Psychiatria et Neurologia Japonica

精神神経学雑誌

Psychiatria et Neurologia Japonika（精神経誌　Psychiat. Neurol. Jap.）

2011　VOL. 113 Special Issue

第 106 回 日本精神神経学会学術集会（2010 年）特集号（電子版）

シンポジウム

Post-graduate Training Programs to Curve a Good Psychiatrist ;
Dealing with the Expanding Subspecialties ……SS1
How is Depression Treated in Your Country ? —— Comparative Case Discussion ——　……SS40
精神医学の未来を切り開く　大学院教育はこれでよいのか ……SS71
精神科デイケアによる再発予防と生活支援
——統合失調症のコミュニティケアの発展のために—— ……SS97
処方監査：透明性の高い精神医療に向けて　……SS124
性同一性障害をめぐる諸問題　……SS158
精神医療とペットの関わり（アニマル・セラピー）　……SS187
発達障害の思春期，青年期の診断と医学的ケアー　……SS205
修正型電気けいれん療法（mECT）——地域連携・麻酔科との連携をどのように行うか——　……SS231
若手医師に伝えたい面接技術を考える　……SS265
急性精神病治療における診断概念と実践の懸隔　……SS289
SST とは？　その発展の歴史は？ ……SS310
精神科医の社会への関わり——診療室の外で精神科医に求められていること——　……SS335

日本精神神経学会

2011　特別号電子版

シンポジウム　**Post-graduate Training Programs to Curve a Good Psychiatrist ; Dealing with the Expanding Subspecialties** ……Yota Fujimura, Tsuyoshi Akiyama…SS1
From Trainee to Psychiatrist : A Consultation Liaison Experience from Australia ……Anne P.F. Wand, Frances P. Orr…SS3
Establishing One's Specialty and Professional Identity as a Psychiatrist in Thailand ……Tiraya Lerthattasilp…SS7
Psychiatry Postgraduate Program in Malaysia : Tailoring Training to Service Needs ……Umi Adzlin Silim, Suarn Singh…SS12
Starting from Ashes : The Experience of Building a New System of Training in Psychiatry in Iraq ……Salah Salman Abd Al-Bundi…SS21
Post-graduate Training of Psychiatry in Taiwan ……Jane Pei-Chen Chang…SS26
The Initiation of Postgraduate Medical Education and Psychiatric Specialist Accreditation in Japan ……Tomohiro Shirasaka, Wakako Nakano, Mariko Setsuie, Takashi Nakamae, Masuo Tanaka, Toshiaki Baba, Hironori Kuga, Yota Fujimura…SS30
Post-graduate Training in Psychiatry in Estonia Developing Towards High Standards of Clinical Excellence ……Irina Panihhidina…SS35
How is Depression Treated in Your Country ? ——Comparative Case Discussion—— ……Mariko Setsuie, Shigenobu Kanba…SS40
How Depression is Treated in Indonesia ……Fransiska Kaligis, Nurmiati Amir, Hervita Diatri…SS42
Management of Psychotic Depression in Bangladesh ……Helal Uddin Ahmed, MSI Mullick, Md. Faruq Alam, Jhunu Shamsun Nahar, Nafia Farzana Chowdhury, MA Hamid, Md. Golam Rabbani…SS46
Depression with Psychosis —— Treatment Experience Sharing in Taiwan —— ……Rita Yuan-Feng Chang…SS51
Case Discussion Approaching Depression in Iran ……Behrang Shadloo…SS54
How is Depression Treated in Chile ?……Sergio Barroilhet…SS58
International Symposium : How is Depression Treated in Your Country ? —— Comparative Case Discussion ……Hironori Kuga, Yota Fujimura, Masuo Tanaka, Kanna Sugiura, Mariko Setsuie, Hideyuki Iwanaga, Toshihide Kuroki, Takehumi Yuzuriha…SS64
精神医学の未来を切り開く大学院教育はこれでよいのか ……石井　知行…SS71
わが国の精神医学大学院教育の現状と課題 ……佐野　輝…SS72
我が国の臨床系大学院教育への提言：米国バージニア大学院教育の経験から ……佐々木　努…SS75
わが国の精神医学大学院教育への提言：英国サウサンプトン大学での経験から ……木下　善弘…SS81
わが国の精神医学大学院教育への提言——日本の大学院生の立場から—— ……内田　直樹，松本　良平，中野　和歌子，菊地　紗耶，西村　良二…SS85
わが国の精神医学大学院教育への提言：女性大学院生の立場から

……菊地　紗耶，中野　和歌子，松本　良平，内田　直樹，松岡　洋夫…SS91
精神科デイケアによる再発予防と生活支援
――統合失調症のコミュニティケアの発展のために―― ……窪田　彰…SS97
精神科デイケアの地域医療に果たす役割――医療観察法通院処遇に触れて――
……関　健…SS99
病院機能が変わるとデイケアも変わるのか？――大規模病院の立場から――
……佐々木　裕光…SS106
精神科デイケアの現在・過去・未来
――ハイブリッド・リハビリテーションの一翼としてのデイケア―― ……原　敬造…SS112
地域における診療所デイケアの役割――デイケアをもっと使いこなす――
……三家　英明…SS117
処方監査：透明性の高い精神医療に向けて ……齊尾　武郎…SS124
精神科処方鑑査の実務 ……橋本　洋子…SS126
産業医からみた精神科医療の疫学的検討と処方箋 ……櫻澤　博文…SS131
児童精神科医からみた精神科処方 ……清水　誠…SS139
“壁のない医師”のみた精神科処方 ……齊尾　武郎…SS146
処方監査：透明性の高い精神医療に向けて――倫理的検討と政策提言――
……栗原　千絵子…SS152
性同一性障害をめぐる諸問題 ……齋藤　利和…SS158
性同一性障害の医学・医療の現状と課題 ……山内　俊雄…SS160
GID の身体的治療の課題 ……舛森　直哉…SS168
性同一性障害をめぐる諸問題―― GID クリニック運営の課題―― ……織田　裕行…SS175
当事者である臨床医の立場から ……松永　千秋…SS181
精神医療とペットの関わり（アニマル・セラピー） ……古荘　純一，横山　章光…SS187
心療内科を受診した青年期患者とペットの関わり ……山口　典子…SS190
重度・最重度知的障害者に対する犬を介在した療育活動の理論 ……川添　敏弘…SS194
動物虐待事例の考察 ……古荘　純一，久場川　哲二…SS200
発達障害の思春期，青年期の診断と医学的ケアー ……油井　邦雄…SS205
自閉症スペクトラム障害の思春期・青年期の診断と適応支援 ……田中　康雄…SS207
Double-blind Placebo-controlled Trial による自閉症スペクトラム障害の
社会的相互性障害に対するアラキドン酸の改善効果，および生物学的
診断指標の検討 ……油井　邦雄，小柴　満美子，中村　俊，妹尾　綾，山内　秀雄…SS213
青年期の広汎性発達障害における併存障害とその介入 ……岡田　俊…SS222
小児科での ADHD の診療――児童精神科との協同―― ……清田　晃生…SS226
修正型電気けいれん療法（mECT）――地域連携・麻酔科との連携を
どのように行うか―― ……一瀬　邦弘，大久保　善朗…SS231
ECT 実態調査の報告 ……本橋　伸高，一瀬　邦弘，鮫島　達夫，粟田　主一，
奥村　正紀，大久保　善朗，川嵜　弘詔，澤　温，
分島　徹，和田　健，山口　成良…SS233
ECT の関西地区での地域連携――民間病院での受け入れ状況―― ……澤　温…SS238
ECT の中国地区でのネットワーク――総合病院での受け入れ状況―― ……和田　健…SS245
ECT における身体疾患の術前管理――麻酔科との連携において――
……鮫島　達夫，一瀬　邦弘，奥村　正紀，吉田　典子，
藤川　慎也，中村　満，木村　真人，大久保　善朗…SS251
ECT の麻酔とリスク管理，麻酔科との連携――麻酔科医の立場から――
……栗田　忠代士…SS256

ECT の地域連携の困難さ ……齋藤　諭…SS261
若手医師に伝えたい面接技術を考える ……高橋　恵…SS265
コミュニケーション技能習得の側面から（1）積極的傾聴と共感 ……高橋　恵…SS267
コミュニケーション技能習得の側面から（2）情報提供と伝達 ……秋月　伸哉…SS272
動機づけ面接 ……原井　宏明…SS277
コミュニケーションをとるのが難しい患者や家族への対応 ……平島　奈津子…SS284
急性精神病治療における診断概念と実践の懸隔 ……須賀　英道…SS289
「急性精神病」という枠づけのもつ司法的意義について ……山岸　洋…SS291
精神病理学的観点からみた「急性精神病」という枠づけについて ……阿部　隆明…SS296
今後の急性精神病医療における非定型精神病の再評価
——診断基準設定と精神科医の認識—— ……須賀　英道…SS305
SST とは？　その発展の歴史は？ ……浅見　隆康…SS310
EBM からみた SST —— SST の有効性を再考する—— ……岩田　和彦…SS316
統合失調症治療と SST ——エビデンスとプラクティスの狭間で—— ……天笠　崇…SS323
教育分野における SST ……岩坂　英巳…SS329
精神科医の社会への関わり——診療室の外で精神科医に求められていること——
……中根　允文，鈴木　友理子…SS335
世界精神医学会アンチスティグマ・タスクフォースの活動の動向
……鈴木　友理子，秋山　剛…SS337
メンタル・ヘルス・リテラシー研究から考えるアンチスティグマ活動の戦略
……中根　秀之，吉岡　久美子，中根　允文…SS344
学校現場での取り組みとの連携 ……長尾　圭造…SS351
企業の産業医および精神科嘱託医としての役割 ……窪田　彰…SS360
PIPC（Psychiatry in Primary Care）：プライマリケア医と精神科医が
ともに創造する連携のかたち ……宮崎　仁…SS364

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Post-graduate Training Programs to Curve a Good Psychiatrist ; Dealing with the Expanding Subspecialties

Coordinators and chairparsons　Yota Fujimura, Tsuyoshi Akiyama

Since its 103rd meeting in 2007, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology has sponsored a fellowship program whereby young psychiatrists from countries outside Japan are invited to symposia held in conjunction with the society's annual meeting. The current symposium focused on the issue of post-graduate training programs, and enjoyed rich discussion among the young psychiatrists from various countries who were attending under the fellowship program.

Post-graduate training is an important issue because it can have a dramatic impact on the daily practice style, abilities, and techniques of a psychiatrist. It can also affect the entire medical system. Discussions of post-graduate training are always accompanied by discussions of subspecialties—namely, how ever-expanding and increasingly complex subspecialties should be acquired, and what kind of structure is best for accomplishing this.

In this context, the current symposium featured seven oral presentations that aimed to compare post-graduate training systems, discuss differences and similarities between them, and consider what kind of system for post-graduate training is desirable in today's globalized society.

Dr. Anne P. F. Wand, from the University of Sydney, Australia, gave a presentation that focused on the post-graduate training system in Australia. She also addressed the concept of an advanced training system in relation to developing a consultation-liaison psychiatry service.

Dr. Irina Panihhidina, from the North Estonia Medical Centre Psychiatric Clinic, Estonia, revealed that in Estonia subspecialties are not officially provided to trainees, although "General Psychiatry" and "Child and Adolescent Psychiatry" exist on an informal level. Further informal subspecialisations, such as Forensics, Addictions, Psychogeriatrics, and Liaison Psychiatry, are primarily developed on an individual basis.

Dr. Jane Pei-Chen Chang, from China Medical University and Hospital, Taiwan,

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20〜22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
Symposium　Post-graduate Training Programs to Curve a Good Psychiatrist ; Dealing with the Expanding Subspecialties　Coordinators：Yota Fujimura（Japan Young Psychiatrists Organization, Department of Psychiatry, School of Medicine, Teikyo University）, Tsuyoshi Akiyama（NTT Medical Center）

introduced symposium attendees to her institution's established training system, including the extremely rigorous board certification process.

Dr. Salah Salman Abd Al-Bundi, from Iraq, described a computer-based Web CBT training system supported by the Royal College of Psychiatrists.

Dr. Tiraya Lerthattasilp, from Chulalongkorn Memorial Hospital, Thailand, revealed that there are only two psychiatric board options : general psychiatry and child and adolescent psychiatry, with course curriculums for both options designed by the Royal College of Psychiatrists. Any psychiatrist desiring further study must go abroad.

Dr. Umi Adzlin Silim, from Hospital Kajang, Malaysia, provided an overview of the history and development of their training system, and also described their procedure for detailed "tailor-made" training.

Finally, Dr. Tomohiro Shirasaka, from Sapporo Medical University, Japan, illustrated the general post-graduate training system, which was launched in 2004. He also explained the board certification system for psychiatry, which was also recently established. In his presentation, Dr. Shirasaka stressed the importance of general medical practice in addition to psychiatry.

In summary, although this symposium lasted a full 150 minutes, time flowed rapidly, with the large audience and vigorous discussion between presenters and attendees resulting in an exciting, productive session. Coordinators often ended up having to limit questions and discussion due to time limitations.

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

From Trainee to Psychiatrist : A Consultation Liaison Experience from Australia

Anne P. F. Wand[1], Frances P. Orr[2]

1) Advanced Trainee, Consultation-Liaison Psychiatry Sydney South West Area Health Service, and Clinical Associate Lecturer, University of Sydney, Australia, 2) Staff Specialist Psychiatrist, Sydney South West Area Health Service, Australia

Objective : To describe the psychiatric training program of the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists. A secondary aim is to detail the experience of an advanced trainee developing a consultation-liaison psychiatry service. There will be a particular focus on how such an activity may develop consultancy skills.

Method : The pathway for postgraduate training in psychiatry in Australia and New Zealand will be outlined. A description of the first author's journey in establishing a new consultation-liaison service is provided. Issues relevant to the transition from trainee to consultant psychiatrist are explored.

Results : A consultation-liaison psychiatry service was developed at a district hospital in Sydney, Australia. Referrals were received from all hospital inpatient services and some outpatient specialty clinics. A liaison psychiatry attachment was established for geriatric medicine.

Conclusion : Psychiatric training in Australia is well-structured and offers a variety of experiences within a flexible program. The transition from trainee to consultant is often abrupt and the trainee may not have experienced independent practice prior to gaining their Psychiatric Fellowship. Involvement in establishing a new psychiatric service provides an advanced training experience which may prepare the trainee for consultancy by developing core skills such as communication, administration, leadership, teaching and quality assurance.

Background

Psychiatry Training in Australia

The accredited training program for psychiatrists in Australia is run by the Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP). To be eligible to apply for entry to the training program applicants must have a medical degree and be eligible for general medical registration with the relevant board. They must also have completed at least one year fulltime equivalent general medical training. Applications are made to the local branch training committee in each state. Assessment for suitability is made on the basis of the applicant's written submission, curriculum vitae, referee reports and performance at interview. Detailed information about the RANZCP training program is available on the College website[1].

The bi-national program is divided into

basic and advanced training, with a minimum of five years fulltime equivalent total duration. Basic training is a minimum of 36 months. It consists of at least one year of general adult psychiatry (at least 6 months must be in an acute setting), and six-month-rotations, which must include child and adolescent psychiatry and consultation－liaison (CL) psychiatry. There are other compulsory clinical experiences including psychiatry of old age (10 cases or a 3-month-rotation), addiction medicine (10 cases or a 3-month-rotation), electro-convulsive therapy and Indigenous mental health (20 hours experience or a 3-month-rotation). Trainees must also complete mandatory psychotherapy experiences, including a long-term psychodynamic case and brief cases of cognitive behavioural therapy, interpersonal therapy, family or group therapy or supportive therapy. Trainees complete a formal education program alongside their clinical work. In New South Wales, this program is delivered by the NSW Institute of Psychiatry, which offers the option of undertaking a Master of Psychiatry degree to enrolled trainees who complete a research dissertation and additional examinations and assignments.

Basic trainees of the RANZCP are expected to complete additional annual experiences. This includes an activity in ethical practice, which may be for example, writing a paper on an ethical issue in psychiatry, a supervisory discussion or workshop with other trainees. Trainees are also required to obtain experience in working with people with metal health problems, carers and non-government or community organizations in each year of basic training.

The assessment of basic trainees occurs both locally and in standardised bi-national written and clinical examinations. In the first year, trainees must be observed conducting at least 10 interviews (long cases). A written examination (two papers, 3 hours each) is generally sat in second or third year. Upon successful completion of all mandatory clinical and associated experiences and after passing the written examination, the trainee is eligible to undertake the clinical examination. The assessment of clinical skills involves a 6 station observed structured clinical examination (OSCE) and Observed Clinical Interview (OCI).

Once the trainee has completed all the requirements of basic training and their examinations, they may apply for Advanced Training. Advanced Training programs are offered in CL, child and adolescent, forensic, old age, general, adult and addiction psychiatry and psychotherapy. Each program requires a minimum of 24 months training. It is possible to spend up to 12 months of this time in research. In line with the transition to independent practitioners, there is a focus in advanced training on self-directed learning and developing consultancy skills. Therefore, advanced trainees must achieve 3 learning goals under each category of biological, cultural, social aspects of psychiatry. The trainee must continue to use psychotherapy as a treatment option and to receive regular supervision for this work. Continuing medical education (50 hours over 24 months) and administrative, leadership and management skills must also be developed. The annual ethical practice activity is continued.

At some point during basic or advanced training the trainee must complete a term in rural mental health and gain experience in the continuity of care of at least six patients over a minimum of nine months. It should be noted

that the RANZCP training program may be undertaken part-time.

Advanced Training in Consultation-Liaison Psychiatry

The authors' Advanced Training experience has been in CL Psychiatry. In Australia and New Zealand there are a number of clinical experiences required of Advanced Trainees in this subspecialty. For example, the trainee must work in at least two different settings (including at least a year of general CL work, including service to the Emergency Department), spend at least one day/week in a formal liaison attachment to a medical or surgical team, obtain outpatient experience in the follow-up of patients with physical illnesses, and work in a multidisciplinary team. Advanced trainees in CL must also complete a research project and present a scientific paper at a conference. Trainees complete a logbook, which includes a case summary record demonstrating the variety of cases they see. There are also expectations of teaching, administrative tasks, supervision and attendance at educational meetings. A final qualitative report reflecting on the experience of Advanced Training is submitted at the end of training.

Personal reflections on advanced training in CL psychiatry

In the first year of advanced training (2008) the first author was awarded a Fellowship from the NSW Institute of Psychiatry. This was a combined research and special training Fellowship in Indigenous mental health and CL psychiatry. During the year, the trainee established two urban outpatient services for Indigenous Australians, a dual diagnosis clinic based in drug health service, and a psychiatric clinic at an Aboriginal Medical Service. Clinical visits to remote Aboriginal communities in Far North Queensland also took place during the year with eminent psychiatrists practicing in Indigenous mental health. The associated research was completed for the award of Master of Psychiatry at the NSW Institute of Psychiatry[2)].

The first author was appointed as a Clinical Associate Lecturer in the Faculty of Medicine, University of Sydney in March 2008. This role involved regularly lecturing, tutoring and examining predominantly medical students during their psychiatry rotations. There was also an affiliation with the School of Public Health, whereby the trainee has been involved in developing the mental health syllabus and lecturing students for the initial three years of the new Graduate Diploma of Indigenous Health (Substance Abuse) at the University of Sydney.

Setting up a service as a trainee

The need for a Consultation-Liaison psychiatry service at Canterbury Hospital was identified. In 2009 an advanced trainee in the final year of training in CL Psychiatry (AW) was appointed to Canterbury Hospital on a part-time basis (3 days/week). The position was considered a pilot role in order to assess the feasibility and scope for a psychiatry service in this general hospital, and was funded by mental health. Please refer to Wand and Orr (in press) for a full discussion of the process of establishing the new CL service [2]. This article describes how such a role may be an invaluable training position bridging the transition from psychiatry trainee to consultant. The outcome of the one-year pilot study is outlined here.

The CL registrar provided a psychiatric service to all hospital inpatients excluding the

Emergency Department (ED). The ED was not routinely covered due to time constraints on the position and pre-existing coverage of the ED by the CL nurses and the community mental health team. There was a dedicated clinic (1-2 sessions/week) for geriatric medicine outpatients. An accessible (flexible) outpatient clinic was established to follow-up general CL patients and to see referrals from the perinatal and Hepatitis C services. Non-clinical and teaching activities were part of the role. The following data were derived from the first 12 months of the position:

- 297 referrals were received, with an even split of inpatients and outpatients. The average number of occasions of service per month was 73.
- There has been increasing demand for the CL service, manifest by regular unrostered overtime, referring teams contacting the registrar on non-working days, and increased referral rates from particular areas, such as the perinatal service.
- Referring staff were surveyed after one year. There was strong appreciation for the service and support for expansion of availability to a daily service.
- Referring staff noted problems with accessing CL psychiatry expertise on non-available weekdays, and many did not think that the provision of psychiatric follow-up of referred patients was adequate.
- Over 80% of respondents thought that there should be CL psychiatry coverage of the ED.

It was therefore proposed that the CL psychiatry service be expanded to be available every weekday, ideally through the appointment of a staff specialist psychiatrist and psychiatry registrar. Liaison attachments to geriatric medicine and the perinatal and Hepatitis C services were identified as a priority for development following the provision of adequate CL staffing. Further consideration is being given to coverage of the ED.

Conclusions

Psychiatry training in Australia and New Zealand encompasses a broad range of experiences, within a rigorous, standardised program. The RANZCP program is flexible, with many opportunities for the trainee to pursue interests; clinical, research and academic. The transition from advanced trainee to consultant psychiatrist is often abrupt. However, training opportunities such as establishing a new psychiatric service provide an ideal environment in which to develop autonomy and consultancy skills in a supervised setting.

Acknowledgements

A version of this paper was presented at the 106th Meeting of the Japanese Society of Psychiatrists and Neurologists (JSPN) in Hiroshima in May 2010. Dr Anne Wand was a recipient of a JSPN Fellowship award.

References

1) Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists: http://www.ranzcp.org/fellowship/general-training.html

2) Wand, A.P.F.: Consultation-liaison psychiatry with Aboriginal and Torres Strait Islander peoples: Referral patterns and evaluation of the cultural appropriateness of current practice (Master of Psychiatry thesis). NSW Institute of Psychiatry, Sydney, 2009

3) Wand, A.P.F., Orr, F.P.: Preparing for consultancy: Setting up a new service as an advanced trainee. Australasian Psychiatry (in press)

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Establishing One's Specialty and Professional Identity as a Psychiatrist in Thailand

Tiraya Lerthattasilp (Psychiatric Department, Thammasart University Hospital, Faculty of Medicine, Thammasart University, Pathumthani ; Child Psychiatric Unit, Chulalongkorn Memorial Hospital, Bangkok, Thailand)

There are many essential contributions in training a psychiatrist. Since I am a child psychiatrist, I would like to describe child psychiatric sub-specialty training. To be a child psychiatrist, four-year training is required, which is divided into two parts, first twenty months in adult psychiatric unit and then twenty-eight months in child psychiatric unit.

In adult psychiatric unit, the first-year residents have to be responsible for the inpatient ward and be on call for twenty-four hours for emergency cases. In the second year, the residents will work with outpatients and do consultation liaison with other departments. For all twenty-eight months in the child psychiatric unit, the residents meet outpatients every morning, and do consultation liaison and take care of inpatients for the rest of the day. They are on call for emergency cases too. Furthermore child psychiatric residents also have projects with schools and other organizations to do psychiatric prevention programs.

Most outpatients have got Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The others have autistic spectrum disorder and anxiety disorder. These patients often have comorbidities with learning difficulties, disruptive behaviors, emotional problems and family conflicts. So, besides medication, we often do individual psychotherapy i.e. cognitive behavioral psychotherapy or family therapy and sometimes group sessions for parents. For consultation liaison, cases usually are reaction to physical illnesses or chronic illnesses problems. Then, residents get experience to do multidisciplinary teamwork.

Mentorship is important in establishing one's specialty and professional identity. Each resident has to meet their mentors individually every week. In each meeting, they will gain a lot of knowledge on how to manage cases and psychotherapeutic treatments. They also learn about attitudes of a good psychiatrist, and to develop personal growth. Everyone has to change mentors every six months. This gives them more chances to get more input.

＜**Key words**: child and adolescent psychiatric training, psychiatric training, psychiatric residency training, psychiatric residency training in Thailand＞

There are about 650 general psychiatrists and 120 child and adolescent psychiatrists in Thailand, while the population is more than 60 million. From this information, it can be seen that Thailand needs more psychiatrists, and The Royal Collage of Psychiatrist is trying to produce more. Until now, Thailand has 8 training hospitals for general psychiatry which are distributed in the capital (Bangkok), the north, the northeast and the south of Thailand. However, there are only 4 training hospitals for child and adolescent psychiatrist with all of

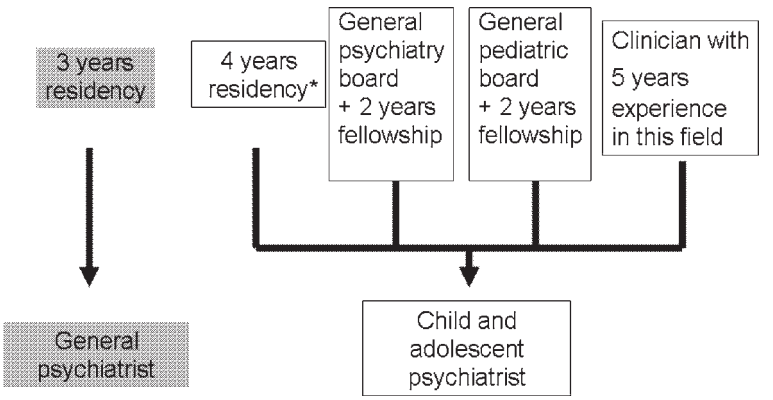


Diagram 1 The diagram shows the training programs in general psychiatry and child and adolescent psychiatry

them still in Bangkok only. About 30-35 general psychiatrists and 10 -12 child and adolescent psychiatrists graduate from these institutes each year. To establish one's specialty and professional identity as a psychiatrist, 3 components are needed : a well designed program and activities, adequate and wide varieties of cases and adequate supervision.

Programs

There are only 2 psychiatric board options in Thailand which are general psychiatrist and child and adolescent psychiatrist. If anyone would like to study more, he/she has to go and study abroad. The course curriculums of both options are designed by The Royal College of Psychiatrist. It is a 3 year residency training course for general psychiatrist and this is the only way to get this qualification. However, to get a child and adolescent psychiatric qualification, there are 4 options. The first option is the most popular one ; a 4-year-residency training course. The second and third options are a 2 years fellowship training course for the doctors who have already completed in pediatric specialty training course or general psychiatric specialty training course. The Fourth way, there is no need for training. Any doctors, who have been practicing in child and adolescent psychiatric fields for more than 5 years, can apply for a board examination. However, it does not mean that all of the applicants will pass the exam, and few child and adolescent psychiatrists come from this way.

Since I am a child and adolescent psychiatrist, I will focus more on child and adolescent psychiatric training. The 4-year-training program will be described first, because it is the most popular one. The program is divided in 2 parts. For the first part, residents have to work in a general psychiatric unit for 20 months. In the second part, they move to work in child and adolescent psychiatric unit for 24 months. Only after they have completed these 48 months of training, they will be able to apply for a child and adolescent psychiatric board examination. All training institutes follow this structure, but the details of a rotation may be varied.

In general psychiatric unit, the first year

Diagram 2 The diagram shows the details of the 4-year-child and adolescent psychiatry training program

residents have to be responsible for an inpatient unit for 6 months, outpatient unit for 3 months. They also rotate to general neurology for 3 months. Together with these rotations, they have to be a 24-hour first call doctor for psychiatric emergency cases. This duty takes about 2 days per week on average.

For the second year residents, in the first 8 months, they work with outpatient unit about 2 days a week and also do consultation liaison with other departments in the other days. There are about 2-3 consultation cases per week. Meanwhile, the second year residents still have to be a second call for emergency psychiatric cases. They do round on the cases in emergency unit together with the first call in the morning. In the last 4 month of the second year, residents have finished their rotations in general psychiatric unit, and move to child and adolescent psychiatric unit. In this unit, they work with child and adolescent psychiatric outpatients for 4 days a week, along with their consultation liaison works. They also have to be a first call for child and adolescent psychiatric emergency cases which are separated from adult psychiatric emergency cases.

In the third year, residents do the same job as the second year residents, but they also have to rotate to pediatric department for a 12-weeks period. They spend 4 weeks in the chronic illness ward in order to understand pediatric chronic illness patients. After that, there is a 4-weeks period to rotate to neurology department and equal 2-week periods in genetic and endocrine, and growth and developmental department.

The fourth year residents work in child and adolescent psychiatric unit for 8 months. For the other 4 months, they spend their times outside the unit. They study forensic psychiatry and visit The Central Juvenile and Family Court, Juvenile Observation and Protection Center and Forensic Psychiatry Institute which they rotate to for 1 month in total. They are able to study more about some of child psychiatric diseases, such as autistic spectrum disorder and mental retardation, in special hospitals, which are Center of autism and Center of developmental disabilities, for 2 weeks. They spend another 2 weeks in community mental health center to learn about community psychiatry. Also, they spend 1 month in child and adolescent psychiatric clinics at other hospitals. Yet, they still have a free elective period for 1 month, in which they can choose any subject they want to or can go to any place they like, even going aboard.

Activities

Moreover, both general, and child and adolescent unit also provide many activities that

are helpful for residency training. They have consultation round and outpatient round every week. In this activity, staffs and residents will discuss case management together. For child and adolescent unit, there is a special activity called "school mental health project" on every Friday. It is a project when residents work together with teachers in the school to promote mental well being in students. This project also helps teachers to improve their skill in managing a lot of student mental health problems in primary stages. Moreover, every month, there are a seminar, journal club and case conferences when residents are able to gain much knowledge from these activities. Sometimes, there are inter-hospital case conferences where many psychiatrists join together for case discussions.

Royal College of Psychiatry also provides residents with many workshops during their training years. An interviewing technique workshop is a compulsory activity for every new resident, but the others which are Psychodynamic psychotherapy workshop, Cognitive - Behavioral psychotherapy workshop, Satir's systemic psychotherapy workshop and Buddhism psychotherapy, are optional.

During my training years, there was an extra-event activity, a project created by my supervisor and other senior psychiatrists to help children in the south of Thailand who were affected by Tsunami. I was fortunate enough to have a chance to join the team. I have learnt a lot about disaster management and community mental health from this project.

Cases

In child and adolescent unit, the chief complaints that residents have to deal with are learning problems and behavioral problems, and most of the diagnoses are Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). The other diagnoses are depression and anxiety, autistic spectrum disorder, learning disorder and some cases of child abuse.

The proper treatments are selected for each patient. Apart from medications, there are also individual psychotherapy and family therapy. Usually, the individual therapy used in practice, is cognitive and behavioral psychotherapy. Sometimes, we have parent supporting or psychoeducation group for some common diseases, for example ADHD, autistic and mental retardation. In some cases that need help from schools, we do school consultation liaisons. Furthermore, in some cases like consultation cases from other departments or child abuse cases, there are multidisciplinary conferences in which psychiatrists, pediatricians, nurses, psychologists, social workers and non-government organizations work together for the best treatment.

Supervision

Another important component in residency training is mentorship, tough in Thailand we use the term "supervision". For child and adolescent psychiatric training in Chulalongkorn Memorial hospital, there are 2 types of supervision, individual and group. Residents have individual supervision time with their supervisors every 2 weeks. The supervisor schedule will be changed every 6 months, so residents can get more experience from different supervisors. In supervision time, residents may discuss case management with supervisors, or supervisors may help residents deal with their personal problem issues. Sometimes, it is a kind of psychotherapy session. In group supervision, the activity is quite the same, but

there are many residents to share their opinion in the others' cases. Also, there are times for supervisors to do group psychotherapy sessions.

Conclusion

In conclusion, essential elements in establishing one's specialty and professional identity as a psychiatrist are these three components. The first is well designed program and activity. It gives residents a basic knowledge in all relevant fields. The second is adequate and wide varieties of cases, so residents can gather their practice experiences. The third is adequate supervision in both professional and personal growth which makes residents practices more appropriate and effective.

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

Psychiatry Postgraduate Program in Malaysia : Tailoring Training to Service Needs

Umi Adzlin Silim[1)], Suarn Singh[2,3,4)]

1）Psychiatrist, Department of Psychiatry & Mental Health, Hospital Kajang, Selangor,
2）Consultant Psychiatrist and Director, Hospital Bahagia Ulu Kinta, Perak,
3）National Technical Advisor for Psychiatry, Ministry of Health, Malaysia,
4）National Conjoint Board for Postgraduate Psychiatry, Ministry of Health, Malaysia

Postgraduate training for psychiatry in Malaysia has gone through many stages since the past 4 decades. A significant development took place in year 2000 when a 'Conjoint Program' was established between three leading universities and the Ministry of Health (MOH). Being the main mental healthcare provider, MOH participation is instrumental in shaping the nation's future psychiatrists. As the mental healthcare system develops towards more balanced care in the community with the expansion of many subspecialties ; the 'Conjoint Program' ensures a standardized module, being revised 5-yearly as a continuous effort to tailor the training to the current service needs. This 4-year program covers basic medical sciences, basic psychiatry, clinical psychiatry and research. Training on psychodynamic and cognitive behaviour therapy is provided hands-on for the trainees to conceive ideas and techniques relevant and applicable to the culture and local practice. Besides general psychiatry, clinical rotations are structured to give adequate exposure and to cultivate interest in the prioritized subspecialties such as community, geriatric, forensic, child, liaison, neuromedicine and addiction psychiatry. Components of administrative psychiatry and research are emphasized. Supervision by designated psychiatrists is complemented by continuous assessment done via case protocols on psychiatric disorders, supervisor's report and log book on clinical experience ; all are the prerequisite for examinations. Succeeding MOH 3-year sub-specialization program will also be described. Throughout this discussion, the strengths and the challenges in the training of the nation's future psychiatrist —who must be competent and independent enough to fulfil the growing service needs—will be highlighted.

＜**Key words** : postgraduate training, psychiatry, subspecialty training＞

Introduction

Country Background

Malaysia is a developing country, with a multi-ethnic population approaching 28 million. Health care in Malaysia is provided by both the public and private sectors, steered by the government through the Ministry of Health (MOH).

Funding and Legislative Provision

The funding for mental health system comes mainly from the government[4)]. This might be resulted from the Mental Disorder

Ordinance 1952 which limited private sector involvement, particularly in inpatients treatment. More participation of the private sectors is anticipated following the implementation of the new Mental Health Act, effective from June 2010. The new act promotes cooperation between government agencies and the private sector for the establishment of psychiatric hospitals, nursing homes and community mental health centres[5].

Services

The MOH is in the process of integrating psychiatric care with the mainstream general hospital and primary health care services[4]. One of the main agendas is to move forward from the 'custodial care' in the past to 'care in the community' at present and in the future. This movement involves downsizing of the psychiatric institutions and providing care near to home. Psychiatric care should be made available in the health clinics for the outpatients and in the general hospital for the inpatients. This expansion of services and outreach to a larger population is made possible by a well structured National Mental Health Framework[6].

Facilities

As a result, in 2005, a total of 763 Health Clinics (88.9%) already offered mental health services in the community such as promotion of mental health, long term management for stable cases, and defaulter tracing[7]. As in April 2010, the government facilities providing psychiatric care include 37 general government hospitals, besides the existing 4 psychiatric institutions. Setting-up of new psychiatric services in the general hospitals is a consistent effort being carried out surely and efficiently. In a 3 year period from 2007 to April 2010, there were 11 new psychiatric services started to be in function. Based from these hospitals, community care is developed to cater for acute home care, assertive community treatment and follow-up services for patients with complex needs. Having said that, in April 2010, out of 5506 psychiatric beds in the MOH facilities, 4590 (83.4%) are still in the mental institutions while only 916 (16.6%) are in the mainstream hospitals. There are more to be done to for the advancement of mental health care in Malaysia[8].

Workforce

One of the main challenges in this process is 'workforce limitation'. As of April 2010, there are only 224 psychiatrists in Malaysia, with psychiatrist to population ratio of 1 to 122,000. It is still far beyond the recommended ratio by the World Health Organization (WHO) of 1 to 50,000. Of theses, 109 psychiatrists are in the MOH, 2 in the Ministry of Defence, 69 in the Universities and 43 in private practice. Among the MOH psychiatrists, 31% have subspecialty psychiatry training in Child, Forensic, Community, Liaison, Neuropsychiatry, Psycho-geriatric, Clinical Epidemiology and Addiction. Overall there is also a shortage of trained paramedical and allied health staffs[8].

Training Future Psychiatrist

Notably, 'inadequate human resource is one well-established barrier to scaling-up of mental health services'[3]. Mental health professionals, particularly psychiatrists are the leaders for mental health services and mental health development in most parts of the world. In the world which is rapidly changing, technology which is advancing faster, mental health problems are in a constant increase. Worldwide, training future psychiatrists is always an

important agenda because trainees being trained today are tomorrow's leaders in psychiatry.

Although it is very obvious that the pressing need in Malaysia is to increase the number of psychiatrists, the 'quality' must come together with the quantity being aimed for. 'Quality' is subjective but we can be assured that we are in the right direction if we understand what we need and work to fulfil those needs. Therefore training program has to be tailored to the needs of the country, achieved by understanding the country's background, the evolution of the mental health system, the strengths and the limitations.

Postgraduate Program for Psychiatry

During the earlier era, doctors were sent to the western countries for specialization training and they returned home to develop psychiatric services in Malaysia. Since 1970s, psychiatrists have been trained locally to meet the increasing demand in the country. The first local postgraduate training in psychiatry was pioneered by University Malaya with a small number of trainees. 'There was a slow increase in the number of trainees throughout the years until about the year 2000 when a substantial number of candidates applied for the psychiatric course and the course became more comparable to other popular branches of medicine'[10]. As in April 2010, there are 81 trainees in the postgraduate program for psychiatry[8].

Conjoint Program : An Innovative Strategy

A significant development took place in year 2000 with the establishment of a professional body at the national level, namely 'The Conjoint Board for Postgraduate Training in Psychiatry'. The postgraduate training program is now better known as the 'Conjoint Program'.

The Conjoint Board was established between three leading universities offering postgraduate training and the MOH. Being the main mental healthcare provider, MOH participation is instrumental in shaping the nation's future psychiatrists. The Conjoint Board developed a standardized curriculum, reviewed the curriculum regularly, selected suitable candidates for the program, coordinated the programs both in the universities and in the accredited MOH training hospitals, and carried out assessment and examinations.

Since its establishment, the Conjoint Program for Postgraduate Training appeared to be a very innovative strategy. First, it works to tailor training to the service needs. Second, it is carried out with a full understanding of the limitations in the country, not to compromise what we want to achieve, but to utilize, synergize and optimize any available resources for the best outcome possible.

In terms of needs of the service, the Conjoint Board—consisted of experts from the universities and senior consultants from the MOH—sat together to develop a standardized curriculum for the whole country. The analogy that can be applied is that if 'psychiatrists' are the 'products' then MOH is the main 'consumer' of these products[2], therefore, the voice of the consumers, followed by active participation in the design and evaluation of the products will generate an excellent outcome.

The first conjoint curriculum was ready by 2003 and immediately being implemented by the three universities. The curriculum is reviewed 5-yearly, with inputs from the experts in the conjoint board and feedback from the trainees. It is a very important step, again to ensure that

the curriculum is always relevant and always advanced to cater to the vision of mental health services. The first review in 2008 brought in changes related to the current service needs. For example, more structured syllabus for 'administrative psychiatry' was planned and additional rotation of 'addiction psychiatry' was formally included.

As in April 2010, there are only 3 universities offering postgraduate program. Lining up, there are 4 more universities preparing to offer the program. The conjoint curriculum contributes to expedite this process by being readily available for implementation.

The Conjoint Program, therefore, can be seen as a collaborated effort taken by all psychiatrists in Malaysia in training the future psychiatrists. Training program expands beyond the universities and carried out all over the country. Roles of teachers and supervisors are not restricted to the lecturers in the universities but also being taken by psychiatrists in the mainstream service.

Open-System Learning: A Way to Go

Besides the conjoint program, special mention has to be given to this 'open-system' method of learning. This method had been in place even before the Conjoint Program, however, the function is further strengthened by the Conjoint Program.

In the open-system learning, government hospitals fulfilling standard criteria are being accredited as training hospitals. There are a lot of advantages of the open-system learning. First, training takes place in the setting where the trainees will work as psychiatrists in the future, thus trainees become familiar with the organizational system. Trainees can learn hands-on on administrative skills such as managing the department, budgeting of medication, handling staffs, and organizing activities related to mental health. Second, the government hospitals are the place where most people go for services. The trainees are exposed to a very rich clinical experience, and again it familiarizes them to the type of cases commonly presented and the practical clinical management.

In terms of academic advantages, trainees from different universities may reside together in a similar government hospital and this may encourage exchange of knowledge and information. Open-system learning promotes a good networking between future psychiatrists as well as between other disciplines in medicine in the MOH setting. Open-system also provides training all over the country thus encourage more enrolment of candidates.

The disadvantage is that the open-system is usually perceived as 'tougher' by the trainees, compared to the 'close-system' (full-time in the university). The trainees are expected to work full-time in busy hospitals; while studying, accomplishing assignments, taking examinations and conducting research. Adequate support from the head of department and other staffs, excellent time management and perhaps good negotiation skills are of paramount importance for the trainees to survive the program.

Given the country's background and the future direction that we are heading, 'open-system' is the way to go. In the near future, the available 'close-system' may be revised and a 'rotational system' may be proposed to ensure a good balance of exposure in training for all trainees.

Conjoint Curriculum

The general objective of the curriculum is

Table 1 The 3 phases of the curriculum structure

Phase	Content	Placement
1	Basic Sciences and Basic Psychiatry	6 months in university 6 months in general hospital
2	Clinical Psychiatry & Research	1 year in university 1 year in general hospital
3	Consultant in Training & Research	1 year in general hospital

to impart knowledge and skills to candidates of the 4-year Postgraduate Programme in Psychiatry, enabling them to function independently as safe and competent psychiatrists. Being able to function independently and competently is a very important objective because a new psychiatrist graduated from the program may be sent to work on their own. They may be required to set up a new psychiatric service in a new general hospital 'single-handedly'. More of them are expected to develop a more sub-specialized service such as community service or addiction service in the existing general psychiatric services available.

The specific objectives outline what are expected from a candidate throughout the training process. It encompasses elements of personal growth and leadership ability besides academic and clinical competency. The candidates should :

(i) have thorough knowledge in the field of psychiatry (including basic sciences) and sufficient knowledge in the psychiatric sub- specialities,
(ii) have broad knowledge in the fields of psychopathology, aspects of etiology, symptomatology, treatment and management,
(iii) be capable of taking a detailed history, and carry out physical and mental state examination,
(iv) be capable to lead and cooperate with other staff members, for example the clinical psychologist, medical social worker, occupational therapist and others,
(v) show good attitudes and a sense of responsibility while discussing with colleagues and while treating patients,
(vi) be skilful in handling discussions and in communicating with patients and their family members,
(vii) be capable in advancing themselves in the current knowledge in psychiatry and keeping abreast with the latest developments in the field of medicine in general,
(viii) be able to undertake research activities in psychiatry,
(ix) have the ability to function as a consultant who is effective in raising the levels of expertise, practice and mental health standards in society.

Curriculum Structure

In order to achieve the objectives, the program consists of 3 phases (Refer to Table 1). This 4-year program covers basic medical sciences, basic psychiatry, clinical psychiatry and research.

'Basic Sciences' are inclusive of topics on Biostatistics and Epidemiology, Genetics, Immunology, Neuroanatomy, Neurochemistry, Neuroimaging, Neuropathology, Neuro-

physiology and Pharmacology. 'Basic psychiatry' covers topics on Classification in Psychiatry, History of Psychiatry, Phenomenology, Psychiatric interview, Psychological assessments, Psychopathology, Transcultural Psychiatry, Communication skills, Psychological Sciences, Medical ethics, Medical Sociology and Ethology.

Clinical rotations are structured to give adequate exposure in clinical skills in general psychiatry and subspecialties such as community, geriatric, forensic, child, liaison, neuromedicine and addiction psychiatry. The duration of the rotation varies according to the weighed 'importance' in their relation to the current service needs (Refer to Table 2). Exposures to 'prioritized' subspecialties are hoped to cultivate interests for future undertakings.

Besides the above, the curriculum covers other components which are important to provide the trainees with skills very relevant to their future practice. These include training in psychotherapy, administrative psychiatry and research.

Psychotherapy

Training on psychodynamic and cognitive behaviour therapy is provided hands-on for the trainees to conceive ideas and techniques relevant and applicable to the culture and local practice. A candidate must conduct at least 10 sessions of each type of psychotherapy under supervision. Following that, the candidate must write-up the sessions and submit as case protocols.

Administrative Psychiatry

Following the first review of the curriculum in 2008, components of administrative psychiatry are further emphasized based on the feedback from the trainees. As mentioned earlier, a freshly graduated psychiatrist may be required to set-up new psychiatric services, therefore knowledge and skills in administrative psychiatry are essential. The syllabus include topics on history, structure and organisation of different psychiatric settings, leadership and managerial roles as administrator, networking skills, staff development, planning of psychiatric services, quality assurance, program evaluation, accreditation and regulation of psychiatric facilities, budgeting and financing of psychiatric services. A candidate is expected to apply the knowledge of administrative psychiatry in planning and delivery of a high quality psychiatric service, to have competence in managing their future organization while handling administrative and clinical work and develop good attitude and respect for all categories of staff. Teaching methods include seminar series, hands-on experience and involvement in departmental administrative activities. Assessment will be done continuously by the supervisors; and through the Consultation Viva examination.

Table 2 Academic & clinical posting and the duration

Phase	Academic & Clinical Posting	Duration
1	Basic Sciences:	1 year
	Basic Psychiatry:	
	General Psychiatry	
2	General Psychiatry	32 weeks
	Community & Rehabilitation	12 weeks
	Forensic	12 weeks
	Psychogeriatric	6 weeks
	Addiction	6 weeks
	Child Psychiatry	16 weeks
	Neuromedicine	12 weeks
3	General Psychiatry	36 weeks
	Consultation-Liaison	12 weeks
	Elective	4 weeks

Research

As it is now, the MOH psychiatrists being very inadequate in number are very much occupied with the demand of clinical and administrative work. However, having a research culture is very much a desired vision. An emphasis on research work in the training of future psychiatrists is hoped to cultivate this culture. Candidates are equipped with research skills by attending intensive courses in research methodology, application of software statistics and scientific writing before conducting their own research. Submission of dissertation is to be done at the end of the training program, followed by oral thesis defence as the final examination.

Supervison

Supervision is fundamental in any training program, especially when open learning method is applied. A supervisor has two major roles: 1) to establish a relationship that will help a trainee to be a self-directed learner and a highly motivated individual; 2) to objectively evaluate a candidates' performance using appropriate methods of assessment[1]. The candidates are supervised by academicians or lecturers in the universities when they are in the universities; or specialists working in the MOH when they are doing the rotational posting in the MOH hospitals or mental institutions. Accreditation of consultants or specialists in the MOH is based among others on their commitment to teaching plus evidence of teaching activities at departmental and hospital levels.

Assessment and Examination

Assessment and examination are important tools to validate a candidate's acquirement of skills and knowledge. Apart from clinical skills, a candidate must develop professional qualities, managerial and leadership skills as well as demonstrate the ability to become self-directed learners who are motivated to continually improve their performance.

Therefore, the assessment tools used in the program are devised to assess different areas of competencies; consisting of supervisor's report, log book, case protocols and dissertation. The assessments are the prerequisite for examinations, or the prerequisite to proceed to the following year in the year without examination.

The supervisor's report must be submitted in a regular interval of 5 months, in a standardized format, giving a continuous assessment on both professional development and personal endeavour of a candidate.

The case protocols must be written based on patients being managed and followed up by the candidate for at least three months. The case protocols cover important topics as follows: 1) schizophrenia, 2) anxiety disorder, 3) organic brain disorder, 4) mood disorder, 3) forensic psychiatry 4) community psychiatry, 5) psychodynamic psychotherapy 6) cognitive psychotherapy 7) child and adolescent psychiatry and 8) addiction psychiatry.

Ultimately passing examination is an important milestone in any educational process. There are 3 end-of-phase examinations conducted to evaluate a candidate, inclusive of theoretical and clinical components (Refer to Table 3).

Award of Master of Medicine (Psychiatry)/ Master of Psychological Medicine

Award of Master of Medicine (Psychiatry)/Master of Psychological Medicine (depending on universities) will be bestowed upon the successful completion of the course and on

Table 3 Assessment & Examination

Phase	Year	Assessment	Examination
1	1	Supervisor's Report Log book 2 Case Protocols	Part I Theory : MCQ, short notes Clinical : 2 short cases
2	2	Supervisor's Report Log book 4 Case Protocol	-
	3	Supervisor's Report Log book 4 protocols Submission of research proposal	Part II Theory : Essays, Critical Review Paper, Short notes Clinical : 1 long case, 2 short cases
3	4	Supervisor's Report Log book Submission of dissertation	Part III Thesis defence Consultation Viva

fulfilment of all the requirements of the Conjoint Board and the university. In the end, with the master degree, a Malaysian doctor is qualified to hold a position as a psychiatrist in Malaysia.

Subspecialty Training for Psychiatrists

As for subspecialty training, psychiatrists who wish to pursue in subspecialty must first fulfil a few criteria. They must possess a recognized postgraduate qualification in psychiatry, have at least 4 years of supervised training in psychiatry of which at least 1 year is after the postgraduate qualification and have a good report from 2 senior psychiatrists or referees pertaining to their suitability in terms of interest, experience and attitude. Lastly, the subspecialty being applied must be available and recognized.

The Subspecialty Training Program or also known as the Fellowship Program for specialists (including psychiatrists) in the MOH is directly organized by the MOH. A specialist wishing to further specialize undergoes supervised training under a consultant/subspecialist with for 2 years locally and often followed by additional exposure in overseas for a duration of 1 year[9].

The Fellowship Training Program provides an advanced training for specialists to acquire more expertise and proficiency in respective subspecialties. To facilitate this, each medical specialty under MOH establishes its own committee to be responsible in the planning, organization and supervision of the programme. The members of the committee consist of senior consultants in the subspecialties being offered.

Training in the subspecialty areas can only be undertaken in approved posts in accredited training centres. Training must be supervised by officially appointed supervisors who must ensure trainees obtain increasing responsibility and varied exposure in all areas of the subspecialty.

At present, subspecialties being offered in psychiatry are child, community, psychogeriatric, forensic, neuropsychiatry, consultation-liaison and addiction psychiatry. As in April 2001, there are 11% (n=12) psychiatrists from

the MOH in the subspecialty training, both locally and in other countries[8].

Conclusion

While Malaysia has taken what can be considered as a concerted effort towards developing a comprehensive program of postgraduate psychiatry training ; the process is dynamic, evolving and in need of continuous improvement. Meanwhile, expansion of training to encompass subspecialty areas is foreseeable in order to keep pace with the advancement of psychiatry worldwide. Finally, we can be assured on the training of the future psychiatrists in Malaysia, as long as we strategize to be relevant to our needs ; as well as realistic and practical based on our strengths and limitations.

References

1) Hatta, S., Fairuz Nazri, A.R. : Postgraduate training in psychiatry ; are Malaysian trainees having real problems in basic sciences ? Secondary Education Issues and Challenges (ed. by Knudsen, H.V.). Nova Science Publishers, Inc., 2007

2) Hussain, H., Muhsin, A.Z. : Training for future psychiatrists : Postgraduate training in psychiatry in Malaysia. A viewpoint from Malaysia. ASEAN Journal of Psychiatry, 9 (Supplement 1) : 31, 2008

3) Lancet Global Mental Health Group : Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. Lancet, 2007 ; Published OnlineSeptember 4, 2007DOI : 10.1016/S0140-6736(07)61263-X

4) Malaysia Country Report : Asia Pacific Community Mental Health Project Development. Asia-Australia Mental Health (AAMH), 2008

5) Mental Health Act 2001. Malaysia

6) Ministry of Health Malaysia : National Mental Health Framework 2001

7) Ministry of Health Malaysia : The Annual Report 2005

8) Ministry of Health Malaysia : The 20th Annual Meeting of Psychiatrists. Ipoh, 2010

9) Ministry of Health : Fellowship Training Program. 2010 (http://medicaldev.moh.gov.my/v2/uploads/fellowship_training_programme.pdf on 1 March 2010)

10) Nora, M.Z., Ruzanna, Z., Marhani, M. : Postgraduate Psychiatric Training in Malaysia : Past, Present and Future. International Symposium. The 104th Annual Meeting of Japanese Society and Neurology, 2008

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Starting from Ashes : The Experience of Building a New System of Training in Psychiatry in Iraq

Salah Salman Abd Al-Bundi (M.B.Ch.B, Arab board of Mdical Specialisation)

The new Iraq hard efforts is being done to rebuild health and education systems. The first mental health survey ever done showed a lifetime prevalence of ICD disorder of 16.56%.

There are around 100 psychiatrists in Iraq (0.032 per 10,000 population). The training of psychiatrists takes four years. Two educational bodies supervise the training ; the Arab Council of Medical Specialization, and the Iraqi Boards for Medical Specializations. Training involves several training courses in training centers spread around the country. The trainees practice under supervision of qualified trainers.

Supported by the royal college of psychiatrists, a trial to train psychiatrist in CBT started for the first time in Iraq. The main training course was an online course with online supervision in addition to other courses held in Baghdad and other neighboring capitals. Despite challenges the training project is promising.

＜**Key words** : training, psychiatrists, CBT, Iraq＞

Introduction

Iraq is situated in the heart of the middle east. Its approximate area is 438,317 sq km (169,235 sq mi). Iraq's total population is estimated to be around 31,234,000. For the past four decades, Iraq has been under the impact of series of wars, a long economic embargo and above all the hegemony of corrupt regime. Those different devastating circumstances have turned the previously prosperous country into an underprivileged state. Although the first mental hospital in Islamic word was established in Baghdad in the 8th century, and the mental hospital in Baghdad was established in late forties of the last century, the national services were deteriorated for the last 30 years.

After the Iraq liberation war of 2003, persistent and hard efforts started to build the health system almost from ashes. A new ministry of health was built and an office for the mental health advisor was opened for the first time ever in Iraq indicating the increased attention the mental health system is acquiring in the new Iraq. Despite the widespread violence in the country, the first national mental health survey was done in 2006/2007 showing that the lifetime prevalence of ICD disorder is 16.56%. The lifetime prevalence was found to be higher in woman (19.46%) than man (13.69%). The chief contributors to the difference between men and women are the diagnostic category of *severe depressive episode* and *specific phobia*, both more prevalent among women. The survey also found that the most common disorder

group is *anxiety disorders* (11.58%), followed by any *affective disorders* (7.82%). A striking feature is the low prevalence of any substance use disorders (0.92%). This was the 1st national survey as such survey was totally forbidden by the past regimen.

There are around 100 psychiatrists in Iraq (0.032 per 10,000 population). We have two specialized mental health hospitals, at least one outpatient units and inpatient ward in each one of the eighteen governorates. Most of the psychiatric services are centered in the capital and the big cities. However the current plan of the ministry of health (MOH) entails integrating the mental health service into primary health care (PHC) sector, distributing newly graduated psychiatrists in the remote governorates and districts, and employing psychologists and social workers in the primary health centers, in addition to holding continuous medical education courses in psychiatry for the general practitioner in PHC sector. The two specialized hospitals are located in the capital Baghdad. The first one, Al-Rashad hospital, is situated in Al-Sadr city. It has the residential facilities for 1600 patients. In addition to that it has an outpatient clinic, rehabilitation department and the newly opened sexology clinic. The same hospital contains also the only forensic psychiatry department in the country. The department has a low, medium and high security sections and on remand section. The second specialized hospital is Ibn Rushd hospital which is located in a district very close to the center of the city. It is a short stay hospital which has 70 beds, an outpatient clinic, department of general adult psychiatry, a child and adolescent outpatients clinic, geriatric psychiatry department and substance abuse department.

For the first time in Iraq, the project of putting guidelines for the treatment of all psychiatric illnesses was inaugurated. The guideline for depression was the first to be published. The draft of the Mental Health Act is being studied and it is expected to be enacted soon. While waiting for full fledged law to be passed, several scattered paragraphs of several laws represent the available legislations of mental health.

Training in Psychiatry in Iraq

Training in psychiatry in modern Iraq started as early as the twenties of the last century when the first medical college was opened soon after the foundation of the Iraqi kingdom. During most of the twentieth century the only available chance for training in psychiatry (and other branches of Medicine and Surgery) was doing residency in one of the big hospitals to be trained in on the hands of specialists psychiatrists trained abroad. The other possibility was to acquire a scholarship for training abroad (usually in the United Kingdom, the United States of America, Austria or upon times in Egypt). Official and regular training in psychiatry was not established until the last two decades of the last century when the Arab Council of Medical Specialization, department of psychiatry was founded in 1992 and Iraqi Boards for Medical Specializations was founded in 1988. During this period Iraq was under the effect of early days of economic sanctions, the thing that made the progress and development of both educational bodies go faster because of the need for medical expertise in all fields and the impossibility of training any staff outside the country.

Until 2003 the two bodies were run by the Iraqi Board of Medical Specialization which belongs to the Iraqi Ministry of Higher Educa-

tion and the students take both examinations and they hold both titles. However, after 2003 a separate bureau for the Arab Council was founded in Baghdad. The new office belongs to the Ministry of Health and it works under the supervision of the Council of Arab Ministers of Health. The new arrangement allows the students to be enrolled in either of the two Boards.

The training in psychiatry does not mandate previous residency in the field. It consists of four years of training and requires passing two examinations, a primary and a final examinations. All of the graduates are specialized in general psychiatry. There is no training for subspecialists in Iraq. However, training courses in subspecialties outside Iraq is now available for psychiatrists who are interested in those subspecialties.

The four years of training courses in general psychiatry go as follows

- First Year
  - Medicine
  - Neurology
  - Psychopathology
- Second Year
  - General Adult Psychiatry
  - Abuse Psychiatry
- Third Year
  - Forensic Psychiatry
  - Child Psychiatry
- Fourth Year
  - Old Age Psychiatry
  - Rehabilitation

The training centers in the country are distributed as follows

- Baghdad (the capital) : three centers
  - Al-Rashad Teaching Mental Hospital
  - Ibn Rushd Teaching Mental Hospital
  - Baghdad Teaching Hospital, Department of Psychiatry
- Basrah (the southern city) : one center
  - Al-Basrah Teaching Hospital, Department of Psychiatry
- Mosul (the northern city) : one center
  - Ibn Sina Hospital, Department of Psychiatry
- Al-Diwaniyah (a city in the middle area of the country) : one center
  - Al-Diwaniyah Hospital, Department of Psychiatry
- Erbil (the Kurdish city) : one center
  - Azadi General Hospital
- Duhok (the Kurdish city) : one center
  - Child Psychiatry Center

All those centers are training centers for general adult psychiatry except three of them. Al-Rasahd hospital is the training center for forensic psychiatry and rehabilitation. Ibn Rushd hospital is the training center for child and adolescent psychiatry, geriatric psychiatry, and substance abuse. The Kurdish board student (Kurdistan has autonomous status) come to Al-Rashad hospital for training in forensic psychiatry, but they go to Duhok to have the course of child and adolescent psychiatry.

Each student is supervised by one supervisor throughout the study period. In addition each center has one or more scientific advisors and the students are also supervised in each center by the scientific advisor of the center when they are away from their supervisors. Duties of the trainees in each center include attending outpatient clinics, following inpatients, and holding clinical conferences and journal clubs. During their training period the trainees are also required to attend different continuous education (CME) courses that are designed according to their needs. They are also required to attend theoretical teaching in basic sciences in the first year of training and in

clinical psychiatry in the second year. The Iraqi Board of Medical Specialization requires the trainees to participate in a scientific research under supervision and submit a thesis about their work. This is usually done in the third year of training. The research subjects are usually selected by the Board and according to certain guidelines. This activity is not required by the Arab Council.

The New Experiment of Cognitive-Behavioral Therapy

Only few psychiatrists in Iraq have ever practiced psychotherapy, most of them follow psychoanalytic approach. They belong to the generation of the pioneer psychiatrists who had the chance of training in Europe or the United States. Board students today have very limited training in psychotherapy. In the past decade, the board graduate had a better chance to work with psychiatrists who practiced psychotherapy. Due to the increasing evidence of the efficacy of cognitive behavioral therapy (CBT), the idea of training Iraqi psychiatrists on CBT has emerged in the circles of psychiatry society.

Around 80 Iraqi psychiatrists working in the United Kingdom has formed Iraq subcommittee in the royal college of psychiatrists. The collaborative efforts of the Iraqi Ministry of Health, the royal college of psychiatrists and it's Iraq subcommittee led to several fruitful projects one of which is the initiation of CBT training program. The program started by holding three days training course in Baghdad which was the first scientific activity attended by a foreigner outside the fortified area "the GREEN ZONE". An email network, yahoo group, (CBT-Iraq) was created to ensure communication among the participant in the training. Then the online course started. The course was supported by the royal college of psychiatrists. The PRAXIS CBT for Common Mental Health Problems was chosen. It is organized by Northumberland, Tyne and Wear NHS Foundation Trust and it is recognized by the NHS. It is designed for practitioners who possess a professional qualification and use psychological approaches with clients but do not have particular knowledge of CBT. The course focuses on core training in the basics of CBT and emphasize the CBT model and the role of formulation in these disorders. It deals specifically with depression, panic disorder with and without agoraphobia and generalized anxiety disorder. The course contains written material, video clips and interactive exercises. The duration of the course was one year.

The problem of supervision was one of the major obstacle haunting the minds of the participants. Due to absence of CBT trainers in Iraq the course organizers had to rely on online supervision using the available resources. The online supervision is a recognized method of supervision in psychotherapy training. The course started in August 2008 and lasted for one year. In addition to this online course several courses were held outside Iraq. A new course is about to start this year. New participants will be joining the course.

The course faced several challenges such as redefining patient-doctor relationship. We faced also the problem of translating the rating scales, their cultural validity and their applicability to our patients which is yet to be tested. The regular supervision was not well established. The course organizers intended to enroll non medical mental health professionals but this was not feasible as many of those non medical mental health professionals speak very little English. Lack of CBT trainers is still one

of the big challenges. The trainees also lack any training in interviewing skills.

Despite all challenges and obstacles the course made significant success and drew a lot of attention in the Royal College of Psychiatrists conference in Liverpool 2009 and in the conference of the middle east division of the Royal College of Psychiatrists in Baghdad 2009. It is also planned to continue the CBT-Iraq supervision and discussion. The CBT training will be part of the postgraduate psychiatric training curriculum and mental health nursing training, hopefully, in the coming few years. A CBT center will be opened soon in Baghdad. This modest experience was described by the supervisor as "challenging but, very promising".

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Post-graduate Training of Psychiatry in Taiwan

Jane Pei-Chen Chang (Institute of Clinical Medical Science, Department of Psychiatry, China Medical University & Hospital, Taichung, Taiwan, Taiwan Young Psychiatrists Organization)

Background : To review post-graduate training program of psychiatry in Taiwan.

Methods : Collected information from residents and attending physicians from Taiwan and gathered information from Taiwanese Society of Psychiatry regarding current postgraduate training program of psychiatry in Taiwan.

Results : Psychiatrists in Taiwan has to go through 3 and half years of training before taking the board exams. Most of the psychiatrists undergo through similar training requirements, including acute psychiatric ward training, outpatient department training, psychotherapy training and supervision, and emergency consultation training. Psychiatrists in training are also required to have short-term rotations in subspecialty of consultation-liaison, child and adolescent psychiatry, geriatric psychiatry, forensic psychiatry, and substance and addiction psychiatry.

Conclusion : Psychiatrists in Taiwan receive well- structured postgraduate training courses before national psychiatry board exams, with annual 50% passing rate. Many board certified psychiatrists continue to face difficult decisions makings among further academic achievements in graduate schools, career development, and research experiences in clinical area. Future collaborations with other young psychiatrists from other countries are needed to help promote the career development of young psychiatrists in Taiwan.

＜**Key words** : psychiatry, post-graduate training, Taiwan＞

Introduction

Psychiatry is a developing specialty in Taiwan. Many studies have shown similar prevalence of psychiatric disorders in Taiwan and other countries. Psychiatrists face stigma in Taiwan like psychiatrists from other parts of the world. Many Taiwanese people choose not to visit psychiatry clinics for mood problems or sleep problems, because they don't want to be known as the 'crazy' person in his/her neighbor hood and wouldn't want to be looked down by their neighbors, friends and families. Psychiatric patients in Taiwan also fear psychotropic medications may bring harm to their health or they would be addicted to the medication. However, Taiwanese people are becoming more aware of the impact mental disorders would have on socioeconomics of the society and more efforts from the government and medical society are also put into educating the society about mental disorders and treatments. In recent years, more medical students are becoming interested in the field of psychiatry and decide to choose psychiatry as their medical profession. In the following, I would like to review how young psychiatrists are trained in

Taiwan and what struggles they currently face after post-graduate training.

Medical Education and Application for Psychiatry Residency in Taiwan

Medical students in Taiwan receive 7 years of medical education including 4 years of structured school lectures and problem based learning (PBL) small group discussions, 5th and 6th year clerkships and 7th year internships. The medical board exams are held twice each year, once in July and once in February. The board exams are divided into the basic parts (anatomy, physiology, embryology, biochemistry, pharmacology, medical statistics, and pathology) and clinical parts (radiology, surgery, internal medicine, psychiatry, family medicine, neurosurgery, pediatrics, obstetrics and gynecology). Basic part of the exam is taken after 4th year of medical education, while the clinical part of the exam is taken after medical students graduated from medical school.

Medical students start to apply for residency program in the winter of their 7th year in medical school. The application dates for psychiatry residency programs varies from hospital to hospital, but they usually from within October of each year until January of next year. Psychiatry residency application process includes submission of resumes, written exams and oral interviews. There are currently 48 board certified psychiatry residency training hospitals in Taiwan with a training capacity for 77 psychiatric residents annually.

First Year of Post-graduate Psychiatry Training

After the medical students are accepted into psychiatry residency programs, they will start their trainings within 2 months after they graduate from medical school. The first year of post-graduate psychiatry training currently includes 6 months of post-graduate year (PGY) training and 6 months of training in psychiatry department. The PGY course includes 3 months of internal medicine, 2 months of community and clinic medical training and one month of emergency room (ER) training. PGY training is designed by the educational board of Taiwan to enhance abilities and medical knowledge of psychiatric residents to manage psychiatric and internal medicine comorbidities.

The other half of the first year post-graduate psychiatry training includes first part of acute psychiatric ward training with requirement to collect at least 24 case reports, interview training with at least one hour per week for 6 months, and 3 months lectures for each of the following topics: diagnostic interview training, psychopathology, and psychophar macology. The first year of post-graduate training emphasizes on the introduction to psychiatry, emergency psychiatry managements, and enforcement on basic medical knowledge in the field of psychiatry and internal medicine.

Second Year of Post-graduate Psychiatry Training

The second year psychiatry residents need to fulfill rotation of the second part of acute psychiatric ward training with requirement to collect another 24 case reports, weekly one hour interview training for 6 months, 400 clinic hours in the outpatient department training (OPD) with one fifth of the time with supervision. The second year training also includes 3 months of training in clinical neurology or geriatric psychiatry, and 200 hours of psychotherapy with supervision. The lectures courses for second year include biological psychiatry, introduction to psychotherapy, and rehabilita-

tion psychiatry. The second year of psychiatry training focuses on trainings in interview skills and psychotherapy and provides basic knowledge for neurology and geriatric psychiatry.

Third Year of Post-graduate Psychiatry Training

As the residents move on to the third year psychiatry training, their training will mainly focus on rehabilitation and community psychiatry and consultation- liaison psychiatry. They will be required to have 3 months rotation in community and rehabilitation psychiatry and 30 cases of emergency and consultation- liaison psychiatry. Third year residents are also required to have 3 months rotation in substance use disorders and addiction subspecialty and attend 3 month lectures on neurology, community psychiatry, and substance use disorders and addiction psychiatry. After three years of psychiatry residency training, the psychiatrists in training should be competent in diagnostic interview skills and emergency psychiatric trainings, should already have basic trainings in the areas of psychotherapy, rehabilitation psychiatry, consultation-liaison psychiatry, and are knowledgeable in the areas of biological psychiatry and psychopharmacology.

Fourth Year of Post-graduate Psychiatry Training

The fourth year residents hold positions as chief residents of psychiatry department, where they are responsible for teaching programs for clerks, interns and residents, and manage intra- and interdepartmental administrative matters within the hospital. Besides the departmental teaching and administrative responsibilities, 4th year residents in training are required to have rotation in child and adolescent psychiatry (collect 20 cases) and forensic psychiatry (4 cases) subspecialties and lectures regarding these two fields. 3 month elective course including brain image lab studies and basic lab courses is also offered during training course for this year to make psychiatry training more complete. The courses offered in the fourth year of psychiatry training offers the residents to have a 'feel' for the subspecialties they might have interest for practice in the future. The residents will finally take their psychiatry board exams at the end of their training, written exams are offered in March annually, and those who pass the written exams will be qualified for oral exams in April. The Written exams include 100 multiple choice questions covering all fields of psychiatry with 100 minutes to complete the tests, and the passing score is above 60%. Meanwhile, the oral exams include 40 minute diagnostic interview with real life patients with 3 senior psychiatry examiners overseeing the examination. The oral exams also include 20 minutes of organizing details and brief reporting by the examinee of the previous diagnostic interview (including chief complaint, past and present history, diagnosis, and treatment plans), and 30 minutes of pimping and discussion with the senior examiners. The annual passing rate of psychiatry board exam is around 50%, the lowest among all medical professional license exams in Taiwan. Each year we have around 40 new board certified psychiatrists to join the psychiatry practice.

After Board Certification of Psychiatry

Many young psychiatrists often felt lost in planning their careers after they have been certified by the board of psychiatry in Taiwan. Many hospitals encourage young psychiatrists to continue medical education with further

pursuit of M.A. and Ph.D. degrees as a part time or full time student. Meanwhile, some psychiatrists fear they will lose their future position in the clinical practice if they decided to pursue academic degrees. Taiwanese government also offer MD-PhD program, where grants are offered for those medical students who are interested in pursuing academic degrees in graduate schools domestically or internationally. On the other hand, another group of young psychiatrists decide to stay with clinical work for the moment of time and decide to train and test for psychiatry subspecialties including child and adolescent psychiatry, geriatric psychiatry, substance use disorder and addiction psychiatry and community and rehabilitation psychiatry. As an example, to be qualified for child and adolescent psychiatry certification requires a year of training in a Taiwanese Society of Child and Adolescent Psychiatry (TSCAP) certified child and adolescent psychiatry training hospital, submission of 3 case reports, and passing of written test and oral test at the end of training.

Many board certified young psychiatrists are often troubled with the decision makings for future career planning. They felt inadequate communications with other young psychiatrists in Taiwan and other young psychiatrists from around the world to discuss about their problems and share their experiences in clinical practice of psychiatry.

Currently, Taiwan Young Psychiatrists Organization (TYPO) is a new group on the rise in Taiwan, its members include young psychiatrists ranking from first year residents to young attending physicians within 10 years of postgraduate training or under 40 years of age. The mission of TYPO is to provide more opportunities and broader perspective in clinical practice and academic achievements for young psychiatrists. TYPO periodically arranges 'Meet the Expert' sessions to have senior psychiatrists share clinical and personal experiences with young psychiatrists, and discuss about future career and academic plans. TYPO has also arranged international symposiums such as psychotherapy in Asia and meetings of young psychiatrist organizations at the second World Congress of Asian Psychiatry, and contributes in career development of young psychiatrists by co-sponsoring programs like Young Mental Clinician Academy (YMCA) to help provide research trainings, diagnostic interview trainings, and subspecialty lectures.

Conclusion

I believe the future holds many possibilities for young psychiatrists in Taiwan. More collaboration with other young psychiatrists around the world through the work of young psychiatrist organizations like TYPO and Japanese Young Psychiatrists Organization (JYPO) will help the academic and culturally development of all psychiatrists in training, especially after board certification, in becoming more well-rounded psychiatrists with international perspective.

Acknowledgements

I would like to thank the support from Japanese Young Psychiatrists Organization (JYPO), Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN), Taiwanese Young Psychiatrists Organization (TYPO), Taiwanese Society of Psychiatry (TSOP), China Medical University Hospital (Department of Psychiatry) to make this presentation possible and for their support in young psychiatrists' activities.

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

The Initiation of Postgraduate Medical Education and Psychiatric Specialist Accreditation in Japan

Tomohiro Shirasaka[1,2], Wakako Nakano[1,3], Mariko Setsuie[1,4], Takashi Nakamae[1,5], Masuo Tanaka[1,6], Toshiaki Baba[1,7], Hironori Kuga[1,8], Yota Fujimura[1,9]

1) Japan Young Psychiatrist Organization, 2) Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University, School of Medicine, 3) Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health, 4) Hokkaido Prefecture Koyogaoka Mental Institution, 5) Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University Of Medicine, 6) Jikei Hospital, 7) Department of Public Health, School of Medicine, Hokkaido University, 8) National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center, 9) Department of Psychiatry, School of Medicine, Teikyo University

Japan has a population of approximate 127 million. The Ministry of Health, Labor and Welfare estimates that more than 3 million people are currently suffering psychiatric disorders. There are 12,000 psychiatrists and 353,000 psychiatric beds in Japan giving Japan the highest psych beds/population ratio in the world.

The Postgraduate Medical Education (PGME) system was launched in April 2004. In the new two-year internship program, interns rotate through 7 specialties: internal medicine, surgery, emergency medicine or anesthesiology, pediatrics, psychiatry, community based medicine, and obstetrics and gynecology. In the second year, interns have an 8 month period for additional training in one or more of the constituent categories, making a maximum training period of 9 months for psychiatry possible (1 month regular, 8 months optional). Five years have passed since the launch of the new PGME and the time has come to reevaluate the program.

In 2004, one month after the start of new PGME system, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology implemented the Psychiatric Specialist Accreditation Program to provide a well organized and standardized postgraduate psychiatric training process. After the end of a 4 year transitional period, the Psychiatric Specialist Accreditation Program was officially implemented in 2009. This program requires more than three-years of psychiatric training at accredited training hospitals (1140 hospitals in 2009). The content of the training includes general clinical psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, psychiatric emergency, consultation-liaison psychiatry, psychiatric rehabilitation and medical ethics among others. We use log books to evaluate interns' progress in each category. To be accredited as a psychiatric specialist, the psychiatry residents must submit 10 case reports and take an examination.

This paper reviews the details of each training program and the attitudes of young psychiatrists towards each of them. Furthermore, I will talk about my personal experiences in both the PGME system and the Psychiatric Specialist Accreditation Program.

＜**Key words**: Postgraduate Medical Education, psychiatry, Japan＞

Current Situation of Psychiatry in Japan

Japan has a population of approximate 127 million. The Ministry of Health, Labor and Welfare estimates that more than 3 million people are currently suffering psychiatric disorders.

Japan has some peculiar characteristics. First, Japan has the largest bed rates in the world (28 beds per 10 thousand citizens). Since 1950s the bed rates has been increased, and keeping the largest rate. There are still many long-term inpatients, mostly those with schizophrenia.

The length of stay of inpatients is the longest one in the whole world (The average length of stay is over 300 days). Secondly, Japan has the 6th highest suicide rate in the world, the rate is 24/100,000 citizens. The number of suicides during about ten years since 1998 is over 30 thousand people per year.

There are 12,000 psychiatrists and 353,000 psychiatric beds in Japan giving Japan the highest psych beds/population ratio in the world.

Medical school in Japan begins immediately after graduation from high school and lasts 6 years. In general, the first 2 years are designated for liberal arts education, the middle 2 for pre-clinical studies, and Year 5 for clinical clerkships. Year 6 is typically reserved for graduation examinations and preparation for national board examinations. Each year, approximately 7800 students enter 1 of the 80 public and private medical schools in Japan.

Until 2004, those who passed the national boards were not required to pursue a postgraduate training program to practice medicine, although approximately 85% of graduates did so voluntarily.

Postgraduate Medical Education (PGME) System in Japan

In April 2004, the Ministry of Health, Labour and Welfare (MHLW) officially implemented 2 major changes to Japan's postgraduate clinical education.

First, a 2-year-long structured set of rotations became mandatory. This law replaced a 1968 regulation that merely advised graduates to pursue at least 2 years of postgraduate training before setting up an independent practice. This 2-year experience, known as *shoki kenshu*, is often translated as a "residency", but it is actually more akin to the internship year of American medical graduates or foundation programs in the UK as participants rotate through numerous departments and are not yet attached to any single specialty. Only after the internship can young doctors enter *koki kenshu*, true specialty-based residencies. During the first 2 postgraduate years, Japanese interns rotate through 7 specialties (internal medicine, surgery, emergency medicine or anesthesiology, pediatrics, psychiatry, community based medicine, and obstetrics and gynecology), spending at least 6 months in internal medicine (Fig. 1). Community-based medicine rotations are supposed to emphasize primary care and must take place at small- to mid-sized hospitals, skilled-nursing facilities, Red Cross blood centers, health centers or rural clinics. Activities might include home visits, public health education events, health fairs, psychiatric counseling, vaccination campaigns or disease screening.

The focus of the 2-year internship is on teaching basic clinical skills ; the new curricula emphasize treatment of the most common disorders and symptoms and development of physical examination skills. In planning the new system in 2000, the MHLW first declared 3

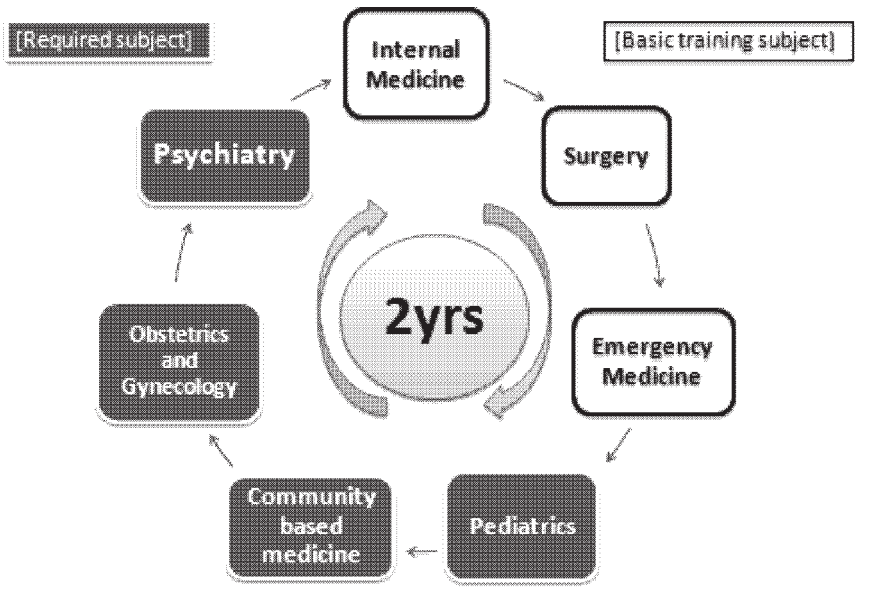


Figure 1　Postgraduate Medical Education (PGME) system in Japan

guiding principles for the new required Intern ship :

1. to cultivate physician ship ;
2. to deepen understanding of primary care and build core clinical competency in evaluating a patient as a whole, and
3. to create an environment in which interns can devote themselves fully to their internship without "moonlighting".

The second major change made recently by the MHLW is that, for the first time ever, a matching system administered by the new Japanese Residency Matching Program went into effect. The system is similar to that in the USA, with a computer algorithm that attempts to match candidates to 1 of their top training program choices. There are 2 important differences, though. First, applicants in Japan match simply to a program and not a specialty. Specialty training comes in the *koki kenshu* residency, starting in the third postgraduate year. Second, the Japanese have added a midpoint announcement of how many applications have been received at each training program before the final deadline. This so-called *chukan kohyo*19 is intended to allow applicants who have selected highly competitive programs to make an informed decision as to whether to apply to more programs.

There are two types of young psychiatrist in Japan (Fig. 2).

One is the psychiatrists who had trained in the previous system. They graduated before 2003. The other is psychiatrists trained in the new system. They graduated after 2004. The advantage of psychiatrists who trained in the new system is good at treating physical illness, because they experienced PGME systems. They could experienced, Internal Medicine, Surgery, Emergency Medicine and so on. But, disadvantage of that is fall behind in their psychiatric performance for two years.

Five years have passed since the launch of the new PGME and the time has come to

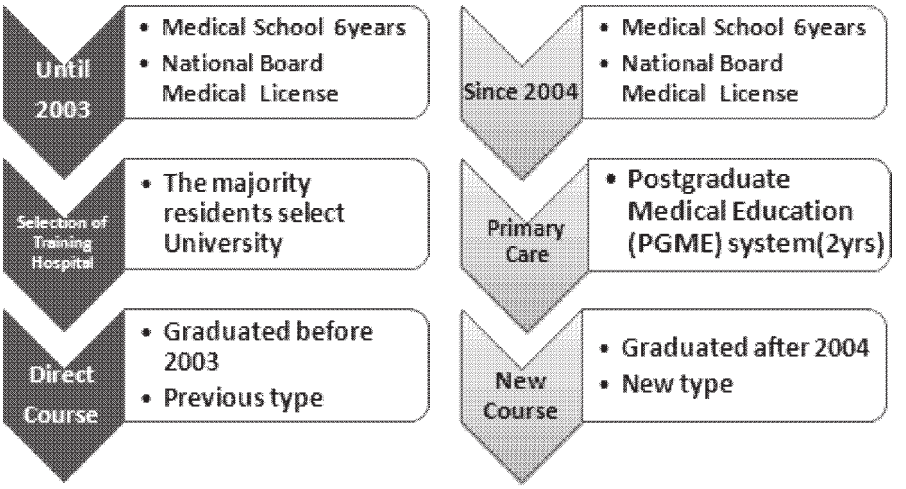


Figure 2 Two types of young psychiatrist in Japan

Table 1 Diseases for which training is required

Disease	Number of cases	Case report
Schizophrenia	10	2
Mood disorder	5	1
Substance/Alcohol dependence	2	1
Organic psychosis	4	2
Child and adolescent	2	1
Neurosis	5	2
Personality disorder	2	1

reevaluate the program.

The new PGME has slightly changed in 2010. Psychiatry switched from required subject to selected-required subject. But, even now, dementia, mood disorder and schizophrenia still remain as the required disorders.

Psychiatric Specialist Accreditation Program in Japan

In 2004, one month after the start of new PGME system, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) implemented the Psychiatric Specialist Accreditation Program to provide a well organized and standardized postgraduate psychiatric training process.

After the end of a 4 year transitional period, the Psychiatric Specialist Accreditation Program was officially implemented in 2009. This program requires more than three-years of psychiatric training at accredited training hospitals (1140 hospitals in 2009). The content of the training includes general clinical psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, psychiatric emergency, consultation-liaison psychiatry, psychiatric rehabilitation and medical ethics among others. We use log books to evaluate interns' progress in each category. These are the required number of cases and case reports (Table 1). To be accredited as a psychiatric specialist, the psychiatry residents must submit 10 case reports and take an examination.

Conclusion

In my experiences, after I graduated from the university, I worked as a resident in General Hospital and University Hospital by PGME

system. I experienced the department of Internal Medicine, Surgery, Emergency Medicine and other required subjects.

In this time, I got the ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) instructor License, and now, I participate in workshop for basic Life support twice a year with other staff. and I have a good relationships with different profession.

This experience is much useful for me. Because, I can gather much clinical experiences not only psychiatric field but also the other medical field by using PGME system. But this system is less than perfect, and there are many things to do. In order to improve psychiatric education, we need to proceed to deeper discussion.

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

Post-graduate Training in Psychiatry in Estonia Developing Towards High Standards of Clinical Excellence

Irina Panihhidina（North Estonia Medical Centre, Psychiatric Clinic, Estonia）

After gaining the independence in 1991, Estonia with a population of less than 1.4 million people has faced the problem of reorganising post-graduate medical training to adjust it to European standards. In 1995 an obligatory course of residency as a part of post-graduate training was introduced by law replacing the previous Ordinance and Internship. Depending on speciality, residency lasts between 3 and 5 years. Psychiatric residency in Estonia lasts 4 years and it is currently under review to prolong the residency to up to 5 years. There are several obligatory rotations within the training which include Emergency and Acute Psychiatry, General In-Patient Psychiatry, Child and Adolescent Psychiatry, Out-Patient Psychiatry and Neurology. Trainees are also committed to undergo elective rotations, which generally last 6 months. These include courses in Internal Medicine, Emergency Medicine, Eating Disorders, Drug Misuse or Essentials of Research. Courses of Psychotherapy are compulsory, they should be completed at a fully licenced school of psychotherapy and consist of at least 150 hours of academic teaching. For those who aim to work in the field of Child and Adolescent Psychiatry, it is possible to structure the training and adjust the duration of rotations individually. The Training Hospital allocates a tutor to each trainee for each rotation. The tutor is typically a consultant psychiatrist and is responsible for practical teaching and supervision of the trainee. Lectures and seminars for the trainees are regularily organised by the Univeristy and the Training Hospitals. An element of training is organised by pharmaceutical companies and is usually accredited by the Estonian Psychiatric Association. There are no tutition fees for residents and the trainees are paid salaries on monthly basis.

＜**Key words**：Estonia, residency, post-graduate training＞

Introduction

The Republic of Estonia is a country in the Baltic Region of Europe covering a territory of 45,227 km². Estonia is a democratic parliamentary republic, the capital and largest city is Tallinn. Estonia was a republic of the former Soviet Union and in 2004 it ascended to membership of the European Union. With a population of approximately 1.4 million Estonia is one of the least populous members of the European Union.

The vast majority of physicians and dentists working in Estonia are graduates of the Faculty of Medicine of Tartu University. The University of Tartu is the only university in the country providing undergraduate training for those who aim to become medical doctors. Until mid 1970's it required six years of undergraduate studies to become a medical doctor authorised to practice medicine, practical expe-

rience was garnered only when working. After 1970 post-graduate training was given more emphasis and since 2003 one now must enter and complete post-graduate training, or residency, in order to become a specialist.

Article

Prior to the 1970's there was a requirement for the completion of six years of university studies to become an authorised medical professional in Estonia. Working experience was gained at the place of permanent work.

After 1970 post-graduate training was given more emphasis. At first one year of general medical post-graduate training (internship) was introduced, which could be followed by up to one year of specialised medical training (ordinance).

Between 1991 and 1996 the general post-graduate medical training was extended by two years and only a few doctors received specialised training. Most of the practicing physicians regularly took part in short courses of continuous medical education. Practical experience, however, continued to be gained while working on their own without a formal systematic training structure being in place.

This situation was felt to be highly unsatisfactory and since 1995 in order to become a medical specialist obligatory post-graduate medical training (residency) was introduced by law in Estonia.

Up until 2003 one had to complete 6 years of theoretical and practical studies at University and one-year practical training to become a regular physician. In order to become a medical specialist an additional 3 to 5 years would be spent in residency training.

In 2003 as the country was preparing to become a member of the European Union, it was identified that the curriculum for undergraduate studies needed to be reformed. Since 2003 it has become possible to enter residency training directly after 6 year of studies at the University of Tartu. The significant innovation in the new curriculum was the absence of a separate internship period. Thus in total it will take between 9 and 12 years of studies and training to become a medical professional dependent on the chosen speciality.

The residency training of medical specialists is currently performed across 40 different programmes, including 3 programmes for specialisation in dentistry.

According to information kindly provided by the Specialist of Residency at the Faculty of Medicine of Tartu University, the number of residents in Estonia by the end of May 2010 was 516.

The preconditions to enter residency training in University of Tartu are,

—Degree in medicine, equivalent to the programme in the University of Tartu
—Internship, if graduated university before 2003
—Knowledge of the Estonian language
—Work permit or permanent living permit if a foreign resident
—Document which certifies registration with the Estonian Health Care Board as a physician or dentist

The entrance examination takes place once a year at the end of June and usually consists of an oral and a written test as well as an interview.

Competition rates for residency positions vary according to speciality. In 2008 for example the competition rate for a residency placement in Endocrinology was 8 applicants per placement, 6 applicants per placement in Der-

matovenerology and only 1.8 applicants per placement in Psychiatry. Historically psychiatry has not been the most popular specialisation among graduates, this is surmised to be related to the stigma attached and a perception of lower prestige compared to other fields of medicine, and in particular to those dealing with somatic conditions.

One may apply for 2 residency placements at the application stage and should submit their preference when applying. This means that if a graduate applies for placement in endocrinology as their first choice and psychiatry as their second choice and subsequently fails the entrance examinations for endocrinology, the applicant will be considered as a candidate for a placement in psychiatry.

There are no tuition fees for residents during post-graduate medical training and residents are paid monthly salaries. The obligatory work includes 6 working hours and 2 hours of individual studies a day. Residents are required to work up to 48 hours of on-call shifts per month. In practice many residents have additional employment contracts with hospitals with the twin aims of increasing their practical experience and to boost their salaries.

The final examination for completion of residency takes place during the last year of post-graduate medical training and is held in front of a committee. Depending on the speciality the exam consists of oral and / or written tests. If the candidate passes, they will be granted the title of a medical specialist in their field of studies along with a Certificate of Completion of Post-Graduate Studies. This will entitle the doctor to register as a specialist with the Estonian Health Care Board.

Within the residency of psychiatry in Estonia there are several obligatory and optional rotations to be completed. The obligatory rotations for psychiatry include 11 months of Emergency and Acute Psychiatry, 10 months of General In-Patient Psychiatry, 12 months of Out-Patient Psychiatry, 6 months of Child and Adolescent Psychiatry and 3 months of Neurology. Six months of elective rotations include Internal Medicine (general internal or specific internal), Emergency Medicine, Eating Disorders, Drug Misuse or a course of Essentials of Research.

For those who aim to work in Child and Adolescent Psychiatry it is possible to structure the training and adjust the duration of rotations individually. Obligatory rotations for these individuals includes 8 months of Emergency and Acute Psychiatry in the adult department, 5 months of General Psychiatry in the adult department, 5 months of Out-Patient Psychiatry in the adult department, 10 months of In-Patient Child and Adolescent Psychiatry, 10 months of Out-Patient Child and Adolescent Psychiatry, 3 months of Neurology in a paediatric unit, and 3 months of Paediatrics. Elective rotations for these individuals last 4 months and residents may have placements in Child and Adolescent Addiction, Accident and Emergency Medicine or Eating Disorders units.

Courses of psychotherapy are compulsory for residents in psychiatry and should be completed at a fully licenced school of psychotherapy. There is a requirement that training courses in psychotherapy have a minimum duration of at least 150 hours. Usually residents choose introductory courses of Family Therapy and / or Cognitive Behavioral Therapy. The courses are self-financed which means that the resident is expected to pay all costs. It must be noted that there is a limited financial support available from the University,

in general it covers approximately half of expenses incurred.

At each rotation the Training Hospital assigns a tutor to a trainee. Local seminars for residents usually take place weekly, there are also multiple teaching events provided by pharmaceutical companies.

All residents are eligible to apply for membership of the Estonian Junior Psychiatrists' Association which is a subdivision of the Estonian Psychiatric Association. These organisations meet regularly and are the forums where the premier professionals in Estonian psychiatry discuss the key administration and scientific topics affecting the profession.

As the number of patients within each Training Hospital may vary, there are no strict demands on the number of patients treated by diagnosis. Liaison with other departments usually takes place via telephone converation. In Central Hospitals a neurologist and an inernist are also available on an on-call basis for psychiatric departments to consult.

Residency in Estonia does not officially provide trainees with subspecialties, this means that all doctors working in psychiatry essentially have the same specialty. "General psychiatry" and "Child and Adolescent Psychiatry" subspecialisations exist on an informal level, i.e. there is an adjusted programme of training and these two subspecialties are accepted as subdivisions inside the Psychiatric Association. Furhter informal subspecialisations such as Forensic, Addiction, Psychogeriatrics and Liaison Psychiatry continue on an individual basis at the place of permanent work. They are not provided by, managed or controlled by the University.

Residents in psychiatry have an opportunity to take post-graduate training abroad for a maximum duration of one year. This means that one or several rotations may be completed in a foreign country providing that the programme of the training undertaken fulfills the criteria of the Estonian curriculum of post-graduate training. Residents usually choose European countries for their overseas training, most typically the neighboring countries of Finland and Sweden, but also the United Kingdom and France. Training abroad allows trainees to gain new knowledge and skills and bring it back to their own country ; it also gives them an opportunity to compare local and foreign institutions, structures and guidelines and to evaluate the positives and negatives within foreign systems and search for clues to improve the local system. In Estonia the number of residents in psychiatry at the end of May 2010 was 40, as of this date 5 of them were training abroad.

The key advantages of residency in psychiatry in Estonia include autonomy whilst working within a solid foundation of support and supervision from senior colleagues, the flexibility of a training programme tailored for individuals with the ability to adjust the programme according to individual goals and ambitions, and the unique opportunity to train abroad as part of a structured programme with excellent opportunities to attend international events.

The areas that have been identified as needing improvement include establishing an improved structure of academic and theoretical training, improving funding of psychotherapy courses, clarifying the roles and responsibilities of tutors with regards to trainees and developing an appropriate induction programme for recently admitted residents.

The author of the article suggests, that in

order to increase the competition rate for entrance into the residency of psychiatry, more junior doctors should be encouraged to apply into the psychiatric profession.

From the author's perspective the key elements that require addressing are the quality of theoretical teaching and greater exposure to practical psychiatry during undergraduate studies, the removal of the stigma attached to psychiatric disorders within the community and its perceived attachment to professionals who work in the field.

Regular teaching sessions for general practioners and other doctors from somatic sectors of medicine, tailored as continuous professional development, would improve general doctors' understanding of the complexity of psychological and biological phenomena of psychiatric conditions. This in turn could positively change the perspective of general doctors of this specialty and increase the prestige of the profession. Educating the general public about psychiatric illness would also help to remove the stigma attached to it and to the professionals who strive to better the lives of those who suffer from psychiatric conditions.

The overarching aim is to drive the motivation of medical professionals to choose psychiatry as a specialisation because they see it as a way to provide a valuable and appreciated service to the community that improves and enriches lives, and to generate respect in communities for mental health services through increased understanding of the benefits that the psychiatric profession can provide. This will drive higher competition for placements in psychiatry and will draw to it candidates that are highly motivated and dedicated.

References

1) http://www.med.ut.ee/ope/residentuur
2) http://www.med.ut.ee/110386
3) http://www.med.ut.ee/139619

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

How is Depression Treated in Your Country？ —Comparative Case Discussion—

Coordinators and chairpersons Mariko Setsuie, Shigenobu Kanba

This was our first attempt to have an international symposium of case comparison. Depression is one of the most common illnesses that the early age carrier doctors encounter in the everyday practice. The international committee of JSPN has presented a case of depression in advance, and each presenter presented how the case would be treated in their facility, moreover, in their country. The outline of the case was as follows. A 53-year-old male, who had no past medical or psychiatric history, living with his family and presenting psychotic depression.

We wanted to discuss the cross cultural differences, so we focused on the case setting, seclusion and restraint, and the law that involves it, in addition to medical treatment.

We had six presenters who were from Indonesia, Bangladesh, Taiwan, Iran, Chile, Mongolia, and Japan. Dr. Fransiska Kaligis from Indonesia showed us how the case treatment would differ even inside Indonesia, according to where the patient lives, in the city or in the rural area. Dr. Helal Uddin Ahmed from Bangladesh told us standardized treatment of this case in his country. He mentioned that although there is no structured guideline for the depression, most of the doctors follow similar pattern of treatment. He also explained us the mental health act which includes the law regarding restrain. Dr. Rita Yuan-Feng Chang from Taiwan introduced us the treatment model of team medicine, which is composed of physicians, nurses, psychologist, social worker and occupational therapist. She also introduced us their law about psychiatry, quite similar to that of Japan. Dr. Behrang Shadloo from Iran spoke about the shortage of psychiatry medicine in his country and how they are trying to improve it. He also introduced us the mental health act which is discussed in Iran. Dr. Segio Barroilhet Diez from Chile spoke about a system in Chile called Explicit Health Guarantees (GES). In this system most of the common health problems has clinical guidelines. Using the guideline of depression, he told us how the

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20～22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム How is Depression Treated in Your Country？—Comparative Case Discussion— 座長：節家 麻理子（日本若手精神科医の会，北海道立向陽ケ丘病院），神庭 重信（九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野） コーディネーター：節家 麻理子（日本若手精神科医の会，北海道立向陽ケ丘病院），秋山 剛（NTT 東日本関東病院精神神経科，日本精神神経学会国際委員会）

case would be treated in his country. Also, he introduced us the State covered multiple Depression Program. Dr. Sambuu Odongerel from Mongolia has presented the current status of psychiatry in her country and mentioned that there is a stigma against psychiatry illness. And Dr. Hironori Kuga from Japan represented how the case would be treated in our country, according to Japanese psychopharmacology Algorithm. He also introduced our own cultural psychotherapy advocated by Professor Kasahara. I will leave the detail of the each presentation to the presenters' article which follows after this.

After the presentation, we had comments from other fellowship awardees which came from Australia, Thailand, Malaysia, Iraq, Taiwan, and Estonia. They taught us briefly how the case would be treated in their country, which country is similar to theirs. Although this was the first time to have the case comparison in international symposium, the cross cultural comparison was very interesting and there was a lot of discussion from the floor.

At last, I would like to thank the international committee of JSPN for having such an opportunity for early carrier psychiatrists and Dr. Shigenobu Kanba for chairing this symposium.

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

How Depression is Treated in Indonesia

Fransiska Kaligis, Nurmiati Amir, Hervita Diatri
(Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Indonesia, Jakarta)

Indonesia is a large archipelago country with 225 million inhabitants. Most of the population is rurally based. Mental health issue in Indonesia has become one of the challenges we have to deal with. Diagnosis and treatment gap between city and rural area ; shortages in mental health professional ; limited training programs for primary care physicians in treating mental disorders are available ; difficulty in accessing public health centers due to rough geographic conditions, lack of transportation and high transport fees ; and inadequate recording, reporting, monitoring and evaluation ; are facts from mental health system condition in Indonesia.

There are limited epidemiological studies of mental health. The average prevalence of mental disorder at national level is 14.1%. Depression as one of the most leading causes of disabilities is often under-diagnosed and untreated. Stigma in the community has also been a big factor contributing to this condition. Depression and suicide cases were often only reported by mass media. Strengthening the community mental health system is one of our visions to improve mental health services in Indonesia.

Fact about Indonesia

Indonesia is a country of archipelago with five big islands and 13,669 small islands. Since 2001, Indonesia has implemented a decentralization policy which amongst other impacts, has resulted in a continuous increase in the number of provinces, districts and municipalities. In 2007, Indonesia was administratively divided into 33 provinces, 349 districts and 91 municipalities. It covered 5,263 sub-districts and 62,806 villages. Very large area it has that contribute to the difficulty in managing access to health service.

Beside the rough geographic condition, Indonesia is the fourth most populous in the world. Its population is 222.611 million and about 60% is still rurally based. In March 2006, 39.05 million people (17.75% of the total population) were recorded as living on or below the poverty line. The sex ratio (men per hundred women) is 100. The proportion of population under the age of 15 years is 29% and the proportion of population above the age of 60 years is 8%. The literacy rate is 92.5% for men and 83.4% for women. The country is a lower middle income group country (based on World Bank 2004 criteria). The life expectancy at birth is 64.9 years for males and 67.9 years for females (WHO, 2004). The healthy life expectancy at birth is 57 years for males and 59 years for females (WHO, 2004). Among over 300 ethnic groups in Indonesia, the largest ethnic groups are Javanese, Sundanese, Batak, Minang, Maduranese and coastal Malays. The

main language used is Bahasa Indonesia. Nearly 90% of the population belongs to Moslem religious group, and other religions are Christian, Hindu and Buddhist.

Mental Health Issue in Indonesia

Despite the impact it has caused, mental health is not part of the priorities in Indonesian health system. There is insufficiency in mental health law, policy, budget and finance. Only about 1-2 % of the total health budget is given to mental health, with 97% of it allocated for mental health hospitals.

There are 32 mental hospitals and 1 drug dependency hospital in Indonesia. Still 7 provinces have no mental hospital. They are Kepulauan Riau, Banten, Kalimantan Tengah, Gorontalo, NTT, Maluku Utara and Irian Jaya Barat. In terms of psychiatric beds and human resources：

Total psychiatric beds per 10,000 population 0.4
Psychiatric beds in mental hospitals per 10,000 population 0.38
Psychiatric beds in general hospitals per 10,000 population 0.02
Psychiatric beds in other settings per 10,000 population 0.02
Number of psychiatrists per 100,000 population 0.21
Number of neurosurgeons per 100,000 population 0.01
Number of psychiatric nurses per 100,000 population 0.9
Number of neurologists per 100,000 population 0.06
Number of psychologists per 100,000 population 0.3
Number of social workers per 100,000 population 1.5

Stigma due to psychosocial aspect such as cultural and religion is still high in the community. For example having mental disorder is considered insanity and related to magic or supernatural origin, depression or anxiety is rarely regarded to mental disorders, and committed suicide is considered a sin therefore it is usually keep undisclosed. It becomes worse because of lack of the service and stigma from another health professional and other sector, particularly in rural and remote area. Not many people are willing to go to mental health hospital to seek for help. On the other side, primary health service and general hospital are not adequate for diagnosis and treatment of mental health problems.

There is no well-developed structure of primary mental health care based on an extensive system of primary health care centers. Mental health has not been identified as a priority within primary care and as a result primary health care workers do not have the capacity or expertise to deal with mental health issues.

Depression and Suicide

Until today, we do not have any exact data on prevalence of depression across the country. Cases were reported by mass media and it tends to be increasing nowadays. Economic crisis and poverty were thought to contribute to the increasing number of reported cases. Jumping from high-rise building (mall), hanging, drinking poisonous fluid were reported from people who committed suicide. WHO estimating suicide rate in Indonesia is 24/100,000 population.

The fact that almost 60% of Indonesian population are still rurally based and most of the 500 psychiatrist are mainly in the city, is somehow a big obstacle to mental health service in Indonesia. The limited mental health

service in the primary and secondary levels make the community difficult to access the mental health service for generally, the tertiary service geographically is located in the capital of the province. The mental health service delivery in primary health care and public hospitals are considered not adequate due to reasons such as the unavailability of special room for the service, no skilled workers, limited medication for mental health problems. The mental health program which has not been a prioritized program in primary health care as well as the huge work load of the health workers also lead to disparaged mental health service in the primary health care. There has been a small number of primary health care that undergo the mental health development program. This condition leads to under-diagnosis and management of mental disorders, including depression.

For management of mental disorder in general and depression in particular there is a gap between cities and rural areas. In the city like Jakarta, Surabaya and other big cities in Indonesia, drugs available to treat mental disorders are varied. For depression, SSRI, SNRI, NaSSA, TCAs are widely used. Atypical antipsychotics like risperidone, quetiapine, olanzapine, aripiprazole have also been used as an adjunctive treatment for mood disorders, especially for those who have psychotic symptoms emerging together. Even though we do not have any guidelines for management of depression on the national level, we usually follow on text book for the choice of drugs and algorithms. American text books and DSM-IV-TR are used in academic centers for medical students and residencies. ICD-10 is also used in general hospitals and other health care.

Patient with depression, particularly with suicide ideation are hospitalized with close monitoring, especially in the beginning of the treatment. This patient might be placed in special room with no things that potentially increase risk to suicide (no bed sheet, no restraint, bed without bars), or when needed he might be placed in seclusion room for a temporary period. Nowadays restraint is avoided and no longer become the first approach for agitated patient who may endanger his self or others like in the past. Even though not commonly used, ECT procedure is employed for the treatment resistant mood or psychotic disorders. Informed consent will be given to the patient or family for all medical procedures. Yet, there is no law for involuntary psychiatric treatment in Indonesia.

In the practice, we also believe that combination between pharmacotherapy and psychotherapy has more positive outcome to the patient. In most of the cases, psychotherapy is one of routine procedure given to patients. At present there are several different methods of psychotherapy offered to the patients, like CBT, dynamic psychotherapy, family therapy and group therapy. All have the aim to help the patient better able to cope with their problems and therefore improve their psychic well-being.

Condition is different in rural areas. Very limited psychotropic drugs available for medication. Only amitryptiline which has been used for treating depression, besides other drugs like chlorpromazine, haloperidol and diazepam are commonly used and even they are not always available in all primary health care. Referral to mental health hospital actually is expected, but because of lack of acknowledgement from the community and health care provider in primary and secondary levels about mental disorder, and no clear referral system available, often

causes to incontinuity of the service.

Treatment gaps found due to difficulties to access the mental health service cause many sufferers of mental problems not seek help from the health workers. Generally, families and community would bring them to the traditional treatment givers, religious leaders, or other types of alternative treatment. Asylums are usually the final option if the previous efforts fail to succeed.

Vision for Mental Health Care

Even though there are many obstacles in the practice of mental health system in Indonesia, we have vision to have better service for people with mental disorders. We still work hard in building collaboration among health sectors, government and community. To provide a comprehensive service with continuity of care, mental health services should be integrated into the general health service structure, and is administered at a number of levels - community, village, sub-district, district, province, and at the national level. Coordination and referral system operates between the primary, secondary and tertiary care levels to provide a comprehensive service with continuity of care. Mental health system also integrated into other health or social activities with the objective of reducing stigma for psychiatric patients.

References

1) Health Research and Development Division, Ministry of Health Indonesia : Riset Kesehatan Dasar. 2007

2) WHO : Mental Health Atlas 2005.

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Management of Psychotic Depression in Bangladesh

Helal Uddin Ahmed[1)], MSI Mullick[2)], Md. Faruq Alam[3)], Jhunu Shamsun Nahar[4)], Nafia Farzana Chowdhury[5)], MA Hamid[6)], Md. Golam Rabbani[7)]

1）Officer on Special Duty, Directorate General of Health Services, Dhaka Bangladesh, Deputed : Department of Psychiatry, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh, 2）Professor-cum-Chairman, Department of Psychiatry, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh, 3）Associate Professor, National Institute of Mental Health, Sher-E-Bangla Nagar, Dhaka, Bangladesh, 4）Professor, Department of Psychiatry, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh, 5）Medical Officer, Department of Psychiatry, Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University, Dhaka, Bangladesh, 6）Associate Professor, National Institute of Mental Health, Sher-E-Bangla Nagar, Dhaka, Bangladesh, 7）Director-cum-Professor, National Institute of Mental Health, Sher-E-Bangla Nagar, Dhaka, Bangladesh

In Bangladesh 16.1% of the adult population was suffering from various mental disorders. The prevalence rate of depression among the adults is 4.6%. The total number of psychiatrists working for mental health service including private practice per 100,000 is 0.073. The density of the psychiatrists in or around the largest city (eg : Dhaka) is five times greater than the density of psychiatrists in all over Bangladesh. No structured guideline or an algorithm present at this moment, but all of the institute and psychiatrists follow almost same pattern of treatment. Most of the patient with psychotic depression need hospital admission and get antidepressants with antipsychotic. Other psychological measures are also given to the patient as per need. Most of the TCAs, SSRIs and other newer antidepressants are available in our country. Also have several centers with ECT facilities. Further research is needed for develop a common management guideline for psychotic depression.

＜**Key words** : psychotic depression, management, Bangladesh＞

Introduction

Bangladesh is a country with an approximate geographical area of 147,570 square kilometres and a population of 141.8 million people[6)]. In Bangladesh socio-political situation is insecure and unstable along with poverty and vulnerability to natural disasters. These factors are related to psychiatric morbidity[3)]. It is anticipated that mental disorders would be a big health related problem in Bangladesh. Very few studies were done previously based on psychiatric illness in Bangladesh. In 1978, one study reported that 6.5% of people in a village (of all ages) suffered from mental illness[1)]. Twenty years later, another study in an urban area reported a prevalence of 28% psychiatric illness in adults. From 2003 to 2005, a national survey was conducted on mental health in

Bangladesh. It showed that 16.1% of the adult population were suffering from various mental disorders and the prevalence were higher in women than in men (19.0 per cent vs 12.9 percent)[2].

The total number of psychiatrists working for mental health service including private practice per 100,000 is 0.073. The density of the psychiatrists in or around the largest city (eg: Dhaka) is five times greater than the density of psychiatrists in all over Bangladesh[7].

The people get mental health services from both government and private service facilities in Bangladesh. There are two big tertiary level hospitals for mental health diseases in our country. One is the Pabna Mental Hospital, situated in Pabna district having residential facilities for 500 patients and also having outdoor service. The other one is National Institute of Mental Health, situated in the capital city Dhaka having 150 bed residential facilities with both outdoor and emergency services. Beside these two big hospitals, people get mental health service from the psychiatry department of Bangabandhu Sheikh Mujib Medical University as well as from all the government medical college and hospitals throughout the country. In the private sector, some of the private medical colleges and several large private hospitals have residential facilities and outdoor services for mentally ill patients. Besides these, the psychiatrists serve people in their private chamber according to the existing regulations.

The prevalence of depressive disorder in Bangladesh is 4.6% among population over 18 years old, which found in the national survey on mental illness[2]. Another nationwide study revealed the childhood depression in Bangladesh is 0.95% among 7-18 years population[5]. But there is no data available in Bangladesh regarding the prevalence of psychotic depression. Though all the psychiatric institute and professionals follow the American schooling of management of depressive disorder but no national guideline is available or developed for Bangladesh.

The mental health act for Bangladesh is in draft form at present and which is expected to be enacted within a short time. In this act there is a specific guideline for management for a violent patient who needs seclusion or restrain.

Text

No structured guideline or an algorithm present at this moment, but all of the institute and psychiatrists follow almost same pattern of treatment.

Most of the TCAs, SSRIs and other newer antidepressants are available in our country. Also have several centers with ECT facilities.

To manage the case of psychotic depression in Bangladesh the psychiatrists consider the severity of the symptoms and then plan the management. At first the patient assesses in the outpatient room and considers the mode of treatment. If the patient have any psychotic features or suicidal thoughts or attempt then the attending psychiatrist consider for admission. Also the aggressiveness is also taken into account as the cause of inpatient admission. Measures should be taken to prevent self harm by the duty doctors, nurse, ward boy and also care giver who is attending the patient all the time (if the patient has suicidal thoughts). If the patient is not harmful for others or any intractable violent behavior they do not need seclusion. But if they have suicidal intent, they need keen observation. Better to keep in ward environment, but needs extra precaution during

recovery period, when patients usually try to commit suicide due to regaining of insight and energy. The restrain modes in hospital of Bangladesh are Pharmacological (Chemical) Restrain by Major tranquilizer and /or Antipsychotic and Physical Restrain by fastening or tying the patient to their own bed for couple of hours with some special soft belt/ long cloths etc.

The law regarding restrain and seclusion are in Bangladesh's MENTAL HEALTH ACT, which is in draft form at present and which is expected to be enacted within short time.

In the draft Mental health act of Bangladesh states that–

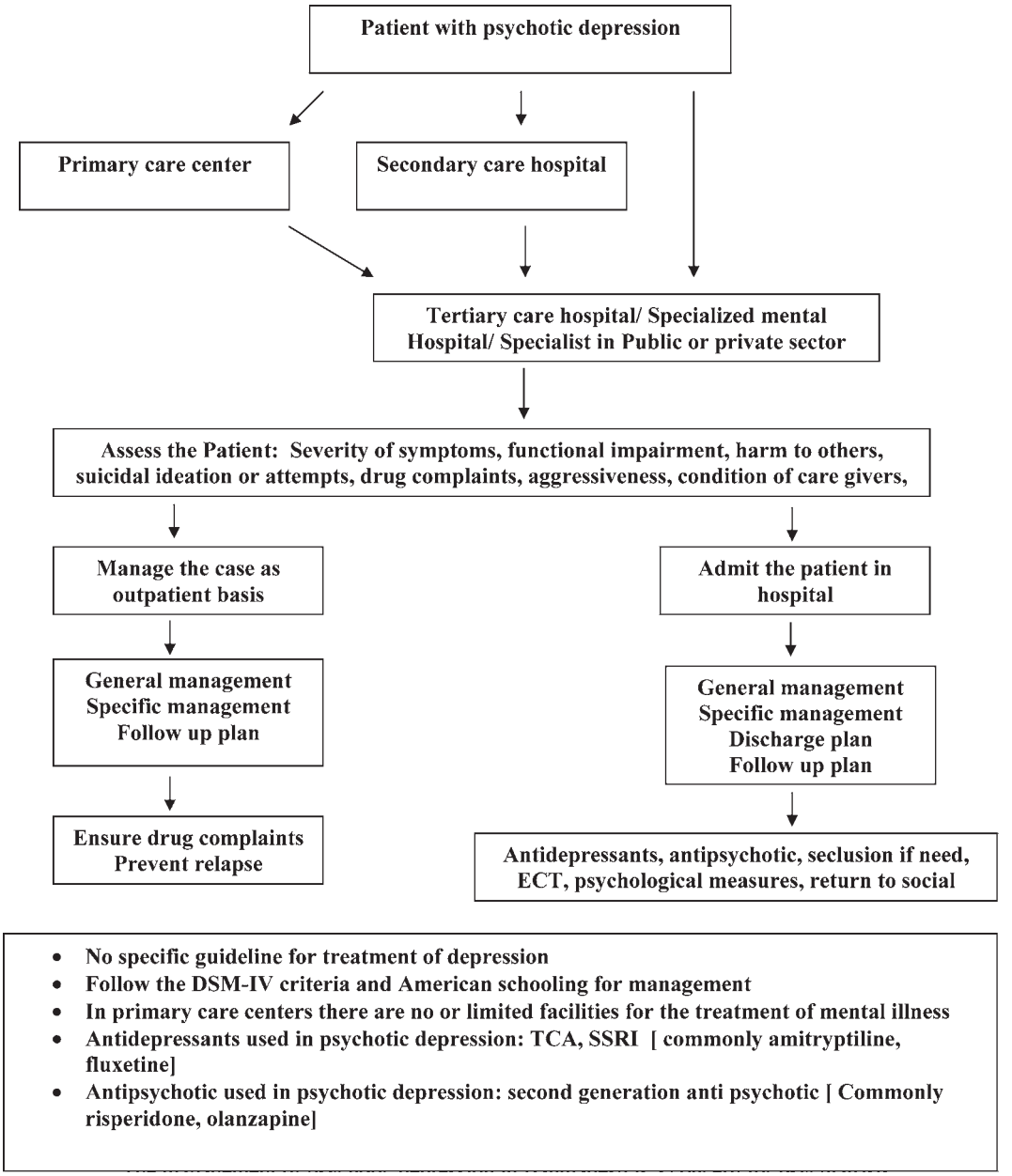
a. Seclusion and restraint shall only be utilized in exceptional cases to prevent immediate or imminent harm to self or others.
b. Seclusion and restraint shall never be used as a means of punishment or for the convenience of staff.
c. Seclusion and restrained shall be only for a few hours time required to prevent imminent harm to self or others and shall be authorized by consultant or medical officer in charge of the facility.
d. Development of appropriate structural and human resource requirements shall be encouraged that will minimize the need to use seclusion and restraints in mental health facilities.
e. Seclusion and restraint shall be executed according to following procedures:
    i. Consultant or medical officer in charge of the facility shall authorize it.
    ii. The facility shall be accredited.
    iii. Reasons and duration of each incident shall be recorded in a registrar / database and made available to Mental Health Review Tribunal (MHRT).
    iv. The relatives / carers / personal representatives of the patient shall be immediately informed when the patient is subject to seclusion and / or restraint.
f. One period of seclusion and restraint should not be followed immediately by another[7].

In case of psychotic depression the medication use in Bangladesh are antidepressant and antipsychotic. Any selective serotonin reuptake inhibitors (SSRI) can be used for its less side effects and availability. Capsule fluxetine is widely used SSRI in Bangladesh. Most of the psychiatrists use second generation antipsychotics in case of psychotic depression. Tab risperidone and olanzapine are commonly used for this purpose.

After introducing the medication asses efficacy after 2 weeks. If effective, continue in same dose for adequate duration and if not effective, then switch to another antidepressant and further assessment of the case. For the calmness and good sleep the long acting benzodiazepine such as clonazepum can be used for a short course.

Other adjunctive treatments are Relaxation exercise, Cognitive Behavior Therapy (at least 12 sessions, first 2/3 session during admission), Social skill training, Behavioral rehearsal, Enhance social performance, Graded activity, Reduce distress and difficulty in social situations and Family therapy.

After regaining insight if patients require, then psychotherapy can be given but as cognitive distortion is the consequence of their disease process. The same suggestion goes for the social skill training (which is more appro-



The flow chart of management of psychotic depression in Bangladesh

priate in chronic cases).

But relaxation technique is helpful. Psycho-education to the family and the patient about the disease is necessary to prevent future episode or to be aware about this.

According to the response the patient may be kept in inpatient department up to 4 weeks to 6 weeks. But in case of poor response of drugs or due to any co-morbidity the hospital stay may increase. After full or partial remis-

sion the patient can be discharged with an advice of follow up visit in out patient department after 2 weeks.

During discharge attendants need an instruction about the medicine, when and how long to take it. Special instruction should be given for suicidal intention as this intent may increase during recovery period when fatigability is reduced than before.

For return to social service, after regaining insight, if the patient can realize their own situation and problem : Psycho - education about the disease, Assurance and explanation, and Family therapy may be needed.

If the disease is log standing, patient may need some social skill training and CBT.

Psychiatrists can choose the Electro Convulsive Therapy for the treatment of psychotic depression in Bangladesh Perspective. The ECT facilities are available in Bangladesh in four tertiary care specialized hospital.

Conclusion

The management of psychotic depression in Bangladesh is a concern for psychiatrists, who worked in tertiary care hospital. Most of the patient with psychotic depression needs hospital admission and the average hospital staying time is around 29 days[7]. There is no specific structured guideline for the treatment of psychotic depression. We need further extended research on this area and to develop a common guideline for the management of psychotic depression.

References

1) Chowdhury, A.K.M.N., Alam, M.N., Ali, S.M. K. : Dasherkandi project studies : Demography morbidity and in a rural community of Bangladesh. BMRC Bulletin, VII ; 1 : 22-29, 1981

2) Firoz, A.H.M., Karim, M.E., Alam, M.F., et al. : Prevalence, Medical care, awerness and attitute towards Mental Illness in Bangladesh. National Survey, 2003-2005. WHO and GOB

3) Fuller, T.D., Edwards, J.N., Vorakitphokatron, S., et al. : Chronic stress and psychological well being : Evidence from Thailand on household crowding. Social Science Medicine, 42 (2) ; 265-280, 1996

4) Mental Health Act Bangladesh 2010 (Draft), Part-III, Section -15

5) Rabbani, M.G., Alam, M.F., Ahmed, H.U., et al. : Prevalence of Mental disorders, Mental retardation, Epilepsy and Substance abuse in Children : A community based epidemiological survey (2009). Disseminated in a session of WPA regional conference, Dhaka, Bangladesh

6) World Health Organization (WHO) : Country profile 2005. Bangladesh (www.who.int/country profile)

7) World Health Organization (WHO), and ministry of health and Family Welfare, Bangladesh : A report of the assessment of the mental health system in Bangladesh using the World Health Organization-Assessment Instrument for mental Health Systems (WHO-AIMS). 2007

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Depression with Psychosis —Treatment Experience Sharing in Taiwan—

Rita Yuan-Feng Chang (Department of psychiatry, Taichung Veteran General Hospital, Taiwan)

Summary the Condition of this Case —Brief History of this Case

This 53 y/o male has the first onset of depressive episode. Major psychosocial stress is being fired. He may enter the psychiatric service in our hospital via outpatient clinic or emergency department

Summary the Condition of this Case —Current Problems

1. First depressive episode and late onset-consider general medical condition associated
2. Concomitant mood-congruent psychotic symptom
3. Moderate to high suicide risk
4. Unemployment

Character of Treatment Model

1. Team work：Psychiatrist, Nursing staff, psychologist, social worker, occupational therapist
2. Longitudinal care：
   OPD ↔ Hospitalization ↔ OPD ↔ return to social life
3. Bio-psycho-social treatment plan

Treatment Model—Treatment Setting

First, the complete physical survey should be done to exclude mood disorder due to general medical condition. If any physical problem is disclosed, treatment toward the problem will be done.

Second, hospitalization will be recommended for him due to high suicide risk and first onset of mood episode. If the patient refuses hospitalization, intensive outpatient treatment will be arranged (once a week) to monitor the treatment response and risk of suicide.

Compulsive admission may be performed under his family agreement if the suicide risk is too high or his family couldn't care him at home. We will introduce emergency phone consultation and emergency room service to him and his family if any risk develops.

Third, after patient's mental condition gets stabilized, regular outpatient treatment will be suggested and arranged.

Treatment Plan—Medication

In our hospital, we have SSRI, NDRI, SNRI, NaSSa and TCA for treatment depression. The choice of medication will he decided by (1) symptoms (2) patient's tolerability, (3) physical condition. In this patient, he has symptoms such as depressive mood, anergia, distractibility, decreasing appetite, insomnia, death ideation and guilty delusion. I will use

NaSSa (Mirtazapine) and low dose anti-psychotic (amisulpiride). The reasons of using amisulpride are low EPS, few sedative effect, and anti-depressant effect in low dose (around 50～100mg). After guilty delusion subsided, amisulpiride will be tapered. Other anxiolytic medication will be used adjunctively according to his clinical condition.

Treatment Plan—Psychotherapy

Supportive psychotherapy will be performed first to establish rapport, giving catharsis and emotional support.

Cognitive-Behavior therapy will be performed later to identify and stop distorted negative thinking and establish and learn positive thinking.

The necessity of family therapy will be evaluated. However, disease education to the patient and his family will be done definitely.

Rehabilitation of psychosocial/ occupational function will be prescribed.

In our hospital, we also provide psychoanalytic psychotherapy. However, we will evaluate the patient's need and condition after his mental condition gets stable to perform psychoanalytic psychotherapy or not.

Treatment Plan—Social aspect

Rehabilitation of psychosocial/ occupational function will be prescribed. Occupational therapy will be arranged soon after his mood condition improves (low suicide risk and better psychomotor function) during admission. Before discharge, assessment of function level and occupational counseling will be done. Rehabilitation in day-ward or rehabilitation unit will be arranged if his psychosocial function dose not return to baseline level.

Further Discussion

◆ How is depression understood in society?

The problem of stigma is still severe. Some people in Taiwan viewed depression as that patient themselves or their family do bad things, and some depressive patients themselves or their family feel ashamed. Some people in Taiwan view that specific treatment is not necessary for depression and that the patient should strengthen themselves. However, this condition improves gradually through public health education via media, in public situation, in school, and in many institutions by many psychiatric health members public institutions and NGO.

◆ Is there a law about involuntary admission in your country, and how is it done? Yes.

The update mental health law is revised in 2008. Article 41 and 42 are about the compulsive admission.

Article 41:

The protector of severe ill patient must assist patient to handle the admission of being hospitalized in psychiatric acute ward when severe ill patients have the risk of harming others or self-harm who are diagnosed by a certificated psychiatrist as needed to receive whole-day admission treatment.

If the severe ill patient in the preceding paragraph refuse to receive whole-day treatment program, the competent authority in municipality or county (city) may appoint allocated psychiatric medical institution to perform emergency placement and appoint more than two allocated psychiatrists to administer compulsive certification.

It is allowed that only one psychiatrist administers compulsive evaluation in off-shore

island area.

Article 42：

The period of emergency placement shall not be exceed five days and the medical institution must protect patient's right and perform needed treatment. Compulsive evaluation must be completed in 2 days after emergency placement.

The emergency placement should be stopped immediately when the compulsive hospitalization is taken as no necessary or the institution dose not get the permission of compulsive hospitalization in preceding five days.

The period of compulsive hospitalization shall not exceed sixty days.

The period of compulsive hospitalization could be extended after two psychiatrists who are allocated by the competent authorities in municipality or county (city) evaluating the necessity and getting the permission from the committee.

Extension of the period of compulsive hospitalization is limited within sixty days per time.

During compulsive hospitalization, psychiatric medical institution have to assist a patient to do discharge when the patient's condition improves and dose not meet the criteria of compulsive hospitalization and announce the official authorities in municipality or county (city).

◆ If you think this case needs seclusion or restraint, is there any law for that, and how is it done？ Yes. Article 37 is about the seclusion and restraint.

Article 37

The psychiatric care institution shall restrict the range of activity of the patient for protecting patient's safety after notifying the patient.

The psychiatric medical institution shall restrain the patient's body or restrict the patient's personal freedom in specific protecting facilities under medical purpose or preventing violent, suicide, or mutilation events and must evaluate his/her condition periodically for not exceeding the necessary time.

The psychiatric care institution (other than the psychiatric medical institution) shall restrain the patient's body and transfer the patient to medical institution immediately under the purpose of preventing violent, suicide, and mutilation events

◆ Is there a guideline or an algorithm of your own country for the treatment of depression？

In Taiwan, the algorithm of treatment of depression is mainly based on the APA algorithm.

◆ In Taiwan, it's allowed to use any kind of antidepressant. TCA, SSRI, MAOI, RIMA, SNRI, NDRI, NaSSA, Thyrosine ..etc. Now, TCA and MAOI are prescribed less due to side effect and narrow safe dosage window.

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Case Discussion Approaching Depression in Iran

Behrang Shadloo (Department of Psychiatry, Sina Hospital, Kamyaran, Iran)

Constantly being more recognized, depression is a major public health issue and recent studies have shown that it has been associated with an increase both in prevalence and its consequential disability. Regarding the Global Burden of Disease, depression is among the top three conditions in both developed and developing countries and it is expected to become the most burdensome disease by the year 2020.

There have been two large epidemiological studies in Iran, estimating the prevalence of mental health disorders and depression 21% and 10.8%, respectively. There are about 1200 psychiatrists currently practicing in Iran (1.9 per 100,000), and each year about 70 are added to that number.

Treatment of the aforementioned case, would probably take place in an inpatient setting. SSRIs and atypical antipsychotics would be the medications first in line, and the average length of stay at the hospital is about 20 days. Non-pharmacological treatments usually commence after the discharge and follow-up visits would take place at the outpatient clinics.

Achieving stronger epidemiological data, finalizing a comprehensive mental act and reaching unified protocols regarding treatment of depression are of the priorities for the mental health policy makers in Iran.

＜**Key words**: Iran, depression, treatment＞

The Islamic Republic of Iran is located in the Middle East between the Caspian Sea and the Persian Gulf. Iran's total land area is 1,648,000 km^2[2]. Its total population in 2003 was about 68,920,000, and the population growth rate is 1.41%. Of the total population, 60.4% live in urban and 39.6% in rural areas[6]. In Iran, the history of psychiatry is as old as the history of medicine, but modern psychiatry dates back to the foundation of the Tehran University in 1934. In 1937 the department of psychiatry at the medical school began training students.

Before getting on with the case, a few more words about psychiatry, mental health and depression in the big picture in Iran. Most of the mental health hospitals and all public (community-based) inpatient units are run by the medical universities and most of them train psychiatry residents. The Social Welfare Organization in Iran runs the residential facilities for the mentally ill. There are about 855 outpatient mental health facilities, 31 day treatment and 46 psychiatric inpatient units available in the country, providing 5350 beds—7.9 per 100,000 population[5]. Approximately there are 22,000 admissions per year in these inpatient units. There are about 1,200 psychiatrists currently practicing in Iran (1.9 per 100,000 popula-

tion) and about 70 are added each year[5].

There have been several studies on the prevalence of depression, as one of the main mood disorders, among different groups of Iranian population. In a systematic review of all available studies about depression in Iran, Haghdoost[1] showed a very wide heterogeneity in the reported prevalence of depression in Iran (ranging from 1.19% to 91.3%), which mostly could be explained by the variations in the age group of the subjects and the tools that were used.

The largest epidemiological survey about mental health in adults in Iran was conducted by Noorbala[4], with a cluster random sampling of 35,014 individuals that were evaluated using the 28-item version of the General Health Questionnaire. In this study the prevalence of mental disorder was estimated to be 21.3% in rural areas and 20.9% in urban areas. In further details 21% of the sample experienced depressive symptoms, 20.8% anxiety symptoms, 17.9% somatic symptoms and 14.2% social dysfunction symptoms. Prevalence increased with age and was higher in married, widowed, divorced, unemployed and retired people. The most common symptoms of depression in addition to depressed mood were somatic symptoms[4].

In another nationwide epidemiological survey of psychiatric disorders, in terms of lifetime prevalence in adult population, Mohammadi[2] conducted a research with sample size of 25,180 across the country. The psychiatric disorders were diagnosed on the basis of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-IV criteria. The prevalence of psychiatric disorders was 10.81%. It was more common among females than males (14.34% vs. 7.34%). The prevalence of anxiety and mood disorders were 8.35% and 4.29% respectively[2].

And finally citing from the WHO report on mental health in Iran in 2006, mood/affective disorders constitutes 34.1% of the diagnoses in the outpatient settings and 21% among the inpatients, ranking second after neurotic, stress-related and somatoform disorders (34.2%) and schizophrenia, schizotypal and delusional disorders (24%), respectively in the mentioned units[5].

These variations in the findings have led to the decision to design a National Comorbidity Survey and this time using a more valid instrument of measure, possibly CIDI[4].

Depression and neuroses face relatively less stigma than other psychiatric entities, and as mentioned earlier, depressed mood and somatic symptoms are the dominant presenting symptoms.

Unfortunately there is no separate modern "Mental Health Legislation" in Iran, although there are various and scattered pieces of legislations which address different issues, such as the rights of the mental health service consumers, matters of competency and guardianship, law enforcement and judicial issues for people suffering from a mental illness. A draft of a highly anticipated and much needed comprehensive mental act is being prepared and will be submitted to the parliament[3]. The same applies for treatment guidelines and algorithms regarding the treatment of psychiatric disorders and mental health professionals in Iran do not use unified protocols.

The treatment of this patient would be better in an inpatient setting; the distorted reality testing along with the thoughts of death would make ambulatory treatment almost too difficult. As mentioned earlier involuntary admission has not clearly been addressed by the law, and the patient can be hospitalized with the consent of the spouse or a first degree relative. Very few centers are privileged with a seclusion facility in Iran and physical restraint remains the method of choice for cases in danger of harming themselves or others. The initial assessment and history taking would take place in a closed ward. Routine lab testing and EKG would be conducted and a consultation with an internist would be asked to rule out any heart or metabolic conditions, and usually a Brain CT Scan will be obtained. As mentioned before, because most of the public psychiatric inpatient facilities train residents, during the stay in the closed ward interventions are restricted to that of assessing the patient and isolating them from the stressful environment in which the disorder has emerged. Usually PRN admission of sedative/hypnotics or low doses of antipsychotics would suffice. In most cases, the patient would be transferred to an open ward in a couple of days, where a resident would take a more elaborated history from the patient and other sources in the family. With the supervision of a professor, then the medication will be administered. Considering both the efficacy and the favorable side-effect profile, an SSRI and an atypical antipsychotic would be first in line. Fortunately, most of the psychotropic medications are available in Iran, although some are not manufactured there and are being imported. The average length of stay in mental hospitals is 20 days in Iran, and the proposed case would probably remain hospitalized for about 4 weeks. During their admission, family-visit sessions (usually with the aim of psycho-education about the etiology, course and treatment of the disorder) will be held weekly.

Most of the fellow Iranians usually have insurance coverage, and the franchise that the patient has to pay is really small in community-based (public) hospitals[3]. The overall cost would be about 100 US Dollars, and without the insurance coverage it will possibly reach five times as high.

There are alternative approaches and medications, but ECT remains unaddressed by the law and is used based on the clinician's judgment.

Non-pharmacological interventions almost always start after recovery from the symptoms, but the rate of maintaining patients in psychotherapy is relatively low in Iran. There won't be a transitional stage for the patient and in this case, they would directly go back to the society once they are discharged. A home visit trial study is being conducted at Roozbeh Hospital for patients with first-episode psychosis, and thus very few of the patients benefit from it. Follow up visits are performed at the general clinic at the hospital, and unfortunately no alternative plan exists if the patient doesn't show up at regular intervals.

To sum it up, let's have a brief look at the highs and lows of the mental health care system in Iran, the strengths include:

- The availability of a national program on mental health
- Predominance of outpatient care compar-

ed with inpatient care

- Policies that are promoting equity of access for the (rural) population
- And policies that are trying to integrate of mental health services into primary health care

The weaknesses include：

- Mental health system is highly under-funded in Iran and only a small portion of health resources are spent on mental health.
- There is a shortage of hospital beds
- And last but not least the lack of a comprehensive Mental Act

The promotion of mental health policies in the past decade have profoundly affected psychiatric services, and The Mental Health Bureau of the Ministry of Health and the Iranian Psychiatric Association are striving to reach their determined goals regarding mental health in Iran.

References

1) Haghdoost, A, Talebian, A, Sadeghirad, B., et al.: Epidemiology and heterogeneity of depression in Iran: a systematic review. 5th Iranian Congress of Epidemiology, Epidemiology and Justice in Public Health, 7-9 October 2008, Kurdistan University of Medical Sciences, Sanandaj, Iran

2) Mohammadi, M.R., Davidian, H., Noorbala, A. A., et al.: An epidemiological survey of psychiatric disorders in Iran. Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health, 1; 16, 2005

3) Majid, S., Gholamreza, M.: Psychiatry in Iran; Bulletin of the Board of International Affairs of the Royal College of Psychiatrists; Issue 10, October 2005

4) Noorbala, A.A., Bagheri Yazdi, S.A., et al.: Mental health survey of the adult population in Iran. Br J Psychiatry, 184; 70-3, 2004

5) World Health Organization: Mental Health Atlas. Department of Mental Health and Substance Abuse. World Health Organization, Geneva, 2005

6) Yasamy, M.T., Shahmohammadi, D., Bagheri Yazdi, S.A., et al.: Mental health in the Islamic Republic of Iran: achievements and areas of need. Eastern Mediterranean Health Journal, 7; 381-391, 2001

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

How is Depression Treated in Chile ?

Sergio Barroilhet (Escuela de Psicología, Universidad de los Andes, Santiago, Chile)

Chile has a very high prevalence of Depressive Disorders. Scientific research has permitted to create Mental Health policies that had crystallized in a State covered multistep Depression Program, guaranteeing access to diagnosis and treatment for the Chilean population. Specific Guidelines have been created and are permanently reviewed, looking for the best evidence-based approaches and treatments. Given a limited number of psychiatrists, mild and moderate depressive episodes are managed by ad-hoc Teams in Primary Care. Only severe cases are derived to psychiatry. Management of severe (psychotic) depression in Chile, as well as local regulations for involuntary hospitalization and/or restraint or seclusion, are reviewed.

＜**Key words**: Chile, depression, mental health, treatment＞

Introduction

Chile is a middle income nation, with a population of 15 million inhabitants. It is a so called emerging market economy, characterized by rapid social and lifestyle changes. Increasing work demands and the gradual disappearance of the extended family (traditional sources of informal support) are increasing the pressures on families[6] and individuals.

The Chilean Health System is a mixed public-private system ; nevertheless the public system provides care to nearly 70% of the population. In the last 20 years, Mental Health has become a Public Health concern, leading to core changes in Health policies.

Psychiatric Epidemiology in Chile

Epidemiological studies conducted in primary care showed that one out of every two people who attended primary care clinics had a psychiatric disorder, and that primary care professionals had to face mental health problems for which they were not prepared[1,5,9].

During the 1990's, two important prevalence studies of psychiatric disorders were carried out in the general population[7]. The first one was conducted in the city of Santiago between 1995 and 1998 and used the Clinical Interview Schedule-Revised (CIS-R) to study Common Mental Disorders. This epidemiological survey reported 25% of common mental disorders cases, and a weekly prevalence of "depressive episode" (according to ICD-10 criteria) of 5.5% (men 2.7% and women 8.0%)[2]. In the second one was carried out in four cities of Chile (including Santiago), and used DSM-III R criteria with CIDI. This study reported a six month prevalence of 19.7% of any mental disorder, and of 4.7% for Major Depressive Disorder (men 3.0% ; women 6.2%)[13].

On the other hand, in primary care popula-

tion the prevalence rates of any mental disorders reached a 52.5%[12], as reported by the WHO Multicenter Collaborative Study on Psychological Problems in General Health Care that was carried out in 40 different countries. Chile was the country with highest prevalence of mental disorders. Later on, other local study reported a point prevalence of Depressive Disorders of 29.5% (according to DSM-III R criteria) among individuals attending primary care clinics[5].

In Chile Depressive Disorders are the 10th cause of premature death-adjusted life years and disability-adjusted life years (DALYs). Considering only disability-adjusted life years, depressive disorders are the 3rd cause in general population and the leading cause in women[3].

From the Health Reform to the Mental Health revolution

As an outcome of these results and consequent sensitization of policy makers, in the past years great achievements incorporating mental health to public policies have been made. Several mental health programs for primary care were developed, and new psychiatric services in general hospitals and community services were created. Also the mental health budget has been increased and some prevalent psychiatric disorders treatments are now covered by law[10].

In 2001 the Ministry of Health started the National Program on Diagnosis and Treatment of Depression. Till 2005, this program had increased the coverage in near a 450%. From the people treated the ratio was 9 women per 1 man and the average age was 40 years. In 23% of the cases depression was mild, 69.6% had moderate depression, and 7.4 were diagnosed having severe depression. Through the years the proportions have remained the nearly the same[11].

During 2005, in Chile started a Health Reform within the framework of a plan named Universal Access Explicit Warranties Plan (so called the AUGE Plan). The law from the State of Chile established this as the Explicit Warranty of Health (GES) regimen. This GES system must guarantee the access to actions of promotion, protection and regaining of health for the most common health problems suffered by Chileans. The GES modality gives many benefits among which: guaranteed service, ensured access to medical care, maximum waiting times at each stage, and quality according to protocols. All these along with financial Protection (maximum co-payment for the user shall be 20% of the reference tariff). In 2006 there were 40 illnesses ascribed to this program, that went up to 56 in 2007. As well, for each of the conditions embodied in the form GES there are Clinical Guidelines that contain the most cost-effective treatments to the date. These guidelines are constantly under revision.

For Mental Health, to the date the GES System includes coverage of Depressive Disorders and Schizophrenia in adults, and Substance Abuse and Dependence and ADHD in children and adolescents. Among Depressive Disorders, management of Depressive Episode, Recurrent Depressive Disorder, and Depressive Episode of Bipolar Disorder are included for all persons of 15 years and older[8]. In other words, health insurances, both public and private, are required by law to provide assistance to depressed people. The GES guidelines specifies that mild and moderate depressions may be treated by non-specialized physicians and treatment is guaranteed upon detection; severely depressed patients may be referred to special-

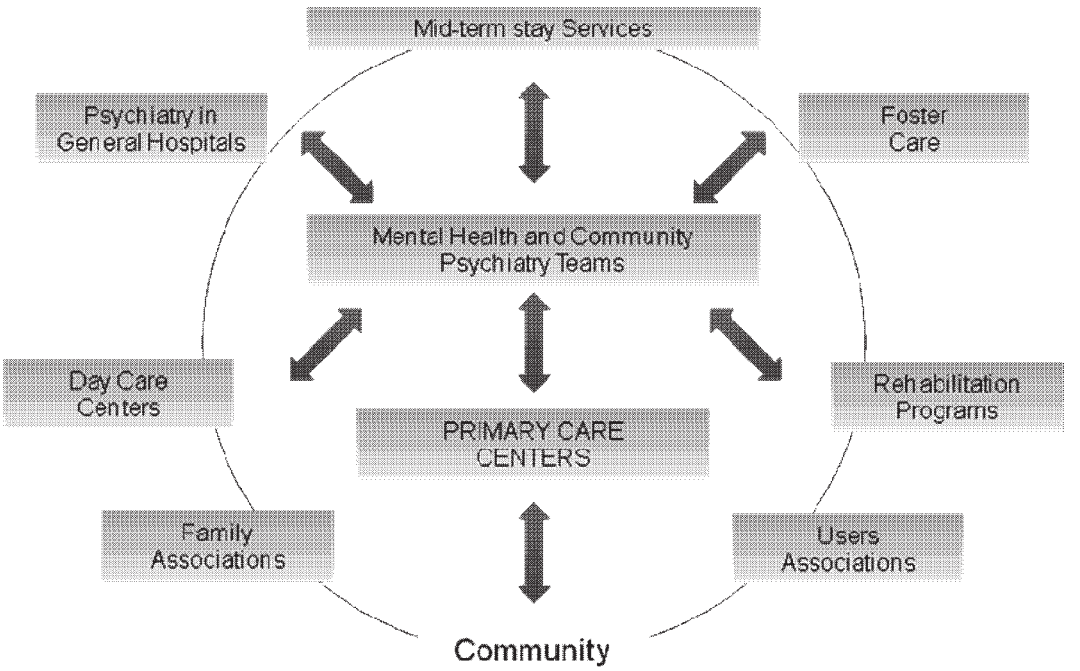


Figure 1 Chilean Mental Health Network Organization

ized assistance where they must be seen within 30 days from referral. In order to meet these stipulations, the Health Ministry has proposed to increase the number of psychiatrists at the secondary level of the public health system and of psychologists at primary level[10]. Now the Mental Health Network is organized based on Mental Health and Community Psychiatry Teams composed by General Physicians and psychologists (Figure 1). These teams manage most of the cases of depression (mild and moderate) in Primary Care, following the Ministry of Health's Depression Guidelines, enhancing the access to treatment for all the population.

In the private area Insurance Companies have their own staff of physicians, psychiatrists and psychologists to guarantee the GES system dispositions, and also follow the Ministry of Health Guidelines.

This Depression Guideline for Primary Care indicates that severe depression has to be referred to second care level.

Treatment of Psychotic Depression in Chile

In front of a case of severe depression, the Mental Health Team and/or Community Psychiatry Team would make a complete mental and a physical examination, and use the CIE-10 criteria to qualify the severity of the depressive episode. Eventually some initial lab testing would be done. As the Depression Guideline Algorithm establishes (Figure 2), after being diagnosed of Severe Depressive Episode, the patient would be then referred to a psychiatrist. The specialist would perform a complete psychiatric interview and mental exam to establish severity of symptoms and suicide risk. This

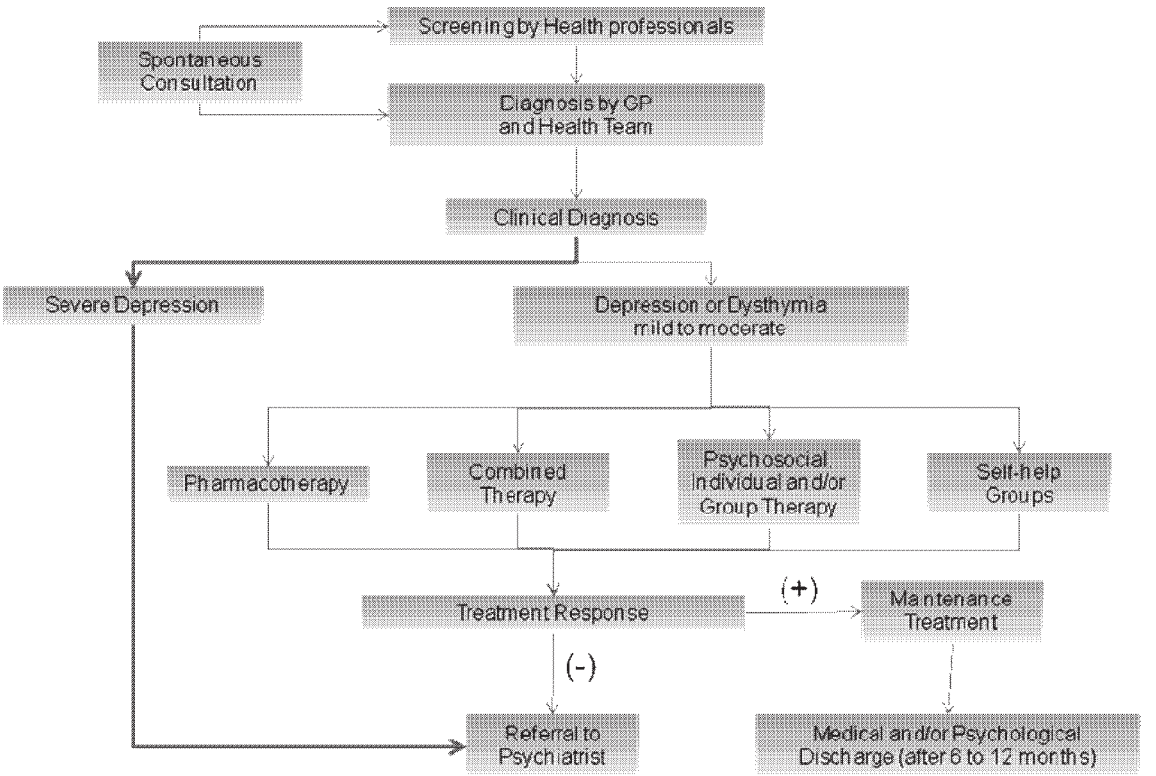


Figure 2 Treatment for patients with Depression or Dysthymia according to Chilean Ministry of Health Depression Guideline

includes a thoughtful MSE, attentive to some important differential diagnosis. Lab testing would include Blood tests (FBC, Glucose, Ca/P, BUN/Creat, liver enzymes, CRP, thyroid enzymes, HIV), Urine tests (including drugs screening), ECG, cerebral CT or MRI, and EEG. Organic causes (drugs, electrolyte disturbance, metabolic disorders, infections, delirium, dementia, etc) or other Psychiatric disorders (bipolar psychosis, schizophrenia, etc.) would be considered as differential diagnosis. The patient just then would be diagnosed with a "Severe Depressive Episode with psychotic symptoms" (CIE-10 F32.3). In most of the cases we would manage the case as an in-patient in a Acute Hospitalization Mental Unit. If high suicide risk is detected we would proceed with a sequence of emotional an environmental contention ; then pharmacologic restraint, and finally we would consider physical restraint. We would consider a personal caregiver as well. If there's imminent risk, or the patient is not cooperating, we would proceed with ECT after having the family authorization. If suicide risk is low or moderate we would start with an SSRI and an antipsychotic like risperidone, olanzapine, or haloperidol. Also we would consider ECT as a good alternative. Psychoeducation and constant communication with the family is an important issue. Finally we would delay individual psychotherapy until psychosis is controlled.

Involuntary Hospitalization and restraint measures in Chile

This medical act is regulated by the a Sanitary norm contained in document "Regulation for the Internment of Persons with Mental Illness and for Institutions that provide this service" (Approved by Supreme Decree No. 570 of August 28, 1998). In the Article 8 it is stated "...the whole treatment process required to provide inpatient psychiatric services to a person with mental illness or disorder, must first use procedures that are the least restrictive of their rights and personal freedoms." For these procedures Guidelines are also available[4]. The preferred way is voluntary hospitalization. This means we must exhaust all means of persuasion and negotiation to reach an agreement with the affected person to be hospitalized. Involuntary admission is an exceptional measure that can be done in two ways. First an Emergency Involuntary Admission, that can be prescribed by any doctor and can last for a maximum of 72 hours. Then we have to proceed with the second way called Administrative Involuntary Admission. This requires the authorization of the Regional Ministry's Secretary (SEREMI) or his delegate in provincial offices, and can be requested by any doctor, a family member, the police, or even a community member, after filling a form sheet provided by Ministry of Health.

If restraint and seclusion is needed there is a gradual procedure to follow. First begin with emotional contention (listen, persuade) along with environmental contention (relax, soothe). Then, if needed we continue with pharmacological restraint. In this step is very important to explain to the patient every single move. If danger exists for the patient or others that cannot be managed with other measures, then temporal physical or mechanical restraint is indicated. Always the aim has to be "to protect". The time has to be as short as possible. Seclusion is a final measure reserved for very exceptional cases.

Conclusion

As a summery Chile has a high prevalence of Depressive Disorders, but also has a Health System that guarantees access to assessment and treatment of Depression if needed. The treatment is done in a multistep approach in which most of the assessment, diagnosis and treatment are carried out by general physicians in Primary Care. Psychiatrists are only for more difficult cases

As future directions, continuous medical education (CME) courses are needed to enhance accurate diagnosis (differential diagnosis) and train in adequate treatments in Primary Care. Also regulations to protect patients and doctors in front of politic and economic interests (i.e., pharmaceutical companies) are still to be done.

References

1) Araya, R., Lewis, G., Rojas, G., et al.: Patient knows best: detection of common mental disorders in Santiago, Chile: Cross sectional study. British Medical Journal, 322; 79-84, 2001

2) Araya, R., Rojas, G., Fritsh, R., et al.: Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and socio-demographic correlates. Br J Psychiatry, 178; 228-233, 2001

3) Concha, M.: Estudio de Carga de Enfermedad, Informe Final. Ministerio de Salud de Chile, 1996

4) División de Rectoria y Regulación Sanitaria, Departamento de Salud de las Personas: Norma General Técnica sobre Contención en Psiquiatria. Ministerio de Salud, 2003

5) Florenzano, R., Acuña, J., Fullerton, C., et al.:

Estudio comparativo de frecuencia y caracteristicas de los trastornos emocionales en pacientes que consultan en el nivel primario de atencion en Santiago de Chile. Rev Med Chile, 126 ; 397-405, 1998

6) Jadresic, E., Nguyen, D.N., Halbreich, U.: What does Chilean research tell us about postpartum depression (PPD) ? Journal of Affective Disorders, 102 ; 237-243, 2007

7) Ministerio de Salud : Ministerio de Salud, Guía Clínica. Serie Guías Clinícas MINSAL N°XX, 1ª edición. Minsal, Santiago, 2006

8) Ministerio de Salud de Chile : Guía Clinica para el tratamiento de Personas con Depresión. Ministerio de Salud, 2005

9) Rojas, G., Araya, R., Fritsch, R. : Salud Mental, problemas psicosocialesy atención primaria de salud. Acta Psiquiatr Psicol Am Lat, 46 (2) ; 119-126, 2000

10) Rojas, G., Jadresic, E. : Integrating mental health into women's health and primary health care : the case of Chile. Manuscript not submitted

11) Rojas, I., Pemjean, A. : Atención de Personas con Depresión en el AUGE. Ministerio de Salud de Chile. 2006 (www.minsal.cl)

12) Sartorius, N., Üstün, T.B., Costa e Silva, J.A., et al. : An International Study of Psychological Problems in Primary Care. Preliminary Report from the WHO Collaborative Project on Psychological Problems in General Health Care'. Arch Gen Psychiatry, 50 ; 819-824, 1993

13) Vicente, B., Rioseco, P., Valdivia, S., et al. : Estudio chileno de prevalencia de patología psiquiátrica (DSM-III-R/CIDI) (ECPP). Rev Med Chile, 130 ; 527-536, 2002

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

International Symposium : How is Depression Treated in Your Country ? —Comparative Case Discussion

Hironori Kuga[1,2], Yota Fujimura[1,3], Masuo Tanaka[1,4], Kanna Sugiura[1,5], Mariko Setsuie[1,6], Hideyuki Iwanaga[2], Toshihide Kuroki[2], Takehumi Yuzuriha[2]

1）Japan Young Psychiatrist Organization, 2）National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center, 3）Department of Psychiatry, Teikyo University, 4）Zikei Hospital, 5）MSc Public Health, London School of Hygiene and Tropical Medicine, London, UK, 6）Hokkaido Prefecture Koyogaoka Mental Institution

In Japan, the number of suicide victims has exceeded 30,000 in every year since 1998, and the suicide rate (approximately 25 per 100,000) is highest among Asian countries. General Japanese people have much interest in depression in relation to the suicide issue, while lifetime prevalence of major depression in Japanese population is approximately 6-8%. In this paper, I will outline the strategy of medication treatment for major depression in Japan.

According to Japanese guideline, SSRIs (fluvoxamine, paroxetine, and sertraline) and SNRIs (milnacipran) are recommended as the first choice of antidepressant drugs for mild to moderate depression. Mirtazepine is also available at present, and duloxetine, an SNRI to be marketed shortly, will be added to the first line. Despite scanty evidence, however, many Japanese psychiatrists favor sulpiride on empirical basis. For a depressive patient who does not respond to or cannot tolerate the initial antidepressant treatment, other SSRIs/SNRIs is chosen as second line. A patient with severe melancholia or high risk of suicide is likely to be treated with the first generation of TCAs such as clomipramine and amitriptyline. Hospitalization should be considered for such a case.

The guideline recommends augmentation of the antidepressant effect by lithium or thyroid hormone for treatment-resistant depression. Recently, augmentation therapy with atypical antipsychotics is favored, although it is off-label. When a patient does not respond or poorly respond to any medication treatment, ECT is eventually indicated only for a hospitalized patient. Psychosocial intervention with cognitive therapy also has become available widely, but it is not yet enough in mental clinics.

＜**Key words**: major depression, psychotic depression, algorithm, suicide, Japan＞

Background of Mental Health

In Japan, Mental health has been regulated under some laws. The Mental Health Law was enacted in 1950 and is reviewed every 5 years. It was modified to the Mental Health and Welfare Law of 1995, wherein it provided the legal basis to perform adequate treatment (including voluntary treatment) and prevent

Table 1 The number of mental health resources per 10,000 population in Japan

Total psychiatric beds	28.4
Psychiatric beds in mental hospitals	20.6
Psychiatric beds in general hospitals	7.8
Number of psychiatrists	9.4
Number of psychiatric nurses	59
Number of psychologists	7
Number of social workers	15.7

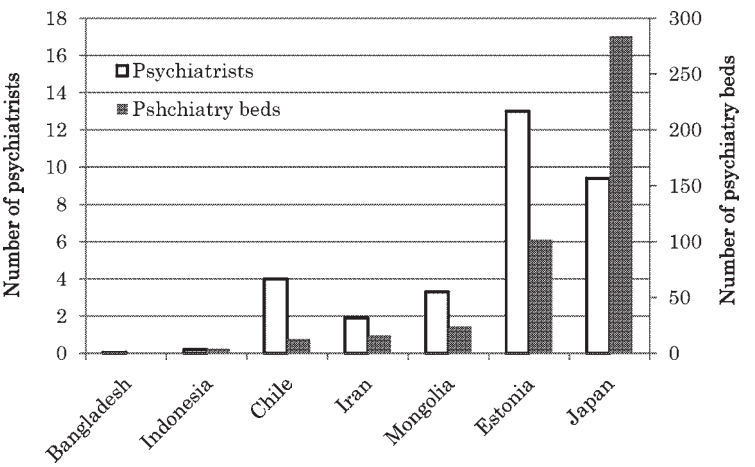


Fig 1 Number of psychiatrists and psychiatry beds per 10,000 population

abuse and supported the adoption of community care. The most recent amendment of 2000 emphasized that community-based programs were eligible for public funds and exempted the family of a patient with mental disorder from responsibility for damages caused by the patient to self or others during the course of treatment. The latest legislation was enacted in 2000.

Though the number of psychiatric patients in hospital was estimated to reach about 350,000, it is hard to say that the mental health resources are enough. Table 1 shows the number of mental health resources per 10,000 population in Japan[10]. Figure 1 shows comparison of the number of psychiatrists and psychiatry beds between participants' countries in this symposium[10]. The number of psychiatrists in Japan is 9.4 per 100,000 population. And, the number of psychiatry beds is 284 per 100,000 population. We can find that the Japanese Psychiatry has the most beds in the world. The Government has decided to reduce 72,000 beds (20% of the existing bed strength) within 10 years. The majority of psychiatric beds are in psychiatric hospitals in the private sector. Only about 0.2% of beds have been allocated to child mental health services.

Mental health services can be provided as a part of primary health care system. However, actual treatment of severe mental disorders is not available at the primary level. Only psychi-

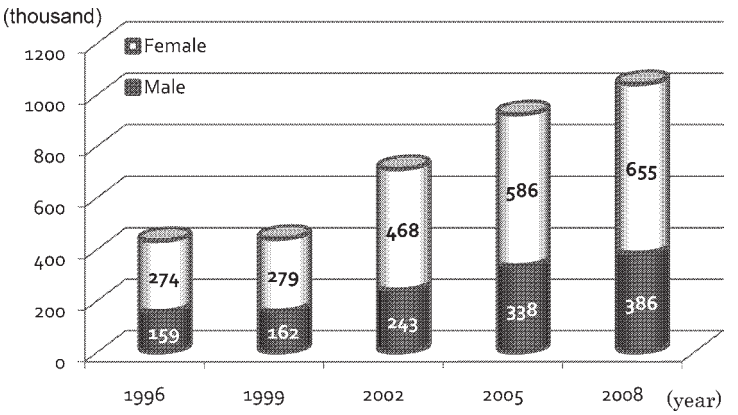


Fig 2 Prevalence of mood disorders in Japan

atric emergency service networks are provided. Various treatments for mental disorders are available in mental hospitals and clinics. There are community care facilities for patients with mental disorders. In 1994, the law concerning the activities of community health centers was revised and called the Community Health Care Law. It led to the development of more adequate mental health care in the regional health care system. The Mental Health Welfare Law supports community-based services and deinstitutionalization. However, the majority of beds (89%) are in the private sector, which makes the implementation of the policy somewhat more difficult. However, reform measures are beginning to promote the concepts of deinstitutionalization, disability benefits, differentiation of services, revisions in payment and quality assessment. A number of workshops and group homes have developed. There are about 1250 facilities offering psychiatric day care and night care of which a quarter are detached from psychiatric hospitals[10].

Trends of Mood Disorders and Suicide

The World Health Organization ranks mood disorders among the most burdensome diseases in the world. Japan also has the same problems like this. The projected lifetime risk estimates suggest that approximately one-seventh (14.1%) will eventually have a mood disorder[7], as the recent increase in the prevalence of mood disorders in Japan is depicted (Figure 2)[1]. This figure shows that more than one million people are suffering from mood disorders in Japan. Moreover, the lifetime prevalence of major depression in the Japanese community in 2002-3 was 6.7 percent in patients with medical illnesses such as diabetes and heart disease[6]. And major depression is a main factor (43.8%) of suicide causes, according to a report done by the Japanese Ministry of Health, Labor and Welfare in 2009[3].

As you know, Japan also has one of the highest suicide rates in the world (Figure 3)[10]. The average annual number of suicides for a ten-year-period between 1988 and 1997 was 22,410. However the number became 32,863 in 1998, an increase of more than 10,000 in one year. Ever since then, the total number of suicides for each year has remained in the 30,000s. It even reached the high record of 34,427,

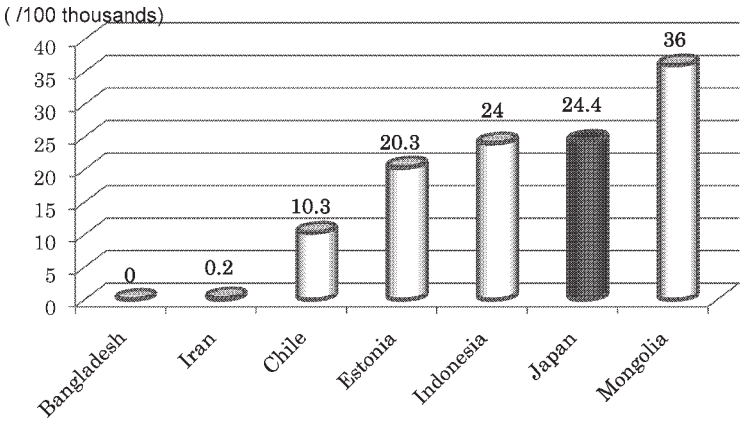


Fig 3 Suicide rates per 100,000 population in various countries

with a rate of 23.1 per 100,000 in 2003. This means that about 90 people per day and about four people per hour end their life in Japan. Suicide rates have increased with age. The gender (male and female) ratio was about 2.6 to 1[9]. Rural areas have a higher rate than that of urban areas. Depression is commonly found to be present among those who commit suicide and has been shown to be work related. Some implemented measures for suicide prevention are discussed at the government level now.

History of Depression

The prototypical depression case in Japan involves a very methodical and earnest man of middle age who works hard and then suffers from depression due to overwork and deadlock. The premorbid character of such a case has been called *Shuchaku-kishitu* (adherent temperament) which was identified by Prof. Shimoda before World War II. It is consistent with the Typus Melancholicus which German psychiatrist Tellenbach identified in the 1950s.

However, since the late 1980s the mutual assistance and cohesion of the vertical workplace has been lost, and Shuchaku-kisitu individuals are stimulated by a feeling of indebtedness (remnants) for work they feel is "incomplete" in a workplace without clear boundaries. To avoid this, they take on endless work. Then, in a situation in which they feel left completely on their own, they work excessively to the point of death or suicide.

As psychiatry has become more widely and generally accepted in Japan in recent years, we are beginning to see the appearance of not only a group that corresponds to Shuchaku-kisitu, but also many people who do not belong to that group. Young patients with mild, but chronic, mixed anxiety depression and/or dysthymia are commonly observed in outpatient clinics[5]. They had difficulty in confirming to societal norms and expectations. They display signs of depression such as complaining of constant fatigue and loss of interest. They are people who were not seen in the past "work-oriented" age. Japanese psychiatrists often feel somewhat challenged when treating such cases.

In Japan, as in many other societies, there has been a lot of stigma attached to depression and receiving psychological help for it, like other psychological problems. The stigma

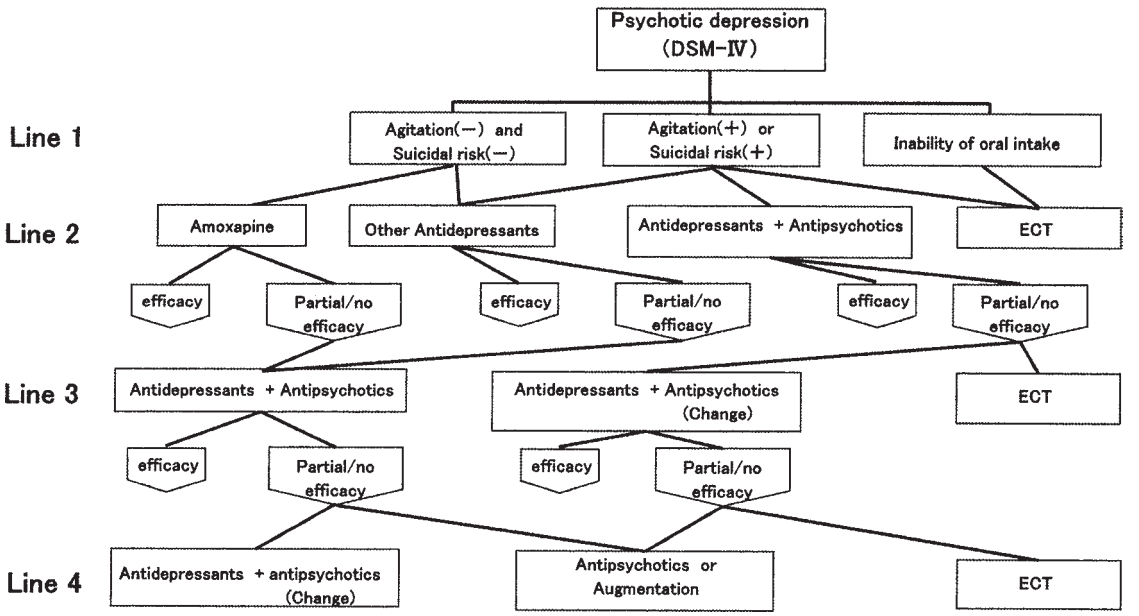


Fig 4 Algorithm for treatment of psychotic depression in Japan

could cause delays in seeking help and subsequent recovery. However, psychological help has gradually become more acceptable over the years, particularly for the younger generation. Japanese government, hospitals, drug companies, and other self-help groups, such groups engage in educational activities on decreasing Stigma, performing Anti-Stigma campaign. It may be helpful to explain that counselling or psychotherapy can be used as a way of coping with common difficulties and stress many people experience.

Treatment of the Psychotic Depression Case

In this case, he is diagnosed with Major depression, severe with psychotic features (DSM-IV), because he has delusional depression with suicidal thought. Involuntary hospitalization and protection for medical care should be justified if necessary[2]. Isolation and close observation will be needed, but physical restraint should not be necessary. We are obligated to inform the patient and his family of the reason and purpose of these treatments in detail with documentation. In Japan, these methods and procedures are strictly in accordance with the Law of Mental Health and Welfare.

Figure 4 shows Japanese algorithm for treatment of psychotic depression[8]. In this case, the patient is suicidal because he thinks he would like to vanish. We would treat the case according to this algorithm. If he can take medicine orally, we use antidepressants and antipsychotics. Tricyclic Antidepressants like Clomipramine or Amitriptyline is preferable to SSRI or SNRI with Antipsychotics like Olanzapine or Quetiapin. If it is not effective or only partially effective, we will change the antipsychotics or augment with Mood Stabilizer. Japanese psychiatrists of older generations favor Sulpiride, a selective dopamine-D_2 antago-

nist on an empirical basis. Modified ECT should be considered, whenever the risk of suicide is high.

We will also use Brief psychotherapy which is the Seven articles proposed by Prof. Kasahara[5]. I'd like to explain the articles.

1) Explain to him that he is sick, but not lazy.
2) Let him rest a lot as soon as possible and for a long enough period.
3) Inform him of the possible period for recovery.
4) Make a promise with him that he will never attempt suicide.
5) Let him postpone the decision of important matters.
6) Point out repeatedly that the recovery process is waxing and waning.
7) Provide psychoeducation about the importance and the adverse effects of medication treatment.

Recovery Phase

In the treatment of recovery phase, the patient who have been treated with antidepressant medications in the acute phase should be maintained with these agents to prevent relapse. In general, the dose used in the acute phase is also used in the recovery phase. Some Japanese psychiatrists combine a decrease in the dose with careful monitoring in the recovery phase, though there are no data to support the effectiveness of this approach. We usually also use psychoeducation and Psychological intervention with Cognitive Behavioral Therapy. Use of ECT in the recovery phase has received little formal study. The average of the hospitalization length for depression case will be for about 75 days in Japan. After his discharge, we suggest that he join the rework assist program, and his employer should be obligated to consider his return to work and support his adjustment to the office environment[4].

Summary

In this symposium, I talked about the treatment of psychotic depression and the current status of depression in Japan. The current prototypical depression case in Japan is unique in gender and premorbid character. On the other hand, depression in the younger generation is increasing, and it seems to be more difficult to treat. Moreover, depression causes a lot of suicide, and the high prevalence of suicide has become a nation-wide issue today. In our pharmacotherapy, TCAs are used rather than SSRI or SNRI for severe depression with psychotic features like the case presented in this symposium. Japanese psychiatrists of older generations tend to favor Sulpiride empirically, because it was often prescribed before the introduction of SSRI. Psychosocial services for depressive patients in the recovery phase are increasing in Japan.

This symposium made me more aware of the current status of depression in each country, and enabled me to more objectively assess depression in Japan. Despite the Japanese government's emphasis on suicide prevention and measures against depression, the victims of suicide are increasing. It is essential to take stronger measures, through educational activities and research about suicide and depression.

Acknowledgements

I would like to extend my sincere thanks to all JSPN and JYPO authorities and members for providing me such a great experience to take part in the annual congress and to communicate with participants from other countries. I also give my special thanks to Dr Akiyama, our symposium coordinator, to Dr Kanba and Dr Setsuie, our symposium chairpersons, and to Dr

Kuroki, director of the clinical research division at Hizen Psychiatry Center, for all their help and kindness.

References

1) General window of government statistics.: Report of the number of mood disorders (http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/NewList.do?tid=000001031167)

2) Hatta, K.: Guideline of body restraint and isolation (ed. by Japanese Society of general hospital psychiatry.). Seiwashoten, Tokyo, p. 27-40, 2007

3) Japanese Ministry of Health: Labor and Welfare Report, 2009 (http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html)

4) Kamijima, K.: Depression treatment today. Kongoshoten, Tokyo, 1990

5) Kanba, S., Kuroki, T.: Clinical feature of contemporary depression. Sogensha, Tokyo, 2009

6) Kawakami, N., Takeshima, T., Ono, Y., et al.: Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: A preliminary finding from The World Mental Health Japan 2002-2003. Psychiatry & Clinical Neurosciences, 59; 441-452, 2005

7) Kessler, R.C., Angermeyer, M., Anthony, J.C., et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. World Psychiatry, 6; 168-76, 2007

8) Oshima, A., Iwanami, A., Higuchi, T.: Algorithm for treatment of mood disorder (ed. by Psychopharmacotherapy research group.). Jiho, Tokyo, 2003

9) Takahashi, Y.: Suicide in Asia: Causes and prevention (ed. by Paul, S. F. Yip.). Hong Kong University Press, Hong Kong, p. 7-17, 2008

10) World Health Organization.: Mental Health Atlas 2005. WHO, Geneva, p. 257-259, 2005

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神医学の未来を切り開く大学院教育はこれでよいのか

コーディネーター　石 井　知 行

本シンポジウムにおいては臨床系，特に精神医学大学院教育の現状と課題について検討し，その検討結果を基に改善に必要な方策について議論を行った．

大学院教育を多角的に論じるために多様な背景を持つ若手研究者の先生方に講演者として参加していただいた．鹿児島大学の佐野輝教授には大学院教育の現状について問題提起をしていただいた．群馬大学の佐々木努先生には米国留学の経験と文献調査を踏まえた日米間の大学院教育の比較，研究環境・職業市場の違いを論じていただいた．信州大学の木下善弘先生には英国留学の経験に基づいて日英の大学院教育の比較を行っていただいた．東北大学の菊地紗耶先生には女性研究者としての立場から，家庭生活と両立し得る大学院生活を論じていただいた．福岡大学の内田直樹先生には大学院生としての立場から国内の大学院生の多様な現状を論じていただいた．広島大学鳥帽子田教授には指定発言として MD/PhD コースについて解説していただいた．各先生方にはそれぞれの経験と立場から生じる問題意識を踏まえて医学系大学院教育をいかに改善していくか提言を行っていただいた．

現在，広汎に見られる大学院進学志望者の減少，医学博士課程卒業生の医学研究者定着率の減少は，日本の精神医学における研究の地盤沈下を招き危機的である，との問題意識は多様な背景を持つ講演者の先生方に共有されていた．

大学院進学志望者の減少問題の原因としては，近年の臨床研修制度の導入や専門医制度の充実によって臨床を重視したキャリアパスが確立されてきたこと，女性医師の増加にもかかわらず女性研究者を取り巻く環境は整備されていないこと，大学院教育が若手研究者のニーズに応え切れていないことなどが挙げられ検討された．提言としては，大学院教育の教育目標の再定義とそれに基づく教育システムの充実，留学を含めた多様なキャリアパスを確立し可視化すること，若手研究者に対するサポートの充実などが中心として挙げられた．

これらの議論が医学界における問題意識の共有，そして大学院教育改善へのさらなる議論に繋がることを切に願う．

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20〜22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　精神医学の未来を切り開く大学院教育はこれでよいのか　座長：石井　知行（広島県精神科病院協会），
笠井　清登（東京大学医学部精神神経科）

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

わが国の精神医学大学院教育の現状と課題

佐野　輝（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科精神機能病学分野）

昨今，医療崩壊が叫ばれ，また新臨床研修制度の発足に伴い，大学からの人離れが著しい．一部の大学を除けば，所属人数の減少から診療の負担は増加し，また最近の教育改革からの教育負担の増加も著しく，なかなか研究まで手が回らないというのが多くの大学での実情ではないかと思われる．平成 15 年度からの国立大学の独立行政法人化から国立大学病院は「稼げ，稼げ」の方針をとらざる得ない状況に追い込まれ，平成 16 年に発足した新臨床研修制度の開始からは研修医の大学離れが生じ，人手不足の地方大学では研究を行う暇もない状況が生じていることは憂慮すべき事態である．また，精神医学を専攻する最近の若い世代の傾向として，専門医，精神保健指定医などの資格志向が強く，研究は二の次といった風潮がみられるが，研究の必要性を認識させ，参画させることが必要であると考えられる．さらに，若い世代の専門医志向から医学博士号不要論が生じ，大学院の充実にひびが入ってきていることも事実であろう．しかし，日本での精神医学・医療のさらなる発展には，大学における研究の火を灯し続けることが是非とも必要で，そのためにも大学院の充実が急務である．

＜**索引用語**：大学院，教育，専門医制，臨床医学研究，精神医学研究＞

The deterioration in medical services has recently become highly-publicized in Japan, and the number of doctors at medical schools has decreased dramatically since the new residency program for medical doctors began in 2004. Staff members are overloaded with clinical duties and education responsibilities at most university hospitals due to the shortage of medical doctors on the faculties of medical schools.

After national universities were converted into independent administrative corporations, they became more money-conscious, and the income obtained from university hospitals is becoming more important for university finances. These trends are much more evident in regional universities, resulting in cases where medical school faculties have no time to spare for research.

The younger-generation of psychiatrists today desires to obtain certification in psychiatry, rather than spend much time doing research, but it is necessary to help them understand the necessity of research and encourage their participation in research work. Research in universities is a prerequisite to the continued development of psychiatry as a field in Japan, and enhancing graduate schools is a vital component of efforts in this area.

1．臨床研究の衰退の実態と大学院教育

さて，昨年度のシンポジウム「大学附属病院精神医学教室をめぐって」でも述べたように[3]，日本全体として，臨床研究の衰退が著しい．基礎医学研究がいまだ質の高い研究を誇っているのに対して，臨床医学系の論文数は大きく減少し，国際的な臨床研究への関与が低い状態は，国際共同治験をはじめ，臨床研究の国際化はグローバルな医療のエビデンスを構築するうえで重要であり，国際化に遅れをとっている．このような状況が発生

する前に開催された中央教育審議会は平成17年9月5日付けの「新時代の大学院教育―国際的に魅力ある大学院教育の構築に向けて―」において国際性の確保を強調し，組織的基盤の充実と卓越した教育研究拠点の形成（世界規模での競争力の強化）を目的としたグローバルCOEを目玉とした答申を行っている．ところが，国立大学協会の分析によると[1]，わが国の「臨床医学」分野の国際的論文数を調べてみると，03〜06年の4年間で約10％低下しているが，世界では約7％増加しており，単純に差し引くと，わが国の国際競争力は17％低下したことにもなる．論文数は国，公，私大を問わず減少しているのだが，国立大の中で，旧帝大7大学とそれに続く8大学，地方27大学に分けて調べてみると，旧帝大は現状維持，それに続く8大学で約5％，地方27大学で12％低下しており，特に地方大学の研究弱体化がわが国全体の国際競争力の低下に大きな影響を与えていることがわかる．平成18年7月に文部科学省が開催した「医学教育の改善・充実に関する調査研究協力者会議」では，「医師臨床研修制度が導入され，研究の開始の遅れにより研究者のキャリア形成に影響が及ぶことや，大学病院の研修医の減少により研究を担う人材の不足や研究の沈滞が懸念される」，「現在の若手医師は専門医資格の取得に目が向いており，医学博士の意味が明確でなくなってきている」との指摘がなされ，「大学院の目的を研究者養成と臨床医等養成に分けて明確化した上で，それに応じたコースワークの充実・強化等を推進すること」を提言している．その中で，具体的に「大学院のコースワークの中に専門医資格取得のための教育内容を盛り込む工夫と大学病院の協力を推進すること」などを盛り込んでいる．これらの提言をふまえ，文部科学省は予算措置を伴った大学院教育改革支援プログラム（大学院GP）を競争的に獲得させ，支援を図っている．さらに，平成21年10月1日に開催された中央教育審議会大学院部会医療系ワーキンググループでは，臨床系の委員からは，「臨床系の大学院の在り方というと，やはり今，きちんとした研究者を確保できないというのが一番大きなテーマである」との指摘があり，文部科学省審議官からは「今後における医療系大学院の在り方としては，大体，専攻単位で，研究者養成なのか，研究能力をしっかり持った医療系人材を育てていくのか，大学の目的を整理して，それに合ったようなカリキュラムというのをつくっていかなきゃいけない」との発言があった．さらに，他の委員からは「医学部に関して言えば，基礎研究主体に教育研究をしており，臨床系の大学院でも現実は基礎的な実験研究ということを主体でやってきている．ただ，非常に大きな反省があり，やはり臨床研究をきちんとやらないといけないのではないかという背景がある」との発言もあった．平成22年4月に行われた事業仕分け第2弾において，国立大学病院の施設整備と大型機器の資金調達を代行してきた「国立大学財務・経営センター」の主要業務をすべて廃止とする結論を受け，国立大学附属病院長会議が緊急声明を発表した[2]．少し引用すると，「国立大学病院は医療人を養成するため，採算性を犠牲にしつつ全ての診療領域をカバーする診療科を設置し，研究面においては先端医療の研究・開発・普及のために，現行の診療報酬制度で賄いきれない先進医療機器の先行導入と，人的配置がなされ，国立大学病院の研究的不採算となっている．こういう教育研究における不採算を，国が財政的に支えるため，病院運営費交付金が措置されてきたところであるが，この病院運営費交付金も法人化当初から66％削減され，財政的に困窮してきたところである．教育研究に対する財政支援の減額以外に，国立大学病院の経営が苦しい理由は，国の時代の病院再開発費用の返済負担が大きい点である．このような，厳しい経営状況を改善することを目標に「財務・経営センター」が設立されたと認識していたが，今回の事業仕分けの結果に当たって，当会議としては，以下の点を確認することが最低条件と考え緊急声明とする」とある．人的に苦しくなったばかりか，予算面での苦しさが増し，教育・研究環境の悪化が加速している．

さて，このような環境面での悪化を考慮した上で，いかに大学院教育を学会サイドからサポートするかという点に関しては，研究者マインドの育成に対するサポートとして，専門医養成の課程に研究的要素をいかに評価に組み込むかを，今後考慮していかねばならないと考えられる．また，臨床研究の大型化とともに国際競争力の落ちた日本の実情を考えると，大型の臨床研究の連携の場として学会が組織として働きかけることも，地方大学の疲弊の解消としては有効な手だてではないかと考えられる．

2．精神医学研究と大学院教育

精神医学における研究は，児童から老年に至るまで間口の広い対象を抱え，方法論的にも精神病理学的，社会精神医学的方法から生物学的なアプローチまで幅広く，今後も複雑に分化していく様相である．このような中，精神医学の様々な分野の研究をすべて各大学で行うことは困難になってきており，大学院・研究レベルでの相互の連携も模索されるべきである．

文　献

1）国立大学協会：http://www.mie-u.ac.jp/blog/2008/01/post-30.html

2）国立大学附属病院長会議緊急声明：国立大学病院の教育・研究・診療機能を危うくする財政的仕組みの廃止を憂慮．平成22年4月28日

3）佐野　輝：精神医学教室における研究および研究者養成はどうあるべきか．精神経誌，111（10）；1303-1305, 2009

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

我が国の臨床系大学院教育への提言：米国バージニア大学院教育の経験から

佐 々 木　努（群馬大学生体調節研究所代謝シグナル解析分野）

筆者の 9 年間に及ぶ米国留学の経験と文献調査に基づく日米間の大学院教育の比較検討を行った．また，日米の医学系大学院教育の違いを生んでいる研究環境・職業市場の違いの比較検討を行った．さらに，日本においてなぜ「医学博士」進学者が減ったのか，および博士課程卒業生の医学研究者定着率が低いのか検討した．上記の検討結果をもとに，日本における医学研究者人材の安定供給のために必要な施策を 3 つ提言した．(1) 大学院教育目標の修正・差別化，(2) 学生・卒業生・教官へのサポートの充実，(3) 医学研究者を目指す人材開拓，である．

＜索引用語：大学院教育，日米間比較，Principal Investigator (PI)，医学研究者，Physician Scientist ＞

The author examines differences between Japan and the United States in the field of graduate medical education, based on his personal experience studying in the United States for nine years and on information available in the literatures. The author also analyzes differences in the research and work environments of the two countries, and concludes that these differences are the origins of the variations between the two countries' graduate education systems.

The author examines possible reasons for the decline in the number of students in graduate schools of medicine in Japan, as well as potential reasons for the low proportion of graduates participating in full-time research. Based on these analyses, the author proposes three measures that the author considers crucial to the establishment of a stable supply of physician scientists. These measures call for: 1) revising the focus of education in graduate schools of medicine; 2) providing necessary support for current graduate students, past graduates, and professors; and 3) fostering the development of future potential physician scientists.

1. はじめに

筆者は 1997 年に東京大学医学部医学科を卒業後，1 年間の日本における脳神経外科研修の後，1998 年より 2007 年まで米国のバージニア大学に留学した．その間，脳神経外科の general fellow，一般外科 intern，脳神経外科 resident を経験した．この間，2000 年よりの脳外科レジデント時代には臨床業務の傍ら研究活動も開始した．2003 年より研究に専念するために，同大学神経科学博士課程に入学し 2007 年に修了し PhD in neuroscience を取得した．同年帰国し，現所属研究室での勤務を開始し現在に至る．

本論文では，上述のように日本で医学部を卒業した後に米国でのレジデント研修および大学院博士課程を経験した筆者の個人的経験と共に，文献調査によって得られた米国の医学系大学院教育の情報を考察し，日本において医学研究者人材を安定供給するために日本の医学系大学院教育に対して 3 つの提言を行った．すなわち，⑴大学院教育目標の修正・差別化，⑵学生・卒業生・教官への

サポートの充実，⑶医学研究者を目指す人材開拓，である．

2．日米の大学院教育制度の比較検討

そもそも，日本と米国の大学院教育には大きな制度上の違いがある．日本では高校卒業後に医学部教育6年間（修士相当）に進学する．そのため，医学部卒業者（MD）は独立した研究者（Principal Investigator，以下PI）と見なされない．日本のMDもしくは生命科学系の修士取得者は，さらに専門性を追求するために3〜4年の医学・生命科学系の博士課程に進学し博士号（PhDもしくはMD/PhD）を取得する．それに対し米国では大学卒業後に4年間の医学部（MD），4〜7年間の生命科学系博士課程（PhD），もしくは両者を統合した7〜9年ほどのMedical Scientist Training Program（MSTP，MD/PhD）に進学する．MDが医学の職業的専門性の証であれば，PhDは職業的研究者としての素養の証であり，どちらもPIになる資格を有する．またMSTPに進学すると，通常は高額な医学部教育の学費（米国の医学部卒業時の学生ローンの平均は公立で8万ドル，私立で14万ドル）が免除された上に手当が支給されるという経済的な利点があるため，医学部進学志望者のなかでも成績優秀な学生が集まる傾向がある．米国ではMD/PhDはMD所持者全体の約3％だが，米国のMD研究者に占める割合は約1/4から1/3といわれている．逆に考えると，卒後臨床研修も含めると非常に長期にわたるMD/PhD訓練を経なくても，米国ではMDのみでもPIとして十分研究可能であるため，医学研究を志す者の全てがMD/PhDコースに進学するわけではない．

米国のPhDコースは大卒での入学を前提としているため，日本の制度でいえば「修士＋博士」一体化されている制度である．そのため，最初の1〜2年は生命科学系の基礎的な講義を受けながら複数の研究室をローテートする．また，学科セミナーでも毎週ゲストスピーカーの発表があり，全般的に学際的な教育内容となる．講義も少なく，いきなり「専門性」を追求する日本の博士課程とはかなり異なる様相を呈する．研究室のローテーションは配属先を決めるのに重要である．PhDコースに進学した学生は学費は免除されており，配属先の研究室が決まるまでは大学院全体が，配属後は所属研究室が手当を支給する．奨学金を取得できていない学生は，配属先の研究室の研究費から手当てが支給されるため，ローテーションの時に学生側は「雇って」もらうために熱心に働く傾向がある．また，研究室配属後も学生側は「雇われている」ことを自覚して仕事する傾向があるようだ．また，「給料」を研究費から支払っている指導教官側も，経済的負担を負っているため指導に熱が入り易い制度である．

米国のPhDコースは修士・博士一体化研修プログラムであるので，日本の修士卒業試験に相当するような“進級試験”（qualifying exam）がある．講義・実習などで必要単位を取得した後（場合によっては筆記試験も合格した後）に行われる．学生がこれから行う研究の計画書，もしくは研究分野に関する総説をまとめ，その内容に関して“committee”と呼ばれる卒業論文審査委員の先生方との討論を行う．合格すると初めて“PhD candidate”となり，仮に博士課程を修了できなくてもMaster of Science（MS）は修了したこととなる．進級試験のために書いた総説を論文として投稿したり，研究計画書で奨学金に応募する．進級試験を合格すると，本格的に配属先の研究室での実験中心の生活が始まる．

研究室に配属後は実験中心であるものの，日本の大学院に比較すると研究計画の立案能力および研究成果発表技術の養成にも力を入れているように思われる．米国の大学院教育は「職業的研究者」すなわちPIになる人材を養成しているため，研究活動全般に使える能力を養成し，研究課題を創出できる人材の育成を目指している．日本の大学院は，「専門分野」を修め，与えられた研究課題を着実に「遂行」する人材の育成に重点が置かれている印象を受ける．米国のPhDコースは一人前の「職業的研究者」として認められた時点で

卒業となるため要する時間は人それぞれで，通常4〜7年くらいである．

日本と米国の大学院では育成しようとする人材像に違いが認められる．日本は研究課題を「遂行」する人材，米国はPIとなりうる人材である．現状では，日本の「医学博士」の卒後の医学研究者定着率が低いうえに，ほんの一握りしかPIになれない日本の研究環境・制度上の問題があることを考えると，時間がかかる米国のPI養成制度としての博士教育をそのまま日本に当てはめるべきか一考の余地がある．

3. 日米の医学系大学院教育の違いを生んでいる研究環境・職業市場の違いの検討

そこで，日米の研究環境・職業市場を一般論として比較した．日本の大学は教授を頂点としたピラミッド構造のもとに教官が存在する．それに対して米国の教官は，大学という傘のもとにいるものの，教官同士は並列かつ独立した関係にある．すなわち，米国の教官はPIとして独立した研究室運営ができるのに対し，日本の場合は基本的に教授に研究室運営や人事権が集約される．

また，研究費獲得制度に関しても，日本の場合は研究計画書の書式からして実績中心の評価であるのに対し，米国の研究計画書の書式は基礎データーおよび実験計画を詳細に記載するためのスペースが確保されており，実績も大事だが立案された計画自体の将来性を重視する．このことは，研究費を出す私設財団が多いことと相まって，実績はまだなくても将来性の高い研究計画内容を持つ若手PIにとっては，日本よりも研究活動を円滑に行いやすい環境を提供する要因となっている．

さらに，米国では研究費に人件費が組み込まれていること，大学のポスト数が固定化されていないこと，および大学と民間の風通しが良いこと，そして「職業的研究者として素養」を持つ者としてのPhD教育がなされていることなどのおかげで，米国ではポスト・人材の流動性が高く，個人の資質・能力を問う公正だが激しい競争が行われ，活力の源となっている．日本では大学教員数の固定化，人件費込みの研究費が少ないこと，極めて高い専門性を持つ「博士」を養成していることなどもあり，ポスト・人材の流動性が極めて乏しく，博士課程卒業生がPIとして活躍する機会が乏しい．そのため，現在の博士課程の教育目標が研究課題を「遂行」する人材の育成になっているのではないか．この問題を根本的に解決するには，日本の研究環境全般の改革が必要である．

4. なぜ「医学博士」進学者が減ったのか，および博士課程卒業生の医学研究者定着率が低いのか

過去においては，日本の医学分野の専門性の証は「医学博士」しかなかったために，MDの大部分が「医学博士」を目指して研究を行った．その一部から，医学研究者人材が供給されていた．当時の研究内容は臨床医学のニーズに近い研究が主流であった．しかしながら最近では実験医学が主流となったこと，および臨床医学の専門性の証として「専門医」という証ができたこともあり，そもそも「医学博士」志望者が減少している．博士課程卒業後の医学研究者定着率の大幅な改善がない状況では，志望者・進学者の減少は医学研究者の減少に直結している．また，医学部および大学病院において臨床業務が研究活動よりも評価・ニーズが相対的に上がっていることも問題に拍車をかけている．専門医と医学博士の関係は日本固有の問題であるが，実験医学中心の研究内容，臨床業務ニーズの増加は米国における医学研究者（Physician Scientist）の減少に寄与しており，世界的な問題である．

また，本論文では，キャリアパス構築に関する医学研究会全般の取り組みも重要であることを指摘したい．今までの医学系大学院教育は，MDが進学してくることを前提とした制度設計となっている．臨床業務の傍ら研究活動を経験する場を提供する役割を大学院が担っていた．そのような背景もあり，そもそも卒業生（「医学博士」）の医学研究者への定着率が低かった．「医学博士」が持続的に医学研究者として活動することを前提とし

ていないために，そのような環境整備がなされていないと思われる．卒業生の医学研究者としてのキャリアパス構築のための業界としての取り組みが不十分であったことには，MD の「医学博士」取得者はそのまま臨床業務に戻ることでキャリア構築が可能であることと無関係とは言えないと筆者は考える．この問題は，特に非 MD の医学博士課程進学志望者にとっては重要な問題である．つまり，彼らには「医学博士」となった後のキャリアパスが見えないのである．卒業生が活躍できる環境がなければ進学者は増えない．卒業生が医学研究者として活躍しないのであれば，教育内容をより充実させる（PI 養成）よりも一時的な労働力（研究遂行者）の養成に留まってしまう．教育内容が充実しなければ，PI としての実力もつかないので卒後の活躍はおぼつかないし，「医学博士」の称号を得る実益がない．これらの大学院教育内容の問題・キャリアパスの不透明さといった負の連鎖を断ち切らない限り，大学院進学志望者の減少問題は解決しない．

また，臨床と研究の文化・特性の違いについても指摘したい．臨床活動では，個々の患者の問題を解決するために，生命科学的知識を使用し，手に入る情報で迅速な判断を下す．患者を相手にするので，失敗を回避する必要性があり，確立された治療法を遵守し，経験・実績への敬意を表する．これらは概して保守的思考である．それに対して研究活動では，普遍的科学真理を追究するために，生命科学的知識の発見をめざし，より多くの情報で確実な判断を下す．その過程は確立された科学への挑戦と既成概念への懐疑を要し，失敗は必要悪である．つまり，革新的思考を要する．そもそも医学部入学者の大半は MD となることを目指して入学するわけであり，保守的思考傾向の者が多いのではないか．日本の MD が「医学博士」（MD/PhD）を取得しても，臨床と研究の思考過程の大きな違いから必ずしも研究に魅力を感じないのかもしれず，それが医学研究者定着率の低さの一因かもしれない．特に，臨床医は医学研究者に比べれば格段に社会的・経済的に恵まれており，短期間で高い確率で成功（患者の問題解決）し感謝されるため，日々ポジティブなフィードバックを受ける立場にある．また，日々の活動が経験・実績として蓄積するので，努力が結果に比例する業務である．それに対して研究活動は，成果が出るまでに長期間要するうえに成功確率が低く，日々ネガティブなフィードバックを受ける業種である．また，成功と努力は必ずしも比例しない．常に新しいことが求められる業種であるので，過去の蓄積だけでは勝負できない．これらの業務的特性も MD の医学研究者定着率の低さの一因と思われる．

しかし，このまま MD の研究人口が減ってもよいのか．筆者は「否」と考える．非 MD の PhD は curiosity-driven な研究を行う傾向があり，より革新的・新規的・意外性のある研究成果を出すため，ブレイクスルーとなる研究につながる可能性がある．しかし，本来の研究目的（問題解決）に必ずしも執着せず，新規なものが見つかれば「良し」とする傾向がある．それに対して MD（MD/PhD）は goal-oriented な研究を行う傾向にあり，臨床業務などから見つけた問題の解決に執着する傾向がある．それゆえに，この両者の協調から革新的な問題解決策が生まれ治療につながると思われる．すなわち，MD の強みである「臨床経験から来る問題意識」を掲げて，「具体的研究課題の設定能力」と「設定した課題の遂行能力」を駆使することが重要である．今までの日本の大学院教育では「設定した課題の遂行能力」の育成が重点的に行われていたが，今後は「具体的研究課題の設定能力」の育成にも力を入れるべきではないか．その結果，PI として自ら設定した課題を遂行・解決する「成功体験」を経験できれば，「医学博士」の医学研究者定着率を上げることにつながり，医学研究者人材供給を維持できるのではないか．

5．総　　括

以上，日米の医学系大学院教育の比較から始まり，研究環境を取り巻く様々な問題を通して医学

研究者人材供給の問題点を指摘した．その解決には以下のような取り組みが必要と筆者は考える．

(1) 医学系大学院の教育目標の修正・差別化

過去の医学系大学院教育は主に以下の二つを目標としていた．すなわち，研究遂行者の養成と，大学院卒業後に臨床業務に戻る人間に対して研究活動体験機会の提供である．しかし，「医学博士」が魅力と実益のある称号にならない限り進学希望者の減少に歯止めはかからないだろう．

そこで，「医学博士」の魅力を増やすためにはPI 養成を目標とするべきである．そのために，今までの研究遂行能力の養成に加えて，戦略的思考訓練による課題設定能力の養成，また研究者としての学際的素養の養成も行うべきである．PI 養成を目標とすることで，「医学研究のプロ」としての「医学博士」というスタンスを確立し，「臨床業務のプロ」としての「専門医」との明確な差別化を図るべきである．また，非MD の進学も促進するべくMD には必要なかった社会的・臨床的ニーズを指摘できるようになる教育も行う必要がある．

上記の教育内容充実には大学院課程期間の長期化が必要となるかもしれない．しかし，臨床業務との兼ね合い上，課程期間のさらなる長期化は進学希望者の減少につながるおそれがある．そこで，筆者は医学「修士」と医学「博士」（ともに仮名称）という2種類の教育課程に分けることを可能性の一つとして提案する．医学「修士」は今まで通りの実験技術・専門性中心の教育内容として，MD に対する研究体験機会の提供を行う．さらに職業的研究者としての自立を目指すものに対して医学「博士」課程を提供し，実験技術のみならず課題設定能力・学際的素養教育を行い，将来のPI を養成する．

(2) 学生・卒業生・教官へのサポートの充実

学生に対しては学費を請求するのではなく，手当を支給する米国の制度を取り入れるべきである．特に非MD 学生にとっては，MD の学生のように短期高額のアルバイト収入はないため，進学を阻む要因となっている．また，学生側も給料（手当）をもらうことでより責任感を持つ．大学・研究室側も学生を経済的に支援するのであれば無責任に受け入れることもなくなる．この制度を確立するには，大学院に対する経済的支援を充実する必要がある．現在グローバルCOE などを用いて学生への支援を実施している大学・研究機関もあるが，人材育成には長い時間がかかることを考えれば，教育支援は短期・不安定なグローバルCOE などの資金ではなく固定経費で行うことが望ましい．持続可能な大学院制度が医学研究者人材（卒業生）の安定供給には重要である．

また，卒業生がPI として歩める制度構築が重要である．これは特に非MD 卒業生のキャリアサポートにもつながる．具体的には，研究費・ポスト・研究計画書審査方法など研究環境全般の制度改善が必要である．さらに，医学研究者と臨床医の経済格差を是正するある程度の補償を制度化することも医学研究者の職業的魅力を増加させ，医学研究者をキャリアの有力な選択肢の一つにするのに有効と思われる．

しかしながら，大学・大学院の悲惨な現状を考えると，大学教官への支援・動機づけが大学院教育の改善には必須である．特に地方大学では，臨床業務をこなすのに必要な人員さえ不足している．大学経営の観点からしても，教育よりも臨床業務が重要視されている．また，学部の定員増もあり，学部学生の教育負担も増加している．このような現状では，大学院教育にさける余力は存在しない．個々の自助努力では，長期的展望に立った人材養成は難しく，大学のスタッフの増員なくしては持続可能な大学院教育の充実はあり得ない．

(3) 医学研究者を目指す人材開拓

筆者自身の個人的体験を顧みると，医学部学生の頃から常に研究者となることに否定的な意見に直面してきた．研究活動のnegative な側面（経済的困窮，不安定な職業性，相対的社会的地位の低さなど）ばかりが強調されていたと思う．基礎

医学の教員ですら，積極的に研究の魅力を語るより，研究の苦しさを強調していたように思われる．すなわち，医学研究者の職業的魅力よりもそれに対する negative な情報が，「若手」に対して圧倒的に多く提供されているのではないか．

魅力を伝えるには「若手」の手本（role model）となる研究者が必要である．「若手」が指導を受けてみたいと思うような良き指導者（mentor）が必要である．さらに，「若手」が研究者としてのキャリアパスがイメージできるように，多くの研究者が巣立っていく環境が必要である．また，「若手」の教育に携わる者が positive なメッセージを発信していくことも重要である．

そもそも医学研究の重要性が社会全体に伝わっていないから，医学研究者の社会的地位が低いと思われる．医学研究の社会的成果・重要性を社会に対して十分に発信していくことが，医学研究者の社会的地位を高める．それにより待遇・研究環境が改善され，職業的イメージも改善されると思う．「若手」とは何も学部学生や大学院進学前の MD だけではない．医学部進学を考える 10 代の学生，さらには彼らに大きな影響を与える両親達に対するアピールが必要なのではないか．現在，医学部に進学する者の大半は臨床医を目指して進学する．医学研究者になることを目指して医学部に進学する者が少しは存在するようになれば，大学院進学志望者の減少および卒業生の医学研究者への定着率の低さに歯止めをかける一因となると思う．

これらの 3 つの施策により，大学院進学志望者を増加し，卒業生の医学研究者定着率が上昇し，医学研究者が安定供給されることを切に願う．

6．最　後　に

米国の医学研究者の減少問題に関しては以下の良書をお勧めします．

The Vanishing physician-scientist?: The culture and politics of health care work (ed. by Schafer, A.I.). Cornell University Press, Ithaca, New York, 2009

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

わが国の精神医学大学院教育への提言：英国サウサンプトン大学での経験から

木 下　善 弘（信州大学医学部精神医学教室）

過去十数年の間に我が国の多くの大学が大学院大学化し，大学院教育の重要性が認識されつつある．一方で，精神医学分野の大学院教育については，その意義や教育システムに関して，十分に議論されているとは言い難い状況である．筆者は日英の 2 つの大学院博士課程で学び，Philosophy（知を愛すること）の大切さを学生が意識することができるような雰囲気作りと，教育の役割分担ができるようなシステムの導入とが，現在の日本の精神医学における大学院教育では特に重要であると考える．

Graduate education in Japan has increased in importance over the past decade, with many universities becoming graduate universities dedicated to graduate-level education and advanced research. However, the educational system for graduate students is still not well developed, especially in the field of psychiatry. In order to improve graduate education, it would seem particularly important to develop an environment in which graduate students are able to recognize the importance of philosophy—the love of wisdom—and to introduce an educational system in which each staff member is able to concentrate on his or her own distinct duties.

＜**Key words**: graduate education, psychiatry, philosophy＞

1．はじめに

過去十数年の間に我が国の多くの大学が大学院大学化し，大学院教育の重要性が認識されつつある．一方で，精神医学分野の大学院教育については，その意義や教育システムに関して，十分に議論されているとは言い難い状況である．本稿では日英の 2 つの大学院で博士号を取得した筆者の経験を踏まえて，大学院教育について論じたい．

2．筆者の大学院体験

かなり私的な内容ではあるが，ここでは筆者の大学院体験の概略について記述したい．筆者は，2005 年 4 月に名古屋市立大学大学院医学研究科の博士課程（社会人大学院コース）に入学した（2010 年 3 月に学位取得）．入学後 1 年強で日本の博士課程修了に必要な単位を取得し，2006 年 8 月より 2009 年 8 月までの 3 年間，英国サウサンプトン大学精神医学教室に留学し，かの地で MPhil/PhD コースを修了して博士号を取得した．

MPhil/PhD コースとは，英国の大学院博士課程で，研究者養成のための教育が施される．大学卒業資格（学士）を持っていれば入学でき，入学者は MPhil コース（修士課程）より始めて，PhD コース（博士課程）に進み，すべての過程を原則 3 年で修了することが可能である．研究主体のカリキュラムで，講義のスケジュールなどにもフレキシビリティーがあるため，1 年のうち何月からでも開始できるというのも特徴である．

筆者が大学院生としてどのような体験をしたかについて，名古屋市立大学大学院入学後留学開始

表1　サウサンプトン大学での最初の1年半のスケジュール

2006年8〜9月：大学のPresessional English Courseに参加.
2006年9月：研究プロトコール作成開始（指導教官―David Kingdon教授―と週1回くらいずつディスカッションしつつ，最初の半年はひたすら文献検索，その後，プロトコール作成）.
2007年1月：5 month report（1500語）提出
2007年7月：11 month report（3000語）提出
2007年10月：データ収集開始
2008年1月：Transfer thesis（10000語：完成版研究プロトコール）提出

までの期間と，その後のサウサンプトン大学留学期間とに分けて，以下にまとめたい.

名古屋市立大学大学院入学後留学開始までの期間（2005年4月〜2006年7月）：

筆者は精神科単科病院の常勤医として働きつつ，大学院に入学した．病院勤務終了後，夕方6時以降に大学で開講される大学院生向けの講義に週に1〜2回ずつ出席していた．この時期には，名古屋市立大学の指導教官の古川壽亮教授に臨床研究のイロハを習いつつ，研究を実施し，論文の執筆を開始した．この時期に臨床研究および論文の書き方の基礎を身につけることができた．勤務先の病院では指定医取得のための症例を経験し，レポートを提出した.

サウサンプトン大学留学期間（2006年8月〜2009年8月；表1，2）：

最初の1ヶ月は大学のPresessional English Courseに参加した．大学に提出するレポートや学術論文などを書くための，アカデミックライティングの技術を身につけることを主眼とした集中コースであった．このコースで，他学部で学ぶ世界各国から集まった学生とも知り合いになることができた.

2006年9月から，研究プロトコールの作成を開始した．指導教官のDavid Kingdon教授と週1回くらいずつディスカッションしつつ，最初の半年間はほとんどの時間を文献検索に費やした．その後，プロトコールを完成させた．研究の進捗状況に関して，MPhil/PhDコースの学生には，5 month report（1500語）と11 month report（3000語）との提出が義務付けられており，それぞれ，2007年の1月と7月に提出した．2007年10月からは，研究プロトコールに従って，データ収集を開始した．2008年1月には，MPhilコースからPhDコースへのアップグレードのために提出が義務付けられているTransfer thesis（10000語：完成版研究プロトコール）を提出し，同年3月にはこのthesisの内容に基づいて行われる進級試験（Transfer viva）を受験した.

表2　研究調査開始後のスケジュール

2007年10月〜2008年11月：日本およびイギリスで，統合失調症の患者にインタビューをしてデータ収集
2008年12月〜2009年6月：データ解析および学位論文（約40000語）の作成

Transfer vivaでは，自らの研究プロトコールに関して，指導教官以外の学内の教授1名（精神科）の口頭試問を受ける．研究プロトコールに関してのディスカッション的な意味合いも強い．所要時間は2時間くらいで，試験官は事前にプロトコールに目を通しており，かなり細かいところまで質問される．この試問において，筆者は，なぜその研究をするのかということに関して，自分自身満足のいく回答をすることができず，たいへん悔しい思いをした．少なくとも筆者にとっては，この口頭試問は，疑問および仮説を明確にすることの大切さを再確認する格好の機会であった.

2007年10月から2008年11月までの1年間は，日本およびイギリスで，統合失調症の患者にインタビューをしてデータ収集を実施した．以後，2008年12月から2009年6月までの期間を費やして，データ解析を行い，学位論文（英文で約40000語）を完成させて提出した．2009年7月には学位審査（Viva voce）を受け，合格して，学位を取得した.

Viva voceは，英国の博士課程の伝統的なシステムで，口頭試問の形式で実施される．審査員は

表3　筆者が日英の大学院で学んで実感したこと

- 研究の出発点は Philosophy（知を愛すること）である．Philosophy を伴わない研究を長く続けることは難しい．
- 大学院では，マンツーマンの教育が根幹をなす．その際，指導者は学生の Philosophy を引き出すよき水先案内人であることが望ましい．
- 学生の Philosophy を引き出し，モチベーションを高める最善の方法の一つは，学生自身の疑問を研究に結び付けることである．

学位論文が対象とする分野の専門家で，サウサンプトン大学では規則上，学内と学外よりそれぞれ1名ずつ招聘されることになっている．一般に，審査にかかる時間は2時間くらいだが，6時間以上にわたることもある．審査直後に，審査員から学生に結果が通知される．

日本および英国での大学院生としての生活は，筆者にとって，研究や教育について考える格好の機会であった．表3は，筆者が日英の大学院で学んでいる際に実感したことのまとめである．自分が知りたいと思うことを知るために研究することが，研究者にとっての出発点であり，この点に関しては大学院生とて例外ではない．研究者自身にとっても，その他の人にとっても有益な研究を実施するためには，Philosophy（知を愛すること）が必要不可欠である．博士課程は，大学院生が，まず自分が何を知りたいのかを明らかにし，自らの疑問を科学的に回答可能な形に定式化し，そのうえで研究をするための技術および能力を身につけていく場であると筆者は考えている．極端な例として，自分が何を知りたいのかという点について全く考えることなく，与えられたテーマでいきなり研究を開始した場合には，大学院生が研究へのモチベーションを高め，維持するのは難しいのではないだろうか．大学院生が研究者として成長していくためには，テーマの設定から研究実施，論文執筆に至るまで，要所要所でディスカッションの相手をし，目標達成および問題解決のためにどんな選択肢があるのかを一緒に考えてくれる水先案内人のような指導者がいることが望ましい．

表4　英国の大学院教育の特徴

- Philosophy の大切さを意識させられる雰囲気がある．
- 大学院教育の役割分担が確立している．

3．英国の大学院教育の特徴――日英の大学院の比較

筆者は英国の MPhil/PhD コースの教育の主な特徴は表4に列挙した2点に集約されると考えている．第一に，Philosophy の大切さに関しては，筆者が学んだサウサンプトン大学の MPhil/PhD コースには，自分がなぜそのテーマを選んで研究するのか，自然に考えさせられるような雰囲気があった．実際に，そのような雰囲気の中で，“ただ単に学位を取りたいから，成果を出したいから研究する”という発想と，“純粋に自分の疑問に対する答えを見出したいから研究する”という発想とのバランスを考えさせられることも多かった．そのような雰囲気が作り出されている背景には，自らの疑問，仮説を重要視する英国の教育，風土があるのではないかと筆者は考えている．また，大学院生の多様性もそのような雰囲気の維持に役立っているのではないかと思われる．英国では自らのキャリアアップや学位取得が第一目標ではない，40代後半，あるいは50代の大学院生も少なくない．そのような学生を受け入れるため，拘束時間が原則週1日のみの，パートタイムのコースも充実しているし，広く認知されている．教室の垣根を越えた学生間の交流もさかんであり，筆者も，様々な学生の考えにふれ，自分の考えについて再検討することができた．

第二に，大学院教育の役割分担に関しては，豊富な選択授業やワークショップが用意されている．例を挙げると，筆者が学んだ過程では，統計学コース，プレゼンテーションスキルのコース，学位論文作成のためのワークショップ，就職活動のためのワークショップなどのうち，自分に必要と思うものを自由に選択して受講することができた．このようにコースが充実しており，役割分担が確立しているおかげで，指導教官は少なくとも臨床研究の手段や技法に関しては，自ら指導する代わ

りに，必要なコースへの参加を学生に勧めるだけでよいことになる．結果として，指導教官は前述したような水先案内人としての役割を果たすのに，より多くの時間を割くことができる．

4．日本の大学院教育への提言

以上の議論を踏まえて，日本の大学院教育への提言を行いたい．

提言 1：Philosophy の大切さを学生が意識することができるような雰囲気作り

筆者は上記のような雰囲気の中で，卒後も研究継続を志すような学生，あるいは研究の楽しさを伝えられるような臨床家が育つことを強く期待している．上記の提言を実現するためには，まず，指導者が自分の研究に対するビジョンを明確に提示することが必要である．具体的には，“成果を出すために研究する”というスタンスと，“自分が知りたいことを追求する”というスタンスとのバランスを意識しつつ，学生に伝えることが大切であろう．そのうえで，大学院生が自ら考え，自らの仮説を検証していく過程を楽しめるような工夫も必要となってくるだろう．そのためには，自分の疑問から出発して研究を実施できるような機会を大学院生に提供することも重要である．

しかし，研究に結び付けられない“疑問”も多いことが，上記の提言実現の障壁となることが考えられる．全ての疑問に対して研究によって答えが出せるとは限らない．理論的には実施可能な研究でも，コストや時間の制約によって実施できない場合もある．学生とのディスカッションにおいて，指導教官が，実現可能な研究テーマ設定のサポートを実施することが必要になってくるだろう．ただし，今度は，指導のために使える時間の制約が問題になってくる可能性がある．臨床教室の指導教官は，自らの研究，医学部学生の指導，臨床業務のための時間も確保せねばならず，大学院生の指導に十分な時間が割けないことも多い．筆者はこの点に関しては，次の提言が一つの答えになるのではないかと考える．

提言 2：教育の役割分担ができるようなシステムの導入

特に臨床研究に関しては，研究に必要な統計学を学ぶためのコースを充実させる必要がある．そのためには医療統計学のスタッフの充実も必要であろう．研究内容，技術はますます多様化し，大学院生が必要としている知識や技術の全てを，一人の指導者が効率よく提供することはほぼ不可能である．システム充実のために初期投資は必要だが，研究指導に関して役割分担を行うことで，教育のプロセスを効率化し，結果的には大学院教育全体にかかる時間的，金銭的コストを抑えられる可能性もある．

5．ま と め

筆者は，日本とイギリスの両国で，大学院を修了した．日英の大学院教育の違いから，今後の日本の大学院教育を考えるうえで，1．Philosophy の大切さを学生が意識することができるような雰囲気作りと，2．自分のキャリアにとって必要なものを自ら選んで学んでいけるようなシステム作りが，特に重要であると考えるに至った．ただし筆者は，日本と比較して，イギリスの大学院教育が特に優れているとは考えていない．日本の全ての大学院が画一的な教育を提供する必要はないと考えられるし，社会人大学院制度など，多様な選択肢の中から学生が進学先を決定できるようなシステムを構築することが望ましい．そのために，少なくとも大学院の 4 年間に関しては，所属する医局や大学とは無関係に進学先を選択できるようなシステムを構築していくことも必要になってくるだろう．

謝　　辞

留学に当たっては，公益信託グラクソ・スミスクライン国際奨学基金，Overseas Research Students Awards Scheme，日東学術振興財団よりご援助いただきました．この場を借りてお礼を申し述べさせていただきます．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

わが国の精神医学大学院教育への提言：女性大学院生の立場から

菊地　紗耶[1,5]，中野　和歌子[2,5]，松本　良平[3,5]，内田　直樹[4,5]，松岡　洋夫[1,5]
1）東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野，2）産業医科大学精神医学教室，
3）京都府立医科大学附属病院精神神経科，4）福岡大学医学部精神医学教室，5）NPO 法人日本若手精神科医の会

日本における女性研究者は年々増加し全体の 13％を占めるに至っている．しかし諸外国に比べその割合は著しく低く，その理由として，家庭や育児との両立，評価や採用の男女差，研究者としてのキャリアパスが描きにくいことがあげられている．日本の医学・歯学分野における学部学生，大学院生，研究者の女性の占める割合は，それぞれ 33％，30％，24％であり，大学院進学の割合が際だって少ないとはいえない．

著者らの調査によると，女性精神科医師の 67％が臨床と家庭の両立が困難と回答しているが，研究と家庭の両立が困難であると回答したものは 37％である．女性医師にとって大学院進学や研究はキャリアパスに十分組み込まれうることが考えられる．

最近では，文部科学省による女性研究者支援モデル育成事業により，全国の大学などで育児介護支援，保育環境整備，次世代育成等の取り組みが進められている．

家庭や育児と研究生活を両立させるためには，研究に触れる機会があり，研究に関心をもつことを大前提として，更に家庭や育児との両立環境が整うことが必要条件である．

＜**索引用語**：女性大学院生，女性研究者，大学院教育，精神医学＞

In Japan, the ratio of women researchers is increasing up to about 13%. However, compared with other countries, the number is still small. One of the reasons is said to be due to difficulty in achieving a good balance between research and childrearing, inequality of appraisal and recruitment as researchers and difficulty in imaging career path as researchers. In medicine and dentistry, the ratio of women undergraduate, graduate and researcher is 33%, 30% and 24% each.

According to our previous research, 67% of the women psychiatrists thought it difficult in achieving a good balance between work and childrearing, but only 37% of them thought it difficult in achieving a good balance between research and childrearing.

Recently research environments easy for women researchers have been promoting. Ministry of Education, Culture, Sports Science and Technology support the university and research institute to promote the research environments for women researchers ; short-time employee for childrearing, nursery center and development of the next generation.

For the good balance between research and childrearing, the chance to exposure to research and the interest to research are essential. In addition, the improvement of research environment is necessary condition.

はじめに

今回，女性大学院生からみたわが国の精神科大学院教育について考える機会を得た．女性大学院生の立場からみた大学院教育について，日本にお

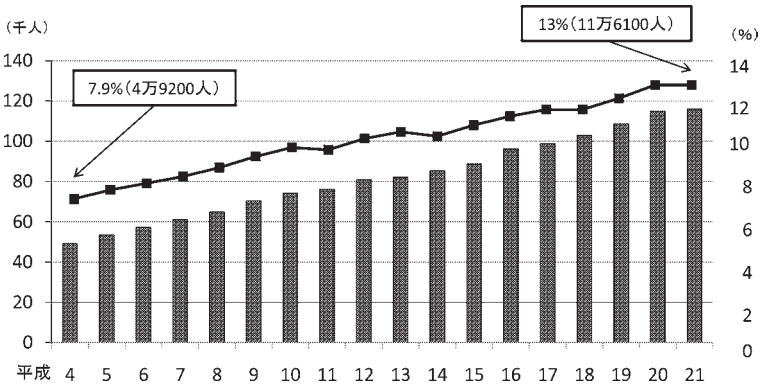


図１　女性研究者数および研究者に占める女性割合の年次推移
（総務省「平成 21 年度科学技術研究調査報告」（http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001024127&cycode=0）のデータを使用し筆者が作成）

ける女性研究者の現状やアンケート結果，著者自身の経験を踏まえ検討していきたい．

1．日本における女性研究者の現状

図１は科学技術研究調査報告[5]による女性研究者数および研究者に占める女性割合の年次推移を示している．女性研究者数は年々微増し，平成 21 年には女性研究者の割合は 13％（11 万 6100 人）を占めている．しかし，研究者に占める女性の割合の国際比較では，諸外国の割合に比べ著しく低い．男女共同参画白書[4]によると，研究者に占める女性の割合が，ポルトガル 46.6％，スペイン 35.4％，米国 32.5％であるのに対し，日本では 12〜13％程である．男女共同参画学協会連絡会の調査[1]によると，女性研究者が少ない理由として，「家庭と仕事の両立が困難」，「育児期間後の復帰が困難」，「業績評価において育児・介護等に対する配慮がない」，「評価者に男性を優先する意識がある」，「職場環境」，「男性に比べて採用が少ない」，「ロールモデルが少ない」など，家庭や育児との両立に関する内容，評価や採用の男女差，キャリアパスを描きにくいといった３点に大きく分けられる．以上は，女性研究者全体に関するデータであるが，次に分野別の女性研究者について示す．

図２は，平成 21 年度科学技術研究調査報告[5]，学校基本調査[3]より作成した，学部学生・博士課程の大学院生・研究者に占める女性の割合を分野別に示したものである．女性学部学生は，医学・歯学分野，農学分野，社会科学分野では 3〜4 割であるが，理工学分野では３割を切っており，分野により割合が異なる．医学・歯学分野では，学部学生の 1〜6 学年全在籍者中，女性の割合は 33％，同様に大学院生の 1〜4 学年全在籍者中 30％，研究者では 24％という割合である．1 学年の学部学生から博士課程に進学する割合については，男性の 49％が，女性の 41％が大学院に進学するという計算になり，女性医師/歯科医師の場合には，比較的博士課程に進む割合が多いといえる．

医学分野においては，各診療科により，医師のキャリアパスは異なることが考えられる．各診療科での大学院進学に関する詳細は報告されておらず，精神医学分野における女性大学院生や女性研究者の現状については明らかになっていなかった．

2．精神科医の仕事と家庭の両立に関する意識調査から

2007 年に日本若手精神科医の会では，卒後 12 年以内の若手精神科医を対象にし，家庭と仕事の両立に関する調査を行った[2]．主に臨床との両立

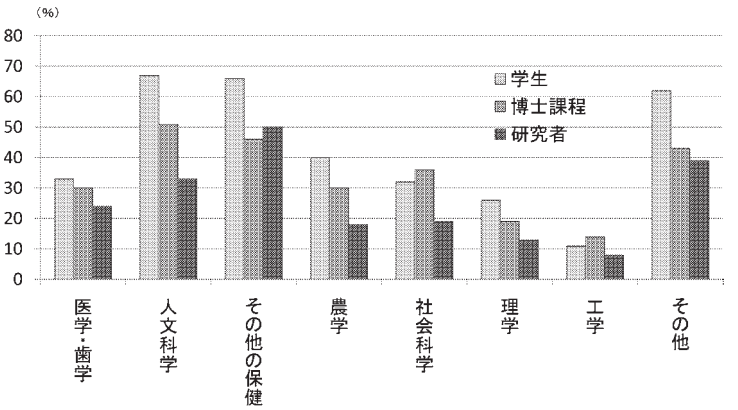


図2　分野別学部学生・院生（博士課程）・研究者に占める女性の割合（総務省「平成21年度科学技術研究調査報告」(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001024127&cycode=0)，文部科学省「平成21年度学校基本調査」(http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001024271&cycode=0）のデータを使用し筆者が作成）

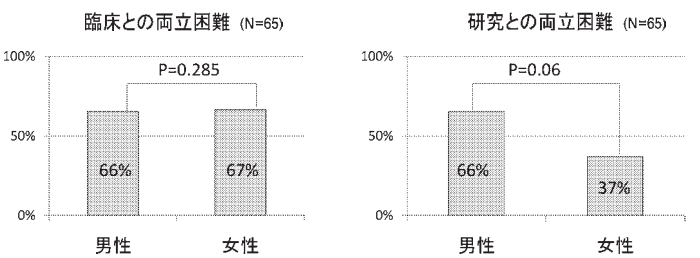


図3　卒後12年以内の若手精神科医の育児と仕事の両立に関する調査（文献2の図11を改変）

に関して調査を行ったが，一部研究に関する意識調査も実施しているため紹介したい．対象者数は65名，対象者の所属は6割が大学病院であった．

家庭と仕事の両立が困難であると回答したのは，男性の80％，女性の96％と予想通りに高い割合であったが，さらに両立が困難であると回答したものを対象にして，その内容を聞いたところ，仕事（臨床）との両立が困難であると回答したものは，男性66％，女性67％と差はみられなかったが（p＝0.285），研究との両立が困難であると回答したものは，男性66％，女性37％と有意差はなかったものの（p＝0.06）大きく差が開いた（図3）．さらに女性のみを対象とした設問では，臨床を行う上で不利と感じるかという問いには54％が「はい」と回答したが，研究を行う上で不利と感じるかという問いに「はい」と回答したのは36％のみであった．

今回の調査は対象者が65名であり対象者にも偏りがみられるため，この結果を一般化することはできないが，今回の調査結果から，女性精神科医師の場合，家庭との両立という観点で，臨床と研究は別のとらえ方をしている可能性があり，この結果の解釈は次の二通りあると考えられる．一つは，臨床との両立はいずれ直面する可能性の高

い問題であるが，研究を行うかどうかは個々のキャリアパス次第であり，研究との両立は緊迫した問題ではない可能性である．もう一つは，臨床との両立は困難を伴うが，研究生活であればいくらか両立が可能と考えている可能性である．このことは，女性医師にとっても，大学院進学や研究生活がキャリアパスの中に十分組み込まれうることを示している．

3．筆者の経験から

筆者は現在，大学院3年で，臨床研究を行う一大学院生である．育児を行いながらの大学院生活について一つのキャリアモデルとして参考になればと思い，筆者の経験についてまとめた．

大学院に入学するまでの経緯であるが，2年間の大学病院および2年間の市中病院での研修を終え，1年間の産休育休に入り，6年目で大学病院の医員として復職した．精神保健指定医，専門医を取得後，7年目で大学院に入学し現在に至る．

1年目	大学病院		・臨床中心の生活
3年目	院外研修		・臨床中心の生活 ・専門分野への興味 ・JYPO入会
5年目	産休・育休		
6年目	大学病院	1歳	・臨床と育児の両立
7年目	大学院1年	2歳	・指定医/専門医取得
	2年	3歳	
	3年	4歳	

図4　大学院に入学するまでの経緯

研修中に印象的な症例に出会い，周産期精神医学や児童精神医学に興味を持ち，また卒後4年目で日本若手精神科医の会（JYPO）に入会し，全国の若手精神科医と交流を持つことで刺激を受け，専門分野をより深めることの魅力を感じるきっかけとなった（図4）．

現在，研究は妊産婦を対象とした心理社会的な臨床研究を個人研究という形で行っている．外来は週2回，周産期や児童精神科などの専門外来のみを担当し，その他は，大学病院や研究フィールドとなっている市中病院にて，データの収集，解析などの研究活動を行っている．通常の研究活動は日中に行えるため，育児と研究の両立という意味では十分両立可能な研究スタイルである．夕方以降のミーティングは研究に関するものなど複数あるが，後述するベビーシッターや実家の援助を受け，参加している．また，月1回地域母子保健活動に参加する機会を得ることもできた（図5）．

このような研究スタイルを選択した理由として，改めて振り返ると，周産期精神医学や児童精神医学の臨床に即した研究を希望したこと，東北大学にて研究テーマを自由に選択することができたこと，児童精神科医や研究に精通した複数名のアドバイザーとなる医師が存在したこと，実際に育児をしながら臨床研究をしている大学院生が存在したことなどがあげられるが，やはり子どもの急病や保育環境の問題が最も大きかったと考えられる．特に，臨床医として復職した医師6年目の1年間は，保育所通所開始と重なり，子どもの急病に悩まされた．1年を通しての保育所通所率は約8割であり，1週間のうち1日は急病のため欠席，そ

月	火	水	木	金	土/日
〈臨床研究〉 大学病院	〈外来〉 （児童精神科） 市中病院	〈外来〉 （周産期） 大学病院	〈臨床研究〉 大学病院	〈臨床研究〉 市中病院	月3回 日直 または 当直
ミーティング		ミーティング	ミーティング		

図5　大学院生活

の前日には早退ということもあり，1週間のうち1.5日は職場を空けなければならないという計算になる．実際のところは，実家の援助があり職場を空けることはなかったが，両立する段階になり初めて知る保育の実情であった．周産期や児童の専門をより深めたいとは思うものの，専門の勉強よりも日々の臨床業務をこなすことで汲々とした日々であり，ある程度子どもの急病にも対応でき，かつ，より専門分野の勉強を深めたいという思いの2点を両立させるのが，このような研究スタイルであった．

このような形の個人研究にはデメリットもあった．臨床研究手法の問題，研究立ち上げの問題，研究自体の継続性や質の問題である．臨床研究の手法については，文献検索から研究プロトコル作成，その後の解析などの各段階で，不明点があればその都度アドバイザーに聞ける環境にはいたが，これら臨床研究の手法について系統的に学ぶ機会があればよかったと思われる．研究立ち上げについては，研究対象者が産科精神科領域にまたがるため，研究フィールド探しや研究フィールドでの研究への理解を得ること，研究協力者となる医師やスタッフとのネットワーク作りなど一から始めなければならないことが多く苦労した点ではある．また個人で行う研究自体の継続性や質を保つことは現実的には難しいと思われた．

上述のデメリットはあったが，筆者にとって現在の研究スタイルのメリットの方が十分に大きかった．臨床のdutyが減り子どもの急病に対応できるようになったこと，周産期や児童の症例を多く経験することが以前より可能になったこと，臨床ではみられない地域活動に参加可能になったこと，研究会や学会などでの発表や参加が以前より可能になったこと，4年間異動がなく環境の変化がないため生活が落ち着いたことなどである．医局の理解があり，好きなテーマで臨床や研究が行え，家族の理解があり，育児との両立が可能になったことなどより，以前よりも充実した生活を送れるようになったと実感している．

最後に東北大学における大学院の位置づけについて紹介する．東北大学では現在大学院生として7名（大学病院に勤務する医師29名中24％）が臨床研究や基礎研究を行っている．いずれも現在5〜9年目の医師で，院外研修を終え，精神保健指定医取得前後で入学している．当大学では，臨床上の業務については研究に必要な臨床活動のみであること，大学院生の自主性を重んじ，自力での目標達成が原則となり，ある程度自力で研究を推進する力を要求することなどが特徴である．

4．女性研究者支援の現状

上述の「日本における女性研究者の現状」に示した実情から，文部科学省では，女性研究者支援モデル育成など，女性研究者を支援するための各機関での取り組みに対する支援である「女性研究者支援モデル育成事業」を行っている．具体的には，大学や公的研究機関を対象として，研究環境の整備や意識改革など，女性研究者が研究と出産・育児などの両立や，その能力を十分に発揮しつつ研究活動を行える仕組み等を構築するモデルとなる優れた取り組みを支援するものであり，平成18年度10件，平成19年度10件，平成20年度12件が採択されている．各採択課題を概観すると，その要点は，育児との両立のための柔軟な勤務体制の確立，女性研究者に生じうる諸課題を解決するための相談体制の整備，病児・病後児保育などの保育支援システムの整備，出産育児期間中の研究支援や代替者配置の整備，女性研究者の裾野拡大などの次世代育成，各研究機関における女性研究者の登用，その他地域独自のアイデアである．

東北大学では，平成18年度に「杜の都女性研究者ハードリング支援事業」が採択され，育児介護支援，環境整備，次世代支援を3本柱に掲げ事業を展開している．育児介護支援については，妊娠出産などで研究が中断する場合の代替要員派遣の制度である研究支援要員派遣制度，ベビーシッター利用料補助制度，時短勤務制度などがある．次世代支援としては，研究そのものに関心を持つ女子学生を増やす目的で，サイエンスエンジェル

という制度があり，女性大学院生や女性研究者が母校などで出張セミナーを開催し，女性研究者の裾野拡大を図っている．環境整備については，学内保育所の整備や病後児保育の拡充などが行われている．これらの制度は，実際に利用する立場からみて利用アクセスがよいかどうかが現実的には問題となるが，これらの制度のうち，現在の研究生活を支えるものとして，保育所にての保育が終了した夕方以降の研究ミーティングの際にベビーシッターを利用してミーティングに参加することができるなど，実際に利用しやすい制度もあり，これらのきめこまかな制度が女性研究者を支えるものと思われる．

おわりに

今回，大学院教育について女性大学院生の立場から検討する機会を得た．冒頭にも述べたように筆者は育児をしながら臨床研究を行う一大学院生であり，一つのモデルとして提示できればと思い参加した．様々なバックグラウンドの先生方からの意見や当日のフロアとのディスカッションは，改めて大学院や研究の在り方について問いなおすよい機会であった．育児との両立という意味では，今後女性だけでなく育児を行う男性医師の研究生活を支援していく体制が必要である．今後も大学院教育，研究について考える機会が持たれることを期待している．

文　献

1）男女共同参画学協会連絡会：平成19年度科学技術系専門職における男女共同参画実態の大規模調査．p. 130, 2008

2）菊地紗耶，上原久美，橋本直樹ほか：各国の状況．女性医師の状況を中心に．女性精神科医師の現況について．卒後12年以内の精神科医師を対象にしたアンケート調査より．精神経誌，110（7）；563-570, 2008

3）文部科学省：平成21年度学校基本調査（http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001024271&cycode=0）

4）内閣府：平成21年度男女共同参画白書（http://www.gender.go.jp/whitepaper/h21/gaiyou/html/honpen/b1_s07.html）

5）総務省：平成21年度科学技術研究調査報告（http://www.e-stat.go.jp/SG1/estat/List.do?bid=000001024127&cycode=0）

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

わが国の精神医学大学院教育への提言
――日本の大学院生の立場から――

内田　直樹[1,5]，松本　良平[2,5]，中野　和歌子[3,5]，菊地　紗耶[4,5]，西村　良二[1]
1）福岡大学医学部精神医学教室，2）京都府立医科大学大学院精神機能病態学，3）産業医科大学精神医学教室，
4）東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野，5）NPO 法人日本若手精神科医の会

2004 年に初期臨床研修制度が開始されるなど最近の医療界における変化は大きく，この影響か医学系大学院の志願者の減少傾向に拍車がかかっている．筆者は，日本の大学院医学研究科において学位を取得した．本稿では，わが国の精神医学大学院教育が抱えている問題点および，これに対する提言について筆者の経験をもとに若手精神科医の立場から考察した．われわれ若手精神科医が大学院教育に求めるものは，研究者のステップとしてだけでなく，研究の基本を学ぶことも目的として挙げられる．しかし，最近の医療界の変化（初期臨床研修制度の開始，女性医師の増加，医師の偏在化）を背景として，大学院の 4 年間を長いと感じること，収入の減少，臨床を離れる不安，精神保健指定医の取得優先などの理由から大学院進学者が減少している．大学院進学者の減少によって，日本の精神医学の研究力が減少していることが問題であると考えた．この現状に対して，欧米への留学を推奨しまた留学を終えた研究者が日本に戻ってきて研究を続けるポストを用意すること，海外特にアジアからの留学者を積極的に受け入れること，臨床と両立できる大学院コースの作成，および，研究トレーニングシステムの充実が有効と考えることを提言した．

＜**索引用語**：大学院，教育，精神医学＞

The field of medicine in Japan is currently experiencing a number of changes, including a new compulsory residency training program, an increase in the number of doctors who are women, and imbalances in the geographic distribution of doctors. These changes are significant, and they are contributing to the reduction in the number of graduate students in medicine.

Students go to graduate school not only as a step toward a career as a researcher, but also to study the fundamentals of research. Young psychiatrists avoid going to graduate school due to its long duration, the accompanying reduction in income, anxiety about leaving clinical practice, and the fact that many of them place priority on becoming licensed as a designated mental health physician. The reduction in graduate medical students is leading to a decline in research in the field of psychiatry.

Proposals related to graduate education in psychiatry in Japan include recommendations for study abroad programs ; acceptance of overseas students, especially those from Asia ; graduate school programs that balance research and clinical practice ; and the development of a research training program.

1．はじめに

本稿はシンポジウム「我が国の精神医学大学院教育への提言――日本の大学院生の立場から――」での発表原稿をまとめたものである．筆頭著者である内田（以下，私）の当日の発表では，前半に大学院進学が減少している背景および大学

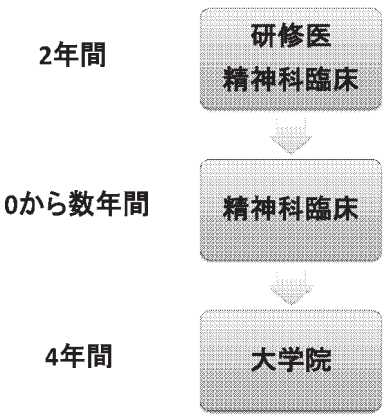


図１　新臨床研修制度開始以前の大学院進学までの流れ

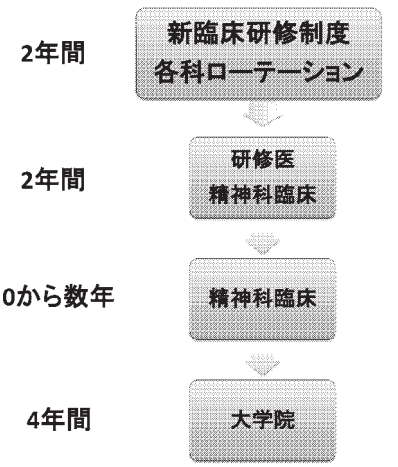


図２　新臨床研修制度開始後の大学院進学までの流れ

院教育に期待するものについて若手精神科医の立場から考察し，後半にわが国の精神医学教育に対する提言を行った．

2．日本の精神医学大学院教育を経験した立場から

私は 2010 年 3 月に福岡大学大学院医学研究科にて学位を取得し卒業した．また現在，NPO 法人日本若手精神科医の会（以下，JYPO）の理事を務めており，全国の精神医学大学院に所属する若手医師とのつながりが多い．これらのことからこのシンポジウムでの発表に際してはじめに私が考えたのは，日本のさまざまな大学の大学院生の実情についていくつか具体例を挙げて紹介するというものであった．しかし，具体的に内容を詰めていくときに感じたのは，国内の大学院生の状況は立場や環境によってそれぞれに異なり一概に論じるのは難しいということであった．

3．最近の医療界の変化と大学院入学者の減少，これによる研究力の減退

最近の医療界における変化は大変大きく日本の大学院教育を考える上で無視できない．具体的には，新臨床研修制度の開始，女性医師の増加，および医師の偏在化（地域の偏在化と診療科の偏在化）が挙げられる．

図１に，新臨床研修制度開始以前の一般的な大学院進学までの流れを示した．大学卒業後，研修医として二年間精神科臨床を経験したのちに，そのままもしくは数年の精神科臨床を経て大学院に進学するというのが一般的であった．私の場合，一年目を福岡大学の精神神経科で研修したのち，二年目の研修を福岡県立精神医療センター太宰府病院で行った．三年目を再び福岡大学病院の精神神経科にて一年間精神科臨床を経験し，四年目に大学院へ進学した．その後 2010 年 3 月に大学院を卒業し博士号を得たという流れである．

次に図２に，新臨床研修制度開始後の一般的な大学院進学までの流れを示す．新臨床研修制度開始後は，各科ローテーションの２年間が入ることで大学院への道のりが遠くなった．このように，大学院への道のりが遠くなり大学院入学が減少しているというのが日本の大学院教育の現状であり問題点の一つであると考える．また，女性医師の場合その時期に妊娠・出産・育児を経験する時期が重なることが多くみられる．そのため，臨床に加えて研究に関わる時間を割くことが難しくなると感じる傾向があるためか，女性医師は大学院進

学を敬遠する傾向が強い．最近の女性医師の増加も，大学院入学者の減少に関係していることが考えられる．

4．なぜ大学院に進学しないのか

今回のシンポジウムでの発表にあたって，大学院教育に関する文献を検索し参照した．大学院医学研究科に関する論文は多く出版されており，大学院医学研究科の近年の危機的状態について触れられているものも多い．しかし，基本的にこれらは大学院の教育者側・教授陣から検討されている内容である．そこで今回は，大学院の学生側からも，「なぜ大学院に進学しないのか？」について考察してみたいと思う．

第一点として，大学院の4年間という期間が長いということが挙げられる．新臨床研修制度によってこれまでより入学が2年間遅くなっていることを考えると，4年間が一層長く感じられることは先ほども述べた．第二に，収入の減少が挙げられる．特にこういった学術的な場では給与に関する話題は議論に挙がりにくいが，現実的には人の行動を決定する際に金銭は大きな影響を及ぼす．医師となり臨床をしていく中で収入が増え生活が変わると，また学生の頃のような生活を再び送るのは難しいと感じる者も多いであろう．第三点は，臨床から離れることの不安である．精神科臨床を数年経験するとある程度患者との接し方や治療の仕方が自分なりに身についてくると感じる．そういった時期に臨床から離れるのは，この一度得た技術が失われるのではないかという不安を引き起こすものと考えられる．第四点は精神科の場合に特殊な事情であるが，精神保健指定医の取得優先が挙げられる．他科の場合には専門医の取得の優先が考えられるようだが，精神科の場合には精神保健指定医の取得が特に優先されることが多い．精神保健指定医の資格がないことで診療活動が制限されることや，就職に際しても不利になることが考えられる．これら四点が，大学院生側・若手医師側からみた「なぜ大学院に進学しないのか？」という問いに対する答えの代表的なものになる．これらの理由から，大学院入学者が減少していると考える．

5．若手精神科医が大学院に求めることとは

ここまでの話は，「どういうことで大学院へ進まないか」というネガティブな視点での話であった．では，実際に大学院に進学する若手精神科医が大学院に求めるものはどういうことがあるだろうか．これについては，各自がどういうキャリア設計を考えているかによっても異なるであろう．では，具体的に若手精神科医が大学院に求めるものとはどういうものがあるのかを考えてみたい．まず，一つ目として「研究者になるためのステップ」ということが挙げられる．これを，大学院の教育者側の視点で言うと「研究者の養成」となる．これは，将来研究者としてキャリアを積んでいくために大学院に進学し大学院教育を研究のステップにするというもので，大学院に求めるものとして一般的な考え方であろう．しかし，大学院進学者の全員が将来研究者になろうと考えていて研究のステップとして大学院に進学するかというとそうではない．そこで大学院進学に求めることの二つ目として，「研究の基本を学ぶ」という目的が挙げられる．大学院の教育者側からの視点では，「高度な専門性をもった職業人の育成，研究マインドの涵養」となる．実際にこの目的で大学院に進んだ精神科医は多いであろう．実際に私も将来研究者になろうと考え大学院に進学したわけではなく，研究の基本を学びたいと思い大学院へ進学した．大学院に求めることの三つ目は博士号の取得がある．これは当然のことではあるが，これだけが目的ではないのは，これまでに述べたとおりである．

6．研究力の減退が問題である

このように，研究者になるためのステップとして大学院に進学するものだけでなく，将来研究者になるつもりではないが研究に興味があるものも大学院に進学していたのがこれまでの日本の大学院教育であると考える．これは，図3のように表

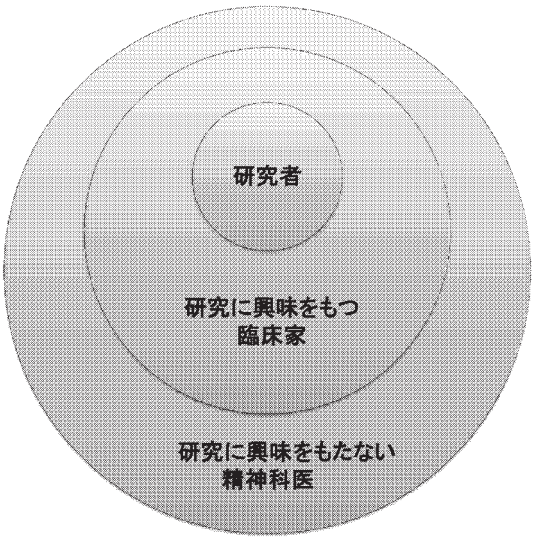


図３　精神科医と研究

現できる．このように，研究者が日本の精神医学の研究の中心にいるが，実際にはこの研究者の他にも研究に興味を持っている臨床家がおりこの臨床家たちも臨床研究を行うことで日本の精神医学の研究力に貢献している．また，将来研究者になるつもりではないけれども研究に興味があり大学院に進学した結果，研究への興味が高まり研究者となったという大学院生もこれまでに少なからずいたと考える．しかし，これまで述べた背景から，この研究に興味を持っている臨床家たちが大学院に進学しなくなり，日本の研究力が減退していることが現状の問題点であると考える．つまり，大学院進学を希望するものが減少したことが問題の核ではなく，大学院入学者が減少し日本の精神医学の研究力が減退していることが問題であると考える．

7．若手としての提言

これらの現状を踏まえて，わが国の大学院教育を経験した若手精神科医としていくつかの提言を行いたい．先ほど挙げた，若手精神科医が大学院に求めるものに沿って提言を考えた．

7．1．研究者のステップとして大学院進学を考える場合

ここではまず，「欧米への留学を推奨する」ということを提言したい．このシンポジウムのなかでも佐々木努先生と木下善弘先生からプレゼンテーションがあったように，欧米に研究を行うのに整った環境があるのであればそれを利用するのは一つ有力な選択肢であると考える．また，欧米への留学は研究をする環境として適しているだけでなく，もう一つ人脈形成という点でも有用であると考える．私は大学院に進学する前は研究者のイメージとして研究室にこもって人と接さず研究ばかりしている人たちを考えていた．しかし，実際には人間関係や人脈がとても大事だと大学院に進学したのちに感じた．たとえば，欧米の学術誌に論文を投稿するにしてもチーフエディターを知っていれば投稿の敷居は下がるであろう．また，学術集会でのシンポジウム開催や治療ガイドライン作成の際にも学術分野の第一人者たちとつながりがあることで声がかかり関わることができる可能性が高まる．どの研究分野も第一人者たちは欧米の主要大学や主要研究施設に所属していることが多いことから，留学しそれらの研究者たちと関係を築くことは研究者としてのキャリアに有利に働くであろう．しかし，欧米への留学を推奨するばかりでは日本の優れた頭脳が海外に流出するのみとなってしまう．このことから，留学に行くサポートだけでなく，留学から戻ってくるサポートも必要になると考える．実際，最近は米国でも研究者のポストがなく研究したくてもできないことが起こってきている．これらの優秀な研究者が研究できるポストを用意することで，優れた研究者が日本に増え，彼らに研究者の養成に関わってもらうことでわが国の大学院教育は充実すると考える．しかし，「研究者の養成」という大学院教育者の立場から考えると，大学院生が留学ばかりしては日本国内の大学院が空洞化してしまう．そこでもう一つの提言として，海外，とくにアジアからの留学生を受け入れることを挙げたい．私は，JYPO の活動を通して多くの海外の若手精神科医，

表1　福岡大学精神医学教室の大学院の生活

	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日
Day time	大学病院	大学病院	精神科病院	精神科病院	大学病院	大学病院
Night time	勉強会統計	勉強会全体	当直		勉強会大学院	

とくにアジアの若手精神科医と接する機会にめぐまれた．今回のこの広島大会でも海外から12名の若手精神科医が学会に招待されており，彼らと交流の機会をもつことができた．彼らと接していて感じるのは，彼らがとても優秀でまた勉強する機会を欲しているということである．このことから，海外，特にアジアの優秀な若手精神科医の日本への留学を積極的に受け入れサポートすることで日本の研究力の向上につながっていくと考える．これは，かつてアメリカが採用し，成功した方法である．日本の人口がこれから減少していくということを考えても，日本の中だけで解決策を考えても難しいであろう．アジアからの留学生を受け入れ日本がアジアの研究の中心となる，ということを提言したい．

7．2．研究の基本を学ぶ場として大学院進学を考える場合

次に，研究の基本を学ぼうと大学院に進学していた場合に焦点を当てて提言を行う．ここでも，二つの提言がある．

一つは，大学院と臨床の両立である．将来研究者になるつもりではないが研究の基本を学びたい臨床家が大学院に進学しない理由として，臨床から離れたくないことや精神保健指定医の取得を優先すること，金銭的な問題が関係していることを先ほど挙げた．これらに対応する方法の一つとして，大学院と臨床を両立できる大学院コースが考えられる．これに関して，私が福岡大学で実際に経験した大学院の生活が一つのモデルとなりうると考えることから，例として挙げる．表1が，福岡大学医学部精神医学教室の大学院生の一週間のスケジュールである．月曜日，火曜日，金曜日，土曜日に大学病院で精神科臨床を行う．これによって，精神保健指定医取得に必要な臨床経験をつむことができる．また，水曜日と木曜日に精神科病院に勤務しここで収入を得ることができる．研究や勉強という点では，まず月曜日の夕方に統計の勉強会がある．研究を行う上で統計の知識は重要であり，ここで統計の基礎を学び，必要に応じて福岡大学の統計学の先生から指導を得ることができる．火曜日には，福岡大学医学部の大学院全体での勉強会も行われている．金曜日には精神医学教室の大学院生全員での勉強会を毎週行っている．ここで論文の検索の仕方から批判的吟味の仕方，実際の研究計画の立て方などを学んでいる．このシステムのもとで実際にどういう研究が行われているかを紹介したい．一つ目が，精神科臨床での研究を行った例である．福岡大学病院精神神経科では性同一性障害の専門外来を行っている大学院生は性同一性障害者と健常対照者における安静時局所脳血流量の比較をSPECTを用いて行い，その結果を英文誌に掲載している．次のケースは他科との共同研究を行った例で，具体的には自殺予防研究である．この大学院生は，福岡大学の救命救急センターに搬送された自殺企図症例に関する調査・介入を行った．この活動が認められ，2008年からは厚生労働省の自殺対策のための戦略研究であるACTION-Jに参加しており，現在も研究を継続中である．三つ目のケースは他学部との共同研究で，私の経験である．私は，福岡大学薬学部臨床疾患薬理学教室との共同研究において，抑肝散という漢方方剤の認知症モデルラットにおける効果とその作用機序についての研究を行った．また，認知症周辺症状に対する抑肝散の効果についても研究を行い論文を書いている．このように，福岡大学精神医学教室の方式は，大学院教育と臨床を両立したものであり，研究に興味のある臨床家に対して有効なモデルの一つであると考える．

もう一つの提言として，研究トレーニングシステムを挙げ，Clinical Research Training Program（CRTP），Course for Academic Develop-

ment of Psychiatrist（CADP）を紹介する．CRTPは，ハーバード大学で行われているものを実際に経験した東京大学医学部精神神経科笠井清登先生が中心となり昨年東京大学で行われた．この研究トレーニングを経験することで大学院への進学希望者が増加したとのことである[2]．2つ目のCADPは，世界精神医学会と第100回日本精神神経学会の合同企画として2002年に第1回が開催され，その後も毎年開催されている．WHOの元精神保健部門長であり元世界精神医学会会長であるNorman Sartorius先生と全国の精神科医療を担うエキスパートを講師に迎え，国際学会での発表や座長の方法をはじめ，論文執筆や助成金の申請法など様々な技術の習得と学術的な発展を目的としている．第9回のCADPは2010年の2月に私と産業医大精神医学教室の中野和歌子先生が運営の中心となり北九州で開催した．エキスパートとしてこのシンポジウムで座長をしていただいた笠井清登先生と，広島大学精神神経医科学山脇成人先生にお越しいただき「My Life and Work」というテーマでご講演いただいた．約30名の国内からの若手精神科医に加えて，海外からも4名の若手精神科医が参加した．世界中から20名を超える応募があった中から選ばれた海外の参加者は特に優秀で，われわれ国内参加者にとってとても良い刺激であった．このCADPという活動の中心にある団体がJYPOである．JYPOは，日本の精神科医の卒後研修の充実，国際的に通用する精神科医の学術的発展，大学や研修施設を超えた相互の交流を目的に，2002年の第一回CADPの後に結成されており，2008年5月からはNPO法人化し活動している．こういった活動や団体を通して，施設を超えて学び交流をすることが刺激となり，新たな研究も生まれている[1,3,4]．これらの活動は，日本の研究力の向上に貢献できることだと考えている．このようなトレーニング・プログラムを一大学院のみで継続的に運営・提供することは困難であると思われる．全国の精神医学領域における大学院生が共有できるようなトレーニング・プログラムが作られれば，研究生活への動機づけとして道標として大いに意味があるのではないだろうか．

8．ま と め

新臨床研修制度，女性医師の増加，医師の偏在化の影響など様々な要因から大学院への進学者が減少しているのが日本の現状である．この結果，日本の精神医学における研究力が減退していることが問題であると考えた．これに対する提言として，留学の推奨と受け入れ，臨床と両立した大学院での研究，研究トレーニングシステムの充実が有効であると考えた．

謝 辞

本シンポジウムに参加する機会を与えてくださいました山脇成人教授はじめ日本若手精神科医の会の先生方，日頃よりご指導いただいております大学病院の先生方や福岡大学薬学部臨床疾患薬理学教室の先生方に深謝いたします．

文 献

1）Fujisawa, D., Hashimoto, N., Masamune-Koizumi, Y., et al.: Pathway to psychiatric care in Japan: A multicenter observational study. Int J Ment Health Syst, 26; 2 (1); 14, 2008

2）笠井清登：大学精神医学教室における臨床研究トレーニング．精神経誌，111; 1306-1309, 2009

3）佐藤玲子，加藤隆弘，末永貴美ほか：新医師精神科臨床研修のアウトカム評価―日本若手精神科医の会の多施設調査結果から―．精神経誌，109 (11); 1072-1081, 2007

4）Tateno, M., Uchida, N., Kikuchi, S., et al.: The practice of child and adolescent psychiatry: A survey of early-career psychiatrists in Japan. Child Adolesc Psychiatry Ment Health, 3 (1); 30, 2009

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科デイケアによる再発予防と生活支援
――統合失調症のコミュニティケアの発展のために――

コーディネーター　窪田　彰

本シンポジウムは，精神科関連学会の一つである日本デイケア学会として，今回初めて日本精神神経学会総会に登場したものである．東北福祉大学せんだんホスピタルの浅野弘毅先生と錦糸町クボタクリニックの窪田彰が司会を担当した．

本シンポジウムでは，統合失調症のコミュニティケアにおける精神科デイケアの，今日的役割を中心に論じた．社会の変化と精神科医療の発展のなかで，精神科デイケアの実践も発展し変わってきた．通所者のニーズも変化してきている．精神科医療は，退院促進の時代になり，障害者就労の対象に精神障害者が含まれるようになり，就労支援が実を結びつつある．アウトリーチ型医療も診療報酬に支えられて発展しつつあり，デイケアなどの通所型サポートに加えて訪問型サポートが加わり，地域ケアが双方向になった．また，2010年の診療報酬改定で精神科デイケアは食事加算が廃止され，1年以内の通所者については1日50点の加算が付いた．今後どのようにその影響が出るのかに注目したい．このような社会や医療環境の変化の影響を受けて，今後の精神科デイケアはどうあるべきだろうか．私たちには社会のニーズの変化をどう理解し，どう対応していくのかが問われている．

今回は，そのような課題に対し，精神科病院から関健先生と佐々木裕光先生，精神科診療所から原敬造先生と三家英明先生の，デイケアに造詣の深い4人の先生方にシンポジストをお願いした．各演者からは，各自の実践を元にデイケアの発展と現状および活動の方向性が語られた．議論は多方面にわたったが，デイケアの参加初期の不安によるドロップアウトに対する導入グループなどの工夫が語られる一方で，デイケアからの出口を考慮して周囲の場との連携を深める時代になったとの報告があった．このように，入り口と出口が共に論じられる必要があり，また参加者の半数は他の施設を利用していながらデイケアに参加している状況も語られ，かかえ込みではない幅広い支援が利用されてきている．デイケアの利用も，障害の程度に応じたキメの細かい目標設定が必要との報告もあった．精神科外来医療が多職種・多機能になり，デイケアが多様に育つ中で，コミュニティケア全体の中でのデイケアの役割が見えてきていると語られた．また，外来には引きこもったままの患者が多くおり，引きこもっている患者にアウトリーチ型支援とデイケアが連携することで有用な支援が可能になってきている．フロアからは，危機介入にデイケアの場が活用できるのかと問わ

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20～22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　精神科デイケアによる再発予防と生活支援――統合失調症のコミュニティケアの発展のために――　座長：窪田　彰（錦糸町クボタクリニック），浅野　弘毅（東北福祉大学せんだんホスピタル）

れ，ACT のような活動と連携する必要も語られた．同時に，デイケアではグループ機能による仲間の力が重要な役割を演じており，個別支援のアウトリーチとは異なった治療効果がある．同様に居場所の機能の大切さを忘れてはならないことや，医療と福祉をまたがって利用することの大切さも語られた．各現場で様々な工夫が生み出されており，利用者による自己決定が基本であることも再確認された．

さらに，近年は障害者就労が進み，デイケアにおいても就労への支援が広く行われるようになると共に，デイケアの利用期間が短くなりつつあるとの報告もあった．

精神科デイケア制度も 30 年を超えて，いかに作るか，いかにつなげるかを論じる時代から，コミュニティケアの中での役割や就労支援など出口の作り方がより多く論じられるようになり，成熟期に入った精神科デイケアを感じることができたシンポジウムであった．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科デイケアの地域医療に果たす役割
――医療観察法通院処遇に触れて――

関　健（社会医療法人城西医療財団城西病院）

当院のデイケアは，昭和 42 年 8 月に病院の一角で開始された．すでに昭和 34 年より社会復帰施設「メンタルセンター」を開設し，昼間は就労・夜は施設という地域医療・福祉の実践を，退院患者を対象として行ってきており，一定の成果を得ていた．しかしながら就労困難になる者，再入院後就労復帰を拒まれる者，もともと退院後就労不能の者などの人々を日中支える機能の必要性が高まり，居宅から通う昼間の居場所の確保を図ることになった．デイホスピタル，ナイトホスピタルといった治療概念も当時欧米より我が国にもたらされてきており，さしずめ「デイケアセンター」は前者，「メンタルセンター」は後者の位置づけとなろう．その後，昭和 58 年 8 月に老人デイケア施設，61 年 6 月に精神科デイケア施設，平成 6 年 2 月に重度痴呆（認知症）患者デイケア施設，6 年 12 月に精神科デイナイトケア施設，18 年 6 月に精神科ショートケア施設などの認可が続いた．もちろんこの間プログラムは変遷し，スタッフも多職種がかかわるようになり，今日的な意味でのデイケア，デイナイトケア，ショートケアを行っている．

昭和 61 年～平成元年当時の利用者のべ 230 名の属性は，51 %が統合失調症，男女比 3：2，年齢 10 歳代～70 歳代（30 歳，40 歳，50 歳代の順），家族と同居 180 名・単身 24 名・メンタルセンター 26 名であった．転帰は入院 30 %・就労 24 %・家庭復帰 7 %・継続 20 %・中断 13 %であった．以降，統合失調症患者を主体に男女比も変わらず年齢構成はやや上がったものの居住態様も変わらずに今日まで推移してきている．変化したのは，中断者がなくなり入院が減り（3.4 %），反面就労・家庭復帰も減り（9 %），継続が増加している（78 %）．この数値は，デイケア効果を如実に表している．医療観察法の通院処遇対象者 3 名も通所中であるが，1 名は既に社会復帰を果たし，他の 2 名も順調に治療が進んでいる．医療観察法においても重要な治療法となっている．

＜**索引用語**：デイケア，デイホスピタル，ナイトホスピタル，社会復帰，医療観察法＞

The day-care of the Shironishi hospital was established in August, 1967. We've already had a halfway house "mental center" since 1959. We intended to discharge patients based on the practice of the medical care welfare model where they work during the day and spend the nitht at an institution. We achieved constant results. However, there were patients who had difficulties with working and who refused re-starting work after re-hospitalization. Therefore, we thought it to be necessary to have a means to support such patients. Hence, we planned to establish a daytime place to be able to commute from their home. The treatment concept such as "the day hospital" and "the night hospital" has been brought to our country from Europe and U.S.A.. As a matter of fact, "the day hospital" and "the night hospital" are called "the day center" and "mental center" respectively in our hospital. During we the 44 years we have performed daycare, the program has been undergoing changes and was affected by various medical occupatients. At present, we apply an intermediate treatment of day-and night-care commonly practiced in this country.

From 1986 to 1989, total users numbered 230 of which about half were schizophrenia patients. The gender ratio was 3 : 2, male female, respectively. 180 patients lived with their families, 24 lived alone, and 26 in mental center. 30% resulted in hospitalization, 24% working, 7% home return, 20% continuation and 13% interruption. The only residence state that the sex ratio does not turn into the subject, and the age structure went up, the schizophrenia patient a little changes until today without changing. What changed loses an intermitter, and hospitalization decreases (3.4%), and, on the other hand, working and home return both decreases (9%) and continuation increases (78%). This numerical value clearly supports the "day-care effect". Presently, there are three patients undergoing hospital treatment of the Law of Medical Observation for Psychotic Patients Committing Felony. One patient is already making a successful comeback to normal life, and treatment for the other two patients is progressing smoothly. The day-care of Shironishi hospital has become an important cure in the Law of Medical Observation for Psychotic Patients Committing Felony.

＜**Key words**: day-care, day hospital, night hospital, the Law of Medical Observation for Psychotic Patients Committing Felony＞

1. はじめに

わが国における社会復帰プログラムは，ナイトホスピタルから始まったといっても過言ではない．精神科病院のいわゆる社会復帰病棟に入院中の患者が昼間院外の企業に就業し，夜は病院で過ごすといった治療法である．外勤と称して賃金も得ている．問題は，なかなか出口が見えず，退院促進に繋がらなかったことにあった．昭和30年代に多くの精神科病院ができたが，これらの病院ではこうした治療形態を持っているところが多くみられた．一方，これとは逆に住居を含む生活の本拠は家庭などに置き，昼間は病院に通い作業療法などの治療を受けるデイホスピタルも昭和40年代に始まった．ナイトホスピタルもデイホスピタルも治療に対しては診療報酬がついていなかった時代である．

デイケアが爆発的に普及したのは年号が平成に変わった1990年代である．診療所における小規模デイケアが認められたことによる増加である(図1)．

平成6年退院促進の手段としてデイナイトケアが算定できるようになり，報酬が1日1万円ついた．月曜日～土曜日まで毎日通所すれば，1ヶ月の収入が25万円になる．当時の精神科の入院費は，月23万円程度だったから，人件費を勘案すると医療経済的には退院させた方がよいとなる．政策的な誘導である．その後，利用回数制限，対象者の絞り込み，長期利用者の排除などの方向性が打ち出され，あらためてデイケアの意義が問われるようになってきた．

この稿では，精神科デイケアの地域医療に果たす役割を問い直してみたい．ことに，医療観察法通院処遇におけるデイケアの重要性を考えてみたい．

2. 当院における社会復帰の取り組みとデイケア（表1）

当院でも昭和30年代には外勤に出る患者が10名以上おり，これらの人々を社会復帰させるために昭和34年2月に社会復帰施設「メンタルセンター寮」を創設し退院させた．朝は仕事に送り出し，夜は病院職員がケアするといった，昼間は就労・夜は施設という地域医療・福祉の実践を，退院患者を対象として行う，院外の施設であったが，食事は病院食を提供していた．現在の社会復帰施設としては援護寮もしくは福祉ホームに近いものであった．我々としてはナイトホスピタルの認識をもっていた．一定の成果を得ていたが，より多くの患者を社会復帰させるのには職員の情熱に頼らざるを得ない形態では自ら限界があり，報酬がつくことを待ち望んでいた．ほぼ実現したのが，昭和62年の精神衛生法が改正され精神保健法が

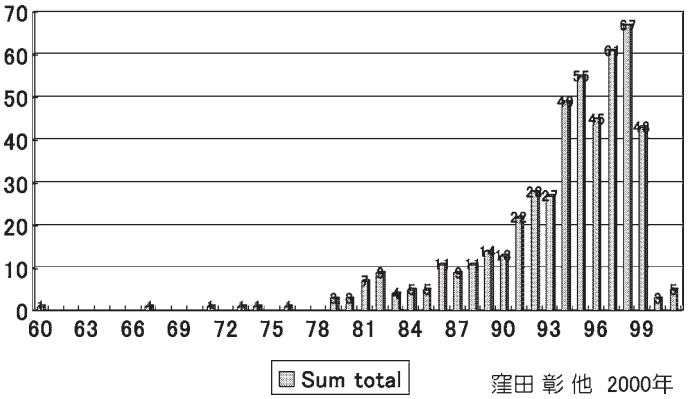


図1　デイケア施設数の年次推移

表1　当院デイケアの取り組みと国の施策

年　月	当　院	国の施策
昭和34（1959）年2月	メンタルセンター開設	
昭和42（1967）年8月	精神科デイケアセンター開設	
昭和49（1974）年4月		精神科デイケア診療報酬点数化
昭和61（1986）年4月		精神科ナイトケア診療報酬点数化
昭和61（1986）年6月	精神科デイケア認可	
昭和63（1988）年3月	メンタルクラブ（ソーシャルクラブ）発足	
昭和63（1988）年4月		重度痴呆患者デイケア診療報酬点数化
平成6（1994）年2月	老人デイケア認可 重度痴呆患者デイケア認可	
平成6（1994）年4月		精神科デイナイトケア診療報酬点数化
平成6（1994）年12月	デイナイトケア認可	
平成10（1998）年11月	地域生活（活動）支援センター 「燦メンタルクラブ」認可	
平成18（2006）年4月		精神科ショートケア診療報酬点数化
平成18（2006）年6月	ショートケア認可	

成立し，法定の社会復帰施設が実現したときである．当院も援護寮と福祉ホームを造り，それぞれ「メンタルドミトリー」「メンタルホーム」と名づけた．実に30年の年月を経ていた．

高度成長期に入ると，より高い技術を要したり，根気を必要とする仕事が増加し，多少なりとも福祉的就労の意味合いのある精神障害者雇用の道は閉ざされてきた．就労困難になる者，再入院後就労復帰を拒まれる者，もともと退院後就労不能の者などの人々を日中支える機能の必要性が高まり，居宅から通う昼間の居場所の確保を図ることになった．こうして当院の「デイケアセンター」は，昭和42年8月に病院の一角で開始された．デイホスピタル，ナイトホスピタルといった治療概念も当時欧米より我が国にもたらされてきており，さしずめ「デイケアセンター」は前者，「メンタルセンター」は後者の位置づけとなろう．診療報酬がついたのが昭和49年であったので，その間

図2　デイケア開設当時の患者家族向けのしおり

は無報酬の時代である．その後，昭和58年8月に老人デイケア施設，61年6月に精神科デイケア施設，平成6年2月に重度痴呆（認知症）患者デイケア施設，6年12月に精神科デイナイトケア施設，18年6月に精神科ショートケア施設などの認可が続いた．もちろんこの間プログラムは変遷し，スタッフも多職種がかかわるようになり今日的な意味でのデイケア，デイナイトケア，ショートケアを行っている．精神科デイケア開設当時の患者家族向けのしおり（図2）で当院デイケアについての説明を行っている．

昭和61年～平成元年当時の利用者のべ230名の属性は，118名（51％）が統合失調症，男女比3：2，年齢10歳代～70歳代（30歳，40歳，50歳代の順），家族と同居180名（78％）・単身24名（10％）・メンタルセンター26名（11％）である．転帰をみると，入院30.4％・就労/就学26％・家庭復帰6.5％・継続19.6％・中断13.5％であった（表2）．以降，統合失調症患者を主体に男女比は変わらず，年齢構成はやや上がったものの居住態様も変わらずに今日まで推移してきている．平成20年の利用者86名の属性は，48名（72％）が統合失調症，男女比5：3，年齢10歳代～70歳代（50歳，40歳，60歳代の順），家族と同居18名（27％）・単身11名（16％）・メンタルセンター21名（31％），グループホーム17名（25％）である．転帰をみると，中断者が少なくなり8％，入院3.5％，就労2.3％・家庭復帰2.3％，継続77.9％の数値であり，デイケア効果を如実に表している（表3）．年齢構成が上がったこと，統合失調症が主体となったこと，継続が増えたことであろう．気になるのは，家庭復帰や就労の数が30％から5％に減じたことである．

3．医療観察法対象者のデイケア治療の意義

医療観察法の通院処遇対象者3名の治療におけるデイケア通所は重要な治療手段であった．1名はすでに社会復帰を果たし，他の2名も順調に治療が進んでいる．ことにデイケア効果について詳述したい．

対象者1：28歳（事件当時）　男/対象行為　傷害

- 鑑定入院　X年11月1日～X年12月27日（鑑定期間X年11月2日～X年12月2日）
- 鑑定結果　診断：急性一過性精神障害（F23.8）

表2　デイケア参加者の概況（1）
昭和61（1986）年～平成元（1989）年

【性別】
男性136名，女性94名　計230名（男女比3：2）
【年齢】
10歳代12名，20歳代35名，30歳代56名，40歳代45名，50歳代40名，60歳代24名，70歳代18名

【疾患】		
統合失調症	118名	51％
気分障害	21	9
認知症	19	8
アルコール依存症	11	5
てんかん	8	3
神経症	30	13
その他	23	10
【生活形態】		
同居	180名	78％
単身	24	10
メンタルセンター	26	11
【転帰】		
入院	70名	30.4％
就労・就学	60	26.0
家庭復帰	15	6.5
他施設	9	3.9
継続	45	19.6
中断	31	13.5

表3　デイケア参加者の概況（2）
平成20（2008）年

【性別】
男性55名，女性31名　計86名（男女比5：3）
【年齢】
10歳代2名，20歳代2名，30歳代8名，40歳代14名，50歳代22名，60歳代14名，70歳代5名

【疾患】		
統合失調症	48名	72％
気分障害	4	6
認知症	0	0
アルコール依存症	6	9
てんかん	2	3
神経症	0	0
その他	7	10
【生活形態】		
同居	18名	27％
単身	11	16
メンタルセンター	21	31
グループホーム	17	25
【転帰】		
入院	3名	3.5％
就労	2	2.3
家庭復帰	2	2.3
継続	67	77.9
中断	7	8.1
死亡他	5	5.9

・審判日　X年12月22日
・医療観察法による通院処遇（X年12月22日～X＋3年12月20日）
・初回外来受診日　X年12月29日（当院）
・自宅で両親と同居

退院後の治療；X＋1年正月に自殺企図があり，3月末まで任意入院した．実質的な通院処遇は4月に開始された．多職種（医師，臨床心理士，作業療法士，精神保健福祉士，訪問看護師，デイケア指導者）によるチーム医療（外来受診，訪問看護，デイケア）を行った．デイケア通所開始は平成X＋1年3月30日．薬物療法；エチゾラム0.5 mg/日，ネモナプリド3 mg/日，X＋3年12月で通院処遇は終了したが，引き続き当院に通院，デイケア通所を継続．

デイケア通所4年間の効果；服薬がきちんとなされ睡眠が十分とれる．対人関係の距離をとり挨拶や礼を言うことができる．軽率な行動（悪ふざけで人を傷つける，飲酒運転など）が減り，基本的な社会ルールが身についた．安心して過ごせて相談でき，友達にも会える場所として位置づけられている．再犯のリスクが低くなり穏やかな社会生活を送ることができている．就労への意欲が出てきている．失敗しても再チャレンジをしている．

対象者2：51歳（事件当時）　女/対象行為　傷害（殺人未遂）
・鑑定入院　X年6月6日～X年9月5日（鑑定期間X年6月19日～X年7月25日）
・鑑定結果　診断：統合失調症（破瓜型/F20.1および妄想型/F20.0の特徴を併せ持つ鑑別不能型/F20.1）/糖尿病
・審判日　X年9月5日
・医療観察法による通院処遇（X年9月5日

～X＋1 年 5 月）
・初回外来受診日　X 年 9 月 6 日（当院）
・メンタルドミトリー（援護寮）入所

退院後の治療；X 年 9 月，多職種（医師，臨床心理士，作業療法士，精神保健福祉士，訪問看護師，デイケア指導者，薬剤師，管理栄養士）によるチーム医療（外来受診，訪問看護，デイケア）が開始された．デイケア通所開始は X 年 9 月 6 日．薬物療法；リスペリドン 2 mg/日，アリピプラゾール 6 mg/日，ビペリデン 1 mg/日，エスタゾラム 2 mg/日，酸化マグネシウム 1.5 g/日．

デイケア通所 1 年半の効果；協調性に欠け孤立しがちで周囲の状況に無頓着であったが，ようやく自らスタッフに話しかけたり質問に答える形で困ったことを表現できるようになってきた．当初は無関心だったカードゲームにも参加できるようになり，他者と一緒に遊ぶ楽しさを知った．身体を動かすこと（卓球，散歩）に参加できる．料理教室に参加しメンバーと共同作業ができる．しかし，図書館から借りた雑誌に書き込みをしたり破損したり公共心に欠け，生活の基本ルールが身についていない．

対象者 3：30 歳（事件当時）　男/対象行為　傷害
・鑑定入院　X 年 3 月 4 日～X 年 6 月 5 日（鑑定期間 X 年 3 月 11 日～X 年 4 月 18 日）
・鑑定結果　診断：統合失調症（妄想型/F20.0）
・審判日　X 年 5 月 12 日
・医療観察法による入院処遇（X 年 6 月 5 日～X＋2 年 1 月 13 日）
・医療観察法による通院処遇（X＋2 年 1 月 13 日～X＋2 年 5 月）
・初回外来受診日　X＋2 年 1 月 13 日（城西病院）
・メンタルドミトリー（援護寮）入所

退院後の治療；X＋2 年 1 月，多職種（医師，臨床心理士，作業療法士，精神保健福祉士，訪問看護師，デイケア指導者，薬剤師，管理栄養士）によるチーム医療（外来受診，訪問看護，デイケア）が開始された．デイケア通所開始は X＋2 年 1 月 14 日．薬物療法；オランザピン 5 mg/日，エチゾラム 1 mg/日，ニトラゼパム 5 mg/日，バルプロ酸細粒 600 mg/日，アリピプラゾール 6 mg/日．

デイケア通所 4 ヶ月の効果；はじめの 1 ヶ月は休まず通所していたが，その後は週 3 日に減少．卓球，カラオケはもともと好きで参加度は良かった．最近はカードゲーム，散策，サッカーゲーム，絵画など参加プログラムが増えてきた．他の利用者との交流はみられなかったが，最近は散策の際話しながら歩く姿が見られる．母親に影響されやすい，苦手な場面では逃げ出してしまう，無表情で感情表出が平板化している，などの課題が認められる．

4．考　　察

当院は，1967 年（昭和 42 年）に精神科デイケアを開始しているが，これも我が国では早い取り組みと言える．精神科デイケアが臨床的にはじめられたのは 1935 年米国ボストンのアダムス・ハウスとされている．しかし，今日我々が行っているデイケア治療の原型は英国ロンドンのマールボロー・デイホスピタルおよびカナダモントリオールのマクギール大学デイホスピタルにある．我が国では 1963 年加藤正明が国立精神衛生研究所で開始したことをもって嚆矢とする説がある．民間病院として最初にはじめた精神科病院については諸説あるが，1967 年に当院で精神科デイケアセンターを開設したのが最も早い取組と言うことができる．その年 12 月には WHO クラーク博士が来日し，当院を視察している．1968 年にはいわゆるクラーク勧告があり，「日本の精神医療の入院中心主義を排し，社会療法を取り入れ，リハビリテーション施設の設置により地域ケアを推進すべき」とされた．この勧告により日本の精神科医療に携わる者は目が開かれた．

1974 年に保険診療報酬上 110 点という点数化が行われた（表 1）ことにより，普及に加速がついたがその足取りは緩徐であった．その後一挙に

200点まで引き上げられたことにより厚生省は普及を図ったが，当時は全国で数十ヶ所程度の医療機関においてしか行われていなかった．その後，診療報酬上の精神科デイケアの評価は，1日につき①小規模なもの550点，②大規模なもの660点となった．精神科ナイトケアは，同500点，精神科デイナイトケアは，同1,000点となり，それぞれ食事を提供した場合，1食48点，2食96点，3食130点を加算することになっている．例えば，デイナイトケアを月に15日間毎日2食ずつ提供して行ったとすれば，1,096×15＝16,440点，すなわち月額164,400円となる．診療報酬上この位の評価があれば，入院外治療への誘導は効果があると言える．今日，デイケア施設は1,000を超える状況となっている．平成22年の診療報酬改定では，精神科ショートケアは，1日につき①小規模なもの275点，②大規模なもの330点となった．精神科デイケアは，1日につき①小規模なもの590点，②大規模なもの700点となった．精神科ナイトケアは，同540点，精神科デイナイトケアは，同1,040点となり，それぞれ40点の上積みがなされたが，食事を提供した場合に認められていた，1食48点，2食96点，3食130点の加算が廃止され，食事提供をしていたデイケア，デイナイトケア，ナイトケアにあっては，実質的な減点になっている．

デイケアは，今その治療的性格が問われている．厚生省の三觜文雄課長（当時）は，日本デイケア学会第4回総会において，現状を，①医療型，②訓練型，③生活支援型，④憩いの場の4パターンと分析している．デイケアが精神科の治療法として確立するならば，恐らく精神科リハビリテーションとしての位置づけ以外にはなく，①はまさしくその方向にゆくであろう．②は授産施設，共同作業所，福祉工場との違いをどう打ち出すか課題が残る．③は自立支援施設，④は地域活動支援センター（デイサービス）が担うべき事柄であろう．今後は，保健福祉事務所など行政の行うデイケアはともかくとして，新規診療所の開業が増加することと相俟って診療所のデイケアはかなり普及することが予測され，病院デイケアのあり方が曲がり角に立っていると認識しなくてはならない．

平成21年“あり方検討会”報告書では，デイケアは急性期・回復期に重点化/重症患者への重点化/長期にわたる頻回な利用，長時間の利用の弊害を排除する方向性を打ち出している．認知行動療法は，アルコール依存症などを対象にして普及してきたが，平成22年度の診療報酬改定で，うつ病に対する当該療法が点数化され，普及することが予測される．当該療法は，統合失調症も対象となってきており，その成果も公表されてきている．将来のデイケア治療においてはSSTと共に中心的なプログラムになると思われる．その際，従来にも増して専門性が要求されるので，人員配置などの点でのあり方が変わると，運営が困難になる所が出て，利用者にも影響が及ぶであろう．

平成22年度診療報酬改定では，精神科デイケアなどについて，精神障害者の地域移行を推進するために，早期の地域移行に対して評価を行うとして開始後1年以内はショートケア20点，デイケア，ナイトケアおよびデイナイトケアは50点の早期加算がついた．反面3年を超える期間に行う場合にあっては，週5日を限度とすることも継続された．

5．ま と め

1．治療効果：再発・再入院予防/リハビリテーション/復職プログラム/在宅者急性期医療の場，などが期待される．

2．居場所の提供（慢性期患者）：日昼活動の場としての役割はなお必要であろう．

3．地域ケアによるノーマライゼーションの実現：①多職種によるチーム医療；SST/認知行動療法/心理教育/ACT，②他の社会資源活用；訪問看護/訪問介護/地域活動支援センター/通所福祉施設（共同作業所，授産施設，自立支援施設）/障害者相談支援センター/ハローワーク，などデイケアなど施設を中核とした治療体系が生まれる可能性がある．

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

病院機能が変わるとデイケアも変わるのか？
――大規模病院の立場から――

佐々木 裕光（医療法人恵愛会福間病院）

1. はじめに

福間病院は福岡県の福津市という人口5万人位の町に位置している．ベッド数500，精神科救急病棟，急性期治療病棟，精神療養病棟，精神一般病棟がある．外来は1日約160件，デイケアなどが66件である．関連施設として，精神グループホームが2単位，地域移行型ホームが1単位，通所授産施設，地域活動支援センターがある．

主な対象疾患は統合失調症であるが，2010年3月末の在院患者の88.5％，入院してくる患者の62.6％，外来患者の46.0％を占めていた．

当院がデイケアをスタートさせたのは1975年であり，いわゆる保険診療としては日本で最初の認可を受けている．また，福岡県では大学としては福岡大学が，公的機関としては北九州デイケアセンターが初めてデイケアをスタートさせた．1982年，このような官・民・学の協力のもとで福岡県デイケア研究協議会が発足し，既に80回の臨床研究会を開催するなどデイケア先導地である．さらに，福岡県は診療報酬改定に伴い，常に新しいことに取り組む機運のある地としても知られており，当院もまた同じであった．

当院は，約3万坪の敷地に病棟やデイケア関連施設もいくつかに分かれ点在している．メンバーも，活動へ参加するのみならず様々な場所で過ごしている．

2. 各時期の病院機能の変化がデイケアへもたらしたもの

当院では，1975年から一貫して統合失調症を中心とするデイケアを運営してきた．その間，病院機能の変化にデイケアがどう影響を受けたかの視点で，時代を追って説明をしていきたい．過去35年間に，1294人がデイケアを利用してきた．この間を大きく5つの時期に分けた．

①創成期（1975年～1988年）（図1）

デイケアの月平均通所件数は，当初は右肩上がりに増加した．様々な患者が次々と導入され，医師もコメディカルも関心が高まり，夜遅くまで臨床と研究に取り組んでいた．いわゆる試行錯誤の時期である．デイケア研究協議会で発表し雑誌に掲載された論文のタイトルなどによると，当時の課題はデイケア内での生活支援や対人関係，グループ活動であったようである．ここでは患者の評価や病態，各職種の役割などに関心があったことがわかる．

②施設利用期（1989年～1993年）（図2）

施設を利用して長期在院患者を退院させ日中活動の場としてデイナイトケアなどを利用した時期である．1989年に20床の援護寮ができ，15年間にちょうど100人の長期在院患者が利用し，2004年時点で約50％が地域で生活を続けていた．この施設利用者は病院のデイナイトケアへ通所するか，併設の通所授産施設を利用する形をとってい

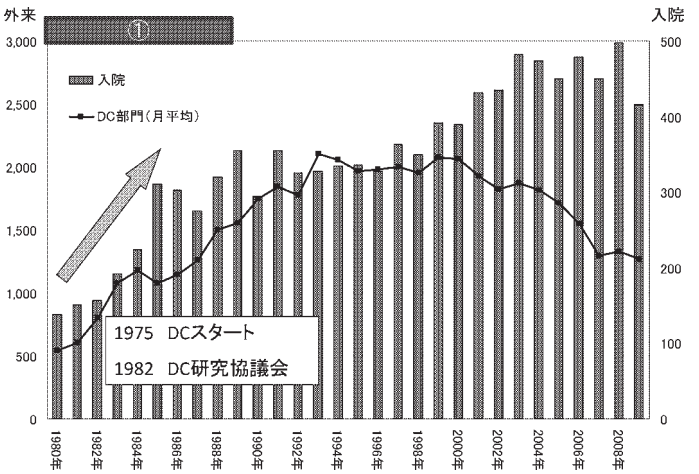


図1　創成期（1975年～1988年）

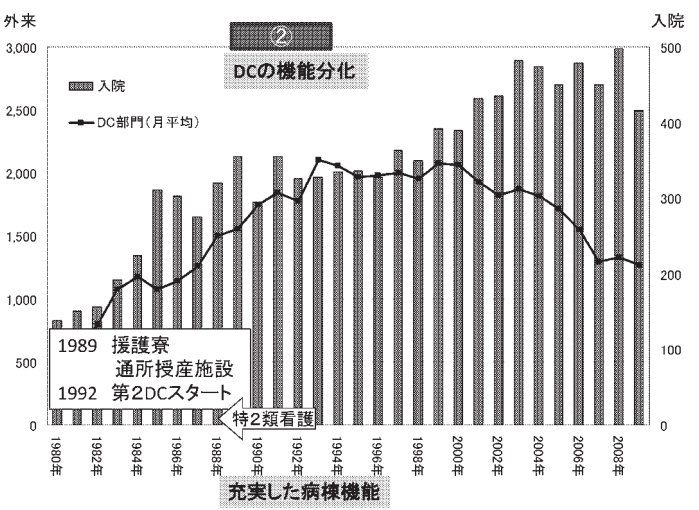


図2　施設利用期（1989年～1993年）

た．したがって，デイケアには多くの慢性期の患者が入所し当時のデイケアの雰囲気を変えていった．当時はデイケアなど利用件数が増え，1992年には第2デイケアを開設し，1993年には月平均2000件を超えていた．

当時は，急性期病棟，退院支援病棟，長期在院患者の治療共同体病棟，高齢者病棟など統合失調症患者の受け入れはどこでも可能であったし，いわゆるストレスケア病棟も機能していた．500床の特2類看護体制と20人を超す医師は，いつでもどんな患者でも受け入れ可能であり，病棟での社会復帰訓練を行い地域移行へ向けて患者を支援し押し出す力が病棟そのものにあった．

デイケアでは，病棟から新たに退院してくる若い患者層と施設入所中の慢性期の中高年の患者がどう住み分けるかが大きな課題であった．年齢や

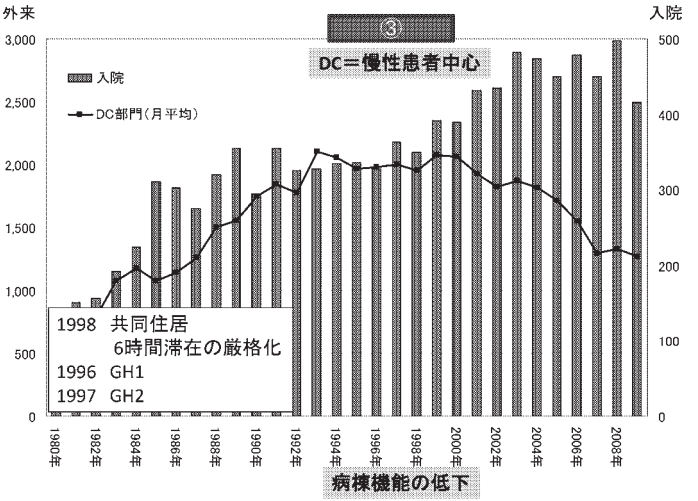


図 3　病棟再編期（1994 年～1999 年）

在籍期間によってデイケア全体を 4 部門に分けてみたり，1 つに再統合したりとの工夫を講じていたのを思い出す．

この頃から枠に入る方が安定しやすいタイプの慢性期患者は安定したデイケア件数を維持し経営に貢献し始めたのである．

③病棟再編期（1994 年～1999 年）（図 3）

医療費削減政策を先読みし，経済効率優先の新たな病棟機能分化が行われた．1994 年に療養病棟を 180 床にしたのを皮切りに，1999 年までに，急性期治療病棟が 82 床，精神療養病棟が 358 床，精神一般病棟が 60 床になった．新たな機能分化であったが，療養病棟化した現場では急激なマンパワーの減少のために混乱をきたした．

同時に慢性期患者の施設への退院は続いた．1996 年にグループホーム，97 年にグループホーム 2 号，98 年に共同住居と施設も充実していった．この乱暴とも取れる変化に皆がついていったわけではなく，多くの有能な医師・看護師などが辞めていった．残ったスタッフも大変辛い体験をしていた．

さて，この時期のデイケア件数は安定していたのである．ただし，病棟機能の全体的な低下と急性期治療病棟の影響で，急性期治療後の若い患者の入所数は減り，施設入所中の慢性期患者が主流になっていったのである．

④短期入院期（2000 年～2006 年）（図 4）

病棟の機能分化が始まり，90 %近い患者が 2 つの急性期治療病棟に入院するようになった．新規抗精神病薬も一般化し，90 日以内で退院するのが標準となっていた．ただ，困ったことにデイケアを利用する医師が限定されてしまった．

薬物療法と個人技による治療が中心となり，病棟内の集団療法やデイケアを含む社会復帰への関心が下がったかのように思えた．閉鎖病棟から直接退院し社会復帰，仕事復帰する患者は間違いなく増えていったが，集団適応にまで改善しきれていない患者が家庭に引きこもることで再入院を防ぐケースが増えたように思えた．

一方，急性期治療病棟に入院中からのデイケア導入に力を入れていった．デイホスピタルと称して小グループで場を共有し，退院後のデイケア導入を試みた．彼らは必ずしもデイケアへ定着はしなかったが，その後の調査で再発再入院の防止に

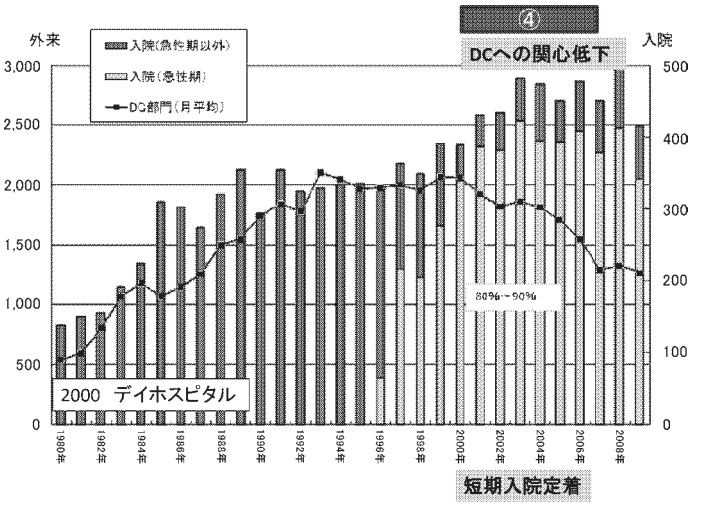


図 4　短期入院期（2000 年～2006 年）

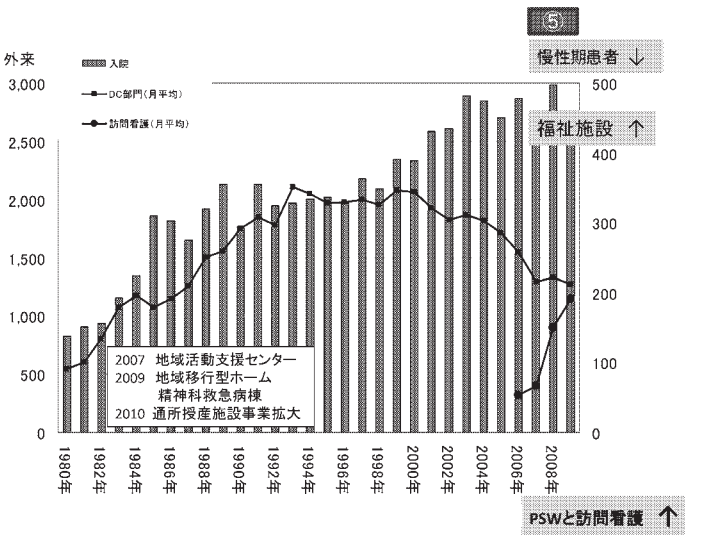


図 5　医療・福祉混在期（2007 年～）

は役立ったことが証明された．

デイホスピタルのような工夫は行ったものの，慢性期中心のデイケアが作る雰囲気に新たな患者層は馴染まなかったのである．それ以上に度重なる治療構造の変化にスタッフがついていけず，疲弊していったかに思えた．

⑤医療・福祉混在期（2007～2010 年）（図 5）

理事長交代をきっかけに，2007 年に社会復帰支援室を作り，PSW 業務と訪問看護に力を入れ始めた．さらにデイケア人員を増やし，デイケア改修も行った．

医局の期待もあり，今までよりも多くの患者がデイケアへ導入されたが，デイケア通所件数は下

がっていった．若い患者や新たな患者が増えると，長くデイケアを居場所としていた慢性期の患者が離れていったのである．2006年末から生活訓練施設20床を閉じたことも，安定したデイケア通所件数の低下と慢性期患者の居場所喪失に寄与したようである．そして，デイケアは再び若い患者が優勢となってきている．

また，短期入院後の十分に集団適応するまでに回復していない患者や治療困難な患者に訪問看護が利用される傾向が出てきた．当院スタッフは，なぜか，難しい事例には燃えるのである．

慢性期患者の居場所機能として，福祉関連施設が台頭してきた時期でもある．2006年に施行された障害者自立支援法が次第に影響を及ぼしてきたのであろう．地域活動支援センター「みどり」は近隣の3市1町からの委託を受けている事業所である．3障害の壁を越え，地域で情報を共有し協力関係を強めるために，年4回の情報誌を発刊し地域の施設などを紹介している．患者を抱え込むのではなく，地域資源を紹介する中立的なポジションにある．

地域活動支援センター「みどり」に登録している131名のうち約30％はデイケアを併用しており，登録者の新たな居場所となっているのである．

では，当院とは無関係の社会資源利用状況はどうであろうか．

2010年4月で，デイケアが開所している月曜日～金曜日までの5日間に，福間病院外来を受診した統合失調症の患者，625名の社会資源利用状況を調べてみた．当院デイケアのみの利用者は92名，21.6％にすぎず，123名，28.9％は福間病院関連ではない社会資源を利用していたのである．

統合失調症のコミュニティーケアを考えると，結構，社会資源があるのである．もちろん，法人内の施設とデイケアも協力関係にある．2009年4月に地域移行型ホーム「そよ風」を開所し，男性が単身生活をするための支援を行っている．日中活動として当院デイケアも利用している．

また2010年2月には通所授産施設の新事業として「まつぼっくり食堂」をオープンした．古賀市の福祉複合施設を無償で使わせてもらい，弁当配食と食堂を運営している．利用を希望する人は2ヶ月間の就労プログラムを経験してもらうが，デイケアがその役割を担っている．利用者からすると，就労プログラムが保護的な就労へとつながるわけである．

授産施設「緑の里」では，農園事業部があり長くバラ栽培を行い地域でも評価されてきていた．最近は野菜やコメも地域の直売所に卸していた．今回の食堂事業では，この農園の産物を主に使っている．

医療・福祉混在期の現在，若い患者の導入が増えてきているが必ずしも件数は伸びていない．一方で，慢性期患者が居場所を喪失しつつある．また，地域活動支援センターは伸びていき，新たな地域移行型ホームができ，通所授産施設も拡大してきている．課題は医療と福祉がどのように連携し，慢性患者の居場所を確保するかにある．

3．ま と め

創成期はデイケア件数も増え，スタッフも活気にあふれていた．

さらに，施設利用期は充実した病棟機能ゆえにデイケアへ新規の患者が次々と送り出されていった．しかし，施設を利用しながらデイナイトケアに通所する慢性の患者が増えてくると，若い患者と慢性期患者の住み分けが課題となり，必ずしもうまくはいかなかった．

その流れの中，病棟再編期がやってきた．経済性を優先したために病棟機能は大きく後退し，新規にデイケアへ入所させる勢いはなくなった．さらにグループホームなどの施設から慢性期患者が通所する流れは残り，慢性期中心のデイケアとなった．

次に，短期入院が定着してきたが，リハビリやデイケアへの医師の関心はうすれていた．そして，2007年からは，急性期治療病棟の退院促進のために，訪問看護やPSW業務に期待が集まった．そして再び，新規患者のデイケア導入が進んだ．

この患者層が定着できるかどうかが課題である．また，慢性期の患者が居場所を失いつつあり，台頭してきた福祉関連施設との協力体制が課題となっている．

4．再発予防に関する私論

再発予防の視点で入院治療とデイケアの関係性を述べてみたい．

一般に入院治療は短期間の方が良いのは当然である．薬物療法，医療技術の進歩もあり，当院でも 90 日以内退院率は 90 %に近づき，1 年後残留率は 10 %程である．ただし，統合失調症に限ると，90 日以内退院率は 70 %に届かず，1 年後残留率は 15 %程度にとどまる．私たちは，再発，入退院を繰り返すうちに，ニューロングステイ化してしまう事例をしばしば経験するために，「取りあえず退院させて，悪くなれば，また入院させればよい」と安易には割り切れないのである．

必要な入院期間から退院後の治療予測をする．3 カ月以内で退院可能な患者がデイケアを利用するときは，SST や心理教育などの目的別利用を念頭に置くべきであろう．無理すれば 3 カ月以内で退院可能な患者は，デイケア導入ができる一群，デイケアへの導入は難しく家庭内適応を目指す一群，早期の再入院が予想される一群が考えられる．3 カ月～12 カ月の入院が必要な患者は，入院中にも治療活動を積極的に行い，退院後もデイケアへ導入するべきであろう．

私論であるが，無理に家庭内で自閉を守らせ再入院予防を目指しても，いずれ再発再入院すると，容易にニューロングステイ化すると思えるのである．数カ月間の入院を継続させ，積極的治療を試みるべきである．環境が許すならば，急性期病棟とは別の退院支援病棟で薬物療法の見直し，症状自己管理，作業療法，集団適応訓練，家族を含めた教育などをチームで取り組み，デイケア適応レベルにまで引き上げる工夫をするべきである．

統合失調症の再発予防の視点では，次のような社会資源が必要であろう．

①3 カ月以内の急性期病棟
②3 カ月～12 カ月の退院支援病棟
③目的別デイケア
④慢性期の居場所デイケア
⑤医療と連携した福祉的居場所
⑥危機介入の訪問看護
⑦家庭内適応を目指す訪問リハビリ

最後に，「居場所」について述べてみる．知的障害や身体障害の方とは違い，精神障害の人には，「常に症状が動揺しうる」特徴がある．

休日に家にいると具合が悪くなると言う人がいる．ある患者は診察室では決まって，「眠れんから薬ください．落ち着かんから薬ください」という．よく聞いてみると，日曜日の過ごし方がわからず，街の中を歩き回ると被注察感や被害関係妄想が出てしまう．家にいても，どう時間を過ごしてよいかわからず，5 時くらいから布団に入る．当然，眠れないわけである．彼はデイケアに来ても，症状ゆえに集団プログラムには入れないが，決まった友人やスタッフと話をしていると実によい笑顔が出ている．デイケアは彼にとっては病的体験から一時的に開放される「居場所」である．

ある患者は長期在院から援護寮を経て単身生活を送っている．スタッフの側では笑顔を見せる．夜，アパートに一人でいると，「外の風の音とか，もう寂しくて，寂しくてしょうがないんです」という．この精神病性の不安のために入院さえ希望してくるときがある．

院内のデイケアで喧嘩のような大声や叫び声が聞こえるときがある．本人は幻覚とのやり取りで真剣である．彼もデイケアを居場所にしている．

ある患者は被害感を抱きやすく，デイケアでは常に対人関係上のトラブルメーカーだった．今は 10 人程度の作業所で，いつも同じ仲間とスタッフと共に過ごしている．作業能力が高く自尊心も満たされ，適切な「居場所」になっている．

以上，デイケアの 35 年間を病院機能の変遷と関連させてまとめてみた．また，再発防止のために必要な社会資源と，慢性期患者の居場所性について私論を述べてみた．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科デイケアの現在・過去・未来
――ハイブリッド・リハビリテーションの一翼としてのデイケア――

原　敬造（原クリニック）

日本では，1962 年から精神科デイケアへの取り組みが始まった．1974 年に「精神科デイ・ケア」料として診療報酬が支払われるようになり，徐々に取り組まれるようになった．精神科デイケアは，外来治療の新しい試みとして位置付けられた．精神科病院では入院治療から外来治療へと社会復帰の一翼を担う役割を持ち，精神科病床の削減に寄与することが期待された．精神科診療所での取り組みは，1988 年の小規模デイケアの点数化によって可能となった．精神科診療所では，チーム医療，集団精神療法といった外来医療をより強化するために取り組みがなされた．精神科デイケアは現在，1558 か所で実施されるまでになっている．

精神科病院のデイホスピタル的，居場所的デイケアに比較して，精神科診療所の精神科デイケアでは当初から集団精神療法としての要素が強かった．

今回の診療報酬改定によって，精神科デイケアの食事加算が廃止された．それによりデイケアのデイホスピタルとしての機能は縮小される可能性がある．地域の社会資源の整備がある程度整ったことと相まって，精神科デイケアにはより治療的要素が求められる．

メンバーの希望と目標の実現にとって，テーラーメイドなプログラムを生活の場で，組み立てることが鍵になる．医療と福祉といった枠にとらわれないプログラムの共有化による，支援の幅の広がり，複合的な活動によるリハビリテーションの組み立てをハイブリッド・リハビリテーションと位置づける．その核になる活動が精神科デイケアである．デイケアでは，メンバーの目標と希望の実現にとって，メンバーのストレングスに焦点を当てた活動が組み立てられる．そうした流れの中で，精神科リハビリテーションにおいて，治療的要素の強い精神科デイケアは重要な位置を占める．色々なリソースを結びつけたハイブリッドな活動が求められる．ハイブリッド・リハビリテーションはあらゆる意味で垣根を越えた活動であり，ケースマネージメントを軸に展開される．

精神科デイケアは，当事者の強さに根差し希望の実現にむけたハイブリッド・リハビリテーションの一翼として重要である．

＜索引用語：精神科デイケア，ハイブリッド・リハビリテーション，ストレングス，日精診版社会生活支援サービス（NSS），チーム医療＞

In 1962, a new approach to outpatient treatment, psychiatric day care, was begun in Japan. The government decided to make these services eligible for reimbursement under the national medical insurance program in 1974. In 2008, there were 1,558 day treatment facilities around the nation.

The author describes the Hara clinic's rehabilitation activities, and suggests the concept of "hybrid rehabilitation." This refers to complex activities aimed at improving the quality of clients' lives. It is important that personalized support programs are develped for each client. The core element of hybrid rehabilitation is case management. The author offers the view that the health and welfare system should not be a barrier to treatment.

＜**Key words**: psychiatric day care, hybrid rehabilitation, strengths, social support service, medical team＞

1. はじめに

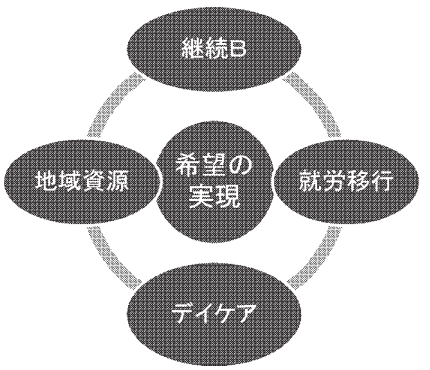
原クリニックは仙台市の中心部に，1988年9月に開院した．1988年は，精神保健法が施行された年で，精神保健福祉の転換点である．それまでの精神衛生法は，入院制度中心の法律であったが，精神保健法には地域支援の取り組みが位置づけられた．こうした時期に当院の活動が始まった．当時の精神科医療は，病院中心の医療であり，差別と偏見も強く精神科受診には抵抗が強かった．そうした状況で，当院は敷居の低い診療所を目指し，当事者主体の医療，家族の治療への参加，治療とリハビリテーションを結合した活動，個別と集団を結合した活動を行うことを目標にした．

2. 開院時の目標（1988年）と歩み

開院時の目標として，①精神科の入院中心医療からの転換のために入院に代わる居宅でのケアをサポートする体制，②精神科受診への敷居を下げる役割，③早期に医療を受けられるネットワークの形成，④当事者が主体の医療，⑤デイケア・ナイトケアによる治療の多様化，⑥家族教室，学習会，⑦家族会の育成，患者クラブの育成，⑧共同住居，職場の開拓による支援プログラムの作成，⑨臨床心理士・精神保健福祉士によるメンタルヘルスケアへの取り組み，⑩往診，訪問活動を軸にした受診拒否者とのかかわり，⑪地域医療・保健・福祉ネットワークの形成を目標に掲げた．こうした目標を実現するために，心理士をスタッフに置き，当初からデイルームで小集団活動を行った．それを基盤にして，1992年10月から精神科小規模デイケアを開始した．1993年には障害者基本法が改正された．この法律の改正により精神障害を持った方も障害者の基本的権利を獲得した．翌年ソーシャルアクションとして，ハートインみやぎ（http://www.heart-in.org/）を開催した．ハートインみやぎでは，当事者の方の演奏や，仙台中心部にあるデパートの店頭で，当事者の方が自主制作品の販売を行った．当クリニックのデイケアメンバーも参加した．仙台での福祉的社会資源がまだ少ない1996年10月に精神科小規模作業所「やまねこ」，1998年2月「仙台メンタルヘルスサービス」を開設した．その後，訪問活動の強化を目標にして，2001年4月に地域医療部を開設した．2002年2月には就労を目指す方，休職中の方，就労を継続しているが集団でのサポートが必要な方の精神科ナイトケアを週1回開始した．2002年5月に現在地に移転し，精神科大規模デイケアに変更した．2006年に障害者自立支援法施行を受けて，2006年12月には精神障害者小規模作業所を障害者自立支援法の事業者に変更して仙台メンタルヘルスサービスを設立した．2008年には日精診版ケアマネージメントプロジェクトに参加し，本格的にケースマネージメントへの取り組みを開始した．2009年5月には就労継続B昭和町を開設し，就労移行サービスと就労継続B型3か所体制とした．またクリニック一階のカフェ225と連携し，デイケアメンバーの就労強化，就労継続B型の工賃アップの活動強化を図った．これまでの福祉的就労から徐々に病気を開示しての就労，一般就労を支援する体制の強化を目標にデイケア，ナイトケア，自立支援法事業所でのリハビリテーション体制の連携と整備の強化を行ってきた．

3. ハイブリッド・リハビリテーションについて

こうした活動から，医療と福祉といった枠にとらわれないプログラムの共有化の必要性を感じた．現在の活動は医療保険，生活保護の医療扶助，介護保険，自立支援法に基盤を置いている．日本的医療と福祉といった枠組みである．そうした枠組みが活動の幅を狭くしていることは明らかである．無用の対立をもたらしてもいる．精神科デイケア



・地域は資源の宝庫である
・様々な資源を融合（ハイブリッド）してユーザーの希望に沿ってリハビリテーションを組む
・メンバーの希望，目標は多様である
・テーラーメイドのプログラムを組み立てる
・日精診版社会生活支援サービス（NSS）を用いる

図1　ハイブリッド・リハビリテーション

表1　ハイブリッド・リハビリテーションの一翼としての精神科デイケアの意義と役割

1.	治療とリハビリテーションの結合した活動：hand to hand
2.	メンバー主体の活動：user centered
3.	strength と hope の尊重
4.	多様な治療プログラム（多様性，個別性，集団性）を持ち，小回りのきく活動の展開
5.	病気の理解と症状への対処
6.	対人関係の改善，遂行機能の改善
7.	中断・再発の予防・防止
8.	仲間を作る場の提供：peer to peer
9.	社会参加：就労支援，就学支援，一人暮らしの支援など
10.	家族の治療への参加
11.	メンバー主体のネットワークの形成
12.	生活の場を重視した支援の展開

でいえば，福祉的デイケア，医療的デイケア，居場所，治療など本来切り離せない要素をあたかも対立した要素であるかのように取り上げられている．当院の活動から，そうした枠にとらわれずに，様々な制度とリソースを融合した取り組みをハイブリッド・リハビリテーションと位置付けた（図1，表1）．ハイブリッド・リハビリテーションは，メンバーのストレングスに依拠して，メンバーの希望と目標の実現を支援する取り組みである．メンバーのストレングスに依拠して，希望と目標の実現を支援していくには，テーラーメイド・リハビリテーションプログラムが鍵になる．それを実現するには，ケースマネージメントが重要である．様々なリソースの中で，治療とリハビリテーションが融合した精神科デイケアでのプログラムは，メンバーのストレングス強化の核になる重要な役割を担っている活動である．精神科デイケアでは，ハイブリッド・リハビリテーションの一翼として，メンバーの目標と希望の実現にとって，メンバーのストレングスに焦点を当てた活動が組み立てられる．

4．原クリニックの治療とリハビリテーション

こうしたリハビリテーション活動を支える理念として，ビレッジのレーガンが言っているリカバリーの概念がある．レーガンは「リカバリーの道」で，①本人が目的，希望，役割を持って，地域の中で友人や家族と歩む道のり―journey，②エンパワーされ，サポートされる必要がある，③リカバリーには段階がある．その段階は，1．希望を持つ，2．エンパワメントする，3．自己で責任をとる，4．生活の中で有意義な役割を持つと述べている（レーガン，前田監訳：リカバリーへの道．金剛出版，2005）．

当院ではリカバリーの理念を軸に，治療とリハビリテーションが結合した活動を行っている．リハビリテーションでは，先にハイブリッド・リハビリテーションを提唱した．治療の中心は精神療法と薬物療法である．個別支援と集団的支援がある．個別の支援には医師による診察，往診，臨床心理士によるカウンセリング，精神保健福祉士による相談（生活支援，医療的支援，社会資源についての支援など）と訪問などがある．集団的取り組みとしては，精神科デイケアと精神科ナイトケアを行っている．精神科デイケアと精神科ナイトケアの理論的支柱は，認知行動療法，集団的精神

療法，作業療法，レクリエーション療法，芸術療法，生活技能訓練（SST），認知療法などである．その他のリハビリテーションプログラムとして，就労移行支援，就労継続Ｂ型（3 か所）を行っている．またそれぞれの家族会，家族支援プログラムも行っている．これらのプログラムを結合して，また地域の社会資源を結合して，ハイブリッド・リハビリテーション活動を行っている．

5．日本における精神科デイケアの歩みと精神科デイケアの意義

次に日本における精神科デイケアの歩みについて述べる．日本では，1962 年に国立精神衛生研究所で精神科デイケアの研究が始まった．1970 年度に施設整備費，運営補助などが予算化され，「精神障害回復者社会復帰施設」の通所部門で実施されるようになった．1974 年度には診療報酬に「精神科デイ・ケア」料 240 点，食事加算 43 点が点数化された．およそ十年後の 1985 年 11 月には全国 68 か所でデイケアが実施されていた．1986 年には「ナイト・ケア」料 450 点が新設された．それまでのデイケアの設置基準は，人員配置，施設規模ともに規模の大きな病院でなければ取り組めないようなものであったが，規模を小さくした施設基準での精神科デイケアが，1988 年「小規模デイ・ケア」料として新設された．それによって大規模 600 点，小規模 500 点，食事加算 47 点となった．1993 年 6 月 30 日の調査では，精神科デイ・ケア承認数は，294 件であった．2008 年 6 月 30 日の調査では，精神科デイ・ケアは大規模デイケアが 850 件（診療所 187），小規模が 708 件（診療所 273）で合計すると 1558 件（診療所 460）となっている．デイ・ナイト・ケアは 390 件（診療所 113）となっている．

デイケアが診療報酬化されてから 36 年が経過した．精神科病院のおよそ 85％で精神科デイケアが実施されている．それに比較して精神科診療所での実施率は日本精神神経科診療所協会（以下日精診）会員で 18％にすぎず，全国におよそ 3000 件の精神科診療所があることからすると，15％にすぎない．精神科病院に比較して，精神科診療所では基準をクリアするには規模の面で困難がある．

精神科デイケアは，外来治療の新しい試みとして位置付けられている．精神科病院では入院治療から外来治療へと社会復帰の一翼を担う役割を持ち，精神科病床の削減に寄与することが期待された．精神科診療所での取り組みは，1988 年の小規模デイケアの点数化によって可能となった．精神科診療所では，チーム医療，集団的精神療法といった外来医療をより強化するために精神科デイケアへの取り組みがなされた．

精神科病院のデイホスピタル的，居場所的デイケアに比較して，精神科診療所の精神科デイケアでは当初から集団精神療法，リハビリテーションとしての精神科デイケアといった要素が強く，思春期，女性，アルコール依存など特徴的なデイケアもみられる．

今回の診療報酬改定によって，精神科デイケアの食事加算が廃止された．それにより精神科デイケアのデイホスピタルとしての機能は縮小される可能性がある．地域の社会資源の整備がある程度整ったことと相まって，精神科デイケアにはより治療的要素が求められると考える．居場所的要素を内包した治療的プログラムの方向性が今後の課題であろう．

精神科デイケアは，外来での医療活動である．多様な治療プログラム（多様性，個別性，集団活動）を持ち，小回りのきく医療を展開できる場である．メンバー，家族を含めたチーム活動である．中断・再発の防止，仲間を作る場の提供，QOL の改善，社会参加，学びの場などなど様々な要素が入り混じっている．外への発信も重要な活動である．家族の治療への参加や，他機関とのネットワークも図っていかなければならない課題である．

6．デイケアでの治療と QOL の改善

日精診が 2008 年に通所しているメンバーに行ったアンケート調査では，メンバーは通所前の目標として①生活のリズムを作る，②仕事に復帰，

仕事ができるようになる，③病気の症状を良くする，④他人と交流できるようになる，⑤気分転換できるようになる，を挙げている．通所後の変化として，①仲間ができた，②居場所ができた，③相談できる人ができた，④楽しみを持てるようになった，⑤病気の症状が軽くなってきたなどが挙げられており，人とのつながりの回復，QOL の改善，症状の改善に精神科デイケアが効果があることを示している．

同時期にスタッフに対して，新規利用者の利用目標について，日常生活の改善，病状の理解，対人関係の改善，課題遂行能力の改善，時間の過ごし方の面に関するアンケート調査も行った．それによると，Ⅰ．日常生活の改善では，①規則正しい生活，②余暇の過ごし方，③就学・就労の相談．Ⅱ．病状の理解では，①病状安定，②病気の理解，③再発の理解．Ⅲ．対人関係の改善では，①自分の考えを伝えられるようになること，②医師やスタッフに伝えられるようになること，③友人関係．Ⅳ．課題遂行能力の改善では，①状況判断，②集中力，③持続力．Ⅴ．時間の過ごし方では，集団の中で過ごせるようになることなどが指摘されている．

先のメンバーに対するアンケート調査と併せて考えてみると，精神科診療所が取り組んでいる精神科デイケアは，メンバーのストレングスの強化，そして QOL の改善に役立っていることがわかる．

メンバーのストレングスの強化，そして QOL の改善に役立つプログラムの構成は次の視点から作られる．メンバーが直面する様々なストレスに対して，①ストレスに対処できるようになる，②ストレッサーに対処できるようになる，③ストレス耐性をたかめられるようになることが活動目標になる．そのテーマとして五つのアップ（GOUP），①生活力 UP，②認知，集中力 UP，③健康力 UP，④交流力 UP，⑤病気への対応力 UP への取り組みと，⑥就労支援（就学支援），⑦ピア活動を視野においた活動が有効である．精神科デイケアは，いじめなどそれまでの傷つき体験，引きこもり体験といった負の体験を負っているメンバーが，安心できる，心地良い場の中で癒され，徐々に新たな関係を構築する場でもある．そうした場が保証されることによって，QOL が改善する．友達づくり・仲間づくり，生活リズムの改善，同世代との集団生活の経験，社会参加・社会復帰，就労・就学の準備，円滑な家庭生活，再発の防止・再入院の防止，病気の理解とそれへの対処などなどである（http://www2.ocn.ne.jp/~hccd/　デイケアプログラム参照）．

7．まとめ：ハイブリッド・リハビリテーションの一翼としての精神科デイケアの意義と役割

地域には色々な社会資源がある．精神保健福祉の観点から社会資源を捉えるのではなく，メンバーの希望と目標の実現といった観点からの捉え返しによって，地域は資源の宝庫になる．様々な資源を融合（ハイブリッド）してユーザーの希望に沿ってリハビリテーションを組むことである．メンバーの希望，目標は多様であり，実現していくには，細分化し目標を現実的なものに落とし込んでいくことが求められる．そのためには，テーラーメイドのプログラムを組み立てることである．当院では日精診版社会生活支援サービス（NSS）の検討を繰り返してきた．ハイブリッド・リハビリテーションを実現するには，ケースマネージメントの視点が欠かせないのであり，日精診版社会生活支援サービス（NSS）は有効である．今後も，治療とリハビリテーションの hand to hand な結合，メンバー主体（user centered）な活動，そして strength and hope，peer to peer の尊重を基盤として，地域の社会資源を有効に利用して，ハイブリッド・リハビリテーションの一翼として連携のもとで精神科デイケアを展開することである．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

地域における診療所デイケアの役割
――デイケアをもっと使いこなす――

三家　英明（医療法人三家クリニック）

精神科デイケアが我が国の精神医療に導入されて久しいが，今日まで精神科デイケアがその利用者たちのために十分に使いこなされてきたとは言い難く，したがって正当な評価がなされるには至っていないと思われる．筆者は精神科デイケアをもう一度精神科医療の中で，また地域のコミュニティケアの拠点として復権させていかなければならないと考えている．デイケアは居場所的な機能を有しながらも，本来は地域生活につないでいく通過施設であると位置づけることで地域におけるデイケアの役割は明確になると考えている．そして精神科デイケアがその役割を果たしていくためには，まずは個々の利用者のニーズ，希望，利用目的に沿った利用者本位の運営に徹していくこと，そして私たちが利用者とともにデイケアの入り口から出口へと歩んでいくためには，個人担当制，利用者・外来担当 PSW・デイケア担当スタッフによる 3 者面談，複数・並行プログラム制など運営上の工夫とともに，他施設との併行利用，PSW によるつなぎ支援，地域連携など地域に開かれたきめの細かい支援が必要であることを述べた．あわせてデイケアの出口の一つとして就労支援に取り組み，実践活動を通して得られた現状について報告した．

＜**索引用語**：精神科デイケア，診療所デイケア，アウトリーチ，地域定着支援，就労支援，早期介入・早期支援，診・診連携＞

The Role of Psychiatric Day Treatment in the Local Community

Day treatment has long been an element of psychiatric care in Japane. However, to date, psychiatric day care has not been sufficiently utilized or appropriately evaluated. The author suggests that the role of psychiatric day care should be reexamined, and that it should be regarded as the basis for local community care.

One obvious function of the day-treatment center is as a place where clients can spend long periods of time, but there is also another critical role for the center as a path to integration with the local community. In order to fulfill this role, day-treatment centers should be operated in accordance with client needs, requests, and goals. It is also necessary to provide carefully tailored services, such as individual support, client interviews, services by psychiatric social workers (PSWs), and support from various center staff. These services should be provided in conjunction with multiple other programs. The parallel use of other facilities, provision of bridging support by PSWs, and collaboration with the community are also important. Day treatment centers should also support clients in their efforts to find employment. The author reports on the current status of day-treatment centers, as observed in their actual activities.

＜**Key words**: psychiatric day care, clinic day care, outreach, community-based support, job search support, early intervention/early support, cooperation between clinics＞

Ⅰ．デイケアのフルモデルチェンジ
――デイケアを使いこなすために――

29年前，開院の際に設けた談話室から出発した当院診療所デイケアの歩みを表1に示した[6]．10年前，利用者であふれていたデイケアを見直しをしなければならないと考えた理由は①地域の社会資源が増える中，デイケアの役割を再検討する必要があったこと，②デイケアの再入院抑止効果は明らかであるが，安定した状態で，長くデイケアに留まる人たちも多くなり，デイケアの出口を用意していくことが緊急の課題であったこと，③利用者の利用目的・課題を明確にして，個々の利用者のニーズにより多く対応できるデイケアに改革していくことが求められたこと，などであった．そして，この随分手間のかかった大規模な改革を可能にしたのは，医療的デイケアとして地域でのあり方を明確にしていかなければ存在理由も危うくなりかねないという強い危機感であった．

表1　当院デイケアの歴史

1981	「談話室」のある精神科クリニックを開設 談話室でのグループワーク活発化
1988	小規模デイケア制度化
1991	小規模デイケア認可
1993	大規模デイケア認可
1998	ナイトケア認可
2001	デイケア改革　デイケアのモデルチェンジ
2002	就労準備ミーティング　スタート
2002	再発予防プログラム　スタート
2006	大規模デイケア　定員48名

プログラム運営中心から利用者（の利用目的）中心への改革はいわばデイケアのフルモデルチェンジといえるものであった．その後はその都度の利用者の状態によって新しいプログラムを導入，再編成するなどマイナーチェンジを繰り返しているが，当時変更した基本モデルを使いこなす努力を重ねて今日に至っている[3]．

現在，当院でのデイケアの利用モデルは図1の通りである．より利用者本位，利用目的に沿ったデイケアとして運営していくために，デイケア，外来，訪問各部門のスタッフが集うリハビリテーション会議での協議のもとに運営しているが，運営上重視していることを列挙しておく．

・個人担当制/外来PSWとの協働/3者面談

当院の場合は，利用者に対して外来医療福祉相談室，デイケア双方から担当者をつけ，各人の希望や課題を重視しながら，デイケアの入り口から出口へ段階をおってプログラム利用ができるように関わっていくようにしている．定期的に3者面

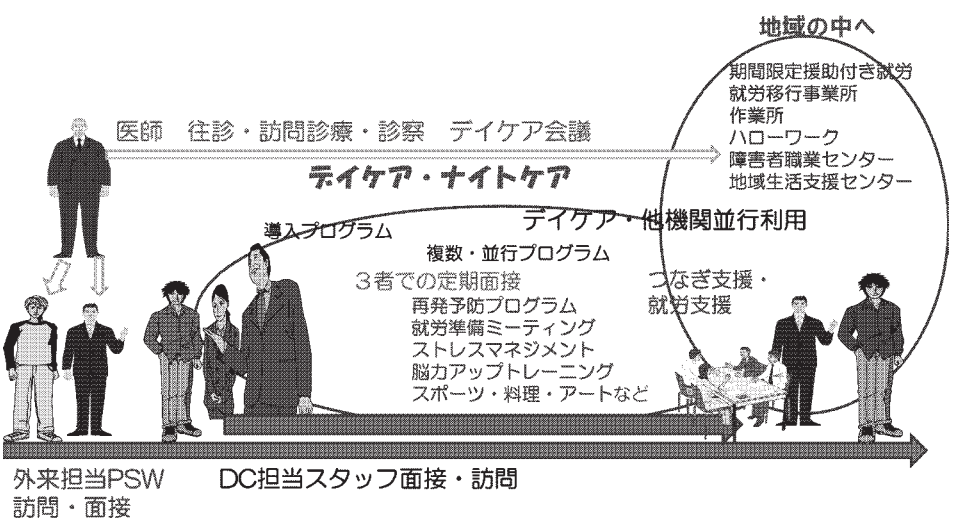


図1　利用目的に沿ったデイケア運営

表2　デイケア・ナイトケアプログラム　2010.5

	月			火		水		木			金		
午前	モーニングカフェ	楽らく体操	ストレスマネジメント	病気を知ろう	パソコン教室	パソコンですよ！	園芸	1人でつくる料理	就労準備ミーティング		リラクゼーションストレッチ	フリージア	
午後	陶芸	脳力アップトレーニング		スポーツ	パン/お菓子教室	手工芸	アート	ほ・ほ・ほ倶楽部	ECC	脳力アップトレーニング	I CAN	音楽セラピー	再発予防プログラム
夜	メタボ対策料理					ナイトケア（夕食づくり）					就労ナイトケア		

談（利用者・外来担当PSW・デイケア担当スタッフ）を実施して現状と利用方針を共有するようにしている．外来担当PSWが関与するのは，デイケアの自己完結的な利用に陥ることなく，地域リハビリテーションの全体を見通してマネジメントしていく必要があるからである．

・利用目的別小グループプログラム

それぞれに目的や課題の異なる利用者ができるだけ利用目的に沿ってプログラムを選択していけるように，より多くのプログラムを用意するために，複数のプログラムを同時並行して運用するように心がけている．利用者は3者面談を通じてプログラムを選択して利用していくことになる．とくに導入期などには，長くひきこもり状態にあって対人緊張の強い若者も少なくないなど，それぞれの利用者の状態に配慮した雰囲気作りも必要となる．また，当然のことながら医療機関として疾病教育，対人技能訓練などのプログラムに力を注いでいる．参考までに現在のプログラムを表2に示した．

・アウトリーチ活動

デイケアへの通所を促したいが，ほとんど自宅にひきこもったままの人たちに対して外来PSW，看護師，あるいは訪問看護ステーションから訪問活動を行っているが[2]，デイケアのスタッフも自宅訪問を継続して関係作りを行い，デイケア通所がたやすくなるように準備していくこともある．また，通所者であってもスタッフが自宅に訪問しておくことはその後の援助のためには有用であり，機会を見つけて訪問している．

・他施設との並行利用/デイケアの出口/つなぎ支援

デイケアを利用する過程で，随時3者面談を実施してデイケアの利用後について話し合っていくことになるが，デイケアの利用日数を徐々に減らしながら他施設の利用を増やしていき，地域への移行がスムーズにいくように工夫している．地域の作業所，就労支援機関，職場などとの並行利用を積極的に行っていくことが有用である．

また，デイケアの出口をどう用意していくかは大きな課題であったが，利用者の大半は働きたいと希望しており，適切に支援すれば就労できるとの経験からデイケアの出口の一つとして就労準備ミーティングというプログラムを立ち上げ，医療福祉相談室が行っている就労支援と連動させていくようにした．

こうしたデイケアから地域への移行をスムーズに進めていくためには，もう一人の担当者である外来PSWの役割が欠かせない．作業所や就業・生活支援センター，ハローワーク，障害者職業センター，また，ヘルパー事業所，地域活動支援センターとの連携も欠かせない．こうしたつなぎ支援を介して一人一人の利用者を丁寧に地域に送り出していくことでデイケアは地域に開かれたものとなっていくのである．

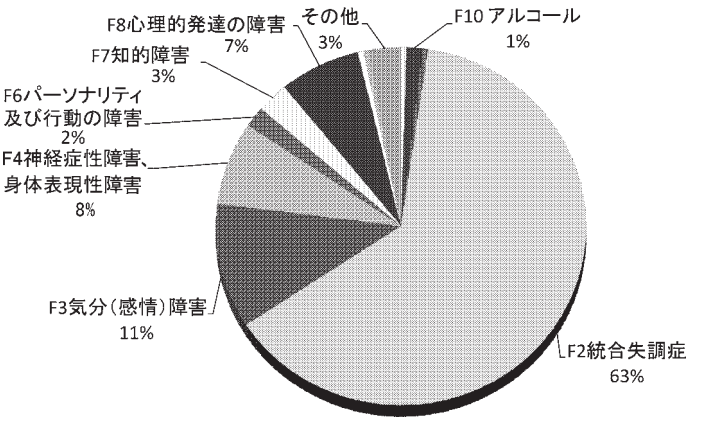


図２　利用者疾患別分類

・「就労準備ミーティング」のもたらしたもの

ところで，この就労希望者の職業準備性を高めるためのプログラム「就労準備ミーティング」のもたらした影響は予想外に大きかった．参加者たちは就労体験を振り返り，就労への課題整理を行って見通しが持てるようになるとともに，自己評価を是正し，自尊感情を回復してデイケアに目的意識を持って参加するようになり，日々の暮らしぶりにも変化がみられるようになった．また，スタッフにあっては「課題を整理してその人にあった援助をする」という視点とノウハウが次第に獲得されていくと共に，スタッフ自身が自らの役割を再認識してより丁寧な支援が行えるようになった．こうしたプログラム参加者やスタッフの変化は，プログラム運営にも影響してデイケアの入り口から出口に向けてのゆるやかな流れができてくるとともに，デイケアやクリニック全体の雰囲気が活性化してきた．さらに医師にあっても，外来通院者に対して，彼らと今後の見通しを共有していくに際して，こうしたゆるやかな流れをもったデイケアの利用を提案できるようになったことで，守備範囲が広くなり，余裕を持って診療に当たれるようになった．

また，本プログラムの立ち上げは，こうしたクリニック内に変化をもたらしただけではなく，地域へも波及して変化をもたらした．すなわち，地域での就労支援体制の整備強化が現実的なテーマとなり，就労支援は地域の課題であるとして，関係機関会議や実務者会議が開催されるようになって，地域ネットワークの拡大・強化がもたらされた．

II．当院デイケアの現状

デイケアをフルモデルチェンジしてはや10年が経過した．振り返れば，ハード面での増改築よりずっと大変な作業であったが，これによってデイケアは利用者にとっても，私たちスタッフにとってもかなり使い勝手のよいものになったし，地域でのデイケアの役割も明確となり，目的意識を持ってその役割を果たしていくことが可能になったと考えている．

さて，当院のデイケアの現状を示しておくと利用者の疾患別分類は図２の通りである．統合失調症は63％で他の診療所デイケアに比べて比率はやや高いが，最近は発達障害の方たちをはじめ，うつ病圏，神経症圏などの利用者が増え，統合失調症圏の人たちが減る傾向にある．デイケア利用者の最終目標は地域社会でより自立した生活を送れるようになることであり，デイケアはそこに至るための踏み台の一つ，地域の社会資源の一つとして，利用者の利用目的に沿ってデイケアや他の社会資源とを組み合わせた並行利用を行い，地域

への移行をスムーズに進めていくように心がけているが，図3のとおりで半数近くがデイケア以外の施設を並行利用していることがわかる．他の施設としては地域の作業所（就労継続B型事業所）が36％，地域活動支援センター19％で半数を超えるが，就労支援関連機関の利用者も多い（図4）．デイケアの通所者の多くは働くことを望んでおり，そのニーズに応えるためには，職業準備性を高める就労準備ミーティングをはじめ，いろいろな段階での就労訓練や就労が準備されている必要があり，担当PSWがそれぞれの段階に応じて就労支援関連機関につないでいる結果である．当院が民間事業所の協力を得て実施している期間限定援助付き就労も就労訓練の場として利用されているが[4]，こうした障害者就労の道が多様に用意されていくことが，障害受容やオープン就労を少しでもたやすくしていくことになると考えられ，デイケアを取り巻く社会資源の充実とデイケアのあり方は相互に規定しあうものであるといえる．図5に当院の就労支援活動について示した[5,7]．

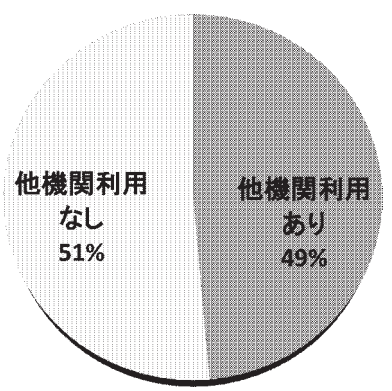


図3　デイケアと他機関の併用

次にデイケア利用者の転帰についても示しておきたい．

図6に2007年1月から2009年12月までの2年間に退所した利用者の転帰を示した．1/3が転院や中断，死亡などでクリニックを去っているのは，モデルチェンジ前とそれほど差はないが，就労関連がかなり変化している．とくに3年前，診療所の医師が集まり，NPO法人大阪精神障害者就労支援ネットワーク（JSN：田川精二理事長）が設立され，就労移行事業所が開所されたが，当院からもすでに10名以上がJSNを利用して就労を果たしている．働いているものの中には自身で就労にこぎつけたものもいるが，先述のようにデイケアに通ううち，障害受容ができるようになってオープン就労したものがほとんどである．それには利用者とともに様々な就労への道をともに模索してくれる伴走者の存在が大きい．デイケアから出て行くためには，地域とのつなぎ支援を担うPSWなどマンパワーが不可欠であることを明記しておきたい．なお，退所者の転帰を2年未満の利用者と2年以上の利用者に分けて調べたが，双方とも大差はないが就労に関してみると2年以上利用したものの方が就労している割合は若干高

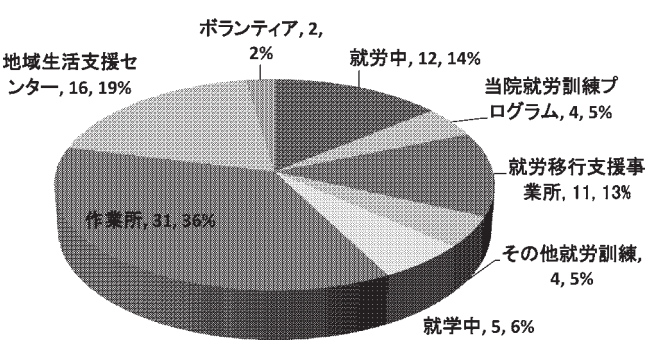


図4　他機関の利用

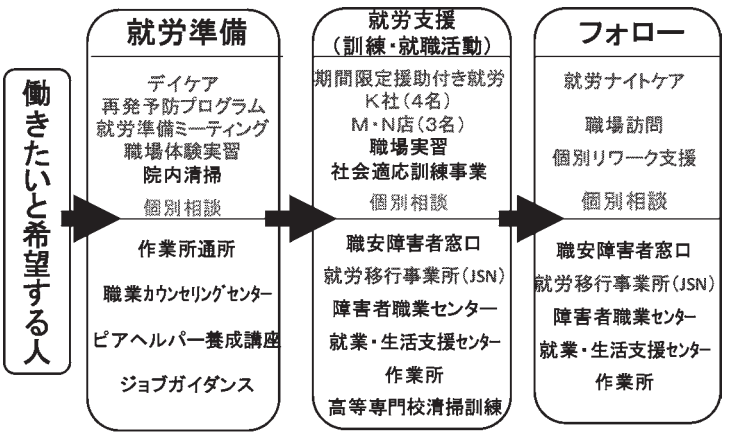


図５　三家クリニックの就労支援活動

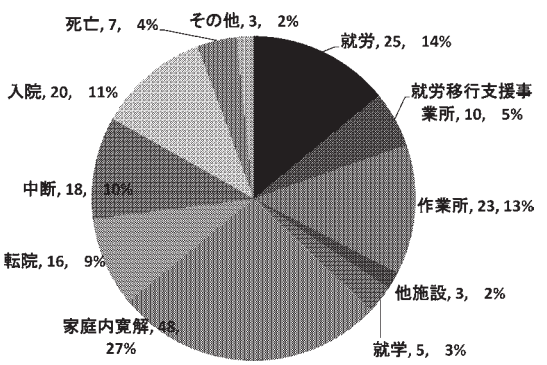


図６　デイケアなど退所者の転帰（2007.1～2009.12）178 名

くなっていた．デイケア利用者の回復の速度は様々であり，いたずらに期限を決めて診療報酬の単価を下げることは意味がないばかりか，スタッフのモチベーションを下げかねず，長期利用者への関わりが軽視されてしまう心配があり慎重を期すべきであると考える．

Ⅲ．まとめと展望

①デイケアは居場所的な機能を有しながらも，本来は地域生活につないでいく通過施設と位置づけることで，地域におけるデイケアの役割を明確にすることができる．よりよい社会生活，在宅生活の獲得を目指す利用者のそれぞれにデイケアがどれだけのものを提供できるのか，デイケアを私たちがどう使いこなしていけるかが問われている．それにはまず，利用者それぞれの利用目的や課題に焦点を当てた利用者本位の運営が保障されなければならない．

②利用者本位が具体化されるためには，利用者に対して外来・デイケア双方から担当者がつく複数個人担当制と３者面談，利用者のニーズにできるだけ対応しうるような複数・並行プログラム運営，そしてデイケアからの出口を意識した地域の社会資源との並行利用，そして地域生活への移行をスムーズに進めていくための PSW のつなぎ支援などが保障される必要がある．とりわけ，就労支援プログラムはデイケアの出口として重要であるが，地域の就労支援機関との連携によってこそより実効性のあるものとなる．医療機関のスタッフはそのつなぎ役を丁寧に行っていくとともに，継続的なフォローを行っていく役割も重要である．

③利用者ひとり一人に対して地域社会につないでいくための目的意識的な関わりを行っていくことは，デイケア全体に地域社会に向かうゆるやかな流れをもたらす．その流れ・雰囲気が利用者やスタッフの意欲を高め，地域ケアのネット

ワークを活性化させ，使い勝手のよいものにしてくれる．

④最後にデイケアの入り口に関しても述べておきたい．診療所デイケアはその立地条件から早期介入・早期支援事例において有効な役割を果たすと考えられ，(社)大阪精神科診療所協会の調査においても発症後１年に満たないものでは，デイケア利用による回復の程度が有意に優れていたとの結果が報告されている[1]．また，診療所デイケアはその診療所に通院する人たちだけではなく，地域の社会資源として近隣にあって精神疾患や障害を抱えて暮らしている多くの人たちに対しても開かれた存在となっていかなければならない．回復の過程でデイケアの利用が望ましいにもかかわらず，その機会が持てず，回復のタイミングを逃したまま，自宅にひきこもる生活を余儀なくされ，受診しても診察室に呼ばれるのを待合室の片隅で待っているだけの若者も少なくない．これらの点で，今後のコミュニティケアの発展のためには，その一翼を担うべき診療所デイケアを取り巻く地域の診療所間での診・診連携を強化することが現実的な課題であると考えている．

文　献

1）川乗賀也，鎌原雅彦：精神科デイケア通所統合失調症患者における精神病未治療期間と精神・生活機能の改善．千葉大学教育学部研究紀要，58：305-309, 2010

2）木原はる奈：診療所のアウトリーチ活動が担う地域での役割とは～業務統計から見えてきたもの～．第８回日精診チーム医療・地域リハビリテーション研修会報告集；48-53, 2008

3）三家英明：デイケアを使いこなす．精神科臨床サービス，6；453-457, 2006

4）三家英明：精神科デイケアから就労への道―期間限定援助付き就労の試み―．精神科臨床サービス，9；253-256, 2009

5）三家英明：精神科クリニックにおける就労支援．精神経誌，111；1087-1091, 2009

6）三家英明：生活の場を治療の場とする精神科診療所に求められたこと．日本外来精神医療学会誌，10；8-13, 2010

7）三家英明：精神科クリニックにおけるデイケアの役割について～これまでの実践経験からこれからのあり方を考える～．日本精神科病院雑誌，29. 5；40-46, 2010

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

処方監査：透明性の高い精神医療に向けて

コーディネーター　齊 尾　武 郎

1.　全人的医療の基礎としての精神科

従来より，精神科は“精神”という目に見えない現象を扱うところから，精神科以外の診療科からは謎のヴェールにつつまれた存在であり，患者に対して明確な診断・治療の根拠を示し難い，特殊な診療分野と見なされてきた．しかしながら，今日の医療では，患者や社会に対する高い水準の透明性（transparency）と説明責任（accountability）が問われており，これは精神科とて例外ではない．

こうした精神科の特性，すなわち，精神科のわかりにくさの主たる要因は，哲学にも比される精神病理の難しさと精神医療にまつわる社会的な問題の扱いにくさにある．一方，うつ病，不安障害など，患者が精神科より身体科を訪れることの多い精神疾患は，むしろ身体科で診ることが要請されており，もはや精神科が全人的医療の基礎として，広く診療全般に影響を与える時代となったと言えよう．

2.　一般市民の科学理解（PUS）を実現する処方監査

本シンポジウムでは，上述の精神病理や社会面の問題といった“精神科のわかりにくさ”をひとまず棚上げにし，精神医学的判断の結果が目に見える形で提示される“処方”というものを他者が評価する営為である“処方監査”の観点から，精神科を公正な“開かれた医療”とすることを提案した．処方監査とは，医師の発行した処方箋を主に薬学的観点から吟味することであり，薬剤師が日常的に実践している方法論である．精神科も身体科と同様，科学的医学なのだから，科学知識というものが普遍性・再現性という特性を持つことから考えて，精神科医の処方内容を評価することは，薬剤師ならずとも見識ある市民であれば誰にとっても不可能ではない．処方監査は臨床医のみならず，看護師，ひいては患者・ユーザーにも可能なはずである．

3.　シンポジウムの概要

本シンポジウムでは，6 名のシンポジストに精神科処方を巡る諸問題を多剤併用問題（polypharmacy）を中心に提示していただいた．

まず，最初にコーディネーターの筆者がシンポの趣旨を説明し，続いて橋本洋子氏より薬剤師業務としての処方“鑑査”の実際を提示していただいた（ここで，“監査”と“鑑査”という言葉の違いについても，説明していただいた）．精神科

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20〜22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　処方監査：透明性の高い精神医療に向けて　座長：齊尾　武郎（フジ虎ノ門健康増進センター，K＆S 産業精神保健コンサルティング），栗原　千絵子（放射線医学総合研究所分子イメージング研究センター）

からプライマリケアへキャリアをシフトした山田嘉則氏からは，ターミナルケアの現場での実例から問題ある精神科処方について検討していただいた．精神疾患の労働者を多く診ている産業医の立場から，櫻澤博文氏にはチーム医療のツールとしての操作的診断基準の重要性や標準治療が実施されていない精神医療の現状について厳しい意見をいただいた．児童精神医学を背景に成人の精神疾患を診察している清水誠氏からは，前医の誤診が多剤併用を招来し治療が混乱したケースを多数提示していただいた．その後，内科・精神科・労働衛生の３つを主たるフィールドとする筆者（“壁のない医師”）が問題ある多剤併用例を提示した上で，処方が混乱する要因について考察と解決策を提示した．生命倫理・医療政策を専門とする栗原千絵子氏からは，不適切な精神科処方を改善するために，適切なる内部監査・外部監査を活用することを提案していただいた．総合討論では，会場のベテランの医師から不適切処方の頻度はさほど高くないのではないかといった意見が出た一方，現場で不適切処方の改善に自ら勇気を持って取り組んでいる若手医師の発言もあり，活発な討論が行われた．

4．ま と め

本シンポジウムでは，広範な分野からさまざまな立場のシンポジストが精神科処方の問題点を実例を提示して検討した．これは各シンポジストが既存のさまざまな医療の勢力とは距離を置く“しがらみ”のない存在であり，わが国の根拠に基づく医療（evidence-based medicine：EBM）の草創期にともに活動した親しい友人同士なればこそ実現した類を見ないものである．しかしながら，本シンポジウムのテーマ“処方監査”は，職種や立場を超えて日常的に実践されるべきであり，今後，本学会総会の常設の研修会として，精神科の問題処方を検討する機会を設けていただければ幸いである．

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

精神科処方鑑査の実務

橋 本 洋 子（社団共愛会己斐ヶ丘病院薬剤課）

薬剤師の日常業務は多岐にわたっているが鑑査業務，特に調剤前の「処方鑑査」は医薬品の適正使用において欠くことのできない業務になっている．薬剤師は本来，薬物治療に関し医師に対して疑義照会を行う職種であり，法律にもその義務と責任が明記されている（薬剤師法第 24 条）．薬剤師は，処方鑑査と疑義照会の過程のなかで処方の質が向上するよう努力する必要がある．処方鑑査とは，医師の薬物治療の意図が正しく処方せんに反映しているかを見極める薬剤師の重要な業務である．処方鑑査の質を高めるためには，医薬品情報管理による適切な医薬品情報の把握，薬歴管理による相互作用・禁忌・重複投与の防止，服薬指導による患者情報の把握が必要となる．そのうえで処方の質を向上させるためには処方医との協働が欠かせない．昨今の統合失調症患者の処方動向調査において抗精神病薬の単剤投与が最大多数とは言えず，多剤併用大量処方や適応外使用による治療では，処方意図がわかりにくく薬剤師の処方鑑査を難しいものにしている場合がある．今後も処方鑑査の技術を向上させ精神科薬物治療の質の向上を目指したい．

＜**索引用語**：処方鑑査，薬物療法，薬剤師＞

The Practice of Auditing Prescriptions for Psychosis

The daily duties of a pharmacist are diverse. Among these, of special note is the duty to audit prescriptions before dispensing medication, which is essential for the proper use of pharmaceuticals. A pharmacist is fundamentally a professional charged with resolving questions related to pharmaceutical treatment with doctors; this duty and responsibility is specified by law (Article 24 of the Pharmacists Act). For this reason, a pharmacist is required to work to improve the quality of prescriptions through the process of audit and confirmation with physicians. As auditing prescriptions is a pharmacist's most important duty, the pharmacist should ensure that the prescription reflects an appropriate and proper formulation in accordance with the intent of a physician's pharmaceutical treatment.

In order to improve the quality of prescription audits, it is necessary to maintain a correct and appropriate understanding of information related to pharmaceuticals covered by medical information reporting requirements. Pharmacists also need to maintain information for patients, in order to provide them with instructions and advice related to taking medications, and must manage their medical histories so as to avoid interactions/contraindications/double dosing. Accordingly, it is also essential to collaborate with physicians.

Recent studies of prescription trends for cases of schizophrenia show that a single agent administering an antipsychotic is not always the majority. However, in the case of polypharmacy prescriptions, or treatments with medicines outside standard practice, it is not easy to clarify the intent of the prescription. This then makes it difficult for the pharmacist to carry out audit duties.

It is hoped that pharmacists will be able to improve their skills related to auditing prescrip-

tions, and thereby enhance the quality of future pharmaceutical treatments for psychiatric illnesses.

＜**Key words**: auditing prescriptions, medication, pharmacist＞

I．はじめに

厚生省薬務局長の私的諮問機関「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」は，最終報告（1993年5月）のなかで「医薬品の適正使用とは，まず，的確な診断に基づき患者の状態にかなった最適の薬剤，剤形と適切な用法・用量が決定され，これに基づき調剤されること，次いで，患者に薬剤についての説明が十分理解され，正確に使用された後，その効果や副作用が評価され，処方にフィードバックされるという一連のサイクルと言えよう」と記載している．

報告書は医薬品の適正使用を表1のように7項目にわたって記載しており薬剤師は「3　調剤」からではなく，「2　患者の状態にかなった最適の薬剤，剤形と最も適切な用法用量が決定されること」から処方鑑査として積極的にこれら一連のサイクルに関わり医薬品の適正使用を目指している．

また，上記報告は続けて「こうした適正使用が確保されるためには，医薬品に関する情報が医療関係者や患者に適切に提供され，十分理解されることが必須の条件である．医薬品は情報と一体となってはじめてその目的が達成できるからである」と明記している．

薬剤師は，医薬品に関する情報を収集・整理する医薬品情報管理業務（Drug　Information：DI）を医薬品の適正使用を目指し日常業務のなかで行っている．

表1　「21世紀の医薬品のあり方に関する懇談会」最終報告書より改変

1	的確に診断されること
2	患者の状態にかなった最適の薬剤，剤形と最も適切な用法用量が決定されること
3	正確に調剤されること
4	患者に薬剤についての説明が十分に理解されること
5	正確に使用されること
6	その治療効果や副作用が的確に評価されること
7	処方にフィードバックされること

II．薬剤師の役割

薬剤師は，薬剤師法第24条により「（薬剤師は，）処方せん中に疑わしい点があるときは，その処方せんを交付した医師，歯科医師又は獣医師に問い合わせて，その疑わしい点を確かめた後でなければ，これによって調剤してはならない．」と規定され法的に鑑査と疑義照会の義務と責任が明記されている．

薬剤師は医師が処方した処方せんをチェックし，用法・用量やその他適切な服薬に関して疑問がある場合は，処方せんを交付した医師に照会し訂正や変更を求めることができ，明らかに間違っている処方を訂正することはもちろん，処方の質の改善を医師とともに行っていく必要がある．

III．処方を鑑査する

薬剤師の日常業務は，処方せんの受付から医薬品の発注・充塡などの在庫管理まで多岐にわたる．鑑査業務は，調剤の前に実施する「処方鑑査」，調剤後に実施する「調剤鑑査」，患者に交付する前に実施する「最終鑑査」に分けることができる（図1）．どの部分の鑑査も重要なものであるが，特に「処方鑑査」は，医薬品の適正使用においてもっとも重要な業務と考えている．しかし，「処方鑑査」は独立した業務ではなく，表1の一連のサイクルのなかで行うことが重要である．

処方鑑査は，患者氏名，年齢（生年月日），薬名，分量，などの処方せんの形式上のチェックにとどまらず，患者背景（年齢，疾患名，病態など），患者の薬歴，処方された各薬剤の医薬品情報を十分に活用して実施する．特に患者ごとに作成している薬歴は，検査データ，アレルギー歴や

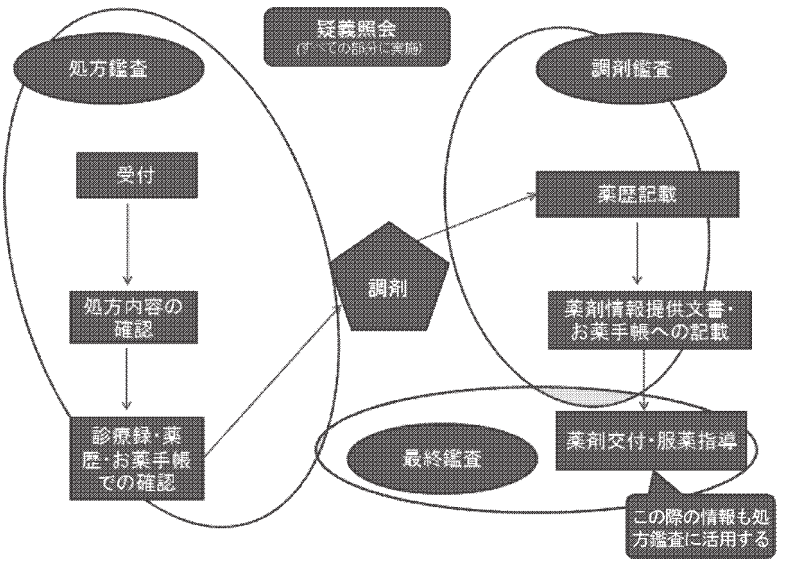


図 1　薬剤師業務

表 2　疑義照会例

	処方内容	疑義照会
1	一般的には男性に処方される医薬品の女性への処方	適応外使用
2	ミルタザピンの初期用量の超過	初期用量 1 日 15 mg
3	ブロナンセリンの食事の影響が考慮される処方	就寝前処方　×
4	クアゼパムの食事の影響が考慮される処方	空腹時に服用する（夜食？）
5	セロクエルの糖尿病患者への処方	禁忌
6	オランザピン 30 mg/日の処方	保険適応での上限量オーバー

持参薬の情報も記載しており，処方鑑査時薬歴を確認することで相互作用・禁忌・重複投与の防止，服薬指導での患者情報を総合的に判断することができる．

注射処方せんの鑑査においても内用剤で実施していた処方鑑査に加え，投与経路，投与部位，投与速度，配合変化，溶解後の安定性などについても検討する．そして，処方内容に疑義が生じた場合に，処方医に疑義紹介を行っている．

処方鑑査とは，医師の薬物治療の意図が正しく処方せんに反映しているかを見極める薬剤師の重要な業務である．

Ⅳ．疑 義 照 会

処方鑑査時に形式上のチェックで疑義照会した例を示す（表 2）．

薬剤師が特に注意して鑑査を行っているものに相互作用がある．常に処方と薬歴から相互作用のチェックを行っており重篤な相互作用が懸念されるときには速やかに処方医に照会を実施している．近年抗精神病薬など新規の薬剤の上市が相次ぎ薬剤を変更する場合のスイッチングに関しても疑義照会する場合が出てきている．

また，患者の訴えや服薬指導時に知りえた情報をもとに疑義照会する場合もある．最近は剤形の話題が多く液剤の味によって服薬コンプライアン

スの低下が疑われる場合なども照会している．

V．精神科領域での特徴

統合失調症患者の薬物治療は，単剤・低用量での処方が推奨されている．しかし2006年に行われた精神科臨床薬学研究会（PCP研究会）会員病院61施設における入院中の統合失調症患者9,325名についての薬物療法に関する調査では，国内における入院中の統合失調症患者に対し，抗精神病薬の平均投与剤数および投与量はそれぞれ2.2剤，873.8 mg/日〔chlorpromazine（CPZ）換算値〕，単剤処方率は30.1％と示されており[2]単剤処方が多数を占めているとは言い難い．対象年度，参加施設，使用している等価換算表が異なるため単純な比較はできないが，東アジアにおける向精神薬の国際共同処方調査[1]においては2004年の日本の抗精神病薬平均投与量（CPZ換算値）は758.42 ㎎（2001年は933.21 mg）であった．同調査での日本の多剤併用率67.1％となっており，他の国に比較して高い数字を示している．

統合失調症の薬物治療において単剤では無効あるいは効果不十分の場合，多剤併用大量処方の問題点は理解していても単純化が難しい症例があることも事実であるが，医薬品の適正使用を目指して患者の状態にかなった最適の薬剤，剤形と最も適切な用法・用量が決定されるよう処方鑑査を通して関わっていきたいと考えている．

精神科における処方鑑査は，多剤併用大量処方では処方意図の把握が難しく，記載もれなど明らかに間違っている処方を訂正することが中心となっていた．しかし，近年は積極的な薬学的管理を行い必要に応じて疑義照会後に調剤を行っており，適切な薬物治療の提案を目指している．これら適切な薬物治療の提案には表1の一連のサイクルを常に回転させる努力が必要で，回転させるためには適切な情報収集を欠くことはできない．正確な情報収集が的確な処方鑑査を実現し適正な医薬品使用に結びつく．

精神科では長期の薬物治療を要することが多く服薬継続について薬剤師からさまざまな提案を処方医に行うことがある．特に服薬継続に多大な影響を与える錐体外路症状，過鎮静，体重増加，性機能障害，認知機能障害などの副作用をモニターし処方鑑査に反映させる必要がある．近年，第二世代抗精神病薬の処方量増加に関連してより深刻な副作用となった高血糖や肥満の問題から体重やBMIの変化なども重要な患者情報としてモニターすることが欠かせない．これら一見わかりにくい副作用の問題からも患者の気持ちに寄り添うような配慮が求められており医薬品の適正使用における「6　その治療効果や副作用が的確に評価されること」の項目を薬剤師からも実施して「7 処方にフィードバック」して処方の質の向上を目指したいと考えている．

精神科領域では患者の主観的な訴えによって処方を変更する場合があり，比較的短い期間に明確な治療効果を求めて処方変更を重ねる，患者の苦痛などの対応に対症療法を重ねるなどで結果的に多剤併用処方になる場合もある．例えば，統合失調症患者のなかなか消失しない幻聴を治療しようとして抗精神病薬が追加処方される場合などである．抗精神病薬の投与量の増加は，抗パーキンソン薬の投与量の増加を招くこともあり，さらなる多剤併用療法となる可能性を含んでいる．

統合失調症における多剤併用大量処方の問題が指摘される一方で適応外使用も処方鑑査は難しく，その都度の処方意図の確認が必要となっている．適応外使用とは，一般的には添付文書に記載され承認を受けている効能・効果もしくは用法・用量以外で使用されることを指す．統合失調症の薬物療法では，適応外使用あるいは用法・用量による用量を超えた使用が多くみられ，処方意図の把握が難しいなどのさまざまな問題を抱えている．

第二世代抗精神病薬には統合失調症以外の適応はない．しかし第二世代抗精神病薬は気分安定薬と併用されることも多く，統合失調症の患者に対する処方か双極性感情障害の患者に対する処方かの判断が難しい場合もある．副作用の問題もあり処方意図の把握が必要である．

VI. さいごに

薬剤師には処方鑑査と疑義照会の義務がある．個々の薬剤師の処方せん鑑査，疑義紹介に関する技能の研鑽は欠かすことができない重要な課題である．薬剤師は，処方鑑査，疑義照会のプロセスで明らかに間違っている処方を訂正することはもちろん，より良い，さらには最良の処方に近づくよう努力する必要がある．

薬剤師の日常業務として処方鑑査を実践し処方の質を上げ，薬剤の適正使用を実現することが透明性の高い精神医療に向かっていくことになると考える．

文　献

1）中野和歌子，Yang Shu-yu，藤井千太ほか：日本における統合失調症入院患者への薬物療法の特徴．臨床精神薬理，13；103-113, 2010

2）吉尾　隆，宇野準二，中川将人ほか：国内における入院中の統合失調症患者の薬物療法に関する処方研究2006．臨床精神薬理，13；1535-1545, 2010

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

産業医からみた精神科医療の疫学的検討と処方箋

櫻 澤 博 文（さくらざわ労働衛生コンサルタント）

1．3剤以上の多剤投与例が44％以上も存在したのに対し，操作的診断基準に基づく診断や認知行動療法や対人関係療法を提供した医師は寡少であった．多剤処方にまつわる直接の医療経済的影響のみならず，副作用にまつわる不経済性についても検討しかつ，必要な措置を構ずる必要がある．

2．科学的根拠に基づかない自殺対策に税金が投入された結果として，自殺者数増加を招いた自治体が確認された．適切な治療・管理がなされない状況でのうつ病スクリーニング導入は，危険であると危惧する．

3．労働安全衛生“監査”を担う立場である「労働衛生コンサルタント」は，医原病に伴う不経済性をも是正可能であると考えられるため，上記課題是正への積極的取り組みが求められる．

Epidemiological Considerations Related to Psychiatric Care and Prescriptions, from an Occupational Physician's Point of View

1. The author discovered that polypharmacy—defined as three or more prescribed drugs—occurred with patients in 44% of the cases studied in this paper, while only a small number of physicians offered diagnoses based on operational diagnostic criteria, cognitive behavioral therapy, or interpersonal therapy. There is an urgent need to examine not only the direct medical economic effect of multiple prescriptions, but also the diseconomy regarding the resulting side effects, in order to take the measures necessary to improve the current situation.

2. The author identified a municipal government that experienced an increase of suicides as a result of using tax revenue to fund suicide prevention measures that lacked any scientific basis. The author warns of the risk of patient screening for depression when such screening is carried out without the provision of adequate treatment or administration.

3. There is room for improvement in the diseconomy arising from this 'medical nemesis'. Thus, the active involvement of 'Licensed Occupational Health Consultants,' who are in a position to 'audit' occupational health and safety, is called for in order to address the above issues.

＜**Key words**: suicide, occupational health, operational diagnostic criteria, medical nemesis, polypharmacy, health economics＞

I．はじめに

第105回総会において，産業精神保健における「臨床的医原病」と「社会的医原病」の存在が確認された[31,35]．医原病的な性格を持った科学的根拠のない介入は，企業独自の阻害要因も相まって，産業精神保健の隆盛に反比例して職場のメンタルヘルス上の問題を拡散させ，隘路に陥らせている[31]実態が確認された．その阻害要因に対して産業医は，患者や患者集団の利益を重視するという，医の倫理の原点に立った上で，様々な障壁を，その力量と英知にて解決することを望む[20]とした「監査」役的立場を担う期待[31,35]も寄せら

れた．その際，会社という集団の精神保健状態を疫学的な評価尺度で評価し，問題事例を詳細に検討することが，隘路の打開策になることも提言された[31]．

そこで，産業医としての契約を含め，企業や集団における安全衛生や労務の“監査”を担う「労働衛生コンサルタント」という立場から，「臨床的医原病」としては，科学的根拠に基づかない診断と加療を受けている実際について記述的疫学を用いて，「社会的医原病」については，社会的逸脱に対するラベリング効果による病者役割の強化の事例[31]と，その影響について妥当性の見地から検討を行った．

II．産業精神保健における臨床的医原病の検討

1．背　景

精神疾患で休職を余儀なくされていた労働者が，復職を申請する際に，事実と異なったり，事実記載を省いた「診断書」を提出することは，禁圧的・萎縮的効果から，その労働者にとって不利になりえる[7,40,42]．また，その「診断書」を交付した主治医も，その労働者の就労権に損害を与える「過失」を与えるべく「懈怠」を働いたと目されうる[35]．にもかかわらず，事実記載が省かれた「診断書」が提出される現実がある．

2．目　的

事実記載が省かれた「診断書」の分布を把握する．

3．方　法

「診断書」を通じて復職を希望してきた労働者に対して，「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」（2009年3月厚生労働省）に沿い，その主治医に対し，「診療情報提供書　提供依頼書」を通じて，診断の根拠，加療内容の記載された「診療情報提供書」を交付するよう，当該労働者の同意を得た上で要望した．

「診療情報提供書」が届けられたら，操作的診断基準の使用頻度や多剤投薬の実際を確認した．一方，労働者には，起床時刻や睡眠時間，摂食状況，日中の活動状況について記録してもらうと共に，「うつ病復職準備度自己質問紙」[29]にてその回復状況を確認した．その上で成書[2]に基づきDSM-IV-TRの診断を行った．

多剤投薬は3種類以上[28]とした．

なお，通院先は，一切，事前に指定はしていない．

［対象］労働者数　約4,230名（2010年4月30日現在）

［期 間］2009年9月1日～2010年4月30日（241日）

4．倫理的配慮

専属産業医と異なり，複数の企業と契約している立場であり，元より特定しえない．かつ，労働者からの同意は取得しえたケースのみ対象とした．

5．結　果

［対象者数］18名（男女比12対6）

［通院先分布］東京都6名（うち23区3名）
神奈川県5名（うち横浜市2名）

［年代分布］20，30，40歳代　各6名

［操作的診断基準使用状況］

DSM分類　0名　ICD-10　1名（5.6％）

［多剤投与状況］投薬3種類[28]以上8件（44.4％）

［最多投与例の内訳］

ルボックス（75）2錠＋ドグマチール（50）2錠＋メイラックス（1）2錠　分2朝・夕食後
マイスリー（10）1錠＋ドラール（15）1錠＋クアゼパム（15）1錠＋レンドルミン（0.25）2錠＋ルボックス（75）1錠　分1就寝前，セレナミン（5）1錠　不安時頓用

合計　8剤

［診断名　内訳と件数］

うつ病	7件
抑うつ状態	3
適応障害	3
混合性不安抑うつ障害	1

重度ストレス反応　1
自律神経失調症　1
［分類不能診断名　2例］
①「自律神経コントロール不能状態」
15回休複職を繰り返していた事例．
当方の鑑別　Ⅰ：309.3素行障害含む慢性適応障害　Ⅱ：301.82回避性パーソナリティ障害
②「過敏性腸症候群」
休職後，診断書提出すらなかった．
労働者背景；パワハラや差別の実際はないものの，被害を受けたとの妄想が前景にあった事例．
［加療内容に疑念を挟めた例］
①“自律神経失調”例
妊孕性への影響に関する訴えを把握することなく，投薬を継続していた．40歳の誕生日前から休みがちになっていたが，診断書を交付していなかった．
②“うつ病”例　その1
睡眠，食欲共に不安定で，5種類の投薬に加えて頓服薬も投与中であったにもかかわらず，「安定」したことを根拠に復職可能と診断書に記載していた．
③“抑うつ状態”例
身体疾患を入れると8種類の投薬を行っていた事例である．日中の眠気がある状態にもかかわらず，復職可との診断書を交付していた．
また，メタボリックシンドロームに加え，睡眠時無呼吸症候群に罹患していたにもかかわらず，ニコチン依存症への対応を始めとした生活習慣是正の指導すらしていなかった．
④“うつ病”例　その2
初回復職時，起床時間が8：40であったにもかかわらず，復帰可能との診断書を交付した．
再休職時，尿酸値が高値であったにもかかわらず，「尿酸値は，私の方が高いから」と飲酒を認可し，4種類の投薬を行っていた．
［その他］
●診療情報提供依頼書紛失　2件
●2軸診断不可事例　1例以上
◎認知行動療法提供，対人関係療法提供例　それぞれ1例ずつ

6．考　察

医師の不適切な治療により経過が遷延することは，労働者側の就労権に関して損害を与えうる[35]のみならず，管理監督者側の期待権侵害にも相当する[31,35]指摘はなされてきた．今回，復職しえない体調にもかかわらず“復職可”との記載がされた主治医による「診断書」交付が，人事・労務担当者と，復職を受け入れる管理監督者を混乱させている実態も把握しえた．さらに中には，診療情報提供依頼書を紛失させた事例が複数あった．結果として，労働時間延伸を始めとした過重労働にての対応を余儀なくされた事例もあった．人事・労務担当者が労働者の健康を害するに至った場合には，傷害行為にも相当しうるものと懸念しえる．精神科医には，業務遂行力判断は行いえない[36]とした疑念を裏付ける結果でもあった．

精神科医による「臨床的医原病」は，多剤が処方されることで出費を余儀なくされる労働者自身，保険点数を請求する健康保険組合や，健康保険組合に出資する組合員，そしてその集団である企業にとっても，また，出資者である株主に対しても，保険料率上昇に伴う間接費負担増から損害を被っているとみなせる．

なお，今回の対象件数は18件と少数であった．また，事務所の対応範囲の関係上，首都圏に労働者が偏っている点で限界がある．件数を増やし，かつ，全国を対応できるように，複数の労働衛生コンサルタントと提携しての検討が必要である．そのような限界がある中，多剤投与[28]例が44％以上も存在し，1980年代ならともかく[18]，今日に至っても，操作的診断が下せる医師や，科学的にその妥当性が確認されている認知行動療法や対人関係療法を提供しえた医師は，それぞれ1例と寡少であることが把握された．

7．結　論

精神科医による「臨床的医原病」を，直接的に是正しうる立場である労働衛生コンサルタントや

産業医[23,30,33~35]より，今回実施した“監査”にて，労働者と管理監督者の双方の健康の保全対応を積極的かつ体系的に監査すべきと考える．

以上のメリットとしては，健康保険組合財政の健全化，労使双方の期待権満足，適正医療の推進，訴訟予防が挙げられる．

Ⅲ．社会的医原病の検討

1．背　景

精神科の敷居低下に伴うアクセス性向上にて，軽微な争いごとや精神的不調が，診療現場に持ち込まれ，対応を医療機関が余儀なくされるのみならず，正価の定まらないメンタルヘルス関連産業が進出し，その結果として病者の役割が強化されたり，病気が遷延したりと，いずれにせよ労働者のパフォーマンスは低下しかねないという懸念が共有されていた[31]．事例として，「富士モデル」[37]が，相当するのではないかと疑問視してきた．警察庁と人口動態統計の双方にて，2005年度をピークにて，2006，2007年度と複数年，自殺者数が減少しつつある最中に開始された事業であった．そして2007年7月になり，科学的根拠はない[3]どころか，日本医師会による生涯教育制度での教育内容[25]とも相容れない家族を対象とした「睡眠キャンペーン」を開始した[35,37]．

2．目　的

「富士モデル」によって，本当に自殺者が低減するに到ったのか，事実関係と，その影響について確認した．

3．方　法

①富士市の自殺者数の推移を公開情報から確認した．

②「富士モデル」について，客観的であり，公平かつ公正な評価と改善措置が講じられているのかを確認した．

4．結　果

①［自殺者数］

2008年度は，2007年度の1.37倍に自殺者は増加したとの結果が，平成21年度第1回「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会の「自殺対策の動向について」にて報告されていた（報告者：宮下正雄，日時・平成21年7月15日（水），場所・静岡県富士総合庁舎特別会議室）[6]．2008年11月1日にあった富士川町との合併による人口増効果は1.07倍[4]であることから，人口増だけでは説明がつかない．かつ，自殺者は，「富士モデル」が対象とした労働者ではなく，無職者が多数[6]であったことも報告されていた．

また，合併前の旧富士市分のみを抽出した結果では，2008年度は55名と，2007年度警察庁統計による自殺者数52名比では1.06倍．2007年度人口動態統計による49名比では1.12倍へと増悪した結果であった[39]．

2009年9月23日開催の「平成21年度自殺対策シンポジウムinしずおか」では，富士市の自殺者数は不明である[38]と公表されず，静岡県のホームページ上，その仔細は削除[10]されていた．

なお，この時期，警察庁「補表1―2　都道府県別自殺者数」[16,17]から増減率を算出してみると，平成20年（2008年）は，平成19年（2007年）より，全国：0.97，静岡県：0.96と，県レベルでも全国レベルでも，自殺者数は，前年度より低減傾向を示していた．しかしながら，富士市の自殺者は逆行して増加していた．

②［波及影響］

自殺総合対策会議が2010年2月5日に決定した「いのちを守る自殺対策緊急プラン」には，「富士モデル」を参考にしたかのような“長時間労働や失業，事業不振等の社会経済的な様々な問題を抱えた中高年男性に焦点を当てた「睡眠キャンペーン」等を実施します”との記載[9]が確認された．このことを知ってか，“3ヵ年で100億円も投資されることから，講演が増える”といった専門委員の発言[5]も確認された（注；文献5，6は，シンポジウム最中，供覧したところ，返却ア

ナウンスをしたにもかかわらず返却がなく，参加者によって持ち去られ手元に現存していない）．

5．考　察

［「富士モデル」について］

厚生労働省健康局に保存されているファイルによると，「富士モデル」制定の根拠は，“自殺率は50歳代男性がピークで年齢階級別死因順位（平成19年人口動態統計）によると，男性死因において自殺は40歳代で第1位，50歳代で第3位であり，働き盛り世代男性の自殺は家庭的，社会的に影響が大だから，働き盛り世代の対策が急務”とされていた[21]．確かに，働き盛り世代に属する男性の自殺の影響は大であり，対策は急務であろう．しかしながら，富士市単独での人口動態統計を，複数年把握した経緯や家族形態・職業・年齢層・性別など，基本的な統計分析をした結果は確認できなかった．すなわち，疫学やヘルスサービス研究に基づいた評価[35]がなされていないように理解しえた．制定に際して，産業精神保健福祉に造詣が深い産業医[23,30,33,34]や労働衛生コンサルタントが参画していたかは不明であった．そもそも，地域における自殺対策モデルの確立を目的とした「地域自殺対策推進事業」の一つとして実施された[19]以上，専門性の乏しい産業精神保健分野を対象に実施することは，無謀とも思え，専門家を交えて検討していない以上，公金を使って自殺者を増加する結果に終わったとしても不思議ではない．モデル事業によりうつ病が発見されることで，事業整理に伴う解雇の優先対象になりうる可能性や，就労制限による実収入の減少といった不利益が生じると，経済的に困窮させるに到り，結果的に自殺を誘発したのではないか[32]と危惧している．なお，「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会は，開始初年度から自殺者が増加かつ内訳として無職者が多数[6]であることを知りながら，是正の動きは確認されなかった．

［影響波及について］

警察庁生活安全局生活安全企画課による「補表1―2　都道府県別自殺者数」から，増減率を求めてみた．平成21年度（2009年度）は，平成20年度（2008年度）より，全国レベルでは32845/32249より1.02倍，増悪していたのに対して，静岡は，934/901より1.04倍と，全国より悪化していた[17]．非専門家によって開始された非科学的な「富士モデル」を，「一般医から精神科医への紹介システム」運営委員会が中止することもなく，静岡県は拡大適用させた結果として，自殺に追い込まれる他なかった県民が増加した結果との仮説形成が可能である．

なお，「富士モデル」には，精神科医が企画に関与していた[37,39]ものの，心理学的剖検を通じた自殺へ到る要因分析を経ての対策の要を抽出したわけでもなかった．このことは，「臨床的医原病」の定義にも該当しえる．もとより，精神科医による加療を促すこの「富士モデル」は，「臨床的医原病」の曝露機会を増やすに他ならないばかりか，「社会的医原病」の実例としても相応しい内容と実際を証明していた．何しろ，精神科医の中には，精神疾患を治すどころか，悪化させる[1,12~15,19]役目を担う者が，全国各地に存在しているという実際が，他のシンポジストからも紹介されたからである．適切な治療・管理がなされない状況でのうつ病のスクリーニングには，米国予防医療研究班は反対の立場をとっている[44]ように，「不眠」を根拠に精神科医による加療させたことが，自殺者増という“禍猟”になったのではないかと危惧している．何しろ不眠の原因は，何も気分障害だけではない．代謝内分泌疾患や薬剤性不眠，睡眠時無呼吸症候群を含め，鑑別すべき疾患は多数ある[25]．専門としている精神疾患さえも，操作的診断基準に沿って鑑別しえない精神科医の存在[35]が，複数の医師から確認されている．また，専門科目の中の適切処方さえままならない[1,12~15]中，専門科外の処方が加えられ，いよいよ対処能が破たんし，不適切投与が，しかも多剤なされ，判断力低下に伴って自殺者数が増加するに至ったという不治の「臨床的医原病」が発症したものと想像しえる．すなわち，“富士モデルで不治も出る”である．なお，説明責任[33,34]を果たしていないか

の静岡県精神保健福祉センターに対して，質問を寄せた記事[41]はあった．

［望ましい対策モデルについて］

心理学的剖検を通じて，自殺リスクとして平均4つの要因が連鎖した時や人事異動発生時を抽出したり，地域特性に応じた介入・支援を提供する自治体が登場していた[24]．人口動態統計などを解析し得られた自殺の現状を，潜在的余命損失年数（PYLL）率に基づく社会的損失まで掘り下げ，かつ積極的にWEBページを介して市民へも提供[45]していた自治体もあった．人口動態統計[8]や，警察庁による自殺統計も区ごとに分析[43]し，社会・経済的要因分析を元に，高齢化と自殺との関連，孤立と自殺との関連，および経済的な問題が自殺の背景に存在している可能性を示していた[8,43]．なお，日本公衆衛生学会理事長が内閣府自殺対策特命担当大臣に宛てて出した自殺対策のあり方に関する提言[27]では，「富士モデル」のような方法は，当然かのように推奨されていなかった．

6．結　論

「富士モデル」は，医療現場で活躍するに資する[26]モデルではないとの仮説形成を立てていたが，その懸念が現実となった[32]ことは，昨年，警鐘を鳴らしていた立場として残念である．国家は，科学的根拠に基づかない政策であることを認識しながら，多額の費用を削ることはせず[22]，精神科医に不眠者を対処させることで，「臨床的医原病」の機会を拡大させ，ひいては自殺者増という「社会的医原病」を蔓延させようとしている，この「不治も出る」を流布させようとしている．「行政刷新会議」によるいわゆる“仕分け”が無力であれば，こうした危険な企てを頓挫かつ是正させ，今後の公衆衛生政策の「前車轍覆」としてもらう良識者が出るのを待つ他ない．

Ⅳ．終わりに――文化的医原病発症防止のために――

今回，臨床的医原病事例として，精神疾患による休職者の復職判定前後に判明した多剤処方やおよそ専門家とは思えない診断や加療の実際を，社会的医原病事例として，公衆衛生政策に因る自殺者増という不経済性を記述すると共に検証した．いずれの事例も，精神科医が関与していた．大半の精神科医は，未だ科学的根拠に基づく診断も，仮説形成に基づく投薬もしえていなかった．事前に通院先を指定していたわけではなかったことから，18件のランダムサンプリング事例と近似しえよう．中でも，多剤処方[28]例が4割にも上った．このような現実に対して，空論や建前論に基づいた産業精神保健研究[31]を行っていては，年間自殺既遂者が3万人を下回るようになったとしても，それは，公衆衛生政策の成果ではなく，人口減に伴う自然減でしか説明がつかないのではないかと懸念している．なお，公衆衛生学会[27]に続き，精神化領域の疾患を中心に，「産業医こそが主治医である」という理念に基づき，社員の健康を守るために，産業医であっても，積極的に自ら意見を述べる立場を明白にする動き[11]も，他学会では確認されてきている．当学会も，公益性を追求する団体である以上，参加者に対して経験主義・封建的な精神主義から，科学的・客観的な近代的精神医療へ脱皮[35]を促すような働きかけを重ねて希求したい．

文　献

1）Carlsten, A., Waern, M.: Are sedatives and hypnotics associated with increased suicide risk of suicide in the elderly? BMC Geriatrics; 9: 20 doi: 10.1186/1471-2318-9-20, 2009

2）張　賢徳監訳，張　賢徳，池田　健，近藤伸介訳：第2版　精神科面接マニュアル（原題　Daniel J. Carlat: The Psychiatric Interview: A Practical Guide, 2nd ed.）メディカル・サイエンス・インターナショナル，東京，2006

3）Daniel, J.: Taylor: Insomnia and depression. Sleep, 31: 489-95, 2008

4）富士市・富士川町合併協議会
URL: http://www.city.fuji.shizuoka.jp/gappei/situation/02.html

5）富士市医師会報（3）（通算 3341）
6）富士市医師会報（19）
7）福田学園事件．大阪地裁　平成 17 年 4 月 8 日．労判 895 号；88, 2005
8）池見好昭，石橋直子，段木登美江ほか：横浜市における自殺の現状
URL：http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu01.pdf
9）いのちを守る自殺対策緊急プラン
URL：http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/plan/pdf/hontai.pdf
10）「自殺対策シンポジウム IN しずおか」を平成 21 年 9 月 23 日に開催しました．
URL：http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/sei-shin/sinpo.html
11）K＆S 産業精神保健コンサルティング：セカンドオピニオン医としての産業医（2010 年 5 月 28 日開催）．第 83 回日本産業衛生学会．福井，2010
12）かでい伝次郎：ドクターかでいのくすりの裏技 第 2 回　見切り千両．医薬経済，4.15；20-21, 2008
13）かでい伝次郎：ドクターかでいのくすりの裏技 第 22 回　迷走続く日本のうつ病治療．医薬経済，11.1；26-27, 2009
14）かでい伝次郎：ドクターかでいのくすりの裏技 第 24 回　デタラメな治療．医薬経済，12.15；28-29, 2009
15）かでい伝次郎：ドクターかでいのくすりの裏技 第 28 回　転勤と引き継ぎ．医薬経済，4.15；24-25, 2010
16）警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 20 年中における自殺の概要資料
URL：http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki81/210514_H20jisatsunogaiyou.pdf
17）警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 21 年中における自殺の概要資料
URL：http://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/220513_H21jisatsunogaiyou.pdf
18）Kitamura, T., Shima, S., Sakiko, E., et al.：Psychiatric diagnosis in Japan. I. A study on diagnostic labels used by practitioners. Psychopathology, 22；239-249, 1989
19）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課：自殺・うつ病等対策プロジェクトチームとりまとめについて
URL：http://www.mhlw.go.jp/seisaku/2010/07/03.html
20）栗原千絵子：産業精神保健における臨床研究と企業倫理：論点整理と政策提言．精神経誌，112；495-502, 2010
21）松本晃明：働き盛り世代のうつ自殺予防対策富士モデル事業．URL：http://www.mhlw.go.jp/bunya/kenkou/hoken-sidou/dl/h21_shiryou_b02.pdf
22）内閣府行政刷新会議事務局行政刷新会議ワーキングチーム：「事業仕分け」第 1 WG　日時：平成 21 年 11 月 12 日（木），事業番号：1-15，項目名：普及・啓発等（青少年育成の推進，食育の推進，少子化社会対策の推進，高齢社会対策の推進，バリアフリー・ユニバーサルデザインの推進，障害者施策の推進，交通安全対策の推進，犯罪被害者等施策の推進，自殺総合対策の推進）
23）中村　純：職場における精神医学的問題．平成 21 年度産業医科大学メンタルヘルスエキスパート産業医養成コース．p. 55-67, 2009
24）NHK クローズアップ現代　2010 年 7 月 14 日放送「動きはじめた自殺対策～実態調査が命を救う～」
URL：http://cgi4.nhk.or.jp/gendai/kiroku/detail.cgi?content_id=2914
25）日本医師会：5　不眠．日本医師会生涯教育推進委員会．日本医師会生涯教育カリキュラム〈2009〉．2009
26）日本医師会：日本医師会かかりつけ医うつ病対応力向上研修会（平成 20 年 10 月 5 日開催）講演記録集．日本医師会，2009
27）日本公衆衛生学会理事長實成文彦：内閣府自殺対策特命担当大臣　福島みずほ殿，経済変動期の自殺対策のあり方に関する提言；平成 22 年 2 月 8 日
28）野村総一郎，平川博之：増加するうつ病―今後の診療の姿とは―．日本医事新報，4467；34-41, 2009
29）岡崎祐士：病休・休職中のうつ病患者の復職可能性判定を客観化するための評価尺度と質問紙の開発．厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）分担研究報告書．2007
30）齋尾武郎：職場のメンタルヘルス．毎日ライフ，36（10）；11-53, 2005
31）齊尾武郎：産業精神保健における臨床研究と企業倫理―コーディネーターとしての問題意識―．精神経誌，112；466-471, 2010
32）齋尾武郎，櫻澤博文：自殺予防事業を考える：富士モデルへの建設的フィードバック．第 7 回　日本うつ病学会総会，金沢，2010 年 6 月 12 日
33）櫻澤博文，中山健夫：Evidence-based　health care の理念推進のために．健康開発，7（1）；16-18, 2002
34）櫻澤博文：科学性に立脚した公衆衛生の実現のた

めに　タバコ問題を事例に．北陸と公衆衛生，49 ; 2-5, 2003

35）櫻澤博文 : 産業精神保健における実務的課題と解決策検討．精神経誌，112 ; 478-483, 2010

36）島　悟 : 産業保健スタッフの役割．産業保健，21, 57 ; 7-8, 2009

37）静岡県精神保健福祉センター : うつ病予防対策「富士モデル」事業
URL : http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/seishin/utsu.html

38）静岡県うつ自殺予防対策「睡眠キャンペーン」
URL : http://www.pref.shizuoka.jp/kousei/ko-810/seishin/suimintop.html

39）損保ジャパン総合研究所 : 静岡県富士市の働き盛り世代のうつ自殺予防対策「富士モデル事業」．ディジーズ・マネジメント・リポーター ; 17, 2009

40）Ｔ＆Ｄリース事件．大阪地裁　平成 21 年 2 月 26 日．労経速 2034 号 ; 14, 2009

41）豊島康宏 : 総合的自殺対策構築への期待「富士モデル」評価の行方．Japan Medicine, 6.16 ; 7, 2010

42）豊田通商事件．名古屋地裁平成 9 年 7 月 16 日．労判 737 号 ; 70, 1997

43）宇佐美実紀，段木登美江，池見好昭ほか : 横浜市における自殺の現状（その 2）―“警察庁による自殺統計”を用いた解析―
URL : http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu02.pdf

44）U.S. Preventive Services Task Force : Screening for Depression in Adults. Release Date : December 2009. URL : http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf09/adultdepression/addeprrs.htm

45）横浜市衛生研究所 : 横浜市における自殺の現状―平成 18 年人口動態統計を用いた解析―．URL : http://www.city.yokohama.jp/me/kenkou/eiken/health_inf/zisatsu/pdf/zisatu03.pdf

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

児童精神科医からみた精神科処方

清 水 誠（横浜カメリアホスピタル児童精神科・精神科）

【目的】児童精神科・精神科分野の診療に従事している立場より，精神科処方について考察する．【方法】症例集積研究．【結果】「うつ病と診断されていた双極性障害」，「境界性パーソナリティ障害と診断されていた双極性障害」，「統合失調症と診断されていた広汎性発達障害」など，誤った診断，治療方針のために多剤併用に陥った事例を提示し，考察する．症例報告にあたり，個人情報の匿名化に十分配慮した．【考察】単剤化の必要性が言われて久しい．向精神薬の多剤併用は，薬剤性の精神症状や副作用をきたし，服用方法を複雑化し，結果的に患者の QOL を低下させる．徐々に処方が単純化されてきている印象はあるが，それでも不必要な薬を含んだ多剤併用例は散見される．そして抗うつ薬，気分安定薬，抗精神病薬，抗不安薬，睡眠薬など分類の異なる薬剤を併用する症例の中には，治療効果が疑わしいものもある．このように多種の薬剤が使用される背景としては，もともと難治性であったというケースも存在するかもしれないが，誤診のために治療効果が上がらず，多剤となっている例も多い．

＜**索引用語**：向精神薬，多剤投与，誤診，双極性障害，広汎性発達障害＞

Psychiatric Prescriptions from the Viewpoint of a Child and Adolescent Psychiatrist

Objective: To critically assess psychiatric prescriptions issued by Japanese psychiatrists from the viewpoint of child and adolescent psychiatry. **Methods**: Case series of polypharmacy due to misdiagnosis. **Results**: Four cases of wrongful polypharmacy are presented. The main reasons for such harmful prescriptions might be mistaken therapeutic strategies and misdiagnosis. For example, patients with bipolar disorder are often misdiagnosed as having unipolar depression or borderline personality disorder. In addition, patients with autism spectrum disorder are sometimes misdiagnosed with schizophrenia. **Conclusions**: Polypharmacy of psychotropic medications triggers numerous complications, such as drug-induced psychiatric symptoms and difficulties in taking medication; it may also impair the quality of life of psychiatric patients. Though more and more prescriptions tend to be simplified these days, there are still many redundant prescriptions. Many incidences of polypharmacy are due to misdiagnosis, and emerge as irrational combinations of psychotropic medications.

＜**Key words**: psychotropic agents, polypharmacy, misdiagnosis, bipolar disorder, autism spectrum disorder＞

1. はじめに

向精神薬の多剤併用は，薬剤性の精神症状や副作用をきたし，また服用方法を複雑化し，結果的に患者の QOL を低下させる．徐々に処方が単純化されてきている印象はあるが，それでも不必要な薬を含んだ多剤併用例は散見される．さらに抗うつ薬，気分安定薬，抗精神病薬，抗不安薬，睡眠薬など分類の異なる薬剤を多く併用する症例の

中には，治療効果が疑わしいものもある．このように多種の薬剤が使用される背景としては，もともと難治性であったというケースも存在するかもしれないが，誤診のために治療効果が上がらず，多剤となっている例も多い．

多剤併用となる背景にはさまざまあるが，本稿では誤診により治療効果が上がらず，多剤もしくは本来は不必要な薬剤が処方されている症例を提示し，考察する．症例報告にあたり，個人情報の匿名化には十分配慮した．

2．bipolarity の見逃しの症例

A） 症例1　男性，初診時30歳

【主訴】うつ病と診断されているが薬の量が増えて心配

【紹介元の診断】うつ病

【当院受診時の処方】sulpiride（50）6錠，carbamazepine（200）3錠，imipramine（10）15錠，scopolamine（10）3錠，mosapride（5）3錠，domperidone（5）9錠（分3　毎食後）．

amitriptyline（10）3錠，levomepromazine（5）2錠，triazolam（0.25）3錠，zopiclone（7.5）2錠，estazolam（2）2錠（分1　就寝前）．

【現在の処方】lithium（200）4錠（血中濃度0.41 mEq/L）（分2　朝夕食後）．

brotizolam（0.25）1錠（分1　就寝前）．

【現病歴】20歳代前半に気分高揚，いろいろなアイデアが浮かび睡眠を削って仕事をしても平気といった軽躁エピソードが数日間続いた．

専門学校卒業後，パソコンで設計図を描く仕事をしていたが，3回転職した．29歳より抑うつ気分，意欲の低下が出現し，心療内科を受診したところ，うつ病の診断でimipramine 150 mgを開始されたが効果はなく，その後sulpiride 300 mg，amitriptyline 30 mgを上乗せ処方されたが抑うつ気分は悪化した．薬剤の処方が多いことを心配し当院を受診した．

【初診後診断】双極II型障害

【治療経過】1ヶ月かけて抗うつ薬をすべて中止し，lithiumを開始した．消化器症状に対して処方されていた内服薬や睡眠薬も徐々に減薬した．抗うつ薬の中止とlithiumの増量に伴い，気分は比較的安定した状態となり，現在はアルバイトも始め，うつ状態となることはなくなった．

B） 症例2　女性，初診時21歳

【主訴】落ち込みが激しい，自殺願望がある

【紹介元の診断】うつ病（性格の偏りもある）

【当院受診時の処方】paroxetine（10）1錠（分1　夕食後）．

milnacipran（25）1錠（分1　朝食後）．

lorazepam（0.5）4錠（分4　毎食後，就寝前）．

flunitrazepam（1）1錠，etizolam（0.5）2錠（分1　就寝前）．

【現在の処方】flunitrazepam（1）0.5錠（分1就寝前）．

【現病歴】大学入学後，18歳時に気分高揚，多弁，睡眠欲求の減少，浪費が1ヶ月以上続いた（軽躁エピソード）．19歳時に抑うつ気分が1ヶ月間ほど続いた．20歳時に過呼吸で倒れたため精神科クリニックを受診し，paroxetineが開始された．その後次第に不眠，食欲不振，抑うつ気分，気分の日内変動，精神運動抑制を認め，うつ病の診断でmilnacipranも併用されたが希死念慮，罪業妄想が出現し，大学は退学となった．親と口論となり衝動的に高いところから飛び降りようとする，過量服薬をする，包丁で自身の腹部を刺す（軽傷）など症状は改善しなかったため，当院を初診した．

【初診後診断】双極II型障害の疑い

【治療経過】Bipolarityを有するものに対する抗うつ薬の服薬による気分の悪化を疑い，1ヶ月かけて抗うつ薬は中止し，lithium 200 mgを開始した．その後は抑うつ状態となることはなく，当院受診前まで認めた過量服薬，衝動性，希死念慮など全ての症状は消失した．アルバイトを始めることができるようにもなり，現在は人格の偏りは全くうかがえない状態である．3ヶ月間寛解の状

態だったため lithium は中止したが，その後も安定した状態が続いている．

C）　症例 3　女性，初診時 19 歳

【主訴】前の病院が薬をたくさん出すところで副作用が激しい

【紹介元の診断】境界性パーソナリティ障害

【当院受診時の処方】paroxetine（20）2 錠，nortriptyline（25）2 錠，propericyazine（5）0.5 錠，biperiden（1）1 錠，mosapride（5）1 錠，carteolol（5）1 錠（分 1　夕食後）．

amitriptyline（10）1 錠，etizolam（1）2 錠，flunitrazepam（2）1 錠，quetiapine（25）2 錠（分 1　就寝前）．

【現在の処方】lorazepam 0.5 mg（分 1　夕食後）．valproate（200）1 錠（分 1　就寝前）．

【現病歴】高校 2 年より不登校となり，抑うつ気分，焦燥感を認め精神科クリニックを受診し，うつ病と診断され抗うつ薬が開始された．その後，転院先の精神科クリニックでは境界性パーソナリティ障害と診断変更され，抗うつ薬は継続された．

高校 3 年時，性被害を受けた後より，複数の男性との交際，浪費，過量服薬，喫煙や飲酒が始まった．高校卒業後アルバイトを始めたが倦怠感のため長続きせず，薬が多いことを心配して当院を受診した．

【初診時】抑うつ気分，意欲の低下，リストカット，過量服薬，両上肢の振戦，解離症状として解離性幻視（虫，女性），解離性幻聴（「死ね」，女性の話し声など），解離性健忘，気配過敏症状を認めた．また過去に気分高揚，落ち着きのなさ，気分不快，活動性の亢進，社交性の増大，誇大性，浪費が 1〜2 週間続く軽躁エピソードを認めた．

【初診後診断】双極 II 型障害の疑い，特定不能の解離性障害

【治療経過】抗精神病薬による両側上肢の振戦，呂律不良，アカシジアと，抗うつ薬誘発性の軽躁エピソードや，混合状態，もしくは activation syndrome などによる易刺激性，逸脱行為が出現していた．後者を鎮静するために抗精神病薬が処方されていたのではないかと考え，抗精神病薬，抗うつ薬を 3 ヶ月かけて徐々に減薬，中止し，valproate 400 mg を開始した．その後，初診時に認めた複数の男性との交際，浪費，過量服薬，解離症状などの症状は抗うつ薬の中止とともに消失した．抑うつ気分，意欲の低下も抗うつ薬を中止して 1 ヶ月後には消失し，軽躁エピソードの出現も認めていない．週 5 回のアルバイトを始め，現在は大学受験のためアルバイトと勉強を両立している．パーソナリティ障害を疑う言動や心性も認めず，気分も安定し，7 ヶ月間寛解の状態が続いたため，valproate を現在減薬中である．

3.　思春期のうつに潜む biporarity

うつ状態を主訴に精神科を受診する思春期の患者は多いが，成人でみられるような単極性うつ病は経験上非常に稀である．そのほとんどは不安障害，摂食障害，発達障害の不適応からくる二次障害，素行障害，虐待やネグレクトなどによる二次的なうつ状態や精神科併存症を持つことが多い．もしくは過去に軽躁エピソードを認める双極 II 型障害や，大うつ病エピソードに 2〜3 個の躁症状の混入した状態である混合性うつ病 mixed depression[1] を呈するため，うつ病として治療するよりも双極性障害圏として治療した方がよいケースが圧倒的に多い．軽躁エピソードの評価の際に euphoric hypomania だけでなく，dysphoric hypomania や，抑うつ症状を伴う軽躁エピソードが見逃されやすい．euphoric hypomania は本人自身が病的な時期として認識していないことも多く，家族からも病歴を聴取するなど多面的な評価が必要となる．Dysphoric hypomania や mixed depressive state は気分のみに焦点を当てるとうつ状態として誤って評価されやすいため，思考，行動なども評価し，軽躁症状を見逃さないような病歴聴取の工夫が必要である．

症例 2，3 のように bipolarity の高い症例に対する抗うつ薬の服薬後に衝動性の亢進，抑うつ気分の悪化している例が散見される．そのようなケースには抗うつ薬を中止するだけで症状が改善す

ることも多い．

双極性障害はパニック障害，摂食障害，社交不安障害，広汎性発達障害など他の精神疾患と併存することもある．この場合，これらの疾患が前景に立ち，双極性障害が目立たないこともあるため，抗うつ薬の投与の際には常にbipolarityの評価が必要である．

4．境界性パーソナリティ障害

境界性パーソナリティ障害の診断を受けている患者の中に，双極性障害として治療するとうまくいくケースが多く存在する．一部には広汎性発達障害や境界知能のこともあり，鑑別を要する．双極性障害のうつ状態に対して抗うつ薬が処方されたことにより薬剤性の軽躁状態や，希死念慮・過量服薬・リストカットの増加・衝動性の亢進などのactivation syndromeが出現し，それらの症状を鎮静するために抗精神病薬が投与されているという悪循環が生じている症例3のようなケースも経験する．

特に過量服薬，リストカットなどをする症例ではbipolarityを有することが多いため，このような症例に抗うつ薬はできるだけ使用しないようにするべきである．また抗うつ薬内服後より過量服薬やリストカットが出現した状態を安易に境界性パーソナリティ障害と診断され，漫然と抗うつ薬が継続されているケースも散見される．また抗うつ薬を服用していなくても過量服薬やリストカットをする症例はbipolarityが高いことも多いため，抗うつ薬の服用開始で悪化するケースも多く，むしろ気分安定薬で改善することも多い．

5．自閉症スペクトラムが統合失調症と誤診された症例

症例4　男性，初診時20歳

【主訴】統合失調症の症状に当てはまらないのでアスペルガー症候群だと思う

【紹介元の診断】統合失調症

【当院受診時の処方】sertraline（50）1錠（分1　朝食後）．

sulpiride（50）4錠，biperiden（1）4錠，lorazepam（0.5）4錠（分4毎食後，就寝前）．

etizolam（0.5）3錠，mosapride（5）3錠（分3　毎食後）．

perospirone（8）3錠，perospirone（4）2錠（分1　就寝前）．

【現在の処方】lorazepam（0.5）3錠（分3毎食後）．ethyl　loflazepate（1）1錠（分1　就寝前）．

【現病歴】高校2年（17歳）に嘔気，不登校のため精神科クリニックを受診し，適応障害の診断で抗うつ薬が処方された．その後，希死念慮の訴えのため精神科病院に入院した．この時，中安信夫の提唱する初期統合失調症（診断根拠は不明）と診断され，risperidone，olanzapine，perospirone，aripiprazoleなど試されたがいずれも副作用のため中断し，症状も軽快することなく退院となった．途中，紹介状によると自生思考，妄想気分を根拠に統合失調症へ診断変更された．本人や家族に確認すると今までに幻覚・妄想はなかったという．20歳時，発達障害の記事を読み，自分は発達障害でないかと思い当院を初診した．

【生育歴】乳児期はベッドでも静かにしていることがなく，よく泣くため，親が一日中抱っこしていた（乳児期の過敏性）．幼児期はおとなしく，外遊びを全くしたがらず，家の中で遊ぶことが多かったため，親が無理やり同年齢の子ども達の中に入らせたが，砂場での一人遊びが多かった（受動的な対人関係）．教えていないのにひらがなが読めるようなり，図鑑で電車の名前をたくさん覚えた．指さし，ごっこ遊びはしなかった．偏食もあった．

幼稚園では友達もできず，手先は不器用で（微細運動の不器用），運動も苦手（粗大運動の不器用）であった．

【治療経過】生育歴などより特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）と診断した．広汎性発達障害で抗精神病薬の適応となる標的症状（幻覚，妄想，衝動性の亢進など）が見られなかったため，3ヶ月かけてperospirone，sulpiride，biperiden

表　統合失調症と間違われやすい高機能の ASD の特徴

自閉症スペクトラムの特徴	誤認された統合失調症の特徴
一次障害	
・独語（思考を声に出す），空笑	・独語，空笑，対話性幻聴
・ファンタジーへの没頭	・独語，空笑，幻聴，妄想
・表情変化の乏しさ（無表情），情緒的雰囲気の気づきに乏しい，共感性の欠如	・感情鈍麻，感情の平板化，適切な感情表現の乏しさ，プレコックス感
・話にまとまりがなく思考の飛躍がある，話の細部にこだわる，独特な言語表現・いいまわし	・連合弛緩，支離滅裂，言語新作，まとまりのなさ，会話の貧困
・知的には高いにもかかわらず年齢に比して言動が幼く見えたり，コミュニケーションの障害やこだわりがあったりするため説明が入りにくい様子	・陰性症状，認知機能の低下
・感覚過敏	・幻覚，妄想
二次障害	
・タイムスリップ現象（フラッシュバック）によるパニック	・幻覚，妄想，精神運動興奮
・①気配過敏症状，②対人過敏症状，③解離性幻聴，④解離性幻視，⑤解離性隔離などの解離症状（ASD は解離症状を呈しやすい）	・①被注察感，注察妄想，②関係妄想，③④幻覚，⑤自我障害
・対人関係や周りの出来事を被害的に解釈する傾向（被害的認知）	・被害妄想/被害念慮，過敏関係妄想/敏感関係念慮
・フラッシュバックなどのトラウマ反応	・幻覚
・統合失調症様症状	・統合失調症
・カタトニア症状	・緊張型統合失調症
・引きこもり	・機能低下，意欲・自発性の低下などの陰性症状，単純型統合失調症
三次障害	
ASD の薬剤過敏体質に起因するものとして，「向精神薬の開始・増量による副作用としての幻覚妄想」や「減薬による離脱症状としての精神病症状」	原疾患の悪化

文献 7）を筆者にて改変

などを中止した．引きこもりの状態は現在も続いているが，新たな陽性症状などの出現は認めない．

6．高機能の自閉症スペクトラム（ASD；Autism Spectrum Disorders）と統合失調症

ASD（中でも高機能）が統合失調症と誤診される理由は，第一に ASD の一次障害（もともとの特徴）が統合失調症とオーバーラップする特徴を有することである．ASD と統合失調症を比較した研究からは，統合失調症で見られる思考障害，連合弛緩，会話の貧困，社会的認知機能の障害などが，ASD でも認められることがわかっている[2,4,5]．統合失調症の陰性症状や病前性格の記載も，ASD の一部の群と類似している．また ASD でみられる独語，ファンタジーへの没頭，タイムスリップ現象などを統合失調症の幻覚妄想と判断されてしまうこともある．

第二に，ASD の二次障害が統合失調症の幻覚妄想と非常に類似した症状を呈することがある．これらの幻覚や妄想は，強迫観念の延長線上の幻聴（自分の思考を幻聴と思い込む）ものや，トラウマに関連したフラッシュバック様の幻覚・妄想から，非常に統合失調症に類似した幻覚妄想やカタトニア症状，昏迷などを呈するものまで様々な

レベルがある．

第三に，ASDには薬剤過敏性の体質が存在するため，向精神薬の副作用として幻覚妄想などの精神病症状が出現し（抗精神病薬だけでなく抗うつ薬，抗てんかん薬でもみられる），それを統合失調症の症状が悪化したものと受け取られ，抗精神病薬が上乗せされて，さらに薬剤性に症状が悪化するという悪循環（三次障害）に陥っているケースもある．

その他にもASDはカタトニアを呈しやすい（17％）[6]ことや，ASDで見られる引きこもりの状態を機能低下と評価されて単純型統合失調症と誤診されたりする．初期統合失調症（中安）で見られる関係念慮が迫害体験のあるPDDではほぼ普遍的に認められる．また自生体験がASDのタイムスリップ現象（フラッシュバック）やファンタジーへの没頭，気づき亢進がASDの感覚過敏（聴覚過敏）に当てはまるなどASDは初期統合失調症と間違われやすい．

また歴史的背景として統合失調症の疾患概念の発展に大きく貢献したブロイラーやクレペリンが「分裂病」（統合失調症）ととらえていた患者の中に，発達障害も一部含まれているのではないかと指摘する研究者もいる[3]．例えばブロイラー（1911）は単純型分裂病の状態を「社会的な引きこもり」「感情の平坦化」，潜在分裂病の状態を「奇妙」「風変り」と記述した．またクレペリン（1919）の分裂病のあるサブグループについて「内気」「狭い範囲の興味」「友人との疎遠な関係」「共感性や愛着の欠如」と記述した．これらの記述とブロイラーの4つのA「自閉性」「観念連合の障害」「両価性」「感情の障害」は，統合失調症よりもむしろASDにより当てはまると考えられる．

7．最　後　に

主に誤診による不適切な処方となった症例を提示し，それぞれについて考察した．双極性障害での軽躁エピソードや混合性うつ状態の見逃しにより治療効果が上がらないというケースは多い．しかし特に双極II型障害は評価者間の診断一致率が低いので，経過をみながら縦断的に評価し，常に診断を見直していく姿勢も重要である．

また抗うつ薬誘発性の軽躁状態や，mixed depression，activation syndromeなどによる希死念慮や自傷行為の増加，ボーダーライン様の言動などを認めることもある．特に若年者には安易に抗うつ薬を使用しないことが大切である．

注意したいのは近年，双極性障害の概念が拡大しつつある中で，disease-mongeringとしての製薬企業の気分安定薬や新規抗精神病薬の販売促進を狙ったマーケティング戦略としての臨床試験などを批判的に吟味していくことも必要であろう．

またASDが統合失調症と間違われ，不要な抗精神病薬が投与されているケースを提示したが，ASDの概念が成人の精神科臨床に与えた影響は，ほぼすべての精神疾患に及んでいると言っても過言ではない．ここで述べた統合失調症に限らず，うつ病，双極性障害，強迫性障害，解離性障害，心的外傷後ストレス障害，摂食障害，身体表現性障害，パーソナリティ障害，アルコール依存症などの背景にもASDがあり得ることが認識されつつある．さまざまな精神疾患の背景に潜む発達障害の問題をとらえておくことにより，より病態の理解と特性へのアプローチが可能となる．

文　　献

1）Benazzi, F.: Bipolar disorder focus on bipolar II disorder and mixed depression. Lancet, 369（9565）; 935-945, 2007

2）Couture, S.M., Penn, D.L., Losh, M., et al.: Comparison of social cognitive functioning in schizophrenia and high functioning autism: more convergence than divergence. Psychol Med, 40（4）; 569-579, 2010

3）Fitzgerald, M.: Diagnosis and differential diagnosis of Asperger syndrome. Adv Psychiatr Treat, 7; 310-318, 2001

4）Ramsey, J.M., Andreasen, N.C., Rapoport, J.L.: Thought, language, communication, and affective flatterning in autistic adults. Arch Gen Psychiatry, 43

(8) ; 771-777, 1986

5) Solomon, M., Ozonoff, S., Carter, C., et al.: Formal thought disorder and the autism spectrum: relationship with symptoms, executive control, and anxiety. J Autism Dev Disord, 31 ; 19-28, 2001

6) Wing, L., Shah, A.: A systematic examination of catatonia-like clinical pictures in autism spectrum disorders. Int Rev Neurobiol, 72 ; 21-39, 2006

7) 精神科セカンドオピニオン 2―発達障害への気づきが診断と治療を変える．シーニュ，東京，p. 54, 2010

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

“壁のない医師”のみた精神科処方

齊 尾 武 郎（フジ虎ノ門健康増進センター，K&S 産業精神保健コンサルティング）

筆者は自らを“壁のない医師”と称し，精神科（心）・内科（身体）・労働衛生（環境）という 3 つの分野を横断する全人的医療を試みている．この立場からみると，現在の精神医療は，“心”を診る科目であるにもかかわらず薬物療法に偏重しがちである．薬物療法中心の医療ならば，薬物療法に熟達していなければならないのは当然である．しかし，現実の薬物療法は，あまりにも混乱しており，不合理な処方が氾濫している．その最たるものが，処方意図の不明な多剤投与である．本稿では，不合理な多剤投与の実例を 3 つ示し，精神科で多剤投与に陥りがちな治療上の隘路をまとめた．臨床家の努力により，随時，処方内容を“処方監査”という形で見直せば，不必要な多剤投与を激減させることができるだろう．

＜**索引用語**：向精神薬，多剤投与，全人的医療，処方監査，症例集積研究＞

Psychiatric Prescriptions in Clinical Practice in Japan : An Overview by the “Doctor without Bulkheads”

Background : As a clinician, the author has practiced a wide range of medicine : internal medicine (body), psychiatry (mind), and occupational health (environment), over ten years. He has called himself “the doctor without bulkheads,” in order to highlight his focus on comprehensive medicine. Since he is proficient in the three areas of medicine noted above, he doubts the common approach to psychiatric prescriptions today in Japan, considering it inappropriate from the viewpoint of the biopsychosocial model of disease. **Methods** : Case studies of polypharmacy in psychiatry prescribed by other psychiatrists. The author encountered these three cases as a physician asked to provide a second opinion. **Results** : The first case is a female patient in her 40s, diagnosed with adjustment disorder, who was prescribed seven types of psychotropic drugs and one vitamin (a total of 34 pills per day) by a full-fledged psychiatrist. The second case is a female in her late 20s, diagnosed with somatization disorder, who was prescribed eight types of psychotropic drugs (a total 13 pills per day) by a professor of psychiatry. The third case is a male in his 40s, diagnosed with schizophrenia, who was prescribed 10 types of psychotropic and other drugs (a total of 28 pills per day) by another full-fledged psychiatrist. In psychopharmacological terms, all of these prescriptions are irrational. **Conclusions** : In Japan, this type of inappropriate polypharmacy is not rare. Reviewing these kinds of erroneous prescriptions, the author speculates on the causes of polypharmacy as (1) inattentiveness of psychiatric prescribers, (2) marketing activities by pharmaceutical companies, such as luncheon seminars, and (3) non-adherence to medication regimens due to insufficient explanations provided to patients.

＜**Key words** : psychotropic medicines, polypharmacy, comprehensive medicine, prescription audit, case series＞

1. 壁のない医師

筆者はこの10年間，精神科・内科・労働衛生の3つの分野を主軸に全人的医療を志し，自らを“壁のない医師”[9]と称している．これは“精神疾患も身体疾患も病気であることには変わりはない”と考え，虎の門病院の混合病棟で“身体科”の患者と精神科の患者とを同じ病棟で治療した先駆者・栗原雅直氏の著作『壁のない病室』[6]に範をとっての命名であり，“診療科目の壁”や“職種の壁”，“医師・患者間の壁”のない，総合的で民主的な医療を願ってのことである．多少大言壮語するならば，この呼称は時間という壁を超越し，古の聖医（ヒポクラテス，華陀，扁鵲）に自らの医業への精勤を申し立てる誓いの言葉でもあった．

筆者は大学卒業後，短期間ながら母校の精神科医局に属した．しかし，全人的医療の志を忘れず，疾病のbiopsychosocialモデル[2]の観点からの診療の必要性を痛感し，故郷に戻り内科へと転科した．転科後に教育された場所は，大都市の一般病院であり，現在のローテーション研修に相当する研鑽を内科・外科・小児科を中心に2年ほど受けた．その後は大都市の基幹病院で，消化器内科をサブスペシャリティーとした．その間の診療スタイルは，栗原氏と同じく“精神疾患も身体疾患も病気であることには変わりはない”という信条に支えられ，内科疾患も精神疾患も等しく診るものであった．野戦病院のごとき診療環境であり，昼夜を分かたずさまざまな疾患を治療し，深夜にオンコールで精神運動興奮を呈する患者を診察するなど，精神科救急に属する仕事も日常的にこなさざるをえなかった．

このような診療が可能であった背景には，当時の上司の病院長に精神医療への根強い不信感があったことに触れざるをえない．彼は大学で教官を務める精神科医を近親者に持っていたが，重い精神疾患の患者を精神科病院に転院させるべきだと主張する筆者に対し，病院の運営責任者として，決して転院を許さなかったのである．

その後縁あって，10年ほど前から企業の嘱託医として労働衛生の仕事にも携わることとなり，現在の筆者の内科・精神科・労働衛生の3分野を等しく診る全人的医療の方向性が確立した．こうして他医の診療内容を社員たちの診察や処方・診断書を通じて，垣間見ることとなった．それが当学会の昨年のシンポジウム「産業精神保健における臨床研究と企業倫理」[10]や本シンポジウム「処方監査：透明性の高い精神医療に向けて」の構想へとつながった．

昨年は「近年，“職場のメンタルヘルス”の重要性が喧伝されているが，実地診療に役立つ疫学的な精神医学的知見が集積されていないがために，現場が混乱しているのではないか」という問題意識に基づき，シンポジウムを企画した．本年は，メンタルヘルス不全の社員をセカンドオピニオン的立場から診た場合，あまりにも混乱した処方が多いことに驚き，本シンポジウムを企画したのである．

2. 問題処方の実例

以下に“誰でも問題処方とわかる処方”の例を3つ示す．いずれも実例であり，処方医は症例ごとに異なるが，1名の医師の単一の処方である．続く症例提示は，臨床的本質を損なわない範囲で，個々の患者や医師のプライバシーに配慮して改変した．なお，口頭で患者から事例を匿名で発表することについて了解を得た．

a）うつ病圏

表1ではaripiprazoleを最大量で投与している．抗パーキンソン剤のbiperidenの処方意図も不明である．本剤は，定型抗精神病薬の錐体外路症状の治療・予防を目的として処方されることはあるが，この処方には定型抗精神病薬は含まれていない．本剤は，多幸感・高揚感を呈することがあるので[3]，これを想定したものかもしれない．抗不安薬のbromazepam，etizolam，alprazolamの3剤を最大量で併用するのも理解できない．この処方の意図はどのように考えても科学的に説明できない．

この処方から鑑別診断を考えてみると，大量の

表1　問題処方その1（8種，1日につき34錠）

Rp）①エビリファイ（6）5錠/1×朝食後
②デパケンR（200）3錠/3×食後
③トフラニール（10）6錠/3×食後
④アキネトン（1）3錠/3×食後
⑤レキソタン（5）3錠/3×食後
⑥デパス（0.5）6錠/3×食後
⑦ソラナックス（0.4）5錠/3×朝2錠，昼2錠，夕1錠
⑧パントシン（200）3錠/3×食後

表2　問題処方その2（7種，1日につき13錠　プラス頓服）

Rp）①グランダキシン（50）3錠/3×食後
②セディール（10）3錠/3×食後
③ピレチア（25）1錠/1×就寝前
④レンドルミン（0.25）2錠/1×就寝前
⑤エバミール（1）2錠/1×就寝前
⑥ロヒプノール（2）1錠/1×就寝前
⑦ユーロジン（2）1錠/1×就寝前
⑧デパス（0.5）1錠＋ワイパックス（0.5）1錠　不眠時頓用

抗精神病薬や抗うつ薬が入っていることから，統合失調症や双極性障害を第1に考える．アルコール依存症や何らかのパーソナリティ障害も否定はできない．多剤併用の原因として，薬が効かないことが考えられる．しかし，これほどの多剤投与を正当化できる病名はない．

このケースは40歳代の女性で適応障害であり，主治医の診断と筆者の診断は一致していた．配置転換により職場環境が変わって，抑うつ状態を呈した．復職したものの，朝からパソコンの画面を見ながらウトウトしていた．処方の経緯は不明だが，薬物療法が開始されて3カ月程度の時点での処方である．主治医は，精神科医として大学などで長年にわたる正統な研修を受けた人物である．産業医あてに事細かに診療情報提供書を書く熱心な医師であり，労働衛生にも詳しいが，筆者がこの処方について苦言を呈したところ，主治医の発言により産業医である筆者と当該社員との関係が悪化した．

実際，主治医に書面や患者の口頭を通じて，処方の問題を指摘した場合，およそ半数の精神科医はそれを契機に処方を改善してくれるが，残りの半数の主治医は反感を持ち，意見を述べた産業医を“正常な医師患者関係を乱す者”として糾弾するに至る．中には怒り出し，患者を急に転院させたり，治療を放棄して患者に「もう当院には来なくてよい」と宣告したりする医師もいる．残念なことに，こうした露骨な陰性感情を呈する精神科医は，少なからず高名な精神科医である．

b）神経症圏

表2では抗不安薬が2種類，睡眠薬が5種類に，不眠時頓用の薬が2剤処方されている．不眠時の薬は，いずれも抗不安薬であり，これらを飲んでも睡眠薬としての効果には乏しい．

この処方からは，神経症圏内の病気で頑固な不眠があるのだろうということくらいしかわからない．また，他の疾患であっても，不安に不眠を伴うものであれば，この処方は考えられなくもない．しかし，この処方の中の抗不安薬にせよ，睡眠薬にせよ，化学構造としては，その多くが類似もしくは同系列の物質であり，重複して処方することに正当性はない．

この患者は不定愁訴を持つ20歳代後半の女性である．この処方は，精神科初診から3年ほど経過した時点での処方である．驚いたことに，几帳面な会社員である患者の申告によれば，薬物コンプライアンスは良好であり，これだけの処方を指示通りにすべて服用しているとのことである．患者はしじゅう身体のあちこちの調子が悪く，内科や婦人科をはじめ，さまざまな診療科で診察を受けており，精神科以外の各科でも薬を処方されている．筆者の診断は身体化障害（Briquet症候群）で，主治医の診断は自律神経失調症であった．ただし，治療方針を巡って主治医に書面にて問い合わせをしたところ，病名に併記してF45.3という記載もあったので，主治医は身体表現性自律神経機能不全と診断している可能性がある．

表3　問題処方その3（13種，1日につき28錠）

Rp）①ベンザリン（10）1錠/1×就寝前
②ベゲタミンB1錠/1×就寝前
③セパゾン（2）3錠/3×食後
④アキネトン（1）3錠/3×食後
⑤ジプレキササイディス（10）2錠/1×就寝前
⑥リスパダール（3）1錠/1×就寝前
⑦ルボックス（50）1錠/1×就寝前
⑧ルボックス（25）2錠/2×食後
⑨ウブレチド（5）2錠/2×食後
⑩トピナ（50）4錠/1×就寝前
⑪デパケンR（200）2錠/2×食後
⑫エビリファイ（6）3錠/3×朝夕食後，就寝前
⑬白虎加人参湯3包/3×食前

c）統合失調症圏

表3では，13剤併用である．抗精神病薬が4種類，抗てんかん薬が2種類，抗うつ薬が1種類などである．ベゲタミンB（3つの薬効成分を含む）と白虎加人参湯（5つの生薬を含む）は合剤であり，合計すると薬効成分は17種類にもなる．鑑別診断は，統合失調症の残遺状態か，精神病後抑うつが考えられる．あるいは抗精神病薬にvalproateやtopiramateが併用されているところをみると，精神症状をともなうてんかんも考えられる．双極性障害，統合失調感情障害，物質関連障害でも，治療に難渋した挙句にこうした多剤処方に逢着する可能性はある．しかし，これほど多種の薬を処方せねばならない合理的な理由は存在しない．

このケースは，20年来の病歴のある，40歳代の妄想型統合失調症の男性である．自殺企図の後，1年半にわたって精神科病院に入院していたが，主治医との関係が良くなかったようで，“詐病および妄想性障害”という診断にて，入院前に治療していた病院宛に，紹介状を持参して退院してきたのだった．

3．産業医のみる多剤投与

ここまで3例ほど，うつ病圏・神経症圏・統合失調症圏の問題処方を取り上げた．労働衛生関連の研修会や学会で種々の講師陣の述べるところによると，産業医の業務の5割ともいわれる時間がメンタルヘルス関連の業務であり，こうした処方をみるのが産業医の日常である．筆者は企業の精神科顧問・産業医として，金融関係を中心に毎週10名強のメンタルヘルス不全の社員を診察しているが，今回提示した処方ほどには混乱せずとも，向精神薬が多剤投与される意図が不明な処方は半数を超える．適応外処方も，全体の5分の1程度に見られる．効果が見られぬまま，1年以上も処方が固定されているケースも稀ではない．逆に患者が副作用を訴えるたびに処方が変更され，早期治療のチャンスを逸しているケースも極めて多い．総じて，薬物療法として理想的な1〜2剤投与かつ十分な量の向精神薬が使用されているのは，全体の2割程度にとどまる．これは筆者が企業の精神科顧問として，主に会社の労働衛生スタッフ・上司・人事・本人の希望といったルートで紹介された社員を診察していることから，比較的経過が長く，遷延したケースを診ていることが多いことを勘案しても，憂慮すべき事態である．また，問題処方が少なくないことは，精神科で日常的に経験することである．

このように労働衛生の現場では，産業医が問題ある精神科処方を見ることが少なくない．しかし，労働衛生関連の研修会や学会でも，産業医が精神科医に苦言を呈することに関しては否定的・拒否的な意見が多いし，そうした事例の話はほとんど聞かない．その理由のひとつには，多くの産業医が精神科を専門としていないため，精神医学の専門家たる精神科医に意見を述べにくいという事情がある．こうした問題処方の中には指導的立場にある医師によるものも少なくない．また，精神医学独自の用語や実地診療における向精神薬の用法が他科医には理解しにくいからでもある．

しかし，精神科医が産業医となっている場合でも，その精神科医兼産業医が精神科医に苦言を呈することは稀である．その理由には，「前医を批判することなかれ」，「後医は名医」という，医師の職業倫理が挙げられる．また，精神科医兼産業医である医師自身もまた，精神科医としてしばし

表 4　多剤投与に陥りやすい隘路

- 向精神薬が十分な量・十分な期間で投与される前に，副作用恐怖による不定愁訴を“副作用”と誤認することにより，頻繁に処方が変更されたり，不十分な量を投与されたりしてしまう．
  - ・服薬コンプライアンスを上げるために，患者の副作用恐怖について患者と話し合い，必要に応じて不快な“副作用”を我慢してもらうこと．
  - ・薬物療法の効果が出るには，一定の時間が必要であることを初診の段階で患者教育すること．
- 患者に向精神薬依存に対する恐怖がある場合，服薬コンプライアンスが悪く，患者が自覚症状に応じて自己判断で，その時々に応じて適当に，処方された薬剤を取捨選択して服用していることが多く，その結果，治療効果が出ず，不必要な処方変更や多剤投与に結びつきやすい．
- 患者の病状が悪化したとき，あるいは好転しないとき，処方する薬剤の数や種類を減らすとより一層病状が悪化するのではないかと精神科医や患者が考えてしまい，結果的に新たに薬剤を加えることとなる（医師が薬剤数を減らそうとしても，患者がそれに抵抗することも多い）．
  - ・薬剤数が増えると，病状が好転するどころか，副作用ばかりが前景に立つようになり，かえって病状が悪化するが，それが副作用のためだとは認識されず，病気が難治性なので仕方がないと受け止められてしまう．
- 向精神薬の副作用には，原疾患の悪化と誤認されやすいものが少なくなく，真には副作用であるにもかかわらず，原疾患の悪化と受け止められて，薬剤を増量されてしまう．
  - ・病勢が収まる時期に新たな症状が出現したとき，あるいは主たる症状が改善しているにもかかわらず，なおも副症状が増悪するときは，副作用を疑うべきである．
  - ・向精神薬を減量するときも，向精神薬の離脱兆候は原疾患の悪化や副作用と類似していることに注意すべきである．
  - ・向精神薬が精神活性を持つ物質であることから，病状が変化したときには向精神薬による医原性物質関連障害を起こしている可能性を常に考える必要がある．
  - ・向精神薬が逆説的に働く可能性を念頭に置き，定期的に処方を見直すとよい．
- 病状が好転しないときに，化学構造の類似する薬剤を単に当該疾患・状態像に適応があるという理由だけで，重複して処方してしまう．
  - ・薬物療法の効果が上がらないときは，同効薬で化学構造の異なる薬剤に置換するとよい．
  - ・場合によっては，薬効分類の異なる薬剤にスイッチすることで劇的に病状が好転することもある．
- 精神疾患に対する 2 種類以上の薬剤の投与を正当化できるエビデンス（正しい方法論で実施された臨床試験による裏付け）のある薬剤の組み合わせ[1,4,8] は稀であるということが処方医に認識されていない．
  - ・2 種類以上の薬剤の投与を正当化できるエビデンスのある薬剤の組み合わせがある場合は，降圧薬や抗生物質のように，その組み合わせによる合剤を製造・市販するべきであろう．
- 精神医学の研修会・学会等で流布される種々の薬剤の薬効に関する薬理学的仮説（特にレセプター仮説）が臨床医の処方行動に大きな影響を与えている．
  - ・統合失調症に対する抗精神病薬にせよ[5]，うつ病に対する抗うつ薬にせよ[7]，原則として種々の薬剤の効果は同等であり，薬剤間で副作用のプロフィールが異なるだけなのだが，神経伝達物質・レセプター仮説（抗うつ薬では Kielholz の作用スペクトラムのシェーマも）により，特定の症状に対して，特定のレセプターへの親和性の高い薬剤が有効であると教え込まれてしまう（臨床試験結果のサブグループ分析で特定の症状への有効性が示唆されるものは稀であり，また，その証明力も弱い）．
  - ・薬理学的特徴（基礎研究）と臨床効果（臨床的エビデンス）は別物であることを認識するべきである．
- 薬物療法だけでは解決できない問題に対し，薬物療法で対応せざるを得ない診療環境であること．
  - ・有効な心理療法を行うこと．難しい環境調整が必要な問題に対して，薬物療法で対応するのではなく，人的・時間的・金銭的な労力をかけること．

ば混乱した処方をするため，問題処方を問題処方として認識しがたく，指摘しにくいという事情がある．さらに，精神科診断は基本的性質として一定の範囲の曖昧さを持っているため，同一患者を診察した場合の精神科医間の診断の一致率は決して高くはないということを，精神科医兼産業医である医師が承知しているため，そうした一致率の低い診断を背景に他医の処方の良否を語るのが困難だからでもある．

4．多剤投与を避けるには

本稿で例示したような混乱した処方は決して稀ではなく，精神科医や産業医が peer review としての処方監査を避ければ，治癒が遷延したり，不快な副作用が出現したりする．しかし，処方について医師同士が相互批判するのみならず，個々の精神科医が自ら多剤投与を避ける努力をすべきだろう．多剤投与の弊害は臨床医には周知の事柄である．それでもなお，現実には多剤投与が珍しくないのは，多剤投与に陥りやすい隘路があるからである．筆者の考える精神科で多剤投与に陥りやすい隘路を表 4 にまとめた．

5．ま と め

筆者は自らを“壁のない医師”と称し，精神科（psycho）・内科（bio）・労働衛生（social）の 3 つの分野で全人的医療を試みている．その立場から見る現状の精神医療は，“心”を診る診療科でありながら，“身体”から病気を治すアプローチである生物学的治療としての薬物療法に偏重しがちである．ところが逆説的なことに，治療の中でも重心が置かれているはずの，当の薬物療法自身が混乱し，多くの症例が処方意図の説明できない不合理な多剤投与に陥っている．

筆者は単剤投与に拘泥する単剤原理主義者ではないが，本稿で示したような多剤投与の実例は珍しくなく，看過すべからざるものである．そこで試みに読者諸氏の参考のため，本稿に精神科で多剤投与に陥りがちな理由をまとめた．ここから発展し，機会あるごとに“処方監査”という形で互いに処方内容を見直すことにより，不必要な多剤投与を激減させることができるだろう．本稿が不適切処方の改善につながり，今後の精神医療に寄与することを期待したい．

文　　献

1）Blier, P., Ward, H.E., Tremblay, P., et al.: Combination of antidepressant medications from treatment initiation for major depressive disorder: a double-blind randomized study. Am J Psychiatry, 167 (3); 281-288, 2010

2）Engel, G.L.: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Scince, 196 (4286); 129-136, 1977

3）Fleischhacker, W.W., Barnas, C., Günther, V., et al.: Mood-altering effects of biperiden in healthy volunteers. J Affect Disord, 12 (2); 153-157, 1987

4）Gao, K., Sheehan, D.V., Calabrese, J.R.: Atypical antipsychotics in primary generalized anxiety disorder or comorbid with mood disorders. Expeurohert Rev Netr, 9 (8); 1147-1158, 2009

5）Gardner, D.M., Baldessarini, R.J., Waraich, P.: Modern antipsychotic drugs: a critical overview. CMAJ, 172 (13); 1703-1771, 2005

6）栗原雅直：壁のない病室―正常と異常のはざまで．中央公論，東京，1990

7）Omori, I.M., Watanabe, N., Nakagawa, A., et al.: Fluvoxamine versus other anti-depressive agents for depression. Cochrane Database Syst Rev, 3; CD 006114, 2010

8）Sachs, G.S., Gardner-Schuster, E.E.: Adjunctive treatment of acute mania: a clinical overview. Acta Psychiatr Scand, 116 (s434); 27-34, 2007

9）斉尾武郎：Dr. 斉尾の壁のない医師―患者さんとナースのはざまで―第 10 回―壁のないメンタルヘルス．ナースセミナー，28; 49-51, 2007

10）齊尾武郎：産業精神保健における臨床研究と企業倫理：コーディネーターとしての問題意識．精神経誌，112 (5); 466-471, 2010

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

処方監査：透明性の高い精神医療に向けて
――倫理的検討と政策提言――

栗原　千絵子（放射線医学総合研究所分子イメージング研究センター）

【目的】透明性の高い精神医療の実現に向け，現状に対する倫理的検討を行い，これを踏まえて政策提言を行う．【方法】非系統的文献レビューおよび医療関係者への聴き取り調査．【結果】精神科医療において，誤診による不適切な薬物治療や多剤投与などがしばしば問題にされる．これらを是正するアプローチとして，世界保健機関（WHO）の提唱した Rational Use of Drugs（RUD），専門家共同体や行政当局による診療ガイドラインや国による national formulary の作成，などマクロ的視点による医薬品政策がある．これに対し「処方監査」は薬剤師法第 24 条に基づき薬剤師が医師に疑義紹介を行うというミクロ的視点による営為である．薬剤師による処方監査は，実施基準や手順書によって行われているとは限らない．【考察】上述の実情を踏まえ，以下 4 つの提言をする．(1)「処方監査」は，基準・手順を作成して実施する．(2) 公的保険償還による適正処方への誘導策として外部監査機関による処方監査を行う．(3) 筆者らの提言する「薬害防止法」（案）に定める実地調査（不定期・抜き打ち的）を導入する．(4) 医師自ら通常診療の中でスキルを磨き自己統治機能を高める．第 4 の論点については，セカンドオピニオンに限らず，総合診療医，産業医による主治医との情報交換，学術総会や学術論文を通しての根拠に基づく意見交換により自己統治機能も洗練されていくことを期待する．

＜**索引用語**：処方監査，医薬品の適正使用，多剤併用，セカンドオピニオン，プロフェッショナル・オートノミー＞

Prescription Auditing : Achieving Greater Transparency in Future Psychiatric Practices
—Ethical Considerations and Policy Proposals—

Objective : To highlight medical policies focused on achieving greater transparency in future psychiatric practice, incorporating ethical considerations. **Method** : Non-systematic review of literature and interviews with healthcare professionals. **Findings** : In current psychiatric practice in Japan, irrational polypharmacy attributable to misdiagnosis has reached a critical point. To address this issue, it is advisable to utilize macro-strategic approaches, such as the Rational Use of Drugs (RUD) promoted by the World Health Organization (WHO), clinical practice guidelines (CPGs), and the national formulary (NF) of Japan. On the other hand, "prescription auditing" is a micro-strategic approach, defined by Article 24 of the Pharmacists Act of Japan, which stipulates that pharmacists must audit prescriptions issued by doctors. But these audits of pharmacists are not based on either practical rules or standardized procedures. **Discussion** : The author proposes the following four strategies : (1) rules and standardized procedures for prescription audits should be developed ; (2) "external audits" should be introduced, in which public health insurance shall not provide reimbursement for inappropriate prescriptions ; (3) automatic site inspections should be conducted based on the "Drug Disaster Prevention Act," which has been previously proposed by the author ; and (4) professional

autonomy of physicians should be organized so as to enable them to hone their skills in routine clinical practice. This fourth point would be realized through not only second opinions by peer psychiatrists, but also through opinions of general medicine specialists and occupational physicians, as well as discussions at academic meetings and in academic journals with extensive evidence-based opinions.

＜**Key words**: prescription audit, rational use of drugs (RUD), polypharmacy, professional autonomy, second opinions＞

1. はじめに

シンポジウム「処方監査：透明性の高い精神医療に向けて」において著者は，本企画の主旨に照らして問題を把握し，倫理的検討を行い，これを踏まえて政策提言を行うこととした．著者は，医療現場で他の医療者による不適切な処方に出会いそれを是正する試みを行ってきた医療従事者からの聴き取り調査や関連する対策や制度についての文献調査を行ってきたが，シンポジウムでは，先鋭な問題意識を持つ発表者から具体的な事例とその検討結果が発表された．不適切な処方により治療の遅れや悪化を招くことはそれ自体倫理的な問題が大きい．特に多剤投与はこれまでも学術的発表の場やメディアなどで問題にされてきたが，効果的な対策が十分にとられているとは言い難い．会場との質疑応答では，実際に他の医療従事者の不適切な処方に出会って悩み，自らそれを是正しようとする試みの正当性を確認できて勇気づけられたと感銘を表明する参加者もいた．自明な問題のようでいて，実情に埋もれがちなこの課題について，政策的観点から解決策を検討する．

2. 事例検討：医療現場での努力

精神科医療において，誤診による不適切な薬物治療，添付文書や標準的治療法からの不適切な逸脱（ただし，そもそも向精神薬の適応のない精神疾患が多いのだから，そうした疾患に薬物で対応しようとすれば，必然的に適応外処方とならざるをえない），不適切な多剤投与などがしばしば問題となる．本シンポジウムでは5名の医療従事者が臨床現場での経験から，こうした不適切な処方や多剤投与の実例を提示した．このような症例報告が学術総会の場で提示されること自体は非常に画期的な試みであり，臨床現場で，医師，薬剤師である発表者が，それぞれの地道な努力で不適切な処方に対し是正を試みている果敢な努力が伝えられた．

「処方監査」という概念は，薬剤師法第24条に基づき薬剤師が疑義紹介を行うために，医師の個別の処方を吟味し不適正な処方を見出すことであり，ミクロ的視点による営為である．そもそも「監査」とは通常，何らかの基準に照らし，定められた監査手順に従って，業務や成果物の適正性を証拠に基づき評価し，その証拠を提示して結果を報告することである．しかしながら医療現場では，こうした営為は個々の医療従事者の個人的な努力や問題意識に根差し，優れた取り組みがなされているところでは一定程度定着した営為となっている場合もあるものの，医療現場一般では，まだまだ定式化された手法が適切に位置付けられた状況とはなっていない．薬剤師の職務として法律に位置付けられる行為としてのみならず，医療の質保証のためのより大枠のシステムが構築される必要がある．

3. 政策的・マクロ的視点から

こうした不適切な薬物治療を是正するアプローチとして，世界保健機関（WHO）による医薬品の適正使用（Rational Use of Drugs：RUD）プロジェクト，専門家共同体や行政当局による診療ガイドライン（clinical practice guidelines：CPGs）や国による国家医薬品集（national formulary：NF）の作成，などがあるが，いずれも教育・啓蒙的または公的保険償還による誘導など

のマクロ的視点による政策である．これらの政策は日本では学術的な紹介のレベルにとどまっているか，一部または形を変えて導入されても十分に機能しているとは言い難い．

例えば英国では，英国国民医薬品集（British National Fromulary：BNF）が公的な資料として発行され，医学的・薬学的な参考書の役割を担い，広範囲な情報およびアドバイスを掲載している．今回不適切な処方について発表した医師らの見方によれば，不適切な処方の多くは，基礎薬理学，臨床薬理学の知識を欠くものである場合が多いようである．日本においてはこうした薬学的領域は学術研究者の交流の場となっているが，一般の臨床家の医療の実践に最新かつ妥当な知識が提供されたり，臨床家が学術総会で事例に基づく検討ができたりするような状況にはなっていない．基礎薬理学，臨床薬理学は実践家のための学問であるよりは医薬品開発のための情報交換の学問となっている．まして国が主導してこうした知識に基づく教科書を作成することはない．

診療ガイドラインについても，英米で作成されているものと日本のガイドラインとでは活用性に大きな違いがある．例えば，筆者はうつ病，統合失調症の治療薬のプラセボ対照試験の倫理的問題を検討する課題から，維持療法の継続期間の妥当性を検証するプラセボ対照試験の実施状況を調べようとして米国と日本のガイドラインを比較したことがある．米国ではインターネット上にガイドラインが置かれて，推奨事項の根拠文献を辿っていくと，1970 年代頃から複数の維持療法についてのプラセボ対照ランダム化比較試験をみつけることができ，それらについてのいくつかは全文を読むことができ，大部分のものは米国国立図書館の医学文献データベース PubMed を通じて抄録を読むことができる．これに対し日本の場合には医学図書館でコピーしたり高額な書籍を購入したりしなければならず，根拠文献を確認することも十分にはできず，それらの文献は改めてデータベースを使って検索しなければならない．医療機能評価機構の Minds システムにおいて診療ガイドラインの電子情報提供が進められているが，最新情報や根拠文献を系統的に入手できる状況ではない．

このようにマクロ的な政策としてとられている適正使用に向けた試みについても，日本においては適正な情報へのアクセスが難しく，このため適正な情報を入手しようとする医療従事者のモチベーションが下がりがちである．

4．監査は誰が行うのか？

再度，処方に対する監査というのは誰が行うべきか，という問題に立ち返ってみる．「処方監査」は薬剤師が行うものとして法に規定されている．これ自体は非常に重要な営為であるが，日本の医療現場一般における薬剤師の臨床的な能力や立場からして，この枠組みの中でできることは限界がある．

欧米諸国では「医療監査」という制度を持つ国がある．これは法に基づき公的機関が医療行為の適切性までを含めて監査するものである．これは医療の質保証のシステムの一環として効果的に機能している側面もあるが，一方で，医師のインセンティブを削ぐことになりやすいという指摘もあり，日本にこうした医療の質保証の制度を導入する場合には，多大な書類業務や委員会業務が発生して実質的には寄与しないという可能性も十分に考慮しなければならない．

一方，日本には，「医療監視」という言葉があるが，これは法令上の用語ではない．法律上は医師法第 25 条に自治体職員による立入検査が規定されており，第 26 条にこれを行う「医療監視員」という用語がある．これは医師法関連法令に対する違反の有無を検査するもので，医師法に規定されているのが主として人員，構造設備，衛生環境，診療録，帳簿類などであるため，ハードウェア的な部分に対する検査が主となり，医療行為の適正性について踏み込むものではなく，また自治体職員にそのような能力も想定されていない．日本の医療関連法の体系では，「医療は聖域」であるため行政や一般社会，医師以外の医療職による監視

や管理をできるだけ退けるという考え方が根強いため，日本では医療行為の適正性に踏み込むようなルールは医薬関連法令の各領域について避けられてきた傾向がある．「医療は聖域」というのであれば医師自らが自己統治を行うというのがprofessional autonomyの考え方だが，従来その役割を果たしてきたはずの医局講座制や学会の自治機能が現在はその権威を失っており，医師自らによる自治機能に期待できるものは多くはない．

医師自らによる是正機能として「セカンドオピニオン」というシステムがあるが，これは基本的に専門医同士のチェック機能の一種である．これに対し，総合診療医や産業医など，領域横断的な診療を行う医師は，他の専門医や主治医の処方行動を第三者的にみる機会を有することから，必然的にその役割を果たすことになるだろう．これもまたミクロな営為だが，医師自らが他の医師の処方行動をチェックする仕組みとして自己統治機能の役割を果たしうることが，今回のシンポジウムの発表からも垣間見られた．

5．政策提言

以上のような検討を踏まえて，筆者は下記のような政策提言を行う．また，検討してきた種々の対策については，ミクロ的アプローチ，マクロ的アプローチに分類して現状と望まれる方向性を表にまとめた．

下記の政策提言のうち（1）～（3）は「監査」という考え方に沿った提言である．しかし不適正処方の是正には，こうした制度・政策的な問題よりも，個々の医療従事者のスキルや継続的な学習の重要性のほうが重要であるということも，一連の検討と今回のシンポジウムでの議論で浮かび上がったように思う．それを前提に（4）をあえて加えた．

（1）内部監査としての処方監査の基準・手順を作成するとともに相互コミュニケーションや協力体制を高めることによって，本来の「監査」の名にふさわしい行為として実施する．

冒頭で述べたように，薬剤師による処方監査がより一般的に医療機関において適切に行われるようにするためには，法の解釈や現場の努力だけではなく，監査の基準や手順を作成し，「監査」の名にふさわしい行為として実施することが必要となる．この場合に，薬剤師がこれを担う限りにおいては，添付文書やインタビューフォームとの照合だけでなく，海外情報も含めた最新の知見や，現場の医師患者関係なども十分に踏まえたものになっていなければならない．こうしたものは基準や手順書にはのらないものも多く，却って基準や手順書が書面のみを重視する営為にもつながりかねない．あるいは，薬剤師ではなく医師どうしがこれを行うシステムを構築するのも一案である．症例検討会などはその役割を果たしている部分があるが，困難な，または医学的関心の深い症例のみならず，日常行為として一定の基準を設けて互いの処方行動をチェックするシステムを設けることも必要だろう．いずれにしても，官僚的な書類業務を増やす傾向を避け，これら基準は一つの契機として，院内におけるコミュニケーションと相互監視能力を高める方向でシステムを構築することが望まれる．「監査」とは本来，そうした相互コミュニケーションと問題を発生以前に解消する相互協力的なシステムであることを踏まえたい．

（2）公的保険償還による適正処方への誘導策として外部監査機関による処方監査を行う．

公的保険の償還による誘導は，まさに日本の行政がとり続けてきた対応である．本来金銭的なインセンティブで誘導すべきではない医師の倫理規範や医学的判断に関する事項まで，保険償還という金銭的インセンティブによらなければならなかった歴史は，日本の立法思想の欠陥なのか，行政当局の慣習によるのか，臨床家も含めて日本人のメンタリティによるのか，そのどれもが該当するといえるのか，いずれにしても日本社会が選び続けてきた方策である．「保険医および保険医療機関療法担当規則」（療担規則）という省令が公的保険を使ってよい医療行為について規定するその内容には，まさに医の倫理や研究倫理に踏み込む

表　処方の適正化のための種々の対策の現状と望まれる方向性

		現状	望まれる方向性
ミクロ的アプローチ	処方監査	薬剤師法（日本）に規定される疑義照会を個々の薬剤師の努力で行っているが「監査」として備えるべき基準・手順書などはなく，薬剤師の立場・能力からしても医療機関全般で標準的に実践されるのは困難である．	「監査」の名にふさわしく，基準・手順書などを設けて方法論を標準化したり，書類業務に終わらないよう医療従事者間の相互コミュニケーションの充実をはかるためのツールとして活用する．
	セカンドオピニオン	専門医同士のチェック機能の一種である．	「医療は聖域」「professional autonomy」を医師が主張するのであれば，これらの営為が相互チェック機能として活用されるよう充実をはかる．
	総合診療医・産業医	総合診療医や産業医など，領域横断的な診療を行う．	
	学術集会や学術論文での意見交換	不適正な処方について問題視されることはしばしばあるが，具体的な事例を挙げ改善策を示す検討は少ない．	不適正な処方の実例，改善策を根拠に基づき学術的に意見交換することで「professional autonomy」としての相互監視機能が高まる．
マクロ的アプローチ	RUD	WHO の提唱する概念であるが，日本ではその方法論としては学術的な紹介のレベルにとどまっている．	学術的紹介から実践に向けた努力が望まれる．
	CPGs	米国などでは根拠文献を電子的に辿れる形でエビデンスに基づくガイドラインの最新情報が電子的に提供されているが，日本では最新情報や根拠文献へのアクセスが困難である．	最新情報や根拠文献へのアクセスが容易なエビデンスに基づくガイドラインの提供が望まれる．
	NF	英国などでは公的に教科書的役割も果たすものとして提供されているが，日本では薬剤師と企業が協力して作成するインタビューフォームはあるものの公的なイニシアチブはない．	公的な位置付けを持つ公正な情報が医薬品の適正使用に向けて作成され提供されることが望まれる．
	医療監視/医療監査	日本では医療法に基づき公的機関がハード面のチェックを行う．諸外国では医療行為に踏み込む制度もあるが日本では「医療は聖域」との考え方が根強くソフト面の公的な監視・監査は困難である．書類業務を増やし医師のインセンティブを削ぐ危険性もある．	医療行為の適切性に踏み込む監査のシステムを導入する場合には，書類業務を増やすばかりの方向に向かわず，監査本来の趣旨に沿って相互コミュニケーションを高めるようなシステムとして導入し，標準医療に関する情報へのアクセス性を高めるなどの対策も講じる必要がある．
	「薬害防止法」で提案する実地調査	逸脱事例に対し公的な査察官が現場に踏み込んで綿密な調査を行い行為の停止も含む処置を行う権限も有するものとして筆者らが提案しているが，こうした仕組みは日本においては未だ存在しない．	書類業務を増やすことに向かいがちなルーチンとしての監視・監査システムを広げるよりは，重大な逸脱事例に対して踏み込んだ調査と措置がとれるようなシステムが必要である．

ようなものが含まれ，また廃止になった条文ではあるものの，診療ガイドラインがこの規則に明記され，長期間にわたり改訂されないままになっていたことからも，日本における適正な医療への誘導策における不作為がうかがい知れる．

もしこのような金銭的インセンティブ以外に日本においては方法がないならば，診療ガイドラインをより頻繁に改訂し，アクセス性を改善し，生涯学習による認定に保険償還を絡めるなどの方法により誘導する方策が最も適しているはずであり，そのためには，保険の査定が地域によって異なるという状況を改善し，医学的判断に関連するツールの標準化を進め，地域によって異なる問題があるならばそれは地域性として明示するような医療情報の充実化と整備が必要であろう．

(3) 筆者らの提言する「薬害防止法」(案)[1] に規定される逸脱事例に対する実地調査（不定期・抜き打ち的）との組み合わせとして，定期的な外部監査の制度を導入する．

この提案はさらに厳しい強制的な介入を伴う是正策である．現状では，医薬品による健康被害の発生などに対応して行政当局が製薬企業に寄付金の支出を依頼したり厚生科学研究班に委託したりして，受動的な手法でデータ収集するのが日本における慣例となっており，またこれに対する厳しい批判も喚起された．その結果，いたずらに膨大なデータ収集を行ったり，利益相反ルールを研究機関や学会で策定したりするなど，データや紙の量が肥大していく方向性に改善策が議論されてきたが，データの分析や意思決定のための方法論が充実していないため，いずれも根本的な解決にはなっていない．

筆者らの提案は，状況によっては，行政監督官，自治体職員などが直接現地に赴き「疫学的アウトブレーク調査」により，迅速に現地での聞き取り調査をしたり，医官が問題の生じた患者を直接診察したりするなど，捜査に準ずる手法により綿密な調査を行い，行政自らが一次情報を採取，迅速に必要に応じて市販一時停止などの措置を行うことのできるような法改正が必要である，というものである．ルーチン的な官僚的業務を肥大させる対策よりも，重大事例について厳格かつ迅速な対応と意思決定を可能にする制度が必要である．

(4) 医師自ら通常診療の中でスキルを磨き自己統治機能を高める．

以上述べた (1) は内部監査，(2)(3) は外部監査的な手法である．監査という方法は，その本質が十分に理解され，適切に運用されれば様々な問題の発生を事前に食い止め，関係者の相互理解に基づく業務の適正化が図られるものであるが，往々にして，事務作業や書類業務を肥大化する傾向を生み，医師の医療実践のインセンティブを削ぐ方向へと機能しがちである．そのような状況を防止するためには，医師自らの自己統治機能を高める以外にない．生涯学習と認定制度を関連させるなど，様々な手法がこれまでに取り入れられてきたがこうした方法も官僚主義に陥りがちである．制度としてのセカンドオピニオンに限らず，総合診療医，産業医の日常業務の中で，主治医との情報交換が適切になされること，また学術総会や論文を通しての議論などで自由な，ただし根拠に基づく意見交換が行われることで，こうした自己統治機能も洗練されていくのではないかと期待する．

文　献

1) 齋尾武郎，栗原千絵子：「薬害防止法」の提案．臨床評価，36 (1)；173-200, 2005

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

性同一性障害をめぐる諸問題

コーディネーター　齋藤　利和

現在，GID に対するわが国の医療は数多くの問題を抱えている．第一にはいまだに健康保険が適用されず，患者負担，とりわけホルモン療法や性別適合手術などの身体的治療に要する負担は大きい．そのうえ，GID 治療に従事する医師は不足しており，ジェンダークリニック機能を備えた総合病院はおろか精神療法が可能なクリニックも数少ない．ために，多くの GID の方々が治療を受けられない状況にある．ホルモン剤などの自己治療や，外国での性別適合手術などで後遺症に悩まされる方も少なくない．当学会作成のガイドライン第 3 版には「日本精神神経学会の主催する専門家研修会」の実施が記載されている．こうしたことを背景に本シンポジウムを専門家育成の，また GID を取り巻く種々の困難性を克服していく出発点として位置づけた．

山内俊雄は，平成 9 年性同一性障害治療が正当な医療行為であるとの埼玉医科大学倫理委員会の判断を契機に，日本精神神経学会で診断と治療のガイドラインが作られ，平成 10 年に性別適合手術実施へと至った本邦の医学的取り組みを紹介した．わが国の性同一性障害に関する問題について，①専門家の養成，②専門施設などの整備，③医療に関わる経済的な問題，④法整備や社会的認知の問題，⑤当事者や家族への支援や援助システム，⑥性同一性障害周辺群に対する治療や援助，⑦成因の解明などの医学的問題を提起した．

池田官司は，GID のどのような困難に対してどのような精神療法を行っていくかを整理する必要があることを指摘し，彼らの生活上のさまざまな困難に言及した．

舛森直哉は，身体的治療に関する問題点，すなわち，ホルモン製剤による副作用や SRS の合併症に対する適切な処置が行われていないこと，また医療費未払などの問題を述べた．

織田裕行は，大学病院での GID クリニックの運営上，複数の科や施設をまたぐ医療の情報が，量的にのみでなく質的にも複雑化することを挙げ，GID 医療では，情報を厳重に管理しながらも，同時に相互に共有できる環境を確保する必要を述べた．また，今後大学病院の GID クリニックは大学病院内の枠組みにとらわれ過ぎず，むしろ地域の医療機関のネットワークの中で性別適合手術適応判定会議を開催するなどの役割を果たす必要があることを指摘した．また，そのネットワークの中で，これまでに蓄積された貴重な経験を GID 医療に関心を持つ医療関係者に伝え育成していくことも GID 医療の継続性という観点から重要であると指摘した．

松永千秋は，性同一性障害の当事者であり，同

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20〜22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　性同一性障害をめぐる諸問題　座長：齋藤　利和（北海道公立大学法人札幌医科大学医学部精神神経医学講座），山内　俊雄（埼玉医科大学）

時に精神科の臨床医でもある立場から実際の当事者のジェンダー・アイデンティティは多様であり，違和感の解決のされ方，すなわちジェンダー・アイデンティティが自我アイデンティティに統合される態様も多様なものであることを指摘し，その多様な統合を目指す精神療法を開発する必要があることを述べた．その観点から，性同一性障害の医療は，身体的治療を目的とするものではないことを認識するとともに，国内での治療システムを早急に整備すべきと指摘した．

身体的療法についての問題が多数指摘されていることから，中塚幹也，難波祐三郎から指定発言がなされた．中塚幹也は，性同一性障害ではほとんどが思春期以前に性別違和感を自覚していることを報告し，学校保健の役割が重要であることを指摘した．若年者の性同一性障害におけるホルモン療法については第二次性徴を抑制する薬物の使用が精神的な安定を図ることで，うつなどの二次的精神的合併症を予防し学校や社会適応を向上させる可能性があることを指摘した．難波祐三郎は，FTMTS，MTFTS に対する性別適合手術について述べ，数多くの施設が GID に対して門戸を開く必要性に鑑み性別適合手術に保険が適応されることの重要性について述べた．

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

性同一性障害の医学・医療の現状と課題

山 内 俊 雄（埼玉医科大学）

性同一性障害が科学的な立場から論じられるようになったのは，諸外国においても，たかだか 20 世紀の半ばになってからのことである．それまで異性装として注目されていた現象が gender identity という視点から検討されるようになり，gender が形成されるメカニズムや生物学的性別との齟齬が生ずる原因としての生物学的・心理社会的な研究がおこなわれるなど，しだいに医学・医療の対象とされるようになった．

一方わが国では，昭和 44（1969）年の，いわゆるブルーボーイ事件によって，“性転換手術”が違法な医療行為であるかの誤解を生んだために，性同一性障害の問題が医学界から姿を消したが，平成 9（1997）年に性同一性障害の医学的治療の正当性を問う申請が埼玉医科大学倫理委員会に出され，性同一性障害の治療が正当な医療行為と判断されたのを受け，日本精神神経学会によって診断と治療のガイドラインが作られた．その結果，医学的位置づけが確定し，平成 10（1998）年に公の性別適合手術へと結びついた．

しかし，わが国における性同一性障害に関するこのような急速な変化に医学界も社会制度も人々の認識も追いつかず，必ずしもあるべき，ふさわしい形とはなっていないのが現状である．

そこで，性同一性障害に関する諸外国における研究の流れを辿り，その上で，わが国の性同一性障害に関する医学・医療の現状や現在抱えている問題について，主として①専門家の養成など，医療の問題，②専門施設などの整備，③医療に関わる経済的な問題，④法整備や社会的認知の問題，⑤当事者や家族への支援や援助システム，⑥性同一性障害周辺群に対する治療や援助，⑦成因の解明などの医学的問題などについて概括したうえで，今後の性同一性障害に関わる医学・医療の方向性や問題の解決をはかるための方策について述べた．

The Current Environment Surrounding Gender Identity Disorder in Japan

In Japan, medical discussions about Gender Identity Disorder (GID) began in 1997, when the ethics committee of Saitama Medical University deliberated over the necessity for GID treatment. The committee concluded that medical care was justified in cases of GID, especially in cases where sex reassignment surgery was the appropriate procedure for patients. The Special Committee on GID of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology proposed guidelines for both the diagnosis and treatment of GID.

These actions related to GID accelerated recognition of the meaning and importance of GID for physicians, as well as for the general population. GID has become recognized in Japan so rapidly that dealing with the resulting medical and social issues is not yet complete. The following topics are cited as important matters that need to be addressed:

1. Training of staff, and an increase in the number of medical facilities treating GID.
2. The need for health insurance coverage in GID cases.
3. Improvements to the legal system in order to improve QOL of GID patients.
4. Creation of support systems for GID patients and their families.

＜**Key words**: gender identity disorder, current status, medical environment, social situation, academic subject＞

はじめに

性同一性障害が科学的な立場から論じられるようになったのは，諸外国においても，たかだか20世紀の半ばになってからのことである．それまで異性装として注目されていた現象がgender identityという視点から検討されるようになり，genderが形成されるメカニズムや生物学的性別とgenderの間に齟齬が生ずる原因に関する生物学的・心理社会的な研究がおこなわれるなど，しだいに医学・医療の対象とされるようになった[2,5]．

一方わが国では，昭和44（1969）年の，いわゆるブルーボーイ事件によって，“性転換手術”が違法な医療行為であるかの誤解を生んだために，性同一性障害の問題が医学界から姿を消したが，平成7（1995）年に性同一性障害の医学的治療の正当性を問う申請が埼玉医科大学倫理委員会に出され，性同一性障害の治療が正当な医療行為と判断された[6]のを受け，日本精神神経学会によって診断と治療のガイドラインが作られた[1]．その結果，医学的位置づけが確定し，平成10（1998）年に公の性別適合手術へと結びついた．

しかし，わが国における性同一性障害に関するこのような急速な変化に医学界も社会制度も人々の認識も追いつかず，必ずしもあるべき，ふさわしい形とはなっていないのが現状である．

そこで，わが国の性同一性障害に関する医学・医療の現状や現在抱えている問題について，概括したうえで，今後の性同一性障害に関わる医学・医療の方向性や問題の解決をはかるための方策について考えてみたい．

1．わが国の性同一性障害に関する医学・医療のたどった道

初めに，わが国において，性同一性障害が医学医療の問題としてとらえられるようになった経緯について，簡単に振り返っておきたい（表1）．

1）ブルーボーイ事件

わが国において，性転換手術あるいは性別の変更の問題が公に論じられたのは裁判事件としてであった．すなわち，昭和44（1969）年2月15日東京地裁刑事12部において，3名の男性に対して性転換手術を行った医師に対し，優生保護法違反の責任が問われた事件である．これがいわゆる「ブルーボーイ」事件と呼ばれるものである．その詳細は別の論文[5]にゆずるが，いずれにしてもこの裁判を受けて，「性転換手術は優生保護法違反である」との考えが定着してしまったことは大変残念なことであった．その結果，この問題が医療界から姿を消し，治療そのものも陰で行われる事態を招いたことはわが国にとって，きわめて不幸な出来事であり，そのことが30年近くの遅れを来す原因となってしまったのである[4]．

2）性転換手術の倫理性を問う申請と判断

わが国ではこのようにして約30年にわたって性転換手術の問題，ひいては性同一性障害の問題が公の場から姿を潜めてしまったが，この状況を打破したのが性転換手術の倫理性を問う申請であった．

埼玉医科大学の倫理委員会（委員長：山内俊雄）に「性転換の外科的治療」の倫理的判断を求める申請が出された（平成7年5月22日）．それから1年有余をかけて，倫理委員会ではこの問題を討議した．その結果，「性同一性障害という“疾患”が存在することを認識し，その苦痛を解消することに医療が手をさしのべる（治療する）ことができるのであれば，積極的に関与すべきである」という判断が出された[6]．このことによって，性同一性障害が医療の対象として認定されたわけである．

3）診断の抱える倫理的問題

次いで，問題になったのは，「性転換の治療を

表1　わが国における性同一性障害の経緯

1998年（平成10年）	5月 1日	埼玉医科大学ジェンダークリニックから同大学倫理委員会に性同一性障害の1症例に対し外科的性転換手術をおこなうことの倫理的判断を求める申請
	5月18日	埼玉医科大学倫理委員会は申請のあった1症例の外科的性転換治療を容認
	7月21日	厚生省公衆衛生審議会精神保健福祉部会で外科的治療について了承
	8月 5日	中央児童福祉審議会母子保健部会において，性転換のための外科的治療が母子保健法に抵触するものではないことを確認
	10月16日	埼玉医科大学総合医療センターにおいてわが国で初の公の性転換手術（性別適合手術，SRS）
1999年（平成11年）	3月21日	第1回GID（性同一性障害）研究会
2000年頃より		名前の変更が性同一性障害を理由に認められるようになった
2002年（平成14年）	7月20日	「性同一性障害に関する診断とガイドライン」第2版
2003年（平成15年）	7月10日	「性同一性障害者の性別の取扱いの特例に関する法律」公布
2004年（平成16年）	1月21日	「性同一性障害者に関する診断と治療のガイドライン」第3版
	7月10日	“性別に関する特例法”の施行
2008年（平成20年）	6月18日	「性同一性障害の性別の取扱いの特例に関する法律」改定　公布
	12月18日	同　施行

SRS：Sex Reassignment surgery

受けたいと希望するものには，誰にでも治療をおこなうのか」という問題である．

この点については，単なる趣味や嗜好で性別変更を希望する人たちと，性同一性障害に悩む人とを厳格に鑑別し，対象を峻別することが重要であり，そのことによって，単なる嗜好性だけで手術を望むものを排除できるとの判断に至った．

そのような考えから，「倫理委員会答申」では外科的性転換治療をおこなうための付帯条件として，「関連する学会や専門家集団による診断基準の明確化と治療に関するガイドラインの策定」を求めた[6]．

4）日本精神神経学会ガイドライン

それを受けて，日本精神神経学会は「性同一性障害に関する特別委員会（委員長：山内俊雄）」を設置し，平成9（1997）年5月28日に「性同一性障害に関する答申と提言」をまとめた[1]．その中で，診断のガイドラインならびに治療のガイドラインとともに，診断ならびに治療を「医療チーム」として，関連する診療科やコメディカルとの共同でおこなうべきであることを強調した．すなわち，性同一性障害の診断と治療には精神科のみならず，産婦人科，泌尿器科，外科，内分泌，小児科などの各領域が関連するので，専門家からなる医療チームを作り，常にチームとして問題を把握し，解決することの重要性を求めた．

5）ジェンダークリニックの創設と診断，治療の推進

このようにして，「倫理委員会答申」ならびに「学会答申」を軸に，性同一性障害の診断と治療に向けての流れは着々と進み，診断と治療の流れが作られた．

「倫理委員会答申」「学会答申」では共に医療チームを結成し，個々のケースについて適切な診断ならびに治療を行うことを求めていた．これを受けて埼玉医科大学では平成8（1996）年9月に医療チームを設置し，同年12月21日にジェンダークリニック連絡会議を発足させ，平成9（1997）年9月25日からはジェンダークリニック委員会と名称を変え，ジェンダークリニック・スタッフとジェンダークリニック・メンバーからなる委員会を構成し，性同一性障害の診断と治療に向けて

表2　性同一性障害に関する医学・医療の抱える課題

日本精神神経学会「性同一性障害に関する特別委員会」による「答申と提言」1997（平成9）年5月に以下のような問題点が盛り込まれた

1．専門家の養成（特に精神科医，臨床心理士）
　知識の普及，診断と評価の確立，教育訓練，研究会など
2．専門施設の整備
　医療チームの設立，技術，経験の蓄積，有機的体制の整備
　gender clinic と支援組織
3．経済的配慮
　通院のための地域性
　治療費に対する配慮（カウンセリング，ホルモン療法，手術など）
4．法整備と社会認知
5．対応，援助システム
　家族，関係者への支援
　適応のための支援（化粧法，発声法，態度など）
6．性同一性障害周辺群に対する治療，援助

活動を開始した．その結果，本邦初の公の性転換手術が平成10（1998）年10月16日におこなわれた．

このようにして，性同一性障害の診断と治療の流れができ，その後，埼玉医科大学以外にも，岡山大学，近畿大学にそれぞれジェンダークリニックが創設され，その他にもいくつかの地域で，性別違和の問題に取りかかる機運が生まれている．

2.　わが国の性同一性障害に関する医学・医療が抱える課題

以上のような経緯を経て，性同一性障害が医学・医療の問題として，さまざまな動きがあったが，短時日のうちに性同一性障害の問題に対応せざるを得ない事情もあり，今後解決をしなくてはならない課題が多い（表2）．そこで，それぞれの課題の現状を述べ，今後の解決に向けての動きの必要性について考えておきたい．

1）専門家の養成

かなり急速に性同一性障害の問題が医療の領域に導入されたこともあり，圧倒的に専門医が少なく，また，一般の医師も基本的な知識を欠いている状況が続いている．そのために問題を抱えた当事者が訪れる医療機関も限られ，診療を受けるために，長い間待たなければいけないという状況が続いている．

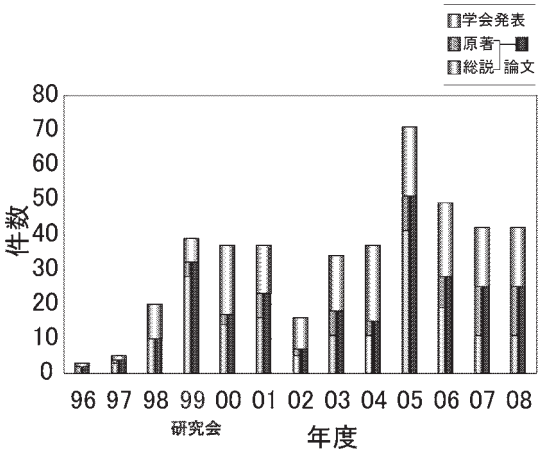


図1　性同一性障害に関する論文・学会発表

平成11（1999）年に性同一性障害研究会（GID研究会）が創立され，その後，第9回研究会（平成19年）より性同一性障害学会（GID学会）となった．GID学会では一般演題のほかに特別講演や教育講演がおこなわれ，平成22（2010）年からはGID手術手技検討委員会が学会の下に設置された．また，わが国における性同一性障害に関する論文や学会発表が毎年おこなわれており（図1），発表者の所属も多くの領域に広がっている（図2）．

しかしながら，相変わらず専門医の不足により，診療を求める人たちのニーズに応えることができないのが現状である．今後は日本精神神経学会の主導の下に性同一性障害の学問的推進はもとより専門医療の構築に向けて努力することが求められる．具体的には，日本精神神経学会の性同一性障害に関する委員会が中心になって体制づくりをおこなっていくことが必要であろう．

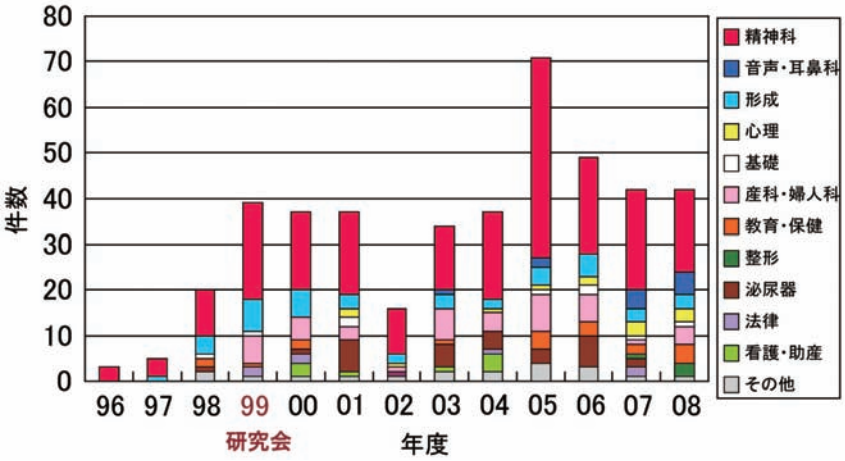


図２　性同一性障害に関する論文の発表領域

表３　性同一性障害の診断基準

1．自分の性に対する持続的嫌悪・忌避があること
- 「性器，乳房，月経，勃起など自らの性別の特徴的現象に対する嫌悪」
- 「自らの性別特徴を除去するなどの身体的変更を求める」
- 「与えられた性で生きることに強い苦痛を感じる」

のうち，２項目以上が現在認められること

2．反対の性に対する持続的な同一感があること
- 「反対の性になりたいという持続的な欲望」
- 「反対の性の役割，ごっこ遊び」
- 「反対の性の服装」

のうち，２項目以上が過去あるいは現在認められること

3．ジェンダーが揺らぐことなく安定していること

4．発症時期が中学校以前であること

上記の１～４を満たし，下記の項目に該当するものを「性同一性障害」と診断する

前提条件　1）半陰陽などの身体的性別の異常はない
2）精神的障害はない
3）社会的理由による性別変更の希望ではない

2）解決すべき学術的課題

性同一性障害に関する専門医の養成と並んで解決すべき学術的課題として，次のようなものがある．

(1) 診断基準をどう定めるか

性同一性障害の診断は，DSM や ICD などの国際診断基準に従うことになっているが，実際にはさまざまなバリエーションがあり，どこで線を引くべきかについては迷うことも少なくない．そこでわれわれは多数例の検討をもとに，中核的な性同一性障害の診断基準を制定した（表 3）[8]．今後はこのような診断基準の妥当性を検証し，GID 学会として診断基準を定めることが必要であろう．

(2) 最適な治療法とその成績

治療法についても，最初のガイドラインでは，①精神療法，②ホルモン療法，③外科的治療をこの順番でおこなうべきであると述べているに過ぎず，それぞれどのような手技で外科手術をおこなうのが良いのか，ホルモン治療の具体的方法が定まっているわけではない．性同一性障害の診断と治療について，性同一性障害の答申では，総論的，概括的な方針しか出せなかったが，今や，10 年余りの臨床経験が積み重なってきた現在，それらの治療経験をもとに治療効果を検証し，よりエビデンスに基づいた治療法が呈示されるべきであろう．

(3) 成因について

埼玉医科大学倫理委員会の答申では，性同一性障害が何らかの生物学的成因を基盤として，生物

学的性別と gender の不一致が生じたという想定のもとに，倫理判断をおこなった．また，社会もそのような原因に基づくものであれば，医療がよって来る苦痛を和らげる役割を果たすことは当然であろうという理解で，性同一性障害の治療，特に外科治療を容認したと言えよう[7,9]．

そのような背景からも，あるいはまた，純粋に学問的な意味でもなぜ，このような生物学的性別と gender の齟齬が生じるのかを明らかにすることが責務である．今後この方面の臨床的・基礎的研究が求められる．

この問題は一方では，gender というものがどのようにして形成されるのか，同性愛などの性対象の問題との関係，ひいては，人間の存在という立場から，gender はどのような意味を持つのかについての研究に結びつくものであり，重要な課題である．

(4) 発現頻度について

埼玉医科大学倫理委員会の答申の中で述べられている，わが国における性同一性障害の発現頻度は，諸外国の文献に基づく推定である．実際にどのくらいの人が性別違和に関する苦痛を抱えているのかは，明らかではない．発現頻度に関する調査研究をおこなうに際して，いくつかの困難があることは，容易に想像することができる．しかし，現在明らかにされているのは，戸籍変更を求めた数が，1,711 件（平成 21 年末まで）であるという事実程度しかわれわれは手にしていない．その背後にはたくさんの性別違和に悩む人がいるはずであるが，その数はつかめていない．そのことはたとえば，医療保険の適用などについて，国に施策上の要請をするにあたっても現状を示すことが求められるであろう．

3）専門施設の整備

専門医の不足とともに専門の医療機関が少ないことが大きな問題となっている．特に，性同一性障害の治療がチーム医療としておこなわれる必要があることから，施設内でいくつかの診療科が協調して診療にあたる必要があるため，なかなか足並みが揃わず，現在，大学でジェンダークリニックを有しているのは数大学にしか過ぎない．中でも性別適合手術をおこなうことのできる施設は数えるほどしかない．

現在のように専門診療科を自由に選ぶことのできる体制の中では，性同一性障害の診療体制を整備するのは容易なことではない．やはり，診療報酬など，なんらかのインセンティブをつけることが必要であろう．学会を中心として，国に対する働きかけが望まれる．

4）経済的配慮

当事者は，長期にわたって治療を受けなくてはならない，性同一性障害の治療を自費でおこなうことについては，生涯にわたって経済的負担が続くことになる．せめて医療費の公的負担が必要であろう．

5）法整備と社会認知

「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」が公布されたのは平成 15（2003）年のことであり，施行は翌年の平成 16 年である．その後 5 年後の見直しがおこなわれ，一部改正して，平成 20 年 12 月から新たな法律で性別の変更がおこなわれている．また，それより以前から，名前の変更を性同一性障害を理由に裁判所が認めるようになっている．このように，法的な面ではいくつかの進展はあったが，未だ限定的で，必ずしも満足のいく状態にはない．

社会的認知については，個人のレベルで考えると，さらに困難な問題ではあるが，せめて教育現場などでは，積極的に性同一性障害についての知識と偏見の払拭，啓発活動が必要である．

6）対応，援助システム

性同一性障害者に対して，学校はどのように対応すべきか，特に小学生などについては多くの問題を抱えている．ましてやきめ細かな援助システムは未だ手つかずである．

表 4　性同一性障害の医学・医療の抱える課題

【法律に関する要望】
1．性同一性障害特例法「現に未成年の子がいないこと」条文の完全削除と個別に救済できる措置の追加
2．戸籍の身分事項に必ず記載されてしまう「平成15年法律第111号3条による裁判発行日」の削除

【医療に関する要望】
3．性同一性障害治療に対する健康保険適用
4．性同一性障害医療を実施できる医療機関の拡充
5．現状に即した，ガイドラインの再改正
6．生殖補助医療を利用して子どもを持つことへの理解と認容

【人権に関する要望】
7．性同一性障害を理由とした，人権侵害の禁止
8．雇用差別の禁止と救済および体制づくり
9．性同一性障害に関する正しい知識の啓発

【公文書に関する要望】
10．公文書からの不要な性別欄を削除
11．印鑑登録証明書事務処理要項における「男女の別」を削除
12．JIS履歴書およびハローワークの求職票からの性別欄削除
13．住民票の写しの性別欄への記載を選択制に
14．選挙人名簿からの性別欄削除と，投票所入場整理券からの性別欄削除
15．旅券（パスポート）の性別欄の記載を，社会生活上の性を基準に
16．健康保険証の性別欄の記載を，少なくとも身体の状態を基準に

【性別変更前の人への配慮に関する要望】
17．男女別施設における当事者の利用を，一定の条件下で保証
18．受刑施設や拘置所，入院時等における性別の取扱いは，少なくとも身体の状態に合わせるよう配慮

【教育に関する要望】
19．教育機関における，当事者の柔軟な受入と配慮
20．性同一性障害に関する正しい知識の教育

（山本蘭による，2009）

7）性同一性障害周辺群に対する治療，援助

これまで述べてきたのは主として中核的な性同一性障害を念頭においてのことであるが，実は日常の診療の中で明らかになったのは，性同一性障害の中核群の周辺に，いわゆる性別違和症候群 gender dysphoria と呼ばれる人たちが，少なからず存在することである．これまでの流れの中で，中核的な性同一性障害の人たちが医療の対象になっている中で，これらの人たちは対象から外された位置づけになっている．

今後は広く性別違和という括りで，性別と gender の齟齬の問題を医療の立場で，対応することが求められる．

8）当事者からの要請

ところで，性同一性障害にまつわる当事者団体がいくつかあるが，その中のひとつである，当事者の会のひとつ「性同一性障害をかかえる人が，普通に暮らせる社会をめざす会」（通称 gid. jp）からの国や学会に寄せられた政策提言を表に示す（表 4）．

これまで，主として医療の立場から述べてきたが，当事者の立場からは，もっと生活に密接にかかわるいくつかの問題が存在するのである．

おわりに

ここまで，主としてわれわれが現在抱える問題点について述べてきたが，これらの問題を解決，あるいは改善するためには，わが国における性同一性障害の医学医療に対するかかわりの経緯からしても，日本精神神経学会が主導的な役割を果たすことを期待するが，中でも「性同一性障害に関する委員会」が主導的な役割を果たすこととともに，それに連動して「GID 学会」が活動を高め，機能を発揮することが重要である．その際に日本精神神経学会が性同一性障害に関する診断と治療のガイドラインを作成したときに，当事者の意見を参考にしたように，今後も常に当事者と連携し，当事者の願いや希望を取り入れ，当事者の視点でこの問題を解決することが大切である．

文　献

1）日本精神神経学会「性同一性障害に関する特別委員会」: 性同一性障害に関する答申と提言．精神経誌，99 ; 533-540, 1997

2）澤田新一郎，山内俊雄 : 性同一性障害 ; その概念

と歴史的展望．臨床精神医学，28；367-372, 1999

3）山内俊雄：性同一性障害とその成因．脳の科学，20；637-644, 1998

4）山内俊雄：性転換手術は許されるか―性同一性障害と性のあり方．明石書店，東京，1999

5）山内俊雄：性同一性障害の基礎と臨床（改訂第2版）（山内俊雄編著）．新興医学出版社，東京，2004

6）山内俊雄，東　博彦，五十嵐　節ほか：「性転換治療の臨床的研究」に関する審議経過と答申．埼玉医科大学雑誌，23；313-329, 1996

7）山内俊雄，加澤鉄士：性同一性障害．脳の性分化（山内兄人，新井康允編著）．裳華房，東京，p. 332-343, 2006

8）山内俊雄，加澤鉄士，深津　亮ほか：性同一性障害の診断基準について―ICD-10とDSM-Ⅳ分類の比較を中心として．第20回精神科診断学会，福島，2000

9）山内俊雄，加澤鉄士，永島雅文ほか：性同一性障害からみた脳発達に及ぼすホルモンの影響．神経研究の進歩，50；857-868, 2006

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

GID の身体的治療の課題

舛森　直哉（札幌医科大学医学部泌尿器科）

性同一性障害（gender identity disorder：GID）に対する治療において，身体的性別を望む性に近似させる目的で，ホルモン療法や性別適合手術（sex reassignment surgery：SRS）などの身体的治療が施行される．現時点では SRS は戸籍上の性別変更のための必須条件である．

健康保険の適用や性別変更の条件などの法律的な問題に加えて，身体的治療を行う上でのいくつかの問題点が医療者側と当事者側の双方から挙げられる．

本邦においても GID の認知度は高まりつつあるが，いまだに身体的治療を行う医療機関は十分ではなく，SRS も限られた一部の施設でしか行われていない．身体的治療の審査・承認に長い時間がかかることから，国内において SRS を含めた GID の包括的治療を施行する施設を拡充することが必須である．また，SRS に関する手術手技や合併症の頻度やその対処などに関する情報交換が必ずしも十分ではないため，横の連携を密にする必要がある．

一方，当事者側の問題としては，身体的治療の承認が待てずにホルモン製剤を自己判断で使用したり，SRS を目的に海外に渡航する場合も少なくない．適切な医学的管理下におかれていないため，ホルモン製剤による副作用や SRS の合併症に対する適切な処置が行われていない例も散見される．また，SRS に過剰な期待を抱き，侵襲的治療による合併症の理解が十分ではない当事者も存在する．医療費未払いの例もあり，GID クリニックの運営に支障をきたしかねない．当事者に正確な情報を伝えるためにも，精神的治療を担当する医療従事者も身体的治療の問題点を理解する必要がある．

＜**索引用語**：性同一性障害，身体的治療，性別適合手術＞

Issues Associated with Physical Treatment for Gender Identity Disorder

In gender identity disorder (GID) treatment, physical treatments such as administration of cross-sex hormones and sex reassignment surgery (SRS) are performed in order to adapt the body to the native gender identity. At the present time, performance of SRS is mandatory for changing sex on the census register in Japan.

In addition to legal problems, such as health insurance coverage for treatment of GID and other conditions needed to change sex on the census register, there are several problems with physical treatment that involve both medical professionals and persons with GID. Although GID is gradually being recognized in Japanese society, the number of medical clinics/hospitals involved in physical treatment for GID is still insufficient. In addition, there are very few institutes that routinely perform SRS. Since approval for physical treatment requires much time and intensive review, it is crucial to expand the number of institutes involved in comprehensive treatment for GID, including SRS. Furthermore, since information about the techniques of SRS, and the incidence and management of complications is insufficient, it is necessary to enhance horizontal relationships between institutes.

On the other hand, in terms of problems originating in persons with GID, it is not rare for them to use cross-sex hormones on their own, without authorized approval, and/or to go abroad

to receive SRS. Since they are not under appropriate medical supervision, these persons often suffer adverse reactions to cross-sex hormones, and there are those who do not receive appropriate medical management for complications resulting from SRS. It is likely that some patients have unrealistic expectations for SRS, and do not always understand the risks of invasive surgery. Furthermore, unpaid fees for medical treatment may interfere with operation of GID clinics. To provide accurate information about physical treatment for persons with GID, even medical staff members who are involved in mental health treatment should understand the contemporary problems associated with physical treatment.

＜**Key words**: gender identity disorder, physical treatment, sex reassignment surgery＞

1. 性同一性障害の概念とわが国における これまでの経緯

性同一性障害（gender identity disorder：GID）とは，身体的性別とジェンダー・アイデンティティが一致しないことをいう[6]．身体的性別は男性だが内的には女性と確信している人をMale to Female（MtF），身体的性別は女性だが内的には男性と確信している人をFemale to Male（FtM）と呼称する．

GIDの原因は不明であるが，胎児期の性ホルモンの過不足，母体へのストレス，出生後極早期の環境などが考えられている．生物学的性（sex）と性の自己意識（gender）に不一致が生じた場合，個人的苦悩のみならず社会生活上も重大な支障をきたすことになる．このような当事者に対しては，当然何らかの治療の機会が与えられるべきであるが，GIDに対する社会の認識や理解はこれまで十分とはいえず，偏見や差別を受けることも少なくなかったと推測される．また，当事者自身も適切な医療機関を選択できずに困窮し，さらにこのような症例を偶然的な状況下に抱えた医療機関もその診断と治療に苦慮していたと考えられる．

このような状況の中で，本邦におけるGIDに対する本格的な取り組みが埼玉医科大学で始まった．1996年7月に，埼玉医科大学倫理委員会より「性転換治療の臨床的研究」に関する審議経過と答申が発表され，GIDに対する治療の正当性が認められた．ついで，1997年5月に，日本精神神経学会より「性同一性障害に関する答申と提言」が発表され，本邦における本疾患に対する診断と治療のガイドラインが示された[4]．1998年10月には埼玉医大において本邦初の性別適合手術（sex reassignment surgery：SRS）が施行された．以後，岡山大学においても2000年3月に「性同一性障害に対する包括的治療の臨床的研究」が倫理委員会により承認され，GIDの診断，治療が進められた．札幌医科大学では2003年12月1日に国内3番目のGIDに対する総合診断治療施設として倫理委員会の審査・承認の後に精神科，泌尿器科，産婦人科，第一外科および形成外科より構成されるGIDクリニックを立ち上げた．全道各地より受診が相次ぎ，2009年12月の時点で348名のGID当事者が通院中である．

マスメディアによる上述の経過の報道ともあいまって，わずかずつではあるが社会の啓発が進み，GIDに対する理解は高まってきている．これに伴い，これまで潜在していた多数のGID症例が医学的な介入を求めて医療機関を受診し，一部の症例はホルモン療法やSRSなどの身体的治療の適応となっている．しかしその一方で，これまではあまり顕著ではなかった身体的治療に関する様々な問題点が明白となってきた．

本稿では，身体的治療に関する現在の問題点を示すとともに，精神的治療は生涯にわたって続くため，これを担当する医療従事者もSRSの基本と現状を理解しておくべきとの観点から，札幌医科大学GIDクリニックにおけるSRSの治療成績を概説する．

2. 性同一性障害の治療の原則

GIDに対する治療は，精神的治療（精神的サ

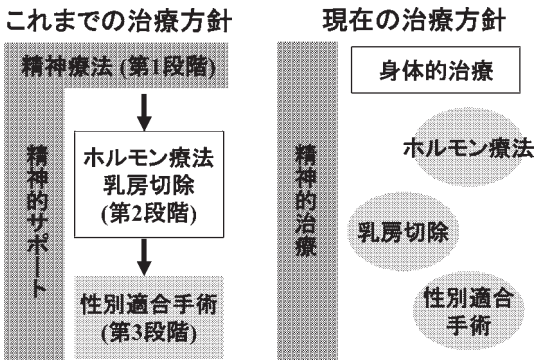


図1　治療選択に関する自己決定と自己責任

ポートなど）と身体的治療（ホルモン療法，乳房切除，SRS）で構成される[6]．ジェンダー・アイデンティティ，すなわち，心の性別を身体的性別に適合させる試みが歴史的に行われてきたが，いずれも失敗に終わっている．自分の性別に対する不快感・嫌悪感を特徴とするGID当事者においては，このような治療法は当然受容できるものではなく，また，医学的に適当な方法もないのが現状である．したがって，現時点では身体的性別を望む性に近づける目的で身体的治療が施行される．治療のゴールは個人個人において異なっているが，精神的安定，社会的安定，生活の質の向上を目的とする．

日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」の第2版[5]までは，精神療法を第1段階，ホルモン療法やFtMに対する乳房切除を第2段階，SRSを第3段階と，段階を踏んだ治療法を呈示していた（図1）．一方，第3版[6]では，身体的治療の種類と順番を自己の責任において自己決定できるとしている．その際には身体的治療の利点と欠点を正確に呈示してインフォームド・デシジョンを支援する必要があるが，後述するようにそのための資料が決定的に不足している．いずれの身体的治療もGID委員会での審査・承認の後にその施行の是非が決定される．

ホルモン療法としては，MtFに対しては女性ホルモン製剤の投与が，FtMに対しては男性ホルモン製剤の投与が行われる．性ホルモンの投与により副作用が起こるが[1]，一部の副作用を利用して身体的性別を望む性に近似させることになる．

SRSは，MtFに対しては精巣摘出術，陰茎切断術，造腟術および外陰部形成術が一期的に行われ，FtMに対しては卵巣・子宮摘除術，腟狭小化術，尿道延長術および陰核陰茎作成術が一期的に行われる[2,3]．一部の症例に対しては皮弁を用いた陰茎形成術が二期的に行われる．「性同一性障害の性別の取扱いの特例に関する法律」に基づけば，SRSは戸籍上の性別を変更するための必須条件である．

3．身体的治療を行う上での問題点

身体的治療を行う上での問題点は，①法律的な問題，②医療者側の問題，③当事者側の問題に大別され，それぞれの問題点は強く相関する．

①法律的な問題点

ホルモン製剤およびSRSに係る医療費には健康保険が適用されないため，費用はすべて自己負担となる．特に，SRSの入院料と手術料の総額は120〜160万円と高額である．戸籍上の性別変更を希望し，医学的にもSRSの適応があると判断されても，金銭的な理由から，これを見送らざるを得ない当事者がいるのも事実である．

2003年7月成立，2004年7月施行の「性同一性障害の性別の取扱いの特例に関する法律」の第3条では，1．20歳以上であること，2．現に婚姻していないこと，3．現に未成年の子がいないこと（2008年6月「子」から改正），4．生殖腺がないこと又は生殖腺の機能を永続的に欠く状態にあること，5．その身体について他の性別に係る身体の性器に係る部分に近似する外観を備えていることの5条件を満たせば戸籍上の性別の変更が可能であるとしている．2009年12月31日の時点で，1,711件の性別変更が認められている．一方で，婚姻状態や未成年の子を有する当事者はSRSを施行しても戸籍上の性別変更はできない．

また，ガイドライン[6]ではSRSの施行は20歳以上とされているが，GIDの診断は低年齢化する傾向があり，現状にそぐわない点も出てきている．法律的な問題の改善のためには，当事者団体による政府へ働きかけに加えて，GIDに関する医療実態を明らかにすることが必要と考えられる．

②医療者側の問題点

本邦においてもGIDの認知度は高まりつつあるが，医療従事者においても理解が不十分でGIDに偏見を持つ人が存在するのも事実である．啓発活動や教育を継続して行う必要がある．

また，身体的治療を行う医療機関が絶対的に不足している．札幌医科大学GIDクリニックには北海道全域からの受診があるが，遠方から札幌まで通院してホルモン療法を継続することは不可能である．このため，当院GID委員会においてホルモン療法の承認を得た後，各地域においてGID診療に理解のある医療機関にホルモン療法の実施を依頼している．道内における治療協力施設は年々増加傾向にあるが，いまだに十分とは言えない．さらに，本邦において外陰部改変を伴うSRSを日常的に行っている施設は極めて限られている（札幌医科大学，ナグモクリニック名古屋，岡山大学．埼玉医科大学は再開準備中）．包括的治療を行う中核的医療機関の不足は症例の集中を招き，結果的に身体的治療の審査・承認までに長い時間を要する．後述するように，タイや台湾などの海外に即時的なSRSを求めて渡航する当事者も少なくない．国内においてSRSを含めてGIDの包括的治療を施行する施設を拡充することが急務である．

SRSを施行する施設が限られていることを反映して，本邦におけるSRSに関する医学的情報は極めて限られている．GID（性同一性障害）学会は，1999年の第1回研究会以来，GIDに関する諸問題を討論する場としての機能を担ってきたが，当事者と合同の会であり，手術成績や合併症に関して医学的な討論する場としては必ずしも適切ではない．そこで，SRSに関する知識や手術手技，合併症やその対処法に関する各施設・各個人の経験を共有する目的で，2010年3月20日に札幌医科大学において第1回GID手術手技検討会を開催した．SRSに従事する14名の医師が参加し，MtFに対するSRSに関して討論を行った．このような情報交換の場を設置して各医療機関の連携を密接にすることにより，GID当事者への正確な情報の提示が可能になると思われる．

③当事者側の問題点

医療機関の不足を反映して，自己判断によりホルモン製剤を個人輸入したり，GIDに関する知識と理解が十分ではない近医での投薬や注射を受けている症例が存在する．適切な医学的管理下におかれないため，副作用の発現やそれに対する対応の遅れが懸念される．

海外におけるSRSの実態は必ずしも明らかではないが，業者が介在してツアーが組まれていることが多いようである．どの程度のインフォームド・コンセントが行われているかが不明であり，合併症に対する対応や手術後のフォローアップ体制も不十分である可能性がある．海外で施行したSRSによる合併症の治療を求めて札幌医科大学GIDクリニックを受診した症例を経験している．

もう一つの問題として，SRSに関する情報不足が挙げられる．インターネットの情報は個人の経験が記述されているのみで，その情報が正しいか，あるいは標準的かの判断が困難である．また，SRSに対して過剰な期待を抱き，手術を施行すれば人生のすべてが変わる，自分のイメージどおりの外性器の外観が得られると考えている当事者もまれではない．さらに，侵襲的であるSRSでは種々の合併症が発生するが，そのような合併症は自分には起こらないと思い込んでいる当事者も存在する．SRSの限界とリスクについて十分な説明を行い同意を得ることが大切であり，このためにも本邦におけるSRSに関する医学的情報を集積して開示する必要がある．

SRSに係る諸費用（FtM 150〜160万円，MtF 120〜130万円）はすべて自己負担である．

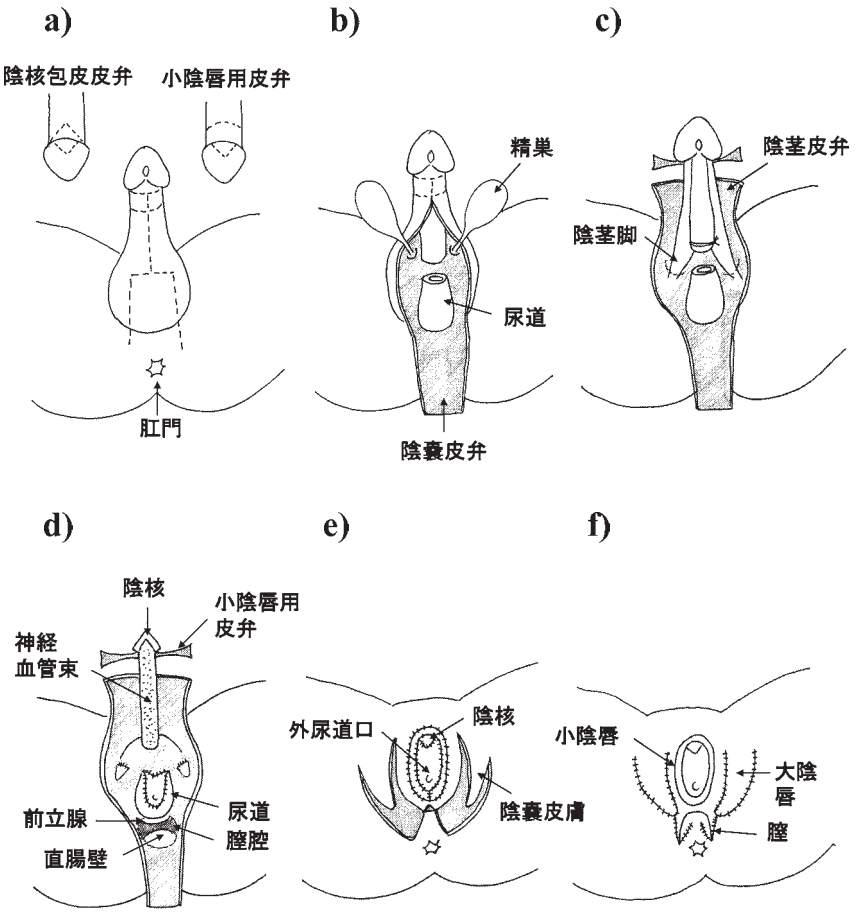


図2　MtF の手術

退院時の一括支払いが義務であるが，未払いの症例が相次ぎ，札幌医科大学では一時期 GID クリニック運営の危機を迎えた．岡山大学ではデポジット制を導入し，あらかじめ限られた金額を前金として徴収しているが，札幌医科大学では手術の説明時や入院時などに何度も説明を繰り返して退院時の医療費支払いを懇願している．健康保険が適用されれば，この問題は解決すると考えられる．

4．札幌医科大学における性別適合手術の方法と成績

① MtF の手術

MtF に対する SRS の内容は，精巣摘出術，陰茎切断術，造膣術および外陰部形成術からなる．当院で施行している SRS の要点を以下に示す（図 2）[2,3]．陰茎と陰嚢の皮膚を切開する．精索を外鼠径輪まで剝離し，精管と精巣動静脈を結索・切断して精巣・精巣上体を摘出する．球部尿道を露出してこれを切断する．膣形成のために前立腺と直腸の間に間隙を作成する．亀頭の一部を切り出して陰核となる部分を形成し，これに分布する陰茎背動静脈神経を温存した状態で陰茎海綿体を陰茎脚根部で切断する．陰茎体部から剝離した皮膚の正中に切開を入れ，この腹側上縁に陰核を縫合，その下部には，縦切開を入れて膣前庭に見立てた球部尿道を縫合する．陰茎体部と会陰部から剝離した皮膚を縫合し，それぞれ，膣の前壁と後壁とする．陰嚢の皮膚を縫合・閉鎖し，小陰唇と

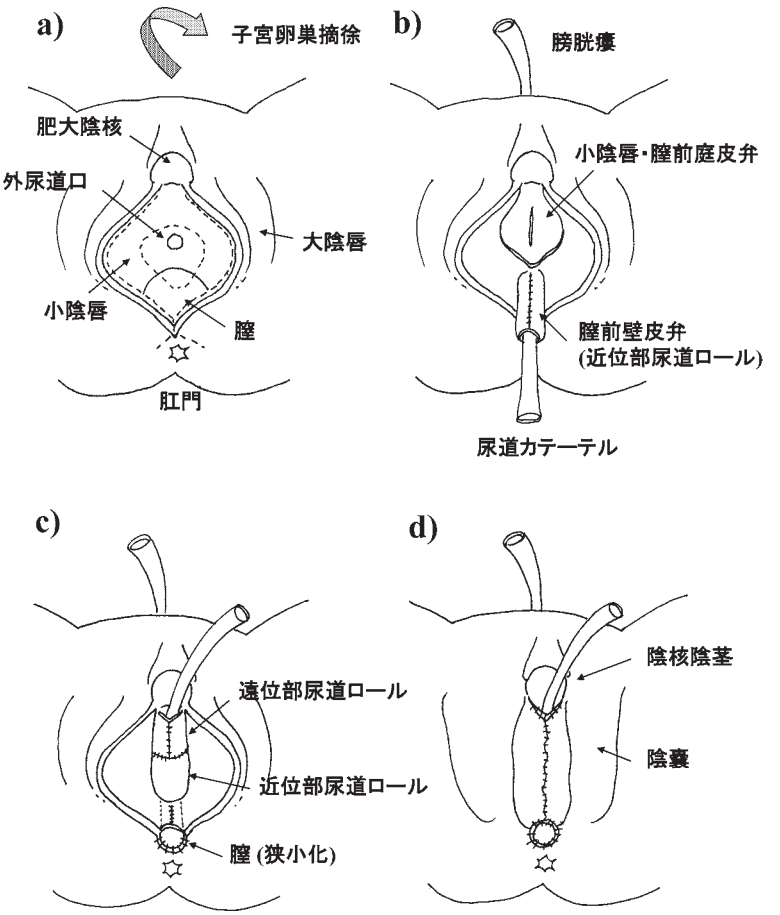


図3　FtMの手術

大陰唇を形成する．

当院ではこれまで13例のMtFに対してSRSを施行した（平均年齢37.8歳）．平均手術時間は5.7時間（5〜7時間），平均出血量は680 mL（295〜1530 mL）で輸血症例はない．尿道損傷1例，超砕石位による下腿筋の挫滅・神経障害2例，股関節炎1例，38°C以上の発熱3例，疼痛持続1例，創部感染は全例に認められたが，直腸損傷や陰核の壊死などの重大な合併症は経験していない．

② FtMの手術

FtMに対するSRSは，内性器の摘除と外性器の改変に大別される．外性器の改変は，陰茎作成術，尿道延長術および腟狭小化術（腟閉鎖術は出血などの侵襲性が高いため施行しない）からなる．陰茎作成術は，ホルモン療法により肥大した陰核を用いた陰核陰茎作成術と，遊離皮弁あるいは有茎皮弁を用いた陰茎作成術に大別され，目的に応じて術式が選択される．当院では子宮・卵巣摘除術と陰核陰茎作成術を基本的手術としている（図3）[2]．下腹部正中切開により経腹的に子宮・卵巣摘除を行う．直視下に膀胱瘻を作成する．小陰唇および外尿道口・腟口周囲に切開を入れ，延長尿道の遠位部となる皮弁を腟前庭より剝離する．延長尿道の近位部となる皮弁を腟前壁より剝離する．尿道カテーテルを芯にして近位部尿道ロールを作成する．この時点で先に剝離した小陰唇・腟前庭皮弁を近位部尿道ロールに吻合して遠位部尿道ロ

ールを作成し，陰核直下まで尿道を延長する．残存した腟前壁を縫合することにより，腟を狭小化する．左右の小陰唇皮膚を正中で縫合する．尿道カテーテルは4〜5日目に抜去するが，2〜3週間は膀胱瘻管理とする．膀胱瘻クランプにて自排尿が可能であればこれを抜去する．

当院ではこれまで17例のFtMに対してSRSを施行した（平均年齢33.4歳）．平均手術時間は6.6時間（5.8〜7.3時間），平均出血量は956 mL（300〜1860 mL）であり，輸血症例はない．膀胱損傷1例，超砕石位による下腿筋の挫滅・神経障害2例，創部感染1例，38°C以上の発熱2例，尿道皮膚瘻3例，尿道狭窄を1例に認めた．尿道皮膚瘻はMartiusフラップで閉鎖可能であった．

5．おわりに

身体的治療を取り巻く問題点をまとめた．GIDに対する包括的な治療を行うことのできる医療機関を拡充し，身体的治療による副作用や合併症の実態を集積し正確な医学的情報を当事者に伝えることが急務である．法律的な問題，医療者側の問題および当事者側の問題はそれぞれ強く相関しているため，これらの問題点を同時に解決していく必要がある．

文　献

1）Masumori, N., Ikeda, H., Endo, T.: Acute hepatitis induced by replacement oral testosterone product in a female-to-male patient with gender identity disorder. Int J Urol, 16; 530-531, 2009

2）舛森直哉，池田官司，遠藤俊明ほか：札幌医大における性別適合手術初期経験．GID学会雑誌，2（1）; 36-38, 2010

3）舛森直哉：性同一性障害（gender identity disorder）の外科治療―男性から女性への手術（MtF）．日外会誌，111, 171-175, 2010

4）日本精神神経学会・性同一性障害に関する特別委員会：性同一性障害に関する答申と提言．精神経誌，99; 533-540, 1997

5）日本精神神経学会・性同一性障害に関する第二次特別委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第2版）．精神経誌，104; 617-632, 2002

6）日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第3版）．（http://www.jspn.or.jp/ktj/ktj_k/pdf_guideline/guideline-no3_2006_11_18.pdf）

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

性同一性障害をめぐる諸問題
── GID クリニック運営の課題──

織田　裕行（関西医科大学精神神経科学教室）

大学病院で GID クリニックを運営するには様々な困難が存在する．なかでも GID クリニックの構築と継続性，性別適合手術にまつわる問題は重要な課題であると考えている．本稿では，これらのことについて我々が現在までに遭遇した状況と工夫について触れた．

さらに，今後の GID クリニックの方向性として多施設連携ローカルモデルを提案した．大阪府下では精神科のみならず泌尿器科，婦人科，形成外科などの診療所においても少数ではあるが既に GID 医療がそれぞれの施設の判断で行われている．同時に，大阪医大病院，関西医大滝井病院という 2 ヶ所の大学病院が時期を同じくして GID 医療に携わってきた．これらの利点を生かし，大学病院内で完結するという枠組みにとらわれ過ぎず，むしろ地域の医療施設と連携することも重要な課題と考えられた．

＜**索引用語**：性同一性障害，GID クリニック，性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン，性別適合手術，精神保健福祉士＞

Many obstacles are encountered in the course of operating a self-contained Gender Identity Disorder (GID) specialty clinic within a university hospital. Establishing a network of different departments requires an indomitable will and much energy of key personnel. The network must be maintained, and handling sex reassignment surgery in this context is also a major issue. In this paper, we reported on the obstacles and problems that we encountered, and how we have managed them, as we built and operated our GID specialty clinic in Kansai Medical University. Based on our experience, we proposed a local multicenter network model for operating future GID specialty clinics. In Osaka Prefecture, a small but significant minority of medical clinics provide medical care for GID based on the judgment of each individual clinic. These institutions include psychiatry as well as urology, gynecology, and plastic surgery. Around the same time, two university hospitals, Osaka Medical University Hospital and Kansai Medical University Takii Hospital, became actively involved in the treatment of GID.

A rigid commitment to preserving a fully self-contained GID specialty clinic within a university hospital is not necessarily the right choice in the context of maintaining high standards of medical care for GID. Building a network of regional institutions concerned is critical in GID care.

＜**Key words**: gender identity disorder, GID specialty clinic, guidelines for treatment and diagnosis of GID, sex reassignment surgery, psychiatric social worker＞

1．はじめに

大学病院で GID クリニックを運営するには様々な困難が存在する．なかでも GID クリニックの構築と継続性，性別適合手術（Sex　Reas-

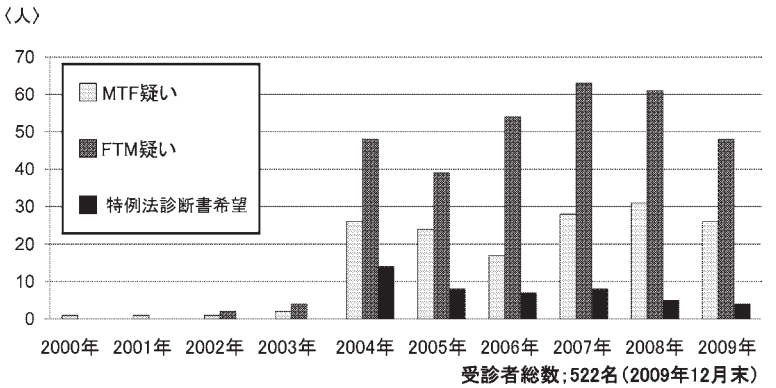


図1　初診者数の推移

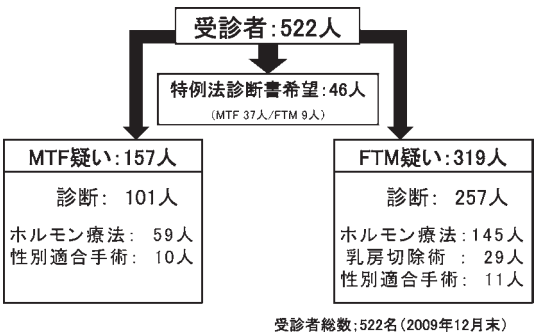


図2　診断と身体的治療の適応判定

signment Surgery，以下，SRS）にまつわる問題は重要な課題であると考えている．本稿では，これらのことについて我々が現在までに遭遇した状況と工夫について触れ，今後のGIDクリニックの方向性についても検討した．

2．関西医科大学附属滝井病院GIDクリニックの経過と現状

関西医科大学附属滝井病院（以下，当院）では，GID患者が1999年に初めて受診し，その治療に携わるようになった．その後も当院を受診するGID患者は徐々にではあったが増加し，日本精神神経学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」[2]に沿った体系的な治療を行うべく2003年1月に，精神神経科，形成外科，産婦人科，泌尿器科と合同でGIDクリニックを設置する運びとなった．同年12月には「性同一性障害に対する包括的治療」が関西医科大学医学倫理委員会で承認され，SRSを含めたGIDに対する体系的な治療を開始した[3]．このことを2004年3月に開催された第6回GID研究会（現GID学会）で報告すると，その直後から初診患者数が急激に増加し（図1），以下に述べるように診療業務以外の部分でもGIDクリニックを担当する精神科医の負担が増加した．そのような状況の中，同年10月には当院で最初となるSRSが施行され，さらに負担は増加していった．そのため2005年4月から精神保健福祉士（以下，PSW）が，専門的な介入を開始するに至った．

2009年12月末までの当院GIDクリニックの受診者総数は522人であった．その内訳は戸籍の性別変更を申請する際に必要となる診断書を希望して受診した者が46人，診断やホルモン療法，手術療法などの身体的治療を目的に受診した者はMTF（male to female）疑い157人，FTM（female to male）疑い319人であり，FTMはMTFの約2倍多かった（図2）．尚，ここに示す人数は，あくまで当院で診断や適応判定を行った患者数であり，既に他院でホルモン療法や乳房切除術を済ませてから当院を初診している場合や，通院の途中に当院での適応判定を待たずに他院でSRSを施行された患者もいるため，必ずしも当

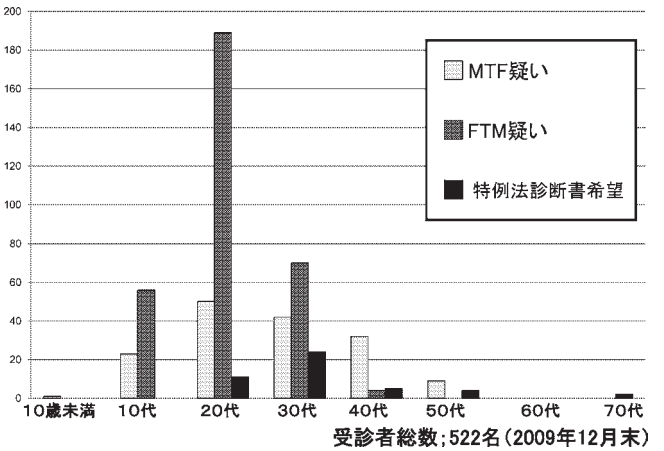


図3　初診時年齢

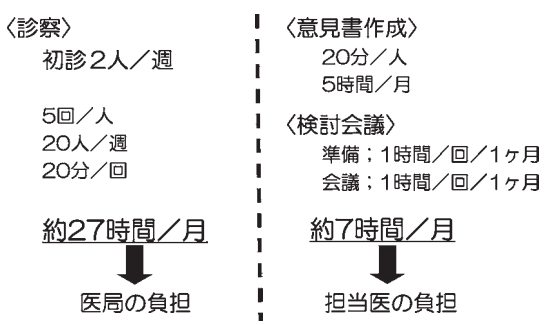


図4　精神科の負担

院に通院していたGID患者の身体的治療段階を反映しているものではない．つまり，ここに示した数よりも実際に身体的治療を行っていた患者数は多い．

図3には，当院GIDクリニックを初診した時の患者の年齢分布を示す．特徴として，FTM疑いの半数以上が20代であることが挙げられる．

3．問題点と工夫

1）GIDクリニックの設置と運営

最初に必要となった調整は，精神神経科の中での調整であった．同じ医局の精神科医であっても，必ずしも全員がGID医療に積極的な理解があるわけではない．GID医療に懐疑的な医師や，そもそもGIDは本当に存在するのかと考えていた医師も存在した．しかし，ガイドラインに記されている内容を中心に，時間をかけてGIDに関して伝えていくことで誤解や偏見の多くは解消していった．また，GIDクリニックの構造や診療手順が複雑であるため，当直帯で電話による問い合わせがあった場合にどう対応すべきかなどの具体的な検討も行った．

精神科の負担を図4に示す．週に2人の初診患者が受診すると，多くは診断までに5回，さらにホルモン療法などの身体的治療までにも5回の診察を要するので，1回/月の間隔で再診する患者も合わせると20人/週の患者が恒常的に受診することになる．診察に20分/回は要するので，一月に換算すると20（人）×20（分）×4（週）＝1600分となり，約27時間かかることになる．これらの時間は，担当医の負担にもなるが，担当医が果たしていた他の診察業務などを残りの医局員で行うことになることを考えると医局の新たな負担でもある．また，診断や身体的治療の適応判定のために使用する意見書作成に20分/人かかるため，2（人）×2（診断と身体的治療の適応判定）×4（週）×20（分）＝320分となり，約5時間/月を要する．さらに適応判定を行うための準備や会議にかかる時間をそれぞれ1時間とすると，担当医

に約7時間/月の負担がかかる．初診を受け付ける限りこの状況が続くことになるが，一回あたりの診察時間を減らすわけにはいかないため，検討会議の準備や初診時におけるGID医療の詳細な説明に関してPSWの協力を得ることで負担の軽減を図った．

また，当初は診断の補助と身体的治療を行う上での適応能力を判断するために心理士の協力を得て日本版ウェクスラー成人知能検査・改訂版（Wechsler adult intelligence scale-revised），バウムテスト，MMPI（Minnesota Multiphasic Personality Inventory），ロールシャッハテスト，文章完成法テスト（Sentence Completion Test）を施行していた．そのため，GIDを対象とした検査に32時間/月，その評価に32時間/月，患者へのフィードバックや適応判定会議のための意見書作成に16時間/月が必要となり，GIDクリニックを運営するために心理部門の負担として合計80時間/月を要していた．これらについては検査の種類を減らし，より重要であると考えられるWAIS簡易版，バウムテスト，MMPIにすることで24時間/月へと負担を軽減した．

地域医療連携室（予約センター），初診受付，精神科受付，看護部などとも話し合いの場を持ち，呼び出しや本人確認をフルネームでされることを望まない患者が多いことや，予約や問い合わせ電話で混乱が生じると予想されたため当初は精神科担当医に一元化するようにした．これらの業務も時期を見てPSWに引き継いでいった．

産婦人科，泌尿器科，形成外科との連携も重要である．ホルモン療法などの身体的治療については各科がそれぞれの科の専門的な説明を行うのであるが，患者にとって説明内容の印象が異なると誤解や無用な混乱につながる可能性がある．そのため，4科で共通したGIDに関する理解や治療指針が得られるように時間をかけて話し合った．また，適応判定に用いられる各科で作成された意見書の収集を取りこぼしなく行うためにも，PSWに情報を一元化し各科の担当者の負担軽減を図った．

自費診療であることから，ホルモン療法や手術療法の料金や特例法申請時の診断書料の設定まで一つ一つ検討し病院内の調整を行う必要があった．さらにSRSの料金については高額になることが多く，その料金の未収問題についても改善策を要した．

その他に，既に当院を受診している者からの問い合わせに限らず未受診の者や自助グループからの問い合わせ，他の医療機関や学校などからの問い合わせも毎日数件はあるため，その多くをPSWに請け負ってもらうことで外来診療や授業などの他の業務の妨げにならないように対応した．

GIDクリニックを行うにあたり，どのような連携が必要になるかその概略を図5に示す．2005年4月にPSWが業務を開始するまでの間は，図5に示すPSWの役割を精神科医が担当していた．

2）性別適合手術と適応判定

この問題は，当院で適応判定した患者が他院でSRSを受ける場合と，他院で適応判定された患者が当院でSRSを受ける場合に分けて考える必要性がある（図6）．

前者については，当院でのSRSに関してその手技，入院期間，費用などについて説明を行っているため，その説明が他の医療施設で同様に通用するのかが不明となる．そのため，患者から推薦書を書いて欲しいとの希望があっても，我々が知らない医療施設の知らない術者にまで推薦する医学的根拠がないため発行できないという立場に立ってきた．このことは，術後に納得のいく結果が得られなかった場合に，「適応判定が不十分」であったのか，それとも「SRSの技術的問題」なのか，責任の所在が不明確となることを回避するためにも熟慮が必要である．

後者については，他院でSRSに関してどのような説明がされたのか不明であることも問題となるが，GIDの治療指針についても医療施設ごとに各科の連携の在り方や身体的治療に関する考え方に微妙な差が存在することも問題となる場合がある．特にSRSを担当する形成外科医からは，

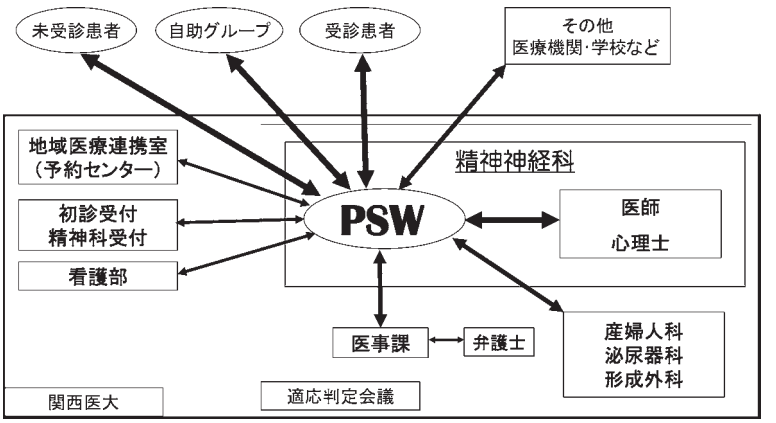


図 5

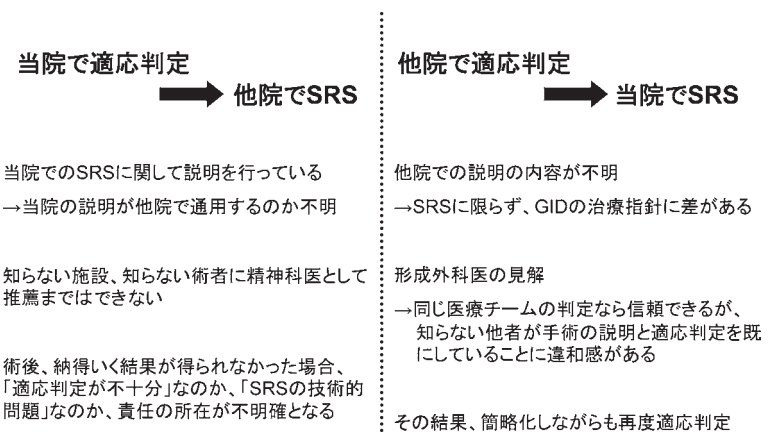


図 6

GID の治療指針を同じくする医療チームの判定なら信頼できるが，知らない他者が手術の説明と適応判定を既に行っていることにそもそも違和感があると述べられたこともある．その結果，簡略化しながらも再度適応判定を行った後に SRS を引き継いで行うこともあった．

これらのことを解決するためには，SRS に関する手技，入院期間，費用などについて全ては困難であるとしても，可能な範囲で標準化するような工夫や紹介状の記載内容についても標準化を行うことで互換性を高めることが必要であると考えられる．

3）GID クリニックの継続性

先に述べたように GID クリニックを構築したとしても，大学病院ではその継続性にも困難が多い．複数の科や施設をまたぐ医療の情報は，量的に増加するのみでなく質的にも複雑化する．GID 医療を行うにあたっては，このような情報を厳重に管理しながらも，同時に相互に共有できる環境を確保する必要がある．しかし，それらの労力は直接診療報酬につながるものではないため大学病院から積極的な理解や協力が得られない．その結果，GID クリニックは担当者が息切れするまでのボランティア的位置付けとなっている現実は否

めず，後継者の育成に結び付きにくくなっていると感じられる．当院でも婦人科と形成外科の担当医が退職し，現在は乳房切除術，SRS ともに中断している．それぞれの科の担当医は，GID 医療に限らず十分に豊かな医療経験がある医師で構成していたのであるが，その医師たちの苦労を目の当たりにしてもなお自ら望んで後継者となろうとする医師が現れることはあまり期待が持てないのが現状である．

以上のことを鑑み，次に述べる多施設連携ローカルモデルを提案した．

4．今後の GID クリニックの方向性
――多施設連携ローカルモデル――

大阪府を中心とした近畿地区は人口も多いため，診療所や病院も多数存在する．GID 医療については，精神科のみならず泌尿器科，婦人科，形成外科などの診療所において，少数ではあるが既にそれぞれの施設で独自の判断のもと行われている．大学病院と異なり診療所における GID 医療は担当医が退職する可能性は低く，GID クリニックの継続性に一定の期待が持て，さらに複数の診療所と連携することで継続性はより高まる．また，大阪医大病院においても GID 医療が行われており[1]，他の都道府県と異なり大阪府下では当院を含め 2 ヶ所の大学病院が時期を同じくして GID 医療に携わってきた．

これらの医療施設が連携することに留まらず，より適切な GID 医療を提供することを目的として，疾患概念の共有と治療指針の相互理解を促進するために GID 医療に関する研修会が今後開催される予定である．同時に，適応判定に用いられる意見書や紹介状の書式などが各医療施設で多少は異なるため，ガイドラインに準拠しつつも一定の地域では共通して使用できるような書式の標準化や簡略化をこの研修会を通して図ることも必要であろう．これらの状況が整えば SRS を含めた身体的治療の適応判定も滞りなく施行できるようになり，多施設連携による地域に根差した継続性のある GID 医療は発展するのではないかと考えられる．地域によって状況は様々であるが，大学病院の GID クリニックが果たすべき役割としては，大学病院内で GID 医療を完結するという枠組みにとらわれ過ぎず，むしろこのような地域の医療施設と互いに連携し，そのなかでこれまでに蓄積されてきた貴重な経験を GID 医療に関心を持つ医師や PSW に伝え育成していくことも重要な課題と考えている．その結果，今も片道に 2 時間以上かけて通院している患者が多数存在している現状は解消する方向に向かい，居住地域で安定した適切な GID 医療が受けられるようになることを願っている．

文　献

1）堀　貴晴，康　純，稲田貴士ほか：ジェンダークリニックの取り組みと実態　大阪医科大学．Modern Physician, 25（4）; 405-408, 2005

2）日本精神神経学会「性同一性障害に関する第二次特別委員会」: 性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第 2 版）．精神経誌，104（7）; 618-632, 2002

3）織田裕行，北代麻美，山田圭造ほか：ジェンダークリニックの取り組みと実態　関西医科大学．Modern Physician, 25（4）; 409-413, 2005

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

当事者である臨床医の立場から

松 永　千 秋（正和会日野病院）

現在の性同一性障害に関する治療論においては，性同一性障害を「心の性別と身体の性別が一致しないために苦悩している状態」ととらえ，「体の性別を心の性別に一致させる（近づける）」ことが治療の目的とされている．このような性同一性障害の概念と治療方針を批判的に考察し，問題点と今後の望ましい方向性について述べた．①多くの当事者にとって，性同一性障害の概念は自らのアイデンティティにかかわるものであるため，多様な性のあり方を含むものであることが望ましい．②元来，当事者の「違和感」に対してひとつの「解釈」を与えるものであった「心の性別と体の性別が一致していない」という命題が，あたかも「違和感」の「原因」とされるようになり，当事者を一定の型にはめてしまうものとなった．③身体的治療によって「心と体の性別の不一致」を解消することが強調されると，心と体の完全な「一致」が理想とされるようになってしまい，当事者はいつまでも不全感を抱え続けることになりかねない．「体が反対の性別に近づきさえすればすべての問題が解決する」という単純化した思考が助長されることも問題である．④現在の治療図式では身体的治療が最重要視され，精神療法はそのための単なる「サポート」にすぎないものとされている．しかし，身体的治療を手段として含みながら，当事者の多様なアイデンティティを認め，その多様な統合を目指す治療論が構築されるべきである．⑤海外などで外科治療が安易に行われるようになると，性同一性障害に対する医療全体が社会の信頼を失う結果となる．それを防ぐため，国内の治療システムを早急に整備すべきである．

筆者は，ジェンダーを「性の人格的な側面」，性同一性を「ある個人における人格的な性のあり方」，自我同一性を「自我の（統合された）あり方」と解釈している．また，性同一性障害を「割り当てられた性別に適合しない性同一性が，自我同一性に統合されていない状態」と捉え，治療の目的は「割り当てられた性別に適合しないユニークな性同一性を，自分らしい方法で自我同一性に統合させること」にあり，身体的治療はそのための一手段でしかないと考える．また，治療者はこの統合に関して固定されたイメージもつべきではなく，当事者との語りを通じて常に新しい統合のイメージを創造していくことが必要である．

＜**索引用語**：性同一性障害，精神療法，治療論，性同一性，自我同一性，統合，語り＞

Integration of Gender Identity with Self-identity : The Perspective of a Transgendered Psychiatrist

Transgendered people are understood and accepted in Japanese society under the medical concept of gender identity disorder (GID). It is assumed that somatic sex is not concordant with psychic sex in patients with GID, and the hormonal and surgical correction of “wrong body” is the overall goal of the therapeutic process. This conceptualization includes a simple therapeutic model of GID. Intriguingly, the medicalization of GID does not appear to be connected to pathologization or stigmatization in Japanese culture. Rather, medicalization is supposed to be helpful for transgendered persons, in part because of the legalization of sex reassignment surgery, which was once criminalized as a violation of the former Eugenic Protection Act.

However, this conceptualization of GID yields some problems. The concept of GID prevailing in Japan stereotypes transgendered people, because it is deeply concerned with their self-identity. Therefore, the concept should be constructed in more flexible and value-free manner. When the therapeutic model mentioned above is internalized by transgendered people, complete concordance of somatic and psychic sex will be considered as essential for identity integration, which may result in ongoing feelings of insufficiency.

In psychotherapy for GID, various unique gender identities should be recognized, and their integration into self-identity should be pursued in creative manners. Even though body change is helpful for this procedure, physical change is not a therapeutic goal in and of itself. The method of integration should not be fixed or rigid, but unique and flexible. Transgendered persons and therapists should create original and unique images of identity integration through narratives.

＜**Key words**: gender identity disorder, psychotherapy, therapeutic theory, self-identity, integration, narrative approach＞

1. はじめに

筆者は，平成20年4月に性同一性障害専門外来を開設し，これまで100名以上の性別違和感を抱える患者を診療してきた．また，自ら性同一性障害であることをカミングアウトし，いわゆる「職場トランス」ないしは「在職トランス」を経験した．

本稿では精神科の臨床医であり，かつ性同一性障害の当事者でもある立場から，性同一性障害をめぐる諸問題について私見を述べる[5]．

2. 性同一性障害の概念と治療のあり方の現状

性同一性障害は，「心（脳）の性別と身体の性別が一致しないために苦悩している状態（精神疾患）」であり，精神療法によって心の性別を体の性別に一致させるのは不可能なため，有効な治療法は「体の性別を心の性別に一致させる（近づける）」ことである，とされている[4]．このような概念化により，性同一性障害の身体的治療が社会に受け入れられるようになったと思われる．

しかし，実際に性同一性障害の当事者を診療するうちに，筆者はこのような概念の限界を痛感するようになり，治療の方向性に対しても疑問を持つようになった[5]．

3. 現状の問題点

(1) 性同一性障害の「アイデンティティ」がまだ確立していない

性同一性障害は，DSM-Ⅴへの改定案[1]（表1）において大幅な概念の変更が行われようとしているように，現時点においてもなお，そのあり方（アイデンティティ）が確立していない状態にある．すなわち，DSM-Ⅳ-TRにおいては，性同一性障害の基本概念が「反対の性別への同一化」であったのに対し，DSM-Ⅴの改定案では，「割り当てられた性別と本人のジェンダー体験/表出との間の不適合」と変化した．疾患名も「gender incongruence（性別不適合）」と変更され，「障害（disorder）」を診断名に含ませることが回避されている．また，性分化疾患はDSM-Ⅳ-TRにおいては除外診断であったのに対し，DSM-Ⅴの改定案においては，性分化疾患があっても「gender incongruence」の診断は除外されず，性分化疾患の有無によって下位分類がなされる構造になっている．また，「著しい苦悩」「社会的機能の障害」の項目は診断基準から削除されており，今後の議論が予想される．

そもそも，当事者のサイドから性同一性障害を精神疾患とすることに対する反対意見が根強いことが，今回の改訂に影響を与えているようだ．これには，多くの当事者にとって性同一性障害の概

表1　DSM-V における「性同一性障害」の改定案（http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx）

Gender Incongruence（in Children）（小児における）性別不適合

A. 経験あるいは表現された性別と割り振られた性別との間の顕著な不適合で，少なくとも6カ月間持続し，以下の項目のうち少なくとも6個によって示される（項目1は必須）.

1. 反対の性別であることへの強い欲求，あるいは，自分が反対の性別であると言い張る.
2. 男の子の場合，異性装または女性の扮装を強く好むこと．女の子の場合，典型的な男性物の衣料品のみを身につけることを強く好むこと，あるいは，典型的な女性物の衣料品を身につけることへの強い抵抗.
3. ごっこ遊びや空想を伴う遊びにおいて，反対の性別の役割を強く好む.
4. 反対の性別に典型的な，玩具，ゲーム，活動を強く好む.
5. 反対の性別の遊び仲間を強く好む.
6. 男の子の場合，典型的に男性的な玩具，ゲーム，活動に対する強い拒絶，および，乱暴な遊びに対する強い回避．女の子の場合，典型的に女性的な玩具，ゲーム，活動に対する強い拒絶.
7. 自分の生殖器に対する強い嫌悪感.
8. 自分が経験する性別に見合った第一次および/あるいは第二次性徴に対する強い欲求.

下位分類

性分化疾患を伴うもの

性分化疾患を伴わないもの

Gender Incongruence（in Adolescents or Adults）（青年または成人における）性別不適合

A. 経験あるいは表現された性別と割り振られた性別との間の顕著な不適合で，少なくとも6カ月間持続し，以下の項目のうち2個以上によって示される.

1. 経験あるいは表現された性別と第一次および/あるいは第二次性徴（若年青年期の場合は，予期された第二次性徴）との間の顕著な不適合.
2. 経験あるいは表現された性別との顕著な不適合感のため，第一次および/あるいは第二次性徴から解放されることに対する強い欲求をもつ（若年青年期の場合は，予期された第二次性徴の発達を妨げようとする強い欲求）.
3. 反対の性別の第一次および/あるいは第二次性徴への強い欲求.
4. 反対の性別（あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別）であることに対する強い欲求.
5. 反対の性別（あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別）として扱われることへの強い欲求.
6. 反対の性別（あるいは割り振られた性別とは異なる他の何らかの性別）に典型的な感情や反応を持っているという強い確信.

下位分類

性分化疾患を伴うもの

性分化疾患を伴わないもの

念は自らのアイデンティティそのものにかかわることが関係していると思われる．一例をあげると，ある当事者は，性同一性障害の「疾患化」に異を唱え，みずからのコンディションを「gender dysphoria」ならぬ「gender euphoria」と表現している．このような点に配慮すれば，性同一性障害の概念は狭く解するべきではなく，多様な性のあり方を含むものであることが望ましい．今後どのような変更がなされるかは未知数であるが，今後のDSM-Vの改定作業に期待したい.

(2)「心の性別と体の性別の不一致」という表現をめぐって

「心の性別と体の性別の不一致」という表現は，人間の性別は「男」と「女」の二つしかないことを暗に示しているように思われる．しかし，「心

の性別」も「体の性別」も単純に二分化できないことは多くの論者が指摘する通りである[6]．

「心の性別と体の性別が一致していない」という命題は，元来，当事者の「違和感」に対し，ひとつの「解釈」をあたえるものであった．それがあたかも性同一性障害の「病態」を表現するものとなり，ひいては「違和感」の「原因」として想定されるようになってしまった．「心の性別と体の性別の不一致」（原因）→「違和感」（結果）→「身体的治療」（解決手段）という図式は，非常にわかりやすく，また，一部の当事者には有用かもしれないが，全ての当事者を一定の型にはめこんでしまう危険性を有している．当事者のジェンダー・アイデンティティは非常に多様であり，違和感の解決のされ方，すなわちジェンダー・アイデンティティの自我アイデンティティへの統合のされ方も個性的で多様なもののはずである．

⑶「心と体の一致」が目的化すると，永久に満足が得られない

上述のように「心の性別と体の性別の不一致」を「解消する」手段として身体治療が行われると，心と体の完全な「一致」が理想的となりがちである．しかし，当然のことながら，それは不可能なのである．完全な「一致」を望むために，性別適合手術後においてもその結果に満足できず，常に不全感を抱える当事者が数多く存在している．

また，「心と体の一致」が目的となると，体が反対の性別に近づきさえすればすべての問題が解決するという単純化が助長される．身体的治療は，性同一性の自我同一性への統合を促進するための一手段でしかないことがもっと強調されなければならない．

⑷ 精神療法の検討が不十分

「心の性別と体の性別の不一致」（原因）→「違和感」（結果）→「身体的治療」（解決手段）という現在の治療図式のものでは，ホルモン治療や外科治療が最重要視される結果となる．あるいは，このような図式は身体的治療を正当化するための手段として作られたとさえ言って良いかもしれない．いずれにしても，その結果，精神療法は身体的治療や性別移行のための単なる「サポート」と位置づけられ，深く考察されなくなってしまった．すでに述べたように，当事者自身も「体を変える」だけですべての問題は解決する，という幻想を持つ傾向がある．しかし，現実は身体的治療の過程や性別適合手術後であっても内面的な苦悩を経験する当事者は数多く存在し，時には自殺にいたることさえあるのが現実の姿である．そのようなケースを「性同一性障害の診断が間違っていた」，あるいは「身体的治療の適応ではなかった」と片付けるのではなく，身体的治療を手段として含みながら，当事者の多様なジェンダー・アイデンティティを認め，その多様な統合を目指す治療的枠組みないし治療論が構築されるべきなのである．

⑸ 性同一性障害の医療が「ビジネス化」しないか

身体治療が目的化すると，外科手術がビジネスとして安易に行われるようになる危険が生じる．実際に海外で手術を受けるためのアテンダント会社が複数存在していると聞く．残念ながら国内での手術が当事者の需要を満たしきれていない現状では，そのような営利企業がある程度当事者の役に立っているという現実は否定できない．しかし，海外や国内であっても非正規に行われる手術では，アフターケアやトラブル発生時の対応などの点で，当事者が不利益を被る可能性は決して低くない．また，厳密に適応を検討しないまま性別適合手術が行われると，性同一性障害に対する医療全体が社会の信頼を失う可能性がある．

性同一性障害の医療は身体的治療を最終目的とするものではないことをはっきりと認識するとともに，国内での治療システムを早急に整備すべきである．

4．筆者の考える性同一性障害の概念と治療[5)]

(1) 性同一性障害の概念

①ジェンダー（gender）

筆者はジェンダーを人格発達の観点から解釈し，「性の人格的な側面」，「人格的な性」あるいは，「人格の性的な側面」ととらえている．このように解釈することで，「ジェンダー」の主体性と人格形成における重要性が明確化され，人格発達におけるジェンダーの位置づけが可能となる．

②性同一性（ジェンダー・アイデンティティ，gender identity）

性同一性は，個人における「ジェンダーのあり方」，あるいは「人格的な性のあり方」という広い意味と解する．ここでの同一性（アイデンティティ）は，「あり方（現実の姿，存在様式）」という意味で用いている．性同一性を通常行われるように「性の自己認識」と狭く解釈してしまうと，人格発達の文脈で語ることが困難となってしまう．

③自我同一性（自我アイデンティティ，ego identity）

同様に，自我同一性は，「自我の（統合された）あり方」と解釈する．自我同一性は，ジェンダー，民族，国籍，身体，職業，社会的役割，価値観，信条などを要素として含み，健全な状態ではそれらが統合されている．

エリクソンの発達理論[2,3)]によれば，自我同一性は幼児期からの遊びや勉学などを通じてなされてきた様々な同一化を統合していくことで確立する．筆者は，性同一性は人格発達の過程で自我同一性に統合されると考える．「性同一性が確立している」というのは，性同一性が自我同一性に統合されていることを意味する．性同一性は一生涯変化しないようなものではなく，発達の中で形成・変化し，自我同一性に統合される動的なプロセスの中にあり，その統合のされ方は発達の過程で変化しうる．「統合」という言葉から固定された構築物のようなものをイメージすべきではない．

④性同一性障害

筆者は性同一性障害を，「割り当てられた性別に適合しない性同一性が，自我同一性に統合されていない状態」であると捉える．性同一性障害の当事者は何らかの原因（おそらく生物学的な原因）により，割り当てられた性別に適合しないユニークで多様な性同一性を持っている．そのような性同一性を自我同一性に統合させるのには困難が伴うが，もしも自我同一性へ統合できれば，「性同一性障害」として「発症」ないしは「事例化」することはない．しかし，統合の困難さに伴うひずみは他のかたち（精神疾患や社会的不適応）であらわれることがある．たとえば，中年期のうつ病として発症した患者が実は性同一性の問題を抱えていることが判明し，筆者の専門外来に紹介されて性同一性障害と診断されたケースがある．

(2) 性同一性障害の治療

性同一性障害における治療の目的は，「割り当てられた性別に適合しないユニークな性同一性を，自我同一性に統合させること」である．性同一性の自我同一性への統合を促進するうえで，ホルモン治療や外科的治療が有用となるが，身体的治療そのものが治療の目的なのではない．

重要なことは，性同一性が多様でユニークであるのと同様に，その統合のされ方も多様でユニークであってよい，ということだ．性同一性障害の治療では，治療者は固定されたゴール（治癒像）をイメージするべきではなく，当事者との語りを通じて常に新しい統合のイメージを創造していくことが必要である．もちろん，精神療法をしなくても身体的治療のみによってみずから統合を成し遂げ，精神的に安定する当事者も数多く存在する．しかし，その場合でも，当事者の内面において自我同一性と性同一性の統合が行われていることに変わりはないのである．

文　献

1) DSM-5：The Future of Psychiatric Diagnosis (http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/SexualandGenderIdentityDisorders.aspx)

2) エリクソン，E.H.（岩瀬庸理訳）：アイデンティ

ティ　青年と危機．金沢文庫，東京，1973

3）エリクソン，E.H.（仁科弥生訳）：幼児期と社会1．みすず書房，東京，1977

4）針間克己：性同一性障害の医学的概念と現況．【解説】性同一性障害者性別取扱特例法（南野知恵子監修）．日本加除出版，東京，p. 16-35, 2004

5）松永千秋：性同一性障害の新しい治療論へ向けて．GID学会雑誌，2（1）；4-7, 2009

6）山内俊雄：性同一性障害の治療．性同一性障害の基礎と臨床（山内俊雄編著）．新興医学出版社，東京，p. 53-60, 2001

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神医療とペットの関わり（アニマル・セラピー）

コーディネーター　古荘　純一，横山　章光

昨年度，本学会で「精神科医療と動物（ペット）」というシンポジウムを開催した．今までに注目されていない，「動物」をキーワードとして，①各精神疾患と動物の関係，②医療補助としての動物，③診断・治療・予防としての動物，④「家族ダイナミクス」換言すれば家族の一員と考えられているペットとの関係性，などについて，精神科医療について討論を行うことを目的としたものであった．

昨年度のシンポジウムは，解離性障害，広汎性発達障害，統合失調症など疾患単位の発表が中心であり，会場からの質問は，予防，安全性，具体的な方策が中心であった．すなわち，前述の①，③については討論が中心であった．そこで本年度は②，④を中心としたシンポジウムを企画した．

②について，補足すると「アニマル・セラピー」という言葉は日本における造語であり，AAA（Animal Assisted Activity＝動物介在活動）とAAT（Animal Assisted Therapy＝動物介在療法）を包括したもので，前者は触れ合い活動などを例とするレクリエーションであり，後者は医療スタッフが目的・評価などを行う補助医療である．アニマル・セラピーの特長を分類してみると「生理的効果」「心理的効果」「社会的効果」の3つに分けて考えるとわかりやすい（表1）．

表1　アニマルセラピーの効果

生理的効果
病気の回復・適応の補助
刺激やリラックス効果
血圧やコレステロール値の低下
活動機会の増加
神経筋肉組織のリハビリ
心理的効果
元気づけ，動機の増加，活動性（多忙）
感覚刺激
リラックス・くつろぎ作用
自尊心・有用感・達成感・責任感などの肯定的感情，心理的自立を促す
ユーモアや遊びの提供
親密な感情，無条件の許容，他者に受け入れられている感じの促進
感情表出（言語的・非言語的），カタルシス作用
教育的効果（子どもに対して）
注意持続時間の延長，反応までの時間の短縮
回想作用
社会的効果
社会的交互作用・人間関係を結ぶ「触媒効果・社会的潤滑油」
言語活性化作用（スタッフや仲間との）
集団のまとまり，協力関係
身体的，経済的な独立を促進する（盲導犬・介助犬・聴導犬など）
スタッフや家族への協力を促す

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20〜22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　精神医療とペットの関わり（アニマル・セラピー）　座長：横山　章光（帝京科学大学生命環境学部アニマルサイエンス学科），古荘　純一（青山学院大学教育人間科学部教育学科）

この効果は，刺激性と安定性の交わりとも言える．刺激というのは動物がいるだけでなんとなくうきうきしたり動き出したり撫でたりしたくなる効果であり，安定というのは何も考えずに膝の上で撫でているだけでリラックスできるという効果である．この2つの効果が矛盾なくかみ合っているのがアニマル・セラピーとも言える．特に効果があると考えられているのは精神医療，リハビリ医療，小児医療，老年医療である．実践方法の分類としては，動物の所属（所有）によって，「訪問型」「飼育型」に分けられ，行う場所によって「施設型」「在宅型」に分けられる．例えば老人保健施設で犬を飼育して活用している場合，それは「施設飼育型」であり，家庭で飼われているペットを携えて施設を訪問する場合は「施設訪問型」である．他にも，施設のスタッフが自分の犬と一緒に出勤する場合や，中間施設で行う（つまり患者が動物を訪問するような）乗馬療法やイルカ療法なども存在する．また，様々な動物が用いられているが，最も効果をあげる動物としては，我々の伴侶として深くかかわってきて，互いが存在を意識して影響し合っている，「犬，猫，馬」が筆頭である．

本年度は，家族との関係性について，ポジティブな面だけでなく，不適切な飼育（多頭飼育）と動物虐待というネガティブな面に関しても取り上げてみた．

最初の演題は，横山の「多頭飼育と精神医学 特にアスペルガー障害との関連について」の報告であった．横山は，簡単にアスペルガー障害を成人精神科臨床医が論じるべきではないとしながらも，実際に会って話をした，多頭飼育者の特徴がアスペルガー障害の中核症状と一致することを指摘した．さらに，多頭飼育者の中にアスペルガー障害である人が含まれている可能性があり，今後は児童精神科医・小児科医との連携が重要であると指摘した．なお講演内容は，臨床精神医学 39 巻，1209-1216，2010 年に掲載済である．

2つ目の演題は，山口典子先生の「心療内科を受診した青年期患者とペットの関わり」である．心療内科において，軽症うつ病，パニック障害，学校・会社へ行けないなどの社会的不適応，摂食障害や身体疾患に伴う精神症状を訴える様々な初診患者に対してインテーク面接を行ったなかで，ペットとの関わりのある事例の報告であった．患者とペットの関わりが患者の気分や行動変容，他者との親密性そして社会適応性やコミュニケーション能力にさまざまな役割を果たしたのかを考察され，さらに心理臨床において動物介在療法として積極的に患者のペットを取り入れた心理面接の枠組み，そして心理的援助の有効性と課題について検討された．

3つ目の演題は，末丸啓二先生の「健康要因としての動物介在療法（AAT）」である．前回のシンポジウムでは統合失調症についての報告であったが，今回は「気分障害」「知的障害」などの他疾患においても AAT を導入することにより基礎的および二次的認知機能，精神的・社会的健康度，ストレス対処能力，生活の質などにおいて改善することを報告していただいた．

4つ目の演題は，川添敏弘先生の，重度・最重度の知的障害のある人への犬を介在動物とした動物介在療法についての報告であった．知的障害や発達障害のある人への乗馬は，民間では広く行われているが，ほとんど学術的評価はなされていない．川添先生は，対象者にみられる不適応行動を，行動分析を用いて理解し，さらに，人間ではなかなか行動修正を行うことのできなかった部分を「犬」を介在させると，より有効に修正できることを，2人の事例を用いて報告された．

最後に，古荘と久場川哲二先生が，虐待体験者で「動物が好きである」と語っているにもかかわらず動物虐待を行った2事例を報告した．被虐待児が動物虐待に至る経緯として，抑圧された怒りの矛先が動物に向かう点のみに着目されていたが，今回はいわゆる幼少期にみられる“ついばみ行動”類似の行動が見られたためと推測した．

昨年度および本年度の2回のシンポジウムにおいて，精神科臨床現場において，ポジティブ，ネガティブと，さまざまな形で動物（ペット）が関

与していることがわかり，また，それぞれの現場で独自に「セラピー」が熱心に試みられ，従来の精神療法などを新しい局面から補助する可能性が大いに感じられた．臨床現場では，個々がそれを実感しているにもかかわらず，対外的な評価はなされてこなかった．今後は，それらの知見を合わせ，共通したテクニックや適応などを包括し，どこの現場でも利用可能な「新しいタイプの補助療法」としての「アニマルセラピー」を構築していく必要がある．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

心療内科を受診した青年期患者とペットの関わり

山口　典子（公立学校共済組合東海中央病院臨床心理士）

心療内科を受診した青年期女子の患者とペットとの関わりを調べた．ペットの世話を通して，患者は自分自身に向き合い，そして現実との関わりを習得した．また，ペットを介した体験により家族関係の修復に結びついた．

＜索引用語：ペットセラピー，ペット，青年期女子＞

Relationships between female patients who were youths and their family pets were examined. In the course of taking care of family pets, the youths were confronted by them, and acquired skills related to managing their own lives. This was also related to the restoration of family relationships through the pets.

I．はじめに

動物を介在した心理療法が研究されるようになり，動物との関わりが人間の精神的健康の質を向上させるアニマル・セラピーが試みられている[3]．アメリカの心理学者 B.M. レビンソンが，初めて子どもの心理治療にペットを介在させた研究を報告した[1]．我が国では，村瀬嘉代子が心理療法の過程に登場する動物の治療的意味を報告したのが最初だと思われる[2]．レビンソンや村瀬は，動物を介在させる心理療法が，動物がセラピストと患者の関係を一層発展させることや，患者が動物を対象に物事や他者と関わる術を習得するのに格好の学習機会となることを報告した．

筆者は心療内科で心理検査・心理療法を担当しているが，患者自らがペットとの関わりを語る例として，情緒不安的な子どもの親から子どもの気持ちの回復にペットを飼う意義を聞かれたことや，うつ状態の患者が遠慮がちにペットを亡くした喪失感を語ったこと，あるいは家族構成にペットの名前を挙げた思春期女子などの個人的経験はあるが，心理療法にペットを積極的に取り上げることはなかった．それは，筆者が患者の語る身近なペットの話題を，意味のある事象として受け取っていなかったためと思われる．

これまでに，患者がペットとどのような関わりを持ち，ペットがどのような治療的効果を患者に与えるかを報告した記録は少ない．今回，人との付き合いにくさを訴えて内向的な生活をする青年期女子患者たちから，ペットとの興味深い関わりを聴くことができた．事例を通して，ペットが患者やその家族に果たした役割や治療的意味を考察し，心理療法に活用できるか検討する．

II．事　　例

事例（表 1）は，年齢 16 歳から 22 歳の青年期女子である．受診時の診断は，パニック障害，社交不安障害，精神遅滞，解離性障害，てんかんなどであった．全員が両親と同居していた．患者たちは，高校の授業を休みがちになったことを心配した，あるいは退職し家に引きこもりがちな生活

表１　事例

事例	年齢	診断	家族構成	生活状況
1	16	パニック障害	両親，姉	高校１年，授業を休みがち
2	18	社交不安障害	両親，妹	高校３年，授業を休みがち
3	18	知的障害，解離性障害	両親	特別支援高校卒後，障害者枠の公社退職
4	21	社交不安障害	両親，姉	短大卒後，製造工場退職
5	22	知的障害，てんかん	両親，弟	特別支援高校卒後，福祉施設退職

を心配した親に連れてこられた．いずれの女子も人と付き合うことが苦手で，対人関係の困難さから抑うつ気分が強かった．

５事例について，⑴ペットとの出会いと関わり，⑵ペットとの関係はどんな意味を患者や家族に対して持っていたか，⑶ペットの治療的意味，について記述する．

事例１

（1）バニーズマウンテンドッグ（オス）との出会いと関わり

自分が小学校の低学年時に，父親が犬を連れてきた．家族そろってから，犬が入った箱を開けた．ペットの世話を家族で分担し，自分は朝の散歩から帰ったペットの足拭きと食餌係となった．ペットが小屋にひとりにされると吠えるのに気づき，家に入れた．自分が使うソファで寝ることを好み，寝る時間になると自分の足元に来るので，その場所をペットに譲っていた．

（2）ペットとの関係はどんな意味を患者や家族にもたらしたか

自分が嫌なことがあったり，疲れたりして，誰とも一緒にいたくないとき，ペットと一緒にいるだけで楽になる感じを持った．中学生時，うつ病で休職した父親の機嫌が悪く，家族内の雰囲気の悪さが嫌であった．家族全員で揃っているときの方が，ペットが落ち着いていることに自分がまず気づいた．そして，自分以外の家族もそれに気づいた．

（3）ペットの治療的意味

家族全員が揃うとペットが落ち着いていることが家族全員にわかり，家族それぞれがペットに良いことをしたいと考え，家族の雰囲気が明るくなった．

事例２

（1）ミニチュアダックスフント（メス）との出会いと関わり

自分が高校１年時に，妹がいとこの家で生まれた子犬をもらってきた．自分が主に世話する役になった．夜に小屋にいるペットの甘啼きが聞こえ，寂しくて啼いていると感じると自分の部屋につれてきていた．自分の膝の上にのってきたペットを触ると体の温かさ，心臓の音も聞こえ，ペットの気持ちよさそうな表情から，ペットが自分に身をあずけている感じがした．

（2）ペットとの関係はどんな意味を患者や家族にもたらしたか

自分にペットが身をあずけた感じが，ペットへの愛着を育てた．母親の気分が不安定なときにペットのところへ行くと，母親が明るくなるのに気づいた．妹がペットを連れて散歩に行くのは，嫌なことがあって家から離れる口実だと気づいた．

（3）ペットの治療的意味

家族それぞれがペットと共にいると，感情が落ち着くことを実感できた．それにより，家族相互の気持ちを理解することに繋がり，家族間の緊張が緩んだ．

事例 3

(1) 引き取ったペットとの出会いと関わり

自分が高校 1 年時に，ペットショップで〈里親募集〉を見て，バーニーズマウンテンドッグ，次にダックスフント，次にチワワを引き取った．ペットを見ているとかわいく感じ，遊ぶとかわいかった．朝の散歩や食餌の世話をするようになった．

(2) ペットとの関係はどんな意味を患者や家族にもたらしたか

自分は一人っ子なので，妹や弟の感じでかわいがっていた．朝寝坊であったが，ペットの朝の散歩や食餌時間に合わせて，起きられるようになった．しかし，1 週間ぐらい経つと，気が向いたときしか食餌や散歩をしなくなったが，親から促されて一緒にペットの世話を続けた．

(3) ペットの治療的意味

ペットの朝の食餌，散歩の時間に合わせるため，自ら起きて世話をする習慣につながった．

事例 4

(1) コーギー（オス）との出会いと関わり

自分が中学 2 年のときに，犬を飼いたくて，ペットショップへ行きコーギーを選んだ．ケーキの箱に収まる生後数ヶ月の小ささに，また吠える声に，驚いた．世話を始めて，人の赤ちゃんを育てることと同じだと思った．ペットの啼き方で機嫌や気分の悪いこともわかった．中学生になってから友達ができなかったので，家に帰ってきたらペットと遊んでいた．

(2) ペットとの関係はどんな意味を患者や家族にもたらしたか

自分が世話をするとペットが応えてくれたので，さらにやる気になった．父親の乱暴な扱いに怯えるペットを守るため，避けていた父親に対して制止する声をあげることができた．

(3) ペットの治療的意味

ペットはいつも患者の傍らにいる存在であり，ペットに受け入られたことが安心感をもたらした．避けていた父親に対して，自己主張をすることができた．

事例 5

(1) うさぎ 9 匹と猫 3 匹との出会いと関わり

うさぎを先輩から貰ったり，引き取ったり，保護したりして 9 匹飼っていた．家の近くで啼いている声から 3 匹の子猫を探しだして保護した．

(2) ペットとの関係はどんな意味を患者や家族にもたらしたか

母親に助けられ，子うさぎや子猫の食餌や水の世話をした．母親からペットの世話の仕方を教わることが，日課となった．

(3) ペットの治療的意味

ペットを子どもからおとなに育てた体験を通して，自分自身も一緒に成長したと思えた．毎日世話を続けることが自信につながり，さらに動物の気持ちになって世話をする，他者を思いやる気持ちを育てることができた．

Ⅲ．考　　察

ペットが，患者やその家族に果たした役割や治療的意味について考察する．どの事例においても，心理面接を開始した時点での患者は，人とのつき合いが苦手で内向的な生活を続けていた．家族内でも孤立しがちな患者にとって，ペットの存在が気持ちの慰めになっていた．ペットの世話は，患者がペットに向かい働きかける一方向的な関係にとどまらず，ペットは患者の働きかけに応えた動きを返してくる．するとそのペットの動きに患者が応えるという双方向的な関わり合いが生まれる．患者の働きかけがペットの良い反応を引き出したときの満足感，充実感は患者にとって実感できるものであり，ペットから向けられる頼られる態度に患者は安心し，ペットとの愛着の絆が強まった．さらに，ペットの世話を積極的に行うことにより，患者は自分自身に向き合い，そして現実との関わりを習得し，患者の主体性が育てられていった．

ペットを介した体験は患者自身だけではなく，家族それぞれがペットへの接し方を通して，お互いを思いやる気持ちを深めた．それが，患者に家庭内に居心地の良さをみつけ直すことにつながり，家族関係の修復に結びついた．

Ⅳ．終わりに

レビンソンや村瀬が報告した心理療法に動物を介在させる治療的効果について，内向的な青年期患者とペットの関わりから，患者の主体性を育てることや家族を繋ぐ意味を確認することができた．訓練されたアニマル・セラピーを介在した心理療法ではなく，患者が生活を共にするペットが面接に登場したときには，患者にとってペットの存在意味を理解し共有できる治療者の存在が必要である．この観点を大事にして，患者とペットとの関係をもっと面接の題材に取り上げていきながら，ペットを用いた心理療法の有効性と課題について，考察を続けていきたいと考える．

文　献

1）Levinson, B.M.，川原隆造監修：子どものためのアニマルセラピー．日本評論社，東京，2002

2）村瀬嘉代子：児童・青年期の患者にとり動物が持つ治療的意味．第12回国際児童青年医学会論文集編集委員会，星和書店，東京，1992

3）横山章光：ペットセラピー．NHKブックス784．東京，2005

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

重度・最重度知的障害者に対する犬を介在した療育活動の理論

川 添　敏 弘（ヤマザキ学園大学）

1．発達障害児療育企画と療育犬活動

今回のシンポジウムでは，発達障害児療育企画（BAT：代表；横室純一）における療育犬活動の理論とその効果についての発表を行った．BATでは，重度・最重度知的障害を持つ障害者を対象として，行動分析によるアプローチの指導が行われている．主な指導方法は行動修正を含めた環境調整にあるが，それらの活動の一部に療育犬活動がある．

療育犬とは，重度・最重度知的障害者に対して様々な刺激を与えることを目的として，無理なく育成された犬のことである．療育犬としての適性を表１に簡単に示した．

物事は単純である方が理解しやすいものである．それは障害者も同じで，全体的にゆっくりと落ち着いた，放出行動（むだな動き）のない犬が望ましい（a・b）．そして，重度・最重度知的障害者の特徴の１つとして，自ら積極的に関わりを持つことができない人がいることを挙げることができる．そこで，遊びに対する自ら甘えの行動をとったり，その行動を維持したりすることが必要となる（c・d・e・f）．また，障害者が犬との一体感を感じるためには，障害者の行動に反応したり，障害者に密着したりできることが望まれる（g・h）．また，障害者は関節を固定しロボットのように撫でたり，逆毛に撫でたりすることがある．それらを含め，全身をどのように撫でられても不快感を持たない犬を育てたい（i・j）．また，一般家庭で簡単に習得できる服従訓練はできていることが望ましいが，攻撃的でなく，飼い主との信頼関係ができている場合は，その限りではない（k）．

表１　療育犬の特徴

a．全体的にゆっくり落ち着いて行動する犬
b．放出行動のない犬
c．各種の要求が出せる犬
d．積極的に接触を求める遊び好きで甘え上手な犬
e．要求行動や甘え行動を持続できる犬
f．対象者のアプローチに対して返し行動ができる犬
g．対象者の身体に密着できる犬
h．自分からアイコンタクトができる犬
i．全身を撫でられることに慣れている犬
j．重度発達障害児者の特殊行動に慣れている犬
k．ある程度の服従訓練ができている犬

2．レクリエーション活動での関わり方

療育犬活動では，以上で述べた特性を持つ犬が望ましいと考えている．しかし，ボランティアベースにおいては，その犬の特性や性格を理解し活動してもらっている．犬にはそれぞれ個性があり，それを発揮させて活動することはストレスをかけないことにもつながる．また，個々の対象者が持つ個性に犬たちのふれあいが重なることによって，より効果的な刺激を対象者にもたらすことができると考えている．

犬の個性と施設利用者の個性を大切にしながらのレクリエーション活動は，日常生活で用いている空間で行われることが望ましいと考えている．つまり，イベントを行うためのホールなどではなく，普段，生活でコミュニケーションをとってい

る場所での活動が望ましいと感じている．それは，施設外で生活している者と比較し生活の変化が乏しい施設利用者の日常に，刺激を与えることができるからである．また，活動を行う時に椅子を並べて座らせ，無理やり犬をなでさせるようなことは行わない．普段通りに生活してもらい，「ただ，そこに犬がいる」という状況の中で，大いに犬と施設利用者の個性を発揮してもらいながら交流してもらっている．

非日常の場所で，非日常的な交流はレクリエーションとしては，犬に負担をかけることが問題になるが，イベントとしては楽しいものになる．このような活動の多くは，対象者の専門家と犬を扱う専門家が連携し，ボランティアがそれに従う形式で行われている．それに対し，療育犬活動においては，対象者の専門家が犬の専門家となり，犬のみの専門家を必要とせず，ボランティアの自由度が高い中で活動を行っている．そうすることによって，犬に負担をかけずに，レクリエーションに関わる「犬と人間」全てが個性を発揮しながら，長時間の活動を可能にしている．

3．「癒し」効果に関する考え

動物を介在した活動では，よく「癒し」の効果が取り上げられる．しかし，「癒しとは何か」という質問に答えることができる人は多くない．まずは，療育犬活動において「癒し」をどのように考えているか述べる．

「犬には癒しの効果がある」と言う人は多く存在する．それは犬の存在自体に「癒し効果」があることを示している．その理由として，石器時代以前より，犬を飼育することで外敵から身を守ってきた人間は，犬がくつろいでいる姿を見ているだけで安心できるように遺伝子に組み込まれているという「遺伝子理論」が提示される場合がある．

しかし，犬の嫌いな人も存在している．その理由は「過去に嫌な思いをした経験があるから」という学習理論で説明されることになる．「遺伝子理論」は確かにあるかもしれないが，証明することはできない．犬が嫌いな理由を学習理論で説明するのであれば，癒される理由も学習理論で説明する必要があろう．そこで療育犬活動では，犬が人を癒す理由を以下のように考えている．

まずは，「癒し」がリラックスしている状態であると定義する．リラックス状態とは，交感神経よりも副交感神経が優位に働き，その結果，ゆったりとして落ち着いた気持ちになっていることを示している．犬とふれあうことによって，このような身体的・心理的な状態になることは理解できる．特に，動物が好きな人は何度も動物とふれあうことでこのようなリラックス状態を体験している．そういう人たちは，公園などで動物を見るだけで「癒された」気持ちになるであろう．

経験したことがあれば，レモンを思い出すだけで口の中に唾液が溜まっていく．これは「古典的条件付け」と呼ばれている．本来，レモンを口に入れると唾液が分泌されるが，物事を思い出すという行為では唾液は分泌されない．しかし，レモンを食べたことで，その後は思い出すだけで唾液が分泌されるようになるのである．同じことが犬でも生じている．初めて出会う犬にリラックスを得た経験はないが，過去に「犬」をさわることでリラックスした経験があることで，初めて出会った犬からもリラックス状態がもたらされるのである．言いかえると，「癒し」がもたらされるのである．

決して難しいことではない．単に，人は学習することによって「癒し」状態を自ら作っているのである．遺伝子理論はあるかもしれないが証明できるものではない．このような空論ではなく，証明できる理論が優位であることは間違いない．そこで，「犬という存在が癒しを与える」のではなく「過去の犬との経験をもとにリラックス状態になる」という学習理論を「癒し」効果の定義にしたい．この理論では，犬が嫌いな人が存在する理由も，犬なんてどうでもいいという人がいる理由も，好きだった人が嫌いになる理由もすべて説明することができる．

4．ドッグ・パートナーという考え方

知的障害者施設で活動していると，Aという犬に対する利用者の反応とBという犬に対する利用者の反応が全然違うことに気づくことができる．Aという犬でなければならないという利用者も存在する．これは，その利用者の個性とAという犬の個性が合っていることを示している．つまり，相性と言われるものである．

人と人との絆が結ばれていく時，まずは知人の状態から友人になり，親友となっていく過程がある．人と犬の関係でもそのような流れがあると考えている．人の場合と同様，出会った日に絆が結ばれる場合もあるし，何度も出会ううちに絆がゆっくりと結ばれていくケースもある．毎回，色々な犬を順番に膝に乗せながら行う活動では，このような関係は生まれにくい．BATではこのような関係性にも注視しながら普段より活動を行い，犬とマッチングできた場合はパートナーとしてコミュニケーションを深めてもらうことを心がけている．

このような活動の方法をドッグ・パートナー・システムと呼んでいる．このような活動を行った結果，重度の自閉症でトイレと食事の時以外は自室から出ることがなかった青年が，アンナという犬と一緒であればホールで活動できるようになったという事例がある．現在では，その青年は犬がいなくても集団の中に無理なく存在し，お茶を飲んだりくつろいだりといった活動はできるようになっている．

5．背景にある学習理論

1）古典的条件付け

「癒し」効果の定義のところですでに述べたが，犬と一緒にいることで無意識のうちにリラックスした状態を導き出しているケースを認めることができる．これは先に述べた「古典的条件付け」という理論で説明される．その結果，集団の中に入ると緊張してしまう青年がアンナという犬が一緒であれば，リラックスした状態となり集団の中で活動できるようになっていった．

2）オペラント条件付けとシェイピング

自閉症の青年をいきなり集団の中に導いても，拒否される可能性が高い．そこで，集団が見える位置から始めて，徐々に集団との距離を縮めることによって集団の中へ引き込んでいった．最初は集団内には数秒しか入れなかったが，数回の活動後には，無理なく集団の中に属することができていた．このような行動の形成を行う技法の理論は「オペラント条件付け」で説明できる．

「オペラント条件付け」とは，報酬や罰を与えたり取り除いたりすることによって対象の行動を形成することである．例えば，偶然に取った行動の結果，報酬がもらえれば，その行動が生じる頻度が多くなる（正の強化）．また，ある行動に対して罰が与えられればその行動を起こす頻度は減少していく（正の罰）．これらの技法を用いて，目的の行動を獲得させるために，スローステップで行動を獲得させていくことをシェイピングという．

上記の青年の事例では，スローステップでの課題を克服してもらうために「褒める」ことや「楽しい経験」を報酬として与えていった．そして，その報酬を与える回数を減らしていき，報酬がない状態でも活動ができるように援助していった．また，活動自体が楽しくなるように働きかけ，自主的に集団の中に向かうように援助していった．

3）消　去

報酬を与えることによってある行動の生起頻度が増えても（正の強化），報酬を与えなければその生起頻度は減少してしまい，最終的に，行動が認められなくなる．この手続きを「消去」という．

4）系統的脱感作法

「系統的脱感作法」とは，古典的条件付けの理論を背景に，徐々に困難な場面を克服していき，目的を達成できるようにする方法である．例えば，悲しみや怒り，恐怖などの緊張状態が出現する場面に，リラクゼーションしながら向かい合うと緊張状態が低減していく．その理由は，緊張した状

態（交感神経亢進状態）とリラックスした状態（副交感神経亢進状態）は同時には成立しないことにある．これは逆制止と呼ばれる技法である．この時，困難な場面を，およそ 10〜100 の数字で表したものを不安階層表と定義し，不安の低い場面から徐々に克服していくことを目指すことになる．

しかし，重度・最重度知的障害者は，その日の気分や体調で不安場面に向かい合う気持ちにムラがある．また，不安階層表も本人ではなく，本人をよく知る担当者で作られ，また，数字で不安の大きさを表現するのが困難な場合も多い．そこで，利用者のその日の気分や体調に配慮しながら徐々に不安が高くなる場所に誘導していくことになる．

5）般　化

ある一定場面で覚えた適応行動を他の場面でも使えるようになるのは，決して簡単なことではない．犬に対して思いやりを持った行動ができるようになったからといって，すぐに人間に対して思いやりの行動が持てるようになるわけではない．そういう場合は，様々な環境で目的の行動がとれるように，スモールステップで行動が生じる場面を作っていくことになる．このような手続きは「般化」と呼ばれている．

6．重度・最重度知的障害者と犬の関係

重度・最重度知的障害をもつ利用者で犬が苦手な人たちも，撫でたり散歩したりすることで，犬との絆が形成されていくことがある．また，何度も訪問活動を重ねることで，その関係が深まるとパートナーとして組むことがある．そこで散歩を行うと，最初は自分のペースで歩き犬を気にする様子はないが，徐々に犬のペースで歩くようになっていく．例えば，犬が排尿を始めると自ら止まって犬が動き出すまで待つ行動をとるようになる．これは相手の立場に立って気遣っていることを示している．

重度・最重度知的障害の人たちは，幼少期より「だめ」「やめなさい」と自らが表出する行動に対して否定的に対応されることでしつけられたことが多い．社会的な生活を送るためには最低限の行動抑制を行わなければならず，このような声かけは間違ったことではない．しかし，知的障害者は自分の気持ちを理解してもらえる場面より否定される場面の方が圧倒的に多い．そのため，相手の立場に立って気遣うことを学ぶ経験を持っていない知的障害者は多くいる．

犬を気遣うことができるくらいに，その存在が大きくなってくると，犬を誘導することで利用者は簡単について歩くようになる．さらに，それを強化していくと，犬がいない場面でも施設職員の言うことをきき，ついてくる頻度が増える．さらにそういう場面も強化していくことで，職員の指示に従うことができ，利用者の利益になる活動の幅が広がることになる．

このようにして人間関係が深まるにつれ，相手を思いやる心が育っていく．例えば，食べ物や飲み物を他人へ与えるような行動ができない利用者が，ある日を境に自分の飲食物を犬に分け与える行動がでることがある．

幼少期より，親や施設職員から社会生活を送るのに必要なしつけを受けていく中で，それを理解できない知的障害者は，優しさや思いやりといった複雑なポジティブ感情を育むことができないまま成長していくケースが非常に多い．特に，自閉症傾向のある知的障害者は，他人に興味を持つことが難しく，他人に対してポジティブな感情を育むことは困難とされている．しかし，犬に対しては，ポジティブな感情を育むことが比較的簡単にできる．つまり，人間では育むことが無理と思われる感情を，犬に対しては表出してくれるようになる．そのような感情の表出を褒めたりすることで認めていくと，人間との関わりの中でも思いやりの心を持って接することができるようになっていく（般化）．

7．事　　例

他害が頻繁で，他者との関わりを拒否する最重度知的障害者

Ｅさん，17 歳女性，IQ 20 以下

特徴：自閉傾向を有する最重度知的障害者で，自らの意志を頑固に通し集団生活への適応性を極度に欠くと共に，頻繁に興奮に至る．日中は一人で砂利・砂遊び，穴掘りをして過ごすことが多い．一人遊びの最中に他者が近づくと粗暴な態度での拒否か，その場を立ち去ってしまう．

課題：「情緒の安定」「集団参加」「他者の認識と配慮」「自主的表現」

ドッグ・パートナーを組んで 3 回目から，アイ（柴系雑種）がいることでＥさんの周りに同胞や職員が集まり声をかけるようになった．それまでは人間が近づくことで逃げるように場所を変えるか暴力行為に及んでいたＥさんが，その環境を許容していた．アイがいることで緊張が低下していたことが理由の１つとして挙げることができた（逆制止）．この活動時に行った散歩では，Ｅさんはリードを積極的に持とうとはするがアイへの配慮はみられなかった．しかし，遊びや散歩での交流が続くと，アイを見つめる回数や継続時間が長くなった．

活動 9 回目，昼食時に突然，アイに対して食事を分け与える行動を起こした．これまでの活動でも食事の時は同席していたが，食事を分け与えることはなかった．この行動は，「他者認識と配慮の芽生え」が生じたと考えることができる．これまでに他の知的障害者のケースでも，自主的に食事をあげる行動の出現後に，対象者の行動や意識が急速に変化することが認められている．これからのＥさんの他者に対する行動に注目していくこととした．

活動 10 回目以降，食事の時には必ずアイへ食事を分け与えるようになった．また，散歩中にアイが座り込んでもじっと見つめて待つようになった．そこで散歩中にＥさんとアイの位置を入れ替えてリードが持ちにくい状態にしたり，食事の時に右利きのＥさんが食べさせづらい場所にアイを座らせたりした．しかし，Ｅさんは自分中心ではなく，アイのことを考えリードを持ちかえたり，食べさせにくそうにしながらも食事を与えるなどの配慮する姿が認められた．このような行動は，散歩中にも認められるようになった．例えば，これまではアイが方向を変えると身体にリードがからんで歩きにくそうにしていたが，リードを持ちかえるなどしてアイの存在を念頭に置き，配慮しながら自分の行動を選択できるようになっていった．つまり，「他者の認識」と「配慮する行動」が充実してきたととらえることができた．

この頃より，職員や同胞がＥさんとアイの良い関係を話題にし，Ｅさんに話しかけることが多くなり，Ｅさんとアイの関係をより好意的に受け入れるようになった．これは，Ｅさんにとっては，自分の行動を容認される貴重な経験となっていった．これまで施設職員の関わりの中心は，砂や小石で遊んでいる時に，その「こだわり行動」を無理やり中止させることにあった．それは意地悪からではなく，食事を提供したり，熱中症や風邪を防いだり，入浴の時間などが理由で必要に応じて関わっていたりしたにすぎない．しかし，そのような関わりはＥさんのストレスを高めていた．そして，暴力をふるうことで職員を排除した経験が，人が近づくだけで暴力をふるうＥさんを形成していった（オペラント条件付け）．しかし，アイと一緒にいることでストレスなどの緊張した状態は改善し，暴力行為は減少していった．それに合わせて，施設職員の関わりが「強制的なこだわり行動の排除」から「頻繁な言葉かけ」に変化していった．すると理由のない暴力行為はほとんど認められなくなっていった（消去）．

アイと一緒であれば，こだわり行動を中止して職員と一緒に移動することができるようになった（シェイピング）．しかも，アイがいない日でも以前よりも職員の言うことをきくようになってきていた（般化）．その結果，職員もＥさんに対する関わり方が変化していった．パートナーとなって 2 年目になると，Ｅさんは決して近づくことがなかった作業所で活動できるようになった．さらに

半年後にはアイがいなくても作業所の活動が可能となった（般化）．

8．考　　察

「アニマル・セラピー」という言葉が浸透してから随分と時間が経過したように思える．その間に「動物介在活動」と「動物介在療法」を明確に区別していくなど，医師の存在ばかりにこだわり，その効果に対して理論的な検討は全くなされていない．そのため，医療や福祉分野で「アニマル・セラピー」は，さほど重視された活動とはなっていない．また，その活動内容は，単なるお絵描きや合唱などのイベントの１つにすぎない印象がある．それでも活動は，現在も広く浸透していることからも，十分に効果的な活動になっていると思われる．このような現状は，「動物介在療法」の実践がほとんどできていないことに原因があるといえる．医療の世界ではエビデンスが重視される．そういう中で活動していくには，動物介在活動による「奇跡の物語」だけではなく，理論を背景とした医師を説得できる活動が重要となる．今後，重度・最重度知的障害者施設以外でも，BAT が実践しているような理論的な活動が広がっていくことが望まれると考えている．そのためには，獣医師や犬の専門家がコーディネートを行う現在の段階から，現場のプロが犬を扱いコーディネートしていく次の段階へと「アニマル・セラピー」を発展させていくことが必要と考えている．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

動物虐待事例の考察

古荘 純一[1)]，久場川 哲二[2)]
1）青山学院大学教育人間科学部教育学科，2）松戸クリニック

虐待を受けた子どもが動物を虐待する傾向があることはよく知られているが，動物虐待の背景はさまざまである．今回我々は，自ら動物が好きであると語ったにもかかわらず，動物を虐待していた 2 事例を経験し，その背景と対応について検討した．

虐待に至る契機として，家族および本人の知的障害と社会的常識の欠如，本人の孤立，低い自己肯定感，対人関係を構築できない一方で動物に対する過度のこだわり，などの要因を検討した．今回の 2 症例が動物虐待に至る背景として，通常は幼児期に見られる探索/好奇心型の虐待もしくは「ついばみ行動」類似の行動が思春期以降に見られた可能性と，両価的感情として怒りの矛先が動物に向かったこと，などを推測した．

被虐待児は，虐待を受けていない子ども以上に動物に興味を持つと推測されるため，今後は虐待防止およびトラウマケアの方向として，動物介在教育，動物介在療法を行うことが，虐待への新たな取り組みとして注目されるであろう．

＜**索引用語**：児童虐待，動物虐待，動物介在療法，動物介在教育＞

A Clinical Study of Two Abused Adolescents Who Abused Their Pets

It is well known that children who have experienced child abuse tend to abuse animals. However, there are various factors that influence this. The authors report on and consider two cases of abused adolescents who also abused their pets, while at the same time saying, “I like animals.”

In the two cases considered here, animal abuse cause factors considered include lack of morals and mental retardation of family members ; the isolation and low self-esteem of the adolescents ; and the adolescents’ obsession with animals accompanied by a failure to establish personal relationships. We hypothesize that reasons for the animal abuse comprise the desire for exploration or pecking order conduct, which is usually seen infancy, while in adolescents, their ambivalent emotions and anger are expressed toward animals.

Children who have experienced child abuse are believed to have more interest in animals than children who have not experienced abuse. It is suggested that animal-assisted therapy and animal-assisted education may be useful as new treatments for abused children.

＜**Key words**: child abuse, animal abuse, animal-assisted therapy, animal-assisted education＞

1. はじめに

「子ども虐待」「動物虐待」「配偶者間暴力(Domestic Violence；DV)」には密接した関係性があることが報告されている[1,2,5,6,14,17,19)]．DeViney ら[5)]は，虐待が確認された家庭で同時にペットが飼われていた場合，60％に動物も虐

待されていたと報告した．また，被虐待児自身が動物を虐待する傾向があることも示されている[2,6,14]．また動物虐待が，さまざまな逸脱行為や接法行為に先立って見られることも報告[1,17]されている．子ども虐待と動物虐待が混在する形態は様々であり，それぞれが独立して存在しうるが，他方では，ひとつ暴力が他の形の暴力の存在を示唆するという事実を認識すべきである[1,19]．

一方，被虐待児への動物介在療法（animal assisted therapy；AAT）は，補助療法となる可能性があり，実践的な報告[10,13]も散見されるが，我が国では医療の現場に動物を介在させることには抵抗感もあり，あまり普及していないのが現状である[7]．また，被虐待児が動物に関心をもちやすくAATを導入しやすいのか，さらに，動物の体調や精神的負担などの問題についてもまだ十分に検討されていない[15]．

今回，我々は動物が好きだと語ったにもかかわらず動物を虐待する被虐待児の事例を経験し，動物虐待に至る背景を考察し，さらに動物介在療法や動物介在教育（animal assisted education；AAE）への発展の可能性についても言及した．

2．事例提示

事例は個人情報保護のため細部に修正を加えている．

事例1：24歳女性

主訴；①選択的緘黙，②動物虐待

家族歴；両親，両姉妹は軽度知的障害

家族背景；両親と妹．妹は10歳代で結婚し，4ヶ月の子どもあり．幼児期より両姉妹は，母親の育児放棄，父親の身体的虐待を受けていた．妹は10歳代で家出をして結婚し自身の子を虐待している．この家族全体が社会的倫理観に欠けており，問題認識が乏しい印象がある．

生育歴；7歳時，父親から殴打され難聴になるなどの身体的虐待を受けた．また，小中学校時代にいじめにあった．中卒後定職に就かず，短期就労のみであった．就労時は，対人関係に葛藤などの問題があった．

受診後の経過；本例は幼児期より小動物が大好きであったが，飼育できなかった．15歳より飼育を開始した．18歳頃から，鳥，ハムスターなどの小動物をマンションから投げ殺し，19歳で初診した．主訴と同時に，母親は，本例が，動物だけでなく，妹の子ども（生後4ヶ月）を投げたいと言い出したと述べた．治療はリスペリドンの内服治療とカウンセリングを行った．なぜ動物をいじめるかに関して，本例はあまり語らず．母親は本例が本来動物が好きであるからと語った．

対応；幼児期から児童相談所の関わりはなく，動物虐待がみられてからも相談機関はなく，医療で関わっている．

事例2：15歳女児

主訴；①不登校，②夜遊び，③ウサギの耳を切断する

家族歴；両親は軽度の知的障害

家族背景；両親と姉の4人家族であったが，両親から虐待や育児放棄を受け学童期から児童相談所の介入を受けていた．両姉妹は，家庭でも学校でも孤立していた．姉は中卒後家出をし，16歳で出産したが自身の子を虐待している．

生育歴；幼児期より父親による身体的・性的虐待，母親による育児放棄を受けていた．

受診後の経過；児童相談所と学校側が本人を連れて来院した．本人はまったく孤立化し，家を出たくなると語った．姉のもとに行きたいと語った．性的虐待は医療の場面ではじめて語り，将来家を出たいと述べた．本人は，家も学校もつまらない，自分を癒すのは動物だけであると語った．教職員は，本人が孤独で友人も少ないため，動物への興味に（異常なこだわりはあるものの）安堵していた．中学3年になり，原因は不明だが突然，兎の耳と鶏の足を切断する行為が，2日間あった．本人は，「好きだからやった」と答えたが，それ以上のことは語らなかった．本人は自己否定が強く，希死念慮もあった．

対応；司法権（警察）を導入し，各機関で連携

した上で保護も考慮した．

3．考　　察

（1）児童虐待と動物虐待の関係

虐待を受けた子どもが動物虐待を行う可能性が高いことは事実である．しかし，Ascione[1] は諸家の報告を総合し，身体的虐待を受けた若者の多くは，相手が人間であろうと動物であろうと，他を攻撃することがなく，被虐待児でペットを飼っていた若者の 83％はペットを虐待していないことなどを指摘し安易に両者を関連づけることに警鐘を鳴らした．Ascione ら[3] はさらに，子どもと動物評価スケールと名付けた面接質問紙を用いて動物虐待に至る経緯を考察した．その動機は数多く挙げられているが，重要なものとして，①自然界への好奇心や探索の過程としての虐待，②仲間意識の変化（けしかけられること），③自分の気持ちを修正するため，④性的満足，⑤人を情緒的に虐待する手段（他人のペットを虐待），⑥攻撃者との同一化（より弱い立場の動物や人間を虐待する），⑦成人の取り扱いをまねる，などがある．いずれにしろ，動物の身体的虐待などの明確な動物虐待は，子ども虐待のリスク要因として重要であり，個々の事例を分析していくことが必要である．同時に動物虐待を抑制する方法も検討すべきであろう．

（2）本事例の臨床的特徴について

今回の 2 事例が動物虐待に至った経緯として，家族の問題が挙げられる．乳幼児期より両親による虐待歴が存在したが，背景には両親の知的水準や社会知識の不足も影響している．両親や同胞の結婚形態（支援のない結婚や早婚）も問題であろう．両親の生育歴の問題から，育児困難を来たし虐待に至ったと思われる[8]．

そのような家庭では，家族，特に親の問題処理能力が低く，動物を家庭内で飼育するための最低限の教育と助言もまったくなされていない．虐待をしていた子どもの，動物飼育の要求を禁止はするも，飼育をはじめると，何の助言や援助も与えない．それゆえ子どもが動物虐待をはじめ，子どもが「動物を虐待している」という事実を家族が把握しても，家族は動物虐待を特別意識することはなかった．事例 1 は姉の子どもを投げようとした行為ではじめて医療機関を受診した．症例 2 は，親以外の児童相談所と学校関係者が受診させた．

本人の問題としては，①幼児期から現在まで，両親や友人に異議申し立てができず抑圧された状況であったこと，②過去の虐待体験が外傷体験になっていること，③対人関係が希薄であること，④両例とも動物が大好きであると語っていたこと，⑤自尊感情が低く動物に癒しを求めていたこと，などがあげられる．

さらに，地域と家族の連帯感が希薄であり，共同体感情の喪失がある．ただし共同体感情の喪失は，この事例というよりは，最近の本邦全体の傾向であろう．

（3）本事例の動物虐待に至った要因について

今回 2 事例とも，「動物が好きである」と話していたにもかかわらず，動物を虐待していた．動物が好きであるという発言は，本心であると思われる．動物に興味を持ち，積極的に関わりたいという気持ちがありながら，結果的に虐待を加えている．前述の Ascione らの指摘[3] に照らし合わせると，①の「自然界への好奇心や探索の過程としての虐待」および③の「自分の気持ちを修正するため」が虐待の背景にあると思われる．横山は[17] 海外の報告を参考にして，年少児の動物虐待は，探索/好奇心型であり，親の教育が有効であるとしている．これは年少児にみられやすい行為であり，幼児期にみられる“ついばみ行動”との類似点も推測される．本事例は精神年齢の幼さに加えて家庭での教育がまったくなされておらず，社会一般の常識も極めて乏しい．Ascione[3] も，大人においても，実年齢と精神的成熟が見合っているとは限らないことを念頭に置くべきと指摘しているが，我々の 2 症例も同様である．通常は幼児期に見られる行動が，思春期以降に本例に見られた可能性がある．一方本例も，多くの被虐待児と同

様に両価的感情を持っており，自分の気持ちを修正するために，怒りの矛先が動物に向かった可能性もあるだろう．

（4）被虐待児に対する，AAE および AAT の可能性

児童虐待については，法整備および具体的かつ積極的な取り組みがはじまってはいるが，依然として通告件数は増加しており，閉塞感が強い．そのような現況の中で，AAT は被虐待児のトラウマケアとして期待できる方法であると思われる．

アメリカの児童心理学者である Levinson[10] は，子どもの精神療法の中で動物が大きな役割を示すことに気づき，それを学術面から研究した．Levinson[10] は単にその効果を確かめたのではなく，虐待やペットロスなどの人と動物との負の関係など，心理分野における人間動物関係学を広く研究している．また，小児の場合，動物への考え方は発達心理の側面も関連する[11]．年少児では，「動物に興味がわく」のか「動物に恐怖心をいだく」のかで適応となる年齢が異なるであろう．また動物・他者の立場に立ってものを考えることがまだ難しいため，より周囲の大人の関わり方も異なってくるだろう．

石坂ら[9] は，ストレスを強く感じている子どもほどペットとの交流を求めていると推測していることから，被虐待児は，虐待歴のない子どもより強くペットとの交流を求めていると思われる．また，解離性障害の患者においては，そのアタッチメントの程度の強さは外傷体験を反映し，ペットへのアッタチメントはトラウマによって損なわれた人間関係の修復への一段階を示すとされるが[4]，被虐待児においても同様であろう．Parish-Plass[13] は，被虐待児における新たなトラウマケアの方法として AAT について報告しているが，今後積極的に導入すべき方法であると思われる．

被虐待児が動物に興味を持った場合は，動物虐待の可能性を考えて動物から引き離すのは好ましくない[1]．事例 2 のごとく，執着ともいえるほど，強い興味や好意を示すこともあり，動物から引き離すと，どう接していいかその対応に混乱を来たすものと思われる．すでに，家庭でペットなどの小動物を飼育している場合は，家庭および子どもが精神的に安定した状態かどうか，獣医師を含めて経過観察の必要があるだろう．学校では，学童期に動物を飼育させているが，子どもの動物との関わり方が不適切であれば家庭環境の問題が察知できる可能性がある．本事例のごとく，被虐待児は一般に自己否定感が強く，学校，社会であれ，自尊感情を育むことは容易ではない．一方，子どもが，動物を飼育・成長させる喜びを実感することにより，自尊感情を育むことになりうる[12]．ペットを飼ったり触れ合ったりすることによって，孤独感を減らしたり万能感も上げたり，日常リズムを整え，その後の精神症状を落ち着かせる，という考え方である．特に動物とのふれあいを小児期に活用することは「愛着」の発達などを補助するとも考えられており[11,16]，AAE の研究も進んでいる[18]．

AAT の導入にあたっては，まだまだ解決すべき問題が少なくない．末丸は，統合失調症の患者に AAT を医療機関で実施するにあたり，AAT 委員会を設置した[15]．AAT 委員会の構成メンバーは医師，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，検査技師，心理士と職域を超えており，患者に感染を含めた十分な安全の配慮を行うのみならず，介在する動物の体調管理と精神的負担を最小限に担保することに務めている，と報告した．今後は獣医師の参加も不可欠であると思われる．

一方，AAE を推進するには，同様に保育士，幼稚園教師，教師，養護教師と獣医師，医師，心理士などを中心とした職種の垣根を越えた連携を持つ必要がある．虐待のある家庭での動物飼育には，児童相談所など虐待防止機関の支援に加えて，獣医師を中心とした動物福祉団体とも連携して支援する必要があるだろう．

4．おわりに

本邦における児童虐待の通告件数は，未だに増加している．また，虐待防止に取り組む関係者の

努力にもかかわらず，被虐待児へのトラウマケアは閉塞感が強い．一方，犬猫を中心としてペットとして飼育される動物の数が増加傾向にある昨今においては，同時に動物虐待の増加も危惧される．児童虐待，動物虐待，DV が密接な関係にあることを再認識し，それぞれ独立して行っている支援を，統合し連携を持つことが重要であると思われる．そのためには獣医師の積極的な参画が必要である．また，AAE，AAT は今後有望な対策となりうるであろう．

文　献

1）Ascione, F.R.: Children & Animals: Exploring the Roots of Kindness & Cruelty. Purdue University Press, West Lafayette, 2005（フランク・R・アシオーン著，横山章光訳：子どもが動物をいじめるとき：動物虐待の心理学．ビイング・ネット・プレス，東京，2006）

2）Ascione, F.R., Arkow, P.: The interlocking circles of domestic violence, animal abuse, and child maltreatment. Child Abuse, Domestic Violence, and Animal Abuse. Purdue University Press, West Lafayette, 1999

3）Ascione, F.R., Thompson, T.M., Black, T.: Childhood cruelty to animals: Assessing cruelty dimensions and motivations. Anthrozoos, 10; 170-177, 1997

4）Brown, S.E.: The contribution of attachment to pets and attachment to nature to dissociation and absorption. Dissociation, 10; 125-129, 1997

5）DeViney, E., Dicket, J., Lockwood, R.: The care of pets within child abusing families. International Journal for the Study of Animal Problems, 4; 321-329, 1983

6）Duncan, A., Thomas, J.C., Miller, C.: Significance of family risk factors in development of childhood animal cruelty in adolescent boys with conduct problems. Journal of Family Violence, 20; 235-239, 2005

7）古荘純一：精神科医療における「動物」（アニマル・セラピー）．精神経誌，112; 561-652, 2010

8）古荘純一，久場川哲二，丸山　博：育児困難と虐待．小児科，42; 319-324, 2001

9）石坂奈々，横山章光：動物とのふれあいが子どもに与えるもの．チャイルドヘルス，13; 11-14, 2010

10）Levinson, B.M., Mallon, G.P.: Pet-oriented child psychotherapy（川原隆造監修，松田和義，東　豊監訳：子どものためのアニマルセラピー．日本評論社，東京，2002）

11）Melson, G.F.: Why the Wild Things Are: Animals in the Lives of Children. Harvard University Press, Cambridge, 2005（ゲイル・F・メルスン著，横山章光，加藤謙介監訳：動物と子どもの関係学：発達心理からみた動物の意味．ビイングネットプレス，東京，2007）

12）中川美穂子：小学校での動物飼育の意義と獣医師による飼育支援．生物教育，43; 139-146, 2003

13）Parish-Plass, N.: Animal-assisted therapy with children suffering from insecure attachment due to abuse and neglect: a method to lower the risk of intergenerational transmission of abuse? Clin Child Psychol Psychiatry, 13; 7-30, 2008

14）Rogeness, G.H., Amrung, S.A., Macedo, C.A., et al.: Psychopathology in abused or neglected children. Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 25; 659-655, 1986

15）末丸啓二：統合失調症とアニマル・セラピー．精神経誌，112; 564-670, 2010

16）Worsham, N.L., Goodvin, R.: The Bee Kind Garden: a qualitative description of work with maltreated children. Clin Child Psychol Psychiatry, 12; 261-279, 2007

17）横山章光：動物への虐待．最新医学，12; 139-143, 2007

18）横山章光：動物介在教育（Animal Assisted Education: AAE）の多面性．ヒトと動物の関係学会，17; 20-21, 2006

19）Zilney, L.A., Zilney, M.: Reunification of child and animal welfare agencies: Cross-reporting of abuse in Wellington County, Ontario. Child Welfare, 84; 47-66, 2005

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

発達障害の思春期，青年期の診断と医学的ケアー

コーディネーター　油井　邦雄

自閉症スペクトラム障害（Autism Spectrum Disorders, ASD）や注意欠陥多動性障害（ADHD）は思春期から青年期へ年齢が上がるにつれて，双方の症状の混在や二次的に派生する引きこもり，家庭内暴力，被害・関係念慮，強迫性症状のために的確な診断が難しくなる．学校，家庭，職場での処遇も試行錯誤に陥って，症状増悪-処遇困難化という悪循環に陥る．したがって，思春期-青年期の ASD，ADHD はターゲット症状の見極め，および症状の悪化につながらない医学的ケアーが欠かせない．さらに，この年代の ASD，ADHD の薬物療法も病態を考慮した工夫が必要である．このような主旨で本シンポジウムを企画し開催したが，会場は開始前に満席になり，床にも大勢の方々が座っていて，超満員であった．補助椅子を入れようとしたが，座った方々に移動していただいたり，一部の方々は後方に移動して立ち見ということになるので，そのまま続行した．ご参加いただいた方々に大変ご不便とご負担をおかけして，心苦しい思いをしている．

大勢の方々が参加した背景には，発達障害の診断の難しさ，思春期・青年期症例の対応やケアの困難さ，この時期の精神症状の錯綜性があると考えられる．特に精神症状の錯綜性については，私が ASD の統合失調症様症状への移行ということをこのシンポジウムでも問題提起をさせていただいた．近年の急速な社会変動は本来人間として数万年以上培ってきた人と人との対面による相互交流をメール，携帯電話，iPad，インターネットという機器を介した接触に変化させ，人と人との交流に伴う情動を遮断してしまっている．生きてゆくために必要な共感性や相互支援が希薄化し，人間は内的言語を行動化したり，病理症状化しやすくなった．情動の変動は気分障害レベルに振幅が大きくなった．ASD や統合失調症の症例が抑うつ気分に打ちのめされて，抗うつ薬で改善を図らなければならなくなってきた．このような精神病理像の変化は脳機能病態にもいくばくかの変動をもたらしていると推察できる．このことは発達障害で顕著になってきて，従来診断や DSM-IV-TR では診断がつけにくくなっている．この点は本学会も配慮すべきである．

当日のシンポジストの発表で目についたことを列記すると，症状の改善促進に褒賞を与えるポイントシステムで背中を押すこと（井上先生），孤軍奮闘の症例と家族を医療と教育のスタッフが支える必要があること（田中先生），肯定的な自己イメージを持たせるようにすること（岡田先生），小学生の時から 20 年後の自己のあり様を思い描かせながら治療を進めること（清田先生），ASD

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20～22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　発達障害の思春期，青年期の診断と医学的ケアー　座長：丹羽　真一（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座），油井　邦雄（芦屋大学大学院発達障害教育研究所，さわ病院）

の診断の補助指標として，対人反応において，①頭部と顔面の体温の変動幅が大きいこと，②脳波のβ波の出現頻度が高いこと，③注視方向が固定化することが挙げられた（小柴，油井）．ASDはADHD，統合失調症，パーソナリティ障害，強迫性障害，ひきこもりなどと混同しやすいが，この障害が脳機能の発達不全にもとづくのであれば，診断の補助指標は把握できると考えられる．

発達障害に関して今後配慮すべき点は，①思春期，青年期には症状や病態が変動しやすいが，診断は基本的な病理像や病態を押さえておくために必要なことである．その場その場で変化する症状や行動に惑わされることなく，一貫性をもって基本的な治療，ケアーを進めるために，きちんと本態を把握して診断し，併存症の有無などを判断する必要がある．②教育系大学で特別支援学校教諭養成課程として相当高度な医学的内容も教授している．ケアーについても教育，看護，福祉の分野で多様な方法がとられている．発達障害は脳機能障害なので，医学，特に児童精神医学ではコアの専門医として，精神病理，脳病態，社会心理学的病態，ケアーと治療薬について，きちんとした知識と技法を共有すべきであるし，これらの進展を図って社会に貢献すべきである．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

自閉症スペクトラム障害の思春期・青年期の診断と適応支援

田 中　康 雄（北海道大学大学院教育学研究院附属子ども発達臨床研究センター）

自閉症スペクトラム障害とは，生来性の発達障害である．かれらは，非常な恐怖感，不安感を日常生活場面で抱き続けて生活している．すなわち，なかなか世界の取っ手をつかめずに生きているように思われる．そしてそれを，かれらは生来的に「当たり前」と理解している．かれらは，その不確定さ，不確実さが生来的な感覚であるがゆえに，そこに違和感を抱くよりも，不明な，安心を提供しない周囲の関わりや状況に違和感や不安感を抱いて生活をしている．これが筆者の理解である．

自閉症スペクトラム障害があると思われる子ども達は，幼少期から相手の言葉の真意をつかみ損ね，日によって異なるいい加減さに困り果て，曖昧な表現に立ち往生している．徐々に集団でのまとまりのある生活を強いられ，順番や折りあい，時に配慮などを要求される．自己主張は単なるわがままとして排除され，時に集団生活ではじかれ，いじめられ，からかわれる．

思春期・青年期における課題は，幼児期からの延長線上であり，この時期に急浮上した疎外感でもある．いずれにしても，生活面の不都合さや戸惑いから精神的に不安定になり，改めて医療を活用する．

診断自体に大きく戸惑うことはないだろうが，その開示と対応に対して非常な配慮が求められる．

関係者の理解は，診断により早まるが，思春期であるがゆえに，具体的な対応は立ちにくい．親もよく理解はできるが，ここにも思春期以降のわが子に向き合うことの難しさが相乗的に生まれる．当事者は，人生の中途で自分に生来性の課題がこれまで気づかずに存在していたという事実を，思春期以降に知る．ナイーブなこの時期の自己覚知に医療者は配慮を要する．発達障害とは「生活障害」であるため，日常の生活の困難さを一緒に悩み，その時期の心性と状況を判断した介入を臨機応変に行うことを，適応支援と呼びたい．

＜**索引用語**：自閉症スペクトラム，生活障害，適応支援，思春期＞

The Diagnosis and Care of Persons with Autism Spectrum Disorders in Puberty and Adolescence

Autism spectrum disorders are naturally occurring developmental disorders. Persons with these disorders live their everyday lives in the constant grip of extreme feelings of fear and anxiety. In other words, it may be said that they live without really being able to find the formula to succeed in the world, and they naturally take this state to be “normal.” Furthermore, as a result of their sense that instability and uncertainty are the natural state of affairs, they do not see such feelings as strange ; rather, they live with feelings of discomfort and anxiety at the unclear people and circumstances around them that do not provide them with security. This is the understanding of the author.

Children thought to have autism spectrum disorders fail to understand the real intent behind the words of others from the time of childhood ; they feel completely at a loss in the randomness of each day, and are left stranded by vague expressions. Children with autism spectrum disorders are gradually forced to conform to the norms of group life, requiring them to observe order and

compromise, and occasionally display consideration for others. Self-assertion is rejected as simple selfishness, and these children are sometimes tormented by communal living and bullied or made fun of. Issues to be addressed in puberty and adolescence are extensions of those of infancy, to which is added a sense of estrangement that suddenly surfaces at this time. In any event, these children become psychologically unstable as a result of the difficulties and confusion they face in daily life, and they seek medical care.

Even if the psychiatrist does not hesitate with regard to an actual diagnosis, the issues of disclosure and treatment require an enormous degree of consideration. A diagnosis may speed up the understanding of persons involved, but a concrete plan is difficult to formulate due to the fact that the case involves a person at the stage of puberty. Parents may have a good understanding of the situation, but at the same time they must face the challenge of dealing with their children in puberty and beyond. And at puberty or some later point in their lives, children themselves learn that they were born with some issue—one that they had not known about previously. Psychiatrists must have consideration for the patient's self-perception at this naïve stage of life.

As developmental disorders are "daily life disorders," the author views "adaptation support" as being a collaborative effort by treater and patient regarding difficulties faced in daily life, with the treater then providing interventions appropriate to the circumstances and mental state of the patient at that point.

＜**Key words**: autism spectrum disorder, life disorder, care, adolescent＞

1. はじめに

発達障害のある方々についての理解を深めるということは，その病理学的位置づけを学ぶことと，その方々の生きてきた歩みに半身を添わせながら知り尽くそうとする行為とを上手に重ね合わせることである．

そのうえに構築される支援とは，その方にある独自の特性と，これまで歩んできた経験と種々の関係性のなかで時々刻々に変化変容してきた生き様を想像し，眼前に生じている課題へ向きあうことから生まれるものと理解している．

本論では，すでに述べた自閉症スペクトラム障害の内面[5]を敷延して，思春期・青年期という疾風怒濤の時期における診断と適応支援について述べる．

2. 自閉症スペクトラム障害のある人たちの内面

最初に子どもがこの世界にはじめて登場するときの心情を想像してみる．生まれた直後の子どもは，皆一様に泣いている．生誕直後に「泣きわめく子ども」の内面には，未だ具体的な恐怖や不安はないはずである．しかし，子どもは，おそらく非常に混沌とし，しかもその混沌さすらも自覚できていないという，原初的恐怖に彩られた戦慄的状態にあるだろうと，筆者は想像する．

「たった一人で生まれてきた子ども」という疑いない存在にとって，最初に出会ったこの社会は寄る辺なく，不安の強い恐怖に満ちた世界ではあるが，同時に親をはじめとする周囲の人々からの無償の愛情と奉仕に満ちた関与によって，徐々に「護られる」という感覚をこの世界のなかで芽生えさせ始める．これを，子どもと周囲との「育ちあい」と呼ぶ．この大切な他者との関係による育ちあいが，子どもの安全と安心を生み出すといってもよい．

文字を綴ることを手に入れた自閉症と診断されたBirger[1]は，「わかってくれ　自閉症の子どもの心の裡がどんなものか　たとえこんなふうに書いてしらせなくても　ぼくらはみな　なんていうか　おそろしい不安をいだいているのだ」と記した．自閉症スペクトラム障害の特性を持ちながら生まれた子どもは，非常な不安緊迫感を生む戦慄が，決して養育によって早々に解消しない，と考えることも可能であろう．この自閉症スペクトラ

ム障害と診断のついた子どもを，献身的に熱心に養育する家族と筆者は出会う．そこには，頭が下がるほど献身的な毎日のなかで，しかし，その子との関係を早期に享受することに困難を極める壮絶な姿を見る．つまり，前述してきたような「育ちあい」に困難を極めている関係性を，自閉症スペクトラム障害は創生する．

自閉症スペクトラム障害の特性に対した当事者側からの主観的解説は，幸い沢山の書籍がある．そこからは，生来的な周囲世界の把握の仕方を改めてうかがい知ることができる．現実を共有して関与しあって生きるうえで，世界が常に自分を中心に転回するようにと願い，己の理解しやすいように意味づけようとしている必死さが理解できる．われわれは，こうした生き様を発達のアンバランスさ，あるいは歪みと称して，障害と位置づけ理解している．

Lempp[3] は，子どもは自己の捉え方という自らにある現実（これを隣接現実とよぶ）と，社会にある共通の現実（こちらを主現実とよぶ）とを区別して認識し，さらに隣接現実と主現実を自由に行き来する（乗り越える）ことで，積極的に世界を手に入れることができるようになるという．すると自閉症スペクトラム障害のある子どもは，この乗り越えを行うには，あまりにも不安が大きく難しく，その結果己の隣接現実（子どもにとっては主現実である）に留まろうとする時期が非常に長くなっていると想像できる．この脱出困難さについて，Birger[1] の「みなさんのような世界の方たちとコンタクトを取ろうと　自閉症世界の闇から出てきたのです　けれどもみなさんの仲間にはなれません　ぼくの世界がいまだしかとぼくをとらえて離さないからです」という記述は，辛い納得を筆者にさせる．

筆者は，自閉症スペクトラム障害のある人たちの内面を，「かれらは，非常な恐怖感，不安感，不全感を日常生活場面で抱き続けて生活している．さらに，なかなか世界の取っ手をつかめずに生きているように思われる．そしてそれを，かれらは生来的に『当たり前』と理解している．別の生き方を経験できないでいる．かれらは，その不確定さが生来的な感覚であるがゆえに，そこに違和感を抱くよりも，不明な，安心を提供しない周囲の関わりや状況に，強く継続的な違和感や疎外感を抱いて生活をしている」と理解する．

3．自閉症スペクトラム障害をもって生きることの困難さ

生活という視点で考えると，たとえささやかなつまづきであっても，日々繰り返されると大きな負担となり，次第に，心も折れやすく，徐々に心を閉ざし気味になっていく．これは，一般的な心の有り様かと思われる．しかし，それが常に孤軍奮闘といった状況下に置かれ続けたらどうであろうか．自閉症スペクトラム障害をもって生きるということは，そういった終わりのない日常との対峙と言えないだろうか．

Gunilla[2] は，「人に言われたからといって，自分に理解できないことであれば，私はあまり長い時間こだわらなかった．言うことを聞くまいと思っていたわけではない．でも，心の中はみじめだった．大人たちは私のことをわがままで横着だと考えていたし，私も，きっとそうなのだと思っていたから」と述べた．ただただ「みじめ」なのだ．そしていつも心のどこかでこう思う．「自分には何かが欠けているに違いない」と．

自閉症スペクトラム障害をもって生きる方々の成長のなかでの心情変化を想像してみる．

①幼少時期から相手の言葉の真意をつかみ損ね，日によって異なるいい加減さに困り果て，曖昧な表現に立ち往生し続ける．

②徐々に集団でのまとまりのある生活を強いられ，順番や折りあい，時に配慮などを要求されるが，うまくできないため，回避あるいは拒否的態度を示して自分を護ろうとする．

③そうした自己主張は単なるわがままとして排除され，時に集団生活ではじかれ，いじめられ，からかわれるようになり，さらに溶け込みにくさが浮上していく．

こうした時期を経て，自閉症スペクトラム障害

を持って生きる方々は就学していく．

④すると，より一方的でわかりにくい事態が日々押し寄せてきて，社会から圧倒される．より内閉していくか，不安を外に押し出すかしかないが，一人のなかでの苦闘は見逃されやすく，打って出ると叱責を受ける．まさに出る杭は打たれる，ということになる．

⑤本論で検討するべき思春期・青年期というライフステージは，後述するように，強さと脆さが共存する時期でもある．一緒にいたいという思い，一人でいたいという思いに揺れる時期でもある．この時期の課題は，幼児期からの肥大した延長線上のものである場合と，この時期だからこそ急浮上した課題である場合もある．

次第に，自閉症スペクトラム障害をもって生きることは，自閉症スペクトラム障害の特性だけではなく，生活面の不都合さや戸惑いの蓄積から，精神面の不安定さが強まる時期でもある．

4．自閉症スペクトラム障害のある思春期・青年期の課題

一般に，思春期・青年期とは，性ホルモンにより性機能の著しい発達をみせる二次性徴とそれに続く性衝動で始まる．外面的な身体の変化と内面から突き上がる本能的衝動に向きあうことが求められる．また，それまで親との間で成立していた安全保障感を踏み台として，親からの精神的離脱を始めるときでもある．この別れは一種の喪失体験でもあり，心理的な危機のなか，かれらは孤独を経験する．この孤独からの救いは同性の仲間との親密な交流である．こうした仲間との交流を通してかれらは主体的な集団参加，社会参加を経験し，いわゆる「社会化」に向かう．

こうした身体的変化，親子関係の変化，心理・社会的変化の３つの変化を受け入れ，自己に統合していくことが，思春期・青年期の課題といえよう．

すると，自閉症スペクトラム障害のある方々が，この３つの課題を前に大きく立ち往生する姿が想像できる．

同一性のなかで安全を自覚するかれらは，変化に弱い．親子関係のなかで，分離を前提にした安全保障感の踏み台も，この時期までにはいまだ脆さを抱えている．さらに同性の同年代という仲間作りは，これまでかれらにとって，非常に苦しい課題であったはずである．

こうした関わる人や環境が複雑化していく思春期・青年期に至るまでに，かれらの対人関係はこじれ，孤独あるいは自ら孤立な状態に置かざるをえない事態になっている場合がある．家族や身近な人たちも，これまでの関わりに疲労感が漂う．さらに本人も学校の中退や仕事から解雇される，といった居場所の消失が生じやすい．

それでも，基本的に精神的に強い抑うつ状態や不安を示すか，興奮や暴言などの問題行為が生じない限り，医療に登場することは少ない．相談する場所も少なく，これまで有益な他者関係に恵まれていない場合が少なくないことで，本人も相談するという行為を希望，選択しにくい．さらに疲弊した家族を支援する機関も少なく，孤軍奮闘するしかなく，社会への不信感を強くする．

こうした難局を打開するのは，奇跡ともよべる理解ある他者の登場か，個々にある才能との邂逅か，医療福祉との出会いといった狭い門しかないように思われる．

5．診断の必要性と課題

奇跡的他者としては，祖父母の存在や，塾の先生，あるいは担任との出会いなどがある．才能としては，時に音楽，美術，文学といった芸術的才能か，狭義の理化学的問題への投入がある．しかし，これについて語れるほどの経験を筆者は持ち合わせていない．

畢竟，医療福祉的判断の上で，正しく支援を受けるべき存在であることを明確にすることで，必要な支援策を講じる立場を医療者は持つことができる．その力は時に孤立し疲弊した本人や家族に光を差し込む可能性を持つ．

診断を受けた青年は，「自分にあった長い疑問が氷解した」と述べた．別の青年は，「ちょっと

だけ，これからの方向性が見えたような気がした」と語った．

実際に，正しい診断は，生活改善の指標となるはずである．これまで個人的な努力不足と非難されてきた事態や，人付き合いの悪い奴と一方的に評価され，時にいじめからかいの対象になってきた状況から脱却することができる．多くの当事者は漠然とした生きづらさを言葉で説明できることに安心したと述べた．自らの言動を説明できるとも述べた．

つまり，この時期の診断は，「(とりあえずの)安堵感」を提供することができる可能性を持っている．だからこそ，生活の工夫を一緒に考えることに積極的になれることも少なくない．まさに名誉回復あるいは自己証明としての役割を診断は持っているといえよう．

しかし，その診断が，実は容易ではない．

幼少時から診断され支援が続いていた場合は，診断名についての混乱は少ない．しかし，ライフステージに沿って浮上するさまざまな生活面の課題に対して，いかに途切れない支援を継続実践するかが課題となる．例えば，就学場所の選択，就学から就労へといった移行期あるいは，小学校から中学校へ，中学校から高校へという移行期さえも，無難に積み重ねた支援を実践するのは容易ではない．それでもすでに診断がついている場合は「なにを理解し，どう支援するか」というひな形がないわけではない．あとはいかに実践するかと，本人に本人がもつ特性をどう説明するかであろう．

途切れない支援の実践は，関係者の繋がりで解決するしかない．つまり連携・ネットワークである．後者の診断名の説明については，状況に沿って丁寧に検討して行っているのが実情であろう．幼児期から医療機関などに相談に足を運び，時に薬物療法を受けながらも正式な診断名が早期に伝えられている場合は，決して多くはない．10歳前後までは「いらいらを収めるため」，「落ち着いて人の話が聞けるため」などといった説明の上で，服薬が開始され，生活面の困難さを話題にした診察が継続されている．筆者は，できれば自分と他者の違いを自覚しはじめる10歳前後には，正しく診断名を説明するべきかと思うが，家族の動揺や学校現場でのやりとりを懸案して，中学生後半か高校生以降に診断名を説明している．それでも，それまでの長い付き合いのなかでのお馴染みさに助けられての作業である．

これ以上に容易ではないのが，思春期以降に「はじめて」診断された場合である．この時期は，医学的に生来性の発達障害と判断すること自体の難しさがある．思春期以降の困惑や抑うつ状態との鑑別，時には統合失調症との鑑別も難しい．実際には，乳幼児期にまで遡り問診を行い，関係者からの情報を収集整理して総合的に判断することが求められる．これは，日々の臨床では言うは易く行うは難し，といったものでもある．

さらに，診断がついた場合でも，この時点から当事者が「すんなりと」状況を受け入れるかどうか，という課題がある．前述したように，「自分にあった長い疑問が氷解し」，「ちょっとだけ，これからの方向性が見えたような気」がしたかれらであっても，しばらくすると，現実の生活の辛さに変化がないことに愕然とする．かれらは，人生の中途で自分に生来性の課題がこれまで気づかずに存在していたという事実を，思春期以降に知る．この存在していた長い秘密に対して，明らかになったということで，急ぎ納得し，安堵したという事態は理解できる．しかし，時になぜもっと早くに知り得なかったかという後悔や，知らずに生きてきた「いままでの自分」への愛おしさと哀しさがないまぜとなっているかもしれない．

Gunilla[2]は，診断され明らかになった事態に直面したとき，「悲嘆でもあり，同時に，これまで欠けていた部分を埋め合わせてくれるものでもあった．救いでもあり，同時に痛みでもあった」とそこに生じる安堵と困惑を述べている．成人後にアスペルガー症候群と診断されたニキ[4]は，「障害は先天性なのに，診断は中途」という複雑な事態における課題を指摘した．それは単に人生半ばで自己像の転換を迫られること以上に，そもそも，自己像を確立する過程のすべてが「謎」の

影響下にあり，自己像の形成をし損ねることにあると述べている．

筆者はそのし損ねた自己もまた，大切な自己であると思っている．筆者は診断により，過去を否定することでも，後悔することでもなく，その過去に支えられて，今があることに誇りを持って欲しいと願う．ニキ[4]は「そのままを受け止めてもらえる環境」の準備になにをすればよいかと疑問を投げかける．すると，これまでの自己と，これからの自己を，そのままの自己とするこのナイーブな自己覚知に心を寄り添わせることが，この時期に診断する医療者側が持つべき礼儀となる．

6．おわりにかえて
――総合的支援としての「適応支援」

こうした状況の積み重ねの上に，支援が構築される．筆者は，日常の生活の困難さを一緒に悩み，少しでもよい方向へと向ける努力を適応支援と呼びたい．なによりも発達障害とは，生活障害であると理解している筆者にとって，発達のアンバランスの是正は治療目標になく，そのアンバランスさをもって，そのままに生きられる社会側の慣れと，そのままで生きていくためのささやかな作戦を，かれらに学び実施してもらいたい．個々にあるアンバランスさをもって，今後の生活のつまづきの言い訳にしないような対応を探りたいのだ．

現実的な生活状態の改善を目指すためには，本人と具体的な課題を出し合い，今できることから，一歩一歩作戦を練った実践案を考えていくことになる．

その場合に参考になるのが，湯浅[6]の治療方法論である．湯浅は「『生活が綻びたら繕い』の繰り返しを長期間続ける．その結果得られるだろうと目論んだ治癒概念は『日々つつがなく暮らせばよい』という平凡な常識」的なものという．湯浅[6]はさらにたくましさ，したたかさ，しぶとさを得てくれれば，成長の極地と述べ，自立性と安定性を成長の目安と置いた．対象が統合失調症のある方々であると表記しなければ，現在の発達障害のある方々への支援として十二分に合点がいく主張となる．実際の筆者の思春期以降の支援は，「トライアンドエラー」である．失敗からも沢山のことを学ぶことができる．大切なのは，一人で失敗させないことだけである．つまり，適応支援とは，その時期の心性と状況を判断した介入を，臨機応変に行うことでしかないと思うのだ．湯浅の主張がきれいに重なるように，発達障害は，そもそもが「生活障害」である．ゆえに支援には医学モデルを包摂した（中心に置いたではなく）生活の再構成，まさに綻びと繕いが求められよう．

文　献

1）Birger Sellin : Ich will kein inmich mehr sein. Verlag Kiepenheuer & Witsch, Köln, 1993（ビルガー・ゼリーン著，平野卿子訳：もう闇のなかにはいたくない自閉症と闘う少年の日記．草思社，東京，1999）

2）Gunilla Gerland : Cura Bökforlag och Utbilding AB. Tönnheim Literary Agency, 1997（グニラ・ガーランド著，ニキ・リンコ訳：ずっと「普通」になりたかった．花風社，東京，2000）

3）Lempp, R. : Vom Verlust der Fähigkeit, sich selbst zu betravhten, Verlag Hans Hunber, Bern, 1992（ラインハルト・レンプ著，高梨愛子，山本　晃訳：自分自身をみる能力の喪失について　統合失調症と自閉症の発達心理学による説明．星和書店，東京，2005）

4）ニキ・リンコ：所属変更あるいは汚名返上としての中途診断―人が自らラベルを求めるとき，障害学の主張（石川准，倉本智明編）．明石書店，東京，p. 175－222, 2002

5）田中康雄：軽度発達障害　繋がりあって生きる．金剛出版，東京，p. 79-91, 2008

6）湯浅修一：私の分裂病者治療論と治癒の概念―その虚像と実像のずれについて―．臨床精神病理，4；37-48, 1983

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

Double-blind Placebo-controlled Trial による自閉症スペクトラム障害の社会的相互性障害に対するアラキドン酸の改善効果，および生物学的診断指標の検討

油井　邦雄[1,2]，小柴　満美子[3]，中村　俊[3]，妹尾　綾[3]，山内　秀雄[4]
1）芦屋大学大学院発達障害教育研究所，2）さわ病院，3）東京農工大学大学院，4）埼玉医科大学小児科学講座

自閉症スペクトラム障害（ASD）の症例は対人的相互性の悪化から，統合失調症様の幻覚妄想状態に一過性に移行することは稀ではない．その背景として，両疾患に共通する共感性の調節中枢であるミラーニューロンシステムの障害が推定される．

不飽和脂肪酸のアラキドン酸は神経発達に重要な役割を果たすので，ASD の対人的相互性障害を改善し得る．今回はアラキドン酸 240 mg/日（12 歳以下は 1/2）の臨床効果を 16 週間の double-blind placebo-controlled trial で検索した．アラキドン酸製品服用群（n＝7）はプラセボ投与群（n＝6）にくらべて，社会的引きこもり，限定的・反復的行動が有意に改善した．対象症例（13 例）を 15 歳以下群（7 例）と 16 歳以上群（6 例）に分けると，16 歳以上群は社会的相互性，言語的コミュニケーション，会話能力，興味の共有の改善が劣り，社会性の発達と関わっている 5-HT や神経発達指標である ceruloplasmin の血漿濃度も低かった．このように ASD は年長になるにつれて難治化しやすいので，早期からの加療に努めるべきである．

ASD の生理・行動指標の抽出を目指して，対人的な刺激に応答する生理・行動動態の統合解析システムを開発中である．今回の解析で ASD は対人場面での β スペクトラムと非接触型赤外線強度の振幅の増加，注視方向の固定といった特性が見られた．今後，実用に向けてデータを積み上げたい．

＜索引用語：自閉症スペクトラム障害，統合失調症様症状，アラキドン酸，対人的相互性，限定的・反復的行動，生理・運動反応定量システム＞

Supplementation with arachidonic acid (ARA) and docosahexaenoic acid (DHA) may support brain network maturation. In a double-blind, placebo-controlled 16-week trial, ARA and DHA supplementation significantly improved impaired social interaction. In terms of biomarkers, youths with autism spectrum disorders exhibited characteristic response in EEG power spectrum analyses, non-contact infrared spectrometry, and gaze direction.

Ⅰ．Double-blind placebo-controlled trial による自閉症スペクトラム障害の社会的相互性障害に対するアラキドン酸の改善効果の検索

1．はじめに

自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorders, ASD）は社会的相互性の障害と反復的・限定的な関心・行動を中核症状とする神経発達障害である．病態として志向性，「こころの理論」に関わる default network（後部帯状回―内側前頭前野に至る情報調整経路）[12] やこの network を含む扁桃体-前頭部を結ぶ long-distance functional connectivity の発達不全[7] が推察されている．中核症状は思春期以降の年代になると，自我同一性の形成に関わる自立の危機と相まって，

引きこもり，ストーカー行為，衝動的暴力，被害・関係念慮を二次的に生じるので，適正な診断が難しくなる．さらに，社会的相互性の障害は「わがまま」「引きこもり」「対人恐怖」「統合失調症」と混同されやすいし，限定的・反復的行動は強迫性障害，身勝手な行為と解釈されることがある．そのために学校や家庭の対応が錯誤してストレスを増大したり，周囲との確執を悪化させ，症状の増悪-処遇困難化という悪循環に陥りやすい．本稿では先ずASDと統合失調症症状との並存ないし移行について考察した．

対応の錯誤-症状増悪-処遇困難の連鎖を防ぐためには中核症状を改善させることが先決であるが，中核症状に対する治療薬は未だ不明確である．不飽和脂肪酸のドコサヘキサエン酸（docosahexaenoic acid：DHA）やアラキドン酸（arachidonic acid：ARA）は脳機能の発達に重要な役割を果たしている．特にARAはニューロンの新生作用[17]，signal transductionに関わる脳神経系の発達促進効果[15]を持つので，ASDの中核症状に対する改善効果が期待される．そこで，ARA製品（ARA 250 mg含有）の中核症状に対する効果を検証するために，double-blind randomised placebo-controlled trialを行った．今回はその検証結果を提示して，日常の診療の資料を供したい．

2．ASDとの併存精神障害，および統合失調症との関連

1）併存精神障害の比率

2006年のボストンの調査では109例のASD（年齢5〜17歳，平均9.2歳；男児94.3％，女児5.7％）中，特定の恐怖症44.3％，強迫性障害37.2％，注意欠陥多動性障害（ADHD）30.6％（注意障害型が20％），分離不安11.9％，大うつ病10.1％であり，統合失調症は皆無であった[16]．2010年のフィンランドの調査ではアスペルガー障害と高機能自閉症の108例（9〜16歳，平均12.7歳；男児75.9％，女児24.1％）中，行動障害44％，不安障害42％（そのうち動物恐怖28％），強迫性障害28％，チック26％，反抗挑戦性障害26％，ADHD 38％（そのうち混合型68％，注意障害型32％）であり，うつ病や統合失調症は少なかった[18]．他方，2009年に報告された米国NIHの調査では，小児期統合失調症（childhood onset schizophrenia）を7〜13歳の発病で陽性，陰性症状が顕著な状態，ASDについてはコミュニケーションと社会的連携の異常および常同行動が3歳までに認められたケースと規定して両疾患の併存率を調べた．対象はASDが28例であったが，その30〜50％の症例で小児期統合失調症が認められたという[20]．したがって，精神科診療施設でみると，ASDと統合失調症との併存は相当の頻度で存在する可能性がある．しかし，著者が診療しているさわ病院での併存例は4〜5％程度で稀有という印象である．日本における併存例の報告も極めて少なく，単科精神科病院入院症例中，ASDを疑われた症例と統合失調症との併存は2.3％程度であった[23]．10〜20歳代に統合失調症と誤診されて50歳まで経過した3例では，ASDとして入院治療を行って効果があった[19]．しかし，ASDの経過中に統合失調症と酷似した精神症状（主に陽性症状）が一過性に出現することは決して稀ではない．特に思春期-青年期には自我機能が障害されやすいので，症状移行の確率が高くなると考えられる．

2）統合失調症との関連

著者もASDと確定診断できた症例が経過中に統合失調症と酷似した病像に移行し，抗精神病薬olanzapineの投与によって，元のASD症状に戻った例を経験している．この症例の概要は下記のとおりである．

事例：初診時18歳，女性
乳幼児期：夜泣きして手がかかった．
11歳：言葉の意味へのこだわりが出現した．
13歳：対人恐怖（自己視線恐怖）が出現した．
17歳：言葉の意味にこだわって相手との解釈の違いが埋められないと，興奮し暴力をふるうため受診し，入退院を2回反復した．

18歳：3回目入院時亜昏迷状態で「同室者を数名殺した罪人」という幻聴と「自分は悪魔のような罪人だ」という被害観念が出現し病室の隅やトイレにうずくまり拒食，拒薬があり，接触した看護職員に暴力を振った．集団生活を行う入院が病像悪化の要因と病棟医が判断して退院し，著者が児童精神科専門医の医療機関との併診をはかった．そこでは，統合失調症の診断でolanzapine 10〜20 mg/日の投与を受けた．2週間で幻覚妄想状態が消失し，残遺症状も認められなかった．言葉の意味をめぐる確執も軽減した．

19歳：言葉の意味のこだわりが再燃し，自分の思いや意向に合わないと興奮し，暴力がエスレートしてきたために入退院を2回反復した．次第に軽快したが，適応不全が続き自立支援施設に入所した．

この症例は言葉の意味の解釈の違いから生じた相手との確執が，「自分は殺人を犯した」という病的体験，幻聴，隠遁と拒絶，暴力といった統合失調症様病像に発展した．言語発達は正常であったが，相手の意図や感情を理解し難い点で「こころの理論」の障害であり，DSM-IV-TRでは対人的相互作用の障害ということになる．この症状に関わる脳機能病態として，functional MRI研究でdefault networkシステムの障害が指摘されている[8,12]．Default networkは共感性に関わり，「予見」「エピソード記憶」「心の理論」を含むものとされ[8]，anterior cinglate cortex-medial prefrontal cortexをつなぐ情報経路である[12]．ASDではmyelinationの不全によってこの経路の機能不全をきたして事象の統合が困難になるとされる[8]．MRI studyでは，default networkは統合失調症で機能亢進状態化するという報告が散見され[5]，現実と空想との境界が不明瞭化するためと推定されているが，確証に欠ける[5]．

上記の症例では相互交流の中で形成される共感性が形成不全であるために，言葉の解釈の確執が生じたと推察される．共感性の形成には視聴覚など感覚の統合，他者の行為の意味の推察など行為認知能力の発達を基盤としている．この機能はサルや人間で観察される行動であり，腹側前運動野-下頭頂部のミラーニューロンシステム（mirror neuron system，MNS）によってコントロールされる[4]．ASDではこの機能の不全が指摘されている[4]．統合失調症でも1990年代からMNSが社会的認知の障害に関わっていることが知られている[4,6]．MNSの機能の障害が内的な言語の障害を惹起して，幻聴が生じるに至るという[4]．このことはASD症例で共感性が強く障害されると，統合失調症類似の幻覚妄想状態が出現しやすいことを示唆している．このような症例の診断はASDであり，治療の原則は相互的対人交流障害の改善である．したがって，ASDの診療では基底に存在する精神病理像を把握する必要がある．

3．Double-blind placebo-controlled trialによるASDの社会的相互性障害に対するアラキドン酸の改善効果

1）対象

対象はDSM-IV-TRとAutism Diagnostic Interview-Revised（ADI-R）のアスペルガー障害（12例）ないし高機能自閉症（1例）の診断基準に合致した6〜28歳（平均14歳）の13例（男12例，女1例）である．対象症例は2008年10月〜2009年1月の間に芦屋大学発達障害教育研究所で募集したASD 15例から抽出した．対象の選択基準は体重16 kg以上，言語性・動作性IQが80以上，社会性の評価尺度であるSocial Responsiveness Scale（SRS）の社会的引きこもりの評点が20以下，DSM-IV-TRのI軸とII軸の精神疾患に該当しないこと，治療を必要とする精神疾患の既往がないこと，身体疾患がないこと，スクリーニングの段階で臨床検査値が正常であることである．ASDと併存しやすいADHDの治療は臨床試験開始〜試験中に治療薬の変更がないことを条件とした．15例中2例は病院恐怖（1例），習慣性嘔吐（1例）のために対象から除外した．本試験はさわ病院の児童・青年期外来で行

った．本臨床試験はさわ病院の倫理委員会の審査を得たのちに，実施の詳細を症例と保護者に対して時期をおいて3回説明した後に，書面によって同意を得た．

2）方法

（1）割り付けと症状評価

年齢，精神症状評価尺度得点が均等になるようにARA製品3〜6カプセル（ARA 240 mg＋DHA 240 mg)/日投与群（7例）とプラセボ（等量のオリーブオイル）投与群（6例）に分けて，16週間投与した．対象の振り分けは本試験の実施に関与しない他施設の薬剤師がランダムに行った．ARA製品は1カプセルにARA 40 mg，DHA 450 mgを含有するが，1日の必要量はARAがDHAの1/2〜1/4とされているので，この製品はARA高含有製品である．

症状評価はADI-Rの社会的相互性障害，コミュニケーションの質的異常，限定的・反復的・常同的行動パターンの3項目の中の現在症評価項目，および「異常行動チェックリスト日本語版」（ABC-J）を用いて，4週間ごとに評価した．ABC-Jは興奮性，社会的引きこもり，常同行動，多動，不適切言語の5項目を4段階で評価するもので，高い構成妥当性をもつ異常行動評価尺度である．

（2）統計検定

ARA群とプラセボ群間のADI-R，ABC-Jの評価点の統計的比較には反復測定のrepeated measures ANOVAを用いて，投与前の値を共変量（covariance），ARAの有無を被験者間因子，4週毎の評価点を被験者内（反復）因子として検定した．本試験のデーターは正規分布をしていないので，投与後16週目の最終評価日における両群間の評価点の比較，検定にはNon-parametric Mann-Whitney U-testを用いた．統計検定はSPSS version 18（PASW Statistics 18，日本語版）を用いた．

3）結果

本臨床試験のためにスクリーニングした13例は選択基準に合致していた．ARA群（7例，平均10.1±3.2歳）とプラセボ群（6例，平均19.8±4.2歳）の間には，baselineにおいて年齢（U＝20.0，P＝0.95），ADI-R評点（U＝13.0〜20.0；p＝0.30〜0.95），ABC評点（U＝16.0〜21.0，P＝0.53〜1.00）とも有意差はなかった．Repeated measures ANOVAではARA群の方がプラセボ群にくらべて，ABCの社会的引きこもり（F＝3.08，p＜0.05）とADI-Rの常同的・反復的な異常行動（F＝2.87，p＜0.05）が有意に改善した（図1）．

Double-blind placebo-controlled trial終了後から，全例にARAを16週間投与したopen-label試験を行ったので，ARA服用の影響が希薄化するオープン試験の最終日（32週目）に13例を15歳以下の7例と16歳以上の6例に分けて，ARAの臨床効果を比較した．16歳以上群は15歳以下群にくらべて，ADR-Rの相互性（U＝6.50，p＜0.05），言語的コミュニケーション（U＝7.0，p＜0.05），会話能力（U＝6.50，p＝0.04），常同的言語（U＝10.50，p＜0.05）の改善が有意に低かった．ADI-Rの興味の共有も改善度が有意傾向（U＝8.50，p＝0.07）で低く，ABCの常同行動，多動の改善も劣った．神経発達指標の血漿濃度も測定したが，社会的相互性と関わりを持つ5-HT，およびsignal transductionの指標になり得るceruloplasminの濃度は16歳以上群の6例で有意に低かった．

これらの結果はまとめると，①ARA製品は限定的・反復的行為と社会的引きこもりというASDの中核症状を有意に改善した，②16歳以上群の症例は年少症例にくらべてARAの改善効果は希薄であり，社会的相互性に関わる5-HT系やsignal transductionの指標とされるceruloplasminの血漿濃度が低かった．

4）考察

不飽和脂肪酸の臨床効果に関する従来のdouble-blind placebo-controlled studyをみると，1日投与量がomega-3脂肪酸のDHA 480 mg，エイコサペンタエン酸（eiocosapentaenoic acid, EPA）80 mg，ARA 40 mgの併用投与[22]あるい

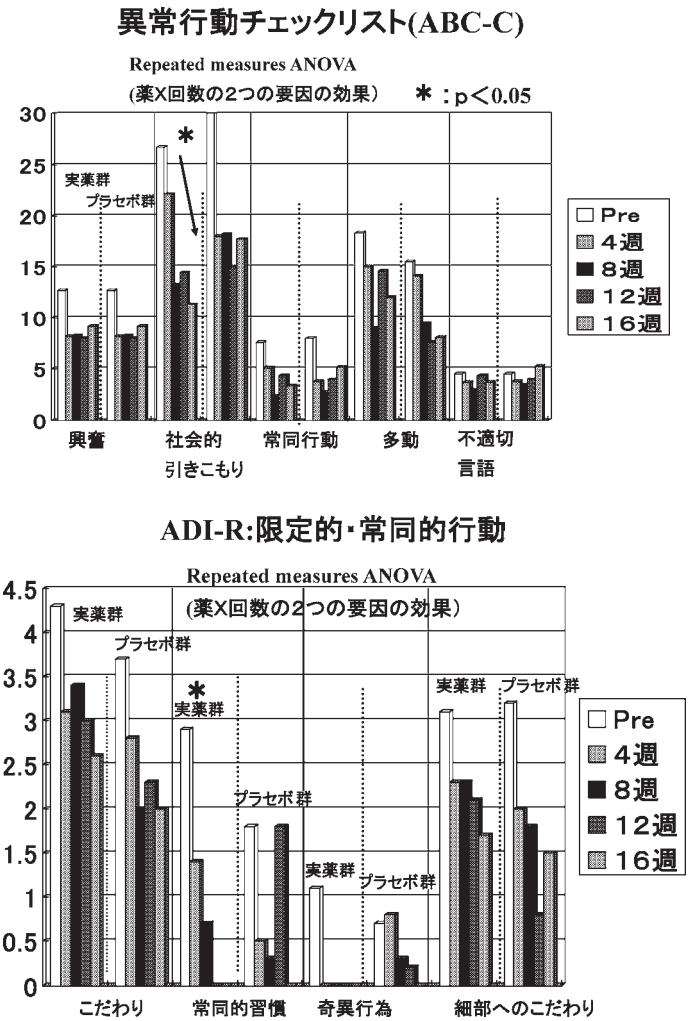


図1　16週間のdouble-blind placebo-controlled trialの結果
ARA製品投与群（n＝7）はプラセボ投与群にくらべて，ABC-Jの社会的引きこもり，ADI-Rの限定的，反復的行動が有意に改善した．

はDHA 480 mg，EPA 86 mg，ARA 42 mgの併用投与[21]では，8〜12歳のADHD症例[21]，ないし6〜13歳の学習障害症例[22]の行動障害評価項目の13％[22]，あるいは50％を改善したが[21]，社会性障害には有効でなかった[21,22]．ASDの異常行動に対するDHA（700 mg/日）とEPA（840 mg/日）の効果を調べたdouble-blind placebo-controlled studyではABC尺度の多動がプラセボよりも有意に改善しただけであった[1]．

ARAは神経系の発達に関わるsignal transductionやニューロン新生に重要な役割を果たすので，double-blind placebo-controlled studyではARAの用量が重要である．前記の2つの報告では，ARA/DHA比は0.083[22]ないし0.088[21]であったが，本試験ではARA/DHA比は1.0であった．このことは本試験で用いたサプリメントはARA高含有サプリメントと規定できる．

本試験では①ARA高含有のサプリメントが

ASDの社会的引きこもりと限定的・常同的な行為を有意に改善した，②16歳以上群の年長症例では社会的相互性や言語的交流が改善し難かった．これらの機序として，①についてはARAがsignal transduction[15]やニューロン新生[17]，さらにシナプス形成[2]に関わっていること，他方，DHAは神経細胞膜の成分として細胞膜機能の維持を担っていること[15]から，ARA製品の効果はsignal transductionの促進にもとづくニューロンネットワーク機能の向上によると推察される，②の機序については，脳機能の発達は7〜9歳でピークに達し11〜15歳から下降する[10]ことを勘案すると，16歳以上の症例では神経発達レベルが遅くなってARAによる神経機能改善の効果が鈍ったものと推定できる．

5）結論

年長になるにつれて難治化しやすく，適応能力を悪化させるので，医療的ケアに加えて適応訓練が必要である．早期からの加療は症状改善度を高めることは重要視すべきである．

II．非接触・接触式計測による生理・行動解析に基づく診断システムの検討：自閉症スペクトラム障害への適用例

1．解析の目的と概要

個人の遺伝的および発達的な環境に依存して育まれる精神機能のニューロンネットワーク形成は個性的情動の基盤となる[3,11,13]．しかし，高次脳機能の障害が関わる精神疾患は，多様な病因や表現型が折り重なって複雑な病状を呈し，診断が不明瞭化しやすく，診断は客観的に定式化し難い面がある．私たちは精神状態のシグナルとして「生理学的・行動学的反応」を取り上げ，生理学的・行動学的反応の構成因子を定量的に把握するシステムの開発を試みている．今回は児童・思春期のASD症例（7名）とその健常同胞者（5名）を対象として，生理学的・行動学的反応の定量化を試みた．また，アスペルガー障害の主要な症状である社会性認知処理の不全，社会性情報に限らず情動処理が不得手という特性[9]を定量化するために，対人場面における情動記憶を想起させることにした．本研究はさわ病院倫理委員会の承認を得たのちに，試験の実施について保護者と被験者に説明し，書面による同意を得た．

1）対象

1のアラキドン酸製品double-blind placebo-controlled trialの対象者中，7〜15歳の男子6名，女子1名，およびこれらの症例の同胞健常者で7〜15歳の男子4名，女子1名を対象にした．

2）方法

（1）対人反応の場面設定

被験者はさわ病院外来診療施設の家族との面談室（縦横高3×3×3.5 m）の中央部に設置されている机の前に着席し，一定規格のTVゲームを行いながら軽薄小型の接触型計測器を装着した後，場面1：未知女性検査技師との面接，場面2：未知男性医師と面接，場面3：主治医との面接の連続刺激場面を経験した．面接では自己，他者に関わるエピソード記憶の想起を促す質問を行った．

（2）対人反応の計測

非接触式の汎用webカメラおよび赤外カメラ（TP-LおよびCPA-L，チノー社）各3台を被験者の後方頭上に設置して，顔と頭部中心の位置の移動，赤外発信強度（体温，発汗など生理状態に依存）を一秒毎に計測した．接触式計測として，コンパクト携帯型脳波計（インタークロス410）を国際標準脳波電極配置10-20法にしたがって，前頭部のFp1，Fp2，側頭部のT3，T4，頭頂部のCz，後頭部のOに設置して記録した．体温（分解能0.01，インタークロス）を1秒毎に測定した．

（3）データーの解析：多変量解析

主治医，女性看護師，男性医師の3タイプの質問者と質問事項に対する脳波，赤外線センサーによる顔面と頭部の温度，視線方向について，10秒ごとの平均値を算出し，この値について主成分分析を行った．主成分分析の分散共分散行列について2回目の主成分分析を行い，各被験者の質問者への応答項目毎の測定値について因子負荷量を算出した．この因子負荷量を被験者，および応答

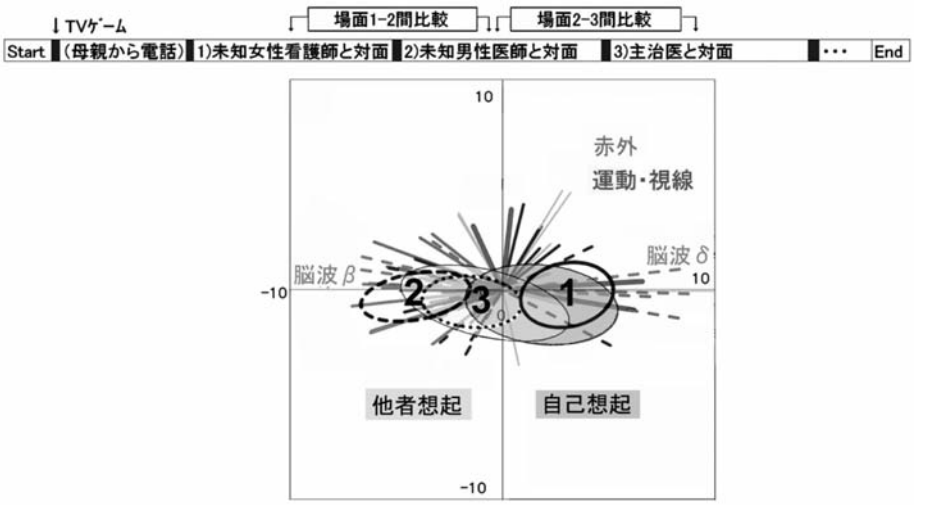


図２　症例の生理・行動解析の測定パラメーターの解析結果
実施方法は注視方向を見るための顔面撮影カメラおよび赤外カメラ各３台で頭部中心，顔の向き，赤外発信強度（主に体温，発汗など生理状態に依存）を１秒に１回計測した．DAQ カード式のコンパクト携帯型脳波計で脳波のパワースペクトラムを記録した．ＴＶゲーム中に主治医，未知の男女の医療従事者が自己，他者に関わる質問を行って情動記憶を想起させた．生理・運動指標の測定値を主成分分析した．この分析における分散共分散行列にもとづいて２回目の主成分分析を行い，症例ごとに刺激に対する応答項目別に因子負荷量を比較，検定した．抽出した主成分は脳波パワースペクトル，顔面と頭部の赤外線温度の強度，注視方向である．図は ASD 患児の例である．楕円形は３つの主成分軸に対する因子負荷量の幅を示している．この症例では未知の男性医師，他者に関わる記憶の想起で β 波スペクトラム方向，赤外線強度の変動が大きい．

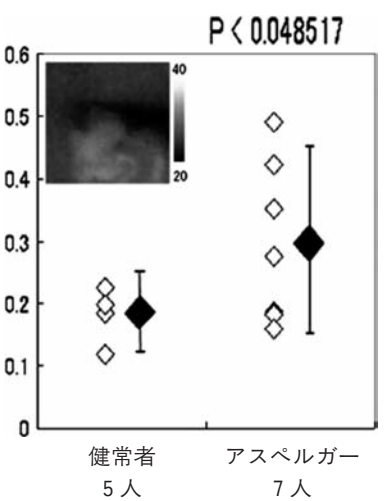


図３　ASD 群と健常群との比較
脳波パワースペクトル，顔面と頭部の赤外線温度の強度の因子負荷量を ASD 群と健常群間で比較，検定すると，ASD 群で有意に変動幅が大きかった．

項目別に集計し，ASD 群と健常者群の間で統計的に比較した．

3）結果

主成分分析では脳波パワースペクトル，顔面と頭部の赤外線の強度，これに角度を持って交わる注視方向の３つの主成分軸が抽出された（図２）．面接場面による変動は ASD 患児群で脳波パワースペクトルの前頭部 Fp2 の β 波方向への変動が有意に大きかった，被験者の頭部と顔面から放出された赤外強度と接触型体温計による皮膚温度の変動の分析および視線変量は患児の方が有意に大きかった．これらの変動の因子負荷量をまとめて統計検定すると，ASD 児の方が健常児にくらべて有意に大きかった（図３）．

4）考察

本研究では，精神状態を予測するアルゴリズムとして，行動の変量を主成分分析で座標化する

Bouquet 法（Behavior output analysis for quantification of emotional state translation）を用いた[24,25]．この方法は行動・生理パラメーターについて主成分分析を用いてクラスター化して座標上にプロットすることによって，行動の特性を解析するものである．本解析によって，自己や他者に関わるエピソード記憶を想起させる質問に対する ASD 症例の反応特性を数量化し得た．患児の刺激場面の変化は脳波パワースペクトル軸で脳波 β 波パワー値変動が大きく，かつ，非接触型計測器に基づく赤外強度や視線変量の変動も大きかった．赤外画像は暗闇環境でも取得できるので，ASD に特有な不安・緊張とそれに伴う脳波パターン，体温の微細な変動，睡眠状態の検知に役立つと考えられる．上記の反応特性は，ASD の特徴である社会性情動の処理の困難性の反映として，3 パターンの対人場面での社会的，非社会的質問に対する脳波 β 波パワー値，頭部・顔面の赤外線強度の変動が健常者よりも大きいことを示した．

私たちが行っている生理・運動反応定量システムは，統合失調症や双極性障害など精神疾患，認知症などに応用できる可能性がある．この生理・運動反応定量システムは家禽雛および霊長類実験動物によって独自に樹立した社会性発達環境制御にもとづく発達障害モデルの研究を通して開発し，健常大学生での検証を行った後に，臨床の適用を試みたものである[14]．このようなシステムは ASD などの診断と治療経過観察の有用な指標になると期待されている．

文　献

1）Amminger, G.P., Berger, G.E., Schäfer, M.R., et al.: Omega-3 fatty acids supplementation in children with autism: a double-blind randomized, placebo-controlled pilot study. Biol Psychiatry, 61; 551-553, 2007

2）Bazan, N.G.: Lipid signaling in neural plasticity, brain repair, and neuroprotection. Mol Neurobiol, 32; 89-103, 2005

3）Blakemore, S.-J.: The social brain in adolescence. Nature Rev Neurosci, 9; 267-277, 2008

4）Buccino, G., Amore, M.: Mirror neurons and the understanding of behavioral symptoms in psychiatric disorders. Curr Opin Psychiatry, 21; 281-285, 2008

5）Buckner, R.L., Andrews-Hanna, J.A., Schacter, D.L.: The brain's default network: anatomy, function, and relevance to disease. Ann NY Acad Sci, 1124; 1-38, 2008

6）Burns, J.: The social brain hypothesis of schizophrenia. World Psychiatry, 5; 77-81, 2006

7）Courchesne, E., Pierce, K., Schumann, C.M., et al.: Mapping early brain development in autism. Neuron, 56; 399-413, 2007

8）Fair, D.A., Cohen, A.L., Dosenbach, N.U.F., et al.: The maturing architecture of the brain's default network. Proc Natl Acad Sci U S A, 105; 4028-4032, 2008

9）Frith, C.D., Frith, U.: The neural basis of mentalizing. Neuron, 50; 531-534, 2006

10）Glantz, L.A., Gilmore, J.H., Hamer, R.M., et al.: Synaptophysin and postsynaptic density protein 95 in the human prefrontal cortex from mid-gestation into early adulthood. Neuroscience, 149; 582-591, 2007

11）Kennedy, D.P., Glascher, J., Tyszka, J.M., et al.: Personal space regulation by the human amygdale. Nat Neurosci, 12; 1226-1227, 2009

12）Kennedy, D.P., Courchesne, E.: Functional anbormalities of the default network during self-and other-reflection in autism. SCAN, 3; 177-190, 2008

13）Klin, A., Lin, D.J., Gorrindo, P., et al.: Two-year-olds with autism orient to non-social contingencies rather than biological motion. Nature, 459, 257-261, 2009

14）Koshiba, M., Ogino, T., Aoki, I., et al.: Development of an animal model and a social behavior assessment scoring method for developmental disorders. Ann Gen Psychiatry, 7（suppl. 1）; S247, 2007

15）Kurlak, L.O., Stephenson, T.J.: Plausible explanations for effects of long-chain polyunsaturated fatty acids（LCPUFA）on neonates. Arch Dis Child Fetal Neonatal Ed, 80; F148-154, 1999

16）Leyfer, O.T., Folstein, S., Bacalman, S., et al.: Comorbid psychiatric disorders in children with autism:

interview development and rates of disorders. J Autism Dev Disord, 36 ; 849-861, 2006

17）Maekawa, M., Takashima, N., Matsumata, M., et al. : Arachidonic acid drives postnatal neurogenesis and elicits a beneficial effect on prepulse inhibition, a biological trait of psychiatric illness. PLos One, 4 ; e5085. Epub 2009 Apr 8 ; 1-9, 2009

18）Mattila, M-L., Hurtig, T., Haapsamo, H., et al. : Comorbid psychiatric disorders associated with Asperger syndrome/high-functioning autism : a community-and clinic-based study. J Autism Dev Disord, 40 ; 1080-1093, 2010

19）小田切　啓，赤松　馨，阿部恭久ほか：措置入院の3症例について：アスペルガー症候群へのアプローチ．臨床精神医学，34 ; 1175-1182, 2005

20）Rapoport, J., Chavez, A., Greenstein, D., et al. : Autism-spectrum disorders and childhood schizophrenia : clinical and biological contributions to a relationship revised. J Am Acad Child Adolescent Psychiatry, 48 ; 10-18, 2009

21）Richardson, A.J., Puri, B,K. : A randomized double-blind, placebo-controlled study of the effects of supplementation with highly unsaturated fatty acids on ADHD-related symptoms in children with specific leaning difficulties. Prog Neuro-Biopharmacol Psychiatry, 26 ; 233-239, 2002

22）Stevens, L., Zhang, W., Peck, L., et al. : EFA supplementation in children with inattention, hyperactivity, and other disruptive behaviors. Lipids, 38 ; 1007-1021, 2002

23）山田千冬，国本美紀，谷　直介ほか：単科精神病院入院患者における広汎性発達障害の実態調査．精神科，9 ; 183-192，2006

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

青年期の広汎性発達障害における併存障害とその介入

岡 田 俊（京都大学大学院医学研究科精神医学分野）

広汎性発達障害の支援の対象が，知的障害を伴わない高機能者に拡大するにつれ，その中核障害だけではなく，併存する心理的問題，精神医学的問題が重視されつつある．本稿では，パーソナリティー障害，精神病状態，強迫症状，不注意，多動性-衝動性，易刺激性をとりあげ，その病態と介入について検討を加えた．また，広汎性発達障害を持ちながら育つことがもたらす心理的影響についても述べ，ライフサイクルにおける発達課題へのつまづきやすさ，レジリエンスの低さと関連する可能性を述べた．

Pathology and Interventions for Comorbidities in Adolescents with Pervasive Developmental Disorders

As recently clinical interventions have been diligently implemented for high-functioning individuals with pervasive developmental disorders (PDD), the comorbid psychological and neuropsychiatric issues as well as core symptoms of PDD have been paid more attention. In this article, the pathology and interventions for comorbid conditions, such as personality disorders, psychotic state, obsessive-compulsive symptoms, inattention, hyperactivity/ impulsivity, and irritability, were discussed. In addition, the importance of psychological disturbances by growing up with symptoms of PDD was emphasized. It may be related with psychological disturbances in life course and low resilience psychosocial stress.

＜**Key words**: pervasive developmental disorders, comorbidities, life cycle, resilience＞

1. はじめに

広汎性発達障害は，対人関係とコミュニケーションの障害，限局した常同的で反復的な関心と活動の幅によって特徴づけられ，そのために日常生活に支障を来す状態をいう．近年では，知的障害を伴わない高機能広汎性発達障害が着目され，社会的啓発，医療的介入の対象となった．高機能者は，広汎性発達障害の約 3/4 に及ぶことが報告されている．下位分類別で見ると，高機能者は自閉症の 30 %に過ぎないが，アスペルガー障害，特定不能の広汎性発達障害では 90〜100 %が高機能者である．

高機能広汎性発達障害の幼児は，対人行動や言語発達に明確な遅滞がなければ，健診で異常を指摘されないことが多い．また，多動性-衝動性，不注意，学習困難が明らかでなければ，学童期早期においても広汎性発達障害の存在に気づかれないこともある．そして，友人関係に複雑な対人スキルを要求される青年期になって，不登校や不安・抑うつなどの精神医学的問題を呈して，児童精神科の外来を受診することも多い．あるいは，中学校，高校在学中にも明らかな不適応や学業上の問題を来さず，大学入学後の生活，あるいは就職活動，就労，結婚，育児などのライフイベントのなかで不適応を来すこともある．

従来の広汎性発達障害の支援は，幼児期から学

童期を中心に，とりわけコミュニケーション支援を標的として構築され，環境を取り巻く状況を構造化したり，スケジュールや指示を視覚的に呈示することを重視してきた．しかし，高機能者の多くは，通常の生活環境のなかで生きることを求められており，そのなかでは自ら援助を求めたり，感情を調整するスキルが求められ，精神医学的な併存障害はその支障となる．本稿では，広汎性発達障害の青年が抱える心理的・精神医学的問題とその介入について検討する．

2．広汎性発達障害に伴いやすい心理的課題

広汎性発達障害のある児童は，親がいま自分にかかわりを持っているか否かにかかわらず，自分に関心を持ち，愛情を注いでいることが理解しにくい．また，そもそも対象関係の成立が困難なことが多い．一方，親も自分が子どもから求められていることが感じにくく，子育てに無力感を感じやすい．このような親子のコミュニケーションの障害は，不可避的に，心理的な育ちに影響を及ぼすことになる．

広汎性発達障害の青年では，自分が愛されている，必要とされているという感覚，自分を信頼できるのと同様に他者も信頼できる感覚，自分のことが自分でできるという感覚，自分には取り柄がある，有能であるという感覚が乏しいことが多い．また，他者と関わっていても，関わっていなくてもありのままでいられる感覚に乏しく，常に対人関係に固執し，自分の意見を相手に認めてもらおうとするために，相手の意見を論破するような行動スタイルを身につけ，逆に人間関係がぎくしゃくとしている青年にも遭遇する．周囲からは，傍若無人にみられがちであるが，本人は自己評価が低く，周囲の顔色をうかがいながら生活していることが多い．広汎性発達障害の存在は，ライフステージにおける発達課題でのつまずきやすさと関連する．

広汎性発達障害の青年では，不快な体験が深く記憶され，反復的に想起されたり（フラッシュバック），解離症状を伴うことも多い．広汎性発達障害の青年は，変化に柔軟に対応したり，周囲に助けを求めたり，行き詰まっても別の視点から捉えたり，直感的に行動することが少なく，レジリエンス（回復力）に乏しい．加えて，不快なエピソードが「生のまま」に記憶され，処理されないままに再体験するために心理的な傷が深まるほか，周囲の状況を読み取れず，過剰に自己関係づけをしてしまう．ひとたび頭を悩ませると，そのことに強迫的に没入し，ときおりパニックやかんしゃくを引き起こすと，周囲からのネガティブな反応を引き出してしまう．こういった悪循環が二次障害を深めることになる．治療においては，本人・家族へのアプローチを通じて，本人が安心できる環境や活動を確保するとともに，これらの否定的な認知に対し，別のとらえ方ができることを伝えたり，本人の日常の言動に肯定的な評価を与えて不全感を解消すること，本人の生活を見直し，対人負荷を軽減することなどが重要になる．

3．広汎性発達障害に併存するパーソナリティー上の問題

高機能広汎性発達障害における一つの診断上のトピックは，パーソナリティー障害との鑑別である．統合失調質パーソナリティー障害は，社会的関係への関心のなさ，孤独を選ぶ傾向，感情的の平板さによって特徴づけられる障害であるが，情緒面の冷淡さ，対人関係の乏しさ，思考への没入は一部のアスペルガー障害の成人と共通性がある．実際，Asperger, H. 自身も初期の論文において，アスペルガー障害を「人格の偏倚」と表現していることから見ても両者の近縁性が疑われる．

もう一つは，境界性パーソナリティー障害との鑑別であろう．広汎性発達障害の幼児の対人発達を考えてみると，対象関係の成立が不十分であり，力動的な，とりわけ対象関係論が想定した力動を考えると，高機能広汎性発達障害の成人が境界性パーソナリティー構造を併存することは稀であると考えられる．しかし，自身の傷つきには敏感であり，相手にその理由を説明するように執拗に求めたり，容赦のない治療者への攻撃を続けたり，

フラッシュバックを反復しては被害感を募らせ，相手に嫌がらせを反復したり，感情的に爆発したり，リストカットや大量服薬などの衝動行為を繰り返すこともある．行動化を繰り返す高機能広汎性発達障害の成人に素朴にその理由を聞いてみると，理由がわからなかったから何度も確認しているだけであったり，不安の高まりによる強迫性の増強に基づく行動であって，必ずしも治療者を操作している感覚はない．攻撃を受けている心情については，不快な思いをさせたのだから当然と割り切ってしまい，相手の心情の細かな部分まで思い至らないこともある．精神療法的な治療関係においては，治療者が操作されている感じを抱いたときには，相手にはそのような心情があると判断しがちであり，なぜということを素朴に問うことは少ない．治療関係において前提として成立していると想定している共感が，ときには幻想であることに気づかされてたじろぐこともある．

これまで操作性が乏しく，対人関係が未熟で，衝動性の亢進が中心であった境界性パーソナリティー障害の背景には，少なからず広汎性発達障害の要素が関係していた可能性がある．そして，これまで境界性パーソナリティー障害の治療において重要視されてきた治療の枠組みや「いま，ここ」を大切にする介入の重要性は，広汎性発達障害の特性と相通じる部分も見出される．境界性パーソナリティー障害と操作的に診断される患者においても，境界性パーソナリティー構造が見出されないケースが存在することに留意し，特性を踏まえた介入が必要である．

4．広汎性発達障害に併存する精神病状態

精神病状態を呈する患者も少なくなく，精神科救急で受診する急性精神病の患者のなかには少なからず広汎性発達障害が疑われるケースが含まれる．DSM-Ⅳによれば，統合失調症の追加診断は顕著な幻覚や妄想が少なくとも１ヵ月（または，治療が成功した場合は，より短い）存在する場合にのみ与えられる，として，症状の顕著さと持続期間に基づいて判断することになっているが，実際には一級症状が長期に持続しているものの，その経過を見ると病状の増悪と軽快に状況依存性の色彩や体系化されず要素的な側面を残しており，統合失調症ではなく広汎性発達障害に併存する一過性の精神病状態の遷延と考えた方が理解しやすいケースも多い．そもそも広汎性発達障害の患者に正確な問診を行うのは苦労がある．例えば，「声が聞こえますか？」と尋ねても患者は文字通り聴力検査と考えて「はい，聞こえます」と返答するかも知れない．自生思考なのか，強迫思考なのかを区別することも困難である．また，統合失調症の診断には，Rmuke, H.C. のいうプレコックス感を重視してきたのが精神医学の伝統であろうが，言語的・非言語的メッセージを投げかけてもどうもスムーズに戻ってこない感じをプレコックス感というなら，高機能広汎性発達障害の人々の面接では，どうもコミュニケーションが円滑に返ってこない，返らないと感じるから，区別は困難ということになる．このことは，プレコックス感に依拠してきた伝統精神医学の否定ではなく，いままで体感してきたプレコックス感とは何かを改めて問うものと言える．介入においては，抗精神病薬が一定の有効性を示すものの，多くは環境を調整し，本人の不安を軽減させることが重要である．

5．広汎性発達障害に併存する強迫症状

広汎性発達障害に伴う強迫症状は，中核障害としてのこだわりから，併存障害としての儀式的行動，常同行動，常同性への固執，さらには併存障害としての強迫性障害に至るまで幅広い．広汎性発達障害に併存する強迫と単独の強迫性障害の症状プロファイルを比較した研究では，両者の相違を報告しており，とりわけ，ため込みのある強迫症状は広汎性発達障害に多く見られることから，病態上の相違が示唆される．

介入においては，本人の不安を惹起する出来事が先行する場合には，その問題を解決することが先決であるが，症状が高度であったり，持続する例では薬物療法が選択される．二重盲検試験で有

効性が確認されているのはクロミプラミン，フルオキセチン，フルボキサミン，リスペリドンである．セロトニン再取り込み阻害薬の有効性は，強迫性障害単独例に比べると総じて低く，リスペリドンの有効性が顕著に認められている．認知行動療法の有効性も示唆されるが，効果は限定的である．

6．広汎性発達障害に併存する不注意，多動性-衝動性

DSM-Ⅳでは，注意欠如・多動性障害と広汎性発達障害の併存を認めていないが，実臨床においては不注意，多動性-衝動性を認める広汎性発達障害の児童・青年・成人は少なくない．これらの症状に対し，注意欠如・多動性障害治療薬が有効である．

メチルフェニデートは，広汎性発達障害に併存する不注意，多動性-衝動性を改善することが示されている（0.5〜1.0 mg/日/kg）．副作用として，投与初期に不眠，食思不振，攻撃性，チックの出現，服用継続中の副作用として，常同行動の増加，易刺激性，情動不安定，ひきこもり，涕泣が報告されている．アトモキセチンについても，広汎性発達障害における多動，不注意，行動障害，学習困難に対する有効性が非盲検試験や症例報告で確認されている．副作用として，腹痛，頭痛，悪心・嘔吐，食欲減退などの消化器症状が認められる．

7．広汎性発達障害における易刺激性

広汎性発達障害における易刺激性，攻撃性，自傷，かんしゃくに対する有効性が，非盲検試験によってハロペリドール，オランザピン，クエチアピンにおいて，二重盲検比較試験によってリスペリドン，アリピプラゾールの有効性が示されている．とりわけ，アリピプラゾールは日本における二重盲検比較試験でその有効性が示されており，米国の食品医薬品局は，自閉症の易刺激性に対する治療薬として承認している．しかし，いずれの薬剤も鎮静や顕著な体重増加が来すこともあり，リスク・ベネフィットのバランスを考慮する必要がある．

8．おわりに

青年期の広汎性発達障害に併存しやすい心理的，精神医学的問題について述べ，その介入について概説した．従来の広汎性発達障害の支援は，発達障害の特性に応じたコミュニケーション支援やスキル獲得に重点が置かれてきたが，高機能広汎性発達障害にはしばしば心理的，精神医学的問題が出現し，介入を要することがある．そのなかには，パーソナリティー障害や精神病状態のように不適応に対する反応性という色彩を残しながらも症状学的には類似し，しばしば操作的診断基準では併存精神疾患と見なされる問題，強迫症状のように広汎性発達障害の中核障害と一定のつながりを持つが広がりのある病態，不注意，多動性-衝動性，易刺激性のように発達障害に由来する問題など，さまざまである．一方では，軽度な発達障害の存在はライフサイクルにおける発達課題へのつまづきやすさやレジリエンスの低さとも関連しており，心理的側面を踏まえた支援も重要になる．

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

小児科での ADHD の診療――児童精神科との協同――

清 田 晃 生〔大分大学医学部小児科こどもメンタルクリニック（児童精神科）〕

小児科領域でも発達障害への注目は大きく，論文数にも反映されている．幼少児期の子どもの心身の問題に小児科医が最初に関わることは多く，大分大学医学部附属病院小児科でも初診患者の約 4％が発達障害圏の診断を受けている．小児科からこどもメンタルクリニック（児童精神科）への紹介事由は，家族の希望や診断困難例に加えて，学校での対応が困難な事例など二次障害が顕著な症例が多かった．紹介された患者の診断は，多くの場合両者で同等であった．ADHD のガイドラインで設定された治療目標は社会機能の改善であり，その達成を考えると小児科医と児童精神科医の果たす役割には差があると思われる．そのため，両者の円滑な協力と連携が望まれる．

＜**索引用語**：発達障害，注意欠如・多動性障害，小児科，医療連携＞

Treatment of ADHD at Pediatrics: Collaboration with Child Psychiatrists

Development disorders are one of the main topics in pediatrics and the number of papers is increasing. It seems usual that pediatricians have the first contact to children with physical and/or psychological problems. In our department, approximately four percent of new patients were diagnosed as developmental disorders. The cases that were introduced to division of child and adolescent psychiatry were difficult to diagnose, difficult to treat at school, behaviorally and emotionally serious and so on. Sometimes families hoped to see child psychiatrist. Diagnoses at pediatrics and child psychiatry were almost same in many cases. One of the common treatment goals indicated in several guidelines of ADHD treatment is improvement of social functions. The roles of pediatricians and child psychiatrists are different in achieving the treatment goals and mutual collaboration should be necessary.

1. はじめに

近年，小児科領域でも発達障害への注目は大きく，例えば医学中央雑誌に掲載された 2005～2010 年の会議録を除く論文のうち，筆頭著者の所属が小児科で，広汎性発達障害をキーワードとするものは 180 編，ADHD（注意欠如・多動性障害）は 144 編であった．診断や治療に関するガイドライン[1,3,4] も国内外で小児科領域での独自プランが発表されている．

幼少児期の子どもに心身の問題が気づかれたとき，最初に相談する医療機関は多くの場合小児科である．身体疾患は当然であるが，言語遅滞や多動，攻撃性などの精神的な問題行動についても，健診を始めとして小児科医の関与は大きい．特に小学校年代までは，精神科への受診に抵抗を感じる保護者，学校関係者は多い．

筆者は精神科医としてトレーニングを受けた児童精神科医であるが，現在は小児科に所属して「こどもメンタルクリニック（児童精神科）」として外来中心の児童精神医療を行っており，日頃から小児科医と間近に接する立場にある．本稿では小児科における発達障害の診療について，筆者の経験を中心に簡単に述べたいと思う．

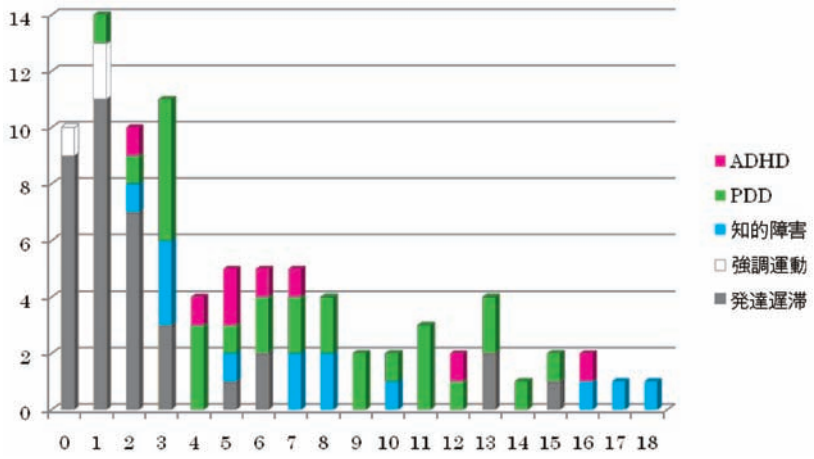


図1　年齢別・診断別発達障害圏受診者数（2006～2009年）

2.　小児科における発達障害受診の状況

2006年から2009年に大分大学医学部附属病院小児科を初診し，初診時主診断が明らかであった患者2138名のうち，発達障害圏の診断を受けたものは88名（4.1％）であった．「言語運動遅滞，発達遅滞」と診断されたものは36名，「知的障害」が13名，「自閉症，広汎性発達障害（PDD），アスペルガー障害」28名，「多動症，ADHD」8名，「発達性協調運動障害」3名であった．この88名の年齢別分布を図1に示す．

小児科を受診してくる発達障害圏の子どもたちの特徴の1つは，3歳以下の患者が45名（51.1％）と過半数を占めていることであり，その主訴は「発達の遅れ」や「言葉あるいは運動の遅れ」が多い．第2に，低年齢の患者が主体であることと関連するが「言語運動遅滞，発達遅滞」の診断名が36名（40.9％）と多いことである．また大学病院という特性から他院からの紹介が多いが，中でも器質的検査目的やセカンドオピニオン目的の受診が11例（12.5％）を占めていることも特徴であろう．これらは1，2回の診察で終診となっている．さらに，てんかん，奇形症候群，染色体異常という器質的異常を有するもの（8名，9.1％）が存在することが第4の特徴といえよう．年齢構成では，PDDを就学前から中学生年代まで幅広く認める．児童精神科を受診してくる思春期年代の広汎性発達障害の患者の場合，対人関係や学校不適応を生じて受診となる場合が多いが，小児科でも同様の傾向が窺える．

88名の中で，小児科初診後にこどもメンタルクリニックを紹介されたものは19名であった．その患者の小児科初診時診断とこどもメンタルクリニックでの初診時診断を表1に示す．表1から，統合失調症の併存例，ADHDにトゥレット障害と発達性協調運動障害を併存した例，PDDとADHDの鑑別困難例など一部診断が異なるものもあるが，小児科における診断は多くの場合本質的にこどもメンタルクリニックでの診断と同質であった．紹介事由は，家族の希望や診断困難例に加えて，学校での対応が困難な事例など二次障害が顕著な症例が多かった．例えば，不登校を生じて紹介されたものは4例，多動の制御困難が9例，暴力が3例である．以下に小児科からの紹介事例を示す．発表に関して本人および保護者から同意を得ているが，本質を損なわない範囲で適宜改変している．

【症例】 9歳，男子

主訴：体のバランスが悪い，不器用，頭をカクッと動かすことが多い．

既往歴・家族歴：特記事項なし．

現病歴：満期産で胎生期，出生時に異常なし．

表1　こどもメンタルクリニックに紹介された発達障害圏の診断

こどもメンタルクリニックの診断＼小児科初診時診断	発達遅滞	知的障害	PDD	ADHD
Autism			2	1
Asperger disorder			2	
PDDNOS			1	
Asperger disorder＋ADHD			2	1
ADHD			1	3
ADHD＋Tourette＋Coordinate movement disorder		1		
MR＋Schizophrenia	1			
MR	1	2		
MR＋Epilepsy		1		

注）PDD：Pervasive Development Disorder, ADHD：Attention Deficit and Hyperactivity Disorder, PDDNOS：PDD Not Otherwise Specified, MR：Mental Retardation

子どもの少ない集落で育った．両親，母方祖父母，同胞3名中第2子であった．幼稚園では落ち着きはなかったものの特にトラブルなく過ごしていた．運動会などの集団参加も可能であった．小学校入学後，字の汚さ，不器用さ，運動面でのバランスの悪さなどが目立ち，また授業中に頭を前後に振る動作が見られたため担任に医療機関受診を勧められた．

小児科初診時診断：軽度知的障害．

治療経過：頭部MRIで頭蓋内に嚢胞性病変を認めたが，病的意義はないとされた．脳波は正常脳波で，神経学的，眼科的所見はなかったが，finger tappingやdiadokokinesisは非常に拙劣だった．グランドを走ると自然に右にそれ，まっすぐ走ることが困難であった．体幹失調はなかった．知能検査でVIQ＝93，PIQ＝66，FIQ＝78と乖離があり，群指数では言語理解と注意記憶がともに90であったが知覚統合と処理速度が65〜72と低かった．この時点でこどもメンタルクリニックが関わることとなり，成育歴を再聴取したところ，幼児期早期からADHDエピソードを認め，首振りチックは幼稚園時に出現し小学校入学後には音声チックが出現していた．また学校担任からの情報で，授業中の不注意や落ち着きのなさ，他児とのトラブルが目立つことが明らかとなった．ADHD-RSは，不注意27/23（保護者/担任），多動13/20（同）であった．参考のためにフロスティッグ視覚機能検査を行ったところ，視覚・運動機能の協応が拙劣で，形の恒常性が困難であった．

以上から，ADHD混合型，トゥレット障害，発達性協調運動障害と診断し，両親に診断名とその特徴，対処方法などについて心理教育を行った．両親の希望もあり，本児には病名は伝えず現在の状態について説明するにとどめた．チック症状が強く，多動症状は比較的目立たないことから，非定型抗精神病薬による治療を開始した．現在はaripiprazole 6 mg/日でチックのコントロールは良好である．両親は不注意症状を繰り返し叱責してきたが，病気に関する理解が深まるとともに接し方に変化が見られ始めた．学校でも教職員が本児の特性を理解しながら，特に他児との関係に注意を向けるようになり，トラブルも減少した．

3．ADHDの治療目標

米国小児科学会のADHD治療ガイドライン[1)]

では，「ADHD 症状は，家庭や学校，社会での児童の多面的な機能を低下させる．治療のゴールは機能を最大化することである」と述べ，期待される結果として，1）親，同胞，教員，仲間関係の改善，2）破壊的行動の軽減，3）学習能力の改善，4）セルフ・ケアや課題での単独遂行能力の向上，5）自尊心の向上，6）社会生活での安全性の強化，を具体的にあげている．わが国の治療ガイドラインでは，「ADHD 症状の改善に伴い，学校や家庭における悪循環的な不適応状態が好転する」「ADHD 症状を自己の人間特性として折り合えるようになること」としている．目標とすべき機能水準の大まかな目安としては GAF 値[2] が 65 以上としており，「ほどよい水準」と表現している．

当然のことながら，治療に際してはまずは適切な診断が行われることが前提である．そのため，DSM-Ⅳ-TR に基づく ADHD 診断においては，鑑別診断および併存障害の存在に十分な注意を払うことが必要である．そのための頭部画像診断，脳波検査，知能検査などの心理検査を適宜行いながら，評価尺度を使用して包括的な評価を行うこととされている．治療のモダリティとして現在わが国で一般的に用いられている技法は，親ガイダンス，学校との連携，子どもとの面接，薬物療法を臨床像に応じて組み合わせることである．さらに専門的な方法として，SST（Social Skill Training）やペアレント・トレーニング，遊戯療法，入院治療などがある．

4．小児科での ADHD 治療
――児童精神科との連携――

ガイドラインで推奨される診断・評価，治療目標の到達，治療技法の選択を考えると，一般小児科領域での ADHD 治療の基本的な視点を考えてみたい．

小児科医は身体疾患の専門家であり，特に小児神経科医は ADHD の鑑別診断において重要なてんかんや脳疾患を専門としている．また正常発達児を診る機会が多く，一般的な子どもの行動や母子関係にも造詣が深い．子どもの身体疾患では急変する場合も多いため，思考や行動が迅速で論理的である．子どもへの接し方が純粋な印象を受ける．学校医として，日常的に学校保健に関与することも多いと思われる．一方，精神科医は複雑な家族病理や精神発達，家族や仲間との相互作用，地域および学校特性の影響を理解することや介入方法により専門的経験を有する．慌てて行動せずに，情報源を広げて総合的に子どもを評価して対応する傾向がある．

以上の点から，ADHD を含む発達障害の治療において一般小児科医に期待される役割は，身体疾患の鑑別を念頭においた生物学的検索，重篤な併存障害や社会機能障害を来していない事例の対応，精神科治療が必要な事例の早期の紹介であろう．トリアージ機能ともいうべき重要な役割を有すると言えるのではないだろうか．児童精神科医は，精神療法および薬物療法の専門性を生かし，衝動性の高い事例，社会的問題行動の顕著な事例，精神疾患との鑑別が必要な事例への治療を受け持つことになると言えよう．こうした事例は学校などの関係機関との協議や親・本人面接での話し合いにも時間を要することが多く，精神科医の経験が有用である．わが国の児童精神科医は少なく，急増する発達障害患者のすべてに対応することは困難である．と同時に，初期段階では身近な小児科医にフォローされることは，本児にも親にとっても安心できることではないかと推察される．

こうした点は，一般的，常識的なことかもしれないが，小児科医を間近に見ている児童精神科医として，お互いの専門性を生かすために重要な連携であり，理解し合う必要があると考える．

5．ま と め

小児科に所属する児童精神科医として，発達障害診療における小児科と児童精神科との異同について概説した．一般小児科医の役割として身体疾患との鑑別や初期段階での対応が考えられ，児童精神科医の役割は二次障害を伴う事例や向精神薬治療が必要となるような重症な事例への対応ではないかと考えられる．子どもの機能改善という治

療目標を考えるとき，両者の円滑な往来が可能となる連携が望まれる．

文　献

1）American Academy of Pediatrics : Clinical practice guideline : treatment of the school-aged child with attention-deficit/hyperactivity disorder. Pediatrics, 108 ; 1033-1044, 2001

2）American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition, text revision（DSM-IV-TR）American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000

3）Dulcan, M. : Practice parameters for the assessment and treatment of children, adolescents, and adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36 ; 85S-121S, 1997

4）齊藤万比古，渡部京太：注意欠如・多動性障害―ADHD―の診断・治療ガイドライン，第3版．東京，じほう，2008

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

修正型電気けいれん療法（mECT）
――地域連携・麻酔科との連携をどのように行うか――

コーディネーター　一瀬　邦弘，大久保　善朗

シンポジウムの最初は，まず2009年3月に行われたECTについての実態調査の報告（山梨大学本橋伸高）から始められた．この調査の主体となったのは日本精神神経学会電気けいれん療法検討委員会で，粟田主一，一瀬邦弘，大久保善朗，奥村正紀，川嵜弘詔，鹿島晴雄，鮫島達夫，澤温，本橋伸高，山口成良，分島徹，和田健をメンバーとしている（敬称略）．同学会の専門医研修機関である1463施設を対象にアンケート法で行われた．回答は875施設（60％）から得られ，そのうち356施設（41％）でECTが行われていた．これらの施設で2008年の1年間に行われたECT総件数は42,358件で修正型29,040件（69％），その他が13,318件（31％）であった．施設数では常に修正型を行う施設が149（42％）であるのに対して全く行っていない施設が171施設（48％）あった．

大学病院と総合病院では大部分が修正型で行われるのに対して単科精神科病院では修正型の割合が半数以下であった．修正型の割合は近畿地区で93％と最も高く，北海道地区で44％と最も低かった．施設整備や麻酔科医の確保などがこうした格差を生じる主因と思われる．

ここ半世紀を振り返れば，1960年代に抗精神病薬が登場し，70年代に反精神医学の高まりのなか，日本精神神経学会では，ECT使用についての本格的な論議が憚られる時代が続き，1974年の総会では「閉鎖病棟入院中の患者には電撃療法を行なってはならない」という趣旨が集会決議されたようである．

しかし，1980年代頃から，薬物治療での限界や高齢者人口の増加とともに，mECTが再び見直されるようになった．わが国では，ようやく2002年に「米国精神医学会タスクフォースレポートECT実践ガイド」が翻訳刊行され，わが国の現況を考慮し「ECT推奨事項」が策定された．また2008年の第104回同総会では，「ECTの標準化：安全な環境作り」をテーマとするシンポジウムが催され，mECTの安全性およびその普及のために必要な要件について討議された．この際，山口成良先生から，①わが国のECTの実施状況について全国規模の実態調査を行う必要があること，②従来型ECTと比較したm-ECTの安全性に関する科学的検証，③麻酔科医不足の現状においてm-ECTを普及していくための具体策を検討する必要があること，についての指定発言がなされた．

また一方，日本総合病院精神医学会では，2001

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20～22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　修正型電気けいれん療法（mECT）――地域連携・麻酔科との連携をどのように行うか――　座長：一瀬　邦弘（東京都保健医療公社豊島病院精神科），大久保　善朗（日本医科大学精神医学教室）

年にガイドラインを作成し，その際に提言として「2007 年までにすべての総合病院精神医学会の会員所属施設で，修正型電気けいれん療法が安全に実施できることを目標とする．10 年後（2011 年に当たる）には，我が国でいわゆる無麻酔下の電気けいれん療法の根絶を願う」としている．

こうした中で格差を生じる主因としての施設整備や麻酔科医の確保などの点で，近畿 ECT ネットワークの実践について，ほくとクリニック病院の澤温先生から民間病院での受け入れについて発表が行われた．総合病院での受け入れについて広島市民病院の和田健先生から報告された．また麻酔科医との連携について浜松医科大学麻酔科蘇生科の栗田忠代士先生から麻酔科の立場からの発表が行われた．麻酔科との連携を精神科の立場からその術前管理について健康長寿医療センターの鮫島達夫先生から実践報告があった．最後に北海道から一点集中の札幌医療圏と，広大な面積の中で中核とする公的精神科病院をもつ圏域の現状が「ECT の地域連携」の困難さと題して札幌医大の斎藤諭先生から報告された．

ECT の全国実態調査によって日本の現状が明され，麻酔科医の偏在や地域格差が浮き彫りとなったシンポジウムであった．今さらなる展開のための方策が必要とされている．

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ECT実態調査の報告

本橋　伸高[1)]，一瀬　邦弘[2)]，鮫島　達夫[3)]，粟田　主一[3)]，奥村　正紀[2)]，
大久保　善朗[4)]，川嵜　弘詔[5)]，澤　温[6)]，分島　徹[7)]，和田　健[8)]，山口　成良[9)]
1）山梨大学，2）豊島病院，3）東京都長寿医療センター，4）日本医科大学，5）九州大学，
6）さわ病院，7）都立松沢病院，8）広島市民病院，9）松原病院

日本精神神経学会精神科専門医研修施設1463を対象に電気けいれん療法（ECT）の実態調査を行った．回答率は60％であり，地域差はなかった．ECT実施率は40％であり，地域差を認めた．すなわち，北海道で72％と高く，近畿と四国で低かった．修正型ECT実施率は近畿で高く，北海道で低かった．無麻酔のECTは少数ながら行われていた．ECTの年間件数は関東で多く，四国で少なかった．人口10万人あたりの年間ECTの件数は北海道，関東で多く，近畿，四国で少なかった．今回の結果を諸外国の報告と比較したところ，わが国のECT実施率が欧米やアジアと比較し決して高くはないことが示された．ECTの実施率の地域差については，今後の検討が必要であるものの，ECTの適応条件が異なることや麻酔科医の不足が関与している可能性が考えられる．

＜索引用語：電気けいれん療法（ECT），修正型ECT，地域差，精神科専門医研修施設＞

1．はじめに

わが国の電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）は1939年に最初の報告があったが，薬物療法の進展とともに次第に用いられなくなっていた．しかし，薬物療法の限界が示される中で，ECTは再び見直されている．1980年代以降総合病院を中心に筋弛緩薬を用いる修正型ECTが広がりをみせているものの，わが国におけるECTの実態調査はこれまでほとんど行われていない．

1990年代後半に行われた84の大学病院および37の国立病院・療養所を対象としたアンケート調査の結果によれば，回収率71％の中でのECT実施施設は56施設（65％）に及んでいた．これらの施設に対する第2次調査の回収率は82％であり，その結果では，修正型を全く実施していない施設が9施設（20％），全て修正型で実施している施設が15施設（32％）であった[8)]．また，全自病協精神科特別部会加盟医療機関の単科45，併設有床113，併設無床123施設の計281施設を対象とした2001年の調査結果では，回収率58％という限界はあるものの，有床施設でECTを実施しているのが50％であった．そのうち修正型の実施施設42％であり，単科で21％，併設有床で59％であった[9)]．

今回，わが国のECTの実態について日本精神神経学会精神科専門医研修認定施設を対象としてアンケート調査し，今後のECTの適正化，標準化のための参考とすることとした．これまでの調査対象であった大学病院や公立病院のみならず，わが国精神科医療の中心を担っている民間の精神科病院も対象としたことが特徴である．この報告では，地域（北海道，東北，関東，中部，近畿，中国，四国，九州・沖縄）による差について特に検討した．

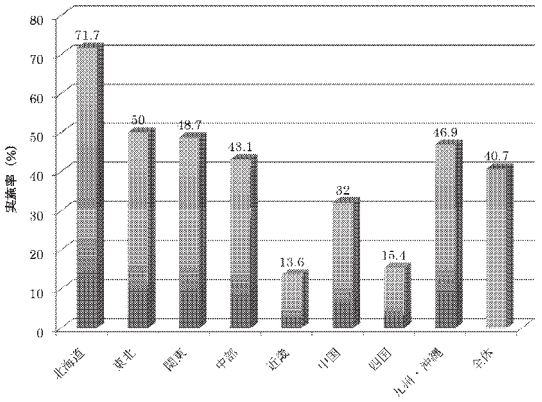


図1　ECT 実施率の地域差

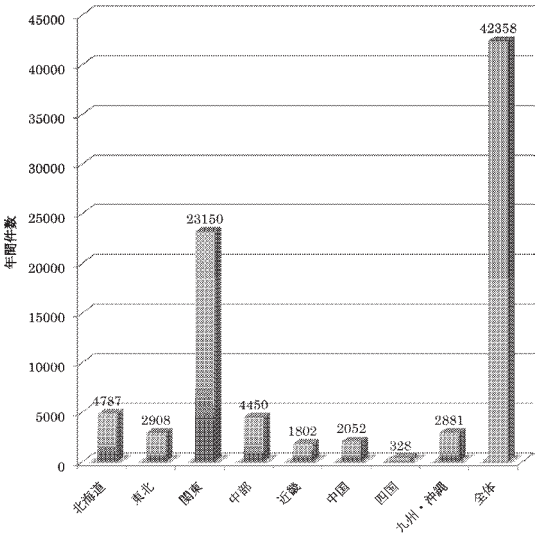


図2　ECT 年間件数の地域差

2.　対象と方法

日本精神神経学会精神科専門医研修施設1463にアンケートを郵送した．回答項目は，施設の所在地，設立主体，形態，病床数，ECT 実施の有無およびECT 実施方法（治療器，実施場所，麻酔，筋弛緩薬，マスクなどによる酸素化，モニタリング，診療報酬，2008年1月から12月の実施件数，麻酔担当医）であった．ここでは，ECTの実施方法と1年間の実施件数について地域差を中心にまとめておく．

3.　結　　果

1）回答率

回答のあった施設数は875（回答率60％）であり，地域や機関形態による差はなかった．

2）ECT 実施率

全体では356施設でECT を実施していたが，実施率には地域差があり，近畿（13.6％）と四国（15.4％）で低く，北海道（71.7％）で高かった（図1）．機関形態別では，大学病院で75.7%と高く，総合病院と精神科病院の実施率はそれぞれ42.7％，45.8％とほとんど変わらなかった．

3）ECT の年間件数

図2に示すように，関東で23150件と全体の50％以上を占め，四国で最も少なかった．

4）手法別ECT

全体では，修正型のみの実施施設が約4割であり，麻酔薬のみのECT の実施施設もほぼ同様の割合であった．無麻酔のECT を行っている施設も13あった．修正型を実施している施設の割合は，近畿や中国で高かった（図3）．年間の手法別ECT 件数は，修正型が29040，麻酔のみが13186であり，無麻酔の件数も132あった．地域別では，近畿で修正型の割合が高く，北海道で低かった（図4）．機関形態別では，大学病院と総合病院ではほとんど全てのECT が修正型で行われているのに対し，精神科病院では修正型件数は半数以下であった（図5）．

5）人口10万人あたりの年間ECT 実施件数

2008年の人口統計をもとに今回の結果から人口10万人あたりの年間ECT の件数を算出した．表1に示すように，ECT の全件数は北海道で85.9と最も多く，近畿7.9と四国8.2で少なく，その差は10倍以上であった．修正型だけに限っても，北海道38と関東36.6で多く，四国6.6と

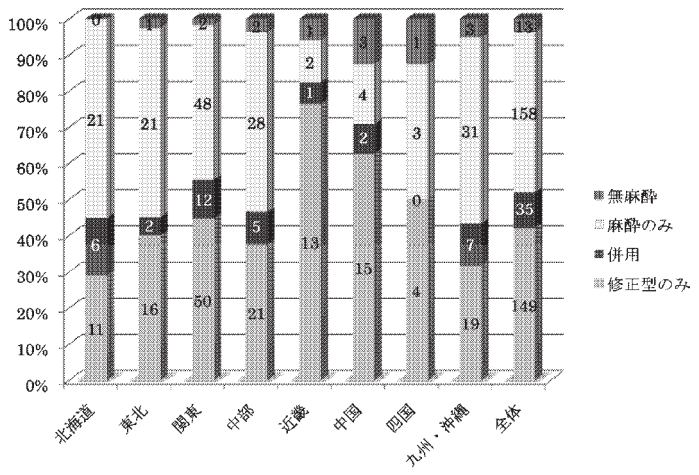


図 3　ECT 実施施設の手法別割合の地域差

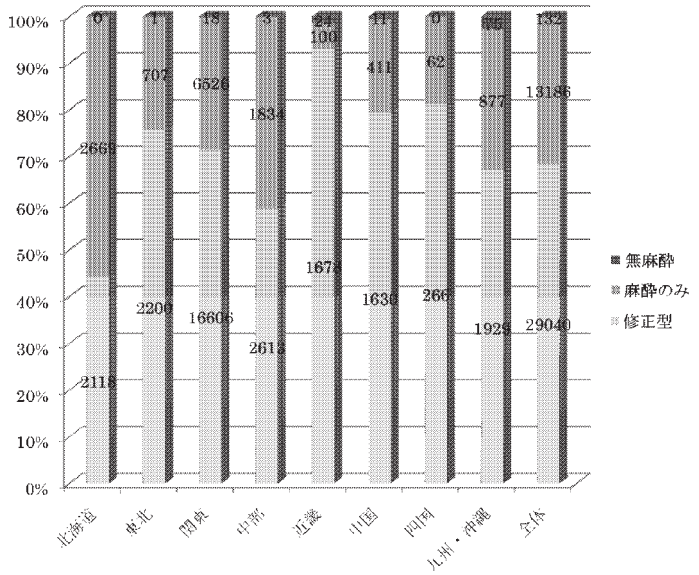


図 4　年間 ECT 件数の手法別割合の地域差

近畿 7.4 で少なく，その差は 5 倍に達していた．わが国全体では，人口 10 万人あたりの年間 ECT の件数は 33.1 であり，修正型に限ると 22.7 であった．

4．考　　察

今回の結果より，わが国の ECT 実施件数には地域差があり，東日本で多く，西日本で少ないことが明らかになった．この理由として，ECT の適応条件が東日本と西日本で異なる可能性が考えられる．この点については，ECT の適応条件についてのアンケート調査が必要であろう．

世界的には修正型以外の ECT は根絶が求められている[5]．しかし，アジア圏では修正型以外の

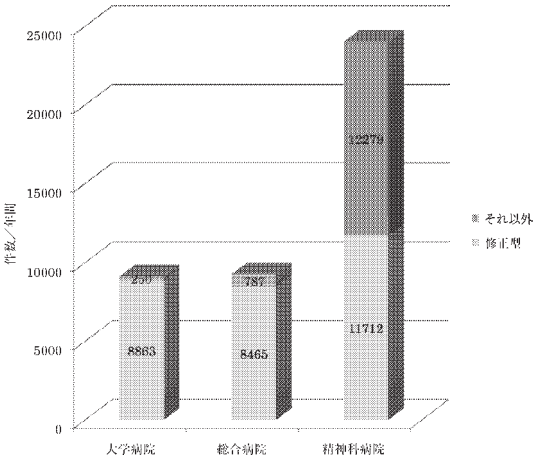


図5　年間ECTの手法別割合の機関形態による違い

表1　人口10万人あたりの年間ECT実施件数の地域差

地域	全ECT	修正型ECT
北海道	85.9	38
東北	30.8	23.3
関東	51	36.6
中部	24	14.1
近畿	7.9	7.4
中国	27	21.4
四国	8.2	6.6
九州・沖縄	19.7	13.2
全国	33.1	22.7

表2　ECTの実施頻度の国際比較

地域	人口10万人あたりの人数	報告者
香港	2.7〜3.4	Chung, 2003[3]
台湾	4.7	Chang, 2006[1]
タイ	11.5	Chanpattana & Kramer, 2004[2]
英国	5.8	Department of Health, 2002[4]
米国（カリフォルニア）	9.0	Kramer, 1999[6]
オーストラリア（ビクトリア）	39.9	Wood & Burgess, 2003[10]
日本	（33.1）件数	今回の結果

ECTが広く行われている[7]．今回の結果からも，わが国では単科精神科病院を中心に修正型以外のECTが多数行われていることが明らかになった．特に無麻酔でのECTが少数ながらも実施されている点については，今後の対策を検討する必要がある．これまでも指摘されているように，麻酔科医を確保するための方法を考えなければならない[8]．

今回の調査結果から計算したわが国の人口10万人あたりの年間のECT件数は33.1であった．この結果を最近の海外での報告と比較したものを表2に示す．海外の報告は人口10万人あたりの人数で示されているため，単純な比較はできないものの，オーストラリア[10]，米国[6]やタイ[2]よりは少なく，英国[4]や台湾[1]と同程度と考えられる．

今回の結果に表れたECTの地域差の要因を明らかにする作業を進めつつ，ECTを必要とする人が安全に治療を受けることができる体制およびECT実施基準の作成に努める必要がある．

文　　献

1）Chang, S.S.: Electroconvulsive therapy in Asia. Electroconvulsive and Neuromodulation Therapies (ed. by Swartz, C.M.). Cambridge University Press, New York, p. 256-265, 2009

2）Chanpattana, W., Kramer, B.A.: Electroconvulsive therapy practice in Thailand. J ECT, 20; 94-98, 2004

3）Chung, K.F.: Electroconvulsive therapy in Hong Kong: Rates of use, indications, and outcome. J ECT, 19; 98-102, 2003

4）Department of Health: Electro Convulsive Therapy: Survey covering the period from January 2002 to March 2002, England. Statistical Bulletin. p. 1-28, 2003

5）Freeman, M., Pathare, S., Drew, N., et al.: WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation, World Health Organization, Geneva, 2005

6）Kramer, B.A.: Use of ECT in California, revisited: 1984-1994. J ECT, 15; 245-251, 1999

7）本橋伸高：電気けいれん療法の現状と動向―国際的な視点から．精神医学，47; 1173-1177, 2005

8）Motohashi, N., Awata, S., Higuchi, T.: A questionnaire survey of ECT practice in university hospitals and national hospitals in Japan. J ECT, 20; 21-23, 2004

9）佐々木青磁：自治体病院における電気けいれん療法の現状と問題点．精神医学，47; 1179-1189, 2005

10）Wood, D.A., Burgess, P.M.: Epidemiological analysis of electroconvulsive therapy in Victoria, Australia. Aust N Z J Psychiatry, 37; 307-311, 2003

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

ECT の関西地区での地域連携
――民間病院での受け入れ状況――

澤　温（ほくとクリニック病院）

これまで ECT の施行は関東に多く，関西で少ないという報告があり，関西での実態と他施設から ECT の依頼受け入れの状況を調べるためにアンケート調査を行った．近畿地区の日本精神科病院協会傘下の 121 病院にアンケート調査を行った．有効回答は 97 病院（回収率は 80.2％）であった．ECT を行っている病院は 97 病院中 13，行っていない病院は 84 であった．ECT を行っている病院 13 において，急性期症例に対する治療クール数については，月に 1 回超えて 3 回以下が最も多かった．疾患では統合失調症が最も多くうつ病がその半数以下であった．修正型（無痙攣）か，有痙攣かについては修正型が 6 病院（46％），有痙攣が 7 病院（54％）であった．修正型の病院での麻酔の状況においては，症例によって外から麻酔医を招く，麻酔の訓練を受けた精神科医がいるがそれぞれ 2 病院で，元麻酔科医の内科医がいる，麻酔経験のある外科医がいるがそれぞれ 1 病院であった．他の病院や診療所からの ECT 適応患者を積極的に受けているかについて，受けているは 4 病院，受けていないが 9 病院で自らの病院内の症例に限定している，つまり院内で ECT が必要な患者が出たときのみ施行しているほうが多いことがわかった．今後他の病院や診療所から ECT 適応患者を受け入れる意向について問うたが受け入れる意向があるが 7 病院で半数を超えた．

ECT を行っていない 84 病院のうち，したいが麻酔科医が得られないが最も多く，続いてしたいが設備が不十分，必要な症例がない，ECT はもともとしたくないが続いた．

以上より，現在 ECT を行っている病院では麻酔などの安全面への危惧が多いが今後外からの依頼も受け入れていく意向がみられ，また行っていない病院では今後もしないという病院と今後していきたいという病院に分かれた．

＜**索引用語**：電気けいれん療法，ECT，麻酔，連携，民間精神科病院＞

Some reports indicate that ECT has been performed more frequently in the Kanto region than in the Kansai region. Therefore, we conducted a survey on actual ECT use in the Kansai region, as well as whether or not facilities offering ECT accepted referrals from other services. A questionnaire was sent to all of the 121 private hospitals in the Kansai region. We received responses from 97 hospitals (80.2%). Of these, 13 hospitals actually performed ECT, while the remaining 84 did not. In the 13 hospitals using ECT, the mode of treatment for acute patients was 2-3 sessions a month. The most common diagnosis for ECT patients was schizophrenia. Depression was the second most common diagnosis, but depression cases numbered less than half those of schizophrenia. Modified ECT was performed in six hospitals (46%), while unmodified ECT was used in seven hospitals (54%). Regarding cooperation with anesthesiologists in the hospitals where modified ECT was performed, two hospitals consulted with an anesthesiologist depending on the patient's physical condition. In two other hospitals, psychiatrists who had some degree of training in anesthesiology performed ECT on their own. There was an internist who had trained as an anesthesiologist in one hospital. Another hospital had a surgeon with

experience in anesthesiology. Four hospitals accepted referrals from other services, and nine hospitals performed ECT only for inpatients in their hospitals. Seven hospitals intended to accept referrals from other services in the future.

In the 84 responding hospitals where ECT had not been performed, reasons given for not performing ECT, in descending order of frequency, were: difficulties related to cooperation with anesthesiologists, inadequate equipment, a lack of cases requiring ECT, and no desire to perform ECT.

In summary, despite concerns about the safety of anesthesia, hospitals already performing ECT tend to continue accepting referrals from other services. The idea of performing ECT in the future remained controversial in the hospitals which had not yet performed ECT.

＜**Key words**: ECT, electroconvulsive therapy, anesthesia, network, private psychiatric hospital＞

1. はじめに

日本では電気痙攣療法（以下ECT）の使用は薬物療法の発達によりかなり減ったが，薬物療法に不応性のうつ病患者，昏迷状態の患者などにはその効果の確実性，迅速性の点から今も使われている．しかしECTの使用については国内で地域差が大きいと言われている．またECTは，以前は精神科医が静脈麻酔を行い（従来型）（一部では無麻酔で），サイン波のECTを行っていたが，サイン波の機械が新たには販売されず，矩形波の機械で唯一使えるサイマトロンが使用されるようになり，そして副作用を減らすためにも麻酔の後，筋弛緩をかけてECT（以下修正型）が行われ，安全性の確保がより一層問題になり，地域での連携が必要となっている．今回は関西地区での地域連携，特に民間病院での受け入れ状況について調査したので報告し，今後の方向付けをしたい．

2. これまでの調査

日本におけるECTの現状については，佐々木の報告[1~3]がある．佐々木は全国自治体病院協議会に属する病院にアンケート調査を行い，修正型が232例で1982回，従来型が356例で4770回行われ，なお従来型が多いばかりか無麻酔が67例で323回行われていると報告した．また施行回数は地域差が大きく，年間入院患者100人あたり，単科病院で最多は関東の64.4回，最少は近畿の2.0回と30倍以上の開きがあり，総合病院でも，最多は関東の28.2回に対し，最少は九州，沖縄の0回であるが，少ない第2位は中部東海北陸の4.4回で，第3位は近畿の8.8回でやはり関東の1/3以下であったという．

須賀は[5]は近畿圏2府4県の有床精神科病院72病院（回収率50％）から回答を得て，21施設においてのみECTが行われていたが，施行回数は単科精神科病院，公立精神科病院，大学病院いずれにおいても増加の傾向がみられ，地域ごとの紹介システムが必要であると述べている．

3. 今回の調査

2006年12月に近畿ECT連絡会が発足し，年1～2回の集まりをして，現状の把握と今後ECTが必要な症例にどのように安全かつ適切に施行できるかを検討しているが，民間病院からの参加は少ない．そこでこれまでの調査を受けて，今回は関西地区での民間精神科病院でのECTの施行実態と今後他の医療機関からのECT依頼を受けるかの意向について調査した．

調査対象

近畿地区（滋賀，京都，大阪，兵庫，奈良，和歌山）の日本精神科病院協会傘下の121病院に表1のようなアンケート記入を依頼した．

表1　ECT アンケート

貴施設名（　　）

質問の（　　）に数値を記入，あるいは選択肢に丸をつけてください

1）貴施設では ECT は行っていますか

①行っている　　②行っていない

2）①に丸をつけた施設のみ回答願います

（ｉ）急性期の症例は，月に大体（　　）症例（延べ ECT 回数でなくクール数）

（ii）疾患は，統合失調症，うつ病，その他　のどれが多いか丸をつけてください

（iii）維持 ECT は行っていますか　　現在（　　）症例に施行

（iv）修正型（無痙攣）ですか，有痙攣ですか（無痙攣，有痙攣のどちらかに○）

（ｖ）修正型の施設では麻酔は麻酔科医がしていますか

・全症例に対し外から麻酔科医を常に招く

・症例によって外から麻酔科医を招く

・初回のみ麻酔科医を招く

・常勤麻酔科医がいる

・麻酔の訓練を受けた精神科医がいる

・麻酔の経験のある精神科医がいる

（vi）ECT の適応は誰が決めますか

主治医　　医局会など複数意見

（vii）他の病院や診療所からの ECT 適応患者を積極的に受けていますか

はい　　いいえ

・はいと回答いただいた施設での受け入れ理由と問題点はありますか

（受け入れ理由）

（問題点）

・いいえと回答いただいた施設での受け入れない理由は何ですか

（受け入れない理由）

（viii）今後他の病院や診療所からの ECT 適応患者を受け入れる意向がありますか

3）②に丸をつけた施設のみ回答願います

（ｉ）行っておられない理由は次のどれですか

・必要な症例がない

・ECT はもともとしたくない

・したいが設備が不十分

・したいが麻酔科医が得られない

・その他（　　）

ご協力ありがとうございました

調査結果と考察

1）調査対象病院

121 病院に調査を依頼し，有効回答は 97 病院から得た．回収率は 80.2％であった．

各質問への結果についての回答は以下の通りであった．

①貴施設では ECT は行っていますか？

行っている病院は 97 病院中 13 で 13.4％，行っていない病院は 84 で 86.6％であった．行っている病院を県別でみてみると，滋賀は 1/6 で 16.7％，京都は 2/12 で 16.7％，大阪は 4/44 で 9.1％，兵庫は 4/27 で 14.8％，奈良は 1/4 で 25％，和歌山は 0/6 であった．以下は 6 県の合計についてのデータである．

ECT を行っている病院 13 について以下の（ｉ）から（viii）の回答を得た．

（ｉ）急性期の症例は月に何症例ですか？

図 1 に示すように，治療クール数については，月に 1 回超えて 3 回以下が最も多く 31％，年 1 回超え月に 1 回以下が 30％，年 1 回以下，月 3 回超え，不定期がいずれも 8％であった．

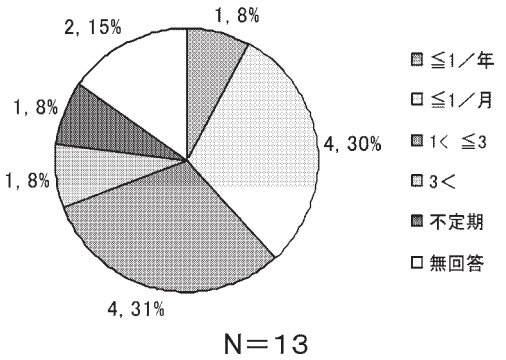


図１　急性期の症例は月に何症例ですか？（クール数）

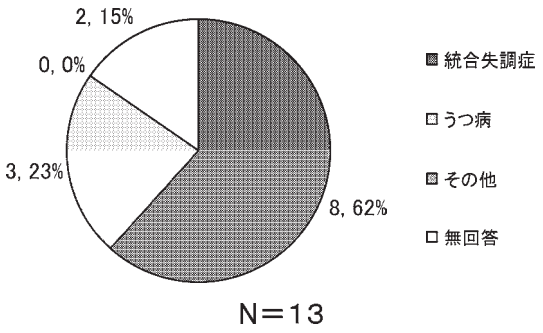


図２　疾患は，どれが多いですか？

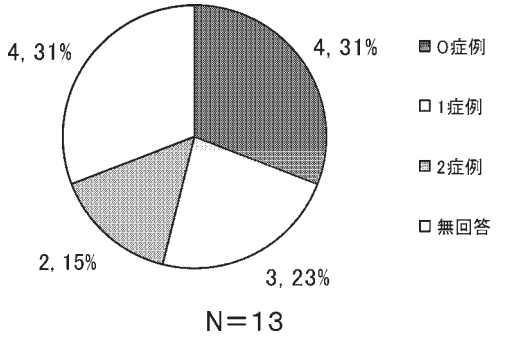


図３　維持 ECT は何症例に行っていますか？

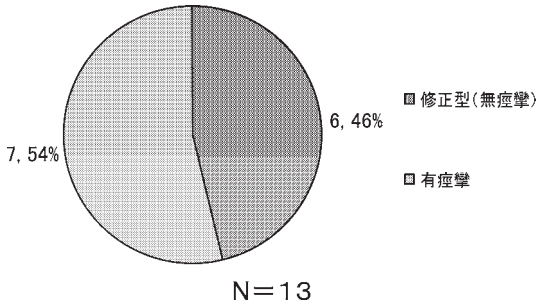


図４　修正型（無痙攣）か，有痙攣か？

（ii）疾患は，どれが多いですか？

図２に示すように，統合失調症が最も多く62％，続いてうつ病が23％であった．これは通常うつ病への適応が多いということと異なるが，全体数が少ないことからうつ病については薬物療法が優先していることが関係しており，統合失調症において ECT の適応状態が昏迷かその興奮状態や幻覚妄想状態かは問うていないのでわからないがいずれにしても（ｉ）の施行頻度からみてかなり限定して使われていることがわかった．

（iii）維持 ECT は何症例に行っていますか？

図３に示すように，行っている施設は５施設のみで，１症例が３病院，２症例が２病院であった．無回答が４病院あったことから維持 ECT の理解は不十分である可能性があった．

（iv）修正型（無痙攣）か，有痙攣か？

図４に示すように修正型が６病院（46％），有痙攣が７病院（54％）であった．

（ｖ）修正型の施設では麻酔は麻酔科医が行っていますか？

図５に示すように，症例によって外から麻酔医を招く，麻酔の訓練を受けた精神科医がいるがそれぞれ2病院で，元麻酔科医の内科医がいる，麻酔経験のある外科医がいるがそれぞれ１病院で，後者３回答は偶然の人的資源を示しており，症例によって外から麻酔科医を招くとあわせても苦労をして安全を確保しようとしている姿勢がみられた．

（vi）ECT の適応は誰が決めますか？

図６に示すように主治医単独が８病院，医局会などの複数意見で決めるが４病院，いずれの場合もあるが１病院であった．単独の場合の基準があるかどうかの質問はしなかったが，今後そのような基準が定められること，そしてできれば ECT の適応基準のさらなる均質化および各医師への訓

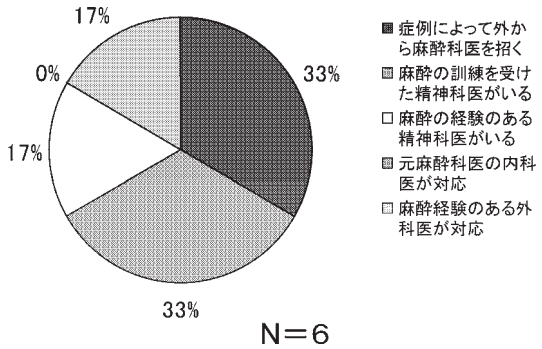


図5　修正型の施設では麻酔は麻酔科医が行っていますか？

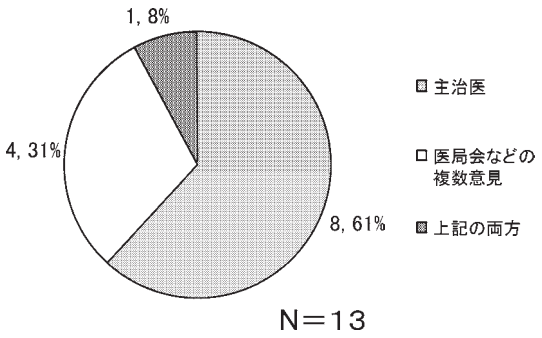


図6　ECT の適応は誰が決めますか？

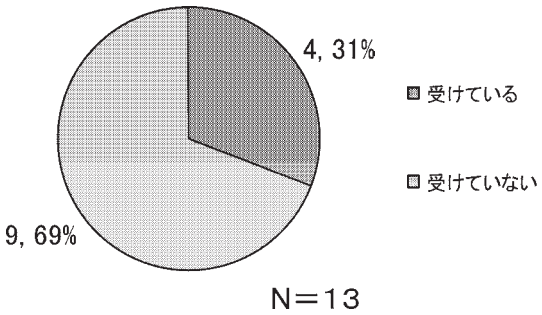


図7　他の病院や診療所からの ECT 適応患者を積極的に受けていますか？

練のためにも複数意見を取り入れるなどのやり方が必要と考える．これはリスク管理，ひいてはなんらかの事故時のクレームや訴訟などへの対応においても必要と考える．

（vii）他の病院や診療所からの ECT 適応患者を積極的に受けていますか？

図7に示すように，受けているは4病院，受けていないが9病院で自らの病院内の症例に限定している，つまり院内で ECT が必要な患者が出たときのみ施行しているほうが多いことがわかった．一方受けている病院4病院をみてみると，修正型が3病院で有痙攣が1病院であった．

（vii-1）「受けている」施設の中で受け入れ理由は何ですか？

この質問については以下のような回答が寄せられた．

・患者や家族の期待が大きく切実であるため．
・依頼があり，適応と判断すれば受け入れる．
・滋賀県では大学病院か当院でしか ECT をしていない．原則大学へお願いするよう説明するが大学のキャパシティの問題もあり，「待てない」などのケースは受け入れる．
・治療機会の均等化

行ってはいても，以上のように，一種の使命感があって行っている姿が浮き彫りになった．

（vii-2）「受けている」施設の中で問題点はありますか？

この質問については以下のような回答が得られた．

・もとの主治医の薬物療法を受けながら ECT のみ当院で受けるつもりの患者がおり，保険診療上困る場合がしばしばある．
・ECT が認知されていないのであまり依頼がない．
・ECT を行った症例では依頼先に帰らないことがある．
・万が一のときの対応能力が大学に比べると低い．また，大学ならサイマトロンでできるが当院はサイン波．
・難治というだけで診断，治療の再検討が不十分なまま紹介されてくることがある．

民間病院での限界を持ちながら努力しているが，依頼元からある基準で受け入れ，治療後依頼元に

帰るという，いわゆるパスが十分でないことがわかった．

（vii-3）「受けていない」施設の中で，受け入れない理由は何ですか？

この質問については以下のような回答が得られた．

・周知されていないため ECT の依頼はない．
・受け入れないわけではないが要請がない．
・適応症例は薬物難治性症例のみ．
・修正型は行っていない．
・適応が一致しない．
・ECT 目的での入院は受け入れていない，必要に応じて使うだけ．
・万一の事故の責任が心配．

この回答から，依頼が少ないという点もあるが，適応基準が共有されていない点や，リスクを負ってまですることはできないという姿勢がみられる．

（viii）今後他の病院や診療所から ECT 適応患者を受け入れる意向はありますか？

図 8 に示すように受け入れる意向があるが 7 病院で半数を超えた．ただし積極的に受け入れようという病院 4 病院および積極的ではないが受け入れようという病院のうち有痙攣がそれぞれ 1 病院あった．

②行っていない理由は次のどれですか？

図 9 に示すように行っていない 84 病院のうち，したいが麻酔科医が得られないが最も多く，続いてしたいが設備が不十分，必要な症例がない，ECT はもともとしたくないが続いた．

その他行っていない理由として以下の回答を得た．

・現状，薬物療法などで治療が行えている．
・大阪医大，関西医大，京都大学と連携して行っているので当院では実施せず．
・滋賀医大に全て紹介して集約している．
・コストと安全性．
・安全面．
・ECT に半恒久的効果がみられない．患者負担とのバランス．
・効果が持続しないため．
・ECT を行った症例がないためと，適応例の判断ができないため．

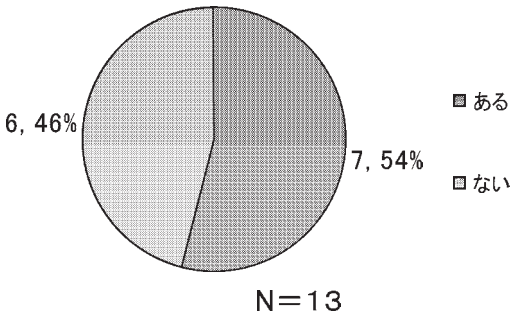


図 8　今後他の病院や診療所から ECT 適応患者を受け入れる意向はありますか？

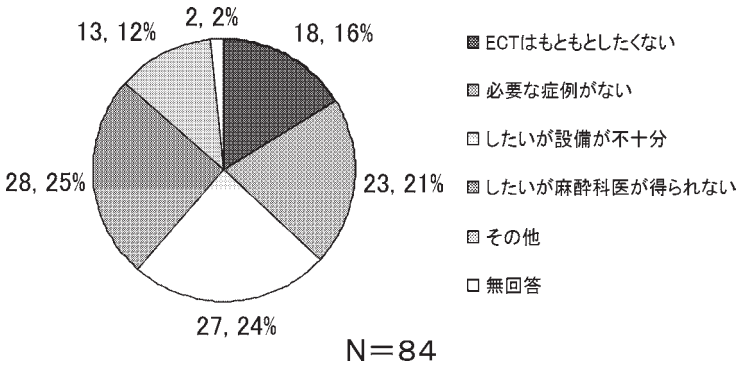


図 9　行っていない理由は次のどれですか？

・経験不足．
・情報量の不足．関西地域でのECTに対するタブー視．
・設備および人員が不十分なため実施していない．
・当院では有痙攣型でしか行えないが，修正型で行わず事故が発生した場合，訴訟やマスコミ報道などのリスクが発生するため，現在は行わないようにしている．（全国的には，やはり修正型がスタンダードになってきているのでしょうか？）
・1ヶ月以内に開始予定．
・現在準備中．

以上より，必要を感じていない，したくない，効果が続かない，安全性への危惧，今後予定はしているなどが多いことがわかった．

4．まとめ

今回のアンケート調査で民間の病院でECTを行っているのは10％強で，そのうち修正型は50％弱しか行われていなかった．行わない理由としては，特に設備，人員，技術に問題があって行いにくいという意見が多かった．外からのECT依頼については受け入れには消極的であったが，受け入れていない病院の半数は「したい」と回答した．また外に頼んでは迅速性にも欠ける（昏迷，悪性症候群）ので外に依頼しないが，自院の通常の医療の範囲に留めたいという意見がみられた．

ただ受け入れる病院は修正型に限らないという点がみられ今後修正型をスタンダードにしていくかどうかという点では問題となるかもしれない．麻酔医が得られないという点から安全面で心配であるし，かといって麻酔医を招いていてはコストがあわないなどの問題がさらに明らかになった．今後麻酔科医を招く方向で進めるか，精神科医も一定の訓練をして行わせるかが重要であると筆者は以前に述べたが[4]，この点は学会レベルでさらに検討する必要があると考える．

関西では関東よりECT施行頻度が少ないが，安全を確保しつつ伸ばしていこうという姿勢が明らかになった．

文　献

1）佐々木青磁：電気けいれん療法の調査結果　電気けいれん療法の実態について―全国自治体病院協議会アンケート調査から―．全国自治体病院協議会雑誌，41；1236-1239, 2002

2）佐々木青磁，猪俣好正，金子晃一ほか：電気けいれん療法の実態について―全国自治体病院協議会アンケート調査から．病院・地域精神医学，153；245-247, 2003

3）佐々木青磁：電気けいれん療法　自治体病院における電気けいれん療法の現状と問題点．精神医学，47；1179-1189, 2005

4）澤　温：電気けいれん療法の再評価―精神科治療の全体の迅速性，均質性，社会復帰の促進の中で―．精神経誌，109；365-372, 2007

5）須賀英道：近畿圏における電気けいれん療法の調査報告および提言．精神経誌，110；683-685, 2008

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

ECT の中国地区でのネットワーク
――総合病院での受け入れ状況――

和 田　健（広島市立広島市民病院精神科）

中国地方 5 県における ECT の現状と，総合病院精神科における患者受け入れ状況について紹介した．広島市内で m-ECT が施行可能な総合病院精神科 3 施設で平成 20 年に m-ECT を施行した患者数は延べ 39 名，総施行回数は 335 回，一人あたり平均施行回数は 8.6 回で，実患者数は 36 名であった．うつ病および双極性障害が 24 名 66.7 %であり，11 名 31 %が精神科クリニックから，6 名 16.7 %が単科精神科病院からの紹介であった．紹介患者 21 名中 13 名は退院後紹介元の医療機関へ通院または転院していた．その他の地域の総合病院精神科では年間 10～20 例程度を受け入れており，自施設に通院していた患者と他施設からの紹介患者の比率は各々異なっていた．紹介を受けて m-ECT を行い，再び紹介元で治療を継続する地域連携がある程度以上機能していると考えられた．今後は精神科救急を担っている精神科病院においても，速やかに m-ECT を行える体制の構築が必要と考え，広島県 ECT ネットワークを立ち上げ，活動を継続している．

＜索引用語：電気けいれん療法，地域連携，総合病院精神科，ECT ネットワーク＞

An Electroconvulsive Therapy Network in the Chugoku Region : Community Cooperation between General Hospital Psychiatric Units and Other Psychiatric Hospitals and Clinics

The author describes the present state of electroconvulsive therapy in the Chugoku region, as well as community cooperation between general hospital psychiatric units having psychiatric wards, which can provide modified electroconvulsive therapy, and other psychiatric hospitals and clinics. A total of 39 patients were treated with modified electroconvulsive therapy, 36 in net in 3 general hospitals in Hiroshima City in 2008. A total of 335 sessions of electroconvulsive therapy were performed, averaging 8.6 sessions per patient. Twenty-four patients (66.7%) were diagnosed with major depressive disorder or bipolar disorder. Eleven patients (31%) were referred from psychiatric clinics, while another six patients (16.7%) were referred from psychiatric hospitals. Thirteen of the 21 referred patients subsequently received outpatient or inpatient treatment in the same psychiatric clinics or psychiatric hospitals where they had received treatment before referral for electroconvulsive therapy. Approximately 10-20 patients per year received electroconvulsive therapy in each general hospital psychiatric unit in other areas of the Chugoku region. The proportion of referred patients differed among the general hospitals. Community cooperation in the area of electroconvulsive therapy, in which general hospital psychiatric units treat referred patients with modified electroconvulsive therapy, and psychiatric clinics and psychiatric hospitals provide ongoing treatment for them, currently functions at a modest level in the Chugoku region. The Hiroshima Prefecture ECT Network was begun in order to develop a network of community cooperation that makes it possible to provide modified electroconvulsive therapy quickly and adequately in psychiatric emergency hospitals; its members continue to hold regular meetings and activities.

＜**Key words**：electroconvulsive therapy, community cooperation, general hospital psychiatric unit, ECT network＞

1．はじめに

電気けいれん療法（以下，ECT と略す）は気分障害，統合失調症などの治療において薬物療法に勝る有効性と速効性を示す治療法である[1]．我が国でも全身麻酔下で筋弛緩薬を使用して行う修正型 ECT（以下，m-ECT と略す）が総合病院精神科を中心に広く普及してきているが，依然として精神科病院を中心に非修正型 ECT が行われている現状が続いている[2]．特に統合失調症患者において，薬物療法抵抗性であったり，速やかに緊張病状態を改善させるためなどの理由で ECT を行わざるを得ないが，麻酔科医の確保や院内体制の整備が困難で，m-ECT が行えない施設が相当数存在すると推測される．国際的なスタンダードに沿い，我が国でも ECT と言えば m-ECT と同義となり，非修正型 ECT が不要となる医療提供体制を確立していくことが急務である．m-ECT の施行には麻酔科医の協力が不可欠であり，麻酔のための機器や不測の事態に即応できるような蘇生のための機器なども常備していなければならない．麻酔科医も全国的に不足している現状が深刻で，すべての精神科入院施設で ECT が可能な体制をつくることは到底不可能であり，効率的とも言えない．したがって各地域あるいは医療圏ごとに m-ECT を行える基幹施設を整備し，精神科病院，精神科クリニックなどとの医療連携により，ECT が必要な患者にできるだけ速やかに治療が提供される体制を整備することが現実的であると考えられる．精神科病院で麻酔科医を確保して m-ECT を行えている施設もあるが，m-ECT の多くは総合病院および大学病院で行われており，ECT を必要とする患者の受け入れ先として総合病院は大きな比重を占めている[2]．

本稿では中国地方 5 県における ECT の現状と，総合病院精神科における ECT 施行患者の受け入れ状況および施行後の治療を含めた地域連携について報告する．また，2009 年から発足した広島県 ECT ネットワークについて紹介し，若干の考察を試みたい．

2．中国地方 5 県における ECT の現状

中国地方 5 県では入院治療が可能である有床総合病院精神科が配置されているか，各施設のマンパワーがどの程度か，治療文化ともいうべき背景から ECT にどの程度積極的かなどにより各県ごとに事情が異なっている．山口，島根，鳥取県では m-ECT が施行されているのは各大学病院のみである（平成 22 年 1 月時点の情報による）．山口および鳥取県では，大学病院以外に有床総合病院精神科がないことによると考えられる．島根県では有床総合病院精神科が島根大学病院を含め 5 施設と比較的多く配置されているにもかかわらず，ECT という治療手段に対して積極的でない背景があるという．岡山県では岡山大学病院，川崎医科大学病院で施行可能な以外に，麻酔科医を確保して m-ECT を行っている精神科病院が 2 施設ある．そのうち 1 施設はいわゆるスーパー救急病棟を有する精神科救急病院である．広島県では広島大学病院以外に 4 施設の有床総合病院精神科で m-ECT が行われており，精神科病院でも 2 施設で m-ECT が施行可能である．こちらも 1 施設は精神科救急病院である．広島県では他の 4 県に比べて m-ECT が治療として提供されやすい現状にあるとは考えられるが，これらの 7 施設のうち，5 施設は広島市内に位置しており，県西部以外には施行可能な施設はなく，全県的にバランスよく配置できているとは言い難い．

平成 20 年に行った広島県内 51 の精神科病院，総合病院精神科に対するアンケートの結果からは，ECT を未施行の 20 病院でその必要性を感じないという回答は 4 施設と少数であった．治療的な選択肢として ECT への潜在的なニーズは高いと考えられる．同じ 20 病院からの回答で，ECT を行わない理由として，安全性の確保ができないとの

表1　広島市内3施設でのm-ECT（H 20年）

のべ患者数	39名
総施行回数	335回
平均施行回数	8.6回（2〜16回）
実患者数	36名（男性14名，女性22名）
平均年齢	53.1歳（14〜81歳）

回答が14施設，m-ECTが施行不可能との回答が10施設であった．これらの結果からは日常臨床上，ECTの必要性は感じるが，m-ECTを自施設で行えないために断念している場合があることを示唆している．また近年急増している精神科クリニックにも，ECTを必要とする重症患者が受診することは当然あり得る．したがってECTを必要とする患者を速やかに治療可能な施設に受け入れる地域連携の構築をすすめる必要がある．受け入れ先としてはm-ECTが施行可能な有床総合病院精神科となることが多いが，あらゆる患者を受け入れることは実際には困難である．開放病棟しか持たない場合は，統合失調症で行動障害の強い患者などは受け入れられなかったり，患者の病状によっては搬送による転院ができない場合もあり得る．また精神科救急病院では，救急患者で緊急にECT施行が必要とされる場合などもあり，精神科病院でも安全にm-ECTが行える体制の整備が求められる．すべての精神科病院でというのは非現実的であり，精神科救急の基幹病院などが候補として考えられる．そのためにもっとも必要となるのは麻酔科医の確保であり，麻酔科医にもECTという治療手技およびECTの麻酔について理解してもらい，協力を呼びかけていく必要がある．電気けいれん療法の手技料とは別個に麻酔料を算定できるようにするなど，診療報酬上の手当ても必要と考えられる．

3．広島市内の総合病院精神科3施設におけるECT

平成20年における広島市内の総合病院精神科3施設でのECTの実績を表1に示す．のべ患者数は39名で，総施行回数は335回，一人あたり

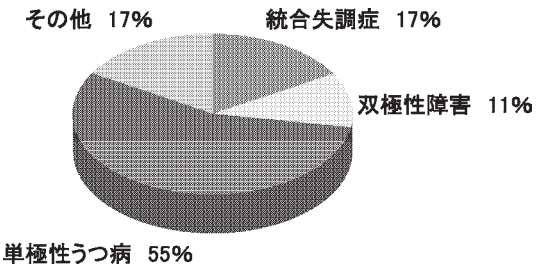


図1　m-ECT施行患者の疾患別内訳（N＝36）

平均施行回数は8.6回で，2〜16回であった．実患者数は36名で，男性が14名，女性が22名と女性優位であった．年齢は14歳から81歳に及び，平均年齢は53.1歳であった．1施設あたり年間10〜15名程度の施行と考えられるが，年によって変動はある．1日あたりのECT施行可能人数は当科では最大3名で，あらかじめ依頼しておけば休日にも施行可能であるが，他の2施設では麻酔科医や手術室の都合などで1日1名と決まっていたり，曜日によって1ないし2名であったり，施設の実情により異なっている．

疾患別の内訳は双極性障害，単極性うつ病をあわせた気分障害が66％と約2/3をしめた（図1）．その他の中には強迫性障害や薬剤性パーキンソニズムが含まれていた．初回のECT治療であった患者が80.6％で，著効および有効をあわせると83％の有効率であった．不変が11％，中止も6％に見られた．

m-ECT施行患者のうち，自施設に通院中の患者に対してm-ECTが導入された例が15例42％であり，他施設からの紹介患者が21例58％と過半数を占めていた（図2）．そのうち精神科クリニックからの紹介が最も多く11例31％，精神科病院が6例17％，総合病院精神科が2例5％，内科クリニックが2例5％であった．精神科クリニックからの紹介が多くなっているのは，広島市内に精神科クリニックが比較的多いこと，日頃から病診連携を積極的に行っていることなどによると考えられる．施行患者の中で気分障害患者が多数を占めていたのも，精神科クリニックの患者層

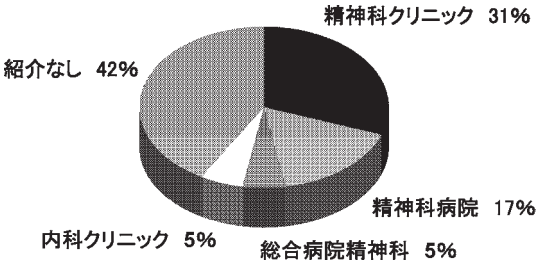


図2　m-ECT 施行患者の紹介元の有無

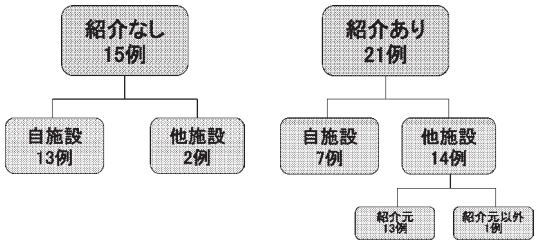


図3　m-ECT 終了後の受診先（広島市内3施設）

を反映していると考えられる．精神科クリニックの立場で重症うつ病患者の入院依頼を考えるときに，閉鎖処遇を考慮して精神科病院へ紹介するか，ECT 目的で総合病院精神科へ紹介するかの選択肢が考えられる．後者はやはり自らの治療経験がないと考慮されにくい選択肢であり，広島市内の精神科開業医の多くは有床総合病院精神科での勤務経験を持っていることが ECT 目的での紹介を促進する素地になっている可能性があると言えるかも知れない．精神科病院からの紹介患者6例のうち，統合失調症が2例，気分障害が2例，その他が2例であった．統合失調症患者が比較的多数とはなっていないが，薬物療法抵抗性で ECT が考慮されるような難治性の患者では，開放病棟という治療構造では受け入れ困難なために紹介に至っていない可能性も推測される．

ECT 治療終了後の受診先を見ると，ECT を施行した施設へ通院していた15例では，13例が引き続き自施設へ通院，2例が他施設へ紹介となっていた（図3）．他施設から紹介となった21例では，ECT を施行した施設での通院となったのが7例で，14例は他施設での通院となり，13例は紹介元の施設へ戻っていた．ECT を必要とする患者を受け入れて治療し，再び紹介元の主治医へ返すという意味での連携がある程度は機能していると考えられた．

4．広島市以外の地域での総合病院における ECT 受け入れ状況

呉医療センターは広島県呉市に位置する基幹総合病院であり，瀬戸内海の島しょ部なども診療圏としている．精神科病棟は開放病棟であるが，隔離が可能な個室を8床有しており，より重症の患者にも対応が可能である．平成20年における呉医療センターでの ECT の実績を表2に示す．のべ患者数は23名で，総施行回数は192回，一人あたり平均施行回数は8.3回で，2〜15回であった．実患者数は23名で，男性が6名，女性が17名と女性優位であった．年齢は15歳から79歳，平均年齢は50.6歳であった．対象疾患は統合失調症が10例，気分障害が11例などで，統合失調症患者の比率が高くなっていた．ECT 施行患者の退院後の治療状況を見ると，23例中21例が自施設に通院中であった患者であることもあり，他施設で外来加療となったのは1例のみで，22例は呉医療センターでの継続加療となっていた（図4）．

山口大学病院は精神科病棟が51床，開放病棟が26床で隔離可能な個室を2床，閉鎖病棟が25床で隔離可能な個室を5床有している．平成21年における山口大学病院での ECT の実績を表3に示す．のべ患者数は12名で，総施行回数は92回，一人あたり平均施行回数は7.7回で，4〜16回であった．実患者数は12名で，男性が6名，女性が6名であった．年齢は27歳から81歳，平均年齢は48.3歳であった．対象疾患は統合失調症が4例，気分障害が8例で，12例中5例が他施設からの紹介患者であった．ECT 施行患者の退院後の治療状況を見ると，12例中3例が他施設で外来加療となっていた（図5）．

表2　呉医療センターでの m-ECT（H 20 年）

のべ患者数	23 名	
総施行回数	192 回	
平均施行回数	8.3 回（2〜15 回）	
実患者数	23 名（男性 6 名，女性 17 名）	
平均年齢	50.6 歳（15〜79 歳）	
対象疾患	統合失調症	10 例
	気分障害	11 例

表3　山口大学精神科での m-ECT（H 21 年）

のべ患者数	12 名	
総施行回数	92 回	
平均施行回数	7.7 回（4〜16 回）	
実患者数	12 名（男性 6 名，女性 6 名）	
平均年齢	48.3 歳（27〜81 歳）	
対象疾患	統合失調症	4 例
	気分障害	8 例

表4　岡山大学精神科での m-ECT（H 21 年）

のべ患者数	8 名	
総施行回数	83 回	
平均施行回数	10.4 回（7〜16 回）	
実患者数	8 名（男性 2 名，女性 6 名）	
平均年齢	65.8 歳（39〜83 歳）	
対象疾患	統合失調症	3 例
	気分障害	5 例

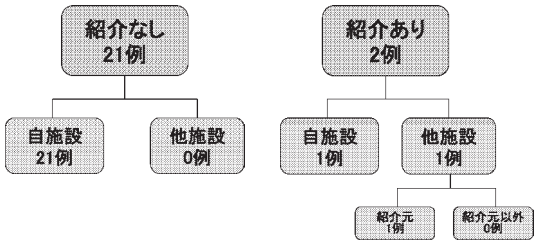


図4　m-ECT 終了後の受診先（呉医療センター）

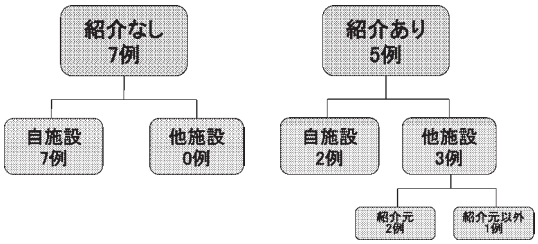


図5　m-ECT 終了後の受診先（山口大学）

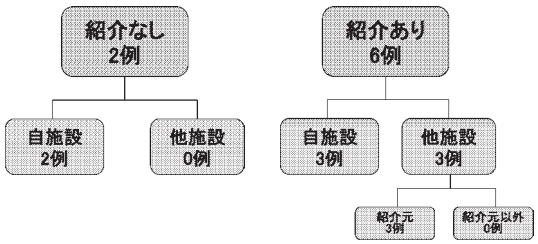


図6　m-ECT 終了後の受診先（岡山大学）

岡山大学病院は精神科病棟が 50 床，開放病棟 25 床，閉鎖病棟 25 床で，隔離可能な個室を 2 床有している．平成 21 年における岡山大学病院での ECT の実績を表 4 に示す．のべ患者数は 8 名で，例年よりも少数とのことであった．総施行回数は 83 回，一人あたり平均施行回数は 10.4 回と他施設よりやや多く，7〜16 回であった．実患者数は 8 名で，男性が 2 名，女性が 6 名であった．年齢は 39 歳から 83 歳，平均年齢は 65.8 歳で他施設より高くなっていた．対象疾患は統合失調症が 3 例，気分障害が 5 例で，8 例中 6 例が他施設からの紹介患者であった．ECT 施行患者の退院後の治療状況を見ると，8 例中 3 例が他施設で外来加療となっていた（図 6）．

上記各施設では，年間 10〜20 例程度を受け入れており，自施設に通院していた患者と他施設からの紹介患者の比率は各々異なっていた．各施設とも病診連携，病病連携を推進するという基本方針に沿って地域連携を行っていると考えられるが，紹介患者全例を逆紹介するということは実際には難しい．当面は自施設の外来で一定期間経過を見た上で，逆紹介するという例もあると考えられる．今後有床総合病院精神科は一般外来機能を縮小して入院医療により重点をおく方向になると思われ，ECT により改善して外来加療が可能となった患者は，精神科クリニックまたは精神科病院へ逆紹介する場合がさらに増加すると予想される．その際には ECT 治療の経験を持つ精神科開業医，精

表5　広島県 ECT ネットワークの目的

(1) 広島地区での ECT に関する情報の共有化
(2) 広島地区での ECT 施行に関する標準化の試み
(3) 人材育成，教育
(4) 啓蒙活動
(5) 治療・適応・作用機序についての研究的基盤作り

↓

麻酔科医とも連携したネットワークの構築

↓

ECT の恩恵をうける患者数の増加
Unmodified-ECT の根絶

神科病院勤務医を中心に顔の見える連携体制をつくっていくことが重要となる．さらには ECT 治療の経験を持たない精神科医にも ECT についての理解を深めてもらい，ECT を必要とする患者を速やかに紹介してもらえるよう啓蒙にも努める必要があると考えられる．精神科後期研修においては，大学病院を含む総合病院精神科での研修を必須として，ECT の治療経験を必ず持てるように研修プログラムを改訂していくことも考慮されるべきである．

5．広島県 ECT ネットワークについて

広島県 ECT ネットワークは平成 21 年 1 月に首都圏 ECT ネットワークが発足し，各地域でネットワーク作りを推進していく流れに呼応して，平成 21 年 5 月にキックオフミーティングを行い，活動を開始した．設立の目的は表 5 に示す通りである．参加施設としては，広島大学病院，県立広島病院，広島市立広島市民病院，国立病院機構呉医療センター，吉田総合病院の総合病院 5 施設と，瀬野川病院，広島第一病院の精神科病院 2 施設である．麻酔科医とも連携を深め，総合病院精神科だけでなく，精神科病院でも安全に m-ECT が行える体制を構築できるようめざしている．

これまでに 2 回のミーティングを持ち，各施設のプロトコルやクリニカルパスを持ち寄って検討を行った．ECT 施行前にどれくらいの術前検査を行っているのか，内服薬の調整をどのようにしているのかなどは各施設で異なっていることが明らかとなり，標準化に向けて検討課題となった．新たにパルス波治療器を購入して m-ECT を導入しようという施設に対して，経験に基づいた現実的なアドバイスをする場ともなり，有意義であった．第 3 回では，統一プロトコルの提案とともに研究会形式で各施設より演題発表を行い，40 名程度の参加があり，活発な議論が行われた．山口大学精神科からの参加もあり，ECT 刺激の有効性の評価についても，標準化してゆく必要性が指摘された．今後当面は山陽 ECT ネットワークへの発展，いずれは中国 ECT ネットワークへと活動を広げていければと考えている．

6．おわりに

中国地方 5 県における ECT の現状と，総合病院精神科における患者受け入れ状況について紹介した．精神科病院，精神科クリニックとの連携はある程度行われているが，今後さらに深めていく必要がある．そのためには精神科病院や精神科クリニックに勤務する精神科医が ECT に関する知識と理解を得られるような啓蒙活動を行ってゆくとともに，若手精神科医に ECT 治療の経験を積んでもらえるような教育研修体制が確立されねばならない．精神科病院をも含めた ECT ネットワークを構築し，ECT 治療を必要とする患者に速やかに m-ECT が提供できる体制を整備してゆくことが急務であると考えられる．

文　献

1）日本精神神経学会電気けいれん療法の手技と適応基準の検討小委員会監訳：ECT の適応，米国精神医学会タスクフォースレポート ECT 実践ガイド．医学書院，東京，p. 5-17, 2002

2）奥村正紀，鮫島達夫，粟田主一ほか：電気けいれん療法（ECT）のわが国での現況―全国実態調査の結果から総合病院精神科に求められること―．総合病院精神医学，22；105-118, 2010

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ECT における身体疾患の術前管理
――麻酔科との連携において――

鮫島　達夫[1)]，一瀬　邦弘[2)]，奥村　正　紀[3)]，吉田　典子[3)]，
藤川　慎也[3)]，中村　満[3)]，木村　真人[1)]，大久保　善朗[4)]
1）日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科，2）多摩中央病院，
3）東京都保健医療公社豊島病院，4）日本医科大学付属病院精神神経科

電気けいれん療法（Electroconvulsive Therapy：ECT）の術前の身体管理において，精神症状のためその把握が難しく，さらに術後の有害事象の予測も困難な症例も多い．安全な ECT を実施するうえでは，病歴や身体状態の評価を十分に行うことが大切である．症例の高齢化とともに術前の既往が増加している．これらの状況のなかでの ECT の安全な管理には，身体科，麻酔科との連携が不可欠である．厳密な評価を行い，症例の実施可能かの判断および，さらに有害事象の予防，対策を行っていくことが望まれる．

＜索引用語：電気けいれん療法，術前管理，麻酔＞

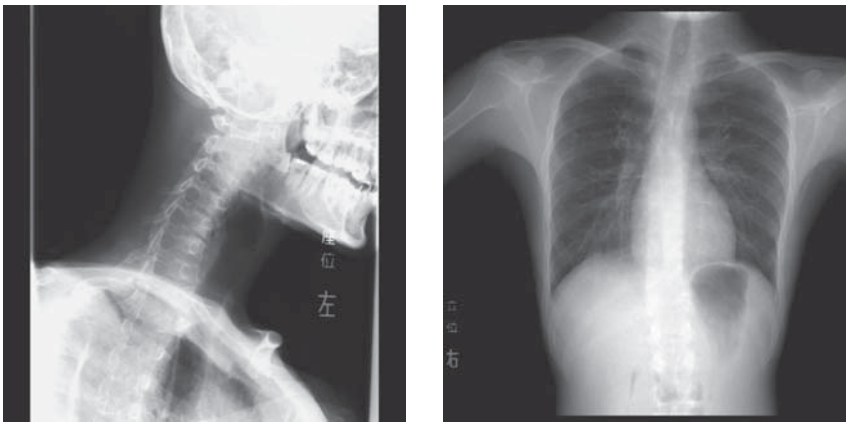
Collaboration between Psychiatrists and Anesthesiologists on the Preoperative Management of Physical Symptoms in Patients Scheduled to Undergo Electroconvulsive Therapy

Psychiatrists often encounter difficulties in the management of patients prior to electroconvulsive therapy (ECT). It is difficult to perform a physical examination of these patients due to the severity of their psychiatric symptoms. Psychiatrists also encounter many patients with significant previous medical histories ; furthermore, patients who undergo ECT are usually older patients. In these situations, it is crucial that psychiatrists, physicians, and anesthesiologists maintain adequate communication. Prior to ECT, it is important to evaluate the patient's medical condition, in order to prevent adverse events and take any appropriate countermeasures.

1．はじめに

急性期における電気けいれん療法（Electroconvulsive Therapy：以下 ECT）の有用性は既知のことである．精神症状が重症である症例においては，身体疾患の把握の障害となることもある．筆者らは，うつ病で希死念慮，自殺企図が切迫している大動脈解離の既往のある症例において，内科，麻酔科と術前評価を十分に行い，ECT を安全に施行した症例を経験している[2)]．また，他施設において脳動脈瘤[5)]や腹部大動脈瘤[1,7)]を合併した症例に関しても，血圧管理などを十分に行い安全に実施した症例報告もある．一方，ECT において有害事象も発生している．脳出血[14)]，肺水腫[3,11,13)]，心臓の収縮不全[4,9)]などの報告がなされている．

本稿では，術前の既往や筆者の事例をふまえながら ECT 術前のポイント，さらにそのポイントを身体科や麻酔科医にどのように相談していけば



術前頸椎 X 線（最大前屈位）　術前胸部 X 線

図 1　ECT 実施前の所見

よいのか検討していきたい．

2．ECT の有害事象――自験例から――

筆者らは，統合失調症の緊張型の症例で ECT を施行し 3 回目の ECT 終了後に無気肺を起こしたことを報告している[10]．その症例では，前医で数種類の非定型抗精神病薬にて首を前傾したジストニアがみられていた（図 1）．胸部単純 X 線では問題なかった．緊張病状態により意思疎通は全くできず嚥下も全くできなかった．口腔内分泌物も多かった．しかし，緊張病状態により自らの排出はできず，看護師の促しによってもできなかった．この症例に対し，ECT の適応と判断した．ECT は，1 回目から 3 回目は大きな問題なく終了した．ECT 3 回目終了時に，酸素飽和度が 90 %と低下が起こった．表 1 に経過を示す．諸検査および図 2 で示すように胸部X線，胸部 CT で無気肺と判断された．本症例における無気肺の原因として，マスク管理としたため，陽圧呼吸にて口腔内の分泌物を気管支内へ押し込むことになったのではないかと判断されることである．第 3 回 ECT までに発熱や咳や喀痰など呼吸器症状は全くみられず，胸部 X 線の撮影もは術前のみであったため，ECT 施行中に胸部 X 線の施行や血液ガスなどでの呼吸状態の管理をもっと厳重にし，さらに気管内挿管で実施すべきではなかったかと反省させられる．

このような精神症状の状態では術前での呼吸状態など全身状態の把握および術中および術後の呼吸状態を始め予測が困難である．特に，ECT が第一選択とされる場合には，十分な配慮した管理が必要とされる．

3．術前の身体既往歴と ECT の施行の判断

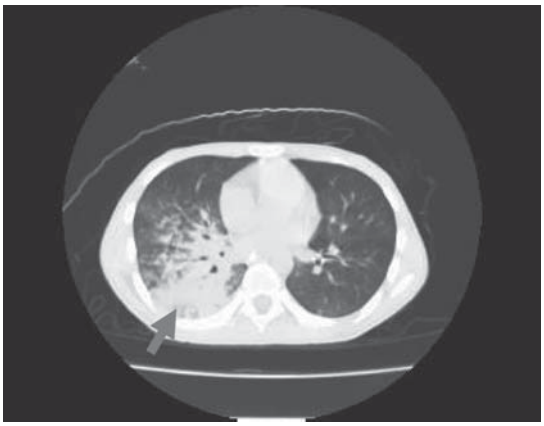
ECT において，施行前の身体既往のある患者が増加し，それは年齢が高くなるほどその割合も高くなる傾向にある．主に，高血圧，狭心症などの循環器疾患，糖尿病などの代謝性疾患，脳梗塞などである．岡田らの報告によると，表 2 に示すように，中高年では，半分以上に既往があり，さらに 70 歳以上になれば 100 %であった[8]．また既往疾患のコントロール不良であることも多い．

藤川らの報告[2] によると，東京都医療公社豊島病院精神科において 2009 年の他院から ECT の紹介があった症例 21 例のうち 9 例に大動脈解離 1 例，狭心症ステント 1 例などの既往歴があり，身体科，麻酔科へ依頼した．うち 1 例では深部静脈血栓症にて ECT を中止とした．8 例は ECT

表1　第4回ECT中の麻酔経過

時間		BP	SpO_2	HR
10：00	入室	105/56	99	54
10：13	硫酸アトロピン 0.5 mgi.v.	105/60	98	50
	酸素化開始			
10：18	チオペンタール 100 mg			
	ベクロニウム 2.5 mg			
10：20	ラリンゲルマスク挿入失敗			
	マスクにて換気			
10：23	ECT	110/60	98	70
10：30	リバース i.v.			
10：40	SpO_2 が 90 前半へ低下	100/60	92	90
11：00	血液ガスにて低酸素状態	110/60	93	93
11：05	胸部 XP にて無気肺が判明	106/62	90	93
	呼吸器内科緊急コール，救急科コール			
11：30	挿管	100/56	96	88
12：10	呼吸器内科にて気管支ファイバー施行	100/62	92	80
12：45	ICU へ移動	110/62	98	72

胸部X線：右無気肺



胸部CT：右背側の肺浸潤像

図2　ECT後の胸部X線，胸部CT

は実施されたが，術中循環作動薬の使用となったとしている．このように，術前の十分な評価とその上でのECTの実施の判断がなされることが不可欠である．

ECTの有害事象においては，Tecoultらは，狭心症，誤嚥性肺炎，気管支攣縮，低酸素など呼吸循環器系やもうろう状態，せん妄などを挙げている[12]．また，日域らの報告でも，認知機能障害や血圧上昇，不整脈などがあることを報告している[6]．

表2　ECT と身体既往歴（岡田ら '08）

・27 症例（2006 年 8 月～2007 年 6 月），東大病院
・平均年齢　50 歳±15.6
　男性　47.6 歳±16.0
　女性　55.1 歳±15.6

年齢（歳）	症例数（例）	既往を持つ割合（%）
～19	1	0
20～29	1	0
30～39	6	17
40～49	4	75
50～59	8	50
60～69	4	50
70～	3	100

高齢者ほど既往歴の割合が高い

表3　身体的リスクの高い症例と対策

1．循環器疾患：高血圧，心筋梗塞，不整脈，心筋症，大動脈瘤など
　対策：血圧，脈拍数など循環管理
　（薬剤，モニター）
2．神経疾患：脳動脈瘤，脳出血後，脳硬塞，筋疾患など
　対策：血圧，脈拍数などの循環管理
　麻酔薬，筋弛緩薬の選択
3．肝腎疾患：肝不全，透析
　対策：血圧，脈拍数などの循環管理
　麻酔薬，筋弛緩薬の選択

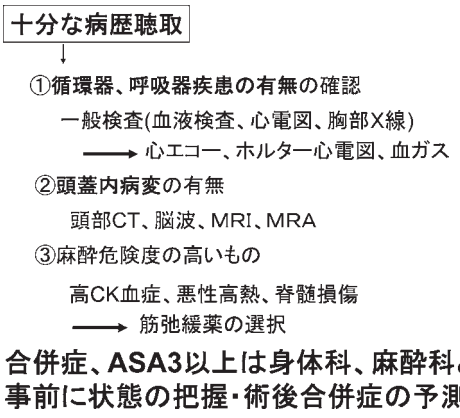


図3　術前管理

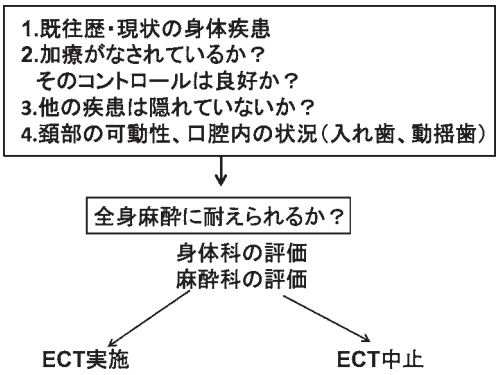


図4　麻酔科医の知りたいこと・伝えなければならないこと

術前での評価とこれらの有害事象の予測ができ，麻酔科医との連携の上で，その予防，対策が行われることが大切である．

4．麻酔科との連携のポイント

精神科でとくに急性期であれば，緊張病状態，亜昏迷状態，幻覚妄想状態，精神運動興奮状態など，疎通性が不良であることも重なり，全身状態の把握が困難な場合も多い．そのため，例えば，症例で提示したように嚥下機能の低下による誤嚥性肺炎などの ECT 後の合併症の予測が難しい．

そこで図3にあげるような術前の管理が必要だと思われる．さらに，リスクが高いと思われる症例では表3にあげる対策を講じることも考慮されるべきである．

また，他院からの紹介では，単科精神科病院での身体評価は検査機器や内科医がいないことから十分に行えないこともあり，依頼された担当の場合で，新たに評価を行うことが必要である．

精神科医は図4に示すような事項と全身麻酔に耐えられるかどうかを，身体科の評価を得て，麻酔科が評価しやすいようにすることである．

5．最　後　に

ECT は，その歴史的過程からも，より安全に，確実に施行されていくことが大切であり，そのた

めには，個々の症例において，精神的な評価，身体の評価が十分になされ，手技にたけたスタッフのもとで行われることが今後この治療法の確立に当たり今こそ求められるものである．

文　献

1）Devanand, D.P.: ECT in a patient with aortic aneurysm. J Clin Psychiatry, 51; 255-256, 1990

2）藤川慎也，鮫島達夫，奥村正紀ほか：当院に紹介となった電気けいれん療法（ECT）の術前の既往歴の検討―その安全性から術前・術中管理を考える―．精神経誌特別号；S-429, 2010

3）Hatt, K., Kitajima, A., Ito, M., et al.: Pulmonary edema after electroconvulsive therapy in a patient treated for long-standing asthma with a beta2 stimulant. J ECT, 23; 26-27, 2007

4）Josef, N.: Absence of asystole during bifrontal stimulation in electroconvulsive therapy. J ECT, 26; 100-103, 2010

5）Kolano, J.W., Chhibber, A., Carolyn, C., et al.: Use of esmolol to control bleeding and heart rate during electroconvulsive therapy in a patient with an intracranial aneurysm. J Clin Anesth, 9; 493-495, 1997

6）日域広昭，佐々木高伸：電気けいれん療法の有害事象．精神医学，47; 1209-1217, 2005

7）Mueller, P.S., Albin, S.M., Barnes, R.D., et al.: Safety of electroconvulsive therapy in patients with unrepaired abdominal aortic aneurysm report of 8 patients. J ECT, 25（3）; 165-169, 2009

8）岡田悠子，鮫島達夫，土井永史ほか：ECT の術前評価．精神経誌，110; 660-664, 2008

9）Robinson, M., Lighthall, G.: Asystole during successive electroconvulsive therapy sessions: A report of two cases. J Clin Anesth, 16; 201-203, 2004

10）鮫島達夫，土井永史，綱島浩一ほか：電気けいれん療法中に無気肺を起こした症例（in press）

11）Sargent, P., Reeves, J.: Pulmonary edema after electroconvulsive therapy. J ECT, 24; 283-285, 2008

12）Tecoult, E., Nathan, N.: Morbidity in electroconvulsive therapy. Eur J Anaesthesiol, 18; 511-518, 2001

13）堤　紀子，藤堂ゆりゑ，川名　信ほか：プロポフォール麻酔下の頭部通電療法（ECT）施行後に肺水腫を来した１症例．麻酔，50（5）; 525-527, 2001

14）Weisberg, L.A.: Intracerebral hemorrhage following electroconvulsive therapy. Neurology, 41; 1849, 1991

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ECT の麻酔とリスク管理，麻酔科との連携
――麻酔科医の立場から――

栗田 忠代士（浜松医科大学麻酔科蘇生科）

麻酔科医の立場から m-ECT の麻酔とリスク管理，麻酔科との連携の仕方について述べる．鎮静薬は現在最も手術室で使用されているプロポフォールが m-ECT の標準化のためにもよいと考える．リスク管理は他の外科手術と同等に扱われるべきであり，まずしっかりとした術前合併症の把握が必要である．m-ECT で起こりえる麻酔上の問題を理解すれば，呼吸器循環器系合併症が特に問題になることがわかる．問題となる合併症があれば必ず担当診療科に診察を依頼し，麻酔科に総合判断を依頼する．m-ECT 施行に必要な設備も一般手術と変わらず，手術室での施行が最も安全である．手術室で受けてくれない，また麻酔科が協力してくれない施設では幾つかの工夫も必要かもしれない．麻酔科医に快く m-ECT の麻酔を協力させるためにも診療報酬の改定を望みたい．

＜**索引用語**：m-ECT の麻酔，m-ECT のリスク管理，麻酔科との連携＞

This article discusses anesthesia for modified electroconvulsive therapy (m-ECT) and risk management in this procedure. In this context, interactions with the Department of Anesthesiology are considered from the anesthesiologist's perspective. Propofol is currently one of the most widely used agents in clinical anesthesia and is recommended as the hypnotic agent of choice for m-ECT. Propofol is also useful for normalizing the anesthetic method in m-ECT. Risk management should be performed similarly to that in general surgery, and it is important to obtain sufficient information about the patient's past history and complications before m-ECT. Given the possible problems during m-ECT anesthesia, pulmonary or cardiovascular complications increase perioperative risk. Consultation with the appropriate department is important for patients with significant complications in order to assist the Department of Anesthesiology in making a final decision. The instruments needed for m-ECT anesthesia are also the same as those used in general surgery, and the operating room is the optimal place for patient safety. Institutions in which an operating room and/or consultation with anesthesiologists are unavailable may need to find alternative ways to obtain these services. The author hopes that changes in medical treatment reimbursement associated with m-ECT, with the added value of anesthetic techniques, will be promoted by the Ministry of Health, Labor and Welfare in order to foster a positive attitude toward cooperation by anesthesiologists.

1. はじめに

浜松医大では 1997 年 3 月から手術室における m-ECT がスタートし，年々増加をたどり，近年では年間 200 件以上（年間全身麻酔件数約 3000 件中）の症例すべてを麻酔科医によって麻酔管理が行われており，精神科と麻酔科のよい連携がとれている．著者は麻酔科医であり，麻酔科医の立場から m-ECT の麻酔とリスク管理，麻酔科との連携の仕方について述べる．

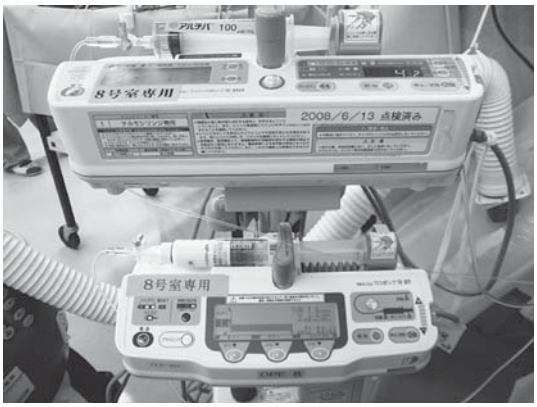


図1　シリンジポンプで持続投与中のプロポフォールとレミフェンタニル（アルチバ®）
最近の全身麻酔では両薬剤を用いた全静脈麻酔が主流である．

2.　m-ECT の麻酔について

本稿では m-ECT の麻酔法には詳しく触れないが，使用薬剤についてまず少し触れたい．近年の手術室における全身麻酔ではプロポフォール（ディプリバン®，プロポフォール®）とレミフェンタニル（アルチバ®）の併用による全静脈麻酔が多い．たとえ鎮静薬として吸入麻酔薬を用いたとしても麻酔導入時の鎮静薬はプロポフォールを用いるのが一般的である．チオペンタール（ラボナール®）より導入時の喘息の出現が少ないのも大きな利点である．またプロポフォールは術中シリンジポンプを用いた TCI（ターゲットコントロールインフュージョン）による投与が一般的に行われるが，プロポフォールによる鎮静の深さを痙攣出現に影響がないよう入眠最低量にコントロールすることも可能である．循環動態をきわめて安定させる超短時間作用性鎮痛薬であるレミフェンタニルとの併用も容易である（図1）．また麻酔科医が日常的に使用している薬剤であり，麻酔科医に麻酔を担当させる意味においても受け入れやすい．どうしても痙攣が出現しにくいなどの症例を除き，m-ECT の麻酔においてもプロポフォールの使用を基準とすべきと考える．一方筋弛緩薬は効果時間が短いことから脱分極性筋弛緩薬であるスキサメトニウム（スキサメトニウム®，2009 年 8 月よりサクシンからスキサメトニウムに販売名を変更）を使用するのが一般的であるが副作用も多い（高カリウム血症，筋肉痛，脳圧や眼圧の上昇，心停止，悪性高熱症など）．悪性症候群では使用を避け，非脱分極性筋弛緩薬ベクロニウム（マスキュラックス®）を使用することが多かったが，通電後筋弛緩回復までに時間を要する．近年ではスキサメトニウムとほぼ同等の作用発現時間をもつ非脱分極性筋弛緩薬ロクロニウム（エスラックス®）が使用可能になり，すでに臨床麻酔で頻用されている．この筋弛緩薬には拮抗薬スガマデックス（ブリディオン®）があり，急速にロクロニウムの筋弛緩作用を消失させることが可能である．今後は m-ECT においてスキサメトニウムにかわり，ロクロニウムが一般化していく可能性もある．

3.　リスク管理――他の手術麻酔と同等に扱うべき――

m-ECT は一般外科手術と異なり，治療にかかる時間が短く，出血による循環血液量の喪失もない．しかし麻酔管理上，鎮静薬や筋弛緩薬投与を必要とし，通電により短時間に血行動態変化を中心にさまざまな変化を身体に起こさせるため，リスク管理においては他の手術麻酔と同等に扱われるべきと考える．麻酔科が考えるリスク管理は，

- 術前診察による合併症の把握，評価（どのような合併症をもっているか，その程度はどうか，注意すべき点は何か）
- 合併症に対する準備と麻酔中に起こったことに対する対応

の 2 つからなる．麻酔科に麻酔管理を依頼できる環境では，術前合併症の把握が大切になる．麻酔中に起こったこと（ときに予期せぬことも）に対して，迅速に対応するには，まず起こりえる問題を知識として十分理解しておく必要があるが，日々麻酔を担当している麻酔科医でもトレーニングを必要とするため，実際には麻酔科医以外の医師による対応は困難である．図 2 に m-ECT の

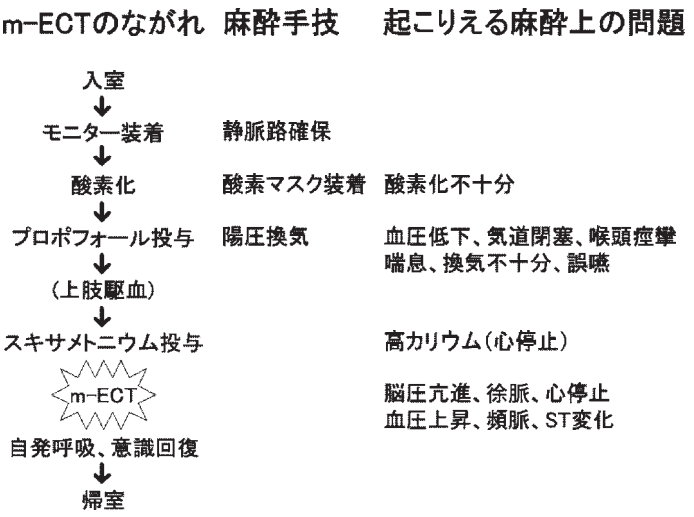


図2　m-ECT のながれと麻酔手技，起こりえる麻酔上の問題
プロポフォール投与後は主に呼吸器系の合併症，通電後は主に循環器系合併症が問題になることがわかる．

ながれと起こりえる代表的な麻酔上の問題を示す．本邦ではまだ一部の施設で現実には行われているようであるが，たとえ鎮静薬投与のみで ECT を行う（non m-ECT）としても，しっかりとした気道の確保，陽圧換気ができなければ決して安全とはいえない（図3）．この手技だけでも，十分トレーニングの必要がある．換気不十分では低酸素血症，高二酸化炭素血症を引き起こす．プロポフォール投与による入眠後，陽圧換気を開始する前半は主に呼吸器合併症が，通電後は循環器系の合併症が特に問題になることから，特にこれらは注意して術前合併症の把握を行う．問題となる合併症がなければ，術前までに最低限の検査（血液検査，心電図，胸部エックス線）を行い，術前診察を行う．もし問題となる合併症がある場合，担当診療科に依頼し，これら以外の追加検査，合併症の程度評価や注意事項の診察依頼を行う．これらをもとに最後に麻酔科に総合的な判断を依頼するのがベストである．

4．m-ECT の麻酔に必要な設備と施行場所

安全に施行するためには一般手術麻酔と変わらない設備が必要になる．具体的には，

- 麻酔器
- 呼吸循環モニター（心電図，血圧測定，パルスオキシメータ，カプノグラムの 4 つが測定できるもの）
- 麻酔薬および緊急時使用薬剤（各種循環作動薬，蘇生薬剤など）

が必要である．これらの設備がすべてそろっているのは手術室であり，現在 m-ECT をもっとも安全に行うことができる場所は手術室であると考える．また仮に麻酔科医による麻酔管理が得られなくとも，手術室には麻酔科医が常駐するため，緊急時には応援を依頼することも可能である．しかし手術室は一般予定手術症例ですでにフル稼働で，手術室での施行を拒否される施設もあろう．浜松医大では他の手術に影響が少なく，効率よく m-ECT 患者を手術室に入室させるために以下のような工夫をしている．

- 入室時間を決めずにオンコール制にする（他の手術症例の進行や緊急手術の入室の具合に応じて入室時間を決定する）．
- 1 日に複数件 m-ECT がある場合に，連続して

図 3　プロポフォール投与後の陽圧換気
鎮静薬投与だけでも，舌根沈下や呼吸停止は起こる．適切な気道確保，陽圧換気ができなければ安全とはいえない．この手技だけでもトレーニングは必要である．患者を低酸素血症や高二酸化炭素血症にしてはならない．筋弛緩薬を投与しないから大丈夫ではない！
（患者の承認を得て掲載）

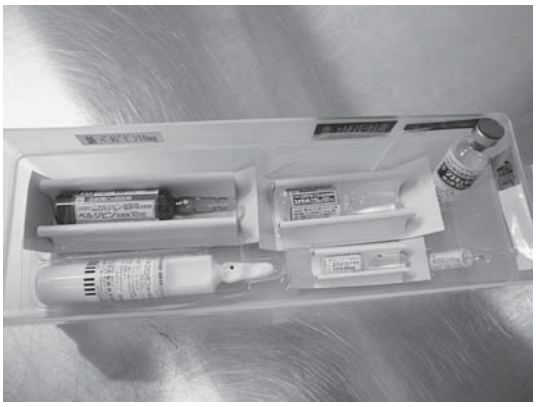


図 4　浜松医大における電気けいれん療法（m-ECT）専用トレー
麻酔に必要なプロポフォール，スキサメトニウム以外に非脱分極性筋弛緩薬ベクロニウム（マスキュラックス®），昇圧薬エフェドリン，降圧薬ニカルジピン（ペルジピン®），蘇生薬エピネフリン（ボスミン®）の 6 種類の薬剤で構成されている．現在（2011 年 4 月）ベクロニウムはロクロニウム（エスラックス®）へ変更．

患者を入室させる（1 つの部屋で患者を短時間に入退室させる）．

・m-ECT で主に使用する薬剤のみを用意した薬品トレーを手術室内に準備．

いつ手術室から呼ばれるかはっきりしていないオンコール制では，禁飲食の時間制限や内服薬の問題，患者や家族，また主治医や病棟看護師へ流動的な対応を協力する必要があり，最終的には定時入室による治療が望まれる．また手術室占有時間を短くするための工夫として，患者は病棟からのストレチャーのまま手術室内に入室させ，手術室のベッドへ移動することなくモニターを装着し治療を行うことや，精神科医も病棟から必要機材と一緒に入室し，手術着に着替えることなくマスクと帽子着用のみで治療を行っている．麻酔科側では m-ECT に必要最低限の薬剤の入ったトレーを用意し（図 4），麻酔準備の効率化も図っている．これらの工夫により最近では 1 件あたりの手術室在室時間 25.3±6.3 分，2 件でも 55.3±7.2 分となっている（2010 年 1 月から 3 月末までの 39 件を対象）．

5．麻酔科医がいない，いても協力してくれない場合どうするか

麻酔科医がいる施設で m-ECT を行うのが原則である．麻酔代務医師を要請し，必要なときだけ対応する方法もあるが，設備不良（麻酔器，呼吸循環モニター，麻酔薬や救急薬剤など）や術前リスク評価不良では麻酔科医も受けにくい．報酬面での問題もある．単科精神科病院などでは，これらの設備をそろえることは困難であり，これらの条件を満たした基幹病院で施行するのが現実的であるといえる．麻酔科医がいないから自分たちでなんとかしようと考えず，どのように麻酔科医のいる基幹病院と連携をとるかを是非考えていただきたい．

すでに一般手術麻酔で手一杯であることや，後に述べる診療報酬上麻酔科の手技料が算定できないことを理由に，麻酔科が協力してくれない場合もあるかもしれない．診療報酬の問題は今後の改定を期待するが，なんとかして麻酔科医に協力させるには，

・m-ECT の必要性を強調し，またこの治療には

表1　電気痙攣療法の診療点数（診療点数早見表 2010年4月版より抜粋）

第1節　精神科専門療法料

Ⅰ 000　精神科電気痙攣療法
1　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を行った場合　3,000点
2　1以外の場合　150点
注1　1日に1回を限度として算定する．
2　1については，第11部に規定する麻酔に要する費用（薬剤料及び特定保険医療材料料を除く）は所定点数に含まれるものとする．

→精神科電気痙攣療法
(1)　精神科電気痙攣療法とは，100ボルト前後の電流を頭部に短時間通電することを反復し，各種の精神症状の改善を図る療法をいい，精神科を標榜する保険医療機関において，精神科を担当する医師が行った場合に限り，1日1回を限度として算定する．
(2)　精神科電気痙攣療法は，当該療法について十分な知識を有する医師が実施すべきものであり，当該医師以外の介助者の立ち合いの下に，何らかの副作用が生じた際に適切な処置が取り得る準備の下に行われなければならない．
(3)　マスク又は気管内挿管による閉鎖循環式全身麻酔を伴った精神科電気痙攣療法を実施する場合は，当該麻酔に要する費用は所定点数に含まれ，別に算定できない．ただし，当該麻酔に伴う薬剤料及び特定保険医療材料料は別途算定できる．
（平22保医発0305・1）

現在（2010年7月）の診療点数計算法では麻酔科医がm-ECTの麻酔を担当しても，麻酔手技料を算定できない．

麻酔科医の協力が絶対に必要であることを理解させる．

・入室時間を流動的にし，手術室や麻酔科側に決めさせる．まずは浜松医大と同様に手術室の空き時間に入れるようにする．
・必ず手術室で行う．麻酔科医が最も関与しやすい場所である．麻酔科医や設備に余裕があれば，病棟などへの出張麻酔も考えられるが，受けてくれない状況ではまずありえないであろう．
・はじめは合併症のない症例から，緊急は避ける．
・治療効果を麻酔科医にフィードバックする．これは麻酔科医も治療に参加していることを自覚させる．

これらを通して最終的には他科手術と同様に手術枠を確保していくのがよいと思われる．

6．麻酔科手技料の算定を

現在（2010年7月）全身麻酔手術では手術手技料とは別に麻酔手技料として最低でも6,100点算定できる．また重症合併症がある患者では，麻酔困難患者としてさらに点数が加算される．一方，全身麻酔下にm-ECTを行った場合の診療報酬点数は3,000点である．しかし麻酔に要する費用はこれに含まれ，別に算定できない（薬剤と材料費のみ算定できる）（表1）．これではいくら麻酔科医がm-ECTの麻酔を担当しても，評価されないことになる．特に麻酔科の管理職側からの意見としてまず，第一に上がる問題である．麻酔科医を快くm-ECTの麻酔に従事させるため，この問題はどうしても避けては通れない．是非，学会を通じて厚生労働省における診療報酬点数の改定をお願いしたい．

7．最　後　に

m-ECTによる治療を安全に行うためには一般手術と同様に，主科（精神科医）と麻酔科医の協力が必要である．しかし現在のところ深刻な麻酔科医不足により，一般外科手術でさえ，すべてを麻酔科医が担当できているわけではない現実がある．よってm-ECTは麻酔科医をしっかり確保できている基幹病院と地域との連携で行っていく必要がある．今後本邦におけるすべてのm-ECTがこの精神科と麻酔科の協力体制で行われていくことを強く望みたい．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

ECT の地域連携の困難さ

齋 藤　諭（医療法人社団倭会ミネルバ病院，札幌医科大学医学部神経精神医学講座）

北海道における精神科医療施設を対象に，電気けいれん療法（ECT）の使用に関するアンケート調査を実施した．調査に協力の得られた有床施設の 77.8 %で ECT が実施されていたが，そのうち修正型 ECT が実施可能な施設は 35.6 %であった．ECT を実施していない施設でも，そのうちの 61.3 %が ECT の必要性を日常的に感じていたが，外部からの依頼で ECT を実施していたのは，ECT 実施施設の 13.3 %であった．受け入れを制限している主な理由としては，修正型 ECT を常時行うための麻酔科医や手術室の確保が困難なことがあげられていた．

次に，ECT を実施していない施設の 45.0 %が自施設で ECT を実施することを希望し，また，従来型 ECT 実施施設の 48.3 %が自施設で修正型 ECT を実施することを希望していたが，マンパワーや医療コストに関わる問題のために全ての施設が実施を見送っていた．

今回のアンケート結果からは，修正型 ECT の普及には上記のような問題の解決を図っていくことが必要とされるが，地域毎の対応によって解決が可能な事柄は限られており，都市部と地方における医療格差の問題への対応を含めた抜本的な対策が必要と考える．

A survey on the use of electroconvulsive therapy (ECT) at psychiatric institutions in Hokkaido was conducted. Among all respondents, 77.8% of medical institutions that have inpatients administer ECT ; however, modified ECT is performed in only 35.8% of these institutions. Although 61.3% of institutions that do not perform ECT believe that ECT is necessary for better treatment outcomes, only 13.3% of institutions with ECT equipment accept outside referrals. The lack of an anesthesiologist or procedure room required for performing ECT were given as the main reasons for refusing such requests.

Furthermore, 45% of institutions not currently performing ECT desire to use ECT, and 48.3% of those performing non-modified ECT hope to use modified ECT in the future. Nevertheless, as they face severe challenges with ensuring sufficient human resources and managing related expenses, all of these respondents are postponing the introduction of ECT in their clinical settings.

This survey suggests that it is crucial to resolve the issues noted above in order to increase ECT accessibility. However, as each local administrative authority differs in its capacity to facilitate these kinds of medical issues, drastic action must be taken by the Japanese government, including efforts to rectify the disparities in medical care seen between urban and rural areas.

1. はじめに

電気けいれん療法（ECT）は臨床における有用性が確認されているものの，未だに作用機序が解明されておらず不明な点が多い．その安全性を高めるには合併症の少ない修正型の ECT による実施が望まれているが，そのためには麻酔科医の確保，手術室や専門ユニットの利用等の条件整備が必要となる．2009 年に日本精神神経学会で実

施された，専門医研修施設を対象にしたECT全国実態調査の結果によると，回答のあった医療機関のうち約4割の施設でECTが行われていた．そのうち，麻酔担当医が配置されていたのは，約半数の施設であったことを考えると，修正型ECTがいつでもどこでも誰もが受けられる治療法とは現時点では言い難い．また，ECTの実施状況には地域差が大きいことが以前から指摘されていたが，北海道内での総実施件数の過半数，総合病院においても約4割が従来型ECTであった調査結果から，北海道における修正型ECTの普及には多くの課題を有していることが予想された．そのため，先の調査よりも調査対象を拡大し，精神科クリニックも含めた北海道内の精神科医療機関の全てを対象に，ECTに関する調査をアンケート形式によって行うことで，北海道におけるECTに関する地域連携の現状を確認し，今後の課題について検討することにした．

2．北海道でのECT使用に関するアンケート調査

1）対象およびアンケート調査方法

北海道における精神科医療施設206施設（単科精神科病院83施設，大学病院を含む総合病院有床精神科（以下，総合病院有床精神科）30施設，総合病院無床精神科8施設，精神科クリニック85施設）を調査対象とした．調査は，平成21年1月1日から12月31日の1年間における，ECTの施行の有無，ECTの実施方法，ECTの医療連携の状況，ECTの地域連携の状況などについて行った．方法は，自記式のアンケートを郵送により記名（医療機関名，回答者名）にて返答を得た．調査期間は，平成22年3月5日から4月15日である．

2）回答率

回答率は，58.3％（120/206）であり，単科精神科病院49.4％（41/83），総合病院有床精神科66.7％（20/30），総合病院無床精神科87.5％（7/8），精神科クリニック61.2％（52/85）であった．

3）ECTの施行の有無

回答の得られた医療機関のうち，ECTの実施率は73.8％で，医療機関形態別では単科精神科病院65.9％（27/41），総合病院有床精神科90.0％（18/20）であり，総合病院無床精神科と精神科クリニックでは実施されていなかった．

4）ECTの実施方法

ECT実施施設のうち，単科精神科病院では，修正型ECTのみを実施しているのが3施設，修正型と従来型ECTを併用しているのが1施設，従来型ECTのみを実施しているのが23施設であった．総合病院有床精神科では，修正型ECTのみを実施しているのが5施設，修正型と従来型ECTを併用しているのが7施設，従来型ECTのみを実施しているのが6施設であった．

5）ECTの実施件数

実人数は，383例（修正型146例，従来型237例）で，延べ回数は2989回（修正型1664回，従来型1325例）であった．医療機関形態別での修正型ECTの実施割合は，単科精神科病院で実人数の17.4％（36/207），延べ回数の26.7％（257/963）で，総合病院有床精神科で実人数の62.5％（110/176），延べ回数の69.5％（1407/2026）であった．

6）ECTの必要性について

ECTを実施していない施設のうち，「ECTの必要性を感じることがある」と返答した施設は61.3％（46/75）で，単科精神科病院85.7％（12/14），総合病院有床精神科100％（2/2），総合病院無床精神科85.7％（6/7），精神科クリニック50.0％（26/52）であった．ECTの必要性を感じている施設（精神科クリニックは除く）のうちで，「自施設でも可能であればECTを実施したい」と返答した施設は45.0％（9/20）であったが，実際に導入を計画している施設はなかった．

7）ECT の実施依頼の有無

「ECT の必要性を感じることがある」と返答した施設のうち，「実際に ECT の施行を依頼したことがある」施設は 17.4％（8/46）で，「どこに依頼できるのか情報がない」と返答した施設は 47.8％（22/46）であった．

8）ECT 実施の受け入れの有無

ECT 実施施設のうち，「外部からの ECT の依頼を引き受けている」と返答した施設は 13.3％（6/45）で，「常時受け入れが可能」なのは 1 施設（修正型 ECT のみを実施施設），「状況により判断している」施設が 5 施設（修正型 ECT のみを実施している 1 施設と修正型と従来型 ECT を併用している 4 施設）であった．また，従来型 ECT のみを実施している 29 施設では，外部からの依頼は引き受けていなかった．

9）修正型 ECT の必要性について

従来型 ECT のみを実施している施設のうち，「修正型 ECT の必要性を感じることがある」と返答した施設は 89.7％（26/29）であった．そのうちで，「自施設でも可能であれば修正型 ECT を実施したい」と返答した施設は 48.3％（14/29）であったが，実際に導入を計画している施設はなかった．

3．考　　察

今回のアンケート調査の結果では，ECT を外来で実施している施設はなく，有床の精神科施設に限られていた．ECT を実施している施設の割合は，有床の精神科施設の 77.8％で，医療機関形態別では，単科精神科病院（65.9％）より総合病院有床精神科（90.0％）での実施率の方が高かった．また，修正型 ECT が実施可能な施設の割合は，ECT 実施施設の 35.6％で，医療機関形態別では，単科精神科病院で 14.8％，総合病院有床精神科で 66.7％と，単科精神科病院のみならず，総合病院においても多くの施設で修正型 ECT の実施が困難な状況にあった．

一方，日常臨床の中での ECT の必要性に関しては，ECT 未実施施設全体での「ECT の必要性を感じることがある」と返答した施設の割合は 61.3％であったが，精神科クリニック（50.0％）を除く医療機関でみると，87.0％の施設で必要性が確認された．精神科クリニックが他の医療機関と比べて，「ECT の必要性を感じることがある」と返答した施設の割合が低かったのは，受診している患者の多くが比較的軽症者である可能性の他，「入院の適否は判断しても，治療法は依頼先の判断に任せている」といった内容の返答が複数みられたことから，入院を依頼する際の状況を反映しているものと思われた．しかし，ECT の必要性を感じても，「実際に ECT の実施を依頼したことがある」と返答した施設の割合は 17.4％に過ぎず，「ECT を依頼することが可能な施設を知っている」と返答した施設の割合も 52.2％にとどまるなど，医療施設間の ECT に関わる地域連携が十分にはなされていないことが明らかになった．

そうした状況は，受け入れ側施設の返答からも明らかで，他の医療機関からの ECT 実施の要請に対して，「ECT の依頼を引き受けている」と返答した ECT 実施施設の割合は 13.3％に過ぎず，そのうち「常時受け入れが可能」との返答が得られたのは 1 施設のみであった．受け入れが困難な理由の主なものは表 1 の内容で，複数の施設から ECT の適応基準やリスク管理に関する問題についての指摘があったが，最も多かった意見は修正型 ECT にまつわるものであった．ECT 実施施設のうち，修正型 ECT の実施可能な施設の割合は 35.6％であったが，そのうちの半数は従来型を併用している施設であった．「修正型 ECT を常時行うことは困難である」と返答した主な理由は表 2 の内容であり，麻酔科医や手術室の確保など他科との医療連携が，緊急時にも対応できるような形では実現できていないことによるものであった．

その一方，精神科クリニックを除いた ECT 未実施施設の 45.0％で，「可能であれば自施設でも

表1 「ECTの地域連携を行うにあたって問題になっていることは何ですか」との問いに対する返答

- 修正型ECTを行っていないため，依頼されても受けられる状況にない
- いつでも修正型ECTを実施できる体制が確保されていない
- 麻酔科専門医が不在であり，全身状態が悪い患者の対応ができない
- 依頼先のECTの適応判断が適切かどうかの判断ができない
- 身体の状態なども考慮しなければ責任が負えない
- 身体合併症やECTにともなうリスクだけを背負うのは恐ろしい
- 病床が常に満床であるため，入院待機期間が長い
- マンパワーが不足している

表3 「修正型ECTを導入するにあたって問題になるのはどんなことですか」との問いに対する返答

- 麻酔科医の確保
- 精神科医の不足
- 身体管理ができる体制が整っていない
- 症例数が少なく，コスト対効果が疑問
- 修正型ECTに対する認知度が低い
- 看護スタッフへの教育
- 治療機器が高価

ECTを実施したい」と返答が得られたにもかかわらず，実際に導入を計画している施設がなかった．また，従来型ECTのみを実施している施設では，その89.7％で「修正型ECTの必要性を感じる」と返答し，さらにそのうちの48.3％が「自施設でも修正型ECTを実施したい」との考えを示したにもかかわらず，こちらも具体的な導入の計画を有する施設はなかった．ECTの導入が困難な理由としては，表3のような内容が指摘されたが，いずれの施設からの意見でもマンパワーと医療コストに関わる問題が含まれていた．

2009年に実施されたECT全国実態調査の結果では，北海道内で施行されたECTの延べ回数の44.2％が修正型ECTであったのに対して，今回の調査対象期間内に実施されたECTにおける修正型ECTの割合は，実人数で38.1％，延べ回数で55.7％であった．調査への協力施設が同一ではないため，厳密に比較することは困難であるが，今回の調査結果の方が修正型ECTの実施割合が高い結果となった．

表2 「修正型ECTを実施するにあたって問題になっていることは何ですか」との問いに対する返答

- 時間外や休日に実施することができない
- 手術室を使用できる時間帯が決まっている
- 前週までに手術室の予約をとることが必要である
- 麻酔科医を確保できる曜日が限られている
- 事前に麻酔科外来を受診することが必要である

表4 「修正型ECTの普及にはどのような対策が必要だと思いますか」との問いに対する返答

- ガイドラインの整備
- 講習会などの普及活動
- 精神科医への麻酔に関するトレーニングと有資格化
- 手技のマスターを研修医の研修項目化
- 地域の拠点病院で実施可能となるための体制の整備
- 診療報酬体系の整備
- 地域の実情に見合ったスタイルの考案

最後に，「修正型ECTの普及には何が必要か」という問いに対して得られた返答を表4に示した．いずれも重要な指摘ではあるが実現が容易でなく，地域毎の個別の対応によって解決が可能な事柄は，非常に限られているように思われた．北海道は，その面積が広大なばかりでなく，精神科の医療資源が偏在しているため，医療過疎地域が多く，札幌圏とその他の地域では医療状況を異にしている．実際，ECT実施施設のうち，修正型ECTの実施率は，札幌市内（実人数60.2％，延べ回数68.5％）に対して，札幌以外の地域では（実人数30.0％，延べ回数49.6％）と，かなりの開きがみられた．ECTにまつわる地域差が，以前から指摘されている治療文化や社会的な背景によるもの以外に，都市部と地方における医療資源の格差による影響も大きいことが，今回の調査の結果から改めて確認された．そうした意味でも，地域の実情に見合った対策を検討していくことが，修正型ECTが全国的に普及するためには不可欠なものと考える．

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

若手医師に伝えたい面接技術を考える

コーディネーター　高橋　恵

1．背　　景

近年医療現場では医療コミュニケーションの重要性が強調されるようになり，医学部教育にもObjective Structured Clinical Examination（OSCE）が導入され，医療面接の教育がなされるようになった．しかし医療コミュニケーションの教育時間や内容は大学によりかなり異なっており，教育を担っている診療科にもばらつきがあるのが現状である．また2004年から開始された新臨床研修システムでは，当初精神科研修が必修化されており，そのなかで医療面接技術（コミュニケーション技術）の向上が期待されていた．その後現場の医師不足や偏在の問題が顕在化し，2010年より精神科研修が必修から選択制に移行されることとなった．当院精神科を2005年から昨年までにローテートした研修医達によれば，はじめは患者とのコミュニケーションに焦点を当てた精神科研修の特殊性に戸惑いを感じるものの，じっくり話を聞いたりする体験は貴重な経験であったという．精神科研修は自らのコミュニケーション技術を振り返る良い機会にもなり，将来の面接技術の基本を形成することにもなると考えられる．しかしながら，精神科研修中に習得すべき面接技術についての学会レベルでの議論はなされておらず，現場の裁量に任されているのが現状である．現在，精神保健指定医や精神科専門医の資格取得に面接技術の評価は含まれておらず，多くの精神科医師は面接に関する評価を受けることなく臨床を続けており，面接技術にばらつきが大きい現状も問題であろう．

2．シンポジウムの概要

精神科面接では診断と治療を同時に実施していくことになり，そのためには背景となる知識や理論が必要とされるが，それ以前に患者の物語を聞いて初めて診断が可能になったり，治療的かかわりが始まることも確かである．そこで本シンポジウムでは診断と治療の側面とコミュニケーション技能の側面から面接技術を振り返ることからはじめた．

はじめの診断と治療の側面については宮岡等先生にご講演いただいた．コミュニケーション技能は傾聴・共感のスキルと情報提供・伝達のスキルに大別される．シンポジウム前半では医学教育のなかで医療面接として学習されているものの研修医に苦手意識が強い患者の感情に焦点を当てて共感するスキルと，現在の医学教育のなかでは十分に習得されていない病名告知の基本となる情報提供や伝達のスキルを扱うことにした．

積極的傾聴と共感についての現状と教育法に関

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20〜22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　若手医師に伝えたい面接技術を考える　座長：竹村　洋典（三重大学大学院医学系研究科家庭医療学），高橋　恵（北里大学医学部精神科）

して筆者が講演し，情報提供と伝達の教育法について秋月伸哉先生にまとめていただいた．さらに実際臨床現場で働くと，治療動機の低い患者への対応やいわゆる困った患者への対応・家族への対応は必須技能で，患者・家族の満足感に寄与するのみならず医師自身のストレス対処技能としても重要である．そして面接技術そのものではないが，医療者側に起こる感情，特に陰性感情に対処する技能も不可欠である．しかしながらこれらの技能に関しては確立した教育法やどこまで教えるかにもコンセンサスがないのが現状であろう．

そこで，原井宏明先生より動機づけ面接，平島奈津子先生よりコミュニケーションをとるのが難しい患者や家族への対応，白波瀬丈一郎先生より医療者側に起こる感情への対処について，実演や症例の紹介を交えての講演をいただいた．

その後司会の竹村洋典先生より総合診療部医師としてのコメントをいただいき，参加者を交えての多角的な検討を行った．これらを通して，現在の精神科研修のなかで，面接技術教育に関する問題点や今後の方向性を検討できたことは意義深かった．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

コミュニケーション技能習得の側面から（1）積極的傾聴と共感

高 橋 恵（北里大学医学部精神科）

近年，医療現場でのコミュニケーションの重要性が認識されるようになり，医学教育のなかでも医療面接の授業や客観的臨床能力試験（Objective Structured Clinical Examination：OSCE）の一部として評価が実施されるようになり，患者とのコミュニケーションスキルを学習する機会も設けられるようになった．しかし，研修医として臨床現場にでてくると患者や家族とのコミュニケーションにさまざまな戸惑いを感じているようである．また，我々が以前実施した北里大学病院研修医を対象にしたコミュニケーションスキルの調査および介入研究でも，共感スキルや情報伝達のスキルは研修医2年目の精神科研修前までに十分に身についているとは言い難い結果であった．

相手の話を上手に引き出す傾聴スキルと相手の感情を受け止め共感を伝えるスキルは，相手との信頼関係を構築するために必要な基本的コミュニケーションスキルである．そこで傾聴して共感を伝えるスキルとして，①相手のほうを向く，②相槌をうつ，③相手の話の中の重要な言葉を繰り返す，④相手の感情を確かめ，それを繰り返す（または共感を伝える）の4段階のステップを意識して学習することにした．具体的には，これらのスキルをデモンストレーションした後，研修医を2人組にし，1人が傾聴スキルを使用して話を聞く役，もう1人は困ったことを相談する役となって体験した後，役割を交代している．研修医自らが傾聴や共感される体験を通して，傾聴スキルを使用する利点と重要性を理解，体感できたという．これらのスキルは意識して練習を繰り返せば，1，2ヶ月である程度身につくようである．しかし精神科を離れた後，時間的制約の多い身体科の診察場面ではこれらがなおざりにされがちであることも確かで，これらのスキルを継続的に面接中に使用するよう動機づけることも必要だろう．

＜索引用語：医学教育，コミュニケーションスキル，傾聴，共感＞

Aspects of Learning Communication Skills (1) Active Listening and Expressing Empathy

The importance of good communication between doctors and patients has recently been recognized in the medical field. Currently, opportunities to learn patient communication skills are provided as medical interview classes in the fourth year of medical school, and these skills are evaluated as a part of the Objective Structured Clinical Examination (OSCE). However, it seems that many clinical residents feel embarrassed about communicating with patients and families after starting their residency training. Our research and intervention studies at Kitasato University Hospital also revealed that residents had not achieved proficiency in the communication skills of active listening and expressing empathy before beginning their psychiatric training in the second-year residency program.

Active listening, which facilitates elicitation of the patient's story, and expressing empathy, whereby a physician shares the patient's affect, are fundamental communication skills required for constructing good relationships between physicians and patients. We divided active listening and expressing empathy skills into four steps: (1) facing the other, (2) chiming in, (3) repeating

important words in the other's story, and (4) confirming affect and expressing empathy. We had clinical residents consider these four steps when they studied these skills. After demonstrating these skills, we paired up two clinical residents. One used the skills while the other spoke about their own anxiety concerns; roles were then reversed. Participants reported that they understood the importance and benefits of using active listening and expressing empathy skills through their own experience of being listened to and empathized with. These skills can be used adequately after repeated practice over approximately two months. However, due to lack of time, using these skills certainly tends to be neglected during residency training in other medical specialties after finishing psychiatric training, so residents need to motivate themselves to continually use these skills.

＜**Key words**: medical education, communication skills, active listening, expressing empathy＞

1. 面接とコミュニケーションスキル

医療現場での患者・家族と医師のコミュニケーションは患者の満足感や予後に影響があるばかりではなく医療訴訟とも関連を持つことが近年報告されている．そのため医療コミュニケーションスキルを身につける重要性が認識されてきて，医学教育の中でも医療面接の授業やObjective Structured Clinical Examination（OSCE）での評価などを通して患者とのコミュニケーションスキルを学習する機会も設けられるようになった．しかし，実際研修医として臨床現場で活躍するようになると，さまざまな困難に出会ったり，戸惑いを感じているのが現状である．医療現場で行われる面接には大きく3つの目的がある．1つ目は患者もしくは家族と良好な人間関係や信頼関係をつくること，2つ目は患者または家族から必要な情報を効率よく収集すること，3つ目は患者または家族に必要な情報を伝えることである[3,4]．

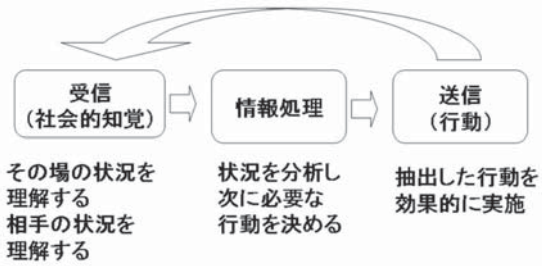


図1 ソーシャルスキルとしてのコミュニケーションスキル

はじめの2つの目的を達するために必要なコミュニケーションスキルとしては，①信頼関係を構築する，②相手の話を聴く（傾聴する），③質問する（開かれた質問と閉ざされた質問），④相手を理解する（理解したことを伝える），⑤疑問点を明確にする，確認する，⑥共感を伝えるがあげられる．これらはもちろん情報伝達にも必要なスキルである．

コミュニケーションスキルはソーシャルスキルとして理解することができ（図1），その場の状況や相手の状況を理解する受信技能（社会的知覚），状況を分析して次に必要な行動を選択する処理技能，実際に行動する送信技能の3要素から成り立っている．そして行動の結果を受信し，処理して次の言動が決定されていく．コミュニケーション時に配慮すべきこととして，相手の精神症状や感情，面接に対する動機づけ，環境，身体疾患や薬物の影響，知能や認知機能などが挙げられる．さらにコミュニケーションは言語的コミュニケーションと非言語的コミュニケーションに大別され，前者は声の大きさ，抑揚，スピード，会話の自発性，持続，まとまりなどの要素から成り，後者は視線，表情，身振り，姿勢などの要素から成り立っている[1,2]．

一方，コミュニケーションは対人関係に影響され，その構成要素のひとつとして自らの自我状態や陥りやすい対人関係を理解することはコミュニケーションを円滑に行うための必須要素と考えられる．これらをわかりやすく説明するには交流分

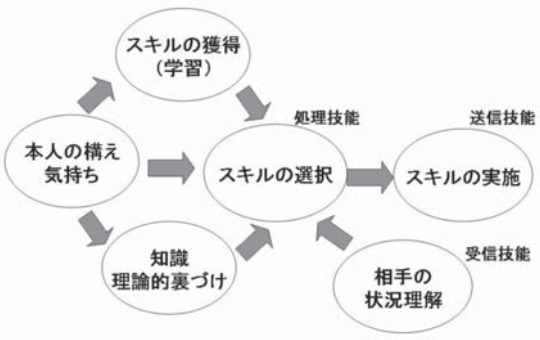


図２　コミュニケーションスキルの実施に関連する因子

析で使用されるエゴグラムと対人交流が役立つと考えた．交流分析では自我状態をエゴグラムで描出し，対人関係でとりやすい構えを知ることができる[5,6]．

面接技術を考えるときに前述したようなコミュニケーションに関する基礎的な理解は役に立つ知識であろう．しかしながらこれらの知識を医学教育や研修医プログラムのなかで体系的に教育されることは筆者の知る限りなかった．

2．北里大学医学部精神科での取り組み（第１期）とそこから見えてきたもの

新臨床研修システムが開始された当時は，北里大学では精神科研修は２年目２ヶ月必修とされていたので，2005 年から 2007 年までは２ヶ月研修の中でコミュニケーション教育を計画した．研修開始直後にコミュニケーションに関する基礎的な知識を理解する１時間弱の簡単なレクチャーと自分の性格傾向を知るエゴグラムを実施して，対人関係上注意すべき点を振り返った．その後日を改めて，研修医全員に３つの場面（初診の患者を診察する，診断と治療を伝える，医療現場で起こりがちなトラブル場面）をロールプレイしてもらった．これらのフィードバックを行った後，約２ヶ月の研修を実施して，終了時にも同様のロールプレイを実施した．

研修開始時のロールプレイで目立ったことは，医学生時代にある程度医療面接のトレーニングを受けてきているので基本的な流れはおさえられていたが，メモをとるようになると視線を合わせる時間が少なくなること，共感を伝えられる研修医は３分の１以下であったこと，また共感を伝えた研修医の多くが最初に語られる主訴に表面的な共感を示すのみで，相手の感情への配慮が少なかったり，相手を理解しようという質問が少ないことであった．その背景としては，なるべく多くの情報を一度に取ろうとする焦りや，効率優先の医療現場で習慣的に身につけられた姿勢が関与していると考えられた．

そこで患者や家族との関係ができれば面接は繰り返せることを再確認し，必要な情報の優先度を考えてもらうことが大事なことを強調した．しかし言うまでもないことだが，情報の優先度を考えるためにはそれ相応の知識が必要である．疾患に関する医学的知識や鑑別診断を考慮することなく有意義な面接を行うことは困難である．さらに言えば面接には必ず診断や情報提供などの大きな目的があり，そのなかの医師の個々の言動は，質問であれ，説明であれ，共感であれ，それぞれ意味があるはずである．そして患者にとって重要な事実は，初回の面接で語られることは稀で，何回目かの面接で医師が信用できるとの患者自身の評価がなされて初めて語られることが普通であり，医師側の基本的な心構えとしての対等な人間としての立ち位置や，理解しようとする努力があってこその結果と考えられる．このようなコミュニケーションの背景にある知識や感情や姿勢への理解を深めることも，コミュニケーションスキルを向上させるためには大切な要素と考えられる．図２に示したようにスキルの実施までには相手の状況を理解する受信技能にくわえて，スキルを使用する本人の構えや医学的知識をはじめとした様々な知識や，獲得された使用可能なスキルのレパートリーがスキルの選択に影響していることを理解することは，コミュニケーションスキルの教育を考えるときには避けて通れないものと考える．したがって必要な知識を獲得させることも並行して実施する必要があり，スキルのレパートリーを増やす

ことも必要である．

研修終了時のロールプレイからは，初診の患者の面接と診断を伝える場面で使用されるスキルは向上が認められたが，トラブル場面への対処はさほどの改善には至らなかった．前者は研修のなかで意識して学習可能であったのに対して，後者は個人によって経験や到達度に差が大きいことなどが十分な改善に至らなかったことに影響していると考えられる（投稿準備中）．

3．当院での取り組み（第2期）

その後2008年より1ヶ月間の研修も受け入れるようになり，多くの研修医が1ヶ月ローテーションを選択するようになった．1ヶ月の研修期間中に全研修医に2回のロールプレイを実施する余裕がなかったことから，はじめのレクチャーとエゴグラムや対人関係上の注意点の確認の後に，抑うつ気分を主訴にした患者の面接，希死念慮への対応，病名告知の3つの場面を1人に代表でロールプレイしてもらい，全員で良い点や改善すべき点を検討する方法に変更した．

ロールプレイ後の筆者によるフィードバックでは，言語的および非言語的コミュニケーションスキルで良かった点を具体的にフィードバックをした．さらに患者役の感想，特にどのように感じたか，それはなぜかを言語化してもらうようにした．そのことで患者の考えや感情への配慮ができるようになることを意図した．そして不十分と思われたスキルに関しては筆者がモデルを提供するようにした．特に開かれた質問を重ねてなるべく多くを患者の言葉で語らせるスキル，相手の感情を確認したり共感するスキル，理解したことを伝えるスキルは高い確率で十分なスキルが実施されることはなかった．筆者がモデルを提示することで，観察学習をしてもらったり，重要な点を弁別モデルとして提示してどのようなステップを踏んでいるのかを理解してもらうよう心がけた．開かれた質問を重ねるスキルや理解したことを簡潔にまとめて伝えるスキルのモデルをみることで，それらがなぜ必要か，スキルを使用した結果どのように面接が変化するのかが理解できたようである．

さらに，2005年から2007年までの研修医のロールプレイから判断して，共感をどのタイミングで伝えていくのか，どこまで話を深めて聴いていくのかは，研修医間でかなり力量に差があったため，相手の話を上手に引き出す傾聴スキルと相手の感情を受け止め共感を伝えるスキルは，相手との信頼関係を構築するために必要な基本的コミュニケーションスキルと位置づけて，全員に練習させるプログラムに変更した．すなわち，傾聴して共感を伝えるスキルとして，ベラックらによる『わかりやすいSST（Social Skills Training）ステップガイド』[1]で紹介されている傾聴スキルをもとに，①相手のほうを向く，②相槌をうつ，③相手の話のなかの重要な言葉を繰り返す，④相手の感情を確かめ，それを繰り返す（または共感を伝える）の4段階のステップを意識して学習することにした．具体的には，これらのスキルを筆者がデモンストレーションした後，研修医を2人組にし，1人が傾聴スキルを使用して話を聞く役，もう1人は困ったことを相談する役となって体験してもらい，その後役割を交代して実施した．相談する役を演じることは患者の立場に立つことにもなり，そこで感じたことや考えたことは貴重な体験になったようである．傾聴する役の感想としては，相手の感情を聴くのは難しいと感じたとか，相手が状況を話した後にその時どう感じたかを聴けばよいということがわかったとか，より相手のことが理解できた気がするなどが挙げられた．一方，相談者役の感想としては，感情を聴いてもらえると理解してもらえたと感じるとか，相手への信頼感が増したなどが挙げられた．

この約1時間半のレクチャーと演習からなるクルズスへの感想としては，どう対応するかを実際にみられてよかった，モデルをみたことでどうやるのかがよくわかった，改めて医療面接をふりかえって自分のできていないことがわかった，今後の改善のためのヒントになったなどがあった．医学生時代には医療面接に関する講義や実習があっても，その後の卒後教育のなかでは継続的な教育

が少ないのが現状であろう．そのなかで１時間半という短い時間ではあるが，実技中心のこのようなプログラムは，実際に現場で患者や家族とのコミュニケーションでいくつかの困難を経験した後に実施されるため，現時点での自らの課題に気づくいい機会を提供したように思われる．

4．まとめと今後の課題

当院で実施した１時間半のクルズスのなかで，傾聴するスキルや共感を伝えるスキルを基本的なコミュニケーションスキルとして焦点づけて学習できることが確認できた．一方，精神科開始時のロールプレイからわかったように１年間の臨床研修のなかでは十分身についていないことから，改めて教育する必要があるといえよう．知識を得た上で日々の臨床実践の場で意識して面接に取り入れていけば，スキルをうまく使用できるようになっていくが，実際患者との面接を指導医が観察して指導教育する機会はほとんどなく，これらのスキルの向上は研修医本人の動機づけや取り組みによる差が大きくなると考えられる．

研修医たちの言葉によれば，面接技術やコミュニケーションスキルに関しては精神科ローテーション前には意識することさえなかったと語られ，臨床場面で患者や家族とトラブルになったり，うまくコミュニケーションがとれず苦労した経験はあっても，時間的制約のなかで，身体科の診療場面では無視されがちなようである．精神科研修が必修から外れたため，今後どこでこのようなコミュニケーションスキルを意識して身につけさせるかという問題はきちんと議論する必要があるだろう．また今のところコミュニケーションスキルに関する統一された教育プログラムは存在せず，精神科研修においてもどこまで教育プログラムとして提供しているかは病院差が大きいと考えられ，全研修病院で実施できるようなプログラムの作成が急がれるべきであろう．

しかし，うわべだけのスキル使用はかえってコミュニケーションを阻害することもある．コミュニケーションの背後にあるべき相手の考えや感情を尊重する医師の心構えを，どうはぐくみ，維持していくかはさらに大事な課題である．

文　献

1）Bellack, A.S., Mueser, K.T., Gingerich, S., et al.: Social Skills Training for Schizophrenia. A Step-by Step Guide, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2004（熊谷直樹，天笠　崇，岩田和彦監訳：わかりやすいSSTステップガイド，第２版．星和書店，東京，2005）

2）角谷慶子：SSTとソーシャルスキル．SSTの技法と理論（西園昌久編著）．金剛出版，東京，p. 47-48, 2009

3）町田いづみ，保坂　隆：医療コミュニケーション入門．星和書店，東京，2001

4）Maguire, P.: Communication Skills for Doctors. Arnold, London, 2000（若林佳史訳：医師のためのコミュニケーション技術．星和書店，東京，2009）

5）Stewart, I., Joines, V.: TA TODAY: A New Introduction to Transactional Analysis. Paperback, London, 1987（深澤道子監訳：TA TODAY：最新・交流分析入門．実務教育出版，東京，1991）

6）Wagner, A.D.: The Communication Formula: Solving People Problems in Multicultural Office（諸永好孝訳：より良い人間関係とコミュニケーションスキル．株式会社チーム医療，東京，2000）

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

コミュニケーション技能習得の側面から（2）情報提供と伝達

秋月 伸哉（千葉県がんセンター精神腫瘍科）

医療の現場において，患者の将来の見通しを否定的に変えてしまうような「悪い知らせ」を伝えることは，全ての医療者が必ず経験するシチュエーションである．特にがん医療における「がん告知」は，病名を伝えるべきかどうかから始まる特別な問題として国際的にも長く議論されてきた．支持的なカウンセリング技法などをベースにして悪い知らせを伝えるためのコミュニケーション技術が開発され，米国がん学会などでがん治療医へのコミュニケーション技術研修が行われるようになっている．一方，悪い知らせをどのように伝えられたいかは国や文化の差があることも示されている．我が国ではがん患者の意向をもとにしたコミュニケーション技術（SHARE）が開発されている．これは支持的な場の設定（Supportive environment），悪い知らせの伝え方（How to deliver bad news），付加的な情報（Additional information），安心感と情緒的サポート（Reassurance and Emotional support）の 4 つの側面からなる技法である．SHARE を習得するため，ロールプレイを中心とした 10 時間のコミュニケーション技術研修プログラムが開発され，がん診療医を対象に研修会が開催された．またがん対策基本法およびそれに基づくがん対策推進基本計画により全国のがん診療に携わる全ての医師を対象とした緩和ケア研修が始まっており，所定の研修を受けた精神科医や心療内科医が SHARE に基づくコミュニケーション技術の紹介を行っている．

また医療者間のコミュニケーション技術については緩和ケアチームのコンサルテーションで頻繁に問題になるため，緩和ケアチーム研修会で扱われている．リエゾン・コンサルテーション技術やカウンセリング技術などの精神医学技法は，がん医療の様々な領域に応用できる．がん患者の心理支援プログラムやコミュニケーション技術の開発，研修・教育の実施などの点で，がん治療医，緩和ケア医などと連携して精神科医の関与が期待されている．

＜**索引用語**：コミュニケーション技術，悪い知らせ，SHARE，緩和ケア研修会＞

Delivering Bad News: A Communication Skills Training Perspective

Healthcare providers frequently have to talk about “bad news” in their work. “Bad news” is information which drastically alters in a negative way a patient’s view of their future, such as a cancer diagnosis. The delivery of bad news is an important issue in cancer medicine, and communication skills trainings workshops have been held in some academic cancer societies. For Japanese cancer patients, a communication skills paradigm called “SHARE” was developed. SHARE has four domains: “Supportive environment,” “How to deliver bad news,” “Additional information,” and “Reassurance and Emotional support.” A communication skills training program for SHARE, which includes 10 hours of role playing, was developed and has been held several times for oncology specialists. In addition, a palliative care training project was started in 2008 based on the Cancer Control Act. Through this project, trained psychiatrists introduce the SHARE program to physicians involved in cancer care all over Japan.

Communication between medical staff members is another issue in cancer medicine, especial-

ly in the palliative care team. The palliative care team is a multidisciplinary consultation team, and works like consultation-liaison psychiatrists. Recently these communication skills have been included in palliative care team training in Japan.

Supportive counseling skills and consultation-liaison communication skills are often useful in oncology settings. It is hoped that more psychiatrists will participate in their development, research, and implementation in cancer patient care programs.

＜**Key words**: communication skill, bad news, SHARE, palliative care training＞

1. 「悪い知らせ」のコミュニケーション技術

情報提供と伝達について初期研修医に伝えるべき精神医学の技術について，精神医学から医療全般に応用できるコミュニケーション技術と教育体制は十分確立していない．本稿では比較的体系的な取り組みが行われつつあるがん領域のコミュニケーション技術について紹介する．

「がん告知」は様々な心理的ストレスを経験するがん患者にとっても，最大のストレスの一つである．病名を伝えるべきかどうかに始まるがん告知の議論は国際的にも重要なテーマであった．患者の権利意識が高まりインフォームドコンセントの概念が一般化するにつれがん告知は当然のものとなり，代ってどのように病名を伝えるかが大きなテーマとなっている．様々な調査から特に「悪い知らせ」を伝える際に医師のコミュニケーション技術が患者の心理的負担や治療のコンプライアンスに影響することが報告されている[4,5]．ここでいう「悪い知らせ」とは，患者の将来への見通しを根底から否定的に変えてしまう情報のことであり，がん医療では難治がんの告知，再発，積極的抗がん治療中止などの情報提供がこれにあたる．そのため米国では「悪い知らせ」を伝えるコミュニケーション技術が開発され，2001年には米国臨床腫瘍学会の公式カリキュラムに取入れられている．一方，欧米圏より非欧米圏では家族の意向を重視しがちであるなど，どのような情報伝達が望ましいかについては文化差があることがわかっており[1]，単純に海外で開発された技法を日本に輸入することはできない．

藤森らは日本のがん患者と医師を対象に，悪い知らせのコミュニケーションに関する半構造化面接を行い，面接記録の内容分析から得られた項目を用いて質問紙調査を行った．その結果，70項目のコミュニケーション技術が抽出された．コミュニケーション技術は，支持的な場の設定(Supportive environment)，悪い知らせの伝え方（How to deliver bad news)，付加的な情報(Additional information)，安心感と情緒的サポート（Reassurance and Emotional support）の4つの構成要素に分類され，頭文字をとってSHAREと名付けられている．SHAREに含まれる代表的な面接技術を表1に示す[6]．基本的な診療マナーと支持的精神療法の技法，がんに特異的な面接技法がミックスされた技術となっている．

2. コミュニケーション技術の均てん化

SHAREを習得するための方法として，講義と10時間のロールプレイからなる2日間の研修プログラムが開発された．精神療法技法とがん特異的な技法が扱えるようにトレーニングされた精神科医もしくは心理士と臨床腫瘍医が2名のペアとなりグループのファシリテーターをつとめ，2名の模擬患者が，4〜6名のグループの研修にあたる．2007年から2009年度にかけ医療研修推進財団がこのプログラムに基づくコミュニケーション技術研修会を全国各地で開催し，67名のファシリテーターが養成され，280名が研修を修了した．この研修会は密な介入が行われるため参加者の満足度は高いが，運営に時間と人員がかかり多くの医師への研修を進めるには適していない．

2007年にがん対策基本法に基づいて「がん対策推進基本計画」が策定された．全てのがん診療に携わる医師は緩和ケアの研修を受けることに加

表1　SHAREの代表的なコミュニケーション技術

支持的な場の設定（Supportive environment）
・礼儀正しく接する（初対面で自己紹介する，立ち上がって挨拶するなど） ・話すときは体を患者のほうに向け，目や顔を見て話す ・親密な関係である場合を除き，患者の体に触れない ・プライバシーが保たれる場所で，時間をとって面接する ・他の医療者を同席させるときは，同席の理由を述べたうえで患者の意向を尊重する ・家族の同席について患者の意向を確認する
悪い知らせの伝え方（How to deliver bad news）
・正直に，明確な言葉で伝える ・いらいらして見える様子（ペンを回す，貧乏揺すり，言葉を遮るなど）を避ける ・どの程度の情報を伝えるかについて患者の意向を確認する ・伝える前に，これまでの経過や面接の目的など現在の患者の認識を確認する ・専門用語を避ける ・理解度を確認しながら，質問を促す ・要点をまとめる
付加的な情報（Additional information）
・意思決定に誰が関わるかの意向を確認する ・今後の治療方針，効果と副作用，医師の推奨を説明する ・日常生活や仕事への影響についても話しあう ・他の患者からよくある質問を紹介する ・どんな話題でも相談に応じる準備があることを伝える
安心感と情緒的サポート（Reassurance and Emotional support）
・患者の気持ちを探る ・オープンクエスチョンを用いて，懸念を聞き出す ・表出された感情を受け止める（沈黙の時間をとる，患者の気持ちを言い換えるなど） ・悪い知らせによって生じた気持ちをいたわる言葉をかける（「驚かれたことでしょう」，「おつらいでしょうね」など） ・面接の最初に緊張を和らげる言葉をかける ・明確に「がん」という言葉を一度は用いるが，以後は「この病気」など婉曲的な表現を用いる ・希望を持てる情報，希望を持てる伝え方（「治せません」ではなく，「症状を和らげる治療を中心にしましょう」など） ・責任をもって診療に当たること，見捨てないことを伝える ・家族にも配慮する

え，「がん医療における告知などの際には，がん患者に対する特段の配慮が必要であることから，医師のコミュニケーション技術の向上に努める」とコミュニケーション技術研修に関する文章も盛り込まれた．2008年から始まった緩和ケア研修会のプログラムには2日間全8単位のうち2単位がコミュニケーション技術研修となり，重要な位置をしめている．緩和ケア研修会は全国のがん診療連携拠点病院（2010年5月時点で377施設）が毎年1回開催するため，多くの医師に影響をおよぼすことができる．このコミュニケーション技術研修プログラムでは実施可能性を高めるため，1人のファシリテーターが複数のグループ（3名一組で交代で医師役，患者役，オブザーバーを交代する）のロールプレイを担当し，技術の習得ではなくコミュニケーション技術の重要性の認識やその後の講義への動機付けを目的としたプログラムを行っている．また緩和ケア研修会で指導を行うために，日本緩和医療学会と日本サイコオンコロジー学会が共催し，がん精神症状緩和経験が3

表2　代表的なコンサルテーションエチケット

連絡をすぐ取れるようにしておく 依頼者が簡単に連絡を取れるようにしておかなければ，依頼者はコンサルテーションを延期する可能性がある．
すぐに対応する 診察依頼を受けたら数時間以内に依頼を受け取ったことを依頼者に連絡．また24時間以内に診察をして最初の助言をする．
依頼者に連絡する 依頼者の目的を明確にするため連絡をする．特に緩和ケアではこのプロセスにより依頼者の心理的な支援をすることができる．
職位と職種に注意する 依頼者と同じかそれ以上の職位，同じ職種がコンサルテーションの結果をフィードバックすることが望ましい．助言を行うスタッフの地位によって適切に対応してくれないことがある．
依頼目的を明確にする 患者だけでなく依頼者が何を求めて依頼してきたかはっきりさせる．
患者を診察する 診察にはカルテや検査データを見ること，患者と家族に面接することも含まれる．
診察後に依頼者と話をする カルテを書く前に依頼者に見立てと助言を伝える．依頼した医師に敬意を示すだけでなく，難しい症例のマネジメントを行っている依頼者への心理支援にもなる．
病棟チームと推奨について話しあう 医師，レジデント，看護師，ソーシャルワーカーなどのチームに見立てと助言を伝える．啓発，教育の機会になる．
役割について話しあう 依頼者がどのような役割を緩和ケアチームに求めているか（情報提供，カウンセリング，症状緩和，退院計画立案など）を話しあう．直接の介入ではなく，助言のみをもとめる依頼者もいる．

年以上の精神科・心療内科医を対象とした2日間の「精神腫瘍学の基本教育に関する指導者研修会」を開催している．2008年から年3回の研修会が実施され，392名が修了している．修了者は緩和ケア研修に関する情報交換のメーリングリストに参加し，二次的に緩和ケアに関わる総合病院精神科医のネットワークもできつつある．

3．医療者-医療者のコミュニケーション

リエゾン精神医学では医療者同士のコミュニケーション技術もテーマの一つである．がん領域の緩和ケアチームも同じ問題を抱えており，国立がん研究センターが主催し，拠点病院の緩和ケアチームを対象とした「がん診療連携拠点病院緩和ケアチーム基礎研修会」で扱われている．このプログラムでは，悪い例のシナリオ（多忙な病棟スタッフの状況に配慮せず相手の感情を害する，依頼者のプライドを傷つけるなど）をビデオで見た後，グループで改善方法を議論，改善したシナリオでロールプレイを行うという学習方法をとっている．また医療者間コミュニケーション技法の参考資料として米国Center for Advanced Palliative Careの「コンサルテーションエチケット」マニュアルを紹介している（表2）[7]．

4．考　　察

がん領域において「悪い知らせ」を伝える技術（SHARE）を開発し，研修プログラムを開発し，均てん化できるプログラムの実践に至るまでの経緯を紹介した．このプログラムは精神科医や心理士が中心に開発したものであり，精神医学領域のコミュニケーション技術，カウンセリング技術が多く取り込まれている．がんは日本人の死因の第一位であることから，国策として積極的な取り組みが行われる傾向にある．緩和ケア研修会は国主導で日本全国で行われる研修であり，精神科がコミュニケーションを初期研修医に伝えるプラットフォームとして利用していくのが良いのではないかと考える．ただ，がんという精神科医にとってなじみのない領域を扱うため，利用しにくいと感じるかもしれない．がんに特異的なテーマについては先述の指導者研修会などでのある程度の学習や，なぜ精神科医の技法ががん領域で役に立つことが意識できることなどが必要であろう．

文　　献

1）Baile, W.F., Lenzi, R., Parker, P.A., et al.: Oncologists' attitudes toward and practices in giving

bad news : an exploratory study. J Clin Oncol, 20 ; 2189-2196, 2002

2）Fujimori, M., Akechi, T., Akizuki, N., et al. : Good communication with patients receiving bad news about cancer in Japan. Psychooncology, 14 ; 1043-1051, 2005

3）Fujimori, M., Akechi, T., Morita, T., et al. : Preferences of cancer patients regarding the disclosure of bad news. Psychooncology, 16 ; 573-581, 2007

4）Roberts, C.S., Cox, C.E., Reintgen, D.S., et al. : Influence of physician communication on newly diagnosed breast patients' psychologic adjustment and decision-making. Cancer, 74 ; 336-341, 1994

5）Takayama, T., Yamazaki, Y., Katsumata, N. : Relationship between outpatients' perceptions of physicians' communication styles and patients' anxiety levels in a Japanese oncology setting. Soc Sci Med, 53 ; 1335-1350, 2001

6）内富庸介，藤森麻衣子 : がん医療におけるコミュニケーション・スキル．医学書院，東京，p. 12-17, 2007

7）Von Gunten, C.F., Ferris, F.D., Portoney, R.K., et al. : CAPC Manual : Consultation Etiquette How to Establish a Palliative Care Program. Center to Advance Palliative Care, New York, 2001

第106回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

動機づけ面接

原井 宏明
（医療法人和楽会なごやメンタルクリニック院長，国立病院機構菊池病院臨床研究部院外共同研究員）

動機づけ面接（Motivational Interviewing，MI）とは変化への動機づけをクライエントの中から引き出し，強めるために，クライエント中心に方向性をもって誘導していくコミュニケーションのスタイルである．近年はさまざまな領域に応用され，その効果を示すエビデンスが蓄積されてきた．
この論文ではMIの説明と，実例の呈示，MIのエビデンスのレビューを示し，今後，MIを学ぼうとする人に対する導入になるようにした．

＜**索引用語**：エビデンスに基づく医療，行動療法，来談者中心療法，カウンセリング，嗜癖＞

Motivational Interviewing
Motivational Interviewing, or MI, is a person-centered, guiding method of communication for eliciting and strengthening internal motivation for change. It grew out of clinical trials of behavior therapy for alcoholism, and there is now persuasive evidence of its effectiveness in the treatment of addictive disorders. In recent years, it has been applied to various areas, and several systematic reviews support its efficacy in such fields as public health, chronic medical conditions, treatment adherence, and criminal justice. This paper provides an outline of MI, presents a clinical vignette, and reviews recent treatment efficacy studies. The author hopes this paper will motivate Japanese psychiatrists to learn MI.

＜**Key words**: evidence-based medicine, behavior therapy, person-centered approach, counseling, addiction＞

1. はじめに

Motivational Interviewing（動機づけ面接，以下MI）[6]とはクライエント中心かつ目的志向的な面接のスタイルによってクライエントのアンビバレンスを探り，それを解消する方向に行動の変化を促していく技術である．文献に登場するのは，1983年に問題飲酒に対するアプローチとしてである[4]．MillerとRollnickによって[5]1991年に基本的な考えとアプローチ，臨床的な手続きがまとめられた．

MIは欧米ではよく知られている．PubMedとPsychINFOにてタイトルにこれらの言葉がある文献を検索すると2006年3月時点では241件，2010年7月時点では721件である．対象は当初のアルコール問題から現在はプライマリケアや公衆衛生にまで広がっている．MIのトレーニングを行うトレーナーの世界規模の組織があり，Motivational Interviewing Network of Trainers（MINT）と呼ばれている．現在世界で700人以上いる．日本人は3人おり，著者はそのうちの1人である．医学中央雑誌で日本語文献を検索すると2006年3月時点では4件，2010年7月時点では53件である．日本でも普及が始まってきている．

2. MI とは何か

精神療法の種類はとても多い．多くは治療パッケージであり，一部は一種のブランド名のようなものになっている．治療パッケージとトレーニング，資格認定制度，学会までが一セットになっているものもある．MI はこれらとは全く異なる．治療技法のパッケージではない．さまざまな人間同士のコミュニケーションのスタイルであり，そして，その特定のスタイルのなかで行動の変化を起こす要素をまとめたものである．したがって，MI だけの特異的技法や MI だけが効く特異的疾患はない．そして精神療法も MI の使い方の１つにすぎない．CRAFT（Community Reinforcement and Family Training）[2] のなかでは家族が MI を学んで IP（患者とみなされた者）の行動変容をはかることができる．家族内のコミュニケーションの改善にも使えるのである．また MI は薬物療法や他の精神療法と併用するときにその真価が発揮されるが，これも MI らしさの１つである．

1）MI の定義

MI とは，アンビバレンスをクライエントが探り解消することを援助することで行動の変化を引き出すための，指示的かつクライエント中心のカウンセリングスタイルである．他の非指示的なカウンセリングと比べると，MI は焦点を絞り，目標志向的である．アンビバレンスの探索と解消が中心的な目的であり，カウンセラーは，このゴールを求めて意図的に指示的である．

MI のスピリット

MI によく使われる面接技術があるが，技術を集めても MI にはならない．MI の習得の過程では技術を集中して学ぶ時期があるが，技術に集中しすぎれば MI の中核にあるスピリットを見失う．MI のスピリットと技術の区別ができることが MI がわかることと言える．臨床的な状況はさまざまであり，技術にも種々のバリエーションがある．一方，状況が違っても技術が変わっても MI のスピリットは変わらない．MI のスピリットをまとめれば，1）患者と治療者の共同作業，2）患者に“させる”ではなく，患者が“する”ように引き出す，3）患者の自律を尊重する，になる．具体的には次のようになる．

①引き出す（Elicit）

変化するための動機づけは，クライアントから引きだされるものであり，それなしに，他から押し付けられるものではない．他の動機づけのアプローチは，強制や説得，構成的な直面化，そして行動契約のような外部的な随伴性の利用を強調している．このような戦略は，変化のきっかけを作る役割があるかもしれないが，動機づけ面接のスピリットとはまったく逆である．MI は行動の変化を刺激するために，クライアントの内在的な価値観と目標を見いだし，動かす．

②矛盾を広げる（Develop discrepancy）

アンビバレンスを具体的に述べ，解消することはクライアントの課題であり，カウンセラーのものではない．アンビバレンスは２つ以上の選択肢の間に起こる葛藤である．選択肢のそれぞれにクライエントから見た利益と損失が伴っている．しばしば複雑で相互の矛盾があり，ほとんどのクライエントは高度にユニークな個人的葛藤を表現する機会がない．しばしば，このような葛藤は“酒が体に悪いとはわかっています．もし，ストレスがないのだったら，断酒しようと思います”のように，“もし”という条件付き意志として表現される．この場合，クライエントはストレス回避と，将来の病気の回避の２つの目標の間の葛藤を経験している．カウンセラーの課題は，このアンビバレンスの袋小路の両面を表現することを促進することであり，そして，変化への引き金になるような受け入れ可能な解消の方向にクライエントを導くことである．

③論争を避ける（Avoid argument）

直接的な説得はアンビバレンスを解決するための有効な方法ではない．それは変化することの利点と問題の緊急性についてクライエントを説得することで，“援助”しようということはカウンセラーにとって魅力的である．しかし，ほぼ間違いなく，これらの戦略は一般的にクライエントの抵

抗を高め，変化が起こる確率を減らす．

④寝技スタイルの受け身柔道

カウンセリングのスタイルは一般的に静かに引き出すようなものである．直接的な説得や積極的な直面化，論争は動機づけ面接とは概念的に正反対にあり，このアプローチでは明確に禁止される．直面化や助言を与えることに慣れているカウンセラーにとってはMIは一本を勝ちを狙うことを避け，時間を無駄遣いしている消極的なアプローチに見える．MIは受け身に徹し，細かくポイントを稼ぎ，そして最後に相手が自ら崩れていくのを待つ，寝業師的柔道のようなものである．

⑤アドバイスやスキルトレーニング

クライエントがアンビバレンスを詳しく検討し，解決することに対してカウンセラーは指示的である．MIの戦略は，クライエントの自律に対する敬意を保った雰囲気の中でアンビバレンスを引き出し，明白にし，解決するように設計されている．アンビバレンスや決断の欠乏が変化を引き起こすために乗り越えるべき障害である，とMIは仮定しているからである．MI自体にはアドバイスやスキルトレーニングは含まれていない．しかし，これらとMIは相容れないものではない．いったん障害を乗り越え，クライエントが自分の進むべき方向を決めたならば，アドバイスやスキルトレーニングが必要になるだろう．実際に，MIがその真価を発揮する場所は他の薬物療法や認知行動療法と併用されたときである．

⑥抵抗を手玉に取る（Role with resistance）

変化の準備性はクライエントの特性ではなく，対人関係の相互作用がつくりあげた動揺しやすい状態である．治療者はクライエントの動機づけのサインに細やかな注意を払い，機敏に反応する必要がある．抵抗や否認はクライエントの特性とは見なされず，逆に，治療者行動に対するフィードバックと見なされる．抵抗があることは，カウンセラーがクライエントの変化の準備性を実際よりも高く見積りすぎていることを意味しており，治療者がカウンセリングの戦略を修正する必要があることを示す信号である．

⑦クライエントがエキスパート

治療関係は，パートナーシップや協力者関係のようであり，エキスパートと受益者の関係のようではない．治療者は自分自身の行動に関するクライエントの自立と，選択の自由，（そしてその結果も）を尊重する．

このように考えると，人々をターゲットにして用いるテクニックやテクニックの組み合わせがMIであると考えるのは不適切である．MIにおける“動機づけ”とは，動機“漬け”ではない．また，MIは個人カウンセリングの場面だけに限定されない．MIとは幅広い対人交流の場面での，指示的部分とクライエント中心の部分の微妙なバランスでつくられた動的な対人関係のスタイルのことなのである．そしてこのバランスは変化を引き起こすものについての実証的研究によって導かれ形作られたものなのである．もし，これらがトリックや操作的なテクニックになってしまったとすれば，それはMIではない．

2）関連する他の方法との違い

コミュニケーションのスタイルに注目した方法は他にも数多い．こうしたものに，クライエント中心療法や“アクティブ・リスニング”，“解決志向アプローチ（Solution Focused Approach）”，“ナラティブ・セラピー”など数え切れない．これらとMIは技法や，考え方，実際の面接場面が似通っていることがよくある．実際，患者の行動が変化するときは，どのような立場の人間がどのようなカウンセリングを行ったとしても共通するメカニズムが働いているのだろうと想像される．

これらの他の方法と，MIの違いを述べるとすれば，MIは他の方法であるような特徴的な方法がないということである．解決指向的アプローチでは，“ミラクルクエスチョン”がある．問題は，問題に焦点をあて過ぎ，ソリューションイメージを思い描いていないからだ，とする．ナラティブ・セラピーにはポストモダニズムという人間に関する哲学的洞察がある．MIは特定の解決状態の回答や人間に関する哲学を持たない．

クライエントに共感的に接し，傾聴し，クライエント自身がもつ動機づけを引き出すことがMIであるが，それだけではMIがこのように知られることはなかっただろう．MIが一般のカウンセリングではなく，独立して知られるようになったのは，これが行動療法であり，介入研究を重ねてきたことによる．それは明示的な操作によってクライエントや治療者の言語を行動として評価し，研究の対象とし，その結果を用いて面接の方法と訓練の方法を洗練させてきたことにある．MIは動機づけという構成概念についての理論的考察には立ち入らなかった．そうではなく，治療者を操作する手順を定義し，頻度や強度を評価し，治療者行動を独立変数として，クライエントの反応を介在変数として，そして治療転帰を最終的な従属変数とした研究を積み重ねたのである．

このようなMIの研究のツールの基本となったものがMotivational Interviewing Skill Code (MISC)[3]である．これを読むことによってMIの面接スタイルが求めているものがわかる．MISCは http://www.motivationalinterview.org/ にて入手できる．和訳は http://homepage1.nifty.com/hharai/mi/ にて入手できる．

3．MIのエビデンス

MIは行動療法であり，実証的なエビデンスが集積され，それによって変化してきている．これらのエビデンスのメタアナリシスの概略を紹介する[1]．この論文では，MIと無治療，他の治療法を比較した無作為割り付け比較臨床試験（Randomized Controlled Trial, RCT）が，アルコール問題は31，薬物乱用は14，喫煙は6，HIV感染リスク行動は5，治療アドヒアランスは5，公衆衛生は4，ダイエット・運動は4，あった．他に，ギャンブルや摂食障害，人間関係について1つずつあった．平均的な治療セッション数は2回程度，合計2.2時間であった．MIが使われた状況は，専門医の外来クリニックや入院病棟，学校，地域医療センター，一般開業医，産院，救急救命室，ハーフウェイハウス，電話カウンセラー，刑務所など様々であった．Effect sizeについては次のようなことがわかっている．

1）問題ごと，RCTごとにばらつきが大きい（例：アルコール問題では0〜3.0）．
2）MIの効果は早期に現れる．
3）MIを他の治療に追加して行ったものを除いて，MIの効果は時間とともに下がる．
4）MIの実行について，マニュアルを作成し，その通りに治療者に行わせたものと，マニュアルを使わなかったものとの間では，後者のほうがeffect sizeが大きい．
5）少数民族（アメリカインディアンなど）に対して行った方がeffect sizeが大きい．

これらをまとめると，MIは他の治療法に対するアドヒアランスを高める方法として期待できること，またマニュアル通りに行うとMIの効果がかえって悪くなることがわかる．

4．実際の面接の例

症例は，40代，男性会社員である．受診時主訴は対人不安であった．

家族歴：妻，20代の長女，高校生の長男と暮らす．

兄：アルコール，肝硬変，静脈瘤破裂にて死亡．

久里浜式アルコールスクリーニングテストを行ったところ，6.2点（アルコール依存症疑い），ブラックアウトとコントロール不能，離脱症状が見られた．この結果をフィードバックした．以下，Cは患者，Tは治療者の発言である．括弧内にMISC（Motivational Interviewing Skill Code）コーディングによる，治療者行動の大まかな評価を示す．

C1　確かに飲みだすとその夜のことを覚えていません．朝酒をすることもあるにはあるけど．でも，先生には食道はまだ普通と言われたから．兄のことを知っているから，あそこまでは飲みませんよ．人前に出るときとか，緊張するときとかだけに飲むだけです．量のコントロールもできます．まあ家では，いろいろあるけど．

T1　自分では止められるが，家でいろいろあって，飲んでいるということですね．（言い換え）
C2　そう．
T2　とするとあなたはアルコール依存症ではない？（増幅した聞き返し）
C3　不安になるから，仕事，家のこと全部ひっくるめて，飲まないとしょうがないです．
T3　飲まないとやっていけない？（言い換え）
C4　飲むと落ち着くから．
T4　酒がないとやっていけないということですね．（増幅した聞き返し）
C5　自宅では１合だけにしています．
T5　そうですね．そして，この間の同窓会でも？（増幅した聞き返し）
C6　同窓会ではビールだけにしました．濃いのは飲まないようにした．
T6　飲みすぎないように押さえたということですね．それが普段からできているということですね？（増幅した聞き返し）
C7　…翌日はのみました．
T7　自宅で？（閉ざされた質問）
C8　飲んだら，翌日はどうしても飲んでしまいますね．
T8　飲みたい気持ちが強くなった，ということですね．（感情を聞き返す）
C9　仕事や家のことでいろいろ考えていると，つい．
T9　飲みたくなる？（パラグラフを続ける）
C10　飲んだら，翌日，酒がさめてくると不安になって，飲んでしまう．
T10　飲み会のとき，量を抑えていて，翌日になると飲みたい気持ちが強くなり，家では飲みたいという気持ちに負けてしまう？（感情を聞き返す）
C11　そう．
T11　飲みたくないと思っても飲みたい気持ちの方が勝ってしまうのですね．（感情を聞き返す）
C12　前日に，いろんなことを言ったんじゃないか，迷惑をかけたんじゃないかと自分でいろいろ考えてしまう．そして飲みたくなる．
T12　そして，飲むと落ち込むのですね．（感情を聞き返す）
C13　ええ．
T13　外で飲むと翌日憂うつになって，また飲みたくなる，ということですね．（感情を聞き返す）
C14　はい，でも，会社での誘いは断っている．同窓会だけはと思って飲んでしまった．飲みたいという気持ちに負けた．
T14　飲みたいという気持ちはそれぐらい強いのですね．（感情を聞き返す）
C15　家で一杯だったらいいかな，と．
T15　外で飲むのはいけないが，家なら大丈夫ということ．（両面をもった聞き返し）
C16　はい，家で１合ずつ，飲むつもり．
T16　１合以上は良くない，ということですか．（言い換え）
C17　家でなるたけ飲まないようにしようと思う．
T17　というと？　それは？　何か理由でも？（開かれた質問）
C18　体の面もあるし．
T18　他には？（開かれた質問）
C19　毎日別に飲まなくてもいいかな，と思うし．
T19　体の面，飲む必要はない，他には？（サマライズ　開かれた質問）
C20　いろいろストレスが溜まると１合くらいと思う．
T20　飲み過ぎなければいい？（パラグラフを続ける）
C21　ええ．
T21　過ぎなければ飲んでいるほうがいいということですね．（両面をもった聞き返し）
C22　理想的には，飲んでいないのが一番いい．
T22　毎日いろいろあり，そのとき，飲みたい

という気持ちがあり，理想的にはそういうときにも飲まないほうがいいと思っているのですね．（サマライズ）

C23 ええ，家でのストレスが強くて．

T23 毎日すごい，家でのドラマがあるのですか？（増幅した聞き返し）

C24 ちょこちょこ，とあります．

T24 例えば？（開かれた質問）

C25 母親と娘の口喧嘩とか，意見の食い違いとか．

T25 激しい喧嘩があるのですね．（増幅した聞き返し）

C26 それほどでもないけど，口喧嘩と，それに拍車をかけて，息子の部活の世話があって．

T26 奥さんと娘さんの口喧嘩と息子の部活の世話，他には？（サマライズ　開かれた質問）

C27 毎日ではないが，いろいろ重なると飲みたくなる．

T27 この2つが飲みたくなる原因ですね．他には？（開かれた質問）

C28 金銭的なこともある．

T28 経済的に苦しい？（言い換え）

C29 子どもが高校生だから，負担が大きい．今月は足らないといわれると飲みたくなる．

T29 まとめると，娘，息子など子どものことで飲みたくなるのですね．（サマライズ）

C30 はい．

T30 飲むと子どものこともお金も何とかなる，ということですか．（両面をもった聞き返し）

C31 飲んでもなんにもならんですね．ただ気持ちを落ち着かせるだけ．なんともならん．先が開けんですね．

T31 酒で解決できないとよくわかっていらっしゃる．これから，どうなるといいのですか？（サマライズ　開かれた質問）

C32 第一には娘が仕事したら，なんとか．前よりは，手がかからなくなったけど．

T32 他には？（開かれた質問）

C33 そうですね，そんな感じ．

T33 娘さんが働いてくれたら，ということですね．他にどうなるといい？（聞き返し開かれた質問）

C34 他にはない．娘が仕事である程度稼いでくれたら．

T34 ということは，あなたは娘さんが稼ぐまでは酒を飲むということですね．（サマライズ　増幅した聞き返し）

C35 そうですね．

T35 お酒は欠かせないという感じですね．（感情を聞き返す）

C36 同僚は3合飲むというから．

T36 理想的には飲まないのがいい，一方娘のせいで飲むのを止められないということですね．（サマライズ　増幅した聞き返し）

C37 …来月になったら，5日ぐらい酒を休んでみようかと思います．先生の話していた対人恐怖の薬を飲んでみたい．緊張が治るんだったら，来月から5日連休になるから，酒を止めて，薬を飲んでなんとかしたいと思う．

面接中一貫して，治療者は患者を批判せず，患者の言葉を聞き返し，患者の判断が変わるのを待っている．患者にとっては自分の話したことが整理され曖昧なところをそぎ落とされて，治療者から提示されている．これも一種の直面化である．患者はこの中で言い訳をしたり，他に話をずらしたりしている．治療者はそれを追いかけながらも，サマライズによって話をまとめ，本人が自分の飲酒に対してどう考え，行動するかというテーマから離れないようにしている．それが最終的に，本人の一時的断酒の決断につながっている．こうしたことが，本人への指示や命令によってではなく，本人自身の言葉として引き出されてくるように，治療者が選択的に応答している．これがMIである．

MI はある意味，効率が悪いように見える．本人がのらりくらり言い逃れしていることにも治療者は一言も批判めいたことを言わない．普通の診察場面ならば，本人に厳しく，断酒か飲むか選択を迫るところだろう．兄が飲酒のために早死にし，家族の不和があるなど，本人を責め立てる材料には事欠かない．論理たてて情熱的に攻めることが効果的だと信じている治療者も多いことだろう．しかし，アルコール依存症の治療転帰研究のエビデンスは逆を主張する．MI のスタイルが強制的なスタイルに勝るのである[7]．

5．おわりに

動機づけ面接（MI）について紹介し，実例を示した．カウンセリングのアウトカムと言語内容に関する研究を積み重ねながら，面接のスタイルによるエビデンスが集積し，人の行動の変化に影響を与える言語内容がわかってきた．これらの結果が MI であり，そして今わかっていることは，MI というブランドネームの下にマニュアル通りの面接を行うことが，最も MI らしくないということである．

MI はジェネリックな方法であるから，類似した面接が多く，混同されることも多い．ブリーフ・インターベンションのように治療効果を説明するメカニズムに動機づけ面接のプロセスが含まれていることがある．技法に動機づけ面接から応用された行動の変化を促すための技法が含まれているものもある．しかし，個別のメカニズムや技法に類似点があることと，全体が同じものであることは，全く別のことである．

カウンセリングのトレーニングとは縁がなく，MI はもちろん言語行動の理論を全く知らず，そして自然に MI のスピリットに沿った面接をしている人がいる．一方，このような方法にはなじめない，できない，と思っている人もある．MI のトレーニングと知識，実際の経験は前者には自分の面接内容の意味をチェックする道具を，後者には前者に近づく機会を与える．後者も一度，コツをつかむとさまざまな場面に使えるようになる．

MI のトレーニングビデオや資料をホームページから注文したり，ダウンロードすることができる．研修会も随時，行っている．この論文が人のコミュニケーションのあり方についての関心を高めることができれば幸いである．

資　料

・日本語の MI のホームページ：http://homepage1.nifty.com/hharai/mi/index.htm

・日本語の MI 関連の資料：Treatment Improvement Protocol（TIP）Series 35 Enhancing Motivation for Change in Substance Abuse Treatment 翻訳 http://homepage1.nifty.com/hharai/

・W.R. ミラー，S. ロルニック：動機づけ面接法（松島義博，後藤　恵訳）．星和書店，東京，2007

文　献

1）Hettema, J., Steele, J., Miller, W.R.: Motivational Interviewing. Annual Review of Clinical Psychology, 1 (1); 91-111, 2005

2）Meyers, R.J., Miller, W.R., Hill, D.E., et al.: Community reinforcement and family training (CRAFT): engaging unmotivated drug users in treatment. J Subst Abuse, 10 (3); 291-308, 1998

3）Moyers, T., Martin, T., Catley, D., et al.: Assessing the integrity of motivational interviewing interventions: Reliability of the motivational interviewing skills code. Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 31 (2); 177-184, 2003

4）Miller, W.R.: Motivational interviewing with problem drinkers. Behavioural Psychotherapy. Cambridge University Press, New York, p. 147-172, 1983

5）Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior. Guilford Press, New York, p. 348, 1991

6）Miller, W.R., Rollnick, S.: Motivational Interviewing: Preparing People for Change, 2nd ed. Guilford Press, New York, 2002

7）Rollnick, S., Butler, C.C., McCambridge, J., et al.: Consultations about changing behaviour. BMJ, 331 (7522); 961-963, 2005

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

コミュニケーションをとるのが難しい患者や家族への対応

平 島 奈 津 子（昭和大学医学部精神医学教室）

コミュニケーションをとるのが難しい患者に対応しなければならない事態は精神科臨床に限ったことではないが，前期研修医がそのような患者に対する面接技術を修得する機会が得られるのは精神科だけかもしれない．しかし，短期間の研修で，熟達した面接のプロを目指すのは困難である．では，精神科医として，彼ら前期研修医にどこまで修得して欲しいか，そのためにはどのような教育的アプローチが必要かを考えるのが本シンポジウムの目的である．‘コミュニケーションをとるのが難しい患者’と言っても，たとえば，怒りっぽい，興奮しやすい（興奮している），落ち着かない，話がまとまらない，医師の話が理解できないなど，さまざまである．これらの患者に対して，まず，前期研修医に知って欲しい心構えは精神障害だと決めつけないで，コミュニケーション様式をアセスメントするということだろう．（場合によってはスタッフの安全を確保した上で）面接を進めながら，意識障害の有無，知的能力，失語の有無，聴力や視力の障害の有無など，コミュニケーションに影響を及ぼす要因をアセスメントし，そのアセスメントをもとに，患者とコミュニケーションをとるための方略を考え，それを活かしてさらに面接を進めながら，現在の困難なコミュニケーション様式が何に由来するのかをアセスメントしていくという繰り返しが，実はどのような患者の精神医学的面接に対しても共通した営みであることを認識してもらいたい．そして，あらわな怒りや混乱の背後に，不安が存在することも理解してもらいたい．

一方，コミュニケーションをとるのが難しい家族は，‘患者の発病に責任があるのでは’という不安を意識的・無意識的に抱えていて，医師に批判されないかと身構えていることが少なくないように思う．前期研修医には，このような家族の不安を理解し，批判的にならないようにアプローチすることを，まずは学んで欲しい．

＜**索引用語**：コミュニケーション教育，初期研修医，面接，怒りっぽい患者＞

Psychiatrists are not the only medical professionals who must, in their clinical practice, interact with patients with whom it is difficult to communicate. Psychiatry may, however, be the only clinical department that provides doctors-in-training with opportunities to acquire the skills and techniques needed to interview such patients. It certainly is not easy for these doctors to envisage becoming seasoned interview experts after only a short period of training. The objectives of this symposium, therefore, are to investigate to what extent we psychiatrists expect these doctors-in-training to master such skills, and to consider what sort of educational programs are needed to assist them.

There are different kinds of patients with whom physicians experience difficulty in communication. For example, some are easily agitated (or already agitated), easily angered, or easily provoked ; others are restless or speak incoherently ; and still others are unable to understand what the doctor is saying. When dealing with these patients, I want doctors-in-training to keep in mind that they should not automatically conclude from these behaviors that the patient is mentally disturbed. Instead, they should try to assess the patient's communication patterns and

formats. Although the patient may need to be restrained in some cases to ensure the safety of both patient and staff, interns are expected to carry out interviews while assessing numerous factors that may influence communication, such as disturbed consciousness, lack of intellectual capacity, aphasia, and/or problems with hearing and/or vision. Based on these assessments, they should consider methods and strategies for communicating with the patient, and, while proceeding with the interview by making use of these techniques, assess the origin of, or reason for, the patient's problematic communication patterns. I expect doctors-in-training to understand that repeating this process will enable them to acquire techniques that can be applied to psychiatric interviews with all types of patients. I also want them to understand that anxiety lies behind the anger and confusion that patients openly show.

On the other hand, it appears that many families with whom we have difficulty communicating are worried either consciously or unconsciously that they may be the cause of the patient's illness. Families instinctively brace themselves to fend off possible criticism by the physician. I want doctors-in-training to first study how to understand families' anxieties, and then to approach them in a non-critical way.

1. はじめに

コミュニケーションをとるのが難しい患者に対応しなければならない事態は精神科臨床に限ったことではないが，前期研修医がそのような患者に対する面接スキルを修得する機会が得られるのは精神科だけかもしれない．しかし，短期間の研修で，熟達した面接のプロを目指すのは困難である．

では，精神科医として，彼ら前期研修医にどこまで修得して欲しいか，そのためにはどのような教育的アプローチが必要かを考えるのが本稿の目的である．

2. 卒前のコミュニケーション教育

どのような患者の面接においても，最低限必要な基本的コミュニケーション・スキルが修得されている必要がある．現在では，この教育指導はある程度卒前（undergraduate）の医学教育によって担われている．

近年，マスコミなどによる医学情報の伝達に伴って，患者の権利意識が増大したことによって，医師-患者関係は，以前の‘パターナリズム（父権主義）’から対等な協力関係へのパラダイムの転換が起こった．それに加えて，‘知識偏重’の医学教育への批判に応えるように，卒前の医学教育改革が進められ，実技・態度の育成が重視されるようになった．その象徴的な試みがOSCE（オスキー）の導入である[1]．

OSCEとは，Objective Structured Clinical Examinationの頭文字をとった略称で，1975年に英国のHarden, R.らによって開発された臨床能力を客観的に評価する実技試験のことである．医学教育の先進国であるカナダで1992年に医師国家試験に採用されて以来，次々に世界各国の医師国家試験に採用されるようになっている．本邦では，平成17年度から，臨床実習開始前の医学部4年生に対して，全国共用試験の一部として実施されている．そのOSCEの課題のひとつに，‘医療面接’がある．この‘医療面接’という術語の導入には，従来使用されてきた‘問診’に含まれる‘情報聴取’重視のニュアンスを廃し，‘その後の治療を担えるような良好な医師-患者関係を築くためのコミュニケーション’を重視する意図がある．すなわち，‘医療面接’の導入は，医学教育の中にコミュニケーション教育が導入されたことを意味する．

このような卒前の基礎的なコミュニケーション教育の中で，どのように卒後のコミュニケーション教育を構築していくかは，大きな課題である．

3. コミュニケーションのアセスメント

適切なコミュニケーション・スキルを選択するためには，まず，コミュニケーションの質をアセスメントすることが必要である．そして，このアセスメントは，まさにいま交わされているコミュ

ニケーションを通して行われる．つまり，コミュニケーションをとり，それを通して得られた理解に基づいてアセスメントし，そのアセスメントに基づいて，適切なコミュニケーション・スキルを選択し直すという試行錯誤の中でコミュニケーションは深まっていく．

特に，コミュニケーションをとるのが難しい患者の場合，このような試行錯誤が必要となる．一概にコミュニケーションをとるのが難しい患者と言っても，たとえば，怒りっぽい，興奮しやすい（興奮している），落ち着かない，話がまとまらない，医師の話が理解できないなど，さまざまである．これらの患者に対して，前期研修医に知って欲しい心構えは精神障害だと決めつけないで，コミュニケーション様式をアセスメントするということである．（場合によってはスタッフの安全を確保した上で）面接を進めながら，意識障害の有無，知的能力，失語の有無，聴力や視力の障害の有無など，コミュニケーションに影響を及ぼす要因をアセスメントし，そのアセスメントをもとに，患者とコミュニケーションをとるための方略を考え，それを活かしてさらに面接を進めながら，現在の困難なコミュニケーション様式が何に由来するのかをアセスメントしていくという繰り返しが，実はどのような患者の精神医学的面接に対しても共通した営みである．時には，聴力低下が疑われる患者には筆談を，視力低下が併発していれば大きく太い文字でコミュニケーションをはかる．そのやりとりを通して，患者は不安を和らげ，目の前の医師を信用するようになる．

4．怒りっぽい患者とのコミュニケーション

たとえば，コミュニケーションをとるのが難しい患者の例として，怒りっぽい患者の場合について考えてみたい．

怒っている患者に遭遇し，対応する際には，まず，患者の怒りによる興奮や行動化に対処する必要がある．できれば，不測の事態が起こった時に対処できる誰かがそばにいることが望ましい．大声を出していれば，静かで安全な個室に誘導することも他患を不安にさせないために必要な配慮である．怒っている患者に同調せず，低めで，ゆっくりとした口調で話すことも相手の興奮を煽らない工夫のひとつである．怒っている最中に，もっともらしいことを言われても火に油を注ぐだけだということは容易に想像がつくところなので，しばらくは黙って患者の言い分を傾聴しながら，「患者はなぜこんなに怒っているのか」をアセスメントしていく．

このアセスメントには，面接者自身の反応も含まれる．面接者は患者の怒りを目の当たりにしてどのような気持ちになるのか，どんなイメージや考えが脳裏に浮かぶのかを自問自答する．たとえば，外来で突然怒りだしたパニック障害の中年男性患者を前にして，筆者は，‘雷雲の中を飛ぶ小型機’のように心細く，危なっかしい自分を感じたことがあった[2]．そして，面接の中で繰り返される彼の一方的な要求を聞きながら，通常よりもずっと患者から離れた位置に座っている自分の姿に気づき，彼を心理的にも拒絶したい自分に気づいた．そこで，筆者は，なおも怒り続ける患者の話を聞きながら，少しずつ物理的な距離を縮めていった．彼との距離が通常の状態になった瞬間，彼の表情がふっとゆるみ，彼は「以前，飛行機に乗った時も，こんな風に乗務員を怒鳴り散らしたんです．不安で，不安で，その気持ちが爆発しそうになると，さっきみたいに怒鳴り散らしてしまう．これでは，いつか逮捕されてしまいますよね」と，しみじみと述べた．彼の言葉を聞きながら，筆者は，そこで初めて自分の心の中に宿った‘雷雲の中を飛ぶ小型機’のように心細く，危なっかしいイメージは，彼自身のものだったことを理解した．言いかえれば，筆者自身の感覚として彼の不安を理解し，その理解に基づいた‘態度の処方’を施したことによって，彼は自分の怒りをおさめ，その怒りの背後にある不安や心細さを語ることができたと考えられる．

さらに，アセスメントとして，怒っている患者が「日ごろから怒りっぽいのか」，それとも「どこかの時点から怒りっぽくなったのか」，あるい

は「怒りっぽい傾向はみられなかったのに突然激しく怒りだしたのか」という点は，背後の病態を鑑別する上で重要である．すなわち，パーソナリティの問題があるのか，意識障害や他の精神障害に由来しているのか，飲酒によるのか，患者が怒るだけの正当な理由があるのかを吟味する．怒りっぽい患者でよくみられる精神症状としては，躁状態，せん妄，てんかん，認知症，統合失調症，パーソナリティ障害やパーソナリティ変化などである．このような精神障害や器質的な障害が認められなくても，それまで健康だった人が入院治療を余儀なくされたような場合では，「なぜ病気になったのが他人ではなく，自分なのか」といった腹立たしい気持ちを抱くことも珍しくない．それにくわえて，疾病に対する不安や職業的・経済的な面についての不安や焦燥が高じて怒りとして爆発することもある．

その意味でも，患者の面接の後で，患者が怒りだした状況を関係者からつぶさに聴取し，日ごろの患者について家族から聴取することも有用である．

アセスメントは通常，面接のたびに改訂・更新される．患者の怒りっぽさが心理的な要因から生じている可能性が考えられる場合には，このアセスメントには患者自身も加わり，「どんなコミュニケーション・パターンで怒りが出現しやすいか」が話し合われていき，その心理的背景が理解されたり，対策が話し合われたり，行動練習の計画が練られたり，といった治療的な試みがなされていく．

5．症　　例

50歳代の男性A．難聴の主訴で耳鼻咽喉科を受診したが，聴力検査で異常は認められず，同科医師によると「脈絡なく延々と話し続け，不安定である」ため，精神科に紹介となった．「精神科受診の了解は筆談にて得た」という．

精神科外来に連れてこられた彼は，待合室で「キチガイ扱いされるなんて！」と怒り，絶えず動き回っていた．対応した看護師から「聞こえているようだが，理解できない時があり，視力にも問題があるようだ」との情報が入った．器質的な異常が疑われ，緊急の診察が必要と考えられた．まず，場合によっては緊急で頭部CTができるように手配をし，診察室に入室した彼に〈Aさんが心配するように身体の病気があるかもしれないので診察と検査をしたい〉という説明をまず口頭で行ったが，彼は延々話し続けるだけだった．筆談を試みたが，ペン字では見え難いのか理解できず，眼前においた携帯ホワイトボードの大きな字にやっと反応し，「目も見えなくて，聞きとれず困っている．さっさと検査を終わらせてください」と承諾した．聴力に異常はないとのことだったが，耳からの言語は理解できず（聴覚失認），平易な字，大きな字でないと読めなかった（視覚障害）．

次に，家族の連絡先を訊き出す必要があった．彼は「一人で通うなってこと!?　腹が立つ！　どうすればいいんだ！」と怒り，独語のように喋り続けた．彼の話の内容は現在おかれた自分の状況を把握できないための困惑と不安で占められ，精神病的な様相は認められなかった．現状を把握する力に乏しい理由のひとつとして意識障害の存在も疑われた．彼の不安を和らげるようにアプーチを続けると，彼は地方に住む同胞の名前と電話番号を告げた．

結局，緊急頭部CTによって，側頭葉の出血性梗塞の所見が認められたため，神経内科医にコンサルトし，彼は緊急入院となった．

本例のように，精神的に不安定でコミュニケーションがとりにくい患者が身体科を受診した際，相対した医師は「自分には手に負えないのではないか」という不安に駆られることが少なくないように思う．コミュニケーション能力に自信がない場合には尚更であろう．しかし，最初の段階で，根気強く彼とコミュニケーションがとれる方法を模索できたなら，より早く治療に結びつけることが可能になると思われる．

また，しばしば，患者の怒りには不安が潜在していることも念頭において面接をしていくと，患

者が何を伝えようとしているのか，理解しやすくなることが少なくないように思う．

6．コミュニケーションがとりにくい家族への対応

患者の家族の協力は，検査や治療を続けて行く上で欠かせないものである．いいかえれば，その家族とのコミュニケーションが難しい場合は，治療上，大きなハンデを抱えたことになる．その意味では，前期研修医にとって，コミュニケーションをとるのが難しい家族への対応は，修得すべき重要なスキルのひとつである．

一般的に，コミュニケーションをとるのが難しい家族は，しばしば，‘患者の発病に責任があるのでは’という不安を意識的・無意識的に抱えていて，医師に批判されないかと身構えていることが少なくない．また，病状が悪化した際に激しい問題行動を起こした患者の家族では「患者の症状が再燃して迷惑をかけられるのでは」という不安をあからさまに口にする人たちもいる．前期研修医には，このような家族の不安を理解し，批判的にならないようにアプローチすることを，まずは学んで欲しい．

7．おわりに

‘コミュニケーションをとるのが難しい患者と家族’について，精神科医志望でない前期研修医に，どこまで面接スキルを修得して欲しいかを述べたが，どのような教育的アプローチが有用かという点までは述べられず，今後の課題として残った．

近年，医学教育では従来の‘徒弟制度’的な教育から，成人教育学の理念を踏まえたものへとシフトしている[1]．成人教育における教員と学習者の関係では対等性，共感性，協同性，相互性，啓発性が重要であるが，これは現代医療における医療者と患者との関係でも求められている．その意味では，成人教育学の構造そのものが，現代医療にとって教育的であるといえるかもしれない．

文　献

1）平島奈津子：若手精神科医をどう育てるか―指導者の実践と工夫．日本臨床心理士会雑誌，57；32-41，2008

2）平島奈津子：怒る患者．精神療法，35；120-121，2009

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

急性精神病治療における診断概念と実践の懸隔

コーディネーター　須賀　英道

急性期の精神障害患者に対して用いられる「急性精神病」といった診断的枠付けには多くの問題が含まれていることは周知のことである．さまざまな事象に対して，内包規定によるひとつの枠付けをすることで利益が見出される反面，損失が生じることは定律であるといえる．精神医学分野において，「精神病」，「内因性精神病」，「うつ病」，「発達障害」などの枠付けによって出てきた多くの問題についてもこうした視点からとらえるとわかりやすい．最近の「うつ病」診断による広報性のベネフィットと治療性のリスクはその代表ともいえる．

「急性精神病」が異種性であることはいうまでもないが，こうした診断的枠付けについて 3 つの異なるディメンジョンでみると，各ディメンジョンでのリスクベネフィットのバランスが見えてくる．1 つ目は社会行動的ディメンジョンである．ここでは急性精神病の状態にある患者の保護や治療介入での緊急性の評価を目的とするもので，精神保健福祉法といった司法的根拠に基づいた措置・医療保護入院の必要性を振り分ける意味での，「急性精神病」の枠付けの利便性は高いといえる．2 つ目はエピソードにおける治療ディメンジョンである．急性精神病では比較的早期に病前機能レベルへの回復を示すものが多く，症状出現から回復までの 1 つのエピソードに視点をおいた治療が中心となる．よって，薬物治療を主とした治療の中で薬物有効性などのエビデンスを得るには，DSM-IV-TR や ICD-10 といった操作的診断が求められる．しかし，このディメンジョンで「急性精神病」という枠付けを用いるのは，再発の反復とその予後指向からみると利便性はあまり高くない．それは，急性精神病のエピソードの寛解後に生じる再発の可能性についての情報を何ら与えていないからである．3 つ目は存在様式ともいえる患者の人生ディメンジョンである．これは 1 度のエピソードの回復に限定せず縦断的視点を中心としたもので，長期経過の転帰や再発予防を見据えている．ここでは「急性精神病」を呈した患者が，「急性精神病」という病気を人生の一部分として受け入れ，家族や地域との共存に至るといったマクロ的枠付けの意味を持つ．この場合，「急性精神病」や「短期精神病性障害」，「急性一過性精神病性障害」などの診断的枠付けではあまり利点はなく，「非定型精神病」といった枠付けに利便性が見出されるのである．

上記のように多軸レベルにおいて診断的枠付けが把握されていれば，急性期の精神障害患者に対して「急性精神病」という用語を用いることに問題はないといえるが，実際の臨床現場においては

第 106 回日本精神神経学会総会＝会期：2010 年 5 月 20～22 日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　急性精神病治療における診断概念と実践の懸隔　座長：中山　和彦（東京慈恵会医科大学精神科），米田博（大阪医科大学精神科）　コーディネーター：須賀　英道（龍谷大学保健管理センター）

こうした認識に乏しいのが現状といえる．操作的診断（DSM）のもつ多軸診断の有用性をも充分に把握しきれていない精神科医が少なくないこともそのひとつの現れかもしれない．

このシンポジウムでは，急性精神病治療において，「急性精神病」という診断的枠付けを用いることと，精神科臨床の現場での実践とにかなりの隔たりのあることについて，司法的視点や，精神病理学的視点，急性期の治療や再発予防の視点，といった各分野からの意見を統合し，今後の急性精神病診断の方向付けを企画するものである．

司法的視点からは，山岸洋先生が担当し，精神医学の疾患分類が司法的立場からの被告の責任能力尺度による枠付けといったバイアスのかかったものであることを，精神医学の歴史的流れの中から説明した．

精神病理学的視点では，阿部隆明先生が担当し，Janzarik の構造力動論や Ey の意識（構造）の解体現象のモデルを取り上げ，急性精神病にみられる力動の急激な逸脱と構造の統合不全や意識の解体深度の特徴から，非定型精神病の枠付けを示した．

急性期の治療的側面としては，針間博彦先生が担当し，松沢病院の入院患者の統計から入院当初に診断される「急性精神病」の枠付けに治療指針の有用性が乏しいことを報告した．

急性精神病の再発に関しては，坂元薫先生が担当し，再発に関するエビデンスの乏しさと，予防対策の低さを指摘し，今後の重要課題であることを説明した．

そして，コーディネーターとして筆者が，各視点からの問題点を踏まえ，今後の急性精神病医療において非定型精神病が再評価に値するものであることとその診断基準の必要性を提言するとともに，多くの精神科医がその必要性を認識していることも報告した．

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

「急性精神病」という枠づけのもつ司法的意義について

山岸　洋（北野病院神経精神科）

社会学や法学の領域では刑法 39 条（心神喪失・心神耗弱による免責の規定）に対する異議がしばしば提出されているが，精神医学の側からこの問題を正面から明確に論じた考察は見当たらない．問題の根底には，社会の側で精神科医の診断そのものへの信頼感が薄れているという状況が存在するように思われる．精神医学領域の診断は，身体医学での診断と本質的に異なり，規約＝コンヴェンションに依拠する部分が大きい．言い換えれば，診断が正しいかどうかを検証する外的な（精神症状以外の）指標がほとんど存在しない．精神医学の診断そのものも，精神鑑定による責任能力判定も，最終的な根拠は規約＝コンヴェンションであるという事実を，精神科医と司法関係者は正しく認識しておく必要があるし，さらには一般の人々にもそうした理解が広まるべきであろう．「急性精神病」という状態概念は，これまでの疾患諸概念に代わって，司法精神医学領域での新たなコンヴェンションを構成しうる一つの有力な選択肢であろうと考えられる．

＜**索引用語**：急性精神病，司法精神医学，Kurt Schneider，規約主義，不可知論，刑法 39 条＞

The Role of Conventionalism in Psychiatric Diagnosis and in Forensic Evaluation of Criminal Responsibility, with Special Reference to the Japanese Concept of Acute Psychosis

Kurt Schneider, one of the leading psychiatrists of the twentieth century, and famous worldwide for his concept of the first-rank symptoms of schizophrenia, realized the generally conventional character of psychiatric diagnostic procedure. In the same vein, in his lecture on the problem of criminal responsibility of mentally ill defendants (1948), Schneider denied the competence of psychiatrists as expert witnesses in court for evaluating defendants' capability of insight into forbidden acts, or capability of act control according to this insight, and advocated another conventionalistic approach in this special field of psychiatric praxis. This forensic-psychiatric convention was once accepted in Japan. According to this convention, a suspect or defendant should never be found guilty as long as he or she was found to be suffering from some kind of psychosis (e.g., schizophrenia). This method of exoneration was generally valid until 1984 in Japan. In 1984, however, this convention became denied in the Supreme Court, and it became necessary to seek a new measure for determining the presence or absence of responsibility in the case of mentally-ill defendants. The author's oral presentation addressed the concept of acute psychosis, not as a mental disease entity with proper causes and typical course, but as a temporary psychopathological condition, and this was mentioned as a probable criterion for the application of Article 39 ("not guilty by reason of insanity") in Japanese criminal law.

＜**Key words**: acute psychosis, forensic psychiatry, Kurt Schneider, conventionalism, agnosticism, insanity defense, not guilty by reason of insanity＞

司法精神医学の領域で一般にコンヴェンションと呼ばれているのは，精神鑑定の個々の事例において弁識能力や制御能力を判定することは不可能であり，精神病理学的事実（意識障害，精神活動の病的障害，精神薄弱）の存在が確かめられれば自動的に弁識能力および制御能力のないことが推定されてよいという見方に基づく手続きのことである．よく知られているように，この手続きが妥当であることを強く主張したのはKurt Schneiderであった．法曹関係者を対象にした「責任能力の判定」と題された1948年の講演の記録（講演のタイトルは「刑法への意義からみた精神医学の根本問題」）に彼の主張が明確に記されている．

この講演の中でSchneiderは次のように述べる．「…しかし私たちはこの具体的問題（＝弁識能力および制御能力の判定）にはどうにも答えようがないのです．ですから，私たちは臨床的にありのままの大体のところを要約してお答えするのです．私たちは，あの3つの精神病理学的事実（＝意識障害，精神活動の病的障害，精神薄弱）に依拠して，すなわち『2階建ての上の階』の方だけを見て，そのどれかが確認できれば，あとは暗黙のうちに，洞察の不能または洞察に従って行為することの不能（＝下の階）を推定しているというわけです…」[5]．

こうしたSchneiderの見方を標語的に要約すれば「精神病でさえあれば（鑑定には）それで十分だ Psychose genügt uns hier」[5] ということになるだろう．つまり，鑑定医が「精神病」という診断さえつけることができれば，すでに被疑者・被告の無罪は明らかであり，それ以上の検討は不要だというわけである．

こうした主張は，不可知論とも呼ばれているが，わが国の司法の現場では1984年の最高裁決定を分岐点として，それ以降あまり採用されなくなっている．すなわち明確な内因性精神病の診断さえなされていれば自動的に責任無能力が推定されるというコンヴェンションはすでに過去のものとなっている．また他方では，責任無能力あるいは限定責任能力と見なされうる精神障害の範囲は，Schneiderの「疾患の結果としての異常」の範囲におさまらなくなりつつある．すなわち，「精神病」という診断は，刑法39条（心神喪失・心神耗弱による免罪の規定）の適用の十分条件でも，必要条件でもないという状況が生じているのである．

臨床現場で使われている精神疾患（精神障害カテゴリー）の診断が刑法39条適用の可否と直接に結びつかないとしたら，疾患単位とは別のレヴェルで刑法39条適用の根拠となるべき枠組みが求められることになる．言い換えれば，何らかの新たなコンヴェンション（あるいはそのようなもの）が形成される必要が生じているということである．そうした基準に依拠できないのであれば，刑法39条は恣意的に適用されていると見なされざるをえないし，社会学者の一部などから提出されている刑法39条そのものへの批判[3,7,8] に対しても精神医学の側から（仮に何か反論すべきであるとしても）何ら反論できないということになるだろう．

日本で使用されてきた「急性精神病」というコンセプトは，旧コンヴェンションの主要対象となった統合失調症などの疾患カテゴリーに代わって，新コンヴェンションを構成する状態カテゴリーとして，司法精神医学領域で再評価されてよいのかもしれない．

＊　＊　＊

そもそもコンヴェンションとは何であろうか．規約主義 conventionalism というのは，一般に，科学上の法則や理論を，自然そのものに内在する真理として捉えるのではなく，人為的な取り決めであると見なす立場のことである．精神医学の疾患（障害）分類が規約に基づくものであるという認識は，19世紀のドイツの精神科医 C. F. Flemming（1799〜1880）において明確に認められる（M. Schmidt-Degenhard[4]，山岸ら[10]）．そして20世紀の精神医学において規約主義的立場を代表すると見なされるのはやはりSchneiderであ

る（G. Gross ら[1]，山岸ら[9]）．Schneider は彼の主著「臨床精神病理学」において内因性精神病（統合失調症と循環病）の診断がよって立つ基盤は規約以外の何ものでもないという意味のことを述べている[6,9]．さらに Janzarik によれば「精神病 Psychosen の診断が器質病理学的な所見ではなく精神病理学的な所見に依拠している限り，精神病の診断は，要するに精神病性 psychotisch と呼ばれている諸現象を列挙することに等しく，精神病理学的な規約 Konvention を拠り所にするしかない」[2] のである．

精神医学的診断が正しいかどうかと問うことは，その診断が規約に合致しているかどうかという問いに帰着する．私たちもよく知っているように DSM-III以降の操作的診断が精神医学を席捲した（あるいはしている）のも，このことを背景にしている．

＊　＊　＊

さて本シンポジウムのテーマである急性精神病の概念の検討を行なっておこう．

よく知られているようにわが国では「非定型精神病」という用語が，固有の経過なども含意する疾患単位に近い位置づけのものとして構想されてきた．これとは対照的に，「急性精神病」は，概ね状態像の記載に使用されていて，疾患（障害）カテゴリーの診断に関して中立だという点にメリットがあると思われる．臨床現場では，暫定的な診断名としてしばしば使用されている実状がある．つまり，急激に出現した精神病状態（幻覚妄想状態や著しい情動混乱など）を「急性精神病」としてとりあえず括っておいて，病因の検索や治療反応性・経過の観察を待って疾患診断を行なうということは日常的に行なわれている．また，すでに疾患の診断が確定していても，状態像の変化（悪化）を言い表すために「急性精神病」の用語が用いられるという場合もある．

急性精神病概念は，疾患の診断とはある程度独立に，かなり均質な状態を内包しうるのであるから，司法精神医学領域でも使用されてよいはずである．責任無能力の古典的要件とされる「弁識能力または制御能力の喪失」の一部（全体ではもちろんないが，かなり大きな範囲）は，この「急性精神病」という用語，あるいは近い意味を有する「急性錯乱」という用語により，記述できるものと思われる．

しかしここで注意しておきたいことは，だからといって「急性精神病」や「急性錯乱」という用語で弁識能力・制御能力の喪失が根拠づけ可能となったというわけではないという点である．「急性精神病」と「弁識・制御能力喪失」という二つの用語の間に，どちらかがどちらかを根拠づけするといった関係はおそらくない．もしそうした関係を想定してしまうと，自覚ないまま一種の論理循環やトートロジーに陥ることになるだろう．だから，ここには一方が他方を根拠づけるという関係ではなく，相互が「規約的に＝コンヴェンショナルに」結びついているという関係を想定するしかないのである．このことは，「急性精神病」の定義（概念の具体的記述）と「弁識・制御能力喪失」の定義において，実際のところ同じ水準の（すなわち心理学的・精神病理学的水準の）現象にその根拠が求められることを考えれば明らかであろうと思われる．

＊　＊　＊

最後に，刑法 39 条に関連する司法精神医学の営みに対する社会学者からの厳しい批判について少し考察しておきたい．

社会学者の芹沢は次のように批判している．「…つまり精神鑑定の言説を正当化しているのは言説の内容ではない．それは精神科医という『専門家』によって書かれているという，ただそれだけの事実によって担保されている言説なのだ．…（中略）…強調したいのは，そのような内容空疎な言説に，いびつなほど不相応な権力が制度的に与えられていることである」[8]（初出 2007 年）．

精神鑑定の言説が「内容空疎」だと感じられるのは，先ほどから記してきたように，精神医学の診断も，責任能力の評価も，結局のところ概ね精

神病理学的所見（つまり精神現象）にしか準拠できないからだと思われる．通常，医師が医師たる役割を果たすと期待されているのは生物学的なレヴェルにおいてである．だとすれば精神鑑定を行なう者が医師でなければならないという理由はとりあえず存在しないようにも見える．

実際，精神医学の黎明期にこのことについての論争があった．哲学者 Kant は「実践的見地における人間学」（1798 年）の中で，この問題について，哲学者（当時の学部編成などから考えて，心理学の専門家を含む）が鑑定を行なうべきだと主張したことはよく知られている．だが，その後，19 世紀の前半にはこの議論は，鑑定を基本的に医師（精神科医）に任せるという方向に収束し，その後これまでのところ大きな論争は起きていないようである．

いずれにしても，新しい科学分野としての精神医学がその地位を固めていくのに，司法領域への関与という臨床外の活動がかなり強い推進力として作用したことは間違いないと思われる．わが国の精神医学の歴史から芹沢は次のようなゆがんだ構造を取り出して問題視している．「精神科医たちの犯罪への関心は並々ならぬものがあった．精神医学は精神障害者の犯罪歴，あるいは犯罪的な行為の発現状況について，執拗な調査を行っている…（中略）…だが，なぜ精神医学は『狂気』と犯罪との関係をことさら強調せねばならなかったのか．それは精神病院をつくり出すためであった．精神障害の危険性を煽り立てて，彼らを放置することに不安をつくり出し，そして精神病院の設立を正当化しようとしたのだ…」[7]．

精神医学の疾患分類や診断の枠組みに司法精神医学的なバイアスがかかっているということも考えておくべきだろう．精神医学の成立当初から精神科医にとって司法精神鑑定は精神医学そのものの存在意義を主張しうる重要なパフォーマンスの場であり，法廷において精神科医がその当時の精神医学の疾患分類に基づいて診断を提示し，被告の責任能力に関して意見を述べるという手続きが，伝統的に継承されてきた．こうした司法の場面において使用できないような疾患分類は，歴史の進展の中でふるい落とされてきたはずである．言い換えれば，今日使用されている精神障害の分類は司法的使用という課題に，少なくともある程度，適合しているはずなのである．

ここでもまた Schneider に証言を求めることができるだろう．「…私たちが提示した分類体系を，時期尚早だと考える人もいるだろうし，独断的だと考える人もいるだろう．たしかに，私たちが本当に知っていることだけに依拠して分類体系をつくるのであれば，それはまったく異なったものになるはずである…（中略）…その場合，私たちの言う意味での精神病 Psychose という概念は維持できなくなるし，疾患 Krankheit という概念自体も…（中略）…その適用範囲を著しく狭められてしまう．そうなってしまえば，疾患という概念は――たとえば精神鑑定の場面でも――まるで役に立たないものになってしまうことになる…考えてみてほしい．内因性の精神病を疾患だと規定できないような疾患の概念をひっさげて私たちが法廷に行ってみたところで，いったい何ができるというのか…」[6]．

精神医学という科学は，常に社会的なバイアス，とりわけ司法的なバイアスを受けている．このことを認識しておくことは重要である．ただし翻って，こうしたバイアスを全く受けないような精神医学がいかにして存立可能かという問題に答えることはきわめて困難だと思われる．

文　献

1）Gross, G., Huber, G.: Schizophrenie—eine provisorische Konvention. Zur Problematik einer Nosographie der Schizophrenien. Psychiatr Prax, 5; 93-105, 1978

2）Janzarik, W.: Der Psychose-Begriff und die Qualität des Psychotischen. Nervenarzt, 74; 3-11, 2003

3）佐藤直樹：刑法 39 条はもういらない．青弓社，東京，2006

4）Schmidt-Degenhard, M.: Einheitspsychose—Begriff und Idee. Für und wider die Einheitspsychose (Mundt C., Saß, H., hrsg.). Thieme, Stuttgart-New

York, 1992

5）Schneider, K.: Die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit. Thieme, Stuttgart, 1948

6）Schneider, K.: Klinische Psychopathologie, 13. Aufl., Thieme, Stuttgart-New York, 1987

7）芹沢一也：狂気と犯罪．なぜ日本は世界一の精神病国家となったのか．講談社，東京，2005

8）芹沢一也：暴走するセキュリティ．洋泉社，東京，2009

9）山岸　洋，村井俊哉：原典・古典の紹介②．Schneider K. Klinische Psychopathologie―私たちがSchizophrenieと「呼びならわしている」もの―．月刊精神科，1；165-167, 2002

10）山岸　洋，村井俊哉：原典・古典の紹介⑨．Flemming CF. Ueber Classification der Seelenstörungen―若き病院長たちの夢と現実―．月刊精神科，2；277-279, 2003

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

精神病理学的観点からみた「急性精神病」という枠づけについて

阿部 隆明（自治医科大学精神医学教室，自治医科大学とちぎ子ども医療センター）

急性の多形性病像を呈し短期間で寛解する精神病エピソードについては，これまでにも様々な名称が与えられてきたが，それぞれの輪郭は微妙に異なり，統合失調症や双極性障害との境界が今一つ不明瞭であった．

構造力動論的にみると，統合失調症は，力動の負荷なしに構造成分が自立化し，幻聴や自我障害が生じることが本態であり，急性エピソード後の力動の欠損が構造の変形を媒介する．これに対し，急性多形性精神病はあくまで力動の逸脱が優位であり，力動の負荷に伴う構造の一時的な脱統合が生じて断片的な妄想や幻覚を呈しても，速やかな構造の再統合がなされる．

急性多形性精神病は，双極性障害とも近縁で，最広義に捉えられた双極スペクトラムには，そのかなりの部分も含まれるが，力動の拡張・収縮から不安定，ひいては過変調まで変動し，構造もそれに対応した症状を産出する点で，狭義の双極性障害とは異なる．

とはいえ，長期経過研究を参照すると，①急性精神病エピソード（錯乱病像）の反復群〔壮年期発症で高い生得的力動と堅固な構造をもつ．力動の逸脱の強度（急性度）が高い．一旦は脱統合をきたした構造が再統合されるものの，通道化のために再発を繰り返す〕，②統合失調症移行群〔若年発症で病前性格は内向性（構造連繋性）である．急性エピソードを繰り返した後に，次第に力動の不全や構造の脱統合が定着する〕，③双極性障害移行群〔20 歳前後に発症し病前性格には共鳴性（状況連繋性）を認める．エピソードの極期の前後に（軽）躁病が出現する時期がある．経過とともに構造の堅固性が獲得され，力動の逸脱が双極振動にとどまる〕といった経過類型が区別される．

こうした結果を踏まえて，急性多形性の精神病像は急性度や発症年齢の限定，錯乱病像への絞り込みなどによって捉え直されれば，統合失調症や感情障害と並ぶ一つの臨床単位として確立される可能性があることを指摘した．

Acute Psychosis from a Psychopathological Perspective

Acute psychoses with polymorphic clinical features have been reported in various cultures. However, these psychoses have features that overlap with both schizophrenia and mood disorders.

From the structural-dynamic viewpoint, schizophrenia is characterized by the autonomy of structural components producing verbal hallucinations and ego-disturbances. In contrast, individuals with acute polymorphic psychosis have a structure that is integrated soon after it is transiently disintegrated, producing fragmental hallucinations and delusions each time a derailment of this dynamic occurs.

Acute polymorphic psychosis also has components of bipolar disorder, although it includes derailment of a dynamic that fluctuates from restriction-expansion through instability to overmodulation, causing structural disintegration.

Based on long-term studies of acute polymorphic psychosis, this disorder can be roughly divided into three groups : (1) patients with repeated confusional states (onset in older age, high habitual dynamic level, rigid structure, high intensity of dynamic derailment, prompt reintegra-

tion of a once-disintegrated structure, recurrence caused by facilitation effects) ; (2) patients with transition to schizophrenia (onset in younger age, introversion, dynamic insufficiency, and structural disintegration after repeated acute episodes) ; and (3) patients with transition to bipolar disorders (onset at approximately 20 years, resonance to the situation, appearance of stable (hypo) manic state around the climax of psychotic episode(s), stable structure, and unbroken bipolar oscillation induced by their maturation).

Acute polymorphic psychosis could be established as a major clinical entity, along with schizophrenia and bipolar disorder, if it were defined more strictly by emphasizing the degree of acuteness, age at onset, and confusional state associated with the disorder.

＜**Key words**: acute polymorphic psychotic disorder, schizophrenia, mood disorder, bipolar disorder, atypical psychosis＞

はじめに

急性に発症し短期間で回復する精神病エピソードは少なくないが，その臨床的な重要性にもかかわらず，これまで比較研究や長期経過研究がほとんど行われてこなかった．その理由として，こうした臨床特徴を有する病態は，診断体系によって名称や内包が異なること，たとえ同じ診断基準を用いても診察者による診断の一致度が低いこと，また，とりあえず一定の診断をつけても，その後しばしば診断が変更されることなどが挙げられる[1,2]．とはいえ，その一定の臨床特徴を組み合わせることで，経過がある程度予想可能な臨床単位が設定されるならば，治療的にも有益なはずである．本稿では，この点を念頭に置きながら，急性精神病，特に急性多形性精神病に関して，これまでの数少ない研究を紹介した上で，精神病理学的な観点から若干の私見を述べる．

1．急性精神病の多様性

全く健康な状態から数週程度で症状の極期に達する病像としては，うつ状態や躁状態，幻覚妄想状態，緊張病状態などが挙げられるが，ある一定の顕著な特徴，すなわち気分の変動，Schneider[23]の1級症状，緊張病症状などが際立っていれば診断に苦慮しない．問題は統合失調症とも気分障害とも直ちに分類できない変動の著しい多形的な精神病像の扱いである．こちらに対しては，伝統的に急性錯乱（bouffées délirantes）[22]や急性統合失調・感情精神病（acute schizo-affective psychosis）[11]，類循環精神病（zykloide Psychosen）[14,15]，非定型精神病（満田）[16,17]といった疾患概念が与えられ，ICD-10[27]では急性一過性精神病性障害（acute and transient psychotic disorders，F23，以下ATPD）という枠組みがある．しかしながら，その内容は必ずしも均一ではない．

ATPDを例にとると，統合失調症症状を伴わない急性多形性精神病性障害（F23.0），統合失調症症状を伴う急性多形性精神病性障害（F23.1），急性統合失調症様精神病性障害（F23.2），妄想を主とする他の精神病性障害（F23.3）などの下位分類が示されている．いずれも統合失調症状が1カ月以上持続した場合は統合失調症に，統合失調症の診断基準を満たさずに多形性病像が3カ月以上持続した場合は他の器質性精神病性障害に，同じく統合失調症の診断基準を満たさずに妄想が3カ月以上持続する場合は持続性妄想性障害に診断が変更される．この点で，ATPDはかなり恣意的な診断基準であり，全体的にはF2に分類されていることからも，統合失調症との連続性は否定できない．

これに関連して，Castagniniら[4]がデンマークにおいて全国規模で行った調査は大変興味深い．彼らはATPDの診断で入院した症例の下位分類ごとの性別や年齢を報告している（表1）．これを参照すると，F23.1とF23.2は男性に多く発症年齢も比較的若い．またF23.0とF23.3は女性に多く，発症年齢も比較的高い．それぞれの病像も

表1　ATPDの初回入院症例における下位診断ごとの年齢と性別
(Castagnini, et al, 2008)[4]

F 23 ATPD	Male	Female	Total（%）	Mean age（SD）
F 23.0	49	52	101（ 20.1）	42.3（18.8）
F 23.1	19	16	35（ 7.0）	31.8（13.9）*
F 23.2	23	15	38（ 7.6）	27.9（10.6）**
F 23.3	75	81	156（ 31.0）	46.9（20.9）
F 23.8	10	20	30（ 6.0）	35.2（14.0）
F 23.9	67	76	143（ 28.4）	45.4（22.0）
Total	243	260	503（100.1）	42.2（20.2）

* $P = .001$
** $P < .001$

考え合わせると，F23.1とF23.2は統合失調症と，F23.2は高齢発症の妄想型統合失調症と類似した患者背景があるといえる．したがって，F23.0こそが統合失調症から比較的遠い臨床単位であるということがわかる．

これまでのATPDの経過研究も同著者ら[5]によってまとめられているが，3年以上の経過を追跡できているものでは，その診断の安定性は60〜70％である．加えて，ATPDに関しては，入院を繰り返すにしたがって統合失調症が増えてくるという調査結果[4]も示されている．これが意味するのは，やはりATPDには統合失調症の経過の始まりと考えてよいケースが少なくないということである．それゆえ，統合失調症症状よりも多形性の精神病像が前景に出現するATPDに焦点をあてた予後研究が非常に重要であると思われる．この病態に関しては，上述したように，類似の伝統的診断がいくつかの国で存在していた．いずれも，急性に発症し，知覚や情動，思考，運動面の混乱に加え，断片的な幻覚や妄想の混入，意識の変容など，多形性の病像をとるが，比較的短期間に完全寛解する病像という点で共通しているので，ここでは急性多形性精神病と一括する．

とはいえ，以前も指摘したように[2]，その内容は微妙に異なるため，ここでは診断基準の提唱されている類循環精神病[20]，急性錯乱[22]，非定型精神病を俎上に載せて，この辺りの事情にも簡単に触れておきたい．というのも，こうした病態をどう定義するかによって，長期経過の診断安定性も異なると考えられるからである．発症期間に関しては，類循環精神病が数日以内と最も短く設定されているのに対し，鳩谷[8,9]の記述による非定型精神病では概ね急性とされて，その基準が最も緩い．加えて寛解までの期間に関しても後者では特に規定がない．また，統合失調症の症状については，いずれの伝統的診断でも必ずしも除外されていない．気分障害の診断基準に関しても，急性錯乱と非定型精神病では，除外診断となっていない．したがって，症状という観点からみると，F23.0が最も狭い診断基準となっている．このように，それぞれの急性多形性精神病の定義をみると，重なり合う部分はあるものの，異なる部分も多いことがわかる．

2．急性多形性精神病の長期予後研究

a）初回急性多形性精神病エピソードの経過研究

類循環精神病に関しては，Trostorffら[26]の研究によれば，17年の観察期間で，58例中52例が同型のエピソードにとどまっており，5例が非系統性統合失調症（unsystematische Schizophrenie）に，1例が躁うつ病に変化していた．また，Pethoら[21]の最近の報告では，類循環精神病の診断安定性は21年の経過でも100％である．急性錯乱については，Singer[24]らによれば，10年の観察期間で15例は同様の診断のままであ

るが，11 例は統合失調症に診断が変化していた．われわれ[3] が F23.0 と診断された 16 例について，12 年以上の予後を検討したところでは，10 例が同様の診断にとどまり，5 例は統合失調症に変化した．残りの 1 例は境界性パーソナリティ障害と診断し直され，当初の精神病エピソードは微小精神病（micropsychosis）と判断された．このように，長期経過でも類循環精神病の診断安定性は際立っている．統合失調症症状の混入も許容する類循環精神病のほうが F23.0 よりも症状的には緩い診断基準なので，発症が数日以内という急性度が長期の診断安定性と関係している可能性が高い．

ちなみに，われわれの研究で統合失調症に診断が変更された 5 例に関しては，後のエピソードで Schneider の 1 級症状を含めた明らかな統合失調症の症状が出現していた．診断に変更がなかった 10 例と統合失調症に移行した 5 例の比較では，前者が 35 歳以上での発症，後者が 35 歳以下での発症と，統合失調症移行群で発症年齢が有意に低かったが，その他の臨床特徴に差はなかった．

b）非定型精神病の長期経過研究

非定型精神病（満田）に関しては，再発性が重視され，2 回以上同様のエピソードを繰り返した症例の経過研究しかないため，上述の諸研究との比較は困難であるが，その結果は興味深い．たとえば Hatotani[9] は，102 症例の 2 回以上非定型精神病の診断を受けた入院患者群の少なくとも 15 年以上，平均 21 年近くの観察結果から，4 つの臨床類型を分けている．それらを藤井[7] の報告も加味してまとめると，Ⅰ型：錯乱-せん妄状態を同じ形で頻繁に繰り返すものの，そのつど速やかに回復して人格変化を残さないもの，Ⅱ型：長期経過の中で，急性錯乱状態という最初の特徴が目立たなくなり，不機嫌エピソードの再発が優勢な臨床特徴となるもの（各病期における心的解体の程度は軽度となるが，間歇期が短くなり，抑うつ不機嫌状態あるいは躁病様不機嫌状態を単極性あるいは両極性に自生的に繰り返す類型），Ⅲ型：中間期には潜在していた未解決の葛藤が情動精神運動興奮とともに顕在化し，幻覚妄想状態や時に困惑や昏迷が引き続いて起こるもの（そのつど心理的誘因に引き続いて発病する類型），Ⅳ型：人格の未熟性の目立つ症例や知的水準の低い者に，心理的誘因に引き続いて反応的に強い情動の不安定性や急性錯乱を主とする病像が現われるもの，である．Ⅰ型は比較的独立した病像，Ⅱ型は双極性障害に近い病像で，いずれも自己完結的な内因性精神病と言えるが，Ⅲ型やⅣ型は発症や病像形成に関して性格-状況の関与が大きい．とはいえ，一旦，非定型精神病のエピソードが生じた後は再発性を獲得し同様の病像を繰り返すことがありうる．

須賀[25] も 2 回以上の病相のある非定型精神病の 20 年以上の長期予後を報告し，①錯乱または昏迷状態を初発とし反復，②錯乱または昏迷状態を初発とし躁うつ症状に変化，③躁うつ症状を初発とし幻覚妄想を含みつつ反復，④幻覚妄想状態を初発とし 1〜2 カ月の短期間を反復，⑤多彩な病相を反復し遷延型へと移行，の 5 型に分けている．

上述のように，非定型精神病の概念はかなり広く，様々な臨床像を含むので，われわれ[19] はこの概念をもう少し限定して，鳩谷の定義に準じつつも統合失調症症状や躁うつ病症状が顕著でなく 3 カ月以内に終結する急性多形性精神病エピソードを「非定型精神病」と捉え直した．こうしてカルテ調査により後方視的に「非定型精神病」と診断できた入院症例 20 例について，12 年以上の経過を追跡調査した．これらの初回エピソードを ICD-10 で診断すると，16 例が F23.0，4 例が双極性障害（F30.2 精神病症状を伴う躁病エピソード）となり，2 種類の病像が含まれることがわかった．

双極性障害と診断されたケースは，確かにエピソードの極期の病像は急性多形性精神病の特徴を備えていたものの，後半部の病像は（軽）躁病エピソードのクライテリアを満たしていた．このような症例は，概ね 20 代前半で発症し初期のエピソードでは錯乱性の病像がはっきりしていたもの

の，病相を繰り返すうちに30代から多形性病像は目立たなくなり，単なる躁病相やうつ病相の反復になる傾向があった．この点に関し，加藤[12]は，精神障害が概して中年前後に躁うつ病像に収斂することを指摘し，大塚[18]とともに「非定型精神病の躁うつ病化」と呼んでいる．このタイプが鳩谷らのII型に相当する．

F23.0と診断された16例は錯乱性の病像が主体であった．上述のように5例が2回目のエピソードで統合失調症に移行したが，長期経過でも診断に変更のなかった10例については，4例は単発のエピソードにとどまり，2例は2回のエピソードを繰り返していた．残り4例が3回以上の錯乱性エピソードを繰り返したが，こちらが鳩谷らのI型に相当すると思われ，非定型精神病の中核群と思われる．このうち，3例はそのつど完全寛解していたものの，1例は5回目のエピソードの後は残遺状態に至っていて，この最終的な状態だけを取れば，特定不能の気分障害と診断される．エピソード単発群と反復群との間には，症例数が少ないこともあって，性差や発症年齢，発症誘因，遺伝負因などに有意な差を認めなかった．

ちなみに鳩谷らのIII，IV型の存在も確認されたが，環境が変わらなければ症状が遷延する傾向があり，経過の点でわれわれの「非定型精神病」の基準は満たさなかった．このように長期経過をみると，非定型精神病はかなり不均一な臨床単位と思われる．

以上の結果をまとめると，①定義の異なる急性多形性精神病のうちで，統合失調症症状を伴わない急性多形性精神病性障害（F23.0）が症状に関しては最も狭い診断基準であるが，12年以上の長期経過では3割程度が統合失調症に移行した，②若年発症のF23.0は統合失調症に移行しやすい，③急性多形性精神病の初回エピソードから長期予後を予測することは難しいが，超急性発症・短期寛解群は比較的均一な臨床単位である可能性がある，④統合失調症とも気分障害とも一線を画する錯乱性病像を反復する類型が存在し，一部は残遺状態に移行した，⑤病相内で統合失調症症状ないし気分症状がある程度安定して出現する時期のあるケースはそれぞれ，統合失調症，気分障害に収束する可能性が強い，となる．

3．構造力動論（W．Janzarik）と意識の病理（H．Ey）からみた急性多形性精神病

上述した急性多形性精神病の臨床特徴を踏まえて，その内因性精神病全体の中での位置づけを論じるために，Janzarikの構造力動論[10]とEyの器質力動論[6]を参照したい．

理解を容易にするために，構造力動論の構造，力動は，さしあたり，それぞれ人格構造，生命的力動と捉える．構造と力動は主体を構成する2つの軸をなし，構造は表象や言語，思考の側面を表し，個人の行動様式のマトリクスであり，力動は感情と欲動の二重局面をなす．エネルギーに溢れた人とそうでない人がいるように，もともと備わっている力動には個人差があり，そのエネルギーの高さを生得的力動（dynamische Ausstattung）と呼ぶ．構造のほうは，一般に人格の成熟とともに安定度を増していくが，もちろんその様態は個人によって異なり，生得的力動と相俟って性格を形成している．通常では，構造は力動が暴走することを防ぎ制御することで現実適応を可能にしている．

こうした観点によれば，統合失調症，躁うつ病を含めた内因性精神病の急性期症状は力動の逸脱（dynamische Entgleisung）と把握される．つまり，力動の逸脱は感情障害から急性の幻覚妄想や緊張病症状を呈する統合失調症に共通してみられる感情，欲動面の急性の偏移を表す．ちなみに，こうした逸脱が自生的に生じる場合と，身体的原因からであれ，心理的原因からであれ，力動的負荷の圧力にしたがって生じる場合がある．

うつ病の力動的布置は感情や欲動の発現が阻止されているという意味で，力動の収縮（dynamische Restriktion）と把握される．また，躁病では力動の拡大（dynamische Expansion）が生じていて，いずれも力動面の変化が優勢であり，こうした形の自律的な逸脱は，行動面にも影

響を及ぼすが，必ずしも発症後の人格構造に影響を与えない．躁うつ病では，病前の人格構造が堅固であり，これにより力動の逸脱は拡大ないし収縮にとどめられ，自我障害が生じないからである．

これに対し，統合失調症では，病前から構造は脆弱性を内包していると考えられる．この種の人格が，社会への参入に代表される緊張をはらんだ状況に入り込むと，力動の不安定化（dynamische Unstetigkeit）とともに妄想気分が出現し，知覚の印象面の脱制御が生じる．さらに刺激された力動の圧力下で構造の脱統合と構造成分の解放が生じ，幻聴や自我障害などの統合失調症症状が出現する．これは顕現抑止の減弱を背景にした構造成分の自立化とみなされ，統合失調症にかなり特徴的な現象である．力動の逸脱が激しければ過変調（Übersteuerung）となり人格構造の崩壊が一気に生じ緊張病性興奮を呈する．

一方，Ey[6] は急性精神病を意識の病と捉え，中毒性（向精神性ないし病原性物質），感染性（脳炎）あるいはより一般的に脳性（てんかん，腫瘍，外傷）の病因による解体のプロセスが―外因性（獲得性）であれ，内因性（体質性）であれ―臨床的に意識の構造解体のあらゆる段階を露にすると考える．解体の段階は，浅いレベルから順番に，躁うつ状態，離人体験，幻覚妄想状態，もうろう・夢幻様状態，錯乱・夢幻状態，てんかんである．急性の精神病像は，こうした意識（構造）の解体現象であり，病像は，鳩谷[8] も述べるように，解体の速度と深さに規定され，これに影響を与えるのが，構造の様態と生得的力動，ならびに力動の逸脱の強さである（図1）．

上記を踏まえた上で，急性多形性精神病とその他の内因性精神病との関連を論じてみたい．

統合失調症では通常，幻覚妄想状態レベルまでの解体であるが，力動の不安定が激しくなると，錯乱性の病像を呈することは周知のことである．また，統合失調症の急性期の始まりと急性多形性精神病の病像には共通点もある．Janzarik によれば，統合失調症の始まりには，急激な強さの変動と質の変化，不連続と逆行，これまでの規則的

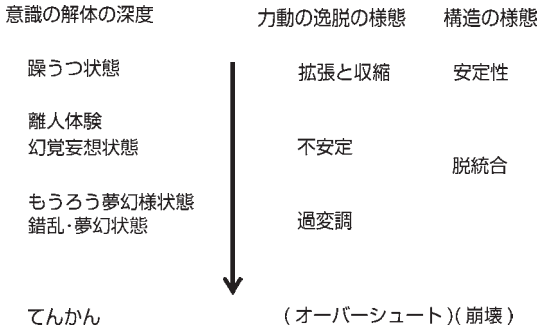


図1　Ey の意識の病態論と Janzarik の構造力動論からみた急性内因性精神病の布置
（注：括弧内は筆者の補足）

な推移の予測不能化，新たな質が思いがけなく出現し，原始的な不安，沈思や陰鬱の勃発，主として不機嫌な色彩の，特徴的ならびに非特徴的な抑うつ状態からの高揚と感情過多への急転，短波的で不規則な双極性気分変動，多幸的な激情，不自然な感情表現の統御不能性，予測不能性，衒奇性，内容的に固定する以前の浮動的ではっきりしない妄想気分も生じる．これが力動の不安定の内実であるが，このように統合失調症の始まりはすぐれて多形的なのである．

しかしながら，統合失調症の本態は，力動の負荷なしに構造成分が自立化し，幻聴や自我障害が生じることであり，急性エピソード後のエネルギーポテンシャルの低下，すなわち力動の欠損が構造の変形を媒介していく．これに対し，急性多形性精神病はあくまで力動の逸脱が優位であり，力動の負荷に伴う構造の一時的な脱統合が生じて断片的な妄想や幻覚を呈しても，速やかな構造の再統合がなされる．しかし，力動の逸脱が一旦生じると，構造の対応的変化と通道化（Bahnung）の作用が見込まれる．すなわち，気分性と行為発動を伴う力動的機能準備性は，反復を繰り返すことによって心的場で自己貫徹する傾向を強める．その結果，些細な契機，負荷状況の想像的先取りすら，新たな逸脱を引き起こすことにつながる．

次に双極性障害と急性精神病との関係についても，付言しておきたい．上述した伝統的な急性多

形性精神病のうち，類循環精神病は明らかに双極性の要素を持つ．これは，その下位分類である不安・恍惚精神病，（興奮・制止）錯乱精神病，（多動・無動）運動精神病という名称を見れば明らかである．また，統合失調感情障害の躁病型は双極性障害との親和性が高いとされるし，統合失調症でも，幻覚妄想性ないし緊張病性興奮の後のうつ状態（postpsychotic depression）という双極性の経過がある．双極スペクトラムを双極性の力動の逸脱の病として，反復性うつ病や焦燥性うつ病から急性統合失調症（緊張型・妄想型）まで最広義に拡大すると，その中に急性多形性精神病も含まれる（図2）．

とはいえ，急性多形性精神病と双極性障害の差異は，力動の逸脱の様態にある．すなわち，前者では，それが拡張・収縮から不安定，ひいては過変調まで変動するし，構造もそれに対応した一時的な脱統合を介して断片的な幻覚や妄想を産出する．その一方で，長期経過では，急性多形性精神病像から双極性障害に移行する例があり，この場合は，人格の成熟とともに，構造が堅固性を獲得して，力動の逸脱を拡張と収縮にとどめられるようになったとみなすこともできる．

精神病理学的な見地から急性多形性精神病エピソードの経過類型をまとめると以下のようになる．①急性精神病エピソード（錯乱病像）の反復群であり，壮年期発症で高い生得的力動を持ち，力動の逸脱の強度（急性度）が高く，構造が堅固でその都度構造が再統合されるものの，通道化のために再発を繰り返すもの，②統合失調症移行群〔若年発症で病前性格は内向性（構造連繋性）であり，急性エピソードの後に構造の変形を残し，次第に構造の脱統合や力動の不全が定着するもの〕，③双極性障害移行群〔20歳前後の発症で病前性格は共鳴性（状況連繋性）であり，エピソードの極期の前後に（軽）躁病が出現する時期があり，経過とともに構造の堅固性を獲得し，力動の逸脱が双極振動にとどめられるもの〕である．

加藤[13]は図3のように，双極性障害と統合失調症は力動の逸脱という点で連続するが，構造に差異があることを示したが，急性多形性精神病の経過を考察する上で大変参考になる．この図に上記の3種の経過類型をプロットすると，いずれの病態も最初のエピソードでは①に位置するが，長期経過において，統合失調症移行群は②の方向へ，双極性障害移行群は③の方向に移動していくと言える．

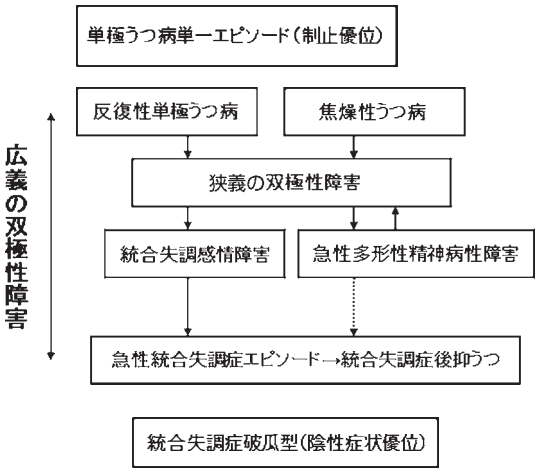


図2　広義の双極性障害

おわりに代えて

これまでの研究から，長期の診断安定性を備えた急性多形性精神病という臨床単位を設定する上での重要なポイントは，①発症年齢（若年では統合失調症の経過になりやすい），②初期症状や前駆症状の有無（基底症状や習慣的な気分変動がないかどうか），③病前性格（内向性優位か，共鳴性優位か，精力性の有無），④発症の急性度（突発発症か否か），⑤エピソード内で比較的安定した軽（躁）症状や統合失調症症状（対話性ないし行為批評性幻聴，自我障害）が出現する時期の有無，⑥錯乱症状・意識変容の有無，⑦短期間での完全寛解，とまとめられる．

以上を考慮すれば，より均一な急性多形性精神病が抽出される可能性はある．こうした病像を，統合失調症や感情障害と並ぶ1つの臨床単位として設定し，さらにエピソード診断だけではなく，

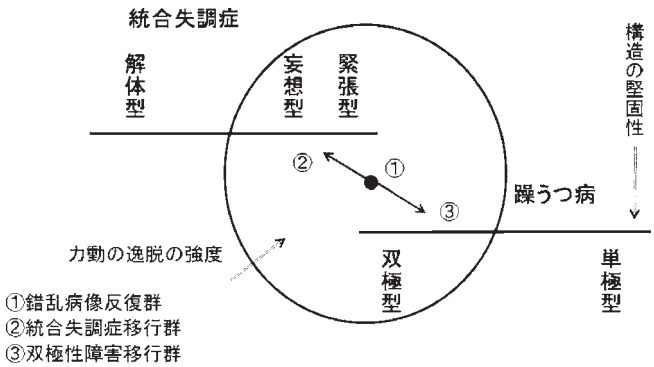


図3　統合失調症・感情障害スペクトラム（加藤[13]の図に加筆）

経過診断としても確立することが今後の課題であろう．

文　献

1）阿部隆明：非定型精神病の長期予後．最新精神医学，11；125-130, 2006

2）阿部隆明，加藤　敏：統合失調感情障害中間領域の疾病論的位置づけ．精神経誌，108；556-570, 2006

3）Abe, T., Otsuka, K., Kato, S.: Long-term clinical course of patients with acute polymorphic psychotic disorder without symptoms of schizophrenia. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 60（4）; 452-457, 2006

4）Castagnini, A., Bertelsen, A., Berrios, E.B.: Incidence and diagnostic stability of ICD-10 acute and transient psychotic disorders. Comprehensive Psychiatry, 49; 255-261, 2008

5）Castagnini, A., Berrios, G.E.: Acute and transient psychotic disorders (ICD-10 F23): a review from a European perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 259; 433-443, 2009

6）Ey, H.: La Conscience, 2e edition augmentée. Presses Universitaire de France, Paris, 1968（大橋博司訳：意識Ⅰ．みすず書房，東京，1969）

7）藤井洋男：非定型精神病の予後．第4回神経科学懇話会，1979年8月（服部尚久：C. 予後．現代精神医学体系，第12巻　境界例・非定型精神病（懸田克躬編）．中山書店，東京，1981より引用）

8）鳩谷　龍：非定型精神病．精神医学，第三版（村上　仁，満田久敏，大橋博司編）．医学書院，東京，p. 639-656, 1976

9）Hatotani, N.: The concept of atypical psychosis; special reference to its development in Japan. Psychiatr Clin Neurosci, 50; 1-10, 1996

10）Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988（岩井一正，古城慶子，西村勝治訳：精神医学の構造力動論的基礎．学樹書院，東京，1999）

11）Kasanin, J.: The acute schizo-affective psychosis. Am J Psychiatry, 13; 97-126, 1933

12）加藤　敏：躁うつ病化する分裂病症例．分裂病の構造力動論―統合的治療に向けて―．金剛出版，東京，p. 175-203, 1999

13）加藤　敏：器質力動論の現在―しなやかな病態把握と治療に向けて．精神経誌，109；693-702, 2007

14）Leonhard, K.: Die atypische Psychosen und Kleists Lehre von den endogenen Psychosen. In: Psychiatrie der Gegenwart, II. Springer, Berlin, p. 147-179, 1960

15）Leonhard, K.: Classification of Endogenous Psychoses and Their Differentiated Etiology, Second, revised and enlarged edition (ed. by Helmut Beckmann). Springer, 1999（福田哲雄，岩波　明，林　拓二監訳：内因性精神病の分類．医学書院，東京，2000）

16）満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床研究．精神経誌，46；298-362, 1942

17）満田久敏：非定型精神病の概念．精神医学，3；967-969, 1961

18）大塚公一郎，加藤　敏：躁うつ病化する非定型精

神病．精神科治療学，15；489-496, 2000

19）大塚公一郎，加藤　敏，阿部隆明ほか：非定型精神病の長期経過類型―平均20年間の長期観察8症例をもとにして―．精神経誌，104；1069-1090, 2002

20）Perris, C., Brockington, J.F.: Cycloid psychosis and their relation to the major psychosis. Biological Psychiatry 1981（ed. by Perris, C., Struwe, G., Jansson, B.）. Elsevier/North-Holland, Amsterdam, p. 447-450, 1981

21）Petho, B., Tolna, J., Tusnady, G., et al.: The predictive validity of the Leonhardean classification of endogeneous psychoses. A 21-33-year follow-up of a prospective study（"BUDAPEST 2000"）. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 258；324-334, 2008

22）Pull, C.B., Pull, M.C., Pichot, P.: Nosological position of schizoaffective psychoses in France. Psychiatr Clin, 16；141- 148, 1983

23）Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 13. Aufl., Thieme, Stuttgart-New York, 1987

24）Singer, L., Roos, L., Danion, J.M., et al.: Bouffées délirantes et schizophrénie. Étude catamnestique comparative de deux groupes de patients. Ann Méd Psychol, 144；1029-1044, 1986

25）須賀英道：非定型精神病の長期経過・転帰研究20年以上の経過観察より．臨床精神医学，34；1453-1461, 2005

26）Trostorff, Sv., Leonhard, K.: Catamnesis of endogenous psychoses according to the differential diagnostic method of Karl Leonhard. Psychopathology, 23；259-262, 1990

27）WHO: The ICD-10 Classsification of Mental and Behavioral Disorders. 1992（融　道男，中根允文，小宮山　実監訳：ICD-10精神および行動の障害：臨床記述と診断ガイドライン．医学書院，東京，1993）

第 106 回日本精神神経学会総会

シ ン ポ ジ ウ ム

今後の急性精神病医療における非定型精神病の再評価
――診断基準設定と精神科医の認識――

須賀　英道（龍谷大学保健管理センター）

「急性精神病」という診断的枠付けは，異種性であっても，迅速な行政・司法あるいは治療介入を優先して用いられるが，患者側の立場における病気の説明や治療方針，長期予後予測などの有用な臨床情報が得られないのが実情である．急性精神病の中でも「非定型精神病」概念は，こうした有用な臨床情報を提供できる概念といえるが，操作的診断の導入後は消退した．この要因は，「非定型精神病」概念が，操作的診断では病像・期間によって様々な病名に分散しており，さらには診断基準が設定されなかったからといえる．こうした現状を踏まえ，確定診断を目的とした非定型精神病の診断基準（表）が作成された．精神神経学会，精神科診断学会においても，多くの精神科医が急性精神病医療において，臨床・研究手段として非定型精神病の診断基準の必要性を求めるものであった．今後は前方視的調査を施行し，診断基準の妥当性の検討を行う．

＜**索引用語**：急性精神病，非定型精神病，診断基準，精神科診断＞

The diagnostic framework known as “acute psychosis” is used in order to give priority to a prompt intervention by administrative, judiciary, or medical treatment, even if the diagnostic framework has problems of heterogeneity. As a result, we face an issue whereby we are unable to obtain useful clinical information related to the explanation of diseases, treatment policies, and long-term prognoses, etc., from the standpoint of the patient. “Atypical psychosis” was a concept that provided such useful clinical information in the context of acute psychosis. The term “atypical psychosis” has disappeared, however, after introduction of the operating diagnosis. This is because the atypical psychosis concept is distributed to various names of diseases according to clinical features and period in the operating diagnosis. Furthermore, the diagnostic criteria have not yet been established. At this time, diagnostic criteria for atypical psychosis aiming at a definite diagnosis are being made based on this current context. At both the Japanese Society of Psychiatry and Neurology, and the Japanese Society for Psychiatric Diagnosis, many psychiatrists stipulated the necessity of diagnostic criteria for atypical psychosis as a clinical and research tool in acute psychiatric treatment. A prospective study of the diagnostic criteria is being conducted, and the validity of the diagnostic criteria will be examined in the future.

＜**Key words**: acute psychosis, atypical psychosis, diagnostic criteria, psychiatric diagnosis＞

1．はじめに

急性期の精神障害患者に対して「急性精神病」として診断的に枠付けすることには多くの問題が含まれている．本来，ある事象に対して内包規定によって一つの枠付けを行うと，そこに必然的に利益と損失の２面性が付随する．これは診断にお

いても同様であり，枠付けに用いられた基準の相違や，基準を用いる次元の問題によって，利益と損失のバランスは大きく異なってくる．さらにこの利益と損失という価値判断についてさえ，診断を利用する側の立場の違いによって反転する場合もある．医学において病理学は，19 世紀から 20 世紀にかけて絶対的価値観として位置づけられた．精神医学においても，こうした病理学に基づいて，原因論に関連した疾患単位を探究することが正道であった．しかし，原因探究が進展しても疾患単位が確立しない状況が続くと，診断的枠付けの目的が，原因論的カテゴリーに限定されず，多次元指向性を持つようになる．近年では，薬物の有効性に関連した治療指向性が診断目的に多くみられている．脳機能における分子・細胞レベルから個体・集団，社会レベルまでの多次元的ネットワークの関連が，こうした多次元指向性を加速させたともいえる．

シンポジウムでは，「急性精神病」という診断を通して，診断的枠付けの意義を踏まえ，非定型精神病概念について臨床的有用性を再考するとともに，非定型精神病の診断基準の必要性を提言するものである．

2．「急性精神病」という診断的枠付け

「急性精神病」という診断的枠付けを用いる対象は，急性期の精神障害患者であるが，この対象には医学分野にとどまらず，司法，行政・社会福祉など多くの分野に関連した要素が包含されている．そして，その得失バランスは各分野において全く異なった構図で成り立っている．精神医学史をみると元来，精神科医は法廷において被告の責任能力についての見解を述べる立場にあり，その目的で診断的枠付けを用いた．責任能力の判定を基準とした次元において診断的枠付けが行われてきたといっても過言ではないだろう．この診断的枠付けが，行政における保護や医療・福祉を本人に提供するための診断にも移行したといえる．急性期の精神障害患者を一括した「急性精神病」という診断にも，こうした歴史にあるように，責任能力の判定の次元の色彩が強く残っている．

それでは，「急性精神病」という診断にはどのような得失バランス（長所・短所）があるのか？具体的にみると次のものが挙げられよう．

【長所】

1．司法（精神保健福祉法など）の次元で使いやすいこと．
2．行政的に緊急性（入院必要性）を示唆できること．
3．異種性であっても一括できること．

【短所】

1．行政上の緊急性が優先し，本人・家族に対して高圧的であること．
2．治療・転帰に有用な情報が乏しいこと（エビデンスの蓄積ができていない）．
3．異種性が著しいこと．
4．学術対象になりにくいこと（エビデンスの蓄積につながりにくい）．

そのため「急性精神病」という診断を用いるには，得失バランスに基づいて使われているという了解が求められる．

診断的枠付けについて，3 つの異なる次元（ディメンジョン）でみると，各ディメンジョンでの利便性が見えてくる．1 つは社会的行動ディメンジョンである．ここでは，急性精神病の状態にある患者に対して，保護や治療介入を行うための評価を緊急に求めることを目的とするもので，精神保健福祉法といった司法的根拠に基づいて措置・医療保護入院の必要性を振り分けるものである．このディメンジョンでは，既述したような精神医学史的色彩を強く示唆しているのであるが，「急性精神病」の枠付けの利便性は高いといえる．2 つ目はエピソードにおける治療ディメンジョンである．急性精神病では比較的早期に病前機能レベルへの回復を示すものが多く，症状出現から回復までの 1 つのエピソードに視点をおいた治療が中心となる．薬物治療を主とした治療の中で薬物有効性などのエビデンスを得るには，DSM-Ⅳ-TR や ICD-10 といった操作的診断が求められている．信頼性向上を主眼においた操作的診断ではエビデ

ンス産出のための統計解析手法に最適であり，その結果，急性期における治療に対する多くのエビデンスが蓄積されてきた．しかし，このディメンジョンで「急性精神病」という枠付けを用いるのは，再発の反復とその予後指向からみると利便性はあまり高くない．それは，急性精神病のエピソードの寛解後に生じる再発の可能性についての情報を何ら与えていないからである．3つ目は存在様式ともいえる患者の人生ディメンジョンである．これは1度のエピソードの回復に限定せず縦断的視点を中心としたもので，長期経過の転帰や再発予防を見据えている．ここでは「急性精神病」を呈した患者が，「急性精神病」という病気を人生の一部分として受け入れ，家族や地域との共存に至るといったマクロ的枠付けの意味を持つ．この場合，「急性精神病」やDSM-IV-TRによる「短期精神病性障害」，ICD-10による「急性一過性精神病性障害」などの診断的枠付けではあまり利点はなく，「非定型精神病」といった枠付けによって患者の人生の視点に立った利便性が見出されるのである．

上述のように多次元指向性において診断的枠付けが把握されていれば，急性期の精神障害患者に対して「急性精神病」という用語を用いることに問題はないといえるが，実際の臨床現場においてはこうした認識に乏しいのが現状である．操作的診断（DSM）のもつ多軸診断の有用性をも充分に把握しきれていない精神科医が少なくないこともその一つの現れかもしれない．

3．「非定型精神病」という診断の有用性

元来，非定型精神病概念はどのようにして生じたのか．周知のごとく，Kraepelinが内因性精神病において境界付けとしてとった2分法は早期より袋小路に陥ったのだが，それによって2分法の根幹が崩れた訳ではなかった．その後も様々な異論の風に当たりながらも内因性精神病の枠と2分法が死守されてきたといえる．こうした2分法から生じた問題点に対して，その解決策が模索される中から非定型精神病概念が生み出されたのである．当時，2分法の中間群への解釈が数多く出される中で，Wernicke，Kleistは第3の独立疾患群としての解釈をとり，Leonhardによって集大成された．日本の満田もこうした独立性の立場から非定型精神病概念を唱えた．彼の独立性の立場は臨床遺伝学的解釈によるものであり，その後は疾病論的カテゴリーの追究へと進められた．そして，臨床的には鳩谷が次のように非定型精神病概念をまとめている．それは，発症が急性で，予後が比較的良いこと．再発の傾向があり，周期性の経過をとること．病像が多彩で，情動性障害や精神運動性障害あるいは意識変容を基本症状とし，活発な幻覚や妄想体験を伴って錯乱ないし夢幻状態を呈するといった概念である．

その後，約20年間は，対照比較研究といった方法論に基づいて，非定型精神病の病因論的検討がなされ，さまざまな生物学的指標の探求も行われたが，これまで非定型精神病に特異的な指標は明らかにされていない．この結果は，非定型精神病に限らず，統合失調症，気分障害といった従来の内因性精神病そのものに対してもみられている傾向といえる．こうしたことは，非定型精神病概念を疾病論的カテゴリーに求めることによって，自身を3分法による袋小路に陥らせたことを示している．

最近の生物学的理論では連続モデルの解釈がなされており，多次元ネットワーク論へと展開が進んできている．こうした中で，異種性の問題点をも含むような非定型精神病概念に，その診断的意義は果たしてどこにあるのだろうか．

最近，「非定型精神病」診断が使われなくなったのには，いくつかの理由が考えられる．最大の理由は，非定型精神病の診断が日本の診断概念であり，グローバル化されなかったことである．さらに，日本でも地域差が大きく，使われるのが関西圏に限られ，それ以外ではあまり広まらなかった．そんな中で，時代の流れがエビデンス精神医学へとシフトし，生物学的精神医学や精神薬理学などでは操作的診断が強く求められた．信頼性の向上から研究対象にしやすい診断名となると，操

作的診断が使われる．そして，診療でも薬物効果判定・副作用などのエビデンスには操作的診断が必要となる．こうした精神科診断学の潮流の中で，「非定型精神病」には診断基準が作られることがなかったのである．疾病論的カテゴリーによる妥当性の追究精神が診断基準を阻んだのであり，結局は孤立することとなっていった．しかし，それでは非定型精神病の診断に全く意義がなくなったかというと話は別である．臨床的有用性についての評価がそもそもなされていないのである．これまでの臨床家の経験の中で非定型精神病の診断によって臨床的有用性が評価されているものに次のものがあげられる．

1）初発時において，治療方針（治療薬の選択など）が決定できること
2）周期性経過において，その再発予防対策がとれること
3）寛解時において，治療薬を削減できるか，終了できるかという判断ができること
4）長期予後の予測がある程度できること
5）患者と家族に対して，病気の経過と予後がわかりやすく説明できること
6）医療者間の情報伝達

こうした臨床的有用性をさらに高める手段として，明確な診断基準の作成が求められる．すなわち，診断基準の cut-off を高く設定することで，偽陽性を下げ，確定診断とすることによって統合失調症や気分障害との重なりを減らすことができる．診断基準に基づいた非定型精神病の診断によって，治療薬の反応性や転帰，再燃性などに関連した明確なエビデンスも今後蓄積しうる．そして，急性発症時や再発時の診察において，多彩で激しい病像を目前とした患者とその家族が悲嘆にくれている状況において，診断基準に基づいた非定型精神病の診断がなされることで，比較的早期に寛解することや治療薬の選択，寛解時における治療薬の減量あるいは中止，再燃予防対策など多くの情報提供が可能となりうる．

表　非定型精神病診断基準

A：精神的に健康な状態から，突然，精神病症状（B 症状）が発現し，顕在化（診断基準に該当すること）まで 2 週間以内であること

B 症状の発現前に前駆症状（不眠，不安）が出現することがある

B：次の 3 つの項目のうち少なくとも 2 つの症状が同時に起こること
1.情緒的混乱 a）
2.困惑，および記憶の錯乱 b）
3.緊張病性症状 c）または，幻覚または，妄想

C：障害のエピソードの持続期間は，3 ヶ月未満で，最終的には病前の機能レベルまでおよそ回復すること

3 ヶ月後に診断確定となるが，それまでは疑いとする

D：物質または一般身体疾患の直接的な生理学的作用による障害は除外とする

■下位項目の特定
▶該当すれば以下の項目を特定すること
1．著明なストレス因子のあるものまたは著明なストレス因子のないもの
2．遺伝負因のあるもの（第一級親族内「親子・同胞」）または遺伝負因のないもの
3．前駆症状のあるものまたは前駆症状のないもの
4．エピソードにおいて多形性（動揺性）のあるものまたは多形性（動揺性）のないもの

■経過の特定
1．初発か再発か
2．反復（周期性）の有無と過去のエピソードの同定

■用語説明
a）情緒的混乱
至福感や恍惚感，著明な不安，著明な易刺激性を特徴とするもの
b）困惑，および記憶の錯乱
自分の考えがまとまらないことを自覚した戸惑い，人物や場所の誤認，思路の錯乱
これらによって外界の認知や知的作業の低下が生じ思考や行動に混乱がみられる
エピソード後に健忘を残すことがある
多形性（動揺性）に現れることがある
なお，次の精神医学用語はこの状態の一部を意味するものとする
例）夢幻様状態（oneiroider Zustand），意識変容（Bewuβtseinsveränderung），思考散乱（Inkohärenz），急性錯乱（akute Verwirrtheit）
c）緊張病症状
緊張病性の以下の項目のうち少なくとも 1 つの症状がみられるもの
1）カタレプシーまたは昏迷として示される無動症
2）過度の運動活動性
3）極度の拒絶症あるいは無言症
4）常同姿勢，常同運動，顕著な衒奇症，顕著なしかめ面などとして示される自発運動の奇妙さ
5）反響言語または反響動作

4．非定型精神病診断基準と妥当性の検討に向けて

非定型精神病診断の臨床的有用性を求めて有志が集まり，平成20年3月に非定型精神病診断基準委員会（付記）が発足し，非定型精神病診断基準の作成に向けて検討が始まった．当然のことながら，当初より非定型精神病の診断基準を作成することには賛否両論がみられた．既述したように，対象をある基準によって診断的枠付けをすることで利益と損失の2面性が必然的に生じ，この得失バランスの中で診断の使用者がどちらのサイドに立つかによって賛否が決まる．今回は臨床的有用性という明確な目的を委員会において方向付けたうえで，非定型精神病の診断基準の作成にあたった．平成21年末においてまとめられた原案を表に示す．診断基準が臨床的に有用であるためには，一般臨床の場で確定診断が容易に行えることが条件となる．そのため偽陽性を減らすべく，診断項目のcut-offが高く設定された．こうして診断項目は，2週間以内の急性発症（A）と3ヶ月未満の寛解（C），情動・思考・意識・精神運動障害に関連した多彩な症状の出現（B），物質・一般身体疾患の除外と規定された．下位項目として，ストレス因子，遺伝負因，前駆症状，多形性（動揺性）の有無について追加した．さらに，縦断的指標として，初発なのか再発なのか，反復（周期性）であるかといった，経過の特定も加えた．

次に，非定型精神病診断基準の広報に向けて，平成21年8月の精神神経学会と11月の精神科診断学会においてアンケート調査を施行した．どちらも急性精神病を対象とした中での非定型精神病の臨床的有用性を確認すべく施行された．アンケートに設けた質問事項は，1）初発時における治療方針の決定や，2）初発時での本人や家族に対する経過と予後の説明，3）再発時での診断，4）医療者間での情報交換，5）患者の生涯診断といった5項目について質問表が設けられた．結果は，アンケート調査に協力した精神科医の7割から8割以上が5つの各質問項目について非定型精神病の診断基準の必要性を求めており，臨床診療の場での非定型精神病診断基準の必要性を求める傾向が確認された．精神神経学会でのアンケートは「急性精神病の現状と再考―診断・治療から」といったシンポジウムにおいて施行されたため，バイアスが強くかかっている．ただ，急性精神病に関心の高い臨床現場の声がこの事実を物語っているともいえる．また，精神科診断学会でも，同様な結果が示された．研究における非定型精神病の有用性については，対象を急性精神病とすると，非定型精神病の診断基準が必要とされることがどちらの学会でも示された．

こうしたアンケート結果を踏まえ，非定型精神病診断基準準備委員会では作成した診断基準の妥当性を検討すべく，現在，診断基準に基づく前方視調査の準備に入っている．今後，調査票によって多施設からのデータ蓄積が行われ，統計解析による診断基準の妥当性検討が期待されるところである．

5．おわりに

非定型精神病診断には，患者の生涯診断といった縦断的意義にその診断価値が求められている．生涯診断を行う場合には，例えば再発の場合でも診断基準を十分満たさなくても非定型精神病エピソードの既往の有無によって診断が可能になるといったこともある．こうした生涯診断を目的とした診断基準が今後の臨床での診断ツールに望まれるであろう．そして，今後は作成された明確な診断基準をもとに研究上においてもエビデンスを高めるとともに，ICD-11やDSM-Ⅴへの編入など国際的な広報性が一層必要とされるような段階にあるといえよう．

付記）非定型精神病診断基準準備委員会（9名）
阿部隆明，岩波明，兼本浩裕，康純，坂元薫，須賀英道，中山和彦，針間博彦，米田博（50音順，敬称略）

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

SSTとは？ その発展の歴史は？

浅見 隆康（群馬県こころの健康センター）

SSTはSocial skills training（生活技能訓練）の略で，①対人状況における患者の技能の不足な点と過剰な点を評価する，②ある特定の技能についての学習方法を提供する，③社会的場面を模した中での治療者らによる技能のモデリングが行われる，④患者に対して練習しているある技能に焦点をあてた教示が行われる，⑤ある技能についての実技リハーサルが行われる，⑥治療者やグループから患者に対して正のフィードバックと矯正的なフィードバックが与えられる，⑦ロールリバーサルとフィードバックをくりかえす，⑧般化を促すための宿題が与えられる，からなる治療技法で，多くの行動療法の技術がパッケージ化されている．行動療法は，実験心理学を基に，1950年代頃から精神科臨床に導入されるようになった．その後，人は認知的要因である思考，態度，信念などを自分自身でコントロールする能力を有すること，その能力に働きかけ自己効力感を増すことで行動変容が得られることが知られるようになり，1970年代には行動療法から認知行動療法へと発展をとげた．このような潮流の中で，精神科領域におけるSSTは，リバーマン，ベラックなどにより，米国を中心に広まり，わが国でも1995年2月SST普及協会が組織されることとなった．2007年12月全国に11の支部が結成され，支部を中心に普及活動を展開している．近年精神科医療において，リカバリーの観点からストレングスモデルが重要視されるようになってきた．このような状況の中，SSTは，①多職種で共有できる援助技法で，チーム医療の展開に役立つ，②対人援助の際に『角度を変えてみる』という見方ができ，視野の広いアセスメントができるようになる，③利用者の意見に則した目標設定を行うので，援助者は働きかけやすい，④利用者だけでなく，家族にもSSTを実践することで，一層の回復が得られる，などの利点があり，精神科臨床における治療方法の1つとして有用性が期待される．

＜索引用語：生活技能訓練，認知行動療法，統合失調症＞

What is SST? What is its History?

SST, which stands for social skills training, is a form of therapy that incorporates various behavioral therapy techniques and consists of the following steps: 1) assessment of interpersonal skills that the patient lacks or has in excess, 2) provision of learning methods for a specific skill, 3) modeling of the skill by therapists in a simulated social setting, 4) teaching of the skill being practiced to the patient, 5) practical rehearsal of the skill, 6) positive and corrective feedback given to the patient by therapists and possibly a group, 7) repetition of role reversal and feedback, and 8) homework given to promote generalization. Behavioral therapy began to

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20～22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム 活用SST ――医師が知っておきたいSSTの適応と効果―― 座長：加瀬 昭彦（横浜舞岡病院），池淵 恵美（帝京大学医学部精神神経科学教室） コーディネーター：丹羽 真一（福島県立医科大学医学部神経精神医学講座）

be incorporated into clinical psychiatry from around the 1950s based on experimental psychology. Following subsequent findings that humans have the ability on their own to control cognitive factors such as thought, attitude, and belief, and that behavior modification can be achieved by increasing self-efficacy through this ability, behavioral therapy evolved to become cognitive-behavioral therapy in the 1970s. Following this trend, the use of SST in psychiatry spread in the United States and other countries through the work of researchers such as Robert Liberman and Alan Bellack. In Japan, the Japanese Association of Social Skills Training (JASST) was founded in February 1995. Eleven branches of the JASST had been established nationwide by December 2007, and these branches form the base from which activities to promote SST are conducted. In psychiatric medicine, from the perspective of recovery, emphasis has recently been placed on the strengths model. In this context, SST is expected to become a useful treatment method in clinical psychiatry as it offers a number of merits: 1) it is a support technique that can be shared by multiple professions, and one that contributes to the development of multidisciplinary care; 2) it involves "changes in perspective" during support for interpersonal skills, and therefore enables assessment from a broad perspective; 3) goals are set based on the client's opinions, thereby facilitating the therapist's work; and 4) by conducting SST for the client's family as well as the client, further recovery can be achieved.

＜**Key words**: social skills training, cognitive-behavioral therapy, schizophrenia＞

1. 生活のしづらさの背景にあるもの

統合失調症者が社会参加できるようになることは，現在の精神科医療において，最大の関心事と言っても過言ではないだろう．この問題に私たちはどう取り組んでいったらよいだろうか．

1) 病気の始まり

統合失調症者では，病識の欠如が問題点の一つとしてあげられている．この問題は，病気の始まりが少なからず関与していると思われる．最新精神医学[12]では，統合失調症の始まりについて，日常生活の異変という形で出現することが指摘されている．日常臨床ではこの異変が数年続き，発症に至ることが経験されるが，いかにこの期間を短縮させていくかに，早期介入の観点から，大きな関心が寄せられている．

2) 日常生活での孤立

日常生活面での異変という形で発症の準備状態が進んでいく中で，家庭，学校，地域，友人などの対人関係場面で適切なコミュニケーションに支障をきたし，一段と孤立化していく．家族は，このような状況にあっても，各自の役割に手一杯の状態にあり，子どもの様子に戸惑いを感じながらも，“何かあったら相談してくれる”と事態を待ちの姿勢で見守ることになる．

3) コミュニケーションの流れと認知機能障害の特徴

精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル[11]（以下，対人援助技術マニュアルと略す）によると，認知機能の障害が生活に及ぼす影響について，事物処理の障害，他人についての障害（社会的認知の障害），自分についての障害などの3障害が，日常生活全般にわたって統合失調症者にさまざまな影響を及ぼすことが指摘されている．このような生活面の特徴の一部は，一因として，狭められ，孤立化した対人関係の中で，学習し，身についた事柄であると捉えることができよう．このような状況において，統合失調症者なりのコミュニケーションの仕方を獲得していることが推測される．そのような観点に立てば，統合失調症者の社会参加をめざすためには，発症に至る諸要因を綿密に把握し，治療関係を形成しておくことを心がけることが肝要となる．その上で，新たな社会的学習の方法を提案し，動機づけをし，

統合失調症者が主体的に取り組む気持ちを引き出し，実践していく中で，より適応的な社会生活につながっていくことと思われる．

2．生活技能訓練（Social Skills Training：SST）とは

統合失調症者が，本人がそれまでに身につけたコミュニケーションの流れを，より適応的に変えていくための1つの方法として，SSTという治療法が提供されてきた．

1）SSTとは

SSTとはどういうものかについて，池淵[6]は，Mueserらにしたがって，①対人状況における患者の技能の不足な点と過剰な点を評価する，②ある特定の技能についての学習の方法を提供すること，③社会的場面を模したなかでの治療者らによる技能のモデリングが行われる，④患者に対して練習しているある技能に焦点を当てた教示が行われる，⑤ある技能についての患者による実技リハーサルが行われる，⑥治療者やグループのメンバーから患者に対して正のフィードバックと矯正的なフィードバックが与えられる，⑦ロールリバーサルとフィードバックを繰り返す，⑧般化を促すための宿題が与えられる，などの要素を持ち，さまざまな行動療法をパッケージ化したものと説明している．

2）基本訓練モデル

SSTでは，人がコミュニケーションをする時に，「受信技能」「処理技能」「送信技能」が発動されていると捉え，それらの技能をより適応的に変えていく方法を提供している[5]．図1に基本訓練モデルを示す（天笠による）．参加者が練習したい課題を出し合い，ロールプレイングを中心に訓練する方法で，「送信技能」にターゲットが置かれている．正のフィードバック，モデリング，改善点を出して修正のロールプレイを行う，という流れとなっており，実際の場面で取り組む宿題を設定し，1人のセッションが終了する．セッション

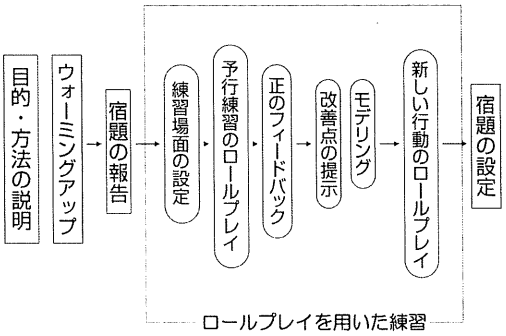


図1　基本訓練モデルの流れ

は通常10人弱のグループで行うことが多いが，個人面接のなかで用いられることもある．

3）課題領域別モジュール

リバーマンは，1980年前後から統合失調症の情報処理・認知障害への対応をSSTに取り入れ，SSTの目標を対人的効果から自立生活技能の獲得に拡げた．すなわち受信-処理-送信の3つの技能に分け，それぞれの技能の獲得，回復，向上をめざし，このモジュールが開発されたと安西[2]は紹介している．

このモジュールは，地域で自立した生活をするのに必要な技能を習得するために開発され，服薬自己管理，症状自己管理，基本会話，余暇の過ごし方の4つがある．各モジュールは4〜5つの技能領域から構成され，さらにその技能領域はサブスキルで構成されている．また退院して地域生活に備えるための学習パッケージとして，地域への再参加モジュールも用意されている．

3．行動療法と認知行動療法

1）行動療法

山上[15]は，行動療法とは，対象を認識し把握する技術と変容技術により，問題を把握し，問題のどこを，誰のなにを対象にして，どのような方向に向けて，どのような方法を用いて，治療をするのがよいか，と仮定して，どのようにしたらそれが可能か，と考えて治療して，結果をみて，そ

れを繰り返す治療の仕方と説明している．この用語は，オペラント条件づけの技法により，1953年から1954年におけるスキナーとリンズレイらによる研究報告で用いられたが，1960年アイゼンクの「行動療法と神経症」が出版され，広く用いられるようになった[13]．行動療法は，強力な理論的根拠，実施技術の単純・明快さ，患者やクライエントに対する時間的・経済的・肉体的負担の軽減，卓越した治療効果などの点により，世界的に優れた療法と認められるようになった．

2）行動療法から認知行動療法へ

行動療法は，さまざまな症例に適用されるようになり，従来の治療論や技法では治療困難であったものが，行動療法の導入によって大きな治療成果をあげるようになった．その後人間のさまざまな問題行動に対処するためには，認知的介在変数を考えに入れた学習理論が必要であるといわれるようになった．バンデューラの「社会的学習理論」は認知的要因を組み入れたきわめて優れた行動理論として注目されるようになった．つまり，自分の行動について自己監視能力を有する，ある特定の行動に向けて内面的に生み出した目標を設定し，個人の変数と環境の変数とを調和させながら自分の目標に向かって行動をコントロールする能力をもつ[13]，というもので，このような理論を背景に，患者の認知的要因に注目し，セルフコントロール力にウエイトを置き，問題行動や症状の克服，さらに克服過程を組織的に学ぶやり方である認知行動療法が幅広く行われるようになった．

こうした流れの中で，SSTは発展していくことになった．

4．SSTの誕生から発展へ

1）SST発展の前史

リバーマン[7]が対人効果訓練を行うまで影響を受けた行動療法とその人たちは以下の通りである．

(1) サルター[10]の条件反射療法

自己表現が，神経症患者の不安，抑うつ，その他の不適応傾向の改善に役立つ．

(2) ウオルピ[14]の相互抑制による精神療法

自己主張反応を学ぶことで恐怖心を抑制できる．

(3) ラザラス[8]のモデリングと役割リハーサル

モデリングと役割リハーサルにより，自己主張を高める．

(4) バンデューラ[3]

自己主張訓練にモデリングを取り入れる．

2）認知行動療法としてのSST

安西[2]によれば，リバーマンらによる今日のSSTの基本的な枠組みは1970年頃から形作られたという．ここでは，社会的モデリング，促し，教示，リハーサル，強化，弁別，行動形成などのさまざまな行動療法と技法が用いられた．方法としては，疾患にはこだわらず，それらの結果として生じている不適応行動や生活技能の不足に焦点をあて，社会的学習理論を援用しながら，対人的効果訓練という形で実践していった．先述したが，1980年代頃から統合失調症の情報処理・認知障害への対応を目標に，コミュニケーションの流れを受信-処理-送信の3つの技能に分け，自立生活技能の獲得に拡げられた．リバーマンたちはカルフォルニアのオックスノード地域精神保健福祉センターに拠点をおき活動していたが，一方ベラック[4]らは米国東海岸を中心に，1970年代頃から居住型施設での実践を通じて，スキルとステップ方式を開発し，治療に取り組んでいった．こうして，リバーマンやベラックたちは，SSTを認知行動療法として発展させた．

3）日本におけるSSTの発展

SSTが日本に導入された経緯として，2つの流れがあった．1つは西園による福岡大学での流れであり，もう1つは丹羽を中心とした東京大学の流れである．1985年5月米国にて西園[9]はリバーマンの講演に感銘を受け，このことが日本への導入の1つの流れになった．丹羽は1988年リバーマンを東京大学に招へいし，この際にワークショップが開催されたことがもう1つの流れになった[2]．この2つの流れが徐々に合わさって，

1995年SST普及協会が発会されることとなった．第1回学術集会が，1996年12月8日東京医科歯科大学で開催され，2010年は11月5，6日の日程で，第15回学術集会が富山市で開催された．会員数は2009年12月時点では，1944名と徐々に増えているが，医師の会員は伸び悩んでおり，医師層対策が協会の一つの課題になっている．また協会事業として，2009年訪問看護サービスにおける対人援助技術の研究事業として，SSTを利用した「精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル」を作成し，各支部を中心に普及を計画している．

5．著者とSST

1）群馬県立精神医療センターでの治療経験

著者[1]らは上記病院の重症治療病棟における治療経験を，「統合失調症の回復遷延例における段階的治療の試み」という題名で，日本精神神経学会102回大会で発表した．発表の経緯となったのは，長期にわたり回復が遷延していた統合失調症者が回復していく中で，これまでの本人自身の経過を自ら振り返り語るということを観察したことであった．この症例は，小さな紙片に，幼少期，学童期，中学・高校時代の出来事を書き留め，著者に渡すという行為を繰り返し行った．当初この意味が全くわからなかったが，10年にも及ぶ入院生活からいよいよ退院という段階になって，その意味を理解することとなった．

2）病状回復遷延期から振り返り期

回復が長引いている事例の治療には多職種によるチーム医療の提供が必要である．その基本的姿勢は，薬物療法はもとより，多職種によるリカバリーをより意識した心理社会的療法なども試み，回復に向かうささやかな変化を見落とさず，評価を行いながら関わっていくことが求められる．とくにSSTは，療法的側面も有するが，他患者との交流の場という役割も担っているように思える．このような場においては，患者は他者を鏡として，自分の姿を捉えなおすことができるようになる．そして，「彼に比較するとこういう所が私の問題なところだ，でもこういう所はむしろ良い所かな」などと思えるようになる．昔経験したことは，必ずしも否定的なことばかりではなかったと思えるようになり，少しずつ振り返り，語ることができるようになるのである．つまり病状が回復していく過程で重要なことは，自分や家族といった極めて身近な存在のみを意識している状態から他者の存在が意識できるようになっていくことであり，著者らはこの時期を，「振り返り期」と呼んだ．このような経験を通じて，SSTは有用であること，この有用性について広めていく必要があると考えるようになった．

3）群馬SST広流会

群馬県においては群馬病院でSSTが最初に実施されたようである（1991年10月）．1995年から日本精神科看護技術協会群馬県支部が主催し，リーダー養成研修会が開催され，群馬県内の精神科病院にSSTが導入され，入院生活技能訓練として実施されるようになった．

群馬SST広流会は2004年11月結成された．この会の目的は，SSTという治療技法を通じて，ケースや家族への関わり方，治療法，治療効果を高める方法などについて，多職種で学習する，多職種チーム医療を病院という領域に止めず，県という領域に拡げ，一般人も視野に入れた，より良質な精神科医療の提供を，一層の精神保健福祉の進展を目指す，であった．当初会員は18名であったが，現在は49名（うち家族12名）となり，リーダー養成研修会，ステップ・バイ・ステップ方式〈ベラック〉研修会を年間スケジュールに入れ，SST普及を行っている．2008年12月11日，12日に，メイインテーマを「当事者と家族のためのSSTにより，精神科医療を変革し，社会生活への参加をめざす」とし，第13回学術集会（三國雅彦大会長）を群馬県前橋市にて開催したが，群馬SST広流会の会員が中心的な運営の担い手となったのである．

6. 終わりに

統合失調症者の社会参加に向けた，回復の経過について私見を述べる．認知行動療法では，現実検討力，自己コントロール力，自己効力感の回復が期待される．SSTを利用することにより，回復の道をどのように辿ることになるのだろうか．

- SSTに参加し，いろいろな患者に出会い，評価されることで，小さな成功体験を得る，
- これまでに社会的に学習し，経験したことについて振り返る，必ずしも否定的なことばかりではなかったと捉えることができるようになる，
- 角度を変えていろいろな出来事をみることができるようになり，成功体験が増えていく，
- 問題に対応する対処力が増し，現実検討力が回復していく，
- 自身の先々のことに対し希望を抱くことができるようになり，自己コントロール力が回復していく，
- 病気を受け入れ，折り合うことができるようになり，自己効力感が回復してくる，
- 徐々に相談ができる仲間を作ることができるようになり，社会参加へつながっていく，

ということを推測している．

文　献

1) 浅見隆康，小沢憲一郎，磯貝　昇ほか：統合失調症の回復遷延例における段階的治療の取り組み．第102回日本精神神経学会総会，福岡市，2006

2) 安西信雄：SSTの発展の軌跡と可能性―アメリカと日本―．SSTの技法と理論（西園昌久編）．金剛出版，東京，p. 37-46, 2009

3) Bandura, A., ed.: Psychological Modeling: Conflicting Therapy. Aldine-Atherton, Chicago, 1971（原野広太郎，福島脩美訳：モデリングの心理学―観察学習の理論と方法―，金子書房，東京，1975）

4) Bellack, A.S., Muesser, K.T., Gingerich, S., et al.: Social Skills Training for Schizophrenia: A step-by-step guide, 2nd ed. Guilford, New York, 2004（熊谷直樹，天笠　崇監訳：改訂新版　わかりやすいSSTステップガイド．星和書店，東京，2005）

5) 舳松克代編：SSTはじめて読本　スタッフの悩みを完全フォローアップ．医学書院，東京，p. 12-13, 2008

6) 池淵恵美，安西信雄：社会生活技能訓練（SST）と精神科リハビリテーション―認知的介入とエンパワメントへの展開．臨床精神医学講座，15巻，精神療法．中山書店，東京，p. 381-404, 1999

7) Liberman, R.P., King, L.W., DeRiji, W.J., et al.: Personal Effectiveness: Guiding People to Assert Themselves and Improve Their Social Skills. Research Press, Illinois, 1989（安西信雄監訳：生活技能訓練マニュアル―対人的効果訓練：自己主張と生活技能改善の手引き―．創造出版，東京，1990）

8) Lazarus, A.A.: Behavior rehearsal vs. nondirective therapy vs. advice in effecting behavior change. Behavior Research and Therapy. p. 209-212, 1966

9) 西園昌久：SSTと精神療法（1）―私がSSTに惹かれる理由―．精神療法，33（1）；72-79, 2007

10) Salter, A.: Conditioned Reflex Therapy. Farrar, Straus, New York, 1949

11) 精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場にSSTを活かす～．SST初級コースで学ぶべきこと―「SST初級リーダー養成研修」テキスト―．SST普及協会，東京，p. 41-42, 2010

12) 諏訪　望：最新精神医学．南江堂，東京，p. 215-216, 1980

13) 高山　巌：行動療法と認知行動療法．認知行動療法の理論と実際（岩本隆茂，大野　裕，坂野雄二編）．培風館，東京，p. 21-28, 2003

14) Wolpe, J.: Psychotherapy by Reciprocal Inhibition. Stanford University Press, California, 1958

15) 山上敏子：方法としての行動療法．金剛出版，東京，p. 27-28, 2009

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

EBMからみたSST
――SSTの有効性を再考する――

岩田 和彦（大阪府立精神医療センター）

SSTは，ランダム化比較試験などのエビデンスレベルの高い臨床研究によって有効性の検証が行われてきた心理社会的治療のひとつである．SSTに関する臨床研究は年々報告数が増えており，さらにシステマティックレビューやメタ解析も複数報告されている．

Pfammatterらのレビューでは，SSTは技能の獲得や，自己主張の強化に効果的であることが示され，特に治療後の技能の獲得に関するEffect sizeは0.77と高い値であった．またKurtzらのレビューでも，23件のランダム化比較試験のメタ解析を行った結果，学習した内容の獲得，新たなスキルの獲得，心理社会的技能などの項目でのSSTの効果が示され，特に学習内容の獲得ではEffect sizeが1.20と大きな効果を認めている．これまでの研究を敷衍すると，SSTは自立生活技能の獲得や維持に効果が高く，精神症状の改善や再発防止効果は限定的であると考えるのが妥当である．

このようにSSTのエビデンスは確立されてきているものの，その成果が臨床現場で有効に活用されているとは言い難い．臨床現場ではSSTが効果的と考えているスタッフでさえ，本当に重要なのは研究で報告される効果指標の改善ではないと，察知しているように感じることがある．BMJのキラークエスチョンと言われる“If this study is “true”, would it be a POEM?”にもそれがよく表れている．POEMとは“Patient-oriented evidence that matter”のことで，「エビデンス」が大切なのではなく「本人にとって意味のある」エビデンスが重要であることを意味する．今後の課題は，POEMの視点からアウトカム指標を吟味したSSTの臨床研究が行われ，そのエビデンスを蓄積すること，さらに研究成果を当事者にわかる形で伝えていくことであると考えられる．

＜索引用語：統合失調症，EBM，社会生活技能訓練，精神科リハビリテーション＞

Evidence of Social Skills Training : What is the True Outcome of Social Skills Training ?

Social skills training (SST) is one form of psychosocial rehabilitation. Its efficacy has been validated through randomized controlled trials. The number of SST clinical trials is increasing yearly. Some systematic reviews and meta-analyses of SST have already been published.

In one recent systematic review, it was reported that SST was effective for the acquisition of skills and enhancement of assertiveness. It demonstrated a high effect size (ES : 0.77) of acquisition of skills after intervention (Pfammatter et al., 2006). In another review, 23 randomized controlled trials were analyzed, and it was reported that SST was effective for acquisition of new training skills and psychosocial skills (Kurtz et al., 2008). Results from past clinical trials of SST suggest that SST is quite effective for the acquisition and maintenance of independent living skills, but not as effective for the improvement of psychotic symptoms and preventing relapse.

In this way, evidence related to SST has been consolidated in recent years, but research evidence is not necessarily used in practical ways in actual clinical settings. Some SST practitioners who recognize SST as useful and effective believe that the most important outcome

of SST is not the improvement of scores on assessment scales that have been reported in clinical trials.

Truly meaningful evidence is "patient-oriented evidence that matters" (POEMs). Reviewers in the British Medical Journal (BMJ) ask researchers, "If this study is 'true', would it be a POEM?" This is the key question raised by the BMJ. Our challenge in the future is to create clinical trials based on POEMs, and to communicate research findings to consumers in clearly understandable ways.

Key words: schizophrenia, evidence-based medicine, social skills training, psychiatric rehabilitation

1. はじめに

今日の精神科リハビリテーションの現場において，社会生活技能訓練（Social Skills Training, 以下SST）は広く普及してきた心理社会的治療技法のひとつである．その効果については，これまで多くの優れた臨床試験が発表されており，SSTのエビデンスは既に確立していると言える．

しかしSSTの技法は普及したものの，どのような対象の，どのような症状や障害の改善に，どの程度の効果があるのか？についての十分な理解が臨床現場に浸透しているとは言い難い．そのためSSTの適応の検討が不十分なままに，漫然とSSTが実施されていたり，あるいはSSTの効果に過剰な期待を寄せ，その結果SSTの効果が過少に見積もられることも少なくない．

そのような現状を踏まえて，本稿ではSSTの効果研究をあらためてレビューし，SSTの有効性や真のアウトカムが何であるかについて検討した．さらにSSTをはじめとする精神科リハビリテーションのエビデンスが臨床現場で正しく理解され，活用されるために何が必要とされているのかについて考察する．

2. SSTの効果に関するエビデンス

まずSSTの有効性について知るために，PubMedを用いてどのくらいのSSTに関する研究が発表されているかを検索した．

検索式は以下のように設定した．

＃1 (social skills training) OR (skills training)

＃2 (schizophrenia) OR (severe mental illness)

＃3 ＃1 AND ＃2 AND ("humans" [MeSH Terms]) AND (Clinical Trial [ptyp] OR Meta-Analysis [ptyp] OR Practice Guideline [ptyp] OR Randomized Controlled Trial [ptyp])

その結果161件（2010年5月20日時点）の文献が抽出された．

これを年度ごとのグラフにしたものが図1である．このグラフからわかるように，年々その研究報告数が増える傾向が認められ，特に2000年以降は発表された論文数の増加が著しいことがわかる．

SSTは必ずしも統合失調症圏の対象者のみに適応されるわけでなく，最近では物質使用障害や発達障害などにも用いられることが多いので，検索式の＃2を（schizophrenia）OR（severe mental illness）OR（substance use disorders）OR（pervasive developmental disorders）に変更して検索を行った（なお，うつ病などの感情障害圏の疾患の場合，SSTではなく，いわゆる認知療法を用いた介入研究が抽出されることが多いため，今回は検索対象疾患には含めなかった）．

その結果409件（2010年5月20日時点）の文献が抽出され，図2のグラフからわかるように，統合失調症圏の疾患のみを対象にした時よりも近年の論文増加傾向は著しいことが明らかになった．

これら400件を超す臨床研究は，個々に内容の吟味は十分になされていない．心理社会的治療の効果研究では，様々な交絡因子が有効性に関与す

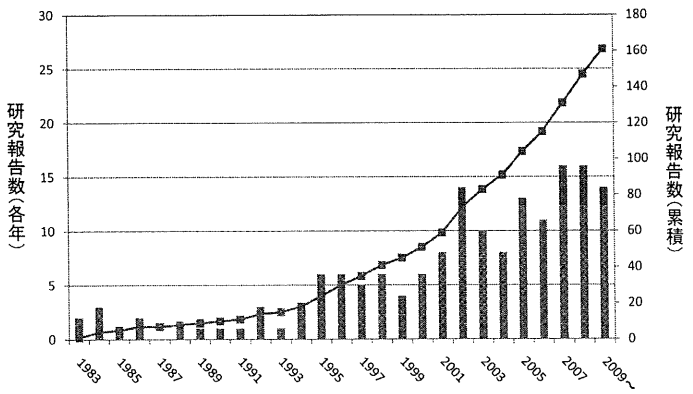


図1　SST に関する研究数の推移〔対象疾患：統合失調症，重症精神障害（SMI）〕

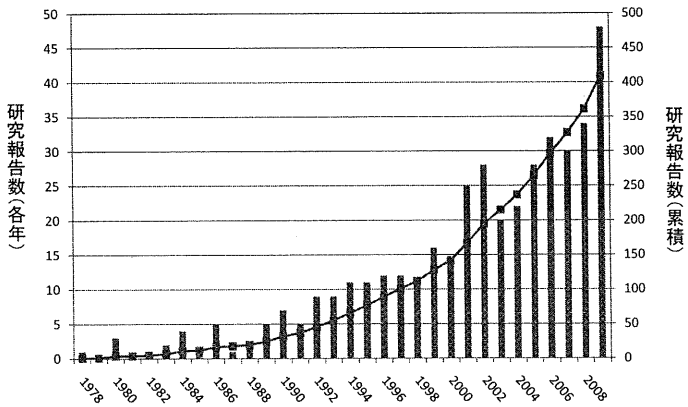


図2　SST に関する研究数の推移〔対象疾患：統合失調症，重症精神障害（SMI），物質使用障害，広汎性発達障害〕

る可能性があるため，妥当性の高い研究を見極めるのは，容易ではない．しかし，すでに研究の質を十分に吟味した研究のみを対象としてメタ解析を行った SST に関するレビューも複数報告されている．

Pfammatter ら[4]の報告では 19 の SST に関する効果研究のメタ解析を行い，その結果技能の獲得については Effect size が 0.77 と高い有効性を報告している．さらに，技能の獲得に関する効果は，追跡評価時においても Effect size は 0.52 と高かった．一方で精神症状の改善に関する効果はわずかであった（表 1）．

Kurtz ら[3]も，同様に SST の効果に関して 22 研究を対象としたメタ解析を実施した．その結果，効果があると判断された領域は，先の Pfammatter らのメタ解析の結果と類似しており，学習した内容の獲得（Effect size：1.20），新たなスキルの獲得（Effect size：0.52），心理社会的機能（Effect size：0.52）において高い効果を認めた（表 2）．

このような多くの臨床研究の結果を受け，今年発表された統合失調症の Patient Outcome Re-

表1　SSTの効果に関するメタアナリシス（Pfammatter, et al., Schizophrenia Bulletin, 2006[4]）

アウトカム	研究数	対象者数	Effect size（95%CI）
●治療終了時			
技能の獲得	14	688	0.77（0.62-0.93）
自己主張	5	160	0.43（0.11-0.76）
社会機能	6	342	0.39（0.19-0.59）
全般的精神症状	8	349	0.23（0.01-0.44）
●追跡評価時			
技能の獲得	6	295	0.52（0.28-0.77）
社会機能	3	210	0.32（0.08-0.56）
再入院防止	2	110	0.48（0.11-0.86）

表2　SSTの効果に関するメタアナリシス（Kurtz & Mueser, Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2008[3]）

アウトカム	研究数	対象者数	Effect size（95%CI）
学習した内容の獲得	7	330	1.20（0.96-1.43）
新たなスキルの獲得	7	481	0.52（0.34-0.71）
心理社会的機能（自立生活能力）	7	371	0.52（0.31-0.73）
陰性症状	6	363	0.40（0.19-0.61）
その他の精神症状	9	604	0.15（−0.01-0.31）
再発・再入院防止	10	485	0.23（0.04-0.41）

search Team（PORT）による心理社会治療の推奨される治療のリストの中に，SSTは採用されている[1]．

この中で，統合失調症の心理社会的治療としてSST以外ではACTや援助付き雇用，認知行動療法，など8つの治療が推奨されている（表3）．

Schizophrenia PORTによる治療推奨は，これまで2回の改訂が行われており，今回のレポートは第3版ということになるが，SSTはこれまで3回のレポートすべてにおいて推奨される心理社会治療と位置付けられてきた．

この中でSSTの推奨に関する具体的な内容を見ると，SSTは，統合失調症をもつ人の，自立生活技能などの改善に有効であり，対人関係技能に焦点をあて，教示，モデリング，実技リハーサル，矯正のフィードバック，正の強化などを主な技法として用いることが必要なこと，さらに練習内容は，本人の生活環境に合った課題となるように計画すること，が推奨されている．

また，SSTに関するエビデンスとして以下の項目が要約されている．

- 統合失調症をもつ人に，明確に行動・状況・問題を定義し，構造的な訓練を行えば，生活技能の獲得は可能である．
- ロールプレイテストや地域生活技能の改善に対して，有意な効果が認められる（Effect size 0.52）．
- 再発や精神症状への効果のエビデンスは弱い．
- 獲得されたスキルの維持に関する追跡データが少ないため，効果の持続性は明言できない．

表3 The 2009 Schizophrenia PORT—Psychosocial Treatment Recommendations (Dixon, L.B., et al., Schizophrenia Bulletin, 2010[1])

推奨される心理社会的治療
Assertive Community Treatment
Supported Employment
★ **Skills Training**
Cognitive Behavioral Therapy
Token Economy Interventions
Family-Based Services
Psychosocial Interventions for Alcohol and Substance Use Disorders
Psychosocial Interventions for Weight Management

・獲得される様々なスキルは異なる民族や文化でも有効.
・個々のスキルを日常生活にあてはめているプログラムのほうが有効である可能性が高い.
・地域生活にSSTを組み入れ，家族の協力も得ることで，スキルの一般化を促進する方法もある.
・統合失調症の広範な障害の改善のためには，薬物療法，家族療法，認知行動療法などの治療とSSTを組み合わせる.
・SSTの主要な技法は，“リカバリー”を焦点とした介入の中でも利用されている.
・SSTの指導に有効なツールとして，教本やデモンストレーション用ビデオ，対象者用ワークブックなどがある.

以上から，現在までに明らかになっているSSTのエビデンスとして，学習した行動の獲得に関しては，十分に有効な治療であり，自立生活技能の改善に関しても中程度の効果がある．しかし，再発や再入院の防止の効果は小さく，他の心理社会的治療（家族介入など）と併用する必要がある．同様に，精神症状への効果は陰性症状に対してわずかに認めるが，陽性症状に対しては一貫した結果が得られていない．今後は他の治療法（薬物療法，心理社会的治療）と組み合わせることで，相乗効果が得られることが期待される，とまとめることができるだろう．

3. EBMについて再考する

では，このように得られたエビデンスは，はたして有効に現場で活用されているのであろうか？たとえば介入研究の論文に表現されていることの多くは，測定可能なアウトカムのスコアの変化値であり，これをそのまま伝えても，当事者やその家族がその意味をすぐに理解することは難しいだろう．多大な労力をかけてエビデンスをつくるために行われる臨床研究の成果を，臨床現場に活かすにはどうしたらよいのだろうか？

ここであらためて，EBMとは何なのか？ということに立ち戻ってみたい．EBMの提唱者であるSackettはEBMを“EBM is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient value”と定義している[5]．つまり研究から得られるエビデンスは，EBMを実践する上でのひとつの要素に過ぎず，ユーザーの価値観や臨床的な技能を統合して臨床的判断を下すことが必要であるということの重要性を説いている．

この考え方は，形を変えて様々な場面で発展している．たとえばBritish Medical Journal（BMJ）では，査読に際して“If this study is “true”, would it be a POEM (Patient Oriented Evidence that Matters)?”というキラークエスチョンが用意されていると言われている[2]．つまり重要なのは，データとしてのエビデンスではなく，当事者本人にとって重要な意味を持つエビデンス（POEM）なのか？という問いである．

このPOEMの考え方は決して新しいものではなく，Shaughnessyらがすでに10年以上前にその重要性に言及している[6]．その治療が本当に有効かどうかを考えるならばPOEMが検討されているかを見極めることが必要である．つまり本人にとって，深刻で重大な問題に焦点をあてたエビデンスが必要であると言えるだろう．

4. SSTにおける重要なアウトカム

では，SSTでは何がPOEMなのだろうか？

ある人にとっては「親の世話にならず，自立生活できるようになること」であり，ある人にとっては「病気が再発して再入院しない」ことであるだろう．「仕事に就きたい」と強く希望している人もいるし，「仕事がなくても，せめて日々満足できる毎日を送りたい」と願う人もいるかもしれない．

これらをまとめると，結局は本人のニーズに焦点をあてたエビデンスの検討が重要ということができるだろうし，最終的には包括的全人的な回復，つまり「リカバリー」を達成できるかということに集約されていくのかもしれない．

ニーズを把握するための一般的な問い「あなたはどんな生活ができたらいいと思いますか？」…これはSSTにおいては，毎回のセッションの課題を見つけるためによく用いられる問いかけでもある．よって，SSTは実践そのものが，本人のPOEMを見出す過程を備えている有益な心理社会的治療である，と言えるかもしれない．

5. SSTのエビデンスと説明責任

SSTのエビデンスを臨床現場で活かすために，検討すべきもうひとつのポイントは，エビデンスをどのように当事者に伝えるか？という点である．これは説明責任（Accountability）にも関わることでもある．

SSTの効果をEffect sizeの数値で示されても，それが具体的にどんな変化をもたらしているのか？　想像することは困難であろう．「SSTによってどんな風によくなりますか？」という当事者や家族からの問いに，エビデンスを踏まえた理解可能な説明ができるかどうか？　これはSSTを行うスタッフに課せられた大きな課題と考えられる．

たとえば「ストーリーを理解しながら，映画を最後まで見続けることができるようになった」「デイケアに参加するのが週2回だったが，毎日になった」などと当事者自身がSSTの参加後の変化を語ってくれることがある．これらは注意・覚醒や遂行機能の改善と捉えることが可能だが，このように生活に即した具体的な表現に研究結果を還元することが必要だろう．

つまり，研究で得られたエビデンスが，現場で役立つ医療情報となるには，客観的・科学的な研究結果のデータに，治療効果を実感させてくれる主観的でナラティブな情報をリンクさせていくことが重要であると考えられる．

6. まとめ

SSTに関して，すでに明らかになっているエビデンスを踏まえ，それを臨床現場に活かすために何が必要かについて述べた．

ひとつは，本人や家族にとって重要であるエビデンス（つまりPOEM）を積み重ねること，さらに研究から得られたエビデンスを，誰もが理解できる形で伝えること，が重要であると考えられる．

これによって，エビデンスは医療者・当事者・家族で共有できるものとなり，協働して治療の選択や計画を行うことが可能になるだろう．そして，その先にあるものは，医療者と当事者および家族の新しい治療関係の構築であり，さらに自分の力で選び，計画した治療によって，本当の意味での治療アドヒアランスの向上も期待できる．

近年Shared Decision Makingという考え方が臨床現場に広がっている．医療情報や責任をお互いが共有し合いながら治療を決定していく関係，すなわちShared Decision Makingにつながるエビデンスの利用を検討すべき時代が来ていると筆者は考えている．

文　献

1) Dixon, L.B., Dickerson, F., Bellack, A.S., et al.: Schizophrenia Patient Outcomes Research Team (PORT): The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. Schizophrnia Bulletin, 36; 48-70, 2010

2) Joint workshop with BMJ at the WONCA 2005,

Kyoto 資料

3) Kurtz, M., Mueser, K.T.: A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 76; 491-504, 2008

4) Pfammatter, M., Junghan, U.M., Brenner, H. D.: Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from meta-analyses. Schizophrenia Bulletin, 32; S64-S80, 2006

5) Sackett, D.L., Rosenberg, W.M., Gray, J.A., et al.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312; 71-2, 1996

6) Shaughnessy, A.F., Slawson, D.C.: POEMs: patient-oriented evidence that matters. Ann Intern Med, 126; 667, 1997

第 106 回日本精神神経学会総会

シンポジウム

統合失調症治療と SST
――エビデンスとプラクティスの狭間で――

天笠　崇（代々木病院精神科，京都大学医学部大学院社会健康医学健康情報学）

SST は，エビデンスベーストな臨床実践と認識され，わが国の統合失調症診療ガイドラインにも組み込まれている．しかし，日本 SST 普及協会の個人会員に占める医師数は 2009 年 12 月現在 170 名で全体の 1 割に満たず，精神科・神経科・心療内科医のわずか 1 %余りにすぎない．本学会員数に比しても同様である．統合失調症の地域治療で重要な役割を担うべき精神科デイケアにおいて，SST は調査対象 28 施設を利用する 168 人中 17.3 %にしか実施されていなかった（日精看調査，2008）．統合失調症治療における SST の実践状況には，大きなエビデンス・プラクティス・ギャップ（EPG）が産まれている．著者の再来は，原則 1 人 5 分で，会員の先生方も大方同じであろう．EPG を埋めるには，精神科医療システムの改革が，本質的に重要である．しかし，こうしたリアル・ワールドで，著者がどうやって日々の実践の中で SST を適応・工夫し，臨床実践における EPG を少しでも小さくしようとしているか，その努力の実情を紹介した．すなわち，①外来診療で個人 SST を実施，②同行受診者へのデモンストレーションや個人 SST への参加，③精神科デイケアで SST プログラムを実装，④医師意見書や指示書に SST で対応可能な指示内容を記載，⑤関係他職種や諸機関への技術移転と指導である．

＜索引用語：生活技能訓練，エビデンス・プラクティス・ギャップ，デイケア，個人 SST，技術普及＞

Treatment for Persons with Schizophrenia and SST (Social Skills Training) : Bridging the Evidence-practice Gap

Social skills training (SST) is now recognized as an evidence-based practice, and it has been adopted in clinical practice guidelines for schizophrenia in Japan. Nevertheless, there are only 170 licensed medical doctors among the members of the Japan SST Association, amounting to less than 10 percent of total membership. This number is also barely one percent of all the psychiatrists, neurologists, and psychosomatic physicians in the nation. Moreover, a survey revealed that out of 168 members using 28 facilities providing psychiatric day care services, which are expected to be leaders in providing community-based care for persons with schizophrenia, only 17.3 percent of them participated in SST programs (Nisseikanchosa, 2008). It is obvious that there is a considerable evidence-practice gap (EPG).

Most psychiatrists in Japan, including the author, are only given short time frames, such as five minutes, to see each patient (except for initial visits). It is clear that reform in the psychiatric service system is essential to close the EPG ; however, the author chose to battle against those real-world circumstances rather than wait for the gap to narrow on its own. The following are procedures implemented by the author in everyday practice : 1) utilization of SST during consultation with individual patients ; 2) demonstration of role-playing to the family or other care providers who accompany the patient ; 3) implementation of SST in the psychiatric

day care program ; 4) provision of instructional information that can be utilized in SST to various healthcare staff members via opinion sheets or instruction sheets ; and 5) provision of multidisciplinary professionals and other agencies with opportunities for technical support, including instruction and/or supervision for their skills building. Details will be reviewed and discussed at the symposium.

＜**Key words**: Social skills training, evidence-practice gap, day care, individual SST, technology dissemination＞

1. はじめに

SSTの歴史と発展[3]，SSTの効果に関するエビデンスの概観[5]に続いて，統合失調症の治療やリハビリテーション（以下，リハビリ）においてSSTがどう位置づけられているか，ないしはどう位置づけられるべきか，について述べる．わが国では，SSTの適応と実践が大変遅れていると思われる懸念について述べ，著者自身の経験を紹介しながら，どうしたらエビデンスと実践（プラクティス）のギャップ—EPG—を埋められるか，そのヒントを提供したい．

2. エビデンス・プラクティス・ギャップ（EPG）について

統合失調症治療における心理社会的療法として，SSTはエビデンスに基づいた臨床実践として必須である[5]．しかし，いくらエビデンスが確立されたからといって，エビデンスに基づいた臨床実践が進むとは限らない．米国で実施されたこのRANDスタディ[10]によれば，適切な医療が提供されているのは，対象者の半分ほどにすぎないことが解明されている（図1）．このEPGをいかに埋めるかが求められているとされ，そのためには，あらゆるレベルで，パフォーマンスに関する情報が日常的に得られるようにすることであると述べている[10]．統合失調症の治療は，調査に含まれていなかった．

その後，2009年に，Schizophrenia Bulletinで，統合失調症治療におけるこうしたギャップについて，特集が組まれている．たとえば，米国では，統合失調症の診断を有する人の，4割が過去半年から1年間に，全く何の治療も受けておらず，また，統合失調症の治療で，エビデンス・ベーストな薬物療法を受けているのは統合失調症の診断を有する人のごく一部で，心理社会的療法を受けていた人はさらに少ないことが，指摘されている[16]．EPGを埋め，エビデンス・ベーストな診療（EBP；Evidence-based Practice）にするため，考察で挙げているEBPのためのツールは，わが国でも整備されつつある．ツールとして挙げられているのは，決断樹・アルゴリズム，パス，決断支援，ケア・マネジメントのIT化，DUR（副作用情報），ケアの標準化，パフォーマンスのモニター，学会や研究会，遠隔学習である[16]．これらのツールを使うためのActionsとして，ニューヨーク市の例をあげ，EBPを妨げている要因があればそれを緩和する，EBPを行う規制を設ける，財政的措置を図るといった例を挙げている[16]．わが国では，こうしたActionsは現在のところほとんどない．

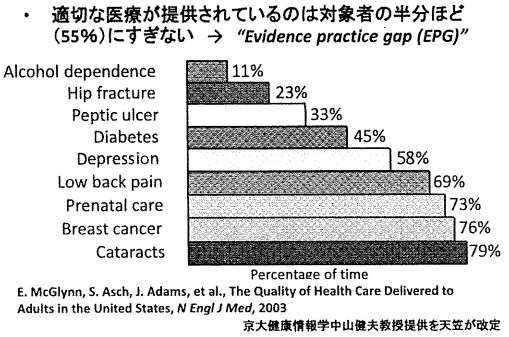


図1 RAND Study : Quality of Health Care Often Not Optimal

3. わが国の診療ガイドラインでのSSTの位置づけ

精神医学担当者会議が監修した治療ガイドライン[17]では，社会生活技能訓練としてSSTが組み込まれており，急性期，回復期，安定期のいずれにおいてもSSTが推奨されている．特に，安定期において適応が広がること，浅見[3]が紹介した，基本訓練モデル，問題解決技能訓練，課題領域別モジュールに触れ，中等度の社会機能の改善が得られ，薬物療法および他の心理社会的療法と組み合わせて実施されることで効果が上がるとされている．また，心理社会療法のガイドライン[18]も出版されており，SSTが推奨されているのはもちろん，SSTに近いもの，あるいはSSTを組み入れているものとして，以下が収載されている．すなわち，認知機能リハビリテーションはSSTと組み合わせることで，より高い効果と社会的機能の回復が期待され，ACTと心理教育にはSSTが組み込まれており，統合失調症の認知行動療法といったときには，個人療法がイメージされるが，そもそもSSTは認知行動療法の系列に属し，個人SSTは，認知行動療法そのものといってよい．デイケアによっては，SSTを実施しているところもあり，自助グループによっては，ピアSSTに取り組んでいるところもある．

4. わが国でのSSTの遵守率はどのくらいか

直接調べたデータはない．たとえば，2009年12月時点で，普及協会個人会員は1944人，うち医師会員は170人で1割にも達していない．この学会の会員は精神科医だけではないが，1万4千人を超えているので，170人はたった1％余りにすぎない．2002年に普及協会で実施したアンケート[2]では，精神科病院1664施設に対して233施設で，同年の精神科病院1664施設[6]の14％にすぎなかった．また，同年のわが国のデイケア数は1209施設[7]で，SSTの実施施設数は148で[2]約12％にすぎないと推定された．統合失調症を地域で治療する場合，精神科デイケアは最も大事な治療プログラムの一つである．しかし，わが国の調査対象28施設のデイケアを利用していた168名が利用していたプログラムで，SSTは17.3％でしかなかったとの報告もある[11]．こうしたデータから，統合失調症治療におけるSSTの遵守率は，わが国の場合1〜2割程度と推定できそうである．なお，統合失調症の治療やリハビリの手段として，わが国でも精神科デイケアが広がってきた．しかし，1ヶ月間の精神科デイケア利用者は8万人余りにすぎず[9]，厚労省の患者調査などから推計すると，統合失調症の診断を有する外来患者数は16万人程度なので，そもそも36％程度の患者しかデイケアを利用していないと推測される．

5. 期待される精神科訪問サービスにおけるSST

訪問SSTの効果を示唆する研究を紹介する[4]．クリニックの小グループ形式で3つのモジュールについて実施した群と，さらにケースマネジャーによる訪問SSTを追加した群（+IVAST群）の効果について比較した研究である．統合失調症ないしは失調感情障害の診断を有する63名を，2群にランダム割り付けし，60週間にわたる介入効果が調べられた．その結果，Social Adjustment Scale II，QOL Scaleともに，+IVAST群で顕著に改善した．地域生活の現場で実施される，訪問SSTがいかにパワフルかが検証されている．現在わが国でも，図2の実線矢印で示したような，精神科訪問サービスを提供できる場面がある[12]．しかし，訪問看護の実施件数は，6万6千件余りで，訪問サービスを展開しているのは，ステーションだけではないが，ステーションの半数以上が，そもそも精神科訪問サービスを実施していなかった[8]．当然，こうした訪問サービス場面におけるSSTの実践は，ほとんどないと言えるであろう．訪問SSTにおけるEPGの解消が待たれる．

6. 著者のEPGを埋めるための悪戦苦闘

後半は，どうやって，ギャップを埋めようとしてきたか，著者の経験をご紹介したい．

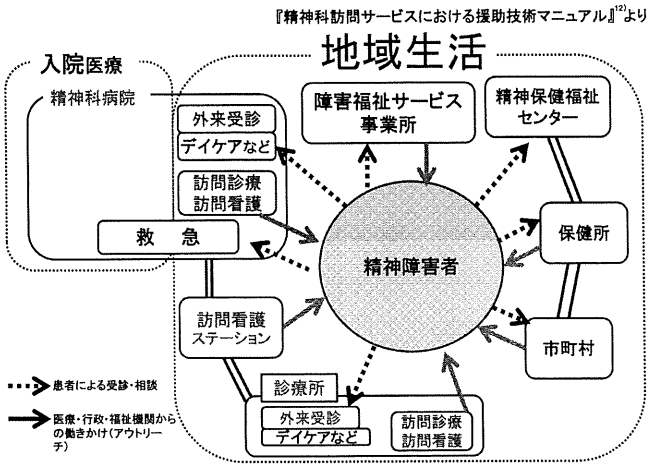


図2　精神障害者の地域生活を支える保健医療体制

6-1.　精神科病院の病棟とデイケアに

2001年5月に，前任の精神科クリニックに赴任するまでは，クリニックの親病院であるみさと協立病院で副院長を担った．みさと協立病院は，精神科急性期病棟を有し，その病棟で，17年前に，急性期患者に対するSSTのグループを始めた．その後，デイケア棟を中心になって開設し，トレーニング型のデイケアでは，もちろんSSTのプログラムを実施できるようにした．また，病院の患者会や家族会へも，SSTを移植し，今ではいずれもピアSSTを行えるように発展している．

6-2.　担当患者さんのアンケート調査から：実態把握

精神科クリニックで，著者が主治医を務めていた患者さん97名に対して，アンケート調査を実施したことがある[1]．通常の再来の診察は原則5分である．服用いただいている，新規抗精神病薬の効果と副作用について説明し，その服用を推奨し，症状についてお聞きしたり，療養指導したり，患者さんから持ち出される相談に対応したりするといった具合で手一杯である．本学会の先生方も，同様に違いない．こうした診療を提供していた97名中，27名の統合失調症の診断を有する患者さんの多くが，持続的に，あるいは断続的に精神症状を経験していた．4人に1人に当たる7名は，残存している症状と上手に付き合えていないと回答していた．障害を抱えていると回答されたのは17名で，機能障害もさることながら，活動制限や参加制約にあたる内容が上げられていた．そのうち，ある程度障害と付き合えていると回答した人が12名，付き合えていないと回答した人が5名で，障害があると認識していた人の3人に1人が，障害に苦しんでいた．

6-3.　併設のデイケアでSSTプログラムを実装し増やす

クリニックを担うことになって，併設のデイケア・スタッフに対しSSTを実施できるように教育・研修を行い，週1回SSTを実施できるようにしていた．上記実態調査を踏まえ，週2回にSSTプログラムを増やすことにした．増やしたプログラムの内容を，症状自己管理モジュールや，地域への再参加モジュールの一部を用いることにして，アンケート調査で得られた結果に対応できるようにした．

6-4．“SSTはポータブル”のモットーにふさわしく

著者は，普及協会の認定講師であったことから，クリニックのある地域の関係機関に案内を出し，クリニック内で，初級リーダー研修会を開催した．訪問看護ステーションや地域活動支援センターのスタッフ，市の障害福祉課と保健センターの保健師も参加してくれた．グループホームや通所授産施設などを運営する社会福祉法人川の郷福祉会から，嘱託医を要請されたので，当時のスタッフ全員を対象に，精神科リハビリテーションの講義をはじめ，数回に分けて初級リーダー養成クラスと同じ内容の技術支援を行った．ヘルパーについては，同行受診された際に，外来診察室で，何度か個人SSTの練習場面を見ていただいたり，ロールプレイなどに協力していただいたり，かなり意識的に実践した．このように，この地域に住む患者さんで，SSTを受けたいと思う方がいたら，また受けてもらうべきと思う患者さんに気づいたら，いつでもSSTを提供できるように働きかけてきた．

6-5．事例紹介[12)]

こうした普及活動のおかげと思うのだが，クリニック時代の後半は，以下のような，統合失調症治療やリハビリにおいて，地域でSSTが役に立ったと思える場面，をたびたび経験できるようになった．

●訪問していて，だんだん体重が増えてきていることに気づいた看護師

食生活について聞いてみると，間食が多いことが判明．たびたび，間食を控えるように助言を繰り返したが，本人は生返事で，改善せず，しまいには訪問することすら，だんだん嫌になってきた．SSTに心得のある先輩看護師の助言と手ほどきを得て，「精神科主治医に『先生，3か月前に比べて，体重が5キロ，増えちゃいました』と報告する」練習を行い，次の内科診察のときに実行してもらった．すると，間食が，ほとんどなくなった．看護師ではなく，主治医の評価と助言の方が，効果テキメンだったという事例．

●生活リズムが不規則で朝寝坊の女性患者

一人暮らしの彼女は，夜遅い友達からの長電話につきあっているからだと判明．本人も，本当は早く寝たいと思っていることを確認できた．「『お互いの健康のために電話は夜10時までにしよぉねぇ～』と友だちに言う」練習を，訪問看護師が相手して行った．

●オスラー病という珍しい血管の病気もかかえていた女性患者

著者からヘルパーさんにお願いして，自宅で何度か，「『輸血をすると微熱が出て体がだるくなることが続いています．これまではそうじゃなかったのにどうしてですか』とメモを見ながら聞いてみる」練習をしてもらった．この患者さんは，地域活動支援センターの担当スタッフが交替した際にも，出血が悪化したことがあり，外来診察時に，交替したばかりの内科主治医に対し「オスラー病のことをよく知らない」と感想を述べるなどしていたことから，そう提案した．内科受診時に習ったとおりに実践したら，内科の新しい主治医が，いつになくていねいに対応してくださったとのこと．すると，悪化していた鼻出血が起きなくなって，輸血がほとんどいらなくなった．

クリニック時代は，たとえば，訪問看護指示書の，「療養生活指導上の留意事項」や「リハビリテーション」の欄に，SSTで対応可能そうな指示を記載すると，このように対応してもらえる環境があった．

6-6．精神科医として統合失調症治療においてSSTを活用するための5つのヒント

以上から以下のようにまとめることができよう．①外来診療で，個人SSTを実施する．②精神科デイケアが併設されていなければ開設を検討する．そしてデイケアではSSTをプログラムとして実施する．③精神科は他科に比べて書類が多いように思う．上記の訪問看護指示書をはじめ，たとえば，障害程度区分申請用の意見書，作業所や通所授産施設への意見書といった書類の記載欄に，

SSTで対応可能な指示や意見を記載する．精神科医自身でなく，周りのスタッフがSSTを実施してくれれば，自分の労をあまり増やさずに，ギャップを埋めることができる．そうした環境整備のために，④同行受診者へのデモンストレーションや個人SSTへの参加を促す．そして可能ならば，⑤関係他職種や諸機関への技術移転と指導を行う．

7. おわりに

現職場に赴任後，併設のデイケアはあるものの，今のところデイケアのスタッフはSSTの実施に消極的である．また，SST実践が可能な近隣の諸機関や他職種はいまのところ見つけられていない．SSTの実践を一から始めようと考えている．本稿をお読みいただき，ギャップを埋めるべく，第一歩を踏み出そうと思われた会員の先生方が出て来られたら，大変うれしい．そうした先生方に，情報の手がかりとして3つ[13,14,15]を挙げ，本稿を終える．

文　献

1）天笠　崇：症状・障害とつきあう．精神障害とリハビリテーション，9；33-39, 2005

2）安西信雄：第3章　SSTの発展の軌跡と可能性．SSTの技法と理論　さらなる発展を求めて（西園昌久編著）．金剛出版，東京，p. 37-45, 2009

3）浅見隆康：SSTとは？　その発展の歴史は？第106回日本精神神経学会総会シンポジウム19，2010

4）Glynn, S.M., Marder, S.R., Liberman, R.P., et al.: Supplementing clinic-based skills training with manual-based community support sessions: effects on social adjustment of patients with schizophrenia. Am J Psychiatry, 159; 829-837, 2002

5）岩田和彦：EBMからみたSST―SSTの有効性を再考する―．第106回日本精神神経学会総会シンポジウム19，2010

6）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部：平成16年度精神保健福祉資料 1. 過去5年間の精神科病院数・精神病床数・精神病棟数（http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h16/h16_630_1-1.pdf）

7）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部：全国および各都道府県の精神保健医療福祉に関する資料（http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/zenkokudata.html）

8）厚生労働省：第15回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料．訪問看護について．平成21年4月（http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/04/dl/s0423-7c.pdf）

9）厚生労働省：第18回今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会資料．精神科デイ・ケア等について．平成21年6月（http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b_0001.pdf）

10）McGlynn, E., Asch, S., Adams, J., et al.: The quality of health care delivered to adults in the United States. N Engl J Med, 348; 2635-2645, 2003

11）日本精神科看護技術協会：平成20年度障害者保健福祉推進事業「精神科デイ・ケアの利用に関する実態調査の結果報告」（http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7b_0002.pdf）

12）日本SST普及協会：精神科訪問サービスにおける対人援助技術マニュアル～訪問の現場にSSTを活かす～．2010

13）日本SST普及協会ホームページ（http://www.jasst.net/）

14）西園昌久編著：SSTの技法と理論　さらなる発展を求めて．金剛出版，東京，2009

15）ロバート・ポール・リバーマン：精神障害と回復―リバーマンのリハビリテーション・マニュアル．星和書店，東京，2011

16）Sederer, L.I.: Science to practice: making what we know what we actually do. Schizophr Bull, 35; 714-718, 2009

17）精神医学講座担当者会議監：統合失調症治療ガイドライン，第2版．医学書院，東京，2008

18）精神科治療学編集委員会編：精神療法・心理社会療法ガイドライン．星和書店，東京，2009

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

教育分野におけるSST

岩坂　英巳（奈良教育大学）

近年，学校現場において子どもに対するソーシャルスキル教育への関心が高まってきている．奈良市での小学校教諭対象（39校357名，2007年）の調査でも，友人関係が持てない，授業中じっとできないなど「社会性の低下を感じる」が70％，「SSTに興味がある」が90％みられた．本稿では，教育現場でのSSTのニーズを報告するともに，子どものSSTをその発達特性から分類し，その利点と課題について述べた．さらに，発達障害児に必要と思われるスキルについても整理したうえで，筆者らが行っている発達障害児を対象としたクリニック型のSSTプログラムを概説し，その有効性と課題について，事例紹介も含めて考察した．SST実施にあたっては，般化のための工夫を徹底するとともに，家庭や学校との連携の上，目標行動を明確にすることの重要性が示唆された．また，SSTまでは行わないまでも，臨床現場で応用できるSSTのノウハウについても提案した．

Social Skills Training (SST) in the Field of Education

In recent years, the interest in social skills education for children is increasing in schools. A 2007 study of elementary teachers (39 schools and 357 teachers) in Nara City revealed that 70% of teachers felt there was a decline in social skills of children, and 90% of teachers were interested in SST. The author reports on SST needs in an educational environment, classifies SST for children based on developmental characteristics, and discusses advantages and challenges. Furthermore, the author provides an outline of a clinical SST program for children with developmental disorders, which was implemented after summarizing the skills that they seemed to need. Subsequently, program efficacy and issues are considered through introduction of a case study and various data. When implementing SST, it is important to also address the home environment for best effect, and with cooperation between home and school, the importance of establishing clear target behaviors is suggested. In addition, the author suggests how to adapt the benefits of SST to clinical situations.

<**Key words**: SST (social skills training), ADHD, developmental disorder, school intervention>

1. はじめに

近年，学校現場において子どもに対するソーシャルスキル教育への関心が高まってきている[6,7,11]．この背景には，いわゆる「小1プロブレム」として，おちついて先生の話を聞けない，授業中立ち歩く，勝手な振る舞いが目立つなどの生活習慣や集団ルールが持てない子どもが増えてきており，家庭や地域での社会性を育てていく力も不足してきていることから，「経験の中で自然に社会性が育まれていく」というよりも，「意識的にトレーニングして身につけていく」ことが必要と思われるようになってきていることが大きい．さらに，特別支援教育が2007年に正式にスタートする中で，発達障害のある児童生徒への通常の学級などでの支援が急務となり，日常生活での決まりごとや対人面での困難を持ちやすい彼らの社会性を伸

ばすことに注目して，ソーシャルスキルトレーニング（SST と略す）に取り組み始める小中学校がみられだしている．

本稿では，まず子どものSSTの特徴を整理し，現場教員のニーズを報告したうえで，小学校の通常の学級で行われている学級単位のSSTと病院で行われている発達障害児を対象とした少人数グループでのSSTを紹介し，現場の医師に知ってもらいたい子どものSSTの適応と効果について述べていくこととする．

2. 子どものSST

まず，子どものSSTの適応について述べる．子どものSSTは，リハビリテーション的なものだけでなく，予防的，発達促進的に働きかけることが多いため，基本的には幼児から小中，そして高校生までのすべての子どもに適応がある．

子どものSSTの特徴は，佐藤ら[11]が述べているように，3つの視点，すなわち，①発達的視点，②予防的視点，③治療的視点に分けて考えるとわかりやすい．①は，一般的な子どもの社会的発達を促すもので，学校の通常の学級でクラス全体の子どもに行われることが多い．学級単位で行われるので般化しやすいが，スキルの弱い子どもには標的スキルが高すぎるため，周囲からのサポートを考えていく必要がある．②は，スキルの低い子どもに早期に気づき，対人やりとりのスキルを高めることで二次的障害を予防していくもので，いわゆる特別な教育ニーズのある子どもが多いが，不登校の子ども，不安が強く対人関係が苦手な子どもなども含まれる．療育施設，民間団体で行われることが多いが，教育現場でも通級教室などでニーズのある子どもに小集団で行われることが増えてきている．標的スキルが設定しやすく，仲間意識も持ちやすくなるというメリットがあるが，学級との連携を十分に図っていく必要がある．③は，明らかなスキルの弱さのある子どもに治療的あるいは積極的に介入し，集団場面での再適応をはかるもので，発達障害のある子どもや引きこもりや問題行動のある子どもらに，クリニックや大学など専門機関で行われる．標的スキルが設定しやすく，専門家がその専門性を生かしてかかわることができること，家族の協力を得やすいことなどがメリットであるが，学級，学校での般化のために，連携のもとに宿題など課題達成のための工夫が欠かせない．

なお，発達障害といってもその社会的スキルには個人差があり，例えばAD/HDの子どもであれば，上記①②③のいずれにでも該当する子どもは存在する．まず日常過ごしている集団の場において，本人なりのスキルをうまく使うことができて達成できるような支援を考えていく必要がある[12]．また，スキル獲得に合わせて，感情表現もできるようにすること，そして達成感からセルフエスティームの向上を目指すことが，子どものSSTにおいて大切である[6]．

SSTの実施機関であるが，対象となる子どもたちが多様であることもあって，実施されている機関も内容も様々である．学校はもちろん，病院，療育教室，発達障害の教育に力を入れている民間団体[9]，親の会などNPO団体，さらに非行が合併しだすと児童相談所，少年院等も関係してくることになる．

効果については，実感されることが多いが，その評価が難しいことがSSTの難点と言える．本人の主観的評価の場合はメタ認知の弱さや情緒面の揺れから影響を受けやすいことから，周囲の印象と合わない自己評価結果がみられることがある．さらに，SST介入前後での効果判定時のコントロール群設定の難しさ，介入後時間をおいてからの般化・維持の評価をする時における日常生活での他の成長要因によるバイアスなど，課題は多い．

AD/HDの場合は，米国児童青年精神医学会(AACAP)[1]のAD/HD治療ガイドラインにて，グループで行うSSTは，治療の初期段階においても，併存障害がでてきている段階でも，標的症状を明確にしたうえで行うべきであると推奨されている．しかし，クリニック場面でのプログラムより，より日常生活に即した学校場面でのプログラムの方が望ましいことも指摘されている

(AACAP)．このようなクリニックベースのSSTの般化の弱さを解決するために，F. Frankelら[2]は，子どもへの学習タイムと遊びタイムの組み合わせに加え，SSTに親ガイダンスを並行することで，子どもが得ようとしているスキルを親が理解し，生活場面で支持および賞賛することによって，効果を高め，般化することができるというプログラムを開発し，その効果を実証した．このプログラムを日本の文化にあうように一部修正して開発されたSSTが，AD/HDの診断と治療のガイドライン（2006）[3]にて紹介されている．

3. 学校でのSST

学校現場でのSSTの認知度やニーズを知るために，2007年に奈良市内39小学校の教員357名の協力を得て行った調査結果を以下に示す．

Q1. 児童の社会性が低下していると感じますか？

［非常に感じる20％，とても感じる52％，少し感じる27％］

Q2. ソーシャルスキルトレーニング（SST）を知っていますか？

［よく知っている11％，少し知っている49％，あまり知らない34％］

Q3. SSTを授業に取り入れようと思いますか？

［すでに取り入れている12％，積極的に取り入れようと思う22％，少し取り入れようと思う58％］

Q4. 児童にどのようなスキルが必要だと思いますか？

［1. 相手の気持ちを考えて接する，2. 怒りのコントロール，3. 上手に相手の話を聞く，4. 自分の意見や考えをはっきり伝える（以上，複数回答可での上位4つ）］

Q5. 特殊な教育的ニーズのある児童に，個別のSSTの必要性を感じますか？

［非常に必要14％，必要59％，少し必要22％］

Q6. 児童の社会性について（自由記述）

［相手の言い分を聞こうとしない，思い通りにならないと暴れたりその場から離れたりする，相手の立場で考えることができない，子ども同士の人間関係を作るのが苦手，自分の考えをうまく伝えられない，経験不足，など（以上抜粋）］

Q7. SSTについてのイメージ，意見（自由記述）

［保護者や地域社会に期待できなくなってきているので学校でSSTを行う必要が増してきている，問題を抱える子どもだけでなく全児童に社会性を身につけて生きる力を育んでいくことは大切，理論と実践の両面から詳しく学びたい，本当の社会性はトレーニングではなく遊びや生活の中で身につくものと思うが「試合」の前に「練習」も必要，子どもの気持ちをくみ取ったり自発性を高めていくことがSSTの前に必要，など（以上抜粋）］

このようなニーズの高まりを受けて，小学校の通常の学級や通級指導教室においてSSTが取り組まれだしている．特に学級でのSSTについては，授業展開の参考となる成書[7]が多数出版されており，例えば総合学習のひとつのモデル授業としても実施されだしており，個人のスキルの向上だけでなく，学級作りにも有効であることが期待されている．

また，アンケートの自由記述にあるように，SSTについて，「スキル偏重」「子どもの心を見ない」という誤解がいまだにみられており，子どもとの信頼関係や本人の自発性があってこそ成り立つプログラムであることの啓発が必要と思われる．

4. 発達障害へのSST

発達障害に必要なスキルとして，小貫ら[8]は，①集団参加行動（ルール理解・遵守，役割遂行，状況理解），②言語的コミュニケーション（聞き取り，表現，質問/回答，話し合い，会話），③非言語的コミュニケーション（表情認知，ジェスチャー，身体感覚），④情緒的行動（自己の感情理

解，他者の感情理解，共感），⑤自己・他者認知（自己認知，他者認知，自己-他者認知）をあげている．もちろん，これらはすべての児童生徒に必要なスキルであるが，発達障害にある児童生徒にとっては，一層身につきにくく，かつ必要なスキルであるため，SST が重要となってくる．

AD/HD 診断治療ガイドラインに紹介されている奈良県総合リハビリセンターや奈良教育大学で実施されている発達障害のある小学生対象の SST では，子ども自身が動機づけを持てるように，「友だちと楽しく遊ぶためのスキル（ワザ）を身につけよう」という目標を立て，そのために必要なスキルをステップバイステップで身につけていく[3,4,10]．

全体の内容は，「場面を読む・自分の行動の結果を予測する」練習から始め，遊びを始めるために「友だちを誘う」，遊びを続けるために「教える・教えてもらう」「ほめる，応援する」，そして最終目標として，「怒りのコントロール」「断って意見を言う」スキルの獲得を全 10 回で目指している．

非日常場面で行うクリニック型 SST の課題である般化の弱さを補うため，子どもは学習タイムで習ったスキルを日常の生活場面に近い遊びタイムで実際に使用するとともに，親は子どもの学習タイム中に別室にて親セッションをうけ，遊びタイムは見学し，子どもが身につけようとしているスキルを理解して家庭でサポートしていけるようになっていく．SST では日常生活場面でのチャレンジ課題（宿題）達成が大切であるが，そのためには家族の協力が欠かせないため，家族自身も子どもの行動をしっかり見て，ほめること，さらに学校側に協力を働きかけていくなどサポートしていく．また，毎回のセッションの最後には子どものその日一日のセッション中のがんばりをスタッフから一人ひとりに，具体的にフィードバックしていくようにすることも大切である．

SST 進行上のポイントは，

①最初に参加の動機づけをしっかり行う（親子とも）．

②「しっかり（見て），じっくり（聞いて），はっきり（言う）」を合言葉に，できたらポイント獲得，ルール破りで減点（室内に明示）というルールに従いながら，真剣にがんばる．スタッフ側も，子どもたちががんばっていることに常に正の評価を与えるようにする．

③遊びタイムを楽しむ．楽しい遊びタイムがあるから学習タイムをがんばる，思いっきり遊びきるなかで，学習した内容を実践し，達成感を持つ．

④家でチャレンジ課題をがんばる，日常場面での課題達成の体験を積み重ねていく．

⑤家族もセッション内容を理解し，本人を援助する．

⑥学校にも SST 内容を知らせていき，協力をお願いする．

以上のポイントは，日常生活での支援のヒントにもつながるものである．

SST の効果については，統制群をもった正確な介入研究ではないが，リハビリセンター SST の第 1 期（2002）から 7 期（2008）に参加した AD/HD または PDD の診断を満たす小学生 45 名について，SST 開始前・後，そして終了半年後（フォロー）の時期に複数の標準化された尺度およびオリジナルの目標スキル尺度で評価して得られた結果のうち，主なものを以下に示す[5]．

①行動評価である AD/HD-RS の親評価において，不注意，多動性，衝動性とも SST 前後で有意に改善し，フォロー時にも維持されていた．

②子どもの自己評価である対人自己効力感，社会的スキルについては，有意な変化は認められなかった．

③目標スキルでは，子どもの自己評価において，「場面をよむ」「遊びに誘う」のみ有意に上昇し，スタッフ側の評価では，さらに「ほめる」「断る」「怒りをコントロールする」など複数の項目で改善がみられた．

④ SST 実施前・後とも，対人自己効力感と社会的スキルの間には相関がみられていた．

以上より，SSTの効果を伸ばしていくためには，日常生活場面でのスキルの使用と達成感を持てるような宿題の工夫とさらなる学校側との連携が必要であることが示唆された．また，子どもの自己評定にはばらつきが大きく，自己評定と他者評定でスキルを評価できるような尺度の必要性が示唆された．

〈事例　AD/HD　小学校5年生　男児〉

参加時の両親の対人関係上の悩みは，言葉が出にくく，言いたいことが言えない，友だちの遊びに入れてもらえない．参加時の学校の先生からの話では，友だちの輪に入れない，いじめのような部分もあるとのことであった．

SST開始当初は，途中から遊びに入れて欲しいとき，「入れて」となかなか声をかけられなかった．SSTセッションを重ねる中で，セッション中は習ったスキルを用いて遊びタイムを楽しめるようになっていたが，第6回終了後，「習ったスキルを使って友だちを誘ったり，遊べない理由を聞いてみても，仲間に入れてもらえない」と本人は落ち込んでいる様子であった（図1）．

SST第7回終了後，「いじめがあります，やめてください」といった内容の作文を書き，皆の前で発表した．クラスの皆は，勇気を持って自分の気持ちを発表したことに驚き，それ以後認められ，仲間に入れてもらえることが増えるようになった．スタッフが学校訪問した時にも，休み時間に皆がドッチボールをしているところに遅れて入っていき，「入れてー」と堂々と言うことができていた．SST終了後，3学期になっても，仲のよい，一緒に行動する友だちができて，登下校も一緒にするようになった．

このケースは，担任の先生がSSTでの本人のがんばりを理解してくれて，本人の目標とする行動を「気持ちを言葉で伝えること」と設定し，本人の気持ちも聞いたうえであえて学級で作文を発表する機会を持ってくれたのである．日常生活での課題達成には，周囲の大人のサポートが欠かせないこと，そのための連携が重要であること，そして何よりも生活の場での成功体験が大切なことを示してくれたケースである．

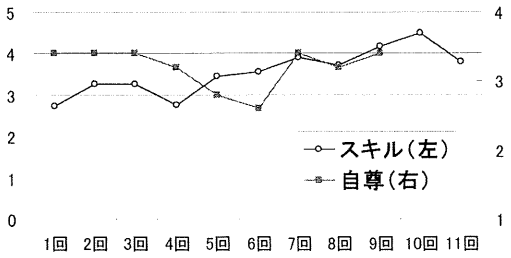


図1　A児のセッションごとの変化

5．臨床の場にSSTをどのようにつなげるか

（学級で，後ろの児童から肩をたたかれて怒っている児童Aの絵カード呈示．Aの鉛筆を落としていることを後ろの児童が教えてくれているが，Aがそれに気づかずに，たたかれたことのみに反応して怒っている．）

このような行動エピソードに遭遇した時に，担任は「またAくんが問題起こしている．AD/HDだからトラブルメーカーだ」などと先入観で判断してしまい，いきなりAくんのみを叱ってしまうかもしれない．しかし，AくんがAD/HDの特性としての不注意と衝動性のために，鉛筆を落としていることを教えてもらっていることに気づいていない可能性があることを忘れてはならない．このような時には，Aくん自身がどのように感じ，どんな気持ちになったかについても，行動エピソードをしっかり観察したうえで，彼のつまずきから察することが大切である．そうすることによって，Aくんを一方的に責めることなく，Aくんも，うしろの児童も納得して，「なんでこのようなトラブルになったのか」「次からはどうすればよいのか」という問題解決の方法を身につけていけるような指導ができるのである．

最後に，臨床の場において，SST的なかかわり，すなわち集団プログラムまで行えなくても，スキルに注目したやりとりを行うことでのメリットについて考えたい．

①「問題行動」の前の状況とその後の結果を詳細に観察することから，子どもの特性がみえてくる．それによって適応行動のためのかかわり方のヒントがみえてくる．

②臨床の場でのアセスメント結果を参考として，日常生活面での本人に応じた「標的スキル（目標行動）」を具体化することができる．

③親に具体的に何をどのようにすればよいのかを提示できる．

④「目標行動」を設定，共有することは学校や他専門機関との連携のツールとなる．また，生活の場で目標行動を達成できてほめられることは，本人のスキルの定着だけでなく，セルフエスティームの向上にも役立つことが期待される．

⑤日常生活の場に加えて，診察室で普段がんばっていることをほめられることで，さらにセルフエスティームが伸びることが期待される．

また，病院などでSSTを実施する際には，スタッフが専門性を生かし合って進めていくことになるので，コメディカルスタッフを養成する機会ともなる．

このようなスキルに注目したやりとりをする時に大切なことは，SSTと同様に，スキルに加えて，本人の動機づけと達成感を持たせていくことである．SSTとは人手と時間がかかるものであるという印象を持たれがちであるが，このような取り組みが臨床場面で少しずつ広がっていくことで，子ども，その親，そして治療者側に多くの恩恵がでてくることを最後に強調しておきたい．

文　献

1) AACAP: Summary of Practice Parameters for the Assessment and Treatment of Children, Adolescents, and Adult with ADHD. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36; 1311-1317, 1997

2) Frankel, F., Myatt, R., Cantwell, D., et al.: Parent-assisted transfer of children's social skills training: Effect on children with and without attention-deficit hyperactivity disorder. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 36; 1056-1064, 1997

3) 岩坂英巳：行動療法，特にソーシャルスキル・トレーニング（SST）．注意欠陥/多動性障害（AD/HD）の診断・治療ガイドライン改訂版（齊藤万比古ほか編）．じほう，東京，p. 168-173, 2006

4) 岩坂英巳：セルフエスティームを育てるSST．本人，家族のためのSST実践ガイド（前田ケイ編）．日本評論社，東京，p. 157-164, 2008

5) 岩坂英巳，高橋弘幸：ADHDへのソーシャルスキルトレーニング．精神科治療学，25 (7); 911-918, 2010

6) 小林正幸，宮前義和編：子どもの対人スキルサポートガイド―感情表現を豊かにするSST．金剛出版，東京，2007

7) 國分康孝，小林正幸，相川　充編：ソーシャルスキル教育で子どもが変わる・小学校．図書文化社，東京，1999

8) 小貫　悟，名越斉子，三和　彩：LD・ADHDへのソーシャルスキルトレーニング．日本文化科学社，東京，2004

9) 久保信代，金山好美，岩坂英巳：軽度発達障害児に対する社会的スキル訓練（SST）と親訓練プログラムの統合的アプローチ．関西福祉学大学心理・教育相談センター紀要，5; 35-48, 2007

10) 宮崎瑠理子，宮崎義博，植村里香ほか：集団行動が苦手な子どもに対するSSTプログラムにおける作業療法士の役割―感覚統合理論の視点から―．奈良教育大学教育実践総合センター紀要，243-249, 2008

11) 佐藤正二，佐藤容子：学校におけるSST実践ガイド―子どもの対人スキル指導―．金剛出版，東京，2006

12) 田中康雄：発達障害とSST．本人，家族のためのSST実践ガイド（前田ケイ編）．日本評論社，東京，p. 144-149, 2008

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

精神科医の社会への関わり
――診察室の外で精神科医に求められていること――

コーディネーター　中根　允文，鈴木　友理子

私たち精神科医が追求したいことは，診察室内での治療にとどまらず近年ではより幅広いものとなってきている．例えば，早期発見・早期介入，青少年の精神保健問題，地域精神保健，産業精神保健，精神障害者の身体合併症への治療の問題があり，これらの課題を達成していくためには，精神科医が社会に働きかけることが必要である．つまり，診察室の外で精神科医が積極的な活動をして，幅広い分野の人々と協働していくことが求められている．また，精神疾患や障害に関する普及・啓発の観点からも，これらの臨床的取り組みや連携を通じて，関係者の理解を深めていくプロセスは，アンチスティグマ活動そのものと言える．近年のこれらの幅広いニーズに応えるために，精神科医は，診察室の外でどんな活動を展開できるのだろうか？　本シンポジウムでは，精神科臨床の現場を超えて各領域での協働，連携に取り組んでいる先生方にシンポジストとしてご登壇いただき，日々の活動の一端をご紹介していただいた．また，近年そのパートナーシップが非常に重要になっているプライマリーケア医の先生から，「精神科医に求められていること」について率直な意見を伺う機会を設けた．

世界的な趨勢としては，世界精神医学会では，精神医学に対する正しい理解とイメージの向上を進めるために，タスクフォースを設けて既存の文献のレビュー，そして国際比較調査を計画している．この活動について，鈴木が報告した．次に，日本の精神保健専門家らのもつ精神障害に対する偏見や差別について，オーストラリアと長年にわたり比較研究を実施してきた知見のまとめを，長崎大学の中根秀之先生が概説した．その後わが国における着実な取り組みに関わっている演者に登壇いただき，社会とのかかわりについて日常の臨床のヒントになるような取り組みをご紹介いただいた．具体的には，学校教育における精神保健問題の取り組みについて長尾こころのクリニックの長尾圭造先生，早期介入に向けた取り組みについて高知県の中学生を対象とした大規模調査の結果を高知大学の下寺信次先生，産業場面での障害者雇用などに関する助言や協働について錦糸町クボタクリニックの窪田彰先生にご登壇いただいた．また，近年増加する精神疾患に対応するために欠かせないパートナーである，プライマリーケア医として，宮崎仁先生にご登壇いただき，プライマリーケア領域での心療の取り組み，研修プログラ

第106回日本精神神経学会総会＝会期：2010年5月20～22日，会場：広島国際会議場・アステールプラザ
総会基本テーマ：求められる精神医学の将来ビジョン：多様な領域の連携と統合
シンポジウム　精神科医の社会への関わり――診察室の外で精神科医に求められていること――　座長：中根　允文（出島診療所長，長崎大学名誉教授），鈴木　友理子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所成人精神保健研究部）

ム（PIPC）についてご紹介いただいた．精神科医と社会とのさまざまな接点が浮き彫りになり，診療への示唆に溢れるセッションであり，演者の先生方，また積極的に討論に参加してくださった方々に感謝申し上げる．

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

世界精神医学会アンチスティグマ・タスクフォースの活動の動向

鈴木 友理子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）
秋山 剛（NTT東日本関東病院精神神経科）

【目的】世界精神医学会（WPA）は，精神医学のイメージの向上を行動目標の一つとして掲げている．このためにWPAにタスクフォースが設置され，精神医学および精神科医師へのスティグマに関するガイドラインの作成が進められた．本論文では，このガイドライン作成の経緯，そこから派生した調査研究の計画について紹介した．【方法】精神医学および，精神科医師に関するイメージに関する先行研究の系統的なレビューにて，精神医学，精神科医師へのイメージについて，市民，医学生，患者などのそれぞれを対象とした質的検討が行われた．【結果】先行研究（496件）のレビューの結果，市民がもつ精神医学に対するステレオタイプとして，依存性，対症的であり乏しい治療効果，自己アイデンティティーに対する侵害，などの薬物療法への否定的なイメージがある一方で，適応外の状態に対する心理療法への過大な期待が抽出された．また市民が精神科医師に対してもつイメージとして，抑圧する存在，過剰な薬物の使用などが挙げられた．多くの市民は，精神科医師は役に立ち，信頼できると評価していたが，少数のものは精神科医師自身が専門的権力を使い，操作的で危険な存在であるとみなしているという報告もあった．これらの知見とタスクフォースメンバーの経験に基づき，WPA，各国の精神医学会，個々の精神科医師に求められる行動指針が作成された．【考察】検討した論文の多くは横断研究であり，研究の質は必ずしも高くない．そして，古い研究も含まれているために，現在の精神医学の状況を反映していない可能性もある．精神医学・精神科医師に関する正しい知識の普及・啓発活動を科学的知見に基づいたものとするために，さらなる研究の蓄積が必要である．そこで，WPAは，本件に関する国際共同研究を計画している．アンチスティグマ委員会は日本における本研究実施の準備をしているが，本学会員の積極的な協力を期待したい．

＜索引用語：スティグマ，精神医学，精神科医師，文献レビュー，国際比較研究＞

One of the focuses of the Action Plan of the World Psychiatric Association is to enhance the image of psychiatry. To achieve this, a task force on this issue was established, a thorough review of existing literature was conducted, and guidelines were developed. In this article, the author summarizes the review and discusses future directions related to this issue.

After a systematic literature search, 496 potentially relevant articles were identified. Themes that emerged include the following: The general public has a stereotyped image of psychiatry as a dependence-inducing, ineffective treatment, as well as a violation of the individual's identity. On the other hand, there appear to be expectations related to the effectiveness of psychotherapy for diagnoses for which there is currently no evidence of such efficacy. In addition, the public tends to have an image of psychiatrist as "agents of oppression" who overuse medication. Although the public acknowledges that psychiatrists are useful and reliable, some people see psychiatrists as abusive, manipulative, and controlling in their relationships with patients.

Based on this review of the findings, as well as the experiences of task force members,

guidelines to enhance the image of psychiatry and psychiatrists was developed. However, much of the existing research is outdated, and varies in research quality. To develop interventions based on sound scientific evidence, more research is required to describe and update current circumstances. The author describes a new research plan of an international comparative study on this issue, and calls for active participation in it by JSPN members.

1. はじめに

近年，世界精神医学会（WPA）は，精神疾患をもつ人々に対するスティグマや差別是正に向けて，全世界的なキャンペーンを行った[23]．この経験から得られた教訓として，キャンペーンを実施する際には，当事者参加型のプログラム開発を行い，精神医学の知識の提供のみならず，当事者と直接接触して，疾病や回復に関する当事者の語りを聞く機会を組み込むことが重要であることが指摘されている．これまでに，精神疾患そのものや，精神障害をもつ人へのスティグマ，偏見，差別の検討は幅広く行われてきたが，精神医学や精神科医師に関する情報やイメージについて精査した研究は限られている．

しかし，報道や日常の会話から，精神医学そのものや精神科医師に対する否定的なイメージが流布している懸念がある．メディア，報道における精神医学に関する取り上げ方，精神医学に対する期待の低さ，精神医学に対する医学生の関心や評価，製薬業界との利害相反の懸念など，様々な側面で精神医学に対する否定的なイメージが伝えられているが，これらの現状を系統的に精査した取り組みはこれまでにない．

WPA は，2008 年から 2011 年のアクションプランの 1 つとして，一般市民，医療者，政策決定者における全世界的な精神医学のイメージを向上させることを目標に掲げており，2009 年 4 月の WPA 総会において，この目的のためのタスクフォースが設置された（座長：Norman Sartorius）．この WPA タスクフォースとしては，関連する先行文献の系統的なレビューに取り組み，現在ガイドラインを取りまとめている．また，今後の取り組みを，科学的知見に基づいたものとするために，精神医学，精神科医師に関するイメージに関する研究に取り組んでいる．

本編では，現在このタスクフォースが取り組んでいる精神医学，精神科医師に関するスティグマに関する系統的文献レビューの結果[24]の一部を紹介し，今後の研究の方向性について紹介したい．なお，ここでは「スティグマ」を非常に広い意味で用いており，人々が精神医学および精神科医師に対してもつ，否定的なステレオタイプや偏見，その結果生じる差別的であったり不公正な行動と定義する．これらの現れ方を，個人，社会，法・政策レベル別に検討する[27]．

2. 方　　法

タスクフォースの Dusseldorf 大学のチームが文献レビューを担当した．精神医学および精神科医師のイメージに関する文献を広く，系統的に検索するために Medline および，ドイツ語のデータベース DIMDI を通じて英文およびドイツ語の論文を検索した．その他，英文になっていない論文については，タスクフォースメンバーらの知見に基づいてレビュー対象となる論文が収集された．この結果，82,317 論文が収集されたが，重複や無関係の論文を除外した結果 496 論文が残り，これらの内容が精査され，それぞれ精神医学，精神科医師に向けられたイメージ，一般市民，医療関係者，精神科医師自身が抱くイメージ，そしてこれらに対する介入法に分類され，その内容について質的にまとめられた．

3. 結　　果

1）精神医学に対する否定的なイメージ

一般市民がもつ精神医学に対するイメージとして，心理療法に対する過大評価（統合失調症の治療として）[13]，そして，薬物療法の過小評価[10]が挙げられる．さらに，薬物療法については副作用やネガティブな効果に関する恐れを抱くものが多

い．向精神薬は，依存性があり，対症的で治療効果は乏しく，アイデンティティーに対する侵害，再発に効果がないなどといった意見を抱いていることが多い[2,3,16]．

医学生における精神医学に関するイメージは肯定的でも否定的でもなかったが，彼らの専門科の選択において，精神医学の地位，また科学性に関しての懸念が影響していた．これは，精神医学に知的刺激を見出しても[1,22,32]，職業上の達成感が高くないことに起因している[30]．また，DSM や ICD といった診断基準の妥当性への疑問が，精神医学の科学性を揺るがすものであると考えられている[19]．精神科医師自身が自らの専門性をどのように認識しているかについては，これまであまり検討されてこなかった．ただし，専門科を離職する際の理由として，精神科医師は，その専門性に対する一般の否定的なイメージ，他科の医師から敬意が感じられないこと，資源不足を挙げている[21]．

2）精神科医師に対する否定的なイメージ

一般市民は精神科医師に対して両価的な評価をしている[12,20]．否定的な見方としては，精神科医は，患者を抑圧する存在であり[20]，一方で精神科医は人の心を読める存在と期待している部分もある[28]．しかし，一般の人々は精神科医と直接接触する機会はごく限られており，精神科医師に関する報道で，あまりよい印象をもたないこともある．典型的な例として，司法場面における精神科医の見立て，鑑定結果が報道されることによって，場合によっては精神科医師の専門的知識や判断に関する信憑性が疑問視されるということがある[26]．

医学生は，医学部教官から精神科医師に対する否定的なコメントを聞いて，精神科医師に対するよい認識をもっていない[7,15]．そして精神科医師は自分自身が精神的な問題を抱えていたり，医療者から敬意を得ていない，と思われている[7]．一方で，医療者は，精神科医師の専門性を認めており，コンサルタントや専門的助言を求めているという報告もある[5,9,25]．しかし，医療者はこのような精神科医師の専門性を肯定しながらも，感情的に不安定な人が多いとみている．精神科医師の自己イメージはより肯定的であり，内省的で，あまり権威的でなく，より文化などに通じており，成熟していると認識しているが[11]，彼らに対する否定的なイメージも認識している[4,12]．

3）これらの否定的イメージを払拭するための介入研究

一般市民のメンタルヘルスリタラシーを向上させる取り組み，Mental Health First Aid が一定の効果を上げている[17]．しかし精神医学の知識を増やすことで，社会的距離が広がることも報告されており[8]，効果的要素を慎重に検討する必要がある．情報を提供するだけでなく，精神疾患をもつ人との直接的な交流が，人々の精神疾患に対する否定的な認識を軽減したことが報告されている[31]．医療界においては，医学教育の方法によって医学生の精神医学に関する意識の変化は見られなかった．しかし，一般内科と統合したかたちで精神科治療が伝達された際に，精神医学や治療法の効果に対して肯定的な態度が得られた[6]．メディアとの協働は，精神医学のイメージを伝えるうえで必須であるが，精神科医師も当事者もメディア対応に慣れていないために，効果的にコミュニケーションができないことがある．メディア対応や広報の仕方に関する研修やストラテジーを検討する必要がある．

4．考　　察

1）精神医学および精神科医師へのイメージに関する論文レビューのまとめ

以上は，WPA タスクフォースが行った精神医学および精神科医師に対するイメージに関するレビューの一部である．精神医学に対するイメージは，医学生の間では肯定的でも否定的でもなかったが，精神科医師に対しては，必ずしも肯定的なイメージを持っておらず，それには医学教育時に触れる教官や精神科医師の言動が影響しているようであった．一般住民の認識としては，結果では

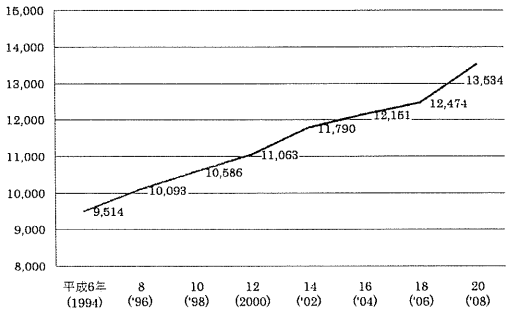


図　医療施設従事医師数の年次推移，診療科名（主たる）別―精神科〔平成20（2000）年〕医師・歯科医師・薬剤師調査の概況（http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/index.html）

触れなかったが，精神科医師は役に立ち，信頼できると評価していたが，少数のものは精神科医師自身が専門的権力を使い，操作的で危険な存在であるとみなしているという報告もあった．1980年代の報告では，典型的なステレオタイプ：不確実，非効果的，使えない，理解しがたい[12]であったが，その後の認識については検討されていない．

精神医学に対する正しい知識の普及をすすめるためには，メンタルヘルスリタラシーの向上と，初期対応法に関する教育的研修として，Mental Health First Aid プログラム[17]の効果が実証されている．日本でも本プログラムを参考にして，かつわが国の現状を踏まえて，プライマリーケアで必要な精神医学的知識および初期対応スキルに関する臨床研修医向けの研修プログラムを開発し，その効果を実証してきた[18]．このプログラムは講義とワークショップを組み合わせた短期型で，①精神疾患に対する偏見や差別の除去，②地域の医療や精神保健領域における，必要な精神医学的知識・対応技法を効率的に習得できるような教育法の確立，③自殺の危険性のあるものに対する対応技法が習得できるような教育法の確立，を目的とした，構造化された研修プログラムである．現在，MHFA 翻訳版「こころの救急マニュアル」と視覚教材をはじめとしたプログラム開発とその効果評価を進めているところである．

精神医学および精神科医師のイメージの向上としては，まずその医学としての科学性や医療者としての態度，技法，言動の質の向上に励むことは言うまでもない．また，精神疾患や精神障害をもつ人に対するアンチスティグマ活動と同様に，客観的事実の情報伝達だけではなく，直接的な関わりあいによって理解を求める必要がある．つまり，精神医学に関する情報伝達だけではなく，医療のなかでは，精神科医師と他科の医師の交流や，精神科的アセスメントや介入，コンサルテーションを提供することによって，医療界における精神医学および精神科医の貢献を積み重ねていくことが何よりも求められる．

2）今後の課題

わが国の精神科医師数は医療従事者調査によると，平成6年には9,514人であったが，その後人数は増加の一途をたどり，直近の調査である平成20年の調査では，13,534人であった〔平成20年（2008）医師・歯科医師・薬剤師調査の概況：http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/ishi/08/index.html〕．近年のうつ病をはじめとした精神疾患の受療率の増大，産業，教育，地域，その他の領域での精神保健的対応のニーズの高まりを考えるとこの精神科医師数の近年の増加は自然の結果のように思われるが，国際的にはこのような増加は必ずしも観察されていないらしい．このような議論の基盤となる客観的指標について国際比較することが求められる．このような指標としては，精神神経学会員数，医療費における精神医療費の割合，研究費の割合などが指摘されている．

また，先の文献のレビューでは包括的な検討を試みたものの，検討した論文の多くは横断研究であり，研究の質は必ずしも高くない．そして，古い研究も含まれているために，現在の精神医学の状況を反映していない可能性もある．精神医学・精神科医師に関する正しい知識の普及・啓発活動を科学的知見に基づいたものとするために，さらなる研究の蓄積が必要である．そこで，世界精神

医学会は「精神科および精神科医師に対するスティグマ―国際比較研究」を計画しており，日本精神神経学会アンチスティグマ委員会では日本における調査を準備している．この取り組みによって，精神科医師，一般医を対象に，自分の専門性に関する意識，経験について国際的な比較を行い，今後の精神科医療の向上に向けて示唆を得ることが期待される．研究概要は以下の通りである．

(1) 研究デザイン

横断研究．わが国の精神科医師および一般医をサンプリングフレームとして，対象者を無作為に抽出する．

(2) 対象者

精神科医師調査は，精神神経学会員名簿から無作為に2,000名程度を抽出し，調査票を郵送する．併せて，オンライン調査のアドレスを周知して，いずれかの方法で回答を求める．一般医については，日本プライマリ・ケア連合学会の協力を得て約200名を調査対象とする．学会員名簿やメーリングリストを利用して，郵送調査，あるいはオンライン調査を実施する．

(3) 期間

平成22年9月1日～平成23年3月31日

(4) 調査方法

本研究は，世界精神医学会による国際比較研究の一部である．研究事務局であるDusseldorf大学で作成したオンライン調査の日本語版のウェブアドレスを対象者に送付して，研究に関する説明をしたうえで，任意の回答を求める．

(5) 測定尺度

a) 目的変数

i) 燃え尽きに関する調査項目

燃え尽きに関する22項目（日本語版Maslach Burnout Inventory）[14]を用い，心身疲弊感，個人的達成感，および非人間化について全くない～いつもあるの5件法で評価する．

ii) 副次的項目として，職業満足度に関する12項目を質問する[29]．

b) 説明変数

i) 精神科および精神科医師，一般医療および一般医に関するスティグマの認識

精神科医師および一般医の専門的能力（4項目），職業倫理（5項目），パーソナリティ（3項目），医療の質（4項目）について一般の人がどう思うであろうか尋ねる．たとえば，精神科医師（一般医）は本物の医師である，精神科病院（総合病院）は刑務所と大して変わらない，など（全くそう思わない～非常にそう思う，の選択肢で5件法）．

ii) 精神科および一般医療に関するステレオタイプへの同感の度合い

専門的能力（4項目），職業倫理（5項目），パーソナリティ（3項目），医療の質（4項目）について精神科医師および一般医自らの認識を尋ねる．たとえば，精神科医師（一般医）は本物の医師である，精神科病院（総合病院）は刑務所と大して変わらない，など．（全くそう思わない～非常にそう思う，の選択肢で5件法）

iii) 精神科および精神科医師，一般医療および一般医に関する意見

専門的能力（4項目），職業倫理（5項目），パーソナリティ（3項目），医療の質（4項目）について精神科医師および一般医がそれぞれ相手に対してもつ認識を尋ねる．たとえば，精神科医師（一般医）は本物の医師である，精神科病院（総合病院）は刑務所と大して変わらない，など（全くそう思わない～非常にそう思う，の選択肢で5件法）．

iv) 精神科医師および一般医への構造的な差別の認識

精神医学および一般医療に対する構造的な差別の認識をそれぞれ5項目ずつ問う．認識に関する質問としては，精神医学（一般医療）の仕事は，社会で過小評価されている，などである．

v) 精神科医師，一般医が経験した差別

差別経験としては，他科の医師からの評価（6項目），個人的な生活（5項目）における差別的な経験をしたか尋ねる．たとえば，自分が精神科医師（一般医）を選んだのは，他科にはふさわし

くないからと他科の医師に言われたことがある，自分がいるところで，精神科医師（一般医）に関する冗談が言われたことがある，など．

vi）精神科と精神科医師の状況を改善する必要性に関する見解

具体的な介入が必要か（2項目）を尋ねる．

vii）職務における支障の認識や経験，転職の意図

精神医学（一般医療）に対するイメージのために自分の仕事に否定的な影響があった，などの5項目．

(6) 分析方法

本研究は国際共同研究であり，ドイツ，ナイジェリア，チリ，ニュージーランド，エジプト，アメリカ，カナダと比較して，日本の精神科医師，一般医の専門性に関する認識について統計的に記述される．その後，調査票の国際比較可能性については，因子分析をしたうえで，これらの因子ごとに多国間で比較される．それぞれの専門性の認識と燃え尽きや職業満足度の関係については，人口学的変数などを調整した多変量解析を行う．

5. さいごに

本編では，精神医学および精神科医師をめぐるスティグマに関する先行研究のレビューを紹介した．検討した論文の多くは横断研究であり，研究の質は必ずしも高くない．そして，古い研究も含まれているために，現在の精神医学の状況を反映していない可能性もある．精神医学・精神科医師に関する正しい知識の普及・啓発活動を科学的知見に基づいたものとするために，さらなる研究の蓄積が必要である．そこで，WPAは，本件に関する国際共同研究を計画しており，わが国では日本精神神経学会のアンチスティグマ委員会が研究実施の準備をしている．その研究計画の一部を紹介した．精神医学や精神科医に対する評価の向上には，その学問的厳密さと科学的知識，スキル，質の高いサービスなど専門家として提供できるものの質を高めていくことが求められる．ただし，適切なコミュニケーションによって，理解を深めていく余地も残されていると思われる．今後の適切な介入方法を見出すためにも，現状を正確に把握するために，本学会員の紹介した調査への積極的な協力を期待したい．

謝　辞

本稿をまとめるにあたって，レビューの一部の紹介を快諾してくださった，世界精神医学会，精神医学および精神科医に対するスティグマに関するタスクフォースの皆様に深謝いたします．

文　献

1) Abramowitz, M.Z., Bentov-Gofrit, D.: The attitudes of Israeli medical students toward residency in psychiatry. Acad Psychiatry, 29; 92-95, 2005

2) Angermeyer, M. C., Breier, P., Dietrich, S., et al.: Public attitudes toward psychiatric treatment. An international comparison. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40; 855-864, 2005

3) Benkert, O., Graf-Morgenstern, M., Hillert, A., et al.: Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of the factors influencing acceptance or rejection. J Nerv Ment Dis, 185; 151-158, 1997

4) Bhugra, D.: Professionalism and psychiatry: the profession speaks. Acta Psychiatr Scand, 118; 327-329, 2008

5) Cohen-Cole, S.A., Friedman, C.P.: Attitudes of nonpsychiatric physicians toward psychiatric consultation. Hosp Community Psychiatry, 33; 1002-1005, 1982

6) Coodin, S., Chisholm, F.: Teaching in a new key: effects of a co-taught seminar on medical students' attitudes toward schizophrenia. Psychiatr Rehabil J, 24; 299-302, 2001

7) Cutler, J.L., Harding, K.J., Mozian, S.A., et al.: Discrediting the notion "working with 'crazies' will make you 'crazy'": addressing stigma and enhancing empathy in medical student education. Adv Health Sci Educ Theory Pract, 14; 487-502, 2009

8) Dahlberg, K.M., Waern, M., Runeson, B.: Mental health literacy and attitudes in a Swedish community sample-investigating the role of personal experience of mental health care. BMC Public Health, 8; 8-17, 2008

9) De-Nour, A.K.: Attitudes of physicians in a general hospital towards psychiatric consultation service. Ment Health Soc, 5; 215-223, 1978

10) De Las Cuevas, C., Sanz, E.J.: Attitudes toward psychiatric drug treatment: the experience of being treated. Eur J Clin Pharmacol, 63; 1063-1067, 2007

11) Dewan, M.J., Levy, B.F., Donnelly, M.P.: A positive view of psychiatrists and psychiatry. Compr Psychiatry, 29; 523-531, 1988

12) Fink, P.J.: The enigma of stigma and its relation to psychiatric education. Psychiatr Ann, 13; 669-690, 1983

13) Griffiths, K. M., Christensen, H., Jorm, A. F.: Mental health literacy as a function of remoteness of residence: an Australian national study. BMC Public Health, 9; 92-111, 2009

14) 東口和代，森河裕子，三浦克之ほか：日本版MBI（Maslach Burnout Inventory）の作成と因子構造の検討．日本衛生学雑誌，53; 447-455, 1998

15) Holmes, D., Tmuuliel-Berhalter, L.M., Zayas, L.E., et al.: "Bashing" of medical specialities: student's experiences and recommendation. Fam Med, 40; 400-406, 2008

16) Hugo, C.J., Boshoff, D.E., Traut, A., et al.: Community attitudes toward and knowledge of mental illness in South Africa. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 38; 715-719, 2003

17) Jorm, A.F., Blewitt, K.A., Griffiths, K.M., et al.: Mental health first aid responses of the public: results from an Australian national survey. BMC Psychiatry, 5; 9-17, 2005

18) Kato, T., Suzuki, Y., Sato, R., et al.: Development of two-hour suicide intervention program among medical residents: First pilot trial. Psychiatry Clin Neurosci, 64; 531-540, 2010

19) Katschnig, H.: Are psychiatrists an endangered species? Observations on internal and external challenges to the profession. World Psychiatry, 9; 21-28, 2010

20) Kourany, R.F., Labarbera, J.D., Martin, J.E.: The image of the mental-health professional. J Clin Psychiatry, 41; 399, 1980

21) Lambert, T.W., Turner, G., Fazel, S., et al.: Reasons why some UK medical graduates who initially choose psychiatry do not pursue it as a long-term career. Psychol Med, 36; 679-64, 2006

22) Maidment, R., Livingston, G., Katona, M., et al.: Carry on shrinking: Career intentions and attitudes to psychiatry of prospective medical students, Psychiatric Bulletin, 27; 30-32, 2003

23) Sartorius, N., Schulze, H.: Reducing the stigma of mental illness: a report from a global programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press, Cambridge, 2005

24) Sartorius, N., Gaebel, W., Cleveland, H-R., et al.: WPA guidance on how to combat stigmatization of psychiatry and psychiatrists. World Psychiatry, 9, 131-144, 2010

25) Schubert, D.S., Billowitz, A., Gabinet, L., et al.: Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. Gen Hosp Psychiatry, 11; 77-78, 1989

26) Slater, D., Hans, V.P.: Public opinion of forensic psychiatry following the Hinckley verdict. Am J Psychiatry, 141; 675-679, 1984

27) Stuart, H.: Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. World Psychiatry, 7; 185-188, 2008

28) Thornicroft, G., Rose, D., Mehta, N.: Discrimination against people with mental illness: what can psychiatrists do? Adv Psychiatr Treat, 16; 53-59, 2010

29) Warr, P., Cook, J., Wall, T.: Scales for the measurement of some work attitudes and aspects of psychological well-being. J Occ Psychol, 52; 129-148, 1979

30) Wigney, T., Parker. G.: Factors encouraging medical students to a career in psychiatry: qualitative analysis. Aust N Z J Psychiatry, 42; 520-525, 2008

31) Wolff, G., Pathare, S., Craig, T., et al.: Public education for community care. A new approach. Br J Psychiatry, 168; 441-447, 1996

32) Yellowlees, P., Vizard, T., Eden, J.: Australian medical students' attitudes towards specialties and specialists. Med J Aust, 152; 587-588, 591-592, 1990

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

メンタル・ヘルス・リテラシー研究から考える アンチスティグマ活動の戦略

中根 秀之[1)]，吉岡 久美子[2)]，中根 允文[3)]
1）長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻リハビリテーション科学講座，
2）福岡大学人文学部・大学院人文科学研究科，3）出島診療所

精神障害に関するanti-stigma研究については，1989年にDinesh Bhugraが精神障害，精神障害者，精神科治療や環境に対する一般人の態度について報告したことが，系統的な調査研究の始まりと考えられる．昨今の精神障害の理解を進めるさまざまな活動もあり，一般人の知識と科学的エビデンスの間のギャップは小さくなっていることがうかがえる．

これまでのメンタル・ヘルス・リテラシー研究に加え，我々の日豪比較研究の結果から，多くの一般住民は，精神障害を特定あるいは認識することができず，精神医学的診断に応じて，理解や拒否的態度が異なっていることなどが明らかとなっている．また精神障害については，多くの一般住民は援助が必要であることを認識しているものの，予測不能であり，危険なことをすると考え，心理的距離を置こうとする傾向がある．何らかの精神医学的病的状態では，心理社会的ストレスを原因として考え，薬物療法より，精神療法やカウンセリングといった介入に期待する．さらに，多文化間の比較では，地域による違いがみられ，特に西洋以外の国々では，精神障害の原因を個人的問題として考える傾向が見られた．また多くの報告が，スティグマ克服に心理教育，実際的体験（患者との接触など），社会での活動といった啓発に寄与する動きが必要であることを指摘している．一方で，精神障害についての知識向上が，効果が長期には継続しないあるいは逆に働くことがあることも示唆されている．

精神障害に対するスティグマは，当事者などの受診行動を遅らせる要因の1つになる．精神疾患への強いスティグマに曝された個人や同家族は，より大きな不利益を被ることが予想される．メンタル・ヘルス・リテラシー分野については，いまだエビデンスに乏しい状況にあるため，標準的な評価尺度の開発が必要不可欠であり，継続的に評価し改善策を考え，より良い精神保健システム作りに活用していくことが望まれる．

The authors conducted a study on beliefs related to mental health held by members of the general public in Japan. Only 20-30% of respondents were able to identify a psychiatric disorder, and respondents varied in their knowledge and attitudes depending on which disorder was being discussed. Many respondents recognized that help was necessary for psychiatric disorders. However, some respondents thought that patients with psychiatric disorders were unpredictable and violent. They tended to feel significant psychological distance from psychiatric patients. Results suggest that the public tends to favor psychological treatments, and feels more negative about medication and admission to hospital. Additionally, results indicate that some beliefs commonly held by members of the public are at variance with the consensus of mental health professionals. Mental health literacy studies are still in their infancy. The biggest remaining challenge is to investigate whether increasing mental health literacy has benefits to an increase in appropriate treatments and, ultimately, to the mental health of the community.

＜**Key words**: mental health literacy, stigma, schizophrenia, depression＞

1. はじめに

近年，精神保健あるいは精神障害に関するさまざまな教育・啓発がなされており，その向上が期待されている．精神障害に関する anti-stigma 研究については，1989 年に，Dinesh Bhugra が精神障害，精神障害者，精神科治療や環境に対する一般人の態度について報告したことが，系統的な調査研究の始まりと考えられる．

精神障害に対するスティグマについては，これまでわが国においても調査研究がなされている．厚生労働省が中心となり，精神障害者に関する実態調査を昭和 29 年から 48 年までの約 20 年間に合計 11 回行っている[8]．これらの調査の中心は，病院実態調査であり，その内容は入院患者の男女比，年齢階層比，保護者の有無，新患の比率，入院費の支払い形態，疾患別比率，入院期間，入院回数，入院時刻，治療内容，寛解・軽快率，外来通院の比率の高い曜日，通院時の同伴者の有無，受診施設（病院・診療所）までの所要時間，受診推進者，社会復帰関連施設に関するもの，老年期患者，アルコール患者，児童患者，外来患者の実態，外来患者の比率（外来患者数÷許可精神病床数×100），退院患者の社会復帰状況などであった．患者自身の意識や感情に関する意識調査あるいは周辺の患者に係る認識調査などは残念ながら含まれていなかった．これらから，精神障害については，「気の毒である」あるいは，「開放的な治療も有効」という肯定的意見も認められてきている．一方で，否定的な態度あるいは，「どちらともいえない」とするグループも確実に存在し，スティグマタイゼーションの一翼を担っていると考えられる．厚生労働省以外による調査研究も行われており，患者自身，患者家族を含めた一般住民に対して偏見が広く存在していることを示しており，その構造の複雑さが示唆されている．このようにわが国では，精神疾患（患者）への偏見差別が少なくなく，実際に障害（者）が偏見差別に苦悩していることが知られており，こうした状況を反映してアンティスティグマ・キャンペーンも積極的に取り組まれつつある．ただ現実に，日本の国民が精神障害（者）に対して，集団としていかなる印象を抱いているかを数量化したものは極めて少ない．

2. 海外における先行研究

Angermeyer らによるレビュー[1]では，1990 年以降 2004 年までの間に報告された英語で書かれた精神障害（うつ病，双極性障害，統合失調症，神経症性障害など）に対する一般人の態度に関する医学的論文の数は，およそ 110 であった．表 1 には，1990 年以降に対象者 1,000 人規模で行われた先行研究の結果をまとめている．これらにおいては，世界のさまざまな地域において，一般住民を対象として精神障害あるいは精神保健についての態度・知識を調査している．これらの結果から，以下に示すようないくつかの興味深い結果が得られている．

1) 精神障害の認識

ビネット事例を提示し，精神障害を正しく認識する割合などを調査している．それぞれの精神障害では，認識の割合が異なっており，統合失調症を示す症状では 69～88 %，うつ病では 26～69 %，アルコール依存症では 16～49 %であった．

2) 有効な支援者についての認識

豪州（Jorm ら[3]），スイス（Lauber, Nordt & Rössler[4]），ドイツ（Riedel-Heller, Matschinger & Angermeyer[7]）の報告では，一般医（GP）が最も適切な支援者であった．

3) 精神医学的治療に関する認識

ビネットを用いた研究のすべてにおいて，一般人が感じる有益な治療法は，精神療法やカウンセリングといった心理的な介入が好ましいと期待する一方，病院での入院治療や薬物治療に関して否定的な傾向が認められた．

表1　1990年以降に報告された海外における主要な先行研究

報告者	調査年	地域	調査対象			対象精神障害	刺激	調査内容		
			対象年齢	調査方法	対象者数			精神障害に関する知識	精神障害者への態度	精神科施設への態度
Jorm ら	1991	豪州	15歳以上	対面	1443	統合失調症，うつ病，不安・パニック障害，精神病	ビネット	○	○	
Freidl ら	1998	豪州	14歳以上	対面	1042	認知症，統合失調症	ビネット	○	○	
Angermeyer ら	1990	ドイツ	18歳以上	対面	2045	統合失調症，うつ病	ビネット	○	○	○
Angermeyer ら	1990	ドイツ	18歳以上	対面	2118	統合失調症，うつ病，広場恐怖を伴うパニック障害	ビネット	○	○	
Angermeyer ら	1991	ドイツ	18歳以上	対面	1912	統合失調症	ビネット		○	
Angermeyer ら	1991	ドイツ	18歳以上	対面	2030	統合失調症，うつ病	ビネット		○	
Angermeyer ら	1992	ドイツ	18歳以上	対面	5125	統合失調症	ビネット		○	
Benkert ら	1992	ドイツ	18歳以上	対面	2176	統合失調症，うつ病，薬物依存，アルコール依存，躁病，社会恐怖，アルツハイマー病	ビネット	○		
Angermeyer ら	1993	ドイツ	18歳以上	対面	2143/2094	統合失調症，うつ病	ビネット	○	○	○
Angermeyer ら	1993	ドイツ	18歳以上	対面	2024	統合失調症	ビネット		○	
Angermeyer ら	2001	ドイツ	18歳以上	対面	5025	統合失調症，うつ病	ビネット	○	○	
						統合失調症，うつ病，アルコール依存，アルツハイマー病，薬物依存，精神障害	ラベル			
Hamre ら	1992	ノルウェー	15歳以上	電話インタビュー	1063	精神障害	－	○		○
Lauber ら	1998/1999	スイス	16～76歳	電話インタビュー	1737	統合失調症，うつ病	ビネット	○	○	○
Priest ら	1991	UK	15歳以上	対面	2009	うつ病	ラベル	○		
Paykel ら	1995	UK	15歳以上	対面	2050	うつ病	ラベル	○		
Paykel ら	1997	UK	15歳以上	対面	1946	うつ病	ラベル	○		
MORI	1997	UK	15歳以上	対面	1804	統合失調症	ラベル	○	○	
Crisp ら	1998	UK	16歳以上	対面	1737	統合失調症，重症うつ病，アルコール依存，薬物依存，パニック障害，摂食障害	ラベル		○	
Alzheimer Society	2002	カナダ			1000	認知症	ラベル	○		
Phelan ら	1990	米国	18歳以上	電話インタビュー	1507	精神障害	－		○	
Link ら	1996	米国	21歳以上	対面	1444	統合失調症，うつ病，アルコール依存，薬物依存	ビネット	○	○	
Chou ら	1994	香港		電話インタビュー	1043	精神障害	－	○	○	○
Chou ら	1996	香港	18～80歳	電話インタビュー	1273	精神障害	－	○	○	○
Jorm ら	1995	豪州	18～74歳	対面	2031	統合失調症，うつ病	ビネット	○	○	

(Angermeyer, M.C., Dietrich, S.: Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand, 113 (3); 163-179, 2006 より改変)

4) 精神障害のためのメンタル・ヘルス・リテラシー改善に関する経時的変化

一般住民と医療専門職の間の認識に大きな相違があるが，少なくとも数カ国で，これが時を経て変化しているようである．ビネットの認識，精神科医・抗精神病薬・精神科病院入院治療の有益性については認識の改善が認められた．

以上の結果から，いまだ海外においても精神障害の認識や精神保健の知識については，十分ではないことが明らかとなった．さらに，精神障害の認識率は，広く精神障害あるいは精神保健の知識普及の向上の1つの指標となり，それらを継続的に評価していくことも必要であることが示唆された．

3. 日豪精神保健比較研究

われわれは，これまで1998年に開始された日豪保健福祉協力の第二段階研究として，2003年度から，日豪両国民，さらに国内では医療専門職スタッフの精神保健に関する知識・理解・態度を把握し，それらを改善する啓発活動の指針を得ること，そして有効な施策に資する情報を確立することを目指すための研究を行った[2,5,6]．

調査方法は，ICD-10に則って作成されたうつ病・統合失調症ビネットを呈示しながら各事例への知識・理解と態度，および被験者自身の健康状態，精神保健に係る他の知識などの質問項目約120項を含む調査票に従って，日本では全国25地域で無作為に抽出した対象者2,000人（20～69歳）の自宅で面接調査し，豪州は4,000人の一般人（18歳以上）を対象に同様の面接調査を行った．日本ではさらに，同一内容の調査票を修正して，専門職約4,500人（精神科医，一般開業医，看護師，作業療法士，精神保健福祉士など）を対象に郵送法で調査した．

地域住民データは日豪で集計解析して国別特徴を明らかにし，専門職調査では職種別の特徴と共に一般人との認識の違いに関わる要因を検討した．

1) 精神障害の認識

ビネット事例を紹介したときに，日豪の一般住民がどの程度正しく疾患を認識しているかについては，日本の一般住民ではうつ病と統合失調症の認識度が20～30％とほとんど両疾患間において変わりないが，豪州の一般住民ではうつ病が60～70％は認識できている．このうつ病における差は，豪州ではビヨンド・ブルー（Beyondblue）などといったうつ病に関する啓発活動が積極的に行われており，その教育啓発活動が十分に行き渡っているのだと考える．統合失調症について，特に慢性型の統合失調症では豪州よりほんのわずかに高い認識度である一方，うつ病では明らかに差がみられている．これは，日本では，統合失調症よりうつ病に対して感受性が低い可能性が示唆される．

2) 有効な支援者についての認識

ビネットに対してどのようなスタッフが有用であるかということについては，豪州ではやはりGPやカウンセラーに対する期待が非常に高いが，日本ではGPはあまり期待されていないという違いを認めた．さらには，カウンセラーの方が，精神科医などより高い期待を寄せられているということが見て取れた．

3) 精神医学的治療に関する認識

うつ病事例に対する治療薬として，豪州では抗うつ剤が良いと理解できているにもかかわらず，日本ではいわゆる通常の用語として知られている精神安定剤が最も高く評価されていて，抗うつ剤，睡眠薬，抗精神病薬というのは極めて低かった．中でも，睡眠薬に関しては，有害だという意見がかなり強かった．結局治療薬に関して曖昧な応答に終わっているというのは，それらについて十分に適切な知識が行き渡っていない可能性が高いことを想定させる．また，積極的に身体を動かしたり，できるだけ外出したり，リラクゼーションしたりということが有効であると理解されている一方で，精神科病院に入院するあるいは，電気痙攣

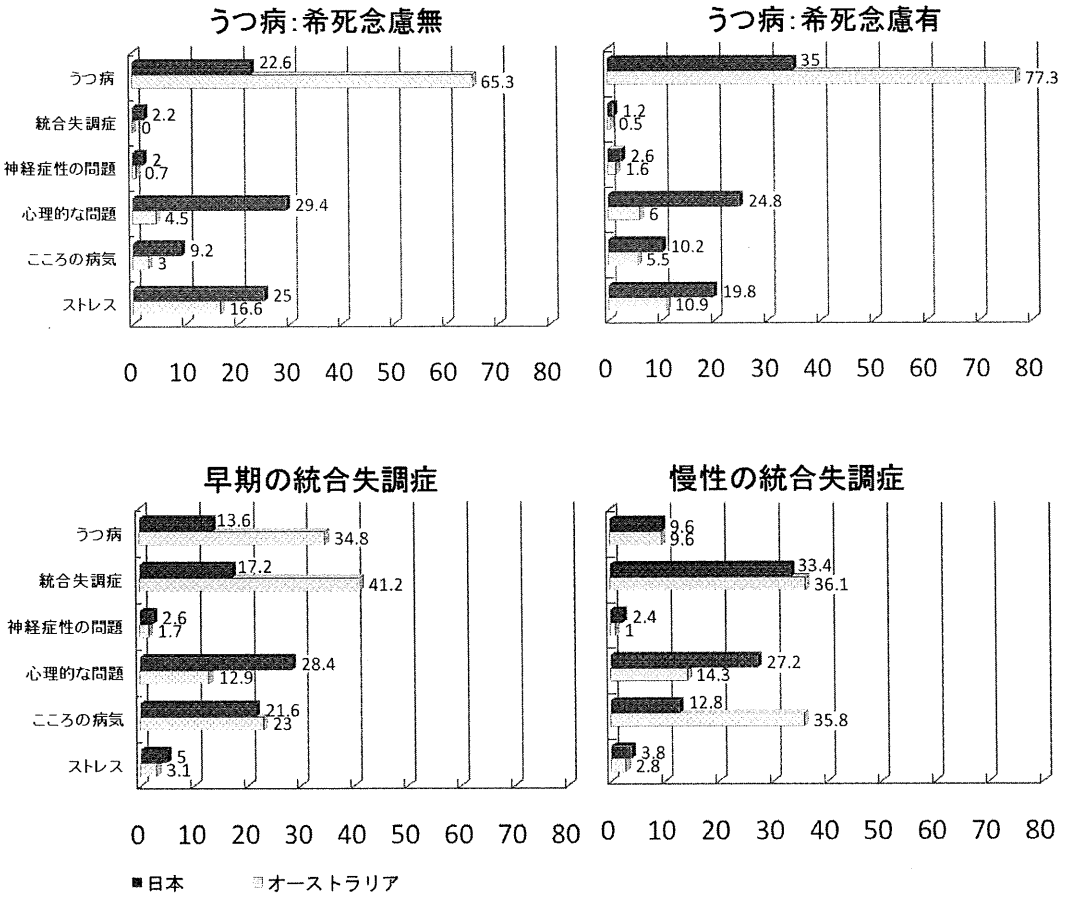


図1　うつ病，統合失調症ビネットの認識：日本・豪州の比較

療法（ECT）を受けるなどというのはきわめて低く評価され，豪州以上に日本ではECTの効用が認識されず，逆に悪影響を及ぼすという判断の方が強いというのが特徴的であった．

4)　事例との接触の際の態度（社会的距離）

これは，Linkらが開発したSocial Distance Scale（SDS）を参考に，「隣に引っ越しても良い」・「一晩つきあっても良い」・「親しい友人になっても良い」・「近くで仕事を始めても良い」・「結婚して家族の一員になっても良い」という5項目について，「確かにそうしたい」・「多分そうしたい」・「多分そうしたくない」・「確かにそうしたくない」・「強く反対」の5段階で評価し，得点が大きいほど社会的距離が大きいことを示す．日本は，豪州と比較して，うつ病事例，統合失調症事例どちらにおいても「近くで仕事を始めても良い」以外のすべての項目で，高い値を示した．さらにその傾向は，特に慢性の統合失調症ビネットで強く表れていた．しかし，当人あるいは周辺に類似した体験をしていると，SDSは明らかに改善されていた．

5)　スティグマについて

スティグマは，Griffithらが開発した豪州で使用した評価票のStigma Scaleを参考にした．各

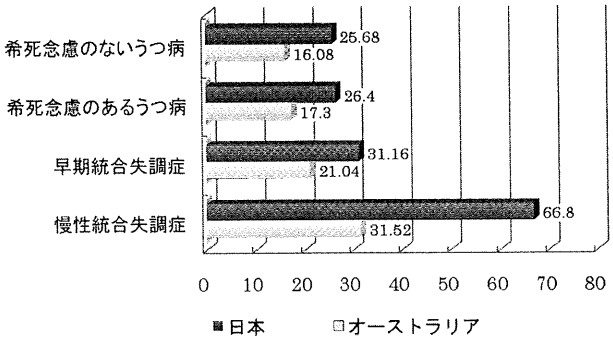


図2　統合失調症・うつ病ビネットとの接触に拒否的な態度の頻度
(社会的距離：日本・オーストラリア比較)

ビネットに対する個人的スティグマと社会的スティグマを評価した．特徴的であったのが，社会的スティグマは，豪州において全般的に日本より高い値を示した．日本では，個人においても社会的にもスティグマのレベルは，豪州よりも高いことが示唆された．日本では，精神障害の認知・認識の問題もあり，偏見や差別感を表面化することが少なく，精神保健に関するより適切な情報の提供が必要であろうと考える．

以上の結果より，次のようにまとめられる．

(1) 一般人における精神疾患の認識は，特にうつ病において日本人に低く，日豪間で大きく異なっていること，および日本では他の精神疾患との識別が不十分であること．

(2) 専門職にあっても精神疾患に対する認識は大きく異なること（豪州では見られない）．人的資源として，カウンセラーの有用性が精神科医以上に高く期待されていること．事例にとって有用な人的資源・薬物・治療手段として，豪州に比して，日本では適切な判断が極めて少ないこと．

(3) 精神疾患に対する偏見・差別は，一般人だけでなく専門職にあっても少なくないが，特に統合失調症では顕著であること．

(4) 人的資源として．カウンセラーへの期待は日豪両国で高いが，統合失調症だけでなく，うつ病事例に対しても一般医への期待が日本では極めて小さいこと．

(5) 精神疾患と自殺の関連を考える頻度は，豪州と比較したとき，日本では低いこと．

(6) 精神疾患あるいは精神障害者に対する考えには個人的なものと社会的なものとの間に大きなギャップがあり，本音（社会的な考えの形で表明）と建前の存在がうかがえたこと．

(7) 日本では，豪州以上に精神疾患事例との接触に拒否的であり，Social Distance（社会的距離）が大きいこと．

(8) 精神疾患事例に対する差別感は，日本より豪州で目立っていること．

これら以外にも，日本全国における精神疾患の啓発状況を調査した結果，自治体別あるいは事業所別・専門職グループ別などそれぞれに取り組みにギャップが大きく，全般的啓発だけでなく，対象を特定した各種の啓発が必要であるとわかった．豪州の精神保健福祉施策を見たとき，日本とは大きく異なるものの，community care の方向性に則った予算の傾斜を始め，NGO によるものを含めてさまざまな啓発活動が進行中であり，参考にすべき点のあることは確認できた．

4. おわりに

一般人を対象とした研究では，家族や友人に同様の問題をもつ人ほど社会的距離は有意に小さかった．諸外国の一般人を対象とした結果でも，家

族や友人に同様の問題をもつ人がいるという親密さは，社会的距離を小さくした．

精神障害者に対する社会的距離を小さくするためには，精神障害者の雇用の機会の保障，差別すべきではないというマスメディアを使用した情報提供，家族や友人に問題をもつ人がいる人との交流の機会などが効果的な戦略となると推察された．

コミュニティや教育現場での一時的な教育啓発は，一定の効果をあげるが，その効果の持続については十分ではない．精神保健に関する知識向上が，スティグマ克服に結び付かない場合もある．

しかし，精神障害に対するスティグマは，当事者などの受診行動を遅らせる要因の１つになる．精神疾患への強いスティグマに曝らされた個人や同家族は，より大きな不利益を被ることが予想される．メンタル・ヘルス・リテラシー分野については，いまだエビデンスに乏しい状況にあるため，標準的な評価尺度の開発が必要不可欠であり，継続的に評価し改善策を考え，より良い精神保健システム作りに活用していくことが望まれる．

謝　辞

本研究は，平成15～17年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」の研究成果の一部である．

本研究にご協力いただいた参加者をはじめ，まとめるに際し貴重なご意見をいただいた半澤節子先生，豪州研究グループGriffiths, K.M.先生，Christensen, H.先生，Jorm, A.F.先生に感謝いたします．

文　献

1) Angermeyer, M.C., Dietrich, S.: Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies. Acta Psychiatr Scand, 113 (3); 163-179, 2006

2) Griffiths, K.M., Nakane, Y., Christensen, H., et al.: Stigma in response to mental disorders: a comparison of Australia and Japan. BMC Psychiatry, 23 (6); 21, 2006

3) Jorm, A.F., Mackinnon, A., Christensen, H., et al.: Structure of beliefs about the helpfulness of interventions for depression and schizophrenia. Results from a national survey of the Australian public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40 (11); 877-883, Epub, 2005

4) Lauber, C., Nordt, C., Rössler, W.: Recommendations of mental health professionals and the general population on how to treat mental disorders. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40 (10); 835-843, Epub, 2005

5) Nakane, Y., Jorm, A.F., Yoshioka, K., et al.: Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. BMC Psychiatry, 5; 33, 2005

6) 中根允文：厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業　精神保健の知識と理解に関する日豪共同比較研究　平成15～17年度総合研究費報告書（主任研究者　中根允文）．2006

7) Riedel-Heller, S.G., Matschinger, H., Angermeyer, M.C.: Mental disorders—who and what might help? Help-seeking and treatment preferences of the lay public. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 40 (2); 167-174, 2005

8) 白石大介：精神障害者への偏見とスティグマ．中央法規，東京，2000

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

学校現場での取り組みとの連携

長尾 圭造（長尾こころのクリニック）

【背景】いじめ（稀に自殺に至る），不登校，学級崩壊が，学校現場で日常的に起きているのがわが国の現状である．一方，子どもはいじめや嫌がらせのない，落ち着いた安心できる環境で教育を受ける権利を持っている．【目的】これに対処する具体的方策の実施で，学校生活に不満足である子ども，メンタルヘルス上の問題を抱える子どもの問題を，クラスダイナミクスを利用し，学校生活満足群を増やすことと，メンタルヘルス問題を軽減・解決することである．【方法】クラス全員を対象とし，学校生活の満足度やメンタルヘルス問題を学年初めに調べる．さらに担任が気になる子の事例分析を行う．そして，（個人病理だけではなく）クラス病理を見つける．次に，この結果を受け，担任がクラスの子どもを1年間でこのような子どもに育てたいという「年間クラス目標」を設定し，それの実現に向けた具体的計画を，担任とともに立て，担任が教室で実施する．数ヵ月後に変化・有効性を再度評価する．その結果を見てさらに取り組みの修正などを行う．【結果】子どもの自記式によるQUアンケート結果からは，学校生活に対する満足度や，クラスで侵害を受けていると感じる度合いは，優位さをもって改善する．担任の主観的評価も子どもの結果とよく一致している（一方，取り組みをしないと変化はなく，子ども任せのダイナミクスの結果を招く）．【結論】教師の生徒への理解度が増え，対応結果の「手ごたえ」を感じておられる．一方，教師には教科教育以外の負担がややかかる．児童精神科医は，最初からすべてのプロセスに関与する（子どもに直接実施はしない）が，精神科医に要請されることは，一般精神医学，児童青年精神医学の知識，学校現場をよく知ること，グループダイナミクスへの対処を前提としたスーパーバイズである．

School Classroom Mental Health Liaison

Background: Currently in Japan, schools see cases of bullying (which in rare cases results in suicide), school refusal, and a breakdown in classroom discipline on a daily basis. At the same time, children have the right to an education in a peaceful, relaxing environment, free of bullying and harassment.

Purpose: The objective of this program is to implement concrete policies in response to the above situation, focusing on the use of class dynamics to address the issues of children who are dissatisfied with school and children who have mental health problems, and in this way increase the proportion of children happy with school life, and decrease or resolve mental health problems.

Method: The degree of school satisfaction and presence of mental health problems in an entire class is investigated at the beginning of the school year. In addition, conduct individual case analyses of children about whom the homeroom teacher is concerned. Next, class (not only individual) pathology is identified. Results are communicated to the teacher, who then establishes "annual class targets" related to how the teacher would like to see the children grow over the year. The psychiatrist collaborates with the homeroom teacher in developing a specific plan focused on realization of the established targets, and the teacher then implements this plan in the classroom. Changes and effectiveness are evaluated after several months. Based on these results,

the plan is further refined.

Results: Based on student responses to the Questionnaire-Utilities measure, the degree of satisfaction with school life, and the frequency of feeling injured or insulted in class, have both significantly improved over half a year. The subjective evaluation by the homeroom teacher is also in solid agreement with the children's results. (On the other hand, if issues are not addressed, there will be no change, which will result in child-driven dynamics.)

Conclusion: The teacher's degree of understanding of the students increases, and the teacher reports feeling a real "response" to the program. At the same time, there is an increase in the non-teaching burden on the teacher. And the child psychiatrist, who is involved from the beginning in the whole process (although the psychiatrist does not directly implement the program with the children), must have the ability to provide supervision, which requires solid knowledge of general psychiatry, child/youth psychiatry, the school environment, and issues of group dynamics.

1. はじめに

現在の学校現場での子どもの様子は，年間，不登校児童生徒12～13万人，いじめ件数8.4万件，暴力事件5.9万件，自殺生徒136人（文部科学省平成20年度報告）をはじめ，学級崩壊などが常態化している地域もあり，健康なメンタルヘルス状態にあるとは言えない．加えて，特別支援学級2.9万クラスをはじめ，通常学級での学校生活が困難な状態にある児もいる．

子どもの側から見れば，リストカットの経験者が10％にのぼり，うつは20％[1,7]，不安障害2～26％[8]，その他の精神疾患も疫学資料が示すとおりであり，この年代へのメンタルヘルスアプローチは重要な課題であると言える．

つまり，子どもも悩む．その内容は，家族，学校，友達，自分自身などについてであるが，それを大人がどのようにして気付き，救うかは大人社会の責任である．一方，子どもはいじめや嫌がらせのない，落ち着いた安心できる環境で教育を受ける権利を持っている．子ども達の権利を保障するため，学校現場でこういった子どもをどう理解し，どう教育していけばいいかをメンタルヘルス（精神的健康度）の視点から考え，取り組みの方向性を示したい．

2. 方　法

その1　学校メンタルヘルス概念について

これまでわが国の歴史で，学校メンタルヘルスに正面から取り組まれた経験はないと思われる．それだけに馴染みがなく，なぜ必要なのか，何をするのか，それは本当に学校教育の問題なのかなど，疑問を持たれる場合も多い．ここでは簡単に学校メンタルヘルスの概念（役割と範囲）を紹介したい．

メンタルヘルス（精神的健康）の健康概念は，3段階の次元に分けられる[3]．第1の段階は，子どもたちが抱える問題を軽減・解決することである．これは，問題が起きてから対応するので，受身的で対処反応的な姿勢である．子どもたちが健康であるかどうかは症状や診断の一覧表を用いて示すことができる．たとえば，不眠・頭痛・腹痛・痩せといった身体化症状の頻度や，いじめ・うつ・トラウマ・リストカットなどの問題行動，学校現場ではクラス内で立ち歩きをする子の数や頻度・学級崩壊・喧嘩の数や程度・出席率（不登校児の数）・特別支援を必要とする子どもの数・養護施設からの通学児数などが直接の問題となる．地域では，ひとり親の家族の数・生活保護世帯数・若い両親・警察事例・非定住者の数やその子どもの数などが指標として用いられている．

発想としては，今を何とかうまくしのぐ短期目標が直接の目標となる．面倒な問題，配慮のいる児がいなければ，いいクラス・集団という発想である．

この考えは，1）子どもが問題を外在化させていなければよい，2）クラス・集団学習に特段の

出来事や問題がなければよい，3）問題の内在化は個人の問題であり，目立たないので不問にする，ということである．つまり，症状・問題がないなら健康ではないか（diseaseless）という考えである．この発想の限界ないし欠点としては，1）子どもの持つ潜在的問題に関しては役に立たない，2）子どもがどの程度のストレス耐性にあるのかはわからない，3）子どもの不安な気持ちや内面の考えはわからない，極端な例としては，外でいじめていても，家で両親と喧嘩していても，学校でしなければわからない，それでよいではないかという考えである．

次の第2の段階はメンタルヘルスの推進を考える概念である．人格の成長・発達としてのメンタルヘルスで，個人が身につけておくべき必要な能力・知識・技術の獲得を含む，メンタルヘルスとは獲得するものという考えで，積極的要素，つまり予防対策法が含まれる．この内容としては，知識，対人関係能力技能，社会資源の利用法などがある．

この段階は，①知識に関しては，たとえば，一般的な不安・ストレス対処軽減法，いじめのトラウマ教育，いじめの学校における組織的取り組み・防止方法・対処方法などの教育，うつに対してもクラスでの取り組みなどが考えられる．子どもも精神障害にかかるのであるから，精神障害の2，3の病名くらいは教えてもいいのではないだろうか．最近は，保健の教科書はページ数が増え，少しずつ充実しているように思われる．しかしその指導要領に対する取り組みは，あまりできていないと聞く．

次に，②対人関係における精神的健康度を高めるための目標や集中できる課題・テーマも必要である．たとえば，友達の作り方・友達に自分の思いをうまく伝える練習・友達といざこざを起こしたときの解決法などがあるし，社会生活・社会活動に対する関心では，いじめられている・一人ぼっちになりやすい子・困っている子に対する誘いかけといった行動を促す活動や，家でのお手伝いなどが課題となる．自己の内面への気付きは，このような実際の関係性を通じて教えられるべきであると思われる．

さらには，③社会資源（情報源）の存在を知り，その利用（図書館・電話相談・TV・インターネットなど）を教えるなども，この範疇に入る．情報の利用法は，かなりのスピードで変化している．将来に備え，情報の得方という基本的なコンセプトを持つことが大事と思われる．

この段階は，持てる能力を増大させることと，必要な場合にその能力を発揮する力に関するメンタルヘルスである．社会的出来事の意味や役割やトラブル対処法を獲得させておく方が人生は安全であるに決まっている．

最後の第3の段階は，将来なるかもしれないリスク・可能性への配慮と予防である．現在のところ，この知識は限られている．潜在的危険性についてはまだ知識が乏しいが，ある疾患に関するそれぞれの遺伝的リスクのオッズ比や，危険に陥りやすい環境・逆境・条件とそのオッズ比などは知られている．最近では統合失調症に対するARMSから予防投薬も試みられている．かなりのスピードでこの分野も進んできている．一方，可能性への注目は，潜在能力を知ることで，学習能力・知的能力・運動能力・社会性能力・特異能力などの開発の可能性を知ることができる．これはレジリエンス能力を知ることでもある．自尊感情を高めるプログラムなどはこの面への具体的対応となる．つまり，人生をトラブルの予防を含め計画的に歩むことを勧める予防知識とその活用である．

その2　メンタルヘルス概念から見た望ましい学校・クラス環境

以上の視点から，第1段階での望ましい状態とは，1）いじめ・嫌がらせのない（自分の存在が認められている）環境で，学習できる状態を保障することであり，このことは，子どもの権利でもある．第2段階の発想としては，創り上げる，身に付けるといった状態を目指すので，1）仲間が作れる社会性が確保されている環境，2）自尊感

情が高まるような関係性・実行性・納得性を伴う自己有効感があること，3）自己実現を目指していけるような方向性がクラスの中で認められる形で，個人的にも志向されていることといえる．

このような内容に取り組むには，担任個人の思いだけでは実現不可能で，学校（校長などの管理職，養護教諭・SCなどの関係職員），地域（PTA，保護者会）の理解が必要である．今回の取り組みの主な点は，この段階でのメンタルヘルスの向上，かさ上げである．

3．対　　象

今回報告する取組対象校は，K市のA中学校（在籍生徒数約135名のやや小規模校）である．

地域特性

この地域は古くからの漁港町で，三角州のため川で周囲から地理的に離れた集落である．このため子どもの生活環境としては，閉鎖的な環境，固定的な人間関係がある．地域特性としては，持ち家比率が高く，高齢化率が高く，離婚率が高いという特性を持ち，今後のわが国の将来を映しているようなところのある地域である．

背　景

地元では小学校と中学校が同じ校区となる．平成18年4月，小学校時代に地域での人間関係が崩壊したといえる学年が入学してきた．この学年の男子生徒は学校内外で，小学生4年生ころより，2，3人の問題行動を起こす子どもたちに，翻弄されていた．ある子は，他の子どもにけしかけ，他児の持ち物（筆箱など）を取って来いとか，パンツ降ろしゲームと言い他の児童に命じてさせる，人質ごっこと言い他の子どもをナイフを持ち追いかけることがあったし，さらにナイフで刺して来いと言われたり，殴って来いと言われ実際にそうしたため，大きな問題になったこともあったようで，子どもたちのグループが大きくは2分し，敵対していった．6年生にはクラス替えがあったが，そのとき敵対していた相手の子と話すと，「裏切り者・絶交」という言葉がはやるくらい関係はこじれ，慢性固定化していた．これに巻き込まれた子ども達はトラウマを負っている．地域では敵と思う相手の子の妹にまでチョッカイを出すなど，広がりを見せていた．加えて，授業をかき乱す子もおり，一時は授業も成り立たないクラスがあった．集団生活の規律を守らない子もおり，授業参観でもざわついていた．小学校は熱心に取り組まれたようであるが，沈静化はしたものの，関係修復には至っていない．このために区域外の学校に入学した生徒もいる．保護者は知ってはいたが，当時，話し合える関係にはなかった．この学年が，中学生として入学して来た．この学年に対して，新たな気持ちで中学生活を送らせるということが，最大の課題であった．

現　況

この学年は2クラス構成である．個人的には明るく前向きな生徒が多く，授業や学活での雰囲気はよい．しかし男児では内面での自己肯定感が低い．たとえば，生徒に書かせた「意欲的な学習に取り組んでいるか？　学習生活を見直そう」の15項目（うち12項目が質問項目の自己評価，3項目が自由記述）では，自己評価の低い生徒が多く，自由記述では，頑張ると書くより，何々ができない，しても一緒，といった低い否定的な自己評価，将来性の見られない内容が多かった．

生徒同士の人間関係は，小学校のころからの人間関係を基にした小グループに固定化し，希薄で，挨拶さえ交わすことができない．しかし，セクト化されたグループ同士は，牽制し合うことはあっても攻撃はしないので，問題が表面化することはない．たとえば男児23名中サッカークラブに11名が入部したが，ボールのパスは仲間内でしか回さない．顧問が違うグループ同士を組ませると，一言も声を掛け合うことなく黙ったまま練習を行う．ランダムなパス交換では，必ず先輩やどのグループにも属していないフリーな立場の同級生を経由してしか相手のグループの生徒にパスが渡らない．クラス内での些細なトラブルとして象徴的

であったのは，定規を忘れた生徒がいたので，後ろの生徒に先生が「貸してあげて」といった際に，拒否されたことがあった．その生徒は貸すことが嫌なのではなく，自分の定規を教師が相手に差し出したら，相手がきっと「汚い」と言って，借りることを拒否するであろうと予測したための拒否であった．相互に牽制的な人間関係の冷戦状態を形成していた．多くの生徒は，こういった人間関係を問題視して取り上げることもない．しかし一部の男子でグループに属さない生徒や，女子はこの状況を変えていこうと考え，橋渡し役をする生徒もいる．

学校の指針

学校としては，この学年の生徒に対して，子どもの人間関係を再度健康な状態にリセットさせたい．そのため，学校の教育目標「生命および人権の尊重を基盤として，心豊かな調和の取れた人間の育成」に合わせたメンタルヘルス活動に取り組み，人間関係のリセットを計画した．

学校現場における評価，対応方法と，3年間の取組み結果

1学年での取り組み：メンタルヘルス計画は，その都度の生徒の反応を見ながら，段階的にプログラムを設定する柔軟な対処方法とした．具体的なプログラムの実施に当たっては，河村らの学級ソーシャルスキルの方法を参考に，適宜変更を加えて実施に用いた[6]．

1．クラスの構造・編成

この学年は2クラスある．入学時にあった大きなグループは半分に分け，小さなグループはそのままのまとまりのクラス編成をした．

2．担任から見たクラスの印象とベースラインの設定，および目標の設定

これまでの子どもの人間関係から，その固定した観念に縛られ，お互いを理解しようとできない生徒が男子に多い．かつ相互関係の態度は極めて抑制的である．そこで，目標の設定は，「周りの人的環境を肯定的に捉える課題」とした．

3．クラス内での実行課題（枠組み設定のある自己表現機会とコミュニケーションを作り出すこと）

(1) 日常活動（年間）：1.「朝の会」で，毎日，その日の連絡などをクイズ形式にして，生徒に挙手させ発言する積極的行動の機会を持たせた．2.小テストの前でも，「昨日はどれくらい勉強しましたか」「好きな色は何ですか」などの中性的会話を隣同士でさせるペア活動，時には班内でテンポのあるパターン化した会話をさせた．その内容には，「褒めるコメント」を返すことも含めて，習慣付けた．3.「帰りの会」では，班メンバーの机を隙間なくくっつけ合い，その日の反省をさせたが，「その日のよいところ探し」を記入させ，班長が発表する活動を取り入れた．4.「自分を振り返ろうシート」の活用を年に6回実施した．それは自分の行動を見直す機会であるが，反省以外に，自分の頑張ったこと，他の生徒の頑張ったことやそれに対するコメントを書かせた．

(2) 授業での取り組み：2クラスともそれぞれの取り組みをした．

1学期は3時間．授業目標は，テーマを「自分の心を豊かな心に近づけるには」とし，狙いは1．豊かな心の人について，各人が表情・行動・考え・性格・必要なことについて述べ，ひとつの共通イメージを作ることを進める，2．個々の生徒の「よいところ探し」を行う，3．それらを基に，人間関係の実行可能な目標設定を行う授業目標を，生徒とともに授業の場で立てた．

この結果は，各生徒は熱心に取り組み，あるべき人間像（社会が期待する規範的人間像）の共通イメージ作りは成功した．そこで具体的な目標設定では，「誰にでも挨拶をする」ということにしたところ，「そんなことできない」と驚き・困惑の声を出す生徒も多数に見られ，この学年のトラウマが大きく残遺している様子が窺われた．この結果から，今後はトラウマ解決をも配慮に入れたアプローチが必要と思われた．

2学期は2時間．授業目標は「相手の意見を尊重して聞く態度と，自分の考えを粘り強く伝える

姿勢」とした．

結果は，「自分を振り返ろうシート」では，全員が，相手の考えや，自分が気付いたことが述べられていた．印象的な授業であったといえる．子どもの様子からは成長した様子が見られた．

3学期：クラスの雰囲気とベースライン：全体がずいぶんと落ち着き，些細ないざこざが少なくなり，周囲への様子を配慮することがある，他者への関心，理解が持てるようになって来ている．男子はまだ幼い感じがあり，女子は大人っぽい印象がある．

授業目標は題材を「自分を見つめよう」としたディスカッションで「いのち・人生」をテーマとし，2時間とした．

結果は，態度としては，生徒が熱心に取り組んだこと，これまでの授業経過から次第に生徒の方からの積極的発言が増えたことであった．その内容は「いのち」に真摯に向き合う生徒が多かった．その後，1クラスでは3名の生徒から，この類のTVドラマや書物のあることを，担任に報告したり，取り上げることを勧めてきたことである．また，「自分を振り返ろうシート」の自問自答の形であるが，生徒が内面を吐露する機会が増えてきたことが変化であった．

2年目：第2学年での取り組み

ベースライン：1年間の取り組みにより，必要なコミュニケーションはとれるようになった．しかし，その方法や態度は拙劣であったので，コミュニケーションスキル・トレーニングを実施した．その具体的トレーニング内容は以下の4点である．

1．ライフスキル（キャッチボールを通して）：①相手が受けやすいボールを投げる，②ボール投げの相手の数を増やしつつ，キャッチボールを続ける．この方法から，通常の人と人とのコミュニケーションにおいても同じことが言えることを学ぶ（例：受け取り易いボールを投げないと，受け取れない）．2．ロールプレイ（給食）：配膳時の役割で，仕事が面倒な生徒と楽な生徒の会話から相手を理解する．3．相手の理解（うつで休んでいるE君の本人と保護者のクラスへの手紙から，困難を抱えた人への理解や共感を深めた．4．この学年の役割である文化祭や生徒会立会演説会への，準備や実行への取組から役割分担を学ばせた．

結果：学習課題に取り組む姿勢は充分であったこと，他者とのコミュニケーションを実際に取る方法が，学習で学んだことを取り入れていたこと，相手の立場について考えることをするようになったことが，その取り組み態度からうかがわれた．

3年目：第3学年での取り組み

課題は，1．これまで築いた関係の維持継続のための，毎日「帰りの会」での1分間スピーチ，2．外国籍生徒の転入に伴い，異文化と共存してゆく方法をK-J法で取り組ませた．3．最上級生としての役割の発揮（団体競技は縦型チーム対抗の形態を取るが，その責任学年者としての役割の発揮など），4．卒業・進学に向けて，同じ課題を持つ仲間としての支え合い（私の紹介カードを利用），5．個々人の進路への取組を課題とした．

結果：1．は取り組み出して5カ月で，皆の前ではっきりと将来の進路を語る生徒が増えた．2から5については，個々の生徒による課題の差はあるが，生徒個人の持つ能力を発揮できていた．

4．QUアンケート[4,5]の実施

QUアンケートは，学校生活における個々の生徒における意欲や満足度（学校生活意欲尺度）と，学級集団の状態（学級満足度尺度）を把握するための尺度で，生徒が質問紙のアンケートに答え測定する．学校生活意欲尺度には，友達関係，学習意欲，教師との関係，学級との関係の項目があり，学級満足度尺度には，承認（友達や教師から認められているか）と被侵害（不適応感やいじめ・嫌がらせを受けているか）に関する項目がある．

このQUアンケートを，初回は1年生の9月19日に実施した．その後，1年に2回経過を知るために実施し，計5回実施した．

結果のうち「学校満足度」の結果を，図1〜5に示した．男児生徒については，1年生の不満足群（第3象限）が多く，満足群（第1象限）が少なかったが，2年生の5月では承認，被侵害群とも有意な改善を示していた（図1，2）．女子生徒

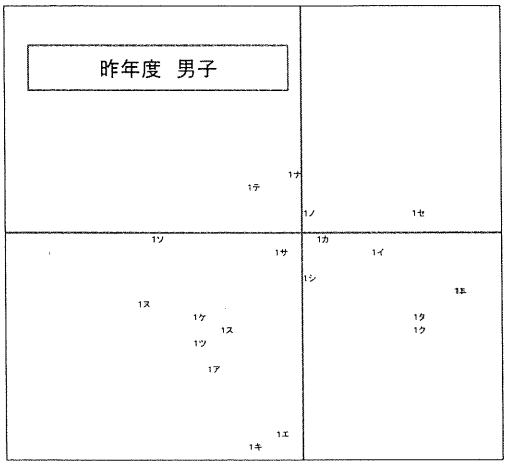


図1　1年生9月時点でのQU結果（男子のみ）
縦軸は承認得点，横軸は被侵害得点を示す．

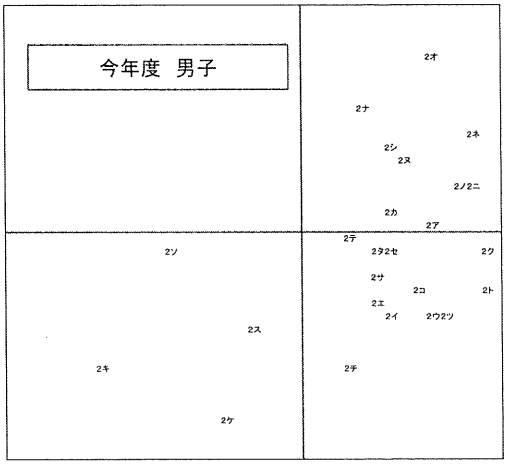


図2　2年生5月時点でのQU結果（男子のみ）
縦軸は承認得点，横軸は被侵害得点を示す．

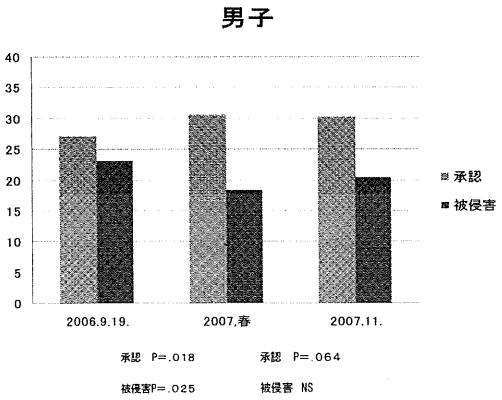


図3　クラス内での承認得点，被侵害得点の変化
（男子のみ）

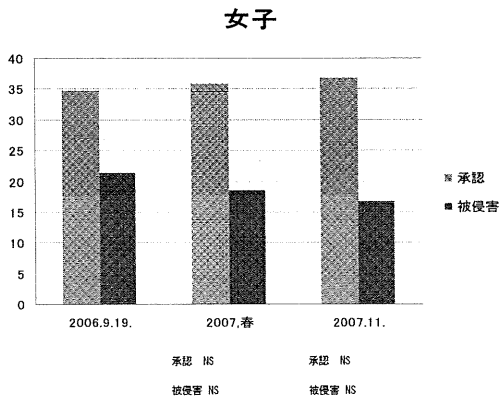


図4　クラス内での承認得点，被侵害得点の変化
（女子のみ）

については，全国平均との著しい差がなかった．男子生徒と女子生徒の比較では，女子生徒は男子生徒に比べ，全体的に学校満足群が高かった（図3，4）．男女の合計では，承認，被侵害とも有意に改善したといえる（図5）．

5．生徒間の力動性について

3年間における学校生活では，生徒同士での交流は可能であり自然に振舞っている様子が窺えた．しかし，地域生活では，元のグループの仲間関係は変わるに至らなかった．個人的な精神状態の変化の理由の把握については，QUと同時期にCoopersmithの自尊感情50項目[2]を実施し，クラス力動とは別の視点から，内面をとらえ，事例検討会をその都度実施し，理解の補助とした．

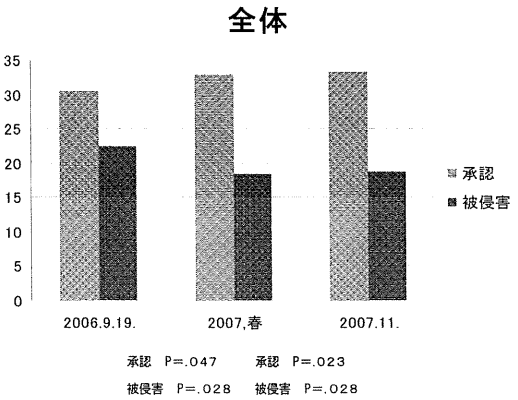


図5 クラス内での承認得点，被侵害得点の変化（男子と女子）

4. 考　　察

その1 精神科医の役割について

生徒のメンタルヘルスに関して，このような状態の学校から相談を受けた場合，この対応を進めるには，メンタルヘルスの視点から児童・生徒を見る，クラス・学校を見るという能力が必要である．この能力には，一般精神医学と児童精神医学の能力に加え，グループダイナミクスの理解や，学校現場を知る必要がある．一般精神医学と児童精神医学に関しては，診断基準に合致する疾患理解よりも，診断閾値以下の精神状態，つまりメンタルなヘルス段階としての程度を診る視点がいる．かつ，この視点は重要といえる．

現実には，児童精神科医の数が乏しく，この取り組みに習熟するための養成にも取り組む必要がある．こうみると，課題，難問が山積みのようであるが，子ども達がトラウマを抱えることなく，通常の年代の精神的課題に取り組ませるには，こつこつとやり続けるしかない．

その2 学校との連携について

実際に取り組むには，連携上のいくつかの問題がある．1．教育の壁，2．先生が子どもに対してメンタルヘルス視点に立てること，3．精神科医の説明を受け入れられること（解釈の違いは別として），4．先生が生徒に対して色々な指導方法を有していること，5．学校・先生に実行力が必要なこと，6．予算獲得上の問題などがある．

教育の壁とは，教育には長年の教育行政の実績と経験の積み重ねがあり，考えがある．それに異文化といえる精神科医のスーパーバイズを受けるという発想自体に，当然ながら抵抗感がある．先生が子どもに対してメンタルヘルス視点に立てるには，訓育的な教育者然とした態度では子どもの方が受け入れられないし，子どもの内面理解という視点は持ちようがない．精神科医の説明はメンタルヘルスに立った視点からの発言となる．個人と集団という相容れない関係性を，クラスダイナミクスの視点で理解するには，医師と教師達が膝をつき合わせて，理解し合う姿勢がまずいる．先生の指導方法も影響する．クラスで取り組む意味や方向性がわかっても，その技術がないと何もできない．実際に学校生活の中で実行するので，授業時間の工夫，授業以外の時間の工夫をし，取組のプログラムを実行する段取りが必要となる．さらに，検査を市販のものを使えば，お金がかかり，保護者の協力を必要とする．医師への謝礼も確保がいる．難問山積ではあるが，わが国の将来を支える子ども達に，いい環境で学習させるには，実行するほかない．

謝　　辞

入学から卒業までの3年間にわたる取り組みであった．成果は，なにより3年間の担任2人（佐藤敏史先生，伊藤祐美子先生）の努力の賜物である．また2人を支える形で学校あげて協力いただいた．三重県教育委員会，三重県医師会の関係の先生方にも支えていただいた．深く謝意を申し上げます．

文　　献

1) Brent, D., Weersing, V.R.: Depressive disorders in childhood and adolescents. Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed (ed. by Rutter, M., et al.). Blackwell Science Ltd., Oxford, p. 587-612, 2008

2) Coopersmith, S.: Self-esteem and need achievement as determination of selective recall and

reception. Journal of Abnormal and Social Psychology, 60 ; 310-317, 1960〔セルフエスティームの心理学，自己価値の探究（遠藤辰雄，井上祥治，蘭　千壽編）．ナカニシヤ出版，京都，p. 269-270, 2001〕

3) Hill, P. : Local specialist child and adolescent mental health services. Child and Adolescent Psychiatry, 4th ed (ed. by Rutter, M., Taylor, E.). Blackwell Science Ltd., Oxford, p. 1067-1076, 2002

4) 河村茂雄：hyper-QU よりよい学校生活と友達作りのためのアンケート QU 楽しい学校生活を送るためのアンケート．図書文化社，東京，2006

5) 河村茂雄，藤村一夫，粕谷貴志ほか，NPO 日本教育カウンセラー協会：Q-U による学級経営スパーバイズ・ガイド　小学校編．図書文化社，東京，2004

6) 河村茂雄，品田笑子，小野寺正巳：学級ソーシャルスキル．図書文化社，東京，2008

7) Monck, E., Graham, P., Richman, N., et al. : Adolescent girls. 1.Self-reported mood disturbance in a community population. British Journal of Psychiatry, 165 ; 760-769, 1994

8) Pine, D.S., Klein, R.G. : Anxiety disorders. Child and Adolescent Psychiatry, 5th ed (ed. by Rutter, M., et al.). Blackwell Science Ltd., Oxford, p. 628-647, 2008

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

企業の産業医および精神科嘱託医としての役割

窪田　彰（錦糸町クボタクリニック）

精神科医が産業医として，もしくは精神科嘱託医として企業に関わることが増えてきている．企業でのニーズにメンタルヘルスの問題が増加しているためである．時に生じる企業側との問題は，個々の職員の精神科治療を期待されることであり，産業医の役割に混乱を来すことがある．本論では，産業医と主治医とは別々の医師が担当する必要があると事例を通じて論じた．さらに，精神科医が企業に出務することが，アンティスティグマの窓口の役割を果たすと考えている．

＜索引用語：産業医，精神科嘱託医，メンタルヘルス，障害者雇用，復職＞

Roles of Occupational Physicians and Contract Psychiatrists in Companies

In recent years, with the increase in needs related to mental health issues, psychiatrists have become involved with corporations as occupational physicians and contract psychiatrists. The views of the corporations and psychiatrists occasionally differ. Thus, psychiatric treatments for individual employees are sometimes expected, and this confuses the role of occupational physicians. The present case discusses the concept that different persons should act as contract psychiatrist and psychiatrist-in-charge. Furthermore, psychiatrists can play a role in reducing stigma associated with mental health issues by working in corporations.

1. はじめに

21世紀に入って以降，精神科・心療内科を受診する患者が急増している．そして，精神科診療所を受診するうつ病の患者が増えていると語られることが多くなったが，産業医の分野でもメンタルヘルスに関する相談が増えている．筆者は，初めて嘱託産業医を引き受けた時に，普通の精神科医の自分に産業医が務まるのだろうかと心配したが，しばらくやってみて，これは精神科医が適任だと思ったものである．それほどに筆者が産業医を務めるIT企業には，メンタルヘルスの問題の相談が多く，過半数がそうであった．そのためか，産業医に加えて精神科医を嘱託医として雇用する企業が増えている．

このように，我々精神科医が産業医として，もしくは精神科嘱託医として企業から要請されることが近年増えているのである．ここで言う産業医とは，日本医師会の認定産業医制度に準じた研修を受けた者で，企業に配置が義務づけられているものを指す．また，嘱託産業医とは，職員が1000人未満の企業に義務づけられた，少なくとも月1回の職場巡視を行う非常勤の産業医である．さらに，精神科嘱託医とは，企業の産業医が一般科の医師のために精神科疾患に精通していない場合に，制度とは別に精神科専門の医師を企業が求める場合である．精神科嘱託医は，嘱託産業医とは違い毎月出務する義務はなく社員全般の健康管理の必要もなく，求めに応じて相談を受けている．

今日は，産業分野の専門家ではない普通の精神科医である筆者の体験から，企業での精神科医の

役割について検討し，精神科医の社会への関わりを考えたい．

2．嘱託産業医として勤務して

筆者は，東京の下町で精神科診療所を開業しているが，約7年前から嘱託産業医としてIT企業や清掃会社および特別支援学校などに出務しており，またいくつかの企業の精神科嘱託医を引き受けている．しかし，筆者はあまり熱心な産業医ではなく，医師の仲間から産業医になることを勧められて，しぶしぶ研修を受けて産業医になったため，当初は産業医のイメージがよくつかめずにいた．それでも数年の内にお鉢が回って来て，嘱託産業医を引き受けることになった．IT企業のA社からは地元医師会を通して依頼があり，従業員700人程の企業規模であるため月1回会社を訪問し，職員との面接・相談に応じ，安全衛生委員会に参加し，健診結果のチェックや職場巡視などの産業医活動を実施している．こうして企業に雇用される精神科医として出務してみて，診療所で主治医として患者の診療に当たる時とは異なった立場で関わっていることに気づいた．産業医の役割は，企業内で発生した精神科疾患の個々の治療に当たるのが主たる仕事ではなく，職場環境の調整などにより健康障害の予防をし，残業が100時間を超える過重労働の職員との面接を行い，また病気のために休職した者の復職への職場調整および診断などを行い，健康な職場づくりを目指すことになるのである．

実際には，IT企業のA社への月一回の訪問時に行う面接の多くは，残業100時間超えの職員の面接と，不眠症もしくは抑うつ症状で受診に迷っている職員の相談が多い．約700人の企業規模からすれば，もう少し相談があっても良いかと思ったが，予想したよりも少なく，特に，長期休職者の復職判断の面接はほとんどないのであった．一方で，筆者が嘱託医として関わっている歴史のある企業のB社では，職員の平均年齢が高く職員への待遇が良いためか，病気で退職する者は少なく，相談のほとんどは復職がらみの問題であった．企業によって違いがあり，先のA社には休職者が少ないのは，ITの新興企業であり職員の平均年齢が20代後半ということも影響していると考えられた．加えて，非正規雇用の職員が多く，うつ病等が発症しても，産業医に相談が来る間もなく退職していることが予測された．このような非正規職員には，どのように関わったらよいか悩ましいところである．また，職員が若いこともあり身体疾患も極端に少ないのである．

さらに，A社では，最近障害者雇用が課題になり，人事担当者からその相談をうけた．筆者が産業医に出て行った目的の一つが，障害者雇用の糸口を探ろうということでもあったので，これは幸いであった．おかげで，筆者が診ている患者の一人に，障害者就労が実現することになった．いずれにせよ，この企業に産業医として勤務して，精神科医であったことが良かったと感じることができた事例である．

3．産業医と主治医の役割の違い

嘱託産業医の業務をしばらく勤めてみて，企業側の担当者の多くは産業医の役割を誤解している面があると思えた．つまり，企業の職員が精神疾患に陥った時には，産業医が診察・治療をしてくれるものと決めてかかっている担当職員が多かったのであった．そこで最近は，産業医の役割は個々の職員の治療ではないことを，企業の人事担当者に説明して理解していただく必要を感じている．主治医は患者の味方として立ち現われる必要があるが，産業医は企業に雇用されており，患者の立場よりもより中立的な判断が求められているのである．つまり，一人の精神科医が主治医と産業医を兼ねてしまうと，患者が休職に陥った時などに，どちらの立場に立てばよいかと葛藤を来すことが予測されるのである．

特に，精神疾患に罹った職員の復職時の判断には，主治医と産業医とでは判断の基準が違ってくることが多いものである．筆者自身も自分が主治医として関わっている患者から，気持ちも安定してきたので来月から復職したいと求められれば，

よほど病状が悪くなければ復職可能との診断書を書くことが多い．

一方で，産業医としては，その患者が職場復帰するとすれば，職場の人間関係は大丈夫だろうか，業務内容の負担が大きすぎないだろうか，例えば，統合失調症で感情鈍麻が強い患者の場合には，店頭での販売員に戻ることは可能か企業側の事情も聞くことになる．そこで，主治医から復職可能の診断書が出ると面接を行い，復職への回復度が不十分と判断されれば，数カ月間の休養期間もしくは1カ月間の復職プログラムの実施が望ましいとの判断を示す時もある．筆者が主治医の立場に戻った時には，患者の復職への判断は甘くなりがちであると先に述べたが，それは復職が早すぎる場合には産業医がストップをかけてくれるだろうし，そうした安全弁として産業医がいてくれると期待しているからである．これは，産業医が精神疾患についてある程度の理解があり企業内の事情がわかっていて，職場への適応の可能性が判断できると期待しているからである．しかし，産業医が精神疾患に対する経験が乏しい場合には，そのチェックシステムが機能しないか，逆に過剰に企業防衛的になりかねず，患者との間に葛藤を来す可能性がある．

4．事　　例

Sさん：初診時33歳の女性．既婚だが子供はいない．

ここで示すのは，精神科嘱託医であるのにもかかわらず，主治医を引き受けてしまい筆者が経過の中で役割の混乱を感じた事例である．

筆者が精神科嘱託医として勤務しているC企業では，しばしばメンタルヘルス面での対応が必要となり，知人を通じて筆者に精神科嘱託医を引き受けるよう依頼があり，この企業に関わることになった．産業医ではないので職場巡視の義務はなく，3カ月に1回の頻度で職場訪問をして，精神科的問題に関する相談を受けて現在に至っている．

この企業への職場訪問の時に担当者から，仕事を休みがちで通院も中断しているSさんに面接して欲しいと依頼された．それまで通院していた精神科診療所では，うつ病との診断でSSRIが処方されていた．面接をしてみるとSさんには，注察念慮・被害関係妄想および幻聴の存在を認めた．まずは前医への通院を続けるよう説得したが，本人はその診療所への通院を渋っていたため，やむを得ず当面の処方調整を目的として，筆者のクリニックに通院をしていただくこととした．当院への通院を開始し，抗精神病薬を処方したことで被害関係妄想・幻聴はある程度軽減したが，以前上司に叱責されたことがあり上司に対する拒否的感情が強く，仕事も休みがちになり間もなく休職となった．抑うつ気分に加えて，注察念慮も続いていた．3カ月間の休職後に復職したものの，月間に5日から7日程も休んでしまい，加えて遅刻が頻回にあったため，人事課からは定期的通勤ができるようになってから復職して欲しいと求められ，本人も了解して再度休職となった．そこで，しばらく休養を取って比較的安定したところで，「障害者職業センター」のリワーク訓練事業に通所を始めた．約6カ月間の通所訓練を経て，試し通勤も実施した上で再度復職になったが，注察念慮および軽度の抑うつ気分は残っており突然の休みや遅刻が懸念された．筆者は，産業医であると共に主治医であったので，2週間に1回の外来診療で病状は良く把握していたが，職場訪問の時には嘱託医として，どの様な立場を取って良いのか当惑することがしばしばあった．また，日常の診察の中で知り得た情報を不用意に職場に伝えて混乱が起きないか気をつけざるを得なかった．幸い，問題はなく過ぎたが，産業医の立場から復職保留の判断をせざるを得ないような事態があった時には困っただろうと思った．

この事例は，2度目の復職の時期に問題の上司が異動でいなくなり，新しい係長は幸いなことにSさんの知人で親近感の持てる女性に変わっていた．こうして上司との関係が安心できたことが病状の改善につながったようであった．おかげで，以後遅刻もせずに通勤ができており，突然の休み

もほとんどなくなっていた．復職の１年後には，患者の自宅近くの精神科診療所に紹介することができて，当方は主治医の役割を終えることができた．

5．まとめ

精神科医にとっての，企業での嘱託産業医もしくは精神科嘱託医という役割を振り返ってみる．

第１には，一人の患者に対しては，主治医と産業医とは，別の医師が担当した方が立場上の混乱が少ないものである．それがわかっているにもかかわらず，嘱託産業医の立場の筆者がＳさんの主治医を引き受けてしまったのである．その理由は，企業の担当者から依頼されたというよりも，その時に，緊急にサポートの必要があると考えたのであった．しかも，前医に差し戻しても，統合失調症として見立ててもらえない心配があったため，当面筆者が主治医を引き受け，病状が安定したところで近医に紹介しようと考えたのであった．このように，面接の場面でかろうじて治療関係に繋がるきっかけが見出せた時には，その関係を生かさざるを得ないと感じて，自身が主治医を引き受けざるを得なくなってしまうことがしばしばある．他人に任せられない筆者の悪いくせかもしれない．とにかく，できるだけ速やかに主治医を変更するのが原則である．

第２には，産業医の現場は，これまでの保健所や福祉事務所などの，医療・保健・福祉関連の機関とは違い，専門分野の常識が通用しない，まさに市場原理の働く社会の真っただ中である．それだけに，精神科医が産業医になることは，狭い精神科の専門分野から抜け出して社会との接点を探らざるを得ない仕事になり，精神科医自身の視野を広げてくれる．企業側は，制度に義務づけられて産業医を雇用している面もあるが，企業の中での精神疾患の急増という時代の変化への対応を求めているのである．精神科医の産業医や精神科嘱託医が企業内にいることで，社会に精神疾患への理解を深める機会が得られ，アンティスティグマの窓口の役割にもなりうると考えられる．

第３には，一般的に主治医の側からも，職場の様子や産業医の姿はよく見えない．特に個々の産業医が，精神疾患をどの程度理解しているかも主治医には不明である．それでも，産業医の見識に任せるしかないのが現実である．つまり主治医には，産業医への期待と不安が同時に存在しているのである．また，主治医が休職の診断書に，自律神経失調症や適応障害などとあいまいな診断名を書くことが多いのも，主治医が職場の上司や人事担当者や産業医に差別や偏見があるかもしれないと不安があるからである．主治医と産業医との間の不安がとれて信頼関係が生まれるには，もう少し時間が必要なのではないだろうか．

今後，精神科医に産業医もしくは嘱託医としての出務を求められる機会は一層多くなると予測される．それは，精神科医の必要性が社会に認められてきていることであり，我々は与えられた社会的責任に応えていく必要があるのではないだろうか．

第106回日本精神神経学会総会

シンポジウム

PIPC（Psychiatry in Primary Care）：プライマリケア医と精神科医がともに創造する連携のかたち

宮崎　仁（PIPC研究会・宮崎医院）

プライマリケア（PC）における適切なうつ病診療や自殺予防対策を推進するには，地域の最前線に立つゲートキーパーであるPC医と，メンタルヘルスに関する豊富な知識や経験を持つ精神科医とが連携して診療を行う必要がある．しかし，実際にPC医が精神科医に対してコンサルテーションを行う場面では，1）PC医が持つ精神科診療に対する怖れ，2）患者とPC医の双方が抱く精神科に対するスティグマ，3）紹介先の選択や依頼のタイミングに関する見極めが困難，4）精神科外来の受診予約が取りにくい状況，などの様々な障壁が存在する．このような障壁の存在は，PC医が地域のなかで精神科診療にかかわることを忌避する，あるいは消極的になることの主要な原因となる．精神科医がPC医を指南するという旧来の連携システムでは，現場の様々な障壁を乗り越えることは困難であり，両者の専門性や強み，臨床経験を活かしながら，実践家としての知恵を出し合う，新しい連携のかたちを創造していくことが必要な時代が来ている．PIPC（Psychiatry in Primary Care）は，PC医が精神科診療に対する怖れを手放して，自らの専門領域のなかで適切な精神科的対応ができるスキルを身に着けるために，米国で開発された教育プログラムである．日本でも2007年からこのプログラムを活用した教育セミナーが，PC医自身の手により企画運営されて，全国各地で成果を上げている．日本版PIPCセミナーやPIPCメーリングリストでは，気鋭の精神科医たちがスーパーバイザーとして参加して，地域のなかで実践する精神科診療や自殺予防対策などについて，PC医と精神科医が同じ目線の高さで「ともに考える」という，これまでにない独特なスタイルができ上がった．本稿では，地域連携をめぐるパラダイムシフトに呼応するムーブメントのひとつである，PIPC研究会の活動を紹介する．

＜索引用語：プライマリケア，精神医療，病診連携，生涯教育＞

PIPC (Psychiatry in Primary Care) : New Cooperation between Primary Care Physicians and Community Psychiatrists

To facilitate care for depression and prevent suicide in community primary care (PC) practice, cooperation between the PC physicians serving as community gatekeepers and psychiatrists having mental-health expertise and experience is indispensable, but this cooperation may face hurdles, such as: (1) PC physicians not knowing how psychiatrists conduct treatment, (2) PC physicians and patients feeling some stigma related to seeing psychiatrists, (3) difficulties faced by PC physicians in selecting psychiatrists and timing referrals, and (4) psychiatrists being so busy that patients must wait long periods before obtaining a consultation. Due to these challenges, PC physicians may avoid or be reluctant to become involved in community mental health problems. Psychiatrists traditionally advise PC physicians, but this cannot appropriately solve mental health problems in the community. A new type of cooperation must thus be established, whereby both PC physicians and psychiatrists can make use of their expertise and experiments. PIPC (Psychiatry in PC) is an educational program developed in the United States

to help PC physicians acquire skills for handling mental health problems in daily practice. In Japan, PC physicians themselves have planned and run educational seminars based on this program since 2007, and many physicians have taken part in and obtained much information from such sessions. In PIPC seminars and on PIPC mailing lists in Japan, younger psychiatrists participate as supervisors and work with PC physicians on handling mental health problems and preventing suicide. This is a new, unique attempt and cooperation style between PC physicians and psychiatrists. In this article, we introduce PIPC study group activities and trends in the paradigm shift in liaison between PC and psychiatry in the community.

＜**Key words**: primary health care, psychiatry, mental disorders, cooperative behavior＞

1. はじめに

「健康問題を持つ人と家族と地域」の専門家であるプライマリケア医（PC医）は，うつ病の早期発見や自殺予防の活動を実践する場面において，連携して診療にあたる精神科医に引けを取らない重要な役割を担っている[8]．しかし残念なことに，日常診療においてPC医はその役割を十分に果たしていないことも多い．その理由には，PC医自身の問題と，PC医を取り巻く状況や社会的な枠組みに起因する問題がある．

そこで本稿では，PC医が精神科的対応に取り組むことを躊躇する理由や，PC医と精神科医との連携が円滑に進まない要因を探るとともに，それらの障壁を乗りこえるために，PC医と精神科医の双方が解決すべき課題について検討する．さらに，現状を打破するための手段として有用と考えられる，PIPC（Psychiatry in Primary Care）と名づけられたPC医のための精神科教育プログラムを紹介し，PIPCの普及啓蒙活動のなかから生まれた，PC医と精神科医とが「ともに考える」新しい連携スタイルについて報告する．

2. 精神科医との連携を阻む障壁とは？

PC医の診察室に精神科的対応を必要とする患者が現れてから，精神科医へのコンサルテーションに至るまでの道のりを考えてみると，PC医は図1に示すような，いくつかの高い障壁を乗り越えなければならない[5,6]．

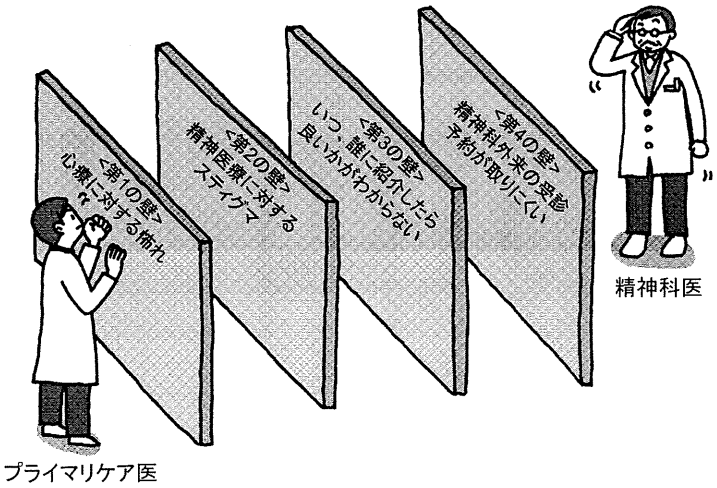


図1 プライマリケア医が心療を実践する際に直面する障壁
（文献6より一部改変して引用）

表1　プライマリケア医が避けて通りたい問題

1. 希死念慮・自殺企図
2. 自傷行為
3. 躁転・躁状態
4. パーソナリティ障害への対応
5. 抗精神病薬の副作用

第一の壁は，PC医自身が内に秘めている心を診ること（以下，「心療」と略す）への怖れである．「精神科を深く学んだことがない自分が，この患者を診ても大丈夫なのか？」「患者が自殺を完遂して，家族から訴えられたらどうしよう」といった不安や困惑から，精神科的対応が必要な患者の診察を忌避するような態度を取るならば，患者から適切な治療を受ける機会を奪うことになりかねないし，地域におけるゲートキーパーとしての役割を放棄することにもなる．

第二の壁は，患者や患者の家族に対して精神科的な問題を有することを説明したり，精神科受診をすすめたりしたときに，患者側から示される強い抵抗や拒絶である．PC医の立場から，患者が抱く精神科や精神医療に対するスティグマを取り除くような働きかけが必要となる．また，PC医自身が同様のスティグマを持っていることもある．

第三の壁は，やっとのことで患者側から精神科受診の同意が得られたものの，いつ誰にコンサルテーションしたら良いのかが，PC医にはわからないことである．近くに気安く診てくれる精神科医の友人がいる幸福な医師を除けば，精神科クリニック，精神科専門病院，総合病院の精神科外来，大学病院などの多彩な紹介先のなかから，どこの誰を選び，どんなタイミングで紹介するのが適切であるかについて，PC医はいつも思い悩んでいる．

最後の壁は，ついに紹介先が決まっても，そこの外来診療予約がいっぱいのために，場合によっては数ヶ月先まで待たないと，精神科医の診察が受けられない，「初診までの待機時間が長い」という問題である．いまや精神科の外来は，どこも患者があふれているので，紹介先を変えてみたところで待機時間はあまり変わらない．ここで，患者が精神科医の診察室へたどり着くまでは，PC医が「自分で診るしかない」という事態となり，また第一の壁へと戻ってしまうというジレンマに陥るのが，プライマリケアにおける精神科的対応をめぐる「現実」なのである．

3．PC医が持つ心療への怖れ

PC医が心療の実践を怖れる理由はいくつかある．混雑した診療所の外来診療というセッティングでは，「患者の長い話を傾聴する時間的余裕がない」「心療にかかわる患者の話を聞くのは，正直なところ疲れる」という極めて現実的な理由によって，精神科的対応が必要な患者に関わることを忌み嫌う医師はまれではない．

また，「この患者に何か危険は潜んでいないか？　危険を見逃して失敗を犯したらどうしよう」という心配も大きい．表1にPC医が精神科的対応を実践する際に，できれば回避したいと考えているリスクの高い問題をいくつか示した．

4．精神医療に対するスティグマ

身体的愁訴の解決を求めてPC医を受診した患者の大部分は，自分が精神疾患に罹っているとも，病気に心理的要因が関係しているとも思っていない．そのような患者に対して，いきなり精神科医への受診を勧めても同意が得られるはずがない．それどころか，患者は「かかりつけ医から見放された」「頭がおかしいと思われている」と感じて，PC医に対して怒りや不満の感情を抱くようになり，医師-患者関係が急激に悪化することすらあり得る．

心理的な問題が自分の病気に関与していることを患者が認めた場合でも，精神疾患や精神医療に対するスティグマのために，精神科受診に対する強い抵抗や頑な拒否に遭うことが多い．「精神科に通院していることが隣近所に知られてしまうと家の汚名になる」という類の旧弊が残る農村部で開業する医師にとって，この問題はとりわけ困難

表2　紹介閾値に影響する要素

1. プライマリケア医と患者の信頼関係
2. 精神科医・精神医療へのアクセシビリティー
   a. 地理的・時間的な近接性
   b. 患者の心理的抵抗の強さ
   c. 依頼先の精神科医の人柄や力量
3. プライマリケア医の心療対応能力
4. プライマリケア医の患者抱え込みへの執着度

な障壁となる．

さらに，PC医自身のなかにも，精神医療や精神科医に対する偏見や否定的な感情が（自覚のあるなしにかかわらず）内在していることもあり，事情をより複雑なものにしている．

5．紹介閾値とアクセシビリティー

粘り強い説得の結果，患者と家族から精神科受診の同意が得られた後に待ち受けているのは，「どんなタイミングで，どんな精神科医へ」依頼や紹介を行うのがベストであるかが，PC医にはよくわからないという問題である．

PC医が精神科医へ紹介すべき患者を選択する際の閾値（紹介閾値 referral threshold）は，表2に示したような様々な因子の影響を受ける[7]．そのために，紹介閾値はPC医，患者，地域などが持つ個々の事情によって大きく異なることになる．心療への怖れや抵抗が強い医師なら，精神科的対応が必要な患者には一切手出しせず，全例を専門医へ紹介するという方針をとるので，紹介閾値は極端に下がる．一方，ある程度の精神科的対応能力を持つ医師であれば，軽症のうつ病やパニック障害は自院で治療するが，統合失調症やパーソナリティ障害が疑われる患者は専門医に紹介するというように，独自の紹介閾値を設定している場合が多いと思われる．

また，PC医の対応レベルだけでなく，精神医療へのアクセシビリティー（accessibility）の良し悪しも，紹介閾値に大きな影響を及ぼす．精神科医のいる施設まで長時間の移動が必要な過疎地では閾値は上がり，精神科クリニックが乱立する都市部では閾値は下がる．アクセスに要する地理的・時間的な距離感以外にも，先に述べた精神科に対するスティグマに起因する心理的な距離感も閾値を変える因子となる．医師と患者のどちらか（あるいは双方とも）が精神科へのスティグマを持っている場合は，当然のことながら閾値は上がる．依頼を受けてくれる精神科医の人柄や力量についても，閾値やアクセシビリティーを変える重要な要素であることは言うまでもない．

さらに，患者の急増と現場のマンパワーの不足に起因する，精神科の診療予約の取りにくさや，予約日までの待機時間の長さは，精神医療へのアクセシビリティーの悪化をもたらし，ひいては紹介閾値を上げざるを得ない要因となる．

6．PC医のための精神医学

これまで論じてきたような様々な障壁の存在は，PC医が地域のなかで精神科診療にかかわることを忌避する，あるいは消極的になることの主要な原因となる．このような障壁を乗り越えるための最初のステップとして，PC医が日常診療のなかで実践可能な精神科的対応能力を身に着ける必要がある．しかし，PC医側からの「学びたい」というニーズが高いにもかかわらず，そのようなスキルを効率よく学習できる機会や生涯教育のためのシステムが，わが国ではほとんど整備されていないことは大きな問題である．一般の内科医やPC医には，精神科医とは異なるレベルのニーズとトレーニングが必要であり，PC医が精神疾患の臨床を学ぶ際に必要なのは，それに適した環境や学習過程に合った知識体系である．

PIPC（Psychiatry In Primary Care）と名づけられた教育訓練体系は，精神科を専門としない医師が，内科やPCという自らの専門領域のなかで，適切な精神科的対応ができるようになるために，米国で考案されたプログラムである[10]．日本でもこのプログラムを活用した教育セミナー（PIPCセミナー）が，PC医自身の手により企画運営されており，全国各地で成果を上げつつある[2,3]．

表3 MAPSOシステム

Mood disorders（気分障害） うつ状態，希死念慮，躁および軽躁エピソードをチェック
Anxiety disorders（不安障害） 不安の5タイプ（全般性不安障害，パニック障害，強迫性障害，外傷後ストレス障害，社交不安障害）の有無をチェック
Psychoses（精神病群）* 精神病症状をチェック
Substance-induced disorders（物質関連障害） アルコールや薬物に対する問題をチェック
Organic or Other disorders（器質性/その他の障害） 認知障害，パーソナリティ障害，成人注意欠陥障害など

*注："Psychoses"とは，MAPSOを考案したRobert K. Schneiderによる造語であり，精神病症状を来しうる疾患の集まりを意味する．

PIPCは，内科専門医と精神科専門医の両方の資格を持つRobert K. Schneider（Virginia州立大学精神科准教授）が考案したもので，米国内科学会（American College of Physicians, ACP）の公式な教育プログラムの一つとして採用されている．日本におけるPIPCの導入は，Schneiderの薫陶を受けた内科医の井出広幸（信愛クリニック・鎌倉市）によって，2007年より始まっている．日本版PIPCセミナーは，わが国におけるPC医の背景や診療状況に合わせて改良が重ねられており，PIPCを学び実践する医療人のコミュニティーであるPIPC研究会が中心となって，精力的な普及啓蒙活動が展開されている．

7. MAPSOシステム

PIPCの中核を成すのは，MAPSOシステムである．MAPSOとは，気分障害（Mood disorders），不安障害（Anxiety disorders），精神病群（Psychoses），物質関連障害（Substance-induced disorders），器質性疾患/その他の障害（Organic or Other disorders）という5大疾患群の頭文字をつなげたもの（表3）であり，PC医が出会う頻度の高い疾患のみに的を絞って，複雑な精神科の用語や概念を，非専門医でも覚えやすいように整理配列した診断ツールである[10]．

PC医にとってDSM-IV[1]に含まれる18の診断カテゴリーを記憶するのは難しいが，MAPSOの5つならすぐに覚えて使いこなすことができる．言い換えると，MAPSOとは膨大な精神医学の領域のなかから，PC医の日常臨床に必須である20％の疾患を絞りこみ，抽出したエッセンスのことであり，この20％の疾患を熟知すれば，PC医が遭遇する精神疾患の80％に対処可能であると考えるものである．

MAPSOシステムでは，定型化されたフォーマットを順に読み上げるだけで，効率よく問診が行えるように工夫されているだけでなく，問診が終わると同時に診断が下せるように，DSM-IVの診断基準に沿って構造化されている．フォーマットに沿って問診を行うことで，精神科診療に不慣れなPC医でも聞き落としなく，疲れずに問診が行えるように配慮されている．

8. MAPSOの実践とその効果

MAPSOシステムを使えば，疾患ごとに用意されている定型化された質問を行うことで，「仮説」を立てやすくなるだけでなく，鑑別診断という「検証」まで行えるようになる．身体科医が得意とする「仮説→検証型」の思考パターンを，精神疾患の診療にも導入できることは，MAPSO問診の大きな利点である．また，スクリーニングのための質問は，患者が理解しやすいように，専門用語を排した平易な日本語のシナリオ形式（MAPSO問診シナリオ[9]）になっており，多忙なPC医の外来でも実際に使ってもらえるように，初診20分，再診5分で診察が完了することが目標として設定されている．

PIPCセミナーで学んだPC医たちが，それぞれの診察室でMAPSO問診を実践したところ，ただシナリオに書かれた質問を順番に読み上げただけなのに，「今日はよく話を聞いてもらえた」「カウンセリングを受けられてよかった」などと患者から感謝されるようになった．さらに，思いがけない患者から，軽躁エピソードや，精神病症

状を聞き出すことができたという効果も続々と報告されている．

9．PIPCにおける精神科医の役割

日本におけるPIPCセミナーの最大の特徴は，現場の問題を熟知しているPC医自身がファシリテーターとなって，受講者であるPC医の学びを促進することにある．しかし，精神医学に関する体系的な教育やトレーニングを受けていないPC医だけの講習では，誤った精神医学的解釈のもとに，独善的なアセスメントや不適切なマネジメントを「教える/教わる」かもしれないという危惧がある．

そこで，PIPCセミナーでは，PC医の迷走や暴走を回避するための「安全装置」として，必ず気鋭の精神科医をスーパーバイザーとして招聘し，セミナーにおける教育や議論に加わってもらうことになっている．その議論を通じて，PC医と精神科医は，お互いの文脈（context）の違いに気づくことにもなり，双方の理解や共感はより深まる．

PIPC研究会のメーリングリスト（PIPC-ML）には，現在までに約600名のメンバーが登録されている．そこには，PC医だけでなく，多くの精神科医も参加しており，毎日活発な討論がインターネットを通じて配信されている．PIPC-MLでも，精神科医は心療に奮闘するPC医を鼓舞しつつ，専門医の見地からのコメントを発信することで，良きスーパーバイザーとしての役割を果たしている．

PIPC研究会では，PIPC創始者であるSchneiderらが，ACPから出版したテキストの翻訳プロジェクトを立ち上げ，2009年4月に「ACP内科医のための『こころの診かた』ここから始める！　あなたの心療」というタイトルの訳書[10]を上梓することができた．実際に翻訳を担当したのは，研究会のメンバーである内科医やPC医たちであったが，監訳者として精神科医がすべての原稿を校閲しており，両者の共同作業により翻訳プロジェクトを完遂することができたのは大きな収穫であった．

10．「死なないで」プロジェクト

PIPC研究会では，2008年9月より，PC医による自殺予防の推進・研究・教育を目的とした新しい行動プロジェクトを始動させた．それは，大切な患者が自殺に傾いてほしくないという強い気持ちをこめて，“PIPC「死なないで」プロジェクト”と名づけられ，自殺問題に関して「ずぶの素人」であるPC医と，斯界の精鋭である精神科医が，地域のなかで実践可能な自殺予防と危機管理について「ともに考える」という，これまでにない独特なスタイルで運営されている．

この活動の成果は，2010年1月に「プライマリ・ケア医よる自殺予防と危機管理：あなたの患者を守るために」と題する書籍[12]のかたちで公表している．その執筆プロセスにおいても，PC医と精神科医がメーリングリストという同じ土俵の上で議論を交わしながら，各自が担当するセクションの原稿を書き進めていった．さらに，自殺予防学会においては，「死なないで」プロジェクトのメンバーであるPC医と精神科医が共同で企画した「PC医のための自殺予防」研修会も予定されている．

11．「ともに考える」連携へ

旧来の病診連携システムでは，権威のある専門家である精神科医が，無知なPC医を指南するという構図をとっており，PC医は全くの「受け身」であった．しかし，このようなスタイルは最早行き詰まっており，これまで述べてきたような様々な障壁を乗り越えることは困難であることに，PC医も精神科医もすでに気づきはじめている．これからは，両者の専門性や強み，臨床経験を活かしながら，同じ目線の高さで，反省的実践家（reflective practitioner）としての知恵をお互いに出し合うような，新しい連携のスタイルを創造していくことが必要な時代となった[11]．

われわれはPIPCの普及啓蒙活動を通じて，PC医と精神科医が「ともに考える」連携につい

て模索し，確かな手応えや有意義な成果が得られつつある．PIPCにおける，PC医と精神科医の共同作業は，双方にとって非常に刺激的であり，メディカル・モデルからコミュニティー・モデルへのパラダイムシフトや，エビデンスとナラティブの共存という，これからの精神医療の萌芽を予感させるものとなっている．

患者の「人生の旅」を見守る同行者としてのPC医が持つパワーを存分に活かして[4]，信頼できる精神科医と，「ともに考え，ともに悩む」連携を創造することができれば，プライマリケアにおける円滑な精神科診療や活発な自殺予防活動が実現することになるであろう．

謝　辞

本稿の内容はPIPCセミナーおよびPIPC-MLにおける討論に拠るところが大きい．井出広幸先生（信愛クリニック・鎌倉市），内藤宏先生（藤田保健衛生大学精神医学教室），丸山文夫先生（藤田保健衛生大学緩和医療学），木村勝智先生（みよし市民病院第2内科・健診科）をはじめ，セミナーやメーリングリストにご参加のみなさま，御指導いただきましたスーパーバイザー精神科医の先生がたに，深く感謝いたします．

文　献

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994

2) 井出広幸，内藤　宏，紺谷　真：PIPCセミナー報告「プライマリケア医のための精神医学」．JIM, 17; 964-967, 2007

3) 井出広幸，福本正勝：産業医の精神科的アプローチ：PIPCの紹介．日本医事新報，4381; 43-45, 2008

4) 飯島克巳：開業医療の新パラダイム　人生の旅モデル．日本医事新報社，東京，2004

5) 宮崎　仁：かかりつけ医のための精神医学　心に橋を架ける病診連携のあり方．現代医学，56; 455-460, 2009

6) 宮崎　仁：プライマリ・ケア医が実践する心療の「光と影」　私たちだから「できること」とは？　プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理　あなたの患者を守るために（杉山直也，河西千秋ほか編）．南山堂，東京，p. 7-16, 2010

7) 宮崎　仁：素人が心療に関わっても大丈夫？　紹介閾値をめぐるジレンマ．プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理　あなたの患者を守るために（杉山直也，河西千秋ほか編）．南山堂，東京，p. 74-75, 2010

8) 内藤　宏：一般医・コメディカルとうつ病診療プライマリケア．気分障害（上島国利，樋口輝彦ほか編）．医学書院，東京，p. 593-601, 2008

9) PIPC研究会：MAPSO問診シナリオ．プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理　あなたの患者を守るために（杉山直也，河西千秋ほか編）．南山堂，東京，p. 214-219, 2010

10) Schneider, R.K., Levenson, J.: Psychiatry essentials for primary care. American College of Physicians, Philadelphia, 2008（井出広幸，内藤　宏監訳：ACP内科医のための「こころの診かた」ここから始める！　あなたの心療．丸善，東京，2009）

11) Schön, D.A.: The reflective practitioner: How professionals think in action. Basic Books, New York, 1983

12) 杉山直也，河西千秋ほか編：プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理　あなたの患者を守るために．南山堂，東京，2010