

第Ⅱ章

調査研究報告および 他誌寄稿原稿

1. 調査研究報告
 2. ひきこもり支援から見えてきたもの
～健康調査を契機に継続支援している例～
 3. 東日本大震災における多賀城市被災者健康支援事業から見えてきたもの
 4. 被災地の親子を対象としたキャンプ事業
 5. 東日本大震災後に誕生した子どもとその家族の縦断的支援研究
 6. 韓国フェリー沈没事故に関わる支援施設の視察報告
 7. 災害の子どもへの影響と中長期を見据えた心のケア
-

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⁾

東北学院大学教養学部人間科学科⁴⁾

千葉 柁作¹⁾、東海林 渉^{1) 4)}、白倉 瞳¹⁾、國井 陽子¹⁾、
上田 一氣³⁾、佐久間 篤²⁾、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30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。災害後に働く人々の精神健康に着目したこれまでの研究としては、主に応急期における職業的救援者（自衛隊員、消防士、警察官など）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長期的な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、業務内容も平時の業務の再開などに伴って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。本報告では、平成29年度に実施した社協職員の健康調査結果から、被災地で働く支援者の長期的な精神健康について検討するとともに、精神的不健康に関連している要因を検討し、発災後から復旧・復興期にわたる精神健康対策として、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った。宮城県内の複数の社協職員を対象に、平成29年9月～平成30年2月の期間に265名に実施し、252名（95.1%）からデータを回収した（平成30年度にデータ解析し、平成30年4月～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: K 6）¹³⁾、こころとからだの質問票（Patient Health Questionnaire:PHQ-9）⁴⁵⁾による抑うつ症状とその重症度評価、外傷後ストレス障害（Post Traumatic Stress Disorder）のスクリーニングテストであるPTSD 3項目簡易スクリーニング（PTSD-3）⁶⁾、そして、仕事のストレス要因とソーシャル・サポートに関する職業性ストレス簡易調査票⁷⁾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の倫理委員会の承認を得た上で行われた。

(3) 研究結果

社協職員に対する健康調査の結果

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 252 名の内訳は、男性が 24.0%、女性が 75.0%（不明が 1.0%）で、平均年齢は 49.2 歳であった。自己記入式調査の結果、平成 29 年度の調査における K 6 のハイリスク者は 6.1%、PHQ-9 のハイリスク者は 9.9%、PTSD-3 のハイリスク者は 4.8% であった。平成 24 年から平成 29 年度までの K 6、PHQ-9 のハイリスク者の推移を図 1 に示す。

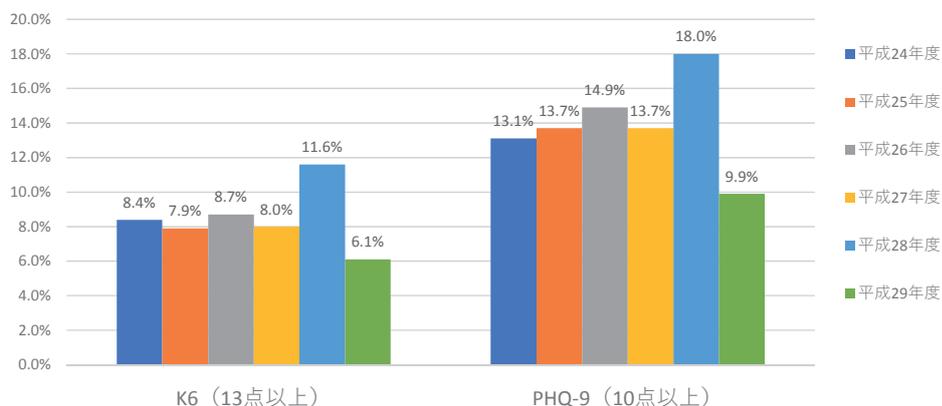


図 1 社協における K6 および PHQ-9 のハイリスク者の推移

(4) 考察

社協における今回の調査結果と平成 24 年度から平成 28 年度の過去 5 年間の横断調査の結果を時系列で比較すると、K 6 でハイリスク者の割合の推移は 8.4%→7.9%→8.7%→8.0%→11.6%→6.1% と今回の調査で大きく減少し、調査開始以降最も少ない割合となった。ただし依然として、震災前の宮城県全体の水準（平成 17 年の宮城県の調査では 5.5%）よりも高い割合で推移していた。また、PHQ-9 のハイリスク者も 13.1%→13.7%→14.9%→13.7%→18.0%→9.9% であり減少した。PTSD 症状の重症度の評価は平成 27 年度の調査まで外傷後ストレス障害チェックリスト (PTSD Check List; PCL) を用いており、PCL のハイリスク者は 4.1%→4.1%→3.7%→3.3% と減少傾向であったが、平成 28 年調査から使用した PTST-3 のハイリスク者の推移も 6.8%→4.8% と、平成 28 年度と比較して減少傾向がみられる。ただし、日本における PTSD の 12 か月有病率 0.4%⁸⁾ よりも高い状態は依然として継続している。

平成 29 年度調査において精神的不調を抱える者は、平成 28 年度までの調査と比して減少に転ずる結果となり、過去 6 年間の調査の中でも低い水準となった。調査対象となった社協が同一ではないため単純に比較することは難しいが、発災から 7 年が経過して、心理的なストレスや抑うつ、PTSD といった精神不調を呈している職員の割合が低下してきている可能性が示唆された。過去 6 年間の調査では被災地域の保健福祉従事者の精神健康に大きな改善がみられなかったが、各社協が長期的にメンタルヘルス対策に取り組んできた成果が現れてきたのかもしれない。ただし全国的な平均と比較するといまだ高い水準を示しており、この減少傾向が今後も持続するかどうか、今後の経過を注視する必要がある。

後のフォローアップ面接では、相談に訪れた職員から職場内の対人関係や職員間のコミュニケーションに関する困り事が語られることも決して少なくなかった。数量的にそのようなストレ

スが精神的な健康に寄与するかは不透明なものの、コミュニケーションのうまくいかなさが精神健康の面に何らかの影響を与えている可能性は考えられる。そのこともふまえ、社協全体そして市町ごとに、メンタルヘルスの不調を未然に防ぐための取り組みを推進していく必要があると思われる。例えば、個人がストレスに気づいて対処するセルフケアに加えて、管理監督者が職員の変化にいち早く気づいて対処するラインによるケアに関する知識を身に着けること、職員同士のコミュニケーションが活性化するような職場環境の改善をテーマにした研修会やワークショップを企画するなどの対策が、メンタルヘルス改善・向上に効果的である可能性がある。

2. メンタルヘルスに関する学校 - 精神医療保健福祉連携の好事例研究

(1) 問題と目的

若年者の精神科患者数は増加傾向にある。精神疾患に罹患する者の約75%は24歳までに発症するという報告もあり、若年での精神疾患の発症は大きな社会的損失につながる。そのため早期発見・早期介入が求められるが、実際には発症から治療までに長い期間を要する場合が多い。思春期・青年期は、身体的な変化と社会的役割の変化に直面し、精神的に不安定になる時期である。そうした不安定さは学校現場で、不登校、ひきこもり、いじめ、校内暴力、非行、発達障害、児童虐待、自傷行為、性の問題行動、薬物乱用、インターネット利用の問題といったかたちで顕在化してくるが、それらの背景には精神疾患や発達障害の二次障害が関連していることも多く、メンタルヘルスの問題が潜んでいることが少なくない。

思春期・青年期の子供たちの精神的な不調を早期に発見し介入していくには、学校現場でのメンタルヘルス対策が不可欠であるが、日本の学校メンタルヘルス対策は十分とはいえない。若年者メンタルヘルスの問題の専門家は地域に少なく、また若年者の問題は複雑で個別性が高いため、若年者に関係する人々（学校関係者、医療従事者など）が連携して問題解決に取り組む必要がある。しかし、学校と精神医療保健福祉の連携は乏しいのが現状である。

宮城県でも近年、若年者に対するメンタルヘルス対策が講じられ、自殺対策を含む精神保健対策として学校における精神保健強化の取り組みが行われているが、多くは弧発的に実施され、全体として他にどのような取り組みが行われているのか現状は明らかにされておらず、情報は整理されていない。日本の学校メンタルヘルスの課題としては、学校側のメンタルヘルスに関する認識不足とそれを補う連携の脆弱性が指摘されており、精神医療保健福祉関係者が学校文化を理解して教育分野の専門家と連携することが必要とされている。この課題の解消のためには、精神医療保健福祉関係者と学校関係者が良好な関係を構築し、医療従事者などが学校現場に適切に介入できている取り組み、すなわち「学校 - 精神医療保健福祉連携の好事例」を分析し、この連携のエッセンスを整理していくことが重要と思われる。特に宮城県は平成23年3月11日の東日本大震災以降、子供の健全な精神発達への関心が高まっている。教育現場と医療現場には、こうした問題に取り組むことが求められているため、各機関の連携を強化するための対策が必要である。

各事例が直面してきた問題を分析することで、現在の日本の教育現場における学校 - 精神医療保健福祉連携の根本的な課題が発見できることが期待される。そこで本報告では、宮城県の学校メンタルヘルスの取り組みの好事例を収集し、現在の教育現場における学校 - 精神医療保健福祉連携にどのような課題が存在し、どのような介入策の可能性があるか検討することとする。

(2) 方法

対象事例は、宮城県内の学校（小学校・中学校・高校・専門学校など）やそこに通う児童・生徒学生を対象に実施されているメンタルヘルスに関する取り組みのうち、学校関係者と精神医療保健福祉関係者が連携して実施しているもの（事例検討会、事例コンサルテーション、医療者による生徒・教員への個別相談、など）とする。アンケート調査、面接調査の対象者は、各事例の代表者やそれに代わる者とする。なお、スクールカウンセラーやスクールソーシャルワーカー

の活用事業など、すでに全国規模で制度化されているものは対象外とした。

調査は下記の①～④の手順で行った。

- ①好事例に関する情報収集：宮城県内で学校 - 精神医療保健福祉の連携を図っている若年者メンタルヘルス対策の好事例について情報収集を行った。好事例に関する情報は、公表されている文献のほか、宮城県内で学校メンタルヘルスの活動を行っている専門家への問い合わせ、普段の地域精神保健活動を通しての情報収集などにより収集した。
- ②調査項目（アンケート）の送付：調査対象者に面接を依頼し、あわせて学校メンタルヘルスの取り組みに関するアンケートを事前配布した。回答者の情報（年代、性別、所属、職種、役職、活動での立場）と活動に関する項目（活動目的、活動の支援対象、活動の参加者と職種、活動期間、活動の主体（母体）、財源、現状の課題、活動の成果）を調査項目とした。
- ③面接調査：アンケート調査の結果をインタビューガイドとして、調査対象者に面接による詳細な聞き取りを行った。面接内容は ICレコーダーにより録音し、逐語録に書き起こした。
- ④インタビュー内容を基にして各事例について、活動内容、支援対象、活動の参加者、活動場所、活動内容、活動期間と頻度、活動主体（母体）、財源、活動の成果、活動の課題を整理した。なお、本研究は東北大学大学院医学系研究科の倫理委員会の承認を得て実施した。

（3）結果

宮城県で行われている学校 - 精神医療保健福祉連携の活動として、現在までに 5 人の対象者へインタビューを行い、下記の 6 事例を収集した（表 1）。

- ①精神医療関係者が学校を訪問して行う事例検討会（通称：こころ元気プラン）
- ②地域支援として精神保健福祉関係者が行う学校訪問や個別相談（みやぎ心のケアセンター 地域住民支援相談支援事業 [通称：心のケアセンター 相談]）
- ③地域の精神医療保健福祉関係者が連携し学校で実施する心理教育（気仙沼管内精神保健医療福祉連絡会議 [通称：ワーキング]）
- ④地域の教育関係者と精神医療保健福祉関係者が合同で行う事例検討会や勉強会（気仙沼子供の育ちについて学ぶ会）
- ⑤地域の子供・若者をワンストップで支援する相談/訪問支援事業（石巻広域圏子供・若者支援コンソーシアム [通称：こわか]）
- ⑥行政と民間団体が対等な立場で連携する若者支援連携（石巻地域不登校・ひきこもり支援ネットワーク [通称：石巻ネットワーク]）

表1 学校-精神医療保健福祉の連携に関する好事例の一覧

活動目的	①こころ元気プラン	②心のケアセンター 相談	③ワーキング	④育ちについて学ぶ会	⑤こわか	⑥石巻ネットワーク
活動目的	・中学校教員のメンタルヘルス知識、対応力向上 ・病院と外部機関との連携向上。	・震災後の被災地域(気仙沼)における地域相談支援	・被災地域(気仙沼)の若者に対するメンタルヘルス普及啓発活動(震災の悪影響予防、孤立化予防)	・地域の子供に関わる者のネットワークづくり	・地域の情報集約とケースマネジメント ・学校で対応できないケースへの対応:アウトリーチ	・各団体が対等な関係で強みを生かして役割分担し、若者支援を推進していく ・県精保センターは民間団体をサポート
支援対象	訪問先の学校に通う生徒	気仙沼の小学生~大学生(10歳前~22歳くらい)の若者、保護者	被災地域の高校に通う高校生	就学後~成人までの若者	石巻広域圏(東松島市、石巻市、女川町)の0~39歳の若者	各団体が支援している若者(小学生~概ね45歳まで対象)
活動の参加者	毎回10名弱 [学校側] 校長、教頭、養護教諭、SC、SSW、担任、コーディネーターの教員など。 [専門職] Dr、PSW、行政のPHN。	事例に応じて、本人、学校教員(担任、学年主任、養護教諭など)、親、みやぎ心のケアセンター職員などが連携	構成機関と職種:みやぎ心のケアセンター、保健福祉事務所、県精神保健福祉センター、市町社会福祉・健康増進・保健福祉課、障害者生活支援センター、病院(Ns、PHN、PSW、事務員等)	特別支援学校の教員、保健師、SC、SSW、児童養護施設職員、地域の病院Dr、研修医、NPO団体職員、みやぎ心のケアセンタースタッフ(全員が就学後の子どもに関わる仕事)	コンソーシアム職員(PSW、キャリアコンサルタント、教員)、大学生ボランティア、その他機関職員(矯正・保護、教育、雇用、医療、保健・福祉、NPO・社福等市民組織)	[中心5団体] 石巻NOTE、石巻サポステ、日本医療社会福祉協会、東部保健福祉事務所、東部教育事務所児童生徒こころのサポート班[オブザーバー] 教育委員会等
活動場所	公立中学校	学校、またはみやぎ心のケアセンター	高校および保健福祉事務所内会議室	地域の学校または公民館	拠点:TEDIC 活動場所は事務所、自宅等	各団体、保健所の会議室等
活動内容	1.事例検討会 2.生徒対象のメンタルヘルス講演会 3.担任と協同した生徒対象の講話 4.教員向けの研修会	1.カンファレンス:問題の内容に応じて、関係者で情報共有と見立て。 2.学校訪問(事例の相談や、情報共有) 3.個人面接・合同面接(本人、家族対象)	1.寸劇(相談することの大切さを伝える劇) 2.相談機関の紹介 3.ワーキングの運営(打ち合わせ等)	1.事例検討会 2.各参加者の仕事紹介 3.参加者交流による二次的活動(学校、NPO、病院への精神科医の訪問) 4.連携(学校とNPO、学校と保健師、学校と児相等) 5.メーリングリスト作成(運営に係る相談、感想投稿、研修情報の提供など)	1.フリースクール 2.夜の居場所(生活困窮世帯の子ども対象に夕食提供、勉強補助、送迎等) 3.アウトリーチ(自宅等への訪問による支援) 4.電話相談、Web相談 5.来所相談(約3回面談してカンファ開催。外部SVを入れてリファ/フォロー検討)	1.中心団体による運営会議(民間団体のニーズに合わせて活動を決定) 2.座談会(16団体が参加し、各団体の支援内容や課題を共有) 3.ネットワーク全体での事業 (1) 支援マップの作成と更新 (2) 参加団体のシンポに各団体の無料相談ブースを開設(H28年度)
活動期間と頻度	・活動期間:平成26年4月~平成29年4月 ・活動頻度:定期的を実施(おおよそ月1回)	・活動期間:平成24年4月~現在 ・活動頻度:不定期に実施(相談がきたら対応)	・活動期間:平成27年4月~現在 ・活動頻度:年1回(打ち合わせは年5~6回)	・活動期間:平成25年6月~現在 ・活動頻度:定期的を実施(おおよそ月1回)	・活動期間:平成30年7月~平成33年6月(4年間) ・活動頻度:継続的に実施	・活動期間:平成25年6月~現在 ・活動頻度:不定期に開催(年に最低3回)
活動主体(母体)	若年者対策検討部会 自殺対策緊急強化事業	みやぎ心のケアセンター	事務局:みやぎ心のケアセンター、保健所	・中心メンバーは地域の特別支援学校の先生方とみやぎ心のケアセンター医師(全4~5人)	石巻広域圏子ども・若者支援コンソーシアム(3団体:Switch、TEDIC、公益財団法人「地域創造基金 さなぶり」)	・母体や事務局設置なし(中心団体は5団体)
財源	宮城県	みやぎ心のケアセンターの予算	保健所予算とみやぎ心のケアセンターの予算	財源なし(参加者から500円徴収し、軽食を用意)	・宮城県「子ども・若者支援体制強化事業」 ・東日本大震災復興支援財団「子どもサポート基金」	各団体の財源
活動の成果	1.関わった教員のメンタルヘルスの知識や対応力の向上を期待 2.医療側の成果として、学校現場や学校との関わり方を知れたこと	1.地域に相談先が1つ広がったと認識してもらえている可能性 2.グレーな問題(診断名や問題の名称がつかない事例)の引き受け先になれている可能性 3.対象者の勤務時間外、休日に相談を受けられる場所を提供できている	1.高校生へのメンタルヘルス普及啓発(SC、SSW、教員からの連携の連絡につながっている) 2.地域の相談機関の知識向上、相談意向向上(アンケート結果より) 3.普段会わない精神保健福祉に関わる専門家と会い、顔を知れる機会の提供 4.参加している専門家同士のネットワークの強化	1.精神医療との連携強化(精神科医の訪問等につながっている) 2.地域の連携力の向上(別の機関で働く多職種が紹介し合える関係) 3.自主的な活動の芽生え(立ち上げ人であるみやぎ心のケアセンターDrが不在でも開催されるようになっていく)	1.チームアプローチが可能になったこと(情報の錯綜や情報不備を道具ことができ、情報集約や支援がしやすくなった) 2.困難ケースへの対応が可能になったこと(たらい回しにされるケースに相談窓口を提供でき、適切な機関にリファ/フォローすることが可能に)	1.顔の見える関係性と定期的な交流で、事例を紹介しやすくなった印象 2.団体として教育等と関わっていること 3.支援マップを作成できたこと(保健所に設置活用。支援者ニーズに添えている) 4.行政がフラットな立場で関与することで、民間団体が行政に要求等を知らせるハードルが下がっている可能性(広報など)
活動の課題	1.事例検討会のメンバーが固定され、参加しない教員には行き届かなかった 2.教員の異動による会の維持困難(現在は校長・教頭が異動し終了) 3.主治医がいるときのコンサルの難しさ(学校側に理解しておいてもらいたい点) 4.目的の達成は不十分(養護教諭、SCなどに絞ってスキル向上した方が継続性があるかもしれない)	1.地域のニーズに合わせて活動しているため、時間外労働、面接場所の確保、人員の不足など無理が生じている部分がある。 2.みやぎ心のケアセンターだけが密に教育とつながっている状況は課題。教育と、保健所、市(健康増進課、社会福祉課、子ども家庭課)、児童相談所などがより連携していくことが必要。	1.予算確保の課題(音響費用など寸劇にかかる経費は大きい) 2.活動の主体をみやぎ心のケアセンターから地域の人(ワーキング参加機関)へうまくスライドさせられるか	1.情報収集力や対人支援技術、見立て力など専門技術向上には至っていない印象 2.予算確保の課題(財源終了後Drの参加が困難になる可能性) 3.若い人材(特にDr)の参加が求められる 4.学校教員等の移動に伴う運営上の困難(引き継ぎなど) 5.有志の集まりのため業務時間外の交流となっていること	1.医療・医師との連携が不十分:Drにもっと参加してもらう必要(児童精神科医との連携ニーズ高い) 2.ケースワーカー、心理職、学生ボランティアの人材確保の課題 3.民間の社会資源が乏しい地域への支援の難しさ(拠点がいないため活動しにくい)	1.団体メンバーの入れ替わり:継続的な運営の難しさ(所属意識や参加動機の維持、異動に伴うメンバーの入れ替わり、それに伴う団体のニーズの変化など課題) 2.各団体の意思の違ひ:行政としての公平性に課題。 3.教育との壁:広報など難しい(民間団体の活動紹介を校長会で却下されたことも)

(4) 考察

6事例のうち1例は行政機関の施策を背景に始まったが(事例①)、5例は東日本大震災後に被災地で始まったものであった(事例②~⑥)。また、被災地支援の助成金を財源として運営される活動もみられた(事例⑤)。災害復興対策としての精神保健福祉関連の活動が、結果的に学校-精神医療保健福祉分野との連携を強化している面がある。

取り組みの目的や内容は関係者のニーズや活動フェーズの変化に合わせて柔軟に変更されており、このことで活動が活性化され、活動の継続に結びついていると思われた(事例②~④)。学

校と精神医療保健福祉機関が連携を強めていく過程では、相互にコミュニケーションを取りながらお互いのニーズに沿う活動に変更していくプロセスが必要かもしれない。

活動を通して、地域の支援者同士のネットワークづくりや連携強化が図られる成果が認められた（事例①～⑥）。一方、活動を継続させていくために必要な財政面の課題や、メンバーの入れ替わりによる活動の休止・中止や再調整、活動にかかる休日出勤や時間外勤務などの時間外就業の問題などの課題が示された（事例①～④、⑥）。

宮城県の学校-精神医療保健福祉連携における現状としては、教育・精神医療保健福祉関係者の問題意識は高く、それぞれが連携の必要性を感じているが、こうした連携は、教育行政と保健福祉行政のはざまにあり、既存の公的な支援や枠組みづくりはほとんど行われていない。連携強化のためには、一層のリソース投入、有効な連携のための方法論の確立が必要と思われる。

3. 情報通信技術（ICT）を介した認知行動療法的アプローチによる地域住民の健康増進支援プログラムの実施可能性を検討する介入研究

（1）問題と目的

近年、うつ病、不安障害、統合失調症、認知症などの精神疾患のために医療機関を受診する患者は増加している。国民の健康増進の推進を図るための基本方針をまとめた健康日本21では、地域住民のこころの健康を保つための対策として、うつ病などの精神疾患への早期介入や自殺予防への対策、ストレスに対する対処能力の向上や周囲のサポートの充実、睡眠の問題への対策、よりストレスの少ない社会的環境の調整などが挙げられている。さらに、東日本大震災の被災地においてはその出来事の重大性から、発災から8年が経過した今もなおメンタルヘルスの悪化が懸念される。したがって、被災地などの地域住民を対象に、精神健康の維持・向上および精神疾患の発症を予防する取り組みを推進していくことが求められていると言える。特に、他国に類を見ないほどに高齢化が進展している我が国においては、地域住民の中で大きな割合を占める高齢者に焦点を当て、効果的な支援のあり方について検討を行う必要がある。

こころの健康問題に有効と考えられる心理的アプローチとして、認知行動療法が挙げられる。認知行動療法は、うつ病などさまざまな精神疾患の治療や予防に効果を持つ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。さらに、パソコン、インターネットメディアなどの情報通信技術（ICT: Information and Communication Technology）を活用することで、より多くの人々が簡便に、効果的な精神保健・医療サービスが受けられることが期待されている。精神疾患の一次予防においてはICTを用いた認知行動療法の活用可能性が大きく期待されながらも、まだ発展の途上にある。特に、高齢者を対象とした実証的検討は不十分である。

そこで本研究では、高齢化社会の進行や過疎化の進行に伴い社会課題となっている地域住民のこころの健康問題に対し、特に東日本大震災の被災地にて、スマートデバイスを用いた情報通信技術（ICT）を介して認知行動療法の理論とスキルに基づいた健康増進支援プログラム（プロトタイプ）による介入を行い、その実施可能性を検討する。

（2）研究方法

対象は宮城県内に居住もしくは就労している独居の高齢者であった。新聞などを活用して広報し、適格基準に合致した希望者に対してプログラムを実施した。調査期間は平成29年9月～平成31年4月。

調査内容としては、最初に少人数（3～4名）を対象に予備的なトライアルを実施した後、単群における前後比較研究（非ランダム化）（6～12名）を行う。研究参加者は、4週間、自宅で活動記録およびモニタリング、行動活性化のスキル・トレーニング、健康に関する情報提供を含むプログラムを利用できるロボット（名称：PaPeRo i）やタブレットを使用する。

介入効果の検討のため、対象者背景情報（生年月日、年齢、性別、身体疾患および精神疾患に

関する治療歴、現在の服薬状況、現在の健康状態)の回答を求めたうえで、プログラム開始前と終了後の計2回、ポジティブ情動 (Environmental Reward Observation Scale: EROS)、孤独感 (日本語版UCLA孤独感尺度)、主観的幸福感 (Philadelphia Geriatric Center Moral Scale: PGCモラル・スケール改訂版)、自尊感情 (Rosenburgの自尊心尺度)、ソーシャルキャピタル (Aichi Gerontological Evaluation Study (AGES: 愛知老年学的評価研究)によって開発された12項目の質問)、精神健康状態 (General Health Questionnaire: GHQ-30) の評価を行うほか、プログラム終了後には面接調査を通してプログラムを使用した感想 (気分を害するものでなかったかどうか、使いやすさ、役立つと感じられた点、改善すべき点など) を聴取する。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たうえで実施された。

(3) 進捗状況

広報誌および地域の保健福祉事業担当者を介して対象者のリクルートを行い、平成30年3月～平成30年10月まで、3例 (平均65.0歳、SD2.7、女性3名) に対して健康増進支援プログラムを用いた予備的トライアルを実施した。4週間プログラムを使用した感想を基に、システムの改修を行った。介入後のインタビュー時に要望として挙げたもののうち、タブレット操作における活動記録の削除機能を追加した。

その後、新聞および広報誌にて対象者のリクルートを実施し (図2)、平成30年11月より本試験を開始した。平成31年4月時点で10例に対して介入が実施され、途中で参加辞退となった1例を除いた9例で介入が終了している。今後、得られたデータについて解析を行う予定である。

図2 本試験でのリクルート広告のサンプル

4. 災害に備えた社会福祉協議会の受援体験についての聞き取り調査

(1) 問題と目的

災害時には地域の社会福祉協議会 (以下、社協) にボランティアの受け入れや地域保健福祉の業務が集中する。そのため発災直後から慢性的な業務過多になりやすく、メンタルヘルス (以下、MH) の不調をきたす職員も多い。東北大学予防精神医学寄附講座では東日本大震災の1年半後から被災地域の社協を対象としたMH支援を継続している。今回、これまでの活動を振り返る担当者への聞き取りを基に、社協にどのようなMH支援を提供する必要があるか、また支援の受け手側 (社協側) はどのような受援体制を構築しておく必要があるかについて検討する機会を得たため報告する。

(2) 方法

宮城県内の被災地域の社協職員6名から、①発災後の各時期 (急性期・亜急性期・中長期) に受けたMH支援、②その利点および課題点、③各時期に必要なMH支援、④MH支援を効果的に活用するために必要な受援体制について聞き取りを行った。データは匿名化して整理した。対象

者には事前に説明を行い、書面で成果公表の同意を得た。

(3) 結果と考察

対象者の多くは発災直後から MH 支援の重要性を認識していたが、直後に MH 支援を受けるには困難が伴っていた。受援の困難要因としては、組織特性や業務特性（人員不足であり休むと仕事が止まる、住民らからの目があがり支援を受けづらいなど）のほか、平時の労務管理に MH 対策が位置づけられていないことなどがあげられた。災害時 MH 対策として、受援者側は災害準備期の平時から予防的な視点で MH 対策を進め、提供者側はそれを積極的に援助していく必要があると思われた。

引用文献

- 1) 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.
- 2) Furukawa TA, Kessler RC, Andrews G, & 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.
- 3) 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.
- 4) Muramatsu K, Miyaoka H, Kamijima K, Muramatsu Y, Yoshida M, Otsubo T, & Gejyo F. (2007) The patient health questionnaire, Japanese version: validity according to the mini-international neuropsychiatric interview-plus. *Psychological Report*. 101: 952-960.
- 5) 村松公美子, 上島国利 (2009) プライマリ・ケア診療とうつ病スクリーニング評価ツール: Patient Health Questionnaire-9 日本語版「こころとからだの質問票」 診断と治療. 97: 1465-1473.
- 6) 川上憲人, 立森久照, 下田陽樹, 坂田清美, 大塚耕太郎, 鈴木るり子, 横山由香里, 川野健治, 山下吏良, 白神敬介, 大槻露華 (2014) 岩手県被災地域における精神健康調査の妥当性の検討 平成 25 年度厚生労働科学研究費補助金健康安全・危機管理対策総合事業「岩手県における東日本大震災津波被災者の支援を目的とした大規模コホート研究」分担報告書
- 7) 下光輝一 (2009) 職業性ストレス簡易調査票を用いたストレスの現状把握のためのマニュアル: より効果的な職場環境等の改善対策のために 平成 14 年～16 年度 厚生労働科学研究費補助金労働安全衛生総合研究 職場環境等の改善によるメンタルヘルス対策に関する研究
- 8) Kawakami, N, Takeshima, T, Ono, Y, Uda, H, Hata, Y, Nakane, Y, Nakane, H, Iwata, N, Furukawa, T, & Kikkawa, T. (2005). Twelve - month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. *Psychiatry and clinical neurosciences*, 59(4): 441-452.