

**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))**

**PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析
及び介入手法の開発と向上に資する研究**

平成26年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆

平成27(2015)年 3月

目 次

. 総括研究報告

PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究	-----	1
筑波大学医学医療系		朝田 隆

. 分担研究報告

1 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究	-----	11
筑波大学医学医療系		朝田 隆

2 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究		
~ 東日本大震災後の被災地におけるうつ病と栄養摂取に関する分析		
北茨城元気プロジェクトから ~	-----	70
国立精神・神経医療研究センター神経研究所		功刀 浩

3 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究		
~ 被災地における飲酒問題の実態把握とその対策に関する研究 ~	-----	73
国立病院機構久里浜医療センター		樋口 進

4 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究		
~ 精神科病院・高齢者施設の避難マニュアル開発 ~	-----	78
福島県立医科大学医学部神経精神医学講座		田子 久夫

5 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究	-----	85
筑波大学体育系		長谷川 聖修

6 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究		
~ 被災地用運動教室プログラムの提案 ~	-----	92
筑波大学体育系		田中 喜代次

7 . PTSD及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究		
~ 大規模災害時の精神支援及び生活支援に関する研究 ~	-----	100
日本社会事業大学社会事業研究所		藤岡 孝志

. 研究成果の刊行に関する一覧表	-----	171
------------------	-------	-----

. 研究成果の刊行物・別刷	-----	173
---------------	-------	-----

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))

「 PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究 」

総括研究報告書

研究代表者	朝田 隆	筑波大学医学医療系	教授
研究分担者	功刀 浩	国立精神・神経医療研究センター 神経研究所 疾病研究第三部	部長
	樋口 進	国立病院機構久里浜医療センター	院長
	田子 久夫	福島県立医科大学医学部	博士研究員
	長谷川 聖修	筑波大学体育系	教授
	田中 喜代次	筑波大学体育系	教授
	藤岡 孝志	日本社会事業大学福祉学部	教授

研究要旨

東日本大震災のような大型自然災害に由来する諸問題のうち精神科領域における重要点に鑑みて、次の 3 ポイントと、他について研究した。1) 地域住民において生じるメンタルヘルス上の問題を、発災後の時系列において明らかにし、それらへの具体的な対応法を示す。2) 被災地の住民を対象に継続的に観察を続けることで、経過の中でのうつ、PTSD の発生率の変化、そしてそれに関連する因子を明らかにする。またメンタルヘルスの維持・雇用促進に役立つと考えられる介入の効果を検証する。3) 東日本大震災によるストレスという同一要因を負う被災地域の住民のうつに生物学的観点から注目する。コホート研究参加者の臨床データ・血液サンプルを分析し、うつの個人と健常者を識別する血中バイオマーカーを明らかにする。またストレス障害発症と脂肪酸摂取との関連性に着目し、自然災害時におけるうつ病や PTSD 発症予防に資する栄養学的知見を検証する。4) その他。

1) 成果物は、手順書 (プロトコール) と詳細文書 (マニュアル) の 2 部から構成される。手順書とは、時間経過に沿って継起する事象と対応の骨格 (プロトコール) である。これは震災後の 4 期それぞれにおいて、どのような事象が発生し、どんな対応が求められるか、そして実際の対応はどうするか概要が記述された基本テキストである。次に詳細文書 (マニュアル) は、手順書に依拠して取るべき行動の具体的指針である。また多くの人にとって初体験である大型災害において、実務の円滑な遂行は極めて困難である。そこで、これまでの災害の類似の状況下で実践されたアイデアや工夫といったグッドプラクティス、また盲点、さらに専門的内容について具体的に記述し、同時にそこだけを読めば当座の行動が分かるよう、部分々々で記述をまとめた。

2) 3 回 (最終) 健診では 657 名が参加した。3 回全てに参加したものは 582 名だった。CES-D でうつと判断されたのは第 1 回健診で 16.8% に対し、第 3 回 (最終) 健診では 18.3% と微増していた。一方 PTSD の有病率は第 1 回では 20.3% だったが、第 3 回では 15.1% と減少した。うつと関連する因子は 3 年間の経過の中で、直接生存にかかわるものから社会的なものに変ってきていることがわかった。

3) バイオマーカーでは、DSM-IVTR による MDD およびうつ状態患者において interleukin-1

receptor antagonist (IL-1ra)は健常者より有意に高い血中濃度を示した。また血清葉酸値についての中央値によって High 群と Low 群とに分け、うつ病の指標とした CES-D 得点との関係について分析した結果、葉酸 6.3 の High 群では有意に CES-D 得点が低かった(オッズ比 2.099、95%CI:1.303-3.382、 $P=0.00239$)。つまりうつ傾向が軽度であった。PTSD に関しては被害弱群/健常群は 439 名(平均年齢: 52.7 ± 15.7)、被害強群/健常群 15 名(57.7 ± 13.2)、被害強群/ PTSD 傾向群(54.5 ± 16.7)、91 名、被害弱群/ PTSD 傾向群(57.8 ± 14.3) 18 名であった。PTSD 発症者は発症しなかった者に比較して血漿中のエイコサペンタエン酸(EPA)が有意に低値であり、血漿 EPA と EPA 摂取状況の間に有意な相関がみられた。

4) その他では、世界的にもまだ解決していない大型自然災害後の長期的な課題である、災害の 2 次的ストレス、放射線汚染に由来する諸問題、アルコール依存問題についてその実態を示した。

以上により、東日本大震災に関して、地域住民に生じるメンタルヘルス上の問題を、発災後の時系列において明らかにし、それらへの具体的な対応法をした。次に被災地の住民を継続的に観察し、経過の中でのうつ、PTSD の発生率の変化、そしてそれに関連する因子を明らかにした。加えて被災地域の住民のうつに生物学的観点から注目して、臨床データ・血液サンプルを分析することで血中バイオマーカーを明らかにした。さらに脂肪酸摂取との関連に着目し、うつ病や PTSD 発症予防に資する栄養学的知見を検証した。最後に、大型自然災害後の長期的な課題についてその実態を示した。

A . 研究目的

東日本大震災のような大型自然災害に由来する諸問題の中で精神科領域における重要点に鑑みて、次の 3 ポイント、他について研究する。

- 1) 地域住民において生じるメンタルヘルス上の問題を、発災後の時系列において明らかにし、それらへの具体的な対応法を示す。
- 2) 被災地の住民を対象に継続的に観察を続けることで、経過の中でのうつ、PTSD の発生率の変化、そしてそれに関連する因子を明らかにする。またメンタルヘルスの維持・雇用促進に役立つと考えられる介入の効果を検証する。
- 3) 東日本大震災によるストレスという同一要因を負う被災地域の住民のうつに生物学的観点から注目する。コホート研究参加者の臨床データ・血液サンプルを分析し、うつの個人と健常者を識別する血中バイオマーカーを明らかにする。またストレス障害発症と脂肪酸摂取との関連性に着目し、自然災害時におけるうつ病や PTSD 発症予防に資する栄養学的知見を検証する。
- 4) その他

B . 研究方法

1) 時間軸上のメンタルヘルス

本紙を読むことで、現時点における全体的見通しを提供できる資料を作成する。想定読者は、まず被災地の自治体職員である。一般事務系の職員とともに保健師など医療・保健・福祉に関わる職員である。また現地の精神科病院および精神科クリニックに関わる職員、そして外部から被災地を支援に来る精神医療関係者も想定される読者である。精神科サービスの提供対象は、被災した一般住民、災害発生前からメンタル面で問題があり治療されてきた人々(既往者)、被災地の自治体の職員である。時間経過を 4 期に分類する。最初期は災害発生から 1 週間。次に初期とは 1 週間後から 1 ヶ月まで。中期は 1 ヶ月から

6ヶ月まで。さらに長期とは6ヶ月以降を指すものとする。

それぞれの時期において、どんな問題が発生し、いかなる対応が求められ、それらにどう対応してきたかの情報収集が基本作業になる。収集については、主に2つの方法を用いる。まず中央省庁、全国の自治体、災害や精神医療に関わる学術団体、等々から発行されている自然災害後の精神医療サービスに関わる資料である。これらは主としてインターネット等で検索し入手した。一方で合計7回にわたって被災地でワークショップを開催し、そこでの演者から情報を得るという方法も用いる。ここでいう演者とは、被災地で活動した保健師を含む自治体職員、ソーシャルワーカー、被災地の医療関係者、外部からの支援者、避難民などである。基本的に1回当たり5名前後の演者に依頼して、それぞれ1時間程度で講演していただき、引き続き質疑応答する形式をとる。疑問点を生じたり、さらに詳しい情報が知りたいと思われたりした場合、後日改めて演者を東京もしくはつくばに招待し、さらなる質疑応答を重ねる。なおこのような演者は、われわれ研究者がそれぞれの個人的つながりや文献検索などから本テーマの完成に貢献しうると思われた人物とする。ワークショップ開催に先立って本研究班のミッションと演者に何を期待するかを説明する。さらに後日、講演内容について概要を聞き、場合によっては変更も依頼する。

こうした活動を通して得られた情報について、研究者間で話し合い、注目すべきポイントを抽出する。次に抽出したポイントを2つの軸に沿って整理する。まず時間経過の中でどの時期に該当するか？次に基本的に3グループに分けたサービス提供対象のどれか？という2軸である。こうして抽出ポイントは予備的なロードマップ上に配置される。

予備的なロードマップ上に配置されたポイントを改めて通覧することにより、多くのポイントはいくつかのグループに集約できると考えられた。そこで各グループの構成内容や性質をリサーチクエスチョンの形式を用いて表現した。これらのリサーチクエスチョンに対する回答を文章として示し、その回答を要約して読み物形式にしたものを付録とした。4つの時期におけるリサーチクエスチョンを要約すると、最初期においては惨事ストレスと既報症のある患者への対応、初期では不安・不眠・抑うつやASD、中期ではPTSDや避難生活に起因するストレスへの対応、自殺、アルコール問題、そして長期における自殺、アルコール問題、抑うつ・不安である。

2) 震災関連うつ・PTSDの疫学と介入効果

疫学的検討では、現地の行政、市立病院と協力しながら、「市民健診」という形をとり、一般的な健康

診断に加え、頭部MRI撮影を行った。同時にメンタル健診として、対象者の基本属性CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression scale)によるうつ状態の評価、IES-R(Impact of Event Scale-revised)によるPTSDの程度の評価、Connor-Davidson Resilience Scaleによる精神的な回復力の評価、また地震の恐怖や人的、家屋の損害などの主観的辛さをvisual analogue scale(VAS)で評価する。さらに栄養健診として、日常生活における食生活や運動の程度などを栄養健

北茨城元気づくりプロジェクト流れ図



診票に記入してもらおう。今回は震災3年後の時点として評価する。

介入研究として、第4期の元気アップ教室として、自宅での運動習慣化と心の健康保持を目的として

筋力運動，ウォーキング，ダンス，ボール体操などで構成し，適宜，食生活に関する講話を含める。その上で運動教室の長期にわたる効果を質的に把握するために第 1～3 期教室修了生を対象とした調査会を開催し，グループワークによる心身の変化について検討する。

3) 震災関連うつバイオマーカー

2012 年、2013 年、そして 2014 年の合計 3 回の調査全てでデータを得た 545 名で、予め候補とみなしたうつ病診断バイオマーカーを解析する。Multiplex Bead Immunoassay (Human Cytokine 25-Plex Panel) を用い、25 種類のサイトカインの変化を調べて ELISA を用いた解析により変化を認めたサイトカインについて疾患判別の有用性を確認する。まずこれまで報告のあるうつ病診断バイオマーカーについて解析する。Multiplex Bead Immunoassay (Human Cytokine 25-Plex Panel) を用い 25 種類のサイトカインの変化を調べ、さらに ELISA を用いた解析により、変化のあったサイトカインについて疾患判別の有意性を確認する。

次に同一の対象とその血液サンプルを用いて、ストレス障害発症と脂肪酸摂取との関連性について分析し、自然災害時におけるうつ病や PTSD 発症予防および治療のための栄養学的効果について明らかにする。栄養素の測定には随時静脈採血サンプルを用いる。うつ症状の評価は疫学研究用うつ病尺度 (Center for Epidemiologic Studies Depression scale: CES-D) により、CES-D16 点をうつ傾向群とする。心的外傷後ストレス障害診断(PTSD)には疫学研究用 Impact of Event Scale-Revised(IES-R) を用い、0～24 点を健常群、25 点以上を PTSD 傾向群とする。被害の評価は人的・浸水・倒壊・経済的被害の 4 項目の有無を調査し、0-2 項目を被害 A 群、3 項目以上の複合的被害を受けた群を被害 B 群とする。

4) その他

ストレッサーに関する面接研究

近年災害時のメンタルヘルスにおいては、災害の間接的・慢性的な影響の原因となる 2 次的ストレッサーの重要性が指摘されている。そこで東日本大震災における 2 次的ストレッサーについて調査し、その特徴と支援の課題を明らかにする。被災 3 県において、東日本大震災における一般被災者や要援護者への支援に関わった一般市民、医療・福祉従事者、行政職員の合計 13 名に対して個別に半構造化面接を行った。調査内容は、状況と支援内容、支援対象者、連携・協力した人・機関とし、これらについて時系列に沿って聞き取った。

福島県における現状

大規模災害発生後のメンタルヘルス対応のポイントを福島県の現状から検討する。とくに従来は知見の乏しい発災から 6ヶ月以降の状況について、病院・診療所、介護・福祉施設、臨時施設の運営者から聞き取りを通じて得られた情報を整理する。

アルコール

大船渡市消防団団員約 1,000 名を対象にして、継続的にアルコール乱用または依存の有病率とその関連要因を調査して、その経時的な変化を調査した。

C . 研究結果及び考察

1) 時間軸上のメンタルヘルス

成果物である「災害精神医療サービス読本」は、手順書(プロトコール)と詳細文書(マニュアル)

の2部から構成される。手順書は、時間経過に沿って継起する事象と対応の骨格（プロトコール）を示したものである。ここには上記の4期それぞれにおいて、どのような事象が発生し、どんな対応が求められるか、そして実際の対応はどうするかを概要を記述した基本テキストである。次に詳細文書（マニュアル）は、手順書のもとで取るべき行動の具体的指針である。なお、プロトコールの本文の中にコラムを設け、一言アドバイスを付した。

多くの人にとって初体験である大型災害において、実務の円滑な遂行は極めて困難である。そこで、これまでの災害の類似の状況下で実践されたアイデアや工夫といったグッドプラクティス、また盲点、さらに専門的内容について具体的に記述する。同時に、そこだけを読めば当座の行動が分かるよう、部分々々で記述をまとめ、操作性の高いものを目指した。成果の一例として最初期のリサーチクエスチョンを示す。

1) 最初期（大規模災害の発生から概ね1週間）

Q1 最初期に多くの被災者に生じる心の反応はどのようなものか。またその対応は、どうすればよいか？これについて整理・検討する。（サービス提供対象は、一般住民、精神障害既往者、自治体職員）

Q2 多くの被災者は、避難所で共同生活を送ることになる。避難所は、着の身着のまま避難した住民で溢れている。これまで経験したことのない問題やトラブルに遭遇する。ストレスの多い環境だけに、健康の維持は最重要な問題である。具体的にどのような健康関連の問題点が生じ、それにどう対応していくかを検討し、それらに回答する。特に避難者のメンタル面に注目したとき、どのような点へ留意が必要なのか、これを明らかにする。特に避難者のメンタル面に注目したとき、どのような点へ留意が必要なのか、これを明らかにする。（対象は、一般住民、既往者）

Q3 近年大型自然災害の後には、洋の東西を問わず、サイコロジカルファーストエイドという心理的支援法が用いられる。その概要と実際の使い方について理解を深めたい。（対象は、一般住民、既往者）

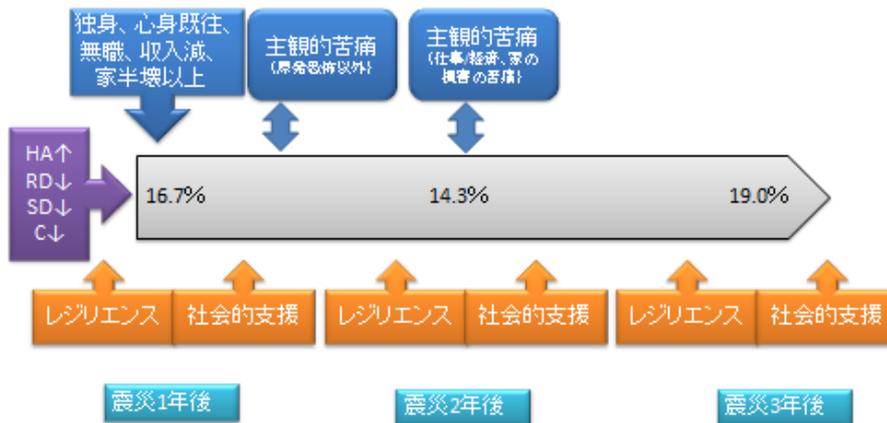
Q4 最初期に不安・不眠・抑うつ症状を訴える被災者は多い。また、既往者は、短期間であっても服薬の中断により、疾病悪化の危険性が高い。にもかかわらず精神系薬剤は総量が少ないために不足しやすい。また、患者が処方されている薬剤の名前を知らず、自分の病名を正しく認識していないこともある。どのようにすれば患者に必要な薬剤を的確に提供することができるのか、その方法を探る。

Q5 服薬の中断（統合失調症）や環境の激変（認知症）により事例化ケースが発生することは避けられない。通常、精神科医が確保できない最初期において、このような事例にまがりなりにも対応するにはどうしたらよいか、移送の可能性も含めて、考えられる対応方策を示す。

こうしたクエスチョンへの回答を手順書に整理して述べた。このように、発災後の時間経過において、そこだけを読めば当座の行動が分かるよう、部分々々で記述をまとめることで操作性と実用性の高いものを目指した。

2) 震災関連うつ・PTSDの疫学と介入効果

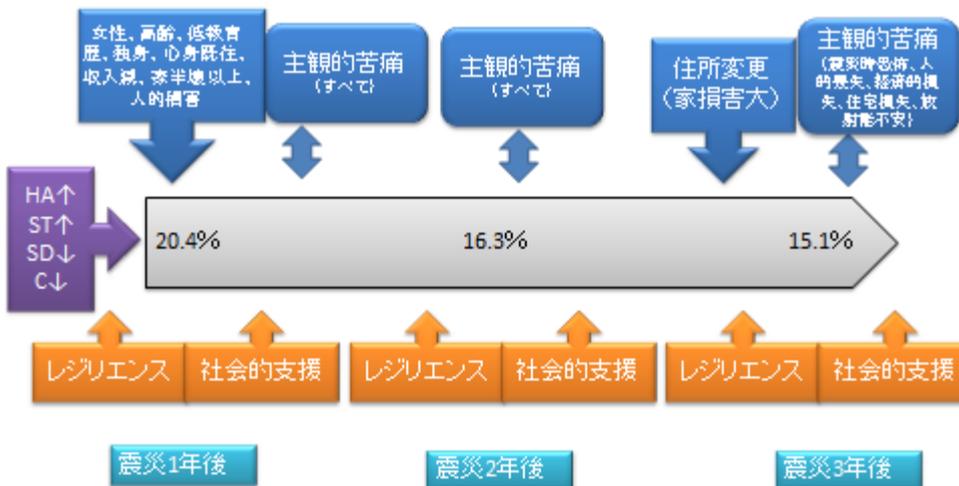
うつと関連する因子



初年度は地震の恐怖感、人的、仕事、経済的、家屋損失の辛さが関係していたが、2年後からは仕事/経済状況と家屋の問題にしばられ、さらに3年目では主観的苦痛はうつと関連しなくなった。したがって、うつへの対策としては、初年度は就労、経済、住宅環境などを含めた包括的なもの、2年目からは特に就労と家屋被害への対応、3年目以降は地域ネットワーク（いわゆる互助的な“ご近所付き合い”）の再構築が重要な課題である。さらに内外からの社会的支援を途絶えさせないことのみならず、被災者自身に支援者の役割を与える工夫が必要である。以上を要約すれば、うつと関連する因子は経過の中で、直接生存にかかわるものから社会的なものに変ってきている。またうつに対する震災の影響は急速に低下する傾向にある。

3回（最終）健診では657名が参加した。3回全てに参加したものは582名だった。CES-Dでうつと判断されたのは第1回健診で16.8%に対し、第3回（最終）健診では18.3%と微増していた。震災1年目から3年目までの結果の概要は図のようにまとめられる。うつについては、一貫してレジリエンス(心理的回復力)や社会的サポートが関連していた。一方、初年度は婚姻、仕事、収入、家の破壊規模が関連していたが、2年目以降はそれらの因子はうつと関係しなくなった。また主観的苦痛は、

PTSDと関連する因子



一方PTSDの有病率は第1回では20.3%だったが、第3回では15.1%と減少した。第1回でPTSDと関連したのは様々な喪失に対する主観的辛さとレジリエンスであり、これらは第3回でも同様だった。PTSDについても、同様に一貫してレジリエンス(心理的回復力)や社会的サポートが関連していた。初年度は性別、年齢、教育、婚姻、収入、家の破壊規模、人的被害が関連していたが、2年目はいったんそれらの因子は関係なくなり、3年目に再び住居の問題が前景

化した。主観的苦痛は初年度からほぼすべての主観的辛さが関係し、3年後まで大きな変化はなかった。

つまり PTSD への対策はうつとは異なり、初年度のみならず 2 年目以降も、住宅事情を中心として、就労、経済状態、人的喪失への包括的な支援継続が必要である。特に客観的指標と主観的苦痛の乖離が PTSD の特徴になっているので、3 年間という期間にわたって主観的苦痛の軽減も重要課題である。そこで社会的な援助のみならず個別的な心のケアがうつの場合以上に重要かと考えられる。

3) 震災関連うつのバイオマーカー

サイトカイン研究の結果、DSM-IVTR による MDD およびうつ状態患者の interleukin-1 receptor antagonist (IL-1ra) および interferon (INF) - の血中濃度は、健常者より有意に高くなっていたので、これらのサイトカインを ELISA 法にて解析を行った。その結果、IL-1ra については、MDD 患者ならびにうつ状態の者において健常者より有意に高い血中濃度を示した。

栄養研究では、まずうつ病症状を示した者は 88 人(16%)であった。被害強群はうつ病発症リスクが有意に高かった(オッズ比 2.942、95%CI:1.371-6.309、 $p=0.01$)。血清葉酸値についての中央値によって High 群と Low 群とに分け CES-D 得点との関係について分析した結果、葉酸 6.3 の High 群では有意に CES-D 得点が低かった(オッズ比 2.099、95%CI:1.303-3.382、 $P=0.00239$)。PTSD に関しては 1、被害弱群/健常群は 439 名(平均年齢:52.7 ± 15.7)、2、被害強群/健常群 15 名(57.7 ± 13.2)、3、被害強群/ PTSD 傾向群(54.5 ± 16.7)、91 名、4、被害弱群/ PTSD 傾向群(57.8 ± 14.3) 18 名であった。PTSD 発症者は発症しなかった者に比較して血漿中のエイコサペンタエン酸(EPA)が有意に低値であり、血漿 EPA と EPA 摂取状況の間に有意な相関がみられた。

4) その他

ストレッサーに関する面接研究

結果として、次の 2 次的ストレッサーが指摘された。経済面では失職、収入の減少、風評被害。補償では、補償の格差であった。健康面では、放射線障害への不安、子ども・孫世代への影響の不安。教育・学校面では、転校、いじめであった。報道面では風評被害。家族では、子どもの避難に関する家族間での意見の違い。社会的関係では、社会交流の喪失、住民同士の軋轢、差別、故郷の再生への不安。また世界観の変化として、将来の見通しがもてないこと、希望の喪失があげられた。

福島県における現状

慢性期(6ヶ月以降)では、病院入院者や施設入所者の生活は震災前と同レベルまで復していた。自宅生活者は家に帰り、自宅を失った者は仮設住宅での定住状態になっていた。しかし原発事故の影響で、病院や施設の職員不足が顕著になった結果、規模縮小を迫られ対応力が低下して地域サービスにも影響していることが判明した。

一方地域では、風評による農林水産業や観光業の衰退が住民の失業につながるということがわかった。放射能への不安がこの風評の主な理由であり、これは福島県における特徴になっている。たとえ原発関連の問題が解決したとしても放射能による影響の問題は残り、風評問題は長引くものと予想される。

風評問題は経済的なものばかりではない。居住地の評価が低下することで郷土の名誉や誇りといった感覚も損なわれる。たとえば放射能の影響が他県と同レベルである会津地区でも農林水産業や観光業の衰退があり、福島県という地名評価の低下によるものと言える。また原発事故対策が長引いており、住民自らの郷土への評価も低下し始めている。郷土愛が減弱すれば大きな喪失感につながり、その心理的ストレスもまた大きい。適切な介入がなされなければ、うつ病やその関連疾患の大きな要因になる可能

性がある。

アルコール

被災直後の AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) のスコアは心的外傷の強さと関連があることが示された。次に被災直後に AUDIT で陽性と判定された者では、陰転化する率は 39.0% に過ぎず、多くは陽性のままであった。AUDIT のスコアすなわちアルコールへの依存傾向は、時間とともに改善してゆくものではないと考えられる。それだけに飲酒行動に対して介入が必要だと判断されたなら、可及的速やかに実施すべきである。

D . 評価 (研究成果)

1) 達成度について

時間軸上のメンタルヘルス課題とその対応法を完成させた。震災関連うつと PTSD の疫学、震災関連うつのバイオマーカーについても、データは集まっており、解析はほぼ終了している。

2) 研究成果の学術的意義について

(1) 時間軸上のメンタルヘルスについては、発災後の時間経過において当座の行動が分かり、自治体職員らにとって操作性と実用性の高い災害精神医療のガイドブックがまとまった。(2) 震災関連うつと PTSD の疫学縦断的調査により、発災後の各時点における背景と精神的問題の関係性を明らかになった。(3) 震災関連うつ・PTSD のバイオマーカーバイオマーカーに注目することで、より客観性のある自然災害関連メンタルヘルス評価の可能性を示した。(4) その他に、災害の 2 次的ストレス、福島県における住民の現状と課題、アルコールへの依存問題について調査結果と展望を示した。

3) 研究成果の行政的意義について

(1) 時間軸上のメンタルヘルスについては、自治体職員らにとって操作性と実用性の高い災害精神医療のガイドブックがまとまったことで、将来の大型自然災害に対する備えができた。(2) 震災関連うつと PTSD の疫学縦断的調査により、メンタルヘルスの観点から、1 年後には速やかな住居、雇用対策が必要であり、2 年後には失業保険切れなどによる経済的不安の対策、3 年後には医療的な対応が優先されるべきだと示された。このような結果は、今後の大災害後の行政による優先度の決定に貢献する。(3) 震災関連うつ・PTSD のバイオマーカーは、被災者のメンタルヘルスを評価する上でより客観性のある指標として用いられる。(4) 世界的にもまだ解決していない大型自然災害後の長期的な課題である、災害の 2 次的ストレス、放射線汚染に由来する諸問題、アルコール依存問題についてその実態を示した。

4) その他特記すべき事項について

なし。

E . 結論

東日本大震災に関して、地域住民に生じるメンタルヘルス上の問題を、発災後の時系列において明ら

かにし、それらへの具体的な対応法をした。被災地の住民を継続的に観察し、経過の中でのうつ、PTSDの発生率の変化、そしてそれに関連する因子を明らかにした。被災地域の住民のうつに生物学的観点から注目して、臨床データ・血液サンプルを分析することで血中バイオマーカーを明らかにした。また脂肪酸摂取との関連に着目し、うつ病や PTSD 発症予防に資する栄養学的知見を検証した。

F . 研究発表

1) 国内

口頭発表	15 件
原著論文による発表	4 件
それ以外 (レビュー等) の発表	0 件

そのうち主なもの (それぞれ 5 件以内、著者名は全て記入し、班員名には下線を引く。)

・論文発表

佐藤晋爾、朝田隆、土井永史 : 東日本大震災後に内因反応性気分変調症を生じた一例 精神医学 56 : 157-159, 2014

佐藤晋爾、朝田隆 : 東日本大震災における現地非専門職スタッフのメンタル・ヘルスについて : PTSD との関連から 日本社会精神医学雑誌 (投稿中)

田子久夫 : 風評被害に関わるうつ. Depression Frontier Vol.13(1), 2015. in print

相澤恵美子, 石田一希, 太田深秀, 佐藤晋爾, 朝田隆, 功刀浩. 災害による食生活変化とうつ病, Depression Frontier 2015 Vol.13 No.1.

・学会発表

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆 : 東日本大震災後の北茨城市におけるうつ状態に関連する因子の検討 (続報) 第 110 回日本精神神経学会、6 月 27 日、横浜

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆 : 東日本大震災後における北茨城市在住の福島県避難者のうつ状態について 第 11 回日本うつ病学会、7 月 19 日、広島

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆 : 東日本大震災後の北茨城市における PTSD に関連する因子の検討 第 27 回日本総合病院精神医学会、11 月 28 日、つくば

田子久夫 : 震災による認知症医療への影響 第 20 回東北老年期認知症研究会 平成 25 年 12 月、仙台
Noguchi D, Asada T et al. (2014) Development of the Disaster Mental Health Manual. International Seminar on Social Welfare in Asia and the Pacific, December 14th, 2014.

G . 知的所有権の出願・取得状況 (予定を含む。)

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))

「 PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究 」

分担研究報告書

研究代表者 朝田 隆 (所属名) 筑波大学医学医療系
研究協力者 佐藤 晋爾 (所属名) 筑波大学医学医療系

研究要旨

2011 年 3 月 11 日午後 2 時 46 分に宮城県沖を震源にした東日本大震災は我が国観測史上最大のマグニチュード 9 を記録し、東北三県を中心に甚大の被害を引き起こした。この地震の特徴は、震源が広域であり、かつ被害地域も東北に加え茨城や栃木などの北関東、さらに千葉の一部までも含む広い範囲にわたったこと、さらに福島第一原発の事故を引き起こしたことだった。警察庁によれば、震災による死者・行方不明者は約 18000 人、建物の全半壊は合わせて約 40 万戸であるという。茨城県は宮城、福島に比較すれば激震地ではないが、それでも全壊棟 1984、半壊棟 13491、一部破壊棟 126408、床上浸水 1389、さらに死者 24 名、重症者 33 名とかなりの被害を受けた。断水や停電が 1 週間近く続いた地域もあったが、震災直後はまさに盲点、「隠れた被災地」であり、救援活動も遅れがちであった。

この茨城県で、もっとも被害の大きかった被災地の一つが北茨城市である。同地区は、地震そのものによる倒壊、液状化現象に加え、津波被害、さらに一時的に大気中の放射線量が平常時の 100 倍になり、その後現地で水揚げされた海産物が売れなくなるなどの放射線被害にもあっており、いわば「東日本大震災の縮図」ともいえる。この北茨城市において、震災に関連するうつ病や PTSD が多数発生する可能性が高いと考えられた。

地震、津波、台風などの大規模自然災害は、うつ病や心的外傷後ストレス障害 (PTSD) の大きなリスクファクターである。従来の疫学研究は、たとえば阪神淡路大震災でうつ病の有病率が 2 倍程度に高まると報告され、さらに海外を含め多くの報告がある PTSD の有病率については実に平時の 10 倍以上に跳ね上がることが指摘されている。

一方、これまでの自然災害と関連する精神医学的研究は、急性期の被災者に対する個別的対応方法の検討、あるいは急性期から中長期における精神障害の疫学調査にとどまっている。本研究は、中長期的な観点からどのような要因が精神医学的問題に影響するか、精神医学に限定せず包括的な観点から支援活動を行い、被災地の成人において震災関連のうつ病や PTSD が予防可能かを検証することを目標にする。本研究は、平成 23 年度厚生労働科学研究費補助金 (厚生労働科学特別研究事業) 「大規模災害後の震災関連のうつ病の早期発見と予防介入手法の開発に向けた予備的研究」の成果を踏まえて実施した。

研究対象は、北茨城市の成年住民および現在同市に避難している住民 (福島県からの避難者を

含む)を対象とする。予防介入プログラムは、北茨城市の成人に対し健康調査事業(以下健診)を行いつつ、楽しさ重視の体操教室、栄養アドバイス、パソコン教室を実施、定期的な健康維持についての講演会である。

疫学調査および予防介入と同時に、うつや PTSD が懸念される対象者については受診勧奨を行い、北茨城市立総合病院において、筑波大学チームが国立精神・神経医療研究センターおよび茨城県立こころの医療センターのチームと共同して治療活動を行った。

本研究の流れ図とチーム構成・役割を図1、2に示した。

図1 本研究の流れの概要

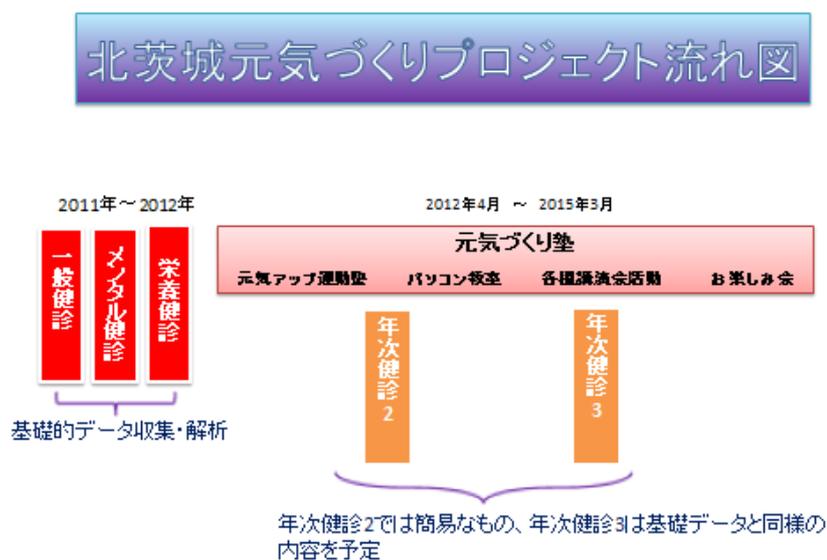
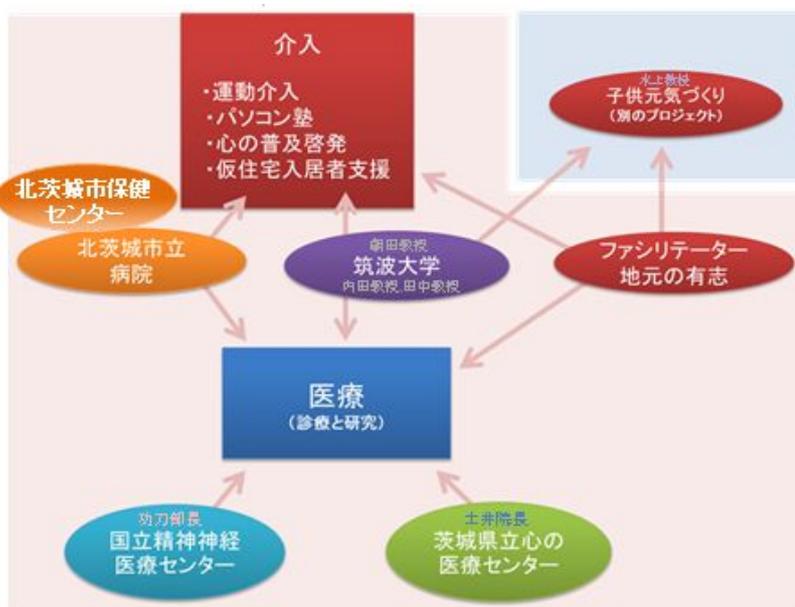


図2 本研究の関連施設、組織図



A. 研究目的

これまでの研究で明らかになっている、自然災害後に見られたうつ病や PTSD の発症率の増加を考えると、東日本大震災の被災地で震災関連の精神障害の発症が増加することが予想された。しかし、一般的に災害後の精神医療的対応はいわゆる Psychological First Aid のような急性期の被災者集団の個々への対応方法についてのものに限られ、急性期を過ぎ身体科の医療介入の時期は過ぎた、中長期的な復興の時期におけるメンタルヘルス活動についての検討は少ない。Disaster psychiatry 領域の海外のテキストでも、中長期的には個別的な精神療法や薬物療法の議論しかなく、被災地域の復興をも視野に入れた被災者全体への介入プログラムについての検討は乏しい。

東日本大震災における第 4 の被災地とされる茨城県下でも、農林水産業および観光業が主要産業である北茨城市は、甚大な被害を被った上に、福島第一原発事故により産業基盤の復興が容易でない状況にある。震災直後は、漁業、水産加工業、船舶関連に従事してきた多くの人々は失業し、観光業も再生のめどが立たない状況だった。さらに北茨城市は、今回の東日本大震災の特徴である地震被害、津波被害、放射能（の風評）被害すべてを受けている地域であり、ある意味今回の震災の被害特性を検討する上で適当な地区であると考えられ、一方で地方行政機能が保持されており、対象地域の行政機関の協力を得られやすいことも利点だった。筑波大学では平成 23 年度に被災者に対するメンタルヘルス活動に関する予備的検討を行い、行政や住民から研究活動に対する理解を得ており、さらに予備的研究の段階で民生委員などからなる約 30 名の地域活性化ファシリテーターも十分に訓練されていた。

本研究は地元行政および地元住民との協力の上で、健診と疫学調査を結び付けながら継続的かつ横断的に災害後のメンタルヘルスに関連する要因を検討すること、さらに心身の健康づくりのための介入プログラムを定期的・継続的に実施し、その効果を検討すること、以上を有機的に結びつけた地域復興プランの策定を目標とする。健診では、一般身体面のチェックとともに被災状況・現在の生活実態に加えてメンタルヘルス面も評価する。介入プログラムは、体操などの健康づくりのみならず、漁業系の仕事を失った対象者の雇用促進にも役立つと考えられるパソコンの技術習得プログラムなどを、地域活性化ファシリテーターなどの住民の自助努力を得ながら提供し、地域の活性化を視野にいれている点が特徴である。

B. 研究方法

本研究は以下の 3 つの柱で活動を行った。すなわち、1) 震災関連の精神科外来の設置、2) 一般健診に付随する形での「メンタル健診」「栄養健診」の実施、3) 被災者を empowerment し、心身の状態を向上させることを目的とした「元気塾」の定期的開催である（左図参照）。以上を研究期間中に定期的の実施し、被災者自身に自らの心身の状態に関心を持ってもらい健康の維持・増進に貢献するようにし、同時に診療支援を行い精神的問題の早期治療・早期解決を企図する。

北茨城元気づくりプロジェクトの 「3本柱」

▶ 診療支援

市内に精神病院が1か所のみ。
市立総合病院で「震災こころのケア外来」開設。

▶ 健康診断：必ず市民に結果をフィードバックする

▶ 予防介入事業

運動塾、パソコン教室、講演会

さらに対象は基本的に北茨城市成人住民すべてとし、行政との連携しながら、ひろく参加者を募ることにした。具体的には市報や住民の回覧版に本研究の概要を掲載したチラシを添付し、また後述する地元ファシリテーターからは特に被災の大きかった地区を中心に住民に参加を呼び掛けた。

1) 地元ファシリテーターの養成

本研究では地元行政の許可、協力のもとで行うだけではなく、地元住民にも運営に関与してもらった。それは何かをされるだけではなく、何かを人にすることが心身の健康に影響することが考えられ、さらに落下傘のように「研究のため」に外部から被災地に入ることの倫理的問題もあり、まずは地元住民がお互いに援助しあうことを支えるという位置からの介入が望ましいと考えられたからである。

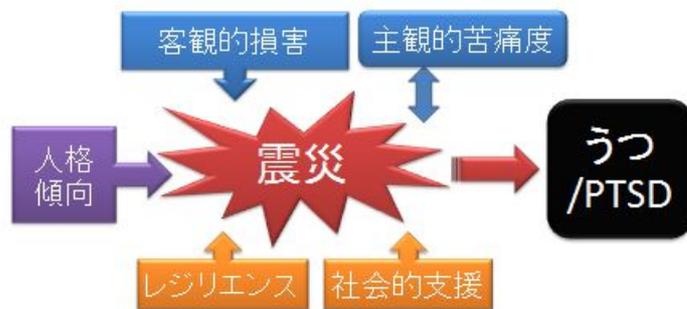
本研究に先立つ予備的検討において、地元商工会議所、青年団などの元役員などから責任者をお願いし、広くボランティア業務（研究補助という位置づけであり、些少なから支給金を出す形とした）を行う人材を集めた。民生委員など個人情報に接することに問題のない人員を集め、基本的には個人情報との接点のない健診運営や窓口業務などを依頼した。

2) 健康調査事業（資料参照）

予備的検討において、健康調査事業（以下健診）の実施についての準備はハード面でもソフト面でも整備されていた。北茨城市保健センターなどの行政サイド、健診会場となる北茨城市立病院、同市医師会などと協議し、さらにファシリテーターの役割や動きについて繰り返しトレーニングを数回行った上でマニュアルも作成した。健診は第一次（平成23年12月～平成24年7月）、第二次（平成24年12月から平成25年2月）、第三次（平成25年12月～平成26年2月）の3回行った。

具体的な健診の流れは以下の通りである。健診は以下の3種類にわかれ、基本的にはすべての健診に参加するように被験者に促す。1) 一般健診：自動血圧計、自動身長・体重計で血圧および身長体重を計測する。さらに北茨城市立総合病院看護師により採血が行われる。採血は一般的な血算、生化のみならず、同時にプロテオミクスによる解析、栄養素解析が行えるように採取する。また別室で心電図検査（一次健診のみ）を行った。2) メンタル健診：資料として添付した

調査票に、主に年齢や性別、職業変化、収入変化、自宅の損壊状況（床上浸水か否か、行政認定による半壊以上か）職場の損壊状況、人的被害の有無（死亡または行方不明者が親族、知人にあるか否か）婚姻、教育歴など、被災状況やライフスタイルに関する基本属性を記入してもらい、CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression scale)によるうつ状態の評価（cut off 値 16 点以上を「うつ」と判断する）IES-R(Impact of Event Scale-revised)による PTSD の程度の評価（cut off 値 25 点以上を PTSD 状態と判断する）Connor-Davidson Resilience Scale による精神的な回復力の評価、筑波大学で作成した社会的サポート尺度でサポートについて評価を行い、さらに Visual analogue scale によって地震自体、人的損失、経済的損失、仕事損失、家屋損失、放射能への不安などの主観的辛さを 0（辛くない）～100（もっとも辛い）で 10cm の直線上に記入してもらう。また TCI(Temperature and Character Inventory)-125（短縮版）で気質・性格傾向の評価も行う（第一次健診のみ）。これらの自己記入式の調査のみならず、別室で臨床心理士から MINI(Mini International Neuropsychiatric Interview)に基づく精神医学的評価、MMSE(Mini Mental State Examination)に基づく認知機能評価も行う（一次および最終健診のみ）。なお MINI の施行にあたっては事前に臨床心理士に MINI の概要の説明を行い各施設で訓練



を行った。MINI で何らかの精神医学的診断がつくと判断されたものには、2)で説明する「震災こころのケア外来」の予約をテスター側から勧めるようにし、当日に外来があいている場合には優先的に受診ができることとした。以上の基礎データや評価尺度は、下に図示した震災による精神障害発生のモデルに依拠して選定した。3) 栄養健診：主に日常生活における食生活や運動の程度などを栄養健診票に記入してもらい、採血の結果と合わせて検証することにした（第一次、最終健診のみ）。この栄養健診については共同研究者の国立精神神経医療センター功刀の報告を参照のこと。

さらに希望者には健診当日もしくは別の日に、北茨城市立病院放射線科の協力を得て、頭部 MRI の撮像も実施した（第一次、最終健診のみ）。希望者は医師による問診を受けて撮像が可能と判断された場合、撮像を行った。これは共同研究者の国立精神神経医療センター太田が結果を解析することになった。

さらに希望者には健診当日もしくは別の日に、北茨城市立病院放射線科の協力を得て、頭部 MRI の撮像も実施した（第一次、最終健診のみ）。希望者は医師による問診を受けて撮像が可能と判断された場合、撮像を行った。これは共同研究者の国立精神神経医療センター太田が結果を解析することになった。

さらに健診結果は必ず被験者にフィードバックし、自身の心身の健康維持・増進に役立つように努めた。一般健診の結果は人間ドッグ学会の基準値に基づいて評価してフィードバックを行っ

さらに健診結果は必ず被験者にフィードバックし、自身の心身の健康維持・増進に役立つように努めた。一般健診の結果は人間ドッグ学会の基準値に基づいて評価してフィードバックを行っ

た。メンタル健診についてはなるべく市民の方々にわかりやすい結果となるように努めたが、理解しづらいもの（TCI の結果など）もあると考え、健診結果説明会を講演会の一つとして定期的に行った。

解析については、疫学調査でよく用いられる方法である CES-D でうつ、IES-R で PTSD の有病率を算出し、さらに各年時点におけるうつ、PTSD と関連する因子を Mann-Whitney U 検定もしくは二乗検定で抽出した。

さらに震災 1 年後から 3 年後まで継続的に追跡できた対象については、震災 1 年後の時点の基本属性や評価尺度で、どのような因子が震災 3 年後の時点でもうつもしくは PTSD である例を予測するかを検討した。その際にロジスティック回帰分析を行ったが、モデル 1 として震災 1 年後の年齢、性別、婚姻、教育歴、無職か、行方不明死亡者がいるか、床上浸水被害、自宅が半壊以上の被害、収入減、受ける社会的支援の満足度、与える社会的支援の満足度、身体疾患罹患、精神疾患罹患、PTSD もしくはうつの合併、レジリエンススケール得点を独立変数とした。これは震災 1 年後の客観的・現実的に測定できる被害や基本属性が、震災 3 年後の精神疾患を予測するかというモデルである。ついでモデル 2 は、VAS で測定した震災 1 年後の時点の地震時の恐怖感、人的喪失の辛さ、経済的損失の辛さ、仕事損失の辛さ、自宅損失の辛さ、原発事故の恐怖感、放射能への不安感とレジリエンススケール得点を独立変数とした。これは震災 1 年後の主観的な被害による苦痛が、震災 3 年後の精神疾患を予測するというモデルである。最後にモデル 3 は震災 1 年後に TCI で測定した性格傾向が、3 年後の精神疾患を予測するものである。

また震災 1 年後から 3 年後を通じて、初年度の健診でうつや PTSD だった例がその後回復した例、もしくはそのまま維持した例、さらに 1 年後はこれらの障害はなかったが 3 年後にうつや PTSD に新規になった例、以上の 3 群で何らかの違いがあるのかについても検討した。

ついでパソコン教室に継続的に参加した例と、それらと震災 1 年後の時点で年齢、性別、CES-D や IES-R がほぼ同じ例を対照として、震災 3 年後で CES-D、IES-R 得点やうつ、PTSD の割合に変化があるか、すなわち就労支援や demoralization 予防としての介入がなんらかの貢献をしているかを検討した。

さらに福島避難者が北茨城市にも多くいることが分かり、平成 24 年 12 月の第二次健診の時期に北茨城市保健センターから提供を受けた福島県からの避難者リストに依拠し郵送アンケートを実施した。避難者はリストによれば避難者は 284 世帯、681 人、避難所から退去していて、その後の追跡が可能な 79 世帯、237 人、合計で 363 世帯、918 人が対象となった。リストでは世帯主の名前しかわからず、詳細な家族構成は不明だったことから、さしあたって郵送は世帯主あてとし、世帯人数部分の 918 通のアンケートを郵送した。

3) 震災こころのケア外来の設置

北茨城市立総合病院事務、北茨城市保健センター職員、筑波大、国立精神・神経医療研究センタースタッフで外来の動きについて協議し、さらに北茨城市立総合病院医局にて説明会を開き、本研究の意義と目的、外来の必要性などについて説明を行い、同院の医師、事務に理解を得た。また精神科外来の設置によって予想される救急外来での精神科患者への対応などについても説明を行なった。さらに北茨城市立総合病院や行政から近隣病院への周知、地元医師会への協力要請、

地域住民への市報による周知などが行われた。入院が必要な患者が発生した場合は茨城県立こころの医療センター、石崎病院、大原神経科病院、栗田病院、汐ヶ崎病院、日立梅が丘病院などに協力を求め、緊急の場合にこれらの病院で入院を受けることになった。また、緊急性が比較的低く、なおかつ難治性で修正型電気けいれん療法などの高度医療を要する患者の場合は、筑波大学附属病院の入院を優先することにした。

以上の枠組みを作りつつ平成 23 年 11 月から予備的に外来を開設し、本研究開始から北茨城市立総合病院の外来ブースを一つ貸し受け、「震災こころのケア外来」を本格的に設置した。対象は震災後に精神的不調を訴えるようになった被災者のみとし、それ以外の精神科患者は地元精神科病院に通院することを勧める方針とした。外来は週 1 回火曜日に予約制で午後 1 時半から 4 時半まで保険診療で行うことになった。医師は筑波大学、茨城県立こころの医療センター、国立精神・神経医療研究センターからローテーションを組んで派遣することになった。

4) 元気塾

介入プログラムとして検討したのは、運動教室、パソコン教室、定期的講演会である。運動教室については、共同研究者の田中、藪下の報告を参照のこと。

パソコン塾は、北茨城市で大きな位置を占めていた漁業などの一次産業が壊滅的打撃を受けていることから、事務作業に必要な技能を身につけやがては就労支援に結びつくことが重要と考えられたため行うことにした。初年度はパソコンの基礎的な用語、概念の説明から始まり、顧客管理や物品管理、帳簿などの就労において重視されるエクセルの関数などを使いこなせるようになることを目標にした。平成 25 年度からはさらにホームページ作成や e-mail を使えるようにすることを目標とし、地元ネットワークの強化を推進できるように努めた。また、対象者は就労支援という意味から参加者は若年層に限ることにした。さらに基本的に地元の自律を重視するという観点から、講師も運営もすべて地元のファシリテーターやその知人などに依頼し、われわれがイニシアチブをとらないようにした。

元気塾 パソコン塾の様子



期間: 約3か月で1クール

3クラス制: 13:30~15:30
18:00~20:00
13:30~17:30 (合計30名)

到達目標:

- ・パソコンの基本的操作ができる。
- ・一文字/秒程度の速度で入力できる。
(パソコン検定3級のレベル)
- ・エクセルで簡単な関数を使用できる。
- ・ファイルとフォルダーを理解する。
- ・ブログや掲示板に書き込みができる。

期間は3か月間で、週3-4回程度で初級から応用クラスまで能力別にし、かならず参加者が最後まで受講できるように工夫することにした。さらに何らかの仕事についている者や主婦も参加しやすいように、昼や夕方のみならず、夜間の部も開講した。

ついで、定期的講演

会だが、不確実な知識は不安を惹起するものであり、正確な知識を伝達することは重要であることはよく指摘されるところである。われわれのプロジェクトでも広く心身の健康状態や防災知識、自然災害時にどのように動くべきかなどについての定期的な講演会を、健診参加者を対象に行うことにした。内容は、メンタルヘルスの基礎知識、放射能の危険性について、心身の健康維持のための工夫、栄養とメンタルヘルスなど多彩な内容の講演会を予定した。

（倫理面への配慮）

対象者は成人に限り、本人に同意能力がないと考えられる場合、あるいは同意しない場合は参加させない。

研究責任者は、健診等参加者の基本属性や臨床情報について、paper については施錠できる自施設内のさらに施錠可能な棚において、さらに入力されたデータについては同部屋のスタンドアロンのコンピューターにおいて保管する。

対象者から文書によって同意の撤回があった時は、同意文書と同意撤回文書は保存するが、個人データ・シートはシュレッダーを用いて廃棄し入力された電子情報も削除することとする。

なお、本研究は筑波大学倫理委員会および国立精神神経医療センターの倫理委員会において倫理申請を行い受理された。

C. 研究結果

1) 健診の結果について（資料参照）

本事業は毎年の健診事業受診者、さらに平成 24 年 12 月に行った福島避難者を対象とした郵送アンケート、大津地区への補足的な郵送アンケートの回答者が実質的な参加者となる。第一回健診が総数 1017 例、郵送アンケート回答者が 205 例、886 例だったことから、総数 2108 例の参加で行われた。これは平成 24 年 12 月時点の北茨城市成人 39268 名の約 5%にあたる。

震災 1 年後

本研究でいうところの第一次健診（“震災 1 年後”）は平成 23 年 12 月から平成 24 年 7 月まで年度をまたいで行われ、なるべく健診参加総数を増やすことに努めた。したがって、正確には震災 1 年後ではなく、震災 9 ヶ月後～1 年 4 ヶ月後までのやや広い範囲を対象としているが、過去の報告でも 1 年間の幅をもって検討しているものがある。参加人数を可能な限り増やすことは時間を要することであり、多少の時間幅をやむを得ないものとする。なお、初年度の報告書は平成 22 年 2 月までの健診結果で報告しているため、最終年度の本報告書と内容が異なることを先に指摘しておく。

さて、結果は参加総数が 1017 例で、全体の平均年齢は 56.5 歳、女性が 758 例と 70%程度を占めていた。CES-D でうつと判断されたのが 170 例、16.7%、IES-R で PTSD と判断されたのは 207 例、20.4%だった。さらにうつと PTSD の合併も多く、98 例、全体の 9.6%、うつの 57.6%、PTSD の 47.3%が互いに合併していた。

うつと判断された例では平均年齢が 55.1 歳、132 例が女性で 70%以上を占めていた。基礎的属性でうつと統計学的に有意に関連していたのは、婚姻、身体的既往、精神科的既往、無職、収入

減少、家の被害が半壊以上だった。さらに社会的サポートにおいても差があった。

主観的苦痛度については、原発事故の不安以外の因子、すなわち地震の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛、放射線への不安が有意にうつで高かった。

CESD-D 以外の尺度では IES-R およびレジリエンススケールでも有意差を認めた。

人格傾向をみる TCI ではうつで HA は有意に高く、RD、SD、C において有意に低下していた。

一方の PTSD と判断された例では平均年齢が 59.1 歳、168 例が女性で 80%以上を占めていた。基礎的属性で PTSD と統計学的に有意に関連していたのは、性別、年齢、教育歴、婚姻、身体的既往、精神科的既往、収入減少、家の被害が半壊以上、人的被害（行方不明、死亡者）があることだった。さらに社会的サポートにおいても差があった。

主観的苦痛度についてはうつと同様、すべての因子、すなわち地震の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛、原発事故の不安、放射線への不安が有意に PTSD で高かった。

IES-R 以外の尺度では CES-D で有意差を認めた。

人格傾向をみる TCI では PTSD で HA、ST が有意に高く、SD、C が有意に低下していた。

震災 2 年後

本研究の第二次健診（“震災 2 年後”）は平成 24 年 12 月から平成 25 年 2 月まで年度をまたいで行われた。なお第二次健診は中間的な検討であり、疫学的な追跡を主体にしたことから、いくつかの因子は測定しない簡易健診とした。

結果は参加総数が 631 例で第一次健診の 6 割程度となった。このために経時的検討としては参照程度と考えるのが妥当と思われる。参加者全体の平均年齢は 59.2 歳、女性が 490 例と 77%程度を占めていた。CES-D でうつと判断されたのが 90 例、14.3%、IES-R で PTSD と判断されたのは 103 例、16.3%だった。さらにうつと PTSD の合併も多く、49 例、全体の 7.8%、うつの 54.4%、PTSD の 47.6%が相互に合併し、1 年後と大きな差異を認めなかった。

うつと判断された例の平均年齢が 60.5 歳、74 例が女性で 80%以上を占めていた。基礎的属性でうつと統計学的に有意に関連していたのは社会的サポートだけだった。

主観的苦痛度については、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛が有意にうつで高かった。

CESD-D 以外の尺度では IES-R およびレジリエンススケールでも有意差を認めた。

PTSD と判断された例では平均年齢は 64.5 歳、85 例が女性で 80%以上を占めていた。基礎的属性で PTSD と統計学的に有意に関連していたのは、年齢と社会的サポートだった。

主観的苦痛度については 1 年後と同様、すべての因子、すなわち地震の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛、放射線への不安が有意に PTSD で高かった。

IES-R 以外の尺度では CES-D およびレジリエンススケールで有意差を認めた。

- a 福島避難者の結果

返答があったのは 206 通（回収率は 31.8%）だったが、1 通は未成年からの回答だったことからカバーレターをつけて返送し対象から除外したため、実質的には 205 通となった。

CES-D でうつと判断されたのは 172 例で、全体の 83.9%にまでおよんだ。全体として性差はほとんどなく、年齢別で 50～60 代の回答者が多く、既婚者が半数以上を占め、震災前後での仕事の変化は少ないという結果だった。

以上の基礎データで、年齢、性別、教育歴、婚姻形態、仕事の変化、震災の恐怖や放射能への不安とうつの有無とは統計学的に関係は認められなかった。一方、アルコールに問題のあるものが有意にうつで多く ($p<.05$)、うつ群の 26%でアルコール依存の恐れがあった。

なお PTSD の有病率は 53.2%であり高い数値だった。PTSD の有無と関連したのは、性別(男性の 44.4%が PTSD、女性の 62.9%が PTSD : 二乗検定 $p<.01$)、放射能への不安の強さ ($p<.05$) であり、有意にアルコール問題を抱えている例が多かった (アルコール問題あり 29.4%、PTSD なしでアルコール問題あり 15.8% : 二乗検定 $p<.005$)。

震災 3 年後

本研究の第三次健診 (“震災 3 年後”) は平成 25 年 12 月から平成 26 年 2 月まで年度をまたいで行われた。なお第三次健診で、本研究の大規模に参加者を募集して行う健診形式は最終となる。これまで各時間軸で関連する要因を横断的に検討してきたが、次項で震災 1 年後から 3 年後のデータを連結して経時的に検討する。

最終健診の結果は参加総数が 657 例で第一次健診の 6 割半程度となった。参加者全体の平均年齢は 59.8 歳、女性が 492 例と 75%程度を占めていた。CES-D でうつと判断されたのが 125 例、19.0%、IES-R で PTSD と判断されたのは 99 例、15.1%だった。さらにうつと PTSD の合併は 48 例、全体の 7.3%、うつの 38.4%、PTSD の 51.5%が相互に合併し、1 年後と比べ、うつにおける PTSD の合併率が少なくなり、逆に PTSD におけるうつの合併率はやや増加していた。これはうつの絶対数が横ばいである一方で、PTSD の絶対数が減少していることを反映しているためと思われた。

うつと判断された例の平均年齢が 60.7 歳、97 例が女性で 77%以上を占めていた。基礎的属性でうつと統計学的に有意に関連していたのは社会的サポートだけだった。

主観的苦痛度については、すべての因子で有意差を認めなかった。しかし、全体的に絶対値が上昇していた。

CES-D 以外の尺度では IES-R およびレジリエンススケールで有意差を認めた。

一方で PTSD と判断された例の平均年齢が 61.6 歳、77 例が女性で 77%以上を占めていた。基礎的属性で PTSD と有意に関連していたのは住所変更の有無と社会的サポートだった。

主観的苦痛度については、震災時の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失、住居損壊の苦痛、放射線への不安の因子で有意差を認めた。さらに全体的に絶対値が上昇していた。

IES-R 以外の尺度では CES-D とレジリエンススケールで有意差を認めた。

震災 1 年から 3 年後の縦断的検討

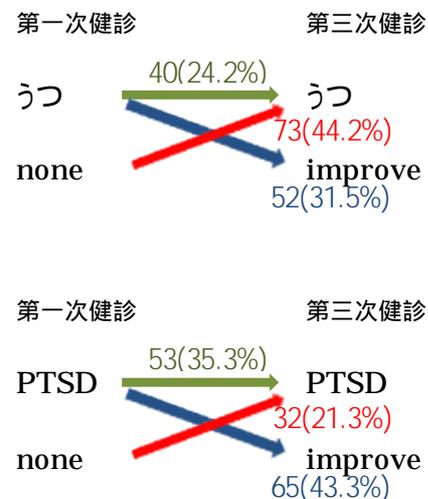
震災 1 年後から 3 年後まで追跡しえたのは 582 例で、全体の平均年齢は 57.9 歳、女性が全体の

77.3%と、これまでの各年別の検討とおおむね同様の年齢、性別構成だった。また 582 例中、1 年目のうつは 15.8%、PTSD は 20.3%、2 年目はうつが 13.1%、PTSD が 14.9%、3 年目ではうつが 19.4%、PTSD が 14.6%で、数値、増減傾向もほぼ同様と考えられた。

3 年後のうつを予測する因子はモデル 1 では、地震 1 年後の年齢の若さ、収入の減少、身体疾患および精神疾患の罹患、PTSD の合併だった。モデル 2 では、主観的苦痛はいずれも有意差を認めず、レジリエンス（心理的回復力）が低いとうつになりやすいという結果だった。モデル 3 では HA、ST の高さ、SD の低さがうつの予測因子として抽出された。

一方の 3 年後の PTSD の発症については、モデル 1 では地震 1 年後の時点での住宅半壊以上の割合の高さとうつの合併が予測因子としてあげられた。モデル 2 では、うつと同様に主観的苦痛は有意差を認めず、レジリエンスが低いと PTSD になりやすいという結果だった。モデル 3 では、HA と C の高さ、SD の低さが PTSD の予測因子となった。

初年度から震災 3 年後の経過中、震災 1 年時にうつ 震災 3 年後に回復、以後、同じくうつうつ、非うつ うつへと変化した 3 群について、PTSD も同様にどのような因子と関連するかについて検討した。検討した因子は、年齢、性別、教育歴、婚姻、仕事の有無、浸水被害、家屋被害、死亡者被害、社会的支援、身体既往、精神科既往、主観的苦痛（1 年後と 3 年後）、レジリエンス



得点（1 年後と 3 年後）である。結果は左図の通りである。うつでは 3 年後に新規発症した例がもっとも多く 44%、PTSD では 3 年時には回復している例がもっとも多く 43% だった。うつで 3 群で有意差を認めたのは初年時の受ける支援の満足度で、満足度の高いものほど新規発症し、低きものほど改善していた（二乗検定 $p < .05$ ）。また婚姻では回復群ほど独身率は低く、維持群は結婚率が低かった（二乗検定 $p < .05$ ）。PTSD では、震災後 3 年目のレジリエンス得点で有意差を認め（Kruskal-Wallis 検定 $p < .05$ ）、多重検定では回復群と維持群で有意差を認め、回復群で 65.2 点である一方で維持群は 56.9 点と低かった（Tukey-Kramer 検定 $p < .05$ ）。

ついで、パソコン教室介入の効果について検討した。初年度と次年度、両方のパソコン教室に 2 年連続参加したものの 10 名を対象にし、対照群（非介入群）として年齢や教育歴、家族状況や被災状況に有意差がなく、さらに CES-D や IES-R 得点に有意差のない一群を健診参加者から抽出した。検証したのは、VAS により測定した主観的辛さ、また CES-D、IES-R、レジリエンス得点を震災 1 年後と 3 年後で、反復測定分散分析を行った。その結果、震災 1 年後と 3 年後の CES-D 得点で有意な交互作用を認めた。さらに IES-R 得点でも同様に有意な交互作用を認めた。ほかの因子では自宅損失の主観的辛さが同様にパソコン教室群の方が有意に回復していた。

2) こころのケア外来について（資料参照）

北茨城市立病院に震災こころのケア外来を開設した平成 23 年 11 月から閉鎖した平成 26 年 3 月

までの患者数を一覧でまとめた。平成 23 年度は予備的検討なので除くと、本研究期間中ののべ患者数は 245 名（新患 29 名、再診 216 名）だった。本事業の予備的段階の平成 23 年に比較し、本研究が本格的に始動した第一次健診開始後の平成 24 年 2 月以降は、初診、再診数ともに増加した。しかし、それ以降はほぼ横ばいで、第二次、第三次健診の後に患者数が増加することもなかった。平成 25 年 6 月に一時的に初診患者が増えているが、これは第二次健診の結果説明を希望した者がほとんどで、一回だけの受診にとどまり再診患者の増加にはつながっていない。

診断別では、うつ病が最も多く、ついで不眠症が多かった。震災後によく問題とされる PTSD と明確に診断されたのは 1 例だけだった。ただし実際には閾値下の PTSD ともいえる状態が多かった印象で、それらは適応障害や不安障害の診断名の中に含まれている。

多くは北茨城市立病院の外来で対応が可能だったが、中には指定医の診察が必要な急性精神病状態の医療保護入院や、震災後にパニック障害となった患者が内服だけの治療に限界を感じ臨床心理士とのカウンセリングを希望した際の紹介例などがあつた。北茨城市は精神保健指定医や臨床心理士が不在であり、本来であれば同市内では対応困難であつた例に対処できた点は、少なくとも受診した北茨城市住民の個別的ニーズに即応できたとして一定の評価を与えることができるのではないかと考える。また最終的には 1 例を除き、ほぼ全員が終診を迎えていることを勘案すると、外来開設に一定の効果はあつたとも考えられる。

しかしながら、健診事業での有病率の結果などを勘案すると、十分に本外来が機能したと評価するのは残念ながら難しいと思われる結果であつた。

5) 元氣塾の介入について

運動塾については共同研究者の田中の報告を参照のこと。パソコン塾は 7 月もしくは 8 月から 11 月もしくは 12 月の約 3 ヶ月開催し、初年度は週 2 回 1 時間/回の昼開講クラス（30 日開講、計 60 時間、13 名参加）、週 2 回 1 時間/回の夜間開講クラス（30 日間、計 60 時間、8 名参加）、週 1 回 4 時間の土曜クラス（14 日間、計 56 時間、10 名参加）、合計 31 名が参加した。最終健診が終了するまでの次年度は、クラスを到達別に分け、土曜（基礎）クラスを週一回（3 時間）で 15 日間（計 45 時間、10 名参加）、土曜（応用）クラスを週一回（3 時間）で 15 日間（計 45 時間、13 名参加）、水曜（基礎）クラスは週一回（3 時間）、16 日間（計 48 時間、8 名参加）、月曜（応用）クラスを週一回（3 時間）、16 日間（計 48 時間、11 名参加）、合計 42 名と大幅に講義時間や回数、参加人数を増やした。

参加者は平均年齢が 40 歳代後半で男性参加者は各クラス 1 名から 3 名程度でほとんどが女性だった。平成 25 年度からの応用コースは原則として初級コースの修了者の参加としているが、約 2/3 が初年度からの継続者だった。

内容は、初級コースでは、まずパソコン電源の入れ方・切り方や OS の立ち上げ方から始め、パソコンやエクセルの基本的用語の説明、それからエクセルで表の作成し、より見やすく修正することなどを教授した。最終的な課題は、簡単な表計算を駆使して家計簿を作る、あるいは名刺や名簿を作成することとした。

一方の応用コースでは、初級コースから一步踏み込んだ、より複雑な関数の使い方やグラフ作成をじっくりと時間をかけて学び、最終課題は初級コースと同様の家計簿や名簿の作成だが、ホ

ームページやブログの始め方など、より高度な技術を要するものを講義した。

参加者からは脱落者も出ず、最後まで修了していた。中には本事業が直接、就職（介護施設の事務職）に結びついたこともあった。また平成 25 年 3 月には現地事務所で合同会社を設立し、臨床研究データの入力事業も開始された。主に筑波大学精神科や体育学系などの関係する研究施設から、本事業以外のいくつかの臨床研究の匿名化されたデータの入力を、パソコン教室参加者もしくは修了者に下請けする事業である。このデータ入力は量がかなり多い上に専門用語の多い調査表で、さらに締切りまでの期限も短かったにも関わらず、地元住民の間で薬品の一般名と商品名の違いを表にしてまとめる工夫や疾患名について WEB で検索して情報共有し、自主的に依頼元の施設の研究者のチェックを適宜受けながら、無事に質的に問題なく締切りに間に合わせて仕上げられていた。2 - 3 日かけて 1 万円弱程度を収入として得られたとのことで、現地ではこのデータ入力作業は一つの“就労”として成立している。

ついで講演会であるが、初年度は健診事業の進捗状況の影響から、健診結果説明会のみとなった。説明会は平成 24 年 9 月から 12 月まで計 9 回実施した。全体で約 470 名が参加した。場所は北茨城市の北部にある大津コミュニティーセンターもしくはほぼ中央に位置する北茨城保健センターの 2 会場で行い、参加者の移動に考慮した。健診結果のデータ数値の意味についての説明を主に行ったが、さらに頭部 MRI の結果についても、理解に必要な脳の構造と働きについての簡単な説明を追加し、さらに心身の健康の維持・管理の注意点、どのような際に受診したらよいかなどについても説明した。「健診結果説明会」ではあったが、実質的には「健康促進講演会」であり、講演会後に、各参加者からの個別の相談にもより簡略な健康相談も行った。

次年度の定期的講演会は、平成 25 年 7 月から 11 月までの計 5 回の講演で、本事業の研究協力者や筑波大学から演者を依頼して実施した。第一回講演会は「うつ病とは？ - 北茨城プロジェクトの結果もまじえて - 」として、うつ病の主要な症状、治療、周囲の対応の仕方などを説明した。さらに本プロジェクトの 1 年後の結果を簡易にまとめ、うつ状態と関連する因子として、年齢や心身の健康度が関与していることから、普段からの生活習慣の重要性を説明した。第二回講演会は「地域の絆で自殺を防ごう」と題して自殺の背景、希死念慮者への対応、とりわけ「ゲート・キーパー」の重要性について、具体的な例を提示しながら説明があった。第三回講演会は「心と体を笑顔にする『元気アップ運動』の見つけ方」と題して、運動と身体機能のみならず精神的な面への影響、具体的な運動プログラム、また運動だけではなく運動する際のコミュニケーションの重要性などが実証的なデータをまじえて説明された。第四回は現地ファシリテーター代表者からこれまでのプロジェクトの進捗状況や今後の予定についての説明を行った。第五回講演会は「学ぼう放射線 基礎から人体影響まで」と題して行われた。内容は放射線、放射能の定義から、単位などの基礎的知識、さらに人体への影響、内部と外部被曝の違いや生物濃縮や蓄積の可能性などだった。

計 5 回の講演会で各講演 30 名から 50 名程度の参加で、複数参加者も含めのべ約 190 名が参加した。初年度と 2 年度を合わせると、のべ 660 名が参加したことになり、本事業参加者約 2000 人の約 3 割は講演会を聴講したと推測される。

D. 考察

1) 健診について

震災1年後

うつと判断された例の平均年齢、男女比は全体の傾向と大きな違いはなかった。基礎的属性でうつと関連していたのは、既婚率の低さ、身体的既往または精神科的既往があること、無職率の高さ、収入減少率の高さ、家の被害が半壊以上だった率の高さだった。これまでの報告でも社会的な孤立（非婚も含む）や仕事喪失による経済的損失、身体疾患の合併、精神疾患の既往、所有物の損失・被害などが災害後の精神障害と関連していることは報告されており、従来への検討と一致した結果だった。これまでの多くの報告はいわゆる激震地域のものであったが、激震周辺地域においても同様の結果だったといえる。また、さらに社会的サポートにおいても差があり、これも従来への報告通りだが、これまでが単に「社会的支援」とひとくくりにされ「受ける支援」を想定されていたところを、本検討では「受ける支援」に加えて「与える支援」の二つに分けて検討した。興味深いのはうつではない例で受ける支援も与える支援も満足度が高かったが、うつの例ではいずれも満足度の低めだった。受けるだけではなく、他者に与える、すなわち他者に役立っているという満足感もうつと相関することが明らかになり、これは従前の検討ではみられなかった知見である。

さらに主観的苦痛度については、原発事故への不安以外の因子、すなわち地震の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛、放射線への不安が有意に相関していた。主観的苦痛に関する解釈として、うつによる認知の歪みにより不安が増幅していることをあらわしている可能性と、逆にこれらの不安がうつを惹起している可能性が考えられた。客観的な指標である人的被害状況がうつと相関していないにも関わらず、主観的指標である人的喪失の辛さが有意差を出していることから、うつの認知の歪みの結果と考えることもできるが、一方、認知の歪みとするとすべての因子で有意差がでるべきであると考えられ、選択的な有意差の出方を考えると、逆にこれらの不安がうつを引き起こしている可能性も否定できない。因果関係での説明は困難だが、少なくともこれらの因子がうつと関連していることは指摘できると考えられた。

またうつの半数近くを PTSD と合併し、実際にうつでは IES-R 得点が有意に高かった。すなわち、うつと PTSD の関係が非常に強いことが推測される。また興味深いことにレジリエンススケールがうつでむしろ有意に高かった（スケール点数が高いほど心理的回復力が高い）。結果を先取りして述べるならば、震災2年後以降では非うつではレジリエンススケールが高くなっており、心理的回復力は震災後の時間軸によって、その時点での精神的問題の罹患とは独立して変動する可能性があると考えられた。

一方、人格傾向では HA が有意に高く、RD、SD、C が有意に低かった。うつの TCI の結果では meta-analysis で HA の高さは一貫して指摘されているが、SD、RD、C の低値については報告によって様々だった。本結果とまったく同様の人格傾向ものとしては治療抵抗性うつ病の結果があげられ、一方、発症契機を問わないうつ病ではなく、テロに巻き込まれた後のうつの TCI では SD および C の低下が報告されている。以上から、本報告の結果は従来への報告とほぼ一致しているが、震災後のうつの人格傾向についての報告はないことから貴重な結果であると考えられる。特に治

療抵抗性うつ病と同様の結果だったことは、後述するうつの有病率が3年後になってもあまり減少しなかったことと関連していると考えられる。なお、HAの高さ、SD、RD、Cの低さは、不安感や悲観的になりやすいこと、周囲への無関心、日常の困難さでの混乱のしやすさ、社会的孤立を示していると考えられた。

なお、以上のように複数の因子が抽出されたので、人格傾向以外の基本属性でロジスティック回帰分析を行うと、うつと相関するのは無職、レジリエンススケール、PTSDの合併だった。また人格傾向を因子に入れると、SDが低いとうつになりやすいという結果だった。

PTSDでは平均年齢がやや全体の傾向よりも高めだった。基礎的属性でPTSDと統計学的に有意に関連していたのは、女性であること、年齢が高いこと、非婚率が高いこと、身体的既往や精神的既往を有していること、収入減少率の高さ、家の被害が半壊以上だったり人的被害（行方不明、死亡者）があることだった。いずれの因子もすでに指摘されており、女性や高齢者などのいわゆる社会的弱者が災害時においてメンタルな影響を受けやすいことは指摘されている。それ以外の要因についてはうつと同様である。また社会的サポートについては、うつと同様の傾向であり、結果の解釈においても同様のことが推測された。

さらに主観的苦痛度については、すべての因子、地震の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失の苦痛、仕事損失の苦痛、自宅損壊の苦痛、原発事故への不安、放射線への不安が有意に関連していたが、PTSDで汎不安状態になっていることをあらわしている可能性が考えられた。一方で、客観的な指標である無職かどうかや家の被害状況、人的被害状況などもPTSDと相関していることから、測定した主観的指標は事実を正確に反映していると考えられ、これらの不安がPTSDを惹起している可能性も考えられた。以上のいずれに起因するかは、今回の検討では明確にはならなかった。

すでにうつの項で述べたが、本検討ではうつとPTSDの合併が多く、PTSD例においてもうつとの合併率は高い。それを反映してPTSDでCES-D得点が有意に高かった。すなわち、PTSDとうつとの関係が非常に強いことが推測される。

人格傾向をみるとPTSD例のTCIの結果はHA、STが有意に高く、SD、Cが有意に低下していた。これは従来の報告とも一致する結果だった。特に自ら危険な場所に赴く兵士などを対象としたPTSDではない、火災やテロなど意図せずに“巻き込まれる”形での被害者におけるPTSD例ではHA、STが高く、SD、Cが低いという結果で一致していた。HAの高さは不安になりやすさを示し、STの高さは感情的な麻痺、SDの低さは臨機応変さの低下や自己受容の困難さ、Cの低下は社会的孤立と関連している。さらにSDとCの低下は実行機能の低下、STの高さとSDの低下は魔術的思考や知覚のゆがみやすさと関連しているという。以上から、災害などに強く影響され、情緒的に処理することの困難さが示唆されPTSD発症と関連していると考えられる。

なお、以上の複数の因子を人格傾向以外の基本属性でロジスティック回帰分析を行うと、PTSDと相関するのは教育歴とうつの合併だった。また人格傾向を因子に入れると、HAとSTの高値、SDの低値が強く関連していた。

震災2年後

うつと判断された例の平均年齢、男女比は全体の傾向と比べると、やや高齢で女性の率が高い

傾向だった。基礎的屬性でうつと関連していたのは、社会的サポートだけだった。非うつでは「受ける支援」「与える支援」とも高い満足度だったが、うつでは満足度が有意に低かった。1年後と同様に、ただ受けるだけではなく、他者に役立つという満足感がうつと非常に相関することが明らかになった。したがって、被災者は「支援を与えられる存在である」という思想は捨てる必要があり、いかに被災者が自律的に動けるか、そのような場を設定できるかも被災者支援において重要であることを示唆している。

さらに主観的苦痛度については、1年後ではすべての因子が有意に相関していたために、うつの認知の歪みの可能性があった。というのも、認知の歪みであれば、どのような内容であれ主観的苦痛感がすべて強まる方向に偏倚すると思われるからである。しかし、2年後の検討では関連する因子としない因子が抽出された。すなわち、2年後の結果についてはうつの影響ではなく、むしろこれらの主観的苦痛（仕事損失および経済的損失の主観的苦痛、自宅損壊の苦痛）がうつの遷延と関連している可能性が考えられた。

またうつの半数以上が PTSD と合併し、実際にうつでは IES-R 得点が有意に高かった。すなわち、うつと PTSD の関係が、1年後に引き続き非常に強いことが推測される。またレジリエンススケールでは震災1年後と逆転し、非うつで有意に高く、健康な群で心理的回復力が高いという容易に首肯できる結果だった。震災1年後と2年後では精神的問題の有無と心理的回復力の程度が異なっていると考えられる。

なお、ロジスティック回帰分析を行うと、受ける支援の満足度の高さがうつの発生率が高く、与える支援の満足度の低さがうつの発生率の高さと相関し、ほかにレジリエンススケールの低さ、PTSD の合併も相関していた。支援については様々な解釈が可能だが、ひとつの可能性は、うつの人ほど支援を与えられている（受けている）が、逆に自らは与えることができない状況にあるということである。

PTSD では平均年齢が全体の傾向、うつよりも高く、うつと同様に女性が多い傾向だった。基礎的屬性で PTSD と統計学的に有意に関連していたのは、年齢の高さと社会的サポートだった。PTSD においてもうつと同様の傾向で、非 PTSD で「受ける支援」「与える支援」とも高い満足度だった。うつと同様、他者に役立つという満足感が PTSD の発生と関連性が強いことが明らかになった。

さらに主観的苦痛度については、1年後と同様にすべての因子が有意に相関していた。今回の健診では客観的指標が少ないことから判断が難しいが、PTSD の汎不安による結果なのか、多くの不安要因があることから PTSD が遷延しているのか判断は明確にはつかなかったが、いずれかであると考えられた。

また PTSD の半数弱がうつと合併し、実際に PTSD では CES-D 得点が有意に高かった。すなわち、PTSD とうつの関係が、震災1年後に引き続き強いことが示唆された。また、うつと同様にレジリエンススケールが震災1年後と逆転し、非 PTSD、すなわち健康な例で有意に高い、心理的回復力が高いという結果となった。繰り返しになるが、震災1年後と2年後では精神的問題の有無と心理的回復力の程度が異なっていると考えられる。

なお、ロジスティック回帰分析を行うと、受ける支援の満足度の低さが PTSD の発生率をあげ、与える支援の満足度の低さが PTSD の発生率を下げた。ほかに、年齢の高さ、レジリエンススケールの低さ、うつの合併も相関していた。支援については解釈が困難だが、ひとつの可能性は、支

援を受けられず不満であることが PTSD の遷延と関連し、与えられないことを不満に思うことはある意味「健康である」ことを意味している結果であると推測される。

一方、福島避難者についてだが回収率が残念ながら高くなく、結果の解釈にはバイアスがかかっている可能性を考慮に入れる必要があるが、重要なのはうつおよび PTSD の有病率がきわめて高かった点である。健診よりは男性が多く、年齢構成もやや若い傾向だが、健診対象者と属性が大きく異なることはない。県外の福島県避難者についてのデータは今のところ乏しく、貴重な結果であると考えられた。

福島県避難者の結果で調査した範囲ではうつと関連する因子はなく、PTSD は放射能への不安感の強さだけだった。本検討の結果からは可能性しか指摘できないが、震災 2 年後の段階では福島避難者にとっては、福島から離れた時点で心理的には放射能の問題は相対的に小さくなっているものと推測される。おそらく福島避難者にとってメンタルヘルスと関連する喫緊の問題は、今回の調査票では評価しなかった今後の生活や住居をどうするかといった将来の課題に移行しているものと考えられる。また、福島避難者の特徴はうつと PTSD とともにアルコールの問題を抱えているものが有意に多い点だった。

さて、アンケート郵送については、いずれの対象者も当初の健診の呼びかけには反応しなかったという点で共通しており、いかにこのような層にコンタクトをとるかが問題となると思われる。一方で少なくとも郵送されてきたアンケートに回答してきていることから、まったく外部からの呼びかけを無視しているわけではないと考えられる。実際、このアンケートをきっかけにして第三次健診への参加を希望した例が、少なくとも 50 名ほど確認されたことから、なかなか外に出てこない被災者とのコンタクトをとる手段として、このような郵送アンケートも一つの有効な手段になりえると推測された。

震災 3 年後

うつと判断された例の平均年齢、男女比は全体の傾向と比べると、全体よりもやや高齢で女性の率が高かった。基礎的属性でうつと関連していたのは、社会的サポートだけだった。2 年後と同様に、非うつで「受ける支援」「与える支援」とともに満足度が高かったが、うつでは満足度が有意に低かった。震災 1 年後から通じて同じ結論になるが、社会的支援は、ただ受けるだけでなく、与える支援つまり他者に役立っているという満足感もうつの有無と有意に影響することが示唆された。被災者は単に支援を与えられる存在ではなく、いかに被災者が自立して動けるかを後押しするような援助こと求められていると考えられる。

一方、主観的苦痛度については、震災 3 年後ではいずれも関連しなくなった。主観的苦痛とうつの関係は、うつの認知の歪みの結果、主観的苦痛が強まっていると考えるか、苦痛の強さがうつの契機と考えるかで因果の方向性が逆になり解釈が難しい。今回の、うつであるにも関わらず主観的苦痛がないと出たということは、認知の歪みが出ない程度までうつの重症度が軽度になっているか、苦痛とうつが無関係になっているかのいずれかと思われる。うつの重症度をみると CES-D 得点の平均を 1 年後と 3 年後で比較すると大きな違いはない。すなわち、うつと判断される群のうつ症状の重症度は大きな変化はないと考えられ、認知の歪みがなくなっているとは考えづらい。以上から、今回の結果は主観的苦痛とうつが無関係になっていると解釈できると考

えられた。前項で述べたとおり震災 2 年後までは主観的苦痛がうつ発症や遷延と関連している可能性が考えられたが、震災 3 年後にいたって、うつは主観的苦痛と無関係に出現している、すなわち反応性要素は希薄化したと推測される。一方、VAS 全体として点数が初年度よりも上昇し、うつと非うつの差が縮まっている傾向にあった。とりわけ人的被害の苦痛や仕事喪失の辛さの点数が上昇しており、震災 3 年を経てこれらの苦悩は強まり、うつの有無に関わらずいわば汎化した苦悩感として地元住民を苦しめている可能性が示唆された。

またうつの 4 割弱が PTSD と合併し、うつで IES-R 得点が有意に高かった。すなわち、うつと PTSD の関係が、1~2 年後に引き続き強いことが推測される。しかし、1 年後に比べるとうつにおける PTSD の合併率は下がっている。徐々に、うつからみた PTSD との関連性が薄まっていることが推測される。またレジリエンススケールでは震災 2 年後と同様に非うつで有意に高く、健康な群で心理的回復力が高いという結果だった。震災 1 年後と、2~3 年後では精神的問題の有無と心理的回復力の程度が異なっており、レジリエンスは state というより trait をみている可能性が示唆された。

ロジスティック回帰分析では、与える支援の満足度の低さがうつの発生率の高さと相関し、ほかにレジリエンススケールの低さ、PTSD の合併が相関していた。最終健診では「受ける支援」については結果に出なくなった。つまり震災 3 年後になると、もはや「支援を受ける」ステージはなくなり、むしろ社会的支援については「いかに与えられるか」が重要であり、すなわち他人に役に立つかが問題で、そのような能力への不満を抱いているほど、うつに陥りやすい=無力感を抱きやすいと考えられた。

また心理的回復力が高いほど、うつになりにくいという結果は平時から容易に想像できる結果だった。一方、PTSD を合併しているとうつにもなりやすいという結果は、災害後の精神的問題は複合的にあらわれやすいということ、震災 2 年後に引き続き示唆していると考えられた。

PTSD 例は前年と同様に平均年齢が全体の傾向やうつよりもやや高く、うつと同様に女性が多かった。基礎的属性で PTSD と統計学的に有意に関連していたのは、住所変更があることと社会的サポートだった。住所変更があるということは、住宅の復旧がすすんでいないということであり、住環境が PTSD 遷延と関連していると考えられた。また前年同様に、PTSD においてもうつと同じく非 PTSD で「受ける支援」「与える支援」とも高い満足度だった。うつと同様に他者に役立つという満足感が PTSD の発生を抑えていることが明らかになった。

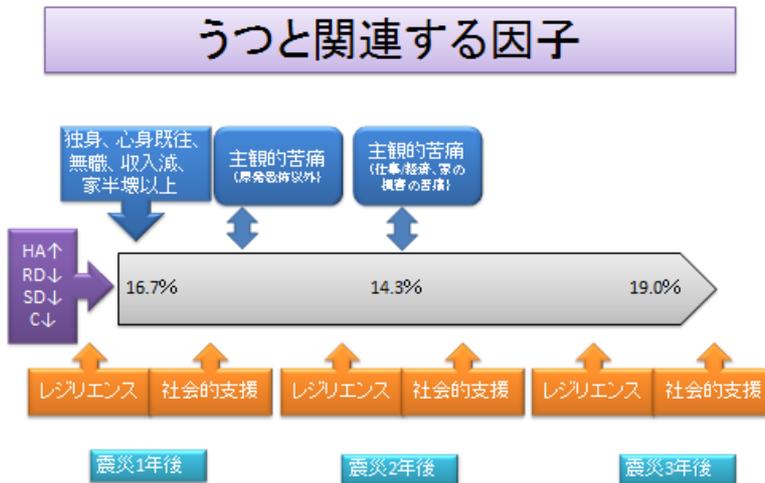
主観的苦痛度については、前年度までと異なり、震災時の恐怖感、人的喪失の苦痛、経済的損失、住居損壊の苦痛、放射線への不安が PTSD と関連した。すべての因子が関連しておらず、今回の結果は PTSD の汎不安に起因するというよりは、以上の不安要因から PTSD が遷延している可能性が高いと推測された。またうつと同様に VAS 全体の点数が初年度よりも上昇し、特に人的被害、経済的喪失、仕事喪失の辛さの点数が上昇していた。PTSD の割合は低下しているものの、PTSD 症状に苦しむ住民にとっては、震災 3 年後を経て一層これらの苦痛が強まっている現状にあると考えられた。

また前年と同じく PTSD の半数弱がうつと合併し、PTSD 例で CES-D 得点が有意に高かった。つまり、PTSD とうつの関係が、震災 1、2 年後に引き続き強いことが明らかとなった。また、うつと同様にレジリエンススケールが震災 2 年後と同様で、非 PTSD 例で有意に高く、健康群で心理的

回復力が高いという結果となった。

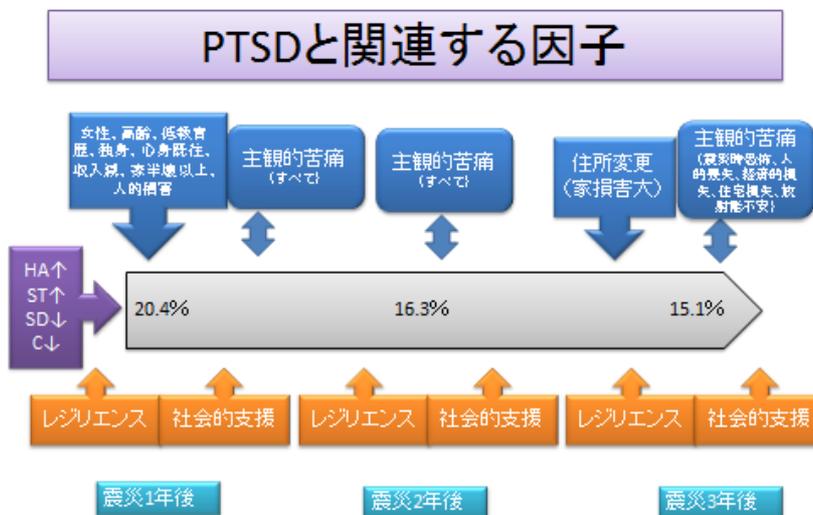
なお、ロジスティック回帰分析を行うと、経済的損失の主観的辛さとうつの合併が PTSD の発生を引き上げるといった結果だった。うつとの関連性は 1~3 年まで共通しているが、PTSD においては主観的辛さも重要であることが示唆された。それも震災 3 年を経て、経済的問題が前景化していることがうかがわれた。

以上の震災 1 年目から 3 年目まで年度毎に行った各検討の概要を図に示した。



うつについては、一貫してレジリエンス(心理的回復力)や社会的サポートが関連していた。一方、初年度は婚姻、仕事、収入、家の破壊規模が関連していたが、2 年目以降はそれらの因子はうつと関係しなくなった。また主観的辛痛は、初年度は地震の恐怖感、人的、仕事、経済的、家屋損失の辛さが関係していたが、2 年後からは仕事/経済状況と家屋の問題にしぼられ、さらに 3 年目では主観的辛痛はうつと関連しなくなった。したがって、うつへの対策としては、初年度は就労、経済、

住宅環境などを含めた包括的なもの、2 年目からは特に就労と家屋被害への対応、3 年目以降は地域ネットワーク(いわゆる互助的な“ご近所付き合い”)の再構築が重要な課題になり、さらに付け加えるならば、内外からの社会的支援を途絶えさせないことのみならず、被災者自身に支援者という役割を与える工夫が必要であると考えられた。以上を簡潔にまとめるならば、うつと関連する因子は直接生存にかかわるものから社会的なものに変ってきていること、さらにうつに対する震災の影響は急速に低下する傾向にあるといえる。

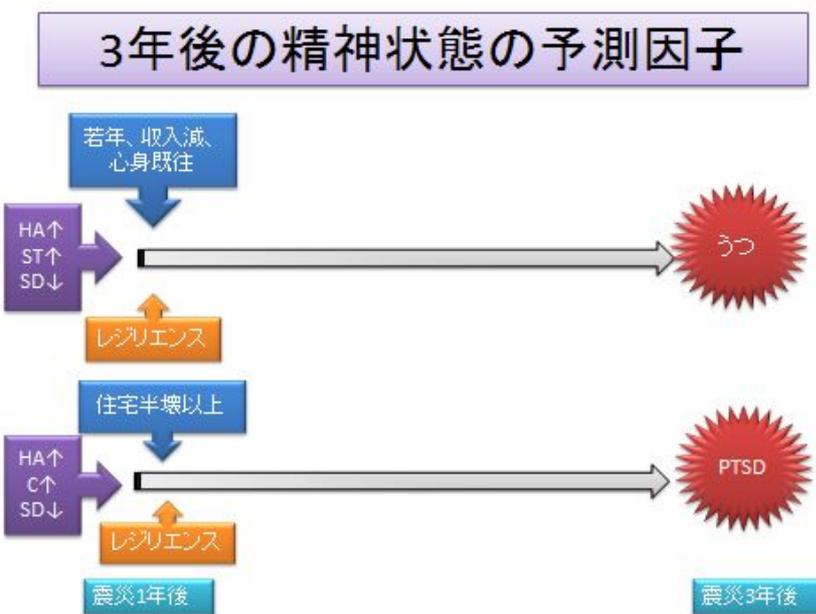


一方の PTSD についても、同様に一貫してレジリエンス(心理的回復力)や社会的サポートが関連していた。初年度は性別、年齢、教育、婚姻、収入、家の破壊規模、人的被害が関連していたが、2 年目はいったんそれらの因子は関係しなくなり、3 年目に再び住居の問題が前景化した。また、主観的辛痛は初年度からほぼすべての主観的辛さが関係し 3 年後まで大きな変化はなかった。したがって、PTSD への対策はうつとは

異なり、初年度のみならず 2 年目以降も、住宅事情を中心として、就労、経済状態、人的喪失への包括的な支援継続が必要であると考えられた。特に客観的指標と主観的苦痛の乖離が PTSD の特徴で、3 年間全期間にわたって主観的苦痛の軽減も重要な課題であり、社会的な援助のみならず個別的な心のケアがうつよりも重要である可能性が示唆された。しかし、本検討の結果でも示されたように災害では多くの住民が PTSD レベルの苦痛を訴える。そのような状況で、個別的対応を行うことは極めて困難であろう。本検討では実施しなかったが、方法的に簡略で自ら実施可能な Pennebaker らの筆記療法に可能性があると考えられ、今後の検討課題である。さらに社会的支援についてだが、うつと同様に被災者が受ける社会的サポートを継続することのみならず、単に「支援を与えられる」のではなく被災者自身が支援を与える立場になれるような工夫、まさに本事業のように地域住民が自律的にかつ相互に助け合うようなプログラムの実施が重要であると考えられた。

震災 1 年～3 年の継時的検討

本項では年度毎の結果をまとめたものではなく、震災 1 年後から 3 年後まで継続的に追跡可能だった 582 名に関する検討について考察する。震災 1 年後の時点で、若年、収入減少があった例、身体疾患や精神疾患の罹患のあった例、PTSD を合併していることが、3 年後のうつを予測因子となった。これまでの報告で数年後の精神疾患の発症の予測因子として、災害への強い曝露、社会的支援の低さ、身体疾患や精神疾患の既往などが挙げられているが、本検討では収入の減少は災害の曝露の結果であり、さらに社会的サポートの低下と関連すると考えられ、また心身疾患の既往が抽出されることから、従来の報告とほぼ一致していると思われる。これまでの報告と異なる若年については、本研究での「若年」はほぼ 30 - 50 歳代のもっとも生産性の高い世代であり、そもそもうつの好発年齢である上に震災で生活基盤を失うことで大きく影響を受ける層であること



ことを反映していると考えられる。一方、震災 1 年後での主観的苦痛の程度は震災 3 年時点でのうつとは関連せず、たとえ震災後の主観的苦痛が強くても 3 年後にうつを呈しているとは限らないことが示唆された。さらに心理的回復力の低さや HA、ST の高さ、SD の低さが震災 3 年後のうつの予測因子として抽出された。これまで TCI の結果から後のうつの発症を予測する報告

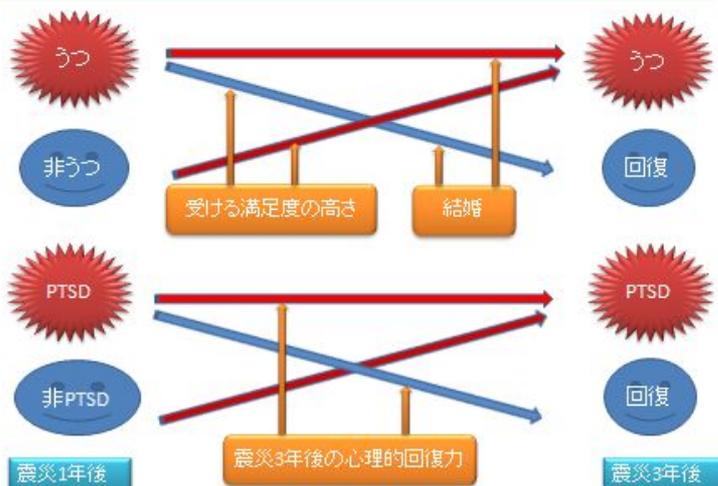
は少ないが、震災 4 年後のうつは高い HA、3 か月後のうつでは低い SD が報告されていた。ST の高さと SD の低さは迷信深さ、非合理性と関連するとされており、一度うつになると「なかなか治

らない」という思い込みにつながる可能性が考えられた。

また、震災3年後のPTSDの予測因子は、震災1年後の時点での住宅半壊以上の割合の高さ、うつとの合併だった。住宅被災の大きさは、従来から報告されている精神疾患の予測因子である災害への強い曝露と関連し、従来からの報告と一致していると考えられた。一方、うつと同様に主観的苦痛は関連せず、また心理的回復力の低さがあげられた。さらに人格傾向ではHAとCの高さ、SDの低さが認められた。PTSDの予測因子の報告は少ないが、戦場展開前後でPTSD発症を予測した検討では、SDの低さのみが指摘されている。これは責任を引き受けられない未熟さ、長期的展望に立てられないことから、社会的支援を受けづらく対処行動をうまくとれないことを示唆しているのではないかと考察されている。本検討でもSDの低さを認めたが、“巻き込まれる”災害後においてはHAやCも関連していることが示唆された。以上の結果を図示すれば上記のようにまとめられ、中長期的なメンタルヘルスを考えると、初年度における経済的支援や住環境整備の重要性が示唆される。

さらに、震災1年時にうつ/PTSD 震災3年後に回復、以後、同じくうつ/PTSD うつ/PTSD、非うつ/非PTSD うつ/PTSDへと変化した3群について関連する因子について検討した。うつで3年後に新規発症した例がもっとも多く、PTSDでは3年時には回復している例がもっとも多いという結果は、全体の疫学調査でうつが増加傾向でPTSDが減少傾向であることと一致していた。うつでは、初年時に受けた支援の満足度の高いものほど新規発症し低いものほど改善しているのは、初年時と3年後の受けた支援の満足度の差が影響してうつの新規発症や改善と関連していると考えられた（有意差を認めないものの、1年後時点に比較して3年後時点でのうつ新規発症群の受ける支援の満足度は低下し、うつ回復群の満足度が上昇している）。つまり受けられる支援の満足度を維持することがうつの発症や改善と関連していると考えられ、初年時の支援のあり方やその継続性が重要であることが示唆された。また婚姻では回復群ほど独身率は低く、維持群は結婚率が低かったが、これは従来からの結果で指摘されてきた因子であり、家族をもっている方が回復しやすいことを反映していると考えられた。

回復、維持、新規発症の関連因子



いことを反映していると考えられた。一方、PTSDでは新規発症と関連する因子はなく、震災後3年目の心理的回復力が回復群と維持群の比較で、回復群で有意に高いという結果であった。3年目の時点で回復群の心理的回復力が高いことは予想範囲であろう。以上を図示すると左図のようになり、また結果をまとめると、うつの新規発症や維持を防ぐには、社会的支援のあり方について、双方向性に留意すること、独身者に注

意深い訪問活動が必要になることであろう。さらにPTSDについてはレジリエンスをいかに強化するかが重要であると考えられた。従来からの震災時のメンタルヘルスについての報告では、時点ごと

の有病率や関連因子の検討はなされているが、通年での調査期間中に新たにうつ/PTSD になった例や逆に回復した例について、それぞれ関連する要因を検討した報告はみあたらない。それだけに本研究の結果は貴重なものと思われる。

ついで、パソコン教室介入の効果について検討した。例数は残念ながら通年で参加していた者の数が少なく 10 名と少数になった。対照群（非介入群）も同様に 10 例とし、年齢や教育歴、家族状況や被災状況、CES-D や IES-R 得点に有意差がないだけでなく、あえてレジリエンス得点は高いものを選択した。つまり対照群は、パソコン教室に参加はしていないが心理的回復力は当初パソコン教室参加者よりも優れており、何もしていなくても精神的な回復が見込まれる一群である。その結果は、非介入群が CES-D 得点が上昇したにも関わらず、パソコン教室群ではほとんど変化がなかった。さらに IES-R 得点は、3 年後には非介入群では IES-R 得点が同様に上昇したにも関わらず、パソコン教室群では低下していた。さらに自宅損失の主観的辛さがパソコン教室群で有意に回復していた。わずかな例数であるが、パソコン教室介入が実質的な就労に結びつかなくても、十分にメンタルヘルスを維持、回復することが示唆された。

2) こころのケア外来について

初年度から外来運営については病院内外でも周知され、システムとしては完成したと考えられたが、開設当初から予想したほどの患者数ではなかった。このため最終年度前に外来は閉鎖とした。しかし、マクロレベルになるが外来開設には一定の効果はあったと考える。結果でも述べたが、たとえば北茨城市の精神科病院には精神保健指定医が不在なため、同市内では対応が困難だったと考えられた相談例に緊急的に対応した例などがあった。

疫学的検討では、PTSD は減少しているもののうつは横ばいに近く、さらに主観的苦痛感の数値は全体的にあがっており、他にも現地保健師から「家にこもっている住民や避難者がおり、うつや PTSD などが疑われる」という断片的な情報もあったことから、潜在的なニーズはあるものと予想される。しかし、たとえば初年度では健診時に「診察の必要あり」と判断されて外来におりてきた被験者が直前に「やはり受診は必要ないと思う」と帰宅してしまった例が数多くあり、地域住民の精神科へのスティグマが患者数の動向に影響したと考えられる。そもそもスティグマ以前に「こういうことで病院にかかってもいいのか迷った」と述べた初診患者もあり、精神医療に対する理解不足もあったと考えられる。

このような「重篤と考えられる被災者ほど医療につながらない」という点は多くの被災地で共通する問題であり、このような場合は医療者のアウトリーチがすすめられている。しかし、中間年度には本研究とは別に現地保健師による戸別訪問があり、その際に本外来について説明を加えてもらったり、定期的講演会でも精神科へのかかり方について教育をしてきたが、患者数の増加にはつながらなかった。反省点としては、現地保健医療スタッフとの連携があまりとれなかった点、精神医療への偏見のみならず理解不足などの地域特性をより早くに察知し、効果的かつ大規模に外来について周知するべきであったと考えられる。

一方、そのような状況でも受診してきた者に「なぜ受診したのか」理由を尋ねると、多くの場合、受診した契機は主観的な精神的な不調度の自覚より、家族や知人からの強い勧めであった。実際、配偶者や子供連れられて受診しているケースも多かった。すなわち、被災地における受診

につながるポイントは、精神医療対象者を直接ターゲットにして外来受診を呼びかけたり講演会や訪問活動することも必要であるが、そのような「見知らぬ、外部からの医療スタッフの勧め」ではなく、本人にとって身近で信頼できる家族、親族、近隣住民など「見知った、内輪の人からの勧め」が大きいと推測される。したがって、そのような「内輪」に属する地域住民全体の精神医療への理解や偏見をいかになくし、精神医療対象者を受診行動にまで至らせるように、いかに地域住民が後押しできるかが重要なポイントになると考えられる。講演会でも質問にくる被災者から「実は家族が・・・」という相談が多かった。

講演会の開催などでは、結局、「講演会に参加できるくらい健康度が高い者しか来ない」という意見もある。しかし、このような一見、“健康な”被災者への講演活動などが、実は隠れて存在する精神的に不調な対象者の医療への接続につながる可能性があるという意味で、やはり非常に重要であると考えられる。被災地においては、「結局、健康な人しか来ない」「必要な人に直接届いていない」と講演会や疾病教育を実施することに悲観的になりあきらめることなく、間接的な効果を考えて地道に継続的に続けることが重要であると考えられた。

3) 元気塾について

3-1 パソコン塾について

本事業で実施したのは運動塾、パソコン塾、さらに講演会だった。われわれの仮説では気質や性格傾向、震災で受けた心理的衝撃そのものを変化させることは困難だが、一方で心的回復力や社会的サポートの部分へ介入することは可能ではないかというものであった。言い換えれば、たとえば運動塾は心身のリフレッシュにより心的回復力を強化し、さらに「みんなで同じ運動を

すること」自体がコミュニティーの再生にもつながると推測された。この点については研究分担者の田中の検証を参照されたい。

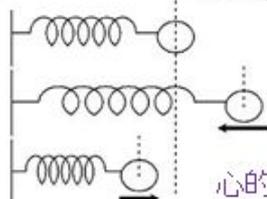
またパソコン塾においては、「なにがしかの skill をもった」ということ自体が自信を獲得させ、就労への意欲につながり士気の向上につながるものと考えられた。さらに参加者らが同じ教室で同じ時間に集まって学ぶこともコミュニティーの活性化につ

パソコン塾の効果は？

(勤労)意欲の向上？



コミュニティーの関係性の強化？



心的回復力の強化？

ながるのではないかと考えられた。実際、パソコン教室参加者のアンケートでも、授業中やそれ以外の時間に相互に教えあうなどの対話やブログの使用など、地元住民同士の交流が賦活化され

ている様子が観察された。つまり元気塾という地域交流の場そのものが社会的サポートの供給元になっていると考えられる。

したがって、パソコン塾は士気、意欲の向上、コミュニティ再生、その結果としての心的回復力の増進に貢献している可能性が予測された。本研究ではこの点について例数はわずかであるが検討したことは既に述べた。結果はパソコン教室に参加している群と非参加群ではうつや PTSD に関連する得点に違いがでるというもので、パソコン教室という一見、平凡な介入であっても、十分に被災者のメンタルヘルス維持、向上に貢献することが示された。

3-2 講演会について

心理教育や啓蒙活動の重要性は、従来の震災後のメンタルヘルスに関する検討において指摘されてきた。というのも、正しい知識の提供が被災住民の不安を和らげることにつながると考えられてきたからである。本事業でも啓蒙活動として講演会を開催し、その参加者はのべ約 660 名程度で、プロジェクト参加者全体の 3 割程度が聴講したことになる。結果として 3 割にとどまったが、すでに述べたとおり講演会が、直接の参加者よりもその背後に潜在しているメンタルの問題を抱えた被災者に何らかの影響を与えていることが推測され、いわば間接的な効果をもたらしていると考えられた。ただし、参加者が重複していると考えられた上に、散発的に参加しているであろう講演会の直接的な精神的影響の定量的な評価は困難と考え、本研究ではデータとして実証はできない。講演会の「効果」をどのように計測し評価すべきかは、方法論的な問題として残った点である。一方で、経験的なレベルでは、講演会の質問や講演会後に「自分の親のことだが・・・」「自分のことだが・・・」といった医療相談的な内容をうけることがしばしばあった。講演会開催が、ささやかながらでも地元のメンタルヘルス維持に貢献していたと推測される。

また、本事業の講演会は、行政が主催の講演会よりも参加者が多かったという地元住民の意見があった。本事業期間中に地元行政が被災に関する講演会を行うことがあったが、たとえば市役所などの限られた場でのポスター掲示や市報の記事の一部として広報されたため、周知が十分ではなく講演会自体を知らないという住民もいた。一方、本事業では原則的に参加者全員に個別に直接ハガキなどで連絡し、さらに現地事務所が連絡や運営を行ったことから地元住民同士のネットワークが活き、住民同士が互いに参加を呼び掛けあったようであり、そのために講演会の存在自体が周知されたと考えられる。これは本研究の副次的な知見であるが、このような講演会活動においては、現地住民が主体的に動いて運営を行うことが参加率の向上につながるのではないかと推測された。

E. 結論

本研究は、震災 1 年後から、健診・疫学研究、外来支援、パソコン教室・運動教室・講演会活動の 3 つを複合的に並走して行ってきた。健診は約 1000 名の北茨城市民を対象にし、震災 1 年後から 3 年後までの期間で 600 名弱の疫学的データを得ることができた。

本研究は「研究のための研究」にはせずに復興活動の一端を担うことを目的とした。そのために、1) 行政の協力を得る、2) 地元住民を必ず活動に参加させる、3) 健診データは住民に公

開することを原則としてきた。

健診・疫学データではこれまでにない知見をいくつか得ることができ、特に時間軸とともに被災者が苦しむ因子が変化すること、社会的支援の在り方について変化があることなどで提言ができた。さらに外来支援においては、精神医療過疎地域の北茨城市においてある程度の貢献ができたものと考えている。さらにパソコン教室では就労に結びついた例もあり、運動教室、講演会活動も同市の復興にささやかながら復興に役立ったものと考えられた。

本事業のひとつひとつの活動は旧来から提言されており、さらに精神視点医学的を強調せずにむしろやや「素朴」な方法を用いた。しかし、それらを有機的に結びつけ、さらに繰り返しになるが地元住民を主体にしつつ行った本研究・事業は、今後の災害における復興支援活動の一つのモデルになり得るのではないかと考えている。

参考文献

- Armenian HK, Morikawa M, Melkonian AK, et al.: Risk factors for depression in the survivors of the 1988 earthquake in Armenia. *Journal of Urban Health* 79: 373-382, 2002
- 浅野正：心理検査によるうつ病の再発の予測. *人間科学研究* 35: 35-43, 2013
- Basoglu M, Kilic C, Salcioglu E et al.: Prevalence of posttraumatic stress disorder and comorbid depression in earthquake survivors in Turkey: An epidemiological study. *Journal of Traumatic Stress* 17: 133-141, 2004
- Chadda KR, Malhotra A, Kaw N et al.: Mental health problems following the 2005 earthquake in Kashmir: findings of community-run clinics. *Prehospital disast Med* 22: 541-545, 2007
- Cerda M, Paczkowski M, Galea S et al.: Psychopathology in the aftermath of the Haiti earthquake: a population-based study of posttraumatic stress disorder and major depression. *Depress Anxiety* 30:413-424, 2013
- Chan CLW, Wang CW, HO AHY, et al.: Symptoms of posttraumatic stress disorders and depression among bereaved and non-bereaved survivors following the 2008 Sichuan earthquake. *Journal of Anxiety disorders* 26: 673-679, 2012
- Dell'Osso L, Carmassi C, Massimetti G, et al.: Age, gender, and epicenter proximity effects on post-traumatic stress symptoms in L'Aquila 2009 earthquake survivors. *J Affect Disord* 146: 174-180, 2013
- Goenjian AK, Steinberg AM, Najarian LM et al.: Prospective study of posttraumatic stress, anxiety, and depressive reactions after earthquake and political violence. *Am J Psychiatry* 157: 911-916, 2000
- Goenjian AK, Walling D, Steinberg AM et al.: A prospective study of posttraumatic stress and depressive reactions among treated and untreated adolescents 5 years after a catastrophic disaster. *Am J Psychiatry* 163: 2302-2308, 2005
- Gigantesco A, Mirane N, Grabchelli C, et al.: Psychological chronic sequelae of the 2009 earthquake in L'Aquila, Italy. *J Affect Disord*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2012.12.006>, 2013

東日本大震災茨城全記録 茨城新聞社、2011

Jaksic N, Brajkovic L, Ivezic E et al.: The role of personality traits in posttraumatic stress disorder (PTSD). *Psychiatria Danubina* 24: 256-266, 2012

Kampman O, Poutanen O: Can onset and recovery in depression be predicted by temperament? A systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord* 135: 20-27, 2011

Kilic C, Adyne I, Taskintuna N, et al.: Predictors of psychological distress in survivors of the 1999 earthquakes in Turkey: effects of relocation after the disaster. *Acta Psychiatr Scand* 114: 194-202, 2006

Kraemer B, Wittmann L, Jenewein J et al.: 2004 Tsunami: long-term psychological consequences for Swiss tourists in the area at the time of the disaster. *Aus N Z J Psychiatry* 43: 420-425, 2009

Kuo CJ, Tang HS, Tsay CJ, et al.: Prevalence of psychiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in Taiwan. *Psychiatric Service* 54: 249-251, 2003

Marco L: Relationship between temperament and anxiety disorders: a systematic review. *MJCP* 1: Doi: 10.6092/2282_1619/2013.1.897, 2013

Montazeri A, Baradaran H, Omidvari S, et al.: Psychological distress among Bam earthquake survivors in Iran: a population-based study. *BMC Public Health* 5: doi:10.1186/1471-2458-5-4, 2005

Musa R, Draman S, Jeffery S, et al.: Post tsunami psychological impact among survivors in Ache and West Sumatra, Indonesia. *Comprehensive Psychiatry*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.comppsy.2012.12.002>, 2013

Nakamura K, Kitamura K and Someya T: Psychological recovery 5 years after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Yamakoshi, Japan. *J Epidemiol* 24: 125-131, 2014

Nakamura K, Kitamura K, Kim Y et al.: Property damage and long-term psychological distress after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake in Ojiya, Japan: a community-based study. *Journal of Public Health*, doi:10.1093/pubmed/fdu052, 2014

North C, Abbacchi A, Cloninger CR: Personality and posttraumatic stress disorder among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing. *Comprehensive Psychiatry* 53: 1-8, 2012

North C, Cloninger CR: Personality and major depression among directly exposed survivors of the Oklahoma City bombing. *Depression and Research Treatment* doi:10.1155/2012/204741, 2012

Onder E, Tamer A, Aker T, et al.: Prevalence of psychiatric disorders three years after the 1999 earthquake in Turkey: Marmara Earthquake Survey (MES). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 41: 868-874, 2006

Pennebaker JW: *Writing to Heal: A guided journal for recovering from trauma and emotional upheaval*. Oakland, New Harbinger Publications. 2004

Salcioglu E, Basoglu M and Livanou M: Long-term psychological outcome for

non-treatment-seeking earthquake survivors in Turkey. *J Nerv Ment Dis* 191: 154-160, 2003

Salcioglu E, Basoglu M and Livanou M: Post-traumatic stress disorder and comorbid depression among survivors of the 1999 earthquake in Turkey. *Disasters* 31: 115-129, 2007

Sattler DN, de Alvarado AMG, de Castro NB et al.: El Salvador earthquakes: relationships among acute stress disorder symptoms, depression, traumatic event exposure, and resource loss. *Journal of Traumatic Stress* 19: 879-893, 2006

Sharan P, Chaudhary G, Kavahteker SA, et al.: Preliminary reports of psychiatric disorders in survivors of a severe earthquake. *Am J Psychiatry* 153: 556-558, 1996

Stoddard FJ, Pandya A, Katz CL: *Disaster Psychiatry Readiness, Evaluation, and Treatment*. American Psychiatric Association, Washington DC, 2011

Su CY, Tsai KY, Chou FHC, et al.: A three-year follow-up study of the psychosocial predictors of delayed and unresolved post-traumatic stress disorder in Taiwan Chi-Chi earthquake survivors. *Psychiatry Clin Neurosci* 64: 239-248, 2010

Takahashi M, Shirayama Y, Muneoka K et al.: Personality traits as risk factors for treatment-resistant depression. *PLOS one* 8: e63756. Doi:10.1371/journal.pone.0063756, 2013

Ursano RJ, Fullerton CS, Weisaeth L et al.: *Textbook of Disaster Psychiatry*. Cambridge Univ Press, Cambridge, 2007

Van der Veldern PG, Wong A, Boshuizen HC et al.: Persistent mental health disturbances during the 10 years after a disaster: four-wave longitudinal comparative study. *Psychiatry Clin Neurosci* 67: 110-118, 2013

Van der Velden PG, Bosmans MWG, Bogaerts S et al.: Social organizational stressors and post-disaster mental health disturbances: A longitudinal study. *Psychiatry Research* 219: 177-182, 2014

Van Zuiden M, Kavelaars A, Rademaker AR et al. A prospective study on personality and the cortisol awakening response to predict posttraumatic stress symptoms in response to military deployment. *J Psychiatric Research* 45: 713-719, 2011

Wagenaar BH, Hagman AK, Kaiser BN, et al.: Depression, suicidal ideation, and associated factors: a cross-sectional study in rural Haiti. *BMC psychiatry* 12: <https://www.biomedcentral.com/1471-244x/12/149>, 2012

Xu J, Mo L and Wu Z: A cross-sectional study on risk factors of depression severity among survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *Community Ment Health J* DOI 10.1007/s10597-012-9578-y, 2013

Zhang Z, Shi Z, Wang L et al.: One year later: mental health problems among survivors in hard-hit areas of the Wenchuan earthquake. *Public Health* 125:293-300, 2011

Zhang Z, Wang W, Shi Z, et al.: Mental health problems among the survivors in the hard-hit areas of the Yushu earthquake. *PLoS ONE* 7: e46449. Doi:10.1371/journal.pone.0046449, 2012

Zhou X, Kang L, Sun X, et al.: Risk factors of mental illness among adult survivors after the

Wenchuan earthquake. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 48: 907-915, 2013

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

佐藤晋爾、太刀川弘和、根本清貴、新井哲明、水上勝義、朝田隆、田村昌士、山口葉月、武井仁、高橋晶、久永明人、石井映美、杉江征、堀孝文：東日本大震災における福島県民避難所へのアウトリーチ活動について。臨床精神医学 41: 1143-1152, 2012

太刀川弘和、高木善史、山形晃彦、佐藤晋爾、土井永史、朝田隆、吉田隆也、磯崎哲也、倉橋憲二、菅谷進、小原昌之、鈴木謙市、吉澤一巳、坂本昭裕、高橋祥友：東日本大震災における茨城県心のケアチームの福島県相馬市支援活動。臨床精神医学 41: 1153-1161, 2012

佐藤晋爾、土井永史、朝田隆：内因反応性気分変調症の一例 精神医学 56: 157-159, 2014

2. 学会発表

南場陽一、根本清貴、佐藤晋爾、久永明人、新井哲明、水上勝義、朝田隆：東日本大震災が精神科患者に及ぼした影響 筑波大学附属病院における精神科入院患者の動向調査から 第 108 回日本精神神経学会、平成 24 年 5 月、札幌

佐藤晋爾、野瀬真由美、朝田隆：東日本大震災の現地ボランティア・スタッフの健康状態について—うつ状態に関連する因子の検討— 第 25 回 日本総合病院精神医学会 平成 24 年 11 月 30 日、東京

佐藤晋爾、野瀬真由美、朝田隆：東日本大震災の現地ボランティア・スタッフの健康状態について—PTSD に関連する因子の検討— 第 32 回 日本社会精神医学会 平成 25 年 3 月 8 日、熊本

佐藤晋爾、村木悦子、石田一希、太田深秀、服部功太郎、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市におけるうつ状態に関連する因子の検討 第 109 回日本精神神経学会総会、平成 25 年 5 月 25 日、福岡

A. Lebowitz, S.Sato, T. Asada: Integrating academic mental health into a community public health system post-3/11 Japan: Baseline data the 18th World Congress on Disaster and

Emergency Medicine, Vancouver, 平成 25 年 5 月

佐藤晋爾、石田一希、村木悦子、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市民のうつ状態と TCI との関連について 第 10 回日本うつ病学会総会、福岡、平成 25 年 7 月 20 日

佐藤晋爾、朝田隆：内因と非内因の Dichotomie を超えて－endo-reaktiv Dysthymie (Weitbrecht)の復権 第 36 回精神病理・精神療学会 平成 25 年 10 月 11 日 京都

佐藤晋爾、土井永史、朝田隆：endo-reaktiv Dysthymie の一例 第 35 回茨城精神医学集談会 平成 25 年 11 月 3 日、水戸

佐藤晋爾、朝田隆：指定討論 東日本大震災で果たした有床総合病院精神科の役割 第 26 回総合病院精神医学会 平成 25 年 11 月 3 0 日、 京都

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市におけるうつ状態に関連する因子の検討(続報) 第 110 回日本精神神経学会、6 月 27 日、横浜

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後における北茨城市在住の福島県避難者のうつ状態について 第 11 回日本うつ病学会、7 月 19 日、広島

佐藤晋爾、石田一希、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市における PTSD に関連する因子の検討 第 27 回日本総合病院精神医学会、11 月 28 日、つくば

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

分担研究報告書

サブタイトル：東日本大震災後の被災地におけるうつ病と栄養摂取に関する分析
北茨城元気プロジェクトから

研究分担者 国立精神・神経医療研究センター
神経研究所 疾病研究第三部(所属名) 功刀浩
研究協力者 国立精神・神経医療研究センター
神経研究所 疾病研究第三部(所属名) 相澤 恵美子
研究協力者 国立精神・神経医療研究センター
神経研究所 疾病研究第三部(所属名) 太田 深秀

研究要旨

【目的】うつ病は成人から幼児に至るまで、自然災害後数週間から数か月で発症しケースによっては数年間持続することが報告されている。自然災害後の栄養状態はうつ病の発症に係る。本研究では血液生化学検査によって栄養状態を把握し、うつ病と特に葉酸値との関連について調査した。

【方法】調査対象者は 563 人(平均年齢 53.3±0.7 歳)女性のみを解析を行った。うつ症状の評価は疫学研究用うつ病尺度(Center for Epidemiologic Studies Depression scale: CES-D)によって行い、今回の解析では CES-D16 点以上をうつ傾向群とした。被害の評価は人的・浸水・倒壊・経済的被害の 4 項目の有無を調査し、3 項目以上もつ者を被害大群とした。栄養素の測定は、随時静脈採血によっておこなった。

【結果】うつ病症状を示した者は 33 人(5.9%)であった。被害強群はうつ病リスクが有意に高かった(オッズ比 2.942、95%信頼区間 1.371-6.309、 $p=0.01$)。血清葉酸値についての中央値によって High 群と Low 群とに分け CES-D 得点との関係について分析した結果、葉酸が 6.3 群では有意に CES-D 得点が高い人が多かった(オッズ比 2.099、95%信頼区間 1.303-3.382、 $P=0.00239$)。

A. 研究目的

被災地域では、ストレスや災害被害等により食生活が変化し、それによってうつ病を発症する可能性が考えられる。本研究では、東日本大震災後の被災地における栄養状態と食事摂取状況について調査をうつ病との関連を明らかにする

B. 研究方法

北茨木市の被災地域(大津町、平潟町：人口 7000 人)または、同地区出身で震災後約 1 年を

経過した 2011 年~2012 年に北茨城市に居住する住民女性 563 人を対象とした。調査対象者は 563 人 (平均年齢 53.3 ± 0.7 歳)、検査会場まで自力で来場可能な 20 歳以上を対象とし、女性のみ解析を行った。うつ症状の評価は疫学研究用うつ病尺度 (Center for Epidemiologic Studies Depression scale : CES-D) によって行い、精神医学的診断は精神疾患簡易構造化面接法 (The Mini-International Neuropsychiatric Interview : M. I. N. I) を用いた。今回の解析では CES-D 16 点以上をうつ傾向群とした。被害の評価は人的・浸水・倒壊・経済的被害の 4 項目の有無を調査し、3 項目以上もつ者を被害大群とした。食生活調査は、簡易型自記録進事歴法質問票 : brief-type self-administered diet history questionnaire (BDHQ) により調査時点の前 1 カ月間についての自己申告に基づいて行った。栄養素の測定は、随時静脈採血し、脂質、ビタミン、ミネラル、脂肪酸、アミノ酸などの測定を (株) SRL に委託した。BDHQ による食生活上の問題血液検査で見出した栄養素の偏りについては、被験者に書面でフィードバックし、食生活のアドバイスを行った。簡易式自記式食事歴法質問票 (brief-type self-administered diet history questionnaire : BDHQ) を使用し通常の食品 (サプリメント等を除く) から習慣的に摂取している、密度法を用いて栄養素量を求めた。統計解析には、SPSS ver21 を使用し多変量解析を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は筑波大学倫理審査委員会、国立精神・神経医療研究センター倫理委員会において承認され、全参加者に対し研究について説明を行い文書による同意を得ている。

C. 研究結果

うつ病症状を示した者は 33 人 (5.9%) であった。被害強群はうつ病リスクが有意に高かった (オッズ比 2.942、95%信頼区間 1.371-6.309、 $p=0.01$)。被害の大きさの違いによる食品摂取状況の群間比較では、被害大群では対象群と比較し大豆、厚揚げ ($p=0.03$)、その他の野菜類 ($p=0.01$) の 1000Kcal 当たりの摂取量が有意に少なく、コーヒー ($p=0.04$) や砂糖 ($p=0.02$) の摂取が有意に多かった。また、洋菓子の摂取が増加傾向 ($p=0.05$) であった。血清葉酸値について中央値をカットオフポイントとして High 群と Low 群の 2 群に分け CES-D 得点との関係について分析した。葉酸が 6.3 以下の Low 群では有意に CES-D 得点が高い人が多かった (オッズ比 2.099、95%信頼区間 1.303-3.382、 $P=0.00239$)。以上から、血漿中の葉酸濃度とうつ病症状との関連が強く示唆された。

D. 考察

うつ症状と葉酸摂取の関係が深いことはこれまで多くのエビデンスがあり、葉酸摂取量の低下、血中葉酸濃度の低下、葉酸補充療法の効果などが明らかになっている。うつ病患者は健康者よりも 25% 血中葉酸値が低いことや、葉酸値が低いと予後不良や抗うつ剤治療結果が悪いとの報告もある¹⁻³。今回は横断的な検討であるため、因果関係を明らかにすることはできないが、血清葉酸値が低いとうつ症状が高くなるという我々の結果はこれまでの先行研究と一致する。また葉酸は野菜類全般及び豆類や大豆等に多く含まれているが、これらの食品は被害大群で対象群と比較し有意な摂取低下を示しさらに、洋菓子などの嗜好品の増加傾向が

あり、食事摂取のアンバランスが血中葉酸値の低下に関与している可能性が高いと考えられる。

E. 結論

震災後における食事摂取状況の相違がうつ病発症に関係する。特に葉酸の摂取が重要であるという可能性を示した。

F. 研究発表

1. 論文発表

相澤恵美子, 石田一希, 太田深秀, 佐藤晋爾, 朝田隆, 功刀浩. 災害による食生活変化とうつ病, Depression Frontier 2015 Vol.13 No.1.

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

引用文献

1. Coppen A, Bailey J. Enhancement of the antidepressant action of fluoxetine by folic acid: a randomised, placebo controlled trial. Journal of affective disorders 2000; 60(2): 121-130.
2. Abou-Saleh MT, Coppen A. Folic acid and the treatment of depression. Journal of psychosomatic research 2006; 61(3): 285-287.
3. Gilbody S, Lightfoot T, Sheldon T. Is low folate a risk factor for depression? A meta-analysis and exploration of heterogeneity. Journal of epidemiology and community health 2007; 61(7): 631-637.

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業 (精神障害分野))

「 PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究 」

分担研究報告書

サブタイトル：被災地における飲酒問題の実態把握とその対策に関する研究
研究分担者 樋口 進 国立病院機構久里浜医療センター院長

研究要旨

東日本大震災では、自衛隊、警察、消防、電力会社職員等が過酷な状況のなか救援活動に奮闘した。一方で、そのような過酷な活動による惨事ストレスによって、PTSD、うつ、アルコール消費量の増大等が懸念されている。今後も発生するであろう大規模災害に向けて、支援者における惨事ストレスの実態を明らかにし、対処方法を検討することが必要である。

岩手県大船渡市では、震災直後から国立病院機構久里浜医療センターが支援に入っていた縁があり、同院は大船渡市消防団に対するこころのケアの依頼を受けている。本研究はその一環として大船渡市消防団団員約 1,000 名の精神的ケアと同時に、うつ病、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、アルコール乱用または依存症等の有病率や消防団としての活動、被災状況との関連等について現状を把握し、さらにその変化を前向きに調査することを目的とした。

今年度は、2013 年度に実施された第 2 回調査を中心に解析した。

研究分担者 樋口 進 国立病院機構久里浜アルコール症センター

研究協力者	松下幸生	国立病院機構久里浜医療センター
	横山顕	国立病院機構久里浜医療センター
	木村充	国立病院機構久里浜医療センター
	真栄里仁	国立病院機構久里浜医療センター
	米田順一	国立病院機構久里浜医療センター
	佐久間寛之	国立病院機構久里浜医療センター
	吉村淳	国立病院機構久里浜医療センター
	中山秀紀	国立病院機構久里浜医療センター
	遠山朋海	国立病院機構久里浜医療センター
	藤田さかえ	国立病院機構久里浜医療センター
	岩本亜希子	国立病院機構久里浜医療センター
	三原聡子	国立病院機構久里浜医療センター

A. 研究目的

災害時に救援者が受けるストレスは惨事ストレスと呼ばれている。ベトナム戦争からの帰還兵

における PTSD 研究を契機に注目を集めるようになったが、わが国では 1995 年の阪神淡路大震災以降人口に膾炙した。

自然災害に加え大規模テロのような人為的な災厄も頻発する昨今の情勢において、この惨事ストレスの実態と、PTSD、うつといった精神障害やアルコール消費量との関連を調査することは世界的に喫緊の課題となっている。

本研究では、岩手県の大船渡市の消防団を研究対象としている。彼らは日常的にはそれぞれの仕事を持ち、必要時に地域の防災活動に主体的に取り組む我が国独特の組織である。東日本大震災においては、消防団員の死者・行方不明者は 253 人に上り、消防署員の死者・行方不明者 27 人の 10 倍近くとなっている。身近な消防団員が未曾有の大災害にあたり水門の管理、避難誘導等で危険を顧みずに活動したことがうかがえる。一方で、支援業務のプロフェッショナルである自衛隊、警察、消防隊員と比べると、消防団員の教育や訓練は簡潔なもとのなるため、惨事ストレスに対する脆弱性が懸念される。

本研究においては、すでに 2011 年 9 月に実施したうつ病、心的外傷後ストレス障害 (PTSD)、アルコール乱用または依存症等の有病率に関する 1 回目の調査を基に、2013 年 4 月から 11 月にかけて 2 回目の調査を行い、両者を比較検討することで、惨事ストレスの影響を前向きに調査した。

B. 研究方法

1) 調査対象

大船渡市消防団員約 1,000 名のうち、本調査に協力するもの

2) 調査票

- ・消防団活動歴、自身の被災状況等に関する質問票
- ・K-10¹⁾
- ・CES-D(Center for Epidemiologic Studies Depression scale)²⁾
- ・IES-R(Impact of Event Scale-Revised)³⁾
- ・AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)⁴⁾
- ・FTND (Fagerström Test for Nicotine Dependence)⁵⁾

3) 調査の方法

調査票の作成は久里浜医療センターで行う。調査票の現地での配布、回収については大船渡市消防署の協力を仰いだ。

回収された調査票は、久里浜医療センターでデータ入力を行い、解析した。

また、調査票より何らかの疾病や過度のストレスが懸念される者に対しては、久里浜医療センター医師による現地での面接が行われた。

コントロールには、2008 年に一般成人を対象に実施された全国調査⁶⁾から性と年齢を一致させたものを用いた。

C. 倫理に対する配慮

本研究については、久里浜医療センター倫理審査委員会にて承認を得た (2011 年 12 月 21 日、受付番号 163)。

調査に際しては、対象者に調査の内容を書面によりよく説明し、理解いただいた上で実施した。また、調査に際しては書面による同意書を得てから実施した。

D. 結果と考察

第1回調査では683名(65.4%)の回答が得られた。コントロール群と比べAUDITで8点以上の者はコントロール群23.3%に比べ、対象群は37.8%と有意に高かった($p<0.0001$)。また、自身の被災状況との関連では、近親者を亡くした者のAUDIT scoreは8.12と、近親者喪失体験の無い者6.77と比べ有意に高かった($p<0.001$)。さらに、AUDITで10点以上の者では、近親者を亡くした者が60.0%であり、近親者喪失体験のない者(40.0%)と比べ有意に高かった($p<0.01$)。

第2回調査では、第1回調査と同じ1044名を対象とし、501名の回答を得た。このうち、第1回調査にも回答している者は352名(フォローアップ率51.6%)であった。

第1回調査と第2回調査では、IESとAUDITに弱い相関関係があり($r=0.23$)(図1)、被災時のAUDITは心的外傷の強さと関連があることが示唆された。

両調査を比較すると、1回目調査ではカットオフポイントを上回り陽性だったものの2回目調査では陰性となった者がK10では79.4%、SDSでは81.4%を占めた。一方、AUDITでは39.0%に過ぎなかった(図2)。AUDITのスコアは抑うつ尺度と異なり、時間の経過による改善は期待しにくいいため、飲酒行動に対する介入の必要性を把握した際は、早期に実施する必要がある。

第1回調査時点で仕事がある、IESが25点未満である、震災以前に心的外傷の体験がない者は、統計的に有意に第2回調査時に「健康状態が良くなった」と回答した(表1)。これらは、震災後2年経過時の主観的な健康状態の改善を予測する因子として考慮できる。

E. 参考文献

- 1) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 古川壽亮. 成人期における自殺要望対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成16年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書
- 2) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則ほか. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27:717-723, 1985
- 3) Asukai N, Kato H, Kawamura N et al.: Reliability and validity of the Japanese – language version of the Impact of Event Scale-Revised. J Nerv Ment Dis 190:175-182, 2002.
- 4) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. Addiction 88: 791-804, 1993.
- 5) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. Brit J Addict 86: 1119-1127, 1991.
- 6) 樋口進. わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究(主任研究者: 石井裕正). 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)総合報告書 12-18, 2009

F. 健康危険情報

報告すべきものなし。

G. 研究発表

1) 国内

口頭発表	2 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

2) 海外

口頭発表	0 件
原著論文による発表	0 件
それ以外の発表	0 件

H. 知的所有権の出願・取得状況（予定を含む。）

1. 特許取得： なし
2. 実用新案登録： なし
3. その他： なし

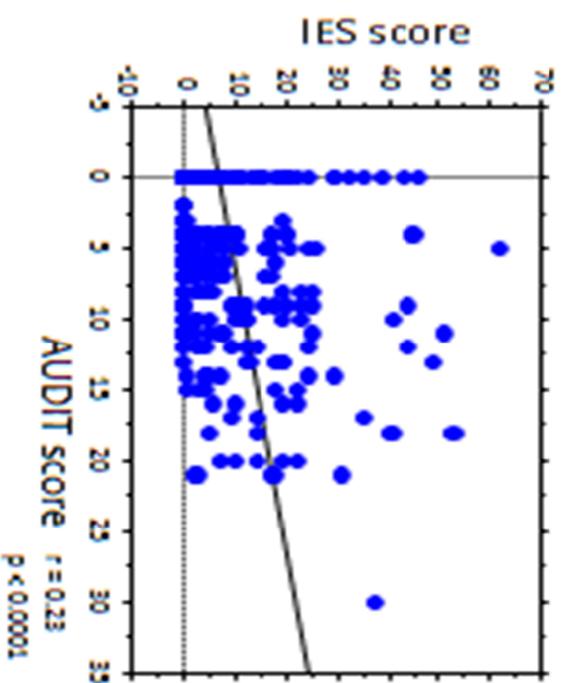


図1 第1回調査時のIESとAUDITの散点図

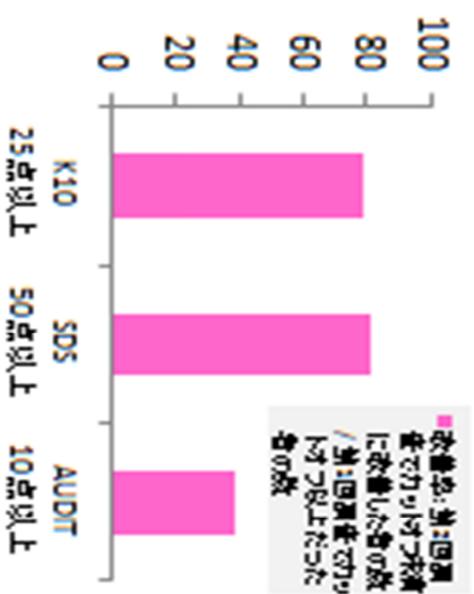


図2 第1回調査時における改善率の比較

表1 健康状態の改善を予測する因子

予測因子	オッズ比	95% 信頼区間	p値
喫煙あり	3.67	1.63 - 19.33	0.006
第1回調査でIES<25点以上	0.22	0.08 - 0.58	0.002
震災前に心的外傷あり	0.33	0.12 - 0.93	0.036
同居者あり	-	-	-
AUDIT10点以上	-	-	-
年齢	-	-	-
家族関係仕事の喪失	-	-	-

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

分担研究報告書

サブタイトル：精神科病院・高齢者施設の避難マニュアル開発

研究分担者 田子 久夫 (所属名) 福島県立医科大学医学部神経精神医学講座

研究要旨

大規模災害発生からの時間経過に沿い、必要とされるメンタルヘルス対応のマニュアルを作成する目的で、とくに精神科病院、高齢者施設等の入院・入所中の高齢者、精神・知的障害者など災害弱者と一般の健常者における変化を調査し、比較してみた。

研究一年目と二年目で急性期における避難法と避難所での処遇方法のための情報収集を行った。さらに、震災による地震、津波、原子力発電所の事故に見舞われた福島県下の病院・施設を選び系統的な調査を行い報告した。慢性期には、主として外来診療を通して災害弱者のみならず一般の健常人における生活変化に起因する問題への対応や生きがい作りの検討をする目的で調査を行い報告した。

三年目はこれらの結果を踏まえて、大災害時の精神科病院の役割、避難生活中の住民にみられる飲酒や賭博行為がどのような経過からなされるかを調べ、さらに、認知症の経緯についても引き続き調査を行った。この研究の締めくくりとして、これらの調査結果を整理し、大災害後に起こり得る心理的な変化や疾病発現についてまとめ、その要因の究明と対策について考察した。

A. 研究目的

大規模災害による精神障害発生への影響は、阪神淡路大震災以降大きく注目されてきている。とりわけ、うつ病や外傷性ストレス障害(PTSD)の発症危険因子でもあることから、今回の東日本大震災では被災地に多数例の発生が予想されている。

しかしながら、震災の直後における避難活動や避難所生活、親類縁者との同居生活、仮住居での長期生活上の精神面における影響などは充分調査されていないのが実状である。さらに、施設や病院における、虚弱高齢者の避難や避難後の生活が精神状態に及ぼす影響もまた充分明らかになっていない。

本研究者は、これらの影響について、震災直後の患者ならびに震災後に治療を受けた患者の状況を調査して検討し、発症につながる要因を見出すことを計画した。発症要因が明らかになれば、より効果的な早期介入の方法が見出されると思われる。

被災地では震災で影響を受けた患者の診療が行われており、時間経過に沿った疫学的要因の調査がなされてきた。

これらの結果はメンタルヘルス対応のマニュアル作成に供され、今後の大災害発生時のメンタルケア対策に用いられることになる。

B. 研究方法

精神科病院・高齢者施設の避難マニュアルを作成する目的で、虚弱高齢者や障害者の避難状況とその後について、診療の場での結果や病院や施設や臨時施設の運営者からの聞き取りを通じて得られた情報を整理する。

1．虚弱高齢者や障害者の避難と経過

a．施設・病院での被災

東日本大震災で津波の被害を受け、4ヶ月にわたり病院機能が停止し、その後再興した精神科専門病院ならびに老人保健施設で高齢者を中心とした療養病棟を有する磐城済世会舞子浜病院と付随する老健施設シーサイドパインビレッジでの状況を中心として整理する。

b．自宅での被災

福島県いわき市において自宅で被災し、介護や介助の手を失ったばあいの福祉避難所の必要性を、臨時に設営した福祉避難所の活動について調査した結果からまとめる。

2．一般健常者あるいは外来通院者の避難と経過

a．自宅で被災した外来初診者

自宅で被災し避難中に症状が発現したばあいや津波や原発事故の影響で自宅生活困難となり仮設住居内で症状が発現したばあいなどについて、外来診療を通して調べた結果を整理する。

b．震災前より加療されていた再来受診者

初診者と同様の内容で調べる。

(倫理面への配慮)

調査に当たっての個人情報の取り扱いは、調査の目的を明らかにし、個人が特定されないことを説明し、個人ないしは保護者の事前の同意を得た上で採用した。

C. 研究結果

1．急性期(3ヶ月以内)ならびに亜急性期(3ヶ月から6ヶ月まで)の対応について

急性期においては、自宅生活者、施設入所者や病院入院者いずれも、ライフラインすなわち電気、水道、燃料、排水設備、交通・輸送手段などの遮断があったばあいに、避難とその後の行動への大きな障害となった。ライフラインが回復することによって初期の復興活動が促進された。しかし、これらの活動の大きな妨げとなったのは原発事故による放射能汚染の被害である。震災直後は、緊急事態でもあり、情報も少なかったことから生存優先の判断で行動がなされたが、このときの放射能汚染体験はその後トラウマとなる要因になった。

a．施設・病院での状況

急性期は混乱した状態であり、患者の状態が不安定になる恐れがあったが、多くの病院や施設

では大きな問題は生じなかった。生存（人命）が最優先されることから、患者や利用者、職員とも緊急時は抑うつに陥るものはほとんどいなかった。しかし、原発近くの一部の医療施設では情報が錯綜し、避難の誘導と受け容れの遅れがあり、高齢者を中心とする複数の死者を出す結果となった。

大量の病弱者を担当するばあいは円滑な行動が保障されないと、担当者の心身のストレスは大きくなり、二次災害となる恐れもある。統一された情報の伝達と連携の構築が極めて重要であることが示されている。

b．自宅生活者の状況

自宅で療養中の被災者は環境の変化による複数の問題が発現するため、新たな対応や適応のストレスから病状を悪化させることが多い。対応できる医療機関が限定され、遠方への受診を余儀なくされることもあり混乱が生じている。このばあい、公共交通機関や自家用車などによる移動手段が確保できないと病状をさらに悪化させることになった。

身体疾患は対応手段が比較的明瞭であり、次の対策が決定しやすいが、精神疾患や認知症は理解し難く対応は困難となった。これを促進させたのは薬剤の供給不足である。とくに、介護を必要とする人が精神状態を悪化させたばあいは極めて難しい状況に陥ることになる。

自宅療養中の人々を救援するシステムは施設や医療機関での状況以上に深刻になるばあいもあることから、一括した対策が必要となっている。

健常者の被災者は、初期は心理的興奮があり精神的な不調に気付かれないことも多い。しかし、避難所などで1～2週間経過し、徐々に慣れてきた頃に症状が出現しやすい。心理的なストレスが表面化して、情動の変化として現れやすくなるのである。強い心的外傷体験または未受診の認知症のばあいなどはとくに不安定となり、避難所などでは対応が困難となる。近くに適当な医療機関がないばあいは、訪れる医師の診察を受け、臨時の処方を受けることもあった。

対応できるものがおらず入院が困難なばあいは受け皿がない状態となり、認知症や重度の自宅療養者は福祉機能を備えた避難所が必要となる。しかし、今回の大災害では対応できる福祉施設自体が広範囲に被災し、災害を免れた施設も内部の処理で手が塞がっており、避難者への急性期対応ができなかった。このため、福祉業務に特化した避難所を臨時に設営する必要性が生じている。公的機関の保健福祉センターや包括支援センターが中心となり臨時福祉避難所が設営され、専門職種の人々や一般ボランティアの協力を募り運営がなされた。その結果、急性期における不要な混乱をある程度回避することができた。福祉避難所などは事前に指定して体制を整えておくことも重要であるが、これらの体制が機能しなくなる事態も想定される。今そこにあるもので対応を迫られる事態を想定し、重要度や緊急性の高いものを整理してリストアップし、それらをどのように確保し運用するかを分かりやすくまとめる必要がある。とくに、膨大な支援物資を必要とされる場所に円滑に配布するシステム作りが求められている。

災害は時期が予想されるものではないので、事前に多くの場面を設定し、ひとつひとつに効率的な対応を考慮し準備しておく必要がある。そのためには、統一された情報を浸透させる手段の開発と、多くの機関の連携ならびに対応が不十分なばあいのバックアップ体制の構築が重要である。

c . 一般未受診者あるいは外来通院者の状況

外来患者が自宅で被災したばあいは、継続処方を受けられない事態が生じている。被災地では機能している医療機関や指定された病院で処方を受け、避難先では近くの専門医療機関を受診して処方をつないだ。この間、強い不安に見舞われたと陳述しているものも多い。

避難所生活を送ったばあいは、初期の1ヶ月ほどは不安緊張が混じり合う複雑な心理状態のもとで耐えていたが、次第に心理的な疲労が重なり避難所から離れるようになる。遠方で暮らす家族や親戚、友人の家での避難生活になると半月から1ヶ月が限界であった。定住先が見つからないばあいは数日から1ヶ月ほどで転居を繰り返す例も少なくなかった。とくに認知症や精神疾患をもつ高齢者では顕著であり、介護をする家族の疲労は大きく、行動心理症状の発現でさらに悪化する。家族が二次的なうつ病に陥り、施設入所や精神科病院入院で負担を軽減した例もある。

2 . 慢性期（6ヶ月以降）の対応について

慢性期になると、病院や福祉施設などの復興が達成されることで管理が行き届くようになり、病院入院者や施設入所者は震災前と同様の対応に至る。自宅生活者の多くはもとの家に戻り、自宅を失った者は避難生活から仮設住宅やアパートなどの仮の住居に移動して定住状態に納まることになる。しかし、この時点からは原発事故による影響が目立つようになる。とくに施設職員の不足が顕著となり、地域サービスの低下を招いている。職員の減少は病院や施設の対応力低下をもたらし、規模縮小を迫られる場合もある。建物が復興しても人材不足で震災以前のように稼動することができないのである。

人災不足の要因はその多くが女性であり、育児中のものが中心となる。放射線の子供への影響を不安視し、他県や遠方に子供とともに避難移住するケースも多い。病院や施設では数多くの女性従業員が働いており、ひとつの部門でも欠員が生じれば全体に影響してくる。ある病院では、看護職員がいても、給食担当が足りず病院が休業に陥っている。休業中に他の職員も退職して転居することで、復旧が困難となる場合もあった。避難せずにいても保育機能が失われたために、育児のために職場に戻れない場合もあった。女性専門職員の不足は医療や介護の分野では大きな影響を及ぼすことになる。しかも、相互に関連し合うため広範囲にサポートされなければならない。大災害後に医療介護の機能を維持するためには、このような女性従業者への支援や補充が欠かせないのである。

避難した場合は、家族全体の移住でなければ、定職を持つ夫との別居生活となることも多い。その結果、夫婦間、親子間や、地元での生活を望む祖父母との関係も疎遠となりがちである。長期に及ぶに従い、不安や相互の不満によるいらだちが家庭内人間関係をぎくしゃくさせ、母親などの養育担当者の情緒を不安定にさせてしまうこともある。養育者の心理状態は、直接子供に影響することとなり、情緒機能の妨げとなり転校先での不適應や不登校を引き起こす誘因にもなっている。

復興の対応から離れると定住生活の維持が課題となるが、仕事を失ったばあいは無為に過ごすことが多くなる。心理的なストレスが強ければ、苦悩から逃れる目的もありアルコール依存や薬物乱用の問題が出現しやすい。震災で職場を失い無為に過ごしているところに、慰謝料などの現金が入ることで、このような物質やギャンブルに走る例も報告されている。職を失うことで将来の展望や目的を喪失し、安易に手に入る手段でストレスを解消しようとする傾向がある。

職を失う理由としては、風評による農林水産物などの生産物の買い控えや観光客の減少などのサービス業の衰退が挙げられる。風評の背後には放射能への不安があり、震災そのものに対する不安は受け入れ可能であることから風評はほとんど認められていない。原発の安全神話が崩壊した状況でもあり、放射能は安全であると説明されても、『大丈夫』であるという感覚が得られない実態がある。風評問題は原発関連の問題が解決するまでは確実に持続すると言え、解決したとしても放射能の影響による後遺症の問題は継続するため、風評がなくなる見通しは立っていない。

風評の心理的問題は就労や収入などの経済面の影響による二次的なものばかりではなく、直接の作用由来のものも目立ってきている。それは、住んでいる地域への評価が低下することで失われる、郷土の名誉や誇りの感覚である。放射能の影響がほとんどない会津地区でも産品や観光産業の売り上げ減少となっているのもこれらの評価の低下によるものと言える。残念ながら、原発事故の対策が長引くにつれ、評価の低下は地元民の間にも生じ始めており、抑うつを呈する患者からもその訴えが聞き取られている。住民から郷土の誇りの感覚が減弱することで、理由でもあり、個人の自尊心と生きる目標の喪失に類似するものであり、その喪失感は大きく心理的ストレスも大きい。対策が放置されたままになると、今後うつ病やその関連疾患発症の大きな要因になる可能性がある。

D. 考察

今回の震災は、多くの分野で初めての経験となった。地震や津波だけでも被害は広範囲に及び、有史以来の規模であったともいえる。これに、福島県を中心とした原発事故の被害が加わった。災害後のメンタルケアの分野でも震災直後から現在まで多くの新規の課題が見出されており、現在も進行している課題である。

急性期では、避難活動中に目的地への移動が困難になると、高齢者とくに病弱な場合は避難完了の前に生命を落としかねない。関わる人にも大きな負荷がかかることとなり、二次的な心身の危機が訪れる。円滑かつ速やかな避難活動ができる手段の提供が肝要である。担当機関がそのスタッフとともに被災すると機能が停止してしまうことになる。規模が大きいと後方機能も役に立たないことになる。バックアップの充実とともに、ゼロベースでの対策法も準備しておくべきであろう。避難活動中に救助や支援が来るまでのタイムラグでは、これに対応できるマニュアル作りが必要である。常に専門家がいるとは限らないので、緊急事態における経費、資格、責任、保障など経済や法律の分野における問題の解決も急がれる。

避難後は、定住する環境の整備が重要となる。不十分な場合は長期間のストレスを抱えることとなり、二次的な精神疾患のリスクを高めることになる。被災者は多くのものを喪失しており、生活を安定させることでストレスの軽減が図れる。これらの手順が高齢被災者のメンタルケアの要点にもなり、その後のアルコール依存や薬物乱用を抑制し得るものと考えられる。今回の震災は原発事故という長期間にわたる問題を抱えており、避難している人には、展望が開けないのが現実である。これらの人々へのメンタルケア対策は、長期間に及ぶ災害への対処法として今後のマニュアル作りにも寄与するものと考えられる。

今後大きな問題となると考えられるのは、風評による心理的ストレスである。産業への風評の影響はよく知られているが、心理的な影響は未知数である。背後に原発事故による放射能被害の

問題を抱えており、問題の解決には長い時間を要することが予想される。経済的な損失による心理的影響はある程度想定できるが、郷土の名誉が損なわれた喪失感はいデンティティの問題も絡むため強い心理的なストレスとなりやすい。とりわけ、長年その土地に居住して愛着が強い高齢者には心理的なダメージとなりやすく、かつ、ある程度現状が把握可能なばあいに影響が大きいと思われる。

一連の大災害対策を通して気付かれたことは、正確な情報が広範囲に速やかに伝達され、それに基づき各専門機関が機能的に連携することの重要性である。事前に指定していたものが予定通り機能するとは限らないので、全てが機能しない場合を基準とするゼロベースでの災害対策が必要となる。

E. 結論

大規模災害発生後の時間経過に沿い、メンタルヘルス対応のマニュアルを作成する目的で、とくに病院や施設にいる虚弱な高齢者、精神・知的障害者などの災害弱者の状況について調査し、健常者における変化と比較してみた。

震災直後はライフラインと輸送、情報伝達の機能保持が極めて重要な要素であり、急性期に発生したメンタルヘルスにも大きな影響を及ぼした。初期の避難活動を心身の健康を維持しながら完了するには、正確な情報の速やかな伝達と各担当機関同士の円滑かつ密度の高い連携が不可欠であった。避難生活が長期に及ぶに従い、慣れない場所での心身のストレスで生活の維持が困難になりやすかった。短期間に移動を繰り返す例も多く認められたが、定住生活になることで精神状態も安定に向かうことが明らかとなった。しかし、仮設住宅のような仮住居のばあいは最終的に落ち着く場所が決まるまでは十分な精神状態の安定は得難く、失業して無為に過ごすことが多くなるとアルコール依存や薬物乱用、ギャンブル依存などの問題が発現しやすかった。

これに加えて原発事故による放射能被害があり、風評被害という問題も発生している。事故処理の収束に到達するまでは風評は衰えないことが予想され、今後の課題ともなっている。経済的損失による二次的な心理的ストレスの影響のほかに、郷土の誇りの喪失というアイデンティティに関わる問題が出現している。高齢者には強い喪失体験でもあり、かつ今後長期間持続することが確実でもあることから、メンタルヘルスへの影響を考慮すべきである。

F. 研究発表

1. 論文発表

田子久夫：風評被害に関わるうつ. Depression Frontier Vol.13(1), 2015. in print

2. 学会発表

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

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

総括研究報告書

研究分担者 長谷川 聖修 (筑波大学体育系)

研究要旨

北茨城市にて開催された元気アップ体操における 3 種類の交流型体操プログラムを考案し、大津コミュニティセンターにおいて指導した。体操の内容は、歌いながら行うカラオケ体操、ソフトジムを用いた口コモティブ予防体操、様々な姿勢で交流を促す G ボール体操であった。各体操を実施後に難易度、興味度などについて 5 段階で評価するアンケート調査を参加者 25 名に実施した。概ね肯定的な評価を得ることができたが、自由記述の中で、今後の被災地での体操指導に役立たせることのできる具体的な指摘を得ることができた。

A. 研究目的

本研究の目的は、歌いながら動くデュアルタスク型体操、移動交流型体操、相互補助型バランス体操を考案し、北茨城市の高齢者に指導し、各体操についての内省調査を実施し、各種体操の評価と今後の指導に対する改善点を明らかにすることである。

B. 研究方法

平成 26 年 12 月 6 日 10 時～11 時 15 分に北茨城市大津コミュニティセンターで開催された体操教室において、高齢者 25 名(平均年齢 71.2 歳)を対象に 3 種類の体操を指導し、各体操に対する難易度、興味度に関する 5 段階評価、意見や感想(自由記述)等を質問紙法で調査した。

(倫理面への配慮)

なお、調査にあたっては、「本調査の目的は、各体操の内容を改善するための資料を得ることです。回答内容はアンケートの目的以外には一切使用いたしません」と明記し、個人情報の取り扱いには十分に注意することを説明した上で、調査への協力を依頼した。

C. 研究結果

考案した体操内容

1. 歌いながら動くデュアルタスク型体操(カラオケ体操)

2 つ課題を同時に行うデュアルタスク型体操が軽度認知障害者の脳の委縮を抑え、記憶力を改善される報告されている(鈴木隆雄, 2010)。そこで、復興ソングとしてもよく利用されている「いつでも夢を(作詞: 佐伯孝夫、作曲・編曲: 吉田正、歌: 橋幸夫/吉永小百合)」の歌詞を歌いながら、簡単

な体操を実施した。



音楽に合わせて歌う



歌いながら、リズムに合わせて体操する



「歩いて歩いて」で仲間とタッチ



歌いながら、各種のストレッチ



2. ロコモティブシンドローム予防体操（ロコモかしこもサビないで体操）

東北福祉大学鈴木玲子氏が考案した「ロコモジムナスティックス（ロコモ体操）」を基本として、ソフトジムを活用した体操にアレンジした。音楽は、ロコモ予防ソング CD「ロコモかしこもサビないで、歌：リピート山中」を利用した。



ソフトジムでマッサージ 仲間とマッサージしながら移動



リズムに合わせてボールチェンジ



バランスからまたぐ運動



スクワット運動



最後は元気に「シェー」のポーズ

3. 相互補助型バランス体操（なかよしGボール）

大型ボールに体重を預けての運動は、バランスを保つことが難しい。そこで、お互いに補助しあいながら、ストレッチやバランス運動を実施した。サポート活動やマッサージ等を通じて参加者同士の交流を深める機会として機能した。



ストレッチ＆マッサージ



リズムに合わせてウォーキング



腕振りジャンケン

アンケート調査結果

1. 全体比比較

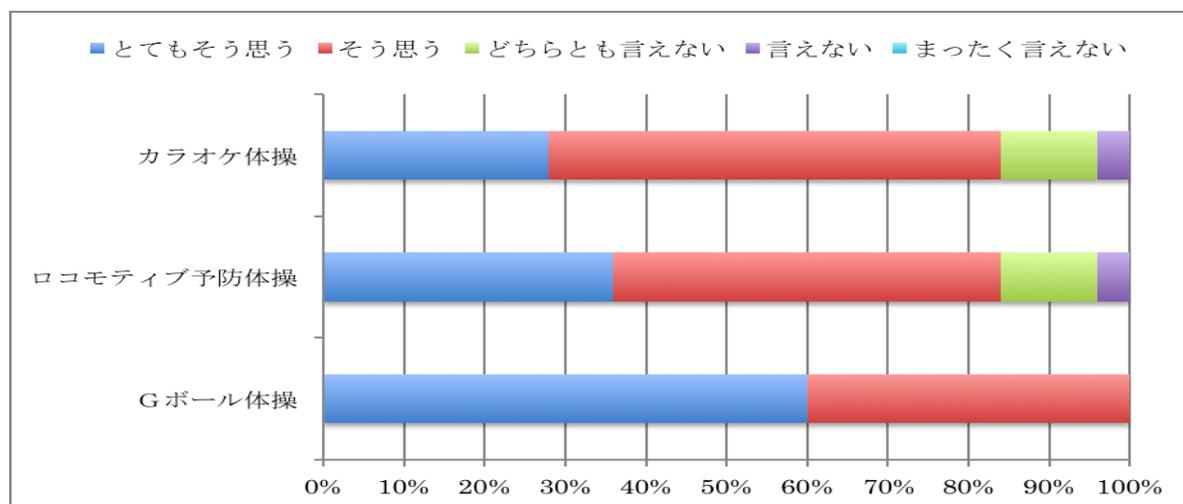


図1 各種体操について「簡単にできましたか？」に対する回答の全体比

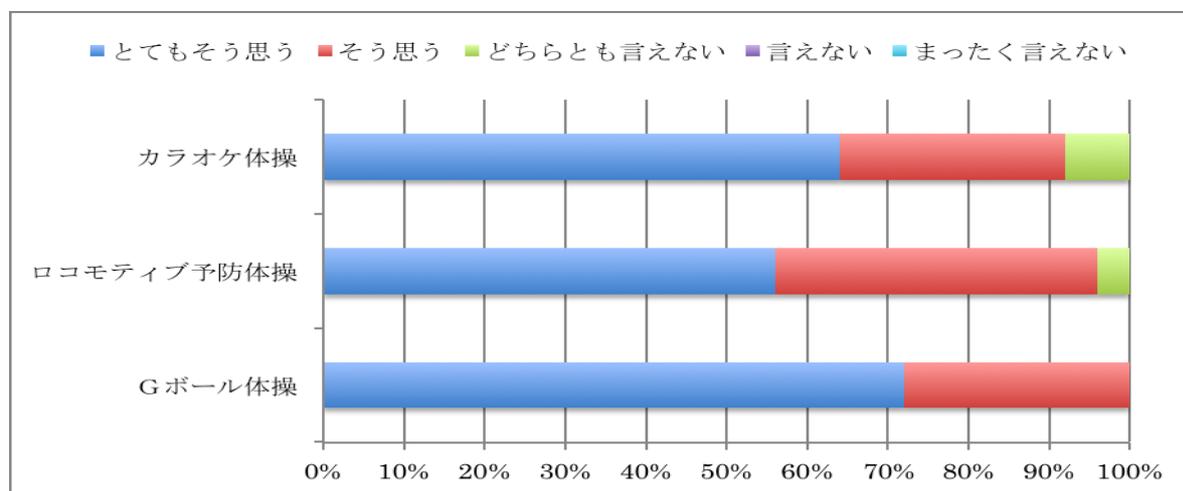


図2 各種体操について「楽しくできましたか？」に対する回答の全体比

2. 自由記述内容

1) 歌いながら動くデュアルタスク型体操

肯定的

曲も体操もシニア向けで最高だった。

音楽と体を動かすということは左脳、右脳にとても聞いており、楽しくできる。

歌をあまり歌うことがないので良かった。

スローテンポの曲でなんとかついていけた。楽しくできた。

すごく楽しかった。

歌うのが楽しい。

否定的

次の行動が頭に入らない。一体一体続かない。

互いに手を合わせるとき顔に当たった。

2) ロコモティブシンドローム予防体操

肯定的

歌詞が面白い。

楽しかった。また機会があればと思う。

とてもリズムが良くて楽しい。

時々集まってやってみたい。

ロコモの歌があるとはすばらしい。障害のある方用の体操があれば良い。

もっと小さいボールの使用知りたい。

初めての体験なので楽しかった。

楽しくできた。心に温もりを感じた。

体温が上がりととても楽しい時間を過ごすことができた。またお目にかかれる日を楽しみにしております。

否定的

ちょっとふぞろいだった。

3) 相互補助型バランス体操

肯定的

初めて参加してもっと早く参加してればよかったと思う。本当にありがとうございました。

初めて参加して楽しかった。本当にありがとうございました。

車いすでも楽しかった。皆さんが親切で楽しかった。ありがとうございました。

とても楽しくて元気が出た。明日がある、明日も楽しい一日にしよう。すてきな時間をありがとうございました。

とても楽しかった。また集まってやってみたい。

二人でやることで安全にできた。一人でも注意しながらやりたいと思う。

せっかくの機会なので事由をつけているんなところで続けてほしい。

大ボールを買いました。

ボールのバランスが難しかった。

楽しかった。

体がほぐれ、楽しかった。

一人ではできないけどみんなとやると本当に楽しくできる。有り難いことです。

とても楽しい。

2人で交互にできてとても楽しかった。

身体がすごくほぐれるのが感じられた。

とにかく楽しい。

ボールとのリズムが良かった。

これからも機会がありましたらお目にかかりたいと願っております。

否定的

ちょっと怖かった。

D. 考察

図1の各種体操に対する難易度「簡単にできたか」の問いに、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した者が8割以上を占めた。このことから、平均年齢71.2歳(SD値7.01)の対象者には、各体操は容易にできる内容であったことが明らかになった。各体操の難易度を比較すると、互いにサポートして実施したGボールの難易度は低く、これに比べると、複合的な動作を課題としたカラオケ体操やロコモ予防体操は、若干難しいと回答する傾向が認められた。

図2の各種体操に対する興味度「楽しくできたか」の問いに、「とてもそう思う」「そう思う」と回答した者が9割以上を占めた。被災地住民の心のケアとして開催した体操教室においては、運動に対する楽しさや心地よさが何より求められており、この点では、体操プログラムが今回の対象者に評価されたと考える。どの体操も、否定的な評価はなく、とりわけGボール体操は、対象者全員が「楽しくできた」と回答したことは特筆すべき結果であった。

感想や意見などの自由記述についても、難易度、興味度に対する全体比での結果と同様で、肯定的な意見が大半を示したが、カラオケ体操では、「次の行動が頭に入らない。ひとつひとつが続かない」「互いに手を合わせるとき顔に当たった」との意見があり、対象者には個人差があり、歌いながら動くという複合的な動作が負担になっている対象者がいることも明らかになった。同様に、ロコモ予防体操は「ちょっとふぞろいだった」、Gボール体操では、「ちょっと怖かった」など、今後、体操指導で配慮すべき点も示唆された。

E. 結論

北茨城市に開催された体操教室において、指導したカラオケ体操、ロコモ予防体操、Gボール体操は、難度・興味度という点は、参加者から概ね肯定的に評価された。しかしながら、高齢者の特性から、個人差が顕著になることから、常に、参加者の興味付けや安全性には、十分に配慮の必要性が明らかになった。

F. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

古屋朝映子，武井嘉恵，小出奈実，小山勇氣，小島瑞貴，長谷川聖修：震災被災者の語りからみる体操教室参加の意味づけ，日本体操学会第14回大会，茨城，2014．9．

染谷典子，沖田祐蔵，鈴木玲子，高橋靖彦，大久保善郎，長谷川聖修，田中喜代次：被災地在住高齢者の健康づくりを目指したソフトジム体操の検討，日本体操学会第14回大会，茨城，2014．9．

H. 知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

分担研究報告書

サブタイトル：被災地用運動教室プログラムの提案
研究分担者 田中 喜代次 (筑波大学体育系)

研究要旨

東日本大震災より 2014 年 3 月にて 3 年が経過したが、復興が進んだとは言い難い。茨城県北茨城市においても、福島第一原発事故による海への放射能漏れによる被害を被り、今現在もなお厳しい風評被害に曝されている。我々は、本プロジェクト開始以降、漁師町と言われる大津漁港近隣住民を中心に、元気アップ教室と銘打った運動教室を開催し心身の健康状態改善(回復)支援を継続してきた。本研究では、第 1~3 期の教室参加者を対象に、運動教室の効果を心理面、身体面の双方より評価し、今後、起こりうるであろう災害に備え運動教室プログラムとしてまとめることを目的とした。事前及び事後測定の結果が揃っていた 93 名(67.3±8.3 歳)を対象に検討した結果、柔軟性、脚力および歩行能力が改善していた。また、教室終了後の生活について尋ねたところ、健康的な生活を心がけるようになった、運動をするようになった等、日常生活の中で心身ともに健康的な生活を継続している様子が伺えた。元気アップ教室で採用した運動プログラムは、運動実践により体・心・仲間を絆げ、自分および他者を理解することで心身ともに総合的に改善することを目的に作成したことから、体力のみならず意欲面にまで好影響をもたらしたと考えられる。今後、被災地に対して運動教室を提供する場合は、教室のみならず教室終了後も意欲的に健康的な生活を送ることができることを目標に、心・体・仲間を絆げるプログラムを展開すべきであろう。

A. 研究目的

元気アップ教室(2012~2014 年)の心身に対する効果を検討し、被災地を対象とした運動教室プログラムを立案することを目的とした。

B. 研究方法

北茨城市在住の中高齢者 105 名(男性 21 名、女性 84 名、67.3±8.1 歳)を対象に、2 ヶ月間計(8 回)の運動教室を 3 期に分けて開催した。元気アップ教室内容は、自宅での運動習慣化と心の健康保持を目的として筋力運動、ウォーキング、ダンス、ボール体操などで構成し、適宜、食生活に関する講話を含めた。教室前後には、握力、8 回ステップ、5 回椅子立ち上がり、長座位体前屈、アップ&ゴーの体力 5 項目および健康関連 QoL(quality of life)を把握する質問紙 SF-36

(MOS 36-item Short Form Health Survey)のうち general health: GHを調査し、運動効果について検討した。教室前後の差を把握するために paired *t*-test を用い、統計学的有意水準を 5% 未満に設定した。

(倫理面への配慮)

体力測定および質問紙調査に際し、責任者より研究による利益および不利益、個人情報の保護に関する説明を施し、同意を得た。

C. 研究結果 (表 1, 図 1~5)

C-1. 運動教室プログラムの作成手順

運動教室プログラムを作成するにあたり、震災以降の体力低下防止や心の健康保持、周囲との連携維持などが重要視されていることから、“体”、“心”、“仲間”をキーワードにこれらの要素を“絆ぐ”運動を取り入れることとした。今回利用した運動は、体力改善を目的とした筋力運動やウォーキング、心の開放を目的としたリラクゼーションストレッチ、仲間づくりを目的としたダンスやボール運動であり、適宜、各回に組み込んだ。第 1 期の教室は、筋力トレーニングクラスとウォーキング&ストレッチクラスを中心とした 2 クラスを設定し、第 2 期、第 3 期は、第 1 期の教室内容において不足していた仲間づくり運動を中心にダンスやボール運動を加えた。

C-2. 運動教室プログラムにおける体力・主観的健康感への効果

出席率は、それぞれ 1 期 75%、2 期 64%、3 期 72%であった。教室前後において、8 回ステップ (教室前 4.2 ± 0.7 秒 教室後 3.9 ± 0.6 秒)、長座体前屈 (教室前 36.6 ± 9.8 cm 教室後 39.8 ± 8.0 cm)、5 回椅子立ち上がり (教室前 7.6 ± 1.4 秒 教室後 6.6 ± 1.2 秒) の 3 項目において有意に改善した。現在や今後の健康状態についてどのように考えているかを把握する主観的健康感の一つである GH スコアは、教室前後で有意に改善しなかった。さらに GH スコアを国民標準値 50 が平均なる値に置換したところ、教室前 47.3、教室後 47.0 であり、教室前後ともに国民標準値をやや下回った。主観的健康感は改善しなかったものの、教室終了後の質問紙において、日常生活において食生活や運動を積極的に取り入れるように変化するなど、健康意欲へと結びついていることが明らかとなった。

C-3. 被災地支援用運動教室プログラムの提案

第 1~3 期において、手順にしたがい作成した運動教室プログラムを開催した結果、体力や健康意欲へ効果を得たことから、次のとおり、運動教室プログラムを考案した。

< 計 8 回の運動教室内容 >

回	内容	要素 (体, 心, 仲間)
第 1 回	コミュニケーション促進エクササイズ (運動レク)、元気度チェック (体力測定など)	体, 仲間
第 2 回	運動習慣化運動の習得	体

第3回	ダンス(エアロビクスダンス, 創作ダンスなど)	体, 心, 仲間
第4回	ダンス(エアロビクスダンス, 創作ダンスなど)	体, 心, 仲間
第5回	ボール体操	体, 心, 仲間
第6回	ボール体操	体, 心, 仲間
第7回	コミュニケーション促進エクササイズ(運動レク), 元気度チェック(体力測定など)	体, 仲間
第8回	運動会	体, 心, 仲間

各回ともに, 運動終了後に食生活講話

<1回(100分)の運動教室の流れ>

時間の流れ	内容
5分	概要説明
20分	心身の準備運動: ストレッチ, 運動レクなど
40分	主運動
20分	リラクゼーションストレッチ
5分	まとめ, 次回の連絡
10分	講話(食生活, 運動実践方法, 生活習慣病, 日常生活習慣についてなど)

<その他, 配布資料など>

講話資料, 献立, 運動記録カレンダー, 食事記録カレンダー

D. 考察

本研究では, 被災による心身の喪失感を支援することを目的に運動教室プログラムを考案した。運動プログラム作成に当たり, 健康とは, 体力や栄養面の“体”, 精神的側面である“心”, ソーシャルサポートやコミュニティの充実といった“仲間”の3つの側面の充実によって成り立つと仮定した。そして, 運動教室プログラムに運動習慣化を促進するための基本運動(ウォーキングや筋力運動), ダンス, ボール運動などを含めて教室を展開した。教室前後において, 長座体前屈, 8回ステップ, 5回椅子立ち上がりといった柔軟性および脚力の関連する体力が改善した。これは, 自宅でも運動実践するという運動の習慣化と実践意欲を高めるための教室プログラムの満足度により, 運動継続が図られ, 短期間であっても体力へ効果が現れたのだと考えられる。一方で主観的健康感は改善しなかった。これは, 原発事故を含め震災の精神的影響をぬぐい去ることが難しい現状を反映していると考えられる。政治・社会情勢にも左右される中で, 短期間の運動教室の効果は, 今後の日常生活を送るうえで好影響として現れることを期待したい。実際, 教室終了後において, 健康的な生活を心がけている者や, 人との関わり方を取り戻した者もあり, 精神的な側面への影響は, 長期的な観察が必要となろう。

運動による体力改善や心の健康回復は, 先行研究において数多く明らかにされてきた。震災などの被災地域では, 先行研究の成果を活用しながらも, 一つ一つの運動種目を体・心・仲間を絆

げる運動教室プログラムとして組み立てることを提案する。

E. 結論

北茨城市において運動実践と食生活講話による元気アップ教室を開催したところ、体力の改善や教室終了後における生活改善へと結びついていたことが明らかとなった。元気アップ教室プログラムは、体、心、仲間を絆げることを目的として組み立てている。本研究結果から、被災地用運動教室プログラムは、運動実践を中心に体・心・仲間を絆げることにより、教室中のみならず、教室終了後も意欲的に心身の健康保持に取り組む方法の習得を目標にすべきであろう。

F. 研究発表

1. 論文発表

2. 学会発表

1) 藪下典子, 大久保善郎, 根本みゆき, 田中喜代次. ワークショップ指定演題: 東日本大震災・原発被災地域への運動を通じた健康支援～福島県楢葉町, 茨城県北茨城市の事例から～. 第69回日本体力医学会大会, 2014, 長崎

2) 根本みゆき, 藪下典子, 田中喜代次. 東日本大震災被災地での運動による健康支援の効果 茨城県北茨城市の事例 第69回日本体力医学会大会, 2014, 長崎

H. 知的財産権の出願・登録状況(予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

平成 26 年度厚生労働科学研究費補助金
障害者対策総合研究事業
(障害者政策総合研究事業(精神障害分野))

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

分担研究報告書

大規模災害時の精神支援及び生活支援に関する研究
研究分担者 藤岡孝志 (日本社会事業大学社会事業研究所)

研究 1
東日本大震災における二次的ストレスに関する調査

野口 代・藤岡孝志
(日本社会事業大学社会事業研究所)

研究要旨

近年災害時のメンタルヘルスにおいては、災害そのものによる直接的な影響の原因となる一次的ストレスに加えて、間接的・慢性的な影響の原因となる二次的ストレスの重要性が指摘されている。そこで本研究では東日本大震災における二次的ストレスについて調査し、その特徴と支援の課題を明らかにすることを目的とした。東日本大震災において一般被災者や要援護者に対する支援に関わった一般市民、医療・福祉従事者、行政職員の合計 13 名に対して個別の半構造化インタビュー調査を行った。主な調査内容は、状況と支援内容、支援対象者、連携・協力した人・機関とし、時系列に沿って聞き取りを行った。その結果、二次的ストレスとして、経済面では失職、収入の減少、風評被害があげられた。補償に関しては、補償の格差があげられた。健康面では、放射線障害への不安、子ども・孫世代への影響の不安があげられた。教育・学校面では、転校、いじめがあげられた。報道面では風評被害があげられた。家族に関しては、子どもの避難に関する家族間での意見の違いがあげられた。社会的関係では、社会的な交流の喪失、住民同士の軋轢、差別、故郷の再生への不安があげられた。また世界観の変化として、将来の見通しがもてないことや希望の喪失もあげられた。原子力災害ならではの二次的ストレスとして、風評被害、放射線障害への不安、子ども・孫世代への影響の不安、いじめ、子どもの避難に関する家族間での意見の違い、住民同士の軋轢、差別、故郷の再生への不安、広域避難、避難していることへの後ろめたさ等があげられた。また複合災害ならではの二次的ストレスとして、補償の格差、住民同士の軋轢があげられた。

A. 研究目的

近年災害時のメンタルヘルスにおいては、災害そのものによる直接的な影響の原因となる一次的ストレスに加えて、間接的・慢性的な影響の原因となる二次的ストレスの重要性が指摘されている。東日本大震災から3年が経過した現在、一般被災者や要援護者（特に精神疾患、認知症などをもつ人）の災害時の状況や支援の内容を時系列に整理することで、未曾有の複合災害となった東日本大震災における二次的ストレスについてその特徴と支援の課題を明らかにすることを目的とした。

B. 研究方法

1) 対象者

本調査は2011年3月11日の東日本大震災において、A市内在住もしくはA市において支援に関わった一般市民、医療・福祉従事者、行政職員の合計13名に対してインタビュー調査を行った。調査対象者のサンプリングは、このような研究方法では一般的である縁故法による有意抽出にて行い、協力の意思のある人に対し、申請者が書面と口頭により説明を行った。調査期間は2013年12月～2015年1月で、インタビュー回数は各対象者それぞれに1回ずつ行った。

2) 調査方法

インタビューの所要時間は1回につき40～80分程度で行った。インタビュー調査の目的、個人情報取り扱い、音声録音とメモの許可、結果の報告を行う旨の説明の後に、同意を得て、個別の半構造化インタビューを行った。調査場所は、調査対象者の勤務先、自宅等で行った。インタビューデータはすべてICレコーダーに録音、逐語録化し、分析の基礎資料とした。

3) 調査内容

基本的には災害時に苦労したことや災害時のストレスに焦点を当て、発災時、発災当日、2～3日後、週単位、月単位、年単位、現在といったように時系列に沿って、次のような内容についてインタビュー調査を行った。調査内容は、その時の状況（苦労したことやストレスに感じたこと）と支援内容（対応）、支援対象者、連携・協力した人・機関とし、聞き取りを行った。

4) 分析方法

インタビュー時に録音した音声データを逐語録化し、基本的には、インタビュー対象者ごとに、時系列に沿って、状況、支援内容（苦労したことやその対応）、支援対象者のそれぞれについて整理を行った。

5) 倫理的配慮

本研究は、日本社会事業大学社会事業研究所研究倫理委員会の承認（受付番号13-0904）を得て行った。研究の計画や手続きの詳細について、文書と口頭により対象者に十分な説明を行い、書面により同意を得た上で、対象者に不利益がないように万全の注意を払って行った。

C. 研究結果

1) インタビュー対象者の属性

表 1-1 に、インタビュー対象者 13 名の災害時の所属・役職や避難種別と、災害時のそれぞれの主な支援対象者を記した。

表 1-1 インタビュー対象者

インタビュー対象者	災害時の所属・役職や避難種別	災害時の主な支援対象者
A	特別支援学校 教諭	特別支援学校児童生徒(主に発達障害、知的障害をもつ生徒)
B	市社会福祉協議会 職員	高齢者(認知症をもつ人を含む)、 障害児・者(知的障害、身体障害、精神障害)、 地域住民
C	介護老人保健施設 相談員(管理職)	高齢者(認知症をもつ人を含む)
D	市保健センター 管理職 (現・市役所 管理職)	高齢者、子ども、地域住民
E	市保健センター 管理栄養士	高齢者、子ども、地域住民
F	市保健センター 保健師	高齢者、子ども、地域住民
G	市高齢福祉課 看護師	高齢者、地域住民
H	精神科病院 医療ソーシャルワーカー	精神障害者
I	NPO 代表	地域住民、高齢者、障害者
J	大学 教職員	地域住民、広域避難者
K	NPO 理事	地域住民、広域避難者
L	広域避難者(強制避難)	
M	広域避難者(自主避難)	

2) インタビューの結果

表 1-2 から表 1-14 は、インタビュー対象者 A~M についてそれぞれ時系列に沿って、支援対象者、状況と対応をそれぞれについて整理した結果である。縦軸を調査項目とし、横軸を時間経過としてあるが、時系列の間隔は表によって異なる。これは、インタビュー対象者によって、それぞれの時点で状況が大きく異なった、つまり同じ日時であっても場所や施設により被災状況、復旧状況が大きく異なったためである。

表 1-2 対象者 A の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	特別支援学校 教諭 (A)				
概要	<p>2011年3月11日14:40頃、スクールバス4台が100人の児童生徒を乗せて送迎に出発した。 14:46の発災時には、自力通学の児童生徒35人程度(自力通学の児童生徒の方が、比較的障害が軽い子が多い)と教職員100人が学校にいた。スクールバスは、発車後1Kmくらい走った地点にて地震が発生した。安全確認後、各停留所をまわり送り届けた。児童生徒15人程度が送り届けられず学校へ戻ることになった。 15時頃、学校にいた児童生徒35人程度と教職員100人は、学校の中庭に避難した。 16:20頃、津波の情報をラジオなどで聞き、学校の所在地が海に近いため、近隣の高校へ避難した。 17時頃、バスで送り届けられなかった児童生徒が高校に戻ってきて合流した。 3月12日午前11時頃、最後の子の引き渡し完了した。 3月20日前後に、修了式のため、1日だけ登校日を設け、その後春休みに入った。 設備に不備があり、4月中旬に始業式を4～5日遅らせて1学期が開始した。</p>				
	発災時	2011年3月11日 15:00～16:30 近隣の高校(避難所)に至るまで	3月11日16:30～ 3月12日11:00 近隣の高校(避難所)	3月13日～4月	2011年5月以降
場所	特別支援学校	特別支援学校から2Km先の高校(避難所)へ避難した。	近隣の高校	特別支援学校	特別支援学校
支援の対象者	35人程度の児童生徒(主に発達障害、知的障害をもつ児童生徒)が学校にいた。外に出たとき、多少泣いた子はいた。	35人の児童生徒が避難した。混乱はしなかった。むしろ先生から離れない感じの子がいた。	35人の児童生徒に加え、バスで保護者に引き渡せなかった15人程度の合計50名程度の児童生徒がいた。	特別支援学校の児童生徒	特別支援学校の児童生徒
状況と対応 (苦労したことやその対応方法)	<p>【支援内容】 5～8人の児童生徒に、教員が3～4名ずつ付き添っていた。児童生徒、教職員全員が中庭に避難した。</p>	<p>【支援内容】 教職員の車に同乗して、近隣の高校へ避難した。</p> <p>【うまくいったこと】 慣れたクラス担任が付き添い、声掛けできていたので混乱はしなかった。むしろ先生から離れない感じであった。</p> <p>【教訓】 信頼関係の築けている人がいないと混乱していたかもしれない。</p>	<p>【支援内容】 避難していた高校の敷地内にて児童生徒の引き渡しを行い、3月12日午前11時に最後の子の引き渡し完了した。</p> <p>【教訓】 発作に合わせた服薬などをしていた生徒もいたため、避難が長引いていたら、薬に困っていたと思う。</p>	<p>【支援内容】 3月20日前後に修了式で1日登校し、その後春休みに入った。設備に不備があり、4月11日くらいに4～5日ずらして新学期を始めた。</p>	<p>【苦労したこと】 ・はじめは、警報が鳴ると、泣いて混乱する子もいた。家から怖くて出れないという子もいた。別のストレスも重なり、情緒が不安定になった子もいた。^{A-1)}</p> <p>・次の災害を考えると、訓練では、津波到着予想時刻と、どこまで海抜の高い地点まで避難できるかの兼ね合いの判断が難しい。^{A-2)}</p> <p>【教訓】 次の年は、通常3回程度の避難訓練を9回程度まで増やした。様々なパターンで訓練した。訓練を繰り返すことでサイレンでパニックを起こす子がいなくなった。</p>

表 1-3 対象者 B の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	市社会福祉協議会 職員 (B)			
市社会福祉協議会の 状況	<p>2011年3月11日14:46、隣接の市民センターにて、東北地域のボランティア研究集会を開催していた。市社協と県社協などで、合計300人程度が参加していた。また、研修会の講師として招いた施設長の施設の生徒(知的障害児、身体障害児、精神障害児)が10人程度いた。ボランティアの高齢の人もいた。</p> <p>揺れが収まった後、まずは外部から来ていた人には帰ってもらった。</p> <p>15:30過ぎ、高台(社協が管理している施設)へ避難した。避難後に社協事務所には水が入ってきていた。</p> <p>その後、避難所などをまわり、その施設の利用者の引き渡しを行った。最後の引き渡しが午後10:30くらいになった。</p> <p>3月12日以降、社協が受け持っている利用者全員の安否確認を行った。12日か13日には優先度の高い利用者から在宅のサービスを再開した。</p> <p>3月15日以降、本格的にボランティアセンターが動き出した。その後6月21日までボランティアセンターは置かれていたが、ピークは5月の連休までであった。</p>			
	発災時	高台の社協管理施設 への避難時 (3月11日15:30過ぎ~ 3月11日中)	3月12日、13日	その後
支援を行った場所	近隣の市民センター	高台にある社協の管理施設へ 避難	高台にある社協の管理施設 社会福祉協議会事務所	社会福祉協議会事務所
支援の対象者	ボランティア研究集会で、市社協と県社協などで、合計300人程度が参加していた。その中に、知的障害、身体障害、精神障害のある生徒10人程度がいた。ボランティアの高齢の人もいた。	社協の管理施設では、デイサービスに来ていた高齢者(認知症のある人を含む)と、障害児・者が帰れずにいた。地域の高齢者も避難してきた。	社協の在宅サービスの利用者	社協の在宅サービスの利用者、 その他住民(避難所やみなし 仮設住宅など)
支援内容	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 安全な外の駐車場に避難させた。特にパニックや、大騒ぎにはならず避難した。落ち着いた後に帰ってもらった。 <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 職員や親も来ていたので落ち着いていたのかもしれない。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 最後の引き渡しが午後10時半くらいになった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 利用者の家族への引き渡しを行った。 職員がべったり張り付いていた。 <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 車の中などに避難していたが、余震の際などにも、飛び出していってしまうなどパニックにはならなかった。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> サービスを提供する側が被災した場合に、被災の小さい地域へのサービスを止められないので苦労した。 ガソリンが手に入らなかった。 ニーズをなかなか聞き出せなかった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 社協が受け持っている人全員の安否確認を行った。 優先度の高い利用者から在宅のサービスを再開した。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ボランティア登録しないで、ボランティア活動をした人や、宗教的な問題で、ボランティアセンターの方に苦情がきた。^{B-1)} 市民に、社協がどうしているのかを周知できていなかった。各避難所におけるボランティアセンターについての周知ができていなかった。 必要な時にボランティアがおらず、需要が少ないときに余るというように時期のミスマッチがあった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ボランティアセンターの運営を行った。6月21日までボランティアセンターを置いた(本格的な運営は5月の連休まで)。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> ボランティアのマッチングのために各支部にミニボランティアセンターを作ると良いかもしれない。

表 1-4 対象者 C の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	介護老人保健施設 相談員(管理職) (C)			
介護老人保健施設 の状況	2011年3月11日当時、入居者100人程度(要介護1~5、平均要介護度で3.3程度)と、通所の40人程度(平均要介護度2.5程度)の合計140人程度の利用者が、3階建ての施設内にいた。 平時においては、2,3階に入居者が生活しており、1階は通所のデイルームとなっていた。 発災後、全員いったん外に避難してもらった。停電しておりエレベータは使えず、入居者は2、3階にいたので、全職員40~50人が人力で全員を1階におろして避難した。 水道、電気は止まっており、ガスのみ使用できた。電気は3月14日の夕方に復旧した。3階食堂の天井が一部崩れた。 3月11日から15日まで1階のデイルームで、利用者約140人と職員が避難生活をした。			
	発災時	1階デイルームでの避難生活 (2011年3月11日~3月15日)	電気が復旧し、2階、3階で元のよう に生活できるようになった時期 (3月15日~5月)	2011年6月以降
支援を行った場所	介護老人保健施設(3階建て)	介護老人保健施設内 1階デイルーム	入居者は2階、3階での生活に 戻った。	2階、3階の入居者と、1階の通所 利用者
支援の対象者	入居者100人、通所の40人の合 計140人程度の利用者が施設内 にいた。 その後3月15日まで、1階のデ イルームにて140人程度をオー バーベッドの状態で紹介した。 パニックになるというようなこと はなく、落ち着いていた。	合計140人程度の利用者を介護 していた。 日常的には不穏になったり、落ち 着かず、徘徊する人が何名もい る状況ではあったが、非常事態 を察知しているかのように徘徊す る人も不穏になる人もなく、とて も落ち着いて、空気を読んで過ご しているかのような様子であった。 夜間も落ち着いていた。食事が いつもより質素なことに不満を言 う利用者もいなかった。	避難所に居られない人、自宅が 損壊した人の入所を可能な限り 受け入れ、150人ぐらいで経過 し、5月まではオーバーベッドの 状態であった。	入居者、通所の利用者
支援内容	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・2階、3階の入居者全員100名程 度を職員(40~50名)で1度外に 出した。 ・夜の体制をどうするか、1晩をど う切り抜けるか、管理者で集まっ て相談して、どれくらいの人 数残ってもらえばいいかなどを 検討していた。 <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食材は備蓄が3日分あった。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オーバーベッドの状態であっ たのでスタッフも変則勤務で対応 していた。スタッフの配置を普 段より手厚くした。 ・食事、おむつ、経管栄養の流 動食、医薬品が不足することを 心配した。 ・床からの起き上がり、床での おむつ交換など通常と異なる介 護に苦労した。 ・電気がなく吸引器が使えな かった。足踏み式吸引器を使っ た。 <p>【うまくいったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・周りにいるスタッフが多かっ たので利用者は落ち着いてい たのかもしれない。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・オーバーベッドで、4人部屋に 6台のベッドなどといった状態 もあり、利用者もスタッフも大 変だった。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・直接的ではないが、震災の影 響で早く亡くなる人もいた。^{C-1)} ・認知症がそれほど重度では ない人が、通常の生活状況に戻 った後に余震に異常に反応する ことがあった。^{C-2)} <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・震災の影響で、目に見えて BPSDが悪化するようなことは なかった。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・自家発電機を付けた。

表 1-5 対象者 D の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	市保健センター 管理職(現・市役所 管理職) (D)				
市保健センターの 状況	2011年3月11日14:46、3歳児健診の最中であった。子ども30人程度と、その親、職員が保健センターの駐車場に避難し、30分程度駐車場で過ごした。その後、落ち着いてから健診の人には帰ってもらった。残った人は、寒さのため、保健センターのロビーに入った。帰る人と入れ替わるように地域の住民が避難してきた。 1週間程度、保健センターは避難所になっていた。ライフラインは全て止まり、はじめに復旧したのが電気で3日後くらいであった。最高で100人以上の人が避難していた。 4月7日頃から、震災の後片付けをしながら、保健センターでの健診など通常業務も再開し始めた。				
	発災時	発災数十分後～ 数時間後	保健センターが避難所 となった初期 (発災数時間後～ 発災後1週間程度)	保健センターの避難所としての 機能が終わる時期 (発災1週間後)	その後
支援を行った場所	市保健センター	市保健センター(避難所)	市保健センター(避難所)	市保健センター(避難所)	市保健センター
支援の対象者	3歳児健診に来ていた子ども。外に避難し、みんな1か所に集まって固まっていた。	家族に介護されている寝たきりの高齢者が避難してきた。その後1週間程度いた。	入れ替わり立ち代わりで、最高125名の住民が避難所として生活していた。	保健センターの避難住民 それ以外の避難所への避難住民	精神的な障害・疾患をもつ人 避難住民、地域住民
支援内容	【支援内容】 ・3歳児健診に来ていた子どもを外に出した。	【支援内容】 ・寝たきりの高齢者に、奥の方でベッドを貸した。	【苦労したこと】 ・水洗トイレが流れなくなった(断水と勾配の変化で流れなくなった。) ・停電。食べ物が無い。 【支援内容】 ・全国からの支援物資(水、おむつ、ミルクなど)を配った。 【良かったこと】 ・避難してきた住民が、行政に従ってくれた。協力して生活していた。パニックにならなかった。	【支援内容】 ・保健師を各避難所へ定期的に訪問させ、健康診断を行った。	【苦労したこと】 ・震災の後片付けで、保健センターの事業はすべて半年ほど遅れることになった。 ・精神的な障害・疾患をもつ人が増えた。プライバシーのない体育館のような避難所での生活や、一軒家からの災害避難住宅への転居などが原因と考えられる。 ^{D-1)} 【支援内容】 ・保健師が訪問を行い、必要な場合、病院受診を勧めることをした。

表 1-6 対象者 E の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	市保健センター 管理栄養士 (E)			
市保健センターの 状況	2011年3月11日14:46、3歳児健診の最中であった。子ども30人程度と、その親、職員が保健センターの駐車場に避難し、30分程度駐車場で過ごした。 その後、落ち着いてから健診の人には帰ってもらった。残った人は、寒さのため、保健センターのロビーに入った。帰る人と入れ替わるように地域の住民が避難してきた。 1週間程度、保健センターは避難所になっていた。ライフラインは全て止まり、はじめに復旧したのが電気で3日後くらいであった。最高で100人以上の人が避難していた。 4月7日頃から、震災の後片付けをしながら、保健センターでの健診など通常業務も再開し始めた。			
	発災時	発災後から3月11日中	保健センターが避難所となっていた時期 (3月12日～1週間程度)	避難所としての機能が 終わった後(発災翌週～)
支援を行った場所	保健センター	保健センター(避難所)	保健センター(避難所)	保健センター その他の避難所
支援の対象者 (特に要援護者)	3歳児健診の子ども30人前後とその親	要介護5の全介助の高齢者も家族付き添いで避難して来ていた。 出産後間もない子どもを連れた両親が避難して来ていた。	要介護5の全介助の高齢者 出産後間もない子ども	避難住民、地域住民
支援内容	<p>【支援内容】 裸の子どもを毛布でぐるんで外に出た。駐車場へ避難した。</p>	<p>【苦労したこと】 ・水に困った。人が多いのでトイレの水が必要であった。川に水汲みに行った。 ・災害に対する意識が低かった。</p> <p>【支援内容】 ・自分が何をすべきか分からなかった。</p> <p>【良かったこと】 ・当初から、避難者名簿を作っていたので、家族が夜中に来てもすぐに照会できた。車の中にいる人も探さなくてもすぐに分かった。</p>	<p>【苦労したこと】 ・職員も帰ろうと思えば物理的には帰れたが、怖くて帰れなかった。 ・避難住民には、できるだけ早く自宅に帰ってもらおうと思っていたが、怖くて家に帰れない人がおり、避難所が閉められなかった。 ・情報があれば、もっと早くに避難所を回れたということが悔やまれる。</p>	<p>【苦労したこと】 ・薬がない、病院がやっていない、というケースは、センターでは対応できないので医療につなぐしかなかった。</p> <p>【支援内容】 ・4月から通常の健診業務を始めた。 ・放射能の問題で、母子にペットボトルの水を配布した。持ってきてもらう水は軟水だけをお願いした。^{E-1)} ・避難所を手分けして、他の団体の専門職と重ならないように、1日何か所か回った。</p>

表 1-7 対象者 F の結果

インタビュー対象者	市保健センター 保健師 (F)				
市保健センターの状況	<p>2011年3月11日14:46、3歳児健診の最中であった。子ども30人程度と、その親、職員が保健センターの駐車場に避難し、30分程度駐車場で過ごした。</p> <p>その後、落ち着いてから健診の人には帰ってもらった。残った人は、寒さのため、保健センターのロビーに入った。帰る人と入れ替わるように地域の住民が避難してきた。</p> <p>1週間程度、保健センターは避難所になっていた。ライフラインは全て止まり、はじめに復旧したのが電気で3日後くらいであった。最高で100人以上の人が避難していた。</p> <p>4月7日頃から、震災の後片付けをしながら、保健センターでの健診など通常業務も再開し始めた。</p>				
	発災時	発災後から3月11日中	3月12日	保健センターが避難所となっていた時期 (3月13日～1週間程度)	保健センターの避難所としての機能が終わった後 (発災翌週～)
支援を行った場所	保健センター	保健センター(避難所)	保健センター(避難所)	保健センター(避難所) その他の避難所	保健センター その他の避難所
支援の対象者	3歳児健診中の子ども	健診に来ていた子どもやその親が帰っていく中、地域住民が避難してきた。高齢者、子ども連れの人	高齢者、小さな子ども連れの人	高齢者、小さな子ども連れの人	避難住民、地域住民
支援内容	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難のため、保健センターの駐車場に集まり、毛布などで子どもを温めた。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ライフラインが止まった。トイレの水を川まで職員がくみにいった。 授乳のために車まで行っている人が大変そうであった。 寒さが一番大変であった。 食事に困った。物もなかった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難所になってすぐは何をしたいのかわからなかった。 	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難所の仕事をしながら、300～400人の乳児等の安否確認を電話で行った。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院の医師、看護師、外部からの応援の医師なども来ていたが、誰がどこを回ったかの情報共有ができていなかった。同じところを回ってしまうことがあった。^{F-1)} <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 6日目くらいに粉ミルク、おむつなど支援物資が保健センターに集められ、それを配ることになった。 9か所の避難所をまわった。 	<p>【苦労したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 放射能のことなどを健診の際に聞かれたことがあった。^{F-2)} 不安や、子どもが母親から離れないという相談があった。^{F-3)} 保護者の不安が、子どもに伝わっているケースもあった。^{F-4)} <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 4月7日から健診など通常業務も始まった。 健診に来た人に、こころのストレスのパンフを配った。 <p>【良かったこと・教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> 災害に対する意識、防災に力を入れるようになった。

表 1-8 対象者 G の結果

インタビュー対象者	市役所高齢福祉課 看護師 (G)					
概要	市役所では発災直後まず役所内にいた市民を外へ誘導した。その後、市役所に市民が集まってきて避難所ようになった。水道と電気は止まって、高齢福祉課の職員は2~3日は帰れなかった。女性職員を中心にまずは炊き出しを行った。3日後くらいから独居高齢者などの安否確認、食糧や物資を届けるということを行った。また避難所をまわり少し落ち着いてからメンタル面の調査を行った。5月になるまでは土日もなく勤務を続けていた。					
	発災時	発災2~3日後まで	3日後~週単位	週単位	月単位	年単位~現在
場所	市役所(避難所)	市役所・避難所	市役所・避難所	市役所・避難所	借り上げ仮設住宅	借り上げ仮設住宅~復興住宅
支援対象者	避難住民	避難住民	避難住民、在宅高齢者	避難住民、在宅高齢者	借り上げ仮設住宅住民、在宅高齢者	在宅高齢者
状況と対応 (苦勞したことやその対応方法)	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・停電、寒さ、食糧 ・どこで地震が起きたのかという情報も錯綜していた。 ・余震が続いた。 ・子どもや家族の安否が気になったが、公務員としての責任感・義務感との葛藤があった。 ・情報を求める人が多く来た。 ・ペット連れだと中に入れず困っていた人がいた。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・市民を外へ誘導した。 ・救護の窓口をして要援護者の血圧などを測ったり、飲んでいる薬について聞いたりした。 ・女性職員は炊き出しを行った。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢福祉課は2~3日家に帰れなかった。 ・トイレの水がなく、川にくみに行った。 ・毛布などストックが足りなかった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・炊き出しをして避難者に提供した。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療など役所で対応できない点についてリファーする先を決めておく必要がある。連携協力関係づくりしておく必要がある。 ・お薬手帳をもっておく重要性を市民に伝えるべきだと思う。 ・準備の重要性を感じた。 ・隣近所の地域の支え合い、地域づくりが大切と感じた。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅で孤立している人に食糧や物資が届かなかった。 ・遠方に住む家族から高齢者の安否確認の電話が役所に来た。ケアマネからも見に行けないので役所で見てきてほしいと連絡があった。 ・薬をもたずに避難してきた人の対応に困った。 ・避難していた子どもが急に熱を出した。 ・乳幼児のミルク用の水が不足した。 ・大人用・子供用ともにおむつが不足した。 ・沿岸部に注目が集まり、山の方でもガソリンがないことで買い物に行けないことで困った人がいた。 ・夜になると波がよみがってきて眠れないという人もいた。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・事前に持っていた情報と民生委員や事業所とのやりとりで情報を得て、ひとり暮らし高齢者宅を回った。 ・寝たきりの人を役所に運び部屋を提供した。 ・ロコモティブシンドローム対策で避難者に運動を促した。駐車場に車中避難している人に声掛けし、エコノミー症候群対策を促した。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・民生委員よりもさらに小規模な地域リーダーの育成が必要と感じている。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・電気や水道の復旧が遅れていること苦勞が多かった。^{G-1)} ・情報を持っていない中で、いろいろ聞かれたり苦勞を受けたりが辛かった。^{G-2)} ・住民に正確な情報を伝えられないことが辛かった。^{G-3)} ・住民は正確な情報が手に入らないことに苛立っていた。^{G-4)} <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症などで在宅で難しいような人はケアマネがお泊りデイなどを紹介して一時的に利用していた。 ・避難所におけるメンタルヘルスの聞き取りを行った。 <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・同僚の存在が安心感につながった。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・5月になるまでは土日もなく出ずっぱりだった。 ・不安があり、少し眠れなくなることもあった。^{G-5)} ・被害が大きい人と被害を受けていない人との差を感じて落ち込んでしまう人がいる。^{G-6)} <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建設課からの情報で借り上げ仮設住宅に入る人の台帳を作った。 ・借り上げ仮設である雇用促進住宅に食糧と水を持って定期的に訪問した。 ・落ち着いた後はケアマネに申し送りをして介護保険サービスに移行した。 <p>【良かったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不安を人に話して共感してもらえたことで眠れないという症状が和らいだ。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・漁業や農業、食べ物に関する風評被害は気になる。^{G-7)} <p>アウトリーチの重要性はわかるが、どこにアウトリーチすべきかきかけがつかめない。</p> <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・復興住宅では民生委員が、高齢者世帯と独居高齢者の調査を行っている。 ・小規模で集まれる場所を作りたい。サロンのような集いの場を作る必要がある。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サロン活動に参加して地域の課題を探りたい。

表 1-9 対象者 H の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	精神科病院 医療ソーシャルワーカー兼事務管理職 (H)		
概要	福島県との県境に位置する精神科単科の病院(福島第一原発から約60km)で、約200床中170~180人の入院患者がいた。患者は主に統合失調症が多く、他はうつ病などであった。患者4人に対して1人以上の基準で職員を配置していた。震災により病院は配管が曲がったり、ガラスが割れたりしたが人が入はでなかった。電気と水道が1週間程度止まった。		
	発災時	発災後~ライフラインが途絶していた期間 (1週間程度)	ライフライン回復後~長期
場所	精神科病院	精神科病院	精神科病院
支援をした人	統合失調症患者 うつ病患者など	統合失調症患者 うつ病患者など	統合失調症患者 うつ病患者など
状況と対応 (特に苦勞したこと・ ストレスに感じたこと・ 課題・その対応方法・ 教訓)	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者は室内では怖がっていたり、不安がっていた。 外に出ると不思議と怖がらなくなり、落ち着いた。それが寒さの訴えに変わった。 外へ避難していた際に小雨が降り出した。(雨がもっと強かったり、夜だったらどうするか) 個人として家庭や子どものことを省みれなかった。 <p>【うまくいったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 避難誘導は比較的スムーズにいった。 影響の少ない環境(外など)に患者を移すことが大切だと感じた。 信頼関係のある支援者が声掛けをして患者を安心させた。 <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> たまたま保護室に入るような重症の患者はいなかったが、災害時にいたときの規定などはなかった。 人工呼吸器やモニターをつけている重病人はいなかったが、いた場合の対応を考えておく必要がある 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 水、ガソリンが不足した。 飲み水がなくなると患者に薬を飲ませることも難しくなることが予想された。 停電で暖房が使えず寒さが厳しかった。 原発事故による米国の80km以内からの退避指示があり不安だった。H-1) 何もわからない、情報も少ないところに、不明確な情報やうわさがあり不安だった。H-2) ほとんど帰らない職員もいた。 ライフラインの途絶がより長引いた場合、患者の移送も考えなければいけなかった。 <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> 病院のバスで職員を送迎し、ローテーションを守った <p>【うまくいったこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 騒いだり症状が悪化することはなかった 院長や看護師が、患者にしっかりと状況の説明を行い、理解して受け入れてもらったことで、不安が出なかった。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> 医療従事者として、患者を置いて逃げたら医療の現場に戻れないという思いと、他の家族が避難していく中で、自分の家族・子どもを避難させずにいていいのかという葛藤があった。H-3) 福島県民とそれ以外の職員の補償の有無が問題を生む。H-4) 補償の意味についての説明をしてほしかった。H-5) 自治体により放射能の検査などの対応に差がある。H-6) 子どもたちが外で遊んだり活動できなくなった。H-7) 原発の風評被害がある。H-8) <p>【教訓】</p> <ul style="list-style-type: none"> その経験から、医療従事者は家族を守りに行けない可能性があることを子どもに伝え、日々対応を家庭で対応を考えている。 家庭内にもマニュアルが必要で、そうしないと医療の仕事はまっとうできないと思う。 県との連絡網を作った。 今回以上の災害を想定したマニュアル作成しなければならない。 福島県民と他県の職員の補償の有無が問題を生む。 補償の意味についての説明をしてほしかった。

表 1-10 対象者 I の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	NPO 代表 (I)			
概要	<p>近隣住民、利用者、職員が発災直後から長い人で2週間程度、施設に集まって避難生活を送った。施設内の井水、ランタンが使えた。 NPOのネットワークなどを用いて、物資を集め、他避難所などにも配って回った。 仮設住宅となった雇用促進住宅にも物資や食糧を配りに回ったり、集会場を設定し避難者の交流を促した。</p>			
	発災時～	発災3、4日後～週単位	～4月中旬	1年後～
場所	避難所	避難所	借り上げ仮設住宅	NPO、地域
支援をした人	利用者、近隣住民	利用者、近隣住民	利用者、近隣住民、借り上げ仮設住宅の住民	利用者、近隣住民
状況と対応 (苦勞したことやその対応方法)	<p>【苦勞したこと】 ・東北3県の情報は流れていたがそれ以外の被災地についてはマスコミからは情報が入ってこなかった。 ・高速道路が通行止めになっていた。</p> <p>【支援内容】 ・誰よりも早く地域住民が共助で道路の瓦礫をどけて人が通れるようにしていた。</p>	<p>【苦勞したこと】 ・寺や大きい家に集まって避難生活していた人には支援物資が届いていなかった。 ・そのような人たちがかなり多数いたが統計上はあらわれていない。 ・ボランティアセンターをできるだけ早く立ち上げるべきだった。 ・福島県からの避難者で道路が大渋滞した。 ・<u>原発事故による避難に関して、いろいろな情報が飛び交っていた。正確な情報が欲しかった。</u>¹⁻¹⁾ ・ガソリンがなく来れない職員がいた。</p> <p>【支援内容】 ・利用者の安否確認を行った。 ・全国のNPOネットワークに必要な物資を発信し届けてもらった。 ・職員で手分けして集まった支援物資を避難所に回り届けた。 ・各避難所で欲しいものを聞き取り届けた。</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>雇用促進住宅に越してきた人たちは見ず知らずの隣の住民に警戒しているという感じであった。</u>¹⁻²⁾ ・<u>仮設住宅には高齢者が取り残されていく。</u>¹⁻³⁾ ・<u>仮設は役所の人やボランティアも来てくれ集まる場所もあるので楽しいが、以前住んでいたところは寂しくて戻りたくないという高齢者もいる。</u>¹⁻⁴⁾</p> <p>【支援内容】 ・通常営業に戻っていった。 ・借り上げ仮設となった雇用促進住宅へ送られてきた支援物資や食料を届けた。 ・集会所を使って交流の場を作った。そこでの集まりからコンサートや他避難者の慰問旅行なども企画した。 ・その住民同士の助け合いのノウハウを地域住民に伝えるということを心掛けた。 ・仮設の住民に依頼して見守り隊を作り、訪問見守り活動を行った。</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>風評被害が漁業や農業に影響を与えている。</u>¹⁻⁵⁾ ・<u>小さな子どものいる母親は放射能汚染について不安がっている。</u>¹⁻⁶⁾ ・<u>人口減少や高齢化が加速する。</u>¹⁻⁷⁾</p> <p>【教訓】 ・災害が起きる前に何をすべきかを調査する必要がある。</p>

表 1-11 対象者 J の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	大学 職員 (J)					
概要	主に外部支援者として被害の大きい地域の支援や広域避難者の支援を行っている。 2011年3月は、NPOのネットワークなどと連携し、支援物資の収集・仕分け・搬出を行った。 4月から大学をボランティアバスの発着場とし、学生ボランティアらと被災地の瓦礫撤去や避難所、仮設住宅の支援に入った。 10月から福島県からの避難者の交流会やイベントを行った。 また交流会等をきっかけに、高齢者世帯、自主避難者、母子避難を含めた子育て世帯を中心に戸別訪問を行っている。 1年後に県単位の避難者支援ネットワークを作り、参画し連携体制を整えた。					
	発災時～3日後	3/20～4月初旬	4月初旬～7月	8月	10月	11月～
場所と支援対象者	B市からの外部支援	B市からの外部支援	福島県の被災地	宮城県の避難所や仮設住宅	B市での広域避難者支援	B市での広域避難者支援
状況と対応 (苦勞したことやその対応方法)	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生が避難できていないか確認し、安否確認を行った。 ・3日後、福島からの避難者がきている避難所にボランティアとして行った。避難所は他の支援団体なども多く入っており、他の支援活動を行うことになった。 	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・支援物資の収集、仕分け、搬出、輸送を行った。そのためのボランティアを募った。 ・つながりのある被災地域のNPOと必要な物資について連絡を取り合い、物資を集めて送った。 ・必要な物資の情報は電話、メール、Twitterなどあらゆる手段を使いやり取りした。 	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・大学をボランティアバスの発着場として、被災地の瓦礫の撤去を行った。 	<p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・学生ボランティアで2週間一度4日間ずつ避難所や仮設住宅への支援としてお茶会などイベントの企画などを行った。 ・B市は避難者支援のためホームページ上に避難者の人数などの情報を提供していた。 ・B市は緊急雇用対策として、避難者の中から避難者支援担当の臨時職員を雇用し、戸別訪問や清掃活動などに充てている。 ・B市が避難者世帯と避難先の民生委員をつなげて連携体制を地域で整え、交流会なども行っている。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福島県からの避難者が公務員宿舎に入居したが、はじめは病院や学校をどうするかの情報に困っていた。^{J-1)} ・高齢者世帯、自主避難者、母子避難を含めた子育て世帯が心配である。^{J-2)} ・交流会に人が集まりにくくなってきた。 ・交流会の開催やグループを作る時などに、小さなグループだと行政とのパートナーシップに困ることがあった。^{J-3)} ・原発避難による差別を受ける人がいる。^{J-4)} ・放射線への不安で、間接的に健康に影響が出る可能性がある。^{J-5)} <p>【支援内容】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・公務員宿舎に避難していた福島県からの避難者を対象に交流会を行った。 ・このような交流会の集まりがきっかけで自助グループもできた。 ・高齢者世帯、自主避難者、母子避難を含めた子育て世帯を中心に、公務員宿舎の戸別訪問を行っている。 ・県単位のネットワークを作り、連携体制を整えた。ネットワークがあれば困っていることに応じて紹介先につなげやすくなる。 ・それぞれの課題に個別に住民が取り組むのは難しいこともあるので、同じ課題を抱える人が課題を共有できるような人を繋げるアプローチが必要だと考える。 	<p>【苦勞したこと】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・原発避難に関しては、ほとんどの人がもうあきらめに近い。^{J-6)} ・しかし将来親の死などを迎えた際に、再度自分の選択が正しかったか考えさせられる時期がまた来るだろう。そのようなこの先のケアも考える必要がある。^{J-7)} ・今後生活する住まいの問題を抱えている。仮設の期限などなく安心して暮らしたいが、避難先に定住するのにかかるのかなど難しい問題を抱えている。^{J-8)} ・子どもの放射線障害への不安と帰還の間での葛藤がある。家族間での軋轢にもつながる。^{J-9)} ・避難者は失職し、就業ができないという問題がある。職が決まらず引きこもってしまう人もいる。^{J-10)} ・避難者は福島へ帰還する可能性がある中で、雇用する側も雇用がしづらい。^{J-11)} ・自主避難と強制避難で住民間に軋轢がある。^{J-12)}

表 1-12 対象者 K の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	NPO 理事 (K)				
概要	<p>民間の非営利活動に関する情報提供、協働のための連絡や援助を行うNPOとして県内外のネットワークを利用した支援活動を行った。 主に外部支援として、被災地NPOや支援NPO、企業や他中間組織と連携し、物資が流れていない被災地施設などに対して支援物資の収集し送るといった支援を行った。</p> <p>全国に広がるネットワークを利用し、被災地のニーズを的確に把握し、必要な物資や支援を被災地に送った。 支援者や自助のグループがまとまり市町村とのやりとりをスムーズに行うため、避難者支援のネットワーク作りに参画した。</p>				
	発災時	3日目	週単位	4月後半～5月半ば	1年後～
場所と支援対象者	C市からの外部支援	C市からの外部支援	C市からの外部支援	C市からの外部支援	C市からの外部支援 支援者ネットワーク
状況と対応 (苦労したことやその対応方法)	<p>【苦労したこと】 東北3県以外の情報がTVで放送されなかった。</p> <p>【支援内容】 ・ラジオの情報(道路や避難所の情報)をつながらのある全国の支援団体や震災再建ネットワークに発信した。</p>	<p>【苦労したこと】 ・物資が大きな避難所には来ているが、水、灯油、ガソリン、食糧などが福祉系の施設などには流れていないと被災地NPOから連絡があった。</p> <p>・給水車を動かすガソリンが不足する地域があった。</p> <p>・日本語の分からない外国人は情報が手に入らず困る。^{K-1)}</p> <p>・公の支援だけでなく、大きいサイズのおむつなど個別のニーズまで手がまわらない。</p> <p>【支援内容】 ・ラジオを使って県内に水、毛布、電池、薬などの物資を求めた。</p> <p>・日本語の分からない外国人向けに情報をメールで流した。</p>	<p>【苦労したこと】 ・支援の行き届かない部分にNPOがそれぞれに支援活動を行い、行政が把握できていないと混乱が生じることがある。^{K-2)}</p> <p>・それが支援者同士の不信感や、社協・行政に対する反発につながる。行政や社協はそれにより相当ストレスを抱えていただろう。^{K-3)}</p> <p>【支援内容】 ・2週間ほどたつと、おにぎりばかりだったためか、カップ麺や缶詰が欲しいということなど、ニーズの変化を把握して支援することを心掛けた。</p> <p>【良かったこと】 ・NPOや企業などのネットワークがあったのでメールだけで必要な支援物資を集めて送るといったこと支援ができた。</p>	<p>【苦労したこと】 ・ボランティアバスのピークであったが、大型を運転できるドライバーが不足した。^{K-4)}</p> <p>・社協にはニーズがあまり上がってこなかった。被災者に遠慮や我慢があった。^{K-5)}</p> <p>・声が上がらないと行政は全体の秩序を考えて動きづらい。その点も行政のストレスになっただろう。^{K-6)}</p> <p>・避難所が閉鎖され転居が多くなると情報が手に入らず、外部の間人は支援がしにくくなる。^{K-7)}</p> <p>【教訓】 ・受援力がないときは、遠慮や我慢をせずに援助を受けられるような、受援力を引き出すような支援をしなければならない。</p>	<p>【苦労したこと】 ・避難所を出た避難者の情報が手に入らない。そのため情報を提供もできない。^{K-8)}</p> <p>・避難者が多くなると道や病院が混むという苦情がでる。^{K-9)}</p> <p>・補償の格差も含めて原発避難者と津波被災者、もともとの住民の間の軋轢がある。^{K-10)}</p> <p>・福島県から避難している子どもの問題がある。福島から来たことでいじめがある。不登校にもつながっている。^{K-11)}</p> <p>・家族の不和も目にしており、帰りたいということも口にさせない。あげることができない支援を求める声、受援力を引き出す支援が必要である。^{K-12)}</p> <p>・補償などの格差もあり強制避難と自主避難の間での摩擦がある。^{K-13)}</p> <p>・県外避難と県内避難者の中で公金の使途について意見の相違がある。^{K-14)}</p> <p>・県外避難者に後ろめたさや申し訳なさを感じてしまう人もいる。^{K-15)}</p> <p>・先行きの見えなさがストレスとなっている。^{K-16)}</p> <p>【支援内容】 ・支援グループまとめてネットワークとして市町村と契約することで情報を提供できるようにした。</p> <p>【教訓】 ・避難している子どもには普通以上の目配りが必要になる。</p>

表 1-13 対象者 L の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	福島原子力災害による広域避難者(強制避難)(L)					
概要	福島第一原子力発電所から4kmの距離にある自宅(帰還困難区域内)がある。 発災後から、長期にわたり広域避難生活を送っている。 発災後1年程度の間福島県内、東京、埼玉と複数の避難所を移り生活を送ってきた。 その後福島県外のA市のアパートに転居し現在まで暮らしている。					
	発災時	翌日	翌々日	3月下旬～	～約1年後	約1年後～
場所	自宅、近隣	学校(避難所)	親戚宅	埼玉スーパーアリーナ	学校(避難所)	A市内アパート
状況と対応 (苦勞したことや その対応方法)	<p>【苦勞したこと】 ・津波から避難するため、近所の知人と車で近くの山へ向かった。 ・<u>近くの中学の体育館へ避難した。電気がつかないため真っ暗だった。一晩泊り翌朝原発が危ないとうわさが流れていた。</u>^{L-1)}</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>知人と自家用車で指示された町へ避難した。</u>^{L-2)} ・渋滞で1時間でいけるところへ8時間かかった。ガソリンスタンドにガソリンがなかった。 ・<u>避難先の別の中学校の体育館で、何もなしと</u> <u>ころで段ボールに横になった。</u>^{L-3)} ・お金も持っておらず着の身着のまま逃げてきていた。 ・<u>農家の人が炊き出しを</u> <u>やっていたが1000人近く</u> <u>いたため足りていなか</u> <u>った。小さいおにぎりを</u> <u>一つもらった。</u> ・<u>その夜連絡が東京の</u> <u>親戚の家へ向かった。</u>^{L-4)}</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>車で東京の親戚の家</u> <u>へ向かった。</u>^{L-5)} ・東京について初めて津波や原発の映像を見た。 ・12日間東京にいて、その後、町長が手配した埼玉スーパーアリーナへ移った。^{L-6)}</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>スーパーアリーナでは</u> <u>通路に段ボールを敷いて</u> <u>毛布をかぶって寝た。</u> <u>スーパーアリーナでは</u> <u>3日間避難生活を</u> <u>した。</u>^{L-7)} ・<u>食事や衣類はもらえ</u> <u>た。仕切りなどはなく、</u> <u>暑いところや寒いところ</u> <u>中にはあったらしい。</u> <u>買い物はお金が手元に</u> <u>ないので行けなかった。</u> ・<u>その後、埼玉の使わ</u> <u>れていない学校に同じ</u> <u>町の人と一緒に移っ</u> <u>た。</u>^{L-8)} ・<u>同じ町の人でも知らな</u> <u>いばかりだった。</u>^{L-9)}</p>	<p>【苦勞したこと】 ・<u>埼玉の学校では教室</u> <u>に畳を敷いて8家族が一</u> <u>つの部屋に仕切りなしで</u> <u>生活した。</u>^{L-10)} ・<u>集団生活の人間関係</u> <u>に苦勞した。周りに気を</u> <u>使って生活する人ばかり</u> <u>ではなかった。</u>^{L-11)} 【支援内容】 ・ボランティア活動で老人ホームなどを回った。 【良かったこと】 ・俳句の会に参加していた。 ・ボランティアの人が交代できてくれた。食事を配ったりしてくれていた。 ・この時はボランティア活動をしたり、ボランティアの人がきてくれたりで楽しかった。</p>	<p>【苦勞したこと】 ・A市のアパートへ転居して現在まで暮らしている。週に一度公民館に唱歌やストレッチをする会に参加している。他に何もすることがないので暇をもてあましている。^{L-12)} ・家に戻れないので行く<u>先が見えない。</u>^{L-13)} ・<u>補償をもらっていること</u> <u>について、避難先の住民から</u> <u>心無い言葉をかけられる</u> <u>のが嫌だ。</u>^{L-14)} ・<u>ここでもボランティア活</u> <u>動をしたいが、嫌なことを</u> <u>言われるのでできない。</u>^{L-15)} ・<u>子世代・孫世代、子孫の</u> <u>健康への影響が心配にな</u> <u>る。</u>^{L-16)} ・<u>帰る故郷を失った。</u>^{L-17)}</p>

表 1-14 対象者 M の結果

インタビュー対象者 災害時の所属・役職	福島原子力災害による広域避難者(自主避難)(M)					
概要	福島県中通りに自宅と車で20分程度の場所に夫の会社を持つ。 発災後、子どもの健康を考え県外へ避難した。 その後は月に数回地元と行き来しながら県外での母子避難の生活をしている。 慣れない土地への避難で当初は大きなストレスを抱えた。 そして県内の自宅に戻り家族全員の暮らしと子どもの健康への心配など、家族全員が複雑な思いを抱えている。 母子避難者の交流会の立ち上げなど支援者としても様々な活動をしている。					
	発災時 ～原発事故を知るまで	3/13～3/15	4月初旬～	2011年年末	2012年3月～	2012年6月～
場所	福島県中通り	県外の実家へ避難	福島県中通り	福島県中通り	県外に避難	県外に避難
状況と対応 (苦労したことや その対応方法)	<p>【苦労したこと】 ・自営をしている会社の方が断水していたので、自宅から水を運んだ。 ・食糧やガソリンが不足した。 ・TVが見られたが、小さい子どもに見せたくないシーンが多かったので、ネットで情報を収集した。</p>	<p>【苦労したこと】 ・社員やその家族から原発の情報が入ってきた。 会社を経営している立場として、社員の避難をどうするのか修羅場があった。^{M-1)} 3/15に知人からの情報で県外避難を決断し、家族10人くらいで一緒に県外へ避難した。</p>	<p>【苦労したこと】 ・福島に戻るが学校での子どもの対応について学校側と話し合いを行った。 ・給食を食べるか、水筒を持っていくか、家族が送り迎えを行うといったことの可否や、授業中窓を開けるか否かの先生による対応の違いをどうするかなど、学校側も困っていた。^{M-2)}</p> <p>【支援内容】 ・ガイカーカウンターを学校に提供し、それによりある程度状況が数値で目に見えるようになり、学校側も指針が作りやすくなったようである。 ・通学路の除染について学校、PTAで話し合いを行った。</p>	<p>【苦労したこと】 ・学童の建物までが仮設住宅になった。^{M-3)} ・ボランティアなどを行いながら、子どもたちのメンタルが心配になった。 ・また母親のメンタル面が問題だと思った。悩んでいる母親を、子どもたちが見ていて、影響を受けていることに気付いた。^{M-4)}</p> <p>【支援内容】 ・保養キャンプを自分で企画し行った。悩んでいる母親を、子どもたちが見ていて、影響を受けていることに気付かされた。 【教訓】 ・悶々としている母親たちが話せる場所が必要だと思った。</p>	<p>【苦労したこと】 ・子どものことを考え、入学のタイミングで県外に母子避難した。^{M-5)} ・会社の売り上げが落ちた。^{M-6)} ・将来の見通しが不安だった。^{M-7)} ・土地勘がない土地に移ると、人間関係がうまく作れない。^{M-8)} ・また仕事に就くのも難しい。^{M-9)} ・母子避難者は家に相談する相手がいなかった。^{M-10)} ・また、家を空けづらいので就業が難しい。^{M-11)} ・経済面でも苦しくなる。^{M-12)} ・県外避難をしてから、ストレスで家から出られないということもあった。^{M-13)} ・補償の情報など手に入った人と手に入らなかった人で差がでる。^{M-14)} ・自主避難はデリケートな問題で、普通の避難者の交流会などには出てくづらい。^{M-15)}</p> <p>【支援内容】 自主避難者の会や母子避難者の会の設立に加わった。</p>	<p>【苦労したこと】 ・子どもに二重生活をさせているということや、経済的な負担を感じる。このままでいいのかと悩み体調も崩した。^{M-16)} ・母親たちのニーズとして多いのは区域外入学の問題である。毎年、申請のために必要な書類や手続きが多く、その都度地元と避難先の役所を往復しなければならぬ。学校の担任が変わると一から説明をしなければならぬ。子どもが何人かいると負担が大きすぎる。^{M-17)} ・住民票を移すと健康調査がうけれなくなるかもしれない不安があり、できれば地元で納税をしたい。^{M-18)} ・放射能による健康被害の不安については、個人の見解の違いもあるので、よっぽど同じ感覚を持つか、同じ県からきた同じ経験をしている人以外とは話したくない。^{M-19)} ・若い女性の避難や保護については何も対応がなかった。これから結婚したり出産をする人が差別をされる可能性があることを考えなければならない。^{M-20)}</p> <p>【支援内容】 ・会では行政職員と対話ができる場を作り、そこをストレス発散の場にせず、要望や知識を出し合い、一つずつ解決に向かわせている。</p> <p>【良かったこと】 子どもの教育に関わる仕事をはじめ、子どもに接することで自分のメンタルヘルスが良くなった。</p>

3) 二次的ストレスの分類

表 1-15 は、Lock et al. (2012)における二次的ストレスの分類をもとに、対象者 A~M についてのインタビュー結果をカテゴリー分類し整理した結果である。発言内容が複数のカテゴリーにまたがって分類されていることもある。

二次的ストレスとして、経済面では収入の減少、失職、漁業・農業への風評被害があげられた。補償に関しては、申請手続きの煩雑さ、情報の差、補償を受けていることでの誹謗・中傷、補償の格差による住民同士の軋轢があげられた。家の再建・復旧の問題に関しては、一時的避難所生活の長期化、日常生活の復旧の問題、転居を繰り返すこと、避難先で定住するか帰還するか葛藤、避難所・仮設住宅への依存（避難所・仮設住宅を離れる不安）、広域避難、補償の格差があげられた。大切なものの喪失に関しては、故郷の喪失があげられた。健康面では、健康状態への不安、医療へのアクセス（避難先の病院の情報不足）、放射能への不安・情報不足、子孫や故郷への影響があげられた。教育・家族に関しては、教育機会・教育機関の不足、外遊びができなくなる、転校、避難先の学校の情報不足、区域外入学手続きの煩雑さ、放射能に対する親同士や教師間での見解の違い、いじめ・不登校があげられた。社会的関係では、物理的離別、社会的交流の喪失、ソーシャルサポートの喪失、地域の人口減少や高齢化、住民同士の軋轢、自主避難をしていることへの後ろめたさ、差別・誹謗中傷、故郷の喪失、故郷の再生への不安があげられた。余暇・レクリエーション活動では、余暇レクリエーション活動の喪失があげられた。世界観や自己認識の変化では、将来の見通しが立たない、希望の喪失、再度被災することへの不安、被災の程度の格差をみて世界観が変わった、自分の選択が正しかったか省みることがあげられた。その他として、住民票の問題、社員の避難に関する判断、避難者を雇用し難いこと、自治体間での対応の差、支援を受けていることへの申し訳なさ・遠慮、日本語の分からない外国人にとっての情報不足があげられた。

表 1-15 二次的ストレスの分類結果

カテゴリー	サブカテゴリー	インタビュー回答例
経済面	収入の減少	M-6, M-12
	失職	J-10, M-9, M-11
	漁業・農業への風評被害	G-7, H-8, I-5
補償の問題	補償申請手続きの煩雑さ	M-17
	情報の差	M-14
	補償を受けていることでの誹謗・中傷	L-14, L-15
	補償の格差による住民同士の軋轢	H-4, K-10, K-12
家の再建、復旧の問題	一時的避難所生活の長期化	D-1, J-2, L1~11
	日常生活の復旧の問題	G-4, I-3, J-2
	転居を繰り返すこと	L
	避難先で定住するか、帰還するか葛藤	J-8
	避難所への依存(避難所を離れる不安)	I-4
	広域避難	L, M-13
	補償の格差	H-4, H-5, H-6, K-10, K-12
大切なものの喪失	故郷の喪失	L-17
健康	健康状態、健康不安	C-1, J-5
	医療へのアクセス(避難先の病院の情報不足)	J-1
	放射能への不安・情報不足	E-1, F-2, H-1, H-2, H-7, I-1, I-6, J-5, M-19
	子孫や故郷への影響	L-16
教育、学校	教育機会、機関の不足	M-3
	外遊びができなくなる	H-7
	転校	J-1, M-16
	避難先の学校の情報不足	J-1
	区域外入学手続きの煩雑さ	M-17
	放射能に対する親同士や教師間での見解の違い	M-2
	いじめ・不登校	K-11
報道	風評被害	G-7, H-8, I-5
家族	家族機能、活動の喪失	K-12, M-10
	家族構成の変化	M-5, M-16
	親の精神状態が子どもに影響	M-4
	子どもの避難に関する家族内での意見の違い	J-9
社会	物理的離別	L
	社会的交流の喪失	I-2, M-8
	ソーシャルサポートの喪失	L-9
	地域の人口減少や高齢化	I-7
	住民同士の軋轢	J-12, K-9, K-14
	自主避難をしていることへの後ろめたさ	K-15, M-15
	差別・健康中傷	J-4, M-20
	故郷の喪失	L-17
故郷の再生への不安	L-16	
余暇、レクリエーション活動	余暇、レク活動の喪失	L-12, L15
世界観や自己認識の変化	将来の見通しが立たない	K-16, L-13, M-7
	希望の喪失	J-6
	再度被災することへの不安	A-1, A-2, C-2, F-3, F-4, G-5
	被災の程度の格差をみて世界観が変わった	G-6
	自分の選択が正しかったか省みる	J-7
その他	住民票の問題	M-17, M-18
	社員の避難に関する判断	M-1
	避難者を雇用し難い	J-11
	自治体間での対応の差	H-6
	支援を受けていることへの申し訳なさ・遠慮	K-5
	日本語の分からない外国人にとっての情報不足	K-1

D. 考察

1) 東日本大震災における二次的ストレスについて

一般被災者や要援護者（特に精神疾患、認知症などをもつ人）の災害時の状況や支援の内容を時系列に整理することで、複合災害となった東日本大震災における二次的ストレスについてその特徴を明らかにすることを目的とし、一般市民、医療・福祉従事者、行政職員に対してインタビュー調査を行った。そのインタビュー結果を Lock et al. (2012) の二次的ストレスの分類をもとに整理した。

Shigemura et al. (2014) は福島第一・第二の東電職員に対する被災体験とメンタルヘルスの調査を行い、差別や中傷を受けたことのある職員は受けていない職員と比較して長期的なトラウマ反応が出やすいということを示した。今回の結果からも、誹謗中傷、差別、いじめなどが二次的ストレスとしてあげられた。Shigemura et al. (2014) の研究では二次的ストレスと考えられるものとしては差別・中傷のみを調査していたが、表 1-15 からわかるように東日本大震災において一般住民や要援護者、支援者が経験している二次的ストレスは非常に種類が多い。これらもメンタルヘルスに大きな影響を与えている可能性がある。

本研究のインタビュー中での発言数としては、放射能への不安・情報不足、補償の格差、再度被災することへの不安が多かった。また失業、風評被害、住民間の軋轢、避難の長期化、広域避難なども多く、これらの項目に対応していくことがメンタルヘルスにとって特に重要と考えられる。

Lock et al. (2012) は、自然災害における二次的ストレスに関する文献のレビューを行い、二次的ストレスを 11 カテゴリーに分類している。その研究との比較により、原子力災害ならではの二次的ストレス及び複合災害ならではの二次的ストレスとして次のような項目が抽出された。まず原子力災害ならではの二次的ストレス（表 1-15 における下線を引いた項目）として、漁業・農業への風評被害、広域避難、放射能への不安・情報不足、子孫や故郷への影響、放射能に対する親同士や教師間での見解の違い、いじめ・不登校、風評被害をもたらす報道、子どもの避難に関する家族内での意見の違い、住民同士の軋轢、自主避難をしていることへの後ろめたさ、差別・誹謗中傷、自分の選択が正しかったか省みること、住民票の問題、社員の避難に関する判断、避難者を雇用し難いということがあげられた。

また地震と津波、原子力災害からなる複合災害ならではの二次的ストレス（表 1-15 の網掛けの項目）として、補償の格差、住民同士の軋轢があげられた。

2) 一般被災住民、要援護者、支援者における二次的ストレスについて

主に要援護者への支援を行ったインタビュー対象者では、災害後短い期間におけるストレスに関する発言が多かった。それに対して、主に一般住民に対する支援を中心に行ったインタビュー対象者や広域避難をした被災者からは中長期的なストレスに関する発言が多かった。このことから精神疾患や認知症、発達障害といった特別な配慮を要するような要援護者やその支援者は相対的に一次的ストレスによる短期的な影響が大きく、一般被災住民の方が長期的に二次的なストレスによる影響をより強く受けるという可能性も考えられた。被災地の支援者はこれらの両方の影響を強く受け、さらに支援を行うことによる二次的なストレスからの影響

も考えられるため、災害時には支援者への支援が特に重要な要素となることが今回の調査結果からも示された。

2) 今後の課題と展望

複合災害や原子力災害ならではの二次的ストレスが示されたことで、今後の災害においてより迅速かつ適切な対応につなげる必要がある。また予防的対策に関する政策立案にもつながる可能性がある。また支援を行うことに関する二次的なストレスの発言もみられた。特に支援者への支援が重要な要素となる災害時のメンタルヘルスの支援を考える上では、この点についての二次的ストレスの分析がさらに必要であろう。

E. 結論

東日本大震災における二次的ストレスの調査を行い、自然災害による二次的ストレスとは別に、複合災害や原子力災害ならではの二次的ストレスが存在することが示された。また一般被災住民、要援護者、支援者それぞれにおいて二次的ストレスによる影響が異なる可能性が示唆された。

研究2

災害時のメンタルヘルス・ケアと生活支援の在り方に関する研究 ～東日本大震災における被災地支援に関わった専門家に対するヒアリング調査から～

野口 代・三好真人・藤岡孝志（日本社会事業大学社会事業研究所）

研究要旨

災害後中長期におけるメンタルヘルスには就労や就学、住居、人間関係、地域社会の再構築など生活上の課題が複雑に絡み合う。本研究では災害時のメンタルヘルス・ケアと生活支援のあり方について検討を行うため、東日本大震災時の支援に関わった専門家 23 名に対する個別の半構造化インタビューを行った。主な調査内容は、特にメンタルヘルスに関わるような災害時の状況及び支援の内容、支援の課題、その解決への方向性、連携・協力について聞き取りを行った。インタビュー時に録音した音声データを逐語録化し、インタビュー対象者ごとに概要を整理した。さらにインタビューにおける発話者の発言内容について WordMiner1.5 を利用しテキスト分析を行った。主要語については出現頻度を集計し、「県区分」「内外支援区分」により比較評価、特徴抽出も行った。また着目語「精神・心理・メンタル・心」について、その発話のある部分を抽出し、個別に同様の分析を行った。その結果、災害時のメンタルヘルスに関して、ソーシャルワークの観点からの支援の在り方について重要な点が示された。また県区分では、宮城県における子どもの抱える問題とその対応、岩手県における福祉や生活における取り組み、福島県における原子力災害のメンタルヘルスや生活に与える影響が特徴的であった。またメンタルヘルス支援における内部支援者の役割の重要性が示唆された。今後より詳細な調査・分析を行い、ここであげられた問題点の影響の大きさや、取り組みの有効性を検証する必要がある。

A. 研究目的

大規模災害は身体的な健康状態への影響に加え、メンタルヘルスにも長期にわたって大きな影響を与える。特に災害後中長期におけるメンタルヘルスには就労や就学、住居、人間関係、地域社会の再構築など生活上の課題が複雑に絡み合う。そのため精神医療単独の処置だけではなく、生活面での支援や福祉サービスも含めた複合的な対応が必要となる。しかし、時系列で独特の資源制約が生じる実際の災害時において、メンタルヘルス・ケアと生活支援の関係について調査している研究は見当たらない。そこで本研究では災害メンタルヘルスに関して、ソーシャルワークの観点からの支援の在り方を考えることを目的とし、東日本大震災時の支援に関わった専門家に対するヒアリング調査を行った。

B. 研究方法

1) 対象者

本調査は 2011 年 3 月 11 日の東日本大震災において、主に岩手・宮城・福島各県の一般被災者

や要援護者に対する支援に関わった医療・福祉の専門家や支援者合計 23 名に対してインタビュー調査を行った。調査対象者のサンプリングは、このような研究方法では一般的である縁故法による有意抽出にて行い、協力の意思のある人に対し説明を行った。調査期間は 2013 年 11 月～2014 年 11 月で、インタビュー回数は各対象者それぞれに 1 回ずつ行った。

2) 調査方法

インタビューの所要時間は 1 回につき 60～80 分程度で行った。対象者ごと個別に半構造化インタビューを行った。調査場所は、調査対象者の勤務先等で行った。インタビューデータはすべて IC レコーダーに録音、逐語録化し、分析の基礎資料とした。

3) 調査内容

基本的には時系列に沿って次のような内容についてインタビュー調査を行った。主な調査内容は、特にメンタルヘルスに関わるような災害時の状況及び支援の内容、支援の課題、その解決への方向性、連携・協力について聞き取りを行った。インタビュー時に録音した音声データを逐語録化した。

4) 分析方法

インタビュー時に録音した音声データを逐語録化し、インタビュー対象者ごとに内容の要約を行った。

加えてインタビューにおける発話者の発言内容について WordMiner1.5 を利用し分析を行った。入力したデータを形態素解析による分かち書き処理により、自然文の単語に分解、構成要素として抽出した。その上で「主要語」を編集・取得した。主要語とは、「(看護・介護の) 専門用語」と主要な「キーワード」を抽出したものである。「看護・介護の専門用語」だけでは抽出されない「災害や震災」、「組織や機関」などのキーワードも併せて抽出されることになる。主要語については出現頻度を集計した。頻度による有意性テストを行い、「県区分」「内外支援区分」により比較評価、特徴抽出を行った。また着目語「精神・心理・メンタル・心」について、その発話のある部分(1 つの対話)を抽出し、個別に同様の分析を行った。

5) 倫理的配慮

本研究は研究の計画や手続きの詳細について対象者に十分な説明を行い、対象者に不利益がないように万全の注意を払って行った。

C. 研究結果

1) インタビュー対象者の属性

表 2-1 にインタビュー対象者 23 名の災害時の所属・役職、支援を行った県名、被災地内支援者・被災地外からの支援者かの区分について記した。

2) インタビュー結果の概要

表 2-2～表 2-23 は、対象者 A～W についてのインタビュー結果の概要である。

表 2-1 インタビュー対象者

対象者氏名	所属団体	役職	県区分	内部・外部区分
A	岩手県社会福祉協議会	福祉経営支援部参事兼 部長	岩手県	内部支援者
B	岩手県立大学	教授	岩手県	内部支援者
C	社会福祉法人 陸前高田市社会福祉協議会	作業所所長 社会福祉協議会次長	岩手県	内部支援者
D	仙台白百合女子大学	准教授	宮城県	内部支援者
E	西片医療福祉研究会	代表	宮城県	内部支援者
F	特定非営利法人 石巻復興支援ネ ットワーク	代表者	宮城県	内部支援者
G	子どもの学習支援団体	代表者	宮城県	内部支援者
H	福島大学 行政政策学類	准教授（社会福祉学）	福島県	内部支援者
I	福島労災病院	相談支援センター室長	福島県	内部支援者
J	ふくしま心のケアセンター、県中の方 センター	専門員	福島県	内部支援者
K	合資会社 福祉センター	代表	福島県	内部支援者
L	石巻市民生・児童委員 総合福祉会館	指定管理者	宮城県	内部支援者
M	茨城大学	准教授	他	外部支援者
N	日本社会福祉士会災害支援プロジ ェクト	代表	他	外部支援者
O	新潟社会福祉士会 燕市分水地区地域包括支援センタ ー	主任介護支援専門員	岩手県	内部支援者
P	東京社会福祉士会	副会長	他	外部支援者
Q	社会福祉法人	高齢者福祉サービス統括	岩手県	内部支援者
R	社会福祉法人	支援相談員	岩手県	内部支援者
S	宮城県社会福祉協議会	主任主査	宮城県	内部支援者
T	社会福祉法人	相談支援アドバイザー	福島県	内部支援者
U	NPO 法人	サービス管理責任者	福島県	内部支援者
V	沖縄社会福祉士会 浦添総合病院	医療ソーシャルワーカー	岩手県	外部支援者
W	静岡社会福祉士会		他	外部支援者

表 2-2 対象者 A のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏 名	A		
所属団体名	岩手県社会福祉協議会	役 職	福祉経営支援部参事兼部長
日 時	2013年 11月 2 8日	場 所	岩手県社会福祉協議会
インタビューの概要			
<p>岩手県社協としての組織的な取り組みを、県社協がまとめた『あの日から』という資料に基づいて話していただくものとなった。その主な概要は以下のとおりである。</p> <ol style="list-style-type: none"> 1 . 被災者を最初に支援すべき福祉サービス事業者が被災してしまい、県社協が支援者支援に取り組んだ。 2 . 生活支援相談員を、国の 10 分の 10 の補助によって、県社協を通じて市町村社協に配置した。 3 . 全国から寄せられた義援金の配分。 4 . 民生児童委員による避難所におけるケア活動、仮設住宅・復興住宅での相談活動の展開。 5 . 医療と福祉の連携の面で県社協が果たしたプラットフォーム的な役割。 			

表 2-3 対象者 B のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	B		
所属団体名	岩手県立大学	役職	教授
日時	2013年 11月 29日	場所	いわて県民情報交流センター
インタビューの概要			
<p>特に印象に残ったポイントは以下のように整理できる。</p> <p>1. 2011.3.11 発災直後の行動 自身の親族の中で、子どもも含めて 4 人の犠牲者を出しつつも、被災地の大学の福祉研究者として公私ともに復旧の第一線に立ってきた活動の様子が話された。</p> <p>2. 支援者支援の重要性 被災地では生活支援相談員が大量に採用されて、被災者の話に傾聴したり、ニーズを見つけ出す活動が取り組まれたが、生活支援相談員の中にはかなりの割合で自身が被災者である人も多く、被災支援者に対する支援が非常に重要であることが指摘された。</p> <p>3. 災害派遣福祉チームの立上げ 医療のDMATに対応する福祉の災害派遣チームの必要性が話された。岩手県ではこのインタビューの時点ですでに立上げに向けた具体的な動きが進みつつあり、氏もその研究カリキュラムづくりに携わっているとのことであった。この動きは、岩手県の取り組みが全国に率先してなされているものである。</p> <p>4. 社会福祉研究者としての視点から見た支援活動の在り方 支援団体の活動展開が、ソーシャルグループワークのプログラム活動を活かした形でできていなくて、「してあげる」的になっている。SW的でない。</p>			

表 2-4 対象者 C のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏 名	C		
所属団体名	社会福祉法人 陸前高田市社会福祉協議会	役 職	作業所所長 社会福祉協議会次長
日 時	2014年 1月 9日	場 所	作業所
インタビューの概要			
<p>1. 発災直後の社協の様子 社協は、建物・書類関係ばかりでなく、18名の社協職員のうち局長・次長を含む6人が津波で流され、壊滅的な被害を受けた。県社協や近隣の社協、市内の民生委員、福祉事業所等の支援で再建。</p> <p>2. その中で強く感じたことは、「人と人とのつながり」。人は宝だ。ふだんから真面目にコツコツとつながっておくことが大切。</p> <p>3. 明治の津波の教訓が生かされずに、標高の低い平地に町の重要な機能を集中させるまちづくりをやってきたのが間違い。</p> <p>4. 80キロも離れている福島原発の影響がまともにここで現れていて、作業所の30年来の椎茸づくり・販売がまったくできなくなった。非常に大きな怒りを感じている。</p>			

表 2-5 対象者 D のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	D		
所属団体名	仙台白百合女子大学	役職	准教授
日時	2013年 11月 29日	場所	仙台ガーデンパレス
インタビューの概要			
<p>県北部の登米市に心の健康相談に出向いているときに地震に遭遇。山側にある実家の様子をみに立ち寄ったので津波には合わず、命が助かった。発災から 10 日ほど後に仙台市若松区の心のケアに合流するが、むしろ、カーナビが利かない中で地元の地理をよく知る運転手という感じであった。地元の支援者の存在が貴重。しかし仙台では、ピンクのジャケットを着た心のケアチームの人は、知的・精神的に問題を抱える人を避難所で摘発し、引き抜いて連れ去る人、と見られる傾向にあった。</p> <p>県内の被災地は、テレビで絵になるところはずいぶん報道されたけれども、自らは SOS も出せないほどに傷ついたまちは忘れられたようになっていて、避難所の運営ももっぱら他県から支援に来た人がやっているところまでであった。</p> <p>避難所では、薬剤師さんが様々な薬をきちんと選り分けてくれて、非常に助かった。</p> <p>芸能人や有名人の被災地訪問、避難所訪問には、首をかしげるものが多かった。同じ国内、県内でも、異文化の存在を認め、尊重し合うことが大切である。それは、多様なコミュニティを相互に尊重することでもある。</p>			

表 2-6 対象者 E のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	E		
所属団体名	西片医療福祉研究会	役職	代表
日時	2014年 1月 9日	場所	社会福祉研究所会議室
インタビューの概要			
<p>事前に、インタビュー項目（質問骨子4項目）を送り、それに沿って、お話いただいた。</p> <p>1. いつ、どこで、だれに 4月1日に被災地に入り、石巻市の福祉的避難所（遊楽館）で、石巻市立病院の医療スタッフとともに、福祉的避難所に避難している避難者に対し寄り添うケアと退所への支援、医療スタッフ、行政職員への側面的支援及び連絡調整、国内外からの来訪者のためのコーディネート、日本医療社会福祉協会（派遣母体）から3泊4日で派遣されて来るMSWのコーディネイトをしながら現場のケースへの対応・被災した人への支援などを行った。</p> <p>2. 感じた課題 派遣する側（協会）に準備と責任、サポート、保証などの体制整備ができておらず、派遣団体からは5万円の仮払い金を渡され自分の車で現地入りし、その後のスーパービジョン体制は不明確なまま進行した。現地と本部とのズレとコンフリクト、組織上の課題が存在している。</p> <p>3. 医療・精神医療との関係 被災支援に来る医療スタッフは、ソーシャルワーク的視点のある人が多い。そのため、自分たちがソーシャルワーク的な役割を担っており、日常においてもソーシャルワーカーと連携したことがない人たちであり、平時に連携の体験がない状況が、災害支援の現場でも反映し、連携の輪の中にソーシャルワーカーをイメージできる人は少なかった。ソーシャルワークの価値やスピリチュアルな側面への必要性は漠然としており、物理的な問題の解決が先行する傾向にあった。市立病院の医師は、当初は、急性期なので、ソーシャルワーカーには退院支援を期待していた。</p> <p>4. 今後 災害ソーシャルワークとは何かが研究課題である。災害支援の目的とゴール、外部からの支援の内容と限界、地域文化との関係、等々</p>			

表 2-7 対象者 F のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	F		
所属団体名	特定非営利法人 石巻復興支援ネットワーク	役職	代表者
日時	2014年 1月 14日	場所	石巻駅前ビル 当該団体事務所
インタビューの概要			
<p>事前にインタビュー項目を送ったが、幅広い活動内容の説明を伺うのが主になった。</p> <p>1. いつ、どこで、誰に 代表者の兼子氏は、10年前から PTA の仲間と活動していた。震災後、外部団体とともに5月に復興支援団体を立ち上げ、12月に NPO 法人取得した。復興担い手支援、子育てママ応援、子ども・若者育成支援、仮設住宅のコミュニティ再生、外部団体のマッチング・現地コーディネートなど、種々の補助金や寄付金を得て、行っている。 対象は、子育て中のママと子どもが中心。</p> <p>2. 感じたこと 子どもと母親の自立を支援している。理解されなかったり、批判されたりで、つらくなることもあったようだが、その姿勢は貫いている。</p> <p>3. 医療・精神医療との関係 健康チェック活動に県看護協会の協力を得ている。スタッフのメンタル面の癒しとして、仙台の支援者の支援団体による研修を行った。</p> <p>4. 今後 今の事業を継続していく。</p>			

表 2-8 対象者 G のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏 名	G		
所属団体名	子どもの学習支援団体	役 職	代表者
日 時	2014年 1月 14日	場 所	石巻専修大学共創研究センター
インタビューの概要			
<p>1. いつ、どこで、だれに 2011年5月の連休明けから、大学院の仲間15人で、避難所にいる子どもたちの学習支援を始めた。まだ、学校がなく、教科書もなかったので、大学のOB・OGからの寄付を活動資金に、東京で教科書や学習指導要領を調達して、開始した。 夏過ぎに学校の再開、避難所の閉鎖が始まったので、学習支援のし方を変えた。現在は、7拠点で、生徒2~3人をチューター（学生ボランティア）1人が担当し、宿題や授業のつまずきを支援する。また、コミュニケーションを大切にし、居場所を提供する。</p> <p>2. 感じた課題・感想 学校があって、クラスがあって、子どもたちが勉強できるというのは、当たり前のことではないということ気付かされた。学習以前の問題であった。</p> <p>3. 医療・精神医療との関係 当初は、学習に集中。精神面には踏み込まないことにした。しかし、転換後は、悩みや相談も受けとめている。難しいケースは、専門家とケース会議をもち、支援してもらっている。精神科医師の支援あり。</p> <p>4. 今後 石巻に根をはるために活動継続。学生だけでなく、子育てを終えた主婦等も巻き込むための研修プログラムを実施する。</p>			

表 2-9 対象者 H のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	E		
所属団体名	福島大学 行政政策学類	役職	准教授（社会福祉学）
日時	2014年1月14日	場所	東京駅近くの喫茶店
インタビューの概要			
<p>1. 原発避難者に帰還をためらわせている四つの不確実性 原発事故が本当に収束しているのか（廃炉作業も含めて）、除染はちゃんとできているのか、低線量被曝の危険性はないのか、帰還することによって賠償が不利になるのではないか（一部は現実）、という四つの不確実性が住民の早期帰還を妨げている。</p> <p>2. 生活の場をどこにするかの判断要素 子供の学校の問題、仕事の場の問題のほか、被災者のエンパワーメントの違いがある。自主避難者も事実上避難を強制されたのであるが、自分たちで踏ん切りをつけて避難している面があるので、経済的には苦しいが全くエンパワーされていないとは言えない。</p> <p>3. 懸念される事態 双葉町の調査（2013年2月）では、住民の6割弱が無職だが、そのうち7割が職を探していない。賠償の問題もあるが、見通しが立てられない中で自分がどこで仕事の再建をすればいいのか目途がたたない証。もう一つは、災害関連死。福島県の直接死は1,603人だが、昨年末、これを超えて1,605人になった。このことを特に訴えたい。</p> <p>4. 先が見通せない中での支援とは 一気に生活再建をするのではなくて、ショートゴールを設けて一步一步生活が改善されているという状況をどうやって作っていくかということではないか。その選択肢をきちんと用意しておくことが大事。従来の災害救助の枠組みは長期避難に対応できてない。</p>			

表 2-10 対象者 I のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	I		
所属団体名	福島労災病院	役職	相談支援センター室長
日時	2014年2月14日	場所	福島労災病院（いわき市）
インタビューの概要			
<p>1. いわき市の状況 地震、津波、原発事故、風評被害という4重の苦悩がある所。35万人の都市に、原発避難者2万3千人、作業員を含めると3万人の人口流入。市民の市外避難は7千人。</p> <p>2. 福島労災病院の状況 水、食料、薬がなくなり、400床を100床まで絞って入院患者を広域搬送。氏がそのマネジメントの中心。三次救急拠点のため、水は早期に復旧するが、3月一杯は地域の情報が途絶して手探り状態が続く。</p> <p>3. 地域への支援活動 被災数週間後から病院のMSWと相談専門支援チームの両面からかかわる。当初の活動の中心は一時避難所の衛生環境の改善。二次避難所、仮設住宅へ移行後は、避難者のエンパワーメント。氏のチームは、行政との繋がりが弱く、しかも住民のコミュニティも切断された双葉郡の人達（一度広域避難をしていわき市まで戻ってきた人が多い）が入居している仮設住宅への支援を行う。</p> <p>4. 現時点の状況 流入人口をあてにしたアパートの建設、賠償金の支払い等でバブル状態。5年後、10年後が怖い。もともとの住民との軋轢も生じている。</p>			

表 2-11 対象者 J のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	J		
所属団体名	ふくしま心のケアセンター、 県中方部センター	役職	専門員
日時	2013年12月11日	場所	ふくしま心のケアセンター中央
インタビューの概要			
<p>1. ふくしま心のケアセンター、県中方部センターの活動</p> <p>主に原発避難者の精神支援を地元自治体に代わって行うために県が設けた組織。仮設住宅等にアウトリーチして、生活面あるいは心の問題を一緒に解決していく個別支援とサロン活動を行っている。保健師、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士、社会福祉士がチームで対応する。医師も少数だが配置されている。</p> <p>2. チームで対応することのメリット</p> <p>被災者が訴える問題のほぼ全部に対してトータルにほぼ同時に応えられることと、専門職同士がお互いに刺激を受け合ってシネジー効果を生んでいること。心理士と精神保健福祉は同じく心の問題を抱えている人を扱うが、心理士はドアの内側で来てもらった人に対してサービスを提供するがワーカーは出て行って相手の生活の場面で提供する。アプローチが違うから発想も少し違っているが、一緒に動くことでうまく機能している。</p> <p>3. 今後必要なこと</p> <p>市町村から紹介されるのはすでに状況が悪い人で、その二次予防、三次予防をやる形だが、避難が長期化する中で、今後は一次予防を行っていく必要がある。ただし、その方法は模索中。</p>			

表 2-12 対象者 K のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏 名	K		
所属団体名	合資会社 福祉センター	役 職	代表
日 時	2014年1月24日	場 所	福祉センター事務所
インタビューの概要			
<p>1. 福祉センターの在宅障害者支援活動</p> <p>障害者支援を目的に 2006 年に設立され、重度障害者と ALS の高齢者の訪問介護、重度障害者の生活介護を行うデイルームを運営している。利用者は訪問介護で 35 人程度（うち重度障害者 20 人程度）、デイルームは 10 人弱。</p> <p>震災直後は避難所をくまなく回り利用者全員の安否確認を行うが、1 人だけ発見できず。1 週間後に自宅のコタツに潜っていたところを発見、救出する。また、原発自主避難家族に置き去りにされた利用者に水や食料、あるいは食事を提供し、生活を支える。</p> <p>2. 支援物資の受入拠点としての活動</p> <p>3 月末には事業を再開するが、東日本国際大学が行っていた支援物資の受入拠点機能を引き受け地域に取り次ぐとともに、避難所に訪問するヘルパーが物資を届けた。</p> <p>3. 被災障害者を支えた職員達</p> <p>通常は 20 人程度の職員体制だが、被災直後は原発からの避難者が続出、氏を含め 4 人に。その後ほとんどの職員が復帰。しかし、震災後 2 年以上を経ても慢性的なストレスの下にあり、職員自身が、我慢ができなくなった、ケアが荒れてきたと感じるようになっていく。</p>			

表 2-13 対象者 L のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	L		
所属団体名	石巻市民生・児童委員 総合福祉会館	役職	総合福祉会館 指定管理者
日時	2014年9月13日(土)	場所	石巻市総合福祉会館みなと荘
インタビューの概要			
<p>1. 民生員としての立場と、総合福祉会館の指定管理者という二つの立場での活動。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・10年ほど前から防災ネットワークを構築していたので、何をすべきかが他の人よりも早くわかっていた。 ・最初に考えたのは公衆衛生と避難路の確保。 ・民生委員として地域の高齢者の状況を把握した。その結果、DMATでの対応ではなく、この地域に臨時の診療所を誘致した。 ・地域の民生委員という立場なので、疑われずにあちこちに関われ、この肩書がとても役に立った。 <p>2. 山形県鶴岡市社協との関係が継続的、安定的に続いている。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻の母が鶴岡出身。津波でなくなり、鶴岡で火葬と葬儀をした。 ・そのときに鶴岡市役所や市社協と知り合い、その後鶴岡の市民、子どもたちが継続して支援に入って来てくれている。 <p>3. 総合福祉会館での活動</p> <ul style="list-style-type: none"> ・総合福祉会館を地域の拠点にして、史談会の集まりや茶屋を実施したりしている。 ・近所の顔見知りをたくさん作ることが大切。 ・要援護者台帳の難しさ。 			

表 2-14 対象者 N のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	N		
所属団体名	日本社会福祉士会災害支援プロジェクト	役職	代表
日時	2014年10月18日	場所	日本社会福祉士会 会議室
インタビューの概要			
<p>1. 日本社会福祉士会災害支援プロジェクトとしての取り組み 氏自身は所属する札幌市社協で災害ボランティアセンターを担当。山田町や東松島市の地域包括を継続的に支援。会として継続的に後退でSWを派遣するのは、職場単位の派遣とは異なって難しい面が多い。</p> <p>2. 日本社会福祉士会として取り組んでいる差異が支援ガイドラインとマニュアルガイドラインはすでにできあがり。マニュアルは各県士会に意見をもらっているところ。日本社士会—県士会—個人がそれぞれどういう役割を果たすのか、一つのポイント。 各県士会がどう動くのかが大切。 福祉版DMATの研修・テキスト作りなどは、社養協が今取り組んでいる。</p> <p>3. 政令市社協のような規模の大きな社協は、職場単位の福祉版DMATチームの編成・派遣の有効な可能性を持つ。</p> <p>4. 社会福祉士会の災害支援の活動が医療とどう連携をして展開できるのかは、全国・各県・市町村レベルで、まだこれからの課題。連携はぜひ深めていきたい。</p>			

表 2-15 対象者 0 のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	O		
所属団体名	新潟社会福祉士会 燕市分水地区地域包括支援センター	役職	主任介護支援専門員
日時	2014年10月22日	場所	社会福祉研究所会議室
インタビューの概要			
<p>1. 日本社会福祉士会の派遣で支援に行った岩手県山田町での経験。発災の年の5月で、まだ、支援も手探りの状態だったとのこと。</p> <p>2. 被災地に支援に入るに際しての職場・雇用主・委託元（この場合は行政）などからの承認をとることの困難さ。</p> <p>3. 社会福祉士会としてのマニュアル作りにおける医療との連携の記述 医療連携は、対応すべき各方面の幅広い生活課題のうちの一つという取り上げ方 日本介護支援専門員協会でも福祉版のトリアージシートをつくる研究がされた それはリスクアセスメントシートとしてまとめられ、それが平時のケアプランに反映されていればいざというときにあわてずに済むという位置づけ。 各専門職団体ごとの取り組みが縦割りになっており、それらを横につなげることが必要。</p> <p>4. 福祉避難所について、普段から障がいのある人もない人も皆が混在して地域で暮らせるような地域社会づくりを進めようとしているのだから、災害だからといってそうした人たちを福祉避難所に「隔離」しようというのには少し違和感がある。平常時にできていないから、災害時に底の部分が顕著に現れるのではないか。</p> <p>5. 医療連携も平常時と同じで、普段からの福祉と医療の連携がきちんとできていれば災害時にもできるはず。</p>			

表 2-16 対象者 P のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	P		
所属団体名	東京社会福祉士会	役職	副会長
日時	2014年10月24日	場所	東京社会福祉士会 会議室
インタビューの概要			
<p>1. 氏が2002年から野出町で取り組んできた経過 2003年の宮城県北部連続地震の調査—コミュニティの重要性を認識。 2004年中越地震の調査 コミュニティワークをきちんとやろうという方向性が見えてきた。</p> <p>2. 東京社会福祉士会としての東日本大震災への関わり 東京に避難してきた人々への支援 陸前高田への支援 石巻への支援 「医療と福祉の分離」、「医療が福祉に関心がない」と感じた。</p> <p>3. 福祉側の課題—災害福祉という分野の確立 その中で医療との連携について学ぶ 防災コミュニティワークと災害コミュニティワーク 平時から災害に強いコミュニティをつくる 災害の後コミュニティを復活させる 災害時には被災者全員を対象にしたSWがあるはず。 災害福祉の学問体系を組み立てて、社会福祉士の養成課程のカリキュラムに入れ たり、災害福祉学会を設立したりするべきと、主張。</p>			

表 2-17 対象者 Q のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	Q		
所属団体名	社会福祉法人	役職	高齢者福祉サービス統括
日時	平成 26 年 10 月 16 日	場所	サンホームみやこ
インタビューの概要			
<p>インタビューのポイントは次のとおりである。</p> <p>1 震災時直後の状況と対応</p> <p>施設は高台にあるので津波の影響は受けなかった。当日は、訪問介護サービスに出かけた職員の安否確認を行った。翌日は、津波の影響を受けたと見られる地域に住む介護サービスを受けている家を訪問し、更に市内の避難所を回りサービスを受けている方の安否確認を行った。その結果全員無事であった。しかし職員とその家族や同居者に亡くなった方がいた。</p> <p>2 施設が提供しているサービスへの対応</p> <p>ライフラインは、1 週間程で復旧。在宅サービスを受けていた高齢者 50 人を受け入れた。震災当日と翌日の施設入所者の食事は確保した。水とプロパンを使って施設で賄った。3 日目からは届いた非常用のおむすびを提供した。</p> <p>3 特記すべきコメント</p> <ul style="list-style-type: none"> ・震災で在宅から施設に入所した高齢者で認知症が悪化した人はいなかった。 ・市内の仮設住宅 4 箇所週 1 回ずつサロンを開いているが、心のケアへの対応の課題もある ・福祉、医療、関係機関との連携が十分ではない。 			

表 2-18 対象者 R のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	R		
所属団体名	社会福祉法人	役職	支援相談員
日時	平成 26 年 10 月 9 日	場所	児童家庭支援センター大洋
インタビューの概要			
<p>地震による施設の被害状況、インタビューを受ける人の経歴、児童家庭支援センターの役割と位置づけ、業務の状況と内容について話された。</p> <p>それから、震災によって施設が受けた影響とそれへの対応、施設が果たした地域への関わりについて具体的に話された。</p> <p>震災後に孤児になった子どもたちへの対応として里親制度や心理的ケアを必要とする子供たちへの対応について話された。</p> <p>震災を契機に顕在化した支援のあり方への問題点とそれへの対応について話された。</p> <p>一定の年齢に達して施設を退所していく子供たちが抱える問題点やその子供たちへの支援体制について話された。</p> <p>ボランティア等の支援する側のあり方についての問題点を指摘するとともに、どのような支援が望ましいのかに言及した。それに関連した社会福祉協議会や行政の役割についても触れられた。</p> <p>地域包括システムの確立と導入が震災前のコミュニティの崩壊を食い止めるためにも重要であると話された。</p>			

表 2-19 対象者 S のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	S		
所属団体名	宮城県社会福祉協議会	役職	主任主査
日時	平成 26 年 10 月 8 日	場所	宮城県自治会館 2 階
インタビューの概要			
<p>氏へのインタビューの内容は、主に派遣された石巻市社会福祉協議会で氏が携わった事業と地域福祉コーディネーターの二点からなりその要点は次のとおりである。</p> <p>1. サポートセンター事業</p> <p>石巻市内の 10 エリアにサポートセンターを置き、緊急雇用対策の一環として採用された 150 人の支援員配置し、その支援員が市内にある 134 箇所の仮設住宅に住む 7200 世帯を一世帯一世帯、平日に毎日、投函物、カーテン、洗濯物の三点のチェックを通して外見上の確認又は希望した世帯には訪問を行う事業であることと、この事業の特徴と評価を話された。</p> <p>2. 地域福祉コーディネーター</p> <p>インフォーマルな支援を含めて様々な支援を必要とする人のニーズをアセスメントしてどのような支援が必要なのかを見極めながら関係機関につなげていく地域福祉コーディネーターがこの被災地でも必要であることを本来その機能を担うべき社会福祉協議会が様々な制約の中で果たしてこなかったことを批判しながら具体的な事例をあげて話された。</p>			

表 2-20 対象者 T のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	T		
所属団体名	社会福祉法人	役職	相談支援アドバイザー
日時	平成 26 年 10 月 15 日	場所	二本松市男女共生センター
インタビューの概要			
<p>多岐にわたるインタビューで特に印象に残った要点は次のとおりである。</p> <p>1 震災直後の状況と対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・建物が半壊したので、付設されている体育館で 3 日程過ごすが、入所者への食事の提供は特に支障がなかったが、精神的に不安定な方や自閉症の方は環境が変わったために災害用の非常食がとれなかった。 <p>2 一人暮らしの障害者を支える体制</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域自立支援協議会 ・地元の小児科医、基幹病院、関係機関による情報の共有化を図るために二本松市、本宮市、大玉村の三自治体が運営。 ・民生委員による見守り <p>3 相談援助業務</p> <ul style="list-style-type: none"> ・相談は、障がい認知から始まるが、それが遅くなると進路の選択が狭くなる。 ・障がい認知が遅くなる理由は、それを認めたくないという心の働きがあるから。 ・認知したくない心の働きは、点数などの成績が普通に取れるなど健常者と変わらないところもあるから。 ・最近では、高学歴の人からの相談が多くなっている。 			

表 2-21 対象者Uのインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	U		
所属団体名	NPO 法人	役職	サービス管理責任者
日時	平成 26 年 10 月 8 日	場所	就労継続支援施設
インタビューの概要			
<ul style="list-style-type: none"> ・インタビュー対象者の仕事の内容、地震発生時の職場の状況、地震発生後の職場の影響について説明された。 ・転院を余儀なくされた双葉病院の患者を受け入れた転院先の病院での患者をめぐる問題点について説明された。 搬送された人が特定できず治療などの対応が困難であった。 ・通所者への放射能の影響についての説明 伊達市内にも放射能の数値の高いところがあり、目に見えないだけに恐怖感を感じた通所者がいた。 ・支援先での対応を通して気づいたことを説明された。 連絡体制がうまくいかず安否確認に支障をきたした。 ・精神障害者への災害時における支援マニュアルに盛り込むことでの意見が述べられた。 精神障害者が服用している薬などが災害時においても把握できるような方法 			

表 2-22 対象者 V のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	V		
所属団体名	沖縄社会福祉士会 浦添総合病院	役職	医療ソーシャルワーカー
日時	2014年10月4日	場所	社会福祉研究所
インタビューの概要			
<p>1. DMATの一員として宮古市に入った経験から。 認知症が見られるなどの福祉的な支援が必要な人がいても、DMAT隊員としての短時間の避難所滞在では、何もできないもどかしさ。 福祉専門職は医療者が帰った後にやってきた。 避難所の段階で福祉的なトリアージが必要。</p> <p>2. 県社会福祉士会の理事としてSWを被災地に継続して派遣。 送り出す人選にあたっては、その人の経験と知識技術のうえで、次のことが懸念された。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・環境の変化に耐えられるか。 ・壊れたものを本当に新たに創り出せるか。 <p>7・8人派遣したが、半数は、行っても何もできなかったという思いで帰ってきた。</p> <p>3. 福祉版DMATの必要性 しかし、1チームを所属単位ではなかなか組めない。 方法としては、複数のチームが大グループを組んで活動し、その中から何人かを選んで派遣する。 医療のDMATの活動のなかから福祉専門職チームにつながれるとよい。</p>			

表 2-23 対象者 W のインタビュー概要

インタビュー対象者			
氏名	W		
所属団体名	静岡社会福祉士会	役職	
日時	2014年10月11日 13:30	場所	静岡社会福祉士会会議室
インタビューの概要			
<p>1. 職場である社協という立場と、県社会福祉士会という専門職団体の立場で、岩手と宮城に支援に入った。 仮設入居者のコミュニティづくりを行う。 「あなた方は何しに来たの」と訊かれたが、説明が難しかった。</p> <p>2 人一組で 9 日間入って次のチームにつないでいくので、長期的な変化・成果は見えづらい。</p> <p>2. 専門職団体としての継続派遣の難しさ。 職場が理解してくれないと難しいが、静岡県は東海地震を控えているので、理解度が少し高いかもしれない。 先日、新潟県から視察が来た。しかし、静岡県の専門職の危機意識が高いわけでは必ずしもない。 県レベルでの福祉専門職団体の横の連携も、事務所は同じ建物の同じフロアーにあるのに、うまくできているわけでもない。</p> <p>3. 医療との連携も、PSWはともかくとして、SWやケアマネのレベルではまだまだできていない。</p> <p>4. 社会福祉士会として災害対応マニュアルを作っているところ。</p>			

3) 発話内容の分析

() 主要語の出現頻度 (全員)

表 2-24 に対象者 A~W23 名全員の発話内容における主要語の出現頻度上位のものを示した。主要語とは、「(看護・介護の) 専門用語」と主要な「キーワード」を抽出したものである。「看護・介護の専門用語」だけでは抽出されない「災害」「震災」「組織」「機関」などのキーワードも併せて抽出されることになる。

また表 2-25 は対象者 A~W23 名全員の発話内容における主要語の出現頻度上位のもの(上位 33 位まで)について、加えて県区分別と内外支援者区分別の出現頻度を示したものである。

表 2-24 と表 2-25 から、主要語の高出現頻度語の中で、上位 4 位までは「支援」_人、「人」_私、「私」_今と一般的な用語が多く、県区分においても、内外支援者区分においても万遍なくすべての区分で頻度が高かった。5 位以下において区分により頻度に差がある用語として、「人達(5 位)」_{地域(6 位)}、「子ども(8 位)」_{避難(14 位)}、「生活(15 位)」_{福祉(16 位)}、「活動(17 位)」_{病院(19 位)}、「職員(22 位)」_{社会福祉協議会(28 位)}、「団体(32 位)」があげられた。

表2-2-4 主要語の出現頻度(全員)

順位	用語	出現頻度
1:	支援	669
2:	人	612
3:	私	506
4:	今	486
5:	人達	407
6:	地域	390
7:	自分	380
8:	子ども	306
9:	本当	285
10:	状況	283
11:	話	283
12:	何	282
13:	災害	282
14:	避難	275
15:	生活	270
16:	福祉	266
17:	活動	265
18:	わけ	250
19:	病院	230
20:	必要	223
21:	避難所	220
22:	職員	216
23:	医療	211
24:	県	199
25:	形	197
26:	問題	193
27:	できる	185
28:	社会福祉協議会	175
29:	震災	174
30:	社会	173
31:	いろいろ	170
32:	団体	163
33:	いろいろ	162
34:	仕事	158
35:	私達	157
36:	仮設	156
37:	情報	153
38:	チーム	149
39:	部分	146
40:	施設	139

順位	用語	出現頻度
41:	実際	139
42:	みんな	137
43:	一番	125
44:	住宅	122
45:	意味	121
46:	できない	120
47:	非常	120
48:	先生	119
49:	関係	116
50:	一つ	115
51:	一編	112
52:	前	111
53:	ふう	108
54:	家族	108
55:	後	108
56:	実	108
57:	課題	105
58:	精神	103
59:	専門職	102
60:	訪問	102
61:	地元	99
62:	津波	99
63:	最初	98
64:	感じ	96
65:	石巻	96
66:	家	95
67:	随書	95
68:	対応	95
69:	住民	94
70:	結構	92
71:	被災地	92
72:	いわき	91
73:	全部	91
74:	相談	90
75:	ボランティア	89
76:	被災	89
77:	我々	88
78:	行政	88
79:	確認	87
80:	心	87

順位	用語	出現頻度
81:	市	85
82:	大学	84
83:	地震	84
84:	結局	81
85:	きちんと	80
86:	派遣	78
87:	役割	78
88:	状態	77
89:	福祉士会	77
90:	利用者	77
91:	先	76
92:	全然	76
93:	今回	75
94:	誰	75
95:	被害	75
96:	福祉士	75
97:	学校	74
98:	日本	74
99:	こち	73
100:	包括	73
101:	たくさん	72
102:	介護	72
103:	内	72
104:	別	71
105:	大変	70
106:	事業	69
107:	スタッフ	68
108:	高齢者	68
109:	調査	67
110:	当時	67
111:	皆さん	66
112:	民生委員	66
113:	逆	65
114:	保健師	65
115:	連携	65
116:	どんどん	64
117:	一応	64
118:	連携	64
119:	だけど	63
120:	ソーシャルワーカー	63

順位	用語	出現頻度
121:	外	62
122:	機能	62
123:	次	61
124:	相談員	61
125:	被災者	61
126:	その後	60
127:	センター	60
128:	町	59
129:	お母さん	58
130:	ニーズ	57
131:	協会	57
132:	協発	57
133:	現地	57
134:	場所	57
135:	日	57
136:	復興	57
137:	僕	57
138:	随書	56
139:	地区	56
140:	福島	56
141:	理解	56
142:	お金	55
143:	不安	55
144:	ケア	54
145:	中心	54
146:	難しい	54
147:	要	54
148:	景	53
149:	経験	53
150:	研修	53
151:	再建	53
152:	場	53
153:	運	53
154:	当然	53
155:	市町村	52
156:	声	52
157:	法人	52
158:	段階	51
	(以下、略)	

表 2-25 主要語の県区分別、内外支援者区分別の出現頻度

順位	用語	出現 頻度	県区分			内外支援者区分	
			福島県	宮城県	岩手県	内部	外部
1	支援	669	138	124	238	488	181
2	人	612	116	237	156	487	125
3	私	506	127	147	108	377	129
4	今	486	116	138	153	384	102
5	人達	407	97	193	73	342	65
6	地域	390	134	67	93	288	102
7	自分	380	116	79	98	256	124
8	子ども	306	62	127	84	273	33
9	本当	285	80	93	49	222	63
10	状況	283	117	30	65	200	83
11	話	283	80	66	92	233	50
12	何	282	61	84	74	200	82
13	災害	282	61	29	74	148	134
14	避難	275	182	11	34	226	49
15	生活	270	126	16	100	234	36
16	福祉	266	46	31	130	193	73
17	活動	265	59	52	100	203	62
18	わけ	250	47	71	95	212	38
19	病院	230	126	16	72	205	25
20	必要	223	42	52	63	152	71
21	避難所	220	52	50	71	162	58
22	職員	216	40	32	107	175	41
23	医療	211	42	23	96	140	71
24	県	199	56	15	80	144	55
25	形	197	48	25	85	124	73
26	問題	193	113	24	33	170	23
27	できる	185	56	42	53	140	45
28	社会福祉協議会	175	1	43	112	156	19
29	震災	174	62	59	39	159	15
30	社会	173	21	11	71	90	83
31	いろいろな	170	52	35	35	122	48
32	団体	163	10	42	33	76	87
33	いろんな	162	27	30	71	125	37

注) 網掛けは、そのカテゴリーで出現頻度が上位 10 位に入っている語

() 県区分による特徴的な語

表 2-26 に主要語について、「県区分」それぞれのカテゴリにおいて、他のカテゴリと比較して、相対的に高頻度に現れた単語を特徴的な単語として順に示した。上位にある単語ほど、そのカテゴリ（区分）に特徴的にあらわれた単語とみなすことができる。高頻度であっても、他のカテゴリでも同様に高頻度である単語は一般的（平均的）であり特徴的な単語とはみなさないことになる。左側の数値は「区分内の単語数」、右側は「全単語数」である。

高頻度上位 10 に入っている用語の中で、福島県における特徴的な語として、「避難」、「病院」、「生活」があげられた。宮城県では、「人達」、「人」、「みんな」、「子ども」があげられた。岩手県では、「社会福祉協議会」、「福祉」、「職員」があげられた。

表 2-26 主要語における県区分の特徴的な語

福島県				宮城県				岩手県			
1	いわき	91	91	1	人達	193	407	1	社会福祉協議会	112	175
2	避難	182	275	2	石巻	65	96	2	相談員	53	61
3	原発	50	57	3	人	237	612	3	福祉	130	266
4	再建	47	53	4	事業	49	69	4	部分	82	146
5	問題	113	193	5	ちゃんと	37	45	5	職員	107	216
6	病院	126	230	6	みんな	76	137	6	里親	18	18
7	帰還	28	29	7	湊	22	22	7	大船渡	23	26
8	家族	68	108	8	鶴岡	20	20	8	釜石	17	17
9	重度	23	23	9	子ども	127	306	9	ほんとうに	25	30
10	患者	25	27	10	宮城県	27	35	10	今度	34	49
11	実際	77	139	11	実	55	108	11	訓練	29	39
12	生活	126	270	12	カフェ	13	13	12	市町村社協	21	25
13	情報	81	153	13	人材	18	23	13	内陸	24	31
14	ヘルパー	36	49	14	地区	32	56	14	県立	14	14
15	利用者	48	77	15	役割	40	78	15	チーム	74	149
16	双葉郡	17	17	16	石巻市	19	27	16	医療	96	211
17	双葉	17	18	17	財源	10	10	17	陸前高田	32	50
18	もしくは	22	27	18	野球	10	10	18	保健師	38	65
19	福島県	22	27	19	昔	16	21	19	派遣	43	78
20	障がい	16	17	20	疾患	15	19	20	応援	17	21

注) 網掛けは、その分類区分内で高頻度上位 10 に入っている用語

() 内外支援者区分による特徴的な語

同様に主要語について、「内外支援者区分」それぞれのカテゴリーにおいて、他のカテゴリーと比較して、相対的に高頻度に現れた単語を特徴的な単語として順に示した(表 2-27)。上位にある単語ほど、そのカテゴリー(区分)に特徴的にあらわれた単語とみなすことができる。高頻度であっても、他のカテゴリーでも同様に高頻度である単語は一般的(平均的)であり特徴的な単語とはみなさないことになる。左側の数値は「区分内の単語数」、右側は「全単語数」である。

高頻度上位 10 に入っている用語の中で、内部支援者に特徴的な語として、「子ども」、「生活」があげられた。外部支援者に特徴的な語としては、「災害」、「団体」、「社会」があげられた。

表 2-27 主要語における内外支援者区分の特徴的な語

内部支援者				外部支援者			
1	いわき	91	91	1	ソーシャルワーク	36	37
2	学校	74	74	2	ソーシャルワーカー	49	63
3	子ども	273	306	3	ほんとうに	30	30
4	震災	159	174	4	茨城県	34	36
5	民生委員	65	66	5	災害	134	282
6	再建	53	53	6	当事者	40	47
7	病院	205	230	7	団体	87	163
8	相談員	60	61	8	ふうあい	23	23
9	事業	67	69	9	茨城	24	25
10	津波	93	99	10	現地	40	57
11	地区	55	56	11	被曝	22	23
12	仕事	143	158	12	社会	83	173
13	電話	42	42	13	ネット	21	22
14	社会福祉協議会	156	175	14	主人	23	26
15	町	57	59	15	検査	19	20
16	生活	234	270	16	福祉士会	45	77
17	たくさん	68	72	17	請願	16	16
18	問題	170	193	18	派遣	44	78
19	市	79	85	19	災害時	24	35
20	高校	35	35	20	市立病院	12	12

注) 網掛けは、その分類区分内で高頻度上位 10 に入っている用語

() 「精神・メンタル・心・心理」に関わる県区分による特徴的な語

着目語「精神・心理・メンタル・心」について、その発話のある部分（1つの対話）を抽出し分析を行った。表 2-28 に「県区分」それぞれのカテゴリにおいて、他のカテゴリと比較して、相対的に高頻度に現れた単語を特徴的な単語として順に示した。上位にある単語ほど、そのカテゴリ（区分）に特徴的にあらわれた単語とみなすことができる。高頻度であっても、他のカテゴリでも同様に高頻度である単語は一般的（平均的）であり特徴的な単語とはみなさないことになる。左側の数値は「区分内の単語数」、右側は「全単語数」である。

「精神・心理・メンタル・心」に関わる発話において高頻度上位 10 に入っている用語の中で、福島県で特徴的な語として、「問題」_レ、「避難」_レ、「仕事」_レ、「課題」_レがあげられた。宮城県に特徴的な語として、「人達」_レ、「疾患」_レ、「私」_レ、「人」_レ、「子ども」_レがあげられた。岩手県に特徴的な語として、「部分」_レ、「支援」_レ、「活動」_レ、「生活」_レ、「わけ」_レがあげられた。

表 2-28 「精神・メンタル・心・心理」に関わる県区分の特徴的な語

福島県				宮城県				岩手県			
1	問題	43	64	1	人達	39	75	1	相談員	20	23
2	避難	23	36	2	疾患	13	16	2	部分	31	48
3	仕事	18	28	3	宮城県	8	8	3	社会福祉協議会	9	9
4	ヘルパー	9	10	4	みんな	12	16	4	支援	67	144
5	喪失	7	7	5	窓口	7	7	5	活動	26	43
6	課題	18	29	6	協会	12	18	6	元々	10	12
7	更年期	6	6	7	日	9	12	7	地元	14	20
8	借り上げ	6	6	8	言葉	7	8	8	遊び	9	11
9	物資	7	8	9	私	27	66	9	結構	9	11
10	家族	14	23	10	人	45	135	10	生活	39	82
11	我々	14	23	11	子ども	19	43	11	わけ	23	44
12	国際	5	5	12	宮城	5	5	12	小児	5	5
13	実際	10	15	13	車	6	7	13	宮古	5	5
14	障害者	15	27	14	ハローワーク	4	4	14	釜石	5	5
15	自殺	6	7	15	音	4	4	15	非常	16	28
16	再建	7	9	16	仙台市	4	4	16	精神科	18	33
17	ふうに	14	25	17	対象者	4	4	17	資源	6	7
18	住宅	11	18	18	毎日	4	4	18	いろんな	17	31
19	ストレス	9	14	19	ちゃんと	5	6	19	保護	7	9
20	アプローチ	4	4	20	やり方	5	6	20	里親	4	4

注) 網掛けは、その分類区分内で高頻度上位 10 に入っている用語

()「精神・メンタル・心・心理」に関わる内外支援者区分による特徴的な語

同様に「精神・心理・メンタル・心」について、その発話のある部分（1つの対話）を抽出し分析を行った。表 2-29 に「内外支援者区分」それぞれのカテゴリーにおいて、他のカテゴリーと比較して、相対的に高頻度に現れた単語を特徴的な単語として順に示した。上位にある単語ほど、そのカテゴリー（区分）に特徴的にあらわれた単語とみなすことができる。高頻度であっても、他のカテゴリーでも同様に高頻度である単語は一般的（平均的）であり特徴的な単語とはみなさないことになる。左側の数値は「区分内の単語数」、右側は「全単語数」である。

「精神・心理・メンタル・心」に関わる発話において高頻度上位 10 に入っている用語の中で、内部支援者に特徴的な語として、「問題」、「人達」、「精神」、「心」、「今」があげられた。外部支援者に特徴的な語として、「ソーシャルワーカー」、「災害」、「医療」があげられた。

表 2-29 「精神・メンタル・心・心理」に関わる内外支援者区分の特徴的な語

内部支援者				外部支援者			
1	仕事	28	28	1	メンタルケア	11	11
2	子ども	41	43	2	ソーシャルワーカー	15	19
3	精神科	32	33	3	災害	25	44
4	相談員	23	23	4	コミュニティーワーク	7	7
5	部分	45	48	5	ドクター	11	15
6	一つ	20	20	6	コミュニティー	6	6
7	スタッフ	28	29	7	治療	6	6
8	問題	58	64	8	自然	6	6
9	人達	67	75	9	湿地	6	6
10	薬	18	18	10	包括	6	6
11	精神	90	103	11	ニーズ	7	8
12	被災者	17	17	12	きちんと	12	21
13	疾患	16	16	13	わり	5	5
14	心	76	87	14	ソーシャルワーク	5	5
15	わけ	40	44	15	マニュアル	5	5
16	我々	22	23	16	安定	5	5
17	民生委員	14	14	17	現地	8	12
18	課題	27	29	18	災害時	7	10
19	ケアセンター	20	21	19	判断	7	10
20	今	62	71	20	医療	21	52

注) 網掛けは、その分類区分内で高頻度上位 10 に入っている用語

D. 考察

災害時のメンタルヘルスに関して、ソーシャルワークの観点からの支援の在り方を考えることを目的とし、東日本大震災時の支援に関わった専門家に対するヒアリング調査を行い、その発言内容のテキスト分析を行った。

表 2-24 から、対象者全員において高頻度に出現した語について、5 位までは「支援」_人、「人」_私、「今」_{人達}と一般的な用語が多かった。6 位以下においてソーシャルワークや生活の視点から意味がある用語として、「地域 (6 位)」_人、「子ども (8 位)」_人、「避難 (14 位)」_人、「生活 (15 位)」_人、「福祉 (16 位)」_人、「活動 (17 位)」_人、「病院 (19 位)」_人、「避難所 (21 位)」_人、「職員 (22 位)」_人、「医療 (23 位)」_人、「社会福祉協議会 (28 位)」_人、「社会 (30 位)」_人、「団体 (32 位)」_人といったものがあげられた。これらの中で上位 20 位以内の用語について考察を行う。

まず「地域」という用語は県区分において福島県 (表 2-25) のみ頻度の上位 10 位に入っていた。具体的な発言内容からは、「地域の復興」「地域の再生」「地域のまとまり」「地域がバラバラ」「地域への帰還」「線量高い地域」「地域の課題」「地域の喪失」といったように、原子力災害による他県よりも長期に及ぶ地域の問題や、それに対してまとまって対応していく必要があるといったことが伺えた。ただし、この「地域」という用語は有意性テストによる区分別の特徴語としてはあがっておらず、他県においてもまた内部支援者であっても外部支援者であっても災害時の支援にとって重要な要素であることが示されている。

次に「子ども」については宮城県 (表 2-26) 内部支援者 (表 2-27) 宮城県 (表 2-28) であげられており、具体的な発言内容としては「子どもの遊び場がない」「子どもの居場所がない」「子どもは大人を見ている」「子どもは大人から影響を受ける」「子どもと母親」「子どものカウンセリング」などというように使われていた。宮城県においては特に仮設住宅が大規模に建てられて物理的な遊び場もなく、家庭の中でも苦しんでいる親を見ることで心理的にも子どもに居場所がなくなっているという可能性が示された。また宮城県 (表 2-28) でも特徴語としてあげられており、メンタルヘルスにおいても影響が大きいことが示唆された。内部支援者については地域の将来を考えて、地域の子どもの深刻な影響を憂慮している可能性や、子どものメンタルヘルスへの支援については特に内部支援者の役割が大きいという可能性も考えられた。

「避難」については、福島県 (表 2-26) 福島県 (表 2-28) であげられており、具体的な使われ方として「原発避難」「自主避難」「強制避難」「長期的避難」「広域避難」「県外避難」「子どもの避難」「母子避難」「避難回数」といった原子力災害に端を発する多様な避難に関する問題を示した形となった。また「避難所」といった用語も福島県で多くみられたが、これは他県においても同様に多くつかわれた用語で特徴語ではなかった。

「生活」については福島県 (表 2-26) 内部支援者 (表 2-27) に特徴語としてあげられた。「生活の再建」「生活の場」「生活の拠点」「バラバラに生活」など、「地域」という用語と似た使われ方をしていることがわかった。ゆえに自分の地域の将来、地元での生活といったことをより考えるであろう内部支援者において多く見られた可能性がある。またその地域については内部支援者でないと語れないということもあるであろう。「精神・メンタル」関連の文脈では岩手県 (表 2-28) の特徴語としてあげられた。これについては「生活支援相談員」という使われ方が非常に

多く、雇用対策としても考えられている生活支援相談員の制度が岩手県において有効に機能し、メンタルヘルスに大きな影響を与えている可能性が示唆された。

「福祉」については岩手県（表 2-26）において特徴語としてあげられた。具体的な発言内容としては「社会福祉士」「精神保健福祉士」「介護福祉士」「福祉専門職」といったものの他、それぞれの学会名や「社会福祉法人」「社会福祉協議会」といった機関や組織の名前として現れることが多かった。また「災害派遣福祉チーム」といった岩手県が先進的に進めている制度に関するものも多かった。

「活動」については、岩手県（表 2-28）における特徴的な語としてあげられた。具体的な使われ方は、「支援活動」といったものが多かったが、「訪問活動」「民生委員の活動」「保健活動」「支援員の活動」「ボランティアの活動」「災害派遣福祉チームの活動」「プログラム活動」など、他県よりも具体的に多様な活動が岩手県では行われているといったことが示唆される内容であった。

「病院」については福島県（表 2-26）において特徴的な語としてあげられた。具体的な使われ方としては「病院機能が失われる」「病院機能が戻る」「病院が孤立」といったように津波被害と原子力災害の複合的な影響を受けた福島県の当時の厳しい状況が示されていた。

E. 結論

災害時のメンタルヘルスに関して、ソーシャルワークの観点からの支援の在り方について重要であろう点が生された。また県区分による特徴もあらわれた。特に宮城県における子どもの抱える問題とその対応、岩手県における福祉や生活における取り組み、福島県における原子力災害のメンタルヘルスや生活に与える影響が特徴的であった。またメンタルヘルス支援における内部支援者の役割の重要性が示唆された。今後より詳細な調査・分析を行い、ここにあげられた問題点の影響の大きさや、取り組みの有効性を検証する必要がある。

謝辞 本研究の実施にあたり、データ収集に関しては一般財団法人社会福祉研究所の協力を得て、データ分析に関しては富士通エフ・アイ・ピー・システムズ株式会社の協力を得て行った。

研究3

平成25年度環太平洋社会福祉セミナー（国際会議） 「コミュニティベースの災害リスク管理の挑戦」の開催

野口 代・藤岡孝志・山口幸夫・三好真人
（日本社会事業大学社会事業研究所）

（研究2については平成25年度の分担研究として行ったが、平成25年度研究報告書提出後に国際会議が開催されたため、平成26年度分担研究として報告を行った。）

研究要旨

東日本大震災災害時の自治体や医療保健福祉団体、地域団体による対応・連携についてその実践を検証し、環太平洋諸国からの災害経験を学び、今後の防災の教訓として活かすことを目的に「コミュニティベースの災害リスク管理の挑戦」と題した国際会議を開催した。米国、フィリピン、タイ、インドネシア、日本の研究者や実践者15名により平成26年2月16日に日本社会事業大学において、コミュニティベースの災害リスク管理、災害時における地域の実践と教訓が主なテーマであった。北茨城市各団体による災害時の活動報告「その時地域をどう守ったか」に基づき、円卓会議においてコミュニティ全体が深刻なダメージを受けることを想定した支援体制の確立や、地域のレジリエンス・アセスメントといった地域の全体的な議論が行われた。また具体的なコミュニティへの介入に関しては、援助が必要であるが支援を求められない人への対応の課題や方法について議論がなされた。全体的視点においても具体的視点においても平時における事前の準備が不可欠であることが示された。

A. 研究目的

災害時の医療福祉専門職による被災者支援についてはさまざまな報告がなされている。しかしコミュニティベースの災害時の自助や共助の取り組み、リスク管理については十分に議論がなされていない。そこで東日本大震災災害時の自治体や医療保健福祉団体、地域団体による対応・連携についてその実践を検証し、環太平洋諸国からの災害経験を学び、今後の防災の教訓として活かすことを目的に「コミュニティベースの災害リスク管理の挑戦」と題した国際会議を開催した。

B. 研究方法

1) 会議参加者

Charls Figley (Tulane University)

Decha Sungkawan (Thammasat University)

Emmanuel Luna (University of Philippines)

Fentini Nugroho (University of Indonesia)
Anggraeni (University of Indonesia)
朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)
佐藤 晋爾 (筑波大学臨床医学系精神神経科)
今川 弘子 (医療法人秀仁会介護老人保健施設おはよう館)
山崎 恭一 (北茨城元気づくりプロジェクト)
大島 隆代 (法政大学大原社会問題研究所)
大嶋 巖 (日本社会事業大学)
藤岡 孝志 (日本社会事業大学社会事業研究所)
秋元 樹 (日本社会事業大学社会事業研究所)
山口 幸夫 (日本社会事業大学社会事業研究所)
野口 代 (日本社会事業大学社会事業研究所)

2) 開催日時・場所

平成 26 年 2 月 16 日 日本社会事業大学

3) 会議内容

コミュニティベースの災害リスク管理、災害時における地域の実践と教訓についての講演、円卓会議を行った。具体的には以下のテーマ、スケジュールで行った。

基調講演

Emmanuel Luna (University of Philippines)

“ The Powers and Limits of Community-Based Approach in a Complex Disaster: The Case of Typhoon Haiyan in Leyte ”

Charls Figley (Tulane University)

“ Disaster Relief For Mental Health Care: Developing Disaster Resilience ”

実践報告・パネルディスカッション

「その時地域をどう守ったか」北茨城市各団体による災害時活動の発表

佐藤晋爾 (筑波大学臨床医学系精神神経科)

「地域に根ざした災害精神支援は可能か ~ 北茨城元気づくりプロジェクトの結果も踏まえて~」

小松美晴・今川弘子 (医療法人 秀仁会 介護老人保健施設おはよう館)

「当施設における東日本大震災発生時の状況と対応」

山崎恭一 (北茨城元気づくりプロジェクト)

「3.11 東日本大震災における北茨城市大津町の状況」

朝田 隆（筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学）

「災害精神支援」

大島隆代（法政大学大原社会問題研究所）

「災害復興のためのコミュニティ・ソーシャルワークの機能」

野口 代（日本社会事業大学社会事業研究所）

「特別な配慮を要する要援護者の災害時避難」

円卓会議

Charls Figley (Tulane University)・ Decha Sungkawan (Thammasat University)・ Emmanuel Luna (University of Philippines)・ Fentini Nugroho (University of Indonesia)・ Anggraeni (University of Indonesia)・ 朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)・ 佐藤 晋爾 (筑波大学臨床医学系精神神経科)・ 今川 弘子 (医療法人秀仁会介護老人保健施設おはよう館)・ 山崎 恭一 (北茨城元気づくりプロジェクト)・ 大島 隆代 (法政大学大原社会問題研究所)・ 大嶋 巖 (日本社会事業大学)・ 藤岡 孝志 (日本社会事業大学社会事業研究所)・ 秋元 樹 (日本社会事業大学社会事業研究所)・ 山口 幸夫 (日本社会事業大学社会事業研究所)・ 野口 代 (日本社会事業大学社会事業研究所)

C. 研究結果

以下に基調講演及び実践報告・パネルディスカッションにおける講演のタイトル、講演者、講演要旨を示した。

(1) “ The Powers and Limits of Community-Based Approach in a Complex Disaster: The Case of Typhoon Haiyan in Leyte ”

Emmanuel Luna (University of Philippines)

2013年11月にフィリピンを襲った台風30号Yolandaについて、その基本的な情報、被害と影響、複合災害であったということ、どのような対応がなされたか、災害リスク低減のためにどのようなコミュニティアプローチが可能か、ということを中心に講演された。Community Based Disaster Risk Reduction and Management (CBDRRM)は、法律に基づき、リスクのあるコミュニティが、脆弱性の低減や地域の力を高めるために、災害リスクを把握、分析、対応、モニタリング、評価することであり、Mayorga市の事例を通してその説明がなされた。また、CBDRRMの課題も提示され、CBDRRMはコミュニティが中心となって進められるという説明がなされた。

(2) “ Disaster Relief for Mental Health Care: Developing Disaster Resilience ”

Charls Figley (Tulane University)

メンタルヘルスケアにおける災害支援として、トラウマを抱える人たちの反応や援助者の対応について講演された。具体的には、災害メンタルヘルスとレジリエンスの定義、レジリエンスの5つの要素、レジリエンスのスペクトラム、考え方や行動を促しトラウマ・レジリエンスを高めることの便益と方法について説明された。トラウマ・レジリエンスとは、精神的な障害に焦点を当てるといふことの代わりとなる重要なコンセプトである。精神的に病的な状態に注目するのではなく、どうすれば人々がより良く機能できるのかを考えるべきであり、それがレジリエンスを高めることであると話された。レジリエンスのスケールが存在するので、それを元に戦略を立てレジリエンスを高めることができ、レジリエンスが高められれば次の別のステップに進めることになる。レジリエンスは、克服すべき逆境とそこから得た学びがなければあり得ない。レジリエンスを高めることはすべての人の責任である。

(3)「地域に根ざした災害精神支援は可能か ~ 『北茨城元気づくりプロジェクト』の結果も踏まえて~」

佐藤晋爾 (筑波大学臨床医学系精神神経科)

精神科医や精神科として、発災時に時系列でどのような動きがあったのか、中長期にはどのように動いたのかの報告がなされた。また、その中で北茨城市の活動を交えての説明がなされた。発災直後の問題点として、行政の情報収集能力・発信能力の問題、現場医師と行政の連携の問題、避難マニュアル・運営マニュアルといった病院の問題の3つが挙げられた。中期の問題としては、精神保健福祉法の問題、コマンドコントロールの問題が挙げられた。長期の取り組みとして、地域への支援と研究を兼ねた北茨城市の介入活動の説明と中間結果の報告がなされた。また、地域での隠れた重症者へのアプローチほど難しいという課題も示された。最後に行政からのトップダウンの難しさから、平時より関係者の連絡会議などを開き、有事に連携をとれるような体制が必要であるということが述べられた。

(4)「当施設における東日本大震災発生時の状況と対応」

小松美晴・今川弘子 (医療法人 秀仁会 介護老人保健施設おはよう館)

従来型介護老人保健施設の震災時の状況と対応について、発生直後から時系列に沿った報告がなされた。入所利用者、通所利用者合わせて130名以上を屋外避難させ、その後5日間にわたり、1階のデイルームにおいて、電気や水道の使えない中で介護を続けられていた。そのような状態における介護の様子に加え、物資の確保や、緊急の受け入れ、職員の勤務状況についての説明がなされた。震災時の対応で良かった点としては、緊急受け入れ、施設運営管理、施設の力が挙げられ、課題として、通信の断絶、モチベーションの継続、避難所に向くことや避難所生活者を受け入れるなど地域に目を向けることが挙げられた。

(5)「3.11 東日本大震災における北茨城市大津町の状況」

山崎恭一 (合同会社 北茨城元気づくりプロジェクト)

東日本大震災における北茨城市民としての経験、大津町の津波被害、北茨城元気づくりプロジ

エクトについて報告をされた。北茨城市は、福島原発より 68km、東海原発より 55km の地点にあり、50km 以内であれば援助・支援があるがその空白地帯であること、隣のいわき市は多くの支援金がもらえているが、北茨城市はほとんどもらえないという問題が説明された。また震災時に最も困ったこととして、情報が全く入ってこなかったことがあげられた。メディアからの情報は東北 3 県ばかりで、北茨城がどのような状況なのか全くわからなかったということが話された。アンケートの結果からも、情報の速やかな伝達があればよかったという意見が示された。このように情報が入ってこない中、外にも出られない状態で、孤立感が増し自分の世界にこもっていくことが考えられると説明された。3 年経ってなお、住民には心に深い傷が残されていること、また漁業などにおいて風評被害が大きな損害を与え続けている問題が示された。

(6)「災害精神支援」

朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)

災害弱者への精神科サービスを時間経過の中で示していくことを目標とした取り組みが報告された。インパクト・フェイズから 2 年、3 年の間にどのようなサービスが必要となるか、被災地である岩手、宮城、福島の東北 3 県で、支援に携わった人からレビューを聞いてそのエッセンスがまとめられ、時系列の介入プランを作るための取り組みであった。具体的には、病院、自治体の保健師、PSW・MSW・社会福祉士から、課題や対応を抽出した結果が報告され、県別では、岩手は津波の被害が大きく精神病院の被害が小さく、宮城は津波被害も精神病院の被害も大きく、福島は津波被害が大きく原発の後遺症が大きいという特徴であった。さらに、精神科病院の役割、住宅問題、飲酒・賭博、地域保健活動と心のケアチーム、認知症、支援者支援の 6 つのテーマについての報告がなされた。

(7)「災害復興のためのコミュニティ・ソーシャルワークの機能」

大島隆代 (法政大学大原社会問題研究所)

災害が原因となって引き起こされる被災者と地域の変容による社会福祉の課題を整理し、実践のためのアプローチの視点を整理することを目的とした報告がなされた。災害後の時系列に沿って、ソーシャルワーク機能の整理がなされた表が示された。日本における過去の災害の調査の分析を通して、課題や教訓として活かされた点も明確化され、報告がなされた。また、コミュニティ・ソーシャルワークの機能を引用しながら、地域福祉の視点、コミュニティベースド・ソーシャルワーク、コミュニティ・ディベロップメントの視点から災害支援を考え、災害後のソーシャルワークの具体的方法がサジェストされた。

(8)「特別な配慮を要する要援護者の災害時避難」

野口 代 (日本社会事業大学社会事業研究所)

避難時に特別な配慮を要する要援護者（特に知的障害者、精神障害者、発達障害者）の災害時の状況や、災害時における支援の内容を、支援者への個別のインタビュー調査により時系列で調査した結果が報告された。発災直後の特別な配慮を要する要援護者の様子としては、パニックや思いもよらない行動は現れなかったということであった。これについては、要援護者への理解の

ある支援者や、信頼関係のある支援者の存在の重要性があげられた。また、要援護者の障害特性や認知機能のプロフィールの違いや、災害後のフェイズの違いによっても、災害時の行動や症状が異なる可能性が報告された。今回の震災時の機関・施設間での連携協力や、被災時マニュアル、福祉避難所についての課題が多く報告された。また、大規模災害では、大きな被害を受けた地域と、被害のない地域の間には必ず、北茨城市のような中間地域があり、そこには独特の課題が存在し、今後もその対応について考える必要があるという結果の報告がなされた。

D. 考察

結果に示したようなプレゼンテーション内容に基づき円卓会議において、コミュニティ全体が深刻なダメージを受けた場合の対応、地域のレジリエンス・アセスメント、支援が必要だが求められないようなアプローチの難しい人への対応などについて、以下のようなディスカッションがなされた。

コミュニティベースの災害リスク管理において、コミュニティ全体が深刻なダメージを受けるような場合がある。そのような中で支援の主体をどこにおくのか、コミュニティ・ソーシャルワークを行う体制をどのように整えるのかについて議論が行われた。その中で、現在は社会福祉協議会だけでコミュニティ・ソーシャルワークを担うことの限界があげられ、スーパービジョンや研修、さらに学部レベルからの教育が必要になるということが話し合われた。そしてソーシャルワーカーがボランティアとして被災地支援をしている現状に対して、医師や看護師などと同様に今後よりステータスを確立し、他専門職と連携し地域のリーダーとして動くという仕組みづくりが必要であるとされた。

地域ベースで考えたときに地域のレジリエンスのアセスメントが重要になるとされた。コミュニティのレジリエンスに影響する要因として、経済的な力、雇用状況、防災計画、災害の経験、医療システム、災害対応力、輸送の能力と質、移動の容易性、各種災害への脆弱性、避難体制といった点があげられた。またそれぞれの地域における災害経験の報告をもとに、より現実的な防災計画を作成することの重要性があげられた。そして時代にあわせて計画を更新し続ける必要性があげられた。

本当に支援が必要な人ほど、支援を求める声をあげられないということをしかりとらえなければならぬ。このような問題に対して具体的にコミュニティに介入する際の課題が議論された。災害時の緊急性を考えると、平時からの準備として事前にハイリスク者をリストアップしておくこと、普段から関係性のある人から受診を勧めてもらえるように地域全体に対する心理教育が大切になることが示された。

災害時の多大なニーズと、人材に制約があるという状況を考えると、専門職だけでない、非専門家による役割の重要性があげられた。つまり被災地当事者の視点、コミュニティに基づいた決定のために、ソーシャルワーカーが地域のキャパシティ・ビルディングを行う必要性があげられた。被災者の支援への依存までを考慮に入れた正確なニーズ把握とそれに基づく自立支援、エンパワメントの概念の重要性が地域の持続可能性を高めるとされた。一方でコミュニティベースの災害リスク管理そのものがまだ具体的方法あるいは概念の整理が不十分であるという課題もあげ

られた。

E. 結論

コミュニティベースの災害リスク管理について、コミュニティ全体が深刻なダメージを受けることを想定した支援体制の確立や、地域のレジリエンス・アセスメントといった全体的な議論が行われた。また具体的なコミュニティへの介入に関しては、援助が必要であるが支援を求められない人への対応の課題や方法について議論がなされた。

研究 4

平成 26 年度環太平洋社会福祉セミナー（国際会議） 「災害後の中長期的な支援の在り方を考える」の開催

野口 代・藤岡孝志

（日本社会事業大学社会事業研究所）

研究要旨

災害後中長期における課題やその対応について、東日本大震災や環太平洋諸国の災害経験から議論を深め、災害時のメンタルヘルス・マニュアルの精緻化を行うことを目的に「災害とこころのケア ～災害後の中長期における支援と心理的レジリエンスの構築～」と題し国際会議を開催した。米国、フィリピン、タイ、日本の研究者や実践家 12 名により平成 26 年 12 月 14 日に日本社会事業大学において、災害時のこころのケア、中長期的な支援などについての講演、円卓会議による意見交換を行った。講演に基づいた円卓会議でのディスカッションでは主に、遺体処理業務にあたる一般行政職員のケアはどうあるべきか、自治体サービスカウンターでのクレーム対応の仕方、対応した職員のケアの在り方、避難所となった学校の管理者（校長、教頭）のケアの在り方についての議論がなされた。一般行政職員の災害時メンタルヘルス・ケアにおいても、特に平時における準備や研修のシステム化、民間組織などとの連携・協力のための協定を結んでおくといった点が今後の鍵となることが示された。

A. 研究目的

東日本大震災から 3 年以上が経ち、被災地域や被災者の生活復興やこころの状態における格差は大きくなってきている。災害後中長期における課題やその対応については未だ議論が充分にはなされておらず、その点について東日本大震災や環太平洋諸国の災害経験から議論を深め、災害時のメンタルヘルス・マニュアルの精緻化を行うことを目的に、「災害とこころのケア ～災害後の中長期における支援と心理的レジリエンスの構築～」と題し国際会議を開催した。

B. 研究方法

1) 会議参加者

Charls Figley (Tulane University)

Decha Sungkawan (Thammasat University)

Emmanuel Luna (University of Philippines)

朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)

大島 隆代 (浦和大学総合福祉学部)

長澤 紀美子 (高知県立大学社会福祉学部)

高橋 祥友（筑波大学医学医療系災害精神支援学）
高橋 晶（筑波大学医学医療系災害精神支援学）
今村 芳博（筑波大学医学医療系災害精神支援学）
有村 大士（日本社会事業大学社会福祉学部）
藤岡 孝志（日本社会事業大学社会事業研究所）
野口 代（日本社会事業大学社会事業研究所）

2）開催日時・場所

平成 26 年 12 月 14 日 日本社会事業大学

3）会議内容

災害時のこころのケア、中長期的な支援について講演、円卓会議による意見交換を行った。円卓会議においては、特に以下の点について議論を行った。

基調講演

Decha Sungkawan (Thammasat University)

“ Thailand’s Post Disaster Assessment for Resilient Recovery ”

Emmanuel Luna (University of Philippines)

“ Mobilizing Local and Community Resources for Sustainable Disaster Recovery: Participation in Communities Devastated by 2013 Earthquake in Bohol, Philippines ”

実践報告・パネルディスカッション

有村大士（日本社会事業大学社会福祉学部）

「災害時の子どもと家族からの視座 グレーゾーンから考える 」

大島隆代（浦和大学総合福祉学部）

「長期被災生活をおくる被災者への寄り添い型支援のあり方 地域福祉コーディネーターによる住民へのアプローチに焦点化した調査研究をもとに 」

野口 代ら（日本社会事業大学社会事業研究所）

「災害時メンタルヘルスケア・マニュアルの開発」

円卓会議

Charls Figley (Tulane University)・Decha Sungkawan (Thammasat University)・

Emmanuel Luna (University of Philippines)・朝田 隆 (筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学)・大島 隆代(浦和大学総合福祉学部)・長澤 紀美子(高知県立大学社会福祉学部)・高橋 祥友(筑波大学医学医療系災害精神支援学)・高橋 晶(筑波大学医学医療系災害精神支援学)・今村 芳博(筑波大学医学医療系災害精神支援学)・有村 大士(日本社会事業大学社会福祉学部)・藤岡 孝志(日本社会事業大学社会事業研究所)・野口 代(日本社会事業大学社会事業研究所)

C. 研究結果

以下に基調講演及び実践報告・パネルディスカッションにおける講演のタイトル、講演者、講演要旨を示した。

1) “ Thailand’s Post Disaster Assessment for Resilient Recovery ”

Decha Sungkawan (Thammasat University)

国や自治体の復旧がどのように進んでいくか、マクロレベルでみた講演がなされた。具体的には、タイにおける災害の概要、経済・社会的なインパクト、ダメージ・損失・ニーズのアセスメント、復旧・復興の戦略についての説明がなされた。タイはこれまで災害の少ない国であったが近年洪水や地震による大きな被害を被っている。その対応では、まずインフラ、産業面、経済面、社会面、領域横断的な面についての迅速なアセスメントを行った。その上で中長期的な戦略を立て、箱ものといったハードから、規制の緩和などソフト面までの対応の説明がなされた。気候変動の激しい現在、復興・復旧計画の中に、予防策を入れることが必要という指摘がなされた。

2) “ Mobilizing Local and Community Resources for Sustainable Disaster Recovery: Participation in Communities Devastated by 2013 Earthquake in Bohol, Philippines ”

Emmanuel Luna (University of Philippines)

2013年のボホール地震において、支援の一環として行われた災害復興のための参加型アプローチの研究について講演がなされた。災害の影響はインフラや生活、社会心理面など多くの問題をもたらすこと、最も大きな影響を受けるのが貧困層であることが示された。復興においては、教訓から災害リスクを軽減するために必要な措置を講ずるという点で、災害前の状態に戻すというよりも、さらにより良い状態を目指す必要があるということが示された。また救援・支援の最大の敵が住民の依存であることが説明された。外部の力だけに依存し、自分の問題として行動を起こさなくなることですます脆弱になり、次なる災害にも対応できなくなるということであった。外部からの支援を入れるだけでなく、地域からニーズを提示し、地域性を考慮した支援や防災計画とする必要性が説明された。

3) 「災害時の子どもと家族からの視座 グレーゾーンから考える 」

有村大士(日本社会事業大学社会福祉学部)

被災地における児童虐待の増加については明確なエビデンスがない。研究の目的は3つで、子どもの養育に関する問題について現場の声に基づきアセスメントを行うこと、子どもの養育環境や支援システムに変化があるか調査すること、あるべき姿とのギャップを調査し虐待やネグレクトを防ぐ方法を考えることであった。研究方法は、予備的なレビュー、子どもと支援者へのインタビューと質問紙調査、Web調査により行われた。研究の中で、安定した養育環境であることをグリーンゾーン、虐待とまではいかないが不適切な扱いを受けている可能性があるグレーゾーン、虐待等で即座に対応が必要なレッドゾーンという子どもの虐待における対応レベルが示された。虐待という言葉はよく使われるようになったが、その理解は十分ではない。グレーゾーンの判断・対応を含む全国レベルでの取り組みが必要であると示された。

4)「長期被災生活をおくる被災者への寄り添い型支援のあり方 地域福祉コーディネーターによる住民へのアプローチに焦点化した調査研究をもとに」

大島隆代（浦和大学総合福祉学部）

長期にわたり被災生活を送る人たちへの支援とその生活を支える地域づくりのあり方を、支援者の立場から探るという研究であった。地域福祉コーディネーター（Community Social Coordinator; CSC）を対象に、住民に対して何を期待しながら働きかけているか、どのような視点と方法を持って住民への接近を図っているかを明らかにした。その結果、次のようなことが示された。CSCは、住民に主体性を持って関わってもらうことを期してはいるが、“主体性”のなかには、自身がどのような生活をしたいかという思いを大切にすることを含んでいた。働きかけの質の違い（“積極的”と“じっくり・ゆっくり”）はあるが、どちらもCSCといった専門職側が主導になる働きかけではなかった。「住民に寄り添う」というスタンスを重視していた。住民の仮設住宅退去後の生活を視野に入れた働きかけや支援方法を模索することの必要性が語られた。

5)「災害時メンタルヘルスケア・マニュアルの開発」

野口 代（日本社会事業大学社会事業研究所）ら

被災地の一般行政職員は、自身も被災者であり、被災者からの批判にさらされたり、場合によっては遺体関連業務や遺族対応も求められる。そこで災害時に時系列で、どのようなメンタルヘルス・ケアが必要となるか、主に一般行政職員など非専門家を対象としたメンタルヘルス・ケアのマニュアル開発について発表が行われた。開発の方法として、被災地におけるワークショップ形式での講演や議論、個別の専門家へのインタビュー調査、文献・資料の調査が行われた。このマニュアルは災害時のメンタルヘルス・ケアの対象を被災者一般、精神疾患をもつ人、支援者の3グループとし、災害後の各フェイズにおいて、事象、対応、支援体制の3つの観点から構成している。長期的な取り組みの必要性、地域における精神保健活動の活性化、被災者に対する生活支援の中にメンタルヘルス・ケアを位置付けるという点が強調された。

D. 考察

1) 円卓会議におけるディスカッション

結果に示したようなプレゼンテーション内容に基づき円卓会議を行った。具体的には主に、遺体処理業務にあたる一般行政職員のケアはどうあるべきか、自治体サービスカウンターでのクレーム対応の仕方、対応した職員のケアの在り方、避難所となった学校の管理者（校長、教頭）のケアの在り方について、以下のようなディスカッションが行われた。

遺体処理業務にあたる一般行政職員のケアについて

次の3点が基本となるということであった。すなわち 自分の限界を知る、遺体に敬意は払いつつ、心を鬼にして淡々と業務を遂行する、上司からの感謝と同僚のサポートである。また、心理教育、休養、振り返り、パディ・システムも重要であるということであった。またタイにおいては、慈善団体(仏教関係組織)が遺体関連業務のために登録しているという点が指摘された。しかし本邦においては災害後の自治体職員のメンタルヘルスの状況が非常に悪いことが知られており、従来型のラインケア、セルフケアでは難しいということも示された。質問紙によるスクリーニングは省略し、直接、精神科医が面接する方が良いという報告があることも示された。

自治体サービスカウンターでのクレーム対応の仕方、対応した職員のケアについて

コールセンター、お客様センター、苦情処理係りといったプロの対応が参考になるということが示された。対応には手順があり、傷つかないように訓練も受けているということであった。

避難所となった学校の管理者（校長、教頭）のケアについて

フィリピンにおいては、永久的避難施設（多目的ホール）を作ることで学校に頼らない、学校を避難所にしない方向性を作っているということであった。学校を使う場合、公立学校のみ用いるといった方法が考えられるということであった。学校の中にも減災委員会というシステムを作っており、委員会のメンバーとして、行政の代表、学生の代表、コミュニティの代表、地域のリーダーも参加し、災害時にどのように避難生活を送るかを議論しているということであった。その中では、誰がどの部屋で避難生活を送るかまで平時に決めており、訓練を行い、手順、責任者も事前に決めていたということであった。

2) 今後の課題と展望

本邦においては、平時における災害に対する備えや意識の調査、防災訓練などのシミュレーションに関する研究などに比べて、実際の災害時において実施されていた研究が少なかった。このような災害研究で不足している部分について、海外の研究者より知見を上記のように得られた。マニュアル開発において明確にならなかった遺体関連業務に携わった一般行政職員に対するケアや、クレーム対応について、海外や国内の研究者との議論により知見を得ることにより、被災者及び支援者への支援のためのマニュアルの精緻化がなされた。しかし本邦において研究が少ない事故やテロなどといった人為災害についての課題や対策への議論に余地が残された。事故やテロにおける心理的影響は自然災害よりも大きいという研究もあり、本邦のメンタルヘルス分野

においても今後の危機管理やその研究の課題となることが示された。

E. 結論

一般行政職員の災害時メンタルヘルス・ケアにおいても、特に平時における準備や研修のシステム化、民間組織などとの連携・協力のための協定を結んでおくといった点が今後の鍵となることが示された。

引用文献

- Lock S, Rubin GJ, Murray V, Rogers MB, Amlôt R, Williams R. (2012) Secondary stressors and extreme events and disasters: a systematic review of primary research from 2010-2011. *PLoS Curr.* 29: 4. doi: 10.1371/currents.dis.a9b76fed1b2dd5c5bfcfc13c87a2f24f.
- Shigemura J, Tanigawa T, Nishi D, Matsuoka Y, Nomura S, Yoshino A. (2014) Associations between disaster exposures, peritraumatic distress, and posttraumatic stress responses in Fukushima nuclear plant workers following the 2011 nuclear accident: the Fukushima NEWS Project study. *PLoS One.* 9(2): e87516. doi: 10.1371/journal.pone.0087516.

研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

・Noguchi D, Asada T et al. (2014) Development of the Disaster Mental Health Manual. International Seminar on Social Welfare in Asia and the Pacific, December 14th, 2014.

知的財産権の出願・登録状況（予定を含む）

1. 特許取得

なし

2. 実用新案登録

なし

3. その他

なし

研究成果の刊行に関する一覧表

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
Philipa Sully et al. (翻訳: 田子久夫)	Supervision and Facilitated Reflective Practices as Central to Disaster Preparedness Services to the Older Adult: A National and Cross-National Model	John A. Tonner, Therese M. Mierswa, Judith L. Howewe	Geriatric Mental Health Disaster and Emergency Preparedness	Springer Publishing Company	New York	2010	105-118
Andrea Villanti (翻訳: 田子久夫)	Making the community Plan: A Public Health Perspective	John A. Tonner, Therese M. Mierswa, Judith L. Howewe	Geriatric Mental Health Disaster and Emergency Preparedness	Springer Publishing Company	New York	2010	119-140
田中喜代次, 藪下典子	大人の体力測定	田中喜代次, 藪下典子	大人の体力測定	メディカルトリビューン	東京	2014	120

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
相澤恵美子, 石田一希, 太田深秀, 佐藤晋爾, 朝田隆, 功刀浩.	災害による食生活変化とうつ病	Depression Frontier	Vol.13 No.1.	in press	2015
佐久間寛之, 樋口進	避難所・仮設住宅における飲酒とうつ病の関係.	Depression Frontier	12(2)	78-83	2014
湯本洋介, 樋口進	飲酒, 特集「うつ病の危険因子と予防」	臨床精神医学		in press	
田子久夫	風評被害に関わるうつ	Depression Frontier	Vol.13(1)	in press	2015
古屋朝映子, 武井嘉恵, 小出奈実, 小山勇氣, 小島瑞貴, 長谷川聖修	震災被災者の語りからみる体操教室参加の意味づけ	日本体操学会第14回大会・大会号	14巻1号	36	2014
染谷典子, 沖田祐蔵, 鈴木玲子, 高橋靖彦, 大久保善郎, 長谷川聖修, 田中喜代次	被災地在住高齢者の健康づくりを目指したソフトジム体操の検討	日本体操学会第14回大会・大会号	14巻1号	35	2014