

図1 東日本大震災前に精神疾患の経験のない被災地仮設住宅住民 1010 人における震災後の新規精神疾患の累積罹患率. 診断は DSM-IV 診断. GAD: 全般性不安障害, PTSD: 心的外傷後ストレス障害.

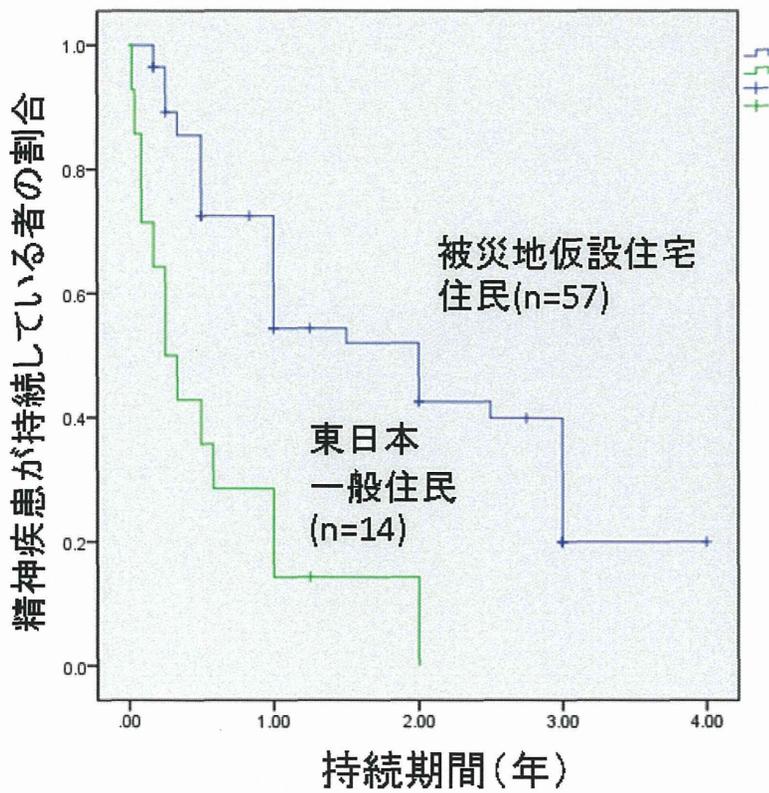


図2 震災後に罹患した精神疾患の持続期間: 被災地仮設住宅住民と東日本一般住民との比較

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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

中長期の災害精神保健活動
—専従組織を置かなかった仙台市の状況について—

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

昨年度までの研究で、阪神・淡路大震災などの過去の大災害、および東日本大震災後の活動状況について、保健所や精神保健福祉センターなどの行政機関の役割、「こころのケアセンター」と称されることが多い専従組織の果たす役割と課題、さらに東日本大震災での新たな展開として NPO の活動状況、などをまとめてきた。本年度は、東日本大震災後の特筆すべき活動として、専従機関を設置しなかった仙台市での取り組みについて検討した。これは、被災した自治体が従前からの精神保健活動を強化するための取り組みであり、新たな組織を作るよりも保健師活動などと連携しやすいという利点があり、必要なマンパワーを得るための工夫をしている。今回の取り組みは、被災後のこころのケア活動を日常の精神保健活動にシームレスに繋いでいく上で、意義のある方法と考えられる。

1. 仙台市の被災および復興状況

・概要

仙台市は人口 100 万余を有する東北一の都市である。1989 年（平成元年）に全国で 11 番目の政令指定都市になった。青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区の 5 行政区で構成されており、東日本大震災では沿岸部の宮城野区、若林区が津波の被害を受けたほか、丘陵部の住宅地で地震による地滑りなどの被害があった。震災関連死の 261 名を含めて 1002 名の仙台市民が犠牲

となったほか、全壊 3 万棟、大規模半壊 2 万 7 千棟、半壊 8 万 3 千棟の大きな被害を受けた。

・被災者の動向

震災発生後、最大 288 カ所の避難所に市民の 1 割にあたる約 10 万人が避難したが、7 月末にはすべて解消した。その後、仮設住宅に最大 12000 世帯（平成 24 年 3 月）が移り住んだが、プレハブ仮設住宅は約 11%に留まっており、空いていた民間賃貸住宅に 82%、公営住宅に 7%が入居してい

る。それらの仮設住宅入居者も、後述する生活再建プログラムを推進することで、平成 27 年 11 月の段階ではピーク時の 4 割（4800 世帯）にまで減少している。

2. 仙台市の復興計画の特徴

復興に関する市の体制として、震災復興本部を設置し平成 23 年 11 月末に震災復興計画を発表した。最も重視したのは住宅再建で、集団移転のための宅地造成、復興公営住宅の建設（3206 戸）、丘陵部の宅地復旧などの早期実現を目標に掲げた。平成 24 年 4 月には復興事業局を設置し事業を促進させる中で、被災者個々の状況を把握した上で、きめ細かな支援策を展開することとした。そして、被災から 3 年が経過した平成 26 年 3 月には、対策をさらに促進するために被災者生活再建推進プログラムを作成した。この時点で、応急仮設住宅入居者は依然として当初の 3 分の 2（約 8600 世帯）に高止まっており、再建できた者と立ち離れた者との差が広がっていることが懸念されたため、「個々の世帯状況に応じたきめ細かな支援を重点的に実践することにより、震災復興計画期間内に仮設住宅に入居されている方々に生活再建を実現していただく」ことを趣旨として提案された。

基本的視点として、①個々の状況に応じたきめ細やかな支援②人と人のつながりを大切にしたい支援、の 2 点が呈示されている。①に関しては、仮設入居世帯を戸別訪問し、「生活再建可能世帯（66%）」「日常生活支援世帯（6.3%）」「住まいの再建支援世帯（24.8%）」「日常生活・住まいの再建支援世帯（2.9%）」の 4 群に分け、それぞれの抱える問題に沿った支援計画を提案すると

いう方針が示されている（図）。このうち、日常生活への支援が必要とされた第 2 群と第 4 群の合計約 1 割の世帯に関しては、心身の健康面での支援を重視し、地域保健活動の強化を進めることが対策の柱になっている。

こうした計画を進めていくためには、マンパワーが必要である。そのために、他の政令指定都市からの人材支援が長く続けられたほか、嘱託職員の増員（市の各部署・社会福祉協議会）、そして NPO などの民間団体への事業委託が活用されてきた。後述するように、精神保健活動に関しては嘱託職員を各区に配置する方法が取られたし、個々の被災者の状況を確認するために個別訪問や生活再建に関する業務の大部分は、一般社団法人パーソナルサポートセンターに委託されている。この団体は、震災の 1 週間前に設立され、もともとはホームレスなどの生活困窮者の生活支援、就労支援などを行う目的だったが、震災後は見守り活動、市内最大の仮設住宅におけるサロン活動、就労支援相談センターの設置など、多彩な事業を中心的に行っている。

3. 震災後の精神保健活動の経緯

・震災後早期の活動

東日本大震災後の仙台市における精神保健活動（心のケア）は、当初から仙台市精神保健福祉総合センター（以下、市精保センター）がコーディネートし、各区の保健師活動と連携して行われた。震災後早期には、被害の大きかった宮城野区と若林区にそれぞれ兵庫県と徳島県からの支援チームが入った。筆者は、兵庫県チームのとりまとめを行い、震災発生から 1 週間目の 3 月

18日を皮切りに、同年の6月末まで16チームを継続して派遣した。当初は避難所巡回が役割だったが、第4陣ぐらいからは保健師や関係者へのコンサルテーション、民生委員などの地域リーダーへの研修などに役割はシフトしていった。派遣された者の多くが指摘していたのは、事前の準備性の高さであった。宮城県沖地震を想定した心のケアマニュアルが、東日本大震災以前から準備されており、その一部には外部支援者向けの情報や指示がまとめられており、非常に有用であった。また、混乱した状況にもかかわらず、精保センターのスタッフが活動に加わり保健地チームなどとの調整を行ったことも、外部支援チームの活動をやりやすくしていた。

・復興期の精神保健活動の枠組み

上述した震災後早期からの活動は、各区の保健福祉センターの活動を市精保センターがバックアップし強化するもので、そこに外部からの支援を受け入れるという枠組みで提供された。外部支援者が去った後も、コアとなる各区と市精保センターの活動は継続され、平成24年度からは嘱託職員を雇用することで、マンパワーを補った。嘱託職員の業務は、主に被災者の訪問活動などで、一部、各部署の通常業務の補助も担っている。訪問件数の24年度から26年度の推移は表のとおりで、年々増加している。

嘱託職員の雇用は国の事業費によって全額賄われ、各区に1~2名、市精保センターに3名配置された。この事業費は仙台市に直接補助さ

	H24	H25	H26
訪問件数	5,283	5,854	6,916

れるのではなく、みやぎ心のケアセンターを經由して支出されているが、嘱託職員の雇用や管理は仙台市がすべて行う形を取っている。仙台市は、震災後早期からの事業の連続性を担保するために、心のケアセンターの設置ではなく、マンパワーを補うために、この方法を選択したのである。

各区の保健師や嘱託職員へのスーパーバイズは、市精保センターが行っている。相談支援として実際の相談業務や訪問活動に参加するほか、困難事例、とくにアルコール関連問題への検討に、センターの医師や保健師が出向いている。また、サロン活動への参加、人災育成のための講演会やワークショップでの講師なども、積極的に引き受けている。さらに、実態把握のためのデータ解析、次に述べる長期の活動方針を示すためのガイドライン作りも行っている。

・ガイドラインの作成

「仙台市震災後心のケア行動指針」と名付けられたガイドラインは、1年近くの議論を経て平成25年6月に発表された。被災者の中に生じている格差や精神的問題の遷延化への対応のために、それまでの活動を振り返るとともに、長期的な課題を抽出し、活動の方向性を示している。各区によって抱えている問題が異なるため、具体的な活動計画を各区ごとに立てているのが特徴の一つである。基本的視点として①震災によるストレス反応は、遅発性、動揺性、反復性に出現する ②被災者のニーズや地域の状況に合ったケアの質や方法が必要 ③各区の既存の保健福祉業務の中にも、震災後の心のケアに関する要素が含まれている ④行政内の各部署のみならず、地域住民や

関係機関との連携が必要」との4点を挙げ、中長期的に実効性のある対策を示す必要性を強調している。その上で、対象者を「健康～自己回復可能群」「不安定群」「ハイリスク群」の3群に分類し、普及啓発、相談、人材育成、マネジメント、連絡調整の5領域について、それぞれ具体的な活動計画を呈示している。一例を挙げると、相談事業では、健康や生活に関するさまざまな相談事業の中で、メンタルヘルスの問題への視点も持つことの重要性を指摘し、「幅広く潜在的な問題をキャッチし、適切な支援につなげるようにする」必要性が求められている。また、人材育成では民生委員や包括ケアの担当者などを「ゲートキーパー」と位置づけ、メンタルヘルスに関する研修機会を十分に盛り込む必要性が示されている。

4. 考察

仙台市における復興期の精神保健活動の特徴は、連続性の担保という点である。市精保センターは、従前から災害発生後の活動を想定していたこともあり、今回の震災後も現場活動と外部支援者のコーディネートに積極的に関与した。その延長線として復興期の精神保健活動を捉え、市精保センターの業務として位置づけていった。また、市全体の復興事業計画の中で、生活再建が精神保健の問題と密接な関係があり、精神保健活動が重要な復興施策の一つであることが認識されたことは、活動を推進するために重要だった。

しかし、市精保センターは多くの通常業務を抱えており、その上に災害後の業務を追加するためには、マンパワーの確保とともに高いモチベーションを持つ必要があっ

た。マンパワーの確保については、上述したように嘱託職員を増員して対応した。それも、市精保センターだけでなく活動の frontline である各区の内部職員として配置したことが、大きな意義を持っていたと思われる。市職員であることは、情報の共有がスムーズに行えることや、通常業務の代行を行いやすいなどの、利点が大きかったという。心のケアセンターなどの他機関で採用した者を、出向者として受け入れた場合には、情報共有だけでなく公用車の使用といった些末な困難があることを考えると、効率的なマンパワーの強化方法といえるだろう。嘱託職員の多くは、経験が浅い上に、行政での業務の経験がなかったために、スーパーバイズが必要だったが、その役割を市精保センターの医師やベテランの保健師などが担ったことで、現場との関係がより密接になっていった。

市精保センターが、震災関連の業務を通常業務の中に位置づけて行った背景には、従前から災害への準備と主体的に関わる意思があったことが重要である。本研究では、スタッフへのインタビューを行ったが、復興期の活動をきっかけに地域にアウトリーチできるようになる、より専門的な知見を身につけることができた、被災者の生活の場に触れることは自分の専門職としてのキャリアに大いに役だった、などの意見が出された。こうした高いモチベーションを維持できたことが、活動を支えたことは間違いない。

大災害が発生すると都道府県や政令指定都市の精神保健福祉センターは、被災直後から大きな役割を担う。しかし、復興期になり、心のケアセンターのような専従組織

が作られると、関与の度合いが大きく減ってしまい、役割を見いだしにくくなり、関与していないとの批判に晒されることもある。今回の仙台市が取った、専従組織を置かずマンパワーを確保して通常業務に入れ込んでいくという手法は、シームレスに事業を展開しやすくなるという大きな利点があったと思われる。

5. 健康危険情報：該当なし

6. 研究発表：該当なし

7. 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

8. 参考資料

1) 仙台市震災復興計画

http://www.city.sendai.jp/shinsai/shinsaihukkokentou/pdf/keikakushiryousaishu_honbun3113.pdf

2) 仙台市被災者生活再建推進プログラム

<http://www.city.sendai.jp/shinsai/seikatsushien/pdf/program/honpen.pdf>

3) 仙台市被災者生活再建加速プログラム

http://www.city.sendai.jp/shinsai/seikatsushien/pdf/kasokuprogram_honpen.pdf

支援施策の適用イメージ



仙台市被災者生活再建加速プログラムより
 〇内の数値は平成27年11月現在

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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

地域住民にとっての個人の災害への備えとソーシャル・キャピタルとの関連

分担研究者：荒井 秀典 国立研究開発法人国立長寿医療研究センター 副院長
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
研究協力者：大倉 美佳 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 講師
橋本 明弓 京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 研究協力員

研究要旨

地域住民を対象とした調査により、個人の災害への備えとソーシャルキャピタル(SC)との関連を明らかにし、災害の備えを促進する対策を考察することを目的とした。

平成 26 年 10～12 月、1 自治体の全世帯の成人を対象に、全戸配布の広報へ自記式質問紙調査票を折り込み、郵送による返送を依頼した。調査項目は、基本属性、家族構成、個人の災害への備え(避難場所の知識、ハザードマップの知識、発災時の行動についての家族との話し合い、食料飲料水の準備、住宅の耐震対策)、SC(互助と信頼、社会の責任感、帰属意識、インフォーマルなつながり、地域の優しさ)、実際の周囲の人々とのつきあいの度合い(近所、友人・知人、親戚、職場外での職場の同僚)とした。

本分析に用いた有効回答 1001 名(17.6%)を用いて、多変量ロジステック回帰分析(性別・年齢を調整)を行った。分析の結果、周囲の人々とのつきあいを深め、SC を高めることが、個人の災害への備えを促進することが示唆された。特に高齢者に対しては、独居や障がい者・障がい児がいる世帯への支援強化が重要だと考えられた。

A. 研究目的

本報告書においては、地域住民の防災の備えの実態を把握すること、特に高齢者層での特性を明らかにすることを目的に分析を行った。また、実際に防災の備えという行動を起こすためには、本人の個人特性とともに、ソーシャル・キャピタル¹⁾(以下、SC)や実際の日常的な人とのつながり度、人への信頼度などが影響しているのではないかと考え、SC との関連について焦点をあてて検討することとした。

B. 研究方法

B-1) 調査方法および調査対象

平成 26 年 11 月に、1 自治体に在住する全 6565 世帯を対象に、広報配付時に調査票および返信用封筒を折り込み、職員以外の 20 歳以上の成人に回答を求めた。回収は、京都大学大学院宛への郵送返信とした。

B-2) 本報告で分析に用いた調査項目

①防災の備え：家族内での避難経路の話し合い、飲食料水の備蓄、住宅の耐震対策、居住地域の避難場所の知識、居住地域のハザードマップの存在の知識の 5 項目について、各項目「あり」の回答を 1 点とし、5 項目の合算した値を防災の備え得点(0-5 点)とした。

②SC：地域における SC に関しての、「近所の人はお互いに助け合う気持ちがあるか(以下、互助と信

頼)、「近所の子は子どもだけで危険なことをして遊んでいるのを見かけると注意するか(以下、社会的責任感)」、「住んでいる地域に愛着があるか(以下、帰属意識)」、「近所の人とよく話をするか(以下、インフォーマルなつながり)」、「近所の人が高齢者に優しさがあるか(以下、地域の優しさ)」の5項目から構成した(本橋ら²⁾が信頼性の検討済み)。各項目は、4件法で問い、それぞれ0-3点を配点し、5項目の合算した値をSC得点(0-15点)とした。

③人への信頼度：内閣府の調査項目³⁾を参照し、一般的に人への信頼度、旅行先や見知らぬ土地で出会う人への信頼度の2項目とした。各項目は0-9点の10件法とし、2項目の合算した値を人への信頼得点(0-18点)とした。

④実際の周囲の人々とのつきあい度(以下、実際の人とのつきあい度)：内閣府の調査項目³⁾を参照し、近所の人、友人・知人、親戚、職場の同僚との交流の頻度(毎日から週数回、週1回から月数回、月1回から年数回、年1回から数年1回の4件法)および交流方法(直接会う、それ以外(電話、電子メール、手紙))を問うた。交流頻度(4~1点)と交流方法(直接会う2点、それ以外1点)を掛け合わせた値を実際の人とのつきあい得点(1-32点)とした。

⑤基本情報：性別、年齢、独居の有無、家族内の障害者・児の存在の有無

B-3) 分析方法

本報告における各分析項目について、65歳未満群および65歳以上群における差異を検討するため、割合の差にはカイ二乗検定を、平均値

の差の検定にはU検定を行った。また、連続変数を有する調査項目の合算値の中央値を参考にカットオフとし、2値化した。その後、防災の備え(高値群)を従属変数とし、性別、年齢を調整し、単変量ロジスティック回帰分析を行った。単変量解析で有意差の認められた、次の項目を共変量とした多変量ロジスティック回帰分析(年齢、性別を調整)を行った；SC得点、実際の人とのつきあい得点、家族内に障がい者・児がいる、独居。

B-4) 倫理的配慮

本調査は、無記名自記式調査であるため、調査の段階で個人情報取り扱い扱われることはなく、個人的な侵襲や有害事象を招く恐れはない。調査票の管理は施錠できる棚に保管した。なお、本調査は京都大学大学院医学研究科・医学部および医学部附属病院医の倫理委員会の承認を得て実施した(第E1730号)。

C. 結果

C-1) 回収データ

回収できた調査票1007名(15.3%)のうち、1001名(99.3%)を有効分析データとした。

C-2) 基本属性の分布

主な基本属性を表1に示す。男性563名(55.9%)、女性421名(41.8%)であり、年齢は65.9±11.8歳であった。回答者が独居であった者は130名(12.9%)であり、家族内に障がい者・児が存在する者は73名(7.2%)であった。

表 1. 基本属性

n(%)

		全体	65歳未満群	65歳以上群	P値
性別(n=984)	男性	563(57.2)	202(49.6)	361(65.6)	<0.001
	女性	421(42.8)	205(50.4)	216(37.4)	
年齢(平均値±標準偏差；歳、n=991) [†]		65.9±11.8	54.9±8.1	73.7±6.7	0.270
独居(n=991)		130(13.1)	31(7.5)	99(17.1)	<0.001
家族内に障がい者・児あり[複数回答]		73(7.2)	34(8.4)	39(6.8)	—

カイ二乗検定

†：U検定

C-3) 防災の備えに関する項目に関する分布

防災の備え得点の平均値は 2.8 ± 1.0 、65 歳未満群では 2.7 ± 1.1 、65 歳以上群では 2.8 ± 1.0 であった ($p=0.270$)。その内訳をみると、年代区分別の割合の検定において有意差の認められた項目は、ハザードマップの知識ありの割合 (65 歳未満群 ; 73.8%、65 歳以上群 ; 67.0%、 $p=0.021$)、発災時の行動についての家族との話し合いをしている割合 (65 歳未満群 ; 51.4%、65 歳以上群 ; 65.6%、 $p<0.001$) であった。

C-4) ソーシャル・キャピタルなどの項目に関する分布

SC 得点の平均値は 11.4 ± 2.3 、65 歳未満群で

は 11.1 ± 2.4 、65 歳以上群では 11.6 ± 2.2 であった ($p=0.001$; U 検定)。その内訳をみると、年代区分別の割合の検定において有意差の認められた項目は、帰属意識 (65 歳未満群 ; 2.3 ± 0.7 、65 歳以上群 ; 2.6 ± 0.6 、 $p<0.001$)、インフォーマルなつながり (65 歳未満群 ; 2.3 ± 0.7 、65 歳以上群 ; 2.5 ± 0.6 、 $p<0.001$) であった。

人への信頼得点の平均値は、 9.8 ± 4.2 、65 歳未満群では 9.7 ± 4.1 、65 歳以上群では 10.0 ± 4.3 であった ($p=0.130$)。

実際の人とのつきあい得点の平均値は 13.1 ± 4.5 、65 歳未満群では 12.8 ± 4.2 、65 歳以上群では 13.6 ± 5.1 であった ($p=0.014$)。

表 2. 年代区分別の防災の備えおよび SC

	全体 n (%)	65 歳未満群 n (%)	65 歳以上群 n (%)	P 値
防災の備え得点 (n=927) †	2.7 ± 1.0	2.7 ± 1.1	2.8 ± 1.0	0.270
避難場所の知識あり (n=983)	960 (97.7)	398 (97.3)	562 (97.9)	0.540
ハザードマップの認知あり (n=969)	677 (69.9)	302 (73.8)	375 (67.0)	0.021
家族との話し合いあり (n=963)	574 (59.6)	209 (51.4)	365 (65.6)	<0.001
飲食料水の備蓄あり (n=977)	214 (21.9)	83 (20.3)	131 (23.0)	0.318
住宅の耐震対策あり (n=962)	260 (27.0)	110 (27.5)	150 (26.7)	0.780
SC 得点 (n=961) †	11.4 ± 2.3	11.1 ± 2.4	11.6 ± 2.2	0.001
互助と信頼 (n=987) †	2.3 ± 0.6	2.3 ± 0.6	2.4 ± 0.6	0.184
社会の責任 (n=985) †	1.9 ± 0.8	2.0 ± 0.7	2.0 ± 0.8	0.742
帰属意識 (n=1000) †	2.5 ± 0.6	2.4 ± 0.7	2.6 ± 0.6	<0.001
インフォーマルなつながり (n=1000) †	2.4 ± 0.6	2.3 ± 0.7	2.5 ± 0.6	<0.001
地域の優しさ (n=997) †	2.2 ± 0.6	2.2 ± 0.6	2.2 ± 0.6	0.288
人への信頼得点 (n=943) †	9.9 ± 4.3	9.9 ± 4.2	10.0 ± 4.3	0.386
実際の人とのつきあい得点 (n=672) †	13.2 ± 4.9	12.8 ± 4.6	13.6 ± 5.1	0.028

カイ二乗検定

† : U 検定

C-5) 防災の備えとソーシャル・キャピタルとの関連に関する分析

防災の備え (高値群) を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析 (性別、年齢を調整) を行ったところ、各オッズ比 (95% 信頼区間) は、SC・高値群 (OR=2.01, 95%CI:1.42-2.85)、実際の人とのつきあい得点・高値群

(OR=1.63, 95%CI:1.16-2.29)、家族内に障がい者・児がいる (OR=0.40, 95%CI:0.21-0.76)、独居 (OR=0.43, 95%CI:0.24-0.76) であった。65 歳未満群における災害への備えに影響した要因は、人とのつきあいの度合い (OR=1.97, 95%CI:1.23-3.17)、独居 (OR=0.37, 95%CI:0.15-0.96) であった。一方、65

歳以上群における災害への備えに影響した要因は、SC(OR=3.13, 95%CI:1.82-5.38)、家族内に

障害者・児がいる(OR=0.24, 95%CI:0.09-0.64)であった。

表 3. 防災の備え高値群を従属変数とした多変量ロジスティック回帰分析

	全体 OR(95%CI)	65歳未満群 OR(95%CI)	65歳以上群 OR(95%CI)
SC得点・高値群(ref. 低値群)	2.01(1.42-2.85)	1.44(0.90-2.31)	3.13(1.82-5.38)
実際の人とのつきあい得点・ 高値群(ref. 低値群)	1.63(1.16-2.29)	1.97(1.23-3.17)	1.32(0.79-2.22)
家族内に障がい者・児がいる(ref. いない)	0.40(0.21-0.76)	0.56(0.15-1.29)	0.24(0.09-0.64)
独居(ref. 非独居)	0.43(0.24-0.76)	0.37(0.15-0.96)	0.50(0.24-1.03)

多変量ロジスティック回帰分析

調整因子：性別、年齢

D. 考察

D-1) 防災の備え

防災の備えについて、食料飲料水の備蓄を行っている割合は約2割、住宅の耐震対策を行っている割合は3割弱と非常に低い割合であった。本調査の回収率は2割弱であり、特に青年層など若い世代の回答率は低く、地域住民全体の結果とは言い難い。しかしながら、地域住民の中でも防災に関心がある回答者であると捉えるならば、地域住民全体としてはこの結果以上に実質的な防災行動に至っていないことが想定されることが危惧される。ほとんどの項目において、年齢区分による差異については認められなかったが、ハザードマップの認知は65歳以上群で有意に低い割合であった。ハザードマップは、地域住民の自発的な防災意識の啓発や防災行動を促すツールとして重要視される中、広く認知されるようなアプローチだけでなく、そこに表示されている災害リスク情報が適切に理解されることが重要である。洪水ハザードマップに関する結果であるが、『緻密なマップ』は、発災時の行動指南となるが災害イメージの固定化を招きかねない一方で、『粗なマップ』は、地域住民と防災を担う自治体や行政とがリスク・コミュニケーションを行うきっかけになると片田ら⁴⁾は述べている。高齢者を含む災害弱者と呼ばれる住民を巻き込んだアプローチによって、ハザードマップの認知を啓発するだけに留まらず、防災行動が高まることが臨まれる。

D-2) SC

帰属意識、インフォーマルなつながりに関しては、65歳以上群に比べて65歳未満で有意に低い割合であった。また、実際の人とのつきあい得点についても同様の結果であった。一般的なライフサイクルの発達課題を考えると、高齢者に比べて壮年期層は仕事など社会的役割を一線で担うことが多く、職場という社会との結びつきは大きい。居住地である地域とのつながりは希薄な場合が多いと想定され、本調査の結果も同様の結果を示したと言えよう。

D-3) 防災の備えとSCとの関連

SCが高いこと、実際の人とのつきあい度が高いことは、防災の備えを高める要因であった。一方、家族内に障がい者・児がいること、独居であることは、防災の備えを抑制する要因であった。

防災白書⁵⁾にはすでに、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が、「災害はひとごと」と思わず、いつ発生するかわからない災害に備えておくことが、大規模広域災害での被害を少なくすることにつながると明記されている。つまり、「いつだれにとっても等しく起こりうるかもしれない災害」という認識が浸透することで、「自分たちの町・地域を自分たちで守れること」に目を向けることにつながり、防災に関する予期的行動が高まるような『地域づくり』を、平時から培っていくことが重要であると考えられる。

また、大震災など広範囲で深刻なダメージを受けるような発災直後は、公助を求めることは難しく、自助や共助で乗り切らなければならない

い事態が想定される。その際、地域住民が自発的に避難行動を行ったり、地域コミュニティで助け合って、救助活動、避難誘導、避難所運営等を行うことが重要になってくる。また、災害からの復興に当たっても、地域住民一人ひとりや地域コミュニティ全体が主体的にかかわることが「よりよい復興」にとって不可欠である⁶⁾。

E. 結論

SCが高いこと、実際の周囲の人々とのつきあい度が高いことは、防災の備えを高める要因であった。一方、特に65歳以上群においては、家族内に障がい者・児がいることは、防災の備えを抑制する要因であった。

参考文献

- 1) Putnam, Robert D. : Marking Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy, Princeton, NJ: Princeton University Press. 1993. [阿田潤一訳: 哲学する民主主義-伝統と改革の市民的構造-, NTT出版, 2001]
- 2) 本橋豊: 地域づくり型自殺予防対策の有効性に関する研究 - ソーシャルキャピタルモデルの構築 - (2007年度科学研究補助金研究成果報告書)
<http://kaken.nii.ac.jp/pdf/2009/seika/jsps-1/11401/18390193seika.pdf> (検索 2015年2月17日)
- 3) 内閣府 NPO ホームページ(内閣府国民生活局 市民活動促進課, 委託先: 株式会社日本総合研究所): 平成14年度内閣府委託調査-ソーシャル・キャピタル: 豊かな人間関係と市民活動の好循環を求めて-(平成15年6月19日), <https://www.npo-homepage.go.jp/data/report9.html> (検索 2015年2月17日)
- 4) 片田敏孝、木村秀治、児玉真: 災害リスク・コミュニケーションのための洪水ハザードマップの在り方に関する研究. 土木学会論文集 D 63(4):498-508, 2007.
- 5) 内閣府防災情報のページ: 平成26年版防災白書 第5章「公助の限界」と自助・共助による「ソフトパワー」の重要性,
<http://www.bousai.go.jp/kaigirep/hakusho>

/h26/honbun/0b_5s_01_00.html (検索 2015年2月17日)

- 6) 木村玲欧: 統計望桜・数字から知る人々の心理と行動(東海望桜, 60(4)-61(4)), 2007-2008,
http://www.u-hyogo.ac.jp/shse/rkimura/080700_toukaibourou_all.pdf#search='%E7%B5%B1%E8%A8%88%E6%9C%9B%E6%A5%BC' (検索 2015年2月17日)

F. 研究発表

1. 論文発表
該当なし
2. 学会発表
 - 1) Ayumi Hashimoto, Mika Okura, Hidenori Arai: Factors affecting personal disaster preparedness -Focusing on the relevance to social capitals-. 19th East Asian Forum Of Nursing Scholars, 2016.
 - 2) Ayumi Hashimoto, Mika Okura, Hidenori Arai: Factors Affecting the Registration for Disaster Evaluation Plans for Vulnerable People in Japan. The Tokyo Conference on International Study for Disaster Risk Reduction and Resilience, 2015.
 - 3) Mika Okura, Ayumi Hashimoto, and Hidenori Arai: Community characteristics that affect the development of a disaster evacuation plan for vulnerable people in Japan. The Tokyo Conference on International Study for Disaster Risk Reduction and Resilience, 2015.
 - 4) 大倉美佳、荒井秀典: 地域住民にとっての個人の災害への備えとソーシャルキャピタルとの関連. 第58回日本老年医学会学術集会、金沢市、2016(予定).

G. 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

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））
災害時の精神保健医療に関する研究

平成 27 年度分担研究報告書

みやぎ心のケアセンターの活動分析

分担研究者	松本和紀	東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野 公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	みやぎ心のケアセンター
研究協力者	福地成	公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	みやぎ心のケアセンター
	瀬戸萌	公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	みやぎ心のケアセンター
	渡部裕一	公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	みやぎ心のケアセンター
	片柳光昭	公益社団法人宮城県精神保健福祉協会	みやぎ心のケアセンター
	東海林渉	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	長尾愛美	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	
	高橋葉子	東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座	

本研究では、みやぎ心のケアセンターの活動分析について、同センターの活動についての分析と（パート1）、同センターと共同で支援、活動を行っている東北大学予防精神医学寄附講座を中心として行った研究（パート2）に分けて報告する。

活動分析では、みやぎ心のケアセンターの経時的な活動内容を分析し、こころのケアセンターを通じた大規模災害後の精神保健活動のあり方について検討した。この報告では、2012年4月に開設されてから2014年3月までの同センターの設置状況、その後の事業概要、実情と課題についてまとめ、さらに、同センターの活動内容を分析し、それぞれのフェーズで各地域で必要とされている支援について検討した。

地域住民への支援活動のうち約6割が家庭訪問を占め、男女ともに高齢者層への支援が多かった。ICD-10による疾患分類では、F2（統合失調症など）およびF3（気分障害）が多くを占め、災害前に発症していた事例への支援が多く、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが含まれていた。

震災から約4年が経過し、各種健康調査の返信率も下がり、ハイリスク者も減少する中、今後の支援の在り方を見直していく必要性は高いと考えられる。自然回復できず、現時点でも症状が残存している被災者に対してはより集中的な支援や治療が必要であり、医療機関を含めた専門機関とのネットワークを強化していく必要がある。一方、支援の中心をハイリスクアプローチからポピュレーションアプローチに少しずつシフトし、主体的に地域全体への働きかけを行う必要があると考えられた。

宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査では、職員は復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられた。職場要因としては、住民からの非難の経験が精神症状と関連していた。一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究と災害復興期における不健康者への個別介入プログラム「サイコロジカル・リカバリー・スキル」を用いた介入研究については、被災地住民を対象とした介入研究を現在も継続中である。

パート1：みやぎ心のケアセンターの活動分析

A. 研究目的

みやぎ心のケアセンターは東日本大震災により、心理的影響を受けた県内の住民がコミュニティーの中で、一日も早く安心して生活できるよう、地域の実情に合わせた支援事業を行っている。本センターの活動内容を分析することにより、災害後の中長期的なリカバリーセンターとしての役割を検討し、今回の災害に対する今後の支援と、これからのわが国で生じうる災害に備えることを本研究の目的とする。

B. 研究方法

本センターが開設された2012年から2014年3月までの3年間の活動内容を分析し、被災地地域ではどのような支援が必要とされているのか検討を行った。

C. 結果

1. 当センターの概要

1) 職員の構成

2012年4月の発足当時は総数34名（常勤28名、非常勤6名）で開始したが、徐々に増員され平成28年2月時点で74名（常勤51名、非常勤23名）となった。職種としては精神保健福祉士が26名（35%）と最多になった。その他、心理士、保健師、看護師などの多職種により職員は構成されていた。

2) 地域センターの設置

基幹（仙台）、石巻、気仙沼の3つの拠点を設置し、人員を各センターに集約するような形で人員配置を行った。基幹センターに人員を集約し、各地域センターには約10名程度の常勤を配置した。

3) 自治体への職員派遣

要請のあった被災自治体に対して、精神保健業務にかかわる専門職として当センターより派遣を行った。2015年度に派遣された職員は、計

7機関8名となった。派遣された自治体において、住民個別相談および自治体職員のメンタルヘルス相談、精神保健福祉相談や健診業務など市町自治体の各種事業の支援を行った。

2. 地域住民への直接支援

1) 支援方法

過去3年間の地域住民支援の実績を資料1に示した。3年間で支援総数20,201が件あり、そのうち家庭訪問が11,418件（56.5%）を占めた。総支援数は経年的に増加傾向にあり、特に家庭訪問のニーズが増加している。定期的に来所相談を実施する体制は取っておらず、電話相談などのホットラインも解説していないため、来所相談と電話相談の件数は増加していない。

2) 相談経路

2013, 2014年の相談経路の集計を資料2に示した。当センターの支援に繋がる経路として最も多いのは、県と市町村が協働して実施した住民健康調査の結果を契機としたものだった。K6や飲酒の項目から要支援者が抽出され、その確認を当センターへ依頼される形が多かった。被災者自ら支援を求めてくることは少なかった。

3) 年齢層と性差

2013, 2014年の要支援者の年齢層と性差を資料3に示した。総じて対象者の年齢分布としては、高齢になるにしたがって多くなり、特に70歳以上の女性が最も多かった。当センターが開設された当初は女性が多かったが、時間系とともに若い世代（40～50歳）の男性に増加傾向が見られた。

4) 疾患分類

2013, 2014年の要支援者のうち、精神疾患として診断可能な対象者の疾患分類を資料4に示した。ICD-10による疾患分類では多い順にF2（統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害）>F3（気分障害）>F1（精神作用物質による精

神および行動の障害)であり、その約7割は震災前の発症、約3割は震災後の発症だった。

3. 普及・啓発事業

各種研修会の企画、ホームページやパンフレットの発行などを通じて、地域住民に対してメンタルヘルスに関わる普及・啓発事業を行った。

1) 研修会を通じた普及・啓発

地域住人(非専門職)を対象とした普及啓発を目的とした研修会は延べ40回実施した。このうち、「精神疾患について」、「アルコール依存などのアディクション問題について」のテーマが多くを占めた。

2) 啓発用品の作成と配布

パンフレットの作成においては、うつ病やアルコール依存に関わる啓発パンフレットに加えて、時機に応じた内容のものも作成した。2014年度は復興住宅へ移転する住民が増えた時期であり、『おひっこしされるみなさまへ』と題したパンフレットを作製した(資料5)。2015年度は消防団員など対人救助に従事した非専門職に対する啓発としたパンフレットを作製した(資料6)。そのほか、年4回の広報誌を作成し、関係諸機関へ配布した。

4. 集いの企画

1) サロン各種

集いの仕組みを作り、被災した地域で活動を行った。その中で講話などの啓発やリスクの高い参加者に対する個別相談を行った。当センターが主催するサロンは減少したものの、地域主体で行われているサロンに協力する形が増加した。

2) キャンプ

仙台市および名取市の被災した小学校の子どもを対象として、キャンプ事業を展開している。現在までに計4回開催し、延べ124名が参加した。プログラムの中に心理教育を含め、日常生活の中

で困難が生じた場合に対処できるような工夫を行った。

3) 農作業

石巻地域センターを中心に、地域住民を対象とした農作業を定期的に行っている。毎回10名程度の参加者があり、特に男性の参加者が多いのが特徴と言える。

D. 考察

本センターの人員は少しずつ拡充しているが、地域での精神保健ニーズは高いためにすべての地域のニーズに応え切れておらず、この点では必ずしも人員が十分充足しているとは言えない状況が続いている。また、時間の経過とともに地域の課題が変化するため、常に新たな課題が突きつけられる現場では、専門性に基づく柔軟な対応と、地域の人々との信頼関係を根気強く構築し、維持していくことが求められ続けている。

地域住民支援の全支援活動のうち約6割が家庭訪問を占めていることから、災害後の精神保健に従事する支援者としては、アウトリーチのためのスキルが要求されると考えられた。ICD-10による疾患分類では、F2(統合失調症・統合失調症型障害及び妄想性障害)、F3(気分障害)が多くを占めた。全体としては災害前に発症しているものの割合が約7割を占め、震災により既存の保護因子が脆弱化し、病状が増悪したケースが多いと考えられた。そのため、災害に対して脆弱性を持つ住民を早期に発見し、必要な場合には適切な医療機関へ繋げる動きが求められていると考えられた。今回のデータには計上していないが、近年ではF2は減少傾向にあり、震災後発症のF3が増加傾向にある。時間経過に伴って、震災によるストレスにより発症する気分障害が増加する可能性がある。また、F1の中のアルコール関連疾患も増加しており、内訳としては震災前発症が多いところが特徴的である。

一般住民を対象とした普及啓発では、大災害後の一般的なこころの反応を啓発する内容よりは、地域

で生活する中で配慮を有する精神疾患についての知識を求める傾向がみられた。具体的には、統合失調症や認知症をはじめとする精神疾患、アルコールなどのアディクションの理解を深めるための普及啓発が求められていると考えられた。地域内では精神疾患などの特別な配慮を有する住民の支援が課題になっており、その専門知識や対処方法を学びたいという動きをうかがうことができた。

E. 結論

本研究では、開設から現在までの当センターの組織体制と活動内容とその分析について提示し、当センターによる活動の実情と課題について検討を行った今後、復興の格差はさらに一層広がることが予想されている。このため、みやぎ心のケアセンターでは、地域と時間による変化を把握しながら、被災地域住民のニーズに応え、適切な支援を提供するために、対応を柔軟に工夫していく必要があると考えられた。

パートⅡ：東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座を中心とした研究活動

A. 研究目的

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座は、東日本大震災後の宮城県における精神保健医療システムを再構築し、予防精神医学的観点から精神疾患の早期発見と早期介入に対応した新たな精神保健医療モデルを創出することを目的として研究・教育活動を実践してきた。

以下では、①被災地支援に関わる地方公共団体の生活支援員等のメンタルヘルス対策に関わる調査研究（東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会職員の精神健康調査）、②認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの開発研究（一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究）、③被災地での精神障害者の重症化、慢性化予防プログラムの開発研究（災害

復興期における不健康者への個別介入プログラムサイコロジカル・リカバリー・スキル(Skills for Psychological Recovery : SPR)を用いた介入研究)の成果について報告する。

B. 研究方法

①東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会(社協)職員の精神健康調査

目的：東日本大震災の被災地において長期間活動を続ける社会福祉協議会職員の精神健康を調査し、発災20ヶ月後と32ヶ月後の精神健康指標、関連要因、20ヶ月後における1年後の精神健康の予測指標について調べること。

研究デザイン：質問紙による横断的/縦断的調査

調査対象：第1回調査：約20ヶ月後(2012年11月～2013年1月)、宮城県内6社協の職員1008名(822名(81.5%)から回答)。第2回調査：約32ヶ月後(2013年11月～2014年1月)、5社協の職員870名(779名(89.5%)から回答)。横断研究の分析対象は第1回調査で回答があった823名とした。縦断研究の分析対象は第1回・第2回調査の両時点で回答があり、追跡可能な610名とした。

調査方法：自記入式調査票を対象者に配布し回収。

調査内容：①基本属性(年齢、性別、職種)、被災の体験、職場の環境についての質問。②全般的心理的ストレス(K6)、③抑うつ症状(Patient Health Questionnaire-9: PHQ-9)、④PTSD症状(PTSD Check List: PCL)。

倫理面への配慮：調査後にはハイリスク者・希望者に精神科医療従事者と面談を設けた。

②一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

目的：被災地の一般市民を対象に、認知行動療法の基本的な考え方やスキルを学んでもらい、日常生活の中でのストレスケアに活用できる「こころのエクササイズ研修」を実施し、同プログラムの効果を検証する。

研究デザイン：介入研究（前後比較研究）

プログラムの紹介：大野裕氏（認知行動療法研修開発センター）と田島みゆき氏（国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター）が作成した「こころのエクササイズ研修」を使用した。全6回からなり、認知行動療法の基本、活動記録表、行動活性化、コミュニケーションスキル向上、アサーション、認知再構成法、問題解決技法などを、一般市民向けに分かりやすく解説し、演習を交えながら実施するものである。

調査対象：被災地の一般市民180名の中で、全6回のプログラムのうち5回以上出席した46名（平均年齢：47.8±13.7歳、男性2名（4.3%）、女性44名（95.7%））

調査時期：平成25年2月～平成26年6月の間に、5クール実施した。

介入方法：全6回の「こころのエクササイズ研修」プログラムを、6週にわたって毎週実施した。

調査内容：①基本属性（年齢、性別、職種、被災状況など）、②特性的自己効力感尺度（General Self-Efficacy Scale：GSES）（成田ら、1995）、③研修の理解度を測るための質問（自作の7項目）。

③災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

目的：東日本大震災の被災者を対象とし、災害回復期に推奨されている最新の心理的支援法である、SPRを用いて介入を行い、同プログラムの我が国の被災地における実施可能性を検証すること。

対象：宮城県内に居住もしくは就労している者で、精神的な不健康を自覚する18歳以上の者。精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外した。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とした。

調査方法：宮城県内の精神保健に携わる職員を通じて、参加者を公募した。また、A地区の自治体と覚

書を取り交わし、共催で住民に「災害後のストレス回復プログラム」の参加者を公募した。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターのSPRトレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医のSVのもとにSPRを実施した。

選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行った。介入者は参加者に対して訪問による1回60分程度の面接を1週間から2週間に1回程度の頻度で計5回程度実施する。介入終了後に介入後評価と2ヶ月後のフォローアップ評価を実施した。

調査項目：①精神健康状態（General Health Questionnaire：GHQ-30）＜プライマリ・エンドポイント＞、②QOL（SF8 Health Survey：SF-8）、③心的外傷後ストレス症状（The Impact of Event Scale-Revised：IES-R）、④レジリエンス（Tachikawa Resilience Scale：TRS）、⑤自己効力感（Self-efficacy：SE）、⑥プログラムへの満足度（Client Satisfaction Questionnaire：CSQ-8J）

倫理面への配慮：介入者は、毎回の面接において、対象者の漸進的な精神状態（自殺念慮含む）を評価した。また、本研究に関する重篤な有害事象及び不具合等の発生を知った時は、精神保健に携わる職員やA地区担当課との協力の下に必要な対処や支援、医療機関を含めた関連機関への紹介を含めて、最善を尽くすこととした。本研究の実施については、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得て実施している。

C. 結果

①東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

横断的調査の結果：20ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を抽出した（Table 1）。職種によるハイリスク者数の偏りについて χ^2 検定を行ったところいずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクと PTSD ハイリスクについて 20 ヶ月後時点での関連要因を検討するため、説明変数に 20 ヶ月後時点での要因、目的変数に 20 ヶ月後時点での精神症状 (PHQ-9, PCL) を用いて、ロジスティック回帰分析 (強制投入法) を行った。その結果、うつ病ハイリスクには被災体験要因として「命の危険を感じた」(OR=2.57)、「転居した」(OR=2.23)、職場環境要因として「人間関係に苦勞している」(OR=4.27) が影響を及ぼしていた。PTSD ハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=2.81)、職場環境要因として「人間関係に苦勞している」(OR=3.97)、「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.31) が影響を及ぼしていた。

縦断的調査の結果：20 ヶ月後と 32 ヶ月後の精神症状についてハイリスク者を比較した (Figure 1)。時期による差についてマクネマー検定を行った結果、いずれも有意な差はなかった。

うつ病ハイリスクと PTSD ハイリスクについて 20 ヶ月後時点における 32 ヶ月後時点の精神症状の予測指標を検討するため、説明変数に 20 ヶ月後時点での要因、目的変数に 32 ヶ月後時点での精神症状 (PHQ-9, PCL) を用いて、ロジスティック回帰分析 (強制投入法) を行った。その結果、うつ病ハイリスクには属性要因として「年齢」(OR=0.96)、職場環境要因として「休養が十分にとれない」(OR=2.11)、「人間関係に苦勞している」(OR=1.78) が影響を及ぼしていた。PTSD ハイリスクには被災体験要因として「転居した」(OR=4.46)、職場環境要因として「人間関係に苦勞している」(OR=3.76)、「住民から非難を受けて辛い思いをした」(OR=2.82) が影響を及ぼしていた。

	全体 N=822		事務職 n=360		生活支援 相談員 n=191		介護職 n=271		χ ²	P
	N	%	n	%	n	%	n	%		
精神的苦痛ハイリスク者 (K6 ≥ 13)	65	8.3	33	9.5	17	9.4	15	5.9	2.77	0.25
PTSDハイリスク者 (PCL ≥ 44)	33	4.1	21	5.9	6	3.3	6	2.3	5.69	0.06
うつ病ハイリスク者 (PHQ-9 ≥ 10)	101	13.0	45	13.3	31	17.1	25	9.7	5.26	0.07

Table 1 20 ヶ月後時点の精神症状ハイリスク者の内訳

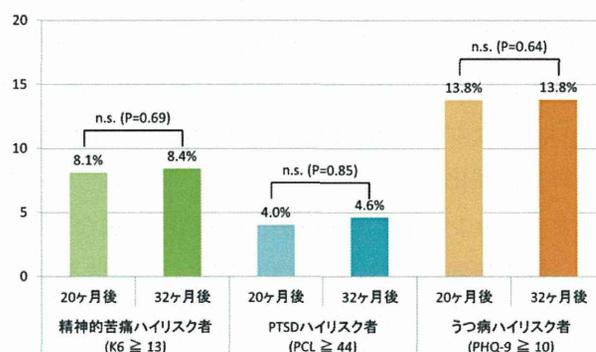


Figure 1 20 ヶ月と 32 ヶ月時点のハイリスク者の比較

②一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

結果：特性的自己効力感の介入前後の得点について Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した。その結果、研修前後での特性的自己効力感の平均値が有意に上昇した (介入前：69.2, 介入後：73.4, $z=2.73$, $p=0.009$)。

また研修の理解度について介入前後の得点を Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した。その結果、「自分の考え方のクセを知っている」、「どのように考えようとうつや不安な気分が強くなるのか分かっている」、「自分をいつも苦しめている考え方に気づき、発想を切り替えることができる」、「解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価する」の 4 項目において有意な変化を認めた。

さらにアンケートの記述から、全体的に楽しんで学べたという意見が多く、プログラムは好評であった。さらにコミュニケーション、アサーションについてのプログラムは、参加者それぞれの気づきもあり、特に良い評価が多かった。加えて、認知再構成や問題解決についてのプログラムは 1 回の研修では理解が難しいという意見が多かった。

③災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

結果と進捗状況：平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 28 年 1 月時点で、申込者は計 32 名に達した。このうち適応外 5 名、介入前のキャンセル 7 名、延期 1 名があり、残りの 19 名に介入を開始した。このうち 5 名は事前加入例であり、調査開始後の介入例は 14 名である。事前介入例を含めた 13 名のうち、1 例は、SPR セッション間に抑うつ症状が生じ（重篤な有害事象に当てはまらない程度）、精神医療機関受診につなげている。その後症状は軽快し、社会生活には支障がないとの確認をとっている。

介入を開始した 14 名のうち、現在までに 10 名がセッションを終了し、そのうち 6 名がフォローアップセッションまで終了している。予備的な解析として、10 名の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントである GHQ 得点は、いずれも介入前より介入後の方が有意に下がっていた。

D. 考察

①東日本大震災後の宮城県沿岸市町社会福祉協議会（社協）職員の精神健康調査

先行研究では、平成 22 年度の宮城県一般住民における K6 得点 13 点以上の割合は 5.5%（国民生活基礎調査特別集計, 2005）、日本人の気分障害の 12 ヶ月有病率は 3.1%（Kawakami et al., 2005）、日本人の PTSD の 12 ヶ月有病率は 0.4%（Kawakami et al., 2005）とされている。本調査の結果、社協職員は、全般的な精神疾患、PTSD 症状、うつ病のハイリスク者が高い割合で存在し、精神健康の状況は発災後 20 ヶ月からの 1 年間で変化を認めず、改善が鈍化している可能性が示唆された。復興プロセスの長期化による、慢性的な高いストレス状況が関与している可能性があり、継続的な精神健康対策が必要と考えられる。

また、ハイリスク者の関連要因、予測要因は、被災体験の要因だけでなく、休養不足や職場の人間関係、住民からの非難といった職場環境の要因も重要であった。被災の影響を強く受けた支援者に対する対策の重要性はもとより、発災後には休養をとりやすい労働環境の整備、職場のコミュニケーションの改善、地域や職場など様々なレベルでのコミュニティー強化などの取り組みが必要と考えられた。

②一般市民に向けた認知行動的アプローチ「こころのエクササイズ研修」による介入研究

本研究は対照群のない予備的な前後調査であるため、結果の解釈は慎重に行うべきであるが、本研修プログラムは、被災者の自己効力感の向上に役立つことが示唆された。本研究から、被災地における認知行動的アプローチを学んで実生活に役立てたいというニーズに応えるための研修プログラムが実施可能であることが明らかとなった。今後の課題として、さらに多くの地域で実践を試みるとともに、プログラムの改訂やプログラム施行者の育成に努めていくことが必要と考えられた。

そこで現在、この結果をもとに認知により焦点をあて、認知行動療法のスキルの中でも認知再構成法とアサーションを中心にプログラムを改訂し、ランダム化比較試験（RCT）として被災地の一般市民に向けて認知行動療法の考えやスキルを普及させる研修会を実施し、研修の有効性を検証している。今後、この研究を遂行していくことにより、被災地における認知行動理論に基づく予防的な心理介入プログラムの整備を行っていくことが必要である。

③災害復興期における不健康者への個別介入プログラム サイコロジカル・リカバリー・スキルを用いた介入研究

本研究はまだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した 14 件において現段階では重篤な有害

事象を認めておらず、SPR セッション間に抑うつ症状が生じた 1 例についても、精神医療機関の受診に繋げ、その後症状が軽快し、社会生活には支障がないことの確認を取っている。

また予備解析の結果では介入が終了した 10 件に関しては GHQ-30 の数値も介入前後で比較すると下がっている。このため、現時点では、SPR が我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。

今後は症例対象数を増やし、目標対象者数に到達した時点で、各エンドポイントの推移を分析し、プログラムの実施可能性を検証していく予定である。

E. 結論

本寄附講座においては、復興期に持続的にストレス負荷がかかる支援者の健康調査、支援、予防精神医学にもとづく新たな心理介入や地域でのストレス緩和のための研修を継続的に行ってきた。これまでの活動から、一定の成果が得られたと考えられるが、震災から 5 年を迎える現在においても、被災地は復興の途上にあり、今後もこれらの活動や研究を通して被災地域の精神保健医療福祉体制を整えていくことが必要であると考えられる。また、将来の災害時の精神健康の安定と回復の促進を実施するための知見を構築するために、成果の整理を今後も継続して実施していく必要があると考えられる。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

<論文>

1. Sakuma A, Takahashi Y, Ueda I, Sato H, Katsura M, Abe M, Nagao A, Suzuki Y, Kakizaki M, Tsuji I, Matsuoka H, Matsumoto K. Post-traumatic stress disorder and depression prevalence and associated risk factors among local disaster relief and

reconstruction workers fourteen months after the Great East Japan Earthquake: a cross-sectional study. BMC Psychiatry. doi: 10.1186/s12888-015-0440-y, 2015

2. Atsushi Sakuma, Ikki Ueda, Kazunori Matsumoto. Large-Scale Disaster Damage and Management in Psychiatric Hospitals. The Experience of Psychiatric Hospitals in Miyagi Prefecture during the Great East Japan Earthquake. Journal of Japan Psychiatric Hospitals Association. 33(12), 69-73, 2015
3. 福地成: 宮城県における復興の現状と課題. 病院・地域精神医学 57(3), 241-244, 2015.
4. 福地成: 宮城県の子どものこころの現状と課題. 子どもの心とからだ 23(1), 31-32, 2015.
5. 福地成: 子どもを支える精神療法・心理療法. 小児の精神と神経 55(2), 112-114, 2015.

<発表>

1. I. Ueda, A. Sakuma, Y. Takahashi, M. Abe, A. Nagao, H. Matsuoka, K. Matsumoto. PTSD and Depression among Local Government Workers after the Great East Japan Earthquake. XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies. リトアニア. 2015. 6. 12
2. Ueda I., Takahashi Y., Tajima M., Nagao A., Matsuoka H., Ohno Y., Matsumoto K. Cognitive Behavioral Therapy-based programs in the communities affected by the Great East Japan Earthquake XIV Conference of European Society for Traumatic Stress Studies リトアニア, 2015. 6. 12
3. 長尾愛美, 阿部幹佳, 高橋葉子, 佐久間篤, 上田一気, 松岡洋夫, 松本和紀. 東日本大震災発災後 3 年半の A 自治体職員の精神健康に影響を及ぼす要因 第 14 回トラウマティック・ストレス学会, 京都, 2015. 6. 20