

厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
平成23-25年度 分担研究総合報告書

職場の大うつ病性障害のスクリーニング法探索
東日本大震災に伴う産後うつ病の実態把握—エジンバラ産後うつ病評価票を用いて—

分担研究者 尾崎 紀夫
名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療学分野 教授

研究要旨

【目的】

東日本大震災被災地への精神医療支援活動によって、地域住民に震災を契機に精神医学的問題が生じていることが判明した。今後、平時から災害に備えた精神保健体制の充実が迫られている。そこで、①平成24年度は、産業衛生領域に着目し、災害時に職域で有効なうつ病スクリーニング法の提供を目指してベックうつ病調査票(Beck Depression Inventory:BDI)と2質問法(Two-question case-finding instrument)の妥当性を検証した。②平成25年度は、母子保健領域に着目し、直接的には被災していない地域における震災当時の産後うつ病の実態を調査した。

【方法】

1. 平成24年度

労働者1589名(第1群89名・第2群1500名)にBDIと二質問法を施行した。各群の得点分布を確認し、第1群にはMini-International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I.)を施行した。M.I.N.I.を基準として、BDIと二質問法が、大うつ病性障害と大うつ病性障害を合併するリスクの高い精神障害を同定する至適カットオフ値を検討した。

2. 平成25年度

2004年8月～2013年8月、名古屋市内の計3病院で出産した産後1ヶ月の女性865名にエジンバラ産後抑うつ自己評価票(Edinburgh Postpartum Depression Scale:EPDS)を施行した。EPDSの因子構造を解析し、1)震災前に妊娠・出産した群 2)震災前に妊娠し震災後に出産した群 3)震災後に妊娠・出産した群での得点推移を検討した。

【結果】

1. 平成24年度

第1群89名の内訳は、大うつ病性障害3名(3.3%)、大うつ病性障害を合併するリスクの高い精神障害26名(29.3%)、精神障害なし60名(67.4%)であった。BDI得点10点以上かつ二質問法2点が、大うつ病性障害を同定する場合のYouden指数最大(0.776:感度100%、特異度77.6%、陽性的中率17.3%)かつ、大うつ病性を合併するリスクの高い精神障害を合わせて同定する場合のYouden指数高値(0.281)となった。

2. 平成25年度

産後1ヶ月におけるEPDSの平均値は1)震災前に妊娠・出産した群569名:4.50点±4.4点 2)妊娠中に震災を経験した群30名:6.4±5.6点 3)震災後に妊娠・出産した群100名:5.0点±4.8点となった。また、EPDSは抑うつ因子・不安因子・快感喪失因子の3因子構造と考えられ、妊娠中に震災を経験した群は全ての因子得点が他群より高値となった。

【結論】

1. 平成24年度

BDIと二質問法の併用は職域のうつ病スクリーニングに有用であり、BDI得点10点以上かつ二質問法2点が、大うつ病性障害と大うつ病性障害に合併するリスクの高い精神障害を同定する至適カットオフ値となった。

2. 平成25年度

名古屋市内3施設においても、妊娠中に震災を経験した母親にEPDS得点(抑うつ因子得点・不安因子得点・快感喪失因子得点)の上昇を認めた。大規模災害時には直接被災していない地域においても母親の心理的支援を行う必要性が明らかになった。

A. 研究目的

東日本大震災後、被災地への精神医療支援活動を行う中で、地域住民に震災を契機に精神医学的問題が生じ、精神保健体制の充実が迫られていることが判明した。

地域復興を支える自治体職員においては、過重労働による疲弊が認められ、今後多発すると予想されるうつ病を早期発見・早期介入する必要に迫られている。しかし、うつ病は就労機能障害や自殺を招くとされているにもかかわらず、産業精神保健領域における対策は未だ十分とは言えない。

また、被災地に住む妊産婦においても、身体的にも精神的にも負担が高まり、流早産や児の栄養状態などの身体状況の悪化や精神障害の発症・悪化が危惧された。東北大学の調査では、2011年2～10月に出産した宮城県沿岸部在住の女性683名にエジンバラ産後抑うつ自己評価票(Edinburgh Postpartum Depression Scale; EPDS)を施行した結果、21.5%に産後うつ病の可能性があることが報じられた。一方、母子保健領域においても、さらなる産後うつ病の実態調査と支援が必要であるが、直接は被災していない地域でさえ十分な対策はなされていない。

平時の医療保健体制が不十分であれば、被災後、外部からの支援も満足には機能しない。平時から医療・保健の水準を向上させる対策が防災上の視点からも重要となる。

以上を踏まえ、1)平成24年度においては、産業衛生領域に着目し、労働者におけるうつ病のスクリーニングツールとして、ベックうつ病調査票(Beck Depression Inventory:BDI)と二質問法の妥当性を検証

した。また、2)平成25年度においては、母子保健領域に着目し、東海地方に在住する母親を対象に、東日本大震災後に発症したうつ病の実態把握を施行した。

B. 研究方法

1. 平成24年度

労働者1589名(男性1489名、女性100名)を対象に、BDIと二質問法を施行した。そのうち、労働者89名(男性81名、女性8名、平均年齢 38.4 ± 6.6 歳:以下、第1群)には、精神障害診断の簡易構造化面接であるMini-International Neuropsychiatric Interview(M.I.N.I.)を合わせて施行した。

これら89名とBDIと二質問法のみを行った1500名(男性1408名、女性92名、平均年齢 40.9 ± 7.2 歳:以下、第2群)との群間でBDIと二質問法の得点分布に偏りが無いことをMann-Whitney U検定により確認した上で、BDIと二質問法により、大うつ病性障害と不安障害や物質使用障害をはじめとする大うつ病性障害併発リスクの高い精神障害とを同定する至適カットオフ値を、Receiver Operating Characteristic(以下、ROC)曲線およびYouden指数により検討した。

2. 平成25年度

2004年8月～2013年8月末の期間において、産科をもつ名古屋市内にある計3病院の maternitas クラスあるいは産科外来において、口頭により研究内容を説明し、文書で同意を得た計865名(平均年齢 32.0 ± 4.5 歳)を対象とした。

産後約1ヶ月(産後平均 32.7 ± 6.1 日)において、周産期抑うつ評価尺度であるthe Edinburgh Postnatal Depression Scale(EPDS)による評価を実施した。EPDS

の各質問項目に対して探索的・確認的因子分析により、産後うつ病の主な症状を示す下位因子を特定した。そして、1)東日本大震災前に妊娠・出産した群 2)妊娠中に震災を経験した群 3)震災後に妊娠・出産した群に分割してその得点を比較検討した。

(倫理面への配慮)

以上の研究は、名古屋大学大学院医学系研究科生命倫理審査委員会の承認内容に従い、実施した。

C. 研究結果

1. 平成24年度

第1群89名の診断は、大うつ病性障害3名(3.3%)、大うつ病性障害にしばしば合併する精神障害26名(29.3%)、精神障害なし60名(67.4%)であった。

第1群と第2群では、BDIの得点分布には有意差がなかった。二質問法の得点分布には有意差を認めたが、二質問法は得点範囲が狭く症状の重症度評価には適さないため、スクリーニング評価を目的とした本研究ではこの差は無視できると判断した。

大うつ病性障害を有する労働者を同定する場合、BDI得点10点以上かつ二質問法2点でYouden指数が最大(0.776)となり、感度100%、特異度77.6%、陽性的中率17.3%であった(図1)。

大うつ病性障害を有する労働者に加えて、大うつ病性障害を合併するリスクの高い精神障害を有する労働者をあわせて同定する場合、BDI得点9点以上かつ二質問法2点でYouden指数が最大(0.316)となった。BDI得点10点以上かつ二質問法得点2点でのYouden指数は0.281と僅差であった(図2)。

以上から、BDI得点10点以上かつ二質問法2点が、大うつ病性障害を有する労働者を最も効率的に抽出できるのみならず、しばしば大うつ病性障害に併存する精神障害のみを有する労働者をも同定する至適カットオフ値であることが示された。

2. 平成25年度

EPDSの因子構造は、抑うつ因子・不安因子・快感喪失因子の3因子構造の適合度が良好となった(RMSEA=0.085,GFI=0.947,AGFI=0.901,CFI=0.958)。

産後1ヶ月におけるEPDS得点の平均値は、各質問項目に欠損値の無い回答者を抽出すると、1)震災前に妊娠・出産した群569名:4.50点±4.4点 2)妊娠中に震災を経験した群30名:6.4±5.6点 3)震災後に妊娠・出産した群100名:5.0点±4.8点となった。

抑うつ因子・不安因子・快感喪失因子の各得点は、妊娠中に震災を経験した群が全て他2群より高値となった。また、各因子得点に関してはKruskal-Wallis検定により不安因子のみ有意差あり($p=0.015 < 0.05$)と判定された。

D. 考察

1. 平成24年度

本研究から、BDIと二質問法を併用したスクリーニングは、うつ病を発症している労働者を効率的に抽出するのみならず、うつ病を発症しやすい病態を有する労働者の抽出にも役立つ可能性が示された。つまり、本スクリーニングにより、労働者におけるうつ病の二次予防的意義だけでなく一次予防的意義も期待できる。

自記式質問紙は、大人数の労働者に対しても比較的容易に施行できるという利点を有する。多数の労働者への効率的なスクリーニングを迫られる職域の実情を鑑みると、実効性と有用性を兼ね備えた方法と言えよう。

2. 平成25年度

名古屋市内の計3病院で出産した母親においても、妊娠中に震災を経験した群では、EPDS合計点の上昇を認めた。また、不安因子得点に統計学的有意差が認められた。

これらの結果から、震災後、直接的に被災していない地域においても、産後女性の不安が強まる可能性が示唆された。

しかし、本研究結果のみでは、震災の発

生と、不安症状の悪化との間に直接的な関連性を示す証左は不十分であり、今後各地域における調査が必要であろう。

E. 結論

今後の大規模災害発生に備え、産業衛生分野・母子保健分野に着目し、うつ病の実態把握と評価方法の検討を行った。

1. 平成24年度

労働者を対象とした二質問法とBDIを併用するスクリーニングは、うつ病と、うつ病を合併するリスクの高い精神障害の早期発見・早期介入に有用である。

2. 平成25年度

震災後、名古屋市内の3施設においても、母親の不安が強まる可能性が示唆された。大規模災害時には直接被災していない地域においても母親の心理的支援を行う必要性が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

- Miyata S, Noda A, Iwamoto K, Takahashi M, Hara Y, et al. (in press) The effects of acute treatment with paroxetine, amitriptyline, and placebo on the equilibrium function in healthy subjects: A double-blind crossover trial. *Int J Psychiatry Clin Pract.*
- Kamijima K, Higuchi T, Ishigooka J, Ohmori T, Ozaki N, et al. (in press) Aripiprazole augmentation to antidepressant therapy in Japanese patients with major depressive disorder: A randomized, double-blind, placebo-controlled study (ADMIRE study). *J Affect Disord.*
- Ukai K, Okajima A, Yamauchi A, Sasaki E, Yamaguchi Y, et al. (2013) Total palliative care for a patient with multiple cerebral infarctions that occurred repeatedly in association with gastric cancer (Trousseau's syndrome). *Palliat Support Care* 11: 169-172.
- Niwa M, Jaaro-Peled H, Tankou S, Seshadri S, Hikida T, et al. (2013) Adolescent stress-induced epigenetic control of dopaminergic neurons via glucocorticoids. *Science* 339: 335-339.
- Asano M, Esaki K, Wakamatsu A, Kitajima T, Narita T, et al. (2013) Maternal overprotection score of the Parental Bonding Instrument predicts the outcome of cognitive behavior therapy by trainees for depression. *Psychiatry Clin Neurosci* 67: 340-344.
- Nagashima W, Kimura H, Ito M, Tokura T, Arao M, et al. (2012) Effectiveness of duloxetine for the treatment of chronic nonorganic orofacial pain. *Clin Neuropharmacol* 35: 273-277.
- Kishi T, Ichinose H, Yoshimura R, Fukuo Y, Kitajima T, et al. (2012) GTP cyclohydrolase 1 gene haplotypes as predictors of SSRI response in Japanese patients with major depressive disorder. *J Affect Disord* 142: 315-322.
- Kimura H, Yoshida K, Ito M, Tokura T, Nagashima W, et al. (2012) Plasma levels of milnacipran and its effectiveness for the treatment of chronic pain in the orofacial region. *Hum Psychopharmacol* 27: 322-328.
- Hayakawa N, Koide T, Okada T, Murase S, Aleksic B, et al. (2012) The postpartum depressive state in relation to perceived rearing: a prospective cohort study. *PLoS One* 7: e50220.
- Hagikura M, Iwamoto K, Aleksic B, Ozaki N (2012) What is a rational antidepressant treatment for major depression in patients with Parkinson's disease? *Psychiatry Clin Neurosci* 66: 463.
- Furumura K, Koide T, Okada T, Murase S, Aleksic B, et al. (2012) Prospective Study on the Association

between Harm Avoidance and Postpartum Depressive State in a Maternal Cohort of Japanese Women. PLoS One 7: e34725.

- Adachi Y, Aleksic B, Nobata R, Suzuki T, Yoshida K, et al. (2012) Combination use of Beck Depression Inventory and two-question case-finding instrument as a screening tool for depression in the workplace. BMJ Open 2.

2.学会発表

- Mako Morikawa, Okada, T, Chika Kubota, Branko Aleksic, Ozaki N. Reliability and validity of Social Support Questionnaire in Japanese women in pregnancy and postpartum periods. WFSBP2013 KYOTO Congress; 2013 2013/6/23-27; 京都.
- Kubota C, Aleksic B, Ando M, Ozaki N. Factor structure of the Japanese version of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in postpartum period. WFSBP; 2013; Kyoto.
- 長島渉, 木村宏之, 佐藤直弘, et al. 口腔顔面領域における疼痛性障害に対するDuloxetineの効果. 日本臨床神経薬理学会; 10/17-10/20/2012.
- 足立康則 BA, 吉田製造, 尾崎紀夫. 自記式質問紙による職域におけるうつ病スクリーニングの妥当性検証. 日本うつ病学会; 2012.
- 石原真理, 佐藤直弘, 木村宏之, 重富紗彩. 頭頸部癌患者の心理的側面に関する評価(4)—大学病院における耳鼻科リエゾンの取り組み—. 日本心理臨床学会 第31回大会; 2012 9/14~16.
- 玉地亜衣, 國本正子, 久保田智香, et al. 妊産婦の気分変動と血中ストレス関連物質との関連についての検討
- The examination of the relationships between postpartum blues and serum cortisol and cytokine levels
- 日本生物学的精神医学会; 2012 9/28-9/30/2012.
- 宮内倫也, 木村宏之, 杉山由佳, 佐藤直弘, 尾崎紀夫. 身体疾患に併存するうつ病の薬物療法例. 総合病院精神医学会; 2012.
- 久保田智香, 小出隆義, 尾崎紀夫. エジンバラ産後うつ病自己評価票における因子構造の検討:不安因子に着目して. 不安障害学会; 2012.
- 佐藤直弘, 木村宏之, 足立康則, et al. 頭頸部がん患者の飲酒・喫煙歴が不安・抑うつに及ぼす影響. 第24回日本サイコオンコロジー学会総会; 2011 9/29-9/30/2011.

3.それ以外(総説)

- 野田明子, 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2013) 眠りに関わる健康・社会問題. 日本機械学会誌 116: 752-756.
- 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2013) うつ病の治療ガイドライン:中等症~重症. 最新医学 68: 124-127.
- 宇野洋太, 尾崎紀夫 (2013) 産後うつ病を亜型分類とする意味. 臨床精神医学 42: 857-864.
- 鈴木美穂, 岩本邦弘, 尾崎紀夫 (2012) 社会機能の回復・社会復帰の観点から考えるうつ病の治療. Depression Strategy 2: 1-3.
- 野田明子, 奥田将人, 尾崎紀夫 (2012) IV章 睡眠/臨床編 MSLTとMWT. 脳とこころのプライマリケア 5: 448-454.
- 木村宏之, 尾崎紀夫 (2012) うつ病治療における非薬物療法. 臨床精神薬理 15: 1895-1903.
- 尾崎紀夫 (2012) 一般臨床医と専門医の連携で、より効果的に対応 どう診る?産後のうつ病・うつ状態. CNS today August: 3-10.
- 尾崎紀夫 (2012) 防災としての精神保健・精神医療体制整備:被災地医療支援で感じたこと. こころの健康: 1-2.
- 尾崎紀夫 (2012) 職場において気分障害を対象とした健診を実施するため

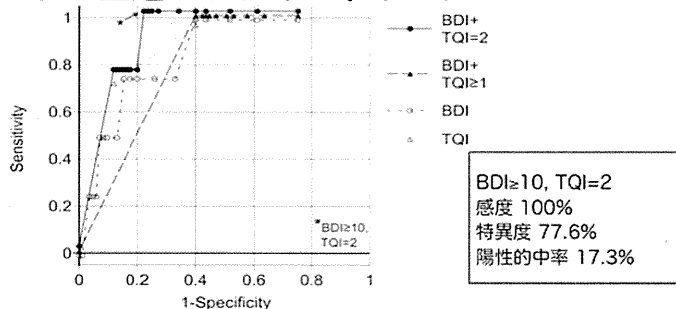
の条件を考える. 精神神経学雑誌
114: 519-525.

- ・ 中村由嘉子, 國本正子, 尾崎紀夫 (2012) 妊産婦に生じるうつ病を対象としたゲノムホート研究. 日本生物学的精神医学会誌 23: 205-210.
- ・ 小笠原一能, 尾崎紀夫 (2012) 2012年7月公表の日本うつ病学会うつ病治療ガイドライン作成の経緯と、概要、そして今後の方向性. BRAIN and NERVE 64: 1159-1165.
- ・ 久保田智香, 森川真子, 尾崎紀夫 (2012) 婦人科におけるうつ病診察のコツと処方例. 日常診察におけるうつ病治療指針～うつ病を見逃さない～. pp. 149-167.
- ・ 宇野洋太, 尾崎紀夫 (2012) うつ病と発達障害との接点. 治療 94: 1410-1416.

G. 知的所有権の取得状況

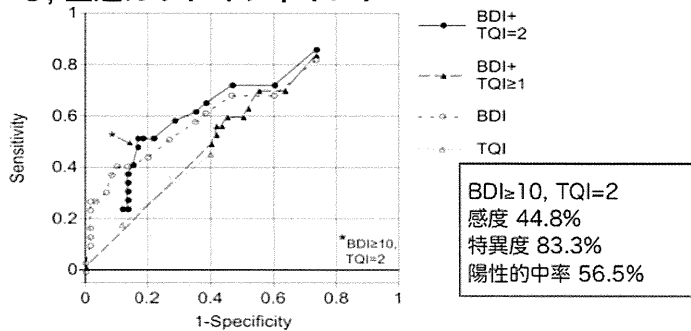
1. 特許取得
 2. 実用新案登録
 3. その他
- いずれも無し

図1. 大うつ病性障害を有する労働者を同定する至適カットオフポイント



BDI≥10, TQI=2においてYouden指数最大 (0.776)

図2. ストレス関連精神障害を有する労働者を同定する, 至適カットオフポイント



BDI≥9, TQI=2においてYouden指数最大 (0.316)
 BDI≥10, TQI=2を用いても差は少ない (0.281)

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））

大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成 23-25 年度 分担研究総合報告書

災害時における調査研究の倫理に関する対応ガイドラインの検討

分担研究者 飯島祥彦

名古屋大学大学院医学系研究科 生命倫理統括支援室

研究要旨

【目的】災害時の調査研究の倫理について検討し、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための知見を得ること。

【方法】災害時の調査研究の倫理について文献が比較的豊富なある米国の議論の状況を調査し、災害時の調査研究で倫理上検討しなければならない事項を明らかにする。明らかとなった事項を踏まえて、我が国の災害研究の倫理についての現況を全国の研究機関の倫理委員会に対してアンケートを行った。平成 24 年度：米国の文献調査と考察、平成 25 年度：アンケート調査。

【結果】平成 24 年度：災害研究で倫理上問題となる事項を明らかにした。すなわち、①災害における調査研究の倫理審査の経験の有無、②災害における調査研究の倫理審査への特別配慮の必要性、③研究集中への苦慮の経験、④オクラホマモデルの必要性、⑤迅速審査の必要性、⑥事後審査の必要性、⑦研究のコーディネート必要性、⑧被災地域の機関の関与の必要性、⑨被災者の脆弱性、⑩研究チームの独立性の必要性、⑪災害研究に関する特別規定の有無の 11 項目である。

これらの 11 項目について、全国の研究機関の 446 倫理委員会に対しアンケート調査票を送付し、217 委員会（回答率 48.7%）から回答を得た。災害に関する調査研究を倫理審査した委員会は、31（14.3%）、災害時には迅速な審査が必要とした委員会は 147（67.7%）、集中する研究の調整が必要と回答した委員会は 129（59.4%）であった。一方、事後審査については必要とする委員会は 38（17.5%）にとどまった。

【考察】災害時の調査研究では、迅速な研究の実施と、過酷な状況にある被災者の権利・利益の保護を実現しなければならない。そのために災害時の調査研究では、研究参加者となる被災者の権利・利益を確保するために、研究を行う者と救助を行う者を分離し、インフォームド・コンセントの場所・状況を工夫するなどの配慮が求められる。治療・ケアが必要な場合は、研究に優先しなければならない。現行の倫理指針を遵守し、可能な限り迅速に倫理審査を行うべきであるが、事後審査は現時点では容認されていないと考える。被災地の機関の研究への関与は必ずしも必要はないが、被

災地の実情を踏まえて適切な実施体制が望まれる。内容が重複する研究のコーディネータは今後の課題である。対応策として研究の事前登録制や中央倫理委員会による集中倫理審査があり、体制の整備が望まれる。

A. 研究目的

地震や台風などの自然災害やテロ（以下「災害」という）が発生した直後、被災者や犠牲者（以下「被災者」という）を対象として、メンタルヘルスに関する調査研究が行われる。このような調査研究は、災害によるトラウマを理解し、将来、災害が発生した際、被災者に対し適切な精神医療を実施し、被災者の被害を最小限にするためには不可欠である。また、災害後の被災者の状況を正確に調査するためには、被災直後に迅速に調査を行う必要がある。

一方、災害により、ストレスに曝され心身ともに過酷な状況にある被災者を調査の対象とするため、研究参加者となる被災者の権利・利益の保護が要請される。災害の発生時には、内容の重複した調査研究が集中して実施されるため、研究参加者は、短期間に多数の調査研究への参加を余儀なくされ、過度な負担を強いられることになる。そのため、各々の調査研究自体には倫理的問題がなくても、多数になると深刻な問題を引き起こすことに留意する必要がある。

東日本大震災においても、被災者が同じ内容のアンケートに5回も協力を求められたケースの報告がなされている。また、緊急事態がゆえに、平常時の臨床研究の実施要件とされる疫学研究に関する倫理指針等行政指針に規定された手続を

踏まずに調査研究が行われている事態を

懸念する声があがっている。このような状況を懸念し、日本精神神経学会は、「東日本大震災被災地における調査に関する緊急声明文」を発表し、適切に研究が実施されるよう注意を喚起している。

災害時の調査研究では、研究参加者の権利・利益を保護するとともに、迅速に研究を実施しなければならないという解決が困難な問題がある。研究参加者の権利・利益を保護するためには、倫理委員会が研究について適正な倫理審査を行うことが不可欠である。が、迅速な研究実施の要請に応答するためには、災害時では、通常時とは異なる倫理審査手続が求められる。

本稿は、災害時の研究の調査研究の倫理について、比較的報告が豊富な米国の議論の状況を踏まえて、我が国の実情に合致した災害時の調査研究の倫理について、考察を行う。そして、全国の倫理委員会に対して、災害時の調査研究の倫理審査についてアンケート調査を行い、災害時の調査研究の倫理現況を明らかにすることで、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための知見を得ることを試みる。

B. 研究方法

1) 平成24年度は、米国を中心とした災害研究の倫理に関する文献調査を行い、

災害時の調査研究の倫理に関して問題となる事項を明らかにすることを試みた。

2) 平成 25 年度は、災害時における調査研究の倫理の現状に関して全国の研究機関の倫理委員会に対してアンケートによる調査を行った。

(1) アンケート調査の対象

厚生労働省の臨床研究倫理審査委員会報告システムに登録されている倫理委員会（以下「委員会」という）をアンケートの対象とした。調査対象とした委員会の総数は 446 であった。

(2) 調査方法と調査項目

アンケート調査は、倫理委員会事務局宛の郵送による無記名自記式質問紙調査により行った。なお、本調査は名古屋大学医学部生命倫理委員会により承認（簡易審査）されている。

C 結果

1) 災害研究に関する文献調査

災害時の調査研究の倫理に関して、配慮しなければならない事項を検討した。

被災者は脆弱な存在であり、決定能力が低下していると直ちに推定することはできない。しかし、被災者は客観的にストレスフルな状況に置かれているため、研究へ自発的に参加したいか、慎重に確認をする必要がある。インフォームド・コンセントを取得するには、通常の研究とは異なった配慮が求められ、避難所の中で取得するべきではなく、被災者が落ち着ける場所で行い、説明者は、災害援助チームの一員ではなく、救助・診療から独立した立場の者であるべきである。説明者は援助チームの服装を装うなど、

研究参加者が診療と研究を混同することがないように配慮が求められる。

災害の発生時には、短期間に世界各地の研究機関が同種の調査研究を行おうと試みるため、被災者は、多数の同種の研究への参加が求められ、被災者は過大な負担を負う可能性がある。そのため、研究を共同実施するなど、調査研究をコーディネートする必要がある。また、研究の倫理審査を迅速に行い、災害直後に調査を行いたい研究者の要請に応答する必要がある。有効な対策の一つとして、被災地域の実情を把握している地域の行政や研究機関が、調査研究をコーディネートすることが挙げられる。被災地域の機関は、その地域の慣習・文化に配慮することができ、被災者の意向に沿った決定をすることが期待できるからである。また、研究計画を倫理審査する倫理委員会が、互いにネットワークを形成し、重複する研究実施を防止することも対策として挙げられる。米国にて研究コーディネートを成功できたモデルとして、オクラホマ事件での倫理審査体制（オクラホマモデル）がある。オクラホマ事件では、オクラホマ州政府の関与のもと、調査研究の倫理審査をオクラホマ大学 IRB（University of Oklahoma Health Service Center : UOHSC）が中央の IRB として一括して行った。犠牲者の登録なども、オクラホマ大学の IRB が一手に引き受けた。このモデルにより、研究参加者の権利を保護、重荷を最小化、得られる知見を最大化、多数の研究の協調、知見を得ることと治療の両立を可能にした。このように、災害発生時には、通常時と

異なる倫理審査体制を構築するべきとの報告は多い。

2) アンケート調査

アンケートの調査項目は、24年度の研究にて、災害研究で倫理審査にて問題となる事項として明らかにした、以下の11項目とした。すなわち、①災害時の調査研究の倫理審査の経験の有無、②災害時の調査研究の倫理審査への特別配慮の必要性、③研究集中への苦慮の経験、④オクラホマモデルの必要性、⑤迅速審査の必要性、⑥事後審査の必要性、⑦研究のコーディネートの必要性、⑧被災地域の機関の関与の必要性、⑨被災者の脆弱性、⑩研究チームの独立性の必要性、⑪災害研究に関する特別規定の有無である。

全国の446委員会のうち、回答した委員会は217で回答率は48.7%であった。回答した217委員会の研究機関の性質は、大学・基幹病院103機関(47.4%)、中規模病院61機関(28.1%)、小規模病院6機関(2.8%)、研究所・非医学系大学42機関(19.4%)、行政機関5機関(2.3%)であった。災害に関する調査研究を倫理審査した経験のある委員会は31(14.3%)であった。災害における調査研究の倫理審査への特別配慮の必要性については、171委員会(78.9%)が「必要」と回答した。研究集中への苦慮の経験は、「ある」と回答した委員会は2委員会(0.9%)に留まった。災害時には州政府などの行政が積極的に研究の倫理審査に関与するオクラホマモデルの必要性については、94委員会(43.3%)が「必要」と回答した。

迅速審査は、147委員会(67.7%)が

「必要」と回答した。また、内容が重複する研究をコーディネートは、129委員会(59.4%)が「必要」と回答した。一方、事後審査について「必要」と回答した委員会は38委員会(17.5%)に留まった。

被災地域の機関の関与については、51委員会(23.5%)が「必要」と回答した。被災者は脆弱な存在であると、162委員会(74.7%)の委員会が回答した。研究チームの災害救助からの独立性については、117委員会(54.0%)が「必要」と回答した。災害研究に関する特別規定の存在については、181委員会(83.5%)が「ない」と回答した。

D. 考察

本研究は、災害時の調査研究の倫理について検討し、災害時の調査研究の対応ガイドラインを策定するための知見を得ることを試みるものである。

我が国では、地震、台風など自然災害が発生しているが、災害時の調査研究を倫理審査した経験のある委員会は14.6%にとどまった。過半数の研究が東北地方の研究機関で倫理審査されているため、主として東日本大審査に関する調査研究であったと推測される。

研究の集中に対し対応に苦慮した委員会は2委員会にとどまった。ただし、過半数の委員会が、中央倫理委員会などの運用により研究の集中へのコーディネートが行われるべきと回答した。我が国でも、災害が発生した場合、同種の研究が集中して実施されるため、コーディネートを必要があると考えられている

ことが判明した。ただし、コーディネートをすべき機関を特定することはできなかった。アンケートの質問紙の自由記載欄にて、国(厚生労働省、文部科学省)、地方自治体、災害拠点病院、地域の基幹大学など、様々な機関がコーディネートする機関として挙げられていた。被災地の機関が倫理審査に関与し、コーディネートまで行うべきとの見解が特に米国で主張されているが、被災地域の機関が倫理審査に関与するべきとする委員会は少なく、被災地域の機関が関与するべきとする米国とは異なる傾向にあった。その理由としては、我が国の文化・慣習の均一性を要因として挙げることができる。研究をコーディネートへの対応策の一つとして倫理委員会の集約化がある。厚生労働省は臨床複数病院からなる大規模なネットワークの中核となり、臨床研究の拠点となる臨床研究中核病院を選定している。臨床研究の倫理審査も拠点病院を中心に集中して行うという、倫理審査を効率化することが想定されている。災害研究をコーディネートする機関としても役割を果たすべきでないかと思われる。

災害時の調査研究については、迅速に行わなければならない、倫理審査の迅速性が求められる。現行指針で運用できる迅速審査手続で審査するべきである。一方、研究を実施した後に倫理審査をするという事後審査については、現時点では否定的な委員会が過半数を占めた。

被災者は経済的にも精神的にも危機的状态に陥っている可能性が高いため、脆弱性を有すると考えられていることが判明した。そのため、被災者の権利・利益

を保護する特段の配慮が求められている。被災者である研究参加者は、自発的な決定能力が低下している可能性があり、自発的な同意が確保されているか常に注意をしなければならない。研究チームは救助とは独立する体制が望まれ、インフォームド・コンセントは落ち着いた場所で取得するなど、被災者の権利・利益を保護する体制が求められる。

本研究は、災害時の調査研究の倫理審査について、全国規模で行った数少ない調査であり、今後の検討に向けての基礎的な知見が得られたと考える。

本研究の調査の限界として、回答率が48.7%と必ずしも高くなかったため、全国の委員会の現状を代表しているとはいえない。また、臨床研究倫理審査委員会報告システムに登録していない非医学系の研究機関の研究については明らかにできていないことが課題として残った。

E. 結論

災害時の調査研究では、迅速な研究の実施と、研究参加者となる過酷な状況にある被災者の権利・利益の保護を実現しなければならない。

研究参加者となる被災者の権利・利益を確保が最優先されるべきであり、研究を行う者と救助を行う者を分離するとともに、インフォームド・コンセントを取得する際には、避難所ではない場所を選択するなどの配慮が求められる。治療・ケアが必要な場合は、研究に優先しなければならない。現行の倫理指針を遵守し、可能な限り迅速に倫理審査を行うべきであるが、現行の倫理指針に規定のな

い事後審査は現時点では容認できない。

被災地の機関の研究への関与は必ずしも必要はないが、被災地の実情を踏まえて適切な実施体制が望まれる。重複する研究のコーディネートは今後の課題である。対応策として研究の事前登録制や中央倫理委員会による集中倫理審査があり、体制の整備が望まれる。

【参考文献】

1. Iijima Y et al : Necessity for Ethical Consideration of Research in the Aftermath of Disaster. *Psychiatry and Clinical Neuroscience* 65 : 535-536, 2011
2. 飯島祥彦：災害時における調査研究の倫理。大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関する研究—平成24年度総括・分野研究報告書：91—97,
3. 厚生労働省：臨床研究倫理委員会報告システム
<http://rinri.mhlw.go.jp/PublicPage/publictoppage.aspx>
4. North C et al : Ethical and Methodological Issues in Academic Mental Health Research in Populations Affected by Disasters: The Oklahoma City Experience Relevant to September 11, 2001.
5. 厚生労働省：疫学研究に関する倫理指針。平成13年3月29日（平成20年12月1日一部改正
6. Zack N : Ethics for Disaster. Rowman & Littlefield Publishers Inc : Maryland. 2009

F. 研究発表

1. 論文発表
2. 学会発表

G. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得
2. 実用新案登録
3. その他

以上、全てなし

表. 第1ラウンド調査回答者の職種、災害対応経験(n=115)

年齢	平均、標準偏差	45.1	9.5
	範囲	24-70	
性別, 人(%)			
	男性	47	(45.6)
	女性	56	(54.4)
職種(複数回答), 人			
	精神科医	36	
	精神科以外の医師	1	
	保健師	29	
	看護師	13	
	精神保健福祉士	23	
	臨床心理士	12	
	事務	4	
	その他	4	
東日本大震災以前の災害支援の経験, 人(%)			
	なし	69	
	1回	16	
	2回	10	
	3回以上	8	
東日本大震災での活動場所(複数回答), 人			
	岩手県	25	
	宮城県	53	
	福島県	22	
	仙台市	17	
	その他	2	
東日本大震災での支援立場(複数回答), 人			
	地元支援者として通常業務の延長で	25	
	地元支援者として特別な支援活動	22	
	外部支援者として	65	
東日本大震災での活動時期(複数回答), 人			
	2011年3月	29	
	2011年4月上旬	22	
	2011年4月下旬	14	
	2011年5月上旬	15	
	2011年5月下旬	7	
	2011年6月上旬	10	
	2011年6月下旬	9	
	2011年7月上旬	10	
	2011年7月下旬	8	
	2011年8月以降	23	

表1. 回答した倫理委員会の機関の性質(N=217)

医学系大学・基幹病院	103機関	(47.4%)
中規模病院	61機関	(28.1%)
小規模病院	6機関	(2.8%)
研究所・非医学系大学	42機関	(19.4%)
行政機関	5機関	(2.3%)

図1. 災害に関する調査研究を倫理審査した機関および審査件数

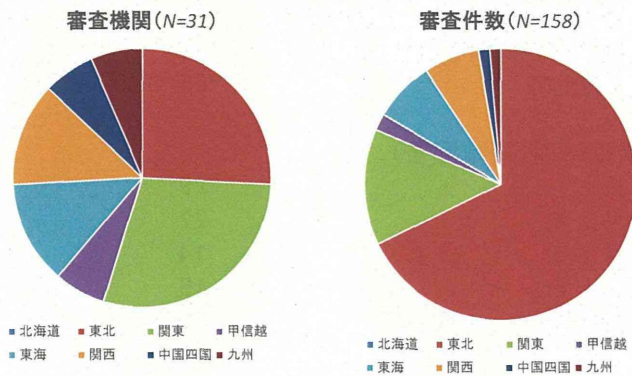


図2. 特別配慮、研究の集中に対する苦慮、オクラホマモデルの必要性

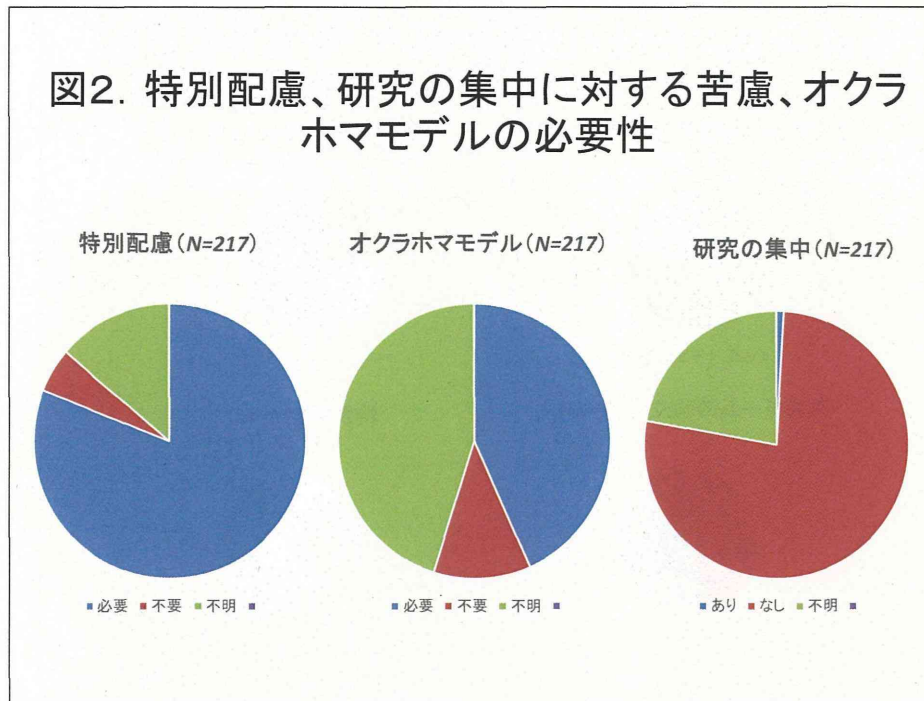


図3. より迅速な倫理審査、研究のコーディネート、事後審査

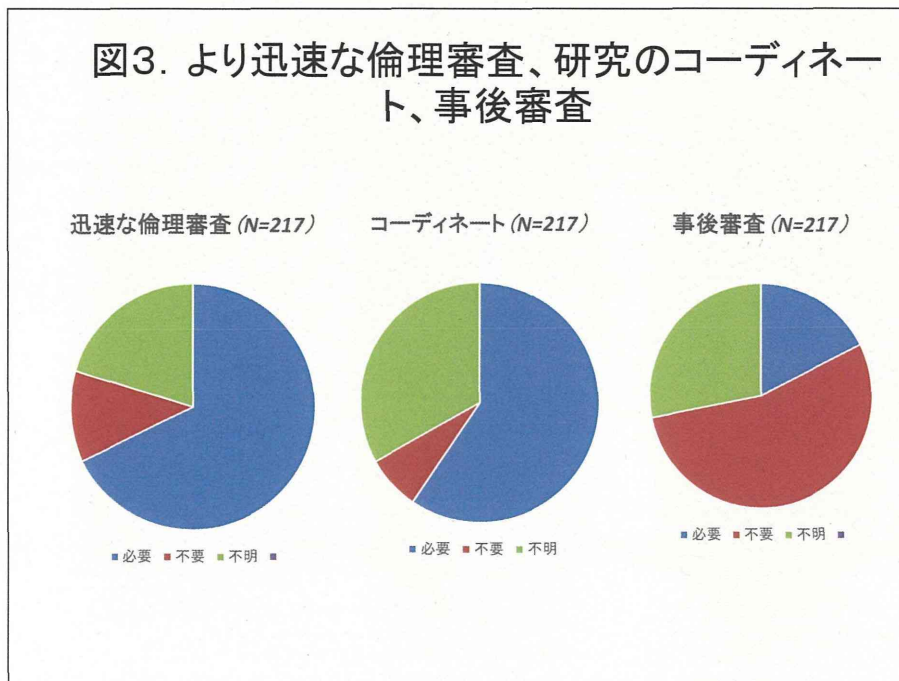
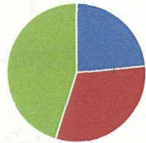


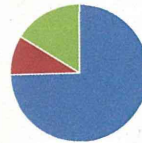
図4. 被災地域の機関の関与、被災者の脆弱性、研究チームの独立性、特別既定の存在

被災地域の機関の関与 (N=217)

被災者は脆弱か (N=217)



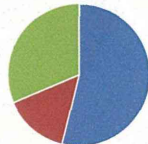
■ 必要 ■ 不要 ■ 不明



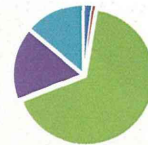
■ はい ■ いいえ ■ 不明

研究チームの独立性 (N=217)

特別規定 (N=217)



■ はい ■ いいえ ■ 不明



■ 策定 ■ 一部策定 ■ 策定なし ■ 不明

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
平成23年－25年度 分担研究報告書

被災地域におけるグリーフ・ケア研究
－岩手県における実践から－

分担研究者 山田幸恵 1)
研究協力者 中島聡美 2)

- 1) 岩手県立大学社会福祉学部
- 2) 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

研究要旨

東日本大震災はトラウマティック・ストレスであると同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々な喪失を伴う出来事であった。岩手県では死者が4,664名、行方不明者は1,599名にのぼった。1人に対し4～5名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。死別経験は、免疫機能の低下や、通院頻度の増加、身体的健康の低下、飲酒や喫煙の増加、自殺の増加、死亡率の増加、のリスクファクターであるとされている。また、死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながることを示されている。このことから、ご遺族の周囲の理解を高めること、またご遺族の心理的なケアが重要であると考えられる。本研究では、死別による悲嘆反応に関する心理教育の効果を検討するとともに、ご遺族のピア・グループの立ち上げにつなげることを目的とした。本研究の結果、心理教育によるグリーフへの理解の向上、およびストレスの軽減する傾向が認められた。被災地の支援の現場からは、ご遺族の悲嘆の語りがかがえるものの、本研究の母体となる遺族ケアのためのセミナーへの参加者が少なかった。このことは、被災地には潜在的なニーズがあるものの、ご遺族が自ら支援を求める状況ではないことが推察された。被災地でのグリーフ・ケアはこれから本格化するものと思われる。

Keywords 東日本大震災、グリーフ・ケア、心理教育

A. はじめに

2011年3月11日、東北太平洋地域はマグニチュード9という地震とそれに続く大津波によって甚大な被害を受けた。東北から太平洋にかけての太平洋沿岸、特に岩手・宮城・福島沿岸の沿岸市町村は、地域自体が流されるという未曾有の被害をこうむった。

今回の東日本大震災はトラウマティック・ストレスであると同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事など、様々な喪失を伴う出来事であった。

B. グリーフ（悲嘆）とは

グリーフ（悲嘆）とは、「強い結びつきがある誰か（あるいは何か）を「喪失(loss)」したことに伴う極めて強い感情状態である(1)。また Bowlby(2)は、喪失によって起こる一連の心理過程を「悲哀(mourning)」、この悲哀の心理過程で経験される苦痛や絶望などの情動体験を悲嘆と定義している。悲嘆は喪失に対する自然な反応であり、全ての感情には機能あるいは意味がある(3)。その中でも大切な人との「死別」は最も大きなストレスとなるライフ・イ

メントと考えられており(4)、死別経験は、免疫機能の低下(5)や、通院頻度の増加(6)、身体的健康の低下(7)、飲酒や喫煙の増加(8)、自殺の増加(9)、死亡率の増加(10)、のリスクファクターであるとされている。

C. 岩手県における被災状況

今回の東北地方太平洋沖地震により、岩手県では死者が4,664名、行方不明者は1,599名にのぼった。1人に対し4~5名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。被災者の多くは家屋が流出し、仕事も失っているため、岩手県内陸部にも避難してきている現状であり、遺族は被災の大きい沿岸地域だけではなく、岩手県内の全ての地域に居住していることは想像に難くない。

岩手県の被災地域は、震災前から精神保健医療体制が脆弱な地域であり、今回の震災による精神保健システムのダメージから回復しつつあるものの、圧倒的に精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士といった専門職が不足している。このことから、死別に対する自然な反応としての悲嘆プロセスを促進させる、悲嘆を複雑化させないための予防的な関わりが必要であると考えられる。また、ご遺族の周囲の人の理解を深め、二次的な被害を予防することも重要である。このことから、集団を対象としたコミュニティベースの心理教育が有効であると考えられる。

一方で、必ずしも心理的支援を望んでいない被災地域の住民も多い。また、何らかの問題を抱えていても、援助を求める自発的な行動につながりにくいといわれている。このことから、個別的な関わりよりも地域精神保健活動と協働したサロンの関わりの方が、対象者にとっては参加しやすいものと考えられる。

さらに、災害時の心理支援は特殊であり、一般の心理職や医療職はこうした動き方に慣れていないことが指摘されている(金, 2010)。また、支援者自体も悲嘆やトラウマティック・ストレスの対応を熟知していない現状がある。岩手県には自殺予防対策の一環として要請された傾聴ボランティア組織が災害後の支援を行っているケースも多い。傾聴ボランティアは被災者の話を聴く中で、死別にまつわる話を聴くことも多いが、どのように対応してよいか困惑しているといった声もあがっている。ご遺族だけではなく、ご遺族に関わる支援者にとっても心理教育

が必要な実態が被災地にあるといえるであろう。

D. 悲嘆の複雑化

死別によって身近な人を失った人が身体・認知・行動面で様々な反応を示す悲嘆反応は、死別という大きな喪失体験に対する自然で正常な反応であるが、悲嘆の複雑化は心理的困難につながることを示されている(Dowdney, 2000; Tremblay & Israel, 1998)。複雑化した悲嘆は、他の精神疾患と区別されるべき病態であることが明らかにされてきているが、DSM-IV-TR (APA, 2000)では「臨床的関与の対象となることがある他の状態」という付録的な扱いに留まっており、専門家への相談や受診につながりにくく、さらに適切なケアを受けることが難しい。

スマトラ沖地震から14ヶ月後の調査では、近親者を失った人の42%が外傷後ストレス反応を示し、複雑性悲嘆反応も同程度の割合で見られた。また、62%が精神的健康の低下を示していた(Johannesson et al., 2009)。悲嘆が複雑化、長期化する要因は、Table 1の通りである。今回の東日本震災は、死別が複雑化・長期化する要因として複数の項目に当てはまることから、被災者のグリーフ・ケアは重要である。

Table 1 死別が複雑化・長期化する要因(佐藤, 2001)

死別状況	突然の予期しない死・事件などの暴力的な死 遺族や死者に責任がある場合
遺族と死者の関係	死者との依存的な関係 愛憎半ばするアンビバレントな関係 子どもの死・配偶者の死 幼い子どもを残した母親の死
遺族の特性	繰り返し死別を体験する 身体的・精神的な障害を有する 依存的な性格・不安定な性格 自己評価の低さ
社会的な要因	家族や親戚、友人がいないなどの孤立した状況 経済状況の悪さ・社会的地位の低さ 仕事にやりがいがない 幼い子どもがいる・被介護者がいる
2次被害	マスコミの取材・近隣の風評など 警察・司法・医療関係者からの冷たいぞんざいな対応 未熟な治療者による悲嘆の軽視

E. グリーフ・ケア

複雑化した悲嘆については、複雑性悲嘆の認知行動療法が開発され、その効果に関する研究が進んでいる。一方、一般的なグリーフ・ケアについては、個別のカウンセリングだけではなく自助グループなどの手法がとられることが多い。わが国においても交通事故遺族の会や自死遺族の会などが自助グルー

プを行っている。しかしながら、その効果について検討した研究は多くはない。また、今回の東日本大震災では遺族の数が非常に多いことから、ピア・グループによるグリーフ・ケアが適当であると思われる。

F. 目的

以上のことを踏まえ、今回の震災による被災者に対して死別による悲嘆反応に関する心理教育を行う効果を検討することを目的として岩手県臨床心理士会の協力の下、実践研究を開始した。なお、心理教育後にご遺族のわちあいの時間を設け、遺族のピア・グループを立ち上げにつなげることも第2の目的とした。

なお、住居や仕事の問題のため、沿岸から内陸部に転居した被災者も多いこと、沿岸部に親族をもつ内陸部居住者も多いことから、被災した沿岸部だけではなく、内陸部の中核都市である盛岡市内でも心理教育を実施した。

G. 対象者

本研究では対象をご遺族だけではなく、ご遺族の友人・知人といった周囲の方、支援者などを広く対象とした。その理由は先に述べたとおり、コミュニティの支えあいの力を育成する意味も含まれている。

F. 倫理的配慮

心理教育開始前に研究の趣旨と、質問紙は無記名であり個人のプライバシーは保護されること、回答は自由意志であること、回答しなくても不利益はないこと、回答途中でやめてもかまわないことなどを対象者に説明し、回答をもって同意とした。なお、本研究は岩手県立大学倫理審査委員会による審査を受け、承認されている。

F. 内陸部（盛岡市）での実践

(1) 方法

震災で家族や友人を失った被災者および関係者を対象とし、た「遺族ケアセミナー」として、60分の心理教育と60分のわちあいの時間から構成されるセミナー形式で、月1回実施した。心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

(2) 心理教育の内容

3か月で1クールとし、各回の心理教育のテーマ

は以下の通りであった

セミナー1:「災害後のこころ」

セミナー2:「大切な人を亡くした人のこころ」

セミナー3:「子どものこころのケア」

(3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18、鈴木・嶋田・三浦・片柳・右馬埜・坂野、1998)を用いた。この尺度は日常的に経験する心理的ストレス反応を測定することが可能であり、かつ簡便に用いることができる尺度である。18項目4段階評定であり、信頼性と妥当性が確認されている。

また、各セミナーの知識に関する質問項目を本研究のために作成し使用した。各セミナーごとに5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思う、まで5件法で回答を求めた。グリーフ・ケアに関わる回であるセミナー2の質問項目は以下の通りであった。

Q1:大切な人を失った人たちが平気な顔をしているのは、悲しくないからである。

Q2:大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3:亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4:時間がたては悲しみは薄れていくものである。

Q5:大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

(4) 結果

内陸部での「遺族ケアセミナー」への参加者は、63名であった。参加者は19歳から77歳までの幅広い年齢層であった。対象者の属性はTable 2に示すとおりであった。

Table 2 心理教育内容別の参加者の性別と年齢

性別	セミナー1		セミナー2		セミナー3	
	男性	女性	男性	女性	男性	女性
mean	54.50	46.31	42.50	38.81	48.33	40.70
SD	12.01	13.84	13.68	11.17	23.76	12.80

ここでは、グリーフ・ケアに関わるセミナー2の参加者のうち、研究参加に同意し、心理教育前後に回答した質問紙に欠損がなかった者のデータを分析対象とした。セミナー2の分析対象者は計20名であった。

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable 3に示した。