

レスになった。

-帰国生活のフォロー必要

社員家族は初期に帰国された方は家族の判断で、後は会社よりの判断で、とさまざまだったようです。子どもさんの居る方は病院にもいけず帰国したもののばい菌呼ばわりされて、子どもさんも大変だったと話している方も居ました。帰国生活のフォローももつとあっても良かったのでは。

他の会社に比べ、とてもお粗末なものだったと思う。一時帰国者への社宅の提供はあってしかるべきだったと思う。

帰国費用負担など適切。但し、飛行機代のみで宿泊費の負担は自己負担であり、必ずしも十分ではなかった。

-本社からの連絡要

もう少し本社から連絡があったほうが良い。(夫が話さなかったのかもしれない)

-会社もふくめ一人ひとりが危機管理について考える時

実家ではあたたかく迎えられたが、中には家には来ないで欲しいと言われ、ずっとホテルで過ごしたという人もいたし、香港から帰国者を空港に迎えに行った人が勤務している会社からしばらく休めと言われたり。これはすべて日本でのマスコミの報道の仕方に問題があると思うし、日本で患者かてていないということでの危機感と、反対に会社や社会がそれほど真剣にSARSに対して取り組んでいない表れだったと思う。まだ完全に冷まったわけではないと思うし、もう一度会社、個人が危機管理について考える時だと思う。

D その他、意見や感想(例 あればよかったなと思うこと、SARS 禍で良かった点、大変だったこと等)(自由記述)(回答率 41%)

◆日本のマスコミ批判 —正確な情報提供を—

ただ、前にも書きましたか、SARSに対する日本のマスコミの報道がひどすぎる！その結果、日本在住の人々の間に誤解が生まれて、香港から一時帰国した私達はいやな思いをしました。言葉は乱暴ですが、日本でも患者か出れば、もうちょっとイイ意味の正しい理解が広まったと思います。

マスコミの報道について騒ぐだけ騒いで、今現在どのように落ち着いているか等、結果に相当する部分の報道が全くされていない。

◆本社対応への批判 今後の要望

SARSのせいで夏休みか 2 週間と短く、子供にとっても負担。また秋以降また流行するのはという不安も抱えながらの生活もかなりストレス。会社ももしたまたその様な事態になったら誠意ある対応で家族のことを考えてほしい。

会社からの対応をもう少し早くしてほしかった。

実家にもいつまでもいるわけにもいかないしなどと思い、会社か社宅を提供してくれ

たらもつとゆっくりしてきたかもなどと思ったりもした。

◆日本政府 香港政府 中国政府への批判 評価

-総領事館への批判

反面日本政府の対応に不満を感じます。外務省の方の説明会も結局は現場を知らない方による単なる気休めに過ぎなかったし、彼らの対応は在住日本人を不安にさせました。

在香港日本領事館からのSARSに対する情報提供が遅く、不十分であったように思う。

-日本政府の対応の遅さ

今回のことて日本政府の対応の遅さについて改めて認識させられた。他国の対応の早さに驚いた。

-香港政府への評価

香港政府の対応の遅さを嘆く声も聞かれたが、個人的には初期の対応の遅さを除けば、良かったのではないかと考えている。

◆SARS 禍の生活

私の周りでは①MTR バスに乗らないように②マスクをする③手洗いをしてましたか、誰も帰国せず、日々ゴルフやら何やらしてました。あ、あと九龍側には行かないようにしてた人が多いですね。

病院かとても怖い場所になっていたのて、風邪などひかないように気をつけました。

外出は控えていましたか、生活自体は普段と大差ありませんでした。

-SARS 禍での不安

日本での報道があまりにも誇張され、まるで香港全体が感染しているかのようだった。中国の実際の感染者数の隠蔽など何を信じていいかわからずとても不安だった。どのようにして感染するかもわからないので外出する時は近所でも緊張し、帰ると消毒、手洗いは欠かせず常時気にしていた。知人に会ってもマスク越しで話したり、不便極まりなく、マスクも息苦しく暑かった。日本に帰国した時はホッとしたか、報道のされ方かオーハーであまり出かける気にもならず、実家でじっとしていた。

香港にずっと滞在していたんですか、毎日毎日感染者が増えていっている時はかなりのストレスがあった。感染ルートがはっきりしていなかった事もあるけれど、もう少し確実な情報かほしかった。

万が一という事があると日本でのTV報道などで自分達は一体どんな扱いをされるのかこわかった。

-ハイ リスクな人々- 若い子どものいる家族 夫婦のみの家族

3月半ばから"日本人が(子ども)30人も感染した"などのデマがまことしやかに流れ、とても不安を感じた。何度家中の床やソファなどをアルコールで拭いても気が済まず、手指ががさがさになるほど床を拭き、手を消毒するの繰り返して日中を過ごし、夜は

全く眠れなくなった(2歳と0歳の子どもが感染することや私達親が隔離された時誰がこの子達の面倒を見るのか?)3月31日日本に帰国し、子どもと外出できること、せきをしている人などにおびえなくて済んで心底ホッとした。その後2ヵ月半日本で過ごすにあたり、親しく接してくれる人と避ける人と思いきり2つにわかれた。

子どもさんをお持ちの駐在員の方が1番大変だと思った。またおこさんがいない奥さんか外に出られずノイローゼになってしまわないか心配だった(香港が高層ビルが多いので特に)。

今妊娠中なので冬にSARSが再流行しなければいいと強く思っております。

◆一時帰国生活で困ったこと、よかったこと

日本で一時帰国中に香港帰りということと周りから過剰反応されたという話を尺山聞いて複雑な思いがした。いつ香港に戻ることが出来るのかわからない状態のまましばらく日本の実家に滞在することになってしまったので精神的に落ち着かなかった。それでも結果的には香港を離れ日本に一時的に滞在したこととマスクなしで普通に呼吸出来ることのありがたさを実感し、ストレス軽減につながったと思う。てもその反面、夫は日本へ帰ることもままならず、一人香港でSARS騒動の最中も普通に通勤していたので夫のことを考えると心配事がつきなかつた。

-感染原になることの恐れ

一時帰国のとき、もし万が一自分達がSARSに感染していて回りに迷惑をかけることになったらと不安だった。

とにかく一時帰国の時自分達がSARSにかかっていないかそれが一番不安だった(まわりにも迷惑)。

-被差別感

香港から一時帰国と言うだけですーっと横にさげられた。

大変だったことやはり差別されていたような気がする(同じ日本人なのに香港から帰国と言うことで)

-子どもの学校

日本人学校の校長交替時期のため学校から日本の学校に向けてのフォローが全くなく、ひさんてした。校長として責任持って帰国児童の扱いに対して力添えをしてほしかった。先生の子供達はすんなり体験入学していてとても不快でした。会社からても小学校などに対して帰国児童受け入れを申し入れなどしてほしかったです(ちょっと筋違いですか)果たして今秋以後万一SARSが発生した時日本国内の受け入れはきちんとととのっているのでしょうかー。

体験入学の時、香港からと言う事は、校長先生、教頭先生、担任の先生のみにはしか言わない事にして通学。

子供を実家近くの小学校に体験入学→転入→転出→香港日本人学校に再転入という形をとった。日本の政府の対応が遅く悪い。各自治体に任されているので、大

阪では手続きか衆、東京では煩雑だった！子供が体験入学中にけがをしたが、学校に文句も言えなかったことがくやしい。その時の先生の態度が許せない(今になって体験入学させたことを後悔している。)

私自身ではなかったが、日本に戻っても子どもがばい菌扱いされたり、近所の人の目があって、全く外出できないという話を聞いた。いつ香港に戻れるかわからない状況で学齢期の子どもがいると早く日本の学校に入れたほうがいいのか等悩むこともあり大変であった。

-病院の対応への不満

私は妊娠中だったこともあり、家族のすすめもあって大事をとり日本に帰国いたしましたか帰国後一ヶ月以上経ち、潜伏期間もとうに過ぎているのに、病院の妊娠健診時に待合室から隔離されたり、医師 看護婦にヒニール手袋 マスクをされた状態で健診をされ、ショックを受けました。これも日本のマスコミの過剰報道のゆえだと思えますし、もう少し対応を考えていただけたらと思います。

SARS 流行中はほとんど日本に滞在していましたか、3 月末に帰国してすぐに子供の体験入学のため事前に検診が必要で近くの医院にtelして診察をしてくれるかどうかを確認したが、どこも「大きい病院～」と言うだけでとても不安になった事があり、マスコミが騒いでいるほど医療機関には情報が行き渡っていない事に気づき、政府の対応の悪さを痛感しました。そして安全宣言が出された後、ようやく街中でSARSに関するポスターが見られるようになった。不安一杯で帰国した当初(3 月末)にポスターが見られたら精神的にも違ったと思います。SARSが治ってからポスターをはっても遅すぎる。たまたま日本で流行しなかったから良かったけど。と思います。

◆SARS のプラス面

-衛生観念の向上

多くの方がなくなってしまった結果は残念だが、今回の SARS により香港市民の衛生観念が大きく改善されたように思う。もしまた流行ることがあっても被害を最小限におさえられるのではないだろうか。

SARS 禍によって、香港の人達の衛生意識が高まったのは大変良かったと思います。このまま習慣になれば良いと思っています。

SARS 禍により、香港での衛生に対する関心が高まったことは喜ばしいことだと思う。特に街中に消毒液のディスペンサーが設置されたことは画期的だと思った。

日本人に比べてあまりきれい好きとは思えない香港人が、環境について個人ベースで考えるようになったことは良かった点だと思う。

-支えあい 連帯感

私は SARS 禍が始まった頃、風邪を引き(発熱)、SARS が怖くて病院に行くのを避けていたら、1 週間位経っても回復せず、悪化し、腎盂炎になってしまい、即入院(1

週間くらい)となったことにとっても反省し、その間香港でお友達になった方々から(モハイルで)お電話の励ましを頂いたことはとても嬉しかったですし、とても有り難いと思いました。それと、普通の事なのですか、いつもは忙しすぎる夫と共に夕食をとることが多かったので、少しばかりの良い時間になったような気が致します。最後に私は外国暮らしをされる方は皆同じだと思いますが、「自分の身は自分で守る」は鉄則です。そんな中でメンタルな部分はやはり、人とのコミュニケーションが一番大切な気がします。配偶者、お友達と助け合っていた感が強いです。

同じ体験をした人達との強い団結が出来、今だに親しく出来るのはとても幸せだと思います。私は一週間だけ日本に帰国しましたが、ずっと帰国されていた人にはない信頼感が生まれ、また SARS が流行したとしてもまた乗り越えられるような気がします。

良かった点と言えば、家族で家に居る時間が長かったためいろいろなことを話し合えたこと。

SARSは大変な経験でしたが、古い友人からの励まし、マスクの送付、香港の友人の情報の共有など、友情の再確認もてきました。

家族は日本に一時避難できたが残って仕事していた夫達のことはもちろん大変だと思った。日本人倶楽部のスタッフの方達(レストラン)が心の支えになっていたのではないかな? ありがたかったです。

このような非常事態に頼りになるのは政府や本社よりも、現地の会社や友人 情報だと思いました。

SARSでなくなった方や入院された方々には本当に気の毒でテレビでニュースを見るのがつらかったのですが、改めて家族の事やその存在を考えたと言っている友達もいて、毎日忙しく出張 出張の夫と久しぶりにゆっくり話したり、家具を探しに行ったり、なかなかあえない友人からTELが入ったり、人の暖かさも思い起こさせる数ヶ月だったと思います。普段気にも止めていない人や景色もあの頃はトアを一時間毎に消毒しているおばさんやセキュリティーのおじさん達とも同じ戦友のような気持ちになり、不思議な空気が私たちを包みました。香港がますます好きになりました。

香港に留まっていた人達でボランティア活動が出来た事、また友人同士で慰めあって語り合えた事が一番良かった。SARSという思いもよらない禍の中で自分にとって何か出来ることはと考えると、例えばSARSの情報を関係者に知らせるとか、お互いに励まし合って乗り越えられた事が何よりも嬉しく思う。

-IT 技術の恩恵

情報収集に関してはインターネットが一番役に立った。広東語、英語のニュースでは100%の理解が得られず、推測になってしまうので、もしインターネットがなかったらストレスはさらに上回っていたと思う。香港在住の方で広東語のニュースを日本語に訳し、感染者数も日々アップデートするサイトを運営している方が本当に役

に立った。日本の報道にはかたよりのない冷静さが望まれる。情報を正確に得ることが自己防衛の一步だと思う。

-その他

- ・ この SARS は歴史的な状況でもあったと思います。このような体験を通して人間の”ひとがら”が顕著に表れ、人間ウォッチングとしてはとてもよい体験となりました。非常時には”素”の人間の姿が見られるもので、まして、命の危険が迫ってくる時ですから尚更でした。この状況下で心優しい、思いやりのある方に接することができた事は幸、と思えました。自分の体調にとっても敏感になることによって、かなり健康管理ができてくるということは私にとっては大きな発見でした。とにかくどのような体験も受け入れる」という前向きな気持ち作りは生活の知恵だと思えました。今はよい体験であったと心から思っています。

日本に一時的に帰れたことは良かった。

良かった点 家族の大切さを再認識した。

◆その他

-SARS 再発に関して

今は不安から遠ざかっていますが、冬にまた SARS が流行するかもしれないというわさを聞くと心配になります。SARS 直後でも、MTR 車内で子どもに小便をさせているような香港です。衛生面に対する国民の意識が変わらない限り、またこのようなウイルスが流行してもおかしくはないと思っています。

今は冬にまた流行したら という不安が払拭できません。一日も早いワクチンの開発を望んでいます。

今はとりあえずほっとしているが、また冬に流行するのはと考えると。もうあの時のような気持ちを味わいたくない。

今心配しているのはまた SARS が戻るのでは?と皆思っているのです。9 月という人もいるし、冬に(寒く)なるという人もいるし、皆不安なのです。中国政府の発表は信じていないのです。この教訓を生かし、衛生には注意するようになったと思えますが、正しく早い情報が私達に届くといいのですが。

-中国社会への要望

- ・ 香港は伝染病がすぐにひろまりやすい建物の構造をしていて、人口密集地域もあり、また広東人は(中国人)何でも食べる人種。おこるべくして起こったことだと思う。これを機に町をクリーンにして清潔を心がけてほしいと思う。(日本人のように)

-その他

- ・ 香港社会へのボランティアとしては第一線で働いている医療関係者への募金等をすべきだったのではないかと思う。千羽鶴には疑問を感じた。正しい情報を早く知りたかった。

平成 15 年度厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)
テロ等による勤労者の PTSD 対策と海外における精神医療連携に関する研究

分担研究報告書

テロ等による勤労者の PTSD の影響に関する医療経済論的検討

分担研究者 金吉晴 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究協力者 長江信和 (国立精神・神経センター精神保健研究所)

研究概要

本研究では、PTSD の実態や個人的・社会的コストに関わる文献をレビューし、外傷的出来事の発生、および、PTSD の発症か、日米を問わず、深刻な社会現象となっていることを確認した。PTSD は、慢性疾患であり、個人の生活を脅かすと同時に、経済的・医療的コストの増大や労働損失を招いている。幸い、PTSD の予防は、PTSD からの回復を大きく促進することか期待できる。当面の研究課題としては、調査対象者を特定の勤労者に限定し、PTSD かもたらす個人的、社会的コストの算出や、PTSD 予防の効果研究を国内で実施することか必要である。将来的には、個人の苦痛に対する人道的な配慮にくわえて、社会の負担に対する医療経済学的な観点から、効率的な予防策を検討することか望まれる。

はじめに

PTSD は、大規模な災害や事件の直後に社会の注目を集める疾患となっているか、一般社会にどの程度分布するものなのか、どの程度の悪影響をもたらすものなのか、最近まで具体的に明らかにされることなかった。一般的な仮説として、勤労者の安全を脅かす外傷的出来事は、日常生活のなかでも頻繁に生じることか考えられる。深刻な自然災害や交通事故、知人の不幸といった外傷的出来事は、生涯に数度は体験するものである。そして、外傷的出来事の体験者のうちの何割かは、PTSD を発症することか予想される。PTSD は、主観的苦痛や社会的、職業的機能の低下を伴う慢性疾患であり、個人のみならず、社会に対しても大きな負担をもたらす可能性がある。本研究では、外傷的出来事、および、PTSD の有病率や社会的コストに関する、日米の最近の調査結果について報告をまとめる。そして、勤労者を対象とした日常的な PTSD 対策の必要性や、効率的な予防を試みるための研究課題について論じる。

1 研究目的

外傷的出来事や PTSD の実態について、疫学研究の盛んな米国と我が国の知見を比較検討する。文献レビューを行い、外傷的出来事の分布、PTSD の有病率、PTSD かもたらす個人的・社会的コストを明らかにする。

2 文献レビューの方法

PTSD の有病率については、公刊されていない研究も含めて、最新の知見を紹介する。また、PTSD の社会的コストについては、PubMed (2004 年 4 月) において、“Stress Disorders, Post-Traumatic [MeSH Term] AND Costs and Cost Analysis [MeSH Term]” のキーワードにより、系統的レビューを試みた。以下の報告は、本研究の目的に該当する検索結果、および、該当する論文の引用文献のうち入手してきたものについてまとめたものである。

3 結果

1) 外傷的出来事と PTSD の有病率

外傷的出来事や PTSD の有病率について、もっとも数多くの疫学調査が行われてきたのは米国である⁹⁾。その代表例は、1990 年初頭に全米で行われた National Comorbidity Survey (NCS) であった。Kessler et al¹³⁾は、NCS の結果に関して、DSM-III-R 基準にもとづく有病率を報告している。対象となったのは、15-54 歳の一般市民、8098 名であった。分析の結果、半数を超える対象者が生涯に一度以上の外傷的出来事を体験しており (男性の 60.7%、女性の 51.2%)、PTSD の生涯有病率は 7.8%にのぼることかわかった (男性 5.0%、女性 10.4%)。PTSD を高い率で導く出来事としては、男性では、レイプ、戦闘、ネグレクト (幼少期) か、女性ではレイプ、身体的虐待 (幼少期)、武器による脅しか、見出された。外傷的出来事、および、PTSD の有病率は、米国社会の予想を上回るものであったという。PTSD の有病率は、対象者属性、査定ツール、診断基準の違いにより、多少の変動が認められ

るか、最近では、米国の一般人口中の生涯有病率は、おおよそ 5-10%であるとの見解が広まっている¹⁾。

なお、米国では、一般人口を対象とした調査に加えて、特定の被害者 被災者や地域住民など、対象者の属性を限定した調査も実施されている。DSM-IV 基準をもとにした Breslau et al⁴⁾の調査では、テトロイト中心部の住民 2181 名のうち男性の 92.2%、女性の 87.1%に何らかの外傷的出来事が認められ、PTSD の生涯有病率は、男性が 10.8%、女性が 18.3%であったという⁸⁾。

本邦でも、ここ数年の間に、特定地域の住民や大学生、災害の被災者を対象とした有病率調査が行われるようになった。まず、中国・九州地方の 3 県で実施された川上らの調査では、20 歳以上の一般住民 1664 名を対象となった¹⁰⁾。DSM-IV にもとづく PTSD の生涯有病率は 1.1% (男性 0.4%、女性 1.6%) であり、過去 12 ヶ月の有病率は 0.4% (男性 0.1%、女性 0.5%) と報告された。これに対して、首都圏の大学生を対象とした長江らの調査では、2622 名の対象者中、DSM-IV にもとづく外傷的出来事の体験者は 28.8%であった¹⁰⁾。これは米国都市部 (テトロイト) の若者の体験率 (39.1%)³⁾に近づく水準であった。さらに、大学生の 116 名に構造化面接を行った調査では、外傷的出来事 (家族や知人の事故・事件、交通事故、性的暴行など) の体験者は 27.59%、PTSD の有病率 (過去一ヶ月) は 2.59%と推定された¹⁵⁾。また、阪神淡路大震災の 3 年 8 ヶ月後に被災者を対象として行われた加藤・岩井⁹⁾の調査では、仮設住居の入居者 86 名中、9.3%が PTSD と診断された (現在有病率)。PTSD の有病率は、郊外よりも

都市部で、中高年よりも青年期で、平時よりも災害時に高まる傾向が示されている。

国内の有病率調査でも、外傷的出来事の体験や PTSD の発症が決してまれな事例ではないことが判明しつつある。米国よりも全体的に低い有病率が報告されているか、外傷的出来事に曝露される可能性の高い対象者においては、PTSD の発症が一定に認められると考えてよいだろう。外傷的出来事や PTSD の分布は、米国のみならず、日本でも問題視されるべき社会現象といえる。なお、筆者の知る限り、特定の勤労者を対象とした有病率調査は、日本では行われていない。一般の勤労者のなかでも、職種や業種により、外傷的出来事の種類の、ひいては、PTSD の有病率が異なることが予想される。

2) PTSD が及ぼす個人的 社会的悪影響

PTSD に罹患する者は、外傷的出来事について語ることを避け、障害に陥った日常生活を送る傾向があるといわれる。PTSD かもたらす悪影響は、一般の認識をはるかに超えたものであるかもしれない。まず、DSM を診断基準においた場合、第 1 軸の基準 F において、主観的な苦痛や、社会的・職業的な機能障害が特定される。具体的な障害としては、高校 大学での失敗 (40%)、十代での出産 (30%)、結婚生活の不安定 (60%)、失業 (150%) のオノス比を高めることが指摘されている¹¹⁾。また、生活上の支障 (自宅の管理、仕事 家事、人間関係などの障害) は、大うつ病、パニック障害など他の精神疾患や慢性身体疾患の影響と比べた場合でも、最悪なものとして評価されている¹⁰⁾。さらに、PTSD の発症者では、

統制群と比べて、身体疾患の合併率が有意に高まっている⁸⁾。二次的な気分障害や不安障害、物質使用障害を引き起こす可能性も疑われ、自殺行動を有意に高めることが判明している¹¹⁾。PTSDが個人や家族に及ぼす悪影響は、周囲の認識の有無にかかわらず、相当なものであるといえる。

PTSDは、社会全体にも大きな負担を与えている。Kessler & Frank¹²⁾は、NCSの分析結果をもとに、PTSDの現在症による過去一ヶ月の労働損失を試算している。パニック障害に続き、PTSDは大うつ病とほぼ同等の休業日数(0.8日/月)と作業率低下(2.8日/月)をもたらしていた。月に36日の労働損失と、最近の有病率⁴⁾、平均賃金を考慮した場合、おおよそ、全米で1年につき30億ドルの損害が見込まれた¹¹⁾。日本の地域疫学調査でも、大うつ病など他の精神疾患を抑えて、休業日数の多さは最悪であった¹⁰⁾。さらに、南オーストラリアで行われた最近の調査では、交通事故の被害者を対象として、PTSD患者の経済的・医療的コストが算出されている⁹⁾。対象者は、交通事故から平均91ヶ月経過した被害者355名であり、PTSD発症者は全体の29%と推定された。保険診療の費用を比較した結果、対象者のうち、PTSDを発症した者は、そうでない者よりも、有意に高い医療費(平均して1.5倍)を消費していた。また、精神科に通院していないPTSD発症者には、通院した発症者と比べて、医療費は少ないものの、有意に大きな経済的な損失が認められた。

PTSDは、発症者の1/3が10年後も症状に悩まされる慢性疾患である¹³⁾。これまでの研究では、個人や社会に及ぼす負担の一

部分か明らかにされたに過ぎず、全体像の解明は、今後の研究に委ねられている。しかしながら、現時点で最良のエビデンスによれば、PTSDは、個人の生活の質を脅かし、社会における労働損失、経済的・医療的コストの増大をもたらすことが明白に示されていた。

4 考察

外傷的出来事やPTSDの実態把握、効果的な予防策の適用は、もはや重要な社会的要請であるといえる。幸い、PTSDの罹患期間は、治療により大幅に短縮される可能性が指摘されている。Kessler et al¹³⁾の分析によると、専門的治療を求めないPTSD発症者の罹患期間(中央値)が64ヶ月であるのに対して、治療を求めた者の罹患期間は36ヶ月であった。最近のPTSD治療では、認知行動療法とSSRIが第一選択として推奨されており⁷⁾、こうした最新治療の導入により罹患期間はさらに短縮されることか予想される。たとえば、認知行動療法のエクスポージャー法については、約1-2ヶ月程度の治療による優れた有効性が実証されている²⁾⁶⁾¹⁶⁾。

PTSDが個人と社会の双方に著しい負担を強いる疾患である以上、PTSD治療はその負担を最小限に抑える、効率的なものである必要がある。将来的には、費用分析、効果分析、費用効果分析などの医療経済学的な観点による評価が望まれる¹⁴⁾。ただし、現時点では、分析に要する基礎的データが、国内では特に不足している。特定の勤労者を対象とする場合、対象者の職種、業種を限定し、外傷的出来事の種類の頻度、PTSD

の有病率を明らかにする必要があるだろう。そして、PTSD かもたらず生活の質の低下、労働損失（休業日数、作業率低下など）、医療コストの増大などを明らかにし、PTSD 予防のタイミングや頻度、規模などを調整する必要がある。さらに、予防策の効果について、実証的な効果研究を進める必要がある。

最近の文献をレビューした結果、PTSD の悪影響は、日常的、かつ、重度なものであることが考えられた。PTSD 予防は、特殊な災害時に限らず、日頃の精神保健対策に組み入れられることが望ましい。災害時の人道支援を契機とするよりも、日常的支援の効率的な運用を考えるべき時に来ているのかもしれない。医療経済学的な分析を視野に入れながら、勤労者における有病率調査、個人的 社会的コストの算出、治療法の効果研究を基礎的に積み重ねることが、当面の課題であるといえる。

引用文献

- 1) Ballenger JC, Davidson JR, Lecrubier Y, et al Consensus statement on posttraumatic stress disorder from the international consensus group on depression and anxiety *Journal of Clinical Psychiatry* 61(suppl 5) 60-66(2000)
- 2) Bryant RA, Moulds ML, et al Imaginal exposure alone and imaginal exposure with cognitive restructuring in treatment of posttraumatic stress disorder *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 71(4) 706-12(2003)
- 3) Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults *Archives of General Psychiatry* 48 216-222(1991)
- 4) Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD et al Trauma and posttraumatic stress disorder in the community the 1996 Detroit area survey of trauma *Archives of General Psychiatry* 55 626-632(1998)
- 5) Chan AO, Medicine M, Air TM, & McFarlane AC Posttraumatic stress disorder and its impact on the economic and health costs of motor vehicle accidents in South Australia *Journal of Clinical Psychiatry* 64(2) 175-81(2003)
- 6) Feeny NC, Zoellner LA, Foa EB Treatment outcome for chronic PTSD among female assault victims with borderline personality characteristics a preliminary examination *Journal of Personal Disorder* 16(1) 30-40(2000)
- 7) Foa EB, Davidson JR & Frances A The Expert consensus guideline series Treatment of posttraumatic stress disorder *Journal of Clinical Psychiatry* 60(suppl 16) (1999)
- 8) Hidalgo RB & Davidson JR Posttraumatic stress disorder Epidemiology and health-related considerations *Journal of Clinical Psychiatry* 61(suppl 7) 5-13(2000)
- 9) 加藤寛 岩井圭司 阪神・淡路大震災被災者に見られた外傷後ストレス障害—構造化面接による評価 神戸大学医学部紀要, 60, 147-155, 2000
- 10) 川上憲人, 大野裕, 宇田英典ほか 地

域住民における心の健康問題と対策
基盤の実態に関する研究 厚生労働省
厚生労働科学研究費補助金 厚生労働
科学特別研究事業 平成14年度
総括・分担研究報告書 主任研究者川
上壽人 心の健康問題と対策基盤の実
態に関する研究, 2003

rape victims Journal of Consulting and
Clinical Psychology 70(4) 867-79(2002)

- 11) Kessler RC Posttraumatic stress disorder
The burden to the individual and to society
Journal of Clinical Psychiatry 61(suppl 5)
4-12(2000)
- 12) Kessler RC & Frank RG The impact of
psychiatric disorders on work loss days
Psychological Medicine 27
861-873(1997)
- 13) Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al
Posttraumatic stress disorder in the
National Comorbidity Survey Archives of
General Psychiatry 52(12)
1048-1060(1995)
- 14) 武藤孝司 保健医療プログラムの経済
的評価法 篠原出版新社, 1998
- 15) 長江信和 廣幡小百合 志村ゆずほ
か 日本の大学生における外傷的出来
事の体験とその影響, ト라우マティ
ク・ストレス, 2(1), 77-80, 2004
- 16) 長江信和・増田智美 山田幸恵ほか
大学生を対象としたライフ イベント
の実態調査と日本版外傷後認知尺度
の作成, 行動療法研究, 印刷中
- 17) Resick PA, Nishith P, Weaver TL, Astin
MC & Feuer CA A comparison of
cognitive-processing therapy with
prolonged exposure and a waiting
condition for the treatment of chronic
posttraumatic stress disorder in female

厚生労働科学研究費補助金(労働安全衛生総合研究事業)

分担研究報告書

海外における邦人医師による PTSD ケアの基礎的研究

分担研究者

神山昭男・仲本光一・丸山千佳

外務省診療所

研究要旨

海外渡航者数は1,600万人を超え、3カ月以上海外で居住する邦人数は84万人に達するなど、海外に暮らす邦人の数が増えてくるにつれて様々な問題をかかえた邦人も増加し、問題解決に向けてサポートする機能を担う各地の人使館、総領事館への期待も年々高まっている。そこで、本年度は海外各地の在外公館が持つ医療サポート機能に着目し、在外公館勤務の42名の邦人医師(以下「医務官」)が経験したPTSDケアの内容と邦人ケアに利用可能な現地医療機関の実状を明らかにする目的で実態調査を実施した。その結果、約7割の医務官が過去4年間(2000年1月～2003年12月)に計79件(209名、20歳代が最多を占める)のPTSD事例を経験し、その8割については心理面のケアに取り組んでいた。ストレスイベント発生時より1日以内に取り組みを開始する事例が7割を占め、殴る、蹴る、もしくは刃物等による暴力行為や自動車・航空機等の交通事故が誘因となるイベントの半数を占め、アジア・大洋州、中東地域での発生が目立った。また、半数の地域で有事の際に協力か期待できる精神科医療リソース(病院、医師)が存在することか判明したかアフリカ地域にはその割合が低かった。以上から、今後も海外においてPTSDケアへのニーズか増大していくことか予想されるか、これに取り組んで行くには在外公館の領事、医務官に加え現地の医療資源、民間保険会社の緊急移送サービスなどを最大限に活用していくことか基本となる。これらの成果を踏まえ、次年度は日本語環境か乏しい中でPTSD概念の明確化、ケア目標の設定、中長期的なパラダイムを踏まえた介入などを網羅するケア マネージメントの基本を確立していくことをめざし、例えば、医務官かこれを理解し学習していくための基礎マニュアルを作成、現地で試用しながら改訂していく取り組みを課題としていく。

I 研究目的

米国で同時多発テロが発生した 2001 年度には全世界的に航空旅客者数が減少したが、その後、海外渡航者数は 10 年前のおよそ 1.5 倍の 1,600 万人を超え、3 カ月以上海外で居住する邦人数は 84 万人に達した。これは山梨県、佐賀県の人口に匹敵する。

海外に暮らす邦人の数が増えてくるにつれて、犯罪、事故、病気などの問題をかかえ各地の大使館、総領事館などに援助を求めてくるケースも大幅に増加している。

在外公館でとりまとめた邦人援護件数は 2001 年度に総計 14,000 件にのぼり、在留邦人の多いアジア、北米、欧州に特に集中している。邦人援護件数の約 5%は病気に関連し、その中の 1/3 には精神疾患もしくはその疑いがある。

これには、災害、事故などに巻き込まれた PTSD のほか、いわゆる海外生活不適應例、本邦で経験する様々な精神疾患が含まれ、本格的なケアを必要とする事案が多い。

このような現状を踏まえ、昨年度は世界各地で発生する邦人関連の事件・災害の発生状況、大規模事例の具体的内容、現地における邦人援護の取り組みの現状、特に医務官と現地医療機関の連携など、事故・災害に遭遇した海外勤務者を取り巻く厳しい状況に照らし、邦人保護対策における拠点としての在外公館の果たす役割を明らかにした。

また、身体疾患と異なり精神疾患に対しては日本語による意志疎通が診断、治療両面で大きな役割を担い、日本語を駆使できる保健医療専門家が少ない海外での問題解決には大きな限界があること、さらに、ケアの遅れなどから疾病の重症化が起きやすいなど、問題解決をより困難とする多くの要因が存在することから、今後、このような現状にどのように対処すべきか、予防から危機介入までを含めた広い視野での検討が迫られていることを指摘した。

そこで、本年度は海外において各地の在外公館が持つ医療機能に着目し、在外公館勤務の邦人医師（以下「医務官」とする）が過去に経験した PTSD ケアの内容とケア事例の特徴、また、邦人ケアに取り組む際に利用可能な現地の医療機関について調査を実施した。

II 研究方法

1 対象

インド、スリランカをはじめとしてアジア、大洋州、北米、中南米、欧州、中東、アフリカの世界 6 地域に配置された在外公館勤務の 42 名の医務官を調査対象とした。

2 方法

調査は、インターネットおよびファクスを用いて調査用紙を送受信する方法で 2004 年 2 ～3 月に実施した。

調査項目は大きく、1) 属性（性、年齢、在勤期間、勤務経験）、2) 過去 4 年間（2000 年 1 月～2003 年 12 月）の PTSD ケアの経験（PTSD 発生地および発生年月、ケアの対象者数および年齢層、ケアの内容など）、3) 在勤地で利用可能な精神科医療機関および精神科医の有無、

の3点を含む内容とした。

なお、2)については、厚生労働省精神神経疾患研究委託費「外傷ストレス関連障害の病態と治療ガイドラインに関する研究班編の「心的トラウマの理解とケア」に示された PTSD の誘因となりうる 17 項目のイベントを引用した。

これらの結果を項目別に整理分類、集計した。

III 研究結果

1 回答者のプロフィール

回答者の所属先在外公館は表 1 のごとく世界 6 地域に広く分布する。回答者の属性は表 2 に示す。

回答者の男女比は男が全体の約 9 割を占め、年齢分布は男 35～63 歳、女 45～57 歳、医師の勤務経験は男 11～192 カ月、女 47～150 カ月、現在の在勤地での勤務期間は男 4～29 カ月、女 7～11 カ月で、男のハラソキか大きいか、平均的には約 5 年の海外勤務経験を有する。

表 1 回答者の地域分布

地域	医務官(名)
アジア 大洋州	13
北米	1
中南米	4
欧州	10
中東	7
アフリカ	7
計	42

表 2 回答者の属性

属性	男	女	全体
	n=37	n=5	n=42
年齢 (歳)	48.8(6.2)	49.2(10.1)	48.9(6.6)
勤務経験(月)	92(53.6)	67(52.8)	89(53.5)
在勤期間 (月)	13.6(6.3)	14.2(5.7)	13.6(6.1)

mean(SD)

2 PTSD ケアの経験

過去 4 年間の中で調査項目に例示した PTSD を誘発する可能性のあるイベントが認められた事例(以後、PTSD ケア事例という)に取り組んだ経験を有する回答者は 29 名(69.0%)、全

く経験かないと回答した医務官の2倍に達していた。

2.1 ストレスイベントの発生地域

医務官が遭遇した事例件数は総して79件、対象者数は209例、これらを発生地域別に分類し表3に示す。

アンア 大洋川の事例が約3割を占め、中東、欧州が続き、これらで全体の70%に達するか、医務官の地域分布に比して中東における発生件数の多い傾向が認められる。

表3 ストレスイベント発生地域

地域	事例	(%)
アンア 大洋川	23	29.1
北米	5	6.3
中南米	5	6.3
欧州	15	19.0
中東	20	25.3
アフリカ	11	13.9
計	79	100.0

2.2 ストレスイベントの内容

PTSD ケア事例をストレスイベントの内容別に区分し表4(別添)に示す。

最も多く認められたイベントは、「殴る、蹴るなどのひどい暴行」、「交通事故(自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故)」、「刃物や銃などの凶器を用いた暴行」の3項目で、全体の約半数を占めた。

これに続いて、「家族や身近な友人が各項目のような出来事に巻きこまれたことを知って強いショックを受けた」、「その他、ほとんどの人が体験しないような、ひどくノンキングな出来事」、「その他、仕事や家庭の中、あるいは余暇活動中に起きた深刻な事故」、との遭遇によるケース、さらに、「殺人、自殺、災害、事故などで人が死んだりひどい怪我をした現場を目撃した」、「戦争体験(戦闘、従軍、空襲など)」といった恐怖体験を伴うケースが続いた。

2.3 ケアの対象者

ケアの対象者209名は全体として男か女を上回るか、「交通事故(自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故)」、「家族や身近な友人が各項目のような出来事に巻きこまれたことを知って強いショックを受けた」では女の例数か男を上回っていた。

また、年齢層は20代以下の群が最多で、全体として若年者の方が高齢者よりも多い傾向が認められた。

2.4 ケアのタイミング

ストレスイベントの発生時点からケア開始までの経過時間は、1日以内か最多で約7割を

占め、時間経過に従い事例数は減少する傾向が認められた。

2.5 ケアの内容

上位項目の「殴る、蹴るなどのひどい暴行」、「交通事故（自動車、船舶、電車、飛行機などによる事故）」、「刃物や銃などの凶器を用いた暴行」は身体的損傷を伴うストレスイベントと思われるか、ケアの内容は心理面のケアか身体面のケアを上回っていた。さらに全体的にも心理面のケアを実施した事例は8割に達し、PTSDのケアは主に心理面に目標が向けられている傾向が認められた。

3 海外における精神科医療資源

3.1 精神科医療施設および精神科医

本調査で医務官が評価した24在外公館所在地における利用可能な精神科医療施設ならびに精神科医の該当数を表5に、具体的なリストを表6（別添）にそれぞれ示す。また、それらの医療資源がみあたらない17カ国のリストは表7に示す。

全体としては半数を上回る在外公館所在地では利用可能な医療資源がなく、他方、医療先進地であっても欧州では施設、医師ともに少ないことが報告された。また、中南米、中東、アニア 大洋州に比しアフリカに特に少ない傾向が認められた。

表5 在外公館所在地における精神科医療資源

地域	調査対象在外 公館数	精神科医療 機関(%)	精神科医 (%)
アニア 大洋州	13	8(61.5)	8(61.5)
北米	1	1(100)	1(100)
中南米	4	3(75.0)	2(50.0)
欧州	10	2(20.0)	1(10.0)
中東	7	5(71.4)	5(71.4)
アフリカ	7	2(28.6)	1(14.3)
計	42	21(50.0)	18(42.9)

表7 適当な精神科医療資源がない在外公館

パプアニューギニア
 ハンクララニュー
 モンゴル
 ラオス
 ニカラグア
 ウランオストク

フランクフルト
フルガリア
ポーランド
ユノノサハリンスク
ルーマニア
ロシア
アフガニスタン
ユンプト
カーナ
キニア
ノノハブエ

IV 考察

1 海外における精神科医療のニーズ

本調査から、盗難・強盗事件、交通事故のほか暴力行為などで心身の危険、危機に巻き込まれた邦人が医務官のケアを受けている実状が明らかとなり、それは決して珍しい事態ではなくなっていることが示された。

そして、多くの医務官はいわゆる一般診療、もしくはプライマリケアに精通することか求められているか、PTSD ケアも本領域の重要なテーマの一つとなりつつあることが示された。

他方、海外に暮らす邦人にはどのような精神疾患が多くみられるか。各国に勤務する医務官が ICD-10 を用いて診断、集計したデータによれば、1991 年からの 9 年間で「V 精神及び行動の障害 (I00-I99)」は 1,284 件、総疾病件数全体の約 1% であり年次別推移では増加傾向にある。その内訳は、「I45 身体表現性障害」が最も多く、「I41 その他の不安障害」、「F32 うつ病エピソード」、これらで全体の約半数を占め、次いで「F43 重度ストレスへの反応及び適応障害」、「F51 非器質性睡眠障害」、「F10 アルコール使用〈飲酒〉による精神および行動の障害」、「F48 その他の神経症性障害」、「F20 精神分裂病」などが続く。これら 8 項目の疾病等が占める割合は全体の約 9 割に及ぶ（文献 1）。

これによれば、まず外部環境への適応障害と思われる病態が多い点が特徴である。従来からしばしば指摘されてきたことではあるが、言葉が不自由、新たな人間関係の確立が苦手、周囲にサポーターがいない、経済的に余裕がない、などの理由で現地の生活にとけこむことができない、本邦の家族、友人らとの音信も途絶え孤独な生活が続き心理的にも孤立を伴って行く等々のケースが多く含まれる。

久には、本調査の成績が示したごとく重度ストレスへの反応および適応障害が多く含ま

れている点である。ただし、本調査の回答には多くの経験を積んでいる者とそうではない者との差異が明らかに認められた。このことは、未だにPISDケアの定義は一般化されているとはいかたく、その影響が反映されていたのではないかとも思われる。PTSDの概念が強大かつ不旨のストレスに弱い人間の心性を背景にしているとはいえ、一般診療の基本的なコンセプトとして定着していくとすれば、どのような内容かよりふさわしいのか、今後の検討課題ではなかろうか。

2 海外におけるケアの現状と課題

昨年の研究成果で示されたように、海外における邦人保護対策の拠点となる在外公館では領事担当者か邦人の相談窓口を受け持つ。この職務は、医療機関の情報提供、国内の家族との連絡支援、現地警察や保険会社への連絡の助言、現地で治療か不可能な場合、緊急移送に関する助言・支援などで、外務省海外安全ホームページ

(<http://www.pubanzen.mofa.go.jp/>) に詳しい説明か掲載されている。

領事かメンタルヘルスケアの必要かあると認めた場合は、最寄りの保健医療専門家、もしくは医務官の応援を求め医学的なサポートを開始する。したかつて、近年は医務官によって領事とともに在留邦人の保健相談を担当する機会か多くなっている。

例えば、在タイ大使館に依いて邦人援護件数か多い在フランス大使館では、嘱託医と医務官か協力して多くの案件に対応している（文献2）。精神科治療は必要か自傷他害の可能性は低い場合には早急に帰国するよう働きかけ、自傷他害の可能性か高い場合は公的病院の外国人専用病棟に入院のアレンジを行い、ほぼ2週間を目途として日本への移送か可能な状態になるまで入院治療を実施することを基本としている。

このような考え方の根拠として、第一に、内科、外科などと異なり、現地で精神科治療を積極的に行い成果をあけることは一部の例外をのぞき極めて困難であるということ。著者（神山）は、これまで延べ30カ国以上にてメンタルヘルスケアを行ってきたか、現地の医師と共同で診察を行った場合、特に意識障害や幻覚妄想状態などの病態では診断の不一致か多いという事態を多く経験している。

第二に、関与をしなければ事態か悪化、もしくは重症化する可能性か高くなることかあけられる。多くの場合、身の回り世話をする人材に恵まれず、生活管理かできないことによる危機も無視できない。

第三に、時期を逸すれば航空機による帰国さえ困難となり、健康管理上、経済上、ひいては社会的信用等においても本人の大きな損失となる可能性か高く、これを回避する必要かあるとの判断による。

ここで問題となることは、わか国における医師免許は海外では有効でなく、例え医務官といえとも本格的な医療活動は実質的に不可能、という点にある。つまり、法的制約に由来する様々な問題か存在する一方で、現場のニーズは次第に高まっている、というシレンマに直面する。今後、海外における災害等への援助活動を行っていく上で、この点をとの

ように克服していけるか、医学医療分野だけでなく、仏学、行政学等の学際的な検討が行われる。

その点からも現地の医療機関の存在は極めて重要である。例え、ことばが通しない、食事がまずい、などの問題があったにせよ有事の際は頼らざるをえない。しかし、現状は本調査でも明らかなことく、それらのリソースに頼ることかてきるのはごく一部の国に限られている。しかも、今回は医療機関評価の基準を具体的に示すことはしなかったため、回答者間に選択のハラツキがあった可能性も否定できない。そのような評価基準を明示した場合、さらに該当するリソースは今回の報告数よりも少なくなる可能性が高い。

3 海外におけるケア・マネージメントのあり方

概して精神科医療のリソースは少ない環境にあって、PTSD ケアを進めて行くにはさらに医療経済の側面も検討しておかねばならない（文献3）。

各国で社会保障制度が異なり、特に外国人の医療費は高額となる傾向がある。そのため旅行前に海外旅行傷害保険に加入しておくことは大きな意義がある。因みに、フランスでは精神科の医療費は他科よりもさらに高額であり、サンタンヌ病院に邦人が1週間も入院すれば100万円以上の費用が生じ患者には大きな負担となる。

海外旅行傷害保険契約会社は医療面のサービスを担当する専門会社と別途契約しており、実際に顧客に対する医療サービスはこの専門会社が担当する。医療を受けたいときには24時間対応の日本人専用電話サービスに相談する。しかし、あくまでも医療確保への助言と実際の移送、すなわち、病院への搬送が業務範囲であり診療は行っていない。

一例をあげれば、シンカポールに本社があり、欧州ではロンドン、パリに拠点があるSOSインターナショナル社の場合、パリ支社がアフリカ、中東、そして欧州の邦人ケースについては一括して現地の日本人スタッフとともにサービスを受け持っている。

精神疾患の場合、基本的な考え方は前述の在外公館と同じであり、本格的な医療が必要と認められた場合は、保険を適用して現地もしくは邦人の保健医療専門家、家族などが付き添い日本をめさして移送するオペレーションを実施する。これを緊急移送といい、身体疾患の場合は日本を目的地とするケースは極めて稀であるが、精神疾患の場合は先の判断から保険会社が負担を承認するケースが多い。なお、慢性疾患で再発例とみなされた場合は保険適用外となる。

緊急移送においては、移送会社が指定する医師から航空機移送の医学的許可を得て、次は航空会社の了承を得る手続きを進める。通常は商業便を利用するか、大災害、事故などで移送患者が多い場合などにはチャーター機を利用する。航空機移送においては、閉鎖空間であること、多くの搭乗客がいること、パリー成田間などでは10時間以上の長時間であることなどを考慮し、向精神薬を適宜利用しながら移送をスムーズに行う必要がある。テロ対策で医薬品といえども手荷物持ち込みが厳しく禁止されているか、最近の航空機内には予め比較的重装備の医薬品、医療機器が積載されている。国内空港到着後は手配した医