

支援者支援. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).

6. 上田一気、佐久間篤、高橋葉子、内田知宏、越道理恵、松岡洋夫、松本和紀. 東日本大震災から 1 年半後の社会福祉協議会職員のメンタルヘルス. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).
7. 佐久間篤、上田一気、松本和紀、松岡洋夫. 東日本大震災における宮城県の精神科病院への影響. 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).
8. 松本和紀. 東日本大震災におけるこころのケア宮城での状況と取り組み. 兵庫県こころのケアセンター 開設 10 周年記念こころのケア国際シンポジウム, 2014 (神戸).
9. Ayami Nagao, Yoko Takahashi, Tomoko Osawa, Ikki Ueda, Hiroo Matsuoka, Hiroshi Kato, Kazunori Matsumoto. Dissemination of a psychological intervention program for disaster-affected people: evaluation of training workshop. 9th International Conference on Early Psychosis, 2014 (Tokyo).
10. Ikki Ueda, Yoko Takahashi, Miyuki Tajima, Ayami Nagao, Hiroo Matsuoka, Yutaka Ono, Kazunori Matsumoto. Cognitive Behavioral Therapy-based programs in the communities affected by the Great East Japan Earthquake. 9th International Conference on Early Psychosis, 2014 (Tokyo).

H. 知的財産の出願・登録状況

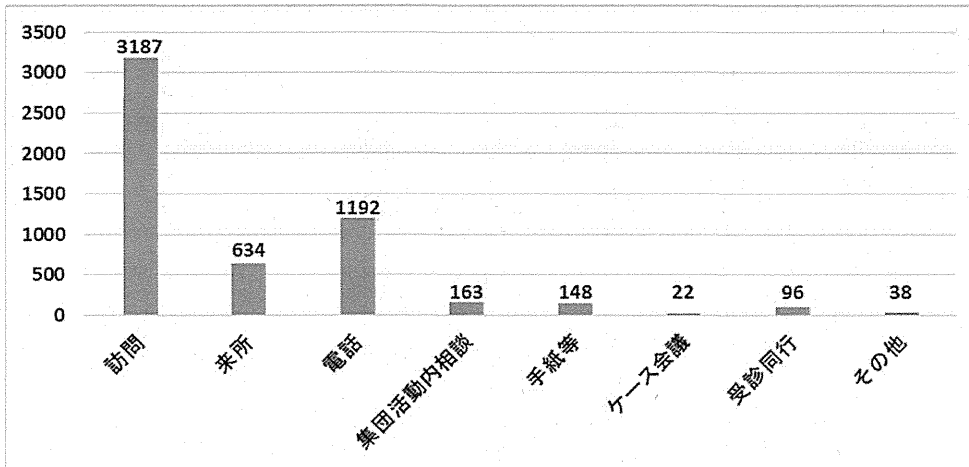
なし

資料1 当センターの職員構成（平成26年12月1日現在）

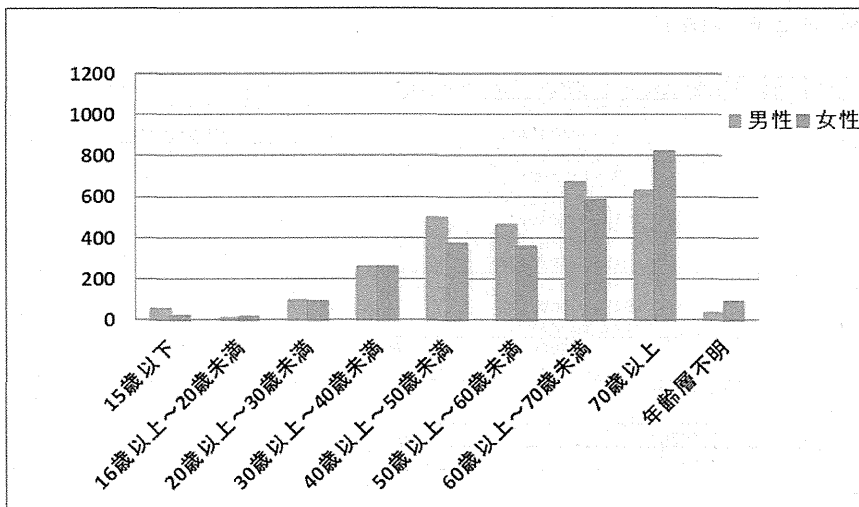
H26.12.1現在

職 種	基幹センター			石巻地域センター			気仙沼地域センター			全 体			合計
	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	常 勤		非常勤	
	センター	自治体出向		センター	自治体出向		センター	自治体出向		センター	自治体出向		
精神科医 Dr	1	0	7	0	0	1	0	0	3	1	0	11	12
臨床心理士 CP	5	0	2	0	0	0	1	0	0	6	0	2	8
精神保健福祉士 PSW	10	2 名取市1 塩釜市1	1	3	4 東松島市 2 女川町 2	0	4	2 気仙沼市1 南三陸町1	1	17	8	2	27
保健師 PHN	6	0	0	2	0	2	1	0	0	9	0	2	11
看護師 NS	0	1 岩沼市	4	0	1 石巻HC	0	1	0	0	1	2	4	7
作業療法士 OT	0	0	0	0	1 石巻市	0	0	0	0	0	1	0	1
社会福祉士 SW	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1
その他	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2
事務	4	0	0	0	0	0	0	0	0	4	0	0	4
計	27	3	16	5	6	3	7	2	4	39	11	23	73

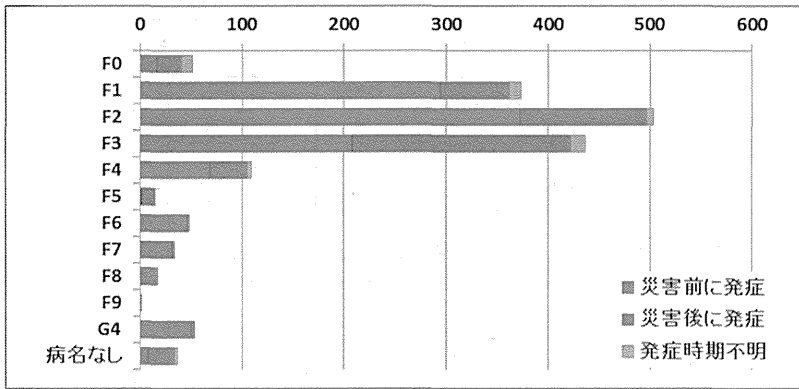
資料2 支援方法の内訳（平成26年4月～12月）



資料3 要支援者の精査および年齢層（平成26年4月～12月）



資料4 疾患分類別の内訳（平成26年4月～12月）



資料5 支援者支援の内訳（平成26年4月～12月）

H26年度	訪問・面談後の報告	専門的立場からの指導・助言	地域の課題	職場のメンタルケア	ケース会議（対象者欠席）	心の相談窓口の開設	健診支援	事務作業の支援
支援回数	170	498	54	62	179	34	44	332
ケース数	482	978			1151	26		
自助G			5					
民生委員・区長					2			
自治会役員					4			
保健推進員								
他地域役職								
サポートセンター	2	45	13	4	48		4	7
仮設支援員	28	99	24	196	86			
行政関係者	203	919	89	8	328	23	243	482
医療関係者	2	55	3	2	56		20	1
教育関係者		105	25		14	1	2	
司法関係者								
地域包括支援センター	3	47	10	6	59			
自衛隊								
警察		2			2			
消防					4			
消防団								
企業		2						
公的団体		16	1	12	2			
民間団体	1	264	3	1	37			
職能団体		17		10	63			
社会福祉協議会	2	60	44	44	44	2		
障害福祉	2	17	1		8			1
児童福祉		13	2		9			
高齢福祉		44			16			
ボランティア								20
その他	1	6	1	14	41		6	

資料6 普及・啓発の内訳（平成26年4月～12月）

普及啓発研修の内容	H26年4月～12月まで	センター主催・共催サロン活動等	H26年4月～12月まで	他機関主催サロンへの協力	H26年4月～12月まで
震災後の心の反応 (参加者数) (60)	1	お茶のみサロン (延べ参加者数) (123)	10	他機関主催サロンへの協力 (延べ参加者数) (994)	80回
精神疾患について (参加者数) (242)	11	こころファーム(農作業) (延べ参加者数) (219)	20		
ストレスを抱える人に接するときの注意点 (参加者数) (138)	3	ちぎり絵教室 (延べ参加者数) (70)	9		
アディクション問題について (参加者数) (243)	9	断酒例会 (延べ参加者数) (76)	9		
震災が子供にもたらす影響 (参加者数) (88)	2	子どもキャンプ (子ども参加者数) (20) (保護者参加者数) (4)	1		
ストレスと心のケア・セルフケアについて (参加者数) (270)	10	リハ相談会 (参加者数)	0		
体の健康について (参加者数) (50)	2	気仙沼市健康フェスティバル協力 (255)	1		
職場のメンタルヘルスについて (参加者数) (120)	1	実施数合計	50回		
被災地の状況とセンター活動について (参加者数) (50)	1	(参加者数合計)	(767人)		
実施数合計 (参加者数合計)	40回 (1261人)				

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

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—

分担研究者 前田正治¹⁾²⁾

研究協力者 植田由紀子¹⁾、昼田源四郎¹⁾

- 1) ふくしま心のケアセンター
- 2) 福島県立医科大学医学部 災害こころの医学講座

研究要旨：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、DMHISS (Disaster mental health information support system) を用いた記述統計結果から分析、今後の課題等について考察した。また、沿岸部被災地自治体職員の精神保健面接調査も行ったので、その結果概要を報告した。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た。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など深刻な様相がうかがわれた。

Key word: 原発災害、こころのケアセンター、アウトリーチ、支援者支援

I. はじめに

平成23年3月11日に発生した東日本大震災から、4年を経過しようとしている。しかしながら、福島においては、未だ県内外に12万近くの住民が避難を余儀なくされている状況にある(平成27年1月現在)。きわめて複雑かつ長期的なメンタルヘルス上の問題が福島県に引き起こされており、その概要はすでに平成24年度、平成25年度報告書^{1) 5)}や他著²⁾で報告している。

当センターにおいては、活動3年目の年であり、平成26年度の活動統計について分析、今後の支援活動について考察する。

同時に、福島県においては多数の被災地自治体職員が過重な労働を長期間にわたって強いられており、彼らの精神保健上の問題もまた危惧される場所である。そこで、当センターと福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座と合同で、沿岸部被災自治体職員に対する精神保健調査を行った。本調査につい

ても、当センターの主要な活動の成果として、その結果の概要を報告する。

II. ふくしま心のケアセンターの活動実績調査

A. 目的

当センターにおける被災者支援活動のうち、相談支援活動及び、それ以外の活動について、DMHISSの統計（平成26年4月～12月）を基に分析、考察し、今後の活動についての課題を検討する。

B. 検討方法

当センターの相談支援活動について、記述統計データに基づき、相談対象者の属性、相談経緯、症状などの分析を行い、今後の展望についてまとめた。

C. 結果

1) 相談方法

相談支援の方法としては、65.7%が訪問で、全体の3分の2を占める。次いで来所(16.5%)、電話相談(11.8%)となった。集団活動の中での相談は1.9%で、極少ない割合となった。

2) 相談場所

相談場所は多い順から、相談拠点(27.5%)、仮設住宅(22.9%)、自宅(22.0%)、借上住宅(15.4%)となっている。これまでは仮設が1位であったが、今年度は相談拠点が急上昇し最も多い相談場所となった。災害後のメンタルヘルス・ケアについては、アウトリーチを活動の主と想定しており、その場合仮設は避難住民が集合している居住地区であるため、活動として効率がよく件数が多いと予測していた。しかしながら、発災後数年を経ると、支

援形態として、訪問以外に来所が増えたことなどが影響し、相談拠点が上位に浮上している。被災者が来所できるようになったことに加え、当センターが支援者支援に力を注ぐことになり、職場等で相談拠点を構え、相談面接を受ける体制を導入したことが、増加の要因として考えられる。

3) 相談契機

相談契機をみると、行政からの依頼が49.9%と約半数を占め、次いで健康調査・全戸訪問等からのピックアップ(12.3%)となる。その他、親族からの依頼や本人からの依頼などもあるが、いずれも1割以下の割合である。

健康調査・全戸訪問等で被災者の状況を把握する時期を経て、ある程度行政機関が住民情報を把握していること、その上で行政機関自体が避難等により担えない部分、もしくはより専門的な支援を当センターに依頼するという流れが出来てきたことがうかがえる結果である。

4) 相談対象者の属性

男女別でみると、若干ではあるが女性が多い(55.4%)。対象者の年齢区分では、小児(15歳以下)は、ごく少数(2.3%)、高齢者(65歳以上)が29.5%、思春期から成人(16歳から64歳)が65.0%と、高齢者が3分の1、その他成人等が3分の2の割合になっている。

5) 相談対象者 治療状況等

相談対象者の精神科診断(疑いを含む)について見てみると、精神科診断を有している者が53.2%と約半数を占める。さらにこのような診断がついている対象者について、発症の時期をみると、東日本大震災前からの発症

の割合が 56.4%、震災後に発症した割合が 36.9%であった。また、精神科診断を有している対象者について、その病名別分類をみると、最も多いのが精神病性障害(29.4%)であり、次いで気分障害(29.1%)となる。また 1 割程度であるが物質常用障害(11.7%)が年数を経る毎に増えてきている。

前年度と比較すると、震災前に発症した対象者の割合(H25 年度：62.8%)が減り、震災後に発症した対象者の割合(H25 年度：29.8%)が増えている。病名別分類では、精神病性障害が 4 割から 3 割に減ったことを鑑みると、震災前から精神病性障害のある対象者の支援については一定の割合で支援を継続しているが、むしろ気分障害や物質常用障害など、震災後発症、もしくは悪化した対象者について支援が拡大していることがうかがえる。

7) 相談支援活動以外の活動(集団支援、支援者支援、外部機関との会議等)

集団支援であるサロン活動は 578 件(参加人数 6,096 人)実施した。支援者支援活動としては、被災によって、通常業務に加え被災者のケアや復興業務が膨らみ、支援が必要となった学校や行政機関など既存の外部機関に対して行った活動である。実施した活動 881 件うち、84.7%が地方公共団体等への支援であった。外部機関との会議については、9 ヶ月で 539 件を数え、1 ヶ月に 60 件近くの会議をしていることになる。

D. 考察

相談方法としては、未だ訪問が多く、アウトリーチ中心の活動と言える。一方で、来所相談の割合が徐々に増加している。相談場所についても、相談拠点が 1 位に、自宅が 3 位

に浮上するなど、被災者の動向、相談の形態について変化が見られた。

要因のひとつとして、訪問支援から来所相談に移行できる対象者が出てきていることがあげられる。また、当センターの重要な役割として支援者のケアに取り組んだ結果、特に行政機関等、職場に相談拠点を置き、そこで面談をする形態を導入したことで、相談拠点が急浮上したことが考えられる。ほとんどが被災住民への訪問活動であったこれまでとの変化と言える。

対象者の依頼については、半数が行政機関からであり、行政機関との繋がりが強い。福島では未だ行政機関ごと避難している場合も多く、行政で担えない部分、もしくはより専門的なケアが必要な対象者について、当センターに依頼される流れが出来てきている。被災した外部機関を支援する活動(支援者支援)についても、8 割以上が地方公共団体等への支援であった。それに伴い、外部機関との会議等、連携にかかる活動は月に 60 件を数える回数となっている。

別論文⁹⁾でまとめたが、他機関との連絡調整、特に行政機関との連携を図ることは当センターの活動には欠かせない。被災者への直接的ケアが重要なのは言うまでもないが、町村ごと避難している、もしくは避難町村が他行政圏域に乱立しているような複雑な状況においては、連携なくして住民支援が出来ないことをこの活動統計が表していると言える。

数年の活動の中で築いてきた連携であるが、福島においては、市町村の帰還などによる動きも見込まれるため、市町村や避難住民の動向をみつめ、変化に対する柔軟な対応が今後さらに重要となるだろう。

Ⅲ. 福島県で就労している行政職員のメンタルヘルスの実態に関する調査

A. 目的

災害時における被災自治体職員の心理的ストレスは、すでに報告されている(牛尾, 大澤, 清水, 2012)(加藤, 2004)。

今般の災害も例外ではなく、とりわけ福島県沿岸部の自治体は、その多くが避難を余儀なくされており、職員は職務上の多大なストレスに加え、自らも避難生活を余儀なくされていたり、あるいは家族が離散していたりと被災者としてのストレスもある。そのストレスは多重であり、より精神保健上の問題も大きいと考えられる。

今回、福島県立医科大学医学部災害こころの医学講座とふくしま心のケアセンターいわき方部との合同調査で、避難を余儀なくされた福島県A町およびB町役場職員全員に対し、精神疾患簡易構造化面接(M.I.N.I.)を実施し、外傷後ストレス障害: Posttraumatic Stress Disorder: PTSD やうつ病等の精神障害の時点(現在)有病率を調査した。なお両町とも沿岸部(通称浜通り)に属し、全町民が一時避難を余儀なくされたが、A町は現在多くが避難指示解除地域となった一方で、B町は現在もまだ多くが帰宅困難区域となっている。このように両町の被災状況や復興の様相が相当に異なることから、両町の結果を別個に提示し比較した。

B. 方法

1) 対象者数

福島県A町行政職員(N=92)およびB町行政職員(N=76)

2) 調査期間

A町調査は平成26年1月20日~平成26年1月24日で、B町調査は平成26年9月1日~平成26年9月4日

3) 面接の構造

面接実施前にフェイスシートと以下質問紙への回答を求め、精神科医1名・臨床心理士1名で構造化面接を行った。面接の所要時間は1人あたり約1時間を予定した。

①質問紙調査

(ア) K6 (Kessler-6): 一般的な精神保健上の問題をスクリーニングする質問紙

(イ) IES-R (Impact of Event Scale Revised Version): PTSDのスクリーニング用質問紙

②面接調査

(ア) 精神疾患構造化面接法 (MINI International Neuropsychiatric Interview: M.I.N.I.): 精神疾患についてDSM4に基づいて比較的短時間に査定できる構造化診断面接法。今回はとくに以下の5つの診断・状態を査定した。大うつ病性障害」「自殺の危険」「パニック障害」「広場恐怖」「PTSD」

(イ) ストレス状況や対処行動等に関する質問表: 睡眠状況(平均睡眠時間等)、飲酒、喫煙、食欲、身体疾患の有無等を調べるために作られたオリジナルの調査票

4) 統計解析

統計解析にはIBM SPSS version22.0を用いた。

5) 倫理的配慮

本研究は、福島県立医科大学倫理委員会

の承認を得た。調査に当たっては対象者に文書による説明同意を得た上で行われた。

C. 結果

上述したように、結果に関しては、A町およびB町の被災状況や復興の様相が相当に異なることから、別個に提示した。今回はとくにMINI診断面接結果およびK6とIESRの両質問紙調査結果を中心に報告する。

1) A町の結果

①属性

A町行政職員のほぼ全員に当たる92名が調査説明後、同意し調査に応じた。男性69名、女性23名で、平均年齢が41.4(SD:12.6)歳、男性が平均年齢42.1歳、女性が39.1歳であり男女間で有意差を認めた(t検定, $p>0.05$)。平均勤続年数は14.6(SD:12.4)年であった。

②M.I.N.I.面接の結果

大うつ病性障害は14名と全職員の15.2%が該当した。この他、パニック障害2名(2.2%)、PTSD0名、自殺の危険性が軽度以上ありと判断された者が8名(8.6%)という結果となった。

③K6の結果

平均5.1(SD:4.5)であり6名(6.5%)が今回想定したカットオフ値13点を超える結果となった。

④IES-Rの結果

平均13.0(SD:13.5)となった。20名(21.7%)が今回カットオフ値として設定した25点を超えるという結果となった。

2) B町の結果

①属性

A町と同様に、B町行政職員のほぼ全員

に当たる76名が調査説明後、同意し調査に応じた。男性53名、女性23名で、平均年齢が43.4(SD:10.9)歳、男性が平均年齢44.5歳、女性が41.0歳であった。平均勤続年数は13.7(SD:13.5)年であった。就労状況では、A町職員が震災前からほとんど変わっていないのに対し、B町では震災後に採用した職員は32名(42.1%)にのぼった(他県からの派遣を含む)。

②M.I.N.I.面接の結果

大うつ病性障害は16名と全職員の21.1%が該当した。この他、パニック障害4名(5.3%)、PTSD7名(9.3%)、自殺の危険性が軽度以上ありと判断された者が7名(9.2%)であった。

③K6の結果

平均6.3(SD:6.2)であり11名(14.5%)が今回想定したカットオフ値13点を超える結果となった。

④IES-Rの結果

平均13.9(SD:14.7)となった。16名(21.3%)が今回カットオフ値として設定した25点を超えるという結果となった。

3) 質問紙調査と診断

両町を通じた質問紙調査とMINI診断結果との関係は以下の通りである。

① K6とうつ病

M.I.N.I.診断面接(うつ病)とK6との関連は、感度44.8%、特異度97.1%、陽性的中率は76.5%、陰性的中率は89.3%であった。

②IES-RとPTSD

M.I.N.I.診断面接(PTSD)との関連は、感度71.4%、特異度80.6%、陽性的中率は13.9%、陰性的中率98.5%であった。

D. 考察

今回の調査から、福島県沿岸部に位置するA町およびB町の行政職員は大うつ病性障害の現在有病率がそれぞれ、15.2%、21.1%ときわめて高い数値を示していた。この両町は被災状況や復興状況が若干違うとはいえ、このような結果は我々が調査前には予想もしなかったことであった。これらは、単なる質問紙の結果ではなく、一定の経験を有する精神科医による構造化面接の結果であるだけに、診断の精度は高いと考えられる。とくに本邦における疫学研究、たとえば川上ら(2008)によるうつ病の12ヶ月有病率2.1%と比しても、15%を超える時点(現在)有病率というのはきわめて高い値と考えるほかない。

両町でこれほど高いうつ病の現在有病率が示された要因について考察すると、とくに彼らとの面接の結果から以下のような諸点があげられる。①多くの職員は長期化する原発事故の影響により終わりの見えない過重労働が続いていた。②さらに職業上ストレスになったのは、残業が続く、休みが取れないなど量的な問題ばかりではなく、住民の怒り感情に暴露されたことも大きな一因であった。地震や津波そのものよりも、こうした体験のほうがトラウマティックな記憶を職員に植え付けたようだ。③多くの職員自身も仮設や借り上げに住む、あるいは家族と離別しているなどまさに被災者であること。こうした数多くのストレスが多層的に職員に降りかかったために、これほどの高い有病率になったのではないかと推察される。

また、このような高いうつ病有病率に応じて、自殺の危険が中等度以上ある者の率

も、両町でそれぞれ8.6%、9.2%ときわめて高い値を示した。こうした結果は、この両町の個人の危機的状況を表しているだけではなく、組織体の危機的状況をも表していると言えよう。このような高いうつ病の有病率、あるいは自殺危険者率を考えると、もはや既存のラインのケアはもちろん個人のケアのレベルでも対処できない事態に陥っていると考えられる。早急な対応が必要と考えられるし、心のケアセンターはもとより、地元医療機関との連携や民間相談組織の活用を考慮する必要がある。また同様の状況にある他の沿岸部被災地自治体職員においても、深刻な精神保健上の問題が出現していると考えべきであることから、これらをケアするための新たな体制を作ることも考慮しなければならないだろう。

現在、福島県において活動する支援機関もまた基本的に被災住民の支援に追われており、疲弊している状況にある。また我々が今回調査した両町においては、すでに地方公務員災害補償基金によるメンタルヘルス総合対策事業に基づく支援を受けていた。今回の結果をみると、これらの対策の効果がきわめて限定的であると判断するしかない。また今回調査した両町のような自治体は他にも複数ある(一時強制避難の対象となった市町村だけで13ある)ことを考えると、下図に示したような臨床心理士やソーシャル・ワーカー、保健師、看護師等からなる専従の行政職員のメンタルヘルス支援チームが必要であると考えられる。ただこうしたチームを全く独立させても、十分に稼働しない、あるいは稼働するまで相当の時間がかかるだろう

ことは十分予想される。したがって福島県や福島県立医科大学等との連携を図りつつ、心のケアセンターに付置させるような工夫が必要と考えられる。

さて、PTSD 例は事前に行った IES-R の結果からは予想下よりも遙かに少ない数であった。これは被面接者が再体験症状として語った内容の多くが、地震、津波、原発事故そのものというよりも、上述したような住民からの怒りや不平に関連していたことから、面接者が PTSD の A 基準を満たさないと判断したためである。これらの体験イベントを震災に密接に関連した出来事であったとし A 基準を満たすと判断すれば、ずっと多くの職員が PTSD と診断されたであろう。

IV. おわりに

ふくしま心のケアセンターの活動統計では、3年目にして変化がみられた。時間経過による被災住民の動向が要因としてあげられる他、地域における心のケアセンターの役割も活動の中で変化した結果と考えられる。

ただし、福島においては避難町村の帰還に加え、復興公営住宅などへ住民の移動も見込まれるなど今後も変化が続くだろう。特に当センターと関係の深い市町村行政機関自体が避難を継続しており、今後帰還もしくは仮役場の移動などについて動きを見込んでいる中では、その動向を注意し、適切で柔軟な対応を取るべきである。

市町村職員などの復興期に主役となる支援者のメンタルヘルス・ケアも含め、今後長期に支援を続けるための取り組みが必要である。

参考文献

1) 昼田源四郎、前田正治：福島県被災住民メンタルヘルスに関する現状と課題。平成 24 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研修及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書 pp116-131,2013.

2) Maeda,M.,Oe,M.: Disaster behavioral health: Psychological effects of the Fukushima nuclear power plant accident. (eds.)Tanigawa,K.&Chhem,R.K.: Radiation Disaster Medicine. Springer, New York, pp79-88, 2013.

3) 松本和紀、福地 成、片柳光昭、渡部裕一：みやぎ心のケアセンターの活動分析。平成 24 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研修及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書 pp108-115,2013.

4) 酒井明夫、大塚耕太郎：岩手県こころのケアセンターの活動の分析。平成 24 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研修及び介入手法の向上に資する研究 分担研究報告書 pp94-106,2013.

5) 昼田源四郎、前田正治、植田由紀子、内山清一、高橋悦男、松田総一郎、壬生明日香、落合美香：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」活動分析をもとに-。平成 25 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

効果の研修及び介入手法の向上に資する研究
分担研究報告書 pp115-125, 2014.

6) 前田正治、植田由紀子、昼田源四郎：こ
ころのケアセンターが果たすべき役割とは：
ある方部の苦闘から、トラウマティック・ス
トレス, 12, pp5-12, 2014

7) 加藤寛. 災害救援者. 心的トラウマの
理解とケア. 金吉晴 (外傷ストレス関連障
害に関する研究会) 編集, 2001

8) 加藤憲史, 井上雄一. 睡眠障害の社会
経済的影響. 医学のあゆみ. Vol.236No.1,
2011

9) 牛尾裕子, 大澤智子, 清水美代子. 被
災地自治体職員が受ける心理的影響-水害
16ヶ月後の保健師へのインタビュー-. 兵庫
県立大学看護学部・地域ケア開発研究所紀
要 Vol.18, 2011

10) 川上憲人. こころの健康についての
疫学調査に関する研究. 平成 18 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) 総括研究報告書, 2008

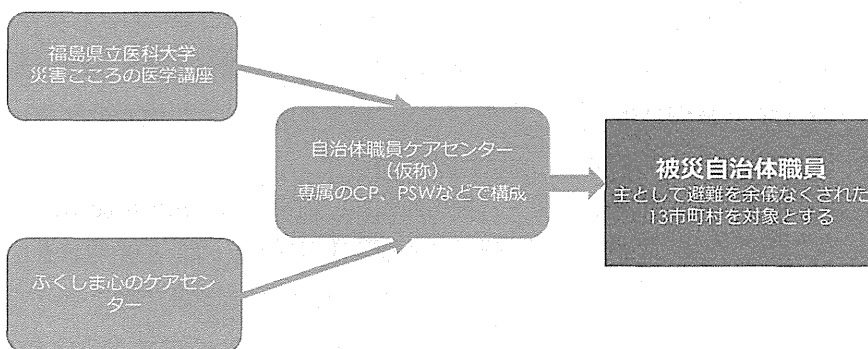


図 自治体職員へのケアシステム案

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

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－

研究分担者 山田幸恵 東海大学文学部
研究協力者 中島聡美 独) 国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所
中谷敬明 岩手県立大学社会福祉学部
中村美津子 一般財団法人岩手済世医会三田記念病院
藤澤美穂 岩手医科大学教養教育センター

研究要旨

【目的】岩手県では、東日本大震災によって亡くなった方が 4,672 名にのぼった。さらに、震災後も震災関連死が増え続け 450 名となった（平成 27 年 1 月 31 日現在）。震災による直接死と関連死を合わせると、5,122 名にのぼる。また、関連死は今後も増えることが予想される。また、岩手県の震災による行方不明者は 1,129 名である。行方不明者の家族にとっての喪失体験は、亡くなったのか亡くなくていないのかあいまいな喪失であり、一般的な死別に対する悲嘆反応とは異なる。そして、喪失のあいまいさゆえに悲嘆が複雑化しやすいことが示されている。これらのことから、遺族や行方不明者の家族の周囲の理解を高めること、自然な悲嘆反応を促進すること、また悲嘆の複雑化を予防する遺族の心理的なケアが重要であると考えられる。

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を検討することを目的とした。

【方法】心理教育とわちあいの時間から構成されるセミナーを実施し、心理教育の効果を検討するために、心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

【結果】本研究の結果、心理教育による悲嘆への理解の向上が認められたとともに、心理的ストレス反応の軽減が認められた。

【結論】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が示唆された。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ある。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。

A. 研究目的

(1) はじめに

2011年3月11日、東北太平洋地域はマグニチュード9という地震とそれに続く大津波によって甚大な被害を受けた。東北から太平洋にかけての太平洋沿岸、特に岩手・宮城・福島の沿岸市町村は、地域自体が流されるという未曾有の被害をこうむった。

東日本大震災は地震と津波体験が及ぼすトラウマ体験であったと同時に、大切な人、住居、財産、見慣れた故郷の風景、思い出、仕事、地域のつながりなど、有形無形を問わず様々なものを失う喪失体験でもあった。

(2) 岩手県における被災状況および現状

今回の東北地方太平洋沖地震により、岩手県では震災による死者が4,672名にのぼった。さらに、震災後の震災関連死も増え続け450名となった(平成27年1月31日現在)。震災による直接死と関連死を合わせると、5,122名にのぼる。関連死は今後も増えることが予想される。また、岩手県の震災による行方不明者は1,129名であり、このうち死亡届の受理件数が1,116件となっている(岩手県総務部総合防災室)。

1人に対し5~6名の親密な関係者がいると想定すると、岩手県内だけでも3万人を超える遺族が存在することになる。被災者の多くは家屋が流出し、仕事も失っているため、岩手県内陸部にも避難してきている方も多し。遺族は

被災の大きい沿岸地域だけではなく、岩手県内の全ての地域に居住していることは想像に難くない。被災地の遺族は、周囲に被災している人が多く自分だけではないという思いから話をすることができない、あるいは、よく知っている地域コミュニティの人だからこそ話がし辛い、という方もいる。一方で、被災地域から内陸部へ転居してきた遺族は、体験を共有する人がいない孤独を感じている方もいる。

震災から3年がたち、被災地は大きく変化している。時間とともに回復していく方と、とどまってしまう方との差が大きくなってきていることもうかがえる。また、仮設住宅から復興住宅への転居、自宅再建などの過程の中で、震災後に作られたコミュニティが再度失われつつある現状もある。

岩手県の被災地域は、震災前から精神保健医療体制が脆弱な地域であり、今回の震災による精神保健システムのダメージから回復しつつあるものの、圧倒的に精神科医、臨床心理士、精神保健福祉士といった専門職が不足している。こころのケアセンターを中心とした被災地のこころのケア体制が構築されてきたものの、十分とはいえない状況である。

(3) 喪失に対するこころのケア

1) 被災地における心理支援

被災地では必ずしも心理的支援を望んでいない被災地域の住民も多い。また、何らかの問題を抱えていても、援

助を求める自発的な行動につながりにくいといわれている。このことから、個別的な関わりよりも地域精神保健活動と協働したサロンの関わりの方が、対象者にとっては参加しやすいものと考えられる。

さらに、災害時の心理支援は特殊であり、一般の心理職や医療職はこうした動き方に慣れていないことが指摘されている(1)。また、支援者自体も悲嘆やトラウマティック・ストレスの対応を熟知していない現状がある。岩手県には自殺予防対策の一環として要請された傾聴ボランティア組織が災害後の支援を行っているケースも多い。傾聴ボランティアは被災者の話を聴く中で、死別にまつわる話を聴くことも多いが、どのように対応してよいか困惑しているといった声もあがっている。遺族だけではなく、遺族に関わる支援者にとっても心理教育が必要な実態が被災地にあるといえるであろう。つまり、遺族への支援だけではなく、遺族を支援する支援者への支援としての心理教育も求められている。

2) グリーフ・ケア

複雑化した悲嘆については、複雑性悲嘆の認知行動療法が開発され、その効果に関する研究が進んでいる。一方、一般的なグリーフ・ケアについては、個別のカウンセリングだけではなく自助グループなどの手法がとられることが多い。わが国においても交通事故遺族の会や自死遺族の会などが自助グループを行っているが、その効果について検討した研究は多くはない。

被災地においては、死別に対する自然な反応としての悲嘆プロセスを促進させる、悲嘆を複雑化させないための予防的な関わりが必要であると考えられる。また、遺族の周囲の人の理解を深め、二次的な被害を予防することも重要である。

3) 心理教育

心理教育とは正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、自分自身の状態をよりよく理解するとともに、問題や困難に対する対処方法を修得することを目的とする。認知行動療法では、治療プログラムの一環として用いられることが多く、治療初期に症状と治療内容の理解のために行われる。心理教育のみによる治療効果や予防効果に関する研究は散見されるのみであるが、今回の東日本大震災では対象となる方が多いことや、これまで述べた被災地の状況を踏まえ、集団を対象とした心理教育が有効であると考えられる。

(4) 目的

以上のことを踏まえ、震災による被災者に対して死別による悲嘆反応に関する心理教育ならびにあいまいな喪失に関する心理教育を行う効果を検討することを目的として岩手県臨床心理士会の協力の下、実践研究を実施した。

B. 研究方法

(1) 対象者

本研究では対象を遺族やあいまいな喪失を体験した方だけではなく、それ

らの方の友人・知人といった周囲の方、支援者などを広く対象とした。その理由は先に述べたとおり、コミュニティの支えあいの力を育成する意味も含まれているからである。また、被災地における支援者は、被災者であり支援者である方も多い。以下、対象者を広く被災者および支援者とする。

(2) 倫理的配慮

本研究は、岩手県立大学研究倫理審査委員会により承認された。

(3) 方法

【内陸部（盛岡市）での実践】

(1) 実施形態

45分の心理教育と45分のわかちあいの時間から構成されるセミナー形式で、月1回実施した。心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

(2) 心理教育の内容

3か月で1クールとし、平成26年度の各回の心理教育のテーマは以下の通りであった

セミナー1:「大切な人を失った方のこころ」

セミナー2:「子どものこころのケア」

セミナー3:「あいまいな喪失」

(3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18)を用いた(2)。また、各セミナーの知識に関する質問項目5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思

う、まで5件法で回答を求めた。グリーフの知識項目は以下の通りであった。

Q1:大切な人を失った人たちが平気な顔をしているのは、悲しくないからである。

Q2:大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3:亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4:時間がたてば悲しみは薄れていくものである。

Q5:大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

あいまいな喪失の知識質問項目は以下の通りであった。

Q1:行方不明の方のご家族は、その方の死を認めたほうがよい。

Q2:あいまいな喪失は答えを出した方がよい。

Q3:行方不明の方のことは話題に出さない方がいい

Q4:時間がたてば悲しみは薄れていくものである

Q5:家族が行方不明の場合悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければいけない

【沿岸部での実践】

(1) 実施形態

60分の心理教育と60分のわかちあいの時間から構成されるセミナー形式で実施した。心理教育の前後で質問紙への回答を求めた。

(2) 心理教育の内容

心理教育の内容は、「大切な人を亡くした人のこころ」であり、遺族の心理状態を中心として、子どものこころのケアや震災後の心身の変化についてまとめたものであった。

(3) 測定指標

ストレスの変化を測定するために、the stress response scale (SRS-18) を用いた。また、セミナー内容の知識に関する5項目が作成され、まったくそう思わない～大いにそう思う、まで5件法で回答を求めた。知識項目は以下の通りであった。

Q1: 災害後の心身の不調は、時間の経過に従い落ち着いてくるものである。

Q2: 大切な人を失った人たちは、その死が自分のせいであると思うことがある。

Q3: 亡くなった人のことは話題に出さない方がいい。

Q4: 大切な人を亡くすと悲しいのは当たり前であり、一人で解決しなければならない。

Q5: 追悼行事や宗教儀礼などは、子どもに参加させない方がよい。

C. 研究結果

【内陸部（盛岡市）での実践】

ここでは、グリーフ・ケアに関わるセミナー1（悲嘆）とセミナー3（あいまいな喪失）に関するデータを分析対象とする。

(1) 悲嘆の心理教育

セミナー（平成24年度からのべ11回）参加者のうち、研究参加に同意し、回答に欠損がなかった計27名（男性7名、女性19名、不明1名、平均年齢43.62歳、 $SD=13.05$ ）を分析対象とした。

1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable 1に示した。

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するため t 検定を行った結果、有意差が認められた ($t(26)=2.56$, $p<.05$, Fig.1)。このことから、心理教育による心理的ストレス得点の軽減が示された。

2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差をTable 2に示した。

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために t 検定を実施した。その結果、Q3、Q4、Q5 で有意差が認められた ($t(26)=3.24$, $p<.01$, $t(26)=2.96$, $p<.01$, $t(26)=4.00$, $p<.001$, Fig.2, 3, 4.)。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。

(2) あいまいな喪失の心理教育

セミナー（平成24年度からのべ6回）参加者のうち、研究参加に同意し、回答に欠損がなかった計8名（男性2名、女性6名、平均年齢40.57歳、 $SD=7.41$ ）を分析対象とした。

1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差をTable 3に示した。

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するため t 検定を行った結果、有意差が認められた ($t(7)=2.67$, $p<.05$, Fig.5)。このことから、心理教育による心理的ストレス得点の軽減が示された。

2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差を Table 4 に示した。

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために t 検定を実施した。その結果、Q2 で有意傾向が認められた ($t(7)=1.99$, $p=.09$, Fig.6)。これは Q2 に関する知識の向上を示している。

【沿岸部での実践】

沿岸部のセミナー（平成 24 年度からのべ 16 回）の参加者のうち、研究参加に同意し、回答に欠損がなかった 23 名（男性 6 名、女性 17 名、平均年齢 45.05 歳、 $SD=15.70$ ）を分析対象とした。

1) ストレス得点

心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差を Table 5 に示した。

心理教育前後のストレス得点の平均値の差を検討するため t 検定を行った結果、有意差が認められた ($t(22)=2.88$, $p<.01$, Fig.5)。このことから、心理教育の前後でストレスが軽減する傾向が示唆された。

2) 知識項目得点

心理教育の内容に関する知識を問う質問項目の心理教育前後の得点の平均値と標準偏差を Table 6 に示した。

心理教育前後の知識に関する質問項目の得点の変化について検討するために t 検定を実施した。その結果、Q1、Q3 で有意差が認められた ($t(22)=-2.37$, $p<.05$, $t(22)=2.24$, $p<.05$, Fig.6,7)。有意差の認められた項目のいずれも、知識の向上を示している。

D. 考察

本研究の目的は、グリーフおよびあいまいな喪失に関する心理教育のストレス軽減効果を検討することであった。グリーフに関する心理教育とあいまいな喪失に関する心理教育について分析した結果、心理教育前後でのストレス軽減が有意であった。また、グリーフやあいまいな喪失に関する理解度が一定の向上を示した。このことから、心理教育により、グリーフやあいまいな喪失への理解が向上し、ストレスが軽減した可能性が示された。

本研究の母体となる遺族ケアセミナーへの参加者は少なく対象者がごく限られていた。しかしながら、特に沿岸部では不安定ながらも一定数の参加者があり、開催の意味があると考えられる。参加者が少ない理由の一つとして、多くの遺族はまだまだ生活再建の途上にあり、自らセミナーに参加してご自身の悲嘆に向き合う段階には至っていない可能性が考えられる。また、仮設住宅の多くが、交通が不便な立地であり、自家用車を持たない高齢者にとっては参加が難しいという問題もある。

著者のアウトリーチ活動や、傾聴ボランティアの活動では、遺族の悲嘆が

語られることも多い。しかし、自発的に出かけていってということには抵抗があるようである。岩手県沿岸部のような地域では、都市部では浸透してきた“他者にこころの問題を相談しに出かける”カウンセリング的行為が、まだまだ抵抗感のある行動であることもうかがえる。本研究では、セミナー後の分かち合いの会を発展させ、ピアグループの形成を目的としていたが、地方、特に岩手県沿岸部のような地域のつながりの強い地域では、対象者が自発的に出かけてきて参加する形式よりも、誰かが来てくれれば話をするという気持ちが大いなのかもしれない。被災地でのグリーフ・ケアの必要性は高いものと考えられるため、複数の介入経路を検討する必要もあるだろう。

遺族は自発的に援助を求めることが少ない。このことから、日常の生活支援の中に悲嘆やあいまいな喪失に留意した活動が求められる。心理や福祉関連の専門職だけではなく、生活支援を行う行政職員やボランティアに対する研修を行い、様々な支援の中に生かしていける体制が求められるだろう。

E. 結論

複雑性悲嘆は遷延化することが知られていることから、被災地におけるグリーフ・ケアは継続性が求められる。また、東日本大震災の死者・行方不明者の数は非常に多く、推定される遺族は膨大な数にのぼる。支援者への心理教育を実施することにより、広く被災者の悲嘆に対するケアができることが

望ましい。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

山田幸恵・藤澤美穂 悲嘆の心理教育が心理的ストレス反応に及ぼす効果－東日本大震災の遺族を対象として－ 第12回日本トラウマティック・ストレス学会 2013年9月 東京

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

文献

1. 金吉晴：危機への心理支援学 91のキーワードでわかる緊急事態における心理社会的アプローチ 日本心理臨床学会監修 第2章(3) 災害支援の心構え：22-2, 遠見書房, 東京, pp22-24, 2010.
2. 鈴木伸一・嶋田洋徳・三浦正恵・片柳弘司・右馬埜力也・坂野雄二 新しい心理的ストレス反応尺度(SRS-18)の開発と信頼性・妥当性の検討. 行動医学研究, 4, 22-29, 1998.

謝辞

本研究は岩手県臨床心理士会主催の遺族ケアセミナーにおいて実施いたし

ました。岩手県臨床心理士会のみならず、まのご協力に感謝いたします

Table 1 悲嘆の心理教育前後のストレス得点の平均値と標準偏差

pre		post	
mean	SD	mean	SD
13.96	9.61	11.67	8.92

Table 2 悲嘆の心理教育の内容についての知識に関する質問項目の平均点と標準偏差

		Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
pre	mean	1.26	3.81	2.70	2.89	1.85
	SD	.53	.92	.82	.89	.82
post	mean	1.11	3.52	2.15	2.33	1.41
	SD	.32	1.37	.91	1.21	.57

