

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24年度～26年度 総合研究報告書

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 | 9 |
| 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 | 2 1 |
| 酒井明夫 | |
| 3 . 沿岸部津波被災地域の妊産婦と児童の心理社会的状況に関する実態調査 | 2 7 |
| 富田博秋 | |
| 4 . 疫学調査を現場活動に活用する方法の検討および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 | 3 3 |
| 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 | 4 1 |
| 松本和紀 | |
| 6 . トラウマとうつ病の関連について | 7 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 | 8 3 |
| 大野 裕 | |
| . 研究成果の刊行に関する一覧表 | 9 1 |
| IV. 研究成果の刊行物・別冊 | 9 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

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。

（以下、目的の 、 、 に分けて記載）

方法は、被災地の住民（特に児童）と職域（消防、自治体、医療機関、社会福祉協議会など）の支援者の精神的健康と、放射能汚染のメンタルヘルスへの影響について関係機関の協力を得て調査を行った。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（CBT）による支援法を開発・実施し、その効果を検討した。

結果と考察は、被災2年後と3年後での被災地の小中生約7000名を対象に災害後ストレス評価尺度と強さと困難さアンケートなどで評価したところ、1年間でわずかな改善傾向を認めるものの依然高い不健康状態が続き、不規則な食生活やゲームや携帯の長時間使用も看過できないものであり、教育現場との連携のもと継続的調査・介入が求められる。被災1年後での精神ストレス、抑うつ症状、PTSD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）では住民より高い値を示し、さらに3年間の追跡健康調査（2000名以上）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、従来注目されてこなかった被災地の職場環境におけるメンタルヘルスの問題に対してさらに継続的支援が求められる。被災者でありながら震災直後に過酷な救援活動を行なった者（1600名以上の消防隊員）の調査で、中長期におけるPTSD症状には個人的な被災状況以上に惨事ストレス自体がより強く影響することがわかった。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。PTSDに対する持続エクスポージャー療法によりPTSD症状と抑うつ症状の両者が改善するが、セッション毎のパス解析からはPTSD症状の改善が抑うつ症状の改善をもたらす事が見出された。

被災後の精神保健医療福祉システムに関しては、急性期の専門チームや行政主体の支援から、中長期になると徐々に地域主体の住民力向上へと繋げていくような包括的な精神保健医療福祉対策が必要で、特に、後者では自殺対策システムモデルが実効的と思われた。また、災害後の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。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全般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。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)を導入し、トレーニングDVD開発や事例検討も加えて被災地支援者約150名の研修を終えて、現在被災者への介入を行っており、GHQ得点の減少などを認めた。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た。また、亜症候性の抑うつ症状に対する早期介入として、仮設住宅や災害復興公営住宅などでの支援者(地域の保健スタッフや傾聴ボランティアを含む)向けマニュアルや教育資材等を作成し、簡易型CBT教育プログラム(「こころのエクササイズ研修」と呼び、全6回の研修で、内容はCBTの基本、活動記録、行動活性化、対人スキル向上、認知再構成法、問題解決技法などで構成される)を導入し、実際に被災者180名に実施し、自己効力感の向上を確認した。

以上、災害後の急性期から中長期までの精神疾患の発生と支援の実態を明らかにし、学校や職域での問題も明らかにした。さらに被災地におけるうつ病やPTSDなどの精神疾患の一次、二次予防に向けたSPR、簡易型CBTなどの取り組み方法を提示し有効性のある程度実証できた。また、災害後の急性期および中長期の精神保健医療の実態調査とその分析から、今後の地域保健医療福祉事業における地域特性を考慮した災害対策の計画立案、システム構築とそれに基づく支援の提供などに役立つ資料を作成した。ただし、予防的介入研究では研究最終年度になって被災地での新たな問題(自殺増加、アルコール問題、復興格差)が目立ってきており、本研究期間内では十分に調査・介入研究、効果検証を完遂できなかった。

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などを通じ、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様々な問題が続き、さらに自殺者増加などの新たな問題も発生している。今後も被災地への息の長い調査に基づく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）

福島県における東日本大震災と原発事故の精神的影響を調査し、早期介入の手掛かりを得るために、震災・原発事故後新規精神科入院患者についての調査、震災・原発事故後精神科・心療内科新規外来受診

患者についての調査、一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者についての調査、震災関連自殺の実態の分析、東日本大震災と引き続く原発事故という複合災害を体験した立場から、大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るために平時からとるべき対策をまとめ、「被災地からの提言」としてとりまとめることを行った。研究の結果は次の諸点をまとめることが出来た。すなわち、1)災害直後から精神医学的問題は起こるものであり、災害後の時期に応じて起こりうる問題が異なる。精神疾患の悪化あるいは新規発生には、時期により問題が異なることを念頭に、対応策をとることが必要である。2)精神医学的問題は一般身体科の診療施設受診者のなかにも現われる。一般身体科医師が、今回の調査研究から得られたリスク因子を念頭に診療を勧められるように啓発活動を行う必要がある。3)災害による避難生活などの長期化により、関連自殺の問題が起こりうる。今回の研究から得られた関連自殺のリスク因子と早期介入のポイントを、こころのケアに当たるスタッフが心得て活動できるように、広く啓発活動を行うことが必要である。4)大災害から災害弱者と市民を守る提言に含まれる施策を、早期に実施するように私たち自身を先頭に、国、自治体、社会が努力することが望まれる。

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。平成23年3月11日の東日本大震災により岩手県沿岸の住民はメンタルヘルスの危機が生じた。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。

加えて、各関係機関との連携により被災地のこころのケアの方向性を検討し、こころのケアチームの窓口を岩手県に一本化した。こころのケアチームの活動は2011年3月より岩手県沿岸で開始し、2012年2月より、岩手県こころのケアセンターを設置し、長期的な支援体制を構築した。その後、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)

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々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。本研究は被災者の中でも特に配慮が必要な妊産婦と児童に焦点をあて、平成24年度は周産期に被災した妊産婦の被災状況と母体の精神状態および育児に与える影響について、平成25年度、26年度は児童を対象とした調査を行った。平成24年度は東日本大震災発災時に周産期を体験した宮城県七ヶ浜町在住の母親を対象に問診票を配布し、被災状況、発災時の様子、現在の精神状態、母子の愛着などについての把握を行い、また、その中で協力の得られる対象者からは更に詳細な聞き取りを行った。周産期という特殊な時期に大災害に被災することにより、母親は生活および健康面に多様な影響を受けていること、また、妊産婦にも配慮した災害対策を進めていく必要性

が明らかになった。平成 25 年度、26 年度は、東日本大震災によ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、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態を把握し経年変化を評価した。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を対象とした。質問票には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 スコアの平均値は平成 25 年度 18.0、26 年度 17.2 点で僅かに改善した。PTSCC15 スコアは 2 回の調査とも学年とともに増加し、特に中学女児で得点が高い傾向があった。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 2 回目やや減少していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。SDQ スコアの平均値は平成 25 年度 11.8 点、26 年度 11.7 点と同程度に推移した。2 回の調査とも、学年とともに緩やかに減少する傾向がみられた。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。

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、雲仙普賢岳噴火災害、阪神・淡路大震災、新潟県中越・中越沖地震などの日本国内の大災害後に、行政組織によって行われてきた調査を概観した上で、東日本大震災で行われている調査の中で、宮城県が仮設住宅の入居者に対して行った調査について検討した。国内の大災害後では、行政組織が主体となり健康調査が行われ、精神的問題に関する項目も含まれていた。問題点として考えられた評価方法とその活用法について考察した。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。PTSD 症状の多寡および、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。

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)

東日本大震災の被災地では住民の精神的健康が心配されているが、被災地の市町自治体、医療機関、消防、社会福祉協議会などの職員は、被災地住民でありながら応急期から、復旧期、復興期の長期にわたり支

援に携わるが、こうした職員の災害後長期の精神的健康の実態や対策については不明な点が多い。そこでこうした職員の精神的健康とこれに関連する要因について縦断調査を行い、調査結果に基づいた効果的な対策を提言したいと考えた。

一方、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。

健康調査は、被災地の自治体職員、医療関係者、消防職員、沿岸部 6 市町の社会福祉協議会職員など、全体で 3,150 人に対して実施され、また、2 年間、あるいは 3 年間に及ぶ縦断追跡も行われた。被災地で働く人々は、支援者でもあるが、被災者でもあり、自宅の損壊や流出、仮設住宅への転居、近親者の死などの体験と関連して精神ストレス、抑うつ症状、PTSD 症状が高くなっていた。また、職場でのコミュニケーション、復興関連業務、休養不足などの職場の環境も精神症状と関連していた。この結果からは、災害後に働く地元の支援者に対する精神健康対策が必要であり、特に、災害後の職場環境を整えるための働きかけが重要であると考えられた。

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 151 名に実施した。研修後のアンケート調査では、支援者はプログラムへの関心は高かったが、実際に適用するためにはさらなる研修が必要と考えられた。そこで、我々は実演を含んだトレーニング DVD を開発したり、事例検討などの追加研修などを実践した。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。これらの結果から SPR はわが国の大規模災害後に実施可能な介入であることが示唆され、また、これを普及させるための研修や教材が役立つ可能性が示唆された。また、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。大規模災害後の、被災地市民の健康増進や疾病予防に向けて、認知行動的アプローチを含んだ研修プログラムが有用である可能性が示唆された。

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

災害によるトラウマ後のうつ病の有病率は PTSD と並んで高いが、うつ病から見るとトラウマは多くのライフイベントの 1 つと見なされることが多い。両者の関連は、併存率の高さ、病因としてのストレスのもたらす共通の転帰、診断学的ないし症候論的重複、自殺などの深刻な転帰への相関の一致などによって示されている。また薬物療法への治療反応性に関しても、SSRI が第一選択に挙げられるなど重なるところが大きい。今後は単なる相関ではなく、症状形成、病態生理を踏まえた関係を解明する研究が望まれる。

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。

PTSD 症状とうつ病症状への治療的取り組みの向上のために、治療回復途上におけるこれらの症状の関連を調べた。PTSD を発症した成人女性に Prolonged Exposure therapy (PE) を実施し、治療経過における PTSD 症状とうつ症状の変化の関係性を検討すること、また intimate partner violence (IPV) 群と not intimate partner violence (NIPV) 群における変化の関係性に相違があるのか検討することを目的に研究を行った。対象は PTSD を発症した女性患者 (DV 被害 : 15 名、その他の被害 : 11 名) とし、得られた 26 名のデータについて単回帰分析と PATH 解析を実施した。IPV 群と NIPV 群における‘うつ’の状態は症状だけを単独で評価したのでは把握しづらい相違が存在している可能性が示唆された。IPV 群では治療終了後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであり、PE 治療の効果的なタイミングやうつ症状に対する既存あるいは特化した治療アプローチの検討、その介入時期と介入後の効果などは今後の重要な研究課題である。

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、災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法教育プログラムを開発して、被災地に適応することである。本研究班では、平成 24 年度には被災 3 県の地域支援者が求めるニーズを把握し、簡易型認知行動療法教育プログラム案を作成した。平成 25 年度には東北大学やみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンター等と協働して同プログラムを他地域において展開する試みを実施した。最終年度は、この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本プログラムを展開した。本研究期間に、4 つのボランティア研修、6 つの市民向け研修、4 つのスタッフ向け研修を実施した他、地域でのボランティア活動が活発化するような支援を行った。その他、他地域でも同プログラムが実施できるように、簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を行った。

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

福島県における東日本大震災と原発事故の精神的影響を調査し、早期介入の手掛かりを得るために、震災・原発事故後新規精神科入院患者についての調査、震災・原発事故後精神科・心療内科新規外来受診患者についての調査、一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者についての調査、震災関連自殺の実態の分析、東日本大震災と引き続く原発事故という複合災害を体験した立場から、大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るために平時からとるべき対策をまとめ、「被災地からの提言」としてとりまとめることを行った。研究の結果は次の諸点をまとめることが出来た。すなわち、1)災害直後から精神医学的問題は起こるものであり、災害後の時期に応じて起こりうる問題が異なる。精神疾患の悪化あるいは新規発生には、時期により問題が異なることを念頭に、対応策をとることが必要である。2)精神医学的問題は一般身体科の診療施設受診者のなかにも現われる。一般身体科医師が、今回の調査研究から得られたリスク因子を念頭に診療を勧められるように啓発活動を行う必要がある。3)災害による避難生活などの長期化により、関連自殺の問題が起こりうる。今回の研究から得られた関連自殺のリスク因子と早期介入のポイントを、こころのケアに当たるスタッフが心得て活動できるように、広く啓発活動を行うことが必要である。4)大災害から災害弱者と市民を守る提言に含まれる施策を、早期に実施するように私たち自身を先頭に、国、自治体、社会が努力することが望まれる。

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 |
| 久村正樹 | 福島県立医科大学 | 会津医療センター | 精神医学講座 | 講師 |
| 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) |
| 高野佳寿子 | 福島県立医科大学 | 医学部 | 神経精神医学講座 | 博士研究員 |
| 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) |
| 志賀哲也 | 福島県立医科大学 医学部 | 神経精神医学講座 | 助教 |
| 及川友江 | 福島県立医科大学 医学部 | 神経精神医学講座 | 大学院生 |
| 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

私たち福島医大の分担研究班では、福島県における震災と原発事故の精神的影響を調査し、早期介入の手掛かりを得るために、震災・原発事故後新規精神科入院患者についての調査、震災・原発事故後精神科・心療内科新規外来受診患者についての調査、一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者についての調査、震災関連自殺の実態の分析、東日本大震災と引き続く原発事故という複合災害を体験した立場から、大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るために平時からとるべき対策をまとめ、「被災地からの提言」としてとりまとめること、を目的として研究を行った。

B 研究方法

震災直後の精神科新規入院患者動向調査

福島県精神医学会に入会している精神科病院・総合病院精神科のうち 30 施設を対象として、入院患者についての調査が行われた。平成 23 (2011) 年 3 月から 5 月までに新規に各施設に入院した患者の動向を調査し、22 (2010) 年・23 (2011) 年・24 (2012)

年について比較した。22 (2010) 年は 604 人、23 (2011) 年は 610 人、24 (2012) 年は 606 人について有効な調査結果を得ることができた。

震災直後の精神科・心療内科外来新患動向調査について

福島県立医科大学神経精神医学講座を中心に、福島県内の精神科外来新患の調査を行い、22 (2010) 年・23 (2011) 年・24 (2012) 年の動向を比較した。対象とした医療機関は、福島県精神医学会に入会している精神科病院、クリニック、総合病院精神科である。それぞれの医療機関を 23 (2011) 年 3 月から 6 月まで毎週水曜日に受診した新患者について調査した。57 施設が対象で、22 (2010) 年は 806 人、23 (2011) 年は 937 人、24 (2012) 年は 755 人から有効な調査結果を得ることができた。

一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者について

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月の新患数とその中の精神科的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。

また、26(2014)年度には25(2013)年度と同じ医師に対して25(2013)年度の調査の約半年後に、図3に示した追加調査を行った。

アンケート調査の内容

- 震災直後数か月間の受診者を診察して、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、その時感じていましたか
 感じました 感じませんでした 変化がなかった 変化があった 変化がなかった 変化があった
- 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」と思っていますか
 感じました 感じませんでした 変化がなかった 変化があった 変化がなかった 変化があった
- 震災後1年ほどの間について、「震災後、変遷が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化がある」と、その時感じていましたか
 感じました 感じませんでした 変化がなかった 変化があった 変化がなかった 変化があった
- 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震災事故との関係を感じている患者がいましたか
 はい いいえ
- 震災事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強(印象)に残っている症例はありますか

図3 26(2014)年度に追加調査に用いた調査用紙(項目と回答の形式を示す)

追加調査で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。こ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への早期介入の手掛かりを探った。

震災関連自殺の実態の分析

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、本研究では福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、23年から26年の合計61例の震災関連自殺者を同時期の福島県内の非震災関連自殺者と比較することで実態の分析を行い、それへの早期介入の手掛かりを求めようとした。自殺に関する資料は各県警察本部が管理している。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。震災関連自

殺とそうではないと判断された自殺例の間を比較検討することにより、震災関連自殺の特徴を探った。

大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るための被災地からの提言

東日本大震災と東京電力福島第一原発事故の際、不意を打たれた私たちは、精神科医療保健福祉分野でいくつかの問題事象を経験した。そこで、こうした問題事象を起さぬよう、大災害から災害弱者と市民を守るために、平常時に何を行うことが必要かに焦点をあてて被災地からの提言を作成した。提言作成には 21Plan プランナー会議の熊倉徹雄、鈴木長司、深澤国之、米倉一磨、渡辺忠義氏の御協力を頂いた。提言は、「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」としてまとめられた(図5参照)。「平常時に行わないことは、災害時にも行えない」ことは当たり前であり、災害に備えるとは「平常時から実行する」ことであると考えるので、平常時に何を行うことが必要かに焦点をあてた。

C 研究結果

震災直後の精神科新規入院患者動向調査の結果について

研究の結果、錯乱状態・躁状態・せん妄状態・精神衰弱状態が22(2010)年と比べて23(2011)年には有意に増加していたが、錯乱状態は24(2012)年には有意に減少していた。うつ状態は23(2011)年には有意に減少していたものの、24(2012)年には逆に有意に増加していた。震災直後に、入院患者については躁状態や錯乱状態・精神薄弱状態、せん妄状態が増加する傾向が認められたが、うつ状態は減少していたこ

とを図1に示す。入院患者を対象に考えたときに、錯乱状態や躁状態のような神経系の過活動を反映している病態が入院患者では1年目に増加し2年目には減少した。抑うつを中心とした病態は1年目には抑制されたが、2年目は増加に転じた。

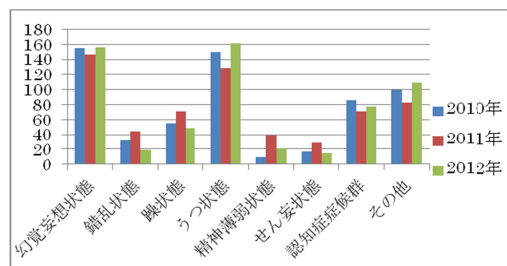


図1. 2010～2012年の福島県内の精神科入院患者の状態像について

震災直後の精神科・心療内科外来新患動向調査について

ASD (Acute Stress Disorder / 急性ストレス障害) と PTSD については、22 (2010) 年と比べて 23 (2011) 年に有意な増加が認められた。大うつ病などの気分障害は、22 (2010) 年と比べて 23 (2011) 年には有意な減少が認められた。24 (2012) 年にも、23 (2011) 年よりは緩和されていたが、22 (2010) 年よりも ASD と PTSD が多く、大うつ病などの気分障害が減少する傾向が認められた。

抑うつ・不安を主訴に初診した外来患者では急性ストレス障害や外傷後ストレス障害が増加していたこと、抑うつ的な症例の受診者数は前年とほぼ同程度であった結果を図2に示す。ここから推測される事態は、福島県の元来の受診傾向を反映している22(2010)年と比較して、23(2011)年には外傷的な記憶の再体験症状や覚醒亢進症状などの神経系が過活動を強いられる病態が頻繁に出現し、抑うつを中心とした神経系が抑制されている病態の出現が妨げられている状況である。その傾向は、24(2012)

年には 23 (2011) 年よりも平常化されているものの、持続していたと考えられる。

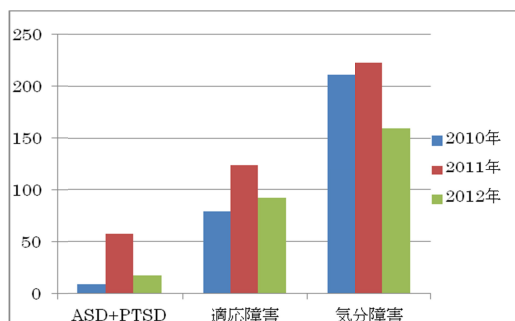


図 2 . 平成 22 (2010) ~ 24 (2012) 年の福島県内の不安・抑うつを主訴に精神科外来を初診した患者の診断について

一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者について

25 年度調査の結果、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患者数は 22(2010)年 61 人(2.7%)、23(2011)年 131 人(3.6%)、24(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 22 (2010) 年 22 人 (9 施設 1473 人中)、23 (2011) 年 51 人 (10 施設 2749 人中)、24(2012)年 42 人(9 施設 1503 人中)であり、22 (2010) 年に比して 24 (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が、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 22 (2010) 年 19 (1.3%)、23 (2011) 年 40 (1.5%)、24 (2012) 年 26 (1.7%) であり、年度による相違はなかった。

26 (2014) 年度の追加調査の結果、図 4 に示すように問 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、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%)

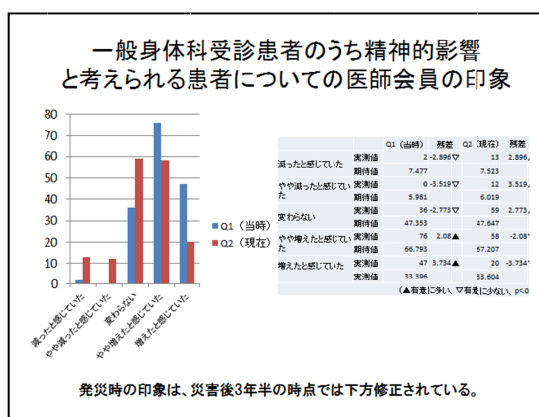


図 4 一般身体科医師の 26 年度追加調査への回答のうち問 1 , 2 への回答であって、震災後に喫煙量が増えたと訴える人は多くはないと医師は感じていると思われた。問 4 への回答で「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師は 24 人 (14.8%) おられたので、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。問 5 で印象に残った患者がいたと回答された医師が 67 人 (41.4%) おられた。

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。8 例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、本人の主訴はそのためであると考えられる傾向があった。

震災関連自殺の実態の分析

本分析の結果、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。1) 年齢、性別に関しては一般の自死者と同様である。2) 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。3) 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。4) 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。5) 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%)。6) 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。7) 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)。8) 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。

大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るための被災地からの提言

大災害直後の制限された環境下で生じる心身の不調を緩和し、避難生活をおくることが予想される被災者が心身の健康を保つための支援、精神障害者への医療支援および保健活動を組織的な枠組みで行うこと、および中長期にわたり支援を継続すること

が精神科医療保健福祉分野で大災害から災害弱者と市民を守ることである。

そのためには、(1)情報の集約化によって混乱を予防し、(2)組織間の機能連携が可能となるよう、平常時から災害時対応の共同イベントや協同業務の企画運営の機会を設けて、組織の間の有機的連携つたて、実際に行っておくことが求められる。その具体的内容は次のとおりである。

精神科医療の分野では、具体的には広域な自治体単位で精神科医療保健福祉災害対策専門対応チーム、あるいは災害拠点精神科病院をつくり、精神科独自の支援体制を整備しておく、災害精神科医療保健福祉コーディネーター(D-MAC)(Disaster Mental Assisting Coordinator)を確保・養成しておく、災害拠点病院及び災害時こころの情報支援センター(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内)との連絡体制を整備しておく、EMIS(Emergency Medical Information System、広域災害・救急医療情報システム)等への加入、DPAT(災害派遣精神医療チーム)等の災害精神科医療支援チームを受け入れるシステムを用意しておく、広域応援に関する協定を締結しておく、避難先の医療機関へ必要な情報が伝達できる緊急時情報伝達カードを作成しておくことが必要である。

精神科医療保健福祉の分野では、障がいを持った方を受け入れる福祉避難所を確保する、薬剤を備蓄出来る施設あるいは「災害時医薬品等備蓄供給システム」を各地域に設置する、避難先の保健福祉機関へ必要な情報が伝達できる緊急時情報伝達カードを準備する、地域や自治体を越えて、精神科医療保健福祉の各専門職団体間の支援協定を締結する、各地域の障がい

福祉サービス事業所連絡機関等に災害時精神科医療保健福祉コーディネーター(D-MAC)をもうける、が必要である。

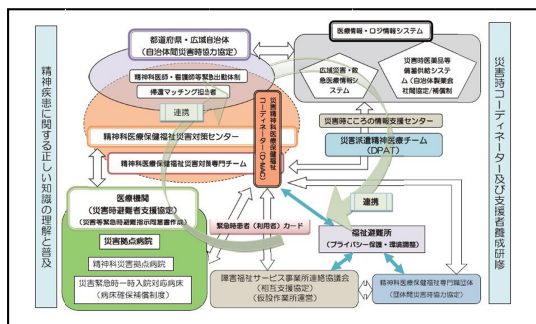


図5 大災害から災害弱者と市民を守る被災地からの提言 ~ 精神科医療保健福祉サービス従事者の立場から ~

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24(2012)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。私たちは、また、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。一般身体科受診者の調査結果からは、精神医学的問題によるため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べきことを、今後身体科医師に理解してもらって啓発活動が必要である。注意すべき特徴として、a)中高齢年、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

本研究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考え。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。

4) 大災害から災害弱者と市民を守る提言の意義

私たちがまとめた提言は、大災害を実際に体験した中で実感した問題点を出発点として作成したものであり、リアリティを持つものあると考えている。ここで提言した、提言した私たち自身が率先して実現に努力し、国、自治体や社会にも真剣に受け止め実現する努力を払っていただけることを期待している。DPAT(災害派遣精神医療チーム)等の災害精神科医療支援チームの派遣と受け入れのシステム、広域応援に関する自治体間の協定締結、福祉避難所の整備など、動き出している部分もあるので、今後の進展に期待したい。

E 結論

東日本大震災と原発事故のような複合大災害が起きることは稀であるとはいえ、「東海」「東南海」「南海」の大地震はいつおきても不思議ではないと言われている今日、東日本大震災と原発事故の与えた精神医学的問題の教訓から学び、起こりうる将来の大災害に備えることは重要である。

今回の大災害の精神医学的影響を福島県において調査研究した私たちの研究結果からは、次の諸点を大災害への備えとしてまとめておきたい。このまとめが、起こりうる大災害の精神的影響・精神医学的問題を最小限に抑えるために役立つことを願っている。

- 1) 災害直後から精神医学的問題は起こるものであり、災害後の時期に応じて起こりうる問題が異なる。精神疾患の悪化あるいは新規発生には、時期により問題が異なることを念頭に、対応策をとることが必要である。
- 2) 精神医学的問題は一般身体科の診療施設受診者のなかにも現われる。一般身体科医師が、今回の調査研究から得られたリスク因子を念頭に診療を勧められるように啓発活動を行う必要がある。
- 3) 災害による避難生活などの長期化により、関連自殺の問題が起こりうる。今回の研究から得られた関連自殺のリスク因子と早期介入のポイントを、こころのケアに当たるスタッフが心得て活動できるように、広く啓発活動を行うことが必要である。
- 4) 大災害から災害弱者と市民を守る提言に含まれる施策を、早期に実施するように私たち自身を先頭に、国、自治体、社会が努力することが望まれる。

F 健康危険情報

東日本大震災と原発事故のような複合大災害は今後も起こりうる実際の危険なので、そうした大災害が与える精神医学的影響に備え、問題を最小限に抑えるための対策を

講じること、関係者に啓発活動を行うことが切実に求められている。

G 研究発表

1 論文発表

- 1, 丹羽真一：福島原発事故
日社精医誌 21 : 195-200, 2012.
- 2, 三浦 至、和田 明、板垣俊太郎、矢部博興、丹羽真一、福島県精神科医療施設合同調査グループ：福島県における震災ストレスと不安・抑うつ 精神科外来における新患調査からー
臨床精神医学 41 : 1137-11142, 2012.
- 3, 和田 明、高橋高人、矢部博興、丹羽真一
福島県における震災・原発事故後の精神科医療 精神科診断学 5 : 77-80. 2012.
- 4, Y Kunii, A Wada, J Matsumoto, H Yabe, and S Niwa, Worsening of Manic State in Patients with Bipolar Disorder Following the Fukushima Disaster.
Psychiatry Clin Neurosci 66 : 622-623, 2012.
- 5, 丹羽真一：災害ストレスと PTSD ; 災害医療の観点から：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴 Pharma Medica 30 : 31-39, 2012.
- 6, 丹羽真一：東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第1回連載開始にあたって 精神医学 55 : 89-91, 2013.
- 7, 丹羽真一：東日本大震災・福島第一原発事故による避難生活と睡眠障害
Clinical Neuroscience 31 : 238, 2013.
- 8, 小西聖子、丹羽真一、細谷光亮、大津留晶：震災と原発事故、こころの健康にどう向き合っているか。 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班編、放射線災害と向き

合って 福島に生きる医療者からのメッセージ。 pp.189-208, ライフサイエンス出版, 東京, 2013.

9, 重村淳、前田正治、大江美佐理、加藤寛、亀岡智美、藤井千太、松本和紀、佐久間篤、上田一気、矢部博興、増子博文、三浦至、國井泰人、谷知正章、郡司啓文、中野友子、白瀉光男、児玉芳夫、脇園正宣、丹羽真一
大規模災害後の外傷後ストレス障害(PTSD)の治療実態調査 多施設間後方視調査
トラウマティック・ストレス 11 : 51-62, 2013.

10, 米倉一磨、佐藤照美、西内実菜、大谷廉、河村木綿子、木村文彦、佐藤里美、佐藤菜摘、須田聡、羽田雄祐、廣田信幸、伏見香代、大川貴子、丹羽真一：福島県相双地区の心のケアの活動報告 相馬広域こころのケアセンターなごみ9ヵ月間の活動からー
トラウマティック・ストレス 11 : 75-82. 2013.

11, 丹羽真一：東京電力福島第一原発事故による災害ストレス反応の特徴と今後の課題 郡山精神医療 27 : 17-25. 2013.

12, 丹羽真一：震災・原発事故とメンタル・ヘルス 福島農村医学 54 : 13-23, 2013.

13, 丹羽真一：福島複合震災からの精神科医療保健福祉の復興・新生 心の元気 9 : 26-27, 2013.

14, 丹羽真一、金 吉晴、秋山 剛：東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第8回放射線災害への不安と精神科医
精神医学 55 : 899-908, 2013.

15, 丹羽真一：多文化間精神医学会創立 20

周年を祝してー第 17 回大会と東日本大震災・原発事故による福島複合災害 ころと文化 12 : 132-133,2013.

16, 丹羽真一、秋山剛、前田正治、澤 温、前田 潔、斉藤万比古、朝田 隆
精神医学・精神科医療関係団体の活動(1)
精神医学 55 : 1111-1121, 2013.

17, Wada A, Kunii Y, Matsumoto J, Itagaki S, Yabe H, Mashiko H, Niwa S.
Changes in the condition of psychiatric inpatients after the complex Fukushima disaster.

Fukushima J Med Sci. 59:39-42, 2013.
Mental disorders that exacerbated due to the Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster.
Junya Matsumoto, Yasuto Kunii, Akira Wada, Hirobumi Mashiko, Hirooki Yabe, Shin-ichi Niwa. Psychiatry Clin Neurosci. published online: 31 OCT 2013

18, 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.

19, 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.

20, 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.

21, 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 .

22, 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.

23, 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.

24, 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.

25, 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.

26, 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

1, 平成 24 年 2 月 5 日 早稲田大学国際会議場 第 4 回日本不安障害学会学術大会
シンポジウム 丹羽真一

- 「福島県における震災支援について」
市民公開講座 東京大学安田講堂
「大震災による精神障害への影響」
2, 平成 24 年 2 月 18 日 東京医科歯科大学
日本精神保健福祉政策学会第 21 回学術大
会 シンポジウム 丹羽真一
「大震災と精神保健福祉政策」
3, 平成 24 年 2 月 25 日 長陵会館 記念ホ
ール 第 74 回日本心身医学会東北地方会
ランチョンセミナー 丹羽真一
「大震災・原発事故と心のケア」
4, 平成 24 年 3 月 15 日～16 日 学術総合
センター 第 31 回日本社会精神医学会
企画シンポジウム「福島での災害と精神医
療の現状」 大川貴子、丹羽真一
「福島県相双地区における東日本大震災お
よび原発事故発生後の精神保健活動につ
いて」
和田 明、三浦 至、板垣俊太郎、増子博
文、矢部博興、丹羽真一
「東日本大震災後の福島県における精神科
入院患者の病状変化と新入院患者の動向」
5, 平成 24 年 3 月 18 日 福島県立医科大学
附属病院 第 1、2 臨床講義室
第 23 回福島県精神医学会学術大会
大口春香、和田 明、三浦 至、松本純弥、
境 洋二郎、丹羽真一
「東日本大震災にて急性ストレス反応を示
した一例」
6, 平成 24 年 6 月 9 日 福岡市 クローバ
ープラザ 第 11 回日本トラウマティック・
ストレス学会 シンポジウム 丹羽 真一
[福島第一原発事故がもたらしたもの：その
広がりや衝撃]
7, 平成 24 年 6 月 16 日 会津坂下町 中央
公民館 第 60 回福島県農村医学会総会
特別講演 丹羽真一
[東日本大震災と原発事故後の心のケア]
8, 平成 24 年 9 月 15 日 神戸市 生田神
社会館 第 16 回兵庫県精神神経科診療所協会
学術講演会 特別講演 丹羽真一
[福島の複合災害と心のケア]
9, 平成 24 年 10 月 10 日 大阪国際会議場
第 1 回日本精神科医学会学術総会
シンポジウム 丹羽真一
[福島第一原発事故がもたらしたもの：その
広がりや衝撃]
10, 平成 24 年 10 月 19 日 郡山市 ホテル
華の湯 第 9 回当事者研究会全国交流集会
講演 1 丹羽真一
[東日本大震災からの復興と福島]
11, 平成 24 年 11 月 10 日 京王プラザホ
テル 第 4 回日本こころとからだの救急学会
教育講演 丹羽真一
[福島における震災・原発事故とメンタル・
ヘルス]
12, 平成 25 年 2 月 10 日 福島市 コラッ
セふくしま 医師の「仕事と生活の調和」を
めざすネットワーク福島 第 5 回シンポジ
ウム・総会 講演 丹羽真一
[災害とメンタルヘルス]
13, 平成 25 年 4 月 26 日 精神科医療研
究会 丹羽真一 「震災・原発事故とメンタル
ヘルス」
14, 平成 25 年 5 月 23 日 第 109 回日本精
神神経学会 シンポジウム 丹羽真一
「福島の復興とメンタルヘルス」
15, 平成 25 年 6 月 12 日 福島県精神保健
福祉協会 総会 講演 丹羽真一
「福島の復興・再生と精神保健福祉協会」
16, 平成 25 年 10 月 13 日 第 67 回東北精
神神経学会 シンポジウム 丹羽真一
「福島における原発事故の影響の問題」
17, 平成 25 年 11 月 24 日 FMU-IAEA シ
ンポジウム 基調講演 丹羽真一

「福島からの教訓：複合災害に対して抵抗
力があり回復力があるメンタルヘルスケア
システムの形成」

18, 平成 25 年 11 月 30 日 第 5 回 日本こ
ころとからだの救急学会 基調講演

丹羽真一 「災害とメンタルヘルス 避
難生活が長期化する福島の場合」

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時的に概観していくことを目的とした。平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災により岩手県沿岸の住民はメンタルヘルスの危機が生じた。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。加えて、各関係機関との連携により被災地のこころのケアの方向性を検討し、こころのケアチームの窓口を岩手県に一本化した。こころのケアチームの活動は 2011 年 3 月より岩手県沿岸で開始し、2012 年 2 月より、岩手県こころのケアセンターを設置し、長期的な支援体制を構築した。その後、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は、国内観測史上類を見ない規模の大地震と巨大津波、その後断続的に発生した余震によって、岩手県においても多くの尊い命と財産が奪われた。

津波は、過去の津波を凌ぐ大規模なものであり、沿岸地域における人的、物的被害は想像を絶するものであった。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ケア活動の経時的な活動の実態を調査した。

B. 研究方法

本研究では、平成 23 年 3 月 11 日の東日本大震災

津波以後の岩手医科大学における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) こころのケア活動の準備期

岩手医科大学では、2004 年（平成 16 年）10 月 23 日の新潟県中越地震において精神科講座担当者会議によるこころのケアチームの派遣に協力させていただき、大学全体としての派遣体制の構築が始まった。神経精神科学講座では精神科医、附属病院医療相談室では精神保健福祉士等医療ソーシャルワーカー、臨床心理室では臨床心理士、精神科病棟から看護師、

事務職、運転手という構成でのチーム編成体制がつくられた。また、ケア活動で使用する医薬品の準備は附属病院医務課と薬剤部が担当することになった。その後、岩手県における震災後のこころのケアのマニュアルが整備され、全県的なケアの体制づくりが行われるようになった。

その後、2008年（平成20年）6月14日（土）の岩手・宮城内陸地震でも岩手県こころのケアチームの第一陣の派遣を行った。この時には、新潟県中越地震での派遣体制を踏襲し、大学としての派遣や体制づくり、岩手県における実施体制が円滑に行われた。岩手医科大学医学部神経精神科学講座では自殺多発地域であった岩手県久慈地域に自殺対策を実施していたが、同地域では自殺対策の実務者ネットワークで、同講座精神科医や災害支援に加わった久慈保健所保健師、DMATで協力した救命救急士らが災害時のこころのケアの教育活動も行った。このような教育活動は、その直後に2008年7月24日岩手県沿岸北部地震での災害直後よりのこころのケア活動でも、速やかな災害弱者の把握や、地域全体のケア活動の計画立案に役立った。

岩手県災害医療支援ネットワーク（岩手県担当各課（保健福祉部、医療局など）、岩手医科大学、岩手県医師会、日本赤十字病院、国立病院機構）においても岩手医科大学神経精神科学講座スタッフも参加し、災害医療の全体的な流れの中でのこころのケアについての情報共有や方法論提示等を行った。

2) 精神科救急システムの稼働

岩手医科大学は精神科救急システムの常時対応施設である。発災日である3月11日より精神科救急対応が起動していた。

3) 初動期

岩手医科大学では、附属病院災害対策本部が立ち上げられ、附属病院の災害対策に関することや、岩手県の災害医療支援計画に関することや、沿岸各地の避難所の診療支援を一本化した。また、岩手県等からの通常医師派遣要請に関わる医療支援体制に関することや長期滞在型の災害拠点病院等での診療応援に関することや、大学としての行政への要望に関することなどの対応を行うために災害時地域医療支援室が設置され、被災学生の就学支援等については学生支援対策室が担当した。これらの3組織が岩手医科大学東北地方太平洋沖地震緊急対策会議のもとにまとめられ、総合的な支援の組織体制を整備した。そして、3月15日より3月22日まで、岩手医科大

学における災害派遣医療チームにメンタルヘルス関連各科（精神科、心療内科、睡眠医療科）が加わり、岩手県沿岸での災害医療を開始した。そして、初動での災害現場での活動を行いながら、今後のこころのケアの在り方を計画立案した。

4) こころのケアチームの派遣

現地では、避難所巡回、ハイリスク者訪問、保健師など地域精神保健スタッフとの連携が必要となる。たとえば、巡回や訪問にあたっては、ルート確保、避難所情報など現場情報が必要となる。保健所や市町村など行政との連携なくして、継続的な活動は困難である。加えて、現場の行政と連携や調整を行う必要がある。さまざまな支援チームを現地の行政が調整することは負担が大きい。このため、岩手県における支援チームに関しても、当初より岩手県や岩手医科大学、日本精神病院協会岩手県支部等の調整を行い、窓口は岩手県に一本化して、現地との調整を図る方針が出された。

発災直後から平成24年3月まで全国から30チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をいただき、県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療が行われた。また、仮設住居への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援的活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた。

われわれも3月24日より岩手県北沿岸の久慈地域において岩手県こころのケアチームとして、岩手県北沿岸医療圏の該当4市町村、久慈保健所、久慈医師会と連携し、活動を開始した。当初、ケアチームの活動は避難所巡回、ハイリスク者の個別訪問、遺族支援、従事者ケアを中心として開始した。岩手医科大学での災害時のこころのケアの活動は、岩手県におけるモデル構築の位置づけとなることもあり、岩手県障がい保健福祉課や岩手県精神保健福祉センターと相互補完的な協力体制をとってきた。岩手医科大学では岩手県こころのケアチームとして、久慈地域（久慈市、洋野町、野田村、普代村）を担当した。災害の相談拠点である野田村こころの健康相談センターを中心に、相談、訪問、従事者教育、保健事業への協力などの支援活動を行った。

震災、津波発生当初は、避難、誘導を行い、傷病者の救命、処置、経過観察が中心であった。そして、医療者・医療資器材・薬品の状況確認と確保を目標

に、医療体制の再構築が行われた。精神障害者への早期の対応も求められ、地元医療機関では早期に医療機関が対応を行っていた。加えて、被災者への支援物資の適切な配布、避難所の衛生管理（新鮮な空気・暖かさ・清潔保持・食事と水分）と環境整備（感染予防・人間関係の調整・コミュニティへの配慮）が重要であった。また、震災当初より遺族支援も開始した。災害発生当初の遺族支援の目標は、ご遺族の安否や生活状況、心理状態等を確認して、見守り、支援を提供することであった。コンタクトは避難所巡回、こころのケアの相談、災害支援の一環、役場窓口を訪れた際の確認等、遺族の状況に寄り添いながら実施した。

5) こころのケアセンター活動の開始

災害発生当初は、医師、看護師、保健師、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士など精神科専門職で構成されるこころのケアチームが被災地の保健所・自治体との連携・指示により避難所での巡回相談や診療が行われる。東日本大震災でも大規模災害であったため、県内の支援だけではチームの充足は困難であり、全国の病院や行政機関などから派遣を受けた。財源としても災害救助法の範疇で支援が提供されていた。その後、仮設住居が設置されていくと、仮設住居への訪問や保健事業の支援が必要となる。避難所設置時期では被災住民へ集団的介入が可能な時期であるが、仮設住居へ入居後は、被災住民の個別介入が主体となる。岩手県においても、平成23年4月より被災の影響が強い自治体において震災こころの相談室を開設開始し、個別相談や支援者へのスーパーバイズ等が開始され、同年8月までに最終的に7か所に設置された。

このような多職種専門職によるこころのケアチームによる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。岩手県では、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が基本となるが、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が目標となる。

5) 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)

6) 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。同学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、仮設住居入居が開始されると、それまでの避難所の集団生活から個々の生活へ状況が変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第二として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、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。第三として、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する。

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、中村光、赤平美津子：
東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について．精神神経学雑誌 115(5)：
485-491、2013

2) 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。

沿岸部津波被災地域の妊産婦と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

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。本研究は被災者の中でも特に配慮が必要な妊産婦と児童に焦点をあて、平成 24 年度は周産期に被災した妊産婦の被災状況と母体の精神状態および育児に与える影響について、平成 25 年度、26 年度は児童を対象とした調査を行った。平成 24 年度は東日本大震災発災時に周産期を体験した宮城県七ヶ浜町在住の母親を対象に問診票を配布し、被災状況、発災時の様子、現在の精神状態、母子の愛着などについての把握を行い、また、その中で協力の得られる対象者からは更に詳細な聞き取りを行った。周産期という特殊な時期に大災害に被災することにより、母親は生活および健康面に多様な影響を受けていること、また、妊産婦にも配慮した災害対策を進めていく必要性が明らかになった。平成 25 年度、26 年度は、東日本大震災によ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、名取市の小中学校の生徒の生活状況、こころの健康状態を把握し経年変化を評価した。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を対象とした。質問票には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 スコアの平均値は平成 25 年度 18.0、26 年度 17.2 点で僅かに改善した。PTSCC15 スコアは 2 回の調査とも学年とともに増加し、特に中学女兒で得点が高い傾向があった。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 2 回目やや減少していたが、学校をあげる児童は横ばいであった。SDQ スコアの平均値は平成 25 年度 11.8 点、26 年度 11.7 点と同程度に推移した。2 回の調査とも、学年とともに緩やかに減少する傾向がみられた。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。本研究は被災者の中でも特に配慮が必要な妊産婦と児童に焦点をあて、平成 24 年度は周産期に被災した妊産婦の被災状況と母体の精神状態および育児に与える影響について、平成 25 年度、26 年度は児童を対象とした調査を行った。

平成 24 年度は、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。妊産婦は災害弱者に含まれ、身体的にも精神的にも多大なストレスに曝されることが、産科的予後（子宮内発達遅延・低出生体重児・早産等）や母体の精神状態（特に心的外傷後ストレス症候群やうつ病の発症）に影響を与えているとする研究がある。本研究では、平成 23 年 3 月 11 日発生の東日本大震災に関し、周産期という特異な状態における被災の実態と、被災状況が母体の精神状態および育児に及ぼす影響を把握することを目的とした。また、被災後の生活への適応および外傷体験からの回復に対する阻害因子／促進因子を抽出し、より有効な支援体制に必要な条件を検討することを目指した。

平成 25 年度は、東日本大震災以降懸念される災害の児童の心理社会的側面への影響についての実態を解明し、メンタルヘルス支援を有効に行うために有益な情報を抽出することを目的に、津波による被災が顕著であった地域の小・中学校の児童を対象に調

査を行い、平成 26 年度はその後の状況の推移を把握するために 2 回目の調査を行った。

B. 研究の対象および方法

平成 24 年度調査対象：2010 年 3 月 11 日（東日本大震災前後）から 2011 年 9 月 11 日（半年後）に出産に至った、宮城県七ヶ浜町在住の母親およびその児。

平成 25 年度・平成 26 年度調査対象：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。平成 25 年度対象人数：小学生 4,611 名 中学生 2,298 名 計 6,909 名。平成 26 年度対象人数：小学生 4,706 名 中学生 2,315 名 計 7,021 名。

平成 24 年度調査方法：2012 年 10 月～2013 年 3 月の間、月に 1 回の頻度で 6 回に渡って行われた七ヶ浜町の 1 歳半健診会場を訪問し、自然災害が健康に及ぼす影響に関する概要の説明とアンケート調査の趣旨説明を行い、協力依頼・同意書取得を行った。アンケートは記入の上、返送を依頼。アンケート内に、児または母の相談希望および聞き取り調査への協力を尋ねる質問項目を設け、希望／協力可であった対象者に連絡をとり、後日、訪問聞き取り調査を依頼した。質問票には下記の 3 種を含めた。

家庭状況，被災状況・避難の経過

CES-D : center for epidemiologic studies depression scale (震災後 1 年半後の時点)

MIB-J : Mother-to-Infant Bonding Scale
赤ちゃんへの気持ち質問票(震災後 1 年半後の時点)

平成 25 年度・平成 26 年度調査方法：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、各学級の担任から児童に問診票の配布が行われた。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。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

平成24年度調査結果：

被災状況

健診会場におけるアンケート配布者：32人

アンケート返送者：23人(回収率71.9%)

聴き取り調査協力者：11人(返送者の47.8%)

母親の年齢(母)：平均30.8歳(24-43歳)

自宅の被害状況としては、全壊5人、半壊2人の被災を受けた対象者を含んでいた。避難の経過(震災直後からの1週間の主な生活場所)としては、避難所2人、親族・知人の家宅12人での避難を経験した

対象者を含んでいた。精神的に最もつらかったこととしては「妊婦であったため、自分は水汲みや買い出しに行けず、家族に行ってもらうことになったこと。」「何かあってもすぐに病院に行けないということ。」「衛生面で不十分であったこと。」「自宅は全壊で避難所から自宅に帰れなかったこと。」「何も手につかなくなったり、妙に怒りっぽくなっていたこと。」などがあげられた。

CES-Dについて

CES-Dの平均点数は10.04点で、カットオフ16点以上の対象者は3名であった(13%)。カットオフ以上となった3名には、震災の影響が主と思われる対象者と、震災とは直接関連のない要因の影響(対人関係へのコーピング)が大きいと思われる対象者が含まれていた。

MIB-Jについて

平均点数は3.35点で、特に点数が高い項目は見られなかった。MIB-J高得点者はCES-Dも高得点である傾向をみとめた。「子どもに対して、いらいらして、嫌な気持ちになる」、「子どもに対して、怒りがこみあげてくる」とともに回答した対象者が10名(43.5%)おり、経過観察を要すると思われた。

平成25年度・平成26年度調査結果：

平成25年度の回答率が小学生84.2%、中学生61.4%、計76.9%、平成26年度の回答率は小学生79.3%、中学生50.1%、計69.6%で、2年目の回答率は初回に比べ減っていた。

PTSCC15では40点以上の高得点者の児童が、1回目調査では307名(全回答の5.8%)で、2回目調査では256名(全回答の5.2%)であり、回答率の低下を考慮しても減少していた。PTSCC15の平均値でみても、1回目が18.0点、2回目が17.2点で僅かに低い値を示した。2回の調査結果ともに、学年とともにPTSCC15スコアは増加し、特に中学女児で得点が高い傾向があった。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2回目に調査では昨年より減少していたが、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1回目調査では328名(全回答の6.2%)、2回目調査では262名(全回答の5.4%)で、やはり回答率の低下を考慮しても減少していた。2回の調査とも、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 1 回目で 11.8%、2 回目で 11.7 点と同程度に推移していた。2 回の調査とも SDQ スコアは学年とともに緩やかに減少する傾向がみられた。

生活習慣としては、2 回の調査とも、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学年が上がるにつれて増え、2 回目調査時の中学男児 2.1%、女児 3.4%であった。1 回目に比べると小学低学年、中学女児の割合が増加していた。2 回の調査とも睡眠時間は学年が上がるごとに短くなる(入眠時間が遅い)傾向にあり、休日の睡眠時間は男児より女児の方が長い傾向があった。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 時間以上過ごす児童は 5%前後、平日 3 時間以上過ごす児童は 20%前後であった。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、中学生になると平日で 1 割前後、休日には 2 割前後の児童が 3 時間以上時間を費やすと回答した。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 24 年度調査結果の考察：

平成 23 年 3 月 11 日発生の東日本大震災に関し、周産期という特異な状態における被災の実態と、被災状況が母体の精神状態および育児に及ぼす影響を把握する上で、実際に対面して聞き取りを行うことで、問診票調査からは得られない具体的な情報が得られたという意味で本調査には一定の意義があったが、自治体の規模が小さいこともあり、調査対象者が少なく、今後、対象を広げて実態の把握を行う必要があると考えられた。出産後/発災からの時間経過を考慮する必要があると考えられる。

平成 25 年度・平成 26 年度調査結果の考察：

平成 25 年度の 1 回目調査と翌年の 2 回目調査を比較すると、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普遍的な傾向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

本研究は災害時に特別な配慮が必要な集団の中から妊産婦と児童の問題をとりあげ、東日本大震災の心理社会的影響の実態を明らかにした。周産期という特殊な時期に大災害に被災することにより、母親は生活および健康面に多様な影響を受けており、災害の影響の母子への影響を今後、長期に渡って把握する必要があると考えられる。また、震災以降時間とともに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。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. 富田博秋、鈴木大輔：災害による PTSD の疫学とリスクファクター . 特集 災害ストレスと PTSD ; 災害医療の観点から . Pharma Medica 30 (12), 13-17, 2012

2. 富田博秋、根本晴美：第6章 災害時の精神医療と精神保健．東日本大震災を分析する．明石書店 pp82-91, 2013
3. 富田博秋、根本晴美：災害時の精神医療保健に関わる対応．土木学会 東日本大震災調査報告書(印刷中)
3. 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
4. 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
5. 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
6. 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
7. 富田博秋．東日本大震災から4年目を控えて感じる事．精神医学 56(12), 994-995, 2014
8. 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(印刷中)

学会発表

1. 富田博秋．災害精神医学と被災地精神保健の現状と展望．第11回日本トラウマティック・ストレス学会．福岡[2012/6/10]
2. 小野千晶、兪志前、石井直人、富田博秋．末梢血中の特定の免疫細胞の遺伝子発現プロファイリング解析～トラウマ性ストレス関連疾患の精神神経免疫関連機序解明への応用を見据えて～ 第11回日本トラウマティック・ストレス学会．福岡[2012/6/10]
3. 鈴木 大輔、築田 美抄、上田 穂、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋．被災者の飲酒・喫煙習慣と精神的健康との関連．第11回日本トラウマティック・ストレス学会．福岡[2012/6/10]
4. 上田 穂、鈴木 大輔、築田 美抄、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋．沿岸部被災者の精神的健康に対する生活状況および個人的特性の影響 第11回日本トラウマティック・ストレス学会．福岡[2012/6/10]
5. 築田 美抄、上田 穂、鈴木 大輔、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋．「人のつながり」と被災者の精神的健康 第11回日本トラウマティック・ストレス学会．福岡[2012/6/10]
6. Tomita H. Psychological Impact Learned from the 2011 Tohoku Earthquake. UK-Japan Joint Workshop Disaster Risk Reduction - Learning from the 2011 Great East Japan Earthquake. Tokyo, Japan. October 4 -5, 2012
7. Tomita H, Ono C, Yu Z, Suzuki D, Tsukida M, Ueda Y, Hozawa A, Tsuji I. Multi-faceted approaches to identify social, psychological, and biological factors involved in disaster-related mental health problems. 8th APRU Research Symposium on Multi-hazards around the Pacific Rim. Sendai, Japan. September 21, 2012
8. Ono C, Yu Z, Ishii N, Tomita H. Gene expression profiling of specific immune cells in peripheral blood samples as a tool for neuropsychimmunological bases of traumatic stress-related diseases. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012
9. Ueda Y, Suzuki D, Tsukida M, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. The influence of individual physical-social characteristics on mental health among the Great East Japan Earthquake victims. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012
10. Suzuki D, Tsukida M, Ueda Y, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. Habits of Alcohol Use and Cigarette Smoking in Disaster Victims Relate to Mental Health. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012
11. Tsukida M, Ueda Y, Suzuki D, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. Social network and mental health conditions among the Great East Japan Earthquake victims. International Society for Traumatic

Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012

12. Tomita H. Psychosocial postventions following the 2011 Great East Japan Earthquake and Tsunami. Session 3: Medical, social and cultural aspects of Disaster. UK Japan Disaster Risk Reduction Workshop. London (University College London), November 22, 2013

13. 富田博秋 . 災害精神医学に関する研究の課題 . シンポジウム 18 「災害関連精神医学・医療の展望と課題」(東日本大震災特別委員会 2) 第 109 回日本精神神経学会学術総会 福岡[2013/5/24]

14. 富田博秋 . 東日本大震災後のメンタルヘルスの現状と課題 . シンポジウム 「東日本大震災後の中長期的な健康課題 - 宮城県における公衆衛生の視点から」 第 49 回宮城県公衆衛生学会学術総会 仙台 [2013/7/11]

15. 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]

16. 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とこ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]

17. 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]

18. 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]

19. 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 - 当事者の就労問題、支援者の労働環境も考えて -」 第 38 回日本自殺予防学会総会 . 北九州市 [2014/9/13]

20. 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]

21. 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 : セブ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]

22. 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 : セブ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
総合研究報告書

疫学調査を現場活動に活用する方法の検討および
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

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、雲仙普賢岳噴火災害、阪神・淡路大震災、新潟県中越・中越沖地震などの日本国内の大災害後に、行政組織によって行われてきた調査を概観した上で、東日本大震災で行われている調査の中で、宮城県が仮設住宅の入居者に対して行った調査について検討した。国内の大災害後では、行政組織が主体となり健康調査が行われ、精神的問題に関する項目も含まれていた。問題点として考えられた評価方法とその活用法について考察した。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。PTSD 症状の多寡および、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。

A 大災害後に行政組織によって行われた疫学的調査に関する検討

大災害後には、被災者を対象としてさまざまな疫学調査が行われる。学術的な研究を指向した調査も多いが、地域保健活動に活用するために行政組織が行う調査もある。後者の目的は、心身の健康状態を効率的に把握し、限られたマンパワーで予防的に介入することである。本研究では、雲仙普賢岳噴火災害、阪神・淡路大震災、新潟県中

越・中越沖地震などの日本国内の大災害後に、行政組織によって行われてきた調査を概観した。また、東日本大震災で行われている調査の中で、宮城県が仮設住宅の入居者に対して行った調査についてまとめた。

1. 過去の大災害における調査

雲仙普賢岳噴火災害（1991 年）

調査時期：初回調査は避難生活開始から 6 ヶ月後、4 年後まで毎年継続

対象；島原市と深江町の16歳以上の住民

方法：GHQ-30

主な結果：GHQ-30の高得点者は67%で、男性、30歳代から50歳代に高い。高得点に寄与する要因は、避難回数が4回以上、自営的職業に従事していること、通院していることなど。噴火活動終息までは期待されるほどの変化はなく、ようやく降灰などの噴火活動が収まった1995年になって、高得点者の割合が大幅に減少した。

活用方法：高齢者でGHQ得点が著しく高い(21点以上)の住民240人を第一次訪問対象者、59歳以下で総得点21点以上の576人を第二次訪問対象者として、保健師による戸別訪問が行われた(初回)。その後も、保健師を増員して訪問活動を継続した。

阪神・淡路大震災(1995年)

調査時期：県は平成7年から4年間、神戸市や芦屋市が独自調査

対象：県調査では神戸市と尼崎市以外の仮設住宅、一般住宅および復興住宅住民。

方法：県調査では、心理測定尺度として平成7年度はオリジナル項目、平成8年度～9年度はPTSS-10とKAST、平成10年度はIES-Rとうつ症状に関するオリジナル項目、およびKAST

主な結果：平成8年度はPTSDのハイリスク者(PTSS-10の6点以上)が、仮設住宅25.2%、一般住宅住民では16.2%、平成9年度は、PTSDのハイリスク者は仮設住宅21.7%、復興住宅17.9%、一般住宅13.9%。平成10年度のIES-R25点以上の者は、仮設住宅34.9%、復興住宅26.0%

活用方法：保健師等が面接し調査票を回収しており、調査時点で問題の把握ができた。

調査結果は地域ごとの結果を管轄の保健所に還元したほか、ハイリスク者のリストを提供した。リストをもとに地域ごとに訪問などでフォローした。

新潟県中越・中越沖地震(2004年)

(小千谷市)

調査時期：平成17年度以降

対象：基本健康診査を受診した市民

方法：K10

主な結果：K10総得点25点以上は平成17年度7.0%、18年度は4.6%と低減。

活用方法：高得点者には保健師が面接し状況を確認

(旧山古志村)

調査時期：平成17年から平成21年までの5年間継続。新潟こころのケアセンターと合同で実施。

対象：全住民

方法：GHQ12とSQD

主な結果：経年的変化では、両尺度のカットオフ値を超えた者の割合は4年目までは低下しているが、5年目には下げ止まっていた。ハイリスク者には、女性、年齢の高いこと、無職であることなどの要因が関連していたが、家屋被害の程度は影響していなかった。

活用方法：保健師が継続的に訪問

2. 東日本大震災における調査

宮城県民間賃貸住宅入居者調査(みなし仮設調査)

平成23年12月中旬の時点で仙台市を除く県内のみなし仮設に住む12,826世帯を対象。調査票は郵送によって配布回収し、

訪問看護ステーション職員などが訪問し回収する方法も併せて行った。回収期間は平成 24 年 1 月から 3 月。調査票は 1 枚に 4 名ずつ、各世帯の全住民に関して記載する形式で作られており、心理的問題について、K6 質問票、不眠の有無、問題飲酒の有無、が含まれている。回収数は 9,413 世帯の 26,818 人で、回収率は 73.4%であった。平成 23 年度の宮城県見なし仮設調査では K6 総得点 13 点以上の割合が、男性 6.2%、女性 9.8%で、日本の標準化調査 3%程度を大きく上回っていた。また、年代別に見ると 65 歳以上の高齢者では男性 9.4%、女性 11.1%という結果であった。

宮城県プレハブ仮設住宅入居者調査

調査時期は平成 24 年 9 月から 12 月で仙台市、多賀城市、山元町、七ヶ浜町、女川町を除く、10 市町の応急仮設住宅 15,979 世帯を対象とした。回収は、みなし仮設調査と同様に郵送と訪問によって行われ、訪問による回収が 56%を占めた。精神健康度の指標である K6 の結果は、総得点 13 点以上の割合が、男性 8.0%、女性 10.8%で女性に高く、年代別では男女ともに高齢者に高いが、40 歳代にも高得点者が多い（男性 8.6%、女性 12.7%）という結果であった。

現場活動との関係

それぞれの調査結果は、各市町に還元された。東日本大震災では、沿岸部の自治体の多くが被災しており、全国からの支援を受けながら復興関連事業や被災者支援を行っているという状況が続いていた。したがって、調査によって関与・支援の必要性が明らかになっても、対応に割けるマンパワ

ーが確保できるかが、大きな課題であった。K6 の高得点者の割合は 10%程度であるが、実数にすると数百人に上る場合もあり、具体的にどのような対応を取るかは、議論しなければならなかった。

筆者は、平成 23 年 11 月から気仙沼保健所を定期的に訪れ、復興期における精神保健活動の計画策定などのコンサルテーションを行っていた。23 年度のみなし仮設調査が現場の市町に還元されたのは 24 年 6 月頃だったが、現場のスタッフはプレハブ仮設の対応などに追われており、みなし仮設まではとても関与できないとの切実な声が上がった。マンパワー不足をどのように補うか議論を重ねた。県保健所は通常は市町の助言指導にあたる立場であるが、マンパワー不足を補うために、調査後の訪問や電話での確認に協力することにし、開設されたばかりの心のケアセンタースタッフも個別対応に参加することにした。また、K6 総得点 13 点以上を要フォローの基準にすると、対応件数が現実的でないため、便宜的に基準点を上げ、他の項目も同時にチェックされていることを要件にして、訪問や電話での確認を始めた。たとえば、気仙沼市ではみなし仮設調査で K6 総得点 13 点以上かつ、不眠を訴えているか、朝からの飲酒機会ありとした者を最初の対象とした。その後、次第に対象を拡げ、最終的には K6 総得点 10 点以上の場合まで、連絡をすることができた。また、南三陸町の場合は、プレハブ仮設調査において、K6 総得点 16 点以上を対象として、保健師が訪問し状況を確認することから取り組み、定期的に精神科医を交えたケース検討会を開催し、継続的な関与の必要性を確認している。

3. 考察

国内で発生したほとんどの大災害後では、行政組織が主体となり被災者を対象とした健康調査が行われ、精神的問題に関する項目も含まれていた。問題点として上げられるのは、評価方法とその活用法であろう。評価方法の問題としては、使用する尺度は何が適切でどのような基準を用いるかという点がある。尺度によって評価されている状態像は、抑うつ・不安、PTSD、およびアルコール依存であることが多く、標準化されている尺度が使われていることもあれば、オリジナルの簡単な項目が入れられていることもある。標準化されている尺度としては、抑うつ・不安に関しては GHQ の 30 項目版や 12 項目版、および K6/K10 が用いられているが、前者は著作権および費用負担の面で次第に使われなくなっている。K6/K10 は簡便であり、特に K6 は項目数がわずか 6 項目でしかも妥当性が K10 と同等以上であることから、使用頻度が高く東日本大震災後の調査でも広く使われている。K6 をスクリーニングに使用し、川上らが示した「重度精神障害相当」の基準を採用した場合、10%程度が該当することが多い。これをそのまま災害後の広域な地域活動に使おうとすると、現場活動の容量を超えてしまい、対応が難しい場合があり、便宜的に基準をさらに上げるか、他の指標と組み合わせ、実際の活動の対象を選ぶことが多いようである。川上らは、最近の報告で項目反応理論 (IRT) を用いて、K6 の回答傾向について考察している。岩手県で行われた被災者コホート研究と、過去に実施された同県の K6 データを比較したところ、被災者調査では K6 の回答で「少しだ

け」を選択する割合が高く、これが得点を押し上げているために、尺度の精度が低下している可能性を指摘し、今後災害後の調査において感度、特異度を再検討する必要性を述べている。

同様のことは、PTSD の評価尺度として頻用される IES-R でも生じる可能性があるだろう。IES-R は Asukai らの 4 つの異なるサンプルの結果を併せて標準化され、PTSD 診断の特異性と妥当性が最も高まるカットオフ値として総得点 25 点が示されたため、この基準が使われることが多い。しかし、阪神・淡路大震災の復興期に筆者らが行った研究では 31 点が最適なカットオフ値であった。したがって、K6 同様に災害後の調査で使用した場合の、回答特性を検討し、尺度としての妥当性を検討する研究が今後求められるだろう。

行政が行う健康調査は、調査結果をもとに関与する対象を選び、訪問などでフォローしていくことになる。その場合、訪問する保健師や福祉担当者などに調査の意味と限界を理解してもらうことが重要である。また、実際に面接した場合に、保健師などの経験に基づく情報収集だけでなく、聞き取りによるスクリーニングを行える方法を利用することも必要だろう。

B 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

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、承諾を得て集計解析した。被災の激しかった沿岸部と、隣接する地域の消防団員の二群に分けて、個人的被災状況、組織としての被災状況、惨事ストレス要因の多寡、PTSD 症状などについて集計するとともに、PTSD 症状に影響した要因について検討するために、個人的な被災状況と活動中の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分析した。

1. 調査結果の概要

対象と方法

東日本大震災の主な被災 3 県の消防団のうち、沿岸部の 53 力所、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 力所の合計 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。

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。

基本属性

平均年齢は沿岸部の方がやや高く、既婚者が両群ともに 7 割以上を占め、最終学歴では高校卒が 6 割で最多であった。活動年数の平均は沿岸群 20 年 10 ヶ月、内陸群 18 年 3 ヶ月で、沿岸群が長かった。階級では沿岸群では部長・班長が 4 割、副団長以上が 3 割強で、両者を併せると 7 割が上位の階級者であった。

生活状況と被災による生活への影響

住居に関して、沿岸部では仮設住宅とみなし仮設住宅を合わせて 147 名(23.1%)となり、転居を強いられた者が 3 割近くに上っている。震災による就業状態の変化は、沿岸部では失業・廃業を経験した者が 51 名(8.0%)、転職した者が 40 名(6.3%)あった。収入面では変化なしとした者が、7 割近くを占めるのに対して、内陸部では沿岸部では半数以下にとどまり、5 割以上の減少が 78 名(12.3%)、2 割から 5 割の減少が 94 名(14.8%)と、4 分の 1 以上が大きな経済的影響を受けていることが分かる。

被災状況

近親者との死別を内陸部でも 31 名(15.4%)が体験しているが、沿岸部では 7 割以上の 457 名が経験していた。同居家族および親戚をなくしたものは、沿岸部では 242 名(38.1%)に上っている。自宅の被害状況は、沿岸部は全壊・全焼・流出が 4 分の 1 以上を占め、半壊以上の被害は 276 名(43.4%)が受けていた。

消防団としての被害状況を見ると、同僚の殉職を経験した者が沿岸部では 203 名(31.9%)あった。詰め所が半壊以上の被

害を受けていたのは、沿岸部では 242 名 (38.1%) に上っている。車両の喪失も沿岸部では 3 割以上が経験しており、組織としての損害・喪失が甚大なものであったことが分かる。

惨事ストレス状況

消防団活動をとおして自覚した心理的变化について、生命の危険、恐怖感、無力感を 4 段階で尋ねた。「かなり感じた」あるいは「とても感じた」としたものは、沿岸部で高く、両者を合わせて 3 割から 4 割に上っていた。また、家族の安全に関する不安についても同様に沿岸部で強く感じている者が多く、「かなり感じた」あるいは「とても感じた」としたものをあわせると半数以上に上っていた。

次に遺体の搬出がどのくらい精神的に堪えたかを、4 段階で聞いた。沿岸部では、半数の団員が遺体に接しており、4 分の 1 が「かなりこたえた」あるいは「とてもこたえた」とした。また、被爆に関する不安の強さを 4 段階で尋ねた。今回の調査対象とした内陸部消防団 15 団のうち福島県が 7 団を占めていることもあり「とても不安だった」「かなり不安だった」としたものは、内陸部に高かった。

調査時点の PTSD 症状

IES-R (出来事インパクト尺度改訂版)
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 点を用いて、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。

各要因と PTSD 症状の関連

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。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、調整しないオッズ比を求めたところ、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。

2. 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。

C 健康危険情報

該当なし

D 研究発表

該当なし

E 知的財産権の出願・登録状況

該当なし

表 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) 内田知宏 1)
越道理恵 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

東日本大震災の被災地では住民の精神的健康が心配されているが、被災地の市町自治体、医療機関、消防、社会福祉協議会などの職員は、被災地住民でありながら応急期から、復旧期、復興期の長期にわたり支援に携わるが、こうした職員の災害後長期の精神的健康の実態や対策については不明な点が多い。そこでこうした職員の精神的健康とこれに関連する要因について縦断調査を行い、調査結果に基づいた効果的な対策を提言したいと考えた。

一方、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。

健康調査は、被災地の自治体職員、医療関係者、消防職員、沿岸部 6 市町の社会福祉協議会職員など、全体で 3,150 人に対して実施され、また、2 年間、あるいは 3 年間に及ぶ縦断追跡も行われた。被災地で働く人々は、支援者でもあるが、被災者でもあり、自宅の損壊や流出、仮設住宅への転居、近親者の死などの体験と関連して精神ストレス、抑うつ症状、PTSD 症状が高くなっていた。また、職場でのコミュニケーション、復興関連業務、休養不足などの職場の環境も精神症状と関連していた。この結果からは、災害後に働く地元の支援者に対する精神健康対策が必要であり、特に、災害後の職場環境を整えるための働きかけが重要であると考えられた。

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 151 名に実施した。研修後のアンケート調査では、支援者はプログラムへの関心は高かったが、実際に適用するためにはさらなる研修が必要と考えられた。そこで、我々は実演を含んだトレーニング DVD を開発したり、事例検討などの追加研修などを実践した。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。これらの結果からSPRはわが国の大規模災害後に実施可能な介入であることが示唆され、また、これを普及させるための研修や教材が役立つ可能性が示唆された。また、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。大規模災害後の、被災地市民の健康増進や疾病予防に向けて、認知行動的アプローチを含んだ研修プログラムが有用である可能性が示唆された。

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 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年近く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、研究 では東日本大震災被災地の自治体 A の行政職員と医療関係者、B 地区の消防隊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。2012 年度、2013 年度、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示すとともに、2012 年度の結果をもとに精神的不健康に関連している要因を検討し報告する。さらに研究 では、被災自治体 C での健康調査について、派遣職員のデータも含めて報告する。

また、研究 では、地域の社会福祉を支え、復興を担う社会福祉協議会（以下、社協）の職員に注目した。社協は、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。

B . 調査方法

A 自治体の行政職員、医療職員、B 自治体の消防職員への調査

対象は、2012 年度は A 自治体の行政職員、医療職員と A 自治体に隣接する B 自治体の消防隊員。1,788 名に配布し、1,479 名(回収率 83%)からデータを回収することができた。2013 年度は A 自治体の行政職員と医療職員。1500 名に配布し、1068 名(回収率 71%)から回収することができた。2014 年度は A 自治体の行政職員と医療職員。1533 名に配布し 891 名(回収率 58%)から回収することができた。なお、各年度の回答者の中には、震災発生後に雇用され

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 評価尺度が使用された。

K6 (Kessler Psychological Distress Scale) 全般性精神健康を 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

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

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 自治体の行政職員への調査

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。第 1 回調査は 361 名を対象として調査表を配布し、355 名から回答を得た(98%)。第 2 回調査は、408 名を対象として調査表を配布し、397 名から回答を

得た（97％）。

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、うつ病・不安障害のスクリーニング調査票（Kessler Psychological Distress Scale：K6）、こころとからだの質問票（Patient Health Questionnaire：PHQ-9）による抑うつ症状とその重症度評価、そして、17項目の質問によりPTSDの重症度を評価する外傷後ストレス障害チェックリスト（PTSD Check List：PCL）であった。

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、全般性心理的ストレス（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（男216名、女579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（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（全般性心理的ストレス）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、2012 年は 967 名だった。行政職員 610 名、医療職員 357 名、消防隊員 328 名だった。男性が 41%で平均年齢 43 歳だった。2013 年は 895 名だった。所属を回答しなかった 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、所属を回答しなかった 28 名を除くと行政職員が 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。2012 年は自治体職員 11%、医療職員 15%、消防隊

員 3%であった。2013 年は行政職員 12%、医療職員 7%だった。2014 年は行政職員 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。2012 年は自治体職員 24%、医療職員 22%、消防隊員 6%であった。2013 年は行政職員 21%、医療職員 20%だった。2014 年は行政職員 17%、医療職員 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。2012 年は自治体職員 9%、医療職員 9%、消防隊員 3%であった。2013 年は行政職員 6%、医療職員 2%だった。2014 年は行政職員 5%、医療職員 3%だった。

精神的な不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、2012 年度の結果をもとに、行政職員、医療職員において、PTSD、うつ病のハイリスクに関与している要因を検討した。各要因に該当する職員の割合は、家族に死者が行方不明者がいる者は 9%、被災による転居は 23%、死の恐怖を感じる体験をした者は 55%であった。職場のコミュニケーション不足を感じている者は 17%で、休養不足を感じている者は 39%であった。多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した結果、PTSD のハイリスクに対して最も高いオッズ比を示したのは休養不足であり、約 5 倍だった。職場のコミュニケーション不足は、約 3 倍であった。一方で、家族に死者がいると回答した職員のオッズ比は約 4 倍、被災により転居したと回答した職員は約 3 倍であり、震災の直接的な影響は PTSD のハイリスクに関与していた。うつ病のハイリスクに関与する要因として最も高いオッズ比を示したのは、職場

のコミュニケーション不足と休養不足であり、オッズ比はそれぞれ約3倍だった。

B自治体の行政職員に対する調査(図4)

第1回調査は、男性156名(56%)、平均年齢は43.8歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は16%、被災による転居は44%、死の恐怖を感じる体験をした者は69%であった。職場のコミュニケーション不足を感じている者は39%で、休養不足を感じている者は46%であった。

精神的な問題(K6:有効回答数=349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21%であった。うつ病のリスクが高い(PHQ-9:有効回答数=348)が10点以上は、17%であった。また、PTSDのリスクが高い(PCL:有効回答数=333)が44点以上の者は、9%であった。

第2回調査は、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、C 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。

また、PTSD 症状、精神的な問題、抑うつ症状のハイリスク者の入れ替わりを検討するために、第 1 回、第 2 回共に回答がある者の各症状の追跡を行った(図 4)。その結果、PTSD 症状については、第 1 回目調査時のハイリスク者が約 10%であり、そのうち、約 60%は改善していたが、約 40%はハイリスクのまま推移していた。また、約 4%が新たにハイリスク者となっていた。精神的な問題については、第 1 回調査時のハイリスク者が約 20%であり、そのうち、約半数は改善していたが、半数はハイリスクのまま推移しており、6%が新たにハイリスク者となっていた。抑うつ症状については、第 1 回調査時のハイリスク者が約 17%であり、そのうち、約半数は改善していたが、半数はハイリスクのまま推移していた。新たにハイリスク者となった者は 7%であった。このように、各症状ともに約半数は回復が見られたが、依然として半数はハイリ

スクのまま推移していた。また、第 1 回目ではリスクが低いと判断されていたが、第 2 回の時点において、症状が悪化している者も一定数存在していることが示された。

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(男 216 名、女 579 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(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 6 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つた。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、精神健康の悪化を自覚する職員の割合は職域により異なり、消防隊員と比較して自治体職員、医療職員において、うつ病のリスクとPTSDのリスクが高い者の割合が高いことが明らかとなった。過去の研究においても職業的に災害についての教育や訓練を受けている災害準備性の高い職種においては、精神的不健康のリスクが低くなることが知られており、今回の結果はそうした研究に一致した結果となった。また、社協職員に対する調査では、職種間での違いが認められた。生活支援相談員は、震災後に雇われた直接震災支援を行うため、直接的な惨事ストレスへの暴露、準備性から精神的な負荷が大きいものと考

えられ、事務職もコーディネーター等、業務量の増加のため精神的負荷が大きいと考えられた。一方で介護職は、発災から1年半経過した調査時には震災前とほぼ同様の業務を行っていたため生活相談支援員、事務職員よりは精神的な負荷は小さいものと考えられた。精神的な健康のリスクに関わる要因については、発災から1年半後の時点においては経済的損失、家族の死などの直接的な被災要因よりも、メンタルヘルスの治療歴といった個人の要因や、人間関係などの職場の要因が精神症状に関係していた。

また、今回の調査により、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。

今回の調査対象となった人々の、うつ病やPTSDのリスクの高さに影響する因子としては、家族の死、被災による転居といった災害による喪失/悲嘆や環境変化の直接的な影響に加えて、職場のコミュニケーション不足および休養不足といった、災害後の職場環境が大きく関与することが明らかとなった。職場のコミュニケーションがうつ病やPTSDのリスクに関わるという結果は、災害後の心的外傷ストレスや喪失/悲嘆からの回復には人々との結びつきが重要であるという考えに一致するものである。

災害による直接的な影響を変化させることには制限があるが、職場で休養を取りやすい環境を作ることや、職場内でのコミ

ュニケーションを高めることは、災害後に対処可能な要因であり、今後は、これを改善するための具体的な対策を検討することが重要である。

本研究の結果は、災害支援を中長期的に行う職場においては、震災の直接的な影響だけではなく、目下の職場環境が精神健康の悪化により影響を及ぼしている可能性を示唆しており、災害支援者に対する中長期的な介入方法を考案する上で重要な結果である。

のC自治体の結果では、第1回目調査時(平成24年11月)と比較して、職場全体のPTSD症状、精神的な問題の程度、抑うつ症状の程度は改善傾向にあると考えられる。しかし、第1回目調査時から2年余りが経過していてもなお、半数は状態の悪いまま推移している。また、新たに状態が悪くなっている者も一定人数存在している。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。

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。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て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しう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。

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。

評価項目は、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。目標対象者数は 15 例とした。

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、適切な連携の元を実施する。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。

-1. 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 (図 8)

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、SRP 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 のについて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 24 年度に 3 回実施済みあり、今年度は第 4 回目として平成 25 年 7 月に気仙沼で実施し、第 5 回目として平成 26 年 6 月に仙台で実施した。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の希望者を対象に、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 24 年度に 2 回実施済みあり、平成 25 年度は第 3 回として平成 25 年 12 月に気仙沼で、平成 26 年度は 10 月に気仙沼で実施した。

【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 の各スキルごとの有用性、感想（自由記載）

2. スキル実施ログ調査（無記名）

支援対象者の属性（年齢、性別、主訴など個人が特定されない情報）、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

3. グループ・ディスカッション

自分の活動の中で SPR が役に立ちそうだと思う場面

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

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

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

対象者となった研修会の基本研修受講者は、通算合計 151 名になった。フォローアップ研修は通算合計 56 名になった。

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 137、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 41 であった。フォローアップ研修に複数回出席している者の回答に関しては第 1 回目の回答を使用した。その結果、基本研修とフォローアップ研修で追跡調査対象になる有効回答数は 35 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 = 23：114、年代は 20 代 18%、30 代 48%、40 代 26%、50 代 15%、60 代 1% であった。職業は心理士 29%、精

神保健福祉士 13%、保健師 19%、看護師 18%、精神科医 6%、その他 15%であった。災害・トラウマ支援の経験は、「全くない」12%、「少しある」62%、「ある程度ある」20%、「かなりある」5%であった。

【アンケート結果】

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 90%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 40%弱と低かった。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。

基本研修後とフォローアップ研修後で、追跡調査対象者 (N=35) の 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のアンケートを比較したところ、大きな変化は見られなかった。

【スキル実施ログ調査結果】

スキル実施ログの回収数は 17 ケースだった。支援対象者の精神症状 (複数回答) は抑うつ (10 ケース) と不安 (7 ケース) が多かった。SPR のスキルのうち、実際に使用したスキル (複数回答) は多い順に、情報収集 (11 ケース)、周囲の人と良い関係をつくる (11 ケース)、ポジティブな活動 (8 ケース)、心身の反応 (5 ケース)、役

に立つ考え方 (5 ケース)、問題解決 (4 ケース) だった。スキルの有用性 (5 段階評価) で平均値が高かったのは情報収集 (4.8) とポジティブな活動 (4.8) だった。スキルの自信 (5 段階評価) で平均値が高かったのも情報収集 (4.2) とポジティブな活動 (4.1) だった。

【グループ・ディスカッション結果】

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」や「健康教室等グループでの活用も可能ではないか」という声が寄せられた。また、「対象者が自分の問題を解決するモデルは、支援者の“問題解決してあげなければ”という負担感が軽くなって楽になった」という声も挙がった。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、「エッセンス的に活用している」という声が多かった。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、「スキルの指導という部分が日本文化になじまないのと一緒に考えるというスタンスが重要」「マニュアルどおりでなく TPO に合わせて柔軟に使う必要がある」「マニュアルの表現を自分なりに変えて使うステップが必要」「スキルのマッチングで、うまくいかなかったときスキルを変える応用力が必要」等の意見が出た。

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、「事例検討」「タイムリーな SV」という要望があがった。

D. 考察

基本研修後のアンケート調査結果から、SPR に対する興味関心は高く、試してみようという意欲が高いのに対して、自信は低いという傾向が明らかになった。追跡調査からフォローアップ研修を経た後には理解度が上がり、さらに事例提供を行うと実際に SPR を実践してみようという意欲が上がる事が明らかになったが、自信につながるまでには至らなかった。

これらの結果から、SPR の研修には一定の意義があるが、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あがったとおり、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、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

SPR 研修の結果、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てるよう、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

一形式にして、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
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

< 情報収集 >

研修会の事前の情報収集、準備のため、平成24年10月22日から計6回、研究分担者である上田が国立精神神経医療センター認知行動療法センターの高田馬場研修センターにて行われている市民向けの「こころのエクササイズ研修会」を見学した。また、集団認知行動療法の技法を研修会に取り入れるため、平成25年1月15日から計5回、上田がNTT東日本関東病院での「職場復帰のための集団認知行動療法・アサーショントレーニング」を見学した。

< 対象 >

宮城県内被災地域の一般市民及び支援者
< 実施時期 >

・第1回（保健師など支援者を対象に、試験的な研修・調査として実施）

平成25年2月8日 平成25年2月15日 平成25年2月25日 平成25年3月1日 平成25年3月8日 平成25年3月15日

・第2回

平成25年6月3日 平成25年6月10日 平成25年6月17日 平成25年6月24日 平成25年7月1日 平

成 25 年 7 月 8 日

・第 3 回

平成 25 年 10 月 1 日 平成 25 年 10 月 8 日 平成 25 年 10 月 15 日 平成 25 年 10 月 22 日 平成 25 年 10 月 29 日 平成 25 年 11 月 5 日

・第 4 回

平成 26 年 2 月 20 日 平成 26 年 2 月 27 日 平成 26 年 3 月 6 日 平成 26 年 3 月 13 日 平成 26 年 3 月 20 日 平成 26 年 3 月 27 日

・第 5 回

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。

<参加者の公募> (図9.参照)

・第1回(保健師など支援者を対象に、試験的な研修・調査として実施)

岩沼市健康福祉部健康増進課の後援、協力の下で、チラシを配布し、告知を行った。参加申し込みは、ファックス、電話で受け付けた。

・第2回は、岩沼市健康福祉部健康増進課の後援、協力の下で、チラシを配布し、また岩沼市報平成25年5月号に記事を掲載し、告知を行った。参加申し込みは、ファックス、電話で受け付けた。

・第3回、第4回は仙台市精神保健福祉総合センター(はあとぼーと仙台)の後援、協力の下で、チラシを配布し、告知を行った。参加申し込みは、ファックス、電話、メールで受け付けた。

・第5回は、石巻市健康部健康推進課、からころステーション、ユースサポートカレッジ石巻 NOTE の後援、協力の下で、チラシを配布し、石巻市報平成26年4月1日号に記事を掲載し、告知を行った。参加申し込みは、ファックス、電話、メールで受け付けた。

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

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。

<参加者数>

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。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45.53±14.27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10.)

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11.)。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か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、被災地における、自治体職員、社会福祉協議会職員、医療職、消防隊員など、およそ 2,800 人の精神健康についての現状を疫学的に把握することができた。被災地での継続的に支援を続ける上記人々は、一般の住民以上に強いストレスを自覚しており、また、抑うつ症状や PTSD 症状を呈しうつ病や PTSD のリスクが高い者が一定数以上いることが明らかとなった。また、職種間によって、このような精神疾患のリスクの割合が異なることも明らかとなった。うつ病のリスクは、職場でのコミュニケーションや休養不足などの災害後の職場環境の要因が強く関わっていた。一方で、PTSD のリスクには、これした職場環

境の要因に加えて、自宅の被災や家族の死などの被災による直接的影響が関与していた。今後、被災地の職場における職場環境の整備が重要である。また、職域によるハイリスク者の割合が異なる結果からは、被災地では職域の特徴に応じた支援対策を打ち出す必要性があると考えられた。

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ったが、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。

復興期に役立つ心理支援プログラム SPR を 3 年間で 5 回実施し 151 名が受講し、フォローアップ研修の受講者も 56 名に上った。研修に対する関心は高く、研修自体への満足度は高かったが、実践応用するためには、スーパービジョンの体制や事例検討など、より実践的な教育が必要と考えられた。

SPR を用いた地域住民に対する介入については、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。

大規模災害後の被災地に住む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、各回5回の研修会が3年間で計5回開催され、被災地の住民180名が参加した。研修後のアンケートでは、研修会は一般市民に受け入れられる内容であり、受講者の認知的変容を促す可能性が示唆され、特に自己効力感の向上につながること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。今後は、本研究の成果を踏まえたランダム化対照試験を実施する予定としている。

F．健康危険情報
特になし

G．研究発表

<論文>

松本和紀：東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から .治療の聲 13(1)・77-84 頁・2012

松本和紀，佐久間篤，上田一気：大規模災害後のうつ病．内科 110(6): 1085-1089, 2012 .

松本和紀：被災者のメンタルヘルスケア．日本医師会雑誌 141(1)・56-60 頁・2012

高橋葉子，松本和紀：東日本大震災におけるトラウマ．こころの科学 165・50-55 頁・2012

松本和紀：東日本大震災と精神医療 震災 8

ヵ月後の宮城県の全体的な状況と課題．病院・地域精神医学 55 巻 2 号 116-118, 2012

松本和紀、小原聡子、林みづ穂、原敬造、白澤英勝：東日本大震災における宮城県の精神科医の活動．精神医学 55(4) . 391-400 , 2013

松本和紀，白澤英勝，岩館敏晴，原敬造，樹神學，連記成史，新階敏恭，小高晃，三浦伸義，小原聡子，林みづ穂，上田一気，佐久間篤，松岡洋夫：宮城県における震災後の精神医療の状況 震災から1年を経て .精神神経学雑誌 115(5) . 492-498 , 2013

松本和紀：Health of Disaster Relief Supporters. Japan Medical Association Journal 56(2) , 70-72 , 2013

松本和紀：支援者と働く人々のケア - 東日本大震災の経験から .精神医療 72 ,31-40 , 2013

高橋葉子：被災地の看護師における惨事ストレスの長期的影響 2年経ってからみえてくるもの . Emergency Care 26(7) , 726-727 , 2013

松本和紀，高橋葉子，大澤智子：災害後支援大規模災害後の支援 被災地の状況と認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み . 認知療法研究 6 巻 2 号, 118-120 , 2013

松本和紀：東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健 - 宮城県の状況と支援活動 - .精神神経学雑誌 116 , 175-188 , 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 巻 3 号, 203-208, 2014

< 発表 >

松本和紀, 高橋葉子, 大澤智子 . 大規模災害後の支援: 認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み . 第 12 回日本認知療法学会 (シンポジウム), 2012 (東京).

松本和紀: 東日本大震災における宮城の精神医療と精神保健における被害と支援活動 . 災害精神支援の方略を立案するワークショップ, 2012 (東京)

松本和紀, 白澤英勝, 岩館敏晴, 原敬造, 樹神学, 連記成史, 小高晃, 新階敏恭, 三浦伸義, 小原聡子, 林みづ穂, 上田一気, 佐久間篤, 松岡洋夫 . 宮城県における震災後の精神医療の状況 震災から 1 年を経て . 第 108 回日本精神神経学会学術総会 (シンポジウム), 2012 (北海道).

内田知宏, 高橋葉子, 上田一気, 松本和紀, 伊丹敬祐, 鈴木妙子, 山崎 剛 . 東日本大震災における被災自治体の職員に対する支援: メンタルヘルス研修会の報告 . 第 12 回トラウマティックストレス学会, 2013 (東京).

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, 松岡洋夫 . 災害後の精神疾患予防の取り組み . 第 109 回日本精神神経学会学術総会 2013 (福岡).

越道理恵, 高橋葉子, 佐久間 篤, 八木宏子, 駒米勝利, 丹野孝雄, 阿部幹佳, 松本和紀 . 東日本大震災後の派遣職員のメンタルヘル

ス対策研修についての報告 派遣職員のニーズと対処法 . 第 12 回トラウマティックストレス学会, 2013 (東京).

上田一気, 松本和紀 . 宮城県における東日本大震災後の精神健康の現状と課題 . 第 12 回トラウマティックストレス学会 2013 (東京).

松本和紀, 佐久間 篤, 桂 雅宏, 佐藤博俊, 高橋葉子, 内田知宏, 林 みづ穂, 小原聡子, 福地 成, 原 敬造, 松岡洋夫 . 宮城県の活動を振り返って . 第 109 回日本精神神経学会学術総会, 2013 (福岡).

高橋葉子 . 被災地の看護職のメンタルヘルス . 第 12 回日本トラウマティック・ストレス学会プレングレス . 2013 (東京).

高橋葉子 . 東日本大震災の被災地看護師における惨事ストレスの長期的影響 . 第 15 回日本災害看護学会, 2013 (札幌)

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, 2014 (福島).

上田一気, 佐久間篤, 高橋葉子, 内田知宏, 越道理恵, 松岡洋夫, 松本和紀 . 東日本大震災から 1 年半後の社会福祉協議会職員のメンタルヘルス . 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).

佐久間篤, 上田一気, 松本和紀, 松岡洋夫 . 東日本大震災における宮城県の精神科病院への影響 . 第 13 回トラウマティック・ストレス学会, 2014 (福島).

松本和紀．東日本大震災におけるこころの
ケア宮城での状況と取り組み．兵庫県こ
ころのケアセンター 開設 10 周年記念こ
ころのケア国際シンポジウム，2014（神戸）．

Ayami Nagao, Yoko Takahashi, Tomoko
Osawa, Ikki Ueda, Hiroo Matsuoka,
Hiroshi Kato, Kazunori Matsumoto.
Dissemination of a psychological
intervention program for disaster- affected
people: evaluation of training workshop.
9th International Conference on Early
Psychosis, 2014 (Tokyo) .

Ikki Ueda, Yoko Takahashi, Miyuki
Tajima, Ayami Nagao, Hiroo Matsuoka,
Yutaka Ono, Kazunori Matsumoto.
Cognitive Behavioral Therapy-based
programs in the communities affected by
the Great East Japan Earthquake. 9th
International Conference on Early
Psychosis, 2014 (Tokyo) .

H . 知的財産権の出願・登録状況

（予定を含む。）

特になし

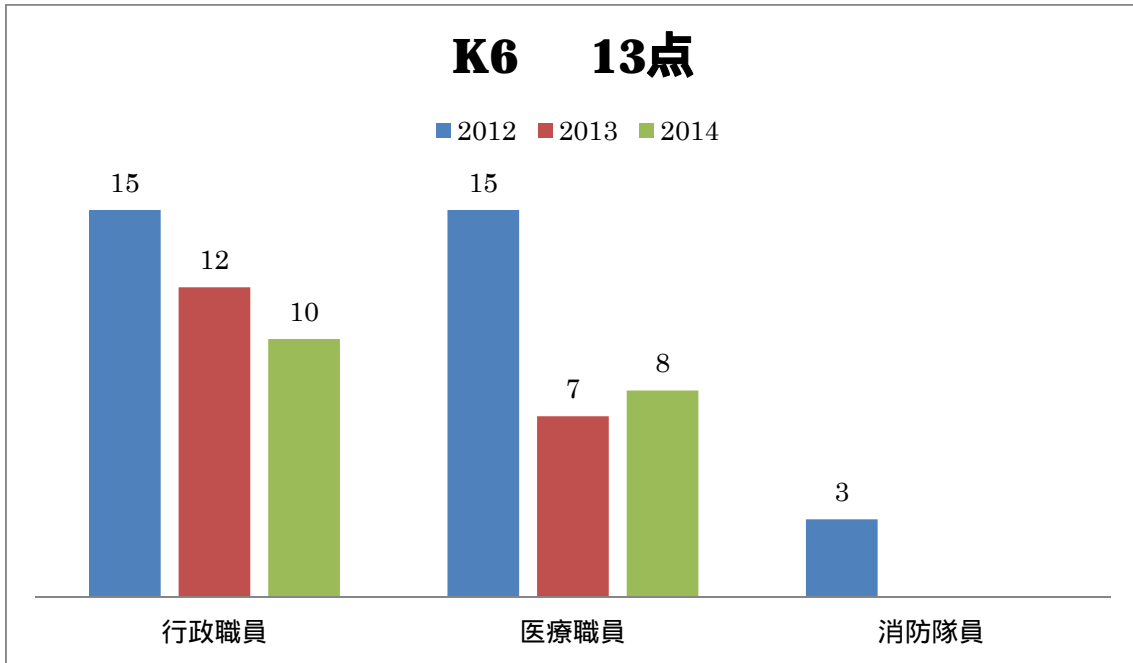


図1 K6 (全般性精神健康) の総得点が13点以上の職員の割合

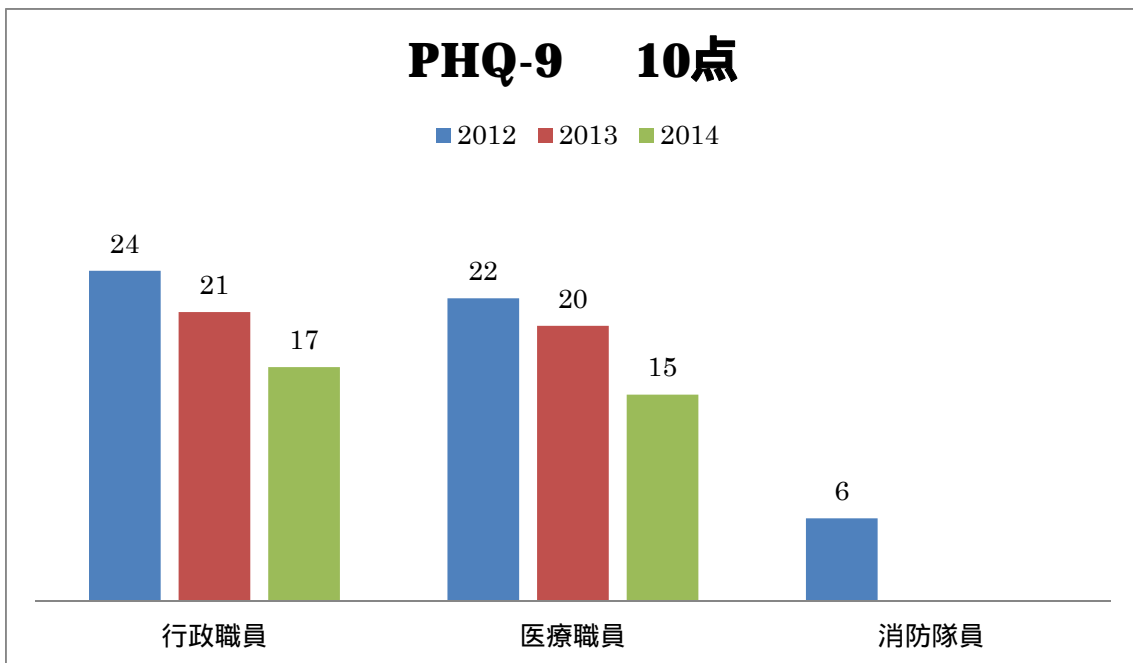


図2 PHQ-9 (抑うつ症状) の総得点が10点以上の職員の割合

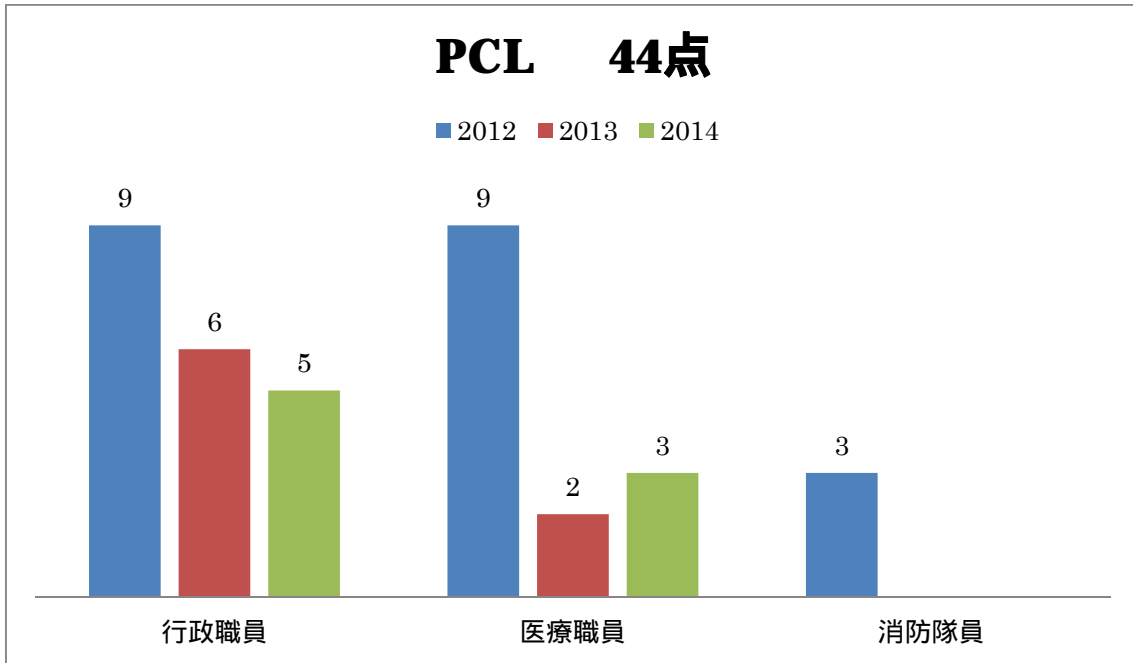


図3 PCL (PTSD 症状) の総得点が44点以上の職員の割合

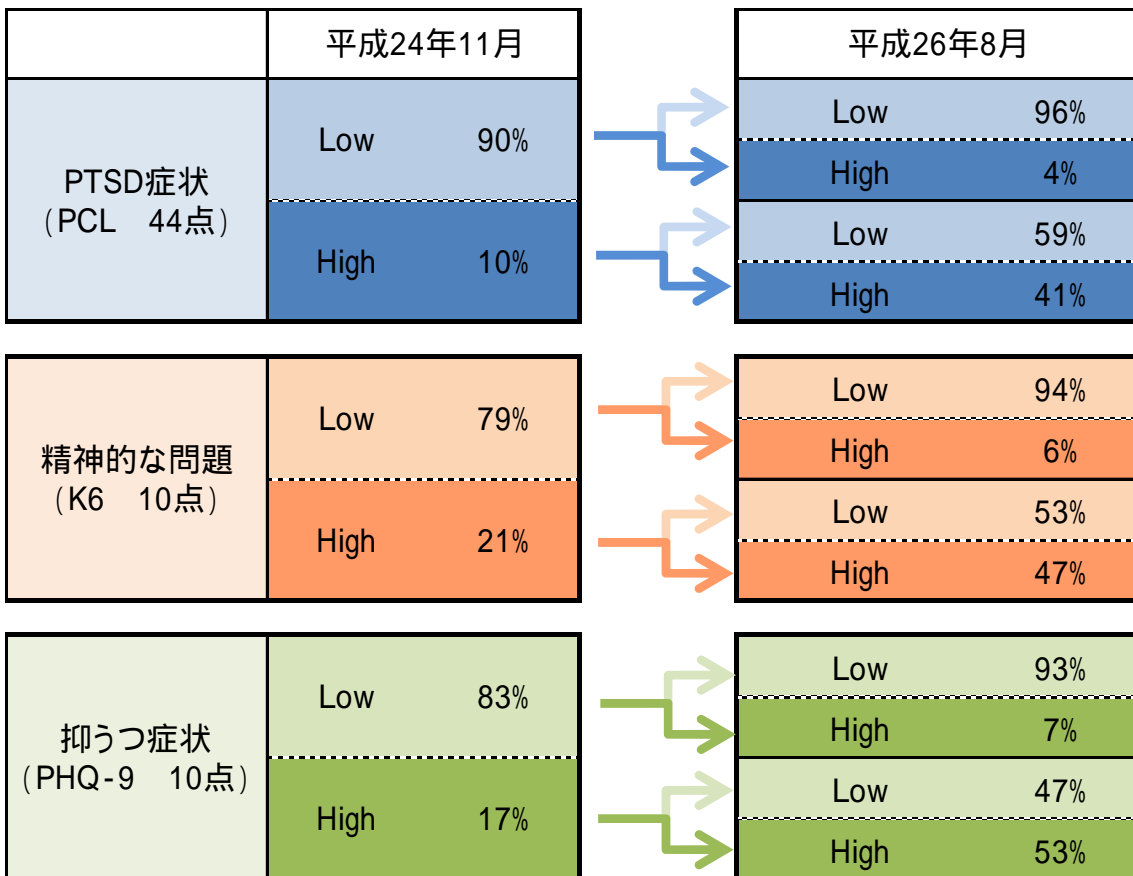


図4 B自治体職員の各症状のハイリスク者の入れ替わり

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 | | | |
|---------------------|----------|------|------|------|-------------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | B | SE | OR | P | B | SE | OR | P | B | 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 | | | |
|-----------------------|----------|------|------|------|-------------|------|------|------|-----------|------|------|------|
| | B | SE | OR | P | B | SE | OR | P | B | 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 |

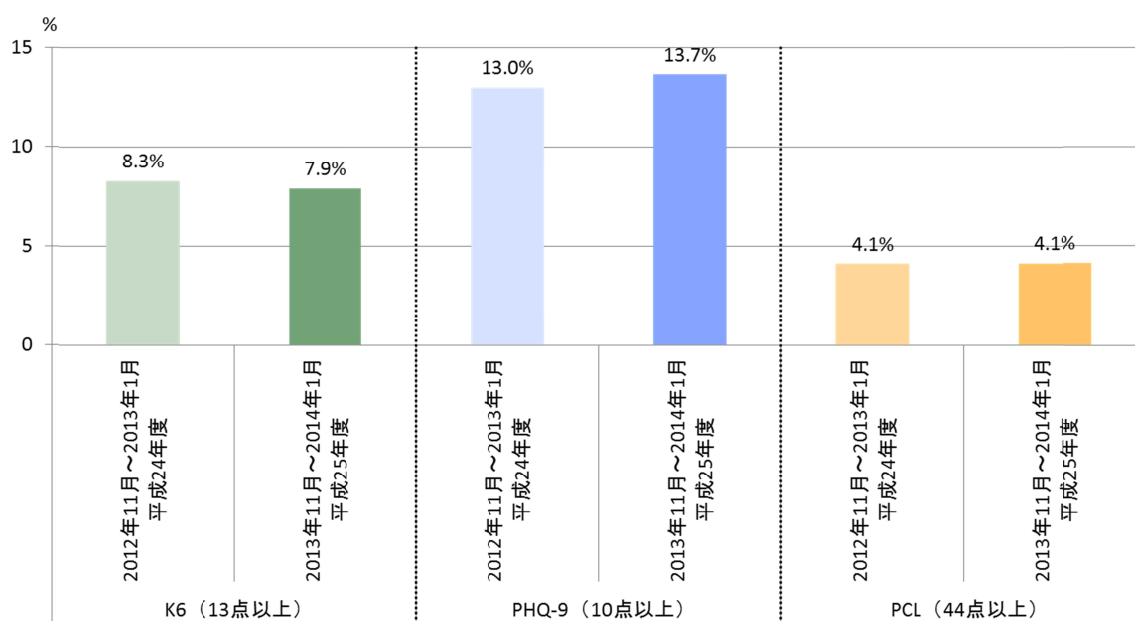


図5. K6、PHQ-9、PCLのハイリスク者の割合の推移

| | 20ヶ月 | | 32ヶ月 |
|-----------------------------|----------------|---|----------------|
| 抑うつ症状 (PHQ-9 \geq 10点) | High 13.8% 79名 | → | High 54.2% 39名 |
| | Low 86.2% 495名 | | Low 45.8% 33名 |
| PTSD症状 (PCL \geq 44点) | High 4.0% 24名 | → | High 43.5% 10名 |
| | Low 96.0% 573名 | | Low 56.5% 13名 |
| | | | High 8.2% 38名 |
| | | | Low 91.8% 424名 |
| | | | High 2.7% 15名 |
| | | | Low 97.3% 538名 |

図6. PHQ-9、PCLのハイリスク者の入れ替わり

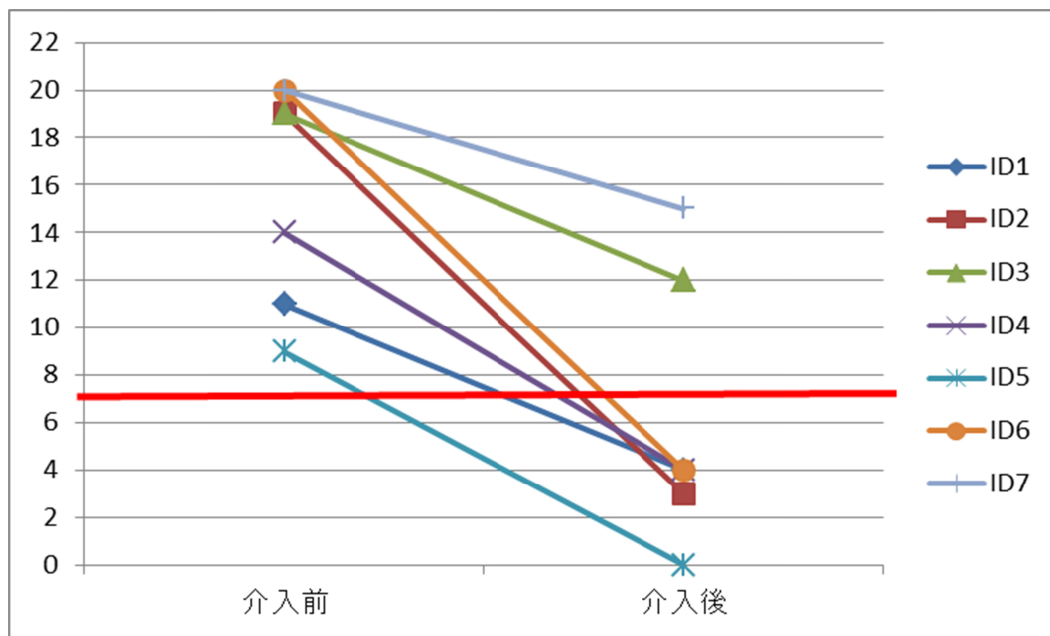


図7. SPR介入前後のGHQ-30得点の変化 (N=7) * プレ介入者も含む

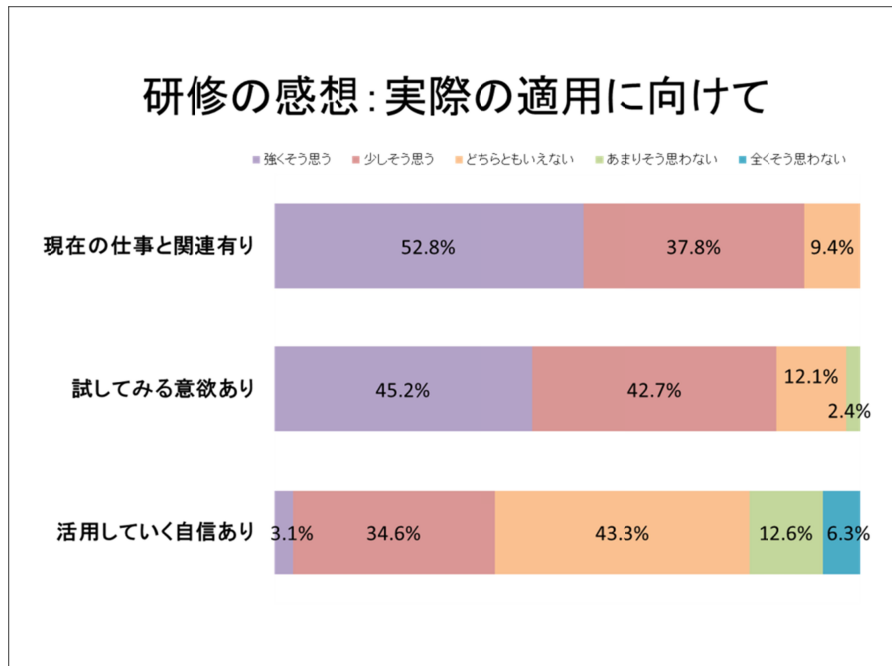


図 8. H24 ~ H26 年度合算 SPR 基本研修後の感想

こころのエクササイズ研修

～ 認知療法・認知行動療法の基礎を学ぶ ～

認知療法・認知行動療法の基本的なスキルを学び、日々のストレス対処に活かしましょう。いろいろな演習を交えて楽しみながら体験していただく研修です。こころのエクササイズを行い、活き活きとした生活を送るコツを学びましょう。

1. 対象者: 認知療法・認知行動療法に関心を持つ岩沼市保健課および関係機関職員
2. 研修日程: (①～⑥までであるだけすべて受講して頂きますようお願いいたします。)

- ① 2月8日(金) 認知行動療法の基礎を学ぶ
- ② 2月15日(金) “やる気”が先か“行動”が先か?～楽しめる活動を増やすコツ～
- ③ 2月25日(月) コミュニケーションスキルアップ
- ④ 3月1日(金) 自分の気持ちや考えをうまく伝えるコツ
- ⑤ 3月8日(金) 自からウロコ! 発想転換のコツ
- ⑥ 3月15日(金) 岩も砕け持ち上がる?!～問題を上手に解決するコツ～

3. 研修時間: 13:30～15:00
4. 研修会場: 岩沼市総合福祉センター1617号 大会議室
5. 参加費: 無料
6. 申し込み方法: 各課で取り決めのうえ、申込用紙にてFAXでお申込み下さい。
[申込期限] 平成25年1月31日
[ファックス] 022-717-8059

図 9. こころのエクササイズ研修-告知用パンフレット

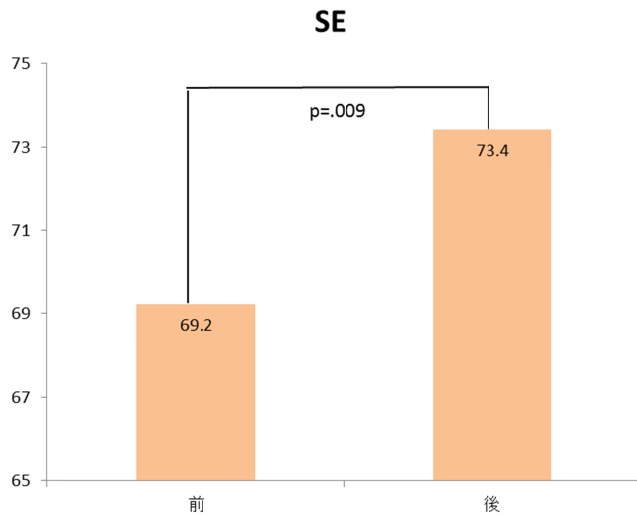


図 10. 研修前後での特性的自己効力感の変化

| 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 11. 研修前後での研修の理解についての質問の得点の変化

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

トラウマとうつ病との関連について

研究分担者 金吉晴 1)

協力研究者 堀江 美智子 2)、加茂 登志子 3)、清水 悟 3,4)

1) 国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所

2) 東京女子医科大学小児科

3) 東京女子医大女性生涯健康センター

4) 東京女子医科大学総合研究所研究部

研究要旨

災害によるトラウマ後のうつ病の有病率は PTSD と並んで高いが、うつ病から見るとトラウマは多くのライフイベントの1つと見なされることが多い。両者の関連は、併存率の高さ、病因としてのストレスのもたらす共通の転帰、診断学的ないし症候論的重複、自殺などの深刻な転帰への相関の一致などによって示されている。また薬物療法への治療反応性に関しても、SSRI が第一選択に挙げられるなど重なるところが大きい。今後は単なる相関ではなく、症状形成、病態生理を踏まえた関係を解明する研究が望まれる。

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。

PTSD 症状とうつ病症状への治療的取り組みの向上のために、治療回復途上におけるこれらの症状の関連を調べた。PTSD を発症した成人女性に Prolonged Exposure therapy (PE) を実施し、治療経過における PTSD 症状とうつ症状の変化の関係性を検討すること、また intimate partner violence (IPV) 群と not intimate partner violence (NIPV) 群における変化の関係性に相違があるのか検討することを目的に研究を行った。対象は PTSD を発症した女性患者 (DV 被害: 15 名、その他の被害: 11 名) とし、得られた 26 名のデータについて単回帰分析と PATH 解析を実施した。IPV 群と NIPV 群における‘うつ’の状態は症状だけを単独で評価したのでは把握しづらい相違が存在している可能性が示唆された。IPV 群では治療終了後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであり、PE 治療の効果的なタイミングやうつ病症状に対する既存あるいは特化した治療アプローチの検討、その介入時期と介入後の効果などは今後の重要な研究課題である。

はじめに

うつ病は様々なライフイベントに続発することが知られており、そうしたイベントの1つとしてのトラウマ的体験は、ストレス応答性に強い衝撃をもたらすことによって、うつ病、不安障害などを発症させることが考えられる(1)。Matsuokaらの行った、交通事故による三次救急搬送患者における事故後1ヶ月時点でのうつ病の発症率は大うつ病が16%、小うつ病が7%であり、他方PTSDは8%、部分PTSDが16%であった(2)。なお何らかの軸診断を示した者の割合は30%である(一部重複あり)。したがって事故というイベントから見た場合、PTSD圏とうつ病圏の疾患の比率はほぼ同じである。またPTSD8名中7名が大うつ病を、大うつ病16名中7名がPTSDを併発していることから両疾患の併存性の高さが示されているが、Kesslerによる先行研究(3)においても、PTSDの半数以上がうつ病を併発しており、トラウマというイベントだけではなく、PTSDと疾患に関してもうつ病との関連性が高いことが示されている。

他方でPTSD患者に対し、トラウマに焦点を当てた治療を実施することでPTSD症状だけでなく併存したうつ症状にも改善が見られることをいくつかの研究が示唆している(Harvey, A.G et al. 2003)(Asukai, N et al. 2010)が、治療経過中における2つの症状変化の関連性を示唆した研究はまだ少ない。Aderkaらは子どもと青年期の若者を対象としてPE治療経過中におけるPTSD症状とうつ症状変化の関連性を調査した(Aderka, M.I et al. 2011)。その結果、

治療の進行とともにPTSD症状とうつ症状が相互に影響を与え合いながら軽減していくことと、PTSD症状の減少がうつ症状の減少を、その逆のパターンよりもより大きく誘導することが示唆された。

さらに近年、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。

これらの立場からPTSDとうつ病の関係を考察した。

病因

PTSDに対して原因的なリスクを有するのは精神の危険をはらむトラウマ的な出来事への暴露である。トラウマという言葉がすでにtraumatic stressであり、ストレス要因であることから明らかに、トラウマへの暴露は重度のストレスであって、ストレスに関連した心身の症状ならびに疾患はどのようなものであっても生じ得る。その意味で、PTSDが発生するような状況というのは健康被害が生じており、精神に限っていえばストレスと関連性の高い気分、不安障害は発症しやすい状況である

といえる(4)。また PTSD とうつ病はともに共通する生物学的な脆弱生要因を持っており、近年では脳脊髄液中の substance P 濃度が基礎値においてもトラウマビデオ視聴後の反応性においても更新しているという所見(5)や、serotonin transporter 所見(6)などが注目されている。なおこの仮説は上述の交通事故研究からも明らかであるが、従来研究においては各種精神疾患、症状の横断的な有病率だけが調査対象となっており、今後は各疾患の経時的な消長、介在ないし調整的な要因の検討が課題である。

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。

・ 症状

PTSD が DSM (診断と統計のためのマニュアル 第 3 版 Diagnostic and statistical manual 3rd edition, 1980) に初めて登場したときの診断基準項目には罪

責感などの抑うつ系の症状が含まれており、後にはうつ病との鑑別診断が困難になるとの理由でこの項目が削除されたという経緯がある。本年春に改訂予定の DSM-5 では認知の変化として、悲観的思考が含まれるなど、再び抑うつ的な症状項目が追加された。共通の不利な転帰への関与

うつ病のもっとも不利な転帰は自殺である。PTSD においても自殺は珍しいことではなく、その発現には抑うつ症状が関与している(7)(8)(9)。PTSD の治療ガイドライン(10)においてはまず自殺のリスクの評価が求められており、また未治療の PTSD は自殺のリスクを高める。その理由は PTSD に伴う不安、抑うつが自殺念慮を高めることと、社会的孤立、スティグマが生存への欲求を減少させるということがある。

・ 治療反応性

治療においては両疾患ともに SSRI が第一選択薬となる(11)(12)。特に PTSD では病理発症のモデルとしては急性期には nor-epinephrine 過剰放出(13)(14)、その後は cortisol 応答性の過敏とカスケード反応が想定されている(15)(16)が、こうした病理モデルと実際の治療選択との間には解離がある。気分障害、不安障害における serotonin の役割については不明な点が多いが、少なくとも診断に迷う症例においてはこの薬剤の処方を検討することが合理的であろう。なお nor-epinephrine モデルに従って、トラウマ暴露直後に 2-blocker である propranolol を処方することで PTSD の予防が試行されたが、有意な結果は得られていない(17)(18)。

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した系の影響が増大することを見出した。

・ 持続エクスポージャー療法への反応性

PTSD 患者に対し、トラウマに焦点を当てた治療を実施することで PTSD 症状だけでなく併存したうつ症状にも改善が見られることをいくつかの研究が示唆している (Harvey, A.G et al. 2003) が、治療経過中における 2 つの症状変化の関連性を示唆した研究はまだ少ない。Aderka らは子どもと青年期の若者を対象として PE 治療経過中における PTSD 症状とうつ症状変化の関連性を調査した (Aderka, M.I et al. 2011) 。その結果、治療の進行とともに PTSD 症状とうつ症状が相互に影響を与え合いながら軽減していくことと、PTSD 症状の減少がうつ症状の減少を、その逆のパターンより

もより大きく誘導することが示唆された。この研究は、PTSD 症状とうつ症状を併せ持つ患者に対する心理療法の治療構造を決定するうえで重要な指摘を行っているが、成人を対象にした同様の研究はまだない。

このため、本研究では、まず PTSD 症状で PE を受けた対人暴力被害の成人女性を対象とし、PE 治療経過中の PTSD 症状と抑うつ症状との症状変化の関連性を分析することを目的とした。次に、両者の症状変化の関連性について、被害内容による差異の有無を分析するため、Intimate Partner Violence(IPV)被害者と IPV 以外の単回性対人暴力被害者に群別し、検討を行った。IPV 被害は女性の対人暴力被害の中でももっとも頻度が高く、公衆衛生的な観点から論じられることが多い。PTSD の発症率が高く (Astin, M.C et al. 1993) 加えてうつ症状も発症しやすく、(Pico-Alfonso, M.A et al. 2006) PTSD とうつは IPV 被害者の二大精神障害であるとのメタ分析も報告されている (Golding, 1999)。Battered woman という概念の提出以来、IPV 被害者におけるうつ症状は認知や対処方略において特徴的な布置があり、難治であるとの指摘があるが、エビデンスを有した治療的介入という観点には必ずしも反映されていない。

研究内容の詳細は平成 25 年度報告書に記載の通りであるが、対人暴力被害により PTSD に罹患した成人女性の全サンプルを対象として、PE 中の PTSD 症状とうつ症状の関係について検討したところ、時間、PTSD 症状、うつ症状の PATH 係数の推定値から、Aderka らの思春期事例と同様に、PE は、成人女性においても PTSD 症状と

うつ症状をともに減少させており、両者には相互的な関係性があるが、PTSD 症状の減少がうつ症状の減少をリードしていることが示唆された。すなわち、成人女性の PTSD 症状とうつ症状を合併する事例に対しては、PE を用いることで PTSD 症状の減少と同時にうつ症状の減少もまた期待できると考えられる。

一方、IPV 群と NIPV 群に分けた検討では、NIPV 群では PTSD 症状の減少がうつ症状の減少に強く関与していることが示唆されたが、IPV 群ではそうした関係性を示す推定値は得られていなかった。つまり、IPV 被害を受けた女性においては、PE によって PTSD 症状とうつ症状はともに軽減するものの、PTSD 症状の軽減はうつ症状の軽減に直接結びついていなかったのである。他方で、治療前のデモグラフィックデータでは、IPV 群と NIPV 群で Major depressive disorder の罹患率に大きな差は認められない。加えて治療前後のうつ症状の値においても、IPV 群と NIPV 群に有意差は認められなかった)ので、上記の結果は IPV 群と NIPV 群における治療前後のうつ症状の減少によっては説明できない。

このことは、PTSD に併存するうつ状態に、トラウマ症状との関連における病因に異種性 Heterogenicity が存在することを示している。すなわち、治療経過から見ると、NIPV 群のうつ症状はいわば PTSD 症状と直結しているが、IPV 群のうつ症状は PTSD 症状に対し、NIPV 群のうつ症状より、より独立的に存在しているようにみえる。本研究において、PE は成人女性 IPV 群においても PTSD 症状を十分に改善するという結果が得られた。このことは言うま

でもなく PTSD 症状に苦しむ IPV 被害女性に対して大きな福音である。しかし、IPV 群において PE 開始時に明らかなうつ症状が併存している場合、そのうつ症状は PTSD 症状に対して純粋に併発したものである可能性があり、PTSD 症状が軽快した後もうつ病治療が課題として残る可能性については十分予測されるべきであろう。Iverson, K. M., et al.(2012) は、IPV 被害女性に対して PTSD 症状とうつ症状の双方をケアしていくことは治療後の長期的な IPV の予防的対策にもなりえ、このことは IPV 被害女性の将来にわたる生活の質を向上させることにもつながると報告しているが、本研究もこの報告を支持する結果となった。しかし、どのような治療が IPV 被害者のうつ症状に効果があるのかはまだ十分に分かっていない。IPV 被害者におけるうつ病発症のリスクとして、既存の研究では、若年であること、低所得社会階層であること、児童期の虐待歴があること、社会的支援に乏しいことが挙げられているが(Wong et al, 2012) これらは既存のうつ病発症リスクと重なる点も多く、IPV 被害者に特化されたものとは言えない。一方で Lenore Walker による Battered Women Syndrome (1984) 以来、IPV 被害者の認知の特徴に着目した研究は多く、近年では IPV における被害内容や被害者のコーピングスタイルの観点から、IPV 被害者の maladaptive cognitive schema が disengagement coping に関連し、うつ症状を悪化させるとの報告(Calvete et al 2007) もある。もし IPV 被害者に特徴的な認知やコーピングスタイルがあり、うつ症状に密接に関連しているとすれば、そこに特化し

たうつ病治療の開発もまたあり得るだろう。

結論

Posttraumatic depression という概念は確立しておらず、トラウマ的出来事は PTSD から見れば原因のリスク要因であるが、うつ病から見れば重篤なライフイベントにすぎない。しかしトラウマ被害を受けた患者の治療においては、うつ病と PTSD の併存に注意を向けることはもちろん、これらの疾患の併存は、どちらの側にとっても回復を妨げ、社会的予後を悪化させ、時には自殺のリスクを高める調整要因であることを踏まえて、治療対応に取り組む必要がある。今後、経時的な文脈においてこれらの症状の時間的な消長の順序、関与する変数の検討などによって、表面的な相関や併存だけではなく、病因的な関連にまで踏み込んだ関係を明らかにすることが求められる。

参考文献

- Aderka, M.I., Foa, E.B.(2011). Direction of Influence Between Posttraumatic and Depressive Symptoms During Prolonged Exposure Therapy Among Children and Adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(3), 421-425.
- Astin, M.C., Lawrence, K.J., Foy, D.W.(1993). Posttraumatic Stress Disorder Among Battered Women: Risk and Resiliency Factors. *Violence and Victims*, 8(1), 17-28.

- 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.
- Bremner JD, Elzinga B, Schmahl C, Vermetten E. Structural and functional plasticity of the human brain in posttraumatic stress disorder. *Prog. Brain Res.* 2008;167:171–86.
- Calvete, E., Corral, S, Estevez, A.(2007). Cognitive and coping mechanisms in the interplay between intimate partner violence and depression, *Anxiety, Stress & Coping*, 20(4): 369-382
- 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.
- Galea S, Brewin CR, Gruber M, Jones RT, King DW, King LA, et al. Exposure to hurricane-related stressors and mental illness after Hurricane Katrina. *Arch. Gen. Psychiatry.* 2007 Dec;64(12):1427–34.
- Geraciotti TD Jr, Carpenter LL, Owens MJ, Baker DG, Ekhaton NN, Horn PS, et al. Elevated cerebrospinal fluid substance p concentrations in posttraumatic stress disorder and major depression. *Am. J. Psychiatry.* 2006 Apr;163(4):637–43.
- Glaesmer H, Braehler E. The differential roles of trauma, posttraumatic stress disorder, and comorbid depressive disorders on suicidal ideation in the elderly population. *J. Clin. Psychiatry.* 2012 Aug;73(8):1141–6.
- Goenjian AK, Bailey JN, Walling DP, Steinberg AM, Schmidt D, Dandekar U, et al. Association of TPH1, TPH2, and 5HTTLPR with PTSD and depressive symptoms. *J. Affect. Disord.* 2012 Nov;140(3):244–52.
- Golding, J. M.(1999), Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis., *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132.
- Harvey, A.G., Bryant, R.A., Tarrrier, N.(2003). Cognitive behavior therapy for posttraumatic stress disorder. *Clinical Psychology Review*, 23, 501-522.
- IPAP 金吉晴、原恵利子 (訳). PTSD 薬物療法アルゴリズム. 東京: メディカルフロントインターナショナル; 2007.

Iverson, K. M., Gradus, J. L., Resick, P. A., Suvak, M. K., Smith, K. F., Monson, C. M. (2011)., Cognitive-Behavioral Therapy for PTSD and Depression Symptoms Reduces Risk for Future Intimate Partner Violence among Interpersonal Trauma Survivors., *Journal of Consult Clin Psychol.*, 79(2), 193-202.

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, Hughes M, Nelson CB. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1995 Dec;52(12):1048–60.

Klengel T, Pape J, Binder EB, Mehta D. The role of DNA methylation in stress-related psychiatric disorders. *Neuropharmacology.* 2014 May;80:115–32.

Matsuoka Y, Nishi D, Nakajima S, Kim Y, Homma M, Otomo Y. Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: the Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. *Crit. Care Med.* 2008 Jan;36(1):74–80.

Morina N, Ajdukovic D, Bogic M, Franciskovic T, Kucukalic A, Lecic-Tosevski D, et al. Co-occurrence of major depressive episode and posttraumatic stress disorder among survivors of war: how is it different from

either condition alone? *J. Clin. Psychiatry.* 2013 Mar;74(3):e212–218.

Panagioti M, Gooding PA, Tarrrier N. A meta-analysis of the association between posttraumatic stress disorder and suicidality: the role of comorbid depression. *Compr. Psychiatry.* 2012 Oct;53(7):915–30.

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.

Pico-Alfonso, M.A., Garcia-Linares, M., Celda-Navarro, N., Bllasco-Ros,C., Echeburua,E., Martinez, M.(2006). The Impact of Physical, Psychological, and Sexual Intimate male Partner Violence on Women's Mental Health: Depressive Symptoms, Posttraumatic Stress Disorder, state Anxiety, and Suicide. *Journal of Women's Health*, 15(5), 599-611.

Pitman RK, Delahanty DL. Conceptually driven pharmacologic approaches to acute trauma. *Cns Spectrums.* 2005 Feb;10(2):99–106.

Pukay-Martin ND, Pontoski KE, Maxwell MA, Calhoun PS, Dutton CE, Clancy CP, et al. The influence of depressive

- symptoms on suicidal ideation among U.S. Vietnam-era and Afghanistan/Iraq-era veterans with posttraumatic stress disorder. *J. Trauma. Stress.* 2012 Oct;25(5):578–82.
- 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.
- Sharp S, Thomas C, Rosenberg L, Rosenberg M, Meyer W 3rd. Propranolol does not reduce risk for acute stress disorder in pediatric burn trauma. *J. Trauma.* 2010 Jan;68(1):193–7.
- Simeon D, Knutelska M, Smith L, Baker BR, Hollander E. A preliminary study of cortisol and norepinephrine reactivity to psychosocial stress in borderline personality disorder with high and low dissociation. *Psychiatry Res.* 2007 Jan 15;149(1-3):177–84.
- Stein DJ, Ipser JC, Seedat S. Pharmacotherapy for post traumatic stress disorder (PTSD). *Cochrane Database Syst. Rev.* [Internet]. John Wiley & Sons, Ltd; 1996 [cited 2013 Apr 15]. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/14651858.CD002795.pub2/abstract>
- 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.
- The International Psychopharmacology Algorithm Project [Internet]. Available from: <http://www.ipap.org/>
- 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.
- Wong, J.Y.H., Fong, D.Y.T., Tiwari, A.(2012) Depression in Women Experiencing Intimate Partner Violence., in *Essential Notes in Psychiatry* edited by Victor Olisah, InTech, 2012
- Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2000;61

Suppl 7:14–21.

Yehuda R. Biology of posttraumatic stress disorder. *J. Clin. Psychiatry.* 2001;62 Suppl 17:41–6.

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）
総合研究報告書

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、災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法教育プログラムを開発して、被災地に適応することである。本研究班では、平成 24 年度には被災 3 県の地域支援者が求めるニーズを把握し、簡易型認知行動療法教育プログラム案を作成した。平成 25 年度には東北大学やみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンター等と協働して同プログラムを他地域において展開する試みを実施した。最終年度は、この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本プログラムを展開した。本研究期間に、4 つのボランティア研修、6 つの市民向け研修、4 つのスタッフ向け研修を実施した他、地域でのボランティア活動が活発化するような支援を行った。その他、他地域でも同プログラムが実施できるように、簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を行った。

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、被災地での重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。

B．研究方法

われわれは、平成 23 年 7 月より宮城県女川町において、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のスキル研修の提供、また、傾聴ボランティアの育成にあたってきた。その経験を踏まえて、平成 24 年度には、被災地における簡易版認知行動療法プログラム案を作成し、関連の教育資料を作成した。また、平成 25 年度には、女川町でのボランティア育成研修に加えて、女川町民を対象とした市民向け講演会を実施した。また、他機関と協働して同プログラムを他地域においても展開した。さらに、平成 26 年度は、女川町でのボランティア育成研修に加えて、保健スタッフが簡易版認知行動療法を地域で展開できるように、スタッフ向けの勉強会

を実施した。また、このプログラムの導入を希望する地域を募り、プログラム展開に協力した。

C. 研究結果

3年間の活動内容の詳細は、表1に示した通りである。

【平成24年度】

平成24年度は、ボランティア育成研修（女川町）、東北大学やみやぎ心のケアセンターとの協働によるスタッフ研修、簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を実施した。

ボランティア育成研修

宮城県女川町は、東日本大震災によって約1割の住民が死亡ないしは行方不明となり、家屋の約75%が半壊ないしは全壊し、人口は2割弱減少した。住民の大多数が何らかの精神的影響を受けて生活をしている現状において、住民同士の目線活かしたソーシャルネットワークの構築を目的に、「聴き上手ボランティア」の養成研修を行った（研修の詳細は表1に示す）。研修は6回で構成し、延べ117名の参加を得た。

東北大学やみやぎ心のケアセンターとの協働によるスタッフ研修

東北大学・みやぎ心のケアセンターでは、一次予防の観点から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ことを目的とした研修を企画していた。そこで、われわれが実施する簡易版認知行動療法研修プログラムを提供し、被災地域向けの研

修プログラムの作成に協働した。

被災地域の住民を対象とする前に、まずは、認知療法・認知行動療法に関心を持つ保健師および関係機関職員を対象にプログラムを試行することにし、東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らを中心として「こころのエクササイズ研修」が実施された（研修の詳細は表1に示す）。

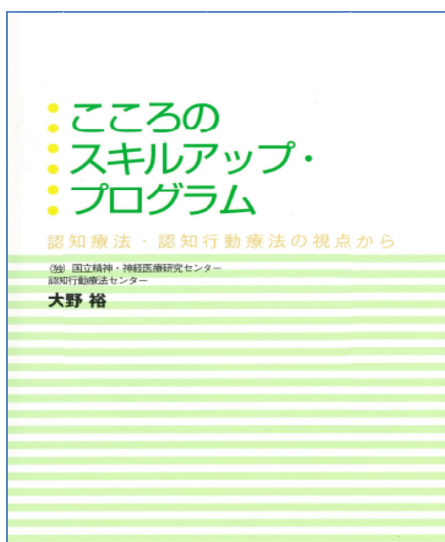
簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成

東日本大震災の被災地支援にあたっては、被災者数が膨大な数に上ることから、専門家による支援に加えて、住民自体のセルフヘルプの活用が重要となる。そこで、認知行動療法を活用したセルフヘルプ教材として小冊子「こころのスキルアップトレーニング 認知療法・認知行動療法のスキルを学ぶ」を作成した。小冊子は2部構成となっており、第1部では認知行動療法の基本的な考え方を解説し、漫画を用いて誰にでも分かりやすいようにストレス対処に活かす認知行動療法について紹介した。



また、女川での取り組みを参考に、教育

資料「こころのスキルアップ・プログラム 認知療法・認知行動療法の視点から」を作成した。本教材は、同研修を行う際のパワーポイントを付属の CD-ROM に収め、パワーポイントの解説方法を分かりやすく示したものである。



これらの小冊子・教育資料は、東日本大震災被災地の住民向け研修および講演会の際に配付したり、各関連施設・団体に送付して普及啓発や研修実施時に役立ててもらった。

【平成 25 年度】

平成 25 年度は、ボランティア育成研修（女川町）、市民向け研修、ボランティア活動の支援、簡易型認知行動療法教育プログラムの教材作成を実施した。

ボランティア育成研修

昨年度に引き続き、女川町でボランティア育成を行った。平成 25 年度は「聴き上手ボランティア」を単独で行うのではなく、「遊びリレーションリーダー」「認知症サポーター」など、他のボランティア養成研修

で扱う内容を包括的に学べる「健康づくりリーダー育成研修（全 9 回）」を行うことにした（研修の詳細は表 1 に示す）。

市民向け研修

女川町民を対象とした認知行動療法の基礎を学ぶことを目的とした講演会「老若男女女川町民のためのこころのエクササイズ」を実施した。講演会の実施にあたっては、町報で研修会の周知を行うとともに、認知行動療法について解説した小冊子をチラシと共に全戸配付して、講演会の内容に関心を持ってもらうように工夫した。また、午後の部と夜の部を開催し、さまざまな年齢層の方に受講していただけるように配慮した。午後の部の参加者は 39 名、夜の部の参加者は 29 名であった。

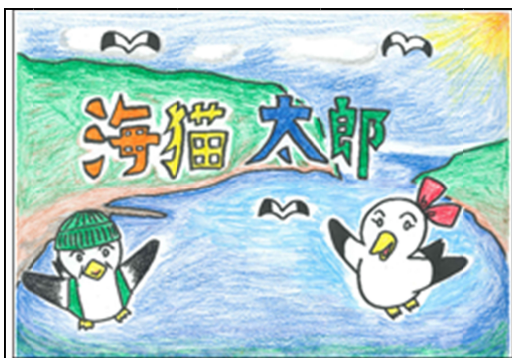
また、宮城県岩沼市、仙台市、太白区では、東北大学の上田一気先生、松本和紀先生らが中心となって市民向けの「こころのエクササイズ研修」が実施され、分担研究者らが共催した。

また、ふくしま心のケアセンター（加須駐在）の職員から、加須市内に避難中の福島県民、および、加須市内を除く埼玉県内に避難中の福島県双葉町民を対象として、認知行動療法を用いたうつ病予防のプログラムと茶話会形式のサロン活動の展開をしたいという相談があった。そこで、分担研究者が行う女川町での活動に同行してもらった後、同センター職員が中心となって、社会福祉協議会職員を対象にデモンストレーションを実施し、その後、プログラム改訂を行って、加須市内に避難中の双葉町民を対象にした研修を試みた（各研修の詳細は表 1 に示す）。

ボランティア活動の支援

平成 23 年度から実施した「聴き上手ボランティア研修」の修了生たちが中心となって、仮設住宅内の集会所などで「お茶っこ飲み会」を行った（活動の詳細は表 1 に示す）。「お茶っこ飲み会」は、女川町内の仮設住宅集会所で実施した他、出島の島民を対象に実施したり、仙台市に移住しているみなし仮設入居者等を対象にも実施した。

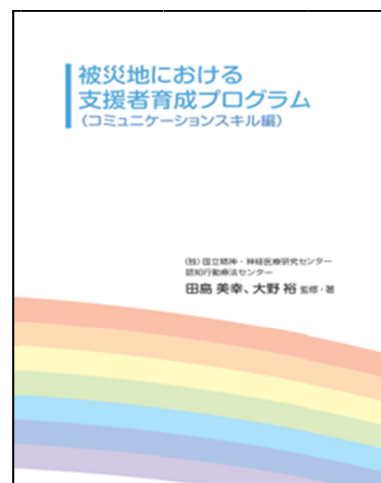
お茶っこ飲み会では、こころの健康に関する講話の他、傾聴ボランティアが中心となって、うつ病の啓発紙芝居『海猫太郎』を女川方言で作成して披露したり、ハーモニカに合わせて歌を歌ったり、大漁旗で服を作り踊りを披露したり、手作りのお菓子を食べて談笑し合うなど、楽しいひとときを過ごす場を提供した。



簡易型認知行動療法教育プログラムの

教材作成

平成 25 年度は、教育資材として「被災地における支援者育成プログラム～コミュニケーションスキル編～」を作成した。本教材は、被災地域で支援を行う際に、相手と良好な関係を築き、話をきちんと聞く（傾聴）ための研修方法を示したものである。研修のねらい、研修時間の目安、必要な備品・教材、研修の流れや内容を説明し、具体的な研修の進め方を解説し、演習を行う際のパワーポイント（映写用・配付用）、ワークシート等も付属の CD-ROM に収めて、広く活用してもらえるように努めた。



【平成 26 年度】

平成 26 年度は、ボランティア育成研修（女川町）、市民向け研修、スタッフ向け研修、を実施した。

ボランティア育成研修

平成 26 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」において聴き上手ボランティア育成研修を行った（研修の詳細は表 1 に示す）。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様子であったため、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。



市民向け研修

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、宮城県石巻市で市民向けの「こころのエクササイズ研修」が実施され、分担研究者らが共催した。

スタッフ向け研修

福島県楢葉町は、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いるが、2015 年 4 月以降の帰町計画が進んでいる。このような実情を踏まえて、福島県楢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、簡易型認知行動療法教育プログラム「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。研修会は計 4 回で構成し、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などの専門家他、民生児童委員、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

り事業修了者など、幅広い層を研修対象として実施した。

また、女川町では、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、保健師、精神保健福祉士、栄養士等を対象にした認知行動療法の勉強会を開催した（各研修の詳細は表 1 に示す）

D.考察

本研究班では、平成 24 年度には被災 3 県の地域支援者が求めるニーズを把握して、簡易型認知行動療法教育プログラム案を作成した。翌年度は東北大学やみやぎ心のケアセンター、ふくしま心のケアセンター等と協働して同プログラムを他地域において展開する試みを実施した。最終年度は、このプログラムの導入を希望する地域を募り、福島県楢葉町へ帰町後の町民のメンタルヘルスを支える支援員の育成研修として、本プログラムを導入した。これらの活動を通して、4 つのボランティア研修、6 つの市民向け研修、4 つのスタッフ向け研修を実施した。

また、簡易型認知行動療法教育プログラムの教育資料として、小冊子と 2 冊の研修マテリアルを作成した。教材にはパワーポイント教材等を収めた CD-ROM を付属し、他地域でも本教育資料を用いて簡便に研修が行えるように工夫した。

分担研究者らが作成した簡易版認知行動療法プログラムは、宮城、福島両県において、各被災地の実情に合ったスタイルで導入されていった。また、岩手県では、既に岩手医科大学や岩手県こころのケアセンターが認知行動療法を活用した研修が既に実施されていたが、簡易版認知行動療法プ

プログラム教育資材を現場でも活用して、町民向け、スタッフ向けのさまざまな研修が展開した旨の報告を受けた。

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育成、町民向け、スタッフ向けの研修を行ってきた。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とが、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、災害後のうつ病予防のための簡易型認知行動療法教育プログラムを開発し、関連の教育資材を作成した。また、この簡易型認知行動療法教育プログラムは、一般市民向け、ボランティア育成向け、スタッフ向けの研修など、各地域のニーズに合わせた形で被災地域に展開することができた。

F. 研究発表

1. 論文発表

平山史子、宮川暁子、粕屋祐子、横井淳子、高橋文子、佐藤由理、木村るみ子、菅原諭子：女川町地域保健再構築に向けた取り組み、精神科臨床サービ
ス、12、190-194、2012

大野裕・田島美幸 地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から～、ストレス科学、Vol.28 No.2、P.1-10、2013

大野裕：地域の絆と心理臨床家、帝京平成大学大学院臨床心理センター紀要、第 2 巻、5-7 2013

大野裕・金吉晴・大塚耕太郎・松本和紀・田島美幸、災害支援、認知療法研究、Vol.6(2) 2013

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)、P.75-78、2014.

2. 学会発表

大野裕：シンポジウム；地域社会がストレス科学に求めるもの～認知療法・認知行動療法の立場から、第 28 回日本ストレス学会学術総会、札幌市、2012

大野裕、坂野雄二：会長会談；地域医療におけるうつ病予防と認知行動療法、第 28 回日本ストレス学会学術総会、札幌市、2012

大野裕：地域の絆作りに活かす認知療法・認知行動療法、帝京平成大学臨床心理専門職大学院シンポジウム、東京都、2012

田島美幸：大会企画シンポジウム；災害後支援、宮城県女川町こころと

からだとくらしのケア体制における人材育成～認知行動療法を用いた研修～、第12回日本認知療法学会、東京、2012

田島美幸・坂本友香・堀越勝・大野裕：一般市民を対象とした認知行動療法研修の開発・運営について、第12回日本認知療法学会、東京、2012

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～、岩手、2014

■ ・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～、東京、2014

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

【表1 軽症うつ病に対する認知行動療法プログラムの開発 研究班の平成24～26年度の活動内容一覧】

| | ボランティア養成研修 | 市民向け研修 | スタッフ研修 | ボランティア活動支援 | 教材の作成 | |
|--------|--|---|---|---|--|---|
| 平成24年度 | <p>研修名: 女川町 働き上手ボランティア研修 総数: 8回 時間: 13:00～15:30 場所: 女川町保健センター会議室 参加者数: 第1回11名、第2回26名、第3回16名、第4回23名、第5回11名、第6回20名 講師: 大野裕、田島美幸 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | | <p>研修名: こころのエクササイズ研修(職員対象) 総数: 6回 時間: 13:30～15:00 場所: 沼津市総合福祉センターあいプラザ大会議室 参加者数: 18名(14名が職員) 講師: 上田一貴、田島美幸(2名担当) 協力: 後援: 沼津市役所 健康福祉部 健康増進課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p> | | | <p>小冊子: こころのスキルアップトレーニング 認知療法・認知行動療法のスキルを学ぶ 教材: こころのスキルアッププログラム 認知療法・認知行動療法の視点から</p> |
| 平成25年度 | <p>研修名: 女川町 健康づくりリーダー育成研修 総数: 3回 時間: 10:00～12:00 場所: 沼津市役所 参加者数: 第1回12名、第2回12名、第3回10名、第4回11名(働き上手研修は3回) 講師: 大野裕、田島美幸 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | <p>研修名: 若者男女川町民のためのこころのエクササイズ 総数: 2回 時間: 7月17日 ①13:30～15:30、②18:30～20:00 場所: 女川町地球福祉センター 参加者数: ①20名、②27名 講師: 大野裕 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | <p>福島県双葉町では、社会福祉協議会職員らを対象に、市内5ヶ所研修の中心として研修を実施(1/17) 講師: 双葉町地玉支援センターふしま心のケアセンター田中康子、渡邊正道</p> | <p>【お茶っこ飲み会】 日時: 7月17日 10:00～11:30 場所: 安齋バイパス西 集会所 講師: 大野裕 講話: 自分の気持ちを理解するには～しなやかな考えを身につけよう 対象: 安齋バイパス仮設住宅の町長(1名) 協力: 働き上手ボランティア 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | <p>教材: 被災地における支援者養成プログラム～コミュニケーション編～</p> | |
| | | <p>研修名: こころのエクササイズ研修(沼津市) 総数: 6回 時間: 13:30～15:00 場所: 沼津市総合福祉センターあいプラザ 大会議室 参加者数: 10名(9名が職員) 講師: 上田一貴 協力: 後援: 沼津市役所 健康福祉部 健康増進課 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p> | | <p>【お茶っこ飲み会】 日時: 7月27日 14:00～15:00 場所: 沼津市役所 講師: 大野裕 講話: こころのケア委員会 対象: 沼津市役所仮設住宅の町長(1名) 協力: 働き上手ボランティア 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | | |
| | | <p>研修名: こころのエクササイズ研修(仙台市) 総数: 6回 時間: 13:30～15:00 場所: 仙台駅前SAMUS(ホームズスナップ)会議室 参加者数: 15.3名(11-19名) 講師: 上田一貴 協力: 後援: 仙台市精神保健福祉センター(はあとぼーと)仙台、および仙台市青葉区、宮城野区、若林区、太白区、東区の家康センター 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p> | | <p>【みなし仮設入居者サロン「アラ・ド・モ」】 日時: 11月20日 13:00～15:00 場所: 仙台市東区役所 講師: 大野裕 講話: 健康講話 対象: 仙台市みなし仮設入居者、その他(21名) 協力: 働き上手ボランティア 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | | |
| | | <p>研修名: こころのエクササイズ研修(太白区) 総数: 6回 時間: 13:30～15:00 場所: 太白区中央市民センター会議室 参加者数: 14.8名(12-18名) 講師: 上田一貴 協力: 後援: 太白区の家康センター 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p> | | <p>【お茶っこ飲み会】 日時: 2月12日 ①10:00～11:30 ②14:30～15:30 場所: ① 福島県仙台市議会議室、② 市民会館 講師: 大野裕、田島美幸 講話: 自分の気持ちを理解するには～こころも身体も健康に！馬で走るためには 対象: 議員住宅(①加島10名、②千原11名) 協力: 働き上手ボランティア 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | | |
| 平成25年度 | | <p>福島県双葉町では、被災在住の双葉町民を対象に研修を実施(10/29) 内容: 認知行動療法の解説、OTボランティアの協力を得て体験授業実施 講師: 双葉町地玉支援センターふしま心のケアセンター田中康子、渡邊正道</p> | | | | |
| 平成26年度 | <p>研修名: 女川町こころのケア「働き上手研修会」 総数: 5回 時間: 10:00～12:00 場所: 運動公園住宅 参加者数: 第1回16名、第2回26名、第3回21名(第4・5回は今年実施予定) 講師: 大野裕、田島美幸 主催: 女川町保健センター健康福祉課</p> | <p>研修名: こころのエクササイズ研修(石巻市) 総数: 6回 時間: 13:30～15:00 場所: 復興福祉センター 講義室 参加者数: 32.8名(range: 28-41名) 講師: 上田一貴 協力: 後援: 石巻市健康福祉課健康増進課、からこころーション、ニュースターボウリング倶楽部 共催: 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター</p> | <p>研修名: 認知行動療法の勉強会 総数: 4回 時間: 3:30～15:00 場所: 女川町保健センター 講師: 大野裕 主催: 女川町保健センターの保健師、精神保健福祉士、栄養士等</p> | | | |
| | | | <p>研修名: いつの間にか相手を元気にする働きかーの健康サークル研修会 総数: 4回 時間: 13:30～16:00 対象: 身近の人を支えたいと思う方、民生児童委員、倉生活改善委員、法政大学健康大学講座、各種サークルリーダー、健康づくり推進員等、社会福祉協議会職員、町民保健師、看護師、こころのケアセンター職員等 参加者数: 第1回17名、第2回46名、第3回38名(第4回は今後実施予定)</p> | | | |

研究成果の刊行に関する一覧表

書籍

| 著者氏名 | 論文タイトル名 | 書籍全体の編集者名 | 書籍名 | 出版社名 | 出版地 | 出版年 | ページ |
|---------------------|---------------------------|-----------------------|--|-------------------------|-----|------|---------|
| 松岡洋夫 | 災害時の精神科医：対応と今後の医療に向けて | 鴻池 治、久道 茂（編） | 今を生きる - 東日本大震災 復興と再生への提言 - シリーズ4 医療と福祉 | 東北大学出版会 | 仙台 | 2013 | 107-120 |
| 小西聖子、丹羽真一、細谷光亮、大津留晶 | 震災と原発事故、こころの健康にどう向き合っているか | 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班（編） | 放射線災害と向き合って 福島に生きる医療者からのメッセージ | ライフサイエンス出版 | 東京 | 2013 | 189-208 |
| | | 松本和紀、松岡洋夫（編） | 東日本大震災の精神医療における被災とその対応 - 宮城県の直後期から急性期を振り返る - | 東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座 | 仙台 | 2014 | 全185頁 |

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 |
|--|---------------------------------|-----------------------|--------|-----------|------|
| 松本和紀、小原聡子、林 みづ穂、原敬造、白澤英勝 | 東日本大震災における宮城県の精神科医の活動 | 精神医学 | 55(4) | 391-400 | 2013 |
| 大塚耕太郎、酒井明夫、中村 光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、小久保ゆみ、大杉美和子、齋藤多佳子、岩戸孝政、岩戸清香 | 東日本大震災以後の岩手医科大学におけるこころのケア活動について | 精神医学 | 55(3) | 297-302 | 2013 |
| 丹羽真一 | 東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第1回 | 精神医学 | 55 | 89-91 | 2013 |
| 丹羽真一 | 東日本大震災・福島第一原発事故による避難生活と睡眠障害 | Clinical Neuroscience | 31(2) | 238 | 2013 |
| 松岡洋夫 | 精神保健医療福祉の中長期計画 - 宮城県の場合 - | 精神神経学雑誌 | 114(3) | 218-222 | 2012 |
| 松本和紀 | 東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から | 治療の聲 | 13(1) | 77-84 | 2012 |
| 松本和紀、佐久間 篤、上田一気 | 大規模災害後のうつ病 | 内科 | 110(6) | 1085-1089 | 2012 |
| 松本和紀 | 被災者のメンタルヘルスケア | 日本医師会雑誌 | 141(1) | 56-60 | 2012 |
| 高橋葉子、松本和紀 | 東日本大震災におけるトラウマ | こころの科学 | 165 | 50-55 | 2012 |

| | | | | | |
|---|---|--------------------------------------|--------|------------|------|
| 富田博秋、鈴木大輔 | 災害によるPTSDの疫学とリスクファクター | Pharma Medica | 30(12) | 13-17 | 2012 |
| 高橋葉子 | 震災から半年後の宮城県気仙沼市で行った研修：「災害後の看護師の心のケア」の概要 | 日本精神保健看護学雑誌 | 21(1) | 23-27 | 2012 |
| 高橋葉子 | 東日本大震災における中長期支援の課題：被災地看護支援に焦点をあてて | 日本精神保健看護学雑誌 | 21(2) | 100-1001 | 2012 |
| 高橋葉子 | 東日本大震災の支援者支援：支援者であり被災者である人達を支えるということ | 精神医療 | 67 | 114-120 | 2012 |
| 丹羽真一 | 福島原発事故 | 日社精医誌 | 21(2) | 195-200 | 2012 |
| 三浦 至、和田 明、板垣俊太郎、矢部博興、丹羽真一、福島県精神科医療施設合同調査グループ | 福島県における震災ストレスと不安・抑うつ —精神科外来における新患調査から— | 臨床精神医学 | 41(9) | 1137-11142 | 2012 |
| 和田 明、高橋高人、矢部博興、丹羽真一 | 福島県における震災・原発事故後の精神科医療 | 精神科診断学 | 5(1) | 77-80 | 2012 |
| Y Kunii, A Wada, J Matsumoto, H Yabe, and S Niwa | Worsening of Manic State in Patients with Bipolar I Disorder Following the Fukushima Disaster. | Psychiatry Clin Neurosci | 66(7) | 622-623 | 2012 |
| 丹羽真一 | 災害ストレスとPTSD；災害医療の観点から：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴 | Pharma Medica | 30(12) | 31-39 | 2012 |
| 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— | 精神神経学雑誌 | 116(3) | 219-223 | 2013 |
| Matsumoto J, Kunii Y, Wada A, Mashiko H, Yabe H, Niwa S | Mental disorders that exacerbated due to Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster | Psychiatry and Clinicl Neurosciences | 68 | 182-187 | 2014 |
| 大塚耕太郎、酒井明夫、中村 光、赤平美津子 | 東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について | 精神神経学雑誌 | 115(5) | 485-491 | 2013 |
| 松本和紀 | 宮城県における震災後の精神医療の状況 —震災から1年を経て— | 精神神経学雑誌 | 115(5) | 492-498 | 2013 |
| 松本和紀 | 東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健 —宮城県の状況と支援活動— | 精神神経学雑誌 | 116(3) | 175-188 | 2014 |

| | | | | | |
|---|--|---|--------|---------|------|
| 松本和紀 | 支援者と働く人々のケア -東日本大震災の経験から- | 精神医療 | 72 | 31-40 | 2013 |
| 松本和紀 | 東日本大震災における宮城県の 精神科医の活動 | 精神医学 | 55(4) | 391-400 | 2013 |
| 松本和紀 | Mental Health of Disaster Relief Supporters | Japan Medical Association Journal | 56(2) | 70-72 | 2013 |
| 富田博秋 | 災害精神医学に関する研究の課題 | 精神神経学雑誌 | 116(3) | 231-237 | 2014 |
| 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 |