

第13回

福島災害医療研究会

記録集

第13回
福島災害医療研究会
記録集

令和6年10月8日

挨拶 福島災害医療研究会世話人を代表して

災害医療支援講座 主任教授 河野 浩二 …… 1

研究活動報告（災害医療支援講座）

「福島県浜通り地域における病院前救急患者搬送に関する調査」

教授 南相馬市立総合病院 池上 之浩 …… 2

「笑気（N2O）の再評価」

講師 南相馬市立総合病院 赤津 賢彦 …… 8

「カリスマ院長時代から多職種連携が拓く新しい時代へ
～これからの医療療養病床の役割～」

特任講師 高野病院 社本 博 …… 12

「東日本大震災・原発事故後の被災地の精神科医療に、
トラウマ焦点化認知行動療法を導入した試みについて」

特任助教 ほりメンタルクリニック 堀 有伸 …… 16

[挨拶]



福島災害医療研究会世話人を代表して

本講座は東日本大震災の発生から1年後、平成24年度に設置されました。当初は5名の常勤教員、7名の非常勤教員により始まり、令和6年度現在は常勤7名、非常勤12名で活動しております。本講座は、県からの財政支援と御寄附いただいた方々からの支援により成り立っております。日頃から講座の活動を御支援くださる皆様に、この場を借りて厚く御礼申し上げます。

在籍する先生は麻酔科や心臓血管外科、精神科など、それぞれの専門分野において浜通りの医療を支えていただいています。私は本学の地域医療担当理事を拝命しており、福島県の医師派遣調整監も兼任しております。医療行政の立場から見ても、本講座の存在意義はとて大きいものであります。

本日は4名の先生方に、日ごろの活動報告を行っていただきます。御出席の皆様からは是非フィードバックをいただければと思います。

福島県立医科大学災害医療支援講座 主任教授 **河野 浩二**

研究活動報告

災害医療支援講座

福島県浜通り地域における病院前救急患者搬送に関する調査

災害医療支援講座 教授
(医療協力先：南相馬市立総合病院)

池上 之浩

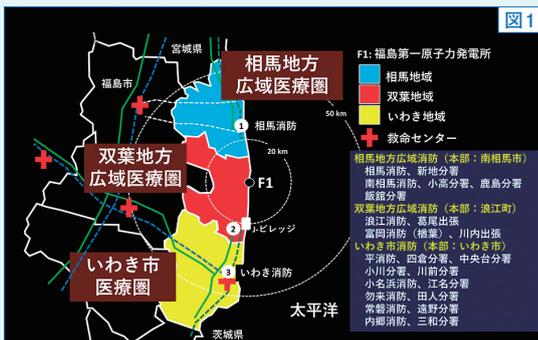


図1

南相馬市立総合病院で勤務しております池上です。専門は麻酔科ですが主に救急科をやっております。

皆さんすでにご存じと思いますが、福島県の浜通りは北から相馬地方医療圏・双葉地方医療圏及びいわき市医療圏に分類されており、各地域に救急の本部が存在しています。いわき市にはいわき市医療センターの救命救急センターがあります。(図1)

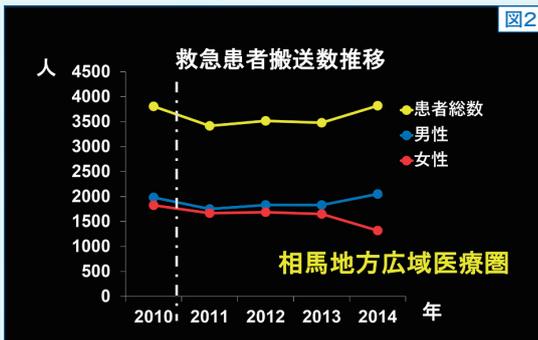


図2

以前、東日本大震災前後の同地域における救急患者搬送について調査をしました。相馬地域では震災前、年間3,800人程度の救急搬送がありました。震災後は若干減り、3,500人ぐらいで推移していました。(図2)

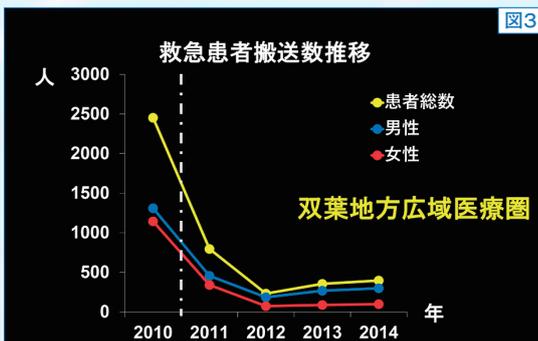


図3

次に双葉地域です。双葉地域は震災前、年間2,500人程度の救急搬送がありました。震災後は100人ぐらいに激減しました。(図3)

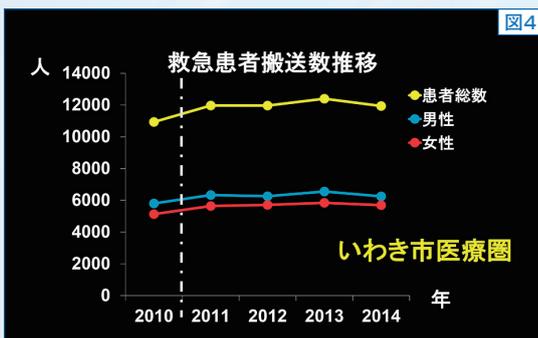


図4

いわき市の救急搬送は元々1万人以上あり、震災後は12,000人程度まで増加していました。(図4)

救急隊が現場で滞在する時間については、3つの地域で統計学的に滞在時間が有意に延長していました。現場滞在時間の延長は、病院選定に時間がかか



図5

ることを意味し、医療機関の救急患者受け入れの状況が悪化していることが密接に関係しています。特に双葉地域では極端に現場滞在時間が伸びている結果がありました。(図5)

こちらは、いわき市地域に運ばれた患者さんの重症度を示しています。震災後に重症患者や心肺停止の患者が増えています。おそらく双葉地域の医療崩壊が大きく影響している可能性があるのではないかと考えております。(図6)

震災から10年以上経過し、救急医療の分野において種々の復興事業が進行しています。浜通り地域の病院前搬送状況について再度調査し、現時点での同地域における救急患者搬送を総合的に検討しましたので報告いたします。(図7)

調査期間は2015年から2023年です。各消防本部からデータを提供していただき、調査しました。調査項目は、患者搬送件数および患者背景、現場滞在時間、病院選定に要した患者照会回数、地域外搬送件数などの程度行われているのかについてです。(図8)

相馬地方広域医療圏について、救急患者の搬送は非常に増加しています。コロナで一時的に減少はしていますが、2023年度は過去最多で4,194人まで増加しました。年齢別では若年者が少なく高齢者（65歳以上）は約7割を占めています。(図9)

続きまして重症度です。救急隊が用いている重症度評価法（軽症・中等症・重症）を使用させていただきました。重症患者は3週間以上の入院を要する方のことと定義されています。相馬地域では大部分の患者さんが、入院を必要とする中等度の患者さんと分類されていました。(図10)

病因について示します。こちらも特徴的で、8割が内因性の疾患でした。(図11)

図6

いわき市地域における重症度

重症度	2010	2011	2012	2013	2014	Chi ²	P value
軽症 (%)	4188 (38.3)	4658 (38.9)	5032 (42.1)	5333 (43.0)	5043 (42.2)	284.7	P<0.01
中等症 (%)	5207 (47.6)	5657 (47.3)	5035 (42.1)	5004 (40.4)	4785 (40.1)		
重症 (%)	1328 (12.1)	1442 (12.0)	1757 (14.7)	1885 (15.2)	1923 (16.2)		
死亡 (%)	187 (1.7)	176 (1.5)	140 (1.0)	170 (1.3)	183 (1.4)		
分類不能 (%)	22(0.3)	35(0.3)	2(0.1)	5(0.1)	6(0.1)		

2012年以降、重症患者割合が上昇

図7

研究背景

震災から10年以上経過した。救急医療の分野において種々の復興事業が進行しており、救急医療体制の改善が期待されている。

目的

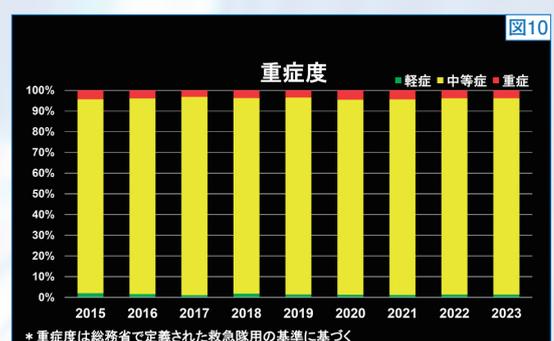
福島県浜通り地域の病院前搬送状況について再度調査し、現時点での同地域における救急患者搬送を総合的に検討すること。

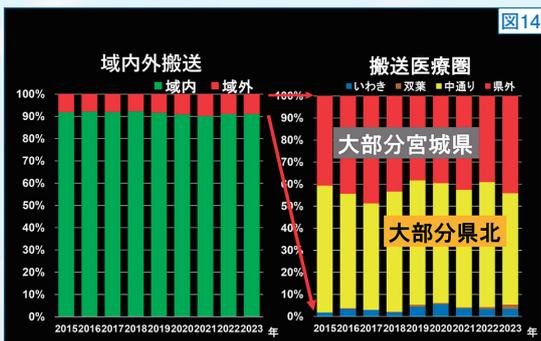
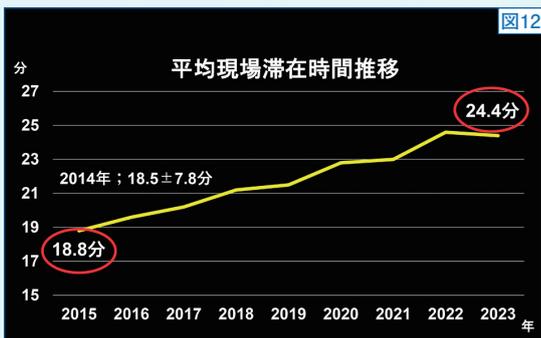
図8

対象と方法

対象：2015年～2023年に福島県の浜通り医療圏で発生した救急搬送事例

- 患者搬送件数および患者背景
- 現場滞在時間
- 病院選定に要した患者照会回数
- 地域外搬送件数





- 図15
- まとめ1
- 相馬地域の救急搬送患者は増加 (コロナで一時的に減少)
 - 65歳以上の高齢患者が全体の70%
 - 大部分が2次救急患者
 - 大部分が内因性疾患
 - 現場滞在時間延長
 - 病院選定までに要した問い合わせ回数増加
 - 域外搬送; 県北地域、県外搬送が半々

平均の現場滞在時間の推移についてです。2014年は18分台でしたが、2023年では24分台と大幅に延長しています。まだ、統計学的な分析は実施できていませんが、おそらく有意差をもって延長していると思います。(図12)

次に病院選定に要した問い合わせ回数についてです。2020年頃から5回以上の問い合わせを要した件数が増加していました。2022年には28件が10回以上の問い合わせを必要としました。また2023年は最多で25回の問い合わせが必要な症例が存在していました。(図13)

相馬地域での救急搬送の1割が域外搬送になっています。域外搬送の行き先としては、福島市を中心とした県北地区、その他の大部分は県外搬送になりますが、宮城県の南側に搬送される症例がありました。最近宮城県の依存度が上昇しており、年間200人から250人くらいの患者さんが宮城県の県外搬送になっていると考えられます。(図14)

まとめ1です。問題点は県外への域外搬送をどうすれば良いか、ということになると思います。(図15)

続いて双葉地方広域医療圏です。救急搬送数はコロナ禍で少し減りましたが、急速に増加しています。2023年には年間1,259人でした。しかしながら、先ほどお示しましたように、いまだ震災前の水準には戻っていません。また、成人の患者さんの割合が多いのが特



徴かと思えます。(図16)

重症度について示します。軽症・中等症が多く、重症度患者さんは約2割程度です。おそらく全国の救急搬送と同程度だと考えられます。(図17)

原因ですが、2015年頃は比較的に外因性の疾患の割合が高かったのですが、徐々に内因性の疾患の割合が高くなってきています。(図18)

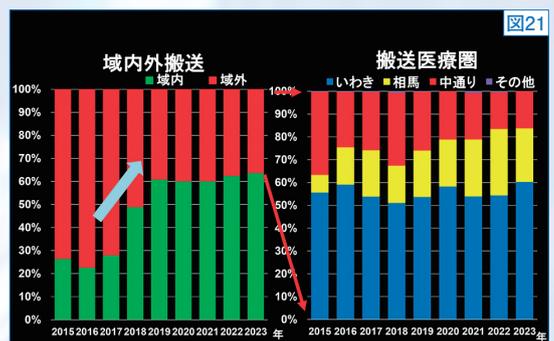
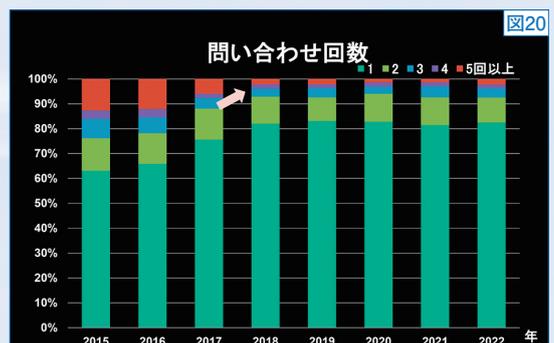
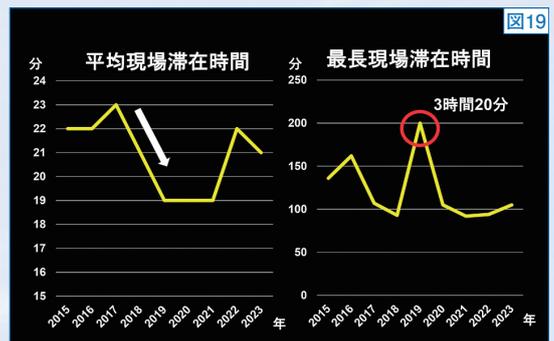
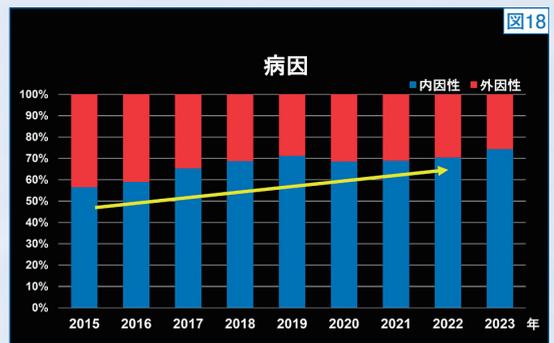
平均の現場滞在時間について示します。2018年から2019年にかけて大幅に改善されました。しかし、極端に長く3時間20分滞在した症例もありました。(図19)

病院決定までに問い合わせた回数を示します。5回以上問い合わせた症例は2018年頃に大幅に改善されてきました。(図20)

搬送先についてですが、2015年頃は全体の7割程が域外搬送でした。2019年より大幅に改善され、4割くらいまで減少してきました。ただ多くの症例において、未だに域外搬送に頼らざるを得ない実態があります。域外搬送先としては全体の6割がいわきです。2割が相馬地域、残りが中通りでした。以前に比べて中通りへの依存度は減少しておりました。(図21)

まとめ2です。2018年頃に改善された救急搬送患者ですが、同時期にふたば医療センターが稼働し始めているので、同施設の功績が大きいのではないかと考えられます。(図22)

いわき市医療圏です。救急患者の搬送について、



まとめ2

- 救急搬送患者は増加 (<<震災前水準(約半分))
- 高齢患者割合増加傾向
- 重症度: 全国データと類似
- 内因性≠外因性・・・内因性疾患増加
- 現場滞在時間改善、ただし、極端に長い例あり
- 問い合わせ回数: 2018年頃改善
- 域外搬送: いわき、相馬、県中地域は減少傾向

ふたば医療センターの功績大か



いわきでも徐々に増えています。2023年には13,871人が救急搬送されていました。年齢別で見ると、やはり相馬地域と同じように65歳以上の高齢者の割合が多かったようでした。(図23)



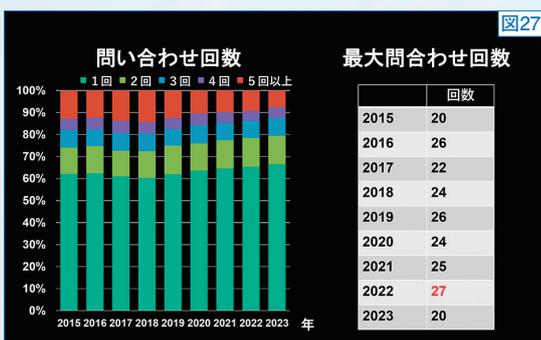
重症度ですが、軽症・中等症が多く、重症者が全体の2割くらいです。これは双葉地域と同じよう全国のデータと類似していると思われます。(図24)



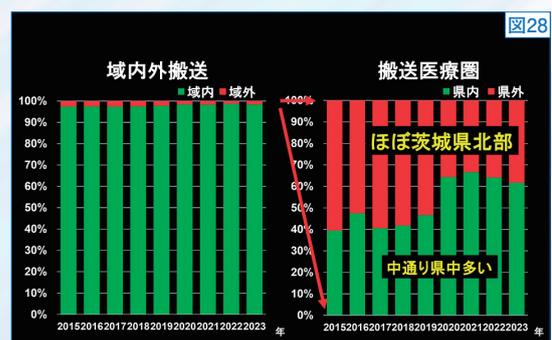
原因ですが、内因性の疾患が多かったです。(図25)



平均の現場滞在時間ですが、いわき市においてもやはり延長しており、2015年は20分程度だったのが2022年には26分台に延長しています。(図26)



問い合わせた回数ですが、1割の患者さんの病院選定までに5回以上の問い合わせを必要としていました。また、2015年から毎年20回以上の問い合わせを必要とする症例も残念ながらあるという状況です。(図27)



搬送先ですが、域外搬送は非常に少数でした。いわき市の医療圏は大部分の症例において自己完結できている状況だと思われます。域外搬送の内訳ですが、最近は県外搬送が減少してきました。一方、県内の中通りへの域外搬送が増えている状況です。(図28)

まとめ3です。病院選定に、5回以上の問い合わせを要した症例数は減少してきました。また、県外の搬送が減少していることが明らかとなりました。(図29)

繰り返しになりますが、浜通り地域では救急患者さんが年々増加しています。相馬地域では入院を必要とす

る高齢の内因性急性疾患が多く、そのうち1割は域外搬送になっています。特に多くの患者さんが宮城県にお世話になっているのが現状です。双葉地域では搬送状況が改善していました。県立ふたば医療センターの功績は大きいと思います。しかしながら、まだ完結率が低いのが現状です。特にいわき市への依存度が高い状況が継続しています。同地域の救急患者は地域で働く労働者が多く含まれていると考えられていまして、他の地域と比べて外因性疾患の患者さんがいるのかなと考えられます。(図30)

今回の反省点ですが、統計的処理ができていないので今後進めていきます。また、搬送に実際時間のかかった症例の詳しい解析ができていません。どのような症例が受入れ拒否になっていたのか調査していきま。推測ですが、重症だからではなく、社会的に問題があって対応に苦しむ症例が敬遠されるのではないかと推測しています。そして、入院後の追跡調査ができていません。個々の症例について調査するのは難しいですが、今後試みたいと思います。(図31)

最後になりますが、全体としての浜通り地域の救急搬送についてはうまくいっていると思います。特に双葉地域は震災直後に比べて改善されていました。復興事業が大きく貢献したと考えられます。しかしながら、浜通り地域において救急患者の増加に伴い搬送時間が延長していることが分かりました。現場滞在時間の短縮のために新たな対策が必要であると考えております。(図32)

図29

まとめ3

- 救急搬送患者漸増
- 高齢患者割合漸増
- 重症度:全国データと類似
- 内因性疾患割合高
- 現場滞在時間延長
- 病院選定5回以上問い合わせ減少
極端に問い合わせ回数多い例存在
- 域外搬送例少数、県外搬送減少

図30

浜通りの救急患者搬送状況

図31

反省点

- 1) 統計学的処理なし(今後、やります)
- 2) 救急搬送に時間がかかった症例の分析ができていない… **どんなケースか???**
→患者の重症度とはマッチしない可能性
- 3) 入院後(退院まで)の追跡調査がないので、真の意味で完結したかは不明
→**詳しい背景評価の必要性**

図32

まとめ

全体としては、救急患者搬送がうまく機能している…

特に双葉地域では震災直後に比べて改善が認められる**(復興事業が貢献)**

しかし、浜通り地域において救急患者増加に伴い搬送時間が延長している…

現場滞在期間短縮のための対策が必要

笑気(N2O)の再評価



災害医療支援講座 講師
(医療協力先：南相馬市立総合病院)

赤津 賢彦

図1

はじめに

- 笑気(一酸化二窒素)、1795年イギリス人化学者のハンフリー・デービーが麻酔効果を証明
- 体内での分解がなく、長い間安全に使用

図2

しかし

- Nitrous Oxide (N2O): The Dominant Ozone-Depleting Substance Emitted in the 21st Century Ravishankara, A. R. et al, Science 2009
- 笑気が紫外線で一酸化窒素になり、オゾン層破壊するとの報告
- オゾン層破壊・温室効果ガス
- 2000年代日本において、全身麻酔薬として利用激減

図3

UNreport say,10 January 2023

- Ozone layer may be restored in decades, UNreport say
- オゾン層破壊物質99%削減
- 2066年ごろにはすべて回復する

図4

笑気の換算寄与率、割合

- 二酸化炭素90.31% 笑気1.51%
- 非医療1.48% 医療0.03%
- 1998年度 医療用亜酸化窒素生産量(薬事工業生産動態統計)より

図5

現状

- 歯科外来麻酔
- 眼科外来麻酔
- 形成外科外来麻酔
- 笑気による無痛分娩の世界的広がり
- 難治性うつ病への応用
- 緩和ケア

ガス麻酔の代表として「笑気」をご存知と思います。150年前から、安全で便利に使われていた麻酔薬です。(図1)

しかし、20年前、権威ある雑誌で、紫外線にあると一酸化窒素になり、オゾン層を破壊するとの報告があり、二酸化炭素の300倍の温室効果ガスと指摘されました。笑気は、環境破壊をするとのことで利用が激減しました。かわって麻酔薬としてオピオイドの使用が増えました。(図2)

最近、オゾン層破壊物質が99%削減でき、2066年頃には回復するのではないかと国連の報告にありました。(図3)

実際「笑気」が周囲にどのくらい排出されているのか。二酸化炭素に比べて1.5%です。新しいデータでも4%~5%くらいです。医療用として「笑気」を使う施設は減り、0.1%以下の使用で、排出もその程度になっています。(図4)

全身麻酔以外に多く使われています。歯科の外来麻酔・眼科の外来麻酔・形成外科の外来麻酔。また、

「笑気」による無痛分娩が世界的に広がっています。うつ病の治療や緩和ケアなどの応用に関しても報告があります。(図5)

ネットにも多数紹介されています。「笑気」吸入システムの効果・方法の解説を掲載しているホームページもあります。あるクリニックでは、外来手術と「笑気」麻酔がパックになって紹介されています。歯科の外来、眼科の外来、美容クリニック等において使用頻度が増えてくると思われます。(図6)

日本において、無痛分娩＝硬膜外麻酔です。しかし、イギリスやスウェーデン、オーストラリアでは、無痛分娩＝「笑気」麻酔です。アメリカは、多くの施設が硬膜外麻酔です。色々な問題提起があり、「笑気」麻酔も増えてきています。ヨーロッパの無痛分娩の利用率は50～70%ですので、10%以下の日本で評価はむずかしいと思います。(図7)

新しい知見として、薬剤抵抗性のうつ病に対して「笑気」利用の可能性。使用頻度や使用の濃度に検討の余地がありますが、ケタミンもうつ病に効果があると言われ始めています。(図8)

緩和ケアにおいて、十分なモルヒネ投与時の突発的な痛みにも効果があると報告されています。(図9)

「笑気」は、オピオイドと作用機序が違います。(図10)

「笑気」を取り上げましたが、上記の理由で、ここ

図6

歯科外来麻酔・眼科外来麻酔・形成外科外来麻酔

- ネットに多数紹介
- 笑気吸入システムの効果・方法の解説
- 実際の使用方法も詳述
- あるクリニックにおいて、手術と笑気麻酔がパックで掲載
- 今後、外来手術にて、増加が予想される

図7

笑気による無痛分娩の世界的広がり

- 無痛分娩 笑気: イギリス、スウェーデン、オーストラリア、ニュージーランド
- 無痛分娩 硬膜外麻酔: フランス、アメリカ
- 妊婦50～70%が利用

図8

難治性うつ病への応用

- 薬剤抵抗性のうつ病に症例に対して、1時間25%または50%の笑気を吸入、1か月おきに3回施行。25%が副作用少なく、効果は同等。
- Low doses of 'laughing gas' could be fast, effective treatment for severe depression
- Laughing gas may treat depression, small study suggests Live Science

図9

緩和ケア

- 十分なモルヒネ投与症例について、突発的な痛みに関して効果

図11

key word:オピオイドcrisis

- トランプ前大統領が問題視→バイデン大統領も方針継続→アメリカ国民が1年間に7～10万人〇〇の“フェンタニル”により△△→第二のアヘン戦争と

図10

笑気

- 鎮痛作用、短時間作用
- 長期間安全に使用されてきた実績
- 腎毒性(-) 肝毒性(-) 悪性高熱症(-)
- オピオイドレセプター(κ)の作用
- NMDAレセプターの拮抗

図12

key word:アメリカ疼痛学会

- アメリカ疼痛学会が2019年突然解散？
- 1990年代複数の製薬企業が、「医療用のオピオイド鎮痛薬で、依存はおきません。安心して使ってください」と医療業界にはたらきかけた
- 「医師の処方が増えた」とアメリカ国立衛生研究所が強く非難。
- クリントン政権、2000年に「痛み」の10年→廃案”1990年代にNSAIDに逆風、COX-2選択的阻害薬の心血管リスクが問題視

20年、麻酔・鎮痛は、オピオイドが中心でした。トランプ大統領前回就任時、オピオイドの代表的薬剤フェンタニルで、1年間に7万人～10万人のアメリカ人が亡くなり、第二のアヘン戦争と過激な表現をしました。(図11)

オピオイドの頻用が悪影響を与えているのではないか。1990年代、米国の製薬会社が、宣伝・推薦に加え、医者に働きかけ、急激にオピオイドの処方が増えました。この時期、NSAID や COX-2選択薬の心血管リスクが問題になり、オピオイドに、どんどん移行しました。

アメリカ疼痛学会が突然解散。その理由に訴訟があります。多額を請求される訴訟を起こされています。個人的な訴訟も、どんどん増える。アメリカ疼痛学会はそれを見越し、学会自体が訴訟の対象になる可能性も指摘され、突然解散したのではないかとされています。オピオイドが悪者になっています。(図12)

オピオイド頻用が、悪影響を与えているかはっきりは分かりません。麻酔科医側もオピオイドを減らし、「笑気」やケタミンなど、別な作用をもっている薬剤を使用、解決しようと試みています。(図13)

「笑気」は、約30年前、1分間に4Lを流して麻酔をかけていました。現在、0.5Lまで使用量を減らすことができます。コストを削減、環境に配慮。オピオイドと比較、有効性を保とうとしています。(図14)

「笑気」の分解・廃棄システムは、九州大学を中心に10年～20年前にすでに実用化されています。「笑気」の環境問題を解決する可能性があると思われます。(図15)

アンモニアは、グリーンエネルギーのひとつとして注目を浴びています。その精製から発生する「笑気」を効率よく回収・利用できれば、環境問題の解決策に参加できるのではないのでしょうか。(図16)

今後の展望として、病院で笑気ガスを集中的に管理

図13

key word:オピオイドフリー麻酔

- 現実にはオピオイドの減量
- 笑気は、麻酔覚醒時の鎮痛剤減量可能性←NMDA拮抗作用？
- レミフェンタニル過量投与による知覚過敏を回避？

図14

key word:笑気の利用量下げる

- 低流量:笑気4L/分→2→1→0.5
- 吸入麻酔の低流量化
- 笑気の使用に有用

図15

笑気の回収・分解

- 九州大学+昭和電工:アネスクリーン(プラズマ+希少金属、笑気と他の吸入麻酔薬も可能)
- 東工大(プラズマ+希少金属)

図16

笑気の世界

- 窒素循環
- エネルギー・キャリアエネルギー:4NH3+3O2→2N2+6H2O 日本国内の火力発電(試験 IH)
- 再生可能エネルギーから水素生成:水素→アンモニア
- 搬送・保存などの効率化:アンモニアの利用
- 下水・畜産で発生するアンモニア回収・利用:多くの大学・企業で研究・実用化を目指し、参入
- アンモニアを消費→笑気→効率よく回収

し、外来・手術で使用した「笑気」を回収・分解など再利用と廃棄を効率よく使用していけるのではと考えています。(図17)

また、一酸化窒素は血管の拡張物質として臨床上使用されています。神経伝達物質として注目を浴びているので、同じ窒素化合物の「笑気」の及ぼす影響を研究出来たらと思います。(図18)

図17

展開

- 再生可能エネルギー(太陽光発電、風力、水力など)から得た水素でアンモニア生成、火力発電に利用
- 発生した笑気を利用
- laughing gas center
- 外来手術・うつ病の治療・無痛分娩・鎮痛
- 使用した笑気を回収・再利用
- 分解
- エネルギーも麻酔薬もグリーン
- 持続可能なシステムを目指す

図18

研究

- 末梢組織障害→血管内皮→NO(血管内皮由来弛緩因子:EDRF,1998)血流維持→傷の治り→NO→痛みをやわらげる
- 血管NO
- 神経NO

カリスマ院長時代から多職種連携が拓く新しい時代へ ～これからの医療療養病床の役割～

災害医療支援講座 特任講師
(医療協力先：高野病院)

社本 博



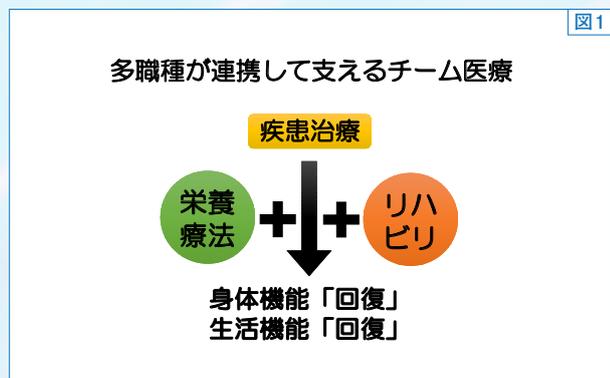
まず高野病院についてご紹介します。当院は福島県浜通りの広野町に位置し、Jヴィレッジから車で約3分の距離にあります。広野町の住基人口は約4,500人で、実際に居住している方は約4,100人です。高齢化率は33.8%ですが、富岡高校がふたば未来学園として広野町に移り、その生徒数などが低齢化率に含まれています。高野病院には一般病棟はなく、療養病棟60床と認知症治療病棟49床が設けられています。認知症治療病棟は精神科病棟に属しますが、精神科医師の常勤が不要とされています。

かつての病院運営は、理事長や院長1人の頭で多くのことが決定され、他のスタッフがそれに従い実践をするという形でした。しかし、現代においては医療だけでなく、財務、コンプライアンス、人事、施設管理などの複雑化が進んでいます。また医療制度改革や高齢化社会、医療DX、チーム医療、地域連携など病院を取り巻く状況も複雑化しています。これを1人で処理することは不可能であり、包括的かつ多角的なアプローチが求められています。

私が2019年に高野病院に赴任して最初に考えたのは、「病院である以上、疾患の治療は当然必要である」ということでした。しかし、私たちが本来目指すべきは「病気を治して終わり」ではなく、患者さんの身体機能や生活機能が回復し、再びその人らしい生活を送れるようになることです。他のセッティング同様に医療療養病床においても本質的なゴールです。そのためには、リハビリテーション（以下リハ）治療と栄養療法が欠かせません。これらを効果的に実践するためには、多職種が連携して支えるチーム医療が必要です（図1）。

医師だけでなく、看護師、リハスタッフ、栄養士、介護職など、多職種が専門性を活かして関与することで、はじめて質の高い医療が提供できると考えています。

その第一歩として、まず当院の現状を正確に把握するために、入院患者のデータ収集を開始



しました。たとえば、どの程度の患者さんが低体重なのか、体重が入院中にどのように変化しているのか、栄養状態はどうか、などです。低体重の方が多くことはある程度予想していましたが、実際には体重測定すら行われていないケースや、著しい体重減少が放置されているケースもあり、想像以上に深刻な実態が明らかとなりました(図2)。

栄養状態が「良好」と評価される方は、全体の1割前後にすぎませんでした(図3)。

その後、5年間の取り組みにより、リハスタッフや管理栄養士のチームを構築し、リハと栄養に特化したアプローチを進めました。その結果、体重減少や栄養状態の改善が見られ、栄養状態の良好な患者が75%に増加しました(図4-5)。

次に取り組んだのは医療区分の再編です。療養病棟の診療報酬体系は複雑であり、患者の病状や病態さらに処置内容に応じて入院基本料が9分類に設定されていました(図6)。

R6年度の診療報酬改定により、この分類がさらに30分類に増加し、より複雑化しています(図7)。

2016年までは長年初代院長が、この複雑な医療区分の評価を行っていましたが、院長交代後は徐々に正確な評価が難しくなっていました。そこで、改め

図3



図4



図5

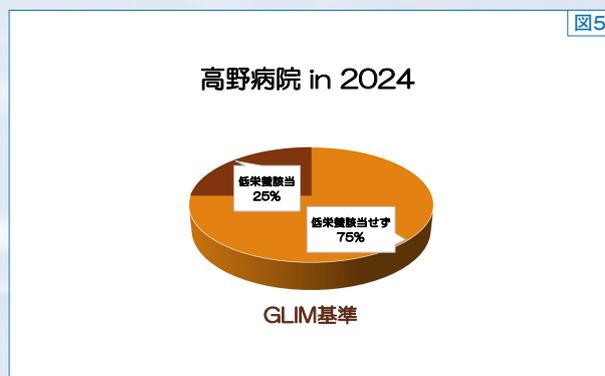


図7

令和6年度さらに複雑な診療報酬体系へ

30種類の入院基本料設定

	処置・治療3*	処置・治療2	処置・治療1
疾患・状態3 (モニター監視のみ)	1. ADL3 1949 (1954)	4. ADL3 1677 (1692)	7. ADL3 1629 (1644)
	2. ADL2 1895 (1909)	5. ADL2 1623 (1637)	8. ADL2 1575 (1589)
	3. ADL1 1607 (1621)	6. ADL1 1335 (1349)	9. ADL1 1287 (1301)
疾患・状態2**	10. ADL3 1816 (1831)	13. ADL3 1440 (1455)	16. ADL3 1356 (1371)
	11. ADL2 1762 (1776)	14. ADL2 1413 (1427)	17. ADL2 1329 (1343)
	12. ADL1 1474 (1488)	15. ADL1 1258 (1273)	18. ADL1 1174 (1189)
疾患・状態1	19. ADL3 1816 (1831)	22. ADL3 1427 (1442)	25. ADL3 998 (993)
	20. ADL2 1762 (1776)	23. ADL2 1400 (1414)	26. ADL2 920 (935)
	21. ADL1 1474 (1488)	24. ADL1 1245 (1260)	27. ADL1 816 (830)

図6

複雑で特殊な医療療養病床の診療報酬体系

9種類の入院基本料設定

	医療区分3	医療区分2	医療区分1
ADL区分3	1798 (1813)	1399 (1414)	953 (968)
ADL区分2	1744 (1758)	1372 (1386)	905 (920)
ADL区分1	1457 (1386)	1217 (1232)	801 (815)

◆一般病床(急性期・回復期・地ケア病床等)と異なる包括算定

て医療区分の正確な評価を行うことで、適切な医療区分と入院基本料を確保できるようになりました。

しかし、実際に医療区分評価には医師だけでなく、他職種との連携が不可欠です。今後は、医師以外のスタッフが主体的に医療区分の評価に参加できるよう院内教育と相互理解の促進が必要だと考えています。

ここまでの取り組みにもかかわらず、病院の経営は依然として厳しい状況が続いていました。その大きな要因の一つは、患者数が伸びなかったことにあります。初代院長が亡くなって以降、病院の収益は劇的に落ち込みました。これは単に医師が交代したからというだけではなく、病院としての在り方や機能について、私たち自身が誤った認識を持っていたことが原因ではないかと考えるようになりました。

そこで、まず取り組んだのは、「療養病棟の本来

の役割とは何か」を職員全体で再確認することでした。地域の医療提供体制の中で、療養病棟はどのような立ち位置にあるべきか。療養病棟が果たすべき役割は、当地域の「Post-Acute Care (ポストアキュートケア)」を担うことにあると考えました。すなわち、急性期や回復期の治療を終え、ある程度病状は安定しているものの、依然として医療的ケアを必要とする方々を受け入れ、薬物治療や処置だけでなく、リハビリテーションや栄養支援を中心としたケアを提供し続けることが、療養病棟の使命であると再定義しました。加えて、近年増加している慢性疾患の悪化予防や合併症の管理を行う場としての役割、さらには終末期ケアやレスパイト入院の受け皿としても療養病棟が重要な位置を占めると考えています。こうして見直してみると、当院が受け入れ困難なケースは限られており、産科・精神科・小児科・透析といった特定の診療領域を除けば、ほとんどの患者さんを受け入れることが可能であると再認識しました(図8)。

我々が目指したのが、「断らない」病院になることでした。とくに他院から紹介された患者さんをできる限り受け入れる、そしてその姿勢を地域に広く知っていただく。それが、私たちの信頼回復と病院再建の第一歩だと考えました。そのために、他の医療機関に直接出向き、高野病院の現状や受け入れ体制について丁寧に説明しました。たとえば、どのような患者さんを受け入れることができ、どのようなケースでは対応が難しいのか、病棟ごとの役割分担や医療資源の状況なども含めて、「高野病院とはどんな病院か」を正確に知っていただくよう努めました。また、認知症治療病棟についても、単に制度的に存在する病棟ではなく、明確な役割と責任をもった医療・支援の場として機能させるよう体制を整えました。

図8

医療療養病床の役割を再考

1. Post Acute：病状が安定したが継続的医療*が必要
診療・治療中心の医療<<看護・介護ケアなど生活に配慮した医療
投薬・処置中心の医療<<多職種による観察・ケア中心の医療
2. 慢性疾患の悪化予防や合併症治療が必要
廃用症候群/サルコペニア/悪液質の予防・治療
3. 終末期(老衰³)に向けたターミナルケアが必要
4. レスパイト入院で継続支援が必要

図9

高野病院の特性を生かす

断らない医療を実践
断らない医療を周知

- 1) 高野病院の紹介
ホームページリニューアル、病院通信の配信
- 2) 高野病院療養病床の特性・特徴を周知
- 3) 認知症治療病床の役割・機能の確立
- 4) 良質な医療と支援(ケア&サポート)の継続

ここでも患者さんの受け入れ体制を確立し、良質な医療と支援を継続的に提供できるよう取り組みました(図9)。

今後は、地域の高齢化に対応した医療サービスの提供と、在宅医療の充実を目指していきます。また、病院の存続と良質なケアの維持に向けた人材確保と効率的な運営が重要課題です(図10)。

図10

高野病院の未来を再考
人手不足にならない工夫
人が集まる工夫
人が人を呼ぶ工夫
スタッフの健康維持/増進
良質なケアや治療の継続
スタッフ育成と教育
個に左右されない病院運営

東日本大震災・原発事故後の被災地の精神科医療に、 トラウマ焦点化認知行動療法を導入した試みについて

災害医療支援講座 特任助教
(医療協力先：ほりメンタルクリニック)

堀 有伸



今日は、普段は精神科に接することの少ない方もおられると思いますが、順番にご説明して参ります。「トラウマ焦点化認知行動療法」とは、PTSDという病気に対してエビデンスのある、標準的な治療法とされている面接の方法です。PTSD に対しては、薬物療法の有効性は制限されています。以前は精神科の面接では、医者などがあまり指示を行わず、患者さんたちに自由に話すことをうながすものが主流でした。しかし、最近のこういう治療プログラムは、それとはかなり異なり、構造化した方法で面接を行うことが勧められています。構造化されているとは、面接の進め方が事前に定められているということです。構造化・標準化することで、その面接のやり方が有効か否か、統計的に検証することが可能になります。PTSD に対しての有効性が示された面接のやり方がいくつかあり、それをトラウマ焦点化認知行動療法と呼ぶことがあります。これは、被災地はもとより、日本全体でも導入が進んでいません。そのような治療法を、被災地で実践したことについての報

告です。

資料にあるとおり、災害があるとうつ病や PTSD などの精神疾患が増えます。東日本大震災と関連した研究をいくつか紹介します。(図1)

PTSD の治療について、昔はデブリーフィングと言いまして、災害で過酷な体験をした人に、そのことを積極的に話すように促すことで、PTSD が予防(治療)できるという仮説のもとで、そのような治療実践が行われました。阪神淡路大震災では行われたと聞いています。しかし後の研究から、緊急時の危機介入として行うデブリーフィングには、症状が良くなるエビデンスがえられず、中には悪化したという報告もあり、行われなくなりました。東日本大震災の際には、日本トラウマティック・ストレス学会あるいは精神神経学会がホームページで、デブリーフィングを控えるような呼びかけがありました。その代わり震災直後の標準的な介入として認められるようになったのが、サイコロジカルファーストエイド(Psychological First Aids: PSA)というものです。世界中でこれについての講習が行われており、災害直後の現場に入る人はこの講習を受けることが勧められるようになっていきます。その内容の中心は、言われてみれば当たり前のことなのですが、精神的に踏み込んだ介入を実施するより、具体的な被災地の情報を提供するか、日常生活の再建のお手伝いをする事に重点が置かれています。私は2012年から南相馬市で

図1 災害後には、うつ病、PTSD、アルコール依存症などの精神疾患が増加という報告

・原発事故後の避難指示により避難を行った住民についての、2012年の状態の調査で、14.6%でうつ病が、21.6%でPTSDが疑われる結果だった(県民健康調査)。

・東日本大震災・原発事故後の住民らのメンタルヘルスについて、重村らが行った79の文献を対象にしたシステマティック・レビューでは、非特異的な精神的な苦痛が8.3%から62.6%に、うつ病の傾向が12%から52%に、PTSDの症状を10.5%から62.6%に認められた。

・東北大学が宮城県の津波被害を受けた地域の自治体・病院職員を対象にPTSDの症状について調べた調査では、62.7%がresistance、6.3%がrecovery、3.5%がfluctuation、3.2%がchronicityの結果だった。

お世話になっていますが、PFAを勉強しながら、本講座の社本先生や小鷹先生にもお手伝いいただきNPO法人を作り、日常生活の再建のためにきちんと集まって身体を動かすなどの活動をしました。サイコロジカルファーストエイドの内容を意識していました。私が関わった論文化もされた事例ですが、津波等で被災し、相馬市の長屋で共同生活をされている高齢の患者さんで、このような方がおられました。その長屋では、自主的に住民が集まってデブリーフィングをやっていたようです。お昼ご飯を食べながら、「自分は津波でこうだった」、「私はこうだった」など話し合っていたようでした。その中の1人が精神的に一時不調になり、私のところを受診しましたが、速やかに回復されました。精神的なケアといっても、特別な内容ばかりではなく、日常のルーティンあるいは人間関係を再建について支援することが重要であると考え、その方針に沿って活動しました。(図2)

次に、私が2016年ほりメンタルクリニックを開業してからのデータです。自分でもがっかりしてしまったのですが、最初の1年間で受診した人のうち、3割くらいの患者さんが来なくなっていました。特にカテゴリ2、PTSDの患者さんの中断率が高かったのです。一般に、トラウマを思い出すことは辛いことです。そして、診療の場がそれを思い出す場所になった場合に、そこを避けたいと思う患者さんもいただろうと推測しました。トラウマについて話してもらった後に、きちんとケアをできる体制を作っていないと、中断につながりやすいと思います。紹介する論文では、カテゴリ1は認知症、2がPTSD、3が不安障害と気分障害・うつ病やパニック障害（PTSDを除いたもの）、4は統合失調症、5が依存症（アルコール依存症を中心）、6が児童精神科関係、7がてんか

んとしました。研究の結果として、2つの重要な点を報告しました。1つ目は、PTSDの中断率が高かったことです。2つ目はカテゴリ5の依存症関係の患者さんについて、全然対応できていなかった、ということでした。福島県の県民健康調査などのデータを参考にすると、PTSDやうつ病もそうですが、アルコール依存症が震災後に発症する精神的な問題のうち、最も重要なものの一つであることは間違いありません。しかし当クリニックには、ほとんど受診されていませんでした。雲雀ヶ丘病院に勤務していた2012年から2015年の時には、本当に生活が破綻しているような人の入院を数名、引き受けて担当したことがありました。依存症治療は精神科医療の中でも治療としての専門性が高くなっています。患者会などの運営についての支援などが重視されていますが、そこまですなかなかに提供できていません。現在はどうしているかということ、軽いうちはクリニックで対応しているのですが、少しこじれると仙台の東北会病院という依存症の専門に入院を紹介するようになっていきます。福島県全体でも依存症の専門施設はあまりないようです。私が南相馬市に来てはじめての頃は地域全部の精神科医療をカバーしなければならないと気負っていたのですが、これをまとめる頃になると、一開業医として、どこに重点を置いてクリニックの生き残りを図ろうかと考えるまでに変化しています。そして、アル

災害後のメンタルヘルス介入 対PTSD介入の原則

図2

・予防的なデブリーフィング(トラウマ的な体験を積極的に話すように促し、聴取すること)については、その有効性に疑問が示され、また症状が悪化したという報告もあり、基本的に行われなくなっている。

・生活再建への協力や、簡単な心理的なコーピングの教示を導入を留める、サイコロジカルファーストエイド(PFA)が全世界的なスタンダードになっている。

・高齢者のPTSDで、相馬市の長屋における共同生活がPTSDの症状に拮抗的に作用していたと考察された症例報告。(Hori A, Morita T, Yoshida I, Tsubokura M. Enhancement of PTSD treatment through social support in Idobata-Nagaya community housing after Fukushima's triple disaster. BMJ Case Rep. 2018 Jun 19;2018:bcr2018224935.)

・地域のNPO法人として、地域生活の復興に協力。



コール依存症や統合失調症、高齢者認知症の診療を本気で継続しようとすると、精神科医1人だけではなかなか対応が難しいものがあります。このような病気に対しては、緊急時の対応を含めた生活全部を支えられる場所や道具を揃えないと、責任を持って治療を引き受けられないのです。社本先生がお話しされたように、多職種のスタッフで施設を維持して運営していく必要があります。当クリニックは私1人でやっていますので、どこに力を入れるのかを明確にする必要があると考え、PTSDに力を入れることになりました。(図3)

そもそも PTSD とは何でしょうか?精神科の疾患概念は分かりにくい場合があります。「怒られたトラウマで PTSD になった」というような話を聞くこともありますが、それは学問的には間違った言葉の使い方になります。PTSD の厳密な定義は、死を意識させるようなものすごく強い恐怖を喚起される体験をした後に生じる、生理的な反応と心理的な影響が

長く続いてしまう状況についてのものです。特徴的なのが再体験症状で、フラッシュバックや夢の形でトラウマになった記憶を、予期しないタイミングでパッと思い出します。普通は過去のことを思い出すときは、自分が主体的に、ほのぼのと思い出しているという感じですが、しかし PTSD の再体験症状は、意識の中にトラウマ記憶が侵入してくる、自分の主体性が奪われて突然つらい思いをさせられる、という体験です。脳画像研究では PTSD の患者さんが再体験症状を起こしているときに、記憶に関する領域ではなくて、視覚野とか辺縁系などの情動に関与する領域が活性化しているというデータがあります。トラウマによる恐怖を、もう一度その場でリアルに体験しているような脳の活動が、再体験症状中の PTSD の患者さんでは再現されているのです。予測できないタイミングで恐怖が高まることが繰り返されるので、交感神経優位になりやすく、強い不眠が出現します。この状況を放置すると、パニック障害・うつ病・アルコール依存症など、ほかの精神疾患に罹患するリスクが高まります。向精神薬は、十分な改善が認められない場合も少なくありません。(図4)

PTSD にエビデンスのあるトラウマ焦点化認知行動療法としては、持続エクスポージャー (PE) 法、認知処理療法、EMDR という目を動かしてもらいながら行う治療の、3つが知られています。世間的には EMDR が有名ですが、私は持続エクスポージャー法を行いました。国立精神・神経医療研究センターの先生に教えてもらいながらの実施でした。最近も当院の患者さんをオンラインでつなぎ、国立精神・神経医療研究センターの先生に PE を実施していただきました。PE では少しずつトラウマ記憶を思い出

図3

ほりメンタルクリニック(2016.4月開設)
開院から1年間の診療成績

Table 2: Demographic data from the medical record from April 2016- March 2017

	Overall	Category1	Category2	Category3	Category4	Category5	Category6	Category7
N	730	148	41	412	53	9	63	4
Sex(male) (%)	259(41.0%)	52(35.1%)	18(38.9%)	153(37.6%)	23(43.4%)	7(77.8%)	45(71.4%)	1(25%)
age (average ± standard deviation)(year)	52.0 ± 24.5	82.8 ± 7.6	43.1 ± 22.7	47.7 ± 19.3	47.4 ± 16.5	51.3 ± 16.0	17.4 ± 12.8	48.5 ± 18.1
rate of therapy discontinuation (%)	240(32.9%)	14 (9.5%)	24(58.5%)	175(42.5%)	7(13.2%)	1(11.1%)	19(30.2%)	0(0%)
rate of experienced disaster-related stress(%)	126(17.3%)	16(10.8%)	19(46.3%)	77(18.7%)	5(9.4%)	2(22.2%)	3(4.8%)	1(25%)
rate of violence-free history (%)	683(93.6%)	138(93.2%)	33(80.5%)	389(94.4%)	51(96.2%)	8(88.9%)	61(96.8%)	3(75%)

footnote: contents of each category(compliant with ICD-11)

Category1: Neurocognitive disorders (dementia-related disorders)

Category 2: Disorders specifically associated with stress and Dissociative disorders (PTSD-related disorders)

Category 3: Mood disorders and anxiety disorders, and others except for PTSD-related disorders

Category4: Schizophrenia or other primary psychotic disorders

Category5: Disorders due to substance use or addictive behaviours

Category6: Child psychiatry-related disorders

Category7: Epilepsy or seizures

Arimohu H, Michio M, Masaharu T. Against an insufficient intervention for patients with alcoholism or PTSD: An activity report on a psychiatric clinic after the 2011 complex disaster in Fukushima, Japan. International Journal of Disaster Risk Reduction, Volume 96,2023

図4

PTSD(心的外傷後ストレス障害)とは

- ・命の危険を感じるような恐怖を体験(あるいは間近で目撃、聴取する)ことによって生じる病態
- ・「体が恐怖を覚えている」
- ・再体験症状 フラッシュバックや悪夢という形で、トラウマ記憶が予期できないコントロール不可能な形で、侵襲的で苦痛をともなう感覚・感情の変化をともなって想起される。
- ・覚醒亢進症状 典型的には、交感神経優位な状態に固定される。強い不眠が出現。
- ・回避症状 ト라우マ刺激を想起されるような刺激を回避する。極端な場合、ひきこもる。
- ・悲観的な認知が強まる。そこから非機能的な行動変化が生じ、症状を遷延させることがある。
- ・放置すると、パニック障害・うつ病・アルコール依存症などの他の精神疾患の合併が増加。
- ・薬物療法の効果が限定的。
- ・トラウマ焦点化した認知行動療法の有効性についてのエビデンスが累積されつつある

して慣れていってもらうことも行います。もちろん、それは十分な準備をした後に行います。1セッション90分を週に1回で合計6回～20回。3、4か月ほどかかります。(図5)

うまくいった例を英文で症例報告しています。最初は、2011年東日本大震災が発生したときに電柱の上で作業していた方です。震災後数か月PTSDの症状があったようですが、別の地域に避難して落ち着きました。その後南相馬市に戻り新しい仕事を始め、仕事がうまくいかなかった際にPTSD症状が発生したことから、当クリニックを受診しました。合併するうつ病等を薬物療法で改善させた後に、PTSDに対するPE法を実施し、改善しました。2つ目は、自身も被災しながら地域の消防団に所属し、地域活動に従事していた方です。遺体を探して回収するのですが、自分の家族や知人のことを探し当てて対応する場面は、かなり強烈なダメージを与えたようでした。一般に正規職員の警察や消防の方・自衛隊の方の場合にはきちんと心理士や精神科医の対応につながりやすいのですが、地域の消防団の方々は、半分はボランティアで、そのような対応を期待できません。当クリニックにも消防団関係の強烈な体験をした方が何人か受診しました。中断率も高かった印象です。そのような方の一部の方にPE法を実施して改善した報告もあります。(図6)

震災のトラウマだけではなく、子どもの頃に虐待を受けていたとか、大人になってからもDVが行われていた方が、さらに震災を体験した後にPTSDの症状が顕在化した事例もありました。複数のトラウマ体験に対してエクスポージャーが実施した経過についても発表しました。(図7)

PEは良い治療だと思いましたが、あまり多数は

実施できませんでした。患者さんはやはりトラウマを思い出すが辛いし、拒否されることもありました。

(図8)

最近、スキーマ療法という治療法が少しずつ国内でも知られるようになり、私も関心を持って勉強し

図5

トラウマ焦点化認知行動療法とは

- ・持続エクスポージャー(PE)法、認知処理療法、EMDRの3つの治療法について、PTSDに対して有効であるというエビデンスが集積されている。
- ・どちらも、トラウマ記憶についてのエクスポージャー(ば(露)という手法が含まれている。
- ・トラウマ記憶を急激に想起すると苦痛が強すぎる。しかし、それを完全に回避することで、再体験・覚醒亢進症状やトラウマ体験後に生じた非機能的な行動変化が持続してしまう。
- ・十分な手間をかけて準備し、構造化された(手順が決まっている)方法で、トラウマ記憶を想起し、語ることをうながしていく。
- ・自分の感情的苦痛を点数化し、それを適宜モニターしながら実施する。
- ・トラウマ記憶を思い出すことへの馴化(慣れること)、混乱したトラウマについての記憶が整理されること、その上で、トラウマ体験の自分の人生についての意味や価値について、納得できる見方ができるようになること(プロセッシング)などが、治療順序として想定されている。

図6

持続エクスポージャー(PE)法を実施

- ・既定の研修を受けて、持続エクスポージャー法のセラピスト資格を取得し、ほりメンタルクリニックで治療実践を開始した。
- ・症例報告
- ・*Hori A, Takebayashi Y, Tsubokura M, Kim Y. Efficacy of prolonged exposure therapy for a patient with late-onset PTSD affected by evacuation due to the Fukushima nuclear power plant accident. *BMJ Case Rep.* 2019 Dec 29;12(12):e231960. doi: 10.1136/bcr-2019-231960.
- ・2011年の地震発生時に電柱の上で作業をしていた。避難後一時症状は軽快、転居して元来の故郷に近づいたが新しい仕事に適應できない中でPTSD・うつ病を発生。PE法を実施して改善。
- ・*Hori A, Takebayashi Y, Tsubokura M, Kim Y. PTSD and bipolar II disorder in Fukushima disaster relief workers after the 2011 nuclear accident. *BMJ Case Rep.* 2020 Sep 17;13(9):e236725.
- ・自分自身も地震・津波で被災しながら、災害救援従事者として地域活動に従事。原爆の恐怖を感じながら遺体の回収など、忙しい生活を営みながら、3年半後に広島の水害のニュースを見たことをきっかけにフラッシュバックなどの症状が顕在化。改善にはPE法の実施が有効だった。

図7

持続エクスポージャー(PE)法を実施

- ・既定の研修を受けて、持続エクスポージャー法のセラピスト資格を取得し、ほりメンタルクリニックで治療実践を開始した。
- ・症例報告
- ・*A.Hori, Coming to terms with Fukushima disaster-related trauma and earlier trauma by constructing a new identity. *About a case. Radioprotection.* 55 4 (2020) 283-290
- ・災害時・後に津波・避難を経験し、避難中に自分や家族の病気が発生した。その後に重度のパニック障害が顕在化して治療を開始した。その後、震災前後に経験したDV関連の複数の経験も、トラウマとして作用していることが判明した。生活環境の整理と同時に、複数のエピソードに対してPE法を実施したことが改善に有効だった。
- ・現在、開業から6年間のデータをまとめて分析する作業を実施中。

図8

PE法実施の際の困難な点 スキーマ療法の導入

- ・PE法が有効であることは分かったが、治療に導入するのは容易ではなかった。
- ・1回90分、週に1回、全部で10~20回が標準。
- ・エクスポージャーの手法を実施することのご本人の負担感
- ・震災から13年以上が経過した現時点でも、震災のトラウマについて話題にしようとするだけで顔をしかめて、それを避けるような患者さんの外来通院も続いている。
- ・認知処理療法などは、トラウマ体験後に生じた、非機能的な認知・行動のパターンが症状を悪化させていることへの気づきと、そのことの修正を治療順序の中心に据えている。(持続エクスポージャーにもこの要素は含まれてはいる)。

図9

スキーマ療法の導入

- ・1980年代に開発された統合的な心理療法アプローチ。
- ・慢性的な心理的問題やパーソナリティ障害を持つ個人へのエビデンスが存在。
- ・主な目的は、個人が長期にわたるパターン、すなわち早期不適応スキーマ(EMS)を特定し、修正すること。
- ・EMSは「記憶、感情、認知、そして自己や他者との関係に関する身体感覚で構成された広範かつ持続的なテーマやパターン」と定義されている。
- ・そもそも、EMSが幼少期に経験したトラウマ的な体験に対する防御的な反応として成立したと考える。
- ・通常1年から3年の期間で行われる。
- ・パーソナリティ障害だけでなく、他の多くの精神障害に対しても効果的であることが示唆されています。

図10

持続エクスポージャー法とスキーマ療法の比較

	持続エクスポージャー法	スキーマ療法
焦点を当てる領域	特定のトラウマイベントに関連するPTSD症状に直接的に取り組む	心理的背景に根本にかかわる不適応スキーマや対処スタイルに取り組み、トラウマ関連の問題も含む
アプローチ方法	行動療法アプローチが中心。トラウマ関連の記憶、思考、感情に繰り返しエクスポージャーを行い、感情処理を促進する	統合的アプローチ。認知療法、行動療法、身体的技法の要素を組み合わせて、不適応スキーマを修正する。
実施期間	通常、週1回のセッションを8〜15回行い、全セッションは30分間	通常は中長期にわたる治療で、週1回のセッションを1〜2年行う
期待される効果	PTSDに対して非常に効果的で、強力な実証的サポートがある	複雑なトラウマ関連の問題、人格障害、慢性的な心理的問題に対して効果的であり、エビデンスが増加している
限界	心理的背景に関連する根本的なスキーマレベルの信念や対処スタイルには対処しにくいかもしれない	長期間のコミットメントを必要とし、持続エクスポージャー法ほど特定のPTSD症状に焦点を当てていない可能性がある

図11

現在、持続エクスポージャー療法とスキーマ療法を組み合わせる治療を実施した症例報告を準備中です。

ご清聴ありがとうございました。

堀 有伸
arinobu.h@gmail.com

ています。1980年代に開発されたのですが、従来パーソナリティの問題だと考えられていた患者さんたちの傾向について、それを小さい頃にトラウマ的な体験をした結果として身につけてしまった非機能的な対処法だと理解し、介入します。1人の患者さんへの治療が1年から3年間かかります。先にPEを実施してからスキーマ療法をやる患者さんもいますし、スキーマ療法をやって後からPEをやる方もいます。そのような経過の症例報告の準備をしています。(図9〜10)

南相馬市では、多くの方がトラウマ体験についての部分的な症状を持っているのですが、治療を受けようと思っていないという印象です。しかし、症状があると当然QOLが下がります。まずは私がしっかりとPTSDの治療について勉強し、クリニックの医療の実践という形できちんとしたケアを提供できるようになり、将来一緒にやってくれる人が増え、広くアプローチできるような方法を開発できるようになりたいと思っています。症例報告を積み重ねて、もう少ししたら少数の数十例程度の介入研究に進みたいと考えております。

令和7年9月 発行

災害医療支援講座

〒960-1295

福島市光が丘1番地 福島県立医科大学内

TEL 024-547-1018
FAX 024-547-1991
