

平成 25 年度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）

「PTSD 及びうつ病等の環境要因等の分析及び介入手法の開発と向上に資する研究」

総括研究報告書

研究代表者	朝田 隆	筑波大学医学医療系	教授
研究分担者	朝田 隆	筑波大学医学医療系	教授
	功刀 浩	国立精神・神経医療研究センター 神経研究所 疾病研究第三部	部長
	樋口 進	国立病院機構久里浜医療センター	院長
	田子 久夫	福島県立医科大学医学部	博士研究員
	田中 喜代次	筑波大学体育系	教授
	長谷川 聖修	筑波大学体育系	教授
	藤岡 孝志	日本社会事業大学福祉学部	教授

○研究要旨

東日本大震災による様々な被害の一つに精神障害がある。本研究ではこれを 2 つの視点から注目して検討し、今後の新たな大型自然災害に備える礎となる成果を得る。まず被災地における疫学研究・介入研究であり、次に発災後の時間経過の中で精神医療的な介入プランを作成することである。前者としては具体的に横断面・縦断面からの心理社会的・生物学的な臨床研究を行いながら被災者に対して運動教室やパソコンを指導した。後者については、時間経過における主たる精神医療的な要因を分析・整理して、今後の災害発生に際した時系列の介入プランを作成する。

まず前者として、全体の第二次健診で 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 ($p < .01$)。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% と比べ有意に低下していた ($p < .005$)。福島県からの避難者（北茨城市在住）205 名の解析結果で、CES-D によるうつと判断されたのは 172 例で、全体の 83.9% におよんだ。年齢別で 50～60 代に多く、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かった。一方、アルコール問題のあるものがうつと診断された者で有意に多く ($p < .05$)、うつ群の 26% でアルコール依存の可能性があった。なお PTSD の有病率は 53.2% であり、同じ地域で従来から生活してきた人々に比べて多かった。栄養面の調査では、震災後約 1 年を経過した 2011 年-2012 年に北茨城市に居住する住民女性 567 人を対象として、血漿脂肪酸の測定を行った。その結果、年齢と Body mass index により統制した分析では、PTSD を発症した者は発症しなかった者に比較して血漿中のエイコサペンタエン酸 (EPA) が有意に低値であった。血漿 EPA と EPA 摂取状況において有意な相関がみられた。以上から、震災後の PTSD 発症と栄養摂取との間には関連があることが示唆された。一方介入では、パソコン教室参加者からは脱落者も出ず、最後まで修了し、修了後のアンケート

でもおおむね好評であった。さらにいくつかの臨床研究のデータの入力を、パソコン教室参加者に謝礼つきでお願いしたところ、問題なく締切り迄に仕上げられていた。収入を得られたという面からも、この入力作業の継続を要望する声が多い。運動介入は、中高齢者を対象に体力維持・改善および精神的健康状態の安定を目的としたウォーキング・筋力トレーニング・リラクゼーションストレッチを主とした運動教室を開催し、その効果について検討した。31名の中高齢者で、教室前後の比較で、脚筋力および複合動作能力が改善した。精神的健康状態においても改善傾向にあったが、一般的に良好だとされる数値まで改善したものは1割程度であり、今後も継続的な支援の必要性が示唆された。

次に後者については、まず特別な配慮を要する要援護者（特に知的障害者、精神障害者、発達障害者）の災害時の状況や災害時における支援内容を、個別インタビュー調査により調べ、併せて既存の災害時要援護者のための避難支援や避難所に関するガイドライン、マニュアルの整理を行った。次に病院や施設にいる虚弱な高齢者、精神・知的障害者などの災害弱者の状況について調査から、震災直後ではライフラインの状態と輸送や情報伝達が重要であり、発生したメンタルヘルスの課題にも大きな影響を及ぼした。病院や施設の利用者は生活する施設が機能不全に陥った場合は早急な移動が必要となる。そして移動に伴う疲労や衰弱による身体的な影響が問題となるが、震災直後における精神状態に大きな変化はなかった。避難所における自宅生活者の精神状態は避難生活が長期に及ぶに従い、疲労によるストレスが重なる上に短期間に移動を繰り返す例も多く認められた。しかし定住生活に落ち着くことで精神状態が安定するとも明らかとなった。なお福島県では、原発事故による避難者は復興の長期化が予想され、長期にわたる心理的ストレスによる影響が懸念される。次にアルコール問題については大船渡市消防団団員約1,000名においてアルコール乱用または依存症等の有病率や消防団としての活動、被災状況との関連等を検討した。第1回調査では683名（65.4%）の回答が得られた。コントロール群と比べアルコール依存傾向を測定するAUDITで8点以上の者はコントロール群23.3%に比べ、対象群は37.8%と有意に高かった。また、自身の被災状況との関連では、近親者を亡くした者のAUDIT scoreは8.12と、近親者喪失体験の無い者6.77と比べ有意に高かった。さらに、AUDITで10点以上の者では、近親者を亡くした者が60.0%であり、近親者喪失体験のない者(40.0%)と比べ有意に高かった。大型自然災害による被災者とその関係者に対するメンタル面からの支援を被災からの時間経過の中で立案して今後の災害に備えるという目的のために以下の活動を行った。被災地において病院を中心とする医療活動、自治体の保健師による保健活動、そしてこれらを相互に結びつけて機能させる精神保健福祉士・医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の3分野で精力的に活動し続けた人たちに、語り部として被災後今日に到るまでの自身の活動を振り返って時間軸の上で問題点と対応を要約し、さらに今後の課題を語ってもらうと方法を採用した。その結果、主だった要因として、時間経過における被災者の精神的変遷、精神科病院の役割、住宅問題、飲酒・賭博、地域保健活動と心のケアチーム、認知症、支援者支援の7つが抽出された。

A. 研究目的

東日本大震災による様々な被害の一つに精神障害がある。本研究ではこれを2つの視点から注目して検討し、今後の新たな大型自然災害に備える礎となる成果を得る。まず被災地における疫学研究・介入研究であり、次に被災後の時間経過の中で精神医療的な介入プランを作成することである。

前者としては具体的に横断面・縦断面からの心理社会的・生物学的な臨床研究を行いながら被災者に対して運動教室やパソコンを指導してその変化と効果を検証する。後者については、時間経過における被災者の精神医療的な問題を抽出・整理して今後の大型自然災害時の時系列介入プランを作成する。

B.研究方法

被災地における疫学研究・介入研究

1. 北茨城市における被災者調査

1-1)疫学調査

1-2)介入研究(パソコン教室、運動教室)

1-3)栄養研究

1. の各論

1-1)ではまず被災者を対象とした原則的に悉皆の会場調査による健診事業がある。次に郵送アンケート事業がある。これは特に被災が大きかった大津地域住民、福島県からの避難者に分けて行った。

1-2) 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、地元住民のうち希望する者を対象に行った。運動面では、中高齢者を対象に、体力維持・改善および精神的健康状態の安定を目的としたウォーキング・筋力トレーニング・リラクゼーションストレッチを主とした。運動教室を開催した。

1-3) 住民女性 567 人を対象に、ストレス障害発症と脂肪酸摂取との関連性について分析し、自然災害時における PTSD 発症予防および治療のための栄養学的効果について明らかにするものである。

災害発生後の時系列の介入プラン作成

2-1)文献調査

2-2)福島県の病院における調査

2-3) 大船渡市消防団団員における調査

2-4)被災 3 県におけるワークショップ

2. の各論

2-1)要援護者支援に関する先行研究について文献的整理と考察をする。

2-2) 診療の場での結果や病院や施設や臨時施設の運営者からの聞き取りを通じて情報を収集する。虚弱高齢者や障害者の避難と経過について施設・病院での被災と自宅での被災とに分けて実施する。

2-3) 大船渡市消防団員約 1,000 名のうち、本調査に協力するものを対象に、AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test)などの調査票を用いてアルコール依存の傾向を測定する。

2-4) 病院を中心とする医療活動、自治体の保健師による保健活動、そしてこれらを相互に結びつけて機能させる精神保健福祉士・医療ソーシャルワーカー・社会福祉士の活動の 3 分野で精力的に活動し続けた人たちに、語り部として被災後今日に到るまでの自身の活動を振り返って時間軸の上で問題点と対応を要約し、さらに今後の課題を語ってもらう。そこで質疑応答を加える。

C.倫理に対する配慮

いずれの研究も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。調査に際しては、対象者に調査の内容を書面によりよく説明し、理解いただいた上で実施する。また、調査に際しては書面による同意書を得てから実施する。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、調査委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。

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。また分担研究者による研究については、それぞれの機関の倫理審査委員会で承認を得ている。

D.結果と考察

1. 北茨城市における被災者調査

1-1)疫学調査

会場調査には約 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。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 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。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（ $p < .005$ ）。

郵送調査では、地元民調査では 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。福島県からの避難者調査では返答があったのは 206 通（回収率は 31.8%）であった。結果として、CES-D でうつと判断されたのは 172 例で、全体の 83.9%であった。全体として性差はなく、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は地元民と同様だった。

1-2)介入研究（パソコン教室、運動教室）

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、初級コースと応用コースに分けて合計 44 名が参加して実施した。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。終了後、いくつかの臨床研究のデータの入力を、パソコン教室参加者に謝礼つきでお願いしたところ、問題なく締切り

迄に仕上げられていた。収入を得られたという面からも、この入力作業の継続を要望する声が多い。

運動教室の平均出席率は、68.8%であった。教室の前後で、5回椅子立ち上がり（脚筋力）、アップ&ゴー（複合動作能力）が有意に改善した。その他の項目：握力（筋力）、8回ステップテスト（敏捷性、脚筋力）、長座体前屈（柔軟性）は改善傾向にあった。GHQ-12は、有意ではなかったものの得点は改善傾向にあり、精神状態は軽減する傾向を示した。しかしながら、精神的健康状態が良好ではない（GHQ-12得点が3点以上）の者は、教室終了後も95%おり、高率であった。したがって、今後も継続的な支援の必要性が示唆された。

1-3) 栄養研究

被害弱群/健常群は440名（平均年齢：52.7 ± 15.7）、被害強群/健常群16名（58.7 ± 13.3）、被害強群/PTSD傾向群（54.5 ± 16.6）、93名、被害弱群/PTSD傾向群（57.8 ± 14.3）18名であった。年齢とBody mass index (BMI)により統制した分析では、PTSDを発症した者は発症しなかった者に比較して血漿中のエイコサペンタエン酸（EPA）が有意に低値であった。血漿EPAとEPA摂取状況において有意な相関がみられた。以上から、震災後のPTSD発症と栄養摂取との間には関連があることが示唆され、食生活への介入が重要である可能性が示唆された。

災害発生後の時系列の介入プラン作成

2-1) 文献調査

文献に関しては、国立情報学研究所論文情報ナビゲータ（Cinii）と、医学中央雑誌web版をデータベースとして、「要援護者」×「避難」をキーワードで検索し、今回の研究目的に合致する研究論文合計30件の和文献を分析対象とした。海外文献に関しては、PubMedをデータベースとして、「vulnerable population(s)」×「evacuation」、「vulnerable people」×「evacuation」、「special needs」×「evacuation」をキーワードとして検索し、今回の研究目的に合致する研究論文28件を分析対象として整理した。その結果、本邦でも海外においても、このような研究は近年増加傾向にあるが、研究の絶対数は未だ少ないということがわかった。災害種について、和文献では、災害種を指定していない研究、東日本大震災に関係する研究が多かった。海外文献では、ハリケーンに関する研究が最も多く、研究対象とする災害が大きく異なることがわかった。また特に本邦においては、実際の災害時に実施されている研究が少なかった。要援護者の内訳については、和文献、海外文献ともに、対象とする要援護者を具体的に絞った研究は少なかった。研究方法については、和文献、海外文献ともにエビデンス・レベルの高い研究は、非常に少なかった。今後はこれらの成果と課題を踏まえた研究が必要である。

2-2) 福島県の病院における調査

急性期においては、自宅生活者、施設入所者や病院入院者いずれも、避難ならびにその後の行動において、電気、水道、燃料、排水設備、交通・輸送手段などライフラインの遮断があった場合に大きな障害となり、これらの回復によって初期の復興活動が促進された。施設・病院では、実際には大きな問題は生じなかった。生存が最優先されることから、患者や利用者、職員とも抑うつに陥るものはほとんどなかった。自宅生活者の状況については、自宅で被災し、そのまま避難所に移動した場合、1～2週間後の徐々に慣れてきた頃に心理的なストレスが表面化し情動の変化として現れやすかった。被災時に強い心的外傷体験がある場合や認知症を持ちながら医療機関を受診していない

場合などはとくに情動が不安定となり、避難所内で対応が難しくなる場合もあった。そこで訪れる医師の診察を受け、臨時の処方を受けることもあった。

高齢者や認知症は概して受け皿がないため、福祉避難所が必要となるが、施設自体が被災しており急性期の対応ができなかった。このため、福祉業務に特化した避難所を臨時に設営する必要性が生じた。保健福祉センターや包括支援センターが中心となり、専門職種の人々や一般ボランティアの協力で運営がなされた結果、急性期における不要な混乱をある程度回避することができた。

避難所生活を送ったケースでは、初期の1ヶ月ほどは不安緊張が混じり合う心理状態のもとで耐えるが、次第に心理的な疲労が重なり避難所から離れるようになる。遠方で暮らす家族や親戚、友人の家に移っての避難生活もせいぜい半月から1ヶ月が限界であった。とくに認知症や精神疾患をもつ高齢者では顕著であり、介護をする家族の疲労は大きく、行動心理症状の発現でさらに悪化する。家族が二次的なうつ病に陥ったため、施設入所や精神科病院入院で負担を軽減した例もある。

慢性期になると、病院入院者や施設入所者は管理が行き届くようになり、震災前と同様の状態に至る。自宅生活者の多くはもとの家に戻り、自宅を失った者は避難生活から仮設住宅やアパートなどの仮住居での定住状態となる。

福島県の被災者の場合は原発事故の影響を考慮する必要があり、まだ解決していないことで不安を取り去れないでいる者も多い。仕事を失った場合は無為に過ごすことが多くなり、アルコールなどの問題が出現しやすい。原発事故でそれまでの仕事を失い、将来の展望をなくして無為に過ごしているところに、慰謝料などの現金が入ることでギャンブルに走る例も報告されている。

2-3) 大船渡市消防団団員における調査

第1回調査では683名(65.4%)の回答が得られた。コントロール群と比べアルコール依存傾向を示すAUDITで8点以上の者はコントロール群23.3%に比べ、対象群は37.8%と有意に高かった($p<0.0001$)。また、自身の被災状況との関連では、近親者を亡くした者のAUDIT scoreは8.12と、近親者喪失体験の無い者6.77と比べ有意に高かった($p<0.001$)。さらに、AUDITで10点以上の者では、近親者を亡くした者が60.0%であり、近親者喪失体験のない者(40.0%)と比べ有意に高かった($p<0.01$)。

2-4)被災3県におけるワークショップ

ワークショップから問題は5つの要因に分類できると考えられた。すなわち時間経過における被災者の精神的変遷、精神科病院の役割、住宅問題、飲酒・賭博、地域保健活動と心のケアチーム、そして認知症、支援者支援である。

1) 時間経過における被災者の精神的変遷

福島県の田子に拠れば、同県の特殊性もあるがこれは次のように分類される。

- ・混乱期：パニック状態
- ・一時休止期：1ヶ月以内の持続、不思議とハイな気分、認知症でも安定
- ・現実直面期：ここで精神症状が出てくる
自覚
怒り・反発(これは福島の特徴)
抑うつ：多重心理ストレス、アルコール依存や自殺なども
- ・虚無期：賭博や浪費
- ・回復準備期

コミュニティの再構築

仮の町の設置

原発処理作業の進展

・回復期

ここには確かに福島県の特異性もあるが基本的な大型自然災害後の心理プロセスと考えられる。

2)精神科病院の役割

2-1)地元民受け入れ施設としての精神科病院：地元民＋デイケア利用者

急性期の重要任務

受け入れた地元住民の名簿作り

食糧・水・燃料確保

患者・職員・家族の安否確認

主要機関との連絡システム

災害対策本部との連絡・連携

身体疾患患者の搬送

以上はいずれも伝令が自転車で回る

外部対応

支援を希望する団体への対応と連携

マスコミ対応

医療関係業務

平常業務の継続

避難所等からの処遇困難事例受け入れ：オーバーベッド対応

急性ストレス反応者への対応

亜急性期から慢性期の精神医療サービス

2-2)被災した病院が成すべきこと

まず 300 名の精神障害者を県内外の医療機関に転入院させた

(精神病院は元々災害への備えが不十分)

2-3)現地の病院が被災地域を支援

多職種の自己完結型支援、事例性あるケースを地元につなぐ。

2-4)外来患者が自宅で被災した場合への対応

継続処方が受けられない事態がある。被災地では機能している医療機関や指定された病院で処方を受け、避難先では近くの専門医療機関を受診して処方をつないだ。この間、強い不安に見舞われたと陳述しているものも多い。

3)住宅問題

避難所生活では一般住民が認知症や統合失調症の人と初めて共同生活することになる。そこでこ

うした人々の特徴を一般住民にわかってもらう必要がある。仮設に大家族は住めないから、結果として災害弱者の独居も少なからずいる。

仮設住宅とみなし仮設住宅(孤独化しやすい)間での軋轢がある。仮設はそうでもないが借り上げ住宅は孤立しやすい。その結果みなし仮設住宅では、認知症の事例化、高血圧、不眠の増加が見られる。仮設から復興住宅に移るステージでは新たなメンタル問題が生じる。つまり取り残される不安・焦り、移転先を決める葛藤、新環境への不安があって復興住宅に向けての決断がつかない、つまり新たな判断を迫られる負担が加わる。

4)飲酒・賭博

一時期避難所等における飲酒が問題化するがさほどのことはないという意見もあるが、生活リズムの乱れという点では、アルコール中毒者も増加したという印象を述べる方もあり、メンタル支援の中でアルコール問題は大きなウエイトを占める。無気力、無為：お金があるから働かない(若い世代に多い)機能低下する、ここの飲酒や賭博が絡んでそこからの負のスパイラルとも考えられる。アルコール症のタイプでは、・うつ無為、・気晴らし、・元々の alcoholism という分類もある。

5)地域保健活動と心のケアチーム

急性期の保健師活動は悲惨極まる現場状況に直面して大きな衝撃を受ける。それだけに見聞した現地情報を職場に戻って皆に報告することでそれを共有して決して本人一人で抱え込ませないことが重要。地域アウトリーチは医師と保健師の同行訪問、個々の予約はとらないで地域を決めて一軒ずつ突撃訪問、反応は様々、初期は不眠相談が多い。「こころの、精神の・・・」は宜しくない。とくに注目すべき災害弱者とは精神障害者以外に

- ・高齢者世帯
- ・乳幼児世帯
- ・障害者世帯
- ・独居世帯

支援チームについては自治体と共に動くという大原則が必要。職種体制は厚労省・総務省規定(医師、看護師、PSW、心理士)それぞれが何を準備して、どう枠組みを決めて、何をするか? 今後に備えて決めておく必要がある。心のケアチームは多職種チームであり医療は少なく、一般健康相談、生活相談が多い。「保健師さんの言うことに従って動きなさい」が原則だが、一方で抑え役としての訓練も必要。精神科医は後ろに引いて、皆にアドバイスする立場で独自に立たず、総合チームの一員として機能すべし、あるいは精神科医は支援者支援と多職種チームのアドバイザーたれ。

まずサイコロジカルファーストエイドは有用なスキルであり、大変な方に寄り添うための作法を皆で共有すべき。その先に現実のニーズに沿うことがメンタルケアである。心のケアチームの活動場所としては、1ヶ月以内：避難所、3ヶ月から半年：自宅と仮設である。

地元からの声では、「外部支援と受け入れ側に間はずれが大きいので支援チームはある意味で迷惑でもある」、「継続的に長期間来て欲しい」、「外部の支援チームがどういう形で被災地に入るかは重要」、「支援に来るんだったら、自分で来て自分で帰れ」、「支援チームは、事前に話し合って地元自治体からの要請を受けそれに添うべし」。そこで外部からの応援部隊は1週単位の医師交代に際して、つなぎ目はPSWが出向いて連結の潤滑油役を果たすのが良いという意見もある。つまり外部支援者はたとえ実際がまずくともあからさまに否定せず、尊重しながら改善して行くことが求められる。さらに「心の相談」といわれても、心の問題だけ抜き取って相談はできない、生活が丸ご

と大変、なぜ自分は苦しいのか悩んでいるか？もわからないのにといい厳しい指摘もある。

6) 認知症

仮設では要介護度がアップしやすい、認知症が発生しやすい。この背景には一家離散で子供や孫世代が福島を離れ、老人だけが故郷に取り残されることがある。その結果、生活リズムの乱れ、対人交流の減少から引きこもりが生まれてこれが契機になるようだ。とくに認知症は仮設住宅で事例化し易いし、また BPSD も悪化しがちであり、うつ病から認知症に進展する例が多いという意見もある。

高齢者における認知症発症の危険因子

- ・新生活への適応の悪さ
- ・心身の基礎力の弱さ
- ・良い生活習慣の作業：農作業や手作業を失う
- ・人間関係を失う、疎外
- ・子や孫との別れ

それだけに認知症ケアの 3 原則である生活環境、生活習慣、人間関係を変えない、の重要性が再認識される。

7) 支援者支援

支援者へのサポートは彼らが急性期には惨事ストレスに曝され、慢性期には長期間の対応で疲弊しているという背景がある。そこで支援者支援においては、地域連携、避難所の健康チェック、生活相談がポイントになる。

E. 参考文献

- 1) Weiss DS, Marmar CR. The Impact of Event Scale-revised Assessing Psychological Trauma and PTSD (2nd edition).168-189,2004
- 2) Nozomu Asukai, Hiroshi Kato, Noriyuki Kawamura, Yoshiharu Kim, Kohei Yamamoto, Junji Kishimoto, Yuko Miyake, Aya Nishizono-Maher. Reliability and validity of the Japanese-language version of the impact of event scale-revised (IES-R-J): four studies of different traumatic events. J. Nerv. Ment. Dis. 190(3):175-82, 2002
- 3) Kawakita E, Hashimoto M, Shido O. Docosahexaenoic acid promotes neurogenesis in vitro and in vivo. Neuroscience. 139(3):991-7, 2006.
- 4) 川上憲人, 近藤恭子, 柳田公佑, 古川壽亮. 成人期における自殺要望対策のあり方に関する精神保健的研究. 平成 16 年度厚生労働科学研究費補助金(こころの健康科学研究事業)「自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究」分担研究報告書
- 5) 島悟, 鹿野達男, 北村俊則ほか. 新しい抑うつ性自己評価尺度について. 精神医学 27:717-723, 1985
- 6) Asukai N, Kato H, Kawamura N et al.: Reliability and validity of the Japanese – language version of the Impact of Event Scale-Revised. J NervMent Dis 190:175-182, 2002.

7) Saunders JB, Aasland OG, Babor TF et al. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption-II. *Addiction* 88: 791-804, 1999

8) Heatherton TF, Kozlowski LT, Frecker RC et al. The Fagerström Test for Nicotine Dependence: a revision of the Fagerström Tolerance Questionnaire. *Brit J Addict* 86: 1119-1127, 1991.

9) 樋口進. わが国における飲酒の実態ならびに飲酒に関連する生活習慣病、公衆衛生上の諸問題とその対策に関する総合的研究(主任研究者: 石井裕正). 厚生労働科学研究費補助金(循環器疾患等生活習慣病対策総合研究事業)総合報告書 12-18, 2009

F.健康危険情報

報告すべきものなし。

G.研究発表

1.論文発表

佐藤晋爾、朝田隆、土永史： 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 Dysthymie 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

1.論文発表

田子久夫：福島県における震災時とその後の認知症支援地域連携について. 日本社会精神医学会雑誌 22(4):581-588, 2013

2.学会発表

・田子久夫：大震災で学んだこと；震災のストレスと定住の効果 第28回日本老年精神医学会 平

成 25 年 6 月、大阪

・田子久夫：震災による認知症医療への影響 第 20 回東北老年期認知症研究会 平成 25 年 12 月、
仙台

1. 論文発表

被災地におけるうつ症状と食事・栄養-北茨城元気づくりプロジェクトから

功刀浩¹⁾、村木悦子¹⁾、相澤恵美子¹⁾、石田一希¹⁾、太田深秀¹⁾、服部功太郎¹⁾、佐藤晋爾²⁾、朝田
隆²⁾

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第三部、

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学分野

臨床栄養 123(1): 12-13, 2013.

2. 学会発表

被災地における心的外傷後ストレス障害 (PTSD) 発症と栄養状態の検討 北茨城元気づくりプロジ
ェクトからー .

相澤 恵美子¹⁾、石田一希¹⁾、太田深秀¹⁾、服部功太郎¹⁾、佐藤晋爾²⁾、朝田隆²⁾、功刀浩¹⁾

1) 独立行政法人国立精神・神経医療研究センター神経研究所疾病研究第三部

2) 筑波大学大学院人間総合科学研究科疾患制御医学専攻精神病態医学分野

臨床栄養学会 (2013.10.4~5) 京都

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