構築することを目的とした研究を報告している。さらにこの6つの理論的枠組みに基づき、学習教材「大島小子ども防災マップ」の作製、地図活用型防災教育として地図上の避難訓練シミュレーション「ディクロ」の開発を実施し、実践案を提示している。特に「大島小子ども防災マップ」は、家庭でのオーダーメイド避難¹⁸⁾を検討するためのリスクコミュニケーションツールとして開発された教材である。このマップは活用型防災マップとして、学校で防災学習を受けた後、各家庭で避難作戦を書き込み、可視化することを目的としたものである。具体的には、以下の3つのポイントが提示されている。1つ目は「わが子の命を絶対を守る」という趣旨の明確化である。マップを囲んで家族で話し合うことで「絶対に逃がっている」という信頼関係はてんでんこ避難を可能にする前提条件だからである。2つ目は具体的な活用方法として、①複数の避難場所・避難経路・危険個所の話し合い（家族安全会議）、②実際に歩いて確認する（家族訓練）、③再度地図で確認し重要なことを書き込む、の3ステップを明確にしたことである。3つ目のポイントは、「情報量を抑えてマップ面を作製したこと」としている。

また、曾川は「ディクロ」と「大島小子ども防災マップ」の上で図上避難訓練を行うオーダーメイド避難のシミュレーションを実施している。具体的な活用方法は、児童2人が1組となり、透明シートを被せた「大島小子ども防災マップ」上に5分毎に示される災害情報にマークを書き込みながら、その時々状況に合わせた避難行動について考える内容である。実際に災害が起こった場合では、地図を見ながら避難することはできない。だからこそ、日常的に生

活圏の地理的状況を身体感覚で取り込み、児童の認知と避難地図の一体化を図ることが災害からの避難行動につながるとしている。

IV 考察

IV -1. 文献の掲載年次について

今回採用した論文7本のうち、6本が東日本大震災以降の報告であった。日本の防災教育

は古くから取り組まれてきたが、1995年の阪神淡路大震災、2011年の東日本大震災の経験から、各地で防災教育に重点を置いた取り組みが行われている。¹⁹⁾特に東日本大震災後は「学校教育における安全文化の構築」²⁰⁾が重要とされ、防災教育の重要性が高まったため、本稿の選択論文の多くが東日本大震災以降であったのはその影響があったと考えられる。近年における防災教育の研究動向として、望月²¹⁾によれば、実践授業でも「リスク認知」に係る報告が30件以上とされる。このように「リスク認知」に関する防災教育は多く報告されているが、系統的なリスク教育に関する報告は少なく、今後はリスク教育と防災教育を併せて実施する必要がある。

IV -2. 認知発達段階に合わせたリスク教育・防災教育

2013年に文部科学省は、「学校防災のための参考資料「生きる力」を育む防災教育の展開²²⁾において、幼稚園児から高校生まで、児童生徒等の発達の段階に合わせた防災教育の目標を設定し、指導する内容を整理して提示している。この資料では、リスクの知識の領域である（知識、思考・判断）、リスク認知としての（危険予測と主体的行動）・地域のつながりとしての（社会貢献・支援者の基盤）の3領域を設け、各校種ごとの目標とねらいの項目ごとの目標を示している。このように資料では目標設定はあるが具体的な事例が示されていない。そのような中で豊沢ら¹⁰⁾の報告は、地震に対する子ども

のリスク認知の特徴を明らかにし、防災教育の実践に役立つ知見を報告している。豊沢らは、大学生と比較した子どものリスク認知の特徴として①状況に対する多面的な理解の少なさ ②自我関与の低さ ③発生確率や被害の深刻さの考慮の少なさの3点を抽出し、それぞれに対応し防災教育の留意点を示している。さらに今後の展望として、実践面でより具体的な教材開発と指導計画の作成をあげ、学術面でリスク認知の発達に伴う変化についての知見を重ねる必要性を示している。

照本ら¹¹⁾・豊沢ら⁶⁾においても、認知発達に対応した取り組みとして、より具体的な避難行動の認識や避難訓練、またマルチメディアの活用などを紹介している。近年の防災教育実践研究の動向をレビューした望月らの報告では、実践の中ではハザードマップやアプリで記録した防災マップを使用した具体的な事例も多く紹介されていたが、認知発達段階に合わせた報告は多くみられなかった。そのほか、認知発達段階に合わせた実践報告として、文部科学省の「生きる力」を育む防災教育の展開に記載されている発達段階ごとの目標設定をしている報告は多くあるが²³⁾²⁴⁾²⁵⁾、その多くが小学校各学年単体の報告であり、学年毎の比較や縦断研究など発達に伴う変化に関する報告はほとんどなかった。今後は、それぞれの報告について、認知発達に伴う変化に関する知見を見出すことが重要である。

IV -3. 保護者の協力とリスク教育・防災教育

保護者の協力のもとにある防災教育の重要性について豊沢ら¹²⁾は、以下の2点の理由をあげている。まず1点目は、阪神・淡路大震災の死因の9割が家屋・家具等の倒壊による圧迫死と推測されたことから、自宅の耐震化・家具の固定等が防災対策となるが、これらの対策は児童では難しく、保護者の協力が必要となるためである。2点目は、学校保健法の改正に伴い、

地域や保護者の協力による安全教育の必要性が高くなってきている点である。これらのことから、豊沢らは、児童が保護者に対策の必要を伝え、協力を促すことにより、保護者が協力する意図をもつことが防災教育の中では重要と考えた。実際に本研究では、子どもから保護者への伝達意図が高いほど保護者の防災行動が促されることが確認されている。

金井ら¹³⁾は「津波てんでんこ」を基に家族間の信頼関係の構築に焦点をあてた研究を報告している。この報告では、家族で避難方法について相談することが子どもの適切な避難を選択することにつながると示している。また、保護者が「自分の子どもは適切な避難行動が実行されない」と思うと「津波てんでんこ」が実行される可能性が少なくなることも確認されている。家族の信頼関係に関しては、前述の豊沢らも¹²⁾、子どもの保護者への効力感、ふだんの親子の会話量、保護者の会話態度と正の相関があり、児童に対する防災教育の効果を考える上では、家庭環境も留意する必要があると考察している。このようにより効果的な防災教育には、家族の信頼関係がキーワードとなる。しかし、現代の子育て環境を考えると、家族の信頼関係だけに焦点を当てた防災教育には限界がある。実際に金井らの報告では、防災教育が熱心な地域であっても、「津波てんでんこ」の実行が困難と思われる保護者が少なく存在することを示している。今後は防災教育が熱心でない地域での家庭防災会議の実施方法や地域全体を巻き込んだ防災教育、さらに子ども一人でも実施可能な主体性を促す防災教育も併せて重要となる。

IV-4. 子どもの主体性を促すリスク教育・防災教育教材

前述した「津波てんでんこ」の実行を可能にするためには、保護者が「いざという時わが子は主体的に行動できる」という信頼がなければ

成立しない。つまり、「災害発生時には自分が率先して避難する」というルールを家庭内で事前に確認・了解しておくことが前提となる。そのような点で片田は、災害から自らの命を守る主体性を醸成する防災教育が重要と述べている²⁶⁾。このように子どもに向けた防災教育の課題は、子ども達や防災に興味・関心を持ち主体的に学ぶ機会を創り出すこととなる。そのような点から妖怪を地域の災害のメタファーとして捉えた高田ら¹⁵⁾の報告は、災害リスクマネジメントを考える上で、極めて有用と考える。妖怪を取り入れたワークショップが当時妖怪ブームであったこともあり、子ども達にとって興味を持ちやすい教材となった。また、妖怪は地域性として伝播しやすく、自然に対する畏怖の念も育むことができる教材である。加えて認知発達において、小学校低学年から中学生までの広範囲で活用できると思われる。さらに高田は、妖怪安全ワークショップは自然災害だけではなく、身の回りの様々なリスクを考える教材になる可能性を取り上げており、今後のリスク教育や防災教育の実施する上で応用できる可能性がある。

低学年を対象とした防災教育で子どもの主体性を促す教材として、豊沢ら⁶⁾はマルチメディア教材を活用している。豊沢らの報告では、マルチメディア教材の活用は、子ども達の主体性を促す効果があったことを示し、さらに実際に体を動かす学習と組み合わせることが有効と述べている。マルチメディア教材を活用した防災教育の報告は数多くあり、特にゲーミフィケーションを活用した防災教育は参加者のモチベーションと教育効果を高める上で有益であるとされている²⁷⁾。ゲーミフィケーションとは、「ゲームの考え方やデザインなどの要素を、ゲーム以外の社会的な活動やサービスに利用すること」と定義されている。²⁸⁾ マルチメディア教材のゲーミフィケーションは、子どもの主体性を促す教材としての可能性が広がり、今後の防災学

習の中で展開されることが望まれる。

VI 総合考察

今日の自然災害における子どものリスク教育に関する研究において、リスク認知とリスク評価、それに伴うリスクコミュニケーションを含んだ系統的なリスク教育の研究は、あまり報告されていない。実際に日本の義務教育において、リスクリテラシーを醸成するカリキュラムは組まれておらず、教員が色々な機会で個々の文脈でリスク教育を行っているのが現状とされている²⁹⁾。根本的に「危機管理」という教育が明確に実施されていないことを前提に、今後はリスク教育と実践的な防災教育をあわせて実施する必要がある。そのためには、学校種別、学年別等子どもの発達段階に応じた体系化された教育が不可欠である。加えて、子どもの主体性を促す自律的な教育、さらには保護者や地域を巻き込んだ取り組みが重要となる。これからのリスク教育・防災教育は、発達段階に合わせた体系的な教育課程と、学校から家庭へ、地域へとリスクを共有し、対応を図ることができるリスクコミュニティの構築を目標として展開されることが望まれる。

引用文献

- 1) 元吉忠寛．リスク教育と防災教育．教育心理学年報 52 (0) 153-161, 2013
- 2) 今村文彦．自然災害のリスク教育：生きる力と再生する力を涵養するには．教育と医学 59 (12) , 1166-1172, 2011-12
- 3) 片田敏孝．人が死なない防災．集英社 1999
- 4) 阪上弘彬, 村田翔．日本の学校教育における防災教育の展開と特徴：阪神淡路大震災と東日本大震災の2つの災害を視点に．兵庫教育大学研究紀要 55 141-151, 2019
- 5) 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

- 6) 豊沢純子, 元吉忠寛, 竹橋洋毅, 野田理世．危険予測と対処行動を学ぶ防災教育の効果．教育心理学研究 67 (1) 54-67 2019
- 7) 鈴木賢一, 建部謙治．児童の学校空間認知と避難経路選択：学校における児童の火災避難行動に関する基礎的研究 その2. 日本建築学会計画系論文集 64 (522) , 201-206, 1999
- 8) 建部謙治, 鈴木賢一．火災知識・行動判断の避難経路選択への影響：学校における児童の火災避難行動に関する基礎的研究 その3. 日本建築学会計画系論文集 67 177-181, 2002
- 9) 建部謙治, 鈴木賢一, 小森圭一．単独避難の経路選択傾向：学校における児童の火災避難行動に関する基礎的研究 その1 日本建築学会計画系論文集 64 (515) , 159-164, 1999
- 10) 豊沢純子, 元吉忠寛, 竹橋洋毅, 他．地震のリスクに対する小学生の認知の特徴 — 小学5年生と大学生の比較から — . 学校危機とメンタルケア 9 38-45, 2017
- 11) 照本清峰, 塚本章宏, 田口太郎．地震発生直後における小学生の津波の危険性に関する認識．自然災害科学 36 (3) , 297-305, 2017
- 12) 豊沢純子, 唐沢かおり, 福和伸夫, 他．小学生に対する防災教育が保護者の防災行動に及ぼす影響．教育心理学研究 58 (4) , 480-490, 2010
- 13) 金井昌信, 上道葵, 片田敏孝．児童生徒とその保護者を対象とした“津波でんでんこ”の促進・阻害要因の検討．災害情報 16 (2) , 273-281, 2018
- 14) 片田敏孝．子どもたちに「生き抜く力」を：釜石の事例に学ぶ津波防災教育．フレイベル館 2012

- 15) 高田知紀, 近藤綾香. 妖怪伝承を知的資源として活用した防災教育プログラムに関する一考察. 土木学会論文集 H (教育) 75 (1), 20-34, 2019
- 16) 豊沢純子, 元吉忠寛. 竹橋洋毅, 他. 小学生向け防災教育デジタル教材の開発: 主体的な行動力の育成を目的として. 社会安全学研究 7 49-59, 2017
- 17) 曾川剛志. リスクテークな連続的意思決定を個別に行わせる地図活用型防災学習の開発. 新地理 68 (3), 1-26, 2020
- 18) 矢守克也. 防災・減災のためのリスク・コミュニケーション. JICE report (29), 24-34, 2016
- 19) 藤岡達也, 佐藤健. 国際的動向を踏まえた日本の防災教育の現状と課題: 阪神淡路大震災から東日本大震災及びそれ以降の展開を中心に. 安全教育学研究 12 (2), 19-25, 2013
- 20) 学校安全の推進に関する計画の策定について (答申) 中央教育審議会
https://www.mext.go.jp/component/b_menu/shingi/toushin/_icsFiles/afieldfile/2012/03/29/1318912_01.pdf 2012
- 21) 望月大, 村越真. 資質・能力の視点から見た, 防災教育実践研究の動向: 東日本大震災以降の防災教育の授業実践論文を中心に. 教科開発学論集 = Studies in subject development 10 1-14, 2022
- 22) 「学校防災のための参考資料「生きる力」を育む防災教育の展開 文部科学省
- 23) 米山祥平, 小泉令三. 小中学校における防災教育の授業計画案 - 社会性と情動の学「SEL-8S」学習プログラムの追加の学習ユニットとして -. 福岡教育大学大学院教育学研究科教職実践専攻 (教職大学院) 年報 5 63-70, 2015
- 24) 今井亜湖. 吉富友恭, 埴岡靖司. 防災教育における映像教材の使用に関する事例研究. 日本教育工学会論文誌 44193-196, 2021
- 25) 川真田早苗, 村田守. 徳島県吉野市川田川水害頻発地域の小学校4年生を対象とした総合的な学習の時間における防災教育プログラムの実践. 教育実践学論集 18 145-155, 2017
- 26) 片田敏孝. 子どもたちを守った「姿勢の防災教育」. 災害情報 10 37-42 2012
- 27) 山田泰行, 宮中翼, 甲斐素子, 他. 科学コミュニケーションとゲーミフィケーションを活用した防災教育の実践. 人間工学 58 (2), 67-75, 2022
- 28) 井上明人. 「ゲーミフィケーション—ゲーム>がビジネスを変える」NHK 出版, 2012
- 29) 金澤伸浩, 田中豊, 小山浩一, 他. リスク教育のためのリスクリテラシー測定尺度. 日本リスク研究学会誌 29 (4), 243-249, 2020

Child Risk Education in Natural Disasters: A Literature Review

Shima NAKATSUKA
Kobe College of Education

Key words: natural disasters, risk education、 education for disaster prevention

PTSDにおけるモバイルヘルスケアの有用性に関する文献的考察



桃田茉莉子

兵庫県こころのケアセンター

本稿では、2019年から2023年の期間に心的外傷後ストレス障害（Post-traumatic stress disorder: PTSD）に関するモバイルヘルスケアの研究動向について概観した。本稿で挙げた論文の多くは、独自に開発されたプログラムの効果を検証しており、これらのプログラムは、PTSDを対象としつつも、症状の管理や軽減だけに留まらず、併存する感情や認知の問題、関連するストレスへの対処も含めた機能も提供していることが確認された。プログラム介入の結果、一部の研究ではPTSD症状の軽減や管理、関連するストレスへの有意な変化が観察されたが、効果量は全体的に低く、メンタルヘルスに対するプログラムの有用性について詳細な検証が不足している状況が見受けられた。今後、より厳格な研究デザインに基づく長期的なフォローアップ研究が行われることで、PTSDに関するモバイルアプリケーションの有用性と効果がより明確になることが考えられる。これらの知見が集積されることで、将来的なメンタルヘルスケアの向上に寄与することが期待される。

Key word: PTSD、モバイルヘルスケア、デジタルデバイス介入、アプリケーション

I. はじめに

心的外傷後ストレス障害（Post-traumatic stress disorder: PTSD）とは、「侵入症状」「回避症状」「認知と気分の陰性の変化」「覚醒度と反応性の著しい変化」の4つの症状を特徴とする精神疾患である [1]。PTSDは、その症状をもつ患者自身、家族、および社会にとって、幸福感情の低下、生産性の損失、医療費負担、苦痛及び機能障害のレベルが著しく高まることを示し、様々な面で長期にわたる問題を引き起こすことが知られている [2,3]。しかしながら、PTSDに苦しむ多くの人々は、必要な医療サービスを受けようとしなことが明らかになっている [4]。この問題について調査するため、1989年から2018年までの期間に発表された2,391の関連論文を対象にしたシステムティック・レビューが実施された [5]。このシステムティック・レビューの結果、治療の障壁や促進要因となるのは、①回避、麻痺などのトラウマ

関連症状、②治療に関する不安や恐れ、③治療選択肢の欠如、④セラピストまたは支援者の特性や行動、⑤ PTSDや関連サービスに関する知識の欠如、⑥保険や場所、時間など治療へのアクセス、⑦治療を受けることへの社会文化的環境、⑧価値観や信念、優先順位、⑨治療に対する過去の否定的な経験、⑩医療ニーズおよび疾患負担といった10の主要因子が特定された。

これらのすべての問題に対する完全な解決策にはならないが、アクセスや知識の提供などいくつかの問題に対処する手段として、インターネットベースの介入に注目が集まっている。近年、スマートフォンなどの情報通信機器の保有率は国内外で高まっており、心理学的な介入へのアクセスが拡大している状況を踏まえて、モバイルヘルス（mHealth）は、治療法の不足に対処する手段の一つと考えられている [6]。しかし、メンタルヘルスアプリケーションの数は増えているものの、PTSDを対象としたアプリケーションはあまり一般的ではない。そこで本

稿では、2019年から2023年にかけてPTSDに焦点を当てたモバイルヘルスケアの取り組みについての文献をレビューし、近年の研究動向を概観することを目的とした。

II. 方法

II -1. 文献選定のプロセス

本研究では、①トラウマ、PTSDが対象とされる文献、②モバイルヘルスケアやデジタルデバイスの使用を含む内容を選定基準として設定した。除外条件は、対象がトラウマ、PTSD症状以外を対象にしているもの、解説・ケースレポート、レビュー論文とした。文献検索に当たっては、PubMedおよびGoogle scholarを利用し、期間設定に関しては、最新の研究動向を把握する目的で、2019年から2023年までの5年間に公表された論文を対象に検索を行った。検索キーワードは、「PTSD」、「モバイルヘルス」「アプリケーション」「デジタルデバイス介入」の言葉の組み合わせで行い、2023年6月29日時点のデータベース検索により、合計113本の文献(PubMed 31本、Google scholar 81本)を抽出した。具体的にはタイトル及び抄録を精査し、選定基準のいずれかを満たさない98本を除外した。検出した文献の中で題目と抄録の内容を確認し、判断できない場合にはフルテキストを精査した。このプロセスを経て、フルテキストを15本精読し、適格基準を満たさない6件を除外し、最終的に9本の文献を詳細なレビューの対象とした。対象となった研究論文に関しては、著者、研究目的、対象、主要な結果/考察を表1にまとめた。

III. 結果

III -1. 選定論文の基本属性

本研究で報告する9論文は主に米国で実施された研究報告である[7,8,9,10,11,12,13]。それ以外は、ドイツ[14]、南アフリカ[15]での研究であった。これらの研究では、性的虐待、身

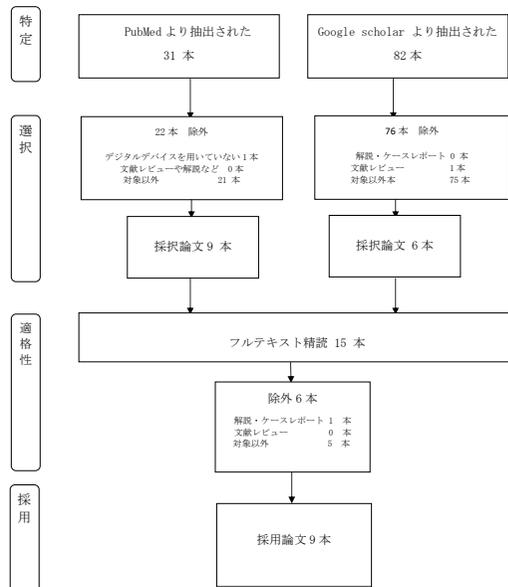


図1:対象文献選定のためのフローチャート

体的暴行、暴力の目撃、災害、重大事故を経験し、PTSD症状を持つ12歳～18歳の子ども[8]、退役軍人[12]、アルコールの問題を抱える退役軍人[9,13]、多くがPTSDと診断された退役軍人の介護者[11]、シリア難民[14]、対人暴力経験を持ちHIVケアを必要とする黒人女性[15]が参加者として含まれていた。加えて、PTSD症状を持つ対象者の家族[8]、友人、そしてピアナビゲーターやボランティアカウンセラーなどもサポート役として研究に参加していた[7,9]。

III -2. 情報端末

本研究で報告する論文で使用された情報端末は、タブレット端末[8]、スマートフォン[7,9,11,12,14,15]、スマートウォッチ[10]など多岐に当たっていた。近年、大多数がスマートフォンを所持しているという背景のもと、多くの研究がスマートフォン対応のモバイルアプリケーション仕様となっていた。

表1 各研究の概要

著者（出版年）	目的と研究デザイン	対象者	主な結果 / 考察
Bröcker et al., (2022) [7]	①資源に乏しい環境において、「PTSD coach」オンラインの臨床評価を行った。さらに、ボランティアカウンセラーが介入を支援することが可能であるか検証された。 ② PTSD coach のモバイルアプリバージョンの効果が検証された。 研究デザイン：ランダム化比較試験	パイロット1：PTSD 患者 9 名（平均年齢 46.3 歳）90% が女性（トラウマとなる出来事：性的暴行（50%）、突然の暴力死を知ったこと（30%）、身体的暴行（20%）。 パイロット2：PTSD 患者 8 名（平均年齢：39.4 歳）90% が女性、性的暴行（40%）、身体的暴行（30%）、仕事上の重大事故（10%）、愛する人の突然の事故死を知ったこと（10%）	PTSD 評価：パイロット1：CAPS-5 ¹⁾ の有意な改善効果が認められた（介入前：極度 7 人⇒介入後：重度 1 人、中等度から軽度 6 人）。 パイロット2：PTSD 症状の有意な改善効果が認められた（介入前：極度から重度 7 人⇒介入後：重度 1 人、中等度から軽度 6 人）。 考察 / ウェブベースの PTSD オンライン coach と比較してモバイルアプリケーションにおいても PTSD 症状の有意な改善効果を示した。
Davidson et al., (2019) [8]	TF-CBT ²⁾ の治療をサポートする技術ツールを開発し、地域精神保健サービスとしての実現可能性が検証された。 研究デザイン：前後比較臨床試験	13 人（平均年齢 11.5 歳）の子どもと 27 家族（トラウマとなる出来事：性的虐待、身体的暴行、目撃した暴力、災害、重大事故など 1 つ以上経験を持つ）。	PTSD 評価：UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックスで評価した結果は有意な改善効果は認められなかった。 養育者評価：タブレット群と対面群で有意な差はなかった。 考察 / 技術ツールを使うことで子どもたちがセッションに積極的に参加した。動画視聴により心理教育の理解が促進され、積極的に活動に参加した。治療者側は、ワークシートを使用するよりも iPad を使うほうが子どもの理解を促進する手助けになった。 注意点：トラウマ記憶の処理プログラムは開発途中であったためすべてのプロセスは実施していない。
Elbogen et al., (2020) [9]	認知行動療法により怒り感情への対処を目的としたアプリ「Connected」とソーシャルサポートの効果が検討された。 研究デザイン：ランダム化比較試験	退役軍人 26 名（大半が 30～39 歳：88% 男性）最終結果報告は 16 人対照群の 9 人と実験群の 7 人 PTSD の診断基準を満たし、過去 1 週間に少なくとも 1 回の怒りまたは過敏性のエピソードがある。	PTSD 評価：CAPS-5 により評価した結果、対照群と実験群で PTSD 症状には有意な差は認められなかった。 対照群と比較して、実験群の参加者は、Connected が毎週の治療セッションを向上させ、治癒値を高めたと答えた者が有意に多かった。
Martindale-Adams JL et al., (2022) [11]	教育、動機付け、ストレス緩和活動に焦点を当てたテキストメッセージを用いて、ストレス管理プロトコルの効果が検証された。 研究デザイン：前後比較臨床試験	介護者支援プログラムに登録された退役軍人に関わる介護者 18 名 大規模調査 781 名	大規模調査では、対象となった介護者の 781 名がウェブ調査に回答した。その回答結果は、メッセージがストレス管理、自分自身や愛する人へのケアをされている感覚を得ることに役立ったと報告した。 考察 / SMS テキストメッセージが、介護者のストレスと情報ニーズへの適切な対応に有効である可能性が示唆された。
McLean et al., (2022) [12]	① PTSD 症状の自己管理及び曝露療法の演習を含むアプリ「Renew」が PTSD 症状を軽減できるかどうか検討された。② 支援者がサポートを行うことで結果に影響があるか検討された。 研究デザイン：ランダム化比較試験	退役軍人 93 人（平均年齢 49 歳：女性 46 名）	PTSD 評価：PCL-5 ³⁾ において得点の減少は見られたが（M=-6.14）、この差は有意ではなく効果量も小さかった（d=-0.39）。症状に関してサポートの有無による有意差は認められなかった。 エンゲージメント指標：サポート人数が多いほど、アプリ利用時間、外出時間、ポイント数が多くなることがわかった。 考察 / 支援者がサポートを行う積極的参加群 / 単独参加群 / 待機群に分けられ、検討されたが、支援条件群は、サポートした支援者が対象者の親しい間柄ではなかったためサポート機能を持たなかった可能性がある。対象者の親しい友人や家族を参加させることでアプリエンゲージメントを強化できるかもしれない。

著者（出版年）	目的と研究デザイン	対象者	主な結果 / 考察
Latour et al., (2020) [13]	PTSD 症状とアルコールの問題を同時に対処できるよう設計されたアプリ「Mind guide」の効果が検証された。 研究デザイン：介入開発（第1段階）、βテスト（第2段階）、ランダム化比較試験（第3段階）	第1段階・第2段階 PTSD とアルコールの問題の治療を受けていない、スクリーニング検査で陽性であった退役軍人 16 人 第3段階 Mind guide (n=100) またはストレス管理対照条件 (n=100) に無作為割付	第3段階の結果 PTSD チェックリスト (d=-1.12) アルコール使用の頻度 (d=0.54) アルコール問題 (d=-0.44) 考察：PTSD 症状自体の改善効果は、小さいが周囲のストレスマネジメントには向いている。2週間のテスト期間中に3つの主要アウトカムがすべて有意に改善したことが確認された。
Röhr et al., (2021) [14]	認知行動療法に基づいたセルフケアを提供するスマートフォンアプリ「Sanadak」の有効性と費用対効果が評価された。 研究デザイン：前後比較臨床試験	シリア難民 133 人（男性 39 名：平均年齢 33.7 歳）	PTSD 評価：Sanadak は、シリア難民の軽度から中等度の PTSD 症状の軽減に有効ではなかったため、単独の治療法としては適さなかった。スティグマについては、有意な治療効果が認められた。考察 / アプリの使用感是非常に良く、有害事象は検出されず、スティグマも大幅に軽減されたことから、ケアをサポートするツールとして可能性を持っていることが示唆された。
Stockman et al., (2021) [21]	対人暴力を経験し、HIV ケアを必要とする黒人女性の文化的背景や個人に合った適切なウェブアプリ「Link Positively」を開発し、その効果を検証した。 研究デザイン：前後比較臨床試験	HIV/AIDS を持ち、対人暴力を受けた経験を持つ 6 人の黒人女性（44 歳 -69 歳）、3 人のピアナビゲータ（44 歳 -67 歳）	結果：回答者全員が、モバイルアプリケーションや Web サイト全般を利用することが「ややできる」～「非常にできる」と回答した。使用感については、とても快適（50%）、やや快適（33.3%）、まったく快適ではない（16.7%）と回答した。ピアナビゲータ全員が非常に満足していた（100%）。考察 / Link Positively は、対象者の症状管理に役立ち、メンタルヘルスに有益な影響をもたらす可能性が示唆される。今後は、研究参加者を増やし効果が検証される。
Latour et al., (2020) [9]	心拍数でユーザーのストレスレベルをモニターし、さらにマインドフルネスをベースにした介入プログラムを臨床と組み合わせて設計されたマインドフルネスアプリ「Mindset」の有効性や利便性を検証すること。 研究デザイン：前後比較試験	退役軍人 30 人（平均年齢 36.7 歳：男性 16 名）	PTSD 評価：PCL-5 で評価した結果、介入前 (M=45.6)、介入後 (M=41.9) における有意な得点の減少が認められた。その他、うつ症状、アルコール使用の問題得点において有意な得点の減少が認められた。不安障害に関して改善は認められなかった。考察 / アプリモジュールの使用は様々であったが、瞑想機能が特に人気であった。スマートウォッチにかなりのフラストレーションを感じていたものの、機能については中程度から高い受容性と満足度が報告された。

注)¹⁾PTSD 臨床診断面接尺度 (CAPS-5), ²⁾トラウマフォーカスト認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy: TF-CBT), ³⁾ Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5)

III -3. 研究目的とプログラムの内容

3論文がすでに既存のエビデンスに基づく介入プログラムをモバイル端末で実施し、効果を検討する内容であった[7,8,12]。そのひとつが、通常対面で行われるトラウマフォーカスト認知行動療法 (Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy : TF-CBT) の治療プログラムをタブレット端末で実施できるよう設計し、その効果を評価した報告[8]、もうひとつは、PTSDの症状を自己管理するために設計された PTSD Coach のモバイルアプリバージョンの効果を検証し、ボランティアカウンセラーが介入を支援することで結果に与える影響を調査した研究[7]。さらには、PTSD症状の自己管理および、暴露療法の演習を含むアプリの効果を検証する研究であった[12]。

その他、研究目的とされたのは、PTSDに併存したアルコールの問題への対処[13]、マインドフルネスをベースにし、心拍測定を含むセルフケアプログラムの効果検証[10]、認知行動療法に基づく怒り感情への管理をサポートするアプリの効果検証[12]、テキストメッセージを活用したストレスケアプログラムの検証[4,11]など、PTSD症状の管理、併存する感情や嗜癖の問題へのアプローチ、ストレスケアが含まれていた。

III -4. 研究デザイン

4つの論文[7,9,12,13]は、ランダム化比較試験を採用していた。一方で、他の5つの論文[8,10,11,14,15]では、前後比較臨床試験が行われていた。

III -5. 結果

PTSD症状の有意な減少が観察されたのは3論文[7,10,13]で、PCL-5 (Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5) を用いて評価した2研究[10,13]と PTSD 臨床診断面接尺度 (Clinician Administered PTSD Scale : CAPS-5)

により評価された1研究で確認された[7]。アプリを用いた治療前後の比較で有意差が見られた研究が2件あったものの、これらの研究では効果量が小さいと報告された[12,13]。

他の主要な結果として、うつやアルコール問題のスコア減少や[10]、認知や感情の問題に対する改善が認められた[9,12]。さらに、参加者のアプリ使用によるフィードバックからは、心理教育の促進[8]、症状管理やストレスマネジメントへの貢献、ケアされている感覚が得られたことや、満足度の高さなどが報告された[10,11,15]。

III -6. 限界点および今後の展望

研究の限界点としてサンプルサイズが小さいことが挙げられた[7,9,15]。また、PTSDの治療が、インターネットを使った治療や対面式の治療と比較してモバイルアプリケーションで提供された場合、なぜ効果が低いのかさらなる検討が必要であること[12]、今後の展望としてアプリの利用を支援するサポートがあれば、より大きな臨床的効果が得られる可能性があることが報告された[7,12,15]。これは、モバイルアプリによる治療プログラムの設計において、利用者をサポートするシステムの重要性を示唆している。

IV. 考察

本稿では、2019年から2023年にPTSDの問題に焦点を当てたモバイルヘルスケアに関する研究の文献レビューを行い、近年の研究動向を概観することを目的とした。本稿で用いた論文は多くが開発されたプログラムのパイロットスタディの形で行われた研究であった。プログラムの内容はPTSDの症状の軽減や管理にとどまらず、対象者が経験するストレスや併存する問題に対応するための機能も組み込まれていることが確認された。

PTSD症状に関して有意な改善が認められた

のは、3研究あった[7,10,13]。さらに、PTSD症状の減少は確認されなかったものの、自己認知の改善、他者に対する怒りの減少、うつ症状やアルコール関連問題のスコアの減少といった有意な改善効果が報告された[10]。そのほか、子どもを対象にした研究において、タブレット端末というツールを使用することによって「楽しく」課題に取り組むことができたこと、自分の感情を言葉にする準備ができていないと感じたときには、ゲームを通じて自分を表現する手段となったことが報告されている[8]。また、対面セッションでは、利用者間のコミュニケーションは難しいが、SNS機能を介したアプリを通じて可能になったといった肯定的な報告も確認された[21]。このように、プログラムによってPTSDに関連する問題の有意な改善が認められた報告や使用者からの肯定的な評価に関する報告も存在するが、結果の効果量は小さいことも指摘されている[12,13]。これらの結果に関しては、プログラム自体が開発途中であること、または対象者の使用方法に問題があるのか未解明であり、今後の検討されるべき問題点として挙げられた。

本稿では、身近なツールを使用して自分のペースでプログラムを利用できる点が、対面セッションの実現が難しい場合には有用な選択肢の一つになるという肯定的な側面を踏まえつつ、今後検討が必要な面について述べる。まず、重要な課題の一つは、アプリの有効性に関

する検討である。本稿で挙げた論文からも明らかなようにプログラムの妥当性の検討が不十分であるため、より厳格な研究デザインに基づく評価が必要である。この問題点は、PTSDを対象としたプログラムに特有のものではなく、メンタルヘルスケアアプリ全般に共通するものである。多くのアプリケーションは有効性が不明確であり、誤った情報が提供されている場合や、効果が主張されているにも関わらず十分な検証が行われていない場合もあることが報告されている[16]。また、個人情報の管理や安全性の確保に問題があるアプリケーションも存在するため、利用者に健康被害をもたらす可能性も考慮すべき点である[17]。国内外問わず、メンタルヘルスケアを目的としたアプリケーションは増加している傾向にあり、この現状を踏まえて、アメリカ精神医学会はアプリ評価モデルを提唱している[18] (図2)。このモデルは、1) アクセスと背景情報、2) プライバシーとセキュリティ、3) 臨床的根拠、4) ユーザビリティ、5) データの共有(相互運用性)という5つのステップから構成されている。この評価モデルは、アプリの品質や信頼性を判断する際の基準として機能し、それによって利用者が自分のニーズに最適なアプリを見つける手助けとなることが目指されている。これらの取り組みによりユーザーの安全性を確保するための社会実装が進展していくことが予想される。

二つ目の重要な課題は、利用者をサポートするシステムの構築である。本稿で挙げた論文においても、利用者をサポートするシステムが重要であることが明らかにされている。具体的な例としてボランティアカウンセラーやピアナビゲーターなどが関わる試みや、周囲の人々を巻き込む設計の効果が検証された。McLean et al,(2022)[12]の研究では、サポートする人数が多いほど対象者がアプリを使用する時間が有意に長くなったことが示されている。このサポート条件の違いは、問題を軽減する効果にはつな

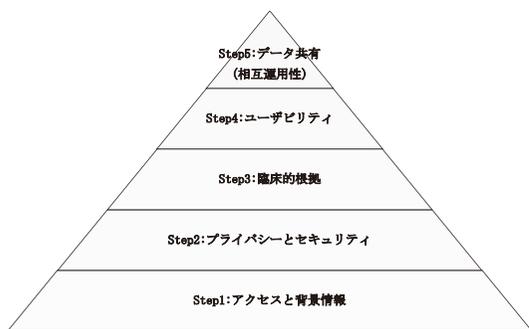


図2 アメリカ精神医学会 アプリ評価モデルの5つのステップ(文献21を参考に作成)

がらなかったが、今後家族や友人といった身近な人々を関与させることでより効果的なサポート機能を果たし、PTSD症状の減少につながるのではないかと考察されている [12]。アプリの利用者は、自分の情報端末で自由にアクセスし、自分のペースで進めることが可能であるが、継続することに難しさがある。特に PTSD の中核症状に回避症状があることを考慮すると自己主導でプログラムを進めることの難易度が高まる可能性があるため、提供者側は、効果的なプログラムの提供だけでなく、利用者をサポートするための知識やファシリテーションスキルが不可欠であることが予想される。

また、主要アウトカムにおいて有意な改善がみられた研究であっても、参加者全員が症状の改善を体験したわけではない [13]。例えば、一部の参加者には、瞑想機能の使用中に、否定的な思考に直面し、それによって思考と向き合うことが困難になり、不快に感じたことや、否定的なセルフトークを増やすきっかけになったという報告があった。さらには、もともとマインドフルネスに対して先入観がある場合や、その症状に効果がないというバイアスがかかっていた場合にも良い結果にはつなげていない。これらの問題は対面式のセッション場面でも発生する可能性があるが、対面式の場合は、クライアントが特定の課題や症状に直面した場合、治療提供者が即座にサポートできるという利点がある。これに対してクライアントが自己主導でアプリを利用する場合、同様の問題が発生する可能性があるため、アプリケーションの設計や導入にあたっては、クライアントがスムーズに利用できるようなサポート体制やリソースの提供が重要であると考えられる。

以上の検討を通して、PTSD 治療におけるモバイルアプリケーションの使用に関しては、いまだ多数の検討課題が存在することがわかった。しかしながら、簡単に医療機関につながるこのできない状況や、医療機関への訪問を躊躇

躇する人々にとって、これらのアプリケーションは PTSD 症状の自己管理や軽減をサポートする有用な補助ツールとなりえる可能性が示唆された。

V. 本研究の限界点と課題

本稿の限界点と課題について述べる。本稿で挙げた文献は 2019 年から 2023 年の特定の期間および特定のデータベースから選択された文献に基づいているものであるため、この期間外の重要な研究や情報が含まれていない可能性がある。また、PTSD に焦点を当てた本研究では、他のメンタルヘルス疾患に関する情報やアプリケーションについては取り上げておらず、これらを含めた場合、より包括的な考察が可能であったかもしれない。さらに、本稿で取り上げた文献は多くがパイロットスタディであり、研究の質や信頼性に関する詳細な評価が行われていないものも含まれているため、プログラムにおけるメンタルヘルスの有効性について十分検討されているとは言えない状況がある。

今後、より大規模でランダム化された臨床試験や長期的なフォローアップ研究が行われることで、アプリケーションの実用性と効果についての明確な証拠が得られることが望まれる。これらの課題を踏まえ、メンタルヘルスアプリケーションに関する研究と実践が進展することで PTSD やトラウマ関連ストレスを抱える対象者のメンタルヘルスケアに貢献することが期待される。

引用文献

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Bergman HE, Kline AC, Feeny NC, Zoellner LA. Examining PTSD treatment choice among individuals with

- subthreshold PTSD. *Behav Res Ther.* 2015;73:33-41.
3. Kok BC, Herrell RK, Thomas JL, Hoge CW. Posttraumatic stress disorder associated with combat service in Iraq or Afghanistan: reconciling prevalence differences between studies. *J Nerv Ment Dis.* 2012;200(5):444-450.
 4. Stecker T, Shiner B, Watts BV, Jones M, Conner KR. Treatment-seeking barriers for veterans of the Iraq and Afghanistan conflicts who screen positive for PTSD. *Psychiatric Services.* 2013;64(3):280-283.
 5. Smith JR, Workneh A, Yaya S. Barriers and facilitators to help – seeking for individuals with posttraumatic stress disorder: A systematic review. *J Trauma Stress.* 2020;33(2):137-150.
 6. Bakker A, Riper H, Olf M. E-health applications in the field of traumatic stress. *Eur J Psychotraumatol.* 2020;11(1):1762317.
 7. Bröcker E, Suliman S, Olf M, Seedat S. Feasibility, acceptability, and effectiveness of web-based and mobile PTSD Coach: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Psychotraumatol.* 2023;14(2):2209469.
 8. Davidson TM, Bunnell BE, Saunders BE, et al. Pilot evaluation of a tablet-based application to improve quality of care in child mental health treatment. *Behav Ther.* 2019;50(2):367-379.
 9. Elbogen EB, Aralis H, Cassiello-Robbins CF, et al. Integrating mobile technology and social support with cognitive behavioral therapy for anger in veterans with PTSD: A pilot study. *Mil Behav Health.* 2021;9(1):17-26.
 10. Latour C, O’Byrne L, McCarthy M, et al. Improving mental health in US Veterans using mHealth tools: A pilot study. *Health Inform J.* 2020;26(4):3201-3214.
 11. Martindale-Adams JL, Clark CD, Martin JR, et al. Text messages to support caregivers in a health care system: development and pilot and national rollout evaluation. *J Participat Med.* 2022;14(1):e35318.
 12. McLean C, Davis CA, Miller M, et al. The Effects of an Exposure-Based Mobile App on Symptoms of Posttraumatic Stress Disorder in Veterans: Pilot Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth uHealth.* 2022;10(11):e38951.
 13. Reger GM, Harned M, Stevens ES, et al. Mobile applications may be the future of veteran mental health support but do veterans know yet? A survey of app knowledge and use. *Psychol Serv.* 2022;19(3):480.
 14. Röhr S, Jung FU, Pabst A, et al. A self-help app for Syrian refugees with posttraumatic stress (Sanadak): randomized controlled trial. *JMIR mHealth uHealth.* 2021;9(1):e24807.
 15. Stockman JK, Anderson KM, Tsuyuki K, Horvath KJ. Link Positively: A trauma-informed peer navigation and social networking WebApp to improve HIV care among Black women affected by interpersonal violence. *J Health Care Poor Underserved.* 2021;32(2 Suppl):166.
 16. Lecomte T, Potvin S, Corbière M, Guay S, Samson C, Cloutier B, et al. Mobile apps for mental health issues: meta-review of meta-analyses. *JMIR Mhealth Uhealth.* 2020;8(5):e17458.
 17. 高階光梨, 鈴木ひかり, 白塚龍太郎, et al.

日本における抑うつ症状に対する心理学的支援を目的としたスマートフォン用アプリケーション・プログラムのレビュー．
認知行動療法研究．2021;47(1):1-10.

18. Lagan S, Aquino P, Emerson MR, Fortuna K, Walker R, Torous J. Actionable health app evaluation: translating expert frameworks into objective metrics. NPJ Digital Med. 2020;3(1):100.

A literature review on the efficacy of mobile health interventions for PTSD

Mako MOMODA
Hyogo Institute for Traumatic Stress

■心的トラウマ研究 投稿規定■

1. 本誌への投稿は、原則として兵庫県こころのケアセンター所属の研究者及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限ります。
2. 本誌は他誌に発表されていないものを掲載します。したがって他誌に掲載された論文、または投稿中の論文はお受けできません。
3. 投稿の対象は研究論文、資料論文、総説、実践報告等です。それぞれの規定は以下の通りです。
 - a) 研究論文、資料論文、総説は8,000字～12,000字以内（400字詰め原稿用紙で20～30枚程度、図表込み）、実践報告は8,000字以内（原稿用紙20枚程度、図表込み）を原則とします。
 - b) 研究論文の投稿原稿は次の順番で作成して下さい。表題（日本語）、著者（日本語）、所属（日本語）、抄録（日本語）、Key words（日本語）、本文、文献、表題（英語）、著者（英語）、所属（英語）、抄録（英語）、Key words（英語）、図表。
 - c) 英語表記に際し、著者名については名、姓を略さずにローマ字で綴り、所属機関名については英語の名称で表記して下さい。
 - d) 抄録は日本語で400字以内、英語で250語以内とし、Key wordsを5つ以内で付記して下さい。
 - e) 本文中の引用・参考文献は、バンクーバー方式に従って記載してください。
 - f) 文献リストの引用・参考文献（書誌情報）は、NLMスタイルに従って記載してください。
 - g) 資料論文、総説では抄録（英語）、実践報告については抄録（日本語・英語）、Key words（英語）は不要です。研究論文の規定に準じ、資料論文、総説では抄録（日本語）、Key words（日本語・英語）を、実践報告についてはKey words（日本語）を作成して下さい。
4. 研究論文については、方法論の中で倫理的手続きについて言及して下さい。その際、著者所属機関の倫理委員会の承認の有無、対象者から同意を得た方法などを明記して下さい。資料を二次的に使用した場合は、著作権者の許諾、その他必要と思われる事項を記載して下さい。助成、寄付を受けての研究等については、その旨を記載して下さい。
5. 投稿原稿には、外国の人名、薬品等は原語で、また専門用語はわが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要な場合には訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
6. 投稿に際しては、原則としてデータのみご提出ください。
 - a) 原稿は、以下の規定でお願いします。
余白：上下左右20mm
字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）

フォント：10.5（全文）

文字数と行数：文字数40、行数30

図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付

- b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。
なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承下さい。
- c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。
 - I. I-1. I-1-1.

- 7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。
- 8. 著者校正は原則として二度行います。
- 9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。
- 10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、三宅和佳子、酒井佐枝子
編集事務 簗島利恵

編集後記

新型コロナウイルス感染症の感染症法上の位置づけが、令和5年5月から5類感染症になり、外出の自粛や基本的な感染対策の考え方について、個人の主体的な選択が尊重される日常となりました。社会的な活動においても、コロナ以前の活動を取り戻す方向性と、新たな展開を模索する方向性等、さまざまなありようがみられます。個人としてのありようととも、共に生きる集団として安全が持続し、安心して生活できる環境が模索されます。そのような中、令和6年元旦、能登半島地震が起き、改めて自然の猛威を思い知らされました。被災された皆様に心からお見舞い申し上げますとともに、一日も早い安全安心の回復が叶うことを心から願います。

さて、本号では7論文収められています。支援の技法や方法に関する多様な検討の他、尺度開発に関する研究など多岐にわたります。これらの研究が、新たな日常の構築への一助となることを願います。 (S)

心的トラウマ研究 第19巻

2024年3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 19, 2024

CONTENTS

Use of Trauma Informed Care Training in actual practice	Saeko SAKAI
Development of an access to information scale about suicide-related discrimination in Japan. Miho HARAMI Yukihiro SAKAGUCHI	
Guidebook for Mental Health Professionals in Assisting First Responders in Critical Incidents Tomoko OSAWA	
Understanding the polyvagal theory and self-compassion. - Starting and Reaching Points in Trauma Treatment -	Yousuke SUGA
Physical Aspects and Use of Meditation Practices including Mindfulness Practices for PTSD Treatments: A Review of the Literature	Akiko NISHIKAWA
Child Risk Education in Natural Disasters: A Literature Review	Shima NAKATUKA
A literature review on the efficacy of mobile health interventions for PTSD	Mako MOMODA

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109