

201419098A

厚生労働科学研究費補助金

(障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業(精神障害分野)))

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び

介入手法の向上に資する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成27年(2015年)3月

厚生労働科学研究費補助金

(障害者対策総合研究事業 (障害者政策総合研究事業
(精神障害分野)))

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証
及び介入手法の向上に資する研究

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成27年(2015年)3月

目 次

I. 総括研究報告書

被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び介入手法の向上に 資する研究 -----	3
研究代表者	金吉晴

II. 分担研究報告書

1. 心的外傷後ストレス障害に対する持続エクスポージャー療法の 無作為比較試験-----	13
分担研究者	金吉晴
研究協力者	林明明、伊藤真利子、加茂登志子、小西聖子、 中島聡美、下山晴彦、石丸径一郎 4、氏家由里、 丹羽まどか、中山未知、廣幡小百合
2. WHO 版心理的応急処置（サイコロジカル・ファーストエイド：PFA）の 普及と研修成果に関する検証-----	23
分担研究者	金吉晴
研究協力者	鈴木満、井筒節、堤敦朗、荒川亮介、大沼麻実、菊池美名子 小見めぐみ、大滝涼子
3. 災害時地域精神保健医療活動ガイドライン改訂に関する研究-----	35
分担研究者	金吉晴
研究協力者	中谷優
4. (資料)DPAT に関する意見の収集-----	43
分担研究者	金吉晴
研究協力者	鈴木友理子、深澤舞子
5. TFCBT の普及体制の確立に関する研究-----	65
分担研究者	金吉晴
研究協力者	河瀬さやか、中山未知、大滝涼子、荒川和歌子、小平雅基 小平かやの、黒田舞、田中宏美、丹羽まどか、伊東史エ 堀弘明、伊藤真利子、林明明

6. 災害時の外国人支援ガイドライン案の作成----- 69
分担研究者 秋山剛
研究協力者 加藤寛、須向敏子、久我 弘典、伊東千絵子、福生泰久、福島 昇
金吉晴、重村淳、松本和紀、富田博秋、遠藤彩子
7. 海外および国内の大規模緊急事態に共通する遠隔メンタルヘルス支援の
現況と課題 ----- 77
分担研究者 鈴木満
研究協力者 阿部又一郎、伊藤武彦、石田まりこ、井上孝代、大川貴子、
大滝涼子、大沼麻実、小野辺美智子、柏原 誠、嶋崎恵子、
鈴木貴子、田中英三郎、仲本光一、原敬造、原田奈穂子、
松木秀幸、山中浩嗣、村上裕子、吉川潔、吉田常孝
8. 医療初動から中長期的な保健予防活動までのマネジメント手法の確立 ----- 89
分担研究者 荒木剛
研究協力者 桑原斉、菊次彩、安藤俊太郎、笠井清登
9. 一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法----- 93
分担研究者 川上憲人
研究協力者 高野歩
10. 中長期の災害精神保健活動：NPOなどの活動と果たす役割 ----- 119
分担研究者 加藤 寛
11. 全国自治体の防災体制に関する実態調査----- 127
分担研究者 荒井秀典
研究協力者 大倉美佳
12. 自治体職員および地域住民の防災に対する認識----- 133
分担研究者 荒井秀典
研究協力者 大倉美佳
9. 岩手県こころのケアセンターの活動の分析----- 139
分担研究者 酒井明夫
研究協力者 大塚耕太郎

10. みやぎ心のケアセンターの活動分析----- 143
 分担研究者 松本和紀
 研究協力者 福地成、渡部裕一、片柳光昭、樋口徹郎、丹野孝雄、
 甘糟郁、瀬戸萌
11. 被災地における支援活動について―「ふくしま心のケアセンター」3年目の
 活動から― ----- 153
 分担研究者 前田正治
 研究協力者 植田由紀子、昼田源四郎
12. 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― ----- 161
 分担研究者 山田幸恵
 研究協力者 中島聡美、中谷敬明、中村美津子、藤澤美穂
13. 広域自然災害の精神医療保健体制に及ぼす影響の情報把握と対応の
 あり方の検討----- 171
 分担研究者 富田博秋
14. 過覚醒尺度日本語版作成に関する研究―3ヶ月、1年後追跡調査― ----- 177
 分担研究者 三島和夫
 研究協力者 綾部直子、北村真吾
14. 東日本大震災における心のケアチームの処方実態調査災害拠点病院における
 精神科医療機能調査----- 185
 分担研究者 渡路子
 研究協力者 荒川亮介、小見めぐみ、吉田 航、中神里江、小菅清香
15. サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) を実施する際に必要な
 基本的コミュニケーションスキル訓練----- 197
 分担研究者 堀越勝
 研究協力者 大江悠樹
16. 被災地の子どもの精神医療支援：
 東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響― 207
 分担研究者 神尾陽子、金吉晴
 研究協力者 大沼麻実

18. 被災地の子どもたちの精神医療支援： 災害時の避難所・仮設住宅における子どもとその家族のための生活環境と支援 ニーズの実態調査 およびガイドライン遵守のためのチェックリスト作成 ---	213
分担研究者	神尾陽子、金吉晴
研究協力者	森脇愛子
19. 母親のうつ状態と子どもの問題行動について -----	225
分担研究者	加茂登志子、金吉晴
研究協力者	氏家由里、伊東史エ、丹羽まどか、中山未知、大久保彩香
20. 災害時における調査研究の実施体制の検討-----	231
分担研究者	飯島祥彦
21. 大災害時における精神科病院に対する支援体制についての研究-----	239
分担研究者	千葉 潜
研究協力者	富松愈、松田ひろし、南良武、林道彦、森村安史、 伴亨、高階憲之、渡部康、杉山直也、佐久間 啓、沼田周一
III. 研究成果の刊行に関する一覧表 -----	331
IV. 研究成果の刊行物 -----	337

I. 総括研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究
平成 26 年度 総括研究報告書

研究代表者 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

分担研究者氏名

秋山 剛

NTT東日本関東病院精神神経科 部長

鈴木 満

岩手医科大学神経精神科学講座

客員准教授

外務省メンタルヘルス・コンサルタント

荒木 剛

東京大学医学部付属病院

東京大学ユースメンタルヘルス講座

特任准教授

川上憲人

東京大学大学院医学系研究科

精神保健学分野 教授

加藤 寛

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

荒井秀典

京都大学大学院医学研究科

人間健康科学系専攻 客員研究員

国立長寿医療研究センター 副院長

酒井明夫

岩手医科大学神経精神科学講座 教授

松本和紀

東北大学大学院 医学系研究科

予防精神医学寄附講座 准教授

宮城県精神保健福祉協会 みやぎ心の

ケアセンター 副センター長

前田正治

福島県立医科大学医学部災害こころの

医学講座 教授

福島県精神保健福祉協会 ふくしま心

のケアセンター 副所長

山田幸恵

東海大学文学部 心理・社会学科

准教授

富田博秋

東北大学災害科学国際研究所

災害精神医学分野 教授

三島和夫

国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 精神生理研究部

部長

渡 路子

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 室長

堀越 勝

国立精神・神経医療研究センター
認知行動療法センター 研修指導部
部長

神尾陽子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 児童・思春期精神
保健研究部 部長

加茂登志子

東京女子医科大学付属女性生涯健康セ
ンター 所長

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 特任講師

千葉 潜

医療法人財団青仁会 青南病院
理事長

A. はじめに

東日本大震災は甚大な被害と喪失をもたらした。住民の精神健康被害が強く懸念されている。精神健康の悪化は、復興の遅れや社会不安の持続とも関連しており、その重要性を受けて心のケアセンターが設立された。しかし、過去の震災における心のケアセンター活動は、科学的、実証的に展開されたとは言いがたい面もあり、真に効率的な住民支援を実現するためにその活動を科学的基盤の上に確立することが急務である。また、今後 PTSD などの重症ストレス障害が健在化する懸念も高く、今後の震災による精神健康被害、倫理的混乱、精神科病院被害を未然に防ぐ必要もある。

こうしたなか、本研究班では、被災地の心のケアセンターが各県の事情に応じた有効な活動を展開できるように、ハイリスク

者の検討、ケアのニーズ把握、活動データベースの作成など、科学的方法論に基づいた情報収集、調査、分析活動、ならびに現地での支援活動の実証的検討を総合的に支援することを目的として研究プロジェクトを進めてきた。また、睡眠障害、PTSD、複雑性悲嘆、児童精神医学、母子ケア、老年医学、多文化対応などの特殊な事例、疾患、ならびに疫学研究、阪神淡路大震災の対応経験のある諸専門家を参加させ、それぞれが被災地に関連した研究を行うだけでなく、その成果を直ちに心のケアセンターに還元し、また疑問に即応できる研究ネットワークを形成してきた。

本年度における本研究班の具体的な研究概要は次項で示すが、次のような研究領域において進展がみられた。被災地における初期対応の検証を目的とした心のケアチーム活動の解析。岩手県、宮城県、福島県の被災3県における心のケアセンターの活動の実態把握と分析。中長期の災害精神保健活動において NPO などの活動と果たす役割。被災地域におけるグリーフ・ケア。被災地の子どもの精神医療支援について。WHO 版 PFA の導入及び効果検証による、多文化、海外被害を念頭に置いた災害時の国内外の被災コミュニティへの支援に共通する支援者育成と遠隔支援の手法の検討。外国人支援ガイドライン案の作成。被災地住民の精神影響に関する調査手法の検討とマニュアル作成。災害時における調査研究の実施体制の検討。全国自治体の防災体制に関する実態及び自治体職員と地域住民の防災に対する認識の調査。精神科病院被害の支援体制の分析などである。

このような、被災地の心のケアセンター

との連携の上立った研究活動を行うことにより、被災者への迅速な成果還元ができたほか、被災地における中長期的活動方針の科学的基盤整備、中期的に健在化すると懸念される PTSD 治療対応の臨床家育成のシステムの効率的構築、災害時の調査倫理指針ならびに精神科病院被害の対応指針整備等へ寄与することができたと考えられる。

B. 研究概要

金は、災害時の精神保健医療対応に係るガイドライン改訂の作業を推進し、災害時の精神医療チーム (DPAT) についての専門家の意見を集約した。また災害時の初期対応としての WHO 版サイコロジカルファーストエイド (PFA) を導入し、様々な対象者に対してその研修効果を検討した。さらに指導者育成の研修のあり方について検討を行った。また PTSD に対する持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) の効果を過去の研究データを解析知ることによって詳細に検討した。

秋山は、災害時の外国人支援ガイドライン案の作成を行った。外国人は災害弱者であるが、災害時の外国人支援についてのこれまでの研究により、災害前に日本各地において「外国人精神保健支援ネットワークづくり」を進める必要があることが明らかにされた。また、外国人によって運営されている組織が、震災前にどのような災害への対応体制を持っていたか、災害後にどのような対応を行ったか、どのようなことが課題であったかについて、聞き取り調査が行われ、心理社会的支援、情報収集が課題として指摘された。また、災害時における心理社会的支援に関する研修を通じて災害

時下の望ましい対人支援の在り方に関する知識および自己効力感が有意に改善することが検証された。本年度は、これらの研究の成果を踏まえて、災害支援専門家と外国人支援経験者の指摘に基づいた、災害時の外国人支援ガイドライン案が作成された。

鈴木は、海外および国内の大規模緊急事態に共通する遠隔メンタルヘルス支援の現況と課題について研究を行った。海外邦人 (海外在留邦人および海外渡航邦人) の増加とともに、海外で大規模自然災害や凶悪犯罪、大規模事故、テロ、人質事件などに巻き込まれる邦人が増えている。鈴木と研究協力者らは、昨年度に引き続き、世界各地で邦人のメンタルヘルスケアに携わる邦人専門家や外務省在外公館医務官および邦人援護担当領事等を対象に、実態把握と対策作りのための聞き取り調査を行うとともに、専門家および非専門家の共通支援ツールとなりうる WHO 版心理的応急処置 (PFA) の啓発普及とその効果評価を行った。また、海外邦人コミュニティを対象としたメンタルヘルス支援の特性である「現地在住の非専門家によるメンタルヘルス支援」、「精神科医療過疎地への遠隔支援」という二点に着目し、国内外の被災コミュニティへの支援に共通する支援者育成と遠隔支援の手法について検討した。

荒木は、医療初動から中長期的な保健予防活動までのマネジメント手法の確立について研究を行った。荒木の所属する東大病院は、東日本大震災において震災直後から現在に至るまで、多職種スタッフを宮城県に派遣して、身体・こころのケアの活動を続けている。この活動の教訓として、被災地スタッフと連携し、医療チーム・地域・国レベルでの円滑な支援活動のコーディネートによる市民への保

健医療サービス、救急医療の初動からこころのケアの保健・予防活動までの長期的視野にもとづく多職種協働チームでの支援の重要性が認識され、このような包括的なマネジメントが今後の災害医療においても重要であり、手法の確立が必須とされている。本年度、荒木らは、こころの相談窓口への相談内容の変化や特定健診アンケートの解析を行い、震災後のメンタルヘルスの変化を明らかにし、さらに東松島市市役所職員全員面談を行い、職員ケアを行った。

川上は、一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法について検討を行った。本年度研究では、1)被災地における精神健康調査尺度の特性を既存調査から明らかにする作業が引き続き行われた。岩手県で実施された妥当性調査からは、K6のカットオフ点が上昇することが確認された。2)また3年間の研究成果を要約し、被災地住民の精神健康の調査方法について「一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法マニュアル」が作成された。マニュアルは現在実施されている被災者の精神健康に関する追跡調査および今後の災害における精神健康の調査において活用できると期待される。

加藤は、中長期の災害精神保健活動においてNPOなどの活動と果たす役割について研究を行った。東日本大震災では、専従組織である心のケアセンター以外に、これまでにない枠組みの活動が行われている。その一つは、震災後のボランティア活動を踏襲し、NPO法人や社団法人を設立することによって継続されている活動である。福島県相双地区で福島県立医大が震災後早期に行った活動を継承したNPO法人相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会、宮城県石巻市で日本精

神科診療所協会の支援を受け地元の精神科医が設立した一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎなどが、継続的な活動をしてきた。これらは専従組織よりも早く活動を開始したことから、被災者支援において大きな役割を果たしただけでなく、地域の精神保健システムを賦活するという目的を持ち、永続的な社会資源になることを目指している。本年度の加藤による研究では、相双地区と石巻市の活動の概要報告及び成果と課題についての考察が行われた。

荒井は、全国自治体の防災体制に関する実態及び自治体職員と地域住民の防災に対する認識について調査を行った。1)全国自治体の防災体制に関する実態調査では、各自自治体の防災担当部署担当者に対して、郵送法により自記式質問紙調査が実施された。防災体制の策定状況(全体計画の策定、要援護者名簿の整備、個別計画の作成)の差異に影響している要因を分析した結果、人口規模が小さい、高齢化率が高い、社会増加率が低い、第一次産業従事者割合が高いという地域特性、さらに財政力指数が低い、防災職員の配分割合が少ないという自治体組織特性を併せ持つこと、これらの要因に合致する北海道地方は、全体計画の策定、要援護者名簿の整備、個別計画の作成のいずれも他地方に比べて著しく低いこと等が明らかにされた。2)自治体職員および地域住民の防災に対する認識調査では、自治体職員および地域住民の防災に対する認識(知識・意識・行動)に関する実態を把握するとともに、ソーシャル・キャピタル(SC)との関連を検討することを目的とし、郵送法による自記式質問紙調査が実施された。調査の結果、特にSCが脆弱な住民を防災認識のハイリスク群として捉え、防災の知識・意識・行

動を促すアプローチを強化・充実する必要性が示唆された。

酒井は、岩手県こころのケアセンターの活動の分析を行った。東日本大震災以後、酒井の所属する岩手医科大学では被災地におけるこころのケアに取り組んできた。震災から4年目に入り、被災後のこころのケアは長期的な活動を視野にいたれた段階にきている。酒井によって、平成26年度の岩手県こころのケアセンターの活動状況について実態が調査され、今後のケア体制に関する課題が明らかにされた。こころのケアセンターで対応した相談者の主訴では身体症状、他の精神症状、不眠が多く、背景として、住居環境変化、近親者喪失、家族・家庭問題等の二次的生活変化によるストレス過重の問題が考えられた。住民はいまだに不自由で困難な生活を送っており、今後も被災地におけるこころのケアを推進していく必要が示唆された。

松本は、みやぎ心のケアセンターの活動分析を行った。本研究の目的は、宮城県に設置されたみやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析することにより、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討し、今後の災害後の復興支援について検討・準備することである。昨年度に引き続き、平成26年4月から12月までのセンターの設置状況、その後の事業概要、実情と課題についてまとめられた。また、センターで集計している活動内容が分析され、それぞれのフェーズで各地域ではどのような支援が必要とされているのか検討が行われた。さらに、集計には反映されない活動の実情についても記述的に検討された。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であ

り、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要があることや、一方で、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があることが示唆された。

前田は、ふくしま心のケアセンターの平成26年度の活動状況について分析を行った。DMHISS (Disaster mental health information support system) を用いた記述統計結果から分析が行われ、今後の課題等についても考察された。また、沿岸部被災地自治体職員の精神保健面接調査結果も報告されている。センター設立後3年を経過し、来談者が増加する、あるいは市町村からの依頼や連携が一層重要となるなどの変化が生じ、また沿岸部被災地自治体調査からも、自治体職員のうつ病の有病率がきわめて高いことがわかるなど、深刻な様相がうかがわれた。

山田は、被災地域におけるグリーフ・ケアについて、岩手県における実践をもとに研究を行った。岩手県では、震災によって亡くなった方や行方不明者が多数にのぼるが、本研究では、死別による悲嘆反応とあいまいな喪失に関する心理教育の効果が検討された。心理教育により悲嘆やあいまいな喪失に対する理解が進むことにより、心理的ストレスが軽減する可能性や、大規模災害等の際には、自然な悲嘆の促進や複雑化の予防のために心理教育が有用である可能性が示唆された。被災地でのグリーフ・ケアは様々な形で行われる必要があり、被災地の支援者が悲嘆やあいまいな喪失に対する理解を含め、広く被災者のケアに関わることが望ましいと思われる。

富田は、広域自然災害の精神医療保健体制に及ぼす影響の情報把握と対応のあり方の検

討を行った。本研究は東日本大震災の教訓を踏まえて、今後予想される災害に対応することのできる強い精神医療保健体制を構築するため、被災県の精神科病院協会、保健所、自治体などと協力して、東日本大震災における精神科医療保健に関わる機関の被害と対応の実態や、災害の復興・防災に関する有益な情報を抽出し、得られた教訓を今後の精神科医療に関わる医療機関の防災・減災に活かすことを目指している。本年度は宮城県下の精神科医療機関を対象に各医療機関の事前の災害への備えと災害が精神科医療機関の施設、医薬品、物資、職員、精神疾患罹患者の診療体制に及ぼした影響等が分析され、精神科医療機関の今後の災害への備えに有用な情報を抽出することを目的に昨年度から取り組んでいる宮城県全域の精神科医療機関を対象にアンケート調査と聞き取りが進められた。これらの調査から、精神科医療機関の今後の防災・減災・災害対応に向けて有益な情報が多く得られた。

三島は、過覚醒尺度日本語版作成に関する研究を行った。災害後に生じる不眠症、気分障害、PTSD 等に共通した病態として、生理的過覚醒の存在が想定される。本研究では、昨年度実施された HAS 日本語版作成の調査に参加した者を対象に 3 カ月後、1 年後の追跡調査が行われ、過覚醒状態がその後の抑うつや不眠を予測するリスク因子となり得るかについて検討された。結果、高過覚醒状態は、1 年後の抑うつや不眠重症度との関連要因であることが示された。HAS 日本語版を用いて同定された高過覚醒状態にある者は、1 年後の抑うつ状態や不眠のリスク因子であることが示され、HAS を用いた過覚醒状態の評価は、うつや不眠のハイリスク群をスクリーニング

できる尺度として有用であると考えられた。今後、被災者のメンタルヘルス対策におけるうつや不眠の早期発見や予防に活用できる可能性が示唆された。

渡は、東日本大震災における心のケアチームの処方実態調査及び災害拠点病院における精神科医療機能調査を行った。1) 東日本大震災における心のケアチームの処方実態調査では、心のケアチームの処方実績を統一した項目に基づいて集計することにより災害時精神科薬物療法の全国的な実態が把握され、今後の DPAT 携行医薬品リストの基礎資料として活用できる結果が得られた。2) 災害拠点病院における精神科医療機能調査では、災害時における DPAT 活動拠点の検討のための基礎資料を得ることを目的とし、研究が進められた。災害拠点病院精神科病床をどのように機能させるか、または他にどのような医療機関で災害拠点病院精神科医療機能を担保するのかについて、地域ごとに平時に計画を立案しておく必要性が明らかにされた。

堀越は、サイコロジカル・ファーストエイド (PFA) を実施する際に必要な基本的コミュニケーションスキル訓練について研究を行った。成果として、これまで我が国では十分な訓練体制が整備されていなかった、基本的なコミュニケーションスキル訓練を実施するための資材としてマニュアルと付属 DVD が作成された。これにより各地で比較的簡便に一定水準以上の基本的なコミュニケーション訓練を実施することが可能になると考えられる。

神尾は、被災地の子どもの精神医療支援について研究を行った。1) 東日本大震災のメディア報道による子どもたちのメンタルヘルスへの影響の調査では、メディアへの暴露とプレ要因としての子ども側の要因(自閉傾向

や気質など)との関連が明らかにされ、要支援児の同定および早期対応のための方策が検討された。2) 災害時の避難所・仮設住宅における子どもとその家族のための生活環境と支援ニーズの実態調査では、国際的な基準に準拠した日本版の子どもとその家族を取り巻く避難所等における環境改善のためのガイドラインに基づいて、今後の支援活動に役立つガイドライン遵守のためのチェックリストが作成された。

加茂は、母親のうつ状態と子どもの問題行動について研究を行った。うつ状態にある親は子どもの問題行動をより強く報告する傾向にあることは既存の研究からしばしば指摘されているが、日本でのサンプル研究はほとんど行われていないため、この研究が実施された。東京と福岡をサンプル地域とし、母親のうつ病と親としての自己評価、子どもの問題行動の関連性について質問紙による横断的調査が行われた。11.8%の母親にうつ病がある可能性が指摘され、二項目質問法で示される母親のうつ状態スコアは ECBI 両スコアと正の相関に、また、親としての自己評価と負の相関にあった。二項目質問票得点と親としての自己評価を従属変数とした分析では、ECBI 問題数得点が最も強い予測因子であった。母親のうつ病は産後だけでなくより広く考慮されるべきであり、発達障害の相談等に取り入れる必要性があることが示唆された。

飯島は、災害時における調査研究の実施体制の検討を行った。災害時の調査研究(災害研究)が適正に実施されるためには地方自治体である市町村の果たす役割が重要であるが、市町村が災害研究の実施に関してどのような役割を担うべきか明らかにするために市町村に対して質問紙調査が行われた。結果、被災

地の自治体である市町村が災害研究に対してどのようなスタンスで望んだらよいか戸惑っている現状が明らかにされた。研究者と研究参加者となる被災者(住民)とが信頼関係を構築するためには地方自治体である市町村の役割が重要であり、市町村の事務負担の増大に配慮しつつ、災害研究の管理や市民への成果の還元を図っていく必要があることがわかった。

千葉は、大災害時における精神科病院に対する支援体制についての研究を行った。精神科病院は病床規模が大きく、担送や護送といった患者が数多く入院している。大規模災害時において、被災被害はもとよりライフラインや通信の途絶によって孤立しやすく、救援の遅延がおりやすい。このための人的な被害も生じる可能性が高く、実際に東日本大震災では、被災時だけでなくその後の支援体制の不備により多くの入院患者の人命が失われた。悲惨な経験を再び繰り返すことを防止するために、現状の災害対応整備状況について被災3県を除く全国の民間精神科病院 1141ヶ所に対して調査が行われ、それらの問題点が明らかにされた。また、災害対策マニュアルの作成ガイドの編纂・提供及び、医療計画の災害医療事業において「災害拠点精神科病院」の設置・位置づけが必要であるとの提言がなされた。

C. 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3. その他

該当なし

Ⅱ. 分担研究報告

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業
（障害者政策総合研究事業（精神障害分野））
被災地における精神障害等の情報把握と介入効果の検証及び
介入手法の向上に資する研究

平成 26 年度 分担研究報告書

心的外傷後ストレス障害に対する持続エクスポージャー療法の無作為比較試験

分担研究者 金吉晴 1)

研究協力者 林明明 1)、伊藤真利子 1)、加茂登志子 2)、小西聖子 3)、
中島聡美 1)、下山晴彦 4)、石丸径一郎 4)、氏家由里 2)、
丹羽まどか 1) 2)、中山未知 1) 2)、廣幡小百合 5)

- 1) 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
- 2) 東京女子医科大学女性生涯健康センター
- 3) 武蔵野大学人間科学部 4) 東京大学大学院教育学研究科
- 5) とよさと病院

研究要旨：持続エクスポージャー療法（Prolonged Exposure:PE）は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（Selective Serotonin Reuptake Inhibitor:SSRI）による薬物療法と並んで、米国精神医学会等のガイドラインにて、PTSD に対する治療法として第一選択にあげられている。本研究は日本における PTSD 患者への PE の治療効果は無作為割り付けによって検証し、治療効果を証明した。日本での精神療法の効果研究としては初めて、UMIN に治療研究登録をして実施した (UMIN000001183)。

A はじめに

外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder: PTSD) は生命の危険に匹敵するような危険、被害に直面した後、その体験の情動記憶が本人の意思と関係なくフラッシュ様に想起され、当時と同じ恐怖が再体験されるという現象を中核とし、それに伴って回避麻痺、過覚醒が生じ、これらが 1 ヶ月以上持続する病態である。

PTSD は人口の約 8% に発生し、最大 50% の患者が慢性経過をたどる

(Kessler et al., 1995; Breslau et al., 1991; Kessler et al., 2000)。最新の大規模な米国の疫学調査によれば、人口の 12% もの人が 20 年以上にわたり PTSD が続いている (Breslau et al., 1998; Kessler, 2000)。なお、

川上らの調査に依れば、山口、長崎などの地域で 20-34 才の人口の生涯有病率は 3% (DSM-IV 基準)、または 4.1% (ICD-10 基準) である。PTSD が身体疾患の危険因子であるというエビデンスも増加している (Schnurr & Green, 2004)。PTSD は不安障害全体の中で最も経済的損失が大きく、特に、かなりの休業および／または労働力の損失を伴うことがわかっている (Greenberg et al., 1999)。PTSD は、世界的に重大な公衆衛生問題になろうとしている (Davidson, 2001)。世界保健機関の予測では、PTSD に係わる世界的負担は今後 20 年間に劇的に増加することが示唆されており、道路交通事故、戦争による負傷、およびその他の暴力によって引き起こされる PTSD は、全世界の障害原因の上位 12 位に入ると予想されている

(Murray & Lopez, 1997)。

持続エクスポージャー療法

(Prolonged Exposure Therapy: PE)

は、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授によって作成され、遷延する PTSD 症状の原因を回避 avoidance であるとの仮定の上に立ち、avoidance とは逆の直面化 confrontation を系統的に行うことによって、体験記憶の馴化 habituation、処理 processing を促進する技法である。国際トラウマティックストレス学会による治療ガイドライン、米国精神医学界によるエキスパートコンセンサス・ガイドラインを始め、PTSD に対する治療法としては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) による薬物療法と並んで、第一選択にあげられている。PE は当初は rape 被害者を主な対象としていたが、現在では体験の種別によらず、PTSD 一般に対する治療として高く評価されている。また、PE は恐怖記憶についての基礎理論との整合性も高く、治療機序が明確であり、そのために治療の fidelity を均一に保ちやすい。

東日本大震災以降、PTSD 治療への関心は増大しており、米国で PTSD に関して保健認可を受けている paroxetine が日本でも効能追加が認められた。しかしながら、PE の普及が遅れている。研究代表者は、2005 年に PE の創始者である Pennsylvania 大学精神科 Edna Foa 教授を日本に初めて招聘し、ワークショップを主催した。それ以降 PE の治療経験を積み、同教授の下で研修し、日本でのワークショップ開催を許可され、2007 年 10 月に国立精神・神経センターで 4 日間の研修コースを開催した。これまで共同研究者を含め、約 30 例の PTSD 患者を PE によって治療し、90% 以上の寛解率を上げている。しかしその治療効果について、日本ではまだ対照群を用いた研究が行われていない。PE は時間および労力の上で、治療者、患者双方にとって負担の大きい治療であり、今後この治療法によって PTSD 治療を推進するためには、

対照群を用いた確実な効果研究が必要である。

B. 目的

PTSD を対象疾患とし、通常の治療 (treatment as usual: TAU) を対照群とし、通常の治療に PE を加えた場合の治療群とのあいだの効果、無作為割り付けによって、治療終了時と終了後 3 ヶ月の時点で、盲検をかけた評価者によって比較検討する。評価項目は、CAPS による PTSD 重症度である。これに PTSD 診断、他の精神症状、指尖脈波による生理状態、記憶検査、細胞免疫、唾液中コルチゾルを測定し、副次的な効果指標とする。これにより、一般外来治療に PE を加えた場合の治療効果を検証する。日本では PTSD 治療に関しては、薬物療法を含め、RCT によって効果が確認されたものは全く存在していない。PTSD への社会的関心は高まっており、今後治療を求める患者数の増加が予想されるが、PE は患者、治療者にとって負担の大きい治療法であるため、その普及のためには治療効果を科学的に十分検証することが必要である。

C. 方法

(1) 治療方法

PE とは、認知行動療法の一種で、トラウマ記憶への持続的な直面化を通じて、恐怖への馴化と認知の修正を行うものである。そのために、治療セッション中の想像エクスポージャーを通じてトラウマ体験とその時の情動を喚起し、自宅でもそのテープを聞いてエクスポージャーを続けるとともに、現実エクスポージャーとして、恐怖のために回避している状況への段階的な接近を行うものである。治療は、所定の研修コースを受講した治療者が担当し、原則として全てのセッションはビデオ記録され、指導者のモニタリングと助言を受ける。同治療法はトラウマ記憶を賦活するため、治療の途中で一時的に症状の悪化が見られることがあり

得る。

治療プログラムでは、Pennsylvania 大学 Edna Foa 教授の作成したプロトコルに従い、週 1 回として、合計 10 回の面接が行われる。所要時間はそれぞれ 90~120 分間である。ひとつのセッションの中に異なった治療課題があり、また各セッションごとに治療課題が段階的に進展するように定められている。以下にセッション毎の PE の概要を示す。

第 1 セッションでは全体的なプログラムを提示し、治療の中でどのようなことが行われるのか、その目的は何であるのかを説明する。トラウマ記憶を回避してきたために自然治癒が妨げられていることを説明し、その回避を解消するためにエクスポージャーが行われることを納得させる。回避が行われてきた理由を話し合い、トラウマ記憶に向き合う事への恐怖を取り除く。良く使われる説明は “memory does not hurt you (記憶はあなたを傷つけない)” である。患者はまさに、記憶を想起することそれ自体が、再び自分を傷つけるかのように感じているのであるが、それはあり得ないということを説明する。

説明は決して一方的な講義のような形ではなく、患者に自分の体験を振り返らせ、特にどのような形で回避を行ってきたのか、なぜ回避をせざるを得なかったのか、それが症状の軽減に役立ったのか、などについて具体的に振り返らせ、気づきを促しながら進められる。この段階で説明が表面的であったり難解に感じられたために患者の理解が不十分であると、後の治療で十分な安心感をもってトラウマ体験の想起を行うことができず、治療の中でも回避が生じてしまうことになる。

よく誤解されることだが、回避をせずにトラウマ記憶に向かい合うという治療は、決して単に恐怖に耐えることを目標とした苦行ではない。記憶を想起して不安になっても、治療の中でその不安が軽減し、想起することで自分が新たに傷つくことは

ないという安心感を体験させることが目標である。ここを誤ると、性急な想起を促したり、想起をして患者が大声で泣く光景を見て、一種のカタルシスが重要であるかのように誤解することになりかねない。また患者にはそもそも想起することへの不安があり、そのために回避を行い、症状が遷延化して治療を受けに来ているのであるから、エクスポージャー法の治療原理を聞いただけで不安になり、第 3 セッションでの想像エクスポージャーの導入前に強い不安を感じさせることもある。

実際、患者からは、自分は回避をしないように努力をしてきたという話を聞くことが希ではない。その内容を良く聞くと、強い恐怖を感じるような状況にあえて身を置いて、恐怖に耐えようとしたが失敗したと言ったことが多い。つまりこれは想起に伴う失敗体験であり、このような失敗は恐怖を一層強め、回避を強化するのである。エクスポージャー法の治療原理はそれとは全く逆であり、想起に伴う不安を自分がコントロールし、耐えることができるという成功体験を積み重ねることが重要である。

同時にトラウマ体験についての情報を収集する。情報収集では、当然のことながら体験そのものについて患者自身が説明することになるので、ある程度のエクスポージャーが自ずと含まれることになるが、この段階では一般診察における問診をやや詳しくしたにとどめ、以下のセッションにおけるような細部にわたる語りを唸がしたり、トラウマ体験時の恐怖を再体験することは求めない。

もし、この段階でのトラウマ体験の情報収集の途中で収集できないパニックが生じたり、幻覚妄想体験が生じるようであれば、PE の適用は再検討する必要がある。

呼吸法は、呼気を重視した緩徐な呼吸によって緊張と不安を和らげるためのものである。米国では PE は心理士によって行われることが多く、不安に対する投薬を行うことができ

ないこともあってか、呼吸法が重視される。投薬に比べると患者が自分で不安をコントロールしている実感が得られるという利点がある。

第2セッションではトラウマ反応についての説明、トラウマ的出来事と、感情への影響、生理学的反応、思考への影響、回避反応との関係を説明する。また、PTSDの診断基準にある、三大症状について解説をし、これらの内容を記したパンフレットを手渡し、宿題の一部として家庭でも復習をさせる。さらにこれらの症状に随伴するその他の精神現象を説明する。恥、怒り、罪責、自己コントロール感の喪失、身体的接触に関心を持ってなくなること、などである。

第3セッションでは現実エクスポージャーや、毎日の治療原理の復習、呼吸法の訓練などが順調に行われているかを確認する。特に現実エクスポージャーで、実際に行ってみた時に、当初感じていた不安が軽減されたこと、エクスポージャーによって何ら新たな危険は生じていないことを確認する。この回以降に行われる想像エクスポージャーは、この治療法の核心であり、もっとも患者の負担の大きい部分なので、ここまでの治療が適切に行われていることが重要である。この回で始めて、想像エクスポージャーの説明と導入がある。第1セッションで想像エクスポージャーについて簡単に説明はしてあるのだが、第2セッションでは全く触れていない。この回に詳しい説明をして、ただちに実施することになる。

初回の想像エクスポージャーでは、患者が順調に話すことはまず無い。多くは感情がこみ上げてきて言いよどんだり、話すことを回避したり、あるいは他人事のように淡々と事件の外枠だけを話す、などの反応が見られる。想像エクスポージャーは、患者が体験記憶に感情的に適切に触れながら、体験について話すことを促していく技法である。想像エクスポージャーの最中には、治療者は患者と対話をするのではなく、患

者が事件記憶を再体験し、それについて話すことを促したり、患者が内診の恐怖に打ち勝って話し続けていることに対する支持的なコメントを挟むが、想起の流れを妨げるようなことは言わない。

その際にも問題となるのは感情的な関与の程度によって新たな回避が生じることである。すなわち、体験当時の感情を強く再体験し、コントロールができなくなるために語ることが妨げられるという

overengagement、また感情を切り離し、体験の表面的な概要だけを他人事のように、一見平静に語り続けるという underengagement である。それらを調整するための手段として、開眼、閉眼や、現在時制、過去時制の使い分けを行ったり、治療原理の再説明を行う。

想像エクスポージャーの最中には治療者は基本的に、通常 of 精神療法で行われるような治療的なコメントは発しないが、想像エクスポージャーが終了した後に、体験内容と想像エクスポージャーそれ自体の過程を振り返ってコメントを行う。想像エクスポージャーによって実際に不安が終了した場合、不安が軽減しなかった場合などによって、治療者が与えるべきコメントがプロトコルに定められているが、いずれにしても初回の想像エクスポージャーは患者にとっても大きな体験であり、患者に対して情緒的なサポートを与えることによって、次回以降の想像エクスポージャーの内容を深めていくことが期待される。

中間セッションでは想像エクスポージャーの時間がやや短いがこれは、この回が短いというよりは、初回が不慣れのため、やや長く設定されていたのである。

治療の進展に伴い、ホットスポットと呼ばれる方法が用いられる。これは体験の最も苦痛な場面に焦点を当て、それを繰り返し語らせるという技法である。通常、5分程度の場面が選ばれることが多い。想像エクスポージャーが次第に体験の核心に焦

点を当て、ホットスポットの技法を用いるにつれて、患者は overengagement もしくは underengagement になったり、あるいは治療への懐疑、不信などを示すこともある。また抑えていた感情が治療中に一気にこみ上げ、泣き出したり、感情のコントロールを失いかけることもある。症状面では、侵入症状を始め、一時的に悪化の見られることもある。これらはいわば治療が病理の核心に触れた事による必然的な反応であるが、その後で状態が劇的に改善することが多い。

最終セッションではホットスポットは扱わず、トラウマ体験の全体について再び話をする。また現実エクスポージャーの不安階層表に沿って現実の刺激に対する SUDS レベルを確認し、治療当初からどの程度減少したかを検討する。治療原理を確認し、今後治療から離れても、トラウマ体験についての不安を抱く必要がないことを確認する。

(2) 対象患者

1) 選択基準：

- ・CAPSでPTSDの診断基準を満たし、かつCAPS得点が40点以上
- ・PTSDの罹病期間が6ヶ月以上
- ・外傷体験が対人暴力（性暴力、配偶者間暴力、その他傷害など）
- ・外傷体験が15才以降
- ・性別：女性
- ・年齢 16歳～65歳
- ・通院が可能な圏内に在住している（通院時間90分以内）
- ・自宅にて毎日2時間の課題が可能な者
- ・日本語を母国語とする

2) 除外基準：

- ・次の精神疾患が併存している（統合失調症、双極性障害、アルコール・薬物関連障害、人格障害A群）
- ・緊急に治療を要する精神症状の存在（重度のうつ症状、自傷行為、自殺企図等）
- ・治療に支障のある身体疾患の存在
- ・てんかん発作の既往があり脳波

が正常化していない者

- ・妊娠中
- ・非識字等調査内容や説明における理解が困難なもの
- ・すでにエクスポージャーの要素を含む社会心理療法（EMDRも含む）を受けたことのある者
- ・PTSD診断が有利になるような訴訟の継続中または3ヶ月以内に予定されている者（ただし離婚訴訟・調停は除く）
- ・過去6ヶ月以内の自殺企図または深刻な自傷行為（縫合を必要とする切創、意識を消失する加療服薬、他者を威嚇するためなどの操作的な自傷等）
- ・他の臨床治験に参加中の者
- ・その他、研究責任者、研究分担医師が被験者として不適当と判断した患者（知的能力の低下、意識障害、治療契約の遵守の不良、不安定な家庭環境など）

(3) 試験の種類・デザイン

評価者に盲検をかけたランダム化比較試験、探索的臨床試験であった。臨床介入が認知行動療法であるため、被験者と治療者に盲検をかけることは不可能。先行研究から α の過誤については有意差を以って棄却できると予想されるが、 β の過誤についてはやや不明確さが残るため、探索的臨床試験とした。なお、 β の過誤については推定の根拠とすべき臨床研究データが日本に存在しないため、まず各群20例で試験を行った。

(4) 試験のアウトライン(図1)

休薬期間なし。前観察期間なし。治療期間はPE群、対照群とも3カ月。後観察期間なし。

(5) 被験者の試験参加予定期間

事前評価、治療、追跡を含め、合計で6ヶ月間。

(6) 治療法の期間、内容等

PE治療は、Edna Foaのプロトコルに従って、セッション中には想像エクスポージャーを行ない、セッション間には、毎日、セッションのテープを自宅で聞き、現実エクスポージャーの課題を30分行なう。

(7) 併用療法に関する規定