

ケート調査で主に郵送で配布回収している（回収率を上げるために 21 年度は訪問による回収）。メンタルヘルスの指標としては、GHQ12 と SQD が用いられている。前者は General Health Questionnaire の 12 項目版で、後者は阪神・淡路大震災の際、面接によるスクリーニングのために開発された 12 項目の簡易な尺度である。SQD は Fujii らによって標準化されており、PTSD に関して高い妥当性が証明されており、本調査では、SQD を PTSD のハイリスク者を抽出するために使用している。

結果として、

- ・ 5 年間のデータが得られた 224 人について両尺度の経年的な変化を見ると、カットオフ値を超えた者の割合は 4 年目までは低下しているが、5 年目の平成 21 年度調査では下げ止まっていた。

- ・ ハイリスク者には、女性、年齢の高いこと、無職であることなどの要因が関連していたが、家屋被害の程度は影響していなかった。

などが報告されている。

（中越沖地震後の調査）

平成 19 年 7 月に発生した新潟県中越沖地震は、柏崎市、長岡市、刈羽村で震度 6 強を観測し、柏崎市 14 名、刈羽村 1 名の死者が出た。中越地震の被災地と一部重なったこと、原子力発電所が柏崎市にあったことなどから、被災者の心理面での影響が懸念され、新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターは、柏崎市に地域センターを開設した。同センターは、柏崎市、刈羽村、出雲崎町と共同で、平成 20 年から 3 年間にわたり、被災住民調査を行っている。

対象は柏崎市では仮設入居世帯と、住基ネットで無作為に抽出した世帯の 15 歳以上の住民、刈羽村と出雲崎町は全世帯の 15 歳以上の住民である。メンタルヘルスの指標としては、K6 と IES-R が使用された。主な結果としては、3 地域を比較すると、被災程度の大きな柏崎市で両尺度のハイリスク者が最も多いが、いずれの地域でも経時的には減少していることが報告されている。

C 東日本大震災での試み

1. 宮城県民間賃貸住宅入居者調査（みなし仮設調査）

宮城県は被災者の健康調査を、まず民間賃貸住宅（みなし仮設）から行った。仮設住宅には多くの支援者が当初から関わっており、いくつかの市町では独自に健康調査が行われていた。一方、みなし仮設は沿岸部以外にも多数確保されており、広域的な把握と支援が必要という理由から県が調査を行うことにしたのである。調査は平成 23 年 12 月中旬の時点で仙台市を除く宮城県内のみなし仮設に住む、12,826 世帯を対象として行われた。調査票は郵送によって配布回収が行われたほか、回収を促すために県から委託された健診団体や訪問看護ステーションの職員が訪問し回収した。回収期間は平成 24 年 1 月から 3 月までである。調査票は 1 枚に 4 名ずつ、各世帯の全住民に関して記載する形式で作られており、既往歴、現病歴、現在の自覚的な体調、介護保険の受給状況、障害者手帳の有無、などに加えて、心理的問題を把握する項目として、K6 質問票、不眠の有無、問題飲酒（朝から飲酒することがある）が含まれている。回

回収率は9,413世帯の26,818人で、回収率は73.4%であった。

K6は総得点によって4つに区分する方法が日本語版の開発者である川上によって推奨されている。すなわち、5点以上を気分・不安障害のリスクが増加する「心理的ストレス相当」、10点以上を「気分・不安障害と同等の状態」、さらに13点以上は日常生活に支障のある「重症精神障害」に対応すると解釈する。平成23年度の宮城県見なし仮設調査では13点以上の割合が、男性6.2%、女性9.8%で、日本の標準化調査で得られた3%程度を大きく上回っていた。また、年代別に見ると65歳以上の高齢者では男性9.4%、女性11.1%という結果であった。

2. プレハブ仮設住宅入居者調査

宮城県はプレハブ仮設住宅に対しても、みなし仮設住宅調査と同じ方法で調査を行っている。調査時期は平成24年9月から12月で仙台市、多賀城市、山元町、七ヶ浜町、女川町を除く、10市町の応急仮設住宅15,979世帯を対象とした。回収は、みなし仮設調査と同様に郵送と訪問によって行われ、訪問による回収が56%を占めた。精神健康度の指標であるK6の結果は、「重症精神障害」に相当する総得点13点以上の割合が、男性8.0%、女性10.8%で女性に高く、年代別では男女ともに高齢者に高いが、40歳代にも高得点者が多い（男性8.6%、女性12.7%）という結果であった。

・現場活動との関係

それぞれの調査結果は、各市町に還元された。東日本大震災では、沿岸部の自治体の多くが被災しており、全国からの支援を受

けながら復興関連事業や被災者支援を行っているという状況が続いていた。したがって、調査によって関与・支援の必要性が明らかになっても、対応に割けるマンパワーが確保できるかが、大きな課題であった。K6の高得点者の割合は10%程度であるが、実数にすると数百人に上る場合もあり、具体的にどのような対応を取るかは、議論しなければならなかった。

筆者は、平成23年11月から気仙沼保健所を定期的に訪れ、復興期における精神保健活動の計画策定などのコンサルテーションを行っていた。23年度のみなし仮設調査が現場の市町に還元されたのは24年6月頃だったが、現場のスタッフはプレハブ仮設の対応などに追われており、みなし仮設まではとても関与できないとの切実な声が上がった。マンパワー不足をどのように補うか議論を重ねた。県保健所は通常は市町の助言指導にあたる立場であるが、マンパワー不足を補うために、調査後の訪問や電話での確認に協力することにし、開設されたばかりの心のケアセンタースタッフも個別対応に参加することにした。また、K6総得点13点以上を要フォローの基準にすると、対応件数が現実的でないため、便宜的に基準点を上げ、他の項目も同時にチェックされていることを要件にして、訪問や電話での確認を始めた。

たとえば、気仙沼市ではみなし仮設調査でK6総得点13点以上かつ、不眠を訴えているか、朝からの飲酒機会ありとした者を最初の対象とした。その後、次第に対象を拡げ、最終的にはK6総得点10点以上の場合まで、連絡をすることができた。また、南三陸町の場合は、プレハブ仮設調査にお

いて、K6 総得点 16 点以上を対象として、保健師が訪問し状況を確認することから取り組み、定期的に精神科医を交えたケース検討会を開催し、継続的な関与の必要性を確認している。

D 考察

これまでに概観したように、国内で発生したほとんどの大災害後では、行政組織が主体となり被災者を対象とした健康調査が行われ、精神的問題に関する項目も含まれていた。問題点として上げられるのは、評価方法とその活用法であろう。評価方法の問題としては、使用する尺度は何が適切でどのような基準を用いるかという点がある。尺度によって評価されている状態像は、抑うつ・不安、PTSD、およびアルコール依存であることが多く、標準化されている尺度が使われていることもあれば、オリジナルの簡単な項目が入れていることもある。標準化されている尺度としては、抑うつ・不安に関しては GHQ の 30 項目版や 12 項目版、および K6/K10 が用いられているが、前者は著作権および費用負担の面で次第に使われなくなってきた。K6/K10 は簡便であり、特に K6 は項目数がわずか 6 項目でしかも妥当性が K10 と同等以上であることから、使用頻度が高く東日本大震災後の調査でも広く使われている。K6 をスクリーニングに使用し、川上らが示した「重度精神障害相当」の基準を採用した場合、10%程度が該当することが多い。これをそのまま災害後の広域な地域活動に使おうとすると、現場活動の容量を超えてしまい、対応が難しい場合があり、便宜的に基準をさらに上げるか、他の指標と組み合わせ、

実際の活動の対象を選ぶことが多いようである。川上らは、最近の報告で項目反応理論 (IRT) を用いて、K6 の回答傾向について考察している。岩手県で行われた被災者コホート研究と、過去に実施された同県の K6 データを比較したところ、被災者調査では K6 の回答で「少しだけ」を選択する割合が高く、これが得点を押し上げているために、尺度の精度が低下している可能性を指摘し、今後災害後の調査において感度、特異度を再検討する必要性を述べている。

同様のことは、PTSD の評価尺度として頻用される IES-R でも生じる可能性があるだろう。IES-R は Asukai らの 4 つの異なるサンプルの結果を併せて標準化され、PTSD 診断の特異性と妥当性が最も高まるカットオフ値として総得点 25 点が示されたため、この基準が使われることが多い。しかし、阪神・淡路大震災の復興期に筆者らが行った研究では 31 点が最適なカットオフ値であった。したがって、K6 同様に災害後の調査で使用した場合の、回答特性を検討し、尺度としての妥当性を検討する研究が今後求められるだろう。

行政が行う健康調査は、調査結果をもとに関与する対象を選び、訪問などでフォローしていくことになる。その場合、訪問する保健師や福祉担当者などに調査の意味と限界を理解してもらうことが重要である。また、実際に面接した場合に、保健師などの経験に基づく情報収集だけでなく、聞き取りによるスクリーニングを行える方法を利用することも必要だろう。なお、阪神・淡路大震災後の経験から筆者らが簡易な面接によるスクリーニング法として開発した SQD は、国内だけでなくインドやイタリア

などの災害後にも使用されている。

E 健康危険情報

該当なし

F 研究発表

該当なし

G 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

H 参考文献

1. Nozomu Asukai, Hiroshi Kato, Noriyuki Kawamura, Yoshiharu Kim, Kohei Yamamoto, Junji Kishimoto, Yuko Miyake and Aya Nishizono-Maher, Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-

revised (IES-R-J): four studies on different traumatic events, Journal of Nervous and Mental Disease,2002,190,175-182

2. Senta Fujii, Hiroshi Kato & Kiyoshi Maeda, A Simple Interview-format Screening Measure for Disaster Mental Health: An instrument newly developed after the 1995 Great Hanshin Earthquake in Japan - The Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD), Kobe J. Med. Sci.,2007,53,375-385
3. 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害-構造化面接による評価,加藤寛,岩井圭司,神戸大学医学部紀要,60,1-9,1999

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究（24040209）

研究分担者 松本 和紀 1)

研究協力者 高橋葉子 1)、内田知宏 1)、越道理恵 1)、佐久間篤 2)、桂雅宏 2)、
佐藤博俊 2)、上田一気 2)

1) 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

2) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

研究要旨

東日本大震災は、東北地方沿岸部を中心に広域な被害をもたらし、被災地に住む多くの人々の精神的健康に影響をもたらすことが懸念されている。被災地の市町自治体、医療機関、消防、社会福祉協議会などの職員は、被災地住民でありながら発災後、住民支援、復旧・復興のために長期の支援に携わるが、こうした職員の精神的健康の実態や支援方法については明らかにされていない点が多い。本研究ではこうした職員に対して抑うつ症状やトラウマ症状の実態について調査を行い、その効果的な介入方法について研究を行う。また、被災地では、長期的な視点から地域における精神的健康への問題が生じるおそれがあり、うつ病を始めとした精神疾患が増えることが懸念されている。そこで、地域住民に対する効果的な支援方法を検討する上で、認知行動療法に基づく一般市民向けの研修プログラムと災害復興期の心理的支援方法であるサイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery: SPR) を被災地で実施するために必要なプログラムの準備と研修を行った。本年度は東北沿岸部被災地の職員 1479 名を対象にした健康調査の結果、被災地域で働く上記職員では、一般住民と同等以上の精神的苦痛が認められ、また、うつ病相当の抑うつ症状を呈する職員も 19.3%に認められた。調査結果からは、今後も被災地で働く職員への健康調査と必要な対策を継続的に実施していくことが重要と考えられた。また、認知行動療法に基づく研修を予備的に実施したところ、被災地の一般市民への適用も十分可能であると判断された。SPR についても、今後の普及に向けた研修体制の維持が重要であると考えられた。

はじめに

2011年3月11日に発生した東日本大震災（以下震災）は、わが国に未曾有の被害

をもたらした。大規模災害の後には、被災地域の住民や支援者が精神的な健康に問題を呈することが知られている。特に、今回

のような大規模災害においては、その影響は被災地域全体に及んでおり、その健康被害の大きさを計り知ることは難しい。

そうしたなか、被災地で支援者として働いている自治体職員、医療職員、消防隊員などの職員は災害後の復旧、復興には欠かせない役目を担っており、発災直後から震災に対応した業務に従事し、長期的にも復旧、復興に向けた膨大な業務に関わることが多い。一方で、こうした職員は、被災地の住民でもあり、大切な家族、友人、知人、同僚を失ったり、自宅を失うなどの大きな被害を受けている者も多い。大規模災害によってこうした被災地で働く職員の精神的健康にどのような影響が生じるのか、その実態は明らかにされておらず、このための対策も確立されていない。こうした職員のトラウマ関連症状や抑うつ症状について疫学的な実態調査を行うことは、災害後の労働者の健康対策を検討する上で極めて重要なことだと考えられる。

また、災害直後の被災地においては、全国からのこころのケアチームを含めた外部の支援者により応急的な対策が取られ、地域の精神保健医療を支える体制が構築された。しかし、中長期的に住民の精神的健康を向上させ、うつ病を始めとした精神疾患の予防に向けた対策を行うためには、心理学的な理論やモデルに基づいた効果的な介入方法を開発していく必要がある。このためには、大規模災害後の被災地で実際に役立つ心理プログラムや介入方法を開発し、これを実際に適用し効果を検証していくことが大切になる。

本研究では、このように今回の東日本大震災における精神的健康の実態調査と介入

方法の開発のために以下の研究を実施した。

I. 被災地における支援者のメンタルヘルスについての調査と支援方法についての研究

A. 研究目的

震災後、宮城県内の沿岸部の各自治体職員は、自身も被災しているなかで、従来の業務に加えて被災者への対応や復興事業などの震災関連業務に従事している。震災直後から膨大な業務に追われており、仕事に伴うストレスが高い状態が持続していると考えられており、その状況は新聞等でも報じられている。こうした被災地域で働く労働者の健康に対する懸念が生じているが、その実態は明らかではなく、十分な対策が講じられていないのが現状である。

過去の災害においても、被災地の住民にはうつ病や心的外傷後ストレス障害（post traumatic stress disorder: PTSD）等の精神疾患の罹患率が上昇することが知られている。災害業務に従事する労働者についても調査が行われているが、一部の職業に限定された調査が多く、被災市町自治体の職員、医療職員などに対する調査は乏しい。

そこで、我々は、被災地の自治体が実施する健康調査に協力し、精神医学的な観点から助言を行うとともに、調査結果について解析を行うことで職員の健康の実態を明らかにし、必要な支援の実施に役立てることが必要であると考えた。そこで、本調査研究は、被災自治体等の職員の健康調査におけるデータを解析し、職員の精神面での健康がどのような因子に影響されているのかを明らかにし、災害後の自治体をはじめとした震災関連業務に従事する職員の精神

面での今後のケア対策に活かすことを目的とする。解析、まとめは途中段階にあるため、本年度は、対象者全体の結果についての報告を行う。

B. 研究方法

対象は東北沿岸部被災地域の自治体職員、医療職員、消防隊員。調査票は2012年5月に、全体で1788名に配布され、1479名から回収された。

調査項目は、現在の業務の状況や自身の被災状況、現在の健康状況、うつ病・不安障害のスクリーニング調査票（Kessler Psychological Distress Scale: K6）、こころとからだの質問票（Patient Health Questionnaire:PHQ-9）による抑うつ症状とその重症度評価、そして、17項目の質問により PTSD の重症度を評価する外傷後ストレス障害チェックリスト（PTSD Check List: PCL）であった。

調査票には協力の任意性が明記され、職場の上司や同僚などに結果が知られることがないように、個人により封をされた後に回収された。調査後の配慮として希望者には精神科医、臨床心理士、または精神科看護師が相談を行い、調査票を提出しない場合でも相談を利用することが可能である旨を周知した。なお、本調査は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た上で行われた。

C. 研究結果

被災地域の職員 1294 名（男性:女性=720:574）から回答を得た。

男性は、全体で 56.2%、平均年齢は全体で 42.8 歳であった。休養不足を自覚してい

る者は 39.0%に昇った。家族に死者行方不明者がいる者は 8.5%、被災による転居は 23.3%、死の恐怖を感じる体験をした者は 54.5%であった。

K6（有効回答数= 967）について、総得点 10 点以上の高いストレスを自覚している職員の割合はそれぞれ 27.1%であった。この数値は全国調査（川上ら, 2007）の 11.0%、と比較して高く、本調査対象者は全体的に精神的苦痛が強いことが示された。

うつ病のリスクが高い PHQ-9 が 10 点以上は、全体の 19.3%であった。PTSD のリスクが高い PCL が 44 点以上の者は 7.4%であった。

4) 考察

今回調査対象となった被災地の職員の多くは、東日本大震災により死の恐怖を経験し、家族を失ったり、転居を余儀なくされている者も一定の割合に及んだ。休養不足を自覚している者も多く、震災から 1 年以上経った調査時点においても、職業、家庭、社会生活上、困難な状況にいる者が多いことが明らかとなった。精神的健康調査の結果からは、精神的苦痛、うつ病レベルの抑うつ症状、PTSD レベルのトラウマ症状を呈している者が多く認められた。今後は、さらにデータ解析を進め、職業別の違い、精神症状と背景因子との関連などについて明らかにしていく。また、縦断調査を行うことで、精神症状がどのように変化し、どのような因子が症状の悪化や改善に関与するのかを明らかにしていく。

II. サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery) を用

いた東日本大震災における心のケア従事者向けのトレーニング研修についての研究

A. 研究目的

サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery: SPR) は、2010年にアメリカ国立 PTSD センターとアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発した、災害復興期の心理的支援方法である。2011年6月に兵庫県こころのケアセンター研究班が翻訳して日本語版を作成し公表した。災害の復興回復期に特化した支援プログラムである SPR は、これまでにいくつかの海外の災害後に用いられているが、わが国では本格的に適用されていない。

東日本大震災の被災地において実際に支援に関わっている精神保健医療の専門家が SPR のトレーニングを受け、これを実際の被災者に適用することは、被災地におけるメンタルヘルス対策として実践的な意義がある。しかし、日本においては、心理的支援に必要な専門スキルの研修の方法論は十分には確立していない。

本研究では、復興回復期に推奨されている最新の心理的支援法である SPR を、被災地の心のケアに従事している専門家にトレーニングし、アンケートと質的調査を行うことで、SPR の研修の意義と問題を明らかにし、SPR の日本での適用の可能性と課題を検討することを目的とする。

B. 研究方法

被災地の心のケアに従事している専門家を対象に、SPR 研修会を開催した。講師は、SPR トレーナー資格取得者である、兵庫県

こころのケアセンターの大澤智子氏（臨床心理士）に依頼した。

1. 基本研修：2日間の研修を仙台で2回、3日間の研修を石巻で実施した。対象は、主に宮城県内の心理士、みやぎ心のケアセンター職員、保健師を含む災害支援者であった。

2. フォローアップ研修：対象は基本研修に参加した者で希望者に仙台と石巻で開催した。

基本研修の前後およびフォローアップ研修後に、研修の内容と SPR についてのアンケート調査を無記名で実施した。基本研修後、研修参加者が各自のフィールドで被災者に SPR を用いて支援を行った場合、スキル実施ログに記録してフォローアップ研修時に提出するよう依頼した。スキル実施ログの内容は、支援で用いた技法、支援時間、支援回数、支援の内容や問題点とした。

フォローアップ研修会時には、グループ・ディスカッションを行い、SPR 活用にあたっての実現可能性や問題点を検討し、その内容を議事録で記録した。

調査内容は以下の通りである。

1. アンケート調査（無記名）

①研修前（基本研修時）：基本属性、普段活用している理論、トラウマ支援の経験、心理支援法についての考え

②研修後（基本研修時およびフォローアップ研修時）：研修プログラムの全体的評価、SPR に関する興味関心・難易度・仕事との関連性・活用する意欲・自信、SPR の各スキルの有用性、感想（自由記載）

2. スキル実施ログ調査（無記名）

支援対象者の属性、支援で用いた技法、支援時間、支援回数、支援の内容や問題点

3. グループ・ディスカッション

1)自分の活動の中で SPR が役に立ちそうだと思う場面、2)今までに実際に SPR を試してみた（試そうと思った）ことがあるか、3)自分の活動の中で SPR を活用する上で難しい点・工夫点・課題、4)どのような研修体制やSV体制があればSPRを活用しやすくなると思うか

研修の参加と研究への同意は区別し、研究への参加は自由意志のもとに同意を得た者のみに行った。なお、本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

研修会の受講者数は以下のとおりであった（カッコ内は研修の全過程を修了した修了者数）。基本研修は、第1回目が30名（25名）、第2回目が25名（20名）、第3回目が26名（13名）、合計81名（58名）であった。フォローアップ研修は第1回：18名、第2回：13名、合計31名であった。以上の参加者のうち、研究に同意を得られた者を研究対象者とした。基本研修のアンケート調査（3回分）では有効回答数73、フォローアップ研修でのアンケート調査（2回分）では有効回答数27であった。そのうち、フォローアップ研修に2回出席している者の回答が4名分あったため、それに関しては第1回目の回答を使用した。その結果、基本研修とフォローアップ研修で追跡調査対象になる有効回答数は23であった。

基本研修時アンケートの対象者の基本属性は、男性：女性=19：52、年代は20代24%、30代39%、40代18%、50代16%、60代3%であった。職業は心理士35%、精

神保健福祉士21%、保健師17%、看護師14%、精神科医7%、その他6%であった。災害・トラウマ支援の経験は、全くない17%、少しある65%、ある程度ある14%、かなりある4%であった。

基本研修後のアンケート結果は、現在の仕事と関連があるかという質問に対しては「強くそう思う」「少しそう思う」が88.5%、試してみる意欲があるかという質問に対しては「強くそう思う」「少しそう思う」が83.6%であるのに対し、活用する自信はあるかという質問に対しては「強くそう思う」「少しそう思う」が32.8%と低かった。活用する自信に関連する要因としては、災害・トラウマ経験が多いと感じている者ほどSPRを活用する自信も有意に高かった。

基本研修とフォローアップ研修で追跡調査した結果（N=23）、フォローアップ研修に参加した後のほうが、SPRについての項目の平均値が全体的に上がったが、中でも研修のわかりやすさが有意に高かった。また、フォローアップ研修後では、事例提供した者（N=6）はしなかった者に比べて、自分の仕事の中でSPRを試してみようと回答する者が有意に高かった。

スキル実施ログの回収数は18ケースだった。SPRのスキルのうち、実際に使用したスキル（複数回答）は多い順に、情報収集（10ケース）、周囲の人と良い関係をつくる（10ケース）、ポジティブな活動（7ケース）、心身の反応（4ケース）、役に立つ考え方（4ケース）、問題解決（3ケース）だった。

グループ・ディスカッションについては、自分の活動の中でSPRが役に立ちそうだと思う場面に対しては、「相談業務」や「健

康教室等グループでの活用も可能ではないかと」という声が寄せられた。②今までに実際に SPR を試してみた（試そうと思った）ことがあるかに対しては、構造化したセッションでの活用は少なかったが、「エッセンス的に活用している」という声が多かった。③自分の活動の中で SPR を活用する上で難しい点・工夫点・課題に対しては、「スキルの指導という部分が日本文化になじまないのと一緒に考えるというスタンスが重要」「マニュアルどおりでなく TPO に合わせて柔軟に使う必要がある」「マニュアルの表現を自分なりに変えて使うステップが必要」「スキルのマッチングで、うまくいかなかったときスキルを変える応用力が必要」等の意見が出た。④どのような研修体制や SV 体制があれば SPR を活用しやすくなると思うかに対しては、「事例検討」「タイムリーな SV」という要望があがった。

D. 考察

基本研修後のアンケート調査結果から、SPR に対する興味関心は高く、試してみようという意欲が高いのに対して、自信は低いという傾向が明らかになった。追跡調査からフォローアップ研修を経た後には理解度があがり、さらに事例提供すると試してみようという意欲があがることが明らかになったが、自信につながるまでには至らなかった。

これらの結果から、SPR の研修には意義があるが、基本研修と 1 回のフォローアップ研修だけでは限界があり、グループ・ディスカッションの意見にもあつたとおり、事例検討の繰り返しと SV 体制を整える必要があるということが明らかになった。

また、SRP の日本での適用の可能性と課題としては、支援における様々な場面に活用できる可能性があがったが、一方、構造化されているマニュアルからいかにフレキシブルに応用できるかが求められていることが示唆された。

III. 認知行動療法の普及、啓発を目的とした東日本大震災被災地における一般市民及び支援者向けこころのエクササイズ研修についての研究

A. 研究目的

東日本大震災により宮城県は沿岸部を中心に甚大な被害を受け、被災者の心のケアは年単位の長期にわたって必要と考えられている。認知行動療法は認知・行動の両面からの働きかけによりセルフコントロール力を高め、社会生活上の様々な問題の改善、課題の解決を図る心理療法である。認知行動療法はうつ病、不安障害など様々な精神疾患に適応があり、その有効性が報告されている。また、精神疾患だけではなく、疾患にまで至らない抑うつ症状や精神疾患の予防にも効果があることが示されており、医療現場以外の領域にも広く応用されている。

日本では他の先進国と比べ、認知行動療法の普及が遅れており、これを広く社会に普及していくためには、効果的な研修方法を確立していく必要がある。本研究は、一次予防の観点から、認知行動療法の基本的な考え方やスキルに基づいた、日常生活の中でのストレスケアについての研修会を被災地の一般市民及び支援者を対象に実施し、アンケートと質問票により質的調査を行う

ことで、研修の意義と問題を検討する。そして、今後の認知行動療法の普及、啓発の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

今年度は一般市民への普及を行う前に、岩沼市役所健康福祉部 健康増進課の協力を得て、実際に被災地で市民対応を行っている保健師などの支援者を対象に認知行動療法に基づいた研修を実施し、アンケートにより研修についての評価を行った。

研修を実施するに当たり、この領域で実績が豊富な大野裕 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長および田島美幸 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター臨床技術開発室長から技術指導を受けた。

開催は、平成 25 年 2 月 8 日（金）、2 月 15 日（金）、2 月 25 日（月）、3 月 1 日（金）、3 月 8 日（金）、3 月 15 日（金）の計 6 回とした。

なお、本研究の実施については、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

C. 研修の事前登録者数は 31 名で、実際の参加者数は、第 1 回 25 名、第 2 回 24 名、第 3 回 20 名、第 4 回 14 名、第 5 回 19 名、第 6 回 16 名であった。参加者の職種は保健師、介護支援員が主で、年齢は 20 代～30 代が 65%以上、女性が 80%以上を占めた。研修内容の難易度は毎回 80%以上がちょうど良いと回答し、時間配分についても、ちょうど良いとする回答がほとんどであった。また、学んだことを今後の生活に活か

せるかという質問に対して、90%以上が、「活かせる」、または、「まあ活かせる」と回答した。しかし、この研修を他の人にも勧めたいかという質問に対しては、6 回中 4 回で 80%を下回った。

D. 考察

今年度は、本研究を立ち上げるために、研究協力者の上田が国立精神神経医療センター認知行動療法センターの高田馬場研修センターや NTT 東日本関東病院での集団認知行動療法の見学を行うなどして、介入方法についての技術指導を受けることに取り組んだ。さらに、被災地での実際のプログラム実施については、岩沼市役所健康福祉部 健康増進課の協力のもと、保健師や支援員を対象とした研修を実施した。

アンケートの調査の結果からは、難易度の設定やプログラムの進行については、部分的に修正を加える必要があるものの、市民への実施も可能であると考えられた。次年度は、より実践的な形で、実際に一般市民に適用しながら、認知行動療法を用いた技法を市民に適用する方法を開発していく。

E. 結論

今年度は、上述した通り、各研究を立ち上げ、調査の実施と介入方法の開発と実践適用に向けた準備を開始した。被災地で働く職員では、精神的苦痛が高いものが多く、抑うつ症状やトラウマ関連の症状を呈している者が明らかとなった。今後は、さらに解析を進めるとともに、縦断的な調査を行う必要がある

また、被災地において効果的な介入方法を開発するためには、実際に被災地でこれ

を適用するために関係者と連携を図るための信頼関係の構築や関係強化が必要であり、このための準備が必要であった。また、海外で開発された SPR や被災地外での実施を想定されて開発された認知行動療法的研修プログラムについては、被災地においても十分に適用できる可能性が示されたが、実践に向けては改善すべき点もあり、また、地域で普及させるためには研修・教育体制の構築と維持も重要であると考えられた。

F. 健康危険情報 特になし

G. 研究発表

1. 論文発表

松本和紀：東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から。治療の聲 13 (1)・77-84 頁・2012

松本和紀，佐久間篤，上田一気：大規模災害後のうつ病。内科 110 (6)：1085-1089, 2012.

松本和紀：被災者のメンタルヘルスケア。日本医師会雑誌 141 (1)・56-60 頁・2012

高橋葉子，松本和紀：東日本大震災におけるトラウマ。こころの科学 165・50-55 頁・2012

2. 学会発表

松本和紀，高橋葉子，大澤智子。大規模災害後の支援：認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み。第 12 回日本認知療法学会（シンポジウム），（東京）。

松本和紀：東日本大震災における宮城の精神医療と精神保健における被害と支援活動災害精神支援の方略を立案するワークショップ（東京）

松本和紀，白澤英勝，岩館敏晴，原敬造，樹神学，連記成史，小高晃，新階敏恭，三浦伸義，小原聡子，林みづ穂，上田一気，佐久間篤，松岡洋夫。宮城県における震災後の精神医療の状況 震災から 1 年を経て。第 108 回日本精神神経学会学術総会（シンポジウム），（北海道）。

H. 知的財産権の出願・登録状況 （予定を含む。） 特になし

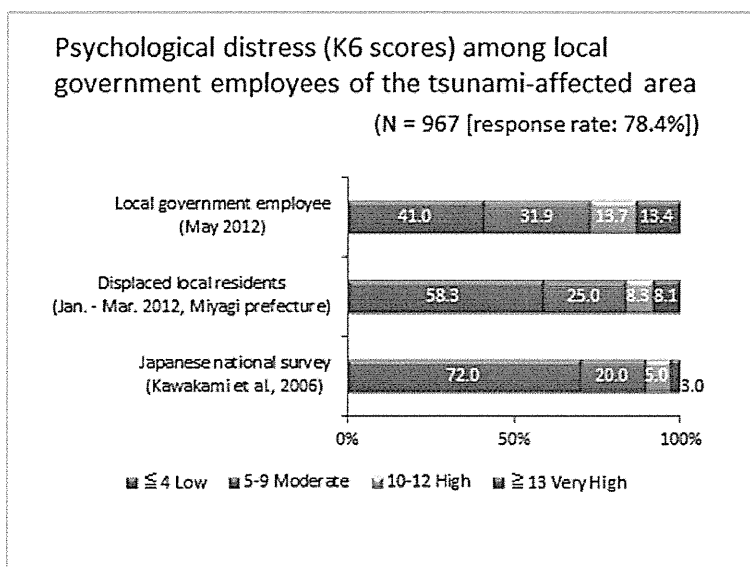


図1. 自治体職員K6の得点

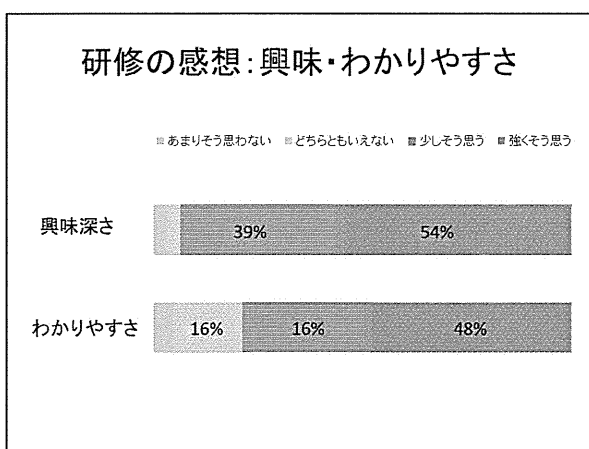


図2. SPR研修の感想:興味と分かりやすさ

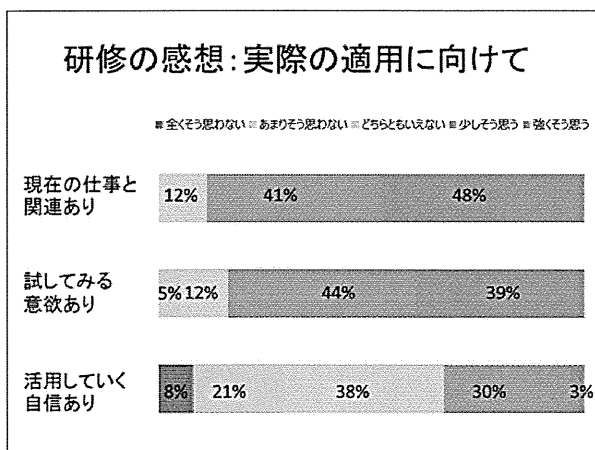


図3. SPR研修の感想:仕事との関連性、試す意欲、活用する自信

トラウマとうつ病

研究分担者 金吉晴

国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 災害時こころの情報支援センター長

研究要旨

トラウマ後のうつ病の有病率は PTSD と並んで高いが、うつ病から見るとトラウマは多くのライフイベントの1つと見なされることが多い。両者の関連は、併存率の高さ、病因としてのストレスのもたらす共通の転帰、診断学的ないし症候論的重複、自殺などの深刻な転帰への相関の一致などによって示されている。また薬物療法への治療反応性に関しても、SSRI が第一選択に挙げられるなど重なるところが大きい。今後は単なる相関ではなく、症状形成、病態生理を踏まえた関係を解明する研究が望まれる。

Key Words: PTSD, trauma, depression

I はじめに

うつ病は様々なライフイベントに続発することが知られており、そうしたイベントの1つとしてのトラウマ的体験は、ストレス応答性に強い衝撃をもたらすことによって、うつ病、不安障害などを発症させることが考えられる(1)。Matsuoka らの行った、交通事故による三次救急搬送患者における事故後1ヶ月時点でのうつ病の発症率は大うつ病が16%、小うつ病が7%であり、他方 PTSD は8%、部分 PTSD が16%であった(2)。なお何らかのI軸診断を示した者の割合は30%である(一部重複あり)。したがって事故というイベントから見た場合、PTSD 圏とうつ病圏の疾患の比率はほぼ同じである。また PTSD 8名中7名が大うつ病を、大うつ病16名中7名が PTSD を併発していることから両疾患の併存性の高

さが示されているが、Kessler による先行研究(3)においても、PTSD の半数以上がうつ病を併発しており、トラウマというイベントだけではなく、PTSD と疾患に関してもうつ病との関連性が高いことが示されている。

先行研究ではトラウマによるうつ病への影響と、PTSD という病態とうつ病との関係の両方が論じられている。前者については事故、災害などにおける有病率の一部としてデータが提示されていることが多く、病理的な研究としての深まりには乏しい。

PTSD という疾患とトラウマという現象とは同一ではないが、本稿では PTSD とうつ病を主たるテーマとして考察を進めることとしたい。

II PTSD とうつ病の相互関係

概ね、以下の三点から考察を試みること

にしたい。

1. 病因が共通しており、不安、気分障害に対する共通の原因的出来事、発症促進的要因が存在する。
2. 病理・症状の一部が共通している。
3. 自殺などの共通の不利な転帰に対して共通の経路を有する。

1. 病因

PTSD に対して原因的なリスクを有するのは精神の危険をはらむトラウマ的な出来事への暴露である。トラウマという言葉がすでに **traumatic stress** であり、ストレス要因であることから明らかのように、トラウマへの暴露は重度のストレスであって、ストレスに関連した心身の症状ならびに疾患はどのようなものであっても生じ得る。その意味で、PTSD が発生するような状況というのは健康被害が生じており、精神に限っていえばストレスと関連性の高い気分、不安障害は発症しやすい状況であるといえる(4)。また PTSD とうつ病はともに共通する生物学的な脆弱生要因を持っており、近年では脳脊髄液中の **substance P** 濃度が基礎値においてもトラウマビデオ視聴後の反応性においても更新しているという所見(5)や、**serotonin transporter** 所見(6)などが注目されている。なおこの仮説は上述の交通事故研究からも明らかであるが、従来研究においては各種精神疾患、症状の横断的な有病率だけが調査対象となっており、今後は各疾患の経時的な消長、介在ないし調整的な要因の検討が課題である。

2. 症状の共通性

PTSD が DSM—III (診断と統計のためのマニュアル第Ⅲ版 **Diagnostic and statistical manual 3rd edition, 1980**) に初めて登場したときの診断基準項目には罪責感などの抑うつ系の症状が含まれており、後にはうつ病との鑑別診断が困難になるとの理由でこの項目が削除されたという経緯がある。本年春に改訂予定の DSM-5 では認知の変化として、悲観的思考が含まれるなど、再び抑うつ的な症状項目が追加される予定である。この間、臨床研究における標準的な診断基準として **CAPS(Clinician's Administered PTSD Scale)** が頻用されてきたが、この半構造化面接では再体験、回避麻痺、過覚醒症状について聞いてはいるものの、必ずしも診断基準通りの症状をそのままに聞いているわけではなく、興味や意欲の減退、将来の短縮感などは、もし単独で尋ねられればうつ病症状との区別は難しい。したがって診断基準の変遷からも、症状評価の半構造化面接の設問からも、PTSD という診断カテゴリーないし症状の一部にはうつ病との重複が強く疑われるのであって、このこともまた、PTSD とうつ病の併存が高率に見られる原因であろう。

3. 共通の不利な転帰への関与

うつ病のもっとも不利な転帰は自殺である。PTSD においても自殺は珍しいことではなく、その発現には抑うつ症状が関与している(7)(8)(9)。PTSD の治療ガイドライン(10)においてはまず自殺のリスクの評価が求められており、

また未治療の PTSD は自殺のリスクを高める。その理由は PTSD に伴う不安、抑うつが自殺念慮を高めることと、社会的孤立、スティグマが生存への欲求を減少させるということがある。

III 治療における共通性

治療においては両疾患ともに SSRI が第一選択薬となる(11)(12)。特に PTSD では病理発症のモデルとしては急性期には nor-epinephrine 過剰放出(13)(14)、その後は cortisol 応答性の過敏とカスケード反応が想定されている(15)(16)が、こうした病理モデルと実際の治療選択との間には解離がある。気分障害、不安障害における serotonin の役割については不明な点が多いが、少なくとも診断に迷う症例においてはこの薬剤の処方を検討することが合理的であろう。なお nor-epinephrine モデルに従って、トラウマ暴露直後に β 2-blocker である propranolol を処方することで PTSD の予防が試行されたが、有意な結果は得られていない(17)(18)。

IV 結論

Posttraumatic depression という概念は確立しておらず、トラウマ的出来事は PTSD から見れば原因的リスク要因であるが、うつ病から見れば重篤なライフイベントにすぎない。しかしトラウマ被害を受けた患者の治療においては、うつ病と PTSD の併存に注意を向けることはもちろん、これらの疾患の併存は、どちらの側にとっても回復を妨げ、社会的予後を悪化させ、時には自殺のリスクを高める調整要因であることを踏まえて、治療対応に取り組む必要

がある。今後、経時的な文脈においてこれらの症状の時間的な消長の順序、関与する変数の検討などによって、表面的な相関や併存だけではなく、病因的な関連にまで踏み込んだ関係を明らかにすることが求められる。

1. Galea S, Brewin CR, Gruber M, Jones RT, King DW, King LA, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. Arch. Gen. Psychiatry. 2007 Dec;64(12):1427–34.
2. Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Kim Y, Homma M, Otomo Y. Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. Crit. Care Med. 2008 Jan;36(1):74–80.
3. Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch. Gen. Psychiatry. 1995 Dec;52(12):1048–60.
4. Morina N, Ajdukovic D, Bogic M, Franciskovic T, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, et al. Co-occurrence of major depressive episode and posttraumatic stress disorder among survivors of war:

- how is it different from either condition alone? *J. Clin. Psychiatry*. 2013 Mar;74(3):e212–218.
5. Geraciotti TD Jr, Carpenter LL, Owens MJ, Baker DG, Ekhtator NN, Horn PS, et al. Elevated cerebrospinal fluid substance p concentrations in posttraumatic stress disorder and major depression. *Am. J. Psychiatry*. 2006 Apr;163(4):637–43.
 6. Goenjian AK, Bailey JN, Walling DP, Steinberg AM, Schmidt D, Dandekar U, et al. Association of TPH1, TPH2, and 5HTTLPR with PTSD and depressive symptoms. *J. Affect. Disord.* 2012 Nov;140(3):244–52.
 7. Panagioti M, Gooding PA, Tarrrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Compr. Psychiatry*. 2012 Oct;53(7):915–30.
 8. Glaesmer H, Braehler E. The differential roles of trauma, posttraumatic stress disorder, and comorbid depressive disorders on suicidal ideation in the elderly population. *J. Clin. Psychiatry*. 2012 Aug;73(8):1141–6.
 9. Pukay-Martin ND, Pontoski KE, Maxwell MA, Calhoun PS, Dutton CE, Clancy CP, et al. The influence of depressive symptoms on suicidal ideation among U.S. Vietnam-era and Afghanistan/Iraq-era veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Trauma. Stress.* 2012 Oct;25(5):578–82.
 10. IPAP 金吉晴、原恵利子 (訳) . PTSD 薬物療法アルゴリズム. 東京: メディカルフロントインターナショナル; 2007.
 11. The International Psychopharmacology Algorithm Project [Internet]. Available from: <http://www.ipap.org/>
 12. Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2013 Apr 15]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub2/abstract>
 13. Bremner JD, Elzinga B, Schmahl C, Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Prog. Brain Res.* 2008;167:171–86.
 14. Simeon D, Knutelska M, Smith L, Baker BR, Hollander E. A preliminary study of cortisol and

norepinephrine reactivity to psychosocial stress in borderline personality disorder with high and low dissociation. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15;149(1-3):177–84.

15. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2000;61 Suppl 7:14–21.
16. Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:41–6.
17. Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *Cns Spectrums.* 2005 Feb;10(2):99–106.
18. Sharp S, Thomas C, Rosenberg L, Rosenberg M, Meyer W 3rd. Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *J. Trauma.* 2010 Jan;68(1):193–7.

軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発

分担研究者：大野裕

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究の目的は、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルやプロトコル作り、本プロトコルに沿った地域支援者への教育を行うことで、その普及を図ることである。本年度は、①被災3県の地域支援者が求めるニーズを把握し、②われわれがこれまで単一地域で実施してきた災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法、および、独）国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターが実施する一般市民を対象とした認知行動療法プログラムの内容を踏まえて教育プログラム案を作成し、③被災自治体の地域支援者を対象に教育プログラムを予備的に実施した。本知見を活用して、次年度は、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや研修教育資材等を完成させる予定である。

研究協力者

田島美幸 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

松本和紀 東北大学医学系研究科 予防精神医学寄附講座

上田一気 東北大学医学系研究科 精神神経学分野

田中康子 ふくしま心のケアセンター

佐藤由理 女川町保健センター健康福祉課健康対策係

A. 研究目的

本研究の目的は、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルやプロトコル作り、本プロトコルに沿った地域支援者への教育を行うことで、そ

の普及を図ることである。本年度の目的は、被災3県の地域支援者が求めるニーズを把握し、筆者らがこれまで単一地域で実施してきた災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法の内容を踏まえて教育プログラム案を作成し、被災自治体の地域支援者を対象に教育プログラムを予備的に実施することである。

B. 研究方法

【宮城県女川町での簡易型認知行動療法～傾聴ボランティアの養成研修～】

われわれは、平成23年7月より宮城県女川町にて、地域保健を基盤にしたこころのケア体制の整備や、その活動を支える医療保健福祉関連の支援者に対する認知行動療法のスキル研修の提供、また、傾聴ボラン

ティアの育成にあたってきた。平成 24 年度は、女川町保健センター健康福祉課の担当保健師等との検討を重ね、より充実した研修プログラムを作成することにした。

【その他の被災地域に対応する簡易型認知行動療法プログラムの作成】

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターでは、平成 24 年 8 月から一般市民を対象とした認知行動療法プログラム「市民向けこころのエクササイズ研修～認知行動療法の基礎を学ぶ～」を実施している（表 1）。

表 1 市民向けこころのエクササイズ研修～認知行動療法の基礎を学ぶ～

1 回目	認知行動療法の基礎を学ぶ
2 回目	“やる気”が先か“行動”が先か？～楽しめる活動を増やすコツ～
3 回目	コミュニケーションスキルアップ
4 回目	自分の気持ちや考えをうまく伝えるコツ
5 回目	目からウロコ！発想転換のコツ
6 回目	岩も砕けば持ち上がる？！～問題を上手に解決するコツ～

本市民向け研修の内容と前述した宮城県女川町での研修内容等を踏まえ、東北大学およびみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンターとの協働により、各地域のニーズに応じた簡易型認知行動療法プログラム案を検討することにした。

C. 研究結果

【宮城県女川町での簡易型認知行動療法～傾聴ボランティアの養成研修～】

宮城県女川町は、東日本大震災によって約 1 割の住民が死亡ないしは行方不明となり、家屋の約 75%が半壊ないしは全壊し、人口は 2 割弱減少した。住民の大多数が何らかの精神的影響を受けて生活をしている現状において、住民同士の目線による気づきや話しやすさを活かしたソーシャルネットワークの構築を目的に、昨年に引き続き「聴き上手ボランティア」の養成を行った。研修の詳細は下記の通りである。

- 日程：平成 24 年 6 月 21 日（木）、10 月 25 日（木）、11 月 22 日（木）、12 月 13 日（木）、2 月 7 日（木）、3 月 14 日（木）の計 6 回実施した。初回の 6 月 21 日は体験研修という位置づけで関心のある方は自由に参加していただける形態を取った。また、最終週は通常の研修と町民向けの講演会とを共催した。
- 開催時間：13 時 00 分～15 時 30 分（90 分）
- 場所：女川町保健センター 1 階会議室
- 参加者数：第 1 回 13 名、第 2 回 26 名、第 3 回 16 名、第 4 回 23 名、第 5 回 11 名、第 6 回 28 名
- 講師：大野裕、田島美幸、東梅明美（宮城県精神保健福祉センター、12/13 担当）
- 主催：女川町保健センター健康福祉課

研修は前半が講義、後半が演習という 2 部構成とした（表 2）。講義では、家族や近隣住民等が互いに寄り添い合いぬくもりあ