

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））

**東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と
効果的な介入方法の開発についての研究**

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 松岡 洋夫

平成27（2015）年 5月

目次

. 総括研究報告	
東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究	1
松岡洋夫	
. 分担研究報告	
1 . 東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究	7
丹羽真一	
2 . 被災後のこころのケアの地域における体制づくりの研究	1 9
酒井明夫	
3 . 沿岸部津波被災地域の児童の心理社会的状況に関する実態調査	2 3
富田博秋	
4 . 東日本大震災で活動した消防団員の受けた惨事ストレスに関する研究：PTSD 症状に影響した要因の検討	2 7
加藤 寛	
5 . 1) 被災地における支援者のメンタルヘルスについての調査と支援方法についての研究	
5 . 2) 災害復興期の被災者に役立つ心理支援法サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery) の普及と日本における実施可能性についての研究	
5 . 3) 認知行動療法の普及、啓発を目的とした東日本大震災被災地における一般市民及び支援者向けこころのエクササイズ研修についての研究	3 5
松本和紀	
6 . トラウマ後の PTSD と抑うつに関連：epigenetic な視点から	6 3
金 吉晴	
7 . 軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発	6 7
大野 裕	
. 研究成果の刊行に関する一覧表	7 3
IV. 研究成果の刊行物・別冊	7 5

東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と 効果的な介入方法の開発についての研究

研究代表者 松岡洋夫 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野教授

研究要旨

本研究は、東日本大震災の主な被災3県で精神保健医療領域での支援を行ってきた研究者が中心となり、被災地での精神疾患の発生と支援の実態に関する疫学調査を行い、災害後の精神保健医療対応の問題点を検討して災害時に役立つ精神保健医療支援システムを構築し、災害と関連した精神疾患の発症メカニズムの解明と予防的介入方法の開発を目指した。そのために、被災地の住民と職域（行政、医療機関等）の支援者の精神的健康と、放射能汚染によるメンタルヘルスへの影響について、倫理的配慮のもと関係機関の協力を得て疫学調査を行った。災害後急性期と中長期の精神保健医療領域での実態と、将来に必要な事業・人材・ネットワーク等をまとめ資料を作成した。被災者のメンタルヘルスに関する自己学習や簡易型認知行動療法（Cognitive Behavioral Therapy, CBT）による支援法を開発・実施し、それらの効果を検討した。

被災1年後での抑うつ症状や心的トラウマ症状は、被災地住民はもとより被災者支援を継続している職域の支援者（約3000名の調査）ではより高い値を示し、さらに2000名をこえる3年間の追跡健康調査でも同様であった。これらには家族の死を含む被災状況、居住・職場の環境変化、復興の遅れなどが複雑に関与しており、メンタルヘルスの問題に対してはさらに継続的支援が求められる。また、原発事故との関連では、近隣の一般身体科へのアンケート調査で、40%程度の医師が受診者に原発事故による精神的影響を感じており、さらに風評（“鼻出血”）への過敏さも実感していた。

災害後急性期と中長期の精神保健医療の実態に関しては、精神疾患の患者動向を見ると、急性期はストレス関連障害や激しい急性病像が多く見られ、その後、気分障害、最近ではアルコール依存・自殺が増え特徴的な経年的変化が見られた。また、急性期において被災地とその近隣の総合病院、精神科病院、精神科診療所、福祉施設、行政機関、大学病院ではそれぞれ特有の問題があり、それらをまとめた報告書を刊行した。現在は中長期支援における被災地での支援者のメンタルヘルス問題に関する報告書と、さらにそれらを包括的にまとめた「災害時のメンタルヘルス」と題したテキストを作成中である。

災害後のメンタルヘルス問題に関する予防と早期介入に関しては、自己学習のための啓発資料を作成し、被災地での支援活動に役立てた。さらに災害復興期の心理的支援方法であるサイコロジカル・リカバリー・スキルを導入し約100名の研修を終えて、現在被災者への介入を開始しており、GHQ得点の減少を認めている。また、被災者180名に簡易型CBTプログラムを実施し、自己効力感の向上を確認した。

以上のように、被災地での精神的健康に関する疫学調査、被災直後の急性期から中長期での精神保健医療領域の実態調査、被災地でのメンタルヘルス問題への介入を通じ、東日本大震災と原発事故の影響は精神科領域でも甚大であり、しかも3年以上経過しても被災地では未だに大きな問題となっている。今後も被災地への息の長い支援が不可欠である。

研究分担者

丹羽真一・福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座（特任教授）

酒井明夫・岩手医科大学医学部神経精神科学講座（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）

柿崎真沙子・東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野（助教）

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）

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）

金 吉晴・独立行政法人国立精神・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（センター長）

大野 裕・独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター（センター長）

A. 研究目的

大規模災害後は精神疾患が長期に増加する（Meewisseら, 2011）。平成23年3月11日に発生した東日本大震災後、うつ病、不安障害、アルコール関連障害、心的外傷後ストレス障害（Post-Traumatic Stress Disorder, PTSD）の増加が懸念されており、本研究の第一の目的は、精神疾患の発生や支援の実態を疫学的に検証することである。また、災害後の精神保健医療の体制構築は、地域や災害の特性を考慮した人材確保・養成、ネットワーク作り、精神疾患の予防と早期発見に向けたハイリスク者ケアから集団アプローチまで包括的に対応する必要があるが、未だ明確な方法論はない。そこで、本研究の第二の目的として、災害時に役立つ支援方法について包括的に研究することである。

具体的には、精神疾患の発生と支援の実態について疫学調査を行い、災害後の精神疾患の発症状況やこれに関わる環境/心理的因子を明らかにする。震災後の精神疾患の予防と早期介入の視点で、急性期対応の問題点と中長期的なこころのケアの地域体制作りの方法論を検討し、時系列的に必要な事業、人材、ネットワーク等を明示する。また、放射能汚染への不安やストレスと精神疾患発症との関連や受診動向を調べる。さらに、被災地で役立つ認知行動療法などの心理支援方法を開発、普及を図りその効果を検討する。

B. 研究方法

本研究は、岩手、福島、宮城の被災3県で心のケア活動と中長期支援体制構築に主導的立場にある研究者が、被災地で既に構築された強力な人的・組織的ネットワークを背景にして、実際の支援活動に基づき調査研究を行った。

松岡（研究代表者）は、研究計画全体の立案と研究班の調整と総括を行った。柿崎（研究分担者）は、辻一郎（研究協力者、東北大学公衆衛生学分野教授）と連携し、班会議を通して各研究分担者の実態調査や介入研究のデザインおよび調査データを解析する際の統計的な助言・提言を行った。他の研究分担者の研究の方法と内容の詳細は、各分担研究の報告を参照されたい。結果と考察は後述する。

倫理的配慮に関しては、医学研究における「臨床研究に関する倫理指針」および「疫学研究に関する倫理指針」を遵守して研究が行われた。研究代表者および各研究分担者が行う研究については、それぞれが各施設の倫理委員会において承認を受けた。臨床研究の遂行にさいしては、対象者本人と未成年者の場合には本人と保護者に対して研究の趣旨を記載した文書を、口頭と書面

で理解しやすい言葉で適切にかつ十分に説明した。同意の撤回に対する権利を確保し、書面による同意を得た上で研究を実施した。また、介入研究においては、精神科医により十分な評価を行い、医学的治療が必要なものに対して適切な対応ができる体制を準備した。また、住民を対象にした調査においては、被災地における住民感情について十分に配慮し、被災地の関係者と十分な連携をとった上で調査を実施した。また、研究データは、研究協力者の匿名性を堅持するため個人を特定できる可能性のある情報は、研究代表者および各研究分担者の責任のもと、データの匿名化を徹底し、個人情報保護法に基づいて厳重に管理した。

C. 研究結果および考察（各分担研究報告の要旨）

1) 東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究（丹羽真一）

平成 26(2014)年度には、平成 25(2013)年度の調査研究課題「大震災・原発事故直後の 4 か月間に福島県内の身体疾患治療施設への新規外来受診者の中の ICD の精神医学的診断がつく患者数調査」の結果の解析を追加し、新たに同じく一般身体科医師に対して、震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているか、鼻血が出たことを放射能汚染の結果ではないかと心配して受診した患者がいたかどうかを問う調査を行った。

その結果、平成 24(2012)年に ICD-10 による精神科診断がつく者の数が増加しており、震災・原発事故の後の経過時間により精神新患の種類の違いによりと思われる受診動向に違いが認められ、震災後間もない時期にはストレス関連障害が増加し、1 年後くらいにうつ状態が増加する傾向があ

ると推定された。一般身体科受診患者の調査結果からは、発災時の精神的ストレスに起因する患者が増加した印象は災害後 3 年半の時点では下方修正されていることから、震災後にそのような患者が目立って増加したということではないと推測された。「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師が約 15%おられたことから、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。今年度の新調査では、身体症状が震災・原発事故による精神的影響が強いためである印象深い症例の有無を訊ね、あれば実際に面接を行い、早期発見の手掛かりを探った。その結果、1)中高年、2)主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、3)避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、4)以前から治療していた疾患がある場合に注意深く診ることが必要と考えられた。

平成 26(2014)年度には、とくに福島県で多い状態が続いている震災関連自殺の実態を調査分析し、予防のための早期介入の手掛かりを検討した。61 名の震災関連自殺例の分析の結果、1)危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、2)精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、3)悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、が早期介入の手掛かりとして得られた。

2) 被災後のこころのケアの地域における体制づくりの研究（酒井明夫）

本研究では被災地におけるこころのケアの体制づくりについて継時的に概観していくことを目的とした。東日本大震災による

岩手県沿岸住民のメンタルヘルス危機に対して、発災直後より岩手医科大学では以前の震災時に構築していたこころのケア体制を基盤として、全学的なケア体制の中で活動を開始した。平成 23 年度に岩手県こころのケアセンターを設置し、平成 24 年度より中長期的な支援を継続している。平成 26 年度は、さらに包括的な支援体制を構築して、地域のこころのケアや健康づくり事業の推進している。被災者はいまだ困難を抱えている状況であり、今後も被災地の復興状況と連動しながらメンタルヘルス対策を行っていくことが求められる。

3) 沿岸部津波被災地域の児童の心理社会的状況に関する実態調査(富田博秋)

平成 26 年度は、東日本大震災から 3 年が経過して懸念される子どもこころの健康に関する実態を把握するため、災害科学国際研究所と宮城県こども総合センターとの共同で、平成 25 年度の第 1 回目調査に引き続き、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態の 1 年後のフォローアップを行った。名取市内の名取市は小学校 11 校、中学校 5 校に通学する児童(小学生 4,706 名 中学生 2,315 名 計 7,021 名)のうち、調査の趣旨を理解した上で同意が得られた、児童、および、その保護者と担任教諭に対し、2014 年 6 月 30 日に問診票の配布手続きを開始し、7 月 31 日に回収を行った。質問票には昨年度同様、子ども版災害後ストレス評価尺度(Post Traumatic Symptoms Scale for Children: PTSCC15)、子どもの強さと困難さアンケート(SDQ)などともに、保護者から現在の生活状況、震災前後の生活状況、担任教諭から、学校での様子に関する情報の収集を行い、多角的な把握を行った。PTSCC15 は平均値 17.2 点で昨年度の 18.0 点より僅かに低い値を示した。学年とともに増加し、特に中学女児で得点が高い傾向は昨年同様であっ

た。いやなこと、怖いことで思い浮かべることに對して東日本大震災をあげる児童は昨年より減少(11.6%)していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。SDQ スコアは平均値 11.7 点と昨年度の 11.8 点と同程度に推移し、学年とともに緩やかに減少する傾向も昨年同様であった。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSSC15 スコアが高い傾向があり、注意を要することが示唆された。1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後の児童こころの健康の状態には注意を払う必要があり、こころの健康状態を生活状況、生活習慣と併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要があると考えられた。

4) 東日本大震災で活動した消防団員の受けた惨事ストレスに関する研究: PTSD 症状に影響した要因の検討(加藤 寛)

本研究では、消防庁が平成 24 年秋に実施した東北 3 県の消防団員を対象とした健康調査のデータを許諾を得て集計解析した。昨年度は主に単純集計、PTSD 症状の多寡について報告したが、本年度は PTSD 症状に影響した要因について分析した。個人的な被災状況と活動による惨事ストレスとなる状況が、震災から約 1 年半後の心理的影響にどのように関連したかをロジスティック回帰分析により検討した。その結果、調査時点の PTSD 症状には、惨事ストレス要因の方が強く影響していたことが分かった。これは、この災害の救援活動の過酷さと、同時に消防団員の救援者としての意識の高さが影響していると思われる。

5) -1 被災地における支援者のメンタルヘルスについての調査と支援方法についての研究(松本和紀)

5) -2 災害復興期の被災者に役立つ心理支援方法サイコロジカル・リカバリー・スキル(Skills for Psychological Recovery:

SPR)の普及と日本における実施可能性についての研究(松本和紀)

5)-3 認知行動療法の普及、啓発を目的とした東日本大震災被災地における一般市民及び支援者向けこころのエクササイズ研修についての研究(松本和紀)

本研究では、東日本大震災における被災地の市町自治体、医療機関、社会福祉協議会などの職員の縦断的な健康調査、災害復興期の心理支援方法の開発について研究を行った。

平成26年度は、被災地A自治体の行政職員と医療職員の健康調査について、平成25年度(n=1068)と平成26年度(n=891)に実施した縦断的評価についての解析を行った。平成25年度にストレスの指標であるK6が13点以上で精神的ストレスがハイリスクと判断され者、PHQ-9(こころとからだの質問票)においてうつ病ハイリスクと判断された者、PCL(PTSDチェックリスト)によってPTSD(心的外傷後ストレス障害)ハイリスクと判断された者は、それぞれ、平成25年が、11%、22%、5%であり、平成26年度では9%、16%、4%であり全体としてその割合は低下傾向にあった。平成26年度に実施したB自治体(n=250)の調査では、ハイリスク者は13%、14%、5%であった。B自治体では派遣職員のデータも得られ、友人・家族からのサポートや同僚からのサポート不足が精神症状と関連していることが明らかとなった。

また、平成24年度の6自治体社協職員(n=822)と平成25年度の5自治体社協職員(n=779)におけるK6、PHQ-9、PCLによるハイリスク者の縦断解析では、平成24年度が8.3%、13.0%、4.1%、平成25年度が7.9%、13.7%、4.1%であった。また、2回の調査に回答した610名の追跡では、平成24年度から平成25年度にかけて、ハイリスク者が入れ替わったり、慢性的に症

状が持続する者がいることが分かった。精神的な不健康については、震災前からの精神的問題や震災による被害に加えて、職場でのコミュニケーションなど仕事と関連したストレスが関連していた。

また、被災地住民の精神的健康を回復させ、精神疾患を予防するためには、支援者が復興期に実施できる心理的介入方法を開発し普及するとともに、一般市民に対して認知行動療法に基づく研修プログラムを開発することが有用と考えられる。そこで、本研究では、災害復興期の心理的支援方法であるサイコロジカル・リカバリー・スキル(Skills for Psychological Recovery: SPR)の研修を被災地の支援者向けに実施し、さらに、実際に沿岸被災地A地区においてSPRの実施可能性を検証するための介入研究を開始した。介入研究では、実際に被災地において同意の得られた対象者8名に介入を実施、このうち現在まで3名が介入を終了した。予備的介入を行った4名と含めた7名の終了者は、いずれも症状が改善し、また有害事象も認めていない。また、SPRの普及のための支援者のスキル向上に向け、モデル事例に対するSPRの施行を実演したDVDを作成した。

一般市民向けの研修会については、これまで180名が研修を受講し、前後調査に協力の得られた46名の解析によれば、自己効力感が有意に改善し、また、研修における理解度も高いことが確認できた。

6)トラウマ後のPTSDと抑うつの関連：epigeneticな視点から(金吉晴)

トラウマ後のPTSD症状とうつ病症状との関連は、記述症候論、既存の疾患概念だけに依拠して論じるべきではなく、発症に関連するバイオマーカーとしての遺伝子多型、発現に関する知見と、小児期の虐待等のトラウマ体験が成人後にもたらす影響を考慮して論じられるべきである。小児期の

トラウマ体験に関連した epigenetic な脆弱性の観点からは、PTSD とうつ病の近縁性は強く示唆される。脆弱性を規定する遺伝子要因の一部は精神療法への良好な治療反応性と関係することも示されており、回復過程における epigenetic な要因の役割の更なる解明が求められる。

7) 軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発 (大野 裕)

本研究の目的は、作成した災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法を開発して被災地に適応することである。本研究班では、これまでに宮城県女川町での実践をもとに、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや教育資料を作成した。最終年度では、この簡易型

認知行動療法教育プログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楢葉町の協力を得てプログラムを展開した。

E. 健康危険情報
特記事項はない。

F. 研究発表
1. 著書
2. 学会発表
分担研究報告を参照

G. 知的財産権の出願・登録状況
特記事項はない。

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発に
ついての研究（H24-精神-一般-002（復興））

研究分担者 丹羽 真一 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座特任教授

研究要旨

平成 26（2014）年度には、25（2013）年度の調査研究課題「大震災・原発事故直後の 4 か月間に福島県内の身体疾患治療施設への新規外来受診者の中の ICD の精神医学的診断がつく患者数調査」の結果の解析を追加し、新たに同じく一般身体科医師に対して、震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているか、鼻血が出たことを放射能汚染の結果ではないかと心配して受診した患者がいたかどうかを問う調査を行った。

その結果、平成 24（2012）年に ICD-10 による精神科診断がつく者の数が増加しており、震災・原発事故の後の経過時間により精神新患の種類の違いによると思われる受診動向に違いが認められ、震災後間もない時期にはストレス関連障害が増加し、1 年後くらいにうつ状態が増加する傾向があると推定された。一般身体科受診患者の調査結果からは、震災時の精神的ストレスに起因する患者が増加した印象は災害後 3 年半の時点では下方修正されていることから、震災後にそのような患者が目立って増加したということではないと推測された。「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師が約 15%おられたことから、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。今年度の新調査では、身体症状が震災・原発事故による精神的影響が強いためである印象深い症例の有無を訊ね、あれば実際に面接を行い、早期発見の手掛かりを探った。その結果、1) 中高年、2) 主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、3) 避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、4) 以前から治療していた疾患がある場合に注意深く診ることが必要と考えられた。

26（2014）年度には、とくに福島県で多い状態が続いている震災関連自殺の実態を調査分析し、予防のための早期介入の手掛かりを検討した。61 名の震災関連自殺例の分析の結果、1) 危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、2) 精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、3) 悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、が早期介入の手掛かりとして得られた。

研究協力者

堀 有伸	福島県立医科大学 医学部	災害医療支援講座	助手
矢部博興	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	教授
増子博文	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	講師
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	併任准教授)
和田 明	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
三浦 至	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
國井泰人	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	助教
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
板垣俊太郎	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	助教
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
松本純弥	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	助教)
楊巧会	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
星野 大	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	大学院生
小松洋子	福島県立医科大学 看護学部	家族看護学部門	保健技師
佐藤 允	福島県立医科大学 看護学部	大学院看護学研究科	大学院生

A 研究目的

平成 26 年度には、25 年度の調査研究課題「大震災・原発事故直後の 4 か月間に福島県内の身体疾患治療施設への新規外来受診者の中の ICD の精神医学的診断がつく患者数、およびそのうちの F3, F4 群に分類される患者数調査」の結果の解析を追加し、

新たに同じく一般身体科医師に対して、震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているか、震災直後には受診者の中で喫煙量が増えたという患者がいたかどうか、鼻血が出たことを放射能汚染の結果ではないかと心配して受診した患者がいたかどうかを問う調査を行った。この新調査で震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているかを聞いた理由は、25 年度の調査で得た結果の妥当性を検討する材料を得るた

めである。また、この調査では身体症状を訴えるが震災・原発事故による精神的影響が強いためであると考えられる印象深い症例を経験したか否かについても訊ねた。そして、その印象深い症例に面接調査をする許可が得られた例について、実際に面接を行い、早期発見の手掛かりを探った。さらに、とくに福島県で多い状態が続いている震災関連自殺の実態を調査分析し、予防のための早期介入の手掛かりを検討した。

B 研究方法

研究 では、25 年度に次の調査を行った結果の解析を追加した。すなわち、福島県医師会に加入しておられる医師が所属している医療機関のうち、福島市、二本松市、本宮市、郡山市、須賀川市、白河市、会津若松市、喜多方市、会津坂下町、会津美里町、柳津町、三島町、金山町、南会津町、いわ

き市、相馬市、南相馬市、新地町に住所がある機関のうち内科、婦人科、耳鼻科、眼科、皮膚科、小児科の診療施設 1386 施設に協力依頼をし、許可を頂いた施設に調査用紙を送付して 22(2010)年, 23(2011)年, 24(2012)年の 3 月~6 月の新患数と其中的精神科の問題があると判断された患者数を回答いただき、回答いただいた施設へ出向いてカルテ調査を行うことの可否を回答して頂き。許可が得られた施設でカルテ調査を行った。追加したのは、この調査結果の正確な統計解析処理である。

また、26 年度に行なった研究 では、昨年度と同じ医師に対して昨年度の調査の約半年後に、1 震災直後数か月間の受診者を診療して、先生は「精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数に変化がある」と、その当時感じていましたか、2 現在は、「震災直後数か月間に精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数が震災前の年と比べて変化があった」と感じていますが、3 震災後 1 年ほどの間について、「震災後、喫煙量が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化があると、その当時感じていましたか、4 震災後 1 年ほどの間について、「鼻出血」を主訴に受診した患者で原発事故との関係を懸念している患者がいましたか、5 原発事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強く印象に残っている症例はありますか、と尋ねる質問票を送付して回答を求めた。1 から 3 の問いには、「減ったと感じていた(いる)」から「増えたと感じていた(いる)」の間を 5 段階に分け、該当する段階に をつけてもらうようにした。4, 5 の問いに対しては、「はい」か「いいえ」かのいずれかに をつけて回答するように求めた。

アンケート調査の内容

- 震災直後数か月間の受診者を診療して、先生は「精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数に変化がある」と、その当時感じていましたか
 減ったと感じていた(いる) やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
 感じませんでした
- 現在は、「震災直後数か月間に精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数が震災前の年と比べて変化があった」と感じていますが
 減ったと感じていた(いる) やや減っている 変わらない やや増えている 増えた
 感じませんでした
- 震災後 1 年ほどの間について、「震災後、喫煙量が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化があると、その当時感じていましたか
 減った やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
 感じませんでした
- 震災後 1 年ほどの間について、「鼻出血」を主訴に受診した患者で原発事故との関係を懸念している患者がいましたか
 はい いいえ
- 原発事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強く印象に残っている症例はありますか
 はい いいえ

5 の問をもうけた理由は、印象深い症例に直接面接させていただく機会が得られれば、具体的な早期介入の手掛かりを詳細に把握できる可能性が増えると考えたからである。

研究 では、 の調査により把握できた印象深い症例につき、許可が得られたら実際に面接を行い、精神的問題による身体科受診例の早期介入の手掛かりを探った。研究 では、福島県警察本部が震災関連自殺と判断した例につき資料提供を頂き、対照例と比較しながら関連自殺の実態を分析し、早期介入の手掛かりを求めた。言うまでもなく自殺に関する資料は各県警察本部が管理している。震災関連自殺についても同様である。福島県における震災関連自殺について分析するためには福島県警察本部に資料の提供を依頼する必要がある。本研究が厚生労働省の科学研究費などにもとづくものであることを説明し、研究目的以外には資料や分析結果の公表はしないことを条件に福島県警察本部に資料提供を御願いしたところ、幸い平成 26 年度までの資料提供を許可頂いた。26 年度までに震災関連自殺と判断された例は 61 人であった。比較対照例として、同時期に自殺された年齢・性別がほぼマッチする例についての 61 人分の資料も提供いただいた。提供いただいた

資料は次の項目についてである。すなわち、1) 年齢、2) 性別、3) 震災後の住居の変遷、4) 震災前職業、5) 震災後の職業変遷、6) 震災前の家族構成、7) 震災後の家族構成変化、8) 自殺の手段、9) 発見時の状況、10) 発見時の手当て・治療、11) 震災前後での身体的・精神的疾患の罹患・治療歴、12) 自殺前の周囲への悩みの訴えの有無、13) 自殺をほのめかす言動の有無、である。基礎資料について統計的解析をおこなったが、解析にはSPSSを用いた。解析の方法は震災関連自殺群、対照群間での平均値の差のt検定、または各項目についての震災関連自殺群、対照群間での分布の偏りの二乗検定である。なお、本研究は福島県立医科大学研究倫理委員会の許可を受けて行った。

C 結果

1) 25年度調査結果の追加解析(研究) 25年度調査の結果、回答を頂いた施設数は29、カルテ調査のための訪問を受け入れる施設数13、該当患者がいないので訪問不要の施設数6、カルテ調査のための訪問は不可10であった。各年度の新患は2010年26施設2251人、2011年28施設3608人、2012年27施設2394人であった。そのうち、各施設の身体科医師が精神医学的問題があると判断した

2010, 2011, 2012年の該当期間の新患数および精神医学的問題がある患者数

新患数	問題のある患者数	期待値	標本比率	期待比率	差	
2010	2251	61	80.26	0.2075	0.273	-0.0655
2011	3608	131	128.48	0.4456	0.437	0.0086
2012	2394	102	85.26	0.3469	0.29	0.0599

$\chi^2(2)=7.959, p=0.019$

多重比較(正確二項検定, 両側)		
	p値	調整後p値
2010 vs 2011	0.0634	0.1902
2010 vs 2012	0.0047	0.0141
2011 vs 2012	0.2291	0.6873

p値の調整はbonferroni法による

患者数は2010年61人(2.7%)、2011年131人(3.6%)、2012年102人(4.3%)であった。カルテ調査受け入れ可と回答された13施設で調査を行った結果、ICD-10によりなんらかの精神医学的診断がつく患者数は2010年22人(9施設1473人中)、2011年51人(10施設2749人中)、2012年42人(9施設1503人中)であり、2010年に比して2012年では何らかのICDによる精神医学的診断がつく患者数が多い傾向があった(二乗検定($\chi^2(2)=6.819, p=0.033$)後の多重比較(正確二項検定[両側]、調整後 $p=0.052$)。そのうちF3(気分障害)とF4(神経症性障害、ストレス関連障害)に分類されると診断された患者数は2010年19(1.3%)、2011年40(1.5%)、2012年26(1.7%)であり、年度による相違はなかった($\chi^2(2)=0.981, n.s.$)。

カルテ調査を受け入れた11施設のICD-10による診断が可能と判断した患者数

新患数	ICD-10による診断が可能患者数	期待値	標本比率	期待比率	差	
2010	1473	22	29.55	0.1913	0.257	-0.0657
2011	2749	51	55.2	0.4435	0.48	-0.0365
2012	1503	42	30.25	0.3652	0.263	0.1022

$\chi^2(2)=6.819, p=0.033$

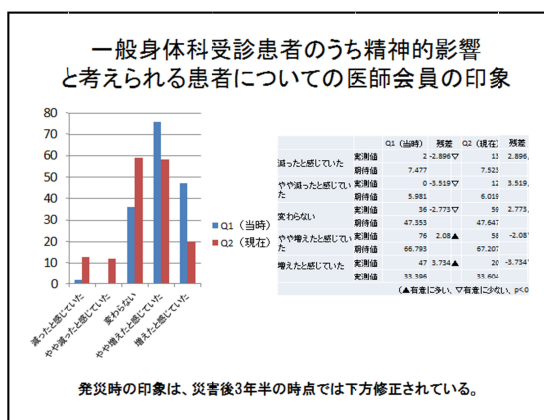
多重比較(正確二項検定, 両側)		
	p値	調整後p値
2010 vs 2011	0.4617	1
2010 vs 2012	0.0173	0.0519
2011 vs 2012	0.0514	0.1542

p値の調整はbonferroni法による

2) 26年度新調査(研究)の結果 26年度の新調査の結果、1363人中162人(11.9%)から回答があった。問1への回答では「減った」2、「やや減った」0、「変わらない」36、「やや増えた」75、「増えた」47、「不明」2、問2への回答では「減った」13、「やや減った」12、「変わらない」59、「やや増えた」57、「不明」1、問3への回

答では「減った」1、「やや減った」1、「変わらない」120、「やや増えた」24、「増えた」3、「不明」13、問4への回答では「いいえ」138、「はい」24、問5への回答では「いいえ」85、「はい」67であった。

問1と問2の回答を比較すると、災害後3年半の調査時点での印象を問う問2の回答の方が、「減った」「やや減った」「変わらない」の回答が有意に増えており、震災時の印象は災害後3年半の時点では下方修正されていることが分かった。問3への回答で震災後に喫煙量が「増えた」「やや増えた」と訴える患者がいると回答した医師は17人(10.5%、不明の13人を除くと18.1%)



であって、震災後に喫煙量が増えたと訴える人は多くはないと医師は感じていると思われる。問4への回答で「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師は24人(14.8%)おられたので、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。問5で印象に残った患者がいたと回答された医師が67人(41.4%)おられた。

3) 印象深い症例の面接調査(研究)の結果

研究で印象深い症例を経験したと回答された67人の医師に、その患者に面接を行う許可を求めた結果、8例について面接調

査を行うことが出来た。その結果は次のとおりである。

a) 症例1 74歳 女性 主婦 震災時福島市在住 避難生活はなし
身体科診断名 メニエール病
精神科診断名 全般性不安障害(F41.1)
身体科主訴 頭痛、眩暈

主訴の開始時期 震災・原発事故後じきに始まり、2か月後の5月から悪化。

b) 症例2 20歳 女性 学生 震災時双葉町在住 避難先3か所
身体科診断名 冷房病
精神科診断名 適応障害(F43.2)
身体科主訴 体がだるい

主訴の開始時期 震災・原発事故後3年してから始まる。

c) 症例3 65歳 女性 農業 震災時浪江町在住 避難先5か所
身体科診断名 高血圧、多血症
精神科診断名 中等症うつ病エピソード(F32.1)

身体科主訴 不眠
主訴の開始時期 震災・原発事故後5か月の23年8月から始まる。

d) 症例4 68歳 男性 無職 震災時大熊町在住 避難先2か所
身体科診断名 心筋梗塞後愁訴
精神科診断名 中等症うつ病エピソード(F32.1)

身体科主訴 胃痛、動悸
主訴の開始時期 震災・原発事故後2年2か月の25年6月ころから始まる。

e) 症例5 57歳 女性 パート 震災時浪江町在住 避難先3か所
身体科診断名 腎不全による愁訴(腎移植後)

精神科診断名 全般性不安障害(F41.1)
身体科主訴 不眠

主訴の開始時期 震災・原発事故後じきに始まる。

f)症例 6 42 歳 女性 主婦 震災時福島市在住 避難生活はなし

身体科診断名 機能性胃腸炎

精神科診断名 中等症うつ病エピソード (F32.1)

身体科主訴 食べられない

主訴の開始時期 震災・原発事故後数日して始まる。

g)症例 7 73 歳 女性 無職 震災時福島市在住 避難生活はなし

身体科診断名 高血圧

精神科診断名 適応障害 (F43.2)

身体科主訴 食べるものが怖い

主訴の開始時期 震災・原発事故後 6 か月して始まる。

h)症例 8 56 歳 男性 会社員 震災時浪江町在住 避難先 2 か所

身体科診断名 眩暈

精神科診断名 適応障害 (F43.2)

身体科主訴 不眠、眩暈

主訴の開始時期 震災・原発事故後 3 カ月して始まる。

これらの症例は年齢にバラつきはあるものの中高年に多い傾向があり、発症時期は震災・原発事故後じきから 3 年後までとバラつきがあって、主訴は不眠、眩暈、食欲低下などで、精神科診断名はうつ病エピソード、適応障害、全般性不安障害であった。震災後避難先を転々とするストレスの体験、あるいは比較的強い放射能不安を抱える人であった。震災以前から治療していた疾患があり、本人は主訴はそのためであると考えられる傾向があった。

4) 震災関連自殺の実態分析と早期介入の手掛かり調査 (研究) の結果

以下の項目について震災関連自殺群 (以下、関連群) と対照群との間で比較を行った。

a) 年齢、性別

関連群の年齢は 15 歳 ~ 93 歳 (平均 ± 標準偏差、 59.4 ± 19.6 歳) 対照群は 21 歳 ~ 89 歳 (58.7 ± 18.0 歳) であり、両群間に平均年齢に差を認めなかった ($t[120]=0.207$, n.s.)。関連群の性別は、男 39 人、女 22 人で、対照群は男 40 人、女 21 人であり、両群間に性別分布の差を認めなかった ($\chi^2[1]=0.036$, n.s.)。

b) 震災後の住居変遷

震災後の住居変遷については、関連群で変遷あり 55 人、変遷なし 6 人、対照群であり 0 人、なし 61 人であり、関連群で有意に住居変遷ありの者が多かった ($\chi^2[1]=100.149$, $p<0.001$)。

c) 震災後の職業変遷

震災後の職業変遷については、関連群で変遷あり 14 人、変遷なし 46 人、対照群であり 2 人、なし 59 人であり、関連群で有意に職業変遷ありの者が多かった ($\chi^2[1]=10.602$, $p<0.001$)。

d) 震災前の家族構成 (単身か家族と同居か) および配偶者の有無

震災前の家族構成について単身か家族と同居かをみると、関連群では単身 13 人、家族同居 43 人、不明 5 人で、対照群では単身 13 人、家族同居 48 人、不明 0 人であり、両群間に差は認められなかった ($\chi^2[1]=0.061$, n.s.)。また配偶者の有無についてみると、関連群では配偶者あり 30 人、配偶者なし 30 人、不明 1 人で、対照群ではあり 30 人、なし 31 人で、両群間に差は認められなかった ($\chi^2[1]=0.008$, n.s.)。

e) 震災後の家族の変遷

避難者の場合、震災後に何れ所かに分かれて生活するように変化した家族が多い。そこで、関連群と対照群とで震災後の家族の変遷を調べた。関連群では震災後に家族の変化があった者は32人、なしは27人、不明2人であったが、対照群では変化あり0人、なし61人であった。両群間に震災後の家族変化に有意な差があり、関連群で震災後に家族変化があった者が多かった ($\chi^2 [1]=45.116, p<0.001$)。

f) 自殺の手段

自殺の手段は、関連群では縊死37人、投身(建物、列車)7人、焼身・割腹4人、入水4人、服毒・練炭9人で、対照群では縊死36人、投身(建物、列車)12人、焼身・割腹0人、入水3人、服毒・練炭10人であった。両群間に手段の分布に偏りはなかった ($\chi^2 [4]=5.525, n.s.$)。しかし、対照群では焼身・割腹による自殺はなかったのに対し、関連群では焼身が3人、割腹が1人に見られたのは印象的である。

g) 発見時の手当ての有無

両群ともに発見時に手当てを受けた例は少数であった。関連群では手当あり12人、手当なし49人で、対照群ではあり19人、なし42人で、両群間に手当の有無についての違いは見られなかった ($\chi^2 [1]=2.119, n.s.$)。

h) 震災後罹病・治療歴

何らかの疾患への罹患は自殺行動への危険因子となりうる。そこで震災後の一般身体疾患のみの罹病・治療歴、精神疾患(認知症、不眠症を含む)への罹病・治療歴(身体疾患への罹病・治療歴の有無は問わない)について調べたところ、関連群では身体疾患罹病・治療歴あり11人、精神疾患罹病・治療歴あり36人、罹病・治療歴なし13人であったのに対し、対照群では身体疾患

罹病・治療歴あり20人、精神疾患罹病・治療歴あり20人、罹病・治療歴なし21人で、両群間には分布に偏りがあった ($\chi^2 [2]=9.059, p<0.02$)。罹病・治療歴と震災関連自殺か否かを要素とした残差分析を行った結果、有意水準5%で罹病・治療歴の人数が有意に多かったのは関連群の精神疾患罹病・治療歴で(実測値36人、期待値27.8人)、有意に少なかったのは対照群の精神疾患罹病・治療歴であった(実測値20人、期待値28.2人)。

i) 関連群、対照群おのおのでの震災前後での罹病・治療歴の変化

震災後罹病・治療歴については、精神疾患罹病・治療歴が関連群で有意に多く、対照群で有意に少ないという上の結果をふまえ、関連群内での震災前後の罹病・治療歴変化の有無、対照群内での変化の有無を検討した。

関連群については、震災前には身体疾患罹病・治療歴あり20人、精神疾患罹病・治療歴あり13人、罹病・治療歴なし26人であったが、震災後では身体疾患あり11人、精神疾患あり36人、治療歴なし13人となり、震災前後で分布に有意な偏りがあった ($\chi^2 [2]=17.73, p<0.001$)。罹病・治療歴と震災前後を要素とした残差分析を行った結果、有意水準5%で罹病・治療歴の人数が有意に多かったのは震災後の精神疾患罹病・治療歴で(実測値36人、期待値24.7人)と震災前の治療歴なしであった(実測値26人、期待値19.3人)。逆に有意に少なかったのは震災前の精神疾患治療歴(実測値13人、期待値24.3人)と震災後の治療歴なし(実測値13人、期待値19.7人)であった。

対照群では、震災前には身体疾患罹病・治療歴あり14人、精神疾患罹病・治療歴あり16人、罹病・治療歴なし31人であった

が、震災後では身体疾患あり 20 人、精神疾患あり 20 人、治療歴なし 21 人となり、震災前後で分布に差はなかった ($\chi^2[2]=3.426, n.s.$)。

j) 自殺前の悩みの訴え

自殺前に周囲に悩みの訴えをしていたか否かは自殺行動を予防する手掛かりを与える可能性がある事柄である。そこで、関連群、対照群で周囲へ悩みを訴える行動に違いがあるか否かを検討した。関連群では訴えあり 41 人、訴えなし 20 人、対照群ではあり 24 人、なし 37 人で、関連群で有意に悩みを訴える行動が多かった ($\chi^2[1]=9.516, p<0.002$)。

k) 自殺示唆

もう一つの自殺予防の手掛かりを与える可能性のある事柄は、自殺行動を示唆する言動が周囲になされたかである。そこで、関連群、対照群で周囲にたいし自殺を示唆する行動の有無に違いがあるか否かを検討した。関連群では示唆あり 27 人、示唆なし 34 人、対照群ではあり 22 人、なし 39 人で、両群で示唆行動の有無に違いはなかった ($\chi^2[1]=0.853, n.s.$)。

D 考察

1) 身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ症例

精神科入院施設を対象に私たちが 23, 24 年度に行った研究では、状態像で言うと錯乱状態、そう状態、神経衰弱状態、せん妄による新入院が 23(2011)年に増加し、24(2012)年にはうつ状態による新入院が増加した。震災・原発事故後の経過時間により新入院の理由に違いがあることが分かった。精神科・心療内科外来治療施設を対象に行った研究では、23(2011)年では外傷後ストレス障害および急性ストレス障害が有意に多

く、うつ病が少なかった。24(2012)年にはその他のうつ状態が有意に少なかった。外来新規受診者について見ても、震災・原発事故後の経過時間により新規外来受診の理由に違いがあることが分かった。

今回、一般身体科初診者の中の精神科診断がつく患者について調査したが、やはり平成 24(2012)年に ICD-10 による精神科診断がつく者の数が増加しており、震災・原発事故の後の経過時間により精神新患の種類の違いによると思われる受診動向に違いが認められた。以前の結果と今回の結果とを合わせて考えると、震災後間もない時期にはストレス関連障害やストレスに起因するそう状態の悪化、器質疾患患者のせん妄の悪化などが増加し、1 年後くらいにうつ状態が増加する傾向があるものと推定された。

今回の一般身体科受診患者の調査結果からは、精神医学的問題によるための身体科受診者の数はこれまでに WHO が行った調査結果に比べると少ないと言える。身体科医の精神医学的トレーニングの問題はおくとして、この結果が震災後に身体科へ精神医学的問題を抱えた患者の受診が目立って増加はしていない結果であると言えるかを確認するべく新調査を実施したわけであるが、その結果では災害後 3 年半の調査時点での印象を問う問 2 の回答の方が、「減った」「やや減った」「変わらない」の回答が有意に増えており、発災時の印象は災害後 3 年半の時点では下方修正されていることから、震災後に目立って増加したということではないという推測を補強するものと考えられた。

2) 身体科受診者中の精神医学的問題を持つ例の早期発見の手掛かり

身体科受診者の中の精神医学的問題による訴えであると思われる症例の発見と適切

な精神科的介入のためには、研究でまとめることが出来た典型例から把握される特徴に注意して診療するべきことを、今後身体科医師に理解してもらい啓発活動が必要である。注意すべき特徴として、a)中高年、b)主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、c)避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、d)以前から治療していた疾患がある、とまとめられる。

3) 福島県における震災関連自殺の実態と早期介入の手掛かり

原発事故のために多くの人々が避難生活を長期間余儀なくされている福島県の場合には、平成23年10人、24年13人、25年23人、26年15人と震災関連自殺と判断される例数が高止まり傾向にあることから、本調査分析では福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、実態の分析を行って、それへの早期介入の手掛かりを求めようとした。本調査分析の結果、福島県における震災関連自殺例については次のような特徴があることが分かった。

a) 福島県の震災関連自死例の特徴

ア) 年齢、性別に関しては一般の自死者と同様である。

イ) 震災・原発事故により住居が変化した例が多く、61人中55人(90.2%)であった。

ウ) 震災・原発事故により職業が変化した例が比較的多く、61人中14人(23.0%)であった。

エ) 単身生活か家族と同居か、配偶者がいるかについては一般の自死者と同様である。

オ) 震災・原発事故により同居家族が変わった例が多く、61人中32人であった(52.5%)。

カ) 自殺手段については一般の自死者の場合と同様であるが、一般の自死者には見ら

れなかった焼身・割腹による自殺が4例に見られたことが印象的であった。

キ) 震災・原発事故後に精神疾患の罹病・治療歴を持つ者が多く、61人中36人であった(59.0%)。また、震災前に比べ、震災後に増加していた(震災前13人、震災後36人、2.8倍)。

ク) 自殺前に周囲に悩みを訴える例が61人中41人(67.2%)と多いことが一般の自死者に比べて特徴的であった。

b) 震災関連自殺予防の手掛かり

ここで判明した福島県の震災関連自死者の特徴から、次のような自殺予防の手掛かりが示唆されるものとする。すなわち、ア) 危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、イ) 精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、ウ) 悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、である。

E 結論

平成26(2014)年度の研究により、震災・原発事故の後、一般身体科においても精神医学的問題による身体症状の訴えと考えられる症例がある程度増加したと判断されたが、その増加の程度は大きいものとは言えないと思われた。しかし、「鼻出血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師が約15%おられたように、不安など精神医学的問題による身体症状で身体科を受診された方がある程度おられたと言ったよい。典型例の面接の結果、1) 中高年、

2)主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、3)避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、4)以前から治療していた疾患がある場合に、特に注意深く診ることが必要と考えられた。原発事故のために多くの人々が避難生活を長期間余儀なくされている福島県の場合には、平成23年10人、24年13人、25年23人、26年15人と震災関連自殺と判断される例が高止まり傾向にある。そこで福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、その実態の分析を行い、それへの早期介入の手掛かりを求めようとして調査分析を行った。その結果、1)危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、2)精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、3)悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、が早期介入のポイントとして把握できた。

F 健康危険情報

東日本大震災と引き続いた原発事故のような複合的大災害の場合、精神的影響は多方面にわたって現れることが予想されたが、実際、精神科・心療内科以外の一般身体科においても精神的問題で身体症状を訴える患者が災害後1～2年間にある程度増加することが確認されたので、今回の調査研究によって得られた知見を身体科の医師の間でも共有いただけるような啓発活動が必要であると思われる。また、福島県の場合、震災関連自殺例が発災後4年を経過しても高止まり傾向にあるので、今回の研

究で得られた震災関連自殺予防のポイントを、こころのケアに関わるスタッフの中で共有するための工夫が必要であると考えられる。

G 研究発表

1 論文発表

1, 丹羽真一:福島第一原子力発電所事故の影響 避難者のメンタルヘルスー 精神神経学雑誌 116:219-223, 2014.

2, 堀 有伸、円谷邦泰、丹羽真一、他:原子力発電所事故後の精神的負担の多様性についてー福島県 南相馬市からの報告 精神神経学雑誌 116:212-21. 2014.

3, J Matsumoto, Y Kunii, A Wada, S Niwa, et al. : Mental disorders that exacerbated due to the Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster. Psychiatry Clin Neurosci 68:182-187,2014.

4, 丹羽真一:福島の再生とメンタルヘルス - 被災体験からの提言を含めて - 心と社会 45:78-97,2014 .

5, 和田 明、矢部博興、増子博文、丹羽真一、他:福島県における大地震・原発事故複合災害後の精神疾患の発生動向調査 精神薬療 46:94-95,2014.

6, 丹羽真一、熊倉徹雄、鈴木長司、他:大災害から災害弱者と市民を守る被災地からの提言 精神科医療保健福祉サービス従事者の立場から 精神医学 56:515-522,2014.

7, Hirooki Yabe, Yuriko Suzuki, Shin-Ichi Niwa, et al. On Behalf Of The Mental Health Group Of The Fukushima Health Management Survey

Psychological Distress After The Great East Japan Earthquake And Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant Accident: Results Of A Mental Health And Lifestyle Survey Through The Fukushima Health Management Survey In Fy2011 And Fy2012
J-Stage Advance Publications July, 15, 2014hima

Journal Of Medical Science Fukushima
Journal Of Medical Science
Vol.60, No.1, 2014.

8, 丹羽真一:大災害・原発事故からの復興と福島県の精神保健、精神医療:昭和学会雑誌 74:43-50, 2014.

9, 富田博秋、高橋祥友、丹羽真一(監訳):災害精神医学 星和書店, 2015.

2 学会発表

19, 第13回トラウマティック・ストレス学会 平成26年5月17日

パネルディスカッション 丹羽真一

「震災・原発事故後3年。メンタルヘルスの今。」

20, 第13回トラウマティック・ストレス学会 平成26年5月18日

ランチョンセミナー 丹羽真一

「福島の復興・再生をめざして」

被災後のこころのケアの地域における体制づくりの研究

分担研究者	酒井明夫	1)
研究協力者	大塚耕太郎	1)、2)
	遠藤 仁	1)
	本多笑奈	1)
	小泉文人	1)
	志賀 優	1)

1) 岩手医科大学医学部神経精神科学講座

2) 岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座

研究要旨

本研究では被災地におけるこころのケアの体制づくりについて継続的に概観していくことを目的とした。東日本大震災による岩手県沿岸住民のメンタルヘルス危機に対して、発災直後より岩手医科大学では以前の震災時に構築していたこころのケア体制を基盤として、全学的なケア体制の中で活動を開始した。平成 23 年度に岩手県こころのケアセンターを設置し、平成 24 年度より中長期的な支援を継続している。平成 26 年度は、さらに包括的な支援体制を構築して、地域のこころのケアや健康づくり事業の推進している。被災者はいまだ困難を抱えている状況であり、今後も被災地の復興状況と連動しながらメンタルヘルス対策を行っていくことが求められる。

Keywords 災害、岩手県、こころのケア、災害医学

A. 研究目的

平成 23 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災津波により、岩手県も甚大な被害を受けた。平成 26 年度になっても今なお被災地では被災者が困難な生活を送っている。本研究では、被災後のこころのケアの地域における長期的な体制づくりを検討する目的として、岩手医科大学におけるこころのケアの経時的な活動実態を調査した。

B. 研究方法

本研究では、東日本大震災津波以後の岩手医科大学における平成 24 年度以降の被災地のこころのケア活動を経時的に調査した。

(倫理面への配慮)

本研究の実施にあたっては、個人を特定できる情報は使用せず、倫理的配慮を行った。

C. 研究結果

1) こころのケアセンター活動の開始

岩手県では、こころのケアを中長期的に継続していくために、こころのケアセンターによる事業が構築された。岩手県から岩手医科大学内に業務委託により「岩手県こころのケアセンター」を同大学内に、「地域こころのケアセンター」を沿岸 4 か所に設置された。こころのケアチームが行ってきた地域・地元市町村支援を中心とした活動を基本としながら、先に述べた中長期的には地域主体の精神保健活動への移行が可能となるように支援することを目標としてきた。

2) 岩手県こころのケアセンターの活動概況

1) 平成 24 年度の岩手県こころのケアセンターの活動（平成 24 年 4 月 1 日～平成 25 年 3 月 31 日）
相談支援 7,444 件（震災こころの相談室実施回数 323 回 1,294 名 支援者面接 916 件を含む）
・市町村、関係機関等との連絡調整・ケース検討等（会議参加 662 回 1,636 名 ケース検討会 190 回）
・住民健康教育、人材養成研修等（実施回数 352 回）

参加人数 12,479 名)

・サロン, 仮設集会所等での活動への支援(実施回数 48 回 参加人数 296 名)

・地域保健活動(特定健診, 全戸訪問等)への支援(実施回数 1,627 回 参加人数 2,455 名)

・支援者に対する研修, 技術援助等(専門家による同行訪問 167 件 スーパーバイズ 117 件

保健師向け技術支援研修会 5 回 参加人数 266 名
センター職員研修会 97 回 参加人数 580 名)

2)平成 25 年度の岩手県こころのケアセンターの活動(平成 25 年 4 月 1 日~平成 26 年 3 月 31 日)

・相談支援 10,201 件(震災こころの相談室実施回数 278 回 1,573 名 支援者面接 2,435 件を含む)

・市町村, 関係機関等との連絡調整・ケース検討等(会議参加 2,766 回 7,009 名 ケース検討会 202 回)

・住民健康教育, 人材養成研修等(実施回数 303 回 参加人数 8,033 名)

・サロン, 仮設集会所等での活動への支援(実施回数 160 回 参加人数 1,392 名)

・地域保健活動(特定健診, 全戸訪問等)への支援(実施回数 3,261 回 参加人数 4,908 名)

・支援者に対する研修, 技術援助等(専門家による同行訪問 982 件 スーパーバイズ 2,803 件

保健師向け技術支援研修会 19 回 参加人数 278 名
センター職員研修会 269 回 参加人数 1,081 名

3)平成 26 年度途中の岩手県こころのケアセンターの活動(平成 26 年 4 月 1 日~平成 26 年 9 月 30 日)

相談支援 5,906 件(震災こころの相談室実施回数 147 回 663 名 支援者面接 881 件を含む)

・市町村, 関係機関等との連絡調整・ケース検討等(会議参加 1,032 回 2,977 名 ケース検討会 18 回)

・住民健康教育, 人材養成研修等(実施回数 154 回 参加人数 4,226 名)

・サロン, 仮設集会所等での活動への支援(実施回数 60 回 参加人数 610 名)

・地域保健活動(特定健診, 全戸訪問等)への支援(実施回数 1,235 回 参加人数 1,481 名)

・支援者に対する研修, 技術援助等(専門家による同行訪問 250 件 スーパーバイズ 1,304 件

保健師向け技術支援研修会 10 回 参加人数 90 名
センター職員研修会 84 回 参加人数 418 名)

3)いわて子どもケアセンター設置

平成 25 年 5 月に岩手医科大学にいわて子どもケアセンターが設置された。沿岸の児童精神医学領域での

ケアを実践するために、沿岸のサテライトクリニック、矢巾の岩手医科大学内のセンターにてケアや地域従事者の教育等の活動を開始している。同様に設置されている岩手県こころのケアセンターと連携をとりながら被災地におけるこころのケアを実践している。

D . 考察

こころのケアの中長期的目標としては、地域が主体となること、そして地域の医療や保健活動を通じた被災住民の支援が行き届くこと、被災住民が援助を求めたとき、支援を享受できる体制を構築することである。そして、被災地が健康な暮らしを享受しながら生活再建や地域の復興を目指すことの基盤を支援していくことがもめられる。

第一に、地域精神保健福祉的介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第二として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標となる。

加えて、中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成 24 年 8 月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策として「4 . 心の健康づくりを進める」の項目で、あらたに「(4)大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。

E . 結論

被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」、「保健」、「福祉」の三領域に区分される。医療では、主に医療機関等による専門的ケアが実施されている。具体的にあげると、うつ病、PTSD をはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療等を行っている。また、すでに精神障害にあったものが被災によるストレスに影響され、調子を崩し、その対処を行っている。

保健領域では、主に保健師達による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニング等で震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、

住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修等を通じた人材養成が行われている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会等による生活支援や見守り活動を実施したり、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとして、生活支援相談員（社協）や民生委員等による訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

未だ地域は復興の真っ只中であるが、被災地支援と自殺対策を連動させながら、今後もこころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が必要である。そして、健康を大切にす地域づくりを通して、地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくために、長期的な視点で支援が提供されることが大切である。今後も被災地の復興状況と連動しながらメンタルヘルス対策を行って

いくことが求められる。

F．健康危険情報

特記事項なし。

G．研究発表

1. 論文発表

1) 大塚耕太郎、酒井明夫、遠藤仁：総合病院精神科における自殺予防の役割. 臨床精神医学 43 (6): 885-890, 2014

2. 学会発表

特記なし

H．知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記事項なし。

2. 実用新案登録

特記事項なし。

3. その他

特記事項なし。

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））
東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と
効果的な介入方法の開発についての研究 分担研究報告書

沿岸部津波被災地域の児童の心理社会的状況に関する実態調査

分担研究者 富田博秋 1)

1) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

平成 26 年度は、東日本大震災から 3 年が経過して懸念される子どものこころの健康に関する実態を把握するため、災害科学国際研究所と宮城県こども総合センターとの共同で、平成 25 年度の第 1 回目調査に引き続き、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態の 1 年後のフォローアップを行った。名取市内の名取市は小学校 11 校、中学校 5 校に通学する児童（小学生 4,706 名 中学生 2,315 名 計 7,021 名）のうち、調査の趣旨を理解した上で同意が得られた、児童、および、その保護者と担任教諭に対し、2014 年 6 月 30 日に問診票の配布手続きを開始し、7 月 31 日に回収を行った。質問票には昨年度同様、子ども版災害後ストレス評価尺度（Post Traumatic Symptoms Scale for Children: PTSCC15）、子どもの強さと困難さアンケート（SDQ）などともに、保護者から現在の生活状況、震災前後の生活状況、担任教諭から、学校での様子に関する情報の収集を行い、多角的な把握を行った。PTSCC15 は平均値 17.2 点で昨年度の 18.0 点より僅かに低い値を示した。学年とともに増加し、特に中学女兒で得点が高い傾向は昨年同様であった。いやなこと、怖いことで思い浮かべることに對して東日本大震災をあげる児童は昨年より減少（11.6%）していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。SDQ スコアは平均値 11.7 点と昨年度の 11.8 点と同程度に推移し、学年とともに緩やかに減少する傾向も昨年同様であった。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSCC15 スコアが高い傾向があり、注意を要することが示唆された。1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要があり、こころの健康状態を生活状況、生活習慣と併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要があると考えられた。

Keywords 災害、抑うつ、児童

研究協力者氏名・所属研究機関名及び所属研究機関における職名

- 1) 吉田弘和・宮城県子ども総合センター・主任主査
- 2) 本間博彰・宮城県子ども総合センター・所長
- 3) 小林奈津子・東北大学大学院医学研究科精神神経学・大学院生
- 4) 本多奈美・東北大学病院 精神科・講師
- 5) 松岡洋夫・東北大学大学院医学研究科

精神神経学・教授

- 6) 根本晴美・東北大学 災害科学国際研究所 災害精神医学分野・研究支援者

A. 研究目的

東日本大震災は、死者 15,889 人、行方不明者 2,594 人、家屋大規模損壊約 40 万戸（警察庁、平成 26 年 12 月 10 日現在）という甚大な被害をもたらした。地震、津波、原発事故に起因する心的外傷性のストレスや喪失、環境の変化に伴うストレスは多くの人

の心身に大きな影響を及ぼすものと考えられ、沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握することは重要な課題である。分担研究者らは震災発生後、宮城県沿岸部の自治体と連携して、災害急性期の精神保健対応を開始し、その後も同町を中心に長期の精神保健活動を継続しているが、本分担研究ではこれらの活動の枠組みの中で沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握するための調査研究に取り組んでいる。平成24年度、周産期の被災における状況調査と母体の精神状態および育児に与える影響について調査を行ったのに引き続き、平成25年度からは、東日本大震災以降懸念される子どものこころの健康に関する実態を把握するため、宮城県子ども総合センターと共同で、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態の把握を行ってきており、平成25年度の第1回調査に引き続き、平成26年度はその1年後のフォローアップ調査を行い、推移を把握した。

B. 研究の対象および方法

対象：名取市内の名取市は小学校11校、中学校5校に通学する児童（小学生4,706名、中学生2,315名、計7,021名）のうち、調査の趣旨を理解した上で同意が得られた、児童、および、その保護者と担任教諭。

方法：平成26年6月30日に問診票を名取市教育委員会に受け渡し、教育委員会から各学校に送付された。各学校において、各学級の担任から児童に問診票の配布が行われた。回答の回収は各学校で夏期休暇までに行われ、平成26年7月31日に教育委員会に集積された回答を受領した。本調査は単に東日本大震災のこどもの精神行動への影響の実態を把握するだけでなく、必要なケアを提供できる体制での調査を行った。子どものメンタルヘルスケアを提供している宮城県子ども総合センターが平成25年4月に名取市美田園に移転したことから、対象地域を名取市と定めて調査を行っているものである。調査のデータ解析は、東北大学災害科学国際研究所災害精神医学分野で行った。

質問票には子ども版災害後ストレス評価尺度（Post Trauma2c Symptoms Scale for Children: PTSCC15）と子どもの強さと困難さアンケート（SDQ）

を含め、PTSCC15は災害後のこころの反応を評価する評価尺度で、全15項目（PTSD8項目、抑うつ7項目の下位尺度）の質問を0点から5点までの6段階で評価する（0-75点）。小1-3は保護者、小4-中3は児童本人が記載を行った。本調査では、冒頭に「このごろの体の調子やきもちについて」と指示をしており、震災に関わらず現在の児童のメンタルヘルスを評価できるようにしている。「いやなこと、怖いこと、悪いこと」は何か特定する設問が最後にあり、震災関連かどうかを判断した。PTSCC15にはcut offが規定されていないが、本調査では、40点以上を高得点者とした。

子どもの生活上の困難さについて大人が評価を行うSDQは、保護者が記載を行った。情緒面、行為面、多動・衝動性、仲間関係について、合計を0-40点で評価し、本調査では19点以上を高得点者とした。

PTSCC15とSDQについては評価尺度の概要や児童への指導の際の配慮とともに、全体の中で上位5%の高得点となった児童を高得点者として、各学校に伝え、適宜、個別の支援に繋げた。

この他、保護者が、現在の生活調査票、震災前後の生活調査票の記載を、担任の教諭が学校基礎調査票と学校の生活調査の記載を行った。学校基礎調査では、各学年のクラス数、生徒数（男児数、女児数）を把握し、学校の生活調査では、保護者の観点だけでなく多角的に子どもの生活を評価するために「出席状況」「学習集熟度」「クラスメートとの関係」「集団活動」「家庭状況」に関する情報が含まれた。また、睡眠、朝食の習慣、テレビ視聴、ゲーム、PC、携帯電話の利用時間についても質問を行った。

C. 研究結果

対象児童数小学生4,706名、中学生2,315名、計7,021名のうち、同意児童数は小学生3,730名、中学生1,160名、計4,890名で、回収率は小学生79.3%、中学生50.1%、計69.6%であった。回収率は昨年度（小学生84.2%、中学生61.4%、計76.9%）に比べ、減っていた。

PTSCC15では40点以上の高得点者の児童が256名（全回答の5.2%）いた。昨年度は307名（全回答の5.8%）で、回収率の低下を考慮しても減少していた。PTSCC15の平均値は17.2点で昨年度の18.0点より僅かに低い値を示した。学年とともに増加し、特に

中学女児で得点が高い傾向は昨年同様であった。いやなこと、怖いことで思い浮かべることに対して東日本大震災をあげる児童は昨年より減少(11.6%)していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。

SDQ で 19 点以上の高得点者を示す児童は 262 名(全回答の 5.4%)で、昨年度の 328 名(全回答の 6.2%)と比べると回答率の低下を考慮しても減少していた。男女ともに、学年が上がるのに従って SDQ スコアには減少傾向を認めた。SDQ スコアの平均値でみると 11.7 点で、昨年度の 11.8 点と同程度に推移し、学年とともに緩やかに減少する傾向も昨年同様であった。

生活習慣としては、昨年度と同様、ほぼ 9 割の児童は毎日朝食を食べている結果となった。朝食を毎日食べない児童は、小 1-3 で男児 1.1%、女児 0.7%、小 4-6 で男児 1.6%、女児 1.4%、中学で男児 2.1%、女児 3.4%であった。昨年度に比べると小学低学年、中学女児の割合が増加していた。睡眠時間は学年が上がる毎に短くなる(入眠時間が遅い)傾向にあり昨年と同様であった。休日の睡眠時間は男児より女児の方が長い傾向があり、これも昨年度と同様であった。男児では小学校高学年以降になると、ゲームをする時間が長くなり、平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 男児で 4.9%、中学男児で 6.0%、休日では、小 4-6 男児で 19.5%、中学男児で 20.2%であった。女児では平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 で 2.4%、中学で 2.7%、休日では、小 4-6 で 7.8%、中学で 5.9%であった。携帯電話、PC、スマートフォン、タブレットを使用する時間は男女とも学年が上がるにしたがって増え、平日 3 時間以上携帯電話、PC 等をする児童は、小 4-6 男児で 1.6%、中学男児で 8.7%、休日では、小 4-6 男児で 3.9%、中学男児で 18.1%、女児では平日 3 時間以上ゲームをする児童は、小 4-6 で 1.2%、中学で 12.7%、休日では、小 4-6 で 4.0%、中学で 25.3%であった。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSSC15 スコアが高い傾向があり、注意を要することが示唆された。

D . 考察

平成 25 年度に行った第 1 回目の調査から 1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後

の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要がある状況にあることが示された。

PTSSC15 スコアが学年とともに増加し、特に中学女児で得点が高いことや、SDQ スコアが男女ともに、学年が上がるのに従って減少傾向にあることなどは昨年度と同様でこれらの傾向は普遍的なものである可能性が示唆された。

こころの健康状態は、朝食の摂取状況、ゲーム、携帯電話、PC などの通信機器の利用などの生活状況、生活習慣と密接に関連していることが改めて示された。殊に、小学校低学年や中学女児で朝食を食べない児童の割合が増加していることは注意をすべきことと考えられる。また、男児では特にゲーム、また、男女を問わず携帯電話、PC などに割く時間が長くなっており、これらの機器の使用の在り方に関しても、何らかの取り組みが必要であると考えられる。児童のこころの健康状態を生活習慣の併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要があると考えられた。

E . 結論

平成 25 年度に行った第 1 回目の調査から 1 年を経て、若干の改善傾向は示しているものの、依然、震災後の児童のこころの健康の状態には注意を払う必要がある状況にある。朝食を摂取しない児童、ゲーム、PC、携帯電話の使用時間が長い児童は PTSSC15 スコアが高い傾向があり、注意を要する。被災地域の児童のこころの健康状態を生活状況、生活習慣と併せて把握し、教育の現場と連携して、ケアを進めていく必要がある。

F . 健康危険情報

該当なし

G . 研究発表

論文発表

1. Tomita H, Ursano RJ. Breakout session 3 summary: psychosocial/mental health concerns and building community resilience. Disaster Med Public Health Prep. 8(4):363-365, 2014
2. 富田博秋、東海林 渉：精神的サポート・糖尿病医療者のための災害時糖尿病診療マニュアル(日本糖尿病学会編). 文光堂 pp87-88, 2014

3. 富田博秋:災害精神医学に関する研究の課題 .東日本大震災からの復興に向けて ~災害精神医学・医療の課題と展望~ .精神神経学雑誌 116(3), 231-236, 2014
4. 船越俊一, 大野高志, 小高晃, 奥山純子, 本多奈美, 井上貴雄, 佐藤祐基, 宮島真貴, 富田博秋, 傳田健三, 松岡洋夫 .自然災害の諸要因が高校生の心理状態に及ぼす影響の検討 東日本大震災から1年4ヵ月後の高校生実態調査 .精神神経学雑誌 116(7), 541-554, 2014
5. 富田博秋 .東日本大震災から4年目を控えて感じるこゝろ .精神医学 56(12), 994-995, 2014
6. 富田博秋:東日本大震災後の災害精神医学の課題と展望 .東北医学会雑誌 in press

学会発表

1. 工藤古都美, 庄子朋香, 北田友子, 寶澤篤, 富田博秋 .東日本大震災の被災者における心的外傷後ストレス反応 メディア視聴との関連についての考察 .第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/17]
2. 吉田弘和, 富田博秋, 本間博彰, 小野寺滋実, 佐藤美和子 .東日本大震災後の子どもの心的外傷後成長-宮城県A市の小中学生を対象としたこゝろの健康調査を通して .第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/17]
3. 富田博秋 .東日本大震災被災者にみられる喪失の影響 .シンポジウム「複雑性悲嘆の日本における実態と治療介入の実践」第13回日本トラウマティック・ストレス学会 福島市[2014/5/18]
4. Tomita H. Importance of Mental Health Issues after Disasters- for survivors of Great East Japan

Earthquake and Super typhoon Haiyan-The 3rd Finnish Philippines UP Global Health Course Disaster Management (Super typhoon Haiyan). Manila, Philippine[2014/8/8]

5. 富田博秋 .復興途上における被災者と支援者のメンタルヘルスと自殺予防~宮城県の現状と課題~シンポジウム「東日本大震災後の自殺対策を考えるー当事者の就労問題、支援者の労働環境も考えてー」第38回日本自殺予防学会総会 .北九州市 [2014/9/13]
6. Tomita H. Psychosocial impact of Great East Japan Earthquake on the elderly and the neuroimmune bases of PTSD. Joint Congress of 19th Japan Congress of Neuropsychiatry and 14th International College of Geriatric Psychoneuropharmacology. Tsukuba, Japan. [2014/10/3]
7. 中谷直樹, 中村智洋, 土屋菜歩, 辻一郎, 寶澤篤, 富田博秋 .東日本大震災の被災地における慢性疾患治療と就労の関連:七ヶ浜健康増進プロジェクト .第73回日本公衆衛生学会総会 宇都宮市 [2014/11/7]
8. 中村智洋, 中谷直樹, 土屋菜歩, 辻一郎, 寶澤篤, 富田博秋 .東日本大震災における笑いの規定要因の検討と精神的な健康度の推測について:七ヶ浜健康増進プロジェクト .第73回日本公衆衛生学会総会 宇都宮市[2014/11/7]

H . 知的所有権の取得状況

1. 特許取得 なし
2. 実用新案登録 なし
3. その他 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精神障害分野）
東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と
効果的な介入方法の開発についての研究
平成 26 年度分担研究報告書

東日本大震災で活動した消防団員の受けた惨事ストレスに関する研究
PTSD 症状に影響した要因の検討

分担研究者 加藤 寛
公財)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

抄録 本研究では、消防庁が平成 24 年秋に実施した東北 3 県の消防団員を対象とした健康調査のデータを許諾を得て集計解析した。昨年度は主に単純集計、PTSD 症状の多寡について報告したが、本年度は PTSD 症状に影響した要因について分析した。個人的な被災状況と活動による惨事ストレスとなる状況が、震災から約 1 年半後の心理的影響にどのように関連したかをロジスティック回帰分析により検討した。その結果、調査時点の PTSD 症状には、惨事ストレス要因の方が強く影響していたことが分かった。これは、この災害の救援活動の過酷さと、同時に消防団員の救援者としての意識の高さが影響していると思われる。

A はじめに

わが国には江戸時代の町火消を起源にする、住民の災害自衛組織があり、太平洋戦争後に行政組織としての現在の消防署が整備されるまでは、「消防組」あるいは「警防団」として、半官半民の身分で地域社会の安全を守ることに寄与していた。現在は、団員の高齢化、なり手不足などの問題を抱えているが、大阪市を除く全国に配置され 90 万人以上の団員と 15000 台の消防車両を有している。火災だけでなく、地震、風水害が多発するわが国においては、災害救援で大きな役割を果たしている。しかしながら、惨事ストレス対策に関しては、行政

吏員である消防職員と比較すると、これまでほとんど注目されることがなく、対策もまったく講じられていなかった。東日本大震災では、住民の避難誘導や沿岸の水門を閉じる作業中に、津波によって殉職した消防団員は 253 名に上った。このような状況から、ようやく総務省消防庁では消防団員への惨事ストレス対策の検討を始めた。その一環として、岩手、宮城、福島消防団員を対象とした大規模な健康調査が平成 24 年 9 月から 10 月にかけて実施された。本研究では、総務省消防庁の承認を得て、上記の健康調査のデータを解析した。昨年度は主に単純集計、PTSD 症状の多寡につ

いて報告したが、本年度は PTSD 症状に影響した要因について詳しく分析し、考察を加えた。

(倫理的配慮)

本研究は、総務省消防庁が実施した調査で得られた、匿名化されたデータを、許諾を得て用いる。したがって、厚生労働省が平成 14 年に策定した疫学研究における倫理指針の第 4 節「個人情報保護」における規定「他の機関等の資料の利用」に該当する。使用にあたっては、消防庁に平成 25 年 3 月 27 日付けで使用許可願いを提出し、許諾を得た。その上で、兵庫県こころのケアセンター研究倫理審査委員会に申請し、平成 25 年 10 月 3 日に承認を得た。

B 調査結果の概要

1. 対象と方法

東日本大震災の主な被災地である岩手県、宮城県、福島県の各県にある消防団のうち、沿岸部の 53 カ所(岩手 12、宮城 28、福島 13) および沿岸部に隣接する、または地域内の全壊家屋数が 100 棟以上であった 15 カ所(岩手 4、宮城 4、福島 7)の合計 68 消防団に所属する団員から、名簿記載順に一定の間隔で無作為に抽出された合計 1658 名の団員を対象とした。調査票は自記式質問紙で、各県の消防団を管轄する県の部署から各消防団組織に依頼し配布し、調査票のとりまとめを行う調査会社に、記入した本人が郵送する方法で回収した。調査期間は平成 24 年 9 月 21 日から同年 10 月 19 日までであった。調査項目は、回答者の年齢、性別、婚姻状況などのプロフィール、震災の個人的影響、消防団員としての経験、

団の被災前の状況、団の被災状況、震災後の活動状況、惨事ストレスの状況と影響、精神健康や震災の心理的反応を測定する尺度、および自由記載欄などで構成されていた。

回収された調査票は 912 部、回収率は 55.0%であった。以下の解析では、主な心理測定尺度である出来事インパクト尺度改訂版(IES-R)および K6 調査票日本語版(K6)において、前者では 4 項目以上、後者では 2 項目以上の欠損がある場合には、解析から除外している。なお、除外基準に満たない範囲で 2 尺度に回答欠損項目があった場合には、同尺度内の他項目の平均値を代入した。その結果、以下の解析対象者数は 869 名(回収数の 95.3%)である。869 名の県別の人数は岩手県 225 名、宮城県 297 名、福島県 331 名、不明 16 名であった。

以下の解析においては、所属によって沿岸部と内陸部の 2 群に分けて比較し、所属が不明の者を除いて記載した(沿岸群 636 名、内陸群 201 名、不明 32 名)。

【調査時点の PTSD 症状の多寡】図 1

IES-R(出来事インパクト尺度改訂版)は、トラウマ体験の影響を測定する 22 項目からなる尺度であり、広く外傷後ストレス障害(PTSD)の症状スクリーニングや、経過の判定などに使われる。この尺度は、PTSD の 3 主症状である、再体験症状、回避症状、過覚醒症状の回項目に分けて評価することも可能である。本尺度の内的整合性を示す 係数は、総得点 0.96、3 下位尺度でも再体験 0.92、回避 0.90、過覚醒 0.87 と十分に高い値を示した。

IES-R は PTSD のリスクが高いと判断さ

れるカットオフ値として総得点 25 点を用いることが多い。この基準を使って、二つに区分し、2 群を比較したところ、高得点者が沿岸群では 22.8%、内陸群で 11.9%認められ、前者に有意に高い割合であった。

この結果から、津波被害を受けた沿岸部の消防団員は、個人的にも多くのものが被災しただけでなく、救助活動をとおして明らかな惨事ストレスを経験していた。その結果、調査時点における PTSD 症状は内陸部の団員と比較して、IES-R の得点、およびハイリスク者の割合において、明かに高値を示していた。

【各要因と PTSD 症状の関連】表 1～表 5

PTSD 症状の多寡にどのような要因が影響したのかを考えるために、沿岸部の消防団員 636 名について、個人的な被災状況と、消防団活動をとおして体験した惨事ストレス要因と、IES-R のハイリスク者の割合との関連について検討した。個人的な被災状況と、IES-R 総得点 25 点以上であるか否かについて比率の検定を行ったところ、近親者の死別の有無、住宅の被災状況、医師の手当てを受けるほどの負傷の有無、震災後の就業状態の変化、収入の変化、の 5 要因で、有意差が認められた。また、活動状況に関連した要因については、表に示した 9 要因で有意差が認められた。

各要因は、いずれもカテゴリー変数として扱うことが可能であるので、IES-R 総得点が 25 点以上であることについて、どのように影響するのかを、ロジスティック回帰分析によって検討した。

まず、それぞれの要因について、調整しないオッズ比を求め、その結果を表に示し

た。個人的被災要因では、収入の変化を除く 4 要因で、1.95 から 3.68 までの有意なオッズ比を、それぞれの参照カテゴリーに対して示した。また、惨事ストレス要因では、それぞれの要因の一つ以上のカテゴリーで、有意なオッズ比を示していた。これらの要因は、互いの交絡要因になっている可能性があるため、多重ロジスティック回帰分析を、要因数を変えながら、第一段階として被災要因のみ、第二段階として惨事ストレス要因のみで解析したところ、被災要因では、死別の有無、負傷の有無、住宅被害、就業状態の変化の 4 要因、惨事ストレス要因では、車両の喪失、活動中に抱いた無力感、遺体を扱った影響、住民から非難を受けた影響の 4 要因について検討した場合に、もっともモデルとしての適合度が高くなった。

被災要因では、調整されたオッズ比はもっとも高いものは、「住宅が全壊あるいは流出した」というカテゴリーで、被害がなかった場合と比べて 2.62 倍の有意なオッズ比を示した。惨事ストレス要因で、統計学的に有意なオッズ比を示したもののうち、活動中に無力感を「とても感じた」というカテゴリーでは、無力感を感じなかった場合と比較して 5.2 倍の高いオッズ比を示した。

次に、第三段階としてこれらの被災要因 4 個、惨事ストレス要因 4 個の計 8 要因を説明変数として、それぞれの調整されたオッズ比を求めた。その結果、被災要因では、いずれのカテゴリーでも有意なオッズ比は示さなかった。惨事ストレス要因は、すべてで有意なオッズ比を示したカテゴリーが含まれており、もっとも高かったのは、活動中の無力感を「とても感じた」というカ

テゴリーで、「感じなかった」場合に対して 5.18 倍のオッズ比を示していた。

C 考察

東日本大震災で消防団員の果たした役割は、とても大きかったことは、よく知られている。津波に対する防災意識の高さから、団員は水門の閉鎖、住民の誘導などを、訓練どおりに行った。津波に巻き込まれる危険はとても高く、結果として 200 名を超える殉職者を出してしまった。また、その後の遺体捜索でも、長期に活動を行わなければならなかった。こうした状況から、消防団員の多くが活動をとおして強いストレス状況に晒されたことは明らかであろう。一方で、団員は地域住民であり、個人的にも住宅被害や近親者との死別などを経験した者が少なくなく、こうした直接的な被災状況がもたらす影響も看過できない。本研究では、個人的な被災状況と活動による惨事ストレスが、震災から約 1 年半後の心理的影響にどのように関連したかを検討した。その結果、調査時点の PTSD 症状には、惨事ストレスの方が強く影響していたことが分かった。これは、この災害の救援活動の過酷さと、同時に消防団員の救援者としての意識の高さが影響していると思われる。特に活動をとおして感じた無力感の強さが、もっとも強く影響していたことは、津波が襲った直後の救援活動は、ほとんど何もできない絶望的なものであったことを意味していると思われる。

阪神・淡路大震災などの過去の災害では、消防士や自衛隊員などの職業的な災害救援者を対象とした調査が行われ、その結果、惨事ストレス対策が大きく進展した職域が

多い。東日本大震災でも消防隊員には消防庁が専門家チームを被災地に派遣しているし、自衛隊は多くのカウンセラーに早期から対応させている。一方、消防団員については、これまでほとんど注目されておらず、対策は不十分であった。都市部以外では消防団員は、災害救援活動において、重要な役割が求められるだけに、彼らに対する惨事ストレス対策が、今後、発展していくことが望まれる。

D 健康危険情報：該当なし

E 研究発表：該当なし

F 知的財産権の出願・登録状況：
該当なし

G 参考文献

- 1) 加藤 寛,消防士を救え 災害救援者のための惨事ストレス対策講座,東京法令出版,1~176,2009
- 2) 加藤 寛,岩井圭司,飛鳥井望,三宅由子,非常事態ストレスと災害救援者の健康状態に関する調査研究報告書 阪神・淡路大震災が兵庫県下の消防職員に及ぼした影響,兵庫県精神保健協会こころのケアセンター,1-38,1999
- 3) 岩井圭司,加藤 寛,飛鳥井望,三宅由子,災害救援者の PTSD-阪神・淡路大震災被災地における消防士の面接調査から-,精神科治療学,13,971-979,1998
- 4) 加藤 寛,飛鳥井望,災害救援者の心理的影響 阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から,トラウマティック・ストレス,2,51-59,2004

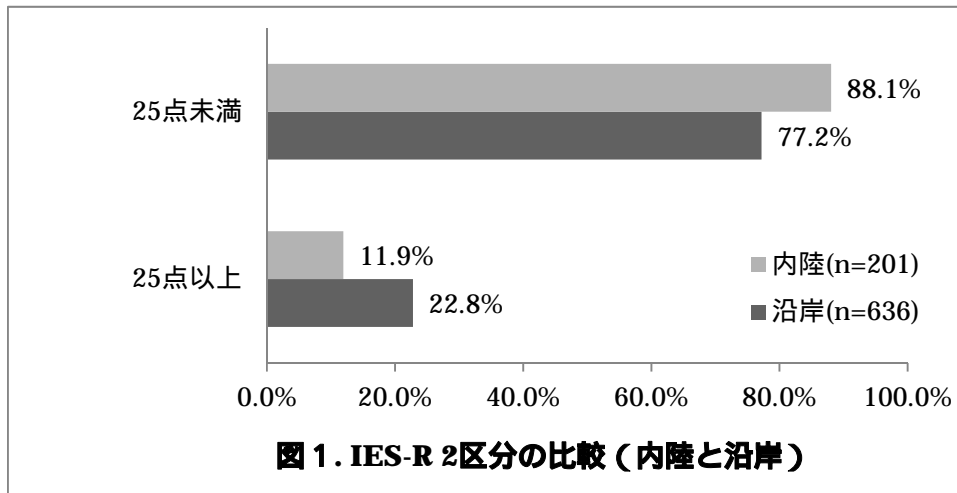


表 1 沿岸部の消防団員の PTSD 症状と被災要因との関連 (n=636)

	IES-R25点未満	IES-R25点以上	χ^2	p	調整しない オッズ比	95%信頼区間	p
死別の有無							
あり	251(71.7%)	99(28.3%)	13.3(v=1)	0.000	2.06	1.39 ~ 3.05	0.000
なし	240(83.9%)	46(16.1%)			(参照カテゴリー)		
住宅被害状況							
全壊・流出	116(68.2%)	54(31.8%)	18.1(v=2)	0.000	3.44	1.90 ~ 6.20	0.000
半壊・一部損壊	235(77.6%)	68(22.4%)			2.14	1.22 ~ 3.75	0.008
被害なし	133(88.1%)	18(11.9%)			(参照カテゴリー)		
負傷の有無							
あり	16(50.0%)	16(50.0%)	14.2(v=1)	0.001	3.68	1.79 ~ 7.56	0.000
なし	475(78.6%)	129(21.4%)			(参照カテゴリー)		
就業状況の変化							
あり	153(69.2%)	68(30.8%)	12.3(v=1)	0.001	1.95	1.33 ~ 2.85	0.001
なし	338(81.4%)	77(18.6%)			(参照カテゴリー)		
収入の変化							
大きく・かなり減少	114(66.3%)	58(33.7%)	18.9(v=2)	0.000	1.25	0.58 ~ 2.70	n.s.
変化なし・少し減少	346(82.4%)	74(17.6%)			0.53	0.25 ~ 1.11	n.s.
増加	27(71.1%)	11(28.9%)			(参照カテゴリー)		

表2 沿岸部の消防団員の PTSD 症状と惨事ストレス要因との関連 (n=636)

	IES-R25点未満	IES-R25点以上	χ^2	p	調整しない オッズ比	95%信頼区間	p
殉職者の有無							
あった	144(70.9%)	59(29.1%)	7.7(v=1)	0.006	1.73	1.17 ~ 2.55	0.006
なかった	337(80.8%)	80(19.2%)			(参照カテゴリー)		
詰所被害							
全壊・流出	130(68.4%)	60(31.6%)	13.3(v=2)	0.001	2.25	1.45 ~ 3.49	0.000
半壊・一部損壊	128(77.1%)	38(22.9%)			1.45	0.13 ~ 1.45	n.s.
被害なし	224(83.0%)	46(17.0%)			(参照カテゴリー)		
車両被害							
すべて喪失	42(58.3%)	30(41.7%)	21.8(v=2)	0.000	3.29	1.93 ~ 5.60	0.000
一部喪失	104(73.2%)	38(26.8%)			1.68	1.08 ~ 2.64	0.023
被害なし	341(82.2%)	74(17.8%)			(参照カテゴリー)		
活動中の生命危機							
まったくなし	95(90.5%)	10(9.5%)	40.7(v=3)	0.000	(参照カテゴリー)		
多少感じた	264(81.2%)	61(18.8%)			2.20	1.08 ~ 4.46	0.03
かなり感じた	87(69.0%)	39(31.0%)			4.26	2.01 ~ 9.04	0.000
とても感じた	40(54.1%)	34(45.9%)			8.08	3.64 ~ 17.90	0.000
活動中の恐怖感							
まったくなし	45(93.8%)	3(6.3%)	50.9(v=3)	0.000	(参照カテゴリー)		
多少感じた	261(84.5%)	48(15.5%)			2.76	0.082 ~ 9.24	n.s.
かなり感じた	131(73.2%)	48(26.8%)			5.50	1.63 ~ 18.52	0.006
とても感じた	50(52.6%)	45(47.4%)			13.50	3.92 ~ 46.47	0.000
活動中の無力感							
まったくなし	169(90.4%)	18(9.6%)	55.1(v=3)	0.000	(参照カテゴリー)		
多少感じた	188(79.3%)	49(20.7%)			2.45	1.37 ~ 4.37	0.002
かなり感じた	91(70.0%)	39(30.0%)			4.02	2.18 ~ 7.43	0.000
とても感じた	36(49.3%)	37(50.7%)			9.65	4.95 ~ 18.83	0.000
遺体捜索の影響							
扱っていない	256(83.4%)	51(16.6%)	52.1(v=3)	0.000	(参照カテゴリー)		
堪えなかった	35(94.6%)	2(5.4%)			0.29	0.07 ~ 1.23	n.s.
多少・かなり堪えた	166(75.8%)	53(24.2%)			1.60	1.04 ~ 2.47	0.03
とても堪えた	28(44.4%)	35(55.6%)			6.28	3.51 ~ 11.22	0.000
被爆の不安							
まったくなし	115(82.1%)	25(17.9%)	15.0(v=3)	0.002	(参照カテゴリー)		
多少感じた	209(80.4%)	51(19.6%)			1.12	0.66 ~ 1.91	n.s.
かなり感じた	79(79.0%)	21(21.0%)			1.22	0.64 ~ 2.35	n.s.
とても感じた	85(64.9%)	46(35.1%)			2.49	1.42 ~ 4.37	0.001
住民からの非難							
なし	351(81.8%)	78(18.2%)	35.4(v=3)	0.000	(参照カテゴリー)		
あまり堪えなかった	28(71.8%)	11(28.2%)			1.77	0.84 ~ 3.70	n.s.
かなり堪えた	86(75.4%)	28(24.6%)			1.47	0.90 ~ 2.40	n.s.
とても堪えた	21(44.7%)	26(55.3%)			5.57	2.98 ~ 10.41	0.000

表3 被災要因のみを説明要因としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整したオッズ比	95%信頼区間	有意確率
死別あり	死別なし	1.57	1.03 ~ 2.39	0.036
負傷した	負傷なし	2.45	1.15 ~ 5.24	0.020
就業状態が変化した	変化なし	1.60	1.08 ~ 2.40	0.020
住宅被害				
全壊・流出	被害なし	2.62	1.42 ~ 4.82	0.002
半壊・一部損壊	被害なし	2.04	1.16 ~ 3.60	0.014

表4 惨事ストレス要因のみを説明要因としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整したオッズ比	95%信頼区間	有意確率
車両喪失				
すべて喪失	喪失なし	2.70	1.47 ~ 4.99	0.001
一部喪失	喪失なし	1.29	0.77 ~ 2.15	n.s.
活動中の無力感				
多少感じた	感じなかった	2.26	1.23 ~ 4.15	0.009
かなり感じた	感じなかった	3.08	1.59 ~ 5.96	0.001
とても感じた	感じなかった	5.20	2.50 ~ 10.80	0.000
遺体を扱った影響				
堪えなかった	扱っていない	0.39	0.09 ~ 1.75	n.s.
多少堪えた	扱っていない	0.95	0.53 ~ 1.71	n.s.
かなり堪えた	扱っていない	1.53	0.86 ~ 2.72	n.s.
とても堪えた	扱っていない	3.16	1.64 ~ 6.10	0.001
住民からの非難				
あまり堪えなかった	受けなかった	2.28	1.02 ~ 5.14	0.046
かなり堪えた	受けなかった	1.19	0.70 ~ 2.03	n.s.
とても堪えた	受けなかった	3.19	1.54 ~ 6.61	0.002

表5 すべての要因を説明変数としたロジスティック回帰分析

説明変数	参照カテゴリー	調整した オッズ比	95%信頼区間	有意確率
死別あり	死別なし	1.20	0.73 ~ 1.97	n.s.
負傷した	負傷なし	2.41	0.96 ~ 6.02	n.s.
住宅被害				
全壊・流出	被害なし	1.87	0.92 ~ 3.80	n.s.
半壊・一部損壊	被害なし	1.69	0.90 ~ 3.16	n.s.
就業状態が変化した	変化なし	1.38	0.88 ~ 2.16	n.s.
車両喪失				
すべて喪失	喪失なし	2.11	1.05 ~ 4.23	0.035
一部喪失	喪失なし	1.01	0.59 ~ 1.74	n.s.
活動中の無力感				
多少感じた	感じなかった	2.45	1.29 ~ 4.63	0.006
かなり感じた	感じなかった	3.41	1.71 ~ 6.82	0.001
とても感じた	感じなかった	5.18	2.38 ~ 11.24	0.000
遺体を扱った影響				
堪えなかった	扱っていない	0.36	0.08 ~ 1.65	n.s.
多少堪えた	扱っていない	0.91	0.50 ~ 1.70	n.s.
かなり堪えた	扱っていない	1.39	0.76 ~ 2.55	n.s.
とても堪えた	扱っていない	2.73	1.35 ~ 5.54	0.005
住民からの非難				
あまり堪えなかった	受けなかった	1.83	0.78 ~ 4.32	n.s.
かなり堪えた	受けなかった	1.03	0.59 ~ 1.80	n.s.
とても堪えた	受けなかった	3.28	1.53 ~ 7.05	0.002

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究（24040209）

研究分担者 松本和紀 1)

研究協力者 高橋葉子 1) 佐久間篤 2) 上田一気 2) 長尾愛美 1) 桂雅宏 2)
佐藤博俊 2)

1) 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

2) 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野

研究要旨

本研究では、東日本大震災における被災地の市町自治体、医療機関、社会福祉協議会などの職員の縦断的な健康調査、災害復興期の心理支援方法の開発について研究を行った。

平成 26 年度は、被災地 A 自治体の行政職員と医療職員の健康調査について、平成 25 年度 (n=1068) と平成 26 年度 (n=891) に実施した縦断的評価についての解析を行った。平成 25 年度にストレスの指標である K6 が 13 点以上で精神的ストレスがハイリスクと判断され者、PHQ-9 (こころとからだの質問票) においてうつ病ハイリスクと判断された者、PCL (PTSD チェックリスト) によって PTSD (心的外傷後ストレス障害) ハイリスクと判断された者は、それぞれ、平成 25 年が、11%、22%、5%であり、平成 26 年度では 9%、16%、4%であり全体としてその割合は低下傾向にあった。平成 26 年度に実施した B 自治体 (n=250) の調査では、ハイリスク者は 13%、14%、5%であった。B 自治体では派遣職員のデータも得られ、友人・家族からのサポートや同僚からのサポート不足が精神症状と関連していることが明らかとなった。

また、平成 24 年度の 6 自治体社協職員 (n=822) と平成 25 年度の 5 自治体社協職員 (n=779) における K6、PHQ-9、PCL によるハイリスク者の縦断解析では、平成 24 年度が 8.3%、13.0%、4.1%、平成 25 年度が 7.9%、13.7%、4.1%であった。また、2 回の調査に回答した 610 名の追跡では、平成 24 年度から平成 25 年度にかけて、ハイリスク者が入れ替わったり、慢性的に症状が持続する者がいることが分かった。精神的な不健康については、震災前からの精神的問題や震災による被害に加えて、職場でのコミュニケーションなど仕事と関連したストレスが関連していた。

また、被災地住民の精神的健康を回復させ、精神疾患を予防するためには、支援者が復興期に実施できる心理的介入方法を開発し普及するとともに、一般市民に対して認知行動療法に基づく研修プログラムを開発することが有用と考えられる。そこで、本研究では、災害復興期の心理的支援方法であるサイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for

Psychological Recovery: SPR) の研修を被災地の支援者向けに実施し、さらに、実際に沿岸被災地 A 地区において SPR の実施可能性を検証するための介入研究を開始した。介入研究では、実際に被災地において同意の得られた対象者 8 名に介入を実施、このうち現在まで 3 名が介入を終了した。予備的介入を行った 4 名と含めた 7 名の終了者は、いずれも症状が改善し、また有害事象も認めていない。また、SPR の普及のための支援者のスキル向上に向け、モデル事例に対する SPR の施行を実演した DVD を作成した。

一般市民向けの研修会については、これまで 180 名が研修を受講し、前後調査に協力の得られた 46 名の解析によれば、自己効力感が有意に改善し、また、研修における理解度も高いことが確認できた。

はじめに

2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災（以下震災）は、わが国に未曾有の被害をもたらした。大規模災害の後には、被災地域の住民が精神的な健康に問題を呈することが知られている。特に、今回のような大規模災害においては、その影響は被災地域全体に及んでおり、その健康被害の大きさを計り知ることは難しい。

大規模災害から地域の人々が復興し、心の健康を回復していくためには、災害後の応急期、復旧期、復興期の各時期を通して公益性の高い仕事に従事する支援者は欠かせない存在である。こうした職種には、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員、消防隊員、警察官などが含まれるが、こうした人々は支援者という立場にあるが、一方で被災地において生活する被災者でもあり、大切な家族、友人、知人、同僚を失ったり、自宅を失うなどの大きな被害を受けている者も多い。発災直後から震災に対応した業務に従事し、長期的にも復旧、復興に向けた膨大な業務に携わり、被災により職場環境が大きく悪化している場合もある。

大規模災害後の被災地で働く支援者の

精神的健康についての研究は応急期に活動する職業的支援者である警察官や消防隊員を対象とした研究はあるが、応急期から復旧期・復興期にかけて長期間活動するその他の支援者や働く人々の精神的健康について調べた研究は乏しい。このため、こうした人々の精神的健康にどのような影響が生じるのか、その実態は明らかにされておらず、このための対策も確立されていない。こうした人々のトラウマ関連症状や抑うつ症状について疫学的な実態調査を行うことは、災害後の労働者の健康対策を検討する上で極めて重要なことだと考えられる。

また、災害直後の被災地においては、全国からこころのケアチームを含めた外部の支援者により応急的な対策が取られ、地域の精神保健医療を支える体制が構築された。しかし、中長期的に住民の精神的健康を向上させ、うつ病を始めとした精神疾患の予防に向けた対策を行うためには、心理学的な理論やモデルに基づいた効果的な介入方法を開発していく必要がある。このためには、大規模災害後の被災地で実際に役立つ心理プログラムや介入方法を開発し、これを実際に適用し効果を検証していくことが大切になる。

本研究は、被災地の支援者の精神的健

康についての疫学調査、災害復興期の専門家が実施する心理支援方法の開発、被災地の一般市民向けの認知行動アプローチによる介入を実施することで、東日本大震災における被災者の精神的健康の実態を明らかにするとともに、大規模災害後の効果的な介入方法を開発するための研究である。

被災地における支援者のメンタルヘルス についての調査と支援方法についての研究

A. 研究目的

大規模災害においては、応急期、復旧期、復興期のそれぞれの時期に応じて様々な職種の人々が支援に携わる。このような災害後の働く人々の精神的健康に着目した研究としては、主に応急期に職業的救援者として支援を行う警察官や消防士などを対象とした研究が過去の災害でも行われており、うつ病や PTSD(心的外傷後ストレス障害)に相当する症状が長期的に持続することが報告されている。

しかし、災害後には応急期だけではなく、復旧期・復興期を含む長期の支援活動が必要であり、特に公益性の高い仕事に従事する支援者は欠かさない存在である。こうした職種には、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員、社会福祉協議会職員などが含まれるが、その多くは被災した地元に住む人々であり、被災者として被災地での生活を続けるなかで、長期の支援活動を行うことになる。こうした人々の

多くは応急期から支援活動を継続しており、被災者としてのストレスに加えて、災害後の支援に関わるストレスが付加されることが予想されるため、精神的健康に問題を抱えるリスクが高いと考えられる。

実際、東日本大震災の発生から3年以上経つ時期においても、被害が大きかった地域では、多くの地元の支援者は、様々な支援活動や復興事業に従事している。自治体職員においては、精神疾患による休職者が増加しているという新聞報道もあり、被災地で働く支援者の精神的健康を保持し、精神疾患を予防するための対策は目下の課題である。しかし、こうした地元で働く公益性が高い仕事に就く支援者の精神的健康については、これまで十分に研究されてこなかった。そこで、我々は、東日本大震災被災地の自治体職員に対して健康調査を実施し、精神医学的な立場から支援を行うとともに、職員の健康の実態を明らかにし、必要な支援の実施に役立てるための縦断的な研究調査を計画した。今年度の報告では、2013年度と2014年度に実施した調査結果について、各職域における精神的健康に関わる指標の結果を報告する。

また、社会福祉協議会(以下、社協)は地域の社会福祉を支え、復興を担う役割をもち、職員は、平時には地域に密着し、主に高齢者や障害者への様々な社会福祉サービスを行っている。また、大規模災害の際には、行政など様々な関係機関と連携し、被災者への支援活動のため、災害ボランティアセンターの設置、仮設の見守りを行う生活支援相談員の配置等をすすめて、仮設住宅等で生活する被災者への生活支援・相談活動に取り組んでいる。地域の復興に向け

て、地域の社会福祉を支える社協職員の果たす役割は大きいですが、大規模災害後の社協職員のメンタルヘルスについては、これまで十分に調べられてこなかった。

今回の震災では、地域全体が広範囲にわたり大きな打撃を受けていたため、社協の職員は自らも被災しながら、社会的な弱者である高齢者や障害者への支援に加え、被災者に社会福祉サービスを提供し、支援しなければならなかった。業務の質や量の変化等により、肉体的にも精神的にも疲労の蓄積が大きくなってきているものと予想された。

発災から約 20 か月、約 32 か月後の、宮城県内の各自治体社協職員のメンタルヘルスの実態と精神的不健康に関わる要因を検証すること。また、社協職員自ら健康状態を把握し、セルフケアに努めるよう啓発するとともに、集団での傾向を把握し、今後の対策に役立てることを目的とする。

本研究は、東北沿岸部被災地域の自治体 A の行政職員、医療職員、自治体 B の行政職員、宮城県内市町の社協職員である。

B . 調査方法

今回報告する の調査対象は、東北沿岸部被災 A 自治体の行政職員と医療職員である。調査は 2013 年 9 月と 2014 年 9 月に実施し、2013 年は 1068 名 (回収率 71%)、2014 年は 891 名 (回収率 58%) から回収された。なお、回答者の中には震災後に雇

用された職員や、他自治体から震災後に派遣された職員も含まれているため、本研究では震災発生時から継続して勤務している職員のみを対象とした。

調査は自記入式調査票を使用して行われた。震災による個人の被災状況、震災後の職場環境の状況に加え、精神症状の評価として以下の 3 症状評価尺度が使用された。K6 (Kessler Psychological Distress Scale) 全般的な精神健康を 6 項目の質問で評価する尺度。 PHQ-9 (Patient Health Questionnaire: ところとからだの質問票) 抑うつ症状の重症度を 9 項目の質問で評価する尺度 (* PRIME-MDTM PHQ-9 の日本語訳版については村松公美子先生から許可を得て使用。日本語翻訳権 : 村松公美子、宮岡等、上島国利。PRIME-MDTM および PRIME MD TODAYTM はファイザー社の商標である。)。 PCL (PTSD Check List: 心的外傷後ストレス障害チェックリスト) PTSD の重症度を 17 項目の質問により評価する尺度 (* PCL の日本語訳版については鈴木友理子先生から許可を得て使用。)

調査票には協力の任意性が明記され、職場の上司や同僚などに結果が知られることがないように、個人により封をされた後に回収された。調査後の配慮として希望者には精神科医、臨床心理士、または精神科看護師が相談を行い、調査票を提出しない場合でも相談を利用することが可能である旨を周知した。なお、本調査は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た上で行われた。

の調査対象は東北沿岸部被災地域の B

自治体職員である。調査は、第1回調査を2012年11月に実施し、第2回調査を2014年8月に実施した。本年度は第2回調査を実施し、408名を対象として調査表を配布したところ、397名から回答を得た(97%)。本報告書では、本年度実施した第2回調査について報告する。

調査項目は、現在の業務の状況や自身の被災状況、現在の健康状況、職業性ストレス簡易調査表の身体愁訴の項目、精神的な症状はK6、PHQ-9、PCLを使用した。

調査票には協力の任意性が明記され、職場の上司や同僚などに結果が知られることがないように、個人により封をされた後に回収された。調査後の配慮として、希望者には精神科医、臨床心理士、または精神科看護師が相談を行い、調査票を提出しない場合でも相談を利用することが可能である旨を周知した。なお、本調査は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た上で行われた。

の調査対象は、宮城県内の被災地域の社協職員で、第1回目は、6自治体の社協職員1008名(回答者数822名、回答率81.5%)、第2回は、5自治体の社協職員870名(回答者数779名、回答率89.5%)であった。

第1回は、平成24年11月~1月(発災から約20か月後)に、第2回平成25年11月~1月(発災から約32か月後)に実施された。

調査内容は、基本属性として現在の状況:現在の業務の状況や自身の被災状況など、メンタルヘルスに影響しうる要因として現在の健康状況:現在の体調やストレスの要

因について、その他、精神的な症状はK6、PHQ-9、PCLを使用した。

解析方法は、宮城県沿岸部の社協職員に対し、第1回は発災から20か月後に、第2回は発災から32か月後に調査を実施した。基本属性、メンタルヘルスに影響しうる要因について質問し、全般的な心理的ストレス(K6)、抑うつ症状(PHQ-9)、PTSD症状(PTSD Check List:PCL)を評価した。

K6 13点、PHQ-9 10点、PCL 44点の者をハイリスク者とし、集計を行った。個人の要因、被災による要因、職場の要因の各要因に対して、ロジスティック回帰分析を行い、K6、PHQ-9、PCLのハイリスク者に影響を及ぼしている要因を検討した。各要因についてそれぞれ単回帰分析を行い、有意であった要因について多重回帰分析を行った。

第1回の調査では、解析対象者822名(男219名、女590名)の平均年齢は46.8±10.7歳であった。第2回の調査では、解析対象者779名(男204名、女569名)の平均年齢は47.6±10.4歳であった。この2回の調査において、K6、PHQ-9、PCLハイリスク者の割合に変化は認めなかった。

このK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に影響を与えている要因について検討を行った。K6(全般的な心理的ストレス)ハイリスク者は、自身の健康不安、メンタルヘルスの治療歴、職場の人間関係、住民からの非難などの要因と関連していた。PHQ-9(抑うつ症状)ハイリスク者は自身の健康不安、メンタルヘルスの治療歴、家計収入の減少、休養不足、職場の人間関係、仕事のやりがいのなさなどの要因と関連していた。PCL

(PTSD 症状)ハイリスク者は、メンタルヘルスの治療歴、被災による転居、職場の人間関係などの要因と関連していた。メンタルヘルスの治療歴、職場の人間関係といった要因が共通して精神的不健康に影響を与えていた。

調査票には協力の任意性が明記され、職場の上司や同僚などに結果が知られることがないように、個人により封をされた後に回収された。調査後の配慮として希望者には精神科医、臨床心理士、または精神科看護師が相談を行い、調査票を提出しない場合でも相談を利用することが可能である旨を周知した。なお、本調査は、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得た上で行われた。

C . 研究結果

A 自治体の行政職員、医療職員に対する調査(図1)

対象者のうち、震災発生時から災害支援業務を行っていた職員は、2013 年は 895 名だった。所属が不明な 163 名を除くと、行政職員は 564 名、医療職員は 168 名だった。男性が 40%で平均年齢は 45 歳だった。2014 年は 767 名で、所属が不明な 28 名を除いた行政職員が 447 名、医療職員が 292 名だった。男性が 36%で平均年齢は 45 歳だった。

全般的な精神健康の指標である K6 について、総得点 13 点以上の高いストレスを自覚している職員の割合を図 1 に示す。2013 年は全体で 11%であり、行政職員は 12%、医療職員は 7%だった。2014 年は全体で 9%であり、行政職員は 10%、医療職員は 8%

だった。

うつ病のリスクが高い PHQ-9 の総得点が 10 点以上の職員の割合を図 2 に示す。2013 年は全体で 22%であり、行政職員は 21%、医療職員は 20%だった。2014 年は全体で 16%であり、行政職員は 17%、医療職員は 15%だった。

PTSD のリスクが高い PCL の総得点が 44 点以上の職員の割合を図 3 に示す。2013 年は全体で 5%であり、行政職員は 6%、医療職員は 2%だった。2014 年は全体で 4%であり、行政職員は 5%、医療職員は 3%だった。

B 自治体の行政職員に対する調査(図4)

調査対象者は、男性 250 名(61%)、平均年齢は 45.3 歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は 13%、被災による転居は 35%、死の恐怖を感じる体験をした者は 57%であった。休養不足を感じている者は 38%であった。

精神的な問題(K6:有効回答数 = 389 名)について、総得点 10 点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は 13%であった。うつ病のリスクが高い(PHQ-9 : 有効回答数 = 381)が 10 点以上は、14%であった。また、PTSD のリスクが高い(PCL : 有効回答数 = 371)が 44 点以上の者は、5%であった。

精神的な健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、正規職員と派遣職員に分け、PTSD 症状、精神的な問題の程度、うつ症状の程度のハイリスクに関連する要因を、カイ二乗検定を用いて検討した。その結果、正規職員においては、各症状の悪さ

と「家族・友人からのサポートが少ないこと」、「震災後の言動・行動に関して自責感があること」、「仕事が忙しく休養が十分に取れないこと」、「住民からの非難を受け、精神的に辛い思いをしていること」、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的に辛い思いをしていること」が関連していた。

PTSD 症状の程度 (PCL) 特有の要因としては、「震災前から治療している身体の病気があること」、「震災後の転居の状況」、「震災により、家族に死者・行方不明者がいること」と PTSD 症状の悪さとの間に関連がみられた。

抑うつ症状の程度 (PHQ-9) 特有の要因としては、「居住する地域の人達は信頼し合っていないと感じること」が挙げられた。

また、精神的な問題の程度 (K6) 抑うつ症状の程度 (PHQ-9) については、「上司からのサポートが少ないこと」、「同僚からのサポートが少ないこと」が症状の悪さと関連していた。

派遣職員においては、精神的な問題の程度 (K6) と、「友人・家族からのサポートが少ないこと」、「仕事が忙しく休養が十分に取れないこと」、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的に辛い思いをしていること」、「同僚からのサポートが少ないこと」、「職務内容がイメージしていたものと違ったこと」が精神的な問題の程度の悪さとの間に関連がみられた。

抑うつ症状の程度 (PHQ-9) については、「赴任前、自身の健康のことが心配だったこと」と症状の悪さとの間に関連がみられた。

現在の健康状態について、職員が「健康に不安を感じる」ことが「しばしばある」

「いつもある」と回答した者は、B 自治体全体で約 18%であったが、正規職員では約 23%とその割合は派遣職員よりも約 16%多かった。自由記載からは、メンタルヘルスに関連したものでは、精神科系の訴えとして、不安感がある、集中できない、不眠・睡眠不足の訴えとして、なかなか寝付けない、居眠り運転をしたがあった。業務の忙しさに関係したものは、疲労感として、疲れが取れない、疲れているがあった。不眠・睡眠不足や眼科系の訴えとして、自動車の運転に支障が出ているという記載が見られた。

社会福祉協議会職員に対する調査

第 1 回の調査では、解析対象者 822 名 (男 219 名、女 590 名) の平均年齢は 46.8±10.7 歳であった。第 2 回の調査では、解析対象者 779 名 (男 204 名、女 569 名) の平均年齢は 47.6±10.4 歳であった。(表 1.)

K6 のハイリスク者は、第 1 回の調査において 8.3%、第 2 回の調査において 7.9%であった。PHQ-9 のハイリスク者は、第 1 回の調査において 13.0%、第 2 回の調査において 13.7%であった。PCL のハイリスク者は、第 1 回の調査において 4.1%、第 2 回の調査において 4.1%であった。この 2 回の調査において、K6、PHQ-9、PCL ハイリスク者の割合にほぼ変化は認めなかった。(図 5)

また、第 1 回と第 2 回の調査の両方の調査で回答の得られた者 610 名 (男性 158 名、女性 452 名、平均年齢 48.0±10.1 歳) について縦断で解析した。図 5. に示すようにうつ病症状、PTSD 症状のハイリスク者には

入れ替わりがあった。抑うつ症状、PTSD 症状ハイリスク者、どちらも平成 24 年度（20 ヶ月後）でハイリスクだったものの約半数が、平成 25 年度（32 ヶ月後）もハイリスクのままとなっている。また 20 ヶ月後（平成 24 年度）にローリスクだったものも、32 ヶ月後（平成 25 年度）にハイリスクとなるものがあった。精神症状が慢性化するもの、遅発性に悪化するものが存在していた。

K6、PHQ-9、PCL ハイリスク者に関連する要因について、第 1 回調査、第 2 回調査のそれぞれにおいて横断で検討を行った。第 1 回の調査における精神症状のハイリスク者に関連する要因について表 2. に示し、第 2 回の調査における精神症状のハイリスク者に関連する要因について表 3. に示す。

第 1 回の調査では、K6（全般性心理的ストレス）ハイリスク者は、「職場の人間関係に苦労している」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「震災により家族に死者行方不明者がいる」、「住民からの非難で辛い思いをした」等の要因と関連していた。

PHQ-9（抑うつ症状）ハイリスク者は、「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が最も高いオッズ比を示し、次いで「職場の人間関係に苦労している」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「休養がとれていない」「家計の収入が減った」等の要因と関連していた。

PCL（PTSD 症状）ハイリスク者は、「休養がとれていない」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が高いオッズ比を示して関連

していた。その他、「住民からの非難で辛い思いをした」等の要因と関連していた。

第 2 回の調査では、K6（全般性心理的ストレス）ハイリスク者は、「職場でのコミュニケーションがとれていない」が最も高いオッズ比を示し、次いで「見通しが立たない仕事が多いと感じる」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」、「近所の人たちと信頼し合うことができていない」等の要因と関連していた。

PHQ-9（抑うつ症状）ハイリスク者は、「見通しが立たない仕事が多いと感じる」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災前からのメンタルヘルスの治療歴」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「職場でのコミュニケーションがとれていない」「休養がとれていない」「独居世帯」「年齢」等の要因と関連していた。

PCL（PTSD 症状）ハイリスク者は、「職場でのコミュニケーションがとれていない」が最も高いオッズ比を示し、次いで「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」が高いオッズ比を示して関連していた。その他、「自宅が全壊・大規模半壊」等の要因と関連していた。

第 1 回調査、第 2 回調査のいずれにおいても、職種は精神症状に関連していなかった。

D．考察

の調査により、震災から 3 年以上が経過した後も、被災地自治体職員のうつ病や PTSD のリスクが高い状態で推移していることが明らかとなった。過去の大規模災害

における調査でも、災害支援者が業務上経験した災害ストレスの影響は長期間持続することが明らかとなっている。今回の結果はそうした研究に一致した結果となった。

PTSD と比較して、うつ病のリスクを抱えた職員がより多いことが明らかとなった。被災地の自治体では、震災前からの従来業務に加えて、膨大な復興業務をこなす状況が続いている。業務上の負担が高い状態が持続しており、こうした仕事量の増大が抑うつ症状と関連している可能性が考えられる。

PTSD のリスクが高い職員は徐々に減少しているが、日本人の平均（0.5%）よりは高い状態が持続していた。本調査結果の対象者は自ら被災している場合が多く、被災者としてのストレスに加えて、災害後の支援に関わるストレスが付加されることが予想されるため、災害ストレスによる精神的問題を抱えるリスクが高い状態が持続している可能性が考えられる。

今後はどのような要因をもつ職員が長期的に精神健康の悪化を抱えやすいのかを明らかにすることが重要である。このため、どのような要因が影響を及ぼしているか検討するとともに、縦断的解析行いより詳細に精神健康のハイリスクに関わる要因を明らかにしていく予定である。

の調査からは、長期に渡り、ストレスのかかる状況下で仕事をしていくにあたり、継続的な対策、支援が必要であると考えられる。

職場全体における精神的な健康の対策として、世帯人数が少ない、居住する地域の人達が信頼しあっていないなど、家族や友

人からのサポートが得られにくい人に対して注意が必要であるといえる。また、休養が十分に取れるよう、可能な限り業務過多にならない業務配分が必要であると考えられる。さらに、災害後の言動・行動に関する自責感を持つことが精神的な健康に影響することから、当時を振り返ったりする場面等では、肯定的な意味づけをし合うなどの配慮が必要かもしれない。

今後は縦断データについての更なる解析を行っていく計画である。その上で、どのような因子が被災地で働く支援者の中長期的な精神的健康に影響を与えるのかをより詳細に明らかにしていく。

の調査により、継続的に被災者の身近で働いている社協職員の多くは精神健康を維持しながら働いているが、平時より高い割合で一部には何らかの精神的不健康を抱えながら支援を続けている実態が明らかとなった。20 か月後と 32 か月後で精神症状のハイリスク者の割合に変化はなく、その入れ替わりをみると、慢性的に精神症状が持続している者、遅発性に精神症状が悪化する者が存在していた。

要因を検討すると、全体的には震災そのものの影響は次第に薄れているものの、震災により家族を失う、家や財産を失うなどの被害の大きかった職員には長期的に精神健康に注意が必要であると考えられる。また、震災後の職場の人間関係や、地域とのつながりも持続的に精神健康に影響を与えており、職場のコミュニケーションを改善する、地域とのつながりを深めるなどコミュニティの重要性が示唆された。

社協職員は発災直後から今日に至るまで、

自らも被災しながら地域の社会福祉を支えてきた。地域の復興、再生には地元で働く社協職員のような社会福祉に携わる労働者の果たす役割は大きい。今後、被災地での復興住宅への移行が進んでいく。その中で、住民の孤立、新たなコミュニティの形成、少子高齢化などの問題が出てくることが予想される。社協職員、地域が一体となり、地域全体でお互いに支え合い、こころのケアに取り組む必要があると考える。

災害復興期の被災者に役立つ心理支援方法 **サイコロジカル・リカバリー・スキル** **(Skills for Psychological Recovery: SPR)** **の普及と日本における実施可能性についての研究**

-1. SRP の我が国における実施可能性についての研究

A . 研究目的

東日本大震災により宮城県は沿岸部を中心に甚大な被害を受け、被災者は肉体的、精神的な重圧を経験している。このため、被災者の心のケアは年単位の長期間必要と考えられている。過去の研究によると、大規模災害後の被災地域住民には PTSD やうつ病などの精神疾患に加えて、精神疾患には至らない亜症候性の精神的問題が増加することが知られている。そのような精神疾患を予防したり、亜症候性の精神的問題に適切な支援を行うためには、精神的不健康を自覚する亜症候性の精神的問題に対する心理的支援が重要だと考えられる。災害後の心理的支援方法は、これまで災害

直後から急性期にかけて行われるものやトラウマに焦点を当てた方法を中心に研究や開発が行われてきた。しかし、災害直後から急性期での心理支援の効果は非特異的な介入を上回るものではなかった。また、回復・復興期の支援方法として、いくつかの心理的支援方法が役に立つことは知られているが、複数の心理的支援方法を組み合わせる幅広い被災者に役立つ実践的な心理支援方法はこれまで開発されてこなかった。サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : SPR) は、災害回復復興期に多くの被災者が経験する様々な精神的問題に広く適用できる実践的な心理支援方法として、アメリカ国立 PTSD センターと、アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発し、2010 年に公開され、2011 年 6 月に兵庫県こころのケアセンター研究班によって日本語版が作成された最新の心理支援技法である。

本研究の目的は、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、サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : 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である。

B . 研究方法

【対象者】

対象者は宮城県被災地 A 地区に居住もしくは就労している者で、精神的不健康を自覚する 18 歳以上の者で、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することとした。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する。

【研究計画】

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」の参加者を公募する。

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 を実施する。

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う。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する。

【評価項目】

プライマリ・エンドポイントは GHQ 精神健康調査票（GHQ-30）の総合得点である。セカンダリ・エンドポイントは QOL（SF-8）、心的外傷後ストレス症状（IES-R）、レジリエンス（TRS）、自己効力感（SE）、プログラムへの満足度（CSQ-8J）とする。また、プログラム及び各スキルの感想とその後の活用について質的内容分析により評価する。

【目標対象者数】 15 例

【倫理的配慮】

本研究は、介入地区である A 地区を管轄する自治体の指導を受け、適切な連携の元

に実施する。介入者は、毎回の面接において、対象者の全体的な精神状態（自殺念慮含む）を評価する。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、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 . 研究結果

平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 26 年 12 月時点で、申込み者は 23 名に達した。このうち、適応外 3 名、介入前のキャンセル 7 名、延期 1 例があり、残りの 12 名に介入を開始した。このうち 4 名は、事前介入例であり、研究対象介入例は 8 件である。事前介入例を含めた 12 名については、現段階までに有害事象は認められていない。

介入を開始した 12 名のうち、現在までに 7 名がセッションを終了した。予備的な解析として終了した 7 件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 精神健康調査票（GHQ-30）の総合得点は、いずれも介入前より介入後の方が低下していた（図 7）。

D . 考察

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 12 件

において現段階では有害事象を認めておらず、また予備解析の結果では介入が終了した7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。

-2 SRPの普及に向けた心のケア従事者向けのトレーニング研修についての研究

A. 研究目的

サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : SPR) は、2010年にアメリカ国立PTSDセンターとアメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発した、災害復興期の心理的支援方法である。2011年6月に兵庫県こころのケアセンター研究班が翻訳して日本語版を作成し公表した。災害の復興回復期に特化した支援プログラムであるSPRは、これまでにいくつかの海外の災害後に用いられているが、わが国では本格的に適用されていない。

東日本大震災の被災地において実際に支援に関わっている精神保健医療の専門家がSPRのトレーニングを受け、これを実際の被災者に適用することは、被災地におけるメンタルヘルス対策として実践的な意義がある。しかし、心理的支援においては必要な専門スキルの研修が必要であるが、その研修方法は十分には確立していない。

本研究は、復興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、被災地の心のケアに従事している専門家にトレーニングし、アンケートと質的調査を行うことで、SPRの研修の意義と問題を明らかにし、SPRの日本での適用の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

B. 研究方法

【SPR研修会の実施】

被災地の心のケアに従事している専門家を対象に、以下の日程でSPR研修会を開催した。講師は、SPRトレーナー資格取得者である、兵庫県こころのケアセンターの大澤智子氏(臨床心理士)に依頼した。その上で、基本研修として、SPRについての講義やワークショップによる研修を2日間の日程で行った。平成25年度までに4回実施済みであり、今年度は第5回目として平成26年6月18日・19日に仙台で実施した。また、フォローアップ研修として、基本研修に参加した者の中で希望者を対象に、SPR活用事例についての事例検討を実施した。この研修は平成25年度までに3回実施済みであり、今年度は第4回として平成26年10月2日に仙台で実施した。

今年度は、平成26年度に実施した、第5回目の基本研修と、第4回目のフォローアップ研修について報告する。

【調査方法】

基本研修の前後およびフォローアップ研修後に、研修の内容とSPRについてのアンケート調査を無記名で実施した。なお、データは基本研修時からフォローアップ研修まで追跡できるようID化し連結可能匿

名化した。

基本研修後、研修参加者が各自のフィールドで被災者に SPR を用いて支援を行った場合、スキル実施ログに記録してフォローアップ研修時に提出するよう依頼した。スキル実施ログの内容は、支援で用いた技法、支援時間、支援回数、支援の内容や問題点とした。

フォローアップ研修会時には、グループ・ディスカッションを行い、SPR 活用にあたっての実現可能性や問題点を検討し、その内容を議事録で記録した。

【調査内容】

1. アンケート調査（無記名）

研修前（基本研修時）：基本属性、普段活用している理論、トラウマ支援の経験、心理支援法についての考え

研修後（基本研修時およびフォローアップ研修時）：研修プログラムの全体的評価、SPR に関する興味関心・難易度・仕事との関連性・活用する意欲・自信、SPR の各スキルの有用性、感想（自由記載）

2. グループ・ディスカッション

(1) 自分の活動の中で SPR が役に立ちそうだと思う場面

(2) 今までに実際に SPR を試してみた(試そうと思った)ことがあるか

(3) 自分の活動の中で SPR を活用する上で難しい点・工夫点・課題

(4) どのような研修体制やスーパービジョン(SV)体制があれば SPR を活用しやすくなると思うか

【倫理的配慮】

研修の参加と研究への同意は区別し、研究への参加は自由意志のもとに同意を得た者のみに行った。なお、本研究の実施においては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

C. 研究結果

【対象者】

研修会の受講者数（カッコ内は研修の全過程を修了した修了者数）を報告する。第5回基本研修には52名（50名）参加があり、第4回フォローアップ研修には19名の参加があった。

以上の参加者のうち、研究に同意を得られた者を研究対象者とした。基本研修のアンケート調査では有効回答数47（回収率90.4%）、フォローアップ研修でのアンケート調査では有効回答数18（94.7%）であった。

基本研修時アンケートの対象者の基本属性は、男性：女性 = 12：35、年代は20代17%、30代20%、40代41%、50代13%、60代7%であった。職業は心理士24%、精神保健福祉士2%、保健師21%、看護師18%、19、精神科医4%、その他30%であった。災害・トラウマ支援の経験は、「全くない」4%、「少しある」26%、「ある程度ある」32%、「かなりある」7%であった。

【アンケート結果】図1

基本研修後のアンケート結果は、「現在の仕事と関連していると思うか」という質問に対しては「強くそう思う」、「少しそう思う」と答えた者が約95%いた。また、「自身の仕事の実践の中で試してみる意欲があるか」という質問に対しては「強くそう思

う」、「少しそう思う」と答えた者が約 90% であるのに対し、「SPR を使える自信はあるか」という質問に対しては「強くそう思う」、「少しそう思う」が約 45% と低かった。災害後の支援・トラウマを抱えた人への支援経験があると答えた者は、SPR を活用する自信が有意に高いことが示された。

【グループ・ディスカッションの結果】

(1) 自分の活動の中で SPR が役に立ちそうだと思う場面に対しては、「相談業務」、「被災地に限定している訳ではなく、他の場でも使えそう」、「健康な人対象の健康診断の面接に使えそう」という声が寄せられた。また、「精神疾患があっても地域で、回復期の人に使えそう」という声も挙げられた。(2) 今までに実際に SPR を試してみた(試そうと思った)ことがあるかに対しては、構造化したセッションでの活用は少なかったが、「(各スキルを) エッセンス的に活用している」という声が多かった。「テキストのコピーを渡したり、資料として配付したりしている」という声もあった。(3) 自分の活動の中で SPR を活用する上で難しい点・工夫点・課題に対しては、「最初からスキルを提案するのもシステムティックすぎる気がして導入しづらい」、「健康度が高いと不要だし、引いと合わないので、対象者の選定が難しい」、「長期間関わっている人に対しては、導入するタイミングが難しい」、「傾聴のスタンスで被災者の話を聴くことに慣れているので、その関係性をどう変えていけば良いかが難しい」等の意見が出た。(4) どのような研修体制や SV 体制があれば SPR を活用しやすくなると思うかに対しては、「模擬面接」、「ロールプレイ」、「タ

イムリーな SV」、「職場単位でのグループ SV」という要望があがった。

D. 考察

これらの結果から、SPR の研修には一定の意義があるが、SPR の基本研修と 1 回のフォローアップ研修だけでは限界があり、グループ・ディスカッションの意見にも挙げられた通り、事例検討の繰り返しと SV 体制を整える必要があることが明らかになった。

また、SPR の日本での適用の可能性と課題としては、いろいろな支援場面に活用できる可能性が意見として挙げられた。一方、構造化されているマニュアルを、いかに自分のフィールドでフレキシブルに応用できるかといったことや、SPR 適用例を選定することに難しさを感じていることが明らかになった。

以上のことから、基本研修、フォローアップ研修だけではなく、スカイプを用いた定期的なケース検討を企画し、被災地で SPR を活用した事例に対する SV や、職場単位での SV が必要であると考えられる。また、支援方法として広く普及啓発していくためには、モデリング機能が必要だと考えられる。そのため、SPR 活用場面についてのデモンストレーション DVD 等が有効ではないかと考えられた。

-3 SPR の普及および、支援者のスキル

向上に向けた DVD 制作

A. 研究目的

これまで 3 年間に渡り、東日本大震災の被災地において実際に支援に関わっている精神保健医療の専門家に対し、サイコロジ

カル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery : SPR) のトレーニングを実施してきた。基本研修は、2012年6月～2014年7月の間に、被災地において計5回の2～3日間のワークショップが開催され、のべ151名が参加した。その後の希望者を対象としたフォローアップ研修は、2012年11月～2014年10月の間に、被災地において計4回のワークショップが開催され、のべ56名が参加した。

その結果、参加者の研修に対する満足度やSPRのプログラムに対する関心は高かったが、SPRの活用に対する自身は低いことが明らかとなった。また、参加者はSPRをアウトリーチ活動や訪問など、様々な場面で活用可能であると感想を寄せていたが、実際の場面でSPRを使うためには、面接技術に関する課題があることが示された。また、参加者は、モデリングやロールプレイ、事例検討、スーパーヴィジョンを求めていることも明らかとなった。

これらのことから、支援方法として広く普及啓発していくためには、モデリング機能を補うツールの作成が課題の一つであると考えられた。

本研究では、復興回復期に推奨されている最新の心理支援法である、SPRを実施する支援者のスキルを向上するためのモデリングツールであるDVDの制作を行うことを目的とする。

【DVDの活用と期待される効果】

日本におけるSPR研修会において、参加者に補助教材として提供し、活用してもらうこととした。これからSPRを学ぶ者に対しての教育効果を向上させると共に、すで

にSPRを学んだ者に対してはブラッシュアップ効果が期待できると考えられる。また、大規模なSPR効果の検証研究を可能にすると共に、災害復興期における心理的支援の促進につながると考えられる。

B. 研究方法

【DVDの概要】

DVDの概要について、東北大学予防精神医学寄附講座と兵庫県こころのケアセンターで話し合い、以下のようにした。

- ・DVDはSPRの実用性を高めるために、SPRの各スキルのデモンストレーション(ロールプレイ)を中心に構成することとした。

- ・架空事例の場面は、保健師やPSW、心理士などがアウトリーチや訪問をする際に役立つよう、サポートセンターのスタッフが仮設住宅を訪問する場面とした。

【DVDの構成】

再生時間は90～120分程度で、チャプター形式にして、見たい部分から見るができるようにした。各章立ては以下の通りとした。

SPRおよびDVDの構成について

情報を集め、支援の優先順位を決める

ポジティブな活動をする

心身の反応に対処する

役に立つ考え方をする

周囲の人とよい関係をつくる

継続面接

制作協力等

【架空事例の内容】

DVD の架空事例の内容については、全てのスキルを用いることができるような事例となるよう、工夫した。また、被災地で勤務している気仙沼市の鈴木由佳里保健師と共に検討をおこなった。

【DVD の監修】

SPR トレーナー資格取得者である、兵庫県こころのケアセンターの大澤智子氏（臨床心理士）および SPR の開発者である米国の The National Center for Child Traumatic Stress の Melissa Brymer 氏から指導をいただいた。

C．研究結果

平成 26 年 10 月 14 日、15 日、および 11 月 19 日に宮城県名取市の協力を得て、応急仮設住宅の空き部屋を撮影場所としてお借りし、DVD の撮影を行った。12 月 2、3 日に Melissa Brymer 氏が来日した際、兵庫県こころのケアセンターの大澤智子氏と共に DVD の仮編集版を視聴会を行い、両者よりスーパーヴィジョンを受けた。現在、これらの指導を受けて修正・編集作業中である。

DVD が完成した際は、現在までの SPR 研修参加者に教材として配布する予定である。

D．考察

本研究では、これまでの SPR トレーニング研修の結果、感想を基に、補助教材として DVD の制作を行っている。SPR に対する興味関心は高いものの、実践するための自信が低いことが実用性への課題の一つであると考えられた。

本 DVD は、SPR 研修を受講した者に対して配布する予定であり、更なる学習に役立ててもらおう予定である。今後、DVD を用いての学習の効果の検討を行うことが有用であると考えられる。

認知行動療法の普及、啓発を目的とした東日本大震災被災地における一般市民及び支援者向けこころのエクササイズ研修についての研究

- 1. こころのエクササイズ研修の実施と

その前後調査

A．研究目的

東日本大震災により宮城県は沿岸部を中心に甚大な被害を受け、被災者の心のケアは年単位の長期にわたって必要とされている。

大規模災害後には、重度の精神疾患よりは、むしろ軽度の精神疾患や精神的不健康を来すことが多いと考えられている。東日本大震災においても、被災地に住む人々には、外傷体験や喪失体験に加えて、家庭的、経済的、職業的に様々なストレスが持続的にかかっている。しかし、この問題にアプローチするためには、医療機関での治療ではなく、精神的な健康増進や予防的な観点から、一般市民に働きかけることが大切だ

と考えられる。

認知行動療法は認知・行動の両面からの働きかけによりセルフコントロール力を高め、社会生活上の様々な問題の改善、課題の解決をはかる心理療法である。認知行動療法はうつ病、不安障害など様々な精神疾患に適応があり、その有効性が報告されており、精神心疾患に対する治療法としてだけでなく、疾患にまで至らない抑うつ症状に効果を示したり、精神疾患の予防にも効果があることが示されており、医療現場以外の領域にも広く応用されている。

日本では他の先進国と比べ、認知行動療法の普及が遅れており、これを広く社会に普及し、被災地のメンタルヘルスケアに役立てていくためには、効果的な研修方法を確立していく必要がある。

そこで、我々は、認知行動的アプローチを一般の被災者が学び、今後の生活に役立てることが有用ではないかと考え、一般市民向けの研修会「こころのエクササイズ研修」を宮城県内の被災地で実施し、質的調査を行うこととした。

本研修のプログラムは、認知行動療法センターで開発された全6回からなるコースで、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、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。

認知行動療法の基本的な考え方やスキルを伝え、日常生活の中でのストレスケアについて学んでもらうための「こころのエクササイズ研修会」を被災地の一般市民及び支援者を対象に実施する。

本研修のプログラムについてアンケート

と質問票により質的調査を行い、研修の意義と問題を明らかにする。そして、今後の認知行動療法の普及、啓発の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

B．研究方法

<対象>

宮城県内被災地域の一般市民及び支援者

<実施時期>

今年度は第5回として以下の日程研修を行った。平成26年5月14日 平成26年5月21日 平成26年5月28日 平成26年6月4日 平成26年6月11日 平成26年6月18日

<研修の講師、ファシリテーター>

・講師

主に分担研究者である東北大学大学院医学系研究科 上田一気が担当した。

・ファシリテーター

主に精神科医療保健従事者（医師、看護師、心理士）である、東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座のスタッフが担当した。

<研修プログラム>

一般市民向けの認知行動療法研修について経験のある国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの協力を得て、研修プログラムを作成した。本プログラムは全6回からなり、6回の構成は下記の通りである。1回のプログラムは1時間30分の内容である。

認知行動療法の基礎を学ぼう

「こころのクセテスト」や「よいところ探し」などの演習を行い、認知行動療法の基礎を学んでもらう。

“やる気”が先か“行動”が先か？～楽しめる活動を増やすコツ～

行動活性化について学んでもらう。気持ちが落ち込んだり不安になった時に、自分がどのような行動パターンを取りやすいのかを分析してもらおう。

コミュニケーションスキルアップ

アサーションについて学んでもらう。家族や友人など身近な人たちの話がきちんと聴けているか、上手な話の聴き方について学んでもらう。

自分の気持ちや考えをうまく伝えるコツ

アサーションについて学んでもらう。自分の気持ちや考えがうまく伝える方法のコツを学び、演習してもらおう。

目からウロコ！発想転換のコツ

認知再構成法について学んでもらう。抑うつ、不安となると、ネガティブな思考にとらわれてしまう傾向がある。考え方のバランスを取りこころを軽くする方法を学んでもらう。

岩も砕けば持ち上がる？！～問題を上手に解決するコツ～

問題解決技法について学んでもらう。現実的な困難な問題にあたる時、何から手を付けてよいか分からなくなることがある。問題を絞り込んで具体的に解決法を検討していく方法を試してもらおう。

< 調査内容 >

- ・プログラム各回終了後のアンケート
研修の内容について、

難易度	時間配分	参加人数
-----	------	------

配付資料	学んだことを生活に活かせる
------	---------------

か	他人に勧めたいか	自由記述
---	----------	------

以上 7 項目の回答を求めた。

・全プログラムの前後の調査票

参加者の属性、研修の理解度を測るための質問、自己効力感を測るための尺度として Self-Efficacy Scale (SES) を調査した。

なお、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いる。

C. 結果

これまでに、岩沼市、仙台市、石巻市にて、第 1 回から第 5 回まで研修を実施した。

第 1 回の岩沼市での研修は試験的な研修・調査として、岩沼市の関係機関の保健師などの支援者を対象に研修を実施した。

その後、第 2 回から第 5 回までは一般市民を対象に研修を実施した。

参加者の総数は 180 名であり、男性 19 名 (10.6%)、女性 161 名 (89.4%) であった。平均年齢は 45.5±14.3 歳 (range: 22-91 歳) であった。各研修会の詳細を表 4. に示した。

全 6 回のうち 5 回以上出席し、研修前後の調査票の回答が得られた 46 名 (男性 2 名、女性 44 名、平均年齢 47.8±13.7 歳) について、特性的自己効力感尺度 (SES)、研修の理解度を測るための質問について、研修前後の変化を検討した。

特性的自己効力感は介入前後の得点を Wilcoxon の符号付き順位検定で比較したところ、自己効力感は研修前 69.2 から研修後 73.4 と有意に向上した ($p < 0.01$, $z = 2.73$) (図 9.)

研修の理解について 7 項目質問し、介入前後の得点を Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した (図 10.)。0. 「あてはまらない」～ 4. 「あてはまる」までの 5 件法で評

価し、「自分の考え方のクセを知っている」、「どのように考えよ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。

また、研修に対する満足感は高く、実際に演習を体験しながら楽しく学ぶことができたという感想が多く得られた。

D．考察

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。我々の試みからは、被災地には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があり、これ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。今後は、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る。

今後、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のアサーション（コミュニケーション）を中心にプログラムを改訂し、これを用いて被災地の一般市民に向けた認知行動療法の考え、スキルを普及させる研修会を実施し、ランダム化比較試験として研修の有効性を検証することを計画している。

E．結論

本研究により、東日本大震災から3年経過後においても、被災地で働く自治体職

員、医療従事者、社会福祉協議会職員において、慢性的にストレス症状、抑うつ症状、PTSD症状が高くなるリスクがあることが明らかとなった。経時的には、全体的な症状はハイリスク者数の割合は減少傾向にあるが、ハイリスク者の中には、慢性経過する者、時間経過に伴い悪化する者も含まれており、長期的な経過観察が必要な者が多く含まれていた。また、災害の被害による個人的な要因に加えて、震災後の職場環境がその後の精神症状などに影響することも明らかとなった。

また、復興期に役立つ心理支援プログラム SPR を実際に被災地で実施したところ、現時点までに介入を終了した事例では有害事象は認められず、また、症状は全例で改善していることが明らかとなっている。今後も介入を継続して、最終的にわが国における実施可能性を明らかにする。さらに、SPR の普及に向けて、実際の現場での実施についてのデモンストレーションを含んだDVD を作成した。これを用いることで、SPR による研修の効果が高まることが期待される。

一般市民向けの認知行動アプローチを目的としたプログラムでは、研修会は一般市民に受け入れられる内容であり、特に自己効力感の向上につながるものがあきらかとなった。精神的な不健康や精神疾患の予防のためには、一般市民に受け入れられやすく効果的なプログラムを普及させていくことが重要であり、本研究の結果はこれを明らかにすることができた。

F．健康危険情報

特になし

G . 研究発表

< 論文 >

内田知宏, 松本和紀, 高橋葉子, 越道理恵,
佐久間篤, 桂雅宏, 佐藤博俊, 上田一気, 松
岡洋夫 . 災害後の精神疾患予防の取り組み .
精神神経学雑誌 116 巻 3 号, 203-208, 2014

< 発表 >

高橋葉子、大澤智子、上田一気、加藤寛、
松本和紀 . 災害復興期の心理支援法である
Skills for Psychological Recovery(SPR)の
普及を通じた支援者支援 .第 13 回トラウマ
ティック・ストレス学会 . 福島 . 2014.5

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 . 福島 . 2014.5

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 . 福島 . 2014.5

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 . 神戸 . 2014.12

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. Tokyo.2014.11

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. Tokyo.2014.11

H . 知的財産権の出願・登録状況
(予定を含む。)
特になし

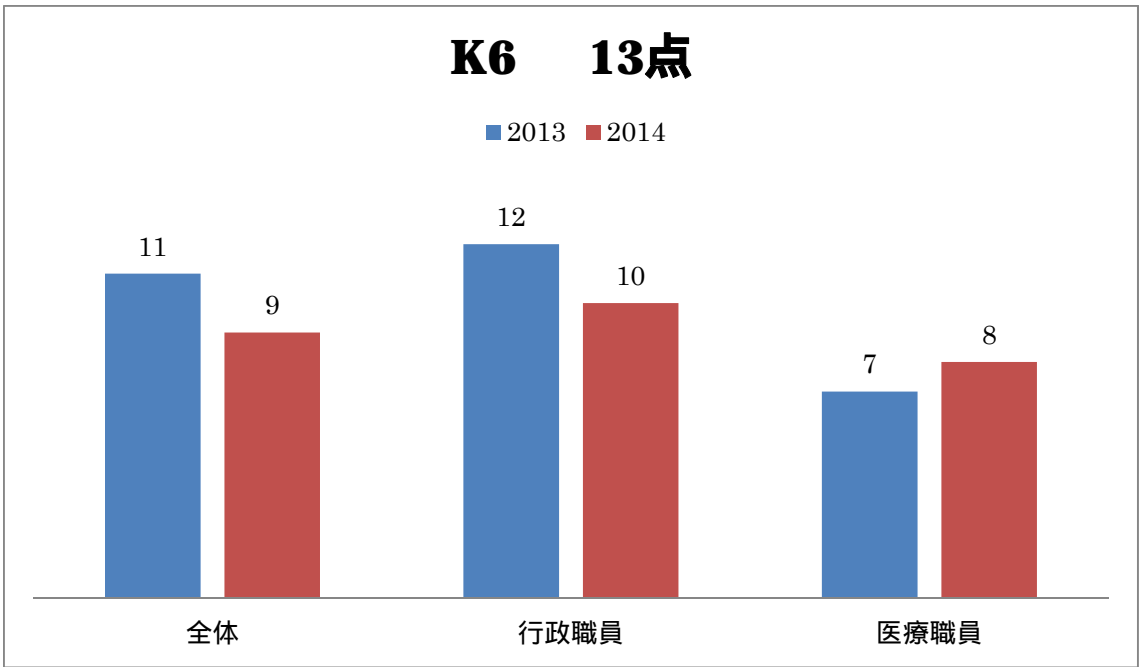


図1 K6 (全般性精神健康) の総得点が13点以上の職員の割合

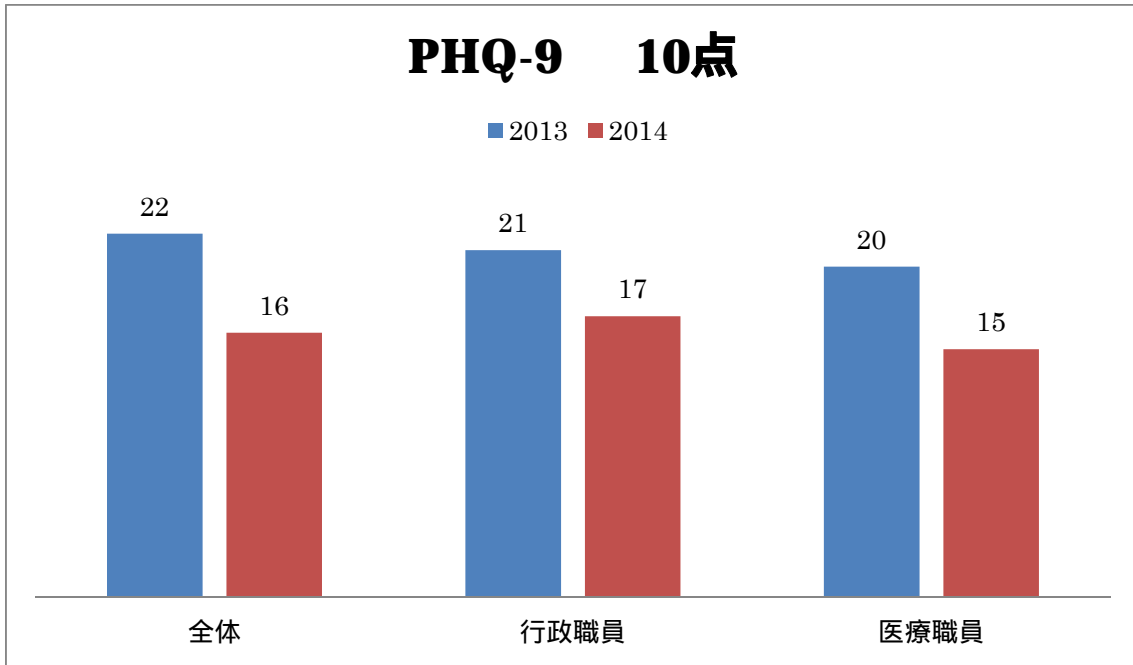


図2 PHQ-9 (抑うつ症状) の総得点が10点以上の職員の割合

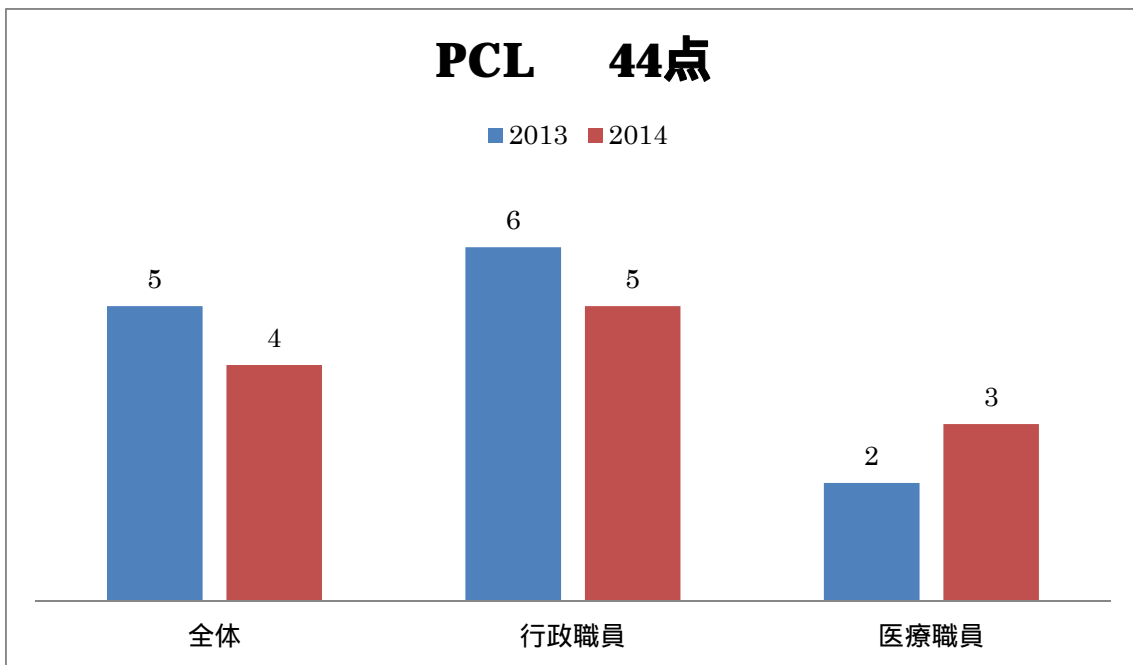


図3 PCL (PTSD 症状) の総得点が44点以上の職員の割合

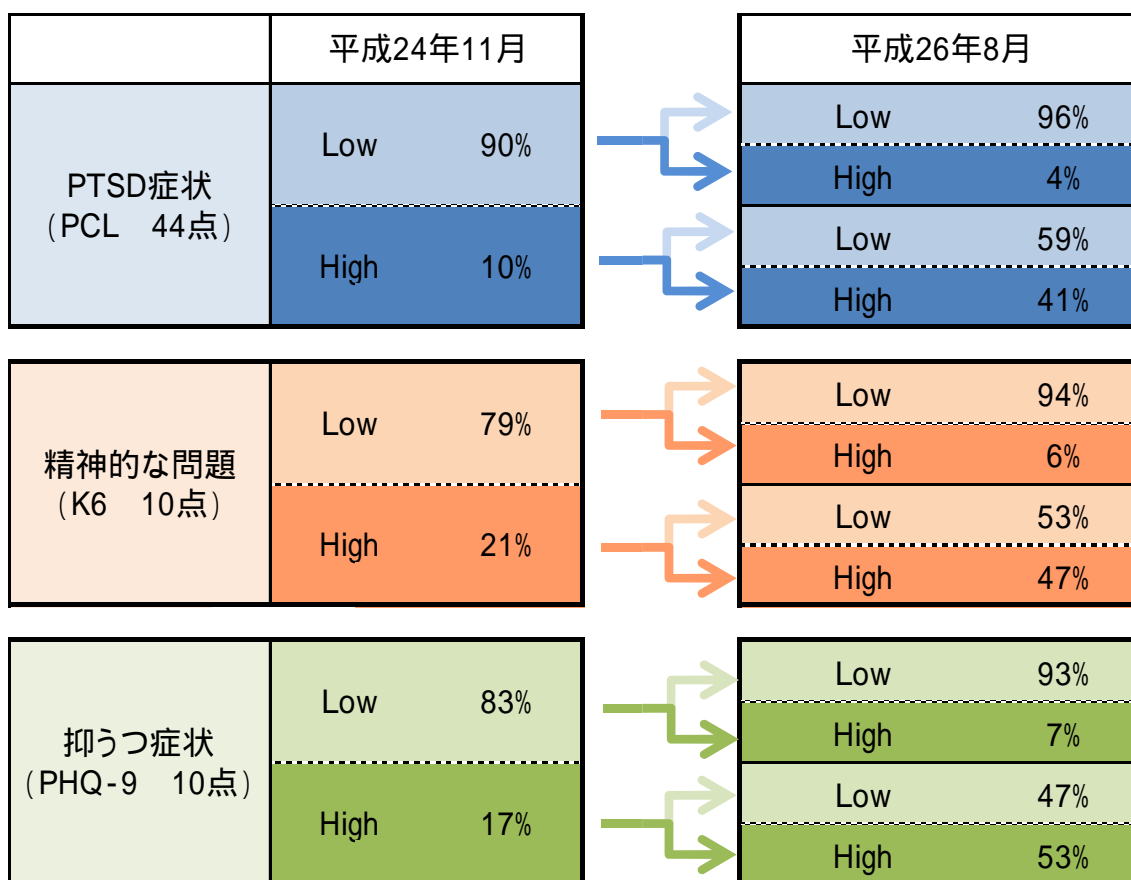


図4．B自治体職員の各症状のハイリスク者の入れ替わり

表1．社会福祉協議会職員データ基礎統計

		20ヶ月後 (2012年11月～2013年1月)		32ヶ月後 (2013年11月～2014年1月)	
対象者数		1008名		870名	
回答者数		822名		779名	
回答率		81.5%		89.5%	
年齢	平均	46.8±10.7歳		47.6±10.4歳	
性別	男性	219名	27.1%	204名	26.4%
	女性	590名	72.9%	569名	73.6%
職種	生活支援相談員	191名	24.2%	174名	24.6%
	事務職	213名	27.0%	150名	21.2%
	介護職	271名	34.4%	326名	46.1%
	その他	113名	14.3%	57名	8.1%

表2. 第1回調査(約20か月後)におけるK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に関連する要因

	K6 13点以上				PHQ-9 10点以上				PCL 44点以上			
	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P
年齢					-0.01	.01	.99	.29				
性別(女性)												
生活支援相談員												
事務職												
介護職					-0.27	.29	.77	.36				
独居世帯												
震災前からメンタルヘルスの治療歴がある	1.30	0.39	3.67	0.00	1.83	0.37	6.24	0.00	1.19	0.49	3.29	0.01
家計の収入が減った	0.57	0.32	1.77	0.08	0.61	0.27	1.84	0.02	0.49	0.42	1.63	0.25
自宅が全壊・大規模半壊	0.12	0.31	1.12	0.71	0.32	0.27	1.37	0.23	0.62	0.39	1.86	0.11
震災により家族に死者行方不明者がいる	0.89	0.43	2.43	0.04	0.50	0.39	1.65	0.21	0.87	0.52	2.38	0.09
震災で命の危険を感じた	0.52	0.38	1.69	0.17	0.62	0.33	1.86	0.06	0.88	0.56	2.41	0.12
職場の人間関係に苦労している	1.52	0.34	4.58	0.00	1.34	0.28	3.83	0.00				
休養がとれていない	0.39	0.31	1.47	0.21	0.78	0.27	2.17	0.00	1.32	0.44	3.76	0.00
住民からの非難で辛い思いをした	0.80	0.30	2.23	0.01	0.11	0.26	1.11	0.68	0.79	0.39	2.21	0.04

表3. 第2回調査(約32か月後)におけるK6、PHQ-9、PCLハイリスク者に関連する要因

	K6 13点以上				PHQ-9 10点以上				PCL 44点以上			
	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P	β	SE	OR	P
年齢					-0.03	0.01	0.97	0.01				
性別(女性)												
生活支援相談員					0.26	0.29	1.3	0.36				
事務職員												
介護職員												
独居世帯	0.87	0.5	2.4	0.08	0.91	0.45	2.49	0.04				
震災前からメンタルヘルスの治療歴がある	0.86	0.48	2.35	0.08	1.2	0.42	3.33	0.00	1.00	0.6	2.71	0.10
自宅が全壊・大規模半壊									1.11	0.45	3.02	0.01
近所の人たちと信頼しあうことができていない	0.78	0.31	2.18	0.01	0.44	0.26	1.55	0.10	0.79	0.45	2.20	0.08
震災により家族に死者行方不明者がいる									0.69	0.53	2.00	0.19
震災で命の危険を感じた									1.24	0.77	3.46	0.11
震災当時の自分の言動を責める気持ちがある	0.8	0.31	2.23	0.01	0.24	0.28	1.27	0.38	1.47	0.52	4.37	0.00
職場でのコミュニケーションがとれていない	1.56	0.53	4.75	0.00	1.08	0.52	2.94	0.04	1.86	0.64	6.42	0.00
休養がとれていない	0.67	0.37	1.95	0.07	0.94	0.32	2.57	0.00	0.37	0.51	1.44	0.47
見通しの立たない仕事が多いと感じる	1.19	0.36	3.28	0.00	1.34	0.31	3.81	0.00	0.62	0.51	1.86	0.22
住民からの非難で辛い思いをした	-0.18	0.35	0.84	0.61	0.16	0.29	1.18	0.57	-0.07	0.47	0.94	0.89

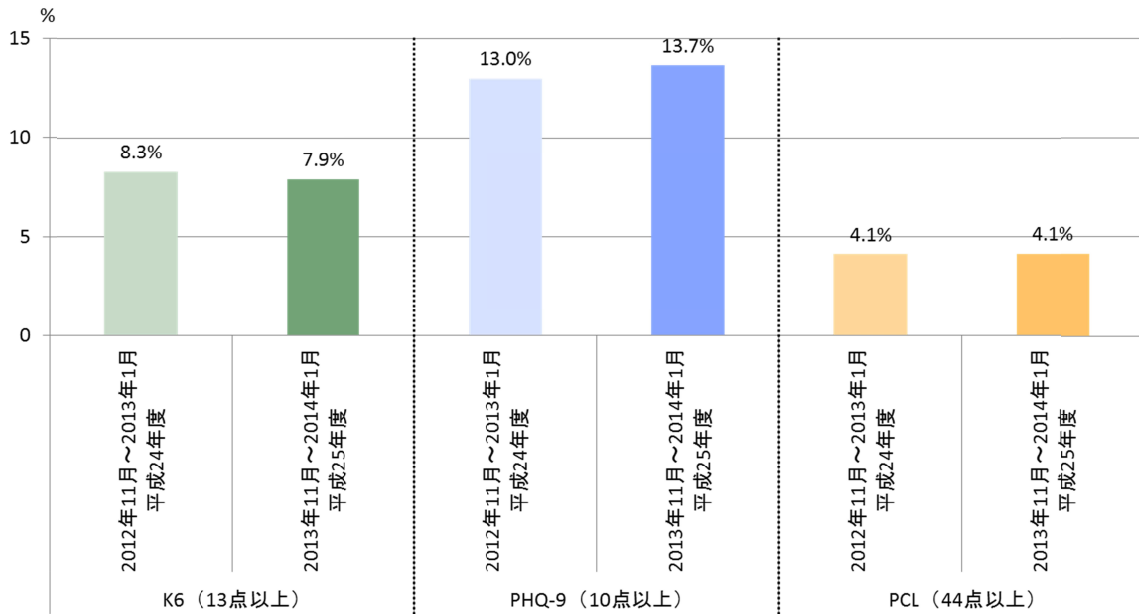


図5. K6、PHQ-9、PCLのハイリスク者の割合の推移

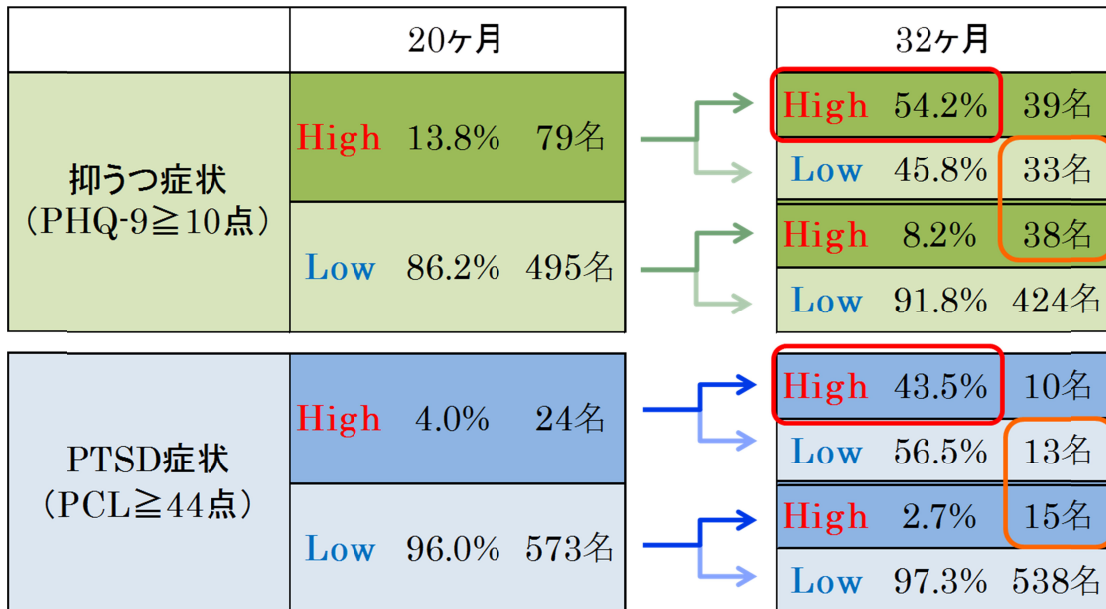


図6. PHQ-9、PCLのハイリスク者の入れ替わり

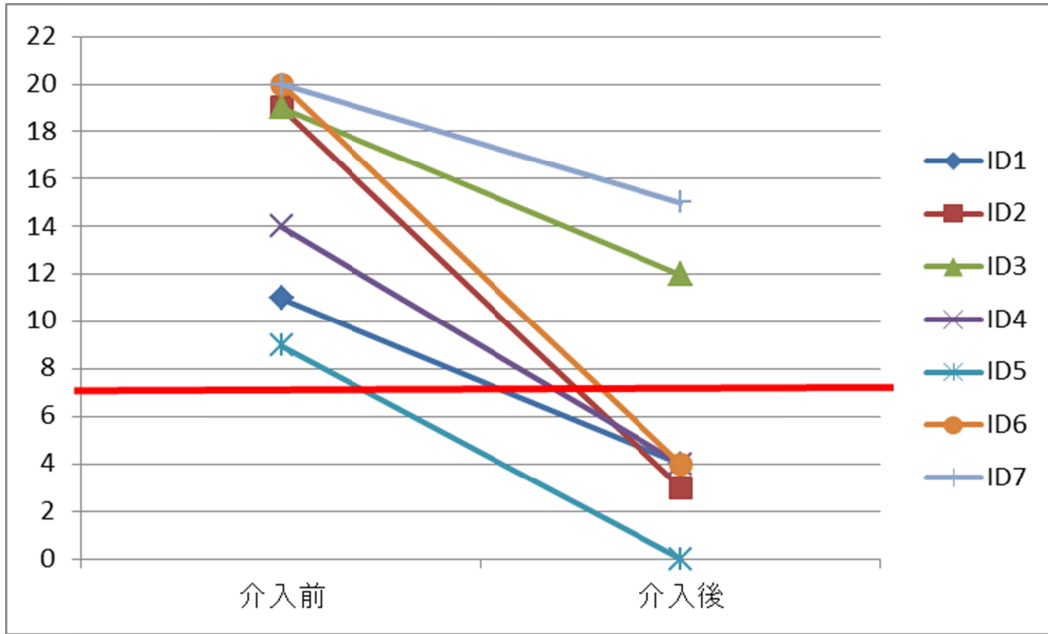


図7 . SPR介入前後のGHQ-30得点の変化 (N=7) * プレ介入者も含む

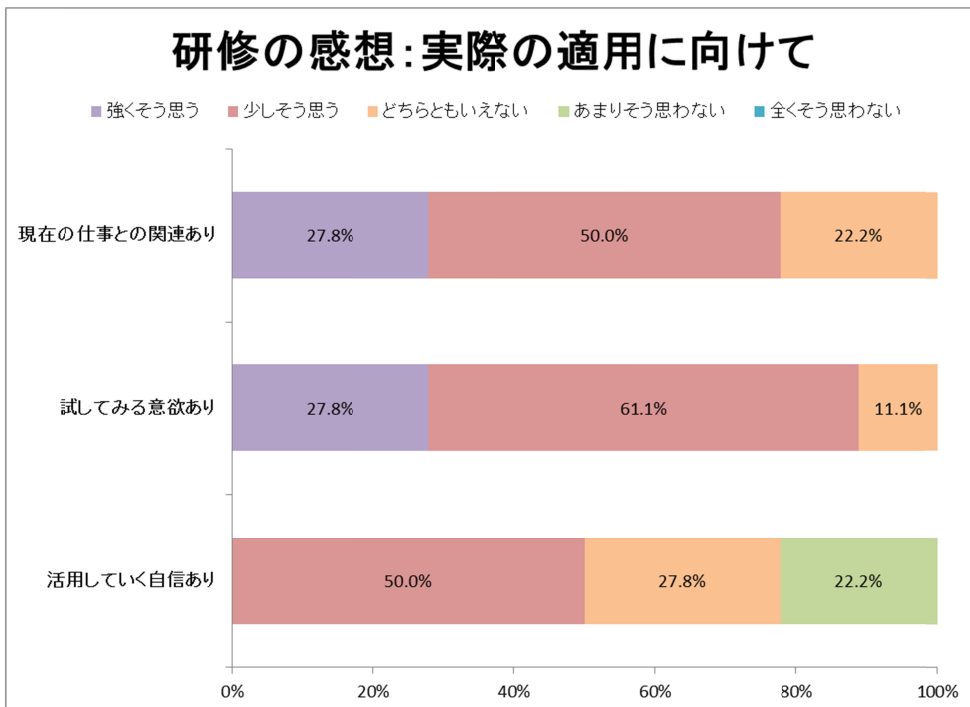


図8 . H26年度 SPR 基本研修後の感想

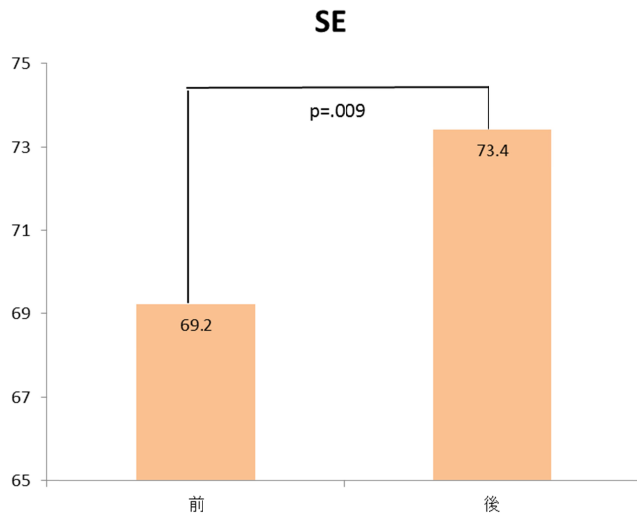


図 9. 研修前後での特性的自己効力感の変化

質問 5件法 0(あてはまらない)から4(あてはまる)	研修前	研修後	Z	P
1) 自分の考え方のクセを知っている。	2.12	2.95	-3.43	0.00
2) どのように考えようかつや不安な気分が強くなるのか分かっている。	2.46	2.92	-2.08	0.04
3) 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。	1.98	2.51	-2.95	0.00
4) なるべく他の人の考えを聞き、考え方のレパートリーを増やそうとしている。	2.81	2.95	-0.87	0.38
5) 問題を解決しようとする時には、達成したい具体的な目標を立てるようにしている。	2.43	2.59	-0.36	0.72
6) 問題を解決しようとする時には、もうそれ以上のアイデアを思いつけなくなるまで、できるだけ多くの選択肢を考える。	2.07	2.11	-0.74	0.46
7) 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。	1.88	2.26	-2.05	0.04

図 10. 研修前後での研修の理解についての質問の得点の変化

トラウマ後の PTSD と抑うつとの関連：epigenetic な視点から

研究分担者 金吉晴 1)

1) 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

研究要旨

トラウマ後の PTSD 症状とうつ病症状との関連は、記述症候論、既存の疾患概念だけに依拠して論じるべきではなく、発症に関連するバイオマーカーとしての遺伝子多型、発現に関する知見と、小児期の虐待等のトラウマ体験が成人後にもたらす影響を考慮して論じられるべきである。小児期のトラウマ体験に関連した epigenetic な脆弱性の観点からは、PTSD とうつ病の近縁性は強く示唆される。脆弱性を規定する遺伝子要因の一部は精神療法への良好な治療反応性と関係することも示されており、回復過程における epigenetic な要因の役割の更なる解明が求められる。

はじめに

分担研究者は PTSD とうつ病の関連を検討してきたが、平成 24 年度報告においては

1. 病因が共通しており、不安、気分障害に対する共通の原因的出来事、発症促進的要因が存在する。
2. 病理・症状の一部が共通している。
3. 自殺などの共通の不利な転帰に対して共通の経路を有する。

という臨床的視点から両者の近接性を論じ、平成 25 年においては PTSD に対する持続エクスポージャー療法への治療反応性の立場からその両者の関係を論じた。しかしこれはいずれも臨床症状相互の関連を基盤としているという限界があった。この限界を克服するためのバイオマーカー研究はトラウマ領域だけではなく、1980 年代の DSM Ⅲ-R 以降、すべての精神疾患領域にわ

たって加速されてきた。なかでも epigenetic 研究は加速度的に進展しており、特に小児期のトラウマ体験のもたらすトラウマ性疾患の病態理解にも大きな役割を果たしつつある。トラウマ後の PTSD の有病率はイベントによっても異なるが、慢性化する者は概ね 8-10%とされる。かつては異常な体験に対する正常な反応と言われたこともあったが、近年の研究からは、同様のトラウマ体験に暴露をしてもその反応性には個体差があることが見出されている。この知見によって、ストレス脆弱性に関する epigenetic 的立場からの研究が推進されてきた。この立場から PTSD とうつ病の関係を考察したい。

リスク

虐待などの逆境に曝された子どもたちは PTSD、うつ病などの疾患の発症リスクを

高めるだけでなく、PTSD を引き起こすようなトラウマ的出来事に暴露されるリスクをも高めるとされる。幼児期の逆境体験と成人後の精神疾患との間には用量比例関係があり、うつ病リスク、自殺リスクが増大する。

精神疾患のもたらす個人的、社会的、経済的な負担の大きさを考えると、こうした幼少期のトラウマ体験が成人後の精神的脆弱性を持続的に規定する可能性は極めて重要であり、今後のさらなる研究を要する課題と言って良い。この立場からは特定の疾患と言うよりはストレス関連性の一連の精神疾患についての脆弱性が議論の主題となるが、他方でトラウマ体験は記憶に関する恐怖条件付けによってトラウマ記憶の侵入性想起をもたらす。それが疾患として事例化したものが PTSD であるが、PTSD の発症に関する防御因子は社会的サポート、生活ストレスであることが指摘されており、この立場からはトラウマ後の被害者への社会支援の重要性が指摘されている。この点を上記の遺伝的脆弱性の観点から再検討すると、生体内部におけるストレスからの保護システムとしての cortisol 系が十分に機能していないということも、同様にその後の PTSD 等へのリスクを高める要因となろう。すなわち外部的保護と並んで、内部的な保護機能の強弱が論じられなくてはならない。

一般論として、トラウマ体験に対する epigenetic な反応はトラウマ後の精神症状の発症と慢性化、また快復力に関連する重要な生物学的要因として注目されている。中でも cortisol によるストレス応答系に関連する DNA methylation は環境要因との

相互作用において変容することが知られており、トラウマ体験に続発する PTSD、うつ病、不安症などへの脆弱性を高めるとされる。

現在 PTSD との関連が検討されている遺伝子の代表的なものとしては、FKBP5、SLC6A4 (5-HTTLPR) 、SLC6A3 (DAT1) 、DRD2 、COMT、ADCYAP1/ ADCYAP1R1 などがあるが、これらの遺伝子は PTSD のみならずうつ病との関連も検討されており、遺伝子発現に関連したストレス脆弱性の立場からも PTSD とうつ病との近縁性が示唆される。

発達の視点

幼少期の虐待等によって、神経系、神経内分泌系回路の感受性が持続的に亢進し、HPA 系を介して、ストレス耐性、認知機能にも影響を与えるとされる。脳は出生から成人期にかけて次第に複雑さを増し、体験された情報を記録する器官である。通常はこうしたプロセスは環境への適応の方向に働くが、逆境にあるばあいには、適応できない不安、葛藤、あるいは恐怖感が記録され、またストレスに対応するための神経内分泌の制御系の混乱が痕跡として残り、遷延する。

Rodent や primates の研究からは、出生後早期の母親のストレス、母親からの分離、食料獲得の困難、母親からの育児の低下があると、脳の構造的、機能的な変化が生じ、神経内分泌、自律神経系の制御、覚醒などに関連した脳機能部位の連絡が不良となる。その結果、ストレスに対する自律神経系、ないし行動上の反応が生涯にわたって増大するとされる。その結果、ストレスに対し

て身体的にも精神的にも脆弱な個体が形成される。National Comorbid Survey のデータを用いた Green らによれば、児童期の逆境の累積は、成人後のうつ病、不安、行動の破綻の全てを増加させていた。Raabe らによれば、このような精神的脆弱性の帰結として代表的なものはうつ病と PTSD であった。

こうした遺伝子多型は、特に小児期における環境要因との関連においてうつ病などの精神疾患の発症リスクを増やすことが見出されており、Peyrot らは感情的なネグレクト、心理的虐待、身体的虐待、性的虐待のいずれかがあると、成人後のうつ病リスクに対する遺伝子多型の影響が増大することを見出した。

・ 治療反応性

PTSD の epigenetic な脆弱性を考える上で重要なことは、FKBP5 のような累積的トラウマによる PTSD 発現と係わることが推測されている遺伝子は、他方で持続エクスポージャー療法のような治療への反応性の増大とも関連しているということである。発症に係わる要因としての遺伝子多型に関してはうつ病と PTSD との類縁性が指摘されてきたが、回復過程においてもこうした類縁性が認められるか否かは今後の課題である。ただし Trcikett らはうつ病の患者でも小児期の虐待経験のある場合は薬物療法よりは精神療法に反応することを報告しており、この場合の遺伝子多型の関与は不明であるが、PTSD に限らずトラウマ歴の有無が治療反応性に影響を与え得るという視点からさらなる研究が期待される。

発症に係わる遺伝子要因の解析は、現在、

国際的なコンソーシアムを形成し、数千人単位でのゲノムワイドな解析が進行している。他方で治療反応性などの経過と関連した研究については、比較的少数のサンプルに対する治療の経過を見ながらの研究に利点があると考えられる。特に PTSD の治療としては薬物療法よりは持続エクスポージャー療法の方が遙かに高いエビデンスを出していることを考えると、こうした認知行動療法に関して均質な治療を提供することは基本的には困難であり、国際共同研究のスキーマにはなじまない。また遺伝子多型がもたらす変化は HPA 系のストレス反応の制御だけではなく、皮質における認知機能にも係わることが示唆されており、こうした点を子細に検討する上でも少数例の研究にはメリットがあると考えられる。

・ 結論

PTSD とうつ病との症状論的関連の検討は、記述症候論ないし併存疾患研究からも示唆されているが、epigenetic 研究においては非常に強く示唆されている。その際、狭義の PTSD モデルよりは、広義のトラウマ的ストレス反応としてのうつ病の表現系に注目し、遺伝子多型と小児期の虐待等のトラウマ歴を考慮することによって、トラウマとうつ病の関係を包括的に検討し、狭義の PTSD の epigenetic な位置づけにおけるうつ病との関連を探求する必要がある。

・ 参考文献

Blanc J, Bui E, Mouchenik Y, Derivois D, Birmes P. Prevalence of post-traumatic stress disorder and depression in two

- groups of children one year after the January 2010 earthquake in Haiti. *J Affect Disord*. 2014 Oct 13;172C:121–6.
- Caramanica K, Brackbill RM, Liao T, Stellman SD. Comorbidity of 9/11-Related PTSD and Depression in the World Trade Center Health Registry 10-11 Years Postdisaster. *J Trauma Stress*. 2014 Dec;27(6):680–8.
- Dresler M, Spoormaker VI, Beitinger P, Czisch M, Kimura M, Steiger A, et al. Neuroscience-driven discovery and development of sleep therapeutics. *Pharmacol Ther*. 2014 Mar;141(3):300–34.
- Klengel T, Pape J, Binder EB, Mehta D. The role of DNA methylation in stress-related psychiatric disorders. *Neuropharmacology*. 2014 May;80:115–32.
- Peyrot WJ, Milaneschi Y, Abdellaoui A, Sullivan PF, Hottenga JJ, Boomsma DI, et al. Effect of polygenic risk scores on depression in childhood trauma. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2014 Aug;205(2):113–9.
- Raabe FJ, Spengler D. Epigenetic Risk Factors in PTSD and Depression. *Front Psychiatry*. 2013;4:80.
- Richardson JD, Contractor AA, Armour C, St Cyr K, Elhai JD, Sareen J. Predictors of long-term treatment outcome in combat and peacekeeping veterans with military-related PTSD. *J Clin Psychiatry*. 2014 Nov;75(11):e1299–305.
- Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology: A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *Am J Psychiatry*. 2013 Oct;170(10):1114–33.
- Trickett PK, Noll JG, Susman EJ, Shenk CE, Putnam FW. Attenuation of cortisol across development for victims of sexual abuse. *Dev Psychopathol*. 2010;22(1):165–75.
- Usami M, Iwadare Y, Watanabe K, Kodaira M, Ushijima H, Tanaka T, et al. Decrease in the traumatic symptoms observed in child survivors within three years of the 2011 Japan earthquake and tsunami. *PloS One*. 2014;9(10):e110898.
- Zannas AS, Binder EB. Gene-environment interactions at the FKBP5 locus: sensitive periods, mechanisms and pleiotropism. *Genes Brain Behav*. 2014 Jan;13(1):25–37.

厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）
分担研究報告書

軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発

分担研究者：大野裕

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

研究趣旨：本研究の目的は、作成した災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法を開発して被災地に適応することである。本研究班では、これまでに宮城県女川町での実践をもとに、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや教育資材を作成した。最終年度では、この簡易型認知行動療法教育プログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楢葉町の協力を得てプログラムを展開した。

研究協力者

田島美幸 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

佐藤由理 女川町保健センター健康福祉課健康対策係

玉根幸恵 福島県楢葉町住民福祉課

多田芳江 公益社団法人福島県看護協会

松本和紀 東北大学医学系研究科 予防精神医学寄附講座

上田一気 東北大学医学系研究科 精神神経学分野

A．研究目的

本研究の目的は、被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや教育資材等を作成し、地域支援者への教育を行うことで、その普及を図ることである。本年度は、宮城県女川町での傾聴ボランティア育成を継続するとともに、簡易型認知行動療法教育プログラムの導入を検討する地域を募り、地域の実情に応じたプログラム展開ができるように支援を行った。

B．研究方法

【宮城県女川町での簡易型認知行動療法～傾聴ボランティアの養成研修～】

われわれは、平成23年7月より宮城県女川町で、地域保健を基盤にしたこころのケア体制の整備や、その活動を支える医療保健福祉関連の支援者に対する認知行動療法研修の提供や傾聴ボランティアの育成にあたってきた。今年度は、平成24年春に新設された災害復興公営住宅「女川町運動公園住宅」で聴き上手ボランティアを育成すべく、女川町保健センター健康福祉課の担当保健師等との検討を重ねて研修プログラムを作成した。

また、これまでは外部者(分担研究者ら)が研修講師を担当していたが、女川町の保健スタッフ自身が同プログラムを地域で展開できるようになることを目指して、スタッフ向けの認知行動療法勉強会を企画した。

**【福島県楡葉町での簡易型認知行動療法プログラムの展開
～支援員の育成研修～】**

福島県楡葉町は、東日本大震災直後から東京電力福島第一原発事故の影響で全町避難を実施しており、長引く被災生活や生活環境の変化等の影響で、ストレスや不安を感じながら生活する町民が増えている。また、楡葉町では2015年4月以降の帰町を目指して、現在、準備を進めている。このような実情を踏まえて、福島県楡葉町住民福祉課の保健師等から、帰町後の町民のこころの健康をサポートする支援員の育成に簡易版認知行動療法プログラムを導入したいという依頼を受けた。そこで、心身の健康を維持しながら町民が生活できること、また、町民の誰もが心と体の健康づくりを支援する担い手になることを目的に、「支援者のための心の健康サポート研修会」を企画することにした。

【東北大学・みやぎ心のケアセンターとの協働】

昨年度に引き続き、東北大学、みやぎ心のケアセンターと共催して宮城県内の被災地住民を対象に「こころのエクササイズ研修」を共催した。

C. 研究結果

宮城県女川町では、聴き上手研修会を計5回（うち2回は今後実施予定）、保健スタッフ向けの認知行動療法研修会を計4回（うち2回は今後実施予定）行った。また、福島県楡葉町では、支援者のための心の健康サポート研修会を計4回（うち1回は今後実施予定）実施した。その他、東北大学、

みやぎ心のケアセンターと共催して、宮城県在住の被災地住民を対象に、こころのエクササイズ研修会を行った。各研修の実施内容は下記のとおりである。

【宮城県女川町聴き上手研修会】

回数；計5回

対象；女川町運動公園住宅在住の町民、その他地区に在住する町民

各回の内容；

【第1回】

研修名；女川町こころのケア「第1回聴き上手研修会」

日時；2014年7月2日 10:00-12:00

場所；運動公園住宅

講師；大野裕、田島美幸（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

参加者；36名（20代1人、30代1人、40代2人、50代0人、60代8人、70代以上24人）、男8人、女28人

実施内容；聴き上手研修会の目的等の説明、講話「悩みを理解する」、演習；流れ星エクササイズ、傾聴



【第2回】

研修名；女川町こころのケア「第2回聴き上手研修会」

日時；2014年9月10日 10:00-12:00

場所；運動公園住宅

講師；大野裕、田島美幸（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

参加者：21名（20代1人、30代1人、40代1人、50代1人、60代5人、70代以上12人）男11人、女10人、

内容：聴き上手研修会の目的等の説明、
講話「地域のきずなとこころの健康」、
演習；第一印象チェック、傾聴



【第3回】

研修名；女川町こころのケア「第3回聴き上手研修会」

日時；2014年11月5日10:00-12:00

場所；運動公園住宅

講師；大野裕、田島美幸（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

参加者；21名（20代1人、30代1人、40代3人、50代1人、60代3人、70代以上12人）、男6人、女15人

内容；講話「うつって何？聴き上手って何？」、演習「相手の悩みを上手に聴くために」

また、今後以下に以下の2つの研修を予定している。

【第4回】2015年1月14日

【第5回】2015年3月4日

【宮城県女川町 保健スタッフ向け認知行動療法勉強会】

日時；2014年9月10日、11月5日（2015年1月14日、3月4日は予定）13:30 - 15:00

場所；女川町保健センター

講師；大野裕（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

参加者；女川町保健センターの保健師、精神保健福祉士、栄養士等

内容；町民に対して保健スタッフが簡易型認知行動療法教育プログラムを行えるようになることを目的に、認知行動療法に関する勉強の場を提供した。まずは、スタッフの認知行動療法に対する理解を深めるために、勉強会を開催した。講義だけでなく演習を交えるように工夫し、各自が抱える日頃の悩みやストレスを感じた状況を取り上げて、その問題や悩みに対して認知行動療法の技法をどのように活用することができるかについて学び合った。

【福島県楢葉町での簡易型認知行動療法プログラムの展開】

回数；計4回

対象；

身近な人を支えたいと思う方、民政児童委員、食生活改善委員、生き生き健康大学修了者、各種サークルリーダー、健康づくり事業修了者、社会福祉協議会職員、町村保健師、看護師、こころのケアセンター職員等

各回の内容；

【第1回】

研修名；「いつの間にか相手を元気にする聴き方～心の健康サポート研修会」

日時；2014年6月4日13:30-16:00

場所；楢葉町サポートセンター「空の家」

講師；大野裕（国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター）

内容；宮城県女川町での被災地支援の紹介、うつ病に関する心理教育（症状や身近な人

の接し方等) 認知行動療法の概要など
参加者数 ; 77 名

【第 2 回】

研修名 ; 「いつの間にか相手を元気にする聴き方～心の健康サポート研修会」
日時 ; 2014 年 8 月 6 日 13:30-16:00
場所 ; みんぷく研修室
講師 ; 田島美幸 (国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)
内容 ; 支援を行う上でのコミュニケーションスキルトレーニング (講義・演習)
参加者数 ; 45 名

【第 3 回】

研修名 ; 「いつの間にか相手を元気にする聴き方～心の健康サポート研修会」
日時 ; 2014 年 10 月 22 日 13:00-15:00,
15:15-16:30
場所 ; 楡葉町サポートセンター「空の家」
講師 ; 大野裕 (国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター)
内容 ; 認知行動療法のスキル演習 (認知再構成法等) 事例検討
参加者数 ; 38 名

【東北大学・みやぎ心のケアセンターとの協働】

昨年度に引き続き、東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らが中心となって、宮城県内の被災地住民を対象に、「こころのエクササイズ研修」が実施され、当分担研究者らも共催に加わった。本年度は仙台市、石巻市の市民を対象に研修を行った。本研修は一次予防の観点から認知行動療法の基本的な考えやスキルを伝え、日常生活の中

でのストレスケアについて学んでもらうことを目的とした研修であり、1 回 90 分×6 回で構成された。

「第 4 回こころのエクササイズ研修」は仙台市の市民を対象として 2014 年 2 月～3 月に実施し、平均参加人数は 14.8 名 (range 13-16 名) であった。「第 5 回こころのエクササイズ研修」は石巻市の市民を対象として 2014 年 5 月～6 月に実施し、平均参加人数は 32.8 名 (range 29-41 名) であった。

D. 考察

本年度は本研究班の最終年度であるため、これまで継続してきた活動に加えて、新たな地域に簡易型認知行動療法教育プログラムを導入した。

宮城県女川町では、平成 24 年春に新設された災害復興公営住宅「女川町運動公園住宅」内の集会室で研修を実施した。例年の研修時と比較して、今年は男性の高齢者の参加が多いという特徴があった。年齢層の高い参加者が多いため、例年の演習内容だと課題が難しすぎてしまう参加者もいて、参加者の反応をみながら内容を改訂する作業を行った。

また、二人組になって行う傾聴の演習時には、参加者同士の会話が止らない場面も見うけられた。公営住宅に移住して 3 ヶ月程度が経過しても、住宅内の住民同士の交流が少なく、身近な人とコミュニケーションを図る場を求めて本研修に参加した人が多いことが推測された。そのため、聴き上手ボランティアが 2014 年 8 月 5 日に同地区で「お茶っこ飲み会」を開催し、住民同士の相互交流の促進を図った。研修修了者が聴き上手ボランティアとして地域で活動

することが定着化しており、どの地区でボランティア活動を展開する必要があるのかというニーズの把握から、お茶っこ飲み会の企画運営までを、地域の保健師と協力をしながら実施するようになってきている。このように、ボランティアの主体的な活動が地域に根付いたことは、この3年間の大きな成果であるといえる。

一方、新たに簡易型認知行動療法を活用した支援者育成プログラムを導入した福島県楢葉町では、いわき市の仮設住宅内の集会場等に支援者を集めて研修を実施した。来年度には楢葉町への帰町が始まる可能性があるため、帰町後のメンタルヘルスサービスの提供を踏まえて、今年度に支援員の育成を図ることにした。社会福祉協議会職員、町村保健師、看護師、こころのケアセンター職員等の専門職に限定せずに、身近な人を支えたいと思う方、民政児童委員、食生活改善委員、生き生き健康大学修了者、各種サークルリーダー、健康づくり事業修了者等にも対象を拡げ、町民の誰もが心と体の健康づくりに関して知識を持ち、身近な人々を支え合う担い手になることを目指した。研修後のアンケートでは、「震災で壊れたコミュニティには、お茶っこの会のようなサロン活動が必要と思う。近からず遠からず、付かず離れず、傍に寄り添うことが大事だと思いました。」「仮設連絡員業務を継続して行って行く上で参考になりました。」等の感想が寄せられた。

被災地では震災後3年半が経過し、これまで居住してきた仮設住宅を離れて災害復興公営住宅へ移ったり、新たな土地で居を構えるなど、これまで培ってきた仮設住宅でのコミュニティを失い、新たなコミュニ

ティを再編する必要に迫られる時期に移行している。このような過渡期にあって、支援にあたる専門職自身も、今後、自分たちの町でどのような支援活動を行えばよいかを模索している状態にある。

本研究班では、3年をかけて簡易型認知行動療法という手法を用いて地域の支援員やボランティア、町民向け研修を行ってきた。これらの研修の企画・運営実施を通して、認知行動療法のスキルを学び日頃のストレス対処や身近な人との付き合い方に活かしてもらうだけでなく、地域の保健スタッフと町民たちが、自分の地域のメンタルヘルス活動をどのように進めたいのかを共に考える機会になったといえる。

E. 結論

本研究班では、これまでに宮城県女川町での実践をもとに被災地での亜症候性の抑うつ症状に対する支援者向けマニュアルや教育資料を作成した。最終年度では、この簡易型認知行動療法教育プログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楢葉町の協力を得てプログラムを展開した。

F. 研究発表

1. 論文発表

・秋山剛、萱間真美、大野裕、川上憲人. 福島プロジェクト 放射線ストレスへの心理支援 . 学術の動向.1(19). p75-78. 2014.

2. 学会発表

・大野裕、大塚耕太郎、佐藤由理、岩淵恵子、女川町聴き上手ボランティア. 岩手県こころのケアセンター・朝日新聞厚生文化事業団主催「うつ病の予防

と早期発見」～深い喪失への支援を被災地に学ぶ～. 2014.5.25. 岩手県

・大野裕、佐久間啓、佐藤由理、女川町聴き上手ボランティア. 朝日新聞厚生文化事業団主催「うつ病の予防と早期発見」～深い喪失への支援を被災地に学ぶ～. 2014.10.19. 東京都

G . 知的所有権の取得状況

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3.その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

雑誌

発表者氏名	論文タイトル名	発表誌名	巻(号)	ページ	出版年
船越俊一, 大野高志, 小高晃, 奥山純子, 本多奈美, 井上貴雄, 佐藤祐基, 宮島真貴, 富田博秋, 傳田健三, 松岡洋夫	自然災害の諸要因が高校生の心理状態に及ぼす影響の検討 東日本大震災から1年4ヵ月後の高校生実態調査	精神神経学雑誌	116(7)	541-554	2014
Tomita H, Ursano RJ	Breakout session 3 summary: psychosocial/mental health concerns and building community	Disaster Med Public Health Prep	8(4)	363-365	2014
内田知宏, 松本和紀, 高橋葉子, 越道理恵, 佐久間篤, 桂雅宏, 佐藤博俊, 上田一気, 松岡洋夫	災害後の精神疾患予防の取り組み	精神神経学雑誌	116(3)	203-208	2014