

## 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<sup>1)</sup>

東北大学病院精神科<sup>2)</sup>

東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野<sup>3)</sup>

高橋 葉子<sup>1)</sup>、佐久間 篤<sup>2)</sup>、上田 一氣<sup>3)</sup>、長尾 愛美<sup>1)</sup>、阿部 幹佳<sup>1)</sup>、松岡 洋夫<sup>3)</sup>、  
松本 和紀<sup>1)</sup>

東北大学大学院医学系研究科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 26 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。このような災害後に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<sup>1)2)</sup>。

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、こうした地元で公益性の高い仕事に従事する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、東日本大震災の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た。

今回の報告では、平成 26 年度に実施した調査結果を中心に、平成 25 年度から継続的に実施した縦断的解析結果も含め、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。

## (1) 研究方法

対象は東北沿岸部被災地域の①自治体の職員、②社協職員、③看護職員である。①の調査は、宮城県内の複数の自治体職員を対象に、平成26年8月～9月に1,888名に実施し、1,288名(68.2%)からデータを回収した。②の調査は、宮城県内の複数の社会福祉協議会職員を対象に、平成25年11月～平成26年1月の期間に実施し、対象者870名のうち、779名(89.5%)からデータを回収した。③の調査は、宮城県内において複数の病院の看護職員を対象に、平成26年8月～12月に485名に実施し、392名(80.8%)からデータを回収した。

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、本人により封をされた状態で回収された。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できる旨を周知した。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。

## (2) 研究結果

### ① 自治体職員に対する調査

本調査は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ており、今回は各自治体の結果を報告する。

A自治体の対象者は男性が36%で平均年齢は45歳だった。平成26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16%だった。うつ病のリスクが高いPHQ-9の総得点が10点以上の職員の割合は16%だった。PTSDのリスクが高いPCLの総得点が44点以上の職員の割合は4%だった。

B自治体の対象者は、男性61%、平均年齢は45.3歳だった。平成26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10点以上の高いストレスを自覚している職員の割合は13%だった。うつ病のリスクが高いPHQ-9の総得点が10点以上の職員の割合は14%だった。また、PTSDのリスクが高いPCLの総得点が44点以上の者は、5%だった。

B自治体では、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、正規職員と派遣職員に分け、PTSD症状、全般的な精神健康状態、うつ症状のハイリスクに關

連する要因を、カイ二乗検定を用いて検討した。その結果、正規職員においては、各症状の悪さと『家族・友人からのサポートが少ないと』、『震災後の言動・行動に関して自責感があること』、『仕事が忙しく休養が十分に取れないこと』、『住民からの非難を受け、精神的に辛い思いをしていること』、『仕事上の関係者から非難を受け、精神的に辛い思いをしていること』が関連していた。

PTSD 症状の程度 (PCL) 特有の要因としては、『震災前から治療している身体の病気があること』、『震災後の転居の状況』、『震災により、家族に死者・行方不明者がいること』と PTSD 症状の悪さとの間に関連がみられた。抑うつ症状の程度 (PHQ-9) 特有の要因としては、『居住する地域の人達は信頼し合っていないと感じること』が挙げられた。また、精神的な問題の程度 (K6)、抑うつ症状の程度 (PHQ-9) については、『上司からのサポートが少ないと』、『同僚からのサポートが少ないと』が症状の悪さと関連していた。

派遣職員においては、全般的な精神健康状態 (K6) の悪さと、『友人・家族からのサポートが少ないと』、『仕事が忙しく休養が十分に取れないこと』、『仕事上の関係者から非難を受け、精神的に辛い思いをしていること』、『同僚からのサポートが少ないと』、『職務内容がイメージしていたものと違ったこと』が全般的な精神健康状態の悪さとの間に関連がみられた。抑うつ症状の程度 (PHQ-9) については、『赴任前、自身の健康のことが心配だったこと』と症状の悪さとの間に関連がみられた。

## ② 社協職員に対する調査

男性が 26.2%、平均年齢は 46.8 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 7.9%、PHQ-9 のハイリスク者は 13.7%、PCL のハイリスク者は 4.1% であった。また、平成 25 年度と平成 26 年度の両方の調査で回答の得られた者 610 名について縦断で解析した。うつ病症状、PTSD 症状のハイリスク者には入れ替わりがあった。抑うつ症状、PTSD 症状ハイリスク者、どちらも平成 25 年度でハイリスクだった者の約半数が、平成 26 年度もハイリスクのままとなっていた。また平成 25 年度にローリスクだった者も、平成 26 年度にはハイリスクとなる者があった。精神症状が慢性化する者と、遅発性に悪化する者が存在することが明らかになった。

次に、精神的不健康的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。平成 26 年度の調査では、K6 (全般的な精神健康状態) ハイリスク者は、『職場でのコミュニケーションがとれていない』が最も高いオッズ比を示し、次いで『見通しが立たない仕事が多いと感じる』が高いオッズ比を示して関連していた。その他、『震災当時の自分の言動を責める気持ちがある』、『近所の人たちと信頼し合うことができていない』等の要因と関連していた。

PHQ-9 (抑うつ症状) ハイリスク者は、『見通しが立たない仕事が多いと感じる』が最も高いオッズ比を示し、次いで『震災前からのメンタルヘルスの治療歴』が高

いオッズ比を示して関連していた。その他、『職場でのコミュニケーションがとれていない』『休養がとれていない』『独居世帯』『年齢』等の要因と関連していた。

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

### ③ 看護職員に対する調査

女性が全体で 99.0%、平均年齢は 43.3 歳であった。PTSD ハイリスク者 (PCL 総得点 44 点以上の者) は 4.2% だった。抑うつ症状ハイリスク者 (PHQ-9 総合点 10 点以上) の割合は 17.4% だった。なお、この調査では K6 は使用しなかった。

次に、平成 24 年度と平成 26 年度の両方の調査で回答の得られた者 296 名について縦断で解析した。PTSD、抑うつ症状のハイリスク者には入れ替わりがあった。PTSD に関しては、平成 24 年度にハイリスクだった者のうち、平成 26 年度には 7 割が改善したが、3 割はハイリスクのまま経過した。また、少數ではあるが平成 24 年度に正常範囲だった者のうち、平成 26 年度に新たにハイリスク者となる者もいた。うつ病に関しては、平成 24 年度にハイリスクだった者のうち、6 割が改善したが、4 割はハイリスクのまま経過した。また、平成 24 年度に正常範囲だった者のうち、1 割弱が新たにハイリスクとなっていた。

さらに、平成 24 年度と平成 26 年度の 2 地点における、PTSD と抑うつ症状の変化に関する要因を明らかにするために、一般化推定方程式 (GEE) を使用して解析した。その結果、PTSD 症状に関しては、PCL の合計点および PTSD リスクの変化において、『震災時の自責感を感じている』、『住民から非難を浴びて精神的に辛い思いをしている』者の方が、そうでない者と比較して合計点やリスクが増加する傾向が明らかになった。また、抑うつ症状に関しては、PHQ-9 の合計点の変化では、『震災時の自責感を感じている』、『家族のサポート得点が下がった』者の方が、そうでない者と比較して合計点が増加する傾向が明らかになった。抑うつ症状のリスクに関しては、『震災時の自責感を感じている』、『上司のサポート得点が下がった』、『被災の影響で仮の場所で臨床業務にあたっている』者の方が、そうでないものと比較してリスクが増加する傾向が明らかになった。

### (3) 考察

自治体職員対象の調査により、震災から 3 年以上が経過した後も、被災地の自治体職員のうつ病や PTSD のリスクは高い状態で推移していることが明らかとなった。また PTSD と比較して、うつ病のリスクを抱えた職員がより多いことが明らかとなった。被災地の自治体では、震災前からある従来の業務に加えて、膨大な復興業務をこなす状況が続いている。業務上の負担が高い状態が持続しており、こうした仕事量の増大が

抑うつ症状と関連している可能性がある。今後は、どのような要因が影響を及ぼしているか検討するとともに、縦断的解析を行い、より詳細に精神健康のハイリスクに関わる要因を明らかにしていく予定である。

社協職員を対象とした調査により、継続的に被災者の身近で働いている社協職員の多くは精神健康を維持しながら働いているが、一部には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いる実態が明らかとなった。平成25年度と平成26年度で精神症状のハイリスク者の割合に変化はなく、その入れ替わりをみると、慢性的に精神症状が持続している者、遅発性に精神症状が悪化する者が存在していた。要因を検討すると、全体的には震災そのものの影響は次第に薄れているものの、震災により家族を失った、家や財産を失ったなどの被害の大きかった職員には長期的に精神健康に注意が必要であると考えられた。また、震災後の職場の人間関係や、地域とのつながりも持続的に精神健康に影響を与えており、職場のコミュニケーションを改善する、地域とのつながりを深めるなどコミュニティの重要性が示唆された。

看護職員を対象とした調査により、全体的な精神健康度は改善傾向にあるが、ハイリスク者には入れ替わりがあり、慢性的なうつ病ハイリスク者の割合は低くないことが明らかになった。要因の検討から、震災時の自責感を感じていることがPTSDと抑うつの両方の回復を阻害することに関連していた。このことから、時間が経っても残っている自責感について介入する方法を検討する必要性が示唆された。また、ソーシャルサポートの低下も関連要因としてあがっていることから、家庭内や職場における人とのつながりを保持・改善できるような働きかけが重要であると考えられた。

## 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

サイコロジカル・リカバリー・スキル (Skills for Psychological Recovery:以下、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、わが国ではまだ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することにした。

## ① SPR の普及に向けた専門職員向けの研修についての研究

### a 研究目的

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と考えられる。しかし、心理的支援においては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、被災地の心のケアに従事している専門家に SPR のトレーニングを行い、アンケートと質的調査を行うことで、SPR の研修の意義と問題を明らかにし、SPR の日本での適用の可能性と課題を明らかにすることを目的とする。

### b 研究方法

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。基本研修として SPR についての講義やワークショップによる研修を 2 日間の日程で行った。平成 25 年度までに 4 回実施済であり、第 5 回目として平成 26 年 6 月に仙台市で実施した。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 25 年度までに 3 回行われており、平成 26 年度は 10 月に仙台市で実施した。

調査にあたり、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 化し連結可能な匿名とした。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。

### c 研究結果

研修会の受講者数は、基本研修については、平成 26 年度開催した第 5 回目に 52 名参加があり、昨年度からの通算で計 151 名になった。フォローアップ研修は第 4 回目に 19 名の参加があり、通算で計 56 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（5 回分）での有効回答数は 137、フォローアップ研修でのアンケート調査（4 回分）での有効回

答数は41であった。フォローアップ研修に複数回出席している者の回答に関しては第1回目の回答を使用した。その結果、基本研修とフォローアップ研修で追跡調査対象になる有効回答数は35であった。

基本研修時アンケートの対象者の基本属性は、男性：女性=23：114、年代は20代18%、30代35%、40代26%、50代15%、60代5%、未回答1%であった。職業は心理士29%、精神保健福祉士13%、保健師19%、看護師18%、精神科医6%、その他15%であった。災害・トラウマ支援の経験は、『全くない』12%、『少しはある』62%、『ある程度ある』20%、『かなりある』5%であった。

基本研修後のアンケート結果は、『現在の仕事と関連していると思うか』という質問に対しては『強くそう思う』、『少しそう思う』と答えた者が約90%いた。また、『自身の仕事の実践の中で試してみる意欲があるか』という質問に対しては『強くそう思う』、『少しそう思う』と答えた者が約90%であるのに対し、『SPRを使える自信はあるか』という質問に対しては『強くそう思う』、『少しそう思う』が40%弱と低かった。災害後の支援・トラウマを抱えた人への支援経験があると答えた者は、SPRを活用する自信が有意に高いことが示された。基本研修後とフォローアップ研修後で、追跡調査対象者(N=35)のSPRに関する興味関心・難易度・仕事との関連性・活用する意欲・自信、SPRの各スキルの有用性のアンケートを比較したところ、大きな変化は見られなかった。

フォローアップ研修でのグループ・ディスカッションの結果では、『自分の活動の中でSPRが役に立ちそうだと思う場面』に対しては、『相談業務』や「健康教室等グループでの活用も可能ではないかと」いう声が寄せられた。また、「対象者が自分の問題を解決するモデルは、支援者の『問題解決してあげなければ』という負担感が軽くなって楽になった」という声も挙がった。『今までに実際にSPRを試してみた(試そうと思った)ことがあるか』に対しては、構造化したセッションでの活用は少なかつたが、「エッセンス的に活用している」という声が多かった。『自分の活動の中でSPRを活用する上で難しい点・工夫点・課題』に対しては、「スキルの指導という部分が日本文化になじまないので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TP0に合わせて柔軟に使う必要がある」「マニュアルの表現を自分なりに変えて使うステップが必要」「スキルのマッチングで、うまくいかなかったとき、スキルを変える応用力が必要」等の意見が出た。『どのような研修体制やSV(スーパービジョン)体制があればSPRを活用しやすくなると思うか』に対しては、『事例検討』『タイムリーなSV』という要望があがった。

#### d 考察

基本研修後のアンケート調査結果から、SPRに対する興味関心は高く、試してみようという意欲が高いのに対して、自信は低いという傾向が明らかになった。追跡調査からフォローアップ研修を経た後には理解度が上がり、さらに事例提供を

行うと実際に SPR を実践してみようという意欲が上がるする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。

以上の結果から、SPR の研修には一定の意義があるが、基本研修と 1 回のフォローアップ研修だけでは限界があり、グループ・ディスカッションの意見にもあがったとおり、事例検討の繰り返しと SV 体制を整える必要があることが明らかになった。また、支援方法として広く普及啓発していくためには、モデリング機能が必要と考えられた。

この結果を受け、SPR 活用場面についてのデモンストレーション DVD を作成し、視聴アンケートと共に研修受講者に配布した。今後は DVD のフィードバック結果を分析し、普及方法の検討を進めていく予定である。

## ② SPR の我が国における実施可能性についての研究

### a 研究目的

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た。

### b 研究方法

対象者は宮城県被災地 A 地区に居住もしくは就労している者の中で、精神的不健康を自覚している 18 歳以上の者とし、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』の参加者を公募した。目標対象者は 15 例とした。

支援を行う精神医療保健従事者（看護師、保健師、心理士、医師等）は、すべて兵庫県こころのケアセンターの SPR トレーナーによる研修を受講しており、同トレーナーと東北大学病院精神科の精神科医の SV のもとに SPR を実施した。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 回程度の頻度で計 5 回程度実施した。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。

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候 (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-8 J) とした。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は質的内容分析により評価した。

本研究は、介入地区である A 地区を管轄する自治体の指導を受け、適切な連携

の元に実施した。また、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（自死念慮含む）を評価した。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。なお本研究は、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た。

#### c 研究結果

平成 25 年 7 月より、参加者の公募を開始した。平成 27 年 3 月時点で、申込者は 24 名に達した。このうち、適応外 3 名、介入前のキャンセル 7 名、延期が 1 名であり、残りの 13 名に介入を開始した。このうち 4 名は、事前介入例であり、1 名は研究適格基準外であり、研究対象介入例は 8 件となった。事前介入例を含めた 13 名については、平成 27 年 3 月 31 日までに有害事象は認められていない。介入を開始した 13 名のうち、平成 27 年 3 月 31 日までに 9 名が最終セッションを終了した。予備的な解析として終了した 9 件の介入前後の評価を検討したところ、プライマリ・エンドポイントである GHQ 精神健康調査票 (GHQ-30) の総合得点は、いずれも介入前より介入後の方が低下していた。

#### d 考察

本研究はまだ目標症例数に達していない。このため、今回の報告を行う時点ではプログラムの実施可能性を検証する段階には至っていない。しかし、介入を開始した 13 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 9 件に関しては GHQ-30 の数値も介入前と比較すると下がっていた。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た。

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。

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

#### (1) 研究目的

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<sup>3)4)</sup>。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でも広く応用されている<sup>5)</sup>。

日本では他の先進国と比べて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調査を行うことで、研修の意義と問題を検討した。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。

## (2) 研究方法

平成 25 年度は一般市民を対象に岩沼市、仙台市、石巻市にて計 4 回研修を実施し、第 5 回目として、平成 26 年 5 月～6 月に石巻市で研修を実施した。

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先生（国立精神・神経医療研究センター内認知行動療法センター センター長）および田島美幸先生（国立精神・神経医療研究センター内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た。

## (3) 結果

これまでに、岩沼市、仙台市、石巻市にて、第 1 回から第 5 回まで研修を実施した。参加者の総数は 180 名であり、男性 19 名（10.6%）、女性 161 名（89.4%）であった。平均年齢は  $45.53 \pm 14.27$  歳（range : 22–91 歳）であった。

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

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

研修の理解について 7 項目質問し、介入前後の得点を Wilcoxon の符号付き順位検定で比較した。0. 『あてはまらない』～4. 『あてはまる』までの 5 件法で評価し、『自分の考え方のクセを知っている』、『どのように考えるとうつや不安な気分が強くなるのか分かっている』、『自分をいつも苦しめている考え方方に気づき、発想を切り替えることができる』、『解決策を実行した後で、状況がどう変化したかを注意深く評価する』の 4 項目において、介入前後で有意な変化があることが認められた。

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

#### (4) 考察

対照群のない予備的な前後調査であるため、結果の解釈は慎重に行うべきであるが、本研修プログラムは被災者の自己効力感の向上に役立つことが示唆された。我々の試みからは、被災地には認知行動的アプローチを学んで実生活に役立てたいというニーズがあり、これに応えるための研修プログラムが実施可能であることが明らかとなつた。今後は、さらに多くの地域で実践を試みるとともに、プログラムの改訂やプログラム施行者の育成に努めていくことが必要と考えられる。

以上を受け、認知により焦点をあて、認知行動療法のスキルの中でも認知再構成法のアサーション（コミュニケーション）を中心にプログラムを改訂した。平成26年度末にはこれを用いて被災地の一般市民に向けた認知行動療法の考え方、スキルを普及させるための研修会を実施し、ランダム化比較試験を開始した。今後は研修の有効性を検証していく予定である。

#### 参考文献

1. Perrin MA, DiGrande L, Wheeler K, Thorpe L, Farfel M, Brackbill R. Differences in PTSD prevalence and associated risk factors among World Trade Center disaster rescue and recovery workers. *Am J Psychiatry*, 164, 2007, 1385–94
2. 加藤 寛, 飛鳥井 望. 災害救援者の心理的影響 阪神・淡路大震災で活動した消防隊員の大規模調査から. *トラウマティック・ストレス*, 2(1), 2004, 51–9
3. American Psychiatric Association Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (Revision). *American Journal Psychiatry*, 157(4), 2000, 1–45
4. 大野裕. 治療法の進歩 精神療法. *日本臨床*, 65(9), 2007, 1650–1653
5. 中央労働災害防止協会. 心の健康. *職場復帰支援手引き[解説と取組み事例]*, 2005

助手	高橋 葉子 (看護師)
助教	佐久間 篤 (精神科医師)
大学院生	上田 一氣 (精神科医師)
教育研究支援者	長尾 愛美 (心理士)
教育研究支援者	阿部 幹佳 (看護師)
教授	松岡 洋夫 (精神科医師)
准教授	松本 和紀 (精神科医師)

平成26年3月31日現在