

災害状況での妥当性：ある程度みられるが、気分・不安障害を発見するための基準点は一般集団より上昇し、気分・不安障害との一致度は一般集団よりやや低下しているとの報告がある(5)。K6に、さらに社会機能障害についての1問を加えた7項目版については特異度を数%増加させたと報告されているが、その改善効果は大きなものではないと考えられる。

評価法：

①個人の評価：気分・不安障害をスクリーニングすることを想定した調査からは基準点を9点（岩手県被災住民）あるいは12～13点以上（福島県避難区域住民）とすることが提案されている。この得点の範囲で調査ごとに基準点を定めるのがよい。

②集団の評価：東日本大震災の被災者では、10点以上、あるいは13点以上の住民の頻度を指標として報告されることが多かった。他調査との比較のために、5点以上、10点以上、および13点以上の住民の割合を計算することが望ましい。

2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)

概要：阪神・淡路大震災から作成されたところの健康問題に関する12問のスクリーニング尺度(5,6)。基本的には面接で使用される。PTSDと抑うつを同時に評価できる。

使用法：面接調査における問診として使用

使用料：無料、事前承認不要

尺度：Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)

大震災後は生活の変化が大きく、色々な負担（ストレス）を感じることも、長く続くものです。最近1ヶ月間に今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

1. 食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい・いいえ
2. いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい・いいえ
3. 睡眠はどうですか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい・いいえ
4. 災害に関する不快な夢を、見るがありますか。	はい・いいえ
5. 憂うつで気分が沈みがちですか。	はい・いいえ
6. イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい・いいえ
7. ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい・いいえ
8. 災害を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。	はい・いいえ
9. 思い出したくないのに災害のことを思い出すことはありますか。	はい・いいえ
10. 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい・いいえ
11. 何かのきっかけで、災害を思い出して気持ちが動揺することはありますか。	はい・いいえ

12. 災害についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい・いいえ
--	--------

(1) 一般集団での使用経験

なし

(2) 災害状況での使用経験

災害状況での使用例：阪神淡路大震災時に使用された

災害状況での信頼性：内的整合性は良好である（クロンバック α 係数は全項目で 0.83；うつ状態尺度 0.74；PTSD 尺度 0.77）(7)

災害状況での妥当性：良好である。うつ状態について感度は 1.00、特異度は 0.84、PTSD について感度は 0.86、特異度は 0.87 (6)。

評価法

①PTSD：

項目 3, 4, 6, 7-12 のうち 5 個以上「はい」が存在し、4, 9, 11 のどれか 1 つは必ず含まれる (5,6)。「はい」を 1 点、「いいえ」を 0 点として、項目 3, 4, 6, 7-12 のうち 6 個以上「はい」がある (=6 点以上)、との基準もある (7)。

②うつ状態：項目 1-3, 5, 6, 10 のうち 4 個以上「はい」が存在し、5, 10 のどちらか一方は必ず含まれる (5,6)。項目 1-3, 5, 6, 10 のうち 5 個以上「はい」がある (=5 点以上)、との基準もある (7)。

自己記入式での利用：面接用として開発され信頼性、妥当性が検討されているが、一部項目を自記式質問票として使用した事例がある。

3) その他の抑うつ・不安の評価法

General Health Questionnaire (GHQ) の 28 項目あるいは 12 項目版、Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D)、Symptom Checklist 90 Revised (SCL-90-R) などがある。GHQ、CES-D は被災者で妥当性が検討されている。GHQ 各項目版および CES-D の日本語版は市販されているため使用料が発生する可能性がある。複雑性悲嘆質問票(8)の日本語版(9)が開発されている。しかし被災地で使用された経験はない。

4) 災害時における子供の抑うつ・不安の評価

国内で使用されている災害時における子供の抑うつ・不安の評価法として、Strength and Difficulty Questionnaire (SDQ)(10,11)、Post-Traumatic Stress Symptoms for Children 15 items (PTSSC-15)(12,13)、Child Behavior Checklist (CBCL)(14) などがある。

5. 留意点

1) 個人の評価

個人の精神疾患をスクリーニング使用とする目的において、陽性者を定める基準点は被

災者では一般集団の場合とくらべて上昇する傾向がある。また被災状況によって基準点異なる可能性もある。被災者を対象とした精神疾患のスクリーニングを行う場合には、これまでに一般集団や被災者で使用された基準点を参考にしながら、被災者集団における得点分布をみながら、上位の得点の者から、支援の提供側のマンパワー等を考えながら選ぶことが考えられる。またいかに優れた尺度であっても、基準点を用いた際の精神疾患の事後確率（スクリーニング陽性者中の精神疾患の者の割合）は10-20%前後であり、陽性者が精神疾患である可能性はそれほど高くはないことも理解しておく必要がある。

2) 集団の評価

何段階かの回答選択肢で症状項目の程度をたずねる尺度の場合に、被災者では一般集団とくらべて軽度の症状（例えば「少し」などへの回答）がより多く報告される傾向がみられる、これは国民生活基礎調査などの一般住民とくらべて被災者の抑うつ・不安の得点が高くなりやすい理由の1つである。軽度の症状の増加は必ずしも精神疾患の増加と関係しない。集団としての平均値の増加や高得点の者の頻度が高いことを、精神疾患の頻度が高いとしないように注意する必要がある。

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

- 災害のために死に直面したり、近親の死を目撃した場合、そのような経験は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、心身にさまざまな反応や症状が生じてこれが継続することがある。これが心的外傷後ストレス症状である。被災者に一般的にみられる症状である。これらは一時的な正常なストレス反応で、災害の回復と時間の経過により多くは自然に回復する。
- 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。しかし経過の中で再度増悪することもある。
- 心的外傷後ストレス症状はその程度、種類がさまざまであり、必ずしも心的外傷後ストレス障害(PTSD)の診断を意味するものではない。また PTSD の診断には症状が1ヶ月以上持続することが必要なため、災害1ヶ月以内の調査で PTSD に該当するかどうかを判断することはできない。

2. 心的外傷後ストレス症状のモニタリングの重要性

心的外傷後ストレス症状が強い被災者では、心的外傷後ストレス障害に移行する可能性が高い。心的外傷後ストレス症状は、自殺のリスクとも関連がある。心的外傷後ストレス症状は、日常の社会生活に支障を生じる場合もある。そのモニタリングは、専門的な治療が必要な者を早期に見いだすことと同時に、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も有用である。心的外傷後ストレス症状は、抑うつ・不安とは異なる側面の心理的指標であり、抑うつ・不安とは別にモニタリングされるべきである。

3. 調査時期と方法

1) 調査時期

被災者の心的外傷後ストレス症状を災害発生から できるだけ半年 以内に調査し、その後長期的にモニタリングすることが必要である。

- 災害後半年間に被災者の心的外傷後ストレス症状が増悪することから、災害後1年内、可能な限り半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、その後は年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) 改訂出来事インパクト尺度 Impact of Event Scale-Revised (IES-R)

概要： IES-Rは心的外傷性ストレス症状を測定するための自記式質問紙尺度である(1)。IES-Rは、集団での大きな災害から犯罪被害まで、さまざまな心的外傷体験による症状の測定が可能であり、疫学調査、症状の経過観察、スクリーニングなどに使用されている。

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：改訂出来事インパクト尺度日本語版(2)

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。() に関して、本日を含む最近の1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけてください。(なお答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

	(最近の1週間の状態についてお答えください。)	全く なし	少 し	中く らい	か なり	非 常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。	0	1	2	3	4
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。	0	1	2	3	4
3	別のことをしていても、そのことが頭から離れない。	0	1	2	3	4
4	イライラして、怒りっぽくなっている。	0	1	2	3	4
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ちつかせるようにしている。	0	1	2	3	4
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。	0	1	2	3	4
7	そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。	0	1	2	3	4
8	そのことを思い出させるものには近よらない。	0	1	2	3	4
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。	0	1	2	3	4
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきっとしてしまう。	0	1	2	3	4
11	そのことは考えないようにしている。	0	1	2	3	4
12	そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。	0	1	2	3	4
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。	0	1	2	3	4
14	気がつくとも、まるでそのときにもどってしまったかの	0	1	2	3	4

	ように、ふるまったり感じたりすることがある。					
15	寝つきが悪い。	0	1	2	3	4
16	そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。	0	1	2	3	4
17	そのことを何とか忘れようとしている。	0	1	2	3	4
18	ものごとに集中できない。	0	1	2	3	4
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、どきどきすることがある。	0	1	2	3	4
20	そのことについての夢を見る。	0	1	2	3	4
21	警戒して用心深くなっている気がする。	0	1	2	3	4
22	そのことについては話さないようにしている。	0	1	2	3	4

注：「教示」の空欄部分（下線部）に当該の外傷的出来事（例：地震、事件被害、事故）を記入し配布する。

<IES-Rの入手先>

IES-R（改訂出来事インパクト尺度）日本語版の質問紙および説明書は下記のサイトより無料ダウンロードできる。

・公益財団法人東京都医学総合研究所ウェブサイト

<http://www.igakuken.or.jp/mental-health/IES-R2014.pdf>

・日本トラウマティック・ストレス学会ウェブサイト

http://www.jstss.org/wp/wp-content/uploads/2014/07/IES-R_日本語版と説明書_2014.pdf

(1) 一般集団における使用

交通事故、犯罪被害など、災害以外にも、さまざまな出来事状況において国内外で使用され、信頼性と妥当性が検討されている(1,2)。

評価方法：

採点法 各選択肢の得点 0-4 点を合計する。

PTSD スクリーニングのための尺度全体の基準点 25 点以上(2)

下位尺度の得点を求める場合もある

- 侵入症状 Intrusion （8 項目）；1, 2, 3, 6, 9, 14, 16, 20
- 回避症状 Avoidance （8 項目）；5, 7, 8, 11, 12, 13, 17, 22
- 過覚醒症状 Hyperarousal （6 項目）；4, 10, 15, 18, 19, 21

(2) 被災者における使用

被災者における使用：国内外とも被災地での使用経験がある

信頼性：良好である(2)。再テスト信頼性 $r=0.86$ 。内的整合性、Cronbach の α 係数

0.92-0.95.

妥当性：良好である(2)。阪神淡路大震災被災者における PTSD（部分 PTSD を含む）に対する感度 0.75, 特異度 0.71。

評価方法：

PTSD をスクリーニングするための尺度得点の基準点 は 25 点以上とされる(2)。しかし対象集団により最適な基準点が変わるという報告もあり注意が必要である。

2) Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)

「I. 抑うつ・不安の評価」における SQD の記述を参照のこと。

3) PTSD-3

概要：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。岩手県、宮城県での被災者健康診断調査に使用されている。

使用法：自己記入式調査票として使用

使用料：無料

尺度：PTSD-3

今回の震災の記憶についておたずねします。以下の反応は、今回のような災害の後、誰にでも見られることです。ここ 1 週間の間に 2 回以上、以下のようなことがありましたか。当てはまるもの 1 つに○を付けてください。

- (1) 思い出したくないのに、そのことを思い出したり、夢に見る。
- (2) 思い出すとひどく気持ちが動揺する。
- (3) 思い出すと、体の反応が起きる。(心臓が苦しくなる、息が苦しくなる、汗をかく、めまいがする、など)。

(1) 一般集団における使用

なし

(2) 被災者における使用

被災者における使用：国内被災地であり

信頼性：報告されていない

妥当性：大うつ病、PTSD、全般性不安障害のいずれかをスクリーニングする場合、感度=0.80, 特異性=0.73(3)

評価方法：該当する項目に 2 つ以上該当することを PTSD 症状ありの基準とする(3)

4) その他の PTSD 症状の評価法

国内で使用されているこの他の PTSD 症状の評価法として、PTSD 診断尺度 (PTSD

Diagnostic Scale : PDS) (4,5)、PTSD Checklist-Specific (PCL-S)(6,7)などがある。PDS 日本語版については、DV、性暴力被害を中心として精神科を受診した女性患者を対象に、PTSD に対する感度 96.9% 特異度 50.0%、陽性的中率 94.0%、陰性的中率 66.7%と報告されている(5)。PCL-S 日本語版は福島県被災者において良好な信頼性、妥当性が報告されている(8)。

5) 子供の PTSD 症状の評価法

国内で使用されている災害時における子供のPTSD症状の評価法としてPost-Traumatic Stress Symptoms for Children 15 items (PTSSC-15)(Usami et al., 2014)がある。

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

- 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。
- 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。
- 災害前から飲酒問題をもっていた人では災害後に飲酒問題が悪化する。

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

飲酒行動および飲酒関連問題は、うつ病、不安障害など他の精神疾患と合併して重症化させ、治療を困難にし、回復を遅らせること、自殺のリスクを増加させること、循環器疾患などの身体疾患のリスクを増加させること、飲酒関連問題による対人関係の問題やひきこもりにより、社会生活に支障を生じさせることから、その個人および集団でのモニタリングが重要である。

3. 調査時期・方法

1) 調査時期

被災者の飲酒行動および飲酒関連問題を災害発生から1年以内に調査するべきである。またはそれ以降も一定期間、1～2年に1度、定期的にモニタリングすることが望ましい。

- 災害後1年間に被災者の飲酒量および飲酒問題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べきである。
- その後も飲酒行動および飲酒関連問題の長期経過を観察するために、1～2年に1回程度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) AUDIT-C (3項目)

概要：アルコールの摂取頻度、通常の飲酒量、6ドリンク（60mg アルコール）以上摂取する回数についてたずねることで、ハイリスク飲酒者の可能性を評価する方法。AUDIT (10項目)の最初の3項目を抽出したものである(1,2)。

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：AUDIT-C 質問票(3)

以下の質問にお答えください。

1) あなたはアルコール含有飲料（お酒）をどのくらいの頻度で飲みますか？ 0. 飲まない 1. 1ヶ月に1度以下 2. 1ヶ月に2～4度 3. 週に2～3度 4. 週に4度以上
2) 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか？ ドリンクは純アルコール概算の単位です。1ドリンクは、ビール中ビン半分（250 ml）、日本酒0.5合、焼酎(25度)50mlに相当します。 0. 0～2ドリンク 1. 3～4ドリンク 2. 5～6ドリンク 3. 7～9ドリンク 4. 10ドリンク以上 ※注 1ドリンクは純アルコール換算で10グラム。換算表を参考に用意する。
3) 1度に6ドリンク以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか？6ドリンクとは、ビールだと中ビン3本、日本酒だと3合、焼酎（25度）だと1.7合（300ml）に相当します。 0. ない 1. 月に1度未満 2. 月に1度 3. 週に1度 4. 毎日あるいはほとんど毎日

久里浜医療センター東日本大震災関連HPから

<http://www.kurihama-med.jp/shinsai/index.html>

(1) 一般集団における使用

信頼性：良好である (4,5)

妥当性：一般集団において良好 (AUDIT 全項目との関連性による) (4,5)

評価方法（久里浜医療センター東日本大震災関連HPから
<http://www.kurihama-med.jp/shinsai/index.html>）：

項目1, 2, 3の各回答の数字を合計する

男性4点以下、女性3点以下 → 今のままアルコールと上手につき合ってゆくよう指導。

男性5点以上、女性4点以上 → さらにくわしく飲酒と関連した問題についてたずねる。

(2) 災害状況での使用

災害状況での使用：国内被災地での使用経験あり(AUDIT10 項目版として)(6)

信頼性：未検討

妥当性：未検討

評価方法：災害状況における評価方法が確立していないため、一般集団における評価方法を利用する。

2) その他の飲酒関連問題の評価法

東日本大震災における被災地での調査では AUDIT 10 項目版(3)が使用されている(6)。

5. 評価にあたっての留意点

1) 被災者の飲酒関連問題に対する心理的抵抗感

被災地の文化・風土によっては、被災者の飲酒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とを想定すべきである。このため最初のステップとしては飲酒行動のみに着目した AUDIT-C のような質問により飲酒関連問題の可能性を評価することが適切である。

2) 高得点者への相談対応にあたっての留意点

AUDIT-Cなどの評価ツールにおいて高得点であることがただちにアルコール使用障害の診断にむすびつくわけではない。高得点者にはさまざまな程度と種類の飲酒関連問題が含まれており、高得点者に対する相談対応は該当者の状態やニーズを十分に考慮した上で行われるべきである。久里浜医療センターの作成した介入ツールが参考になる。

<http://www.kurihama-med.jp/shinsai/index.html>

V. その他の精神健康状態の評価

1. 自殺傾向の評価

自殺念慮などの自殺関連行動の評価については、自己記入式調査票により死にたい気持ちをたずね、問題なく調査できたという事例報告もあるが、その妥当性（正確さ）、有用性は明確でない。抑うつ・不安が高まると自殺念慮がともないやすいことから、抑うつ・不安の高得点者に対して、必要に応じて面接による評価や追加の調査票調査を行うことが考えられる。

2. 睡眠障害の評価

睡眠障害については 1 項目で質問がなされている場合が多い。例えば精神健康調査票(GHQ)から項目「心配事があって、よく眠れないようなことはありましたか」を抜き出し

て使用している例がある。またアテネ不眠尺度（8項目）(1,2)が東日本大震災の宮城県の被災者で使用されている。

文献

抑うつ・不安

1. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. *Psychol Med.* 2002 Aug;32(6):959-76.
2. Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2008;17(3):152-8.
3. Sakurai K, Nishi A, Kondo K, Yanagida K, Kawakami N. Screening performance of K6/K10 and other screening instruments for mood and anxiety disorders in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci.* 2011 Aug;65(5):434-41.
4. 古川壽亮、大野 裕、宇田英典、中根允文. 厚生労働科学研究費補助金厚生労働科学特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」平成 14 年度分担報告書, 2003. <http://mental.m.u-tokyo.ac.jp/h14tokubetsu/分担研究報告書 2-2.pdf>
5. 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター. 調査研究報告書「阪神・淡路大震災被災者の長期的影響—構造化面接を用いたメンタルヘルス調査から—」, 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター, 2001.
6. 加藤 寛、藤井千太、中井久夫、大上律子、以東嘉一、中井裕子、前田 潔. 阪神・淡路大震災が高齢被災者におよぼした長期的影響:精神症状スクリーニング法の検討. 大阪ガスグループ福祉財団研究調査報告書 2001; 14: 47-53.
7. Fujii S, Kato H, Maeda K. A simple interview-format screening measure for disaster mental health: an instrument newly developed after the 1995 Great Hanshin Earthquake in Japan--the Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD). *Kobe J Med Sci.* 2008 Feb 8;53(6):375-85.
8. Shear KM, Jackson CT, Essock SM, Donahue SA, Felton CJ. Screening for complicated grief among Project Liberty service recipients 18 months after September 11, 2001. *Psychiatr Serv.* 2006 Sep;57(9):1291-7.
9. Ito M, Nakajima S, Fujisawa D, Miyashita M, Kim Y, Shear MK, Ghesquiere A, Wall MM. Brief measure for screening complicated grief: reliability and discriminant validity. *PLoS One.* 2012;7(2):e31209. doi:10.1371/journal.pone.0031209.
10. Yasumura S, Hosoya M, Yamashita S, Kamiya K, Abe M, Akashi M, Kodama K, Ozasa K; Fukushima Health Management Survey Group. Study protocol for the Fukushima Health Management Survey. *J Epidemiol.* 2012;22(5):375-83. Epub 2012 Aug 25. PubMed PMID: 22955043; PubMed Central

PMCID: PMC3798631.

11. Yabe H, Suzuki Y, Mashiko H, Nakayama Y, Hisata M, Niwa S, Yasumura S, Yamashita S, Kamiya K, Abe M; Mental Health Group of the Fukushima Health Management Survey. Psychological distress after the Great East Japan Earthquake and Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant accident: results of a mental health and lifestyle survey through the Fukushima Health Management Survey in FY2011 and FY2012. *Fukushima J Med Sci.* 2014;60(1):57-67.

12. Usami M, Iwadare Y, Watanabe K, Kodaira M, Ushijima H, Tanaka T, Harada M, Tanaka H, Sasaki Y, Okamoto S, Sekine K, Saito K. Prosocial behaviors during school activities among child survivors after the 2011 Earthquake and Tsunami in Japan: A retrospective observational study. *PLoS One.* 2014 Nov 21;9(11):e113709. doi: 10.1371/journal.pone.0113709.

13. Usami M, Iwadare 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.

14. Fujiwara T, Yagi J, Homma H, Mashiko H, Nagao K, Okuyama M; Great East Japan Earthquake Follow-up for Children Study Team. Clinically significant behavior problems among young children 2 years after the Great East Japan Earthquake. *PLoS One.* 2014 Oct 21;9(10):e109342. doi: 10.1371/journal.pone.0109342

心的外傷後ストレス症状

1. Weiss DS: The Impact of Event Scale-Revised. In: Wilson JP, Keane TM (eds), *Assessing psychological trauma and PTSD (Second Edition)*. The Guilford Press, New York, 2004, pp168-189.

2. Asukai N, Kato H, Kawamura N, Kim Y, Yamamoto K, Kishimoto J, Miyake Y, Nishizono-Maher A. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. *J Nerv Ment Dis.* 2002 Mar;190(3):175-82.

3. 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.

4. Foa EB, Riggs DS, Dancu CV, Rothbaum BO. Reliability and validity of a brief instrument for assessing post-traumatic stress disorder. *J Trauma Stress* 1993; 6(4): 459-473.

5. 金吉晴、加茂登志子. PTSD 診断尺度日本語版の臨床群での妥当性検証. 厚生労働科学研究費補助金(障害者対策総合研究事業(精神障害分野))大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの作成・評価に関する研究分担研究報告書 2013, pp 21-22.

6. Weathers F, Litz B, Herman D, Huska J, Keane T. The PTSD Checklist (PCL): Reliability, validity,

and diagnostic utility. Paper presented at the Annual Convention of the International Society for Traumatic Stress Studies, San Antonio, TX, 1993.

7. Blanchard EB, Jones-Alexander J, Buckley TC, Forneris CA. Psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL). Behav Res Ther. 1996 Aug;34(8):669-73.

8. 福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センター平成 24 年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」ワーキンググループ. こころの健康度・生活習慣に関する調査（面接調査・一般）報告書, 2013.

飲酒行動と飲酒関連問題

1. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). Alcohol Use Disorders Identification Test. Arch Intern Med. 1998 Sep 14;158(16):1789-95.

2. Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. Alcohol Clin Exp Res. 2007 Jul;31(7):1208-17.

3. 廣 尚典、島 悟. 問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. 日本アルコール・薬物医学会雑誌 31(5): 437-450, 1996.

4. Kawada T, Inagaki H, Kuratomi Y. The alcohol use disorders identification test: reliability study of the Japanese version. Alcohol. 2011 May;45(3):205-7.

5. Osaki Y, Ino A, Matsushita S, Higuchi S, Kondo Y, Kinjo A. Reliability and validity of the alcohol use disorders identification test - consumption in screening for adults with alcohol use disorders and risky drinking in Japan. Asian Pac J Cancer Prev. 2014;15(16):6571-4.

6. 松下幸生. 被災地のアルコール関連問題・嗜癖行動に関する研究：平成 25 年度総括・分担研究報告書：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）, 2014.

その他の精神健康状態

1. Soldatos CR, Dikeos DG, Paparrigopoulos TJ. Athens Insomnia Scale: validation of an instrument based on ICD-10 criteria. J Psychosom Res. 2000 Jun;48(6):555-60.

2. Okajima I, Nakajima S, Kobayashi M, Inoue Y. Development and validation of the Japanese version of the Athens Insomnia Scale. Psychiatry Clin Neurosci. 2013 Sep;67(6):420-5.

本マニュアルは、平成 24-26 年度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））「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」分担研究（分担研究者 川上憲人）として 2015 年 2 月に作成された。

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

中長期の災害精神保健活動：NPO などの活動と果たす役割

分担研究者 加藤 寛

公財）兵庫震災記念 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

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。本稿では、相双地区と石巻市の活動の概要を報告するとともに、成果と課題について考察した。

A. はじめに

阪神・淡路大震災以降の大災害では、復興期の精神保健活動を担う専従組織が作られてきた。被災体験やその後の生活上のストレスから生じる、さまざまな精神保健上の問題に対応するためには、マンパワーを増やす必要があり、公的資金を利用して準公的な機関としてこころのケアセンター（あるいは心のケアセンター）が設置された。この組織が作られたことで、被災後の心理的問題への対応の必要性を社会に認識

させ、新たなマンパワーを被災地域に供給したことには、大きな意味がある。一方、これらの組織が直面した問題点は、方針を確立し活動が軌道に乗るまで時間を要すること、マンパワーの確保の困難さ、行政組織との調整の困難さ、などが挙げられる。

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、心のケアセンター発足前から活動をしてきた。これらが、共通して目指しているのは、もともと精神科医療が充足されていなかった地域に新たな拠点を作り、地域内の精神科医療・精神保健を根付かせようとすることである。本稿では、相双地区と石巻市の活動の概要を報告するとともに、成果と課題について考察した。

B. 民間団体による主な活動

1. 福島県相双地区

福島県の太平洋岸、通称浜通りは、原発事故によって南部のいわき市と相馬市などの北部に分断された。浜通りの中央部は、いうまでもなく原発事故のため避難を余儀なくされた地域で、5 か所の精神科病院から患者を転院させるという事態になった。浜通り北部には新地町、相馬市、南相馬市が含まれており、そのうち南相馬市の一部も避難勧告地域となった。また、最沿岸部は津波被害を受けたところもある。この地域の精神科医療資源は震災前から少なく、南相馬市に雲雀ヶ丘病院があるだけだった。その唯一の病院も使えなくなったため、一時的に精神科医療の空白地域になった。この状況に対して、地元福島県立医大はこころのケアチームを編成し、早い時期から医療を継続させるための活動を行った。全国から集まった有志の協力を得て、相馬市の公立相馬総合病院で精神科の診療が出来る

ように調整した。また、県保健所や市町の保健師と連携して、避難所の巡回、在宅の精神障害者の訪問なども行った。この活動を継続させるためのシステムを作ることが検討され、数回の準備会を経て 2011 年 11 月 29 日に 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（以下、「つくる会」）が設立された。

「つくる会」の事業は、2012 年 1 月から始まった「相馬広域こころのケアセンターなごみ」と、2014 年 4 月に開業した「訪問看護ステーションなごみ」の二つから構成されている。前者は、精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）と、ふくしま心のケアセンター事業を主な活動としており、資金は二つの活動に対する福島県からの助成金のほか、会費収入、米国日本人医師会など民間からの寄付および助成金である。平成 24 年度の会計報告によれば、経常収入は約 1 億 3 千 2 百万円で、公的資金はその約 2 分の 1 である。ふくしま心のケアセンターは、福島県が一般社団法人福島県精神保健福祉協会に委託している事業で、本部機能を有する基幹センターと 6 か所の方部センター（地域拠点）から構成されている。6 方部センターの中で相双地域だけは、NPO 法人である「つくる会」に再委託している。この組織が心のケアセンターより早い時期に立ち上がり、地道に活動を展開し地域内のネットワークに浸透していたことを考えれば、きわめて現実的な方法だったといえよう。

後者の訪問看護ステーションは、2014 年度からの新規事業で、精神障害者の訪問看護に特化した活動を行っている。「つくる会」の設立に併せて、精神科医療を提供するた

めに診療所が当初から設置された。相双地域には、もともと精神科医療機関が少なく、特に相馬市以北は皆無であった上に、原発事故によって南相馬市以南の医療機関もほとんどが失われたため、新たなリソースが必要と認識された。そのため、「つくる会」に隣接して、メンタルクリニックなごみを開設したのである。訪問看護ステーションは、この診療所の患者を中心に、精神障害者や認知症患者へのサービスに特化した事業を行っており、将来の安定的な活動財源となる可能性を探っている。

(主な事業内容)

主に二つの財源による事業である特徴を反映して、活動内容も二つに大きく分けられる。一つは精神障害者アウトリーチ事業であり、2012年度40名、2013年度42名を訪問対象としている。背景として震災が影響して精神症状が表出したケースが最も多く、治療中断例が続く。精神科診断としては統合失調症が半数を占めている。入院を可能な限り避けることを原則としており、デイケアや作業所などの地域リソースが限られていることから、「なごみ CLUB」と名付けた精神障害者が日中過ごせる場所を、南相馬市で平成24年11月から開設している。さらに、上述したように平成26年度からは、精神障害に特化した訪問看護サービスも提供している。

一方、心のケアセンター事業では、仮設住宅を中心とした個別訪問が積極的に行われており2013年度は延べ1292件に上っている。訪問したケースの特徴として、老年期で女性が多く、生活環境の変化によって身体疾患を悪化させた例が多く、そのほか

にアルコール関連問題、アウトリーチ事業に乗らない精神障害者などが増えていると報告されている。心のケアセンター事業では、仮設住宅などで行われるサロン活動にも力が入れている。仮設住宅だけでなく、災害公営住宅でも、健康教室、レクリエーション活動などが行われており、訪問事例の特徴を反映して、運動不足を解消するプログラムが多く提供されている。主要事業以外では、被災住民に関わる自治体職員や福祉従事者への支援、事例検討をとおしての連携、講演などの啓発などにも重点を置き、恒久的にこの地域での精神科医療および精神保健福祉を担う中心的存在になることを目指している。

2. 宮城県石巻圏域

宮城県の中でも石巻圏域は、被災が甚大で死者数も多かった。仙台からのアクセスが可能だったことから、外部支援チームが多数入り、災害救助法による都道府県などからの派遣だけで13チームに上っていた(石巻市11、東松島市1、女川町1)。その中に日本精神科診療所協会(日精診)に所属する全国の医療機関の医師、パラメディカルスタッフで構成されるころのケアチームがあった。日精診チームは、当初は仙台市若林区での活動に加わった。同時に、被災状況の大きかった石巻市でも、4月中旬から活動を始めた。拠点となったのは、二つの精神科診療所、仙台市にある原クリニックと石巻市の宮城クリニックである。

仙台市での活動は徐々に収束に向かい、日精診チームは2012年1月で支援を終了した。石巻圏域でも、多くの外部支援チームは避難所が閉鎖された2011年10月で撤

退していった。自主的な活動だった日精診療チームの活動を何とか継承するために、一般社団法人「震災こころのケア・ネットワークみやぎ」が、同年6月に設立された。主な資金は二つの自治体からの助成金と民間からの寄付であるが、全国の精神科診療所の関係者からの無償の協力も大きな基盤となった。助成金としては、石巻市から「こころのサポート事業」、宮城県から「精神障害者アウトリーチ推進事業（震災対応型）」を受託した。活動の拠点は当初、宮城クリニックであったが、2011年10月にJR石巻駅前に「からころステーション」を開設した。なお、2013年度の決算報告書によれば、こころのサポート事業助成金は約3千8百万円、アウトリーチ推進事業助成金は約6千9百万円で、収入全体のほぼ9割を占めている。寄付金は1千3百万円余りである。

代表者である原は、訪問活動の中で被災者の多くが身体的不調を訴えており、まず身体的問題への対応をすることが重要で、そこで培われた関係性によって始めて心理的問題にもアプローチできるとしている。そして「からころ」という名称は「からだところを一体としてとらえて支援していく拠点」であると、その由来を説明している。原クリニックや宮城クリニックから出向した職員を中心に、全国の医療機関から参集した者も含めて、約20名のパラメディカルスタッフがいる。加えて日精診に加盟する全国の診療所医師が、現在もボランティアで支援を続けている。活動方針は①アウトリーチ型支援、②ニーズに即した包括的支援、③柔軟かつ迅速な支援、④震災経験を次世代に活かすための取り組み、が掲

げられており、活動は365日体制で行われている。

（主な事業内容）

2012年4月から2013年3月までの活動実績は、延べで6120件、月平均510件であった。時期の重複はあるが、2013年1月から同年12月までの1年間では、延べ8419件に増えている。相談方法の分類では、訪問と電話がほぼ同じ割合の35%をそれぞれ占めており、来所は14%である。相談内容を主訴分類で見ると、不眠、不安、抑うつ気分などが多いが、2012年から2013年の2年間の推移では、アルコール問題が5.5%から11.4%に、幻覚妄想が3.1%から7.3%にいずれも増えており、深刻な問題あるいは精神障害者への支援が増えてきている状況が分かる。

新規相談の中には、宮城県が行った健康調査において、K6の高得点などでフォローが必要と判断されたプレハブ仮設およびみなし仮設の住民628件の訪問が含まれている。この訪問では、不在の場合も曜日や時間帯を変えて、会えるまで何度も訪問したと報告されており、民間組織ならではの機動性が発揮されている。

仮設住宅などでのグループ活動も積極的に行っており、ユニークな目的を持ったものがある。たとえば、多数の仮設住宅が点在する石巻市河南地区では、「からころん」と名付けたサロン活動が行われている。これは、仮設住民だけでなく周辺住民にも参加を促し、交流を促進させようとする試みである。また、「おじころ」と呼ばれるサロン活動は、仮設に住む中高年男性を対象としており、料理教室、釣り、麻雀など男性が参加しやすいメニューを行い、交流を促

している。参加者の中には、アルコールの問題を抱えている者も多く、孤立を防ぐことによって、乱用傾向に歯止めを掛けようとする試みといえるだろう。これら以外にも、子どもの遊び場の提供、子育て支援教室、など創意工夫に溢れた活動を続けている。

石巻市からの助成金は平成 27 年度で終わる予定だが、アウトリーチ事業など震災前にはこの地域にはなかった活動を通して、少なくとも 15 年間の事業継続を目指し、地域内の精神保健ネットワークの底上げを目指している。

C. 成果と課題

二組織の活動はいくつかの共通した意義を持っている。まず、被災地における精神保健サービスの連続性を確保したという点である。東日本大震災では、医療機関や行政の地域保健担当部署が被災し、長期に機能が低下した。これを補うために多くの外部支援者が入ったのは周知のとおりである。都道府県派遣のこころのケアチームを中心として多くの支援チームが長期に入り、災害救助法による派遣が終了した後も、独自に活動を継続したところもある。しかし、外部支援のアンバランスは避けられなかった。福島県相双地区では県外から組織的な外部支援チームがほとんど入らず、県内の関係者が中心となって支援体制を敷いた。逆に、多数の外部支援チームが入った石巻圏域では、避難所閉鎖にともない一斉に支援チームが撤退したため、急激なアンバランスが生まれた。その状況に対して、災害救助法による派遣システムに乗らなくても活動が可能だった日本精神科診療所協会チ

ームが、その活動を継続するために新たな体制を考えたのである。両者ともに、活動を長期に継続する上では、資金を得やすくする必要があったため、法人格を取得し、公的な助成金を獲得している。なお、法人格取得には煩雑な手続きが必要であり、被災後の混乱した時期に、その作業をした関係者の努力は高く評価されるべきであろう。両組織ともに震災後早期から活動を続けており、地元のネットワークに浸透しやすかった。専従組織である心のケアセンターが設立されたのは、震災から約 1 年後であり、こうした復興期の精神保健活動を担う体制が拡充されるまでの間、二つの団体が果たした役割は大きい。

また、地域内の精神保健システムを被災前より充実させようとする目的も共通している。資金として精神障害者アウトリーチ推進事業の助成を得たことや、多くのスタッフが精神科医療機関での経験を有していることなどから、精神障害者への危機介入を 24 時間体制で行うという先進的な取り組みをしている。これは、もともと精神科医療・保健に関するリソースの十分でなかった被災地にとって、将来の大きな財産になるだろう。

二つの組織の活動は、公的資金が基盤になっているが、寄付やボランティアでの活動参加を通して外部からの継続的な支援を受けているのも特徴である。支援を続けてきた全国の医療関係者の貢献は高く評価されるとともに、外部支援者を受け入れる場所となり、被災地の状況を被災地の外に伝え、関心を維持する役割を担ったことも重要と思われる。

両組織が直面している喫緊の課題は、資金確保と事業継続性の担保である。福島県相双地区の場合、二つの公的助成金を受託しているほか、訪問看護ステーション事業を行うことによって、ある程度の自主財源は担保されているものの、前者が継続性は不透明な部分があり、将来の持続的運営に関する不安は大きい。石巻の場合は、当初から寄付や篤志に支えられた面が大きい上に、市からの助成金が平成 27 年で終了する予定であり、状況はさらに厳しい。両組織の活動は地域にとって重要であり、継続させるために財政基盤を安定化する議論を続ける必要があるだろう。

また、石巻の場合は、専従組織である心のケアセンターと役割が重なる側面があり、業務の分担調整に当初から難しい側面があった。今後、長期的には被災関連の業務が減っていくことも想定されるので、どのような連携と分担をするか、十分に検討される必要がある。

D. おわりに

大災害後の復興期における精神保健活動には、マンパワーを補うための工夫がなされてきた。阪神・淡路大震災では、専従組織（こころのケアセンター）を、公的基金を財源として設置し、その方法が新潟県中越地震および東日本大震災でも踏襲された。東日本大震災では専従組織だけでなく、民間組織が早期から活動を行ってきた。その活動は、震災直後から地元の精神科医療関係者が行ったボランティア活動を継承しており、公的な助成金を主な原資としている。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

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、持続的な社会資源になることを目指している。資金やマンパワーの確保など、存続する上での課題に直面しており、支援が求められる。

E. 健康危険情報：該当なし

F. 研究発表：該当なし

G. 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

H. 参考資料

- 1) 原敬造. アウトリーチを中心とした石巻件での精神保健活動の現状と課題. 日本社会精神医学会雑誌, 23:341-348, 2014
- 2) 原敬造. 東日本大震災とこころのケア”からこころステーション”の活動を通して. 東北大学大学院医学系予防精神医学寄付講座編「東日本大震災の精神医療における被災とその対応—宮城県の直後期から急性期を振り返る」 pp92-98, 2014, 仙台
- 3) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター編 「こころのケアセンター活動報告書平成 11 年度-5 年間の活動を終えて」 神戸、2001
- 4) 米倉一磨、佐藤照美、西内実菜ほか. 福島県相双地区の心のケアの活動報告—相馬広域こころのケアセンターなごみの 9 ヶ月間の活動から. トラウマティック・ストレス 11:75-82, 2013
- 5) 米倉一磨. 被災地支援のアウトリーチ活動と求められるチーム作りについて—