

名（81.6%）からデータを回収することができた。社協職員は、生活支援相談員（190名）、事務職員（199名）、介護職員（271名）、その他（163名）の4群に分けることができ、今回の報告では各群を比較したデータについても報告する。また、②の調査は2013年11月～2014年1月にも5市町の社協の職員を対象に調査を実施している。

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

### ①自治体職員、医療職員、消防職員に対する調査（図1）

男性が56%、平均年齢は43歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は9%、被災による転居は23%、死の恐怖を感じ

る体験をした者は55%であった。職場のコミュニケーション不足を感じている者は17%で、休養不足を感じている者は39%であった。

K6（有効回答数＝967）について、総得点13点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は、自治体職員11%、医療職員15%、消防職員3%であった。2010年の国勢調査における、宮城県民の平均は約6%であり、自治体職員、医療職員において、精神的苦痛が高い状況が明らかとなった。

うつ病のリスクが高いPHQ-9が10点以上は、自治体職員24%、医療職員22%、消防職員6%であった。また、PTSDのリスクが高いPCLが44点以上の者は自治体職員9%、医療職員9%、消防職員3%であった。うつ病とPTSDのリスクのいずれにおいても、自治体職員と医療職員と比べて消防職員におけるリスク者の割合が低かった。

精神的不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、自治体職員、病院職員において、PTSD、うつ病のハイリスクに関与している要因を、多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した。この結果、PTSDのハイリスクに対して最も高いオッズ比を示したのは休養不足であり、約5倍だった。職場のコミュニケーション不足は、約3倍であった。一方で、家族に死者がいると回答した職員のオッズ比は約4倍、被災により転居したと回答した職員は約3倍であり、震災の直接的な影響はPTSDのハイリスクに関与していた。うつ病のハイリスクに関与する要因として最も高いオッズ比を示したの

は、職場のコミュニケーション不足と休養不足であり、オッズ比はそれぞれ約 3 倍だった。

#### ②社会福祉協議会職員に対する調査(図 2)

男性が 27%、平均年齢は 47 歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は 9%、死の恐怖を感じる体験をした者は 66%、被災による転居は 26%であった。職場の人間関係に苦勞している者が 37%、休養不足を感じている者は 38%、住民からの非難により辛い思いをした者が 30%であった。

K6 (有効回答数=784) 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 18%であった。社会福祉協議会職員においても、2010 年の国勢調査における、宮城県民の平均は約 6%と比較して、精神的苦痛が高い状況が明らかとなった。うつ病のリスクが高い PHQ-9 (有効回答数=781) が 10 点以上は、13%であった。PTSD のリスクが高い PCL (有効回答数=763) が 44 点以上の者は 4%であった。

職種別に比較すると、K6 で 10 点以上の割合は生活支援相談員では 22%、事務職員では 22%であったが、介護職員では 13%、その他では 18%であった。生活支援相談員および事務職員は介護職員やその他の職種と比べて、より精神的な苦痛を感じていた。PHQ-9 で 10 点以上の割合は生活支援相談員では 17%、事務職員では 13%、介護職員では 10%、その他では 14%であった。PCL で 44 点以上の割合は生活支援相談員では 3%、事務職員では 6%、介護職員では 2%、その他では

6%であった。

精神的不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、K6 で 10 点以上、PHQ-9 で 10 点以上、PCL で 44 点以上の者について関与している要因を、多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した。

K6 で 10 点以上の高いストレスに関与する要因で、最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があることであり、4.0 倍であった。次いで職場の人間関係に苦勞していることが 3.1 倍、自身の健康不安が 2.6 倍であった。PHQ-9 で 10 点以上のうつ病症状に関与する要因で、最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があることであり、5.6 倍であった。次いで職場の人間関係に苦勞していることが 3.2 倍、自身の健康不安が 3.1 倍であった。PCL で 44 点以上の PTSD 症状に関与する要因で、最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があることであり、3.1 倍であった。次いで住民からの非難で辛い思いをしたことが 2.8 倍、職場の人間関係に苦勞していることが 2.8 倍であった。

#### 4) 考察

今回の調査により、精神健康の悪化を自覚する職員の割合は職域により異なり、消防隊員と比較して自治体職員、医療職員において、うつ病のリスクと PTSD のリスクが高い者の割合が高いことが明らかとなった。過去の研究においても職業的に災害についての教育や訓練を受けている災害準備性の高い職種においては、

精神的不健康のリスクが低くなることが知られており、今回の結果はそうした研究に一致した結果となった。また、社協職員に対する調査では、職種間での違いが認められた。生活支援相談員は、震災後に雇われた直接震災支援を行うため、直接的な惨事ストレスへの暴露、準備性から精神的な負荷が大きいものと考えられ、事務職もコーディネート等、業務量の増加のため精神的負荷が大きいと考えられた。一方で介護職は、発災から1年半経過した調査時には震災前とほぼ同様の業務を行っていたため生活相談支援員、事務職員よりは精神的な負荷は小さいものと考えられた。精神的不健康のリスクに関わる要因については、発災から1年半後の時点においては経済的損失、家族の死などの直接的な被災要因よりも、メンタルヘルスの治療歴といった個人の要因や、人間関係などの職場の要因が精神症状に関係していた。

今回の調査対象となった人々の、うつ病やPTSDのリスクの高さに影響する因子としては、家族の死、被災による転居といった災害による喪失／悲嘆や環境変化の直接的な影響に加えて、職場のコミュニケーション不足および休養不足といった、災害後の職場環境が大きく関与することが明らかとなった。職場のコミュニケーションがうつ病やPTSDのリスクに関わるという結果は、災害後の心的外傷ストレスや喪失／悲嘆からの回復には人々との結びつきが重要であるという考えに一致するものである。

災害による直接的な影響を変化させることには制限があるが、職場で休養を取

りやすい環境を作ることや、職場内でのコミュニケーションを高めることは、災害後に対処可能な要因であり、今後は、これを改善するための具体的な対策を検討することが重要である。

本研究の結果は、災害支援を中長期的に行う職場においては、震災の直接的な影響だけではなく、目下の職場環境が精神健康の悪化により影響を及ぼしている可能性を示唆しており、災害支援者に対する中長期的な介入方法を考案する上で重要な結果である。

今後は縦断的な調査を継続するとともに、縦断データについての解析を行っていく計画である。その上で、どのような因子が被災地で働く支援者の中長期的な精神的健康に影響を与えるのかをより詳細に明らかにしていく。

## II. 災害復興期の被災者に役立つ心理支援方法サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery: SPR) の普及と日本における実施可能性についての研究

### II-1. SRP の普及に向けた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、心理的支援においては必要な専門スキルの研修が必要であるが、その研修方法は十分には確立していない。

本研究は、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明らかにすることを目的とする。

## B. 研究方法

### 【SPR 研修会の実施】

被災地の心のケアに従事している専門家を対象に、以下の日程で 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。その上で、基本研修として SPR のについて講義やワークショップによる研修を 2 日間の日程で行った。平成 24 年度に 3 回実施済みであり、今年度は第 4 回目として平成 25 年 7 月 27 日・28 日に気仙

沼で実施した。また、フォローアップ研修として、基本研修に参加した者の中の希望者を対象に、SPR 活用事例についての事例検討を実施した。この研修は平成 24 年度に 2 回実施済みであり、今年度は第 3 回として平成 25 年 12 月 5 日に気仙沼で実施した。

### 【調査方法】

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。なお、データは基本研修時からフォローアップ研修まで追跡できるよう ID 化し連結可能匿名化した。

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】

#### 1. アンケート調査（無記名）

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

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

の各スキルごとの有用性、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（年齢、性別、主訴など個人が特定されない情報）、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スーパービジョン（SV）体制があれば SPR を活用しやすくなると思うか

### 【倫理的配慮】

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、本研究の実施においては、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. 研究結果

### 【対象者】

研修会の受講者数（カッコ内は研修の全過程を修了した修了者数）を報告する。基本研修は今年度開催した第4回目に18名（17名）参加があり、通算合計99名（75名）になった。フォローアップ研修は第3回目に6名の参加があり、通算合計37名になった。

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（4回分）では有効回答数90、フォローアップ研修でのアンケート調査（3回分）では有効回答数28であった。フォローアップ研修に複数回出席している者の回答に関しては第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24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=23：67、年代は20代19%、30代43%、40代19%、50代17%、60代2%であった。職業は心理士32%、精神保健福祉士19%、保健師18%、看護師17%、精神科医6%、その他8%であった。災害・トラウマ支援の経験は、全くない16%、少しある66%、ある程度ある14%、かなりある4%であった。

### 【アンケート結果】 図3

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88.8%、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85.1%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33.8%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=24）、フォローアップ研修に参加した後の方が、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くなった。

また、フォローアップ研修後の調査では、事例提供した者（N=7）はしなかった者に比べて、自分の仕事の中で SPR を試してみようと思うかという質問に対する答えが有意に高かった。

#### 【スキル実施ログ調査結果】

スキル実施ログの回収数は 17 ケースだった。支援対象者の精神症状（複数回答）は抑うつ（10 ケース）と不安（7 ケース）が多かった。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（11 ケース）、周囲の人と良い関係をつくる（11 ケース）、ポジティブな活動（8 ケース）、心身の反応（5 ケース）、役に立つ考え方（5 ケース）、問題解決（4 ケース）だった。スキルの有用性（5 段階評価）で平均値が高かったのは情報収集（4.8）とポジティブな活動（4.8）だった。スキルの自信（5 段階評価）で平均値が高かったのも情報収集（4.2）とポジティブな活動（4.1）だった。

#### 【グループ・ディスカッション結果】

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。また、「対象者が自分の問題を解決するモデルは、支援者の“問題解決してあげなければ”という負担感が軽くなって楽になった」という声も挙がった。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上がり、さらに事例提供を行うと実際に SPR を実践してみようという意欲が上がるという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 の研修には一定の意義があるが、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がったとおり、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、色々な支援場面に活用できる可能性が意見として挙げられたが、一方で、構造化されているマニュアルから、いかに自分のフィールドでフレキシブルに応用できるかといったことや、マニュアルの要素を実際にどう言葉で表現し展開していくかといった具体性の部分が必要とされていることが示唆された。

以上のことから、今後はスカイプを用いた定期的なケース検討を企画し、被災地で SPR を活用した事例に対する SV を行い、その効果を検討する予定である。また、支援方法として広く普及啓発していくためには、モデリング機能が必要だと考えられる。そのため、SPR 活用場面についてのデモンストレーション DVD 等が有効ではないかと考えられたため、来年度の研究課題として検討していく予定である。

## II-1. SRP の我が国における実施可能性についての研究

### 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、被災者は肉体的、精神的な重圧を経験している。このため、被災者の心のケアは年単位の長期間必要と考えられている。過去の研究によると、大規模災害後の被災地域住民には PTSD やうつ病などの精神疾患に加えて、精神疾患には至らない亜症候性の精神的問題が増加することが知られている。そのような精神疾患を予防したり、亜症候性の精神的問題に適切な支援を行うためには、精神的不健康を自覚する亜症候性の精神的問題に対する心理的支援が重

要だと考えられる。

災害後の心理的支援方法は、これまで災害直後から急性期にかけて行われるものやトラウマに焦点を当てた方法を中心に研究や開発が行われてきた。しかし、災害直後から急性期での心理支援の効果は非特異的な介入を上回るものではなかった。また、回復・復興期の支援方法として、いくつかの心理的支援方法が役に立つことは知られているが、複数の心理的支援方法を組み合わせて幅広い被災者に役立つ実践的な心理支援方法はこれまで開発されてこなかった。

サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : SPR) は、災害回復復興期に多くの被災者が経験しうる様々な精神的問題に広く適用できる実践的な心理支援方法として、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、2010年に公開され、2011年6月に兵庫県こころのケアセンター研究班によって日本語版が作成された最新の心理支援技法である。本研究の目的は、東日本大震災の被災者を対象とし、災害回復期に推奨されている最新の心理的支援法である、サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : SPR) を用いて介入を行い、同プログラムの我が国の被災地における実施可能性を検証することである。

### B. 研究方法

#### 【対象者】

対象者は宮城県被災地 A 地区に居住も

しくは就労している者で、精神的不健康を自覚する 18 歳以上の者で、精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外することとした。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とする。

#### 【研究計画】

A 地区の自治体と覚書を取り交わし、共催で住民に「災害後のストレス回復プログラム」の参加者を公募する。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターの SPR トレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医の SV のもとに SPR を実施する。

選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行う。介入者は参加者に対して訪問による 1 回 60 分程度の面接を 1 週間から 2 週間に 1 回程度の頻度で計 5 回程度実施する。介入終了後に介入後評価と 2 ヶ月後のフォローアップ評価を実施する。

#### 【評価項目】

プライマリ・エンドポイントは GHQ 精神健康調査票 (GHQ-30) の総合得点である。セカンダリ・エンドポイントは QOL (SF-8)、心的外傷後ストレス症状 (IES-R)、レジリエンス (TRS)、自己効力感 (SE)、プログラムへの満足度 (CSQ-8J) とする。また、プログラム及び各スキルの感想とその後の活用につい

て質的内容分析により評価する。

#### 【目標対象者数】 15 例

#### 【倫理的配慮】

本研究は、介入地区である A 地区を管轄する自治体の指導を受け、適切な連携の元を実施する。

介入者は、毎回の面接において、対象者の全体的な精神状態（自殺念慮含む）を評価する。また、本研究に関する重篤な有害事象及び不具合等の発生を知った時は、A 地区担当課との協力の下に必要な対処や支援、医療機関を含めた関連機関への紹介を含めて、最善を尽くすこととした。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実施している。

#### C. 研究結果

平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 26 年 2 月時点で、申込み者は計 18 名に達した。このうち、適応外 3 名、介入前のキャンセル 6 名、延期 1 例があり、残りの 8 名に介入を開始した。このうち 4 名は、事前介入例であり、調査開始後の介入例は 4 件である。事前介入例を含めた 8 名については、現段階までに有害事象は認められていない。

介入を開始した 8 名のうち、現在までに 4 名がセッションを終了した。予備的な解析として終了した 4 件の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントである GHQ 精神健康調査票 (GHQ-30) の総合得点は、いずれも介入前より介入後の方が下がっていた（図



4)。

#### D. 考察

本研究は平成 25 年度に介入を開始したばかりであり、まだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した 8 件において現段階では有害事象を認めておらず、また予備解析の結果では介入が終了した 4 件に関しては GHQ-30 の数値も介入前後で比較すると下がっている。このため、現時点では、SPR が我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。

今後は症例対象数を増やし、目標対象者数に到達した時点で、各エンドポイントの推移を分析し、プログラムの実施可能性を検証していく予定である。

### 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

昨年度は一般市民への普及を行う前に、岩沼市に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平成 25 年 2 月から 3 月にかけて計 6 回で実施した。

今年度は一般市民を対象に、岩沼市にて岩沼市役所健康福祉部健康増進課の協力を得て、一般市民を対象に平成 25 年 6 月 3 日、6 月 10 日、6 月 17 日、6 月 24 日、7 月 1 日、7 月 8 日の計 6 回。仙台市にて仙台市精神保健福祉センター（はあとぼーと仙台）、および仙台市青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区の家庭健康課の協力を得て一般市民を対象に平成 25 年 10 月 1 日、10 月 8 日、10 月 15 日、10 月 22 日、10 月 29 日、11 月 5 日の計

6回実施した。仙台市太白区にて仙台市精神保健福祉センター（はあとぽーと仙台）、および仙台市太白区の家庭健康課の協力を得て一般市民を対象に平成26年2月20日、2月27日、3月6日、3月13日、3月20日、3月27日の計6回を現在実施中である。

各回の研修の受講後に本プログラムの研修の理解度や感想などのフィードバックを得るためにアンケート調査を行った。また、研修の全プログラムの前後で参加者の属性、研修の理解・定着度を明らかにするための質問項目、生活の質（QOL）を測るための尺度としてSF-8、認知行動療法を学び活かすことで自己効力感が高められたかを測るための尺度として特性的自己効力感尺度を用いて検証した。

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。

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. 結果

岩沼市での平成25年6月からの研修では、事前登録者数16名で、実際の参加者数は、第1回9名、第2回11名、第3回9名、第4回12名、第5回11名、第6回12名であった。仙台市での平成25年10月からの研修では、事前登録者数27名で、実際の参加者数は、第1回18名、第2回

19名、第3回14名、第4回15名、第5回15名、第6回11名であった。

実際の参加者の総数は33名で、性別は男性4名(12.1%)、女性29名(87.9%)、年齢は平均48.7±12.8歳であった。職業は主婦11名(35.5%)と最も多く、アルバイト・パート5名(16.1%)、無職5名(16.1%)と続いた。

被災状況については、自宅の被災は全壊・大規模半壊3名(9.4%)、半壊・一部損壊13名(40.7%)、ほとんど被害なし・被害なし16名(50.1%)であった。震災で命の危険を感じたかという質問には、強く感じた・まあまあ感じた20名(62.5%)、あまり感じなかった全く感じなかった12名(37.6%)であった。

研修についての満足感について、全6回の研修のアンケート調査を通して調査した。岩沼市での支援者向けの平成25年2月の研修では、研修の難易度についてちょうど良いと回答したものが平均94.5%であった。岩沼市での一般市民向けの平成25年6月からの研修では平均87.5%であり、仙台市での平成25年10月からの一般市民向けの研修では平均87.5%であった。岩沼市での支援者向けの平成25年2月の研修では、今後の生活に活かそうだ、まあ活かそうだと回答したものが平均98.5%であった。岩沼市での一般市民向けの平成25年6月からの研修では平均94.7%であり、仙台市での平成25年10月からの一般市民向けの研修では平均94.7%であった。よって、この研修内容は参加者に概ね理解し受け入れられるものであったと考えられた。

研修に参加し、研修前後の調査票の回

答が得られ、全 6 回のうち 5 回以上出席した 17 名について QOL、自己効力感の変化について調査を行った。

SF-8 の精神的サマリースコア(Mental Component Summary scores ; MCS)については、研修前は平均  $41.59 \pm 8.42$ 、研修後は平均  $45.63 \pm 8.29$  と改善を認めしたが、その差は有意ではなかった(図 5)。特性的自己効力感については、研修前は平均  $68.94 \pm 9.94$ 、研修後は平均  $71.53$  であり、傾向レベルでの改善を認めた(Wilcoxon の  $Z=1.942$ ,  $P=0.052$ )(図 6)。

認知行動療法の基本的な考え方の理解、その定着度については、前述の 17 名において前後調査した結果、自分の考え方の癖を知っているかどうかという問いに対し、あてはまる・まああてはまると回答したものが、研修前 37.5%(N=6)であったものが、研修後には 93.3%(N=14)と増加していた。他、どのように考えるとうつや不安な気分が強くなるのか分かっているかという問いでは、研修前 62.5%(N=10)から研修後 80.0%(N=12)、自分をいつも苦しめている考え方に気づき、発想を切り替えることができるかという問いでは研修前 25.0%(N=4)から研修後 46.7%(N=7)、なるべく他の人の考えを聞き、考え方のレパトリーを増やそうとしているかという問いでは研修前 68.8%(N=11)から研修後 71.4%(N=10)、問題を解決しようとする時には、達成したい具体的な目標を立てるようにしているかという問いでは研修前 62.5%(N=10)から研修後 60.0%(N=9)、問題を解決しようとする時には、もうそれ以上のアイデアを思いつけなくなるまでできるだけ多

くの選択肢を考えるかという問いでは研修前 37.5%(N=6)から研修後 46.7%(N=7)、解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価するかという問いでは 18.8%(N=3)から 46.7%(N=7)と変化が見られていた。

#### D. 考察

今年度は、岩沼市役所、仙台市役所といった行政や関係機関と協力し一般市民を対象に「こころのエクササイズ研修」を、岩沼市、仙台市で開催した。昨年度は、予備的に実施した支援者を対象にした研修であったが、今年度は一般市民を対象にした研修を開始することができた。

研修に対する満足感は高く、実際にワークを体験しながら楽しく学ぶことができたという感想多く得られた。理解、定着度については、自身の考え方のくせに気づき、認知行動療法の考えに基づいて、考えと気分、行動の関係について理解し、ストレスに対する対処法を身に付けることができるようになったものと考えられる。

今回の結果からは、災害後に一般市民を対象に研修という形で認知行動的アプローチによる介入を実施することは可能であり、本プログラムは被災地域の一般市民にも受け入れられる内容であると考えられた。

介入前後の QOL と自己効力感の変化については、現在のところサンプルサイズが小さく、結果は予備的な段階にある。QOL と自己効力感について現時点では有意な変化は得られていないが、自己効力感については傾向レベルの変化が認めら

れた。来年度についても複数回の研修を計画しており、さらにサンプル数を増やしていく予定である。

#### E. 結論

今年度の本研究によって、被災地における、自治体職員、社会福祉協議会職員、医療職、消防隊員など、およそ 2,800 人の精神健康についての現状を疫学的に把握することができた。被災地での継続的に支援を続ける上記人々は、一般の住民以上に強いストレスを自覚しており、また、抑うつ症状や PTSD 症状を呈しうつ病や PTSD のリスクが高い者が一定数以上いることが明らかとなった。また、職種間によって、このような精神疾患のリスクの割合が異なることも明らかとなった。うつ病のリスクは、職場でのコミュニケーションや休養不足などの災害後の職場環境の要因が強く関わっていた。一方で、PTSD のリスクには、これした職場環境の要因に加えて、自宅の被災や家族の死などの被災による直接的影響が関与していた。今後、被災地の職場における職場環境の整備が重要である。

また、SPR の普及については、地元の被災地の保健師や心理士などの専門職 99 名に研修を実施した。研修に対する関心は高く、研修自体への満足度は高かったが、実践応用するためには、スーパービジョンの体制や事例検討など、より実践的な教育が必要と考えられた。また、SPR を用いた地域住民に対する介入については、プロトコルが完成し、これに基づく介入が実際に開始された。現在までのところ、介入による効果が期待できる可能

性があり、来年度はさらに本研究を進めていく。

認知行動理論に基づく、一般市民向けのこころのエクササイズ研修については、被災地において、4 回の研修を実施した。研修により認知行動的アプローチについての理解が高まり、自己効力感の向上に効果がある可能性が示唆された。来年度以降も、さらに研修を継続していく予定である。

#### F. 健康危険情報

特になし

#### G. 研究発表

##### <論文>

松本和紀：東日本大震災における宮城県の精神科医の活動. 精神医学55(4). 391-400, 2013

松本和紀：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—. 精神神経学雑誌115(5). 492-498, 2013

松本和紀：Health of Disaster Relief Supporters. Japan Medical Association Journal 56(2), 70-72, 2013

松本和紀：支援者と働く人々のケア - 東日本大震災の経験から. 精神医療 72, 31-40, 2013

高橋葉子：被災地の看護師における惨事ストレスの長期的影響—2年経ってからみえてくるもの. Emergency Care 26(7), 726-727, 2013

松本和紀：東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健—宮城県の状況と支援活動—. 精神神経学雑誌 116, 175-188, 2014

##### <発表>

内田知宏、高橋葉子、上田一気、松本和紀、伊丹敬祐、鈴木妙子、山崎 剛. 東日本大震災における被災自治体の職員に対する支援：メンタルヘルス研修会の報告.

第12回トラウマティックストレス学会；2013年；東京。

内田知宏、松本和紀、高橋葉子、越道理恵、佐久間篤、桂 雅宏、佐藤博俊、松岡洋夫。災害後の精神疾患予防の取り組み。第109回日本精神神経学会学術総会；2013；福岡。

越道理恵、高橋葉子、佐久間 篤、八木宏子、駒米勝利、丹野孝雄、阿部幹佳、松本和紀。東日本大震災後の派遣職員のメンタルヘルス対策研修についての報告—派遣職員のニーズと対処法—。第12回トラウマティックストレス学会；2013年；東京。

上田一気、松本和紀。宮城県における東日本大震災後の精神健康の現状と課題。第12回トラウマティックストレス学会；2013年；東京。

松本和紀、佐久間 篤、桂 雅宏、佐藤博

俊、高橋葉子、内田知宏、林 みづ穂、小原聡子、福地 成、原 敬造、松岡洋夫。宮城県の活動を振り返って。第109回日本精神神経学会学術総会；2013年；福岡。

高橋葉子。被災地の看護職のメンタルヘルス。第12回日本トラウマティック・ストレス学会プレコングレス；2013年；東京

高橋葉子。東日本大震災の被災地看護師における惨事ストレスの長期的影響。第15回日本災害看護学会；2013年；札幌

H. 知的財産権の出願・登録状況  
(予定を含む。)  
特になし

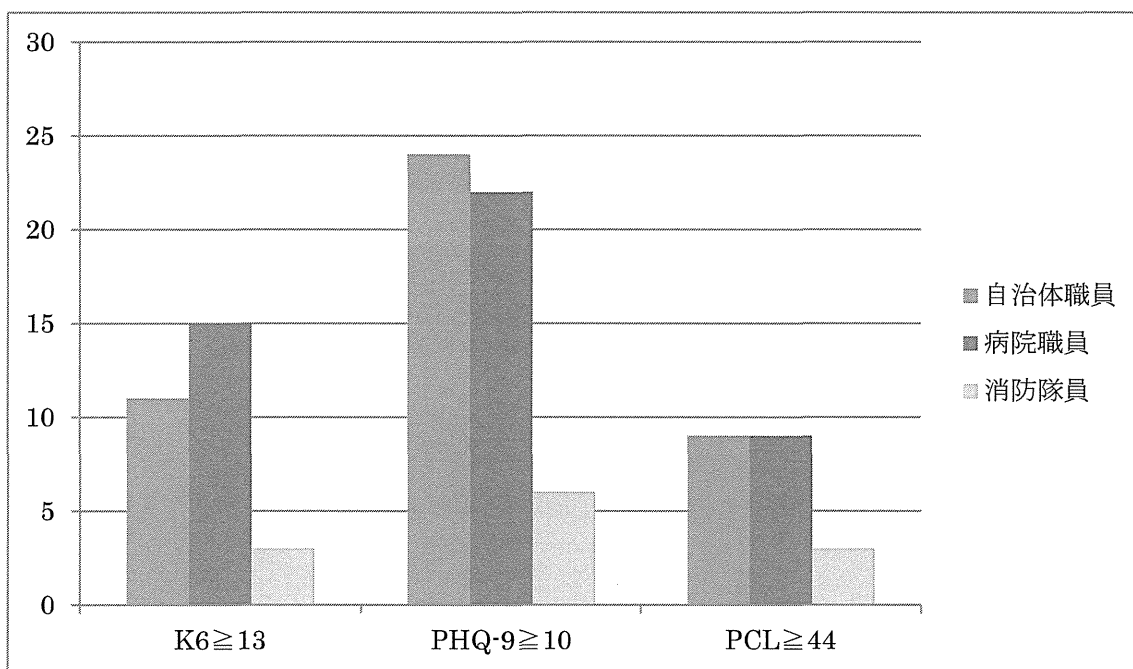


図1. 職域毎の精神的苦痛(K6)、うつ病(PHQ-9)、PTSD(PCL)、ハイリスク者の割合 (%) (2012年5月)

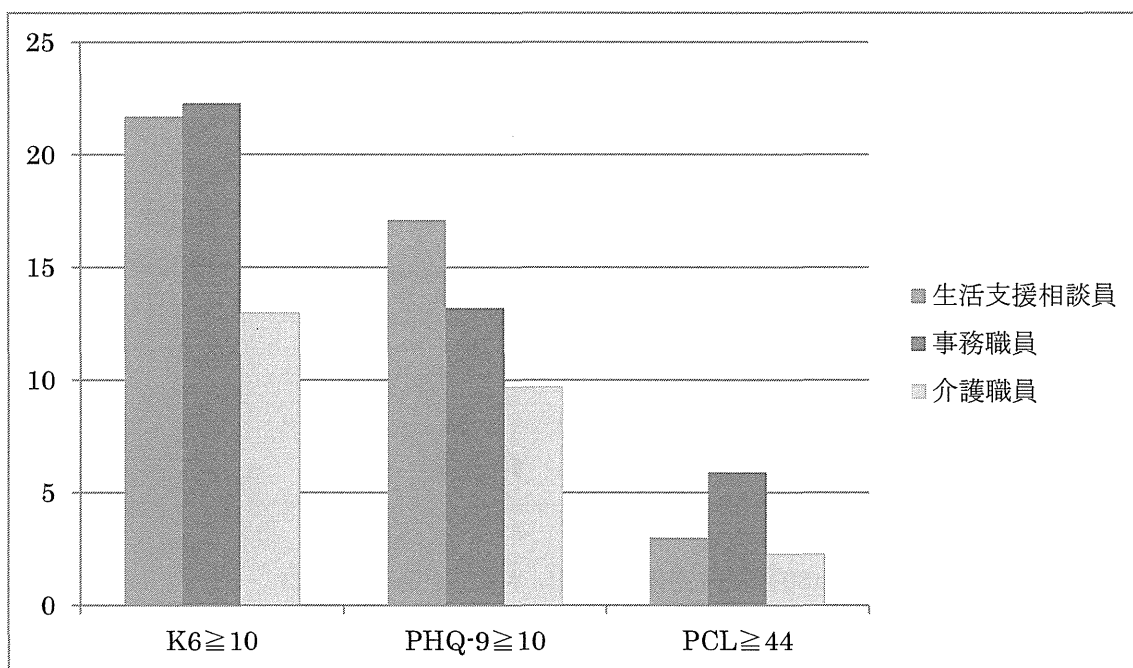


図2. 社会福祉協議会の職種別の精神的苦痛(K6)、うつ病(PHQ-9)、PTSD(PCL)、ハイリスク者の割合 (%) (2012年11月～2013年1月)

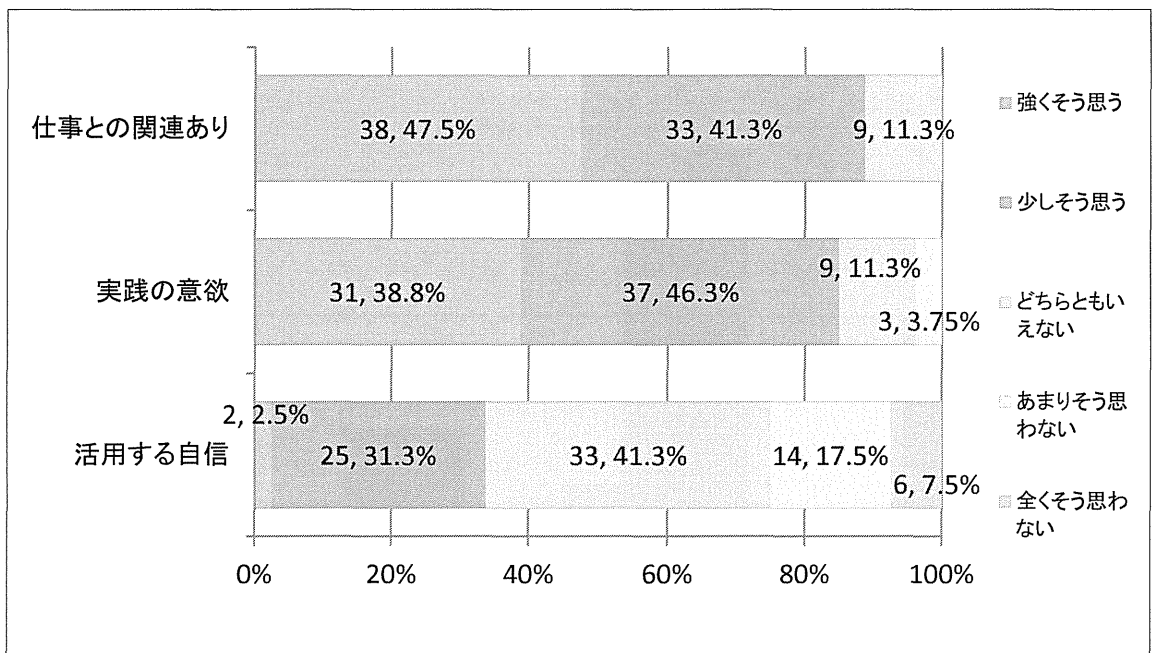


図3. SPR研修の感想

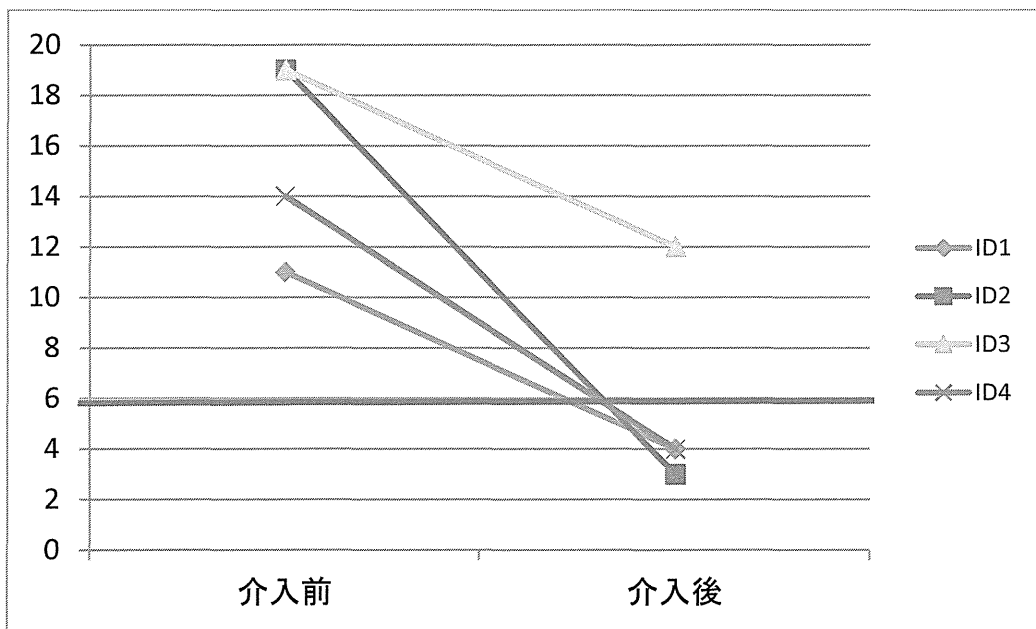


図4. SPR介入前後のGHQ-30得点の変化 (N=4) \*プレ介入者も含む

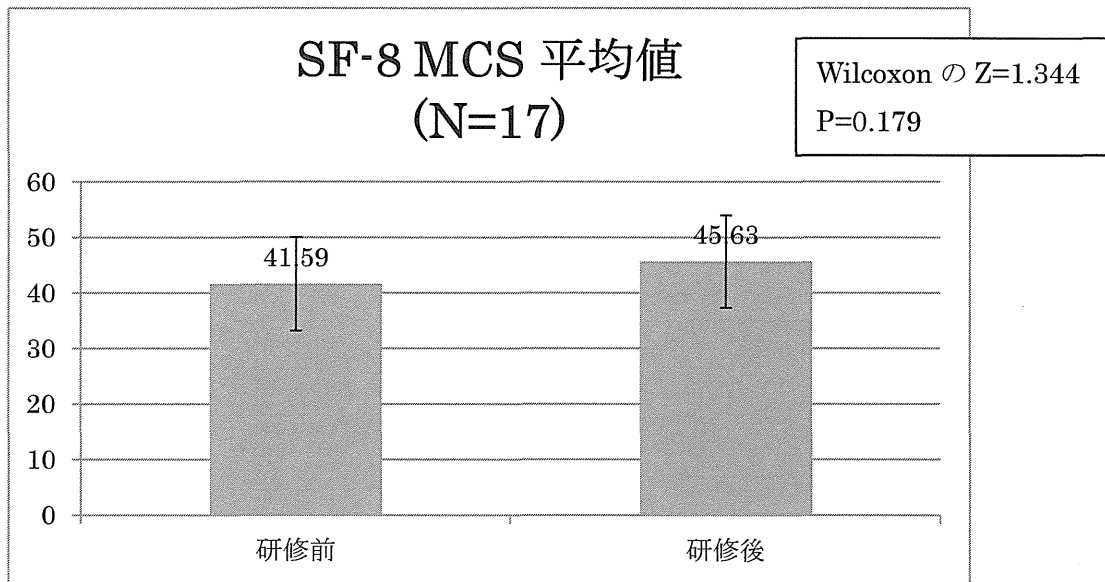


図5. こころのエクササイズ研修前後のQOLの変化

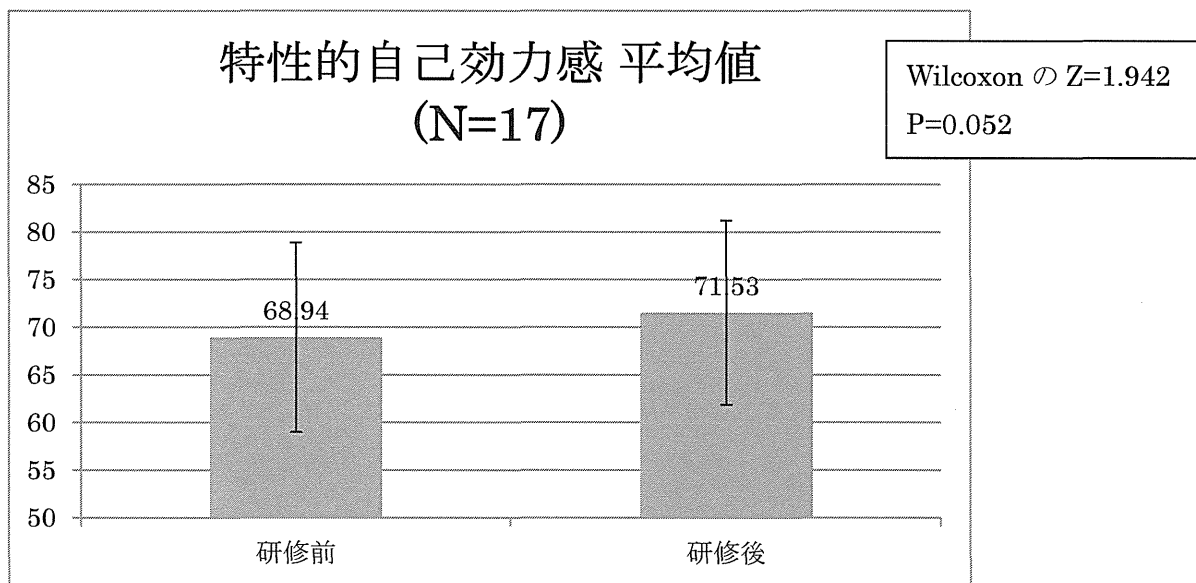


図6. こころのエクササイズ研修前後の自己効力感の変化



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

IPV 被害女性に対する持続エクスポージャー療法における PTSD 症状とうつ症状の関係

分担研究者 金 吉晴<sup>1,3</sup>

協力研究者 堀江 美智子<sup>2</sup>、加茂 登志子<sup>3</sup>、清水 悟<sup>3,4</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所
- 2) 東京女子医科大学小児科
- 3) 東京女子医大女性生涯健康センター
- 4) 東京女子医科大学総合研究所研究部

研究要旨

被災をきっかけとした PTSD 症状とうつ病症状への治療的取り組みの向上のために、治療回復途上におけるこれらの症状の関連を調べた。PTSD を発症した成人女性に Prolonged Exposure therapy (PE) を実施し、治療経過における PTSD 症状とうつ症状の変化の関係性を検討すること、また intimate partner violence (IPV) 群と not intimate partner violence (NIPV) 群における変化の関係性に相違があるのか検討することを目的に研究を行った。対象は PTSD を発症した女性患者 (DV 被害: 15 名、その他の被害: 11 名) とし、得られた 26 名のデータについて単回帰分析と PATH 解析を実施した。

単回帰分析においてうつ症状の減少が認められ、PATH 解析では PTSD 症状の減少がうつ症状の変化に関係していることが示唆された。IPV 群と NIPV 群に分けた分析では NIPV 群のみ同様の結果となった。

IPV 群と NIPV 群における‘うつ’の状態は症状だけを単独で評価したのでは把握しづらい相違が存在している可能性が示唆された。IPV 群では治療終了後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであり、PE 治療の効果的なタイミングやうつ症状に対する既存あるいは特化した治療アプローチの検討、その介入時期と介入後の効果などは今後の重要な研究課題である。

1. はじめに

被災体験によって、トラウマ体験を原因とする PTSD の発症が予想されるが、同時に災害は様々なライフイベントの集積であり、うつ病の発症も同様に懸念される場所である。またいくつかの先行研究において PTSD 患者にうつ症状の併存が多いことが示唆されている (Kessler, R.C et al. 1995) (Shalev A.Y et al. 1998) (Stein. et al.

2001)。被災者への精神医療的対応を向上させるためには、これらの症状の相互関係を解明する必要があり、特に回復過程における関係を解明することは治療の優先順位の決定などに重要である。しかし現在のところ PTSD 症状とうつ症状の因果関係については一貫した見解が得られていない。

欧米における PTSD の治療研究では曝露療法が効果的であるという見解が多く出されている。日本においても無作為化比較研究 (Asukai N, et al.

2010, Kim Y, et al,2011) によって PTSD の曝露療法である持続エクスポージャー療法が PTSD 症状とうつ症状を軽減させ、さらにその効果が長期的に持続されることが示唆された。

PTSD 患者に対し、トラウマに焦点を当てた治療を実施することで PTSD 症状だけでなく併存したうつ症状にも改善が見られることをいくつかの研究が示唆している (Harvey, A.G et al. 2003) (Asukai, N et al. 2010) が、治療経過中における 2 つの症状変化の関連性を示唆した研究はまだ少ない。Aderka らは子どもと青年期の若者を対象として PE 治療経過中における PTSD 症状とうつ症状変化の関連性を調査した (Aderka, M.I et al. 2011)。その結果、治療の進行とともに PTSD 症状とうつ症状が相互に影響を与え合いながら軽減していくことと、PTSD 症状の減少がうつ症状の減少を、その逆のパターンよりもより大きく誘導することが示唆された。この研究は、PTSD 症状とうつ症状を併せ持つ患者に対する心理療法の治療構造を決定するうえで重要な指摘を行っているが、成人を対象にした同様の研究はまだない。

このため、本研究では、まず PTSD 症状で PE を受けた対人暴力被害の成人女性を対象とし、PE 治療経過中の PTSD 症状と抑うつ症状との症状変化の関連性を分析することを目的とした。次に、両者の症状変化の関連性について、被害内容による差異の有無を分析するため、Intimate Partner Violence(IPV)被害者と IPV 以外の単回性対人暴力被害者に群別し、検討を行った。IPV 被害は女性の対人暴力被害の中でももっとも頻度が高く、公衆衛生的な観点から論じられることが多い。PTSD の発症率が高く (Astin, M.C et al. 1993)、加えてうつ症状も発症しやすく、(Pico-Alfonso, M.A et al. 2006)、PTSD とうつは IPV 被害者の二大精神障害であるとのメタ分析も報告されている (Golding, 1999)。Battered woman という概念の提出以来、

IPV 被害者におけるうつ症状は認知や対処方略において特徴的な布置があり、難治であるとの指摘があるが、エビデンスを有した治療的介入という観点には必ずしも反映されていない。IPV 被害女性における PTSD 症状とうつ症状に対する PE の効果の検討は、今後の IPV 被害者治療のパーспекティブを開くためにも意義が大きい。

## 2. 研究方法

### 1) 研究協力者

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター、国立精神・神経医療研究センター、武蔵野大学心理臨床センターにおいて PTSD に罹患し、PE を用いた臨床介入研究に参加した 26 名の女性患者を調査対象とした。対象は、以下に提示する適格基準に合致し、治療前アセスメントにおいて、評価者 2 名による PTSD 臨床診断面接尺度 DSM-IV 版 (CAPS) の総合点がそれぞれ 40 以上であるものとした。さらに参加者に対し、書面によるインフォームドコンセントの手続きを行った。評価は CAPS 測定のワークショップに参加し、訓練を受けた評価者が実施した。Key inclusion criteria として 7 項目 < 1.Diagnosed as PTSD by the CAPS with its score greater than 40. 2.More than 6 months duration of PTSD. 3.PTSD was caused by human violence, such as rape, intimate partner violence, assault etc. 4.Traumatized after the age 15. 5.Those who live in the catchment area of the participating centers. 6.Those who can spend two hours a day for the homework. 7.Native Japanese speaker >、Key exclusion criteria として 11 項目 < 1.Comorbidity of schizophrenia, bipolar disorder, alcohol or drug dependence, group A personality disorder. 2.Presence of psychopathology that needs acute

treatment, such as severe depression, self-harm, severe suicidal attempt, etc. 3.Physical disease that may interfere psychological treatment. 4.Those who have a history of epilepsy and whose EEG has not been normalized. 5.Pregnant. 6.Those who have difficulty in understanding the procedure of the study or treatment protocol, due to illiteracy or intellectual problem, etc. 7.Those who have already received psychological treatment based on exposure to trauma, including EMDR. 8.Ongoing or scheduled court litigation for which PTSD works favorably (excluding arbitration or litigation for divorce). 9.Suicidal attempts of serious self harm within past six months(self mutilation that needs suture, overdose of drugs that caused loss of consciousness, manipulative self-harm in order to threat others, etc.). 10.Those who are participating in other clinical trial. 11.Those who are judged by the screening doctors as inadequate, due to disturbed consciousness, poor treatment compliance, unstable family environment such as ongoing trauma, etc.>を挙げ、双方をすべて満たす者を対象とした。

本研究の対象である 26 名の女性患者のうち、PTSD 発症に関与する Index Trauma は 15 名が IPV 被害、11 名が IPV 以外のその他の被害（強盗犯罪：2、セクシュアルハラスメント：1、無理心中未遂：1、性犯罪：7）であった。対象者のデモグラフィックデータは Table 1 に示す。

## 2) 治療および治療者

治療はマニュアルに基づき持続エクスポージャー療法 (PE) を実施した。実施に際しては、PE を開発した Edna B. Foa のマニュアルを金、小西

らが日本語に翻訳したものを使用した (Foa, E. B., et al. 2007、Trancelation : Kim, Y. et al. 2009)。この治療プログラムは通常週に 1~2 回、約 90 分の個別面接セッションを合計 10~15 セッションを行うことになっている。セッション 1 ではトラウマ面接、PE の治療原理の説明、呼吸再調整法の練習を実施し、宿題として治療原理のプリントを読み返すこと、呼吸再調整法を毎日練習することが出される。セッション 2 ではトラウマへの反応とその影響について話し合い、現実エクスポージャーの治療原理の説明、不安階層表の作成を実施する。現実エクスポージャーとは、患者が現実の生活で避けている状況や活動、場所について抱く不安の階層表を治療者と作成し、その避けてきた状況への直面化を行うものである。セッション 2 の宿題は特定の現実エクスポージャーを実施すること、セッションの録音を聞くこと、『よく見られるトラウマ反応』のプリントを毎日読むことである。セッション 3 では最初の想像エクスポージャーを実施する。想像エクスポージャーとはトラウマ体験を想像の中で振り返りながら詳細に話すことでトラウマ記憶を直面し馴化を促す技法である。患者は 45~60 分かけてトラウマとなった出来事について詳しく話し、その後トラウマに関連した考えや感情を処理するための話し合いを行う。この回の宿題は想像エクスポージャーの録音を毎日聞くこと、セッション全体の録音を 1 回聞くこと、現実エクスポージャーを続けることである。中間のセッションとなるセッション 4~9 では、最長 45 分間の想像エクスポージャーと現実エクスポージャーの振り返りと修正を行う。この中間セッションでは治療が進むにつれて、患者はトラウマの中でも最も辛い部分である『ホットスポット』に焦点を当ててより詳細に話をすることになる。この中間セッションは患者の治療の進行具合に合わせてセッション数を増やすこともある。中間セ

セッションの間の宿題はセッション3と同様である。最終セッションではこれまでにを行った治療の振り返りを通じて、治療の中での患者の進歩や変化、今後の再発予防などについて話し合い、治療の締めくくりを行う。

治療は日本で開催されたワークショップに参加し、トレーニングを受けた精神科医、臨床心理士が実施した。

### 3) 評価尺度

患者は治療に際し、不安症状と抑うつ症状の重症度の変化を測るため PTSD 診断基準に則った改訂出来事インパクト尺度 (IES-R; Asukai, N, et al. 2010) とベック抑うつ質問表 (BDI-II; Beck, A. T., et al. 1961, Beck, A.T., et al. 1996) もしくはうつ病自己評価尺度 (CES-D; Radloff, L. S., et al. 1977) を各セッション前に実施しそれぞれの症状評価を行った。また、治療の開始前と終了時に PTSD 臨床診断面接尺度 DSM-IV版 (CAPS; Asukai, N, et al. 2003) を実施した。

### 4) 分析手順

セッションごとのデータの分析には PE のセッションにかかった回数 (Time) とセッションごとに実施した PTSD 症状の結果 (IES-R)、及びうつ症状の結果 (BDI-II、CES-D) を用いた。うつ症状の評価には二つの尺度を用いたが感度特異度において使用に問題はなく (Shean, G et.al, 2008)、さらに本研究では数値を適正に分析するために二つの尺度を平均 0、標準偏差 1 の標準速度に変換しデータを正規化した。これらのデータを用いた PATH 係数の推定は SAS Ver. 9.13 の CALIS プロシージャーを用いて分析を行った。また、対象者を IPV 群・NIPV 群に分別した際の、PTSD 症状、うつ症状、PTSD 臨床診断のデータにおいて治療前と治療後のデータにそれぞれ有意差が認められ

るかを判定するために、治療開始時と終了時に実施した CAPS、IES-R、BDI-II、CES-D の結果から治療前後に分けて分散分析を行った。有意水準の検定には JMP Ver,9.0 を用いた。

### 5) 倫理的配慮

研究では PE を施行した全ての施設において、倫理委員会の承認を得た。研究に参加した対象に対し書面において本研究の趣旨を説明し、同意が得られた参加者にのみ本研究を施行した。同意が得られなかった事例、同意撤回事例に関しても、通常の治療において不利益を受けないことを保証した。

## 3. 結果

IPV 群、NIPV 群における PTSD 症状 (IES-R)、うつ症状 (Dep Test : BDI-II & CES-D)、PTSD 臨床診断 (CAPS) のデータを治療前と治療後に分別し分散分析を行った。この結果、IPV 群、NIPV 群の治療前後のデータに有意差は認められなかった。

PE を受けた全患者における PTSD 症状とうつ症状との関係性をとらえるため、まず時間とうつ症状の単回帰分析を行い、加えて predictor に時間、mediator に PTSD 症状を設定しうつ症状との PATH 係数を推定した。その結果、単回帰分析では時間経過によるうつ症状の減少が認められた (Figure 1. a, C)。一方、mediator を用いた分析では PTSD 症状の減少がうつ症状の変化に関係していることを示唆する推定値が得られた (Figure 1. b, B)。

同様の分析を IPV 被害群 (IPV 群) とその他の被害群 (NIPV 群) に分け実施した。単回帰分析では NIPV 群において時間経過によるうつ症状の減少が認められた (Figure 3. a, C)。また、mediator を用いた PATH 解析では、NIPV 群において PTSD