

調査研究報告

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座¹⁾

東北大学病院精神科²⁾

東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野³⁾

東海林 渉¹⁾、上田 一気³⁾、長尾 愛美¹⁾、阿部 幹佳¹⁾

高橋 葉子¹⁾、佐久間 篤²⁾、松岡 洋夫³⁾、松本 和紀^{1) 3)}

予防精神医学寄附講座では、東北大学大学院精神神経学分野、病院精神科を含めた東北大学精神医学教室として、被災地に役立つための支援活動と調査研究活動とを継続的に実施している。平成27年度は、みやぎ心のケアセンターおよび関連機関と連携することで、以下に報告するような調査・研究活動を実施した。

1. 被災地における支援者の精神健康についての調査と支援方法についての研究

(1) 問題と目的

大規模災害からの復旧・復興には、多様な職種の人々が携わる。これまで災害後の働く人々の精神健康に着目した研究としては、主に応急期に職業的救援者として支援を行う警察官や消防士などを対象とした研究が行われており、うつ病やPTSDに相当する症状が長期的に持続することが報告されてきた。

一方、応急期の後に続く復旧期・復興期を含む長期の支援活動では、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員などの公益性の高い仕事に従事する支援者が重要な役割を担っている。こうした人々の多くは被災した地域に住む人々であり、被災者としてのストレスに加えて、長きにわたる災害後の支援に関わるストレスを継続的に受け続けていることが予想されるため、精神健康に問題を抱えるリスクが高いと考えられる。しかし、こうした公益性が高い仕事に就く支援者の精神健康については、これまで十分に研究されてこなかった。そこで我々は、発災1年後以降、東日本大震災被災地の自治体職員、社会福祉協議会（以下、社協）職員、看護職員に対して健康調査を実施し、精神医学的な立場から支援を行うとともに、職員の健康の実態を明らかにし、必要な支援の実施に役立てるための縦断的な研究調査を実施している。

発災から5年を迎えるなかで、地元で働く支援者たちが直面する問題は、復旧期の住居の再建や雇用の確保、被災した高齢者や精神障害者などの社会的弱者の支援、仮設住宅でのコミュニティづくりなどといった問題から、復興格差により取り残される地域や人々への支援、住宅移転に伴う住民の問題など、復興へのプロセスの中で質的な変化が生じてきている。さらに、そうした震災に直接関連する業務に加えて、震災以前の通常の業務が戻ってきていることの負担も加わり、ますます身体的にも精神的にも疲弊しやすい段階へと進みつつあると思われる。復興プロセスの長期化は支援者の負担の増加につながるため、これまで以上に精神健康の悪化防止に取り組んでいく必要がある。

そこで、今年度の報告では、平成27年度に実施した調査結果を中心に、各職域における精神

健康に関わる指標の結果を示すとともに、精神的不健康に関連している要因を検討し報告する。これらの調査を通して、長期的な支援活動に携わる人々の精神健康を守るためにはどのような方策が必要であるか検討する。

(2) 研究方法

対象は東北沿岸部被災地域の①自治体職員、②社協職員である。①の調査は、宮城県沿岸部の複数の自治体職員を対象に、平成27年8月～9月に1,918名に実施し、1,575名(82.1%)からデータを回収した。②の調査は、宮城県内の複数の社協職員を対象に、平成26年10月～平成27年3月の期間に719名に実施し、631名(87.8%)からデータを回収した(平成27年度にデータ解析し、平成27年6月に各地域の社協に結果を報告した)。

調査は自記入式調査票を使用して行われた。調査項目は、現在の業務の状況や自身の被災状況、現在の健康状況、うつ病・不安障害のスクリーニング調査票(Kessler Psychological Distress Scale: K6)、こころとからだの質問票(Patient Health Questionnaire: PHQ-9)による抑うつ症状とその重症度評価、そして、17項目の質問によりPTSDの重症度を評価する外傷後ストレス障害チェックリスト(PTSD Check List: PCL)であった。

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

(3) 研究結果

①自治体職員に対する調査

2地域の自治体職員(A自治体、B自治体)に対して調査を行った。各自治体の調査結果と、被災自治体の正規職員と震災からの復旧・復興を担う被災自治体の人材不足を補うために災害後の被災自治体に有期限で配置された応援職員(他自治体職員が被災自治体で常勤となる職員、被災自治体が直接雇用する任期付職員、被災地外自治体が雇用し派遣する任期付職員、復興庁が雇用する非常勤職員など)との精神健康に関する状況の比較を示した。

< A自治体の結果 >

A自治体職員1,494名を対象として調査票を配布し、1,154名の回答を得た(回収率77.2%)。対象者は男性が46.3%と女性が53.7%、平均年齢は44.3歳で、正規職員が85.9%と応援職員が14.1%であった。平成27年度の調査における、全般的な精神健康状態の指標であるK6について、総得点13点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は正規職員で8.5%、応援職員で3.1%、全体で7.8%であった。うつ病のリスクが高いPHQ-9の総得点が10点以上の職員の割合は正規職員で15.9%、応援職員で3.7%、全体で14.1%であった。PTSDのリスクが高いPCLの総得点が44点以上の職員の割合は正規職員で5.0%、応援職員で0%、全体で4.3%であった。いずれの評価尺度においても、正規職員は応援職員よりも精神健康

がより損なわれている状況であった。

次に、正規職員の精神健康に影響を与える要因を検討するために、K6、PHQ-9、PCLのハイリスクを目的変数、属性や家族に関する事、被災の程度に関する事、仕事に関する事を説明変数としてロジスティック回帰分析を行った。なお、応援職員については、各症状のハイリスク者が少ないことから解析を行わなかった。オッズ比（以下、OR）が1以上の場合、症状を悪化させるリスクの高さを示しており、オッズ比が1以下の場合、症状緩和させる要因の度合いを示している。

K6で測定した精神的な問題については、「震災前から治療をしているメンタルヘルスの不調があること」（OR=2.77）、「住民から非難を受け、精神的につらい思いをしていること」（OR=2.38）、「介護が必要な家族がいること」（OR=1.66）が症状を悪化させるリスク要因であり、「居住している地域の人たちは信頼し合っていること」（OR=0.45）、「配偶者、家族、友人からのサポートがあること」（OR=0.38）は症状悪化のリスクを下げる事が明らかになった。

PHQ-9で測定した抑うつ症状については、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的につらい思いをしていること」（OR=4.08）が最も高いリスク要因であり、「震災前から治療をしているメンタルヘルスの不調があること」（OR=3.61）、「介護が必要な家族がいること」（OR=2.69）、「地震の揺れ、津波、避難で命の危険を感じたこと」（OR=1.55）がリスク要因であり、「震災後に雇用されたこと」（OR=0.40）、「同僚からのサポートがあること」（OR=0.40）、「配偶者、家族、友人からのサポートがあること」（OR=0.56）、「居住している地域の人たちは信頼し合っていること」（OR=0.59）が症状悪化のリスクを下げる事が明らかとなった。

PCLで測定したPTSD症状については、「家族に死者・行方不明者がいること」（OR=4.37）が最も高いリスク要因であり、次いで「住民からの非難を受け、精神的につらい思いをしていること」（OR=3.12）、「介護が必要な家族がいること」（OR=2.58）がリスク要因であり、「配偶者、家族、友人からのサポートがあること」（OR=0.36）が症状悪化のリスクを下げる事が示された。

< B自治体の結果 >

B自治体職員424名を対象として調査票を配布し、421名から回答を得た（回収率99.3%）。対象者は、男性62.0%、女性が38.0%で、正規職員が67.9%と応援職員が32.1%で、平均年齢は44.8歳であった。平成27年度の調査における、全般的な精神健康状態の指標であるK6について、総得点13点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は正規職員で8.2%、応援職員で3.7%、全体で6.7%であった。職員全体で見ると平成22年の国勢調査における宮城県民の平均値約6%とほぼ同等のレベルになっているが、正規職員の精神健康は震災発生以前の水準まで改善しているとはいえなかった。うつ病のリスクが高いPHQ-9の総得点が10点以上の職員の割合は正規職員で14.5%、応援職員で3.8%、全体で11.1%であった。また、PTSDのリスクが高いPCLの総得点が44点以上の者は、正規職員で5.5%、応援職員で0.8%、全体で4.0%であった。いずれの評価尺度においても、正規職員は応援職員よりも精神健康

がより損なわれている状況であった。

次に、正規職員の精神健康に影響を与える要因を検討するために、K6、PHQ-9、PCLのハイリスクと、「属性や家族に関すること」、「被災の程度に関すること」、「仕事に関すること」の各項目との関連について χ^2 検定を行った。なお、応援職員については、各症状のハイリスク者が少ないことから解析を行わなかった。

K6で測定した精神的な問題については、「居住する地域の人たちが信頼し合っていないこと」、「配偶者、家族、友人からのサポートがないこと」、「震災当時の言動や行動に関する自責感があること」、「住民からの非難を受け、精神的につらい思いをしていること」、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的につらい思いをしていること」が症状の悪化に関連していた。

PHQ-9で測定した抑うつ症状については、「居住する地域の人たちが信頼し合っていないこと」、「配偶者、家族、友人からのサポートがないこと」、「震災前から治療している身体の病気があること」、「介護が必要な家族がいること」、「震災により転居したこと」、「地震の揺れ、津波、避難で命の危険を感じたこと」、「震災当時の言動や行動に関する自責感があること」、「仕事が忙しく休養が十分に取れないこと」、「震災前から雇用されていること」、「住民からの非難を受け、精神的につらい思いをしていること」、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的につらい思いをしていること」が症状の悪化に関連していた。

PCLで測定したPTSD症状については、「独居であること」、「居住する地域の人たちが信頼し合っていないこと」、「配偶者、家族、友人からのサポートがないこと」、「震災前から治療している身体の病気があること」、「震災により家族に死者・行方不明者がいること」、「地震の揺れ、津波、避難で命の危険を感じたこと」、「震災当時の言動や行動に関する自責感があること」、「仕事が忙しく休養が十分に取れないこと」、「震災前から雇用されていること」、「住民からの非難を受け、精神的につらい思いをしていること」、「仕事上の関係者から非難を受け、精神的につらい思いをしていること」が症状の悪化に関連していた。

②社協職員に対する調査

男性が26.3%、女性が72.9%（不明0.8%）で、平均年齢は48.0歳であった。平成26年度の調査におけるK6のハイリスク者は8.7%、PHQ-9のハイリスク者は14.9%、PCLのハイリスク者は3.7%であった。

次に、K6、PHQ-9、PCLのハイリスク者に関連する要因について、横断的に検討を行った。K6、PHQ-9、PCLのハイリスクを目的変数、「基本属性（年齢、性別、職種）」、「個人要因（独居世帯、震災前の病気の治療歴、震災前のメンタルヘルスの治療歴）」、「震災の影響による要因（プレハブ仮設住宅、家族内の死者行方不明者、命の危険の経験、当時の言動に対する自責）」、「職場の要因（住民からの非難、震災関連業務の過多、震災関連業務の増加、休養がとれていない、職場でのコミュニケーション不足）」の各項目を説明変数として、ロジスティック回帰分析を行った。各項目についてそれぞれ単回帰を行い、有意であったものについて重回帰分析を行い、関連を検討した。

K6が13点以上の高いストレスを自覚している者に関連する要因は、「休養がとれていない」が最も高いオッズ比を示し、休養がとれていない人は休養できている人に比べて約6.7倍、強

いストレスを自覚しやすかった。次いで、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」人はそうした気持ちがない人に比べて約3.2倍、「住民からの非難でつらい思いをした」人はそうした思いをしていない人に比べて約2.6倍、強いストレスを自覚するリスクが高かった。

PHQ-9が10点以上の抑うつ症状をもち注意が必要な者に関連する要因は、「休養がとれていない」が最も高いオッズ比を示し、休養がとれていない人は休養できている人に比べて約5.1倍、強い抑うつ症状を示しやすかった。次いで、「震災前からメンタルヘルスの治療歴がある」人は治療歴がない人に比べて約2.8倍、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」人はそうした気持ちがない人に比べて約2.7倍、「住民からの非難でつらい思いをした」人はそうした思いをしていない人に比べて約1.9倍、強い抑うつ症状を示すリスクが高かった。

PCLが44点以上のPTSD症状をもち注意が必要な者に関連する要因は、「震災前からメンタルヘルスの治療歴がある」が最も高いオッズ比を示し、治療歴がある人は治療歴がない人に比べて約7.9倍、強いPTSD症状を示しやすかった。その他、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」人はそうした気持ちがない人に比べて約5.9倍、「震災で命の危険を感じた」人はそれを感じなかった人に比べて5.5倍、「休養がとれていない」人は休養できている人に比べて約4.1倍、「住民からの非難でつらい思いをした」人はそうした思いをしていない人に比べて約3.5倍、強いPTSD症状を示すリスクが高かった。

以上の結果から、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」こと、「住民からの非難でつらい思いをした」経験、「休養がとれていない」ことの3要因は、発災から44か月後のメンタルヘル스에悪影響を及ぼすと考えられた。また、「震災前からメンタルヘルスの治療歴がある」ことは、抑うつやPTSDの症状に大きく影響を及ぼしていた。

(4) 考察

①自治体職員に対する調査

平成22年の国勢調査では、K6が13点以上の者の割合は宮城県では平均は約6%であり、A自治体、B自治体とも、応援職員はこの平均よりも低いが、正規職員については、この割合よりも高い状態にある。経時的には、高いストレスの者の割合は低下してきているが、震災当初から働き続けている者が多い正規職員において、ストレス症状を自覚する者が高いことがわかる。

応援職員に比べて正規職員で精神的不健康が目立った理由としては、正規職員は発災直後から長期的に災害業務に従事することにより、応援職員と比較して慢性的なストレス状態にさらされている可能性が考えられる。また、被災地住民として著しい被害を受けている者が多いことも影響していると考えられる。さらに、災害復興業務の長期化に伴い、正規職員にはより大きな負担が集中している可能性もある。

精神健康のハイリスクに関連する要因の分析からは、A自治体、B自治体の正規職員ともに、住民や仕事上の関係者からの非難が精神的不健康に大きく影響していることが明らかになった。また、震災前から身体の病気の治療歴やメンタルヘルスの不調があることが精神的不健康と関連していた。一方で、居住する地域の人たちが信頼し合っていることや、配偶者、家族、友達からのサポートがあることが精神健康の悪化を抑止する可能性が示された。これらの結果は、これまでの震災後の精神保健に関する研究結果^{1~2)}と一致するものであり、発災から4

年が経過した時点においても災害の影響が精神症状に強く影響していることを示している。これらに対しては職場レベルの対策として、仕事上で非難を受ける職員をサポートする仕組みや、さまざまなトラブルに職場内のチームで対応するなどの取り組みを通して、非難でつらい思いをしている職員を孤立させないことが必要と考えられる。

②社協職員に対する調査

これまでの調査結果（平成24年度および平成25年度）と今回の調査を縦断的に比較すると、K6でハイリスク者の割合の推移は8.4%→7.9%→8.7%と横ばいで、震災前の水準（平成22年の国勢調査で宮城県は約6%よりも高い割合で推移していた。また、PHQ-9のハイリスク者は13.1%→13.7%→14.9%であり増加傾向であった。PCLのハイリスク者は4.1%→4.1%→3.7%とほぼ変化がみられなかった。

継続的に被災者の身近で働いている社協職員の多くは精神健康を維持しながら働いているが、平時より高い割合で何らかの精神的不健康を抱えながら支援を続けている者が発災から4年が経過しても一定数存在する実態が明らかとなった。通常であれば、発災から時間経過とともに、メンタルヘルスの指標は少しずつ改善していくはずであるが、ここ数年メンタルヘルスの状況は、これまで実施してきた調査から大きく変化をしておらず、改善が頭打ちとなっている可能性がある。社協職員は、最も弱い被災住民への支援を継続している立場にあり、こうした人々への支援の長期化や困難さが、慢性的な高いストレス状況につながっている可能性がある。

発災から44ヶ月の精神健康に影響を及ぼす要因を検討すると、「震災当時の自分の言動を責める気持ちがある」こと、「住民からの非難でつらい思いをした」経験、「休養がとれていない」ことの3要因は、広汎な精神健康の悪化に影響を与えるリスク要因と考えられた。特に休養不足は、あらゆる症状と関連していたため、発災以降に生じるリスク要因を減ずるために、被災地における人的支援の継続、職場のコミュニケーションの改善、休養をとりやすい労働環境の整備など、職場全体での環境改善に向けた取り組みが必要と考えられる。

2. 被災地における心理支援方法についての研究

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

<問題と目的>

SPRは、災害回復復興期に多くの被災者が経験するさまざまな精神的問題に広く適用できる実践的な心理支援方法として、アメリカ国立PTSDセンターと、アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発し、平成22年に公開され、平成23年6月に兵庫県こころのケアセンター研究班によって日本語版が作成された最新の心理支援技法である。災害の復興回復期に特化した支援プログラムであるSPRは、これまでにいくつかの海外の災害後に用いられているが、わが国では本格的に適用されていない。

東日本大震災後、宮城県内において我々は、被災地の専門職を対象にSPRの普及とスキルの向上を目的とした研修会の実施やDVDの作成などを行ってきた。その成果は、被災した地

域で住民の支援にあたっている専門職の中からSPRに対するニーズが出てくるなど、SPRに関する知識とスキルの普及に一定の効果があったと考えられる。一方で、SPRを実際にわが国で適用するためには、このプログラムが被災地において実施可能なものであるのかを検討する必要がある。そこで本研究では、被災地の自治体と協力し、SPRを実際に被災者に適用し、その実施可能性を検討することを目的として、SPRの日本における適用についての介入研究を実施した。以下では、SRPの我が国における実施可能性についての介入研究について経過を報告する。

<研究方法>

A. 対象とリクルート

宮城県内に居住もしくは就労している者で、精神的不健康を自覚する18歳以上の者で、精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外した。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とした。被災地の自治体と覚書を取り交わしプログラムへの参加者を公募するとともに、チラシ掲示の許可を得られた公共の施設や非営利団体の事務所などに参加を呼びかけるチラシを掲示した。

B. SPRの実施者（介入者）

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

C. 介入時間と回数

選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行った。介入者は参加者に対して訪問による1回60分程度の面接を1週間から2週間に1回程度の頻度で最大8回まで実施した。介入終了後に介入後評価と2ヶ月後のフォローアップ評価を実施した。

D. 評価内容

プライマリ・エンドポイントはGHQ精神健康調査票（General Health Questionnaire：GHQ-30）の総合得点とした。セカンダリ・エンドポイントはQOL（SF8 Health Survey：SF-8）、心的外傷後ストレス症状（The Impact of Event Scale-Revised：IES-R）、レジリエンス（Tachikawa Resilience Scale：TRS）、自己効力感（Self-efficacy：SE）、プログラムへの満足度（Client Satisfaction Questionnaire：CSQ-8J）とした。また、プログラムおよび各スキルの感想とその後の活用について質的に調査した。

<研究結果>

平成25年7月より、参加者の公募を開始した。平成28年3月時点で、申込者は計34名に達した。このうち適応外7名、介入前のキャンセル7名、延期1名、研究説明・インタビュー前1名があり、残りの18名に介入を開始した。このうち5名は事前介入例であり、調査開始後の介入例は13名である。

介入を開始した13名のうち、現在までに12名がセッションを終了し、そのうち10名がフォローアップセッションまで終了している。予備的な解析として、10名の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントであるGHQ得点は、いずれも介入前より介入後の方が有意に下がっていた。今後、目標対象者数に達し次第、詳細な分析を行う予定であるが、一定の効果が期待されると考えられる。

<考察>

本研究はまだ目標症例数に達していない。そのため、現時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した18件においては有害事象を認めず、予備的な解析ではGHQ得点が介入前後で比較すると下がっている。現時点では、SPRが我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。

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

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

<問題と目的>

東日本大震災により宮城県は沿岸部を中心に甚大な被害を受け、被災者は肉体的、精神的重圧を経験する。このため、被災者の心のケアは年単位の長期間必要と考えられている。過去の研究によると、大規模災害後の被災地域住民にはPTSDやうつ病などの精神疾患に加えて、精神疾患には至らない亜症候性の精神的問題が増加することが知られている。

認知行動療法は認知・行動の両面からの働きかけによりセルフコントロール力を高め、生活上のさまざまな問題の改善、あるいは課題の解決をはかる心理療法である。認知行動療法はうつ病、不安障害などさまざまな精神疾患に適応があり、その有効性が報告されている。また、認知行動療法は、精神疾患に対する治療法としてだけでなく、精神疾患には至らない亜症候性の精神的問題に効果を示し、精神疾患の予防にも効果を示すことが報告されており、医療現場以外の領域にも広く応用されている。しかし、日本では他の先進国と比べ、認知行動療法の普及が遅れている現状がある。

こうした中で、認知行動療法の基本的な考え方やスキルを、広く社会に普及していくために国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターは平成24年度から「こころのエクササイズ研修」を実施している（現在は終了している）。同プログラムは、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターが一般市民を対象に、認知行動療法の基本的な考え方やスキルを、演習を交えて体験しながら学び、日常生活の中でのストレスケアに活用できるよう開発されたものである。

大規模災害後の精神的問題の予防のために、認知行動療法の基本的な考え方やスキルの普及が果たす役割は大きいと予想される。そこで本研究では、一次予防の観点から、認知行動療法の基本的な考え方やスキルに基づいた、日常生活の中でのストレスケアについての研修会を被

災地の一般市民および支援者を対象に実施し、一般市民向け研修プログラムの有効性と実施可能性を検証することとした。そして、今後の認知行動療法の普及、啓発の可能性と課題を明らかにすることを目的とした。

<パイロット研究>

我々はこれまでパイロット研究として、被災地の一般市民を対象に全6回の「こころのエクササイズ研修」のプログラム（週1回実施）を用いて、被災地域において5クール実施した。総参加者数は180名（男性19名、女性161名、平均年齢 45.7 ± 14.4 歳）、うち一般市民は98名であった。

研究調査への同意が得られ、研修に5回以上出席した46名の一般市民（男性2名、女性44名、平均年齢 47.8 ± 13.7 歳）について、自己効力感と研修の理解度および定着度を測るための質問を行い、研修前後の変化を検討した。

その結果、自己効力感（得点可能範囲23～115点、平均得点 男性 77.9 ± 13.9 点、女性 75.3 ± 13.4 点）は研修前の69.2から研修後73.4と有意に向上していた（ $Z = 2.73$, $p < 0.01$ ）。また、研修の理解度についても、介入前後の得点をWilcoxonの符号付き順位和検定で比較したところ、7項目中4項目において有意差な上昇が得られた（「自分の考え方のクセを知っている」（ $Z = 3.43$, $p < 0.01$ ）、「どのように考えるとうつや不安な気分が強くなるのか分かっている」（ $Z = -2.08$, $p = 0.04$ ）、「自分をいつも苦しめている考え方に気づき、発想を切り替えることができる」（ $Z = -2.95$, $p < 0.01$ ）、「解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価する」（ $Z = -2.05$, $p = 0.04$ ））。また、研修に対する感想を求めたアンケートにおいては、全体的に楽しんで学べたという好意的な意見が多かった。

<研修プログラムの改変>

パイロット研究の結果をもとに、これまで用いていた「こころのエクササイズ研修」プログラムの回数を6回から4回に絞り、各回90分の内容で、週1回、4週にわたって実施する内容に改変した。実施回数を減らすことで、研究参加率を高めるようにした。また、より研修参加者が体験的に学べるように、毎回、ホームワーク（宿題）を設定した。プログラムの内容は、認知再構成法とアサーションを中心としたものに改変した。

<研究方法>

A. 研究デザイン

無作為割付比較試験（RCT）デザイン。対象者を、先に研修を受講する介入群と、その間を待機し時間をおいて研修を受講する対照群の2群にランダムに割り付けた。介入群に全4回の研修プログラムを実施し、プログラム最終回に介入後評価を行った。待機群に対しても、同時期に評価を行い、その後に同様の研修プログラムを実施した。

B. 対象とリクルート

18歳以上、79歳以下の宮城県内の東日本大震災の被災者である一般市民のうち、本研修に参加希望し、研究の主旨を理解し研究参加に同意が得られた者とした。なお、精神科医療

機関などに通院中の者や、治療が中断中／未治療で重篤な精神症状をもつ者などは除外した。公募チラシの配布、新聞や広報誌などに記事の掲載をするなどして、研究参加者を公募した。

C. 研修プログラムの内容

上述の改変したプログラムを用いた。

D. 評価内容

プライマリ・エンドポイントは、特性的自己効力感尺度（Self-Efficacy Scale; SES）の総合得点とした。高い自己効力感は、災害後の精神疾患を予防する効果が期待されており、先行研究から認知行動アプローチにより改善が見込まれている。プログラムを実施し、SES得点について介入前後で有意差をもって改善が得られれば、この研修プログラムは有効であると考えられる。

セカンダリ・エンドポイントは、全般性心理的ストレスを測る尺度としてK6、ストレス関連の症状を測る尺度としてGHQ精神健康調査票（GHQ-30）、否定的自動思考と肯定的自動思考を測るための尺度として自動思考尺度（Automatic Thoughts Questionnaire-Revised; ATQ-R）の各総合得点とした。

<研究結果（進捗）>

平成27年1月～3月に石巻市、平成27年6月～8月と平成28年1月～3月に仙台市にて、計3回実施した。参加総数は86名（男性14名、女性72名、平均年齢 52.5 ± 13.2 歳）、研究対象者は61名（男性9名、女性52名、平均年齢 52.7 ± 12.7 歳）であった。うち、介入群31名（男性5名、女性26名、平均年齢 52.9 ± 11.9 歳）であり、対照群30名（男性4名、女性26名、平均年齢 52.5 ± 13.4 歳）であった。介入群のプログラムへの平均参加回数は3.58回（ ± 0.67 ）であり、3回以上出席した者の割合は90.3%であった。

介入群のうち3回以上出席しており、かつ前後の質問紙に回答している者は27名、対照群のうち前後の質問紙に回答している者は27名であった。これらを解析対象者として基本属性について分析を行ったところ、両群の属性データ（年齢、性別、学歴、職業、世帯人数、震災による転居、身近な人で死者行方不明者の有無、命の危険）に有意差はみられず、両群の無作為割り付けが適切に行われたことを示していた。

暫定的な分析では、主要エンドポイントである特性的自己効力感には介入前後で群間における有意差はみられなかったが、副次エンドポイントである自動思考尺度の肯定的自動思考が介入群で有意に向上していたことがわかった。本プログラムでは、パイロット研究で用いた6回のプログラムを4回に変更したため、スキルの習得と定着まで時間がかかり、自己に対する信頼感である特性的自己効力感の上昇までに至らなかった可能性がある。一方で、認知再構成法を中心としたプログラム内容を構成したことで、肯定的自動思考の上昇がみられたと考えられる。

今後は、得られたデータを詳細に解析し、プログラムの有効性と実施可能性について報告する予定である。

引用文献

- 1) 飛鳥井望. 第1章 災害とメンタルヘルス 第4節 疫学: 罹患率, 危険因子, 防御因子. (酒井明夫・丹羽真一・松岡洋夫監修, 大塚耕太郎・加藤寛・金吉晴・松本和紀編集. 災害時のメンタルヘルス) 医学書院, 2016, 15-20.
- 2) 桑原裕子, 高橋幸子, 松井豊. 東日本大震災の被災自治体職員の心的外傷後ストレス反応. *トラウマティック・ストレス*, 13 (2), 2015, 59-67.