

**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

福島県における東日本大震災と原発事故の精神的影響を調査し、早期介入の手掛かりを得るために、震災・原発事故後新規精神科入院患者についての調査、震災・原発事故後精神科・心療内科新規外来受診患者についての調査、一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者についての調査、震災関連自殺の実態の分析、東日本大震災と引き続く原発事故という複合災害を体験した立場から、大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るために平時からとるべき対策をまとめ、「被災地からの提言」としてとりまとめることを行った。研究の結果は次の諸点をまとめることが出来た。すなわち、1)災害直後から精神医学的問題は起こるものであり、災害後の時期に応じて起こりうる問題が異なる。精神疾患の悪化あるいは新規発生には、時期により問題が異なることを念頭に、対応策をとることが必要である。2)精神医学的問題は一般身体科の診療施設受診者のなかにも現われる。一般身体科医師が、今回の調査研究から得られたリスク因子を念頭に診療を勧められるように啓発活動を行う必要がある。3)災害による避難生活などの長期化により、関連自殺の問題が起こりうる。今回の研究から得られた関連自殺のリスク因子と早期介入のポイントを、こころのケアに当たるスタッフが心得て活動できるように、広く啓発活動を行うことが必要である。4)大災害から災害弱者と市民を守る提言に含まれる施策を、早期に実施するように私たち自身を先頭に、国、自治体、社会が努力することが望まれる。

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
久村正樹	福島県立医科大学	会津医療センター	精神医学講座	講師
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)
高野佳寿子	福島県立医科大学	医学部	神経精神医学講座	博士研究員
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)
志賀哲也	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	助教
及川友江	福島県立医科大学 医学部	神経精神医学講座	大学院生
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

私たち福島医大の分担研究班では、福島県における震災と原発事故の精神的影響を調査し、早期介入の手掛かりを得るために、震災・原発事故後新規精神科入院患者についての調査、震災・原発事故後精神科・心療内科新規外来受診患者についての調査、一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者についての調査、震災関連自殺の実態の分析、東日本大震災と引き続く原発事故という複合災害を体験した立場から、大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るために平時からとるべき対策をまとめ、「被災地からの提言」としてとりまとめること、を目的として研究を行った。

B 研究方法

震災直後の精神科新規入院患者動向調査

福島県精神医学会に入会している精神科病院・総合病院精神科のうち 30 施設を対象として、入院患者についての調査が行われた。平成 23 (2011) 年 3 月から 5 月までに新規に各施設に入院した患者の動向を調査し、22 (2010) 年・23 (2011) 年・24 (2012)

年について比較した。22 (2010) 年は 604 人、23 (2011) 年は 610 人、24 (2012) 年は 606 人について有効な調査結果を得ることができた。

震災直後の精神科・心療内科外来新患動向調査について

福島県立医科大学神経精神医学講座を中心に、福島県内の精神科外来新患の調査を行い、22 (2010) 年・23 (2011) 年・24 (2012) 年の動向を比較した。対象とした医療機関は、福島県精神医学会に入会している精神科病院、クリニック、総合病院精神科である。それぞれの医療機関を 23 (2011) 年 3 月から 6 月まで毎週水曜日に受診した新患者について調査した。57 施設が対象で、22 (2010) 年は 806 人、23 (2011) 年は 937 人、24 (2012) 年は 755 人から有効な調査結果を得ることができた。

一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者について

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月の新患数とその中の精神科的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。

また、26(2014)年度には25(2013)年度と同じ医師に対して25(2013)年度の調査の約半年後に、図3に示した追加調査を行った。

アンケート調査の内容

- 1 震災直後数か月間の受診者を診察して、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、その時感じていましたか
 感じました 感じませんでした た 感じました 感じませんでした 変わりました 変わらなかった た 感じました 感じませんでした 増えました 減りました 変わりました 変わらなかった 増えました 減りました 感じませんでした
- 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」と思っていますか
 感じました 感じませんでした 感じました 感じませんでした 変わりました 変わらなかった 増えました 減りました 感じませんでした
- 3 震災後1年ほどの間について、「震災後、変遷が増えた」と訴える患者が震災前の年と比べて変化がある」と、その時感じていましたか
 感じました 感じませんでした 感じました 感じませんでした 変わりました 変わらなかった 増えました 減りました 感じませんでした
- 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震災事故との関係を感じている患者がいましたか
 はい いいえ
- 5 震災事故による精神的な影響が大きいと感じられ、特に強(印象に残っている)症例はありますか

図3 26(2014)年度に追加調査に用いた調査用紙(項目と回答の形式を示す)

追加調査で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。こ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への早期介入の手掛かりを探った。

震災関連自殺の実態の分析

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、本研究では福島県における震災関連自殺の問題に焦点をあて、23年から26年の合計61例の震災関連自殺者を同時期の福島県内の非震災関連自殺者と比較することで実態の分析を行い、それへの早期介入の手掛かりを求めようとした。自殺に関する資料は各県警察本部が管理している。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。震災関連自

殺とそうではないと判断された自殺例の間を比較検討することにより、震災関連自殺の特徴を探った。

大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るための被災地からの提言

東日本大震災と東京電力福島第一原発事故の際、不意を打たれた私たちは、精神科医療保健福祉分野でいくつかの問題事象を経験した。そこで、こうした問題事象を起さぬよう、大災害から災害弱者と市民を守るために、平常時に何を行うことが必要かに焦点をあてて被災地からの提言を作成した。提言作成には 21Plan プランナー会議の熊倉徹雄、鈴木長司、深澤国之、米倉一磨、渡辺忠義氏の御協力を頂いた。提言は、「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」としてまとめられた(図5参照)。「平常時に行わないことは、災害時にも行えない」ことは当たり前であり、災害に備えるとは「平常時から実行する」ことであると考えるので、平常時に何を行うことが必要かに焦点をあてた。

C 研究結果

震災直後の精神科新規入院患者動向調査の結果について

研究の結果、錯乱状態・躁状態・せん妄状態・精神衰弱状態が22(2010)年と比べて23(2011)年には有意に増加していたが、錯乱状態は24(2012)年には有意に減少していた。うつ状態は23(2011)年には有意に減少していたものの、24(2012)年には逆に有意に増加していた。震災直後に、入院患者については躁状態や錯乱状態・精神薄弱状態、せん妄状態が増加する傾向が認められたが、うつ状態は減少していたこ

とを図1に示す。入院患者を対象に考えたときに、錯乱状態や躁状態のような神経系の過活動を反映している病態が入院患者では1年目に増加し2年目には減少した。抑うつを中心とした病態は1年目には抑制されたが、2年目は増加に転じた。

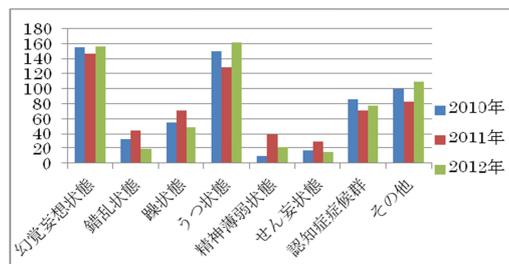


図1. 2010～2012年の福島県内の精神科入院患者の状態像について

震災直後の精神科・心療内科外来新患動向調査について

ASD (Acute Stress Disorder / 急性ストレス障害) と PTSD については、22 (2010) 年と比べて 23 (2011) 年に有意な増加が認められた。大うつ病などの気分障害は、22 (2010) 年と比べて 23 (2011) 年には有意な減少が認められた。24 (2012) 年にも、23 (2011) 年よりは緩和されていたが、22 (2010) 年よりも ASD と PTSD が多く、大うつ病などの気分障害が減少する傾向が認められた。

抑うつ・不安を主訴に初診した外来患者では急性ストレス障害や外傷後ストレス障害が増加していたこと、抑うつ的な症例の受診者数は前年とほぼ同程度であった結果を図2に示す。ここから推測される事態は、福島県の元来の受診傾向を反映している22(2010)年と比較して、23(2011)年には外傷的な記憶の再体験症状や覚醒亢進症状などの神経系が過活動を強いられる病態が頻繁に出現し、抑うつを中心とした神経系が抑制されている病態の出現が妨げられている状況である。その傾向は、24(2012)

年には 23 (2011) 年よりも平常化されているものの、持続していたと考えられる。

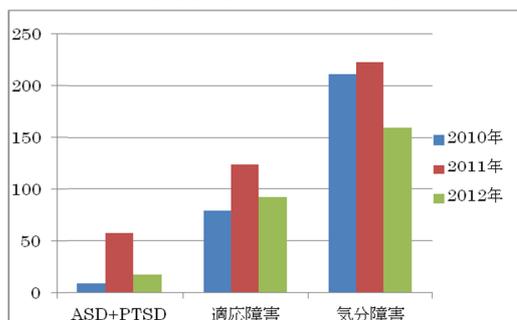


図 2 . 平成 22 (2010) ~ 24 (2012) 年の福島県内の不安・抑うつを主訴に精神科外来を初診した患者の診断について

一般身体科受診者の中で精神医学的問題を持つ患者について

25 年度調査の結果、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 22(2010)年 61 人(2.7%)、23(2011)年 131 人(3.6%)、24(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 22 (2010) 年 22 人 (9 施設 1473 人中)、23 (2011) 年 51 人 (10 施設 2749 人中)、24(2012)年 42 人(9 施設 1503 人中)であり、22 (2010) 年に比して 24 (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が、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 22 (2010) 年 19 (1.3%)、23 (2011) 年 40 (1.5%)、24 (2012) 年 26 (1.7%) であり、年度による相違はなかった。

26 (2014) 年度の追加調査の結果、図 4 に示すように問 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、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%)

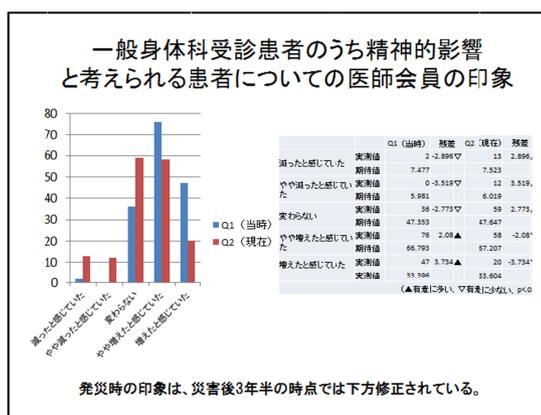


図 4 一般身体科医師の 26 年度追加調査への回答のうち問 1 , 2 への回答であって、震災後に喫煙量が増えたと訴える人は多くはないと医師は感じていると思われた。問 4 への回答で「鼻血を放射能汚染と関連づけて受診した人がいた」と回答した医師は 24 人 (14.8%) おられたので、不安に感じられた一般の方がある程度おられたと言ってよいと考えられた。問 5 で印象に残った患者がいたと回答された医師が 67 人 (41.4%) おられた。

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。8 例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、本人の主訴はそのためであると考えられる傾向があった。

震災関連自殺の実態の分析

本分析の結果、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。1) 年齢、性別に関しては一般の自死者と同様である。2) 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。3) 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。4) 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。5) 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%)。6) 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。7) 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)。8) 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。

大災害から災害弱者である精神障害者や市民を守るための被災地からの提言

大災害直後の制限された環境下で生じる心身の不調を緩和し、避難生活をおくることが予想される被災者が心身の健康を保つための支援、精神障害者への医療支援および保健活動を組織的な枠組みで行うこと、および中長期にわたり支援を継続すること

が精神科医療保健福祉分野で大災害から災害弱者と市民を守ることである。

そのためには、(1)情報の集約化によって混乱を予防し、(2)組織間の機能連携が可能となるよう、平常時から災害時対応の共同イベントや協同業務の企画運営の機会を設けて、組織の間の有機的連携つたて、実際に行っておくことが求められる。その具体的内容は次のとおりである。

精神科医療の分野では、具体的には広域な自治体単位で精神科医療保健福祉災害対策専門対応チーム、あるいは災害拠点精神科病院をつくり、精神科独自の支援体制を整備しておく、災害精神科医療保健福祉コーディネーター(D-MAC)(Disaster Mental Assisting Coordinator)を確保・養成しておく、災害拠点病院及び災害時こころの情報支援センター(独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所内)との連絡体制を整備しておく、EMIS(Emergency Medical Information System、広域災害・救急医療情報システム)等への加入、DPAT(災害派遣精神医療チーム)等の災害精神科医療支援チームを受け入れるシステムを用意しておく、広域応援に関する協定を締結しておく、避難先の医療機関へ必要な情報が伝達できる緊急時情報伝達カードを作成しておくことが必要である。

精神科医療保健福祉の分野では、障がいを持った方を受け入れる福祉避難所を確保する、薬剤を備蓄出来る施設あるいは「災害時医薬品等備蓄供給システム」を各地域に設置する、避難先の保健福祉機関へ必要な情報が伝達できる緊急時情報伝達カードを準備する、地域や自治体を越えて、精神科医療保健福祉の各専門職団体間の支援協定を締結する、各地域の障がい

福祉サービス事業所連絡機関等に災害時精神科医療保健福祉コーディネーター(D-MAC)をもうける、が必要である。

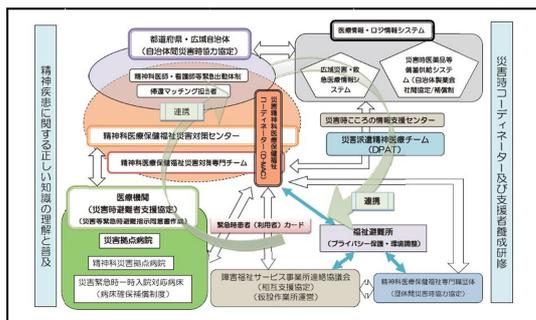


図5 大災害から災害弱者と市民を守る被災地からの提言 ~ 精神科医療保健福祉サービス従事者の立場から ~

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24(2012)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。私たちは、また、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の違いが認められた。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。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)中高齢、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

本研究 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考え。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。

4) 大災害から災害弱者と市民を守る提言の意義

私たちがまとめた提言は、大災害を実際に体験した中で実感した問題点を出発点として作成したものであり、リアリティを持つものあると考えている。ここで提言した、提言した私たち自身が率先して実現に努力し、国、自治体や社会にも真剣に受け止め実現する努力を払っていただけることを期待している。DPAT(災害派遣精神医療チーム)等の災害精神科医療支援チームの派遣と受け入れのシステム、広域応援に関する自治体間の協定締結、福祉避難所の整備など、動き出している部分もあるので、今後の進展に期待したい。

E 結論

東日本大震災と原発事故のような複合大災害が起きることは稀であるとはいえ、「東海」「東南海」「南海」の大地震はいつおきても不思議ではないと言われている今日、東日本大震災と原発事故の与えた精神医学的問題の教訓から学び、起こりうる将来の大災害に備えることは重要である。

今回の大災害の精神医学的影響を福島県において調査研究した私たちの研究結果からは、次の諸点を大災害への備えとしてまとめておきたい。このまとめが、起こりうる大災害の精神的影響・精神医学的問題を最小限に抑えるために役立つことを願っている。

- 1) 災害直後から精神医学的問題は起こるものであり、災害後の時期に応じて起こりうる問題が異なる。精神疾患の悪化あるいは新規発生には、時期により問題が異なることを念頭に、対応策をとることが必要である。
- 2) 精神医学的問題は一般身体科の診療施設受診者のなかにも現われる。一般身体科医師が、今回の調査研究から得られたリスク因子を念頭に診療を勧められるように啓発活動を行う必要がある。
- 3) 災害による避難生活などの長期化により、関連自殺の問題が起こりうる。今回の研究から得られた関連自殺のリスク因子と早期介入のポイントを、こころのケアに当たるスタッフが心得て活動できるように、広く啓発活動を行うことが必要である。
- 4) 大災害から災害弱者と市民を守る提言に含まれる施策を、早期に実施するように私たち自身を先頭に、国、自治体、社会が努力することが望まれる。

F 健康危険情報

東日本大震災と原発事故のような複合大災害は今後も起こりうる実際の危険なので、そうした大災害が与える精神医学的影響に備え、問題を最小限に抑えるための対策を

講じること、関係者に啓発活動を行うことが切実に求められている。

G 研究発表

1 論文発表

- 1, 丹羽真一：福島原発事故
日社精医誌 21 : 195-200, 2012.
- 2, 三浦 至、和田 明、板垣俊太郎、矢部博興、丹羽真一、福島県精神科医療施設合同調査グループ：福島県における震災ストレスと不安・抑うつ 精神科外来における新患調査からー
臨床精神医学 41 : 1137-11142, 2012.
- 3, 和田 明、高橋高人、矢部博興、丹羽真一
福島県における震災・原発事故後の精神科医療 精神科診断学 5 : 77-80. 2012.
- 4, Y Kunii, A Wada, J Matsumoto, H Yabe, and S Niwa, Worsening of Manic State in Patients with Bipolar Disorder Following the Fukushima Disaster.
Psychiatry Clin Neurosci 66 : 622-623, 2012.
- 5, 丹羽真一：災害ストレスと PTSD ; 災害医療の観点から：福島原発事故による災害ストレス反応の特徴 Pharma Medica 30 : 31-39, 2012.
- 6, 丹羽真一：東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第 1 回連載開始にあたって 精神医学 55 : 89-91, 2013.
- 7, 丹羽真一：東日本大震災・福島第一原発事故による避難生活と睡眠障害
Clinical Neuroscience 31 : 238, 2013.
- 8, 小西聖子、丹羽真一、細谷光亮、大津留晶：震災と原発事故、こころの健康にどう向き合っているか。 福島県立医科大学附属病院被ばく医療班編、放射線災害と向き

合って 福島に生きる医療者からのメッセージ。 pp.189-208, ライフサイエンス出版, 東京, 2013.

9, 重村淳、前田正治、大江美佐理、加藤寛、亀岡智美、藤井千太、松本和紀、佐久間篤、上田一気、矢部博興、増子博文、三浦至、國井泰人、谷知正章、郡司啓文、中野友子、白瀉光男、児玉芳夫、脇園正宣、丹羽真一
大規模災害後の外傷後ストレス障害(PTSD)の治療実態調査 多施設間後方視調査
トラウマティック・ストレス 11 : 51-62, 2013.

10, 米倉一磨、佐藤照美、西内実菜、大谷廉、河村木綿子、木村文彦、佐藤里美、佐藤菜摘、須田聡、羽田雄祐、廣田信幸、伏見香代、大川貴子、丹羽真一：福島県相双地区の心のケアの活動報告 相馬広域こころのケアセンターなごみ 9 カ月間の活動からー
トラウマティック・ストレス 11 : 75-82. 2013.

11, 丹羽真一：東京電力福島第一原発事故による災害ストレス反応の特徴と今後の課題 郡山精神医療 27 : 17-25. 2013.

12, 丹羽真一：震災・原発事故とメンタル・ヘルス 福島農村医学 54 : 13-23, 2013.

13, 丹羽真一：福島複合震災からの精神科医療保健福祉の復興・新生 心の元気 9 : 26-27, 2013.

14, 丹羽真一、金 吉晴、秋山 剛：東日本大震災・福島第一原発事故と精神科医の役割 第 8 回放射線災害への不安と精神科医
精神医学 55 : 899-908, 2013.

15, 丹羽真一：多文化間精神医学会創立 20

周年を祝してー第 17 回大会と東日本大震災・原発事故による福島複合災害

と文化 12 : 132-133,2013.

16, 丹羽真一、秋山剛、前田正治、澤 温、前田 潔、斉藤万比古、朝田 隆

精神医学・精神科医療関係団体の活動(1)
精神医学 55 : 1111-1121, 2013.

17, Wada A, Kunii Y, Matsumoto J, Itagaki S, Yabe H, Mashiko H, Niwa S.

Changes in the condition of psychiatric inpatients after the complex Fukushima disaster.

Fukushima J Med Sci. 59:39-42, 2013.

Mental disorders that exacerbated due to the Fukushima disaster, a complex radioactive contamination disaster.

Junya Matsumoto, Yasuto Kunii, Akira Wada, Hirobumi Mashiko, Hirooki Yabe, Shin-ichi Niwa. Psychiatry Clin

Neurosci. published online: 31 OCT 2013

18, 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.

19, 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.

20, 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.

21, 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 .

22, 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.

23, 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.

24, 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.

25, 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：昭和学会雑誌 74:43-50,2014.

26, 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

1, 平成 24 年 2 月 5 日 早稲田大学国際会議場 第 4 回日本不安障害学会学術大会 シンポジウム 丹羽真一

- 「福島県における震災支援について」
市民公開講座 東京大学安田講堂
「大震災による精神障害への影響」
2, 平成 24 年 2 月 18 日 東京医科歯科大学
日本精神保健福祉政策学会第 21 回学術大
会 シンポジウム 丹羽真一
「大震災と精神保健福祉政策」
3, 平成 24 年 2 月 25 日 長陵会館 記念ホ
ール 第 74 回日本心身医学会東北地方会
ランチョンセミナー 丹羽真一
「大震災・原発事故と心のケア」
4, 平成 24 年 3 月 15 日～16 日 学術総合
センター 第 31 回日本社会精神医学会
企画シンポジウム「福島での災害と精神医
療の現状」 大川貴子、丹羽真一
「福島県相双地区における東日本大震災お
よび原発事故発生後の精神保健活動につ
いて」
和田 明、三浦 至、板垣俊太郎、増子博
文、矢部博興、丹羽真一
「東日本大震災後の福島県における精神科
入院患者の病状変化と新入院患者の動向」
5, 平成 24 年 3 月 18 日 福島県立医科大学
附属病院 第 1、2 臨床講義室
第 23 回福島県精神医学会学術大会
大口春香、和田 明、三浦 至、松本純弥、
境 洋二郎、丹羽真一
「東日本大震災にて急性ストレス反応を示
した一例」
6, 平成 24 年 6 月 9 日 福岡市 クローバ
ープラザ 第 11 回日本トラウマティック・
ストレス学会 シンポジウム 丹羽 真一
[福島第一原発事故がもたらしたもの：その
広がりと衝撃]
7, 平成 24 年 6 月 16 日 会津坂下町 中央
公民館 第 60 回福島県農村医学会総会
特別講演 丹羽真一
[東日本大震災と原発事故後の心のケア]
8, 平成 24 年 9 月 15 日 神戸市 生田神
社会館 第 16 回兵庫県精神神経科診療所協会
学術講演会 特別講演 丹羽真一
[福島の複合災害と心のケア]
9, 平成 24 年 10 月 10 日 大阪国際会議場
第 1 回日本精神科医学会学術総会
シンポジウム 丹羽真一
[福島第一原発事故がもたらしたもの：その
広がりと衝撃]
10, 平成 24 年 10 月 19 日 郡山市 ホテル
華の湯 第 9 回当事者研究会全国交流集会
講演 1 丹羽真一
[東日本大震災からの復興と福島]
11, 平成 24 年 11 月 10 日 京王プラザホ
テル 第 4 回日本こころとからだの救急学会
教育講演 丹羽真一
[福島における震災・原発事故とメンタル・
ヘルス]
12, 平成 25 年 2 月 10 日 福島市 コラッ
セふくしま 医師の「仕事と生活の調和」を
めざすネットワーク福島 第 5 回シンポジ
ウム・総会 講演 丹羽真一
[災害とメンタルヘルス]
13, 平成 25 年 4 月 26 日 精神科医療研
究会 丹羽真一 「震災・原発事故とメンタル
ヘルス」
14, 平成 25 年 5 月 23 日 第 109 回日本精
神神経学会 シンポジウム 丹羽真一
「福島の復興とメンタルヘルス」
15, 平成 25 年 6 月 12 日 福島県精神保健
福祉協会 総会 講演 丹羽真一
「福島の復興・再生と精神保健福祉協会」
16, 平成 25 年 10 月 13 日 第 67 回東北精
神神経学会 シンポジウム 丹羽真一
「福島における原発事故の影響の問題」
17, 平成 25 年 11 月 24 日 FMU-IAEA シ
ンポジウム 基調講演 丹羽真一

「福島からの教訓：複合災害に対して抵抗
力があり回復力があるメンタルヘルスケア
システムの形成」

18, 平成 25 年 11 月 30 日 第 5 回 日本こ
ころとからだの救急学会 基調講演

丹羽真一 「災害とメンタルヘルス 避
難生活が長期化する福島の場合」

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」