

厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）
分担研究報告書

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（H24-精神-一般-002（復興））

研究分担者 丹羽 真一 福島県立医科大学会津医療センター精神医学講座特任教授

研究要旨

平成 26（2014）年度には、25（2013）年度の調査研究課題「大震災・原発事故直後の 4 か月間に福島県内の身体疾患治療施設への新規外来受診者の中の ICD の精神医学的診断がつく患者数調査」の結果の解析を追加し、新たに同じく一般身体科医師に対して、震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているか、鼻血が出たことを放射能汚染の結果ではないかと心配して受診した患者がいたかどうかを問う調査を行った。

その結果、平成 24（2012）年に ICD-10 による精神科診断がつく者の数が増加しており、震災・原発事故の後の経過時間により精神新患の種類の違いによると思われる受診動向に違いが認められ、震災後間もない時期にはストレス関連障害が増加し、1 年後くらいにうつ状態が増加する傾向があると推定された。一般身体科受診患者の調査結果からは、震災時の精神的ストレスに起因する患者が増加した印象は災害後 3 年半の時点では下方修正されていることから、震災後にそのような患者が目立って増加したということではないと推測された。「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師が約 15%おられたことから、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。今年度の新調査では、身体症状が震災・原発事故による精神的影響が強いためである印象深い症例の有無を訊ね、あれば実際に面接を行い、早期発見の手掛かりを探った。その結果、1) 中高年、2) 主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、3) 避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、4) 以前から治療していた疾患がある場合に注意深く診ることが必要と考えられた。

26（2014）年度には、とくに福島県で多い状態が続いている震災関連自殺の実態を調査分析し、予防のための早期介入の手掛かりを検討した。61 名の震災関連自殺例の分析の結果、1) 危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、2) 精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、3) 悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、が早期介入の手掛かりとして得られた。

研究協力者

堀 有伸	福島県立医科大学 医学部	災害医療支援講座	助手
矢部博興	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	教授
増子博文	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	講師
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	併任准教授)
和田 明	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
三浦 至	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
國井泰人	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	助教
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
板垣俊太郎	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	助教
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	講師)
松本純弥	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
	(現、福島県立医科大学 医学部)	神経精神医学講座	助教)
楊巧会	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	博士研究員
星野 大	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	大学院生
小松洋子	福島県立医科大学 看護学部	家族看護学部門	保健技師
佐藤 允	福島県立医科大学 看護学部	大学院看護学研究科	大学院生

A 研究目的

平成 26 年度には、25 年度の調査研究課題「大震災・原発事故直後の 4 か月間に福島県内の身体疾患治療施設への新規外来受診者の中の ICD の精神医学的診断がつく患者数、およびそのうちの F3, F4 群に分類される患者数調査」の結果の解析を追加し、

新たに同じく一般身体科医師に対して、震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているか、震災直後には受診者の中で喫煙量が増えたという患者がいたかどうか、鼻血が出たことを放射能汚染の結果ではないかと心配して受診した患者がいたかどうかを問う調査を行った。この新調査で震災直後には精神的問題で受診した患者が増えた印象があるかにつき現時点でどう判断しているかを聞いた理由は、25 年度の調査で得た結果の妥当性を検討する材料を得るた

めである。また、この調査では身体症状を訴えるが震災・原発事故による精神的影響が強いためであると考えられる印象深い症例を経験したか否かについても訊ねた。そして、その印象深い症例に面接調査をする許可が得られた例について、実際に面接を行い、早期発見の手掛かりを探った。さらに、とくに福島県で多い状態が続いている震災関連自殺の実態を調査分析し、予防のための早期介入の手掛かりを検討した。

B 研究方法

研究 では、25 年度に次の調査を行った結果の解析を追加した。すなわち、福島県医師会に加入しておられる医師が所属している医療機関のうち、福島市、二本松市、本宮市、郡山市、須賀川市、白河市、会津若松市、喜多方市、会津坂下町、会津美里町、柳津町、三島町、金山町、南会津町、いわ

き市、相馬市、南相馬市、新地町に住所がある機関のうち内科、婦人科、耳鼻科、眼科、皮膚科、小児科の診療施設 1386 施設に協力依頼をし、許可を頂いた施設に調査用紙を送付して 22(2010)年, 23(2011)年, 24(2012)年の 3 月~6 月の新患数と其中的精神科の問題があると判断された患者数を回答いただき、回答いただいた施設へ出向いてカルテ調査を行うことの可否を回答して頂き。許可が得られた施設でカルテ調査を行った。追加したのは、この調査結果の正確な統計解析処理である。

また、26 年度に行なった研究 では、昨年度と同じ医師に対して昨年度の調査の約半年後に、1 震災直後数か月間の受診者を診療して、先生は「精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数に変化がある」と、その当時感じていましたか、2 現在は、「震災直後数か月間に精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数が震災前の年と比べて変化があった」と感じていますが、3 震災後 1 年ほどの間について、「震災後、喫煙量が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化があると、その当時感じていましたか、4 震災後 1 年ほどの間について、「鼻出血」を主訴に受診した患者で原発事故との関係を懸念している患者がいましたか、5 原発事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強く印象に残っている症例はありますか、と尋ねる質問票を送付して回答を求めた。1 から 3 の問いには、「減ったと感じていた(いる)」から「増えたと感じていた(いる)」の間を 5 段階に分け、該当する段階に をつけてもらうようにした。4, 5 の問いに対しては、「はい」か「いいえ」かのいずれかに をつけて回答するように求めた。

アンケート調査の内容

- 震災直後数か月間の受診者を診療して、先生は「精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数に変化がある」と、その当時感じていましたか
減ったと感じていた(いる) やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
減った やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
- 現在は、「震災直後数か月間に精神的な不安が、身体的な訴えに影響する患者数が震災前の年と比べて変化があった」と感じていますが
減ったと感じていた(いる) やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
減った やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
- 震災後 1 年ほどの間について、「震災後、喫煙量が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化があると、その当時感じていましたか
減った やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
減った やや減った 減っていない 変わらない やや増えた 増えた
- 震災後 1 年ほどの間について、「鼻出血」を主訴に受診した患者で原発事故との関係を懸念している患者がいましたか
はい いいえ
- 原発事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強く印象に残っている症例はありますか
はい いいえ

5 の問をもうけた理由は、印象深い症例に直接面接させていただく機会が得られれば、具体的な早期介入の手掛かりを詳細に把握できる可能性が増えると考えたからである。

研究 では、 の調査により把握できた印象深い症例につき、許可が得られたら実際に面接を行い、精神的問題による身体科受診例の早期介入の手掛かりを探った。研究 では、福島県警察本部が震災関連自殺と判断した例につき資料提供を頂き、対照例と比較しながら関連自殺の実態を分析し、早期介入の手掛かりを求めた。言うまでもなく自殺に関する資料は各県警察本部が管理している。震災関連自殺についても同様である。福島県における震災関連自殺について分析するためには福島県警察本部に資料の提供を依頼する必要がある。本研究が厚生労働省の科学研究費などにもとづくものであることを説明し、研究目的以外には資料や分析結果の公表はしないことを条件に福島県警察本部に資料提供を御願いしたところ、幸い平成 26 年度までの資料提供を許可頂いた。26 年度までに震災関連自殺と判断された例は 61 人であった。比較対照例として、同時期に自殺された年齢・性別がほぼマッチする例についての 61 人分の資料も提供いただいた。提供いただいた

資料は次の項目についてである。すなわち、1) 年齢、2) 性別、3) 震災後の住居の変遷、4) 震災前職業、5) 震災後の職業変遷、6) 震災前の家族構成、7) 震災後の家族構成変化、8) 自殺の手段、9) 発見時の状況、10) 発見時の手当て・治療、11) 震災前後での身体的・精神的疾患の罹患・治療歴、12) 自殺前の周囲への悩みの訴えの有無、13) 自殺をほのめかす言動の有無、である。基礎資料について統計的解析をおこなったが、解析にはSPSSを用いた。解析の方法は震災関連自殺群、対照群間での平均値の差のt検定、または各項目についての震災関連自殺群、対照群間での分布の偏りの二乗検定である。なお、本研究は福島県立医科大学研究倫理委員会の許可を受けて行った。

C 結果

1) 25年度調査結果の追加解析(研究) 25年度調査の結果、回答を頂いた施設数は29、カルテ調査のための訪問を受け入れる施設数13、該当患者がいないので訪問不要の施設数6、カルテ調査のための訪問は不可10であった。各年度の新患は2010年26施設2251人、2011年28施設3608人、2012年27施設2394人であった。そのうち、各施設の身体科医師が精神医学的問題があると判断した

患者数は2010年61人(2.7%)、2011年131人(3.6%)、2012年102人(4.3%)であった。カルテ調査受け入れ可と回答された13施設で調査を行った結果、ICD-10によりなんらかの精神医学的診断がつく患者数は2010年22人(9施設1473人中)、2011年51人(10施設2749人中)、2012年42人(9施設1503人中)であり、2010年に比して2012年では何らかのICDによる精神医学的診断がつく患者数が多い傾向があった(二乗検定($\chi^2(2)=6.819, p=0.033$)後の多重比較(正確二項検定[両側]、調整後 $p=0.052$))。そのうちF3(気分障害)とF4(神経症性障害、ストレス関連障害)に分類されると診断された患者数は2010年19(1.3%)、2011年40(1.5%)、2012年26(1.7%)であり、年度による相違はなかった($\chi^2(2)=0.981, n.s.$)

カルテ調査を受け入れた11施設のICD-10による診断が可能と判断した患者数

	新患数	ICD-10による診断が可能患者数	期待値	標本比率	期待比率	差
2010	1473	22	29.55	0.1913	0.257	-0.0657
2011	2749	51	55.2	0.4435	0.48	-0.0365
2012	1503	42	30.25	0.3652	0.263	0.1022

$\chi^2(2)=6.819, p=0.033$

多重比較(正確二項検定,両側)		
	p値	調整後p値
2010 vs 2011	0.4617	1
2010 vs 2012	0.0173	0.0519
2011 vs 2012	0.0514	0.1542

p値の調整はbonferroni法による

2010, 2011, 2012年の該当期間の新患数および精神医学的問題がある患者数

	新患数	問題のある患者数	期待値	標本比率	期待比率	差
2010	2251	61	80.26	0.2075	0.273	-0.0655
2011	3608	131	128.48	0.4456	0.437	0.0086
2012	2394	102	85.26	0.3469	0.29	0.0569

$\chi^2(2)=7.959, p=0.019$

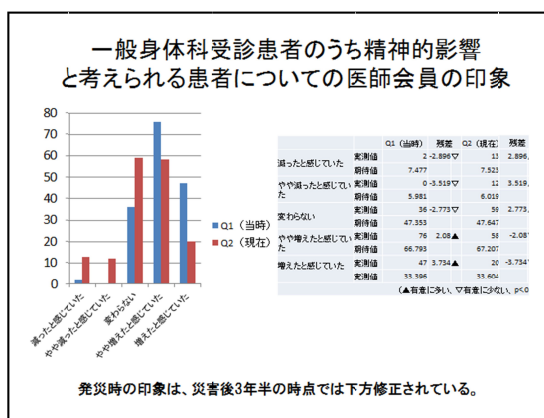
多重比較(正確二項検定,両側)		
	p値	調整後p値
2010 vs 2011	0.0634	0.1902
2010 vs 2012	0.0047	0.0141
2011 vs 2012	0.2291	0.6873

p値の調整はbonferroni法による

2) 26年度新調査(研究)の結果 26年度の新調査の結果、1363人中162人(11.9%)から回答があった。問1への回答では「減った」2、「やや減った」0、「変わらない」36、「やや増えた」75、「増えた」47、「不明」2、問2への回答では「減った」13、「やや減った」12、「変わらない」59、「やや増えた」57、「不明」1、問3への回

答では「減った」1、「やや減った」1、「変わらない」120、「やや増えた」24、「増えた」3、「不明」13、問4への回答では「いいえ」138、「はい」24、問5への回答では「いいえ」85、「はい」67であった。

問1と問2の回答を比較すると、災害後3年半の調査時点での印象を問う問2の回答の方が、「減った」「やや減った」「変わらない」の回答が有意に増えており、震災時の印象は災害後3年半の時点では下方修正されていることが分かった。問3への回答で震災後に喫煙量が「増えた」「やや増えた」と訴える患者がいると回答した医師は17人(10.5%、不明の13人を除くと18.1%)



であって、震災後に喫煙量が増えたと訴える人は多くはないと医師は感じていると思われる。問4への回答で「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師は24人(14.8%)おられたので、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。問5で印象に残った患者がいたと回答された医師が67人(41.4%)おられた。

3) 印象深い症例の面接調査(研究)の結果

研究で印象深い症例を経験したと回答された67人の医師に、その患者に面接を行う許可を求めた結果、8例について面接調

査を行うことが出来た。その結果は次のとおりである。

a) 症例1 74歳 女性 主婦 震災時福島市在住 避難生活はなし

身体科診断名 メニエール病

精神科診断名 全般性不安障害(F41.1)

身体科主訴 頭痛、眩暈

主訴の開始時期 震災・原発事故後じきに始まり、2か月後の5月から悪化。

b) 症例2 20歳 女性 学生 震災時双葉町在住 避難先3か所

身体科診断名 冷房病

精神科診断名 適応障害(F43.2)

身体科主訴 体がだるい

主訴の開始時期 震災・原発事故後3年してから始まる。

c) 症例3 65歳 女性 農業 震災時浪江町在住 避難先5か所

身体科診断名 高血圧、多血症

精神科診断名 中等症うつ病エピソード(F32.1)

身体科主訴 不眠

主訴の開始時期 震災・原発事故後5か月の23年8月から始まる。

d) 症例4 68歳 男性 無職 震災時大熊町在住 避難先2か所

身体科診断名 心筋梗塞後愁訴

精神科診断名 中等症うつ病エピソード(F32.1)

身体科主訴 胃痛、動悸

主訴の開始時期 震災・原発事故後2年2か月の25年6月ころから始まる。

e) 症例5 57歳 女性 パート 震災時浪江町在住 避難先3か所

身体科診断名 腎不全による愁訴(腎移植後)

精神科診断名 全般性不安障害(F41.1)

身体科主訴 不眠

主訴の開始時期 震災・原発事故後じきに始まる。

f)症例 6 42 歳 女性 主婦 震災時福島市在住 避難生活はなし

身体科診断名 機能性胃腸炎

精神科診断名 中等症うつ病エピソード (F32.1)

身体科主訴 食べられない

主訴の開始時期 震災・原発事故後数日して始まる。

g)症例 7 73 歳 女性 無職 震災時福島市在住 避難生活はなし

身体科診断名 高血圧

精神科診断名 適応障害 (F43.2)

身体科主訴 食べるものが怖い

主訴の開始時期 震災・原発事故後 6 か月して始まる。

h)症例 8 56 歳 男性 会社員 震災時浪江町在住 避難先 2 か所

身体科診断名 眩暈

精神科診断名 適応障害 (F43.2)

身体科主訴 不眠、眩暈

主訴の開始時期 震災・原発事故後 3 カ月して始まる。

これらの症例は年齢にバラつきはあるものの中高年に多い傾向があり、発症時期は震災・原発事故後じきから 3 年後までとバラつきがあって、主訴は不眠、眩暈、食欲低下などで、精神科診断名はうつ病エピソード、適応障害、全般性不安障害であった。震災後避難先を転々とするストレスの体験、あるいは比較的強い放射能不安を抱える人であった。震災以前から治療していた疾患があり、本人は主訴はそのためであると考えられる傾向があった。

4) 震災関連自殺の実態分析と早期介入の手掛かり調査 (研究) の結果

以下の項目について震災関連自殺群 (以下、関連群) と対照群との間で比較を行った。

a) 年齢、性別

関連群の年齢は 15 歳 ~ 93 歳 (平均 ± 標準偏差、 59.4 ± 19.6 歳) 対照群は 21 歳 ~ 89 歳 (58.7 ± 18.0 歳) であり、両群間に平均年齢に差を認めなかった ($t[120]=0.207$ 、n.s.)。関連群の性別は、男 39 人、女 22 人で、対照群は男 40 人、女 21 人であり、両群間に性別分布の差を認めなかった ($\chi^2[1]=0.036$ 、n.s.)。

b) 震災後の住居変遷

震災後の住居変遷については、関連群で変遷あり 55 人、変遷なし 6 人、対照群であり 0 人、なし 61 人であり、関連群で有意に住居変遷ありの者が多かった ($\chi^2[1]=100.149$ 、 $p<0.001$)。

c) 震災後の職業変遷

震災後の職業変遷については、関連群で変遷あり 14 人、変遷なし 46 人、対照群であり 2 人、なし 59 人であり、関連群で有意に職業変遷ありの者が多かった ($\chi^2[1]=10.602$ 、 $p<0.001$)。

d) 震災前の家族構成 (単身か家族と同居か) および配偶者の有無

震災前の家族構成について単身か家族と同居かをみると、関連群では単身 13 人、家族同居 43 人、不明 5 人で、対照群では単身 13 人、家族同居 48 人、不明 0 人であり、両群間に差は認められなかった ($\chi^2[1]=0.061$ 、n.s.)。また配偶者の有無についてみると、関連群では配偶者あり 30 人、配偶者なし 30 人、不明 1 人で、対照群ではあり 30 人、なし 31 人で、両群間に差は認められなかった ($\chi^2[1]=0.008$ 、n.s.)。

e) 震災後の家族の変遷

避難者の場合、震災後に何力所かに分かれて生活するように変化した家族が多い。そこで、関連群と対照群とで震災後の家族の変遷を調べた。関連群では震災後に家族の変化があった者は32人、なしは27人、不明2人であったが、対照群では変化あり0人、なし61人であった。両群間に震災後の家族変化に有意な差があり、関連群で震災後に家族変化があった者が多かった ($\chi^2 [1]=45.116, p<0.001$)。

f) 自殺の手段

自殺の手段は、関連群では縊死37人、投身(建物、列車)7人、焼身・割腹4人、入水4人、服毒・練炭9人で、対照群では縊死36人、投身(建物、列車)12人、焼身・割腹0人、入水3人、服毒・練炭10人であった。両群間に手段の分布に偏りはなかった ($\chi^2 [4]=5.525, n.s.$)。しかし、対照群では焼身・割腹による自殺はなかったのに対し、関連群では焼身が3人、割腹が1人に見られたのは印象的である。

g) 発見時の手当ての有無

両群ともに発見時に手当てを受けた例は少数であった。関連群では手当あり12人、手当なし49人で、対照群ではあり19人、なし42人で、両群間に手当の有無についての違いは見られなかった ($\chi^2 [1]=2.119, n.s.$)。

h) 震災後罹病・治療歴

何らかの疾患への罹患は自殺行動への危険因子となりうる。そこで震災後の一般身体疾患のみの罹病・治療歴、精神疾患(認知症、不眠症を含む)への罹病・治療歴(身体疾患への罹病・治療歴の有無は問わない)について調べたところ、関連群では身体疾患罹病・治療歴あり11人、精神疾患罹病・治療歴あり36人、罹病・治療歴なし13人であったのに対し、対照群では身体疾患

罹病・治療歴あり20人、精神疾患罹病・治療歴あり20人、罹病・治療歴なし21人で、両群間には分布に偏りがあった ($\chi^2 [2]=9.059, p<0.02$)。罹病・治療歴と震災関連自殺か否かを要素とした残差分析を行った結果、有意水準5%で罹病・治療歴の人数が有意に多かったのは関連群の精神疾患罹病・治療歴で(実測値36人、期待値27.8人)、有意に少なかったのは対照群の精神疾患罹病・治療歴であった(実測値20人、期待値28.2人)。

i) 関連群、対照群おのおのでの震災前後での罹病・治療歴の変化

震災後罹病・治療歴については、精神疾患罹病・治療歴が関連群で有意に多く、対照群で有意に少ないという上の結果をふまえ、関連群内での震災前後の罹病・治療歴変化の有無、対照群内での変化の有無を検討した。

関連群については、震災前には身体疾患罹病・治療歴あり20人、精神疾患罹病・治療歴あり13人、罹病・治療歴なし26人であったが、震災後では身体疾患あり11人、精神疾患あり36人、治療歴なし13人となり、震災前後で分布に有意な偏りがあった ($\chi^2 [2]=17.73, p<0.001$)。罹病・治療歴と震災前後を要素とした残差分析を行った結果、有意水準5%で罹病・治療歴の人数が有意に多かったのは震災後の精神疾患罹病・治療歴で(実測値36人、期待値24.7人)と震災前の治療歴なしであった(実測値26人、期待値19.3人)。逆に有意に少なかったのは震災前の精神疾患治療歴(実測値13人、期待値24.3人)と震災後の治療歴なし(実測値13人、期待値19.7人)であった。

対照群では、震災前には身体疾患罹病・治療歴あり14人、精神疾患罹病・治療歴あり16人、罹病・治療歴なし31人であった

が、震災後では身体疾患あり 20 人、精神疾患あり 20 人、治療歴なし 21 人となり、震災前後で分布に差はなかった ($\chi^2[2]=3.426, n.s.$)。

j) 自殺前の悩みの訴え

自殺前に周囲に悩みの訴えをしていたか否かは自殺行動を予防する手掛かりを与える可能性がある事柄である。そこで、関連群、対照群で周囲へ悩みを訴える行動に違いがあるか否かを検討した。関連群では訴えあり 41 人、訴えなし 20 人、対照群ではあり 24 人、なし 37 人で、関連群で有意に悩みを訴える行動が多かった ($\chi^2[1]=9.516, p<0.002$)。

k) 自殺示唆

もう一つの自殺予防の手掛かりを与える可能性のある事柄は、自殺行動を示唆する言動が周囲になされたかである。そこで、関連群、対照群で周囲にたいし自殺を示唆する行動の有無に違いがあるか否かを検討した。関連群では示唆あり 27 人、示唆なし 34 人、対照群ではあり 22 人、なし 39 人で、両群で示唆行動の有無に違いはなかった ($\chi^2[1]=0.853, n.s.$)。

D 考察

1) 身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ症例

精神科入院施設を対象に私たちが 23, 24 年度に行った研究では、状態像で言うと錯乱状態、そう状態、神経衰弱状態、せん妄による新入院が 23(2011)年に増加し、24(2012)年にはうつ状態による新入院が増加した。震災・原発事故後の経過時間により新入院の理由に違いがあることが分かった。精神科・心療内科外来治療施設を対象に行った研究では、23(2011)年では外傷後ストレス障害および急性ストレス障害が有意に多

く、うつ病が少なかった。24(2012)年にはその他のうつ状態が有意に少なかった。外来新規受診者について見ても、震災・原発事故後の経過時間により新規外来受診の理由に違いがあることが分かった。

今回、一般身体科初診者の中の精神科診断がつく患者について調査したが、やはり平成 24(2012)年に ICD-10 による精神科診断がつく者の数が増加しており、震災・原発事故の後の経過時間により精神新患の種類の違いによると思われる受診動向に違いが認められた。以前の結果と今回の結果とを合わせて考えると、震災後間もない時期にはストレス関連障害やストレスに起因するそう状態の悪化、器質疾患患者のせん妄の悪化などが増加し、1 年後くらいにうつ状態が増加する傾向があるものと推定された。

今回の一般身体科受診患者の調査結果からは、精神医学的問題によるための身体科受診者の数はこれまでに WHO が行った調査結果に比べると少ないと言える。身体科医の精神医学的トレーニングの問題はおくとして、この結果が震災後に身体科へ精神医学的問題を抱えた患者の受診が目立って増加はしていない結果であると言えるかを確認するべく新調査を実施したわけであるが、その結果では災害後 3 年半の調査時点での印象を問う問 2 の回答の方が、「減った」「やや減った」「変わらない」の回答が有意に増えており、発災時の印象は災害後 3 年半の時点では下方修正されていることから、震災後に目立って増加したということではないという推測を補強するものと考えられた。

2) 身体科受診者中の精神医学的問題を持つ例の早期発見の手掛かり

身体科受診者の中の精神医学的問題による訴えであると思われる症例の発見と適切

な精神科的介入のためには、研究でまとめることが出来た典型例から把握される特徴に注意して診療するべきことを、今後身体科医師に理解してもらい啓発活動が必要である。注意すべき特徴として、a)中高年、b)主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、c)避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、d)以前から治療していた疾患がある、とまとめられる。

3) 福島県における震災関連自殺の実態と早期介入の手掛かり

原発事故のために多くの人々が避難生活を長期間余儀なくされている福島県の場合には、平成23年10人、24年13人、25年23人、26年15人と震災関連自殺と判断される例数が高止まり傾向にあることから、本調査分析では福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、実態の分析を行って、それへの早期介入の手掛かりを求めようとした。本調査分析の結果、福島県における震災関連自殺例については次のような特徴があることが分かった。

a) 福島県の震災関連自死例の特徴

ア) 年齢、性別に関しては一般の自死者と同様である。

イ) 震災・原発事故により住居が変化した例が多く、61人中55人(90.2%)であった。

ウ) 震災・原発事故により職業が変化した例が比較的多く、61人中14人(23.0%)であった。

エ) 単身生活か家族と同居か、配偶者がいるかについては一般の自死者と同様である。

オ) 震災・原発事故により同居家族が変わった例が多く、61人中32人であった(52.5%)。

カ) 自殺手段については一般の自死者の場合と同様であるが、一般の自死者には見ら

れなかった焼身・割腹による自殺が4例に見られたことが印象的であった。

キ) 震災・原発事故後に精神疾患の罹病・治療歴を持つ者が多く、61人中36人であった(59.0%)。また、震災前に比べ、震災後に増加していた(震災前13人、震災後36人、2.8倍)。

ク) 自殺前に周囲に悩みを訴える例が61人中41人(67.2%)と多いことが一般の自死者に比べて特徴的であった。

b) 震災関連自殺予防の手掛かり

ここで判明した福島県の震災関連自死者の特徴から、次のような自殺予防の手掛かりが示唆されるものとする。すなわち、ア) 危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、イ) 精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、ウ) 悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、である。

E 結論

平成26(2014)年度の研究により、震災・原発事故の後、一般身体科においても精神医学的問題による身体症状の訴えと考えられる症例がある程度増加したと判断されたが、その増加の程度は大きいものとは言えないと思われた。しかし、「鼻出血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師が約15%おられたように、不安など精神医学的問題による身体症状で身体科を受診された方がある程度おられたと言ったよい。典型例の面接の結果、1) 中高年、

2)主訴が不眠、眩暈、食欲低下など、3)避難先を転々とするストレスの体験や比較的強い放射能不安を抱える人、4)以前から治療していた疾患がある場合に、特に注意深く診ることが必要と考えられた。原発事故のために多くの人々が避難生活を長期間余儀なくされている福島県の場合には、平成23年10人、24年13人、25年23人、26年15人と震災関連自殺と判断される例が高止まり傾向にある。そこで福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、その実態の分析を行い、それへの早期介入の手掛かりを求めようとして調査分析を行った。その結果、1)危険因子として住居変化、職業変化、家族変化が挙げられるので、こういう危険因子を多く持つ人に予防的働きかけを行うこと、2)精神疾患罹病・治療歴を持つ人が多いことが分かったので、実際に精神疾患のために受療している人の相談には特に力を入れて取り組むべきこと、3)悩みを周囲に訴える行動をする人が多いことが分かったので、悩みを訴える人の悩み相談にきちんと対応できる体制をとること、が早期介入のポイントとして把握できた。

F 健康危険情報

東日本大震災と引き続いた原発事故のような複合的大災害の場合、精神的影響は多方面にわたって現れることが予想されたが、実際、精神科・心療内科以外の一般身体科においても精神的問題で身体症状を訴える患者が災害後1～2年間にある程度増加することが確認されたので、今回の調査研究によって得られた知見を身体科の医師の間でも共有いただけるような啓発活動が必要であると思われる。また、福島県の場合、震災関連自殺例が発災後4年を経過しても高止まり傾向にあるので、今回の研

究で得られた震災関連自殺予防のポイントを、こころのケアに関わるスタッフの中で共有するための工夫が必要であると考えられる。

G 研究発表

1 論文発表

- 1, 丹羽真一:福島第一原子力発電所事故の影響 避難者のメンタルヘルスー 精神神経学雑誌 116:219-223, 2014.
- 2, 堀 有伸、円谷邦泰、丹羽真一、他:原子力発電所事故後の精神的負担の多様性についてー福島県 南相馬市からの報告 精神神経学雑誌 116:212-21. 2014.
- 3, J Matsumoto, Y Kunii, A Wada, S Niwa, et al. : Mental disorders that exacerbated due to the Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster. Psychiatry Clin Neurosci 68:182-187,2014.
- 4, 丹羽真一:福島の再生とメンタルヘルス - 被災体験からの提言を含めて - 心と社会 45:78-97,2014 .
- 5, 和田 明、矢部博興、増子博文、丹羽真一、他:福島県における大地震・原発事故複合災害後の精神疾患の発生動向調査 精神薬療 46:94-95,2014.
- 6, 丹羽真一、熊倉徹雄、鈴木長司、他:大災害から災害弱者と市民を守る被災地からの提言 精神科医療保健福祉サービス従事者の立場から 精神医学 56:515-522,2014.
- 7, Hirooki Yabe, Yuriko Suzuki, Shin-Ichi Niwa, et al. On Behalf Of The Mental Health Group Of The Fukushima Health Management Survey

Psychological Distress After The Great
East Japan Earthquake And Fukushima
Daiichi Nuclear Power Plant Accident:
Results Of A Mental Health And Lifestyle
Survey Through The Fukushima Health
Management Survey In Fy2011 And Fy2012
J-Stage Advance Publications July, 15,
2014hima

Journal Of Medical Science Fukushima
Journal Of Medical Science
Vol.60, No.1, 2014.

8, 丹羽真一:大災害・原発事故からの復興
と福島県の精神保健、精神医療:昭和学
士会雑誌 74:43-50, 2014.

9, 富田博秋、高橋祥友、丹羽真一(監訳):
災害精神医学 星和書店, 2015.

2 学会発表

19, 第13回トラウマティック・ストレス学
会 平成26年5月17日

パネルディスカッション 丹羽真一

「震災・原発事故後3年。メンタルヘル
スの今。」

20, 第13回トラウマティック・ストレス学
会 平成26年5月18日

ランチョンセミナー 丹羽真一

「福島の復興・再生をめざして」