

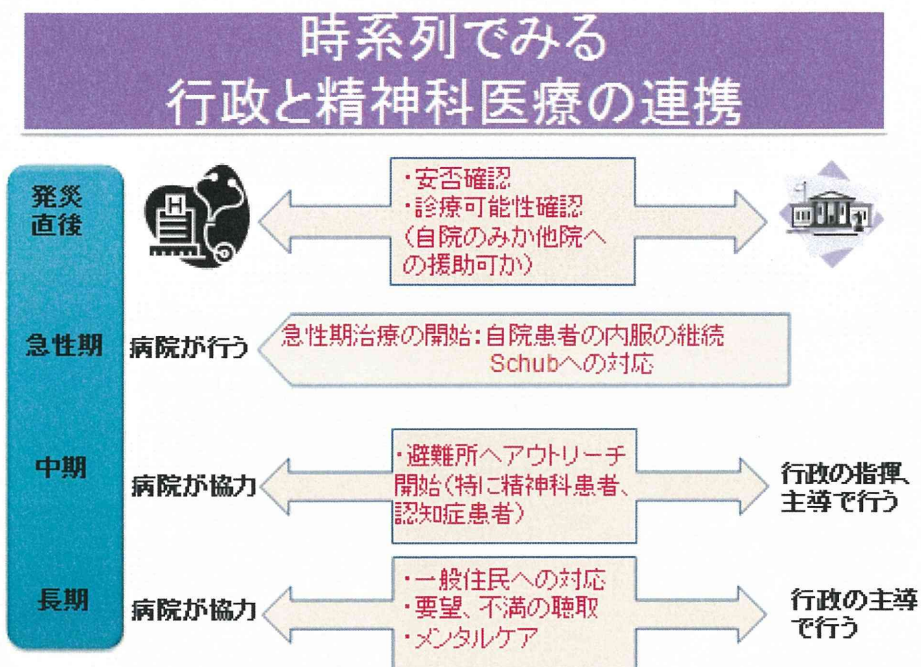
災害弱者としての精神疾患患者および認知症患者の避難対策については、先行研究の概観と実際の経験の把握の二つの方法があるが、本年度は県内の精神科病院における震災マニュアルの整備状況の把握と実際の被災者と救援者の様々な体験を聴取し、将来の災害に備える具体的な課題を抽出することである。以上の点をまとめることで震災避難マニュアルが策定できると思われるが、概念上、避難マニュアルとして必要最低限必要と思われる項目を図 3 にまとめた。

図 3 精神科関連施設に特化した避難マニュアル

入院・入所の精神疾患患者の 避難マニュアル作成	
病院・施設スタッフ	
日頃	<p>関連行政担当課や精神病院協会での連絡・協力関係</p> <ul style="list-style-type: none"> ・発災に備える 緊急連絡先の記録、非常時待出し用(病歴、内服)サマリー作成 安否確認の実施者と、避難場所、経路、避難法の設定 → 避難訓練
発災時	<ul style="list-style-type: none"> ・入院・入所者の安全確認 ・避難行動支援者の確保 スタッフ、家族、血縁地域で確保 防災関係(自治体、消防警察など)への支援要請
発災直後	<ul style="list-style-type: none"> ・発災状況の確認 家族、近親者の安否確認 病院ハード、食品、飲水の確認 病院および周囲の状況の確認 ・入院・入所者の状態確認と処遇決定 生存と身体状況の確認 今の場所で生活し続けられるかの判断 緊急対応の必要性の判断 緊急転院・転院先の選定 ・実際の避難活動

さらに北茨城市の協力を得ながら、震災時の行政と精神科医療の連携を振り返り、うまく機能した点、問題点などを抽出し、ともすると縦割り行政で混乱しがちな医療との連携をなるべく一本化して明確なものとなるようにする。具体的な方法としては、ソーシャルワーク・社会開発的視点での災害リスクマネジメントの経験の記録分析や、地図へのマッピングワークショップ、グループインタビュー、どのように地域を守ったかの記録の復元などをなるべく複数のキーパーソンからの聴取で行う。以上から、災害発生からの時間軸に沿って生じてくる問題とそれへの対応の基本を整理する。図 4 に特に精神科医療に特化した医療サイドと行政の連携のマニュアルの概要を提示した。

図4 行政機関と精神科病院の連携 概念図



以上の業務は日本社会事業大学とも共同して行う。

2) 健診事業

本研究は昨年度から始まり、健診の実施についてハード面でもソフト面でも十分に整備されている。すでに昨年度にベースラインとして約1000名の健診を実施し、データを取り、その結果は昨年度の報告書通りである。本年度は最終健診の中間評価(第二次健診)を行うことを目的としており、実施方法をやや簡素化した。今回も北茨城保健センターなどの行政サイド、健診会場となる北茨城市立総合病院と協議し、ファシリテーターの役割や動きについてトレーニングを行い、またマニュアルも作成しなおした。

具体的な健診の流れは以下の通りである。

本年度の健診は以下の2種類で、基本的にはすべての健診に参加するように被験者に促す。

1. 一般健診: 自動血圧計、自動身長・体重計で血圧および身長体重の計測。また北茨城市立総合病院看護師による採血。採血は一般的な血算、生化のみとする。さらに GHQ(General Health Questionnaire)、および CAGE を記入してもらう。
2. メンタル健診: 資料として添付した調査票に、年齢や性別、職業、収入変化などのライフスタイルに関する基本属性を記入してもらう。また CES-D(Center for Epidemiologic

Studies Depression scale)によるうつ状態の評価、IES-R(Impact of Event Scale-revised)による PTSD の程度の評価、Connor-Davidson Resilience Scale による精神的な回復力の評価をする。さらに筑波大学で作成した社会的サポート尺度でサポートについて評価を行い、visual analogue scale(VAS)によって地震自体、人的損失、経済的損失、仕事損失、家屋損失、放射能への不安などの主観的辛さを 0（辛くない）～100（もっとも辛い）で 10cm の直線上に記入してもらう（資料 1、2）。なお、昨年度実施した栄養健診（日常生活における食生活や運動の程度などを栄養健診票に記入する）は、本年度は中間評価であることから行わなかった。

以上の 2 つの健診においては健診会場でファシリテーターが事務的な処理をすべて行い、個人情報に関わるものは民生委員などの守秘義務をもつ者が担当した。

さらに健診結果は必ず被験者にフィードバックし、自身の心身の健康維持・増進に役立つように努めた。その結果用紙を資料 3 と 4 として添付した。一般健診の結果は人間ドッグ学会の基準値に基づいて評価してフィードバックを行った。メンタル健診についてはなるべく市民の方々にわかりやすい結果となるように努めた。

3) 郵送アンケート事業

3-1 大津町在住者

今回の震災では、大津、平潟、磯原で津波の被害が大きく、一時避難者もいたことから、特に大津地区に重点をあてて、健康状態の把握に努めたいと考えていた。しかしながら、実際に第一次健診を終えてみると、大津町および大津五浦町地区の健診参加者は約 230 人であり、本検討を開始した平成 23 年 11 月の段階で住民基本台帳から確認した同地区の 20 歳上の人口は約 2200 名の約 10%程度しか回答を得ていなかった（資料 5）。このため、2200 名から第一次健診に参加した人数分を差し引いた未受診者分と、さらに避難者リストを確認したところ、もともとは同地区に在住していたが市内のべつの住所に一時的に変更になっている（避難している）者もいたため、その分を加えて合計約 1887 名分の郵送アンケートを実施した。アンケートには、本調査の意義と目的、さらに匿名化に注意しつつ学問的に利用することを記載したカバーレター（資料 6）をつけて、第二次健診とほぼ同時期の平成 24 年 12 月に郵送した。返送されてきた場合は、中身を確認し謝金を郵送することとした。さらにアンケートの内容は資料として添付した調査票（資料 7）にあるが、年齢や性別、教育歴、職業、収入変化などのライフスタイルに関する基本属性に加え、CES-D によるうつ状態の評価、IES-R による PTSD の程度の評価、GHQ12 による心身の負担の程度、また CAGE によるアルコール問題の評価を行うことにした。さらに VAS によって地震および放射能への不安などの主観的辛さを 0（辛くない）～100（もっとも辛い）で 10cm の直線上に記入してもらった。

3-2 福島県からの避難者（北茨城市在住）

北茨城市保健センターから提供を受けた、平成 24 年の段階で市が把握している限りの福島

県からの避難者リストに依拠し、大津町と同様の郵送アンケート（資料 7）を郵送した。市から提供を受けたリストでは世帯主の名前と世帯人数しかわからなかったことから、世帯主宛に世帯人数分のアンケート冊子を送った。避難者はリストによれば避難者は 284 世帯、681 人、避難所から退去していて、その後の追跡が可能な 79 世帯、237 人、合計で 363 世帯、918 人が対象となった。リストでは世帯主の名前しかわからず、詳細な家族構成は不明だったことから、さしあたって郵送は世帯主あてとし、世帯人数部分の 918 通のアンケートを第二次健診とほぼ同時期の平成 24 年 12 月に郵送した。なおこのアンケートには、大津町住民の場合と同じく、本調査の意義と目的、さらに匿名化に注意しつつ学問的に利用することを記載したカバーレターをつけた。返送されたものについては、中身を確認した上で、調査協力に対して謝金を返送した。アンケート調査内容は大津町対象と同様のものである。

4) 震災ころのケア外来事業

昨年度から北茨城市立総合病院の 1 階外来ブースを一つ貸り受け、「震災ころのケア外来」を本格的に設置した。昨年度に引き続き、同病院院長、医局医師、事務に本研究の意義と目的、外来の必要性、精神科外来の設置によって予想される救急外来での対応などについて理解を得るように努めた。また、北茨城市立総合病院や行政からは地域住民への市報による周知などが引き続き行われた。さらに入院が必要な患者が発生した場合、茨城県立こころの医療センター、石崎病院、大原神経科病院、栗田病院、汐ヶ崎病院、日立梅が丘病院などで入院を受けられるような体制を整えた。また、緊急性が比較的 low、なおかつ難治性で修正型電気けいれん療法などの高度医療を要する患者の場合は、筑波大学附属病院での入院を優先的に受け入れることにした。

本外来の対象は震災後に精神的不調を訴えるようになった被災者のみとし、それ以外の精神科患者がもし受診した場合は、地元の精神科病院に通院することを勧める方針とした。また外来開設の日程は、週 2 回火曜日と金曜日で予約制とし、午後 1 時半から 4 時半まで保険診療で行うことにしていた。さらに医師は筑波大学、茨城県立こころの医療センター、国立精神・神経医療研究センターからローテーションを組んで派遣することになった。

しかし、平成 23 年度から 24 年度初頭の第一次健診を実施した際には、初診、再診を含めて患者が 5 人以上となる日もあったが、おおよそ 1 日の患者数が 10 人に満たない状況が続いた。このため、平成 24 年度 9 月から外来開設を週 1 回火曜日のみとし、医師も筑波大学、茨城県立こころの医療センターの医師が交代で派遣することにした。

5) 元気塾

5-1 パソコン教室

昨年度に引き続き、介入プログラムとしてパソコン教室を実施した。運動教室については、共同研究者の田中、藪下の報告にされたい。パソコン塾は、地元のファシリテーターを中心に講師を選定した。昨年度と同様、顧客管理や物品管理、帳簿などの事務的な就労において

重視されるエクセルを使いこなせること、さらにはホームページ作成や e-mail を使えるようにすることを目標とした。パソコン塾の参加者は継続希望が多いことから、昨年度と異なり「初級コース」「応用コース」と能力別にクラスをわけて実施することとなった。また家庭や抱えていても参加しやすいように、昼の部のみならず、夜の部のクラスも設定した。

北茨城市で大きな位置を占めていた漁業などの一次産業がまだ十分な復興をとげていないことから、事務作業に必要な技能を身につけることで就労支援に結びつくものと期待される。内容はまずパソコンの基礎的な用語、概念の説明、関数の利用、さらにはホームページ作成やブログ作成などネット上での情報発信ができるようになること、あるいは就労と直接関係するような名簿作成や会計作業ができるようになることを目標とした。

本介入では全員が地元住民であり、ファシリテーターを中心に可能な限り地元住民に参加してもらうことで、北茨城の復興に貢献することを目指した。

5-2 定期的講演会

災害において、不確実な知識は不安を惹起することから正確な知識を伝達することは重要であることはすでに指摘されている (Raphael 1986)。実際、北茨城市は放射能の風評被害によって基幹産業である漁業に大きな被害を受けたが、これなどは放射能についての「正確な知識の伝達」がうまくなされなかったことによる悲劇であると考えられる。

本事業では広く心身の健康状態や今回の震災で大きく取り上げられた放射能に関する問題についての定期的な講演会を行う。内容としては、「メンタルヘルスの基礎知識」「心身の健康維持のための工夫」「放射能の危険性」などなるべく多彩なテーマとして、関係諸機関と連携しながら行う。

場所は、北茨城市における交通の便の悪さや避難住民の方々の移動手段を考慮し、可能であれば同様の内容の講演を 2 回、北茨城市の北部でもっとも被害の大きかった大津地区、さらに住民数が多い南部の磯原もしくは中郷地区で行うことを検討した。対象は、本事業に参加した者全員とし、はがきや手紙などで講演会の実施を全員に周知し、参加希望を申し込んでもらうこととした。あまりにも参加者が多くなると質問や意見などが気軽にできなくなり講演が双方向性を失う恐れがあり、そうなる単なる「座学」になってしまうことが考えられた。われわれとしては、なるべく積極的に住民の方に参加していただき、様々な意見を吸い上げたいという考えもあり、参加者は 30~50 名程度に限ることとした。またあまりにも希望者が多ければ、別の機会に同様の講演を行うことにした。参加料は無料であり、場合によっては資料などの配布も行う。講演時間は、おおむね 50 分程度とし、10 分程度の質疑応答を設ける。開催時期は、予算執行後の 7 月程度から開始し、可能ならば月に 2 回で最終健診が始まる 11~12 月にはいったん終了とすることとした (合計 8~6 テーマ)。

(倫理面への配慮)

対象者は成人に限り、本人に同意能力がないと考えられる場合、あるいは同意しない場合

は参加させない。

研究責任者は、健診等参加者の基本属性や臨床情報について、調査票については施錠できる自施設内のさらに施錠可能な棚において、さらに入力されたデータについては同部屋のスタンドアロンのコンピューターにおいて保管する。

対象者から文書によって同意の撤回があった時は、同意文書と同意撤回文書は保存するが、個人データ・シートはシュレッダーを用いて廃棄し入力された電子情報も削除することとする。

なお、本研究は筑波大学倫理委員会および国立精神神経医療研究センターの倫理委員会において倫理申請を行い受理された。

C. 研究結果

1) 震災避難マニュアル、精神科医療・行政連携マニュアルの作成

本年度の活動は、県内精神科病院のマニュアル作成状況とその聞き取り、さらに北茨城市における行政の動きについて振り返り、被災した行政官や精神科医療関係者を中心に聞き取り調査を行うことを目標としていた。とくに後者については、共同研究者となった日本社会事業大と連携して行う予定だったが、後に述べる定期的講演会の主催、第二次健診、第三次健診、郵送アンケート調査の準備と実施で日本社会事業大学グループが主に動くこととなった。この点については、同グループからの報告書を参照のこと。

さて県内の精神科病院の震災マニュアル作成の状況だが、茨城県精神病院協会に所属する27病院に加え、加入していない2病院、合計29病院に聴取した。その結果、震災マニュアルを有しているのは16病院、火災時避難マニュアルのみある病院は4病院、両者ともにあるのは2病院だった。なお2病院は返答していただけなかった。震災避難マニュアルを有する病院は全体の55%であり、決して多いとはいえない。さらに震災避難マニュアルがあるとの回答のあった病院のうち、明確に「東日本大震災前からあった」との回答を得られた病院は3件にとどまった。また震災避難マニュアルの提供依頼については2病院から許可がありマニュアルを入手したが、比較的簡易なものであった。

今後、残りの14病院の震災マニュアルを入手して全マニュアルの内容を吟味すると同時に、東日本大震災直前に震災時マニュアルを作成していたためにマニュアル運用を実地で確認することができた精神科病院の関係者に事情を聴取していく。その上で、避難に必要な項目の見直しとミニマムな震災時避難マニュアルを作成する予定である。

2) 健診事業（資料8）

本年度は、昨年度の最終時期の震災約2年後にあたる平成25年1月～2月にかけておこなった第二次健診の結果をまとめた。その際、参加者数を増やすために周知する手紙、ハガキを複数郵送し、さらにファシリテーターからの電話によるアプローチなども行った（資料9、9-1）。約630名が参加し、第一回健診時と同じく女性が多く、全体の77.7%だった。平均

年齢は 59.5 歳で、第一回の平均年齢 61.4 歳より若干若かったが、ほぼ同様の年齢構成だった。地域別では、被害の大きかった大津地区が 37.4%、平潟地区が 11.9%、磯原地区が 11.3% で全体の約 6 割を占め、これも第一回健診とほぼ同様だった（資料 10）。また、北茨城市全体の人口動態からみると、平成 24 年 12 月時点の大津・平潟・磯原地区の 20 歳以上の人口は北茨城市の 20 歳以上人口は全人口の 41.3%なので、今回も被害地域に偏った結果が出ていると考えられる。

また本年度も市民の健康状態の把握に先立ち、ファシリテーター自身のメンタルヘルスについて検討した。第一回健診前に行った際には、本研究に参加しているファシリテーターの 36%がうつ、15%で PTSD 状態であったが、今回 1 年後に再検討した。方法としては、先に述べたメンタル健診の簡易版（調査時年齢、被災時の恐怖感（VAS）、仕事・収入変化）などを聴取し、うつ状態の評価に CES-D、PTSD の評価に IES-R を用いた。うつ状態の評価については、CES-D でカットオフ値が 16 点以上の者を「うつ」と判断し、PTSD については IES-R でカットオフ値が 25 点以上の者を「PTSD」と判断した。その結果、今回は 20 名全員で PTSD は 0 人、うつは 1 人までに減少していた。うつのままであった例と回復した例で比較した結果、現時点での状態では差を認めなかったが、第一回検討時に実施した Dysfunctional Attitude Scale (DAS) の報酬依存度で有意差を認め、うつから回復した例では報酬依存度が低かった。

一方、全体の健診の結果であるが、第二次健診で CES-D でうつと判断されたのは 89 例（女性 73 例）で、全体の 14.1%だった。第一次健診では全体の 20.8%だったことを考えると、有意に低下していた ($p > .01$)。性別で女性が多いこと、年齢別で 60 代の参加者が最多だったこと、婚姻では既婚者が多いこと、震災前後で仕事の変化がない者が多かったことなどは第一次健診と同様であった。また住所変更の有無は避難しているか否かを間接的に表しているが、90%近くの例で住所に変化はなかった（資料 11）。

以上の基礎的なデータ、すなわち性別、年齢、婚姻形態、仕事の変化、特に無職になったかどうか、住所の変化とうつの有無とは統計学的に関係は認められなかった。うつと関連のあった因子は、経済的な変化による主観的な辛さ ($p < .05$)、仕事を失ったことによる主観的な辛さ ($p < .01$)、自宅損壊の主観的な辛さ ($p < .01$) だった。一方、人的被害の主観的な辛さや放射能への不安については関連しなかった（資料 12）。

なお今回の検討では PTSD の有病率は 16.3%であり、第一次健診の 24%と比べ、やはり有意に低下していた ($p < .005$)。まだ予備的は解析ではあるが、PTSD の有無と関連したのは、年齢の高さ ($p < .0001$)、震災時の恐怖感の強さ ($p < .005$)、人的被害の主観的な辛さ ($p < .05$)、経済的な変化による主観的な辛さ ($p < .0005$)、仕事を失ったことによる主観的な辛さ ($p < .0001$)、自宅損壊の主観的な辛さ ($p < .0005$)、放射能への不安の大きさ ($p < .01$) と多彩だった。

3) 郵送アンケート事業

3-1 大津町在住者

返答があったのは 886 通（回収率 47.5%）だった。ただし回答なく返送されてきたものがあり、1 通はすでに健診に参加している者に誤送、6 通は郵送時にすでに死亡していた者、

2 通が入院などで回答できないとの連絡事項が記載されており、実質的には対象として 879 通が有効だった。回答のなかった場合は、協力への謝意を記入したカバーレターをつけて再郵送した（資料 13、14）。第一次健診では大津町の参加者は 389 名であり、合計して 1268 名の大津町の被災者のデータを得たことになる。しかし、残念ながら大津町全体の 28.5%に留まる数値となった。

結果だが、CES-D でうつと判断されたのは 657 例（女性 73 例）で、全体の実に 74.9%だった。健診では第一次でも全体の約 20%だったことを考えると、非常に高い数値だった。全体として性差はほとんどなく、年齢別で 50～60 代の回答者が多く、既婚者が半数以上を占め、震災前後での仕事の変化は少ないという結果だった（資料 15）。

以上のうち、性別、婚姻形態、仕事の変化とうつの有無とは統計学的に関係は認められなかった。一方、うつと有意に関連のあった因子は、年齢の高さ ($p < .0001$)、教育歴の低さ ($p < .0001$)、震災時の恐怖感の強さ ($p < .05$)、放射能への不安感の強さ ($p < .0001$) だった（資料 16）。

なお PTSD の有病率は 32.7%であり、第一次健診の約 20%とほぼ同等もしくは高かった。PTSD の有無と関連したのは、震災の恐怖感の強さ ($p < .0005$)、放射能への不安の強さ ($p < .0001$) であり、有意にアルコール問題を抱えている例が多かった（PTSD でアルコール問題あり 19.2%、PTSD なしでアルコール問題あり 12%： χ^2 二乗検定 $p < .005$ ）。

3-2 福島県からの避難者（北茨城市在住）

返答があったのは 206 通（回収率は 31.8%）だったが、1 通は未成年からの回答だったことからカバーレターをつけて返送し対象から除外したため、実質的には 205 通となった。

結果だが、CES-D でうつと判断されたのは 172 例で、全体の 83.9%にまでおよんだ。全体として性差はほとんどなく、年齢別で 50～60 代の回答者が多く、既婚者が半数以上を占め、震災前後での仕事の変化は少ないという結果で、大津町と同様だった（資料 15）。

以上の基礎データで、年齢、性別、教育歴、婚姻形態、仕事の変化、震災の恐怖や放射能への不安とうつの有無とは統計学的に関係は認められなかった。一方、アルコールに問題のあるものが有意にうつで多く ($p < .05$)、うつ群の 26%でアルコール依存の恐れがあった（資料 16）。

なお PTSD の有病率は 53.2%であり、第一次健診、大津町アンケートのいずれよりも高い数値だった。PTSD の有無と関連したのは、性別（男性の 44.4%が PTSD、女性の 62.9%が PTSD： χ^2 二乗検定 $p < .01$ ）、放射能への不安の強さ ($p < .05$) であり、有意にアルコール問題を抱えている例が多かった（アルコール問題あり 29.4%、PTSD なしでアルコール問題あり 15.8%： χ^2 二乗検定 $p < .005$ ）。

4) 震災ころのケア外来事業

本年度の新患数、再診患者数を表に示した（資料 17）。昨年度に比較して、のべ患者数が大きく減少しており、ほとんど初診患者がおらず再診患者も 7 名で固定している。6 月と 7 月に一時的に初診患者が増えているが、第二次健診の結果の説明を希望した者がほとんどで

一回の受診のみのものがほとんどだった。そのため再診が増加していない。

診断別では、昨年度と同様にうつ病、不安障害、不眠症が多く、PTSD は本年度もいなかった。一般的に何らかの災害・事故の後、時間とともにメンタルヘルス不調者数は減ると考えられるが、震災後 2 年以上が経過し自然に精神的健康を取り戻している者も多いと考えられる。実際、第二次健診で被験者と面談すると「震災 1 年後（人によっては 1 年半後程度）までが辛かった」と述べる例が多かった。なお統計としては総数が少ないが、個別的な事例では本外来を開設したことで貢献できた例があった。平成 25 年 6 月、震災後にパニック障害となった患者が内服だけの治療に限界を感じ、本外来を通じて筑波大学精神科の臨床心理士とのカウンセリングを希望した。北茨城市には臨床心理士がおらず、内服治療と併行して本格的な行動療法を希望したことから、外来を担当していた筑波大精神科医師が手続きをし、直ちに筑波大学附属病院の受診につながった。本例は緊急を要する事態ではないが、少なくとも北茨城市住民のニーズに即応できたことは一定の評価を与えることができるのではないかと考える。

以上から、本外来は震災後 2 年を経て一定の成果を得て、北茨城市の被災者のメンタルヘルス診療への貢献を終えたものと考えられる。したがって、本外来事業は今年度で終了することとした。ただし、もし何らかの要望が健診者や保健センターなどを通じて依頼としてあった場合には、不定期に北茨城市立総合病院で面接を行うことや、先に紹介した事案のように、通常は初診予約までに時間を要する筑波大学附属病院の初診外来に直ちにつなぐことを検討している。

5) 元気塾（資料 8）

5-1 パソコン教室

本年度のパソコン塾は 2013 年 8 月から 11 月までの 3 ヶ月で、毎週月、水、土曜日（祝日は除く）で、昼の部（13 時半から 16 時半）と夜の部（18 時から 21 時）にわけた。月曜日は昼の部のみで応用コース、水曜日は昼の部のみで初級コース、土曜日は昼の部と夜の部の 2 クラスで、昼が初級コース、夜が応用コースとわけて実施した。

参加者は水曜日初級コースが 9 名（男性 1 名）で平均年齢 49.8 歳（41～55 歳）、土曜日初級コースが 11 名（男性 1 名）で平均年齢が 46.8 歳（28～55 歳）だった。一方、月曜日応用コースは参加者 11 名（全員女性）で平均年齢は 47.2 歳（39～56 歳）、土曜日応用コースは 13 名（男性 3 名）で平均年齢は 46.5 歳（24～63 歳）だった。応用コースは原則として初級コースの修了者の参加としているが、約 2/3 が昨年度の初級コースからの継続者である。いずれの教室も本研究の対象者の中でも若年だが、これは本活動が就労支援を視野に入れているために希望者から比較的若年の者を選択したことによる。

内容は、初級コースでは、まずパソコン電源の入れ方・切り方や OS の立ち上げ方から始め、パソコンやエクセルの基本的用語の説明、それからエクセルで表の作成し、より見やすく修正するところまで教授した。最終的な課題は、簡単な表計算を駆使して家計簿を作る、あるいは名刺や名簿を作成することとした（資料 18）。

一方の応用コースでは、初級コースから一步踏み込んだ、より複雑な関数の使い方やグラフ作成をじっくりと時間をかけて学び、最終課題は初級コースと同様の家計簿や名簿の作成だが、より高度なものを作成することにした（資料 19）。

参加者からは脱落者も出ず、最後まで修了していた。修了後のアンケートでもおおむね好評であり、全体としては「ぜひ継続したい」という希望が多かった（資料 20）。具体的にある初級コース参加者からは、「パソコンはまったくの初心者でした。これからは絶対覚えなければと思っていたのですが、なかなか機会がありませんでした。この教室のことを知りこのチャンスを逃してはもうパソコンは覚えられないと思い参加しました。ただ、子供が小さいので子連れの参加で大丈夫か？不安でしたが、ダメもとでお願いしたら快くOKしてもらえ本当にありがたかったです。初心者の、ましてや子連れの私を根気よくやさしく教えて下さいました。終了するころには、パソコンへの恐怖や不安は完全になくなりキーボードを打つのが楽しくさえ思えました。とても有意義でなおかつ楽しい時間を過ごせました。そして終了後には、パソコンを使っての内職のお仕事までさせてもらえ、本当に良かったです。その後、就職をするにあたりパソコンは使えますか？との質問に、自信をもって少しだけなら出来ますと答えられることができ、無事に就職ができました。本当にありがとうございました」という声があり、本事業が直接、就職（介護施設の事務職）に結びついたとの反響を得られた。しかし、まだ多くの参加者は就労にまでは至っていないのが実情である。そこで、筑波大学精神科また関係する研究施設から本事業以外のいくつかの臨床研究の匿名化されたデータの入力を、パソコン教室参加者に謝礼つきでお願いした。かなりの量だったが地元住民の間で創意工夫しつつ、依頼元の施設の研究者のチェックを適宜受けながら、無事に質的に問題なく締切りに間に合わせて仕上げられていた。2-3日かけて1万円弱程度を収入として得られたとのことで、現地ではこのようなデータ入力作業の継続を要望する声が多い。いわゆる通常の就労支援とは別に、このようなデータ入力依頼や管理を就労支援の一環として継続して依頼していく予定である。

5-2 定期的講演会

定期的講演会は、当初は以下の11講演、「メンタルヘルスの基礎知識 うつ病って何？」、「メンタルヘルスの基礎知識 PTSD って何？」、「メンタルヘルスの基礎知識 認知症って何？」、「メンタルヘルスと栄養の関係 —うつ病やPTSDを防ぐ！—」、「メンタルヘルスと栄養の関係 —脳の老化、認知症を防ぐ！—」、「自殺を防ぐには？ キーワードは「ゲートキーパー」」、「放射能ってなんだろう？」、「原発事故の影響を考える」、「体を動かして心身の健康をアップする」、「よく眠って心身の健康をアップする」、「地震のこどもへの影響 サインに気づこう」などを企画した。主に震災後に出現しやすいとされる精神疾患の基本的な知識、さらにプロジェクト参加者に高齢者が多いため要望の多かった認知症の講演、また本プロジェクトでも結果を検討している精神疾患と栄養状態および運動との関連、さらに北茨城市で懸念される放射能に関する基本的知識と現地での状況をテーマにすることを検討した。

しかしながら実際にはプロジェクトの予算執行などの都合から講演会の実施が遅れ、さら

に事務的にパソコン塾と同時に行うことになったために毎月 1 回程度の開催が限界であり、このために最終の第三次健診を開始する 11 月中旬まで計 5 回の講演日程となった。

第一回講演会は 7 月 7 日に研究協力者の筑波大学の佐藤が「うつ病とは？ —北茨城プロジェクトの結果もまじえて—」として、うつ病の主要な症状、治療、周囲の対応の仕方などを説明した。さらに本プロジェクトの 1 年後の結果を簡易にまとめ、うつ状態と関連する因子として、年齢や心身の健康度が関与していることから、普段からの生活習慣の重要性を説明した。参加者は合計で 42 名で、プロジェクト全体の平均年齢よりやや高い 60 代から 70 代の参加が多かった。アンケート結果でも「わかりやすい」「すでにうつに罹っているが、ためになった」などおおむね好評だった（資料 21、22）。

第二回講演会は 8 月 4 日に筑波大学医学医療系精神医学 太刀川弘和講師を演者に「地域の絆で自殺を防ごう」と題して自殺の背景、希死念慮者への対応、とりわけ「ゲート・キーパー」の重要性について、具体的な例を提示しながら説明があった。参加者は合計 36 名で、参加者の年代別構成は第一回とほぼ同様だった。アンケート結果では、「勉強になった」「参考になった」「自分もゲート・キーパーとして動けるようになりたい」など好評だった（資料 23、24）。

第三回講演会は 9 月 8 日に筑波大学体育系 藪下典子研究員から、「心と体を笑顔にする『元気アップ運動』の見つけ方」と題して、運動と身体機能のみならず精神的な面への影響、具体的な運動プログラム、また運動だけではなく運動する際のコミュニケーションの重要性などが実証的なデータをまじえて説明された。参加者は 45 名ともっとも多かった。参加者年代構成はそれまでの講演会と同様だった。アンケート結果ではもっとも長文で肯定的な感想が寄せられ、「大変にわかりやすかった」「楽しかった」「運動をさっそくはじめたい」「体を動かすだけではなく仲間作りの重要性がわかった」など、「楽しい」という感想が多かったのが特徴だった（資料 25、26、27）。

第四回は 10 月 13 日に、国立精神神経医療研究センター 功刀浩部長から「メンタルヘルスと栄養の関係 —うつ病や認知症を防ぐ！—」と題する講演を予定していたが、当日、強い台風が関東に上陸したために交通事情から流会となった。かわりに現地ファシリテーター代表者からこれまでのプロジェクトの進捗状況、さらに第三次最終健診が平成 25 年 11 月から開始予定である旨とその協力の要請を告知した。また第四回講演会の予定演者の功刀部長が NHK の朝番組で「うつと栄養」をテーマにしてテレビ出演した際の映像を流し、参加者に視聴していただいた（資料 28）。

平成 25 年度最終の第五回講演会は、11 月 10 日に筑波大学医学医療系医学物理学 磯部智範准教授から「学ぼう放射線 —基礎から人体影響まで—」と題して行われた。参加者は合計 32 名で参加者年代構成はそれまでの講演会と同様だった。講演内容は放射線、放射線の定義から、単位などの基礎的知識、さらに人体への影響、内部と外部被曝の違いや生物濃縮や蓄積の可能性などだった。テーマが簡易に説明することで却って誤解を招く可能性のあるナイーブな話題だったため、科学用語が頻出するやや難しい内容となった。そのためか「楽しかった」という声も約 1/4 ほどあったが、「(楽しかったが) 安心していいとわかってほっとした」「有意義だった」「勉強になった」とおおむね好評だった（資料 29、30、31）。

計5回、実質4回の講演会で複数参加者も含めれば155名が参加した。第四回講演会は人数を計算していないがおよそ30名ほど集まったとのことであり、約190名が参加した。すべての講演で行ったアンケートで、今後希望する講演などについて聴取したところ、認知症関連の講演希望が7名ともっとも多く、ついで食生活についての講演が5名、メンタルヘルスだけではなく身体的なものも含めた健康に関する講演を希望すると回答したものが3名だった(資料32)。

D. 考察

1) 震災避難マニュアル、精神科医療・行政連携マニュアルの作成

今年度は、茨城県内のマニュアル作成状況の確認と収集のみで、残念ながら積極的にマニュアル整備のための活動を十分に行うことができなかった。今後は、茨城県のみならず、東北三県の精神病院協会に連絡をし、それぞれの病院での震災マニュアル整備状況を確認し、さらには東北三県の精神科病院の震災マニュアルを可能な限り集め、マニュアルを実際に使用していた場合はその運用状況を具体的に聴取していく。それらのマニュアルのミニマム・エッセンスを作成して、実用的な精神科病院に特化した「震災用避難マニュアル」の作成を行いたい。これは次年度の主要活動となると考えられる。

さらに行政と精神科臨床との連携についてのマニュアルも、現在、北茨城市において行われている震災時の各担当課の活動状況の振り返りを行う北茨城市防災会議に参画を続け、精神科患者、高齢者特に認知症患者、児童などの災害弱者について、どのように精神科側が関与していくかについての検討を行いたい。これも次年度の活動の中心となると考えられる。

2) 健診事業

ファシリテーターの健康状態であるが、ヴォランティア・スタッフの精神的健康状態に関する検討は少ない。Thormarら(2010)のreviewでは、震災時のヴォランティアの24~48%がPTSDと診断されたというが、うつ状態に関する報告はなかった。さら経時的な検討は少なく、今回の検討結果は貴重なものと考えられる。本検討ではヴォランティア活動前に15~30%程度認めていたメンタルヘルスの問題が、1年間のヴォランティア活動後にほぼ認めなくなっていた。活動自体が直接、精神的健康にどの程度影響したのかは不明だが、第一回の結果でも「誰かの役にたつこと」がメンタルヘルス維持の上で重要だったことを示唆していたことから、「他者のために働く」ヴォランティア活動によって精神的健康が改善した可能性もあろう。今回の結果ではPTSD全員が回復したことからPTSDの回復要因を抽出することはできなかったが、うつについては回復した例としなかった例が存在していたことから、この2群を比較してうつの回復に貢献した要因を抽出できた。その結果、うつの遷延と関係していたのはDASの報酬依存度であり、確たる報酬を得たという満足感を得たいと考える傾向の者がうつを遷延しやすいという結果だった。報酬欲求の強さは、「他人の役にたつて他人から認められたい」という思いの強さとも考えられ、ヴォランティア活動を行う動因でもあろう。し

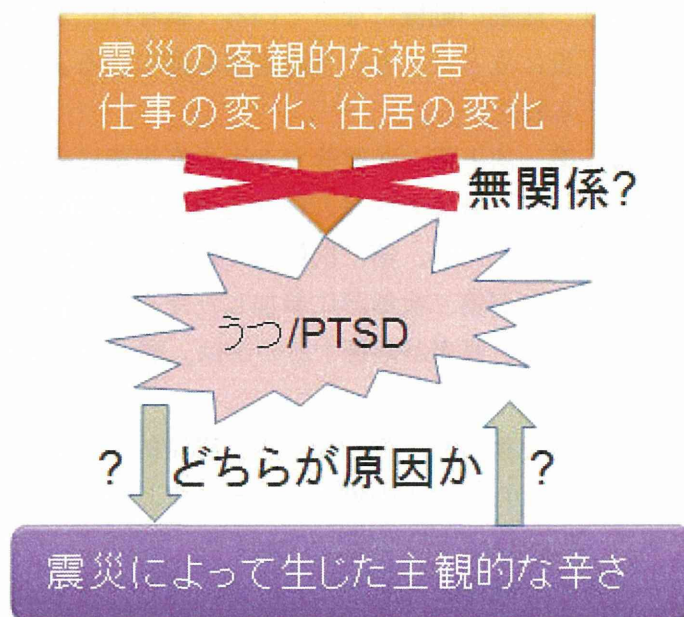
かし、それが過度になり「褒められたい」という感情が強くなってしまうと、不全感が残りうつ状態が回復しない可能性が考えられた。以上から、現地スタッフのメンタルヘルスにおいてはうつにも注目すべきであり、活動の動機になっている「献身性」が過剰な傾向はないか、そのような場合はなるべく「役に立った」という満足感を得られるような配置になるような業務管理が必要であると考えられた。

ついで全体の健診については、第一次と第二次健診でうつの有病率に差があった。この違いは、1年間という時間経過によって、被災者住民の精神的健康に震災の影響が小さくなり有病率が下がったものと推測される。ただし、第二次健診では第一次健診より参加者が約6割程度であり、ある程度「健康な」例が第二次健診に参加したために有病率に差が生じた可能性も否定できない。どの程度、時間の要素が影響するのかは、震災3年後にあたる時期に実施している第三次健診の結果を待ちたい。

うつと関連のあった因子は、仕事を失った主観的な辛さ、経済的損失の主観的な辛さ、自宅損壊の主観的な辛さであった。これらは従来の震災によって生じるうつと関連する要因として挙げられてきたものである (Wagenaar ら 2012, Cerda ら 2013)。一方で、仕事や経済的側面は仕事変化があったかどうかや無職になったかどうか、さらに自宅損失は住所変更があったかどうかの間接的ではあるものの客観的な指標になると思われるが、これらとうつは関連しなかった。すなわち、事実としての失業や経済的な変化、あるいは住宅の損害よりも、それらをどのように「辛く」感じているかという心理的な側面がうつと大きく関係していることが伺われた。この結果は、うつによる認知の歪みで客観的な状況をよりネガティブに捉えていることに起因する可能性もあるのだが、一方で震災時の恐怖感や放射能へ不安など、すべての主観的な感覚がネガティブな方向にずれていないことを考えると、むしろ、これらの辛さによってうつが遷延している可能性も考えられる (図5)。その場合、経済的基盤としての仕事が失われたことによる demoralization を呈している可能性、また震災後1年を経て失業保険が切れたり貯蓄を切り崩してしまった可能性などが考えられるだろう。さらに家を失ったことによる「居場所」の喪失感の方も強くメンタルヘルスに影響していると推測される。ただし、繰り返しになるが、この結果がうつの影響による認知の歪みなのかこれらの心理的苦痛がうつをもたらしているのか因果関係は明確ではなく、今後の最終的結果を待ちたい。

なお PTSD についてはまだ予備的な検討だが、うつと同様に主観的な辛さが関連していた。またうつと比較して多くの因子が関連し、さらに特徴的なのは放射能への不安が PTSD 例では有意に高かった点である。放射能の影響が気分よりも不安に大きく関与している点は注目すべき結果であり、このような検討が少ないだけに最終的な結果をまって検討したい。

図5 震災の影響とメンタルヘルスに関連する因子の関係



以上の中間結果からは、震災2年後の段階では、もはや震災自体のダメージよりも心的問題が重要である可能性があるといえる。現在、第三次（最終）健診を実施中であり、最終的な経時的な結果については次年度に報告する。

3) 郵送アンケート事業

大津町、福島避難者ともに返答があったのは回収率が残念ながら高くなく、30～50%弱であったことから、結果の解釈にはバイアスがかかっている可能性を考慮に入れる必要があるが、両者ともに重要なのは、うつの有病率が約75%～80%、PTSDも約30～50%ときわめて高い数値だった点である。過去の文献ではうつよりもPTSDの方で有病率が高いことが多いが本検討では逆の結果であり、北茨城市においては抑うつ気分や意欲の問題よりも、地震への不安が強い様子が伺えた。全体的に、健診よりは男性が多く、年齢構成もやや若い傾向だが、健診対象者と属性が大きく異なることはない。健診に参加しない者の多くはメンタルヘルスの問題を抱えたまま伏在している可能性があると思われた。特に県外の福島県避難者についてのデータは今のところ乏しく、貴重な結果であると考えられた。

大津町住民の結果でうつと関連のあった年齢の高さ、教育歴の低さ、震災時の恐怖感の強さはすでに多くの報告で指摘されているリスクファクターである (Salcioglusら、2007)。しかし、今回の震災に特徴的な放射能への不安感の強さも関連している点が注目された。またPTSDについても震災の恐怖感の強さと関連することはすでに指摘がある (Salcioglusら、2007)。一方、うつと同様にPTSD例でも放射能への不安の強さが関係する点が特徴的で、さらにうつではみられなかったアルコール問題が関係していた。

福島県避難者の結果で調査した範囲ではうつと関連する因子はなく、PTSDは放射能への不安感の強さだけだった。この結果は、うつ、PTSDともに放射能の不安と関連していた大津町住民とは対照的であった。本検討の結果からは可能性しか指摘できないが、現在の福島避難者にとっては、福島から離れた時点で心理的には放射能の問題は相対的に小さくなっているのかもしれない。しかし、大津町民は福島からある程度の距離にあることでかえって不安を増幅させ、さらに大津は漁港であるために漁業への風評被害があることが影響している可能性がある。おそらく福島避難者にとってメンタルヘルスと関連する喫緊の問題は、今回の調査票では評価しなかった今後の生活や住居をどうするかといった将来の課題に移行しているのかもしれない。また、福島避難者の特徴はうつとPTSDともにアルコールの問題を抱えているものが有意に多い点だった。うつで26%、PTSDで30%弱と、大津町住民でアルコールの問題を抱えている例がうつで約14%、PTSDで約19%だったことを考えると、福島避難者ではよりアルコール問題が深刻である可能性があると考えられる。アルコールの問題については、分担研究者の樋口から報告がある。

さて、アンケート郵送については、いずれの対象者も当初の健診の呼びかけには反応しなかったという点で共通しており、いかにこのような層にコンタクトをとるかが問題となると思われる。一方、少なくとも郵送されてきたアンケートに回答してきていることから、まったく外部からの呼びかけを無視しているわけではない。実際、このアンケートをきっかけにして第三次健診への参加を希望した例が、今のところ少なくとも50名ほど確認されている。本事業の周知の方法について、市報、町内の回覧、町内会や商工会、漁業組合などへの連絡、病院や市役所などでの掲示など、複数の手段を用いるべきだったかもしれない。たとえば、ある行政組織が行った防災関連の講演会の参加者が非常に少なかったことがあり、その点を住民に尋ねると一様に「知らなかった」と述べ、「市報だけではわからない」という声が多数聞かれた。

さらに市の保健センターの保健師から、訪問活動をした際にPTSDらしき市民や閉じこもっている者がいたとの断片的な情報を得ることがあった。そのような住民に対しては保健師から本事業の説明をしてもらうよう要請してはいたが、結局は実際に住民の方から動くことはなかった。しかし、北茨城市民ではない外部の人間であるわれわれから「調査の押しつけ」のように立ち入ることもはばかられた。これまで、地元ファシリテーターが個人的に声かけした結果、健診に参加した例も多数あった。それを考えると、地元住民とはいえ専門家というある種の外部性をもった保健師でもなく、ましてや完全に外部の人間であるわれわれではない、ごく普通の一般市民で「地元の仲間」であるファシリテーターを組織的に動員して、本事業への参加を促すことを指示する方法もあったかもしれない。

震災後のメンタルヘルスについては、個人の問題に還元することはかえって外傷的になることが考えられ(岩井、2013)、われわれも個人の問題に注目する通常の「精神医学的観点」ではなく、集団を対象にして就労支援や体力作りといった環境や状況面の整備からメンタルヘルスを維持、予防する介入方法を検討してきた。この方法の根本思想は、個人に直接的アプローチをかけてメンタルヘルスを個人の問題として考えるのではなく、あくまでも集団にアプローチして集団の中で精神的なケアをしていくことにある。このようなアプローチの方

法で、なかなか外に出てこない被災者といかにコンタクトをとるかが課題として残された。

4) 震災こころのケア外来事業

外来運営は病院内外でほぼ周知されたが、新患数および患者数が減少していた。その多くは終診している例であり、中には相談のみの例などもあった。無事に終診を迎えている例などを勘案すると、外来開設には一定の効果はあったと考えられる。しかしながら、現在のところ患者数が当初の予想ほど増えておらず、昨年度も報告したがたとえば健診時に「診察の必要あり」とされ外来におりてきた被験者が直前に「やはり受診したくない」と帰宅してしまっただけの例が数多くあり、地域住民の精神科へのスティグマも大きく関与していると思われる。昨年度はわれわれの広報不足にも一因があると考え、今年度は健診結果にこころのケア外来についての案内を同封したり、定期講演会活動によって「どのような場合、精神科にかかればいいのか」という基本的なテーマで教育をしてきたが、患者数の増加にはつながらなかった。

一方で、郵送アンケートの結果などから、「受診したくても自ら病院を訪れる意欲さえない」例が一定数存在している可能性が考えられ、事実、北茨城市保健センターの保健師から「家から出られないでこもっている住民や避難者があり PTSD などが疑われる」という断片的な情報もあった。これらの市民をどのように受診へつなげるかがポイントになったと思われるが、受診を強制するわけにもいかず、市保健センターの保健師の訪問活動の際も本外来についての説明もあったようだが、結果として受診へとつなげることが困難だった。このような「重篤と考えられる被災者ほど医療につながらない」という点は多くの被災地で共通する問題であり、このような場合は医療者のアウトリーチがすすめられているが、北茨城市でも保健師の訪問活動というアウトリーチがあったにも関わらず、やはり医療へとつなげることは困難だった。

逆に受診者に話を聞くと、主観的な精神的な不調度の自覚の有無に関わらず「受診を家族に強く勧められた」「近所の人に病院に行った方がいいと言われた」などが受診のきっかけとなっていることが多い印象だった。つまり受診につながるポイントは、訪問してくる「見知らぬ医療スタッフの勧め」ではなく、本人にとって身近で信頼できる家族、親族、近隣住民などの強力な後押しであることが想定される。

本年度で一応、震災こころのケア外来は閉鎖とするが、次年度は引き続き講演会活動を活発に行い、「精神的に不調と考えられる家族や近隣住民にいかにかアプローチするか」を重点的に教育していくこととし、受診希望者が被験者の中であらわれれば必要に応じて不定期に外来を実施することも検討している。

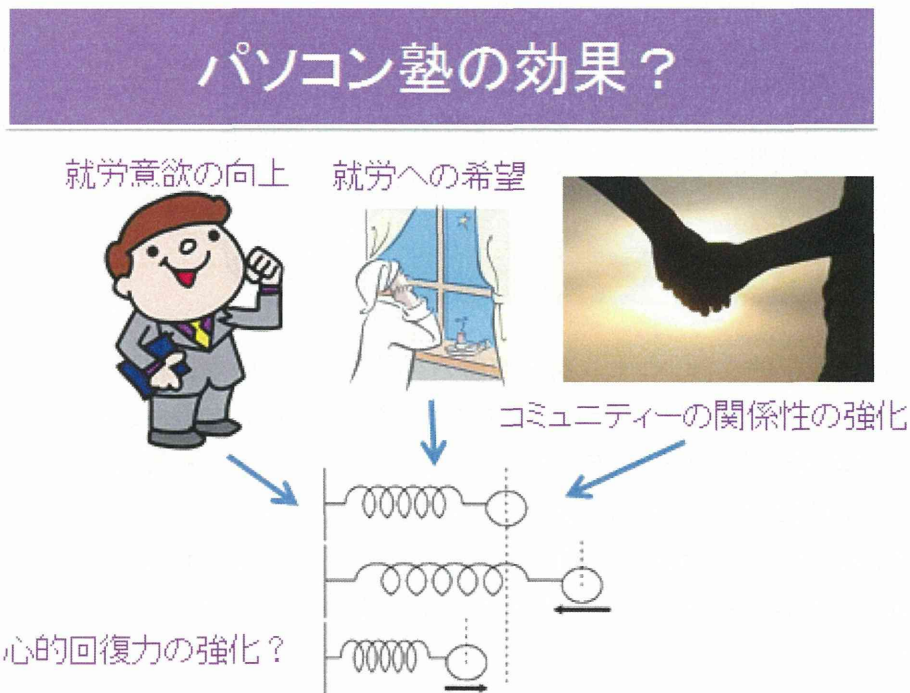
5) 元氣塾

5-1 パソコン教室

パソコン塾では、わかっているだけで参加者の1人だけが直接的な就労にはつながった。参加者全員のわずか2.3%にあたるが、もし仮に就労につながらない場合でも、参加者アンケ

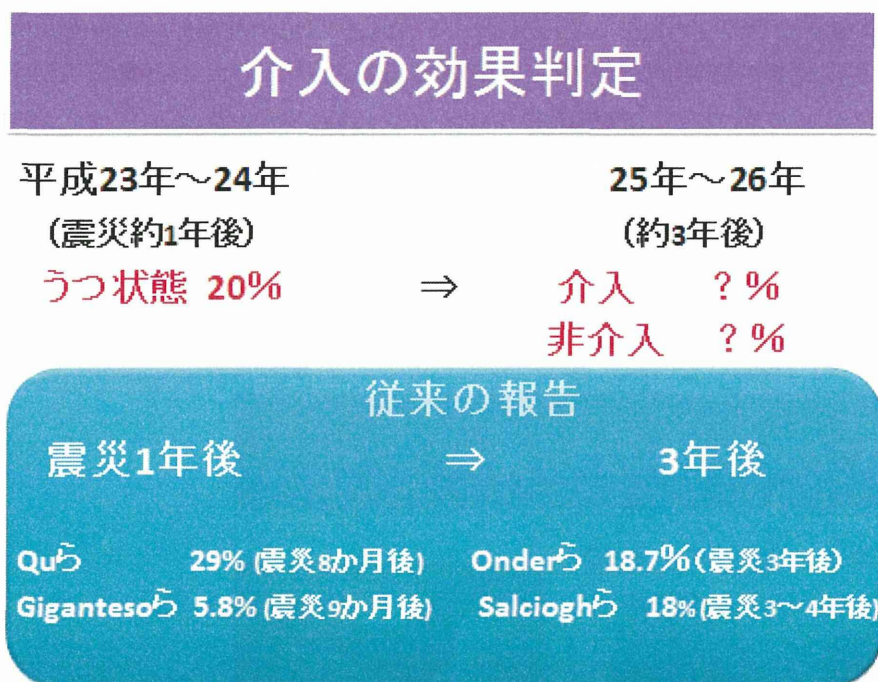
ートにも記載があった通りに「なにがしかの技術をもった」「今後の就労に役立てそうだ」という自信や将来への希望を持たせることには役立ったのではないかと考えられる。それは、現時点では「就労」という直接的な結果を産まなくとも、就労につながるであろう士気の向上、意欲の向上へと参加者を向かわせることになる。このような demoralization の予防という意味でも、本事業は被災者の精神的な面からの復興支援となりえていていると考えられた。実際、今回、就労につながった例では、就職面接でパソコンは使い始めたばかりでもパソコンを使おうという意欲があること自体が評価されたとのことであり、「士気」「意欲」の重要性が示唆された。

図6 パソコン塾で考えられる効果



また、近所の住民同士が同じ教室で同じ時間に集まって学ぶこと、さらに昨年度と同様に授業以外の時間にもブログなどで交流を楽しんでいることなど、本事業が地元住民同士の交流を賦活化させていると考えられ、パソコン塾そのものが地域交流の場として社会的サポートの供給元になっていると考えられた。特に社会的サポートについては、昨年度の検討でもうつと関連していたという結果だったことから、メンタルヘルスの予防に何らかの影響を与えている可能性がある（図6）。以上、いくつかの観点から、この事業がうつや PTSD などの発症予防もしくはメンタルヘルスの維持に貢献していると推測されるが、具体的には最終健診まで含めた経時的なデータ解析の結果を待ちたい（図7）。

図7 介入の効果は？



本事業では、狭義の精神医学的支援、つまり精神疾患の発見、治療という枠組みから離れ、むしろ健康促進的な要素は何かを検討し、それを後押しするために就労支援などの社会的観点を取り入れたプログラムで精神疾患を予防することを目標としている。本事業では、従来は「こころのケア」と「復興支援」が別々に動いていたが、そこに「こころのケアという観点を取り入れた復興支援」という両者が有機的に組み合わさった枠組みを提案するべく、実施している。今後も行政との協力や市民の声を吸収し、本事業のこの枠組みをある程度標準化できるように努めたい。

5-2 定期的講演会

これまでの震災後のメンタルヘルスに関する検討でも、いわゆる「啓蒙活動」の重要性は指摘されてきた。とりわけ放射能など一般に理解の難しいテーマほど誤解が生じやすくなり、いわゆる demoralization へと結びつき、日常生活を過ごす上での意欲の低下や生活の質の低下を招くこと、したがって正しい知識を提供することが住民の不安を和らげることにつながると考えられる。

今回は要望が多かった認知症についての知識、栄養と精神疾患の関連について講演を実施することができなかった。さらに現地ファシリテーターや講演会後の住民との話しあいの中で、「小さな子供をもつ親が、子供の健康について不安を抱いている」という意見が複数あった。プロジェクトの参加者の平均年齢は50歳代であるが、もちろん20～30歳代の乳幼児や学童児を抱えた参加者もいる。今回は、そもそも「こども」をテーマにできなかったことも

あるが、たとえば第五回の放射能の講演は、われわれとしては小さな子供をもつ若い親に聴講してほしいと考えていたが、当日はちょうど秋季の運動会や七五三などの時期であり、それらの年齢層が参加できない日程での実施となったことも参加者が高齢だったことと関連していると考えられる。

本年度の全講演会の参加者はのべ約 190 名に過ぎなかった。現在、プロジェクト参加者は郵送アンケートも対象者に組み込んだために約 2000 名であり、講演会への参加率は 0.1%程度でしかない。今後は、希望の多かった認知症、食生活、メンタルヘルスに限らない健康に関する講演を企画すること、当初の予定通り可能な限り同じ講演内容を場所と日時をかえて 2 回は行うこと、案内状に講演タイトルだけではなく講演内容の簡単な概要を記入しどのような話しを聴講できるかを具体的にわかるような工夫を行うこと、さらに講演会でもっとも聴講していただきたい対象としてわれわれが考えている層（年齢や職業など）を具体的に記載すること、以上の工夫を行うことでより参加率を高めていきたいと考えている。

また講演後に実施したアンケートでは、どの講演会もおおむね好評だったが、講演後に参加者と演者が茶話会形式で話し合うような時間を作り、ざくばらんに「話し合う」機会を作ることなどで、より参加者の満足度を高めていく工夫を行いたい。そのことは参加率の上昇とも結びつくと考えられる。

E. 結論

今回は昨年度に引き続き、精神医療での被災マニュアルおよび行政との連携についての検討、さらに約 600 名の北茨城市民に中間的な健診を実施した。健診事業としては順調に稼働し、健診のデータから震災後精神障害に関連するいくつかの因子が抽出された。とくに福島避難者のデータは貴重であると考えられる。

また予防介入としての元気塾も安定的に実施されており、次年度の最終検討で介入事業がどの程度、住民の健康に貢献できているかを検討する予定である。

現在、第三期（最終）健診を実施中であり、ベースラインとの比較で震災 3 年後のデータ、さらに介入 2 年後のデータを収集中である。次年度では、その介入の効果の検証ができると思われ、可能な限り早期の解析を進めていく。最終的には、「精神科医療 震災避難マニュアル」「精神医療・行政連携マニュアル」「疫学調査・介入 モデルプログラム」として提案することを目標としている。

F. 研究発表

1. 論文発表

佐藤晋爾、朝田隆、土井永史： 東日本大震災後に内因反応性気分変調症を生じた一例 精神医学（印刷中）

佐藤晋爾、朝田隆： 東日本大震災における現地非専門職スタッフのメンタル・ヘルスにつ

いて：PTSD との関連から 日本社会精神医学雑誌（投稿中）

2. 学会発表

佐藤晋爾、村木悦子、石田一希、太田深秀、服部功太郎、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市におけるうつ状態に関連する因子の検討 第109回日本精神神経学会総会、平成25年5月25日、福岡

A. Lebowitz, S.Sato, T. Asada: Integrating academic mental health into a community public health system post-3/11 Japan: Baseline data the 18th World Congress on Disaster and Emergency Medicine, ? 平成25年5月?日

佐藤晋爾、石田一希、村木悦子、服部功太郎、太田深秀、内田和彦、功刀浩、朝田隆：東日本大震災後の北茨城市民のうつ状態とTCIとの関連について 第10回日本うつ病学会総会、福岡、平成25年7月20日

佐藤晋爾、朝田隆：内因と非内因のDichotomieを超えて—endo-reaktiv Dysthymie (Weitbrecht)の復権— 第36回精神病理・精神療法学会 平成25年10月11日 京都

佐藤晋爾、土井永史、朝田隆：endo-reaktiv Dystymieの一例 第35回茨城精神医学集談会 平成25年11月3日、水戸

佐藤晋爾、朝田隆：指定討論 東日本大震災で果たした有床総合病院精神科の役割 第26回総合病院精神医学会 平成25年11月30日、京都
村

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. 実用新案登録

なし

3. その他

なし