

A) 併用療法：PTSD への通常治療 (treatment as usual) を行なう。1 回の治療時間は 15 分以内とする。投薬内容に制限は設けない。

B) 併用禁止薬 (療法)：通常治療においては、被害体験の想起を促す心理介入は行なわない。また治療期間中は、入眠剤以外の処方内容 (薬種、用量) を変更してはならない。但し症状悪化時に、抗精神病薬、抗不安薬を投与することは認められる。投与については記録に残し、連用させない。

#### (8) 症例登録、割付方法

研究責任者あるいは研究分担医師は、1) 文書による同意を取得する。2) 研究責任者が保管する被験者識別コードリストに、同意取得日および被験者と被験者識別コードを対応させるために必要な事項を記載する。3) 被験者識別コードを用いた症例登録書を、試験事務局に提出する。

被験者の各治療群への割付は、中央登録方式にて行う。研究事務局は、研究責任者から得られた登録情報を、割付担当者に送付する。割付担当者はランダム割付を行い、症例登録順に順次各治療群に割付け、治療群名を記載した割付確認書を研究事務局に発行する。割付は割付担当者のみが行い、研究責任者および共同研究者は関与しない。割付は最小化法による動的割付を行う。割付因子は CAPS 得点 (70 点未満、70 点以上)、DES 得点 (500 点未満、500 点以上)、原因となる被害 (単回性の暴力、持続性の配偶者間暴力) の 3 つとする。

研究事務局は、ランダムに割り付けられた結果 (中央割り付け) を受け取り、患者本人に通知するとともに、TAU の担当主治医ならびに PE 担当者に知らせ、スケジュール調整をする。

#### (9) 評価項目

1) 主要評価項目 (Primary endpoint)

CAPS (Clinician Administered PTSD Scale; 飛鳥井ら, 2003): PTSD を対象とした精度の高い構造化臨床診断面接尺度であり、国際的に定評

があり、広く用いられている。日本語版については、飛鳥井ら (2003) が高い妥当性と信頼性を確認している。本研究では CAPS を使用し、PTSD 症状の重症度を評価する。

2) 副次的評価項目 (Secondary endpoint)

DES (Dissociative Experiences Scale; 田辺・小川, 1992): 意識の解離体験に関する 28 項目について、0% から 100% までの 11 段階で回答する自記式尺度である。

PTCI (Japanese Posttraumatic Cognitions Inventory; 長江ら, 2004): 外傷体験後の認知を測定する尺度である。自己と世界に関する否定的認知、自責の念の 3 因子で構成された尺度であり、信頼性・妥当性が確認されている。

SCL-90-R (Symptom Checklist-90-Revised; 中尾ら, 1995): 全般的な精神健康度を測定するための 90 項目からなる自記式質問紙尺度である。日本語版は中尾ら (1995) により作成され、信頼性と妥当性が確認されている。

STAI (State-Trait Anxiety Inventory; 水口ら, 1991): 不安を評価する自記式質問表。状況不安 (state) と特性不安 (trait) を各 20 項目で評価する。日本語版は水口ら (1991) によって作成され、信頼性、妥当性が検証されている。

#### D. 結果

各群 15 例の割り付けを終え、データ安全性評価委員会の勧告に従って、十分な治療効果が出ているため、この時点で組み入れを中止した。脱落を除き、PE 群 11 名、TAU 群 14 名の解析を行った。

治療前の各指標の得点を表 1 に示す。治療前において、CAPS、DES、PTCI、SCL-90R、STAI の各指標について、PE と TAU 群で対応のない  $t$  検定を行った。SCL-90R の Hostility 項目においてのみ、PE 群が TAU 群より高い傾向にあったが ( $p = .09$ )、その他の指標では両群間では有意な差は認められなかった ( $p > .10$ )。

## 1) 主要評価項目

PTSD 症状の重症度評価として CAPS の B,C,D criteria および合計点について、治療による減少度を算出し、PE 群と TAU 群における PTSD 症状の減少度について対応のない *t* 検定を行った(表 2)。CAPS の B,C,D criteria および合計点は共に PE 群のほうが有意に低く、CAPS 合計点から評価される PTSD 症状の重症度は TAU 群より PE 群のほうが有意に大きく減少していた( $p < .001$ ,  $d = 1.58$ , 95%CI 0.67, 2.32)。

## 2) 副次的評価項目

副次的評価項目として、PTSD 以外の心理症状について PE 群と TAU 群で比較を行った。治療による DES、PTCI、SCL-90R、STAI の各指標の減少度を求め、PE 群と TAU 群について対応のない *t* 検定を行った(表 2)。PE 群は TAU 群より、治療によって PTCI self の得点が減少した( $p < .05$ ,  $d = 0.87$ , 95%CI 0.03, 1.22)。PTCI は認知のゆがみを測定する尺度であり、PE によって自己に対する否定的認知がより減少することが分かった。

また、TAU 群に比べ、PE 群では SCL-90R Anxiety( $p < .01$ ,  $d = 1.28$ , 95%CI 0.41, 1.85)、Phobic Anxiety( $p < .01$ ,  $d = 1.37$ , 95%CI 0.49, 1.99)が減少した。PE により、不安および恐怖症性不安の精神症状が通常の治療よりも大きく減少することが認められた。

本研究報告は平成 22 年度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介入手法の開発に関する研究(H20-こころ-一般-009)において得られた研究データを解析したものである。

## 参考文献

1. 金吉晴, 加茂登志子, 小西聖子, 中島聡美, 下山晴彦, 石丸徑一郎, 氏家由里, 丹羽まどか, 中山未知, 小菅二三恵, 廣幡小百合, 堤亜美, 佐合累: 心的外傷後ストレス障害に対する持続エクスポージャー療法の無作為比較試験。厚生労働科学研究費補助金 障害対策総合研究事業(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介入手法の開発に関する研究 平成 22 年度総括・分担研究報告書(研究代表者 金吉晴), pp5-14, 2011.

2. 金吉晴: 持続エクスポージャー療法(Prolonged Exposure Therapy: PE)の普及に向けて。厚生労働科学研究費補助金認知行動療法等の精神療法の科学的エビデンスに基づいた標準治療の開発と普及に関する研究 平成 25 年度研究報告書(研究代表者: 大野 裕) pp77-92, 2014.

3. Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO: Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences, Therapist Guide (Treatments That Work). New York, Oxford University Press, 2007

4. Foa EB, Hembree EA, Cahill SP, Rauch SA, Riggs DS, Feeny NC, Yadin E: Randomized trial of prolonged exposure for posttraumatic stress disorder with and without cognitive restructuring: outcome at academic and community clinics. J Consult Clin Psychol 2005; 73(5):953-64

5. Rothbaum BO, Cahill SP, Foa EB, Davidson JR, Compton J, Connor KM, Astin MC, Hahn CG: Augmentation of sertraline with prolonged exposure in the treatment of posttraumatic stress disorder. J Trauma Stress 2006; 19(5):625-38

6. Schnurr PP, Friedman MJ, Engel CC, Foa EB, Shea MT, Chow BK, Resick PA, Thurston V, Orsillo SM, Haug R, Turner C, Bernardy N: Cognitive behavioral therapy for posttraumatic stress disorder in women: a randomized controlled trial. Jama 2007; 297(8):820-30

7. Foa EB, Cahill SP: Psychological therapies: Emotional processing, in International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences. Edited by Smelser NJ, Baltes PB. Oxford, Elsevier, 2001, pp12363-12369

8. フォア・ヘンブリー・ロスバウム(著) 金吉晴・小西聖子(監訳) PTSD の持続エクスポージャー療法: ト라우マ体験の情動処理のために 星和書店 2009 (Foa,

Hembree, & Rothbaum, Prolonged Exposure Therapy for PTSD: Emotional Processing of Traumatic Experiences Therapist Guide, Oxford University Press, NY, 2007)

9. 飛鳥井望・広幡小百合・加藤寛. CAPS (PTSD 臨床診断面接尺度) 日本語版の尺度特性. *トラウマティック・ストレス*, 1: 47-53, 2003.

10. 田辺肇・小川俊樹, 質問紙による解離性体験の測定: 大学生を対象にした DES(Dissociative Experiences Scale)の検討. *筑波大学心理学研究*, 14, 171-178, 1992.

11. 長江信和・廣幡小百合・志村ゆず 他. 日本語版外傷後ストレス診断尺度作成の試み---一般の大学生を対象とした場合の信頼性と妥当性の検討. *トラウマティック・ストレス*, 5: 51-56, 2007.

12. 中尾和久. 日本語版 SCL-90-R の信頼性と妥当性. *メンタルヘルス岡本記念財団研究助成報告集* 6: 167-169, 1995.

13. 水口公信・下仲順子・中里克治. 日本語版 STAI 使用手引. 三京房 1991.

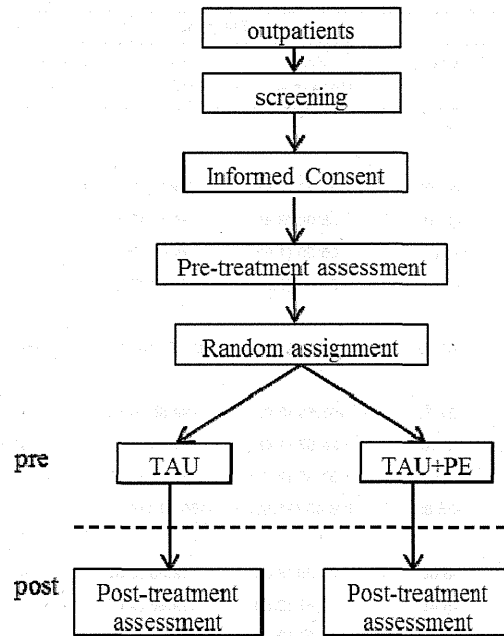


図1. フローチャート

表1. 治療前時点における各評価項目の得点

Variable	PE group (n = 11)	TAU group (n = 14)	p value
	Mean (s.e.)	Mean (s.e.)	
<i>Primary outcomes</i>			
CAPS			
B criteria	23.00 (2.80)	24.43 (2.47)	.71
C criteria	33.91 (2.74)	35.00 (3.46)	.81
D criteria	26.82 (1.93)	25.00 (1.65)	.48
Total	83.73 (6.05)	84.43 (6.29)	.94
<i>Secondary outcomes</i>			
DES	432.73 (81.74)	748.57 (168.90)	.14
PTCI			
Self	101.36 (6.63)	106.50 (8.09)	.64
Self blame	20.73 (3.05)	24.57 (1.68)	.25
World	38.09 (2.42)	37.36 (2.71)	.85
Total	160.18 (9.52)	168.43 (11.80)	.61
SCL-90R			
Somatization	21.00 (2.60)	23.29 (3.63)	.63
Obsessive-Compulsive	18.64 (2.41)	22.57 (2.80)	.31
Interpersonal Sensitivity	17.45 (2.00)	15.29 (2.26)	.49
Depression	26.82 (2.98)	27.93 (3.28)	.81
Anxiety	20.73 (2.85)	20.57 (3.50)	.97
Hostility	7.00 (1.45)	3.86 (1.08)	.09 +
Phobic Anxiety	13.73 (1.62)	11.29 (2.27)	.42
Paranoid Ideation	8.00 (1.40)	7.43 (1.54)	.79
Psychoticism	11.09 (2.22)	14.21 (2.53)	.38
STAI			
State	58.45 (2.58)	57.71 (2.92)	.86
Trait	66.73 (2.51)	63.43 (2.99)	.42

+p < .10

表 2 . 治療前・治療後時点の PE 群および TAU 群の評価項目得点の変化

Variable	PE group (n = 11)			TAU group (n = 14)			p value	Cohen's d (95% CI)
	Pre Mean (s.e.)	Post Mean (s.e.)	Change from Pre	Pre Mean (s.e.)	Post Mean (s.e.)	Change from Pre		
<i>Primary outcomes</i>								
<b>CAPS</b>								
B criteria	23.00 (2.80)	11.91 (2.46)	-11.09	24.43 (2.47)	21.14 (2.73)	-3.29	.021 *	1.00 (0.16, 1.43)
C criteria	33.91 (2.74)	17.91 (3.00)	-16.00	35.00 (3.46)	34.43 (3.64)	-0.57	.002 **	1.39 (0.50, 2.02)
D criteria	26.82 (1.93)	16.91 (2.24)	-9.91	25.00 (1.65)	24.07 (2.01)	-0.93	.004 **	1.30 (0.43, 1.88)
Total	83.73 (6.05)	46.73 (5.64)	-37.00	84.43 (6.29)	79.64 (7.88)	-4.79	.001 ***	1.58 (0.67, 2.32)
<i>Secondary outcomes</i>								
DES	432.73 (81.74)	367.27 (116.74)	-65.45	748.57 (168.90)	585.00 (140.01)	-163.57	.32	0.41 (-0.39, 0.58)
<b>PTCI</b>								
Self	101.36 (6.63)	76.64 (9.67)	-24.73	106.50 (8.09)	99.86 (8.88)	-6.64	.04 *	0.86 (0.03, 1.22)
Self blame	20.73 (3.05)	15.55 (2.44)	-5.18	24.57 (1.68)	21.64 (1.99)	-2.93	.36	0.37 (-0.43, 0.52)
World	38.09 (2.42)	32.18 (2.54)	-5.91	37.36 (2.71)	35.21 (3.35)	-2.14	.20	0.54 (-0.26, 0.76)
Total	160.18 (9.52)	124.36 (13.68)	-35.82	168.43 (11.80)	156.71 (13.10)	-11.71	.05 +	0.83 (0.00, 1.18)
<b>SCL-90R</b>								
Somatization	21.00 (2.60)	13.00 (2.23)	-8.00	23.29 (3.63)	19.93 (3.85)	-3.36	.10	0.69 (-0.12, 0.98)
Obsessive-Compulsive	18.64 (2.41)	12.18 (2.08)	-6.45	22.57 (2.80)	19.86 (3.07)	-2.71	.15	0.59 (-0.22, 0.83)
Interpersonal Sensitivity	17.45 (2.00)	12.18 (1.49)	-5.27	15.29 (2.26)	13.79 (2.82)	-1.50	.17	0.57 (-0.24, 0.8)
Depression	26.82 (2.98)	19.45 (3.03)	-7.36	27.93 (3.28)	25.71 (3.38)	-2.21	.09 +	0.72 (-0.10, 1.02)
Anxiety	20.73 (2.85)	10.64 (2.57)	-10.09	20.57 (3.50)	19.07 (3.27)	-1.50	.004 **	1.28 (0.41, 1.85)
Hostility	7.00 (1.45)	4.27 (1.67)	-2.73	3.86 (1.08)	4.07 (1.30)	0.21	.19	0.54 (-0.26, 0.76)
Phobic Anxiety	13.73 (1.62)	7.64 (1.72)	-6.09	11.29 (2.27)	10.14 (2.22)	-1.14	.002 **	1.37 (0.49, 1.99)
Paranoid Ideation	8.00 (1.40)	5.64 (0.86)	-2.36	7.43 (1.54)	6.50 (1.58)	-0.93	.33	0.40 (-0.40, 0.56)
Psychoticism	11.09 (2.22)	8.36 (1.55)	-2.73	14.21 (2.53)	13.14 (2.75)	-1.07	.37	0.37 (-0.43, 0.52)
<b>STAI</b>								
State	58.45 (2.58)	51.36 (3.38)	-7.09	57.71 (2.92)	58.93 (3.07)	1.21	.12	0.65 (-0.16, 0.92)
Trait	66.73 (2.51)	59.36 (3.60)	-7.36	63.43 (2.99)	61.43 (3.27)	-2.00	.14	0.62 (-0.19, 0.88)

+p < .10, \*p < .05, \*\*p < .01, \*\*\*p < .001

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））  
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

WHO 版心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）の  
普及と研修成果に関する検証

分担研究者 金吉晴 1)

研究協力者 鈴木満 2)3)、井筒節 4)、堤敦朗 5)、荒川亮介 1)、大沼麻実 1)、  
菊池美名子 1)、小見めぐみ 1)、大滝涼子 1)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター
- 2) 外務省
- 3) 岩手医科大学神経精神科学講座
- 4) 世界銀行東京開発ラーニングセンター
- 5) 国際連合大学グローバルヘルス研究所

研究要旨

平成 25 年度報告書で述べたように、2011 年の東日本大震災を受けて、被災者のためのこころのケアが再度重視される中、災害時こころの情報支援センターは平成 24 年度から WHO 版の心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）を日本語に翻訳・導入し、PFA が有事の人的支援の標準となるよう研修活動を通じてその feasibility の検証を行っている。PFA とは、深刻な危機的出来事に見舞われた人びとに対して行う、人道的かつ支持的な支援であり、被災者の尊厳、文化、能力を尊重した心理社会的支援の枠組みを提示したものである。WHO や機関間常設委員会（IASC）、各種国際的専門団体から、心理的ディブリーフィングに代わる、緊急時における支援の在り方として支持されている。平成 24 年度に行われた指導者育成研修以降、様々な地域・分野において、国内講師が PFA 研修を展開してきた。本報告書では平成 26 年度の研修を対象として報告を行った。今年度は、PFA 一日研修や講義が各地で 34 回開催され、2 月には第 3 回目となる指導者研修が行われた。それぞれの研修や講義において、事前事後における質問紙（Pre-Post Test）が配布され、参加者の災害支援に関する能力と知識の自己評価、及び PFA の理解度が評価された。研修前後の質問紙の結果を比べると、有事における心理社会的支援に対して、研修参加者の知識・能力の自己評価及び PFA の基礎知識に関する理解の向上が確認され、研修の有効性が引きつづき確認された。

Keywords 災害、精神医療、こころのケア、サイコロジカル・ファーストエイド

A. はじめに

平成 24、25 年度報告書にも述べたように 2011 年 3 月の東日本大震災発生後、被災者への支援活動や地域の復興活動が進められる中、災害時における被災者のためのこころのケアの在り方が見直されている。震災から 3 年経ち復興計画が検討される現在、被災者への今後の細やかな心理的支援が重視されている。

大規模な災害や危機的状況が発生した際に、被災者の支援にあたるのは医療関係者に限ったことではない。多くの人びとが被災者に手を差し伸べたいと思い、東日本大震災後にも様々な団体や機関、多職種の支援者が援助にあたった。震災発生から 3 年経った今なお、多くの団体が支援活動を継続している。このように、支援者が被災地に入って支援活動を行う、あるいは後方支援にあたる際には、現地の人び

との被災体験や、被災者が直面している状況とそれに伴うストレスや混乱、そのような状況で起こりうる反応をよく理解した上で、被災者のこころに寄り添うような形の支援をすることが重要と言える。心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）は、そのような緊急時における支援者のための人道的かつ支持的で実際に役立つ心理社会的支援のガイドラインである。被災者の尊厳や文化、また能力を活かした方法での安全な支援の在り方を提示し、支援にあたる際の心構えを記すものと言える。

## B. 災害時の初期対応の背景

緊急時の初期対応の背景としては、これまでの世界各地における危機的な状況において、様々な団体が支援にあたり支援活動を行ってきた。その過程では、外部から支援が入ったことで現地に更なる混乱が生じたり、被災者が2次被害を受けたりするような、良好に支援が進まなかった過去の経験も多い。緊急対応では支援の方策が錯綜し、心理的支援に関してもそうなる傾向がある。このような失敗を繰り返すことがないように、各種団体の経験を集結して作成され、推奨されるようになったのがPFAである。

1970～80年代にかけては、緊急時の支援としてCritical Incident Stress Managementと、その中の手法の一つであるDebriefing（心理的ディブリーフィング）という介入方法が開発され、有効的だと考えられていた。これは、米国の軍隊兵士、警察、消防隊員のトラウマケアのために開発された技法で、危機的な状況を体験した者から、その体験直後に出来事の話聞き出すことが、トラウマの影響を防ぐのに役立つという考えのもとに用いられていた。しかし、その後の国際的な研究や検証では、この心理的ディブリーフィングはPTSDの予防効果は認められず、不安や鬱を軽減するという結果も得られていない(1)。また、被災者が望んでいないのにも関わらず無理に話を聞き出すことで、更なる精神的苦痛を与えるリスクもあると考えられる。

今日では、機関間常設委員会（IASC）をはじめとした各種国際団体から、緊急時の被災者の支援には心理的ディブリーフィングに代わってPFAを提供すべきだと推奨されている。PFAの有効性については、PTSD等の精神症状を予防する効果があるという統計的実証はされていないが、支援関係者の経験からは、実際に役立つ人道的支援としては認められているといえるだろう(2)(3)。

## C. WHO版心理的応急処置（PFA）

PFAは、前に述べたように人道的な心理社会支援の枠組みであり、被災者の快復力を支援するための支援の在り方である。PFAには各国、各種団体により、異なるバージョンが存在する。米国ではNational Child Traumatic Stress Network、National Center for PTSDが出版しているPsychological First Aid: Field Operations Guideも、よく使われており(4)、これについては兵庫こころのケアセンターが日本語翻訳版の作成しHPから入手可能となっている(5)。

昨年度より災害時こころの情報支援センター（以下：当センター）が翻訳・導入しているのは、国際的に広く認められ、活用されているWHO出版のPsychological First Aid: Guide for field workersである(6)。すでに数か国語に翻訳され、世界各地での普及も進められている。日本の特徴と言える自然災害のみならず、世界中の紛争地域や被災地域で使われるために作成されたこのPFAは、WHOや国連本部の職員の研修にも取り入れられ、多職種の支援者への支援のための手引きとなっている。これは、WHO、War Trauma Foundation、World Visionの3団体が協働で手掛け、レビューには世界各地の緊急時に支援にあたる数多くの国際的な団体や専門家が携わり、それぞれの支援の経験を集結した。IASCガイドラインで推奨されている人道的心理社会支援の在り方に基づいて、戦争や自然災害、事故、対人暴力、犯罪等、多岐にわたる危機的出来事が起こった時、実際に被災者の役に立つ支援のガイドラインを記している(7)。

PFAは、心理的ディブリーフィングとは異なり、医療関係者や心理士等専門家のみが行う介入方法ではない。これがPFAの大きな特徴のひとつでもあり、支援にあたる者であれば誰でも知っておくべき支援の在り方であると言える。責任をもった支援を行うこと、被災者の安全、尊厳、権利、文化を尊重して行動することに加えて、支援者が自分自身のケアを行うこと（セルフケア）も重要な項目として取り上げられている。特に、東日本大震災のような大規模な災害で被害が多大である場合、また、長期的支援が不可欠となる状況では、支援者の疲弊が大きな問題として上がってくる。震災から3年経ち、継続的な支援が見直される今、これは今現在の大きな課題であり、また今後起こりうる大規模災害への対策と

しても重要な点である。PFA では、被災者のみならず支援者にとっても安全な支援であることを重視している。

PFA の行動原則は、医療や支援の専門家に限らず、どのような立場の支援者でも容易に習得できるよう、わかりやすく提示されている。まず支援に入る前に現場の状況や安全性、現地のサービスや既存の支援等を調べる準備 (Prepare) から始まり、支援に入る際の重要な原則を「見る・聞く・つなぐ (Look, Listen, Link)」と簡潔に示している。特に、被災者を落ち着かせるような接し方や、被災者に寄り添うような支援、無理に話をさせずに傾聴する姿勢も重視され、これらを実践・練習する演習が、PFA 研修の醍醐味でもあると言える。また、支援者が自分の役割をわきまえ、被災者を必要な情報やサービスにつなぐことや、よりリスクの高い人を見極めて専門家につなぐことの重要性も示し、より支持的、実際の支援が提示されている。

この WHO 版 PFA が国際的に認められ、各地に普及されていく中、現地で研修を実施できるファシリテーターの必要性が重視され、昨今 WHO 版 PFA のファシリテーターガイドも WHO より出版された。これには、研修のプログラム、進め方、有効なファシリテートの仕方、使用可能な教材など、詳細が記載されており、指導者となる者のためのマニュアルとなっている。

#### D. WHO 版 PFA の国内普及と指導者研修 (昨年度までの流れ)

平成 24 年度に当センターでは WHO 版 PFA の翻訳版を作成・導入した。平成 24 年 10 月には、WHO 版 PFA の作成及びレビューに携わっている War Trauma Foundation (戦争トラウマ財団) の Leslie Snider 氏及び Margriet Blaauw 氏を招聘し、4 日間にわたる PFA 指導者育成研修 (Training of Trainers: ToT) を行った。この研修は、当センターと国際連合大学グローバルヘルス研究所の共催で行われ、医療関係者、心理士、社会福祉士、警察職員、自衛官、NGO 職員、大学職員等含む約 40 名が参加した。翌、平成 25 年度にも指導者育成研修は実施され、19 名の指導者が誕生している。この指導者育成研修によって認定された国内の PFA 指導者が、各地・各分野で PFA の普及活動を展開している。

(今年度の展開・PFA の普及)

平成 26 年 4 月から平成 27 年 3 月までに行われた研修・講義は、36 回 (指導者育成研修 2 回を含む) に及び、教育機関、医療機関、行政機関、自衛隊や外務省等を含む各種機関で実施された。災害派遣医療チームの DMAT、災害派遣精神医療チームの DPAT、消防局、警察庁、および昨年度からの外務省など実施の幅が広がっているほか、国立精神・神経医療研究センターが主催となりジャーナリスト向けにも研修会を実施した。(表 1)

研修・講義のスタイルは、演習を多く取り入れた 5~6 時間の一日研修から、短時間の講義まで、各団体の要望や参加者のニーズによって、どの項目に重点をおくか、どのような演習を取り入れるか等、講師が各研修ごとに対応した。研修講師は 2~3 人一組で取り組み、講義を分担したり、研修中での演習やディスカッションがより円滑に、より効果的に行われるように研修の進め方を工夫した。

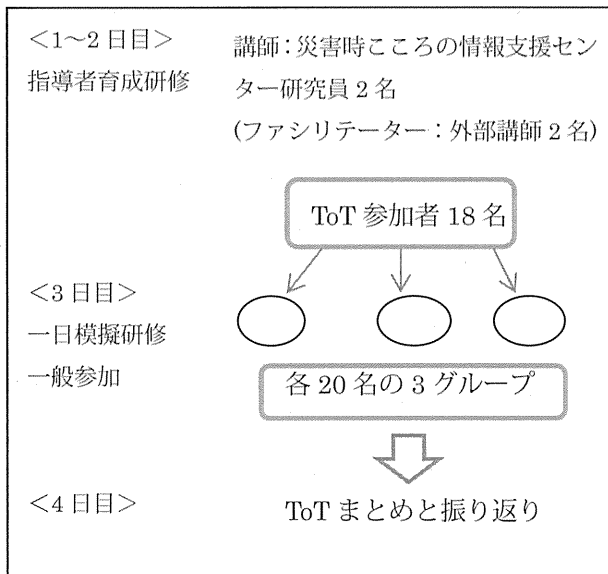
#### (平成 27 年 2 月第 3 回国内指導者研修)

平成 24 年度、平成 25 年度と行われた指導者研修では国内指導者の育成に成功し、その後数々の団体・機関から PFA 研修の要望が増える中、さらなる指導者の育成、指導者要員確保の必要性が見受けられた。そのため、平成 26 年 2 月に、昨年度に続き第 3 回目となる指導者研修を実施した。今年度は厚生労働省の「こころの健康づくり対策事業」補助金による PTSD 対策専門研修事業として開催し、日本各地から 18 名が指導者研修に参加した。参加者の選考に関しては、災害や緊急支援に関わる専門職や DMAT の職員、また、今後被災のリスクが高いと考えられている地域の自治体職員や教育機関から選ばれた。今回は War Trauma Foundation の Leslie Snider 氏から昨年度に指導者育成研修のトレーナー資格を得た当センターの研究員 2 名が講師となり、また外部講師 2 名がファシリテーターとなって 4 日間に渡る指導者研修を開催した。

研修の工程は図 1 の通り、例年と同様、初めの 2 日間にわたって講師とファシリテーターによる講義やロールプレイ、ディスカッションを多様に含んだ演習が行われ、3 日目には参加者が実際に講師となって研修を行う模擬研修が行われた。この 1 日研修には外部からの参加者約 50 名が参加し、指導者候補者 (ToT 参加者) は 3 つのチームにわかれて、別室で各 20 名を対象とした研修を実施した。当センターの講師および外部講師であるファシリテーター



は、各部屋の研修をスーパーヴァイズする形をとり、研修中の指導者のサポートも行われた。最終日には模擬研修の振り返りを行い、各チームで工夫した点や受講者からの質問への回答例などを情報共有し、今後各地で一日研修をする際の課題についても検討した。



(図1) 第3回国内指導者研修行程

また、今年度は国内での指導者研修に加え、平成26年12月に在タイ大使館にて在外公館の領事や医務官などを中心とした13名に対しても指導者育成研修を実施した。講師は先の当センターの研究員2名がであった。

#### E. 事前事後質問紙 (Pre-Post Test) の実施と結果

今年度行われた全PFA研修では、主催者の理解を得た上で、参加者から質問紙の記入に協力を得た。研修の事前事後に全く同形式の質問紙を配布し、参加者の災害支援に関する能力・知識の自己評価と、PFA基礎知識の理解度を測った。これは一昨年から使用しているもので、WHO版PFA研修時に海外講師が用いている事前事後質問紙 (Pre-Post Test) を翻訳して使用している。(質問紙：表2)

質問紙の前半は、災害や緊急時の対応に関する知識や能力の自己評価を5段階評価で記すものである。被災者の反応に関する理解、支援する能力、自分や同僚をケアする能力、傾聴の能力、すべきこと、すべきではないことに関する知識等が、「ほとんどない、あまりない、ふつう、ある、非常にある」の

いずれかで評価された。後半は、PFAの基礎知識として、災害時の被災者の反応、被災者との接し方、支援者としての注意点の理解を検証するために、16の質問に「はい・いいえ」のどちらかで答える様式になっている。研修の事前事後に5-10分程度時間を取り、質問紙の記入を行うよう研修に組み込まれている。

#### (結果)

今年度行った研修のうち、2014年2月から7月までの研修で事前事後質問紙の回収が可能であった全151名の回答から結果を報告する。質問紙の1頁目の、災害や緊急時の対応に関する知識や能力の自己評価を表3に示した。研修前の回答では、そのような知識や能力がほとんどない=22.8%、あまりない=34.5%、ふつう=30.5%、ある=11.8%、非常にある=00.4%であった。「あまりない」「ふつう」との回答がそれぞれ全体の3割以上をしめ、「ある」「非常にある」との回答は全体の約12%であった。それに対して、研修後の回答では、ほとんどない=0.8%、あまりない=10.0%、ふつう=38.1%、ある=47.2%、非常にある=3.9%となり、「ほとんどない」「あまりない」との回答が顕著に減少し、「ある」「非常にある」との回答が増加した。研修後には「ふつう」「ある」「非常にある」との回答が全体の89%以上をしめた。この結果より、参加者の知識や能力に関する自己評価が、研修によって向上したと言える。

質問紙2頁目に記載されたPFAの基礎知識に関する二択の質問の正答率を表4に示した。全16項目の質問に関する正答率は、研修前83.6%に対し、研修後94.0%となり、参加者のPFAに関する基礎知識の習得がみられたと言える。特に、質問7の心理的ディブリーフィングに関する質問では、研修前の正答率は41.0%と低かった。これより、参加者の中には、まだ心理的ディブリーフィングがPTSDやトラウマには有効であるという認識を持っていることがうかがわれた。しかし、研修後には、この質問に関する正答率は79.2%まで上がり、参加者がディブリーフィングに関する新しい知識を習得し、それに代わるPFAの基礎的な理解を得たと言える。

#### F. 研修の成果と国内における普及

平成25年度報告書で述べたことと同様の研修効果は今年度のさらに多様な対象者への研修を通じて

も確認された。

さらに国内における PFA 指導者の育成を行っていくにあたっては、当センター研究員が外部講師のトレーナーとともに、来年度以降の指導者研修を展開させていく予定である。PFA の更なる普及のために、今後は当センターの職員が主体となって、国内の指導者研修を育成していくことの実施可能性が確認された。

#### 謝辞

本 PFA 研修の導入、普及にご尽力頂いた War Trauma Foundation の Leslie Snider 先生、研修にご参加頂いた諸先生方に心より感謝申し上げます。

#### 文献

1. 金 吉晴, 鈴木 満, 井筒節, 堤敦朗, 荒川亮介, 大沼麻実, 菊池美名子, 小見めぐみ, 大滝涼子: WHO 版心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) の普及と研修成果に関する検証. 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))被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に資する研究 平成 25 年度分担研究報告書. pp27-38, 2014. 3.
  2. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S (2009). Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD000560/abstract>
  3. Bisson JI, Lewis C (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. Commissioned by the World Health Organization.
  4. World Health Organization (2010). mhGAP Intervention Guide for Mental Health, Neurological and Substance Use Disorders in Non-specialized Health Settings. Geneva: WHO Mental Health Gap Action Program. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)
  5. National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2006). *Psychological First Aid: Field Operations Guide, 2nd Edition*. Available from: [http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid\\_final\\_complete\\_manual.pdf](http://www.nctsn.org/sites/default/files/pfa/english/1-psyfirstaid_final_complete_manual.pdf)
  6. 兵庫こころのケアセンター(2009). サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き. Available from: <http://www.j-hits.org/psychological/index.html>
  7. World Health Organizations (2011). *Psychological First Aid: Guide for field workers*. Available from: [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241548205_eng.pdf)
  8. Inter-Agency Standing Committee (2007). *IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings*. Available from: [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf)
  9. World Health Organization, War Trauma Foundation and World Vision International (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. WHO: Geneva. (訳: (独) 国立精神・神経医療研究センター、ケア・宮城、公益財団法人プラン・ジャパン(2012). 心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド: PFA) フィールド・ガイド). Available from: [http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who\\_pfa\\_guide.pdf](http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/who_pfa_guide.pdf)
- G. 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

(表1) 2014年4月～2015年3月末までに実施したPFA研修・講義

研修・主催	日時	場所	職種	研修時間
1 DMAT 災害医療センター	2014.4.27	東京	DMAT隊員	5時間
2 NPO Green Project(国士館大学)	2014.6.28	東京	大学生・留学生	6時間30分
3 浜松市精神保健福祉センター	2014.7.11	静岡	浜松市内スクールカウンセラー	30分 (講義)
4 東京医科歯科大学 医学部 保健衛生学科 看護学専攻	2014.7.22	東京	看護学部生	6時間
5 東京医科歯科大学 医学部 保健衛生学科 看護学専攻	2014.7.23	東京	看護学部生	6時間
6 奈良市消防局	2014.7.27	奈良	奈良市消防局職員	6時間
7 千葉県精神保健福祉センター	2014.7.29	千葉	保健所・精神保健福祉センター・精神科医療センター等の精神保健福祉業務担当者	4時間30分
8 文京区文京保健所	2014.9.16	東京	環境衛生関係施設関係者	1時間30分 (講義)
9 JANIC	2014.9.19	東京	国際協力NGOの職員など	6時間30分
10 横浜市健康福祉局 こころの健康相談センター	2014.9.29	神奈川	横浜市役所の発災時に支援にかかわる職員等	3時間 (講義)
11 奈良県精神保健福祉センター	2014.10.15	奈良	行政関係者、医療関係者、事業所関係者	20分 (講義)
12 NPO心の架け橋いわて	2014.10.18	盛岡・釜石 仙台・東京 (遠隔研修)	医師、心理士、看護師、保健師、NGO/NPO団体職員、教育関係者、学生など	4時間
13 聖徳大学臨床心理研究所	2014.10.18	千葉	大学院生・大学生・大学教職員・地域住民・聖徳オープンアカデミー(公開講座)受講生	2時間 (講義)
14 東京女子医科大学	2014.10.28	東京	医学部生	2時間 (講義)
15 さいたま市保健所	2014.11.14	埼玉	保健師	5時間30分
16 外務省	2014.11.19	東京	領事、事務官	4時間
17 DMAT 大阪医療センター	2014.11.21	大阪	DMAT隊員	5時間
18 埼玉県臨床心理士会	2014.11.24	埼玉	臨床心理士	5時間30分
19 三重県こころの健康センター	2014.11.28	三重	市町、障がい者相談支援事業所、障がい福祉サービス事業所、医療機関、地域包括支援センターの方など	3時間 (講義)
20 沖縄県精神保健福祉センター	2014.12.5	沖縄	県内精神科病院に勤務する医師、看護師、(臨床)心理士、精神保健福祉士、保健師など	5時間

21	警察庁	2014.12.12	東京	全国警察本部厚生課の生活相談の指導者(警察官、事務職員)	2時間 (講義)
22	2014年度 指導者育成研修 (バンコク)	2014.12.19- 21	バンコク	外務省領事、医務官	3日間
23	2014年度 指導者育成研修一日研修 (バンコク)	2014.12.21	バンコク	領事、医務官、日本人学校教諭など	6時間
24	香川大学	2014.1.10	香川	大学院生	6時間
25	DMAT 九州医療センター	2014.1.16	福岡	DMAT隊員	5時間
26	高知県地位域福祉部 障害保健福祉課	2015.1.23	高知	市町村職員(保健、福祉、災害)、消防、警察、 精神科病院、救急病院、教育関係者	3時間 (講義)
27	国立保健医療科学院	2015.1.30	埼玉	国立保健医療科学院の保健医療、生活衛生及びこれらに関連する社会福祉に関する職員	2時間30分 (講義)
28	愛知県精神保健福祉センター	2015.1.30	愛知	保健所職員(保健師、精神保健福祉相談員)、 市役所職員(保健師、精神保健福祉相談員)、 福祉施設職員、医療機関(精神保健福祉士)	3時間 (講義)
29	国立精神・神経医療研究センター (厚生労働省委託事業 :PTSD対策専門研修事業)	2015.2.2	東京	一般医療関係者	1時間20分 (講義)
30	国立精神・神経医療研究センター	2015.2.10	東京	ジャーナリスト	4時間
31	2014年度指導者育成研修 (厚生労働省委託事業 :PTSD対策専門研修事業)	2015.2.16- 19	東京	医師、心理士、看護師、保健師、NGO/NPO団 体職員、教育関係者など	4日間
32	2014年度指導者育成研修 一日研修	2015.2.18	東京	医師、心理士、看護師、保健師、NGO/NPO団 体職員、教育関係者、学生など	6時間
33	国立精神・神経医療研究センター (厚生労働省委託事業 :PTSD対策専門研修事業)	2015.2.25	東京	精神保健医療福祉業務に従事する医師、看護 師、保健種、精神保健福祉士、臨床心理技術者 など	6時間30分
34	宮崎県総合保健センター	2015.3.2	宮崎	宮崎県災害派遣精神医療チーム(DPAT)隊員	4時間
35	浜松市精神保健福祉センター	2015.3.10	静岡	保健師、PSW、心理士	6時間
36	埼玉県(福祉部障害者福祉進課、 県立精神保健福祉センター、 保健医療部疾病対策課)	2015.3.13	埼玉	埼玉県内の医療機関や行政機関で精神科医療 や精神保健活動に携わる職員	1時間30分 (講義)

(表2) 事前事後質問紙



### Psychological First Aid (PFA) Training

心理的応急処置 (サイコロジカル・ファーストエイド：PFA) 研修

### Pre-Post Test 質問紙 (研修の前後に実施)

受付番号： \_\_\_\_\_

日付： \_\_\_\_\_

研修： 前 ・ 後 (どちらかに○を付けて下さい。)

1) ご自分について、あてはまる番号に○を付けてください。

	ほとんど ない	あまり ない	ふつう	ある	非常に ある
1.災害や深刻なストレスを経験した人びとを支援する能力	1	2	3	4	5
2.どのような要因が、危機的出来事への人びとの反応に影響するかに関する理解	1	2	3	4	5
3.つらい状況にある人を支援するために言うべきことやするべきことに関する全般的知識	1	2	3	4	5
4.被災者の支援にあたっている時、自分自身や自分のチームメンバーのケアをする能力	1	2	3	4	5
5. 相手を支持するように話を聞く (傾聴する) 能力	1	2	3	4	5
6.被災者の役に立つ情報を見つけるための知識	1	2	3	4	5
7.被災者を、必要としている支援やサービスにつなげる能力	1	2	3	4	5
8. 被災者をこれ以上傷つけないために、言うべきではないことやするべきではないことの知識	1	2	3	4	5

[裏に続きます]

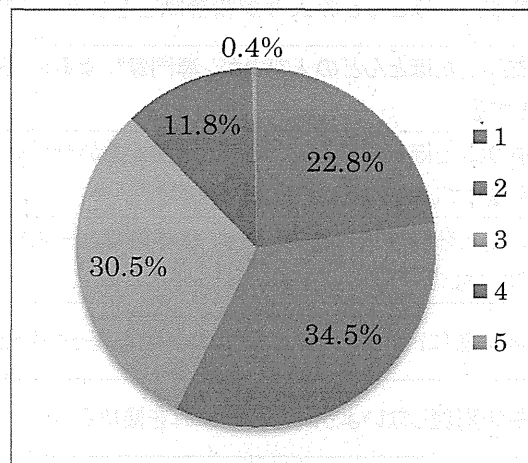
2) 以下の各文に関して、はい・いいえのどちらがより正しいかチェックをしてください。

	はい	いいえ
災害や人災を経験した人びとに関して、以下の記述に「はい」か「いいえ」で答えてください。		
1. 被災したほとんどの人びとが精神障害を引き起こす		
2. 被災したほとんどの人びとが、専門家によるメンタルヘルスのケアを必要とする		
3. 被災したほとんどの人びとが、周囲からのサポートや支援を得て自分で回復していく		
悲惨な出来事を経験した人びとにとって、以下の項目は役に立つでしょうか		
4. 人びとを他機関に紹介したり、基本的なニーズ（例：社会的支援など）につなぐ		
5. 被災者にトラウマ的な出来事の詳細を語ってもらう		
6. 話を邪魔しないよう支持的に耳を傾ける		
7. 心理的ディブリーフィングを行う（トラウマとなる出来事の直後にグループを作って、ひとりずつストレス体験を話し共有する）		
8. 被災者に他の人から聞いた話をして、多くの人が同じような体験をしたと伝える		
9. 被災者に期待を持たせるような約束をする （例：あなたの家はまたすぐ建ちますよ、など）		
10. 被災者に、すべてうまくいくから心配しなくていいと言う		
11. 被災者が次に同じ間違いをしないように、被災者がとった行動を批判する（例：こうすればよかったのに、違うように行動するべきだった、など）		
12. 状況や利用可能なサービスについて調べ、被災者が必要としているニーズを満たせるように手助けする		
13. 被災者にその人がどう感じるべきか伝える （例：生き残ったのだからラッキーだと感じるべきだ、など）		
支援者として、あなたがすべきことは...		
14. ストレスを感じる時は、たばこを吸ったり、ドラッグやアルコールで取ってリラックスする		
15. 危機的状況が終わるまでは、支援している人びとのことだけに集中し、自分自身のニーズや心配事は忘れようとする		
16. 危機的状況であなたが他の人を支援するために出来ること、出来ないことの限界を知り、それを受け入れる		

(表3) 災害対応の知識と能力に関する自己評価 (質問紙1頁目) 回答数と平均値

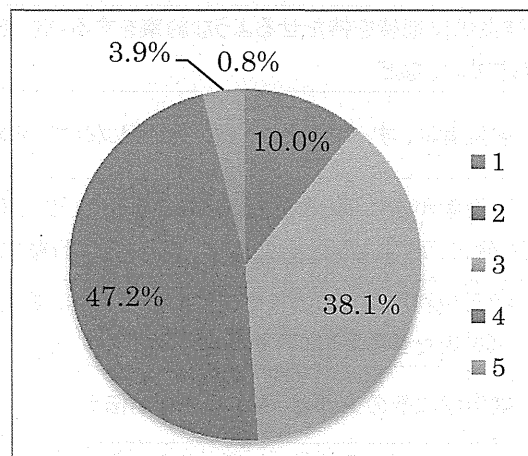
事前質問紙

	ほとんどない	あまりない	ふつう	ある	非常に ある
Q1.1	45	55	47	4	0
Q1.2	34	54	47	16	0
Q1.3	43	59	40	9	0
Q1.4	38	50	48	15	0
Q1.5	11	31	61	47	1
Q1.6	30	56	47	16	2
Q1.7	38	57	37	19	0
Q1.8	36	55	41	17	2
合計	275	417	368	143	5
%	22.8%	34.5%	30.5%	11.8%	0.4%



事後質問紙

	ほとんどない	あまりない	ふつう	ある	非常に ある
Q1.1	2	24	75	48	2
Q1.2	1	10	55	80	5
Q1.3	0	12	54	79	6
Q1.4	0	16	51	75	9
Q1.5	0	10	51	81	9
Q1.6	3	22	68	54	4
Q1.7	3	19	63	62	4
Q1.8	1	8	43	91	8
合計	10	121	460	570	47
%	0.8%	10.0%	38.1%	47.2%	3.9%



1=ほとんどない、2=あまりない、3=ふつう  
4=ある、5=非常にある

(表4) PFA 基礎知識 (質問紙2頁目) 正答率

		事前 (Pre)	事後 (Post)
	正解	正答率%	正答率%
1. 被災したほとんどの人々が精神障害を引き起こす	いいえ	64.6	79.2
2. 被災したほとんどの人びとが、専門家によるメンタルヘルスのケアを必要とする	いいえ	63.9	91.9
3. 被災したほとんどの人びとが、周囲からのサポートや支援を得て自分で回復していく	はい	77.1	84.6
4. 人びとを他機関に紹介したり、基本的なニーズを(例:社会的支援など)につなぐ	はい	93.1	98.0
5. 被災者にトラウマ的な出来事の詳細を語ってもらう	いいえ	69.4	92.6
6. 話を邪魔しないように支持的に耳を傾ける	はい	98.6	98.0
7. 心理的デブリーフィングを行う(グループを作って、一人ずつストレス体験を話し共有する)	いいえ	41.0	79.2
8. 被災者に他の人から聞いた話をして、多くの人が同じような体験をしたと伝える	いいえ	67.4	92.6
9. 被災者に期待を持たせるような約束をする(例:あなたの家はまたすぐ経ちますよ、など)	いいえ	95.8	100
10. 被災者に、すべてうまくいくから心配しなくていいと言う	いいえ	97.2	100
11. 被災者が次に同じ間違いをしないように、被災者がとった行動を批判する(例:こうすればよかったのに、違うよう行動するべきだった、など)	いいえ	100	99.3
12. 状況や利用可能なサービスについて調べ、被災者が必要としているニーズを満たせるように手助けする	はい	96.5	97.3
13. 被災者にその人がどう感じるべきか伝える	いいえ	88.2	100
14. ストレスを感じる時は、たばこを吸ったり、ドラッグやアルコールで取ってリラックスする	いいえ	97.2	96.0
15. 危機的状況が終わるまでは、支援している人々のことだけに集中し、自分自身のニーズや心配事は忘れようとする	いいえ	90.3	97.3
16. 危機的状況であなたが他の人を支援するために出来ること、できないことの限界を知り、それを受け入れる	はい	97.2	98.0
	全体	83.6	94.0



厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業  
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野）））  
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び  
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

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

分担研究者 金吉晴 1) 2)  
研究協力者 中谷優 2)

- 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) 同上 災害時こころの情報支援センター

研究要旨：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、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(金,2012)を基に改訂の草案を検討、作成した。同ガイドラインには自然回復の尊重、PFAの導入、見守り対応の重視、報道との連携、多文化対応、支援者支援など、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(金, 2012)、新潟中越地震(2004)や東日本大震災(2011)、広島市の土砂災害(2014)、御嶽山の噴火(2014)等の経験を経、DPATの派遣やDMHISSの使用、研究倫理や精神医療システム支援等についても明記する必要性が生じていると考える。

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(金,2012)。

阪神淡路大震災(1995)の際に米国より紹介された心理的デブリーフィングの影響がまだ残っていた当時、池田小学校事件に際し支援に駆けつけた専門家のあいだでは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。そのような問題を打開すべく、いわゆる心のケアの方針、概要の共有を行うことを主たる目的として、同ガイドラインは制定された。

その後、新潟中越地震(2004)や東日本大震災(2011)、広島市の土砂災害(2014)、

御嶽山の噴火(2014)等を経、従来型の心のケアチームが制度化された災害派遣精神保健医療チーム(Disaster Psychiatric Assistance Team:DPAT)の派遣や災害精神保健医療情報支援システム(Disaster Mental Health Information Support System:SMHISS)の活用、精神医療システムの支援等についても指針が求められている。

本稿では専門家からの意見聞き取りを通して整理された問題点を報告する。

B. 全体の検討

全体として、災害支援に慣れていない人が同ガイドラインを読んだ場合、一般の住民への対応が中心のように感じる可能性がある。しかし実際には災害弱者と呼

ばれる人たち、特に精神障害の既往がある人たちに対して支援のエネルギーが注がれる必要があり、また、そこに対する注意を高めておく必要がある。

また災害時に読みやすい図や表を用いるなどして簡単に読めるようスリム化する方向性も必要であると考えられる。

### C. 各項目の検討

以下の見出し数字は既存の災害時地域精神保健医療活動ガイドライン(2003)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

本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であるということである(金,2012)。

本章に記述すべき項目は精神保健医療システム自体を精神保健医療活動の対象とする記述と、精神保健医療システム自体に向けられた活動についての記述である。

金(2012)も、同ガイドラインでは、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記述は不十分であったと述べている。

2011年の東日本大震災では精神科病院に支援が行き届かず、孤立してしまうという現象が起こった。精神保健医療システムへの影響について記述した後、精神科病院が被災した場合と診療所が被災した場合とにシチュエーションを分ける等して各精神保健医療システムが支援を必要とする経緯、精神科病院の災害時における孤立についての記述が必要である。孤立を防ぐためにも、同地域内での別の精神科病院や精神保健福祉センター等といった関係機関とのネットワークの構築、情報発信・収集のための環境整備が必要である。更に患者の搬送や外来精神医療の継続、自立支援等の公的支援の手続き等の問題等についての言及も必要である。

また、章立ての構成についても、精神保健医療システムへの影響、被災者の精神科医療・保健上の問題、災害時の地域精神保健医療活動等と細かく分類して記述する必要がある。

#### 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(一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)
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)

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(金,2012)。

本章に記述すべき項目は、災害に特化したものではなく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の記述、精神疾患へのスティグマについての記述、非トラウマ系の一般的な不安、抑うつ、睡眠障害等の経過をふまえた上での時相別分類についての記述である。

まず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の記述では、金(2012)も災害時においては、多種多様なライフイベントが生じると言っても過言ではなく、家族関係の変化、就労状況の変化といった日常臨床においても生じるストレス要因が災害という特殊な状況において特殊な様相を帯びて精神への影響を与えることが多いと指摘しており、災害時に生じるこのような影響について、日常生活においても生じるストレス要因による影響とどのように異なり、対応にもどのような変化が生じるのかといった記述が必要である。

次に精神疾患へのスティグマについて

の記述については、金(2012)が述べているように、2011年の東日本大震災においても、精神疾患へのスティグマは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ている。「心のケア」、「精神科」といった名称から相談への足が遠のいてしまうことも考えられる。IASC(2007)にも、スティグマの問題については記載されている。重度の精神障害をもつ人々の場合に、スティグマや孤立、不安、自己に対するネグレクト、障害、アクセスが不十分なことから、全く相談しないということもあるという。さらに、通常時でも家族はケアの重荷からストレスを受け、スティグマを負うことがしばしばあるが、強制退去を伴うような災害や紛争時等になると、これらの人々はますます取り残されるリスクが高まることになると指摘している。これらは日本の災害時地域精神医療活動ガイドラインにおいても扱うべき項目である。

最後に、非トラウマ系の一般的な不安、抑うつ、睡眠障害等の経過をふまえた上での時相別分類についての記述であるが、金(2012)は同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おいており、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。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、症状のために生活昨日が障害され、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が必要であると指摘している。

### 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

本章においては、地域精神保健医療活動を、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付ける必要性を指摘している(金,2012)。

本章の前提として、同ガイドライン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、したがって各心のケアチームは自律的な活動を行うと考えられていたが、東日本大震災(2011)では各心のケア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。

上記を踏まえ、本章に記述すべき項目は、精神医療全体に対する本部機能についての記述、心理的応急処置(Psychological First Aid:PFA)に関する記述、調査・データに関する倫理についての記述である。まず精神医療全体に対する本部機能についての記述である