

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 23 年－25 年度 分担研究報告書

分担研究者 金吉晴<sup>1)、3)</sup>

研究協力者 秋山剛<sup>2)、3)</sup>

大沼麻実<sup>1)</sup>

1) 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

2) NTT 関東病院精神科

3) 日本精神神経学会災害対策本部

#### 研究要旨

##### 1. 東日本大震災後の精神医療初期対応の概要

東日本大震災は被災規模が広汎であり、津波、原子力発電所事故が重複したという点でかつてない規模であった。そのため、精神保健医療対応については現地の自治体、関係者だけではなく、厚生労働省、国立精神神経医療研究センター、日本精神神経科学会において、対策立案、連携の推進、情報の共有が図られた。国立精神神経医療研究センターでは発災後 3 日目に情報支援サイトを開設し、精神医療対応の基本方針、資料等を提示した。急性期にトラウマ的体験を聞き出すような対応は国際的にもはや認められていないが、一部の支援者になおその傾向が見られるなど、今回も情報支援の重要性が明らかとなった。支援と調査の境界が曖昧となり、適正な倫理的手続を経ない調査が企画されるなどの混乱も見られ、これについて情報発信も重要であった。

##### 2. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン改訂に関する研究

災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(2003)の再検討に向けて、同ガイドラインの意義と限界を検討し、新たに追加すべき項目を抽出した。同ガイドラインには当時として国際的にも先進的な方針が明示されていたが、時相別の症状と対応策の整理についてはデータの不足のために課題が残っていた。後の改訂のためには、DPAT による派遣、DMHISS の使用、DMAT 等との連携、研究倫理、精神医療システム支援、情報不安などへの対応が求められる。

##### 3. 成人 PTSD の薬物療法ガイドライン

成人 PTSD の薬物療法のガイドラインを、作成した。PTSD に対する薬物療法として RCT により効果が認められており、米国で認可されているのはセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor; SSRI) である paroxetine と sertraline であるので、この 2 剤について使用法をまとめた。アルゴリズム的に治療経過に従った指針を作成した。

## 1. 東日本大震災後の精神医療初期対応の概要

### A. はじめに

2011年3月11日に東北太平洋地域を追った地震被害はそれ自体がマグニチュード9という近來まれに見る程度の災害であっただけでなく、地域によって10mを超える津波を生じ、また福島県では原子力発電所のメルトダウンを生じるといった複合的な自然災害として未曾有の被害をもたらした。大規模災害では必ず「集団的根こそぎ体験」が生じるが、この震災ではその経験が極度に増幅されたと考えて良いであろう。それに伴う喪失感は、急性期には回復へのいわば使命感によって意識されることが少ないが、本稿を執筆している時点で、被災地に留まっている域の方々は、避難所などで慌ただしく過ぎた急性期を経て中長期に入り、一部では復興疲労が蓄積されつつあると思われ、喪失感が全景に出る可能性がある。加えて多数の犠牲者が出ており、コミュニティレベルでの喪失体験に加えて、遺族としての悲嘆、喪失が、重積する場合もある。その時期の精神保健対応はさらに今後の課題であるが、本稿ではそうした次段階のケアを考える上の準備という意味もかねて、震災直後の精神保健医療対応がどのように行われたかを振り返りたい。

### B. 初期対応

今回の災害の特徴は甚大な被災地域が3県1政令指定都市にまたがり、さらにその隣接県にも被害が及んだことである。そのため、従来の自然災害では精神保健医療対応は県に対策本部が置かれてその任にあたるが多かったのに対して、今回は厚生労働省が下記

の課題等に関して積極的な統括的役割を担った。また日本精神神経学会にも対策本部、委員会が置かれ、さらに国立精神・神経医療研究センターでは発災後週明けの月曜日に情報支援サイトが開設され、一週間ほどで20件以上のガイドライン、マニュアル、資料が上辞された。

今回の震災での支援活動を考える上で重要なことは、被災地域の地理的特性と交通網の破壊である。精神医療においては患者が通院不能となり、また必要な精神科薬が不足した。他方で原子力発電所事故の近辺では精神科病院の閉鎖、機能縮小が起こり、そうした病院からの患者の移送が大きな問題となった。また住民の精神健康を悪化させるストレス要因としては、トラウマとなる災害の影響が即座の厳しい苦悩を引き起こし、急性ストレス障害、パニック、やや遅れて外傷後ストレス障害(PTSD)、悲嘆喪失反応の症状を引き起こすという系列と、プライバシーがほとんどない避難所(大部分は地元の学校の体育館)生活ならびに招来の不確定さによる持続的な現実的不安が懸念された。

### C. 精神医療の継続

震災によって外来通院が中断した患者への治療継続が問題となって。被災地の多くは精神医療過疎地域であり、通院可能な精神医療施設が少なかったが、上記の交通事情のため、それが一層困難となった。

災害の後2日目の3月14日には、厚生労働省は移送の必要のある患者の人数調査と、東北周辺の非被災県ならびに東京等の周辺県の精神科病院での受け入れ可能ベッド調査を始め、ほぼ一週間で移送を終えた。次に精神科治療薬の供給が必要とされた。特に不足が問

題となったのは抗うつ薬と抗てんかん薬である。厚生労働省、講座担当者会議、精神神経学会、日本精神科病院協会、国立精神・神経医療研究センターなどが連携して、一部地域での処方可能日数に制限をかけるなどして必要薬剤を調達し、現地に搬送した。

#### D. こころのケアチーム

阪神淡路大震災(1995)、新潟県中越大地震(2004)等の従来の大震災ではいわゆる心のケアチームが組織され、自発的あるいは被災県の県知事要請を受けて被災地に派遣され、住民の精神保健医療対応にあたってきた。通常、チームは医師、看護師、時に精神保健福祉士および／または臨床心理士、事務員から構成され、基本的には自給自足で現地入りすることが常であった。今回の震災では上述したように被災規模が広大であったことから、心のケアチームの派遣スケジュールの調整は厚労省が主導して行った。急性期を過ぎると、多くのチームは被災地入りする前に精神保健医療福祉センターに立ち寄って資料、被災情報、ガイドライン、日報等の報告書式を受け取って現地入りすることが多くなった。そのような場合には、被災地での活動中は記録を日報、週報の形でまとめ、資料を県、政令市に提出されることとなっていた。多くの心のケアチームは本来の臨床活動を離れた参加するメンバーから構成されていたために、1、2週間のための滞在となるが多かった。当初はチームのローテーションを上述のスケジュールリングのスキームの中に入れていたが、実際にはほぼすべてのチームが自主的に派遣地域を継続的に受け持ち、チームをローテーションさせながら3ヶ月以上にわたって継続的な活動を展開した。

#### E. 情報発信

阪神淡路大震災以来、心のケアにおいて常に一貫して問題となってきたのは、急性期にトラウマ体験をどの程度聞くべきか、聞くことにどのような効果と有害作用があるのか、ということである。以前は心理的デブリーフィングと呼ばれたこの技法は、早期に恐怖体験を強い感情表出とともに聞き出して語らせることが将来の PTSD を予防するという仮定に経っていた。しかしその後の研究でその効果が否定されたばかりか、かえって PTSD を悪化させかねないということが明らかとなり、現在はどのような国際ガイドラインにおいても採用されていない。

本来、強調して支援に当たるべき医師あるいは多くの職種の間で方針について意見が食い違うことは珍しくない。そこで情報と指針、エビデンスの共有が非常に重要となる。先にも述べた災害時地域精神保健医療活動ガイドラインは、池田小学校児童殺傷事件の際に、対策本部に駆けつけた様々な職種の支援者の間での見解の相違を踏まえて作られたものである。

また上記ガイドライン策定以来、厚生労働省よりの委託あるいは補助金事業としてガイドラインの基本理念の普及に努めてきた。その成果が浸透したためか、今回の震災において少なくとも心のケアチームを通じての精神医療支援を見る限り、侵襲的な介入、住民の不安を増強するような働きかけはほとんど見られなかったと聞いている。ただし心のケアという言葉の意味は広く、医療以外でも行われることもあり、その場合は人道的行為と医療行為の境界が曖昧となり、結果として医療としては不適切な介入が行われることも見られた。こうした弊害が目立ったのは、外部か

ら数日間のみ現地に入り、継続性のないその場限りの支援を行い、自分が目にした印象だけで一般的な結論を下そうとする人々である。今回も、医学誌として権威のある Lancet に「日本は震災後の精神医療対応ができていない」と決めつけ、被害に遭った子どもの感情を引き出す介入を賞賛するかのような記事が載った。それに対しては精神神経学会対策本部でも話題になり、著者ら、および Suzuki らによる反論の correspondence を同誌に投稿し、掲載された。

#### F. 研究倫理

今回の震災後、多くの人々が精神を含む住民の健康状態に関心を抱き、それ自体には意義が認められるとしても、一部では精神医療を専門としない研究者が倫理指針(12)の遵守が疑わしいようなかたちで住民の精神状態についての質問紙調査を行うという事例も見られた。また一般医学の分野でも、倫理手続、説明同意が不明確なまま調査が企画されるという動きもあった。これを受けて精神神経学会では研究倫理に関する緊急声明を発表した。

災害時に調査倫理が特に問題になるのは支援活動と調査のためのデータ収集の区別が曖昧となるためである。被災者は基本的に支援者の善意を疑わないので、集められたデータの使用目的などを問いただすことができない。なお被災住民の疫学調査は、厚生労働省の特別研究費により進行中である。その中の精神の部分は著者(金)が、睡眠の部分は国立精神神経医療研究センターの三島部長らが担当して作成している。一部集計結果が発表されているが、今後対象地域を増やしつつ追跡を行うことが予定されている。

#### G. 終わりに

本稿執筆時点で、被災県には心のケアセンターの設置が予定されており、今後は地元の精神医療資源を活用した精神医療対策が進展するものと思われる。筆者らはガイドラインの紹介等、被災地の精神医療支援に関わっては来たが、今後の復興については現地の支援者、とりわけ被災者自身から学ぶことの方が遙かに大きいであろう。そのような段階を経て、災害時の精神医療に関する知見、合意が形成され、さらに人々に備わっている回復力が示されることを期待している。

## 2. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン改訂に関する研究

#### A. はじめに

2003年の池田小学校事件を受けて災害時地域精神保健医療活動ガイドラインが制定され、厚生省(当時)を通じて都道府県市に配布され、災害に際して活用されてきたが種々の改善点が浮かび上がってきた。また東日本大震災(2011)の後で従来方の心のケアチーム活動はDPATに制度化され、その枠組みでの活動の指針も求められるようになっている。

#### B. 現行ガイドラインの批判的検討

##### (1) 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン成立の経緯

災害時地域精神保健医療活動ガイドラインが制定された当時は、阪神淡路大震災において主として米国から紹介された心理的デブリーフィングの影響が残っており、池田小学校事件に際して支援に駆けつけた専門家のあいだで急性期の対応方針についての合意形成が困難な状況であった。これを打開すべく、い

わゆる心のケアの方針、概念の共有を行うことが主たる目的であった。

## (2) 各項目の検討

\*以下の見出し数字はガイドライン本体のものを踏襲する。

### I. 災害時における地域精神保健医療活動の必要性

#### 1. 災害体験と地域精神保健医療活動

#### 2. 災害時の地域精神保健医療活動

##### 1) 災害時の地域精神保健医療活動の方針

##### 2) 災害時の地域精神保健医療における焦り

この章で述べられていることは災害に起因する精神健康の悪化と、既存の精神保健医療システムの被害のために、災害時に特化した精神保健医療対応が必要だということである。またそのための活動として(1)保健活動(2)個別医療活動について記載がなされている。また心理的デブリーフィングへの批判がなされ、急性期の集中的な介入よりは地域全体を見据えた保健活動に注意喚起をしている。

ガイドラインでは精神保健医療システムの被害は、被災者への治療、ケアが不足する要因として述べられているが、精神保健医療システムそれ自体を精神保健医療支援活動の対象とするという記述は不十分であった。また活動内容も直接被災者を対象とした活動が書かれており、精神保健医療システム自体に向けられた活動の記載は十分とは言えない。

また急性期の集中的な治療については、PTSDの予防介入としてのデブリーフィングは否定されるものの、意識障害をともなう急性ストレス障害については持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) が有効であるという報告もあり、症状プロフ

ファイルによっては急性期の精神療法の適応があることは否定できない。また従来からの精神疾患の増悪例については当然のことながら治療介入の対象となる。

なお東日本大震災では選択的セロトニン再取り込み阻害薬、抗てんかん剤の一部が不足し、交通インフラの破壊のために人俗な供給ができなかった。医薬品の供給の障害もまた、医療システムの破壊の中に入れて良いであろう。

### II. 災害時における心理的な反応

#### 1. どのような心理的な負荷が生じるのか

##### 1) 心的トラウマ

(1) 災害の体感 (地震の揺れや音、火災の炎や熱、爆発の音や熱風など)

(2) 災害による被害 (負傷、近親者の死傷、自宅の被害など)

(3) 災害の目撃 (死体、火災、家屋の倒壊、人々の混乱など)

##### 2) 悲嘆、喪失、怒り、罪責

(4) 死別、負傷、家財の喪失などによる悲嘆

(5) 罪責 (自分だけが生き残ったこと、適切に振る舞えなかったこと)

(6) 周囲に対する怒り (援助の遅れ、情報の混乱など)

(7) 過失による災害の場合の過失責任機関・責任者に対する怒り、犯罪が関与する場合の犯人に対する怒り

##### 3) 社会・生活ストレス

(8) 避難・転宅 (新しい居住環境でのストレス、集団生活など)

(9) 日常生活の破綻 (学校、仕事、地域生活、これまでの疾病の治療、乳幼児や老人・障害者のケアなど)

(10) 新たな対人関係や情報の負担 (情報や援助を受けるための対人接触、情報内容の処理)

(11) 被災者として注目されることの負担 (人目に付くことのストレス、同情や好奇の対象になっているのではないかとの不安など)

ここで述べられていることは総じてストレス反応の領域に属しており、トラウマ、悲嘆喪失、現実生活のストレス反応に焦点を当てている。これらのストレス要因はすべて災害に特異的なものであるが、他方で、日常生活においても生じるストレス要因との共通項目については必ずしも網羅的には触れられていない。さらに精神疾患へのスティグマは言及が不十分である。

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

## 3. トラウマからの自然回復

- 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。

## 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反応
- 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。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

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。

### C. 今後のガイドラインにとっての必要な検討事項

- (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。

#### (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。

## 3. 成人 PTSD の薬物療法ガイドライン

### A. はじめに

本ガイドラインは成人 PTSD の薬物療法に関するものである。以下の診断基準、治療法は全て成人 PTSD、すなわち、青年期以降に被



害を受けた成人患者を対象としたものである。被害の後でこうした反応が生じても自然に軽快することが多いので、被害の直後には心理的な保護、社会的な支援を与えて、必要に応じて対症療法的な治療対応を行って経過を見守ることが勧められる。半年を経て病状が持続している場合には治療の対象となる。それまでも、苦痛が強く、病状の好転が見られないときには治療の対象となる。

この疾患は生死に関わるトラウマ的出来事（死や重傷を生じる出来事、および強姦、児童虐待）を体験した後で、記憶に対する恐怖条件付けが形成されるとともに、過覚醒、回避、解離を反応として生じる。そのような出来事の体験率は米国では男性 60%、女性が 50%で、PTSD の有病率は約 8%である。また最大で 50%が慢性化の傾向をたどるとされている。また自然に回復した人びとにおいても細胞性免疫が慢性的に低下していることも報告されている。

## B. 診断と評価

### 1 概要

PTSD は悲惨な体験から生じる疾病である。そうした体験を話すことは患者にとって大きな抵抗を生じる。そのため、信頼関係が築けないうちは、主治医に対して出来事の詳しい内容や、正確な症状を話さないことがある。したがってプライバシーの保たれる安全な環境で時間をかけて、ときには複数回に分けて話を聞く必要がある。性被害など、異性の主治医に話しにくいと思われる場合には、同性の陪席者をおくなどの工夫も必要である。なお DV や家庭内の暴力の事案では、加害者である配偶者や家族が同席していることがあり、その場合には患者は真実を話すことは出来な

いので、本人だけをプライバシーの保たれる環境で診察する必要がある。

### 2 診断基準

DSM—IVによる PTSD の診断基準は表の通りである。こうした基準を適用する才の注意事項を以下に記す。

#### 1) 出来事基準

出来事については、本人の陳述だけではなく、できれば客観的な証拠で確認する。本人の陳述だけに頼る場合には、出来事の客観的な細部を確認することが望ましい。

a. 死、重度の負傷、強姦などの性被害を直接体験するか、目の当たりに目撃する、あるいはそうした出来事が確実に生じるという脅威に直面すること。

b. 間接的な伝聞は、近親者の事故や暴力による死亡の報せのみ該当する。

c. 遺体の収集や児童虐待の聞き取りのように、悲惨な出来事の詳しい情報に、何度もさらされること。ただしメディア映像の目撃は、職業的に長時間視聴した場合のみ、該当する。

d. 注意) これに該当しないような出来事でも、一時的に PTSD 症状を生じることはあるが、その場合は適応障害などの診断や、他の要因を検討する。なお比較的軽微な出来事によって半年以上、PTSD 症状が続くことは例外的である。

e. 注意) 「症候群証拠」を用いてはならない。これは下記に述べる PTSD 症状が存在したときに、その原因となる出来事が存在した、と推論することである。PTSD 診断のためには、必ず出来事を確定し、その後で症状の確認に進む必要がある。

#### 2) 再体験

- a. その体験の情景や身体感覚を、自らの意思とは関わりなく、当時の恐怖とともに再体験し、あたかも被害の現場に戻されたように感じる事。
- b. 再体験症状の中核はフラッシュバック（幻覚や実体験のような感覚を伴った想起）、悪夢（必ずしも体験内容の再現ではなく苦痛な内容で有れば良い）である。
- c. その際にひどく動揺したり、動悸やふるえなどの身体症状を伴い、生活や仕事に支障が生じる。
- d. 再体験症状は体験を思い出すようなきっかけがあると生じやすいが、きっかけがなくても生じることがある。
- e. 単に考えたり、思い出したりするだけでは該当しない。その場に戻ったようになりありと感じ、恐怖感を伴い、現実感が失われることが特徴である。
- f. 強迫観念、妄想と区別のこと。

### 3) 過覚醒

- a. 持続的な不安、緊張が生じ、物音などの些細なきっかけで過剰に驚いたり、苛立ちや怒りを生じやすくなる。
- b. 集中力が失われ、新たな被害に対して過剰に警戒し、生活が制約される。
- c. 注意) 不安を高めるような身体疾患（甲状腺機能亢進症、心疾患、貧血など）や睡眠障害、カフェインの影響、躁病による興奮、うつ病による焦燥を除外する
- d. 注意) 現在も続いているストレスや二次被害の影響。

### 4) 回避麻痺

- a. 体験を思い出させるような場所や刺激を、行動の上で回避すること。
- b. 内面的に、体験の出来事やその時の感情の想起を避けること。

- c. 日常生活においても現実感が失われ、喜怒哀楽や親密さが失われ、感情が麻痺すること。
- e. 注意) 実際の危険に対する合理的な回避を除く。
- f. 注意) 薬物やアルコールなどの影響、疲労などによる感情の麻痺を除く。

### 3. 診断スクリーニング

自記式スクリーニング尺度として、PTSD 診断尺度 (PTSD diagnostic scale; PDS)、出来事インパクト尺度改訂版 (Impact of Event Scale, revised: IES-R) がある。この尺度の利点は、各項目が DSM—IV の診断基準項目に合致しているので、カットオフ値を用いるのではなく、診断基準に合わせて PTSD 診断の有無が判断できること、施行した結果を診断基準に合わせて確認できること、また日常臨床において遭遇する頻度の高い性暴力被害女性によって日本語版の妥当性が検定されていることである。

### 4. 除外/併存診断

次項を参照のこと。なお PTSD には精神疾患の併存が多いため、他の精神疾患の存在は必ずしも PTSD の否定にはつながらない。

### C. 治療適応の判断

PTSD を主たる治療の対象とすべきか、それ以外に治療や対応が優先される、疾患、状態が存在していないかを確認する。

1. 自殺の危険
2. PTSD 以外に治療を優先すべき精神疾患
3. PTSD の不安を悪化させるような身体疾患
4. カフェインなどの不安惹起性物質の摂取
5. 治療コンプライアンスの不良

- 6. 治療の対象となる、あるいは別のトラウマ被害の継続
- 7. 妊娠中、または近い将来の妊娠が予測されること
- 8. PTSDが有利になるような訴訟、交渉を行っている

#### IV 治療の進め方

##### 1) 心理社会的支援の確保

治療の開始に先立って、トラウマ被害者への心理・社会的ケアを提供する必要がある。

- a. 心理教育：下記の治療選択に先立って、あるいは平行して、トラウマに対する一般的な反応の心理教育を行う。
- b. 社会的支援：回復過程における重要な要素であるが、PTSDにおいてかなり減少している。社会的支援の欠如が、外傷的出来事後のPTSD発生リスクの単一の予測因子としては最も重要であるとの報告がある。
- c. 環境調整：必要に応じて福祉や他科との連携。環境調整：二次的トラウマ、重度のストレスからの保護、病状と治療を理解するキーパーソンの確保（可能ならば）

##### 2) 治療選択

いずれかの治療選択を行う。

- a. 薬物療法
- b. 認知行動療法
- c. 両者の併用

##### 3) 薬物療法の実施

PTSDに対する薬物療法としてRCTにより効果が認められており、米国で認可されているのはセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor; SSRI)である paroxetine

と sertraline である。PTSD に対する薬物療法としては、このいずれかを用いて、PTSD 症状を自記式質問紙を用いて評価しつつ、治療を進める。

##### 4) 治療効果の判断

約6週間ごとに、スクリーニングで用いた PDS ないし IES-R を施行し、その得点の改善度をモニターする。当初の得点と比較して、改善の程度を次の4段階に分類する。

寛解状態：症状の70%が改善

→ 投薬の継続 投与開始から少なくとも1年間

十分な反応：症状の少なくとも50%の改善

→ 投薬の継続 投与開始から少なくとも1年間

部分的な反応：症状の25~50%以上の軽減

→ 最大耐用量まで増加。もしくは sertraline、paroxetine のうちもう1つの薬剤に切り替える。併存する精神疾患の症状が未治療の場合はそれに対する投薬を考慮する。

無反応：改善が軽微である（25%未満）または全く改善しない。症状の軽減がほとんどない。

→ 最大耐用量まですでに増加していた場合には、sertraline、paroxetine のうちもう1つの薬剤に切り替える。治療抵抗性の判断。

→ 併存する精神疾患の症状に対する投薬を強化。

→ 診断と治療適応の再確認。

→ エビデンスのある認知行動療法の導入の検討。

##### 5) 投薬による副作用

うつ病や PTSD 以外の不安障害と比べて、PTSD 治療に関しての paroxetine, sertraline による薬物療法に特異的な有害事象は報告されていない。

#### 6) プラセボ反応

初期に迅速な治療反応が見られた後にそれが消失するという現象は、うつ病に関する文献において示唆されているように、「プラセボ」または「非特異的」反応を示唆するかもしれない。PTSD の場合に、どの程度までこのような考え方をすることが出来るのか、またどのように対処したらよいのかは、不明である。

#### 7) 併存疾患、症状の治療

PTSD には他の精神疾患、症状が併存することが多く、その治療が優先される場合も有る。また PTSD の治療を開始した後でも、併存する精神疾患、症状の治療が重要であると判断されれば、その治療を平行することも認められる。

##### a. 不眠

PTSD における悪夢および不眠の改善には、 $\alpha_1$  アドレナリン拮抗薬であるプラゾシンの追加がきわめて有効なことがある（ほとんどの PTSD に併発する。また SSRI 投与によって不眠が悪化することがある。まずカフェインの大量摂取などのライフスタイルを確認する。PTSD ではベンゾ系の抗不安薬に対して心理的依存を生じやすいとの指摘があることから、入眠剤の選択においても非ベンゾ系を優先することが勧められる。うつ病 PTSD との併存は非常に多く、Kessler らの調査では約半数が大うつ病を併発する。うつ病の一部に見られる焦燥感を

PTSD の過覚醒と鑑別する。PTSD 治療に用いる SSRI で改善が期待されるが、それにとらわれず、うつ病の病状に応じた治療を行うべきである。

##### b. 不安障害

PTSD には各種の不安障害が合併する。なお不安障害の治療としてベンゾ系抗不安薬を用いた場合、PTSD 症状も一時的に軽快することがあるが、PTSD の経過を短縮することは出来ない。躁病 うつ病による行動過多と気分変動、易怒性を PTSD の過覚醒と鑑別する。

##### c. 躁病 うつ病による行動過多と気分変動、易怒性を PTSD の過覚醒と鑑別する。

幻覚妄想状態：①再体験におけるフラッシュバックが強度で幻覚の性質を持つ場合、幻覚妄想状態として、抗精神病薬による治療の対象となることがある。PTSD の経過そのものを短縮するとの報告はない。②トラウマ的出来事の再体験とは理解できないような、妄想反応。精神病症状は 40%もの PTSD 患者に認められ (Hamner ら、1999)、幻覚、妄想、および妄想観念などの症状が多く報告されている。まず、精神病症状が PTSD 症候群の部分症状なのか、または、併存する精神病性障害によるものなのかを明らかにすべきである。前者の場合、SSRI を用いて PTSD の治療を開始すべきであるが、その治療に反応しない患者が多いことを念頭に置く必要がある。統合失調症：この疾患による幻覚、妄想を、PTSD のフラッシュバックや侵入症状と鑑別する。

##### d. アルコール依存：PTSD 患者がアルコール嗜癖、依存を併発する例は少なく

ない。依存と診断される場合にはその治療が優先されることがある。

- e. 自殺念慮、自傷行為：治療のどの段階においても注意が必要である。

#### 4. 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科疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成 23-25 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

分担研究者 加茂登志子<sup>1)</sup>・金吉晴<sup>2)</sup>

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

<sup>1)</sup> 東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

<sup>2)</sup> 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、

- 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

について検討した。加えて、他国でエビデンスが得られた心理療法治療の導入均てん化モデルとして親子相互交流療法（PCIT）の DV 被害母子に対する臨床実績結果と、児童相談センター心理職に対する親子相互交流療法 PCIT のワークショップとコンサルテーションの経験を述べ、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論考した。

### A. はじめに

DV被害に関するこれまでの研究から、被害者本人には外傷後ストレス障害（PTSD）やうつ病等の精神健康障害が高い頻度で発症すること、両親間にDVのある環境で養育された子どもにもADHD様症状や不登校など精神・行動面での症状が出現しやすいこと

が知られている（Kamo 2010, 加茂ら 2011）。また、これらの精神健康障害は被害親と子どもが加害親のもとを離れ被害から逃れたとしてもすぐには軽減されず、場合によっては症状のみならず親子の相互関係も悪化し、そこにふたたび暴力が介在してしまう場合もある（金、加茂ら 2011）。

DV被害親子とは典型的には母子対であり、ここには、取り扱うべきテーマとして女性のトラウマと子どものマルトリートメントの両者が含まれているが、日本では女性支援と子ども支援は基本的にそれぞれ「配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律（以下DV防止法）」と「児童虐待の防止等に関する法律（以下児童虐待防止法）」に依拠し、別々の軸で扱われている現状がある。個別的にみると日本のDV被害女性の支援、マルトリートメントを受けた子どもの支援は過去10年で明らかな発展を遂げている。DV防止法が平成13年に施行されておよそ12年が経過し、DVの存在とその影響が広く社会に知られるようになり、様々な社会的事業や資源へのアクセスが可能となり、また支援者のノウハウも徐々に蓄積され、スキルも底上げされてきた。一方これに先立つ平成12年には児童虐待防止法が施行されおり、以来、立法をもとに増え続ける子どものマルトリートメントに対し、児童相談所を中心に様々な介入努力が続けられていることも周知の事実である。実はこの両法は、改定児童虐待防止法の改定においてDVの目撃が子どもの虐待に当たることが明記されたことですでに繋がりが持たれている。次に必要とされるのはDVと子どものマルトリートメントの表裏一体と言ってよいほどの深いつながりに対する有機的理解と対策であろう。疫学的研究からはDV家庭で養育される子どもの大部分にDV目撃があることが分かっている。

これらのことから、日本において特にこころのケアという観点からはDV被害母子を

被害を受けた親子ユニットと捉えて介入するシステムはまだ十分に構築されていない。そのため現場では、女性支援に重点がおかれた場合子どもへのこころのケアへの取り掛かりが遅れ、逆に、子ども支援に重点がおかれると母親に対するこころのケアの必要性が十分に理解されないといった現象が生じる可能性がある。そこで今回の研究では、女性・子どもいずれかの支援軸に偏らず、DV被害親子支援に携わる全ての専門家が共有できる親子のこころのケアに関するハンドブックを作成することを目的とした。

## B. 研究方法

ハンドブックの作成に先立ち、24年度では以下を検討した。

- 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

またこれに並行し、23年度から25年度までは、このハンドブックのコア部分を形成する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に関して系統的に取り組んだ。23年度は「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

る研究」をまとめ、25年度はPCITの均てん化をモデルとした「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」について論考した。

いかにこれらをまとめた結果を示す。

## C. 結果

### 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

家庭内における対人暴力は、世界中のあらゆる国々において最も頻度の高いman-made disasterである。近年、対人暴力はグローバルな公衆衛生上の問題として位置づけられ、その次世代まで及ぶ予防対策が世界的な重要課題としてとり上げられるようになった。

世界保健機構（WHO）対人暴力予防チームによるアクションプラン（2012-2020）（World Health Organization Violence Prevention Alliance, Global Campaign for Violence Prevention 2012）では、対人暴力をグローバルな公衆衛生の問題として再認識することと、エビデンスの報告されている対人暴力予防ストラテジーを高い優先順位で用いること、ハイリスク集団に焦点を当てること、被害者と加害者の両側面から予防施策を立てていくこと等が挙げられているが、中でも親のペアレンティングに関する支援や子どもや青年の生活スキルトレーニング支援など、次世代を見据えた予防策が具体的に取り上げられていることが特徴的である（表1）。

上記指針を鑑み、本ハンドブックの目標は、DV被害親子当事者の現時点での精神健

康障害の改善だけでなく、将来的な再被害や被害・加害の世代間連鎖の予防をも視野に入れたものとすべきである。

### 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

平成13年にDV防止法が施行されて以来、公的には配偶者暴力相談支援センターが各都道府県や市区町村に配置され、相談業務を受け持つと同時に公的な一時保護事業（シェルター保護）も遂行してきた。一方、子どもの被害に関しては児童相談センターがこれを管轄している。大都市では女性保護と子ども保護はそれぞれ女性相談センターと児童相談センターに分担されていることが多いが、人口の少ない地域等では両者が同じ敷地内に設置され、心理士や相談員が職務を兼任していることも多い。心理相談員に関しては大学院心理学科修士課程修了者が多いが、資格要件が統一されているわけではない（米田ら 2012）。

また、忘れてはならないのはわが国における全国女性シェルターネットなどに代表される私的シェルターの活動である。私的シェルターは相談業務のほか、アドボカシー事業やシェルター設置など、幅広い分野でもDV被害女性やその子どもの相談・保護に寄与している。

一方、DV被害者やその子どもが訪れることが多い医療機関では、例えば特定機能病院認定に向けて虐待に関する委員会の設置が求められるなど、徐々に暴力に対する具体的対応が構造化されつつある。

上記に示すように、DVや子どものマルチリトメントには精神医学や心理の専門家



のみならず、ピア支援を含めて様々な背景を持つ支援者がかかわっている。すなわち、本ハンドブックは支援者側の専門的訓練の有無や対応する被支援者の状態に合わせた様々な段階に対応できるものであるべきである。

### 3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント

DV被害に関するこれまでの研究から、被害者本人には外傷後ストレス障害 (PTSD) やうつ病等の精神健康障害がシェルター保護事例で30~80%と高い頻度で発症することが知られている。また子どもにもADHD様症状や不登校など精神・行動面での症状が出現しやすいことが知られている。しかし、公的女性相談所に勤務する心理職を対象に行ったDV被害女性や子どもの精神健康状態に関する調査では、DV被害母子に対する心理アセスメントはまだ統一されておらず、それぞれの施設が独自に工夫をして行っている現状がある (米田ら、2012)。

被害親子の精神健康被害と求められるアセスメントのまとめは、筆者らの先行研究「DV被害母子家庭における母親の育児ストレスと認知特性に関する調査—主として子どもの精神・行動面の問題との関連について」に基づいて行った。精神健康障害のため医療施設に通院しており、DV体験があるが既に加害者の元から離れている、2歳から7歳までの子どもと同居する母親である女性 (DV臨床群) と、保育園に通園する同年代の子どもと同居するDV被害を受けた経験のない母親である女性 (保育園非DV群) を対象とし、親子それぞれの精神健康状態と

育児ストレスに関する記述的横断調査を行った (加茂ら、2011)。この調査の結果、DV臨床群は、被害から逃れた後も母子ともに精神健康の状態は依然劣悪であり、母親は生活の維持、育児などに多くの困難を抱えていることが分かった。DVは、暴力の直接的インパクトに加え、離婚に関する調停や裁判の手続きなど、別居後の生活にも影響を及ぼし続けていた。また、DV臨床群の子どもの82%は両親間のDVを目撃し、50%は直接的身体的暴行を受けていた。子どもの精神・行動面の症状は臨床的な介入治療が必要とされる領域に達するものが多く、問題行動も多かった。また、DV臨床群の母親のトラウマ体験後の特徴的認知 (外傷後認知) は、子どもの精神・行動面の症状の悪化の要因となっていると考えられた。子どもの症状は両群ともに母親の育児ストレスを悪化させていたが、DV臨床群のみに、育児ストレスが外傷後認知を緩和するパラドキシカルな作用が認められた。症状のある難しい子どもに対し、育児ストレスを感じつつも母親として機能しようとすることは、DV臨床群にとって第4のストレス対処方略として外傷後認知を軽減する可能性が指摘された。

本研究から、DV被害母子の精神健康障害が改善するためには、両者への治療的介入が同時に行われる必要性が高いことが確認されている。推奨される心理アセスメントは、母親のうつ症状、トラウマ症状、外傷後認知、育児ストレスと、子どもの精神・行動面の症状のための評価尺度であり、次いで母親の解離症状、ストレス対処方略である。事例の理解を深めるためには、DV体

験の重篤度のほか、母親とその夫（元夫）の原家族でのDVの有無、学歴の聴取もまた重要である。母子の症状の回復のアウトカム評価は、母親の外傷後認知（ないしうつ症状とトラウマ症状）と子どもの症状の2側面から行うのが望ましい。（表2）

#### 4) こころのケア支援者に必要なスキルと推奨されるエビデンスが報告されている研修や専門的治療

DV被害者とその子どもへの対応については、最初の窓口となる相談業務からこころのケアに関するスキルを持つことが望まれることは言うまでもない。その後被害者の精神健康状態の水準やニーズに従い、支援者や治療者に必要なスキルは徐々に専門分化する。

以下に暫定的に、窓口相談ライン、シェルターライン、治療ラインに分けてそれぞれ専門職に必要とされるスキルについて検討する。

##### ①窓口相談ライン

DV被害者は長い間ためらった末に相談に訪れることが少なくなく、それ故最初にアクセスする窓口相談は今後の方向性を決定する上で非常に重要な役割を持っている。窓口相談に当たる専門職は、DVに関し、疫学と精神健康のほか、福祉や法律に関する正しい情報と知識を持つこと、被害者のニーズに応じて個別の専門窓口につなぐことのほか、なによりDVを人的災害として捉え、その災害急性期の中にある被害者の訴えに耳を傾け、差別のない対応、とりわけ二次被害を起ささない対応ができること等が望

まれる。

これらのことから、窓口相談ラインに携わる支援者には、災害時における心理的応急処置 Psychological First Aid(PFA) (World Health Organization 2011) に関するスキル等をミニマムとして習得していることが望ましいと考えた。

##### ②シェルターライン

シェルター保護期間はDV被害者とその子どもにとっては最も変化と動きが激しく、従前から存在していた精神健康障害に急性ストレスが加わり、混乱が激しくなっている時期でもある。わが国の公的シェルターでの保護期間は原則2週間の範囲が限度であるため、今後の方向性を決定するなど数多くの課題を短期間にこなさなければならないことが多い。ここではしばしば生活全般に携わり、主に生活や福祉の観点からDV被害者に対応するものと、心理的ケアを重点的に行うものが役割分担されている。このラインで被害者に対応する支援者は、窓口相談ラインと同様PFAのスキルを習得していること、子どもに対応する場合は、トラウマ体験を有し、何らかの問題行動を持つ子どもに対する対応手段としてペアレンティングのスキルについても同様に習得している必要がある。ここでは、例えば Child-Adult Relationship Enhancement (CARE) (福丸 2010) に関するトレーニングが推奨される。被虐待児童に対する治療効果エビデンスが報告されている治療に親子相互交流療法 (Parent-Child Interaction Therapy: PCIT) があるが (加茂ら 2012)、PCITをベースに作成された

CAREは、被虐待児童への有用性が想定できるペアレント・トレーニングである。

またシェルターに配置された心理専門職は、精神健康に関するアセスメントを親子に行い、必要があれば治療機関につなぐこと、そのうえでDV被害による精神健康障害について初期の心理教育を行うこと、リラクゼーションを指導することなどのスキルを持つことが望まれる。

### ③介入治療ライン

わが国ではDV被害者とその子どもに対する治療に、個人心理療法のほか、グループ療法、ピアカウンセリングなどが用いられることが多い。精神健康に関する全般的な知識と技術のほか、心的トラウマに関しても精通するなど高い専門性を要求されるラインである。

グループカウンセリングは効率的な心理教育やノーマライゼーションに有効であるとされており、日本でも頻繁に使用されている。効果研究が望まれる分野である。

被害親にうつ病やPTSDへの明らかな罹患があり、一般的な精神科治療で改善が認められない場合は、それぞれにエビデンスのある心理療法を導入することが考慮される。詳細は成書に譲るが、日本でもすでに導入され、エビデンスが検証されているものとして、うつ病に対しては認知行動療法(CBT)が、またPTSDに対しては持続エクスポージャー療法(prolonged Exposure Therapy: PE)がある。また、DV自体が長期反復的な被害であること、DV被害者には過去にDV家庭で養育されたものも相当数含まれることなどから、複雑性PTSDを呈するものが少なく

ない。すなわち複雑性PTSDに対する診断と治療アプローチに関する知識と技術もここでは必要とされる。

先のWHOの指摘にもあるように、介入にあたっては効果に関するエビデンスに基づいた治療の導入が重要である。

マルトリートメントを受けた子どもの呈する諸症状に対し、欧米圏でエビデンスが確認されているものTrauma-Focused CBT(CBT)とPCITがある。これらは両者とも親もまた治療に参加するタイプの治療であるが、特に後者は親子の相互交流改善をターゲットに子どもの問題行動の減少をはかるものであり、日本でも試行研究で効果が認められている(加茂ら、2012)。PCITは地域導入研究で子どもの虐待の再発率をおよそ2割に抑えたとの報告(Chaffinら、2004)が提出されており、日本でも再発予防への有機的なつながりが期待できるが、均てん化に当たってエビデンスを諸外国の結果に依存するだけでなく、わが国独自のデータを持つことが重要である。以下に、DV被害母子に対するPCITの使用経験と2県の児童相談センターへの導入に関する実績報告をまとめる。

#### A. 「DV被害母子に対するPCITの効果に関する研究」(23年度研究)

PCITは1970年代にフロリダ大学Eyberg教授によって開発された行動療法であり、当初は発達障害児童における外在化行動障害とその親を治療の対象としてきたが、次第に家庭内暴力被害事例に援用されるようになった。現在では被虐待児童の行動面・精神面の症状と親子相互交流改善に有効性が

確認されつつあり、米国The National Child Traumatic Stress Network (NCTSN)において推奨されるエビデンスに基づいた治療のひとつとなっている。

PCITは親子間のアタッチメントの回復と適切な命令の出し方（しつけ）を中心概念とした行動療法である。対象児童は行動面や精神面でなんらかの症状を有しているもので、最適年齢は2~7歳とされているが、12歳までは治療可能であるとされている。養育者は生物学的な親の他、里親や祖父母なども含まれる。

治療回数は親のスキル到達（マスタリング）の進捗度によってケース毎に異なるが、一回60分から90分のセッションを毎週行い、通常12回から20回で完了する。具体的には子どもに対し親（養育者）が遊戯療法を行い、治療者はマジックミラーを通してこれを観察し、親が獲得すべき相互交流のためのスキルをマスターできるようトランシーバーを用いて実地訓練（ライブコーチ）を行う。プログラムは2段階に分かれており、前半部分では「特別な時間 special time」のなかで、親が子どものリードに従うことによって、親子の関係を強化することを目的としたCDI (Child-Directed

Interaction)を行う。後半ではCDIで獲得したスキルを維持しながら、よい命令の出し方や子どもがより親の指示・命令に従えるようにする効果的な「躾の仕方」を指導し、子どもの問題行動をターゲットにその減少をはかるPDI (Parent-Directed Interaction)を行う。親が獲得すべきスキルはDyadic Parent-Child Interaction Coding System 第3版 (DPICS-III) を用いて毎回コーディ

ングされ、CDIで定められたスキルをマスタリングすることによってPDIセッションに移行することができる。各セッション間には、プログラムの進捗に沿って宿題が出される。親がCDIのスキルを維持しながらPDIにおけるスキルをマスタリングし、同時に子どもの問題行動が改善することが治療終結の指標となる。なお、子どもの問題行動の改善についてはEyberg Child Behavior Inventory (ECBI) の得点の一定水準以下への減少が一つの目安となる。

PCITの効果については既に米国、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。

#### 「DV被害母子に対するPCITの効果に関する研究」一方法

①PCIT 導入予備調査：2009年1月から2010年4月までの1年3ヶ月に予備的研究としてPCITを導入したDV被害母子10組について、治療完遂率、治療回数、治療に要した期間、母親のスキル獲得水準、子どもの問題行動の変化、各スキルに対する母親の受け入れについて検討した。