

変化するため、巡回、訪問のニーズだけでなく、援助希求を背景として相談の場を求めるニーズも高まることを想定し、相談の拠点を整備する必要がある。第二として、精神医学的介入の強度を低下させていくときに、地域精神保健福祉的介入を強め、最終的に住民主体で住民力が向上するような目標が必要である。地域精神保健的介入を実践する上で、関係従事者へのケア的な視点や、教育的アプローチが求められる。第三として、地域への介入を検討する上で、地域を被災状況やこれまでの精神保健的問題からリスク区分し、それぞれの地域の状況に合わせて介入を行うことを目標としてきた。

2) 地域の3領域におけるこころのケア

地域における被災者のこころのケアの領域は大きく「医療」、「保健」、「福祉」の三領域に区分される。医療は主に医療機関等による専門的ケアが実施されている。うつ病、PTSDをはじめとする災害ストレスと関連した精神疾患の診断・治療等を行っている。

また、保健のラインでは、主に保健師達による予防介入や健康増進活動としてこころのケアが実施されている。健康相談、健診、スクリーニング等で震災ストレスによって影響を受けている住民に対する予防介入、住民に対する健康教育を通しての健康増進活動、支援者に対する研修等を通じた人材養成を行っている。

福祉領域は、行政の福祉担当課や社会福祉協議会等による生活支援や見守り活動としての支援や、介護福祉領域の従事者が高齢者や障害者への支援を行っている。たとえば、こころのケアとして、生活支援相談員（社協）や民生委員等による訪問活動による見守り、仮設住宅集会場でのサロン活動、包括支援センターによる介護予防としてのこころのケアなどが行われている。

いずれの領域における支援も中長期的な支援をすすめていくことが重要である。岩手県においても災害発生当初より県内外から総計30チームが「こころのケアチーム」は主に保健におけるラインを中心にして、こころのケアを県保健所、市町村等と連携しながら活動を実践してきた。そして、平成23年2月に継続したこころのケアの推進体制を構築していくために、岩手県の委託事業として岩手医科大学によるこころのケアセンター事業が立ち上げられた。

E. 結論

特に、中長期的視点で考えた場合には、地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者等に対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。例えば、こころの危機を迎えているものへの低強度の認知行動療法的アプローチは、相談対応の時に役立つため、ボランティアレベルから医療従事者レベルまでの教育を実践してきた。また、自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成等で共役性がある。メンタルヘルスファーストはこころの健康の不調を来した場合の地域における早期対応の方法としてオーストラリアで開発されたプログラムである。筆者の研究班（平成22年度科学研究費補助金基盤C「医療、精神保健、および家族に対する精神科的危機対応の習得を目的とした介入研究」、主任研究者）も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラム（内閣府HP：http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/kyoukagekkan/gatekeeper_text.html）は、自殺対策のゲートキーパーに求められる知識やスキルを習得できる。平成23年度には同プログラムに被災地対応編も加え、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるような内容を開発した。また、このゲートキーパー養成研修プログラムを基にした内閣府主催のファシリテーター養成研修会が平成23年度より開催されている。本プログラムはテキストも内閣府HPよりダウンロード化になっており、被災者のケアに携わる従事者の教育として活用が期待される。また、認知行動療法的なアプローチなどにより被災者の心理状態をふまえた対応や問題解決的なアプローチも必要である。大野と田島によるテキスト「こころスキルアッププログラム・認知療法・認知行動療法の視点から」を活用して岩手県においても保健従事者に対する研修会を開催し、このようなアプローチをひろげることも行っている。このほかにもさまざまな地域の人材養成のプログラムが提供されており、地域の精神保健福祉活動の充実が期待される。

また、保健事業などの支援により住民がこころの健康に対する理解が深まっていくようなこころの健康づくりが推進されることが求められる。このような包括的なモデルは地域づくりでもあり、地域復興における生活基盤と豊かな心をはぐくむことにもつながると考えられる。被災地支援と自殺対策を連動させながら、こころのケアセンターを含めた被災地保健医療事業を推進し、被災地住民や各地の心理的危機にある方々への支援が行き届くような仕組みづくりが推進される体制の構築が進められている。地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくためには、長期的な視点で健康を大切にする地域づくりを通じた支援が提供されることが必須である。

F. 健康危険情報

特記事項なし。

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子、富沢秀光、佐藤瑠美子、小久保ゆみ、大杉美和子、齊藤多佳子、岩戸孝政、岩戸清香：東日本大震災以後の岩手医科大学におけるこころのケア活動について。精神医学 55：297-302、2013

2. 学会発表

1) 大塚耕太郎、酒井明夫：東日本大震災後の岩手県沿岸の住民のメンタルヘルス対策について。東日本大震災および福島原発事故による精神疾患の初発、増悪事例の検討。第108回日本精神神経学会、札幌市、平成24年5月24日

2) 大塚耕太郎、酒井明夫、岩戸清香、中村光、赤平美津子、佐藤瑠美子、富沢秀光：被災地におけるこころのケア。第66回東北精神神経学会・第3階東北精神保健福祉学会合同シンポジウム。秋田市、平成24年9月23日

佐々木紀子、大塚耕太郎、酒井明夫、中村光、赤平美津子、山崎創：岩手県こころのケアセンターにおける心のケアの実践

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

特記事項なし。

2. 実用新案登録

特記事項なし。

3. その他

特記事項なし。

図1. こころのケアの初動期より中長期までのケアモデル

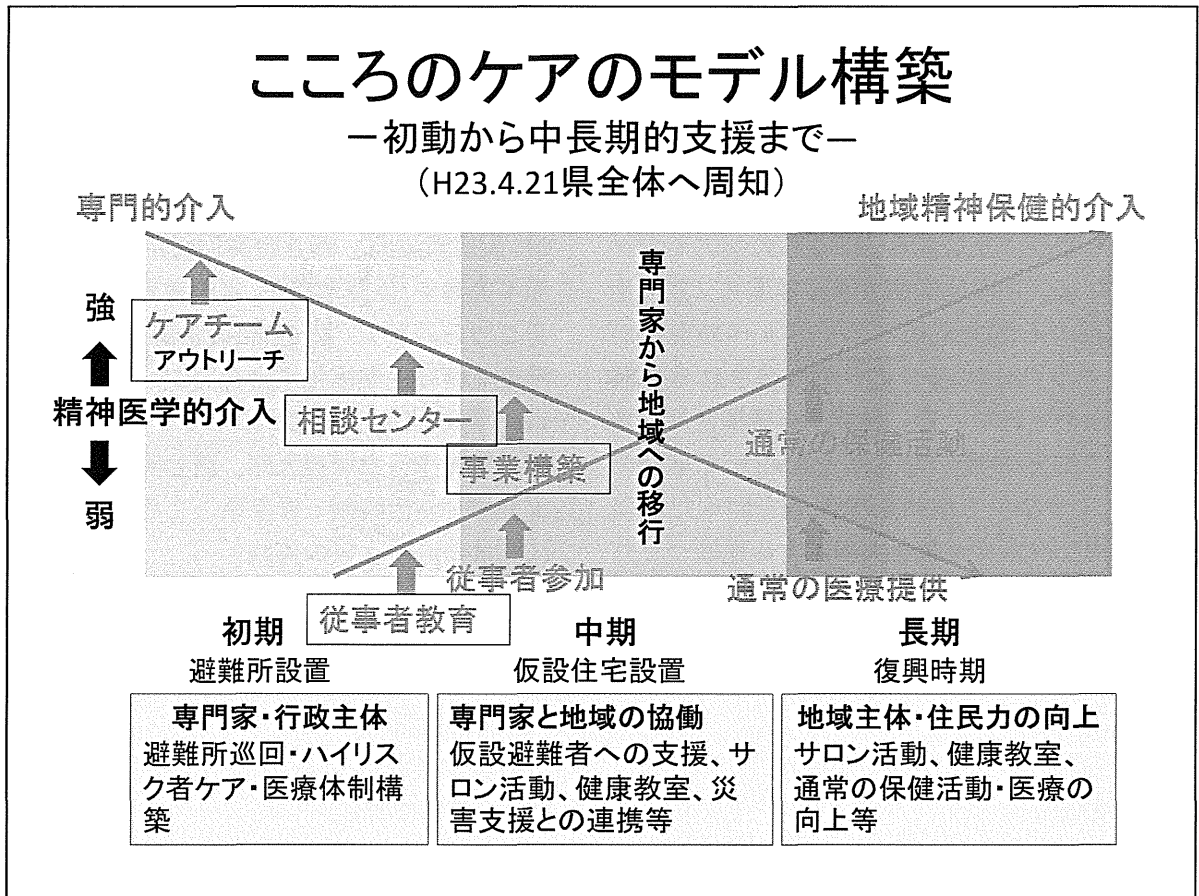
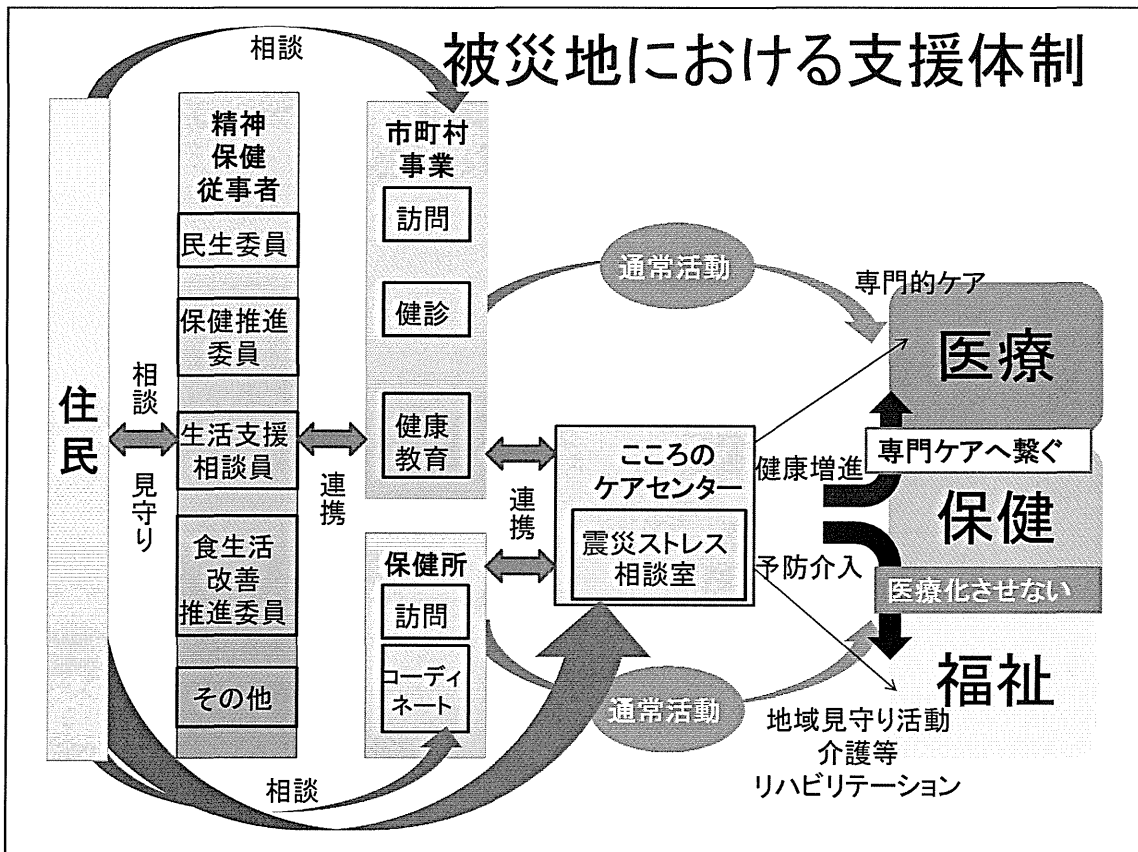


図2. 被災地における支援体制



沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態調査

分担研究者 富田博秋 1)

1) 東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野

研究要旨

2011 年 3 月 11 日に発生した東日本大震災は東日本沿岸部に甚大な被害をもたらし、警察庁の 2013 年 3 月 11 日現在の発表によると、死者 15,881 人、重軽傷者 6,142 人、行方不明者 2,668 人という甚大な被害に加え、福島第一原子力発電所事故の影響もあり、未だに多くの人々に生活上の困難を強いている。分担研究者らは震災発生後、宮城県七ヶ浜町の自治体と連携して、災害急性期の精神保健対応を開始し、その後も同町を中心に長期の精神保健活動を継続している。本分担研究ではこれらの活動の枠組みの中で沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握するための調査研究に取り組み。初年度は、周産期の被災における状況調査と母体の精神状態および育児に与える影響について調査を行った。東日本大震災発災時に周産期を体験した宮城県七ヶ浜町在住の母親を対象に問診票を配布し、被災状況、発災時の様子、現在の精神状態、母子の愛着などについての把握を行い、また、その中で協力の得られる対象者からは更に詳細な聞き取りを行った。周産期という特殊な時期に大災害に被災することにより、母親は生活および健康面に多様な影響を受けており、災害の影響の母子への影響を今後、長期に渡って把握する必要があると考えられる。

Keywords 災害、抑うつ、愛着、周産期

研究協力者

- 1) 小林奈津子・東北大学大学院医学研究科 精神神経学・大学院生
- 2) 松岡洋夫・東北大学大学院医学研究科 精神神経学・教授

A. 研究目的

2011 年 3 月 11 日午後 2 時 46 分に発生した東日本大震災は東日本沿岸部に甚大な被害をもたらし、警察庁の 2013 年 3 月 11 日現在の発表によると、死者 15,881 人、重軽傷者 6,142 人、行方不明者 2,668 人という甚大な被害をもたらした。地震、津波、原発事故に起因する心的外傷性のストレスや喪失、環境の変化に伴うストレスは多く

の人の心身に大きな影響を及ぼすものと考えられ、沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握することは重要な課題である。分担研究者らは震災発生後、宮城県七ヶ浜町の自治体と連携して、災害急性期の精神保健対応を開始し、その後も同町を中心に長期の精神保健活動を継続しているが、本分担研究ではこれらの活動の枠組みの中で沿岸部津波被災地域の災害関連精神疾患の実態を把握するための調査研究に取り組み。初年度は、周産期の被災における状況調査と母体の精神状態および育児に与える影響について調査を行った。

妊産婦は災害弱者に含まれ、身体的にも精神的にも多大なストレスに曝されることが、産科的予

後（子宮内発達遅延・低出生体重児・早産等）や母体の精神状態（特に心的外傷後ストレス症候群やうつ病の発症）に影響を与えているとする研究がある。本研究では、平成 23 年 3 月 11 日発生の東日本大震災に関し、周産期という特異な状態における被災の実態と、被災状況が母体の精神状態および育児に及ぼす影響を把握することを目的とした。また、被災後の生活への適応および外傷体験からの回復に対する阻害因子／促進因子を抽出し、より有効な支援体制に必要な条件を検討することを目指した。

B. 研究方法

対象：2010 年 3 月 11 日（東日本大震災前後）から 2011 年 9 月 11 日（半年後）に出産に至った、宮城県七ヶ浜町在住の母親およびその児。

方法：2012 年 10 月～2013 年 3 月の間、月に 1 回の頻度で 6 回に渡って行われた七ヶ浜町の 1 歳半健診会場を訪問し、自然災害が健康に及ぼす影響に関する概要の説明とアンケート調査の趣旨説明を行い、協力依頼・同意書取得を行った。アンケートは記入の上、返送を依頼。アンケート内に、児または母の相談希望および聞き取り調査への協力を尋ねる質問項目を設け、希望／協力可であった対象者に連絡をとり、後日、訪問聞き取り調査を依頼した。

質問票は下記の 3 種を含む。

- ①家庭状況、被災状況・避難の経過
- ②CES-D：center for epidemiologic studies depression scale（震災後 1 年半後の時点）
- ③MIB-J：Mother-to-Infant Bonding Scale 赤ちゃんへの気持ち質問票（震災後 1 年半後の時点）

C. 研究結果

①被災状況

健診会場におけるアンケート配布者：32 人
アンケート返送者：23 人（回収率 71.9%）
聞き取り調査協力者：11 人（返送者の 47.8%）
母親の年齢（母）：平均 30.8 歳（24-43 歳）
自宅の被害状況としては、全壊 5 人、半壊 2 人の被災を受けた対象者を含んでいた。避難の経過

（震災直後からの 1 週間の主な生活場所）としては、避難所 2 人、親族・知人の家宅 12 人での避難を経験した対象者を含んでいた。

精神的に最もつらかったこととしては「妊婦であったため、自分は水汲みや買い出しに行けず、家族に行ってもらったことになったこと。」「何かあってもすぐに病院に行けないということ。」「衛生面で不十分であったこと。」「自宅は全壊で避難所から自宅に帰れなかったこと。」「何も手につかなくなったり、妙に怒りっぽくなっていたこと。」などがあげられた。

②CES-D について

CES-D の平均点数は 10.04 点で、カットオフ 16 点以上の対象者は 3 名であった（13%）。カットオフ以上となった 3 名には、震災の影響が主と思われる対象者と、震災とは直接関連のない要因の影響（対人関係へのコーピング）が大きいと思われる対象者が含まれていた。

③MIB-J について

平均点数は 3.35 点で、特に点数が高い項目は見られなかった。MIB-J 高得点者は CES-D も高得点である傾向をみとめた。「子どもに対して、いらいらして、嫌な気持ちになる」、「子どもに対して、怒りがこみあげてくる」をともに回答した対象者が 10 名（43.5%）おり、経過観察を要すると思われた。

D. 考察

平成 23 年 3 月 11 日発生の東日本大震災に関し、周産期という特異な状態における被災の実態と、被災状況が母体の精神状態および育児に及ぼす影響を把握する上で、実際に対面して聞き取りを行うことで、問診票調査からは得られない具体的な情報が得られたという意味で本調査には一定の意義があったが、自治体の規模が小さいこともあり、調査対象者が少なく、今後、対象を広げて実態の把握を行う必要があると考えられた。出産後/発災からの時間経過を考慮する必要があると考えられる。

E. 結論

周産期という特殊な時期に大災害に被災することにより、母親は生活および健康面に多様な影響を受けており、災害の影響の母子への影響を今後、長期に渡って把握する必要があると考えられる。

F. 健康危険情報
該当なし

G. 研究発表

1. 論文発表

1) 富田博秋、鈴木大輔：災害による PTSD の疫学とリスクファクター. 特集 災害ストレスと PTSD ; 災害医療の観点から. *Pharma Medica* 30 (12), 13-17, 2012 (December). 【査読なし】

2) 富田博秋、根本晴美：災害時の精神医療と精神保健. 東日本大震災を分析する. 明石書店 (印刷中) 【査読なし】

2. 学会発表

1) 富田博秋. 災害精神医学と被災地精神保健の現況と展望. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡[2012/6/10]

2) 小野千晶、兪志前、石井直人、富田博秋. 末梢血中の特定の免疫細胞の遺伝子発現プロファイリング解析～トラウマ性ストレス関連疾患の精神神経免疫相関機序解明への応用を見据えて～. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡[2012/6/10]

3) 鈴木 大輔、築田 美抄、上田 穂、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋. 被災者の飲酒・喫煙習慣と精神的健康との関連. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡[2012/6/10]

4) 上田 穂、鈴木 大輔、築田 美抄、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋. 沿岸部被災者の精神的健康に対する生活状況および個人的特性の影響. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡 [2012/6/10]

5) 築田 美抄、上田 穂、鈴木 大輔、金吉晴、辻 一郎、富田 博秋. 「人のつながり」と被災者の精神的健康. 第 11 回日本トラウマティック・ストレス学会. 福岡[2012/6/10]

6) Tomita H. Psychological Impact Learned from the 2011 Tohoku Earthquake. UK-Japan

Joint Workshop Disaster Risk Reduction · Learning from the 2011 Great East Japan Earthquake. Tokyo, Japan. October 4-5, 2012
7) Tomita H, Ono C, Yu Z, Suzuki D, Tsukida M, Ueda Y, Hozawa A, Tsuji I. Multi-faceted approaches to identify social, psychological, and biological factors involved in disaster-related mental health problems. 8th APRU Research Symposium on Multi-hazards around the Pacific Rim. Sendai, Japan. September 21, 2012

8) Ono C, Yu Z, Ishii N, Tomita H. Gene expression profiling of specific immune cells in peripheral blood samples as a tool for neuropsychimmunological bases of traumatic stress-related diseases. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012

9) Ueda Y, Suzuki D, Tsukida M, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. The influence of individual physical-social characteristics on mental health among the Great East Japan Earthquake victims. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012

10) Suzuki D, Tsukida M, Ueda Y, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. Habits of Alcohol Use and Cigarette Smoking in Disaster Victims Relate to Mental Health. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012

11) Tsukida M, Ueda Y, Suzuki D, Kim Y, Tsuji I, Tomita H. Social network and mental health conditions among the Great East Japan Earthquake victims. International Society for Traumatic Stress Studies 28th Annual Meeting, Los Angeles, United States. October 31-November 1, 2012

H. 知的財産権の出願・登録状況

(予定を含む。)

1. 特許取得

該当なし

2. 実用新案登録

該当なし

3.その他

該当なし

東日本大震災被災者における高齢者の自覚症状の推移

研究分担者：柿崎真沙子（東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野 助教）

研究要旨

65歳以上の石巻市雄勝・牡鹿地区の住民および若林区のプレハブ方応急仮設住宅の居住者において、震災後3～6ヶ月後に実施した第1回被災者健康審査および、震災後1年8～11か月後に実施した第4回被災者健康診査の結果より、自覚症状の推移を検討した。石巻市雄勝・牡鹿地区および若林区の両方で減少していた症状は、頭痛および足のむくみやだるさであった。石巻市では増加を示していたが、若林区では減少を示していた症状は、歯が痛い、かゆみであった。石巻市雄勝・牡鹿地区では若林区に比較して、特に75歳以上において訴えの増加している自覚症状があった。また、不眠の有無によって頻度を集計したところ、不眠なし群に比較して不眠あり群において、全身症状、消化器系、筋骨格系、尿路系の自覚症状の頻度が増加していた。この不眠あり群での自覚症状の増加は、石巻市雄勝・牡鹿地区、若林区において共通している症状が多かった。

研究協力者

辻 一郎 東北大学大学院公衆衛生学分野
渡邊 崇 同 公衆衛生学分野

A. 研究目的

大規模な震災やテロなどの災害後、高齢者において不眠といった精神症状をはじめとする様々な健康問題が増加することが示唆される。しかしながら、災害後早い段階から長期にわたり、その推移を検討した報告はない。

そこで、東日本大震災被災者において実施した、東日本大震災被災者健康診査では、第1回調査および、第4回調査において、自覚症状の有無について調査を行っている。平成23年度の第1回の調査および第4回調査における65歳以上の高齢者の自覚症状の推移についてここに報告する。

B. 研究方法

1. 調査対象地区と対象者

本研究の調査対象地区および対象者は、石巻市雄勝地区、牡鹿地区の65歳以上の住民のうち、第1回および第4回被災者健康診査に参加した者351名、仙台市若林区のプレハブ方応急仮設住宅に在住する65歳以上の住民のうち、第1回調査および第4回調査に参加した者155名である。

2. 調査時期

調査時期は、石巻市雄勝地区の第1回調査が2011年6～7月、第4回調査が2012年11月12月であった。石巻牡鹿地区における第1回調査は、2011年8月、第4回調査は2012年11～12月であった。仙台市若林区における第1回調査は2011年9月、第4回調査は2013年2月であった。

3. 調査項目

東日本大震災被災者健康診査では、健康状態についての質問の中で、ここ数日の自覚症

状の有無を聞いており、自覚症状があると回答した者に対し、当てはまる自覚症状全てを回答していただいている。その自覚症状は、国民生活基礎調査における自覚症状 43 項目のうち、手足の関節が痛む、いらいらしやすい、頭痛、めまい、動悸、息切れ、せきやたんが出る、ゼイゼイする、下痢、便秘、食欲不振、腹痛、胃痛、痔による痛み・出血など、歯が痛い、歯ぐきのはれ・出血、かみにくい、かゆみ(湿疹・水虫など)、腰痛、尿失禁(尿がもれる)、足のむくみやだるさ、尿が出にくい・排尿時痛い、切り傷・やけどなどのけが、月経不順・月経痛、骨折・ねんざ・脱きゅう、その他、の 25 項目に加え、第 3 回調査には肩こり、肩痛、膝痛が加えられた。

これらについて、2011 年 4 月時点で 65 歳以上であった者のうち、第 1 回および第 4 回調査に参加した者で頻度の集計を行った。集計は、地区別、年齢区分別(65-74 歳、75 歳以上)、アテネ不眠尺度による不眠の有無別に行った。

4. 倫理面への配慮

本調査研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会の承認のもとにおこなわれている。被災者健康調査時に文書・口頭などで説明し、同意を得ている。

C. 研究結果

1. 自覚症状の推移

表 1 に石巻市雄勝・牡鹿地区の 65 歳以上における自覚症状の推移について示す。石巻市雄勝・牡鹿地区において、いらいらしやすい、頭痛、めまい、下痢、足のむくみやだるさについての症状があると回答した者は減少していた。一方、便秘、食欲不振、歯が痛い、かゆみ(湿疹・水虫など)、腰痛の自覚症状がある者の頻度は増加していた。

表 2 に若林区の 65 歳以上における自覚症状の推移について示す。若林区において、手

足の関節が痛む、頭痛、歯が痛い、歯茎のはれ・出血、かゆみ(湿疹・水虫など)、足のむくみやだるさについての症状があると回答した者は減少していた。石巻市雄勝・牡鹿地区とは異なり、訴える者が増加していた症状はなかった。

2. 年齢区分別の自覚症状の推移

石巻市雄勝・牡鹿地区における年齢区分別の自覚症状の推移を表 3 に示す。

65 歳から 74 歳において、自覚症状を有する者が減少した症状は、いらいらしやすい、頭痛、めまい、下痢、足のむくみやだるさであった。一方、歯茎のはれ・出血については自覚症状を有する者が増加していた。

75 歳以上において、自覚症状を有するものが減少した症状はいらいらしやすい、足のむくみやだるさであった。一方症状を有するものが増加していたのは、食欲不振、歯が痛い、かゆみ(湿疹・水虫など)、腰痛であった。

若林区における年齢区分別の自覚症状の推移を表 4 に示す。

65 歳から 74 歳において、訴える者が減少していた症状は頭痛のみで、訴える者が増加した症状はなかった。足のむくみやだるさも減少傾向が見られた。

75 歳以上においては、動悸、足のむくみやだるさを訴える者が減少しており、骨折・ねんざ・脱臼を訴える者も減少傾向であった。

3. 不眠症状の有無別の自覚症状

表 5 に不眠症状の有無別の自覚症状の頻度を示す。不眠症状の有無別に自覚症状の頻度を検討したところ、石巻市雄勝・牡鹿地区、若林区の第 1 回、第 4 回調査、それぞれにおいて、不眠なし群よりあり群で頻度の高かった自覚症状は、手足の関節が痛む、いらいらしやすい、頭痛、めまい、動悸、下痢、便秘、腹痛・胃痛、かゆみ(湿疹・水虫など)、腰痛、尿失禁(尿がもれる)、脚のむくみやだるさ、尿が出にくい・排尿時痛い、となっていた。

第4回調査のみ、不眠ありの者で増加していた自覚症状は、肩こり、肩痛であった。

D. 考察

石巻市雄勝・牡鹿地区の住民および若林区のプレハブ方応急仮設住宅の居住者において、震災後3～6ヶ月後に実施した第1回被災者健康審査および、震災後1年8～11か月後に実施した第4回被災者健康診査の結果より、自覚症状の推移を検討したところ、石巻市雄勝・牡鹿地区および若林区の両方で減少していた症状は、頭痛および足のむくみやだるさであった。石巻市では増加を示していたが、若林区では減少を示していた症状は、歯が痛い、かゆみであった。

石巻市雄勝・牡鹿地区、若林区どの年代においても、足のむくみやだるさを訴える者は減少していた。石巻市雄勝・牡鹿地区75歳以上を除いて、いらいらしやすいと回答した者は減少していた。一方で、石巻市雄勝・牡鹿地区では若林区に比較して、特に75歳以上において訴えの増加している自覚症状があった。

また、不眠の有無によって頻度を集計したところ、不眠なし群に比較して不眠あり群において、全身症状、消化器系、筋骨格系、尿路系の自覚症状の頻度が増加していた。

今回の頻度を集計した結果より、地区や年齢区分により、自覚症状の頻度が異なることがわかった。また、不眠の有無別においても、自覚症状の頻度が異なっていた。年齢区分別の自覚症状の頻度は、地区によって頻度が増加または減少していた症状が異なっており、特に石巻市雄勝・牡鹿地区の75歳以上において、食欲不振、歯が痛い、かゆみ（湿疹・水虫など）、腰痛の症状を訴える者が増加しており、これは石巻市雄勝・牡鹿地区の65-74歳、若林区においては観察されなかった。

一方、不眠症状の有無別で頻度を集計したところ、石巻市雄勝・牡鹿地区、若林区増加していた症状はほぼ同様であった。

今後は、自覚症状のみならず医療の受療状況についても追跡を実施し、高齢者において東日本大震災が医療受療状況にどのような影響を及ぼしたか検討していく必要がある。

E. 結論

石巻市雄勝・牡鹿地区の住民および若林区のプレハブ方応急仮設住宅の居住者において、自覚症状の推移を検討したところ、自覚症状の推移は、対象地区別、年齢階級別で異なっていたが、不眠の有無別に頻度を集計すると両地区で同様の結果が示された。

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表

なし

2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

(※予定を含む)

1. 特許取得

なし

2. 実用新案取得

なし

3. その他

なし

表1. 石巻市(雄勝・牡鹿地区)における65歳以上の自覚症状(N=351)

	第1回		第4回	
	件数	%	件数	%
手足の関節が痛む	62	17.7%	65	18.5%
いらいらしやすい	40	11.4%	20	5.7%
頭痛	27	7.7%	16	4.6%
めまい	29	8.3%	22	6.3%
動悸	16	4.6%	15	4.3%
息切れ	14	4.0%	17	4.8%
せきやたんが出る	16	4.6%	18	5.1%
ゼイゼイする	0	0.0%	0	0.0%
下痢	11	3.1%	5	1.4%
便秘	37	10.5%	47	13.4%
食欲不振	5	1.4%	10	2.8%
腹痛・胃痛	12	3.4%	12	3.4%
痔による痛み・出血など	1	0.3%	2	0.6%
歯が痛い	7	2.0%	12	3.4%
歯ぐきのはれ・出血	10	2.8%	13	3.7%
かみにくい	18	5.1%	19	5.4%
かゆみ(湿疹・水虫など)	18	5.1%	35	10.0%
腰痛	72	20.5%	79	22.5%
尿失禁(尿がもれる)	12	3.4%	15	4.3%
足のむくみやだるさ	23	6.6%	12	3.4%
尿が出にくい・排尿時痛い	4	1.1%	8	2.3%
切り傷・やけどなどのけが	5	1.4%	3	0.9%
月経不順・月経痛	0	0.0%	0	0.0%
骨折・ねんざ・脱臼	4	1.1%	2	0.6%
肩こり	-	-	52	14.8%
肩痛	-	-	34	9.7%
膝痛	-	-	50	14.2%
その他	28	8.0%	16	4.6%

表2. 若林区における65歳以上の自覚症状(N=155)

	第1回		第4回	
	件数	%	件数	%
手足の関節が痛む	30	19.4%	25	16.1%
いらいらしやすい	10	6.5%	12	7.7%
頭痛	22	14.2%	15	9.7%
めまい	13	8.4%	11	7.1%
動悸	12	7.7%	9	5.8%
息切れ	8	5.2%	9	5.8%
せきやたんが出る	16	10.3%	13	8.4%
ゼイゼイする	4	2.6%	7	4.5%
下痢	2	1.3%	4	2.6%
便秘	20	12.9%	22	14.2%
食欲不振	6	3.9%	3	1.9%
腹痛・胃痛	7	4.5%	8	5.2%
痔による痛み・出血など	2	1.3%	1	0.6%
歯が痛い	13	8.4%	5	3.2%
歯ぐきのはれ・出血	8	5.2%	3	1.9%
かみにくい	6	3.9%	10	6.5%
かゆみ(湿疹・水虫など)	19	12.3%	14	9.0%
腰痛	36	23.2%	33	21.3%
尿失禁(尿がもれる)	16	10.3%	18	11.6%
足のむくみやだるさ	21	13.5%	12	7.7%
尿が出にくい・排尿時痛い	8	5.2%	9	5.8%
切り傷・やけどなどのけが	2	1.3%	1	0.6%
月経不順・月経痛	0	0.0%	0	0.0%
骨折・ねんざ・脱臼	6	3.9%	1	0.6%
肩こり	—	—	34	21.9%
肩痛	—	—	14	9.0%
膝痛	—	—	17	11.0%
その他	1	0.6%	9	5.8%

表3. 石巻市(雄勝・牡鹿地区)における年齢区分別の自覚症状

	65-74歳 (N=209)				75歳以上 (N=142)			
	第1回		第4回		第1回		第4回	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
手足の関節が痛む	29	13.9%	32	15.3%	33	23.2%	33	23.2%
いらいらしやすい	27	12.9%	13	6.2%	13	9.2%	7	4.9%
頭痛	17	8.1%	9	4.3%	10	7.0%	7	4.9%
めまい	12	5.7%	7	3.3%	17	12.0%	15	10.6%
動悸	7	3.3%	7	3.3%	9	6.3%	8	5.6%
息切れ	5	2.4%	6	2.9%	9	6.3%	11	7.7%
せきやたんが出る	6	2.9%	7	3.3%	10	7.0%	11	7.7%
ゼイゼイする	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
下痢	9	4.3%	3	1.4%	2	1.4%	2	1.4%
便秘	17	8.1%	18	8.6%	20	14.1%	29	20.4%
食欲不振	4	1.9%	6	2.9%	1	0.7%	4	2.8%
腹痛・胃痛	8	3.8%	7	3.3%	4	2.8%	5	3.5%
痔による痛み・出血など	0	0.0%	2	1.0%	1	0.7%	0	0.0%
歯が痛い	5	2.4%	5	2.4%	2	1.4%	7	4.9%
歯ぐきのはれ・出血	5	2.4%	10	4.8%	5	3.5%	3	2.1%
かみにくい	11	5.3%	10	4.8%	7	4.9%	9	6.3%
かゆみ(湿疹・水虫など)	11	5.3%	14	6.7%	7	4.9%	21	14.8%
腰痛	44	21.1%	41	19.6%	28	19.7%	38	26.8%
尿失禁(尿がもれる)	6	2.9%	6	2.9%	6	4.2%	9	6.3%
足のむくみやだるさ	8	3.8%	3	1.4%	15	10.6%	9	6.3%
尿が出にくい・排尿時痛い	3	1.4%	6	2.9%	1	0.7%	2	1.4%
切り傷・やけどなどのけが	3	1.4%	1	0.5%	2	1.4%	2	1.4%
月経不順・月経痛	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
骨折・ねんざ・脱臼	3	1.4%	0	0.0%	1	0.7%	2	1.4%
肩こり	-	-	25	12.0%	-	-	27	19.0%
肩痛	-	-	18	8.6%	-	-	16	11.3%
膝痛	-	-	23	11.0%	-	-	27	19.0%
その他	17	8.1%	9	4.3%	11	7.7%	7	4.9%

表4. 若林区における年齢区別の自覚症状

	65-74歳(N=83)				75歳以上(N=72)			
	第1回		第4回		第1回		第4回	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
手足の関節が痛む	15	18.1%	13	15.7%	15	20.8%	12	16.7%
いらいらしやすい	6	7.2%	8	9.6%	4	5.6%	4	5.6%
頭痛	12	14.5%	7	8.4%	10	13.9%	8	11.1%
めまい	8	9.6%	6	7.2%	5	6.9%	5	6.9%
動悸	5	6.0%	7	8.4%	7	9.7%	2	2.8%
息切れ	3	3.6%	5	6.0%	5	6.9%	4	5.6%
せきやたんが出る	9	10.8%	9	10.8%	7	9.7%	4	5.6%
ゼイゼイする	2	2.4%	4	4.8%	2	2.8%	3	4.2%
下痢	1	1.2%	4	4.8%	1	1.4%	0	0.0%
便秘	14	16.9%	13	15.7%	6	8.3%	9	12.5%
食欲不振	2	2.4%	2	2.4%	4	5.6%	1	1.4%
腹痛・胃痛	3	3.6%	4	4.8%	4	5.6%	4	5.6%
痔による痛み・出血など	0	0.0%	0	0.0%	2	2.8%	1	1.4%
歯が痛い	7	8.4%	5	6.0%	6	8.3%	0	0.0%
歯ぐきのはれ・出血	5	6.0%	2	2.4%	3	4.2%	1	1.4%
かみにくい	4	4.8%	5	6.0%	2	2.8%	5	6.9%
かゆみ(湿疹・水虫など)	10	12.0%	8	9.6%	9	12.5%	6	8.3%
腰痛	23	27.7%	21	25.3%	13	18.1%	12	16.7%
尿失禁(尿がもれる)	7	8.4%	8	9.6%	9	12.5%	10	13.9%
足のむくみやだるさ	11	13.3%	7	8.4%	10	13.9%	5	6.9%
尿が出にくい・排尿時痛い	5	6.0%	6	7.2%	3	4.2%	3	4.2%
切り傷・やけどなどのけが	1	1.2%	0	0.0%	1	1.4%	1	1.4%
月経不順・月経痛	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
骨折・ねんざ・脱臼	2	2.4%	1	1.2%	4	5.6%	0	0.0%
肩こり	-	-	22	26.5%	-	-	12	16.7%
肩痛	-	-	7	8.4%	-	-	7	9.7%
膝痛	-	-	4	4.8%	-	-	13	18.1%
その他	1	1.2%	4	4.8%	0	0.0%	5	6.9%

表5. 不眠の有無別の自覚症状

	石巻市雄勝・牡鹿地区								若林区							
	第1回				第4回				第1回				第4回			
	不眠なし(N=217)		不眠あり(N=134)		不眠なし(N=239)		不眠あり(N=111)		不眠なし(N=81)		不眠あり(N=69)		不眠なし(N=96)		不眠あり(N=53)	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
手足の関節が痛む	32	14.7%	30	22.4%	35	14.6%	30	27.0%	11	13.6%	18	26.1%	11	11.5%	12	22.6%
いらいらしやすい	6	2.8%	34	25.4%	5	2.1%	15	13.5%	2	2.5%	8	11.6%	1	1.0%	11	20.8%
頭痛	4	1.8%	23	17.2%	2	0.8%	14	12.6%	5	6.2%	15	21.7%	6	6.3%	9	17.0%
めまい	7	3.2%	22	16.4%	9	3.8%	13	11.7%	3	3.7%	10	14.5%	6	6.3%	5	9.4%
動悸	6	2.8%	10	7.5%	3	1.3%	12	10.8%	2	2.5%	10	14.5%	5	5.2%	4	7.5%
息切れ	6	2.8%	8	6.0%	6	2.5%	11	9.9%	1	1.2%	7	10.1%	7	7.3%	2	3.8%
せきやたんが出る	10	4.6%	6	4.5%	8	3.3%	10	9.0%	4	4.9%	12	17.4%	6	6.3%	7	13.2%
ゼイゼイする	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	1.2%	3	4.3%	4	4.2%	3	5.7%
下痢	2	0.9%	9	6.7%	1	0.4%	4	3.6%	0	0.0%	2	2.9%	0	0.0%	4	7.5%
便秘	17	7.8%	20	14.9%	22	9.2%	25	22.5%	5	6.2%	15	21.7%	12	12.5%	8	15.1%
食欲不振	0	0.0%	5	3.7%	3	1.3%	7	6.3%	0	0.0%	6	8.7%	2	2.1%	0	0.0%
腹痛・胃痛	2	0.9%	10	7.5%	4	1.7%	8	7.2%	1	1.2%	6	8.7%	3	3.1%	5	9.4%
痔による痛み・出血など	0	0.0%	1	0.7%	2	0.8%	0	0.0%	1	1.2%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.9%
歯が痛い	6	2.8%	1	0.7%	4	1.7%	8	7.2%	1	1.2%	11	15.9%	2	2.1%	3	5.7%
歯ぐきのはれ・出血	3	1.4%	7	5.2%	7	2.9%	6	5.4%	2	2.5%	5	7.2%	2	2.1%	1	1.9%
かみにくい	4	1.8%	14	10.4%	5	2.1%	14	12.6%	1	1.2%	5	7.2%	5	5.2%	4	7.5%
かゆみ(湿疹・水虫など)	5	2.3%	13	9.7%	19	7.9%	16	14.4%	4	4.9%	14	20.3%	8	8.3%	6	11.3%
腰痛	37	17.1%	35	26.1%	42	17.6%	37	33.3%	7	8.6%	28	40.6%	16	16.7%	15	28.3%
尿失禁(尿がもれる)	1	0.5%	11	8.2%	8	3.3%	7	6.3%	4	4.9%	12	17.4%	10	10.4%	7	13.2%
足のむくみやだるさ	12	5.5%	11	8.2%	3	1.3%	9	8.1%	3	3.7%	17	24.6%	3	3.1%	7	13.2%
尿が出にくい・排尿時痛い	2	0.9%	2	1.5%	4	1.7%	4	3.6%	0	0.0%	8	11.6%	3	3.1%	6	11.3%
切り傷・やけどなどのけが	1	0.5%	4	3.0%	0	0.0%	3	2.7%	1	1.2%	1	1.4%	0	0.0%	1	1.9%
月経不順・月経痛	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%
骨折・ねんざ・脱臼	1	0.5%	3	2.2%	1	0.4%	1	0.9%	0	0.0%	6	8.7%	0	0.0%	1	1.9%
肩こり	-	-	-	-	26	10.9%	26	23.4%	-	-	-	-	16	16.7%	16	30.2%
肩痛	-	-	-	-	17	7.1%	17	15.3%	-	-	-	-	7	7.3%	6	11.3%
膝痛	-	-	-	-	29	12.1%	21	18.9%	-	-	-	-	11	11.5%	5	9.4%
その他	16	7.4%	12	9.0%	9	3.8%	7	6.3%	0	0.0%	1	1.4%	3	3.1%	6	11.3%

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業精神障害分野）
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
平成 24 年度分担研究報告書

疫学調査を現場活動に活用する方法
-日本における大災害後の状況-

分担研究者 加藤 寛
公財) ひょうご震災記念 21 世紀研究機構
兵庫県こころのケアセンターセンター長

大災害後には、被災者を対象としてさまざまな疫学調査が行われる。学術的な研究を指向した調査も多いが、地域保健活動に活用するために行政組織が行う調査もある。後者の目的は、心身の健康状態を効率的に把握し、限られたマンパワーで予防的に介入することである。本研究では、雲仙普賢岳噴火災害、阪神・淡路大震災、新潟県中越・中越沖地震などの日本国内の大災害後に、行政組織によって行われてきた調査を概観した。また、東日本大震災で行われている調査の中で、宮城県が仮設住宅の入居者に対して行った調査についても検討した。

精神的問題の評価方法としては、標準化されている尺度が使われている場合も多く、抑うつ・不安に関しては GHQ の 30 項目版や 12 項目版、および K6/K10、PTSD 症状に関しては IES-R や SQD などが用いられていた。これらの尺度を用いて、スクリーニングする際、標準化研究で報告されているカットオフ値を採用すると、現場のマンパワーでは対応不可能な要フォロー者が抽出されてしまう。そのため、基準をさらに上げるか、他の指標と組み合わせ、実際の活動の対象を便宜的に選ぶ場合が多いことが分かった。今後、大規模災害後に使われる尺度の回答特性を検討し、妥当性をあらためて検討する研究が求められる。また、調査後のフォロー活動を進める上で、保健師などの経験に基づく情報収集だけでなく、聞き取りによるスクリーニングを行える方法を利用することも必要と思われた。

A はじめに

大災害後には、被災者を対象としてさまざまな疫学調査が行われる。学術的な研究を指向した調査も多いが、地域保健活動に活用するために行政組織が行う調査もある。後者の目的は、心身の健康状態を効率的に把握し、限られたマンパワーで予防的に介

入することである。本研究では、日本国内の大災害後に行政組織によって行われてきた調査を俯瞰し、その意義、特に現場の保健活動にどのように活用されたかを検討する。

B 過去の災害における事例

1. 雲仙普賢岳噴火災害（1991）

噴火災害は、ある程度予知が可能であり、最近の災害ではほとんど死者は出ていない（三宅島、有珠山など）。しかし、1991年の雲仙普賢岳噴火は、状況を監視していた消防団員、報道関係者、研究者などが火砕流に巻き込まれ、大きな人的被害を出した。また、噴火活動が沈静化するまでに3年余を要し、被災者は何度も転住を繰り返さなければならなかったため、復興の遅れから生じる二次的ストレスが精神健康に大きな影響を与えた。当時は、災害後の精神保健活動の重要性は認識されておらず、長崎大学などの精神科医が被災地の関係者に重要性を訴えても、ほとんど相手にされなかったという。その状況を打破するために、精神健康調査が企画された。調査が実施できるまでには高いハードルがあり、医師会などとの議論を重ね、いくつかの条件を示して、ようやく1991年11月から大規模な調査が行われた。その条件とは、①住民が受け入れやすいように身体的症状についての項目を加える、②結果は住民個人に還元する、③県と市町との共同調査とし、市町が配布回収、解析は県と長崎大学が担当する、④市町の同意がない限り、結果は対外的に発表しない、という4点であった。

（初回調査）

初回調査は、避難生活開始から約6ヶ月が経過した1991年11月に、島原市および深江町の16歳以上の住民7,402人を対象として、自記式質問紙を訪問によって回収する方法で行われた。使用された主な尺度は、General Health Questionnaire (GHQ) の30項目版である。なお、GHQ30にはオリジナルの英国版と北米版があり、この調査

では後者が使われている。有効回答は3,564人（48.1%）で、何らかの精神医学的問題を有する可能性の高い閾値として総得点8点以上を用いて解析している。その結果は、全体の67%にあたる2,387人が8点以上で、どの年代でも男性が高く、男女ともに30歳代から50歳代に高いという状況であった。また、8点以上であることに寄与する要因をロジスティック回帰分析で検討したところ、避難回数が4回以上であること、農業などの自営的職業に従事していること、何らかの疾病で通院していることなどは、オッズ比1.5倍～1.7倍程度の有意差が示されたが、予想に反して仮設住宅に住むことは統計学的に有意な差は認められなかった。GHQ30を用いた調査は、その後継続的に行われているが、噴火活動終息までは期待されるほどの変化はなく、ようやく降灰などの噴火活動が収まった1995年になって、高得点者の割合が大幅に減少したと報告されている。

（調査の活用）

初回調査においてGHQ-30高得点は約2400人（有効回答の67%）にも達しており、すべての対象を訪問することは実際上困難であった。現実的に対応できる範囲として、まず高齢者でGHQ得点が著しく高い（21点以上）の住民240人を第一次訪問対象者、59歳以下で総得点21点以上の576人を第二次訪問対象者として、保健師による戸別訪問が行われた。被災地内には非常勤を含めて15人の保健師しかいなかったため、外部からの応援も得て訪問は行われた。訪問した事例は、精神科医を交えた処遇検討会にかけられ、約2、3割は訪問継続と判断さ

れた。1995年3月までの訪問相談件数は1,773件に達した。

2. 阪神・淡路大震災

(概要)

阪神・淡路大震災後には多数の調査研究が行われ、倫理的配慮が十分でない調査が多かったことが大きな問題となった。実際の支援活動に結びつけるために行われたもののうち、兵庫県は平成7年から4年間にわたり、神戸市と尼崎市以外の仮設住宅および復興住宅などを対象とした調査を行っている。また、最大の被災地であり政令指定都市である神戸市は、県とは別に仮設住宅を対象とした健康調査を行った。それ以外では、芦屋市が独自の調査を実施したほか、教育委員会は児童および保護者を対象とした調査を経年的に行った。本稿では、これらのうち兵庫県が実施した調査についてまとめる。

(平成7年度調査)

1月に震災が発生した平成7年は、急ピッチで仮設住宅が建設され、避難所からの転居が始まっていた。その年の6月から9月にかけて、県の13保健所が管轄する地域に建設された約14,000戸の仮設住宅を対象として、県および市町の保健師が訪問し聞き取り調査を行った。実際の調査数は4,749戸で、全体の3分の1にとどまった。調査内容は、健康状態を確認する簡易なもので、自覚的な健康状態、自覚症状の震災前後の変化、持病と治療状況などを確認している。聞き取り項目以外に、訪問した保健師の印象を記載し、継続的な関与の必要性を確認している。

自覚症状の中では、不眠、疲れやすさ、抑うつ気分、イライラなどの精神的症状が、震災後に現れたとした者が高いことが示されており、こころのケアの必要性を認識する結果となった。

(平成8年度調査)

前年の調査が自覚症状の確認にとどまっていたという反省から、平成8年からは心理測定尺度を使用した調査が行われた。対象は、県の11保健所が管轄する10市3町に建てられた仮設住宅と、都市部(西宮市、芦屋市、宝塚市)と農村部(津名郡一宮町)から典型的な被災地域として抽出した地域に住む、15歳以上の住民である。仮設住宅は原則として全世帯を対象としたが、建設戸数の多かった西宮市、芦屋市、宝塚市については選定した地域の全仮設世帯とした。調査票は自記式で、仮設住宅では郵送、および集会所に設置した回収箱での回収、および保健師が訪問しての回収を行った。一般住宅は郵送のみである。有効回答は仮設住宅で5315件(57%)、一般住宅で902件(33.3%)であった。

心理評価尺度はPTSDに関して、ノルウェーのWeisaethらが作成したPTSS-10が使用された。この尺度は10項目を「はい・いいえ」の2件法で答えるもので、日本語版は標準化されていないが、6点以上がPTSDのハイリスクと判断される。仮設住宅住民では25.2%、一般住宅住民では16.2%が6点以上であった。項目としては不眠、過敏性、イライラなどの過覚醒症状を「あり」としてものが6割から5割の高率であった。また、性別では女性、年代では50歳代にハイリスク者が高く、近親者の

喪失があった者、自覚的な健康状態の悪い者でもハイリスク者が高いという結果であった。

(平成 9 年度調査)

平成 9 年度は復興住宅への入居が始まった年であるため、調査対象に新たに災害復興公営住宅住民が加えられ、仮設住宅、一般住宅の 3 群を比較することとなった。実施時期は平成 9 年 10 月の 1 ヶ月間で、回収方法は前年度と同じである。有効回答は、仮設住宅 3,644 件 (56.5%)、災害復興公営住宅 3,165 件 (70.9%)、一般住宅 1,029 件 (27.3%) であった。

心理測定尺度は前年同様に PTSS-10 が使用されたほか、この時期に問題となっていたアルコール依存・乱用について久里浜式アルコール症スクリーニングテスト (KAST) が導入された。PTSS-10 の総得点 6 点以上の割合は、仮設住宅 21.7%、災害復興公営住宅 17.9%、一般住宅 13.9% となっており、前年との比較が可能な仮設住宅および一般住宅では、高得点者が減っている傾向があった。また、KAST における重篤問題飲酒群の割合は仮設住宅の男性 13.8%、災害復興公営住宅の男性 11.1%、一般住宅 4.7% と報告されている。

(平成 10 年度調査)

この年は、調査対象を仮設住宅と災害復興公営住宅とし、心理測定尺度は PTSD 症状に関しては、その日本語版が標準化された出来事インパクト尺度改訂版 (IES-R) が使われた。また、うつ症状については標準化された尺度が費用の面で使えなかったため、DSM-IV に基づき 7 項目を取り上げ 4 件法で問うている。アルコール依存・乱用

について久里浜式アルコール症スクリーニングテスト (KAST) が前年同様使用された。

IES-R に関しては総得点 25 点以上が PTSD のハイリスク者という基準を用いており、仮設住宅 34.9%、災害復興公営住宅 26.0% となり PTSS-10 に比較すると高い割合になっている。前年までの PTSS-10 の結果と同様に、女性、近親者の喪失がある人で高いことが示されていた。うつ症状については、高得点者が仮設住宅 10.4%、災害復興公営住宅 6.3%、KAST における重篤問題飲酒群の割合は仮設住宅の男性 15.2%、災害復興公営住宅の男性 13.2%、一般住宅 4.7% であった。

(調査の活用)

一連の調査はどのように現場活動に活かされたかについて述べたい。まず、仮設住宅と復興住宅は保健師等が面接し調査票を回収しており、調査時点で問題の把握ができたという点が挙げられるだろう。阪神・淡路大震災後の仮設住宅は、早くも平成 7 年 2 月から入居が始まり、最終的に約 4 万 8 千戸が供給された。入居は、高齢者、障害者、乳幼児のいる世帯などが優先の、抽選によって行われたため、元の居住地と全く異なる場所の住宅に入居していたり、周囲との交流が限定されている場合が多く、情報は限られていた。早い時期に、仮設住民の健康状態と支援の必要性を知ることは、保健サービスを提供する上で重要だった。そのため、仮設住宅については、保健師が可能な限り訪問し調査票を回収することになった。ちなみに平成 8 年調査において仮設住宅で回収された有効回答数のうち 63%

は、訪問によるものだった。調査票を回収する段階で面接することが、簡単なスクリーニングとなっていた。さらに、調査結果は県が集計した後、地域ごとの結果をまとめ、管轄の保健所に還元したほか、ハイリスク者のリストを提供した。

たとえば、西宮保健所は平成 10 年調査で、IES-R25 点以上あるいはうつ尺度 12 点以上の要フォロー者 474 人中、連絡がつかない者などを除いた 281 人を対象として、さらに詳細な訪問調査を行った。方法は、簡単な問診によるスクリーニング法である SQD を使用し、予めトレーニングを受けた保健師あるいは看護師が面接した。実際に面接できたのは 125 名で、そのうち PTSD とうつ病を合併する可能性が高い者 46%、うつ病の可能性が高い者 17%、PTSD の可能性が高い者 6%、問題なしと判断できる者 31%という結果を得て、継続的な関与に繋がった。

訪問した保健師は「今回の対象者は、以前に最低 1 度は訪問したケースであった。その時の会話内容からは、震災の影響を残している人は、少ないように感じたが、実際には 6 割近くが PTSD の症状が強い結果となった。震災後 5 年経過した今も、影響が大きいことが分かった。」「以前の訪問では、身体面・生活状況の話が多かった。このような通常の面接では PTSD は把握しにくい。今回、PTSD に焦点を当てたことにより、はじめて話しをすることが出来たという人や、涙を浮かべる人もおり、今後も震災について安心して話せる場所や機会を設けていく必要があると思われる。」と、この訪問活動の持っていた意義を報告している。

3. 新潟県中越・中越沖地震

(中越地震における小千谷市の状況)

平成 16 年 10 月に発生した新潟県中越地震では、早い時期から外部支援チームが入り、こころのケアに関する活動が積極的に行われた。市町村合併前の区分で、最も死者数の多かった小千谷市には、県内 2 チーム、県外 8 チームが入り、精神障害者の治療中断予防や避難所へのアウトリーチを、同年 12 月まで行った。その後、仮設住宅への入居が進む中で行われた健康状況調査において、不眠やイライラを訴える被災者が 15% 見られたことから、より詳しい調査の必要性が確認できた。そのため、住民の多くが利用する基本健康診査の機会に K10 を用いたスクリーニングが行われた。K10 総得点 25 点を基準点として、25 点以上の住民に対して、保健師が面接し状況を確認し、必要な場合には訪問や精神科医療機関の受診を勧奨した。25 点以上は平成 17 年度 7.0%、18 年度は 4.6%と低減しているが、要フォローと判断された者の中で医療機関を受診したのは 10 名であった。また、高得点者のフォローだけでなく、調査をもとに啓発活動が行われた。

(山古志村)

中越地震の被災地の中で長岡市山古志地域(旧山古志村)は中山間地で、14 の集落によって構成される凝集性の高い地域である。長岡市山古志支所(旧山古志村役場)は新潟県精神保健福祉協会こころのケアセンターと合同で、平成 17 年から平成 21 年までの 5 年間継続的に全住民を対象とした健康調査を行っている。方法は自記式アン