

元MRが語る・医療と生物の**信じられない**実態2

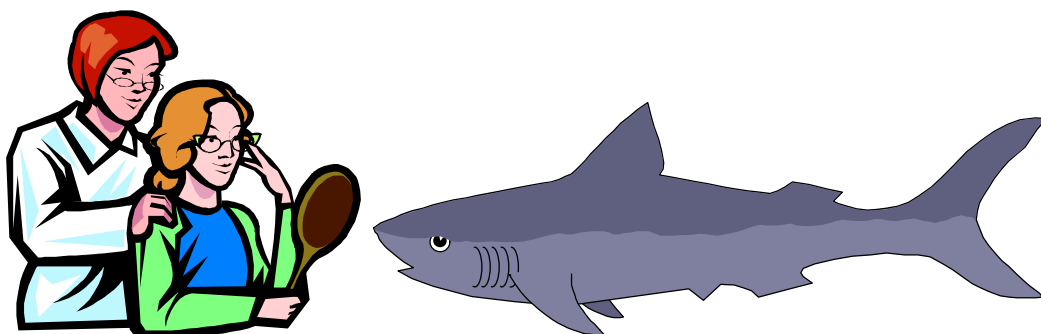
～ 目次 (全26ページ) ～

SASだけじゃない!“睡眠に関する障害”は、日本人が有病率世界一!? 2

産婦人科医だけじゃない。子供達の健康を担う“小児科医の憂鬱と現状” 9

自然を生業として生きる人々と「世界自然遺産」の共存は成り立つか? 15

大惨事の度に問題として挙げられる“PTSD”とは一体何なんだ!? 20



この無料レポートは、メルマガの中で、
特に、反響が大きかったものを選び、
加筆・修正を加えて、新たに編集したものです。

企画・製作 より良い医療と生物を考える研究会

<http://www.unlimit517.co.jp/melmaga.htm>

発行責任者 田畑 拓也

SASだけじゃない!“睡眠に関する障害”は、日本人が有病率世界一！？

ヒトは「睡眠」を取らなければ生きられない生物である。その大事な活力を世界一粗末にしているのが、日本人だとしたら…次の事実には貴方は驚愕する！

【“生体”リズムと“睡眠”リズム】

先週、お約束したSAS(睡眠時無呼吸症候群)の治療法と対策は、少し後回しにして、まずは、人体の基本である「生体リズム」と「睡眠リズム」について、説明したいと思う。

現代生活は、夜になっても、明かりが消えず、特に、日本では、都市や田舎に関わらず、コンビニやストアは“24時間営業”。こうした昼夜の別なく「眠らない街・生活」が、“睡眠の質”を落とす大きな要因になっている。

本来、人体にある「体内時計」は、“太陽の光”に同調するように作られている。つまり、太陽が昇ったら目覚め、沈んだら眠るとというのが、“自然のリズム”であるという事だ。

光や騒音の届かない地下に住居を造り、被験者を1～2週間、自由に生活させるという実験をしたところ、人には「約25時間(個人差があり、 24 ± 5 時間)周期で、睡眠と覚醒を規則正しく繰り返す」というリズムのある事が判明。

この時計のようなリズムを・・・

「サーカディアンリズム(概日リズム)=ラテン語合成 Circa(およそ)di(1日)」

しかし、地球の自転周期が24時間。サーカディアンリズムは、それから、約1時間ずれている。そのために、この実験では、約2週間後に昼夜が逆転した人もいた。

サーカディアンリズムの中身は、「1日の睡眠」「覚醒リズム」「体温リズム」などが、20～28時間周期で変動する“生体リズム”の事である。このリズムは、“体温変化”によって、もたらされる。

正確に働いている時は、目覚めが近づくにつれ、体温が上昇。夕方にピーク。それ以降は、徐々に低下するように、プログラミングされている。人には、この他、1週間のリズム、28日のリズム、1年のリズムなども存在する。

「次に、“睡眠”リズムについて」

最近では一般的に知られてきた言葉。「レム睡眠」と「ノンレム睡眠」。でも、本当の意味や役割を知っているのだろうか？ここでは、この2種の睡眠メカニズムを取り上げる。

「レム睡眠」…レム(REM)とは、Rapid Eye Movementの略。つまり、睡眠時に、閉じたまぶたの下で、眼球が急速に動くこと。

体は、活動しているのに、脳は浅い睡眠状態で、夢を見ている事が多い。健康な成人で、一晩に1～2時間。つまり、「映画一本分の夢」を見ている。

この睡眠は、大脳皮質が発達していない魚類、は虫類、両生類などの変温動物にも見られる。この事から、エネルギーを保存し、疲労を回復させる“原始的”な眠り。

「ノンレム睡眠」…上記との比較で、眼球運動が見られない状態の眠り。深く安らかな眠りのため、「大脳に休息を与える睡眠」と考えられている。夢を見るか否かは、意見が分かれる。

大脳が発達した鳥類や哺乳類などの高等動物だけに見られるため、「進化した眠り」とされている。

一晩で、「レム睡眠」と「ノンレム睡眠」が、人がベッドに入って、朝、目覚めるまでに、約90～100分(個人差によって70～100分)のサイクルで、交互に、かつ、規則正しく繰り返している。

これを踏まえた上で、もし…

「なかなか“睡眠不足”が、解消されないんだよなあ～」

自分自身で、このリズムを調べるのは無理。だが、正確に分からなくても、「睡眠日記」等を付ける事によって、「心地よく寝られた就寝時間と起床時間」を知ることは可能。その時間を習慣づける事により、問題解決を図る。

【“睡眠障害の原因”はSASだけじゃない】

先週は、SASを取り上げましたが、その他にも問題となる“睡眠障害の原因”がたくさん存在する。それらを次に列挙して、行きたいと思う。

[1. ナルコレプシー] ギリシャ語 narco(麻痺、脱力)、lepsy(発作)

別名「居眠り病」とも呼ばれる。日本の有病率は世界一。日本16～18人／1万人に対して、欧米では、2～4人と、約1/6くらいである。10～20代前半に集中。14～16歳の思春期にピーク。

～主症状～

- 日中の過剰な眠気…この“眠さ”を表わすと「健常者が丸3日間、睡眠を取らずに過ごした後に、難しい数学の問題に取り組んでいる」様な状態。学校や職場などで「怠け者」「たるんでいる」「自覚がない」などのレッテルを貼られる。
- 情動脱力発作…喜怒哀楽の感情が強く動いた時、首、全身、膝、腰、頬、顎、脛などの姿勢筋の力が、急に抜ける。
- 入眠時幻覚・睡眠麻痺…寝入りばなに、本当に、体験しているのと同じ様な非常に鮮明で生々しい夢(幻覚)を見る症状が、“入眠時幻覚”。

恐怖感や不安感を持って見た夢から、逃げようとするが、手足が麻痺して動かず、助けを呼ぼうとしても、声が出せない状態を“睡眠麻痺”(金縛り)と呼ぶ。
- 夜間熟眠障害…寝付きは比較的良いが、目が覚めやすく、深い睡眠が少ないために、“熟眠感”が得られない。頻度が多く、長く続く。

- 自動症…眠さを我慢している時、意識が眠りに入っても、体はその直前に行っていた事、あるいは、普段行っている事などを“無意識に実行”してしまうこと。

この病気が長期に渡ると、性格や行動が、「消極的」「受動的」「内向的」になり、注意力の持続、物事への好奇心や執着などが苦手となって行き、勉強や仕事、対人関係の張り合いも、段々失われてしまう(ナルコレプトイド性格変化)。

[2. 特発性過眠症]

ほぼ毎日繰り返し起こる比較的長時間(1～数時間)の“過剰な眠気”と“居眠り”が主症状。他の症状は類似するが、ナルコレプシーと違い「情動脱力発作」がない。主に、青年期に発病。

[3. 反復性過眠症(周期性過眠症)]

1週間程度、持続する過眠状態(傾眠期)を時々発現するが、その時を過ぎれば、“無症状”になることが特徴。傾眠期に「過食」を伴う場合も。

[4. 覚醒不全症候群]

“慢性の持続する眠気”を訴えながら、ナルコレプシーや特発性過眠症などとは異なり、睡眠発作に襲われることや日中、実際に眠ることが、ほとんど観察されない。

[5. 周期性四肢運動障害]

睡眠中の母趾の伸展、脚、及び、膝関節、時に、股関節の屈曲。稀に、上肢に出ることも。大部分が、中年以降に発病。次に挙げる「むずむず脚症候群」との合併も良くアリ。

[6. むずむず脚症候群]

下肢のふくらはぎ深部に「虫が這う」様な不快感が、眠りを始めると、直ぐに起こり、脚をばたばたさせたり、立ち上がって、歩き回ったりすると止まるのが特徴。下腿部に多く現れ、大腿部、脚部、稀に、胸部にも出現。ほとんどは、“慢性的な経過”を辿る。

「貴方も、どれかに当たるような症状が出ていたら・・・」

【SASの代表的な治療法と対策】

ここでは、SAS(睡眠時無呼吸症候群)に絞って、代表的な「治療法と対策」をピックアップする。尚、SASに関しては「呼吸器内科」「神経内科」「耳鼻科」「神経科」などで診療してもらえるが、その他の“睡眠障害”に関しては、「精神神経科」「神経内科」が専門となる。

【検査方法】

★エプワース眠気尺度

1. 座位で読書中 2. テレビを見ている時 3. 会議、劇場などで積極的に発言などをせずに座っている時 4. 乗客として1時間続けて車に乗っている時 5. 午後に横になることがあるとすれば、その時、6. 座位で人と話している時 7. アルコールを飲まずに昼食を摂った後に、静かに座っている時、8. 自動車を運転中に信号などにより数分間止まった時、

以上8項目について、0～3点の4段階でチェックする。0＝眠ってしまうことはない 1＝時に眠ってしまう(軽度) 2＝しばしば眠ってしまう(中等度) 3＝ほとんど眠ってしまう(高度)

採点基準としては、「15点以上＝異常」「11点以上＝やや異常」という事で、SASが疑われるため、“要専門医診断”となる。

★携帯型睡眠ポリグラフ法(簡易型AHI)

通常は、病院から借用する。「無呼吸」「酸素濃度」を、自分でスクリーニングする検査。その後、データを取った器械を、病院に持参し、コンピュータで解析。「無呼吸回数」「無呼吸指数」「動脈血酸素飽和度」などが分かる。それらによって、SASかどうかを判定する事が出来る。

★終夜睡眠ポリグラフ法（PSG）

病院に一泊入院して、検査。重症のSAS、あるいは、酸素濃度の低下が顕著な患者が対象。臨床検査技師が、夜中に泊まり込んで、検査。「脳波計」「眼球運動」「下顎の筋電図」「鼻と口の呼吸」「いびき音」「心電図」「胸」「腹の動き」「体位」「脚の筋電図」などを総合的に測定。この結果を見て、医者が判断する。

[治療法]

◆CPAP療法(持続陽圧呼吸療法) Continuous Positive Airway Pressure

閉塞型SASの対症療法としては、現代の“世界標準”である。1981年にオーストリアで開発され、その後、世界に普及。日本では、現在、約6万人がこの治療を受けている。

やり方は、睡眠時に、プラスチックのマスクを装着し、「経鼻的持続陽圧呼吸療法治療器」を用いて、空気を送り込むことによって、閉塞した上気道を広げ、いびきや無呼吸を起こらなくする。

患者は、病院から借用し、自宅で継続して使用することにより、睡眠時の無呼吸をなくし、酸素不足を解消して、「睡眠の質」を向上させる事が出来る。

PSGで「1時間当たり無呼吸・低換気指数(呼吸が浅くなって、酸素の入りが悪くなっている状態)が20回以上」の場合と簡易AHIで「1時間当たり無呼吸・低換気指数が40回以上」の場合には、“健康保険”で、CPAPを借用することが出来る。

その他にも、「日中の眠気が強く、日常生活に支障を来たしている場合」、「睡眠時無呼吸が頻発し、睡眠が分断されている場合」、「SASのために、高血圧、虚血性心疾患など合併症を引き起こしている場合」なども、“健康保険”適用になる(詳細は、医師に相談)。

月一度の外来治療で、患者の自己負担は、月4,000～5,000円。

◆マウスピース

下顎を突き出すように、上顎と固定したマウスピース。これによって、上気道を広げる。通常は、専門の歯科医師に、オーダーメイドする。重度のSAS患者には効果がないと言われている。平成16年から“保険適用”。

◆耳鼻咽喉科的手術

根本的な治療法としては「手術」しかない。

上気道を圧迫している器官に手術を施す。「口蓋扁桃摘出術」「アデノイド切除術」「コブレーター(高周波電流)による軟口蓋焼灼術」「コブレーターによる下甲介焼灼術」「鼻中隔矯正術」などがある。コブレーターによる手術は、日帰りも可能である。

[対策]

対策としては「生活習慣病」で悪とされているモノを制限や排除すること。肥満であれば「減量」、「飲酒の制限」、「精神安定剤や睡眠導入剤の制限」「禁煙」などである。

その他には、寝る時の姿勢を工夫し、横向きに寝たり、枕を低くして、軌道が狭くならないようにする。「低反発枕」の導入も検討。「午前中の太陽光」をなるべく多く浴びるというのも、肝要なことである。

「人生の約1/3。“睡眠”くらい幸せな気分で、いたいよなあ〜」

産婦人科医だけじゃない。子供達の健康を担う“小児科医の憂鬱と現状”

大変なのは、子供の生まれる時だけじゃなかった。現状では、子供達の成長過程で、病気を診る“小児科医”の少なさと高齢化も、実は大問題だったのだ…。

【“小児科医”の現状】

現在、“小児科”を主たる科目として掲げている医師の数＝14,156人、これは全体の医師数から比較すると、約5.8%程度である。この内、病院勤務の小児科医が、約6,500人余、診療所に働く約7,600人余と推計されている。

医療機関においては、一般病院数8,200余の内、“小児科”を持っているのが、3,528(約43%)。診療所91,500に対しては、26,788(29.3%)になる。

つまり、病院では、約1.8人の小児科医が勤務している計算になるが、診療所では、約0.28人、4軒くらいで、やっと1人の小児科医がいる計算になってしまう。

こんな態勢で、一つの病院にある“小児科”が、人口37,000人、子供の数にすると5,000人余を担当。診療所では1軒当たり、人口5,000人、子供の数700人余を担当する。

1日平均の外来数は、病院で26.7人くらい、診療所で10.4人くらいである。1人の小児科医が、病院では14.8人、診療所では何と37.1人も、1日で診ている計算になってしまう。

しかも、「時間外診療」を余儀なくさせられている小児科医の“超過勤務”は月当たり平均86.7時間(1日約2.9時間)、これは「時間外診療」を行わない“小児科医”平均58.2時間(1日約1.9時間)を、48%も上回り、1日当たり約1時間余計に診療していることになる。

「こんな状況で、質の高い“小児科医療”を施せるのだろうか？」

“夜間・休日診療”の問題としては、近くにある診療所が、時間外になると、親と患者(子供)は、「小児科当直」が置かれている病院に向かう。そのため、希少価値である“小児科医”は、ほぼ“連日の時間外診療”を任されてしまう。

だが、余りに疲労困憊のために、病院側の配慮として、“小児科医”を休ませる事により、実際に行ったら、専門の“小児科医”が不在だったということなどもあり、最近は問題として、出て来ている。

【何故“小児科医”が少ないのか？】

1. “小児科医”の仕事が厳しすぎる。

上記にも挙げたが、「過酷な労働環境」がその一端であることは間違いないだろう。その上、小児科は、元来「総合診療の要素が高い診療科目」であり、内科と同様かそれ以上に、広範囲の子供に関する疾病領域を、一人で対応しなければならない。

日常の診療においても、「子供に対する接し方」や「習熟度の高い診療」も要求されることが多いため、医師を志す医学生にとっても、“非常に忙しく難しい職場”だという先入観を持たれやすい。

ただ、「仕事が厳しい」というのは、元々“小児科医”の絶対数が少ないという“構造的な問題”であり、数が増えてくれば、もっと余裕を持った勤務態勢が可能になる。

また、小児科が「難しい」という点に関しては、特殊性が高いからこそ、より必要とされ、“誇れるキャリア”となる。

何れにしても、小児科というのは、次代を担う子供達の成長と発達を、総合的・全人的に見守るというとても重要な科目であり、“小児科医”は、彼らを、健全な大人に育てるという高邁な使命を担っているのである。

2. 少子化だから、“小児科医”は必要ない。

少子化であることは、確かだが、それによって、逆に、親は「少ない子供を大切に育てよう」という傾向が高まってきている。その証拠に、かかり

つけ医(ホームドクター)も、内科医ではなく“小児科医”を選ぶ親も増えた。

マスコミ報道も多くなり、今や「小児医療の充実」は、地方行政サービスの柱になりつつある。ただ、この事により、親御さんが「24時間態勢の小児医療」を切望しているので、早急に、“小児科医”の数を増やすことが、肝要である。

しかし、地域保健・学校保険に深く寄与する“小児科医”の重要な役割や社会的影響力を、医学生自体が、まだ余り認識していない。

3. “小児科医”の定員数が少ない。学ぶ場所も充分ではない。

志望者減少の一因が、「大学や総合病院における“小児科医”の定員数が少ない」事である。しかも、小児科を専門で教える講師や教員の絶対数が少なく、設備も充分ではない。

今後は、「総合的な子供病院」を教育機関と位置付け、大学内に設置する。一方、総合病院でも、「小児病棟を拡充」したり、総合診療部、救急診療部に“小児科医”の定員を確保するなどの施策が必要。

4. 小児科は儲からない。

確かに、現行の健康保険制度は、疾病構造の異なる“成人中心”の診療報酬体系を取っている。そのために、「小児科の収益性」は、相対的に低く抑えられている。当然、“小児科医”の専門性や特殊性も考慮されていない。

今後これらを解消するには、小児医療の技術・看護の高い専門性を認めて、採算性を保証すれば、救急・新生児医療を含めて、日本の小児医療の将来性が開けてくる。その第一歩として、先ず、小児科に対する「診療報酬の根本的な見直し」が必要である。

5. 女性“小児科医”は30代以降に激減する。

“小児科医”全体の約3割は「女性」である。だが、20代の4割を占める女性小児科勤務医は、30代以降に激減してしまう。それは、もちろん自分の「出産」や「子育て」のためである。

その後も1/3は、臨床の現場を離れてしまう。“小児科医”不足の折から

も、彼女らを、現場復帰させるには、「子育て支援」が欠かせない。具体的には、産前産後・育児休業、保育施設の確保・充実など、職場復帰が支障なく出来る環境整備が、必須である。

「色々な条件や環境を整えることにより、“小児科医”を確保した上で・・・」

【“小児科医”の数だけが問題じゃない】

●子供や親の気持ちを和らげる“保育士”

最近では、小児病棟に“保育士”を置く病院が増えている。病棟にいる“保育士”は、遊びなどを通して、患者である子供達の苦痛や不安を和らげ、しかも、看病する親を支える役割も果たしている。

上記のように、現状では、採算が厳しい小児科なので人件費が気になるが、2002年から、一定の基準を満たした病院に限り、常勤の保育士を置くと、“診療報酬”に加算が認められるようになった。

米国では、チャイルド・ライフ・スペシャリスト(CLS)という同じ様な専門職がある。しかし、既に、一般社会に浸透しており、カリキュラムや認定制度なども、きっちり整備され、日夜、多くの小児病院で、活躍している。

日本でも、遅ればせながら、保育士や小児科医で作る「日本医療保育学会」で、現在、独自の資格認定制度を作成中である。2006年度にも研修制度が開始するとのこと。

現代の小児医療ではどうしても、医師はどうしても多忙なために、「治療」に専念してしまう。細かい心のケアまで、気が回らないのも、致し方ないかもしれない。ただ、やっぱり「病は気から」。特に子供の場合はそう思う。

●“キレル子供”をこれ以上、野放しには出来ない。

児童虐待や少年事件の増加。「子供達の心は、非常に傷つき、病んでいる」ことは紛れもない事実である。こういう現実を踏まえ、厚労省では、「子供の心の診療科(仮称)」を診療分野として確立し、全国的な体制整備に乗り出

すことを決定。

趣旨は、昨今の虐待増加で、心に傷を負った子供達の早急なケア、摂食障害や「キレる子」への具体的な対応。その他、自閉症や注意欠陥多動性障害（AHDH）といった発達障害への取り組みが、重要な課題である。

これらの「心の病」には、早期発見とケアが、絶対に欠かせない。だが、全国で、子供の心の傷や病気など精神面を診療する専門である“児童精神科医”は、僅か200名程度しかいない。

これでは実際に、診療を受けようと思っても、3ヶ月～6ヶ月の予約待ちなどという事も、珍しくはないとのことである。欧米では、既に「医療分野」として確立しているのだが、日本では、医療法上「広告出来る診療科」にも認められていないという体たらくである。

でも、精神的に弱くなってしまったのかなあ～「子供達」。私はこれが、今の世の中には、必要だとは感じつつも、自分で「心の病の一步手前」で何とか自己昇華出来る“心の反射神経”を鍛えて欲しいという願望もある。

どちらにしても、こういった必要性がある以上、この分野に関して、“小児科医”や精神科医の研修体制を整え、裾野を広げるといようなスムーズな対応が肝要。小児科だけでは採算が合わなくても、精神科を組み合わせれば、生計が成り立つかもしれない。更なる、スペシャリストの養成が、引いては、小児科医療のために、役立つ可能性が高い。

●何でも“小児科医”任せにしないで、親も勉強する。

小児科患者の内、自宅でも出来るような軽い処置（プライマリー・ケア）だけで済む割合が、80%以上という病院が、全体の約半分、51.3%も占めるのである。

極めて、「軽症患者」が多いことを、この数字が物語っている。これは言わば、“親の安心料”である。病院“小児科医”の勤務の約70%は、これで時間を割かれてしまうのである。

本当に、緊急の治療を要する子供達を救うという「小児救急」をもっと推進させるためにも、患者（親）側が、出来るだけ、不要な時間外診療を控えるような心構えが必要。

親ももし不安であれば、日頃から、テレビや本、インターネットなどで「子供の病気」を勉強し、それでも分からなければ、かかりつけの医者や小児救急電話相談室などに連絡して、聞いてみたらどうでしょうか？

自分のお子さんなんですよ！親が、医者に頼り過ぎて、どうするんですか。「医療サービス」は、決して、貴方だけのものじゃないのです。しかも、小児科医は限られている。貴重な資源を、迷惑を掛けずに利用するのも、「患者（親）の務め」だと思いますよ。

「心と体を問わず、将来の財産である子供達を守るのは、大人の義務である」

自然を生業として生きる人々と「世界自然遺産」の共存は成り立つか？

人類が未来の子孫に向けて、「世界遺産」を残そうというのは間違いではない。ただ、その場所で、暮らしを成り立たせる人々のことも忘れてはいけない。

【“世界自然遺産”とはどんなモノか？】

1972年、第17回国連教育科学文化機関(ユネスコ)総会において、「世界の文化、及び、自然遺産を国際的な協力により、守って行こう」と総意の基に、“世界遺産条約”が採決された。日本は1992年6月に“条約締結国”に。

「世界遺産」には、“自然遺産”と“文化遺産”、それらが合わさった“複合遺産”の3種類がある。今回は、“自然遺産”に絞って、その登録基準を挙げてみる。

【“自然遺産”の登録基準】

1. 生命進化の記録、地形形成において、進行しつつある重要な地質学的過程、あるいは、重要な地形学的、あるいは、自然地理学的特徴を含む、地球の歴史の主要な段階を代表する顕著な例であること。
2. 陸上、淡水域、沿岸・海洋生態系、動・植物群集の進化や発展において、進行しつつある重要な生態学的・生物学的過程を代表する顕著な例であること。
3. ひととき優れた自然美、および、美的要素を持った自然現象、あるいは、地域を含むこと。
4. 学術上、あるいは、保全上の観点から見て、顕著で普遍的な価値を持つ、絶滅のおそれのある種を含む、野生状態における生物の多様性の保全にとって、最も重要な自然の生息・成育地を含むこと。

これらの基準は、決して、それぞれが独立している訳ではなく、関連し、密接に絡み合う中で、貴重な“自然遺産”が存在しているということを改めて、文字にしたに過ぎない。

また、“文化遺産”に認められた中にも、「原始林」や「滝」など自然遺産的要素を含んでいるモノも多い。現在(4/30)、日本には、“自然遺産”が2ヶ所(白神山地、屋久島)、“文化遺産”が10ヶ所ある。

その他に、日本では、自然と文化を含めて、15ヶ所ほどが「世界遺産」を目指して、活動している。私の住む北海道でも、「知床半島」「大雪山」「釧路湿原」などの3ヶ所が、名乗りを上げている。

正確には、環境省と林野庁の検討会が、2003年5月に、最終的な世界自然遺産の候補地として、「知床半島」「琉球半島＝南西諸島」「小笠原諸島」の3ヶ所に絞った。

「今回は、“知床半島”を俎上に載せ、問題点を浮き彫りにしたいと思う」

【“知床半島”に横たわる生業との摩擦】

いくら“世界自然遺産”候補地とは言っても、そこに暮らす人々が存在する。もちろん“知床半島”にも、豊かな海洋資源を生活の柱とし、それらを生業としてきた漁師の人々がたくさんいる。

彼らは、登録を審査している国際自然保護連合(IUCN)の次の言葉に、

「保護海域の拡張が必要」

凍り付いた・・・。

確かに、候補地の「保護海域」は、沿岸から1キロメートル。ここは、国立公園区域の“海面普通地域”として指定され、厳しい規制が掛かっている。だが、これだけでは、「緩衝地帯」としての役割しかないというIUCNの主張は的を射ている。

「それでもこれ以上は…俺達に死ねというのかい！」

生計を立てるために、この地域に住み、漁師を続ける人達の本音は、まさに上記の言葉であろう。彼らも、自分達のエゴだけで、決して、無駄に漁をしてきた訳ではないのだ。

実際に、彼らは、魚を、むやみに捕っているだけではない。既に、漁業資源の枯渇を背景に、「資源管理型漁業」に移行しつつあり、その上、放流事業などにおいて、「保護増殖活動」なども進んで行っている。

しかも、自主的に、「産卵期の禁漁区設定」や「減船」などの“資源保護策”も、講じてきた。それでも、漁獲量が大幅に減少している大きな要因がある。

それは…

「ロシアのトロール船による乱獲」である。

1988年から、毎年、根室海峡に面した国後島周辺の海域に出没。このトロール船の操業海域は、始末が悪いことに、「スケソウダラの産卵場所」と重なり、羅臼の漁師達が、日々努力している“資源の再生産”を、阻んでいるのだ。

それが証拠に、羅臼漁協のスケソウダラの水揚げ量は、1990年の11万トンピークとし、近年は、その1/10以下である1万トン前後まで減少。それでも、生産額では、サケに次ぐ、第二位を占めるといふ主力魚なのだ。

“世界自然遺産”のために、日本側が「資源保護政策」を実行し、守っても、遠くからやってきて、貴重な漁獲資源を根こそぎ、かすめ取っていくのでは、地元の漁師が、嘆くのも分かるではないか。彼らは“生活”が掛かっている。

IUCNの世界大会では、「公海上での漁業規制」も論議されていると聞く。そうならば、こういうギャング的なやり方をしているロシアのトロール船などに対して、強い規制を掛けるべきだと思う。

まあ、その一方で、漁師の生活を確保するために、「漁業と環境の両立を目指す認証制度導入」の動きもある。英ロンドンにある非営利団体の海洋管理協議会(MSC)では、2000年から、魚介類の大量捕獲や乱獲などを防ぐために、「環境保全型の漁業にお墨付きを与える認証制度」を導入。

審査に合格した組織などに、海産物には「MSC」のラベルを貼って販売することを認めている。これにより、それを扱う漁業者や加工業者は「自然保護」に関して、消費者に強くアピール出来、売上にも繋がるとされている。

実現されればよいが、“認証制度”導入にはまだ時間が掛かるだろう。だから、翻って、知床半島の問題に目を向けると、このままでは、“漁業に支障が出ない”ことが、世界遺産登録の前提条件”との立場で支援してきた漁協や町なども、これ以上は“基本的な生活が成り立たない”ということで、足並みが乱れてくるかもしれない。

「まずは、漁師さんの最低限の“生活を守ってやる”＝一番の優先課題である」

【“世界遺産”を巡るトラブルの実例】

既に、“世界遺産”として認められた場所でも、トラブルが起こっている。今から10年以上前の1993年に登録された「白神山地」でも、山での“狩猟採集”を生業として、暮らしている“マタギ”と呼ばれる人にしわ寄せが行った。

“マタギ”の伝統的な生活を守るために、“世界遺産”を推進し、登録することに成功したのだが、実際、その管理の段階で、「たき火の禁止」や「山菜の採集禁止」などにより、生業が出来なくなってしまったのである。

最近では、昨年、“世界遺産”に登録された熊野古道・伊勢路の八鬼山道(やきやまみち)沿いで、立ち木や岩に、蛍光塗料などで書かれた「落書き」が発見された。その後も、増え続けているらしい。

この犯人は判明している。「落書き」を続けるこの地主でもあり、会社役員の言い分は、「樹木伐採などが、以前のように出来なくなり、財産権を侵害されている」というものである。

確かに、前2件とは異なるが、彼が協力した“世界遺産”登録後に、今度は管理する段階で、名や名誉を取る国や地方自治体が、個人を無視して、上の方(IUCN)だけを見て、物事を決めているという悪い実例であろう。

何れにしても、人類や国にとって崇高な命題である“世界遺産”が、実は、一部の人間の生業を奪い、普通に生活することを不可能にしようとする。本来、地域の人々と一体にならないと“世界遺産”を維持していくことが難しいのに、崇高な命題と名誉の下に、“生活犠牲者”を出してしまう。

実は、一部の人を犠牲にしても、“名誉を優先したい”(世界遺産)という理由が存在した。それは、政府推薦、つまり、環境省と林野庁の検討会が選んで推薦した候補地は、今までに一回も「登録漏れ」した事がないのである。

10ヶ所以上、“世界遺産”を有する国で、一度も落選したことがないのは「日本」しかない。すなわち、官僚や政治家は、自分達の意地に掛けても、“落選がない”という既成事実を踏襲しなければならない。

そのためには、「住民の生活」「個人の権利」など知った事じゃない。自分達が、そこを、“世界遺産”に登録した当事者だということを、名誉として、実績として、携えていけば、良いのである。

私は、この事実に接して、痛感した。

「世界遺産”は登録することが重要なのではない。

如何に、守っていくかが重要なのだ！！」

大惨事の度に問題として挙げられる“PTSD”とは一体何なんだ!?

尼崎のJR西日本で起きた大惨事。最近はこういう場合、直ぐマスコミで取り上げられるのが、“PTSD”という精神的な疾病。漠然と知ってはいるが…。

【“PTSD”とはどういう疾病?】

P T…Post-Traumatic S…Stress D…Disorder

日本語では、「(心的)外傷後ストレス障害」と訳されることが多い。

「それじゃ、この言葉(疾病)は、いつくらいから認知され始めたのか?」

正式には、1980年、米国精神医学会が発表したDSM-2(精神疾患の診断と統計マニュアル第2版)の中に、「不安障害」のカテゴリーとして、登場した“診断概念”。その後、徐々に認知され始めた。

それまでも、「レイプ」「家庭内暴力(DV)」「児童虐待(Child Abuse)」などによって、ある種の“トラウマ症候群”が存在するのは、気付いていましたが、統合的に、“診断概念”として取り上げられたのは、これが初めてであった。

日本では、1995年の「阪神淡路大震災」や「地下鉄サリン事件」から、マスコミ報道などを通じて、一般的にも、認知されることとなった。

「それではどういう風に診断されたら、“PTSD”となるのか?」

前出の米国精神医学会が発表しているDSM-4には、“PTSD”の特徴と特徴的な反応における診断基準を、以下のように記している。

[特徴] その人が、“外傷的出来事(トラウマ)”を経験していること。

- 地震、洪水のような自然災害や、戦闘、暴行などの“外傷的出来事(トラウマ)”を、その人が、直接、個人的に経験している場合や、災害や暴行によって、大きな怪我をしたのを目撃したり、不自然な死を目の当たりにするなど目撃している場合や、症例は少ないが、身近な人が、そういった状況になったことを知った場合も同様。

しかも、これらの人々の反応に「強い恐怖」「無力感」「戦慄」が伴っていないといけない。その上で、それらに引き続く、次に挙げる“特徴的な一連の反応”が確認される必要がある。

[特徴的な反応1] 外傷体験が、再体験されるということ。

- その“外傷的出来事”の反復的、かつ、侵入的で、苦痛を伴う“フラッシュバック”(過去のことが突然蘇える)が挙げられる。例えば、その出来事についての“反復的な悪夢”や、“外傷的出来事”が、再び起きたかのように行動したり、感じたりするような“侵入的なこと”が生じ、本人の意思に反して、しつこく再体験される。

また、“外傷的出来事”を思い出すような刺激に触れると、あたかも、外傷体験が、再び蘇ってきたかのような錯覚がある。そのため、心理的苦痛や生理的反応が起きて、恐怖の余り、汗がじっとり出たりなどの苦痛を伴う症状。

[特徴的な反応2] 外傷に関連した刺激の持続的回避や、全般的反応の麻痺(感情鈍麻)という症状を呈する。

- “外傷的出来事”に関連した刺激の持続的回避では、外傷体験に関連する会話、感情、場所、人物、活動などを避けようと努力する。場合によっては、外傷の重要な局面について、想起不能(解離性健忘)になることもある。

全般的反応性の麻痺では、以前は、楽しんでいた活動への関心が薄れ、他人から孤立したような感覚や、親近感や優しさというような人間らしい感情を感じる能力が低下し、生活全般から、逃避し、引きこもりが見られる。

[特徴的な反応3] 過覚醒(自律神経系の興奮及び過覚醒)の症状を呈する。

●なかなか、寝付けない入眠困難や、途中で、目が覚める中途覚醒、時には、全く眠れないという不眠状態に陥ることもある。また、集中力が散漫になったり、過剰に過敏状態になっていて、ホンの小さな物音などにも、ドキッとするような過度の警戒心が生じてくる。

上記3つの反応が、「1ヶ月以上続いていること」。それらの障害のために、「顕著な苦痛を生じている」「社会生活が送れなくなっている」「問題が生じている」というような状況や症状が全てある場合に

↓

『“PTSD”であると診断される』

「皆様の周辺にも、思い当たる人がいるのではないかと考えられる」

【“PTSD”に関するデータ】

“PTSD”は、比較的多く見られる精神障害に、分類される。次に実例を含め、それらのデータを列挙してみる。

[“PTSD”の生涯罹患率]

男性 5% 女性 10.4% → 女性>男性の「約2倍」

* おそらく、年々、この罹患率は上がっているのではないかと予想される。現代社会における“ストレスの多い生活”や“情報量の多過ぎる暮らし”などがそれを助長している。

[自然災害など同じトラウマ体験に晒された場合の“PTSD”罹患率]

女性>男性の「約4倍」

* 米国では、「戦闘後遺症」「レイプ後遺症」としての“PTSD”が、よく取り上げられ、長期間に渡って、詳細に研究されている。

[ベトナム戦争退役軍人の“PTSD”生涯罹患率] 30% (一般男性の約6倍)

[レイプ被害の女性の“PTSD”生涯罹患率] 32% (一般女性の約3倍)

★「PTSD」は他の精神障害を合併しやすい

[“PTSD”患者のうつ病、“PTSD”以外の不安障害、物質使用障害の生涯罹患率]

男女共に、「80%以上」というとんでもない高率になっている。

次に、アメリカのデータでは・・・

[アルコール乱用依存症との生涯合併率] 男性 52% 女性 28%

[薬物乱用依存症との生涯合併率] 男性 35% 女性 27%

カナダでは、次のようなデータも存在する。

[中絶後の女性] 少なくとも19%が、“PTSD”と診断される症状に苦しんでいた。およそ半数の人に“PTSD”の症状の全てではないが、多くが表われ、20～40%の人が、中絶経験に関係した中～高程度のストレスと逃避行動を示した。

【ちょっと気になる“PTSD”にまつわる事例】

1. より複合的な“PTSD”にどう対処するか？

現状では、極めて限られた“単発性の外傷的出来事”のみを取り上げて、その結果、生じたトラウマ後遺症を“PTSD”であると定めている。

しかし、実際に大きな問題なのは、より慢性的であり、より重症である、長期に渡って、反復的に繰り返される家庭内暴力(DV)や児童虐待(Child Abuse)のような外傷的出来事を経験してきた人達の治療である。

そういうことを重大に受け止めた米国の精神科医ハーマンは、既存の“PTSD”の概念では、充分でないとして、“PTSD”とは別に、“CPTSD”(Complex-PTSD=複雑性心的外傷ストレス障害)として、区別しようとする研究者も増えている。

ハーマンの見解は、「重篤な虐待が反復され、それが長期間に渡るような場合、特に、児童期の身体的・性的虐待のように、人生早期に生じている場合には、思春期以降、境界性人格障害、身体化障害、解離性同一障害などが高率で生じる。そのため、より複合的な“PTSD”概念が、必要となる」というものだ。

2. “強いトラウマ”は、脳を破壊する！？

トラウマ(心的外傷)を残す激しいストレスを経験した場合、脳で新しく作られる神経細胞の数が、ストレスを受けてから、一定期間後に激減することが、5月6日までに、金沢大薬学部の米田幸雄教授(神経化学)のマウスを使った実験で、判明した。

実験は、マウスを狭い檻に入れ、メトロノームの音を聞かせながら、「3時間水に浸す」ストレスを与え、脳の変化を分析。実験後、マウスの海馬で作られる細胞の数が、緩やかに減ってゆき、5日後に、激減した。

その後、新生する細胞の数は、回復し、14日後に、元の水準に戻った。しかし、このマウスは、約二ヶ月間、メトロノームの音を聞かせると、「フラッシュバック」が起き、怯えたような様子で動かなくなる状態が続く。

実験後、再度、水中に入れると、静止状態になった上、その時点から、5日後、新生する細胞の数が、再び激減したとのことである。既に、人間においても、“PTSD”の患者には、脳を司る「海馬」が萎縮する症例が多いことは知られている。

3. “PTSD”を不正使用する輩が増えている！？

“PTSD”に関して、私は、チョッと気になっていることがある。確かに、こういう人達が多くいることやなってしまうような状況が存在することは、決して、否定しないし、出来るものでもない。

ただ、マスコミが何かある度に、“PTSD”を連呼することについては、違和感を感じている。もしかしたら、影響されやすい人などは、その報道だけで、ならなくてもよかった“PTSD”に罹ってしまうかも知れない。

しかも、実際は、“PTSD”には罹っていないのに、うまくこの病気を利用し、儲けたり、人を脅したりするような輩も、激増している。こういう精神的な病は、外側から見ただけでは、判別できないからだ。

「ある意味、“自己申告制”である。

本当に雇っている人は、当然、こんな余裕はないのだから、「自己申告の似非“PTSD”人」の存在が、とても憎たらしい。似非病気までも、商売に結びつけてしまうのか…。少しやりきれない気持ちになる今日この頃である。

「“PTSD”の概念がなかった昔の日本では、これら対象になる人々を、

簡単に“根性がない”とか“怠け者”とかのレッテルを貼っていたのだろう」

最後に・・・

ここまで、読んでいただきまして、有り難う御座います。

私は、まだまだ、「医療」「薬品」「生物」「自然」など、“生”に関する現状に不満があります。これからも、タイムリーな情報、見過ごされた情報などに、スポットを当て、発信し続けて行きます。

田畑 拓也

注 意

- この特別レポートの著作権は「より良い医療と生物を考える研究会」に属します。
- この特別レポートは、加筆、修正の上、“有料レポート”として販売されます。
- この特別レポートは、あなたが個人的に使用することだけを認めます。
- この特別レポートの全体、または、一部転載やコピーを、自分以外の他人に無料、有料にかかわらず、転送、配布、閲覧させることを、一切禁じます。

Version2.0

著者 より良い医療と生物を考える研究会 田畑 拓也

HP : <http://www.unlimit517.co.jp/melmaga.htm>

連絡先 : iryoy@unlimit517.co.jp