

被災後のこころのケアの地域における体制づくりの研究

分担研究者 酒井明夫 1)
研究協力者 大塚耕太郎 1)、2)
遠藤 仁 1)
本多笑奈 1)
小泉文人 1)
志賀 優 1)

1) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座
2) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

研究要旨

本研究では被災地におけるこころのケアの体制づくりについて継続的に概観していくことを目的とした。東日本大震災による岩手県沿岸住民のメンタルヘルス危機に対して、発災直後より岩手医科大学では以前の震災時に構築していたこころのケア体制を基盤として、全学的なケア体制の中で活動を開始した。平成 23 年度に岩手県こころのケアセンターを設置し、平成 24 年度より中長期的な支援を継続している。平成 26 年度は、さらに包括的な支援体制を構築して、地域のこころのケアや健康づくり事業の推進している。被災者はいまだ困難を抱えている状況であり、今後も被災地の復興状況と連動しながらメンタルヘルス対策を行っていくことが求められる。

Keywords 災害、岩手県、こころのケア、災害医学

A. 研究目的

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災津波により、岩手県も甚大な被害を受けた。平成 26 年度になっても今なお被災地では被災者が困難な生活を送っている。本研究では、被災後のこころのケアの地域における長期的な体制づくりを検討する目的として、岩手医科大学におけるこころのケアの経時的な活動実態を調査した。

B. 研究方法

本研究では、東日本大震災津波以後の岩手医科大学における平成 24 年度以降の被災地のこころのケア活動を経時的に調査した。

（倫理面への配慮）

本研究の実施にあたっては、個人を特定できる情報は使用せず、倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

1) こころのケアセンター活動の開始

岩手県では、こころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸 4 か所に設置された。こころのケアチームが行ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を基本としながら、先に述べた中長期的には地域主体の精神保健活動への移行が可能となるように支援することを目標としてきた。

2) 岩手県こころのケアセンターの活動概況

1) 平成 24 年度の岩手県こころのケアセンターの活動（平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日）
相談支援 7,444 件（震災こころの相談室実施回数 323 回 1,294 名 支援者面接 916 件を含む）

・市町村、関係機関等との連絡調整・ケース検討等（会議参加 662 回 1,636 名 ケース検討会 190 回）

・住民健康教育、人材養成研修等（実施回数 352 回）

参加人数 12,479 名)

・サロン、仮設集会所等での活動への支援(実施回数 48 回 参加人数 296 名)

・地域保健活動(特定健診、全戸訪問等)への支援(実施回数 1,627 回 参加人数 2,455 名)

・支援者に対する研修、技術援助等(専門家による同行訪問 167 件 スーパーバイズ 117 件

保健師向け技術支援研修会 5 回 参加人数 266 名
センター職員研修会 97 回 参加人数 580 名)

2)平成 25 年度の岩手県こころのケアセンターの活動(平成 25 年 4 月 1 日～平成 26 年 3 月 31 日)

・相談支援 10,201 件(震災こころの相談室実施回数 278 回 1,573 名 支援者面接 2,435 件を含む)

・市町村、関係機関等との連絡調整・ケース検討等(会議参加 2,766 回 7,009 名 ケース検討会 202 回)

・住民健康教育、人材養成研修等(実施回数 303 回 参加人数 8,033 名)

・サロン、仮設集会所等での活動への支援(実施回数 160 回 参加人数 1,392 名)

・地域保健活動(特定健診、全戸訪問等)への支援(実施回数 3,261 回 参加人数 4,908 名)

・支援者に対する研修、技術援助等(専門家による同行訪問 982 件 スーパーバイズ 2,803 件

保健師向け技術支援研修会 19 回 参加人数 278 名
センター職員研修会 269 回 参加人数 1,081 名

3)平成 26 年度途中の岩手県こころのケアセンターの活動(平成 26 年 4 月 1 日～平成 26 年 9 月 30 日)

相談支援 5,906 件(震災こころの相談室実施回数 147 回 663 名 支援者面接 881 件を含む)

・市町村、関係機関等との連絡調整・ケース検討等(会議参加 1,032 回 2,977 名 ケース検討会 18 回)

・住民健康教育、人材養成研修等(実施回数 154 回 参加人数 4,226 名)

・サロン、仮設集会所等での活動への支援(実施回数 60 回 参加人数 610 名)

・地域保健活動(特定健診、全戸訪問等)への支援(実施回数 1,235 回 参加人数 1,481 名)

・支援者に対する研修、技術援助等(専門家による同行訪問 250 件 スーパーバイズ 1,304 件

保健師向け技術支援研修会 10 回 参加人数 90 名
センター職員研修会 84 回 参加人数 418 名)

3)いわて子どもケアセンター設置

平成 25 年 5 月に岩手医科大学にいわて子どもケアセンターが設置された。沿岸の児童精神医学領域での

ケアを実践するために、沿岸のサテライトクリニック、矢巾の岩手医科大学内のセンターにてケアや地域従事者の教育等の活動を開始している。同様に設置されている岩手県こころのケアセンターと連携をとりながら被災地におけるこころのケアを実践している。

D. 考察

こころのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通じた被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すことの基盤を支援していくことがもとめられる。

第一に、地域精神保健福祉の介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第二として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健の問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標となる。

加えて、中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成 24 年 8 月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4. 心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4)大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。

E. 結論

被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」、「保健」、「福祉」の三領域に区分される。医療では、主に医療機関等による専門的ケアが実施されている。具体的にあげると、うつ病、PTSD をはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療等を行っている。また、すでに精神障害にあったものが被災によるストレスに影響され、調子を崩し、その対処を行っている。

保健領域では、主に保健師達による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニング等で震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、

住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修等を通じた人材養成が行われている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会等による生活支援や見守り活動を実施したり、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとして、生活支援相談員（社協）や民生委員等による訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

未だ地域は復興の真っ只中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させながら、今後もこころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が必要である。そして、健康を大切にする地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくために、長期的な視点で支援が提供されることが大切である。今後も被災地の復興状況と連動しながらメンタルヘルス対策を行って

いくことが求められる。

F. 健康危険情報

特記事項なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 大塚耕太郎、酒井明夫、遠藤仁：総合病院精神科における自殺予防の役割. 臨床精神医学 43 (6) : 885-890, 2014

2. 学会発表

特記なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記事項なし。

2. 実用新案登録

特記事項なし。

3. その他

特記事項なし。

沿岸部津波被災地域の児童の心理社会的状況に関する実態調査

分担研究者 富田博秋 1)

1) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

平成 26 年度は、東日本大震災から 3 年が経過して懸念される子どものこころの健康に関する実態を把握するため、災害科学国際研究所と宮城県子ども総合センターとの共同で、平成 25 年度の第 1 回目調査に引き続き、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態の 1 年後のフォローアップを行った。名取市内の名取市は小学校 11 校、中学校 5 校に通学する児童（小学生 4,706 名 中学生 2,315 名 計 7,021 名）のうち、調査の趣旨を理解した上で同意が得られた、児童、および、その保護者と担任教諭に対し、2014 年 6 月 30 日に問診票の配布手続きを開始し、7 月 31 日に回収を行った。質問票には昨年度同様、子ども版災害後ストレス評価尺度（Post Traumatic Symptoms Scale for Children: PTSCC15）、子どもの強さと困難さアンケート（SDQ）などともに、保護者から現在の生活状況、震災前後の生活状況、担任教諭から、学校での様子に関する情報の収集を行い、多角的な把握を行った。PTSCC15 は平均値 17.2 点で昨年度の 18.0 点より僅かに低い値を示した。学年とともに増加し、特に中学女兒で得点が高い傾向は昨年同様であった。いやなこと、怖いことで思い浮かべることに對して東日本大震災をあげる児童は昨年より減少（11.6%）していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。SDQ スコアは平均値 11.7 点と昨年度の 11.8 点と同程度に推移し、学年とともに緩やかに減少する傾向も昨年同様であった。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSCC15 スコアが高い傾向があり、注意を要することが示唆された。1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要があり、こころの健康状態を生活状況、生活習慣と併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要があると考えられた。

Keywords 災害、抑うつ、児童

研究協力者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

- 1) 吉田弘和・宮城県子ども総合センター・主任主査
- 2) 本間博彰・宮城県子ども総合センター・所長
- 3) 小林奈津子・東北大学大学院医学研究科精神神経学・大学院生
- 4) 本多奈美・東北大学病院 精神科・講師
- 5) 松岡洋夫・東北大学大学院医学研究科

精神神経学・教授

- 6) 根本晴美・東北大学 災害科学国際研究所 災害精神医学分野・研究支援者

A. 研究目的

東日本大震災は、死者 15,889 人、行方不明者 2,594 人、家屋大規模損壊約 40 万戸（警察庁、平成 26 年 12 月 10 日現在）という甚大な被害をもたらした。地震、津波、原発事故に起因する心的外傷性のストレスや喪失、環境の変化に伴うストレスは多くの人

の心身に大きな影響を及ぼすものと考えられ、沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握することは重要な課題である。分担研究者らは震災発生後、宮城県沿岸部の自治体と連携して、災害急性期の精神保健対応を開始し、その後も同町を中心に長期の精神保健活動を継続しているが、本分担研究ではこれらの活動の枠組みの中で沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握するための調査研究に取り組んでいる。平成24年度、周産期の被災における状況調査と母体の精神状態および育児に与える影響について調査を行ったのに引き続き、平成25年度からは、東日本大震災以降懸念される子どものこころの健康に関する実態を把握するため、宮城県子ども総合センターと共同で、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態の把握を行ってきており、平成25年度の第1回調査に引き続き、平成26年度はその1年後のフォローアップ調査を行い、推移を把握した。

B. 研究の対象および方法

対象：名取市内の名取市は小学校11校、中学校5校に通学する児童（小学生4,706名 中学生2,315名 計7,021名）のうち、調査の趣旨を理解した上で同意が得られた、児童、および、その保護者と担任教諭。

方法：平成26年6月30日に問診票を名取市教育委員会に受け渡し、教育委員会から各学校に送付された。各学校において、各学級の担任から児童に問診票の配布が行われた。回答の回収は各学校で夏期休暇までに行われ、平成26年7月31日に教育委員会に集積された回答を受領した。本調査は単に東日本大震災のこどもの精神行動への影響の実態を把握するだけでなく、必要なケアを提供できる体制での調査を行った。子どものメンタルヘルスケアを提供している宮城県子ども総合センターが平成25年4月に名取市美田園に移転したことから、対象地域を名取市と定めて調査を行っているものである。調査のデータ解析は、東北大学災害科学国際研究所災害精神医学分野で行った。

質問票には子ども版災害後ストレス評価尺度（Post Trauma2c Symptoms Scale for Children: PTSCC15）と子どもの強さと困難さアンケート（SDQ）

を含め、PTSCC15は災害後のこころの反応を評価する評価尺度で、全15項目（PTSD8項目、抑うつ7項目の下位尺度）の質問を0点から5点までの6段階で評価する（0-75点）。小1-3は保護者、小4-中3は児童本人が記載を行った。本調査では、冒頭に「このごろの体の調子やきもちについて」と指示をしており、震災に関わらず現在の児童のメンタルヘルスを評価できるようにしている。「いやなこと、こわいこと、悪いこと」は何か特定する設問が最後にあり、震災関連かどうかを判断した。PTSCC15にはcut offが規定されていないが、本調査では、40点を高得点者とした。

子どもの生活上の困難さについて大人が評価を行うSDQは、保護者が記載を行った。情緒面、行為面、多動・衝動性、仲間関係について、合計を0-40点で評価し、本調査では19点を高得点者とした。

PTSCC15とSDQについては評価尺度の概要や児童への指導の際の配慮とともに、全体の中で上位5%の高得点となった児童を高得点者として、各学校に伝え、適宜、個別の支援に繋げた。

この他、保護者が、現在の生活調査票、震災前後の生活調査票の記載を、担任の教諭が学校基礎調査票と学校の生活調査の記載を行った。学校基礎調査では、各学年のクラス数、生徒数（男児数、女児数）を把握し、学校の生活調査では、保護者の観点だけでなく多角的に子どもの生活を評価するために「出席状況」「学習集熟度」「クラスメートとの関係」「集団活動」「家庭状況」に関する情報が含まれた。また、睡眠、朝食の習慣、テレビ視聴、ゲーム、PC、携帯電話の利用時間についても質問を行った。

C. 研究結果

対象児童数小学生4,706名、中学生2,315名、計7,021名のうち、同意児童数は小学生3,730名、中学生1,160名、計4,890名で、回収率は小学生79.3%、中学生50.1%、計69.6%であった。回収率は昨年度（小学生84.2%、中学生61.4%、計76.9%）に比べ、減っていた。

PTSCC15では40点以上の高得点者の児童が256名（全回答の5.2%）いた。昨年度は307名（全回答の5.8%）で、回収率の低下を考慮しても減少していた。PTSCC15の平均値は17.2点で昨年度の18.0点より僅かに低い値を示した。学年とともに増加し、特に

中学女児で得点が高い傾向は昨年同様であった。いやなこと、怖いことで思い浮かべることに対して東日本大震災をあげる児童は昨年より減少(11.6%)していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。

SDQ で 19 点以上の高得点者を示す児童は 262 名(全回答の 5.4%)で、昨年度の 328 名(全回答の 6.2%)と比べると回答率の低下を考慮しても減少していた。男女ともに、学年が上がるのに従って SDQ スコアには減少傾向を認めた。SDQ スコアの平均値でみると 11.7 点で、昨年度の 11.8 点と同程度に推移し、学年とともに緩やかに減少する傾向も昨年同様であった。

生活習慣としては、昨年度と同様、ほぼ 9 割の児童は毎日朝食を食べている結果となった。朝食を毎日食べない児童は、小 1-3 で男児 1.1%、女児 0.7%、小 4-6 で男児 1.6%、女児 1.4%、中学で男児 2.1%、女児 3.4%であった。昨年度に比べると小学低学年、中学女児の割合が増加していた。睡眠時間は学年が上がる毎に短くなる(入眠時間が遅い)傾向にあり昨年と同様であった。休日の睡眠時間は男児より女児の方が長い傾向があり、これも昨年度と同様であった。男児では小学校高学年以降になると、ゲームをする時間が長くなり、平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 男児で 4.9%、中学男児で 6.0%、休日では、小 4-6 男児で 19.5%、中学男児で 20.2%であった。女児では平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 で 2.4%、中学で 2.7%、休日では、小 4-6 で 7.8%、中学で 5.9%であった。携帯電話、PC、スマートフォン、タブレットを使用する時間は男女とも学年が上がるにしたがって増え、平日 3 時間以上携帯電話、PC 等をする児童は、小 4-6 男児で 1.6%、中学男児で 8.7%、休日では、小 4-6 男児で 3.9%、中学男児で 18.1%、女児では平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 で 1.2%、中学で 12.7%、休日では、小 4-6 で 4.0%、中学で 25.3%であった。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSSC15 スコアが高い傾向があり、注意を要することが示唆された。

D. 考察

平成 25 年度に行った第 1 回目の調査から 1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後

の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要がある状況にあることが示された。

PTSSC15 スコアが学年とともに増加し、特に中学女児で得点が高いことや、SDQ スコアが男女ともに、学年が上がるのに従って減少傾向にあることなどは昨年度と同様でこれらの傾向は普遍的なものである可能性が示唆された。

こころの健康状態は、朝食の摂取状況、ゲーム、携帯電話、PC などの通信機器の利用などの生活状況、生活習慣と密接に関連していることが改めて示された。殊に、小学校低学年や中学女児で朝食を食べない児童の割合が増加していることは注意をすべきことと考えられる。また、男児では特にゲーム、また、男女を問わず携帯電話、PC などに割く時間が長くなっており、これらの機器の使用の在り方に関しても、何らかの取り組みが必要であると考えられる。児童のこころの健康状態を生活習慣の併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要があると考えられた。

E. 結論

平成 25 年度に行った第 1 回目の調査から 1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要がある状況にある。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSSC15 スコアが高い傾向があり、注意を要する。被災地域の児童のこころの健康状態を生活状況、生活習慣と併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要がある。

F. 健康危険情報

該当なし

G. 研究発表

論文発表

1. Tomita H, Ursano RJ. Breakout session 3 summary: psychosocial/mental health concerns and building community resilience. Disaster Med Public Health Prep. 8(4):363-365, 2014
2. 富田博秋、東海林 渉: 精神的サポート. 糖尿病医療者のための災害時糖尿病診療マニュアル(日本糖尿病学会編). 文光堂 pp87-88, 2014

3. 富田博秋: 災害精神医学に関する研究の課題. 東日本大震災からの復興に向けて ～災害精神医学・医療の課題と展望～. 精神神経学雑誌 116(3), 231-236, 2014
4. 船越俊一, 大野高志, 小高晃, 奥山純子, 本多奈美, 井上貴雄, 佐藤祐基, 宮島真貴, 富田博秋, 傳田健三, 松岡洋夫. 自然災害の諸要因が高校生の心理状態に及ぼす影響の検討—東日本大震災から1年4ヵ月後の高校生実態調査—. 精神神経学雑誌 116(7), 541-554, 2014
5. 富田博秋. 東日本大震災から4年目を控えて感じること. 精神医学 56(12), 994-995, 2014
6. 富田博秋: 東日本大震災後の災害精神医学の課題と展望. 東北医学会雑誌 in press

学会発表

1. 工藤古都美, 庄子朋香, 北田友子, 寶澤篤, 富田博秋. 東日本大震災の被災者における心的外傷後ストレス反応—メディア視聴との関連についての考察—. 第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/17]
2. 吉田弘和, 富田博秋, 本間博彰, 小野寺滋実, 佐藤美和子. 東日本大震災後の子どもの心的外傷後成長—宮城県A市の小中学生を対象としたこころの健康調査を通して—. 第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/17]
3. 富田博秋. 東日本大震災被災者にみられる喪失の影響. シンポジウム「複雑性悲嘆の日本における実態と治療介入の実践」第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/18]
4. Tomita H. Importance of Mental Health Issues after Disasters—for survivors of Great East Japan Earthquake and Super typhoon Haiyan—The 3rd Finnish Philippines UP Global Health Course Disaster Management (Super typhoon Haiyan). Manila, Philippine[2014/8/8]
5. 富田博秋. 復興途上における被災者と支援者のメンタルヘルスと自殺予防—宮城県の現状と課題—シンポジウム「東日本大震災後の自殺対策を考える—当事者の就労問題、支援者の労働環境も考えて—」第38回日本自殺予防学会総会. 北九州市 [2014/9/13]
6. Tomita H. Psychosocial impact of Great East Japan Earthquake on the elderly and the neuroimmune bases of PTSD. Joint Congress of 19th Japan Congress of Neuropsychiatry and 14th International College of Geriatric Psychoneuropharmacology. Tsukuba, Japan. [2014/10/3]
7. 中谷直樹, 中村智洋, 土屋菜歩, 辻一郎, 寶澤篤, 富田博秋. 東日本大震災の被災地における慢性疾患治療と就労の関連: セキ浜健康増進プロジェクト. 第73回日本公衆衛生学会総会 宇都宮市 [2014/11/7]
8. 中村智洋, 中谷直樹, 土屋菜歩, 辻一郎, 寶澤篤, 富田博秋. 東日本大震災における笑いの規定要因の検討と精神的な健康度の推測について: セキ浜健康増進プロジェクト. 第73回日本公衆衛生学会総会 宇都宮市[2014/11/7]

H. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 なし

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）
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
平成 26 年度分担研究報告書

東日本大震災で活動した消防団員の受けた惨事ストレスに関する研究
—PTSD 症状に影響した要因の検討—

分担研究者 加藤 寛

公財) ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンターセンター長

抄録 本研究では、消防庁が平成 24 年秋に実施した東北 3 県の消防団員を対象とした健康調査のデータを許諾を得て集計解析した。昨年度は主に単純集計、PTSD 症状の多寡について報告したが、本年度は PTSD 症状に影響した要因について分析した。個人的な被災状況と活動による惨事ストレスとなる状況が、震災から約 1 年半後の心理的影響にどのように関連したかをロジスティック回帰分析により検討した。その結果、調査時点の PTSD 症状には、惨事ストレス要因の方が強く影響していたことが分かった。これは、この災害の救援活動の過酷さと、同時に消防団員の救援者としての意識の高さが影響していると思われる。

A はじめに

わが国には江戸時代の町火消を起源にする、住民の災害自衛組織があり、太平洋戦争後に行政組織としての現在の消防署が整備されるまでは、「消防組」あるいは「警防団」として、半官半民の身分で地域社会の安全を守ることに寄与していた。現在は、団員の高齢化、なり手不足などの問題を抱えているが、大阪市を除く全国に配置され 90 万人以上の団員と 15000 台の消防車両を有している。火災だけでなく、地震、風水害が多発するわが国においては、災害救援で大きな役割を果たしている。しかしながら、惨事ストレス対策に関しては、行政

吏員である消防職員と比較すると、これまでほとんど注目されたことがなく、対策もまったく講じられていなかった。東日本大震災では、住民の避難誘導や沿岸の水門を閉じる作業中に、津波によって殉職した消防団員は 253 名に上った。このような状況から、ようやく総務省消防庁では消防団員への惨事ストレス対策の検討を始めた。その一環として、岩手、宮城、福島消防団員を対象とした大規模な健康調査が平成 24 年 9 月から 10 月にかけて実施された。本研究では、総務省消防庁の承認を得て、上記の健康調査のデータを解析した。昨年度は主に単純集計、PTSD 症状の多寡につ

いて報告したが、本年度は PTSD 症状に影響した要因について詳しく分析し、考察を加えた。

(倫理的配慮)

本研究は、総務省消防庁が実施した調査で得られた、匿名化されたデータを、許諾を得て用いる。したがって、厚生労働省が平成 14 年に策定した疫学研究における倫理指針の第 4 節「個人情報保護」における規定「他の機関等の資料の利用」に該当する。使用にあたっては、消防庁に平成 25 年 3 月 27 日付けで使用許可願いを提出し、許諾を得た。その上で、兵庫県こころのケアセンター研究倫理審査委員会に申請し、平成 25 年 10 月 3 日に承認を得た。

B 調査結果の概要

1. 対象と方法

東日本大震災の主な被災地である岩手県、宮城県、福島県の各県にある消防団のうち、沿岸部の 53 カ所（岩手 12、宮城 28、福島 13）、および沿岸部に隣接する、または地域内の全壊家屋数が 100 棟以上であった 15 カ所（岩手 4、宮城 4、福島 7）の合計 68 消防団に所属する団員から、名簿記載順に一定の間隔で無作為に抽出された合計 1658 名の団員を対象とした。調査票は自記式質問紙で、各県の消防団を管轄する県の部署から各消防団組織に依頼し配布し、調査票のとりまとめを行う調査会社に、記入した本人が郵送する方法で回収した。調査期間は平成 24 年 9 月 21 日から同年 10 月 19 日までであった。調査項目は、回答者の年齢、性別、婚姻状況などのプロフィール、震災の個人的影響、消防団員としての経験、

団の被災前の状況、団の被災状況、震災後の活動状況、惨事ストレスの状況と影響、精神健康や震災の心理的反応を測定する尺度、および自由記載欄などで構成されていた。

回収された調査票は 912 部、回収率は 55.0%であった。以下の解析では、主な心理測定尺度である出来事インパクト尺度改訂版 (IES-R) および K6 調査票日本語版 (K6) において、前者では 4 項目以上、後者では 2 項目以上の欠損がある場合には、解析から除外している。なお、除外基準に満たない範囲で 2 尺度に回答欠損項目があった場合には、同尺度内の他項目の平均値を代入した。その結果、以下の解析対象者数は 869 名（回収数の 95.3%）である。869 名の県別の人数は岩手県 225 名、宮城県 297 名、福島県 331 名、不明 16 名であった。

以下の解析においては、所属によって沿岸部と内陸部の 2 群に分けて比較し、所属が不明の者を除いて記載した（沿岸群 636 名、内陸群 201 名、不明 32 名）。

【調査時点の PTSD 症状の多寡】図 1

IES-R（出来事インパクト尺度改訂版）は、トラウマ体験の影響を測定する 22 項目からなる尺度であり、広く外傷後ストレス障害 (PTSD) の症状スクリーニングや、経過の判定などに使われる。この尺度は、PTSD の 3 主症状である、再体験症状、回避症状、過覚醒症状の回項目に分けて評価することも可能である。本尺度の内的整合性を示す α 係数は、総得点 0.96、3 下位尺度でも再体験 0.92、回避 0.90、過覚醒 0.87 と十分に高い値を示した。

IES-R は PTSD のリスクが高いと判断さ

れるカットオフ値として総得点 25 点を用いることが多い。この基準を使って、二つに区分し、2 群を比較したところ、高得点者が沿岸群では 22.8%、内陸群で 11.9%認められ、前者に有意に高い割合であった。

この結果から、津波被害を受けた沿岸部の消防団員は、個人的にも多くのものが被災しただけでなく、救助活動をとおして明らかかな惨事ストレスを経験していた。その結果、調査時点における PTSD 症状は内陸部の団員と比較して、IES-R の得点、およびハイリスク者の割合において、明かに高値を示していた。

【各要因と PTSD 症状の関連】表 1～表 5

PTSD 症状の多寡にどのような要因が影響したのかを考えるために、沿岸部の消防団員 636 名について、個人的な被災状況と、消防団活動をとおして体験した惨事ストレス要因と、IES-R のハイリスク者の割合との関連について検討した。個人的な被災状況と、IES-R 総得点 25 点以上であるか否かについて比率の検定を行ったところ、近親者の死別の有無、住宅の被災状況、医師の手当てを受けるほどの負傷の有無、震災後の就業状態の変化、収入の変化、の 5 要因で、有意差が認められた。また、活動状況に関連した要因については、表に示した 9 要因で有意差が認められた。

各要因は、いずれもカテゴリー変数として扱うことが可能であるので、IES-R 総得点が 25 点以上であることについて、どのように影響するのかを、ロジスティック回帰分析によって検討した。

まず、それぞれの要因について、調整しないオッズ比を求め、その結果を表に示し

た。個人的被災要因では、収入の変化を除く 4 要因で、1.95 から 3.68 までの有意なオッズ比を、それぞれの参照カテゴリーに対して示した。また、惨事ストレス要因では、それぞれの要因の一つ以上のカテゴリーで、有意なオッズ比を示していた。これらの要因は、互いの交絡要因になっている可能性があるため、多重ロジスティック回帰分析を、要因数を変えながら、第一段階として被災要因のみ、第二段階として惨事ストレス要因のみで解析したところ、被災要因では、死別の有無、負傷の有無、住宅被害、就業状態の変化の 4 要因、惨事ストレス要因では、車両の喪失、活動中に抱いた無力感、遺体を扱った影響、住民から非難を受けた影響の 4 要因について検討した場合に、もっともモデルとしての適合度が高くなった。

被災要因では、調整されたオッズ比はもっとも高いものは、「住宅が全壊あるいは流出した」というカテゴリーで、被害がなかった場合と比べて 2.62 倍の有意なオッズ比を示した。惨事ストレス要因で、統計学的に有意なオッズ比を示したもののうち、活動中に無力感を「とても感じた」というカテゴリーでは、無力感を感じなかった場合と比較して 5.2 倍の高いオッズ比を示した。

次に、第三段階としてこれらの被災要因 4 個、惨事ストレス要因 4 個の計 8 要因を説明変数として、それぞれの調整されたオッズ比を求めた。その結果、被災要因では、いずれのカテゴリーでも有意なオッズ比は示さなかった。惨事ストレス要因は、すべてで有意なオッズ比を示したカテゴリーが含まれており、もっとも高かったのは、活動中の無力感を「とても感じた」というカ

テゴリーで、「感じなかった」場合に対して5.18倍のオッズ比を示していた。

C 考察

東日本大震災で消防団員の果たした役割は、とても大きかったことは、よく知られている。津波に対する防災意識の高さから、団員は水門の閉鎖、住民の誘導などを、訓練どおりに行った。津波に巻き込まれる危険はとても高く、結果として200名を超える殉職者を出してしまった。また、その後の遺体捜索でも、長期に活動を行わなければならなかった。こうした状況から、消防団員の多くが活動をとおして強いストレス状況に晒されたことは明らかであろう。一方で、団員は地域住民であり、個人的にも住宅被害や近親者との死別などを経験した者が少なくなく、こうした直接的な被災状況がもたらす影響も看過できない。本研究では、個人的な被災状況と活動による惨事ストレスが、震災から約1年半後の心理的影響にどのように関連したかを検討した。その結果、調査時点のPTSD症状には、惨事ストレスの方が強く影響していたことが分かった。これは、この災害の救援活動の過酷さと、同時に消防団員の救援者としての意識の高さが影響していると思われる。特に活動をとおして感じた無力感の強さが、もっとも強く影響していたことは、津波が襲った直後の救援活動は、ほとんど何もできない絶望的なものであったことを意味していると思われる。

阪神・淡路大震災などの過去の災害では、消防士や自衛隊員などの職業的な災害救援者を対象とした調査が行われ、その結果、惨事ストレス対策が大きく進展した職域が

多い。東日本大震災でも消防隊員には消防庁が専門家チームを被災地に派遣しているし、自衛隊は多くのカウンセラーに早期から対応させている。一方、消防団員については、これまでほとんど注目されておらず、対策は不十分であった。都市部以外では消防団員は、災害救援活動において、重要な役割が求められるだけに、彼らに対する惨事ストレス対策が、今後、発展していくことが望まれる。

D 健康危険情報：該当なし

E 研究発表：該当なし

F 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

G 参考文献

- 1) 加藤 寛,消防士を救え—災害救援者のための惨事ストレス対策講座,東京法令出版,1~176,2009
- 2) 加藤 寛,岩井圭司,飛鳥井望,三宅由子,非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書—阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響,兵庫県精神保健協会こころのケアセンター,1-38,1999
- 3) 岩井圭司,加藤 寛,飛鳥井望,三宅由子,災害救援者のPTSD-阪神・淡路大震災被災地における消防士の面接調査から-,精神科治療学,13,971-979,1998
- 4) 加藤 寛,飛鳥井望,災害救援者の心理的影響—阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から,トラウマティック・ストレス,2,51-59,2004

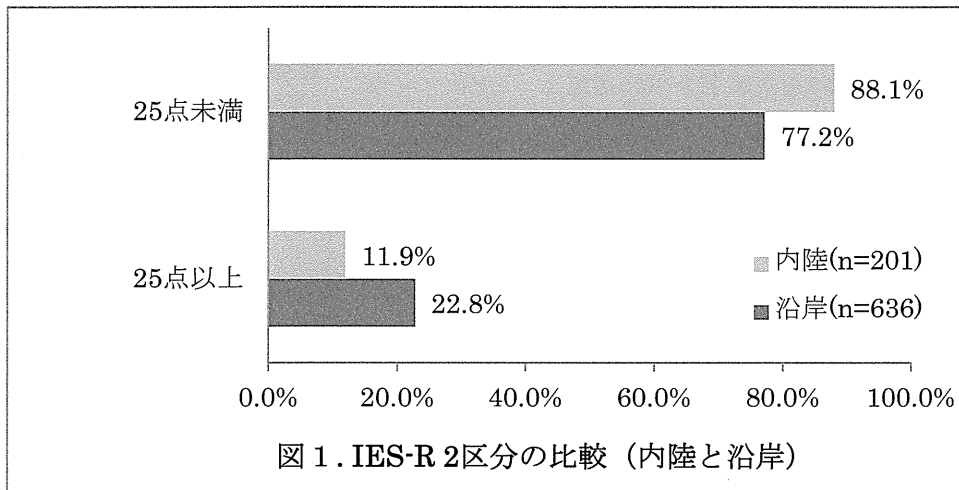


表 1 沿岸部の消防団員の PTSD 症状と被災要因との関連 (n=636)

	IES-R25点未満	IES-R25点以上	χ^2	p	調整しない オッズ比	95%信頼区間	p
死別の有無							
あり	251(71.7%)	99(28.3%)	13.3(v=1)	0.000	2.06	1.39 ~ 3.05	0.000
なし	240(83.9%)	46(16.1%)				(参照カテゴリー)	
住宅被害状況							
全壊・流出	116(68.2%)	54(31.8%)	18.1(v=2)	0.000	3.44	1.90 ~ 6.20	0.000
半壊・一部損壊	235(77.6%)	68(22.4%)			2.14	1.22 ~ 3.75	0.008
被害なし	133(88.1%)	18(11.9%)				(参照カテゴリー)	
負傷の有無							
あり	16(50.0%)	16(50.0%)	14.2(v=1)	0.001	3.68	1.79 ~ 7.56	0.000
なし	475(78.6%)	129(21.4%)				(参照カテゴリー)	
就業状況の変化							
あり	153(69.2%)	68(30.8%)	12.3(v=1)	0.001	1.95	1.33 ~ 2.85	0.001
なし	338(81.4%)	77(18.6%)				(参照カテゴリー)	
収入の変化							
大きく・かなり減少	114(66.3%)	58(33.7%)	18.9(v=2)	0.000	1.25	0.58 ~ 2.70	n.s.
変化なし・少し減少	346(82.4%)	74(17.6%)			0.53	0.25 ~ 1.11	n.s.
増加	27(71.1%)	11(28.9%)				(参照カテゴリー)	

表2 沿岸部の消防団員の PTSD 症状と惨事ストレス要因との関連 (n=636)

	IES-R25点未満	IES-R25点以上	χ^2	p	調整しない オッズ比	95%信頼区間	p			
殉職者の有無										
あった	144(70.9%)	59(29.1%)	7.7(v=1)	0.006	1.73	1.17 ~ 2.55	0.006			
なかった	337(80.8%)	80(19.2%)						(参照カテゴリー)		
詰所被害										
全壊・流出	130(68.4%)	60(31.6%)	13.3(v=2)	0.001	2.25	1.45 ~ 3.49	0.000			
半壊・一部損壊	128(77.1%)	38(22.9%)						1.45	0.13 ~ 1.45	n.s.
被害なし	224(83.0%)	46(17.0%)						(参照カテゴリー)		
車両被害										
すべて喪失	42(58.3%)	30(41.7%)	21.8(v=2)	0.000	3.29	1.93 ~ 5.60	0.000			
一部喪失	104(73.2%)	38(26.8%)						1.68	1.08 ~ 2.64	0.023
被害なし	341(82.2%)	74(17.8%)						(参照カテゴリー)		
活動中の生命危機										
まったくなし	95(90.5%)	10(9.5%)	40.7(v=3)	0.000	2.20	1.08 ~ 4.46	0.03			
多少感じた	264(81.2%)	61(18.8%)						4.26	2.01 ~ 9.04	0.000
かなり感じた	87(69.0%)	39(31.0%)						8.08	3.64 ~ 17.90	0.000
とても感じた	40(54.1%)	34(45.9%)						(参照カテゴリー)		
活動中の恐怖感										
まったくなし	45(93.8%)	3(6.3%)	50.9(v=3)	0.000	2.76	0.082 ~ 9.24	n.s.			
多少感じた	261(84.5%)	48(15.5%)						5.50	1.63 ~ 18.52	0.006
かなり感じた	131(73.2%)	48(26.8%)						13.50	3.92 ~ 46.47	0.000
とても感じた	50(52.6%)	45(47.4%)						(参照カテゴリー)		
活動中の無力感										
まったくなし	169(90.4%)	18(9.6%)	55.1(v=3)	0.000	2.45	1.37 ~ 4.37	0.002			
多少感じた	188(79.3%)	49(20.7%)						4.02	2.18 ~ 7.43	0.000
かなり感じた	91(70.0%)	39(30.0%)						9.65	4.95 ~ 18.83	0.000
とても感じた	36(49.3%)	37(50.7%)						(参照カテゴリー)		
遺体捜索の影響										
扱っていない	256(83.4%)	51(16.6%)	52.1(v=3)	0.000	0.29	0.07 ~ 1.23	n.s.			
堪えなかった	35(94.6%)	2(5.4%)						1.60	1.04 ~ 2.47	0.03
多少・かなり堪えた	166(75.8%)	53(24.2%)						6.28	3.51 ~ 11.22	0.000
とても堪えた	28(44.4%)	35(55.6%)						(参照カテゴリー)		
被爆の不安										
まったくなし	115(82.1%)	25(17.9%)	15.0(v=3)	0.002	1.12	0.66 ~ 1.91	n.s.			
多少感じた	209(80.4%)	51(19.6%)						1.22	0.64 ~ 2.35	n.s.
かなり感じた	79(79.0%)	21(21.0%)						2.49	1.42 ~ 4.37	0.001
とても感じた	85(64.9%)	46(35.1%)						(参照カテゴリー)		
住民からの非難										
なし	351(81.8%)	78(18.2%)	35.4(v=3)	0.000	1.77	0.84 ~ 3.70	n.s.			
あまり堪えなかった	28(71.8%)	11(28.2%)						1.47	0.90 ~ 2.40	n.s.
かなり堪えた	86(75.4%)	28(24.6%)						5.57	2.98 ~ 10.41	0.000
とても堪えた	21(44.7%)	26(55.3%)						(参照カテゴリー)		

表3 被災要因のみを説明要因としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整した オッズ比	95%信頼区間	有意確率
死別あり	死別なし	1.57	1.03~2.39	0.036
負傷した	負傷なし	2.45	1.15~5.24	0.020
就業状態が変化した	変化なし	1.60	1.08~2.40	0.020
住宅被害				
全壊・流出	被害なし	2.62	1.42~4.82	0.002
半壊・一部損壊	被害なし	2.04	1.16~3.60	0.014

表4 惨事ストレス要因のみを説明要因としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整した オッズ比	95%信頼区間	有意確率
車両喪失				
すべて喪失	喪失なし	2.70	1.47~4.99	0.001
一部喪失	喪失なし	1.29	0.77~2.15	n.s.
活動中の無力感				
多少感じた	感じなかった	2.26	1.23~4.15	0.009
かなり感じた	感じなかった	3.08	1.59~5.96	0.001
とても感じた	感じなかった	5.20	2.50~10.80	0.000
遺体を扱った影響				
堪えなかった	扱っていない	0.39	0.09~1.75	n.s.
多少堪えた	扱っていない	0.95	0.53~1.71	n.s.
かなり堪えた	扱っていない	1.53	0.86~2.72	n.s.
とても堪えた	扱っていない	3.16	1.64~6.10	0.001
住民からの非難				
あまり堪えなかった	受けなかった	2.28	1.02~5.14	0.046
かなり堪えた	受けなかった	1.19	0.70~2.03	n.s.
とても堪えた	受けなかった	3.19	1.54~6.61	0.002

表5 すべての要因を説明変数としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整した オッズ比	95%信頼区間	有意確率
死別あり	死別なし	1.20	0.73～1.97	n.s.
負傷した	負傷なし	2.41	0.96～6.02	n.s.
住宅被害				
全壊・流出	被害なし	1.87	0.92～3.80	n.s.
半壊・一部損壊	被害なし	1.69	0.90～3.16	n.s.
就業状態が変化した	変化なし	1.38	0.88～2.16	n.s.
車両喪失				
すべて喪失	喪失なし	2.11	1.05～4.23	0.035
一部喪失	喪失なし	1.01	0.59～1.74	n.s.
活動中の無力感				
多少感じた	感じなかった	2.45	1.29～4.63	0.006
かなり感じた	感じなかった	3.41	1.71～6.82	0.001
とても感じた	感じなかった	5.18	2.38～11.24	0.000
遺体を扱った影響				
堪えなかった	扱っていない	0.36	0.08～1.65	n.s.
多少堪えた	扱っていない	0.91	0.50～1.70	n.s.
かなり堪えた	扱っていない	1.39	0.76～2.55	n.s.
とても堪えた	扱っていない	2.73	1.35～5.54	0.005
住民からの非難				
あまり堪えなかった	受けなかった	1.83	0.78～4.32	n.s.
かなり堪えた	受けなかった	1.03	0.59～1.80	n.s.
とても堪えた	受けなかった	3.28	1.53～7.05	0.002

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)、佐久間篤 2)、上田一気 2)、長尾愛美 1)、桂雅宏 2)、
佐藤博俊 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

本研究では、東日本大震災における被災地の市町自治体、医療機関、社会福祉協議会などの職員の縦断的な健康調査、災害復興期の心理支援方法の開発について研究を行った。

平成 26 年度は、被災地 A 自治体の行政職員と医療職員の健康調査について、平成 25 年度 (n=1068) と平成 26 年度 (n=891) に実施した縦断的評価についての解析を行った。平成 25 年度にストレスの指標である K6 が 13 点以上で精神的ストレスがハイリスクと判断され者、PHQ-9（こころとからだの質問票）においてうつ病ハイリスクと判断された者、PCL（PTSD チェックリスト）によって PTSD（心的外傷後ストレス障害）ハイリスクと判断された者は、それぞれ、平成 25 年が、11%、22%、5%であり、平成 26 年度では 9%、16%、4%であり全体としてその割合は低下傾向にあった。平成 26 年度に実施した B 自治体 (n=250) の調査では、ハイリスク者は 13%、14%、5%であった。B 自治体では派遣職員のデータも得られ、友人・家族からのサポートや同僚からのサポート不足が精神症状と関連していることが明らかとなった。

また、平成 24 年度の 6 自治体社協職員 (n=822) と平成 25 年度の 5 自治体社協職員 (n=779) における K6、PHQ-9、PCL によるハイリスク者の縦断解析では、平成 24 年度が 8.3%、13.0%、4.1%、平成 25 年度が 7.9%、13.7%、4.1%であった。また、2 回の調査に回答した 610 名の追跡では、平成 24 年度から平成 25 年度にかけて、ハイリスク者が入れ替わったり、慢性的に症状が持続する者がいることが分かった。精神的な不健康については、震災前からの精神的問題や震災による被害に加えて、職場でのコミュニケーションなど仕事と関連したストレスが関連していた。

また、被災地住民の精神的健康を回復させ、精神疾患を予防するためには、支援者が復興期に実施できる心理的介入方法を開発し普及するとともに、一般市民に対して認知行動療法に基づく研修プログラムを開発することが有用と考えられる。そこで、本研究では、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) の研修を被災地の支援者向けに実施し、さらに、実際に沿岸被災地 A 地区において SPR の実施可能性を検証するための介入研究を開始した。介入研究では、実際に被災地において同意の得られた対象者 8 名に介入を実施、このうち現在まで 3 名が介入を終了した。予備的介入を行った 4 名と含めた 7 名の終了者は、いずれも症状が改善し、また有害事象も認めていない。また、SPR の普及のための支援者のスキル向上に向け、モデル事例に対する SPR の施行を実演した DVD を作成した。

一般市民向けの研修会については、これまで 180 名が研修を受講し、前後調査に協力の得られた 46 名の解析によれば、自己効力感が有意に改善し、また、研修における理解度も高いことが確認できた。

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、被災地域の住民が精神的な健康に問題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。

大規模災害から地域の人々が復興し、心の健康を回復していくためには、災害後の応急期、復旧期、復興期の各時期を通して公益性の高い仕事に従事する支援者は欠かせない存在である。こうした職種には、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員、消防隊員、警察官などが含まれるが、こうした人々は支援者という立場にあるが、一方で被災地において生活する被災者でもあり、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。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携わり、被災により職場環境が大きく悪化している場合もある。

大規模災害後の被災地で働く支援者の

精神的健康についての研究は応急期に活動する職業的支援者である警察官や消防隊員を対象とした研究はあるが、応急期から復旧期・復興期にかけて長期間活動するその他の支援者や働く人々の精神的健康について調べた研究は乏しい。このため、こうした人々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。こうした人々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。

本研究は、1. 被災地の支援者の精神的健

康についての疫学調査、II. 災害復興期の専

門家が実施する心理支援方法の開発、III.

被災地の一般市民向けの認知行動アプローチによる介入を実施することで、東日本大震災における被災者の精神的健康の実態を明らかにするとともに、大規模災害後の効果的な介入方法を開発するための研究である。

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

大規模災害においては、応急期、復旧期、復興期のそれぞれの時期に応じて様々な職種の人々が支援に携わる。このような災害後の働く人々の精神的健康に着目した研究としては、主に応急期に職業的救援者として支援を行う警察官や消防士などを対象とした研究が過去の災害でも行われており、うつ病や PTSD (心的外傷後ストレス障害) に相当する症状が長期的に持続することが報告されている。

しかし、災害後には応急期だけではなく、復旧期・復興期を含む長期の支援活動が必要であり、特に公益性の高い仕事に従事する支援者は欠かせない存在である。こうした職種には、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員、社会福祉協議会職員などが含まれるが、その多くは被災した地元に住む人々であり、被災者として被災地での生活を続けるなかで、長期の支援活動を行うことになる。こうした人々の

多くは応急期から支援活動を継続しており、被災者としてのストレスに加えて、災害後の支援に関わるストレスが付加されることが予想されるため、精神的健康に問題を抱えるリスクが高いと考えられる。

実際、東日本大震災の発生から3年以上経つ時期においても、被害が大きかった地域では、多くの地元の支援者は、様々な支援活動や復興事業に従事している。自治体職員においては、精神疾患による休職者が増加しているという新聞報道もあり、被災地で働く支援者の精神的健康を保持し、精神疾患を予防するための対策は目下の課題である。しかし、こうした地元で働く公益性が高い仕事に就く支援者の精神的健康については、これまで十分に研究されてこなかった。そこで、我々は、東日本大震災被災地の自治体職員に対して健康調査を実施し、精神医学的な立場から支援を行うとともに、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ための縦断的な研究調査を計画した。今年度の報告では、2013年度と2014年度に実施した調査結果について、各職域における精神的健康に関わる指標の結果を報告する。

また、社会福祉協議会(以下、社協)は地域の社会福祉を支え、復興を担う役割をもち、職員は、平時には地域に密着し、主に高齢者や障害者への様々な社会福祉サービスを行っている。また、大規模災害の際には、行政など様々な関係機関と連携し、被災者への支援活動のため、災害ボランティアセンターの設置、仮設の見守りを行う生活支援相談員の配置等をすすめる、仮設住宅等で生活する被災者への生活支援・相談活動に取り組んでいる。地域の復興に向け

て、地域の社会福祉を支える社協職員の果たす役割は大きいですが、大規模災害後の社協職員のメンタルヘルスについては、これまで十分に調べられてこなかった。

今回の震災では、地域全体が広範囲にわたり大きな打撃を受けていたため、社協の職員は自らも被災しながら、社会的な弱者である高齢者や障害者への支援に加え、被災者に社会福祉サービスを提供し、支援しなければならなかった。業務の質や量の変化等により、肉体的にも精神的にも疲労の蓄積が大きくなってきているものと予想された。

発災から約 20 か月、約 32 か月後の、宮城県内の各自治体社協職員のメンタルヘルスの実態と精神的不健康に関わる要因を検証すること。また、社協職員自ら健康状態を把握し、セルフケアに努めるよう啓発するとともに、集団での傾向を把握し、今後の対策に役立てることを目的とする。

本研究は、東北沿岸部被災地域の①自治体 A の行政職員、医療職員、②自治体 B の行政職員、③宮城県内市町の社協職員である。

B. 調査方法

今回報告する①の調査対象は、東北沿岸部被災 A 自治体の行政職員と医療職員である。調査は 2013 年 9 月と 2014 年 9 月に実施し、2013 年は 1068 名（回収率 71%）、2014 年は 891 名（回収率 58%）から回収された。なお、回答者の中には震災後に雇

用された職員や、他自治体から震災後に派遣された職員も含まれているため、本研究では震災発生時から継続して勤務している職員のみを対象とした。

調査は自記入式調査票を使用して行われた。震災による個人の被災状況、震災後の職場環境の状況に加え、精神症状の評価として以下の 3 症状評価尺度が使用された。K6 (Kessler Psychological Distress Scale) 全般性精神健康を 6 項目の質問で評価する尺度。PHQ-9 (Patient Health Questionnaire: 心とからだの質問票) 抑うつ症状の重症度を 9 項目の質問で評価する尺度 (* PRIME-MDTM PHQ-9 の日本語訳版については村松公美子先生から許可を得て使用。日本語翻訳権：村松公美子、宮岡等、上島国利。PRIME-MDTM および PRIME MD TODAY™ はファイザー社の商標である。)。PCL (PTSD Check List: 心的外傷後ストレス障害チェックリスト) PTSD の重症度を 17 項目の質問により評価する尺度 (* PCL の日本語訳版については鈴木友理子先生から許可を得て使用。)

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。

②の調査対象は東北沿岸部被災地域の B

自治体職員である。調査は、第1回調査を2012年11月に実施し、第2回調査を2014年8月に実施した。本年度は第2回調査を実施し、408名を対象として調査表を配布したところ、397名から回答を得た(97%)。本報告書では、本年度実施した第2回調査について報告する。

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、職業性ストレス簡易調査表の身体愁訴の項目、精神的な症状はK6、PHQ-9、PCLを使用した。

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。

③の調査対象は、宮城県内の被災地域の社協職員で、第1回目は、6自治体の社協職員1008名(回答者数822名、回答率81.5%)、第2回は、5自治体の社協職員870名(回答者数779名、回答率89.5%)であった。

第1回は、平成24年11月～1月(発災から約20か月後)に、第2回平成25年11月～1月(発災から約32か月後)に実施された。

調査内容は、基本属性として現在の状況:現在の業務の状況や自身の被災状況など、メンタルヘルスに影響しうる要因として現在の健康状況:現在の体調やストレスの要

因について、その他、精神的な症状はK6、PHQ-9、PCLを使用した。

解析方法は、宮城県沿岸部の社協職員に対し、第1回は発災から20か月後に、第2回は発災から32か月後に調査を実施した。基本属性、メンタルヘルスに影響しうる要因について質問し、全般性心理的ストレス(K6)、抑うつ症状(PHQ-9)、PTSD症状(PTSD Check List:PCL)を評価した。

K6 \geq 13点、PHQ-9 \geq 10点、PCL \geq 44点の者をハイリスク者とし、集計を行った。個人の要因、被災による要因、職場の要因の各要因に対して、ロジスティック回帰分析を行い、K6、PHQ-9、PCLのハイリスク者に影響を及ぼしている要因を検討した。各要因についてそれぞれ単回帰分析を行い、有意であった要因について多重回帰分析を行った。

第1回の調査では、解析対象者822名(男219名、女590名)の平均年齢は46.8 \pm 10.7歳であった。第2回の調査では、解析対象者779名(男204名、女569名)の平均年齢は47.6 \pm 10.4歳であった。この2回の調査において、K6、PHQ-9、PCLハイリスク者の割合に変化は認めなかった。

このK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に影響を与えている要因について検討を行った。K6(全般性心理的ストレス)ハイリスク者は、自身の健康不安、メンタルヘルスの治療歴、職場の人間関係、住民からの非難などの要因と関連していた。PHQ-9(抑うつ症状)ハイリスク者は自身の健康不安、メンタルヘルスの治療歴、家計収入の減少、休養不足、職場の人間関係、仕事のやりのなさなどの要因と関連していた。PCL