

害をもたらす特定の出来事として理解することができる。

2. 災害大国日本

全世界のなかでも、日本は特に災害リスクが高い国として知られている。まず、多彩で豊かな自然環境と高度に複雑化した科学技術が共存しているため、比較的、災害の発生頻度が高い傾向にある。国土の位置、地形、地質、気象などの自然的条件から、大規模な地震、台風、豪雨、火山噴火などの自然災害が発生しやすい条件にあり⁴²⁾、また、テロリズムによる災害や原子力災害、海上災害、火事災害など、人為的な災害の危険もつねに存在している。

つぎに、最近の日本では、災害被害の程度が莫大である。自然災害だけを取り上げても、1972年から2001年の間で、日本の災害による死者の数は全世界の災害死者数の0.5%（約9千人）を占め、災害による実際的な被害額は全世界の被害額の16.0%（約1,489億ドル）を占めた⁴³⁾。

国際的な視点でとらえれば、災害の発生頻度は高く、被害の程度も著しいことがわかる。自然災害や人為災害は、今後も続発することが予想できる。犠牲者と被害の拡大を抑えるためには、平時の日頃から災害を予測し、多方面からの十分な対策を練る必要がある。

3. 総合的な災害対策とメンタルヘルス

具体的な防災対策では、災害自体の回避から災害後の復旧対策に至るまで、総合的な具体策を練ることが求められる。しかしながら、全国の防災計画を司る中央防災会議では、総合的、統一的な災害対策の必要が訴えられているものの、精神保健対策が具体化されていない。平成15年度版の防災白書では、災害対策に関する施策として、防災に関する科学技術の研究の推進、災害予防の強化、防災訓練、災害応急対策の実施、災害復旧対策等の実施が掲げられている。しかし、災害時の精神保健対策については、ほとんど記述されていないのが現状である⁴²⁾。

災害は、メンタルヘルスの悪化を伴うことで、被害のさらなる拡大と長期化を招くおそれがある。たとえば、コミュニティに広がる精神疾患の率は、災害により飛躍的に増加する。Rubonis & Bickman⁴⁸⁾が52の災害研究にメタ分析を加えたところ、災害後の精神病理の有病率は、災害前の水準や統制群と

比較して、約17%も増加していた。また、死亡者の多い災害では、精神疾患の有病率が特に増加することが知られている⁴¹⁾。さらに、災害後には自殺率が増大する危険もある。地震後1年間に63%の増加、ハリケーンの被害後2年間に31%の増加、洪水後数年の間に約14%の増加を認めた報告がある³⁹⁾。日本の個別調査では、北海道西南沖地震（1993年）の例がある²⁴⁾。10ヶ月後の調査では被災者の76.6%が、2年後の調査でも68%が、精神健康調査票（General Health Questionnaire 28）におけるメンタルヘルスの悪化を示していた。また、改訂出来事インパクト尺度（Impact of Event Scale-Revised）を用いてPTSD症状を測定した6年後の調査では、被災者の22.5%にPTSDの可能性が認められた。

災害時の精神保健対策は、総合的、統一的な災害対策の一環として検討されることが望ましい。日米の疫学調査の例が示す通り、災害は地域住民のメンタルヘルスにも悪影響を及ぼすものである。災害の発生を防ぎ、災害の物理的被害を最小限に抑える努力は最優先されるべきであるが、災害後に適切な精神保健活動を行えば、被災者における精神疾患発症のリスクや精神的負担が軽減され³³⁾、災害後の回復を促進することにもつながる。総合的な防災対策を考える場合、災害時の精神保健対策は、看過できない重要課題の一つになるといえるだろう。

4. 本研究の目的

本研究では、災害後に増加する様々な精神疾患のなかでも²⁹⁾⁵⁴⁾、災害との因果関係が比較的明確なPTSDの問題に焦点を当てる。阪神淡路大震災以降、国内の災害現場でもPTSDの予防が意識されるようになったが、具体的な一次予防策については、実証的根拠に基づく検討が十分には行われていない。そこで、本研究では、先行研究の探索的な展望を行い、まず、災害後のPTSDの問題性について確認を行う。その上で、PTSDの一次予防策、特に災害後1、2ヶ月の間に必要とされる急性期介入のあり方について検討を加える。

PTSDの問題性

1. PTSDの定義

精神科診断の標準とされるDSM-IVに準拠した場合、PTSDの診断には、以下の基準がすべて満た

されることが必要である²⁾。すなわち、(A) 外傷的出来事への曝露により、(B) 外傷的出来事の再体験、(C) 外傷に関連した刺激の持続的回避と全般的反応性の麻痺、(D) 持続的な覚醒亢進の各症状が一定数認められ、しかも、(E) 各症状の持続期間が1ヶ月以上で、(F) 臨床上的著しい苦痛や機能障害を伴う場合である。なお、再体験症状は1つ以上、回避・麻痺症状は3つ以上、覚醒亢進症状は2つ以上示される必要がある。

PTSDには、いくつかの種類がある。症状の持続期間が3ヶ月未満である場合は急性、3ヶ月以上続く場合は慢性と診断される。また、外傷的出来事から6ヶ月以上経過した後に発症する場合は、発症遅延として特定される。

PTSDは、定義上、災害の直後に成立するものではない。災害の勃発後、早くとも1ヶ月以上経過した後に、診断の対象となる。災害後の急性期介入では、必然的に、PTSDの一次予防が主な課題となる。

2. PTSDによる個人的・社会的損失

災害時の防災対策、精神保健対策を考えると、PTSDの予防は特に重要な課題となる。外傷的出来事に相当する災害自体は、必ずしも予防できない。ストレス反応の程度が出来事の一次的評価(脅威性)、対処資源の二次的評価(対処可能性)に調整されるとしても³⁷⁾、災害は個人やコミュニティに打撃をもたらす現実的な出来事である。PTSDは異常な出来事に対する正常な反応である、とする仮説がある³⁾。衝撃度の大きい災害が連続する以上、ストレス反応に苦しむ人が消失することはないだろう。

急性のストレス反応は、自然な現象であり、多くの場合、速やかに自然回復するといわれる。問題は、ストレス反応の慢性化が生じる場合である。日本の大規模災害では、災害1年後のPTSDの有病率は10%程度と見積もられている²⁸⁾。そして、米国民を対象とした遡及的研究では、PTSD発症者のうち、約1/3が10年後もPTSD症状に苦しめられていた³³⁾。PTSDが慢性化すると、個人の生活のみならず、社会にも大きな損害が及ぼされる。その悪影響は、うつ病の影響に並ぶほど、著しいものである³⁾。個人の日常生活や対人関係の機能を甚だしく低下させるとともに、労働損失や治療コストを増大させることが知られている³¹⁾。

PTSDは、慢性疾患として、個人や社会に大きな

負担を与える傾向がある。PTSDの一次予防が適切に行われれば、被災者の主観的な苦しみが和らぎ、社会的な損失も軽減することが予想される。

3. PTSD発症の危険因子

近年、PTSDの危険因子に注目した研究が進められている。この場合の危険因子とは、必ずしもPTSDを発症させるものではないが、出来事との遭遇率や出来事の悪影響を左右する媒介変数のことである。PTSDの危険因子は、外傷的出来事の前中後に散在しており、それぞれに注意が必要である。現在の仮説として、危険因子をふまえた援助は、被災者のPTSD発症のリスクを低減させると考えられている。

第一の危険因子は、外傷的出来事以前に存在するものである。まず、PTSDの発症には性差が認められる⁷⁾。一般的に見ると、単独因子としての説明力は弱いものの、女性の方がPTSDを発症する危険が高い⁷⁾。性別以外には、精神障害者の家族の存在、被災者本人の精神障害の既往(特にうつ病)、被災者本人の性格特徴(ストレス耐性の低さや危険を招きやすい行動傾向)、早期の外傷体験、貧困と学歴の低さなどが、PTSDの予測因子となる⁴⁹⁾。日頃の防災対策を怠ることも、脆弱性の一つといえる。また、知能の低さ、自尊心の低さ、外的な統制感、自己や世界に対するネガティブな認知といった脆弱性も指摘されている¹²⁾。

第二の危険因子は、外傷的出来事の最中、すなわち、周トラウマ期(peritraumatic phase)に存在するものである⁴⁹⁾。たとえば、出来事自体の衝撃度の強さは、PTSDを予測する。また、周トラウマ期に見られる解離性症状は、PTSD症状の発現に関連するという知見がある²⁷⁾。解離性症状以外の周トラウマ期反応では、生命に対する危機感、絶望感、怒り、罪責感、恥の感情などとの関連が指摘されている¹²⁾。

そして、第三の危険因子は、外傷的出来事の後に見出されるものであり、PTSDの発現や慢性化に大きな影響を与える要因である¹²⁾。たとえば、外傷的出来事とその結果に対するネガティブな認知は、PTSDの予測因子となる。また、社会的なサポートの欠落や周囲の否定的な対応も大きな危険因子となる。健康や容姿の変化、経済的な困難、日常生活の崩壊、継続中の訴訟などは、新たなストレスとして、

PTSDの回復を妨げる。長期的に見ると不適切な対処、すなわち、外傷の出来事に関連した刺激（リマインダー）を避けること、外傷体験を他者に自己開示しないこと、不適切な安全希求行動、トラウマ体験の否認、思考抑圧、過去の反芻なども、トラウマ受容の停滞につながるといわれる。

なお、災害時の一次予防では、脆弱性の高い群を素早く見出し、限られた援助資源を効率的に配分することが求められる。さらなる一次予防、二次予防のためには、介入可能な因子を適切に扱う必要がある。実際の援助では、危険因子を網羅的に確認するのではなく、実用的な援助を導く危険因子に着目するのが適切と考えられる。

PTSDの一次予防

1. 心理的デブリーフィングの誤用

欧米では、大規模災害時の精神保健対策として、被災者に対する急性期介入（acute posttraumatic intervention）が盛んに行われてきた。その背景には素朴な人道主義がうかがえる。災害時にすばやく心理的な介入を行えば、被災者のストレス反応を安定化させ、適応的なものに抑えることができる、という仮説である。予防的介入法の具体策には、災害後48時間以内に実施されるものから、1、2ヶ月以内に行われるものまで、様々な種類がある⁴⁵⁾。

なかでも、心理的デブリーフィング（psychological debriefing; PD）は、急性期介入の中核として世界各地で施行されてきた。特に、Michell³⁹⁾の緊急時ストレス・デブリーフィング（Critical Incident Stress Debriefing; CISD）は、PDの典型として、消防士、警察官、軍人といった、危険性の高い緊急時サービスの従事者に適用されてきた。Everly & Mitchell¹⁶⁾は、CISDを核に様々な構成要素を包括した災害時ストレス・マネジメント（Critical Incident Stress Management; CISM）を提唱している。

CISMとは、多様な構成要素を丹念に構造化した危機介入プログラムであり、危機的領域のすべてを網羅するものである¹⁶⁾。CISMの中核的な要素であるCISDの基本段階には7つのものがある⁴⁰⁾。すなわち、CISDの「紹介」、トラウマ的な「事実」やトラウマに対する「認知的反応」・「情動的反応」の報告、トラウマ「症状」の指摘、トラウマ対処の「教

育」、心理的終結を導く「リエントリー」の各部である。実施時期は、一般的な災害から1～10日後、大災害から3～4週間後である。CISDは、CISMの一部として、災害時の急性期介入として活用されてきた。

ところが、近年、効果研究の蓄積により、PDのPTSD予防効果には疑問がもたれるようになった³⁸⁾。CISDは、同一職能集団の団結力向上や災害直後のアルコール乱用予防には効果的である¹¹⁾³⁸⁾。しかし、PTSD尺度を従属変数とした研究では、まったく効果が認められないか、PTSD症状の悪化を示唆する結果さえ見られた³⁸⁾。そこで、CISDの有効性を巡っては、様々な効果研究、文献比較、メタ分析が遂行されるようになった¹⁵⁾³⁸⁾⁴⁷⁾。CISDの効果研究は、概して、統制の不十分さが目立っている。Rose et al.⁴⁷⁾のCochrane Reviewや、Litz et al.³⁸⁾は、比較的良好な効果研究を検討した結果、CISDのPTSD予防効果に懐疑的な態度を示している。これに対して、Flannery & Everly¹⁸⁾は、Cochrane Reviewが対象とした介入法が標準的なCISD（Michellモデル）そのものではないことを主張し、施行者の熟練度や手続きが不明である点も批判している。そして、CISM、CISDを採用したメタ分析を独自に行い、災害後の優れた効果値を報告している¹⁵⁾¹⁷⁾。しかしながら、Everlyらがメタ分析等で対象とした効果研究は、参加者のランダム配置や効果の独立評定が行われていない、査読なしの論文である、などの問題が目立っている。参加者も同一職能集団がほとんどである。そして、The Impact of Event Scale²⁷⁾をのぞき、PTSD症状を測定する指標が採用されていない。Everlyら自身も、CISDやCISMが心理療法の代替ではないことを再三強調している。

内的妥当性の高い効果研究の結果を根拠とする限り、CISDはPTSDの一次予防策としては機能しないようである。また、凝集性の高い緊急時サービスの従事者には有用な場合もあると考えられるが、出自の異なる被災者集団に適用できるものではない。一般の被災者に対しては、CISDやそれに基づくPDの適用は、控えた方がよいといわれている³⁸⁾⁴⁴⁾⁴⁷⁾。

2. 急性期介入とトラウマの賦活

PDの問題は、急性期介入全般の問題に敷衍できるかもしれない。PDはなぜPTSDの予防に役立たないのだろうか？ PDと類似の方法に、エクスポー