

201419098B

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24年度～平成26年度 総合研究報告書

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24年～平成26年度 総合研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成27年(2015年)3月

目 次

I. 総合研究報告書

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. 分担研究総合報告書

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 -----	15
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、氏家由里、丹羽まどか、中山未知 廣幡小百合
2. 持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) の普及体制の 確立に関する研究 -----	25
分担研究者	金吉晴
研究協力者	河瀬さやか、中山未知 ¹⁾ 、大滝涼子、荒川和歌子
3. 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 -----	29
分担研究者	金吉晴
研究協力者	大沼麻実、大滝涼子、井筒節、堤敦朗、菊池美名子
4. 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 -----	43
分担研究者	金吉晴
研究協力者	中谷優
5. 感情の表出に関する尺度の標準化研究 -----	51
分担研究者	金吉晴
研究協力者	林明明、河瀬さやか、大滝涼子、伊藤真利子
6. 災害時の外国人支援ガイドライン案の作成 -----	61
分担研究者	秋山剛
研究協力者	飯田敏晴、岩谷潤、川口彰子、中前貴、Peter Bernick、

福島浩史、藤岡勲、村上裕子、吉田尚史、荻原かおり、
Linda Semlitz、佐藤麻衣子、澤智恵、谷口万穂、石井千賀子、
Ian de Stains、森本ゆり、川村弘江、松本聡子、遠藤彩子、
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

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 ----- 73
分担研究者 鈴木満
研究協力者 阿部薫、阿部又一郎、荒木剛、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、金吉晴、久津沢りか、小林利子、佐藤麻衣子、
重村淳、嶋崎恵子、杉谷麻里、鈴木貴子、田辺邦彦、
田中英三郎、チャイヤディロ和子、堤 敦朗、傳法清、
仲本光一、原 敬造、原田奈穂子、本郷一夫、松木秀幸、
松本順子、村上裕子、山中浩嗣、山本茉樹、山本泰輔、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 ----- 85
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 ----- 91
分担研究者 川上憲人
研究協力者 高野歩、稲垣晃子、梅田麻希、立森久照、宮本かりん
10. 中長期の災害精神保健活動 ----- 97
分担研究者 加藤寛
11. 自治体職員および地域住民の防災行動に関連する個人特性および地域特性 -- 105
分担研究者 荒井秀典
研究協力者 大倉美佳
12. 岩手県こころのケアセンターの活動の分析 ----- 111
分担研究者 酒井明夫

- 研究協力者 大塚耕太郎
13. みやぎ心のケアセンターの活動分析----- 119
 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
14. ふくしま心のケアセンターの活動の成果と課題----- 131
 分担研究者 前田正治
 研究協力者 植田由紀子、昼田源四郎
15. 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—----- 143
 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
16. 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----- 155
 分担研究者 富田博秋
17. 東日本大震災 2011 による不眠症とメンタルヘルスの追跡調査、及び
 Hyperarousal Scale 日本語版の開発に関する研究----- 163
 分担研究者 三島和夫
 研究協力者 綾部直子、北村真吾、野崎健太郎、片寄泰子
18. 東日本大震災における心のケアチーム活動に関する調査都道府県・政令指定都市の
 災害時精神保健医療体制整備状況調査----- 173
 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
19. 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----- 189
 分担研究者 堀越勝
 研究協力者 大江悠樹
20. 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-- 205

分担研究者 神尾陽子、金吉晴
研究協力者 大沼麻実

21. 被災地の子どもの精神医療支援：
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----- 217

分担研究者 神尾陽子、金吉晴
研究協力者 森脇愛子

18. 母親のうつ状態と子どもの問題行動について----- 231

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

19. 災害時における調査研究の実施体制の検討----- 237

分担研究者 飯島祥彦

20. 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----- 245

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 ----- 335

I. 総合研究報告

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 24 年度～平成 26 年度 総合研究報告書

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・成人精神保健研究部

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

東京大学医学部附属病院

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

東京女子医科大学附属女性生涯健康セ
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

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。また今後の震災を見据え、有効な精神保健医療活動を提供するために、心のケアチーム並びにその構成員に対する有効な研修方法を開発し、特に指導者の訓練、重症化した病態への対応を可能にするべく、研究調査をもとにしたマニュアルやガイドラインの作成、基礎資料の作成を行ってきた。他にも、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成果もたらされた。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

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

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期待できるほか、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。また、災害時こころの情報支援センターと被災地心のケアセンターとの有機的な連携が促進され、かかるセンターを設置した厚労行政の目的を、センター外の研究者との研究ネットワークも活用しながら、より発展させることができた。また今後、被災地での大規模余震が生じた場合には、重ねての被害による精神健康への影響に対応するため再度急性期の心のケア活動が必要とされるが、本研究班で取り組んでいる WHO のサイコロジカルファーストエイドに関する調査成果に基づいて効率的な対応が促進されると考えられる。加えて、東日本大震災における全国レベルでの心のケアチーム活動を統一して評価することにより、今後の国レベルでの大規模災害時の精神保健医療活動の在り方を検討する際の基礎資料を得ることができた。

なお、研究にあたり次のような倫理的配慮を行った。行政データの二次利用に関しては疫学研究指針に従い、適正な手続を取るとともに、必要に応じて当該自治体との間で契約書を締結することとした。同指針

の定めに従い、倫理委員会の承認を得た。当研究班では被災者からの直接の聞き取りは行わなかったため、臨床研究指針に該当する研究項目は含まれない。

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。PTSD 患者の診断と重症度評価のための自記式尺度の標準化、治療対応において問題となる感情表出を適切に測定するための尺度の標準化を行った。

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り、平成 23 年度の聞き取り調査と情報収集によって、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を明らかにした。平成 24 年度は、ネットワークづくりの基盤となる資料として、2011 年に発表された、「移住者の精神保健および精神保健ケアについての世界精神医学会のガイダンス」の翻訳を行った。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

査を行った。外国人組織に対する調査では、心理社会的支援、情報収集が課題として指摘された。平成 25 年度は、6 つの在留大使館を対象に災害時における心理社会的支援に関する一日研修を各大使館につき 1 回、計 6 回実施し、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を検証した。平成 26 年度は、平成 23～25 年度の研究成果を踏まえて、災害時の外国人支援ガイドラインの試案を作成し、災害支援専門家と外国人支援経験者の指摘に基づいて、資料を改訂し、災害時の外国人支援ガイドライン案を作成した。

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。海外邦人の多くは「移動する国民」であり、海外での惨事遭遇により災害弱者となりやすい。その一部にはメンタルヘルス専門家による介入が必要とされるが、現地の医療資源不足ゆえに遠隔地からの支援対応となったり緊急帰国対応となる事例が常時発生している。この研究では、海外での邦人被災者、被害者へのメンタルヘルスの現況について実態把握を行うとともに、非専門家を含む海外在住支援者の支援ツールとしての WHO 版心理的応急処置(PFA)の有用性について調べ、これらの調査と併行して支援者間の連携強化を行った。海外は邦人にとって広域精神医療過疎地であり、遠隔メンタルヘルス支援は、東日本大震災の被災地支援の課題と共通する。海外邦人への遠隔支援手法と

東日本大震災被災地支援へのそれとの間の異同についても検討した。

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、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が認識された。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、手法の確立が必須である。平成 24 年度は東大病院の震災支援の振り返りを行ったうえで、マネジメントの前提となる点を指摘した。平成 25 年度は東大病院の震災支援についてまとめ、学会発表・投稿を行い、さらに子供のこころのケアについての結果を論文にした。平成 26 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。

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。この研究では、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・提案することを目的として、①被災地における精神健康調査尺度の使用と信頼性・妥当性に関する文献レビュー、②被災者における精神健康調査尺度の特性に関する情報を既存調査および既存データの再解析から収集

すること、③被災地住民の調査に係わった調査員からの聞き取りによる被災地における心の健康に関する調査の留意点を明らかにした。その上で「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。

加藤は、中長期の災害精神保健活動について研究を行った。災害直後の精神科医療・保健活動を担うシステムとして、厚生労働省は都道府県に災害派遣精神医療チーム（Disaster Psychiatric Assistance Team :DPAT）を設置するよう通達し、整備が進められている。復興期においては、過去の災害での方法を踏襲するだけでなく、その地域特性にあった、柔軟なシステムを早期から検討することが重要である。この研究では、過去の災害について、保健所などの既存組織が果たす役割、こころのケアセンターなどの災害後に作られる専従組織の役割と課題、東日本大震災後に新たな枠組みで活動しているNPOなどの状況が報告された。

荒井は、自治体職員および地域住民の防災行動に関連する個人特性および地域特性について調査を行った。この研究では、自治体職員および地域住民の防災行動に関連する要因分析として、個人特性および自治体組織特性・地域特性の側面から検討することを目的として分析が行われた。郵送法で実施した防災認識(知識・意識・行動)に関する自記式質問紙調査データに加えて、全国自治体の防災体制の実態を把握することを目的とした調査結果データ、電化した自治体組織特性および地域特性に関する公表データを突合した。防災行動を従属変数とし、性別、年齢を調整し、SC、地域活動、人とのつきあい度、人への信頼度、防災知識を共変数とした多変量ロジス

テック回帰分析を行った。職員の防災行動に関連が認められた変数は地域活動、防災知識、住民では防災知識であった。自治体組織特性および地域特性に関する要因については今回の分析では同定できなかった。防災行動を促進するためには、個々人へ働きかけるだけでなく、地域活動やSCを高めることが重要であることが示唆された。

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。東日本大震災津波により岩手県沿岸地域では甚大な被害を受けた。現在の岩手県こころのケアセンターは、1) 訪問活動などを通じた被災者支援、2) 震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、3) 市町村等の地域保健活動への支援、4) 従事者支援、5) 自殺対策、6) その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。平成26年度においても、被災地域における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、不眠が多かった。身体症状は抑うつや不安を背景とした症状が考えられた。背景の問題として、住居環境変化、家族・家庭問題等が目立っており、二次的生活変化によるストレス過重の問題が出現していると考えられた。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あると考えられた。

松本は、みやぎ心のケアセンターの活動分析を行った。自然災害の多いわが国では、特に阪神・淡路大震災以降、被災地に住む住民の精神健康を保つためには継続的な支援が必要となることが広く知られるようになった。こうした支援を行うために、心のケアセンターが設置されるが、その役割は、設置された

自治体の特質、災害の性質、設置時期、地域精神保健の状況などさまざまな因子に影響されるが、一方で、多くの災害を通じた普遍的な役割も有している。この研究では、みやぎ心のケアセンターの開設からの約3年間の軌跡が経時的な活動内容を分析することで振り返られ、今回の災害におけるこれからの支援に活かすことのできる基礎資料が作成されたとともに、今後に起こりうる新たな災害後の復興支援のあり方が検討された。

昼田・前田らは、ふくしま心のケアセンターの活動の成果と課題について分析を行った。ふくしま心のケアセンター設立から3年間の活動状況について、主として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された。またあわせて、沿岸部被災地自治体職員の精神保健面接調査と結果概要報告が行われた。ふくしま心のケアセンターの活動はこの3年を通じ、基本的に変化があるものとなないものがあった。たとえば基本的にアウトリーチによって支援するという構造は変化がなかったが、その内容や相談場所、相談の契機等については大きな変化があった。とくに年を経るごとに行政からの依頼や、行政職員等の精神保健上の相談が飛躍的に増えた。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。ふくしま心のケアセンターは設立当初より組織システム上、あるいは運用上の多くの課題があり、これらをどのように解決し、安定した支援機能を発揮できるかが今後の課題である。

山田は、平成25年度より分担研究者として本研究に参加し、被災地域におけるグリーン・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。結果、心理教育による災害後の心理、死別による悲嘆反応、子どものこころのケア、あいまいな喪失への理解が深まることにより、心理的ストレスが軽減する可能性が示唆された。自分自身に何が起こっているのかわからない、自分だけがおかしいのではないかと、といったよくわからないことによる不安は大きいものである。また、自分がおかしいのではないかという自尊感情の低下も引き起こす可能性がある。このような不安を軽減するために、心理教育が有効であったものと考えられ、大規模災害等の際には、多くの被災者を対象にできる心理教育は、被災者のストレス軽減のために有効である可能性が示唆された。

富田は、平成25年度より分担研究者として本研究に参加し、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。平成26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、平成 25 年度から取り組んできた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、東日本大震災による不眠症とメンタルヘルスの追跡調査及び Hyperarousal Scale 日本語版の開発に関する研究を行った。平成 24 年度は、震災が日本人の不眠症の罹患率とメンタルヘルスに及ぼした影響とその臨床的特徴を明らかにした。震災後の不眠症についてはレジリアンスが認められたが、被災強度の大きいエリアでは震災 1 年 6 ヶ月後においても慢性不眠群が残存しており、これらの多くは治療抵抗性と推察され、メンタルヘルスの改善も十分ではないことから、今後の長期的なケアと観察を要すると思われた。平成 25 年度は、これらの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 (Hyperarousal) の存在に焦点を当て、簡便にこれらの疾患に対する罹患脆弱性のスクリーニングツールの開発を目的として、Hyperarousal Scale (以下、HAS とする) 日本語版を作成し、その信頼性と妥当性の検討を行った。HAS 日本語版は高い信頼性と構成概念妥当性を有していることが示され、生理的過覚醒の側面から簡便にうつ病、不眠症、PTSD 等に対する罹患脆弱性のスクリーニングに有用である可能性が示された。平成 26 年度は、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 年後の追跡調査を行い、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を行った。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 年後の抑うつ状態と

不眠の発症と独立したリスク因子であることが示された。これらの研究結果をまとめると、大規模災害など高ストレスを受けた後に罹患しやすいうつや不眠のハイリスク群の早期発見や予防が重要であること、そのスクリーニングに過覚醒状態の評価が有効であることが示された。過覚醒状態を測定する HAS は、今後被災者のメンタルヘルス対策において有用なツールになり得ると考えられる。

渡は、東日本大震災における心のケアチーム活動に関する調査及び都道府県・政令指定都市の災害時精神保健医療体制整備状況調査を行った。1-1) 東日本大震災における心のケアチーム派遣・活動実績に関する調査では、東日本大震災における「心のケアチーム」の全国レベルでの派遣および活動実績を把握すると共に、支援の全体像を明らかにし、今後あるべき災害時精神保健医療活動について検討した。1-2) 東日本大震災における宮城県、仙台市、福島県で活動した心のケアチームの処方箋調査では、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を把握し、今後の活動の基礎資料が作成された。2-1) 平成 24 年度 都道府県・政令指定都市の災害時精神保健医療体制整備状況調査では、現在の自治体における災害時精神保健医療体制の課題について整理した上で、今後あるべき災害時精神保健医療活動について検討された。2-2) 平成 26 年度 災害拠点病院調査では、災害拠点病院における精神科医療機能を把握し、災害時における DPAT 活動拠点の検討のための基礎資料が作成された。

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。PFA を我が国に導入する際に必要と思われるコミュニケーション訓練プログラムを作成すること、開発されたコミュニケーション訓練プログラム全国的に普及させるため、訓練用マニュアルおよび DVD を開発することを目的とし、研究が進められた。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料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、災害後、避難所等において子どもの精神的健康の回復を妨げないよう、すみやかに生活環境の改善が図られることが望ましいことが明らかにされた。また、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、平成 26 年度のみ分担研究者として本研究に参加し、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があることが示唆された。

飯島は、平成 26 年度のみ分担研究者として本研究に参加し、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、平成 26 年度のみ分担研究者として本研究に参加し、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、救援の遅延がおこりやすい。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. 分担研究総合報告

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 24 年度～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)、石丸徑一郎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を、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言うことを説明する。

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うことが多い。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、呼吸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