

疾患へのスティグマは今回の東日本大震災においても効果的な精神保健医療活動の阻害要因としてしばしば現地において指摘されたところであるが、その点への言及が不十分である。

さらに common symptom としての睡眠、食欲、喫煙・飲酒などの生活習慣、身体疾患との相関、発達障害に伴う常同行為、驚愕反応、周産期に伴う問題などは、臨床家の常識的対応に委ねている部分が残っている。

2. どのような心理的な反応が生じるのか

1) 初期（災害後1ヶ月まで）

付) 災害直後数日間

2) 中長期（災害後1ヶ月以降）

時相別の精神症状の把握についてはいくらか漠然とした部分が残っているが、その理由の多くは災害時の地域住民の先進状態に関する日本でのデータが乏しいためであり、その事情は今日でもある程度の限界として残っている。まず急性期についての状態像としてトラウマ反応を意識しつつ、過覚醒優位（取り乱し型）、解離優位（呆然自失型）と分類したことは理念型としては当時の海外文献の知見とも符合しており、頻度としては前者が6, 7割、後者が3, 4割とされていたが、それは事故や犯罪被害の場合であり、自然災害における頻度は明らかにはされていない。またこのガイドラインの時相別分類は主として新たに生じたトラウマ反応を念頭に置いており、非トラウマ系の一般的な不安、抑うつ、睡眠障害

などの経過は必ずしも十分に踏まえられていない。

先に述べたように心理的デブリーフィングへの批判はこの箇所の記述の背景になっており、大多数が自然に回復するというモデルを提示することによって、自然の回復力（レジリエンス resilience）を尊重した対応を重視しているが、ここで社会全体を対象としたパブリックヘルス的な対応指針と、症状のために生活機能が障害され、もしくは自らが治療を求める患者に関する経過および対応を時相的に整理することは今後の課題として残っている。

III. 災害時における地域精神保健医療活動の具体的展開

1. 災害対策本部における精神保健医療の位置づけ

* 精神保健医療活動に関する、災害対策本部としての方針を決定すること

* 現場で援助活動に当たる者を通じて、被災住民の精神健康状態を把握すること

* 現場で活動をしている様々な援助者に、精神保健医療活動の助言を与えること

* 現場で活動をしている様々な援助者に対する精神保健医療活動を行うこと

地域精神保健医療活動を、個別のいわゆる心のケアチームによる活動に全てを任せるのではなく、被災県に設置される災害対策本部の中に位置づける必要性を指摘していることは重要である。しかしその後の

各種災害等の事例を見ると、このガイドラインの趣旨が十分に生かされているとは言いがたい。またこの章の前提は、本ガイドラインの内容は各心のケアチームによって理解されているということであり、したがって心のケアチームは具体的な活動においては自立的な活動を行うと考えられていた。しかし東日本大震災では各チームの活動実績に不均一さがあり、保健医療資源の効果的な活用を考えたときに、担当地域の見直しを含めて、対策本部レベルで情報を集約して還元するという機能が必要であった。本ガイドライン制定当時は対策本部に精神医療関係者が入ることそれ自体が課題であったため、精神医療全体に対する本部機能への言及が課題として残っている。しかし他方で、広汎な地域で展開される精神保健医療活動鬼関して、あまりに一元的な指示体制を組むことも災害によっては困難なことがあり、また限定された地域では現地の様々な診療科の協力体制が構築され、自発的に統括者が選ばれることもある。このような場合にも対応できる柔軟性が必要であろう。

2. 初期対応（災害後1ヶ月まで）

- 1) 現実対応と精神保健
- 2) 直後期の対応＝ファースト・コンタクト
- 3) 見守りを要する者のスクリーニング
- 4) 心理的応急処置
- 5) 医学的スクリーニング
- 6) 情報提供
- 7) 「心の相談」ホットライン

8) 「PTSD」をどのように扱うか

まずこの時点で心理的応急処置（サイコロジカルファーストエイド psychological first aid: PFA）への言及があることは、自然災害への精神医療ガイドラインとしては世界的にも珍しく、特筆すべきである。また基本方針として自然回復モデル、見守りを重視していることもその後の国際的な自然災害ガイドラインを先取りしている点といえる。しかしながらこの時点では今日のような体系化されたPFAは存在していなかったため、PFAが具体的に普及、展開されることには結びつかなかった。見守りの方針は、後のNICEガイドラインにおけるwatchful waitingに相当している。情報提供の仕方、ホットラインの設営と撤去についての指針などは日本での災害時の精神保健医療対応の経験を生かした実際的な指針と言える。

この箇所については、新潟県中越大震災(2004)、東日本大震災(2011)の経験を踏まえ、さらに実際的な活動の具体的な指針を発展させ、統合すべきといえる。

3. ト라우マからの自然回復
 - 1) 自然回復を促進する条件
 - 2) 自然回復を阻害する要因

この箇所もまた、Kesslerらの先行研究を踏まえ、トラウマからの回復を尊重した対応の重要性を指摘しており、ほぼ今日でもそのまま通用する方針である。

4. 外部ボランティアとの連携
 - 1) 援助の方針は災害対策本部が定めるべきである
 - 2) 住民との接触は災害対策本部がコントロールすべきである
 - 3) 外部からの調査活動は災害対策本部がコントロールすべきである

この点は今日でもますます重要な箇所である。しかし対策本部がボランティア活動による心のケアをコントロールすべきという提言は、その後、心のケアへの関心の広がりとともに多くの団体が活動をするようになった現状を踏まえると実際的ではない。この箇所の意図は、不揃いな心のケア活動によってかえって被災者のストレスが生じていることへの注意を喚起することでもあったが、その目的のためには災害前から、PFAや各種の研修を通じてボランティアを含んだ一般社会の災害時の心のケアに対するリテラシーを向上させることがもっとも肝要であるといえる。

5. 報道機関との協力・対応

- 1) 報道による情報援助の意義
- 2) 取材活動によるPTSD誘発の危険

6. 多文化対応

報道機関との連携は、現在は災害時ころの情報支援センターを通じた広報活動によって、本ガイドライン執筆当時よりは格段に改善している。しかし東日本大震災八歳直後は、そもそも心のケアとは何か、という基本的な主題についての取材が筆者宛に殺到したことを考えると、将来の災害に備えて積極的にメディアカンファレンスを開くなどの一層の工夫が求められる。

多文化対応については、本ガイドライン執筆後の甚大な災害の主要な被災地が大都市圏ではなかったこともあり、比較的注目を集めてこなかったが、今後大都市圏での災害が生じた場合に備えて、準備性を高めることが求められる。その際、PFAの各国語による研修などを普及させることなどが必要である。

7. 援助者の精神健康

- 1) 背景
- 2) 援助者のストレス要因
- 3) 援助者に生じる心理的な応
- 4) 対策

援助者のうち、地元で被災した援助者への支援は今回の東日本大震災において決して十分であったとはいえない。特に行政職員に関しては地域住民からの怒りが向けられることも少なくなく、休暇を取ること

が許されないという事態も一部に見受けられ、その中で身体、精神健康を害するという事案も報告されていることから、災害時のという枠組みを超えた労災という視点の導入も検討されるべきである。

IV 平常時から行うべきこと

- 1) 災害時の精神保健医療活動についての住民教育
- 2) 災害を想定した訓練における精神保健医療活動のシミュレーション
- 3) 精神保健医療の援助資源の確保
- 4) 日常的な精神保健医療活動における心的トラウマ援助活動の促進
- 5) 精神保健医療従事者への研修活動

研修活動の充実に関しては本ガイドライン制定以後、大きな進歩が認められた。厚生労働省の心の健康作り事業の一環として PTSD 研修が毎年開催され、災害対応もその中に含まれるようになってきている。今後の課題は系統的に受講者を組織化することと、すでに知識の普及に関しては各種教材も開発されていることから、今後はスキル向上のためのワークショップ形式による研修、PFA 研修などを考慮することが求められる。

III 今後のガイドラインにとっての必要な検討事項

本ガイドラインには含まれていなかったものの、今後の災害対応のために必要と思われる項目は以下の通りである。

(1) DPAT を通じた派遣の枠組み

心のケアチームがどのようにして現地に入るのか、その際の制度的な枠組み、統括 DPAT との連絡など。またロジスティクスについては新潟県中越大地震(2004)に際してのマニュアルに記されているが、より系統的な記載が必要である。

(2) DMHISS

活動記録を一元的に web 入力することの必要性と、DMHISS の操作、e-learning 方法について。

(3) DMAT、公衆衛生、JMAT 等との連携

特に急性期支援を行う際には DMAT との連携が必要であり、研修の相互化、e-rad へのアクセスなどに言及する。また内科的な JMAT、公衆衛生などの医療保健チームとの連携について解説する。

(4) 精神医療システムへの支援

精神科病院が被災した場合の患者搬送、法的な問題、外来精神医療の継続、自立支援等の手続の問題等。

(5) 情報不安

原子力発電所災害に見られるような情報による事後不安への対応

(6) 調査、データに関する倫理

倫理的手続を踏まえない、調査活動に対する指針の策定

(7) 支援者支援

業務過剰、労災、惨事ストレスなどについて
の解説

(8) 研修登録制

災害対応のための研修について、組織的
な登録制の必要性について言及する。

【参考文献】

1. 金吉晴, 阿部幸弘, 荒木均, 岩井圭司, 加藤寛, 永井尚子, et al. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン [Internet]. Available from: http://www.ncnp.go.jp/nimh/seijin/saigai_guideline.pdf
2. Inter-Agency Standing Committee. IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings [Internet]. 2007. Available from: http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf
3. Kim Y, Abe Y, Araki H, Fujita M, Iwai K, Kato H, et al. Guideline for local mental health care activities after a disaster. National Institute of Mental Health, National Center of Psychiatry and Neurology, Japan. 2004.
4. World Health Organization. WHO 版心理的応急処置 (PFA) [Internet]. Available from: <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/who.html>
5. National Institute for Clinical Excellence. Post-traumatic stress disorder: the management of PTSD in adults and children in primary and secondary care. London: Royal College of Psychiatrists; 2005.

IV 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- いずれもなし

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

平成25年度 分担研究報告書

唾液コルチゾール測定による PTSD 症状評価の利点と注意点

: DV 被害母子研究に向けて

分担研究者 金 吉晴¹⁾

研究協力者 伊藤真利子¹⁾

研究協力者 永岑光恵²⁾

研究協力者 丹羽まどか³⁾

研究協力者 加茂登志子³⁾

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 防衛大学校 人間文化学科

3) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

研究要旨

配偶者からの家庭内暴力（DV）の被害は近年多く報告されており、適切で迅速な介入の必要性がとりわけ高い。DV 被害を受けた母子の PTSD 関連症状の発症と回復について、母子を関連づけて理解するためには、客観的に定量化された指標を用いる必要がある。ストレスを反映する生理指標の一つとしては、唾液コルチゾールがよく用いられている。本稿では、唾液コルチゾールの基本特性とストレスによる影響を検討した実験室研究、および主に女性の PTSD を対象とした研究を紹介し、唾液コルチゾールを指標とした PTSD 研究の利点と注意点について述べた。

1. はじめに

近年の調査（内閣府男女共同参画局，2012）によれば，女性の三人に一人近くが配偶者からの家庭内暴力（DV）被害を受けている。中でも，子どものいる家庭における DV は，離婚が躊躇されやすいために慢性化しやすく，母子の両方にトラウマ被害を与える。女性や子どもはトラウマ被害後

に PTSD を発症するリスクが高い（Brewin, Andrews, & Valentine, 2000）。子どもにとっては，直接の暴力を受けない場合であっても，DV を目撃したり，最も身近で安全であるはずの養育環境が不安定になることで，発達遅滞や成長後の健康問題につながりうる。そのため，DV 被害は適切で迅

速な介入の必要性がとりわけ高いと考えられる。

DV 被害母子の PTSD 関連症状の発症と回復を理解するうえで、母子間の相互作用は無視することができない。しかしながら、その実態解明は遅れているというのが現状である。検討が不十分である理由の一つには、成人に比べて子どもでは言語的表現能力が低く、現在普及している面接や質問紙といった言語に依存する尺度による正確な評価が難しいことが考えられる。

子どもの PTSD 関連症状を評価し、それを母親の症状評価と関連づけて分析するためには、言語的表現能力に依存せず客観的に定量化される生理指標に注目することが有益であると考えられる。本稿では、ストレスの生理指標として頻繁に用いられている唾液コルチゾールに焦点を当てる。そして、測定方法の基礎とストレスによる影響を検討した実験室研究、および唾液コルチゾールを指標とした PTSD 研究を紹介し、唾液コルチゾールを指標とした PTSD 研究の利点と注意点について述べる。

2. 唾液コルチゾールの基本特性

コルチゾールとは、副腎皮質から分泌されるホルモンの一種であり、ストレス反応に役割を果たす。ストレス刺激を視床下部が感知すると、コルチコトロピン放出ホルモンを通じて下垂体が刺激される。下垂体から副腎皮質刺激ホルモンが放出されると、それを受けて副腎皮質からコルチゾールが血中に分泌される。

分泌されたコルチゾールは、血中、唾液中、尿中から測定することができる。唾液採取は血液採取に比べると非侵襲的で痛み

を伴わず、医師の資格のない者や対象者自身でも行うことができ、採取器具が安価であるという利点がある（井澤・小川・原谷, 2010）。血中と唾液中のコルチゾール濃度の相関は .90 前後の非常に高い値を示す（井澤・鈴木, 2007）。尿採取に比べると、ストレスへの即時的反応を捉えやすいという利点がある。

唾液コルチゾールの濃度はストレス以外にもいくつかの要因によって影響されることが知られている。一つは日内変動であり、健康な成人ではコルチゾール濃度は朝には高く、午後に低下する。ただし、この日内変動は睡眠と覚醒のリズムによっても影響され、子どもを対象とした相関研究では睡眠が妨害されている子どもほど午後のコルチゾールレベルが高かった（El-Sheikh, Buckhalt, Keller, & Granger, 2008）。性差、女性の性周期による日内変動の違いは明瞭ではない（Kirschbaum, Kudielka, Gaab, Schommer, & Hellhammer, 1999）。また、飲食は約 30, 60 分後のコルチゾール濃度を有意に上昇させるため、測定前の飲食管理にも留意しなければならない（Toda, Morimoto, Nagasawa, & Kitamura, 2004）。激しい運動、喫煙も唾液採取の 1 時間程度前から制限されるべきである。

3. 健常者においてストレス刺激が唾液コルチゾール濃度に及ぼす影響

ストレスによる唾液コルチゾール濃度の即時的な上昇は、これまでに健常者を対象とした実験室研究で示されてきた。実験室におけるストレス負荷課題にはいくつかあるが、社会的ストレス課題として Trier Social Stress Test (TSST, Kirschbaum,

Pirke, & Hellhammer, 1993) が広く用いられている。TSST は評価者の前でスピーチと暗算を行うように求める 15~20 分ほどの課題である。Kirschbaum et al. (1999) は、健康な若年の男性、女性（卵胞期、黄体期、経口避妊薬使用者）に TSST を課して、その前後に唾液を採取した。その結果、唾液コルチゾール濃度は TSST の実施後 10 分時点でピークを示し、実施後 20 分時点においてもベースラインよりも有意に高い値を示した。10 分後のコルチゾールレベルは卵胞期や経口避妊薬使用女性に比べて、男性や黄体期の女性で有意に高かった

(Kirschbaum et al., 1999)。日本で健康な若年男女を対象として TSST を課した Izawa, Sugaya, Kimura, Ogawa, Yamada, Shirotaki, Mikami, Hirata, Nagano, & Nomura. (2013) でも反応パターンは同様であり、女性よりも男性においてストレス負荷後の上昇が顕著であった。Kudielka, Buske-Kirschbaum, Hellhammer, & Kirschbaum (2004) でも、TSST を課した五つの研究を再分析した結果、TSST の実施完了から約 10 分後にコルチゾールレベルのピークが示され、このストレス応答は若年成人だけではなく子ども（平均 12.1 歳、31 名）でも同じであった。このように、実験室での社会的ストレス負荷が唾液コルチゾールレベルを上昇させることが異なる集団について示されてきた。

4. パートナーからの暴力や性被害による PTSD とコルチゾールレベルの関連

PTSD に話を戻すと、PTSD ではトラウマ的出来事の体験後もその恐怖の記憶が蘇り（再体験）、その記憶が想起されて恐怖

を感じることを避けようとしたり（回避）、刺激に対して過敏に反応する（過覚醒）。よって、PTSD では慢性的にストレスに曝され続けていると推測することができ、コルチゾールの分泌機能に変調をきたしていることは想像に難くない。

これまでに、コルチゾール分泌に関して PTSD の特徴が多面的に検討されてきた。例えば、トラウマを想起させた際の即時反応や、通常通りの（実験的に刺激を与えない）生活内でのコルチゾール分泌量や分泌のリズムについて、PTSD の元となった出来事の直後で、あるいは慢性化した状態で、測定が行われている。これらの研究で得られた結果は、経験されたトラウマの質や程度によっても異なる可能性がある。例えば、性的暴行は加害者が身体的に接触してくるために、被害者が受動的な反応を起こしやすいという特徴があり、戦闘や事故や災害などのトラウマ的体験とは質を異にするかもしれない。本稿では DV 被害による PTSD の特徴に焦点を当てるため、以下では親密なパートナーによる暴力 (intimate partner violence: IPV) 被害や性被害による PTSD に絞って、唾液コルチゾールを測定した研究を紹介する。

IPV 被害女性を対象としてコルチゾール分泌量を検討した研究がいくつか行われている。IPV 被害（大半が 12 か月以内）を受けた女性とそうした被害歴のない女性を比較した研究では、夜の測定においてのみ被害群でのコルチゾールレベルの有意な上昇が認められた (Pico-Alfonso, Garcia-Linares, Celda-Navarro, Herbert, & Martinez, 2004)。IPV への暴露あり統制群 (PTSD ではない) と PTSD 生涯診断

のある群とを比較した研究では、後者の群において起床後1時間 (Johnson, Delahanty, & Pinna, 2008) や一日 (Inslicht, Marmar, Neylan, Metzler, Hart, Otte, McCaslin, Larkin, Hyman, & Baum, 2006) の唾液コルチゾール分泌量が多かった。このように、IPVへの暴露やその後のPTSDの発症に関連して、コルチゾール分泌量の上昇が報告されている。

上記の研究はIPV被害女性を対象としたものであったが、PTSDのうちでもレイプ被害者で特に、トラウマ想起時のコルチゾール分泌反応が鋭敏化する可能性を示した研究がある。Gola, Engler, Schauer, Adenauer, Riether, Kolassa, Elbert, & Kolassa (2012) では、戦争と拷問を経験したPTSD群を対象として、トラウマ的体験に関する面接の前後の唾液コルチゾール濃度を調べた。レイプ被害を受けなかった群(20名)ではトラウマ想起直後のコルチゾール濃度の上昇が認められなかったが、レイプ被害を受けた群(10名)では上昇が認められた。なお、両群の間でPTSDの重症度は同程度であり、どちらの群も半数程度は男性であった。

IPV、レイプへの暴露やPTSDはコルチゾールレベルの高さに関連するという報告がある一方で、被害の慢性化がコルチゾールレベルの低さに関連するという報告もある。Johnson et al. (2008) では、IPV被害女性において虐待の慢性度が高いほど一日の唾液コルチゾールレベルが低かった。また、Resnick, Yehuda, & Acierno (1997) は、レイプ被害直後の女性を対象に血中コルチゾールを測定した結果、測定時以前にも被害を経験していた女性では、測定時以前に

被害歴のない女性に比べてコルチゾールレベルが有意に低かった。このように、ストレスイベントへの反復暴露によってコルチゾール反応が小さくなる可能性があり、その背景にはコルチゾールシステムのダウンレギュレーションが推測される。

ところで、健常な成人では起床時からその約30分後にかけてコルチゾール濃度が上昇し(起床時反応)、これはコルチゾール分泌機能の指標の一つとされている。この起床時反応に関してはIPV被害のPTSD女性における鋭敏化は認められなかった

(Johnson et al., 2008)。また、過去半年以内に性的虐待を受けた青年期女子を対象に唾液コルチゾールの採取を行った研究

(Keeshin, Strawn, Out, Granger, & Putnam, 2014) では、PTSDの重症度が高いほど起床時反応が鈍化していた。これらの女子のうち、PTSD診断基準(CAPS-CA)を満たした12名は、満たさなかった12名よりも起床時反応が小さかった。これらの結果から、コルチゾール分泌の起床時反応については、IPVへの暴露やPTSDの発症によって鋭敏化されるとはいえないようである。

以上をまとめると、親密なパートナーからの暴力や性被害のPTSDにおいてコルチゾールレベルを調べた研究はいくつか行われているが結果は複雑である。IPVやレイプ被害を受けたりその後PTSDを発症した者でコルチゾール分泌量が多いとする報告があるが、慢性化や過去の被害経験がコルチゾールの分泌を抑制している可能性がある。コルチゾールの起床時反応に関して結論を導くためには、今後さらにサンプルサイズを増やして、唾液採取も複数日に渡っ

て反復測定を行うなどして信頼性の高い知見を蓄積する必要があるだろう。

5. PTSD 研究における唾液コルチゾール測定の有用性と注意点

PTSD 研究における唾液コルチゾール測定の有用性としては、三点を挙げることができる。第一には、採取の負担が軽いことである。PTSD 患者によっては、痛みを伴ったり、閉所、拘束、他者による生理測定そのものがトラウマを想起させて苦痛を与える可能性も考えられる。そのため、血液採取などに比べて、痛みがなく、場所や姿勢の制約がなく、対象者自身による採取が可能であることは大きな利点である。第二には、質問紙のように認知的な要求がなく、様々な集団を対象とした検討ができることである。子どもの唾液コルチゾールでも、社会ストレスへの応答は成人と同様であった (Kudielka et al., 2004)。第三には、繰り返しの採取ができることである。生理測定に対して自記式の質問紙調査などでは、頻繁に繰り返して回答することが結果を歪ませる可能性を否定できない。反復採取できる利点を活かして、PTSD の治療経過に沿ってコルチゾール濃度を測定すれば、症状の変化を定量的に追跡することができる。

注意点としては、二点を挙げることができる。第一に、コルチゾールレベルは様々な要因を反映することである。PTSD はしばしば抑うつや不眠や生活リズムの乱れを伴い、アルコールや治療薬を使用している患者も多い。他の指標とも組み合わせ、こうした要因を計画時や統計解析時に統制し、結果の解釈を明確にしなければならない。第二に、PTSD 患者自身に唾液の採取を依

頼する場合には、決められた時刻と手順で確実に採取できるように特に注意する必要がある。健康な参加者であっても自宅での採取のコンプライアンスはデータの精度を左右するおそれがあり、注意の集中や新しく記憶することが困難な PTSD 患者では特に注意が必要である。

本稿では、DV 被害に関連のある、IPV やレイプ被害と PTSD 患者において唾液コルチゾールを測定したいくつかの研究を紹介したが、検討は始まったばかりであり、子どもを対象とした研究は数少ない。さらに、DV 被害を受けた母子間の関連については未解明であるため、コルチゾール測定の有用性を活かしたさらなる検討が期待される。

6. 引用文献

- Brewin, C. R., Andrews, B., & Valentine, J. D. (2000). Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*, 748-766.
- El-Sheikh, M., Buckhalt, J. A., Keller, P. S., & Granger, D. A. (2008). Children's objective and subjective sleep disruptions: links with afternoon cortisol levels. *Health Psychology, 27*, 26-33.
- Gola, H., Engler, H., Schauer, M., Adenauer, H., Riether, C., Kolassa, S., Elbert, T., & Kolassa, I. T. (2012). Victims of rape show increased cortisol responses to trauma reminders: a study in individuals

- with war- and torture-related PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, **37**, 213-220.
- Inslicht, S. S., Marmar, C. R., Neylan, T. C., Metzler, T. J., Hart, S. L., Otte, C., McCaslin, S. E., Larkin, G. L., Hyman, K. B., & Baum, A. (2006). Increased cortisol in women with intimate partner violence-related posttraumatic stress disorder. *Psychoneuroendocrinology*, **31**, 825-838.
- 井澤修平・小川奈美子・原谷隆史 (2010). 唾液中コルチゾールによるストレス評価と唾液採取手順 労働安全衛生研究, **3**, 119-124.
- Izawa, S., Sugaya, N., Kimura, K., Ogawa, N., Yamada, K. C., Shirotaki, K., Mikami, I., Hirata, K., Nagano, Y., & Nomura, S. (2013). An increase in salivary interleukin-6 level following acute psychosocial stress and its biological correlates in healthy young adults. *Biological Psychology*, **94**, 249-254.
- 井澤修平・鈴木克彦 (2007). 唾液中コルチゾールの測定キットの比較-唾液中・血漿中コルチゾールの相関ならびに測定法間の比較- 日本補完代替医療学会誌, **4**, 113-118.
- Johnson, D. M., Delahanty, D. L., & Pinna, K. (2008). The cortisol awakening response as a function of PTSD severity and abuse chronicity in sheltered battered women. *Journal of Anxiety Disorders*, **22**, 793-800.
- Keeshin, B. R., Strawn, J. R., Out, D., Granger, D. A., & Putnam, F. W. (2014). Cortisol awakening response in adolescents with acute sexual abuse related posttraumatic stress disorder. *Depression and Anxiety*, **31**, 107-114.
- Kirschbaum, C., Kudielka, B. M., Gaab, J., Schommer, N. C., & Hellhammer, D. H. (1999). Impact of gender, menstrual cycle phase, and oral contraceptives on the activity of the hypothalamus-pituitary-adrenal axis. *Psychosomatic Medicine*, **61**, 154-162.
- Kirschbaum, C., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. H. (1993). The 'Trier Social Stress Test' -a tool for investigating psychobiological stress responses in a laboratory setting. *Neuropsychobiology*, **28**, 76-81.
- Kudielka, B. M., Buske-Kirschbaum, A., Hellhammer, D. H., & Kirschbaum, C. (2004). HPA axis responses to laboratory psychosocial stress in healthy elderly adults, younger adults, and children: impact of age and gender. *Psychoneuroendocrinology*, **29**, 83-98.
- 内閣府男女共同参画局 (2012). 男女間における暴力に関する調査 (概要) 内閣府男女共同参画局推進課

- Pico-Alfonso, M. A., Garcia-Linares, M. I., Celda-Navarro, N., Herbert, J., & Martinez, M. (2004). Changes in cortisol and dehydroepiandrosterone in women victims of physical and psychological intimate partner violence. *Biological Psychiatry*, *56*, 233-240.
- Resnick, H.S., Yehuda, R., & Acierno, R. (1997). Acute post-rape plasma cortisol, alcohol use, and PTSD symptom profile among recent rape victims. *Annals of the New York Academy of Sciences*, *821*, 433-436.
- Toda, M., Morimoto, K., Nagasawa, S., & Kitamura, K. (2004). Effect of snack eating on sensitive salivary stress markers cortisol and chromogranin A. *Environmental Health and Preventive Medicine*, *9*, 27-29.

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

平成 25 年度 分担研究報告書

DV 被害親子に対するこころのケアハンドブックの開発に関する研究 ーその 2 専門的治療に関する専門職トレーニングのストラテジーについて

分担研究者 加茂登志子¹⁾・金吉晴²⁾

研究協力者 氏家由里¹⁾・伊東史エ¹⁾・丹羽まどか¹⁾・中山未知¹⁾・廣野方子¹⁾・
大久保彩香¹⁾

1) 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

2) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

研究要旨

DV 被害親子のこころのケアに関するハンドブックの作成研究に当たり、専門的支援者に必要なスキルと推奨される専門的治療に焦点を当て、児童相談センター心理職に対する親子相互交流療法（Parent-Child Interaction Therapy: PCIT）のワークショップとコンサルテーションの経験をモデルに、専門的治療に関するトレーニングのストラテジーについて考察する。A, B2 県の児童相談センター全心理職員に対し、PCIT に関するインシヤルワークショップ（WS）とその後の具体的事例を用いたコンサルテーションを軸に系統的トレーニングを行った。トレーナートレーニングと治療プロトコルやアセスメントなどの資料については治療効果エビデンスを最大限維持する形で導入することが出来たが、ライブケース体験やコンサルテーションの在り方などに改良すべき点があった。今後、PCIT やこれに類するエビデンスに基づいた心理療法の均てん化を日本でも押し進める場合、治療トレーニングセンターを設けることが必要である。

A. はじめに

DV 被害親子のこころのケアに関するハンドブックの作成研究に当たり、平成 24 年度は 1) DV に関係する世界的な動向とケアの方向性の検討 - 特にこころのケアと予防の関連から

2) 日本における DV 被害者とその子どもへのケアに関する支援の現状

3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント

4) 専門的支援者に必要なスキルと推奨される専門的治療

5) 予防とこころのケアガイドラインの関係概念図

についてアウトラインを述べた。今年度はハンドブックのコア部分にあたる4)に焦点を当て、児童相談センター心理職に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) のワークショップとコンサルテーションの経験をモデルに、専門的治療に関するトレーニングのストラテジーについて考察する。

PCIT の効果については行動上の問題を持つ子どもや育児不安のある養育者、あるいは被虐待児童とその家族などを対象に既に米国、オーストラリアなどで数多くのランダム化比較試験が行われており、メタアナリシス研究によればアメリカ心理学会の提示するエビデンスに基づく治療のガイドラインにおいて「よく確立された well-established」治療に位置付けられている。被虐待児童とその親に対する PCIT の治療効果は 1990 年後半から報告されるようになり、被虐待児の行動障害、親の育児ストレスの減少、短期的な虐待の減少が認められたとする報告や虐待の再発を防ぐ中期的効果の報告、DV 被害を受けた親子に対し有効であったとする報告等がある。わが国においては筆者らが平成 23 年度に DV 被害母子に対する予備的治療介入研究を行い、良好な結果を得ている。

B. 研究方法

DV 被害母子やその他子ども虐待に関連する里親を含む家族再統合への治療的介入支援を目的とし、23 年から 25 年にかけて、A, B2 県の児童相談センター全心理職員に対

し、PCIT に関するイニシャルワークショップ (WS) とその後の具体的事例を用いたコンサルテーションを軸に系統的トレーニングを行った。その方法論と今後の改善点について考察する。

C. 結果

1) トレーナートレーニング

諸外国ですでにエビデンスの確立した心理療法を日本に導入するにあたり、エビデンスの維持を担保することは重要な前提条件である。なかでも WS とコンサルテーション、スーパービジョンを行うトレーナーは指導する治療そのものに対する十分な経験とともに、トレーナーとしての技術を有しなければならない。

本研究における WS トレーナーは研究分担者及び研究教職者の中から加茂と伊東が担当した。両者とも 20 年から日本のケースに PCIT を導入し、22 年 5 月からは PCIT の創始者であるフロリダ大学 Eyberg 教授に師事し、同教授研究チームのサポートを受けながらセラピスト及びトレーナーとしてのトレーニングを積んでいる。また 24 年、25 年の 2 回に渡り、Eyberg 教授および PCIT マスタートレーナーである Auburn 大学 Elizabeth Brestan-Knight 教授を日本に招聘し、日本の専門職に対しイニシャル WS を共同開催することでトレーナーとしての技術を高めた。また、ケーススーパービジョンに関する研修も同時並行で行っている。

2) 治療プロトコルとアセスメントツール

エビデンスの維持・担保に関するもう一

つの重要な前提条件は治療プロトコルやアセスメントツールの質の保持である。今回の児相ワークショップで用いた治療プロトコルは、米国で用いられている標準プロトコルをまず日本語に翻訳し、次にこれを英語に back-translation したものについて米国側と検討し、日本語訳をより正確なものに仕上げたものである。

このほか PCIT 施行の必須アセスメントとして、ECBI (Eyberg Child behavior Inventory : アイバーグ子どもの行動評価票)、及び Abridged Dyadic Parent-Child Interaction Coding System-III (親子対の相互交流評価システム短縮版第 3 版 : DIPCS-III (Eyberg, 2010) があるが、両者ともプロトコルと同様に back-translation の技法を用いて日本語版を作成した。ECBI に関しては日本の事例に対する validation study と標準化も並行して行った。また、DPICS については日本語場— ション使用に当たっての注意点を日本語ノートとしてまとめ、翻訳に添付した (資料参照、DPIC 日本語ノート)。

3) イニシャル WS

A 県、B 県とも児相でのイニシャル WS の構成は米国内で標準的に行われ、国際的な基準ともなる 40 時間ワークショップを基礎とした。ただし、日程構成や時間配分についてはそれぞれの児相の規模や参加人数、勤務環境に適合させた。

国際的な標準 PCITWS は参加者 8 名、5 日間連続であり、原則的にライブケースもこの期間中に体験する。しかし、多忙な児相において 5 日間連続 WS 開催するには日常の

実務への支障が生じる可能性が高かったため、A 県では 2 連続の週末を利用して 2 回に分けて WS を行い、B 県では週末を利用した 4 日間連続で 1 日の授業コマ数を増やす形とした。A 県の日程の詳細を文末に添付する。規模の大きい A 県では参加する心理専門職者の数も多かったため、WS は 1 年に 1 回ずつ合計 2 回行った。B 県は 1 回のみ開催でほぼ全員の心理職が WS を受講することが出来た。

両県ともトレーナーが児相に出向く形で WS を行ったため、WS 中にライブケースを導入することは困難であった。その代替として、文末に添付した A 県 WS の後半第一日目の参加者用ハンドアウトに見るように、ロールプレイとビデオを多用した。ライブケース体験については、A 県、B 県ともに経験豊富な治療者がいるため、WS 外で実際のケースを見学することとした。

なお、WS には、過去の WS に参加し、現在 PCIT を実施している児相内経験者もサブトレーナーとして参加し、新しい参加者のスキル獲得を支援するとともにロールプレイに積極的に参加した。

4) ケースコンサルテーション

A 県では毎月 1 回、B 県では 2～3 か月に 1 回イニシャル WS 後 1 年以上に渡り、定期的に具体事例のケースコンサルテーションを行った。

国際標準としての PCIT トレーニングでは、新規に PCIT に取り組むセラピストに対し、トレーナーがその場で指導するか、あるいはセッションごとにビデオを用いて指導を行うが、児相という環境上これを実行する

には困難があった。

厳格な守秘義務を必要とする児相でのケースコンサルテーションは、WSトレーナーが児相に出向くか、女性生涯健康センターで会場を用意する形で行った。

5) ケースの進捗について

PCITは通常60分のセッションを毎週行い、12週から20週程度で修了することが多いが、児相ケースの場合、多くは1か月に1回の頻度でセッションが持たれていた。児相側の要因としては、心理職の数が全体に不足していること、PCITが出来る機能を備えた治療スペースが十分でないことなどがあり、また、PCITを受ける養育者側にも、心身の不調のためキャンセルが続くことがある等の要因が認められた。

しかし、A県でコンサルテーションを行った2事例については次第にECBI強度得点が下がるなど、PCITの効果が認められたが、両者とも導入後修了まで約1年を要した。その他のケースについてもA県、B県とも積極的にPCITの導入を進めている。

D. 考察

A, B2県の児童相談センター全心理職員に対し、PCITに関するインシヤルワークショップ(WS)とその後の具体的事例を用いたコンサルテーションを軸に系統的トレーニングを行った。

トレーナートレーニングと治療プロトコルやアセスメントなどの資料については治療効果エビデンスを最大限維持する形で導入することが出来たと考えている。インシヤルWSの開催方法については、WS開催期間内にライブケース体験ができない点が問題

点として残った。臨床現場でのケース見学から補完的な体験は可能だが、治療効果を実感しながらのWSの受講はスキル獲得の大きなモチベーションになるため、今後はライブケースの導入も視野に入れていきたい。

もっとも大きな問題は、コンサルテーションとスーパービジョンの方法論にある。まず、心理療法を推奨された枠組みで行うことは、治療効果を最大限に引き出す前提であるので、それぞれの施設の治療環境に適合しつつも今後は週1回のセッションの開催を目標としていくよう環境を整える支援を行う必要がある。また、特に行動療法に関しては初学者が治療を行う場合、指導の場でエラーの修正をその都度十分に行っていくことが重要だが、月1回のコンサルエラー修正が不十分となりやすい。これらの問題を解決するためには、トレーナー側にも時間的フレキシビリティが要求される。

米国シンシナティ子ども病院トラウマ治療トレーニングセンター(TTTC)では、本部スタッフらより地域の児童保護施設職員や保健師等を対象にPCITのTrauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy(TF-CBT)、Child Adult Relationship Enhancement(CARE)等エビデンスのある心理療法について研修会を開催しセラピストを養成したうえで、治療に対するスーパーバイズを行っている。また地域のデータを集積かつ分析し、その結果を地域保健施設に還元するなどして家庭内暴力被害に向け、地域ぐるみの治療スキルの底上げを達成している。今後、PCITやこれに類するエビデンスに基づいた心理療法の均てん化を日本でも推し進める場合、TTTCに類似した治療

トレーニングセンターの構築が必須である。

E. 文献

加茂登志子他：DV 被害母子に対する親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) の効果に関する研究—DV 被害母子フォローアップ研究との比較、平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金、「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」報告書 2012

F. 関連業績

著作

加茂登志子：家庭内暴力被害母子への相互関係介入プログラム、BIRTH、第 2 巻 第 2 号,77-83,2013

伊東史エ他:医療現場における Child-Adult Relationship Enhancement (CARE) の実践報告：ドメスティック・バイオレンス被害を受けた母親に対する CARE を用いたグループ療法型子育て支援の試み、トラウマティック・ストレス 11(2), 181-187, 2013

研究発表

Toshiko Kamo. Step by step progress of PCIT implementation in Japan -Integrity of PCIT and cultural consideration, the 2nd biennial PCIT international convention , 2013

G. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む。）

1. 特許取得 なし。
2. 実用新案登録 なし。
3. その他 なし。

DPICS 日本語ノート Ver.1.01

加茂登志子、河瀬さやか、Elizabeth Brestan-Knight, Regina Bussing

ノート1：Description の訳語について

本来、Description の訳語としては「描写」を用いるのが最も適切だが、「描写」はより文語的な表現であり、口語的な日常用語としての使用はごく稀である。そのため、親によっては、とりわけ知的水準に若干の問題がある養育者にとっては、その意が十分に理解できない可能性がある。そこで日本語版 PCIT では、あえて「説明」という誰でも知っている易しい日本語表現を用いることとした。これらを鑑み、日本語版 CDI ティーチングでは、PRIDE スキルにおける「説明」の示す意について、以下の点をセラピストから養育者に具体的に伝えることとする。すなわち、英語における Explanation と Description は前者が解釈を含み、後者は解釈を排し、ありのままを言語化するという点が大きく異なっており、PCIT における「説明」とは後者にあたるものである。

ノート2：終助詞「ね」の取り扱い

「ね」は日本語文法では終助詞に分類される。終助詞とは文や句の末尾について疑問・禁止・感動などの意味を付け加えるものであり、そのものだけでは意味を持たない。「ね」は、日本語の終助詞の中でも特に重要であり、使わなければ会話が不自然となる場合があることが知られている。そのため、以下のように、会話のリズムや柔らかさを維持する働きの限りである「ね」は軽い「ね」としてコーディングしない。一方、談話の文脈や語気の強さ、イントネーションによって念押しや強い同意を求めること、あるいは質問の意味合いを含むことが明らかである場合は、その意図するところに合わせてコーディングする。なお、「ね」における評価者間一致等の詳細は今後の研究課題である。

「ね」のコーディングにおける暫定的な判断

- 軽い「ね」はコードしない
 - 会話のリズムや柔らかさを維持する
- 重い「ね」はコードする
 - 念押しの「ね」⇒間接的命令
 - 強く同意を促す「ね」⇒間接的命令
 - 質問の「ね」（語尾上がり）⇒質問

ノート3：義務・責任の表現の翻訳（should, must, have to, need to の訳語について）

should, must, have to など、義務・責任に関する英語表現は一般に二重否定「～ねばならない」を使用して日本語に翻訳されることが多い。この二重否定を用いた命令「ねばならない」は、日本語において義務・責任を表す表現として多用され、子どもにもよく使われる。この「ねばならない」は「～しないあなたはよくない（正しくない）」という否定的メッセージもまた含意するため、DPICS 親カテゴリーでは否定的会話との異同が問題となる。1つの文章が2つの意を示すとき、DPICS では Priority Order を用いる。PO において命令と否定的会話では否定的会話が上位となるため、二重否定は必然的に否定的会話に分類されることになる。これらを鑑み、日本語 DPICS-III 第1版は二重否定を用いた命令を、命令ではなく否定的会話に分類することとした。

一方、義務、責任を示し、二重否定に代わる表現には「べき」があるが、「べき」には固いイメージがあり、文章には頻繁に使われるが、大人同士の口語でも使用はまれであり、親子の会話では通常ほとんど使われない。

そのため、DPICS-III 日本語第1版では、原版における should, must, have to, need to 等の義務・責任表現を、暫定的に「しなさい」「してください」といった柔らかで丁寧な命令

に意訳（変換）して翻訳した。

二重否定を用いた命令を、否定的会話に分類することの是非、義務・責任を表す命令に柔らかで丁寧な命令や既存の決まりがあることを示す表現を用いることの是非については引き続き今後の研究課題である。

ノート4：子どもの呼名について

DPICSにおいて、注意を喚起するために子どもの名前を呼ぶことは、「こちらを向きなさい」という意を含む間接的命令に分類される。そのため、PCIT プロトコルでは、子どもの名前を呼びすぎないこと、特に、命令を与える直前には呼名しないようにすることが示されている。日本語版 DPICS においても、原版同様注意喚起のための呼名は間接的命令としてコーディングされる。

一方、日本語による親子の会話で子どもを「あなた」と呼称することは少なく、通常「あなた」は省略されるか、あるいは、子どもの名前がそのまま使われることが多い。この場合の呼名は英語の三人称（She、He）とは異なるものであり、「you」同様二人称的機能を有するものである。これらを鑑み、通常の会話のなかで用いられる二人称としての呼名については、コーディング外のものとする。

第1ターム X月5日(金)、6日(土)、7日(日)

第2ターム X月20日(土)、10月21日(日)

場所：A 県児童相談センター

講師：加茂登志子、伊東史エ（東京女子医科大学附属女性生涯健康センター） 他 PCIT-Japan メンバー

資料：①PCIT オリジナル 2.09 日本語版 ②DPICS-III 日本語版 ③ECBI ④その他

日程表

第一ターム CDI		
	午前 9:30-12:30	午後 13:30-17:00
<p>X月5日(金)</p> <p>今日の目標</p> <p>概論</p> <p><input type="checkbox"/>PCITの理念を理解する</p> <p><input type="checkbox"/>PCITの手順の概要を理解する</p> <p>CDI</p> <p><input type="checkbox"/>Do スキル(PRIDE スキル)を理解し特別な時間で使える</p> <p><input type="checkbox"/>Don't スキルを理解し、特別な時間で使わないようにする</p> <p><input type="checkbox"/>戦略的無視を理解し特別な時間で使えるようになる</p>	<p>イントロダクション (自己紹介)</p> <p>PCITの歴史 これまでの研究について</p> <p>PCITの構造 PCITオリジナルとPCIT-A</p> <p>ビデオ(ケース9)(ケース22)</p> <p>CDI①PRIDEスキル-関係を強化する要素 デモンストレーションビデオ PRIDE skills</p>	<p>デモンストレーションロールプレイ クリッカー使用</p> <p>Don't skill (質問) (批判) (命令) 20分</p> <p>ロールプレイ① PRIDEスキル+don't skills 1グループ6人 60分</p> <p>CDI② こどもの破壊的な行動-戦略的無視・こどもの有害な行動-遊びの中止 デモロールプレイ(戦略的無視)</p> <p>ロールプレイ② 無視を含む:小グループによるCDI演習 60分</p> <p>質問タイム</p>