

は見られず、対人援護経験有群の自己評価が有意に高かった。海外での対人支援および支援者支援に関するアンケート調査では以下の結果が得られた。

・被災者、被害者に行うべきサービス

- 身体的・精神的ケア。
- 医師（含メンタルヘルス）の派遣。
- 援護期間終了後のケア（定期診療など）。
- メンタルヘルス専門家によるケア・フォロー。
- 現地からの相談（現場では弱みを見せられないため）。
- 休暇（国外で家族や親しい人と過ごさせてあげる）。
- 必要な情報の提供。
- 業務合理化。
- 業務に対する館内の理解、協力。
- 生活環境の改善、経済的な保障。
- 安全の確保。
- 日本語でのサポート（含通訳）。
- 話を聞く相手。
- 備品のサポート。
- 和食の差し入れ（和食レストランがあれば取り寄せ）。

・支援者に行うべきサービス

- 早期にマンパワーを補充して仕事量を減らす。睡眠時間を確保。
- 休暇を強制的にとるシステム。
- 仕事の代行者がいないと休めない。
- 経験豊富な領事の体験共有の機会提供。
- 研修の充実。
- 現場状況等正確な情報提供。
- 適切な情報の提供。

援護者に対する精神的・身体的ケア。

援護者家族への必要な支援。

被災地での衣食住のサポート。

生活環境の改善。

安全の確保。

メンタルヘルスのフォローアップ。

マスメディアから守ってほしい（仕事をする時間確保のため）。

参加者の事後評価はきわめて高く、多くの参加者から海外邦人コミュニティでのさらなる啓発普及を希望する旨の連絡が入った。12月19日には、指導者研修参加者によるPFA1日研修を実施した。参加者はタイ在留邦人を主とする18名（看護師、病院事務職、医務官、邦人援護担当領事、日本人学校教員等）であった。プレ・ポストテストにより大半に教育効果が認められた。

5) シンポジウム「精神医療過疎地への遠隔支援者に求められる多文化的感性」の開催：

2014年5月24-25日に長崎で開催された第21回多文化間精神医学会において上記シンポジウムを企画した。精神医療過疎地に起きた大規模緊急事態では、外部からメンタルヘルス専門家が支援に入るため、被災地の文化風土や被災者の属性による文化特性を尊重した支援が求められる。本シンポジウムでは、東日本大震災や海外での大規模緊急事態のため外部から現地入りしたメンタルヘルス専門家の体験から、支援者が準備すべき文化を感じる力Cultural Competenceについて理解を深め、海外邦人コミュニティへの遠隔支援を

含む多文化臨床の実践につながる場とした。

シンポジストと演題は以下の通り。

- ・鈴木 満 (岩手医科大学、外務省、NPO 法人心の架け橋いわて)「精神医療過疎地への遠隔支援者に求められる多文化的感性」
- ・丹原健翔 (一般社団法人日本イスラエイド・サポート・プログラム)「国際 NGO による大規模災害後の支援の工夫と取り組み」
- ・伊藤亜希子 (NPO 法人心の架け橋いわて)「東日本大震災被災地における地域文化と葛藤」
- ・宮村通典 (岩手県立大槌病院)「被災地支援としてのとまどい」

6) シンポジウム「海外邦人とその家族の心を守る」の開催：

2014年6月26日横浜で開催された日本精神神経学会において上記シンポジウムを企画した。シンポジストと演題は以下の通り。海外複数国での勤務体験を持つ医務官による現地からの報告であり、発展途上国での精神医療資源の現況についても詳しい説明がなされた。

- ・鈴木 満 (岩手医科大学、外務省)「海外邦人および家族の地域特異的ストレス要因」
- ・吉川 潔 (在マダガスカル日本国大使館)「生活環境の厳しい国や地域でのメンタルヘルス」
- ・松木秀幸 (在南アフリカ日本国大使館)「サハラ以南アフリカ地域の在留邦人のメンタルヘルスケア」(ビデオレター参加)

吉田常隆 (在タイ日本国大使館)「アジア在留邦人の精神保健と専門家のネットワーク構築の試み」

7) 教育講演会およびシンポジウム「被災地の長期メンタルヘルス支援を共に考える-アルコール問題への全生活支援-」の開催：

2014年11月9日仙台において被災地支援3団体の交流事業として教育講演会とシンポジウムを開催した(復興庁、ローズファンド、JapanPlatform助成)。本企画は、岩手県、宮城県、福島県でアウトリーチ型メンタルヘルス支援活動を行う3団体が協力して運営し、サテライト会場(東京、盛岡、釜石)にも配信した。参加者は約100名であった。被災3県で長期的な支援活動を続ける団体に共通する課題であるアルコール関連障害について、現状報告と対策協議を行った。教育講演者と演題は以下の通りである。

- ・森川すいめい (認定NPO法人世界の医療団)「自殺に追い込まれる人の少ない地域から学ぶ支援計画とは」

シンポジストと演題は以下の通りである。

- ・鈴木 満、伊藤亜希子、山中浩嗣 (NPO 法人心の架け橋いわて)「被災地のアルコール問題から見えてくる心理社会的課題」
- ・原 敬造 (一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ)「石巻圏におけるアルコール関連問題への取り組み」
- ・河村木綿子 (相馬広域こころのケアセンターなごみ)「相双地域のお酒の問題」

7) 外務省在外領事研修における PFA 1 日研修会の開催：

昨年度に続き外務省で開催された在外領事研修(2014年11月)において PFA 1 日研修会を施行した。研修指導は大沼、大滝両研究協

力者が担当した。研修会でのロールプレイ観察の結果、参加者の大半に対人援護職としての技能および共感性の高さを認めた。また研修前後の自己評価テストにより、現場経験豊かな邦人援護担当領事においても研修による学習効果が得られることが明らかとなった。これまで外務省本省および在外において本研修に参加した邦人援護担当領事は約 70 名のぼり、外務省内の共通対人援護ツールとして PFA の有用性が広く評価されつつある。

8) IT 機器を活用した PFA 遠隔研修

2014 年 10 月 18 日に主として岩手県、宮城県に在住する看護師、産業カウンセラー、心理士、教員等 140 名を対象として、盛岡、仙台、釜石、東京の 4 カ所で PFA 1 日研修を施行した。主会場である盛岡と他 3 カ所をテレビ会議システムで結び、各会場にはファシリテーターを配置した。講義部分については盛岡会場から発信（大沼研究協力者他）し、ロールプレイなどの実習部分については各会場のファシリテーター（大滝研究協力者他）が指導した。この手法を用いることで遠隔地からでも支援者育成が可能であることが示された（本事業はローズファンド、Japan Platform の助成により実施した）。

D. 考察

海外邦人を取り巻く生活上のリスクは大地震、津波といった自然災害にとどまらない。2013 年 1 月にはアルジェリアで、2015 年 2 月にはシリアで邦人人質殺害事件が発生しテロの脅威はますます深刻なものとなっている。

政情不安とそれに伴う治安悪化等に巻き込まれるリスクは退避勧告がなされるような特定の地域に限定されたものではなく、ボストンマラソンでの爆破事件、パリでの新聞社襲撃事件など先進国大都市でも起こりうる。インドネシア航空の墜落事故、韓国での大型観光船転覆事故といった集団移動に伴う事故は日常の中にあるリスクであり、2014 年に西アフリカ諸国で拡大したエボラウイルス感染は人の移動によって国境を越えたりリスクになり、それがために感染事例や感染疑い事例の報道大きな社会不安に繋がった。また大規模ではないが、インドで連続して発生した邦人女性暴行事件は異文化環境における情報遮断下で起きた痛ましい事件である。そして、メンタルヘルスケアはリスクマネジメントに欠かせない要件である。

惨事ストレスに暴露された海外邦人の多くは、情報遮断と主体的移動の制限により災害弱者化し国内に居る時と比較してより多くの支援をより早期に必要とするが、実際にはより少ない支援資源がより遅延した状況で提供されることが多い。特に邦人コミュニティの規模が小さい発展途上国で被災、被害に遭った場合には介入遅延による症状の重症化や救急事例化が起りやすい。外務省在外公館邦人援護担当領事は、非専門家ながらそういった事例への初期介入を担ってきた。

本調査研究では、PFA 研修でのロールプレイの場面を観察することで彼らの対人援護技能の把握を試みたところ、総じて高い援護能力を認めた。しかしながら個々の経験に頼った援護技能だけに自己評価にはばらつきが目

立った。PFA の 1 日研修参加によって得られた標準化への気づきは自己評価を高め、同じ対応であっても理論的裏付けを持って行動できるようになったとの声が多く参加者から得られた。一方、外務省在外公館医務官の業務は基本的に公館員の健康管理であり、海外での医療行為の制限もあることから被災、被害邦人への介入は公館長の裁量によるところが大きい。医務官は海外での大規模緊急事態において「隠れた被災者」となりうる邦人援護担当領事への支援者支援を行う等、組織のケアを担当する役目を負っているということができる。今回の海外邦人コミュニティにおける初めての PFA 指導者研修に 8 名の医務官が参加したことは今後海外での支援者育成を進めるために極めて意義深い。PFA が海外邦人コミュニティに広まることでコミュニティ全体の支援力が高まり、惨事ストレスに際しての災害弱者化を軽減することが期待される。

これまでの海外メンタルヘルス調査の多くが先進国大都市の邦人コミュニティを対象に施行されたのに対して、本調査研究ではその対象をアフリカや中東に広げ、また複数国を赴任した領事から小規模邦人コミュニティでの生活体験情報を得ることができた。

メンタルヘルス専門家間の連携を強化については、主として一時帰国中の海外在住専門家による連絡協議会を継続し、国内にあっては東北被災 3 県における被災地メンタルヘルス支援団体間の連携を強化することで広域精神医療過疎地への遠隔支援の方策についての議論を深めることができた。さらに IT 活用による多拠点同時 PFA 研修を行うことができ、

通信環境さえ整えば海外を含めた遠隔支援者支援の可能性が広がることがわかった。

E. まとめ

東日本大震災は、「精神医療過疎地に発生した大規模災害におけるメンタルヘルスケア」という課題をあらためてわれわれに投げかけたが、これは現在の世界各地におけるメンタルヘルスの課題と重なるものである。そして、国内の地域精神医療の対象から実質的に除外されている海外邦人へのメンタルヘルスケアは、災害弱者という観点からより手厚くされるべきである。そのためには、標準的な対人援護ツールを共有する支援者育成、海外邦人コミュニティ間連携の強化が有用である。

(本報告書の内容は個人的見解によるものであり、外務省の公式見解ではない。)

F. 研究発表

1. 論文発表

1) 鈴木 満, 吉川 潔, 吉田常孝, 松木秀幸: 外務省メンタルヘルス担当官の立場から - 海外邦人の環境不適應から大規模緊急事態への対応まで - 特集: 海外勤務者のメンタルヘルス対策 - 現状と課題 - . 産業精神保健 22(3): 206-211, 2014

2) 鈴木 満: 経営リスクを拡大するメンタル不調 - メンタルヘルス対策はリスクマネジメント. グローバル経営 2014 年 11 月号: 12-15, 2014

3) 鈴木 満 (分担執筆): 精神医療過疎地への遠隔支援者に求められる多文化的感性. 災

害時のメンタルヘルス. 医学書院, 東京

2015 印刷中

2. 学会発表

1) 鈴木 満: 海外邦人および家族の地域特異的ストレス要因. シンポジウム 33 海外邦人とその家族の心を守る. 第 110 回日本精神神経学会学術総会. 2014.6.24 (横浜)

2) 鈴木 満: 精神医療過疎地への遠隔支援者に求められる多文化的感性. 第 21 回多文化間精神医学会 2014.5.25 140525 (長崎)

3) 鈴木 満: 指定発言. シンポジウム海外赴任者の新たな潮流中国からチャイナ・プラスワンへ. 第 21 回多文化間精神医学会 2014.5.25 (長崎)

4) 鈴木 満: 指定討論. 海外邦人メンタルヘルスの動向 - 海外生活ストレスへの対応および大規模緊急事態へ備え - JAMSNET 東京第 3 回講演会海外で働く - 危機の時代のメンタルヘルス - 2014.8.2 (東京)

5) 鈴木 満: 岩手県大槌町における遠隔メンタルヘルス支援の試みと課題. 第 22 回日本精神科救急学会 (旭川) 2014. 10. 5

6) Yuko Murakami, Akiko Ito, Mitsuru Suzuki: Long-term community support following the Great East Japan Earthquake: The process of establishing mental health awareness and care services. 16th Panpacific Rim College of Psychiatrists 2014.10.6 (Vancouver, Canada)

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
（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

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

分担研究者	荒木剛	東京大学ユースメンタルヘルス講座
研究協力者	桑原齊	東京大学バリアフリー支援室
	菊次彩	東京大学ユースメンタルヘルス講座
	安藤俊太郎	東京大学大学院医学系研究科、精神医学
	笠井清登	東京大学大学院医学系研究科、精神医学

研究要旨

東日本大震災において東大病院は、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。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を認識した。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る。本年度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。

A. 研究目的

2011年3月11日に生じた東日本大震災に対して東大病院は、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。こうした活動の教訓として、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が重要であることを認識した。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る。今後の自然災害において、災害医療マネジメントの手法を生かすことにより、こころのケアを含む円滑かつ総合的な災害医療を提供することが可能となると考えられる。

B. 研究方法

東大病院の荒木は震災医療の初動から中長期的保

健・予防活動に関して、東日本大震災において宮城県東松島市にて深く関わってきた。その経験を基に災害医療マネジメントの手法を確立していく。また東松島市において震災後より健康調査・訪問調査において精神症状の評価を行っており、それらを基にして、心理社会的支援・精神医療の有効的な提供を行ってきた。これらの精神症状評価尺度を後方視的に解析することによって、震災後の精神症状の推移を観察することが可能となる。またその推移に応じた適切な精神医療・保健活動を行えたかどうかを検証できる。この後方視的研究は、「大規模震災後に発症する精神症状に関する臨床評価指標の後方視的研究」として東京大学倫理委員会にて承認されている（承認番号 3583-(2)）。

C. 研究結果

本年度はまず 2011 年 3 月から 2013 年 3 月までにおいて、被災地における精神科医療のニーズの変化について言及する。さらに子供のケアについてもふれ

る。

1) こころの相談窓口における相談内容

支援の原則はニーズに基づいた支援であり、これは震災直後から中長期的な時期に移行しても最も大切なことである。地元の被災者の支援を適切に把握し、それに対応する支援を行わなければ意味のある震災支援は行えない。

宮城県東松島市では、こころのケア相談窓口を開設していたが、そこにおける平成23年度、平成24年度、平成25年度の相談内容の内訳を報告する(図1)。平成23年度つまり震災から約1年間の相談内訳で、最も多かったのが、不眠・不安・抑うつであった。それらでほぼ7割の相談内訳を占めていた。

平成24年度となって、不眠・不安の割合が減少し、抑うつとアルコールの問題が明らかとなってきた。この2項目でほぼ6割の相談内訳を占めていた。平成25年度ではさらにその傾向が強まり、アルコールの問題の割合の高さが強まっている。

2) 特定健診におけるアンケートの結果

一般市民に対するメンタルケアの一環として、特定健診受診者に対して、こころのアンケートを行っている。睡眠、アルコール(CAGE)、抑うつ傾向(K6)などについてアンケートに答えてもらい、その結果をもとに、保健師やPSWが電話や訪問によるフォローアップを行うという精神保健活動を震災後から継続的に行っている。

今回、平成24年から25年にかけての特定健診受診者に対するアンケート調査の縦断的検証を行った。平成24年こころの健康アンケート対象者11855人のうち平成24年回答者3518名(回答率29.7%)、その中で、平成25年にも回答したのが2192名(追跡率62.3%)であった。追跡調査に参加した人は男性が多く、年齢が高く、抑うつ傾向が低い特徴がみられた。平成24年にはうつ病性障害が8.8%、アルコール依存が2.9%、平成25年にはうつ病性障害が11.0%、アルコール依存が2.8%みられた。抑うつ、睡眠障害は平成24年に比べて25年では悪化傾向がみられた。また重度抑うつは回復しにくく遷延することが多く、男性に比べ女性のほうが抑うつが悪化する傾向がみられた。また睡眠障害があると抑うつが悪化する傾向、大規模半壊以上の家屋被害を抱える方の抑うつの回復が妨げられる傾向がみられた。これらより、継続して市民のこころの健康を見守る必要性、家屋の被害が大きい世帯におけるサポート

の必要性、抑うつのリスクとなる睡眠障害を持つ人へのケアが大切であることがわかった。

3) 東松島市職員等の心の健康維持事業

震災後3年たってようやく体制が整い、総務課が窓口となって東大精神科の医師3名心理士1名による全職員452名の全員面談を2014年5月から8月にかけて全18回でおこなった。WHO-5, K6, CAGE, 睡眠, サポートの有無, 自己参照などの項目を含めた事前質問紙に記入してもらい、守秘義務をもって面談を行った。人の目を気にしないで、普段話せないようなことを話せた、など前向き感想をいただいて、職員ケアの一端を担った。

D. 考察

こころの相談窓口に関しては、このように、年単位でみるとニーズの変化が明らかであるとともに、あらためて振り返ると急性期から中長期にかけてニーズの変化が週単位、月単位で推移してきた印象が強い。そのため、円滑な支援を行うためには、現地のニーズを的確に把握できるキーパーソンとの連携が欠かせない。またそのニーズに応じた支援を行う姿勢を支援側が共通して持つことが大切となる。このようなニーズの把握と周知徹底がマネジメントにおいて重要な側面を占める。

今回、ようやく職員ケアを行うことができたが、震災後3年たってもその影響はまだ大きく、被災地の職員のこころの健康に留意しつつ、支援に入ることの大切さをあらためて知った。

E. 結論

2015年3月現在でも急性期から支援を行っていたスタッフによる支援が継続されているのが、東大精神科の支援の特徴である。今後も現地のニーズがある限りは支援を続けていきたいと考えている。これまでの支援活動の全ては現地の市役所の保健師の方々の適切な指揮によって進められてきた。地元の保健師の方々、市役所の職員の皆様との関係を築けたことに感謝する。

F. 研究発表

1. 論文発表

Kuwabara H, Araki T, Yamasaki S, Ando S, Kano Y and Kasai K: Regional differences in

post-traumatic stress symptoms among children
after the 2011 tsunami in Higashi-Matsushima,
Japan. Brain Dev. 37:130-6, 2015
DOI 10.1016/j.braindev.2014.02.003

雑誌 116:189-195, 2014

2. 学会発表

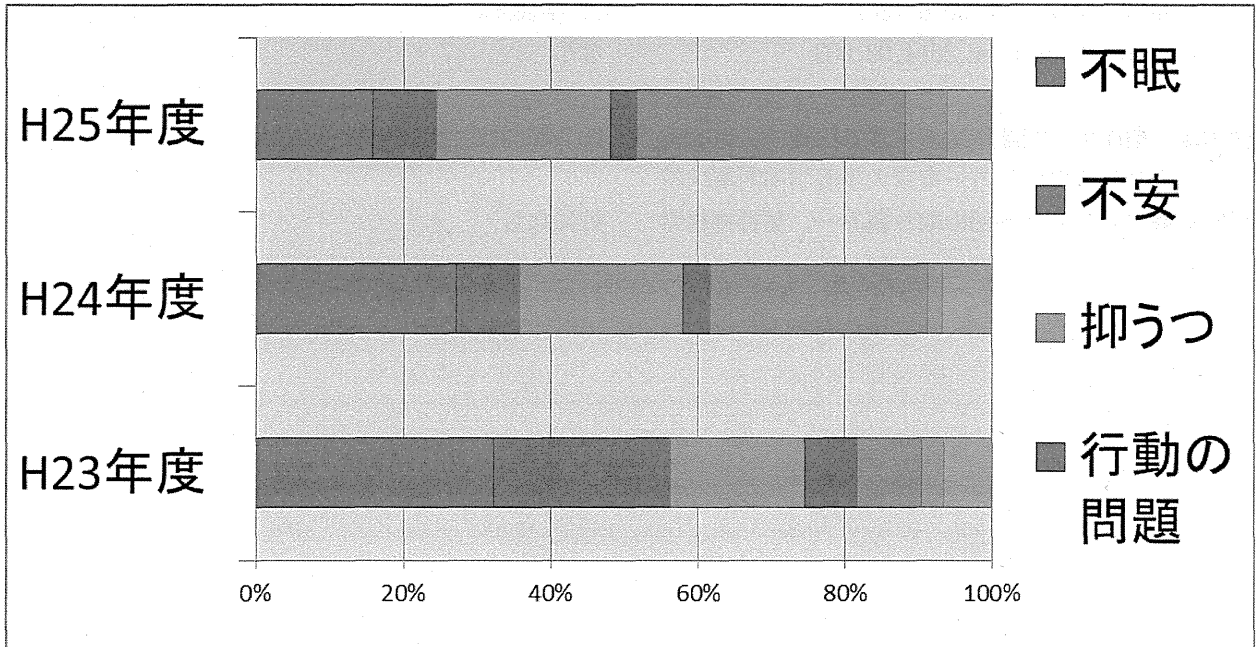
なし

荒木剛、桑原斉、安藤俊太郎、笠井清登：災害直後
のこころのケアのあり方—東京大学医学部附属病院
災害医療マネジメント部の取り組み—。精神神経学

G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図1



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

一般住民におけるトラウマ被害の精神影響の調査手法

分担研究者 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）
研究協力者 高野 歩（東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 院生）

研究要旨

本年度研究では、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を継続した。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」を作成した。

1) 被災地における精神健康調査尺度の特性：岩手県で実施された妥当性調査からは、K6 のカットオフ点が増加することが確認された。

2) 「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」の作成：被災地住民の精神健康の調査方法について、①被災者の精神健康調査の概要、②抑うつ・不安の評価、③心的外傷後ストレス症状の評価、④飲酒行動および飲酒関連問題の評価、⑤その他の精神健康状態の評価についてまとめた。マニュアルの素案を専門家に送付し、意見をもらって修正し最終版を作成した。

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」を完成した。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。

キーワード：災害精神保健、抑うつ・不安、心的外傷後ストレス症状、飲酒関連問題

A. 研究目的

本分担研究の目的は、科学的根拠および国内関係者のコンセンサスなどをもとに、統一的な災害時の精神保健の評価方法を推奨・提案することである。またこれにより、災害時の症状評価方法を統一し、共通の方法で災害時の精神保健の情報収集、整理、相互比較が可能になる枠組みを提供することである。

平成 24 年度の文献レビューから、抑うつ・不安、心的外傷後ストレス症状、飲酒問題、不眠などの精神健康状態について、国内外の被災者において使用されている尺度を収集した。平成 25 年度は、このうち K6 尺度をとりあげて、既存の報告や既存データをもとに被災者におけるそのスクリーニング効率を検討し、被災者ではそのスクリーニング効率が一般住民の場合とくらべて低下し、またカットオフ点が増加していることを明らかにした。また被災地住民の調査に係わった経験のある調査員からの聞き取りを行い、被災地における心の健康に関する調査の留意点をまとめた。

本年度研究では、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を継続した。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」を作成した。

B. 研究方法

1. 被災地における精神健康調査尺度の特性

平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）「岩手県における東日本大震災津波被災者の支援を目的とした大規模コホート研究」における分担研究報告書「岩手県被災地域における精神健康調査の妥当性の検討」から情報を収集した(1)。

この調査では、岩手県陸前高田市において、東日本大震災健診の受診者を対象として K6、PTSD チェックリスト 4 項目版(PCL-4)、PTSD-3 による精神疾患のスクリーニングの妥当性が検証された。

2013 年 12 月 2 日から 9 日にかけて陸前高田市の米崎地区コミュニティセンター、および竹駒地区コミュニティセンター会場で行われた健診の受診者を、K6 得点に基づいて 0-4 点、5-8 点、9-13 点、14 点以上の 4 層に区分して層化無作為抽出し、協力を依頼した 123 名のうち同意を得られた 98 名より Mini international neuropsychiatric

interview による面接調査を実施し、また K6 および PTSD-3 への回答を得た。PTSD-3 は、PTSD-3 とは金吉晴（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）らが開発したものであり、過去 1 週間の PTSD 症状に関する 3 つの項目からなるスクリーニング尺度である。面接調査による大うつ病性障害、心的外傷後ストレス障害(PTSD)、全般性不安障害の診断を行い、いずれかの疾患の診断を基準として K6 によるスクリーニングの妥当性を、また PTSD 診断を基準として PTSD-3 によるスクリーニングの妥当性が検証されている。また K6 については、追加項目(「こうした不調が原因で、日常生活に支障をきたすことがあった」)を用いることによるスクリーニングの精度向上の検討が行われた。

2. 「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」の作成

1) マニュアル素案の作成

マニュアルでは、①被災者の精神健康調査に関する総論、各論として②抑うつ・不安、③心的外傷後ストレス症状、④飲酒行動および飲酒関連問題をとりあげることとした。

①被災者の精神健康調査に関する総論については、被災者の精神健康調査で調査すべき側面、被災者の精神健康調査の方法、被災者の精神健康調査の一般的留意点について整理することとした。

②抑うつ・不安、③心的外傷後ストレス症状、④飲酒行動および飲酒関連問題については、文献レビューを行い、その要素の(a)モニタリングの重要性、(b)調査時期と方法、(c)代表的な評価ツールについての紹介(信頼性・妥当性・評価基準、被災者における信頼性・妥当性・評価基準、許可が得られ、重要な尺度についてはその原本も)、(d)その他の評価法の情報、(e)留意点について整理した。

2) 専門家の意見による修正

作成されたマニュアルを、本研究班の分担研究者および被災地における精神保健調査の経験を持つ研究者に送付し、意見を収集した。意見に基づいてマニュアルを修正し完成した。

C. 研究結果

1. 被災地における精神健康調査尺度の特性

調査参加者は 96 名であり、うち過去 30 日にいずれかの診断がついた者は 18 名、PTSD 診断のついた者は 5 名だった。K6 の最適カットオフ点は 8/9 であり、この場合、感度 0.89、特異度 0.69、陽性的中率(PPV)0.40、陰性的中率(NPV)0.96 であった。PTSD-3 はカットオフ点 1/2 で、感度 0.80、特異度 0.73、PPV0.14、NPV0.99 であった。K6

が 9 点以上でかつ追加項目の「こうした不調が原因で、日常生活に支障をきたすことがあった」に少しだけ以上を陽性とした場合には、感度 0.89、特異度 0.77、PPV0.47、NPV0.97 となった。

2. 「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」の作成

1) マニュアル素案の作成

マニュアルの素案を作成した。被災者の精神健康調査に関する総論については、被災者の精神健康調査で調査すべき側面、被災者の精神健康調査の方法(尺度の選定方法、調査方法、時期、欠損値の取り扱い)、被災者の精神健康調査の一般的留意点(精神健康調査で高得点になった者のうち精神疾患である者の割合は限られていること、精神健康調査の集団平均得点の高低はその集団の精神疾患の頻度を反映したものではないこと)、および調査研究として実施する場合の留意点(倫理的配慮や回答者・自治体との関係)について記載した。

抑うつ・不安については、これまでの研究から、被災者の抑うつ・不安は、災害直後から 6 ヶ月頃まで増加し、その後しだいに減少する(2,3)。しかし災害の持つ特徴、地域の復興状況、被災者のおかれた状況によっては抑うつが持続する場合もある(2)。また数年の経過の中で再度上昇することもあるとした。代表的な尺度として、K6、Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)を紹介した。この他 General Health Questionnaire (GHQ)の 28 項目あるいは 12 項目版、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)が使用されることも記載した。子供の抑うつ・不安の評価については被災地での使用例を紹介した。

心的外傷後ストレス症状については、文献レビューから被災者の心的外傷後ストレス症状は、災害直後から増加し、6 ヶ月頃までにピークとなり、多くはその後しだいに数年のうちに軽減する(2-5)。しかし経過の中で再度増悪することもあるとした(6)。代表的な尺度として、改訂出来事インパクト尺度 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)、SQD、その他、PTSD-3 を取り上げた。この他 PTSD 診断尺度 (PDS)、PTSD Checklist (PCL)、および子どもの心的外傷後ストレス症状の評価事例を紹介した。

飲酒行動および飲酒関連問題については、災害後 1 年程度の間、被災者の飲酒量は全体的に増加し、その後減少しはじめる(7-9)。災害後の飲酒問題も増加することが多い。その後の飲酒問題が減少するか、数年にわたって増加するかは災害やその後の状況によって異なると整理した。飲酒問題の評価については、被災地の文化・風土によって

は、被災者の飲酒関連問題に対する心理的抵抗感が強く、正しい回答が得られなかったり、調査への回答そのものを拒否したりすることがある。このため精神健康調査としては飲酒行動のみに着目した評価が適切であると考えた。代表的な尺度としては飲酒頻度、量、多量飲酒の頻度をたずねるAUDIT-Cをとりあげることにした。

2) 専門家の意見による修正

作成したマニュアル素案は、専門家からはおおむね適切なものであると評価された。

全般的な留意点への意見として、倫理面への配慮などを追加すべきとの意見があった。調査として実施した場合、住民や自治体に報告がなく「やりっぱなし」になっているという批判があることから、原則として参加者には結果を返すことを伝えるべきとの意見があった。これらの点を追記した。

PTSD等について、これまでの震災などで調査票尺度によりPTSDが住民の70%という結果が報道されたり、あるいは東日本大震災でK6による「重症精神障害」の割合が高いとの報告が出されることで、質問票尺度の高得点者の頻度と精神疾患の有病率が混同される場面があることから、尺度の高得点者をそのまま精神疾患と考えないことについて留意点を追加した。

その他の精神健康状態として、自殺のスクリーニングに関して盛り込むべきとの意見があった。この点については研究班の分担研究者から自殺念慮を調査票で質問し参考になったとの意見もあったが、現時点では尺度に関する被災状況での信頼性、妥当性、有用性の情報がほとんどないため自殺のスクリーニングを直接取り上げることは断念した。一方、抑うつ状態が強い場合には自殺リスクが増加すると一般に考えられることから、抑うつ・不安の項に、抑うつを参考に自殺リスクの評価を行う点を追記した。睡眠障害について触れるべきとの意見があり、これを追加した。

IES-R-Jの利用については、公益財団法人東京都医学総合研究所 飛鳥井望副所長に、Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)の利用については福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座 藤井千太講師、兵庫県こころのケアセンター 加藤 寛センター長に助言をいただいた。また国立病院機構久里浜医療センター 松下幸生副院長に被災者における飲酒問題の評価について助言を得た。

3) マニュアルの完成

以上の検討を経て、マニュアルを完成した。その目次を表1に示す。

表1 「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」の目次

I. はじめに
1. 被災者の精神健康調査にあたって
2. 被災者の精神健康調査で取り上げるべき側面
3. 被災者の精神健康調査の方法
4. 被災者の精神健康調査の一般的留意点
5. 調査研究として実施する場合の留意点
II. 抑うつ・不安の評価
1. 災害発生後における抑うつ・不安
2. 抑うつ・不安のモニタリングの重要性
3. 調査時期と方法
4. 代表的な評価ツール
1) K 6
2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)
3) その他の抑うつ・不安の評価法
4) 災害時における子供の抑うつ・不安の評価
5. 留意点
III. 心的外傷後ストレス症状
1. 災害発生後における心的外傷後ストレス症状
2. 心的外傷後ストレス症状のモニタリングの重要性
3. 調査時期と方法
4. 代表的な評価ツール
1) 改訂出来事インパクト尺度 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)
2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)
3) PTSD-3
4) その他の PTSD 症状の評価法
5) 子供の PTSD 症状の評価法
IV. 飲酒行動および飲酒関連問題の評価
1. 災害発生後における飲酒行動および飲酒関連問題
2. 飲酒行動および飲酒関連問題のモニタリングの重要性
3. 調査時期・方法
4. 代表的な評価ツール
1) AUDIT-C (3項目)
2) その他の飲酒関連問題の評価法
5. 評価にあたっての留意点
V. その他の精神健康状態の評価
1. 自殺傾向の評価
2. 睡眠障害の評価
文献

D. 考察

1. 被災地における精神健康調査尺度の特性

岩手県陸前高田市での妥当性検討では、K6の最適カットオフ点が8/9と、一般集団での4/5点にくらべて上昇しており、平成25年度報告における結論と一致していた。K6に対して、社会機能障害に関する一項目を追加することは、気分・不安障害のスクリーニング効率をわずかに増加させたが、大きな効果とは考えられなかった。一方、この調査からは新たにPTSD-3が心的外傷後ストレス症状のスクリーニングに有用である可能性が示された。しかしながらこの調査ではPTSDと診断された者の数が少なく、今後のさらなる調査が必要である。

2. 「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」の作成

「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、文献レビュー、被災者における精神健康尺度の妥当性に関する最近の情報の収集結果、専門家による意見に基づいて完成された。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。しかし被災者における精神健康尺度の妥当性に関するこれまでの研究は小規模なものが多く、今後さらに研究が進むものと考えられる。PTSD-3や被災者におけるAUDIT-Cなど研究が不十分な尺度もある。本マニュアルは、最新の情報を反映して、今後継続的に改訂されることが望まれる。

E. 結論

本年度研究では、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を継続した。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」を作成した。

1) 被災地における精神健康調査尺度の特性：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) 「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」の作成：被災地住民の精神健康の調査方法について、①被災者の精神健康調査の概要、②抑うつ・不安の評価、③心的外傷後ストレス症状の評価、④飲酒行動および飲酒関連問題の評価、⑤その他の精神健康状態の評価についてまとめた。マニュアルの素案を専門家に送付し、意見をもらって修正し最終版を作成した。

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」を完成した。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。

F. 健康危険情報

該当なし。

G. 研究発表

該当なし。

H. 知的財産権の出願・登録状況

該当なし。

I. 文献

- 川上憲人、立森久照、下田陽樹、坂田清美、大塚耕太郎、鈴木るり子、横山由香里、川野健治、山下吏良、白神敬介、大槻露華. 岩手県被災地域における精神健康調査の妥当性の検討. 平成25年度厚生労働科学研究費補助金健康安全・危機管理対策総合研究事業「岩手県における東日本大震災津波被災者の支援を目的とした大規模コホート研究」分担報告書, 2014.
- Chen YL, Hsu WY, Lai CS, Tang TC, Wang PW, Yeh YC, Huang MF, Yen CF, Chen CS. One-year follow up of PTSD and depression in elderly aboriginal people in Taiwan after Typhoon Morakot. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2014 Jul 28. doi: 10.1111/pcn.12227. [Epub ahead of print]
- Fergusson DM, Horwood LJ, Boden JM, Mulder RT. Impact of a major disaster on the mental health of a well-studied cohort. *JAMA Psychiatry*. 2014 Sep;71(9):1025-31. doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.652. PubMed PMID: 25028897
- Neria Y, Nandi A, Galea S. Post-traumatic stress disorder following disasters: a systematic review. *Psychol Med*. 2008 Apr;38(4):467-80.
- Wang CW, Chan CL, Ho RT. Prevalence and trajectory of psychopathology among child and adolescent survivors of disasters: a systematic review of epidemiological studies across 1987-2011. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013 Nov;48(11):1697-720.
- Usami M, Iwaware Y, Watanabe K, Kodaira M, Ushijima H, Tanaka T, Harada M, Tanaka H, Sasaki Y, Saito K. Decrease in the Traumatic Symptoms Observed in Child Survivors within Three Years of the 2011 Japan Earthquake and Tsunami. *PLoS One*. 2014 Oct 23;9(10):e110898. doi: 10.1371/journal.pone.0110898.
- Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Hasin DS. Stressful life experiences, alcohol consumption,

and alcohol use disorders: the epidemiologic evidence for four main types of stressors. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Nov;218(1):1-17.

8. North CS, Ringwalt CL, Downs D, Derzon J, Galvin D. Postdisaster course of alcohol use disorders in systematically studied survivors of 10 disasters. *Arch Gen Psychiatry*. 2011 Feb;68(2):173-80.
9. Keyes KM, Hatzenbuehler ML, Grant BF, Hasin DS. Stress and alcohol: epidemiologic evidence. *Alcohol Res*. 2012;34(4):391-400.

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

目次

I. はじめに	2
1. 被災者の精神健康調査にあたって	2
2. 被災者の精神健康調査で取り上げるべき側面	2
3. 被災者の精神健康調査の方法	2
4. 被災者の精神健康調査の一般的留意点	3
5. 調査研究として実施する場合の留意点	3
II. 抑うつ・不安の評価	5
1. 災害発生後における抑うつ・不安	5
2. 抑うつ・不安のモニタリングの重要性	5
3. 調査時期と方法	5
4. 代表的な評価ツール	5
1) K6	5
2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)	7
3) その他の抑うつ・不安の評価法	8
4) 災害時における子供の抑うつ・不安の評価	8
5. 留意点	8
III. 心的外傷後ストレス症状	10
1. 災害発生後における心的外傷後ストレス症状	10
2. 心的外傷後ストレス症状のモニタリングの重要性	10
3. 調査時期と方法	10
4. 代表的な評価ツール	11
1) 改訂出来事インパクト尺度 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)	11
2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)	13
3) PTSD-3	13
4) その他の PTSD 症状の評価法	13
5) 子供の PTSD 症状の評価法	14
IV. 飲酒行動および飲酒関連問題の評価	14
1. 災害発生後における飲酒行動および飲酒関連問題	14
2. 飲酒行動および飲酒関連問題のモニタリングの重要性	14
3. 調査時期・方法	14
4. 代表的な評価ツール	15
1) AUDIT-C (3項目)	15
2) その他の飲酒関連問題の評価法	16
5. 評価にあたっての留意点	16
V. その他の精神健康状態の評価	16
1. 自殺傾向の評価	16
2. 睡眠障害の評価	16
文献	17

1. はじめに

1. 被災者の精神健康調査にあたって

被災者に対して精神健康調査を行うことは、被災者個人および集団としての精神保健ニーズを数量的に把握するために有用である。被災者の精神健康調査を正しく計画し、実施し、結果を適切に解釈するためには、被災者の精神健康調査についてここに記載するような基本的事項を理解しておく必要がある。

2. 被災者の精神健康調査で取り上げるべき側面

1) 調査する精神健康の側面

被災者の精神健康調査では、①抑うつ・不安、②心的外傷後ストレス（PTSD）症状、③飲酒問題、④睡眠障害、⑤QOL、⑥その他（例、レジリエンスやソーシャルキャピタルなどの個人・社会資源など）が評価されている。このマニュアルでは、特に重要と考えられる①抑うつ・不安、②心的外傷後ストレス（PTSD）症状、③飲酒問題をとりあげて説明する。

2) 個人および集団の評価

被災者の精神健康調査は、個人の精神保健ニーズの把握とともに、集団としての精神健康状態の把握にも使われる。いずれも方法も有用であることを認識しておくようにする。

3. 被災者の精神健康調査の方法

1) 調査用尺度の選定

被災者の精神健康調査で使用される調査票（尺度）を選定するにあたっては、以下の点を考慮することが望ましい。

- [1] 調査の目的と尺度の内容が一致していること（調査したいと考える精神健康の側面を測定できる尺度であること）。
- [2] 尺度の信頼性と妥当性（感度、特異度など）が報告されていること。日本語版を使用する場合には日本語版の信頼性と妥当性が報告されていること。
- [3] 標準集団（全国調査など）との比較が可能であること。
- [4] 被災状況で使用された経験がある尺度であること。できる限り被災状況での信頼性と妥当性（感度、特異度など）が報告されていること。
- [5] 尺度の記入時間や尺度の項目に対する情緒的反応などを考慮し、調査が被災者にとって過度の負担にならないこと。
- [6] 使用許可や使用料が発生する場合にはその手続を行う用意があること。

2) 質問票調査と聞き取り調査

被災者の精神健康調査では、費用やマンパワーの制限から調査票による調査が行われることが多い。調査票調査は、聞き取り調査では話しにくい情報を記入してもらえなどの

利点がある。しかし被災者は調査以外にも多くの書類を記入する必要に迫られている。繰り返しての調査票調査が被災者を不快にさせていることもある。自己記入式調査票で調査を行う場合でも、調査員が居宅を訪問し、調査に合わせて被災者の関心時や困りごとなどを聴くようにすることで、被災者の調査への満足度をあげたり、ケアにつなげたりすることができる。

3) 調査時期

災害発生直後の被災者はまだ精神的に混乱していたり、生活が不安定であったりすることも多い。被災者に対してグループとして調査する場合には、被災者の状況がおおむね落ち着いてくる時期を考慮し、例えば3ヶ月から6ヶ月以降に実施することが望ましい。個別の被災者の評価を行う場合には、被災者の状況を個別に把握して、調査が被災者の心理的負担にならないように注意すべきである。

4) 欠損値の取り扱い

災害時の調査では、回答者が調査票の一部項目に未回答であることがしばしばある。多くの調査票ではこうした欠損値の取り扱いについて特別に処理の方法を示していないので、未回答項目のある回答者については尺度得点の計算ができず、評価ができないことになる。一般的に使用されており、かつ簡便な調査票の欠損値を補完する方法として、未回答の項目が全項目数の1/2以下である場合には、回答した項目の得点平均をつかって合計得点を計算する(6項目尺度のうち2項目が未回答なら、回答された4項目の得点に6/4を乗じて合計得点にする)方法がある。未回答項目により貴重な情報を捨ててしまうことがないようにすることが望ましい一方で、こうした人為的な補完をした場合には評価にあたって誤差が大きくなる可能性を考慮すること、また報告書等にこのような処理をしたことを明記することが必要である。

4. 被災者の精神健康調査の一般的留意点

被災者の精神健康調査は、どのような方法で行われるにせよ、うつ病、不安障害、PTSDなどの精神疾患を診断するものではない。精神健康調査で高得点になった者のうち精神疾患である者の割合は限られていること、精神健康調査の集団平均得点の高低はその集団の精神疾患の頻度を反映したものではないことを理解しておく必要がある。

被災者の精神健康調査の結果に基づいて精神保健ニーズの把握を行う場合にも、精神健康調査に反映された被災者のニーズには、専門家への紹介と治療以外にも、身体的なケアのための医療機関への紹介、保健指導、心理的教育や支援、情報提供、支援者の紹介、生活支援など広い範囲のものが含まれていることを理解しておく必要がある。

5. 調査研究として実施する場合の留意点

本マニュアルは自治体等による被災者への精神保健サービスの一環としての精神健康調査のためにまとめられたものである。調査研究として実施する場合には、「人を対象とする

医学系研究に関する倫理指針」(2014年12月22日公布)、「ヒトゲノム・遺伝子解析研究に関する倫理指針」(2014年11月25日一部改正)などの研究に関する倫理指針および国内の関連法規を遵守して調査研究計画を立案し、研究機関の倫理審査委員会等において調査研究の目的、手順について事前に審査を受けること、定められた手順に従い調査研究を実施することが求められる。特に調査対象の情報の厳密な管理および調査対象者に対して心理的負担や損害を与えないことに留意すべきである。また調査研究にあたって、対象となる個人だけでなく、対象者が所属する自治体や組織などにも事前に説明し了承を得ることが必要である。さらに調査対象となった個人および所属自治体・組織の双方に対して、調査結果の報告を行うことが望まれる。

II. 抑うつ・不安の評価

1. 災害発生後における抑うつ・不安

- 災害のために家族・知人を亡くしたり、家を失ったりといった喪失体験や、失業や転居など災害にともなう生活の二次的な変化にともない、抑うつ・不安は被災者に一般的にみられる症状である。
- 被災者の抑うつ・不安は、災害直後から6ヶ月頃まで増加し、その後しだいに減少する。しかし災害の持つ特徴、地域の復興状況、被災者のおかれた状況によっては抑うつが持続する場合もあるし、また数年の経過の中で再度上昇することもある。
- 集団としての被災者の抑うつ・不安の程度の高低は、必ずしもうつ病、不安障害などの精神疾患の頻度を反映しない。広い意味での心理的ニーズを反映していると考えられる。

2. 抑うつ・不安のモニタリングの重要性

抑うつ・不安は、うつ病、不安障害、PTSD、適応障害などのさまざまな精神疾患で生じる症状であり、自殺のリスクとも関連がある。抑うつ・不安は身体疾患の経過を悪化させ、セルフケアを困難にする。専門的な治療が必要な精神疾患を早期に見いだすことだけでなく、より一般的な心理的支援や情報提供のニーズを把握するために、そのモニタリングが重要である。

3. 調査時期と方法

1) 調査時期

被災者の抑うつ・不安を災害発生から1年以内に調査し、またその後長期的にモニタリングすることが必要である。

- 災害後1年間に被災者の抑うつ・不安が増加する可能性が高いことから、災害後1年以内に一度は調査を行うことが望ましい。
- 長期経過を観察するために、年1回程度の調査を実施することが望ましい。

2) 調査方法

質問票尺度によることが一般的である。

4. 代表的な評価ツール

1) K6

概要: 過去30日間の心理的ストレス(反応)を測定するために開発された6項目の尺度。一般に、抑うつ、不安などの症状は質問票尺度では区別して測定することが難しいため、抑うつと不安を合わせて、非特異的な心理的ストレス(反応)として測定する(1)。日本語版K6は古川らにより開発されている(2)。

使用法：自己記入式調査票として、または面接調査における問診として使用

使用料：無料

尺度：

過去 30 日の間にどれくらいの頻度で次のことがありましたか。あてはまる欄の数字に○をつけてください。

	いつも	たいてい	ときどき	少しだけ	全くない
神経過敏に感じましたか。	4	3	2	1	0
絶望的だと感じましたか。	4	3	2	1	0
そわそわ、落ち着かなく感じましたか。	4	3	2	1	0
気分が沈み込んで、何が起ころうとも気が晴れないように感じましたか。	4	3	2	1	0
何をするのも骨折りだと感じましたか。	4	3	2	1	0
自分は価値のない人間だと感じましたか。	4	3	2	1	0

注：原本および国民生活基礎調査では回答選択肢がこの順であるが、これを「全くない」、「少しだけ」、「ときどき」、「たいてい」、「いつも」の順に並べた版もあり、東日本大震災の被災者調査で使用されている。両者の間に大きな心理測定上の特性の違いは報告されていない。

(1) 一般集団における信頼性と妥当性、評価法

信頼性：一般集団において良好(3)、クロンバック α 係数、0.85。

妥当性：一般集団において良好(2)。

評価法：各項目の項目得点 (0~4 点) を合計し、尺度得点 (0~24 点) を計算する。古川他(4)の報告書では項目得点を 1~5 点として計算しているが、これは一般的な採点方法ではない。一般集団に対する基準点 (カットオフ) 点として、5+：心理的ストレス反応相当、9+：気分・不安障害相当、10+：気分・不安障害相当、13+：重症精神障害 (社会機能障害がおきる気分・不安・物質使用障害相当) が提案されている。しかしそれぞれの基準点につけられた呼び方はその得点を超えると回答者がその状態にあることを必ずしも意味していないので、「心理的ストレス何点以上」のような誤解を与えない呼び方を採用することが望ましい。

(2) 災害状況での使用

災害状況での使用例：国内外の被災地での使用経験あり。

災害状況での信頼性：内的整合性は良好である。