

理士によって行われることが多く、不安に対する投薬を行うことができないこともあってか、呼吸法が重視される。投薬に比べると患者が自分で不安をコントロールしている実感が得られるという利点がある。

第2セッションではトラウマ反応についての説明、トラウマ的出来事と、感情への影響、生理学的反応、思考への影響、回避反応との関係を説明する。また、PTSDの診断基準にある、三大症状について解説をし、これらの内容を記したパンフレットを手渡し、宿題の一部として家庭でも復習をさせる。さらにこれらの症状に随伴するその他の精神現象を説明する。恥、怒り、罪責、自己コントロール感の喪失、身体的接触に関心を持てなくなること、などである。

第3セッションでは現実エクスポージャーや、毎日の治療原理の復習、呼吸法の訓練などが順調に行われているかを確認する。特に現実エクスポージャーで、実際に行ってみた時に、当初感じていた不安が軽減されたこと、エクスポージャーによって何ら新たな危険は生じていないことを確認する。この回以降に行われる想像エクスポージャーは、この治療法の核心であり、もっとも患者の負担の大きい部分なので、ここまでの治療が適切に行われていることが重要である。この回で始めて、想像エクスポージャーの説明と導入がある。第1セッションで想像エクスポージャーについて簡単に説明はしてあるのだが、第2セッションでは全く触れていない。この回に詳しい説明をして、ただちに実施することになる。

初回の想像エクスポージャーでは、患者が順調に話すことはまず無い。多くは感情がこみ上げてきて言いよどんだり、話すことを回避したり、あるいは他人事のように淡々と事件の外枠だけを話す、などの反応が見られる。想像エクスポージャーは、患者が体験記憶に感情的に適切に触れながら、体験について話すことを促していく技法である。想像エ

クスポージャーの最中には、治療者は患者と対話をするのではなく、患者が事件記憶を再体験し、それについて話すことを促したり、患者が内診の恐怖に打ち勝って話し続けていることに対する支持的なコメントを挟むが、想起の流れを妨げるようなことは言わない。

その際にも問題となるのは感情的な関与の程度によって新たな回避が生じることである。すなわち、体験当時の感情を強く再体験し、コントロールができなくなるために語ることが妨げられるという

overengagement、また感情を切り離し、体験の表面的な概要だけを他人事のように、一見平静に語り続けるという underengagement である。それらを調整するための手段として、開眼、閉眼や、現在時制、過去時制の使い分けを行ったり、治療原理の再説明を行う。

想像エクスポージャーの最中には治療者は基本的に、通常の方法で行われるような治療的なコメントは発しないが、想像エクスポージャーが終了した後に、体験内容と想像エクスポージャーそれ自体の過程を振り返ってコメントを行う。想像エクスポージャーによって実際に不安が終了した場合、不安が軽減しなかった場合などによって、治療者が与えるべきコメントがプロトコルに定められているが、いずれにしても初回の想像エクスポージャーは患者にとっても大きな体験であり、患者に対して情緒的なサポートを与えることによって、次回以降の想像エクスポージャーの内容を深めていくことが期待される。

中間セッションでは想像エクスポージャーの時間がやや短いがこれは、この回が短いというよりは、初回が不慣れのため、やや長く設定されていたのである。

治療の進展に伴い、ホットスポットと呼ばれる方法が用いられる。これは体験の最も苦痛な場面に焦点を当て、それを繰り返し語らせるという技法である。通常、5分程度の場面

が選ばれることが多い。想像エクスポージャーが次第に体験の核心に焦点を当て、ホットスポットの技法を用いるにつれて、患者は overengagement もしくは underengagement になったり、あるいは治療への懐疑、不信などを示すこともある。また抑えていた感情が治療中に一気にこみ上げ、泣き出したり、感情のコントロールを失いかけることもある。症状面では、侵入症状を始め、一時的に悪化の見られることもある。これらはいわば治療が病理の核心に触れた事による必然的な反応であるが、その後で状態が劇的に改善することが多い。

最終セッションではホットスポットは扱わず、トラウマ体験の全体について再び話をする。また現実エクスポージャーの不安階層表に沿って現実の刺激に対する SUDS レベルを確認し、治療当初からどの程度減少したかを検討する。治療原理を確認し、今後治療から離れても、トラウマ体験についての不安を抱く必要がないことを確認する。

## (2) 対象患者

### 1) 選択基準：

- ・CAPSでPTSDの診断基準を満たし、かつCAPS得点が40点以上
- ・PTSDの罹病期間が6ヶ月以上
- ・外傷体験が対人暴力（性暴力、配偶者間暴力、その他傷害など）
- ・外傷体験が15才以降
- ・性別：女性
- ・年齢 16歳～65歳
- ・通院が可能な圏内に在住している（通院時間90分以内）
- ・自宅にて毎日2時間の課題が可能な者
- ・日本語を母国語とする

### 2) 除外基準：

- ・次の精神疾患が併存している（統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害A群）
- ・緊急に治療を要する精神症状の存在（重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等）
- ・治療に支障のある身体疾患の存

在

- ・てんかん発作の既往があり脳波が正常化していない者
- ・妊娠中
- ・非識字等調査内容や説明における理解が困難なもの
- ・すでにエクスポージャーの要素を含む社会心理療法（EMDRも含む）を受けたことのある者
- ・PTSD診断が有利になるような訴訟の継続中または3ヶ月以内に予定されている者（ただし離婚訴訟・調停は除く）
- ・過去6ヶ月以内の自殺企図または深刻な自傷行為（縫合を必要とする切創、意識を消失する加療服薬、他者を威嚇するためなどの操作的な自傷等）
- ・他の臨床治験に参加中の者
- ・その他、研究責任者、研究分担医師が被験者として不適当と判断した患者（知的能力の低下、意識障害、治療契約の遵守の不良、不安定な家庭環境など）

### (3) 試験の種類・デザイン

評価者に盲検をかけたランダム化比較試験、探索的臨床試験であった。臨床介入が認知行動療法であるため、被験者と治療者に盲検をかけることは不可能。先行研究から $\alpha$ の過誤については有意差を以って棄却できると予想されるが、 $\beta$ の過誤についてはやや不明確さが残るため、探索的臨床試験とした。なお、 $\beta$ の過誤については推定の根拠とすべき臨床研究データが日本に存在しないため、まず各群20例で試験を行った。

### (4) 試験のアウトライン(図1)

休薬期間なし。前観察期間なし。治療期間はPE群、対照群とも3カ月。後観察期間なし。

### (5) 被験者の試験参加予定期間

事前評価、治療、追跡を含め、合計で6ヶ月間。

### (6) 治療法の期間、内容等

PE治療は、Edna Foaのプロトコルに従って、セッション中には想像エクスポージャーを行ない、セッション間には、毎日、セッションのテープを自宅で聞き、現実エクスポー

ジャーの課題を30分行なう。

(7) 併用療法に関する規定

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：トラウ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.

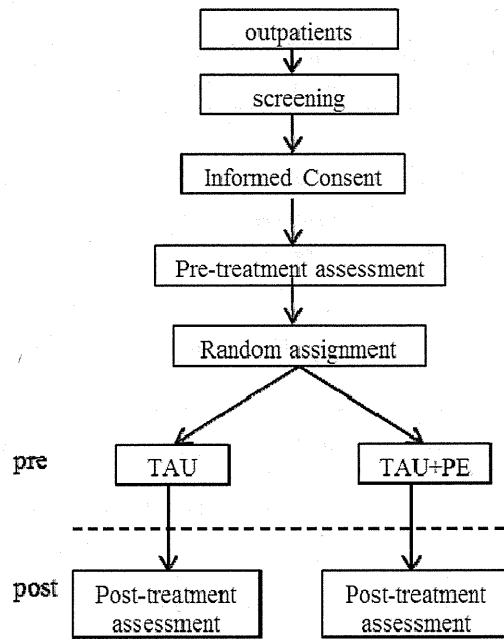


図1. フローチャート

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 <i>d</i>	(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 24 年度～26 年度 分担研究報告書

持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) の普及体制の  
確立に関する研究

分担研究者 金吉晴<sup>1)</sup>、

研究協力者 河瀬さやか<sup>1)2)</sup>、中山未知<sup>1)2)</sup>、大滝涼子<sup>1)</sup>、荒川和歌子<sup>3)</sup>

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) 東京女子医科大学女性生涯健康センター

3) 南平岸内科クリニック

研究要旨

災害時には種々の精神疾患が生じるが、中でもトラウマによる PTSD、またその特殊型としての悲嘆反応が、慢性化しやすく、かつ日常臨床において十分な臨床経験を積むことが困難な病態として重要である。PTSD に対しては薬物を含む治療法のなかでもっとも効果が実証されている持続エクスポージャー療法(PE)を適切に普及することが求められている。この治療法は、PTSD 以外の、複雑性悲嘆に対する認知行動療法の基礎ともなっている。指導者の育成による普及を促進するために、認定 PE 治療者、認定コンサルタント (スーパーバイザー)、認定指導者の各段階の人材を効果的に育成するとともに、こうした人材を活用した研修のあり方について検討した。またスーパーバイズ用のマニュアル資料を翻訳、導入した。

1 はじめに

外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は生死に関わる強い衝撃を受けたことによって恐怖条件付けが形成され、その体験の記憶が心理的外傷 (トラウマ) となって絶えず想起されては当時の恐怖が反復体験され、動悸や筋緊張、

または物音への共学反応を生じるとともに、その恐怖を回避するために記憶内容やそのときの感情、時には今現在の現実感の麻痺が生じている病態。こうした体験の後で PTSD を発症する率は、事故や災害で数%、強姦や戦闘で 60-70%程度である。一時的に PTSD を発症してもその 7 割程度が半年以内



に自然寛解する。したがってこの病態の問題は発症ではなくて慢性化にある。被害者の多くは怒り、恥、罪悪感、信頼感の喪失に悩まされており、家族や友人、職場などの調整が必要なこともある。生命の危険に匹敵するような危険、被害に直面した後、その体験の情動記憶が本人の意思と関係なくフラッシュバック様に想起され、当時と同じ恐怖が再体験されるという現象を中核とし、それに伴って回避麻痺、過覚醒が生じ、これらが1ヶ月以上持続する病態である。

B 診断のためには以下の基準を満たす必要がある。なお昨年 DSM-5 が制定されたが、現在参照すべき臨床研究は DSM-IVTR に基づいているので、その基準を踏まえて記載をする。

1 事故、犯罪、性暴力、虐待、災害など、大多数の者が死を確信するような出来事を体験または目撃した後で症状が見られていること。

2 以下の症状のすべてが一ヶ月以上続いていること

a 侵入症状；体験内容が、当時と同じ苦痛な感情や次項に示す身体の反応を伴って本人の意図に反して想起される。

b 過覚醒症状 動悸、驚愕、発汗、筋緊張、苛立ち、不眠。

c 回避・麻痺症状 体験を連想させる刺激や場面を避ける。またトラウマとなった体験の一部が想起できず、感情が麻痺していると感じる。

2 持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) は、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、PTSD

に対する治療として高く評価されている。国際トラウマティックストレス学会による治療ガイドライン、米国精神医学会によるエキスパートコンセンサス・ガイドラインを始め、PTSD に対する治療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) による薬物療法と並んで、第一選択にあげられているなど、もっとも良く研究され、一貫して効果が実証されてきた技法である。また米国学術会議報告書によって、PTSD に関するあらゆる薬物療法、心理療法の中で唯一十分なエビデンスがあると認められた治療法でもある。

この治療は、恐怖はひとつの認知構造として記憶の中に表現されるのであり、それは危険を回避する“プログラム”だという情動処理理論に基づき、その回避を無効化することと、回避に伴って生じる、あるいは回避を強化している認知的偏りを修正するという治療方法である。恐怖記憶についての基礎理論との整合性も高く、治療機序が明確であり、そのために治療の fidelity を均一に保ちやすい。

この治療法を習得するためには、開発者の Foa の主催する、あるいは公認された、4 日間のワークショップに参加し、その後 2 症例についてスーパーバイズを受けることで、まずは認定 PE 治療者となる。その後、数例の治療経験を積んだ後、5 日間のスーパーバイザー育成のためのワークショップに参加し、認定コンサルタント（スーパーバイザー）となる。その後、更に研鑽を積み、後任ワークショップのアシスタントなどを務めた後、指導者育成のためのワークショップに参加することによって、4 日間

ワークショップを開催する資格を得、認定指導者となる。

阪神淡路大震災(1995)以降、今般の東日本大震災以降、PTSD 治療への関心は増大しており、米国で PTSD に関して保健認可を受けている paroxetine が日本でも効能追加が認められた。しかしながら、PE の普及が遅れている。

そこで本研究班では、以下の活動を通じて PE の効果的普及の feasibility を検討した。

- ① Foa 教授の下に臨床家を派遣して指導者資格を取得させ、日本での普及、指導体制の促進の有効性を検討する。
- ② スカイクを利用し、同意の得られた患者について Foa 教授のスタッフから直接スーパーバイズを受ける。
- ③ 日本でのワークショップの参加者を対象として、まだ PE に踏み切ることが出来ないもの数名を参加させる症例検討会を開催する。

## 2 検討結果

Foa 教授の教室には合計 4 名の臨床家を 3 週間派遣したが、きわめて有効な研修効果を得ることが出来た。その内容は必ずしも数値化されていないが、本人たちの効力感、知識、スキル増大の感覚と、指導をした Foa 教授のスタッフによる評価による判断である。従来筆者らは不定期の助言、訪問によって指導を受け、近年になってスカイクによるセッション毎のスーパーバイズも受けようになったが、そうした体験から得られた研修効果と比較して、PE の背景にある様々な臨床的基礎、研究体制、評価方法、などについて自信を深めることが出来たこ

とは大きな収穫であった。

次にスカイクを用いたセッション毎のスーパーバイズであるが、少なくとも②症例についてセッション毎のスーパーバイズを受けることは PE 臨床家になるための必須条件である。しかし従来、日本ではスーパーバイザーがいないため、この指導を受けることが困難であったが、近年、スカイク等の媒体による遠隔通信が可能となり、この形式の指導を受けることが出来るようになった。Foa 教授のスタッフからの直接指導を受けることが出来るのは英語に堪能な治療者、あるいはそうした治療者による通訳補助が可能な場合に限られるが、それ以外の場合には上記で育成された指導者が日本国内でスカイクを通じてもしくは直接に指導を行うことによって、米国において求められているのと同等の指導を行うことが可能となった。この点は、内容と言うよりも制度的な大きな進歩であると考えられる。

上記の指導方法は、実際に PE を実施していることが条件となっているが、現実には身近に指導者がいない場合には PE に踏み切ることが出来ない場合も多い。そのような臨床家の関心とスキルの維持と向上のために、スカイクを用いた集団での事例検討会を開催しており、これによって意欲を均一に保つことが可能となった。また実際に PE を実施している臨床家同士が、スーパーバイズとは別に症例を提出し合い、相互研鑽するという形式も定着している。

### 資料作成

今後のスーパーバイズ、指導を円滑に進めるためには指導者用の資料を用いることが不可欠である。その一部を翻訳し、資料

として添付した。

### 3 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 (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 24 年度～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 大沼麻実 1)、大滝涼子 1)、井筒節 3)、堤敦朗 4)

菊池美名子 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) 世界銀行東京開発ラーニングセンター
- 4) 国際連合大学グローバルヘルス研究所

研究要旨

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。その後、PFA 一日研修や講義が各地で 65 回開催され、指導者研修が 3 回行われた。更なる指導者要員が確保されたとともに、今後は国内のトレーナーによる指導者研修を開催することが可能となった。今年度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、研修の有効性が認められた。

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

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ひ、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、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、実際的な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

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。

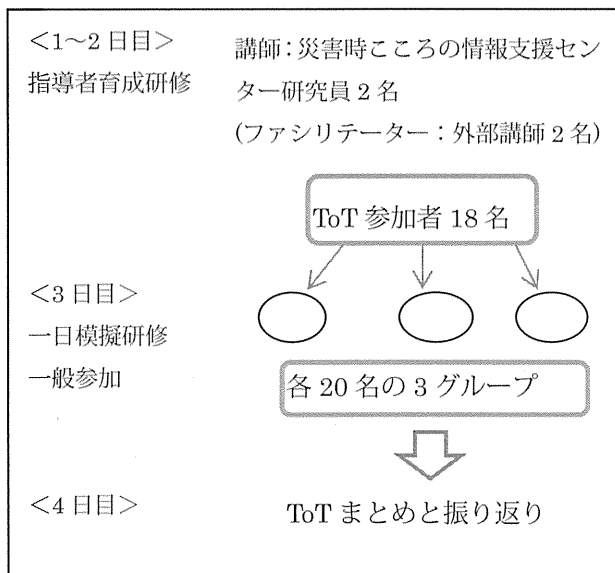
平成 26 年 4 月から平成 27 年 3 月までに行われた研修・講義は、36 回 (指導者育成研修 2 回を含む) に及び、教育機関、医療機関、行政機関、自衛隊や外務省等を含む各種機関で実施された。災害派遣医療チームの DMAT、災害派遣精神医療チームの DPAT、消防局、警察庁、および昨年度からの外務省など実施の幅が広がっているほか、国立精神・神経医療研究センターが主催となりジャーナリスト向けにも研修会を実施した。(表 1)

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 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事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、主催者の了解を得た上で、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)

回収が可能であった質問紙調査の結果を報告する。質問紙の一頁目の、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。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。

#### F. 研修の成果と国内における普及

PFA は、専門家のみが習得すべき介入法ではなく、支援に関わる者であれば誰でも身につけておくべき知識とスキルであることから、幅広い層に受け入れられ、各種団体から研修の要望が増加した。

PFA 研修の特徴は、危機的状況を想定したシミュレーションやロールプレイ、エクササイズが豊富に取り入れられている点であり、各研修において講師はこの点を重視した。今年度開催した全研修の中には、5~6 時間かけて濃密な演習を行う一日研修と、短時間で基礎的な知識を身につける講義と、両者が実施されたが、そのような時間的制約がある場合にも、講師は参加者の関心やニーズに対応し、それぞれの研修に応じてカスタマイズした。たとえ短時間の講義でも、講師によるロールプレイのデモンストレーションや、小規模なディスカッション、シミュレーションやロールプレイの動画を用いて講義する等の工夫がなされた。その結果として、どの研修においても、事前事後の質問紙の評価を比べると、研修後には、参加者の自己評価、災害支援の知識は向上したと言える。

また、4 日間に渡る指導者研修に関しては、講義、演習を受けるのみでなく、参加者が実際に講師となる模擬授業が取り入れられた点が効果的であると考えられる。これは、指導者研修参加者が講義から知識を習得するだけでなく、自らその知識をかみ砕いて理解し他者に教えることで、より理解を深め、指導者としての経験と自信を持って今後の研修に臨むことができるからである。また、指導者研修では、グループワークやディスカッションが豊富に取り入れられるため、参加者間の交流が深まり、今後の普及にも協力的な各種機関間の全国に広がるネットワークが生まれた。このような指導者研修システムを取り入れたことは、研修の有効性をさらに高めたと

言える。

さらに、今後国内における PFA 指導者の育成を行って行くにあたっては、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も可能となった。

今後は、研修を終了し指導者となった者のフォローアップや、異なる規模の研修や講義をどのように展開していくか、より安全で有効なシステムの構築に向けて取り組む必要がある。指導者によって研修内容や演習に異なりが出ることを避け、研修のクオリティーをコントロールしていくことも今後の課題であると言える。

#### 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. 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>
2. Bisson JI, Lewis C (2009). Systematic Review of Psychological First Aid. Commissioned by the World Health Organization.
3. 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)
4. 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)

5. 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>
  6. 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)
  7. 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)
  8. 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0) 2012年10月～2013年1月末までに実施した研修

	1	2	3	4	5	6	7	8
研修・主催	厚労省	DMAT	浜松市精神保健福祉センター	JANIC	在東南アジア邦人精神保健専門家連携会議	国立医療科学学院	埼玉県臨床心理士会	桜美林大臨床心理センター
日時	2012.10.17	2012.12	2012.12.11	2012.12.20	2013.1.26	2013.2.1	2013.3.3	2013.3.16
場所	霞が関		浜松市	飯田橋	シンガポール	和光市	埼玉県	桜美林大学
参加者(対象、人数)	厚労省医官(約20名)		市民ボランティアや対人援助職	NGO職員(約20名)	医師、心理士、看護師、教育関係者(27名)	地域保健所長、保健士(22名)	臨床心理士(50名)	
研修の種類	1時間講義	講義	30分講義	1時間講義	3時間研修	1日研修	1日研修	2時間公開講座

9	10	11	12	13	14	15	16	17
日本赤十字京都支部	東京大学医学部健康総合科学科	学習院大学	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科看護学専攻	東北みらい創りサマースクール	ジャムズネット・アジア	自衛隊合同訓練	徳島県保健福祉部医療健康総局	横浜国立大学
2013.4.19	2013.5.9-10	2013.6.4&6.11	2013.7.22-23	2013.8.10	2013.8.25	2013.8.29	2013.9.20	2013.9.24-26
京都	東京大学	学習院大学	東京医科歯科大学	岩手	タイ・バンコク	朝霞駐屯地(和光)	徳島県	横浜国立大学
日本赤十字社京都支部員(119名)	看護学部4年生	学部生(ボランティア論を学ぶ大学生120-140名)	看護学部(27x2=54名)	保健師、教員、大学教授、大学院生(20名)	ジャムズネット会員、教員、企業関係者、大使館員(33名)	全国の陸・海・空自衛隊に所属している臨床心理士(100名程度)	臨床心理士(32名程度)	学部生・大学院生(22名)
2時間講義	6時間(2日にわけて)	3時間(2日にわけて)	6時間	2時間30分	6時間	6時間	6時間	犯罪臨床心理学講義内にて説明

18	19	20	21	22	23	24	25
さいたま市こころの健康センター	福島臨床心理士会	外務省	外務省	岩手大学	沖縄県精神保健福祉センター	立正大学	NPO Green Project(国土館大学)
2013.10.29	2013.11.3	2013.11.13	2013.11.20	2013.11.30	2013.12.5	2013.12.8	2013.12.8
さいたま市	福島	外務省	外務省	岩手	沖縄	立正大学	国土館大学
臨床心理士(20名程度)	臨床心理士(19名程度)	領事、事務官(18名)	課長、課長補佐、事務官(18名)	大学生	県内精神科病院に勤務する医師、看護師、(臨床)心理士、精神保健福祉士等(30名)	大学生	大学生・留学生(21名)
6時間	5時間30分	4時間	4時間	3時間15分	5時間	3時間	6時間30分

26	27	28	29	30	31
指導者研修	指導者研修の際の模擬研修	香川大学院	日本産業カウンセラー協会	川崎市精神保健福祉センター	国立保健医療科学院
2013.12.9-12	2013.12.11	2014.1.11	2014.1.11	2014.1.24	2014.1.31
アルカディア市ヶ谷	アルカディア市ヶ谷	香川	名古屋	川崎市	国立保健医療科学院
各分野専門職(DMAT、自衛隊、自治体職員、大学教授員含む)20名	専門職、支援者 57名	大学院生(40名程度)	自治体、関係団体、ボランティア団体、教育機関、経済団体、企業、一般市民の方々(141名)	区役所保健福祉センター(保健所)精神保健担当(26名)	13名
4日間	6時間	6時間	2時間講義	3時間半	2時間

(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(国士舘大学)	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係る職員	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)