

いる。本調査研究から WHO 版 PFA は海外在住支援者が共有できる有用なツールであり支援技能の向上に寄与しうる。また支援者連携による介入の効率化と円滑化が可能であることが示された。今後は緊急出動が可能な災害メンタルヘルス専門家の確保に加え、平時から既存の人的資源である海外在住の邦人メンタルヘルス専門家、外務省在外公館邦人援護担当領事、同医務官等への啓発教育とさらなる

支援者間連携強化を推進すべきである。また海外邦人へのメンタルヘルス支援の手法は、広域医療過疎地への遠隔支援という点で、東日本大震災被災地域への支援と重なるところが多い。双方での取組が相補的に発展することが期待される。

(本報告書の内容は個人的見解に基づくものであり、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：広域多発複合災害後の新しい地域精神医療の構築に向けて。外来精神医療 12(1): 32-36, 2012

2) 鈴木 満：東日本大震災後の長期的メンタルヘルス支援ステージへの移行に向けて。産業精神保健 20 (特別号) : 48-52, 2012

3) 鈴木 満：海外邦人をめぐる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 - こころと社会 44(4) : 100-106, 2013

4) 吾妻 壮, 鈴木 満, 井上洋一, 武田雅俊: 在外邦人の精神医学的危機介入-ニューヨークでの体験を通して。心と文化 12(2): 140-148 , 2013

5) 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

6) 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

### 2. 書籍、報告書

1) 鈴木 満(編著): 異国でこころを病んだとき. 総 220 頁, 弘文堂, 東京, 2012

2) 鈴木 満(監訳): 巨大災禍への精神医学的介入. 総 520 頁, 弘文堂, 東京, 2013

3) 鈴木 満: 東南アジア日本企業駐在員のメンタルヘルス - フィリピン、シンガポール、

インドネシアでの調査より- 海外邦人医療  
基金調査報告書, 2012

4) 鈴木 満: 日本企業中国駐在員のメンタル  
ヘルス - 海外生活における急激な環境変化  
や大規模緊急事態への対応 - 海外邦人医療  
基金調査報告書, 2013

5. 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)

### 3. 学会発表

1) Mitsuru Suzuki: Rebuilding Community  
Mental Care System after the Great East  
Japan Earthquake: Toward Transformation  
and Regeneration of Kin-, Territory- and  
Work-Based Relations. One Year Later, a  
Special 2-day Symposium at Mount Sinai and  
Columbia University. Columbia University.  
(New York, USA) 2012.4.7

2) 鈴木 満: 中国在留邦人数の推移と中国在  
外公館における邦人援護事例から. シンポジ  
ウム「日本、中国、グローバリゼーションの  
陰にある邦人の精神保健」. 第 108 回日本精  
神神経学会(札幌)2012.5.24

3) 鈴木 満: 国境を跨いで活動する日本人  
のメンタルヘルス対策. 第 108 回日本精神  
神経学会(札幌)2012.5.25

4) 鈴木 満: 東南アジア在留邦人の精神保健  
の現況 - フィリピン、インドネシア、シンガポ  
ールでの調査より - シンポジウム「急成長するア  
ジアにおける地域精神科医療」. 第 19 回多文化  
間精神医学会(福岡)2012.6.24

5) 田中和宏、林 玲子、鈴木満: 西アフリカ3カ  
国の精神医療体制. 多文化間精神医学会(福  
岡)2012.6.24

6) 山本茉樹、今井公文、飯田敏晴、鈴木 満、  
井上孝代: 海外駐在員に向けたメンタルヘルス  
サービスの現状と課題に関する研究. 第 19 回多  
文化間精神医学会(福岡)2012.6.24

7) 鈴木 満: 海外派遣者と帯同家族のメンタ  
ルヘルス A B C - 採用、人選、渡航前研修か  
ら、派遣後ケア、復職支援まで - 日本子女教育  
財団・海外邦人医療基金セミナー(東京)  
2012.7.3

8) 鈴木 満: 国境を越える邦人メンタルヘルス  
ケア. 第 16 回日本渡航学会(大阪) 2012.7.22

9) 重村 淳、鈴木 満: 海外発生事案のトラ  
ウマケア - 急性期と中長期、外国と日本. シ  
ンポジウム「海外惨事ストレスと在留邦人の  
メンタルヘルスケア」. 第 20 回多文化間精  
神医学会学術総会(宇都宮) 2013.6.14

10) 鈴木 満、上田雅士、長谷川朝穂: 遠隔  
支援者間の情報共有と遠隔相談のための新し

いツール「スマートアウトリーチ」. シンポジウム「海外邦人や医療過疎地住民を対象とした遠隔メンタルヘルス支援の試み」. 第17回日本渡航医学会学術集会（東京）2013.7.21

11) 山中浩嗣、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21回日本精神科救急学会学術総会（東京）2013.10.4

12) 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「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（横浜）. 2014.6.24

13) 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. シンポジウム「大規模惨禍支援者に求められる文化を感じる力」. 第21回多文化間精神医学会（長崎）2014.5.25

14) 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（長崎）2014.5.25

15) 鈴木 満：指定討論・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 -」（東京）2014.8.2

16) 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

17) 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. 16<sup>th</sup> Panpacific Rim College of Psychiatrists (Vancouver, Canada) 2014.10.6

#### 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 24 年度～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	桑原斉	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。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。

#### 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

### 1) 東大精神科の支援の概要について

・震災直後～1 ヶ月間の初期は、避難所巡回・自宅往診などのアウトリーチが中心となり、市保健所との指揮の下、もともと精神科に通院していた人の継続フォロー、急性ストレス反応、環境因による不眠、不安、抑うつなどに対する対応（心理療法、薬物療法）を、身体科チームと綿密に連携して行った。さらに、宮城県の石巻医療圏を統括していた石巻日赤病院との連携も行っていった。

・2011年4月から5月にかけての震災1 ヶ月以降の移行期は、地元医療機関と連携し、要フォロー者の多くを紹介した。震災2 ヶ月後（2011年5月）から、避難所巡回・自宅往診に加え、全戸訪問調査の準備協力、同調査で同定されたハイリスク者への来所・訪問による個別支援を行った。また、市保健所の依頼により、上記以外の経路で対応が必要となった人への来所・訪問による個別支援を行った。

・震災4 ヶ月後（2011年7月）からは中長期的な保健・予防活動が中心となった。市職員のケアのため、名古屋大学と連携して外傷後ストレス障害のスクリーニング、こころのケアの啓発活動を行い、カウンセリングや相談窓口設置による支援を行った。市民のこころのケアとしては、千葉大学と連携してうつ病・アルコール依存の予防を目的とした講演を行い、仮設住宅に移行した高齢者を対象とした生活調査を実施した。また、市全体の自殺予防として、自殺対策連絡会に参加し、講演を行った。3 大学が連携して支援にあたり9月まで継続して行った。

・以後2011年10月から2013年3月にかけて長期間にわたって、市保健所の要請に応じ、市民および市職員を対象とした精神保健活動に対する支援を継続している。具体的には、仮設住宅に移動した住民に対する全戸訪問調査の準備・実施後の個別支援、特定健康検査の準備・結果分析、自殺対策連絡会への出席・提言、市職員ケアの計画・準備、サポートセンター職員との連携・事例検討会の開催などである（図1）。

### 2) 子供のケア

小児に関しては、2011年4月に教員や教育委員会の要望に応じる形で、児童精神科医が、学校の教員を対象に、児童・生徒の精神保健的・医学的対応に

についての講演会を実施した。また、同様に教員や教育委員会の要望に基づいて、2011年4月に全校児童・生徒を対象にスクリーニング調査を実施した。その後、2011年5月～2012年3月まで心理士が学校へ訪問し相談を行った。市内全14校に1校当たり2回～5回の訪問を行い、教員と児童・生徒の精神保健的・医学的問題について相談を実施した。さらに、精神医学的評価が必要であると同定された児童・生徒の家庭に学校から連絡し保健センターへの来所を勧めた。保健センターでは児童精神科医が精神医学的評価を行い、精神医学的治療の必要性が認められた児童・生徒に宮城県内の児童精神科を紹介した（図2）。

2011年4月に1回目を行ったスクリーニングは、2011年11月、2012年11月と実施し、その度ごとに結果の解析及び各学校へのフィードバックを実施した。2011年11月、2012年11月は教員のスクリーニングも同時に実施した。児童の様子を把握することの重要性、さらに教員に対する啓発の重要性などが明らかであった。

今回、自記式質問紙 PTSSC15（post traumatic symptoms scale for children）を用いてスクリーニングを行った。対象は小学生1102名、中学生1157名。津波による影響を受けた地域と受けていない地域との2群にわけて解析を行った。小中学生全員の解析においては、影響の有無によるPTSSCのスコアの群間の有意差は認められなかった。しかし中学生においては、津波の被害を受けた地域の子供の方がややPTSSCのスコアが高くなっていることがわかった。

### 3) 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3）。平成23年度つまり震災から約1年間の間の相談内訳で、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。

#### 4) 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。

#### 5) 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

東大精神科の支援を振り返り、まとめることによって、マネージメントの大切さと難しさを痛感した。

また、今回の研究においては現地の被災者や支援者の妨げにならないように極力配慮しながら、いくつかの研究を行うことが可能になった。忘れてはならないのが、現地における調査に支援を前提とした必ず何らかの役に立つ調査を行うことの大切さと、倫理的に許される、つまり倫理委員会を正式に通した調査を行うべきであるという当たり前の研究に対する姿勢である。

こころの相談窓口に関しては、ニーズの変化が明らかとなり、急性期から中長期にかけてニーズの変化に合わせた円滑な支援の大切さが明らかとなった。また、子供やその親の支援の大切さやこどものこころの強さも明らかとなった。さらには健診データの一部を用いた研究では抑うつや睡眠の問題が少なからず被災地においては存在していることが明らかとなった。また、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

震災支援においては、基本的な道徳に基づき、ひとの心に寄り添う気持ちを持ち、被災地におけるニーズをくみ取り、被災地において中心的に働いている支援者の指揮下に入って活動することが肝要である。このような精神医療や精神保健活動の基本となる姿勢を今回の支援を通して学ばせてもらった。2011 年 3 月の急性期から支援を行っていたスタッフによる支援が 2015 年 3 月現在でも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

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—。精神神経学雑誌 116:189-195, 2014

荒木剛, 笠井清登. 【震災医療—来るべき日への医療者としての対応】急性期の精神医療的問題. 内科 110:1080-1084, 2012.

桑原斉、荒木剛、安藤俊太郎、金原明子、笠井清登. こころのケアの中・長期的支援—精神医療から精神保健へ. 災害行動科学研究会+島津明人(編)災害時の健康支援 行動科学からのアプローチ. 誠信書房、2012、pp106-121.

荒木剛. 【使命感と専門知識を活かして復興をサポート】人と人とのつながりが生きる支えに. 市報 ひがしまつしま 2012.3.1.

桑原斉. 大人ができる子どものこころのケア. 市報 ひがしまつしま 2011.8.1.

## 2. 学会発表

荒木剛：講演座長；演者：門脇裕美子：これからの地域精神保健～心を育てる関わりについて～. 第17回日本精神保健予防学会学術集会、東京、2013年11月24日. (理念共有セミナー3)

荒木剛：宮城県東松島市における精神医療・精神保健. 第21回日本精神科救急学会学術総会、東京、2013年10月4日. (シンポジウム 災害精神科救急マネジメント 座長兼演者)

荒木剛：災害直後のこころのケアのあり方 東京大学病院災害医療マネジメント部の取り組み. 第109回精神神経学会学術総会、福岡、2013年5月24日. (シンポジウム)

災害メンタルヘルスと不安抑うつ (マネジメント・多職種協働の視点から)、シンポジウム座長、第4回不安障害学会、東京、2012年2月5日

## G. 知的財産権の出願・登録状況

特になし

図1  
支援システム

### 階層化された支援システムの構築

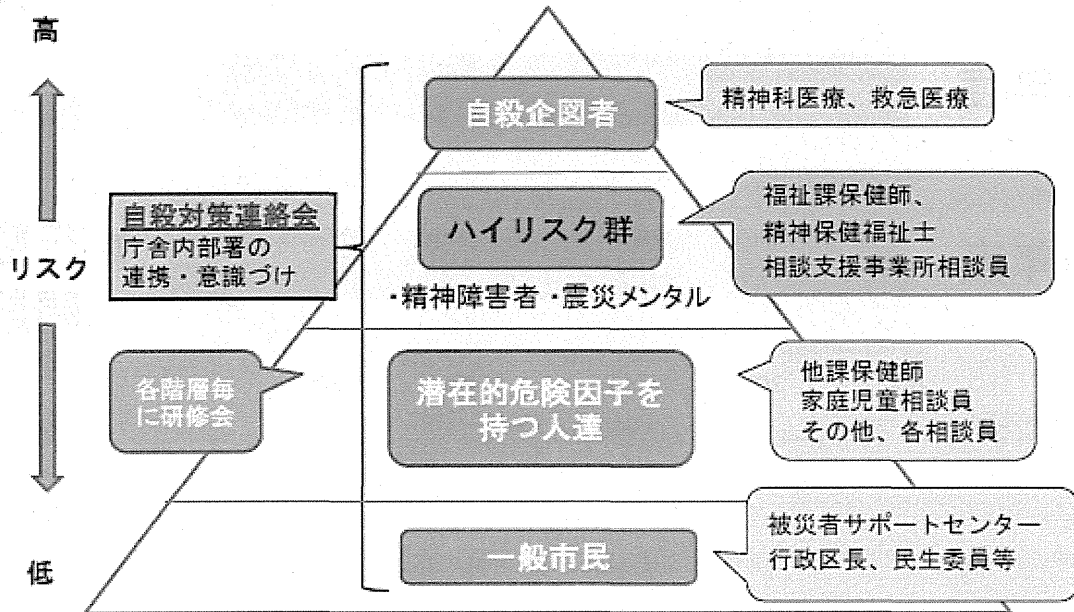


図2  
こどものこころのケア

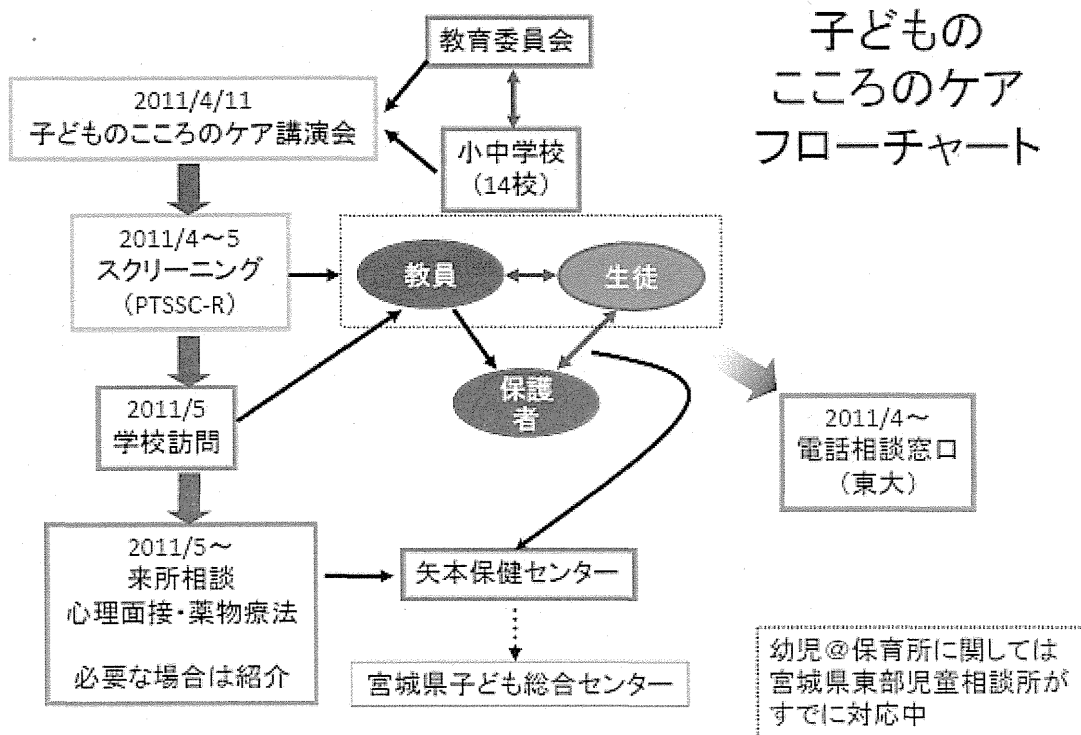
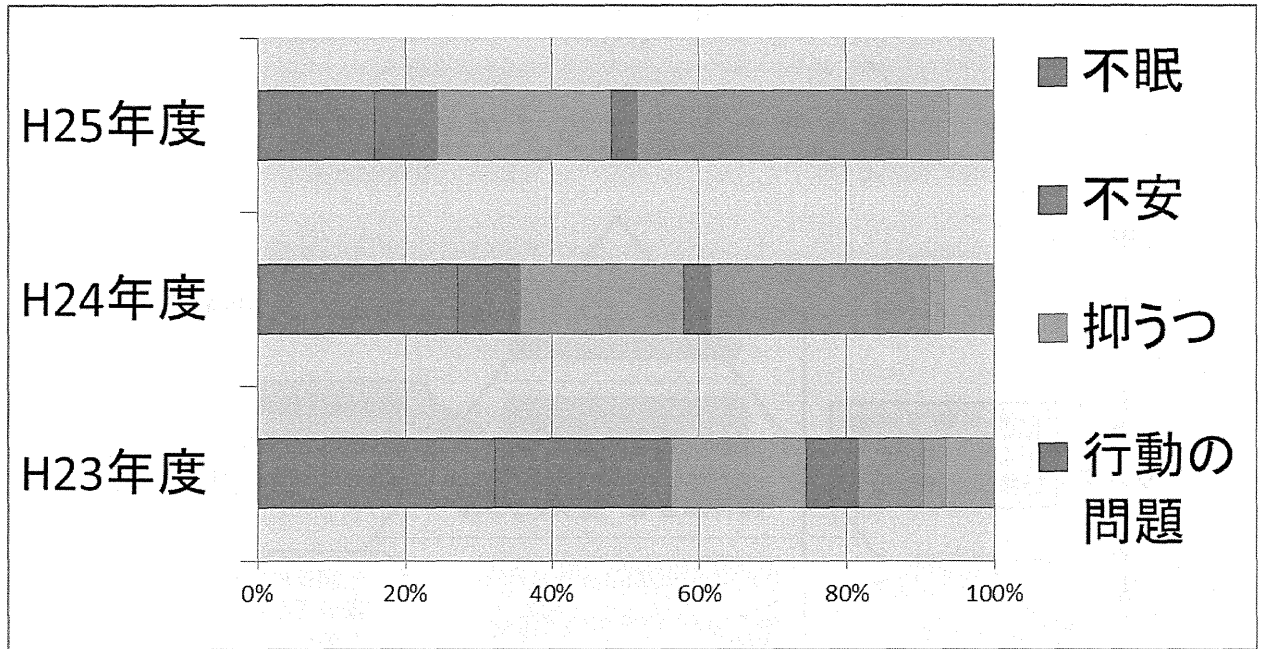




図3



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

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)  
稲垣晃子(東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 客員研究員)  
梅田麻希(東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 客員研究員)  
立森久照(国立精神神経医療研究センター精神保健研究所 室長)  
宮本かりん(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。

1) 文献レビューからは、国内外で被災状況で使用されている精神健康尺度が収集された。しかしその種類には大きなばらつきがあり、また被災状況での信頼性・妥当性・評価方法が検討されている尺度が少ないことが明らかとなった。

2) 岩手県、福島県で実施された調査からは、被災者では K6 のカットオフが上昇する場合があります。またその診断有用性(尤度比)が低下していることが明らかとなった。

3) 調査員のヒアリングから、調査員が種々の調査技術を活用していることが明らかになった。また被災地調査では、聞き取り調査が好まれることが示唆された。

4) 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「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。

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。

研究要旨

本研究では、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。

1) 文献レビューからは、国内外で被災状況で使用されている精神健康尺度が収集された。しかしその種類には大きなばらつきがあり、また被災状況での信頼性・妥当性・評価方法が検討されている尺度が少ないことが明らかとなった。

2) 岩手県、福島県で実施された調査からは、被災者では K6 のカットオフが上昇する場合があります。またその診断有用性(尤度比)が低下していることが明らかとなった。

3) 調査員のヒアリングから、調査員が種々の調査技術を活用していることが明らかになった。また被災地調査では、聞き取り調査が好まれることが示唆された。

4) 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「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。

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。

このために、平成24年度には文献レビューを行い、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とその信頼性、妥当性の情報を収集した。平成25年度は、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。平成26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. 文献レビュー

データベースとしてPubMedおよび医中誌を用いて、①災害状況で使用されている尺度、②災害状況での尺度の妥当性検討に関する文献検索をそれぞれおこなった。

災害状況で使用されている尺度の検索では、PubMedにおいて、“(“screening”[All Fields] OR “scale”[All Fields] OR “questionnaires”[All Fields] OR “checklist”[All Fields]) AND (“disasters”[MeSH Terms] OR “earthquake”[All Fields] OR “tsunami”[All Fields]) AND (“mental health”[Mesh Terms] OR “alcohol-related disorders”[MeSH Terms] OR “sleep disorders”[MeSH Terms] OR “stress disorders, post-traumatic”[MeSH Terms] OR “depressive disorder”[MeSH Terms] OR “stress,

psychological”[MeSH Terms]) AND English[lang]”の検索式で英語論文に限定して文献検索した。さらに医中誌において、“(((災害/TH or 災害/AL) and (([精神科]/JN or 精神/AL) or メンタル/AL)) and (AB=Y and PT=原著論文))”の検索式で文献検索した。

災害状況での尺度の妥当性検討については、PubMedにおいて、“(“disasters”[MeSH Terms] OR “earthquake”[All Fields] OR “tsunami”[All Fields]) AND (“mental health”[Mesh Terms] OR “alcohol-related disorders”[MeSH Terms] OR “sleep disorders”[MeSH Terms] OR “stress disorders, post-traumatic”[MeSH Terms] OR “depressive disorder”[MeSH Terms] OR “stress, psychological”[MeSH Terms]) AND English [lang] AND (“validity” OR “validation”)”の検索式で英語論文に限定して文献検索した。

### 2. 被災者における精神健康調査尺度の特性

#### 1) 岩手県被災者コホートデータにおけるK6の心理測定特性

厚生労働科学研究費補助金（健康安全・危機管理対策総会研究事業）「岩手県における東日本大震災被災者の支援を目的とした大規模コホート研究」（H24-健危-指定-001）（研究代表者：小林誠一郎）の一部として実施されている研究(1)では、東日本大震災に被災した岩手県住民の調査データと、「健康と暮らし向きについての調査」および平成22年国民生活基礎調査データの2つの全国調査データを利用して項目応答理論(IRT)による解析を行い、K6の心理測定的特性を被災者と地域住民との間で比較している。

#### 2) 福島県仮設住宅調査(1)

福島県立医科大学放射線医学県民健康管理センターの調査事業として、2012年10月から2103年3月までの間に、福島県の2つの仮設住宅の16歳以上住民913人、平成24年度「こころの健康度・生活習慣に関する調査」でK6が20点以上の者のうちから抽出された者150人、および福島県内の精神科医療機関を震災と関連した抑うつ・不安状態で受診した者で期間中に調査可能だった者に対してK6を含む自己記入式調査票および

WHO 統合国際診断面接(CIDI)3.0 版による調査が実施された(2)。CIDI では DSM-IV 診断による4つの気分・不安障害(大うつ病性障害、気分変動性障害、全般性不安障害、心的外傷後ストレス障害)の過去12ヶ月経験を調査した。精神科受診者のうちCIDIで診断がつかなかった者6人は他の精神疾患に罹患している可能性が高いため解析から除外した。K6に欠損値のある者、地震、津波、原発事故のいずれも経験していないと回答した者も解析から除外した。各群それぞれ101人、22人、9人を解析対象とし、気分・不安障害の過去12ヶ月の経験を外的基準として、K6のROC曲線、感度、特異度、尤度比を算出している。

### 3) 福島県仮設住宅調査(2)

福島市の仮設住宅(2カ所)に居住する避難区域A町住民(全員)、南相馬市の仮設住宅(3カ所)に居住するB市住民(全員)を対象として、平成25年10月1日から平成26年1月31日の間にCIDI3.0による面接調査および質問票調査(K6など)が実施された(3)。仮設住宅住居のうち64.1%に接触、居住者のうち518人(69.4%)に面接調査が実施された。このデータを二次解析し、CIDIではDSM-IV診断による気分・不安・物質使用障害(大うつ病性障害、気分変動性障害、双極性障害、全般性不安障害、パニック障害、社交不安障害、広場恐怖、心的外傷後ストレス障害、アルコール乱用・依存)の過去12ヶ月経験を調査した。気分・不安・物質使用障害の過去12ヶ月の経験を外的基準として、K6のROC曲線、感度、特異度、尤度比を算出した。このデータを同時期に実施された世界精神保健日本調査セカンドの関東地方一般住民527人のデータの二次解析結果と比較した(4)。

### 4) 岩手県における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」(5)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。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。

## 3. 被災地における心の健康に関する調査の留意点

東日本大震災で宮城県沿岸部の調査に携わった

経験のある調査員7名へのヒアリングを行った。

## 4. 「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

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。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. 文献レビュー

災害状況で使用されている尺度については、PubMedでヒットした644件中、最新の50件(2011年~2012年)、医中誌でヒットした658件中、最新の200件(2007年~2012年)の抄録を読み、尺度を使用している論文それぞれ39および25本について整理した。災害状況での尺度の妥当性検討については、ヒットした全44件の抄録を読み、うち25本について整理した。

抑うつ・不安については、災害状況で使用されている尺度としてGeneral Health Questionnaire (GHQ)とThe symptom Checklist-90 (SCL-90)が主流であり、他にCenter for Epidemiologic Studies Depression (CES-D)、Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ)などが用いられていた。日本ではThe Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD)、Kessler's Psychological Distress Scale (K6)が使用されていた。一方で、海外において、災害状況で妥当性検討がおこなわれているのはGHQ-28の他、使用頻度が少ない3尺度のみであった。日本語版ではSQDの妥当性が検討されている。PTSD症状については、災害状況における調査ではImpact of Event Scale-Revised (IES-R)が主流であり、他にPTSD Checklist (PCL)、UCLA PTSD Reaction Index (PTSD-RI)、精神疾患簡易構造化面接法(M.I.N.I.)などが用いられていた。日本では改訂日本版出来事インパクト尺度(IES-R-J)およびSQDが使用されていた。海外においてはIES-R、PCLの被災状況における妥当性検討がおこなわれていた。アルコール問題に対して尺度を用いて評価していた論文は、国内では1本のみ、海外では飲酒頻度や飲酒量の増加を質問する論文1本のみであった。睡眠障害についても、1項目での質問がなされている研究が多かった。アルコール問題と睡眠障害の尺度で、災害状況で妥当性検討がされている尺度は、海外・国内ともなかった。その他

の症状に関しては、日本と中国で QOL について Short Form-12 version (SF-12) または SF-8 が用いられていた。その他、レジリエンス、対処行動、自尊感情、希望などが尺度を用いて評価されていた。

## 2. 被災者における神健康調査尺度の特性

### 1) 岩手県被災者の調査

#### 1) 岩手県被災者コホートデータにおける K6 の心理測定特性

岩手県被災者健康診断を受診した住民においては、平成 22 年国民生活基礎調査の岩手県データ(4,149 名)および全国データ(199,275 名)、および健康と暮らし向きについての調査データ(557 名)と比較して、K6 の合計得点および各基準点を用いた高得点者の割合が有意に高かった( $p < 0.01$ )。IRT 分析の結果では、岩手県被災者データでは、いずれの項目についても「少しだけ」の回答が、潜在特性(心理的ストレス反応)が低い状態から選択される確率が上昇していた。

#### 2) 福島県被災者調査(1)

気分・不安障害の過去 12 ヶ月経験者は合計 38 人であった。K6 の ROC 曲線下の面積は 0.836 であり、感度+特異度の和が最大になるカットオフ点は 12+ であった。K6 の既存カットオフ点を使用した場合、感度、1-特異度、尤度比は、5+ (心理的ストレス相当)でそれぞれ 0.941, 0.541, 1.740、10+ (気分・不安障害相当)で 0.853, 0.276, 3.096、13+ (重症の精神障害相当)で 0.735, 0.194, 3.793 であった。尤度比は 17+ で最大の 4.900 に達したがこれ以上点数を上げて増加しなかった(図 2)。得点区分別の層化尤度比はオーストラリアおよび日本の一般人口を対象とした研究にくらべ低かった。

#### 3) 福島県仮設住宅調査(2)

気分・不安・物質使用障害の過去 12 ヶ月経験者は合計 28 人であった。K6 の ROC 曲線下の面積は 0.780 であり、感度+特異度の和が最大になるカットオフ点は 3+ であったが、2+ から 7+ まで感度+特異度の和は大きく異ならなかった。尤度比は点数を上げて増加しなかった(図 3)。得点区分別の層化尤度比は同時期に実施された世界精神保健日本調査セカンド(関東地方一般人口)にくらべ低かった。世界精神保健日本調査セカンドでは最適カットオフ点は 5+ であった。

#### 4) 岩手県における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、PPV 0.14、NPV 0.99 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、PPV 0.47、NPV 0.97 となった。

## 3. 被災地における心の健康に関する調査の留意点

東日本大震災で調査に関わった調査員へのヒアリングから、宮城県での調査に従事した調査会社調査員から、K6 の「6. 自分は価値のない人間だと感じましたか。」への回答に考え込む、回答に時間がかかるとの意見があった。また陸前高田市消防団員の心の健康相談を行った調査員から、MINI の「罪悪感を感じますか」の質問に対して、被災者が考えこむことがあったとの意見が寄せられていた。

## 4. 「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、心的外傷後ストレス症状、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。

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) K6
    - 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

- 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。意見を踏まえて、全般的な留意点への倫理面の加筆、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、自殺のスクリーニングの考え方、睡眠障害について記述を追加した。

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。

#### D. 考察

##### 1. 文献レビュー

文献レビューから、抑うつ・不安に関する尺度である K6 は国内外で被災状況での研究において使用されつつあるが、被災状況での妥当性・カットオフ値の情報が少なかった。PTSD に関する尺度では、国際的に研究で多数使用されている IES-R が推奨される。また、日本で作成され妥当性が確認されている SQD、現在妥当性検討中の PCL も使用可能と思われる。一方、アルコール問題と睡眠障害に関する尺度を使用した研究は少なかった。

##### 2. 被災者における神健康調査尺度の特性

岩手県および福島県で実施された調査の文献レビューおよびデータの二次解析からは、被災者における K6 の回答選択肢の分布を見ると、「少しだけ」という軽症の選択肢に対する回答が増加していた。また福島県被災者サンプルでは K6 のカットオフが上昇する場合があります、またその診断有用性（尤度比）が低下していることが明らかとなった。これらは K6 を被災者で使用する場合に注意しなくてはいけない可能性を意味している。岩手県陸前高田市での妥当性検討でもこの点が確認された。被災者での精神健康調査では、尺度のスクリーニング効率が低下し、カットオフ点が一般に上昇することに留意する必要がある。

##### 3. 被災地における心の健康に関する調査の留意点

被災地の調査員のヒアリングから、調査にあたって調査員が種々の調査技術を活用していることが明らかになった。また被災地調査では、聞き取り調査が好まれることが示唆された。これらは災害時における精神保健調査において考慮される必要がある。

##### 4. 「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。被災者における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。

1) 文献レビューからは、国内外で被災状況で使用されている精神健康尺度が収集された。しかしその種類には大きなばらつきがあり、また被災状況での信頼性・妥当性・評価方法が検討されている尺度が少ないことが明らかとなった。

2) 岩手県、福島県で実施された調査からは、被災者ではK6のカットオフが上昇する場合があります、またその診断有用性（尤度比）が低下していることが明らかとなった。

3) 調査員のヒアリングから、調査員が種々の調査技術を活用していることが明らかになった。また被災地調査では、聞き取り調査が好まれることが示唆された。

4) 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「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。

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

1. 川上憲人、下田陽樹、土屋政雄、岩田 昇. 被災者における K6 尺度の心理測定的特性および得点分布の特徴：被災地データおよび一般国民データの二次解析による比較. 平成 24 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, 2013.
2. 川上憲人他. 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）精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド. 総括・分担報告書, 2014.
3. 川上憲人他. 平成 25 年度原子力災害影響調査等事業（放射線の健康影響に係る研究調査事業）福島県における放射線健康不安の実態把握と効果的な対策手法の開発に関する研究. 報告書, 2014.
4. 川上憲人他. 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）精神疾患の有病率等に関する大規模疫学調査研究：世界精神保健日本調査セカンド. 総括・分担報告書, 2014.
5. 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.

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

中長期の災害精神保健活動

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

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、過去の大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。

本研究では、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 などの状況を報告した。

A. 既存組織の取り組み

1. 阪神・淡路大震災以前

わが国で、自然災害の復興期に継続的な精神保健活動が行われたのは、雲仙普賢岳噴火災害が嚆矢となる。この災害は、1990 年 11 月の噴火に始まり、44 名が死亡した翌 91 年 6 月の大火砕流をピークとして約 3 年間にわたって持続したという点で、特異な災害であった。反復的に予想を上回る噴火を繰り返したために、被災者は何度も転住を強いられ、噴出された火山灰や溶岩によって被災地域は半永久的に戻れない土地になってしまった。災害そのものの衝撃や恐怖体験よりも、生活の場を失われたこと、生活再建の見通しのなさが長期に続いたこ

となどが、被災者の精神健康に持続的な影響を与えた。

しかし、精神保健活動の必要性はまったく認知されていなかったため、健康調査を実施し、必要性を説くことから始めなくてはならなかった。被災から半年後に行われた初回調査の結果は、被災住民は何らかの精神健康上の問題を持つと考えられる割合(GHQ30 総得点 8 点以上の者)が、対照群に比較して著しく高いというもので、これを示すことで、関係者、特に医師会の精神保健対策への関心が得られるようになった。その後、さまざまな活動が長期に行われると同時に、健康調査も経時的に実施された。種々の活動の最も重要な担い手は保健師であった。しかし、県保健所、市町担



当課に所属する保健師は 15 人とマンパワーは絶対的に不足していた。たとえば、初回調査において GHQ-30 高得点は有効回答の 67%にも達しており、すべての対象を訪問することは困難であった。現実的に対応できる範囲として、まず高齢者で GHQ 得点が著しく高い (21 点以上) の住民 240 人から関与し始め、徐々に範囲を広げていった。このような献身的な保健師の活動は、保健所の通常業務が再開されるようになると、次第に限界に近づいたため、1992 年 6 月 (大規模火砕流から 1 年後) に、「訪問相談員制度」という新たなマンパワー確保の方法が開始された。これは、被災者の中で民生委員や自治会役員などに、自分の属する仮設住宅を中心に一人あたり 100 人世帯を担当してもらい、原則月 1 回受け持ち世帯を訪問するという役割を担ってもらうものである。活動に対しては担当世帯数に応じた薄謝が支払われたが、辞退するものも少なくなかったという。健康や生活再建に関する問題が、県や市町の担当者に還元され、きめ細かい支援対策に結びついていった。

## 2. 阪神・淡路大震災

専従組織の活動が軌道に乗るまでには、どうしても時間が必要である。時間の経過とともに明らかになっていく精神保健上の問題もあるが、災害前から把握されている精神障害者への対応などは、直後から既存の枠組みの中で対応していく必要がある。しかし、被災によって増大した地域内のニーズに応えるためには、賦活化させるための働きかけが必要になる。その一例として、阪神・淡路大震災後の兵庫県明石市での取

り組みについて当時の記録をもとにまとめた。

明石市は神戸市に隣接した人口約 28 万 1 千人 (当時) の中規模の市で、震源となった明石海峡にもっとも近い地域であるが、被害は比較的少なく市民の死者は 24 名、重傷者 139 名、全壊家屋 4029 世帯 (全世帯数 97628 世帯) にとどまった。避難所は最大 30 カ所、仮設住宅は 13 カ所 856 戸が建設された。地域内には明石市 1 市だけを管轄する兵庫県明石保健所があり、明石市と協力して地域保健活動を行っており、平成 7 年当時は精神保健に関する業務は主に県保健所が担当していた。震災前から、ある開業医の強力なリーダーシップによって精神保健に関する意識が高い地域であった。震災後には専従組織は設置せず、地域内のネットワークを強化することによって、さまざまな問題に取り組んだ。

## 3. 東日本大震災

東日本大震災では、当初からこころのケアへの関心が高く、全国から多数の支援チームが入った。その活動を受け入れたのは、地元の市町における地域保健担当者、県保健所、そして精神保健福祉センターなどであり、多くの場合、保健師がコーディネーターの役割を担っていた。保健師側から見ると、こころのケアは DMAT などの救急医療活動が終わった時期から復興期に至るまで、保健師業務の重要な柱と位置づけられている。

初期には、精神障害者の状況把握や支援、避難所や被災者宅を訪問する中で発見される精神科的問題への対応が主体となる。こころのケアチームの活動も、保健師が発見

してくる問題への対応が、多くの場合は主な内容となる。また、復興期には仮設住宅を中心として、積極的に訪問を行いながら、健康相談や住民同志の交流促進事業などの催しを調整するなど、保健師の役割は大きい。

また、多くの自治体では復興期になってから、仮設住宅住民を中心に健康状態のスクリーニングを実施しており、精神的問題に関する項目も入れられている場合が多い。たとえば、宮城県はみなし仮設住宅とプレハブ仮設住宅の住民を対象とした悉皆調査を経時的に行っている。項目として K6 が入れられており、総得点 13 点以上の住民に対して、訪問や架電によるフォローが続けられている。

岩手県陸前高田市では平成 23 年 5 月から、仮設住宅でのサロン活動を、社会福祉協議会や NPO が開始したが、多くの支援チームが参加したため、その調整が必要だったことが報告されている。なお、同市には全国から 17 の保健師チームが入り、延べ 6120 人が活動したほか、こころのケアチームも東京都チームなど 7 チーム（延べ 630 人）、医療チームは 94 チーム（延べ 8191 人）の外部支援者が入った。これらの調整業務を県保健所と市の保健師が、外部のスーパーバイザーの協力を得て行っており、その活動は高く評価されるべきだろう。

復興期の精神保健活動は、保健師などが担ってきた平時の活動と、地域ネットワークの活性化をベースにして、その中に新しく作られた機関が役割を見だし参入し、地域全体の認識が深まり、活動が充実されていくことが重要である。そして、災害後の活動が昇華され、地域が抱える精神保健

上の問題に取り組む契機となることが望まれる。その一例として、岩手県大船渡保健所が始めた自殺予防を目指した事業を紹介した。これは「はまってけらいん、語ってけらいん運動」と呼ばれており、孤立を予防し地域住民同士のつながりを深めるための活動である。「はまって」とは方言で「皆で集まって」という意味で、象徴的な標語を用いることによって、地域全体のメンタルヘルスへの関心を高めることを目指している。東北は以前から自殺率の高い地域であり、災害後の心のケアへの高まりが、自殺予防に向けたプロモーション活動に展開されている。

## B. 専従組織の取り組み

被災者を対象とした精神保健活動を担う専従組織「こころのケアセンター」が作られた災害は、東日本大震災以前に 3 つある。阪神・淡路大震災、新潟県中越地震そして新潟県中越沖地震である。いずれも復興基金を財源としているため、精神保健に関する啓発を行う民間組織（県精神保健福祉協会）に運営業務が委託され、前者は 5 年、後者は 10 年の期限付きで設置された。それぞれの組織の活動内容については昨年度の報告書にまとめ、直面した問題点を述べた。それは、ほぼ共通しており、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、などであった。

### 1. 阪神・淡路大震災

阪神・淡路大震災の場合、相談ケース数がピークに達するのは、平成 9 年度であった。つまり、新しい組織が認知され、活動が軌道に乗るまでには時間が必要だった。

阪神・淡路大震災は被災地域が広く、しかも人口の密集した都市部を襲った災害であった。被災者数は膨大で、支援活動を提供する上では、ターゲットを決める必要があった。自宅を失い、自力での再建が難しく、高齢者や障害者が多く、低所得者が多いという特徴を持つ仮設住宅は、もっとも優先すべき対象と考えられた。そのため、地域センターの多くは、大規模な仮設住宅の近くあるいは中に設置された。しかし、被災者が自発的に相談に訪れることは少なく、訪問や健康相談会などのイベントをとおして積極的にアウトリーチしていくことが必要だった。

被災程度が軽微だった神戸市西区および北区には、地域センターは当初は設置されなかった。しかし、多数の仮設住宅が作られたため、計画を変更し1年後に、保健所内に地域センターを置いた。また、被災地ではない加古川市や姫路市にも仮設住宅は建設されたため、本部がこれらを担当し、定期的にスタッフを派遣した。さらに、大阪市淀川区や大阪府八尾市、泉佐野市には大阪府民向けの仮設住宅が作られていたが、ほとんどの入居者は兵庫県民であった。これらには、兵庫県の行政組織は関与することができなかったため、地元の保健所や大阪府の精神保健センター（大阪府こころの健康総合センター）と協力し、専従のスタッフを配置した。このように、被災者の動向に合わせて、柔軟に活動地域や規模を変更することを、重要な方針とした。純粋に行政組織の中での活動であったなら、こうした圏域を超えたサービスは不可能であっただろう。これは、民間団体が受託したことの一つの利点であったといえよう。

地域の医療・保健関係者との連携も重要であった。個別訪問や仮設住宅内での相談会などでは保健所と共催することが多かった。住民にとっては保健所、特に保健師はもっとも受け入れやすい支援者であり、彼らとともに活動することによって、次第にこころのケアセンターも認知されていった。保健所長などの兼務が外されてからは、地域内の精神科病院や精神科診療所の医師にセンター長や顧問に就任してもらい、定期的にケースカンファレンスなどに参加してもらうようにした。また、年間予算の3分の1にあたる約1億円は、精神障害者の社会復帰施設の整備に充てられた。震災以前のこの地域は、作業所などの社会復帰資源が乏しかったので、この機会に底上げすることを目指したのである。最終的に13カ所のグループホームと9カ所の小規模作業所が作られ、その運営は地域内の医療機関に委託し、5年間のこころのケアセンター事業が終了したあとも、すべての施設で運営は継承され、現在に至っている。

## 2. 新潟県中越地震

新潟県中越地震の場合、設置時期が震災から10ヶ月を経っていたことから、仮設住宅への訪問活動は市町の保健師を中心として行われており、そこに加わる余地はなかった。そのため、活動の場を求めて被災市町村の地域保健担当者との協議を重ね、小千谷市、長岡市十日町地区、川口町などにおいて仮設住宅に入居しなかった被災者を対象とした全戸訪問を行った。しかし、全体の活動は普及啓発に重点が置かれ、当初は被災地域で「こころの健康づくり講座」などと題した講演会が多数開催されたほか、3

年目からは、地域が被災前から抱えていた自殺予防、高齢者のメンタルヘルス対策に軸足を徐々に移していった。被災地では精神保健や心理のマンパワーは確保しにくく、なかなか定着しなかったが、県を退職していたベテランの精神保健福祉士が統括部門に入り、活動の方向性を見直すことになった。方針の核となったのは、「すきま」になっている分野の活動を担うということであった。そのため被災市町村の地域保健担当者との協議を重ね、小千谷市、長岡市十日町地区、川口町などにおいて仮設住宅に入居しなかった被災者を対象とした全戸訪問を行った。その際、スクリーニングの方法として標準化されている尺度(K6およびK10)を用い、ニーズが明示できるように留意するとともに、結果を地区住民に還元するよう努めた。この活動は、小千谷市などでは住民健康調査の継続実施につながった。なお、平成19年7月には中越地震の被災地と一部重なった地域で、新たな地震が発生しており、最大の被害があった柏崎市には新たに地域こころのケアセンターが設置された。この時には地元の精神科病院が職員を出向させ、マンパワーの不足を補った。

### 3. 東日本大震災における専従組織

復興期の精神保健活動を行う方法として、今回の震災でも専従組織が各県に設置された。財源は、国が創設した復興基金であるが、取り崩し型基金で各県が直営で事業の運営にあたる点が、基金が運用型で、行政組織とは別に財団を設立して運営にあたった阪神・淡路大震災や中越地震とは異なる点である。直営型であるので、心のケア事

業として、保健所などへの増員も可能であった筈だが、結果的に各県ともに民間組織に委託することになった。その理由としては、過去の大災害をモデルとしたことが大きい。そもそも被災地内の保健所や市町村の保健部署の多くが被災しており、新たな大事業を展開する余裕がなかったことが大きく影響したと思われる。宮城県、福島県では阪神・淡路大震災と同様に精神保健福祉協会が受託し、岩手県では自殺対策などの精神保健施策を県とともに推進してきた岩手医科大学が運営主体となった。

平成23年12月に宮城県が基幹センターを仙台に開設したのを皮切りに、各県ともに被災地に地域センターを設置している。その活動実績については、各県からの報告を待ちたいが、設立の際、過去の災害と異なる試みとして次のような工夫がなされている。まず、東北地方はもともと精神保健に関わる専門職が少なく、マンパワー確保に困難が予想されたため、厚生労働省が各職能団体に依頼し全国から広く募集した。待遇面でも経験に応じた給与水準にするなど、応募しやすい環境を整えた。また、県保健所の中に地域センターを設置し密接な連携を取っている場合がほとんどで、地域によっては被災市町に心のケアセンター職員を派遣し通常業務を支援するなど、行政組織との関係が強い。そして、事業の方向性として支援者の支援と啓発活動を重視していることや、自殺予防などの被災前から地域が抱える精神保健の課題に取り組もうとしているのも、特徴といっていだろう。さらに、各県の大学医学部に寄付講座を設置し、研究やスタッフ教育に取り組ませているのも、これまでにない方法である。