

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
分担研究報告書

被災地域におけるグリーフ・ケア研究
—岩手県における実践から—

分担研究者 山田幸恵 1)
研究協力者 中島聡美 2)

- 1) 岩手県立大学社会福祉学部
2) 国立精神神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

研究要旨

東日本大震災はトラウマティック・ストレスであると同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々な喪失を伴う出来事であった。岩手県では死者が4,664名、行方不明者は1,599名にのぼった。1人に対し4～5名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。死別経験は、免疫機能の低下や、通院頻度の増加、身体的健康の低下、飲酒や喫煙の増加、自殺の増加、死亡率の増加、のリスクファクターであるとされている。また、死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながることを示されている。このことから、ご遺族の周囲の理解を高めること、またご遺族の心理的なケアが重要であると考えられる。本研究では、死別による悲嘆反応に関する心理教育の効果を検討するとともに、ご遺族のピア・グループの立ち上げにつなげることを目的とした。本研究の結果、心理教育によるグリーフへの理解の向上、およびストレスの軽減する傾向が認められた。被災地の支援の現場からは、ご遺族の悲嘆の語りがかがえるものの、本研究の母体となる遺族ケアのためのセミナーへの参加者が少なかった。このことは、被災地には潜在的なニーズがあるものの、ご遺族が自ら支援を求める状況ではないことが推察された。被災地でのグリーフ・ケアはこれから本格化するものと思われる。

Keywords 東日本大震災、グリーフ・ケア、心理教育

A. はじめに

2011年3月11日、東北太平洋地域はマグニチュード9という地震とそれに続く大津波によって甚大な被害を受けた。東北から太平洋にかけての太平洋沿岸、特に岩手・宮城・福島沿岸の沿岸市町村は、地域自体が流されるという未曾有の被害をこうむった。

今回の東日本大震災はトラウマティック・ストレスであると同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々な喪失を伴う出来事であった。

B. グリーフ（悲嘆）とは

グリーフ（悲嘆）とは、「強い結びつきがある誰か（あるいは何か）を「喪失(loss)」したことに伴う極めて強い感情状態である(1)。また Bowlby(2)は、喪失によって起こる一連の心理過程を「悲哀(mourning)」、この悲哀の心理過程で経験される苦痛や絶望などの情動体験を悲嘆と定義している。悲嘆は喪失に対する自然な反応であり、全ての感情には機能あるいは意味がある(3)。その中でも大切な人との「死別」は最も大きなストレスとなるライフ・イベントと考えられており(4)、死別経験は、免疫機能の低下(5)や、通院頻度の増加(6)、身体的健康の低下(7)、飲酒や喫煙の増加(8)、自殺の増加(9)、死亡率の増加(10)、のリスクファクターであるとされている。

C. 岩手県における被災状況

今回の東北地方太平洋沖地震により、岩手県では死者が4,664名、行方不明者は1,599名にのぼった。1人に対し4~5名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。被災者の多くは家屋が流出し、仕事も失っているため、岩手県内陸部にも避難してきている現状であり、遺族は被災の大きい沿岸地域だけではなく、岩手県内の全ての地域に居住していることは想像に難くない。

岩手県の被災地域は、震災前から精神保健医療体制が脆弱な地域であり、今回の震災による精神保健システムのダメージから回復しつつあるものの、圧倒的に精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士といった専門職が不足している。このことから、死別に対する自然な反応としての悲嘆プロセスを促進させる、悲嘆を複雑化させないための予防的な関わりが必要であると考えられる。また、ご遺族の周囲の人の理解を深め、二次的な被害を予防することも重要である。このことから、集団を対象としたコミュニティベースの心理教育が有効であると考えられる。

一方で、必ずしも心理的支援を望んでいない被災地域の住民も多い。また、何らかの問題を抱えていても、援助を求める自発的な行動につながりにくいといわれている。このことから、個別적인関わりよりも地域精神保健活動と協働したサロンの関わりの方が、対象者にとっては参加しやすいものと考えられる。

さらに、災害時の心理支援は特殊であり、一般の心理職や医療職はこうした動き方に慣れていないことが指摘されている(金, 2010)。また、支援者自体も悲嘆やトラウマティック・ストレスの対応を熟知していない現状がある。岩手県には自殺予防対策の一環として要請された傾聴ボランティア組織が災害後の支援を行っているケースも多い。傾聴ボランティアは被災者の話を聴く中で、死別にまつわる話を聴くことも多いが、どのように対応してよいか困惑しているといった声もあがっている。ご遺族だけではなく、ご遺族に関わる支援者にとっても心理教育が必要な実態が被災地にあるといえるであろう。

D. 悲嘆の複雑化

死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながることを示している(Dowdney, 2000; Tremblay & Israel, 1998)。複雑化した悲嘆は、他の精神疾患と区別されるべき病態であることが明らかにされてきているが、DSM-IV-TR (APA, 2000) では「臨床的関与の対象となることがある他の状態」という付録的な扱いに留まっており、専門家への相談や受診につながりにくく、さらに適切なケアを受けることが難しい。

スマトラ沖地震から14ヶ月後の調査では、近親者を失った人の42%が外傷後ストレス反応を示し、複雑性悲嘆反応も同程度の割合で見られた。また、62%が精神的健康の低下を示していた(Johannesson et al., 2009)。悲嘆が複雑化、長期化する要因は、Table 1の通りである。今回の東日本震災は、死別が複雑化・長期化する要因として複数の項目に当てはまることから、被災者のグリーフ・ケアは重要である。

Table1 死別が複雑化・長期化する要因(佐藤, 2001)

死別状況	突然の予期しない死・事件などの暴力的な死 遺族や死者に責任がある場合
遺族と死者の関係	死者との依存的な関係 愛憎半ばするアンビバレントな関係 子どもの死・配偶者の死 幼い子どもを残した母親の死
遺族の特性	繰り返し死別を体験する 身体的・精神的な障害を有する 依存的な性格・不安定な性格 自己評価の低さ
社会的な要因	家族や親戚、友人がいないなどの孤立した状況 経済状況の悪さ・社会的地位の低さ 仕事にやりがいがない 幼い子どもがいる・被介護者がいる
2次被害	マスコミの取材・近隣の風評など 警察・司法・医療関係者からの冷たいぞんざいな対応 未熟な治療者による悲嘆の軽視

E. グリーフ・ケア

複雑化した悲嘆については、複雑性悲嘆の認知行動療法が開発され、その効果に関する研究が進んでいる。一方、一般的なグリーフ・ケアについては、個別のカウンセリングだけではなく自助グループなどの手法がとられることが多い。わが国においても交通事故遺族の会や自死遺族の会などが自助グループを行っている。しかしながら、その効果について検討した研究は多くはない。また、今回の東日本大震災では遺族の数が非常に多いことから、ピア・グループによるグリーフ・ケアが適当であると思われる。

F. 目的

以上のことを踏まえ、今回の震災による被災者に対して死別による悲嘆反応に関する心理教育を行う効果を検討することを目的として岩手県臨床心理士の協力の下、実践研究を開始した。なお、心理教育後にご遺族のわかれあいの時間を設け、遺族のピア・グループを立ち上げにつなげることも第2の目的とした。

なお、住居や仕事の問題のため、沿岸から内陸部に転居した被災者も多いこと、沿岸部に親族をもつ内陸部居住者も多いことから、被災した沿岸部だけではなく、内陸部の中核都市である盛岡市内でも心理教育を実施した。

G. 対象者

本研究では対象をご遺族だけではなく、ご遺族の友人・知人といった周囲の方、支援者などを広く対象とした。その理由は先に述べたとおり、コミュニティの支えあいの力を育成する意味も含まれている。

F. 倫理的配慮

心理教育開始前に研究の趣旨と、質問紙は無記名であり個人のプライバシーは保護されること、回答は自由意志であること、回答しなくても不利益はないこと、回答途中でやめてもかまわないことなどを対象者に説明し、回答をもって同意とした。なお、本研究は岩手県立大学倫理審査委員会による審査を受け、承認されている。

F. 内陸部（盛岡市）での実践

(1) 方法

震災で家族や友人を失った被災者および関係者を対象とし、た「遺族ケアセミナー」として、60分の心理教育と60分のわかれあいの時間から構成されるセミナー形式で、月1回実施した。心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

(2) 心理教育の内容

3か月で1クールとし、各回の心理教育のテーマは以下の通りであった

セミナー1：「災害後のこころ」

セミナー2：「大切な人を亡くした人のこころ」

セミナー3：「子どものこころのケア」

(3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18、鈴木・嶋田・三浦・片柳・右馬埜・坂野、1998)を用いた。この尺度は日常的に経験する心理的ストレス反応を測定することが可能であり、かつ簡便に用いることができる尺度である。18項目4段階評定であり、信頼性と妥当性が確認されている。

また、各セミナーの知識に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。各セミナーごとに5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思う、まで5件法で回答を求めた。グリーフ・ケアに関わる回であるセミナー2の質問項目は以下の通りであった。

Q1：大切な人を失った人たちが平気な顔をしている

のは、悲しくないからである。

Q2：大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3：亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4：時間がたては悲しみは薄れていくものである。

Q5：大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

(4) 結果

内陸部での「遺族ケアセミナー」への参加者は、63名であった。参加者は19歳から77歳までの幅広い年齢層であった。対象者の属性はTable 2に示すとおりであった。

Table 2 心理教育内容別の参加者の性別と年齢

	セミナー1		セミナー2		セミナー3	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
mean	54.50	46.31	42.50	38.81	48.33	40.70
SD	12.01	13.84	13.68	11.17	23.76	12.80

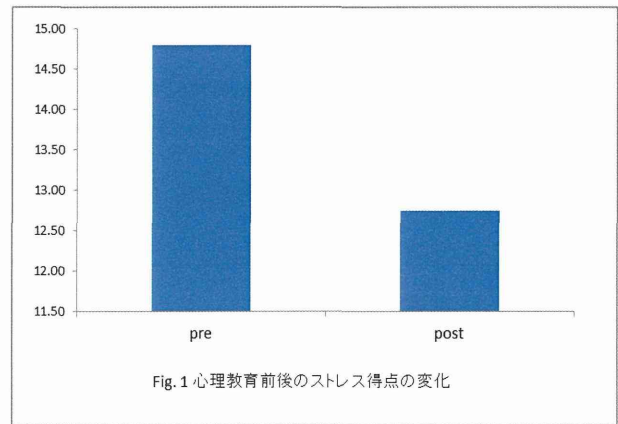
ここでは、グリーフ・ケアに関わるセミナー2の参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった者のデータを分析対象とした。セミナー2の分析対象者は計20名であった。

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable 3に示した。

Table 3 心理教育前後のストレス得点の変化

pre		post	
mean	SD	mean	SD
14.80	9.96	12.75	9.32

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するためt検定を行った結果、有意傾向が認められた($t(19) = 1.88, p = .075$, Fig. 1)。このことから、心理教育の前後でストレスが軽減する傾向が示唆された。

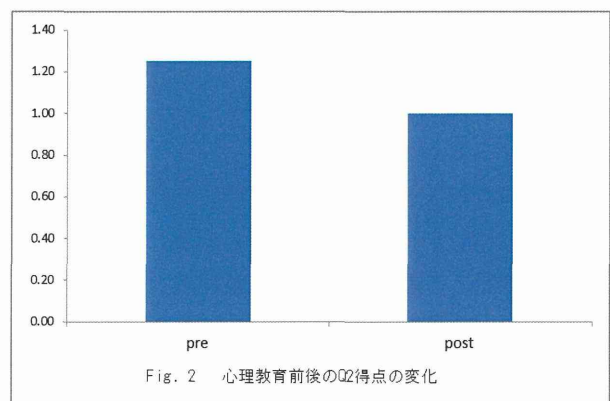


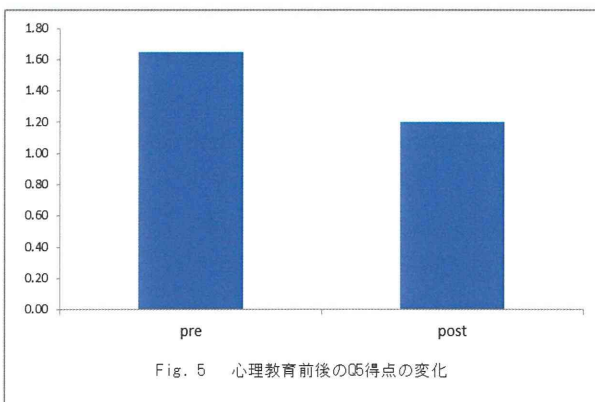
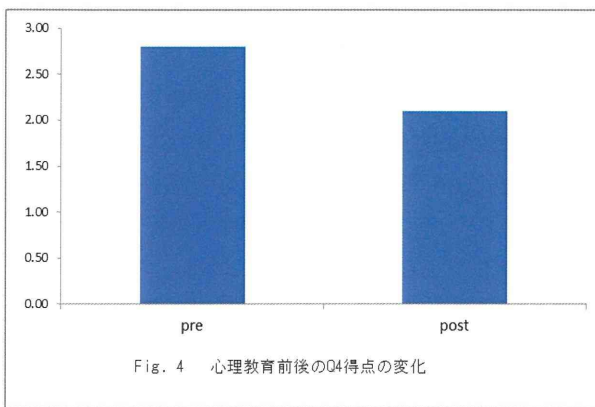
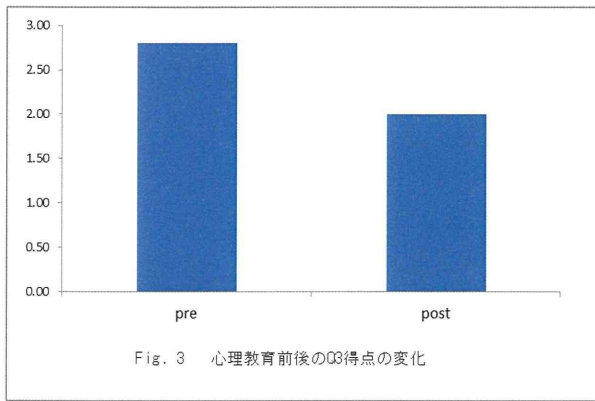
心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差をTable 4に示した。

Table 4 セミナー2の内容についての知識に関する質問項目の平均点と標準偏差

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	1.25	3.95	2.80	2.80	1.65
	SD	0.55	0.94	0.83	0.95	0.59
post	mean	1.00	3.80	2.00	2.10	1.20
	SD	0.00	1.36	0.92	1.12	0.41

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するためにt検定を実施した。その結果、Q1、Q3、Q4、Q5で有意差が認められた($t(19) = 2.03, p < .05$, $t(19) = 4.29, p < .001$, $t(19) = 3.62, p < .001$, Fig. 2, 3, 4, 5)。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。





G. 沿岸部での実践

(1) 方法

震災で家族や友人を失った被災者および関係者を対象とし、た「遺族ケアセミナー」として、60分の心理教育と60分のわかちあいの時間から構成されるセミナー形式で、月1回実施した。心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

(2) 心理教育の内容

心理教育の内容は、「大切な人を亡くした人のころ」であり、ご遺族の心理状態を中心として、内陸部でのセミナー1～3の内容をまとめたものであった。

(3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18、鈴木・嶋田・三浦・片柳・右馬埜・坂野、1998)を用いた。この尺度は日常的に経験する心理的ストレス反応を測定することが可能であり、かつ簡便に用いることができる尺度である。18項目4段階評定であり、信頼性と妥当性が確認されている。

また、セミナー内容の知識に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。5項目が作成され、まったくそう思わない～大いに思う、まで5件法で回答を求めた。質問項目は以下の通りであった。

Q1：災害後の心身の不調は、時間の経過に従い落ち着いてくるものである。

Q2：大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3：亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4：大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

Q5：追悼行事や宗教儀礼などは、子どもに参加させない方がよい。

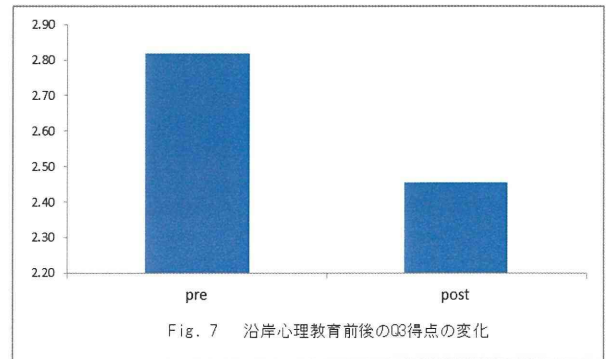
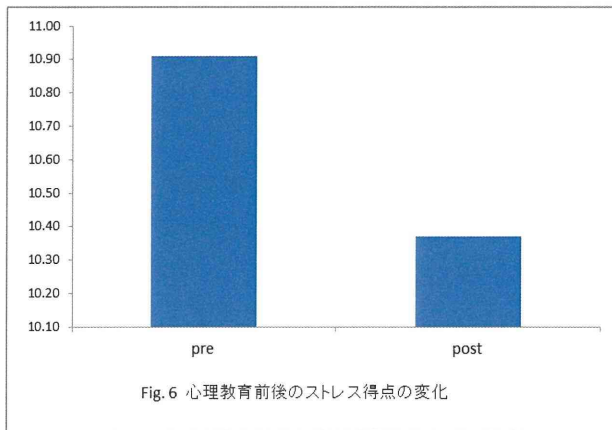
(4) 結果

研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった11名のデータを分析対象とした。対象者の属性はTable 5に示すとおりであった。

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable 6に示した。

pre		post	
mean	SD	mean	SD
10.91	9.32	8.18	10.37

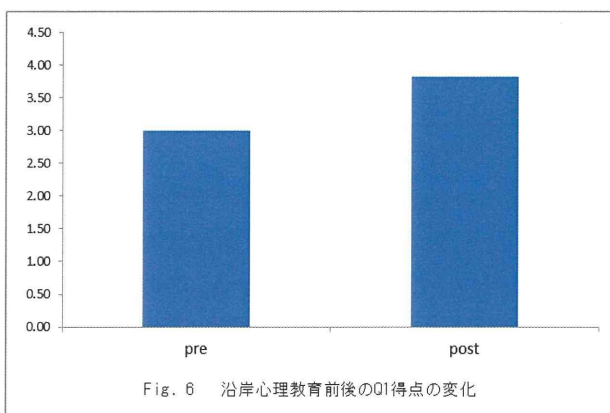
心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検定するためt検定を行った結果、有意傾向が認められた($t(10) = 1.92, p = .084$, Fig. 6)。このことから、心理教育の前後でストレスが軽減する傾向が示唆された。



心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差を Table 7 に示した。

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	3.00	3.91	2.82	1.73	1.45
	SD	1.34	1.38	0.60	1.19	0.52
post	mean	3.82	4.09	2.45	1.73	1.91
	SD	0.87	0.94	0.82	1.10	1.22

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために t 検定を実施した。その結果、Q1、Q3 で有意差が認められた ($t(10) = -3.11$, $p < .01$, $t(10) = 3.46$, $p < .001$, Fig. 6, 7)。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。



H. 考察

本研究の目的は、グリーフに関する心理教育のストレス軽減効果を検討することであった。その結果、心理教育前後でのストレス軽減が有意傾向であった。また、グリーフに関する理解度が一定の向上を示した。このことから、心理教育により、グリーフへの理解が向上し、ストレスが軽減した可能性が示された。今後は心理教育による理解度の向上とストレス軽減の関連についての分析が必要とされる。

本研究の母体となる遺族ケアセミナーへの参加が少なく、対象者がごく限られていた。参加者が少ない理由の一つとして、多くのご遺族は生活再建の途上であり、セミナーに参加してご自身の悲嘆に向き合う段階には至っていない可能性が考えられる。著者のアウトリーチ活動や、傾聴ボランティアの活動では、ご遺族の悲嘆が語られはじめていることから、被災地でのグリーフ・ケアからはこれからが本格化するものと思われる。

また、今回の対象者の多くは、ご遺族の周囲の方や支援者が多かった。ご遺族の周囲の理解が深まることで、間接的にご遺族の支援につながることを期待される。

文献

1. Reber AS, Reber ES: The Penguin Dictionary of Psychology. Penguin Reference Books, New York, 1995.
2. Bowlby J: Grief and mourning in infancy and early childhood. The Psychoanalytic Study of the Child. 15: 9-52, 1960.
3. Neimeyer R: Lessons of loss: A guide to

- coping. McGraw-Hill, New York, 1998.
4. 15) Irwin M, Daniels M, ET Bloom et al: Life events, depressive symptoms, and immune function. American Journal of Psychiatry. 144: 437-441, 1987.
 5. Mor V, McHorney C and S Sherwood: Secondary morbidity among the recently bereaved. American Journal of Psychiatry. 143:158-163, 1986.
 6. 21) Kaprio J, Koskenvuo M, Langinvainio H, et al: Genetic influences on use and abuse of alcohol: a study of 5638 adult Finnish twin brothers. Alcoholism, Clinical and Experimental Research. 11: 349-356, 1987.
 7. Glass TA, Prigerson HG, Kasl SV et al: The effects of negative life events on alcohol consumption among older men and women. The Journals of Gerontology. Series B, Psychological Sciences and Social Sciences. 50: S205-S216, 1995.
 8. Zisook S & Lyons LE: Predictors of psychological reactions during the early stages of widowhood. The Psychiatric clinics of North America. 10(3):355-68, 1987.
 9. 金 吉晴:危機への心理支援学 91 のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ 日本心理臨床学会監修 第 2 章 (3) 災害支援の心構え : 22-2, 遠見書房, 東京, pp22-24, 2010.
 10. Dowdney, L: Annotation: Childhood bereavement following parental death. Journal of Child Psychology and Psychiatry, 41, 819-830, 2000.
 11. Tremblay, G. and A. Israel: Children's adjustment to parental death. Clinical Psychology: Science and Practice. 54: 424-438, 1998.
 12. American Psychiatric Association, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fourth Edition, Text Revision; DSM-IV-TR. American Psychiatric Association: Washington, DC, 2000 (高橋三郎他訳『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』医学書院, 2002)
 13. Johannesson KB, Michel PO, Hultman CM, Lindam A, et al.: Impact of exposure to trauma on posttraumatic stress disorder symptomatology in Swedish tourist tsunami survivors. Journal of Nervous and Mental Disease 197(5):316-23, 2009.
 14. 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正恵・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 新しい心理的ストレス反応尺度 (SRS-18) の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, 4, 22-29, 2008.

謝辞

本研究は岩手県臨床心理士会主催の遺族ケアセミナーにおいて実施いたしました。岩手県臨床心理士会のみなさまのご協力に感謝いたします。

Ⅲ. 研究成果の刊行に関する一覧表

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

著者氏名	論文タイトル名	書籍全体の編集者名	書籍名	出版社名	出版地	出版年	ページ
加茂登志子	性暴力としての職場のセクシャルハラスメント	日本産業ストレス学会	産業ストレスをメンタルヘルス	中央労働災害防止協会	東京	2012	275-281

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Yuriko Suzuki, Maiko Fukasawa, Satomi Nakajima, Tomomi Narisawa, Yoshiharu Kim	Development of disaster mental health guidelines through the Delphi process in Japan	International Journal of Mental Health Systems	6(7)		2012
蒔田浩平	「2010年宮崎口蹄疫」 -地域獣医師と被災農家が感じていたこと-	北海道獣医師会雑誌	56	117-123	2012
蒔田浩平・辻厚史・壺岐佳浩・牛島留理・芳賀猛・末吉益雄	地域獣医師による2010年宮崎口蹄疫の侵入および発生拡大に関連した要因	畜産の研究	66 (6)	599-604	2012
蒔田浩平・辻厚史他	2010年に宮崎県で発生した口蹄疫により地域獣医師が受けた精神的ストレス	臨床獣医	30 (8)	29-35	2012
蒔田浩平	宮崎で発生した口蹄疫対応における獣医師のメンタルストレスについて	獣医公衆衛生研究	3月号		2013
富田博秋、鈴木大輔	災害によるPTSDの疫学とリスクファクター. 特集 災害ストレスとPTSD; 災害医療の観点から.	Pharma Medica,	30(12)	13-17	2012
富田博秋	うつ病の死後脳研究によるバイオマーカー探索. うつ病-治療・研究の最前線.	医学のあゆみ	244(5)		2012
Yoneda Y, Saito H, Touyama M, Makita Y, Miyamoto A, Hamada K, Kurotaki N, Tomita H, Nishiyama K, Tsurusaki Y, Doi H, Miyake N, Ogata K, Naritomi K, Matsumoto N.	Missense mutations in the DNA-binding/dimerization domain of NFIX cause Sotos-like features.	J Hum Genet.	57(3)	207-211	2012

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻号	ページ	出版年
Ono S, Yoshiura K, Kinoshita A, Kikuchi T, Nakane Y, Kato N, Sadamatsu M, Konishi T, Nagamitsu S, Matsuura M, Yasuda A, Komine M, Kanai K, Inoue T, Osamura T, Saito K, Hirose S, Koide H, Tomita H, Ozawa H, Niikawa N, Kurotaki N.	Mutations in PRRT2 responsible for paroxysmal kinesigenic dyskinesias also cause benign familial infantile convulsions.	J Hum Genet.	57(6)	338-341	2012
Okada T, Hashimoto R, Yamamori H, Umeda-Yano S, Yasuda Y, Ohi K, Fukumoto M, Ikemoto K, Kunii Y, Tomita H, Ito A, Takeda M.	Expression analysis of a novel mRNA variant of the schizophrenia risk gene ZNF804A.	Schizophr Res.	141(2-3)	277-278	2012
Yasunori Adachi, Branko Aleksic, Ryoko Nobata, Tatsuyo Suzuki, Keizo Yoshida, Yuichiro Ono, Norio Ozaki	Combination use of Beck Depression Inventory and two-question case-finding instrument as a screening tool for depression in the work place	BMJ Open	2(3)		2012
尾崎紀夫	防災としての精神保健・精神医療体制整備：被災地医療支援で感じたこと	こころの健康	第48号	1-2	2012
尾崎紀夫	職場において気分障害を対象とした健診を実施するための条件を考える	精神神経学雑誌	114 (5)	519-525	2012

IV. 研究成果の刊行物

4 性暴力としての職場のセクシュアルハラスメント

加茂 登志子*

1. はじめに

1970年代に米国で使われ始めた「セクシュアルハラスメント」という言葉が日本で一般に知られるようになったのは、1989（平成元）年に始まった「福岡セクシュアルハラスメント事件」によるところが大きい。これは小企業に勤めていた女性が、上司から長期にわたって私生活上のうわさや性的中傷を受けた結果退職を余儀なくされたという事件であり、世間の耳目を集めた結果、「セクシュアルハラスメント」はこの年の流行語大賞に選ばれることとなった。その後、この裁判は1992（平成4）年地裁における原告全面勝訴で終結し、判決は会社の使用者責任もまた認めるものとなっている。さらにセクシュアルハラスメントが企業のコンプライアンスやリスクに絡む重大な問題であることを位置づけるのに契機を与えたのは、1996（平成8）年に米国で起きた集団訴訟「米国三菱自動車工業（MMMA）セクハラ事件」であった。MMMAは連邦雇用機会均等委員会から受けた改善勧告に従わず、結果的に女子従業員に対する正式な謝罪と高額な和解金を支払うこととなった。このような司法的判断の流れのなか、1997（平成7）年、わが国でも改正男女雇用機会均等法（以下「均等法」）にセクシュアルハラスメントの規定が盛り込まれ、さらに2006（平成18）年の同法改正では雇用管理上必要な措置の事業主への義務付けが記載された。均等法におけるセクシュアルハラスメントの定義とは「職場において、労働者の意に反する性的な言動が行われ、それを拒否したことで解雇、降格、減給などの不利益を受けることや、性的な言動が行われることで職場の環境が不快なものとなったため、労働者の能力の発揮に大きな悪影響が生じること」というものである。均等法ではセクシュアルハラスメントをその性質からさらに「対価型」と「環境型」に2大別しているが、一般論として、セクシュアルハラスメントの全体的イメージに未だに「環境型」的色彩が強く残されているのは、福岡事件やMMMA事件の印象が鮮やかであったことや、本論文でもそうであるように、セクシュアルハラスメントの紹介的文章の冒頭に必ずこれらの事件

*東京女子医科大学附属女性生涯健康センター 教授

が引用されるためであろう。

しかし、近年労働災害（以下、「労災」）や裁判で問題となっているのは実際のところ多くが「対価型」セクシュアルハラスメントである。いや、「対価型」と分類するにはあまりに重い出来事の内容に直面せざるを得ない現実がある。「対価型」とは、「労働者が意に反する性的な言動を拒否したことによって解雇や降格・不利益な配置転換・減給などの不利益を受けることをさす」のであるが、特に近年増加傾向にある¹⁾とされるのは、セクシュアルハラスメント事案における強姦や強姦未遂、強制わいせつなどの明らかな性暴力被害である。戒能はこれを、従来隠されていた職場における強姦や強姦未遂が、セクシュアルハラスメント裁判の蓄積を経て、ようやく司法の場に登場してきたことを示している²⁾と推測したが、だとすれば、私たちはこれまで氷山の一角すら見えていなかったことになる。

折しも、2012（平成24）年11月、労災認定基準の改訂が行われ、厚生労働省から「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会報告書」が上梓された。この報告書において、「セクシュアルハラスメントを受けた」という出来事は、過去に分類されていた「対人関係のトラブル」という類型から分離され、独立した類型として扱われることになった。また、心理的負荷の程度の評価においては、出来事の平均的強度をⅡ（中）に置いたうえで、Ⅲ（強）に修正する要素が具体的に示されるに至った。この変更が与える影響は非常に大きい。なぜならば、出来事の強度がⅡであれば心理的負荷の判断は原則「業務外」であり、すなわち労災としては認定されないことになるが、Ⅲであればこれは「業務内」となり認定に至る。すなわち、専門部会はセクシュアルハラスメント事案のなかにⅢと判断すべきものがあるという判断を公的に下し、またその基準を具体化したのである。

この変更は、親部会に並行して開催された「セクシュアルハラスメント事案に係る分科会」（以下、「分科会」）の議論に基づくところが大きい。この分科会には筆者も委員として参加しているが、これまでの労災事案の詳細な具体的検討に基づき、この報告書にはかなり踏み込んだ記述がなされているので、これを紹介しながら、本稿ではセクシュアルハラスメント事案における性暴力被害による精神健康障害に焦点を絞り、その特徴と対策について論考を進めたい。

2. 「精神障害の労災認定の基準に関する専門検討会セクシュアルハラスメント事案に係る分科会」報告書の概要

分科会で主たる論点として挙げられたのは、「特に心理的負荷が強いセクシュアルハラスメントの取扱い」、「繰り返されるセクシュアルハラスメントの評価」、そして被害者申立て後の職場対応の適不適を含む「出来事後の状況としての申立て等の評価」である。上記論点を検討の上、報告書は、心理的負荷の程度をⅢに修正すべき出来事を

さらに「極度」と「強い」に分け、「極度」にあたるものとして「強姦や、本人を抑圧して行われたわいせつ行為などのセクシュアルハラスメント」を、「強い」ものとしては「胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、継続して行われた事案」「胸や腰等への身体接触を含むセクシュアルハラスメントであって、行為は継続していないが、会社に相談しても適切な対応がなく、改善されなかった又は会社への相談等の後に職場の人間関係が悪化した事案」「身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであって、発言の中に人格を否定するようなものを含み、かつ継続してなされた事案」「身体接触のない性的な発言のみのセクシュアルハラスメントであって、性的な発言が継続してなされ、かつ会社がセクシュアルハラスメントがあると把握していても適切な対応がなく、改善がなされなかった事案」を挙げた。

強度の修正に留意する点についてもまた具体的な記載がなされている。すなわち、行為者や同僚からのいじめや嫌がらせが生じている場合は強度が上方に修正される可能性があること、被害者がやむをえず行為者の誘いを受け入れたり、迎合するようなメールを送ることがあるが、これをもって被害者の同意があったと安易に判断すべきでないこと、被害者の相談行動が迅速でない場合、医療機関でも相談していない場合でも安易に心理的負荷が弱いと判断すべきではないこと、行為者が雇用関係上被害者に対して優越的な立場にある事実は心理的負荷を強める要素となること等である。

発症の要因となった心理的負荷の評価期間については、現行の「発病前おおむね6カ月」を維持するが、発病6カ月以前に開始され継続している行為については一体の出来事として評価することとした。留意点としては、被害直後に生じた心的まひや解離など、重度ストレス反応が生じた事案では医療機関への受診時期が遅れる可能性があることが挙げられたが、遅発性の重度ストレス反応の取り扱いについては合意が得られなかった。

運用面では、窓口相談では被害者の心情を十分に考慮し対応することや、職員研修を充実させ、専門的知識を有するものを育成・配置することなどが挙げられ、調査にあたっての留意事項もプライバシー保護など細かく具体的に挙げられた。

この報告書は、今後のセクシュアルハラスメントをめぐる精神科臨床に以下の3つの点から重要な指針を与えている。すなわち、これまでセクシュアルハラスメントの枠組みの中で取り扱われた実際の事案検討に基づき、環境型や対価型といった分類に固執せず、現実即して評価すべき出来事を再構築し、その極度に「強姦」や「強制わいせつ」の文言を入れたこと、事案における精神健康障害と被害者の行動を重度ストレス反応を踏まえて評価することとしたこと、そして専門性を持って対処すべき領域であるとの指摘をしたことである。

表 裁判のため意見書を必要としたセクシュアルハラスメント事案

事例番号	患者 (勤務形態)	行為者 (患者に対する立場)	被害内容	精神科診断	職場の規模	行為継続期間	行為者からの合意の主張	迎合的メールの存在
1	30代女性 (常勤)	50代男性 (取引先役員)	強制わいせつ	PTSD 心因性痙攣症	小企業	1回	なし	なし
2	30代女性 (常勤)	50代男性 (直属上司)	強姦、関係継続の強要	PTSD 双極性障害	大企業小規模分離事業所	2年 6カ月	あり	なし
3	50代女性 (常勤)	60代男性 (関連会社役員)	身体への不必要な接触、卑猥な言動、身体的暴力	PTSD 大うつ病性障害	大企業小規模子会社	1回	なし	なし
4	30代女性 (常勤)	50代男性 (直属上司)	強姦、関係継続の強要	PTSD 大うつ病性障害	中企業	1年	あり	あり
5	30代女性 (常勤)	40代男性 (直属上司)	強姦、関係継続の強要	PTSD 大うつ病性障害 特定不能の摂食障害	小企業	1年 9カ月	あり	あり
6	30代女性 (常勤)	50代男性 (直属上司)	強姦未遂、強制わいせつ	PTSD 大うつ病性障害 特定不能の解離性障害 鑑別不能型身体表現性障害	大企業小規模分離事業所	4カ月	あり	あり

3. 意見書を必要とした事件例の検討

事実、筆者の臨床の場に訪れるセクシュアルハラスメント被害女性の多くは同時に性暴力被害者であった。そのごく一部であるが、表に、過去に民事裁判に際し被害者の精神健康障害に関する意見書が必要となり筆者が執筆にかかわった6件についてごく簡略的に内容を示す。一般に精神科医の意見書が必要とされるのは、事案がすでに裁判の場へ上がっており、患者の精神健康障害が行為者の行動言動によって生じた結果であるかどうか争われている場合である。なお、表に挙げた事例における原告は全例が患者、被告は1から5までが行為者、6は行為者と職場の長であった。当該事件が起きた職場の責任者がしばしば被告とされるのはセクシュアルハラスメント事案の常である。

患者は全例女性であり、行為者は全例職位としても患者女性の上に立つ年長男性であった。この被害内容をもても分かるように、6件中5件において、原告側から相手方の行為に強姦、強姦未遂、強制わいせつが問われている。主診断は全例が外傷後ストレス障害 (Post-Traumatic Stress Disorder : PTSD) だが、同時に大うつ病性障害をはじめとする併存精神障害が認められた。出来事の間となったのは小企業や大企業小規模分離事業所などの小さな集団の中である。行為については2例が単発、それ

以外は繰り返して4カ月から長いものでは2年6カ月に及んでいるものもあった。性的関係が複数回、長期に及ぶ繰り返し事例では行為者からすべて合意の主張がなされた。また、分科会意見書にも言及されている迎合メールは6例中3例に認められ、いずれの事例も行為者からの合意の主張とともに法廷の場で激しい議論が行われた。なお、⁵⁾セクシュアルハラスメントの事例化に伴い、6例のうち2例が退職、2例が解雇という形で職場を去り、1例は長期休職を余儀なくされている。

松原ら21世紀職業財団のまとめた日本のセクシュアルハラスメント事例（教員と学生間などの事例も含む）69例の裁判例³⁾によれば、加害者は経営者、役員、管理職が圧倒的に多く（36例）、被害者は女性が圧倒的に多い（68例）。女性でも、子どもを抱えて生活している女性、退職すると次に仕事に不安を抱えるもの、年齢の若い女性等、弱い立場にある女性が被害者となる事案が多くみられる。また様態としては身体的接触等直接的行動を伴うものが最も多く（35例）、事件の結果、会社を退職せざるを得なくなる被害者が多かったとのことである。セクシュアルハラスメントによるPTSDへの罹患、もしくはこれに準じる精神被害を受けたことを認定して慰謝料額を算定する判決事例2例も認められた。筆者が表に挙げた事例はこのまとめに描き出されたプロフィールに一致する点が多く、現在のセクシュアルハラスメントの裁判事情をある程度反映していることがわかる。また、分科会が提示した繰り返し事例における合意に関する問題もまた如実に表れている。

4. セクシュアルハラスメント事例のトラウマ関連症状と精神障害

現在セクシュアルハラスメントの現場で起きている被害者の精神健康障害とその「特異的」行動に関する議論は、性犯罪被害やドメスティック・バイオレンス（DV）被害者のそれに関する議論のなかで繰り返されてきたことと大きな相違はないというのが筆者の見解である。むしろ、これらの場ですでに議論しつくされたといっている問題が、セクシュアルハラスメントの現場に場を変えて、いわば亡霊のように再現されていると言っても過言ではないかもしれない。

Burgessらによるレイプ・トラウマ・シンドロームの報告は1973年にさかのぼる⁴⁾。ここでは病院の救命救急室を受診した92例の強姦被害女性の事件直後の心理的反応が分析され、その徴候は複合的反応 *compounded reaction* と潜伏反応 *silent reaction* の2つのタイプに分析された。その後の研究で、強姦や強姦に準じる体験に限らずトラウマ体験の“最中および直後”に解離（周トラウマ期解離^{5), 6)}が生じやすいこと、事後急性期はPTSD症状の中でも心的まひや解離症状が優勢化しやすいこと、強姦被害は非性的犯罪被害に比べるとはるかにPTSD発症率が高いこと⁷⁾などが示されているが、これらはトラウマ関連の精神医学領域においてすでに常識的ともいえる学問的コンセンサスである。分科会が、被害直後に生じた心的まひや解離など重度ストレス

反応が生じた事案では医療機関への受診時期が遅れる可能性があることを留意点としてあげたことは、これまで指摘のなかったこの分野において確かに評価されることではあるが、その表裏として、労災の現場にいかほど重度ストレス反応をはじめとするトラウマ関連精神医学の導入が遅れているかを証左することにもなったのである。

行為の繰り返し事例における被害者の行動や症状の理解には、子ども虐待やDV被害における学問的経験の積み重ねが参考になる。家庭に代表される、関係性において明らかなパワーの勾配がある閉鎖的な小集団のなかでは、支配-被支配（従属）関係が生じやすく、支配側からいったん暴力が開始されると常態化し、特に被害者は次第に特徴的な隷属的行動をとるようになる。暴力の形態は、はじめから、あるいはやがて身体的暴力、心理的攻撃、性的強要を含む複合的なものとなり、被害が長引くに従って、学習性無力やトラウマ認知の形成などの過程を経て、被害者の症状は複雑型PTSD⁹⁾と呼ばれる症状を呈するに至るのである。

大人であるのに、なぜ声を上げられないのか、なぜ逃げないのかという議論はDV被害の現場においても繰り返し俎上にのった⁹⁾が、被害者が経済や子どもの養育など生殺与奪を握られている場合はむしろ容易に逃げられないことが通常であり、支援の現場では、被害の場から逃げることをためらい、いったん家を出ても何度も舞い戻ってしまう被害者をいかに早く被害の場から安全な場に移すかが重大な課題であり続けているのである。「逃げられない」という構造は、事態を悪化させるだけでなく、自尊心や人間の尊厳といった領域にまで深く入り込んで被害者の精神構造全体をもまた脅かしていく。この過程で被害者はほぼ例外なく無力化し、自身の身を守る最大限の対処行動として加害者に迎合していかざるを得なくなる。

分科会は、「被害者がやむをえず行為者の誘いを受け入れたり、迎合するようなメールを送ることがあるが、これを以って被害者の同意があったと安易に判断すべきでないこと」を指摘したが、ひとたび支配-被支配（従属）関係のもとに虐待構造が出来上がれば、むしろ、被害者が迎合的行動をとることのほうが通常なのであって、拒絶したり抵抗したり、あるいは直接反論するような英雄的行動を被害者に期待するのは画餅のようなものである。まして事後や事中心に行為者や同僚からのいじめや嫌がらせが生じ、被害者が職場内で孤立無援化している場合はなおさらであろう。

繰り返しになるが、セクシュアルハラスメントの現場で起き、労災認定や裁判の場でしばしば問題となる被害者の精神健康障害や行動は決して奇異なものではなく、また取り立てて新しいものでもなく、強姦被害者やDV被害者の症状や行動にほぼ一致するものである。ここでは、分科会がこれらをあえて文言の形をとって指摘しなければならなかった意味を考えることのほうが重要であろう。それはすなわち、職場は安全なものであり労働者を守るものであるといった先入観や、ドメスティックではなくパブリックなものであるという社会のなかでの理想化された位置づけが妨げになり、

セクシュアルハラスメントが生じる職場の構造や行為者の心性が十分に検討されないまま残されていることを示している。

5. 結語にかえて―「精神科診断」と「事実認定」のはざままで

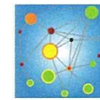
セクシュアルハラスメント事案の裁判で常に争われるのは、セクシュアルハラスメント行為があったかどうかの「事実認定」および、そのような行為があったと認定した場合の「合意」の有無である²⁾。性行為の關係の強要の多くは密室での出来事であることから、被害者と加害者の言い分は真っ向から対立するのが常であり、加害者が行為を認めたとしても、ほぼ例外なく「合意」であったとの抗弁が展開される。

表に挙げた事例は、筆者が患者（被害者）の治療者として意見書を提出したものであった。裁判にまでもつれ込む患者にとっては、事実を信じ、そこから精神症状を発症していると仮定し治療行為を行う専門家は数少ない理解者の1人であり、場合によっては自身のそこにある苦悩を証明する重要な蜘蛛の糸である。もちろん意見書の形に結実するまでは、膨大な時間の診察と治療、治療者－患者間のやり取りがある訳だが、その中では治療者側から患者に、精神健康障害の治療者にとって事件の事実認定や合意の有無の判断は主たる業務ではないこと、精神症状の存在はそのまま事実認定にはつながらないことも繰り返し伝えられている。

それでもしばしば意見書は裁判という場において重要な役割を担うことがある。労災に関する診断書は未だ出来事と精神健康障害の因果關係の証明といった古典的な役割にとどまっているが、近年の裁判では被害者の事件当時および事件後の行動に関する心理分析に踏み込んだ判決が増加し、被害者の精神的被害について「深い憂慮・検討」を行う判決が増えているとされているからである³⁾。今後、セクシュアルハラスメント事例の治療において精神医療専門家が要請されていることとは、古典的因果論に基づく「精神科診断」と「事実認定」の議論を止揚するところにあると考えられる。

【参考文献】

- 1) 吉田英一郎. 職場におけるセクシャル・ハラスメント問題: レクシスネクシスジャパン; 2005
- 2) 戒能民江. セクシュアル・ハラスメントの司法的救済とその限界. F-GENS Journal 2007 No.7.
- 3) 増補版わかりやすいセクシュアルハラスメント裁判例集. 21世紀職業財団. 東京: 2011
- 4) Burgess, AW., Holmstrom, LL. Rape trauma syndrome. American Journal of Psychiatry Sep 1974; Vol 131(9): 981-986.
- 5) Mermar CR, Weiss DS, Metzler T. Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress disorder, in "Trauma, Memory, And Dissociation" edited by Bremner JD and Marmar CR. American Psychiatric Association: 1998
- 6) 柳田多美. 周トラウマ期解離 その概念と変遷について. トラウマティック・ストレス (1348-0944) 2007; 5巻1号: p25-31.
- 7) Rothbaum, B., Foa, E., Rigs D. et al. A Prospective Examination of Post-Traumatic Stress Disorder in Rape Victims. Journal of Traumatic Stress 1992; Vol 5, No.3.
- 8) Herman JL. Trauma and Recovery. New York. Harpar Collins Publishers, Inc., 1992 (中井久夫訳「心的外傷と回復」. 東京: みすず書房; 1999)
- 9) 加茂登志子. ドメスティックバイオレンス被害者への早期介入. 臨床精神医学 (0300-032X) 2010; 39巻3号: p311-317.



RESEARCH

Open Access

Development of disaster mental health guidelines through the Delphi process in Japan

Yuriko Suzuki^{1*}, Maiko Fukasawa², Satomi Nakajima¹, Tomomi Narisawa¹ and Yoshiharu Kim^{1,2}

Abstract

Background: The mental health community in Japan had started reviewing the country's disaster mental health guidelines before the Great East Japan Earthquake, aiming to revise them based on evidence and experience accumulated in the last decade. Given the wealth of experience and knowledge acquired in the field by many Japanese mental health professionals, we decided to develop the guidelines through systematic consensus building and selected the Delphi method.

Methods: After a thorough literature review and focus group interviews, 96 items regarding disaster mental health were included in Delphi Round 1. Of 100 mental health professionals experienced in disaster response who were invited to participate, 97 agreed. The appropriateness of each statement was assessed by the participants using a Likert scale (1: extremely inappropriate, 9: very appropriate) and providing free comments in three rounds. Consensus by experts was defined as an average score of ≥ 7 for which $\geq 70\%$ of participants assigned this score, and items reaching consensus were included in the final guidelines.

Results: Overall, of the 96 items (89 initially asked and 7 added items), 77 items were agreed on (46 items in Round 1, and 19 positive and 12 negative agreed on items in Round 2). In Round 2, three statements with which participants agreed most strongly were: 1) A protocol for emergency work structure and information flow should be prepared in normal times; 2) The mental health team should attend regular meetings on health and medicine to exchange information; and 3) Generally, it is recommended not to ask disaster survivors about psychological problems at the initial response but ask about their present worries and physical condition. Three statements with which the participants disagreed most strongly in this round were: 1) Individuals should be encouraged to provide detailed accounts of their experiences; 2) Individuals should be provided with education if they are interested in receiving it; and 3) Bad news should be withheld from distressed individuals for fear of causing more upset.

Conclusions: Most items which achieved agreement in Round 1 were statements described in previous guidelines or publications, or statements regarding the basic attitude of human service providers. The revised guidelines were thus developed based on the collective wisdom drawn from Japanese practitioners' experience while also considering the similarities and differences from the international standards.

Keywords: Disaster mental health, Delphi process, Guidelines development, Consensus building

Background

Japan has a history of large-scale disasters, the most recent of which was the Great East Japan Earthquake that occurred on March 11, 2011. This magnitude 9 earthquake and subsequent tsunami resulted in the loss of nearly 20,000 lives. At the time of this disaster, the

Japanese Ministry of Health, Welfare and Labour coordinated the deployment of a disaster mental health team from outside the affected prefectures following requests from local governments there. The team was most active in the early phase of the disaster and has since handed over cases requiring continuous care to local mental health services.

The disaster mental health services were fairly well coordinated by prefectural mental health and welfare centers in terms of assessing the needs in their affected municipalities and requesting dispatch of the disaster

* Correspondence: yrsuzuki@ncnp.go.jp

¹Department of Adult Mental Health and National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry, 4-1-1 Ogawa-Higashi, Kodaira, Tokyo 187-8553, Japan

Full list of author information is available at the end of the article



mental health team. As is often the case in the time of disaster, however, the workload was overwhelming and there were problems with communications in the affected area. Nevertheless, in our view, the services were coordinated well overall, and this rested on the team's previous experience of disasters in Japan.

The mental health community in Japan has a wealth of experience in disaster response. In particular, many lessons were learnt from the Hanshin-Awaji earthquake which hit the Kobe area in 1995. Many local government departments of mental health have now prepared a disaster response manual [1], which reference national guidelines published by Kim [2]. The national guidelines were developed and disseminated by the Ministry of Health following a team of experts' review of the disaster mental health activities conducted following the Hanshin-Awaji earthquake and other natural and man-made disasters. Since their publication, more experience and knowledge has been accumulated following tragic events that occurred in Japan and other countries, such as the Indonesian Sumatra Tsunami and the 9.11 terrorist attacks. In 2007, international guidelines were published after intense discussion by different sectors [3-5]. In light of this and the fact that Japanese mental health professionals have accumulated more knowledge and skills in the decade since Japan's original guidelines were developed, we sought to develop new guidelines through systematic consensus building and examine the degree of agreement of Japanese experts with the principles of disaster mental health in a systematic manner. In this article, we describe the Delphi process we used to revise the guidelines.

Methods

(1) Item development: focus group interview

To ensure we had a comprehensive view of mental health and psychosocial care after a disaster, we conducted a thorough literature review. Using PubMed and Google, we searched the scientific literature, guidelines, and manuals, which were written in English or Japanese, using search terms including "disaster", "emergency", "mental health", "psychiatry", "psychology", "manual", and "guidelines".

To reflect local practitioners' experience and views, focus group interviews were conducted in three areas which experienced a massive earthquake in Japan, one in an urban area and two in rural areas. Local practitioners with diverse professional backgrounds were invited to attend and represented such professions as psychiatry, psychology, social work, nursing, public health, school counseling, and emergency medicine. Each interview was conducted with 5 to 9 participants (24 participants in total

number), with great attention given to the representativeness of the participants as members of mental health teams.

After the three focus group interviews, the contents were transcribed and researchers categorized them into four domains regarding disaster management: 1) the disaster mental health system, 2) initial to early response (from the first week to the first month), 3) management of deployed mental health team, and 4) staffs' stress management.

(2) Delphi process

The Delphi process is a structured communication technique, originally developed as a systematic, interactive method, which is often used in healthcare fields when scientific evidence is lacking [6]. Participants were recruited from professional networks of the Japanese Society of Traumatic Stress Studies, the Crisis Response Team which is deployed at a time of crisis at schools, and deployed and local mental and community health professionals who have experienced working following massive earthquakes, such as in Kobe, Chuetsu, and Chuetsu-oki in Japan. A total of 100 professionals were invited to join the internet-based survey. Participants invited represented a variety of professionals: clinicians, public health nurses, health authority administrators, and researchers. Many of the local practitioners were themselves survivors of a massive earthquake.

Figure 1 summarizes the flow of items asked during the first to third rounds of our Delphi process. In Round 1, our research team provided the participants with an anonymous summary of the items developed from the literature review and focus group interviews, and asked them to rate the appropriateness of the each item on a Likert scale (1: not at all appropriate, 9: very appropriate) and to comment freely on each item. This process was repeated three times via the internet to allow all participants to compare their ratings and comment on others' ratings.

In Round 2, the survey comprised those statements which did not reach consensus in Round 1. Positive consensus was defined as items for which the mean score was ≥ 7 and the proportion of participants scoring ≥ 7 was $\geq 70\%$. At this time, participants were provided with summary statistics indicating the number and percentage of participants who rated each score as well as the mean score for each statement. A summary of the comments was inserted underneath each statement for participants to consider when completing the second round. Some statements were amended slightly for clarification, as a result of comments from the first round.