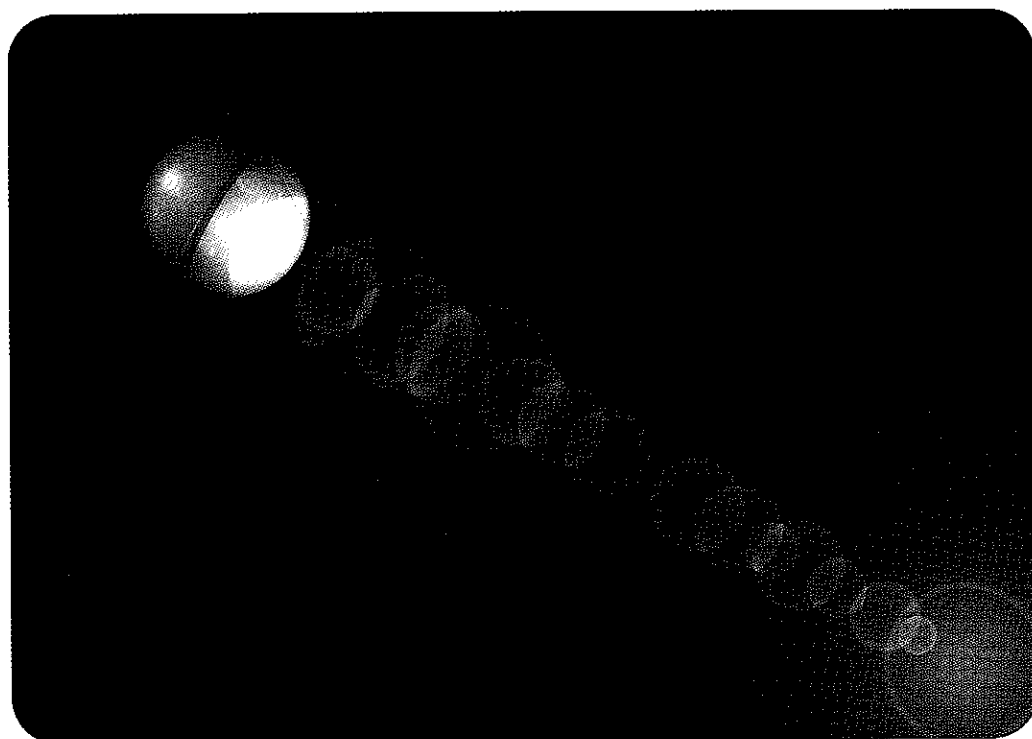


PTSD遷延化に関する 調査研究報告書

阪神・淡路大震災の長期的影響



Hyogo Research Institute for Ageless Society

(財)兵庫県長寿社会研究機構
こころのケア研究所



【 はじめに 】

広範な地域を巻き込む災害、戦災によって、地域に住む住民は大きな心理的影響を受ける。その影響は、長期にわたって遷延することが先行研究によって示されており、例えば1972年、アメリカのバファロークリーク・ダムが決壊事故では、14年後になっても住民の約4分の1でPTSD（外傷後ストレス障害）の診断が可能であったという報告がある。災害の種類こそ異なるものの阪神・淡路大震災についても同様に、震災後3年10ヶ月の段階でわれわれが行った、仮設住宅住民を対象とした調査では、その約1割が臨床的にPTSDと診断可能であった。また災害救援者についても、震災から約5年の段階で、不全例まで含めると調査対象の約1割でPTSDが認められており、依然として震災はその影響をおよぼし続けているのである。

阪神・淡路大震災被災者で、家屋を失うほどの被害を受けた住民がおかれている社会的状況は、仮設住宅から復興住宅へと生活の場所を移し、一見すれば安定化へ向かっているように見える。しかし、実際に被災者が現在どのような心理的問題を有しているか、あるいはどのように変化してきているかは、ほとんど評価されていない。また、これまでに行われた調査のほとんどは、必ずしも心理的問題にターゲットを絞ったものではなく、被災者のメンタルヘルスケアの方向性を考えるのに有効なデータは不足している。PTSDは慢性化しやすく、その経過には外傷体験そのものの大きさだけでなく、個体の持つ脆弱性、社会的サポートの質など様々な要因が影響する。また、PTSD以外にも、うつ状態、薬物依存など、被災者の抱えるメンタルヘルス上の問題は多岐に渡る。時間が経過するにつれ、震災体験を克服していけるものとそうでないものの格差が生じ、取り残され感はますます問題を悪化させてしまう。

成人のみならず、災害が児童にも影響をおよぼすことは、多くの先行研究で指摘されている通りである。しかし、多くの児童を対象とした調査は被災から比較的早い時期のもので、遷延化を論じたものは限られており、阪神・淡路大震災については今のところ見られない。また6年という歳月は、震災当時小学生であった児童を中学生、高校生へと成長させ、身体の成長とともに知的、精神的にも成長を遂げる青少年が震災の影響を引きずっているとすれば、それは甚大なものとなるであろう。

以上を踏まえて行われた本研究は、2章より構成されている。復興住宅居住者を調査した結果、その高い平均年齢に驚かされたが、第1章ではその高齢者を対象として、震災による長期的な心理的問題としてのPTSDとうつ状態を、構造化面接を用いて正確に評価し、PTSD遷延化の要因を探求している。また、社会的支援から取り残される被災者をできる限り減らすべく、実際の保健活動現場で効果的なスクリーニング方法について述べている。第2章では、高校生を対象としてPTSD遷延化の程度を調査し、その遷延化に影響している要因について述べている。

目 次

【はじめに】

【第1章】 阪神・淡路大震災が高齢被災者におよぼした長期的影響 … 1

【第2章】 阪神・淡路大震災が青少年におよぼした長期的影響 …… 15

【巻末資料】

1. PTSD 診断基準(DSM-IV) …… 29
2. IES-R …… 32
3. スクリーニング質問票(SQD) …… 34

【第1章】

阪神・淡路大震災が高齢被災者に およぼした長期的影響

—精神症状スクリーニング法の検討—

【はじめに】

災害被災者が呈する精神的問題は多岐にわたり、外傷後ストレス障害 (posttraumatic stress disorder; PTSD)、大うつ病、適応障害、PTSD 以外の不安障害、アルコール依存など、多くの精神障害の発症が増えるとされる。この中で PTSD は、災害がもたらす直接的な病態として理解できるため、社会的に広く注目されるだけでなく、その発症率の高さからも、災害後の最も重要な精神医学的問題と位置づけられる。

同時に PTSD は、遷延化しやすい病態であることが知られている。例えば、Green ら¹⁾がダム決壊事故の被災者に行った面接調査では、被災から 14 年後の段階で、28%の被災者が PTSD と診断できたと報告している。また、McFarlane ら²⁾が大森林火災で活動した消防隊員を対象とした追跡調査では、早期に PTSD と診断されたものの約半数は慢性化するとされている。さらに、Kesler ら³⁾は治療の有無によって生存率曲線を推定した研究から、慢性例では治療の有無にかかわらず予後が悪いことを指摘している。これらのことから、災害などの外傷的体験をした者に対しては、早期からの予防介入の可能性を探ることが重要であるといえよう。

災害被災者に対して精神保健サービスを提供する際に問題となるのは、被災者が専門的なサービスを自発的には受けようとしなないことである。したがって、サービスを提供する側が被災者のもとに足を運ぶ方法 (アウトリーチ outreach)、精神保健の専門性をあまり強調しないこと、などの戦略が必要となる⁴⁾。すなわち専門性の低いアプローチによって住民に接し、継続した関係を構築する中で心理的な援助を提供することを目指すのである。

しかしながら、こうした専門性の低いサービスでは、PTSD をはじめとする精神医学的問題が看過されやすくなる。たとえば、われわれが仮設住宅住民を対象として行った面接調査⁵⁾では、調査時点で PTSD と診断可能であった者の中で、調査前の精神保健活動を通して PTSD と認識されていたのは 3分の1にすぎなかった。その理由としては、精神保健・精神医療に対する心理的な抵抗感だけでなく、PTSD 症状としての回避傾向が影響して自らの体験や心理的苦悩を表出しようとしなないことなどが考えられよう。また、サービスを提供する側のアセスメントの技術も問題になる。したがって、精神的問題を効率よく把握するためのスクリーニング技法が用意されておく必要がある。今回われわれは、高齢被災者を対象として、PTSD をはじめとする精神医学的問題を、簡便にスクリーニングするための方法を開発し、その妥当性を検討したので報告する。

【対象と方法】

神戸市西区にある全戸数 1156 世帯の災害復興公営住宅では、保健所とところのケアセンター^{章末注}を中心に、住民に対する地域保健活動が行われていた。その方法は、定期的に健康に関する相談会を開催したり、心身の健康問題があると思われる住民への戸別訪問などが中心であった。しかしながら、精神的問題について、十分に把握できていない可能性が現場活動を通して指摘されていたため、平成 11 年秋にスクリーニング調査が行われた。これは、保健婦、看護婦、臨床心理士、ケースワーカーなどによって、簡単な問診を行うもので、127 名分のデータが採取された。この際に用いられた問診票は、筆者らが DSM-IV⁶⁾の診断基準や、いくつかの構造化面接を参考にして作成したもので、数例の試行を経て使用した。

この 127 名の住民に対して、1 年後に面接調査の依頼をしたところ、74 名が応じた。そして、平成 12 年 11 月から平成 13 年 2 月の 4 ヶ月間に、構造化面接を主体とする調査を行った。74 名中 4 名は面接を完了できず、また 2 名は記名力、指南力の問題があり、妥当性を減じる要素があると判断され、68 名のデータを解析の対象とした。

調査方法としてはまず、本調査の 1 年前に採取したのと同じ、災害精神保健に関するスクリーニング質問票 (Screening Questionnaire for Disaster Mental Health, SQD) を採取した。この質問票は 12 項目からなり、PTSD 症状とうつ症状の有無を、問診によって確認するものである。12 項目中 9 項目が PTSD 症状で、一部重複する 7 項目がうつ症状で構成されている (章末資料 3)。本調査の解析に際しては、症状ありの場合を 1 点、なしの場合を 0 点とし、間隔尺度として扱った。

SQD 聴取後、人口統計学的プロフィール、被災状況、被災後の生活状況、および被災時点の自覚的な苦悩の有無 (DSM の A 項目)、過去の外傷体験などについて問い、それに引き続いて、構造化面接を用いて、PTSD と大うつ病に関して診断を行った。構造化面接として、PTSD 診断には Clinician Administered PTSD Scale (CAPS) を用いた。これは Blake ら⁷⁾⁸⁾によって開発されたもので、DSM-IV に挙げられた 17 項目の症状頻度と強度をそれぞれ数段階に評点し、さらに社会機能低下などを評価し診断を行うものである。さらに本研究では、SCID (Structured Clinical Interview for DSM-III-R) 非患者用版⁹⁾の該当部分を用い、調査時点での大うつ病エピソードの有無を診断した。今回、構造化面接を行ったのは、被災者支援の経験のある、精神科医、心理士、精神科ソーシャルワーカーで、十分なトレーニングを行った上で実際の面接を行った。面接者が判断に迷った場合は、臨床経験 10 年以上の精神科医と協議し診断した。

さらに構造化面接終了後、PTSDに関する自記式評価尺度である Weiss ら¹⁰⁾の Impact of Event Scale-revised (IES-R)を採取した。この IES-R は、Horowitz¹¹⁾によって 1970 年代後半に開発された IES (以下、IES 原法と称す)を最近になって改訂したものである。IES 原法は、侵入(intrusion)および回避(avoidance)症状を評価する尺度として定評があり、この尺度を用いた知見の集積が、PTSD 概念構築に大きな影響を与えた。そして本尺度は、80 年代以降の PTSD 研究でも頻用されているものである。しかしながら、IES 原法には PTSD の 3 番目の主症状である過覚醒 (hyperarousal) 症状を問う項目は含まれておらず、これを補うために Weiss らによって開発されたのが IES-R である。IES-R は、22 項目についてそれぞれの強度を「まったくなし」から「非常に」までの 5 段階で問い、0 点から 4 点の得点をつける尺度である。これは本来、自記式尺度であるが、本調査の対象は高齢者がほとんどであるため、自記が困難な場合には、面接者が読み上げることによって補った。

なお、本調査の実施に当たっては、調査内容と目的、および任意性を口頭で説明し、文書による同意を得た。

【結果】

(調査対象のプロフィール)

68 名の人口統計学的データと被災状況について表 1 に示した。性別では女性が 53 人 (77.9%) を占めていた。男女別に平均年齢を見ると、男性 71.2(標準偏差 5.7)歳、女性 71.9(同 5.0)歳、全体で 71.8(同 5.1)歳で、すべてが 60 歳以上であった。被災当時の生活状況では、配偶者との二人暮らし、および単身であった者が、あわせて 8 割を占めていた。震災前後の職業の有無は表に示したとおりで、震災後に失業した者が 4 割に達していた。

被災状況をみると、1 例を除いて半壊以上の家屋被害を経験しており、全壊であったものが 9 割近くを占めていた。人的喪失に関しては、家族を喪ったものが約 1 割、友人知人を喪ったものが半数以上あり、何らかの人的喪失を体験した者は 41 人 (60.3%) に上っていた。また、震災によって医師の手当を受けるほどの身体的外傷を負った者は 10 人 (14.7%) であった。

DSM-IVにおける PTSD の診断基準では、外傷体験そのものが生命の危機や著しい恐怖を与えるものであることと同時に、強い恐怖や無力感を抱いていたかが診断の前提とされている。本調査対象では、震災の体験によって自らの生命の危険を感じたとした者は 44 名 (64.7%) で、震災当時に悲惨な光景を目撃した者は、

表 1 調査対象 68 人の人口統計学的プロフィールと被災状況

		N	%
性別	男	15	22.1%
	女	53	77.9%
平均年齢 (標準偏差)	男	71.2(5.7)歳	
	女	71.9(5.0)歳	
震災時の同居家族	単身	26	38.2%
	配偶者	29	42.6%
	3人以上	13	19.1%
家屋被害	全壊・全焼	60	88.2%
	半壊・半焼	7	10.3%
			0.0%
人的喪失あり	家族・親族	9	13.2%
	友人・知人	39	57.4%
身体的外傷を受けた		10	14.7%
震災後の失業・失職		27	39.7%
生命の危機を感じた		44	64.7%
悲惨な光景を見た		46	67.6%
恐怖・無力感を感じた		64	94.1%
身体的問題で通院	震災前	40	58.8%
	震災後	51	75.0%
精神科受診歴		8	11.8%

46 名 (67.6%) であった。また、9 割以上が震災体験を通して、恐怖感や無力感を感じたとしていた。

心身の健康に関しては、震災前後の通院状況、および精神科受診歴を確認した。身体的な健康問題で定期的に通院をしている者は、震災前 58.8% であったのが、震災後には 75% と増えており、16 名が新たに通院を開始していた。一方、通院をやめた者も 5 名存在し、このほとんどが経済的理由や、かかりつけ医が遠方になったなどの理由からであった。精神科受診歴のあるものは 8 名 (11.8%) であった。

また、復興住宅での生活について、調査時点で落ち着いたと感じているかを問うたところ、約 9 割は落ち着いたと答えていた。

(構造化面接による診断)

CAPS による PTSD 診断を表 2 および表 3 に示した。調査時点において DSM-IV の基準をすべて満たす者は 68 人中名 14 名(20.6%)であった。また、3 大症状いずれも存在はしているが、回避症状(7 項目中 3 項目以上)あるいは過覚醒症状(5 項目中 2 項目以上)に関して、DSM-IV の基準を満たさない例(「不全例」と称す)が、18 名(26.5%)存在していた。

CAPS では、外傷体験から面接時点までの期間内に、PTSD 症状が最も強く現れていた時期を、被験者自身の振り返りによって同定し、その時点での PTSD 診断を行う。これを生涯診断という。本調査では、68 名中 20 名(29.4%)が生涯診断可能で、その不全例は 11 名(16.2%)であった。表 2,3 には現在診断および生涯診断の結果でそれぞれ 3 群に分け、SQD 総得点、IES-R 総得点、CAPS 総得点の平均値を示した。

表 2 現在診断と各尺度の平均値

	PTSD現在診断			
	あり	なし	不全	
n	14	36	18	
%	20.6%	52.9%	26.5%	
SQD総得点(S.E.)	8.1(0.7)	2.1(0.2)	4.8(0.7)	p<0.01
IES-R総得点(S.E.)	35.6(3.3)	7.7(1.4)	15.6(1.7)	p<0.01
CAPS総得点(S.E.)	50.8(3.1)	5.5(1.0)	20.4(1.8)	p<0.01

表 3 生涯診断と各尺度の平均値

	PTSD生涯診断			
	あり	なし	不全	
n	20	37	11	
%	29.4%	54.4%	16.2%	
SQD総得点(S.E.)	7.4(0.6)	1.9(0.2)	5.1(0.8)	p<0.01
IES-R総得点(S.E.)	31.0(3.1)	7.2(1.2)	16.0(2.8)	p<0.01
CAPS総得点(S.E.)	40.8(4.0)	5.7(1.0)	22.7(3.2)	p<0.01

さらに、CAPS 終了後に、SCID 非患者用版の該当部分を用いて、面接時点での大うつ病エピソードの有無を判定した。その結果、SCID を聴取できた 66 名中 4 名が、調査時点で大うつ病エピソードありとされた。なお、この 4 名はいずれも、面接時点で PTSD と併存診断可能であった。

(各尺度の得点)

SQD の得点分布を図 1 に示す。尺度としての内的整合性を現す α 係数 (Cronbach's α) は、0.83 であった。SQD には 9 項目の PTSD 症状、および 6 項目のうつ症状が含まれており、この得点によってそれぞれのスクリーニングを行うことを目的として作られたものである。これまでの現場活動では、PTSD については「5 個以上が存在し、その中に再体験症状が少なくとも一つ含まれている」という基準、大うつ病については「4 個以上が存在し、抑うつ気分あるいは意欲低下のどちらかが含まれる」という基準で、ハイリスク者を同定してきた。この基準にしたがった場合の、それぞれのハイリスク者の割合は、PTSD が 20 人 (29.4%)、大うつ病が 14 人 (20.6%) であった。

次に、IES-R 得点分布を図 2 に示す。この IES-R の 22 項目は、侵入 (intrusion)、回避 (avoidance)、過覚醒 (hyperarousal) 症状サブスケールに大別される。各サブスケール得点と合計点の平均値 (標準偏差) は、全体 15.6 (14.4)、侵入サブスケール 5.0 (4.7)、回避サブスケール 5.6 (5.9)、過覚醒サブスケール 5.0 (5.3) であった。また、それぞれの α 係数は、全体で 0.93、侵入サブスケール 0.80、回避サブスケール 0.83、過覚醒サブスケール 0.83 となり、全体および各サブスケール内でも、高い内的整合性を有していた。IES-R については、PTSD のハイリスク者を同定するための cut off 値は、合計点 25 点が採用されることが多い⁵⁾。この基準に沿うと、PTSD のハイリスク者は 15 人 (22.1%) となった。

(各尺度の感度と特異性)

表 4.5 に CAPS 診断をもとにした各尺度の感度および特異性を示した。まず SQD では、PTSD 症状 9 項目の合計点を単純に用いた場合と、現場活動で使われた「5 個以上が存在し、その中に再体験症状が少なくとも一つ含まれている」という基準を用いた場合について、CAPS 現在診との関連を解析した。それによると、単純に加算した場合には、5 点が感度 0.86、特異性 0.85 で、感度と特異性が最も高い点と考えられる。そして、現場の基準にしたがうと、感度 0.86、特異性 0.87 となり、特異性がわずかに上昇した。

SQD のうつ症状に関しては合計 4 点の際に感度 1.00、特異性 0.84 と両者が最

も高くなった。これは、現場活動で使われていた「4 個以上が存在し、抑うつ気分あるいは意欲低下のどちらかが含まれる」という基準を採用しても、変わらなかった。

次に IES-R と CAPS 現在診断についてみると、合計 24 点が感度 0.86、特異性 0.89 となり、両者が最も高くなる点であった。また、SQD と IES-R について CAPS 現在診断との関連を示す ROC 曲線を描いた。曲線の下面積はいずれも高く (SQD;0.91, IES-R;0.95)、両者はともに CAPS 現在診断の有無に関して、有効な尺度となることが示されていた。

表 4 PTSD 現在診断をもとにした SQD の感度および特異性

SQDのP項目数	感度	特異性
1	1.00	0.09
2	1.00	0.34
3	0.93	0.57
4	0.93	0.72
5	0.86	0.85
6	0.71	0.93
7	0.57	0.93
8	0.36	0.98
既存の基準	0.86	0.87

SQD; Screening Questionnaire for Disaster Mental Health

表 5 PTSD 現在診断をもとにした IES-R の感度および特異性

IES-R総得点	感度	特異性
15	0.93	0.72
20	0.93	0.83
25	0.79	0.93
30	0.79	0.94
35	0.43	0.98
40	0.36	0.98
45	0.14	1.00
50	0.07	1.00

IES-R; Impact of Event Scale- Revised

(遷延化に影響する要因)

CAPS 現在診断の有無によって2群に分け、被災状況、被災時の心理的反応などの各項目について比較した(表6)。それによると、現在診断が可能な群では、被災時に生命の危険を強く感じたという割合と、現在の生活が安定していないと感じている割合が、有意に高率であった。

表6 CAPS 現在診断の有無で2群に分類した比較

	現在診断あり	現在診断なし	p
	n=14	n=54	
震災後失業した	21.4%	44.4%	ns
何らかの人的喪失あり	64.3%	59.3%	ns
身体的外傷	21.4%	13.0%	ns
生命の危険を感じた	92.9%	57.4%	<0.05
悲惨な光景を目撃した	78.6%	64.8%	ns
生活はまだ落ち着いていない	42.9%	3.7%	<0.01

CAPS の大きな特徴は、生涯診断が行える点である。すなわち、外傷を経験してから調査時点までの期間で、もっとも症状の強い時期を同定し、その時点での各症状の頻度と強度を問う。ここで得られた結果は、過去を振り返って答えたものであるために、その時点での症状と、厳密に一致するものではないが、現在の症状と比べることによって、どの症状が軽減しているか、あるいは遷延しているかなど、症状の変化の概要を知ることができる。本調査で、現在および生涯診断両方のデータが得られた者63名について、症状変化を検討した(表7)。なお、現在診断のついた5例は、その時点で面接を終了したため、検討対象とならなかった。その結果は表に示したとおりで、二時点を比較すると、17症状中9個は調査時点の方が有意に改善していた。特に再体験症状は全て有意な改善を示し、逆に改善が有意といえなかったのは、回避症状の5個と過覚醒症状の3個であった。

【考察】

精神医学的問題をスクリーニングする方法としては、自記式の質問紙が使用されることが多い。PTSDを始めとする災害後の精神的問題についても、さまざまな方法が使われてきた。日本の災害研究だけに目を向けても、奥尻島津波災害や雲仙普賢岳噴火災害では、GoldbergのGeneral Health Questionnaire (GHQ)

表 7 PTSD 各症状の改善

		Z	p(両側)
再体験症状	(1) 侵入的想起	-2.89	<0.001
	(2) 苦痛な夢	-4.04	<0.001
	(3) 再現したかのような行動	-3.33	<0.001
	(4) きっかけによる心理的苦悩	-4.27	<0.001
	(5) きっかけによる生理的反応	-3.16	<0.01
回避症状	(6) 考え・感情などの回避	-2.47	<0.01
	(7) 活動・場所などの回避	-1.60	ns
	(8) 重要な場面の想起不能	0.00	ns
	(9) 興味・活動性の減退	-1.50	<0.01
	(10) 疎隔化・疎遠化	-1.17	ns
	(11) 感情の幅の減少	-2.70	<0.01
	(12) 人生が短縮した感覚	-1.43	ns
過覚醒症状	(13) 入眠困難	-1.95	ns
	(14) イライラ・怒りの爆発	-2.39	<0.05
	(15) 集中困難	-1.17	ns
	(16) 過剰な警戒心	-0.87	ns
	(17) 過剰な驚愕反応	-2.38	<0.05

が使われていた¹²⁾¹³⁾。また、阪神・淡路大震災によって、PTSD に対する関心が高まったこともあり、Horowitz の IES (IES-R の旧版) など PTSD を議論するための尺度が、さまざまなフィールドで使われ始めていた。こうした尺度は、対象数が多い場合に情報を効率的に集めるために使われる。しかし、自記式であるために、回収率や回答の正確性に、問題が生じることがある。特に、対象が高齢者である場合には、項目数や回答の選択肢が多いと、判読や理解の困難さから協力が得にくくなるのが、しばしば経験される。したがって、可能な限り受け入れやすいものの方が、精神保健活動の現場で使用するためには必要である。また、自記式ではなく、対面し簡単な問診という形をとる方が、その後の関係を維持していく上でも効果的であろう。その際、ある程度の知識がありトレーニングを受ければ、医師以外でも使用できることが望ましい。

こうした必要性に応えるために、今回われわれが開発したのが SQD であり、本研究ではその妥当性を検討した。Sharev¹⁴⁾は、PTSD に関する尺度の妥当性を、複数の自記式尺度について比較している。それによると、IES などの PTSD 症状に特化した尺度を使用しても、必ずしも高い感度や特異性が得られないと報告している。今回の研究では、SQD および IES-R とともに十分に高い感度と特異性が得られており、Sharev の結果とは異なる。これは、両尺度ともに問診という形で採取されたために、自記させた場合と比較すると、質問に対する理解が深ま

り、回答の精度が上がったことが考えられよう。また SQD は、すでに標準化され PTSD をスクリーニングするために広く使われている IES-R と比較しても、遜色のない妥当性を持っていただけでなく、うつ症状に関しても十分な妥当性を持っていた。さらに、質問項目が少なく実施しやすいことを考えれば、現場活動における SQD 使用のメリットは大きいだろう。

自記式尺度や簡便な問診票は、あくまでもスクリーニングに有効なのであって、正確な診断のためには、経験のある医師の臨床診断や、構造化面接が必要となる。しかし、こうした方法には、多くのマンパワー、費用そして時間が必要である、たとえば本研究で用いた CAPS は、1 件施行するのに平均 90 分が必要だった。したがって、数多くの被災者を抱える災害後の保健活動の現場では、正確で効率のよい方法を用いて、スクリーニングを行うことが重要となる。簡易で妥当性の高い問診法である SQD は、活用できる方法として期待できよう。

阪神・淡路大震災では、旧市街地が大きな被害を受けたこともあって、高齢者が数多く被災した。筆者らが震災後早期の避難所で行った調査¹⁵⁾によると、高齢者は若い世代と比較すると、PTSD 症状などを抱える割合が少なかった。これは、過去の外傷体験などによって災害に適応できる可能性、あるいは避難所では高齢者への支援が比較的濃厚であったことなどが影響していると考えられた。しかし、長期にわたる復興の過程では、高齢者は生活再建能力が低く、仮設住宅や被災者向けの公営復興住宅では、取り残された高齢者への、さまざまな支援が行われた。

本研究で示されたように、PTSD 症状のうち回避傾向は遷延しやすい。これが影響して、必要な支援を受けようとしないうちの高齢被災者は、少なくなかったものと思われる。したがって、支援活動の中で心理的問題に関するスクリーニングを行い、問題のある被災者を同定した上で、支援サービスを提供することが重要であると思われる。震災からすでに 6 年が経過し、多くの被災者支援策は一定の役割を終えたとされている。しかしながら、本研究で示されたように、被災者の心理的苦悩は、見る眼を持てば依然として遷延していることが理解できるのである。今後、息の長い支援策が、展開されることが望まれる。

最後に本研究の限界について述べる。大規模自然災害後にその被災者にどのくらいの割合で、PTSD が見られるかは興味ある課題である。しかし本研究では、対象のサンプリングおよび比較対照群が設定されていないなどの問題があり、PTSD の有病率そのものを議論することが出来なかった。また、SQD の妥当性に関しては検討したものの、尺度としての再現性については議論されていない。今後、現場活動で利用するためには、評価者間信頼性などの検証を行う必要があると思われる。

【結語】

新たに開発した災害精神保健に関するスクリーニング質問票 (SQD) と構造化面接を用いて、阪神・淡路大震災で被災した 68 名の高齢者の、震災後 6 年目の精神症状について検討した。

その結果、簡易な問診票である SQD は、外傷後ストレス障害と大うつ病に関して高い感度と特異性を持つ、有効なスクリーニング法であることが分かった。また、外傷後ストレス障害の遷延化には、災害直後の恐怖感と、現在の生活に対する不安定感が影響していた。さらに、構造化面接の結果から、PTSD のうち回避症状と過覚醒症状は改善しにくいことが示された。被災者に対する精神保健活動では、有効なスクリーニングと回避傾向を低減させるための、息の長い支援策が必要であると考えられた。

【文献】

- 1) Green, B.L., Lindy, J.D., Leonard, A.C., et al. Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis* 180:760-766 (1992)
- 2) McFarlane, A.C., Papay, P. Multiple diagnoses in posttraumatic stress disorder in the victims of a natural disaster. *J Nerv Ment Dis.*, 180: 498-504 (1992)
- 3) Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., et al. Posttraumatic stress disorder in the national comorbidity survey; *Arch Gen Psychiatry.* 52: 1048-1060 (1995)
- 4) 加藤 寛 「阪神・淡路大震災後の精神保健活動」 *精神科治療学* 11: 317-322 (1996)
- 5) 加藤 寛、岩井圭司 「阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害—構造化面接による評価」 *神戸大学医学部紀要* 60: 147-155 (2000)
- 6) American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Forth-Edition.* Washington, DC (1994)
- 7) Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M., et al. Clinician-administered PTSD scale for DSM-IV. National Center for Posttraumatic Stress Disorder (1997) (飛鳥井望、西園マーハ文訳 「CAPS-PTSD 臨床診断面接尺度 DSM-IV版」 東京都精神医学総合研究所, 1998)
- 8) Blake, D.D., Weathers, F.W., Nagy, L.M. et al. The development of a

- clinician-administered PTSD scale. *Journal of Traumatic Stress*, 8 : 75-90 (1995)
- 9) 高橋三郎監訳 「SCID DSM-III-R 面接法」 医学書院 東京 (1992)
 - 10) Weiss, D.S., Marmar, C.R. The impact of event scale-revised. In:(ed.),J. Wilson and T. Keane. *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press, New York, p399-411 (1997)
 - 11) Horowitz, M., Wilner, N., Alvarez, W.: Impact of event scale: a measure of subjective stress. *Psychosomatic Medicine* 41(3) 209-218, 1979.
 - 12) 藤森和美、藤森立男 「北海道南西沖地震の被災者のメンタルヘルス」 *保健の科学* 37 : 689-695 (1995)
 - 13) 太田保之、荒木憲一、川崎ナヲミら 「雲仙・普賢岳噴火災害による避難住民の精神医学的問題に関する研究 - General Health Questionnaire (GHQ-30)の因子分析より」 *日本社会精神医学雑誌* 3 : 109-129 (1995)
 - 14) Shalev, A.Y., Freedman, S., Peri, T., et al. Predicting PTSD in trauma survivors: prospective evaluation of self-report and clinician-administered instruments. *Br J Psychiatry*, 170: 550-564 (1997)
 - 15) Kato, H., Asukai, N., Miyake, Y., et al. Post-traumatic symptoms among younger and elderly evacuees in the early stages following the 1995 Hanshin-Awaji earthquake in Japan. *Acta Psychiatr Scand*, 93: 477-481 (1996)

章末注) こころのケアセンターは、阪神・淡路大震災後新たに作られた半公的な機関で、臨床心理士、ソーシャルワーカーなど約 50 名のスタッフによって、主に仮設住宅を中心にメンタルヘルスケアを提供した。

図1 SQD 総得点の分布

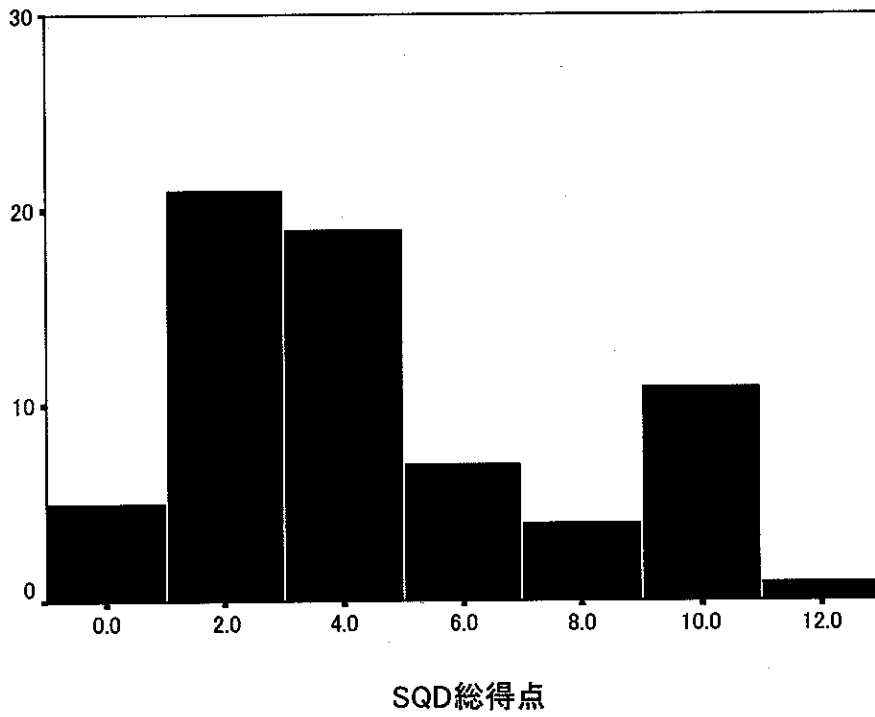
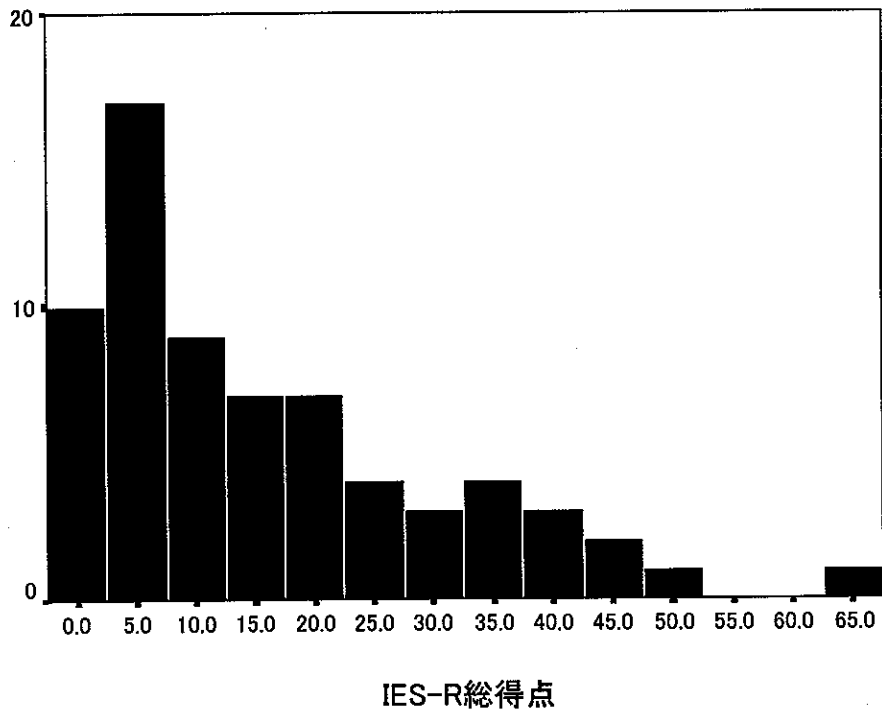


図2 IES-R 総得点の分布



【第2章】

阪神・淡路大震災が青少年に およぼした長期的影響

(附 表 册)

中华人民共和国国家统计局 编

国家统计局 编

【はじめに】

大規模災害の被災者は、災害体験そのものだけでなく、その後の生活変化によっても二次的に様々な心理的影響を受ける。災害体験によって引き起こされる PTSD (posttraumatic stress disorder : 外傷後ストレス障害)の他に、生活の変化のため不安や身体の不調が生じ、物質的、人的喪失体験によって抑うつ症状などの併存障害を呈し得るのである¹⁾²⁾。またその影響が長期にわたることも指摘されている³⁾。社会環境の変化だけでなく、自らの身体が大きく変化する児童・思春期はまた、精神的にも様々な成長を遂げる時期である。その時期に受けた心的外傷が、その後の精神発達過程に影響を与えるであろうことは、想像に難くない。受けた外傷体験の種類や大きさにもよるが、年単位の長さで不安や抑うつなどの症状が自然災害後も遷延し⁴⁾⁵⁾、さらに地域社会の崩壊に伴う自己同一性形成の障害や反社会的行動の増加など、人格形成の面での影響が報告されている⁶⁾⁷⁾。

今回われわれは、1995年1月17日の阪神淡路大震災から約5年半経過した時点で、大きな被害を受けた地域を校区に持つ高校の、2年生を対象にして、震災による PTSD を中心とした心理的状态について調査した。震災当時、対象となった生徒達は小学5年生であった。

本調査の目的は、震災から5年半という期間にその思春期を経過しつつある青少年において、PTSDの遷延化がどの程度認められるかを把握し、遷延化に寄与している要因を考察することと、心理的状态の一側面としての「自己評価」「生きがい感」について、震災との関連を見ることである。

【方法】

平成12年10月、調査対象高校2年に在籍する生徒全員313名(男子106名、女子207名)に、担任教諭を通して自記式調査票を配布した。記入後は生徒自身が封をし、1週間以内に担任に提出させ回収した。回収できたものは105件で、記載が不十分な1件、震災を経験していない4件(男子1件、女子3件)を除いた最終的な有効回収部数は100件(男子30件、女子70件)であった(有効回答率:31.9%)。

記載は無記名で、質問項目はクラス・性別などの基本属性、震災の被害状況に関する質問・6項目、震災についての気持ち・5項目、震災以外の怖い思いやショック体験の有無、および心理的状态についての3尺度から構成されている。3尺度のうち、調査時点での PTSD 症状に関しては、Weissらの IES-R (Impact of Event Scale Revised : 出来事インパクト尺度改訂版)22項目を用いた。また、

Rosenberg の SES(Self Esteem Scale: 自尊感情尺度)10 項目を用いて自己評価を、Crumbaugh らの PIL(Purpose in Life Test: 生きがいテスト)20 項目を用いて生きがい感について調査した。調査は無記名としたが、全員に調査結果を還元するためにクラスと出席番号を記入してもらい、後日、個人の分析結果を返送した。

【結果】

(被災状況)

被災状況について、表 1 に結果を示す。「自宅の被害」については男女とも 8 割以上の生徒が何らかの被害を受けており、全壊全焼と回答した生徒は男女でそれぞれの 23.3%、22.9%、半壊半焼以上の被害を受けた生徒は 46.6%、42.9%であった。「家族の死亡」を経験したのは女子生徒 1 名のみであった。「親しい知人・友人の死亡」を経験したと回答したのは 23.3%、42.9%で、女子でやや多かった。

「医師の治療が必要な程度の身体的外傷」を受けた生徒はいなかった。「医師の治療が必要な程度に同居家族が身体的外傷を受けた」と回答した生徒は 6.7%、5.7%、「避難所生活」を経験した生徒は、40.0%、34.3%であった。「親しい友人知人の死亡」の項目で、有りと回答した女子生徒がやや多いようであるが、6 項目すべてについて、被災状況は男女でほぼ同等と思われた。

(震災についての気持ち)

震災についての自覚的な気持ちの変化について問うた(表 2)。「命の危険を感じた」の項目では、男女とも「少し感じた」とした生徒がそれぞれ 58.6%、47.8%で最多であったが、女子では「強く感じた」が 24.6%で、男子の 3.4%と比較すると多かった($p < 0.05$)。「震災はとてこわい体験だった」についても、男子で「少し」が 56.7%で最多であったのに対して、女子では「とても」が 71.4%で最多であった($p < 0.01$)。「震災当時、どのように行動してよいか分からなかった」については、男女とも「少し」がそれぞれ 60.0%、48.6%で最多であったが、女子で「とても」と回答した生徒が 42.9%と、男子の 20.0%より多かった。「震災当時、悲惨な光景に出会ったり見たりして、とてもショックを受けた」については、男子では「いいえ」が 43.0%で最多であったのに対して、女子では「とても感じた」が 40.0%で最多であった。「震災当手を振り返って後悔している」については、男女とも「いいえ」が 60.0%、72.1%で最多であった。また、各項目について「強く感じた」もしくは「とても」と回答した群と、それ以外の群とを比較したところ、「命の危険」($p < 0.05$)、「恐怖感」($p < 0.01$)に加えて「行動不能感」($p < 0.05$)についても男

女で有意差を認めた(以下、この分類を「強い命の危険」「強い恐怖感」などと、「強い」をつけて表す)。被災状況が男女でほぼ同様であったのに対して、主観的な気持ちについては男女差があり、特に「恐怖感」についてはその差が顕著であった。

表 1 調査対象 100 名の被災状況

		性別		合計	
		男子	女子		
自宅被害	被害無し	度数	5	11	16
		性別の%	16.7%	15.7%	16.0%
	一部損壊	度数	11	29	40
		性別の%	36.7%	41.4%	40.0%
	半壊半焼	度数	7	14	21
		性別の%	23.3%	20.0%	21.0%
	全壊全焼	度数	7	16	23
		性別の%	23.3%	22.9%	23.0%
家族の死亡	無し	度数	30	69	99
		性別の%	100.0%	98.6%	99.0%
	有り	度数	0	1	1
		性別の%	0.0%	1.4%	1.0%
親しい友人 知人の死亡	無し	度数	23	40	63
		性別の%	76.7%	57.1%	63.0%
	有り	度数	7	30	37
		性別の%	23.3%	42.9%	37.0%
本人の 震災時外傷	無し	度数	30	70	100
		性別の%	100.0%	100.0%	100.0%
	有り	度数	0	0	0
		性別の%	0.0%	0.0%	0.0%
家族の 震災時外傷	無し	度数	28	66	94
		性別の%	93.3%	94.3%	94.0%
	有り	度数	2	4	6
		性別の%	6.7%	5.7%	6.0%
避難所生活	無し	度数	18	46	64
		性別の%	60.0%	65.7%	64.0%
	有り	度数	12	24	36
		性別の%	40.0%	34.3%	36.0%
各項目合計		度数	30	70	100
		性別の%	100%	100%	100%

表 2 震災についての気持ち

		性別		合計	χ ² 二乗検定	
		男子	女子			
命の危険	感じなかった	度数	11	19	30	p<0.05
		性別の%	37.9%	27.5%	30.6%	
	少し感じた	度数	17	33	50	
		性別の%	58.6%	47.8%	50.5%	
	強く感じた	度数	1	17	18	
		性別の%	3.4%	24.6%	18.2%	
震災時の怖さ	いいえ	度数	5	0	5	p<0.01
		性別の%	16.7%	0.0%	5.0%	
	少し感じた	度数	17	20	37	
		性別の%	56.7%	28.6%	37.0%	
	とても感じた	度数	8	58	58	
		性別の%	26.7%	71.4%	58.0%	
行動不能感	いいえ	度数	6	6	12	n.s.
		性別の%	20.0%	8.6%	12.0%	
	少し感じた	度数	18	34	52	
		性別の%	60.0%	48.6%	52.0%	
	強く感じた	度数	6	30	36	
		性別の%	20.0%	42.9%	36.0%	
ショック	いいえ	度数	13	15	28	n.s.
		性別の%	43.0%	21.4%	28.0%	
	少し感じた	度数	9	27	36	
		性別の%	30.0%	38.6%	36.0%	
	強く感じた	度数	8	28	36	
		性別の%	26.7%	40.0%	36.0%	
後悔	いいえ	度数	18	49	67	n.s.
		性別の%	60.0%	72.1%	68.4%	
	少し感じた	度数	10	14	24	
		性別の%	33.3%	20.6%	24.5%	
	強く感じた	度数	2	5	7	
		性別の%	6.7%	7.4%	7.1%	
各項目合計		度数	29-30	68-70	98-100	
		性別の%	100%	100%	100%	

(震災以外の怖い思いやショックを受けた経験)

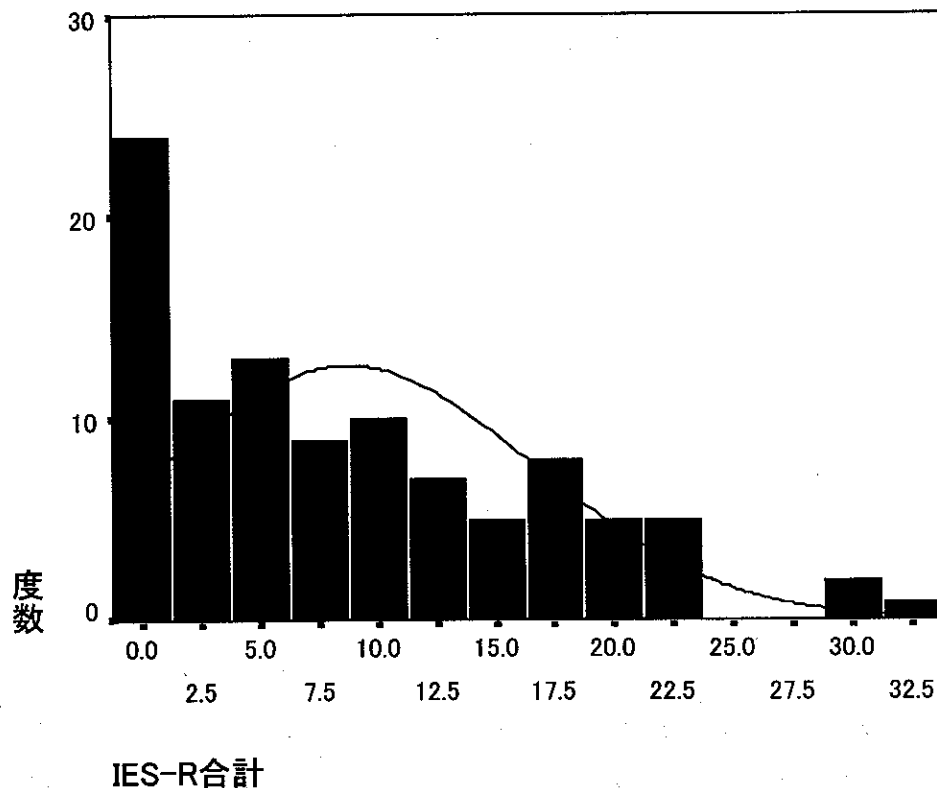
「震災以外に、とても怖い思いをしたり、ショックを受けた体験があるか」については、男女でそれぞれ 16.7%(5件)、20.0%(14件)が「ある」と回答した。男子では、内容記載の無い 2件を除いた回答は、「カツアゲに遭い殴られた」「交通事故にあった」「友人の病気」であった。女子では「痴漢に遭遇した」が 8件と最多で、その他、「暴力行為を受けた、または遭遇した」が 2件、「友人の死亡」「泥棒に入られた」がそれぞれ 1件、記載の無いものは 2件であった。

(調査時点の心理的状态)

調査時点での心理的状态については PTSD 症状の存在と、さまざまな社会的・心理的適応と関連が深い「自己評価」、近年その喪失が取り上げられている「生きがい」について調査した。

PTSD 症状については、災害研究の分野で広く使われてきた IES-R(Impact of Event Scale Revised : 出来事インパクト尺度改訂版)22 項目を使用した⁸⁾。この尺度は PTSD 症状である再体験症状(もしくは侵入症状 : intrusion)、回避症状(avoidance)、過覚醒症状(hyperarousal)をターゲットにした 22 項目からなり、各項目について症状の強さを 5 段階で評価する。得点が高いほど PTSD 症状が強いことを表している。本調査での尺度全体および 3 つのサブスケールの信頼性に関する Crohnbach の α 係数は、全体 0.82、再体験 0.67、回避 0.73、過覚醒 0.72 であった。各サブスケールについては劣るものの、尺度全体については十分に高い値が得られた。図 1 に総得点の分布を示した。

図 1



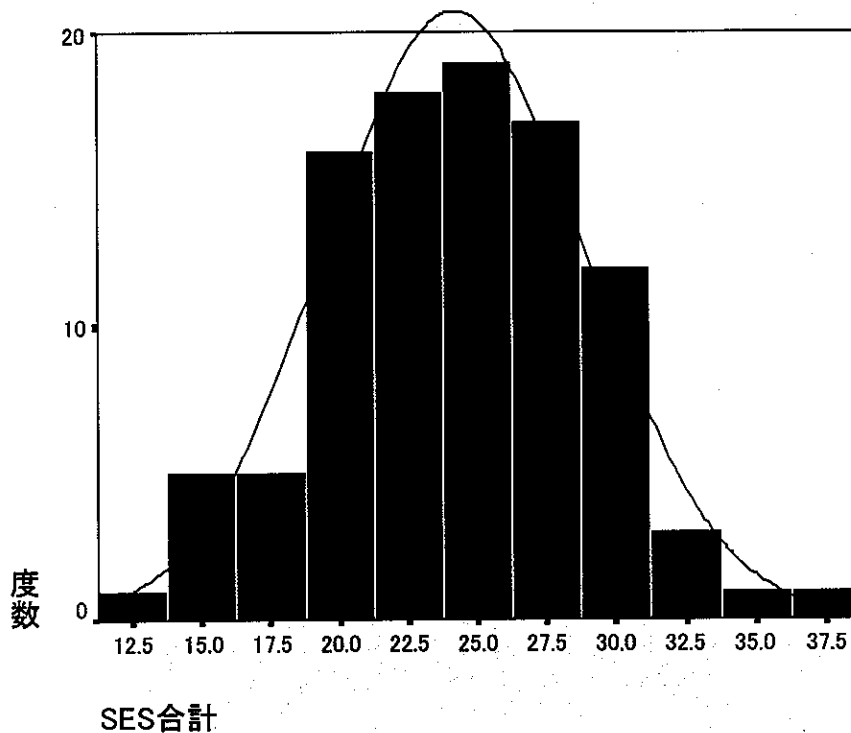
一般に自記式の症状評価尺度はそれだけで診断を下すことはできないが、診断面接と組み合わせることで、診断できる可能性の高い対象を抽出する値(カットオフ値)を設定することが可能とされている。IES-Rについては、現段階では総得点24/25が最適なカットオフ値と言われており⁹⁾、これをカットオフ値として用いると、本調査では25点以上が3件(3.0%)認められた。その3件の内容を表3に示した。またカットオフ値を19/20とすると、13件(13.0%)がIES-R総得点20点以上であった。その13件と、それ以外の群を各項目について比較すると、「震災以外のショック体験」($p<0.01$)、「強く命の危険を感じた」「強い行動不能感を感じた」「強いショックを受けた」「SES合計得点」($p<0.05$)の項目について有意差を認めた(Mann-WhitneyのU検定)。

表 3

ケース	性別	震災以外の外傷的体験	尺度		
			IES-R	SES	PIL
1	F	暴行される人を見た	32	17	91
2	M	交通事故による身体的外傷(顔を含む)	29	14	62
3	F	(-)	31	33	132

SES(Self Esteem Scale : 自尊感情尺度)は、自尊感情を測定するためにRosenberg(1965)が作成した質問紙法による10項目の尺度で、日本語版については山本ら(1982)が邦訳している¹⁰⁾。各項目について「あてはまる」から「あてはまらない」の間に5つのアンカーポイント(点数1~5)を設けてあり、それらを合計して得点が高いものほど自己全体を肯定的にとらえ、自己を高く評価していると解釈される。自己意識、すなわち人が自分というもの意識するときには、おおまかに2つの部分に分けて意識されているという。すなわち、「自分はスポーツに優れている」「人に対して優しい」などのように自己を構成する側面に対する認知と、「自分が好きだ」「自信を持っている」などのように自己全体に対する評価(自己評価)からなるとされる。SESでは後者の自己全体への感情的評価、すなわち自尊感情を測定しているという。本調査でのSESの信頼性に関するCronbachの α 係数は0.81で、十分に高い値が得られた。図2に得点の分布を示した。

図 2



PILテスト(Purpose in Life Test: 生きがいテスト)は、アメリカの Crumbaugh らが、第2次世界大戦中にナチの収容所体験をしたウィーンの精神科医 Frankl の考えに基づいて考案した、生きる意味、目的意識を測定するための心理検査である。日本語版は PIL 研究会(1993)によって邦訳されており、質問紙法による 20 項目の part-A、文章完成法の part-B、自由記述の part-C から構成されている。part-A では 20 の各項目ごとに 1~7 のアンカーポイントが設けられており、やはり合計得点が高いほど人生の意味・目的を見出して強い充足感を伴っているという。しかし、自分の人生を賭けるに値すると考える意味・目的を見出している場合には、たとえそれが社会的歴史的に普遍性が認められないような意味・目的でも、また躁状態や精神分裂病でも得点は上昇するという。そのため、本来は part-B、part-C を抜きにしては、その人の人生の意味・目的が客観的に見て高いかどうかを結論することは厳密には難しいが、本調査では調査表を可能な限り簡単にすることが求められたため part-A のみを使用した。本調査での PIL の信頼性に関する Crohnbach の α 係数は 0.89 で、十分に高い値が得られた。図 3 に PIL の part-A の得点分布を示した。

以上 3 尺度の性別の平均点、平均の標準誤差を、表 4 に示した。SES、PIL と比較して、IES-R では男女の平均値の差が大きいことがわかる。SES、PIL の平均点(標準誤差)はそれぞれ 24.17(0.48)、81.03(1.93)であった。

図 3

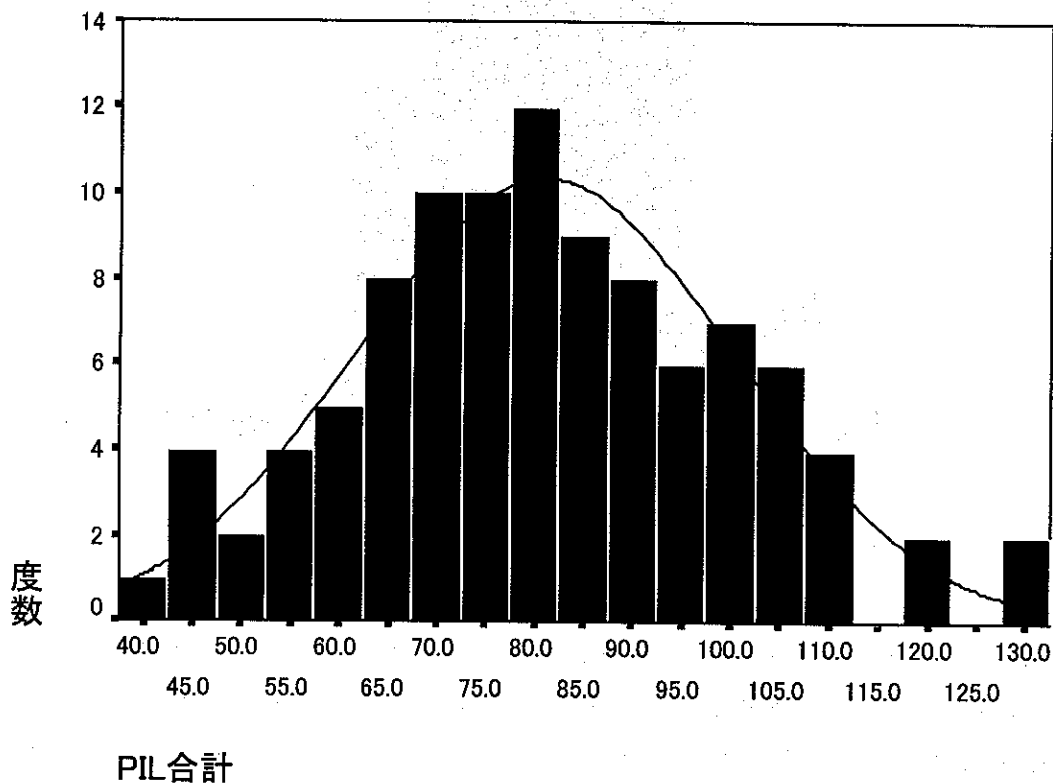


表 4

		IES-R合計	SES合計	PIL合計
男性	度数	30	30	30
	平均値	5.70	24.43	78.17
	平均の標準誤差	1.21	0.88	2.92
女性	度数	70	68	70
	平均値	10.03	24.06	82.26
	平均の標準誤差	0.97	0.57	2.45
合計	度数	100	98	100
	平均値	8.73	24.17	81.03
	平均の標準誤差	0.79	0.48	1.93

(3 尺度の相関)

IES-R、SES、PIL の、各尺度間の相関係数については、IES-R : SES が $-0.286(p<0.01)$ 、IES-R : PIL が $-0.336(p<0.05)$ で、負の相関が認められた。すなわち、IES-R が高値であるほど、SES、PIL が低値となる傾向があるということである。SES : PIL については $0.569(p<0.01)$ で正の相関、すなわち、SES が高い場合ほど PIL も高くなる傾向を認めた。

(性別、被災状況、震災についての気持ち、震災以外のショック体験と、3 尺度の関係)

性別、被災状況・6 項目、震災時の気持ち・5 項目、震災以外のショック体験の各項目と、IES-R、SES、PIL の各合計点についての関係を見ると、以下のようであった。IES-R では、性別 ($p<0.01$ $U=0.007$)、強い行動不能感 ($p<0.01$ $U=0.007$)、強いショック ($p<0.01$ $U=0.001$)、震災以外のショック体験 ($p<0.01$ $U=0.000$) について有意差が認められた (Mann-Whitney の U 検定)。SES で、強い行動不能感 ($p<0.05$ $T=0.043$)、震災以外のショック体験 ($p<0.05$ $T=0.035$) について有意差が認められた (T 検定)。PIL については有意差を認めた項目はなかった。

【考察】

対象となった高校は阪神間の住宅地を校区に擁する県立の普通高校で、震災後はグラウンドに仮設住宅が設けられていた。対象標本については、同校の高校 2 年生の男女人数比が男子 : 女子 = 106 : 207 であるのに対し、得られた標本は男子 : 女子 = 30 : 70 であるので、性差に関してはほぼ同等の標本が得られたと考えられる。調査に参加しなかった生徒のプロフィールは不明だが、次の二つの可能性が考えられよう。まず、調査によって外傷体験が賦活されるのを避ける、PTSD の「回避症状」が影響した可能性である。この場合は、震災の影響を引きずっている対象が参加しなかったことになる。逆に、影響を全く受けていないために回答する動機づけが得られず、参加しなかった可能性もある。

被災状況についてほぼ同様であったにもかかわらず、震災についての気持ちは、特に命の危険、恐怖感において性差を認めた。これは、男子に申告しない傾向がある、もしくは女子で申告しやすい傾向があるか、やはり女子で主観的な衝撃度が大きかったという可能性が考えられる。

IES-R 総得点は、われわれの予想より全体的に低い印象を受けた。自宅の物理

的被害は半壊半焼が4割を超えており決して小さいとは言えないが、生徒本人が身体的外傷を受けたケースはなく、高齢者の多い仮設住宅、復興住宅居住者を対象とした調査よりは、被害が比較的軽度の集団である可能性が高い。実際、同時期に実施された高齢者を中心とする震災復興住宅入居者を対象とした調査では(本報告書、1章を参照)、自宅の全壊全焼を経験したものが8割を超え人的被害も大きく、IES-R総得点も平均点が15.6点と、本調査よりかなり高かった。また本調査では、特に男子生徒において、「震災は貴重な体験であった」「両親を尊敬するようになった」と、震災を乗り越えて肯定的にとらえる意見も見られている。したがって、全体的には本調査の対象は、震災体験を克服しているといえるかも知れない。その中で、IES-R総得点が高いケースについては個別に注意が必要であろう。心理的に回復していくものと、PTSDの遷延化を起こすものとの格差が現れており、これら3ケースでは、いずれも自宅被害が比較的小さかったにもかかわらず、主観的な震災の衝撃度が高く、2例は女性で、また2例で深刻な震災以外のショック体験を有している。第3例については震災以外のショック体験も無く、SES、PIL得点が高い(PILについては最高点)にもかかわらず、IES-Rで高い値を記録している。また、IES-Rの各サブスケールの配分を見ると、過覚醒症状で他の2つのサブスケールより高得点を記録していた。ただし、本調査はあくまでも自記式アンケートによるものであり、確実な診断については述べることはできない。

多くの報告で、PTSDの発症には量-反応関係(dose-response relationship)の存在、すなわち外傷的出来事のスレッシャーとしての強度が高いほど、それに応じてその後のPTSDの発症率も高くなることが指摘されている。しかし、同じ外傷的体験を受けた人すべてがPTSDを発症するわけではなく、むしろPTSDとなる人は一部であることから、外傷的体験を受けた個体の持つ脆弱性が指摘されるようになった。震災関連の調査としては、1988年のアルメニア地震後の調査で、個体の脆弱性の如何にかかわらず、被災状況への暴露の程度がPTSD発症と関連していると述べられている¹²⁾。著者が、1914年~1915年の第一次世界大戦と併せて「民族の性格をも変えてしまうような」と形容したほどの、圧倒的な震災被害の前では、個体側の問題を超越してしまうのかも知れない。逆に、スレッシャーの強度が低い場合は、その発症にはもともとの脆弱性が大きく影響することが考えられている。DSM-IVにおいてもPTSDの診断基準として、外傷体験が生命の危機や著しい恐怖を与えるものであると同時に、主観的に強い恐怖感や無力感を抱いたことが前提とされるようになった。また、外傷的出来事から時間が経つにつれ、出来事そのものの影響は弱まり、個体の持つ脆弱因子や他の二次的ストレ

スの影響が強まるという¹³⁾。

以上を踏まえ、全体的には震災体験を克服しつつあると考えられる本調査の対象においては、IES-Rの総得点について統計学的な有意差を認めた「性別」「強い行動不能感」「強いショック」「震災以外のショック体験」、すなわち性別(女性)、主観的な衝撃度、他の心的外傷体験の既往、の3項目が、青少年においてもPTSDの遷延化に影響していると考えられた。

次にSES、PILを使用した調査時点での心理的状态について述べる。IES-R総得点のカットオフ値を19/20にすると、SES合計点との関係について有意差を認めた。IES-RとSESについては負の相関が存在することから、IES-Rで高い得点を記録する場合ほど、SESで低い得点、すなわち自己評価が低いという可能性がある。SESについてはまた、震災時の強い行動不能感と、震災以外のショック体験についても有意差を認めており、心的外傷体験の存在や震災時の強い行動不能感が自己評価を低くしているか、もしくは低い自己評価が強い行動不能感を生じ、心的外傷を体験した後の適応を困難にしている可能性が考えられた。

PILについては、本調査では有意差を認めた項目は無かった。PIL研究会¹⁰⁾によると、15～34歳におけるPIL part-Aの判定基準はPILが20～79点で「低」(人生に意味・目的を見出せず空虚感が強い)、80～109点で「中」、110～140点で「高」(人生に意味目的を見出し強い充実感が見られる)とされており、本調査の結果は、男子78.17が「低」、女子82.26が「中」、男女全体では81.03で「中」に当たると考えられる。ただし、PIL得点は年齢とともに上昇する傾向があり、本調査の結果はPIL研究会が実施した高校生のPIL得点82.2点とほぼ同等であった。

SESとPILで、IES-Rとの相関において差が生じた理由としては、以下のことが考えられる。SES、PIL得点と、IES-R各サブグループの得点の相関(Spearmanの順位相関係数)を見ると、表5のようになった。PILでも回避症状について5%有意で負の相関が認められているが、SESについてはそれぞれ1%有意で、回避、過覚醒症状について、回避症状についてはPILより強い負の相関を認めた。これは、自己評価が回避、過覚醒症状とより強い関連を持つ、すなわち、低い自己評価と回避、過覚醒症状の長期化が関連している可能性を示唆する所見である。しかし、外傷的出来事の種類を問わず、PTSDの多くは他の精神障害を合併することが知られており、佐藤によると¹⁴⁾、構造化面接によってPTSDと診断された群では、非PTSD群と比較して自記式抑うつ尺度(SDS: Self-Rating Depression Scale)の得点が高い、特に回避、過覚醒症状と有意に関連していたという。本調査でSESが特に回避、過覚醒症状と有意に関連したことは、抑うつ症状の

表5 SES、PIL得点とIES-R各サブスケール点数の相関

		SES	PIL
B(再体験症状)	相関係数	-0.18	-0.01
	有意確率(両側)	n.s.	n.s.
C(回避症状)	相関係数	-0.34	-0.24
	有意確率(両側)	p<0.01	p<0.05
D(過覚醒症状)	相関係数	-0.27	-0.17
	有意確率(両側)	p<0.01	n.s.

存在によっては低い点数となり得るSESの質問項目を考慮すると、PTSDと高率に合併する抑うつ症状を取り上げた可能性も考えられる。

妥当性を認められた尺度ではあるものの、尺度が測定している内容については注意を払う必要があると思われたが、本調査からは、SESで評価できる「自己評価」が、PILで評価される「生きがい感」よりも、IES-R得点と強い関連を有していることが示唆された。

【まとめ】

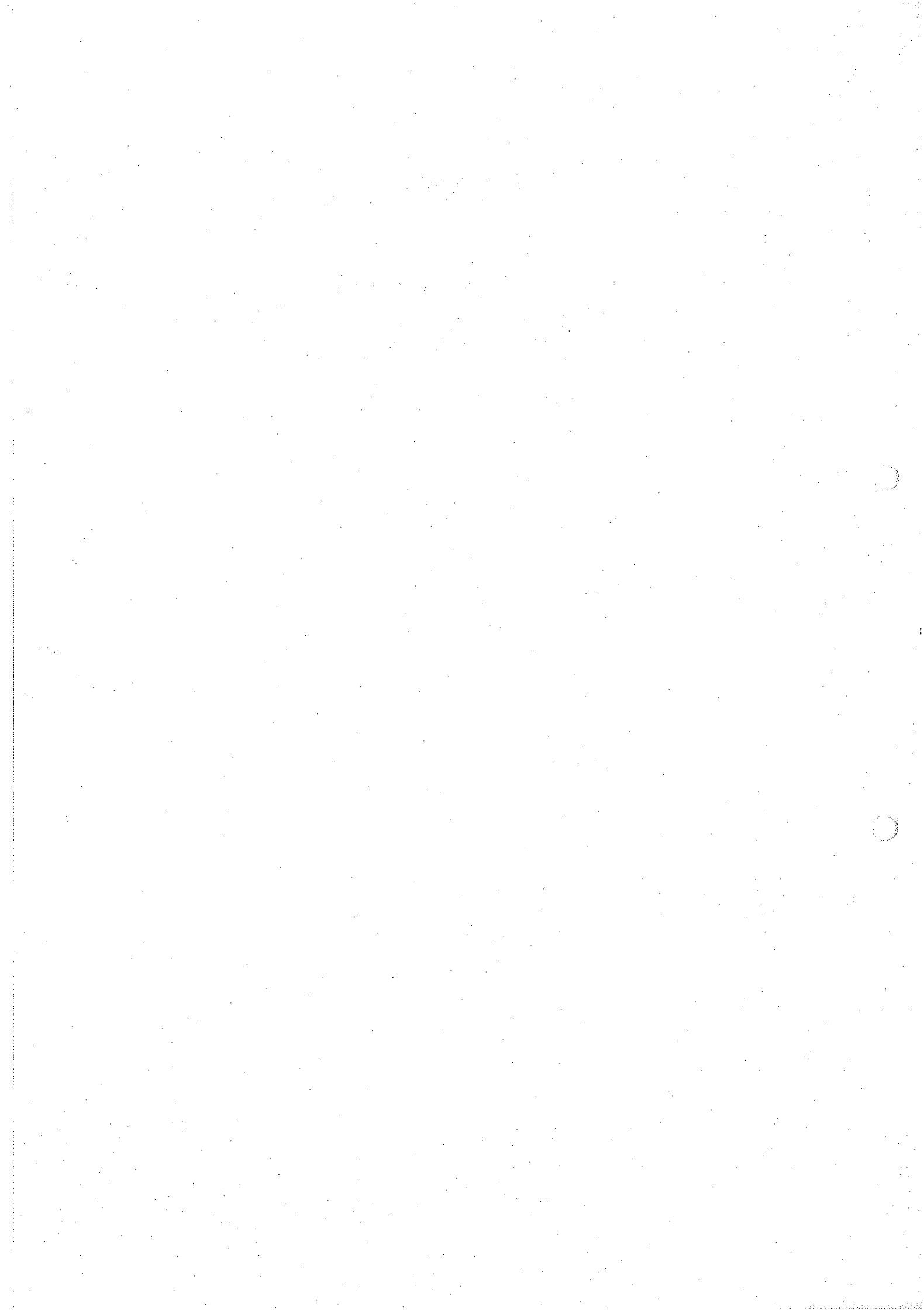
大きな被害を受けた地域を校区に含む高校の2年生を対象として、震災から約5年半経過した時点での、PTSDの遷延化と、内的側面としての「自己評価」「生きがい感」について調査した。IES-Rのカットオフ値を使用して認められたPTSD遷延化の程度は3%で、遷延化には「女性」「主観的な衝撃度」「他の心的外傷体験の既往」が関与していた。また本調査からは個体側の脆弱因子として、もしくは心的外傷の影響として「低い自己評価」が関与している可能性が示唆され、「生きがい感」については有意な関連を認めなかった。被害の程度によらず、個体側の要因によってはPTSDが遷延化している可能性が高く、継続的、長期的かつ個々のニーズに対応できるような支援の必要性があると考えられた。

【文献】

- 1) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター：調査研究報告書、阪神・淡路大震災被災者の長期的影響・構造化面接を用いたメンタルヘルス調査結果から・2001
- 2) Green,B.L., Lindy,J.D., Grace,Leonard,A.C.: Chronic posttraumatic stress disorder and diagnostic comorbidity in a disaster sample. *J Nerv Ment Dis* 180:760-766,1992
- 3) Green,B.L., Lindy,J.D., Grace,M.C., Glesser,G.C., Leonard,A.C., Korol,M., Winget,C.: Buffalo Creek survivors in the second decade : stability of stress symptoms. *Am. J. Orthopsychiatry* 60:43-54,1990
- 4) 植本雅治、塩山晃彦ら：阪神淡路大震災が小中学生に及ぼした心理的影響(第一報) *精神神経学雑誌* vol.102 No.5 p459-480, 2000
- 5) 塩山晃彦、植本雅治ら：阪神淡路大震災が小中学生に及ぼした心理的影響(第二報) *精神神経学雑誌* vol.102 No.5 p481-497, 2000
- 6) Erikson,K.: Loss of communality at Buffalo Creek. *Am.J. Psychiatry*,133:302-305,1976
- 7) Newman,C.J.: Children of disaster: Clinical Observation at Buffalo Creek. *Am. J. Psychiatry* 133: 306-312,1976
- 8) Weiss,D.S., Marmar,C.R.: The impact of event scale-revised. Wilson,J., and Keane,T.(ed). *Assessing psychological trauma and PTSD*. The Guilford Press, New York, p399-411, 1997.
- 9) 加藤寛、岩井圭司：阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害・構造化面接による評価 *神戸大学医学部紀要* 60:147-155,2000
- 10) 山本真理子、松井豊、山成由紀子：認知された自己の諸側面の構造 *教育心理学研究* 第30巻第1号、1982
- 11) PIL研究会：PILテストハンドブック 第1部 PILテストの全体像と分析法、システムパブリカ、1998
- 12) Armen,K.Goenjian,Louis,M.Najarian,Robert,S.Pynoos,Alan,M.Steinberg, Gagik Manoukian,Anahid Tavosian,Lynn, A.Fairbanks: Posttraumatic stress disorders in elderly and younger adults after the 1988 earthquake in Armenia. *Am. J. Psychiatry* 151:6,June 1994
- 13) 飛鳥井望：biopsychosocial モデルとしての PTSD *臨床精神医学講座* S6 巻：外傷後ストレス障害(PTSD) p19-40
- 14) 佐藤志穂子：死別者における PTSD—交通事故遺族 34 人の追跡調査. *臨床精神医学* 27 : 1575-1586(1998)

【巻末資料】

1. PTSD 診断基準 (DSM-IV)
2. IES-R
3. スクリーニング質問票



資料 1 PTSD 診断基準

災害、事故、戦争や犯罪などの出来事にまきこまれ、自分や家族の身に命の危険が及んだり、あるいはそのような出来事を目撃したことで、強い恐怖や不安に襲われると、トラウマ(心的外傷)に起因するストレス症状が出現する。これらの症状は「(心的)外傷後ストレス障害(PTSD)」として、1980年の米国精神医学会による診断統計マニュアル第3版(DSM-III)において、初めて診断カテゴリーとして登場した。なお PTSD は定義上、症状が4週間以上持続する場合とされており、現在の同マニュアル第4版(DSM-IV)では、4週間に満たない場合は「急性ストレス障害」として区別している。

PTSD は、再体験症状、回避症状、過覚醒症状の三次元の症状からなるものである。再体験症状ないし想起症状とは、出来事のことを突然思い出され、その光景や臭いなどの感覚記憶が蘇る(フラッシュバック)、といった症状である。出来事に関する悪夢にうなされたり、出来事を連想させるものに接すると苦痛感や不安感が高まる症状もこれに含まれる。また、回避症状とは、出来事のことを考えたり話したりするのを努めて避けたり、出来事を思い起こさせる事物や場所を極力避けることである。そして、過覚醒症状とは、寝つかれない、イライラする、考えが集中できない、危険に対して過度に警戒してしまう、一寸した物音や動きにもビクッとしてひどく驚いてしまう、などの過敏症状である。これらの3大症状が1ヵ月以上持続し、しかも日常生活や社会生活上の機能にも一定の障害が及んでいる場合を臨床的に PTSD として診断している。

DSM-IVにおける外傷後ストレス障害の診断基準

A. 患者は、以下の2つが共に認められる外傷的な出来事に暴露されたことがある。

(1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、または自分または他人の身体の保全に迫る危険を、身体が体験し、目撃し、または直面した。

(2) 患者の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである。

注：子どもの場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある。

B. 外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている。

(1) 出来事の反復的で侵入的で苦痛な想起で、それは心像、思考、または知覚を含む。

注：小さい子供の場合、外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある。

(2) 出来事についての反復的で苦痛な夢。

注：子供の場合は、はっきりとしない内容のない恐ろしい夢であることがある。

(3) 外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする（その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む）。

注：小さい子供の場合、外傷特異的な再演が行われることがある。

(4) 外傷的出来事のひとつの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛。

(5) 外傷的出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性。

C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、（外傷以前には存在していなかった）外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺。

(1) 外傷と関連した思考、感情または会話を回避しようとする努力。

(2) 外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力。

(3) 外傷の重要な側面の想起不能。

(4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退。

(5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚。

(6) 感情の範囲の縮小（例：愛の感情を持つことができない）。

(7) 未来が短縮した感覚（例：仕事、結婚、子供、または正常な一生を期待しない）。

D. （外傷以前には存在していなかった）持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される。

(1) 入眠または睡眠維持の困難

(2) 易刺激性または怒りの爆発

(3) 集中困難

(4) 過度の警戒心

(5) 過剰な驚愕反応

E. 障害（基準 B, C, および D の症状）の持続期間が 1 ヶ月以上。

F. 障害は、臨床的に著しい苦痛または、社会的、職業的または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

該当すれば特定せよ：

急性：症状の持続期間が 3 ヶ月未満の場合

慢性：症状の持続期間が 3 ヶ月以上の場合

該当すれば特定せよ：

発症遅延：症状の始まりがストレス因子から少なくとも 6 ヶ月の場合。

資料2 IES-R (出来事インパクト尺度改訂版)

下記の項目はいずれも、強いストレスを伴うような出来事にまきこまれた方々に、後になって生じることのあるものです。阪神・淡路大震災に関して、最近の1週間では、それぞれの項目の内容について、どの程度強く悩まされましたか。あてはまる欄に○をつけてください。(答に迷われた場合は、不明とせず、もっとも近いと思うものを選んでください。)

		0. 全くなし	1. 少し	2. 中くらい	3. かなり	4. 非常に
1	どんなきっかけでも、そのことを思い出すと、そのときの気もちがぶりかえしてくる。					
2	睡眠の途中で目がさめてしまう。					
3	他のことをしていても、思わずそのことを考えていることがある。					
4	イライラして、怒りっぽくなっている。					
5	そのことについて考えたり思い出すときは、なんとか気を落ちつかせるようにしている。					
6	考えるつもりはないのに、そのことを考えてしまうことがある。					
7	そのことは、実際には起きなかったとか、現実のことではなかったような気がする。					
8	そのことを思い出させるものには近よらない。					
9	そのときの場面が、いきなり頭にうかんでくる。					
10	神経が敏感になっていて、ちょっとしたことでどきどきしてしまう。					
11	そのことは考えないようにしている。					
12	そのことについては、まだいろいろな気もちがあるが、それには触れないようにしている。					

		0. 全くなし	1. 少し	2. 中くらい	3. かなり	4. 非常に
13	そのことについての感情は、マヒしたようである。					
14	気がつくとき、まるでそのときにもどってしまったかのように、ふるまったり感じたりすることがある。					
15	寝つきが悪い。					
16	そのことについて、感情が強くこみあげてくることがある。					
17	そのことは、もう忘れてしまうようにしている。					
18	ものごとに集中できない。					
19	そのことを思い出すと、身体が反応して、汗ばんだり、息苦しくなったり、むかむかしたり、ドキドキすることがある。					
20	そのことについての夢を見る。					
21	警戒して用心深くなっている気がする。					
22	そのことについては話さないようにしている。					

資料3 スクリーニング質問票 (SQD)

実施日： 年 月 日

氏名： 年齢： 歳 (男・女)

住所：

備考：

【質問】大災害後は生活の変化が大きく、色々な負担(ストレス)を感じるものが、長く続くものです。最近1ヶ月間に今からお聞きするようなことはありませんでしたか？

1. 食欲はどうですか。普段と比べて減ったり、増えたりしていますか。	はい いいえ
2. いつも疲れやすく、身体がだるいですか。	はい いいえ
3. 睡眠はどうですか。寝つけなかったり、途中で目が覚めることが多いですか。	はい いいえ
4. 震災に関する不快な夢を、見るがありますか。	はい いいえ
5. 憂鬱で気分が沈みがちですか。	はい いいえ
6. イライラしたり、怒りっぽくなっていますか。	はい いいえ
7. ささいな音や揺れに、過敏に反応してしまうことがありますか。	はい いいえ
8. 震災を思い出させるような場所や、人、話題などを避けてしまうことがありますか。	はい いいえ
9. 思い出したくないのに震災のことを思い出すことはありますか。	はい いいえ
10. 以前は楽しんでいたことが楽しめなくなっていますか。	はい いいえ
11. 何かのきっかけで、震災を思い出して気持ちが動揺することはありますか？	はい いいえ
12. 震災についてはもう考えないようにしたり、忘れようと努力していますか。	はい いいえ

以上の質問項目は、震災で被災した復興住宅住民を対象とした、訪問や検診の時に、精神的問題がないかスクリーニングするためのものです。一般に、心身の健康状態を簡単な問診あるいはアンケートによってスクリーニングすることは、簡単なことではありません。また精神的な問題に関しては、抵抗感を生みやすいので、上手く導入する必要があります。したがって、いきなり質問をするのではなく、挨拶を交わし、来意を告げ、世間話をするなど自然な流れの中で、使用すべきものです。質問の流れも抵抗感を減らすために、身体的な項目から徐々に精神的な項目になるように並べてあります。

災害後に発生する精神的問題は多岐にわたりますが、この質問項目では「うつ状態」と「PTSD（外傷後ストレス障害）症状」に焦点をあてて、そのハイリスク者を見分けられるような内容にしてあります。

判定基準が示されていますが、診断を意味するのではなく、ハイリスク者を見分けるための基準です。この基準を満たす場合はかなりリスクが高く、継続した関与、あるいは専門スタッフへの紹介が必要であることを示します。しかし、質問にきちんと答えていなかったり、抵抗や否認が強い場合などは、必ずしも基準を満たさない場合があります。答えるときの態度や会話の内容などから、問題を感じたときは、専門スタッフと検討するべきでしょう。

項目数は多く感じるかも知れませんが、実際に施行してみると10分以内で終わることができます。なお、質問の内容は分かりやすい言葉遣いにしてありますが、相手の理解しやすいように、言い回しを変えても問題ありません。

【判定基準】

- ・ PTSD：3,4,6,7,8,9,10,11,12のうち5個以上が存在し、その中に4,9,11のどれかひとつは必ず含まれている。
- ・ うつ状態：1,2,3,5,6,10のうち4個以上が存在し、その中に5,10のどちらか一方が必ず含まれる。

【備考】

PTSDの3大症状およびうつ症状に対応するのは、それぞれ次の項目である。

- ・ 再体験症状　：4,9,11
- ・ 回避症状　　：8,10,12
- ・ 過覚醒症状　：3,6,7
- うつ症状　　：1,2,3,5,6,10

PTSD 遷延化に関する調査研究報告書

—阪神・淡路大震災の長期的影響—

平成13年3月

編集・発行 (財)兵庫県長寿社会研究機構

こころのケア研究所

印刷 (株)島印刷

