

東日本大震災における宮城県、仙台市、福島県で活動したところのケアチームが処方した全処方箋を集計し、初めて災害時精神科薬物療法の全国的な実態が明らかになった。精神科薬以外に総合感冒剤、消化性潰瘍用剤、各種外用薬等の多様な身体科薬の処方が全体の2割を占めており、今後のDPAT活動においても身体科の薬物療法のニーズを加味しておく必要がある。精神科薬においては、抗精神病薬、抗うつ薬ともいわゆる新薬が中心であり、種類のばらつきは少なかった。むしろ、口腔内崩壊錠や液剤など剤形が多様であり、水が不足した状況下や緊急時の服用など、現場活動に適した剤形のニーズがあることが示唆された。抗てんかん薬については、ほとんどがバルプロ酸であったが、処方実績が少なくても必要な薬剤のニーズには対応しておく必要があると考えられる。今回の調査においては、現地で処方された薬剤の効果や、それが適切に使用されたかどうかの検証はできないが、これまで統一された災害時精神科薬剤リストがなかったことから、今後のDPAT活動における同リスト作成の基礎資料となると考えられ、その他の災害医療に関する薬剤リストの内容を踏まえた上で、DPAT携行医薬品リストを作成し、DPAT活動マニュアルに記載した。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 参考文献

- 1)平成25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))「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分担研究報告書」
- 2)厚生労働省 災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領 [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi\\_kaigo/sougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat\\_130410.html](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/sougaisahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html) 平成27年2月18日参照
- 3)広島県公式ホームページ 平成26年広島県大雨災害への被災者支援について <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/136209.pdf> 2015年2月18日参照
- 4)災害時ところの情報支援センターホームページ 9月27日に発生した御嶽山噴火により被災した登山者及び遺族の対応について <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/141001.pdf> 2015年2月18日参照
- 5)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部 東日本大震災被災地での心のケアチーム活動マニュアル Ver.2 [http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental\\_info\\_careteam.pdf](http://www.ncnp.go.jp/pdf/mental_info_careteam.pdf) 2015年2月18日参照
- 6)厚生労働省 使用薬剤の薬価(薬価基準)に記載されている医薬品について(平成26年3月31日まで) <http://www.mhlw.go.jp/topics/2012/03/tp120305-01.html> 平成27年2月18日参照
- 7)日本医師会 JMAT携行医薬品リスト リストA(成人基本セット) Ver.1.0 <http://www.med.or.jp/jma/eq201103/carry/001630.html> 平成27年2月18日参照

8)厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総合研究事業）大規模災害時に向けた公衆衛生情報基盤の構築に関する研究分担研究報告書「災害時における要援護者情報の把握－DPATの活動とDMHISSの活用について」

## 研究Ⅱ：平成26年度 災害拠点病院調査

### A. 研究目的

平成25年4月1日に厚生労働省より「災害派遣精神医療チーム（Disaster psychiatric assistance team: DPAT）活動要領」が発出され（障精発0401第1号）、平成26年広島県大雨災害、長野県御嶽山噴火において、実際にDPATの派遣がなされた。

DPAT活動にあたり、災害時こころの情報支援センターで作成されたDPAT活動マニュアルには「DPATの各班は、原則として、被災地域内の災害拠点病院、精神科の基幹病院、保健所、避難所等に設置されるDPAT活動拠点本部に参集し、その調整下で被災地域での活動を行う。」とされているが、今年度の事例におけるDPAT活動に関しては、急性期における活動拠点の設置（災害拠点病院、避難所、保健所等）が課題として挙げられており、平時、災害時ともに精神科医療機能を整備することが求められている。とりわけ、災害時において、初期救急医療の要となる災害拠点病院の精神科医療機能は重要であり、当該機能についての自治体の整備状況を把握しておくことは意義あることと考えられる。

したがって、災害拠点病院における精神科医療機能を把握し、災害時におけるDPAT活動拠点の検討のための基礎資料とするこ

とを目的に、全都道府県等に対し、災害時精神保健医療体制に関する整備状況についてアンケート調査を行った。

### B. 研究方法

平成26年11月10日から12月17日の間に、全67都道府県・政令市担当課を対象とし、調査を行った。調査項目は、(ア)災害拠点病院内の精神病床数、(イ)精神科外来の有無、(ウ)精神科医師の有無（常勤精神科医師、非常勤精神科医師）である。

（倫理面への配慮）

個人情報を取り扱っていない。

### C. 研究結果

回収率は100%（全67自治体中67自治体）であったため、すべてを分析対象とした。災害拠点病院数は671箇所、そのうち精神病床を有と回答したのは261箇所であった（全災害拠点病院の39%）。また、精神病床を有する病院の合計精神病床数は11108床であった。災害拠点病院のうち、精神科外来が有と回答したのは375箇所（全災害拠点病院の56%）であった。精神科医師の有無<sup>3</sup>において、常勤医師が有と回答したのは271箇所、無と回答したのは339箇所、不明と回答したのは61箇所であった。非常勤医師が有と回答したのは230箇所であった。非常勤医師が有と回答した病院の中で、常勤が無と回答したのは61箇所であった。

さらに、県ごとの人口に対する精神病床数を算出するため、総務省統計局による人口推計（平成25年10月1日現在）を用いて分析を行った。その結果、1万人に対す

<sup>3</sup>東京都は不明との回答

る災害拠点病院における精神病床数は 0 - 5.3 床と各都道府県で異なっており、全国平均は 1.1 床であった。茨城県、京都府、山口県、香川県、鹿児島県においては有する精神病床数は 0 であった (図 14)。

#### D. 考察

全災害拠点病院における精神科医療機能について調査した。全災害拠点病院の 39% が入院機能を有していたが、その総数は全精神病床の 3% しかなく、災害拠点病院に精神病床を持たない自治体もあった。災害時には身体合併症の問題が課題となる。災害拠点病院精神病床をどのように機能させるか、または他にどのような医療機関で災害拠点病院精神科医療機能を担保するのかは、地域ごとに平時に計画を立案しておく必要があると考えられた。

#### G. 研究発表

なし

#### H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

#### 参考文献

- 1)平成 25 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)) 「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分担研究報告書」
- 2)広島県公式ホームページ 平成 26 年広島県大雨災害への被災者支援について <https://www.pref.hiroshima.lg.jp/uploaded/attachment/136209.pdf> 2015 年 2 月 18 日参照

- 3)災害時こころの情報支援センターホームページ 9 月 27 日に発生した御嶽山噴火により被災した登山者及び遺族の対応について <http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/141001.pdf> 2015 年 2 月 18 日参照
- 4)国立精神・神経医療研究センター (厚生労働省 災害時こころの情報支援センター事業) DPAT 活動マニュアル ver.1.1 (平成 27 年 1 月)
- 5)総務省統計局 人口推計 (平成 25 年 10 月 1 日現在) - 全国: 年齢 (各歳)、男女別人口・都道府県: 年齢 (5 歳階級)、男女別人口 - <http://www.stat.go.jp/data/jinsui/2013np/> 2015 年 2 月 18 日参照
- 6)鈴木貴博 (2010). 災害拠点病院編. 日本内科学会雑誌, 99 (11), 2872-2875.
- 7)厚生労働省医政局指導課 災害医療について [http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu/iryuu\\_kaikaku/dl/shiryuu\\_a-4.pdf](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu/iryuu_kaikaku/dl/shiryuu_a-4.pdf) 平成 27 年 2 月 18 日参照

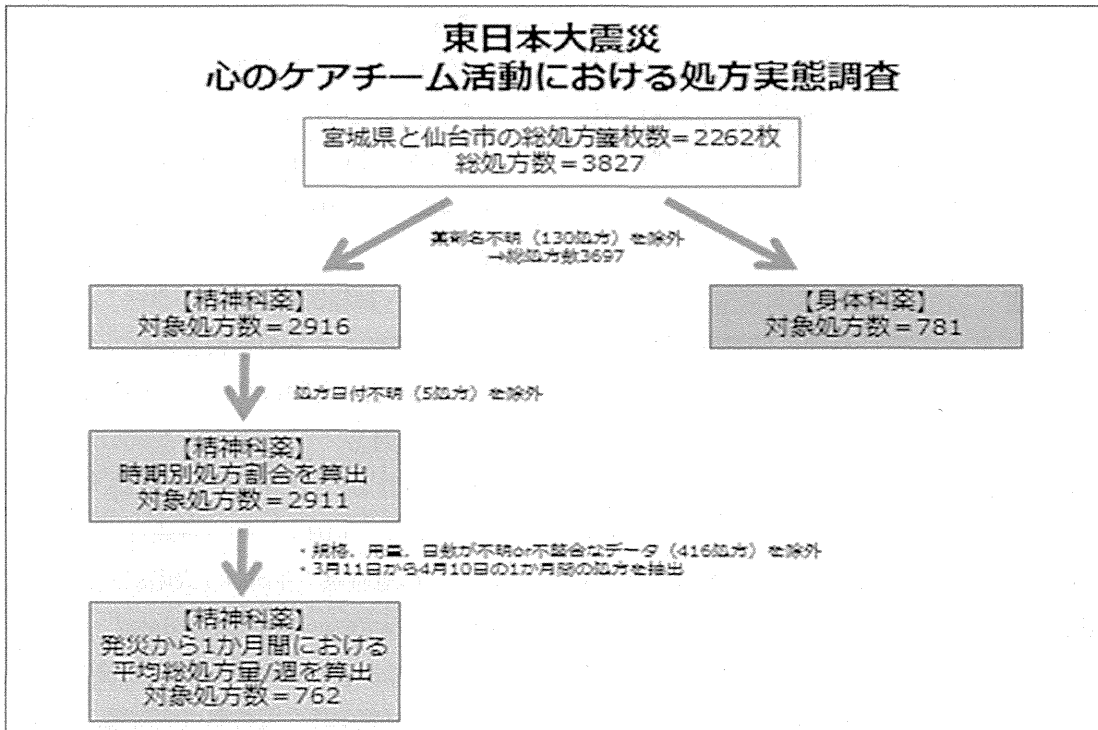


図 1. 東日本大震災心のケアチームにおける処方実態調査でのデータ抽出概要

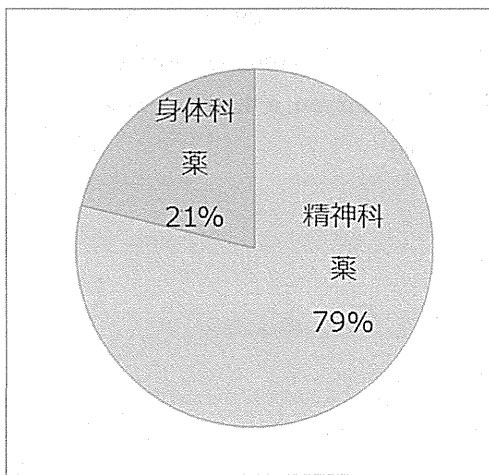


図 2. 処方された精神科薬、身体科薬の割合 (対象処方数 = 3697 件)

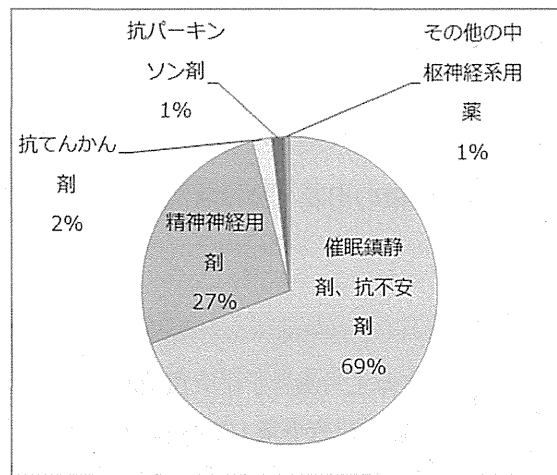


図 3. 処方された精神科薬の内訳 (対象処方数 = 2916 件)

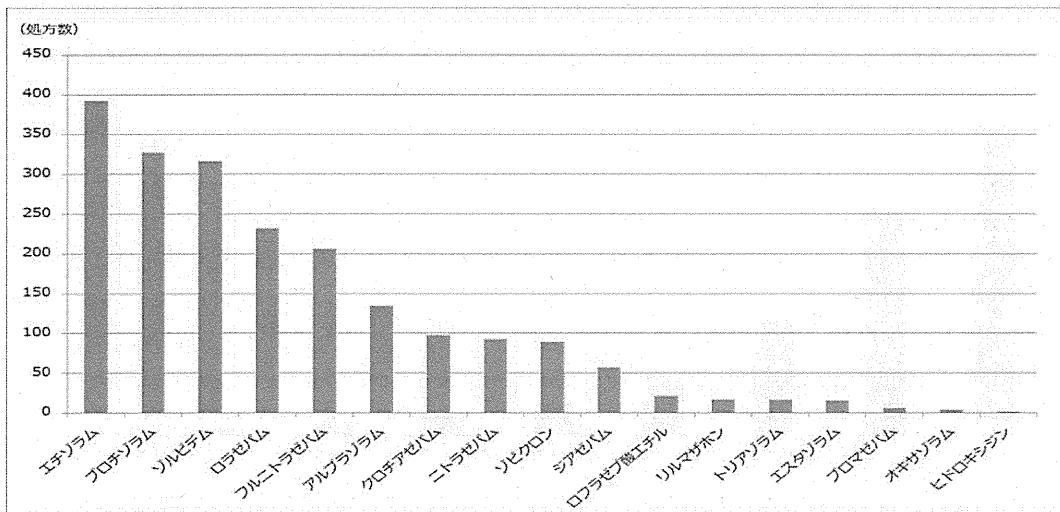


図 4. 催眠鎮静剤、抗不安剤における各薬剤の処方数 (対象処方数=2024 件)

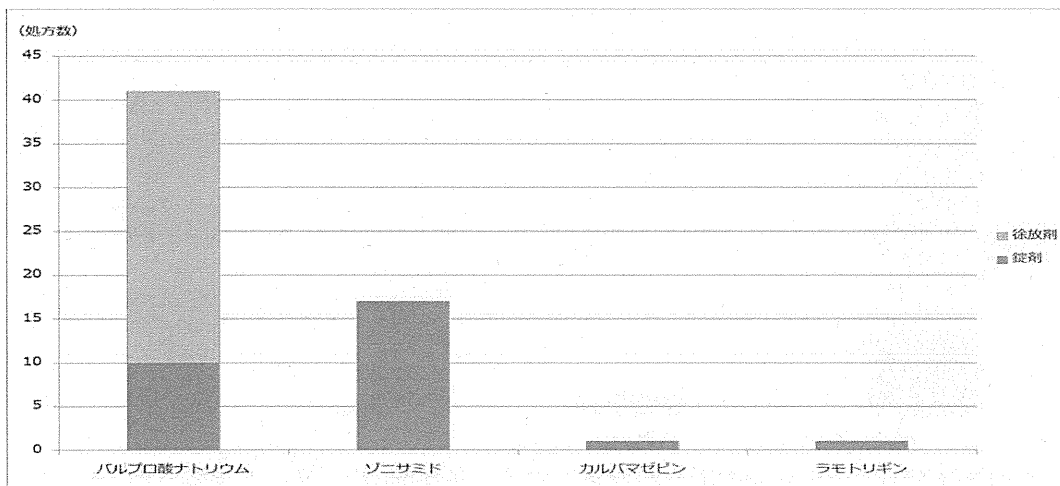


図 5. 抗てんかん剤における各薬剤の処方数 (対象処方数=62 件)

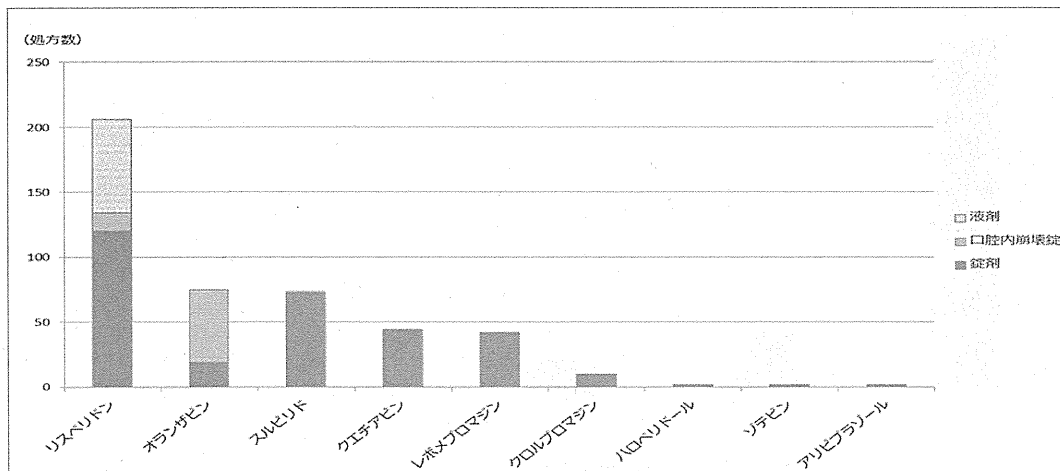


図 6. 精神神経用剤の中の抗精神病薬における各薬剤の処方数 (対象処方数=456 件)

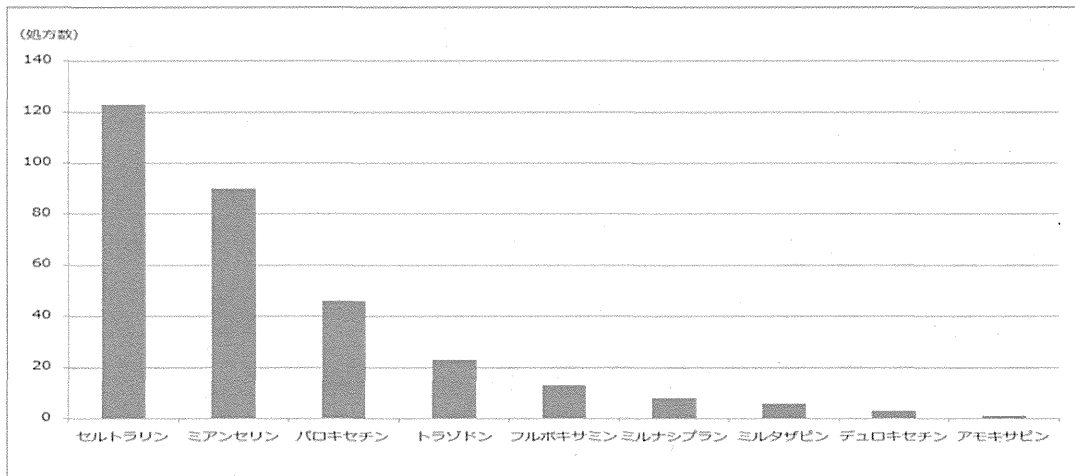


図 7. 精神神経用剤の中の抗うつ薬における各薬剤の処方数 (対象処方数=313 件)

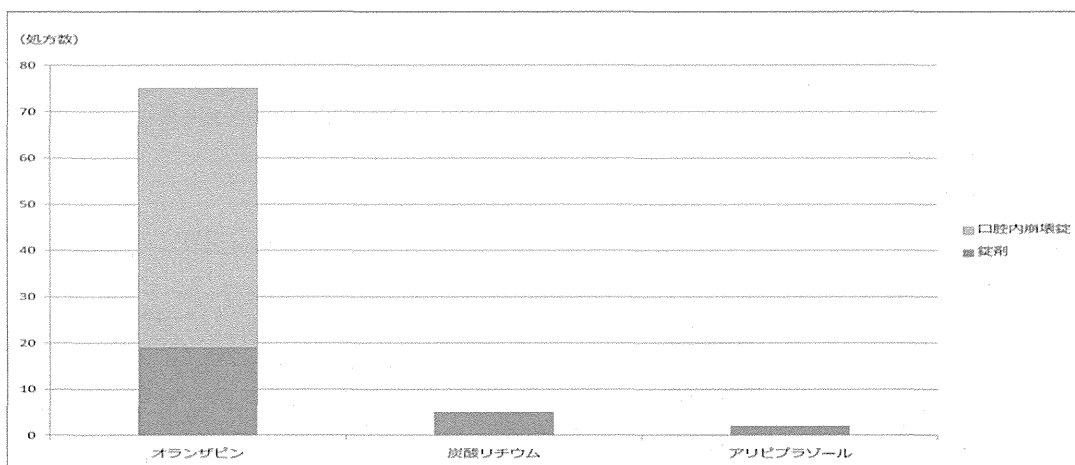


図 8. 精神神経用剤の中の双極性障害治療薬における各薬剤の処方数 (対象処方数=82 件)

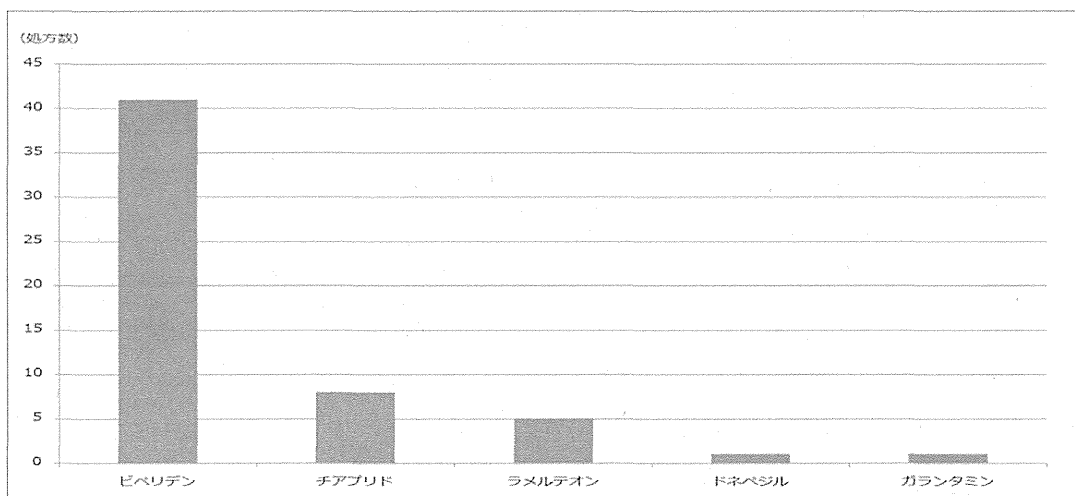


図 9. 抗パーキンソン剤、その他の中枢神経系用剤における各薬剤の処方数 (対象処方数=56 件)

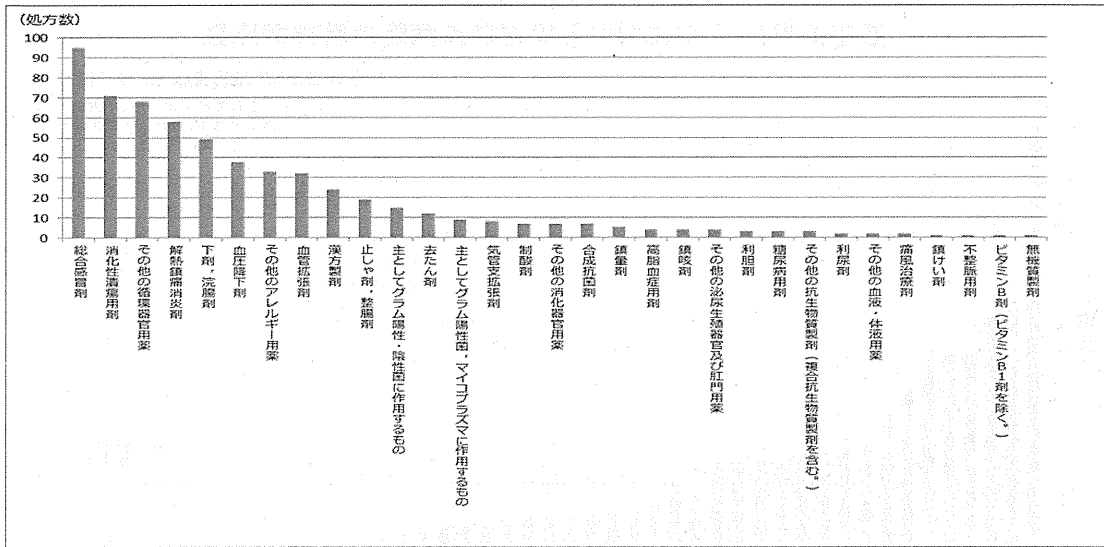


図 10. 身体科薬の内服薬における各薬剤の処方数 (対象処方数=588件)

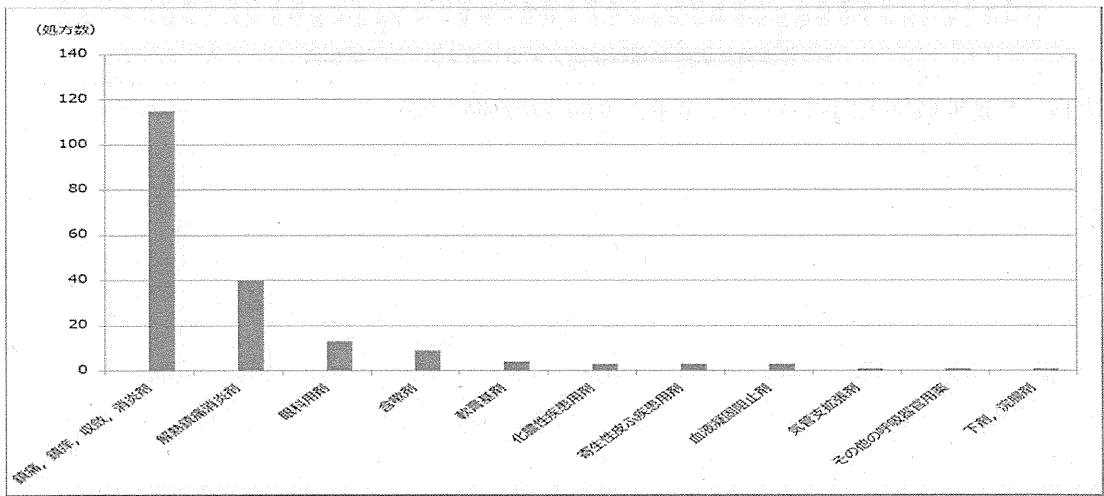


図 11. 身体科薬の外服薬における各薬剤の処方数 (対象処方数=193件)

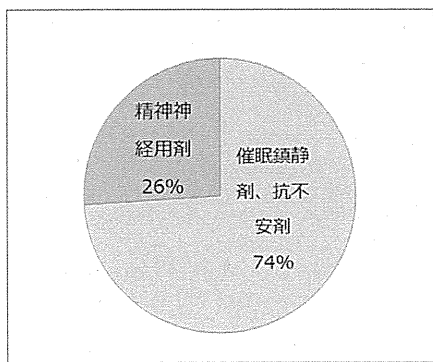


図 12. 発災から1週間以内に処方された精神科薬の内訳 (対象処方数=50件)

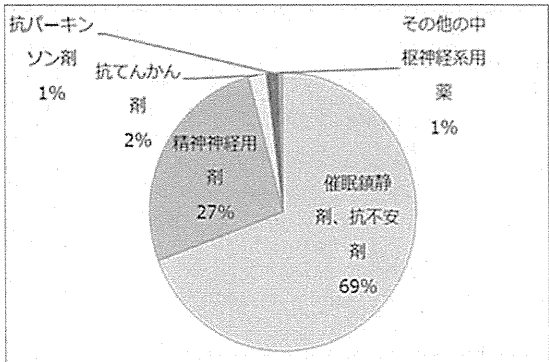


図 13. 発災から1週間以降に処方された精神科薬の内訳 (対象処方数=2861件)

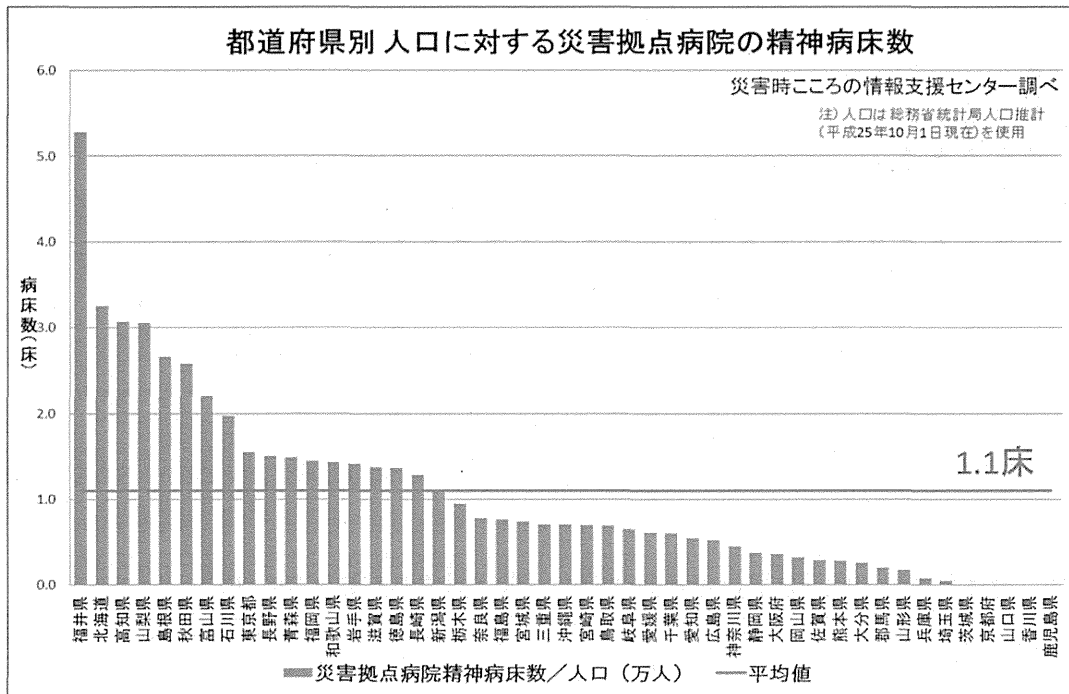


図 14. 都道府県別人口に対する災害拠点病院の精神病床数



厚生労働科学研究補助金（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

サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）を実施する際に必要な  
基本的コミュニケーションスキル訓練

研究分担者 堀越 勝 独）国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター  
研修指導部 研修指導部長

研究協力者 大江悠樹 独）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

【背景】2011年の未曾有の大震災では広い範囲で死者、負傷者が確認され、死者の数は15,872名と1995年に発生した阪神淡路大震災の6,434名を大きく上回る結果となった。こうした危機的な出来事に対し、特に、被災者の精神面へのケア、また危機介入の備えは充分なのかを問われる中で、危機介入についての標準的な危機介入技法の全国的な均霑化の必要性が叫ばれるようになった。その答えの一つとして、サイコロジカル・ファーストエイド（Psychological First Aid：PFA）の全国規模での導入が考えられている。実際に、当研究班（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）では世界保健機関（WHO）が開発したPFAの導入を計画し実行に移しつつある。その計画では、まず専門家を対象にPFAの方法を教えられる人材の育成を行い、さらに全国規模で専門家を中心にPFAの技法を広め、最終的には、各地域、さらには学校などの教育機関などを通じて一般人にまでPFAを浸透させることを考えている。そこで、外国の事情や文化に合わせて開発された介入技法を我が国に導入する際に必要な文脈化（contextualization）の一環として、我が国においてPFA訓練を実施する際にコミュニケーション技法の訓練を付加することで、より一層効果的なPFA導入を可能になるものと考えた。特にメンタルヘルス分野の訓練において、我が国では基礎的なコミュニケーション訓練などが手薄であり、個人の資質などに任されることが多いため、外国製の精神療法の真価が発揮できていないとする考え方もある。

【目的】当分担研究班では、PFAを我が国に導入する際に必要と思われるコミュニケーション向上プログラムを全国的に普及させるため、訓練用マニュアルおよびDVDを開発することを目的とした。

【方法】昨年度までに実施されたパイロットスタディや調査研究の結果をもとにPFA実施に際して必要な基本的なコミュニケーションスキル訓練プログラムを修正・完成させ、こ

れをもとに訓練用マニュアルおよび DVD を作成した。

【結果】 70 ページの訓練用マニュアルと 3 時間にわたる付属 DVD が作成された。

【結論】 これまで我が国では十分な訓練体制が整備されていなかった、基本的なコミュニケーションスキル訓練を実施するための資材としてマニュアルと付属 DVD が作成された。これにより各地で比較的簡便に一定水準以上の基本的なコミュニケーション訓練を実施することが可能になると考えられる。

#### A. はじめに

2011 年 3 月 11 日、日本は三陸沖を震源としたマグネチュード 9.0 の大地震に見舞われた。後に「東日本大震災」と呼ばれるこの地震によって、北海道から高知まで、広い範囲で死者、負傷者が確認され、死者の数は 15,872 名と 1995 年に発生した阪神淡路大震災の 6,434 名を大きく上回る結果となった。地震国である日本は阪神淡路など一連の地震災害から次を予想し準備をしていたが、その予想を遥かに超えた地震を体験したことになる。地震を含め、こうした危機的な出来事に対して日本は十分に備えているのだろうか。特に、被災者の精神面へのケア、また危機介入の備えは充分なのか。こうした疑問の中で、危機介入についての標準的な危機介入技法の全国的な均てん化の必要性が叫ばれるようになった。今回の地震では、当日の首相官邸に「緊急対策本部」が設置され、宮城、岩手、福島

の三県に派遣自衛隊を派遣した。その他には、消防官、海上保安官など、公に仕える援助者たちも動員されることになった。また、政府機関だけでなく、日本全土からボランティアが集まり、岩手県、宮城県、福島県に災害ボランティアセンターが 104 センター設置され、これらのセンターを介して、2011 年 3 月の時点で、三県合計して 60,100 人が活動したと報告されている。こ

れらの援助者の質は様々で、精神的なケアに長けた援助者もいれば、全く精神的なケアについての訓練を受けていない者もいと報告されている。東日本大震災では治療を行うはずの医療機関が多く被災し、岩手、宮城、福島の 3 県、合わせて 380 病院中 10 病院が全壊、290 が部分損壊した。また、消防職員は 20 名の死者と 7 名の行方不明者、消防団員では 192 名の死者と 52 名の行方不明者を出している。消防本部、消防署は 47 棟、出張所は 82 棟が全壊、または部分損壊し、消防団の拠点施設は 405 カ所が使用不能となった。このように、今回の震災のような大規模災害では援助する側とされる側が渾然一体となっており、全国から現地に駆けつける専門家ボランティアやの働きが重要となる。したがって、全国の専門家やボランティアに対し、精神的な危機介入法が広められ、普段から精神的危機介入についての備えがなされている状況が望ましいと考える。以前は、こうしたトラウマティックな体験をした人々のために、36 時間以内のデブリーフィングを実施することで PTSD の予防が可能だとする考え方もあったが、現時点ではその考えに対する専門家の意見は否定的である (Rose, Bisson, Churchill, & Wessely, 2002)。実際に APA(米国心理学会) は、米国で勃発した 9.11 同時多発テロの際に、被害の直後にデ

ブリーフィングを行うことに対し警告を発しており、意図的にトラウマ体験を話させたり感情を出させたりすることは、状態悪化に繋がる可能性が高いことを示唆している。こうした事情を鑑み、デブリーフィングとは異なる危機介入法として推奨されているのはサイコロジカル・ファーストエイド (Psychological First Aid: PFA) であり、当研究班 (研究代表者: 金吉晴) では、世界保健機関 (WHO) によって開発された PFA の導入を計画し、WHO の PFA マニュアルの日本語版の作成と PFA 指導者養成研修を開始する運びとなった。しかし先にも述べたように、PFA を実施する者は精神的なケアに長けた者とは限らない。また、援助専門職者であっても、我が国における基礎的なコミュニケーションスキルの訓練体制は欧米に比べて十分とはいえない現状がある (堀越・野村, 2012)。そのため、PFA 実施に際して必要な基本的な援助技能としてのコミュニケーションスキル訓練の必要性が考えられた。このため分担研究者の堀越は PFA 実施に際して必要な基本的コミュニケーションスキル訓練の開発を行った。しかしながら、この訓練を全国的に広めていくためには学習用の教材などが必要である。そのため、平成 26 年度は PFA 実施に際して必要な基本的コミュニケーションスキル訓練用のマニュアルおよび DVD 作成を目的として研究を行った。

## B. 研究目的

本研究の目的は、PFA をより効果的に実施するために必要な基本的コミュニケーションスキル訓練用のマニュアルおよび付属 DVD を作成し、災害時における効果的な心

理的介入技法の向上に資することとした。

## C. 手続き

前年度までに実施したパイロットスタディや効果研究の結果をもとに、PFA 実施に際して必要な基本的コミュニケーションスキル訓練プログラムを修正・改善し、完成させた。この訓練プログラムにもとづき、訓練プログラムを実施するための副教材として、また学習者が自学自習するための教材として、基本的コミュニケーションスキル訓練用マニュアルおよび付属 DVD を作成した。作成に当たっては分担研究者および研究協力者を含む 3 名の臨床心理士が内容を確認し、文言や構成について協議を重ねながら作成した。

## D. 結果

PFA 実施に際して必要な基本的コミュニケーションスキル訓練プログラムのためのマニュアルおよび付属 DVD が完成した。

## E. 考察

昨年度までの当分担研究班の研究により、PFA 研修に先だって本訓練プログラムを 1 日実施するだけでもケアチームのメンバーとうまくやっていく自信が向上することが明らかになっている。今回作成されたマニュアルや付属 DVD を用いて繰り返し内容を復習することで、こうした自信がさらに向上することが期待される。同様に、1 日の研修では十分身につけられたとは感じられなかった他の援助に関わる要素についても、本教材を用いて復習を繰り返すことにより自信が付き、実際に技術が定着すると期待される。このように基礎的なコミュニ

ケーション技術についての自信や実際の技術が向上することにより、PFA をより効果的に実施することが可能になると考えられる。

3. その他  
いずれもなし

#### F. 結論

本研究により、これまで我が国では十分な訓練体制が整備されていなかった基本的なコミュニケーションスキル訓練用資材としてマニュアルと付属 DVD が作成された。

マニュアルと DVD を活用することにより、各地で比較的簡便に一定水準以上の基本的なコミュニケーション訓練を実施することが可能になった。

マニュアルと DVD のもととなった基本的なコミュニケーション訓練はその効果が確認されているものの、マニュアルと DVD を利用して訓練を行った場合の効果は検証されていないため、今後マニュアルと DVD を用いた訓練が同様の効果を上げられるか検討する必要がある。

#### 【参考文献】

1. 堀越勝・野村俊明, 精神療法の基本：支持から認知行動療法まで, 医学書院, 2012.
2. Rose, S., et al., Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Database Syst Rev, 2002

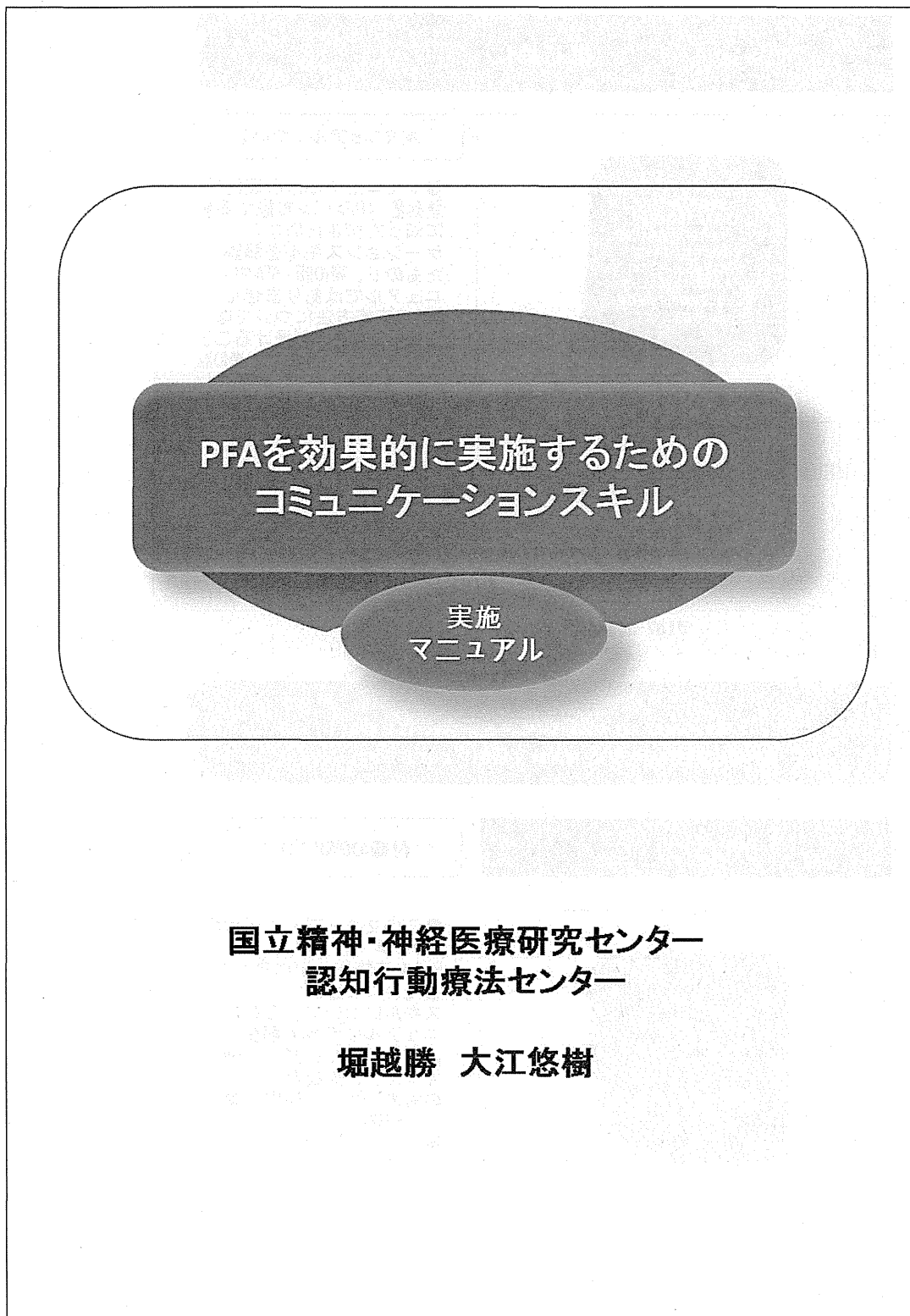
#### G. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

#### H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録

<参考資料>作成されたマニュアル（抜粋）



## はじめに

本マニュアルはP・F・Aのマニュアルに代わるものではありません。本マニュアルはPFAを実施する際に必要と思われる基本的なコミュニケーションスキルの学習のためのものです。本マニュアルを学んだ後、正式なP・F・A研修を受けることをお薦めします。

### 本マニュアルについて

●本マニュアルは心理的応急処置（PFA）を実施する前に知っておきたいコミュニケーションスキルを解説したもので、WHO版 PFAのマニュアルではありません。PFAの実施方法については、正式なPFA研修を受けることをお勧めいたします。WHO版のPFA研修については下記にご連絡下さい。

### 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） についてのお問い合わせ：

独立行政法人： 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  
<http://saigai-kokoro.ncap.go.jp>  
[pfa@ncap.go.jp](mailto:pfa@ncap.go.jp)

〒187-8553 東京都小平市小川町 4-1-1

このマニュアルは  
厚生労働科学研究補助金(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)によって作成されました。

## DVDについて

本DVDはコミュニケーションマニュアルを理解するための補助として作られたものです。マニュアルの方には、更にコミュニケーションについての情報がふくまれていますのでご参照下さい。

### 付録のDVDについて

●このマニュアルには付録のDVDが1枚ついています。PFAを実施する際に覚えておきたいコミュニケーションスキルについて、このマニュアルに沿って解説した内容になっています。DVDはマニュアルを補完するためのものですが、時間の関係で、一部、マニュアルの内容と一致しない部分があります。

## PFAマニュアルの注意点



**PFAは相手に無理強いをせず  
に実施しなければならない。**

## PFA実施する際の問題

**問題**

心理的 応急処置(PFA)が目指していることの多くは、相手に無理強いをせず  
に実施しなければならない。実際に、PFAのマニュアルの随所に、「押し付けず」、  
「無理強いをせず」などの言葉を見つけることができる。

例、PFAのマニュアルの「PFAが目指していること」には、下記の記載がある。

- 「実際に役立つ支援や援助を提供する。ただし押し付けない」
- 「話を聞く、ただし話すことを無理強いしない」
- 「安心させ、心を落ち着けるように手助けする」など

これらを実現させるには、相手を安心させる所、また、相手の心が落ち着いているかどうかを  
知る力が必要になる。では、実際に災害の只中にある人を前にした時に、押し付けず、重要な  
情報や援助を提供する。また、話を無理強いせずに他人の話の聞き、安心を与え、  
心を落ち着けるように指示された場合、どのようにすればそれが可能なのだろうか。

## PFAで「すべきこと」と 「すべきでないこと」

心理的 応急処置の 実施に際し、 「やるべきこと」、 「やるべきでないこと」が リストされている。

大まかにまとめると ぶつからない関係を築く。 無理強いせずに、 相手に選んでもらう。 支持的・共感的であること。 重要な情報は渡す。

## ●PFAマニュアルの注意点

PFAは身体的、また精神的な危機状態にある人々を対象とした介入法です。当然のこととして、対象者は警戒したり、防衛的になると考えられます。WHO版のPFAのマニュアルには、随所に注意事項として「押し付けない」、また「無理強いしないで実施する」ことが書かれています。たとえば、PFAのマニュアルの「PFAが目指していること」のセクションには、下記の記載があります。

◎「実際に役立つ支援や援助を提供する、ただし押し付けない」

◎「話を聞く、ただし話すことを無理強いしない」

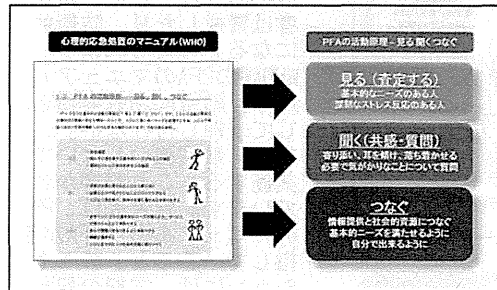
◎「安心させ、心を落ち着けるように手助けする」

マニュアルには心理的 応急処置の実施に際して、「やるべきこと」、「やるべきでないこと」がリストされています。内容を大まかにまとめますと「ぶつからない関係を築く」、「無理強いせずに、相手に選んでもらう」、「支持的・共感的であること」、「重要な情報は渡す」などです。つまり、心理的 応急処置を無理強いせずに実施コミュニケーションスキルが求められているといっても良いでしょう。

では、実際に災害の只中にある人を前にした時に、押し付けずに、重要な情報や援助を提供する、また、話を無理強いせずに他人の話の聞き、安心を与え、心を落ち着けるように指示された場合、どのようにすればそれが可能なのでしょうか。

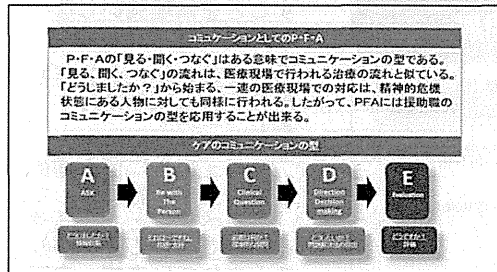
## パート1: 導入

### PFAの3ポイント



PFAの3ポイントは、

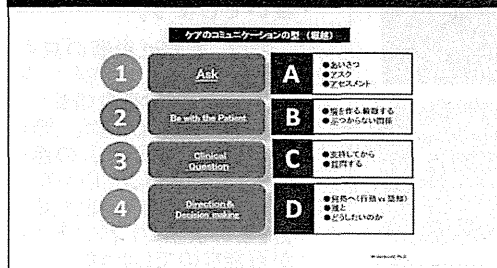
- (1) 見る (査定する)
- (2) 聞く (共感・質問)
- (3) つなぐ (資源を紹介)



#### ケアのコミュニケーションのABCDE

- A: ASK 情報収集 どうしましたか?
- B: Be w/ the Patient 共感・支持 それは～ですね。
- C: Clinical Question 探索的な質問 何が必要?
- D: Direction & Decision making 問題解決法の捻出 どうしたいですか?
- E: Evaluation 評価 どうでしたか?

#### ケアのコミュニケーションの型



#### ●PFAの3ポイント

PFAでは危機に面した人々を援助する方法として次の3つのステップを踏んで実施します。  
(1) 見る、(2) 聞く、そして(3) つなぐ、です。まず、基本的なニーズを持っている人や深刻なストレスを抱えている人を見つけ、状況を査定し、傾け、不明な点を明らかにしていきます。そして、最終ステップでは、情報提供と必要な社会資源につなぎます。

(PFAについての詳細はPFA研修に参加する、またはPFAマニュアルを御参照ください。)

これら3つのステップは、ある意味で医療現場で実施されているコミュニケーションのステップと一致しています。

#### ●ケアのコミュニケーションのA・B・C・D・E

医療現場で行われているコミュニケーションのステップを順番に並べると以下のABCDEの順番になります。重要なのは、この順番通りに実施する点です。

#### (A) Ask

- あいさつ
- アスク
- アセスメント

#### (B) Be with the Patient

- 場を作る・俯瞰する
- ぶつからない

#### (C) Clinical Question

- 支持してから
- 質問する

#### (D) Direction & Decision Making

- 何処へ(行動 vs 認知)
- 誰と
- どうしたいのか



## 被害者と話す時に覚えておきたいこと

### 聞き方

被害者と話をするときには以下のことを頭においておきましょう

- 1 聞くことは効果的な援助の基本です
- 2 聞くことには、こちらの反応も含みます
- 3 聞くことで話し手をよく知ることができます
- 4 聞くことで、話し手が表現できるようになるのを助けます
- 5 聞くことで、感情と内容を探求できます(明らかにすることができます)
- 6 聞くことで、信頼感をますことができます
- 7 聞くことで、コミュニケーションが正確になります
- 8 聞くことには、練習が必要で、決して易しいものではありません
- 9 聞くことは、内容、感情、視点を理解することを含みます
- 10 聞くことは、話し手をリラックスさせます
- 11 聞くことで、相手の非言語的な表現を観察することができます



**PFAを効果的に実施するためのコミュニケーションスキル実施マニュアル  
付属DVD**

▶ **PLAY ALL**

- Part1：コミュニケーションスキルの土台と型
- Part2：ぶつからない関係を作る
- Part3：相手を動かす・つなぐ方法

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およ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  
被災地の子どもの精神医療支援

研究協力報告書

東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響

分担研究者 神尾 陽子 1)、金 吉晴 2)  
研究協力者 大沼 麻実 2)

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部
- 2) 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

【研究要旨】

【背景】東日本大震災での揺れの激しさや押し寄せる津波の破壊力は、メディア報道を通じて被災地から離れた地域にも伝達され、テレビを視聴した子どもの中には、頭痛や腹痛を訴えたり、嘔吐してしまう子どももあり、保護者からは視聴が子どもに悪影響を及ぼすのではないかと不安の声が上がった。メディアの影響については専門家の間でも懸念され、たとえば日本小児神経学会は、被害映像に配慮を求める宣言をマスメディアに対して行っており、その宣言では子どもは未発達であるがゆえにメディアの影響を強く受ける可能性があることを示唆している(1)。しかし災害のメディア視聴が子どもに及ぼす影響については、諸外国では PTSD 症状との関係性についての研究や被災現場からの距離の近さが PTSD 有病率に関係することを明らかにした研究などがあるものの、日本では体系的な研究に基づく論文発表が未だになされておらず、エビデンスに乏しいという現状がある。

【目的】そこで本研究は、東日本大震災後のメディアへの暴露が、遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査することを目的とする。そのうえで新たな視点として、メディアへの暴露とプレ要因として子ども側の要因(自閉傾向や気質など)との関連を明らかにし、要支援児の同定および早期対応のため方策を検討する。

【方法】多摩地区の6歳児426名の保護者に対し、2013年2月6日から2013年3月9日にかけて郵送による質問紙調査を行い、回答があった192名(回答率45.1%)のうち、震災時に福島県にいた1名を除外した191名を解析対象とした。本年度は、下記の2つの仮説、〔仮説1:子どもの情緒や行動の問題(SDQ)(特に情緒に着目)において、映像にどれだけ曝されたかよりも、視聴直後の症状が影響しているのではないか〕、〔仮説2:自閉症的特徴(SRS)をもつ子どもは映像に対して敏感であるため、1年後および2年後の情緒により影響が残りやすいのではないか〕について階層的重回帰分析を行った。

【結果】震災から2年後については、子どもの情緒と行動の問題(SDQ)の下位分類である情緒に対して、暴露数ではなく症状数のほうが影響しているという〔仮説1〕が支持された。さらに、自閉症的特徴(SRS)をもつ敏感な子どもであるほど、1年後の情緒に影響があるという〔仮説2〕も支持された。つまり、当時反応が大きかった子どもは情緒不安定になり、さらに自閉症的特徴をもつ敏感な子どもは1年後も影響が持続していたといえる。しかし、2年後の情緒においては、敏感な子どもであることより、当時の症状数の多さによる影響がみられた。すなわち、反応数の大きさは2年後の情緒にも影響を与えたといえる。ゆえに、不安や症状が出やすい子どもたちに対しては、軽微な出来事でも丁寧に対応していくことが大事になってくるのではないだろうか。

## 1. 背景

ニューヨーク 9.11 テロの後では、テレビでのビル爆破映像を視聴した児童が PTSD になったという研究結果が出たが、他方でこの度改正された DSM-5 では特殊な場合を除き、テレビ視聴による PTSD 発症は認められていない。しかし今般の東日本大震災においても津波映像の視聴が児童に心理的悪影響を与えるのではないかと懸念が一部の専門家によって指摘されており、日本での調査報告もまだないという現状にある。

## 2. 目的

本研究は、1) 東日本大震災後のメディアへの暴露が遠隔地の子どもの心身の成長やメンタルヘルスに与える影響を調査した上で、2) プレ要因としての子ども側の要因（自閉傾向や気質など）との関連を明らかにし、3) 要支援児の同定および早期対応のためのエビデンスを提供することを目的とする。また後述するが、結論から先に言えば、先行研究では、テレビを視聴した際の即時的なストレス反応の有無や、それがどのくらいの期間で回復するののかについては調査されていないことが明らかとなった。そこで、即時的な反応の持続期間に加え、震災前後の体重・身長といった発育、通園状況を調査することにより、影響を受けた子どもがどのくらいの期間で回復していくのかを明らかにしたい。

なお、本研究は当センターの倫理委員会の承認を受けて実施している [NCNP 倫理委員会, 承認番号 A2012-056]。

## 3. 方法

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 児童・思春期精神保健研究部に研究協力者として登録された、多摩地区の 6 歳児、426 名の保護者に対し、2013 年 2 月 6 日から 2013 年 3 月 9 日にかけて郵送による質問紙調査を行った。質問紙の作成にあたっては、先行研究をレビューし(平成 24 年度の報告書参照)、先行研究と比較可能な項目を網羅したうえで、独自に作成した項目を含めて作成した。本年度は、質問紙が返送された後にデータ入力を行った。その集計結果と SPSS によるデータ解析の一部について報告する。

質問紙の主な質問項目は、下記の通りである。

- 1) Demographic features
- 2) 震災時とその後の生活状況
- 3) 震災関連の報道映像の視聴内容とその際(当日ないし翌日)の子どもおよび保護者のストレス反応とその持続時間 <※1>
- 4) 映像の視聴に対する親の認識
- 5) 視聴を挟む震災前後(2010 年 3 月～2012 年 12 月)の子どもの発育・通園状況
- 6) 震災の 2 年後の Strength and Difficulties Questionnaire; SDQ 「子どもの強さと困難さアンケート(子どもの情緒や行動の問題)」 <※2>  
下位尺度である 1.情緒の問題、2.行為の問題、3.多動・不注意の問題、4.仲間関係の問題と、その合計である Total Difficulties スコアをアウトカムとする。カットオフとして、厚生労働省の web サイトに記載された Matsuishi et al(2008)の日本における SDQ (保護者評価) 標準値を用いて、3 群に分類した。情緒、行為、仲間関係の問題は、スコア 5-10 点を High Need、4 点を Some Need、0-3 点を Low Need とし、多動・不注意の問題は 7-10 点を High Need、6 点を Some Need、0-5 点を Low Need とした。Total Difficulties スコアは、16-40 点を High Need、13-15 点を Some Need、0-12 点を Low Need とした。
- 7) Social Responsiveness Scale [対人応答性尺度(自閉症的特徴)] (2012 年 1 月末～3 月 31 日：児童部の既存データ)  
自閉症的行動特徴の程度を定量的に測定し、診断カテゴリーによらない ASD 診断群から闕下群までを連続量で捉えることのできる質問紙。「あてはまらない(0 点)」～「ほとんどいつもあてはまる(3 点)」の 4 件法で評価し、SRS 合計得点を算出する。SRS のカットオフについては、男児は、T スコア 78 点以上を ASD-Probable 群、T スコア 51-77 点を ASD-Possible 群、50 点以下を ASD-Unlikely 群とした <※3>。
- 8) 親の現在の精神状態(K6) <※4>  
うつ病・不安障害のスクリーニングのため