

心的トラウマ研究

第11号 平成27年11月

巻 頭 言 加藤 寛

[研究論文]

- 日本語版 UPID-5 の信頼性と妥当性に関する研究 高田 紗英子 1
- 民間事業所におけるパワーハラスメント（職場いじめ）被害の実態
 －性別におけるいじめ行為と精神健康度の比較－ 山本 沙弥香 9

[資料論文]

- 裁判員裁判におけるストレス因とその対策 大澤 智子 19

[総説]

- 自殺未遂者の家族支援に関する文献レビュー 赤澤 正人 27

[実践報告]

- 国際精神保健の潮流
 －国際協力機構四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクトの事例研究を通して
 田中 英三郎 35
- 「ひょうご DPAT 活動マニュアル」作成への取り組み 福井 貴子 43

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

心的トラウマ研究

第11号 平成27年11月

兵庫県こころのケアセンター研究紀要

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

巻頭言

以前、仙台で開かれたシンポジウムで、被災市町村職員のメンタルヘルスの問題が、話題になったことがある。シンポジウムには、原発事故のため役所を他の地域に移さなければならなかった、福島県内の自治体職員の方が招かれていた。故郷と我が家を捨てなければならなかった喪失感、すべての住民を助けられなかった後悔、転々と避難先を変えなければならなかった疲弊、などを声を詰まらせながら語っていた。その彼を最も苦しめたのは、誰からも労われず、責められ続けたことだったという。ともに避難所に寝泊まりしていた町民からは責め立てられ、移った先ではその地域の住民からの苦情に神経をすり減らし、早朝から深夜まで働き続けなければならず、心身ともに限界を超えた状態がずっと続いているとの、痛切な話を聞いた。福島県立医大の前田教授は、避難を強いられた自治体職員を対象として面接調査を行っている。それによると、実に2割の職員が重症のうつ病との診断が可能で、その半数は自殺を考えているほどの危機的状況だったという。

加害者のいる犯罪や人為災害と異なり、自然災害の被災者が抱く怒りは、どこに向ければいいのか明確でない。あらゆる怒りの矛先にされてしまいがちなのが、行政職員である。阪神・淡路大震災の際、こころのケアチームの活動拠点が置いてあった、神戸市内のある区役所に数日いたことがある。窓口には、さまざまな苦情を言いに来る被災者がひっきりなしに訪れ、怒号が飛び交っていた。災害直後の混乱期だけでなく、復興期に入っても仮設住宅入居や地域の再建計画などを巡って、住民から責められ続ける日々が続き、多くの職員たちは疲弊していった。そして震災から1年後に、神戸市の助役が自殺するという悲劇が起こった。当時の新聞を見ると、彼は熱意にあふれた行政マンで、助役になってからも厭うことなく住民のもとに足を運ぶ人だったという。焼身自殺という方法で何をアピールしたかったのか知る由もないが、まるでブラックボックスに落ちたように自らの命を絶ってしまったのだった。

阪神・淡路大震災以後の災害では、消防士や自衛隊員などの災害救援者が経験する惨事ストレスへの関心と対策は飛躍的に進んだ。一方で、長く復興に携わる行政職員の心理的疲弊には、あまり目が向けられることはなかった。東日本大震災では、多くの自治体職員が亡くなったこともあって、彼らへの支援の必要性についてもようやく正当な関心が払われている。彼らの健康を守ることは重要で、そのことが復興を進め、被災者の利益になるのである。

兵庫県こころのケアセンター センター長 加藤 寛

日本語版 UPID-5 の信頼性と妥当性に関する研究



高田紗英子¹⁾, 山本沙弥香¹⁾, 亀岡智美¹⁾,
加藤 寛¹⁾, 浅野恭子²⁾, 島 ゆみ²⁾

1) 兵庫県こころのケアセンター、2) 大阪府中央子ども家庭センター

本研究は、A 県下の子ども家庭センターが実施したアセスメントで得られた 80 名中、PTSD の A 基準を満たしていた 75 名（男児：女児 = 36:44 年齢 = 12.40 ± 2.63 ）を対象に DSM-5 版 UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックス（UPID-5）を実施し、内的整合性の検討を行ったほか、子どものうつ状態を測る尺度である DSRS-C と子どものトラウマ症状を測る尺度である TSCC-A を用いて、変数間の関連性の検討および収束的妥当性の検討を行った。

結果、UPID-5 全体の内的整合性は $\alpha = .85$ と十分な値を示していた。また、妥当性に関しては TSCC-A の下位尺度と中程度の相関が認められた。本調査の課題として、データ数の少なさが挙げられるが、日本語で利用できる子どものトラウマ関連障害の評価尺度としては汎用性が高いと思われる UPID-5 の標準化への土台作りが可能となったと考えられた。

Key words：UCLA 外傷後ストレス障害インデックス 児童 青年 ト라우マアセスメント

I. はじめに

筆者らは一昨年度、児童・青年のトラウマ体験とトラウマ症状の重症度を評価する DSM-IV 版 UCLA 外傷後ストレス障害インデックス（UPID-IV）の信頼性の検証を行った⁽¹⁾。当時、当センター附属診療所を受診した 13 名の児童青年および A 県下の児童養護施設と情緒障害児短期治療施設に入所中の児童青年 22 名に対して調査を実施した結果、35 名中 29 名が何らかの外傷体験への遭遇があり、PTSD の A 基準を満たしていたことが分かった（男児：女児 = 14:15 年齢 = 13.1 ± 3.22 ）。また、UPID-IV の 17 項目に対し、内的整合性の信頼係数である Cronbach の α 係数を算出したところ、全体で $\alpha = 0.91$ という結果が得られ、下位尺度では、再体験： $\alpha = 0.90$ 、回避： $\alpha = 0.83$ 、過覚醒： $\alpha = 0.87$ といずれも高い内的整合性が示された。また 2 週間間隔をあけて 18 名を対象として再テスト法を実施した結果、再検査法による相関係数は $r = 0.76$ ($p < 0.01$) であり、結果

の安定性が見出された。また、調査開始当初に懸念されていた対象児童への影響についても、UPID-IV はその使用にいかなる危険性もなく、対象者数の少なさなどの限界はあったものの、我が国においても欧米同様に、PTSD 症状のスクリーニングツールとして十分有用であることが明らかになった。

しかし、診断基準である DSM が新たなバージョンになり、本国であるアメリカでも PTSD の診断基準に若干の変更があり、UPID-IV にもそれに準拠しての改訂があったため、DSM-5 版 UCLA 心的外傷後ストレス障害インデックス（UPID-5）を翻訳し、A 県下の子ども家庭センターの協力のもと、さらに対象者数を増やし、実証的な研究を行った。

II. 対象と方法

II-1. 対象者

A 県下の子ども家庭センターに来所、もしくは一時保護された 7～18 歳の児童青年であり、

分析対象数は75名であった。

II-2. 方法

- ・アセスメント項目：通常のアセスメントの一貫として行われるため、WISC-IVなどの知能検査に加え、本研究の調査項目であるUPID-5、DSRS-C、TSCC-Aを使用した。
- ・アセスメント時の配慮：専門職である児童心理司のもと、子どもの状態を考慮し、任意性の確保、相談体制の充実など十分な配慮が行われた。

(倫理面への配慮)

本研究は、A県下の子ども家庭センターが実施したアセスメントで得られた、匿名化されたデータを、許諾を得て用いている。厚生労働省が平成14年に策定した、疫学研究における倫理指針の第4節「個人情報の保護」における規定「他の機関等の資料の利用」に該当するため、同意を得る手続き、有害事象への対応などの倫理的配慮については、研究者に責任は生じない。

データの取り扱いには厳重に注意し、パスワードで保護された外付けハードディスクに保存し、ハードディスクはセンター長室内の施錠できる場所で保管する。データを扱う研究者は、申請者と共同研究者のみである。

II-3. 使用尺度

①DSM-5版UCLA心的外傷後ストレス障害インデックス(UPID-5)

UPIDはChild PTSD Reaction Index (CPTSD-RI)を改訂した形でPynoosら(1998)によって開発されたものであり⁽²⁾、原著者の許可および監修を得て日本語版が当センターで作成された。

UPID-5は、トラウマ体験に関するスクリーニングとDSM-5におけるPTSD症状のアセスメントのための自記式質問紙であり、6歳以上の子どもに適用されるものである。

UPID-5は3部構成になっており、まず、【臨床家が管理するトラウマ歴プロフィール】で、子どもからの報告に加え、両親および養育者や他の適切な第三者から情報を得て、子どもが体験したトラウマの詳細(内容や年齢)と体験の仕方(実際に被害を受けたか、目撃したか、伝聞によるものか)を確認する。

次いで、【トラウマ歴の自己報告】では、子どもに対してこれまで重篤なケガをしたり、危険な目にあったことはないかを尋ね、あると答えた場合にはその概要を聴取する。次いで、「自動車事故や転落事故など、ひどい事故にあったことがありますか？」や、「家の中でひどくたたかれたり、なぐられたり、けられたりしたことがありますか？」など、単回性・反復性双方の被害体験の有無について尋ね、最後に「今、一番つらいと思う出来事」を子どもに選択してもらい、その出来事を体験した年齢を聴取する。

最後のパートでは、過去1ヶ月の間に、DSM-5に基づくPTSD診断基準に該当する反応がどのくらいの頻度で起こっているかを尋ねるUPIDでは、PTSD症状の重症度を出すほか、ひとつ以上の外傷体験があり、かつDSM-5のPTSD診断基準に沿って症状が認められる場合には、医学的な診断ではないものの、子どもの状態を臨床判断することが可能である。

②バールソン児童用抑うつ性尺度(DSRS-C)

DSRS-Cは児童を対象にしたうつ病のスクリーニングテストである。本質問紙は18項目の質問項目からなっており、小学生低学年にも適用可能である。「泣きたいような気がする」や「ひとりぼっちの気がする」といった最近1週間の気持ちについて、「いつもそうだ」「ときどきそうだ」「そんなことはない」の3段階で自己評価するもので、カットオフは16点となっている。

③子ども用トラウマ症状チェックリスト(TSCC-A)

TSCC は、Briere (1996) ⁽³⁾ によって作成された、8 歳から 16 歳の子どもの対象とした自記式質問紙であり、トラウマ体験の後に生じる反応や心理的症状の評価を目的としたものである。本研究で使用する TSCC-A は性的葛藤や性的刺激に対する否定的反応および性的搾取への恐れを評価する尺度を含まないバージョンである。TSCC-A は日本語版での標準化もなされており、T 値が 65 以上である場合にはその子どもの症状得点が「臨床域」であり、何らかの専門的かつ臨床的支援の必要性を示唆するものとしている。また、T 値が 60 から 65 の範囲を「準臨床域」としており、その尺度に関連した症状が子どもに何らかの困難性を与えている可能性があり、経過観察等の注意が必要であることを示している ⁽⁴⁾。

II - 5. 分析方法

80 名中、PTSD の A 基準を満たしていた 75 名（男児：女児 = 36:44 年齢 = 12.40 ± 2.63）を対象に SPSS22.0 および R ver.3.1.0 を用いて Cronbach の α 係数の算出による内的整合性の検討を行ったほか、DSRS-C と TSCC-A を用いて、変数間の関連性の検討および収束的妥当性の検討を行った。

III. 結果

III - 1. 調査対象となった子どもの属性

トラウマ体験のあると報告した子どもは 75

人（年齢 = 12.60 ± 2.57）であり、トラウマ体験がないと報告した子どもは 5 名（年齢 = 10.00 ± 2.55）だった。トラウマ体験の内訳は自然災害；3 名（年齢 = 14.33 ± 4.72）、事故；8 名（年齢 = 11.00 ± 2.14）、身体虐待；29 名（年齢 = 12.48 ± 2.43）、DV 目撃；11 名（年齢 = 13.18 ± 2.04）、犯罪被害；1 名（年齢 = 8）、犯罪の目撃；1 名（年齢 = 17）、死体の目撃；2 名（年齢 = 8）、性的虐待；2 名（年齢 = 12.50 ± 2.12）、身近な人の深刻なケガや死別の伝聞、目撃；1 名（年齢 = 13）、医療トラウマ；1 名（年齢 = 12）、性交渉の強要；3 名（年齢 = 14.667 ± 1.15）、死別；10 名（年齢 = 13.60 ± 3.69）、その他；3 名（年齢 = 12.00 ± 2.00）であった。

III - 2. UPID-5 の信頼性の検証

UPID-5 の内的整合性を検討するため、UPID-5 の B 症状の合計得点、C 症状の合計得点、D 症状の合計得点、E 症状の合計得点を用いて Cronbach の α 係数を算出した（表 1）。

全体では $\alpha = .85$ であり、尺度に十分な内的整合性が認められた。症状ごとの得点を除外した場合の α 係数を算出したところ、B 症状は $\alpha = .77$ 、C 症状は $\alpha = .89$ 、D 症状は $\alpha = .72$ 、E 症状では $\alpha = .80$ だった。C 症状を除外した場合の α 係数が全体の係数が高くなっており、UPID-5 における C 症状の評価尺度の信頼性が疑われる。そのため、UPID-5 の各下位尺度の相関係数を算出した（表 2）。

表 1 UPID 尺度の症状得点に関する α 係数

α 係数	標準化した α 係数	信頼区間 95%		その項目が除外された場合の α 係数			
		下限値	上限値	B 症状得点	C 症状得点	D 症状得点	E 症状得点
.85	.87	.71	.99	.77	.89	.72	.80

表2 UPID-5の各症状の相関係数

	1.	2.	3.	4.
1. UPID B 症状合計得点	—			
2. UPID C 症状合計得点	.49 **	—		
3. UPID D 症状合計得点	.85 **	.55 **	—	
4. UPID E 症状合計得点	.62 **	.51 **	.75 **	—

* $p < .05$, ** $p < .01$

C 症状得点と B 症状および D 症状、E 症状得点間で有意に高い相関係数が確認された（順に $r = .49$; $r = .55$; $r = .51$ ）。そのため、C 症状の項目が一概に UPID-5 の適さない項目とは考えられないと判断された

III-3. UPID-5 と TSCC-A との関連性の検討

UPID-5 における症状の判断基準を検討するために、UPID 下位尺度の合計得点（以下、UPID 症状合計得点）と TSCC-A 下位尺度得点の相関係数、UPID 尺度における各症状の有無（以下、UPID 判断基準）と TSCC-A との相関係数を算出した。その結果を表3・4に示す。なお、UPID 症状合計得点との相関には

Person の相関係数を、判断基準との相関には Polyserial の相関係数を示している。

UPID 症状合計得点と TSCC-A 下位尺度得点の相関行列において、B 症状得点および D 症状得点、E 症状得点と TSCC-A 下位尺度でも、全ての尺度間で有意な中程度の相関が認められた（B 症状から順に $r = .56$ から $.72$, $p < .01$; $r = .57$ から $.69$, $p < .01$; $r = .51$ から $.58$, $p < .01$ ）。C 症状の評価尺度において TSCC-A 下位尺度の“不安”、“PTSD”、“解離”に有意な中程度の相関が確認された（順に、 $r = .29$, $p < .05$, $r = .33$, $p < .05$, $r = .31$, $p < .05$ ）。この結果から、UPID 症状合計得点が TSCC-A 尺度得点と十分な関連があることがわかる。

表3 UPID 下位尺度得点と TSCC 下位尺度得点の相関行列

	TSCC-ANX	TSCC-DEP	TSCC-ANG	TSCC-PTS	TSCC-DIS-O	TSCC-DIS-F
UPID B症状得点	.67 **	.67 **	.56 **	.72 **	.63 **	.41 **
UPID C症状得点	.29 *	.22 ns.	.15 ns.	.33 *	.30 *	.24 ns.
UPID D症状得点	.64 **	.69 **	.57 **	.67 **	.65 **	.45 **
UPID E症状得点	.57 **	.58 **	.51 **	.53 **	.55 **	.43 **

* $p < .05$, ** $p < .01$

表4 UPID 判断基準と TSCC 下位尺度得点の相関行列

	TSCCanx	TSCCdep	TSCCang	TSCCpts	TSCCdisO	TSCCdisF
1つ以上のB症状	.51 **	.56 **	.46 ns.	.63 ns.	.55 ns.	.43 *
1つ以上のC症状	.29 *	.23 *	.28 ns.	.35 ns.	.38 ns.	.34 ns.
2つ以上のD症状	.55 *	.58 **	.52 ns.	.59 ns.	.62 ns.	.68 ns.
2つ以上のE症状	.56 ns.	.57 *	.60 ns.	.54 ns.	.62 ns.	.69 *
1ヵ月以上の持続	.38 ns.	.57 *	.42 ns.	.28 ns.	.71 ns.	.32 ns.
苦痛・機能障害	.51 *	.56 *	.48 ns.	.43 ns.	.49 ns.	.43 *
解離型の有無	.60 *	.48 *	.48 ns.	.70 ns.	.70 ns.	.73 ns.

* $p < .05$, ** $p < .01$

次いで、UPID 判断基準（B から C 症状）と TSCC-A 下位尺度得点との相関において、B 症状の有無と TSCC 下位尺度の“不安”、“抑うつ”、“解離（ファンタジー）”との間に有意な相関が認められた（順に、 $r = .51, p < .01, r = .56, p < .01, r = .43, p < .05$ ）。C 症状の有無については“不安”、“抑うつ”との間に有意な相関が認められ（順に、 $r = .29, p < .05, r = .23, p < .05$ ）、D 症状の有無も同様だった（順に、 $r = .55, p < .05, r = .58, p < .01$ ）。E 症状に関しては“抑うつ”と“解離（ファンタジー）”と有意な相関が認められた（順に、 $r = .56, p < .01, r = .69, p < .05$ ）。この結果から、UPID 判断基準は TSCC-A 下位尺度との関連があまり確認できず、UPID 症状合計得点の方がよく関連していると考えられる。

しかしながら、UPID 症状合計得点と TSCC-A 尺度得点の相関係数と UPID 判断基準と TSCC-A 尺度得点の相関係数の差を確認すると、“解離（ファンタジー）”以外では相関係数の差は -.16 から .09 程度であった。

IV. 考察とまとめ

本研究は、Pynoos ら（1998）が開発し、当センターで筆者らが翻訳した UCLA PTSD インデックス DSM-5 版の日本語版について、信頼性および妥当性の検討を行ったものである。

UPID-5 全体の内的整合性は $\alpha = .85$ と十分な値を示していた。また、昨年度の UPID-IV が再検査信頼性を有しており、UPID-5 も同様の基準から作成されていることから、UPID-5 も同様に再検査信頼性も有していることが示唆される。B 症状、D 症状、E 症状の評価尺度はその項目を除外することによって α 係数が低下し、3 つの症状評価尺度は UPID-5 の指標に整合していた。また、B 症状と D 症状、D 症状と E 症状の相関係数が高く、B 症状と D 症状の相関係数が他 2 つの相関係数より低かったことから、

侵入症状によって認知、気分に影響を与え、覚醒および反応性に至る構造と考えられる。妥当性に関しては DSRS-C と TSCC-A の下位尺度と高い相関が認められており、B 症状、D 症状、E 症状の評価尺度は十分な妥当性を有している。特に、B 症状の評価尺度が TSCC-A の心的外傷後ストレス尺度の相関係数が比較的高かったことから、侵入症状を抽出している。D 症状、E 症状は TSCC-A の各下位尺度と安定して高い相関係数となっており、D 症状の評価尺度は PTSD 症状の認知や気分の陰性症状の側面を包括的に抽出し、E 症状の評価尺度も覚醒度、反応性の側面を包括的に抽出しているといえよう。

C 症状の評価尺度を除外した場合の α 係数が高くなっており、UPID-5 の評価尺度内で整合していない可能性があった。しかし、変化が .02 と小さな値であったこと、相関分析において、その他の症状の評価尺度とおおよそ高い相関が確認されたことから、UPID-5 から除外する必要性はないと判断した。TSCC-A の下位尺度との相関分析では全体的に低い相関係数であり、一見妥当性を疑わせるものであった。しかし、DSM-5 では“心的外傷的出来事に関連する刺激の持続的回避”であり、意図的な回避する努力と変更されており、UPID-5 でも UPID-IV から全般的反応の麻痺に関する項目が除外され、より出来事に関連する刺激の意図的な回避行動に特化した項目である。これらを考慮すると、C 症状評価尺度が抑うつや怒りと関連しないことは、回避行動を抽出している妥当性を支持するものといえる。

また、相関分析の結果から、UPID 症状合計得点は TSCC-A 尺度得点と多くの関連性が確認された。一方、UPID 判断基準に関しては TSCC-A 尺度の“不安”、“抑うつ”、“解離（ファンタジー）”との関連が確認されたが、その他の尺度との有意な関連が確認できなかった。これらのことから、UPID 症状合計得点の

方がUPID尺度の判断基準よりもPTSD症状を反映しており、UPID尺度の判断基準がPTSD症状を適切に評価しているといえる結果ではなかったといえる。一方、TSCC-A尺度得点とUPID症状合計得点、UPID判断基準の相関係数に大きな差が確認されなかった。UPID-5の症状は、症状スコアの加算および、特定の質問項目間では最も得点の高かった項目を選択することで評定を行う。このような処理を行った上でTSCC-A尺度との相関係数に大きな変化がなかったことは大きな意味を持つのではないかと考えられる。得点を単純に加算して判断する場合、十分に症状を呈してなくとも、全体的に症状の様相を示すと症状ありと誤って判断される。また、一部だけ強く症状を呈している場合には症状なし、もしくは別の疾患として誤って判断される場合が考えられる。しかし、本尺度のように高い得点から選択して判断する場合、一部だけ症状を示している場合を見落とさずに済む。また十分な経験を必要とするが、その判断基準に該当する内容によってはおおよその見当をつけることができ、そこから除外された項目の尺度得点の高低によって他の症状を想定することも可能であろう。これらは尺度の可能性と今後の研究課題といえる。

本研究で十分な結果が示せなかった可能性として、データ数が少なかったことが考えられる。量的変数間での相関分析では十分に有意な関連が確認できたが、質的、量的変数間では相関係数に大きな変化がなかったにもかかわらず、有意な関連性が確認できなかった。また、本調査は対象が限定的であったため、次年度以降はデータ数のさらなる拡充と、対象の幅を広げることを課題とし、データを集積した上でUPID-5の標準化を目指したいと考える。

謝辞

本調査の趣旨を理解いただき、協力してくださった皆さまに、深く感謝いたします。また、研究を進める上で、ご助言頂きました皆さま、ご協力して頂きました皆さまにも、心からお礼申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 藤森紗英子：日本語版UPIDの信頼性に関する予備的研究
- 2) Steinberg, A., Brymer, M., Kim, S., Briggs, E.C., Ippen, C.G., Ostrowski, S.A., Guly K.J., Pynoos, R.S. : Psychometric Properties of the UCLA PTSD Reaction Index: Part 1. Journal of Traumatic Stress. 26, 1-9, 2013.
- 3) Briere, J. : Trauma Symptom Checklist for Children. Psychological Assessment Resources. Florida. 1996. (西澤 哲 訳：子ども用トラウマ症状チェックリスト(TSCC). 金剛出版. 2009) .
- 4) 西澤 哲・山本知加香：日本版TSCC(子ども用トラウマ症状チェックリスト)の手引き その基礎と臨床. 金剛出版. 2009.

Title: Validity and Reliability of the Japanese version of UCLA PTSD Index for DSM-5

Saeko TAKADA¹⁾, Sayaka YAMAMOTO¹⁾, Satomi KAMEOKA¹⁾, Hiroshi KATO¹⁾,
Kyoko ASANO²⁾, Yumi SHIMA²⁾

1) Hyogo Institute for Traumatic Stress, 2) Osaka Prefectural Child Guidance Center

The aim of this study was to evaluate the validity and reliability of the Japanese version of UCLA PTSD Index for DSM-5 among a sample of Japanese children and adolescents. The translation of the original UCLA PTSD Index for DSM-5 into Japanese was achieved according to the developers. Data were derived from a sample of Japanese children and adolescents who had traumatic experience, the age of 7 and 18 years (n=75). The Japanese version of UCLA PTSD Index for DSM-5 showed good reliability (Cronbach's $\alpha=.85$). The Convergent validity was assessed through Pearson correlations with Depression Self-Rating Scale for Children and Trauma Symptom Checklist for Children. Also we found that UCLA PTSD Index for DSM-5 was moderately correlated with Trauma Symptom Checklist for Children. Results suggest that the Japanese version of UCLA PTSD Index for DSM-5 will be a reliable and valid screening tool for youth who suffer traumatic symptoms.

Key Words : UCLA PTSD Index for DSM-5, Children, Adolescents, Trauma Assessment

民間事業所におけるパワーハラスメント (職場いじめ) 被害の実態



－性別におけるいじめ行為と精神健康度の比較－

The investigation of workplace bullying in Japanese domestic companies

-The Comparative Study of gender differences in bullying behaviors and psychological distress

山本沙弥香¹⁾, 牧田潔²⁾, 高田紗英子¹⁾, 亀岡智美¹⁾, 加藤寛¹⁾

1) 兵庫県こころのケアセンター、2) 愛知学院大学

本研究では民間事業所の労働者を対象にパワーハラスメント(職場いじめ)の頻度及び精神健康度に関する質問紙調査を行った。回答者638名のうち、職場いじめ曝露群は19.7%であった。また、被害内容としては「仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった」が最も多く、上位4項目は仕事に関するいじめが占めていた。職場いじめ曝露群のほうが非曝露群に比べて不安・抑うつ度は有意に高かった。男性では仕事に影響するような情報を与えてもらえなかったり、手に負えないくらいたくさんの仕事を与えられた場合に不安・抑うつ度が高く、女性では自分がいないかのように振る舞われ、仲間外れにされた場合に不安・抑うつ度が高かった。男女で不安・抑うつに影響するいじめの種類は異なったものの、「隔離・仲間外し・無視」に分類されるいじめは男女ともに精神健康度に影響を及ぼすことが示唆された。

Key words：パワーハラスメント(職場いじめ)、精神健康度、いじめの内訳

I. 問題と目的

近年、産業衛生領域では、従業員の精神健康問題による休職や離職が大きな問題となっている。労働者の精神健康に影響を与える要因としては、これまで長時間労働などによる過重労働の問題や仕事の質の問題など、様々な要因が検討されてきた。その中で、近年大きな問題となっているのがパワーハラスメントの問題である。全国の労働局に寄せられる労働相談では、職場のいじめ・嫌がらせに関する相談が年々増加しており、平成24年度には全相談内容の中でトップとなっている¹⁾。このような事態を受けて、厚生労働省は、2012年に「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」²⁾を発表し、職場のパワーハラスメントの概念の整理、分類を行っている。提言によれば、「職場のパワーハラスメントとは、同じ職場で働く者に対して、職務上の地位や人間関係などの職場内の優位性

を背景に、業務の適正な範囲を超えて、精神的・身体的苦痛を与える行為または職場環境を悪化させる行為を言う」とし、パワーハラスメントを6つの行為類型に分類している。

パワーハラスメントは日本における造語であり、諸外国ではWorkplace BullyingやMobbing, Moral Harassmentなどと様々な用語で呼ばれているため、以降は総称して「職場いじめ」と呼称することとする。職場いじめ研究は1980年代のスウェーデンの精神科医であるLeymannの研究を皮切りに、欧州を中心に広がりを見せるようになった³⁾。一方、日本では、産業衛生保健領域で職場いじめの研究に関心が向けられることはほとんどなかった。しかし、ここ数年で職場いじめに関する実態調査がわずかながら報告されるようになってきている。2010年の津野らによる調査では被害報告は9.0%⁴⁾、2012年の牧田らの実態調査によれば被害報告は15.6%⁵⁾であり、諸外国と同様の発生率となっ

ている。

職場いじめと精神健康度の関連については、職場いじめ曝露群は非曝露群に比して抑うつ症状の発症リスクが8倍強であるとの報告⁶や、循環器疾患のリスクが2.3倍、うつ病のリスクが4.6倍になると報告がある⁷。また、PTSDとの関連について、職場いじめの被害者の76%にPTSDを示す症状がみられたとする報告⁸もあり、職場いじめが健康障害のリスクを高める可能性が示唆されている。

また、職場いじめの内容によって精神健康度に影響する度合いが異なるとの指摘もなされている⁹。しかし、民間事業所の従業員に関しては、このような検討はされていない。そこで、本研究では民間事業所の従業員の職場いじめ被害の実態として、民間事業所ではどのような種類の職場いじめが多いのか、性別の違いによっていじめの内容や精神健康度への影響が異なるのかを検討することとする。

II. 方法

調査対象：A地方の民間事業所で調査の趣旨に賛同いただいた複数の事業所の従業員1,200名を調査対象とした。なお、協力事業所の業種は様々であり、特定の業種ではなかった。

調査方法：質問紙調査を実施した。質問紙は各事業所を通じて、従業員に配布され、調査の趣旨に同意いただいた従業員より郵送にて返却を行う方式をとった。

調査項目：調査項目は、①参加者の属性②職場いじめに関する項目③精神健康度に関する項目である。

①属性

性別、年齢、職種、職位、勤務形態について回答を得た。

② NAQ-R (Negative Acts Questionnaire-Revised version)

職場いじめの被害経験を尋ねる尺度として

使用したNAQ-Rは回答者が職場で他者から受けた否定的な行動の頻度を尋ねる尺度である^{10,4}。過去半年の行為の頻度を尋ねており、「なし」が1点、「時々あった」が2点、「1か月に1回程度」が3点、「1週間に1回程度」が4点、「毎日」が5点となっている。また、この尺度は、職場いじめの定義を示し、回答者に職場いじめの主観的経験を尋ねる項目を備えている。

③ K-6 (Kessler Psychological Distress)

精神健康状態を測定する指標として、不安と抑うつの程度を測定するKessler Psychological Distress (K-6)を使用した。K6は不安・抑うつのスクリーニングとして使用されている尺度であり、6項目で構成されている。0点から24点の値をとり、得点が高いほど不安・抑うつの傾向が高くなり、5点以上は陽性と判定される¹¹。

データ解析：統計解析にはSPSS22.0を使用した。

倫理的配慮：本研究はひょうご震災記念21世紀研究機構兵庫県こころのケアセンター倫理審査委員会にて承認を受けた。

III. 結果

III -1. 基本的属性

返却数は、817名（返却数68%）であり、そのうちデータに欠損値がない638名分（有効回答数78%）を分析対象とした。対象者の基本属性は表1に示す。性別は男性316名（49.5%）、女性322名（50.5%）だった。職種は、事務職が171名（26.8%）、専門・技術職が125名（19.6%）、労務・技能職が142名（22.3%）、営業・販売職が198名（31.0%）、その他2名（0.3%）であった。就業形態は、正社員がもっとも多く483名（75.7%）であり、次いで有期雇用社員が99名（15.5%）、アルバイト・パートが56名（8.8%）であった。年齢群は35歳以下が最も多く280名（43.9%）で

あり、36-45 歳が 149 名（23.4%）、46-55 歳が 114 名（17.9%）、56 歳以上が 95 名（14.9%）であった。平均年齢は 39.47 ± 12.36 歳であった。（表 1）

表 1. 対象者の基本属性

項目		人数	%
性別	男性	316	49.5
	女性	322	50.5
職種	事務職	171	26.8
	専門・技術職	125	19.6
	労務・技能職	142	22.3
	営業・販売職	198	31.0
	その他	2	0.3
就業形態	正社員	483	75.7
	有期雇用社員	99	15.5
	アルバイト・パート	56	8.8
職位	管理職	93	14.6
	一般社員	545	85.4
年齢群	35 歳以下	280	43.9
	36-45 歳	149	23.4
	46-55 歳	114	17.9
	56 歳以上	95	14.9
	平均年齢	39.47 ± 12.36 歳	

III -2. 職場いじめ被害の割合

III -2-1. 全体のいじめ被害の割合

NAQ-R において、職場で他者から受けた否定的な言動を受けた頻度が週に 1 回以上あると回答した者を操作的職場いじめ曝露群とした^{4 12}。操作的職場いじめ曝露群は 126 名（19.7%）であった（表 2）。

表 2. 職場いじめ曝露の割合

項目		人数	%
操作的いじめ曝露	いじめ非曝露群	512	80.3
	いじめ曝露群	126	19.7

III -2-2. 性別のいじめ被害の割合

操作的職場いじめ曝露群に該当した者は、男性が 74 名（23.4%）、女性が 52 名（16.1%）であった（表 3 参照）。 χ^2 検定を実施したところ、有意差が認められた（ $p < .05$ ）。

III -3. 職場いじめ被害の内訳

III -3-1. 全対象者の職場いじめ被害の内訳

表 3. 性別の職場いじめ曝露の割合及び χ^2 検定の結果

男性 (N=316)		女性 (N=322)		χ^2 検定
いじめ 非曝露群	いじめ 曝露群	いじめ 非曝露群	いじめ 曝露群	
242 76.6%	74 23.4%	270 83.9%	52 16.1%	*

* $p < .05$

職場いじめ被害の内訳として、全対象者の NAQ-R の 22 項目の回答割合を表 5 に示す。職場いじめ被害の操作的定義に該当する「職場で他者から受けた否定的な言動を受けた頻度が週に 1 回以上」に該当する項目で最も割合が高かったものは、「あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった（6.9%）」であった。この項目は、過去 6 ヶ月間で 1 度でも経験した場合を含めると 63.3% となり、半数以上の労働者がこの行為を経験していた。2 番目は「あなたの能力・力量よりも低い仕事を与えられた（4.5%）」であり、3 番目は「仕事に関することで恥をかかされた、あるいは、からかわれた（4.4%）」「手に負えないくらいたくさんの仕事を与えられた（4.4%）」であった（表 4 次ページ参照）。

III -3-2. 性別の職場いじめ被害の内訳

次に、性別での職場いじめ被害の内訳および χ^2 検定の結果を示す。ほとんどの項目で有意差が見られ、いずれの項目も男性のほうが発生頻度は高かった（表 5 次ページ参照）。

III -4. 精神健康度の平均と比較

III -4-1. 全対象者の精神健康度

全対象者の不安・抑うつを測定する K6 の平均値は 6.68 ± 5.73 点であった（表 6 参照）。

表 6. 全対象者の K6 の平均値及び標準偏差

全対象者平均 (N=638)		
	M	SD
K6 合計得点	6.68	5.73

Ⅲ -4-2. 職場いじめ曝露群と非曝露群の精神健康度の比較

職場いじめ曝露群では、K6 合計得点の平均値が 10.30 ± 6.19 点であり、非曝露群においては、 5.79 ± 5.24 点であった。t 検定を行ったところ職場いじめ曝露群の得点が有意に高かったことから ($t(171.592) = -7.54, p < .001$)、職場いじめ曝露群は非曝露群に比べて不安・抑うつ
の度合いが高いといえる (表 7 参照)。

表 7. 操作的職場いじめ曝露における K6 の平均値、標準偏差、t 検定の結果

いじめ非曝露群 N=512		いじめ曝露群 N=126		t 値	
M	SD	M	SD		
5.79	5.24	10.30	6.19	-7.54	***

*** $P < .001$

Ⅲ -4-3. 性別の精神健康度の比較

男性では、K6 合計得点の平均値が 6.59 ± 5.93 点であり、女性では、 6.77 ± 5.52 点であっ

表 4. 全対象者の NAQ-R 各項目の発生頻度及び割合

NAQ-R 項目		なし		時々あった～ 月に 1 回程度		週に 1 回程度 ～毎日	
		N	%	N	%	N	%
1	あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった	234	36.7	360	56.4	44	6.9
2	仕事に関することで恥をかかされた、あるいは、からかわれた	465	72.9	145	22.7	28	4.4
3	あなたの能力・力量よりも低い仕事を与えられた	479	75.1	130	20.4	29	4.5
4	仕事で責任を負っていた部分から外された、あるいはよりつまらない仕事や不快な仕事に換えられた	528	82.8	92	14.4	18	2.8
5	あなたに関する陰口や噂を広められた	500	78.4	118	18.5	20	3.1
6	あなたがいないかのように振る舞われた、のけものにされた、もしくは仲間外れにされた	563	88.2	68	10.7	7	1.1
7	あなた自身のこと (習慣や生き立ち) やあなたの振る舞い、あるいは私生活について、ばかにされたり、失礼なことを言われた	530	83.1	94	14.7	14	2.2
8	怒鳴られた、あるいは、いきなり怒り (もしくは激怒) の矛先を向けられた	485	76.0	131	20.5	22	3.4
9	非難される、パーソナルスペース (個人の空間) に立ち入られる、押しのけられる、道をふさがれる、といったような威圧的な行為を受けた	577	90.4	52	8.2	9	1.4
10	仕事を辞めるべきだとほめかされた、もしくは態度で示された	583	91.4	51	8.0	4	0.6
11	あなたが起こした間違いや誤りを、繰り返し思い出させられた	493	77.3	131	20.5	14	2.2
12	あなたが近づいたとき、無視されたり、敵意を持った反応をされた	547	85.7	77	12.1	14	2.2
13	あなたの仕事や努力に対して、何度も批判された	511	80.1	108	16.9	19	3.0
14	あなたの意見や考えが無視された	466	73.0	151	23.7	21	3.3
15	あなたとうまの合わない人から、悪質ないたづらをされた	586	91.8	46	7.2	6	0.9
16	納得がいけない、もしくはやり遂げることが不可能な目標や締め切りを設定された仕事を与えられた	483	75.7	135	21.2	20	3.1
17	根拠なく非難された	548	85.9	78	12.2	12	1.9
18	必要以上に仕事を監視された	555	87.0	67	10.5	16	2.5
19	あなたに権利のあるもの (例えば疾病休業の申し出、休暇の取得、交通費の支給など) を主張できないよう、圧力をかけられた	566	88.7	65	10.2	7	1.1
20	度が過ぎた からかいや嫌みを言われる対象となった	569	89.2	59	9.2	10	1.6
21	手に負えないくらい沢山の仕事を与えられた	496	77.7	114	17.9	28	4.4
22	暴力や、身体的な虐待を受ける恐れがあった。もしくは、実際に被害を受けた	619	97.0	17	2.7	2	0.3

た。職場いじめ曝露の有無と性別を独立変数とし、K6 を従属変数とした 2×2 の分散分析を行ったところ（表 8 参照）、職場いじめ曝露の主効果は認められたが、性別の主効果及び交互作用は認められなかった（職場いじめ曝露； $F[1.634]=66.50, p<.001$ ）。

表 5. 性別の NAQ-R 各項目の発生頻度・割合および χ^2 検定の結果

NAQ-R 項目	男性 (N=316)				女性 (N=322)				χ^2 検定
	なし		あり		なし		あり		
1	110	34.8%	206	65.2%	124	38.5%	198	61.5%	n.s.
2	215	68.0%	101	32.0%	250	77.6%	72	22.4%	**
3	221	69.9%	95	30.1%	258	80.1%	64	19.9%	**
4	246	77.8%	70	22.2%	282	87.6%	40	12.4%	**
5	236	74.7%	80	25.3%	264	82.0%	58	18.0%	*
6	271	85.8%	45	14.2%	292	90.7%	30	9.3%	n.s.
7	246	77.8%	70	22.2%	284	88.2%	38	11.8%	***
8	223	70.6%	93	29.4%	262	81.4%	60	18.6%	**
9	278	88.0%	38	12.0%	299	92.9%	23	7.1%	*
10	282	89.2%	34	10.8%	301	93.5%	21	6.5%	n.s.
11	234	74.1%	82	25.9%	259	80.4%	63	19.6%	n.s.
12	261	82.6%	55	17.4%	286	88.8%	36	11.2%	*
13	232	73.4%	84	26.6%	279	86.6%	43	13.4%	***
14	212	67.1%	104	32.9%	254	78.9%	68	21.1%	**
15	283	89.6%	33	10.4%	303	94.1%	19	5.9%	*
16	216	68.4%	100	31.6%	267	82.9%	55	17.1%	***
17	256	81.0%	60	19.0%	292	90.7%	30	9.3%	***
18	266	84.2%	50	15.8%	289	89.8%	33	10.2%	*
19	271	85.8%	45	14.2%	295	91.6%	27	8.4%	*
20	270	85.4%	46	14.6%	299	92.9%	23	7.1%	**
21	234	74.1%	82	25.9%	262	81.4%	60	18.6%	*
22	302	95.6%	14	4.4%	317	98.4%	5	1.6%	*

注 1：n.s 有意差なし * $p<.05$ ** $p<.01$ *** $p<.001$

注 2：項目における「あり」は、各項目で「時々あった（2.3 ヶ月に 1 回）」「月に 1 回程度」「週に 1 回程度」「毎日」のいずれかに回答があった場合を合計した数値である。

表 8. 性別といじめ曝露による K6 の各得点及び分散分析の結果

K6	男性（N = 316）				女性（N = 322）				主効果		交互作用
	非曝露群		曝露群		非曝露群		曝露群		性別	いじめ曝露	
	(N=242)		(N=74)		(N=270)		(N=52)				
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD			
	5.34	5.34	10.65	5.98	6.19	5.12	9.81	6.51	0.00	66.50***	2.38

*** $P<.001$

Ⅲ -4-4. 職場いじめ被害内容別における精神健康度への影響

職場いじめの内容が不安・抑うつ症状にどのように影響するのかを検討するために、男女別で、K6 で中等度以上の不安・抑うつ症状の有無を従属変数とし、NAQ-R の各項目の得点（1-5 点）を独立変数としたロジスティック回帰分析を行い、オッズ比を算出した。なお、今回の調査者全体の K6 の平均が 6.68 ± 5.73 点と、軽度の不安・抑うつ症状に該当する結果であったことから、本分析においては調査者平均よりも重篤な精神健康度に影響を及ぼす行為は何かを検討するために、中等度以上の不安・抑うつ症状の有無を従属変数とすることとした。

分析の結果、男性では 2 項目のオッズ比が有意に高かった。「あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった」経験者は経験なし群に比べて 1.52 倍中等度以上の不安・抑うつ症状が見られた ($OR=1.52, 95\%CI[1.046-2.208], p<.05$)。また、「手に負えないくらいたくさんの仕事を与えられた」経験者は経験なしの群に比べて 1.85 倍中等度以上の不安・抑うつ症状が見られた ($OR=1.85, 95\%CI[1.192-2.871], p<.01$)。

女性では 1 項目のオッズ比に有意差が見られた。該当項目としては「あなたがいないかのように振る舞われた、のけものにされた、もしくは仲間外れにされた」であり、この経験者は経験なしの群に比べて 3.0 倍中等度以上の不安・抑うつ症状が見られた ($OR=3.0, 95\%CI[1.027-8.781], p<.05$)。以上の結果から、中等度以上の不安・抑うつ症状に影響する職場いじめ被害の項目は男女によって違いが見られた(表9参照)。

Ⅳ. 考察

本研究における対象者の中で、職場いじめに曝されている労働者は 19.7%であり、これまでの日本における実態調査の数値⁴⁵よりもやや

表 9. 性別における K6 中等度症状有無群を従属変数としたロジスティック回帰分析

NAQ-R 項目	男性 (N=316)			女性 (N=322)		
	OR	95%信頼区間		OR	95%信頼区間	
1	1.52 *	[1.046	2.208]	1.15	[0.806	1.637]
2	1.10	[0.702	1.737]	1.64	[0.964	2.777]
3	0.87	[0.585	1.292]	1.06	[0.657	1.707]
4	1.45	[0.864	2.422]	1.17	[0.629	2.173]
5	1.28	[0.823	1.983]	1.31	[0.658	2.615]
6	1.53	[0.673	3.487]	3.00 *	[1.027	8.781]
7	0.69	[0.345	1.373]	1.41	[0.696	2.856]
8	0.93	[0.558	1.546]	1.03	[0.577	1.847]
9	0.86	[0.422	1.760]	1.45	[0.542	3.905]
10	1.32	[0.538	3.217]	0.94	[0.275	3.221]
11	0.81	[0.448	1.464]	0.80	[0.419	1.537]
12	2.12	[0.991	4.521]	0.59	[0.287	1.218]
13	1.62	[0.877	2.991]	1.14	[0.495	2.627]
14	0.71	[0.393	1.263]	1.47	[0.847	2.549]
15	0.81	[0.348	1.903]	0.63	[0.146	2.735]
16	1.15	[0.741	1.770]	1.16	[0.713	1.899]
17	0.93	[0.466	1.843]	0.46	[0.146	1.447]
18	0.56	[0.282	1.125]	1.59	[0.792	3.182]
19	0.94	[0.464	1.890]	0.83	[0.416	1.671]
20	1.81	[0.807	4.073]	0.59	[0.262	1.340]
21	1.85 **	[1.192	2.871]	1.14	[0.756	1.723]
22	2.21	[0.523	9.357]	0.60	[0.102	3.504]

注 1：* $p<.05$ ** $p<.01$

注 2：NAQ-R 各項目は、被害なしを「1」とし、頻度が多くなればなるほど得点が高くなる。

多かった。この理由として、今回の調査対象となった事業所は主として中小事業所であったことが考えられる。中小事業所では大規模事業所と比べ、人手不足や業務量過多など厳しい環境での労働を余儀なくされているケースが多いと考えられ、職場環境の違いが発生率に影響したと推測される。

全対象者が経験している他者からのネガティブな言動として多かった項目は「あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった (6.9%)」「あなたの能力・力量よりも低い仕事を与えられた (4.5%)」「仕事に関することで恥をかかされた、あるいは、からかわれた (4.4%)」「手に負えないくらいいた

くさんの仕事を与えられた（4.4%）」であり、どれも仕事に関連する他者からのネガティブな言動となっていた。これらの項目は仕事の延長上の行為であり、意図的にその言動が行われたと判別することは難しい。特に、「あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった」や「手に負えないくらいたくさんの仕事を与えられた」は、職場の人手不足や指示系統の不備で起きやすい項目であるといえる。しかし、これらの言動が繰り返されれば、暴露された者がその行為者や職場に対して不信感を抱きやすくなることは十分に考えられる。結果として精神健康度に影響を及ぼすと考えられる。

また、本調査の結果から、民間事業所では男性のほうが職場いじめ被害の割合が高いことが示され、他者からのネガティブな行為に曝される頻度も男性のほうが多いという結果になった。これは今回の調査対象者の職場では男性に仕事の比重が偏りやすいといった男性優位の職場風土が存在し、結果的に仕事の延長上として職場いじめにつながる行為が男性のほうに起こりやすいのではないかと考えられた。

また、職場いじめの内容によって、精神健康度への影響が異なることが示された。男性では、「手に負えないくらいたくさんの仕事を与えられた」「あなたが仕事をする上で影響を及ぼすような情報を与えてもらえなかった」といった仕事に関連する職場いじめのほうが不安・抑うつ度に影響を及ぼしやすいことが示された。女性では「あなたがいないかのように振る舞われた、のけものにされた、もしくは仲間外れにされた」といった職場での対人関係からの切り離しがあると、不安・抑うつ度が高くなりやすいことが示された。「あなたが仕事をするうえで影響を及ぼすような仕事を与えてもらえなかった」及び「あなたがいないかのように振る舞われた、のけものにされた、もしくは仲間外れにされた」という項目では男女の発生頻度に差は

見られておらず、必ずしも発生頻度が影響するのではなく、性別によって精神健康度への影響が異なることが考えられた。

ただし、「あなたが仕事をするうえで影響を及ぼすような仕事を与えてもらえなかった」という項目は仕事に関連してはいるものの、厚生労働省の「職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言」²に従えば、「隔離・仲間外し・無視」に該当すると考えられる。「あなたがいないかのように振る舞われた、のけものにされた、もしくは仲間外れにされた」も同様に「隔離・仲間外し・無視」の行為に該当すると考えられることから、陰湿で表面からは見えにくい行為のほうが精神健康度に大きな影響を及ぼすと推測される。

坂口らによる看護師への調査⁹や谷口らによる介護職員への調査¹³でも個人的ないじめを経験していた者のほうが精神健康度によりネガティブな影響があったことが示されており、本研究はこれらの研究結果を支持するものといえる。職場での暴言などは周囲の者の面前で行われる場合など、状況によっては他者が認識しやすいといえるが、「隔離・仲間外し・無視」は水面下で進行していき、被害が見えづらいという特徴があると考えられる。そのため、周囲も気づきにくいことや、被害者自身も援助を求めづらいことから、被害が深刻化しやすいのではないかと考えられる。

V. 研究の限界と今後の課題

今回の調査は、民間事業所の従業員が対象であったが、協力いただいた複数の事業所の業種には偏りがあり、今回のデータは労働者全体を代表するものではないといえる。今後は、業種や職種によって発生率や被害内容に差があるのかを精査する必要があるだろう。

また、今回は操作的職場いじめ曝露群を、NAQ-Rにおいて週に1回以上なんらかのネガ

ティブな言動を他者から受けた者として定義した。しかし Einarsen は操作的定義もしくは主観的評価を使用すると、職場いじめの「ある」「なし」のみで分類することになり、職場いじめが徐々にエスカレートする行為であるという本質をうまく反映することができないことを指摘している¹⁰。そのため、職場いじめの深刻度や内容に応じて分類し検討することを提唱している。Einarsen の指摘するように、職場いじめの深刻度や職場いじめの内容に応じた群で分析を行うと、より詳細な検討を加えることができるであろう。

今回の調査では、職場いじめ被害に曝されている労働者の割合が2割弱となっていたことから、職場いじめが労働者にとって決して珍しい体験ではないことがいえる。このことから事業所も職場いじめを労働者の精神健康を脅かす要因の一つと認識し、啓発や予防、初期対応をすることが求められているといえる。そのためにも、今後はどのような啓発や予防対策が効果的であるのか、対応はどのようになされるべきなのかを検討していくことが求められるだろう。

謝辞：本調査の実施にあたり、本調査の趣旨に賛同しご協力いただきました事業所のご担当者様及び調査協力者の皆様に心よりお礼を申し上げます。

引用・参考文献

1. 厚生労働省．平成24年度個別労働紛争解決制度施行状況．; 2013.
2. 職場のいじめ・嫌がらせ問題に関する円卓会議．職場のパワーハラスメントの予防・解決に向けた提言．; 2012.
3. Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. *Violence Vict.* 1990;5:119-126.
4. Tsuno K, Kawakami N, Inoue A, Abe K. Measuring workplace bullying: reliability and validity of the Japanese version of the negative acts questionnaire. *J Occup Health.* 2010;52 (4) :216-26.
5. 牧田 潔, 山本 沙弥香, 高田 紗英子. 職場のいじめ（パワーハラスメント）被害と健康関連 QOL・主観的労働遂行能力との関連性．心的トラウマ研究：兵庫県こころのケアセンター研究紀要．2012; (8) :11-18.
6. Niedhammer I, David S, Degioanni S. Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population. *J Psychosom Res.* 2006;61 (2) :251-9.
7. Kivimäki M, Virtanen M, Vartia M, Elovainio M, Vahtera J, Keltikangas-Järvinen L. Workplace bullying and the risk of cardiovascular disease and depression. 2003;779-784.
8. Mikkelsen EG, Einarsen S. Relationships between exposure to bullying at work and psychological and psychosomatic health complaints: the role of state negative affectivity and generalized self-efficacy. *Scand J Psychol.* 2002;43 (5) :397-405.
9. 坂口 舞, 三木 明子. 11病院看護師のパワーハラスメントの被害経験が外傷性ストレス反応に及ぼす影響．*労働科学*．2014;90 (1) :1-13.
10. Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. *Work Stress.* 2009;23 (1) :24-44.
11. 川上憲人．全国調査における K6 調査票による心の健康状態の分布と関連要因．平成18年厚生労働科学研究費補助金（統計情報高度利用総合研究事業）「国民の健康状況

に関する統計情報を世帯面から把握・分析するシステムの検討に関する研究」分担研究書．2006．

12. Leymann H. The content and development of mobbing at work. *Eur J Work Organ Psychol.* 1996;5:165-184.
13. 谷口 敏代，高木 二郎，原野 かおり，廣川 空美，高橋 和巳，福岡 悦子．介護老人福祉施設に勤務する介護職員のいじめ，ハラスメントとストレス反応．*産業衛生学雑誌*．2012;54（1）:1-9.

裁判員裁判におけるストレス因とその対策



大澤智子

兵庫県こころのケアセンター

2001 年 5 月に施行された裁判員裁判は、民意を裁判制度に反映させることを目的に誕生した。その後、1 万人近い市民が裁判員として参加している。裁判所が行ったアンケート調査結果によると、多くの裁判員経験者はその体験を肯定的なものと受け止めていた。そんな中、2013 年 5 月に福島地裁で裁判員を務めた女性が急性ストレス障害になったとして、国を相手取り国家賠償裁判を起こした。このことから最高裁判所の担当部局は、裁判所内での対応を再考する必要を感じ、裁判官や関係者を対象にした裁判員裁判にまつわるストレスとその対応についての研修を企画した。本紙では、講義内容とその後の質疑応答をまとめた。

Key words：裁判員裁判、ストレス、トラウマ、対処策

はじめに

裁判員制度は、平成 21 年 5 月 21 日に施行され、その後も毎年約 1200 名から 1800 名の被告人を対象に、裁判が行われている。選出された 6 名の 20 歳以上の有権者が裁判員として刑事裁判に参加し、3 人の裁判官と共に被告人が有罪か否か、有罪の場合、どのような刑にするのかを決める。裁判員裁判の対象となる事案は、殺人、強盗致死傷、放火、危険運転致死、覚せい剤取締法違反など、一定の重大な犯罪に関する一審である。当初は、メディアをにぎわせたが、ここ最近では、身近な人に裁判員候補者として名簿記載がされた通知が届かない限り、この制度について意識する機会は年々減少しているように思われる。

これまで 1 万人近い市民が参加している制度であるが、多くの裁判員経験者は、プラスの経験と位置づけている。平成 24 年度に行われた裁判員経験者を対象にしたアンケート結果によると、裁判員に選ばれる前は、「あまりや

りたくなかった (31.7%)」「やりたくなかった (18.7%)」と回答した人が 50.4%であったが、実際の裁判に参加した後は、「非常によい経験と感じた (54.9%)」「よい経験と感じた (40.3%)」で、95.2%の人が肯定的な体験だったと回答している。

しかし、そんな中、裁判所関係者に衝撃が走る出来事が起こった。2013 年 5 月 7 日、福島地方裁判所郡山支部で強盗殺人罪などに問われた事件（病院事務員とその妻 2 人が自宅で殺害された）の裁判員を務めたことで「急性ストレス障害」になったとして、郡山市在住の 60 代女性が国を相手取り国家賠償裁判を起こした。新聞報道等によると、この女性は同年 3 月 1 日、裁判員として選任され、その直後から不眠に悩まされるようになった。そんな中、3 日後に行われた初公判では、刺し傷の様子や遺体が血の海に横たわっている様子のカラー写真を見たり、被害女性が消防署に救いを求める電話の録音テープを聞いたりし、昼食後、嘔吐するなど具合が悪くなった。判決後も精神的に不安定な

状態は続き、専門機関を受診したところ、上記の診断が下され、医師から1ヶ月の休養を要すると言われた、ということだ。

このことに危機感を抱いた最高裁判所の担当部局は、裁判所内における対策の必要性を感じ、裁判官を対象とした研修を企画した。本稿では、2014年から2015年にかけて、全国8箇所の高等裁判所（札幌、仙台、東京、名古屋、大阪、広島、高松、福岡）で、裁判官や事務官を対象に行われた講義（通常、講義2時間半、質疑応答半時間）を紹介する。

ストレスとトラウマ

日々の生活に何らかの変化が起こることで生じる心身への負荷を「ストレス」と言い、その結果、心身に生じる影響を「ストレス反応」と呼ぶ。トラウマ体験とは、そのようなストレスの一種で、かつ「非日常」的で「非常に大きな打撃となる」出来事をさす。例えば、災害や事件・事故のように、自分や他者の命が脅かされるような出来事がそれにあたる。トラウマは、ギリシャ語の「貫く」を語源とする「傷」を意味する言葉で、あまりにも衝撃が強く、心に突き刺さるような体験の結果生じた心の傷である。しかし、私たちの心はゴム製のボールのような性質を持ち、ストレスを受け、重いものが上から押し掛かって、それを跳ね返す、回復する力「レジリエンス」を備えている。ところが、トラウマ的な出来事は、ギリシャ語の語源が示す通り、心に何か「刺さる」あるいは「貫く」ような体験であるため、どれだけ頑丈なゴムで出来ていても、何らかの傷ができる。当然、健康な心であれば、回復力にも富んでいるため、貫通したり、傷がついたりするようなことがあっても、治癒する。一般のストレス因とトラウマ的な出来事は、心にもたらす衝撃の体感が異なるのである。

では、裁判員に選ばれた人はどのような一般

的ストレスとトラウマ的な出来事を経験する可能性があるのだろうか。まず、多くの「初めて」によって引き起こされる「不安」を抱くことが想像できる。裁判所は公的な機関とは言え、市役所や区役所とは異なり、お世話になることはあまりない。また、弁護士もそうだが、裁判官と話すことは非常にまれである。加えて、裁判員裁判についての情報も一般社会においては多く出回っているとは言えず、参加することになったとしても、何が起こるか分からない「不安」や法律の知識がまったくない自分にこのような大役がこなせるのだろうかという「不安」も付きまとう。さらに、仕事の調整や家庭内での役割調整も必要になり、明らかに普段の生活とは異なる日々を、短期間とは言え、送ることになる。また、傍聴席と向かい合って座することも自分の一挙手一投足に気を配ることにもつながり、大勢から見られることに慣れていない人にとれば、大きな負担となるだろう。ここまでの体験は一般的なストレスに分類されると言えよう。

では、トラウマ的な経験はどこにあるのだろうか。担当する裁判案件の内容や示される証拠や証言に潜んでいると言えよう。耳をふさぎたくなるような事件内容や証言。目を覆いたくなるような証拠写真。これだけでも十分重荷になるが、被害者あるいは加害者との「同一視」から過度の共感や同情が、十分ストレスを感じている心へ「突き刺さる感覚」を強める。幼い子どもが悲惨な目に遭う事件を担当するのは誰にとっても辛いことだが、特に子どもや孫が生まれたばかりの親や祖父母には自分と被害者が重なりやすくなることがある。加害少年と自分の子どもの年齢が似ていることで、同一視が起こり、感情移入が強くなることもある。ここで問題になるのは、過剰な共感や同情は、心の大きな負担となるだけではなく、冷静な判断を曇らせる可能性を秘めている上に、相手の身に起こったことが自分自身や家族にも起こるのでは

ないかと考え、急に脅かされたように感じる点にもある。傍聴席には、被告人の関係者が来ていることもあり、薬物がらみの事案では暴力団関係者が陣取ることもあり、「住居を突き止めるのは簡単」などとの発言がなされた場合、発言者が法廷から退廷させられたとしても、裁く側にいる裁判員にとっては自分に向けられた言葉として取っても不思議ではなからう。

また、日本の裁判員裁判では、無罪か有罪かのみならず、量刑も決める。人の一生を左右する大きな決断であるが、死刑が求刑されている事件では、結果として、被告人の命を奪うかもしれないプロセスに加わることになるのだ。死刑でなくても、量刑を決めることは、十分大きな負担になるのに、生き死を決めることがどれほどの重圧になるのかは想像に難くない。

このように、裁判員に選ばれることで通常のストレスとトラウマ的な要因の両方を経験する可能性があるわけだが、裁判員に選ばれるという一般的なストレスを受けるだけでも、心の状態は不安定になっており、そのような状況下で更なるストレス、それもトラウマ的なストレス、を受けるとその影響は長引いたり、悪化したりする可能性を秘めている。つまり、酷い証拠を見る前、裁判員の精神的な安定度はすでに乱され、影響を受けやすい状態に陥っている人がいる可能性を考慮する必要があるのだ。

トラウマの影響

では、裁判員が経験するかもしれないトラウマ的側面を持った出来事を経験すると、どのような影響を受けるのか。具体的にはどのような影響を裁判員は体験するのだろうか。トラウマ反応は大きく3つのタイプに分かれる。いくつかの例を示す。

再体験反応は、そのトラウマ的な出来事を繰り返し体験することが特徴である。このタイプの出来事は、思い出したくないことがほとんど

なのに、自分の意思に反して、繰り返し思い出してしまうので辛い経験となる。

解離と回避もよく見られる典型的な反応である。あまりにも酷い出来事の場合、わざと思い出せないようにする、あるいはわざと避けることで、心を守ろうとするのだ。特に想定外のことが起こると人間の心は自動的に（無意識に）心の周りに壁を作り、その出来事によって喚起される感情や思考、あるいは情報をシャットダウンすることでその場を乗り切るように務める。辛い体験ではあるが、心をシャットダウンするほどでもない場合は、思い出すものを遠ざけ、不要な刺激から逃れることで対応しようする。これが回避、と呼ばれるものだ。裁判員の責務として証拠を吟味しなければならないのは分かっている、思わず、顔を背けてしまうのはまさにこのような心理が働いているからだ。

最後は過覚醒反応である。人間の心には危険を察知するとすぐに対応できるようにするためのモードが備わっている。そのモードは「闘争・逃走」と呼ばれ、一度、危険を感じるとこのスイッチが入り、しばらくの間、身の回りに生じるどんな些細な変化に対しても「戦うべきか」「逃げるべきか」を瞬時に判断できるような準

直後の典型的な反応

- 再体験 証拠の映像が頭から離れない；
被害行為に似た夢を見る；
証言が耳について離れない、など
- 解離 茫然自失；記憶に穴がある；
口数が減る・黙り込む、など
- 回避 証拠が示された際に目を閉じる；
証言中に耳を塞ぐ；
話し合いに加わらない、など
- 過覚醒 眠れない；多動・多弁になる；
過敏になる；落ち着きがなくなる・
イライラする、など

備状態を維持する。これには、心身の緊張を高いままに持続させることとなる。危険の渦中にいる際には非常に有益な機能だが、危機が去り、安全が確保された後もこの状態が続くと過緊張が続くことになる。よって、多弁、過敏、イライラ、などが見られるのだ。一般的なストレスであれ、トラウマ的なストレスであれ、心身が疲弊した際の最も効果的な回復の手立ては、ぐっすりと眠ることであるが、過覚醒状態に陥ると緊張が継続するために、究極のリラックス状態である睡眠、それも深い眠りに入ることが困難になる。表面的には眠っていても、いわゆる「深い睡眠(ノンレム睡眠)」が短くなるため、眠っている間も脳のスイッチが切れず、脳＝心が休息できず、疲れが癒えない、という悪循環に陥ってしまうのだ。その上、被害者に対する同一視等から「自分や家族にも同じようなことがあるかも」と普段以上の危機感を抱くようになっていたとするならば、過敏さには拍車がかかってしまうのも致し方ない側面があるだろう。

とは言え、これらの影響は一過性であることも多く、時間の経過と共に和らいでいくことがほとんどである。家族や友人に話せる範囲で自分の体験を語り、役目を終えたことに対して肯定的な評価をする中で、回復が訪れる。しかし、裁判員に選ばれた際にすでに大きなストレス(例 仕事や家庭内にごたごたやトラブルがある；体調が思わしくない、など)を抱えていたり、裁判員に選ばれたこと自体が大きなストレスになったとすると、一過性の反応が長引いたり、悪化したりすることも否めない。

裁判所および裁判員ができること

1) 選任手続き

ここでは、裁判員が安全に評議できるために、何ができるのかを時系列で考える。まず、選任手続きで行えることにはどのようなことがあるのだろうか。ここで大事なのは、裁判員が抱え

ている不安をどれだけ緩和できるのか、ということだろう。そのためには、裁判員裁判やその流れをより具体的にイメージしてもらえることが役立つ。裁判が始まった後の「こんなはずではなかったのに」という想定外を減らし、心の動揺、その結果のダメージを減らすのだ。例えば、最近では当たり前のようになって来ているが、事件概要、死刑求刑の可能性、証拠調べ予定についての告知がこれにあたる。酷い場面に遭遇するにしても、前もって予告されていると心構えができ、辛いことに変わりはなくとも、心が受けるダメージは緩和されることが知られている。

2) 公判中

続いて、公判中に注意すべき点を考える。基本的な対応としては、裁判員の様子を、裁判体(3名の裁判官)および裁判所に勤務する他職種で注意深く観察し、必要に応じて声掛け等を行うことである。まず、ショッキングな証拠を見た後や証言を聞いた後は、動揺したり、涙したりするのは当然であることを裁判体が説明する。その際、裁判官自身も今では職業柄、慣れてきたが、若い頃は、悲惨な証拠写真が見えないように証拠ファイルに工夫をしていたこと等を伝えることもよい。動揺を生じることが予想される証拠の提示前には、なぜ、この証拠が提出される必要があるのか、どんな証拠であるのかを前もって口頭で説明すること(例 写真であればその構図、音声であればどのようなやりとりなのか、など)も心構えを作ることに役立つ。しかし、緩和のための準備をしても動揺が激しい場合は、休廷し、裁判員同士で支えあえるような時間を設けることもいいだろう。また、生理的な反応が引き起こされるようなグロテスクな証拠は、昼食直前や直後には見せないなどの工夫も必要だ。そして、どうしても辛くなった場合、いつ、誰に相談できるのかを具体的に伝えておくことも大切である。

裁判体以外の事務職員などは、他裁判員や裁判官には見せない裁判員の言動を見て取ることが可能だ。例えば、来所時や昼食注文時の様子、食べ残しの有無、など。少し様子が変わる、いつもと違うな、と感じた場合は裁判体に報告し、個別、あるいは裁判員全員を対象に、何らかの対応をして欲しい。重要なのは、どんな小さな変化や気づきでも関係者が情報交換できる仕組みがあることだと思う。

3) 公判終了時

最後に、公判終了時にできることを考える。大きな職務を全うしたことをねぎらう。次いで、守秘義務の範囲を明確に、具体的に説明することが必須である。多くの裁判員は裁判で見た耳聞いたりしたことは一切、外部の人間に話してはいけない、と思っているようだ。当然、評議の内容ややり取り、どの裁判員や裁判官が何を言ったのか、採決数はどうだったのか、などーは外部に漏らしてはいけないことではあるが、傍聴している人が知りえる事柄は語ってもいいなど、該当案件の具体例を用いながら伝え、各裁判員が「守秘義務の範囲」について正確に理解しているのかを確認して欲しい。裁判員制度の認知度を上げるためには、すでに参加してくれた裁判員らが自身の経験を語ってくれること以上のことはない。彼らこそが、「最高の営業（ウー）マン」になることを心に留めておこう。また、誰かに語ることで気持ちや考えを整理し、それがストレスの緩和に繋がる。実際、公判中でも家族に話せる範囲で語ることで最後までこなせた、と話す裁判員は少なくない。

同時に、今後、生じるかもしれないストレス反応やそれへの対処方法についての説明も望ましい。公判中は緊張状態にあるために、心に負担を感じていても心身に生じた影響に気づいていないこともある。ところが、ひと仕事終え、緊張が解けるにつれ、一過性のストレス反応に気づくことがあるのだ。ただ、このような反応

は「荷下ろし」の結果、通常反応の範囲なので、時間の経過と共に和らぐはずである。しかし、改善が見られない、逆に悪化する、または、日常の役目に支障が出る場合には、裁判所が用意している相談窓口や地域の相談機関の利用をして欲しい、と伝え、連絡先を記したチラシを渡して欲しい。残念ながら、裁判所が用意している相談窓口（特に面接相談）は都市部にしかないため、それ以外の地域では、地域の相談機関についての情報を精査し、裁判員に提示できるように準備することもいいだろう。

また、可能ならば、何かあればいつでも裁判所まで連絡をしてください、と伝えてもいい。もちろん、担当裁判官が常に対応できる保証はないのでその旨も伝え、しかし、公判が終了した後も可能なことには対応するつもりであることを伝えるのは悪いことではないと思う。

よくある質問

最後に、講義の際に比較的頻繁に出できた質問やコメントをまとめてご紹介する。

「専門家でもない自分たちが心に生じた影響を見極め、対処をすることができののか心配だ」とのコメントはいろんな会場で聞かれた。とても的を射た発言で、自分の責務や限界を理解しているから出る言葉だと思う。実際、裁判官は法律の専門家ではあるが、メンタルヘルスの専門家ではない。弁護士や検察官とだけのやり取りをしていた頃を懐かしく思う裁判官もいると思う。専門家同士だと簡単に意思疎通できたことが、「素人」である一般市民が参加することで多くの工夫が必要とされる。また、限られた日数の中、通常業務をこなしながら、複数の裁判員をまとめあげる技術は、裁判官になる教育課程で教わってこなかったであろう。そういう意味では、裁判員裁判は、裁判官にとっても大きなストレスかもしれない。もちろん、裁判体は3名の裁判官で構成されており、経験や年齢、

持ち味の違いがうまくかみ合うと、裁判員との関係も相乗効果で良くなると想像できる。しかし、裁判員の心の健康を担保するためにどのような方策を採ればいいのかに迷った際には、裁判官自らが相談できる専門家を確保することも重要だろう。裁判員のために用意されている電話相談や窓口にそのような相談をしてみるのも、そこで提供されているサービスを知ることでもでき、一石二鳥かもしれない。

同時に、このトラウマの分野で仕事をする専門家の一人として必ずお話したことがある。それは、どれだけ周到に準備をし、気を配ったとしても、郡山で起こったようなことが絶対起こらない保証はない、ということだ。非常に残念ではあるが、それが現実であり、だからこそ、可能な限りの対応をして欲しいし、自分一人で抱え込まないで欲しい。

次に多かったのが、公判終了後のやりとりにもまつわるものである。裁判員の中には、「裁判中に話をしていた特産品を持参しました」と裁判所を訪ねてきてくれることがあるそうだ。残念ながら頂戴するわけにはいかないようだが、もしかすると、わざわざ持参したことには何らかの理由があるかもしれない、という視点だけは持っているといいかもしれない。つまり、裁判官に話したいことがあり、その「言い訳」として特産品を使っているのかもしれないのだ。中には、本当に約束を守ろうとしているだけのこともあるだろうが、もしかすると、聞きたいことや話したいことがあり、訪ねて来たのかもしれないことも想定し、裁判が終わった後、どうしているのか、今の体調はどうであるのか、裁判員になった経験をどう思っているのかを尋ね、万が一、気になることがあったのならば、それが解決できるように可能な範囲で支援して欲しい。

裁判が終わった後、裁判員同士の飲み会に裁判官が招待されることもあり、その後の関係がしばらくの間は継続することもあるらしい。中

には、事例としては少ないが、裁判終了時の様子がとても気になったので裁判官が手紙を送ったこともあるようだ。多忙を極める裁判官がそこまでしていると聞き、頭が下がる思いだった。そんな中、「気になるので手紙、あるいは電話をすることも考えたが、やっと裁判にまつわる辛いことを思い出さなくなった頃に、それらを思い出させるようなことにはならないのだろうか」という質問があった。当然、そのような手紙や電話があることで思い出す、ということもあるかもしれない。しかし、そのような手紙や電話の趣旨は、ねぎらいと配慮であることを考えると、嫌な気持ちよりは嬉しい気持ちを抱く元裁判員の方が多いだろうと推測する。それに関連し、「自宅に電話をした際、ご家族が対応したらどうすべきか」という質問もあったが、そのような場合は、絶好のチャンスと捉えて欲しい。裁判員裁判への参加はご家族の協力が不可欠だったとねぎらい、同時に、裁判員を務めた家族の様子はどうだったのか、裁判所のことをどんな風に語っていたのかを、制度をさらに改善するために教えて頂けると嬉しい、と伝えてはどうだろうか。本人が語ってくれないことを家族が教えてくれるかもしれない。

今後の課題

最後に今後の課題について触れる。裁判員候補者に選出されると「呼出し状」が送付されてくる。しかし、この書類は役所、それも裁判所用語で書かれており、非常に難解であり、威圧的ですらある。特に、裁判員を辞退した際の処罰についての記述。現実には、辞退者に処罰が下ったことはなかったと説明を受けた記憶がある。当然、辞退のハードルが低くなり過ぎると裁判員裁判自体に影響が出ることも懸念され、一筋縄ではいかない議論であることは理解している。しかし、このような罰則規定があるために、本当は参加するのが非常にストレスで、お

互いのためにならないような事態を生み出す可能性が無きにしもあらず、であることも考慮しなければならない時期に来たのかもしれないと思う。文面の検討を積極的に考慮して欲しい。

最後に

この一連の講演会でお目にかかった全国の裁判官および裁判所関係者のみなさん、最高裁判所の担当局の職員、そして、この一連の講義に誘ってくださった東北福祉大学の半澤利一先生に対し、紙面を借りてお礼を申し上げる。また、この紙面に書かれていることは筆者の考えや経験であり、最高裁判所ならびに裁判官の意見を代表するものではない。

参考

<http://www.asahi.com/articles/ASG9Y6SKMG9YUGTB01J.html> (2015 年 7 月 28 日)

http://www.huffingtonpost.jp/2013/05/08/_n_3235034.html (2015 年 7 月 28 日)

Stressors encountered by the Japanese lay judges and its countermeasure

Tomoko OSAWA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

Abstracts

In May 2001, the Lay Judge System began in Japan. Since then, closer to 10,000 citizens participated to reflect public opinions in the judiciary. The assigned department in the Supreme Court of Japan conducted a survey with lay judges to look into their experiences. According to the results, many of the lay judges considered their experience as positive one. However, in May 2013, a woman who served as a lay judge in Fukushima District Court who suffered from Acute Stress Disorder, sued and sought damaged from the government. The assigned department who is responsible in implementing and operating the system took this incident seriously and decided to run series of seminars for judges and court concerned personnel. This paper summarizes the seminar contents and frequently asked questions.

Key Words : Lay judge system, stress, trauma, countermeasure

自殺未遂者の家族支援に関する文献レビュー

Family support after suicide attempt



赤澤正人, 亀岡智美, 加藤寛

兵庫県こころのケアセンター

自殺未遂者の家族を支援することは、再度の自殺企図を予防するといった視点からだけでなく、家族の精神的な安定のためにも必要である。本稿では、pubmed および医中誌を用いて自殺未遂者への家族支援に関する論文を検索し、自殺未遂者の家族支援における知見や課題についてレビューを行った。その結果、国内の報告は症例報告が多くを占め、家族との面談や面接が家族の感情表出の重要な機会となっていることが示された。また、心理教育によって、正しい知識が伝えられることによって、自殺未遂患者とその家族の安定につながっていることが確認された。諸外国の実証研究では、心理教育や家族療法などの家族支援を含めたケアを受けた患者本人の自殺関連行動や抑うつ感、絶望感等が改善されたとするもの、家族の抑うつや自殺念慮が改善されたとする報告があるいっぽうで、介入群とコントロール群でそうした測定指標に差はなかったとする報告があった。今後は、これまでに指摘されてきた家族支援の際の留意点を参考にした上で、国内においても自殺未遂者への家族支援に関する実証研究への取り組みや、様々な症例報告を蓄積していく必要があると思われる。

Key words：自殺未遂 家族支援 レビュー

I. 緒言

自殺未遂や自殺企図といった行動は、本人だけに影響を及ぼすものではなく、その家族や親しい人に対して大きな精神的な影響を及ぼす。そうした家族を支援することは、家族の精神的な安定のために重要であるし、再度の自殺企図の予防や、自殺の保護因子となる家族を支援するといった意味でも重要である。

過去の自殺未遂（自殺企図歴）は、自殺の最も大きな危険因子であり、自殺未遂者支援で掲げられる重要事項の一つに家族支援がある。政府が進めるべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱²⁰⁾の当面の重点施策の、「7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ」（2）家族等の身近な人の見守りに対する支援には、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐための対策として、「自殺の原因となる社会的要因に関する各種相談機関とのネットワークを構築することにより精神保健福祉センターや保健所の保健師等による自殺

未遂者に対する相談体制を充実するとともに、地域において精神科医療機関を含めた医療保健福祉のネットワークを構築するなど継続的なケアができる体制の整備を一層進めることなどにより、退院後の家族等の身近な人による見守りの支援を充実する」ことがうたわれている。自殺未遂者への家族支援を充実させていくためには、関連研究における特徴や課題を十分に認識しておく必要がある。

本稿では、自殺未遂者家族支援に関して、どのような研究や報告がなされてきたかについてレビューを行い、これまでの知見を概観する。

II. 方法

pubmed および医中誌を用いて1994年から2015年8月までに公表された論文を検索した。“family intervention AND suicide attempt／家族支援 AND 自殺未遂”をキーワードとして文献を検索した結果、pubmed で193本、医

中誌で55本の文献が見つかった。これらの文献に関して、タイトルと抄録の内容から自殺未遂者の家族支援に関する報告ではないと判断されたものを除外した。さらに、言語が英語でない論文、入手不可能なものを除いた上で、残りの28編の論文について、著者、出版年、論文の種類、自殺企図者の特徴、家族への介入支援／調査方法、主要な結果をまとめた。

Ⅲ. 結果

2015年8月までの28編の論文について、表1にまとめた結果を以下に示した。

(1) 論文の種類

実証研究12編、症例報告11編、総説3編、その他2編となっていた。諸外国では、2000年前後において家族への心理教育や介入による実証研究の報告が多くみられた。わが国では、2000年代半ば頃から、症例報告で家族への支援に言及されていたものの、家族支援や家族介入について言及された実証研究はみられなかった。

(2) 自殺未遂者の特徴

諸外国の実証研究では、自殺未遂を図った10代の若年者といった特徴があげられた。いっぽうわが国の報告では、10代から高齢者と年齢層が幅広く、精神疾患はうつ病、統合失調症、境界性パーソナリティ障害がみられた。

(3) 家族への介入・支援／調査方法

RCTの研究デザインによる実証研究は9編であり、患者本人への特別なプログラムの中に、家族への心理教育や家族療法等が含まれたケアを受けた介入群と、通常の救急救命におけるケア等を受けたコントロール群とで、その後の患者の自殺未遂率や抑うつ傾向等を比較していた。その多くが、患者の自殺再企図予防に関わるものであったが、患者家族の心理尺度の比較を行ったものも確認された^{1, 9, 31, 33)}。

症例報告においては、そのほとんどが面接や心理教育が家族への主たる支援であった。患者家族へのインタビュー調査から、家族支援のあり方を検討した研究もみられた^{8, 15)}。

(4) 主要な結果

RCTによる実証研究では、介入群のほうが患者の自殺念慮や抑うつ感が減少していたとする報告^{13, 27)}があるいっぽうで、介入群とコントロール群でそれらに差はないとする報告¹⁰⁾も確認された。介入群において、家族の自殺念慮や抑うつ感の減少が見られたとする報告⁹⁾や、治療への満足度の高さを報告したもの²⁸⁾もあった。

症例報告では、心理教育や面接等によって、疾患に対する理解が深まっただけでなく、家族の感情表出の機会となり、患者及び家族の安定につながったという報告が多くみられた。

Ⅳ. 考察

自殺未遂者を身近なところで日常的に支援できるのは「援助者としての家族」であり、そうした家族への必要なサポートとコンサルテーションを提供することが重要である²⁴⁾。家族に対する支援については、家族の感情表出と家族心理教育の有効性が実証されている^{17, 26)}。今回レビューした結果からも、症例報告において家族との面談や面接が、家族の感情表出の重要な機会となることが示された。また、家族心理教育は科学的根拠に基づく実践の最も代表的なアプローチのひとつと認識されており⁷⁾、心理教育で正しい知識が伝えられることによって、自殺未遂患者とその家族の安定につながったことが確認されたといえる。自殺未遂という衝撃的な出来事に対して、不安や怒り、自責、他罰などの様々な思いや戸惑いを抱く家族に対して、正確な情報や適切な対応方法を身につけてもらう支援が必要である。

実証研究の中で自殺未遂者の家族支援につい

表 1. 自殺未遂者の家族支援に関する研究

著者	出版年	論文の種類	自殺未遂者の特徴	家族への介入・支援/調査方法	主要な結果
Cho HD, et al. ⁽⁶⁾	2015	実証研究	平均年齢51歳	家族メンバーの自殺未遂後に、自殺予防の心理教育を受けた31家族と、受けなかった19家族。心理教育では家族間のコミュニケーションを促すことに重点を置いた。	心理教育を受けた家族は、自殺を予防するような行動が充分ではなかったことに気づき、家族の関係性が改善したと回答した割合が高かった。
Asarnow JR, et al. ⁽¹⁾	2015	実証研究	11-18歳の若年者	35事例について、家族も含めた認知行動療法を実施。家族には、子どもの自殺企図の再発予防に向けたスキルを磨くためセッションも行われる。3ヵ月後と6ヵ月後のフォローアップ。	3ヵ月後には、自殺関連行動、絶望感、若年者と親の抑うつの改善が認められた。
Sun FK, et al. ⁽³¹⁾	2013	実証研究	記載なし	コントロール群37事例の家族には通常の自殺に関するサポートを、介入群37事例の家族には約2時間の自殺への支援に関する心理教育を実施自殺に対する態度や介護ストレス等を測定。	心理教育介入群では、介護能力や自殺に対する態度についてポジティブな変化が認められた。
加藤 晃司, 他 ⁽⁶⁾	2010	症例報告	10代女性、境界性パーソナリティ障害 (BPD)、大うつ病性障害	母子並行面接、情緒交流の再構築、母親が患者の成長歴を振り返る	自殺再企図防止にはBPDに対する力動的療法と家族に対するアプローチ、認知行動療法を複合的に組み合わせることが重要
Marcinko D, et al. ⁽¹⁸⁾	2010	総説	境界性パーソナリティ障害 (BPD) を抱えた思春期の女性	家族療法では、こういった時にBPDの症状が家族機能にネガティブな影響を及ぼすのか、また家族内の問題がBPDの症状を悪化させるのかといったことを提示する。	家族療法は、BPDの精神療法の重要な一部である。特に、摂食障害を併存した青年期の女性患者の治療では重要な保護的役割を果たす。心理教育が有効であるが、家族療法のみでの取り組みは推奨されない。家族療法は、通常は近親者に実施されるが、適切であればその範囲が拡大することもある。
平野 みざわ, 他 ⁽¹⁾	2009	症例報告	大量服薬により下肢に障害を残す	PSWによるソーシャルワーク	ソーシャルワークにより、スムーズに治療、リハビリテーション、地域生活への移行が可能となっただけでなく、危機介入により、自殺再企図の危険を回避することができた。
三上 克央, 他 ⁽²⁴⁾	2009	症例報告	10代女性	母子並行面接、母親が自らの生い立ちを述べる	家族問題が関係している事例では、自殺企図に至る「物語」を家族という文脈から理解し、それを患者、家族、治療者の間で再構築し、共有していく作業が必要
Stanley B, et al. ⁽³⁰⁾	2009	実証研究	13-19歳のうつ病の若年者110名(平均年齢 15.8 ± 1.6 歳)	家族への心理教育および介入。心理教育では、自殺行動の本質、うつ病について、致死的手段から守ることの必要性を伝える。家族の行動活性化、感情調節、課題解決、コミュニケーション、認知の再構成といった家族モジュールについて技能訓練が行われる。	青少年の自殺リスクを減らすためには、自殺予防のための認知行動療法において、個人療法はもろいことであるが、家族への介入も同等に必要である。
Britvić D, et al. ⁽³⁾	2009	症例報告	双極性障害	疾患と治療の流れについて患者家族への心理教育。	双極性障害の治療に、薬物療法と心理教育、支持的療法、精神行動療法を組み合わせることで、症状の寛解、QOLの改善がみられ、症状の再発に有効であった。
鈴木 雄市 ⁽³²⁾	2008	症例報告	うつ病	気持ちの受容、疾患に関する教育	家族の気持ちを受けとめるといった姿勢をもって支援しつつ、家族向けの資料を用いて、疾患の理解や関わり方について学習することは必要である。いっぽうで家族が熱心にかかわろうとするあまり、患者に対して干渉的な態度をとってしまう場合もあり、訪問看護での継続性が重要である。
平山 正実 ⁽¹²⁾	2008	総説	青少年、統合失調症	疾患や障害に対する正しい知識と対応の仕方に関する心理教育	自殺念慮を訴える患者家族には、自殺のサインや自殺手段リスクが高まった時の対応方法などを含めた教育プログラムが求められる
仲座 律子, 他 ⁽²¹⁾	2007	症例報告	40代男性、統合失調症	合同面接	家族は、常に患者の自殺の不安を抱いていたが、合同面接の中で説明、指導だけでなく、これまでの苦勞をねぎらうことで、家族も自分の感情を吐露することができた。
益田 ゆかり ⁽¹⁹⁾	2007	症例報告	60代女性、うつ病	面談、危機介入	患者の回復具合に家族の焦燥感が高まり、悲嘆、および自殺念慮を訴え始めるようになったため、信頼関係の構築、アセスメント、感情表出の場の提供、家族間の調整とサポート、教育的働きかけ等の介入を施行した。

著者	出版年	論文の種類	自殺未遂者の特徴	家族への介入・支援/調査方法	主要な結果
山本 真子 ³⁵⁾	2006	症例報告	高齢者、うつ病	合同カンファレンス	家族を交えた合同カンファレンスを行うことで、家族の病状の理解が進み、患者の退院後の協力を得られることができた。
木村 千鶴 ¹⁵⁾	2005	質的研究	うつ病、自殺念慮	患者家族8名へのインタビュー調査	家族の様々な情緒体験を受けとめること、時には家族が軸となってケアをしたいという家族の主体性を尊重すること、家族を孤独にせずに情緒の安定を図ることが家族支援に必要。
中島 みどり, 他 ²²⁾	2005	症例報告	高齢者、うつ病	面談	患者の自殺行動を体験することで、家族は強い衝撃を受けるが、第三者に打ち明けることができずに苦悩していた。家族の心理にも焦点を当てることが重要。
濱本 実也, 他 ²⁾	2004	比較研究	10代女性	プロセスレコードによる分析、CNS-FACEの測定結果と家族へのインタビュー調査結果と比較	家族の「肯定してほしい」というニーズは、CNS-FACEでは測定不能。
小峯 志鶴子, 他 ¹⁶⁾	2004	症例報告	40代男性	面談	面会前に家族と面談の場を設けることで、家族の不安や感情を表出し、患者を受容できるようになった。
佐々木 健一 ²⁹⁾	2004	症例報告	50代男性	面談、情報提供と行動指針の明示	状況理解に苦しんでいた家族への的確な情報提供と行動指針の明示により、感情の表出が可能となり、患者の心理社会的背景のアセスメントにつながった。
Huey S. et al. ¹³⁾	2004	実証研究	10-17歳の青少年	156事例について、RCTによるマルチシステムティックセラピー：(行動面や感情面で問題を抱えた若者の家族に対する在宅での家族介入)を実施。自殺念慮、抑うつ、親による管理等を4ヵ月後と1年後に評価。	介入群の青少年は、コントロール群に比べて1年後の自殺企図率が減少したが、介入群の当初の自殺企図率は高かったため、1年後の自殺企図率そのものはコントロール群と同程度であった。
Chitsabesan P. et al. ⁵⁾	2003	実証研究	服毒自殺を図った子ども	149事例についてRCTによる在宅での家族介入を実施し、2ヵ月ごと6ヶ月後に各変数を測定しその効果を検討。	親のメンタルヘルスと、患者の過去の自殺企図歴は、繰り返される自傷行為の大きな予測要因であった。
Toumbourou JW. et al. ³³⁾	2002	実証研究	14歳の生徒	学校の保護者に子どもとのコミュニケーションや関係性の向上を目指した教育プログラムを実施。介入前と3ヶ月後に、その学校に通う生徒(305名)の物質使用や自傷行為、抑うつ等を測定。保護者への教育プログラムを実施しなかったコントロール群の学校の生徒(272名)と比較。	保護者が教育プログラムを受けた学校の生徒は、介入前後で母親との関わりが増え、親とのもめごと、物質使用、非行が減少した。保護者への全体的な介入は、子どもの自殺に関わる要因に一定の影響を与える。
Brent DA ²⁾	2001	総説	青少年	家族も含めた精神医学的、心理社会的特徴のアセスメント。家族への心理教育と介入。	青少年の自殺予防に向けた望ましい介入は、ゆがんだ認知、ソーシャルスキルの課題、感情調節機能を改善すること、さらに家族への心理教育による介入である。
Rotheram-Borus MJ. et al. ²⁷⁾	2000	実証研究	12～18歳の女性	通常の救急救命のケアを受けた群と、自殺念慮に関するドラマ、家族療法セッション等からなる特別なケアを受け、18ヶ月後に評価。	特別なケアを受けた群では、少女らの抑うつ得点が低く、母親との結び付きが低くなっていた。ケアと症状の重さでの交互作用では、症状が重篤な患者の母親への特別なケアは、大きな影響を与えていた可能性が示唆された。
Harrington R. et al. ⁹⁾	2000	実証研究	16歳未満の服毒患者	77名の家族が所定のケア、85名の家族が所定のケアに加え、家族問題の課題解決に向けたソーシャルワーカーによる4回の訪問セッションを受けた。	子どもがうつ病ではない家族への訪問では、家族の自殺念慮が減少した。これは、絶望感や抑うつ傾向、子どもの課題解決といった変化によってもたらされたものではないと考えられた。
Byford S. et al. ⁴⁾	1999	実証研究	16歳未満の服毒患者	77名の家族が所定のケア、85名の家族が所定のケアに加えて、家族問題の課題解決に向けたソーシャルワーカーによる4回の訪問セッションを受けた。	介入後、2群間で費用対効果の差は認められず、所定のケアと、家族へのソーシャルワークによる介入で同程度であった。
Harrington R. et al. ¹⁰⁾	1998	実証研究	16歳未満の服毒患者	77名の家族が所定のケア、85名の家族が所定のケアに加えて、家族問題の課題解決に向けたソーシャルワーカーによる4回の訪問セッションを受けた。2ヶ月後と6ヶ月後に自殺念慮等を評価。	介入後、2群間で自殺念慮や絶望感、家族機能の有意な差はなかったが、治療への満足度では、訪問を受けた家族のほうが高かった。
Rotheram-Borus MJ. et al. ²⁸⁾	1996	実証研究	自殺企図で救急救命に搬送されたラテン系青少年	75人が通常の救急救命によるケアを、65人が家族教育や家族療法等を含んだ特別プログラムを受けた。	特別プログラムを受講した者は、より多くのセッションに参加する傾向にあったが、母親はケアを完了する傾向が低かった。また、特別プログラムを受講した患者の母親は、治療や家族間交流に関して前向きな姿勢を持っていた。

て報告されていたものは、すべて諸外国における研究であった。それらにおける自殺未遂者は10代の若年者がほとんどであった。それらの主要な結果は、心理教育や家族療法等の家族支援を含めたケアを受けた患者本人の自殺関連行動や抑うつ感、絶望感等が改善されたとするものや、家族の抑うつや自殺念慮が改善されたとする報告があるいっぽうで、介入群とコントロール群で、測定指標に差はなかったとする報告があった。今後も、家族支援を含めた患者への効果的な支援を検討していく上で、世代や疾患の特徴を踏まえた更なる研究が期待される。またわが国においても、自殺未遂者家族支援に関する実証研究が期待されるところである。

こうした家族支援の留意点としては、その導入に際しては、家族との関係作りやニーズアセスメントと家族ケアマネジメントが重要であり²⁴⁾、専門職による安易な導入は望ましい結果は得られない²⁵⁾。また、精神科救急医療ガイドライン(3)自殺未遂者対応²⁴⁾には、自殺未遂者の治療の際に、家族や周囲と信頼関係を構築し、自殺未遂者の支援体制を構築することが大切であるとして、家族・周囲の者に安心感を与える、悩みを受容する等といった具体的実践項目が示されている。こうした指摘、提言を十分に参考にしたうえで、自殺未遂者の家族支援に関する研究を今後も蓄積していく必要がある。

V. 結語

自殺未遂者家族支援に関するレビューから、家族との面談や面接が家族の感情表出の重要な機会となっていること、心理教育で正しい知識が伝えられることによって、自殺未遂患者とその家族の安定につながっていること、家族支援を含めたケアを受けた患者本人および家族の抑うつ感や絶望感等が改善されること、測定指標に差がない場合もあることが分かった。今後も自殺未遂者家族支援に関する症例報告や実証研

究を蓄積していくことが重要であろう。

【引用・参考文献】

- 1) Asarnow JR, Berk M, Hughes JL, et al.: The SAFETY Program: a treatment-development trial of a cognitive-behavioral family treatment for adolescent suicide attempters. *J Clin Child Adolesc Psychol.* 44 (1) :194-203. 2015.
- 2) Brent DA: Assessment and treatment of the youthful suicidal patient. *Ann N Y Acad Sci.* 932, 106-128, 2001.
- 3) Britvić D, Lapenda B, Anticević V. et al.: Psychosocial intervention as the additional therapy for bipolar affective disorder: a case report. *Psychiatr Danub.* 21 (1) , 75-81, 2009.
- 4) Byford S, Harrington R, Torgerson D, et al.: Cost-effectiveness analysis of a home-based social work intervention for children and adolescents who have deliberately poisoned themselves. Results of a randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 174, 56-62, 1999.
- 5) Chitsabesan P, Harrington R, Harrington V, et al: Predicting repeat self-harm in children--how accurate can we expect to be? *Eur Child Adolesc Psychiatry.* 12 (1) , 23-29, 2003.
- 6) Cho HD, Kim NY, Gil HW, et al.: Comparison of families with and without a Suicide prevention plan following a suicidal attempt by a family member. *J Korean Med Sci,* 30 (7) , 974-978, 2015.
- 7) Dixon L, McFalance W, Lefley H, et al: Evidence-Based Practices for service to families of people with psychiatric disabilities. *Psychiatr Serv,* 52, 903-910,

- 2010.
- 8) 濱本実也, 尾野敏明, 道又元裕: 自殺企図患者の母親とのかかわりから家族ニードを考える プロセスレコードによる分析, CNS-FACE の測定結果を母親へのインタビュー結果と比較検討して. エマージェンシー・ナーシング, 17 (7), 693-702, 2004.
- 9) Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, McNiven F, et al.: Deliberate self-poisoning in adolescence: why does a brief family intervention work in some cases and not others? J Adolesc. 23 (1), 13-20, 2000.
- 10) Harrington R, Kerfoot M, Dyer E, et al.: Randomized trial of a home-based family intervention for children who have deliberately poisoned themselves. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 37 (5), 512-518, 1998.
- 11) 平野みぎわ, 山田素朋子, 山田朋樹, 他: 精神保健福祉士と自殺予防 救命センターにおける自殺企図者へのかかわり. 神奈川県精神医学会誌, (58), 39-42, 2009.
- 12) 平山正実: 【若年事例の親への支援】青少年の統合失調症患者の家族支援について. 精神科治療学, 23 (10), 1215-1221, 2008.
- 13) Huey S, Henggeler S, Rowland M, et al. Multisystemic therapy effects on attempted suicide by youths presenting psychiatric emergencies. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 43:183-190. 2004.
- 14) 加藤晃司, 三上克央, 松本英夫: 自殺再企図防止のための認知行動療法を含めた包括的アプローチ 思春期境界性パーソナリティ障害の1例. 精神科治療学, 25 (1), 105-112, 2010.
- 15) 木村千鶴: 自殺念慮のある患者をもつ家族の情緒的体験 うつ病患者の家族へのインタビューを通して. 日本精神科看護学会誌, 48 (2), 238-241, 2005.
- 16) 小峯志鶴子, 田中公美子, 浅田昌代, 他: 自殺企図による広範囲熱傷で入院した患者の自立への援助. 熱傷 30 (1), 43-47, 2004.
- 17) Leff J, Vaughn C. (三野善央, 牛島定信訳): 分裂病と家族の感情表出. 金剛出版, 東京, 1991.
- 18) Marcinko D. & Bilić V.: Family therapy as addition to individual therapy and psychopharmacotherapy in late adolescent female patients suffering from borderline personality disorder with comorbidity and positive suicidal history. Psychiatr Danub. 22 (2), 257-260, 2010.
- 19) 益田ゆかり: 患者の病状に対する悲嘆から、自殺念慮を訴えはじめた家族への看護介入. 日本精神科看護学会誌, 50 (2), 265-269, 2007.
- 20) 内閣府: 自殺総合対策大綱 (平成 24 年 8 月 28 日閣議決定). 2012.
- 21) 仲座律子, 城間律子, 宮城敬, 他: 施設へ転所する患者および家族への退院支援 患者・家族の心理的变化と看護者の対応を視点にしてのアプローチ. 日本精神科看護学会誌, 50 (2), 562-566, 2007.
- 22) 中島みどり, 濱崎さゆり, 真壁由美子: 希死念慮のある老年期うつ病患者の看護 3 事例を通し看護を振り返る. 日本精神科看護学会誌, 48 (2), 338-342, 2005.
- 23) 日本精神科救急学会: 精神科救急医療ガイドライン (3) (自殺未遂者対応). 2009.
- 24) 大島巖: なぜ家族支援が必要か. 精神科臨床サービス, 10 (3), 278-283, 2010.
- 25) 大島巖, 伊藤順一郎: 精神分裂病の家族支援プログラムにおける問題点と留意点. 八木剛平編: 精神科治療の副作用・問題点・注意点. 診療新社, 大阪, 389-401, 1998.
- 26) 大島巖, 三野善央: EE 研究の起源と今日

- 的課題. 精神科診断学, 4, 265-282, 1993.
- 27) Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Cantwell C, et al.: The 18-month impact of an emergency room intervention for adolescent female suicide attempters. J Consult Clin Psychol. 68 (6) , 1081-1093, 2000.
- 28) Rotheram-Borus MJ, Piacentini J, Van Rossem R, et al.: Enhancing treatment adherence with a specialized emergency room program for adolescent suicide attempters. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 35 (5) , 654-63, 1996.
- 29) 佐々木健一：自殺企図により一酸化炭素中毒となった患者及び家族の援助. エマージェンシー・ナーシング, 17 (7) , 681-686, 2004.
- 30) Stanley B, Brown G, Brent DA, et al.: Cognitive-behavioral therapy for suicide prevention (CBT-SP) : treatment model, feasibility, and acceptability. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 48 (10) , 1005-1013, 2009.
- 31) Sun FK, Chiang CY, Lin YH, et al.: Short-term effects of a suicide education intervention for family caregivers of people who are suicidal. J Clin Nurs. 23 (1-2) , 91-102, 2014.
- 32) 鈴木雄市：自殺企図のあるうつ病患者の看護を考える 家族支援を通して学んだこと. 日本精神科看護学会誌, 51 (2) , 426-430, 2008.
- 33) 三上克央, 猪股誠司, 早川典義, 他：思春期自殺企図例に対する自殺再企図防止のための家族アプローチ 長年の家族背景が自殺準備因子である事例への試み. 家族療法研究, 26 (1) , 56-64, 2009.
- 34) 山本真子：多量服薬自殺を図った患者の再発予防を含めた社会復帰への働きかけ 神経科と内科の服薬調整と、地域福祉との連携. 日本看護学会論文集：精神看護, 37, 122-123, 2006.

国際精神保健の潮流

－国際協力機構四川大地震復興支援

こころのケア人材育成プロジェクトの事例研究を通して



Lessons for Global Mental Health by the case study of Project
for Capacity Development on Mental Health Services for Reconstruction Support
of Sichuan Earthquake

田中英三郎

兵庫県こころのケアセンター

I. 緒言

近年、国際精神保健という概念が注目されるようになってきたのは、2007年にランセット誌で特集（Global Mental Health series）が生まれ、2008年に世界保健機関（World Health Organization: WHO）が Mental Health Gap Action Programme（mhGAP）を発表したあたりからであろう¹⁾。伝統的な疫学研究では死亡を主なアウトカム指標としてきたが、これのみでは慢性疾患の影響を十分に評価することが困難であった。そこで、障害調整生命年（Disability-Adjusted Life Year: DALY）と呼ばれる、死亡年齢と障害度の両方を加味した健康指標が、世界的に政策立案ツールとして利用されつつある。DALYを用いた大規模調査の1つに、世界の疾病負担研究（Global Burden of Disease Study: GBD 研究）がある。2010年のGBD研究²⁻³⁾の結果によると、精神障害と物質使用障害が全傷病の早死損失年数（Years of life lost: YLL）に占める割合は、わずかに0.5-2.3%と推定されている。つまり、死亡を主なアウトカム指標とした場合、精神障害と物質使用障害が社会全体に与える負の影響は非常に限定的で

あり、公衆衛生上の重大な問題とはみなされないであろう。一方、障害共存年数（Years of life lived with disability: YLD）に注目すると、その影響は全YLDの22.9-28.5%にまで上る。YLLとYLDを統合したDALYの結果に目を向けると、精神障害と物質使用障害は全DALYの7.4－10.4%を占めていることが明らかになった。障害によって損なわれた健康な時間を考慮に入れると、精神障害と物質使用障害は、世界の疾病負担の少なくない割合を占めており、しかも開発途上国を中心に増加傾向にあることも示されている。このような状況にも関わらず、WHOによると開発途上国に暮らす精神障害を持った人々の約75%は、いかなるケアも受けることができていないと推定されている⁴⁾。

世界のすべての人々に適切な精神保健サービスを提供することは、喫緊の課題であるものの、精神保健は国際保健分野の活動の中で主流とはいえないだろう。2007年から2013年の世界の政府開発援助費に占める精神保健関連の予算は、増加傾向にあるものの今だ1%未満であり、ランセット誌が提案した理想的な予算には遥かに及んでいない⁵⁾。

兵庫県こころのケアセンターは、災害精神

保健に関する専門機関であり、2004年の設立以後国内外の被災地で指導的役割を果たしてきた。特に、国際保健分野では、国際協力機構（Japan International Cooperation Agency: JICA）との協力のもとに、スマトラ沖大地震・津波（2004年）、中国四川大地震（2008年）、チリ災害時のこころのケアモデル事業（2014年－）等で被災地でこころのケアの活動の支援や災害精神保健のシステム作りに関与してきた。本稿では、2009年から2014年に実施されたJICA四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクトを題材として事例研究を行い、国際保健分野で精神保健がどのように実践されてきたか明らかにする。

II. 方法

JICA四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクトに関する中間評価、終了時評価資料を用いて、プロジェクトの具体的な活動内容や結果等を明らかにする。なお、本資料の利用に関しては、JICAの使用許可を受けている。中間評価及び終了時評価ともに、このプロジェクトの協力関係にある日中精神保健専門家、JICA担当者、中国側カウンターパートである全国婦女連合会担当者、事業評価専門の日本人外部コンサルタントからなる合同調査団によってなされた。調査期間は中間評価及び終了時評価ともに約3週間であった。調査方法は、文書等資料の精査、関係者へのアンケート、個別インタビュー、グループインタビューであった。これらの調査から得られた情報は、外部コンサルタントが報告書として集約した。

III. 結果

JICA四川大地震こころのケア人材育成プロジェクトの概要に関しては別稿で述べてある⁶⁾。このプロジェクトでは、自然災害後の緊急

援助から発展していったという経緯があり、まず四川省の被災地でこころのケアに従事する人材を幅広く教育するという活動からはじめていった。それに引き続き、被災地の中からこころのケア活動のモデルとなるシステムを導入する地域（モデルサイト）を選定した。また、住民や行政のこころのケアに対する意識を高めるための啓発活動も並行して実施していった。以下に、1. こころのケアに携わる人材の育成、2. モデルサイトでのこころのケア活動の運営管理、3. 相談事例分析という3つの視点からプロジェクトの成果を示す。

1. こころのケアに携わる人材の育成

このプロジェクトでは2009年6月～2014年5月の5年間に、合計9回の中国国内研修会を開催した（Table.1参照）。プロジェクトが多職種共同であるという特徴から、研修受講生の専門も多様であった。それに対応するため、教育、地域、医療心理などのグループ別に講義を計画した。プロジェクト開始当初は、基本的な知識を幅広く広めることを目的として、参加者を限定せずに受け入れた。一方、研修生のレベルが一定しないこと、参加者の入れ替わりが激しいことなどは、系統だった知識を伝達する上で障害となるため、第4回以降はある程度研修生を固定するように努め、第6回以降は研修カリキュラムを整備した。しかし、現実問題として参加者を完全に固定することは困難であった。全体を通じて、まず基本的な知識を伝えたのち、体験型ワークショップや研修生参加型の事例検討を中心に研修会を運営することが、効果的な研修になったと考えた。

また、中国国内研修と併せて日本での研修会も実施した。日本での研修は兵庫県こころのケアセンターと兵庫教育大学が受入協力機関となり、年間にそれぞれ1度ずつ合計8回実施した。前者が主に教育分野、後者が主に医療心理分野を担当した。地域分野の人材はより関係の深い

いずれかに参加した。研修生の職種は、プロジェクトの中国側カウンターパートである婦女連合会の関係職員、モデルサイトで活動する医師、看護師、心理士、教師、及び関係行政職員などであった。1回の研修会の定員は20名前後とし、延べ177人の研修生を迎え入れた。前半は兵庫県の関連施設視察を講義に織り交ぜた。2011年3月の東日本大震災発災後は東北の被災地視察をプログラムに組み入れた。

Table.1 中国国内研修の実績

	開催地	時期	参加者 (名)	講師 (名)
第1回	成都	2009年7月	100	17
第2回	成都	2010年1月	100	16
第3回	天水	2010年9月	118	13
第4回	成都	2011年1月	100	12
第5回	西安	2011年9月	100	15
第6回	成都	2012年2月	100	17
第7回	蘭州	2013年1月	111	13
第8回	西安	2013年9月	112	15
第9回	成都	2014年2月	123	20
のべ人数			964	138

2. モデルサイトでのこころのケア活動の運営管理

四川省剣閣県、崇州市、安県、陝西省宝鶏市、甘粛省天水市の5つの地域がモデルサイトとして選定された。モデルサイトの選定に当たっては、被災状況、アクセス、対象地域の活動受け入れ状況などが勘案された。以下、どのようにモデルサイトでこころのケア活動を計画立案実行していったのかを示す。

まず、各モデルサイトが現状分析を行い、地域ごとのプロジェクト計画書を作成した。プロジェクト計画書の中では、四川大地震による被害の程度、こころのケアの必要性、現地の既存の人的資源、こころのケア活動をバックアップする現地組織などを明らかにした。そして、活動の目標と内容を具体的に示した。つまり、プ

ロジェクト期間内に、いつ何をするかといったスケジュールを設定した。さらに、予算をどのように配分するかについても明記した。

次に、各モデルサイトで活動年度の初めに、プロジェクトに関係する主要なメンバーが集まり、プロジェクト調整会議を開催した。このプロジェクト調整会議に参加した主なメンバーは、婦女連合会担当者、教育局、衛生局などの行政部門担当者、関係専門家及び現場活動スタッフであった。プロジェクト調整会議では、プロジェクト活動計画に基づき、当該年度に行うべき具体的な活動内容、その時期、投入する予算に関して議論の上、決定した。毎年の年間活動計画書に記載された活動内容が適切に実行できているか否かは日中専門家によるモニタリング調査で確認した。

3. 相談事例分析

このプロジェクトでは、現場活動者のサポートに力を入れた。そのため、現場活動者と日中の精神保健専門家が、事例検討や相談記録の検討を合同で行い、実践的な技術と知識の伝達と経験の共有を目指した。以下に、プロジェクト活動の中で実施した事例記録の一部を分析した結果を示す。なお事例の内容に関しては、個人情報への配慮がなされている。

発災後2年半以内（2011年1月まで）

Table.2 参照

2011年1月、第4回中国国内研修時に研修生より提出された事例の記載内容を分析した。ここでは、2008年5月の四川大地震発災から2010年末までの2年半以内に受けた相談事例が検討された。医療分野では10事例が、教育分野では14事例が報告された。全24事例中、21事例(87.7%)が災害に関係したものであり、特にその21事例の中でも17例が四川大地震に関連したものであった。その他の災害関連の事例としては、2010年4月に青海省で地震が発

生し、同年8月には甘肅省でも土石流災害が発生しており、これらに関連したものが集まってきた。災害発生1～2年はこころのケアに対するニーズが高く、また地震に直接関連した心理问题が事例化しやすいのではないかと考えられる。性別についてみると男性8例、女性16例と女性例が多く報告されていた。年代別にみると教育現場から事例が多く集まったため、24事例中10例が10代であった。次に、主訴の内容を分析した。災害に関連した21例中12例で明らかなトラウマ関連の症状が認められた。その主な内容としては、「災害体験を思い出すと恐怖感が強くなる、緊張感が強い、雨音など災害に関連した刺激におびえる（過覚醒）、災害が怖くて被災現場である学校に行きたがらない（回避）、不眠」などであった。また家族や友人が亡くなる若しくは受傷した7事例では、自責感や悲嘆が主訴として多く認められた。

発災後3年目（2011年1月～12月）

Table.3 参照

四川省のモデルサイトである剣閣県と崇州市より、2011年1月から12月までの相談事例に関する記録を収集し、分析した。四川大地震から3年目を迎えて、災害に起因するトラウマ関連の症状で相談となった事例は、提出された14例中6例と半分以下になった。相談者に女性が多いのは、婦女連合会が運営する地域の心理相談室が窓口となっているためだと考えられた。災害関連の相談以外の内容は、子どもの教育面での悩みや家族関係の悩みなどであった。

発災後4年目（2012年1月～12月）

Table.4 参照

四川省のモデルサイトである剣閣県、崇州市、安県より、2012年1月から12月までの相談事例に関する記録を収集し、分析した。四川大地震から4年目を迎えて、災害に起因するトラウマ関連の症状で相談となった事例は提出された

18例中1例とほとんど見られなくなった。そのため相談の内容は多様化しており、強迫性障害、不安障害、身体化障害、うつ病など明らかな精神障害を疑う事例から、子どもの心理问题、家族問題などを認めた。

IV. 考察

四川大地震復興支援こころのケアプロジェクトは、JICAが実施した数少ない国際精神保健プロジェクトの1つである。精神保健プロジェクトが国際保健分野で実施されにくい原因としては、言語の壁、客観的指標が導入しにくい、伝統的には重要視されていない分野であったため前例が少ないなどが挙げられるのではないだろうか。また、これまでの国際協力分野の重要な指針であるミレニアム開発目標に、精神保健が入っていなかったということも、国際精神保健の発展が十分ではなかった要因であろう。しかしながら、2015年9月に新たに設定された持続可能な開発目標（Sustainable Development Goals：SDGs）⁷⁾では、“あらゆる年齢のすべての人に対する健康な生活の確保、ウェルビーイングの促進（Goal 3. Ensure healthy lives and promote well-being for all at all ages）”という目標の中に、“予防や治療を通して非感染性疾患による若年死亡率を3分の1減らし、精神保健とウェルビーイングを促進する（by 2030 reduce by one-third pre-mature mortality from non-communicable diseases through prevention and treatment, and promote mental health and wellbeing）”とう文言が明記された。また、同じく2015年の第3回国連防災世界会議で採択された成果文書（仙台防災枠組2015-2030、仙台宣言）⁸⁾の中でも、“必要性があるすべての人々に、心理社会的支援と精神保健サービスを提供するような（災害からの）復興計画を立てること（Enhance recovery schemes to provide psychosocial support and mental health services

Table. 2 発災後1-2年半の相談事例のまとめ（四川省・甘粛省・陝西省）

No.	分野	性別	年齢	地域	災害 関連	被災状況	主訴	対応
1	医療	男	36	甘粛	有	地震で自宅が倒壊、弟が亡くなった	弟を亡くしたことに對する自責感	傾聴、生活支援
2	医療	女	13	甘粛	有	水害で自宅が水没	家を失ったことの悲しみ	傾聴
3	医療	女	65	甘粛	有	土石流災害で自宅が一部倒壊	そのことを思い出すと恐怖感が強く、また緊張感、不眠、食欲不振が続く	傾聴
4	医療	女	40	四川	有	地震で自宅が倒壊（死者はなし）	悪夢や幻覚を見る	暴露療法
5	医療	男	5	四川	有	地震で母を亡くした	その後、何も話さなくなった	不明
6	医療	女	50	四川	無	以前同様に癌で亡くした	自分が癌になるのではという不安感が強い	不明
7	医療	女	16	四川	有	地震で妹が両足を負傷	そのことで自分を責める	不明
8	医療	女	13	四川	有	火災で軽度の熱傷	その後、痛みや恐怖感が強い	安全に関する知識を伝えた
9	医療	男	32	青海	有	地震で家屋が倒壊し、親戚一家3人が亡くなった	その後、疲労感、抑うつ、悲嘆が続く	傾聴、地元宗教文化の活用
10	医療	女	50	陝西	有	地震でビルの倒壊を体験	その後、フラッシュバック、過覚醒、不眠、不安が続く	共感、リラックス法など
11	教育	女	13	甘粛	有	地震で同級生が亡くなる。それを本人は目撃	その後、恐怖感、再体験が続く	心理教育、安全感的の確保
12	教育	女	35	甘粛	有	土石流で自宅が倒壊、家畜を全て失う	そのことを思い出すと、恐怖感、緊張感が強くなる。雨音におびえる。不眠、食欲低下	リラックス法、安全感的の確保
13	教育	女	10	甘粛	有	地震で自宅が一部損壊、仮設住宅で暮らす	学校が楽しくない、友達と遊ばない	友達関係への介入
14	教育	男	8	甘粛	有	地震の強い揺れを体験	学校へ行きたくない、校舎が怖い	絵画による表現療法
15	教育	女	10	甘粛	有	地震で自宅が一部損壊、強い揺れを体験	その後、不眠、記憶力低下、過敏で疑り深くなった	積極的に本人と対話
16	教育	男	27	四川	有	地震で学校が損壊	ストレス、仕事のプレッシャーが大きい	不明
17	教育	女	45	四川	有	地震で自宅が一部損壊、娘が亡くなった	生きている意味がない	傾聴
18	教育	女	16	四川	有	地震で自宅が倒壊	学習効率低下、友人付き合いも減る	傾聴
19	教育	男	10	四川	有	地震で負傷し、足の一部を切断、また友人を眼前で亡くす	友人を救えなかったとの自責感	不明
20	教育	男	6	四川	有	学校で強い揺れを体験	ベッドで眠ることを怖がる	不明
21	教育	女	11	青海	有	地震で自宅が倒壊	恐怖感、部屋で眠ることができない	不明
22	教育	男	7	青海	無	母が十分に養育できていない	他の子をいじめる、授業中に騒ぐ	母との話し合い
23	教育	女	35	陝西	無	なし	教師で生徒への体罰が問題視されている	不明
24	教育	女	12	陝西	有	学校で強い揺れを体験	悪夢、集中力低下	リラックス法

Table.3 発災後3年目の相談事例まとめ（四川省）

No.	性別	年齢	主訴	対応
1*	女	71	地震に遭って以来、めまい、胸苦しさ、むくみ、関節痛がひどい	身体的なりハビリ、傾聴し慰めた
2	女	68	地震で家が壊れるが、1人娘は面倒を見てくれない	相談者へ教訓的な故事を聞かせた
3	女	35	1人息子が勉強をしたがらない	相談者へ教訓的な故事を聞かせた
4	男	43	子どもがネットゲームにはまり、勉強をしない	子どもの好きなようにさせた、文化や教養を勉強させた
5	女	46	大学生の娘が失恋して、気分が沈み、学業がおろそかになっている	相談者へ教訓的な故事を聞かせた
6*	女	60	地震のトラウマで外出できない、イライラする、易怒的である	周囲に寛容になるよう説明した
7	男	36	地震で財産を失くす、妻との不仲、友人への借金	コミュニケーションの大切さを説いた
8	女	57	1人息子が、地震以後、仕事もしないでぶらぶらしている	相談者へ教訓的な故事を聞かせた
9*	女	54	地震のトラウマ、振動に過敏になっている、恐怖感がある	他者との交流を促した、健康的な生活のアドバイス
10*	女	65	地震後、めまい、1人でぼっとする、物忘れ	他者との交流を促した
11*	女	中年	地震後、不安焦燥、疑い深い、	安全確保の確保、リラクセス法、心理教育
12*	女	10代	地震後、恐怖感、怒りっぽい、友達と交流しない	家庭と学校へのアドバイス
13	女	38	夫が交通事故に遭う、その後本人への暴力が出現した	夫にカウンセリング、協議離婚をアドバイス
14	女	69	1人暮らしで寂しい、息子夫婦と仲が悪い	息子夫婦も交えて相談

*地震関連の事例報告

for all people in need) ” が強調されている。つまり、世界は確実に精神保健の向上のため前進しつつある。我々が、JICA 四川大地震復興支援こころのケア人材育成プロジェクトに携わる中で学んだことは、例え言語の違いがあっても、現地の専門家と共同することでこころのケアの技術、知識、経験は伝えていくことができるということである。そのためには、当然ながら相互に文化的コンピテンシーを高める努力が必要である。また、精神保健という新しい活動を新たに立ち上げるというスタンスで取り組むより、既存の活動に精神保健を組み入れていくほうが現実的であろう。このプロジェクトでも、カウンターパート機関の元々の業務である女性と子どもの相談と支援に、精神保健という視点を盛り込んでいった。具体的には、女性の就労支援事業に、ストレス対策講座を組み入れたり、留守児童と呼ばれる両親が出稼ぎに行ってしまった子どもや震災孤児への支援に、心の

発達に配慮した活動を取り入れたりした。このプロジェクトの限界と今後の課題としては、多くの活動の評価がアウトプットベースであり、活動のインパクトを定量的に測ることが困難であったことである。今後、国際保健の中で精神保健プロジェクトを根付かせていくためには、好事例を共有していくことと、客観的な指標に基づくプロジェクト評価が重要であろう。

V. 結語

日本は災害大国であり、災害後の精神保健活動に多くの実績を有している。災害は、時と場所を選ばず、世界のどこでもいつでも起こりうる可能性がある。日本は災害精神保健を通じて国際精神保健に貢献していく力と使命があるのではないかと考える。

Table.4 発災後4年目の相談事例まとめ（四川省）

No.	性別	年齢	主訴	対応
1	女	44	経済的に困窮している	生活支援、職業訓練のなかに心理健康講座を含めて実施した
2	女	21	出産時の不安	研修で学んだ心理援助の知識を生かした（詳細不明）
3	男	5	暗闇や虎を怖がる	両親への家庭教育のアドバイス、子どもへのカウンセリング
4	女	42	手洗強迫	心理教育、暴露療法
5	男	7	友達と交流しない	子どもへのカウンセリング
6	女	3	留守児童、すぐ泣く、友達と遊べない	家族へのアドバイス
7	男	3	わがママがひどい	幼稚園での介入
8	男	48	交通事故後（車にはねられて内臓損傷、骨折、下肢切断）、抑うつ	傾聴、リラクセス法、家族と友人に協力を要請
9	男	38	頭痛、めまい、不安、不眠、悪夢	身体精査、心理教育、カウンセリング
10	女	10	劣等感が強い、鈍い	家族へアドバイス、学校生活の調整
11	男	9	成績が悪い、友達に暴力をふるう、いじめる、まじめに授業を受けない	家族へのアドバイス、学校生活の調整
12	女	12	同級生から暴言、暴力を受けた	心理健康教育の授業に力を入れる
13	女	62	足に力が入らず、灼熱感を持ち、歩けない（転換性障害？）	生活指導、カウンセリング
14	男	17	わがまま、暴言を吐く、他人のせいにする、自己中心的	個別カウンセリング（信頼関係をつくる、行動の指導）
15*	男	17	成績はよいが、授業に集中できない、地震のことをよく思い出す	リラクセス法
16	女	30	以前に産後うつで自殺未遂。その2年後に再度自殺未遂。	傾聴、認知行動療法
17	女	24	夫の暴力	夫婦間のカウンセリング
18	男	67	精神障害のある娘の世話を自分たちが他界したあとどうするか心配	家庭訪問、ソーシャルワーク

*地震関連の事例報告

引用文献

- Whitley R.: Global Mental Health: concepts, conflicts and controversies. Epidemiol Psychiatr Sci 24; 285-291, 2015.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, et al.: Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. Lancet 9; 1575-1586, 2013.
- Whiteford HA, Ferrari AJ, Degenhardt L, et al.: The global burden of mental, neurological and substance use disorders: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2010. PLoS One 10, 2015.
- WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) . http://www.who.int/mental_health/mhgap/en/ (参照2015/09/12)
- Gilbert BJ, Patel V, Farmer PE, et al.: Assessing development assistance for mental health in developing countries: 2007-2013. PLoS Med 12, 2015.
- 堤敦朗：JICA 四川大地震復興支援ところのケア人材育成プロジェクト，心的トラウマ研究，7：49-55，2011.
- Open Working Group proposal for Sustain-

able Development Goals. <https://sustainabledevelopment.un.org/sdgsproposal> (参照 2015/09/12)

- 8) Sendai Declaration. <http://www.bosai-sen-dai.jp/article/f/20150402161219823917.pdf> (参照 2015/09/12)

「ひょうご DPAT 活動マニュアル」作成への取り組み



福井貴子, 加藤寛, 田中友巳

兵庫県こころのケアセンター

平成 25 年厚生労働省が「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」を定めたことを受け、兵庫県は平成 26 年に「ひょうご DPAT」を創設し、体制整備を進めている。その運用にあたり県の指針を示すものが必要であり、「ひょうご DPAT 活動マニュアル」作成への取り組みを行った。

マニュアルには「ひょうご DPAT」の枠組み、活動方針や活動内容が明示され、さらに兵庫県が積み重ねてきたこころのケア活動から得られた知見をいかして、「ひょうご DPAT」の特徴や活動において重視する点も示した。さらに報告方法や記録様式、資料等も掲載し、活動に際し具体的に活用できるものとした。マニュアルの完成により関係者が共通認識をもって DPAT 活動にのぞむ準備が整ったといえる。しかし災害のさまざまな状況に対応するには柔軟性と応用力が必要であり、研修の実践やマニュアルの改訂など今後も継続した取り組みが必要であると考えられる。

Key words：こころのケア DPAT 活動マニュアル 被災地支援 地域精神保健

I. はじめに

1995 年の阪神・淡路大震災においてはじめて、大規模な精神保健分野に関する外部からの支援活動が行われた。その後「こころのケア」と呼ばれるようになったこの活動は国の内外を問わず、様々な場所で展開されてきた。2011 年の東日本大震災では、災害救助法発令により被災県の要請を受け、厚生労働省障害保健福祉部から全国自治体および国立病院機構等に対し、「こころのケアチーム」の派遣の斡旋が行われ、この活動は平成 23 年 3 月～平成 24 年 3 月までの累計で 57 チーム、のべ 3504 人という大規模なものになった⁸⁾。このように複数県にわたって長期間に継続された全国レベルでの災害精神保健医療活動はわが国にとって初めての事例である。しかし、この活動において心のケア活動の位置づけや役割、活動手法に関する要領が定まっていなかったため、一部非効率な活動実態が生じていたことが明らかになった。そこで厚生労働省は、平成 24 年「心のケ

アチーム体制整備事業」を経て、平成 25 年「災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team : DPAT) 活動要領」を定め、DPAT 運用に関して各都道府県・政令指定都市の地域防災計画に記載するように通知した。その後、平成 26 年広島県の大雨災害、長野県の御嶽山噴火においては実際に DPAT が派遣され活動が行われている。自然災害の多い日本において、災害発生に備え DPAT 運用体制の整備を進めていく必要があるが、それは実際に運用することになる各都道府県等に任されている部分が多いと言える。

こうした流れのなかで、平成 26 年兵庫県は「ひょうご DPAT」を創設した。平成 27 年 7 月現在、登録病院は 39、登録チームは 46 にのぼる。兵庫県は、阪神・淡路大震災以降「こころのケア」活動に携わった経験者が多く、活動への意識が高い。こころのケアチームの活動も、県内外を問わず数多くの実績がある⁶⁾。しかし、今まで活動の指針を示すガイドライン等があったわけではなく、活動は経験者の経験知によって支え

られてきた。今回、兵庫県によって創設された「ひょうご DPAT」の活動を確実なものにしていくには、東日本大震災における経験から得られた新たな知見を加え、活動を担う者の世代交代が進んでも安定した活動を行うことができるよう体制を整備していかなければならない。そこで、国から示されたマニュアルの不足する部分を補い、兵庫県の実情や強みを生かした活動指針を示すため、兵庫県版の DPAT 活動マニュアル作成の取り組みを行ったので報告する。

II. マニュアル作成にあたって

兵庫県の組織する DPAT の活動指針とするため『『ひょうご DPAT』活動マニュアル (Ver1.0)』作成の取り組みを行った。これは平成 25 年 4 月に厚生労働省より発出された「災害派遣精神医療チーム (DPAT) 活動要領」(平成 26 年 1 月改定)⁹⁾と平成 26 年 1 月の「DPAT 活動マニュアル ver1.0」(国立精神・神経医療研究センターに設置された災害時こころの情報支援センター作成。平成 27 年 1 月改定、現在 ver1.1)⁷⁾をベースにしている。

東日本大震災での反省点をふまえて設立された DPAT は、様々な課題に対する解決がはかられており、国が発出した活動要領や活動マニュアルにそれらが示されている。

II-1. DPAT 活動マニュアル ver1.1⁷⁾

【内容】

- 活動理念 (DPAT とは、活動 3 原則)
- DPAT の構造 (DPAT の定義、各班の構成)
- DPAT の統括 (DPAT 都道府県調整本部、DPAT 活動拠点本部、指揮命令系統)
- 情報支援システム災害精神保健医療情報支援システム (Disaster Mental Health Information Support System: DMHISS)
- 派遣調整 (DMHISS を用いる場合、用いない場合)

- 平時の準備 (災害想定、人材の育成・確保、資機材の確保)
- 活動内容 (情報収集とアセスメント、情報発信、精神医療の支援、住民への対応、支援者支援、普及啓発、活動記録、活動情報の引き継ぎ、活動終結)
- 費用と保障
- 資料 (DPAT 標準機材リスト、個人装備、携行医薬品、医療機器、資機材リスト)

【特徴】

東日本大震災時に課題として挙げられた点へ対応すべく、派遣の枠組みを整え、指揮命令系統を示し、インターネットによる情報共有システムを整備する等、さまざまな観点から DPAT 活動の体制づくりが進められている。DPAT という外部支援チームによる災害時精神保健活動の概要を行政側に明らかにし、運用の方向性を示したことにより、都道府県等の地域防災計画等にも組み込みやすくなったと考えられる。指揮命令系統に基づき活動を展開することにより DPAT を組織的に運用することができる。DMHISS を用いることで、DPAT の派遣調整を偏りなく行い、活動状況の全体像を把握してその後の活動を展開することができる。派遣終了後にも活動記録等の集約がスムーズになり、活動全体の見直しも行いやすい。これらは被災し支援を受ける側、派遣を行う側、その統括を行う側それぞれにとって大きなメリットとなる。さらに、活動にあたって疑問を抱きやすい向精神薬の扱いや処方箋の取り扱い方も根拠と同時に説明されている。費用と保障に関する項目や、DPAT 活動に必要な機材や薬品のリストも載せられていることから、行政側が行う DPAT 体制整備の具体的な目安になると考えられる。

ただし、このマニュアルは国の示す DPAT 活動の大枠、概要を示したものであり、各地域の実情を踏まえた具体的な体制を著したものではない。実際に「ひょうご DPAT」が活動するた

めのガイドラインとするため、マニュアル作成のねらいを以下のように設定した。

II-2. 「ひょうご DPAT」活動マニュアル作成のねらい

- ① 兵庫県における具体的な運用体制を示し、命令系統、関係諸機関の役割を示す。
 - ② 「ひょうご DPAT」構成員や県内発災時に県外から支援に入った DPAT、あるいは DPAT 構成員ではない各関係機関に所属する者が理解しやすく、活動を行うために必要な情報を掲載する。
 - ③ 活動経験のない DPAT 構成員が具体的な活動を行う具体的手引きとする。
 - ④ 時系列に沿った活動内容の変化やその留意点を示す。
 - ⑤ 活動に必要な記録様式を作成し、報告要領と共にすぐに使える形式にする。
 - ⑥ 携行品リストや県内の各関係機関の一覧等の資料を掲載する。
 - ⑦ 作成したマニュアルは製本し配布するが、兵庫県こころのケアセンターのウェブサイトから直接ダウンロードできる形にし、必要時に参照できるようにする。
 - ⑧ 「ひょうご DPAT」は、従来の心のケアチームが行なってきた精神保健活動をベースとして活動方針を示す。
- これを受け、「ひょうご DPAT」活動マニュアルを以下の項目で構成した。

II-3. 「ひょうご DPAT」活動マニュアルの項目

- DPAT とは
- 「ひょうご DPAT」について（兵庫県としての方針）
- DPAT に関わる組織と役割（県内発災時と県外発災時の動き）
- DPAT 活動の流れ（派遣時のチームの動き）
- チーム派遣前後の動き（DPAT 登録病院・

構成員の動き）

- DPAT 活動内容（活動概要）
- 活動の記録・報告
- 基本的な心構え
- 費用と保障（派遣の枠組み）
- その他の関係機関・用語
- 災害ステージに合わせた DPAT 活動（活動内容の変化・留意点）
- 資料（記録様式、携行品リスト、精神科病院・健康福祉事務所一覧）

マニュアル作成上のねらいを満たすため、以上の項目を抽出した。内容は兵庫県地域防災計画²⁾や兵庫県保健医療計画¹⁾、災害時の保健師活動ガイドライン³⁾等に準拠しており、行政体制に関しては、県庁障害福祉課と精神保健福祉センター、こころのケアセンターで構成する DPAT 運営委員会によって示されたものを掲載した。

III. 「ひょうご DPAT」の特徴

III-1. 「ひょうご DPAT」のシステム

①チーム編成

(1) チーム長となる精神科医師（1 名）と看護師（1 名）、精神保健福祉士または臨床心理士（1 名）に、(2) 業務調整員としてのロジスティクスとして県職員（1~2 名）が加わり 1 チームを編成する。原則(1)は同じ病院に所属するスタッフである。この編成により、精神科臨床による専門性と行政とのつながりの両方の強みを兼ね備えたチームとなることをねらいとする。

②「ひょうご DPAT」調整本部

DPAT 派遣決定前に、こころのケア対策本部が設置され（構成機関は同じ）、派遣決定後は DPAT 調整本部として活動を行う。県障害福祉課、精神保健福祉センター、こころのケアセンターの三機関で構成する。

三機関が役割を分担することで各機関の特徴を活かし、活動への適切なバックアップを行うことができる。

③「ひょうごDPAT」活動拠点本部

県内で発災した場合、原則として活動拠点本部を健康福祉事務所もしくは中核市保健所におく。地域調整責任者としては健康福祉事務所長もしくは中核市保健所長がその任にあたる。DPATはその指示のもと、地域精神保健活動の支援を行うことになる。地域を主体とした活動への支援がDPATに求められる活動であるとしている。

表1では、「ひょうごDPAT」と国のマニ

アルに示されたDPATとを比較した。

図1はマニュアル内に示した県内発災時の各関係機関の関係図である。発災時にはこころのケア対策本部が立ち上がり、総合的な精神保健活動の統括を行う。DPAT活動はその活動のうちのひとつに位置づけられる。

III-2. 実践への工夫

①記録、報告

DPATの活動記録（日報）、DPATが対応した個人に対する個人記録（カルテ）、また薬品の管理簿など、全国共通のDMHISSにあげられた書式に加えて必要な書式を作

表1. 「ひょうごDPAT」と国のマニュアル⁷⁾に示されたDPATとの比較

	ひょうごDPAT	国
①チーム構成	(1)医師・看護師・精神保健福祉士または臨床心理士 (2)兵庫県職員等ロジスティクス	医師・看護師・ロジスティクス (現地ニーズに応じて他職種)
②DPAT調整本部	・県障害福祉課 ・精神保健福祉センター ・こころのケアセンター	・DPAT統括者 ・本庁担当者 (・支援を受ける)
③DPAT活動拠点本部 (県内発災時)	設置場所： 健康福祉事務所・中核市保健所等 地域調整責任者： 健康福祉事務所長・中核市保健所長	設置場所： 災害拠点病院・精神科の基幹病院・ 保健所・避難所等 責任者：先着したDPAT

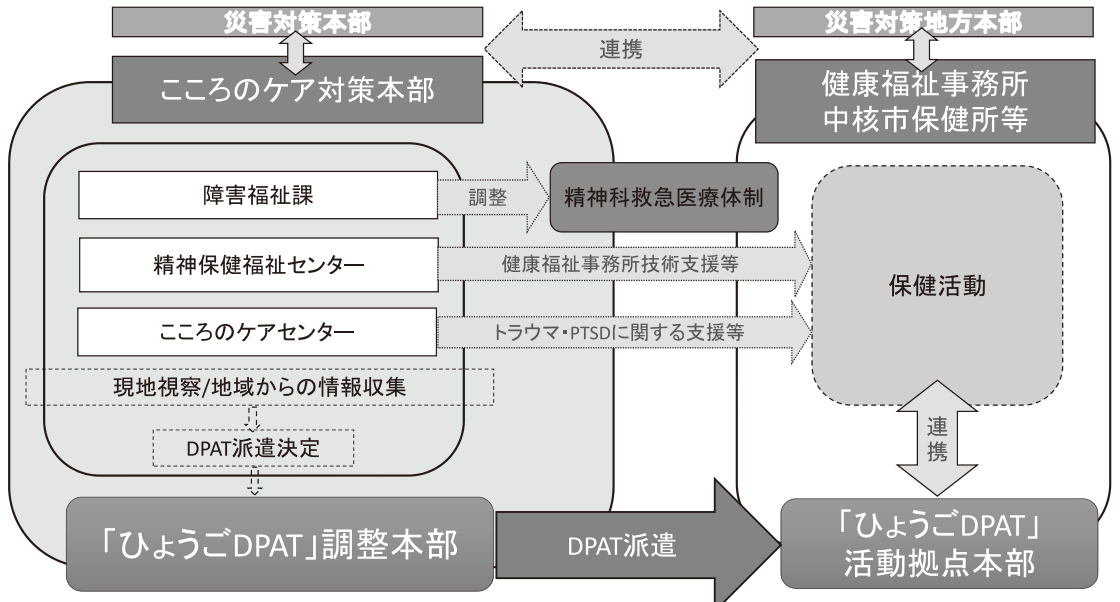


図1. 兵庫県における災害時こころのケアシステム関係図（県内発災時）

成し巻末の資料にまとめ、記録先・記録方法、報告・保存先と報告・保存方法を一覧にして示した。活動拠点本部にはすべての記録を残すが、特に個人記録に関しては活動拠点本部のみが引継ぎ、活動終了後 DPAT は活動記録、管理簿のみを持ち帰ることとした。このように「ひょうご DPAT」の実際の活動における情報の取り扱い方法を明確に示した。

②費用と保障／安全性の確保

県の要請に基づき出動した「ひょうご DPAT」への費用弁償を県が行うこと、県は損害賠償保険に加入し、活動における事故等に対応することが示された。

また、県によって衛生携帯電話やトランシーバー、発電機等、DPAT 活動を安全に行うための備品が整備された。

これらは、実際に派遣される構成員の安心・安全を得るためにも必要な情報、備品である。

③活動内容とその変化

III 章「災害ステージと DPAT 活動」のなかで、時系列に応じて DPAT が行う活動と活動時の留意点を示した。常にニーズアセスメントを行い、被災地におけるニーズに柔軟に対応して活動を行うことや各活動内容において留意すべきこと、災害ステージによって変化する様相について述べた。これは鈴木ら（2012）¹⁰⁾ の調査に基づいており、全国の専門家のコンセンサスを得ているものを参考にした。

④資料

DMHISS を補完する記録様式として、兵庫県版活動記録、処方箋、診療情報提供書、医薬品管理簿を掲載し、活動時すぐに利用することができるようにした。DMHISS の記録に関しては、入力上の注意を示した簡易版マニュアルも掲載している。

携行品リストとしては、機材と個人準備

物品に関しては兵庫県版として示し、携行薬リストとしては国が示したマニュアルに示されたものを参考として載せている。（以後、携行薬も「ひょうご DPAT」版に改定予定）

県下精神科病院・健康福祉事務所等一覧には発災時に必要であろう情報をまとめ、地図とともにわかりやすく示した。

III-3. 「ひょうご DPAT」が重視するもの

東日本大震災における心のケア活動の反省点の一つに、被災した精神科病院の救援が後手にまわったという点がある。その反省から、迅速な救急救命活動を行う DMAT（Disaster Medical Assistance Team）のノウハウを参考に国は DPAT 先遣隊という概念を示し、発災後早期に被災した精神科医療機関への支援を視野に含め、DPAT の整備を進めている。そのため、心のケアチームから DPAT への名称変更は、同時に活動内容が変更になったことを示していると受け取る関係者もいるようである。つまり、DPAT の活動対象は地域精神保健の支援ではなく、精神科医療の提供が主なものとなったという認識である。兵庫県ではこの点について検討し、「ひょうご DPAT」は今までの心のケアチーム活動において大切にしてきた方針を引継ぎ、地域精神保健の支援を重視するという結論に達した。災害後、保健所が中心となって地域住民の健康を見守る活動が保健師等によって行われる。そうした地域精神保健活動を支援する形で、外部から支援を提供することの有効性は、阪神淡路大震災以降に行われてきた数々の支援活動の実績から見ても明らかである⁵⁾。活動のシステム、活動理念や内容、その他のどの項目においてもそれが「ひょうご DPAT」の基盤となっている。

また、チームの自立をはかり情報の引継ぎや地域支援者への配慮等、被災地域に負担をかけずに活動することや、「こころのケア」にこだ

ならず「今必要としていること」への援助を行うサイコロジカル・ファーストエイド⁴⁾の考え方も、「ひょうご DPAT」が大切にしている点である。

IV. 成果と課題

今回の取り組みによって、「ひょうご DPAT」活動マニュアルが完成し、必要時には誰もが目を通すことができるようになった。兵庫県が組織する「ひょうご DPAT」の枠組み、活動方針や活動内容、具体的なツール等が示されたことで、関係者が共通認識をもって活動にのぞむことのできる準備が整った。マニュアルをもとに行ったひょうご DPAT 研修時には、活動の根拠となるマニュアルの完成により、『今後安心して活動にのぞむことができる』という感想も聞かれた。示されているのは基本的な部分であるが、想定されていない様々な状況が生じたとしても、システムの枠組みに沿って命令系統が確立すれば、想定外の状況にも柔軟に対応できるはずである。

今後の課題として、国が想定しているように、精神科病院が被災した場合にどう支援を行うか、その時 DPAT をどう活用するのか、患者搬送等の必要性が生じた時にどのように各機関が連携するのか等についての検討が不足している点がある。この点はマニュアル上に記載がない。ただしこれは DPAT のみでカバーできる問題ではないため、災害時の精神科医療・保健分野に関する支援の全体として考える必要がある。被災地域に対する様々な支援活動において、DPAT の果たす役割や活動範囲は何か、守備範囲を明確にしておくことは大切であるが、これは災害の規模や種類、被災地域がもともと有している対応力の強弱等の兼ね合いによって変化する部分でもある。また地域による違いという点では、派遣された県外地域において、活動方針や内容、活動拠点本部の置き方等が「ひょうご DPAT」のそれとは異なることもある。こ

のように状況に応じて、あるいは派遣先からの様々なニーズに都度対応するため、DPAT は柔軟性や応用力を備えておかなければならない。マニュアルの内容を実際に活用し、主体的な活動を行うためには、継続した研修の機会を設け、実力を備えた DPAT を養成することが大切になる。必要に応じたマニュアルの改訂も含め、今後も様々な継続した取り組みが求められる。

V. おわりに

『ひょうご DPAT』活動マニュアル (ver.1.0) は、当センターのウェブサイトからダウンロードできる。<http://www.j-hits.org/dpat/index.html> を参照されたい。

謝辞

取り組みにあたり、ご助言・ご協力をいただいた皆さまに心より感謝申し上げます。

参考文献

- 1) 兵庫県：兵庫県保健医療計画. 平成25年4月 <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf15/documents/25keikaku.pdf>
- 2) 兵庫県防災会議：兵庫県地域防災計画. 平成13年～平成26年. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kk38/hyougokentiikibousaikaikaku2014.html>
- 3) 兵庫県健康福祉部健康局健康増進課：災害時の保健師活動ガイドライン. 平成26年3月. <https://web.pref.hyogo.lg.jp/kf17/kf17/saigaijigaidorain.html>
- 4) 兵庫県こころのケアセンター訳：サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き第2版. 2009. <http://www.j-hits.org/psychological/index.html>
- 5) 加藤寛. 日本における災害精神医学の進展 阪

- 神・淡路大震災後の10年間をふり返って.精神医学. 48(3):231-239. 2006.
- 6) 加藤寛, 大澤智子, 藤井千太 et al.: 東日本大震災におけるこころのケア活動の実際と、地域保健システム再建に関する研究. 兵庫県こころのケアセンター研究報告書, 49-59, 2012.
- 7) 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) http://saigai-kokoro.ncnp.go.jp/pdf/dpat_003_131227_2.pdf
- 8) 厚生労働省: 秋葉副大臣会見概要(DPAT(災害派遣精神医療チーム)の構想について). 平成25年2月28日. http://www.mhlw.go.jp/houdou_kouhou/kaiken_shiryou/2013/130228-01.html
- 9) 厚生労働省: 災害派遣精神医療チーム(DPAT)活動要領. 平成26年1月7日. http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kokoro/ptsd/dpat_130410.html
- 10) 鈴木友理子, 黒澤美枝, 小原聡子, et al. 災害時の精神保健対応のあり方に関する検討 平成24年度厚生労働省科学研究費補助金(健康安全・危機管理対策総合研究事業)健康危機発生時における地域健康安全に係る効果的な精神保健医療体制の構築に関する研究分担研究報告書(研究代表者: 金吉晴). 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. 17-109, 2012

Development of Hyogo DPAT
activities manual

Takako FUKUI, Hiroshi KATO, Tomomi
TANAKA

Hyogo Institute for Traumatic Stress

■心的トラウマ研究 投稿規定■

1. 本誌への投稿は、原則として兵庫県こころのケアセンター所属の研究員及びその共著者、その他編集委員が必要と認めたものに限ります。
2. 本誌は他誌に発表されていないものを掲載します。したがって他誌に掲載された論文、または投稿中の論文はお受けできません。
3. 投稿の対象は研究論文、資料論文、総説、実践報告等です。それぞれの規定は以下の通りです。
 - a) 研究論文、資料論文、総説は8,000字～12,000字以内（400字詰め原稿用紙で20～30枚程度、図表込み）、実践報告は8,000字以内（原稿用紙20枚程度、図表込み）を原則とします。
 - b) 研究論文の投稿原稿は次の順番で作成して下さい。表題（日本語）、著者（日本語）、所属（日本語）、抄録（日本語）、Key words（日本語）、本文、文献、表題（英語）、著者（英語）、所属（英語）、抄録（英語）、Key words（英語）、図表。
 - c) 英語表記に際し、著者名については名、姓を略さずにローマ字で綴り、所属機関名については英語の名称で表記して下さい。
 - d) 抄録は日本語で400字以内、英語で250語以内とし、Key wordsを5つ以内で付記して下さい。
 - e) 文献は筆頭著者の姓のアルファベット順に番号を付記し（同一著者の場合は発表順）、本文中にその番号で引用して下さい。また本文中の引用は番号を上付きにし、その横に小括弧（終）を付記して下さい（例：²⁾）
 - f) 欧文雑誌名の略称を用いる場合はIndex Medicusに従い、省略のピリオドをつけて下さい。
 - g) 著者氏名は3名以下の場合は全員、4名以上の場合はet al.（または、ほか）と記載して下さい。
 - h) 文献の書き方について、雑誌の場合は、著者氏名：論文題名・雑誌名（類似の誌名があるときには発行地）、巻；起頁—終頁、西洋年号の順に、単行本は、著者氏名：書名・発行所名、発行地、起頁—終頁、発行年次。単行本の中の論文については、著者氏名：論文題名・著者（編者、監修者）名：書名・発行所名、発行地、起頁—終頁、発行年次。などとし、以下の記載例にならして下さい。
 - 1) Foa,E.B.,Riggs, D.S., Dancu, C.V., et al.: Reliability and Validity of Brief Instrument for Assessing Post-traumatic Stress Disorder. J. Trauma. Stress 6;459-473, 1993.
 - 2) ジュディス・L・ハーマン（中井久夫訳）：心的外傷と回復。みすず書房、東京、1996.
 - 3) 加藤寛、岩井圭司：【わが国におけるPTSD研究の動向】PTSDの経過論 縦断研究の知見を通して。精神科治療学,13;955-961,1998.
 - 4) Weiss,D.S. & Marmar, C.R.: The impact of event scale-revised. (ed) Wilson,J.P.& Keane T.M.: Assessing psychological trauma and PTSD.The Guilford Press, New York, p399-411,1997.
 - i) 資料論文、総説では抄録（英語）、実践報告については抄録（日本語・英語）、Key words（英語）は不要です。研究論文の規定に準じ、資料論文、総説では抄録（日本語）、Key words（日本語・英語）を、実践報告についてはKey words（日本語）を作成して下さい。

4. 研究論文については、方法論の中で倫理的手続きについて言及して下さい。その際、著者所属機関の倫理委員会の承認の有無、対象者から同意を得た方法などを明記して下さい。資料を二次的に使用した場合は、著作権者の許諾、その他必要と思われる事項を記載して下さい。助成、寄付を受けての研究等については、その旨を記載して下さい。
5. 投稿原稿には、外国の人名、薬品等は原語で、また専門用語はわが国の学会などで公式の訳語が定められている場合はそれを用いて下さい。必要な場合には訳語と（ ）内に原語を示して下さい。
6. 投稿に際しては、原則としてデータのみご提出ください。
 - a) 原稿は、以下の規定をお願いします。
 - 余白：上下左右20mm
 - 字体：日本語・MS明朝、英数字・Century（全文）
 - フォント：10.5（全文）
 - 文字数と行数：文字数40、行数30
 - 図表は本文中に挿入場所を明示して、1枚につき1点ずつ原稿末に添付
 - b) 写真を使用する場合には、写真は白黒で、印刷されたもの、あるいはデータをお送り下さい。なお、原稿、写真については返却しませんのでご了承ください。
 - c) 見出しの取り方は以下を基本として下さい。
 - I. I-1. I-1-1.
7. 原稿の採否は編集委員会で決定します。また、編集方針により加筆削除等をお願いすることがあります。ただし、編集上の事項を除き、掲載された論文の内容に関する責任は著者にあります。
8. 著者校正は原則として二度行います。
9. 本誌に掲載された論文の複写権（コピーライト）は兵庫県こころのケアセンター研究部にあります。掲載された論文を書籍等に転載される場合は、お問い合わせ下さい。
10. データは「心的トラウマ研究」編集事務局宛にお送り下さい。なお、必ずお手元にコピーを保存して下さい。

投稿連絡先

〒651-0073 神戸市中央区脇浜海岸通1丁目3番2号

兵庫県こころのケアセンター研究部内「心的トラウマ研究」編集事務局

TEL:078-200-3010

FAX:078-200-3026

心的トラウマ研究編集委員会

編集委員長 加藤寛
編集委員 亀岡智美、田中英三郎、福井貴子
編集事務 横川さゆり

編集後記

阪神淡路大震災から20年、当センター設立から10年を超えて、今年度は新たな一歩を踏み出すことになりました。本誌発刊11回目の新たな試みとして、今回より電子化したジャーナルをweb上で公開いたします。オープンアクセスとなることで、このジャーナルがより多くの人々に活用されること期待しております。また、多くの人の目に触れるということは、今まで以上に内容も充実させていく必要性を感じています。

さて今回の収録された論文の内容に目を向けると、非常にバラエティー豊かなものとなっています。それぞれの論文のキーワードをあげると、裁判員、パワハラ、自殺、子どものトラウマ、DPAT、国際精神保健となります。阪神淡路大震災を契機に、発展してきた当センターの活動が、災害の枠にとらわれず多くの場面で必要とされている証なのではないでしょうか。平素より研究を支えていただいているすべての皆様に感謝の意を示したいと思います。(T)

心的トラウマ研究 第11巻

2015年11月30日発行

編集・発行 (公財) ひょうご震災記念21世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンター研究部
〒651-0073
神戸市中央区脇浜海岸通り1丁目3番2号
TEL:078-200-3010
FAX:078-200-3026
URL:<http://www.j-hits.org>
印刷・製本 株式会社旭成社
〒651-0094 神戸市中央区琴ノ緒町1丁目5-9
TEL:078-222-5800 FAX:078-222-8559

(非売品)

Japanese Bulletin of Traumatic Stress Studies

Number 11, 2015

CONTENTS

Validity and Reliability of the Japanese version of UCLA PTSD Index for DSM-5	Saeko TAKADA
The investigation of workplace bullying in Japanese domestic companies	
-The Comparative Study of gender differences in bullying behaviors and psychological distress	Sayaka YAMAMOTO
Stressors encountered by the Japanese lay judges and its countermeasure	Tomoko OSAWA
Family support after suicide attempt	Masato AKAZAWA
Lessons for Global Mental Health by the case study of Project for Capacity Development on Mental Health Services for Reconstruction Support of Sichuan Earthquake	Eizaburo TANAKA
Development of Hyogo DPAT activities manual	Takako FUKUI

Official Journal of Hyogo Institute for Traumatic Stress

ISSN 1880-2109