

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⁾、白倉 瞳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28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、主に応急期における職業的救援者を対象とした研究が行われてきた。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う。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かかわるストレスを継続的に受け続け、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。

特に、発災からの長期経過において復興業務は継続しており、また業務内容も年々変化してきている。また、全国から応援に来ていた支援者も少しずつ減少していくなど、地元で働く支援者たちを取り巻く環境は常に変化している。本研究では、平成28年度に実施した社協職員の健康調査結果から、精神的不健康に関連している要因を検討し、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したい。

(2) 研究方法

対象は東北沿岸部被災地域の社協職員である。宮城県内の複数の社協職員を対象に、平成27年10月～平成28年3月の期間に608名に実施し、539名（88.7%）からデータを回収した（平成28年度にデータ解析し、平成28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

宮城県沿岸部被災地域の複数の社協で調査を実施した。回答者539名の内訳は、男性が26.9%、女性が73.1%で、平均年齢は48.0歳であった。自己記入式調査の結果、平成27年度の調査におけるK6のハイリスク者は8.0%、PHQ-9のハイリスク者は13.7%、PCLのハイリスク者は3.3%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、地域の連帯感のなさ）』、『震災の影響による要因（応急仮設住宅、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、休養がとれていない、職場でのコミュニケーション不足、見通しの立たない仕事の多さ）』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（表1）。

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、『震災後に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9.1倍、強いストレスを自覚しやすかった。次いで、『職場内の人間関係に苦勞している』人は苦勞していない人に比べて約4.4倍、『見通しが立たない仕事が多いと感じる』人はそうした思いをもっていない人に比べて約2.9倍、強いストレスを自覚するリスクが高かった。

表1 発災から55～60ヶ月後の社協職員の精神健康に関連する要因

心理的ストレス（K6）と関連する要因	震災後にメンタルヘルスの治療歴がある 職場内の人間関係に苦勞している 見通しが立たない仕事が多いと感じる
抑うつ症状（PHQ）と関連する要因	震災前からメンタルヘルスの治療歴がある 震災後にメンタルヘルスの治療歴がある 休養がとれていない 職場内の人間関係に苦勞してる 見通しが立たない仕事が多いと感じる
トラウマ症状（PCL）と関連する要因	震災当時の自分の言動を責める気持ちがある

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、『震災後に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4.0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3.5倍、『職場内の人間関係に苦勞している』人は苦勞していない人に比べて約3.4倍、『見通しが立たない仕事が多いと感じる』人はそうした思いをもっていない人に比べて約2.2倍、『休養がとれていない』人はそうした思いをもっていない人に比べて約2.1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、『震災当時の自分の言動を責める気持ちがある』が最も高いオッズ比を示し、自分の言動を責める気持ちがある人はそうした気持ちを持っていない人に比べて約7.9倍、強いPTSD症状を示しやすかった。その他、統計学的に確かであると結論づけられないものの、『職場内の人間関係に苦勞している』人は苦勞していない人に比べて約8.3倍、『震災後にメンタルヘルスの治療歴がある』人は治療歴がなかった人に比べて3.2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3.0倍、強いPTSD症状を示すリスクが高くなる傾向があった。

以上の結果から、『職場内の人間関係に苦勞している』ことや、『休養がとれていない』こと、『見通しが立たない仕事が多いと感じる』ことなどの職場の要因が精神健康に強く影響していると考えられた。また、震災前後に『メンタルヘルスの治療歴がある』ことも精神健康悪化のリスクを高めることがわかった。さらにPTSDに関しては、『震災当時の自分の言動を責める気持ちがある』ことが大きく影響を及ぼしていた。

(4) 考察

社協における今回の調査結果と平成24年度、平成25年度、平成26年度の過去3年間の横断調査の結果を時系列で比較すると、K6でハイリスク者の割合の推移は8.4%→7.9%→8.7%→8.0%と横ばいで、震災前の宮城県全体の水準（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%→13.7%であり依然として高い水準であった。PCLのハイリスク者は4.1%→4.1%→3.7%→3.3%と減少傾向ではあるものの大きな改善はみられなかった。

社協職員の中には、平時より高い割合で精神的な不健康を抱えている者が発災から5年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、初回調査と比べて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示唆された。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56ヶ月後の精神健康に影響を及ぼす要因を検討すると、『職場内の人間関係に苦勞している』こと、『休養がとれていない』こと、『見通しが立たない仕事が多いと感じる』ことといった職場の要因が精神健康に強く影響していることがわかった。復興に関する業務に加えて、平時における地域の福祉を支える業務も発災前の状態に戻りつつあり、職場全体に過重な負担がかかっていることがその一因であると思われる。個人の精神健康を維持させていくためには、職場内のコミュニケーションの改善に取り組んだり、休養をとりやすい労働環境を整備したり、仕事の困難や不安全感を解消していくための仕組みを作るなど、災害復興に特化したメンタルヘルス対策というよりも、平時の職場全体での環境改善に向けた取り組みが必要になってきていると考えられる。

また、震災前後に『メンタルヘルスの治療歴がある』ことも精神健康悪化のリスクを高めることがわかった。さらにPTSDに関しては、『震災当時の自分の言動を責める気持ちがある』ことが大きく影響を及ぼしていた。リスク因子を有する者への対応としては、職場内で対人支援上の苦勞を共有し話し合えるような体制を工夫したり、業務に関するカンファレンスやスーパーヴィジョンを受けられる体制を整備したりするなどの対策を講じていくことが必要と思われる。

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^{1,3)}。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、わが国での適用はまだ限定的である。

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。このなかで、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示唆された。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安全に実施可能なものであるのか否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

＜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歳以上の者とした。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. 介入の流れ

研究のフローチャートを図1に示す。順次申込みがあった30名に対し、以下の流れでSPR介入を導入した。自己都合によるキャンセルや事情により介入を延期した者を除き、22名に対してSPRの導入を検討した。対象者にアセスメント面接を実施し、GHQ精神健康調査票（General Health Questionnaire：GHQ-30）によるスクリーニングと適格基準および除外基準の判定を行った。その結果、研究対象者の基準を満たす者は14名であった。この14名に対して、介入者は毎セッションにつきSPRトレーナーのスーパーヴィジョンを受けながらSPR介入を実施した。

14名のうち、2名が途中で介入中断となった。1名は介入途中で妊娠が発覚し、その後連絡が取れなくなったためSPR介入を中止した（全5回の介入で終了）。もう1名は介入途中で体調不良となり、精神科ヘリファースした（全5回の介入で終了）。フォローアップ面接まで終了した者は12名であり、このデータを解析対象とした。

E. 評価内容

プライマリ・エンドポイントはGHQ^{4,5)}の総合得点とした。セカンダリ・エンドポイ

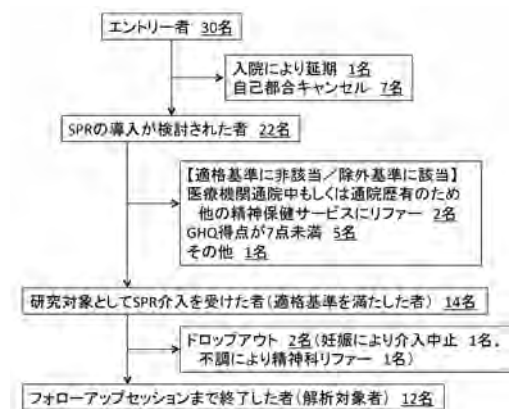


図1 研究のフローチャート

ントはQOL (SF8 Health Survey : SF-8)⁶⁾、心的外傷後ストレス症状 (The Impact of Event Scale-Revised : IES-R)^{7,8)}、レジリエンス (Tachikawa Resilience Scale : TRS)⁹⁾、自己効力感 (Self-efficacy Scale : SES)^{10,11)}、プログラムへの満足度 (Client Satisfaction Questionnaire : CSQ-8J)¹²⁾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>

SPRの平均施行回数は5.5回であった。14例のうち12例が介入を完遂し (中断率14.3%)、追跡を終えた。解析対象となった12名の平均年齢は45.25歳 (SD 10.48)、男女比は男性2名に対して女性が10名であり女性が多かった。また対象者の多くが東日本大震災の被災地に居住しており、自宅や職場に被害があったり、身近な人に死者・行方不明者がいたり、震災の影響を大きく受けていた。

分析の結果、介入終了時、GHQ、TRS、SESの改善が有意であった (図2～4)。しかし、追跡時に介入開始前との比較で改善が認められたのはSESのみであった (図4)。その他の指標では有意差はみられなかった。

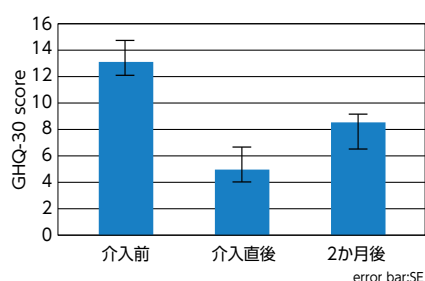


図2 SPR介入によるGHQ-30得点の推移 (N=12)

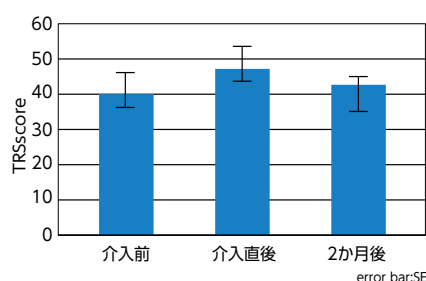


図3 SPR介入によるTRS得点の推移 (N=11)

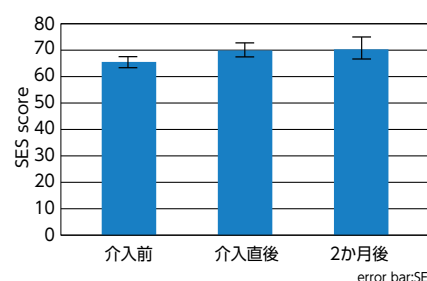


図4 SPR介入によるSES得点の推移 (N=10)

<考察>

SPR介入後に精神健康が改善し、レジリエンス (TRS) と自己効力感 (SES) が向上する効果がみられた。自己効力感は抑うつに対して抑制的に働くことが知られており、レジリエンスは精神的な困難からの回復に役立つと考えられている。したがって、精神健康がこれらの指標と並行して改善したという結果からは、これらの要因が相互に関連しあっていた可能性も示唆される。ただし、本研究では、方法論的に効果検証を行うことはできず、また、要因間の関連についても調べられていないため、結果の解釈は慎重に行う必要がある。また、介入後に改善した3つの指標のうち、自己効力感については、フォローアップ時においても改善持続が確認されており、介入により持続的な効果が発揮された可能性が示唆された。

介入により精神健康とレジリエンスが向上した結果からは、SPRによる介入が、幅広い精神健康の指標に好影響をもたらす可能性が示唆される。一方で、精神健康とレジリエンスでは改善効果の維持は認められなかった。長期に効果が維持されなかった理由として、対象者の素因や災害後の慢性的な問題が精神的健康の改善維持を妨げた可能性が考えられる。また、介入終了後には介入者との定期的な面会機会が得られなくなったことも介入効果が維持されなかったことに影響した可能性がある。

SPR介入を実施した14例中、12例が介入を完遂し追跡調査まで参加した。中断した2例の中断原因は妊娠や仕事上のストレスであり、全例を通してSPRに伴う重篤な有害事象は確認されなかった。また、介入前後やフォローアップ時に悪化した指標は認められておらず、SPRは日本においても安全に実施可能であることが確認された。

本研究の結果からSPRは、わが国の災害被災地において安全に実施可能であり、災害の復

興回復期に特化した有用な支援プログラムであることが示された。今後、SPRの長期的効果の確認のためには、対照群を用いた比較研究が必要である。

(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、精神的重圧を経験している。このため、被災者の心のケアは数年から数十年単位の長期間にわたり必要と考えられる。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重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重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。これまでに我々は、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を目的にパイロット研究（2013年2月～2014年6月、宮城県内にて実施）を行った。研究に同意が得られた46名の一般住民に対してパイロット研究のために改変した全6回の『こころのエクササイズ研修』プログラムを実施した結果、自己効力感が研修前後で有意に向上することがわかった。参加者によるプログラムの評判も好評であり、実施の安全性も確認できた。高い自己効力感は抑うつ症状の弱さや高い自尊感情に関連しており¹¹⁾、大規模災害後に生じやすい精神的問題の予防に役立つ可能性がある。そこで本研究では、パイロット研究の成果をもとに無作為化比較試験を実施した。

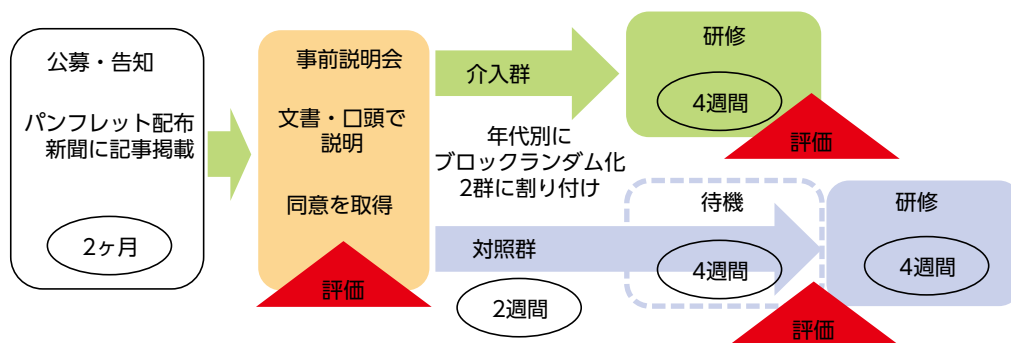


図5 研究全体の流れ

<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（待機群）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

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（例：日常生活で体験しているストレス場面について認知行動モデルを用いて図示してくる）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。

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)^{10,11)} 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える。

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K6¹³⁻¹⁵⁾、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）^{4,5)}、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）^{16,17)} の各総合得点とした。また、主観的なストレスや研修内容の理解度などに関する10のオリジナル項目を調査した。

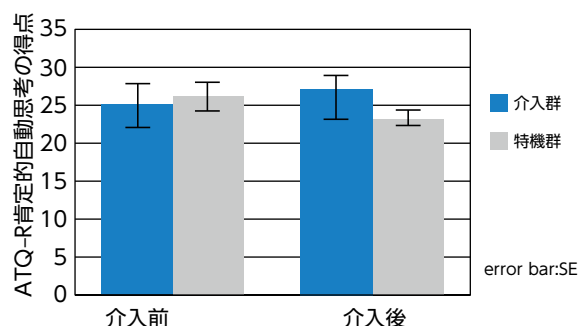


図6 肯定的自動思考の得点の推移

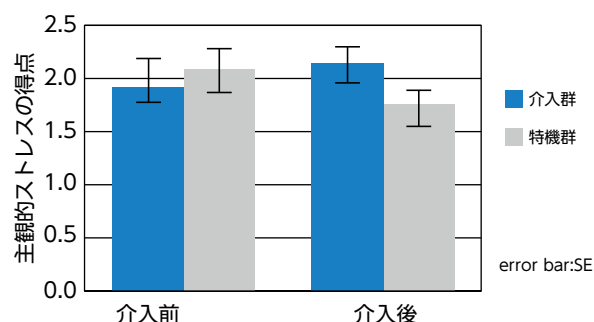


図7 主観的ストレスの得点の推移

<結果>

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。一般参加者の総数は76名（男性9名、女性67名、平均年齢 54.3 ± 12.3 歳）で、このうち研究対象者は63名（男性9名、女性54名、平均年齢 52.8 ± 12.5 歳）であった。研究

対象者は、介入群32名（男性5名、女性27名、平均年齢 52.8 ± 12.0 歳）と、対照群31名（男性4名、女性27名、平均年齢 52.9 ± 13.2 歳）に振り分けられた。介入群のプログラムへの平均参加回数は3.47回（ ± 0.92 ）であり、3回以上出席した者の割合は87.5%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。

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。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。またオリジナル項目のうち、主観的ストレスに関する項目（『日常生活で受けるストレスは大きいと感じる』）の得点が有意に上昇していた。

<考察>

本研究は、災害後の一般市民に対する認知行動理論に基づいた研修プログラムが、肯定的な自動思考の向上に役立つことをランダム化比較試験で示した初めての研究である。認知再構成法を中心としたプログラムを受講したことで、日常のストレス場面における認知的な対処力が向上し、肯定的自動思考の上昇がみられたと考えられる。肯定的自動思考は、うつ病の改善と関連することが知られており¹⁸⁾、抑うつ症状に対して抑制的な効果が発揮されることが期待される¹⁹⁻²³⁾。大規模災害後に多くの一般市民に働きかける介入方法として、本研究で用いたような研修プログラムは有効な手段の一つとなりうる。今後は、研修により変化した肯定的な自動思考が、その後の精神健康の改善や精神疾患の予防に効果があるのか否かについて検討して行くことが求められる。

予備研究で効果が示唆され、本研究のプライマリ・エンドポイントであった自己効力感は、介入群と待機群の間に有意な差はみられなかった。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。

また、オリジナルの質問項目で主観的なストレスが高まることが示された。研修を通じて心理的ストレスについての自覚が高まったことが原因の一つと考えられるが、評価尺度であるK6およびGHQ-30で精神健康は悪化しておらず、プログラムの安全性は支持された。一般市民を対象とした同様のプログラムを実施する際には、介入後に主観的なストレスが高まるリスクに配慮することが求められる。

引用文献

- 1) National Child Traumatic Stress Network and National Center for PTSD (2012) Skills for Psychological Recovery Field Operations Guide [www.nctsn.org; www.ptsd.va.gov](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, アメリカ国立PTSDセンター, 兵庫県こころのケアセンター訳 (2011) サイコロジカル・リカバリースキル実施の手引き. [http://www.j-hits.org/spr/index.html])
- 2) 松本和紀、高橋葉子、大澤智子 (2013) 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 ; 118-120.
- 3) 上田一気, 長尾愛美, 高橋葉子, 他 (2016) 被災者支援への認知行動療法の応用 東日本大震災後の被災者への取り組みから. 精神科治療学 31 ; 157-162.
- 4) Goldberg D. and Huxley P. (1980) Mental Illness in the Community. Pathway to Psychiatric Care. Tavistock Publications.

- 5) 中川泰彬・大坊郁夫 (1985) 日本語版GHQ精神健康調査票手引き
- 6) 福原俊一, 鈴嶋よしみ (2005) 健康関連QOL尺度: SF8とSF-36. 医学の歩み 213: 133-136.
- 7) Weiss, D. S. and Marmar, C. R. (1997) The Impact of Event Scale- Revised. In: Wilson, J. P. and Keane, T. M. (Eds.) Assessing Psychological Trauma and PTSD. Pp.399-411. Guilford Press, New York.
- 8) 飛鳥井望 (1999) 不安障害外傷後ストレス障害 (PTSD). 臨床精神医学, 増刊号, 28:171-177.
- 9) Nishi, D., Uehara, R., Yoshikawa, E., Sato, G., Ito, M. and Matsuoka, Y. (2013) Culturally Sensitive and Universal Measure of Resilience for Japanese Populations: Tachikawa Resilience Scale in Comparison with Resilience Scale 14-Item Version. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 67: 174-181.
- 10) Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Printice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982) The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological Reports, 51, 663-671.
- 11) 成田健一・下仲順子・中里克治・河合千恵子・佐藤眞一・長田由紀子 (1995) 特性的自己効力感尺度の検討—生涯発達の利用の可能性を探る 教育心理学研究 43, 306-314.
- 12) 立森久照, 伊藤弘人 (1999) 日本語版Client Satisfaction Questionnaire 8項目版の信頼性および妥当性の検討. 精神医学, 41(7): 711-717.
- 13) Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SL, Walters EE, Zaslavsky AM. (2002) Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress. Psychological Medicine. 32: 959-976.
- 14) Furukawa TA, Kessler RC, Andrews G, and Slade T. (2003) The performance of K6 and K10 screening scales for psychological distress in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being. Psychological Medicine. 33: 357-362.
- 15) Furukawa TA, Kawakami N, Saitoh M, Ono Y, Nakane Y, Nakamura Y, Tachimori H, Iwata N, Uda H, Nakane H, Watanabe M, Naganuma Y, Hata Y, Kobayashi M, Miyake Y, Takeshima T, Kikkawa T. (2008) The performance of the Japanese version of the K6 and K10 in the World Mental Health Survey Japan. International Journal of Methods in Psychiatric Research; 17(3): 152-158.
- 16) Kendall PC, Howard BL, and Hays RC. (1989) Self-referent speech and psychopathology: the balance of positive and negative thinking. Cognitive Therapy and Research; 13: 583-598.
- 17) 児玉昌久, 片柳弘司, 嶋田洋徳, 坂野雄二. (1994) 大学生におけるストレスコーピングと自動思考, 状態不安, および抑うつ症状との関連. ヒューマンサイエンス (早稲田大学人間総合研究センター) 7: 14-26.
- 18) Dozois, D. J. (2007) Stability of negative self-structures: a longitudinal comparison of depressed, remitted, and nonpsychiatric controls. Journal of Clinical Psychology, 63(4), 319-338.
- 19) 西川大志・松永美希・古谷嘉一郎. (2013) 反すうが自動思考と抑うつに与える影響 心理学研究 84(5): 451-457.
- 20) Ingram, R. E., Kendall, P. C., Greg. S., Jeannine, G. and McLaughlin, S. C. (1995) Psychometric properties of the Positive Automatic Thoughts Questionnaire. Psychological Assessment, 7(4): 495-507.
- 21) Burgess, E. and Haaga, D. A. F. (1994) The Positive Automatic Thoughts Questionnaire (ATQ-P) and the Automatic Thoughts Questionnaire Revised (ATQ-RP): Equivalent measures of positive thinking? Cognitive Therapy and Research, 18(1): 15-23.

- 22) Lightsey, O. R. Jr. (1994) Positive automatic cognitions as moderators of negative life event-dysphoria relationship. *Cognitive Therapy and Research*. 18, 353-365.
- 23) Wong, S. S. (2010) Balanced states of mind in psychopathology and psychological well-being. *International Journal of Psychology*, 45(4), 269-277.