

201224071A

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)

大規模災害や犯罪被害 等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成25年(2013年)3月

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）

大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作表・評価に関する研究

平成24年度 総括・分担研究報告書

研究代表者 金 吉晴

平成25年（2013年）3月

目 次

I. 総括研究報告書

- 大規模災害や犯罪被害者等による精神疾患の実態把握と対応ガイドラインの
作成・評価に関する研究 ----- 1
研究代表者 金 吉晴

II. 分担研究報告書

1. 成人 PTSD の薬物療法ガイドライン ----- 9
分担研究者 金 吉晴
研究協力者 荒川 亮介
2. PTSD 診断尺度日本語版の臨床群での妥当性検証 ----- 21
分担研究者 金 吉晴
研究協力者 加茂 登志子
3. DV 被害親子に対するこころのケアガイドラインの開発に関する研究 ----- 25
分担研究者 加茂 登志子、金 吉晴
研究協力者 氏家 由里、伊藤 史エ、丹羽 まどか、中山 未知、
廣野 方子、大久保 彩香
4. 犯罪被害者の急性期心理ケアプログラムの構築に関する研究 ----- 35
分担研究者 中島 聡美、加茂 登志子、鈴木 友理子、金 吉晴、
研究協力者 中澤 直子、小西 聖子、辻村 貴子、吉田 謙一、
成澤 知美、浅野 敬子、深澤 舞子
5. 東日本大震災後の宮城県職員の精神健康とストレス要因 ----- 47
分担研究者 鈴木 友理子
研究協力者 深澤 舞子、金 吉晴
6. 総合病院のための虐待対応マニュアルと虐待防止教育用テキストの
開発に関する研究 ----- 57
分担研究者 石郷岡 純
研究協力者 加茂 登志子、内出 容子

7.	口蹄疫被災における畜産農家・防疫従事者・地域住民の継続的健康調査-----	65
	分担研究者	渡 路子
	研究協力者	堤 敦朗、蒔田 浩平、辻 厚史、重黒木 真由美、 河野 次郎、日高 真紀、野上 朋子
8.	自然災害関連精神疾患への対応のあり方の検討-----	77
	分担研究者	富田 博秋
9.	職場の大うつ病性障害のスクリーニング法探索-----	83
	分担研究者	尾崎 紀夫
10.	災害時における調査研究の倫理-----	91
	分担研究者	飯島 祥彦
11.	被災地域におけるグリーフ・ケア研究—岩手県における実践から—-----	99
	分担研究者	山田 幸恵
	研究協力者	中島 聡美
III.	研究成果の刊行に関する一覧表-----	107
IV.	研究成果の刊行物-----	109

I. 総括研究報告

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））

大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と

対応ガイドラインの作成・評価に関する研究

総括研究報告書

研究代表者 金吉晴 国立精神・神経医療研究センター

精神保健研究所 成人精神保健研究部

研究要旨

【目的】東日本大震災と宮城県口蹄疫後の精神保健の実態解明と、調査の方法論と倫理的課題の検討。平常時の医療における DV 被害、虐待被害、犯罪被害への対応体制の整備。PTSD が発症した場合の治療対応の指針の整備。

【方法】地域住民、行政職員の調査。自記式うつ病尺度の検証、倫理的課題の文献的整理。東京女子医科大学における DV 被害、虐待被害の体制の検討と効果的治療の feasibility の検討。犯罪被害対応のエキスパートの意見集約と司法解剖遺族の調査指針の整備。PTSD 薬物療法のエビデンスの検討。

【結果】

宮城県職員調査では、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は見られなかった。七ヶ浜調査では単回の間診票調査でのスクリーニングによって健康状態に問題を抱える被災者を支援に結びつけることには一定の限界があるものの間診票を普及啓発活動の一環と位置付け、コミュニティーへの働きかけを継続して行うことで、被災者を支援に結びつけることが可能となると考えられた。口蹄疫では、被災農家は改善傾向に、地域住民では被災後 2 年の時点でほぼ平時のレベルに回復していた。遺族対応に有効と思われる要因が示唆された。DV 被害母子、総合病院における虐待症例の発見と対応、診断治療の取り組みが示され、標準的な総合病院における feasibility が示された。犯罪被害に関する専門家の意見集約が行われた。災害時の簡便なうつ病の診断のための自記式質問紙は、大人数の労働者に対しても比較的容易に施行できるという利点を有する。自記式質問紙によるスクリーニングにより、うつ病を早期発見・早期介入することが可能と考える。災害時の調査倫理の特殊な重要性が明らかとなった。災害後に多発すると考えられる PTSD 治療に向けてガイドラインを作成した。

【考察】被災地住民、遺族、県庁行政職員の精神健康とその関連要因が実態に即して明らかとなった。犯罪被害対応のコンセンサスが確認されたことを受け、今後の対応の向上が窺知される。総合病院における DV、虐待などのトラウマ事例への対応が促進される。災害時の調査の方法論、倫理的課題が明確となった。PTSD の薬物療法の普及が期待される。

分担研究者氏名

加茂 登志子

東京女子医科大学付属
女性生涯健康センター 所長

中島 聡美

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部
室長

鈴木 友理子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 成人精神保健研究部
室長

石郷岡 純

東京女子医科大学 医学部
精神医学教室 主任教授

渡 路子

国立精神・神経医療研究センター
精神保健研究所 災害時こころの情報
支援センター 室長

富田 博秋

東北大学災害科学国際研究所
災害精神医学分野 教授

尾崎 紀夫

名古屋大学大学院医学系研究科
精神医学 教授

飯島 祥彦

名古屋大学大学院法学研究科
法曹実務専攻 特任講師

山田 幸恵

岩手県立大学社会福祉学部 講師

精神医療対応への社会的期待は近年、急速に高まっているが、とりわけ東日本大震災を受けて、その関心は急速に高まっている。自然災害の被災者に対しては、被災直後のプライマリケア対応から、住民との関係構築、高度医療へと至る幅広い対応が必要であるが、その効果的な活動についてのエビデンスは少ない。手順について、同震災の心のケアチームを対象とした実態調査を行い、活動内容の検討を行う。さらに害直後の精神保健的な疫学調査の方法論を倫理指針を含めて整備するとともに、宮崎県口蹄疫被害による住民の精神健康への影響調査を行う。平常時においては primary care、から高度医療機関までのトラウマ医療ネットワークを構築し、その feasibility と問題点を検討し、より効果的なネットワークモデルを形成するためのガイドラインを作成する。また早期の被害者の特性の研究は対象者確保の困難から世界的にもほとんど行われていないので、その実態を調査し、その後の受療行動、転帰との関連を検討する。慢性化した PTSD 患者の治療として、認知行動療法（持続エクスポージャー療法）の効果的な研修、訓練方法システムの研究を行う。また薬物療法、精神療法を含めた、PTSD の治療ガイドラインを作成する。また犯罪、災害後の代表的な疾患である PTSD について有効な治療対応の指針を作成する。

犯罪被害者を中心とする医療ネットワーク研究は、primary care 医から、東京女子医科大学、国立精神・神経医療研究センターが連携し、徐々に高強度のケア、治療を提供する。特に後者では高度専門機関としての使命から、慢性 PTSD への治療法の開発、

A. 研究目的

災害、犯罪（犯罪被害者等基本法の定めるところによる）の被害者の苦痛に対する

普及研究に取り組む。

B. 研究方法

- ① 災害時の精神保健医療対応: 東日本大震災の心のケアチームの調査データの解析を進め、中越大震災時の調査結果との比較を行うとともに、災害後のフェーズごとの活動内容の変遷、住民ニーズの変化、それに対応した効率的なケアシステムのあり方を検討する。既存の災害時地域精神医療対応ガイドライン、IASCによる国際災害時精神医療ガイドライン等を参照しつつ、日本の医療実態に即したガイドラインを作成する。合わせて、そのガイドラインに基づいた研修、机上演習などを推進し、テロや感染症のアウトブレイクなど多様な健康危機時に適用できるよう実施の即応体制が整えられるような意見集約を行うとともに、研修効果、知識の増大、心理的な準備性の向上、不安感の軽減などの視点から検証する。研究倫理については先行する指針等を検討し、意見の集約をはかる。震災後の外国語対応による心のケア活動について、外国人対応の窓口となる、大使館員、外国人医療担当者にも聞き取りを行い、それぞれのニーズにかなった事項をガイドラインに含める。
- ② 東日本大震災の後で心のケアチーム活動を行った関係者を対象として詳細な面接調査 (In-depth interview) を行う。それぞれの事案で共通点および特異点を明らかにするために、調査は半構造化面接とし、比較できるようにする。そのうえで、個別の事案での精神保健対応の課題、既存ガイドラインの修正すべき点

を明らかにする。

- ③ トラウマ医療ネットワークモデル: 犯罪被害者に対するケアマニュアルを作成するとともに、対象患者の再来率あるいは精神科への紹介率を指標として効果検証を行う。同時に、東京女子医科大学と連携のある産婦人科、ならびに同大病院救急外来を対象とし、情報提供資料と携帯webサイトを作成し、女性は女性生涯健康センター、男性を同大精神科への受領を促す。慢性PTSD患者には、国立精神・神経医療研究センターにおいて認知行動療法を提供する。(金、加茂、石郷岡、中島)。これらの各段階における患者受療率と、組織としてのスタッフ教育、トラウマへの理解度などとの関連を検討し、教育的介入を行う。特に専属のコーディネーターを配置し、電話相談などの対応に当たることによって受療行動を促す。また初診時被害者の特性、地理的条件、生活状況などとその後の受療率を検討するとともに、primary careと携帯サイトによる補足率の比較、携帯サイトを通じての心理教育の効果を、その後の受療率を指標として検討する。女子医大関連の50施設の協力を得て、情報提供を行い、また携帯webについての広報活動を通じて参加者の増員を行う。またネットワーク運営の問題点、改善点について定期的に協議を行う。3年目はそれまでの反省を踏まえ、さらに安定的な運営を目指すとともにネットワーク形成のガイドラインを作成する。早期受療患者について被害内容、demographic feature、心理的特性、認知行動特性を測定し、その特性を明らかにする。

- ④ PTSD、複雑性悲嘆、母子のトラウマ被害に対する認知行動療法：PTSDに対しては持続エクスポージャー療法の有効性が国際的にも認められており、申請者もRCTを終えたところであるが、今後の均てん化を踏まえ、トレーニングビデオなどを用いた、より効果的な研修教育プログラムを開発し、臨床訓練を実施し、3年目に、訓練を受けた治療者による治療効果のRCTを実施し、効果的な研修教育のガイドラインを作成する。また複雑性悲嘆に対するShearらの開発した認知行動療法、母子ともにトラウマ被害を受けた場合の、母親の養育訓練を通じた子どもの状態改善を目指す母子相互訓練法の効果研究、ならびに指導者の育成を進める。

倫理的配慮

東日本大震災後の活動記録の解析については、一部、行背データを使用することがあるため、疫学研究の倫理指針に基づき、行政データの二次使用に関する手続を取る。治療研究（治療ネットワーク、PTSDの認知行動療法）については関係施設の倫理委員会の承認を得る。治療研究に関しては臨床研究に関する指針を踏まえる。実際の調査、治療研究に当たっては、対象が被害を受けた方々であることを十分に踏まえ、応接の態度などにも十分に配慮し、インフォームド・コンセントの取得に当たっては、自由意志に基づいてなされるように万全を尽くす。データは全て連結可能匿名化とし、匿名化されたデータであってもそれぞれの研究の責任者が管理し、研究生などが研究施設外に持ち出すことは許可しない。

C. 結果と考察

加茂らはDV被害親子とは典型的には母子対であり、取り扱うべきテーマとして女性のトラウマと子どものマルトリートメントの両者が含まれているが、日本では女性支援と子ども支援はそれぞれDV防止法と児童虐待防止法に依拠し、別々の軸で扱われていることを背景とし、現場では、女性支援に重点がおかれた場合子どもへのこころのケアへの取り掛かりが遅れ、子ども支援に重点がおかれると母親に対するこころのケアの必要性が十分に理解されないといった現象に対して、DV被害親子支援に携わる全ての専門家が共有できる親子のこころのケアに関するガイドラインないしハンドブックを作成することを目的とした。今年度はガイドライン作成に先立ち、1) DVに関係する世界的な動向とケアの方向性の検討 - 特にこころのケアと予防の関連から2) 日本におけるDV被害者とその子どもへのケアに関する支援の現状3) 被害親子の精神健康被害と求められるアセスメント4) 専門的支援者に必要なスキルと推奨される専門的治療5) 予防とこころのケアガイドラインの関係概念図について検討した。

中島らは、犯罪被害後急性期における被害者等の心理的負担を軽減するための介入の指針を作成することを目的とし、犯罪被害急性期に被害者等に関わる関係者に焦点を当て、以下の3つの研究を行い、また犯罪被害者の急性期心理社会支援ガイドラインの開発と検証、性暴力被害者の急性期心理ケアマニュアルの開発、検視（検死）及び司法解剖時の遺族への対応の現状と心理

的影響に関する研究を行った。これらのガイドライン等の開発にあたっては、支援者（警察官、早期援助団体犯罪被害者等支援員、法医学者等）および被害当事者（遺族、性暴力被害者等）への聞き取りを行い、それに基づいて個々のガイドラインの開発を行った。「犯罪被害者等の急性期心理社会的支援ガイドライン」の開発では意見収束方法として、すでに様々な分野においてケアや支援のガイドラインの作成に用いられている Delphi 法を適用した。Delphi 法によって 3 回の意見収束を行い最終的に合意の得られた 118 項目を基にガイドラインを作成した。今後は、すでに行っている関係者および犯罪被害者の聞き取りを基に、他の領域、産婦人科、法医学等における急性期の介入のガイドラインあるいはマニュアルを開発するとともに、これらのガイドライン、マニュアルの有効性の検証を行うことを検討している。

鈴木らは自治体職員が災害後、自ら被災しながら膨大な業務に追われことを背景とし、有効な支援のあり方の実証的な知見を蓄積するために、災害関連業務の状況や被災状況などと精神健康度との関連を検討した。東日本大震災の発生後に 2 回実施された宮城県職員の自記式健康調査の第 1 回調査(2011 年 5 月)と第 2 回調査(同 10 月)のデータを連結して、両方の調査に回答した 3743 名(全職員の 70.6%)を解析対象とした。分析には精神健康不調を示す K6 の上位 10%に相当する 10 点以上をアウトカムとして、震災業務ストレス、業務ストレス、被災者ストレスの各領域の要因について、性別と年齢、震災業務への従事程度を調整して、オッズ比を算出した。また職場内コミュニケーション良好群(908

名)、不良群(2730 名)に層化して同様の検討をした。K6 にて 10 点以上は、358 名(9.56%)であった。回答者全体を対象とした解析では、業務ストレスとして、職場内コミュニケーション不良であること(調整済み OR:1.97, 95%信頼区間: 1.43-2.71)、休息がとれていないこと(調整済み OR:3.95, 95%信頼区間: 3.08-5.07)、被災者ストレスとして、家族の死、行方不明等あり(調整済み OR:2.23, 95%信頼区間: 1.23-4.03)、避難所生活を調査時点でもしていること(調整済み OR:2.55, 95%信頼区間: 1.27-5.14)が精神健康不良のリスクを高めていた。職場内コミュニケーション良好群の解析では、休養のみがリスクファクターであった。一方で、不良群では、これに加えて、震災業務ストレスとして苦情相談対応があったこと、被災者ストレスとして家族の死、行方不明等あり、避難所生活を 5 月時点で行っていたことがリスクを高めていた。

石郷岡らは今年度までに 4 つの虐待防止関連法が成立、施行され、虐待事例への対応は一般医療におけるトラウマ被害対策として重要事項となり、各医療機関における虐待防止組織の整備や虐待防止に関する啓蒙が進められてきたことを背景として、総合病院での運用を想定した包括的な虐待(児童、DV 関連、高齢者、障害者)防止マニュアルと、教育用テキスト、研修プログラムの開発を目的とし、東京女子医科大学病院虐待防止委員会とともに作業を行った。虐待対応の実態を理解するために 4 事例を、改変を加えた上で検討した。虐待に関する医療者の知識については調査未施行であるが、今後開発したツールの有用性について検討する際に施行する。

渡らは平成 22 年 4 月に発生した宮崎県に

おける口蹄疫感染事例について、平成 22 年度、23 年度研究を引き継ぎ、感染およびワクチン接種農家（被災農家）、感染周辺地域で飲食業等に従事する者（地域住民）、口蹄疫発生時に防疫作業に従事した者（防疫従事者）の 3 つの集団に対する、口蹄疫終息から 2 年後の復興状況等の全般的状態の調査と精神医学的評価を行い、口蹄疫災害による健康への影響とその背景因子について検討した。そのために 1. 被災農家；被災農家全 1,248 戸のうち、自治体として今年度の協力を得られた、川南町と都農町の 485 戸を調査対象とし、主に保健師による電話および訪問面接での健康調査を行った（3 年目調査）。今年度はそのうち調査完了した 431 戸、466 人について、K6 を用いた精神医学的評価と全般的な生活や健康の状態、健康不調に対するリスク因子等について分析を行った。2. 地域住民；宮崎県食品衛生協会 高鍋支部内にある被災市町飲食業（887 店舗、1,774 人）を対象として、経営状態等の事業内容や心身の状態、飲酒・喫煙等の生活習慣を項目とした郵送によるアンケート調査を行った（3 年目調査）。回収した 365 人（回収率 20.6%）について、K6 を用いた精神医学的評価や、平時の基準となる平成 19 年度の国民生活基礎調査の宮崎県データと比較、分析した。3. 防疫従事者；国、都道府県（宮崎県を含む）、団体（日本獣医師会等）、大学から派遣された防疫従事者（2,139 人）を対象として、口蹄疫における作業内容やストレス状態を項目とした電子メールによるアンケート調査を行った（初回調査）。回収した 977 人（回収率 45.7%）について、K6 や IES-R を用いた精神医学的評価や平時の基準となる平

成 19 年度の国民生活基礎調査との比較、防疫作業が与える影響因子等の分析を行った。

1. 被災農家；K6 によるハイリスク者（13 点以上）の割合は、被災当初の 1.9%から 1.0%に減少した。K6 得点上昇の背景因子は、現病歴があること、仕事経済上の悩み、家族問題があることという口蹄疫関連以外の要因であった。口蹄疫に関する項目との有意な関連は認められなかった。2. 地域住民；経済状況は全体的に下げ止まりの傾向が認められた。口蹄疫災害による健康影響についても、これまでの調査では K6 ハイリスク者（13 点以上）の割合が平時（平成 19 年度の国民生活基礎調査 宮崎県データ）より有意に高かったが、今年度は 3.0%と、ほぼ平時と同水準まで改善した。3. 防疫従事者；K6 ハイリスク者（13 点以上）の割合は 0.8%と平時（平成 19 年度の国民生活基礎調査）よりも低い結果であった。一方で、宮崎県内従事者であること、牛を扱った従事者であること、殺処分に関わった従事者であることが、有意に K6 および IES-R の得点を高めた。

富田らは東日本大震災発生後、宮城県七ヶ浜町の自治体と連携して、災害急性期の精神保健対応を開始し、その後も同町を中心に長期の精神保健活動を継続している。本研究の目的は自然災害関連精神疾患への対応のあり方に関する問題点の抽出とその対策の検討を目的に行うものであるが、平成 24 年度は分担研究者らの七ヶ浜町での活動を中心に発災以降の活動の振り返りと、年度中の活動から被災者の精神面への影響の把握の方法、被災者とコミュニティとの結びつきの促進、相談・医療が必要な被災者を適切な相談・医療機関への結びつきのあり方に関する問題点の

抽出を行った。発災後早期には、精神科医、臨床心理士、看護師、精神保健福祉士などからなる 3-4 名のチームでの避難所巡回、個別訪問、精神疾患罹患者への対応、役場職員への関わりなどを行い、中長期に入ってから、地域の医療保健に関わる組織や仮設住宅サポートセンター、その他、地域内組織と密に連携しながら、セミナー、仮設住宅での茶話会活動、個別相談、被災住民健康調査および調査結果に基づく面接・電話での個別のフォローアップ、町全体への普及啓発などに取り組んできている。災害早期に関わるころのケアチームの活動や連携のあり方については事前にシステム作り、より具体的なプロトコル作り、トレーニングを行っておくことが望ましいと考えられた。警察・消防・自治体職員等支援者の健康を守るシステム、具体的プロトコルの整備も必要と思われた。

尾崎らは勤労者のうつ病対策は産業衛生上の重要な課題である。本研究の目的は、職域におけるうつ病同定のスクリーニングツールとして、自記式質問紙の妥当性を検証するために、労働者 89 人を含む第 1 群に対して、Beck Depression Inventory (BDI) と Two-question case-finding instrument (二質問法) を施行し、さらにうつ病の診断確定の目的で Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) を行った。労働者 1500 人の第 2 群にも BDI と二質問法を行い、第 1 群の得点分布にバイアスがないことを確認した上で、うつ病診断に対する BDI と二質問法の感度、特異度、陽性的中率を算出し、Receiver Operating Characteristic (ROC) 曲線と Youden 指数を用いて至適カットオフポイントを同定した。BDI と二質問法を組み合わせる場合、BDI 得点 10 点以上かつ二質問法得点 2 点以上の組み合わせにより、大うつ病性障害

(MDD) を有する労働者と、MDD としばしば併存する精神障害を有する労働者を最も適切に同定した。

飯島は災害時の調査研究が、将来、災害が発生したとき、被災者の被害を最小限にするために必要なデータを提供するために不可欠であることを踏まえ、また研究参加者となる被災者は、ストレスに曝され、心身共に困難な状態にあることを背景として倫理的課題に取り組んだ。災害時の調査研究においては、研究を迅速に実施するとともに、研究参加者の権利保護が要請される。それに加えて、研究の集中、重複を防止することにより、研究参加者が過度な負荷を負わないようにしなければならない。そのためには、研究者、倫理委員会、行政担当者は、被験者の権利を保護するために、災害発生時において、調査研究を迅速に倫理審査できる体制、および、研究のコーディネートについてあらかじめ議論しなければならないと考えられた。

山田らは東日本大震災で岩手県での死者が 4,664 名、行方不明者は 1,599 名にのぼり、岩手県内だけでも 3 万人を超える遺族が存在するとの推測を踏まえ、死別による悲嘆反応に関する心理教育の効果を検討するとともに、ご遺族のピア・グループの立ち上げにつなげるための臨床研究を行った。心理教育によるグリーフへの理解の向上、およびストレスの軽減する傾向が認められた。被災地の支援の現場からは、ご遺族の悲嘆の語りがかがえるものの、本研究の母体となる遺族ケアのためのセミナーへの参加者が少なかった。このことは、被災地には潜在的なニーズがあるものの、ご遺族が自ら支援を求める状況ではないことが推察された。被災地でのグリーフ・ケアはこれから本格化するものと思われる。

金らは PTSD に対する薬物療法のガイドラインを作成し、特に米国で保険診療の認可を受けている prooxetine, sertraline に関する使用のあり方を呈示した。

D. 結論

DV 被害母子、総合病院における虐待症例の発見と対応、診断治療の取り組みが示され、標準的な総合病院における feasibility が示された。犯罪被害に関する専門家の意見集約が行われ、今後の対応の向上が期待される。司法解剖を体験した遺族に対して、特に配慮した対応が必要である。岩手県の遺族支援調査では支援のために重要と思われる要因が抽出されつつある。

宮城県職員調査では、遺体関連業務や苦情相談対応といった震災下の特殊な業務や惨事ストレスで報告されている要因の影響は行政職員では見られなかった。休養をとれるような労務環境の整備、職場内コミュニケーションが良くないと感じている職員には、苦情相談対応、家族の喪失体験、避難所生活でのストレスなどへの一層の配慮が求められることが示唆された。七ヶ浜調査では単回の間診票調査でのスクリーニングによって健康状態に問題を抱える被災者を支援に結びつけることには一定の限界があるものの間診票を普及啓発活動の一環と位置付け、コミュニティへの働きかけを継続して行うことで、被災者を支援に結びつけることが可能となると考えられた。

口蹄疫では、被災農家は全体として健康状態の改善傾向にあった。地域住民では；被災 1 年後までは、経済的影響を背景として、精神保健的にハイリスクな者の割合が有意に高いことが分かっていたが、今回の

調査で、被災後 2 年の時点でほぼ平時のレベルに回復する経過が把握できた。これまで防疫従事者については、集団としての健康影響は認められておらず、全体として画一的な保健対策を行うことは現実的ではないと考えられる。

災害時の簡便なうつ病の診断のための自記式質問紙は、大人数の労働者に対しても比較的容易に施行できるという利点を有する。自記式質問紙によるスクリーニングにより、うつ病を早期発見・早期介入することが可能と考える。災害時の調査倫理の特殊な重要性が明らかとなった。

災害後に多発すると考えられる PTSD 治療に向けて薬物を用いた効果的な治療の進展が期待される。

II. 分担研究報告

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））
大規模災害や犯罪被害等による精神疾患の実態把握と
対応ガイドラインの作成・評価に関する研究
分担研究報告書

成人 PTSD の薬物療法ガイドライン

分担研究者 金吉晴 研究協力者 荒川亮介
国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 成人精神保健研究部

研究要旨

成人 PTSD の薬物療法のガイドラインを、作成した。PTSD に対する薬物療法として RCT により効果が認められており、米国で認可されているのはセロトニン再取り込み阻害薬（serotonin reuptake inhibitor; SSRI）である paroxetine と sertraline であるので、この 2 剤について使用法をまとめた。アルゴリズム的に治療経過に従った指針を作成した。

I はじめに

II 診断と評価

III 治療適応の判断

IV 治療手順

（資料）DSM—IV 診断基準

（資料）PTSD に対する塩酸パロキセチンおよび塩酸セルトラリンの臨床試験

I はじめに

本ガイドラインは成人 PTSD の薬物療法に関するものである。以下の診断基準、治療法は全て成人 PTSD、すなわち、青年期以降に被害を受けた成人患者を対象としたものである。

外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）とは死亡や重症を生じるような事故や犯罪被害、災害、また強姦、虐待を、直接体験したり身近に目撃することによって生じる、持続的なストレス障害である。体験の恐怖記憶への条件付けにより、その体験が当時と同じ感情を伴ってありありと想起され、その場に戻ったかのように感じられ、仕事などが手につかなくなる。持続的な不安、緊張があり、些細なことで苛立ち、怒りを生じやすくなる。また、その苦痛を避けるため、体験を思い出すような刺激や場면을回避したり、喜怒哀楽の感情が麻痺し、生活の実感が失われる。

被害の後でこうした反応が生じても自然に軽快することが多いので、被害の直後には心理的な保護、社会的な支援を与えて、必要に応じて対症的な治療対応を行って経過を見守ることが勧められる。半年を経て病状が持続している場合には治療の対象となる。それまでも、苦痛が強く、病状の好転が見られないときには治療の対象となる。なお被害の後、数ヶ月以上経ってから PTSD 症状が発生する場合もある（遅発発症）が、その場合でも何らかの精神症状が先行していることが多く、まったくの無症状から遅発発症することは例外的である。

PTSD は 1980 年に米国精神医学会による診断と統計のためのマニュアル第Ⅲ版（Diagnosis and Statistical Manual 3rd: DSM—Ⅲ）に初めて登場した概念であるが、歴史的には Kraepelin E の驚愕神経症、Erichsen JE の鉄道脊髄症などがその前駆型である。この疾患は生死に関わるトラウマ的出来事（死や重傷を生じる出来事、および強姦、児童虐待）を体験した後で、記憶に対する恐怖条件付けが形成されるとともに、過覚醒、回避、解離を反応として生じる。そのような出来事の体験率は米国では男性 60%、女性が 50%で、PTSD の有病率は約 8%である。また最大で 50%が慢性化の傾向をたどるとされている。また自然に回復した人びとにおいても細胞性免疫が慢性的に低下していることも報告されている。

Ⅱ 診断と評価

1 概要

（2013 年には米国精神医学会による精神科診断の見直しが予定されており、回避麻痺症状が新しく組み替えられている。しかし PTSD に対する薬物療法の治療研究は改定前の診断基準に従っているため、症状項目についてはそれを踏襲するが、出来事基準と再体験症状の定義については、新基準によって明確になっているので、それを取り込んでいる）。

PTSD は悲惨な体験から生じる疾病である。そうした体験を話すことは患者にとって大きな抵抗を生じる。そのため、信頼関係が築けないうちは、主治医に対して出来事の詳しい内容や、正確な症状を話さないことがある。したがってプライバシーの保たれる安全な環境で時間をかけて、ときには複数回に分けて話を聞く必要がある。性被害など、異性の主治医に話しにくいと思われる場合には、同性の陪席者をおくなどの工夫も必要である。また強引に話を聞き出すことによる二次被害を与えないように、主治医もしくは医療スタッフは、トラウマ対応や PTSD 治療に関する研修を受講したり、参考図書、HP を参照するなどの準備が必要である。

なお DV や家庭内の暴力の事案では、加害者である配偶者や家族が同席していることがあり、その場合には患者は真実を話すことは出来ないため、本人だけをプライバシーの保たれる環境で診察する必要がある。なお、DV、虐待についての情報が得られた場合、医師にはできるだけ本人の意思を尊重しつつも、配偶者暴力相談支援センター又は警察官に通

報するよう努める努力義務があり、仮に本人の同意が得られなくても情報守秘の義務には抵触しないことが法的に定められている。

2 診断基準

DSM—IVによる PTSD の診断基準は表の通りである。こうした基準を適用する才の注意事項を以下に記す。なお出来事基準と再体験症状については従来より、判断に迷う場合があり、2013 年より施行予定の DSM-5 ではより明確な基準が定められているので、それを踏襲する。

1) 出来事基準

出来事については、本人の陳述だけではなく、できれば客観的な証拠で確認する。本人の陳述だけに頼る場合には、出来事の客観的な細部を確認することが望ましい。

- a. 死、重度の負傷、強姦などの性被害を直接体験するか、目の当たりに目撃する、あるいはそうした出来事が確実に生じるという脅威に直面すること。
- b. 間接的な伝聞は、近親者の事故や暴力による死亡の報せのみ該当する。
- c. 遺体の収集や児童虐待の聞き取りのように、悲惨な出来事の詳しい情報に、何度もさらされること。ただしメディア映像の目撃は、職業的に長時間視聴した場合のみ、該当する。
- d. 注意) これに該当しないような出来事でも、一時的に PTSD 症状を生じることがあるが、その場合は適応障害などの診断や、他の要因を検討する。なお比較的軽微な出来事によって半年以上、PTSD 症状が続くことは例外的である。
- e. 注意) 「症候群証拠」を用いてはならない。これは下記に述べる PTSD 症状が存在したときに、その原因となる出来事が存在した、と推論することである。PTSD 診断のためには、必ず出来事を確定し、その後で症状の確認に進む必要がある。

2) 再体験

- a. その体験の情景や身体感覚を、自らの意思とは関わりなく、当時の恐怖とともに再体験し、あたかも被害の現場に戻されたように感じる。
- b. 再体験症状の中核はフラッシュバック(幻覚や実体験のような感覚を伴った想起)、悪夢(必ずしも体験内容の再現ではなく苦痛な内容で有れば良い)である。
- c. その際にひどく動揺したり、動悸やふるえなどの身体症状を伴い、生活や仕事に支障が生じる。
- d. 再体験症状は体験を思い出すようなきっかけがあると生じやすいが、きっかけがなくても生じることがある。
- e. 単に考えたり、思い出したりするだけでは該当しない。その場に戻ったようになりありと感じ、恐怖感を伴い、現実感が失われることが特徴である。
- f. 強迫観念、妄想と区別のこと。

3) 過覚醒

- a. 持続的な不安、緊張が生じ、物音などの些細なきっかけで過剰に驚いたり、苛立ちや怒りを生じやすくなる。
- b. 集中力が失われ、新たな被害に対して過剰に警戒し、生活が制約される。
- c. 注意) 不安を高めるような身体疾患（甲状腺機能亢進症、心疾患、貧血など）や睡眠障害、カフェインの影響、躁病による興奮、うつ病による焦燥を除外する
- d. 注意) 現在も続いているストレスや二次被害の影響。

4) 回避麻痺

- a. 体験を思い出させるような場所や刺激を、行動の上で回避すること。
- b. 内面的に、体験の出来事やその時の感情の想起を避けること。
- c. 日常生活においても現実感が失われ、喜怒哀楽や親密さが失われ、感情が麻痺すること。
- e. 注意) 実際の危険に対する合理的な回避を除く。
- f. 注意) 薬物やアルコールなどの影響、疲労などによる感情の麻痺を除く。

3. 診断スクリーニング

自記式スクリーニング尺度として、PTSD 診断尺度 (PTSD diagnostic scale; PDS)、出来事インパクト尺度改訂版(Impact of Event Scale, revised: IES-R)がある。

PDS は、東京女子医科大学女性生涯健康センターを受診した性暴力、DV 被害を受けた女性に施行した結果、CAPS (PTSD 臨床診断尺度) を基準とした場合、PTSD 診断の有無に関しては感度 96.9% 特異度 50.0%、陽性的中率 94.0%、陰性的中率 66.7% であり、重症度の相関係数は 0.713 ($p<0.01$) であった。

この尺度の利点は、各項目が DSM—IV の診断基準項目に合致しているので、カットオフ値を用いるのではなく、診断基準に合わせて PTSD 診断の有無が判断できること、施行した結果を診断基準に合わせて確認できること、また日常臨床において遭遇する頻度の高い性暴力被害女性によって日本語版の妥当性が検定されていることである。

4. 除外/併存診断

次項を参照のこと。なお PTSD には精神疾患の併存が多いため、他の精神疾患の存在は必ずしも PTSD の否定にはつながらない。

III 治療適応の判断

PTSD を主たる治療の対象とすべきか、それ以外に治療や対応が優先される、疾患、状態が存在していないかを確認する。

うつ病や PTSD 以外の不安障害などの併存しやすい精神医学的状态、治療に影響を与える不眠、精神病症状や物質乱用、ならびに診断されていない身体疾患（甲状腺疾患など）や、カフェインなどの不安惹起性物質の使用の継続について調べる必要がある。

1. 自殺の危険
2. PTSD 以外に治療を優先すべき精神疾患
PTSD 以外の不安障害、単極性うつ病、双極性障害（特に躁病）、精神病性障害アルコール依存、その他薬物依存、摂食障害、特異的な睡眠障害、等
3. PTSD の不安を悪化させるような身体疾患
甲状腺機能亢進症、貧血、心臓疾患、呼吸器疾患、等
4. カフェインなどの不安惹起性物質の摂取
影響が疑われる場合には離脱症状に注意し、漸減のこと。
5. 治療コンプライアンスの不良
治療選択、服薬遵守、抗うつ薬による副作用の既往、通院困難、等
6. 治療の対象となる、あるいは別のトラウマ被害の継続
7. 妊娠中、または近い将来の妊娠が予測されること
8. PTSD が有利になるような訴訟、交渉を行っている
症状評価に影響する可能性があり、合理的な投薬計画、評価が困難になる場合がある。

解説：PTSD 患者では、うつ病がなくても、自殺未遂率が高いと報告されている。PTSD を発症していない場合でも、外傷的出来事体験した患者では、このような自殺未遂率の上昇が、報告されている。

IV 治療の進め方

1) 心理社会的支援の確保

治療の開始に先立って、トラウマ被害者への心理・社会的ケアを提供する必要がある。その紹介は本ガイドラインの目的を超えるので、末尾の文献1) 3) を参照されたい。

- a. 心理教育：下記の治療選択に先立って、あるいは平行して、トラウマに対する一般的な反応の心理教育を行う。
- b. 社会的支援：回復過程における重要な要素であるが、PTSD においてかなり減少している。社会的支援の欠如が、外傷的出来事後の PTSD 発生リスクの単一の予測因子としては最も重要であるとの報告がある。必要に応じて福祉や他科との連携。
- c. 環境調整：二次的トラウマ、重度のストレスからの保護、病状と治療を理解するキーパーソンの確保（可能ならば）

2) 治療選択

いずれかの治療選択を行う。

- a. 薬物療法

- b. 認知行動療法 治療効果が米国学術会議で認定されているのは持続エクスポージャー療法 (Prolonged Exposure Therapy: PE) のみ
- c. 両者の併用

3) 薬物療法の実施

PTSD に対する薬物療法として RCT により効果が認められており、米国で認可されているのはセロトニン再取り込み阻害薬 (serotonin reuptake inhibitor; SSRI) である paroxetine と sertraline である (資料)。

PTSD に対する薬物療法としては、このいずれかを用いて、PTSD 症状を自記式質問紙を用いて評価しつつ、治療を進める。

これらの SSRI を投与した場合、第 2 週目から第 4 週目までに何らかの有意味な改善が認められることが多い。投与開始から 1 週間後に、怒りと易刺激性に改善が認められやすい。適切な用量の投与開始から 4~6 週間後には、臨床的にある程度の反応が期待できる。また 12 週間後には多くの患者が改善し、少なくとも 50% の症状の軽減がある。さらに治療を継続することによって PTSD の中核症状と全般的な機能が更に改善することが多い。投与開始から 3~6 ヶ月後に寛解状態に至ることが PTSD の治療目標である。投与を 1 年間継続すると確固たる再発防止作用があることが報告されている。

Sertraline についてはセルトラリンを投与した被験者のコホート集団で認められたように、反応に 12 週間以上を要する場合もあり、12 週間後の時点で部分的な反応しか示していなかった被験者の 55% が 35 週間後までに完全な反応を示したとのデータがある。

4) 治療効果の判断

約 6 週間ごとに、スクリーニングで用いた PDS ないし IES-R を施行し、その得点の改善度をモニターする。当初の得点と比較して、改善の程度を次の 4 段階に分類する。

寛解状態：症状の 70% が改善

→ 投薬の継続 投与開始から少なくとも 1 年間

十分な反応：症状の少なくとも 50% の改善、

→ 投薬の継続 投与開始から少なくとも 1 年間

部分的な反応：症状の 25~50% 以上の軽減。

→ 最大耐用量まで増加。もしくは sertraline、paroxetine のうちもう 1 つの薬剤に切り替える。併存する精神疾患の症状が未治療の場合はそれに対する投薬を考慮する。

無反応：改善が軽微である (25% 未満) または全く改善しない。症状の軽減がほとんどない。