

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
准教授 松本 和紀

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 25 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。尚、本報告は、平成 25 年度厚生労働省科学研究費『東日本大震災における精神疾患の実態についての疫学的調査と効果的な介入方法の開発についての研究』（研究代表者：松岡洋夫）報告書先進医薬研究振興財団 精神薬療 研究年報 第 46 集 平成 24 年度 被災地支援研究助成 精神薬療分野 研究成果報告書を一部改編したものが含まれている。

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

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

しかし、災害後には応急期だけではなく、復旧期・復興期を含む長期の支援活動が必要であり、特に公益性の高い仕事に従事する支援者は欠かせない存在である。こうした職種には、自治体職員、医療関係者、社会福祉サービス職員、教員などが含まれるが、その多くは被災した地元に住む人々であり、被災者として被災地での生活を続けるなかで、長期の支援活動を行うことになる。こうした人々の多くは応急期から支援活動を継続しており、被災者としてのストレスに加えて、災害後の支援に関わるストレスが付加されることが予想されるため、精神的健康に問題を抱えるリスクが高いと考えられる。

実際、東日本大震災の発生から 3 年近く経つ時期においても、被害が大きかった地域では、多くの地元の支援者は、様々な支援活動や復興事業に従事している。自治体職員においては、精神疾患による休職者が増加しているという新聞報道もあり、被災地で働く支援者の精神的健康を保持し、精神疾患を予防するための対策は目下の課題である。しかし、こうした地元で働く公益性が高い仕事に就く支援者の精神的健康については、これまで十分に研究されてこなかった。

そこで、我々は、東日本大震災被災地の自治体職員、医療関係者、社会福祉協議会（以下『社協』という。）職員、消防隊員に対して健康調査を実施し、精神医学的な立場か

ら支援を行うとともに、職員の健康の実態を明らかにし、必要な支援の実施に役立てるための縦断的な研究調査を計画した。

今年度の報告では、平成 24 年度に実施他調査結果について、各職域における精神的健康に関わる指標の結果を示すとともに、精神的不健康に関連している要因を検討し報告する。

<研究方法>

対象は東北沿岸部被災地域の（１）自治体職員、医療職員、消防隊員と（２）６市町の社協職員、（３）看護職員である。

（１）調査は、平成 24 年 5 月に 1,788 名に実施し、1,479 名（83%）からデータを回収することができた。本報告ではこのうち、震災発生時から災害支援業務を行っていた、自治体職員（610 名）、医療職員（357 名）、消防隊員（328 名）についての解析結果を報告する。また、（１）の調査は平成 25 年にも 1,894 名を対象に実施し、1,563 名からデータを回収することができ、現在このデータは解析中である。

（２）調査は、平成 24 年 11 月～平成 25 年 1 月の期間に実施し、1,048 名に実施し、823 名（81.6%）からデータを回収することができた。社協職員は、生活支援相談員（190 名）、事務職員（199 名）、介護職員（271 名）、その他（163 名）の 4 群に分けることができ、今回の報告では各群を比較したデータについても報告する。また、（２）の調査は平成 25 年 11 月～平成 26 年 1 月にも 5 市町の社協の職員を対象に調査を実施している。

（３）調査は、第 1 回目は平成 24 年 3 月～5 月に津波被災地域の 5 病院の看護師 473 名に実施し、440 名（90.9%）からデータを回収した。第 2 回目は平成 24 年 11 月に、第 1 回目の調査対象病院のうち津波が直撃した病院の看護師 179 名に実施し 161 名（89.9%）からデータを回収した。第 3 回目は平成 25 年 11 月に、第 1 回目の調査対象病院の看護師 437 名に実施し 209 名（47.8%）からデータを回収した。

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: K 6）、こころとからだの質問票（Patient Health Questionnaire: PHQ- 9）による抑うつ症状とその重症度評価、そして、17 項目の質問により PTSD の重症度を評価する外傷後ストレス障害チェックリスト（PTSD Check List: PCL）であった。

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

<研究結果>

(1) 自治体職員、医療職員、消防職員に対する調査 (図1)

男性が56%、平均年齢は43歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は9%、被災による転居は23%、死の恐怖を感じる体験をした者は55%であった。職場のコミュニケーション不足を感じている者は17%で、休養不足を感じている者は39%であった。

K6 (有効回答数 = 967) 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、自治体職員11%、医療職員15%、消防職員3%であった。平成22年の国勢調査における、宮城県民の平均は約6%であり、自治体職員、医療職員において、精神的苦痛が高い状況が明らかとなった。うつ病のリスクが高いPHQ-9が10点以上は、自治体職員24%、医療職員22%、消防職員6%であった。また、PTSDのリスクが高いPCLが44点以上の者は自治体職員9%、医療職員9%、消防職員3%であった。うつ病とPTSDのリスクのいずれにおいても、自治体職員と医療職員と比べて消防職員におけるリスク者の割合が低かった。

精神的不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した。この結果、PTSDのハイリスクに対して最も高いオッズ比を示したのは休養不足であり、約5倍だった。職場のコミュニケーション不足は、約3倍であった。一方で、家族に死者がいると回答した職員のオッズ比は約4倍、被災により転居したと回答した職員は約3倍であり、震災の直接的な影響はPTSDのハイリスクに関与していた。うつ病のハイリスクに関与する要因として最も高いオッズ比を示したのは、職場のコミュニケーション不足と休養不足であり、オッズ比はそれぞれ約3倍だった。

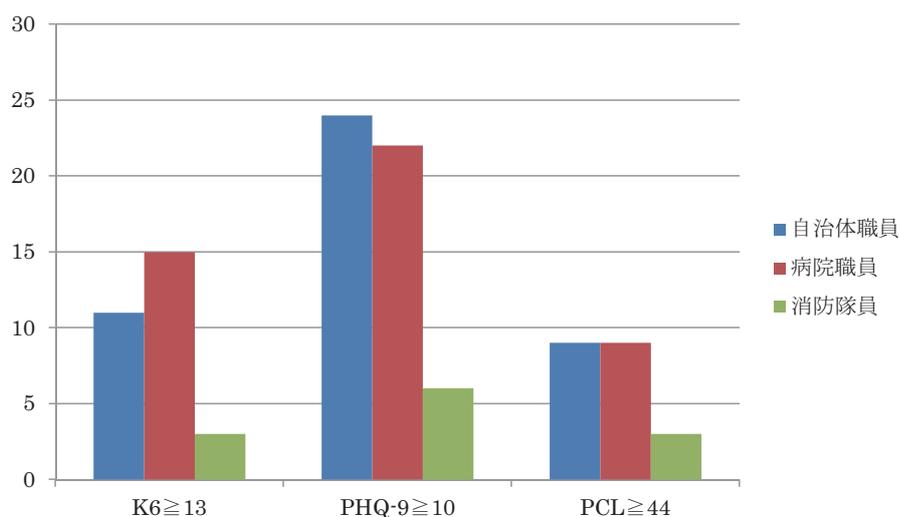


図1 職域毎の精神的苦痛 (K6)、うつ病 (PHQ-9)、PTSD (PCL)、ハイリスク者の割合 (%) (平成24年5月)

(2) 社会福祉協議会職員に対する調査（図2）

男性が27%、平均年齢は47歳であった。家族に死者行方不明者がいる者は9%、死の恐怖を感じる体験をした者は66%、被災による転居は26%であった。職場の人間関係に苦勞している者が37%、休養不足を感じている者は38%、住民からの非難により辛い思いをした者が30%であった。

K6（有効回答数 = 784）について、総得点10点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は18%であった。平成22年の国勢調査における宮城県民の平均は約6%と比較して、精神的苦痛が高い数値である。うつ病のリスクが高いPHQ-9（有効回答数 = 781）が10点以上は13%、PTSDのリスクが高いPCL（有効回答数 = 763）が44点以上の者は4%であった。職種別では生活支援相談員および事務職員は介護職員やその他の職種と比べて、より精神的な苦痛を感じていた。

精神的不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した。K6で10点以上の高いストレスに關与する要因で最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があることで、次いで職場の人間関係に苦勞していること、自身の健康不安であった。うつ病症状に關与する要因で最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があること、職場の人間関係に苦勞していること、自身の健康不安であった。PTSD症状に關与する要因で、最も高いオッズ比を示したものは、震災前からメンタルヘルスの治療歴があること、住民からの非難で辛い思いをしたこと、職場の人間関係に苦勞していることであった。

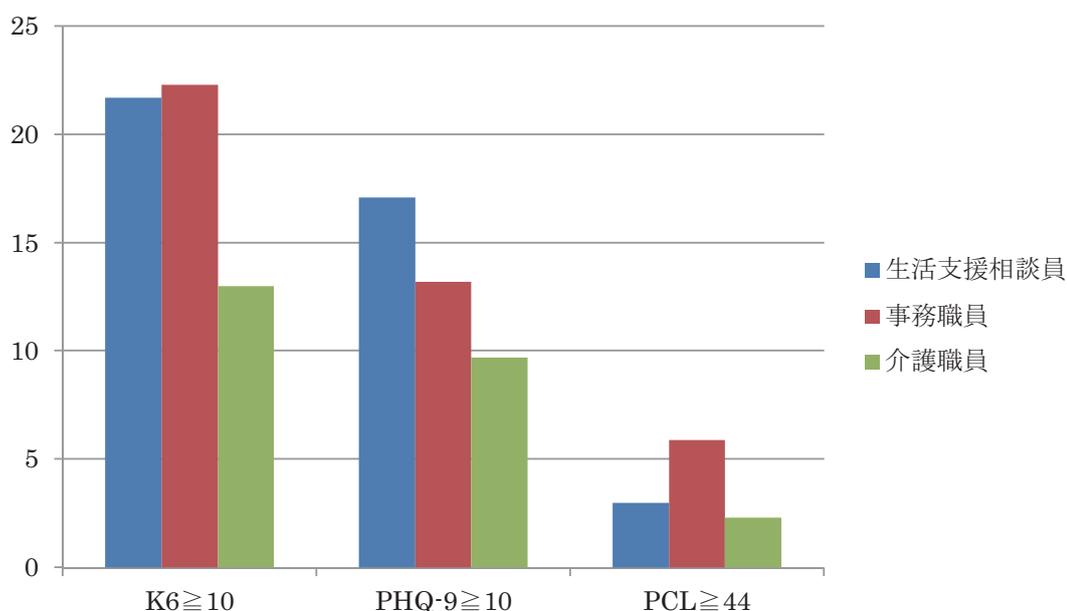


図2 社会福祉協議会の職種別の精神的苦痛(K6)、うつ病(PHQ-9)、PTSD(PCL)、ハイリスク者の割合(%) (平成24年11月～平成25年1月)

(3) 看護職員に対する調査（第1回目調査の結果）

女性が全体で98%、平均年齢は42歳であった。自宅が全壊・半壊した者の割合は40%であり、被災により転居をした者の割合は29%であった。家族に死者・行方不明者がいると回答した者は14%だった。解析にあたっては、震災で津波被害を直接受けた病院に勤務していた看護師を『津波直撃病院群』、震災の影響は受けたものの津波被害は直接受けなかった病院に勤務していた看護師を『津波被害のない病院群』と分類した。各群の有効回答数は津波直撃病院群136、津波被害のない病院群279だった。

最初に、対象者全体の精神健康度について報告する。PTSDハイリスク者（PCL総得点44点以上の者）は12.1%だった。うつ病ハイリスク者の（PHQ-9総合点10点以上）の割合は24%だった。ただし、災害後は標準カットオフ値だとハイリスク者を幅広く拾ってしまう傾向にあるといわれている。そのため、よりハイリスクの者について分析するため、PCLとPHQ-9それぞれ総合点数の高い方から上位10%で区分した。その結果、PTSDに関しては津波被害のない病院群（8%）に比べて津波直撃病院群（14.5%）の方が、有意傾向でハイリスク者が多かった。また、うつ病に関しては津波被害のない病院群（8%）に比べて津波直撃病院群（15%）の方が、有意にハイリスク者が多かった。

次に、精神的不健康のリスクに関わる要因を明らかにするため、多変量ロジスティック回帰分析を用いて検討した。その結果、PTSDに関わる影響要因で高いオッズ比を示したものは『家族に死者・行方不明者がいること』であった。一方、うつ病に関わる影響要因で高いオッズ比を示したものは『40歳以上』『職場に津波が直撃したこと』であり、リスクを減らす影響要因としては『家族・友人のサポート』があがった。

<考察>

今回の調査により、精神健康の悪化を自覚する職員の割合は職域により異なり、消防隊員と比較して自治体職員、医療職員において、うつ病のリスクとPTSDのリスクが高い者の割合が高いことが明らかとなった。過去の研究においても職業的に災害についての教育や訓練を受けている災害準備性の高い職種においては、精神的不健康のリスクが低くなることが知られており、今回の結果はそうした研究に一致した結果となった。また、社協職員に対する調査では、職種間での違いが認められた。生活支援相談員は、震災後に雇われた直接震災支援を行うため、直接的な惨事ストレスへの暴露、準備性から精神的な負荷が大きいものと考えられ、事務職もコーディネート等、業務量の増加のため精神的な負荷が大きいと考えられた。一方で介護職は、発災から1年半経過した調査時には震災前とほぼ同様の業務を行っていたため生活相談支援員、事務職員よりは精神的な負荷は小さいものと考えられた。精神的不健康のリスクに関わる要因については、発災から1年半後の時点においては経済的損失、家族の死などの直接的な被災要因よりも、メンタルヘルスの治療歴といった個人の要因や、人間関係などの職場の要因が精神

症状に関係していた。また、被災地の看護師に対する調査では、被災病院の看護師においてうつ病や PTSD の症状が高い者が多いことが明らかとなった。

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

災害による直接的な影響を変化させることには制限があるが、職場で休養を取りやすい環境を作ることや、職場内でのコミュニケーションを高めることは、災害後に対処可能な要因であり、今後は、これを改善するための具体的な対策を検討することが重要である。本研究の結果は、災害支援を中長期的に行う職場においては、震災の直接的な影響だけではなく、目下の職場環境が精神健康の悪化により影響を及ぼしている可能性を示唆しており、災害支援者に対する中長期的な介入方法を考案する上で重要な結果である。今後は縦断的な調査を継続するとともに、縦断データについての解析を行っていく計画である。その上で、どのような因子が被災地で働く支援者の中長期的な精神的健康に影響を与えるのかをより詳細に明らかにしていく。

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) の普及と日本における実施可能性についての研究

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

災害後の心理的支援方法は、これまで災害直後から急性期にかけて行われるものやトラウマに焦点を当てた方法を中心に研究や開発が行われてきた。しかし、災害直後から急性期での心理支援の効果は非特異的な介入を上回るものではなかった。また、回復・復興期の支援方法として、いくつかの心理的支援方法が役に立つことは知られているが、複数の心理的支援方法を組み合わせて幅広い被災者に役立つ実践的な心理支援方法はこれまで開発されてこなかった。

サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery: SPR)

は、災害回復復興期に多くの被災者が経験しうる様々な精神的問題に広く適用できる実践的な心理支援方法として、アメリカ国立 PTSD センターと、アメリカ国立子どもトラウマティックストレス・ネットワークが開発し、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。そこで、SPR の普及に向けた専門職向けの研修についての研究と、SPR の日本における実施可能性についての研究を実施している。

① SPR の普及に向けた専門職務向けの研修についての研究

東日本大震災の被災地において実際に支援に関わっている精神保健医療の専門家が SPR のトレーニングを受け、これを実際の被災者に適用することは、被災地におけるメンタルヘルス対策として実践的な意義がある。しかし、心理的支援においては必要な専門スキルの研修が必要であるが、その研修方法は十分には確立していない。本研究は、SPR を被災地の心のケアに従事している専門家にトレーニングし、アンケートと質的調査を行うことで、SPR の研修の意義と問題を明らかにし、SPR の日本での適用の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

<研究方法>

被災地の心のケアに従事している専門家を対象に、以下の日程で SPR 研修会を開催した。講師は、SPR トレーナー資格取得者である、兵庫県こころのケアセンターの大澤智子氏（臨床心理士）に依頼した。その上で、基本研修として SPR について講義やワークショップによる研修を 2 日間の日程で行った。平成 24 年度に 3 回実施済みであり、今年度は第 4 回目として平成 25 年 7 月 27 日・28 日に気仙沼で実施した。また、フォローアップ研修として、基本研修に参加した者の中の希望者を対象に、SPR 活用事例についての事例検討を実施した。この研修は平成 24 年度に 2 回実施済みであり、今年度は第 3 回として平成 25 年 12 月 5 日に気仙沼で実施した。

調査方法は、基本研修の前後およびフォローアップ研修後に、研修の内容と SPR についてのアンケート調査を無記名で実施した。なお、データは基本研修時からフォローアップ研修まで追跡できるよう ID 化し連結可能匿名化した。基本研修後、研修参加者が各自のフィールドで被災者に SPR を用いて支援を行った場合、スキル実施ログに記録してフォローアップ研修時に提出するよう依頼した。スキル実施ログの内容は、支援で用いた技法、支援時間、支援回数、支援の内容や問題点とした。フォローアップ研修会時には、グループ・ディスカッションを行い、SPR 活用にあたっての実現可能性や問題点を検討し、その内容を議事録で記録した。研修の参加と研究への同意は区別し、研究への参加は自由意志のもとに同意を得た者のみに行った。なお、本研究の実施につ

いては、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

<研究結果>

研修会の受講者数（カッコ内は研修の全過程を修了した修了者数）は、基本研修については、今年度開催した第4回目に18名（17名）参加があり、昨年度からの通算で計99名（75名）になった。フォローアップ研修は第3回目に6名の参加があり、通算で計37名になった。参加者のうち、研究に同意を得られた者を研究対象者とした。基本研修のアンケート調査（4回分）では有効回答数90、フォローアップ研修でのアンケート調査（3回分）では有効回答数28であった。フォローアップ研修に複数回出席している者の回答に関しては第1回目の回答を使用した。その結果、基本研修とフォローアップ研修で追跡調査対象になる有効回答数は24であった。

基本研修時アンケートの対象者の基本属性は、男性：女性＝23：67、年代は20代19%、30代43%、40代19%、50代17%、60代2%であった。職業は心理士32%、精神保健福祉士19%、保健師18%、看護師17%、精神科医6%、その他8%であった。災害・トラウマ支援の経験は、全くない16%、少しある66%、ある程度ある14%、かなりある4%であった。

基本研修後のアンケート結果（図3）は、現在の仕事と関連があるかという質問に対しては89%がそう思うと回答し、85%が試してみる意欲があると答えた。一方で、活用する自信はあると答えた者は33.8%と低かった。基本研修とフォローアップ研修で追跡調査した結果（N＝24）、フォローアップ研修に参加した後のほうが、SPRについての項目の平均値が全体的に上がったが、中でも研修のわかりやすさが有意に高くなった。また、フォローアップ研修後の調査では、事例提供した者（N＝7）はしなかった者に比べて、自分の仕事の中でSPRを試してみようと思うかという質問に対する答えが有意に高かった。

a自分の活動の中でSPRが役に立ちそうだと思う場面に対しては、「相談業務や健康教室等グループでの活用も可能ではないか」という声が寄せられた。また、「対象者が自分の問題を解決するモデルは、支援者の“問題解決してあげなければ”という負担感が軽くなって楽になった」という声も挙がった。b今までに実際にSPRを試してみた（試そうと思った）ことがあるかに対しては、構造化したセッションでの活用は少なかったが、「エッセンス的に活用している」という声が多かった。c自分の活動の中でSPRを活用する上で難しい点・工夫点・課題に対しては、「スキルの指導という部分が日本文化になじまないのと一緒に考えるというスタンスが重要」「マニュアルどおりでなくTPOに合わせて柔軟に使う必要がある」「マニュアルの表現を自分なりに変えて使うステップが必要」「スキルのマッチングで、うまくいかなかったときスキルを変える応用力が必要」等の意見が出た。dどのような研修体制やSV体制があればSPRを活用しやすくなると思うかに対しては、「事例検討」「タイムリーなSV」という要望があがった。

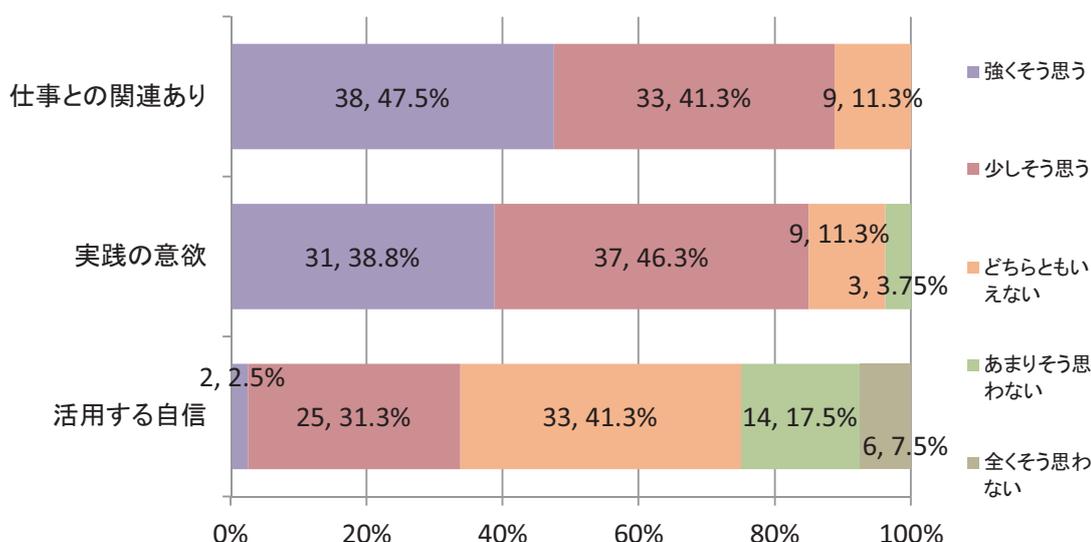


図3 SPR研修の感想

<考察>

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

これらの結果から、SPR の研修には一定の意義があるが、基本研修と1回のフォローアップ研修だけでは限界があり、グループ・ディスカッションの意見にもあがったとおり、事例検討の繰り返しとSV体制を整える必要があることが明らかになった。また、SPR の日本での適用の可能性と課題としては、色々な支援場面に活用できる可能性が意見として挙げられたが、一方で、構造化されているマニュアルから、いかに自分のフィールドでフレキシブルに応用できるかといったことや、マニュアルの要素を実際にどう言葉で表現し展開していくかといった具体性の部分が求められていることが示唆された。

以上のことから、今後はスカイプを用いた定期的なケース検討を企画し、被災地でSPR を活用した事例に対するSVを行い、その効果を検討する予定である。また、支援方法として広く普及啓発していくためには、モデリング機能が必要だと考えられる。そのため、SPR 活用場面についてのデモンストレーションDVD等が有効ではないかと考えられるため、来年度の研究課題として検討していく予定である。

② SPRの我が国における実施可能性についての研究

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する。

<研究方法>

対象者は宮城県被災地A地区に居住もしくは就労している者で、精神的不健康を自覚する18歳以上の者で、精神医療機関で治療を受けている者や重篤な精神症状がある者は除外することとした。また、日本語を母国語とし、本研究の目的、内容を理解し、本人から必要な研究参加の同意を文書で得られた者とした。A地区の自治体と覚書を取り交わし、共催で住民に『災害後のストレス回復プログラム』の参加者を公募しており、目標対象者数15例である。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターのSPRトレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医のSV（スーパービジョン）のもとにSPRを実施する。選択基準を満たす参加者に対して、研究の主旨を説明し書面で同意を取得した後に介入前評価を行う。介入者は参加者に対して訪問による1回60分程度の面接を1週間から2週間に1回程度の頻度で計5回程度実施する。介入終了後に介入後評価と2ヶ月後のフォローアップ評価を実施する。

プライマリ・エンドポイントはGHQ精神健康調査票（GHQ-30）の総合得点である。セカンダリ・エンドポイントはQOL（SF-8）、心的外傷後ストレス症状（IES-R）、レジリエンス（TRS）、自己効力感（SE）、プログラムへの満足度（CSQ-8J）とする。また、プログラム及び各スキルの感想とその後の活用について質的内容分析により評価する。本研究は、介入地区であるA地区を管轄する自治体の指導を受け、適切な連携の元を実施する。

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

<研究結果>

平成25年7月より、参加者の公募を開始した。平成26年2月時点で、申込み者は計18名に達した。このうち、適応外3名、介入前のキャンセル6名、延期1例があり、残りの8名に介入を開始した。このうち4名は、事前介入例であり、調査開始後の介入例は4件である。事前介入例を含めた8名については、現段階までに有害事象は認められていない。

介入を開始した8名のうち、現在までに4名がセッションを終了した。予備的な解析として終了した4件の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントであるGHQ精神健康調査票（GHQ-30）の総合得点は、いずれも介入前より介入後の方が下がっていた（図4）。

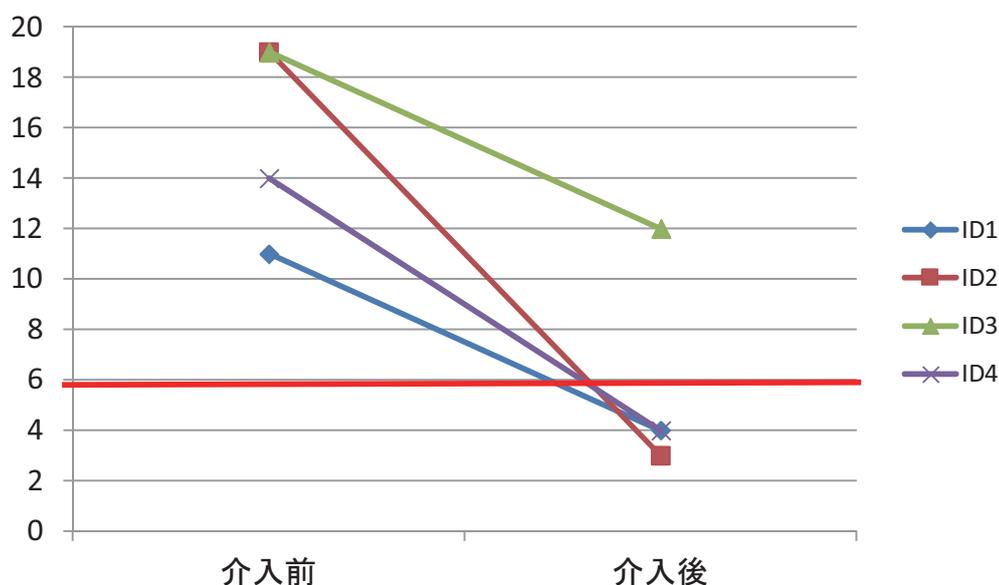


図4 SPR 介入前後の GHQ-30 得点の変化 (N= 4) *プレ介入者も含む

<考察>

本研究は平成25年度に介入を開始したばかりであり、まだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した8件において現段階では有害事象を認めておらず、また予備解析の結果では介入が終了した4件に関してはGHQ-30の数値も介入前後で比較すると下がっている。このため、現時点では、SPRが我が国においても安全かつ効果的なプログラムである可能性が示唆されている。今後は症例対象数を増やし、目標対象者数に到達した時点で、各エンドポイントの推移を分析し、プログラムの実施可能性を検証していく予定である。

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

認知行動療法は認知・行動の両面からの働きかけによりセルフコントロール力を高め、社会生活上の様々な問題の改善、課題の解決を図る心理療法である。認知行動療法はうつ病、不安障害など様々な精神疾患に適応があり、その有効性が報告されている。また、精神疾患だけではなく、疾患にまで至らない抑うつ症状や精神疾患の予防

にも効果があることが示されており、医療現場以外の領域にも広く応用されている。

日本では他の先進国と比べ、認知行動療法の普及が遅れており、これを広く社会に普及していくためには、効果的な研修方法を確立していく必要がある。本研究は、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及び支援者を対象に実施し、アンケートと質問票により質的調査を行うことで、研修の意義と問題を検討する。そして、今後の認知行動療法の普及、啓発の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

<研究方法>

昨年度は一般市民への普及を行う前に、岩沼市にて実際に被災地で市民対応を行っている保健師などの支援者を対象に認知行動療法に基づいた研修を平成 25 年 2 月から 3 月にかけて計 6 回で実施した。今年度は一般市民を対象に、岩沼市にて岩沼市役所健康福祉部健康増進課の協力を得て、一般市民を対象に平成 25 年 6 月～7 月、仙台市にて仙台市精神保健福祉センター（はあとぼーと仙台）、および仙台市青葉区、宮城野区、若林区、太白区、泉区の家庭健康課の協力を得て一般市民を対象に平成 25 年 10 月～11 月に実施した。仙台市太白区にて仙台市精神保健福祉センター（はあとぼーと仙台）、および仙台市太白区の家庭健康課の協力を得て一般市民を対象に平成 26 年 2 月～3 月の計 6 回を現在実施した（年度末であったため、今回の解析に含まれていない）。

各回の研修の受講後に本プログラムの研修の理解度や感想などのフィードバックを得るためにアンケート調査を行った。また、研修の全プログラムの前後で参加者の属性、研修の理解・定着度を明らかとするための質問項目、生活の質（QOL）を測るための尺度として SF-8、認知行動療法を学び活かすことで自己効力感が高められたかを測るための尺度として特性的自己効力感尺度を用いて検証した。研修を実施するに当たり、この領域で実績が豊富な大野裕 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長および田島美幸 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター 臨床技術開発室長から技術指導を受けた。なお、本研究の実施については、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の承認を得ている。

<結果>

岩沼市での研修では事前登録者数 16 名で、平均 11 人が参加し、仙台市での研修では、事前登録者数 27 名で、実際の参加者数は平均 15 人であった。これまで参加者の総数は 33 名で、性別は男性 4 名（12.1%）、女性 29 名（87.9%）、年齢は平均 48.7 ± 12.8 歳であった。職業は主婦 11 名（35.5%）と最も多く、アルバイト・パート 5 名（16.1%）、無職 5 名（16.1%）と続いた。被災状況については、自宅の被災は全壊・大規模半壊 3 名（9.4%）、半壊・一部損壊 13 名（40.7%）であった。震災で命の危険を感じたかと

いう質問には、強く感じた・まあまあ感じた 20 名 (62.5%)、であった。

研修についての満足感について、岩沼市での支援者向けの研修では、研修の難易度についてちょうど良いと回答したものが平均 95%であった。岩沼市での一般市民向けの研修では平均 87.5%、仙台市での研修では平均 88%であった。岩沼市での支援者向けの研修では、今後の生活に活かせそうだと、まあ活かせそうだと回答したものが平均 99%、岩沼市での一般市民向けの研修では平均 95%で、仙台市での研修では平均 95%であった。よって、この研修内容は参加者に概ね理解し受け入れられるものであったと考えられた。

研修に参加し、研修前後の調査票の回答が得られ、全 6 回のうち 5 回以上出席した 17 名について QOL、自己効力感の変化について調査を行った。SF-8 の精神的サマリースコア (Mental Component Summary scores ; MCS) については、研修前は平均 41.6 ± 8.4 、研修後は平均 45.6 ± 8.3 と改善を認めたが、その差は有意ではなかった (図 5)。特性的自己効力感については、研修前は平均 68.9 ± 9.9 、研修後は平均 71.5 であり、傾向レベルでの改善を認めた (Wilcoxon の $Z = 1.942$, $P = 0.052$) (図 6)。

認知行動療法の基本的な考え方の理解、その定着度については、前述の 17 名において前後調査した結果、自分の考え方の癖を知っているかどうかという問いに対し、あてはまる・まああてはまると回答したものが、研修前 38% (N = 6) であったものが、研修後には 93% (N = 14) と増加していた。他、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かという問いでは、研修前 63% (N = 10) から研修後 80% (N = 12)、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かという問いでは研修前 25% (N = 4) から研修後 47% (N = 7)、問題の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かという問いでは 19% (N = 3) から 47% (N = 7) と変化が見られていた。

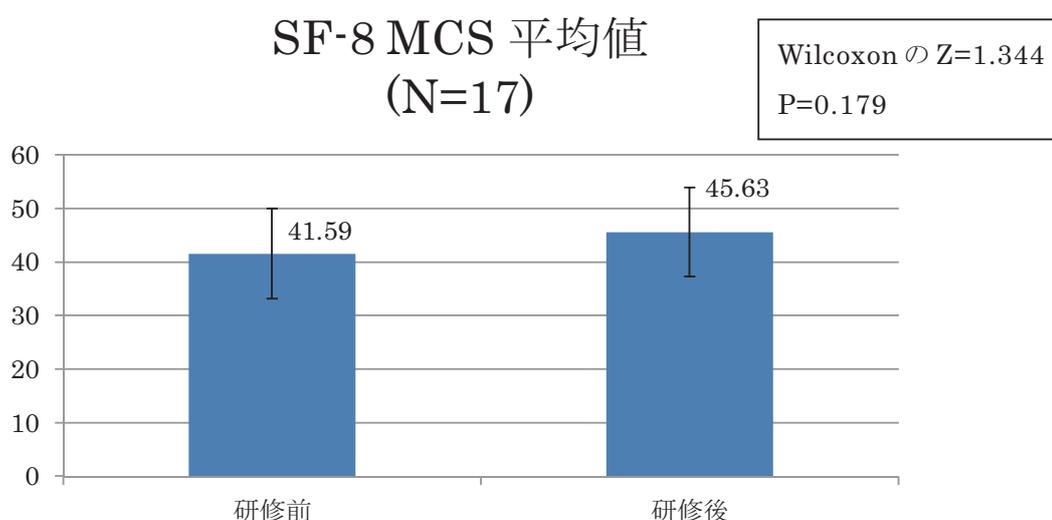


図 5 こころのエクササイズ研修前後の QOL の変化

特性的自己効力感 平均値 (N=17)

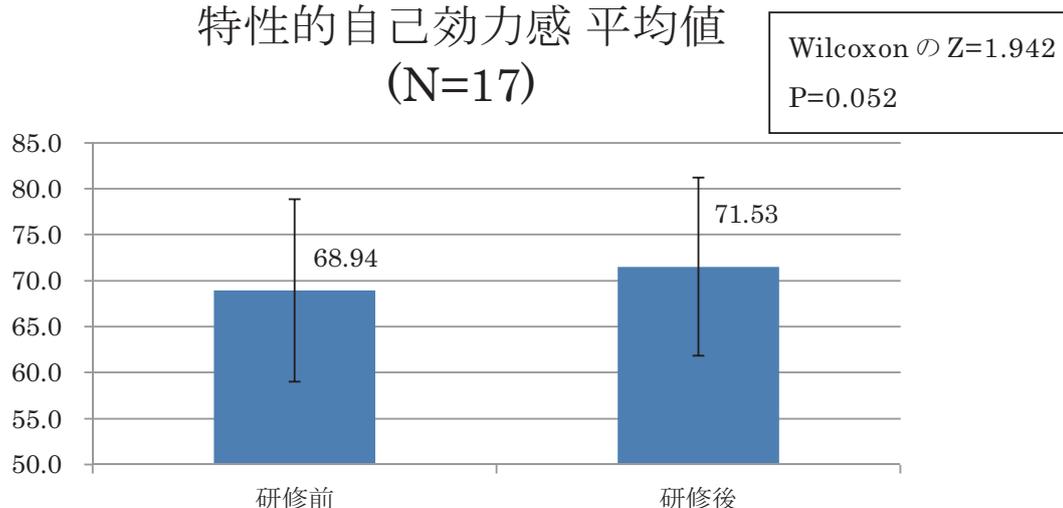


図6 こころのエクササイズ研修前後の自己効力感の変化

<考察>

今年度は、岩沼市役所、仙台市役所といった行政や関係機関と協力し一般市民を対象に『こころのエクササイズ研修』を、岩沼市、仙台市で開催した。昨年度は、予備的に実施した支援者を対象にした研修であったが、今年度は一般市民を対象にした研修を開始することができた。研修に対する満足感は高く、実際にワークを体験しながら楽しく学ぶことができたという感想が多く得られた。理解、定着度については、自身の考え方のくせに気づき、認知行動療法の考えに基づいて、考えと気分、行動の関係について理解し、ストレスに対する対処法を身に着けることができるようになったものと考えられる。今回の結果からは、災害後に一般市民を対象に研修という形で認知行動的アプローチによる介入を実施することは可能であり、本プログラムは被災地域の一般市民にも受け入れられる内容であると考えられた。

介入前後のQOLと自己効力感の変化については、現在のところサンプルサイズが小さく、結果は予備的な段階にある。QOLと自己効力感について現時点では有意な変化は得られていないが、自己効力感については傾向レベルの変化が認められた。来年度についても複数回の研修を計画しており、さらにサンプル数を増やしていく予定である。

3. 精神医療保健領域での被災の影響についての調査

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た。精神科医療機関も沿岸部を中心に大きな被害を受け、その影響は広範囲に及んだ。発災直後から、施設の損壊のために医療の継続が不可能となった病院が生じたり、機能が保たれた病院に患者が殺到するなど、各施設に様々な困難が生じた。発災後、全国からこころのケアチーム等を含めた様々な支援が入り、被災地での精神保健活動が行われたが、精神科医療の主要部分を実際に担っていたのは地元の精神科医療機関であった。しかし、宮城県全体

として発災直後から急性期にかけて精神科医療の状況や、精神科医療の現場がどのような状況にあり、どのような困難が生じていたのか、精神疾患をもつ患者にどのような影響が生じたかについては十分に把握されていない。

今後の大規模災害において、宮城県内の精神医療保健への影響を調査することで、今後の災害支援に活かしていくことが求められている。そこで、先進医薬研究振興財団被災地支援研究助成による支援を受け、『東日本大震災後の宮城県の精神科医療機関における精神科医療の実態調査』を、宮城県の精神科病院や関連機関の協力を得て実施した。本研究は、東日本大震災後の宮城県の精神科医療機関における患者の動向を把握し、また精神科病院の被害状況について調査することで、大規模災害後が精神科医療機関にどのような影響を及ぼすのかを明らかにし、将来の大規模災害対策に役立てることを目的とする。

<方法>

宮城県内の精神科医療機関における震災後1年間の患者動向についての調査を行った。対象は、宮城県内の精神科・心療内科を標榜する病院、診療所で、平成24年4月に調査票を郵送し各病院における診療録等による後方視調査を依頼した。調査項目は、各医療機関の被害程度、震災直後、および震災後1年間の新患患者数、再来患者数、入院患者数、震災と関連した急性ストレス性障害（ASD）と心的外傷後ストレス障害（PTSD）患者数、災害対策の改定した点などであった。また追加調査として、震災による大きな被害を受けた宮城県沿岸地域のA市の2つの精神科病院を含む、宮城県内の4つの精神科病院に注目し、震災後1年間、および震災前3年間の外来患者、入院患者の状況を調査した。さらに協力を得られた宮城県内の2病院において、その診断の内訳や入院のきっかけ等について診療録の調査を行った。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。

<結果>

津波により県内の3つの精神科病院が直接的な被害を受け、その内2つの精神科病院は病院機能が停止し、入院患者の転院が必要となった。4病院の機能が大幅に低下し、外来や入院の受け入れが不能となった。被災地域に近く、医療継続ができた一部の病院で直後の3月に新患患者数が大幅に増加した。精神疾患以外の患者が、最寄りの医療機関として精神科を受診したケースが多かった。一方、PTSDのために精神科病院を受診する患者は少数であった。震災後の再来患者数は、直後の3月に減少していた病院が多かったが、その後の増減については病院間で差を認めた。

県全体では、新入院数は3月に増加しており、特に精神病圏の入院が増加した。その後は震災前の12ヶ月と比べて患者数に大きな違いは認めなかった。被災地域に近く、機能を維持していた精神科病院では、震災直後期の3月の新患患者数、入院患者数がと

もに増加していた。被災地域に近く、機能を維持していた2病院において、発災後8週間の新入院患者の内訳をみると、精神病圏の患者が最も多かった。一部の精神科病院で入院のきっかけを調べたところ、震災に関連するものが6割を超えていた。震災を契機に服薬を中断し入院に至ったケースも認められた。発災後、多くの精神科医療機関が災害対策の大幅な改定を迫られた。燃料、食糧の備蓄や、その保管場所、衛星電話などの通信手段の確保、避難訓練の見直し、地域ネットワークの見直しなどが必要であるとの回答が得られた。

<考察>

東日本大震災後では、宮城県では3つの病院が津波被害に遭い、その他の病院でも様々な被害が認められた。直後期から急性期にかけて、精神科病院の外来、入院患者の動向に著しい変化を認め、その特徴は被災状況によって異なっていた。被災中心地域で機能していた精神科病院には、精神疾患をもつ患者以外の地域住民も医療を求めて多数来院し、精神疾患のみならず身体疾患をもつ患者の支援が行われた。発災直後期から急性期にかけて、宮城県の精神科入院患者数は全体として増え、特に、統合失調症圏の患者の新入院数が増えた。震災の直接的な衝撃（地震、津波、避難）、およびその後の避難生活、環境の変化は、脆弱性を抱えながら地域で生活していた精神病圏の患者に、より強く影響を及ぼした可能性が示唆された。地域の被災程度、復興状況、通院状況の変化など、多様な因子が受診行動に影響していると考えられた。

大規模災害においては、精神科医療機関が直接被害を受ける可能性がある。直後～急性期には、被害を受けた病院からの転院の受入、被災により病状を悪化させたり、地域生活が困難になる患者の入院需要が急増する可能性があることが明らかとなった。また、被災地において機能した精神科病院では、自院の患者だけではなく、他院の精神科患者、一般身体科の患者が受診するなど、災害医療において重要な機能を果たすことが明らかとなった。本調査の結果からは、平時から精神科医療機関は災害を想定した連携や協力のための体制を整備する必要があることや、直後・急性期に精神科医療機関を支援する体制の整備が重要であることが示唆された。

4. 被災地の精神科病院看護師の体験に関する質的研究

東日本大震災では、多くの医療機関が被害を受けた。沿岸部にあった精神科病院では、津波の直撃に遭い、孤立を余儀なくされた病院もいくつかある。そのような病院では、自分たちの命も危険にさらされる中、多数の精神疾患患者を守り、大規模な避難や搬送を行わなければならないという苦闘が繰り返された。また、津波の被害を直接受けなかった精神科病院でも、ライフラインが途絶え薬も届かない状況で医療を継続しなければならない状況に立たされた。

このように、被災地の精神科病院の看護師は、未曾有の大震災の中、極限状態で患者

の精神・身体の状態を観察し、限りある資源と情報の中で判断し行動した。我が国で精神医療機関がいくつも壊滅的な被害を受けた自然災害は過去例がない。よって、この貴重な体験を世に残すことは、今後の精神看護領域における防災対策及び災害時の支援方法の検討にもつながり、非常に意義があるものと考えられる。

本研究の目的は、東日本大震災における被災地の精神科病院看護師の体験から、精神科に特有の被災体験を明らかにし、今後の精神科病院における防災・減災対策に役立てるための知識を得ることである。

<方法>

宮城県沿岸部の精神科病院の看護師 10～20 名を対象に、半構造化面接で 1 時間程度のインタビューを行う。対象施設の候補となる精神科病院の看護管理者に研究の主旨を説明し協力を依頼し、協力が得られた対象施設の看護管理者を通し、看護師から研究協力者を募る。質問内容としては、震災直後に精神科看護師としてどのような体験をしたのかを基本に、今振り返って役立ったことおよび必要だったこととする。得られたデータは質的に分析する。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ている。

<結果>

平成 25 年 8 月～9 月に、宮城県沿岸部の精神科病院（5 施設）の看護師 17 名にインタビューを実施した。現在データを分析中である。

<注>本研究は平成 25 年度日本精神保健看護学会研究助成金をもとに実施されており、日本精神保健看護学会災害支援特別委員会の活動の一環として行われている。

参考文献

- 1) 村松公美子, 宮岡等, 上島国利, 村松芳幸. プライマリケアにおけるうつ病スクリーニングに有用な評価ツール -Patient Health Questionnaire (PHQ-9) について-. 精神科治療学, 23 (11), 2008, 1299-1306.
- 2) 松本和紀. 東日本大震災の直後期と急性期における精神医療と精神保健: 宮城県の状況と支援活動. 精神神経学雑誌, 116 (3), 2014, 175-188.
- 3) 松本和紀, 白澤英勝, 岩館敏晴, 原敬造, 樹神學, 連記成史, 新階敏恭, 小高晃, 三浦伸義, 小原聡子, 林みづ穂, 上田一気, 佐久間篤, 松岡洋夫. 宮城県における震災後の精神医療の状況—震災から 1 年を経て—. 精神神経学雑誌, 115 (5), 2013, 492-498.
- 4) 松本和紀. 支援者と働く人々のケア - 東日本大震災の経験から. 精神医療, 72, 2013, 31-40, 批評社.

- 5) 松本和紀, 小原聡子, 林みつ穂, 原敬造, 白澤英勝. 東日本大震災における宮城県の精神科医の活動. 精神医学, 55 (4), 2013, 391-400.
- 6) 松本和紀・高橋葉子・大澤智子 大規模災害後の支援: 被災地の状況と認知行動的な心理支援の普及に向けた取り組み. 認知療法研究 6 (2), 2013, 118-120.
- 7) 松本和紀. 東日本大震災における精神保健医療・宮城での経験から. 治療の聲, 13, 2012, 77-84.
- 8) 松本和紀, 佐久間篤, 上田一気. 大規模震災後のうつ病. 内科, 110, 2012, 1085-1089.
- 9) 高橋葉子, 松本和紀. 東日本大震災におけるトラウマ. こころの科学, 165, 2012, 50-55.
- 10) 松本和紀. 被災者のメンタルヘルスケア. 日本医師会雑誌, 141, 2012, 56-60,
- 11) 松本和紀. 宮城県における現状と課題. 精神科, 19, 2011, 543-547.
- 12) Matsumoto K. Mental Health of Disaster Relief Supporters. Japan Medical Association Journal, 56 (2), 2013, 70-72.