

項目18: 特殊事例	要約	
第8章 薬物乱用		
1. 災害後の薬物使用に関する疫学的知見	<p>0. 災害によってアルコールやその他の薬物使用の消費が増加することを示唆している。(Rubonis and Beckman 1991) 1. 被災経験とその後のアルコールや薬物の消費の間には有意な関係が存在するが (Okura, 1975; Logue et al. 1979; D.W. Smith et al., 1999; Rubonis &amp; Bickman, 1991)、被災に加えて他の独立の因子 (被災前のアルコールや薬物使用の既往、被災後の精神症状、災害現場から近い事、資源の喪失、若年、未婚など) が重なると、アルコールや薬物の試用の増加に優位に関連することが研究で示唆された (Vlahov et al., 2002, 2004)。2. 破局的な出来事後に消費が増える薬物はアルコールだけではない。(Joseph et al. 1993; Adams and Adams 1984) 3. 一方で、災害前に大量飲酒、薬物使用の経歴のある者を対象にした幾つかの研究では、被災経験は薬物やアルコール使用と関連しないと示されている (Bravo et al., 1990; E.M. Smith et al., 1990; Green et al., 1990; North et al., 1994)。4. 災害前にすでにアルコールや薬物使用の既往を認めることは、災害後に使用が増加する危険因子である。(E.M. Smith et al. 1990; Bravo et al. 1990; North et al. 1999)</p>	<p>0. ✓ Ev 1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev 4. ✓ Ev</p>
2. PTSDと他の危険因子	<p>1. 疫学調査は一貫してPTSDと薬物使用障害の高い有病率を示している (Shore et al., 1989; Stewart, 1996)。一般的にPTSDはアルコール使用に先行する傾向があることから (Stewart, 1996)、PTSDとアルコールや薬物使用は被災者・被害者の自己治療の手段であることが予測される。</p> <p>2. 2001年に起きた9.11アメリカ同時多発テロ後、テロに暴露された人々の間でアルコール、タバコ、マリファナの使用が有意に増加しただけでなく、リスク要因としてテロ現場に近かったこと、テロ以前12か月以内にストレス経験があったこと、テロ直前にパニック発作を経験した、メディアによる報道に頻繁に接した、という特徴が判明した (Marshall &amp; Galea, 2001; Vlahov et al., 2002, 2004)。加えて、思春期、リソースの重大な消失、未婚が誘因として挙げられる (Kishore et al., 2008; Thompson, 2004; Valhov et al., 2002)。一方、保護要因として加齢、既婚が示されている (Rowe &amp; Liddle, 2008)。</p> <p>3. なかでも災害後の救急要員は過度のアルコール消費傾向を顕著に示す人々である (North et al., 2002b)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>

<p>3. 危険飲酒</p>	<p>1. 一般成人の間で危険飲酒の割合はアルコール乱用・依存率よりも高いが、災害後により多くの人々がアルコール使用障害基準に達する問題飲酒行動に走ることが予測される。</p> <p>2. 大量飲酒を定義づける飲酒量(米国ガイドラインによる)により(Dawson et al., 2005)、多くの身体疾患の危険性が上昇(Rehm et al., 2003)するものの、主治医ならびに精神科医による危険飲酒診断率は実際よりも低いことが頻りに観察されている。</p> <p>3. 国立アルコール乱用・依存症研究所(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism: NIAAA)のガイドラインは、危険飲酒への適切な治療対応として助言と援助(患者に飲酒パターンを自ら変える準備ができているか見定める)を柱とする短期介入を記しているが、同時に身体医学的、精神医学的、心理社会的問題を含めた併存する問題を明らかにすることで患者の飲酒行動を紐解き、身体的・精神的障害の治療の必要性に対応できる態勢を整えておくことが重要である。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
<p>4. スクリーニングと評価の方法</p>	<p>1. 大規模災害はアルコールや薬物の流通経路をしばしば破綻させることから、災害支援現場で重要なのはアルコールと麻薬の離脱症状の診断である。</p> <p>2. トリアージ実施可能能力が現場においてその限界に至ると、アルコールや薬物使用に関する質問が見逃されたり、既往歴の聴取が不十分になるので、AUDIT(Alcohol Use Disorders Identification Test)アルコール使用障害特定テスト:面接版などのスクリーニング法の使用が推奨される。</p> <p>3. 被災時のメタドン・クリニックにおいてのメタドン供給停止は患者にオピオイド鎮痛薬を代わりに求めさせる。また、アルコールや薬物使用障害の既往がなく、ハイリスク群とみなされていなかった人々が不眠、疲労感、不安といった災害時に頻りに起きる症状の自己治療の手段として身近に入手可能な薬物に手をのぼしたり、一方で、元来の薬剤使用中断による離脱症状の解決策として、より入手可能かつ強力な薬物使用が、新たな離脱を生じさせ、さらに症状を悪化させるという複雑な問題がある。</p>	<p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p> <p>✓ Op.</p>

5. 薬物療法と他の治療的介入	<p>1. アルコール離脱の患者については離脱の程度により(離脱の危険度が高い、軽度、中度、重度)アルコールと交叉耐性のある薬物を用いた適切な解毒治療が行われなければならない。一方、オピオイド維持治療を受けていた人がオピオイド離脱を起こしている場合は、以前に服用していたオピオイド拮抗薬の一日量から再開する。以前の服用量が不明の場合は少量より再開し、鎮静の兆候ならびに呼吸抑制の危険が出現しないか監視する。アルコール、鎮痛剤、麻薬の離脱に対する治療に有効な薬物はWHO本質的な薬物モデルリスト(WHO, 2010)を参照のこと。</p> <p>2. 離脱治療を終了後、解毒が完了した患者は拮抗薬を用いた治療と再発防止カウンセリングを併用したアルコール・薬物依存に対する治療を受ける。解毒後の過量服薬の危険は高く、この点についても患者に十分に周知すべきである。</p> <p>3. 嗜癖の専門家が不足している場合、精神科医は災害急性期の現場において対アルコール依存症薬物を処方する役割を担う可能性がある。詳細な情報はアルコール乱用・依存症研究所(National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, 2008)より入手可能であり、とくにこれらの薬物処方の経験のない臨床家はさらに文献を読み、嗜癖の専門家に相談することが奨励される。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Op. 3. ✓ Ev.</p>
6. 治療における重複罹患の問題	<p>1. 大うつ病はPTSDに罹患している患者のアルコールや薬物使用の症状の治療については特別な注意を払うべきである。</p> <p>2. PTSDの治療ではアルコールや物質使用の症状を合併していた患者に対しては、暴露療法よりも認知行動療法モデルが望ましい結果を得られている(Foa et al., 1999)。Seeking SafetyはPTSDと薬物使用障害の合併症状を呈しているトラウマ患者を対象とした標準的なCBT治療法である。</p> <p>3. PTSDの治療が薬物乱用に対する直接的な治療の代用にならぬこと、また、抗うつ薬・抗不安薬と心理療法の併用が薬物使用症状に効果をもたらすことを示す圧倒的なエビデンスはない(Labbate et al., 2004)。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>
第9章 パーソナリティに関する問題		

1. 評価	<p>1. 急性症状とストレス反応に起因する慢性的、持続的なパーソナリティ特徴を区別するため、症状の再検討ならびに「これまでを振り返って、あなたはどのようなタイプの人間だと思いますか」という問いは効果的である。</p> <p>2. 4つの基本的な神経症的スタイル(強迫性、妄想性、ヒステリー性、衝動性)(Shapiro, 1999)について覚えておくことは臨床医が被災現場においての被災者のニーズの査定に有用であるだけでなく、治療の質や結果を予想することにも影響を及ぼす。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p>
2. 被災状況に関連するパーソナリティの問題	<p>1. 災害発生時に多くの被災者にみられる退行性反応は器質的なパーソナリティに関わる問題とは区別されるべきである(Eksi &amp; Baum, 2009)。</p> <p>2. 特に反社会性や境界性パーソナリティ障害にあたる人々は不愉快な患者として、パーソナリティについての問題を治療への抵抗と理解されがちであるが、逆に治療可能な部分に焦点を当てて治療にあたるのが支援者・被災者双方にとって益である。</p> <p>3. 被災現場において臨床医が災害後のストレス反応とパーソナリティ特性を見分けられると期待することは現実的ではなく、被災者の言動が被災者ならびに治療目的に対して破壊的か否かに注目することが適切な介入を可能とする。</p>	<p>1. ✓ Ev.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Op.</p>
3. 被災環境におけるパーソナリティの問題のマネジメント	<p>1. 被災環境においてパーソナリティに関する問題に適切に対処するため、臨床医は一般的な治療原則(例:現実的であること、トリアージをして適切な治療に繋げること)を覚えておくことが有効である。</p> <p>2. 臨床医はパーソナリティ問題を抱える被災者を支援する際、投薬によって早期治療効果ができるI軸の様相を見逃すべきではなく(例: Uhlenhuth et al., 2008)、臨床家自身が体験する逆転移についても検討し、有益な治療の糸口とすべきである(Yudofsky, 2005)。</p> <p>3. パーソナリティ問題に有効な心理療法には支持的療法、認知行動療法的介入、早期の弁証法的行動療法介入と受容に基づく介入が挙げられる(Connor &amp; Zhang, 2006; Gratz, 2007; Rimes &amp; Chalder, 2010; Yen et al., 2009;)。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Ev.</p> <p>3. ✓ Ev.</p>
<p>第16章 大量破壊兵器によってもたらされる心理的悪影響の緩和</p> <p>1. 歴史上の事例</p>		

<p>—核および放射性物質兵器／生物兵器／化学物質</p>	<p>1. 長崎と広島での原爆投下、スリーマイル島原発事故の被災者において長期にわたる心理的影響、精神的苦痛が認められた。(Kemeny, J.G., and et al. 1979; Nishikawa, T&amp;Tsuiki, S. 1961)。チェルノブイリ原発事故においてはPTSDおよびPTSD症状が被災者の間に認められた(Cwikel et al., 1997; Tarabrina et al., 1996)</p> <p>2. 多数の生物兵器によって生じる急性呼吸促迫症候群 (acute respiratory distress syndrome: ARDS) を引き起こす感染症はPTSDおよび健康関連の生活の質の低下が原因ともなることが報告されている (Lettinga et al., 2002; Schelling et al., 1998)。</p> <p>3. 第一次世界大戦時の化学兵器物質は、米軍の戦闘による障害の原因の31%、死因の2%に過ぎなかった。(Gilchrist, H.L.1925)。呼吸努力症候群、神経性循環無力症ならびにPTSDを引き起こした (Haldane, 1919)。1995年の東京地下鉄サリン事件ではサリン患者についての長期研究により身体的、精神的症状が暴露後5年間続くとしており、PTSDの診断率は2～3%、部分的PTSDは7～8%、そして研究対象者の10%にMUPS(眼症状、疲労感、筋肉の凝り、頭痛)が発症していると報告された (Kawana et al., 2001)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev.</p>
<p>2. 急性および長期の心理的影響</p>	<p>1. CBRN (Chemical, Biological, radiological, nuclear)兵器による攻撃時に一般的に起こると予測されている集団パニックは実際には稀である (Glass &amp; Schoch-Spana,2002; Quarantelli, 1960)。</p> <p>2. CBRN兵器による前駆症状は多くの場合、非特異的であることから、トリアージを困難にする。さらには人々がCBRN物質に暴露されたと認識し、実際の被害を受けていなくともこれらの一般的な前駆症状が起こる現象をOMUS(outbreaks of multiple unexplained symptoms:多様な原因不明症状の突発)という(Pastel, 2001)。</p> <p>3. 現在あるデータからは、中東度または重度の障害/疾患を呈する患者よりも、軽症または心理学的症状を呈する患者が多いことが示唆されてる。</p> <p>4. 自然災害および従来型兵器によるテロ攻撃において、生存者にはPTSD、うつ病、全般性不安障害、および物質・アルコール乱用が共通して認められる。(Norris, F.H. 2002; North, C.S., et al. 1999)</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Op. 4. ✓ Ev.</p>
<p>3. 影響の緩和</p>		

<p>ー事前準備／防護器具について／危機意識および健康リスク・コミュニケーション／トリアージおよび鑑別診断</p>	<p>1. CBRN事態が起こる前に、公共教育、座学訓練、災害訓練、防護器具の使用法に関する訓練、実際の規模での大量死傷者訓練を行い(DiGiovanni, 2001)、リスクについて一般の人々に注意喚起しつつ過度な警告にならぬようにする。 医療従事者およびメンタルヘルス従事者の訓練も不可欠であり、それにより効果的支援を実現するだけでなく、二次感染を防止する支援者の支援につながる (DiGiovanni, 1999; Ursano et al., 2003)。</p> <p>2. 以前は、防護器具を着用するのは軍人や初動要員に限られていたが、一般市民も防護器具を着用する必要があるかもしれない。防護器具を身に着けることによる弊害(コミュニケーションの困難、日常生活活動の困難、閉所恐怖症を生み出す「ガスマスク恐怖」(Ritchie, 1992; Ritchie, 2001))を除くための試行が積極的になされるべきである。</p> <p>3. 原則は知識豊富で信頼のできる当局者によって一貫したメッセージを発信しつづけること、人びとの心配を傾聴し対応すること、および防衛的なたいどをみせたり隠し事を避けたりすることなどが含まれている。(Sandman, P.M. 1993).人々に正確な危険情報ならびに実行可能な解決策を伝えるべきである。</p> <p>4. CBRN事態においては大勢の人々が救急外来につめかけ (Bleich et al., 1992; Rotenberg et al., 1994)、ストレス反応を示すことから、救急外来に神経精神医学的障害のトリアージに含めるべきである(Burkle, 1996)。また、メンタルヘルス従事者は救急外来と良好な関係を平常時から築き、病院にストレスセンターを設置するのが重要である (Rosenbaum, 1993)。心理的に傷害を負った人々に対する初期の治療が、長期的結果に大きな影響を及ぼす可能性があり(Hyams et al. 1996)、軍隊の経験からPIESがPTSDを減らし、兵士の任務復帰を促進させることを示し続けてきた(Jones, F D. 1995; Solomon,Z., &amp; Benbenishty, R. 1986)。</p>	<p>1. ✓ Ev. 2. ✓ Ev. 3. ✓ Ev. 4. ✓ Ev. 5. ✓ Ev..</p>
<p>第16章 予防・教育</p>		
<p>2. DV防止教育</p>		

<p>ーはじめに／DVとは／DVの背景／我が国におけるDV防止教育／DV防止教育の実際／終わりに</p> <p>3. 自殺予防教育</p> <p>ー学校における自殺防止教育の現状／生徒を対象とした自殺防止教育の取り組み</p>	<p>1. 通称DV防止法(配偶者からの暴力の防止及び被害者の保護に関する法律)は2001年に成立、公布され、その後二回改正されている。</p> <p>2. DVとは「配偶者や恋人などを親密な関係にある、又はあった者から奪われる暴力」。</p> <p>3. 日本におけるDVの背景にあるのは、①ジェンダー平等意識の低さ、②暴力としての認識の乏しさ、③自尊心の低さ、④暴力的な家庭で育つこと、である。</p> <p>4. DV防止教育は2000年より民間団体「アウェア」が先駆であり、2008年より国政としてDV防止教育を学校教育の一部として教育啓発活動の普及が開始された。</p> <p>5. DV防止教育は基本90分のワークショップであり、大学生・短大生をはじめ中学生ら、より若い層にも積極的に行われており、ワークショップ後には、プログラムの意図にあった暴力への意識の変化を示したコメントが寄せられている(山口, 2003)。</p> <p>6. 暴力による支配からの脱却し、対等な関係を構築していくための幅広く地道な統合的な取り組みが求められる。また連携、協働という視点も必要だと考えられる。</p> <p>1. 毎年児童生徒の自殺者数は300人前後で推移しており、全自殺者の100人に一人が児童となっているが、現場の教師が手探りで適宜対処している状態である。またスクールカウンセラーや専門機関との連携を進めながら組織的対応を行う必要がある。自殺防止教育を学校の教育活動として位置づけることが緊急の課題であると思われる。</p> <p>2. 自殺防止には子供が自分の命の危機を乗り越える力をつけるとともに、子供同士がお互いの危機を察知し適切に対応できるようにすることが求められている。自殺防止教育を学校の教育活動として位置付けるためには、教師と精神科医その他の心理専門家の協働が必須である。また、自殺防止教育のための土台作りとして生徒の自尊心を高め、悩みをかかえる生徒が孤立しないように仲間作りを促進してゆく。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p> <p>3. ✓ Ev.</p> <p>4. ✓ Op.</p> <p>5. ✓ Ev.</p> <p>6. ✓ Op.</p> <p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p>
<p>第21章 自殺予防対策</p> <p>1. 自殺の概念</p>		

ー自殺とは、自殺予防とは  
／自殺の実態からみた自  
殺予防対策の視点／自殺  
の関連要因／精神保健の  
問題／アクセシビリティ／  
総合的な支援／災害と自  
殺

1. 自殺とは「死亡者自身の故意の行為に基づく死亡で、手段、方法を問わない」と定義される。厚生労働省死亡診断書マニュアルによると、自殺は「外因死」のなかの「その他および不詳の外因死」にあたる。自殺予防とは、自殺の危険因子を小さくし、保護因子を大きくすることで自殺死亡を少なくする取り組みであって、それには臨床的アプローチを公衆衛生的アプローチがある。
2. 第二次世界大戦後より自殺は死因の7位ほどを維持しており、無職・離別の中高年男性を含むハイリスクグループに目を向けることが自殺予防対策では重要である。
3. 地域の自殺率減少に効果があると考えられている介入法は、対人関係ネットワークの構築、総合的支援に結びつける自殺の危険因子・保護因子への介入、ならびにマスメディアへの自殺予防についての情報提供である。
4. 自殺者のほとんどが死亡時点で何らかの精神疾患に罹患していたと示す研究が多いため (Arsenault-Lapierre et al., 2004; Bertolote et al., 2004; 松本ら, 2011)、公衆衛生の自殺予防対策は精神保健医療と連携する必要がある。
5. ハイリスクグループには本来必要とする支援に辿りつけない問題 (アクセシビリティ) を抱える人々が多いことから、効果と実施可能性のバランス、利用可能な地域資源など、地域の条件に即した自殺予防対策を計画していくことが肝要でこれは公衆衛生における自殺予防対策に役立つ。
6. 多重な問題を抱えているほど支援のアクセシビリティは低いと考え、何らかの事情で事例かするタイミングを生かして総合支援へ導入することが期待される。
7. 災害と自殺の間に一貫した関係はない (米本, 2012)。人口動態統計をもとに分析し3-8月で自殺死亡数の変動が大きい時期であることを確認することができた。地域におけるじさつ事例や自殺統計の扱いには十分な注意が望まれる。
7. 災害後に自殺が増加するという思い込みによる情報発信は厳しく慎むべきであり、とくにマスメディアによるセンセーショナルな自殺問題ならびに自殺統計の取り上げは群発自殺抑止のため防止されるべきである。

1. ✓  
Op.
2. ✓  
Op.
3. ✓  
Op.
4. ✓ Ev.  
Op.
5. ✓  
Op.
6. ✓  
Op.
7. ✓  
Op.

<p>2. 自殺を予防するために        ー自殺対策の公衆衛生的視点／災害における自殺予防対策の展望</p>	<p>1. 理想的には臨床的アプローチと公衆衛生的アプローチの統合であるが、リソースの限られた災害現場においてはハイリスクグループへの対応、地域に潜在しているニーズを自殺予防の見地からつなぐ等、現場の負担を軽減させるアプローチが適切である。</p> <p>2. 自殺ハイリスク者への接触・介入は困難になるため、自殺リスクが高くない地域住民も含めて、①地域のニーズへの気づき、②実態把握(地域診断)、③目標の設定、④具体的なプログラムと評価指標の準備、⑤プログラム実施、⑥評価と新たなニーズへの気づき、の6ステップに沿って自殺予防を行うことが推奨されている。</p> <p>3. 災害公衆衛生は科学と人の暮らしをつなぐ包容力のある活動であることを鑑み、自殺予防対策はそれと密接につながり、重要な構成要素になることが望まれる。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op. 3. ✓ Op.</p>
<p>第27章 将来の大規模災害に向けた提言</p>		
<p>1. 大規模災害時の公衆衛生対策の抜本的な見直し</p>	<p>1. 災害準備の基本は「最悪のシナリオ」を設定して計画を立てることである。公衆衛生対応について、具体的かつ実践的な対応を地域及び広域で検討し、マニュアル化する必要がある。指定避難所や避難場所となりえる場所には「避難所運営マニュアル」などを作成し、管理者や地域自治会などで活用できるよう準備する必要がある。長期的対策としてbuilding back betterを作り上げる努力をする必要がある。あるべき「目標」をできるだけ住民とともに議論し、具体的な行動計画を作成、見直すことである。また行政、専門家、民間支援組織を含めた日本にあったスタンダードが必要である。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>
<p>2. 公衆集衛生分野での連携・協力・調整メカニズム構築</p>	<p>1. 医療以外の重要課題・分野(公衆衛生、ロジスティクス、情報通信等)における連携・協力・調整体制の構築のため、国、都道府県、市町村レベルの災害対策本部でのクラスターアプローチを提唱する。</p> <p>2. クラスターは刻々と変化する数多くのニーズについて迅速かつ効果的に支援を割り当てる役割を担っており、すべての支援についてどこで、誰が、何を支援しているか(3Wマッピング)を把握し、適切なマッチングを行い、更なる連携・協力体制の促進に努めるものである。</p>	<p>1. ✓ Op. 2. ✓ Op.</p>

3. 災害ロジスティクスの強化	<p>1. 被災者に必需品を迅速に供給するため、災害ロジスティクスの強化する必要性があり、筆者(國井, 2012)は災害ロジスティクス・クラスターを設置することを提言している。</p> <p>2. 物資のニーズ調査ならびにリスト化、調達システムの明確化と把握、調整役の訓練と登録、支援団体が送り入れる物資の整理等、他のクラスターと連携しながら平時より詳細な話し合いを行い、計画を練ることが必須である。</p>	<p>1. ✓ Op.</p> <p>2. ✓ Op.</p>
4. 公衆衛生人材の育成と派遣体制	<p>1. 災害派遣医療チーム(DMAT)にならい、災害派遣公衆衛生チーム(Disaster Public Health Assistance Team)の設置を提言したい。これにより、国が支持する体系的な人材育成計画の構築とその推進(1~2週間の実地訓練を含む)、災害時支援者としての登録と派遣制度の充実(自治体同士での派遣協定締結を含む)、最低一か月以上の派遣が可能になるものと期待する。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>
5. 災害公衆衛生および災害疫学の充実	<p>1. アメリカにおける疾病管理予防センター(Center for Disease Control and Prevention: CDC)のように、災害が健康にもたらす影響について組織的に研究し、災害時対応・防災対策について具体的な方策を提示し、一般人の公衆衛生人材教育の推進に寄与する機能を持つ機関が必要である。そのためには、公衆衛生に関与する機関との連携・協力体制は必須であり、国とその関連機関が調整役になることが要となる。</p>	<p>1. ✓ Op.</p>