

「職場のメンタルヘルスに役立つ心理学アプローチ」

心理学的知見に基づいた職場のメンタルヘルスへのアプローチの実際にて「CISM」から「CIR」

CIR（Critical Incident Response：クライシスな出来事への即応支援）

学会誌『産業精神保健』で来年の6月に発行いたします、28-特別号

1 はじめに

筆者は2003年にCISMを学んだ。その後CISM理論を元に外部EAPの現場でCISMを実践し、職場の事故、社員の自殺、ハラスメント、トランジション（工場閉鎖、大規模組織変更等）を実践した。率直なところ手ごたえは少なく、支援側は疲弊し、納得できない事が多かった。クライシスはやりたくないというカウンセラーもいた。しかし2008年からCIRにメンタルレスキューのアプローチを織りこんだアプローチで同様の事案に対する支援を提供してきた。

CIR（Critical Incident Response：クライシスな出来事への即応支援）はCISM（Critical Incident Stress Management、クリティカルインシデントストレスマネジメント）とは提唱者が違いますが、どちらも惨事ケアのアプローチである。言葉の翻訳から整理する。Critical Incidentをグーグル翻訳で調べると緊急事態とでてくる。Criticalという単語に緊急性があるのかをWeblio辞書で調べてみると、危機的な、きわどい、重要な、重大なという意味を示している。例文にCritical Situationが重大な局面と訳されている。

CISMはつまり、重大な局面にいるクライアントに提供するストレスマネジメント、あるいは、危機的な状況におかれたクライアントへ提供するストレスマネジメント手法ということになる。CIRのResponseを即応と翻訳した。CISMからCIRに発展した背景にニーズのある時に速やかに支援するという意味合いが濃くなったこともあり即応と翻訳した。実務経験からいえば、クライアントにとってクライシスな出来事であって、出来事が必ずしもニュースになるような大事件である必要はない。

外国語が日本語に変換される時に適切な日本語が無いこともある。特に哲学や心理学の理論は抽象的概念に関する説明なので難しい。筆者もこの説明においてできるだけ誤解が少ないような説明を試みる。しかし諸先輩方からにとって不十分な面もある時にはご容赦頂きながご一読願いたい。

2 手法の歴史

人間の心理をもっとも揺さぶるのは仲間や愛する人の生死に関わる出来事はまさに重大な局面といえる。CISM以前から宗教が主にこのような事態の影響を受けた人々を支援してきた。時代によっては中心的な役割をにない、そして今もなお地域や国によっては人々から信頼される存在唯一の存在でもある。

さて、産業精神保健に携わる専門家として CISM という手法という賛否両論のある手法についてここで客観的な情報提供を試みる。

CISM という言葉は Dr. Jeffery Mitchell 博士（元消防士）や George Everly 博士最初に提唱した言葉です。EAP 専門家であればこの CISM はミッチェルモデルと呼ばれる手法には何らかの形で勉強して実践していることが多い。EAP 専門家の業務は 3 つの領域（組織、グループ、個人）で 8 つのコアテクノロジー（使命）を実践する専門家を指し、その業務の中で CISM の提供が求められることがある。

90 年代前半には CISM 効果的な手法として高く評価され、養成講座も広まり、ビデオ教材のセットも商品化されてこの心理手法の教育教材について積極的な販売活動も展開されてた。当時はデブフュージョンやデブリーフィングという手法が注目された。この手法は同様の体験をしたメンバーを集めて行う支援で、（国際惨事ストレスケア財団 International Critical Incident Stress Foundation、ミッチェルが創立者）によると 1989 年から 1992 年の間に 3 万人近くの受講者がいたという ミッチェルモデルの CISD の概要を図 1：EAP 養成講座のテキストからの抜粋を参照頂きたい。

2000 年代前半になると CISM についての批判が始まる。特にデブリーフィングで体験を話させるようなアプローチは危険で使用禁止を唱える学会や専門家がでてくる。その反論の背景には PTSD の予防にならない、災害直後に体験について話させるのは危険だという事だ。

2003 年から 2004 年頃には CISD の使用に対する反論が更に盛んとなり CISD は使われなくなった。この論争は Mitchell 博士を標的にした批判となっていった。一方、ミッチェルは反論声明今とどこ CISM(惨事ストレスマネジメント) が危機介入の領域において地域住民全体を範囲にしていなかったことだった。（Mitchell,2004）更にミッチェルは、CISM は住民全体のためにデザインされたものではないので、彼は心理的初期支援（Psychological First Aid: PFA）として使用されることを推奨し始めた。PFA は一般市民を対象としてデザインされた共同体での災害反応モデルである。彼は、CISM は特に均一な集団に向けた初期対応者モデルであると繰り返し主張している。

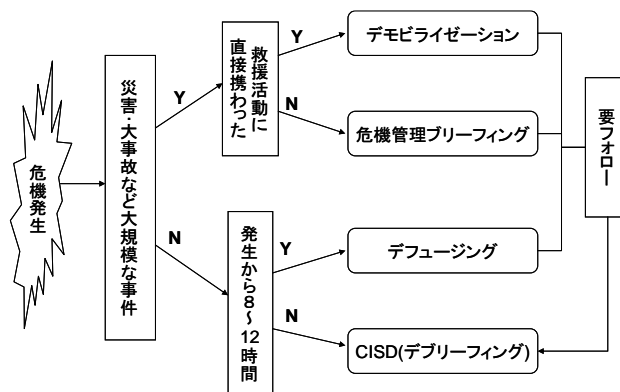
2012 年、EAP サービスにおいて CISM の技法を利用することについての懸念が強い意見となっており、国際 EAP 協会年次総会（EAPA）のボルチモアでの大会においてカンサスシティー消防署の研究者である Richard Gist 博士が基調講演を行った。彼の講演は CISM 効果がテーマで、認知療法が代替するというものであった。この内容は Tonya Slawinski 博士により 2014 年 the Journal of Employee Assistance に論文としてまとめられ EAP 業界の中でも CISM 手法の終焉が強く主張された。

2013 年これらの議論に決着をつけるねらいで、CIR（クライシスな出来事への即応支援）という言葉を用いて支援アプローチが紹介された。CISM や PFA を現場で積極的に活用している Robert Indvelt 氏が「従業員支援サービス惨事対応（EAP-CIR）マルチ・システムレジリエンスアプローチ」という表題でハンドブックを発行して、研修講座を紹介しはじめた。彼は 9.11 といった大規模テロの被害者支援から、学校やショッピングセンターでの乱射事件といったアメリカ史上歴史に残る惨事の影響を受けた人々の支

援に長年携わってきている。この本の表題にあるマルチ・システムのシステムとはシステム論のシステムをさして、人々がおかれる社会環境のシステムをさしている。家族、チーム、プロジェクトなどの職場、家庭、コミュニティーなど人は複数の社会システムに所属しており、その一部として機能する。クライシス状況に直面したその直後からこのようなシステムも回復に向けて動き出すという事だ。私たちのような外部からの心理の専門家が現場に到着するまでの時間や日数経過によってその回復状況は違う。支援の時期を選ぶ事はできない。到着した時まで行われた回復の努力は有機的で、専門家からみたら危険と思えても否定をすることなく、その状況を活かした支援を計画しなくてはならないという事が示されている。手法の良しあしの議論はなく、CISM、PFA も等しく手法として紹介されて、実践家としての活用事例が示されている。

同じ体験をした人々が自己流だが、経験に根差した回復への努力をクライアントのレジリエンス度（自己回復力）として説明して、実際に EAP が外部から現場に支援に入る時の心構えをまとめた内容になっている。大規模になればなるほど支援者側もこれまで面識のない人と支援にあたる事があるので、その際にどのようなチームワークで支援にあたるかを説明している。このアプローチを国際 EAP 協会の代表の Gregory Delapp も高く評価している。

CISM について（EAP 実践の基礎— CEAP（国際 EAP 協会認定 国際 EAP コンサルタント（CEAP-I））養成講座テキストから抜粋（図 1）



国際 EAP 協会の年次総会でも研修が紹介されている。まが EAP サービス会社の中にはクライシスクアを専門にする会社も台頭してきている。

3 メンタルレスキュー ^{EMアール} (MR)

日本でも 2000 年前半から CISM を参考にしたモデルが紹介されている。2006 年には国際惨事ストレスケア財団(International Critical Incident Stress Foundation) の養成講座で教官資格を取得した日本人がいる。ほぼ時期を同じくして陸上自衛隊で心理カウンセラー業務を任務としていた下園壮太氏（現在 NPO 法人メンタルレスキュー協会 理事長）が 200 以上の事例を通じて支援モデ

ルを確立している。実践的なツールで、CISM の理論、トラウマケアなどの要素も盛りこんだ、現場で使いやすいような形式にして多くの手法を提供している。養成講座は個人支援、グループ支援、組織支援という領域がある。養成講座の内容は実技に重きをおいて、ロールプレイを中心に実践力形成を目標としている。

メンタルレスキュー養成講座の中でコアになるアプローチで、下園壮太氏の発案者である「メッセージコントロール」と MR 協会で開催されている講座の一部をここでは簡単に紹介する。

支援者としては私たちが発信するメッセージをコントロールするということで、支援相手をコントロールすることではない。一言でいえば、支援者の支援意図が、非言語と発音する言葉の両方で調和を取り、短い時間で信頼関係を作るということです。訓練では顔の表情、姿勢、あいづち、要約方法など支援意図が伝わるように発信ができるようになる「5ステップ」という訓練から始まる。映像を駆使して表情筋とあいづちの調和がとれるように稽古する。指導者がつき個別指導を受けながら訓練が始まる。最初の段階では表情筋の動かし方と発信するメッセージが一致する訓練で、野球やテニスでいえば素振りの練習、茶道でいえば割り稽古のように、基本動作の反復訓練から始まります。

その後は「9 メッセージ」という言葉のメッセージを積み上げていく訓練に移る。メッセージが積みあがったところで、アドバイスを提供していく。積み上げたメッセージが崩れたら（がけ崩れ）最初のメッセージからやり直す。そのプロセスで、要約や質問のバリエーションを駆使する。はじめ、指導者を相手に手法を体得して、その後自分がクライアント役を演じながら練習する場面もあり、この訓練を通じて具体的にクライアントがどう感じるのかを体験しながら、アプローチを身につけていく。

スキルレベルを判定する試験があり、実力判定判定する。上級者が初学者を支援するように訓練のプログラムが作られている。資格は4～5段階に分かれている。（図2参照）スキルレベルを積み上げていく方式で書道、柔道などの級や段のようなスキルレベルが明確な構造である。また実践していないとこの資格は失効するので、メンタルレスキューの有資格者に対してクライアントがもてる期待も明確であると言える。このメッセージコントロール訓練を経て、自殺企図対処、惨事体験対処という2つの基礎講座に進む。前者は特に死にたい気持ちを聞いていく訓練、後者は主に体験した出来事を順序だてて確認しながら、出来事に関する記憶とそれにひもづいた感情を整理する聞き方を訓練する。

基礎講座を修了して、CPS(クライシスピアサポート)という資格に合格すると上級講座は個人支援と組織支援の2つを受講できる。

上級講座、組織支援は実践的かつ構造的な組織支援のアプローチである。特に「職場の仲間の死」や「職場の事故」を体験した組織へのアプローチを学び体験する。その中で惨事後のグループミーティングという支援方法の訓練について特記しておきたい。EAP ではシステム理論、グループダイナミクスが業務の一つなので違和感のないアプローチであるが、グループケアは CISM で説明されているデブリーフィングやデフィュージョンというアプローチで、現在でもこのアプローチへの批判があることは事実である。筆者の CIR 実践家としての経験からお伝えするならば、仲間同士が助け合える関係を上手にファシリテーションできるなら、効果の高いアプローチであるが、実践訓練を経ずに手法を試してみるとうまくいかないことが多いアプロ

一子といえる。メンタルレスキュー協会が提供するグループ支援の訓練方法はこの手法を身につけることができるように効果的に構造化された訓練方法で、筆者の知る限り世界で唯一の研修である。

グループ支援という手法を学び上達するためには時間とエネルギーが必要で、近道は無い。メッセージコントロールという短い時間で味方（ラポール）になる基本が身につけていることが前提で、あとは実践訓練の内容の幅と練習回数が技能形成に影響を与える。（図2参照）

グループ支援の難所はクライアントが複数いるので長年個人やカップルのカウンセリング中心に経験を積まれた方にとってはグループの力動に働きかけること手法に初めは戸惑う方も多い。職場や組織を支援するEAPでは短時間で大勢へ支援を届けることが期待されることがある。そのような状況ならばグループ支援が有効になる。

図2に示す資格、養成講座、試験内容に関する資料を参照

資格と講座について（NPO法人メンタルレスキュー協会HPから）

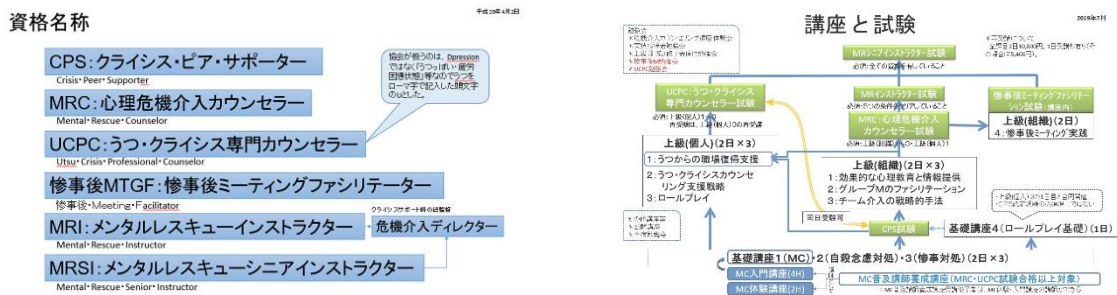


図2

図3

4) まとめ

EAPには業務領域とミッションがある。それを頼りに顧客から支援を求められるので効果的な手法を捜していた時、2007年下園壮太先生の手法に出会い師事を仰いだ。2008年社内研修を実施し、当時EAPに携わるメンバー全員が直接、村越登祐先生、下園壮太先生、小野田奈美先生等から直接指導を受けた。全10日間の講義と実習だった。その後、実際の現場で習った事を大いに活用して、実践家として納得のいく支援ができるようになったと思う。クライシスケアにおける理論については日米にそれほど大きな差があるとは思えない。しかし、MRのアプローチによって具体的な支援の手法とそれを使うタイミングを体得できたことが納得感の理由だと思う。そして自分の失敗もどこが悪かったのかわかるので、修正をかけることができる。

その後2015年に日本で原田菜穂子先生からPFAを学び、Robert Indveltからも影響を受けた。訪問する現場に応じて、縁があって向き合えるクライアントに柔軟に、効果的な手法を使いながら支援を行っている。

エビデンスのある手法だからクライアント支援が成功するのではなく、（エビデンスは重要であるがあえて強調する）、エビデンスのある手法だからこそ、上手に使いなければ支援にならない。結局のところ成否を決めるのはクライアントなのだ。心理手法にミラクルは無い。ボタン一つで結果がほぼ同じになるような手法は無い。多くの場合手法が悪いのではなく、使用者の使い方によるところもある。いつも自分にこれを言い聞かせ、腕前が鈍らないように訓練を続け、いざという時に良質な支援ができるように備える。

EAP では企業で働く人の支援が中心となる。クライシスケアも企業では予算（人の時間、実際の金銭的予算等）の考え方がり、費用対効果を求められる時、限られた時間で大勢を支援が必要な時グループ支援（ディブリーフィング）は重要な選択肢の一つになる。このグループ支援のメリット、デメリットを理解する事が重要で、否定して本質が見えないほうが損失は大きい。先人たちが経験から編纂したもので、3万人もの人が学んだ内容について、ただ敬意を忘れてたくないと思う。

参考文献

本

クライシスカウンセリング 2017年 金剛出版

従業員支援サービス（EAP）の惨事即応手法 -マルチ・システム レジリエンス アプローチ- 2014年
オンデマンド出版

EAPの基本と実践 2003年 かんき出版 市川佳居

Conflict Resolution Dan Dana

批判に関するもの文献

1. Rose, Suzanna C; Bisson, Jonathan; Churchill, Rachel; Wessely, Simon; Rose, Suzanna C (2002). [“Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder \(PTSD\)”](#) (pdf). *The Cochrane Database of Systematic Reviews* (2): CD000560. doi:10.1002/14651858.CD000560. PMID 12076399.
2. Kagee A (February 2002). [“Concerns about the effectiveness of critical incident stress debriefing in ameliorating stress reactions”](#). *Critical Care* 6 (1): 88. doi:10.1186/cc1459. PMC: 137400. PMID 11940272.
3. 金吉晴ら (2003) (pdf). [災害時地域精神保健医療活動ガイドライン（平成13年度厚生科学研究費補助金 厚生科学特別研究事業）](#)

CISMに関する調査 Critical Incident Stress Management (CISM) Research Articles

1. DeFraia GS. EAP-based critical incident stress management: utilization of a practice-based assessment of incident severity level in responding to workplace trauma. *International Journal of Emergency Mental Health* 2013;15(2):105-22. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24558698>

Optum White Paper. Responding to traumatic events that affect the workplace.

https://www.optum.com/content/dam/optum/resources/whitePapers/5218_CIRS_White_Paper_08062014.pdf

2. Paul, R. & Thompson, C. Employee Assistance Program Responses to Large Scale Traumatic Events - Lessons Learned and Future Opportunities. *Journal of Workplace Behavioral Health*. Volume 21, Issue 3-4, 2006. http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1300/J490v21n03_01#.VcDIWnjIb0c