

第25回日本医療マネジメント学会開催

第25回日本医療マネジメント学会学術総会(会長=横浜メディカルグループ菊名記念病院・山本登氏:右写真)が、「病院医療の展望——『パンデミック・災害とBCP』から『求められる医療』へ」をテーマにパシフィコ横浜(横浜市)にて開催された。本紙では、大会のテーマを冠したメインシンポジウム『『パンデミック・災害とBCP』から『求められる医療』へ』(座長=労働者健康安全機構・有賀徳氏)の様態を報告する。



●写真 山本登氏

◆災害対策のために平時からの地域連携を

初めに登壇したのは、東北医薬大の伊藤弘人氏。氏は関東大震災、阪神・淡路大震災、東日本大震災において、災害関連死の80%以上は病院搬送前に起こっているとのデータを示し、地域の災害対策に病院が積極的にかかわり、医療組織と防災組織が平時から連携して災害への備えに当たる必要性を主張した。また、災害に強い地域を作ることは災害時の医療需要を抑制できる可能性にもつながるとし、既存の病院BCP(Business Continuity Plan)の在り方に「医療・介護連携」「インフラ保全・地域マネジメント」の2つの視点を追加した、災害に強い地域づくりに寄与する病院のフレームワークを示した。医療組織と防災組織の現実的な連携方法として、災害拠点病院→地域密着型病院→介護保険施設→地域防災組織という階層的な構造を挙げ、今後この連携構造の実効性を高めることの重要性を述べ、発表を終えた。

日赤災害医療統括監を務める丸山嘉一氏は、日赤での災害救護活動は発災時の応急救護のみならず、医療・保健・福祉・生活の領域を発災から復興・復旧まで支える、災害マネジメントサイクルの全般にわたる活動であり、支援のためにはボランティアをはじめとする地域内の他組織・団体との協力が不可欠であると述べた。日赤では47都道府県それぞれの支部が主体となって災害対応を行っており、これらの支部は日ごろからボランティア活動や講習会などを通じて地域のコミュニティづくりに貢献している。こうして構築した各地域独自の連携体制を、災害時の連携・協働にも生かしていると言う。また氏は復興・復旧時に必要となる健康と生活の支援活動には、日ごろから地域の各施設と連携を図る看護職・医療ソーシャルワーカー・ボランティアや、災害医療コーディネーターの活用が有効だとの考えを示し、これらの職種を生かした地域連携の方策をさらに検討していきたいと語った。

日本病院会救急・災害医療対策委員会の委員として、同団体が作成した「病院等における実践的防災訓練ガイドライン——補遺・改訂版」(2019年)と「病院等における風水害BCPガイドライン」(2022年)の内容を解説したのは、戸田中央メディカルケアグループの野口英一氏。これらのガイドラインは日本病院会会員病院の火災、浸水などの被害の被災経験に基づいて作成されており、実践的な対応をまとめたも

のである。「患者と職員の安全を一番にする」という行動目標を病院管理者が周知徹底し、職員は防災のプロではないことを前提にした対応策の立案が求められると述べ、病院の防火区画等の建物避難施設、自動火災報知設備やスプリンクラーなどの消火設備を生かしながら、早期通報によりプロである消防隊と連携することが実践的な火災対応であるとした。特に人員の少ない休日・夜間体制では、火災時に患者を介助しながら避難階段で下の階に降りる「垂直避難」は困難であり、同じフロアの隣接する防火区画に避難する「水平避難」や消防隊の到着まで防火区画内に籠城する「籠城避難」を検討すべきと解説。また、浸水危険などの水害については、気象予報を通じて事前に予測可能であることから、発災までのタイムラグを活用して危険回避対策をすることができる。状況に合わせた対応を講じるべく、組織的に水害対応の情報収集・伝達、対応判断を行う災害情報連絡室の設置を推奨した。

病院建築の専門家である小林健一氏(国立保健医療科学院)は、阪神・淡路大震災、東日本大震災、熊本地震について建築設備の視点から振り返った。氏は、それぞれの地震により病院の耐震化、敷地選定、地域連携の重要性が教訓として得られたと説明。熊本地震は、被害の大きな病院から小さな病院への患者搬送や病院間の物資の融通などが迅速に進んだことが特徴であり、平時からの地域医療連携の有効性が示された事例であると述べた。続けて、平成30年7月豪雨の際に愛媛県大洲市のとあるコミュニティホスピタルの被災から病院機能回復までの流れと、同施設が行った事前の対策を紹介した。この病院は床上浸水し、エレベーターやエスカレーター等の諸設備の基盤やMRIが水没したにもかかわらず、発災から3日後には病院機能を回復させ、外来診療を開始、翌日には予約手術も開始したという。過去の水害体験より、病院機能を2階以上に設置するなどの設備面での浸水対策を十分に行っていた上、職員の意識向上のために年1回防水訓練を実施していたことが、早期の復旧につながったとの見解を氏は示した。発表の最後に氏は、ハード面(病院設備)とソフト面(訓練による意識の徹底)の双方から対策することの大切さを強調し、過去の災害から学び、知識が蓄積されてきた今こそ、災害対策を実践に移すときだと参加者たちに呼びかけた。

心の不調に対する「アニメ療法」の可能性

パントー・フランチェスコ 慶應義塾大学病院精神・神経科学教室

現代社会において心のケアが大きな課題であることは誰の目にも明らかです。本連載では、文化精神医学の観点から心の不調についての考察を行った上で、そうした不調に対処するための物語療法、ひいては筆者が新たに提唱する「アニメ療法」を紹介します。イタリア出身の精神科医である筆者から見た日本アニメの可能性とは。

第1回 何をもって病気とするのか?——文化精神医学を知る

皆さんはじめまして。慶應義塾大学病院精神・神経科学教室のパントー・フランチェスコと申します。私はイタリアで生まれ育ちましたが、日本で精神科医として働くために来日しました。

メンタルケアにおける文化の相対的影響を調べることも、来日した目的の一つです。病気あるいは病的な現象は、文化とどうかかわりを持つのでしょうか。内科疾患同様、精神疾患の発症率は国によって異なることもあります。精神医学の領域において、引きこもり(Hikikomori phenomenon)や対人恐怖症(Taijin kyofusho)という社会的現象は日本に特有であると言われてます¹⁾。ローマ字で表記されていることが物語るの、これらの現象に初めて相対した海外の研究者が覚えた違和感なのかもしれません。もちろん引きこもりと対人恐怖症は欧米でも報告されていますが、その背景と人口当たりの有病率は異なります。少なくとも、ある社会にはある現象の発生を促す要因がより高頻度に認められるとは言えるでしょう。

このように、特定の文化に特定の現象ないし症状が発生しやすいことを文化精神医学は主張します。そして、ある文化に特有の精神病理性は「文化依存症候群」(cultural bound syndrome)と呼ばれています。『DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』²⁾では、文化依存症候群を、一般に特定の社会または文化圏に限定され、特定の反復的、パターン化された、患者の日常生活において支障を来す一連の経験を指すとしています。

つまり、文化依存症候群では、特定の環境要因、行動慣習要因がきっかけとなり、特定の症候群が発症するということです³⁾。面白いことに、「何をもって病的であるとするか」は相対的なものであり、それを指定する文化により左右されるのです。自文化に特有の病的な現象は、通常その文化内では病的なもののみならず許容されがちで、そうした傾向は「文化許容行動」と呼ばれます。自文化が取る「問題行動」(=病的である程度の判定が甘くなること)を自覚することは難しいですが、異文化の立場から見ると客観的評価が可能となるでしょう。文化精神医学に必須なのは、そうした「部外者視点」を保持し続けることです。人間は「適応力の化け物」なので、容易にある組織や社会に溶け込み違和を感じなくなり、客観的観測ができなくなります。

現在の精神医学において、病気であるかどうかの判定を行うための指標は、当事者が困っている程度です。当事者の生活に悪影響がない限りは、病気として判定すべきではないとされます。『DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル』⁴⁾においても、病的な感情、行動を判断するには、それぞれの文化における平均的な個人の感じ方と比較して、そこからどれだけ逸脱するのかを評価するとされています。健康な状態と病んだ状態はスペクトラム上にあり、相対的なものに過ぎないということです。

文化依存症候群の具体的な例を以下に挙げます。ラテン系民族にみられる、自己制御できないという感覚を特徴とした苦痛を示すアタケ・デ・ネルビオス(ataque de nervios)はよく知られています。ある研究によると、ataque de nerviosと診断されたドミニカ人およびプエルトリコ人の患者の36%がパニック症の基準も満たした一方、パニック症の症状は必ずしもみられなかったと指摘されています⁵⁾。つまりataque de nerviosは一般的な不安症ではなく、それとは独立とした現象なのです。

また、すでに触れた日本の引きこもりと対人恐怖症も著名な例で、自身の身体機能や外見、生理的な現象を恥ずかしく感じ、他人に不快感を与えることを恐れるといった特徴があります。その根底にあるのは、自分の存在で他人を困らせたくはないという気持ちです。新型コロナウイルス流行下で生じたマスク依存症も同根ではないかと私は考えています。劣等感に基づく恐怖は普遍的な社会的不安症の一種と解釈でき、日本文化の要素(迷惑文化など)とかかわる側面があるかもしれません。

本連載では、文化精神医学の観点から心の不調についての考察を行った後に、不調への対処法としての物語療法、ひいては筆者が新たに提唱するアニメ療法をご紹介します。と考えています。

参考文献
 1) Int J Soc Psychiatry. 2012 [PMID: 21911434]
 2) 高橋三郎, 他(訳). DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2002.
 3) Yap PM. Classification of the culture-bound reactive syndromes. Aust N Z J Psychiatry. 1967; 1 (4): 172-9.
 4) 高橋三郎, 他(監訳). DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院; 2023.
 5) Cult Med Psychiatry. 2003 [PMID: 14510098]

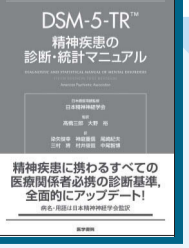
精神疾患の国際的な診断基準、9年ぶりのアップデート!

DSM-5-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル

Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition Text Revision; DSM-5-TR

米国精神医学会 (APA) の精神疾患の診断分類、第5版のText Revision。DSM-5が発表された2013年以来9年ぶりに内容をアップデート。日本精神神経学会による疾患名の訳語も大幅にリニューアルとなり、全編新たな内容としてリリースする。

原著 American Psychiatric Association
 日本語版用監修 日本精神神経学会
 監訳 高橋三郎
 訳 大野裕
 染矢俊幸
 神庭重信
 尾崎紀夫
 三村将
 村井俊哉
 中尾智博



152の治療薬を網羅! 臨床に役立つ“もうひとつの”ストール本

精神科治療薬の考え方と使い方 第4版

「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」準拠 Prescriber's Guide: Stahl's Essential Psychopharmacology, 7th Edition

▶「ストール精神薬理学エッセンシャルズ」の姉妹書、7年ぶりの改訂。臨床実践に焦点を当て、治療薬の理解を深める考え方と臨床に即した使い方を提示する。改訂にともない新薬が追加され、著者ストールのユニークな主張が垣間見える「臨床の知恵」も大幅更新。ストールの簡潔で鮮やかな記述、オールカラーで見やすく調べやすい構成は引き継がれ、日本での「商品名」「適応」「投与方法」「警告・禁忌」の記載は今版でも継続。「エッセンシャルズ」との併用でより理解が深まる。

訳: 仙波純一 東京愛成会 たかつきクリニック
 定価12,100円(本体11,000円+税10%)
 B5変 頁1024 色図21 2023年
 ISBN978-4-8157-3076-5