

■ 編集だより

編集後記

阪神淡路大震災以降、精神医療と社会との距離は非常に近くなったが、東日本大震災以降はいつそうその感が強い。ひとつには災害時のいわゆる心のケアチームの活動がある。災害がなくても救急精神医療という分野は存在していたが、それは精神科救急のように病院を受診した急性期の患者の取り扱いを議論するものであって、社会の急場に出かけて医療を提供するものではなかった。精神科救急の分野で災害支援が活発に論じられるようになったのは最近のことである。欧米の精神医学の教科書を見ても、災害時の精神医療のあり方を論じたものはほとんど見られない。特に DSM-III 以降、少なからぬ教科書が操作的診断基準の解説本のような有様になってからはなおさらであり、意外なことに Kraepelin E の論じた驚愕神経症、外傷神経症の記述の方がよほど参考になる。

いまひとつは public health 的な視点からの介入を考える必要がある。その場合の介入目標は住民不安の軽減であることが多いが、この不安の多くは状況に対する一過性の反応であって必ずしも不安障害ではないことに注意が必要であろう。また期待される不安対応の中に不満や批判の沈静化という期待が隠されていることがある。そのいずれの立場から、社会的事象を軽々に精神医学化することは慎むべきと思われる。

より技術的な立場からいうと、私たちの診断精度は果たして社会の中で通用するのだろうか、という問題がある。検査結果の解釈やスクリーニングのための尺度についてよく指摘されるのは事前確率の問題である。病院を受診する患者は治療を必要とする何らかの問題を持っているので、そうした集団に検査や尺度を実施したときには、そうではない人々が多数を占める一般社会の集団に施行した場合よりも、疾患についての感受性、特異性について良い結果が出やすい。言い換えれば臨床的に有用な尺度を一般社会に用いてスクリーニングなどを行っても有益ではない場合がある。このことは精神科医の診断技術に関しても同じではなからうか。身体的検査については疫学的データが積み重ねられてこの問題はかなり補正されてきているが、主観的症状について対面での問診を基本とする精神科の診断について、臨床場面と社会の中での診断精度の相違ということには注意すべきであろう。

このことについて興味深いデータがある。筆者の属する災害時こころの情報支援センターが行った調査では心のケアチームの活動記録の大半は、非医療的な相談であった (HP 参照)。これは医学的な診療行為が乏しかったことを意味しているのではなく、むしろ災害という場面における精神医学の濫用に対して多くの精神科医が禁欲的であったという好ましい事実を示しているのではないかと、とも思える。

本学会には英文誌もあるが、災害のように会員の活動の様相を劇的に変更するような状況に応じた精神医療のあり方についての論考を掲載することは和文誌の使命であると思う。災害はそのような状況を劇的に示しているが、もちろん同様の変化は、新しい診断概念、治療法、患者の処遇などの変更に伴ってしばしば生じている。そのような課題に直結し、会員に還元することが求められるデータを掲載することもまた、本誌には求められるであろう。

金 吉晴