Psychiatria et Neurologia Japonica

精神神経学雑誌

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

2012　VOL. 114 Special Issue

第 107 回 日本精神神経学会学術総会（2011 年）特集号（電子版）

シンポジウム

精神科専門医の養成を考える：指導現場の取組と課題――若手指導医の視点から――……SS1
ひきこもりの国際比較――欧米と日本――……SS32
疾病構造の多様化とデイケアの専門性……SS61
Proposals for Cross-Cultural Clinical Studies……SS98
向精神薬の過量服薬，自殺企図を巡る諸課題……SS133
連携する精神医療の構築をめざして――総合病院精神科が結ぶネットワーク――……SS171
摂食障害患者の万引きをめぐって……SS208
ECT の有効な「方法」を問う……SS246
食生活への介入で精神疾患を予防できるか？……SS283
かえる・かわる――精神保健医療の発展のために――……SS316
今日の新たな病気と精神医学――disease-mongering を超えて――……SS335
ホームレス化する精神・知的障碍者をどう支えるのか――世界と日本の実情――……SS360
電気けいれん療法（ECT）におけるインフォームド・コンセント（I. C.）の再検討……SS379
多職種から心理職に期待するもの……SS403
成人アスペルガー症候群への対応と支援……SS415
精神医学における発達障害再考：児童期から成人期へのさまざまな発達軌跡……SS439
Case Discussion of Taijinkyoufu……SS475
多職種協働症例検討会――退院促進事例を通して……SS498
気分障害の復職支援における精神科医の役割
　――リワークプログラムの上手な利用のために……SS532
教育における精神保健ネットワークの構築を目指して……SS573

日本精神神経学会

精神神経学雑誌　目　次

2012 特別号電子版

シンポジウム　精神科専門医の養成を考える：指導現場の取組と課題
——若手指導医の視点から——……中川　敦夫，鹿島　晴雄…SS1
精神科専門医申請者からみたプログラムの課題（専門医調査報告）
……中野　和歌子，加藤　隆弘，館農　勝，内田　直樹，中村　純…SS3
大学病院の教育研修に関する取り組み……渡辺　範雄…SS9
精神科専門療法の教育研修に関する取り組み——認知行動療法——……藤澤　大介…SS14
臨床研究の教育研修に関する取り組み……松岡　豊，中川　敦夫，中林　哲夫…SS21
精神科専門医の養成：海外留学研究コースの実際（オーストラリアでの経験）
……高橋　努…SS27
ひきこもりの国際比較——欧米と日本——……古橋　忠晃…SS32
フランスの「ひきこもり」と医療制度について
……古橋　忠晃，Cristina Figueiredo，Nancy Pionnié-Dax，Maïa Fansten，
Natacha Vellut，Pierre-Henri Castel…SS34
日本のひきこもり，ヨーロッパのひきこもり
——イタリアとフランスの現状に触れて——……鈴木　國文…SS40
日本の「ひきこもり」支援の動向と課題をさぐる——「ひきこもり」当事者の
ナラティヴを参考に——……清水　克修，堀口　佐知子…SS47
アメリカから見た日本の「ひきこもり」……照山　絢子…SS54
疾病構造の多様化とデイケアの専門性……西村　良二，佐々木　裕光…SS61
デイケアを取り巻く医療情勢……石田　重信…SS63
多機能を生かしたデイケア医療の在り方
——現代社会のニーズに応える必要がある——……榎本　稔…SS74
精神科デイケアの効率的な機能分化……五十嵐　良雄…SS82
精神科デイケアの将来の方向性……窪田　彰…SS91
Proposals for Cross-Cultural Clinical Studies
……Wakako Umene-Nakano, Shigeto Yamawaki, Tsuyoshi Akiyama…SS98
Predictors of Stigmatization of Epilepsy among Secondary School Students in Nigeria
……Bolanle Ola, Cornelius Ani…SS100
Frequency of Depression among Mothers of Children with Epilepsy
…Shahid Nawaz, Muhammad Munir Iqbal, Sadaf Rashid, Haroon Rashid Chaudhry…SS104
Empathy Enhancement Training for Schizophrenia：A Preliminary Randomized
Controlled Trial……Adil Khoubila, Mohamed Agoub, Omar Battas…SS110
How Psychiatric Institutions Choose their Advertisement Categories and Names?
……Naoki Uchida, Wakako Umene-Nakano…SS119
Association between GAD67 Genotypes and Smoking in Schizophrenic Patients
……Chia-Chun Hung, Hsien-Jane Chiu, Tsung-Ming Hu, Tsuo-Hung Lan,
Chin-Hong Chan, El-Wui Loh…SS123
Raising Dementia Awareness in Nepal……Shailendra Raj Adhikari…SS130
向精神薬の過量服薬，自殺企図を巡る諸課題……酒井　明夫…SS133
救急外来における大量服薬の現状と対策……武内　克也…SS135
境界性パーソナリティ障害に対する薬物療法……八田　耕太郎…SS141
ベンゾジアゼピン系薬物の効果と副作用の分子基盤：
$GABA_A$受容体のサブタイプと薬理作用……吉見　陽，山田　清文…SS146

救命救急センターにおける過量服薬と危機介入……山田　朋樹，日野　耕介…SS154
そんなに薬が必要ですか？――職場でよくみる精神科多剤投与の実際――
……齊尾　武郎…SS163
連携する精神医療の構築をめざして――総合病院精神科が結ぶネットワーク――
……佐藤　茂樹…SS171
身体医療との連携……佐藤　茂樹…SS173
当院における精神科診療所との連携……石束　嘉和…SS180
身体合併症医療に特化した有床総合病院精神科を立ち上げて
――精神科病院との連携――……加藤　温…SS185
病院と地域の連携……野口　正行…SS193
行政から見た総合病院の有用性――横浜市の精神科救急システムの構築・
整備の経験から――……白川　教人…SS201
摂食障害患者の万引きをめぐって……高木　洲一郎…SS208
摂食障害患者の万引きをめぐって……高木　洲一郎…SS210
窃盗癖-嗜癖治療モデルによる対応……竹村　道夫…SS217
矯正施設内の摂食障害患者――特に shoplifting が問題だったケースについて――
……浅見　知邦…SS224
摂食障害患者の万引き――治療か刑罰か――……中谷　陽二…SS231
摂食障害者による窃盗事件の弁護……林　大悟…SS236
摂食障害と衝動制御――2つの視点から――……上原　徹…SS243
ECT の有効な「方法」を問う……上田　諭…SS246
ECT では「治療閾値」を超える適切な刺激設定が必要
――有効な「方法」の要点――……上田　諭…SS248
発作モニタリングの有用性……櫻井　高太郎…SS257
有効な ECT の臨床的工夫――サイン波からパルス波へ・そして再発予防――
……竹林　実…SS264
ECT における発作増強……澤山　恵波，高橋　恵，田中　克俊，澤山　透，
奥富　俊之，宮岡　等…SS271
作用機序から考える ECT の有効な方法――PET/SPECT による評価――
……高野　晴成…SS276
食生活への介入で精神疾患を予防できるか？……松岡　豊…SS283
統合失調症脆弱性基盤としての多価不飽和脂肪酸の役割……前川　素子，吉川　武男…SS285
精神疾患患者の死後脳における多価不飽和脂肪酸
……浜崎　景，浜崎　智仁，稲寺　秀邦…SS290
魚油による PTSD 予防への挑戦……松岡　豊，西　大輔…SS297
日本人の食生活パターンと抑うつ症状との関連……南里　明子，木村　安美，
松下　由実，太田　雅規，佐藤　匡央，三島　徳雄，佐々木　敏，溝上　哲也…SS302
水道水中のリチウムは自殺予防に働くか？……石井　啓義，寺尾　岳，荒木　康夫，
河野　健太郎，溝上　義則…SS312
かえる・かわる――精神保健医療の発展のために――……竹島　正…SS316
日本の精神障害の頻度，受療行動およびリテラシー――現状と将来の課題――
……立森　久照…SS318
地域の必要とする精神保健医療福祉――精神保健福祉センターの立場から――
……三井　敏子…SS323
我が国の精神医療・福祉のこれから――精神科病院の立場から今後の政策を考える――
……千葉　潜…SS330

今日の新たな病気と精神医学――disease-mongering を超えて――
……齊尾　武郎，栗原　千絵子…SS335
総合診療領域における disease mongering……南郷　栄秀…SS337
Disease-mongering と慢性疲労症候群……松井　徳造，松田　泰範，片岡　浩平，深田　亮介，切池　信夫，松永　寿人…SS348
Disease-mongering と線維筋痛症……宮岡　等…SS356
ホームレス化する精神・知的障碍者をどう支えるのか――世界と日本の実情――
……竹島　正…SS360
ホームレス問題から浮かぶ精神保健医療の問題点……竹島　正…SS362
ホームレス問題――山谷地域と途上国をつなぐ現場の視点から……本田　徹…SS365
ホームレス化する日本の障がい者　池袋の取り組みと調査……森川　すいめい…SS372
電気けいれん療法（ECT）におけるインフォームド・コンセント（I. C.）の再検討
……一瀬　邦弘…SS379
ECT におけるインフォームド・コンセント……中村　満…SS381
医療観察法における ECT のインフォームド・コンセント……野田　隆政，安藤　久美子，平林　直次，大森　まゆ，黒木　規臣，岡田　幸之…SS385
措置入院・医療保護入院における電気けいれん療法のインフォームド・コンセント
……奥村　正紀…SS391
任意入院におけるわが国の電気けいれん療法（ECT）のインフォームド・コンセント（IC）の現況――日本精神神経学会 ECT 検討委員会の全国実態調査から――
……鮫島　達夫，奥村　正紀，粟田　主一，鹿島　晴雄，本橋　伸高，澤　温，和田　健，分島　徹，川嵜　弘詔，山口　成良，大久保　善朗，一瀬　邦弘…SS396
多職種から心理職に期待するもの……佐藤　忠彦，松田　ひろし…SS403
心理職への期待――精神保健福祉士国家資格化の経験から――……木太　直人…SS405
看護職からみた心理職の役割と意義……岡谷　恵子…SS408
作業療法士から心理職に期待すること……香山　明美…SS410
シンポジウム「多職種から心理職に期待するもの」の指定討論者として
……村瀬　嘉代子…SS413
成人アスペルガー症候群への対応と支援……市川　宏伸…SS415
成人アスペルガー症候群のデイケア……米田　衆介…SS417
成人アスペルガー症候群への支援……辻井　正次…SS422
発達障害者の職業的課題と就労支援……小川　浩…SS427
司法精神医学領域における成人アスペルガー症候群……岡田　幸之，安藤　久美子…SS434
精神医学における発達障害再考：児童期から成人期へのさまざまな発達軌跡
……神尾　陽子…SS439
広汎性発達障害のライフステージに応じた介入と予防に向けて――疫学研究から――
……神尾　陽子，稲田　尚子，森脇　愛子，井口　英子，小山　智典，武井　麗子，黒田　美保，中鉢　貴行，高橋　秀俊…SS441
幼児期から青年期までの ADHD 症状の年齢による変化……田中　康雄…SS447
青年期の社会的ひきこもりと広汎性発達障害……近藤　直司…SS455
青年期にある発達障害者の地域生活移行支援……深津　玲子…SS461
ASD に特徴的な末梢血白血球の遺伝子発現……六反　一仁，桑野　由紀，増田　清士，西田　憲生，神尾　陽子…SS470
Case Discussion of Taijinkyoufu……Kumi Aoyama-Uehara…SS475
Management of Social Phobia in Mongolia……Oyunsuren Davaasuren, Khishigsuren Zuunnast, Erdenebaatar Dashtseren, Altanzul Narmandakh, Jargal Batkhurel, Dolgorsuren Sukhbaatar…SS477

Social Anxiety Disorder vs. Taijin Kyofusho：An Egyptian Perspective
……Hussien Ahmed Elkholy…SS482
Social Anxiety Disorder in Thailand：A Comparative Case Study
……Thammanard Charernboon,Tiraya Lerthattasilp…SS485
International Symposium：How is Social Phobia Treated in India?
……Kaustav Chakraborty…SS488
対人恐怖症の症例検討――日本での治療について――……中前　貴…SS493
多職種協働症例検討会――退院促進事例を通して……松田　ひろし…SS498
多職種協働症例検討会――退院促進事例を通して――……野村　健太郎…SS500
多職種協働症例検討会――退院促進事例を通して――心理職の立場から…福田　由利…SS502
地域とのつながりをつくり退院という変化と生活をみまもる看護の立場から
……大橋　明子…SS507
薬とうまく付き合っていくためのサポート――薬剤師の立場から――……馬場　寛子…SS513
作業療法士の立場から――対象者の能力を引き出すために――……香山　明美…SS519
――退院に向け食を通して管理栄養士が協働できることとは――……西宮　弘之…SS522
本人の自己実現に向けた支援を考える――精神保健福祉士の立場から――
……大塚　淳子…SS526
気分障害の復職支援における精神科医の役割
――リワークプログラムの上手な利用のために……五十嵐　良雄，佐々木　一…SS532
リワークプログラムの治療的要素とアウトカム……五十嵐　良雄…SS534
復職へ向けての当院リワークプログラムの工夫……深間内　文彦…SS543
うつ病における性格傾向と復職後の就労継続の関連性……小川　哲男…SS550
双極性障害のリワークでの工夫
――双極スペクトラム：双極Ⅱ型およびⅣ型を中心に――……奥山　真司…SS557
軽症うつ病の復職支援への工夫……吉野　聡，羽岡　健史，小林　直紀，金子　秀敏，
友常　祐介，笹原　信一朗，菊池　章，松崎　一葉…SS565
教育における精神保健ネットワークの構築を目指して……今村　弥生，高橋　清久…SS573
広汎性発達障害への教育支援……橋本　大彦…SS575
高校におけるメンタルヘルス活動の実際　精神科医と保健室による
メンタルヘルスアンケート実施の取り組み……浜北　拙子…SS581
児童青年期の閾値下精神障害状態の意味……長尾　圭造…SS591
少年問題の背景にあるもの――相談活動から見えてくる課題――……秋田　由美子…SS599
教育における精神保健活動の意味と方向性……高橋　清久…SS606
小・中学校におけるエビデンスにもとづく学校精神保健の課題
……神尾　陽子，森脇　愛子，井口　英子，稲田　尚子，
武井　麗子，黒田　美保，中鉢　貴行，高橋　秀俊…SS611

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

精神科専門医の養成を考える：指導現場の取組と課題
――若手指導医の視点から――

コーディネーター　中川　敦夫，鹿島　晴雄

は じ め に

精神医学および精神科医療の進歩は目覚ましく，脳科学・神経科学研究からの知見の臨床応用が可能となりつつある．また，精神科医療では難しいとされてきた，質の高いエビデンスにもとづく臨床判断の実践のための臨床研究などの蓄積も近年進んできている．さらに，医療現場のみならず，職域や地域の精神保健にも広がり，職域での復職支援，地域における就労支援や自殺対策への取り組みなど，精神科医に求められる役割は大きくなってきている．

このような中，質の高い精神科医療，精神保健の提供およびその向上に貢献ができる精神科医の養成は，とても重要である．現在，全国で精神科研修プログラム（後期研修）は実施されているものの，上記のように精神科研修医が修得すべき精神科技能・知識は増える一方，限られた人員や時間で研修プログラムを実践しており，その課題も多い．本シンポジウムは，精神科医の養成を第一線で行っている若手の精神科指導医から臨床およびそれを支える臨床研究に関する研修の各取り組みを報告し，その課題を討議することを目的に企画された．

シンポジウムの概要

本シンポジウムは，臨床研修に関して 3 名のシンポジストによる講演，臨床研究の教育研修に関して 2 名のシンポジストによる講演，そして当学会卒後研修委員長である小島卓也氏による指定発言から構成された．

臨床研修に関して，産業医科大学の中野和歌子氏からは，自らが精神科専門医申請者という立場からみたプログラムの課題をテーマにご講演をいただいた．その中で，アンケート調査の結果が示され，精神保健指定医と精神科専門医の同時取得の困難さや研修医手帳があまり有効に活用されていないことが示された．次に，名古屋市立大学の渡辺範雄氏からは，臨床研修を基本テーマにご講演をいただき，屋根瓦形式の臨床教育やアダルト・ラーニングへの発想の転換の重要性について示唆された．そして，独立行政法人国立がん研究センター東病院の藤澤大介氏からは，精神科専門療法の教育というテーマから，認知行動療法の学習方法や評価方法とその取り組みについてご自身の経験を交えてご講演をいただいた．

臨床研究の研修に関しては，独立行政法人国立精神・神経医療研究センターの松岡豊氏から，臨

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　精神科専門医の養成を考える：指導現場の取組と課題――若手指導医の視点から――　座長：中川　敦夫（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター），鹿島　晴雄（国際医療福祉大学）

床研究に関するワークショップや e-learning サイトの作成など現在実施している臨床研究の研修実施体制の取り組みについてご講演をいただいた．そして，富山大学の高橋努氏からは研究研修の海外事情として，ご自身の Melbourne Neuropsychiatry Centre の留学の経験からオーストラリアでの指導体制と帰国後の展開についてご講演をいただいた．最後に，指定発言として，小島卓也卒後研修委員長からは，ご自身の現在行っている指導経験を丁寧にお話いただいた．

おわりに

ディスカッションでは，フロアからの積極的な発言もあり，インターネットなど様々な媒体を用いた教育資材の活用法や相互の情報交換によって各地での取り組みの共有など，今後も継続した取り組みを行っていくことが確認されるなど活発な議論が展開され，盛況のうち閉幕した．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

精神科専門医申請者からみたプログラムの課題（専門医調査報告）

中野　和歌子[1,5]，加藤　隆弘[2]，館農　勝[3]，内田　直樹[4]，中村　純[1]

1）産業医科大学精神医学教室，2）九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野，
3）札幌医科大学神経精神医学講座，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

2005 年に日本精神神経学会による精神科専門医制度（以下，専門医制度）が導入され過渡的措置がとられた．2006 年から新規の専門医制度に則った 3 年間の後期研修が開始され，2010 年には新規認定試験が 2 回施行された．専門医を取得予定の後期研修医は精神科専門医制度研修手帳（以下，研修手帳）の購入と，専門医認定の際に研修手帳の提出が義務付けられている．新規認定試験は，研修手帳や症例報告の提出など，これまでの過渡的措置期間の試験とは異なる点が多く，概要を把握することは容易ではない．我々が施行したアンケート調査からは，研修手帳の活用率が低いこと，および，精神保健指定医を優先的に取得する傾向が見出された．現在のところ，新規認定試験で専門医を取得した医師数は少なく，本プロセスを経験した数少ない医師が，将来的に新たな指導医となり，その概要を広めていく作業が重要ではないかと思われる．

＜**索引用語**：卒後研修，精神科専門医制度，精神医学，意識調査，研修医＞

はじめに

2005 年に日本精神神経学会（以下，学会）による精神科専門医制度（以下，専門医制度）が導入され過渡的措置がとられた．この専門医制度は 1994 年の「山内答申」を基本方針とし長い議論の末に発足した[1,6]．2006 年から新規の専門医制度に則った 3 年間の後期研修が開始され，2010 年には新規認定試験が 2 回施行された．専門医を取得する予定の後期研修医は精神科専門医制度研修手帳（以下，研修手帳）の購入と，専門医認定の際に研修手帳の提出が義務付けられている．新規認定試験は，研修手帳や症例報告の提出においてこれまでの過渡的措置期間の試験とは大きく異なる．筆者は新規専門医制度導入後に大学病院で後期研修を開始した最初の学年にあたり，第 1 回新規認定試験を受験した．これらの経験をもとに，筆者らが中心となって専門医制度に関する全国的なアンケート調査を，これまで 2 回施行した．本稿では，新規の専門医制度の概要と，アンケート調査の結果を報告し，新規の専門医制度の今後の課題に関して考察する．

Ⅰ．専門医制度の概要

1．新規認定試験の目的と構成

精神科専門医認定試験（新規試験）受験者の手引[5]には「専門医制度の目的は社会に対して精神科医療の専門性を明確にし，国民が安心して受診できるようにすることである．そのため，学会が認定した研修施設において研修手帳に従い，指導医のもとで 3 年間の研修を修了した精神科医について，精神科専門医としてふさわしい精神医学的素養（知識），臨床技能，精神医療に対する姿勢等を有しているかを確認するために認定試験を施行する」と記載されている．また，研修を開始するものは研修開始申請書を学会に提出することが規定されている．新規認定試験は 1 次試験（受験

表1　新規認定試験の結果

	第1回	第2回
申請期間	2009/10/1〜31	2010/4/1〜30
申請者数（名）	53	93[b]
1次試験		
受験者数（名）	53	87
不合格者数（名）	11	12
研修手帳が理由（名）	10	1
症例報告が理由（名）	1	11
2次試験	2010/1/23・24	2010/8/23・29
受験者数（名）	41[a]	79[c]
不合格者数（名）	8	14
筆記試験が理由（名）	5	10
口頭試問が理由（名）	3	5[d]
合格者数（名）	33	65
合格率（%）	62.3	69.9

[a]：42名受験資格があったが，1名欠席，[b]：93名中6名が第1回試験不合格者で1次試験は免除，[c]：81名受験資格があったが，2名が未受験（1名が欠席，1名が次回の受験希望），[d]：1名は筆記試験と重複

願書，研修手帳，症例報告）と，2次試験（筆記試験と口答試問）によって行われる．1次試験に合格しなければ，2次試験を受験することはできない．

2．研修手帳の概要，経験症例と症例報告

研修開始時には研修手帳の購入が必須であり（研修開始申請書は研修手帳購入の際に同封されている），また新規認定試験の1次試験には研修手帳の提出が義務付けられている．研修手帳の具体的な購入方法は，学会のホームページに掲載されている[4]．研修手帳の構成は総論と疾患別（ICD-10）の研修ガイドライン，研修医の自己評価と指導医の評価および署名の研修評価表，疾患別の症例一覧表で構成されている．研修評価表については総論では，1年次，2年次，3年次ごとに研修医自身の評価と，指導医の署名が必要である．疾患別では，3年次にまとめて行われる．経験症例数は，経験すべき疾患・治療場面・治療形態の必要症例数を満たした上で，45例以上が必要になる．その中で，経験すべき疾患・治療場面・治療形態から報告すべき症例の最低数が決まっている．それらを上手く組み合わせることで，症例報告は最低10例報告することになる．しかし，例えば，経験すべき疾患が症例数を満たしていても，治療場面の症例数が1例足りなければ，10例に加えて1例を追加する必要があり，11例報告する必要がある．研修手帳や症例報告に関する詳細は，筆者が2010年の第106回日本精神神経学会学術総会で報告した[2]．

3．新規認定試験の結果

これまでに2回の新規認定試験が実施されており，第1回は53名，第2回は93名が受験した．2回の新規認定試験の結果を表1に示す．1次試験では，研修手帳を理由に，第1回は11名不合格であったが，第2回では1名と減少していた．一方，症例報告を理由に，第1回は1名不合格であったが，第2回は11名に増加していた．2次試験では筆記試験と口頭試問が施行されるが，双方とも不合格であった者は第2回の1名のみであり，両者が独立した試験であることが示されている．受験者数が少ないこともあり，合格率が62.3％（33/53），69.9％（65/93）と低めになっ

表2　対象者の背景

	全体	従来の制度	新しい制度	p
N	682	368	314	
年齢（歳）	37.2±7.6（26.0-64.0）	41.1±7.1（32.0-64.0）	32.5±5.0（26.0-52.0）	＜0.0001[a]
性別，男性（%）	525（77.0）	312（84.8）	213（67.8）	＜0.0001[b]

[a]：t-test，[b]：Chi-square

ていると考えられる．第3回の2次試験は2011年8月20日，21日の日程であったが，東日本大震災の影響のため2012年1月28日，29日に延期となった．

Ⅱ．専門医制度に関するアンケート調査

これまで，筆者らが中心となって専門医制度に関する全国的なアンケート調査を2回施行した．第1回目のアンケート調査は2009年3月に施行し，筆者による既報告がある[2,3]ため概略する．対象は113施設（大学病院精神医学教室81施設，独立行政法人国立病院機構32施設）の施設代表者と精神科歴8年までの精神科医とした．各対象施設へ質問紙を郵送し，64施設（大学病院50施設，国立病院機構14施設，回答率56.6％），360名から回答を得た．研修手帳に関して，後期研修医の手帳購入の有無を把握している施設代表者は30名（47％）であり，32名（50％）が把握をしていなかった．また，手帳を購入し活用している後期研修医は23名（13％）のみであり，109名（62％）は購入したが活用していなかった．これらの結果から，指導医側の研修手帳の認知度が低いことおよび後期研修医の手帳の活用度が低い現状が示された．

筆者自身は，新規認定試験を経験後に，周囲の指導医や若手精神科医と接する中で「専門医よりも精神保健指定医を優先して取得する傾向にあるのでは？」と感じることが多かった．そこで，これらのことを調査する目的で，第2回目のアンケート調査を2011年3月1日～5月31日に実施した．大学病院精神医学教室80施設に所属する全ての精神科医を対象に，各施設へ質問紙を郵送し実施した．60施設（回答率75.0％），704名の精神科医から回答を得た．そのうち，精神科研修開始年度を回答した682名を解析対象とした．2005年以前に従来の研修制度で精神科研修を開始した医師（以下，従来の制度），2006年以降に新しい専門医制度で精神科研修を開始した医師（以下，新しい制度）に群分けし，その背景を表2に示す．年齢の比較にはt-test，性別の比較にはChi-squareを用いた．精神保健指定医と専門医取得の比較に関する結果を図1に示す．従来の制度（368名）では，精神保健指定医は294名（79.9％），専門医は315名（85.6％）と，いずれも取得率は高かった．一方，新しい制度（314名）では，精神保健指定医は71名（22.6％），専門医は30名（9.6％）が「取得している」，「申請中である」と回答した．精神科歴が浅いため，取得率が低いのは当然であるが，専門医の方では，「取得予定はない」，「わからない」と回答した医師が62名（19.7％）と多かった．図2に指導医に対する研修手帳の質問結果を示す．107名（38.6％）が「知っており署名した」と回答しているが，18名（6.5％）が「知らない」と回答した．図3に研修医に対する研修手帳の質問結果を示す．62名（26.0％）が「活用している」，156名（65.5％）が「購入したが活用していない」と回答し，手帳の活用率が低いことが示された．指導内容に関する結果を図4に示す．231名（81.3％）が「これまでと変わりない」と回答し，専門医制度開始後も実際の指導内容は変わっていないことが示された．

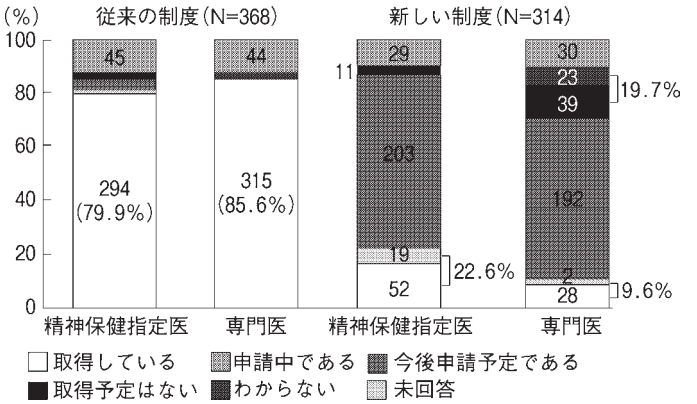


図1　精神保健指定医との比較

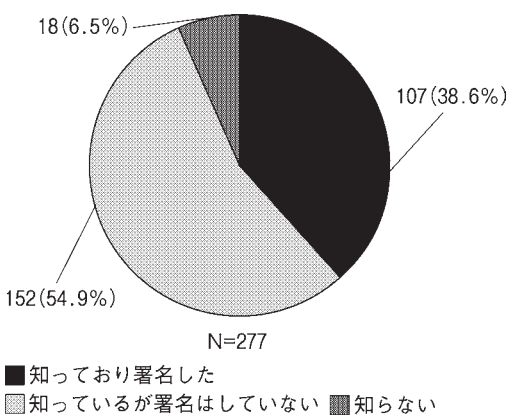


図2　研修手帳（指導医）

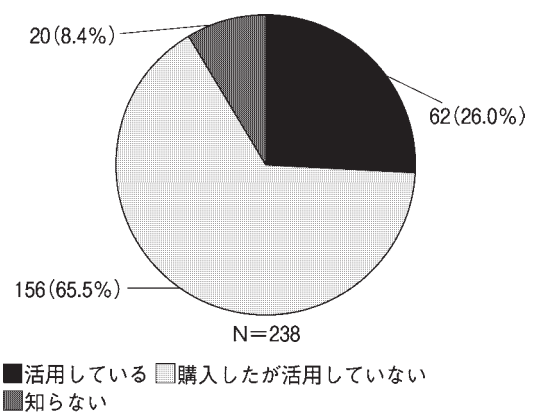


図3　研修手帳（研修医）

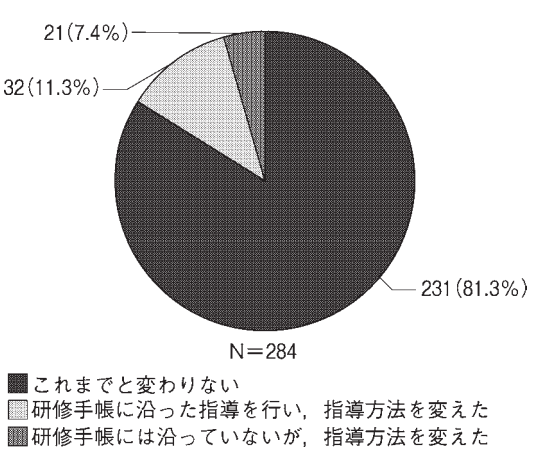


図4　指導内容

おわりに

我々が施行したアンケート調査結果を元に，研修手帳の活用率が低いこと，精神保健指定医を優先し取得する傾向があるなど，専門医制度の課題を述べた．研修医，指導医ともに，新規認定試験の複雑な概要を把握することは容易ではなく，指導体制が明確で診療報酬上のメリットがある精神保健指定医の方が，取り組みやすい可能性などが考えられた．現在，新規認定試験で専門医を取得した医師は絶対数が少ないが，本プロセスを経験した医師が，将来的に新たな指導医となり，その概要を広めていく作業が重要ではないかと思われる．

謝　　辞

本シンポジウムに参加する機会を与えて下さいました日本若手精神科医の会の先生方，本稿をご校閲頂きました小島卓也先生には感謝申し上げます．また，東日本大震災直後の時期に，アンケート調査に御協力頂きました先生方に御礼申し上げます．

文　　献

1）朝田　隆：専門医制度：「卒後研修委員会」の役割．精神経誌，107；831-835, 2005

2）中野和歌子，内田直樹，加藤隆弘ほか：新規の専門医制度における精神科後期研修を経験した立場から．精神経誌，113；271-275, 2011

3）中野和歌子，加藤隆弘，館農　勝ほか：精神科卒後教育を精神科専門医制度に則った後期臨床研修医の立場から考える．精神経誌，111；1214-1219, 2009

4）「精神科専門医制度 研修手帳」の購入について．URL：http://www.jspn.or.jp/specialist/info/note.html

5）精神科専門医認定試験（新規試験）受験者の手引

6）山内敏雄：精神科専門医制度―その歴史的経緯と意義．日精協誌，24；78-84, 2005

Issues of Program Views from the New System of Psychiatric Specialist Applicant (Survey of Psychiatric Specialist) in Japan

Wakako UMENE-NAKANO[1,5], Takahiro A. KATO[2], Masaru TATENO[3], Naoki UCHIDA[4], Jun NAKAMURA[1]

1) *Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health*
2) *Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University*
3) *Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University*
4) *Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Fukuoka University*
5) *A Nonprofit Organization, the Japan Young Psychiatrists Organization*

The psychiatric specialist certification system of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology was established in 2005, with a transitional period. A three-year postgraduate training scheme was started in connection with the new psychiatric specialist certification system in 2006, and the second official examinations under the new system were held in 2010. A resident desiring certification as a psychiatric specialist must purchase a psychiatric specialist certification handbook and present it when taking the examination. Because there are many differences between the new examination and the transitional period examination, in terms of both the handbook and the number of case reports to be submitted, it is not easy to understand the system. The results of surveys we have conducted revealed that there is currently a lack of knowledge about, and a low rate of utilization of the handbook. There is also a tendency to prioritize becoming licensed as a designated mental health physician. In the current situation, there are few doctors of a psychiatric specialist under the new psychiat-

ric specialist certification system. It is important that the few psychiatrists who experienced this process contribute to this system after becoming new supervisors.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**：postgraduate training, system of psychiatric specialist, psychiatry, attitude survey, resident＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

大学病院の教育研修に関する取り組み

渡辺　範雄（名古屋市立大学大学院医学研究科精神・認知・行動医学分野）

はじめに
――精神科医のキャリアパス――

職業におけるキャリアは，本人だけでなく家族の人生にも大きな影響を与える．全ての精神科医が単一の経過をとるのではなく，途中で何らかの事情で廃業したり，教育職や行政職を得て臨床から離れるなど様々なルートが考えられるが，大多数の医師は就業場所，臨床・教育・研究，ライフイベントを時系列に考えると，図１のようになるかと思われる．

精神科医の専門教育では，診療で生かすための様々な知識を学ぶ．しかし現時点で学習したことは，数年後，数ヵ月後，もしかするともっと短期間ののちには最新の知見とは言えなくなっている．臨床，教育，研究のいずれに比重を置くにしろ，医師は学び続けなければならない職種だと言えるだろう．

そのため，精神科医がキャリアとしての出発点となる後期研修プログラムにおいては，現在の知見や医師としての態度を教えるだけでは不十分で，「考える/調べる技術」も教える必要がある．中国の諺に「魚１匹与えれば，その子は１日生きられる，魚の取り方を教えれば，その子は一生生きられる」というものがある．今の知識はいつか時代遅れになるので，正く新しい知識を得る方法を教育したい．

また，後期研修プログラムで対象になるのは，若手精神科医だけではなく医師免許を取得して間もないローテート研修医も含まれる．さらに大学病院では，ごく短期間ずつだが医学部学生にも教育を行う必要がある．これら様々な立場の者に見合った一定水準の知識を授けるための教育は，一

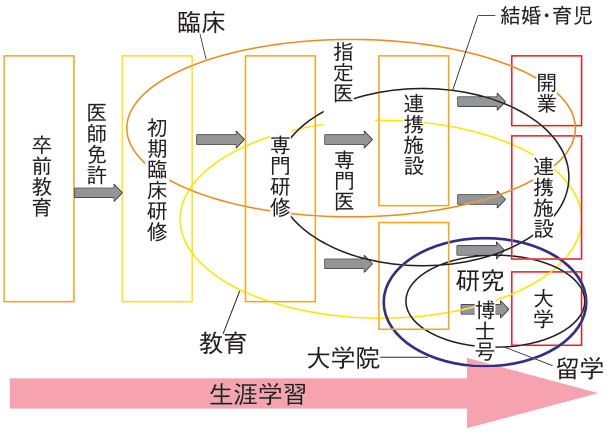


図１　精神科医のキャリアパス

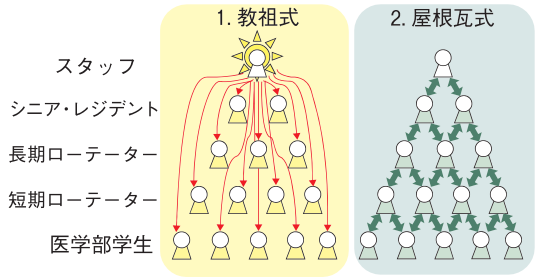


図 2　屋根瓦式の教育

部の指導医だけでは難しい．若手精神科医はローテート研修医を，ローテート研修医は医学生を教えるというように，屋根瓦式の教育が必要になってくる（図 2）．屋根瓦式教育では，他者に教えるためには自分が学習する必要があるので，教える側も知識を確かなものにできるし，教育者の数が増えれば学習者の質問やニーズにきめ細かに対応できる．またはるか遠い存在の指導医よりも，少し上の学年の先輩医師の方がロールモデルとしてイメージしやすいだろう．それゆえ屋根瓦式教育は，指導者 1 人が教育を担うよりも優れていると言える．

しかし屋根瓦式教育では，医師はどの段階においても教育者としての立場を持ちうることになる．だがもともと医療者は教えるための教育を受けていない．医師は「教える技術」もいずれかの段階で系統的に学ぶ必要がある．

筆者の勤務する名古屋市立大学の精神科医局では，これらの観点から若手医師をまず大学病院で教育してから関連病院に赴任してさらにブラッシュアップしていくという研修システムを構築した．また大学病院では精神医療の臨床だけではなく，「考える/調べる技術」「教える技術」も組み込んだ教育プログラムを開発し，実践している．さらに新しいエビデンスを創出するための臨床研究においても，大学院生を対象とした研究教育方法にて新しい試みを行ってきた．本稿では，それらを紹介することで，良くも悪くも教育を担っている諸兄の参考になれば幸いである．

Ⅰ．1-2-3＋α 方式の研修システム

経験は人材を育てる．医師臨床研修制度は，そもそも医学生が医師免許を取得したのち，様々な科の医療現場で診療経験を積む制度であるが，良い精神科医になるためには精神科の専門研修に入ったのちも様々な経験を積む必要がある．例を挙げれば，良い児童精神科医になるためには児童の症例経験を積むだけでは不完全であろう．その児童の養育者である親と治療関係を構築し，児童の問題に共同作業として対処していくためには，成人の心理・精神病理の理解が助けになる．当科では「良医を育む」「general psychiatrist として出会う患者の 1 人 1 人に最善の精神医療を提供できる」という目標を掲げているが，良医になるための経験を積むためには大学病院環境で研修を行うだけでは不足である．そのため，①後期研修医として医局に入局した最初は大学病院で研修を行うが，その後は，②単科精神病院で急性期の統合失調症患者や激しい随伴症状を伴う認知症患者や長期入院を要する患者の診断・治療を経験し，また，③総合病院精神科で多数の初診患者を含めた外来診療や他科のリエゾン患者の経験を積む，というシステムを作っている．各段階における研究期間は 1〜3 年間である．さらに，希望者はこれらに追加でリエゾンや緩和ケア，精神科救急・児童精神科での研修を数ヵ月の国内留学で行うことができる．これらを合わせて 1-2-3＋α 方式と呼び，後期研修医はこのシステムの途中で精神保健指定医・専門医を取得し，また希望者は大学院に入学して研究経験を得ることができる．

Ⅱ．成 人 教 育[2)]

義務教育や高校・大学での教育など，小児・思春期学生を対象とした教育ならば，学習内容に関しては重要なものを教育者が決定し，教育方法も知識を増やすような課題を与える．しかし臨床研修制度で教育対象になるのは，ある程度経験してきている成人である．成人教育では，学習効果を上げるためには小児教育とは異なる要素が必要とされている（表 1）．また成人が学習するための

表1　成人が効率よく学べる条件

- 現場に即し，問題が明確
- 元々の知識に新しい知識を統合できる
- 今までの経験を利用できる
- 回答を自律的に選択できる
- 良い点をプラスに評価される
- 悪い点を正当に評価され，修正される

表2　小児教育と成人教育[2)]

	小児教育	成人教育
主導権	教育者	学習者
方法	課題	実践
評価	総括的	形成的

表3　1：1教育と他の教育方法の違い[1)]

	講義	セミナー	PBL小グループ	1：1教育
効率（人数）	高	中	低	とても低
主体的学習	低	さまざま	高	とても高
相互フィードバック	低	中	高	とても高
モデリング	低	低	中	とても高

意欲を維持しながら効率的に学ぶためには，オン・ザ・ジョブトレーニングとして学習者が実際の状況を体験して問題を同定し，実践的・主体的に必要な知識・技能を選択して学ぶ必要がある（表2）．このように学習者が主体的に学習することで，既知の情報と関連付けながら学ぶことになり，知識が保持されやすいという長所もある．

また学習には評価が必要である．一般的に，小児教育では学習の最後に教育者が準備した試験を行うことで，一定水準まで達したかどうか評価して修了する．しかし成人教育では，評価は最後ではなく学習の途中で行うことで，そこまでの成果を把握するべきであるとされる．これを形成的評価と呼び，学習者自身が自分の習得度を知り，学習活動を調整したり，的確な復習を行うことが可能となる．形成的評価では，教育者にとっても達成度の低い学習者への個別対応が可能になるほか，カリキュラムや指導方法，教材などを改善できるという利点がある．

著者の施設では，他大学の各医局で行っている教育方法を参考にしながら，一昨年度から指導医だけでなく後期研修医もメンバーとなったワーキンググループを形成し，成人学習理論を積極的に取り入れた教育カリキュラムを作成している．最終的には学習者のニーズを最大限に採用し，講義・演習などのスケジュールを立案し，さらに出席義務を持つ医師の範囲なども規定した．

さらに主体的学習を進めるため，症例まとめを後期研修医が回り持ちで提示し，スモールグループによるその症例に関する症例検討やエビデンスの妥当性評価・適用について学習する方法を立案した．この場では，学生も含めて1人もただ聴講しているだけの者はなく，誰もが主体的に考えることを求められる．知識の不足からなかなか自分の意見が出ない者がいれば，スモールグループ内の他者から検討方法を提案されることで，正誤はともかく自らの意見を述べることになる．その意見には常に建設的なフィードバックが与えられる．

Ⅲ．教育方法を教育する

「教える技術」を教えることも著者の施設では大きな比重を占めている．教育には，教育者と学習者の比率やスタイルによって，講義形式，セミナー（少人数で質疑応答など相互意見交換が可能な講義），問題解決型学習（PBL：学習者自身が中心となり，反省的反復の作業で問題解決を志向しながら，実践される少人数グループの学習手法），1対1教育がある（表3）．1対1教育は，人数比でみれば非効率的であるが，学習者のニーズを汲み上げて主体的学習を推進できる点，形成

的評価を含めた相互フィードバックを行いやすい点，また医師としての態度・取り組みを学習者に見せるモデリングの点において，他の形式をはるかに凌駕している．また学習者に間違いがあった場合に他の者の前で声高に指摘するのは成人教育では望ましくないことを考えると，屋根瓦式教育における1対1教育は最も好ましい教育スタイルと言えるだろう．

著者の施設では，欧米における教育方法の技術（表4）をまず講義形式で説明する．さらにその後ロールプレイを反復する演習を行い，実際に屋根瓦式教育で使えるものにするよう，カリキュラムに取り入れている．

表4　5-ステップマイクロ・スキル[3)]

1．学習者を治療に参加させる
2．そう思う根拠を問う
3．一般的な知識を教える
4．正しくできたことを強化する
5．間違いを正す

Ⅳ．研究のための教育

名古屋市立大学精神科では，もともと大学院生の全体の勉強会では研究方法論・症状測定論・統計論の教科書の輪読などをプログラムの柱としていた．学位論文は各グループで指導を行いながら時にグループ全体が集まってディスカッションするが，どちらかと言えば学習者は受け身で指導者の発言を傾聴することに終始しがちであった．そこで，より主体的なものにするため，著者が留学していたロンドン大学精神医学研究所の大学院教育コースや，大学院生たちのコメントを参考に大学院生の教育プログラムとしてカリキュラムを作成した（表5）．ここでは，情報の入手・管理方法，研究デザインの基礎，論文の書き方・研究の遂行方法に関して，研究実施計画書の構成に沿って既に学位を持ったスタッフが，院生を対象に持ち回りでセミナーを行う．セミナーは1年で8回行うが，その都度院生は研究実施計画書を書き進め，セミナーから2週間後に宿題として提出することで，そのセミナーを行ったスタッフからフィードバックを得る．また1年に2回，中間発表と

表5　名古屋市立大学精神科における大学院生教育プログラム例

	内　容
Seminar 1	研究テーマ作り方と「背景」（&文献の検索と管理）
Seminar 2	なぜ臨床研究をするのか
Seminar 3	研究デザイン・バイアス/ランダム誤差/交絡因子総論
Seminar 4	研究デザイン各論：RCT
Seminar 5	研究デザイン各論：横断研究/症例対照研究
Practice 1	「採択」されるための科研費入門
Seminar 6	研究デザイン各論：前向きコホート研究
	患者登録基準と研究の一般化可能性・サンプリング
Practice 2	オーラル・プレゼンテーション演習
Seminar 7	アウトカム測定総論
Practice 3	SPSS 演習
Seminar 8	研究における倫理・倫理委員会
	患者同意：患者向け研究説明書・同意書
Practice 4	ポスター・プレゼンテーション演習
Practice 5	英語論文の書き方

本発表にて他の大学院生の研究実施計画書を聞いてピアレビューを行い，そこでのコメントを得てさらにブラッシュアップする．結果として，1年間大学院生の教育プログラムに出席して宿題を行うと，研究実施計画書が1本完成することになる．

教育プログラムでは，この他にも統計ソフトの使い方，口演・ポスタープレゼンテーション，英語論文の書き方など，研究者として必須な技術を参加型の演習で教育する．さらに，各院生の学位論文をディスカッションする（2〜3年生で3回）ことも行って質を高めることで，大学院に入学したほぼ全員が学位を取得している．

おわりに

新臨床研修・専門医制度が導入され，教育も変化を求められている．特に初期の教育では，成人の主体的学習を意識しながら，通常の臨床の知識だけでなく「考える/調べる技術」「教える技術」も教える必要がある．本稿が諸兄の教育プログラム立案において，何らかの参考になることを望む．

文　献

1）Gordon, J.: ABC of learning and teaching in medicine: one to one teaching and feedback. BMJ, 326; 543-545, 2003

2）Knowles, M.S.: Andragogy in Action: Applying Modern Principles of Adult Learning. Jossey-Bass, 1984

3）Neher, J.O., Gordon, K.C., Meyer, B., et al.: A five-step “microskills” model of clinical teaching. J Am Board Fam Pract, 5; 419-424, 1992

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

精神科専門療法の教育研修に関する取り組み
――認知行動療法――

藤澤　大介（国立がん研究センター東病院臨床開発センター精神腫瘍学開発分野，慶應義塾大学医学部精神神経科）

認知療法・認知行動療法（以下，認知行動療法）はエビデンスの確立と共に社会のニーズが高まっており，質の担保された治療者を育成する研修システムを整備すべき時期に来ている．本稿では，英米の認知行動療法の研修システムを概観したのちに，厚生労働省事業による研修システムを紹介し，その構造の核となっている，①4 段階の学習レベル（診断・支持的対応など基礎能力，認知行動療法の基礎知識，認知行動療法の実践能力，応用力），②各レベルに対応した学習方法（基礎的な精神科研修，ワークショップ型研修，録音・録画に基づくスーパービジョン），③各レベルに対応した評価のあり方と具体的な評価ツール〔治療同盟の質を評価する治療同盟尺度（WAI），共感能力を評価する知識を評価する治療関係尺度（BLRI），認知行動療法の知識を評価する認知療法認識尺度（CTAS），実際の治療セッション評価する認知療法尺度（CTS），症例の概念化を評価する認知的概念化尺度（CFRS），臨床評定〕のそれぞれについて解説した．

＜**索引用語**：認知療法・認知行動療法，研修，教育，能力，評価＞

はじめに

精神療法は，薬物療法，治療マネジメントと並んで精神科治療の主たる柱であり，精神科医が身につけるべき中核能力の 1 つである．特に認知療法・認知行動療法（認知行動療法）は，うつ病，不安障害，物質関連障害に対して薬物療法と同等以上の効果を有し，精神病性障害に対しても中心的な役割を果たしつつある精神療法であり，習得すべき精神療法から外すことはできないであろう[3]．近年の精神医療の変化により，精神科医自身が精神療法を実施する機会は減って他職種に実施を依頼するケースが増えているものの，精神科専門医としては，認知行動療法を自ら実践するか，または，その内容と適応を十分に理解して，患者さんに適切に説明し，“処方（紹介）”できる能力が必須と考えられる．

本邦では，2010 年よりうつ病に対する認知行動療法が保険診療報酬化され，2011 年から，厚生労働省の委託事業としての研修事業が始まった．研修システムの構築にあたっては，米国・英国のシステムを参考としたため，本稿では，はじめに英米のシステムを概説し，そののちに本邦における現行の認知行動療法の教育・研修システムを紹介する．

Ⅰ．米国の研修

米国の精神科レジデント教育制度では，支持的精神療法，精神力動的精神療法，認知行動療法の研修が必須化されている（2001 年に策定，2007 年に改定）．一般的には認知行動療法の研修を受ける前に，支持的精神療法を習得して，精神療法の基本的な素養を身につけることが推奨されている（Y-model：図 1）[13]．認知行動療法の研修は，双方向性のセミナー，上級セラピストへの陪席，治療の実践，スーパービジョンからなり，スーパービジョンは録音，可能であれば録画による形式

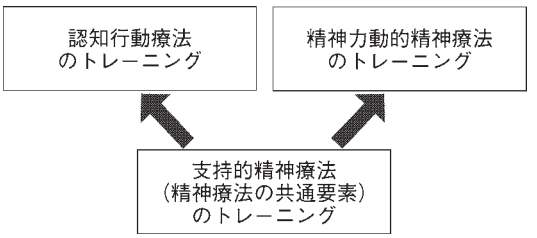


図1　米国レジデント研修における精神療法

が強く勧められている[15]．能力評価に用いられる様式は，施設によって差異はあるが，症例の概念化（65％），録画ビデオ（45％），プロセスノート（44％），録音テープ（21％），選択肢式筆記試験（20％），ポートフォリオ（経験症例のまとめ）（12％），治療成績（9％）などが採用されている[8]．

上級者の研修については，認知療法の国際組織である認知療法アカデミー（Academy of Cognitive Therapy：ACT：www.academyofct.org/）の研修が参考にできる．ACTでは，認知療法士の認定に次の要件を掲げている．①メンタルヘルス領域における学位，②診療免許，③倫理規定にのっとった行動，④認知療法における以下の研修歴〔a）40時間以上の認知療法の研修（10時間以上のスーパービジョンを含む），b）10例以上治療経験（症例リストの提出，c）5冊以上の認知療法関連読書（うち3冊以上は推薦図書の中から選び読書リストを提出する），d）1年以上の認知療法経験，e）推薦状2通，f）認知療法に関する教育歴と研究歴を示した履歴書〕．資格認定には，実際に症例を治療した映像または音声テープを提出し，評価を受ける．

Ⅱ．英国の研修

英国NICEのうつ病診療ガイドライン[12]では，認知行動療法を含む心理社会的治療の実践について次のように記述している．

・能力のある臨床家が治療にあたること
・治療マニュアルに基づいて治療を実施すること（マニュアルには治療構造と治療期間に関するガイダンスを含むこと）
・定期的に質の高いスーパービジョンを受けること
・アウトカム指標をルーチンに用い，患者自身も治療効果を見られるようにすること
・治療アドヒアランスと治療者の能力をモニタリングすること（例：ビデオ・録音テープ，外部監査）

また，2007年からの3年間で1.3億ポンド（約350億円）の国家予算を投じて，精神療法へのアクセスへの適正化（Improving Access to Psychological Therapies：IAPT）[11]の施策が施行された．IAPTは，common mental disorderに対する，エビデンスに基づいた心理社会療法の提供を図るもので，簡易型（低強度）の介入と定型的（高強度）の介入に分けられている．簡易型介入は，訓練を受けたさまざまなレベルの医療保健従事者によって提供される介入で，セルフヘルプ，構造化された運動療法，コンピューター認知療法，行動活性化などが含まれる．定型的介入は，専門研修を受けた専門家によって提供される定式化された精神療法であり，うつ病と不安障害に対する認知行動療法が採用されている．IAPTでは，治療者が習得すべき能力として，①心理・社会的治療における一般的な能力，②認知行動療法の基礎能力，③認知行動療法の実践能力（認知行動療法の特定の技術と，個々の問題に特化した能力），④メタ能力の4つのレベルを掲げている（図2）．

第1レベルの心理・社会的治療における一般的な能力は，すべての精神療法に共通する必須能力であり，治療者としての温かさ・受容力などに始まり，患者と信頼関係を構築して協働的に治療を進めるための能力のことである．より具体的には，①治療同盟（クライエントと治療者との協力関係「パートナー感覚」），②共感（患者が世界をどう体験しているかを理解し，それを伝え，患者に調律を合わせること），③治療目標の共有と協力，の3つが重要で，それぞれ治療効果と中等度（効果量＝0.22-0.32）の相関が実証されている[1]．特に，認知行動療法における共感の重要性は，他の精神療法と比較して高い（表1）[10]．また，第3〜4セッションまでに患者と治療者との間で治

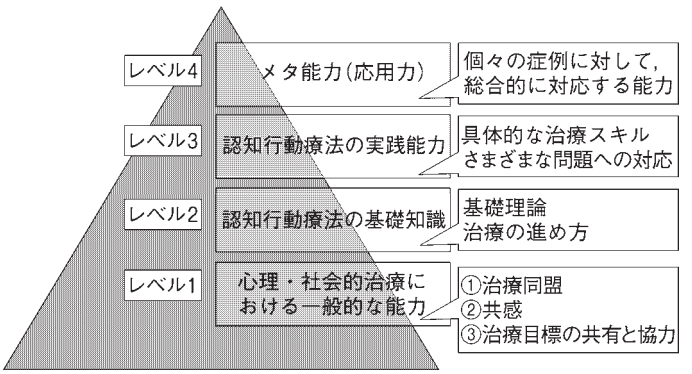


図 2　認知行動療法の 4 つの学習レベル
Kuyken, W.: Collaborative Case Conceptualization, 2002 をもとに筆者が作成

表 1　治療理論ごとの共感の効果

治療理論	相関レベル		
	meanr	SD	N
経験的/人間的	0.25	0.21	6
認知・行動的	0.49	0.48	4
精神力動的	0.18	0.14	4
その他/非特異的	0.3	0.27	33
F	0.99（d.f.＝3,37）		

unbiased Fisher's Z
F：効果量に対する各治療理論の one-way ANOVA

療目標を共有することが，治療転帰に関連する[9]．

第 2 レベルの認知行動療法の基礎知識とは，認知行動療法の基礎理論や治療の進め方の理解のことであり，認知行動理論を患者に教育すること，患者と協力しながらセッションのアジェンダを設定すること，ホームワークを出すこと，などが含まれる．

第 3 レベルの認知行動療法の実践能力とは，具体的な治療スキルと，個々の問題への対応能力である．前者は，段階的曝露，ソクラテス的質問法，患者の認知の同定・検証などのスキルが含まれる．後者は，うつ病，不安障害，物質関連障害など，各病態に対して特異的に理解・習得すべき能力である．

第 4 レベルのメタ能力とは，上述のすべてのスキルを，個々の症例のニーズと特徴，タイミングを考慮して，適切に適用する能力のことである．実践上の治療の上手さ，といえようか．

Ⅲ．本邦における研修
―― 4 つのレベルをふまえて ――

上記の 4 つのレベルの能力を習得する上では，それぞれに対応した学習方法と，評価が重要である（図 2，表 2）．

第 1 レベル（すべての精神療法に共通する必須能力）では，①治療同盟，②共感，③治療目標の共有と協力の習得を目標に，精神療法の基本トレーニング（問診・評価・傾聴など）を行う．ここは精神科後期研修における基本的なトレーニングに期待される．学習到達目標は，共感と良好な治療関係の構築である．

第 2 レベル（認知行動療法の基礎知識）では，①認知行動療法の基礎理論と②治療構造の習得を目標に，講義，文献学習，陪席，ロールプレイを行う．

第（1・）2 レベルの学習の目的で，2011 年度の厚生労働省研修事業では，仙台・東京・京都の 3 か所で 2 日間の基礎研修を行った．この研修では，認知行動療法の基礎知識は，あらかじめ，厚生労働省の認知療法・認知行動療法マニュアル（厚生労働省のホームページ http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/kokoro/index.html

表 2　認知行動療法の 4 つの学習レベル

レベル	項目	内容	学習方法	学習目標	評価方法
1	心理・社会的治療における一般的な能力	①治療同盟 ②共感 ③治療目標の共有と協力	精神療法の基本トレーニング（問診・評価・傾聴など）	共感度 治療関係	治療同盟尺度（WAI） 治療関係尺度（BLRI）
2	認知行動療法の基礎知識	①基礎理論 ②治療構造	講義 文献学習 陪席 ロールプレイ	知識の習得度	認知療法認識尺度（CTAS）
3	認知行動療法の実践能力	①具体的な治療技法 ②個別の問題への対応	実症例を経験 （難易度：低→高） スーパービジョン 症例検討	治療のあり方 診立て 治療効果	認知療法尺度（CTS） 認知的概念化尺度（CFRS） 自己記入式臨床評価 （例：BDI，QIDS）
4	メタ能力（応用力）	個々の症例に対して総合的に対応する能力			

BDI：Beck Depression Inventory，BLRI：Barrett-Lennard Relationship Inventory，CFRS：Cognitive Formulation Rating Scale，CTAS：Cognitive Therapy Awareness Scale，CTS：Cognitive Therapy Scale，QIDS：Quick Inventory of Depressive Symptomatology，WAI：Working Alliance Inventory-Short Form

からダウンロード可）を自己学習してくることを前提とし，基礎研修では実践的なロールプレイを多く交えたワークショップ形式とした．この研修の内容は，精神・神経医療を専門とする医療者・研究者のためのｅラーニング・サイト（http://www.crt-web.com/）で視聴できる．

第 3 レベル（認知行動療法の実践能力）と第 4 レベル〔メタ能力（応用力）〕の習得は，スーパービジョンを受けながら，実症例を担当することで行われる．難易度の低い症例（併存障害のない中等症の初発大うつ病エピソードなど比較的問題が単純で，比較的軽症で，治療意欲が高い症例）の治療から始め，徐々に難易度の高い症例（重症度が高く，問題が複雑な症例）にステップアップしていく．

本邦の研修事業では，2011 年度 11 月の時点で，16 人のスーパーバイザーのもとで，44 名がスーパービジョンを受けている．スーパーバイジーは，患者さんの同意を得たうえで治療セッションを IC レコーダーに録音し，電子暗号化してスーパーバイザーに送り，スーパーバイザーはスーパービジョンより前にセッションを聴いてスーパービジョンに臨む．このようにスーパービジョンは電話や IT（Skype など）を活用することによって，治療者が仕事を離れることなく全国レベルで研修を提供することが可能になった．

Ⅳ．認知行動療法の能力の習得目標・評価ツール

上記の 4 段階の能力レベルは表 2 のように評価する．第 2 レベルの認知行動療法の知識は，認知療法認識尺度（Cognitive Therapy Awareness Scale：CTAS）[18] で評価する．CTAS は認知療法の知識を問う 40 問の正誤問題で，米国の精神科レジデント研修では，認知行動療法の正式なトレーニングを受ける前に 30 点以上を得点できることが望ましいと考えられている．日本語版 CTAS は，認知行動療法の研修・実践歴との有意な相関が示されている[6]．

第 1・3・4 レベルの能力は，認知行動療法の実践スーパービジョンの中で評価される．スーパーバイジーから送られた，治療セッションの録音をスーパーバイザーが聴いて評価する．

第 1 レベルの心理・社会的治療における一般的な能力については，第 3〜4 セッションの録音を元に，治療同盟尺度（Working Alliance Inventory：WAI）と治療関係尺度（Barrett-Lennard Relationship Inventory：BLRI）で評価する[14]．WAI は患者と治療者の治療同盟の質に関する 12 項目の評価尺度である．BLRI は，患者と治療者の治療関係の質を評価する 10 項目の評価尺度で

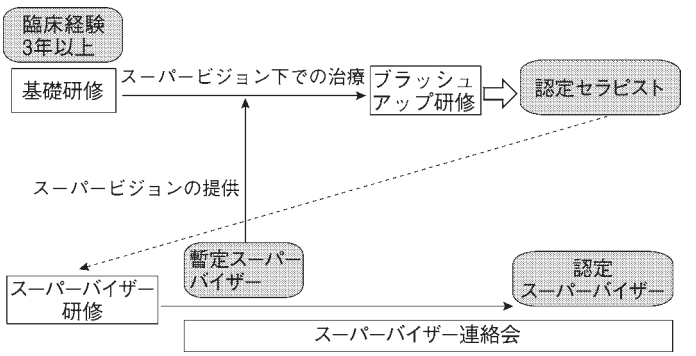


図3　認知行動療法の研修システム

ある．それぞれ，治療者自身ならびにスーパーバイザーの両方が評価する．

第3〜4レベル（認知行動療法の実践能力とメタ能力）では，治療のあり方・進め方と概念化（診立て）の習得が重要であり，スーパーバイザーがセッションの録音を元に，毎セッションを認知療法尺度（Cognitive Therapy Scale：CTS）[16,17]で評価する．CTSは治療のあり方・進め方に関する11項目の評価ツールである．概念化（診立て）は，第3〜4セッションを題材にして，認知的概念化尺度（Cognitive Formulation Rating Scale：CFRS）[4]で評価する．CFRSは，病歴聴取，症例の診立て，治療計画と治療の進行度を評価する12項目の尺度である．

さらに，実際の治療効果も参考にする．患者が記入したベックうつ病尺度（Beck Depression Inventory：BDI）[2]と簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology：QIDS）[7]の臨床評価尺度を用いる．

おわりに
——今後の研修の方向性——

厚生労働省研修事業では，基礎研修の受講者が，スーパービジョンを受けながら実症例を経験し，さらにブラッシュアップ研修を受講することによって，認知行動療法治療者として認定される予定である．さらに，認知行動療法の治療者を持続的に育成していくためには，認知行動療法の認定治療者が，経験を高めて指導者に成長していくシステムが必須であり，研修を受けながらスーパービジョンを提供することで順次スーパーバイザーとして機能していけるようなシステム作りを目指している（図3）．将来的には，治療者の経験（研修歴，経験症例数など），能力（CTSによる能力評価など）も考慮することを検討したい[5]．

謝　辞

本稿の内容は，平成22〜24年度厚生労働省科学研究事業「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究（主任研究者：大野裕）」，平成23年度厚生労働省認知行動療法研修事業（事業実施者：慶應義塾大学）によった．国立精神・神経医療研究センターの大野裕先生，堀越勝先生，中川敦夫先生，菊地俊暁先生，田島美幸先生，京都大学の古川壽亮先生，慶應義塾大学の三村將先生，佐渡充洋先生をはじめ多くの協力者の先生方に感謝いたします．

文　献

1）American Psychological Association Steering committee. Empirically supported therapy relationships: conclusions and recommendations of the Division 29 Task Force. Psychotherapeutic Relationships that Work (ed. by Norcross, J.C.). Oxford University Press, New York, 2002

2）Beck, A.T., Steer, R.A., Ball, R., et al.: Comparison of Beck Depression Inventories IA and II in psychiatric outpatients. J Pers Assess, 67; 588-597, 1996

3）Dewan, M.J., Steenbarger, B.N., Greenberg, R. P.: The Art and Science of Brief Psychotherapies-a

practitioner's guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2004（鹿島晴雄，白波瀬丈一郎監修，藤澤大介，嶋田博之訳：短期精神療法の理論と実践．星和書店，東京，2011）

4）藤澤大介：認知行動療法の評価尺度―QIDS-SR，DAS24，治療者評価尺度．臨床精神医学，39 増刊号，精神科臨床評価・検査法マニュアル．p. 839-850, 2010

5）藤澤大介：精神療法の研修と教育に関する研究．平成 22 年度厚生労働科学研究「精神療法の教育と普及に関する研究（主任研究者：大野裕）」分担研究報告書．厚生労働省，2011

6）Fujisawa, D., Nakagawa, A., Kikuchi, T., et al.: Reliability and validity of the Japanese version of the Cognitive Therapy Awareness Scale-a scale to measure competencies in cognitive therapy. Psychiatry Clin Neurosci, 65（1）; 64-69, 2011

7）藤澤大介，中川敦夫，田島美幸ほか：日本語版自己記入式簡易抑うつ尺度（日本語版 QIDS-SR）の開発．ストレス科学，25（1）; 43-52, 2010

8）Khurshid, K.A., Bennett, J.I., Vicari, S., et al.: Residency programs and psychotherapy competencies: a survey of chief residents. Academic Psychiatry, 29（5）; 452-458, 2005

9）Marmar, C.R., Gaston, L., Gallagher, D., et al.: Alliance and outcome in late-life depression. Journal of Nervous and Mental Disease, 177（8）; 464-472, 1989

10）Martin, D.J., Garske, J.P., Davis, K.M.: Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. J Consult Clin Psychol, 68（3）; 438-450, 2000

11）National Health Service. Improving Access to Psychological Therapies（www.iapt.nhs.uk）

12）National Institute for Health and Clinical Excellence. National Clinical Practice Guideline 90: Depression. Key priorities for implementation, 2009

13）Plakun, E.M., Sudak, D.M., Goldberg, D.: The Y model: an integrated, evidence-based approach to teaching psychotherapy competencies. J Psychiatr Pract, 15（1）; 5-11, 2009

14）Safran, J.D., Wallner, L.K.: The relative predictive validity of two therapeutic alliance measures in cognitive therapy. J Consul and Clin Psychol, 3（2）; 188-195, 1991

15）Sudak, D.M., Beck, J.S., Wright, J.: Cognitive behavioral therapy: a blueprint for attaining and assessing psychiatry resident competency. Academic Psychiatry, 27; 154-159, 2003

16）Vallis, T.M., Shaw, B.F., Dobson, K.S.: The Cognitive Therapy Scale: psychometric properties. J Consult Clin Psychol, 54（3）; 381-385, 1986

17）Wright, J.H., Basco, M.R., Thase, M.E.: Learning Cognitive Behavioral Therapy, an illustrated guide. American Psychiatric Publishing, Arlington, 2006（大野裕監訳：認知療法トレーニングブック．医学書院，東京，2007）

18）Wright, J.H., Wright, A.S., Salmon, P., et al.: Development and initial testing of a multimedia program for computer-assisted cognitive therapy. Am J Psychotherapy, 56（1）; 76-86, 2002

Training System of Cognitive Behavioral Therapy in Japan

Daisuke FUJISAWA

Psycho-oncology Division, National Cancer Center East

This article illustrates the government-funded training system of cognitive behavioral therapy (CBT) in Japan. The trainees who participate in this system are expected to acquire four levels of competencies (core competencies in psychotherapy, basic knowledge of CBT, practical skills in CBT, and application of CBT skills), through various modes of learning (suggested readings, didactic lectures, workshops, supervisions on audio-taped or video-taped sessions). The trainees are evaluated for each level of their competencies by Working Alliance Inventory (WAI), Barrett-Lennard Relationship Inventory (BLRI), Cognitive Therapy Awareness Scale (CTAS), Cognitive Therapy Scale (CTS), and Cognitive Formulation Rating Scale (CFRS), as well as patients' self-reported ratings.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: cognitive behavioral therapy, training, education, competencies, evaluation＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

臨床研究の教育研修に関する取り組み

松岡　豊[1)]，中川　敦夫[1)]，中林　哲夫[1,2)]
1）国立精神・神経医療研究センタートランスレーショナル・メディカルセンター，
2）現・医薬品医療機器総合機構新薬審査第三部

国立精神・神経医療研究センターは，平成 20 年 10 月に Translational Medical Center（TMC）を設立した．TMC のミッションは，精神・神経・筋・発達障害領域の疾患で悩む患者さんが，新しい医療を享受できるようにするために，グローバル臨床研究，革新的医薬品の創出，人材育成を推進することである．我われは，研究者育成ならびに臨床研究に関するネットワーク構築の取り組みとして，自ら臨床研究を行う若手医師，若手研究者，そしてコメディカル職員を対象にした 3 つの教育研修プログラムを立ち上げた．第 1 は，臨床研究の方法論や研究倫理についての講義を提供する臨床研究研修制度である．これは，全国公開を念頭に講義を収録し，e-ラーニングサイト「CRT-web」として発展させた．第 2 は，若手医師やコメディカルの研究について，その計画段階から実践的な支援を行う若手研究グループ制度である．第 3 は，個々の研究を定期的に発表し，相互討論することによって，研究の質の向上を目指す場として設けた若手育成カンファレンスである．プログラム導入にあたっては，エビデンスの解釈と臨床疑問の解決のための技術獲得を考慮した．今後も多方面のご指導・ご支援をいただきながら本プログラムを改良し，精神・神経領域の臨床研究を志す若手研究者の育成および支援のプラットフォームとして活用されることを期待している．

＜**索引用語**：臨床研究，臨床研究研修制度，CRT-web，若手研究グループ，
若手育成カンファレンス＞

はじめに

臨床家であれば，日頃の診療で先輩医師や同僚から教えられたり聞いたりしたことについて，ちょっと違うのではないか，もう少し工夫すればもっとよくなるのではないか，などの疑問に遭遇することがあるであろう．こうした疑問に科学的な手法で答え，明日の臨床を改善するためには，臨床疑問を臨床研究としてデザインすること，研究を実施すること，成果を公表すること，他の研究者と議論すること，そして自分の研究成果を受け入れてもらうことが必要である．しかし，精神科専門医取得を目的にした初期研修期間中に，自らの臨床研究を遂行することは容易ではない．ただ，後期専門研修期間中には十分可能であろう．実際，私もそれを体験した一人である．

では，何のために研究を行うのであろうか．「学位をとるために必要だから」「就職や昇進に必要だと思うから」「難治例の治療法を見つけたいから」「研究が仕事だから」「研究費を獲得したから」など様々な動機があろう．きっかけはどんな理由であれ，「専門領域の医学・医療に貢献するため」という動機がなければ，それは持続性があり血の通った研究にはならない．米国医師会雑誌 JAMA の前編集委員長 Catherine D. DeAngelis 先生は，いつも穏やかな声の中にも芯の強い調子で JAMA Audio Commentary の最後を「The patients are always our top priority」で締めておられた．

国立精神・神経医療研究センターは，平成 20 年 10 月に Translational Medical Center（TMC）を設立した．TMC のミッションは，精神・神経・筋・発達障害領域の疾患で悩む患者さんが，新しい医療を享受できるようにするために，グローバル臨床研究，革新的医薬品の創出，人材育成を推進することである．我々は，自ら臨床研究を行う若手医師，若手研究者，そしてコメディカル職員を支援するための教育研修プログラムを TMC 内に整備したので紹介する．

Ⅰ．臨床研究の指導相談体制確立に向けて

国立精神・神経医療研究センターでは，「臨床研究に関する倫理指針（平成 20 年 7 月改訂）」に対応するため，平成 21 年度より TMC が主体となって臨床研究の歴史，意義，基本的なデザイン，研究疑問の構造化，臨床疫学，そして研究倫理に関する基本的なセミナー（10 回）を開催した．また臨床研究における施設外の先達を招聘し，各施設の臨床研究推進に関する取り組みやわが国における臨床研究の現状と課題について意見交換するセミナー（6 回）も行った．結果，幸い多数の参加者を得て，倫理委員会に申請する臨床研究の総数が増加した．平成 22 年度より精神・神経医療分野における若手研究者ならびに研究に携わる医療者の育成と研修のシステムを整備し，それを円滑に運用することを目的として，各種セミナーを集約してより体系的な「臨床研究研修制度（Clinical Research Track：CRT）」とした．また，CRT を補強・補完する取り組みとして，若手やコメディカルによる萌芽的な研究を支援し原著論文執筆を念頭に集中的な指導を行う「若手研究グループ」，ならびに若手研究者・レジデント・コメディカルが個々の研究を定期的に発表し，相互討論することによって研究の質の向上を目指す場として「若手育成カンファレンス」を整備した．

また，毎週 1 回昼食時間に臨床医学四大雑誌（New Engl J Med, JAMA, Lancet, BMJ）において発表される精神疾患・神経疾患の研究報告に目を通すジャーナル・スクリーニングを開始した．さらには，臨床研究の計画，橋渡し研究の企画，医師主導臨床試験の企画などの相談を行う臨床研究簡易相談窓口を整備した．3 年目の平成 23 年度より，一方向性の講義から双方向性の演習を取り入れたワークショップを開始した．また若手研究グループと若手育成カンファレンスを連動させることにより，若手グループのリーダーにおいては，集中的な研究指導から成果発表の練習まで一貫した支援が行えるようにした．全体の俯瞰図は図 1 に示す通りで，以下詳細について述べる．

Ⅱ．臨床研究研修制度（CRT）

CRT は原則として，入門講座，実践講座，倫理講座の 3 つから構成した．その目的は以下に記す通りである．

入門講座：臨床研究に携わる全職種を対象に，エビデンスに基づく医療（EBM）や研究倫理の基礎など臨床研究に必要な基本事項の理解をはかる．

実践講座：自ら臨床研究を行う者（若手研究グループ代表者は必修）を対象に，文献検索，臨床研究デザイン，生物統計学，データ・マネジメント，臨床研究実務の理解，症状評価技法，研究論文作成，プレゼンテーション，研究費獲得，特許などの理解をはかる．

倫理講座：自ら臨床研究を行う者にとって必修のセミナーで，研究倫理，各種ガイドライン，関連トピックスについて学ぶ（「研究倫理に関する研修受講記録制度」の対象講義）．

その他，精神・神経分野の臨床研究において優れた業績をあげている外部の専門家によるセミナーとして，Meet the Expert を設けた．Meet the Expert では，先輩研究者から臨床研究にまつわる苦労話，コツ，持論，そして最新知見などについて講演していただき，若手に刺激を与えることを目的にした．上述の講座は，当初施設内職員のみを対象としていたが，施設外からの受講希望の問い合わせなども存在したことから，講演内容を吟味したうえで可能なものは徐々に施設外にも公

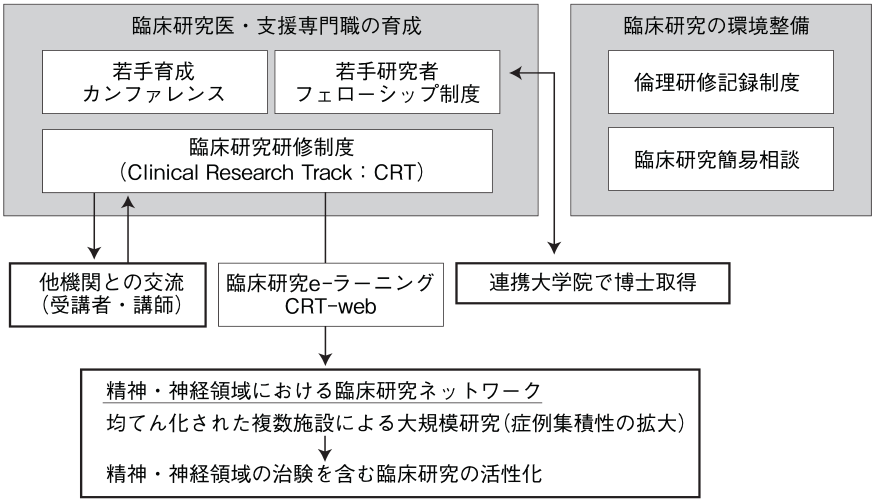


図1　TMCの臨床研究指導相談体制

開することとした．平成22年10月より厚生労働科学研究費の支援を受けて委託業者による講義収録を開始，講義を中心としたコンテンツを全国の意欲ある者にも届け，自己学習を可能とするための準備を開始した．

平成23年度入門講座ワークショップでは，以下の2つを大きな目標にした．第一は，医師，看護師，薬剤師，心理士などのコメディカルの臨床研究に対するモチベーションを高め，臨床研究を学ぶ入り口としての方法論の初歩を紹介する，第二は，受講者の関心とレベルによりグループを分けた演習によって，より実践的な学びを提供することである．講義と講師（敬称略）は，①臨床研究のデザインと臨床疫学（米本直裕），②研究倫理の歴史と基本原則（松岡豊），③臨床研究の歴史，意義，PECO（中川敦夫），④臨床研究における症状測定法（鈴木友理子），⑤臨床疑問設定の実例「精神症状スクリーニング」（清水研）であった．施設内外から41名の参加者を得て，5〜6名の小グループを作って臨床疑問から臨床研究に変換していくプロセスを演習し，最後に全てのグループが発表し，参加者全員で議論する場を持った．ワークショップの模様は，医学書院週刊医学界新聞2937号7面（2011年7月18日）にて紹介された．なお，次回入門講座ワークショップは平成24年7月5〜6日に開催予定，テーマは神経内科疾患に焦点をあてることにしている．

Ⅲ．CRT-web

精神・神経領域を専門とする医療者・研究者を対象に，インターネットを介した臨床研究自己研修プログラムの提供，臨床研究に役立つ情報の提供，および臨床技能研鑽を目的としたセミナーを提供するプラットフォームとなることを期待して，無料e-ラーニングサイトを作成した．当サイトは，「CRT-web（http://www.crt-web.com/）」として平成23年4月に一般公開した（図2，3）．

コンテンツについては，TMCが開催する入門講座，倫理講座，実践講座などを効率的に収録し，それを編集したものを活用した（表1）．サイト構築に際し，その先達である国立がん研究センターの山本精一郎室長からIntroduction to Clinical Research（ICR-web）作成の経緯を聞かせていただくと同時に，我われのサイト構築に対しアドバイスを受けた．実際の講義収録，動画編集，ポータルサイト構築・管理については，イートライアル株式会社に業務委託した．CRT-webが提供する研究倫理に関する講義視聴は，国立精神・神

図2　CRT-web トップページ

経医療研究センター倫理委員会が定める「研究倫理に関する研修受講記録制度」で，講習会受講と同等であることが認められるため，当該講義については，講義視聴の管理を行うことにした．

Ⅳ．若手研究グループ

若手医師やコメディカルによる萌芽的研究を推進させ，施設内の人的・物的資源を最大限に活用，各グループ構成員の協働により研究を行うための体制を築いた．グループの設置を希望する者は，若手研究グループ活動奨励研究費申請書を TMC に提出する．当該年度の若手研究グループは，TMC 若手研究グループ評価委員会における審査・選考を受けて，TMC 機能調整会議および運営会議の承認を経たのち決定されることとした．研究の実施可能性を重視し，競争的外部資金を獲得する一歩手前や学位取得を目指している若手の提案を評価した．グループ代表者は，前述の実践講座聴講と若手育成カンファでの成果発表，報告書提出，論文発表を心がけることとした．

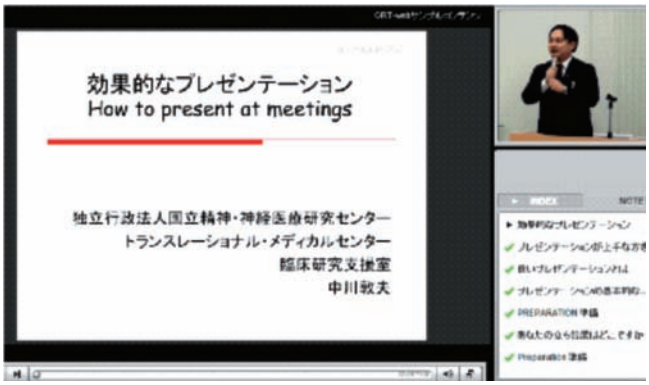


図3　CRT-web コンテンツの一部

表1　CRT-web「臨床研究を学ぶ」のコンテンツ（平成 23 年 12 月 3 日現在）

種　類	内　容	講　師
入門編	臨床研究のデザインと臨床疫学 臨床研究の歴史と意義，そして臨床疑問 主観的評価の測定法（精神症状，QOL 等） 臨床疑問設定の実例「精神症状スクリーニング」	米本直裕 中川敦夫 鈴木友理子 清水　研
実践編	臨床研究の価値と信頼性 効果的なプレゼンテーション 臨床研究論文の書き方 バイオマーカーを利用した医薬品開発と PMDA における取組み	細井　薫 中川敦夫 松岡　豊 宇山佳明
倫理編	ヒト試料の研究利用に関する倫理的諸問題 医学研究と個人情報保護 研究倫理の歴史と基本原則	井上悠輔 松井健志 松岡　豊
セミナー	精神疾患臨床研究の道―その本質とコツ― Seafood Deficient Diets : Neurodevelopmental and Psychiatric Risks 精神疾患に対する認知リハビリテーション 公共性の自覚と臨床・研究・教育の融合	橋本亮太 Joseph R. Hibbeln 中込和幸 笠井清登

支援のポリシーは，「自らの臨床疑問に対し，研究計画を企画および立案し，それを遂行することができる若手研究者の育成を目指し，支援すること」，そして「次世代の臨床研究者と臨床研究支援者を輩出する一助となること」とした．具体的な支援は A 班と B 班に分けて行っており，その詳細は表 2 に示す通りである．平成 23 年 10 月時点のグループは表 3 に示す通りである．

V．若手育成カンファレンス

若手医師，若手研究者，レジデント，コメディカルスタッフなどが，個々の研究を定期的に発表し，相互討論することによって，研究の質の向上を目指す場を保証し，それをもって若手育成に資する場を設けた．1 年間の開催回数は 8 回程度とし，各回 2 題の演題を用意した．発表は当センター内の神経研究所，病院，精神保健研究所，そして若手研究グループの持ち回りとした．平成 23 年 12 月までに合計 15 回開催した．各回の発表・議論の様子は TMC のホームページで公開しているので，興味のある方は是非ご覧いただきたい（http://www.ncnp.go.jp/tmc/clinical_04.html）．

表 2　若手研究グループに対する支援・指導体制

	A 班（重点的支援）	B 班（簡易相談）
支援の方法	進捗管理ミーティング（水曜 16：30〜18：00） 新規グループ：最初は高頻度 継続グループ：6〜8 週間に 1 回	TMC 簡易相談窓口
支援の具体的内容	文献検索，批判的吟味，プロトコル作成，研究実施体制の検討，データ収集，データ・マネジメント，結果検討，考察，公表戦略検討，学会発表の予行演習，論文作成などについて実践的な指導を行う	必要に応じて対応
進捗状況確認	進捗状況レポート	研究終了報告書
入門講座	新規グループは原則参加	任意参加
実践講座	原則参加	任意参加
Journal Screening（水曜 12：00）	原則参加	任意参加
評価	成果報告書に基づき，支援継続あるいは中止の是非を検討	

表 3　平成 23 年度の若手研究グループ

職　種	研究テーマ
神経内科医	縁取り空胞を伴う遠位型ミオパチー自然経過臨床調査
小児神経科医	難治性てんかん患者の脳波における高周波解析および高密度脳波計の開発
看護師	転落転倒防止プロジェクト
看護師	精神科看護量評価検討
看護師	入院患者を対象とする CBT プログラム・マニュアルの開発
作業療法士	精神科領域における感覚調整室
理学療法士	パーキンソン病に対する LSVTBIG 推進
理学療法士	デュシャンヌ型筋ジストロフィーの立位訓練について

ま と め

我われが国立精神・神経医療研究センターにおいて行ってきた臨床研究の教育研修プログラムについて簡単に紹介した．プログラム導入にあたっては，エビデンスの解釈と臨床疑問の解決のための技術獲得を考慮した．本プログラムにより，臨床研究を志向する若手医師，研究者，コメディカルの恒常的な育成の可能性が開けた．今後も様々な臨床研究を行いやすいさらなる環境づくりを進め，特に臨床試験の相談を充実させるとともに，次の臨床研究指導者の育成，臨床研究コンソーシアム（案）を通じた全国的な連携を進めていくことが必要であると考えている．この取り組みは始まったばかりであり，その効果は定かではない．しかし，多くの意欲ある若手医師・研究者，コメディカルが，この学びの場を活用して，質の高い臨床研究を数多く発信できるようになることを願っている．

謝　　辞

我われが始めたこの取り組みは，TMC センター長・武田伸一先生の全面的な信頼と温かい支援がなければ成立しなかった．そしてご講演いただいた全ての先生方に厚く御礼申し上げる．

本活動の一部は，厚生労働科学研究費補助金（医療技術実用化総合研究事業）「精神・神経・筋分野における治験・臨床研究の推進のための基盤整備に関する研究」の支援を受けた．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

精神科専門医の養成：海外留学研究コースの実際（オーストラリアでの経験）

高橋　努（富山大学大学院医学薬学研究部神経精神医学講座）

精神科専門医養成のための研修では，主に臨床的な立場や治療的な視点から，精神医学全般に関しての知識や技能の習得が求められる．一方，日常臨床上の疑問を明らかにするために研究を行うことはさらなる専門性の確立に有用であり，また海外研究留学は研究をさらに深める良い機会となりうる．富山大学大学院神経精神医学講座の海外研究留学コースでは，学位取得（卒後 7 年目）および精神保健指定医・精神科専門医取得後の卒後 9 年目から海外研究協力機関へ留学し，研究をさらに発展させることとなる．筆者は学位およびこれらの臨床資格を取得後の 2007 年から 2 年間，メルボルン神経精神センター（MNC）への留学経験があり，海外研究留学コースのモデルケースとなっている．MNC では Christos Pantelis 教授のもと約 50 名の学生・研究者が精力的に精神疾患の脳画像研究などに取り組んでおり，富山での研究をさらに発展させる貴重な機会であった．本稿では，筆者自身の留学中の研究環境，ならびに海外留学志望の後期研修医に対する現在の研究指導の実際などを紹介し，若手精神科医の海外留学を含めた臨床研究研修に関する話題提供を行いたい．

＜索引用語：精神科専門医，海外留学，臨床研究＞

はじめに

わが国の精神医学分野の臨床研究における問題点として，平成 16 年の新臨床研修制度発足以降，研修医の大学離れが生じ，大学精神医学教室では所属人数の不足から診療の負担が増し研究までは手が回らない状況が生じていることなどが挙げられる[4]．また精神科専門医制度では，主に臨床的な立場や治療的視点から，精神科全般の知識・技能の習得が求められており，研究へ従事した期間は研修期間として算定されない[3,6]．このこともあり，資格志向の強い若い世代において，精神科専門医や精神保健指定医の取得が第一となり，研究への関心が低下しているとも言われている[4]．しかし日常臨床上の疑問を明らかにするために研究を行うことはさらなる専門性の確立に有用であり，今後はいかに若手の研究への関心を高めていくかが重要と思われる．そのためには臨床研究を支える体制の整備が望まれ[1]，また海外研究留学は研究をさらに深める良い機会となりうる[5]．本稿では，富山大学附属病院「専門医養成支援センター」の役割，筆者の海外研究留学体験，および富山大学神経精神医学講座における後期研修医に対する研究指導体制の実際などを紹介し，若手精神科医の臨床研究研修に関する話題提供を行いたい．

Ⅰ．専門医養成支援センターの紹介

富山大学附属病院「専門医養成支援センター」では，初期研修を終了した卒後 3 年目以降の医師を対象に，専門医・認定医資格取得のための支援ならび臨床研究や博士号取得のサポートなどを行っている（http://www.hosp.u-toyama.ac.jp/camt/index.html）．本センターは，本学の「地域発信・統合型専門医養成プログラム」が文部科学省の大学病院連携型高度医療人養成推進事業に採択されたことを契機に平成 20 年 10 月 1 日に開

所され，大学が県と協力して一貫して行う医師の育成およびキャリア形成支援の拠点の１つとなっている．専門家による臨床研究や統計のセミナー開催に加え，100 を超える専門医養成コースが設けられており，国内外の研修・留学をサポートしていることも特徴である．同センターの専門医養成コースの１つである神経精神科・海外研究留学コースでは，学位取得（卒後７年目）および精神保健指定医・精神科専門医取得後の卒後９年目から海外研究協力機関へ留学し，研究をさらに発展させることとなる．以下に，このコースのモデルとなっている筆者の海外研究留学体験を紹介したい．

Ⅱ．筆者の海外研究留学体験[5)]

筆者は 2007 年 10 月からの２年間，メルボルン神経精神センター（Melbourne Neuropsychiatry Centre：MNC）で Christos Pantelis 教授のもと精神疾患の脳画像研究に従事した．もともと積極的に留学を考えていた訳ではなかったが，2002 年の学位取得後も大学で臨床と並行して脳画像研究を継続していた．周囲の勧めもあり応募した 2007 年度採用分の海外特別研究員の最終面接選考では補欠となったが，幸い間もなく募集があった文部科学省の海外先進研究実践支援事業の助成金を獲得でき，また留学中も日本からある程度の給料が得られる見込みであったことや制度化されたばかりの精神科専門医を取得したことなどもあり留学を決めた．

留学先の選択にあたっては，日本で培った研究バックグラウンドが生かせるかなどを考慮する必要があると思われるが，MNC へは 2005 年に共同研究のため訪問歴があり主要メンバーと面識があったこと，同じ研究領域ながら MNC では筆者が行ってきた MRI 解析手法がほとんど行われていなかったこと，都市の住みやすさなどから Pantelis 教授に留学を打診し，快く内諾をいただいた．筆者の場合，渡航前にサンプルデータの予備的解析を行い，また事前に具体的な研究計画が決まっていたため，渡航後すぐに実際のデータ解析が開始できた．確立した方法論およびデータを持って MNC に加わり，経済的な心配なく研究に集中できたこと，当直を含めた臨床業務がなく時間的余裕があったことなどから，留学中の仕事として 20 編ほどの論文を筆頭著者として発表することができた．

Ⅲ．MNC の特徴

次に留学中の研究環境や筆者の視点からみた MNC の特徴について述べたい．MNC はメルボルン大学と地元の public health provider である Melbourne Health の共同研究センターであり，Scientific Director である Prof. Christos Pantelis および Clinical Director である Dr. Dennis Velakoulis を中心に約 50 名の学生・研究者が精力的に脳画像研究を行っている．4,000 例を超える MRI 画像データを保有しており，2000 年以降だけでも既に 400 編を超える原著論文を世に送り出している．MNC 内にはいくつかの研究グループがあり，筆者は Dr. Stephen Wood が主催する Adolescent Development and Illness Onset（ADIO）グループに属していたが，各グループのメンバーは流動的でそれぞれ協力しあっており，また毎週行われる全体ミーティングではほぼ全員が集まり研究の進捗報告などが行われていた．筆者の場合，使い慣れた画像解析システム一式を持ち込んでの留学であったため，ミーティングやワークショップに参加する以外は比較的自由に自分のペースでデータ解析を行うことができた．全体ミーティングで配られる論文進捗リストには 100 を超える論文が載せられており，毎週 Arch Gen Psychiatry や Mol Psychiatry といった一流誌に次々に論文が受理されていく様は圧巻であった．また MNC では学生のレベルの高さが印象的であった．博士課程の大学院生は在学中に数本の原著論文を筆頭著者として発表することが普通であり，また医学部の学部学生が半年から１年にかけて研究に従事し修了論文をまとめるコースが設定されていたが（Advanced Medical Science コース），学部学生の研究がそのまま

Schizophr Res などの雑誌に受理されるケースもあった．

2 年間在籍した客員研究員の立場からみた MMC の特徴としては，①規模の大きさ，②自由だが生産的な雰囲気，および③多様性・柔軟性の 3 点を挙げたい．①に関しては，1,000 万豪ドル規模の研究費を獲得するなど研究予算が桁違いであり，また前述のように保有データ数や研究者数が多く，国内外の施設との共同研究も非常に活発であった．このため自分から動けば研究リソースは溢れている環境であった．②については，定期ミーティングでの他のメンバーの目を見張る進捗報告や日々の自由かつ高度な議論など，日常のなかに生産的な雰囲気がみてとれた．③に関しては，研究所には天文学者，統計専門家，運動生理学者，工学出身者など様々なバックグラウンドの研究者がおり，互いに協力しあっていた．一方，MD は筆者を含めて 4 名のみであった．また研究所の規模の拡大に伴い内部の組織が柔軟に変更され，それがスムースに機能していた．人事の流動性も印象的であり，数年の間に 3 名が准教授に昇任し，2 名が主任教授や研究グループのチーフとして他施設へ転出した．

一方で，手順を踏んで始めた研究計画であっても，思わぬところからクレームが来たり（学内共同研究），共同研究先の仮説と合致しない可能性のあるものが計画段階で頓挫したり（国際共同研究）といった困難も経験した．また規模の大きさからか，論文共著者の意見集約やシニアスタッフとのアポイントを取ることが非常に困難で論文執筆過程でもどかしい想いをすることが度々あった．さらに時にデータベース間の不一致や欠損データなどがあり，確認に多大な時間・労力を要することとなった．しかし振り返ってみると，これらの困難も研究を自主的に遂行するための貴重なトレーニングの機会であった．

Ⅳ． 後期研修医に対する研究指導体制の実際

新研修制度導入後の若手医師の偏在や大学法人化による経営圧迫などの影響[1]は，われわれ地方大学において特に深刻な問題である[4]．ここでは，そのような厳しい状況のなかで取り組んでいる当教室における後期研修医に対する研究指導体制の実際を簡単に紹介したい．

まず，過去の本学会における大学院教育をテーマとしたシンポジウムでも提言がなされているが[2]，現在の日本の精神医学における大学院教育では教員の役割分担ができるシステムの導入が望まれている．すなわち大学院生が必要としている知識や技術のすべてを臨床教室の一人の指導教官が効率よく提供することは難しく，研究に必要な統計学や臨床研究の進め方などに関する共通コースなどにより教育プロセスを効率化する取り組みが有効と考えられる．本学では，前述の「専門医養成支援センター」がある程度この役割を果たしている．同センターが開催するバイオ統計セミナー（全 9 回コース）では，研究デザインの立て方から複雑な多変量解析まで系統的に学習できる機会が提供されている．また臨床研究の進め方，データ解析や e-Learning の紹介，日常診療から臨床研究への橋渡しといったテーマで専門家による臨床研究セミナーが定期開催され，臨床研究に役立つデータ解析ツールの基本操作実習なども行われる．むろん具体的な研究を進めるうえで各講座の直接の指導教官の果たす役割は大きいが，臨床研究に必要な基本的な教育をセンターがサポートする意義は大きいと思われる．

次に筆者（附属病院診療講師，留学経験者）の立場からみた当教室の研究指導体制の特徴について考えてみたい．当教室の教官は留学経験者が多く，現在も海外の研究施設との連携を維持している．国内外の施設との共同研究や研究発表も比較的活発と思われる．研究グループ毎の定期ミーティング（画像・神経生理・薬理・生化・早期介入など）が行われており，各大学院生は研究ミーティングで研究の進捗報告や論文抄読を行っている．こういった体制は，少なくとも筆者の視点からみれば，「教室全体の研究レベルを維持しアカデミックな雰囲気を醸成すれば，育つべき人は勝手に育つ」といった環境である．すなわち系統的な指

導が行われているとまでは言えず，研究指導に関しては直接の指導医の熱意および大学院生自身の自主性に依存する部分が大きいように感じられる．前述のようにある程度の系統的学習機会（専門医養成支援センター）はあり，また身近に留学経験者が多いことは留学志望の若手にとっては比較的目標設定のしやすい環境であるかもしれない．問題点としては，大学院生自身の多忙さが一番に挙げられる．他大学の実情はわからないが，当教室では大学院生が臨床業務の相当部分を担わざるを得ない状況であり，精神科救急や関連病院の当直を含めると月 10 回程度の当直を行いながら，病棟主治医や外来再診をこなしている．研究立ち上げの 3 ヵ月間および論文をまとめる時期の 3 ヵ月間は病棟業務を免除することを原則としているが，十分に研究に専念できる環境とまでは言えないであろう．経済面に関しては，ある程度の医員給与（週 4 日分など）がある分，無給であった筆者の大学院時代と比較すれば恵まれているかもしれないが，同年代の臨床医との収入の違いは明らかである．このような状況のなかで臨床と研究の両立および経済面への配慮の一環として，ある留学志望の大学院生には大学から地理的に近い総合病院で常勤医として勤務しながら研究を継続してもらっている．平日夜と週末および週に半日の帰学日には大学での研究を行い，当直は月 2 回の全科当直のみである．大学院の単位は大学院 1〜2 年目に取得済みであり，さらに勤務先で専門医研修手帳を継続して記載し指導医のチェックを受けている．本人に聞いてみると，経済面だけでなく，研究に割ける時間の面でも大学在籍時よりも恵まれているとのことであった．今後は教室としてより系統的な研究指導体制を目指すことに加え，若手に無理なく研究に打ち込んでもらえるよう本人の希望を確認しながら個別に柔軟にサポートしていくことが必要であると思われる．

おわりに

わが国の精神医学分野の臨床研究における問題点の 1 つとして若い世代の研究への関心低下が挙げられ，大学精神医学教室における大学院教育をはじめとして若手の臨床研究を支える体制の整備が望まれている．また海外留学は研究をさらに深める良い機会であり，身近な留学経験者がその経験を伝えることで若手が研究へ興味を持つ一助となるかもしれない．本稿では，精神科医の海外研究留学の 1 つのモデルとして筆者の体験を紹介し，また当教室における大学院生への研究指導の実際について述べた．臨床との両立や経済面など様々な困難はあるものの，筆者が知る限りでも真摯に研究へ取り組む多くの若手精神科医がおり，その意欲をサポートする指導体制の充実が望まれる．厳しい状況にあるわが国の精神医学研究の将来のためには，研究に興味を持ち，さらには海外研究留学を目指す若手精神科医が一人でも増えることを期待したい．

文　献

1）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

2）木下善弘：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．精神経誌，SS81-84, 2011

3）小島卓也：精神科専門医制度における研修システムと現状について．精神経誌，113；250-257, 2011

4）佐野　輝：わが国の精神医学大学院教育の現状と課題．精神経誌，SS72-74, 2011

5）高橋　努：留学のすすめ．精神科研修ノート（笠井清登，村井俊哉ほか編）．診断と治療社，東京，p. 49-50, 2011

6）日本精神神経学会専門医制度委員会卒後研修委員会：精神科専門医制度研修手帳．日本精神神経学会出版局，東京，2006

Training of Psychiatric Specialists : The Status of the Overseas Research Course (An Experience in Australia)

Tsutomu TAKAHASHI

Department of Neuropsychiatry, University of Toyama Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences

In training for psychiatric specialists, trainees are required to develop knowledge and skills in psychiatry in general from a clinical standpoint as well as a therapeutic perspective. On the other hand, conducting studies to clarify questions arising in daily clinical practice effectively improves their expertise, and overseas research studies serve as good opportunities to further advance research. Psychiatry residents in the overseas research course of the Department of Neuropsychiatry, University of Toyama Graduate School of Medicine and Pharmaceutical Sciences, join overseas collaborative research institutions to conduct advanced studies following the acquisition of a PhD degree (seven years after graduation) and licenses of a mental health physician designated by the Ministry of Health, Labour and Welfare, and psychiatric specialist of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (nine years after graduation). I studied at the Melbourne Neuropsychiatry Centre (MNC) for two years from 2007 after receiving a degree and these licenses, and serve as a model case of the overseas research course. In the MNC, approximately 50 students and researchers were involved in research on mental illness including imaging of the brain under the guidance of Professor Christos Pantelis. It was a valuable opportunity that has helped me advance my research at the University of Toyama. This report introduces the research environment when I was studying overseas and the current status of research guidance for psychiatry residents who are going to study abroad, and discusses issues related to clinical research training, including the overseas studies of young psychiatrists.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: psychiatric specialist, overseas study, clinical research＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ひきこもりの国際比較
――欧米と日本――

コーディネーター　古橋　忠晃

韓国などのアジアの先進国に出現にしていることについてはすでにいわれていたが，近年，ヨーロッパにおいても，日本と類似したひきこもりの青年が見られるようになってきたといわれている．精神医学，教育学，心理学，哲学，歴史学，社会学，医療人類学などの専門家により構成された我々の共同研究チームは，科学研究費・基盤研究 B（海外調査）の助成を受け，特にフランスのひきこもりについて調査を行い，日本のひきこもりとフランスのひきこもりの比較研究を行っている．

さて，フランスを超えて広くヨーロッパを見渡してみると，ひきこもりという概念は 2007 年頃からフランスの学問領域の一部において通用しているが，ドイツでは今のところ通用しておらず，イタリアでは今まさにその概念が通用しつつあるという状況である．こうした事実は，むしろそれぞれの国の文化の違いを反映しているといえる．

本シンポジウムは，以下の問いを立てることから，全体が成り立っていた．1 つ目の問いは，「『ひきこもり』が出現した」といわれているフランスやイタリアなどでどのように「ひきこもり」という概念が浸透し，ひきこもりの青年が実際どのような様態で出現しているのか，という問いであった．「ひきこもり」は，マスコミなどによって概念の流通のみが先走ってしまいやすい概念である．「『ひきこもり』が出現した」といわれていることは確かであるとしても，果たしてそれは日本の「ひきこもり」と全く同一のものなのだろうか，という問題を慎重に考える必要があるだろう．

また，2 つ目の問いは，ヨーロッパを離れてアメリカではどのように「ひきこもり」という概念や現象が見えているのか，さらには，たとえひきこもりが出現していないとしても，それを出現させていないアメリカの社会のあり方というのはどのようになっているのか，という問いであった．

最後に，3 つ目の問いとは，こうした欧米の事情から翻ってもう一度日本のひきこもり実態を個別的な事例やそれに対する公的/民間支援を考えた場合に，その実情がどうなっているのか，あるいはすでに「ひきこもり」という概念が実質的に定着している日本にとって何か今後の課題が見えてこないだろうかという問いであった．

シンポジウムでは，以上のような問いをもとにして，総合的なディスカッションを試みた．このように「ひきこもり」を考えることによって，より日本の「ひきこもり」のあり方を明確に捉える

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26 日～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　ひきこもりの国際比較――欧米と日本――　座長：津田　均（名古屋大学学生相談総合センター/大学院医学系研究科精神健康医学），小川　豊昭（名古屋大学大学院医学系研究科精神健康医学）

ことができると思われたからである．

はじめに，名古屋大学の鈴木國文先生には，イタリアやフランスの「ひきこもり」の状況を教育制度との関係やマスコミなどの取り上げ方や実際の症例，さらには背景にある社会的な文脈に至るまで論じていただいた．ミシガン大学の照山絢子先生にはアメリカにおける「ひきこもりは日本特有であるのかどうか」という問題提起から始まり，さらに，アメリカからはそもそも「ひきこもり」という概念が出にくい社会のようであるが，その背景の１つであるアメリカの社会保障制度について論じていただいた．また，オーガナイザーで発表者を兼ねている名古屋大学の古橋忠晃はフランスにおける「ひきこもり」のあり方について，フランスの医療制度や社会や個人の「不安定さ(précarité)」という概念の紹介を交えつつ，科学研究費による１年目の日仏ひきこもり比較共同研究の成果についても発表を行った．最後に，テンプル大学の堀口佐知子先生と明治学院大学の清水克修先生に「ひきこもり」についての３番目の問いについて論じていただいた．

これらのシンポジストらは日仏共同研究チームのメンバーであり，それぞれ，精神医学，社会学，人類学などを専門にしており，全体としては医学的な視点のみに傾いてしまうことがなく，各々の専門性を生かして考察を練り上げていくことができた．こうした視点の多様性こそが「ひきこもり」の考察にとって欠かせないと思われたからである．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

フランスの「ひきこもり」と医療制度について

古橋 忠晃[1)]，Cristina Figueiredo[2)]，Nancy Pionnié-Dax[3)]，
Maïa Fansten[2)]，Natacha Vellut[2)]，Pierre-Henri Castel[2)]
（1）名古屋大学医学部大学院精神健康医学/学生相談総合センター，2）Université Paris Descartes, France，3）Institut national de la santé et de la recherche médicale, France）

「ひきこもり」は，日本以外の，例えばアジアでは，韓国などの先進国に見られるという報告や，アジア以外では最近ではイタリアやスペインなどのヨーロッパにも見られるという報告がある．フランスでは 2008 年頃から見られるようになってきたといわれている．しかし，そもそも「『ひきこもり』が見られるようになってきた」というのはどのようなことなのだろうか．フランスで「ひきこもり」という概念をあてはめられるとしたらそれはどのような人に対してなのか．「ひきこもり」を考える際には，「ひきこもり」とその受け皿の 1 つである精神医療との関係を考えることが必要不可欠である．そこで，本シンポジウムでは，フランスの精神医療制度のうち「ひきこもり」と関連が深い制度について概観して，その上でフランスのひきこもり事例について何例か提示をした．

＜索引用語：ひきこもり，フランス，精神医療制度＞

はじめに

日本における「ひきこもり」の定義は以下のようになっている．「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には 6 ヵ月以上にわたっておおむね家庭にとどまり続けている状態を指す現象概念である．なお，ひきこもりは非精神病性の現象とするが，実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低くないことに留意すべきである」[8)]

海外では，アジアの韓国などの先進国に見られ[3)]，最近ではイタリア[5)]やスペイン[4)]などのヨーロッパにも見られるようになってきたという報告もある．ひきこもりの近縁として，インターネット依存は様々な国で報告がなされている．筆者が，ドイツの Freiburg において，2010 年に予備調査を行ったところ，「ひきこもり」という概念がほぼ存在しない代わりに，インターネット依存が青年とりわけ大学生の中で深刻な問題になっていることがわかった．

Ⅰ．フランスにおける「ひきこもり」への関心の高まり

さて，フランスではどうだろうか．2008 年頃から，フランスで「ひきこもり」が出現しているといわれている．だが，「ひきこもり」の出現の前に，フランスでは，日本特有の社交恐怖に対する関心があった．1998 年に，日本の社交恐怖をフランスに紹介した Jugon[6)] は，森田神経質などから始まって日本に固有とされてきた会食恐怖などについても紹介している．結論としては，社交恐怖は日本固有ではないのではないかと述べられている．この著書では，Hikikomori という用語そのものは登場しないが日本の Hikikomori に近い人のあり様が紹介されている．また，Jugon[7)] は，2002 年に，日本の母子関係のあり方

について心理学的・人類学的見地から論じ，さらに日本の社交恐怖と「ひとみしり（Hitomishiri；La peur de l'étranger）」との関係についても指摘しているのである．

こうしたフランスでの関心の高まりと並行してretrait social（英語では，social withdrawal）という用語が1990年代の終わりからカナダ・ケベックではじめて「社会的ひきこもり」のニュアンスで使われ始めた．その後，この用語は，フランスに浸透し，「ひきこもり」の概念を受容する素地を作ることになった．「ひきこもり（Hikikomori）」は2007年頃からフランスで使われ始め，筆者らの日仏共同研究チームは2011年度から社会的停滞者（retirants sociaux）という用語を用いている．

Ⅱ．日仏ひきこもり比較共同研究

以上のような背景をもとにして，多領域の専門家により構成された我々の日仏研究チームは，平成22年度より，科学研究費・基盤研究B（海外調査）の助成に基づいて，フランスの青年のひきこもりについて調査を進め，日本のひきこもりとフランスのひきこもりの比較共同研究を開始した．フランスと日本でそれぞれどのような人が「ひきこもり」という概念をあてはめられて医療の対象となっているのか，その際の両国の違いとは何かということを検討することが本発表の目的である．「ひきこもり」を考える際には，「ひきこもり」と精神医療との関係を考えることが必要不可欠であると考えるからである．

Ⅲ．フランスの精神医療制度について

フランスは，伝統的に，地理学的セクター（secteur）制度で精神医療が成り立ってきた．この制度は治療の時間的・空間的連続性を目的として，公共精神医学のサービスを求めるすべての患者の引き受けや，精神疾患の慢性化による長期入院を防ぐことを目指してきた．現在，フランス全体では829の成人精神医療セクターと320の小児・児童精神医療セクターがある．

もともと，1950年代のフランスの地理学的セクター（secteur）制度の活動対象は，「母子保護」「夫婦生活や教育に関係した家族内の葛藤調整」「社会適応，大学への適応」「職業的適応」「産業精神医学・高齢者精神医学」「アルコール依存・医学的・治療的な観点からの非行および犯罪」「心身医学」などが対象であった．その後，セクター制は公的援助体系の基本となっていった（セクター制は精神医療にとどまらない）．

セクター制度の長所としては，比較的狭いエリアを対象とするので住民の必要としているものをキャッチすることができるが，一方短所としては，セクター内で治療を完結しようとするためにより専門的問題の治療が難しくなり，セクターの外で病的な状態が深刻になっている場合，あるいはセクター内で精神科病院に受診中に合併症が生じた場合など対応が難しくなってしまうことがあるだろう．そこで，近年，地理学的セクターを超えて，「機能的」セクター制度が登場して，セクターそのものが多様化している傾向にある．つまり，社会階層別基準や，専門別基準，職業別基準などのそれぞれの基準に合わせた治療施設が登場してきているのである．総合病院，様々な病院協会などの登場もその範囲で考えることができるだろう．

Ⅳ．「不安定さ（précarité）」という概念の登場

このような「機能的」セクターの登場やセクターの多様化と並行して，「不安定さ（précarité）」という概念が，1960年代に政治用語として出現し，まずはしばらくジャーナリズムで使われるようになってくる．その後，1990年代になり経済的破綻の状態にある青年の社会経済的記述用語となった．フランス経済社会評議会の報告書[2)]では，「『不安定さ（précarité）』とは，……雇用の保証が欠如した状況である．『不安定さ（précarité）』によって，無保証＝不安が拡大し，大きなそして決定的な結果をもたらしている．それは，多くの生活領域に影響を及ぼし，その結果が継続するならば，近い将来極貧に結びつく」と述べられている．

1990年代になると，精神医学の新たな対象として，様々な年代層における「不安定さ（précarité）」を持つ人々が出現した．そこには，公衆衛生上の問題［エイズ，肝炎，依存（アルコール，大麻，ニコチンなど）］や個人の内的空間の危機（家庭内暴力，性的虐待，ハラスメント），カタストロフ（洪水，地震，テロなど）などの問題も含まれるようになった．そこでは，「不安定さ（précarité）」を持つ人は社会的に困難を抱えている人という意味合いになっている．こうした「問題」の多様化により，セクター制度もよりいっそう多様化していくのである．

このように「不安定さ（précarité）」という概念の多様化によって，その概念そのものの再整理の必要もでてくる．Bresson[1]は，「不安定さ（précarité）」は，排除，貧困，失業という近縁の概念とは異なるものであり，完全に社会の側の「問題」ではなく，社会構造と個人の精神的・身体的状況との関連で生じている「問題」であるという形で，社会学的に再整理を行っている．

1992年にESPASという公的な精神科協会がパリで設立された．セクターを超えてパリやパリ郊外の様々な精神科病院や治療施設が加盟する．個人の問題だけではなく社会的な枠組みで起きる問題も対応している．対象疾患としては，うつ病，睡眠障害，性的問題，アルコール依存，薬物依存，同性愛，中枢神経障害による神経心理学的問題に加えて，社会的孤独の問題（「友達と話したいと思わない」「家族と関わろうと思わない」などの言葉を発する人の問題，という言い方もしている）などを掲げており，ここには「ひきこもり」の問題も十分入ってくるように見える．

また，パリで2005年にエスキロール病院を中心として「精神科救急移送チーム（EMMP：Equipe Mobile Psychiatrie Précarité）」が作られた．その背景には，社会問題の増加によって地理学的セクターのみでは機能しなくなってきたということがある．そこで「不安定状況にある人々（les personnes en situation de precarité）」の定義としては，「本人に明確な精神医学的病理がある」だけではなく，「社会的に締め出された状況によって生み出された心的苦痛の存在」ということがある．この精神科救急移送チームは，まず，看護師や臨床心理士が，このような人々の家を訪問して，話を聴き，支援が必要かどうかの評価，精神疾患の有無を予測して，その後，移送するかどうかの検討が行われる．

さらに，Association Auroreという，1950年に1つの地理学的セクターから始まり，2011年フランス全体をカバーするようにリニューアルされた「協会」がある．やはりセクターを超えて，社会全体の問題をターゲットにしている．Aurore協会は「泊めること（héberger）」「治療すること（soigner）」「（社会に）組み込むこと（insérer）」という3つの柱で活動している．このうち，「治療すること（soigner）」の対象は，慢性疾患を持つ人，何らかの依存を持つ人，さらに社会的困難者となっていて，それらはまとめて「『不安定（précarité）』な健康状態にある人」と呼ばれている．健康状態というのは，メンタルヘルスのことも含まれており，やはり「ひきこもり」の問題も対象の1つには入りうるだろう．

Ⅴ．フランスの精神医療制度における「ひきこもり」

それでは，以上のような背景のもと，フランスにおいて，「ひきこもり」はどこにそしてどのように現れているのだろうか．特定の教育施設においてなのか（教育の「問題」なのか），地理学的セクター医療の場なのか（地域医療の「問題」なのか），あるいはセクターを超えた場なのか（青年に関する社会全体の問題なのか）．我々日仏ひきこもり共同研究チームは表のような「ひきこもり」の定義のもとに，2011年3月よりアンケート調査を開始した．

まず，パリの教育組織における「ひきこもり」はどうだろうか．確かに，パリの大学の学生相談は学生と社会との断絶を予防するという観点で活動している．大学という「組織」と完全に断絶したまま相談施設のみに通っている学生は少ない．

表　ひきこもり日仏共通定義（2011.3）

14 歳から 25 歳の間に以下のような状態が見られること

a）自宅で 1 日のうちの大部分を過ごしている
b）通常意義があるとされるあらゆる社会参加（勉強，仕事，人間関係）を避ける
c）少なくとも 3 ヶ月以上このような状態である
d）親しい友達がいないか，会っていない
e）身体的な問題がなく，明らかに統合失調症であるような病理を持たない

パリの大学の学生相談では，青少年の心身症，抑うつ，摂食障害，パーソナリティ障害を治療している．2008 年に予備調査を行った際も，パリの学生相談のケースの中には「ひきこもり」（の学生）はほとんど存在しないことが判明した．ドロップアウトした学生は大学組織からはあまり認識されていないのが実情のようである（ただし，フランスのリセには「不登校」の問題がある）．

本共同研究による調査が始まってから，約半年が経過した．そのわずかな期間の調査の中ではあるが，さしあたり言えることとして，まず，受診の仕方としては，以下の 2 通りのようである．

①家族が本人を「問題」と捉え，地域の公的機関に依頼する場合．あるいは，地域の公的機関から要請を受けて受診に至った場合（地理学的セクター），この場合，精神科医というよりは，臨床心理士，ソーシャルワーカー，看護師，さらには，内科医がはじめに関わることになる．青年が，ひきこもっている状態にあって，社会保障制度を利用する際にも，地域の公的機関から心理士が定期的に本人の自宅に出向き，本人の状態を評価する．これらの場合は，本人は，セクター制度の中で医療に接点を持ち始めるのである．

②例えば，「閉じこもり（repli）」という「青年の問題」として受診する場合（地理学的セクターを超えた「協会」が対応する）などがある．社会的に閉じこもっている状態について，それを指し示す概念がすでにあって，こうした問題を対象にしている「協会」などが存在するのである．この場合，本人は自分の「問題」を解決したいという動機で自ら受診することがある．

なお，本シンポジウムで提示した事例は以下の通りである．事例については，プライバシーに配慮して本質を損なわない程度に大幅に内容の変更を行い，記述もごく簡単にした．

1．症例 A（18 歳，男性）

臨床心理士が，A の母親が要請した居住地域（セクター）のソーシャルワーカーからの依頼を受けて自宅を訪問したケース．A は，突然，バカロレアを受けないと言いだし，全てを放棄するような形でひきこもり始めた．「日本の『ひきこもり』についてどう思うか」と尋ねると，「彼らは極端だよ．世界から断絶しているし．彼らは人を恐れているし．何にも食べない人もいるんでしょ．フランスには『ひきこもり』なんかいないよ」と言う．「自分は『ギーク（geek）』だから何の問題もない」と話す．A のひきこもりの直前には，失恋したというエピソードがあったようである．

2．症例 B（24 歳，男性）

B の主訴は，「閉じこもり（repli）」の状態を抜け出したいというものであった．B は 17 歳の頃から，母親の実家に仮住まいをして，その後一人暮らしなどをしてレストランで働いていたこともある．だが，本人が言うには，対人緊張からレストランでの仕事は長続きしなかったようである．その後，実家に戻り，1 日中映画を観て過ごしていた．過食傾向で，アルコールや煙草，さらに大麻にも手を出すようになり，自らカウンセリングを求めて臨床心理士のもとに治療を希望して訪れた．

3．症例 C（21 歳，男性）

C は「就労連帯手当（revenu de solidarité active）」の継続の段階で，公的機関に呼び出しを受けた．自分は「広場恐怖だから働けない」と弁明している．公的機関は「治療協会（association thérapeutique）」に依頼をして，臨床心理士

をCの自宅に派遣した．16歳の頃の性体験の失敗の後に，6年間の閉じこもり生活が継続している．

最近では，母のお使いには行くようになった．だが，9時間寝ては，14時間インターネットでゲームといった生活である．

Ⅵ．フランスの「ひきこもり」と日本の「ひきこもり」

日本の「ひきこもり」との差異としては，まずは，フランスの「ひきこもり」にはその「契機」として，心理的挫折（バカロレアの失敗，恋愛の失敗，性体験の失敗）を窺わせることである．いったんひきこもってしまうと，社会から大きく逸脱（薬物，非行など）する形でひきこもっていた．我々は，これを《trouble concret》タイプ（ひきこもりの前に具体的で客観的で明確な「契機」が存在していた）と呼んでいる．それゆえに，逸脱のあり方によって，例えば当人が薬物依存になっているのであれば，地域のセクターで対応するか，そういう問題として医療と接点を持つことになるのである．

これに対して，日本の「ひきこもり」は，フランスの「ひきこもり」のように明確な挫折により「道を外す」という形ではなく，むしろ，こうした逸脱となりうるものを避けつつ，ひきこもっているように見える．だが，ここで重要なのは，本当に「避けている」のかどうかではなく，「避けている」ように見えるのはなぜかという問いだろう．さらに，日本の「ひきこもり」は「あのようにしていたら，今頃ああなっていたのに」と考えているようである．つまり，「今頃ああなっていたのに」というようなものを心的構造の中に保持し続けている人が多いように思われる．このあたりは，フランスの「ひきこもり」と比較してこそ浮かび上がってくる特徴なのではないだろうか．

「精神疾患簡易構造化面接法（The Mini-International Neuropsychiatric Interview：MINI）」による精神医学的診断としては，フランスの「ひきこもり」は，「診断なし」や「社交恐怖」「広場恐怖」などが見られた．また，インターネットの長時間使用をしているタイプが多い．本人の中ではgeekと自らを呼ぶことによってそうした「現在の自分」を肯定的に捉えているようである．つまり，フランスの「ひきこもり」は「ああなっていたのに」というものとの二重性を持っているというよりは，むしろ「現在の自分」を底上げしているようである．実際にフランスの「ひきこもり」の青年にインタビューをしてみたところ，「自分はgeekだから何の問題もない」と話していた．geekという言葉はコンピューターマニアのようなものとして自身を肯定する言葉である．そのように自らを肯定しながら，実際はインターネットから抜け出せなくなっているようである．しかも，こうしたフランスと日本の「ひきこもり」のあり方の差異は，「ひきこもり」となった「契機」の差異と通底している印象を受けた．また，社会的予後としては，ひきこもりを抜け出したという症例は少なく，この点は，日本の事例と同様であった．

ま と め

フランスにおいては，「以前から日本に存在していた『ひきこもり』と同じものが2007年頃にフランスに出現した」ということではなく，すでにそれ以前から，社会現象として「不安定さ」を抱えた青年の何らかの「問題」が出現して様々な形で「社会的関心」が高まっていたところに，ここ数年で日本から「ひきこもり（Hikikomori）」という概念が導入されたというのが今の時点では正確なところであると思われる．だが，今後さらに，調査を進めていくことによって，日本のひきこもりの事例と同様の事例が出てくる可能性も必ずしも否定はできないだろう．

※日本の「厚生労働省2010年ガイドライン」ではもちろん6ヵ月になっているが，より広く調査を行うために，日仏ひきこもり共同研究チームでは3ヵ月と定めた．しかし，実際に集まってきたケースははぼ全員6ヵ月以上ひきこもりの状態にある事例である．

文　　献

1）Bresson, M.: Sociologie de la précarité. Armand Colin, Paris, 2010

2）フランス経済社会評議会（Le conseil économique et social）: 1987 の報告書より

3）Furlong, A.: The Japanese hikikomori phenomenon: acute social withdrawal among young people. The Sociological review, 56 (2) ; 309-325, 2008

4）Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradiel, N., et al.: A case report of hikikomori in Spain. Medicina Clinica, 129 (8) ; 318-319, 2007

5）〈引きこもり〉イタリアでも急増　日本を例に有力紙が特集．毎日新聞，2009 年 2 月 17 日

6）Jugon, J.C.: Phobies sociales au japon. ESF, Paris, 1998

7）Jugon, J.C.: Petite enfance et maternité au Japon. L'Harmattan, Paris, 2002

8）厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン．2010（Available from: URL: http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf）

"Hikikomori" and the Medical System in France

Tadaki FURUHASHI

Department of Psychopathology & Psychotherapy, Graduate School of Medicine/Center for Student Counseling, Nagoya University

"Hikikomori" is reported in other developed countries as well as in Japan. In Asia, for example, it is seen in South Korea. Outside Asia, it is reportedly seen in European countries such as Italy and Spain in recent years. Since about 2008 there are reports of it starting to be seen in France. However, what exactly do people refer to when they say, "We are starting to see 'Hikikomori' "? When the concept of "Hikikomori" is applied in France, what kind of person is it applied to? When thinking about Hikikomori, it is essential that we think about the relationship between Hikikomori and psychiatric care system, which is one context for it. In this symposium, a general survey was made of the systems that are closely related to Hikikomori in the psychiatric care system in France, and several cases of Hikikomori in France were presented in the light of that system.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: hikikomori, social withdrawal, France, psychiatric care system＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

日本のひきこもり，ヨーロッパのひきこもり
――イタリアとフランスの現状に触れて――

鈴木 國文（名古屋大学医学部保健学科）

日本で「ひきこもり」への関心が高まったのは 1990 年ころからである．それから 10 年から 15 年ほど遅れて，ヨーロッパでもこの現象へ関心が寄せられるようになった．この論文では，イタリアでの最近の報道とフランスでの事例を示すとともに，日本における「一次性ひきこもり」の事例を提示し，その特徴を論じた．これによって，この現象の意義，さらには日本とヨーロッパにおける 10 年から 15 年のズレの意義について考察する素材を提供した．また，これをもとに「ひきこもり」現象と今日の社会状況との関わりについて若干の考察を加えた．

＜**索引用語**：ひきこもり，フランス，イタリア，ヨーロッパ＞

はじめに

日本における「ひきこもり」現象に関する議論は，およそ以下のような歴史を持っている．前駆として，1970 年代，「スチューデント・アパシー」という現象が関心を引き，1980 年代には，家庭内暴力，不登校が注目されている．その後に「ひきこもり」現象は増え始め，およそ 1990 年ころから強い関心を集めるようになった．この現象に関する文献量が急増するのは 1990 年代半ば，そしてそれは 2000 年にピークに達している[7]．

これに対し，ヨーロッパでは，最近に至るまでこの現象が話題に上ることはほとんどなかったが，ここ 10 年から 5 年ほどの間に，マスコミや精神科医が少しずつ関心を示すようになった．英国では，BBC が 2002 年の秋に 2 回にわたって「ひきこもり」の特集番組を放映しているが，この放送にはかなりの反響があり，その中には，放送における「日本に特有な現象」という捉え方に反論し，イギリスにもこの現象は存在するという指摘もあったという．フランスでは，日本の「ひきこもり」の話に対する反応が 2005 年ころから変わったという印象を筆者自身は持っている．2007 年に話をした際には，かなりの質問を受け，フランスにも同じような現象があるという意見を聞いた．そして 2010 年にはパリのサン・タンヌ病院で「ひきこもり」に関するシンポジウムが開かれている．我々のチームがフランスのチームと協同で「ひきこもり」に関する比較研究を開始したのも 2010 年からである．イタリアでは 2009 年に有力紙『il Corriere Della Sera』[3] が「ひきこもり」の特集記事を掲載している．

この現象に対する関心の高まりには，日本とヨーロッパの間でおよそ 10 年から 15 年ほどズレがあることになるが，この間に世界ではインターネット化が急速に進んでいる．そのため，フランスなどでは「ひきこもり」現象を「インターネット依存」の結果と捉える人も多いが，日本での蔓延はインターネット以前であるため，我々には，インターネット依存はひきこもり現象の原因というよりもむしろ結果と見える．

この論文では，10 年から 15 年というこのズレの持つ意味について，さらには，この現象がどの

程度日本に特有なものなのかいう点について，考えるための素材を提供することを目的とすることにしたい．

Ⅰ．イタリアでの報道

まず，イタリアでの報道を取り上げておこう．

イタリアでは，2009 年 2 月 11 日に有力紙『il Corriere Della Sera』が特集記事を組んでいる．ミラノ発，Alessandra Mangiarotti[3] の署名記事である．この新聞記事はイタリアでの事例に触れ，かなり突っ込んだ議論を展開している．少し長いが引用しよう．

記事は次のような事例スケッチで始まっている．「アレックスは自分の部屋のドアに 6 ヵ月以上鍵をかけ，外の世界を締め出している．アンドレアは 9 歳からインターネット上で夜を過ごし，本当の生活はそこにあるという．アンナが部屋から出るのは，冷蔵庫をのぞきに行く夜だけである．ルーカは，自分を“ニック”と呼ぶ相手にのみ返事をする．ルーカにとって，本名は，彼の生活同様空虚に響く」そして，家族の言葉を紹介する．「私の兄は，もう 6 ヵ月以上もドア越しにしか私に話さない．それも『放っといてくれ』と怒鳴るだけ」あるいは「私の妹は，皆が寝ている時しか出てきません．私のリュックから煙草を盗み，また自分の部屋に閉じこもってしまうのです」さらに，「彼らの王国，つまりインターネット」を探索して，いくつかの当事者の書き込みを紹介している．「パヴェリーは，『ひきこもり』についてこう説明している．『それは日本語で，人生や愛に直面しないで，何年もの間家の中で暮らしている若者の行動を指す言葉さ．大事なのはインターネットと漫画だけ．僕はひきこもりの一人だよ』あるいはミキは自身をひきこもりとした上で，次のように言う．『言っておくけど，ひきこもりはゴールであり，フロンティアなの．日本では約 100 万人いるのよ．イタリアはとっても遅れているけど，外部のひどい世界から孤立する必要性はますます拡がっていると私は思うわ』」

そして，「『ひきこもり』はもはや日本だけのものではない．…イタリアでも『ひきこもり』は増えているという一点においてミキと彼女の部屋の外の世界とは同意見である．…我々が把握した事例は 50 例を超える．…男性の方が女性より多い．少なくともイタリアにおいてはほとんどが『18 歳以下』である．彼らはとても知的で創造的だが，内向的である」と書く．

その上で，原因論に触れて次のように続く．「日本では，ひきこもりは文化的社会的現象である．…東京に暮らして，著書『ひきこもり：自発的に隠棲する若者たち』を著した人類学者 Carla Ricci は『この現象は日本に典型的なものだが，それが韓国やアメリカ合衆国，北ヨーロッパ，イタリアに拡がっている』と書いている．基本的な類似は『母親との関係にある．両親共にそうである場合も多いが，まさにこの過保護な存在が，息子をナルシストにし，壊れやすくする．そして最初の困難に出会うと引きこもるのである』」

「昨年，ミラノの施設“ミノタウロス”では，若者の親 20 人以上が類似の現象を抱えて相談に訪れている．…『最も重い 5 例では，すでに 3 年自分の部屋にこもって暮らしています』と支援者 Charmet は説明する．…別の支援者は続ける．『まず，最初にナルシストの不名誉感．自分が期待するものと現実との開きが大きすぎるのです．また，両親の過度な期待のせいでもあります』」

「セニガッリアの支援センターの Giuseppe Lavenia は『1 つの部屋にこもり，現実の生活を仮想の生活と取り違える．しかし，インターネットやロールプレー・ゲームは結果に過ぎず，原因ではありません』と断言する．彼は約 10 の事例を扱っているが，たいていの場合，拒食症のように自分の体を否定するという．そして最後の一歩は昼夜逆転である．…ローマの組合組織『Rifornimento in volo』[注1] の精神科医 Giovanna Montinari[注2] は『問題はいかにして彼らと接触するかだ』と指摘する」

以上が，この新聞記事の要約である．

一方，学術誌としては『Giornale Italiano di psicopatologia』という精神病理学の雑誌が 2010

年の 16 号に「ひきこもり」現象に関するイタリア人の論文[1] を掲載している．この論文はほとんどが日本の「ひきこもり」現象の紹介で，イタリアでの「ひきこもり」についての情報はない．この論文では，「ひきこもり」現象への関心が日本文化に対する関心と混淆し，日本の状況がいささか「紋切り型」の視点で切り取られている．例えば次のような議論である．「文化的伝統とテクノロジー，発達したマスコミュニケーションが共存する国．古いものと新しいものが入り混じる中，社会文化の危機的状況が若者を蝕んでいる」「今日与えられている倫理規範はかつての武士道に由来するものであり，それはテクノロジーなどの欧米社会の侵略と対立している」「東洋の近代社会における核家族化，文化的ストレス，単一社会の西洋化による急激な文化的修正の影響」「第二次世界大戦後，日本では国家的社会価値の根本的な変化が生じた．日本の伝統的家族制度が西洋型の家族制度へと置き換わり，父親はますます仕事で家をあけ，母親は協調性のある礼儀正しい日本の子供としてしつけるために重い責任を負った」

この論文での議論は，「ひきこもり」を，日本という東洋の単一文化の国が西洋文化にさらされた結果として捉えようとする傾向が強い．こうした議論では，日本におけるこの 20〜30 年の変化を説明できないし，今日のヨーロッパにおけるこの現象への関心の広がりの意味も捉えられないだろう．

Ⅱ． フランスにおける事例

フランスの事例については，他のシンポジストが詳しく触れるので，2 例事例を挙げるに留めよう．いずれもサン・タンヌ病院の研修医 Pierre-Francois Gorce[2] が「ひきこもり」に関する博士論文で挙げている例である．

「事例 A：21 歳，男性．両親とセクターのセンターを訪れている．3 人兄弟の長子，父親は医師，母親は小学校教師．小学校での適応はよく，成績もよかった．両親は彼を優れた素質を持った子と認識していた．彼自身は，自分は内気で控えめな子だったと振り返っている．…11 歳時に，家族の支柱であったと家族皆が描写する父方祖父が亡くなり，これを契機に家庭内の均衡が破れ，A は最初の抑うつ状態に陥り，数週間児童精神科に入院している．この折，祖父が医療過誤で亡くなったという観念に捉えられ，祖父の幻視を見るという偽幻覚的エピソードもあった．しかし，すぐに回復し，中学では再度適応し，成績もよかった．…中学はカトリック系の中学に入れられた．その後，自身で職業専門高校を選択し，そのことが両親の失望を招いた．高校に入ってすぐ，2 回目と 3 回目のエピソードとして両親に対する受身的反抗と思われるようなひきこもりの時期があった．高校受験資格試験の少し前にも 4 回目のエピソードがあった．工学系の学校へ行くためにパリで一人暮らしを始めた．翌年，学年末の試験の際に 5 回目の抑うつのエピソードに陥っている．…パリでは，親しい女性友達を得，その両親とも良い関係を築いている．その恋人と両親がタイに行ってしまい，彼は支えを失い，6 回目のエピソードに陥り，このエピソードの折に受診となっている」

周期的な「ひきこもり」エピソード．不安感の表明はない．著者の Gorce はこの「ひきこもり」現象を「うつ病」との関連で論じている．

「事例 B：18 歳，男性．モロッコ出身．数ヵ月前から建築を学ぶためにフランスへ．思春期から数回の抑うつ的なエピソードがあった．15 歳時，失恋を契機に最初のエピソード．モロッコのアガディールで 2 ヵ月ほど学校に行かなくなり，抗うつ剤で治療を受けている．その後，リセに行くため

注 1）『Rifornimento in volo（文字通り訳せば，空中補給）』イタリアで広く行われている社会活動の性格を持った組織の 1 つ．

注 2）『Rifornimento in volo : Il lavoro psicologico con gli adolescent（空中補給：青年期の若者との心理学的作業）』の著者である．

にラバトに．そこでも 1 ヵ月半の抑うつ期があった．3 年間に何回か抑うつがあり抗うつ剤で治療を受けているが，よくなるとすぐに薬をやめていた．ラバトでは祖母と住み，祖母とはきわめて親しい関係を築いている．…パリに来てから不安発作を起こすようになっている．部屋でも乗り物でも．ときには 1 日中続く．髪を 1 日に 15 回洗うなどの強迫症状もある．アパートに閉じこもり，必要なものを買いに行くだけの生活となっている」

モロッコからパリに来て数ヵ月後，不安発作と強迫症状を呈してアパートから出られなくなった事例である．著者の Gorce は「不安障害」との関連で論じている．

いずれの事例も「うつ病」あるいは「不安障害」と捉えた方が治療しやすいと考えられる例である．いずれにせよ，後述する「一次性ひきこもり」とは考えにくい．フランスで論じられる事例では「一次性ひきこもり」に入る例はきわめて少ない．問題は，それなのになぜ，フランスでこの現象が人々の関心を集めるようになったかという点であろう．

Ⅲ．日本の事例と「一次性ひきこもり」概念

ここで，「一次性ひきこもり」と思われる自験例を 2 例挙げておこう．

事例 C：2 人姉弟の第二子，男性．2000 年の初診時 26 歳．姉は 3 歳上．姉は 14 歳ころから不登校，非合法ドラッグに手を出し，暴走族との付き合いもあった．現在は，服飾のショップの店員として働いている．C は，両親の期待に応えるべく，私立中学を受験し合格．高校時代はサークル活動もし，友人もある程度いた．成績は中程度だった．両親の意向を先取りするような形で医学部を志望，受験の年の 1 月に姉（21 歳）が交通事故を起こし，母親がそのことにかかりっきりになったのを契機に C は受験しないまま浪人，その次の年度は，予備校にも行ってかなり成績は上がったが，やはり受験しなかった．翌年からは受験勉強に身が入らず，自分でもどうしていいかよくわからなくなった．そのまま予備校にも行かなくなり，家にこもる．その後，3 年経って母親が筆者のもとに相談に来る．母親によると，家の手伝いは時にし，買い物にも行くが，友人との付き合いはまったくない．その後，母親の勧めで本人が受診しているが，神経症症状はなく，また抑うつ感の訴えもない．38 歳の現在もひきこもり状態が続いている．

事例 D：2 人兄弟の第一子．2000 年の初診時 20 歳．中学の時に内科疾患で長期間休み，その後，心気傾向を示すようになる．内科医からは治癒と言われたが，登校できなくなる．高校へ進学するも，1 年途中からほぼ通学していない．以後，家に閉じこもる．20 歳時，母親とともに筆者のもとを受診．2 年ほど通院を続けたが，その間の様子からは，近隣への過度な気遣いの他は特に病理的なところはうかがえなかった．その後は母親か父親のみが通院している．20 代後半は，昼間は自室内でコンピューターかテレビを見て過ごし，夜間に少し散歩という生活で，部屋は汚れ放題だった．時に父親と争いになるが，家族が何も言わなければ静かに生活していた．30 歳時，夜間散歩中に交通事故に遭い，脊損で下半身不随の重傷を負っている．3 ヵ月の入院を経験し，何人かの中年の患者とリハビリを共にした．ここでの人間関係は本人にとってやりやすかったらしく，看護者，リハビリ・スタッフとの交流も自然にできた．笑顔も多くなり，ちょっとした人気者だった．その後，身体障害者手帳を取り，車椅子で専門学校に通い，自立を目指している．

精神病理学的に特に問題がないままひきこもり，10 余年のひきこもりの後，脊損という障害を契機にひきこもり状態を脱却した事例である．

他稿[5,6]で，我々は「一次性ひきこもり」の人々が持ちやすい傾向として次のような点を挙げている．

1）戦わずして負ける――ひきこもりに前駆する出来事

「戦う前に降りてしまう」というあり方で，事例 C でいえば，医学部受験を企てるだけで受験

しないというようなあり方である．これによって彼らは，いわば「仮定法過去完了」的な形式で自己像が傷つくのを回避する結果になる．

2）自らの欲望による理想像の弱さ

自分自身の理想，こうしたいという欲望が淡く，むしろ，他者の視点，他者の希望に左右されやすい．

3）「あるべき自分」という理想像の温存と，この「理想像」への両親の備給

「本来進んでいるべき道」から外れていることが重くのしかかりながらも，そのことを直視せず，「その道を歩いている自分」という自己像を守り続ける．事例Cでいえば，「医学部受験生の自分」である．時には，両親もそのことに加担している．

4）他者による評価を守るための回避的行動原理

昔の友達に会うなど，「理想の自分像」が脅かされる状況を避ける．その一方で，快を求める行動原理が弱いため，行動全体が回避的となる．

こうした傾向を基盤に現れる「一次性ひきこもり」現象は，そこからの脱却がきわめて難しいが，事例Dのように，ある種の傷をきっかけに脱却し，その後，ごく普通の生活を送るということが起こりうる．

Ⅳ．何を考えるべきか

ヨーロッパの一部において「ひきこもり」への関心が高まっているのは確かであるが，以下のようないくつかの点で「ひきこもり」のあり方が日本とは異なるようである．

①「一次性ひきこもり」に当たる事例提示は少ない（2011年11月のフランスにおける事例検討会で，一次性ひきこもりに当たると判断される事例提示に触れたので，おそらく皆無ではない）．

②ヨーロッパでの事例提示では，高学歴など社会の「中心部」より，移民層のような社会の「辺縁部」の例の方が多いという印象がある．

③フランスでの事例Aに見るように，フランスでの事例では「ひきこもり」といっても，異性関係を持っているような例が少なからず含まれ，「ひきこもり」の姿がかなり異なる．

それでも，「ひきこもり」が日本固有の現象ではなく，自国の中にもあるという視点へと移行しつつあるように思われる．いったい，どのような事情がこうした視点の移行を導いているのだろうか．

「ひきこもり」という現象は，青年の社会化，つまり社会へと入っていく，その入り口において起こる現象である．ある主体が社会へと入るこの移行（通過）には，社会の外部に出るという契機が強く関係している．もっと言うなら，青年期，ある主体が真に社会化するためには，一旦は社会の外部を見るような体験が必須であるともいえるだろう．部族社会におけるイニシエーションの体験，一部青年におけるアウトローとの接触などは，そうした構造と強く結びついている．それは「通過」における「社会の外部の感知」あるいは「社会を越える審級の感知」ともいえるものである．

「ひきこもり」という現象が持つ以下のような二重のparadoxは，おそらく，この構造と強く関係している．1つは「外部に疎外されているように見えながら，万能感を維持している」というparadox，もう1つは「内にひきこもって自己を守っているように見えながら，外部を体験している」つまり，ひきこもりながら，社会の外へと追いやられる傷つきを体験しているというparadoxである．これは社会に入る敷居部分における一種の宙吊り状況ともいえるものである．

Saidは『フロイトと非ヨーロッパ人』[4]という著書の中で，「非ヨーロッパ人」という言葉の二重の意味を取り出している．彼が言う二重の意味とは「フロイトが置かれた時代の非ヨーロッパ人」と「現在の我々が生きる時代の非ヨーロッパ人」の2つである．前者は，端的にヨーロッパとその外としての非ヨーロッパであり，フロイト自身が，ユダヤ人としてヨーロッパと非ヨーロッパの狭間にあることを強く意識していた．一方，

我々が生きる時代の非ヨーロッパ人とは，イスラエルが建国され，ドイツにトルコ移民，フランスにアラブ移民が氾濫している時代の非ヨーロッパ人である．この際の「非ヨーロッパ」はヨーロッパの内部にこそ見られる非ヨーロッパであり，内なる外部ともいうべきものである．これは，ある意味で，ヨーロッパ概念の傷つきを背景に現れた認識ではあるが，同時に，文化・社会というものはそもそも外部を必要とするものであることを感得することによって初めて得られる認識でもある．「ある社会の内と外」という問題が決して単なる対立項としては成り立っていないという洞察をもとに導かれた視点ということもできるだろう．Said は「自身のアイデンティティーを，多くの人々がそこで生活を営みたいと必死に願っているナショナリズム的あるいは宗教的集団といったものへ融解させてしまうことの拒絶」を経由しなければこの視点へと至ることはできないと書いている．

今日，ヨーロッパにおいても，誰もが自身の内に外部を抱えながら生きるような時代になっている．その一方で，我々（ヨーロッパ人も日本人も）は，どこからが外部かがきわめて見えにくい時代を生きている．「社会の外部の感知」「社会を越える審級の感知」が非常に難しい時代である．東西体制の崩壊，経済のグローバル化，高度資本主義化，インターネット化により，社会の外に出るということを体験し難い現状があるのである．自己の内部への沈潜，社会への入り口の敷居部分での宙吊りにおいて，自己の内部に社会の外部を体験する「ひきこもり」は，そうした社会状況への青年の１つの反応の形と見ることもできるだろう．

詳細な考察は今後の課題として残したい．

文　献

1）Aguglia, E., Signorelli, M.S., Pollicino, C., et al.: Fenomeno dell'hikikomori cultural bound o quadro psicopatologico emergente?（Hikikomori phenomenon: cultural bound or emergent psychopathology?）. Giornale Italiano di psicopatologia, 16; 157-164, 2010

2）Gorce, P.F.: Repli psychique pour une approche Clinique du syndrome de repli en psychiatrie, Thèse Doctorat en médicine. Université Pierre et Marie Curie, 2009

3）Mangiarotti, A.: I giovani che si autorecludono, il mondo esterno è solo sul computer. il Corriere Della Sera, 11th, Feb, 2009

4）Said, E.W.: Freud and the non-European. Freud museum, London, New York, 2003（長原　豊訳：フロイトと非ヨーロッパ人．平凡社，東京，2003）

5）諏訪真美，鈴木國文：「一次性ひきこもり」の精神病理学的特徴．精神経誌，104（12）；1228-1241, 2002

6）Suwa, M., Suzuki, K., Hara, K., et al.: Family features in primary social withdrawal among young adults. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 57; 586-594, 2003

7）諏訪真美，鈴木國文：「ひきこもり」概念の社会報道と精神医学．思春期青年期精神医学．16（1）；61-74，2006

“Hikikomori” in Japan, “Hikikomori” in Europe
—— Referring to Actual Situation of Italy and France ——

Kunifumi Suzuki

Physical and Occupational Therapy Graduate School of Medicine

In Japan the phenomenon of Hikikomori begun to arouse public attention in early 1990s. But in Europe, it is barely 10 or 15 years later that this phenomenon has come to arouse the interest. In this paper we cited an article on this phenomenon of an Italian press and two cases reported in France. We also presented the vignettes of two Japanese cases classified as primary Hikikomori and discussed their basic features. On the basis of those materials, we briefly discussed the relation between the phenomenon and the actual socio-cultural situation. Those cases will afford the materials for farther discussion about the meaning of this phenomena and the delay of 10 or 15 years.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: Hikikomori, social withdrawal, France, Italy, Japan, Europe＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

日本の「ひきこもり」支援の動向と課題をさぐる
――「ひきこもり」当事者のナラティヴを参考に――

清水　克修[1)]，　堀口　佐知子[2)]
（1）明治学院大学国際学部，2）テンプル大学ジャパンキャンパス学部課程）

はじめに

「ひきこもり」の高齢化・遷延化が指摘されている今日，「ひきこもり」への支援のあり方が問われている．精神疾患や発達障害などが背景として疑われるのではないか．その場合，早期の治療的介入をどのように実現していくべきなのか．就労に結びつく効果的な援助方法はどのようなものか．それでもなお支援の場に現れない当事者には，どのようにアプローチをすれば良いのか．これらの問いはいずれも，支援現場において身近なものであるはずだ．本報告ではまず，「ひきこもり」に関する厚生労働省の施策，および地域における支援環境を概観することを通して，「ひきこもり」支援の動向をさぐる．次いで，「ひきこもり」当事者・経験者によるナラティヴ・語りを参考にしつつ，「ひきこもり」支援の課題について考察してみたい．彼/彼女らの経験は，今後の援助のあり方に対して，何を投げかけるのであろうか．

Ⅰ．「ひきこもり」支援の動向

1．厚生労働省による施策

現在，厚生労働省では「都道府県・指定都市にひきこもり対策を推進するための核となる『ひきこもり地域支援センター』を整備」することを目的とした「ひきこもり対策推進事業」を進めている[1)]．当センターの役割について同省は，「ひきこもり」支援における第 1 次相談窓口，関係機関との連携，情報発信などを主な柱として挙げており，同時にそれら役割を主導する「ひきこもり支援コーディネーター」の配置を促している（当センターは 2011 年 1 月現在，全国で 29 ヵ所）．その背景には，地域の関係機関のネットワークが十分に整備されておらず，必要な情報が必要な所に届いていないなど，「ひきこもり」本人や家族らが相談できる環境が十分に整っていないのではないかという同省の問題意識が関係していることがその事業説明によって確認できる[1)]．

そのような問題意識は，『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』[2)]（以下ガイドライン）の中で提示された「ひきこもり」支援のあり方と重なるものである．ガイドラインではまず，「ひきこもり」を評価するにあたり「当事者とその周囲の状況の全体像」を捉えていくことの必要性を明記し，背景となりうる精神疾患や発達障害の診断，経過の段階，環境要因や支援時に利用できる地域資源などを遺漏なく視野に入れた多面的・複眼的な評価（「多軸評価法」）を推奨している．

その上で，「ひきこもり」への支援において，保健・医療・福祉・教育などの各分野の複数の専門機関が協力して支援にあたること．それには支援機関の間で恒常的な「地域連携ネットワーク」の構築が望まれること（ここで先の「ひきこもり地域支援センター」「ひきこもり支援コーディネーター」がその任を積極的に担いうることに言及）などが強調されている．さらに，援助活動を

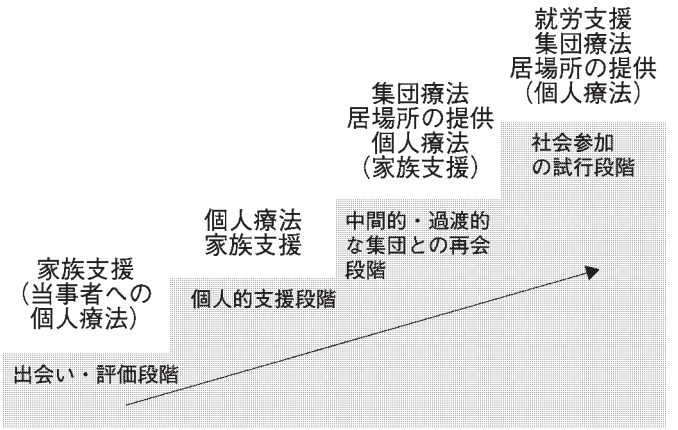


図1　ひきこもり支援の諸段階（出所）厚生労働省　2010，p. 42 文献 2）より引用

図1に記された「諸段階を一段一段登っていく過程」と見なし，時間軸に沿って家族支援や個人療法・集団療法・就労支援など「複数の支援法が有機的かつ体系的に組み立てられた支援」が求められるとの見解を示している[2]．

これら厚生労働省の施策に見られる「ひきこもり」支援のあり方は，地域における状況をどの程度反映したものといえるのだろうか．次に，特定の市（以下A市）を例に，この問題について考えてみたい．

2．A市における支援概況

A市とは首都圏にあり，市内には多数のNPOなどの民間支援機関・団体や親の会，「ひきこもり」当事者によるセルフヘルプグループなどの存在が報告されている．一方で，国・県・市と異なるレベルにおける公的な支援機関も複数存在し，直接支援の他，地域のNPOへの資金援助を含む間接支援も行われている．図2はA市における「ひきこもり地域支援センター」の指定を受けた公的機関（以下B施設）が2009年に作成した「不登校・ひきこもり・無業などの若者無業者」に対する同市内の支援マップである．縦軸が援助される側の年齢，横軸が彼/彼女らの「職業的・社会的自立」状況を表しており，それぞれの程度に応じて対応が可能とされる支援機関・団体が割りふられている．このうち「職業的・社会的自立」について，その具体的内容が図中の矢印下段にある8つの楕円の囲いの中に段階ごとに記されている．

報告者は2011年4月にB施設を訪問し，担当者から次のような内容を伝えられた．同施設では「ひきこもり」当事者とその家族に対して，専門相談員による個別面談や電話相談，家庭訪問，集団活動ができる居場所の提供など，異なるタイプの援助を複合的に継続して行っていること．精神疾患などへの目配りから，嘱託医（精神科医）による個別面談や専門相談員へのコンサルテーションを必要に応じて実施していること．また，地域のNPOや福祉・教育機関などとの連絡協議会やケースカンファレンスの機会を定期的に持っていること．そして，このような体制は早い時期から模索され，2000年代半ばには現在とほぼ同様の形態で整いつつあったこと，などである．

詳細についてここでは触れないが，これと同じような事柄は，多少の差異は認められつつも，報告者が調査のため訪れた同市内の若者サポートステーションやその他の複数の支援施設においても聞かれた．いずれも地域の精神保健福祉センターや医療機関などと何らかの形でつながりを持って

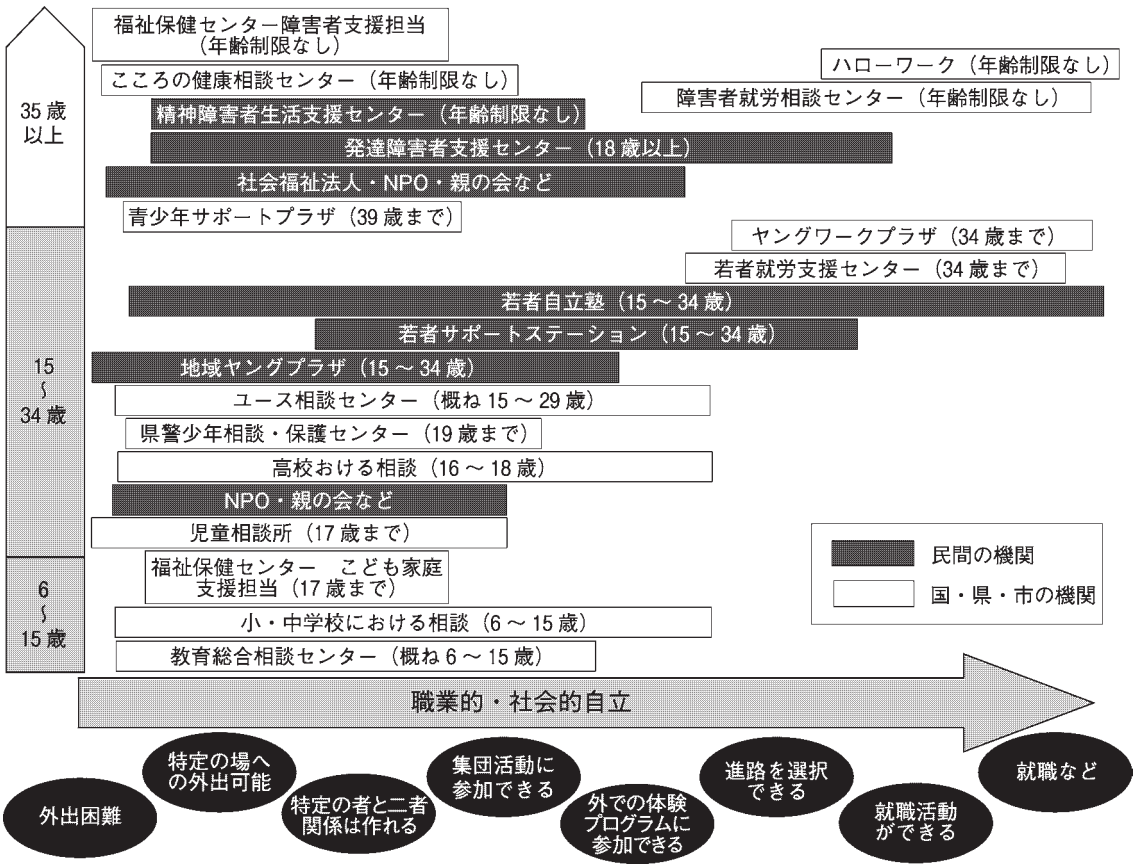


図 2

注）機関の名称を一部変更するとともに，紙幅の都合上，機関ごとに記されていた具体的な支援内容は省略してある．

いることも伝えられた．無論，伝えられた内容が実際の援助の場においてどの程度，どのように実践されているのかについて，入念な検証が求められる（とくに精神保健・医療機関との関係については，それら機関が図 2 において記載されていない点からも，より慎重な検証が必要となろう）．しかし，ここでは少なくとも先の厚生労働省の施策の中で提唱されていた事柄が，理念上すでに A 市内において一定程度共有され，それらを実践に移すためのしくみ作りが目指されている様子を窺い知ることができる．

3．支援環境の特徴

このような A 市および厚生労働省の施策に見られる「ひきこもり」への支援の動向から何を読み取ることができるだろうか．以下では 3 つの点に着目し，そこから浮かび上がる問題について検討してみたい．

最初に，支援の現場においては「ひきこもり」当事者の年齢が大きな意味を持つということである．とりわけ公的機関においてその傾向は顕著となるが，利用者の対象年齢を設定している支援施設が多くあるため，「ひきこもり」当事者が何歳であるかによって利用できる地域資源に制限が存在している．これにより年齢差によって受けられる援助サービスの量・質に偏りが生じる可能性が生起されるわけであるが，A 市の場合，35 歳ないし 40 歳を過ぎると，「年齢制限なし」を掲げる

「障害者」または「失業者」向けの支援機関を訪れる以外に「ひきこもり」向けの援助を受ける道筋は限られてしまう（この点について以前，40歳間近の「ひきこもり」当事者が報告者に「いきなり無差別級や異種格闘技になるようで，きつい」と漏らしたことがあった）．

そのような状況を補う上で，A市では民間施設や親の会，セルフヘルプグループなどが重要な役割を果たしていることが窺える．そしてそれらの役割は，今日の雇用環境の厳しさや入職経路の硬直性といった事情を鑑みるのならば，いっそう大きなものとなることが考えられる．

次いで，「ひきこもり」当事者に対する経済的援助という視点が十分とはいえないということである．先に見たガイドライン中の「ひきこもり支援の諸段階」（図1）において想定されている当事者の状況，およびA市における支援マップ（図2）に記された「職業的・社会的自立」の具体的な様相は，いずれも今日の生活保護行政において明示されている3つの「自立」概念を想起させる．すなわち，「身体や精神の健康を回復・維持し，自分で自分の健康・生活管理を行うなど日常生活において自立した生活を送ること」などの「日常生活自立」，「社会的なつながりを回復・維持し，地域社会の一員として充実した生活を送ること」などの「社会生活自立」，「就労による経済的自立」などの「就労自立」である．そこでは全ての生活保護受給者（被保護者）を「自立に向けて克服すべき何らかの課題を抱えているもの」と見なし，彼/彼女らの「自立」を実現できるよう生活保護という経済的な給付によって援助することを目指している[3]．

一方で，「ひきこもり」支援に関して，「ひきこもり」当事者個人の生活様態に着目するならば，「自立」を実現できていないという点において，被保護者と相違ないにもかかわらず，その実現に向けての現金給付は想定されていない（皮肉なことに，厚生労働省にあって「ひきこもり」に関する施策にあたっているのは，多くが社会・援護局であり，生活保護行政を司る局と同一ではあるのだが）．言うまでもなく，「ひきこもり」を抱える家族がそれを担うことが前提になっている．したがって，当事者らがこれまで見てきたような援助サービスを受けるために施設に通ったり，そこで知り合った者達と施設の外で体験を共有したりする際の交通費や交際費，場合によって援助プログラムへの参加費などの経費の全てが，日々の生活費に加えて，その家族が負担することが想定されている．この点，フランスやイギリス，アメリカなどでは同様の状態にある当事者個人に対して，失業手当やジョブトレーニングを受けることを条件とした給付などの形で現金支給の方途が設定されるなどの違いがあることは，支援のあり方を考える上で留意すべきであろう（同様の指摘は，大阪府を例に日本の「ひきこもり」支援の状況とイギリスのニート政策を比較検討した樋口[4]によってもなされている）．

最後に，「ひきこもり」への援助活動を効果的なものとする上で，組織横断的な包括的ケースマネージメントが鍵を握っている点にも着目したい．先述した通り，厚生労働省による施策やガイドラインの中では，「ひきこもり」の全体像への評価・理解，複数の専門機関の協働による多面的な支援などの必要性が説かれ，そのための体制作りとして「ひきこもり地域支援センター」「ひきこもり支援コーディネーター」の設置が薦められている．実際そのような機能の存在は，援助を受ける側の「ひきこもり」当事者にとって，それがない場合，地域にどのような社会資源が存在しそれらをどのように効果的に利用すべきなのかなどの判断を，自らが長期にわたってかなりの程度負わねばならないという点において，決定的な意味を持つはずだ．

しかし，少なくともB施設の場合，A市における「ひきこもり地域支援センター」の指定を受ける以前から関係機関との協働に取り組んできているものの，実際の援助活動における連携の難しさが伝えられ，さらに，その困難さの多くがB施設自体が「ひきこもり」への専門的な支援を行っているため援助者らがB施設を離れるような

当事者への問題にまで多くを割くことができないという運用上の問題に由来していることが窺えた．このことは，「ひきこもり地域支援センター」や「ひきこもり支援コーディネーター」の設置のあり方に一石を投じるとともに，専門的な援助が行われる実践の場から一定の距離を保持し援助全体を見通せるようなケースワーク・ソーシャルワークの機能をいかに確保していくのかを投げかけている．

以上の事柄から導き出されるのは，現行の支援環境にあっては，年齢が若く，出身家庭による経済的援助が約束されており，自ら複数の援助施設・プログラムへのアクセスが見込めるような「ひきこもり」当事者ほど支援を受けやすくなっているのではないか，という見解である．が，そもそも支援とは何のため，誰のためにあるものなのだろうか．本見解が妥当とされるのであれば，支援の現場において援助サービス・プログラムに乗りにくい者達，いわば「支援弱者」が生み出されている可能性も懸念される．

Ⅱ．「ひきこもり」当事者のナラティヴから見た支援のあり方

本節では支援を受ける立場にある「ひきこもり」当事者・経験者によるナラティヴ・語りを参考にしつつ，「ひきこもり」支援の動向と課題についてさらに考察してみたい．彼/彼女らの経験は，今後の援助のあり方に対して，何を投げかけるのであろうか．

1．事例の特徴

まずは，「ひきこもり」当事者の語りを4例紹介する前に，事例の特徴について述べておく．4事例はいずれも2002年以降，著者らが主に首都圏近郊の自助グループC，および民間支援団体Dにおけるフィールドワークを通して知り合った者である．4者とも男性であることを指摘しておく．「ひきこもり」は男性に多いと指摘されるが，実際支援団体などに出入りする当事者も男性が多く，こうした傾向を反映した特徴でもあろう．また「ひきこもり」として事例化された時期が1990年代末から2000年代前半であり，「ひきこもり」が社会問題化されるようになった時期と重なるという点も指摘しておく．ここでは，ごく簡潔に各事例の語りのポイントを挙げることとする．

2．事例1

大学5年目での就職活動の躓きをきっかけとし2年間ひきこもった．「ひきこもり」中最もつらかったことに，「方向喪失状態」を挙げる．「ひきこもり」中に読んだ雑誌記事に掲載されていた医師を受診し事例化に至る．この医師に「程度は軽いが，典型的なひきこもり」と診断されたことに安心・所属感を覚え，「その時点で問題は半分解決した」と振り返る．診断名は明確に覚えていない．医師のもとには7年半通い，10年にわたるカウンセリング，その間デイケアも併用しつつ，自助グループでの活動も経験した．その後精神科青少年自立支援施設におけるアルバイトを経て，施設での就労支援相談員（常勤職）に就いた．

3．事例2

進学校の高校を中退，大学受験断念後，アルバイト生活を経て大学に進学するがまもなく中退し5年間ひきこもった．25歳時，本屋で見つけた本の著者のフリースペースを訪問し事例化に至る．その後約10年間で10以上の支援機関を利用してきた．9年目に精神医療を利用し，10年目から生活保護を受給するようになる．診断名はうつ病であり，毎日デイケアに通院するものの，診断名は制度利用のためと見なし，「ひきこもり」に強い愛着を持つ．存在していることへの根源的な不安を口にし「『ひきこもり』に特有」と見なしている．利用してきた支援団体について「卒業してきた」と振り返り，援助者には，全体を見通すガイド役割，継続的な伴走型支援などを望んでいる．

4．事例3

幼少時から両親の不和に悩んでいたが，不登校経験はなく，大学卒業後，アパレル系企業に就職

した．その後転職を繰り返し，父の死後，2度ひきこもる（各1年間）．27歳時（2度目の「ひきこもり」），インターネットで情報収集，保健所に電話し，近所の支援団体・クリニックを紹介され，通うようになる．その後徐々に支援団体と距離を置き，グループホームに就職する．「ひきこもったから今の自分がある」と振り返り，アロハシャツの精神科医を信頼し，「カウンセリングのため通院」を続けていると語る．

5．事例4

幼少時から勉強への親からのプレッシャーが大きかった．高校中退後大検合格，大学受験のため3浪するものの，実際には受験せずアルバイトを経てひきこもるようになる．25歳時，1年間の「ひきこもり」後，電話帳で見つけた近所のクリニックを受診する．その後アルバイトをしながら「ひきこもり」当事者として，著作などで発信をはじめる．アルバイトを辞めた後，30歳の節目を機に障害年金受給・作業所通いをはじめ，その後障害者手帳を受給する．34歳より就労訓練受けるも成果なしと振り返る．家族や障害年金などに依存した安定的「ひきこもり」生活を提唱する一方，公的助成を受けたNPO就労支援は搾取・税金の無駄遣いであり，「ひきこもり」に必要なのは（金銭的な）直接支援であると訴える．

6．4事例の考察

4つの語りから明らかとなったのは「ひきこもり」当事者個々の抱えてきた状況や「問題」・生きづらさの多様さである．一方，各事例に共通している点として，「ひきこもり」への自己同定による事例化があるといえよう．家族など他者による事例化ではなく，メディアを通して自発的な自己同定を行ったところに4事例の特徴がある．こうした事例では，診断名より「ひきこもり」という言葉への愛着が強く見出される．

一部の事例に顕著に見られるのは，年齢への意識の高さである．また，援助機関の併用や渡りの多さというのも一部の事例に見出される傾向である．こうした状況からは，特定機関・組織から自律したケースワーカーの必要性が指摘できよう．また，各事例の「ひきこもり」後の道筋を見ると，彼/彼女らの手許金の多寡がそれぞれの「自立」への準備に大きく関わっていたことが示唆される．

最後に，「ひきこもり」期間の長さと，期間中の「成熟」の可能性について触れておく．「成熟」の定義・判断をめぐっては様々な考え方があるものの，当事者の声には，十分な期間ひきこもることにより，謙虚さ，他人の痛みへの共感，「内なる声」への傾聴，人間性の回復，生活する・生きていく自信，「自律力」などがつき，差別観からの脱却も可能となるとの振り返りも見られる．裏を返せば，本人が望まない形で支援が開始されることで「ひきこもり」経験を通した「成熟」への機会が担保されない可能性がありうることを示しているのではないだろうか．

おわりに
――「ひきこもり」当事者のナラティヴから考える支援の現況と課題――

本報告ではまず，「ひきこもり」に関する厚生労働省の施策，およびA市における支援環境を概観することを通して，「ひきこもり」支援の動向をさぐった．そこで，年齢が若く，出身家庭による経済的援助が約束されており，自ら複数の援助施設・プログラムへのアクセスが見込めるような「ひきこもり」当事者ほど支援を受けやすい環境の存在を指摘した．先の4名の「ひきこもり」当事者による語りからは，そのような環境が彼/彼女らの経験に対してかなりの影響を及ぼしてきたであろうこと（同時にこうした支援の状況こそが，一般に「ひきこもり」の事例化・社会問題化を促してきた可能性）を指摘できまいか．

一方，現実のケースと援助モデルのミスマッチ，援助から抜け落ちる「ひきこもり」の存在が懸念されることも指摘できよう．「ひきこもり」支援モデルにおける年齢別援助はどこまで有効か．「日常生活自立」から「社会生活自立」を経て「就労自立」へつなげるかのような援助モデルは

妥当なのか．先立つものがなければ支援につながることができないとの指摘もある中，現金給付は，最後の手段でいいのか．さらに，年齢が高く，経済的な援助が受けられず，散在する援助プログラムの利用を困難に感じる「ひきこもり」の存在はどうなるのか．「障害者」救済プログラムに依存する形をとり続けることが望ましいのか．こうした点について今後検討を重ねる必要があろう．

（はじめに・Ⅰ節は清水が，Ⅱ節・おわりには堀口が，報告・執筆した．）

謝　　辞

本研究は科学研究費補助金（22402045［日仏ひきこもり比較共同研究］，および 22720333［「ひきこもり」〈医療化〉の人類学的研究：当事者・支援・医療の包括的アプローチ］）の助成を受けて行われた．

文　　献

1）厚生労働省：ひきこもり関連施策．2012（http://www.mhlw.go.jp/bunya/seikatsuhogo/dl/hikikomori01.pdf）

2）厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン，厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究」（研究代表者　齊藤万比古）．2010

3）東京都板橋区，首都大学東京編：生活保護自立支援プログラムの構築―官学連携による個別支援プログラムの Plan・Do・See．ぎょうせい，東京，2007

4）樋口明彦：「ひきこもり」と社会的排除―社会サービスの不在がもたらすもの，「ひきこもり」への社会学的アプローチ―メディア・当事者・支援活動（荻野達史・川北　稔・工藤宏司・高山龍太郎編）．ミネルヴァ書房，京都，p.239–265, 2008

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

アメリカから見た日本の「ひきこもり」

照山 絢子（ミシガン大学）

本稿は，ひきこもりに関する国際的な比較研究を行っているチームとして，フランスを中心とした欧米における現況の 1 つとして報告するもので，特にアメリカにおけるひきこもりの表象をテーマとする．日本のひきこもりがアメリカではどのように語られているのかということを，主に過去 5 年間ほどの間にアメリカ国内で出版された関連文献や論文，マスメディアにおける報道などのレビューを通して考察する．こうした媒体において，とりわけ重要な関心事となっているのは「ひきこもりは日本に特有の現象か」あるいは「世界的に見られる現象か」という問いである．本題においては特に，ひきこもりと日本の社会的・文化的特性との関連性についての言及に焦点を当て，その内容について詳しく検討していくことによって，「文化的特性」といわれるものがひきこもりの理解にどのような視座を与えうるのか，また同時にどのようなバイアスをかけうるのか，といった点を明らかにする．

＜索引用語：ひきこもり，国際比較，文化特性，アメリカ＞

はじめに

ひきこもりに関する日仏の国際的な比較研究を行っているチームの一員として，今回は欧米の現況の報告ということで，アメリカから見た日本の「ひきこもり」について報告する．アメリカは本研究の対象国ではなく，したがってアメリカ国内における「ひきこもり」の存在についての臨床的な報告例をとりあげることは今回はしないが，アメリカにおいて，遠く海を越えた日本の「ひきこもり」という現象がどのように見えているのか，どのように論じられているのか，という点に焦点を当ててみたい．具体的には，過去 5 年間ほどの間にアメリカ国内で報道ないしは出版された主要な論説を見ていく．

Ⅰ．ジャーナリズムにおける表象

まずはジャーナリズムとして，ニューヨークタイムズマガジンという媒体が 2006 年 1 月に，ひきこもりに関する非常に仔細な記事[2)] を掲載している．記者は Maggie Jones という，主にアジア関連の記事を定期的に寄稿しているフリーのジャーナリストである．記事ではひきこもりの親，支援団体，元当事者などへのインタビューを交えながら「ひきこもり」という現象をアメリカの読者向けに紹介しているが，この中では「ひきこもり」はおおむね日本に特有の現象だとし，「文化依存症候群である」と明言している．

また，「ひきこもり」の背景にあるものとして，1 つには経済的な要因（非正規雇用の増大や将来への希望や見通しが立たない），そしてもう 1 つには日本文化に特有のジェンダーロールのあり方（社会的に成功しなければならないプレッシャーが男性にとても強いことなど，記事の中ではひきこもりの 8 割方が男性であると書かれている）を挙げている．この 2 つの要因の複合的な結果として男性の中でグローバル化する社会で成功をおさめていくものと，ひきこもりのように脱落していくものとの二分化が進んでいる，というような説明を行っている．

さらに，雇用の場におけるスキルのミスマッチ

ということを挙げ，一流大学を卒業すれば一流企業に入社できた時代とは異なり，グローバル化する経済においてはコミュニケーション能力や問題解決能力など，従来とは異なったスキルが必要とされるのにもかかわらず，学校や親がそうした変化に対応したスキルを獲得する場を若者に与えていないため，社会に出ていく若者がミスマッチを経験しているということ，また学校におけるいじめなどを防ぐような対人能力をつけるような地域や家族の共同体が崩壊していることなどを挙げている．ただし，適応障害そのものは日本に特有のものではないとし，外国であれば，ギャングなどサブカルチャーに入ったり，ホームレスになったり薬物におぼれたり，といった形で表出しうるようなものを，日本の若者はひきこもって沈黙することで抵抗しているのだ，と書いている．均一性が重視され，周囲の目や評価が重要視される文化において，こうした沈黙とひきこもりこそが，日本人の若者たちの抵抗の形なのだ，とまとめている．

支援については，「レンタル姉妹」「レンタル兄弟」という形で兄弟姉妹的な存在の年の近いカウンセラーが「ひきこもり」の人の家を訪問し，ドア越しに話しかけたり手紙を書いたりといった方法でアプローチし，自立支援施設への入所を促していく過程がいくつかのケースを通して描かれているが，こうした第三者の介入を求めるまでに親が少なくとも1年以上はかけているという点に触れて，世間体が気になる，ということが事態の解決を遅らせているのではないかということを暗に示唆している．また，元ひきこもりへのインタビューの中で，彼らが自分の夢を語り，「もう（年齢的に）遅いのではないかと思う」と言っていることを何度も引用しており，そのように語っている元ひきこもりの方が20代半ばであることを指摘して，その年齢から新たなキャリアを形成できないと彼らが思っていることを，暗に批判している．

もう一点，ジャーナリストによる記述で紹介したいのはMichael Zielenzigerによる著書，「Shutting Out the Sun」[6]で，こちらは記事ではなく本であり，広く読まれてペーパーバックにもなり，またこの本の出版後にZielenzigerは「ひきこもり」事情に精通した専門家として様々なメディアでインタビューなどを受けている．この本におけるZielenzigerの主張は非常に日本社会に対して批判的なもので，表面的には日本はアメリカと同じように近代化，民主化した国家であり，文化面でも技術面でも非常に欧米化が進んでいるものの，どこか深い部分で社会が機能不全に陥っており，その結果として生まれた社会のひずみがすべて若者，特に「ひきこもり」になるような青年へのしわ寄せとして表出しており，彼らは社会の中で構造的に追いやられているのだというような主張を展開している．また，この「深い部分で機能不全に陥っている」というのは政治における閉塞感，企業の雇用慣行や学校教育のあり方などの制度的なものでもあるようだが，それ以上に，「出る杭は打たれる」といった没個性的なあり方がよしとされる価値観や，「世間体」を過度に気にしすぎること，自立と自己表現が尊重されず，本音と建て前などの社交上のしきたりが個人をがんじがらめにしていることなどを挙げており，これらの直接的な理由を，日本的な文化や習慣の悪しき側面が残存している，というふうに書いている．Zielenzigerはまた，この原因を，日本の民主主義が外から与えられたものであり内なる葛藤と闘争を経て達成されたものではないということや，日本の市場経済が自由競争を何よりも尊重するという価値観に基づいていないことなどを挙げて，暗に「アメリカと同じ道筋をたどっていたら『ひきこもり』に若者を追いやるようなひずみはなかっただろう」というシナリオを提示している．先にご紹介したJonesによるニューヨークタイムズの記事と比べるとだいぶ痛烈な日本社会批判となっているが，当事者に対してはこうした問題の犠牲者であるという捉え方をしており，「彼（当事者）がアメリカに生まれていたら，いまごろ自分でソフトウェア会社を立ち上げていたのではないか，あるいはユーチューブにビデオをアッ

プロードしていたのではないか．アップルコンピューターの創始者も，日本に育っていたらきっとひきこもりだったに違いない」などと発言しており，日本においては周囲と違う人が生きづらいということを指摘するとともに，社会という大きな歯車の中の弱い存在として動きがとれなくなっている当事者に心を寄せているような記述が多く見られる．当事者はふだん何をしているのか，というインタビューの質問に答えて，「非常に知的な活動を行っている人もいた．たとえばヴィトゲンシュタインを原語のドイツ語で読んでいる人がいた」と話しており，彼らの能力，ポテンシャルを高く評価している．また，「ひきこもりの男性たちのことを知れば知るほど，彼らが複雑に絡み合った様々な価値観によって無力にさせられ，自信を失わされ，個性を奪われ，日本という国が打破すべき内向的な性格を負わされているかがよくわかる」というように書いている．

Ⅱ． 学術研究における扱い

さて，もう少し学術的な論文を見てみたい．カリフォルニア大学の Alan Teo（精神医学）によるひきこもりの論文を２本紹介する[4,5]．内容には重複があるが，前者においては Teo は典型的と思われるケースを１つ紹介したあと，「ひきこもり」の歴史や定義，疫学的な概要などを概観している．「ひきこもり」と相関関係があるものとして，学校時代のいじめや不登校の経験，暴力，アパシー，育った家庭が崩壊家庭であることなどを挙げており，またひきこもりを社会とうまく折り合いがつけられないことに対する反抗的行為の一形態であり，その社会の中で青年期から成人期へと成長していくことに対する抵抗の一形態なのだとしており，それを外部に対して働きかけるのではなくて，一切の働きかけをしないというマイナスの行為によって表出させるという点で日本的である，としている．

後者の論文においては，Teo と Gaw はひきこもりの大部分が DSM に基づく既存の精神疾患に該当すると述べている一方で，一部，こうした既存の精神疾患に該当しない「ひきこもり」も確かに存在するとし，文化依存症候群である可能性を示唆するとともに，「ひきこもり」が新たな精神疾患として成立するための基準を満たしているかどうかを検討する，というものである．おおむね文化依存症候群としての基準を満たしているとしながらも，「日本に特有か」という点において，議論の余地があると述べている．これは，主に日本国内において，「ひきこもりはそれ自体，精神医学的な診断名ではない」とされていること，また，診断名ではないとすると一体それが何であるのかがはっきりしていない，という点に起因しているとし，どのような次元で「ひきこもりは日本に特有か」という議論を展開すべきなのかがなかなか見えてこないということを指摘している．こうした，輪郭が曖昧な言葉が定着し，診断名ではなくとも臨床現場で使用されているのは，ある種意図的なのではないかと，つまり，日本社会において「うつ病」や「統合失調症」といった診断名に付随する社会的スティグマが非常に高いことから，精神科医が患者や家族に対して意図的によりスティグマの少ない，「ソフト」な表現を使うことを好むことから，「ひきこもり」という概念がこれほどまでに広まったのではないか，としている．

一方，社会科学の分野から見た日本の「ひきこもり」はどのように映っているのであろうか．文化人類学者である Borovoy[1] は，先ほど紹介したジャーナリストの Zielenziger に反論するかたちで，「ひきこもり」の原因特定を目指すのではなく，日本の戦後のメンタルヘルスの在り方を知る上での切り口としての「ひきこもり」研究を目指しており，また「ひきこもり」を抵抗の形態として捉えるのではなく，戦後の日本社会の「平等性」に対するコミットメントと広範囲に及ぶ中産階級の産出に伴う社会の暗部として捉えなおす，ということを目指している．日本にはその民主化の過程において創造された特有の精神医学，学校教育，障害観，そして精神的な病気に対する薬物

治療の考え方がある，と述べ，それらについてそれぞれ考察を加えているが，その結果として，日本の若者は，ただちに精神科の患者になることなく，身を引いて一時的に退避する「場」というものを持っている，と書いている．これはたとえば，学校における通級などの部分的な支援制度や，企業における休職（長期休暇）制度，そしてひきこもることのできるバッファーとしての機能を備えた家（とそれを可能にしている家族のあり方）などを指しており，こうした「場」がうまく機能することで，グレーゾーンの人々や一時的な休息を必要としている人々をゆるやかに抱え込むような社会的な仕組みが成立しており，こうした場がないアメリカにおいては，同様の葛藤を抱えた若者はより早い段階で患者としてのアイデンティティを受け入れ，薬物治療を受けながらただちに競争社会の中に放り戻されると述べており，日米のあり方を比較しつつも，そのいずれの場合も極端に振れることは好ましくない結果をもたらすとしている．

ここで，少し話題はそれるが，仮にアメリカに「ひきこもり」の人がいたら，どのような公的支援を受けることができるのかという点について，アメリカでは「ひきこもり」という存在は認知されていないので仮定ですが，少し見てみたい．ここでは発達障害や精神障害などの診断がつくケースか，つかない場合は低所得者・自立困難者・就労困難者などに該当することで，主に生活支援，自立支援，経済支援を中心としたサービスを受けるケースを想定し，州によって制度が異なるので，ミシガン州に限って検討してみたい．その結果，このように様々な分野において充実したサービスが受けられると考えられます．全体を通して見てみるといくつか印象的な点があるが，まず障害者に対する支援にのることができれば，様々な措置によって段階的な就労が可能であることがわかる．最低限の収入を確保するための救済措置が確保されている．また，DV などがある場合には，家庭へのかなり強硬な介入がなされるようです．さらに，こういったプログラムを支えているソーシャルワーカー，相談員，ケースワーカー，アドバイザー，メンターといった層の支援者が非常に多い印象を受ける．さらに，こうしたプログラムが充実している背景として，非行少年（不登校を含む），薬物依存者，ホームレス，精神障害者を放置しておくことは社会的なコストであるという考え方から，「社会復帰」ということに重きが置かれていると見ることができる．これまでに挙げてきた様々なアメリカにおける表象は，このようなバックグランドのある社会から見た，日本の「ひきこもり」であるとお考えいただきたいと考える．

さて，これまでに挙げたいくつかの例は，ほぼすべてが「ひきこもり」を日本に特有のものと見なすべきか，あるいは他国にも共通するものがあるのか，という問題意識を持って書かれていたかと思われる．ほとんどの著者が，やはりある点においては日本に固有の部分があるとしながらも，どこかその現象のもっと深いところを見ていくと，

経済的支援
- Social Security Disability Insurance Benefit
- Supplemental Security Income (SSI)
- State Disability Assistance
- Family Support Subsidy Program

医療的支援
- Access Medicaid Waiver Programs

家族支援
- Family Support Services
- Families Together/Building Solutions

就労支援
- Supported Employment
- Michigan Rehabilitation Services
- Employment Opportunities for Disabled Americans Act of 1986
- Michigan Career and Technical Institute
- Workforce Investment Act Adult Program

生活支援
- Adult Community Placement
- Supportive Housing

若者支援
- Michigan Youth Challenge Academy
- Workforce Investment Act Youth Program
- The Michigan Transition Outcomes Project

図1　ミシガン州における公的支援

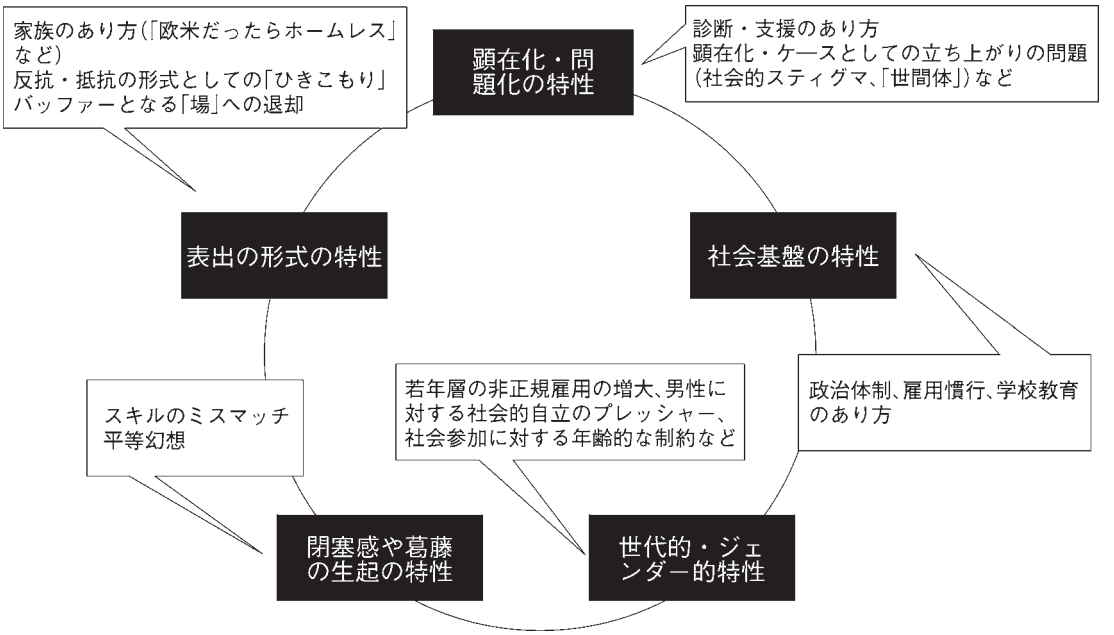


図2　ひきこもりは日本に特有か

他の国や文化にも共通する問題がある，というような折衷的な捉え方をしているようである．「アメリカにも同じような状況はあるけれど，その着地点がひきこもりではないのだ」というようなことを書いている．ではどこまでが普遍的で，どこからが日本に特有なのかというと，これは論者によって異なってきます．図2は，「ひきこもり」を現状のような形で「ひきこもり」たらしめている要因としてこれまで挙げられてきたものをまとめたものである．

もちろん，これらの論説の中にも，あまりに日本社会を単純化しすぎているためになかなか受け入れがたいと思われるものも存在している．また，エキゾチックな対象，オリエンタルな対象としてある種の偏見をもって書かれていると感じられるもの，さらに「ひきこもり」を必要以上に美化したり，理念的に祭り上げることによって日本の社会批判・文化批判を行っていると読めるものもある．しかし，やはり一方で，こうした海外からの視線は一定の示唆に富むものであると思われる．なぜ彼らは，わざわざ日本の「ひきこもり」に着目しようとしたのか．「ひきこもり」をレンズとして，日本社会を見る彼らの視線はどういうものなのか．そこに偏見があるのならば，それはどういった必然性からそこにあるのか．またそれは翻って，彼ら自身の社会における問題をどのように照射しているのか．このような観点から今回ご紹介したような言説を読み解いていく必要があるかと思う．

ま と め

私が専門としている文化人類学における「比較研究」とは元来，異文化において長期間のフィールドワークを行い，主に研究者の出身である，より先進的と思われる文化との比較の上でその対象地域の習慣を理解する，ということを実践してきた学問であり，自ずと一方の文化を規範的なものと捉え，もう片方の文化がその規範からいかに逸脱しているか，あるいは未熟であるか，という視点に立って比較研究を行ってきた過去がある．し

かし，近年に入ってポストコロニアリズムの影響を強く受け，その結果として，「どちらのほうが進んでいるか」といった優劣を伴う視点を徹底的に排除した文化相対主義を拠り所として，新たな視点で「比較」という手法に取り組む方法論を模索してきた．その先端に立って比較研究のあり方を理念的に考察してきた研究者に，イギリスのStrathernという文化人類学者がいるが，彼女は近年出版された論文の中で，*division*という概念を紹介している[3]．これは，様々な立場の人から見た１つの事象に対する多様な解釈（つまり視点の多様性）を指しているのですが，これらを断片的な視点として扱うことなく，それぞれが総体としての事象の破片と見，それらをすべて足したときに「1」となる，すなわち全体が見えるような概念であるそうです．この概念から「ひきこもり」について考えてみると，日本の「ひきこもり」，アメリカの「ひきこもり」，フランスの「ひきこもり」，それぞれが相容れない断片，あるいはどれか１つが正解で他が偽物ということではなく，それらを足し算したときに，このグローバルな世界における「ひきこもり」という生きられた経験の総体が明らかになるといえるのではないだろうか．そのようなことを念頭に置きつつ，各国における「ひきこもり」概念の非対称性と連続性について考えていかなければならないのではないだろうか．

文　献

1）Borovoy, A.: Japan's hidden youths, mainstreaming the emotionally distressed in Japan. Culture, Medicine and Psychiatry, 32 (4); 552-76, 2008

2）Jones, M.: Shutting Themselves. In New York Times, January 15, 2006

3）Strathern, M.: Binary License. Common Knowledge, 18 (1); 87-103, 2011

4）Teo, A.: A new form of social withdrawal in Japan. International Journal of Social Psychiatry, 56 (2); 175-185, 2010

5）Teo, A., Gaw, A.: Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? A proposal for DSM-5. The Journal of Nervous and Mental Disease, 198 (6); 444-449, 2010

6）Zielenziger, M.: Shutting Out the Sun. Nan A. Talese, New York, 2006

Representation of Japanese “Hikikomori” in America

Junko Teruyama

Department of Anthropology, University of Michigan

As part of a cross-cultural comparative study on “hikikomori”, this paper focuses on the representation of Japanese “hikikomori” in the US by reviewing some of the major academic/popular literatures and journalistic stories published over the past 5 years. I focus primarily on how such accounts engage with the question of whether the emergence of “hikikomori” is specific to Japan or not, and how the notion of cultural specificity is invoked to promote a particular understanding of the phenomenon.

＜Author’s abstract＞

＜**Key words**：hikikomori, comparative study, culture, America＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

疾病構造の多様化とデイケアの専門性

コーディネーター　西村　良二，佐々木　裕光

デイケアは，はじめは統合失調症の治療の脱施設化として出発し，地域精神科医療に取り込まれていくなかで 1 つの治療法として発展してきたが，近年では，疾病構造の多様化とともにデイケアの多様化，専門化が必要となってきている．デイケアは，うつ病圏，パーソナリティ障害圏，児童思春期や認知症，発達障害など，多様な疾病に対応できる能力を有しているが，社会のニーズ，ユーザーのニーズに応じたデイケアの在り方を考えていかなければならない．本シンポジウムでは「疾病構造の多様化とデイケアの専門性」をテーマに，4 人の講師に論じていただいた．

最初に，久留米大学医学部精神神経科学教室の石田重信先生は，「デイケアを取り巻く医療情勢」というテーマで論じた．近年の診療報酬改定の動向をみると，精神科入院医療の支払いが今後も急性期に力点を置き，集中的・濃厚な医療を行う一方，長期の入院医療の評価は低くなり，かわりに福祉サービスに力をいれる姿勢はかわらないだろう．このような情勢のなか，久留米大学では平成 12 年に急性期病棟にしたところ，デイケアの性質が変わり，急性期病棟を退院した患者を受け入れるデイホスピタルの役割が大きくなった．プログラム編成もそうした視座が必要で，地域への連携，パスが極めて重要になると論じた．

榎本クリニックの榎本稔先生は，「多機能を生かしたデイケア医療の在り方」について論じた．社会の変化が精神構造を変え，新しい疾病構造をつくり出している．大都会のクリニックでは，最近の傾向として，アディクションの精神病理，すなわち，アルコール・薬物依存，ギャンブル依存，性依存症（性犯罪）の受診が増えてきているという．さらに非定型うつ病，発達障害，高次脳機能障害が増えてきており，そのような現代社会のニーズに応えるデイナイトケア医療の実践を報告した．

メディカルケア虎ノ門の五十嵐良雄先生は「精神科デイケアの効率的な機能分化」のテーマで，うつ病のリワーク・プログラムの重要性を論じた．病気としては軽いが，治りにくい現代の非定型うつ病が増えてきている．他罰的で強い不安を抱く彼らにはフィールドをつくって復職のポイントを見極めたアプローチが必要となる．統合失調症のリハビリと異なり，うつ病のリハビリは再休職の予防が目的となり，方法論も異なってくる．独自のプログラムを開発し，実施しなければならない．リワーク・プログラムの目的は，症状を自覚し，対人関係をみながら問題をみつめる自己洞察であ

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　疾病構造の多様化とデイケアの専門性　座長：西村　良二（福岡大学医学部精神医学教室），佐々木　裕光（ささき心のクリニック院長）

ると説いた．

錦糸町クボタクリニックの窪田彰先生は，「精神科デイケアの将来の方向性」を語った．疾病構造が多様化し，新たな内容のデイケアへのニーズが生まれるので，新たな視点に立ち，それぞれの対象者に合った機能を実現できるデイケアを工夫しなければならない．全国には，病院デイケアが約 800 ヵ所，クリニックデイケアが約 400 ヵ所あるが，統合失調症を中心としたデイケアと地域ケアを担う外来クリニックとの二極化，医療と福祉の間の距離感，日本における医療チームの立ち遅れ，診療報酬改正などの問題点を指摘し，地域全体でのデイケアの役割（包括的精神科地域ケア），デイケアをつなぐ役割の重要性を論じた．

財政的に破綻しかけている日本の健康保険制度のなかで，精神科デイケアは診療報酬に見合うだけの効果を出しているのかという疑問に答える必要に迫られている．日常臨床の印象では効果を個々の症例で示すことはできるが，精神科医療を取り巻く利害関係者にそれを数字で示すことが，健全なデイケア医療の発展につながることは間違いない．また，医療と介護の同時改革でデイケアの方向性はどうなるのであろうか．デイケアの将来の方向性についても論じ合った．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

デイケアを取り巻く医療情勢

石田　重信（久留米大学医学部精神神経科学教室）

はじめに

近年の診療報酬改定の方向を見ると，精神科入院医療は今後も急性期をより集中的・濃厚な医療を行う方向に向かっている．一方，長期の入院医療の評価は低くなっており，今後はこれに代わって福祉サービスの密度をより濃厚に提供するようになると考えられ，この流れは今後も推し進められるものと考えられる．精神科医療は「入院中心から地域生活中心へ」という基本的な方策により入院治療から地域ケアへとその重きが移行してきており，様々な機関でデイケアが実施されている．精神保健福祉資料[7,9]によれば，精神科デイケアなどの実施施設は平成 16 年度の調査では 1,380 施設であったのに対し，平成 20 年度の調査では 1,544 施設と最近でも増加傾向にある．デイケア全体ではその利用者の 7 割以上が統合失調症圏の障害であるが，精神科クリニックや精神保健福祉センターのデイケアでは気分障害圏や神経症圏など多彩な疾患患者の利用割合が高く[15]，それぞれの施設の特色を活かし，多種多様な治療が実施されているものと思われる[14]．

現在の精神科デイケアは通所患者に一定のプログラムを提供するもので，一定期間での再入院の低減効果が認められている．しかし一方で長期にわたる漫然とした利用に対し，財政的に破綻しかけている現在の健康保険制度のなかで，精神科デイケアが診療報酬に見合うだけの効果を上げているのか，という疑問に答える必要に迫られている．

ところで，政策的に注目すべき動向に平成 23 年 7 月第 19 回社会保障審議会医療部会[13]で，精神疾患を医療計画に記載すべき疾患に追加することが合意され，癌・脳卒中・急性心筋梗塞・糖尿病の「4 疾病」と救急・災害・へき地・周産期・小児の「5 事業」で構成してきた地域医療の必須要素が「5 疾病 5 事業」となり，必要な医療機能や医療機関の分担・連携の推進方策が今年度中に策定されることになった．精神疾患が「5 疾病 5 事業」という医療政策上の重要分野として確認された以上，地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーションなどが，個々の機能に応じた連携を推進することが求められることになる一方，行政からの支援が進められ診療報酬にも影響するであろう．

このように，「入院中心から地域生活中心へ」という地域ケアがさらに求められる中，「5 疾病 5 事業」により一般医療と精神科医療との連携強化と地域連携がさらに求められることは，精神科デイケアにとっては追い風となる可能性が高く，そのためにはデイケアを取り巻く医療情勢について現状分析を行い，診療報酬の動向を把握する必要がある．本稿では診療報酬に対する久留米大学病院デイケアセンターでの取り組みについて簡単に述べ，最近の政策の動向を踏まえ今後のデイケアの方向性について述べてみたい．

Ⅰ．当科デイケアでの取り組み

デイケアで質の良いプログラムを継続して提供するためには収益は重要な問題で，多くの患者に通所してもらわねばならない．当科デイケアは，若手医師の教育機関としての大学病院であるため，

年度が替わる度にデイケア担当医の異動は宿命として避けて通れない．加えて，当科デイケアでは送迎はない，昼食の提供もないなどの制約の中で運営してきた．このような大学病院ならではの特殊性もあろうが，ここで当科デイケアでの収益に関する取り組みを簡単に紹介する．

久留米大学病院は総病床数1,263床を擁する特定機能病院で，精神神経科は56床（平成22年の旧病棟は60床）の閉鎖病棟と大規模型デイケアを有している．当科病棟は平成12年7月に全国の大学病院に先駆けて精神科急性期治療病棟（以下急性期病棟）の認可を受け[3]，当然のことながら急性期の患者が主体である．しかし，当科病棟の最大の特性は身体合併症治療で，これに加え総合病院に共通したaccessibilityの良さにより初発あるいは発症間もない患者が多く，初期診断，初期治療も重要な役割の1つである．

デイケアスタッフは，医師6名，PSW 2名，Ns 1名，OTR 1名，CP 1名，秘書1名，院外講師2名，研修生5名である．当科デイケア利用者の特徴は，罹病して間もない若年者が多く，疾患は統合失調症が約6割と最も多く，次いで気分障害が13％で，てんかん，境界性パーソナリティ障害，解離性障害など非精神病も多いことも特徴の1つである．外来患者の再発・再入院の防止と，通過型デイケアとして社会復帰に向けての援助を行っている．

1．プログラムの見直し

デイケアでは，その活動目的が明確であることが必要で，各デイケアによってデイケア機関の機能として求められることやデイケアの方向性が異なることは当然であろう．しかしアンケート調査や話し合いにより患者の嗜好性やニーズに見合うものを把握し，一方で自己管理能力の向上やコーピングスキルの獲得といったリハビリテーション機関としてやるべきプログラムも提供せねばならない（表1）．

当科デイケアでは基本的に午前3種，午後2種のプログラムを提供し，患者に選んでもらっているが，半年ごとにプログラムの見直しを行っている．プログラム編成に際し，表2に示すような点を考慮しプログラムの見直しを行ってきた．図1にデイケア件数を示したが，デイケアを週5日行うようになった平成15年より毎年デイケア件数は増加してきた（平成22年度は週3〜5日利用し

表1　プログラム編成にあたって

デイケアの効果としての期待
1．症状へのアプローチとして
・陰性症状の改善
集中力，意欲の向上，楽しい気持ちを持つ
・再発防止
薬物や治療について学習する，自己管理能力の向上，ストレスとその対処法，症状への対処法
2．社会参加のために，疾病と障害を抱えて生きていくために
・同じ病気をした仲間に出会う（支えあう関係，目標となるモデルとの出会い）
・対人関係におけるコーピングスキルの獲得
・目標や希望を見出す
・自信を取り戻す
・医療や相談できる支援者との関係作り
・医療から地域に広げる支援システムの構築
3．経済的視点
・経費削減
必要経費がかからない活動
例）散歩，スポーツ，学習会，心理教育など
・収益アップ→参加者率を上げる
参加者が喜んで参加したいと思うプログラム，ニーズの高いプログラム
例）スポーツ，カラオケなどレクレーション，PC教室など

表2　プログラムのメンバーの評価

	好きな活動		役に立つ活動	
	平成18年1月	平成18年11月	平成18年1月	平成18年11月
1位	スポーツ	スポーツ	スポーツ	スポーツ
2位	自由活動	PC教室	SST	SST
3位	カラオケ	カラオケ	PC教室	料　理
4位	PC教室	料　理	導入G	PC教室
5位	料　理	自由活動	七宝焼	導入G
6位	SST	SST	就労	カラオケ

H 18年　1月実施：n＝58
H 18年11月実施：n＝42

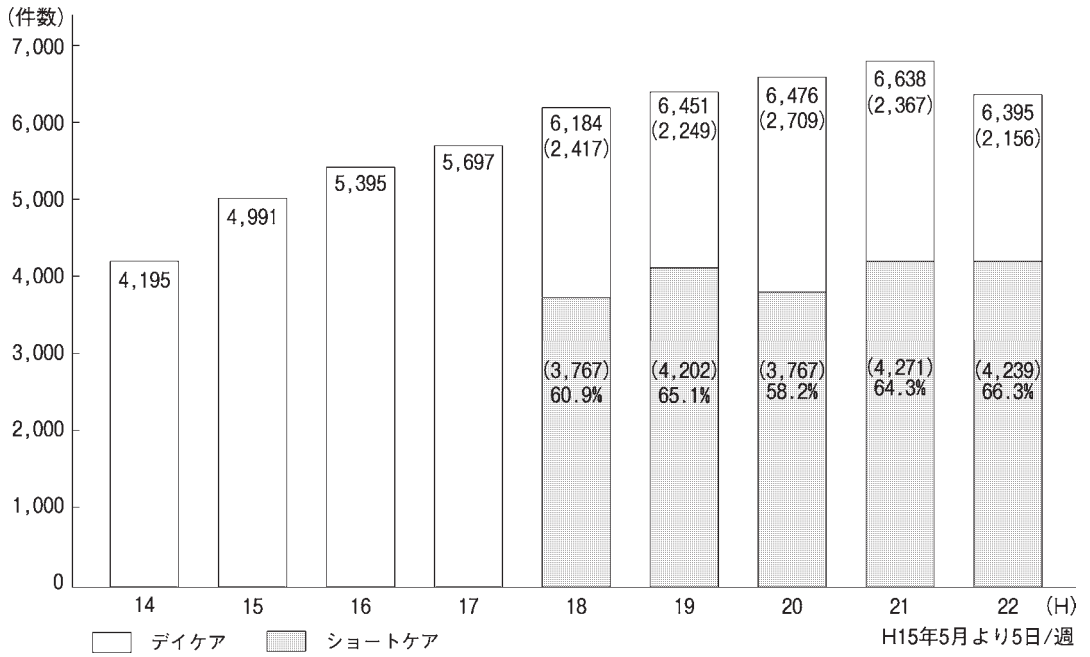


図1　デイケア件数

ていた患者4〜5人が福祉就労を含め就職したため減少した)．収益を上げるためには多くの患者に参加してもらう必要があり，そのためには患者が参加したいと思うプログラムを増やせば良い．しかし一方でリハビリテーションの効果を上げるためのプログラムも必要であり，この辺のバランスが重要で苦慮している．表2にデイケアの患者に好きなプログラムと役に立つプログラムを調査した結果を示したが，デイケアに通所している患者は好きなプログラムとは別に，役に立つプログラムも認識している．したがって年2回のプログラム見直しはほぼ毎回このようなアンケート調査を行い，その結果を踏まえて決定している．

ところで，近年うつ病による自殺が社会問題となっているが，うつ病による休職者も増加し，意外にも復職困難なことが多いためうつ病患者の復職支援が注目されてきた．当科デイケアでも平成22年9月にうつ病復職支援プログラムを試行的に併設し，開始した（表3)．収益増にはつながるが，当然のことながらこのプログラムの効果も求められる．

いずれにしても，当科デイケアでは提供しているプログラムは定期的に見直しを行い必要に応じて変化してきたが，当然のことながら今後もプログラムの見直しを行っていく必要があると考える．

2．急性期病棟

急性期病棟以前は，退院後デイケアへ無理なく移行できるように，入院期間に束縛されず，デイケアの導入までをゆっくりとしたペースで入院治療を行っていた．しかし急性期病棟へ移行後，当科デイケアは，初発あるいは発症間もない患者の退院後の積極的リハビリテーションを担うとともに，急性期病棟を退院し，急性期を脱して間もない不安定な患者の受け皿の1つとしてデイホスピタル的機能も求められるようになった．しかし，急性期病棟の入院期間が3ヵ月に限られた結果，退院後のデイケア定着率が低下し，危機的な状況となった．図2左に示すように，新入所患者の定着率はわずか32.1％で，57.1％が脱落していた．

表3　うつ病復職支援プログラム

目的
うつ病（気分障害）の診断を受け，生活障害などで休職中の方の職場復帰支援およびQOLの向上を図る

対象
①症状が一定期間安定している方
②現在休職中（在職）で復職を目的としている方
③主治医の許可がある方
④原則として復職支援プログラム全プログラムに参加可能な方
⑤躁病および双極性障害，他の精神疾患を併発していない方

・通所期間：1クール（約3ヵ月），3クールまで継続参加可能
・実施時期：第1クール（5〜7月），第2クール（9〜11月），第3クール（1〜3月）
・実施回数：毎週火曜日，木曜日の週2回
・実施時間：9時〜15時半（昼休みを含む6時間30分）
・プログラム

	火曜日	木曜日
午前	クラフト	*1IMR
午後	*2CBGT	軽スポーツ

*1 Illness Management and Recovery（疾病管理とリカバリー）
*2 Cognitive Behavioural Group psychoTherapy（集団認知行動療法）

①クラフト：作業効率の回復・作業遂行能力など就労リハビリを目的とする．
②CBGT：認知の偏りを修正し問題解決の手助けをすることを目的とする．
③IMR：症状の自己管理を目的とする．
④軽スポーツ：体力の回復およびストレスコーピングを目的とする．

急性期病棟の3ヵ月という限られた期間で退院する患者にとって，退院後デイケアに通所し，いきなり大集団の中になじむことは困難なことが多く，デイケアプログラムも大幅な見直しが必要となった．

そのため，新規通所者は必ず少人数の新入所グループから参加し，負担にならないカードゲームなどから開始することにした．この新入所グループは原則3ヵ月間で，その後の大集団へ無理なく移行できるようになった．また，退院後にデイケアが必要な患者については，退院前の入院中からデイケアを体験する仮入所システムを導入した．さらに，新規の仮入所の候補となる患者や，仮入所している患者の情報を病棟スタッフと共有するため，デイケア・スタッフが毎週火曜日に病棟へ出かけるデイケア・リエゾンも導入した．

このような工夫の結果，図2右に示すように新入所患者の定着率と脱落率がちょうど逆転し，各々57.7％，32.7％となった．この新規患者のデイケアへの定着率は，デイケア運営上，絶えず考慮しておく必要がある．

Ⅱ．政策の動向と現状分析

現在の医療情勢を見据え，今後のデイケアに求められるものを考え，今後どのように変化しなければならないのであろうか．医療経済を考える上で，その前提となる医療政策の動向を押さえる必要がある．現在の精神保健医療福祉政策は，2004年に厚生労働大臣を本部長として精神保健福祉対策本部が公表した，2014年までの10年間の「精神保健医療福祉の改革ビジョン[7]（以下，改革ビジョン）」が基本的な方向性を示している（表4）．この基本政策である改革ビジョンには精神障害が誰でもかかる病気であると国民の90％が認識するような啓発をすすめること，病院中心のサービスから地域中心のサービスへ移行するという2つの柱がある．後者は，新規入院患者は医療の質等の向上を図りできる限り1年以内の退院を目指し，すでに長期に入院している患者については本人の病状や意向を踏まえ，医療と福祉の連携のもと段階的・計画的に地域生活に移行促進するという考えで，1年未満群の平均残存率を24％以下，1年以上群の退院率を29％以上との達成目標も示されている．

デイケアを含めた精神科医療を取り巻く医療情勢は現在進行形で大きく変化しているが，重要なことは，診療報酬はこの改革ビジョンから始まる一連の政策方針の具体化という点であり，関連する診療報酬改定や法律改正などは必ずこのビジョンを根拠に提案がなされてきたという点である．この改革ビジョンの中間5年目に当たる2009年に後期5年間の方向性を示す「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」が提出した報

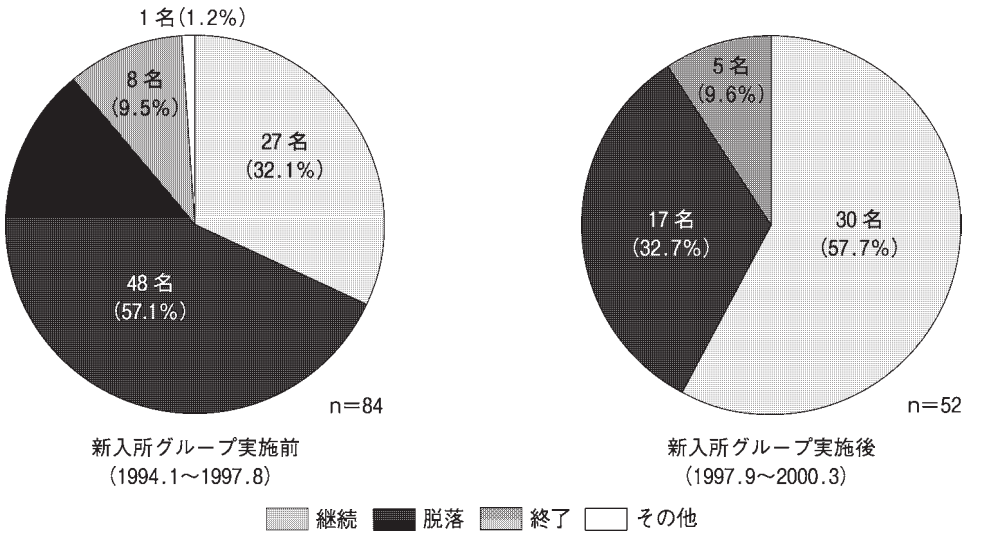


図2　統合失調症者の導入1年後の転帰―新入所者グループ開始前・後の比較―

告書[10]（以下，検討会報告書，表4）では，この改革ビジョンの「入院中心のサービスから地域中心へ」という基本理念を推進し，「精神保健医療体系の再構築」，「地域生活支援の強化」が報告されており，精神科入院医療を急性期化するとともに，「地域で生活する」ことを前提とした支援体系を進めることが明確に示された[4,5]ことは，今後の精神保健医療福祉の方向性を考える上で極めて重要である．

この検討会報告書でのデイケアに関する項目について表5に示した．精神科デイケアなどの現状については，精神障害者の退院後の地域移行における受け皿の機能を果たしており，目的，利用期間などをより明確にしたデイケアやうつ病患者へ復職支援を行うなど多様なデイケアなどが試みられていると報告されている一方，その利用期間の制限はなく，治療効果のエビデンスが確立されているとはいえないと指摘している．その上で，今後のデイケアの重点化項目を，①「急性期・回復期に対象・利用期間・実施内容を明確にして機能を強化したデイケア等の整備」，②「対象者，利用目的，実施内容が福祉サービスと重複しているデイケア等について，利用者が徐々に障害福祉サービスに移行できるよう，障害福祉サービスの充実等を図る」，③「利用者の地域生活における自立をより促す観点から，デイケア等の，漫然とした，長期にわたる頻回/長時間の利用の是正を検討」の3点を，いずれも「…べきである」との表現で指摘している．

その後，こころの健康政策構想会議提言書（有識者会議）の報告書が厚生労働大臣に提出され，厚生労働省の「新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム」が立ち上がり，平成22年5月31日の報告書「精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況」[11]では，地域生活支援体制の強化の中で精神科デイケアなどの重点化が盛り込まれている．

このような流れを見ても，また近年の診療報酬改定の方向を見ても，精神科入院医療は今後も急性期をより集中的・濃厚な医療を行う方向に向かう一方，長期の入院医療の評価は低くなり，今後はこれに代わって福祉サービスの密度をより濃厚に提供するようになる（図3）．「入院中心のサービスから地域中心へ」の流れがさらに推進され，「地域で生活する」ことが前提となるという方向は間違いないものと考えられる．課題はあるもの

表 4　精神保健医療政策の動向

2004 年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」
※厚生労働大臣が 10 年間の政策の方向性を示した
※ 10 年間の目標（2004-2014）
①精神疾患は誰でもかかりうる病気→ 90%以上へ
②病院中心のサービスから地域中心のサービスへ移行
※関連する診療報酬改定や法律改正などは，必ずこのビジョンを根拠に提案がなされてきた診療報酬の動向に大きく影響
2009 年「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」
※後期 5 年間の方向性を示す指針
※〈今後の精神保健医療福祉改革に関する基本的考え方〉
・「地域を拠点とする共生社会の実現」に向けて，「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念に基づく施策の立案・実施をさらに加速
〈精神保健医療体系の再構築〉
・精神医療の提供体系を，入院医療を中心とする体制から，精神障害者の地域生活を支える機能（訪問診療，訪問看護等）を中心とする体制へ再編
・統合失調症・認知症・身体合併症を軸とした入院医療の再編・重点化
〈地域生活支援体制の強化〉
・精神科救急，在宅医療等，精神障害者の地域生活を支える医療体制の一層の充実
・相談支援・ケアマネジメント機能の充実強化，障害福祉サービス（住まいの場の確保，就労支援等）の拡充

表 5　精神保健医療福祉の改革について

地域生活支援体制の強化
(1) 精神障害者の地域生活支援の現状
1．医療サービスの現状
(精神科デイ・ケア等について)
・精神科デイ・ケア，ナイト・ケア，デイ・ナイト・ケア，ショート・ケア（以下，「デイ・ケア等」という．）の実施目的としては，再入院・再発予防，慢性期患者の居場所，生活リズムの維持等があり，利用者の利用目的としては，生活する力を高める，周囲の人とうまく付き合うこと等がある．
・デイ・ケア等は，日中活動系の障害福祉サービスよりも相当多くの利用者に利用されており，精神障害者の退院後の生活支援を含め，地域移行における受け皿の機能を果たしている．
・発症早期，急性期等の患者を対象に，目的，利用期間等をより明確にしたデイ・ケア等の取組が行われるようになってきているほか，うつ病患者への復職支援を行うプログラムなど，多様なデイ・ケア等が試みられている．
・デイ・ケア等の利用期間の制限はなく利用が数年にわたっているが，症状の改善が終了の理由となることは少なく，再入院まで利用が続く場合も多い．デイ・ケア等の効果については，入院の防止等に一定の効果があるとの研究もある一方で，特に慢性期のデイ・ケア等については，治療効果のエビデンスが確立されているとは言えない．

改革の具体像
1 地域生活を支える医療機能の充実・強化力．精神科デイ・ケア等の重点化等について
・急性期や回復期に，適切なアセスメントに基づき，認知行動療法，心理教育等を一定期間重点的に行うなど，対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化したデイ・ケア等の整備を図るべきである．
・現在のデイ・ケア等は，これまでの地域におけるサービスの供給状況の中で，生活支援としても地域移行における一定の機能を果たしてきていると考えられるが，医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点や，利用者のニーズ・目標に応じた多様なサービスを提供する観点からは，対象者・利用目的・実施内容が福祉サービスと重複しているデイ・ケア等については，その利用者の選択の下で障害福祉サービスの利用を促していけるよう，障害福祉サービスの充実等を図っていくべきである．
・利用者の地域生活における自立をより促す観点から，デイ・ケア等の，長期にわたる頻回な利用や長時間の利用については，それが漫然としたものとならないように促す方策を検討すべきである．

2009 年「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」資料より抜粋

の，今後デイケアに期待される点も多々あるものと考えられ，特に急性期・回復期といったより重症な患者に重点的にプログラムを提供する急性期デイホスピタル的機能を持つデイケアもその 1 つであろう．

もう 1 点，政策的に注目すべき動向に，冒頭にも述べた第 19 回社会保障審議会医療部会[13] で，精神疾患を医療計画に記載すべき疾患に追加することが合意された点である（図 4）．「4 疾病 5 事業」は平成 19 年に施行された改正医療法を受け，医療計画の下，主要な 4 疾病 5 事業ごとに数値目標を設定し，適切な医療サービスを切れ目なく提供し，地域の中で保健福祉医療サービスが完結で

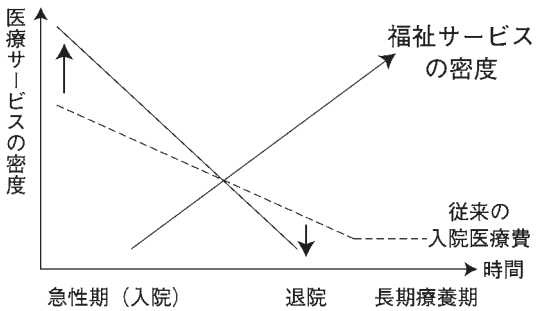


図3　これからの入院医療支払方式
（国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部部長伊藤弘人先生提供）

きるようにするものである．地域医療の必須要素に精神疾患が加えられたことにより，医療提供の観点から，地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが求められることになる．今後，医療機能や医療機関の分担・連携の推進方策が平成23年度中に策定され，平成24年4月から都道府県が作成する医療計画に精神疾患の地域連携体制が加えられ，平成25年度以降の医療計画に反映させることになる．したがって，医療施設としての診療機能を対外的に明らかにし，地域医療計画における数値目標を示さなければならなくなる．また，一医療機関として地域連携クリティカルパスを作成しなければならず，そのための作成指針を作成しなければならなくなる．医療提供の観点から，地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーションなどが，個々の機能に応じた連携を推進することが求められ，要は精神科以外の医療領域では当たり前に使われているクリティカルパスが精神科領域でも求められることになり，一般医療と精神科医療との連携強化と地域連携がさらに求められることになる[6]．

ところで，地域連携を評価する施策はすでに設定されてきた．2006年の診療報酬改定で「地域連携診療計画管理科」，「地域連携診療計画退院時指導料」が新設され大腿骨頸部骨折の地域連携クリティカルパスが求められ，2008年の診療報酬改定では脳卒中も追加されるなど地域連携が推進されてきた．今後遠くない時期に，診療報酬に精神科の地域連携パスが導入される可能性も想定され，地域連携がさらに推し進められると考えられる．いずれにしても，精神疾患が「5疾病5事業」という医療政策上の重要分野として確認された以上，行政からの支援が進められ，診療報酬改定にも影響するであろう．

(1)患者数の現状
・精神疾患の患者数は323万人（平成20年の患者調査）
・癌の152万人の2倍（現行4疾病で最も多い糖尿病の237万人をも上回る）
　→医療計画に記載すべき4疾病（がん，脳卒中，糖尿病，急性心筋梗塞）のいずれの患者数よりも多い
・特に近年，職場におけるうつ病，高齢化による認知症の増加など，国民に広く関わる疾患となっている
(2)死亡数の現状（平成21年人口動態統計）
・精神疾患による死亡数は1.1万人
・年間3.1万人に上る自殺者の約9割に何らかの精神疾患に罹患した可能性もあり，緊急性も高い
※糖尿病による死亡数1.4万人の約2倍
(3)連携の必要
・患者の早期治療や地域への移行の目的として，急性期の入院医療の重点化や訪問診療・訪問介護の充実等を図る．
・地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーションなどが個々の機能に応じた連携を推進することが必要
※精神疾患を医療計画に記載すべき疾病に追加し，求められる医療機能を明確化，各医療機関等の機能分担や連携を推進

⬇

5疾病5事業

⬇

※ 2011年度中に都道府県に指針が通知
※ 2012年4月から都道府県が作成する医療計画に精神疾患の地域連携体制が書き込まれる
※ 2013年度以降の医療計画に反映させる
※地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーション等が，個々の機能に応じた連携を推進することが求められる

図4　医療計画に記載すべき疾病への精神疾患の追加について
第19回社会保障審議会医療部会資料より抜粋（平成23年7月6日）

表 6　地域連携に関する診療報酬新設の動向

新設年	診療報酬	1 日あたり点数
2002	緩和ケア診療加算（精神医療従事経験精神科医）	400
2006	特定施設入居時等医学総合管理料 処方箋交付（在宅療養支援診療所・病院以外） 不交付（在宅療養支援診療所・病院以外）	 3,000（1,500） 3,300（1,800）
2008	精神科継続外来支援・指導料	55
	保健師などによる支援の加算（1 日につき）	40
	救命救急入院料の加算	3,000
	認知症専門医療機関への紹介の加算（診療情報提供料）	100
	精神科医連携加算（診療情報提供料）	200
	精神科身体合併症管理加算（治療開始 7 日以内）	350
	精神科地域移行支援加算（退院時）	200
	精神科地域移行実施加算（地域連携室必置）	10
2010	認知症専門医療機関連携加算（診療情報提供料）	50
	総合入院体制加算（精神科の体制が要件）	120

*点数は 2010 年 4 月改訂時の診療報酬点数
（作成：精神科医療政策・管理研究会）

このように，改革ビジョン以後「地域で生活する」ことを前提とした支援体系を進めることが明確に示された点や，精神疾患が「5 疾病 5 事業」という医療政策上の重要分野として確認されたことは，精神科デイケアにとっては追い風となる可能性もある．

Ⅲ．今後のデイケアの方向性

デイケアの目的は患者が仲間に出会い，病に立ち向かえる自分を見出し，生活の場を地域に広げていけるよう応援することであり，病や障害によって失った機能，自尊心，生活，人生などは，たとえ機能障害の回復が困難，あるいは限定的であろうとも，自尊心，生活，人生を回復することは可能で，この「リカバリ」の援助がデイケアの目的といえる．現在のデイケアは通所して一定のプログラムを提供するもので，再発・再入院率の低下，社会的機能の改善，陰性症状の改善といった効果が期待されている．しかし，上述の改革ビジョン以後の動向を見る限り，今後新たに求められるデイケアの機能は，急性期や回復期といったより重症な患者に対する急性期デイホスピタル的機能と考えられる．

検討会報告書でもデイケアに関しては，漫然とした長期にわたる頻回/長時間の利用を是正し，福祉サービスと重複しているものは徐々に障害福祉サービスに移行し，今後の重点化項目を急性期・回復期に機能を強化したデイケアと指摘している．このように，今後新たに必要となるデイケアは，退院初期の受診・服薬中断や自殺を回避するための濃厚なデイケアで，急性期デイホスピタル的機能である．「デイホスピタル」とは部分入院（partial hospitalization）ともいわれ，日中に外来以外の形態で診断および治療を行い，夜間や週末を自宅その他の居住施設で過ごす精神保健サービスで，ソビエトで入院施設の不足に対応するために 1930 年代に考案され，アメリカ，ヨーロッパ諸国では 1940 年～50 年代に提供されるようになり，1960 年代には脱施設化と入院費削減の流れにより急速に一般化した．Gelder ら[2]によれば，デイホスピタルはケアの対象によって急性期デイホスピタル，移行期デイホスピタル，デイトリートメント，デイケアセンターの 4 つに分類され（表 7），英国の 2003 年のガイドライン[12]によれば，統合失調症に関して，急性期デイホスピタルは最も高いレベルのエビデンスに基づく推奨が出されている．今後のデイケアに求められるものの 1 つは，この急性期デイホスピタルである．

急性期デイホスピタルは，入院ではないが，休息用のベッドも必要で，地域で生活し，何とか通院して昼間はデイホスピタルで過ごし，また自宅へ戻るというイメージ[5]で，もし代替となるサー

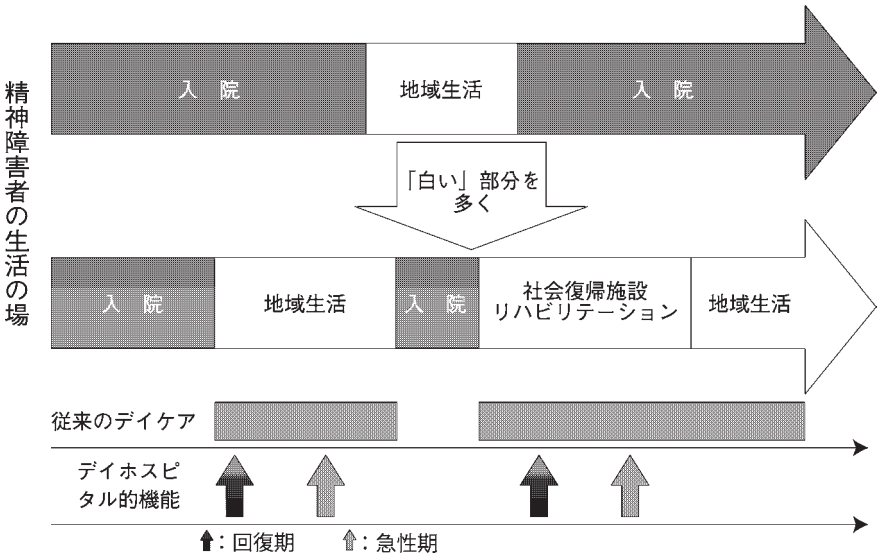


図5　利用者の観点から見た精神科病床のゴール
（国立精神・神経センター精神保健研究所社会精神保健部部長伊藤弘人先生提供を改変）

表7　デイホスピタルの種類

急性期デイホスピタル（acute day hospital）	入院適応患者の診断と治療のためのサービス
移行期デイホスピタル（transitional day hospital）	入院適応の早期退院を促進するためのサービス
デイトリートメント（day treatment）	外来治療で十分に改善しない患者の治療のためのサービス
デイケアセンター（day care centre）	長期患者のサポートのためのサービス

ビスが提供されなければ従来の入院治療を受けていたであろう急性患者に，診断と治療サービスを提供するものである．図4に利用者の観点から見た精神科病床のゴールのシェーマを示した．今後の精神医療は地域で生活することが大前提となり，「リカバリー」を援助してきた従来のデイケアに加え，急性期や退院直後などの回復期に濃厚な急性期デイホスピタル的機能が求められることになる．要は，急性期・回復期の通院・服薬中断や自殺を回避するための濃厚なデイケアといえよう．

第2は，「疾患別や年代別等の複数のプログラム」の提供であろう．第190回中央社会保険医療協議会総会[1]では，精神科デイケアに関して「利用者数は年々増加し，精神障害者の地域復帰を支援するための社会生活機能の回復を目的とした質の高いデイケア等を行うために，疾患別や年代別等の患者に合わせた多様なプログラムを実施している医療機関がある」と現状を評し，論点として「精神障害者の地域への復帰を支援するため，社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制，実施状況等の把握が必要」という点を指摘している（表8）．デイケアで提供するプログラムは①疾病回復の経過に応じて短期目標が変わる，②疾病や障害からの回復過程は，個別的で紆余曲折をたどる，③同じ障害をもつ患者であっても，年齢や重症度の違いなどにより個々の患者に必要な課題が異なる，といった点から多様性が求められてきた．近年精神障害発症早期，急性期・回復期を対象としたものや，統合失調症やうつ病患者の就労・復職支援を主な目的としたもの，さらにアルコール依存症や薬物依存，児童思春期など，デイケアの機能やプログラムは疾患別，機能別に多様化・専門分化され，様々な取り組みが行われてい

表 8　精神医療について

1．現状・課題
IV 慢性期医療について（地域移行）
・精神科デイ・ケア等の利用実人員及び新規利用者数は，年々増加しており，精神障害者の地域への復帰を支援するため，社会生活機能の回復を目的として，質の高いデイ・ケア等を行うために，疾患別や年代別等の患者に合わせた多様なプログラムを実施している医療機関がある．

2．論点（地域移行）
・地域における精神障害者の支援について，精神科デイ・ケア等において，精神障害者の地域への復帰を支援するため，社会生活機能の回復を目的として疾患別や年代別等の複数のプログラムを有している医療機関の体制や，その実施状況等について把握することが必要ではないか

第 190 回中央社会保険医療協議会総会議事録より抜粋（平成 23 年 5 月 18 日）

る．この潮流により本シンポジウムも行われたが，第 190 回中央社会保険医療協議会総会でも指摘されたように，社会生活機能の回復を目的とした「疾患別や年代別等の複数のプログラム」を提供できることも今後のデイケアに求められることになると考えられる．

第 3 は地域連携の強化であろう．上述のように，精神疾患が「5 疾病 5 事業」という医療政策上の重要分野として確認された以上，地域の精神科をはじめとする病院，診療所，訪問看護ステーションなどが，個々の機能に応じた連携を推進することが求められることになる一方，行政からの支援が進められ診療報酬にも影響するであろう．要は精神科以外の医療領域では当たり前に使われている「クリティカルパス」が精神科領域でも求められることになり，一般医療と精神科医療との連携強化と地域連携がさらに求められることになる．今後，地域連携がさらに推し進められる以上，地域医療にとって精神科地域連携クリティカルパスは極めて重要になると考えられ，さらに今後遠くない時期に，診療報酬に精神科の地域連携パスが導入される可能性も想定され，個々のデイケアでも「デイケア・クリティカルパス」の作成を迫られる可能性を念頭に置き，準備しておく必要があろう．

おわりに

精神科デイケアは，病から立ち直った患者が仲間に出会い，病に立ち向かえる自分を見出して，生活の場を街に広げていけるように支援する，いわば地域への橋渡しの役割を担ってきた．ほとんどの精神科デイケアでは，患者を長期間抱え込まないように，あるいはデイケアだけの孤立した狭い世界を作らないように，地域の社会資源を含めたさまざまな場を活用して交流をはかり，地域で暮らす拠点としての役割を期待され，その役割を果たしてきた．本稿で述べたように，改革ビジョン以後，精神科医療は「入院中心から地域生活中心へ」，「地域で生活する」ことを前提とした支援体系を進めることが明確に示された以上，今後デイケアはさらに重要となる．加えて，精神疾患が「5 疾病 5 事業」という医療政策上の重要分野として確認されたことにより，一般医療と精神科医療との連携強化と地域連携が求められることも，精神科デイケアにとっては追い風となる可能性が高いし，追い風にせねばなるまい．

謝　辞

本シンポジウムに際し，国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所社会精神保健研究部部長，伊藤弘人先生に貴重なご助言や資料をいただきました．厚くお礼を申し上げます．

文　献

1）中央社会保険医療協議会：精神医療について．第 190 回総会資料，2011.5.18．（http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001bu83.html）

2）Gelder, M.G., Harrison, P., Cowen, P.: Shorter Oxford Textbook of psychiatry, 5th ed. Oxford University Press, Oxford, 2006

3）石田重信，田中みとみ，丸岡隆之ほか：大学病院における急性期病棟をめぐる諸問題．臨床精神医学，30（10）; 51-62, 2011

4）伊藤弘人：これからの精神科病院への期待―検討

会報告書を受けて．日精協誌，29（9）；1183-1190, 2001

5）伊藤弘人，山田康夫：精神科病院の医療経済．精神科，18（3）；296-302, 2011

6）伊藤弘人：精神科クリティカルパス総論．精神医療，62；26-32, 2011

7）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，国立精神・神経センター精神保健研究所：精神保健福祉資料　平成16年度6月30日調査の概要．精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ（http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h16/h16_630_all.pdf）

8）厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン（概要）．（http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf）

9）厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部精神・障害保健課，国立精神・神経医療福祉研究センター精神保健研究所：精神保健福祉資料　平成20年度6月30日調査の概要．精神保健医療福祉の改革ビジョン研究ページ（http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/data_h20/h20_630_all.pdf）

10）厚生労働省：精神保健医療福祉のさらなる改革に向けて．今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書．（http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf）

11）厚生労働省：精神保健医療福祉の改革ビジョン進捗状況．新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム資料．2010.5.31

12）National Collaborating Centre for Mental Health, Schizophrenia：Full national clinical guideline on core interventions in primary and secondary care. National Institute for Clinical Excellence, London, 2003

13）社会保障審議会：第19回社会保障審議会医療部会資料．2011,7.6（http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001hx9n.html）

14）須藤浩一郎：精神科デイケアの医療機能に関する研究．平成20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）「精神保健医療福祉の改革ビジョンの成果に関する研究」報告書．p. 387-406, 2008

15）竹島　正：わが国における精神科デイケア等の利用者の現状．精神科臨床サービス，7（3）；302-309, 2007

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

多機能を生かしたデイケア医療の在り方
――現代社会のニーズに応える必要がある――

榎 本 稔（医療法人社団榎会榎本クリニック）

社会変動とともに，精神医療・疾病構造も大きく変化してきている．かつては統合失調症中心の，入院治療中心の精神医療であったが，現在では大きく変わり，外来通院治療，デイケア治療へと転換を遂げてきている．統合失調症も定型例から非定型例へと推移し，さまざまなタイプのうつ病圏や神経症圏の病態像が増えてきた．そして子ども・青年期と老年期の受診が増えてきた．さらにアディクションの精神病理としてのアルコール依存症，薬物依存症，ギャンブル依存症，性依存症（性犯罪）等々の受診が目立って増えてきている．

厚労省も平成期に入り，精神病床数を減少し，その受け皿としてデイケア，共同作業所，グループホームを推奨した．デイケア治療は年々増加してきているが，疾病構造の多様化とともに，現代社会のニーズに応えるべく，デイケア治療の専門分化をする必要に迫られてきた．疾病別，年令別に専門特化したデイケア治療は，治療目標も明確となり，デイケア運営も適切にはこぶことができ，治療効果も合目的的に果たすことができるのである．今後デイケア治療は入院治療より増して，必要性が拡充され，専門分化したデイケア治療が進展していくであろう．

＜索引用語：社会変動，精神医療の変化，疾病構造の多様化，デイケアの専門分化，疾病別・年令別に特化したデイケア＞

はじめに

筆者は昭和 40〜41 年，国立精神衛生研究所（国府台）に勤務し，わが国で初めてのデイケア試行に参加した．当時は，入院中心，閉鎖病棟での精神医療だったので，デイケアが果たしてどうなっていくのか，新人の医者にはよく把握できなかった．その後都立精神衛生センター（下谷），山梨大学保健管理センター，都内 N 病院でアルコールデイケアを，東京工業大学保健管理センターで，各種の「デイケア」を試行した．

Ⅰ．社会変動と精神医療の変化

戦後，日本は経済大国になり，豊かな社会における社会病理現象が噴出した．平成期に入り，バブル崩壊とともに「デプレッション」（経済的には不景気，社会心理的にはうつ病）の時代に陥り，多様化した価値観の中でかえって生き甲斐を喪失し，心のバランスを失ってしまっているのである．

社会変動とともに，精神医療・疾病構造も大きく変化してきている．かつては統合失調症中心の入院治療の精神医療であったが，現在では外来通院治療，デイケア治療へと転換をとげてきている．統合失調症も定型例から非定型例へと推移してきている．さらにさまざまなタイプのうつ病圏や神経症圏の病態像が増えてきた．そして子ども・思春期・青年期と老年期の相談が増加し，それぞれの患者が増えてきている．最近の傾向として，不安と抑うつ傾向，強迫的傾向，自己愛的傾向の主訴・相談が増え，その結果，アディクションの精神病理としてのアルコール依存症，薬物依存症，

ギャンブル依存症，性依存症［痴漢，露出症，盗撮，下着泥棒，小児性愛などの性犯罪の加害者（男）］，摂食障害，リストカット，児童虐待やDV等々の受診が目立って増えてきた．現代社会の（光と）陰の部分が大きくクローズアップされてきているのである．

Ⅱ．沿　　革

筆者は平成4年に東京・池袋のホテルメトロポリタンの前に，地下1階，地上6階のビルを借りて，デイケア中心のクリニックをオープンした[1]．そしてアルコールデイケア，ヤングデイケア，メンタルデイケア，シルバーデイケアを始めた．このように，時代の流れに沿って，デイケアを専門分化して始めたのである．クリニックはJR山手線の池袋駅の近くの至便の場所にあり，都内・近県のどこからでも容易に来られるという交通アクセスは，デイケアの運営にとって重要である．はじめは60人位のメンバーだったが，来所するメンバーは増えて，平成10年に池袋の駅前に10階建てのビルを建てた．平成16年，その隣に，トータルケア池袋を建てた．平成18年にY先生が高齢で病気になり，後を引き継いで，新大塚榎本クリニックをオープンし，平成23年には，T先生が高齢で急に入院し，亡くなられたので，引き継ぐことになり，飯田橋榎本クリニックをオープンした（図1）．

Ⅲ．デイケアの専門分化

社会変動とともに疾病構造も多様化し，社会のニーズに応えて，デイケア治療も疾病別・年令別に専門分化した構造を展開してきた（図1）．

統合失調症の受診は東京では少なくなり，池袋クリニック（I），新大塚クリニック（S），飯田橋クリニック（D）で，メンタルデイナイトケアは1フロアずつである．高齢者・認知症のシルバーフロアも1つずつあり，アルコール依存症は増えつづけ，3クリニックで150人以上のメンバーが通所している．

平成10年以降，薬物依存症（覚醒剤），ギャンブル依存症の受診が増えた．平成18年頃から性依存症の相談・受診が増えつづけ，図1のように各種のフロアをつくっている．そしてトータルケア池袋には，地下1階にNPO法人オーク共同作業所が入っている．1階はカフェボナフェを開いて，毎日ピアノの生演奏をしており，多少は文化的な香りをかもし出している．このように地域社会の中に溶けこむように努力している．

Ⅳ．専門デイナイトケアの治療と運営の機能分化

デイナイトケア（DNC）の多様化・専門分化が必要となってきている．疾病の症状・特徴が異なれば，アプローチも違ってくる．また年令が違えば，関心の対象も行動も異なり，異質の集団を1つにまとめてDNC運営をしても，集団の凝集性は生まれてこない（表1）．

1．統合失調症

DNCといえばほとんどが統合失調症のDNCである．入院治療に代わる社会療法として登場してきた．まずは日常生活の改善と服薬管理である．彼らの基本的な生活リズムをつくり，仲間との交流をはかり，生活をエンジョイできるようさまざまなプログラムを用意する必要がある．体操，スポーツ，ヨーガ，ゲーム，音楽・絵画療法，手芸，書道，散歩など．最近では，心理教育的生活療法，SSTや就労前訓練の職業リハビリ，就労への援助のためハローワークにも同行する．

つまり社会復帰への促進と自立への援助および社会経済活動への参加の促進のために必要な援助を行うようになってきている．

2．思春期・青年期

思春期・青年期DNCの目的は「同年代の他者との年令相応の情緒的交流を持つことが困難な若者達に，主に集団活動による働きかけを行って，その精神的な発達と積極的な社会参加を援助・促進するのである」[5]．プログラムは若者が興味を示すように創意工夫して，コミュニケーショントレーニング，SST，音楽・絵画療法，英会話，

図1　榎本グループ概要

創作文芸，スポーツ，料理等々を行っている．

3．シルバー（高齢者）

日本の老人介護は「寝たきり老人」「認知症老人」をつくる文化である[7]．シルバーDNCの目標は「寝たきり老人」「認知症老人」「車椅子老人」の予防と防止である．フロアにはベッドや畳はなく，椅子に座って過ごしている．自力歩行は可能な限り，（スタッフの介助のもと）続けさせ，可能な限り車椅子には乗せないようにしている．その上で心身機能の維持向上と残存能力の活用をはかるのである．ゲートボール，ヨガ体操，風船バレー，グループゲーム，手芸・工作，カラオケ，絵画，おしゃれ教室，衛生教室，毎日午後のウォーキング等々日常生活に活動と潤いをもたらしている．

毎日，door to doorの車による送迎（無料）によって通所し，規則正しい健康的な生活を送り，皆で一緒に和やかな時間を過ごす「居場所」を提供している．

4．アルコール依存症

アルコールDNC[2]はミーティング（集団精神療法）が中心である．心の奥底から突き上げてくる飲酒要求（これは一生涯つづく）と闘いながら，毎日，飲まないで素面の日常生活を送るには，心の治療として自己のすさまじい飲酒体験を洗いざらい語る（告白する）ことが必要である．さらにナイトケアでも，先輩の断酒会員やAAの仲間の司会でミーティングが行われる．ミーティングは，今，ここで思ったこと，考えたこと，体験談を語るのである．他のメンバーの話を黙って聞くのである．いわゆる「言いっぱなし，聞きっぱなし」である．このミーティングがアルコール依存症の心の治療になるのである．数ヵ月～数年たつと，断酒の気持が次第に芽生えてくるのである．

表1　専門デイナイトケアの比較

	統合失調症	思春期・青年期	認知症	アルコール	アディクション・薬物・性依存症	うつ・リワーク
目　標	生活の改善・自立 社会復帰	人間関係の訓練 社会生活の訓練 自立	寝たきり・痴呆 車椅子の予防・防止 日常生活の維持	断酒一回復 社会復帰	アディクションの回復 社会復帰	うつからの回復 社会復帰
医療方法	服薬 生活リズムの改善 グループ活動 SST 職業訓練	規則正しい生活 個人・集団精神療法 SST 職業訓練 職業リハビリテーション	生活指導・管理 健康管理 グループ活動	抗酒剤服用 ミーティング 金銭管理	ミーティング 金銭管理 規則正しい生活	健康管理 ミーティング 皆出席
フロアの雰囲気	不活発	不安定	穏やか	不安定	不安定	静か 時々イライラ
問　題	服薬中断 再燃・悪化	アクティングアウト 依存と攻撃	迷子 不慮の事故	隠れ飲み 来所せず	隠れ乱用 社会性欠如	無気力 無断欠席
家　族	家族全体の病 共生か拒否 心理教育的家族教室	家族全体の病 親子相互依存 過保護・過干渉 心理教育的家族教室	家族全体の病 介護家族教室	家族全体の病 共依存か離婚 断酒家族教室	家族全体の病 共依存か拒絶 心理教育的家族教室	共依存家族 心理教育的家族教室
自助グループ	精神障害者家族会		ボケ老人をかかえる家族の会	断酒会 Alcoholics Anonymous	Narcotics Anonymous Gamblers Anonymous	

外来における週1回のカウンセリングや精神療法ではほとんど治療効果は期待できない．彼らは人前では立派な言葉を並べるが，言行不一致で，決して断酒できないからである．

その他のプログラムでは，健康レクチャーもあり，ゲートボール，卓球，娯楽ビデオ，カラオケ等々がある．最近の傾向では，社会・経済状態の低下を反映してか，生活保護受給者が多くなり，毎日，DNCに通い，抗酒剤を服用し，金銭管理をして，素面での生活管理を続けるように指導することが多くなってきている．

5．アディクション

薬物（覚醒剤）依存症，性依存症（性犯罪），ギャンブル依存症の3つのグループに分けて，デイナイトケア治療を運営している．基本的にはアルコール依存症の治療方法，DNC運営を基盤にして，それぞれの依存症の特徴を考慮して，治療・運営している．彼らの心には，一生涯，その行為をしたいという欲求は持ち続けている．

i）薬物依存症者[3]は，機能不全家族・崩壊家族のもとで生育し，家庭生活も躾も教育も社会生活訓練も不十分なまま成長し，孤立化した不適切な社会環境の中で，low-teenから薬物乱用に走って，乱用をくり返しながら成長している．彼らは罪悪感に乏しく，刑務所入所者も少なくなく，再犯入所者は3分の2と多く，「司法モデル」一本槍の取り締り，処罰ではもはや限界に達しており，心の病気（F1）として「医療モデル」で対処せざるを得なくなってきているのである．彼らは情緒不安定で，依存と攻撃，社会性が欠如した言動をとる者が多い．正業の職業についたことのない者が多く，人間関係も拙劣である．

DNC運営は心の治療としてのミーティングが多い．同病相憐れみ，同憂相救うのである．他のプログラムはスポーツやカラオケなど，年間行事

や芸術行動療法に参加するが，気に入るプログラムや行事があると熱中する．DNC に通っている期間は（時々，隠れ乱用があり，尿検査を頻繁に行っている）薬物乱用は止まっているが，来所せず，中断すると，間もなく乱用が始まり，逮捕され，刑務所に行くことになる者もいる．NA（Narcotics Anonymous；薬物依存症の自助グループ）とも連携しているが，なかなかそちらには行かないようである．

ii）性依存症（性犯罪）

最近，歪んだ性意識・性欲による，歪んだ性行動が増え，相談受診者が急増している．痴漢行為，下着泥棒，男性器の露出，のぞき見，盗撮，少女に対するわいせつ行為等々の性嗜好障害（F65）（性犯罪行為）である．彼らはセルフコントロールができず，何回もくり返すアディクションである．また，強迫的な自慰行為，サイバーセックスへの耽溺，風俗店通いがとまらないなどの法に触れない行為などの主訴もある．

平成 18 年ごろから性依存症治療グループ（Sexual Addiction Therapeutic Group：SAG）を立ち上げた[8]．現在月・火・木の夜 7〜8 時に開いている．出席者は年々増加して，毎回，30 人以上が参加している．出席者は高学歴で，20 歳代〜50 歳代の男性で，職業も大学教授，医師，学校の教師，銀行マン，中級公務員，サラリーマンなど立派な身分の人達である．

そのうちに軽度知的障害，発達障害（低学歴）の受診者も急増してきたので，性依存症の DNC グループをつくった．毎日通所して，性犯罪の防止，性依存症からの更生・回復をはかっている．グループミーティング，教育プログラム，認知行動療法を中心に治療・運営している．その他のプログラムではスポーツ，カラオケ，芸術行動療法のプログラムに参加している．薬物療法を施行しているが，効果は不定である．

また家族教室（妻と母親の会，父親の会）をつくり，家族の相談・支援・教育をしている．

iii）ギャンブル依存症

ギャンブル依存症（病的賭博 F63.0）の主流はパチンコで，パチンコのもたらす強い興奮が，心を刺激し魅了し，パチンコ依存症[6] へとのめりこんでいく．彼らは飲酒を好まない．そのうち 3 千万円〜5 千万円それ以上に借金を重ね，経済的，社会的，精神的に破綻していく．家庭は崩壊寸前となる．家族の強い決意と，本人も追いこまれてやっと参加する．DNC 運営はやはり心の治療としてのミーティングが多い．同病相憐れみ，同憂救うのは同様である．他のプログラムはリクレーションとしてスポーツやカラオケなど，芸術行動療法や年間行事に参加する．来所している期間はギャンブルは止まっているが（時々，こっそりやっているが），来所しなくなると，再び始まっている．GA（Gamblers Anonymous；自助グループ）と Gam-Anon（家族の会）と連絡をとっている．

6．うつ・リワーク

豊かな時代となり，急速な社会・文化変動とともに，最近，新しいタイプのうつ病が急増してきた．比較的若年層で，過保護に育てられ，未熟で自己愛的自己中心的言動を示し，他罰的で逃避的で，人間関係が拙劣の人が「社内うつ」状態となり，自ら「うつ病」と訴えて受診してくる．抗うつ薬を服用するが，なかなか回復しない．「うつ病」の診断書を提出して，家で休んでいる．友人からのメールで，食事やスポーツには出かける．気分転換にと海外旅行に出かけたりする．復職の時期が近づくと，再びうつ状態が強くなり，休職する．このようになかなか復職できない新型うつ病の人が，うつ・リワーク DNC に参加して復職可能にする．毎日遅刻しないで通い，心理教育プログラム，集団認知行動療法，オフィスワーク，リワーク卒業生によるプログラム，個人カウンセリング等々のプログラムに参加して，職場復帰を可能にしていくのである[4]．

7．発達障害・エデュケーション

発達障害の相談・受診も増えて，（D）に発達障害 DNC（サンライズ学園）と，（S）にエデュ

ケーション DNC を設けている．

8．高次脳機能障害

（S）にリハビリテーション DNC を設けている．

Ⅴ． 芸術行動療法

各フロアがそれぞれの疾病別・年令別に適するプログラムを行っているが，さらに専門分野のプログラムをつくるため，芸術行動療法として，下記のプログラムを月・水・土の午後に，全フロア共通に各人が好きなプログラムに参加している．音楽療法は，外部の講師（ピアニスト）が来て，コーラスを中心に，各種の楽器を使って，楽しく歌っている．時々，いろいろな所で発表会を催している．アート・もの作りでは，絵画，塗り絵，書道，もの作りなどに精を出し，時々，外のギャラリーで展示会を開いている．よさこいソーランは若者に人気があり，ソーラン節に合わせてよさこいを踊っている．時々，派手な衣装を着て，年間行事で外部の老人施設を訪問し，美しく演舞して拍手を浴びている．いろは太鼓はプロの和太鼓の講師の指導を受けて，あざやかな撥さばきで，勇壮な太鼓音を響かせている．時々，専用の衣装を着て，外の施設に演奏に出かける．ボクシングは（I）の 8 F に四方にロープを張ったリングを作り，プロボクサーのコーチを受けて練習し，ボクシンググローブをはめて，顔面ガードをつけて，本当にスパーリングで打ち合うのである．若者に人気があり，数人の女性も参加している．卓球も盛んである．ゲートボールは年配の人達が参加して和気藹藹として動き回っている．フットサルは若者に人気があり，少人数で，外のグラウンドで，雨天には室内で練習し，専用のユニホームを着て対抗試合にも出場している．囲碁・将棋・トランプ・UNO は好きな者同士を相手に盤を囲んでいる．賭け事は禁止している．このような芸術行動療法の多彩なプログラムは，メンバーの参加意欲を高め，デイケア運営を楽しく盛り上げ，彼らの単調な日常生活に張りと潤いを与え，専門デイケアの治療効果を有効に高めている．

Ⅵ． 年間行事予定

榎本グループ全体の年間行事は表 2 の通りである．皆，季節に合った行事を，世間並みにエンジョイしている．1 月の餅つき大会は臼と杵がなくなり，最近は獅子舞囃子連中に来てもらい，演舞を見て，正月気分を味わっている．5 月の大運動会は都立障害者スポーツセンター（板橋区）で大々的に行い，楽しんでいる．3 月の芸術文化祭，8 月の盆踊り大会と 12 月のクリスマス大会は豊島公会堂で，各フロアチームがそれぞれ構想をねったアトラクションを歌い，演じて，優勝をめざして競いあっている．秋の芸術文化祭はバザー中心ではあるが，各フロアで模擬店を作り，販売を競い，明るい元気な声を出して楽しんでいる．春と秋には国内のバス・ハイキング旅行を行う．そして毎年の外国旅行は，あるヤングメンバーが「パリに行きたい」と希望したことから始まったのである．まずはじめは，香港に行って，つづいて，ハワイへ，3 年目にやっとヨーロッパ（パリ～ローマ，9 日間，全員 20 人）に行くことができた．つづいてアメリカ，中国，韓国，台湾，タイ国，ハワイ，シンガポールへ外国旅行した．今度はベトナムへ行く予定である．何回も参加したメンバーもおり，帰国後は，皆，感動して思い出話を延々と語り，日常生活にも自信をもって行動するようになった．デイケアメンバーも外国旅行に出かけて，人生に潤いを与えることがあっても良いのではないかと心ひそかに思うのである．

お わ り に

社会・文化変動とともに，精神疾病構造の多様化が進展してきている．現代社会のニーズに応えるべく，それぞれの精神疾病に適した，専門分化したデイナイトケア治療が必要となってきている．特に，パーソナリティ障害，アディクション障害，発達障害やいわゆる新型うつ病などの現代病をもっと積極的に受け容れて，治療・相談することが望まれる．最後にデイナイトケア治療は入院治療の次のステップの治療過程と考えられる傾向にあるが，もはや，入院治療をさせずに，専門デイナ

表2　年間行事予定

1月	餅つき大会
2月	豆まき
3月	芸術文化祭
4月	花見
5月	大運動会
6月	国内旅行・ハイキング
8月	盆踊り大会
10月	外国旅行
11月	秋祭り・バザー
12月	クリスマス大会

イトケアで治療することが望ましい．デイナイトケア治療は独立した精神治療体制であると考える．

文　献

1）榎本　稔：デイケアセンター―精神医療・福祉・生活への新しい展開，Tomorrow．榎本クリニック年報，1995

2）榎本　稔：アルコール依存症治療におけるデイケアの位置づけ．臨床精神医学，30（2）；159-166, 2001

3）榎本　稔：薬物依存症者のデイナイトケア治療―司法精神医学事始め．最新精神医学，10　（2）；191-200, 2005

4）深間内文彦，榎本　稔，岩崎和彦：かくれ躁うつ病が増えている―第7章職場復帰支援（リワーク）プログラム．法研，東京，2010

5）濱田龍之介，中澤富美子，村井雪恵ほか：思春期デイナイトケアにおける現状と諸問題．臨床精神医学，30（2）；159-166, 2001

6）岩崎正人：平成パチンコ依存症．集英社，東京，1998

7）大熊由紀子：「寝たきり老人」のいる国いない国．ぶどう社，東京，1998

8）斉藤章佳：性依存症治療ことはじめ，現代のエスプリ「性とこころ―女と男のゆくえ」．p.521，ぎょうせい，東京，2010

Ways of Day Care Treatment Utilizing Multiple Functions
—— The Necessity to Meet the Needs of Modern Society ——

Minoru ENOMOTO

Enomoto Clinic, Medical Corporation Enokikai

Psychiatric treatment and the structure of mental disorders have been widely changing along with social changes. Psychiatric treatment that had formerly focused on inpatient care, mainly for patients with schizophrenia has significantly shifted to outpatient and day care treatment. As the number of patients with less atypical schizophrenia exceeds that of those with typical schizophrenia, increasing number of schizophrenic patients exhibits various types of clinical conditions with depression and neurosis symptoms. The number of mental health consultations for children, adolescents and elderly patients has also increased. In addition, significant rises are observed in the number of the consultations for patients with addiction disorders including alcohol, drug, gambling and sex addiction (sexual crimes).

The Ministry of Health, Labor and Welfare has decreased the number of beds for inpatient psychiatric treatment and encouraged to set up day care treatment, workshops, and group homes as the treatment basis in 1990's. The number of medical facilities providing day care treatment has increased each year, while there has been a need for specialization of day care treatment to meet the needs of modern society with diversification of the structure of mental disorders. Specialized day care treatment according to disease and age enables us to define the treatment goal and run programs adequately, thereby aptly providing therapeutic effects. Hereafter, day care treatment will surpass inpatient care in the needs of society and specialized day care treatment will make steady progress.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: changes in society, psychiatric treatment, diversified structure of disease, day care specialization, specialized day care according to disease and age＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

精神科デイケアの効率的な機能分化

五十嵐 良雄（うつ病リワーク研究会，メディカルケア虎ノ門）

リワークプログラムの必要性は，ひとえに休職後の復職が困難になったという現実であるが，その背景にはこの 10 年間に気分障害が 2 倍へと増え，病気の表現型も変化したことが指摘できる．現代の気分障害の特徴は疾患の軽症化と症状の非定形化によると思われ，①他罰性，②強い不安，③過剰な元気さ，に集約できる．このため経験のある精神科医によっても復職時期の見極めは容易ではないことより，安全な就労を継続できる復職準備性の判断が，リワークプログラムの 1 つの重要な目的である．リワークプログラムの要素は，①集団を対象に対人関係の問題を扱う，②「抑うつ状態」による休職者で，復職と再休職の予防が目的，③コメディカルと精神科医の協働によって実施される医学的リハビリテーション，④疾病教育と同時に発症メカニズムを自己理解し，心理療法により再発の予防策を身につける，ことである．全国で実施されていた 468 プログラム内容を調査し，プログラムを実施する形態によって分類したところ，集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施している個人プログラムが全体の 15％を占めた．また，心理プログラムが 20％，教育プログラムが 12％，集団で行う意図が明らかな集団プログラムが 20％であった．そして，これら以外のプログラムが 32％を占めた．また，プログラムを実施する目的で最も多かったものは，症状の自己理解とコミュニケーションで，各々20％であった．次いで自己洞察を目的としたプログラムが 17％，集中力が 13％で，他の目的は 1 割以下であった．これらの結果を元として標準的リワークプログラムを作成した．当院でプログラムを終了して復職した 501 例の生存分析によると，1 年後の就労継続が 77％，2 年後は 63％であった．また，復職後において治療が集結して治癒と判定された 62 人を見ると，復職後の平均治療期間は 700 日を超えていた．

＜**索引用語**：気分障害，リワークプログラム，デイケア，標準化，アウトカム＞

Ⅰ． 気分障害を対象とした リワークプログラムの必要性

厚生労働省によると，2008 年にうつ病や双極性障害などの気分障害で治療中の患者数が 100 万人を超えたことがわかっている（図 1）．しかし，さらに重要なことは，1996 年と比べて 2008 年には 2 倍以上に増えている，という点である．我々も親の年代から「今どきの若い者は，なっとらん！」と，よく言われた．世代が違うということは，家庭・家族・教育・文化などの在り方を背景として，価値観，表現方法などが変わることである．わずか 10 年あまりの間に気分障害が 2 倍へと増えるなかで，筆者は病気の表現型が現代風に変わってきたと考えているが，その特徴は，①他罰性，②強い不安，③過剰な元気さ，に集約できると考えている．

“他罰性”は，現代風なうつ病であるディスチミア親和型うつ病[7]や未熟型うつ病[1]と報告されている病型の特徴ともされ，周囲の人への配慮がなく，つらい症状の源を自分以外に求める結果として他罰的な言動となる．その背景には自己へ向き合えない自己愛的で未熟な人格と同時に，強い対人過敏性があるのだろう．家庭や学校における育ち方，育てられ方，少子化，逆境への経験不足

などを基盤とし，対人関係では上下関係には苦手な若者が増え，その結果として対人不安を抱えることになり，めまい，呼吸苦，発汗などの自律神経症状を強く訴えるとともに，憂うつな気分，集中力の低下などの精神症状が出現してくるタイプの気分障害が多い．その変化の基底にはディスチミア親和型うつ病や未熟型うつ病などで指摘されている社会的な秩序や役割意識，集団との一体感が希薄である点が挙げられる．自由な学生生活から社会に出ると，ルールをストレスと感じ，職場の人間関係とりわけ上司などとの縦の対人関係がうまくいかなくなると，本人は職場環境に問題があると他罰的に考えるため，職場での強いストレスを感じ，本人に気分障害への脆弱性があれば発症していくことになる．その経過中にみられる不適応状態では，休日は趣味などの余暇活動を楽しむことはできるために，他罰的な言動も加われば周囲から“なまけている”と見られがちである，といえよう．

第2の特徴に挙げた“強い不安”に関しては，現代のメランコリー親和型ともいえる職場結合性うつ病[6]の中核的初期症状として挙げられている漠然とした不安感に身体症状を伴う不安症状であることと符合する．身体的な緊張感を伴い，不安が強くなると自律神経症状（発汗，動悸，息苦しさ，下痢，腹痛，吐き気や嘔吐，発熱など）が出現する．特に対人場面で不安が強く出ると，会議や発表，上司の前で極度に緊張する．時には強迫症状（不潔恐怖，確認行為など）もみられる．脳の扁桃体が不安の中枢と考えられており，緊張が続くとセロトニンニューロンに異常が生じ，前頭葉に影響が及んで「抑うつ状態」を呈するようになる．このような不安に対して，最近の抗うつ薬が比較的よく効くのも理解できる．

第3の特徴に挙げた“過剰な元気さ”は，抑えられないテンションの高さともいえる．高い活動性が一生続けば，それは生まれ持った発揚気質の人と理解することになる．しかし，高いテンションが続かなければ，気分・調子の波を形成することとなり，気分が揚がれば必ず下がることになる．揚がるといっても，せいぜい110％程度の気分レベルであるが，波が下がると「抑うつ状態」が出現し，結果的には「抑うつ症状」だけが目立つことになるので，反復性うつ病と診断されているこ

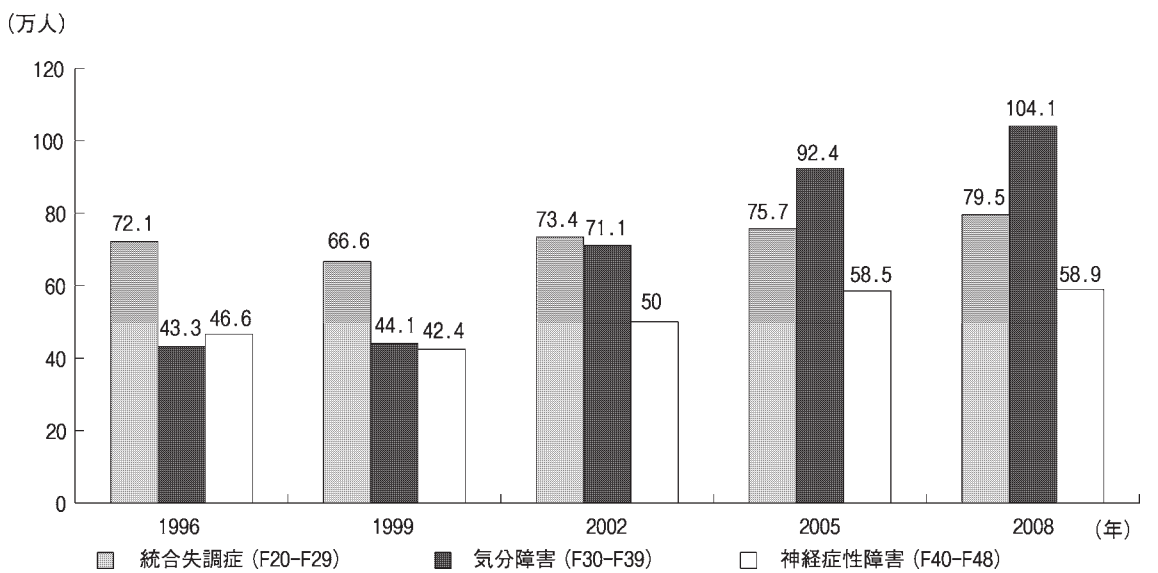


図1　厚生労働省患者調査

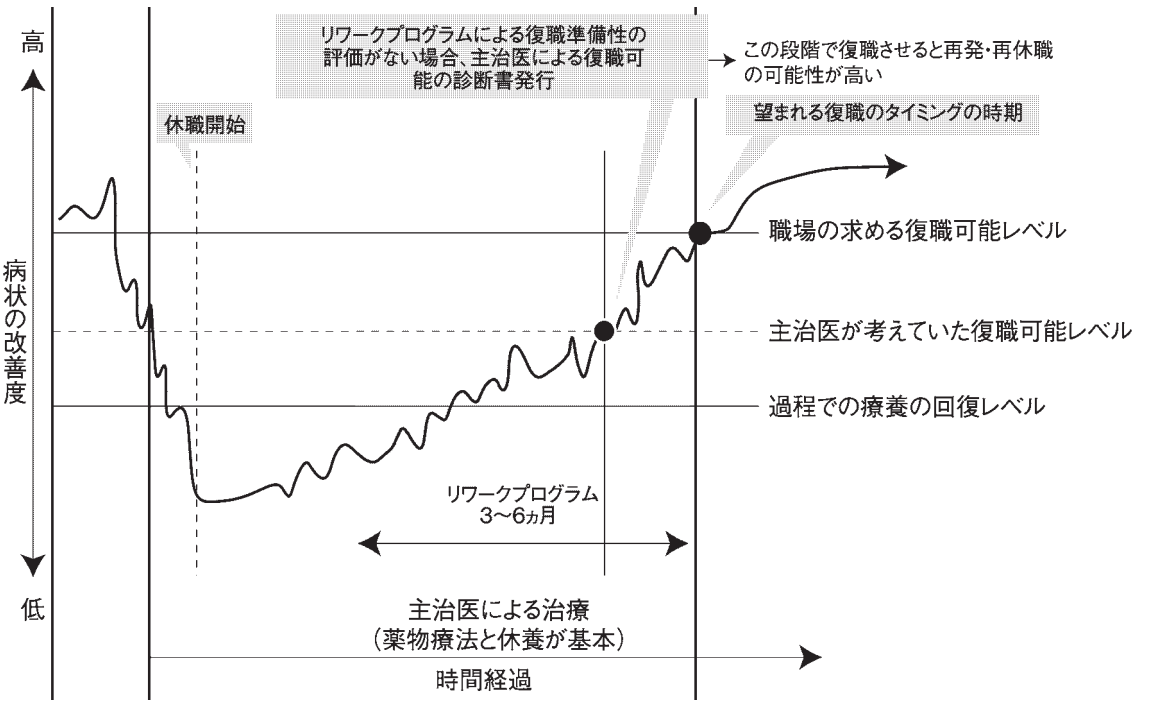


図２　病状の改善と復職準備性　　（メディカルケア虎ノ門作成）

とが多い．しかし，本人にとっては 110 %を 100 %と信じ，そこを目標とするので，テンションが高い軽躁状態に引き続いて抑うつ状態が出現し，復職と休職を繰り返すことになる．調子を揚げるから気分が下がるので，揚げないようにする教育的指導が重要である．反復性うつ病のように見えるが，軽微双極性障害あるいは双極Ⅱ型障害[8]という立派な病気である．最近では気分障害はスペクトラムという連続性の中で捉える考え方もあるが，一定の見解には至っていない．病気への成りやすさ（脆弱性）と心理的負担（ストレス）が発症の要因と思われる．抗うつ剤ではなく気分安定薬が必要であるが，それによっても治療の効果はなかなか得られない．若い年齢層から見られ，双極性障害の症状も，現代風に変化していると考えられる．本人も周囲も気づいていない軽躁状態を診察場面で見極めることは極めて困難な現実も一方では存在する．

現代の気分障害の３つの特徴の行き着く先は「抑うつ状態」であり，就労していれば出社が困難となり，休職せざるを得ない状態となる．休職となり家庭で療養すれば病状は回復してくるが，一方で復職が可能との判断する時点の見極めはなかなか困難である．その理由の１つは，すでに述べてきた疾患の軽症化と非定型的な症状であると思われる．安全な就労が継続できるような病状の回復度を我々は復職準備性（図２）と呼んでいるが，図２に示す会社の求めるレベルが近年では以前より高くなっている可能性もあり，経験のある精神科医によっても復職時期の見極めは容易ではないという認識は一般にも理解されてきている[2]．したがってリワークプログラムの目的としては，この復職準備性を判断することであるといえる．

Ⅱ．リワークプログラムの治療的要素

１．リワークプログラムの概要

利用者には抑うつ状態という共通項はあるが，抑うつ状態を呈する疾患や障害は様々である．休

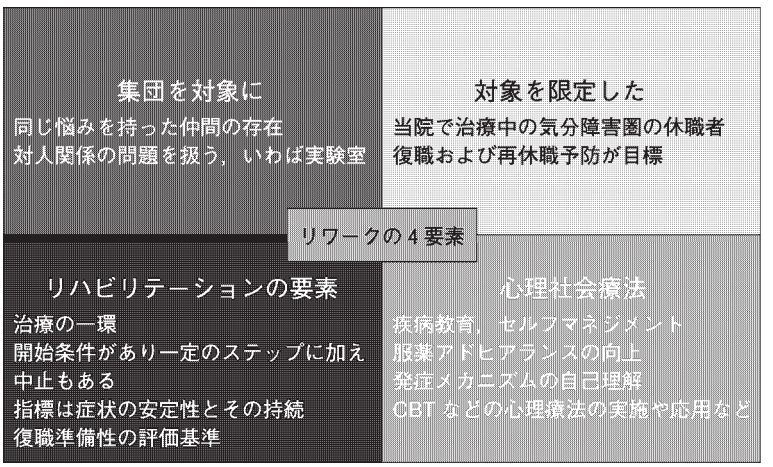


図3　医療機関におけるリワークの4要素

職した気分障害の患者に対する治療は限られた時間での外来診察だけでは限界があり，経験のある精神科医にとっても，復職時期の判断は極めて難易度の高いものである[2]．治療においても，薬物療法だけでは十分に安定した回復がなかなか得られず，休職している状態から就業状態へ戻すようなリハビリテーションが必要となる．生活指導は言うまでもないが，対人コミュニケーションを改善させるような心理社会療法や自己と向き合うための心理社会的アプローチなども必要となる．診察や薬物療法に加え，コメディカルスタッフによる個別的あるいは集団的療法を有機的に連関させ実施していくリワークプログラムはその良い治療モデルである．また，デイケアなどで行われるプログラムを実施している場面での利用者の様子を観察していると，ごく軽度の軽躁状態でも見つけることが可能であり，精神科医にとっては良き診断の場でもある．

リワークプログラムでは，気分障害や不安障害などについての疾病教育や心理教育を通じて症状の自己管理スキルを養い，休職に至った理由を環境要因だけでなく自己の要因についても内省を促す[3]．リワークプログラムの専門職による支持的かつ教育的なかかわりによって，様々な気づき，認知面や行動面での変化を促進する．認知行動療法などの心理教育により，考え方のクセや対人関係のパターンに気づき，今までとは違った考え方や対人関係の持ち方について考える．これまでとは違った対人関係の持ち方について実践する機会を持つことにより，対人関係における成功体験を積み重ね，自己肯定感を高めるとともに，集団での協働体験や同じような経験をした仲間同士の支え合いにより，役割意識や責任感を取り戻す．これらを通じて再休職をしない復職を目指している．

2．リワークプログラムの4要素と標準化

医療機関において実施されているリワークプログラムの要素は，図3に示す4点に整理される[4]．すなわち，①同じ悩みを持つ集団を対象に行われ，対人関係の問題を扱う場であるという点である．②主として気分障害圏の「抑うつ状態」による休職者で，復職と再休職の予防を目的とするという対象を限定したプログラムとして集団の凝集性を高めている．③薬物療法と休養に続く第3の治療としての医学的リハビリテーションであり，病状の回復を指標として，段階を設けて負荷を高め，コメディカルと精神科医の協働によって実施され，復職準備性を確認する．④リハビリの内容としては疾病教育やセルフマネジメントを教え，同時に発症メカニズムを自己理解することを通して服薬

アドヒアランスを向上させると同時に，心理療法を実施して再発の予防策を身につけることである．

全国のリワークプログラムを実施する医療機関でのプログラム内容を調査したところ 468 プログラムを集めた．プログラムを実施する形態によって分類したところ，表 1 のようになった．他の参加者との交流を目的とせず，文字や数字，文章などを扱う机上の作業を実施し，主に集中力・作業能力・実践力の確認や作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施している個人プログラムが全体の 15％を占めた．また，認知行動療法，SST，対人関係療法，グループカウンセリング，サイコドラマなどの特定の心理療法を実施する心理プログラムが 20％であった．また，疾病理解，症状の自己理解（セルフモニタリングとコントロール）を主目的とし，講師がいてテキストを使用するような講義形式で実施している教育プログラムが 12％であった．協同作業や役割分担，対人スキル向上などを主な目的として実施し，集団で行う意図が明らかな集団プログラムが 20％であった．そして，これら以外のプログラムが 32％を占めた．

一方，プログラムを実施する目的によって分類すると表 2 のようになり，最も多かった目的は症状の自己理解とコミュニケーションで，各々20％であった．次いで自己洞察を目的としたプログラムが 17％，集中力が 13％で，他の目的は 1 割以下であった．そして，プログラム実施の形態と目的を組み合わせ，標準的なリワークプログラムを作成した（表 3）．また，プログラム中のスタッフによる評価項目を図 4 のように作り上げた．

3．メディカルケア虎ノ門のアウトカム[5)]

平成 15 年 1 月～平成 22 年 8 月の間に当院の利用者の復職後の就労継続予後は図 5 のようである．対象はプログラムを終了して復職した 501 例である．Kaplan-Mayer 法による生存分析によると，1 年後の就労継続の予測値は 77％，2 年後は 63％であった．また，復職後の診療により治療が集結して治癒と判定された利用者が 62 人いたが，その復職後の平均治療期間は 700 日を超えていた．

Ⅲ． 今後のデイケア機能

気分障害をはじめとする「抑うつ状態」で休職した患者を対象とする，復職ならびに再休職の予防を目的とした専門性の高いデイケア機能に関して述べてきた．この経験をもとにすると，今後におけるデイケアの機能としては職業リハビリテーションとは明らかに一線を画する病状を指標とし，治療の一環としての医学的リハビリテーションの姿勢を堅持することが重要であると考えている．また，利用者の疾病性によりプログラムの内容は異なるため，施設基準やスタッフの必要数は異なり，それぞれの特性に応じた診療報酬上での評価が必要であると考えている．

文　　献

1）阿部隆明：未熟型うつ病．最新精神医学，6；135-143, 2001

2）五十嵐良雄：精神科医療機関におけるうつ病，不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究．日精診ジャーナル，188；158-166, 2010

3）五十嵐良雄：職場復帰から見た難治性うつ病とその治療上での工夫．精神療法，36；627-632, 2010

4）五十嵐良雄：気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義．日本社会精神医学会誌，20；45-52, 2011

5）五十嵐良雄：医療機関におけるリワーク活動とうつ病リワーク研究の発展，今後の展望．最新精神医学，16；133-140, 2011

6）加藤　敏：職場適合性うつ病の病態と治療．精神療法，32；284-292, 2006

7）樽味　伸，神庭重信：うつ病の社会文化的試論―特に「ディスチミア親和型うつ病」について―．日社精医誌，13；129-136, 2005

8）内海　健：うつ病新時代．勉誠出版，東京，2006

表1　プログラムの実施形態の定義と該当割合

実施形態	プログラムの定義	該当するプログラム(n＝468)	
		数	割合(%)
①個人プログラム	他の参加者との交流を主な目的とせず，文字や数字，文章を扱う机上における作業を実施する中で，主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施しているプログラム	72	15.4
②特定の心理プログラム	認知行動療法，SST，対人関係療法，グループカウンセリング，サイコドラマなどの特定の心理療法を実施するプログラム	94	20.1
③教育プログラム	疾病理解，症状の自己理解（セルフモニタリングとコントロール）を主目的とし，講師がいてテキストを使用するような講義形式で実施しているプログラム	56	12.0
④集団プログラム	協同作業，役割分担，対人スキル向上などを主な目的として実施し，集団で行う意図が明らかなプログラム	96	20.5
⑤その他のプログラム	運動，個人面談，創造，動機付けなど，上記の①～④のいずれにも該当しないプログラム	150	32.1

表2　プログラム目的区分内訳

目的区分内訳	目的数	割合	2009年調査時目的数	2009年調査割合	2009年との差
1 症状自己理解	192.6	20.6%	40.5	29.7%	−9.1%
2 コミュニケーション	192.3	20.5%	32.4	23.8%	−3.2%
3 自己洞察	157.0	16.8%	19.1	14.0%	2.8%
4 集中力	124.3	13.3%	15.7	11.5%	1.8%
5 モチベーション	62.3	3.2%	12.0	8.8%	−5.6%
6 リラクセーション	88.7	9.5%	7.7	5.6%	3.8%
7 基礎体力	73.0	7.8%	5.7	4.2%	3.6%
8 感情表現	45.8	4.9%	3.2	2.3%	2.5%
合　計	936.0		136.3		

表3　標準化リワークプログラム

実施区分		①個人プログラム	②特定の心理プログラム 認知行動療法	③教育プログラム	④集団プログラム	⑤その他のプログラム 軽スポーツ・リラクセーション
内容		・読書，資格試験勉強 ・仕事に関連する作業や休職経過振り返り，疾病理解 ・クイズ・各種検定や作文計算など	主に集団で実施する認知行動療法	心理教育を中心に生活習慣や栄養についても触れている	心理教育的なテーマを中心にグループワークやディスカッション，プレゼンテーションを盛り込み実施	・卓球やウオーキングなどの軽スポーツ ・ヨガやストレッチ ・自律訓練法や呼吸法，筋弛緩法
目的区分1		4　集中力	1　症状自己理解	1　症状自己理解	2　コミュニケーション	6　リラクセーション
目的区分2		—	3　自己洞察	3　自己洞察	3　自己洞察	7　基礎体力
グループの構成		個人単位で実施	・クローズド形式が多い ・8〜10回のセッション ・グループワークは6名程度	・オープン形式が多い ・10名程度の講義形式	・6名程度のグループ ・2〜4グループに分かれて実施	個人または集団による運動
観察の要素	1	集中力の持続や疲労，眠気の程度	プログラムや課題の理解度，取り組み方	プログラム・疾病の理解度，負荷の程度，セルフケア	コミュニケーション，対人関係，グループの交流，相互作用，協調性	上達度，運動能力，基礎体力
	2	課題の設定や進め方	休職の経過振り返り，自己洞察，内省	自己洞察，自己理解	参加態度(自発性，主体性，リーダーシップ)，自己表現(自己主張，自己開示，発言内容)	コミュニケーション，相互作用，協調性
	3	課題処理能力，作業遂行能力	コミュニケーション，グループ内の相互作用	ディスカッション時のコミュニケーション，参加者間の相互作用	自己洞察，自己理解，振り返り	体調，取り組み方，疲労度，セルフケア
支援方法	1	課題の設定や見直し	参加者に合わせた内容の検討，個人への面談等によるフィードバック	テーマや目的の理解度確認と習得，質疑応答対応	プログラムのスムーズな運営（対人関係や発言の軌道修正，ファシリテート）	体調や疲労の自己管理の促し
	2	実績や成果の確認，参加者へのフィードバック（個人対応含む）	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援	個人への面談等によるフィードバック	個人への面談等によるフィードバック	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援
	3	体調や疲労の自己管理の促し	認知行動療法の理解，習得	発言の促し，ファシリテート	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援	個人への面談などによるフィードバック

Ⅰ. 基本項目	1. 出席率 2. 眠気・疲労 3. 集中の持続
Ⅱ. 対人交流	4. 他のメンバーやスタッフとの会話 5. 協調性 6. 適切な自己主張 7. 不快な行為 8. 役割行動 9. 対処行動
Ⅲ. 心理的側面	10. 気持ちの安定 11. 積極性・意欲 12. メンバーやスタッフからの注意や指摘への反応

図 4　標準化リワークプログラム評価シート
(http://www.utsu-rework.org/info/no15_02.pdf)

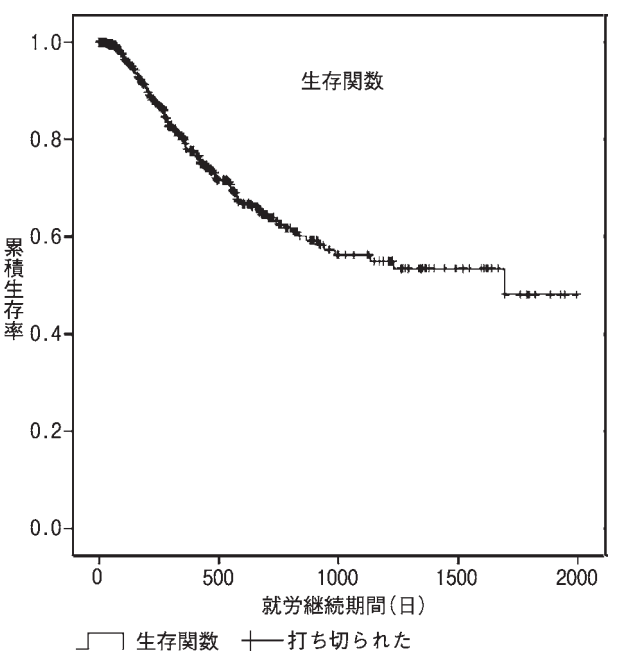
【Kaplan-Meier 法による就労継続期間の分析】

◆起算日　復職日

◆イベントの発生　気分障害などを理由とした再休職および失職（n=132）

◆打ち切り　就労継続中 (n=225)
治癒による治療の終了 (n=62)
別理由による休失職 (n=12)
転院等により消息不明 (n=70)

【結果】 就労継続期間の中央値 1693.0日
就労継続の推定値
1年後　77.5%　(SD2.1)
2年後　63.8%　(SD2.8)



治癒により治療を終了した対象者(n=62)の打ち切りまでの期間は，平均値 704.3 日(中央値 591.5)

図 5　復職後の就労継続

Effective Specialization in Function of Psychiatric Day Care

Yoshio IGARASHI

Depression Rework Association, Medical Care Toranomon

Essential requirement for rework program depends on actual situation of difficulty of going back to working place for patients with affective disorders. In Japan, a fact that number of the patients with affective disorders increased twice and changed phenotype of symptom in a recent decade. As features of symptom of affective disorders, including mild change of disease and atypical symptom, are pointed out following three points ; attribution tendency of reason for occurring the disease to others, deep anxiety and excessive vigor, it is difficult even for veteran psychiatrists to recognize timing for return to working place. For this reason rework program has very important roles to recognize preparatory condition. The element of rework program is as follows ; therapy as group, prevention of re-sick leave, medical rehabilitation contribute from co-medical staffs and psychiatrists, and psychosocial education. From the survey of 408 programs performed in Japan, the program for individual purposes was 15%, the psychological program was 20%, the educational program was 12%, programs performed as group activity was 20%. According to the purpose of the program, both self-understanding of symptom and communication ability was 20%, self-estimation of cause of disease was 17%, concentration was 13%. Using these results, a standardized rework program in the field of psychiatric treatments is prepared. Outcome data from our clinic 501 patients finished rework program showed survival rate at 1 and 2 years after returning working place were 77% and 63%, respectively. In 62 patients understood to cure finishing drug treatment, mean treated period was more over 700 days after returning working place.

＜Author's abstract＞

＜**Key words** : affective disorders, rework program, day care, standardized program, outcome＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

精神科デイケアの将来の方向性

窪田　彰（錦糸町クボタクリニック）

精神科デイケアの実施医療機関は，日本全国で 1,400 ヵ所を超えている．精神科デイケアは，回復期に入った患者にとって，他者との出会いの場を生み出し自身の病気を受け入れる貴重な機会となり，リハビリテーションとともに再発再入院の予防に大きな役割を果たしてきた．近年は対象疾患が広がり，統合失調症やアルコール依存症ばかりではなく，うつ病患者のリワーク活動などにも役立っている．一方で，地域の福祉的活動の場は障害者自立支援法の下に，地域の生活の場の形成に役立つ活動をしてきた．こうして医療と福祉の機能分担が求められる時代になっているが，外来医療においてはデイケアなどの地域活動は医療制度の下に厳しい制約を受けてきた．平成 24 年度の診療報酬改定の行方は今後の実践に大きな影響があり，精神科デイケアに関する論点を検討した．将来の精神科デイケアは，方法も多様化し対象疾患の幅も広くなり，就労支援やアウトリーチサービスなどとの連携の下に，包括的精神科地域ケアチームの中で重要な役割を負って発展していく可能性が大きい．制度的にも様々な変化が起こる可能性はあるが，仲間に出会い自身の病を受け入れることができて，自我を育てられる集団精神療法的な場の必要性は消えることはない．精神科デイケアは，地域ケアの中で開かれた通所サービスとしての役割を果たしていく必要があると論じた．

＜**索引用語**：精神科デイケア，アウトリーチ型医療，包括的精神科地域ケア，グループホーム，診療報酬＞

はじめに

筆者は，東京下町で精神科デイケア併設の精神科診療所を開業している精神科医である．その立場からすれば，精神科デイケアの将来の方向性を語るには荷が重い．しかし，明日のことは誰にもわからない混沌とした現代にあるゆえに，将来については誰が何を語っても良いのかと考え，臨床現場で働く者として勝手な空想と自分なりの思いを語らせていただくこととする．

Ⅰ．日本の精神科地域ケアとデイケアの現状

日本の精神科地域ケアは，国民皆保険制度に支えられた民間の外来医療がその多くを担い，救急医療などの民間では担いきれない部分を公的医療が補っている．この民間の医療機関を軸にした基本構造は，日本の医療の優れた点である．さらに，日本の医療制度は比較的低い自己負担で，民間の医療機関の創意工夫により多様な地域ケアを実践することが可能である．精神科外来医療に対する志気はおおむね高いものがある．日本の医療制度では診療実数に応じて医療費が支払われる構造になっており，たくさんの患者を診る医療機関には多くの医療費を，小さな診療所にはそれなりの医療費ですむ構造は，無駄が少ないといえる．これも，民間の医療機関であるがゆえの利点である．

このような医療保険の構造に支えられて，日本中に 3,000 ヵ所を超す精神科診療所と約 1,600 ヵ所の精神科病院の外来がある．この他，大学病院の外来と国公立病院の外来が若干あり，基本的には患者はどの医療機関でも自由に選び受診することができる．そして，2007 年の 630 調査によると，精神科デイケアは精神科病院に約 800 ヵ所，

精神科診療所に約 400 ヵ所，その他約 200 ヵ所の合計約 1,400 ヵ所が全国に存在している．このような発展の中で，精神科デイケアは外来医療に精神科地域ケアへの風穴を開けたといえる[2]．特に，精神科診療所にとっては，精神科デイケアを持つことが多職種多機能型地域ケアへの道を開いたのであった．デイケア施設を併設した診療所は，数名のコメディカル職員を雇用することになり，コメディカル職員の活用を考えざるを得なくなった．このように，コメディカル職員の存在が後押しして，相談活動やアウトリーチ活動に打って出ることになって，地域ケア志向型の診療所が増えてきた．一方で，デイケアを実施しなかった診療所の多くは，2000 年代に入るとともに，パニック障害や感情障害の患者の急増に対応した街の外来医療機関として特化してきた経緯がある．こうして精神科診療所は統合失調症の地域ケアを軸にした診療所と，パニック障害・感情障害中心の診療所とに分化してきた傾向があった．

このような中で，精神科デイケアを実施する外来医療機関は，精神科地域ケアの重要な拠点になっている．デイケアの精神科臨床への貢献は，第 1 に，何よりも集団精神療法的な機能がある．同じ病気を持った仲間と活動することで，自分が心の病気を持つことを受け入れやすくなる機会を得られるのである．第 2 に，引きこもっていた患者が，デイケアで仲間に出会い，人に馴れ，街に馴れてリハビリテーションが進む絶好のチャンスになっている．第 3 に，コメディカル職員の雇用によって，地域ケアの職員の層が厚くなり外来医療から地域ケアへの発展の可能性を高めた．第 4 に，デイケアへの通所が，上記の要因が重なりあって再発再入院の予防として大きな役割を果たしている．第 5 に，対象疾患も機能も多様化している．近年はデイケアでの就労支援などの活動も増えており，街に生活の場を広げることが可能になったこと等々である．

このように精神科デイケアは，日本の精神科地域ケアを発展させて行く重要な役割を負ってきたにもかかわらず，1994 年以来約 15 年間は診療報酬としてはほとんど伸びなかった．医療費構造も，大規模デイケアに対して多い点数が配分され，小規模デイケアにはやや少ない点数という構造は，家族的な小規模のデイケアを抑制し，巨大型のデイケアを招くことになった．

一方で，近年の精神科デイケアの発展は，対象疾患の多様化をもたらしている．当初は統合失調症がその主たる対象であり，今もその位置は揺らぐことはないが，アルコール・薬物依存症候群へのデイケアも，数は多くはないが早期から重要な役割を果たしてきた．10 年程前からは，うつ病のリワーク活動を実践する精神科デイケアが，全国的に広まってきた．これは，企業を休職中の患者を対象に，課題を設定して半年から 1 年の間に復職できるようにプログラムを組んで支援するデイケアであり，成果を上げている．さらに，発達障害者の社会適応が社会的にも問題になってきており，近年は各地に発達障害者のための精神科デイケアが生まれてきている．今後の課題でいえば，摂食障害者のデイケアや，パーソナリティ障害者のデイケアなど，それぞれの疾病特性に応じた精神科デイケアが発展する可能性がある．また，就労支援など，機能別のデイケアも多様に発展しつつある．

Ⅱ． 医療と福祉の関係

今日，精神科通所サービスとしては，医療の精神科デイケアと福祉の障害者自立支援事業所とが，街の中に並び立っている．地域に通所の場が複数あって選ぶことができるのは利用者にとって有益であると考えている．精神科デイケアは 1,400 ヵ所を超えているとすでに述べたが，精神障害者を主たる対象にしている自立支援事業所等の福祉系通所サービスも 1,400 ヵ所以上に増加している．この医療と福祉の精神科通所施設を合わせると約 2,900 ヵ所となり，国単位では世界一の数になると推測できる．一方，今日の欧米では，通所施設よりはアウトリーチ型支援が主流になっており，元々通所サービスは少なかったのが現状である．これは，その地域の交通事情や住宅事情など，各

国の特徴が出ているところである．筆者は，1995年に英国の地域ケアを見学したが，その多くはグループホームなどの住宅支援とアウトリーチ型支援であった．それでも精神科デイケアは，数は少なかったが活動していた．日本でいう共同作業所に相当するものは見出すことができなかった．もう少し規模の大きな福祉工場が多少あるぐらいであった．英国南部のトーベイという街では，1987年に700床の精神科病院を解体し，地域ケアに移行していた．総合病院に60床の精神科救急病床を作り，約400人は家に帰した．そして，残った約300人の元入院患者が住むためのグループホームを作るために，街の中に約30軒の家を買って，そこに約10人ずつがグループホームとして住むことになり，職員はそれぞれに約7人ずつが配置されたのである．こうして病院の職員がグループホームに移ったため，職員のほとんどは看護職であった．これは，イタリアでも米国でも同様のことが起きており，地域のグループホームの職員の中心は精神保健福祉士ではなく看護職になっていた．これは，精神科病院を解体した後の雇用対策もあっただろうと推測される．この流れは，医療の活動の延長上に地域ケアが育っており，日本のような医療と福祉の間の距離感は生まれなかったのである．

また，英国では住宅事情が日本とは違い，それぞれの家は規模が大きく一軒当たり5〜10部屋はあり，さらに家の前と後ろにそれぞれ広い庭がついている．日本ならば豪邸というべき程の家であった．このように普通の家を使ったグループホームでの1日の生活は，そこで食事をして洗濯をして家を掃除してメンテナンスをしているだけで，忙しい毎日になっているのであった．また，街が広いため通所サービスに通うには，交通事情が必ずしも良くないことが多く，外の通所施設はほとんど利用していなかった．結局その家の中での活動が中心になっており，いわゆる「治療共同体」を実践しているのであった．これでは，精神科デイケアは発展しにくかったろうと思った．一方，退院して自宅に帰った患者たちや，数人で公営住宅などに暮らす自立型のグループホームの患者たちには，アウトリーチで支援するスタイルになっていた．

これに対して，日本の住宅事情は，家は狭くて部屋数も少なく，庭もほとんどない家が多く，この住宅事情のグループホームでは家の中で1日過ごしているのは息が詰まってしまい，何らかの通所施設が必要になるのが実際であった．しかも，この数十年間日本では入院患者はほとんど減らなかったため，グループホームの需要は欧米程には増えなかった．特に，日本のグループホーム制度での患者5人に対して1人の世話人という構造では，アパートで1人でも暮らせる力のある患者でなければ利用しにくかった．これが，英国やイタリアの場合には急速な地域化政策が取られたため，地域に帰った患者とともに病院の職員も地域に出ざるを得なくなって，グループホームでも約10人の患者に約7人の看護職員という，開放病棟並みの職員配置になっていた．実際に開放病棟の患者を地域ケアに移行するならば，これに近い人員配置は必要と思われる．日本では，このような地域化政策は取られて来ず，1970年代には地域ケアの拠点として診療報酬制度に精神科デイケアが新設されたが，当時の診療報酬の低さと施設基準があまりに厳しかったため，デイケアはほとんど普及しなかった．やむを得ず，街の中に部屋を借りて補助金による共同作業所を作って，通所サービスを行ってきたのであった．今から振り返ると，精神科デイケアの施設基準がもう少し柔軟であったら，精神科デイケアはもっと発展できただろうと思う．このように，初期の共同作業所は精神科デイケアの「代替え」として作られた側面もあったといえる．このような経緯から生まれたため，その活動の主たる職種は精神保健福祉士であった．それは日本独自の発展型として自立支援事業所に生まれ変わり，疾病が固定したものや病状が軽減し福祉的支援が適切なものに対応し，独自の機能を果たして現在に至っている．結果として，これは医療のチームとは別の福祉型チームとして発展してきた．こうして日本においては，地域ケアは

医療チームと，福祉チームに2分されて今日に至っているのである．一方，英国やイタリアの地域ケアは，先に述べたように病院の職員が地域に移って行った経緯があり，多職種のリーダーシップが発揮されながらも医師が最終責任者となる地域拡大型の医療チームなのである．日本の地域ケアにおいては，この医師が最終責任を取る医療チームとしてチームを形成しているのは，外来医療と精神科デイケアと一部のアウトリーチ事業位であり，精神科地域ケアを医療チームとして意識的に運営するまでには至っていない点が[3]，日本の精神科地域医療が十分に機能していない背景にあるのではないだろうか．

今日では，自立支援事業所が法人となり複数の事業所を持って多機能化しており，福祉的活動として地域に力強く発展している．一方で，精神科外来医療は外来診療だけに閉じこもる傾向が認められる医療機関も多い．地域に福祉的な活動拠点が増えたことは日本の独自の発展であったが，精神科地域ケアにおける医療チームの形成が遅れているのが現状である．医療と福祉のそれぞれのチームが形成されてこそ充実した地域ケアといえよう．2011年7月に精神疾患が地域保健計画の5大疾患に加えられた今，包括的精神科地域ケアを実施する外来医療チームの形成を，政策的にもっと支援すべき時がきたといえよう．

Ⅲ．診療報酬の改定の可能性

近い将来の，精神科デイケアの変化の可能性を考えると，2012年の診療報酬改定がある．これは，2009年9月の「今後の精神保健福祉のあり方等に関する検討会報告書」[1]に出された内容に則って，デイケアについても若干の改定があると予測される．その報告書では「デイケア等の機能強化・分化」が提示されており，「精神科デイケアなどの重点化などについて，急性期や回復期に，適切なアセスメントに基づき，認知行動療法，心理教育などを一定期間重点的に行うなど，対象・利用期間・実施内容を明確にして医療としての機能を強化したデイケアなどの整備を図るべきである．医療資源をより重症な患者に重点的に活用する観点，利用者の選択の下で障害福祉サービスの利用を，利用者の地域生活をより促す観点から，デイケアなどの，長期にわたる頻回な利用や長時間の利用については，それが漫然としたものにならないように促す方策を検討すべきである」といわれており，これまでのデイケアの診療報酬に，何らかの改定がなされることが予測される[4]．例えば，第1には，治療目標と対象を明確にして，期間を定めた治療的な小グループ活動に対して加算をつける可能性がある．治療的活動に特化したグループを評価しようというものである．この制度ができると，認知行動療法や心理教育等は確かに実施しやすくなるだろう．一方このように，デイケアを分化するのは施設基準が一層わかりにくくなる問題があるが，治療的に有益な活動に診療報酬を加算するのは必要なことといえる．第2には，これまでの大規模デイケアと小規模デイケアの区分けの意味が乏しく，むしろ小規模デイケアの有用性が論じられていることからも，施設基準が統一されてくる可能性がある．今回の改定によってデイケアの診療報酬が引き上げられ，運営が困難であった小規模デイケアが実施しやすくなることを期待したい．

それにしても問題は，精神科デイケアがあることでようやく地域で暮らせている重症群である．検討会報告書では，「長期にわたる頻回な利用者について漫然とならないように福祉サービスへの利用を促す」とあるが，10年以上の入院後に退院した患者の場合，すでに60歳を超えていることが多く，デイケアを利用して街で暮らすだけで精一杯の患者がしばしばいる．病状は必ずしも固定しておらず再発の可能性も高い．このような患者たちには，やはり継続的な医療サポートが必要ではないだろうか．強制的に福祉の場に移すのではなく，例えば自立支援事業所と精神科デイケアの両方を1日おきに利用する方法もある．街で生きていく拠点を広める視点からすれば，街で生活する患者にとってはそこでできた人間関係が財産である．そうした支えを積み重ねていくことが生

活を豊かにしていくのではないだろうか．

精神科地域ケアにおいてデイケアがもっと有効に活用されるためには，精神科デイケアでは同じ統合失調症の利用者でも，多様であることを理解する必要がある．①多少の支援で間もなく就労できるレベルの力を持った者，②半年から2年程度の通所体験で自信をつけて先に進む者，③数年間の通所を経て少しずつ成長を果たしていく時間軸の長い者，さらに，先に述べた，④長期入院後の継続的にデイケアで支えて，ようやく街で暮らせている重度の患者など対象は幅広い．また，⑤対人不安が強く引きこもっていて，デイケアへの定期的通所につながることが当面の課題の者もいる．これらの多様なタイプの患者に対しては，それぞれに個別の支援方法が求められる．精神科デイケアの利用にあたっては，時々のアセスメントを行い，適切な援助レベルを評価して，それぞれの患者に合った治療・支援を提供する必要があると考えている．

Ⅳ．「包括的精神科地域ケア」に向けて

今後の，統合失調症に対する地域ケアにおいては，多職種による多機能型のサポートに発展していく必要があると述べた．精神科デイケアは，この地域ケアの一部分になっていくことになるだろう．精神科デイケアの活動の中の患者だけを治療していれば良い時代は終わったのである．精神科地域ケア全体の中でのデイケアの役割を考えながら活動をしなければならない．入院から地域につなぐ役割，引きこもりからデイケアにつなぐ役割，デイケアから就労につなぐ役割，自立支援事業所と連携する役割，街で人と人をつなぐ役割など，精神科デイケアは様々な機能の交流の接点にいるのである．

今や，外来医療も多様化しており，特に再発の可能性が高い重度の患者については，外来医療機関が軸になり，外来医療，訪問診療，訪問看護，精神科デイケア，自立支援事業所，コメディカル職員による相談支援などが，地域の「医療チーム」として機能する必要がある．こうした，多機能な地域ケアを統括していくのが「包括的精神科地域ケアチーム」であり，医師がその最終責任者として存在している必要がある．しかし，このように機能が多様化した時に，患者支援の情報がうまく伝わらずチームとして機能しにくい場合がある．そのためには，現場でのチームリーダーとして精神保健福祉士などのケースマネージャーを立てて，個々の患者に責任を持って関わりつつ，連携の軸を作っていく必要があるのである．

今後の日本の精神科医療の課題は，外来における「包括的精神科地域ケア」の医療チームをいかに形成していけるかにある．これは，民間の地域精神保健センターの役割を作っていくことに近いが，その制度的な保証はまだない．福祉面では，地域生活支援センターが，各地域に責任をもつ拠点になっており，行政の新しい事業についてはそこに集中して委託されている．この地域生活支援センターの，医療版がいまだないのが地域ケアの発展を阻害しているのではないだろうか．厚生労働省からは，2011年10月に在宅療養支援診療所を大幅に拡充する方針が示された．今後は複数の医療機関が連携して24時間対応するシステムで在宅支援を行うことも認められることになり，新しい地域連携が生まれる可能性がある．そして，こうした地域の医療チームを形成するためには，診療報酬に縛られない動きができるコメディカルを雇用できることが，地域ケアの動きを大変スムースにしていくといえる．現状の訪問看護は，患者の自宅に訪問するのが仕事であるが，一緒にアパート探しをするとか，ハローワークで仕事を探すとか，地域の関係職種とケア会議を持つことなどは，診療報酬では認められていない．大変不自由なのが現状である．しかし，こうした動きが，ある程度は自由にできなければ，地域精神保健センターといえる活動はできにくい．例えば，筆者の診療所では2009年10月より墨田区の「退院支援・地域定着支援事業」を受託したが，この補助金で1人分のコメディカル職員が雇用できた．この時に，当院は初めて地域に責任を持つ仕事を受け持つことになったが，この職員は診療報酬に縛

られないため，活動が自由になり遠くの精神科病院への訪問や，地域でのケア会議への参加がしやすくなった．退院を予定している患者を，入院中に地域に同行しデイケアなどを見学して地域での生活をイメージしてもらう活動も実施できたのである．

地域保健計画の５大疾患に精神疾患が含まれて，地域ケアを充実させるならば，現実的には，「包括的精神科地域ケアに対する補助金」のような新たな補助金を作って，医療機関に診療報酬に縛られないアウトリーチ活動等を可能にしてはどうだろうか．そのような補助金が出ることで地域に責任を持つこととなり，福祉の地域生活支援センターに並び立つ，医療の「包括的精神科地域ケアセンター」が可能になるのではないだろうか．この提案は，全ての精神科外来に強制するものではない．全国の精神科外来医療機関の内，せめて10～15％でも地域ケアに意欲がある所が手を上げてくれれば，地域に責任を持った民間の「地域精神保健センター」のようなものが誕生できるのである．また，精神科デイケア併設の医療機関が，現在は病院と診療所合わせて全国で1,400ヵ所を超えるが，かつては約750ヵ所の保健所で全国をカバーしていたことを考えると，その半数が手を上げても十分に日本の精神科地域ケアの担い手に成りうる数だと考えられる．

おわりに

以上，精神科デイケアの将来の方向性について論じた．未曾有の経済的危機の中で，医療費がどれだけ伸びるものか懸念されるが，夢を持って望みたい．精神科デイケアは，様々な施設基準がその発展を阻んできたが，利点は制度としての枠組みは決まっているが中身は自由であったおかげで，活動に創意工夫が生かされる余地が大きい点が良かった．対象疾患は多様化し，リワークデイケアや発達障害者のデイケアや就労支援など，方法も様々に花開き，今後も一層の発展が期待される．さらに，精神科デイケアが日本の地域ケアにおいて果たしてきた役割は大きく，今後の「包括的精神科地域ケアチーム」を考えていく時にも精神科デイケアは重要な役割を負っている．引きこもっている統合失調症の患者が，アウトリーチ活動だけで地域に馴染む訳ではない．そこで仲間に出会い，自分の病を受け入れることができて，自我を育てられる集団精神療法としての機能を精神科デイケアは持っている．地域ケアにおける精神科デイケアの存在意義がここにあるのではないだろうか．

文　献

1）厚生労働省：今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会報告書．2009

2）窪田　彰：精神科デイケアの始め方・進め方．金剛出版，東京，2006

3）窪田　彰：アウトリーチをサービス全体にどう位置づけるか．精神科臨床サービス，11（1）；24-29, 2011

4）齋藤敏晴：精神科デイケアが「問われているもの」―「3つの変化」からの考察―．デイケア実践研究，14（2）；10-17, 2010

Future Direction of Psychiatric Day-Care

Akira KUBOTA

Kinshichou Kubota Clinic

In Japan, there are more than 1,400 medical institutions that offer psychiatric day-care. For convalescing patients, psychiatric day-care is a place to meet with other people and provides valuable opportunities to learn about and accept their disease. Rehabilitation and the prevention of relapse and hospital readmission have been its functions and goals. In recent years, target diseases in psychiatric day-care have expanded. Therefore, it is useful not only for the patients with schizophrenia and alcohol addiction, but also for those with depression regarding re-entering the work force. At the same time, community welfare activities have been contributing to finding community places to live under the Services and Supports for Persons with Disabilities Act. However, as community activities such as psychiatric day-care in outpatient settings have been strictly controlled under the medical service system, it has now become necessary to divide the functions of medical services and welfare. The 2012 revision of the medical and technical service payment will have a major impact on future practice, and therefore issues regarding psychiatric day-care have been carefully considered. In the future, psychiatric day-care will become diverse in methods and expand in target diseases. Then, it will have a crucial role and a greater chance of developing comprehensive psychiatric community care teams in cooperation with job assistance and outreach services. Various changes may occur in the system, but the necessity of the place where patients can meet friends, accept their own illness, and develop their own 'self' in a group psychotherapeutic approach will never disappear. Psychiatric day-care needs to play a role as an open ambulatory service in community care.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: psychiatric day care, outreach, group home, psychiatric community care, medical cost＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Proposals for Cross-Cultural Clinical Studies

コーディネーター　Wakako Umene-Nakano, Shigeto Yamawaki, Tsuyoshi Akiyama

Ever since its 103rd meeting in 2007, the Japanese Society of Psychiatry and Neurology（JSPN）has sponsored a fellowship program whereby young psychiatrists from countries outside Japan are invited to participate in symposia held in conjunction with the society,s annual meeting. At the 107th JSPN meeting in 2011, the international committee organized a symposium focused on plans to conduct international collaborative research centered on Asia. The symposium featured representatives from six countries describing their research proposals. Each presentation had a different topic, and there was adequate time for questions and discussion after the presentations.

Dr. Bola Ola, from Lagos State University College of Medicine Ikeja, in Lagos, Nigeria, gave a presentation entitled "Predictors of Stigmatization of Epilepsy among Secondary School Students in Nigeria." This study aimed to estimate the magnitude of stigmatization of young people with epilepsy among their peers in Nigeria. It is important to understand stigma related to children with epilepsy in Nigeria, given its varied culture and mixture of rural and urban populations.

Dr. Shahid Nawaz, from the Lah Department of Psychiatry at Sir Ganga Ram Hospital in Pakistan, gave a presentation entitled "Frequency of Depression among Mothers of Children with Epilepsy." Depression is a common co-morbid disorder with epilepsy. This influences not only the patients themselves, but also the family, especially the mother. Dr. Nawaz conducted this study to determine how common depression is among mothers of patients with epilepsy, and to document its frequency in the psychiatric ward of a government-sector teaching hospital in Pakistan.

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　Proposals for Cross-Cultural Clinical Studies　座長：Wakako Umene-Nakano (Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan Young Psychiatrists Organization)，Shigeto Yamawaki (Department of Psychiatry and Neurosciences, Division of Frontier Medical Sciences, Graduate School of Biomedical Sciences, Hiroshima University)　コーディネーター：Wakako Umene-Nakano (Department of Psychiatry, School of Medicine, University of Occupational and Environmental Health, Japan Young Psychiatrists Organization)，Tsuyoshi Akiyama (NTT Medical Center)

Dr. Adil Khoubila, from the Faculty of Medicine at Hassan II University in Casablanca, Morocco, gave a presentation entitled "Empathy Enhancement Training for Schizophrenia : A Preliminary Randomized Controlled Trial." This study was conducted to determine if cognitive remediation therapy could improve empathy in patients with schizophrenia.

Dr. Naoki Uchida, from Fukuoka University in Japan, gave a presentation entitled "Proposal for a Cross-Cultural Clinical Study from Japan." This presentation focused on the renaming of the term "schizophrenia" in Japanese and the naming of psychiatric departments. A pilot study conducted in Fukuoka Prefecture was introduced.

Dr. Chia-Chung Hung, from the Division of Psychiatry at Taichung Veteran General Hospital in Taiwan, gave a presentation entitled "Association between GAD67 Genotypes and Smoking in Schizophrenic Patients." Nicotine is the most commonly used substance among patients with schizophrenia, and also demonstrates an interaction with GAD67.

Dr. Shailendra Raj Adhikari, from the Psychiatry Department of the Chitwan School of Medical Sciences in Nepal, gave a presentation entitled "Raising Awareness of Dementia in Nepal." Questions from the audience concerned the availability of cholinesterase inhibiters (e.g., donepezil/rivstigmine) in Nepal. Dr. Adhikari noted that all are available. When asked what provisions were made for elderly people with dementia in Nepal, he replied that the elderly are taken care of by their families. There are few government or private nursing homes, and they are not adequate.

There were enthusiastic discussions regarding all of the presentations, and many Japanese audience members asked questions. Of course, each country has a different background. For example, there are only 60 psychiatrists in Nepal. Therefore, to conduct an international collaborative study, it is important to discuss the psychiatric environment and genetic background of each country.

Acknowledgments

We would like to express our gratitude to the members of JYPO, especially Dr. Masuo Tanaka, Dr. Tomohiro Shirasaka and Dr. Naoki Uchida, for helping to organize and coordinate this symposium.

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Predictors of Stigmatization of Epilepsy among Secondary School Students in Nigeria

Bolanle Ola[1)], Cornelius Ani[2)]

1）Lecturer, Department of Psychiatry, Lagos State University Teaching Hospital, 2）Consultant Child and Adolescent Psychiatrist and Honorary Senior Lecturer Academic Unit of Child and Adolescent Psychiatry, Imperial College of Science, Technology and Medicine

Below, we present a plan for a project to identify predictors of stigmatization of epilepsy among secondary school students in Nigeria, which we are planning to start in several months, as soon as the protocol is approved by the Lagos State Ministry of Education, Lagos State University Teaching Hospital Research Ethics Committee.

Ⅰ. Project Outline

Epilepsy is the commonest serious brain disorder in every country of the world associated with serious medical complications and psychological problems. This study aims to estimate the magnitude of stigmatization of young people with epilepsy among their peers in secondary schools in Western Nigeria. The study is a cross-sectional, questionnaire-based survey of 370 secondary school children in Lagos Nigeria.

Ⅱ. Introduction

1. Epilepsy

Epilepsy is the commonest serious brain disorder in every country of the world. There are 50 million people with epilepsy in the world and 85% of them are living in developing countries. While 70 to 80% of people with epilepsy could lead normal lives if properly treated, it is often misunderstood, feared, hidden and stigmatized in different cultures in the developing world and consequently reports are available that 60 to 90% of people with epilepsy in these developing countries do not receive appropriate treatment. Childhood epilepsy is among the most prevalent and therefore important neurological conditions in the developing years. Population based studies report prevalence rates of 3.6 to 4.2 per 1000 for children in developed countries[9)], and approximately double these rates in developing countries[4,6)].

2. Psychological Complications

Apart from the episodic seizures, there are many other ever-present factors—social, psychological, behavioural, educational, cultural and so forth—which affect the lives of children with epilepsy (CWE), including their families and their close social networks. These factors vary considerably from one person to the next, but have a significant impact on the daily quality of life in every affected individual. The

traditional medical goal in the management of epilepsy has focused almost exclusively on seizure control with minimal or no adverse medication effects[7]. Clearly, the goal should be to enable the child and family to lead a life as free as possible from the medical and psychosocial complications of epilepsy.

An important aspect of the social environment is the attitude and perception of non-suffers towards affected persons. Studies of CWE abroad show persisting significant levels of stigmatization by non-suffers and adverse impact on the psychological well-being of affected persons[2]. CWE have been found in studies to be more compromised psychologically, and socially compared to children with asthma[3]. Apart from the siblings of CWE having increased behavioural issues[5], they had reported higher level of concern that people will make fun of them because of their sibling's seizures[8].

Empirical investigation of stigma in CWE is still in its infancy from a diligent search of electronic literature. It is important to understand stigma related to CWE in Nigeria, given its varied culture and mixture of rural and urban populations. Information from western literature cannot be applied without considering the sociocultural differences. The attitudes of young people towards peers with epilepsy are important but unexplored in Nigeria, where the vast majority of affected children live. Understanding the predictors of negative attitude to epilepsy among children is critical in developing interventions to improve the daily experience of affected children in schools.

Given that children spend a large proportion of daily activities in school, optimizing the psychosocial experience of CWE in the school environment is clearly important. This study intends to quantify the level of stigmatization by secondary school children and identify factors that could guide strategies to reduce the impact on CWE.

Ⅲ. Study objectives

(1) To quantify the magnitude of stigmatizing attitudes by secondary school students towards young people with epilepsy.
(2) To identify factors associated with stigmatizing attitudes towards epilepsy

1. Main hypothesis

At least 60% of secondary school students are classified as having high social distance to peers with epilepsy.

Subsidiary hypotheses

High social distance to peers with epilepsy is associated with

(1) Limited knowledge of epilepsy
(2) Low familiarity with people with epilepsy
(3) Poor family attitude towards epilepsy
(4) Limited religious exposure

2. Study design

Cross sectional questionnaire survey.

Ⅳ. Methods

1. Procedure

Subjects are recruited from secondary schools in Lagos State Nigeria. Four secondary schools are randomly selected. For each school, one class in each year group is selected at random. After obtaining Institutional approval and informed consent from parents and the children, the children are given the questionnaires to complete in classroom examination conditions. The questions are presented in English, which is the medium of instruction in secondary schools in Nigeria.

2. Sample size

Assuming a large population of secondary school students in Lagos (>20,000), the sample size to estimate a prevalence of 60%*1 for high social distance for epilepsy with a 95% level of confidence and a confidence interval of 5% is 3701*1.

Inclusion:

1. Children in secondary school
2. Consent by child and a parent
3. Adequate command of English language

Ⅴ. Measurements

1. Socio-demographic details

This elicits standard background socio-demographic information of the participants.

2. Social distance

This assesses social distance of the participants with items modelled after the original Social Distance Scale by Borgadus and adapted from previous studies of social distance in Nigeria[1] and among children in relation to physical disorders[11].

3. Positive attributions

In order to balance the questions on social distance and reduce the potential negative attributions in the questionnaire, questions on positive attributions are adapted from Walker et al[10]. This is particularly important as CWE are likely to be exposed to the questionnaire. These questions yield valuable information and also reduce the risk of the questionnaire becoming a source of stigma itself.

4. Family attitude to SCD

This is adapted from a recent study of stigmatisation by children towards peers with physical and mental disorders[10].

5. Other variables

The questionnaire also elicits information about other putative predictor variables including familiarity with epilepsy, knowledge and beliefs about epilepsy, religious practices, and familiarity with physical disability.

6. Analysis

The data is intended to be double entered into SPSS Version 16 and checked for errors. Where possible, skewed continuous data are transformed into ranked data to allow parametric analysis. Continuous data are described with Means (and Standard Deviations) while categorical data are described with Numbers and Percentages.

The reliabilities of the measures of social distance and family attitudes in this study are explored by computing Internal Consistencies (Cronbach Alpha).

7. Hypotheses testing

The Main Hypothesis is verified when at least 60% of the participants have high social distance to peers with epilepsy using the modified Borgadus Social Distance Scale.

The subsidiary hypotheses are verified when there are significant correlations between high social distance for peers with epilepsy and the following variables: limited knowledge of epilepsy, low familiarity with people with epilepsy, poor family attitude towards epilepsy

*1 Using the sample size calculator available in EPI-INFO Statistical package Version 3.5.1, double-checked at http://www.nss.gov.au/nss/home.NSF/pages/Sample+size+calculator?OpenDocument

Time frame

Activity	Time Frame	Duration
Complete project proposal	July 2011	1 month
Ethical approvals	August 2011-September 2011	2 months
Data collection	October 2011-November 2011	2 months
Analysis and write up	December 2011-January 2012	2 months
Total	July 2011-January 2012	7 months

and limited religious exposure.

8. Ethical approval

We intend to get approval for the study from Lagos State Ministry of Education, Lagos State University Teaching Hospital Research Ethics Committee, and the Head teachers of the respective schools.

9. Dissemination

The research findings are intended to be made available to participants, presented at a conference and published in a medical journal.

References

1) Adewuya, A.O., Makanjuola, R.O.: Social distance towards people with mental illness in southwestern Nigeria. Aust N Z J Psychiatry, 42; 389-395, 2008

2) Austin, J., MacLeod, J., Dunn, D., et al.: Measuring stigma in children with epilepsy and their parents: instrument development and testing. Epilepsy and Behaviour, 5; 472-482, 2004

3) Austin, J.K., Smith, M.S., Risinger, M.W., et al.: Childhood epilepsy and asthma: Comparison of quality of life. Epilepsia, 35; 608-615, 1994

4) Christianson, A.L., Zwane, M.E., Manga, P., et al.: Epilepsy in rural South Africa children-prevalence, associated disability and management. S Afr Med J, 90; 262-266, 2000

5) Hoare, P.: Psychiatric disturbance in the families of epileptic children. Dev Med Child Neurol, 26; 14-19, 1984

6) Jallon, P.: Epilepsy and epileptic disorders, an epidemiological study. Epileptic Disorders, 4; 1-12, 2002

7) Meador, K.J.: Cognitive outcomes and predictive factors in epilepsy. Neurology, 58 (8 suppl 5); S 21-26, 2002

8) Mims, J.: Self-esteem, behavior, and concerns surrounding epilepsy in siblings of children with epilepsy. J Child Neurol, 12; 187-192, 1997

9) Sidenvall, R., Forsgren, L., Heijbel, J.: Prevalence and characteristics of epilepsy in children in Northern Sweden. Seizure, 5; 139-146, 1996

10) Walket, J.S., Coleman, D., Lee, J., et al.: Children's Stigmatization of Childhood Depression and ADHD: Magnitude and Demographic Variation in a National Sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47 (8); 912-920, 2008

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Frequency of Depression among Mothers of Children with Epilepsy

Shahid Nawaz, Muhammad Munir Iqbal, Sadaf Rashid, Haroon Rashid Chaudhry
(Department of Psychiatry, Sir Ganga Ram Hospital, Lahore, Pakistan)

Objective : To determine the frequency of depression among mothers of children with epilepsy.

Study Design : Cross-sectional study

Place of Study : Conducted at Department of Psychiatry, Sir Ganga Ram Hospital, Lahore.

Duration of Study : January 2010 to June 2010.

Subjects and Methods : Ninety mothers (20-45 years) of 90 children with epilepsy (Generalized or Partial) were recruited upon informed consent. Ethical committee reviewed and approved this study. Mothers of epileptic child with chronic medical diseases like chronic liver disease, diabetic mellitus, hepatitis B, hepatitis C, tuberculosis, myocardial infarction, hypothyroidism, and stroke or any other organic brain lesion were excluded from the cohort. Mothers with a history of head trauma, pregnancy or drug abuse were also excluded. Mean maternal age of mothers was 32±7.5 years and mean age of children was 7.5±3 years, 49 (54.4%) males and 41 (45.6%) females.

Results : 55 (61.1%) children had generalized epilepsy and 35 (38.9%) children had partial epilepsy, 35 (39%) mothers had depression (28% in mothers of children with Generalized Seizures and 11% in mothers of children with Partial Seizures), 17 (19%) had mild depression, 12 (13%) had moderate depression and severe depression was observed in only 6 (7%) mothers.

Conclusions : The frequency of depression amongst mothers of epileptic children is significant enough to warrant that these mothers are especially screened for depression. To improve depression of mothers with epileptic children is important not only for the quality of life of mothers but also for the management of a variety of problems in cognitive, linguistic and social functioning among children due to depressed mothers.

＜**Key words** : maternal depression, paediatric epilepsy, antiepileptic medications, mental health＞

Ⅰ. Introduction

Epilepsy is the most common neurological disorder in children, and 28.6% may present with coexisting psychiatric conditions.

Depression is a very common problem (prevalence in general population ranges from 6-17%)[8]. Independent/co-morbid impact of epilepsy includes the child & family members, with the mother particularly at risk of experiencing the depressive symptoms (up to 50% of mothers of children with epilepsy are at risk for clinical depression)[10].

Maternal depression not only affects the quality of life of these mothers but also leads to

a variety of problems in cognitive, linguistic and social functioning among children[2].

Different studies have reported different results of frequency of depression among mothers of epileptic patients. According to Wood LJ, et al., 45% of the mothers demonstrated elevated scores on the depression questionnaire, with 25% in the moderate/severely depressed range[17]. According to Baki O, et al. this is 48.5% among the mothers of epileptic children[1].

In most of the developing countries including Pakistan, data regarding the frequency of depression among mothers of epileptic children is lacking. Therefore, we conducted this study to determine how common depression is among mothers of epileptic patients and document its frequency in a psychiatry ward of a government sector teaching hospital of Pakistan.

Ⅱ. Subjects and Methods

This study was conducted in the Department of Psychiatry, Sir Ganga Ram Hospital, Lahore (Pakistan) from January 2010 to June 2010. Ninety mothers (20-45 years) of 90 children with epilepsy (Generalized or Partial) were recruited upon informed consent. The Ethical committee reviewed and approved this study. Mean maternal age of mothers was 32±7.5 years and mean age of children was 7.5±3 years, 49 (54.4%) males and 41 (45.6%) females.

Mothers of an epileptic child with chronic medical diseases such as chronic liver disease (Serum bilirubin level>2), diabetic mellitus (Blood sugar level>200mg/dL), hepatitis B (HBs Ag +ve), hepatitis C (Anti HCV reactive), tuberculosis, myocardial infarction, hypothyroidism (T_4>1.8) and stroke (abnormal CT scan or positive history) or any other organic brain lesion (as per ICD-10 criteria) and mothers with history of head trauma, pregnancy or drug abuse were also excluded.

An epileptic child was defined as a child (age< or =16 years) was said to have epilepsy if he/she had a history of recurrent, unprovoked seizures (a seizure is a transient, excessive, abnormal, synchronous and self limiting discharge of a population of cortical neurons may leads to sudden and involuntary contraction of group of muscle or whole body) at least two or more times in his/her life, whether patient was on medication or not, and this diagnosis was confirmed by a doctor or nursing staff by witnessing it in hospital, including both partial and generalized seizures.

Children were classified according to type of epilepsy (generalized seizures or partial seizures).

All mothers of an epileptic child were assessed by ICD-10 criteria for depression. The mothers of an epileptic were categorized in three groups which included: mild depression (if all three general criteria and any 2 symptoms from A and 2 from B were present on history), moderate depression (if all the three general criteria and 2 symptoms from A and 3 from B were present) and severe symptoms (if all three general criteria and any 3 from A and 4 from B were present).

Ⅲ. Results

Mean maternal age was 32±7.5 years and mean age of children was 7.5±3 years. Mean age of mothers having depression was 28.7±5.9 (Table 1).

Out of 90 children there were 49 (54.4%) males and 41 (45.6%) females, 55 (61.1%) [33 (67.3%) males & 22 (53.7%) females] had generalized epilepsy and 35 (38.9%) [16 (32.7%) males & 19 (46.3%) females] had partial

Table 1 Analysis of maternal age and child's age

Variable		Maternal age/years (Mean±SD)	Child's age/years (Mean±SD)
Type of epilepsy among children	Generalized epilepsy	31.4±7.7	8.1±2.7
	Partial epilepsy	33±7.2	6.6±3.3
	p value	0.739	0.175
Frequency of depression among mothers	Yes	28.7±5.9	7.1±3.6
	No	34.2±7.7	7.8±2.6
	P value	0.819	0.120
Severity of depression among mothers	Mild	28.2±6.5	6.1±3.3
	Moderate	29.8±5.5	7.6±4.1
	Severe	28±5.6	9.2±2.5
	P value	0.567	0.597

Table 2 Analysis of child's gender, type of epilepsy, and frequency of depression among mothers

		Frequency	Percent
Child's gender	Male	49	54.4
	Female	41	45.6
Type of epilepsy among children	Generalized epilepsy	55	61.1
	Partial epilepsy	35	38.9
Frequency of depression among mothers	Yes	35	38.9
	No	55	61.1
Severity of depression among mothers	Mild	17	19
	Moderate	12	13
	Severe	6	7

epilepsy, 35 (39%) mothers had depression, 17 (19%) had mild depression, 12 (13%) had moderate depression and severe depression was observed in only 6 (7%) mothers (Table 2).

On analysis of frequency of maternal depression among the gender of children, we observed that out of 35, 18 (51.4%) mothers had male children and 17 (48.6%) had female children (p=0.647) (Table 3).

On further analysis of data we concluded that out of 35 mothers having depression, 25 (28%) had children with generalized epilepsy and 10 (11%) had partial epilepsy (p=0.350) (Table 4).

Ⅳ. Discussion

The impact of epilepsy is not limited to the child who is experiencing seizures, but it affects all members of the family. As primary caregivers, mothers are particularly at risk for experiencing increased depressive symptoms and risk for clinical depression[14].

Up to 50% of mothers of children with epilepsy are at risk for clinical depression[3].

Table 3 Analysis of data among the child's gender

		Type of epilepsy among children		Frequency of depression among mothers		Severity of depression among mothers		
		Generalized epilepsy	Partial epilepsy	Yes	No	Mild	Moderate	Severe
Child's gender	Male	33(67.3%)	16(32.7%)	18(51.4%)	31(56.4%)	5(29.4%)	10(83.3%)	3(50%)
	Female	22(53.7%)	19(46.3%)	17(48.6%)	24(43.6%)	12(70.6%)	2(16.7%)	3(50%)
	P value	0.185		0.647		0.017		

Table 4 Analysis of frequency & severity of depression among the type of epilepsy

		Frequency of depression among mothers		Severity of depression among mothers		
		Yes	No	Mild	Moderate	Severe
Type of epilepsy among children	Generalized epilepsy	25 (28%)	34 (37.8%)	11 (31.4%)	9 (25.7%)	5 (14.3%)
	Partial epilepsy	10 (11%)	21 (23.3%)	6 (17.1%)	3 (8.6%)	1 (2.9%)
P value		0.350		0.648		

Correlates of maternal depressive symptoms include a number of modifiable risk factors such as role ambiguity, worry, and satisfaction with relationships. In addition, studies suggest that depressive symptoms in mothers have a negative impact on child outcomes in epilepsy including behavioural problems and health-related quality of life.

Maternal depression is a universal term, encompassing a range of depressive symptoms and syndromes that may affect women during the prenatal period, immediately after childbirth, or later during their child's growth through to adolescence[4]. For women in their reproductive years, the prevalence of depression ranges from 8% to 47%, making it the leading cause of disease burden within this population[7,11]. As well, researchers have shown that mothers of disabled or chronically ill children generally experience a higher rate of depression compared to mothers of healthy children. In a recent meta-analysis, between 6% and 24% more mothers of children with developmental disabilities scored above the clinical cutoff for depression compared to mothers of children without developmental disabilities[15]. Although considerable research has been conducted to understand depression among mothers of developmentally disabled children, very little research has been conducted in other childhood neurologic conditions, including epilepsy.

Similar to other childhood chronic illnesses, the impact of epilepsy is not limited to the child experiencing seizures, but affects all members of the family to a certain degree[16]. Compared to families of healthy children, families of a child with epilepsy have been found to experience significantly more stress, anxiety, and restrictions in family life[6], higher levels of dissatisfaction with their social situation, lower levels of marital satisfaction and support, and parent-child relationships of lower quality, less competence in parenting, and more problems

with family functioning and adaptation[12].

Research thus far has demonstrated that childhood epilepsy affects families in terms of its psychosocial consequences.

Because mothers are most often the primary caregivers of children[5], it is reasonable to assume that mothers may be particularly at risk for distress in response to their children's epilepsy, most notably depression[9].

Shore CP, et al.[13] in their study reported that 32% of mothers had depressive symptoms. Childhood epilepsy has a negative effect on the mother's mood in many families.

Wood LJ, et al.[17] in their study reported that 45% mothers had depression, with 25% in the moderate/severely depressed range. Sleep disruption was reported in 67%. Maternal depression correlated with high attention deficit and problem behaviour in children, but not with most epilepsy－related variables, autism, adaptive delay, or family income.

Ⅴ. Conclusions

Depression is not uncommon among the mothers of epileptic children. This depression is of moderate/severe intensity, indicating that the mothers of epileptic children should be screened and managed for the presence of depression to improve quality of life of mother and family while avoiding the variety of problems in cognitive, linguistic and social functioning among children due to the depressed mother. This is more significant in mothers of male children and more so with the mother of a single child.

References

1) Baki, O., Erdogean, A., Kantarcu, O., et al.: anxiety and depression in children with epilepsy and their mothers. Epilepsy and behaviour, 5; 958-964, 2004

2) Bumin, G., Günal, A., Tüke, D.: Anxiety, depression and quality of life in mothers of disabled children S.D.Ü. Týp Fak Derg, 15; 6-11, 2008

3) Ferro, M.A., Speechley, K.N.: Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: A review of prevalence, associated factors, and impact on children. Epilepsia, 50 (11); 2344-2354, 2009

4) Field, T.M.: Prenatal effects of maternal depression. Children of Depressed Parents. Mechanisms of Risk and Implications for Treatment (ed. by Goodman, S.H., Gotlib, I.H.). American Psychological Association, Washington, D.C., p. 59-88, 2002

5) Gillespie, J.F., Primavera, J.: Diverse families, competent families: innovations in research and preventive intervention practice. Haworth Press, New York, 2000

6) Hoare, P., Kerley, S.: Psychosocial adjustment of children with chronic epilepsy and their families. Dev Med Child Neurol, 33; 201-215, 1991

7) Horwitz, S.M., Briggs-Gowan, M.J., Storfer-Isser, A., et al.: Prevalence, correlates, and persistence of maternal depression. J Womens Health (Larchmt), 16; 678-691, 2007

8) Khan, K.H., Tahir, M.H.: Depression amongst epileptic patients. Professional Med J, 12; 317-321, 2005

9) Lee, M.M., Lee, T.M., Ng, P.K., et al.: Psychosocial well-being of carers of people with epilepsy in Hong Kong. Epilepsy Behav, 3; 147-157, 2002

10) Mark, A.F.: Kathy NS. Depressive symptoms among mothers of children with epilepsy: A review of prevalence, associated factors, and impact on children. Epilepsia, 50; 2344-2354, 2009

11) Patten, S., Juby, H.: A profile of clinical depression in Canada. Research Data Centres, Calgary, 2008

12) Rodenburg, R., Meijer, A.M., Dekovic, M., et al.: Family factors and psychopathology in children with epilepsy: a literature review. Epilepsy Behav, 6; 488-503, 2005a

13) Shore, C.P., Austin, J.K., Huster, G.A., et al.: Identifying risk factors for maternal depression in families of adolescents with epilepsy. J Spec Pediatr Nurs, 7 (2); 71-80, 2002

14) Shore, C.P., Austin, J.K., Dunn, D.W.: Mater-

nal adaptation to a child's epilepsy. Epilepsy Behav, 5 (4) ; 557-568, 2004

15) Singer, G.H. : Meta-analysis of comparative studies of depression in mothers of children with and without developmental disabilities. Am J Ment Retard, 111 ; 155-169, 2006

16) Thompson, P.J., Upton, D. : The impact of chronic epilepsy on the family. Seizure, 1 ; 43-48, 1992

17) Wood, L.J., Sherman, E.M., Hamiwka, L.D., et al. : Maternal depression : the cost of caring for a child with intractable epilepsy. Pediatr Neurol, 39 ; 418-422, 2008

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Empathy Enhancement Training for Schizophrenia : A Preliminary Randomized Controlled Trial

Adil Khoubila, Mohamed Agoub, Omar Battas
（Laboratory of Clinical Neurosciences and Mental Health University Hassan II, Casablanca）

Below, we present a plan for a preliminary randomized controlled trial to evaluate efficacies of Integrated Psychological Therapy (IPT) and Cognitive Remediation Therapy (CRT) on patients with schizophrenia.

To determine whether cognitive remediation therapy improves empathy in patients with schizophrenia, we will assess the effectiveness of the cognitive subprograms of Integrated Psychological Therapy (IPT-cog) and cognitive shift module of CRT on symptomatological, neuropsychological, functional outcome, and empathy measures in schizophrenia.

Ninety patients with schizophrenia will be randomized to IPT-cog, CRT or usual interventions. Clinical, neuropsychological, and functional outcome variables will be assessed at baseline, after 2 weeks of treatment, and after six months.

＜**Key words**: schizophrenia, empathy, cognitive remediation therapy＞

Below, we present a plan for a preliminary randomized controlled trial to evaluate efficacies of IPT and CRT on patients with schizophrenia

Ⅰ. Statement of the Problem and Literature Analysis

Deficits in social cognition have often been described in patients with schizophrenia. Social cognition refers to abroad construct involving cognitive abilities such as empathy, social perception, attributional styles and theory of mind[22]. These impairments disturb multiple aspects of patients' daily life, such as social functioning, employment status, functional outcome and quality of life[20]. Among the social cognitions, empathy is a fundamental human ability that is critically important for establishing bonds with the significant and valued individuals in one's social environment. It can be defined as the capacity to enter into another's feelings and have an appropriate emotional response to another's situation. The psychological models of empathy suggest that it has both cognitive and emotional components[13,41]. Cognitive empathy is conceptually very similar to theory of mind (ToM). In fact, cognitive empathy can be viewed as an emotion specific mentalizing (ToM) ability. Recent theories suggested that ToM ability consists of two components ; mental state decoding (social-perceptual) and mental state reasoning (social-cognitive)[43,46]. Those same components may also be applicable to cognitive empathy.

Social-perceptual abilities are important to interpret the emotions of others based on observable information like facial expressions or gestures. Emotional empathy is a different construct; it is the emotional reaction and emotional concern experienced upon observing someone in distress. While the first step to have an empathic reaction with another person's feeling is to perceive or infer the other's emotion (cognitive empathy), for a true empathic response, a physiological and autonomic response is essential.

Several groups of psychiatric and neurological patients have deficits in empathic responding. Empathy deficits are among the core features of autistic disorder and Asperger disorder[3]. Psychopathy[4] and frontotemporal lobar degeneration[41] have also been associated with empathy deficits. Different components of empathic process may be dysfunctional in different disorders. While autism was associated with deficits of cognitive empathy, psychopaths seem to have intact cognitive empathy but dysfunctional emotional empathy[4]. Although the existence of empathy dysfunction in schizophrenia is generally accepted, there is very limited direct evidence[32,44]. Since deficits in social functioning are among the most disabling clinical features of schizophrenia, empathy deficits, similar to other social cognitive deficits[5,9], may contribute to poor functional outcome in patients with schizophrenia. Empathy requires integrating the contextual and historical information about a person for understanding the feelings of others. Other cognitive abilities like working memory and attention may also be required for cognitive empathy.

Otherwise, almost all patients with schizophrenia demonstrate some decline in measures of neurocognitive functioning and the global cognitive deficit in schizophrenia averages between 1 and 2 standard deviations (SDs) below the mean of healthy control subjects[21,28], with deficits in psychomotor speed, attention, verbal and working memory, and executive functions[16,29,33]. These are believed to underlie part of the functional disability associated with the disorder[25,38]. Several studies have also shown that cognitive deficits are related to poorer outcomes in different functional domains[6,7] quality of life and rehabilitation outcomes[17,21,37]. With the aim of improving these patients' cognitive skills, cognitive remediation therapies have been developed. The underlying hypothesis is that intensively practicing cognitive tasks could improve the functioning of the processes required during these tasks. A generalization of these improvements could be observed in other neurocognitive tasks requiring similar mechanisms. In recent decades, several cognitive remediation techniques, designed for individual or group settings, have been adopted in multimodal treatment approaches to the disorder, and studies analyzing their efficacy have recently been reviewed quantitatively[23,35,51]. On the one hand, individual intervention techniques of cognitive remediation, which enable selective treatment of different cognitive domains, have been shown to improve neurocognitive functions in schizophrenia in a wide range of cognitive domains[23]. The one chosen is cognitive remediation therapy (CRT), it was first developed in Australia[14]. This is a promising programme because it has been shown to have specific effects when tested in a randomized controlled trial against another psychosocial programme[52~54]. On the other hand, several studies examining group-based cognitive remediation found a significant improvement in cognitive performance associated

with an improvement in psychosocial functioning of schizophrenia[35,42,51]. Among the latter interventions, a large body of research suggests that Integrated Psychological Therapy (IPT)[8] has positive effects on the outcome of schizophrenia. In a recent review of 30 studies[42], positive mean effect sizes favouring IPT over usual treatment were found in the domains of symptoms, psychosocial functioning and neurocognition. Vita, et al.[48] confirmed the effectiveness of the cognitive subprograms of IPT on symptomatological, neuropsychological and functional outcome variables and found that some of the changes in functional outcome maybe mediated by improvement in specific cognitive domains.

The IPT and CRT programs have been studied by different authors and reported to be effective in experimental conditions, and may be implemented in usual clinical settings. They represent 2 rather different modalities of delivering cognitive remediation in clinical practice, one as group treatment, the other as an individual intervention, and may promote different strategies of remediation, including different degrees of compensatory strategies or action on social cognition. Recent qualitative reviews[36,55] and quantitative meta-analyses[30,40,47] focusing on cognitive remediation therapy in patients with schizophrenia suggest that cognitive remediation therapies has a positive effect on cognitive performance and daily life activities. However, those studies investigated cognitive deficits in general and did not report on cognitive remediation therapies aiming to improve social cognition deficits. Recently, precise social processes and broader social cognition have been addressed in a small number of CRT studies on social cognition[10,11,18,27,45,49]. Nevertheless, it remains unclear whether broader approaches induce improvements in empathy deficits in patients with schizophrenia.

Ⅱ. The Purpose

The aim of the present research is to determine whether CRT or IPT are effective and beneficial in patients with schizophrenia and to evaluate whether the remediation of empathy deficits is sufficient to induce improvements in this function. The impact of cognitive rehabilitation on psychosocial functioning and possible mediators of such effects will also be investigated.

Ⅲ. Methodology

We compare the effectiveness of 2 different cognitive remediation modalities (i.e. the cognitive subprogram of IPT and the Cognitive Shift module of CRT) with respect to a similar amount of standard, non-cognitive-targeted, rehabilitative interventions in patients with schizophrenia. The two modalities are assessed by means of a comprehensive evaluation battery of clinical, empathy, cognitive and functional outcome domains, embedded within a psychiatric and psychosocial treatment regimen representative of the usual setting and modality of care of Ibn Rshd University Psychiatric Centre.

1. Subjects

Forty five patients took part in the present study ; they and follow treatment at Casablanca Ibn Rushd University Psychiatric Centre (. They fulfill DSM-IV-TR criteria[2] for schizophrenia and range in age from 18 to 50 years. Diagnosis are made by expert clinicians (how many) through chart review and a clinical interview using a symptom checklist allowing DSM-IV TR criteria to be applied.

Exclusion criteria include (a) a concomitant diagnosis of mental retardation or of substance use disorder; (b) severe positive symptoms or impulsive behaviour requiring a higher security setting; (c) significant changes in psychopathologic status (requiring hospitalization or major change in pharmacologic treatment) in the last 3 months. All patients not presenting these exclusion criteria are included in the recruitment phase independent from other anamnestic variable.

Patients are randomly assigned to the IPT-cog, CRT- Cognitive Shift, or comparison groups. All patients are maintained on pharmacologic treatment during the study, but the drug dose or regimen could be modified as needed. Doses of antipsychotics taken are calculated as chlorpromazine equivalents using the conversion proposed by Woods[50] at baseline and throughout the treatment period. This allows us to obtain the mean cumulative dose of antipsychotics taken during the study period and the mean doses taken at baseline and at the end point.

A written informed consent form to treatment is obtained from all participants after the nature of the intervention procedures has been fully explained.

2. Assessment

The following evaluations are completed at baseline and after 2 weeks of treatment, and 6 months later by raters who are independent from those involved in the cognitive remediation treatment of the patients.

(1) Clinical

Psychopathologic assessment are made by means of the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)[26]. The symptoms are assessed following a semi-structured interview referring to the month before the evaluation by raters who used the scale routinely. Also, the Clinical Global Impression-Severity (CGI-S)[24] scores are rated.

(2) Neurocognitive

We use the MATRICS Consensus Cognitive Battery (MCCB). It is developed to address the absence of a uniform, standardized method by which to measure cognition in clinical trials of cognition-enhancing drugs[34]. The MCCB, now accepted as a standard by the U.S. Food and Drug Administration, consists of ten tests that assess seven cognitive domains: speed of processing, attention/vigilance, working memory, verbal learning, visual learning, reasoning and problem solving, and social cognition[39].

(3) Psychosocial functioning

Psychosocial functioning assessment are made by means of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale[2] and the Morningside Rehabilitation Status Scale (MRSS)[1]. The GAF scale in DSM IV is designed to measure patients' functioning and is an easy tool-to-use. However, since it has been argued that its ratings are more strongly correlated with ratings of clinical symptoms than functioning, reliance on the GAF scale as the only tool to assess patient functioning may be problematic[19]. The Morningside Rehabilitation Status Scale (MRSS) assesses impairments and abilities among individuals with severe mental illness living in the community. It assesses how a person has been functioning, on average, for the past month[1].

(4) Empathy

The Empathy Quotient (EQ) is available from the Autism Research Centre's website, this is a 60-item questionnaire, with 40 questions tapping empathy and 20 filler items.

Responses are given on a 4-point Likert scale. Scores can range from 0 to 80. A cut-off score of fewer than 30 is the most useful to differentiate adults with ASD from controls[3]. A tree-factor solution has been observed[31]: EQ-CE; EQ-ER; and EQ-SS. The original version of the EQ seems to show acceptable internal consistency, concurrent and convergent validity, and good test-retest reliability.

The Interpersonal Reactivity Index (IRI) is a self-report measurement of empathy[12]. It includes four subscales, each ranging from 0 to 28: (1) Fantasy scale (IRI_FS), which measures a tendency to fantasize about fictional characters; (2) Empathic concern (IRI_EC), which specifically addresses the respondents' capacity for concerned and compassionate feelings for others; (3) Perspective taking (IRI_PT), addressing ToM???? abilities; (4) Personal distress (IRI_PD), which records self-oriented responses to difficult situations of others. The questionnaire takes 15 min to complete.

(5) Time and modalities of assessment

All scales are administered at baseline, at the end of the study (after 2 weeks), and after six months. Neuropsychological tests are administered by trained personnel, external to the treatment teams, who do not'know the individual patients and their treatment allocation. On the other hand, the functional outcome measures are completed by the clinicians taking care of the patients in the Psychiatric Center. This team, which does not include any personnel involved in the experimental treatment for the individual patients, complete the evaluations using all the useful informative sources (clinical records, patient interview, information obtained from close relatives and the case manager). The symptomatological evaluations are completed by the psychiatrists who follow each patient in the psychiatric outpatient units and who are not directly involved in the study or aware of the rehabilitative treatments followed by their patients.

(6) Rehabilitative therapy programs

The IPT is a group-based structured cognitive behavioural program for schizophrenia in which neurocognitive and social cognitive remediation are integrated with psychosocial rehabilitation. It is made up of 5 modules, applied in the following order: cognitive differentiation, social perception, verbal communication, social skills, and interpersonal problem solving[8]. In this study, patients are administered the first subprogram (cognitive differentiation) of IPT (IPT-cog). The cognitive components of IPT represent a practical compromise between a rigorously targeted cognitive approach, as commonly used in laboratory studies, and a more comprehensive and ecologically meaningful clinical approach. The IPT-cog groups, composed of 8-10 patients, attend therapy sessions twice a week, 45 min each session, for 2 weeks. They are conducted by one trained psychiatrist who administer the cognitive subprogram following the IPT manual.

Cognitive Remediation Therapy (CRT) was developed by T. Wykes and his team based on an original program from Delahunty and Morice[15]. CRT describes different methods of teaching "thinking" skills, although it has a special significance when it focuses on those cognitive skills affecting people with schizophrenia to a larger extent such as memory and attention[55]. It also has a great predictive power relating to a patient's ability to function in the community. CRT objectives include: increasing the capacity and efficiency of

cognitive functions ; teaching global and transferable cognitive schemata to guide response ; improving metacognition ; increasing motivation ; generalization of skills and use of social support[53]. The program consists of three modules : Cognitive Shift Module, Memory Module and Planning Module. In this study, patients are administered the first subprogram (Cognitive Shift Module) of CRT. They attend therapy sessions twice a week, 45 min each session, for 2 weeks.

The comparison group participates in non-cognitive-oriented group psychosocial interventions, consisting of different types of activities (such as art therapy, physical training, or occupational therapies) ; they are administered for the same amount of time as IPT-cog and CRT. This modality is designed to match IPT-cog and CRT with respect to length and frequency of therapy sessions and, in general, the amount of treatment (CRT or IPT). In addition to participating in the IPT-cog, CRT or comparison group, the patients continue standard psychiatric care provided by a multidisciplinary mental health team, and delivered in a balanced way between the 3 groups.

(7) Statistical analysis

Data are analyzed using SPSS version 17 software package. The univariate analysis of variance (ANOVA) or chi-squared test is used to assess between group differences in demographic data at baseline. Differences in pre- and post-treatment scores are compared between the IPT-cog, CRT and comparison groups on each of the clinical, neuropsychological and functional outcome measures with an analysis of covariance (ANCOVA) with baseline scores of the specific variable and age as covariates. This may be necessary because the baseline severity of clinical, neuropsychological performance and psychosocial functioning could potentially affect the comparison of effects between treatments. The ANCOVA of scale score changes will be adopted if the linearity and parallelism assumptions are fulfilled. Data are treated according to an intention-to-treat model.

Post-hoc analyses (with Bonferroni's correction) are completed in the case of significant results, in order to compare each of the 3 treatments directly (significance set at the level of $p \leq 0.017$). In order to analyze the relationship between cognitive change and psychosocial functioning change over the follow-up period, a correlation analysis (Pearson regression coefficient) is carried out between these differences.

Two multiple regression analyses are performed using the psychosocial scale scores (GAF and MRSS) as dependent variables and demographic data (age, duration of illness, and sex), symptomatological data (change of positive, negative and total symptoms), neurocognitive data (change of cognitive dimensions scores) and treatment group as independent variables.

Reference

1) Affleck, J.W., Mcguire, R.J. : The measurement of psychiatrie rehabilitation status. Br J Psychiatry, 145 ; 517, 1984

2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000

3) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. : The empathy quotient : an investigation of adults with Asperger syndrome or high functioning autism and normal sex differences. J Autism Dev Disord, 34 ; 163-175, 2004

4) Blair, R.J.R. : Responding the emotions of the others : dissociating the forms of empathy through the

study of typical and psychiatric populations. Conscious Cogn, 14 ; 698-718, 2005

5) Bora, E., Eryavuz, A., Kayahan, B., et al. : Social functioning, theory of mind and neurocognition in outpatients with schizophrenia ; Mental state decoding can be a better predictor of social functioning than mental state reasoning. Psychiatry Res, 145 ; 95-103, 2006

6) Bowie, C.R., Leung, W.W., Reichenberg, A., et al. : Predicting schizophrenia patients' real-world behavior with specific neuropsychological and functional capacity measures. Biol Psychiatry, 63 (5) ; 505-511, 2008

7) Bowie, C.R., Reichenberg, A., Patterson, T.L., et al. : Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects : correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. Am J Psychiatry, 163 (3) ; 418-425, 2006

8) Brenner, H., Roder, V., Hodel, B., et al. : Integrated Psychological Therapy for Schizophrenic Patients. Hogrefe & Huber, Seattle, WA, 1994

9) Brüne, M. : Emotion recognition, theory of mind and social behaviour in schizophrenia. Psychiatry Res, 133 ; 135-147, 2005

10) Choi, K.H., Kwon, J.H. : Social cognition enhancement training for schizophrenia : a preliminary randomized controlled trial. Commun Ment Health J, 42 (2) ; 177-187, 2006

11) Combs, D.R., Adams, S.D., Penn, D.L., et al. : Social Cognition and Interaction Training (SCIT) for inpatients with schizophrenia spectrum disorders : preliminary findings. Schizophr Res, 91 (1-3) ; 112-116, 2007

12) Davis, M.H. : A multidimensional approach to individual differences in empathy. Cat Sel Doc Psychol, 10 ; 85-100, 1980

13) Davis, M.H. : Measuring individual differences in empathy : evidence for a multidimensional approach. J Pers Social Psychol, 44 ; 113-126, 1983

14) Delahunty, A., Morice, R. : A Training Programme for the Remediation of Congnitive Deficits in Schizophrenia. Department of health of Australia, 1993

15) Delahunty, A., Morice, R. : Rehabilitation of frontal/executive impairments in schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry, 30 ; 760-767, 1996

16) Dickinson, D., Ramsey, M.E., Gold, J.M. : Overlooking the obvious : a meta-analytic comparison of digit symbol coding tasks and other cognitive measures in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 64 (5) ; 532-542, 2007

17) Evans, J.D., Bond, G.R., Meyer, P.S., et al. : Cognitive and clinical predictors of success in vocational rehabilitation in schizophrenia. Schizophr Res, 70 (2-3) ; 331-342, 2004

18) Frommann, N., Streit, M., Wolwer, W. : Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia : a new training program. Psychiatr Res, 117 (3) ; 281-284, 2003

19) Gigantesco, A., Vittorielli, M., Pioli, R., et al. : The VADO approach in psychiatric rehabilitation : a randomized controlled trial. Psychiatr Serv, 57 ; 1778-1783, 2006

20) Green, M.F., Kern, R.S., Braff, D.L., et al. : Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia : are we measuring the "right stuff" ? Schizophr Bull, 26 (1) ; 119-136, 2000

21) Green, M.F., Kern, R.S., Heaton, R.K. : Longitudinal studies of cognition and functional outcome in schizophrenia : implications for MATRICS. Schizophr Res, 72 (1) ; 41-51, 2004

22) Green, M.F., Olivier, B., Crawley, J.N., et al. : Social cognition in schizophrenia : recommendations from the measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia new approaches conference. Schizophr Bull, 31 (4) ; 882-887, 2005

23) Grynszpan, O., Perbal, S., Pelissolo, A., et al. : Efficacy and specificity of computer-assisted cognitive remediation in schizophrenia : a meta-analytical study. Psychol Med, 41 (1) ; 163-173, 2010

24) Guy, W. : ECDEU Assessment Manual for Psychopharmacology. US Dept of Health, Education and Welfare. National Institute of Mental Health, Washington, D.C., p. 76-338, 1976

25) Jaeger, J., Tatsuoka, C., Berns, S., et al. : Associating functional recovery with neurocognitive profiles identified using partially ordered classification models. Schizophr Res, 85 (1-3) ; 40-48, 2006

26) Kay, S.R., Fiszbein, A., Opler, L.A. : The Posi-

tive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull, 13 ; 261-276, 1987

27) Kayser, N., Sarfati, Y., Besche, C., et al.: Elaboration of a rehabilitation method based on a pathogenetic hypothesis of "theory of mind" impairment in schizophrenia. Neuropsychol Rehabil, 16 (1) ; 83-95, 2006

28) Keefe, R.S., Bilder, R.M., Harvey, P.D., et al.: Baseline neurocognitive deficits in the CATIE schizophrenia trial. Neuropsychopharmacol, 31 (9) ; 2033-2046, 2006

29) Knowles, E.E., David, A.S., Reichenberg, A.: Processing speed deficits in schizophrenia : reexamining the evidence. Am J Psychiatry, 167 (7) ; 828-835, 2010

30) Krabbendam, L., Aleman, A.: Cognitive rehabilitation in schizophrenia : a quantitative analysis of controlled studies. Psychopharmacology (Berl), 169 (3-4) ; 376-382, 2003

31) Lawrence, E.J., Shaw, P., Baker, D., et al.: Measuring empathy : reliability and validity of the empathy quotient. Psychol Med, 34 ; 911-919, 2004

32) Lee, K.H., Farrow, T.F.D., Spence, S.A., et al.: Social cognition, brain networks and schizophrenia. Psychol Med, 34 ; 391-400, 2004

33) Lee, J., Park, S.: Working memory impairments in schizophrenia : a meta-analysis. J Abnorm Psychol, 114 (4) ; 599-611, 2005

34) Marder, S.R., Fenton, W.S.: Measurement and treatment research to improve cognition in schizophrenia : NIMH MATRICS Initiative to support the development of agents for improving cognition in schizophrenia. Schizophr Res, 72 ; 5-10, 2004

35) McGurk, S.R., Twamley, E.W., Sitzer, D.I., et al.: A metaanalysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry, 164 (12) ; 1791-1802, 2007

36) Medalia, A., Richardson, R.: What predicts a good response to cognitive remediation interventions? Schizophr Bull, 31 (4) ; 942-953, 2005

37) Milev, P., Ho, B.C., Arndt, S., et al.: Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia : a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. Am J Psychiatry, 162 (3) ; 495-506, 2005

38) Niendam, T.A., Bearden, C.E., Zinberg, J., et al.: The course of neurocognition and social functioning in individuals at ultra high risk for psychosis. Schizophr Bull, 33 (3) ; 772-781, 2007

39) Nuechterlein, K.H., Barch, D.M., Gold, J.M., et al.: Identification of separable cognitive factors in schizophrenia. Schizophr Res, 72 ; 29-39, 2004

40) Pilling, S., Bebbington, P., Kuipers, E., et al.: Psychological treatments in schizophrenia : II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. Psychol Med, 32 (5) ; 783-791, 2002

41) Rankin, K.P., Kramer, J.H., Miller, B.L.: Patterns of cognitive and emotional empathy in frontotemporal lobar degeneration. Cognitive and Behavioral Neurology, 18 ; 28-36, 2005

42) Roder, V., Mueller, D.R., Mueser, K.T., et al.: Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia : is it effective ? Schizophr Bull, 32 (Suppl. 1) ; S 81-93, 2006

43) Sabbagh, M.A.: Understanding the orbitofrontal contributions to theory of mind reasoning : implications for autism. Brain Cogn, 55 ; 209-219, 2004

44) Shamay-Tsoory, S.G., Shur, S., Barcai-Goodman, L., et al.: Dissociation of cognitive from affective components of theory of mind in schizophrenia. Psychiatry Res, 149 ; 11-23, 2007

45) Silver, H., Goodman, C., Knoll, G., et al.: Brief emotion training improves recognition of facial emotions in chronic schizophrenia. A pilot study. Psychiatry Res, 128 (2) ; 147-154, 2004

46) Tager-Flusberg, H., Sullivan, K.: A componential view of theory of mind : evidence from syndrome. Cognition, 76 ; 59-90, 2000

47) Twamley, E.W., Jeste, D.V., Bellack, A.S.: A review of cognitive training in schizophrenia. Schizophr Bull, 29 (2) ; 359-382, 2003

48) Vita, A., De Peri, L., Barlati, S., et al.: Psychopathologic, neuropsychological and functional outcome measures during cognitive rehabilitation in schizophrenia : a prospective controlled study in a real world setting. Eur Psychiatry, 26 ; 276-283, 2011

49) Wolwer, W., Frommann, N., Halfmann, S., et al.: Remediation of impairments in facial affect recog-

nition in schizophrenia : efficacy and specificity of a new training program. Schizophr Res, 80 (2-3) ; 295-303, 2005

50) Woods, S.W. : Chlorpromazine equivalent doses for the newer atypical antipsychotics. J Clin Psychiatry, 64 ; 663-667, 2003

51) Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C., et al. : A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia : methodology and effect sizes. Am J Psychiatry, 168 (5) ; 472-485, 2011

52) Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., et al. : The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia. Schizophr Bull, 16 ; 199-207, 1999

53) Wykes, T., Reeder, C., Corner, J., et al. : Are the effects of cognitive remediation therapy (CRT) durable ? Schizophr Res, 61 ; 163-174, 2003

54) Wykes, T., Reeder, C., Landau, S., et al. : Cognitive remdiation therapy in schizophrenia. Randomised controlled trial. Br J Psychiatry, 190 ; 421-427, 2007

55) Wykes, T., van der Gaag, M. : Is it time to develop a new cognitive therapy for psychosis—cognitive remediation therapy (CRT) ? Clin Psychol Rev, 21 (8) ; 1227-1256, 2001

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

How Psychiatric Institutions Choose their Advertisement Categories and Names ?

Naoki Uchida[1,2], Wakako Umene-Nakano[1,3]

1）Japan Young Psychiatrists Organization, 2）Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Fukuoka University, 3）Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health

Recently, clinics of psychiatry and psychosomatic medicines have been increasing. These clinics often advocate both psychiatry and psychosomatic medicine. Psychiatrists may avoid advocating psychiatry and use psychosomatic medicine to lower 'the fear' when visiting their clinics. Psychiatric institutions may pay attention to not only the advertisement category but also to the naming of an institution.

The aim of this study is to investigate the actual conditions about the choice of advertisement categories and the naming of psychiatric institutions. We are also to research reasons of their choices. The first hypothesis of this study is that psychiatric institutions avoid using the word psychiatry (精神). The second hypothesis of this study is that the purpose of this choice is to make patients at ease so as to visit their clinics. The present research is programmed into a questionnaire. The 'Subject' of this study is to be all psychiatric institutions in Japan. Gathered data is to be of basic information, diagnosis of patients, advertisement category of institutions (category and reasons of choice) and name of institutions (words and reasons).

There are many approaches about reducing stigma and prejudice toward psychiatry and patients with mental disorder. We believe our study can show the way of reducing negative image and stigma toward psychiatry. If we can make it easier for patients to access psychiatric institutions, it will lead to earlier intervention.

＜**Key words**: attitude toward mental health, naming, psychiatry, stigma＞

Ⅰ. Background

The Ministry of Health, Labor and Welfare's survey in 2008 revealed that the number of diabetes patients was 2.4 million, cancer patients was 1.5 million, while the number of mental disorder patients was 3.2 million. In addition, the total number of suicides for each year from 1998 had remained in the 30,000's, and most of these suicide completers were considered to suffer some mental disorder. From these backgrounds, the Ministry of Health, Labor and Welfare decided to make mental illness a fifth major disease, along with cancer, strokes, cardiac disease and diabetes.

Recently, clinics of psychiatry and psychosomatic medicines are increasing. The figure shows changes of the number of clinics in Japan (Figure). This data forms the report by Ministry of Health, Labor and Welfare.

In 1996, the number of clinics of Psychiatry

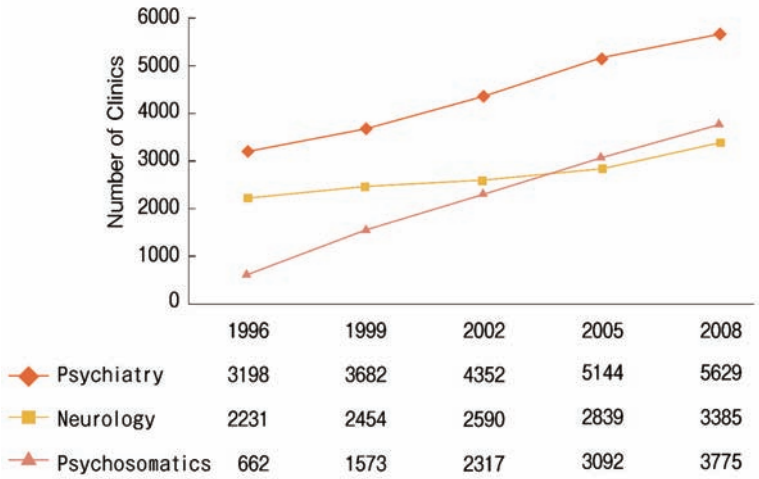


Figure Rapid increase of clinics

was 3,198, Neurology was 2,231 and Psychosomatic medicine was 662.

In 2008, the number of Psychiatric clinics was 5,629 and the number of Psychosomatic clinics was 3,775.

They are remarkable increases. These clinics often advocate both psychiatry and psychosomatic medicine. However, there are 80 departments of psychiatry and only 5 departments of psychosomatic medicine in educational institutions in Japan. This data shows many psychiatrists advocate psychosomatic medicine in their clinics.

These results may be associated with the system of advertisement category in Japan. Medical Law defines categories which are used on advertisements. Medical institutions cannot use categories on advertisements freely. Psychiatry（精神科）, Neurology（神経内科）, Psychosomatic medicine（心療内科）are available but mental health and stress care cannot be used on advertisements. The negative image of the word 'Psychiatry'（精神科）by the people may also be associated with these results. The people may be reluctant to visit psychiatric clinics by this negative image of the word 'Psychiatry'. The 'Old' impression which continued confusion of psychiatry（精神科）and psychosis（精神病）, and also negative attitudes toward crime by psychiatric patients from the mass media, may be factors affecting this negative image on the word 'Psychiatry'（精神科）. Against the background of these situations, psychiatrists may avoid to advocate psychiatry and use psychosomatic medicine to lower 'the fear' when visiting their clinics.

Psychiatric institutions may pay attention to not only the advertisement categories but also the naming of an institution. New clinics are not using the word psychiatry（精神）but mental and mind（メンタル，こころ）on their name of institutions. Additionally, many psychiatric prefectural hospitals changed their name from psychiatric medical center（精神医療センター）to mental medical center（こころの医療センター）. The aim of this attention to naming may also be reducing psychological resistance.

However, there is no study about this. Therefore, the aim of this study is to investigate the actual condition about the choice of advertisement category and name of psychiatric institutions. We are also to research reasons of their choices, the psychiatric institutions avoiding the use of the word psychiatry (精神) and the purpose of making patients at ease so as to visit their clinics.

Ⅱ. Method

The present research is programmed into a questionnaire. The 'Subject' of this study is to be all psychiatric institutions (psychiatric hospitals, psychiatric clinics and psychiatric educational institutions) in Japan. Gathering data is to be of basic information (type of hospitals, year of establishment, and number of outpatients), diagnosis of patients, advertisement category of institutions (category and reasons of choice) and name of institutions (words and reasons).

Ⅲ. Pilot study

I made a pilot study in Fukuoka prefecture in September 2011. The population of Fukuoka prefecture is about 5,000,000. There were 209 psychiatric institutions in Fukuoka. 100 are psychiatric hospitals, 97 are psychiatric clinics, 4 are educational institutions and 8 are psychiatric units in general hospitals.

Results on advertisement category were that 207 were psychiatry, 127 were neurology, 122 were psychosomatic medicine and 110 were internal medicine. Results on the names of institutions were that 96 were the name of the owner, 73 were of the place, 25 were of the heart (心，心療), 21 were mental, 7 were neurology and 6 were psychiatry. Many psychiatric institutions used 'Neurology' and 'Psychosomatic Medicine' in the pilot study. The aim of this activity may be to make it easier for patients to come.

Ⅳ. Next steps

I intend to make further research. The first step is about attitudes and thinking of the public. If our study can show that psychiatric institutions avoid using the word psychiatry to make patients access them easier, this may confirm whether this effort effects the public well. We will study about attitude and thinking of people on the difference between psychiatry and psychosomatic medicine.

The next step is to be about cross cultural study. Is this avoidance of using the word psychiatry happening in other countries? In Thai land, psychiatry is จิตเวช or จิตเวชศาสตร. They also avoid using these words and use ใจสบาย (meaning happy or relaxed mind), ใจสบาย (means clear or bright) and สุขภาพใจ (means mental health). In Hong Kong, psychiatry is also 精神科. They also avoid using this word and use 心理衛生科 (meaning mind sanitary) or 心理健康科 (meaning mind health). On the other hand, Korean Neuro-Psychiatric Association changed 精神科 to 精神健康醫學科 (Psychiatry Health Medicine) in April 2011 in Korea. The word psychiatry was already renamed in Korea. We can make a study about this avoidance in many countries.

Ⅴ. Conclusion

For the changing names of the psychiatric field, renaming of schizophrenia is representative. The renaming was triggered by the request of a patients' families group in 1993 and changed from 精神分裂病 to 統合失調症 in 2002. The renaming increased the percentage of cases in which patients were informed of their

diagnosis from 36.7% to 69.7% in three years. The renaming of schizophrenia has stimulated renaming of dementia（痴呆 to 認知症）, personality disorder（人格障害 to パーソナリティ障害）and social anxiety disorder（社会不安障害 to 社交不安障害）.

Furthermore, the word psychiatric hospital was renamed（精神病院 to 精神科病院）in the Act Related to Mental Health and Welfare of the Persons with Mental Disorder in 2006. But renaming of psychiatry has not come under review yet.

There are many approaches about reducing stigma and prejudice toward psychiatry and patients with mental disorder. We believe our study can show the way of reducing negative image and stigma toward psychiatry. If we can make it easier for patients to access psychiatric institutions, it will lead to earlier intervention.

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Association between GAD67 Genotypes and Smoking in Schizophrenic Patients

Chia-Chun Hung[1)], Hsien-Jane Chiu[3)], Tsung-Ming Hu[4)], Tsuo-Hung Lan[1,5)], Chin-Hong Chan[1)], El-Wui Loh[2)]*

1) Department of Psychiatry, Taichung Veterans General Hospital, Taiwan, Republic of China, 2) Assistant Principle Investigator, Division of Mental Health and Addiction Medicine Institute of Population Health Sciences, National Health Research Institutes, Taiwan, Republic of China, 3) Jianan Mental Hospital, Department of Health, Executive Yuan, Republic of China, 4) Yu-Li Hospital, Department of Health, Hualien, Taiwan, Republic of China, 5) National Yang Ming University, Taipei, Taiwan Republic of China, * Corresponding author

Objective: To explore the association of smoking status in schizophrenic patients and GAD67 gene.

Methods: This is a multi-center, investigator-initiated, naturalistic study project. Here we enrolled 400 inpatients (299 M, 101F) meeting DSM-IV criteria for schizophrenia or schizoaffective disorder from two psychiatric hospitals in Taiwan. All subjects were evaluated for smoking status by using laboratory (Carbon monoxide level measurement in the expired air) and self-reporting after consent form completed. Four SNPs embedded within GAD67 gene including rs3749034 (SNP1), rs2270335 (SNP2), rs2228598 (SNP4), rs769404 (SNP6) have been genotyped by DHPLC.

Results: After controlling for age and BMI, the OR to be smoking for an female schizophrenic individual with one more allele T in GAD67 SNP6 is 0.23+/−0.11 (p-value=0.002). However, the significant association is not observed in male subjects. The other SNPs of GAD67 gene support the similar association with smoking status.

Conclusions: It is suggested that the SNP6 in GAD67 gene is significantly associated with smoking status in our female schizophrenic patients.

Ⅰ. Background

According to the 2006 WHO report, the prevalence of smoking any tobacco product among adults is 41.1% of male and 8.9% of female (WHO report). The updated analysis indicated that, during 2000-2004, cigarette smoking and exposure to tobacco smoke resulted in at least 443,000 premature deaths, approximately 5.1 million years of potential life loss, and $96.8 billion in productivity losses annually in the United States (CDC). The prevalence of tobacco use is higher among schizophrenic patients and was focused for a long time[10)]. Previous study revealed schizophrenic patients are heavier smokers and they appear to extract more nicotine per cigarette smoked than the general population. Smoking-related healthy problems may further exacerbate the quality of life of patients with schizophrenia. Recent published review found increased lung cancer

among schizophrenic patients while unlimited smoking.

There are many hypothesis proposed to explain of why schizophrenic patients smoke. Some investigators have postulated that people with schizophrenia may continue to smoke to prevent worsening of their symptoms during withdrawal. Another hypothesis is smoking may be an attempt to alleviate symptoms of their illness, such as depression, anxiety, anhedonia, or avolition. Smoking may represent an attempt to reduce neuroloeptic-induced side effects such as Parkinsonism. Smoking may also be another way to improve cognition and sensory gating. Finally, smoking increases haloperidol metabolism, and smoking patients often taking higher doses of antipsychotics than non-smoking schizophrenic patients.

It is noticed that there is abundant evidence of GABA dysfunction in schizophrenic patients. Postmortem study of schizophrenic brain showed decreased high and low affinity nicotine receptor (nAChR subtypes) in hippocampus, cortex, and caudate, and GABA ergic neuropathology[17]. Studies of molecular markers of GABA signaling in post mortem brain of schizophrenic patients provided evidence of diminished GABA activity, and most consistent finding of decreased expression of glutamic acid decarboxylase 67 (GAD67), one of the two enzymes (GAD67 and GAD65) that synthesize GABA in the brain, which presumably plays an important role in the pathogenetic mechanisms that underlie the cognitive, behavior, and auditory gating system impairments expressed in psychotic patients.

Decarboxylation of glutamate by GADs is the rate limiting step of GABA synthesis. Two distinct forms of GAD have recently been identified, namely GAD65 (GAD2) and GAD67 (GAD1). These 2 polypeptides differ not only in sizes but also in charges, antigenicities, intracellular distributions, and patterns of expression in central neurons. GAD67 distributes in neurons and is responsible for the maintenance of basal GABA level in general, whereas GAD65 mainly in nerve termini and is to be rapidly activated in times of high GABA demands. The GAD67 gene on chromosome 2q31 encodes for the GAD67 protein that is responsible for decarboxylation of glutamate and is expressed primarily in the brain. Based on experiments in mice carrying a target disruption of either the GAD67 or the GAD65 gene, it is evident that GAD67 has a more pronounced effect on brain GABA synthesis than its smaller isoenzyme.

Recent studies also demonstrate the association between GAD67 and substance dependence. Loh et al examined the association of 9 single nucleotide polymorphisms (SNPs) for GAD67 and 3 SNPs for GAD65 in 140 alcoholic cases and 146 controls in Han Taiwanese men[12]. They found evidence of association with alcohol dependence in GAD67 but not GAD65. Lappalainen et al had genotyped 13 SNPs for GAD2 in a sample of 113 Russian males with alcohol dependence and 100 controls and found modest association for a functional marker, rs2236418[9]. Kuo et al found significant association of GAD67 with initial sensitivity and age at onset of alcohol dependence[8]. Terranova et al reported a statistical association between one SNP of GAD67 and the condition of alcohol dependence in a relative homogenous Italian population[18]. Besides alcohol dependence, Orna Levran et al performed an association study and revealed several SNPs with pointwise significant association with heroin addiction, including GAD67 and GAD65[11].

It seems that GAD67 might play a role in substance dependence.

GAD67 is evidently associated with schizophrenia, and also exists association with substance dependence. Nicotine is the most prevalent substance use among schizophrenic patient, and also demonstrated interaction to GAD67. So far, no human linkage or association studies have suggested of the GAD genes and the development of smoking status of patients with schizophrenia. To explore the association of smoking status in schizophrenic patients and GAD67 gene, we conducted an association study of GAD67 gene in a sample of Han Taiwanese, schizophrenic patients.

Ⅱ. Method

1. Study subjects

This is a multi-center, investigator-initiated, naturalistic study project. The study protocol was reviewed by the Institutional Review Board of Yuli Veterans Hospital, Taiwan. After complete description of the study to the subjects, written informed consent was obtained. Here we enrolled 400 inpatients (299 male, 101 female) meeting DSM-IV-TR criteria for schizophrenia or schizoaffective disorder from two psychiatric hospitals in Taiwan.

2. Phenotype assessment

All subjects were evaluated for smoking status by using laboratory (Carbon monoxide level measurement in the expired air) and self-reporting after consent form completed.

3. SNP selection, nomenclature and Genotyping

A small amount of blood was drawn from each patient and DNA was prepared from peripheral blood leukocytes using the GENTRA PUREGENE DNA Purification Kit (Qiagen, Hilden, Germany). Extracted DNAs were measured using picogreen dye (Invitrogen, Carlsbad, CA, USA) and Bio-Tek FLx800 fluorescence-luminescence microplate readers (Re-TiSoft, Mississauge, Ontario, Canada), as instructed by the manufacturers. For an easy access to this report, we described the relative locations of the SNPs using the two exons gene model (mRNA alignment) as shown in the database of National Center for Biotechnology Information. We adopted a round-up-all approach when choosing the SNPs. A total of 4 SNPs at the GAD67 gene were selected. Four SNPs embedded within GAD67 gene including rs3749034 (SNP1), rs2270335 (SNP2), rs2228598 (SNP4), rs769404 (SNP6) were genotyped by DHPLC.

4. Statistical analysis

Single-nucleotide polymorphisms with genotype distribution deviating from Hardy-Weinberg equilibrium or MAF＜0.03 were excluded from statistical analyses. The Haploview was used for the estimations of linkage disequilibrium, haplotype, Hardy-Weinberg equilibrium and overall tagging property of valid SNPs. The SAS program (SAS, Cary, NC, USA) was used for further statistical analyses.

Ⅲ. Results

The general information of 400 patients recruited in this study is shown in Table 1. There are more male than female patients. The percentage of smoking was higher among male patients.

1. GAD1 gene and smoking

The distribution of smoking status in GAD67 SNP6 is shown in Table 2. The odds

Table 1 General information on mean age, gender, cigarette use, education, marital status and smoking status in male and female schizophrenia patients

Factors	Male（N＝299）	Female（N＝101）	Total（N＝400）
Age（year）	50.2±9.5	42.5±11.1	49.9±10.0
Hospitalization（year）	2.3±0.9	2.2±0.9	2.3±0.9
Age of Onset（year）	22.6±6.1	23.0±6.3	22.7±6.1
Education（year）	8.7±3.7	8.4±4.3	8.6±3.9
BMI*	24.3±4.2	25.7±4.6	24.6±4.3
Smoking*			
No	25.4%	73.7%	37.4%
Yes	74.6%	26.3%	62.6%
（pack per day）*	0.5±0.4	0.1±0.2	0.4±0.4
Marital Status*			
Married	85.1%	42.1%	74.5%
Divorced	9.3%	47.4%	18.8%
Widowed	0.3%	1.1%	0.5%
Single	5.2%	9.5%	6.3%

Table 2 Distribution of smoking status in GAD67 SNP6 genotypes

SNP67 SNP6	C/C	C/T	C/T	Total
Non-Smoking	58(29.4%)	81(49.1%)	9(31.0%)	148
Smoking	139(70.6%)	84(50.9%)	20(69.0%)	243
Total	197（100%）	165（100%）	29（100%）	391

Pearson chi 2(2)＝15.3562, Pr＝0.000
Likelihood-ratio chi 2(2)＝15.3316, Pr＝0.000

Table 3 Odds ratio of smoking with adjustments for variables

Variables	After adjustments
Sex（ref : male）	0.13±0.03*(p＜0.0001)
Age	1.00±0.01
BMI	0.98±0.03
SNP6 dosage T	0.71±0.13（p＝0.06）

ratios with adjustment for variables are shown in Table 3. The SNP6 dosage T had no significant influence on smoking status. After controlling for age and BMI score, the odd ratio to keep smoking for an female schizophrenic individual with one more allele T in GAD67 SNP6 is 0.23±0.11（p＝0.002）. The association still sustained after Bonferroni adjustment (significance level＝0.05/8＝0.006). However, the significant association is not observed in male subjects（Table 4）.

Table 4 Interaction between Gender and GAD67 SNP6 genotypes

Variables	Male	Female
Age	0.98±0.01	1.07±0.03*(p=0.008)
BMI	0.98±0.03	1.04±0.06
SNP6 dosage T	0.91±0.19	0.23±0.11*(p=0.002)

Ⅳ. Discussion

1. GAD1 and smoking

Many factors attribute to smoking behavior, including peer and parental influence, behavior problems, personality characters and genetic influences. There are also many hypotheses of why cigarette use is highly prevalent among patients with schizophrenia. The mechanisms of this association are likely due to prevent worsening of their symptoms during withdrawal, to alleviate symptoms of their illness, such as depression, anxiety, anhedonia, or avolition, to reduce neuroloeptic-induced side effects, to improve cognition and sensory gating and to increased antipsychotics metabolism.

In our study, however, we found a gender difference between the association of GAD67 and smoking status among schizophrenic patients. Considering that GAD67 is responsible for maintaining the basal GABA levels in general, it might be postulated that patients with deficient GAD67 function are more prone to anxiety symptoms or disorders and hence are at a greater risk of using cigarette as self-medication. Recent studies suggest that the decrease of GAD67 of schizophrenic patients may be caused by promoter hyper-methylation, which very likely caused by the over-expression of DNA methyltransferase1 (DNMT1)[3,7,19]. A recent animal study proposed that nicotine could potentially induce GAD67 expression through modulating DNMT1[15]. This finding supports that schizophrenic patients use nicotine to increase GABA activity. As finding in our study, women with schizophrenia with lower level of GAD67 may increase cigarette use for self-medication. It supposes smoking behavior in women with schizophrenia may be more influenced by genetic vulnerability than men.

2. Gender difference in nicotine dependence

There are several reports of gender difference in nicotine dependence. Several studies all postulated women often have greater difficulty quitting smoking[6,14,16,21]. Kenneth A. (2008) reported women have lower long-term smoking cessation rates by using nicotine patch. Compared with men, women report lower levels of quitting motivation and confidence with cessation[4]. Women also report higher levels of beliefs that smoking removes negative feelings or experiences[21].

Menstrual cycle variation and the related changes in steroid hormones have been related to cigarette craving and post-cessation withdrawal and depressive symptoms[5,13]. In our study, we also found that there is association between GAD67 and smoking status in female but not male schizophrenia patients. Overall, these data underscore the importance of considering gender differences in assessing the efficacy of available treatments for tobacco dependence.

3. GABA and self medication

The association between GAD67 and smoking among women with schizophrenia may also support that more female smokers are negative-affect type. Women exhibit higher levels of depression and greater reliance on smoking to alleviate symptoms of depression, negative mood, and stress[2,20]. Female schizophrenia patients may also use cigarette to alleviate negative mood. It highlights that we should pay attention on the mood status while dealing with smoking cessation of women whether they have psychotic disorder or not.

Ⅴ. Conclusion

It is suggested that the SNP6 in GAD67 gene is significantly associated with smoking status in our female schizophrenic patients.

Reference

1) Bu, D.F., Tobin, A.J.: The exon-intron organization of the genes (GAD1 and GAD2) encoding two human glutamate decarboxylases (GAD67 and GAD65) suggests that they derive from a common ancestral GAD. Genomics, 21; 222-228, 1994

2) Clark, M.M., Hurt, R.D., Croghan, I.T., et al.: The prevalence of weight concerns in a smoking abstinence clinical trial. Addict Behav, 31; 1144-1152, 2006

3) Costa, E., Dong, E., Grayson, D.R., Guidotti, A. et al.: Reviewing the role of DNA (cytosine-5) methyltransferase overexpression in the cortical GABAergic dysfunction associated with psychosis vulnerability. Epigenetics, 2; 29-36, 2007

4) Etter, J.F., Prokhorov, A.V., Perneger, T.V.: Gender differences in the psychological determinants of cigarette smoking. Addiction, 97; 733-743, 2002

5) Franklin, T.R., Napier, K., Ehrman, R., et al.: Retrospective study: influence of menstrual cycle on cue-induced cigarette craving. Nicotine Tob Res, 6; 171-175, 2004

6) Killen, J.D., Fortmann, S.P., Varady, A., et al.: Do men outperform women in smoking cessation trials? Maybe, but not by much. Exp Clin Psychopharmacol, 10; 295-301, 2002

7) Kundakovic, M., Chen, Y., Costa, E., et al.: DNA methyltransferase inhibitors coordinately induce expression of the human reelin and glutamic acid decarboxylase 67 genes. Mol Pharmacol, 71; 644-653, 2007

8) Kuo, P-H., Kalsi, G., Prescott, C.A., et al.: Associations of glutamate decarboxylase genes with initial sensitivity and age-at-onset of alcohol dependence in the Irish Affected Sib Pair Study of Alcohol Dependence. Drug and Alcohol Dependence, 101; 80-87, 2009

9) Lappalainen, J., Krupitsky, E., Kranzler, H.R., et al.: Mutation screen of the GAD2 gene and association study of alcoholism in three populations. Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 144B; 183-192, 2007

10) Lasser, K.: Smoking and Mental Illness: A Population-Based Prevalence Study. JAMA, 284; 2606-2610, 2000

11) Levran, O., Londono, D., O'Hara, K., et al.: Heroin addiction in African Americans: a hypothesis-driven association study. Genes, Brain and Behavior, 8; 531-540, 2009

12) Loh, E-W., Lane, H-Y., Chen, C-H., et al.: Glutamate Decarboxylase Genes and Alcoholism in Han Taiwanese Men. Alcoholism: Clinical and Experimental Research, 30; 1817-1823, 2006

13) Perkins, K., Levine, M., Marcus, M., et al.: Tobacco withdrawal in women and menstrual cycle phase. J Consult Clin Psychol, 68; 176-180, 2000

14) Perkins, K., Scott, J.: Sex differences in long-term smoking cessation rates due to nicotine patch. Nicotine & Tobacco Research, 10; 1245-1250, 2008

15) Satta, R., Maloku, E., Zhubi, A., et al.: From the Cover: Nicotine decreases DNA methyltransferase 1 expression and glutamic acid decarboxylase 67 promoter methylation in GABAergic interneurons. Proc Nat Acad Sci U S A, 105; 16356-16361, 2008

16) Scharf, D., Shiffman, S.: Are there gender differences in smoking cessation, with and without bupropion? Pooled- and meta-analyses of clinical trials of Bupropion SR. Addiction, 99; 1462-1469, 2004

17) Straub, R.E., Lipska, B.K., Egan, M.F., et al.: Allelic variation in GAD1 (GAD67) is associated with

schizophrenia and influences cortical function and gene expression. Molecular Psychiatry, 12 ; 854-869, 2007

18) Terranova, C., Tucci, M., Forza, G., et al. : Alcohol dependence and glutamate decarboxylase gene polymorphisms in an Italian male population. Alcohol, 44 ; 407-413, 2010

19) Veldic, M., Guidotti, A., Maloku, E., et al. : In psychosis, cortical interneurons overexpress DNA-methyltransferase 1. Proc Natl Acad Sci U S A, 102 ; 2152-2157, 2005

20) Ward, K.D., Klesges, R.C., Zbikowski, S.M., et al. : Gender differences in the outcome of an unaided smoking cessation attempt. Addict Behav, 22 ; 521-533, 1997

21) Wetter, D.W., Kenford, S.L., Smith, S.S., et al. : Gender differences in smoking cessation. J Consult Clin Psychol, 67 ; 555-562, 1999

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Raising Dementia Awareness in Nepal

Shailendra Raj Adhikari
(Department of Psychiatry, Chitwan School of Medical Sciences)

Introduction: The elderly population of Nepal is over 1.6 million (7% of the population) and it is rising gradually. The risk of developing dementia in this age group is nearly 5%. In Nepal there is virtually no awareness of this problem amongst general public, professionals and policy makers. It is important to raise public awareness of Alzheimer's disease and other forms of dementia in Nepal by educating college students since they are important group of population who will become adults and professionals in later. In this proposal we present a plan for raising awareness regarding dementia and related disorders.

Methods: Approximately 200 students from different colleges will be selected. They will undergo '3-hour Dementia Awareness Programme'. It would consist of three one-hour sessions of lecture on dementia, video presentation on the current condition of dementia sufferers in Nepal, and simple public education techniques on dementia. The students would be encouraged and supported in going out in their community (schools, villages etc) to spread their knowledge of dementia. Students will again be given standard questionnaire at post training session to evaluate the effectiveness of the training. The difference in the score would indicate the impact of the training programme.

Conclusion: Awareness campaigns as described in this study will give comprehensive knowledge of dementia on college going students. These students will know about memory problems in old age. They will also gain an understanding of Alzheimer's disease and other common types of dementia. These types of awareness study will also give clear picture of the plight of people with dementia and their family members. Students will also feel confident in going out to general public to raise awareness of dementia which is very important for country like Nepal.

Ⅰ. Introduction

Dementia has been considered pandemic of the 21st century. Alzheimer's disease occupies nearly 75% causes of dementia. The 2009 World Alzheimer Report, released by Alzheimer's Disease International[1], estimates that the global prevalence of dementia, predicted to be more than 35 million in 2010, will almost double every 20 years to 65.7 million in 2030 and 115.4 million in 2050.

Due to improving healthcare and eliminations of infectious diseases, ageing population is also increasing in developing countries as result of increase life expectancy. According to the report, 57.7% of individuals with dementia worldwide live in low- and middle-income countries, but this percentage will rise to 70.5% by 2050.

As with other developing countries, there is lack of dearth of researches and lack of aware-

ness regarding dementia (of any type) in Nepal. Old age population in Nepal is nearly 1.6 million which makes out nearly 7% of country population (estimated at 2011 to be 30 million). This elderly population is increasing, and definitely population with dementia will certainly increase. Therefore in Nepal there is virtually no awareness of this problem amongst general public, professionals and policy makers.

As increasing age is the main risk factor for dementia, dementia is definitely increasing in developing countries. Only problem is that people are not aware of it. Alzheimer's disease is a disease due to certain changes in the brain and various signs & symptoms and it is not the normal ageing. People should be made more aware of dementia and should able to identify who is demented and who is not because this illness creates huge emotional and financial impact on patients & family members & the healthcare system and on society in general. Same scenario is true in context of Nepal also, as very few proportion of population is aware of dementia.

To have a comprehensive care of people with dementia (most commonly Alzheimer's disease), people from all walks of life and background, rich or poor, illiterate or highly educated, should be made aware "what is dementia?". If awareness is raised, there will be increased chance of common people perceiving it as disorder of brain and there will be higher chance of population coming to health system with problems of dementia. This leads to case detection at the earlier stage. At earlier phase of dementia, it is important to reach proper diagnosis as cause could be found out. Till now there is no cure for dementia, so early detection is crucial so that comprehensive long term medical-psycho-social plan can be done for benefit of patients and caregivers. People can also be educated regarding already well established risk factors of dementia so that preventive strategies can be implemented in the community.

Large scale awareness campaign focusing on multi dimensional aspects of dementia has become a necessity in country like Nepal so that patients can be referred at earliest stage as possible. This will also increase dementia awareness at the grass root level. Based on this background, the current research was undertaken so that more population from Nepalese community will be educated about dementia.

Chitwan district, at which this author's medical college is located, is nearly around the center of Nepal & its population is heterogeneous. People from different walks of life, castes and ethnicity from all 74 districts of Nepal coverage at Chitwan. So this district more or less represents whole of Nepal and has also been called 76th district of Nepal. From religious point of view, Chitwan has important pilgrimage site for Hindus. Devghat is a place in Chitwan where Hindu followers especially at old age come for a religious visit and there are many old age populations living around Devghat area building homes by themselves. This area also has elderly shelter homes where geriatric population lives in group. These homes are government run or privately owned by individuals or organizations. So it is important to conduct awareness program in these areas also

Ⅱ. Methodology

Since objective of this study is to increase awareness from the grass root level, college students are targeted. These students are the most dynamic population of Nepal. After completing college, they migrate to different parts

of Nepal, either in search of job or further education. If they are made aware of dementia, it is possible that they can spread messages throughout Nepal. This younger generation is a future policy makers / technical person, so is awareness program is disseminated amongst them, it is a high possibility that they will have some basic concept about dementia & will also implement preventive risk factors amongst them. This is the reason why young college going students were chosen for this study.

Approximately 200 students from different colleges will be selected around Chitwan district where medical college is situated. These students will be given standard questionnaire at the initial meeting. After this pilot survey, these students will undergo '3-hour Dementia Awareness Programme'[2]. It would consist of three one-hour sessions of lecture on dementia, video presentation on the current condition of dementia sufferers in Nepal, and simple public education techniques on dementia. Students will again be given standard questionnaire at post training session to evaluate the effectiveness of the training. The difference in the score would indicate the impact of the training program.

Ⅲ. Conclusion

Students who are involved in dementia awareness program will have comprehensive knowledge about dementia and related disorders. They will better acquaint with memory problems occurring at old age. This type of program will help students in developing sympathy & empathy in geriatric population which is very crucial during awareness campaign. This will give clear picture of the plight of people with dementia and their family members. As college students will become professionals in various strata of society, they will be encouraged and supported to go out in their community (rural setups, towns) to spread knowledge regarding dementia. There are certain preventable risk factors of dementia, which will be highlighted during awareness campaign. These risk factors, if precautions are taken from early age chance of developing dementia will be low during old age. Due to this reason, awareness campaign will encompass whole of the community, involving different age groups since it concerns everyone.

Nepal should prepare better ahead for dementia and related disorders because it is an emerging problem throughout the world. Surprisingly, dementia has been detected to be as high and as compared to developed countries, which was not thought of previously. Awareness becomes critical to know about dementia in community so that people will take precaution about preventable risk factors. Suspected patients will have timely referral and treatment can be started early. This will decrease burden of disease in family members and community.

References

1) Alzheimer's disease International : 10/66 Dementia Research Group. Newsletter October 2008 (www.alz.co.uk/1066)

2) Alzheimer's Scotland-Action on Dementia (www.alzscot.org). You're Not Alone : Dementia Awareness in Scotland.

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

向精神薬の過量服薬，自殺企図を巡る諸課題

コーディネーター　酒井　明夫

過量服薬，大量服薬は自殺企図手段としてきわめて頻度が高く，自殺に関する諸問題のなかでも重要な位置を占める．シンポジストのなかで岩手医科大学神経精神科の武内克也氏は，救命救急センターに搬送される過量服薬症例の実態を報告し，症例数の多さに加えて身体症状の重症化傾向を指摘する．同時に提示されるのは，服薬される薬剤の大半が処方薬という現実である．処方する医師の立場からすれば治療しようとして出した薬がまったく逆の目的で使われるというのは受け入れがたいことであり，その後の医師-患者関係に大きな影を落とすことになる．実際に，過量服薬した症例はその後の加療を断わられるという例もまれではない．氏はまた，過量服薬を契機として医師側に薬に関する萎縮医療が起きる可能性に言及する．これはこれで精神医療の場に負の影響を及ぼすだろう．氏は，総合的な視点を提供するとともに，過量服薬という現象が生み出すジレンマを明らかにしている．

同じく救命救急センターの現場からの視点で，横浜市立大学附属市民総合医療センターの山田朋樹氏は，自殺未遂が既遂のリスクファクターであること，したがって再企図予防が何よりも重要であることを強調する．救急の現場で活動する精神科医にとって必須なのは，患者本人に加えてその家族，さらには救急医やかかりつけ医，行政機関やソーシャルワーカーとの連携による複合的な治療である．氏の主張には，現場のニーズや精神科医の直面する現実が明瞭に映し出されている．そして氏が批判の矛先を向けるのが，およそ臨床という行為においてもっとも重要な原理であるリスク／ベネフィット比，言い換えれば代償／利益比を考えない向精神薬の投与法が存在することである．

このことはフジ虎ノ門健康増進センターの齊尾武郎氏の論点ともつながる．齊尾氏は具体的に症例を呈示しながら，精神科薬物療法のなかで驚くべき内容の多剤大量療法が行われている実態に警告を発する．悪名高い我が国のポリファーマシーは以前から倫理的問題とされ，その改善が叫ばれてきた．しかし，残念ながら今なおそれは払拭されていない．氏は自身の発表の目的として「内科・精神科・労働衛生の現場でみた精神科多剤投与例を供覧し，適切な薬物療法のあり方について広く議論を喚起すること」としているが，氏の症例呈示と提言はシンポジウム全体のなかでも大きなインパクトを持ったと思う．

順天堂大学医学部附属練馬病院の八田耕太郎氏は，向精神薬などの過量服薬に関する厚生労働省の見解に言及した後，境界型パーソナリティ障害

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　向精神薬の過量服薬，自殺企図を巡る諸課題　座長：酒井　明夫（岩手医科大学神経精神科），河西　千秋（横浜市立大学医学部精神医学）

に対する薬物療法を取り上げる．氏はこの問題についてさまざまな角度から検討を加え，リピーターになりやすい境界型パーソナリティ障害例に対する治療の適切性について論ずる．周知のように，境界型パーソナリティ障害例の自傷行為や過量服薬は精神科医を悩ませる頭の痛い問題である．氏の論旨はそうした状況を解決するための足がかりになると思われる．

名古屋大学医学部附属病院薬剤部の山田清文氏のテーマは，過量服薬される頻度の高いベンゾジアゼピン系薬物の特性についてである．服用される頻度が高いだけに，このクラスの薬物に関する基礎知識は日常臨床で薬剤を選択して処方を出す場でも，そして過量服薬で症例が搬入される三次救急の現場でも必須と言えるだろう．氏はベンゾジアゼピン系薬物の依存性について，脳内メカニズムを詳しく紹介した後で，近年開発の進んでいる依存性の少ない抗不安薬の内容についても貴重な知識を伝えてくれた．

このシンポジウムの内容を要約してみると，過量服薬による自殺企図という問題に関して広い視点から検討が加えられ，重要な論点が網羅されているのがわかる．われわれの今後の臨床に大きく寄与するセッションであったと思う．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

救急外来における大量服薬の現状と対策

武内　克也（岩手医科大学神経精神科）

うつ病は自殺既遂，自殺未遂のリスクファクターであり，うつ病における自傷行為から重篤な外傷を負う事例も多い．うつ病の自殺企図，自傷行為ともに手段はさまざまであり，その治療では，精神的対応と身体面への対応が必要とされる．本論ではうつ病自傷自殺未遂例を身体重症度から精神科入院群（軽症群）と救急センター入院群（重症群）に分け，H 16 年から H 18 年まで 3 年間の重症度を比較した．救急センター入院群の割合は増加傾向にあり，自傷自殺未遂例が身体的に重症化している傾向が示された．その手段としては大量服薬が最も多く，服薬されていた薬剤の 9 割が向精神薬であった．大量服薬される薬剤のほとんどが，精神科処方薬であることを考えれば，精神疾患治療では薬物効果を考慮することに加えて，安全性を踏まえた薬剤選択を行う必要がある．

＜索引用語：自殺企図，自傷，大量服薬＞

緒　　言

今日，うつ病が自殺の重要なリスクファクターであることはよく知られている[9]．自殺未遂に関しても同様で，岩手医科大学附属病院（以下，当院）に併置される岩手県高度救命救急センター（以下，救急センター）における調査でも，うつ病と自殺未遂，自殺既遂の間には強い関連性があることが示されていた[3,10,11]．自殺企図の反復が死に対する自己防衛的な抵抗力を減弱させることから，自殺企図歴が自殺既遂の危険因子となるとする報告もある[1,2,7]．また，リストカットなど身体的には軽度の自傷行為であっても，それを繰り返すうちに身体的重症度が増し，自殺既遂に結びついてしまう症例も少なくなく，精神科救急における自傷行為は決して軽視すべきではない．自傷行為が自殺の危険因子であることを指摘する報告もあり[4,12]，うつ病における自殺予防という観点からも，自傷行為への対応は重要である．

うつ病の自殺企図，自傷行為ともに手段はさまざまであり，さらに，患者背景や治療歴なども考慮する必要があるため，それらに関する検討は容易ではない．しかし，自殺企図，自傷のいずれも精神的対応と同時に，身体的な面への対応を要する病態である．そして救急の現場では，後者への対応が緊急性と重要性の両面で優先される．本論では，当院救急センターにおける自傷自殺未遂例データを基に企図手段の傾向を示し，その中でも特に大量服薬による自傷自殺企図の現状を明らかにすることを目的とした．

Ⅰ．方　　法

本論では，H 16 年から H 18 年まで，自傷もしくは自殺未遂のため当院救急外来を受診し，国際疾病分類第 10 改訂版「精神と行動の障害」（以下，ICD-10）により「F32 うつ病エピソード」と診断された症例（以下，うつ病自傷自殺未遂例）について，受診傾向と薬物療法を検討した．自殺未遂については，岸らによる診断基準に基づいて診断した[6]．

当院における精神科救急区分は一般的な精神科救急区分とは異なり，併設される岩手県高度救命救急センターと連携したシステムの 1 つに含まれ

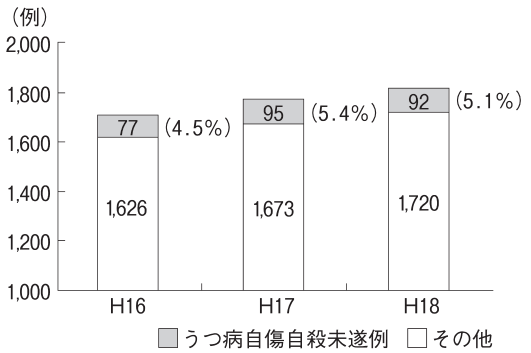


図1　精神科救急例中のうつ病自傷自殺未遂例

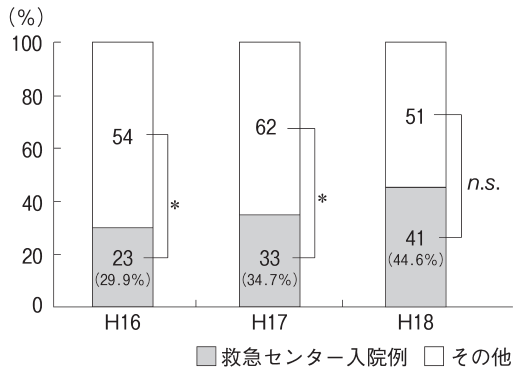


図2　うつ病自傷自殺未遂例に占める救急センター入院例
*p＜0.05

る．1次2次救急外来と3次救急外来は身体救急区分に沿って振り分けられ，自傷自殺企図による身体症状が軽度のうつ病例は1次2次救急外来で対応され，入院治療は精神科病棟で行われる（精神科入院例）．自傷や自殺未遂のために身体的重篤な状態を呈するうつ病例では，受診区分が3次救急外来に振り分けられ，救急センター病棟で身体科と精神科の入院治療が行われる（救急センター入院例）．いずれの入院群においても，精神科医が治療初期から介入している．本研究は，岩手医科大学医学部倫理委員会の承認を得ている．

本論では，身体的重症度が異なるこれら2つの入院群について，受診傾向と薬物治療内容を比較した．

はじめに，精神科救急全例に占めるうつ病自傷自殺未遂例の割合と，うつ病自傷自殺未遂例に占める救急センター入院例の割合について3年間の推移を調査した．救急センター入院例では，各年の入院日数を比較し，3年間における自傷自殺企図手段の頻度を調査した．

次に，H 18年12月からH 19年5月までの間に救急センターを受診した大量服薬例に関して，大量服薬・服毒された薬剤種類を同定し，患者家族からの服薬・服毒情報との一致割合を検討し，大量服薬された薬剤傾向を明らかにした．測定方法としては，高速液体クロマトグラフィーとガスクロマトグラフィーを用いた．

平均値の比較にはt検定を用い，率の比較にはχ^2検定を用いた．うつ病自傷自殺未遂例の救急センター入院日数の年度間比較には分散分析を用いた．両入院群の処方内容の差異，救急センター入院例の自傷自殺企図手段についてはχ^2検定を用いて検討し，残差分析にて各項目間の頻度を比較した．p値は0.05以下を有意とした．

Ⅱ．結　　果

1．　自傷自殺未遂例の重症度

精神科救急全例に占めるうつ病自傷自殺未遂例の割合を図1に示した．3年間の推移に大きな変動はなかった．うつ病自傷自殺未遂例に占める救急センター入院例の割合について，3年間の推移を図2に示した．その割合は増加傾向にあり，救急センター入院例以外との比較では，H 16年とH 17年は救急センター入院例の割合が少なく，有意差を認めたが，H 18年では救急センター入院例が増加したため，有意差はみられなくなった．救急センター入院例の入院病日は増加傾向にあったが，各年度間に統計学的有意差はみられなかった（図3）．

2．　企図手段

自傷自殺企図の手段は，全体の傾向に統計学的有意性が示された．具体的手段では練炭と刃物による自傷以外の企図手段に有意差が示され，大量服薬と服毒の頻度が高かった（表1）．

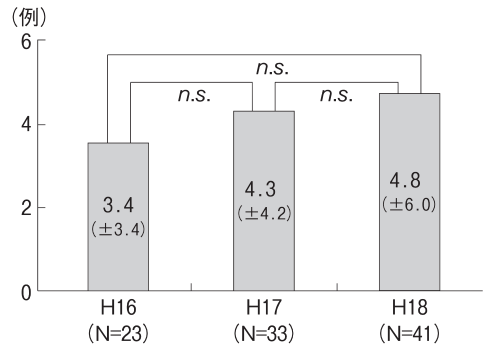


図3　うつ病自傷自殺未遂例の救急センター入院日数
*p＜0.05

表1　救急センター入院例の自傷自殺企図手段
（H 16〜18 年）

	自傷自殺企図件数 N＝97	残差分析結果
大量服薬	44（45.4％）	p＜0.05
服毒	16（16.5％）	p＜0.05
練炭	12（12.4％）	n.s.
刃物による自傷	9（9.3％）	n.s.
縊頸	5（5.2％）	p＜0.05
飛び降り	5（5.2％）	p＜0.05
焼身	3（3.0％）	p＜0.05
飛び込み	2（2.0％）	p＜0.05
排気ガス	1（1.0％）	p＜0.05

全体の解析結果 $\chi^2(8)=133.2$，p＜0.001

3．大量服薬の内容

対象 54 例の内訳を表 2 に示した．対象 54 例中 44 例で薬剤同定が可能であり，10 例は測定が不可能であった（図 4）．この 10 例中 5 例では服薬自体が否定的であり，この 5 例を除いた 49 例中 45 例（9 割）で薬剤同定が可能であった．測定結果と服薬情報は 7 割で一致した．大量服薬された薬剤の 9 割が向精神薬であった（図 5）．

表2　大量服薬例の内訳

- H 18 年 12 月〜H 19 年 5 月
- 大量服薬（服毒例）：54 例
- 男性：女性＝6：48
- 平均年齢
  男性（SD）40.0（±15.6）歳
  女性（SD）35.5（±16.1）歳

Ⅲ．考　　察

1．うつ病自傷自殺未遂例の受診傾向と入院区分の推移

精神科救急全例に占めるうつ病自傷自殺未遂例の割合は最近 3 年間で変化はないが，うつ病自傷自殺未遂例の中で救急センター入院例が増加しており，救急センター入院日数は，統計学的有意差はみられないものの，3 年間で増加していた．このことは，うつ病自傷自殺未遂例において身体的重症例が増加していることを示している．当院では，精神科救急受診例の中で身体疾患治療を要する症例が多く，その中でも特に，重篤な身体症状のために救急センター入院が必要となる症例が増加している．このため，救急センター入院治療によって重篤な状態を脱した症例については，早期に精神科病棟に転棟し，psychiatric intensive care unit（以下，PICU）で身体治療を継続する方針としている．しかし，その中においても，うつ病自傷自殺未遂例の救急センター入院病日が増加している事実は，うつ病における自傷自殺が深刻化し，このために，長期間の身体治療を必要とする事例が増加していることを想定させる．その中身についても，たとえば，大量服薬のため意識障害が遷延した症例や，大動脈に達する切創のために循環器系の障害を呈し，生命予後が不良となった症例などが増加している．その中でも大量服薬は企図手段となる頻度が高く，多臓器にわたる障害を引き起こすため身体治療が長期化することが多い．われわれが行った自殺未遂者を対象とした調査でも，自殺企図手段として大量服薬の頻度の高さが示されており[8]，国内外の報告でも自殺未遂例の企図手段として大量服薬が繁用される実態が示されている[5]．すべての企図手段について予防と十分な対応法を案出しなければならないことは言うまでもないが，本調査から言えることとして，何よりもまず，増加する大量服薬への対応法の確立が急務だということである．

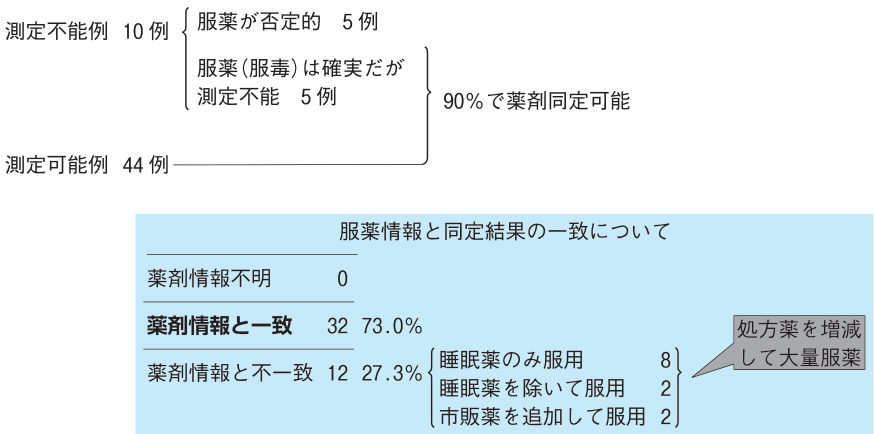


図 4　測定結果

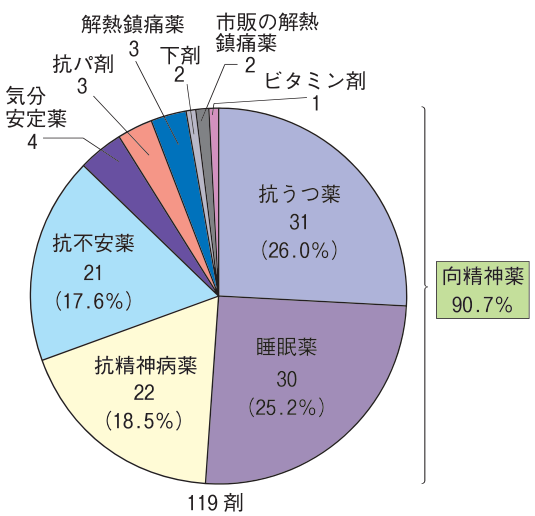


図 5　大量服用された薬剤の種類

2．　大量服薬されていた薬剤内容

大量服薬された薬剤では，救急外来搬送時に家族などから得られた薬剤情報と 7 割が一致しており，その 9 割以上が精神科で処方されていた向精神薬であった．一致しなかった 3 割では，処方された睡眠薬を中心に薬剤量増減，もしくは市販薬を追加して服用しており，大量服薬された薬剤のほとんどが向精神薬と考えられる．前述したように，自傷自殺未遂例は年々重症化しており，最も多い企図手段が大量服薬である．大量服薬される薬剤のほとんどが，我々精神科医の処方薬であることを考えれば，うつ病例に対する適切な薬物効果を考慮することに加えて，安全性を踏まえた薬剤選択を行う必要がある．

まとめと今後の課題

国内外の報告と同様に，本調査結果においても大量服薬が最も多い企図手段であった．大量服薬による自傷自殺企図は精神医療にとって大きな問題を投げかける．薬剤の大半は処方薬であり，そこには治療薬自体が企図手段になってしまうというジレンマが常に付きまとうからである．このことは，場合によっては，①通常診療の場において，うつ病における薬物療法を制限する可能性があり，②かかりつけ医と患者との信頼関係の崩壊を招くことにもなりかねない．こうした問題に関しては，大量服薬の前後における医師-患者関係のあり方がもう一度問い直され，対策が講じられる必要がある．

大量服薬によって重症となる症例が多いにもかかわらず，これまで，大量服薬した精神科治療薬が身体面に与える影響は十分に検討されていない．今後は，大量服薬の身体機能への影響の詳細について，さらに，身体機能回復までに要する断薬期間の設定基準などについて検討していく必要がある．そうした検討を経た上で，安全性を考慮した

精神科薬剤投与開始時期と適切な薬剤選択がなされていくべきである．

文　献

1）飛鳥井望：自殺の危険因子としての精神障害―生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討―．精神経誌，96；415-443, 1994

2）Buglass, D., Horton, J.: A scale for predicting subsequent suicidal behaviour. Br J Psychiatry, 124; 573-578, 1974

3）遠藤知方，大塚耕太郎，丸田真樹ほか：自殺未遂者における1次2次精神科救急と3次精神科救急の比較検討．岩手医誌，58；97-107, 2006

4）平村英寿，北村俊則：うつ病における自殺危険因子．臨床精神薬理，7；1133-1139, 2004

5）伊藤敬雄，葉田道雄，木村美保ほか：高次救命救急センターに入院した自殺未遂患者とその追跡調査―精神科救急対応の現状を踏まえた1考察．精神医学，46；389-396, 2004

6）岸　泰宏，保坂　隆，黒澤　尚：救命救急センターでの自殺統計表についての提案．医のあゆみ，194；555-559, 2000

7）Kissel, N., McCulloch, W.: Repeated acts of self-poisoning and self-injury. Pro R Soc Med, 59; 89-92, 1966

8）丸田真樹，大塚耕太郎，中山秀紀ほか：岩手県高度救命救急センターにおける自殺未遂者の年代による比較検討．岩手医誌，58；119-131, 2006

9）中村道彦：自殺危険性評価と予防．日精協誌，20；65-70, 2001

10）大塚耕太郎，酒井明夫：うつ対策と自殺予防．ストレス科学，19；70-77, 2004

11）酒井明夫：自殺多発地区における自殺の要因の解析と予防に関する研究　基礎調査アンケートの結果報告．厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「自殺多発地域における中高年の自殺予防を目的とした地域と医療機関の連携による大規模介入研究」平成14年総括研究報告書．p. 7-9, 2003

12）高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入．金剛出版，東京，2001

Current Trends and Correspondence of Overdoses of Drugs in Emergency Outpatient Unit

Katsuya TAKEUCHI

Iwate Medical University Department of Neuropsychiatry

Depression is a risk factor of both attempted and committed suicides ; self-mutilation by depressive patients often results in serious traumas. Since their suicide attempts and self-mutilations take place in a wide variety of ways, both mental and physical measures must be taken to treat their conditions. The present population comprised patients with depression who mutilated themselves or attempted but did not complete suicide. They were divided according to severity of physical injury into two groups : those admitted to the department of psychiatry of our hospital (mildly affected group) and those admitted to the emergency care center (severely affected group). Severity ratings were compared over a 3-year period from 2004 to 2006. The ratio of patients in the severely affected group tended to rise ; trends for increased physical severity were demonstrated in the self-mutilators and suicide attempters. The most method of suicide attempt most prevalently used by the attempters was taking overdoses of drugs, psychotropics accounting for 90% of the drugs taken by them. Considering the fact that the overdosed drugs were mostly prescribed at the department of psychiatry, it is necessary to place importance to safety, as well as to pharmacological efficacy, in choosing the appropriate drug(s) for the treatment of psychiatric disease.

<Author's abstract>

<**Key words** : suicide, self-mutilation, overdoses of drugs>

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

境界性パーソナリティ障害に対する薬物療法

八田　耕太郎（順天堂大学医学部附属練馬病院メンタルクリニック科）

境界性パーソナリティ障害には，表面的な抑うつでなく情動不安定性に焦点をあてて，気分安定薬，抗精神病薬，あるいはその併用が薦められる．昨今はエビデンスもその方向に集積されている．これですべてうまくいくわけではないが，行動化の減少に焦点をあてた薬物療法は，何より患者にとっての利益と考える．

＜**索引用語**：気分安定薬，抗精神病薬，情動不安定，救急，自傷＞

はじめに

過量服薬をして救急室に搬送される患者は跡を絶たず，それをテーマにはるか以前から検討がなされてきた．しかし大局的に見れば状況は変わらず，救急医の負担も相変わらずである．精神科の診療所が増えた分，世間に向精神薬が出回りやすくなったともいえる．そのような中で，厚生労働省は平成 22 年 6 月 24 日，向精神薬などの過量服薬を背景とする自殺についてプレスリリースし精神科医療関係団体に注意喚起した．過量服薬の中でも境界性パーソナリティ障害は救急搬送を繰り返すことが多い．境界性パーソナリティ障害への向精神薬投与の何が問題なのか，薬物療法の有効性にエビデンスはあるのか，実際に薬物療法をどのように捉えどのように使うかといったことがらについて論じる．

Ⅰ．境界性パーソナリティ障害に向精神薬は有効か？

薬が効くかどうかは，生物学的背景の有無・強弱によると考えるのが一般的であろう．精神科救急や救命救急センターでの診療経験から，境界性パーソナリティ障害の衝動性・粘着性・爆発性といった激しい症状に，器質的な因子の関与を疑ってきた．近年，このような視点から，優れた知見が集積している．

Heather, A. らは，前頭葉眼窩部（腹内側部）に損傷のある患者と境界性パーソナリティ障害の患者との共通点として，衝動性，行動上の問題，境界性パーソナリティ障害傾向，易怒性，幸福感の低さを見出した．一方，相違点としては，外向性および誠実さが境界性パーソナリティ障害の患者に低く，神経症傾向が高いといった結果を報告している[7]．Tebartz van Elst, L. らは，境界性パーソナリティ障害の患者は健常人に比べて前頭葉眼窩部の体積が小さいことを報告しており[14]，前頭葉眼窩部の形態的・機能的問題の潜在が窺われる．同時に，左前頭葉眼窩部と右扁桃体の体積が正の相関を示したことを報告している．Herpertz, S.C. らは，境界性パーソナリティ障害の患者と健常人とを比較して，嫌悪感をもよおすスライドへの反応から扁桃体の機能異常を見出しており[8]，Donegan, N.H. らは，境界性パーソナリティ障害の患者において，感情制御の不良さと扁桃体の過剰反応との関連を報告している[3]．

これらの前頭葉眼窩部や扁桃体の形態的・機能的異常を示唆する知見は，境界性パーソナリティ障害の病態に，部分的にしろ器質的基盤が存在す

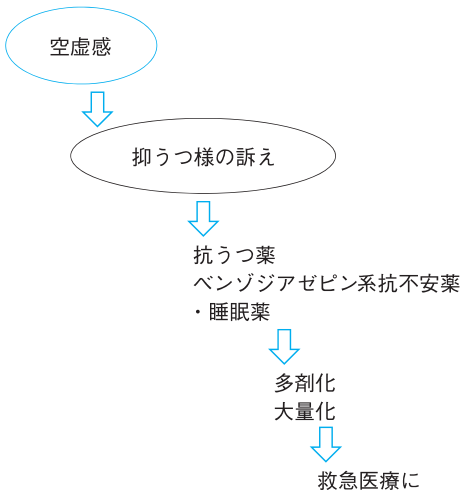


図1　境界性パーソナリティ障害の薬物療法における最大の問題

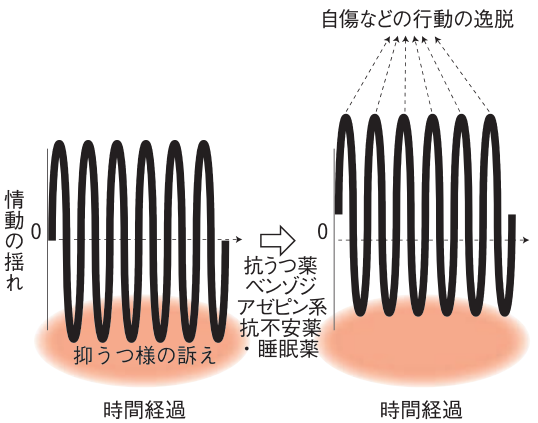


図2　境界性パーソナリティ障害における望ましくない薬物療法の概念図[4]

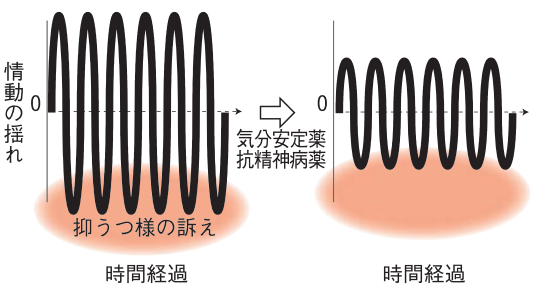


図3　境界性パーソナリティ障害における望ましい薬物療法の概念図[4]

る直観を支持する．そして向精神薬による介入の余地があるのではないかという推論を支持する可能性がある．

II．向精神薬の標的症状は何か？

では，向精神薬による介入の余地があるとした場合，標的症状は何か．ICD-10 の F60.31 情緒不安定性人格障害（境界型）の診断基準には，情緒不安定，自己像・目的・内的な選択が不明瞭で混乱，空虚感，不安定な対人関係に入り込むがゆえの感情的な危機，自暴自棄を避けるための過度な努力，自殺の脅しや自傷といった項目が列挙されている．これらは臨床的視点からは，空虚感の範疇と，情動不安定・衝動性・攻撃性の範疇に大きく 2 分できる．

空虚感は抑うつ様の訴えとなり，抗うつ薬やベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬が投与されがちとなるが，奏効せずに多剤化，大量化して，救命救急医療に搬送される事態につながりがちのように思われる（図 1）．何が問題か．抑うつ様の訴えに抗うつ薬を投与することにより情動の揺れを底上げし，ベンゾジアゼピン系抗不安薬や睡眠薬を投与することにより抑制をはずす（図 2）．これらにより元来の衝動性を増幅し，過量服薬など行動化の頻度を上げてしまうことが推察される．

したがって，上っ面でない標的を見極める，すなわち，情動不安定・衝動性・攻撃性といった症状群を捉え，そこに焦点を当てて薬物療法を行うことが肝要と考える（図 3）．

III．薬物療法の有効性にエビデンスはあるのか？

2001 年に米国精神医学会から公表された境界性パーソナリティ障害に対する薬物療法のガイドラインでは，感情不安定・衝動制御不良には選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）が，衝動制御不良には気分安定薬が，認知・知覚の症状には抗精神病薬が推奨されていた[2]．当時，東京都立墨東病院で夜は精神科救急，昼は救命救急センターの救急例の受け手をしていた身としては，

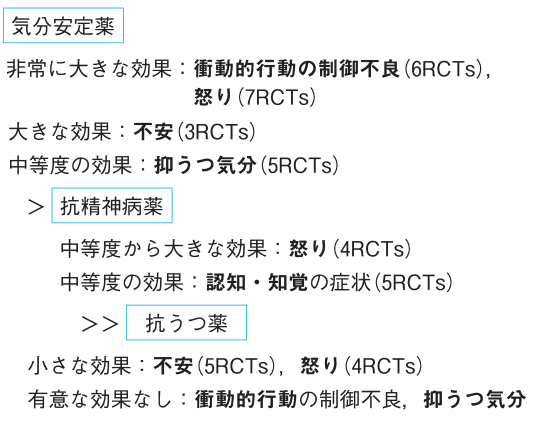


図 4　境界性パーソナリティ障害の各症状に対する向精神薬のエビデンス[9]
RCT：randomized controlled trial

感情不安定・衝動制御不良への抗うつ薬の推奨は納得がいかなかった．しかし当時は，このガイドラインの影響か同様の主張をする論文が多かった．

その後 10 年の間に，国際的には変遷している．2009 年に公表された NICE ガイドラインでは，個々の症状にも行動障害にも薬物療法の有用性を主張できないこと，併存する状態への薬物療法のみが推奨されるといった良く言えば慎重な表現である[12]．極めて慎重な理由はエビデンスが不十分だからという理由で，形を重んずるあまりに臨床医の立場からすれば役に立たないとも言える．2011 年の Lancet の総説も薬物療法に関しては同様である[11]．一方，2010 年に公表されたコクランレビューでは，2009 年 9 月までに発表された 28 のランダム化比較試験（N＝1,742）を検討した結果，haloperidol などの第一世代抗精神病薬，aripiprazole，olanzapine，ziprasidone などの第二世代抗精神病薬，carbamazepine，valproate，lamotrigine，topiramate といった気分安定薬，amitriptyline，fluoxetine，fluvoxamine，mianserin などの抗うつ薬，ω3 脂肪酸のいずれも，慢性的な空虚感，アイデンティティ障害，見捨てられ不安といった中核症状への有効性は見い出せないといった具体的結論が述べられている[13]．さらに，2010 年に公表された Ingenhoven, T. らによるランダム化比較試験のメタアナリシスでは，全般的機能の改善に，気分安定薬が最も有効で，抗精神病薬がそれに次ぎ，抗うつ薬は効果なしという結論がなされている[9]．個別の症状への有効性についても，図 4 のとおり同様の順であったことが示されている．

このようなエビデンスの集積から，ようやく抗うつ薬から気分安定薬や非定型抗精神病薬へのシフトの必要性が主張されるようになってきた[1]．実際，2010 年に発表されたスペインの処方実態では，SSRI は横ばいであるが，ベンゾジアゼピンは有意に減少し，気分安定薬や非定型抗精神病薬は有意に増加している[10]．ランダム化比較試験より現場実態を反映しやすい観察研究水準でも，quetiapine を 800 mg 上限として 8 週間観察した結果，41 例のうち 32 例が治療継続でき，臨床的全般改善度，怒り，不安，抑うつが有意に改善したことが報告されている[15]．ベンゾジアゼピンと脱抑制との関連を示唆する知見は，日本の精神科救急の現場から発信されている[5,6]．

Ⅳ．実際に薬物療法をどのように捉えどのように使うか？

救急医療側からの批判がすべて的を射ているわけではない．例えば，特定の医療機関からの搬送が多い場合，そのクリニックの医療水準はいかがなものかといった質問を受けることがある．しかし，実はそのクリニックは重症例・治療抵抗例をひるまず診てくれる立派なクリニックであることもある．そのような批判を除けば，救急医側からの疑義（場合によっては不信）は，真摯に吟味する必要がある．救急の受け手の立場からすれば，昔も今も境界性パーソナリティ障害には気分安定薬，抗精神病薬，あるいはその併用が好ましいと考えており，昨今はエビデンスもその方向に集積されている．しばしば気まぐれな服薬であったり，気に入る処方をしてくれる医療機関へ流れていったりするため，これですべてうまくいくわけではないが，表面的な抑うつでなく情動不安定性に焦点をあてて行動化を減少させることは，何より患

者にとっての利益と考える．

文　献

1）Abraham, P.F., Calabrese, J.R.: Evidenced-based pharmacologic treatment of borderline personality disorder: a shift from SSRIs to anticonvulsants and atypical antipsychotics? J Affect Disord, 111; 21-30, 2008

2）American Psychiatric Association: Practice guideline for the treatment of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 158 (10 Suppl); 1-52, 2001

3）Donegan, N.H., Sanislow, C.A., Blumberg, H.P., et al.: Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. Biol Psychiatry, 54; 1284-1293, 2003

4）八田耕太郎：救急精神医学―急患対応の手引き．中外医学社，東京，2005

5）Hatta, K., Nakamura, M., Yoshida, K., et al.: The prevalence of intravenous thiopental use in psychiatric emergency settings in Japan. Psychiatry Clin Neurosci, 63; 658-662, 2009

6）Hatta, K., Nakamura, M., Yoshida, K., et al.: A prospective naturalistic multicenter study of intravenous medications in behavioral emergencies: haloperidol versus flunitrazepam. Psychiatry Res, 178; 182-185, 2010

7）Heather, A., Rolls, E.T., Iversen, S.D.: Borderline personality disorder, impulsivity, and the orbitofrontal cortex. Am J Psychiatry, 162; 2360-2373, 2005

8）Herpertz, S.C., Dietrich, T.M., Wenning, B., et al.: Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. Biol Psychiatry, 50; 292-298, 2001

9）Ingenhoven, T., Lafay, P., Rinne, T., et al.: Effectiveness of pharmacotherapy for severe personality disorders: meta-analyses of randomized controlled trials. J Clin Psychiatry, 71; 14-25, 2010

10）Pascual, J.C., Martín-Blanco, A., Soler, J., et al.: A naturalistic study of changes in pharmacological prescription for borderline personality disorder in clinical practice: from APA to NICE guidelines. Int Clin Psychopharmacol, 25; 349-355, 2010

11）Leichsenring, F., Leibing, E., Kruse, J., et al.: Borderline personality disorder. Lancet, 377; 74-84, 2011

12）NICE clinical guideline: Borderline personality disorder: treatment and management. 78; 2009

13）Stoffers, J., Völlm, B.A., Rücker, G., et al.: Pharmacological interventions for borderline personality disorder (Review). The Cochrane Library 2010, Issue 6, Art. No.: CD005653

14）Tebartz van Elst, L., Hesslinger, B., Thiel, T., et al.: Frontolimbic brain abnormalities in patients with borderline personality disorder: a volumetric magnetic resonance imaging study. Biol Psychiatry, 54; 163-171, 2003

15）Van den Eynde, F., Senturk, V., Naudts, K., et al.: Efficacy of quetiapine for impulsivity and affective symptoms in borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol, 28; 147-155, 2008

Pharmacotherapy for Borderline Personality Disorder

Kotaro HATA

Juntendo University Nerima Hospital

In the treatment of borderline personality disorder, clinicians should focus on not superficial symptoms such as depressive mood but emotional instability. Accordingly, mood stabilizers, antipsychotics, or their combination is recommended. Along the lines of that, evidence has been accumulating. Although not everything goes well, pharmacotherapy focusing on decrease in the frequency of acting out meets patient's profit.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: mood stabilizers, antipsychotics, emotional instability, emergency, self-harm＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ベンゾジアゼピン系薬物の効果と副作用の分子基盤：GABA$_A$ 受容体のサブタイプと薬理作用

吉見　陽，山田　清文（名古屋大学医学部附属病院薬剤部）

ベンゾジアゼピン（BZP）系薬物は安全性の高い抗不安薬あるいは睡眠薬として広く使用されており，その他にも筋弛緩作用や抗けいれん作用などの薬理作用を有することから臨床に幅広く応用されている．一方で，前向性健忘などの副作用や，連用による耐性の獲得，さらには乱用や薬物依存形成が懸念されている．本稿では，近年同定された GABA$_A$ 受容体サブタイプに特有の薬理作用と，薬物依存の神経基盤である脳内報酬系に対する BZP 系薬物の作用について動物モデルを用いた行動薬理試験の知見を概説する．最後に，従来の BZP 系薬物の問題を克服した依存性が少ない GABA$_A$ 受容体サブタイプ選択的な薬物の開発状況について紹介する．

＜索引用語：ベンゾジアゼピン系薬物，GABA$_A$ 受容体サブタイプ，薬物依存，鎮静作用，抗不安作用＞

はじめに

ベンゾジアゼピン（BZP）系薬物には抗不安作用，筋弛緩作用，催眠作用，抗けいれん作用があり，抗不安薬，筋弛緩薬，催眠薬，抗けいれん薬として臨床で広く使用されている．BZP 系薬物は，バルビツール酸系薬物や非バルビツール酸系薬物と比較して，耐性獲得や薬物依存形成が生じにくく，安全性が高く安心して使用できる薬物として広く認識されている．一方，臨床用量での使用下においても，長期連用により耐性の獲得，精神依存・身体依存の形成が確認されているため，麻薬及び向精神薬取締法の管理下におかれている．BZP 系薬物の薬物依存の問題は，陶酔感を目的とした故意の乱用の他に，国際疾病分類第 10 版（ICD-10）における依存症候群の定義には満たないが，「常用量依存（臨床用量依存）」と呼ばれる身体依存の病態をきたすことが認識されており，いずれもその背景には不適切な使用が関与していると考えられている．一般的には，力価が高く，半減期が短い薬物ほど乱用や薬物依存形成の危険性が高く，中止による反跳現象や離脱症状が激しいと考えられている．

米国の疫学調査によると，救急医療に受診した患者（598,542 名）の 34％が鎮静催眠薬の処方を受け，そのうちの 84.2％が BZP 系薬物であり，乱用や薬物依存のために不適切な使用意図で処方を受ける場合も含まれていたことが報告された[9]．わが国では，2008 年の全国精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査の報告において，全症例（284 名）のうち 13.0％が鎮静薬（睡眠薬および抗不安薬）を使用しており，睡眠薬使用者の 83.3％，抗不安薬使用者の 53.8％が依存症候群の診断を受けていた[15]．世界的にも BZP 系薬物の処方量の増加傾向が認められており，鎮静薬に関連する精神疾患患者の増加が問題視され，従来の BZP 系薬物の問題を克服した依存性の少ない薬物の開発が進められている．

Ⅰ．BZP 系薬物の薬理作用

BZP 系薬物は，神経系に対して抑制的に働く

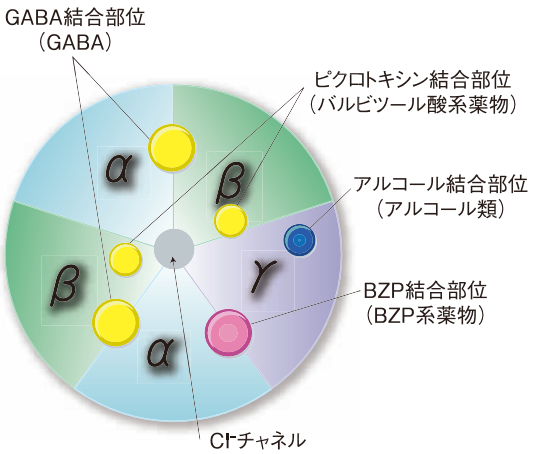


図1　$GABA_A$ 受容体の構造
文献19）より一部改変

GABA（γ-アミノ酪酸）作動性神経の活動を亢進させ，興奮した神経系を鎮めることで薬理作用をもたらす[21]．GABA が結合する $GABA_A$ 受容体と BZP 系薬物が結合する BZP 受容体は同一細胞膜上に存在し，神経細胞の電気的興奮を調節する Cl^- チャネルとともに1つの複合体（$GABA_A$-BZP 受容体-Cl^- チャネル複合体）を形成している．BZP 系薬物が BZP 受容体に結合すると GABA の $GABA_A$ 受容体への親和性が高まり，Cl^- チャネルの開口頻度が増加して細胞内への Cl^- 流入が促進されて細胞膜の過分極や膜コンダクタンスの増大を伴う抑制性シナプス後電位が生じ，神経細胞の興奮が抑制される（図1）[19]．

$GABA_A$ 受容体は5つのサブユニットから成るヘテロ5量体であり，19種類の構成サブユニット（α1〜6，β1〜3，γ1〜3，δ，ε，θ，π，ρ1〜3）が同定されている[14]．多くの $GABA_A$ 受容体は2つのα，2つのβ，1つのγサブユニットから構成され，中枢神経系における $GABA_A$ 受容体は $\alpha1\beta2\gamma2$ から構成されるものが大部分を占める[19]．サブユニットの構成は，脳部位や細胞の種類によって特異性が認められている[23]．$GABA_A$ 受容体には，αとβサブユニットの間に GABA の結合部位が存在し，他に BZP 系薬物，バルビツール酸系薬物，アルコール類（エタノールなど），ニューロステロイド類（プロゲステロン代謝物，コルチコステロン代謝物など）の結合部位がある[17]．αとγのサブユニットから成る細胞外ドメインに BZP 系薬物の結合部位（BZP 受容体）があり，BZP 系薬物が結合すると GABA の $GABA_A$ 受容体に対する親和性が増大し，Cl^- チャネルの開口頻度が増加する．BZP 受容体には高親和性の BZP1（ω1）受容体，低親和性の BZP2（ω2）受容体，末梢型の BZP（ω3）受容体があり，ヒトやサルの中枢における BZP 受容体は，ω1 受容体が大脳皮質，脳幹，小脳に広く分布し，ω2 受容体は大脳辺縁系と脊髄に分布している[8]．ω3 受容体は腎臓に発現し，中枢でも確認されているが非神経細胞に存在する．ω1 受容体は α1 を含んだ $GABA_A$ 受容体に対応し，ω2 受容体は α2，α3，α5 を含んだ $GABA_A$ 受容体に対応すると考えられている[22]．

BZP 系薬物の結合には，$GABA_A$ 受容体の α サブユニットのアミノ酸配列100番目付近のヒスチジン（H）が重要であり，α1，α2，α3，α5 は BZP 系薬物に対する親和性を有するが，BZP 結合部位のヒスチジンがアルギニン（R）となっている α4 と α6 には親和性がない[26]．α1 の101番目のヒスチジンをアルギニンに置換した点変異ノックインマウス（H101R）では，ジアゼパムによる鎮静作用と前向性健忘の消失や抗けいれん作用の減弱が認められ，抗不安作用は変化しなかったことから，α1 は鎮静・催眠作用，前向性健忘および部分的に抗けいれん作用に関与することが示された[12,18]．α1（H101R）の他に α2（H101R），α3（H126R），α5（H105R）のノックインマウスが作製され[18]，$GABA_A$ 受容体の構成サブユニットに特異的な薬理作用が解明されてきた（表1）[19,24]．α2 ノックインマウス（H101R）では，抗不安作用の消失と筋弛緩作用（抗不安作用よりも高用量の投与）の減弱が認められたが，鎮静作用を示したことから[5,10]，α2 を介して抗不安作用，筋弛緩作用を発揮するものと考えられる．α3 ノックインマウス（H126R）お

表1　$GABA_A$ 受容体サブタイプ別の薬理作用

	効果				副作用		
$GABA_A$ 受容体サブタイプ	鎮静	抗不安	筋弛緩	抗けいれん	健忘	依存	耐性
α1 サブユニット	○			○	○	○	
α2 サブユニット		○	○				
α3 サブユニット			○				
α5 サブユニット			○		○		○

文献 19，24）より一部改変

よび α5 ノックインマウス（H105R）では，筋弛緩作用の減弱が認められたが，鎮静作用と抗不安作用を示した[4,5,10]．したがって，筋弛緩作用の一部には α3 と α5 が関与していると考えられる．また，α5 は BZP 系薬物の短期記憶や空間記憶などの認知機能に対する作用や鎮静作用に対する耐性獲得に関連することが報告されている[4,25]．最近になって，BZP 系薬物の依存形成の神経基盤に α1 が関与することが明らかにされた[24]．

Ⅱ．$GABA_A$ 受容体サブタイプと依存

全ての依存性薬物の報酬効果は，中脳の腹側被蓋野（VTA）から側坐核（NAc）に投射するドパミン（DA）作動性神経系の活性化と関連している[11,27]．VTA は中脳辺縁系 DA 経路の主要な領域であり，主に DA 作動性神経（～70 %），GABA 介在神経（～20 %），グルタミン酸作動性神経から成る[6,28]．DA 作動性神経には主に α3 サブユニットが発現し，GABA 介在神経には α1 サブユニットが発現しており，細胞特異的なサブユニットの発現が依存形成機構に寄与していると提唱されている（図 2）[19]．すなわち，VTA の DA 作動性神経は，α1-$GABA_A$ 受容体を発現する GABA 介在神経により抑制的に制御されている．BZP 系薬物はこの抑制性の GABA 介在神経を脱抑制することにより VTA の DA 作動性神経系を活性化する．α1 ノックインマウス（H101R）ではジアゼパム投与による脱抑制作用を示さず，薬物自己投与試験においてもミダゾラムに対する嗜好性が認められなかったため，α1 サブユニットに作用しないサブタイプ選択的 BZP 系薬物は依存形成作用が少ないと考えられる．また，アカゲザルを用いた薬物自己投与試験において，α1 作動薬のゾルピデム，ミダゾラム，ジアゼパムでは強化効果が強く，α1 拮抗・α2/3/5 部分作動薬である L-838417 では強化効果が弱いことが報告され，α1 が BZP 系薬物の依存形成機構に重要な役割を担うという知見を支持している[16]．また，ヒヒにおける薬物自己投与試験および薬物弁別試験では，α1 に対する活性を持たない α2/3 部分作動薬の TPA023 においては強化効果および弁別効果が認められなかった（表 2）[1]．さらに，α1 作動薬では薬物離脱症状（禁断症状）の発現が確認されているが，α1 に作用しない TPA023 では症状がより軽度であったことから，α1 が薬物依存形成に重要であることを支持している．しかし，α2，α3，α5 に対する効果の差異が強化効果の違いに関与している可能性を完全に否定することはできない．

Ⅲ．$GABA_A$ 受容体サブタイプ選択的薬物の開発状況

$GABA_A$ 受容体サブユニットの薬理学的機能が解明され，$GABA_A$ 受容体の各構成サブユニットを標的として新規薬物の開発が進められている（表 3）[19,24]．上述したように，α1 サブユニットが薬物強化効果の基盤である VTA のシナプス可塑性に関与し，BZP 系薬物の依存形成の神経基盤に重要であることが示され，α1 サブユニットに作用する薬物が薬物依存性を有することが解明

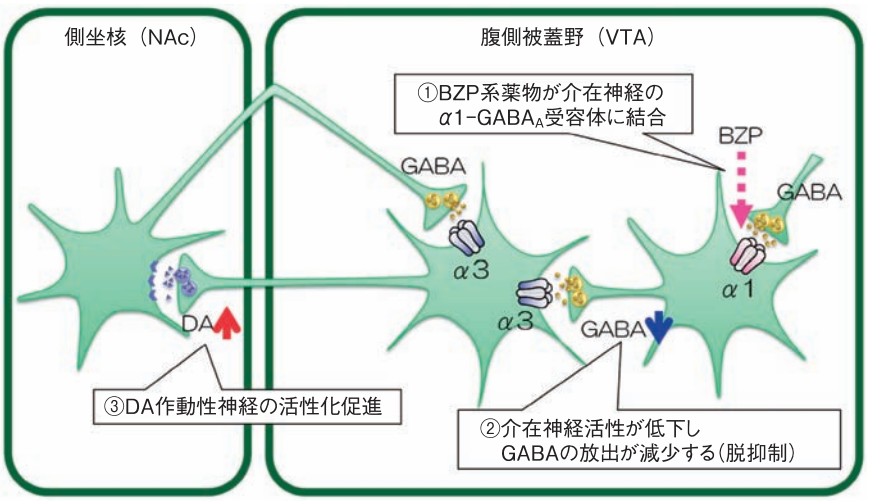


図2　中脳辺縁系 DA 作動性神経系における $GABA_A$ 受容体サブタイプと依存
BZP 系薬物は，腹側被蓋野（VTA）の DA 作動性神経に抑制的に働いている介在神経（GABA 作動性神経）の α1-$GABA_A$ 受容体に作用し，GABA 作動性神経を脱抑制することにより DA 作動性神経を活性化する（報酬効果）．BZP：ベンゾジアゼピン，GABA：γ-アミノ酪酸，DA：ドパミン
文献 19）より一部改変

された．したがって，α1 サブユニットに対する活性を持たない薬物が依存性の少ない BZP 系薬物の候補として考えられている．一方，α1 は薬物依存形成の他に鎮静作用，前向性健忘，抗けいれん作用に関与することから，活性の欠如あるいは拮抗作用を示す薬物は，副作用の分離と同時に期待する薬理作用を有するか否か注意を払わなければならない．

α1 作動活性を有する BZP 系薬物（ミダゾラム，ジアゼパム）および非 BZP 系薬物（ゾルピデム）は，薬物自己投与試験および薬物弁別試験で依存性を有することが示されており，特にゾルピデムは処方量が増加傾向にある昨今では，使用に際して注意が必要となる薬剤である．TPA023 は α2，α3 に対して部分的作動活性を持つ非 BZP 系薬物である．薬物自己投与試験および薬物弁別試験では依存関連行動を示さず，依存性の少ない抗不安薬として臨床開発が進められている．L-838417 は α1 に対して拮抗作用を示し，α2，α3，α5 に対して部分作動活性を示す．抗不安作用の他に，α2，α3，α5 を介した鎮痛作用を示し，鎮静作用，運動機能障害，耐性の獲得を認めず依存形成能も低い[7,16]．しかし，齧歯類において薬物動態に問題が認められており臨床導入するには改良が必要である[20]．Imidazenil は α1，α5 に対して拮抗作用を示し，α2，α3 に対して部分作動活性を示す．抗不安作用，抗けいれん作用を有するが，耐性および薬物依存性が認められていない[2]．薬物依存性から抗不安作用を分離し，不安障害の効果的な薬物療法を提供し得る薬物であり臨床導入が期待されている．Gaboxadol は δ サブユニットを含んだシナプス外受容体（$\alpha4\beta3\delta$）に作用し，不眠症治療薬として開発されている[3]．BZP 系薬物では総睡眠時間を増加させ，徐波睡眠の減少と紡錘波の増加（Stage II の増加），レム睡眠の抑制作用が認められるが，gaboxadol はレム睡眠に影響を与えずに BZP 系薬物にはない徐波睡眠の増加作用を示し，従来の BZP 系薬物と異なる治療効果が期待されている[13]．筋弛緩作用や持ち越し効果などの副作用が少ないため高齢者に対しても安全に使用できると考えられている．

表 2　BZP 系薬物の自己投与試験と薬物弁別試験

薬物	代表的な商品名	自己投与試験	薬物弁別試験*
非選択的完全作動薬			
アルプラゾラム	ソラナックス® コンスタン®	＋	＋
ジアゼパム	セルシン®	＋	＋
ロラゼパム	ワイパックス®	＋	＋
トリアゾラム	ハルシオン®	＋	＋
ゾピクロン	アモバン®	試験なし	＋
α1 選択的作動薬			
ザレプロン	−	＋	＋
ゾルピデム	マイスリー®	＋	＋
α2/α3 選択的作動薬			
TPA123	−	＋	＋/−
TPA023	−	−	−

*基準薬：ロラゼパム（ワイパックス®）
文献 1）より一部改変

表 3　$GABA_A$ 受容体サブタイプ選択的薬物の開発

化合物	$GABA_A$ 受容体サブタイプ				適応症
	α1	α2	α3	α5	
L-838417	×	△	△	△	不安障害
TPA023	×	△	△	×	不安障害，統合失調症
TPA123	△	△	△	△	不安障害
MRK-409（MK-0343）		△	△		不安障害
TP003			○		不安障害
Ocinaplon（DOV-273547）	○	△	△	△	不安障害
NS11394	○		△	△	不安障害
MRK-016				●	認知障害
α5IA				▲	認知障害
RO4938581				●	認知障害
L-655708（FG8094）				●	認知障害
SH-053-2'F-R-CH3	△	△	△	○	統合失調症
Gaboxadol	A4β3δ：○				不眠症
Ro15-4513	●	●	●	●	
Imidazenil	×	△	△	×	不安障害

○：作動薬，△：部分作動薬，●：逆作動薬，▲：部分逆作動薬，×：拮抗薬
文献 19，24）より一部改変

おわりに

BZP系薬物は，長期使用により治療用量においても依存が形成されることが指摘されている．背景として，生活習慣や睡眠満足度に関する要求水準，診断に問題がある場合が多く，生活指導や他の疾患（下肢静止不能症候群，周期性四肢運動障害など）の鑑別，定期的な薬物療法の見直しが重要である．近年，BZP系薬物の標的分子である$GABA_A$受容体の構成サブユニット単位での薬理作用が解明されてきた．$GABA_A$受容体のサブタイプ選択的な薬物の開発が可能となり，望まれる薬理作用と副作用の分離を企図した新規薬物の開発が進められている．近い将来，依存形成作用の弱い新しいBZP系薬物の臨床導入が期待される．

文　献

1）Ator, N.A.: Contributions of $GABA_A$ receptor subtype selectivity to abuse liability and dependence potential of pharmacological treatments for anxiety and sleep disorders. CNS Spectr, 10（1）; 31-39, 2005

2）Auta, J., Kadriu, B., Giusti, P., et al.: Anticonvulsant, anxiolytic, and non-sedating actions of imidazenil and other imidazo-benzodiazepine carboxamide derivatives. Pharmacol Biochem Behave, 95（4）; 383-389, 2010

3）Belelli, D., Peden, D.R., Rosahl, T.W., et al.: Extrasynaptic $GABA_A$ receptors of thalamocortical neurons: a molecular target for hypnotics. J Neurosci, 25（50）; 11513-11520, 2005

4）Crestani, F., Keist, R., Fritschy, J.M., et al.: Trace fear conditioning involves hippocampal alpha5 GABA（A）receptors. Proc Natl Acad Sci USA, 99（13）; 8980-8985, 2002

5）Crestani, F., Löw, K., Keist, R., et al.: Molecular targets for the myorelaxant action of diazepam. Mol Pharmacology, 59（3）; 442-445, 2001

6）Dobi, A., Margolis, E.B., Wang, H.L.: Glutamatergic and nonglutamatergic neurons of the ventral tegmental area establish local synaptic contacts with dopaminergic and nondopaminergic neurons. J Neurosci, 30（1）; 218-229, 2010

7）Knabl, J., Witschi, R., Hösl, K., et al.: Reversal of pathological pain through specific spinal $GABA_A$ receptor subtypes. Nature, 451（7176）; 330-334, 2008

8）Langer, S.Z., Arbilla, S.: Imidazopyridines as a tool for the characterization of benzodiazepine receptors: a proposal for a pharmacological classification as omega receptor subtypes. Pharmacol Biochem Behav, 29（4）; 763-766, 1988

9）Licata, S.C., Rowlett, J.K.: Abuse and dependence liability of benzodiazepine-type drugs: GABA(A) receptor modulation and beyond. Pharmacol Biochem Behav, 90（1）; 74-89, 2008

10）Löw, K., Crestani, F., Keist, R., et al.: Molecular and neuronal substrate for the selective attenuation of anxiety. Science, 290（5489）; 131-134, 2000

11）Lüscher, C., Ungless, M.A.: The mechanistic classification of addictive drugs. PLoS Med, 3（11）; e437, 2006

12）McKernan, R.M., Rosahl, T.W., Reynolds, D.S., et al.: Sedative but not anxiolytic properties of benzodiazepines are mediated by the GABA(A) receptor alpha1 subtype. Nat Neurosci, 3（6）; 587-592, 2000

13）Mathias, S., Zihl, J., Steiger, A., et al.: Effect of repeated gaboxadol administration on night sleep and next-day performance in healthy elderly subjects. Neuropsychopharmacology, 30（4）; 833-841, 2005

14）Olsen, R.W., Sieghart, W.: $GABA_A$ receptors: subtypes provide diversity of function and pharmacology. Neuropharmacology, 56（1）; 141-148, 2009

15）尾崎　茂，和田　清，大槻　直美：全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査．平成20年度厚生労働科学研究費補助金（医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス総合研究事業）分担研究報告書

16）Rowlett, J.K., Platt, D.M., Lelas, S., et al.: Different $GABA_A$ receptor subtypes mediate the anxiolytic, abuse-related, and motor effects of benzodiazepine-like drugs in primates. Proc Natl Acad Sci USA, 102（3）; 915-920, 2005

17）Rudolph, U., Antkowiak, B.: Molecular and neuronal substrates for general anaesthetics. Nat Rev Neurosci 5（9）; 709-720, 2004

18）Rudolph, U., Crestani, F., Benke, D., et al.: Benzodiazepine actions mediated by specific gamma-aminobutyric acid(A) receptor subtypes. Nature, 401

(6755)；796-800, 1999

19) Rudolph, U., Knoflach, F.: Beyond classical benzodiazepines: novel therapeutic potential of $GABA_A$ receptor subtypes. Nat Rev Drug Discov, 10 (9)；685-697, 2011

20) Scott-Stevens, P., Atack, J.R., Sohal, B., et al.: Rodent pharmacokinetics and receptor occupancy of the $GABA_A$ receptor subtype selective benzodiazepine site ligand L-838417. Biopharm Drug Dispos, 26 (1)；13-20, 2005

21) Schoch, P., Richards, J.G., Häring, P., et al.: Co-localization of GABA receptors and benzodiazepine receptors in the brain shown by monoclonal antibodies. Nature, 314 (6007)；168-171, 1985

22) Sanger, D.J., Benavides, J., Perrault, G., et al.: Recent developments in the behavioral pharmacology of benzodiazepine (omega) receptors: evidence for the functional significance of receptor subtypes. Neurosci Biobehav Rev, 18 (3)；355-372, 1994

23) Sieghart, W., Sperk, G.: Subunit composition, distribution and function of GABA(A) receptor subtypes. Curr Top Med Chem, 2；795-816, 2002

24) Tan, K.R., Rudolph, U., Lüscher, C.: Hooked on benzodiazepines: $GABA_A$ receptor subtypes and addiction. Trends Neurosci, 34 (4)；188-197, 2011

25) van Rijnsoever, C., Täuber, M., Choulli, M.K., et al.: Requirement of alpha5-$GABA_A$ receptors for the development of tolerance to the sedative action of diazepam in mice. J Neurosci, 24 (30)；6785-6790, 2004

26) Wieland, H.A., Lüddens, H., Seeburg, P.H.: A single histidine in $GABA_A$ receptors is essential for benzodiazepine agonist binding. J Biol Chem, 267 (3)；1426-1429, 1992

27) Yamada, K.: Endogenous modulators for drug dependence. Biol Pharm Bull, 31 (9)；1635-1638, 2008

28) Yamaguchi, T., Sheen, W., Morales, M.: Glutamatergic neurons are present in the rat ventral tegmental area. Eur J Neurosci, 25 (1)；106-118, 2007

Molecular Basis of Benzodiazepine Efficacy and Side Effects : $GABA_A$ Receptor Subtypes and their Pharmacological Effects

Akira YOSHIMI, Kiyofumi YAMADA

Department of Neuropsychopharmacology and Hospital Pharmacy, Nagoya University Graduate School of Medicine

Benzodiazepines are one of the most widely prescribed drugs in clinical practice for treatment of insomnia and anxiety disorder. In addition, they are used for muscle relaxation and as anticonvulsants. In general, benzodiazepines are safe drugs in clinical use, but attention should be paid for side effects, such as anterograde amnesia, and the risk of drug abuse and dependence.

In the past decade, identification of separable key functions of $GABA_A$ receptor subtypes has disclosed how benzodiazepines activate midbrain dopamine neurons, and how chronic use of them induces drug dependence in animal models.

These findings suggest that receptor subtype-selective compounds could overcome the limitations of classical benzodiazepines with reduced or even complete absence of addiction liability.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: benzodiazepine, $GABA_A$ receptor subtype, drug abuse, sedative effect, anxiolytic effect＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

救命救急センターにおける過量服薬と危機介入

山田　朋樹，日野　耕介（横浜市立大学附属市民総合医療センター精神医療センター）

過量服薬による自殺企図が大変多いことは，救急医のみならず精神科医にも広く認識されている事実であるが，致死性が低いことから軽視されがちで実効性のある対策がとられないままになっている．しかし，過量服薬患者の母集団の大きさを考慮すれば，全体では無視できない数の患者が命を落としていると予測され，抜本的な対策を考えることは喫緊の課題である．例えば，向精神薬による多剤併用療法の見直しはその一助となり得る．精神科医は，日頃から処方の際にリスクを考慮した合理的な薬剤選択を心掛けると共に，併用薬剤数を適正に保つような工夫が望まれる．また，自殺企図後の入院患者対応においては，精神科診断を下すことも大切だが，それ以上に行為に至る原因となった患者の心理社会的背景を念頭に置きながら，入院初期のうちから退院後まで見越した治療介入を実践することが肝要である．

＜**索引用語**：自殺企図，救命救急センター，過量服薬，三環系抗うつ薬，バルビツール酸系薬剤＞

はじめに

我が国の精神医療における薬物治療は，近年変化期に差し掛かっている．精神科診断が多様化し，古典的な精神疾患の概念では説明できないような中間的病態も増加傾向にあり，以前のように主に向精神薬に頼った治療法だけを試みても症状の改善に結びつけることができず，積極的に非薬物療法を併用せざるを得ないからである．しかし，いまだ過量服薬は自殺企図の手段として最も多く，多剤大量療法が原因の１つと考えられていることから，向精神薬の処方のあり方をさらに見直していく必要がある．

本稿では，過量服薬における現状と問題点について，処方する精神科医の側だけでなく，救命救急センター側の立場からも，危機介入の手法と合わせて概説する．

Ⅰ．過量服薬の現状と問題点

過量服薬という行為は何度も繰り返されることが多いが，処方する側も，搬送された側も，患者が身体的に重篤な状況に至らないことが多いため，「またか」という単純な思いだけで思考停止し，過量服薬が単なる自傷行為と片付けられてしまう場合もある．しかし，自殺企図を複数回繰り返し，その後に死に至ったケースの 80 %以上が自殺企図手段を変えながら死に至っている[11]という報告もあり，決して軽視してはならない．

1．過量服薬患者はなぜ多いのか

そもそも，なぜ過量服薬ケースが多いのかということについて表１にまとめた．

表１に挙げた項目以外にも多くの要因が挙げられるであろう．過量服薬患者にインタビューを試みると，我々の想像以上に「睡眠薬を飲めば死ねると思い…」と服薬した理由を語る．しかし，患者にそのような情報の獲得元について問うてみても明快な回答は得られない．過量服薬を繰り返し，いわば「サジ加減を心得ている」いわゆる“リピ

表 1　過量服薬が多いのはなぜか

①バルビツール酸系薬剤による自殺が多かった名残り
②薬物の多剤併用療法によるもの
③薬剤へのアクセスが容易
④インターネットで情報が容易に手に入り，仲間に影響され模倣しやすい
⑤「眠りたい」「すべてを忘れたい」「消えたい」という欲求を，一時的に満たしてくれるツール
⑥薬物依存が完成しており，渇望状態を呈している

表 2　過量服薬に陥りやすい危険因子

危険因子	Odds ratio	95 %信頼区間	p 値
多剤併用数	1.13	0.99-1.27	0.06
年齢	0.97	0.95-1.00	n.s.
II軸の合併	1.46	0.73-2.95	n.s.
性別	0.99	0.51-1.91	n.s.
自殺企図歴	0.96	0.79-1.19	n.s.
自傷歴	1.21	0.79-1.86	n.s.
自傷反復	1.01	0.73-1.40	n.s.

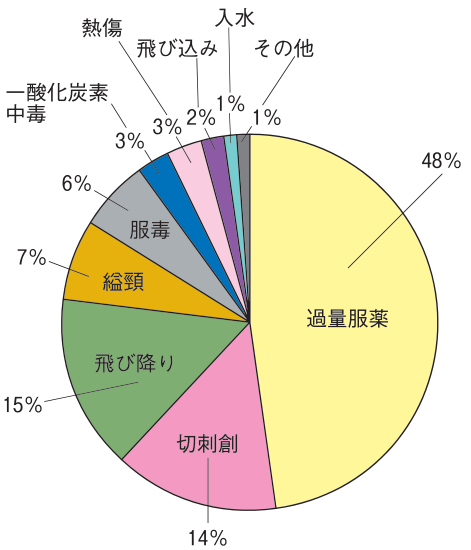


図 1　自殺企図手段
横浜市立大学附属市民総合医療センター高度救命救急センターにおける重症自殺未遂者 576 人の連続調査（2003 年 4 月～2007 年 8 月）

ーター”の中にも同様の返答が散見される．薬物中毒に関する歴史を紐解けば，英国では 1970 年代には年間 2,000 人，日本でも 1960 年代に年間 500～600 人がバルビツール酸系薬剤の過量服薬で亡くなっていたということだが[14]，安全と言われるベンゾジアゼピン系薬物全盛の現代においても，その当時の「睡眠薬の過量服用＝死」というイメージが独り歩きをしたまま，我々の深層心理の中に根強く残っているのかもしれない．また，精神症状が軽いうちに始めた少量の薬物療法ではあったが，寛解に至らずいつしか多剤併用となり患者の病態が向精神薬への依存状態に変化してしまった可能性も否定できない．

2．　救命救急センターにおける過量服薬の実態

全国に 230 施設以上存在する救命救急センター[15]ではあるが，そのうちの代表的な施設における報告では入院に至る全患者の 10 %前後を自殺企図および自傷行為による患者が占めている[8,12]．また，その手段としては半数程度が過量服薬であり，使用する薬剤の大半はかかりつけ医から処方された向精神薬であることも周知の事実である．筆者らの施設でも同様の傾向（図 1）が示されている[21]．また，過量服薬された薬剤が一剤だけであることはまずなく，武井らは 9 割近くが複数の薬剤が併用されている[19]と報告している．

以前，筆者らが行った救命救急センターにおける多剤併用と過量服薬との関連性に関する調査[17]では，自殺企図者を対象として，149 人の過量服薬群（以下 OD 群）と 69 人の非過量服薬群（以下 non-OD 群）で比較検討を行った．結果は，かかりつけ医からの向精神薬処方併用数は OD 群が 5.6±2.7 剤，non-OD 群が 5.0±2.5 剤で，有意差はみられなかったが，かかりつけ医での処方薬剤併用数と患者による実際の過量服薬併用数との間には正の相関がみられ（Spearman の相関係数：$r=0.363$，$p<0.001$），処方薬剤の種類が多いほど過量服薬する薬剤の種類も多くなるという傾向がみられた．つまり，過量服薬の際に患者は薬剤を選んで服用するのではなく，衝動的に目の

表3　救命救急センターに搬送された過量服薬患者の処方薬剤の比較

	再企図群（n＝74）	初回企図群（n＝98）	p値
ベンゾジアゼピン系薬剤	69例（93.2％）	95例（96.9％）	0.255
TCA以外の抗うつ薬（SSRI，SNRIなど）	43例（58.1％）	58例（59.2％）	0.994
抗精神病薬（定型，非定型含む）	44例（59.5％）	47例（47.5％）	0.135
TCA	18例（24.3％）	20例（20.4％）	0.54
バルビツール酸系薬剤	**21例（28.4％）**	**9例（9.2％）**	**0.001**
リチウム製剤	2例（2.7％）	5例（5.1％）	0.43
向精神薬処方剤数	**5.27±2.90種類**	**4.31±2.43種類**	**0.02**

TCA：三環系抗うつ薬，SSRI：選択的セロトニン再取込み阻害薬，SNRI：セロトニン・ノルアドレナリン再取込み阻害薬
（横浜市大　平成19年～22年のデータ）

前にある薬剤をまとめて服用する傾向が強いことが示唆された（表2）．

また，赤羽ら[1]は過量服薬による自殺企図者に対するかかりつけ医の処方について，抗うつ薬と抗不安薬・睡眠薬とに分け，平均投与量をそれぞれclomipramineとdiazepamで換算してみると，抗うつ薬は81.44 mgと適正用量の範囲内にとどまったが，抗不安薬・睡眠薬は29.47 mgでdiazepamの外来での最大用量の15 mgを大きく超えていたこと，自殺企図歴のある患者では，抗不安薬・睡眠薬の平均投与量が自殺企図歴のないものと比べて有意に多かったとしている．筆者らが行ったもう1つの調査では[6]，過量服薬による自殺企図者を初回群と再企図群に分けて比較検討したが，再企図群において処方薬剤併用数とバルビツール酸系薬剤の処方割合が有意に高い結果となった（表3）．

3．過量服薬によりリスクが劇的に高まる向精神薬

精神科医は，一般的に自らが加療中の患者が過量服薬に至った場合に備えて，リスクの低い薬剤を選択して処方することを心掛けており，また，一度過量服薬に至ってしまった患者への処方は適宜見直しを行っているが，それにもかかわらず多剤併用になりがちな要因として，①患者側からの処方要求圧力に精神科医が抗いきれていないことが挙げられる．「先生これでは薬が足りない」「この薬では効かない」と繰り返し粘られて外来で困り果ててしまった医師は多いのではないか．一度追加した薬剤を減量するのは相当にエネルギーを必要とする．また，②薬剤追加を断った時に，「もし患者が他の手段で自殺企図してしまったら…」と不安に陥ることもしばしばである．

そして，③処方を断っても患者が自分のほしい薬剤を求めて結局他の医療機関に受診してしまうことも考えられる．例えば，図2は，当院に三環系抗うつ薬の過量服用により心肺停止をきたし搬送された患者の心電図経過である．QRS間隔の開大所見が認められる．人工心肺装置を使用して蘇生後社会復帰を果たし，必要最小限度の処方で外来加療を継続したが，その後他の医療機関で三環系抗うつ薬を手に入れ再度過量服薬を敢行し残念ながら死に至った．

このように，過量服薬の患者は救急医療の現場ではあらゆる意味でポピュラーな存在である．しかしながら，多くの軽症者に混じって身体的に致死性の高い重症者が一定数存在する．過量服薬患者は母集団が大きいため，その数は我が国全体でみれば無視できない数に達するだろう．したがって，患者の初診時よりリスクを考慮した合理的な薬剤選択を心掛けると共に，継続的に併用薬剤数

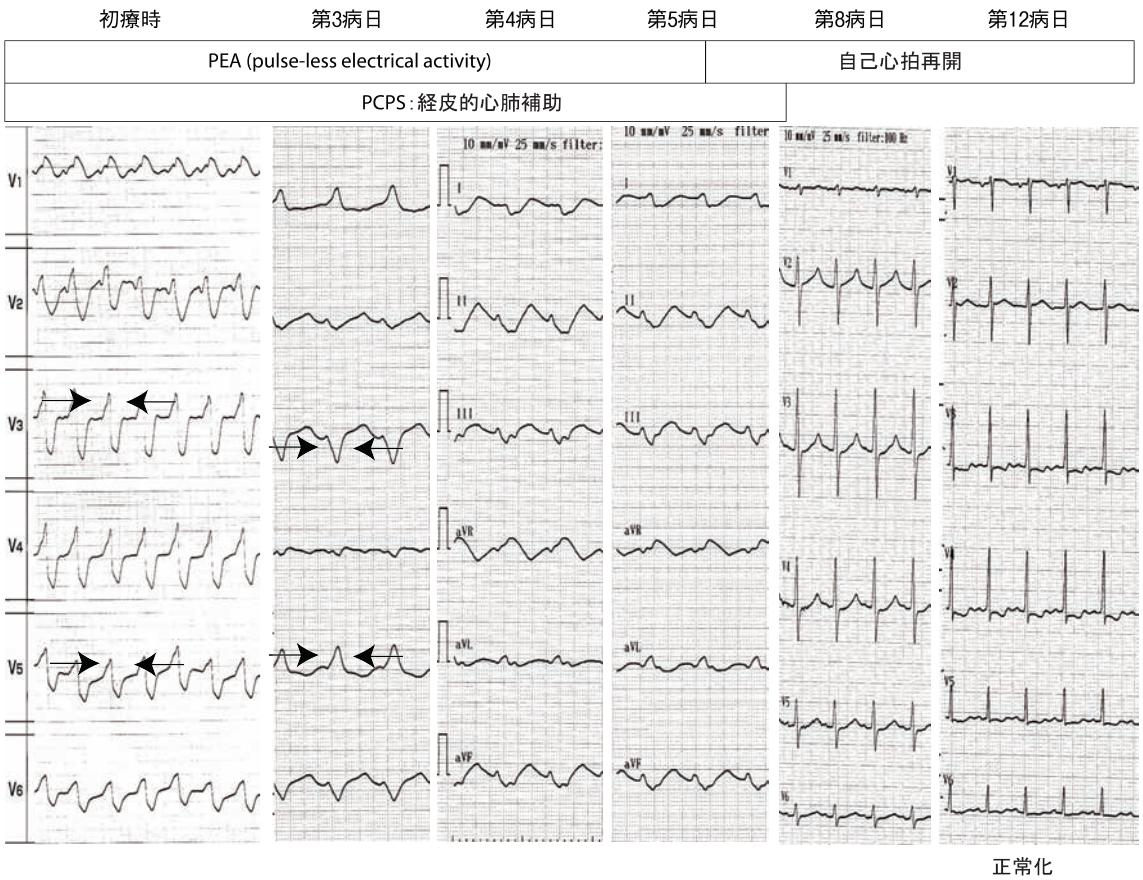


図 2　三環系抗うつ薬の過量服用により心肺停止をきたした患者の心電図変化

表 4　過量服薬時にリスクの高い向精神薬

Barbiturate バルビツール酸系薬剤	Therapeutic window が狭く，呼吸抑制作用が強いため過量服薬により容易に致死量に至ることから，血中濃度によっては緊急に血液還流治療を行う必要がある．合剤の中に成分として含まれていることもあり処方時は注意が必要である．
Tricyclic antidepressant 三環系抗うつ薬	過量服薬によって心伝導系の異常をきたし心電図上の QRS の間隔が開大する．服薬量が相当量に達すれば致死性不整脈から心停止に至る可能性が一層高まるため，時に人工心肺装置（PCPS）の適応となる[3,9,13]．

過量服薬の身体治療は，救急医にとって多発外傷，熱傷や心肺停止などと異なり手技的に難しいものではないが，上記の薬剤については必ずしもそれが当てはまらない．

を適正に保つような工夫が望まれる．表 4 で過量に服薬するとリスクが劇的に高まる向精神薬のうち救命救急センターでよくみられるものを挙げておく．

II．精神医学的診断・心理状態について

1．DSM に基づく診断について

筆者らの施設で行った Beautrais の基準に基づく[4] 重症自殺企図者 564 人についての調査では，

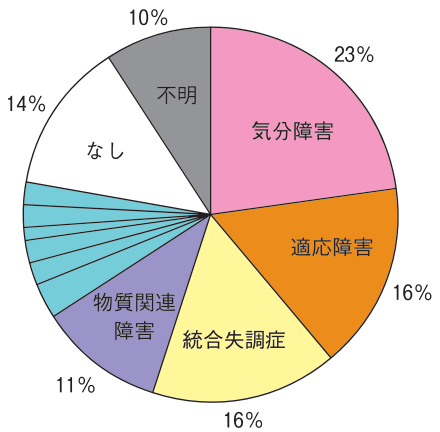


図3　自殺企図者のDSM-IVに基づく精神科診断
76％の重症自殺企図者にDSM-IVのⅠ軸に該当する精神疾患が見出され，34％にⅡ軸診断を有する．なお，「なし」に該当する14％は，パーソナリティ障害，精神遅滞などのⅡ軸診断のみの患者で，「不明」は搬送後の死亡，極端に短い入院期間，意識障害の遷延などにより面接不可能な事例がこれに該当する．

DSM-IVに基づく精神科診断の結果，Ⅰ軸診断が76％に，Ⅱ軸診断は34％に存在した．そのうちⅡ軸診断のみのケースは14％であった[10]（図3）．

以前は，過量服薬患者＝borderline personality disorder（以下BPD）の診断を有すると考えられがち（もちろん筆者自身も含む）であったが，それは，BPD患者の行動化→自傷行為・自殺企図→過量服薬というケースを精神科医自身が多く経験するからであり，また，救命救急センターでの自殺企図者に対する診察が，時間的にも入手可能な患者情報の上でも十分とは言えない中で行われており，診断について十分な吟味ができないままで終わってしまうことが挙げられる．さらに，過量服薬による意識障害がある程度改善した後で医療スタッフに暴言を吐く，暴力をふるう，自主退院に至る，といった患者ケースがBPDの行動化と短絡的に解釈されているという側面もある．しかし，意外に患者はごく軽度の意識障害が遷延していて脱抑制が起きているだけのこともある．実際に，筆者らはそのようなケースを多数経験しており，そのイベント後時間が経過した後に患者と共に振り返ると，自らの行った振る舞いについて完全または部分的に記憶が欠損していることがまれではない．したがって，BPDの診断は予想より少ない割合にとどまったのであるが，実はそれほど意外なことではないと考えられる．

表5　診断についての近年の傾向（印象）

- DSMなど操作的診断基準に基づく“パーソナリティ障害”の診断を有する患者数は減少傾向にある
- メランコリー親和型うつ病に代表される，いわゆる古典的うつ病の患者数は減少傾向
- うつ病，適応障害，パーソナリティ障害という単一診断だけでは，患者の病態をうまく説明できないケースの存在
- 双極性障害が以前より多くなってきている
- 多剤併用の結果，実質的に薬物依存症に至ったと疑われる患者が散見される

それならば，救急医療の現場において明らかに他のⅠ軸診断を有するケースを除いて，臨床的にうつ病とも，適応障害とも，BPDとも操作的診断基準において合致しないケースの多くはどのような病態と捉えるべきであろうか．筆者の印象では大きく2つに分類されると思われる．1つは従来のうつ病とは異なる“新しいうつ病”のカテゴリーに属するケースであり，わが国でも様々な呼称が提唱されている[2]．そして，2つめは治療者-患者の双方が様々な理由により薬物療法に偏りがちとなった結果，向精神薬に対し新たに精神的依存を形成したケースである．樽味は[20]ディスティミア親和型うつ病という病態を提唱しその中で，「彼らに『うつ病である』と外在化させるだけでは，彼ら自身はほとんど満たされない．満たされないまま，彼らは『うつ病』の枠内で，あたかも自身の空虚さを埋めようとするかのように，『もっと強いのはないですか』とさまざまな抗うつ薬を望み始めることになる．そこから，多種多様な抗うつ薬や抗不安薬の使用と併用が開始される」と述べている．

救命救急センターに過量服薬で来院する患者の精神科診断について，近年の傾向（印象）を表5にまとめた．もちろん，これらは救急医療とか過量服薬患者といった範疇だけにとどまらない話で

表6　自殺にみられる共通の特徴（文献18より一部改変）

①自殺の共通の動機は，耐え難い心の痛み
②自殺における共通の悩みは，心の願いのかなわぬこと
③自殺の共通の目的は，直面する難問を解決すること
④自殺の目標は，意識を失うこと
⑤自殺に共通してみられる感情は，望みも，救いもないという思い
⑥自殺者に共通にみられる心は，揺れる心
⑦自殺者にみられる認識の特徴は視野の狭窄
⑧自殺者にみられる特徴的な対人行為は，死ぬことの予告である
⑨自殺によくみられる行為は「逃亡」
⑩自殺においても，過去の難問に直面した時の適応パターンが現れる

あろうし，筆者らの診断の正確性や地域性にも影響を受けていることをお断りしておく．

2．心理社会的背景について

過量服薬患者の精神科診断について述べたが，救命救急センターで実際に治療介入を行う際には，実は，診断を正確に行うこと以上に，過量服薬（自殺企図）患者の心理状態を理解して対応にあたることの方がより重要と思われる．E.S. Shneidman[18]は，自殺企図者共通の心理状態としていくつか項目を挙げているが（表6），その内容は実際に則しているため大変共感を持って受け入れやすい．①は英文では「psychache（サイキエイク）」という著者が考えた造語であるが，日本語では「精神痛」と訳され文字通り心が痛んでいる状態を示している．⑥は，患者が「生きたい」と「死にたい」の気持ちの間を揺れ動いている両価的な状況を指している．⑦は「精神的視野狭窄」といい「生きていたいが，死ぬことでしか今の苦しみを抜け出す方法がない」という固定観念にとらわれている状況を表現している．このような点からみても，自殺企図者の心理社会的背景に深くアプローチする必要性が見て取れる．薬物治療は確かに必要ではあるが決して万能ではなく，多面的なアプローチが不可欠であるといえる．

Ⅲ．危機介入の実際（症例提示）

救命救急センターで精神科医が行うべき治療介入としては，過量服薬患者が同じことを繰り返さないよう，できる限り早期からよく話を聞きたくさんの情報を集め，退院後のことを見越した上で患者にとって必要な関係者（機関）とのつながりを安定確保することがポイントである．

1．症例提示（個人情報保護のため一部を改変した）

20代女性：生活歴，家族歴，既往歴について特記すべき事項はない．

X－3年：仕事上のトラブルを契機として抑うつ気分，意欲低下，全身倦怠，不眠などを主訴として近隣の精神科に受診．うつ病と診断され薬物治療を受けたが自覚的な改善が乏しいままであった．受診先は常に混雑しており，長時間待っても診療は短時間で終了した．受診時つらい症状などを訴えるとその度に新しい薬が加わった．次第に，自分が一体どのような薬を何のために服用しているのかわからなくなってしまっていたが，質問するのも面倒でそのまま服薬していた．

X－1年：先の見えないもどかしさから徐々に感情の起伏が激しくなった．その矛先は家族へ向かい，些細なことから頻繁に家人を大声で罵り，器物破損に及ぶこともあった．母親は，“うつ病”に関する本を買い求め勉強を開始したが，読めば読むほどに本に書いてあることと実際に目の前にいる患者の様子が違うことに違和感を持った．直接主治医に質問しようと試みたが，診察への同伴を患者が拒否したため実現しなかった．

X年：家族と口論した後衝動的に処方されていた向精神薬を過量服用し家族に119番通報された．

2．入院後の経過と精神科医のかかわり

第1病日：意識障害が高度で（JCS：ジャパンコーマスケール）200呼吸状態が不安定なため，当院救命救急センターICUで全身管理が行われた．早速，全身（意識）状態の改善が図られるま

で，ある程度の精神科診断と今後の治療期間の予測，そして再企図防止のための対策準備に着手した．まずは，一緒に来院した母親から病歴を聴取し，かかりつけ医の存在が判明したため，まずは診療情報の提供を要請した．結果は，診断はうつ病で，処方薬は以下の通りであった（表 7）．

第 2 病日：意識障害は改善し対話によるコミュニケーションが可能となった．まず，最初に過量服薬が自殺企図であったかどうか，そして現在も希死念慮があるかどうかを確認した．「イライラが止められず，衝動的に近くにあった薬を手当たり次第に飲んだ．積極的に死ぬつもりではなかったが，毎日つらかったし，これで死ぬなら仕方がないと思った」とのことであった．自分の行為については後悔しており深く反省していた．何度か本人から病歴を聴取したが，母親から聴取した内容とほぼ同一であった．かかりつけ医から示された診断と治療方針について問うと，「『“うつ病”だから薬を飲んでいれば治る』と言われ続けてきた」と涙ながらに話し，また「話をじっくり聞いてもらったのは今回が初めて」と語った．

第 5 病日：身体的にはほぼ寛解し，今後の方針について最終的な面談．母親は，「娘が“うつ病”とは思えない」という．このため，診断については保留したうえで，少なくとも安定剤の量を増やし続けるだけでは症状改善につながらないだろうし，逆に軽い薬物依存症になっている可能性があること，今後は薬物療法以外の治療法も取り入れていく必要があると伝えた．母親は納得した様子で，患者と今後のことについて長い時間話をしていたが，両者から今までと異なる医療機関を紹介してほしいという要望があり地域連携室と相談，自宅近傍の精神科医療機関リストをお渡しし受診予約していただいた．

第 6 病日：すぐに予約がとれ予定通り退院した．

表 7　本症例で治療に使用されていた薬剤一覧

薬剤	種類	錠数/1 日
バルビツール酸系	2 種類	4 錠
三環系抗うつ薬	1 種類	12 錠
ベンゾジアゼピン系抗不安薬	15 種類	60 錠
その他の抗不安薬	1 種類	6 錠
合計	19 種類	82 錠

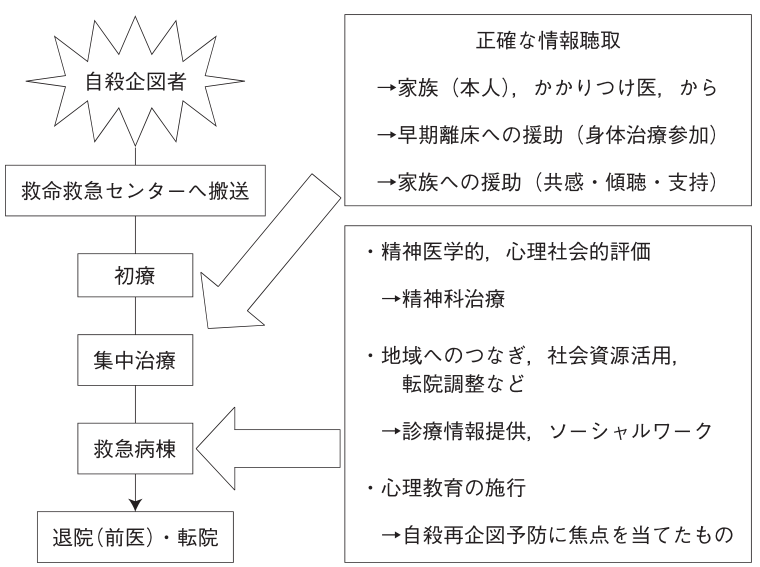


図 4　自殺企図者に対する治療介入の手順

かかりつけ医には救命センターでの治療経過について報告書を作成し送付した．

図4で，筆者らの施設で行っている治療介入の一般的な手順を示した．過去の研究報告でも[5,16]経験的にも，一度でも自殺企図を行った患者は企図歴のない患者と比較して，同じようなストレス環境下にある場合自殺企図に至る可能性が飛躍的に上昇するといわれている．したがって，救急医，精神科医，看護師，ソーシャルワーカーなど多職種協働により当該患者に最も適した介入手法を模索し，入院初期から迅速に着手することが望ましい．

おわりに

ここまで述べてきた治療介入について，本来ならば中心的な役割を果たさなくてはならない精神科医は，周知の通り，近年様々な要因により総合病院からの撤退を余儀なくされている．これは，自殺の再企図防止を大きな柱の1つとして掲げている我が国の「自殺総合対策大綱」の理念と矛盾することから，早急に環境の改善が望まれる．ただ，現実的には環境が整備されるまで座して待ち続けることはできない訳で，ひとまず今ある環境の中でできることを行うべきである．例えば，過量服薬患者にかかわる精神科以外の医療関係者一人一人が当事者意識を持って対応に当たれるよう広く援助を行っていくのも1つの考え方である．

そのような主旨から，現在，日本臨床救急医学会との協働により「自殺未遂患者への対応：救急外来・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」[7]が作成され，併せて同資料を基にした研修会も開催されている．手引きの内容は，過量服薬患者など自殺企図者が救急搬送され精神科医がその場に不在の時に，最終的にどのように患者を精神医療につなげていくかということに主眼を置いたものとなっており，主な対象は救急医，研修医，看護師などを想定している．厚生労働省のホームページよりダウンロードできるので是非活用いただきたい．

文　献

1）赤羽晃寿，金井理恵，北澤康久ほか：大量服薬自殺未遂者における処方の検討．総合病院精神医学，18（3）；257-262, 2006

2）阿部隆明：未熟型うつ病．特集　うつ病態の精神療法．精神療法，32（3）；293-299, 2006

3）荒田慎寿編：新版救命救急センター初期治療室マニュアル．羊土社，東京，2008

4）Beautrais, A.：Suicide and serious suicide attempts：two populations or one？ Psychol Med, 31；837-845, 2001

5）Hawton, K., Zahl, D., Weatherall, R.：Suicide following deliberate self-harm：long-term follow-up of patients who presented to a general hospital. Br J Psychiatry, 182；537-542, 2003

6）日野耕介，山田朋樹，山田素朋子ほか：救命救急センターに入院した向精神薬過量内服患者に関する処方内容の検討．第30回日本社会精神医学会抄録集．奈良，p. 101, 2011

7）自殺未遂者ケアガイドライン（厚生労働省ホームページ http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/index.html）

8）上條吉人：精神障害のある救急患者対応マニュアル　必須薬10と治療パターン40．医学書院，東京，2007

9）上條吉人：臨床中毒学．医学書院，東京，2009

10）河西千秋：自殺予防学．新潮社，東京，2009

11）Maris, R.W., Berman, A.L., Silverman, M.M.：Comprehensive Textbook of Suicidology. The Guilford Press, New York, 2000

12）Michel, K., Ballinari, P., Bille-Btahe, U., et al.：Methods used for parasuicide：results of the WHO/EURO Multicentre Study on Parasuicide. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 35；156-163, 2000

13）森　博美，山崎　太編著：大垣市民病院薬剤部急性中毒情報ファイル［第4版］．廣川書店，東京，2008

14）内藤裕史：中毒百科　事例・病態・治療．南江堂，東京，2001

15）日本救急医学会ホームページ（http://www.jaam.jp/html/shisetsu/qq-center.htm）

16）Owens, D., Horrocks, J., House, A.：Fatal and non-fatal repetition of self-harm：systemic review. Br J Psychiatry, 181；193-199, 2002

17）佐藤玲子，山田朋樹：特集　向精神薬処方のあり方；精神科医の立場から．中毒研究，23；16-21, 2010

18）Shneidman, E.S.: Definition of Suicide. Wiley, New York, 1985

19）武井　明，目良和彦，宮崎健佑ほか：総合病院救急外来を受診した過量服薬患者の臨床的検討．総合病院精神医学，19（2）；211-219, 2007

20）樽味　伸：現代の「うつ状態」―現代社会が生む“ディスティミア親和型”．臨床精神医学，34（5）；387-694, 2005

21）Yamada, T., Kawanishi, C., Hasegawa, H., et al.: Psychiatric assessment of suicide attempters in Japan: a pilot study at a critical emergency unit in an urban area.; BMC Psychiatry, 7; 64, 2007

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

そんなに薬が必要ですか？
――職場でよくみる精神科多剤投与の実際――

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）

【背景】現在，向精神薬の過量服薬が社会問題となっている．患者に過量服薬が可能となるのは，医師が向精神薬を不必要に多種多量に投薬するからであるという批判がある．
【方法】精神医療に対するセカンドオピニオンを求められることの多い医師の立場で遭遇した不合理な多剤投与の実例に関する症例集積研究を行った．
【結果】計 7 例の問題処方を提示した．うち 4 例はシンポジウムでの発表を要請された時点から 1 週間で筆者が遭遇したケースであり，その週は問題のあるケースが多かったとはいえ，実に 8 名のセカンドオピニオン（もしくは転院希望）のケースのうち，4 名の処方が明らかな問題処方であった．
【結論】精神科における不合理な多剤投与は稀ではない．また，向精神薬の多剤投与が過量服薬の誘因となっているという批判にも正当性がある．治療が混乱して多剤投与に陥ったときには，勇気を持ってほぼすべての投薬を中止した後，改めて処方方針を立て直すことが肝要である．

＜**索引用語**：多剤投与，過量服薬，向精神薬，治療戦略，セカンドオピニオン＞

は じ め に

筆者は，「壁のない医師」[1] と称し，内科・精神科・労働衛生の 3 つの分野で仕事をしている．このうち，労働衛生の仕事（産業医業務）は，現在，そのうちの多くの業務がメンタルヘルス関連の仕事であるとされており，筆者の場合も労働衛生の仕事のほとんどが産業精神保健と呼ばれる分野の業務である．契約によって位置づけは異なるが，産業医であったり，企業のメンタルヘルス顧問であったりする．そこでは，社員の精神的な不調に関する相談，その防止に係るアドバイスなどを行っている．そのような業務の根幹にあるのが，すでに精神科・心療内科に通院中の社員の診察であり，必然的に他の医師の処方を目にすることが多い．だが，労働衛生の現場で見る精神科の処方は，理解に苦しむ奇妙なものが多く困惑する．どれほど副作用が出ていようが，どれほど複数の薬剤同士で薬理作用が相反していようが，いつまで経ってもまったく処方が変わらないケースがある．また，処方される薬の種類が増えることはあっても，まず減るということはない．いったい何を目的に薬物療法をしているのだろうというケースばかりである．

そうした問題について，2010 年の本学会の広島大会（第 106 回大会）で「処方監査：透明性の高い精神医療に向けて」というテーマで，シンポジウムを開いた[2]．聴衆は多くはなかったが，討論はとても活発だった．その後もいろいろな精神科医たちと精神科における不合理な多剤投与について議論をしたが，結局，こうした問題に気づく精神科医なら自らの問題処方を改善する可能性はあるが，こうした問題に興味のない精神科医にはいつまでたっても，問題が問題として認識されないので，手の打ちようがないという結論となって行き詰まってしまった．

そうこうするうちに，各種の報道で，精神科の

多剤併用や過量服薬の問題がクローズアップされ，ついには本学会薬事委員会も，2010年12月25日付で会員に対し，「向精神薬の適正使用と過量服用防止に関する会員の皆様の注意喚起のために」というお知らせを発出した．

筆者は10数年前まで，野戦病院のような，次々と救急車がやってくる都会の総合病院の内科で長く働いており，精神科の患者が過量服薬で運び込まれてくるのは日常的な風景だった．今回のシンポジウムのテーマは，すでにその頃から珍しくない話だったのである．筆者のように精神科を長く外から眺めてきた人間にとって，本シンポジウムは，ようやく精神科がこの問題に真正面から取り組むようになったかと感慨深いものがある．精神科医が不合理な多剤投与をしなければ，患者が過量服薬をする機会も減るのである．

Ⅰ．多剤投与例

以下，問題ある多剤投与の実例を見ていく．なお，プライバシーの保護のため，臨床的本質を損なわない範囲で，症例の記載に細かな改変を加えているが，処方そのものはまったく改変していない．

1）症例1

診断1：大うつ病性障害，反復性，中等症

- 50代男性の会社員で，10年前に大うつ病性障害と強迫性障害の合併を指摘された．
- 6ヵ月前より，高度の意欲減退，抑うつ気分，不眠を認めていた．1日を通して倦怠感を自覚し，意識があること自体がつらいと述べていた．
- 「頸椎ヘルニア」にて，左頸部から左手にかけて，しびれや痛みがみられていた．

症例1：処方（初診時）

Rp）1．パキシル（10）1T/1×夕食後
2．ナウゼリン（10）1T/1×夕食後
3．ジプレキサ（2.5）1T/1×夕食後
4．ミオナール（50）3T/3×毎食後
5．ロキソニン（60）3T/3×毎食後
6．デパス（0.5）3T/3×毎食後
7．ロゼレム（8）1T/1×就寝前
各7日分

これが初診時の処方である．セカンドオピニオンや産業医面談の時点での処方ではなく，うつ病が再発して精神科医に「初診した時」の処方である．実に初回の診察の時点から7剤同時投与である．

この処方をもらって，この患者は不審に思った．しばしば日本人には薬好きな国民性があると言われているが，初診の段階でこれだけ多くの薬を処方されれば，こんなにたくさん飲む必要があるのだろうかと，患者も疑念を抱く．

そこで，この患者はセカンドオピニオンを求めて他の精神科医を受診し，paroxetineのみの服用で良いとの助言を得た．さらに念には念を入れて，産業医の意見も聞こうというわけで，産業医である筆者の診察となり，筆者もセカンドオピニオン医と同様の見解であることを伝え，セカンドオピニオン医に転医の上，治療を継続することを勧めた．もし，この患者が初診時の処方の調子で延々と治療されていたら，病気が治らないのに薬代だけは高いという状態が延々と続いていたと思われる．

2）症例2

診断2：大うつ病性障害，単一エピソード，中等症

- 30代女性の会社員で，長時間労働を背景に1ヵ月前より意欲減退，抑うつ気分，中途覚醒，思考制止，嘔気，めまい，背部痛，両手のしびれが出現し，大学病院の精神科を初診した．

症例2：処方（初診時）

RP）1．ルボックス（25）2T/2×朝夕食後
2．リーゼ（5）2T/2×朝夕食後
3．ガスモチン（5）2T/2×朝夕食後
4．マイスリー（5）1T/1×就寝前
5．デパス（0.5）1T/1×不眠時頓用

6．プリンペラン（5）1T/1×嘔気時頓用
各 14 日分

これもまた，産業医（企業のメンタルヘルス顧問）として遭遇したケースであるが，大学病院の初診時の処方はいきなり 4 剤併用プラス 2 剤頓用という多剤投与であった．しかし，この程度なら問題はないと思う精神科医も少なくないかもしれない．

症例 2：経過

・その後，うつ状態が半年間続いたが，処方はほとんど変更されなかった．
—変更点
・ルボックス 25 mg が初診から 2 ヵ月後に夕食後 1 錠のみの服用となった．
・同じ日に，セルベックス（50）3C/3×毎食後が追加になった．
・デパスが初診から 6 週目に中止となったが，8 週目にはワイパックス（0.5）1T が不眠時頓用として処方されるようになった．
・初診から 7 ヵ月目に復職した．

その後，病状が好転しないままに，延々と同じ処方が続いた．これが多忙な外来であれば処方を見直さないのも仕方ないと思うが，診察の様子を聞くと，かなり丁寧にゆっくりと診ていたという．処方を長期間にわたってほとんど変更しないだけの理由が見当たらないのである．

3）症例 3

診断 3：大うつ病性障害，反復性，重症，精神病性の特徴を伴うもの

・20 代男性の会社員で，特に誘因なく，抑うつ気分，意欲減退，全身の倦怠感，不眠・過眠，頭痛，集中力低下が出現した．罪業妄想，貧困妄想を伴っていた．
・大学病院の精神科を受診したところ，適応障害との診断であった．
・2 年間通院するも改善せず転院した．
—パキシル，トレドミンを使用．

このケースは大学での治療で病状が好転せず家族の意思で精神科クリニックに転院になったのだが，転院先の医師も当初，多剤投与はしなかった．

症例 3：転院後 1 年の時点での処方

Rp）1．アモキサン（25）6T/3×毎食後
2．レキソタン（1）3T/3×毎食後
3．リーマス（100）3T/3×毎食後
4．ルボックス（25）3T/3×毎食後
5．ガスモチン（5）3T/3×毎食後
6．パキシル（20）2T/2×朝夕食後
7．ナウゼリン（10）2T/2×朝夕食後
8．ハルシオン（0.25）2T/1×就寝前
9．メトリジン（2）3T/3×毎食後
10．エホチール（5）3T/3×毎食後
各 14 日分

しかしそれも最初の半年だけで，病気の治りが悪いとなると，処方意図の不明な多剤投与になってしまった．実に 10 剤併用である．

症例 3：転院後 3 年の時点での処方

Rp）1．アモキサン（25）3T/3×毎食後
2．レキソタン（1）3T/3×毎食後
3．デパケン（200）3T/3×毎食後
4．パキシル（20）2T/2×朝夕食後
5．エバミール（1）1T/1×就寝前
6．エビリファイ（3）1T/1×就寝前
7．加味帰脾湯（2.5）3p/3×毎食前
各 14 日分
経過中，この他，リフレックス，テシプール，トリプタノールなどを併用することもあった．

転院後 3 年目の時点での処方には違和感を感じない精神科医も少なくないかもしれない．しかし，患者は向精神薬の副作用と思われる，日中の強い眠気とだるさを訴えていた．主治医と交渉したが，処方内容にさほどの変化はなく，筆者の外来に転院した．

症例 3：現在の処方（再転院後 1 年 9 ヵ月，初発より約 8 年経過）

Rp）1．レンドルミンD（0.25）1T/1×就寝前
2．サインバルタ（20）3cap/1×朝食後
3．テトラミド（30）1T/1×就寝前
4．テトラミド（10）2T/1×就寝前
各14日分

筆者はこの患者の処方を，いったん睡眠薬1種類以外は漸減中止し，3ヵ月ほど置いたところで，sertralineを投与開始し，最大量まで漸増した．効果が不十分だったため，mirtazapineを追加したところ眠気が強く継続できず．sertralineをduloxetineにスイッチしたが，なおも効果は不十分であり，mianserineを追加している．現在の症状はmianserineの副作用である眠気と現疾患の抑うつ気分があり，昼夜逆転の生活である（再三にわたる生活指導でも改善しない）．

4）症例4

診断4：大うつ病性障害，反復性，軽症

- 30代男性の会社員で，10年前に抑うつ状態となり大学病院の精神科で3ヵ月間治療を受けた．1年前に再発し，5ヵ月前より近医精神科に通院していた．
- 10代からしばしば軽躁状態を呈していた．10代後半に違法薬物乱用があり，両手指振戦が持続していた．
- 抑うつ状態の改善に乏しかったため，会社の役員の勧めで，筆者の外来を受診した．

このケースはあまりに多剤投与がひどく，また治りが悪いというので，勤務先の会社の社長からしっかりとした病院で診てもらえと命じられて受診したものである．

症例4：前医の処方（筆者外来受診時）

Rp）1．抑肝散　2.5 g/1×就寝前
2．アモキサン（25）1T/1×就寝前
3．ネルボン（10）1T/1×就寝前
4．エリミン（5）1T/1×就寝前
5．ランドセン（1）1T/1×就寝前
6．レキソタン（5）1T/1×就寝前
7．マイスリー（10）1T/1×就寝前
8．アルマール（5）1T/1×朝食後
9．アーテン（2）2T/2×朝夕食後
各19日分

症例4：その2週間前の処方

Rp）1．ネルボン（10）1T/1×就寝前
2．エリミン（5）1T/1×就寝前
3．エチカーム（1）3T/1×就寝前
4．レキソタン（5）1T/1×就寝前
5．レンドルミン（0.25）1T/1×就寝前
6．アルマール（5）1T/1×朝食後
7．アテレック（10）2T/2×朝夕食後
8．リスパダール（3）1T/1×就寝前
9．サインバルタ（30）2T/1×就寝前
各18日分

このように前医の処方を患者持参の「お薬手帳」で確認すると，受診のたびに，大きく処方が変わっていた．

5）症例5

診断5：大うつ病性障害，反復性，中等症

- 40代男性の会社員で10ヵ月前より意欲減退，抑うつ気分，不眠，不安（他人の前で何か醜態をさらすのではないかと思うと動悸がする）がみられていた．
- 6ヵ月前に精神科を受診し，休業となった．
- 今回，復職希望で産業医面談となった．
- 7年前にうつ病の既往あり（薬物療法で3ヵ月で改善）．
- 産業医面談の時点では，午前中は意欲が出ず，日中もほぼ寝たきりの状態であった．ただし，主治医は「寛解状態」と言っている由．

このケースは，復職希望ということで，産業医面談となったが，日中もほぼ寝たきりの状態であり，復職どころの話ではなかった．

症例5：処方

Rp）1．リスパダール（1）2T/2×朝食後・就

寝前
2．レキソタン（2）2T/2×朝食後・就寝前
3．トレドミン（25）2T/2×朝食後・就寝前
4．パキシル（10）2T/1×就寝前
5．ハルシオン（0.25）1T/1×就寝前
6．デジレル（25）1T/1×就寝前
各14日分
1．リスパダール液2mL，レキソタン（2）1T　不安時頓用

これが産業医面談のときの処方である．この処方に違和感を持たない精神科医も少なくないかもしれない．確かにこれは抗うつ薬を切り替えていくときにはありうる処方ではある．それでもrisperidoneの使用は適応外処方であり疑問である．

6）症例6

診断6：広場恐怖を伴うパニック障害

・50代男性，不眠，めまい，嘔気，動悸，「自律神経緊張症（診断書の原文ママ）」，高血圧，不眠症にて4年間休業していた．復職判定にて産業医面談となった．
・今回の休職期間中の主訴は，朝にくしゃみ，鼻汁が出たときのみに生じるめまいのみで精神症状ははっきりしない．
・15年前にも自律神経失調症にて4年間の休業の既往．
・電車の中で調子が悪くなるため，長期間の休職となっていた．

パニック障害を思わせる「電車の中で調子が悪くなる」というエピソードで，4年間休業している．休業中は電車を回避しており，ほとんど症状らしい症状はなかった．

症例6：処方

Rp）1．パキシル（20）1T/1×就寝前
2．パキシル（10）1T/1×就寝前
3．ハルシオン（0.25）2T/1×就寝前
4．ユーロジン（2）1T/1×就寝前
5．デパス（0.5）2T/2×朝夕食後
6．プレミネント配合錠1T/1×朝食後
7．ユリノーム（50）1T/1×朝食後
8．ウラリット1T/1×朝食後
9．テノーミン（25）1T/1×朝食後
10．オノン（112.5）4T/2×朝食後・就寝前
11．アレロックOD（5）2T/2×朝食後・就寝前
12．ムコソルバンL（45）1c/1×就寝前
13．ガスターD（10）1T//1×就寝前
各14日分
14．パタノール点眼（0.1％）
15．トーク点鼻（0.118％）
16．インテバン軟膏1％
17．アドフィードパップ

1人の医師がこれだけの多剤投与を1人の患者に対して行っている．こういう処方も，産業精神保健の現場では，しばしば目にする．

7）症例7

診断7：適応障害（不安と抑うつ気分の混合を伴うもの）

・50代女性で，12年前に結婚し，夫の両親と同居することになったが，折り合いが悪く，抑うつ状態をきたし，近医受診．うつ病として1年間治療を受けたが改善せず，近くの精神科病院に転院した．
・その後，不安発作が頻繁に生じ，ついには入院に至った．
・入院後，統合失調症と診断されたが，統合失調症の症状が存在しないのではないかと思い，セカンドオピニオン目的で筆者の外来を受診した．
・礼容は整っており，思路に乱れもない．幻聴は否定している．

症例 7：処方

1．リスパダール（1）3T/3×毎食後
2．タスモリン（1）3T/3×毎食後
3．セディール（5）6T/3×毎食後
4．ワイパックス（0.5）6T/3×毎食後
5．バレリン（200）3T/3×毎食後
6．ローコール（20）1T/1×朝食後
7．ヒベルナ（25）6T/3×毎食後
8．ロドピン（25）3T/3×毎食後
9．リフレックス（15）1T/1×就寝前
各 28 日分
10．セルシン（5）1T 不安時頓用

抗精神病薬，抗不安薬，抗パーキンソン病薬がそれぞれ 2 種類処方されており，さらに抗うつ薬と気分安定薬の処方もある．主治医の苦労の軌跡が見えるような処方だが，それでもこれはよい処方とは言えまい．

Ⅱ．考　　察

1．問題処方の頻度はかなり高い

以上，7 つの症例を取り上げた．症例 2 と 3 は古いケースである．残りの 5 つが最近診たフレッシュなケースである（うつ 4 例が抄録の提出時の 1 週間に診察したもの）．

筆者は現在，週に計 9 単位，外来で内科・精神科（企業での顧問の仕事を含む）の患者を診察している．診ている人数は 1 週間に 100〜115 名程度である．うち初診が 20〜25 名で，内科が精神科より少し多い．精神科系の初診（筆者の内科外来は，表向きは内科外来だが，精神科的診察を期待しての受診もかなり多い上，そもそも内科外来の患者の少なからぬ割合が精神疾患の症状として内科的な愁訴を持つがゆえに内科を受診するものである）を週に 8〜10 名診ているうち（その週は 10 名で，まったく治療を受けていなかったケースは 2 名），4 例がこうした問題ある処方のケースであった．むろん，企業に依頼されて診ているケースが多いので，サンプルとしてはバイアスがかかっている．また，このケースを拾い上げた週は，普段よりも問題のあるケースが多かった．しかし，平均して毎週 1〜3 例，問題のある処方を受けているケースに遭遇している．

さて，こうした問題処方をするのは，「精神科の知識のない内科医」なのだろうか．実はこの 7 つのケースのうち，症例 6 こそ，処方医の専門科目が判然としなかったが，他の 6 名の医師は経歴といい，論文その他といい，れっきとした精神科医であった．

2．多剤投与を問題として認識したとき

筆者自身，10 年ほど前，自分の診ていた境界性パーソナリティ障害の患者が過量服薬し，ある大学病院の集中治療室（ICU）で治療を受け，その退院時の救急医からの紹介状に筆者の多剤投与を戒める言葉が書いてあったのを読んで初めて，多剤投与が問題であると気づいた次第である．それまでは他の医師の多剤投与を見ても，「精神科ではそれが普通なのだ」としか感じていなかったのだ．

しかし，多剤投与が問題であるとわかったものの，多剤投与を避けるための方法がわからなかった．だが，多剤投与が治療の混乱の表れであることに気づいたとたん，活路が開けたのである．

3．日野原重明先生の教え

筆者は「根拠に基づく医療」（evidence-based medicine：EBM）が日本で普及し始めた頃からの EBM 唱導者である．筆者には医学研究者としてのバックボーンがないため，世間的に無名な自分が著書を書いても影響力はないと考え，この 20 年間というもの，名のある原著者の書いた EBM 関連の翻訳書を多数刊行し，EBM の考え方を伝えた．また，社会問題化した医学的な問題に関し，EBM の観点を活かした論文を数多く書くことでも，EBM の普及を図ってきた．そうした活動を通じて日野原重明先生の知遇を得たのだが，日野原先生がしばしば，「治療が混乱したら，処方を全部中止する」とおっしゃっていたのを覚えていて，その教えに従って，治療が混乱してし

表　多剤投与をしないための EBM の教え

- 治療はエンドポイントを意識して行うこと．
- 治療の効果をいつ判定するのかを認識しておくこと．
- 治療が成功しなかった場合の次の手段をあらかじめ考えておくこと．
- 病気の性質を考え，予想される経過と実際の経過とのズレをみていく．
- 治療の効果は人間が想像しているよりもずっと小さいのだから，治療を「する」ことにこだわらない（何もしないのも，治療のうち）．
- どんな治療にも副作用はある．

まった症例の処方を徐々に減らしていき，全部中止してみたのだ．そうしたら，内科疾患の患者だけでなく，精神科の患者も，万策尽きたはずだったのに，みな治ってしまった．むろん，薬を止めただけでは回復しない人も少なくないのだが，いったん薬を減らしてしまってから，新たにシンプルな治療をやり直すと，かなりの程度，治っていく．ただ，これは患者さんにかなりの我慢を強いることにはなった．

「治療が混乱したら，処方を全部中止する」というのが，なぜ EBM の考え方に即しているかと言えば，EBM では治療必要数（number needed to treat：NNT）という治療効果の評価指標があり，何人を治療したらようやく 1 人救えたかを計算するのである．このとき，この数値が 10 を下回るものはほとんどないのである．このことから，EBM を学ぶものは，治療の効果は意外なほど小さなものだという事実を学ぶのである．治療の効果が小さいのが，治療というものの通例であるのだから，治療が混乱したときに治療をいったん中止するのは，理に適った治療戦略なのである．

4．EBM の教え

日野原先生がお教えくださった「治療が混乱したら，処方を全部中止する」以外にも，「EBM の教え」（EBM を勉強していればこそ，深く理解できる考え方）というのは，いくつかあって，多剤投与を防ぐ意味で必要な考え方を思いつくままに並べると，この表のような事柄にまとめることができる．すなわち，治療を治療者のコントロール下に置くには，病気を俯瞰し，戦略的に治療せよということである．

ま と め

労働衛生の現場で，他の精神科医により社員たちに処方されている薬をみると，あまりにも不合理な多剤投与が多すぎる．せっかく薬物療法という治療手段があるのに，これを活かさないのでは，治るはずの病気も治らない．薬物療法に行き詰まり，工夫のあまり多剤投与に陥ってしまったら，薬を徐々に減らしていき，できる限り投薬をいったん全部中止し，それから処方を立て直すとよい．それが混乱した治療から抜け出すための近道である．

我々が処方した薬が患者に乱用されないためにも，多剤投与は避けるべきである．というのも，2011 年にタイ・バンコクにメディカルツーリズム[3]の視察に出かけた際に，タイでは処方薬が向精神薬を含め，ほぼ自由に処方箋なしで購入できるにもかかわらず，過量服薬はほとんどないと聞いたからだ[4]．実は，薬価が高く，過量服薬できるほどの分量の薬剤をなかなか購入できないというのが事の真相だったのだが，それでもこの事実は衝撃であった．すなわち，これは患者に不必要に多量の薬剤を渡せば，それが処方薬乱用の機会を増やすことになってしまうということを傍証するものだったのだ．多剤投与をなくすことこそが，処方薬の過量服薬を防止する最善の方策であると信じている．

文　献

1）齊尾武郎：“壁のない医師”のみた精神科処方．http://www.jspn.or.jp/journal/symposium/jspn106/pdf/ss146-151_bgsdng31.pdf

2）齊尾武郎：処方監査：透明性の高い精神医療に向けて．http://www.jspn.or.jp/journal/symposium/jspn106/pdf/ss124-125_bgsdng36.pdf

3）齊尾武郎，栗原千絵子：アジアの医療に学ぶ（第 8 回）バンコクの精神科病院．医薬経済，2012 年 2 月 1 日号；p.50-52

4）Woodman, J., 斉尾武郎監訳：メディカルツーリ

ズム：国境を超える患者たち．医薬経済社，東京，2008年（原典：Woodman, J.：Patients Beyond Borders；Everybody's Guide to affordable, World-Class Medical Tourism. Healthy Travel Media, NC, 2007）

Do Not Prescribe So Much！
—Psychiatric Medications are Too Often Overprescribed

Takeo SAIO

Fuji Toranomon Health Promotion Center,
K&S Consulting Office for Industrial Mental Health

Background：Today, overdose of psychotropic medications is one of the major social issues in Japan. And the polypharmacy or over medication by Japanese psychiatrists is criticized as one of the main cause of overdose.

Methods：Case series of polyphamacy encountered by a second opinion psychiatrist.

Results：7 cases are presented. In those 7 cases, 4 cases are encountered in the same week. The ratio of abnormal polypharmacy is surprisingly 50%.

Conclusions：Polypharmacy of psychotropic medication is not rare. The criticism of overprescription of Japanese psychiatrists as the cause of overdose is justifiable. When psychiatrists find polypharmacies done themselves, the author recommend to stop almost all medications gradually. Then make a fresh attempt to use simple medication strategy.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：polypharmacy, overdose, psychotropic medications, treatment strategy, second opinion＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

連携する精神医療の構築をめざして
――総合病院精神科が結ぶネットワーク――

コーディネーター　佐藤　茂樹

精神科医療は，入院中心の時代から地域支援中心の時代に移ろうとしている．この動きは欧米では既に達成されているが，わが国ではこれから少しずつ入院に依存した体制が是正されていくものと考えられる．入院中心の体制からの移行は，一病院完結型の精神医療ではなく，他の医療機関，地域資源との連携により達成されるものと考えられる．この場合連携のパートナーは，精神科医療内の精神科病院，精神科診療所だけでなく，一般科クリニック，一般病院，福祉施設，高齢者施設，地域支援に携わる各種の団体，市町村や保健所などの行政機関など多様である．こうした連携のための潜在力を最も秘めた精神科医療機関は総合病院精神科である．総合病院精神科はそもそも一般医療との連携を基盤として成立している．総合病院精神科はこれまで十分に評価されず，低収入，低コスト，低い活動性に喘いでいたが，これからの連携の時代においては総合病院精神科の潜在価値に注目し，もっと総合病院精神科を活用し，精神科医療そのものの地位の向上に役立てたいものである．こうした総合病院精神科の連携力を検証，確認するために本シンポジウムは組まれた．

最初に佐藤が「身体医療との連携」という演題で，総合病院精神科の基盤である身体医療（一般医療）との連携の実態をもとに，精神科医療と一般医療の連携は，①一般医療から精神科医療への紹介，②精神科医療から一般医療への紹介，③一般医療と精神科医療の協働の 3 つのパターンに分けることができ，こうした連携をもとにすれば身体，精神の領域を網羅した滑らかな地域連携システムを構築していくことが可能であると提案した．

次に横浜市立みなと赤十字病院精神科の石束嘉和氏により「当院における精神科診療所との連携」との演題で，総合病院精神科と精神科診療所の連携の実情をお示しいただいた．外来レベルでは，MRI などの検査機器を備えた同院と診療所との間で認知症の診断・治療についての連携がなされており，診療所より紹介されて入院になった例では身体疾患の鑑別が必要な症例や妊娠中など総合病院での対応を必要とするものも少なからずあったと述べている．

2011 年 4 月に 2 つの国立病院機構の合併により誕生した最も新しい総合病院精神科である国立病院機構北海道医療センター精神科の加藤温氏は「身体合併症医療に特化した有床総合病院精神科を立ち上げて――精神科病院との連携――」との演題で，精神科病院からの身体合併症の受け入れに特化した総合病院精神科の立ち上げの状況につ

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　連携する精神医療の構築をめざして――総合病院精神科が結ぶネットワーク――　座長：佐藤　茂樹（成田赤十字病院精神神経科），野口　正行（岡山県精神保健福祉センター）

いて報告を行った後，地域の精神科病院との円滑な連携のためには「顔の見える関係」を超えた「身体合併症医療システム」の導入確立が必要であると説いた．

岡山県精神保健福祉センターの野口正行氏は「病院と地域の連携」という演題で，地域支援の実例を挙げながら，総合病院精神科が地域生活支援を行う場合は，内部完結型支援ではなくネットワーク型支援に親和性があり，こうした支援をもとに地域のサポートネットワークを形成しうる可能性について触れた．

最後に横浜市健康福祉局こころの健康相談センターの白川教人氏は「行政から見た総合病院の有用性――横浜市の精神科救急システムの構築・整備の経験から――」という演題で，横浜市において精神科救急医療体制を総合病院精神科を中心に整備してきた経緯を述べた後，政策医療を担ってくれる総合病院精神科は市民生活の安心を得るためには必要不可欠であり，特に精神科救急，応急入院，身体合併症治療，自殺対策については，総合病院精神科の貢献度が高く有用性が大きいと結んだ．

このシンポジウムが，総合病院精神科の連携に関する潜在的能力の見直しの一助になり，今後の日本の精神科医療が多様な連携をもとに開かれた医療として展開されていくようになることを期待したい．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

身体医療との連携

佐藤　茂樹（成田赤十字病院精神神経科）

総合病院精神科の特性は一般医療（身体医療）との連携において最も発揮される．精神科医療と一般医療の連携は，①一般医療から精神科医療への紹介，②精神科医療から一般医療への紹介，③一般医療と精神科医療の協働の 3 つのパターンに分けることができる．①ではプライマリケア医から精神科医への紹介が主であり，総合病院精神科はその受け皿になることが多い．また，総合病院内のコンサルテーション・リエゾン精神医療もこのパターンの重要な一部である．②では精神科病院から総合病院への身体合併症治療の依頼が挙げられるが，活動性の精神症状が存在する場合は，治療の場として総合病院精神科病棟が選ばれることになる．③では救命救急医療における自殺企図者への対応などが挙げられる．総合病院精神科は身体医療機関だけではなく，あらゆる医療機関および福祉機関との連携が可能であり，こうした連携をもとにすれば身体，精神の領域を網羅した滑らかな地域連携システムを構築していくことが可能となる．

＜**索引用語**：総合病院精神科，一般医療，コンサルテーション・リエゾン精神医療，身体合併症治療，救命救急医療＞

はじめに

総合病院精神科の特性が最も発揮されるのが，一般医療（身体医療）との連携である．当院での状況をもとに現在の総合病院精神科において行われている一般医療との連携についてまとめてみたい．

Ⅰ．一般医療から精神科医療への紹介

1．一般科クリニック，一般病院，院内他科外来からの紹介

我が国においては，プライマリケア医と病院との分業が諸外国ほどには成立していないが，それでも精神科医療においては，うつ病，パニック障害などの精神疾患はまず最初に一般科クリニックを受診することが多いものと思われる．一般開業医は，精神疾患の診断や治療に関しては自信がなく精神科患者をまったく受け付けない人から，地区医師会の学術講演会，勉強会や仲間の精神科医から得た知識で，ある程度診療を進める人まで様々である．実際には，初診の患者に対して診断をつけることができず直ちに精神科に紹介してくるケースから，一旦治療を開始したが思ったように症状が改善しないため，診断および治療の見直しを求めて依頼してくるケース，さらには症状が悪化し入院を依頼してくるケースなどがある．精神科医への紹介は，同じ精神科クリニックや精神科病院へ向けて行われることもあろうが，その地域に総合病院の精神科があれば，総合病院精神科への紹介，依頼が患者を安心させるためにも行われやすいのではないかと思われる．最近の総合病院は病診連携のシステムが発展しており，地域の開業医からの紹介を受けやすい仕組みを整えている所が多いため，こうした紹介，依頼は自然な形式となっている．

次に精神科を持たない一般病院からは同様な外来レベルでの紹介のほか，一般病棟に入院したが，

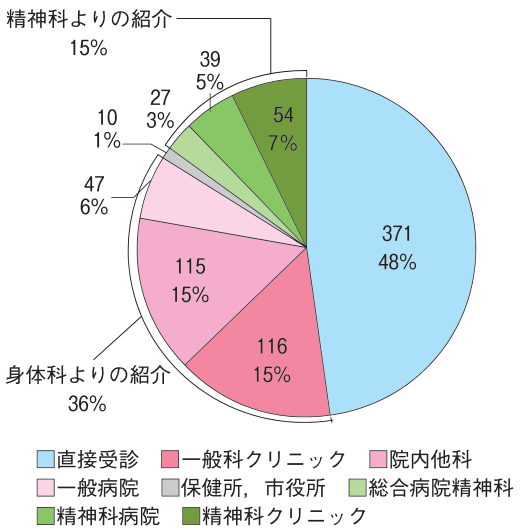


図1　当科外来初診紹介経路（平成22年4月～平成23年3月，n＝779）

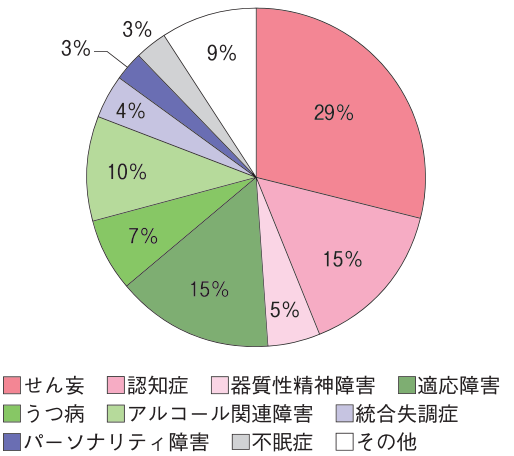


図2　当院一般病棟からの紹介（コンサルテーション・リエゾン）（平成22年4月～平成23年3月，n＝329）

アルコール離脱せん妄やうつ状態などの精神症状が顕在化し，その病院では対処不能になり，転院を依頼されることなどがしばしばある．こうした患者は，治療が必要な身体疾患を保有しており，地域に総合病院精神科があれば，転院先とし選択されることになるが，精神科病院しかない場合には，併存している身体疾患の治療に難渋することになる．

また一般医療からの依頼としては，同じ総合病院の他科外来からの依頼も多い．これは総合病院という特性を発揮するためには必要な依頼であり，逆に精神科から他診療科へという紹介も日常的に行われており，こうした一般科と精神科が患者を紹介し合う関係は1人の患者に対して総合的な医療を提供しようとする総合病院の基本的な機能とも言える．

平成22年4月～平成23年3月の1年間における成田赤十字病院精神科の外来初診患者を紹介者別に分類してみると，直接受診48％，紹介受診52％で，身体科からの紹介は，一般科クリニック15％，院内他科外来15％，一般病院6％で計36％となっており，他精神科からの紹介15％を大きく上回っている．総合病院精神科外来においては身体科からの紹介が大きな比率を占めていることが示されている（図1）．

2．コンサルテーション・リエゾン精神医療

同じ病院の一般病棟からも依頼は頻繁にあり，これはコンサルテーション・リエゾン精神医療と呼ばれており，総合病院精神科の大きな役割の1つである．当院の調査では，コンサルテーション・リエゾンにおける紹介は，精神科診断でみると，せん妄，認知症が最も多く，次いで適応障害，うつ病，アルコール関連精神障害などとなっている（図2）．依頼病棟でみると，救急病棟が最も多く，次いで高齢者が入院している病棟，がん患者が入院している病棟などが多いが，その他ほとんどの病棟から依頼を受けていた（図3）．

II．精神科医療から一般医療への紹介

次に精神科医療から一般医療に紹介される場合であるが，精神科クリニックあるいは精神科病院からの外来レベルでの紹介は，併発した身体疾患の診断，治療の依頼が多いものと思われるが，精

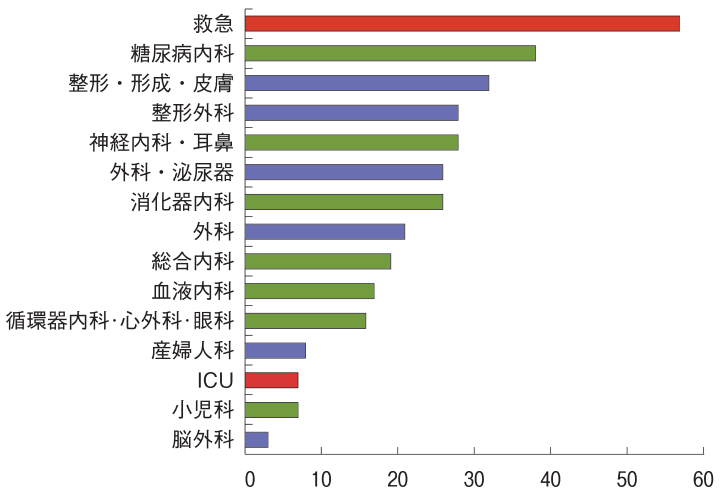


図3　コンサルテーション・リエゾンの依頼病棟
（平成22年4月～平成23年3月，n＝329）

表1　身体合併症のタイプ分類

1．精神疾患が先行	
1）自傷・自殺企図	：急性薬物中毒（→肺炎），農薬中毒，異物嚥下，ガス吸入，切創（前腕，頸部，胸部，腹部），骨折，脊損，熱傷，縊頸
2）拒食・不食	：低栄養状態，脱水症（→腎不全），ビタミン欠乏症
3）事故・異常行動	：外傷，骨折，脳挫傷，硬膜下血腫
4）薬物副作用	：薬疹，顆粒球減少症，肝機能障害，水中毒，悪性症候群
2．身体疾患に続発	
1）症状性・器質性精神疾患	：せん妄（術後，ICU），SLE精神病，脳血管障害後精神障害，甲状腺機能亢進症（低下症）に伴う躁状態（うつ状態）
2）医薬原性精神疾患	：インターフェロンうつ病（精神病），ステロイド精神病
3）疾病告知後の精神的反応	：うつ状態（適応障害，うつ病）
3．精神疾患と身体疾患の偶発的合併	
主に慢性精神疾患に合併	：悪性腫瘍，消化管出血，眼科疾患，妊娠・出産など

神疾患と思われたものが実際には身体疾患の疑いがあるようなケースも含まれている．入院，転院レベルでの紹介は身体合併症治療の依頼が最も多いと思われる．身体合併症の治療の場は，主たる治療対象が身体疾患であるから一般病棟で治療するのがベストであるが，一般病棟では対応困難な精神症状が存在している場合には総合病院の精神科病棟が選ばれることになる．

ここで身体合併症について改めて考察してみると，我々の経験からは身体合併症は表1のように，精神疾患と身体疾患の因果関係に基づいて3つのタイプに分類される．1のタイプは精神疾患によって身体疾患が引き起こされたもので，自殺企図や薬物副作用などが含まれる．この場合には身体症状の背景に急性期の精神症状が存在していることが多く，急性の身体疾患と急性の精神疾患の同時的な治療が必要となる．2のタイプの身体合併症は身体疾患が先行しているタイプで，これには

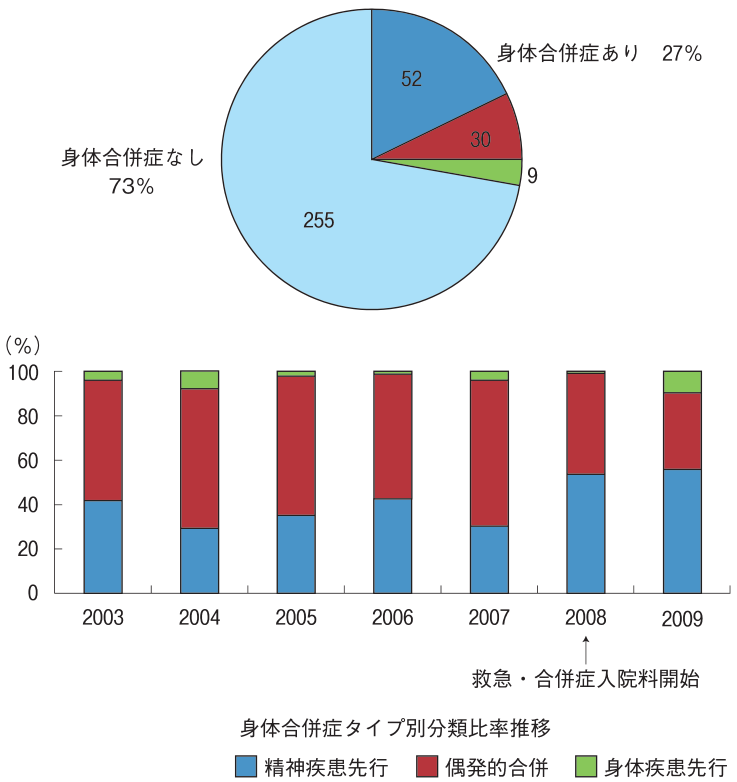


図 4　成田赤十字病院精神神経科における身体合併症診療（平成 21 年，n＝346）

症状器質性の精神疾患，医薬原性の精神疾患，がんなどの疾病告知後の精神的反応が含まれ，いずれもかなり専門的治療を要する身体疾患に続発することが多く，身体疾患，精神疾患を同時に治療できる精神科を有する総合病院でなくては対応困難である．3 のタイプの精神疾患と身体疾患の偶発的合併は，両者に因果関係がないものであり，精神科病院から依頼される身体合併症の多くがここに含まれる．精神症状が活動性でなければ一般病棟で治療されることもあるが，幻覚妄想が顕在化していたり，病棟内を徘徊する，大きな声を出すなど一般病棟に適応できない状態であれば精神病棟で治療されることになる．

図 4 に当科において対応した身体合併症のタイプ分類の最近の推移を示してある．2008 年の精神科救急・合併症病棟の認可以降，タイプ 1 が増加していることがわかるが，タイプ 3 も一定の割合で存在していることがわかる．

Ⅲ．一般医療と精神科医療の協働

最後に一般医療と精神科医療が協働する場面としては，救命救急医療における自殺企図者への対応，緩和医療などが存在する．わが国では年間 3 万人を超える自殺者が続いており喫緊の社会的課題となっているが，自殺企図者の多くは救命救急センターに搬送されるものと思われる．救命救急センターでは，主に救急医が中心になり，過量服薬，服毒，切創，縊頸など種々の自殺企図によってもたらされた病態に対応するが，せっかく彼らの努力により救命し得ても，背景となる精神疾患に対する治療が行われなければ，また同じことが行われてしまう可能性がある．そこで，自殺企図

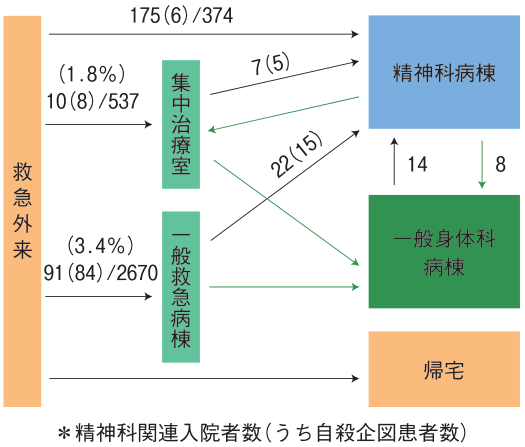


図5　当院における救急患者の入院経路（平成20年）

表2　総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した救急受け入れに関する実態調査（平成20年12月16日～12月22日）

受入れ照会が4回以上となるケース（救急搬送困難例）		
薬物中毒	50.0％	（実数　29）
未受診妊婦	50.0％	（実数　2）
透析中	38.9％	（実数　7）
急性アルコール中毒	38.2％	（実数 135）
精神疾患の患者	36.1％	（実数　56）
認知症	18.5％	（実数　21）
平均	8.3％	

傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書（平成21年10月）

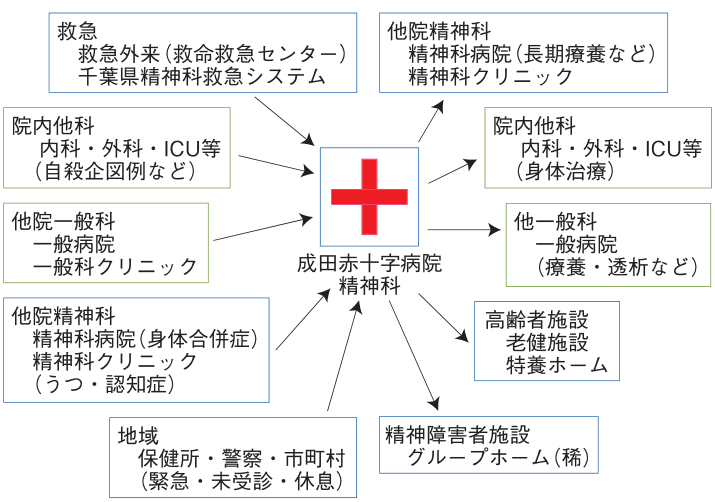


図6　当科の連携状況

者に対しては，救急医と精神科医の連携，連動が必要となってくる．

当院における自殺企図者を含む精神科関連の救急患者への対応について示す（図5）．救急外来に搬送された自殺企図者を含む精神科関連の救急患者は，身体症状が軽微であれば精神科医が直接診察し，必要があれば直接精神科病棟に入院となる．過量服薬，自傷などにより身体症状優位で救命処置が優先されるような身体状態であれば，救急病棟に一旦入院し，身体状況が回復した後で精神科医が改めて診察をし，帰宅または精神科病棟への転棟という対応がなされる．すなわち，総合病院に精神科病棟があれば，精神科医と救急医を含む身体科医師が適切に協働することができ，自殺企図者を含む精神科関連の救急患者に対してもシームレスに対応することができる．

総務省消防庁が東京消防庁管内で実施した救急受け入れに関する実態調査[2]（表2）によれば受

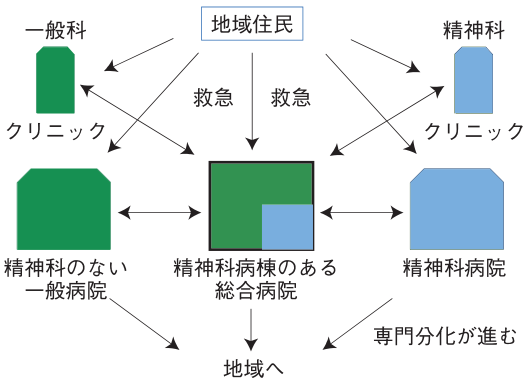


図 7　総合病院精神科病棟のある地域連携の姿

け入れ照会が 4 回以上となるような搬送困難事例のうち，薬物中毒，急性アルコール中毒，精神疾患の患者，認知症といった精神科関連の患者が多くを占めていた．このことは，多くの救命救急センターにおいて，身体科医師と精神科医の協働がなされていないということの証左であり，救命救急センターを有する病院への精神科病棟の設置が望まれる．

Ⅳ．総合病院精神科における連携について

精神科医療と一般医療の連携の悪さが指摘されているが，それはこれまで，精神科医療が入院（収容）中心で，原則として精神科患者の地域での生活を前提としてこなかったことに起因している．精神科医療と一般医療の連携を円滑にするためには，総合病院精神科の有用性を評価し，適切に配置，設置していくことが必要である．総合病院精神科は身体医療機関だけではなく，あらゆる医療機関福祉機関との連携が可能である．図 6 に当科が実際に連携している医療機関，福祉施設を挙げた．こうした連携を基にすれば図 7 のような身体，精神の領域を網羅した滑らかな地域連携システムを構築していくことが可能となる[1]．

文　献

1）佐藤茂樹：総合病院における精神科救急・合併症病棟の実践よりコミュニティ精神医療を展望する．日本社会精神医学雑誌，21；103-110, 2012

2）傷病者の搬送及び受入れの実施基準等に関する検討会報告書．p. 11-12, 2009

Cooperation with General Medicine

Shigeki SATO

Department of Psychiatry, Japanese Red Cross Narita Hospital

The characteristic of general hospital psychiatry is most demonstrated in cooperation with general medicine (physical medicine). We can divide cooperation of psychiatry and general medicine into three patterns. 1) Introduction from general medicine to psychiatry, mainly from primary care doctors to psychiatrists, including consultation-liaison psychiatry in general hospital. 2) Introduction from psychiatry to general medicine, mainly from psychiatric hospitals to general hospitals for treatment of physical comorbidity. Psychiatric wards of general hospitals will be chosen if the physical comorbidities were accompanied by active psychiatric symptoms. 3) Collaboration of general medicine and psychiatry, like correspondence to suicide attempts in emergency care. We could make good cooperation not only with medical institutions but also with welfare facilities through general hospital psychiatry, and we can make smooth physical and psychiatric network in the community.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: general hospital psychiatry, general medicine, consultation-liaison psychiatry, physical comorbidity, emergency care＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

当院における精神科診療所との連携

石束　嘉和（横浜市立みなと赤十字病院精神科）

当院は横浜市中区にある 634 床の総合病院であり，50 床の精神科閉鎖病棟を有している．精神科医師数は 7 名でうち精神保健指定医 4 名（2011 年 12 月現在）．2010 年の精神科病棟新規入院数は 316 人．

外来患者の連携について：外来レベルの連携で多いのは認知症に関連する連携である．MRI などの検査機器を備えた当院と診療所との間で認知症の診断・治療についての連携を行っている．診療所で認知症が疑われた場合に当院に紹介になり，詳しい心理検査と MRI などの画像検査（VSRAD を含む）を行う．診断がつき治療方針が決定するとそれを診療所にお戻ししてその後の患者フォローは診療所にお願いする．当院では数ヵ月～半年ごとに経過観察を行う．

入院患者の連携について：2010 年の入院のうち診療所からの依頼による入院は 53 人．この中には身体疾患を持っていて単科精神科病院での対応困難事例があった．総合病院精神科の利点として mECT が行えるという点があるが，上記入院のうちで結果として入院後当院判断で ECT を施行した例はあったものの，紹介当初から ECT 目的での入院依頼は 1 人しかなかった．

当院から診療所への紹介について：診療所から紹介された入院患者は退院後は原則として元の診療所にお戻りいただく．当院が初診の場合は患者・家族との相談の上，適当な診療所を紹介することが多い．

＜索引用語：総合病院，精神科診療所，連携，電気けいれん療法，身体合併症＞

はじめに

当院は神奈川県の東部，横浜市中区にある 634 床の総合病院であり，50 床の精神科閉鎖病棟を有している．2005 年 4 月に一般病床 584 床で開院し，その後 2007 年 4 月に精神科病床 50 床を開床した．精神科医師数は 7 名でうち精神保健指定医 4 名（2011 年 12 月現在）．2010 年の精神科病棟新規入院数は 316 人だった．当院は精神科病院から身体合併症のための転院が多く，上記のうちの 79 人がそれであるが病院との連携は今回のテーマではないのでこの件は割愛する．

当院自体が診療所との連携を強化している関係で，精神科も診療所との連携を積極的に行っている．

Ⅰ．新患患者の紹介別内訳

図 1 に見るように，当院当科の新患患者のうち，過半数は紹介のない患者である．診療所からの紹介は紹介患者の 3 分の 2，病院（主に単科精神科病院）からの紹介が紹介患者の 3 分の 1 となる．病院からの紹介では身体合併症を有するものがほとんどであり，当院が総合病院であることを紹介の大きな理由としていた．その一方，診療所からの紹介では必ずしも総合病院でなければならない症例はそれほど多くない．紹介理由は必ずしも明らかでないが，単科精神科病院への紹介でもかまわないと思われる症例が少なからずある．

Ⅱ．外来での連携について

外来レベルの連携で多いのは認知症に関連する

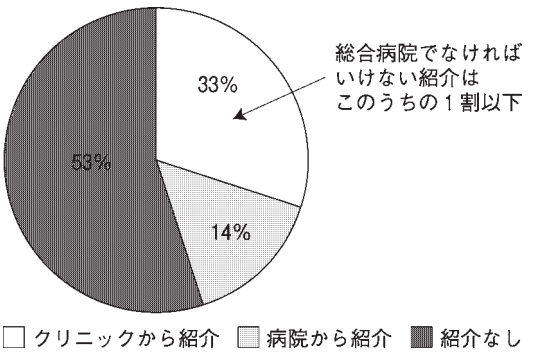


図１　新患患者の中の紹介の内訳

連携である．MRI などの検査機器を備えた当院と診療所との間で認知症の診断・治療についての連携を行っている．診療所（精神科に限らない）で認知症が疑われた場合に当院に紹介になり，詳しい心理検査と MRI などの画像検査（VSRAD を含む）を行う．診断がつき治療方針が決定するとそれを診療所にお戻ししてその後の患者フォローは診療所にお願いする．当院では数ヵ月〜半年毎に経過観察を行う．

Ⅲ．症 例 1

女性，80 歳．

かかりつけ内科医より紹介．紹介状の内容は「高血圧・高コレステロール・動脈硬化で診ている方です．最近家族に認知症ではないかと指摘されるとのことです．よく忘れる，トンチンカンな答えをするとのことです．専門外来受診をお薦めしました」とのことであった．

8 人同胞第 4 子．専門学校卒業後就職．19 歳で結婚して挙児 2 名．現在，夫・娘と 3 人家族．X−1 年前半に自分がどこにいるのかわからない様子が見られた．X−1 年秋頃，娘がどこかへ行ってしまったと事実と異なることを言った．X 年 2 月頃，自宅にいるのに実家にいるような言動が見られた．またこの頃より鍋を焦がすことが多くなったり，家の中で物の置き場所がわからなくなる，台所道具の位置がわからなくなるなどの症状が出現した．このために，X 年 6 月 1 日当科物忘れ外来を初診した．認知症スケールでは，MMSE 23/30，HDS-R 16/30．

COGNISTAT では，見当識・構成・記憶重度障害，計算軽度障害だった．JART では 92 と本来の知能程度はほぼ平均レベルだった．

同時に施行した MRI にて海馬が中等度に萎縮．その他全体に萎縮を認めた．アルツハイマー病早期診断支援システムの VSRAD 2.80（萎縮がかなり認められる）．

臨床経過や諸検査を総合してアルツハイマー型認知症と診断し本人・家族に告知した．

抗認知症薬の説明を行ったところ，家族と本人がガランタミンの内服を希望した．6 月 15 日ガランタミン 8 mg 開始．7 月 13 日特に問題なく 16 mg に増量．7 月 27 日特に問題なく 16 mg 継続した．8 月 10 日には本人言うには「大きな変わりないがよくなったような気がする．今までは 1 つのことばかり考えていたのに，次のことも考えられるようになった．余裕が出てきたように感じる」．また家族によると「以前は日にちがわからなかったが，最近はカレンダーを見てわかるようになった．受診するのが明日の 16 日だから今日はその前だから 15 日だなとか．やる気が出てきた」とのことだった．9 月 7 日本人は「だいぶよくなったようです．自分自身で思う．過去のことをどんどん思い出す」と言い，家族によると「やる気が出てきた．ここに来る前は『まあ，いいか』というのが自分でやるようになった．シャキーンとなった」とのことだった．状態は安定しており，かかりつけ内科医院へ逆紹介し，当院では数ヵ月〜半年ごとの経過観察受診とした．

Ⅳ．病棟での連携について

2010 年の入院のうち診療所からの依頼による入院は 53 人．この中には身体疾患を持っていて単科精神科病院での対応困難事例があった．具体例については以下に症例を呈示する．特に身体疾患がなくても，単科精神科病院に抵抗を示すような人については，総合病院の方が敷居が低いという理由にて当院で受け入れることもある．総合病

院精神科の利点としてmECTが行えるという点があるが，上記入院のうちで結果として入院後当院判断でmECTを施行した例はあったものの，紹介当初からmECT目的での入院依頼は1人しかなかった．

V．症例2

女性，39歳

A県にて出生．同胞2人第2子．発達の異常を指摘されたことはない．親の転勤で各地を転々とし，13歳頃からA県にて生育．専門学校を卒業後，職を転々．X年に入ってからは職についていないが，X年Y月より新しい職場に勤務する予定だった．

家族歴：特記すべきことなし．

病前性格：のんき，大雑把（本人），気をつかう（母）．

生活史・現病歴：16歳の頃，ちょっとしたきっかけで「気が狂いそう」になり，呼吸が激しくなって自分が誰だかわからなくなり落ち着かなくなった．B病院精神科を受診して神経症圏と言われ薬物治療を受けた．その後動悸や息切れはなくなったが，読書すると「気が狂いそう」で読書を一切しなくなった．

X−11年，Cメンタルクリニックに転院して現在まで通院．

X年Y−1月，友人宅に泊まり，朝目覚めると，呂律が回らず，言葉がスラスラと出て来ず，身体が思うように動かず，手足にしびれがあったために，自ら救急要請して救急病院に搬送された．しかし，精神症状と判断され諸検査は行われなかった．しばらくすると自然に上記症状は回復したので帰宅した．

しかし翌日再び同様の症状が出現．Cメンタルクリニックを受診した．C医師は昏迷を疑ったが「脳梗塞も否定できない」とのことで，総合病院の当科に紹介となった．

初診時，無表情でボーッと一点を見つめたり，上体が後方に傾いたりするがその都度元に戻り，持続はしなかった．途切れ途切れに話すことがほとんどだが，特に診察者に見られていない時には滑らかに話すことができた．希死念慮は否定し，自傷・自殺企図歴も否定した本人が入院を希望するために，短期間の休息と器質因の評価を目的に入院とした．入院後の検査では，頭部MRIでは異常所見を認めず，脳梗塞などの頭蓋内病変は否定された．入院第8病日には前記の身体症状も消失し会話もスムーズになった．

その後の面談で，就職試験に受かりY月から勤務予定となっており，これまで退職を繰り返した経験から不安が強まっていたことがわかった．以上より，解離性障害と診断して第10病日に退院し元のCメンタルクリニックに戻った．

VI．症例3

女性，34歳．当院初診時妊娠9ヵ月．

同胞3人第2子．高校時代に拒食症になり入学した高校を退学．その後通信制高校を卒業．卒業後事務職．X−6年に結婚して4歳児がいる．前回の妊娠では全期間を通じて特に精神的に問題となることはなかった．X−1年にそれまでなんでも相談してきた母を事故で亡くした．X年9月頃から過去の自分の言動を自責的にとらえるようになり，家族に謝罪を繰り返すようになった．10月になり上記症状が増悪し，毎日のように過去の自分の言動を夫や子供に謝罪するようになった．そして，いっそ自分がいなくなればいいと希死念慮も出現するようになった．10月16日にAメンタルクリニックを初診するも妊娠中であることを理由に投薬や治療継続を断られた．10月17日Bメンタルクリニックを初診．希死念慮・罪業妄想があり妊婦であるとのことで当院を紹介された．10月18日上記からの診療情報提供書を持参して当科を予約外初診．

診察の結果，罪業妄想と希死念慮が強いうつ病と診断して即日医療保護入院となった．入院時HAM-D 29点だった．ミルタザピン15 mg，ゾルピデム5 mgの処方で様子をみたが目立った改善はなかった．11月8日当院産科にて帝王切開にて第2子出産．すみやかにミルタザピンを15

→ 30 → 45 mg と増量した．クエチアピン 300 mg も焦燥感に対して追加した．しかし，依然として希死念慮が強いことから，早期の改善を目指して 11 月 15 日から mECT を開始した．11 月 25 日頃から笑顔も見られるようになった．11 月末で HAM-D が 1 点となった．このため，ECT は 12 月 3 日の 9 回で終了とした．その後悪化することなく外泊もでき，12 月 16 日退院となった．退院後，12 月 21 日，28 日，X＋1 年 1 月 4 日，11 日と外来受診．残念ながら，再び，過去の出来事を否定的にとらえて悔やむという症状が徐々に再現しつつあった．薬物の増量や変薬を提案したが，患者本人が薬物療法に抵抗があり，相談した結果患者が認知行動療法を希望した．1 月 26 日受診時に認知行動療法を行っている C 精神科クリニック宛に診療情報提供書を発行して，当院は終診となった．

Ⅶ．症 例 4

男性，57 歳．

A 県にて出生・生育．同胞 2 人第 2 子．専門学校を卒業して就職．27 歳頃に統合失調症発病．30 歳頃に結婚して 1 子をもうけるも，本病のために 35 歳頃に離婚して仕事も辞めた．以後無職．母と同居していたが，X－2 年に母が老人ホームに入所して以後単身生活となった．

家族歴：特記すべきことなし．

病前性格：真面目，友人は多かった．

X－30 年，幻覚妄想状態となり発病．同年 B 病院精神科受診．X－27 年，C 病院入院．同年 D 病院入院．X－24 年，E 病院入院．X－12 年，嘔吐を繰り返しイレウスを疑われて B 病院内科に入院．入院中，幻聴に支配され飛び降り自殺を図り，精神科病棟に移され退院．退院後 F クリニックを初診．同年 G 病院入院．X－9 年 H 病院入院．X－8 年，糖尿病，水中毒により B 病院入院．B 病院退院後は F クリニックに戻り，以後順調に経過し，通院・服薬は自発的だった．外出もして友人と会うなどしていた．

X－2 年，母が老人ホームに入所して単身生活となってから徐々に生活が乱れ，通院・服薬が不規則となった．X－1 年より治療を中断し，往診と訪問看護は継続された．数ヵ月ごとに内服薬を渡されたが，少量しか服用していなかったらしい．X 年，幻聴に左右され大声を出し近隣から苦情がくるようになった．体重減少を認め，糖尿病の悪化も懸念された．そのために，F クリニックより総合病院である当院当科を紹介となった．母の同意にて医療保護入院となった．

入院時の空腹時血糖 130 mg/dL，HbA1c 9.2．

「悪意を持った複数の人間の会話が聞こえる」「キジュウという名前で音楽や物書きをしている」と言い，対話性・注釈性の幻聴や妄想が見られた．大声をあげたりスタッフを威嚇するなど精神運動興奮や易怒性が目立つために当初は保護室に隔離を要した．ハロペリドール点滴→リスペリドン内服にて徐々に穏やかになり，幻聴・妄想が軽減して大部屋で過ごせるようになった．病識は不十分で単身生活に戻ると治療中断のリスクが高く，薬物療法と心理教育を継続しながら退院後の処遇を検討する必要があると思われた．入院時より内科を併診し血糖コントロールはついた．このため，精神科病院でも身体面のフォローは可能と判断され，入院 31 病日にて H 病院（単科精神科病院）に転院となった．

以上に呈示したように，診療所からの紹介による入院の典型例は身体疾患がらみの症例である．しかし全体としてみると，最初に述べたように診療所からは特に総合病院でなくてもかまわない症例も紹介されてくるのが実情である．総合病院精神科病棟の方が単科精神科病院よりも敷居が低いという実態も背景にあるのかもしれない．

Ⅷ．当院から診療所への紹介について

診療所からの紹介入院は退院後は原則として元の診療所に戻ることになっている．当院が初診の場合は患者・家族との相談の上，自宅から近いなどの適当な診療所を紹介することが多い．

ま と め

当院の診療所との連携について簡単に紹介した．診療所からの紹介は新患患者全体の３分の１程度であり，その多くは必ずしも総合病院でなくてはならないというものでもなかった．しかし，紹介されて入院になった例では身体疾患の鑑別が必要な症例や妊娠中など総合病院での対応を必要とするものも少なからずあった．そのような症例を呈示した．当初からECTを目的とした紹介は少なかったが，入院して必要に迫られてmECTを導入した例もあり，結果として当院に紹介されて良かったと思われる症例もあった．今後総合病院の利点を生かして診療所との連携を強めていきたい．

Cooperation between Our Hospital and a Psychiatric Clinic

Yoshikazu ISHIZUKA

Yokohama Minato Red Cross Hospital

Our general hospital located in Naka-ku, Yokohama City, Japan accommodates 634 beds in total and has a closed psychiatric ward accommodating 50 beds. There were seven psychiatrists including four designated psychiatrists (as of December 2011). There were 316 new patients admitted to the psychiatric ward in 2010. With regard to outpatients, cooperation as to dementia is frequently recognized at the outpatient clinic. Clinics and our hospital equipped with examination modalities such as MRI work together for diagnosis and treatment of dementia. When dementia is suspected, patients are referred to our hospital and detailed psychological tests and imaging examinations such as MRI (including VSRAD) are carried out. When diagnosis and treatment strategies are determined, such information is sent back to the clinic and the patient will be followed-up at the clinic. Patients are periodically followed-up at our hospital every few months to half a year. With regard to inpatients, 53 patients were referred from clinics and admitted to our hospital in 2010. Some of them had somatic disease and they were difficult to treat in a hospital with a single psychiatric department. As the advantage of the psychiatric department in a general hospital, mECT can be carried out. Although some patients consequently underwent ECT at the discretion of the psychiatrist in charge in our hospital, only one patient was referred and admitted to the hospital for undergoing ECT from the first. With regard to the referral of patients from our hospital to a clinic, patients referred from a clinic and admitted to our hospital are, in principle, returned to the original clinic after discharge. When patients visit our hospital from the first without a referral, patients are often referred to an appropriate clinic after discussion with patients and their family.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: general hospital, psychiatric clinic, cooperation, ECT, physical complication＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

身体合併症医療に特化した有床総合病院精神科を立ち上げて
――精神科病院との連携――

加藤　温（国立病院機構北海道医療センター精神科，現　国立国際医療研究センター病院総合診療科）

当院は 2011 年 4 月，2 つの国立病院機構の合併により北海道医療センターとして新設された総合病院である．そこに，身体合併症の入院医療に特化した専門病棟が誕生した．入院患者の多くは精神科病院から紹介された患者である．精神科病院との連携を考える場合，身体治療を要する患者をいかに効率よく受け入れていくかが重要なポイントになる．それを実現するためには空床確保が必要である．そのため，入院の対象を急性期の身体疾患に限定し，身体治療が終了した場合には速やかに紹介元の病院に帰院してもらうことを原則としている．一方，当院の精神科以外の科に入院中の患者に精神疾患がみつかり，その後精神科病棟に転棟となり，身体治療終了後も精神科治療を要する場合には，精神科病院に転院や通院を依頼するなどし，相互の連携をとっている．円滑な連携を実現するためには「顔の見える関係」を超えた「身体合併症医療システム」の導入確立が必要である．

＜**索引用語**：身体合併症，総合病院精神科，精神科病院，連携，医療システム＞

はじめに

札幌市は人口約 190 万に及ぶ都市であるが，これまでいわゆる有床の総合病院精神科は，2 つの大学病院（北海道大学病院と札幌医科大学附属病院）にしか存在していなかった．そのため，身体合併症を有する精神疾患患者の受け入れが極めて困難な状況にあり，身体合併症医療を担える有床の総合病院精神科の誕生を期待する声が高まっていた．

そうした背景のもと，札幌市内の 2 つの国立病院機構であった，札幌南病院と西札幌病院が合併し，2010 年 3 月より北海道医療センターとして立ち上がる話が具体化する中で，身体合併症に対応できる病棟を有する総合病院精神科が同院につくられることになり，同年 4 月 1 日より診療を開始した．

以下，当科の立ち上げについて述べていく中で，精神科病院との連携について考えてみたい．当院の試みは，あくまで札幌市における一病院のものであり，これを一般論化できるわけではない．医療の形は，それぞれの地域の事情や特性抜きに語ることはできない．しかしながら一方で，一地域での試みから見えてくる問題点もあろう．そうした観点から論を進めていきたい．

Ⅰ．当院および当科の紹介

1．当院の概要

国立病院機構北海道医療センターは，札幌市西区（旧西札幌病院の敷地）にある病床数 500 床の病院である．神経難病，結核，救急医療，精神医療など他の医療機関では対応しがたい分野を担い，さらに災害拠点病院，エイズ治療拠点病院としての機能も持ち合わせた高度総合医療施設である．診療科は 26 であるが，産科および血液内科はなく，放射線治療にも対応できず，残念ながら全ての身体合併症に対応できるわけではない．

2．当科の概要

病床数は 40 床閉鎖，うち保護室 6 床，個室 18 床（結核に対応できる陰圧設備を有するモデル病床が 2 床，血液透析が施行できる設備のある病室が 2 床）である．なお，精神病棟入院基本料は 2011 年 8 月より 10 対 1 を算定している．

スタッフの内訳は，医師 4 名（うち精神保健指定医 3 名），看護師 17 名（準夜 2 名，深夜 2 名の 3 交代制），精神保健福祉士 1 名（病院として 1 名であるが，実際はほぼ精神科専属），病棟クラーク 1 名である．なお，心理士および精神科作業療法士は置いていない．

3．当科の診療機能

前述の通り，身体合併症の入院医療に特化しているため，以下のような診療体制を敷いている．

1）入院診療

入院の対象は，原則として，急性期の治療を必要とする身体疾患があり，精神科病棟を要する精神疾患患者である．当病棟に入院となった場合は，身体科医と精神科医によるダブル担当医制をとっている．入院の目的は身体治療であるため，第一主治医はあくまで身体科医になってもらい，精神科医は身体治療が滞りなく進むように精神症状のコントロールや，入退院のケースワークを行っている．精神科医が主治医になり，各身体科へコンサルトする形をとると，身体面への対応が遅れたり，身体科医の足が患者から遠のき，精神科医が身体的問題に関わらねばならなくなる状況が生まれ，身体治療の質を保てないおそれがある．また，身体科医にメインの主治医になってもらうことで，彼らの閉鎖病棟に対する心理的抵抗がやわらぎ，当病棟のスタッフと顔を合わせる機会も増え，その後の連携がしやすくなる利点もある．

身体の治療目的で精神科病院から総合病院に転院してきたのに，主治医が精神科医ではおかしな話となる．精神疾患を有する患者であっても，専門医による十分な身体治療ができるような体制づくりが身体合併症医療の根幹である．

2）外来診療

外来については，院内のコンサルテーションリエゾンへの対応を中心とし，一般の精神科の継続診療は原則として行っていない．これは，通常の形で外来を開いてしまうと，診療所でも対応できる患者であふれてしまい，外来に時間がとられ，本来行うべき入院業務へ支障をきたす可能性があるためである．当院のような総合病院でなくても診療可能な患者については，地域の精神科医療機関で対応するなど，役割分担していく形が望ましい．

Ⅱ．札幌市の精神科病院において発生した身体合併症に対する医療の現状と当院の対応

1．札幌市における身体合併症医療の実際（精神科病院ケース）

札幌市の精神科病院において発生した身体合併症に対する医療の現状について触れてみたい．当院ができるまでは，以下の体制であった．

1）平日日中

身体合併症に関する行政を介したシステムは存在しておらず，各精神科病院で発生した身体合併症については，大学病院や近隣の一般病院にその都度依頼する形をとっていた．問題点としては，大学病院は常にほぼ満床状態であること，また一般病院からは精神症状があるために敬遠されがちで，受け入れ先が見つかるまでに時間を要すること，たとえ入院して手術をしてもらったとしても，術後の管理が不十分なまま依頼元の精神科病院に戻されてしまうことなどがあった．依頼する側も心苦しく，される側も精神科的評価と対応が十分にできず，双方にとって大きなストレスを抱える状況があった．

2）夜間休日

精神科救急医療体制整備事業における合併症受入協力病院が定められており，札幌市が属する道央（札幌・後志）ブロックにも，当院が新たに参加するまで 3 病院（救命救急センターを有する札幌市内の公立精神科無床総合病院，札幌市隣接の公立精神科有床総合病院 2 ヶ所）が定められてい

たが，これまで受け入れの実績はゼロの状態であった．これは，対象となるのが，当ブロックの精神科救急輪番体制における当番病院に入院となるも，身体治療が優先されると判断された患者のみに限定されている事情もあるが，実際には身体疾患が絡んでいるケースは，一般病院が個別に対応していたことが推測される[1]．

2．当院における身体合併症医療の実際（精神科病院ケース）

以上のような札幌市の現状に鑑み，当院においては以下のような体制をとることにした．

1）平日日中

これまで同様，行政の介在はなく，精神科病院から直接依頼を受ける体制である．依頼を受けるのは，当科医師，当該科の身体科医，地域医療連携室のいずれかである．どの場合においても，精神科と当該身体科双方で依頼内容について検討し，入院の必要があれば，その時点での精神症状に応じて，精神科病棟か一般病棟で受けるかを決定している．

2）夜間休日

精神科病院において緊急性のある身体合併症が発生した場合には，主に当院の救急科で受け入れ，身体評価や治療を優先した上で，オンコール当番の精神科医が精神症状への対応および入院病棟の判断をする形としている．

Ⅲ．当院における精神科病院との連携

身体合併症に対応することを第一の責務とする当院と精神科病院との連携について考えてみる．

1．精神科病院から当院へ

精神科病院が当院に期待することとしては，当然のことながら身体合併症患者の円滑な受け入れであろう．そのためには，常に当病棟において，いつでも受け入れができるよう病床を確保しておく必要がある．それを実現するためには，在院日数を減らさねばならない．そのため，原則として当病棟への受け入れを急性期の身体治療を必要とする患者に限定している．また，身体治療が終了した場合には，速やかに依頼元の病院へ戻れるようお願いする形をとっている．

また，総合病院が協力できる医療として，修正型電気けいれん療法がある．これまでも数例の依頼があったが，今後も積極的に受け入れていきたいと考えている．

2．当院から精神科病院へ

一方，当院から精神科病院へお願いするケースとしては，救急科などで身体疾患の治療目的で当院に入院となった患者に精神科的問題があり，当科がコンサルテーションで関わり，身体的問題が解決後も精神科の継続治療が必要になった場合に転院を依頼するケース，一般病棟から認知症の周辺症状などで当病棟に転棟となった患者で，身体治療終了後の精神科治療を依頼するケースがある．実際には，急性期の治療の必要がなくても，身体疾患名がついているだけで敬遠されたり，依頼先の精神科病院が満床であることなどから，なかなか円滑には進まない現状がある．

Ⅳ．入院患者の実際

次に当科開設から1年間（2010年4月～2011年3月）の入院患者についてのデータを示す．まずは全入院患者について示し，次に精神科病院からの患者に絞って検討する．

1．開設から1年間の入院患者

2010年4月～2011年3月まで1年間の入院患者は155名（男性89名，女性66名）．うち精神科病院からの患者は99名（64％）である．平均年齢は62歳（15～91歳）．入院形態としては医療保護入院が127名（82％），任意入院が28名（18％）である．この間の平均在院日数は35.8日．精神科身体合併症管理加算の算定は115名（74％）に及ぶ．

また，入院経路と転帰を図1に示した．入院経路に関しては，精神科病院（入院および通院中）から直接転院の患者が半数をこえ，他病棟からの

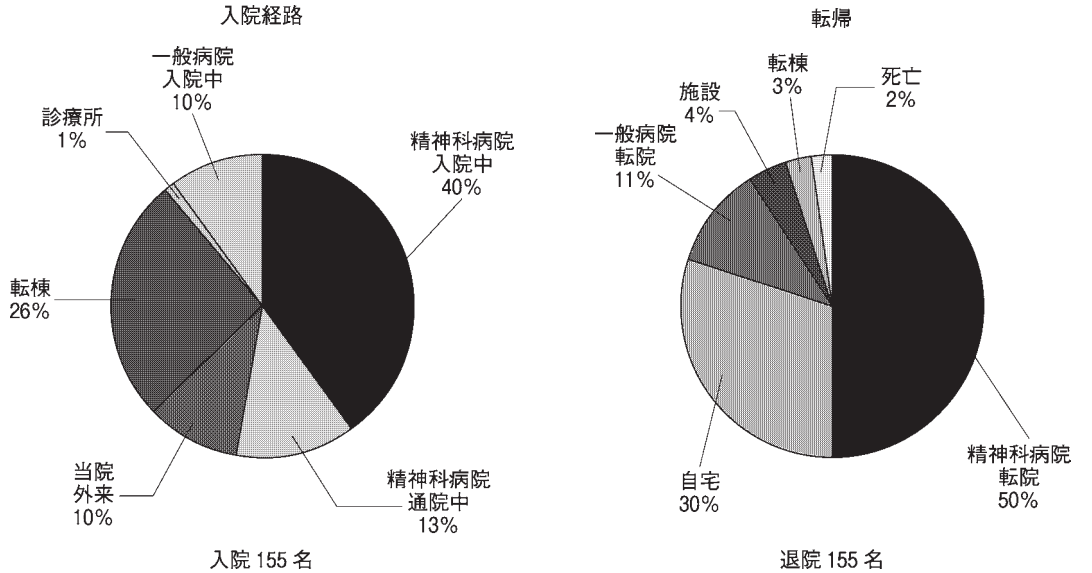


図 1　入院経路と転帰（2010 年 4 月～2011 年 3 月）

転棟が 26 %である．また一般病院からの入院は 10 %であり，身体治療中のせん妄や SLE の精神症状などが含まれる．当院外来からの入院は同じく 10 %であり，主に救急外来に搬送されてきた患者で精神疾患が基盤にある患者である．

2．精神科病院（入院および通院中）からの入院患者

次に精神科病院（入院および通院中）からの入院患者 99 名に絞って検討する．

まずは入院経路と転帰を図 2 に示した．入院経路については，精神科病院からの転入院が 64 %と最も多く，次に精神科病院外来からの入院が続く．身体症状が重いために一般病棟に入院となり，その後身体的に落ち着き，当病棟に転棟してきたケースが 13 %あった．転帰については，精神科病院からの患者は原則として依頼元の病院へ戻しているが，血液透析患者で一般病院へ転院となったケース，認知症症状が中心となり施設入所した患者も存在した．

ICD-10 による精神科診断を図 3 に示した．精神科病院からの患者であるため，当然のことながら F2 が最も多く，F0 が続く結果となった．

身体疾患と依頼科を図 4 に示した．身体疾患としては消化器系，呼吸器系，骨軟部系の順となり，依頼科としては消化器内科，外科，総合診療科の順となった．総合診療科が多いのは，身体的問題を絞りきれないケースを診てもらっている当院事情がある．

Ⅴ．当科立ち上げ後の問題点とその対応

1．入口（入院）における問題点

1）精神保健福祉法上の保護者情報が不明確な場合がある

当病棟に入院となる患者は，当然のことながら精神症状が重いことが多く，医療保護入院となるケースが多い．転院にあたっては，改めて医療保護入院の手続きをするが，その際依頼元からの保護者情報が不明確であり，保護者や扶養義務者になかなか連絡が取れず，迅速な入院の妨げになることが少なくない．現行法が身体合併症での入院を想定しておらず，現場では不都合なことが多いのも事実であるが，現状はこれを遵守しなければならない．転院を依頼する側もされる側も，保護

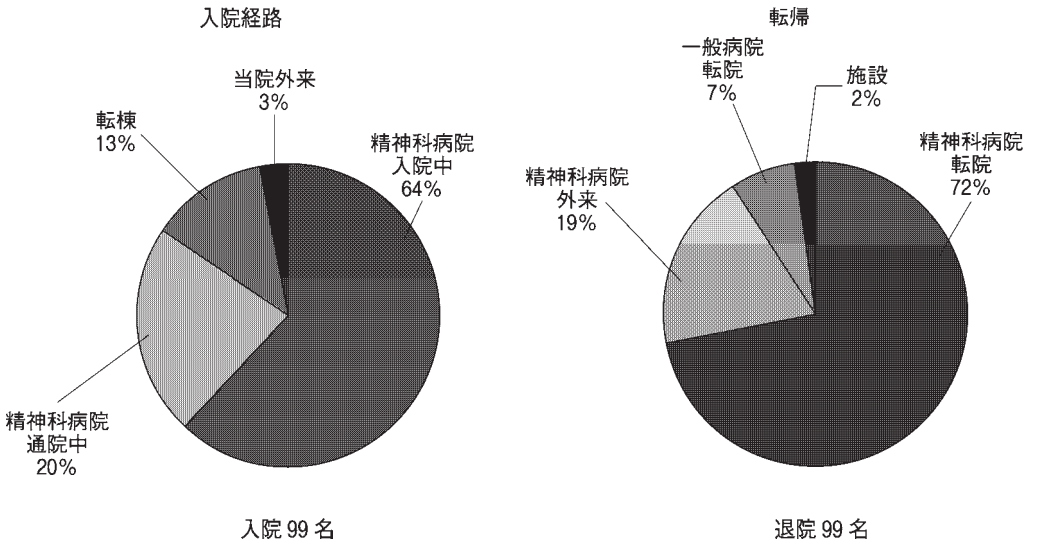


図 2　入院経路と転帰（2010 年 4 月～2011 年 3 月）（精神科病院へ入院および通院中の患者）

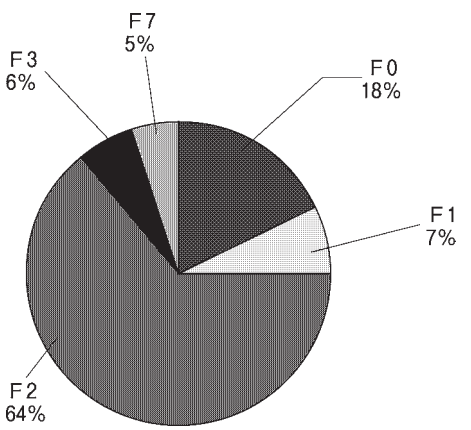


図 3　精神科診断（ICD-10）（2010 年 4 月～2011 年 3 月）（精神科病院へ入院および通院中の患者）

者情報は意識しなければならない問題である．

2）身体状態を十分に把握できない

身体合併症の入院依頼を受けるとき，先方からの情報が十分でなく曖昧で，問題点がわかりにくいことがあり，そのまま身体科に依頼しても「うちの科ではないね…」と身体各科から敬遠されがちで，なかなか受け入れ科を決められないことがある．

3）入院期間が長期化する可能性がある依頼

急性期の身体治療の適応がなく，慢性経過が予測されるケースについては，受け入れを断らざるを得ないこともある．悪性腫瘍の終末期のせん妄や認知症患者の慢性疾患などについては，原則として受け入れ対象としていない．急性期治療のための病床を確保する必要があり，やむを得ないところである．こうした依頼があった場合には，対処法の相談に応じるとともに，当院機能の理解を得るべく対応している．

2．出口（退院）における問題点

1）身体合併症治療終了後の転院調整に時間を要する

身体治療が終了後は，原則として前医に戻すが，その際，先方の病院が満床などの理由で，すぐに戻れないこともあり，それが当病棟の病床利用の妨げになることがある．

2）かかりつけのない患者の精神科病院への転院に時間を要する

他病棟からコンサルテーションを受けて初めて精神科が関わり，当病棟へ転棟となった患者で，身体治療が終了後も精神科的継続治療が必要な場合の転院調整に時間がかかってしまうことがある．

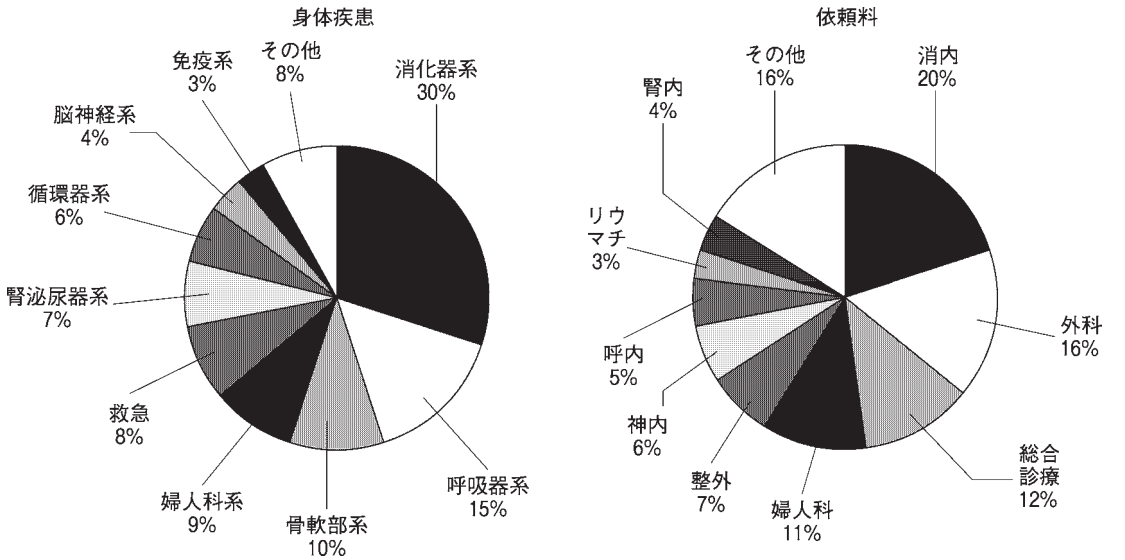


図4　身体疾患（2010年4月～2011年3月）（精神科病院へ入院および通院中の患者）

3．問題点への対応と工夫

1）当院内に対して

当院が開設された時点で，身体合併症医療を行うことが謳われてはいたが，それに戸惑う身体科医も少なくなく，各医師個人にまで理解が及んでいない状況もあり，院内の代表者会議で当科の機能を改めて説明したり，個別の依頼を通して理解を求めることとした．精神科病院から身体合併症の依頼がある場合，まずは身体科医に依頼内容を検討してもらうべきではあるが，身体合併症医療への理解が十分ではないところからスタートしているため，現状としては当科が情報をまとめて身体各科へ依頼する形がほとんどである．結果としては，当科を理解してもらう意味ではプラスの部分もあったと思われる．また，依頼元の精神科病院としても，精神科医から精神科医へ依頼する方が話しやすいのかもしれない．一方で，当科が間に入ることで依頼元への対応が遅れたり，身体科医に主体的に判断してもらえないなどの難点もあった．今後は，依頼の入口を身体科としていきたいが，どのような依頼経路であれ，当科の機能を果たすべく円滑な受け入れを目指していきたい．

また，不明熱の患者など該当する受け入れ科が絞りきれない場合には，総合診療科で受け入れてもらう形をつくることとした．我々としては大変心強い科であるが，何でも総合診療科へ依頼してしまうことで，負担を掛けすぎないよう，できるだけ専門科に依頼するよう心掛けてはいる．しかし事前情報が少なく問題点を絞りきれない場合には，やむなく依頼してしまっている現状がある．

2）精神科病院に対して

保護者の情報を含め，転院にあたって必要な情報を効率よく得ることができるようにするため，当院なりに合併症依頼用紙を作成し，市内の精神科病院へ配布，活用してもらうこととした．合併症依頼用紙は，既存の当院仕様の身体科用に加え，精神科用を新たにつくり，後者には，現在の精神保健福祉法上の入院形態と保護者，家族構成を記載する項目をつくり，処方を記載する欄も設けた．これは「合併症のため現在投薬は中止」とするのみで，処方内容が書かれていない診療情報提供書が多く，これでは病状把握が十分にできないため，中止時点の処方内容と中止日時を記入してもらうこととした．

精神科病院において，身体疾患をどのように診ているかは病院事情による．身体科の常勤医や非常勤医がいる病院，全くいない病院など様々で，検査に関しても，血液検査を迅速に行えないところから，CT 撮影ができる病院まである．受ける側としては，こちらでの治療が円滑に進むよう，依頼元の病院でできるところまではやってもらってからの相談をお願いしている．ケースによっては，身体治療に対する助言を身体科医からしてもらい，しばらく様子をみてもらうこともある．患者を「受ける」「受けない」だけではなく，患者の状態や治療について双方で話し合えることも連携の形であろう．また，身体科医の力を借りにくい状況下にある精神科病院に，総合病院から医師が出向いて身体状態を診立てるというのもアウトリーチの 1 つの形になるのではないだろうか．

そして病床確保のもう 1 つの工夫として，身体治療終了後の転院がより迅速に進むよう，依頼患者の身体治療の進行状況（手術が終了したなど）を適宜伝えることを始めている．

まとめ――円滑な身体合併症医療の実現に向けて――

身体合併症医療を円滑に進めていくには，総合病院と精神科病院との連携が不可欠である．相互の連携を深めていくには，定期的な話し合いの場が必要である．本来は，総合病院と精神科病院だけではなく，診療所や行政，あるいは大学病院などにも入ってもらい，地域全体の問題として考えるべきである．形だけ集まる会ではなく，実際に問題になった症例の事例検討などを行い，各々の立場から意見を出し合い，よりよい連携の形を模索していくことが望ましい．このような会を通じて，お互いの顔が見える関係づくりも大事ではあるが，人が替わったら連携ができなくなったでは意味がない．人が入れ替わっても，連携の形が崩れないような身体合併症医療システムをつくり上げていかなければならない．それが実現できないと，ある特定の医療機関のみに負担が増すことになってしまう．

札幌市における身体合併症医療は，これまで述べてきたようにまだ第一歩を踏み出したにすぎない．2012 年春からは札幌市の公立総合病院に新たに精神科病棟が開設される．身体合併症の入院医療を担える 2 つの大学病院と 2 つの総合病院を核として，諸関係機関との話し合いを重ね，段階を踏んでシステム化への土台づくりに寄与していきたい．

文　献

1）築島　健：各地の精神科救急医療体制―北海道・札幌市．精神科救急医療の現在（平田豊明，分島　徹編）．中山書店，東京，p. 68–76, 2010

Establishing a General Hospital Psychiatric Unit Specializing in the Treatment of Psychiatric Patients with Physical Complications —Coordinating with Psychiatric Hospitals—

On KATO

Department of Psychiatry, National Hospital Organaization Hokkaido Medical Center
(*currently Department of General Internal Medicine, National Center for Global Health and Medicine*)

The Hokkaido Medical Center is a general hospital established in April 2011 through the merger of two national hospital organizations. A specialist unit was also opened to treat physical disorders in psychiatric patients, and the majority of related inpatients are referrals from psychiatric hospitals. The key factor when considering such coordination with psychiatric hospitals is how to efficiently accept patients requiring physical treatment. As it is essential to secure empty beds, hospitalization is in principle restricted to patients with acute physical disorders who are quickly returned to the original psychiatric hospital once physical treatment is completed. Conversely, when psychological disorders are discovered in inpatients on other wards within our hospital, they are transferred to a psychiatric hospital as in- or outpatients if psychiatric therapy is required after completion of physical treatment. In order to achieve this smooth mutual collaboration, it is necessary to develop a 'Medical Care System for Psychiatric Patients with Physical Complications' that surpasses a 'face-to-face relationship'.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: psychiatric patients with physical complications, general hospital psychiatry, psychiatric hospital, collaboration, medical care system＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

病院と地域の連携

野口　正行（岡山県精神保健福祉センター）

総合病院精神科にとっては，合併症を有する精神障害者や身体疾患患者の精神障害などの治療が中心的な機能である．しかしながら地域によっては，また救急患者などを受け入れている施設では，地域生活の基盤が脆弱な慢性精神障害者を総合病院精神科が支援している場合も少なくないと思われる．このような施設では精神障害者の地域生活支援を行うことも求められる．その際，総合病院精神科ではスタッフと施設の制約により，単独で地域生活支援を行うことは難しい．そのため，地域の諸機関との連携ネットワークを作ることが求められる．そもそも総合病院精神科は，院内においてはリエゾン・コンサルテーションサービスなど身体科との連携ネットワーク抜きではなりたたない．このように総合病院精神科はそもそもネットワーク型支援体制に親和性がある．ネットワーク型支援体制が有意義に展開するためには，精神保健福祉士が大切な役割を担うが，医師，看護師，作業療法士，心理士など幅広い職種が地域の諸機関と情報交換，お互いの施設への乗り入れなどによって太い連携を作ることが重要である．総合病院精神科は多忙な職場であり，他機関との連絡調整などの時間と労力を割くことは難しいかもしれない．しかしネットワークで患者を支えることで幅広い有効な支援が可能になること，自分たちだけでサポートするのではなく，他の機関からも支えられていることで燃え尽きを防ぐことができるなどのメリットもある．今や当事者を支えるのは病院だけではなく，病院もその一員である地域のサポートネットワークである時代となってきている．こうした見方に基づいた支援体制の再検討が必要であろう．

＜**索引用語**：精神障害，地域，総合病院精神科，ネットワーク，連携＞

はじめに

近年，アウトリーチが広く使われるようになり，自ら出向いて訪問支援を行う活動の重要性が改めて認識されてきている[2,3]．その一方で病院の果たす役割も大きいことは言うまでもない．すでにアウトリーチ体制が確立されているイギリスなどの国においては，病院機能とアウトリーチ機能のバランスが重要であることが Thornicroft と Tansella[12] によって指摘されている（もちろん病床の削減と並行してであるが）．日本ではこのような体制が未整備であり，特にアウトリーチ機能の充実が今後の重要な課題となっている．

現在は，急性期入院医療とアウトリーチへの機能分化の流れが 2 つの大きな流れとなりつつあり，病院機能は急性期と亜急性期へと絞られ，慢性期は地域へという機能分化の大きな流れがある．WHO[13] も，総合病院精神科と地域精神医療という 2 つを大きな精神医療の柱としている．このように今後総合病院精神科と地域精神医療の充実が求められていることは国際的な動向といえる．

その一方で，総合病院精神科は危機的状況にあり，年々減少の傾向にある[4]．多くの総合病院精神科では病棟は 50 床前後の病棟 1 つという施設が多く，医師数も 3，4 名，看護基準も 15 対 1 が最多であり，コメディカルスタッフが少ない．多くは精神保健福祉士 1 名，心理士 1 名，作業療法士は常勤スタッフがいない施設が多い[5]．スタッフが少ないだけではなく，デイケア，作業所，グ

ループホームなど地域移行・定着のための施設も少ない．このため，総合病院精神科単独で長期入院精神障害者あるいは地域生活が困難な精神障害者の地域支援を行うことは困難であるのが実情である．

もちろん機能分化という点から言えば，総合病院精神科は合併症を有する精神障害者や身体疾患患者における精神障害者へのリエゾン・コンサルテーション活動に重点が置かれることは言うまでもない．しかし，都市部など医療資源の豊富な地域を除き，合併症治療に特化できる総合病院精神科は少ないのではないだろうか．また救急径由で入院してくる患者には生活基盤が脆弱でキーパーソンも不在の患者が少なくない．このような患者はサポートなしには地域生活にしっかりと根付くことができず，頻回救急受診や頻回入院に陥りやすい．それゆえ，慢性精神障害者への地域生活支援は総合病院精神科にとっても重要な活動であると考えるべきであろう．本稿では，このような精神障害者の地域支援にとって総合病院精神科でできることとして，病院と地域の連携について筆者の経験に基づいて検討したい．なお，事例に対しては口頭で説明し，口頭で了解をえたが，プライバシー保護のために理解に支障のない範囲で詳細は改変した．

Ⅰ．事例呈示

1．53 歳男性，統合失調症妄想型

本事例は筆者が以前勤めていた総合病院精神科に入院していた患者であり，別稿で発表した[7]．当該病院は精神科病床 51 床で，精神科医常勤 4 名，看護基準 15 対 1 である．筆者が在籍当時は小規模デイケアを有していた．

現病歴：26 歳時，家庭内暴力，引きこもり，独語などで発症．精神科には計 22 年間の入院．人格水準の低下はそれほど強くなかった．家族のサポートはなかった．「外に出ると殺す」という幻聴があり，本人の退院に対する恐怖感は非常に強く，退院には消極的であった．

48 歳時より仲のよい同世代の男性統合失調症者と二人一緒に地域移行支援事業の対象者に選ばれた．退院には慎重な働きかけを行った．当時，病院が敷地内禁煙となったため，病院内で喫煙できなくなった．これをきっかけに院外での喫煙を働きかけた．それと並行して内服の自己管理を開始し，病棟 SST に参加してもらった．またデイケアへの参加を促し，退院患者との交流を持ってもらった．

退院後の生活支援を行う地域社会福祉法人の見学に看護師も付き添ってゆき，喫茶部で夕食を一緒に食べるなどした．また法人の地域活動支援センターなども利用した．定期的に病院のデイケアと法人の施設で，病棟スタッフと法人スタッフとによる合同のケース検討も行った．2 年後にははじめて法人宿泊部に外泊した．

3 年半に及ぶ退院計画の末，二人一緒に病院のすぐ近くのアパートに退院．退院後はデイケアに通所して，デイケア終了後に法人の施設で他の利用者と交流し，夕食サービスを受けて帰宅している．

処方：chrolpromazine 300 mg，olanzapine 10 mg，risperidone 4 mg など

事例のまとめ：人格水準はそれほど低下していないが家族のサポートが乏しく，退院への不安が強い事例であった．この事例の場合，病院から地域生活に移行を可能にした要因として，仲のよい患者と二人一組で退院支援したこと，病棟とデイケアと地域資源を同時に組み合わせて少しずつ地域支援の比重を増やしたこと，多職種スタッフ間でケア会議による話し合いを行ったこと，お互いのスタッフが当事者と同行して，病院・デイケア・法人の施設と行き来したことなどがあげられる．

2．67 歳男性，統合失調症妄想型

本事例は筆者が現在の職場で地域支援を行っている患者である．

生活状況：住宅街の一家屋に単身で住んでいる．身寄りは近くにいない．

現病歴：50 歳頃から被害妄想を発症．A 病院

に受診し，通院治療を継続．A病院に入院歴あり．X−10年から治療中断した．X−2年とX−1年にA病院に入院．退院してはすぐに治療中断を繰り返した．近隣から孤立し，夜中に大声を出す，近隣の窓に石を投げる，庭で焚き火をしてぼや騒ぎとなるなどトラブルがあった．X年5月，お金も底をついて食事もとらず，脱水状態となった．興奮して暴れたため，B病院に入院となった．

治療中断が疑われたため，病院より当センターに支援導入の要請あり．X年8月より病院に筆者と精神保健福祉士2名のチームで訪問開始した．当初は主治医にも訪問チームにも会話が少なく，薬物への拒否が強かった．症状は「魔界，霊界，妖界から『お金を盗ってやる』と言ってくる」という幻聴が主であった．薬物療法と病名告知，心理教育は病院が行った．当センターは毎週の訪問を行い，年金手続き，家の掃除・草刈り，携帯電話契約などに同行することで少しずつ話ができるようになった．家の掃除は病院とセンターのスタッフ，保健所職員，民生委員も手伝った．X+1年4月，民生委員に保健所・病院・センターで状況説明し，6月に退院となった．退院後は筆者が主治医となった．

退院時処方：risperidone LAI 37.5 mg筋注/2週，olanzapine 20 mg，clonazepam 2 mg

退院後の経過：X+1年6月に退院後は週2〜3日間訪問とした（ヘルパーが週2回，保健師が2週に1回訪問）．当センターは本人の希望や困ったことへの対応（携帯電話の使い方，つらい時の居場所の確保など）を本人と相談した．「『通帳をすり替えて貯金を盗る』『歯を抜いてやる』との声が聞こえる」のでつらいとやや不安定になることがあるが，訪問して話をすると落ち着いてくるという状態が続いている．

事例のまとめ：病識に乏しく，キーパーソンもいないため，治療を中断しやすい事例であった．現在も幻聴や妄想は持続するが，切迫感がやや軽減しており，薬物療法や訪問支援への受け入れも良好である．この事例の場合，生活面の困難さや希望に沿った支援とさまざまな立場の人がネットワークを組んで支援したことが有効であった．入院中は当センターが病院に週に1回訪問し，主治医，精神保健福祉士，病棟看護師と密接な連絡を取り合ったこと，病院が治療と心理教育，当センターへの役割の引き継ぎを徐々に行ったこと，当センターは地域での生活支援を中心に行い関係作りを行ったことが有効であった．

Ⅱ． 病院と地域の連携のあり方

以上の2事例において退院とその後の地域生活の継続が可能になった要因として考えられるものをあげてみる．もちろんこれらは多数例での検証を得ているわけではないが，他の事例の経験からも妥当であると考えられたものを含んでいる．

①病院と地域の複数のスタッフが密な連絡をとった
②ケア会議で多職種間の話し合いを持った
③退院計画の早期から病院と地域とが一緒に関わった
④病棟に地域のスタッフがこまめに出入りした
⑤病棟スタッフも外出に同行した

大きく分けると，①病院と地域のスタッフが相互に乗り入れること，②病院と地域のスタッフの密な情報交換，とまとめることができるかもしれない．

病院からの地域移行においては，病院での生活と地域での生活の段差をいかにスムーズにするかが大切になる．このためには病院と地域のスタッフがどれだけお互いに相手のことを知っているかが肝要になる．病院と地域の間を仲介する職種としては精神保健福祉士がいる．精神保健福祉士が病院を代表して地域のスタッフと連絡を取り合うことはもちろん大切である．しかし，病棟の看護師や医師が全く地域を知らない状態では，この仲介は細いものになる．病棟の看護師や他の職種も含めて地域との交流を行うことで連携は太いものになる[7]．特に看護師が地域の実情についてよく知っていることで，地域生活をイメージした形で

入院当初からケアを組み立てることができる．作業療法士は通常のレクリエーション的なものを越えて地域生活に必要なスキルのトレーニングを行うことができる．また地域のスタッフにとっては，入院中から当事者と関係づくりをすることで退院後の支援を行いやすくできる．これらの点は，①「病院と地域のスタッフが相互に乗り入れること」に該当する．

さらに，病棟での生活の様子を地域のスタッフに伝えることで，地域スタッフが外出や外泊時の見守り体制を調整できる．地域での様子を病院に伝えることで，入院中のケアのあり方を調整できる．②「病院と地域のスタッフの密な情報交換」である．このように病院と地域がお互いの様子を知りながら，お互いにとってやりやすい形のケアを組み立てることができるし，それによってケア全体が有機的なものになることが期待されるだろう．

ネットワーク型と内部完結型

ここで支援体制を理念的に2種類に区別してみたい．1つがネットワーク型支援体制であり，もう一方は内部完結型支援体制である．この体制の区分については，アウトリーチチームについて同様の説明を著者は以前行ったことがある[8]．なお，二木[6]，島崎[11]もやや異なった観点からではあるが，類似の区別を行っている．

ネットワーク型支援体制は，異なる運営主体の機関が情報交換や役割分担を行って当事者への支援を提供するものである．これに対して内部完結型支援体制は，同一あるいは密接に関連する機関の中に，様々な支援オプションを作ってゆく場合である．後者は二木が言う「医療-保健-福祉複合体」[6]などがその例であり，例えば1つの医療法人が病院を設立し，グループホーム，地域活動支援センター，介護施設など様々な施設を作る場合がそれに当たる．ちなみにこれらの区分は理念型であり，どちらがよいとか悪いとかいう価値評価を行うものではないことは念のため付言しておく．それぞれの特徴を表1に示した．

平均的な総合病院精神科を取り上げてみると，最初に述べたようにリハビリテーションに関わるスタッフも施設も少なく，内部完結型支援体制を採ることは難しい．ネットワーク型支援体制を採用することが必要になる．

内部完結型支援体制は，自前で多職種スタッフとさまざまな施設をそろえることで，スムーズな情報の流れと支援提供を行うことができ，連絡調整にかかる時間と労力が少ない点は非常に大きなメリットである．これは単科精神科病院などでよく見られる体制である．

ネットワーク型支援体制の一番の問題は異なった機関同士の関係であるので，課題の中では「インターフェイス・ロス」[11]が大きい．つまり情報交換に手間がかかり，迅速な連絡や行動が難しかったり，情報が途中で抜け落ちてしまい，相手に伝わらないままになってしまうなどである．この他に相互の連携体制が円滑に動くようになるまでには時間と労力が必要となる．この点は非常に大きな課題であり，ここをどのようにクリアするかにネットワーク型支援体制の成否がかかっている．

考えてみれば総合病院精神科は院内でも，身体疾患患者の精神症状へのコンサルテーション・リエゾン活動，緩和ケア，合併症を抱えた精神科病棟入院患者への対診依頼，救急患者への身体科との併診など身体科との連携なしにはなりたたない．その意味では自分たちだけの科では内部完結しえないことが宿命となっている．この点では総合病院精神科はもともとネットワーク型支援体制に親和性がある，あるいはそもそもの成り立ちからしてネットワーク型支援体制であるといえる．

このことはしかし，単なる制約に留まるものではないだろう．他機関と連携するということには表2にあげたメリットがある．そしてそれ以外にも，自分たちの機関の「外」とつながるということの意味は小さくないように思われる．「外」とつながることで，職場環境や患者とスタッフとの関係の風通しがよくなる．閉鎖的にならないですむ．また困難な患者を自分たちだけで背負い込まないですむため，精神的にも追い込まれないです

表1　内部完結型支援体制とネットワーク型支援体制

内部完結型支援体制	ネットワーク型支援体制
1．内部での意思疎通が図りやすい	1．機関相互の連絡・役割分担が難しい
2．臨機応変な支援が可能	2．臨機応変な支援が困難
3．インターフェイス・ロスが少ない	3．インターフェイス・ロスが大きい
4．他機関との連携が薄くなる	4．各機関の長所を生かした役割分担ができれば支援力向上
5．資産がある母体でなければ困難	5．資産がない母体でも可能

これらは相互に補完的

む．またネットワークとして外部の機関をまきこむことで地域の支援体制全体の機能を向上させることも可能である．この点は佐藤[9]が指摘しているところであるが，総合病院精神科が単科精神科病院，地域との連携を積極的に行うことで支援の流れが円滑になる．こうしたメリットをいかに生かしてゆくかを総合病院精神科は考えてゆく必要があるだろう．

なお，ネットワーク型支援体制は支援主体が1つの大きな組織に集中しないので，多極分散型になる．イタリアなどでも小規模の地域精神保健センターが地域に分散して支援の網目を拡げていることは周知のことであろう．精神保健医療においてネットワーク型支援体制のメリットはもっと注目されてもよいかもしれない．

総合病院精神科は多様な業務を期待されているだけに，院内連携の他に院外の，それも地域との連携を期待されるのではたまらないという意見ももちろんあるだろう．しかし，ネットワーク型支援体制を作ることで，他の機関からも支えられることは，長期的には頻回入院や困難患者の支援に有効であり，燃え尽き防止にも有効である．この点からも，ネットワーク型支援体制の構築を行うことは大切であると思われる．

おわりに

総合病院精神科は限られたスタッフ，資源の制約の中で精神障害者の地域生活支援を行う必要がある．それゆえ支援体制としては，ネットワーク型支援体制に依拠することになる．この際には，有意義な連携のために必要なこととして，お互いに相手の働く現場に入ってゆくことがあげられる．可能であれば，地域のスタッフは病棟に入って患者や病棟スタッフと接し，病棟スタッフも地域に出向いてゆく，という形でお互いに重なり合う支援を行うことが望ましい．病院と地域のより多くのスタッフがお互いの職場の状況，強みと弱い点を知りつつ，お互いがカバーし合う体制をとることが，当事者への有意義な支援につながる．また病院と地域のそれぞれの機関も，お互いに支え合っているというつながりの感覚を持てるならば支援の士気を上げることができる．このこともまた当事者の支援の質の向上にもつながるものである．

猪飼[1]は現在の時代を捉えて，「生活の質に影響を与える要素が無数にある以上，医療は，その中の重要ではあるがあくまで1つの要素として，広範な社会サービスのネットワークの中に位置づけ直されることになるであろう（p.11）」と述べる．Rose[10]もまた指摘するように，病院も特権的な機関ではなく地域におけるサービスネットワークの重要なワンピースとしてその役割を定位する時代が来ていると思われる．

文　献

1）猪飼周平：病院の世紀の理論．有斐閣，東京，2010

2）厚生労働省：精神障害者の地域生活の実現に向けて．第23回新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム資料．2011年10月14日（http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001rf2j.html）

表2　ネットワーク型支援体制の長所と短所

長　所	短　所
1．病院あるいは地域だけでは支えきれない複雑困難事例を広いネットワークで支えることができる 2．病院の中では見えてこない当事者の問題点，資質が目に見える 3．地域にはやや欠けがちな医療評価が可能になる 4．治療的ネットワークによって，1つの機関だけで当事者を支えるというプレッシャーが減る 5．病院がバックにいると地域も心強い	1．お互いの文化が異なるため，関係がうまく構築できないこともある 2．情報共有をこまめにしないと誤解と齟齬を生じやすい 3．情報共有に手間がかかり，迅速な意思決定や臨機応変の支援スケジュールを立てにくい 4．お互いに支援の押し付け合いや責任回避に陥るおそれがある

3）こころの健康政策構想実現会議：政策提言集（http://www.cocoroseisaku.org/）．2010

4）日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会：総合病院の将来像：ネクストステップ2009．総合病院精神医学，21；ss1-30, 2009

5）日本総合病院精神医学会医療問題委員会：2010年総合病院精神科基礎調査からみた総合病院精神科の現状．第24回日本総合病院精神医学会総会　抄録23；S207, 2011

6）二木　立：医療改革と病院：幻想の「抜本改革」から着実な部分改革へ．勁草書房，東京，2004

7）野口正行：総合病院精神科と地域の社会福祉法人との連携システム構築の試み：栃木県佐野市の場合．精神科治療学，23；1415-1421, 2008

8）野口正行：ネットワーク型アウトリーチチームによる重症精神障害者の支援．精神リハ，15；28-33, 2011

9）佐藤茂樹：在院日数短縮指針（厚労省）の吟味（長所と短所）．精神科治療学，24；285-290, 2009

10）Rose, N.：Historical changes in mental health practice. Oxford Textbook of Community Mental Health（ed. by Thornicroft, G., Szmukler, G., Mueser, K., et al.）. Oxford University Press, Oxford, p. 9-18, 2011

11）島崎謙治：日本の医療：制度と政策．東京大学出版会，東京，2011

12）Thornicroft, G., Tansella, M.：Components of a modern mental health service：a pragmatic balance of community and hospital care：overview of systematic evidence. Br J Psychiatry, 185；283-290, 2004

13）World Health Organization：Integrating Mental Health into Primary Care：A Global Perspective. WHO Press, Geneva, 2008

Collaboration and Networking between General Hospital Psychiatry and Community Mental Health Personnel

Masayuki NOGUCHI

Okayama Prefectural Mental Health & Welfare Center

The field of general hospital psychiatry (GHP) has two important functions. The first is to provide services to patients with concomitant psychiatric and physical illness (e.g., schizophrenic patients with neuroleptic malignant syndrome, and cancer patients with depression), and the second is to develop services that meet the needs of the chronic mentally ill for whom living in the community involves many challenges (e.g. due to poor social skills, scant social support, and inadequate finances). In relation to the second function, GHP cannot adequately resolve the problems that those living in the community face without making concerted efforts to bring all relevant service agencies together—this is not easy currently due to a lack of staffing and facilities.

The psychiatric and mental health service system can be divided into two types, the networking type and the self-contained type. Administrators of the latter type provide services in different forms, such as via hospitals, nursing homes, workshops, and elderly care facilities, in order to manage serious mental health problems. This style of service provision creates a self-contained entity that can provide all kinds of assistance within one organization. The prerequisite for an organization of this type is that it is large enough to supply its own staff and facilities, at adequate levels. By contrast, the networking type of service system adjusts itself to working with outside organizations, including public health centers, municipal governments, and human services, to ensure coordinated service provision in managing complicated mental health problems. A merit of this networking type of system is that the organization needs to own fewer human and facility resources than the self-contained type. It can handle a broad range of problems including medical, interpersonal, housing, employment, and financial issues. This is the main reason why the author recommends that GHP organizations that own fewer resources adopt the networking type system as the framework for service provision to the chronic mentally ill.

For the networking type system to work effectively, all health professionals, including psychiatric social workers, psychiatrists, nurses, clinical psychologists, and occupational therapists, must actively engage in frequent information-sharing and joint working with community mental health workers : hospital professionals should visit patients in their homes or in other community settings ; community workers should visit patients in the hospital and accompany them when leaving the hospital. Close and regular interaction between hospital

and community personnel is essential to ensuring effective assistance for the severe mentally ill in the community.

The networking type system, which provides patients with a broad range of services, strengthens service performance in the face of complex health problems in the community setting. It also assists GHP service provision that is overwhelmed by an overflow of problems among the community it serves. Collaboration and networking between the fields of GHP and community mental health is beneficial to both parties and worthwhile to pursue further.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: severe mental illness, community, general hospital psychiatry, network, collaboration＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

行政から見た総合病院の有用性
――横浜市の精神科救急システムの構築・整備の経験から――

白川　教人（横浜市健康福祉局こころの健康相談センター）

横浜市では，『市民が安心して生活できる都市ヨコハマ』をめざして，質の良い医療を確保すべく市内各方面別に総合病院を確保・整備する『中核病院構想』を推進してきた．これに相乗りする形で『精神障害の有無にかかわらず地域で安心して自立した生活を送ることができる社会』の実現に向け，市の施策に理解のある総合病院に精神科閉鎖病棟を整備して市の精神科救急システムを形作ってきた．この間，人口は増加したが，精神科救急患者受け入れ病床が少なく慢性的に不足する状況が続いた．これを解消すべく受入れの病院を整備・拡充してきている．総合病院に精神科救急基幹病床を増床，総合病院 3 か所に身体合併症専用病床を整備，単科精神科病院の隔離室の整備もしてきた．総合病院の開放病棟を閉鎖化し，市民専用病床を確保・運用し，加えて三次救急に搬送された自殺未遂者の支援の任も委託し効果を上げてきた．著者はこの構築・整備過程に係わっており，これから精神科救急事業などの政策医療を担ってくれる総合病院精神科閉鎖病棟は，行政にとって市民生活の安心を得るためには必要不可欠であったことを報告した．特に精神科救急，応急入院，身体合併症治療，自殺対策については，総合病院精神科の貢献度が高く，有用性が大きかったことを提言した．

＜索引用語：総合病院精神科，一般医療，コンサルテーション・リエゾン精神医療，身体合併症治療，救命救急医療＞

はじめに

本稿はシンポジウム「行政から見た総合病院の有効性――横浜市の精神科救急システムの構築・整備の経験から――」での発表原稿をまとめたものである．著者である白川（以下，私）は横浜市こころの健康相談センターに勤務するが，当センターは，呼称とは異なるが，精神保健福祉法第 6 条に規定される横浜市の精神保健福祉センターにあたる．当センターの業務は，精神保健福祉センターとしての法定業務は 2 係あるうちの相談援助係で主に行い，精神保健福祉法に基づく三次救急，二次救急，初期救急などの精神科救急医療体制の運営，予算，決算の事務など精神科救急業務全般を救急医療係で行っている．また，横浜市の精神医療施策を担っていることから行政から見た総合病院の有用性というテーマで論を進める．行政としては，総合病院の有用性を語るためには，その総合病院の精神科が政策的医療に協力を頂かないと話は始まらない．したがって，有用であるためには政策的医療への協力が必要不可欠，絶対的な条件になる．加えて，私自身の旧国立病院系の 2 つの総合病院の精神科開放病棟勤務の経験から語ると，総合病院に勤務する精神科医は，身体科に呼ばれたらこまめに出向いてリエゾンをすることで，他科とお互いに良い関係が保てれば治療をお願いしあえる関係ができあがる．他科と上手く連携することで，身体合併症を発症した患者さんにとっては，その治療がスムーズに進み非常にメリットが大きくなる．この 2 病院の精神科病棟は私が勤務している間は病棟が維持されていたが，しばらくして不採算性と開放病棟という不穏状態が激しい患者を受け入れにくいという性質から，結

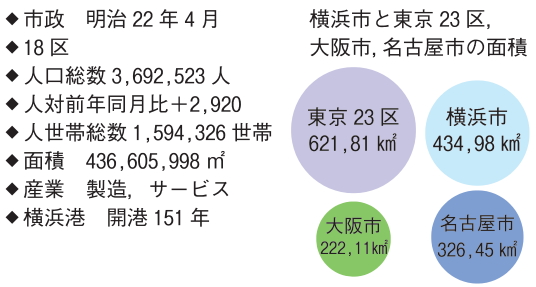


図 1　横浜市の概況

表 1　かながわの精神科救急医療体制整備経過

- 昭和 58 年 12 月　芹香病院で精神科救急医療体制を暫定的・試行的に開始(3 床)．
- 昭和 63 年 4 月　「精神科緊急医療体制」(三次救急)が発足．(7 床)
- 平成 4 年 7 月　「精神科救急医療体制」(二次救急)を開始．
- 平成 8 年 4 月　「精神科緊急体制」と「精神科救急医療体制」を統合し，「精神科救急医療体制」と呼称変更を行う．県・横浜市・川崎市協調による精神科救急医療 22 時体制を開始(11 床)．
- 平成 21 年 4 月から相模原市の政令指定市化に伴い四県市協調体制化

局病棟が閉鎖となった．そのような点からもこれからの総合病院の精神科病棟は，閉鎖で採算の合う精神科救急入院料などの高い診療報酬が算定できる必要があると思っている．

本稿は，①横浜市の概況，②かながわの精神科救急医療体制，③横浜市の中核病院構想，④横浜市の精神医療の現状，⑤精神科救急医療体制整備，⑥身体合併症転院事業，⑦自殺対策事業との絡み，そして⑧まとめという流れで進める．なお，これらの事業は神奈川県，横浜市，川崎市，相模原市の四県市協調事業なので，かながわとひらがなで表記している．

Ⅰ．横浜市の概況

横浜市の概況（図 1）は，市政は明治 22 年 4 月にひかれ，現在は 18 区に分かれている．人口総数 3,692,523 人，人口は対前年同月比プラス 2,920 と増え続けている．世帯総数は 1,594,326 世帯，面積は 436,605,998 m² と横浜市は，東京 23 区より小さく，名古屋市より大きい状況である．産業としては，製造業・サービス業が主で，本年は横浜港開港 151 年目になる．

また，精神医療の現状であるが，かながわの精神障害者比率は，2.5 %を越えており，神奈川県全体の人口万対の病床数は 18.7 床，横浜に至っては 14.8 床という少ない状況で精神科救急を上手く廻す必要があり精神科救急システムとしての運用が迫られている．

Ⅱ．かながわの精神科救急医療体制

横浜市の精神科救急システムであるが，こちらはかながわの精神科救急システム（表 1）が礎となっている．そのシステムは，神奈川県が，昭和 58 年 12 月に単科の県立精神科病院の芹香病院に 3 床のベッドを設け三次精神科救急医療体制を暫定的・試行的に開始した．昭和 63 年 4 月には北里大学東病院が加わり 7 床で三次の精神科緊急医療体制が発足した．平成 4 年 7 月「精神科救急医療体制」（二次救急）を開始．平成 8 年 4 月「精神科緊急体制」と「精神科救急医療体制」を統合し，「精神科救急医療体制」と呼称変更を行っている．県・横浜市・川崎市協調による精神科救急医療 22 時体制を（11 床）開始．平成 21 年 4 月から相模原市の政令指定市化に伴い神奈川県，横浜市，川崎市，相模原市の四県市協調体制に変更されている．

Ⅲ．横浜市の中核病院構想

時を同じくして横浜市では『市民が安心して生活できる都市ヨコハマ』を目指して，質の良い医療を確保すべく各方面別に総合病院を確保・整備する『中核病院構想』（図 2）が進んでおり，市立病院や市立大学病院のほか，郊外部の人口増加にあわせて，市内 6 方面別（図 3）に，民間による建設・運営を基本とした高度な医療機能を有する「地域中核病院」を整備して高度医療・救急医

横浜市では，市立病院や市立大学病院のほか，郊外部の人口増加にあわせて，市内６方面別に，民間による建設・運営を基本とした高度な医療機能を有する「地域中核病院」を整備してきました。
⇒高度医療・救急医療施設の充実

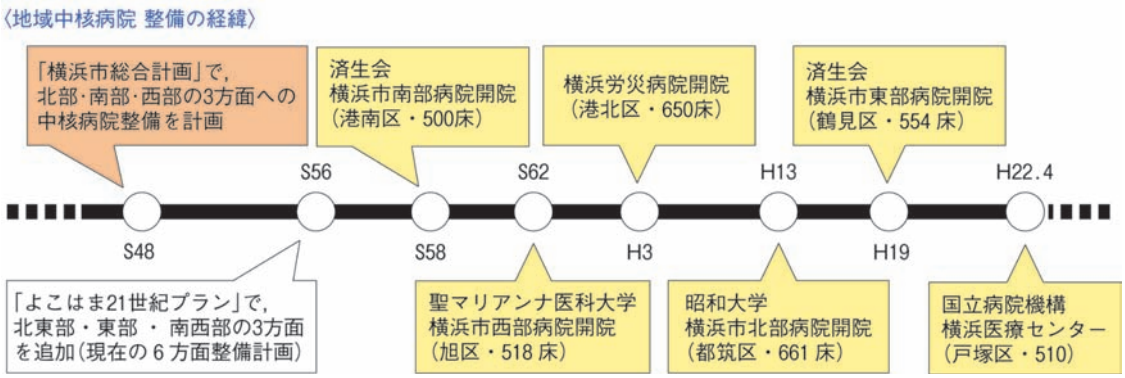


図２　横浜市の「地域中核病院」整備

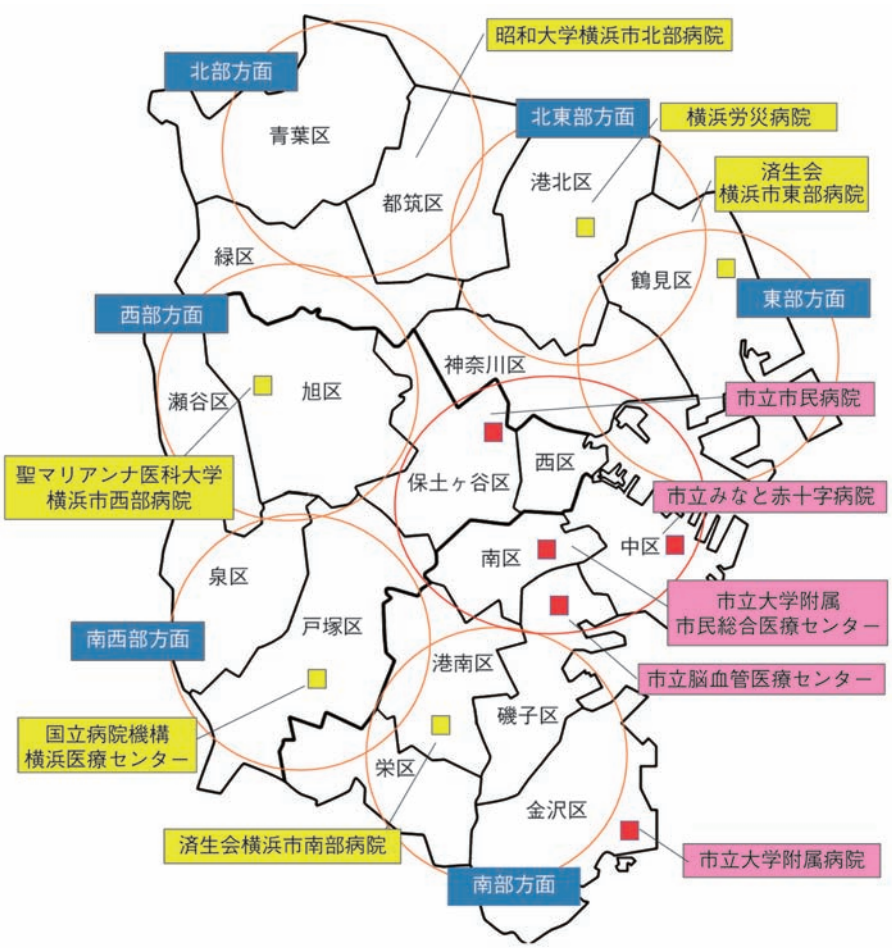


図３　横浜市の地域中核病院

図 4

療施設の充実を図ってきた．

Ⅳ．横浜市の精神医療の現状

横浜市の中核病院構想に加え『精神障害の有無にかかわらず地域で安心して自立した生活を送ることができる社会』の実現のため，市の施策に理解のある総合病院に精神科病床を整備し基幹病院・応急指定病院として横浜市の精神科救急システムを形作ってきた．

しかし，当市の人口は増加を続け（現在 3,693,200 人），受け皿となる精神科医療機関の現状としては，有床精神科病院が 31 病院で計 5,479 床であり，人口万対 14.8 床と少なく精神科救急患者を受け入れる病床が慢性的に不足する状況が続いてきた．

Ⅴ．精神科救急医療体制整備

慢性の精神病床不足を解消すべく平成 12 年以降，毎年のように受入れの基幹病院，準基幹病院を整備・拡充してきた．精神科救急医療システム整備の根拠だが，①平成 15 年 9 月神奈川県精神科救急医療システムについて（県検討会報告），②神奈川県保健医療計画（20～24 年度），③よこはま保健医療プラン（20～24 年度），④横浜市障害者プラン（16～20 年度），⑤横浜市障害福祉計画（18～20 年度），⑥横浜市中期計画（18～22 年度）などを後ろ盾として 4 総合病院を平日当番日の夜間および休日の全日に精神科三次救急の受け入れを行う基幹病院とする整備（図 4）を行ってきた．

各基幹病院への政策的医療の機能であるが，①市大センター病院へは，災害医療拠点病院，エイズ中心的受入病院，臓器提供施設，周産期救急基幹施設，難病治療研究センター，高度救命救急センター，総合周産期母子医療センター，地域医療支援病院を，特に精神関連では精神科救急医療基

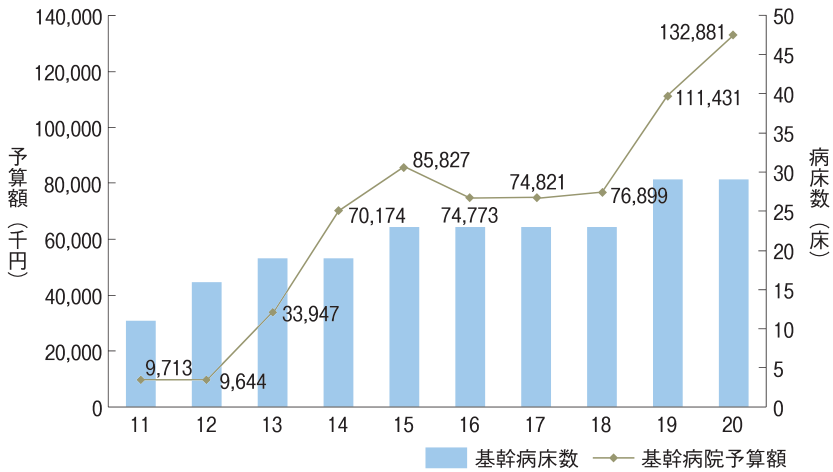


図 5　基幹病院予算の推移

幹病院，精神科合併症医療を委託しており，②昭和大学横浜市北部病院へは，365 日 24 時間二次救急，緩和ケア病棟，災害医療拠点病院，特に精神科領域については精神科救急基幹病院を，③済生会横浜市東部病院には，救命救急センター（新型），365 日 24 時間小児救急，災害医療拠点病院，重度重複障害者の医療支援，精神科救急基幹病院，精神科合併症医療，④市立みなと赤十字病院へは 365 日 24 時間二次救急（小児，母子含む），災害時拠点病院，緩和ケア医療，アレルギー疾患医療，精神科領域については，精神科救急基幹病院，精神科合併症医療，障害児者合併症医療をお願いしている．また，これらの 4 総合病院には，応急入院の受け入れもお願している．

図 5 は横浜市の予算で基幹病院に充てている金額と病床の増加の関係を示している．予算額は 7 基幹病院の合算額である．特に 18 年度から 19 年度，20 年度にかけては二次救急の 24 時間化および身体合併症転院事業の開始に伴い大幅増となっている．18 年度予算額は約 7,690 万円だが，19 年度には 3,450 万円増の 1 億 1,140 万円に，20 年度予算額は 1 億 3,280 万円となっている．横浜市の人口按分率は約 40 %であり，非常に大雑把であるが四県市から支払われている総額はおおむねこの額を 2.5 倍した金額になる．

VI．身体合併症転院事業

時系列で見ると，平成 19 年には，精神科救急基幹病床を 6 床増加させ，加えて治療先の確保の困難さから救急の流れを滞らせる要因の身体合併症の問題に対しては，基幹病院である総合病院 3 か所に身体合併症専用病床を計 14 床整備している．実施状況だが平成 19 年は，6 月から翌年 3 月末日までであるが，受入件数 52 件，在院日数平均 21.9 日，最長 63 日，最短 1 日であった．その後は平成 20 年度 87 件，平成 21 年度 117 件，平成 22 年度 98 件であった．平成 20 年度の診療報酬改定で精神科救急および総合病院精神科にかかわる部分については，ここに示した精神科救急合併症入院料の新設があり，精神科救急入院料の対象患者要件も緩和された．また身体合併症管理加算の新設もされた．市が整備した医療機関では，済生会横浜市東部病院が精神科救急・合併症入院料を申請し，算定を始めている．

精神科医療機関の整備は，平成 20 年以降，さらにシステムの流れを良くするために，毎年精神科病院の隔離室の整備をしてきた．平成 22 年には急性期への対応力を強化すべく，一部の基幹病

表 2　横浜市の三次救急対応件数

要件	22 年度	21 年度	20 年度
・自傷	97 件 27 %	102 件 26.8 %	116 件（28.9 %）
・他害	209 件	237 件	257 件
・自傷・他害	43 件 12 %	39 件 10.3 %	29 件（7.2 %）
・その他	11 件	2 件	
合計	360 件	380 件	402 件
〔自傷関連	140 件(39 %)	141 件(37.1 %)	145 件(36.1 %)〕

（平成 23 年 3 月 31 日現在）

院の開放病棟を閉鎖化し，市民専用病床を 3 床確保・運用することにより，市外の精神科病院に入院する患者を減らすという市民へのサービス提供の改善が図れた．

Ⅶ．自殺対策事業との絡み

自殺対策との絡みでは（表 2），平成 23 年 3 月 31 日現在三次精神科救急の自傷関連の対応件数実績から見ると自傷関連要件数は，平成 20 年度 145 件と全件数の 36.1 %，平成 21 年度 141 件と全件の 37.1 %，平成 22 年度には 140 件と全件の 39 %，この多くが基幹病院である総合病院に運ばれることから自殺対策にも非常に役に立っていることがわかる．横浜市大センター病院に委託している総合病院・三次救急・精神科未遂者再発防止事業は，国の自殺対策のための戦略研究（ACTION-J）の再自殺予防プログラムとして始まった自殺未遂で三次救急へ搬送された方をケースマネージメントして本人に必要な支援を探り，その支援を提供し総合的に支える活動を続けることで再発予防につなげるという内容になっている．その実績は平成 22 年度には，122 名に対応している．また，救急病院職員対象の未遂者対応研修も行っている．

表 3　総合病院・三次救急・精神科未遂者再発防止事業
→再自殺予防プログラム

横浜市立大学附属市民総合医療センターに委託
- 自殺対策のための戦略研究（ACTION-J）
- 自殺未遂で三次救急へ搬送された方にケースマネージメント（総合的に支える活動）をすることで再発予防につなげる　22 年度 122 名に対応
- 救急病院職員対象の未遂者対応研修

ま と め

これまで述べてきたことから，行政の精神科救急事業に協力的な総合病院精神科閉鎖病棟では，身体的治療が必要かどうかの精査が必要になる応急入院，身体合併症を有する精神障害者の診断・治療に対する有用性が示唆される．政策医療を担ってくれる総合病院精神科閉鎖病棟は，行政にとって市民生活の安心を得るためには必要不可欠であり有用である．特に，精神科救急，応急入院，身体合併症治療，自殺対策については，総合病院精神科の貢献度が高く，有用性が大きいといえる．

謝　　辞

本シンポジウムに参加する機会を与えてくださった大会長並びに座長の佐藤先生をはじめとする総合病院精神科医学会の先生方，日頃から横浜市の精神科救急業務に携わってくれている横浜市こころの健康相談センター職員の方々に感謝をいたします．

The Benefits of a Psychiatric Unit at General Hospitals from the Point of View of Administrative Agency —— Through Experience of Constructing and Providing Psychiatric Emergency System for Yokohama City——

Norihito SHIRAKAWA

Mental Health and Welfare Center of Yokohama City

With the aim of providing citizens of Yokohama City with “a safe public life” and of securing high quality of medical care, we have promoted “the core hospital design”, in which general hospitals are constructed in the several districts throughout the city. With this policy in mind, we have concentrated on establishing a psychiatric emergency system by preparing closed psychiatric wards at some general hospitals which have understood the city policy, “to realize a society where citizens can live a safe public life within their own regions, with or without mental disorders”. Because of an increase in population, a shortage of sickbeds for psychiatric emergency patients remained chronic. In order to resolve this problem, we have expanded the number of hospitals which can accept those psychiatric emergency patients. We have increased the number of “basic sickbeds for psychiatric emergency patients” at some general hospitals, and have provided “exclusive sickbeds for patients with physical complications” at three general hospitals, and also have prepared “isolated rooms” at several mental hospitals. We have converted open psychiatric wards of general hospitals to closed ones, and have provided “exclusive sickbeds for citizens”, and in addition, we have given “aftercare for survivors of attempted suicide” taken to an emergency section of general hospitals, all of which has worked quite well so far. The present author was involved in the process of providing a psychiatric emergency system for Yokohama City, and explained we found that the closed psychiatric wards at general hospitals, which take responsibility of medical treatment policy, such as psychiatric emergency system, are essential to securing safe public life. We suggested that a psychiatric unit at general hospitals makes an important contribution and shows great value, especially for psychiatric emergencies, emergency hospitalization for psychiatric treatment, treatment of physical complications and suicide preventing measures.

＜Author’s abstract＞

＜**Key words**: administrative agency, benefits, general hospital, psychiatric emergency system＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

摂食障害患者の万引きをめぐって

コーディネーター　高木　洲一郎

摂食障害の患者に万引きの頻度が高いことは周知の事実であるが，この問題が取り上げられることは，これまでほとんどなかった．万引きは摂食障害の症状の１つと見なせることが多いが，反社会的な行為であり，店に与える被害も少なくない．万引きは摂食障害の治療者をもっとも悩ませる問題である．

私は数年前に弁護士から執行猶予中にまた万引きをしたケースの相談を受けて，法廷で証人尋問を受けた．この例はそれまで摂食障害の治療歴はなく，裁判の過程で摂食障害が弁護士により判明した特異な例である．法廷では裁判官や検事から，治療は刑務所でもできるのではないかと繰り返し質問された．それに対して筆者は摂食障害の疾患特性を説明し，資料も提出して摂食障害は家族因性の病でもあり，家族のもとで治療を受けさせることが望ましいと訴えた．その結果，関係者は 3 年間の実刑を覚悟していたが，再度保釈されることになった．

この例を 2007 年の日本摂食障害学会で報告したところ，フロアから今回の演者の１人の浅見知邦先生から，医療刑務所には摂食障害の患者が 40〜50 人収容されているという衝撃的な発言があり，発表は大きな反響を呼んだ．

そこでこの問題の重要性が認識され，日本摂食障害学会で 2008 年に「どうする摂食障害の万引き」と題するディベートが行われた．さらに 2010 年には同学会でシンポジウムが行われた．また同年には家族機能研究所（斎藤学）の主催により「クレプトマニアと摂食障害」のテーマで精神科医 3 名と弁護士 2 名によるシンポジウムが行われた．

このようにこの問題は司法と精神医学の専門家が一堂に会して論じられるようになってからまだ日は浅い．

このような経緯を踏まえ，今回日本精神神経学会で初めてこのテーマがシンポジウムの１つとして取り上げられることになった．機会を与えていただいた学会会長の三國先生に厚くお礼を申し上げたい．

シンポジウムの進め方は，まず私がこの問題について全体像をお話する．それから多数の窃盗癖患者の治療を経験されている竹村道夫先生に万引きの患者の治療現場からのお話をしていただく．次いで摂食障害患者で万引きのため服役中，心身の危機のために一般刑務所から医療刑務所に移送された例を浅見知邦先生に報告していただく．そして中谷陽二先生には司法精神医学の立場からお

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　摂食障害患者の万引きをめぐって　座長：高木　洲一郎（自由が丘高木クリニック），切池　信夫（大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学）

話いただく．患者の弁護にあたっている林大悟先生には弁護士の立場からお話をしていただく．上原徹先生には女子少年院での経験と衝動制御の問題について発言していただく．

万引きは，摂食障害の治療をする上で避けては通れない問題である．私のもとには執行猶予中に再度万引きして裁判になっている事例など司法がらみの相談を受けることも少なくない．このような例は決して稀ではない．

この問題に造詣の深い方も，これまではあまり経験のない方もいらっしゃると思われるが，今回の問題提起が，摂食障害患者の万引きの問題についての認識を深めていただくきっかけとなれば幸いである．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

摂食障害患者の万引きをめぐって

高木　洲一郎（自由が丘高木クリニック）

摂食障害患者に万引きが多いのは周知の事実で，筆者の調査では 44％と高率だった．摂食障害の治療をする上で，万引きは避けて通れない問題である．万引きは摂食障害に独特の心性と結びついており特殊である．処遇に関しては治療者により見解は異なり，また司法判断も警察，検察，裁判所それぞれのレベルであまりにまちまちである．司法側にはこの問題はまだ理解されていない．筆者はこの問題について 2007 年から問題提起してきた．摂食障害と司法に関する文献は欧米でもほとんどない．患者には万引きという行為が深刻な問題であることを受け止めて欲しいが，罪悪感が乏しく止めさせるのは困難である．万引きの常習化を避けるには，摂食障害の適切な治療こそが重要であることを強調したい．筆者は患者および治療者に対してアンケート調査を行ったので，その結果を報告し考察する．このシンポジウムを通じ，この問題について認識を深めていただければ幸いである．

＜索引用語：摂食障害，万引き，司法精神医学，責任能力，心身耗弱＞

はじめに

摂食障害に万引きが多いのは周知の事実であるが，その実態については意外に知られていない．また摂食障害の責任能力に関しては最近まで論じられなかった．事例により異なるのは当然としても，精神鑑定医によっても見解は一致していない．つまり鑑定する医師によっても責任能力の判断は異なる．そして司法関係者には摂食障害がまだよく理解されていない．そのため万引きで逮捕されても，注意されただけで終わるものから実刑判決を受けるものまで個々の例でまちまちである．万引きは立派な窃盗罪であるが，摂食障害患者の万引きを一般の万引きと同様に判断することは問題である．中谷[8]によれば，この問題は司法精神医学の死角である．

万引きの実態調査の結果はすでに報告したが[11,13]，本シンポジウムではその後に行った日本摂食障害学会会員をおもな対象として行ったアンケート結果を加えて報告する．

Ⅰ．摂食障害患者の万引きの実態調査

実態調査の結果についてはすでに報告[13]しており，ここでは抜粋して紹介する．

1．調査対象

2008 年 1 月からの 7 ヶ月間に自由が丘高木クリニックおよび浜中禎子心理教室を受診した摂食障害患者 41 例を対象にアンケート調査を行った．来院時に記載してもらいその場で回収しており，回収率は 100％である．

2．調査結果

1）万引きの回数・対象

本人の回答では 18 例（44％）が「万引きをしたことがある」と答えた．頻度の多さからも万引きは摂食障害の症状の 1 つと見なし得る．万引きの回数は 15 例のうち，1 回のみはなく，2 回が 1 例，3 回が 4 例，数回（4〜7 回）3 例，かなり多い，あるいは非常に多いが 7 例（47％）であった．非常に多いの中には，100 回以上，あるいは

数えきれないなどと回答したものも含まれる．見つかるのは氷山の一角であろう．万引きの場所は15例全例がスーパー，コンビニで，1例（重複例）がドラッグストアでもしていた．万引きの対象は食品が15例中13例（87％）と圧倒的に多く，明らかに摂食障害の症状と関連しているのが特徴的である．今回の調査対象では，万引きの対象は食品が圧倒的に多く，摂食障害との関連が明らかな例ばかりであった．筆者の経験では多くの例では手口は非常に稚拙で見つかりやすい．

ただしごく一部だが，なかには食物だけでなく高級な毛皮やバッグ，洋服など高価な品を盗むものもいる．

2）万引きをした時点の状態

⑴食行動および精神状態

過食があったものが16例中11例（69％），拒食があったものが15例中8例（53％）で，嘔吐は15例中12例（80％）で見られた．嘔吐しているものが80％もあった．過食の方が頻度は高いが，万引きは過食でも拒食でも高頻度で見られている．Krahnら[4]による文献の考察でも，万引きの頻度は過食症の方が高い．

精神状態では感情の不安定さ（いらいらなど）は「非常に強くあり」7例（47％），「かなり強くあり」5例（33％），「少しあり」3例（20％）で，「まったくなし」は1例もなかった．またうつ状態も「非常に強くあり」7例（47％），「かなり強くあり」5例（33％），「少しあり」2例（13％）で，「まったくなし」は1例（7％）のみだった．うつ状態がないと答えた1例も，感情の不安定さは少しありと回答した．すなわち全例で感情の不安定さやうつ状態が認められ，その程度もかなり強かった．

⑵経済的状況

「まったく困っていなかった」7例，「ほとんど困っていなかった」7例，「少し困っていた」1例で，「非常に困っていた」ものはいなかった．同様に万引き時に所持金があったものが13例（81％）で，なかったのは3例だけだった．つまり経済的には困ってはおらず，金銭も所持しているにもかかわらず万引きを繰り返しているのが特徴である．

⑶万引きの動機

15例中（重複回答あり），「どうせ食べて吐いてしまうのだから，自分のお金を使うのはもったいない」が7例（47％），「お金がいくらあっても（過食のために）足りないし，少しでも節約したいから」が2例（13％）で合わせて9例（60％）は摂食障害に起因する，欲求を充足させる目的で行っている．7例（47％）が「無我夢中でよく覚えていない」と答えた．「親に摂食障害のつらさをわかって欲しかったから」，「社会が憎かったから」との回答が各1例あった．

3）万引きが発覚した後の処遇

「捕まったことがある」のは10例で，「一度も捕まったことはない」は5例だった．「見つかったが，現場で注意されそのまま帰された」ものは6例で，そこで摂食障害であることを話したものと話さなかったものはそれぞれ3例ずつだった．10例中9例は警察に通報された経験があり，その回数は5例が1回で，4例は3〜9回だった．書類送検されるだけで起訴されない例もあるが，検察庁に出頭を命じられた例は3例で，このうち2例は不起訴となった．そのうちの1例は検察官が摂食障害をよく理解していたとのことであり，もう1例は筆者が詳細な上申書を提出していた．3例目は本人が摂食障害であることを言わなかった例である．

ただし筆者もこれまで上申書を書いたり，入院中の患者が外出中にコンビニで万引きをしたため身柄を引き取りに行ったりした経験は少なくない．また警察に留置されていた摂食障害患者で，公判予定であったが体重が24 kgで衰弱が著しいため執行は停止され，地方に住む両親が上京するまでの間の入院先を紹介して欲しいと相談を受けた経験がある．この例は衰弱が著しく公判に耐えられないため保釈された．

4）アンケートでの患者自身のコメント

前報[13]では8例のコメントを引用したが，ここではそのうちの3例を紹介する．

⑴症例 A

悪いとわかっているのに，食べ物を見るとすべて自分の側に置いておきたくなり，盗ってしまった．でも帰り道や家に帰ると，こんなにどうするんだろう，またやってしまったと落ち込む．その繰り返しで自分を責めてどんどん落ち込む．その気持でまた食べて吐いて…．自分が作っている悩みで苦しいのに，万引きや過食が止まらなかった．

⑵症例 B

完治していないと，見つかっても再犯の可能性は大いにあると思う．万引きした時は買える分の金は持っていたにもかかわらず，少しでもお金を使わない方法があればという考えにものすごく囚われていた．病的だったと言ってよい．症状が長期化するのが明らかなので，お金が底をつくのが怖かったからだ．理性的に見れば馬鹿げたことかもしれないが，本人は必死だ．刑務所で更生するのも一手かもしれないが，よほどの専門的知識を持った人がいないと双方にとり苦痛だろう．

⑶症例 C（かなり改善している患者）

摂食障害の万引きは，正常な状態で行う万引きとは違うと思う．頭の中が常に食べ物のことで一杯で，ボーとして何かにとりつかれたように罪の意識や物事の善悪，これをしたらどうなるかなどと考えることなくやってしまう．20 年以上前を振り返り，摂食障害に憑依されたような気がしてならない．今も完全に治っていないが，万引きだけはしないという理性は働いている．愛する家族に迷惑をかけられないから．

Ⅱ．治療者に対する調査

次に 2008 年 2 月に日本摂食障害学会の会員 241 名と，この問題に詳しい精神科医 8 名にアンケート用紙を送付した．回答者は日本摂食障害学会会員 111 名，精神科医 6 名で回収率は 47 %だった．回答者の内訳は精神科医 43 %，心療内科医 34 %，臨床心理士 10 %，婦人科医 4 %，小児科医 3 %，内科医 2 %で，その他看護師，栄養士，養護教諭，社会福祉士各 1 名（1 %）が含まれる．なおここで紹介するのはコメントの一部であり，この他にも示唆に富んだコメントを多数いただいた．質問に真摯に回答を寄せていただいた先生方に深謝する．

摂食障害を 100 例以上治療経験のある 57 名の回答は以下のようだった．

自身の患者が万引きをした経験のあるものは 95 %にも上った．また警察から照会を受けたことあり（電話または文書）46 %，スーパーやコンビニから万引きした患者の照会を受けた経験あり 38 %，検察庁・裁判所に対して上申書を書いたことあり 22 %など，少なからぬ治療者がこのような経験をしていることがわかった．また少数ではあるが，精神鑑定書を書いたことのある医師は 7 %，裁判所で証人尋問を受けたことのある医師は 3 %だった．

以下のような事例についての見解を尋ねた．

【事例 1】先生が治療中の患者さんがスーパーで万引きが見つかり，店から照会の連絡があった時，万引きの数がたとえば 1〜3 回程度と比較的少ない場合，先生ならどう対処されるでしょうか？

①摂食障害の経過中の万引きであることは説明するが，患者の教育上も，一般の万引きと同じに対処してもらってよいと伝える　40 %

②摂食障害の経過中の万引きであることを理解してもらうよう努力する　34 %

③いちがいには言えない　20 %

この他，よくわからない 3 %，その他 3 %だった．

つまり一般の万引きと同様に対応するが 40 %とやや多いが，理解してもらうよう努力するとの回答も 34 %あり，判断は分かれていた．

【事例 2】事例 1 と同様の状況だが，万引きが常習化している場合（たとえば 10 回以上）先生ならどう対処されるでしょうか？　回答①は 62 %と厳しい対応が増え，回答②の理解してもらうよう努力するは 10 %に減っている．

精神鑑定書を書いた経験のある医師は 9 名だった．鑑定は弁護士からの依頼（私的鑑定）1 件，捜査機関からの依頼 2 件，裁判所からの依頼 3 件

だった．鑑定主文では，事件の内容は不明だが，責任能力あり5件，責任能力を著しく欠いていた（心神耗弱）3件，責任能力を完全に欠いていた（心身喪失）3件と判断は分かれていた（数字が合わないのは記入漏れがあったため）．自由回答では，以下のような意見が寄せられた．なお回答者の氏名は，許可を得た方のみを掲載した．

1．疾患に配慮する立場の意見

①飢餓症候群への生物学的理解が必要で，単なる窃盗犯として扱うには大変問題がある．

②万引きをした生徒は通常，処分の対象となる．摂食障害の場合は，主治医や文献により配慮するよう（学校側に）伝えたい（養護教諭）．

2．処遇についての厳しい意見

①自分は病気なんだぞ，とはき違えているものもいるのも事実．摂食障害を免罪符にしてはならない．完全責任能力．

②患者はここまでは理解されるということを学習するので，厳しく対応することは必要だと思う（外ノ池隆）．

③摂食障害になれば万引きし放題．こんな状態にして摂食障害を悪化させないで欲しい．

④常態化し，数百万円分も万引きして，何回警察に捕まっても注意だけで帰される．いかなる場合も法的に処理されるのが望ましい．

3．精神鑑定医からの意見

①刑事処分はあくまで司法判断であり，治療者はそれについて積極的な関わりをすべきでない．ただし行動の病理性や治療の必要性は司法機関に理解されにくいので，十分に説明や情報提供を行うべきである（中谷陽二）．

②責任能力では争わず，情状面を考慮するよう主張すべき（2名）．

（註：摂食障害は狭義の精神病には含まれないため，法律上は心神喪失や心神耗弱には該当しない）

以上のように，治療者や司法精神医学の専門家の間でも見解は異なる．

4．今後の課題

①これまで迷いつつ，その都度対処していた．この調査結果を心待ちにしている（複数意見）．支援方法のガイドラインもあるとよい（複数意見）．学会としてのある程度の統一見解は必要

②司法との意見交換が必要．

③事例は多く，司法判断の基準を示すべき（高木洲一郎）．

④法整備が必要（水島広子）．

⑤米国にはドラッグコートと呼ばれる，刑務所に収容するのではなく，裁判所が依存の治療を命じ，その後の治療状況も裁判所がモニタリングする制度がある．これに類似した制度があれば処遇上の問題は少なくなるのではないか．

Ⅲ．考　　察

1．摂食障害患者の万引きの心理

この問題についても筆者はすでに報告しており[11]，ここでは馬場と下坂の論文を再録する．摂食障害の万引きについては，国内外とも報告はあまり多くない[1,4,6,9]．馬場ら[2]は，摂食障害患者の盗みの心理的背景を検討している．①欲求不満耐性の低さ，②独特の超自我―多くは反抗期のないいわゆる「いい子」で，学校では優等生で通っている．彼らの道徳心は人並みあるいは普通以上に強い場合が多く，反社会的性格に基づいた不適切行動よりは超自我に縛られた過剰適応がしばしば見られる．ところが，万引き行為に対しては，奇妙なほど罪悪感を抱かない．一種の満足感や安堵感を味わっていたりする．彼らのパーソナリティに分裂（splitting）があることが推測される．③内的空虚感，④依存感と拒否感―両価的感情，⑤統制感喪失あるいは放棄―自己統制が強く一見統制力を持っているかに見えた彼らが，衝動的非主体的に行動する．⑥取り入れ様式への固着―あたかも，幼児のように手近にあるものを何でも手に入れたり口に入れたりして自分の物（一部）にするのに似ていることなどである．

摂食障害の病態は時代とともに変化しており，以前は神経性食欲不振症（俗にいう拒食症）のみであった．神経性食欲不振症では禁欲的に食事の摂取をコントロールしているが，下坂[10]はすでに1961年に神経性食欲不振症の症状学補遺として，けちであることを挙げている．「けちは必発的症状とみることが出来，けちは食物に次いで金銭が対象となり，例外なく小遣いを貯めこむようになる」と記載している．万引きもそれと関連する独特の心性と考えられる．過食症が登場し，その後患者数は急激に増加した．現在は過食・嘔吐のタイプが最も多い．過食のため，いくらお金があっても足りないので節約したい，どうせ食べても吐いてしまうのだからという理由を挙げるものも多い．

Baumら[1]は文献を考察し，万引きの要因として，飢餓による精神機能の障害，薬物の影響，感情障害，パーソナリティ障害，精神力動的特徴，解離現象，緊張の低下，衝動性，社会文化的影響などを挙げ，万引き群は摂食障害のうちで重症度の指標になろうと述べている．このように万引きの心理にはさまざまな解釈がある．

2．摂食障害患者の万引きの司法判断について

1）司法精神医学的にどう捉えるのか

今日もなお法律家に引用されるのは，1983年の大阪高裁での判例[3]である．事件は神経性食欲不振症による食料品の万引き窃盗である．高裁の判決文を一部引用すると，「本件犯行当時，神経性食欲不振症の重症者であったため，事理の是非善悪を弁識する能力は一応これを有していたものの，食行動に関する限り，その弁識に従って行為する能力を完全に失っていたもの，すなわち，右にいう食行動の一環たる食物入手行為に該当する本件各犯行は，いずれも心神喪失の状態において行われたものと認定するのが相当である」とし，責任能力を認め，窃盗罪の成立を認めた原判決を破棄し，心神喪失を認めて無罪とした（鑑定人，北村陽英）．

福島[7]は境界例ないし境界領域を3つのカテゴリーに分類している．第3の領域が，汎神経症・汎不安，同一性拡散・思考障害・多形倒錯・小精神病などである．「伝統的な司法精神医学では彼らの状態は非疾病であり，責任能力は減免の対象とはならないと考えられてきた．しかし彼らの自我の脆弱さや，パニックや行動化への防衛の不十分性から考えれば，彼らの行為に完全な責任を求めることは不適切である．また彼らにとっては刑罰・矯正よりも精神医学的治療こそが必要である．したがって，心神喪失ないし耗弱を認定すべきケースが多いと思われる」と述べている．

摂食障害もこのカテゴリーに含まれると考えられるが，ことに万引きは摂食障害による食行動の異常や，独特の心性と結びついており，特殊である．これを一般の万引きと同列に判断するのは酷であろう．ただし病気のなせる業としてすべてが許されるわけにはいかないのも勿論である．被害にあった店に与える影響は深刻である．

摂食障害の改善には患者の心理社会的発達が必要である．万引きという行為が疾患と結びついているため病気が治らない限り，再犯の可能性は少なからずある．患者に対しては万引きは勿論戒めているが，不適切行動だけを注意しても改まるものではない．

摂食障害は専門的チームによる治療が望ましいが，そもそもわが国では，摂食障害の治療システムが患者数の増加という実情に対して非常に遅れているのが現状である[11]．

筆者らの調査では，万引きは摂食障害の発症後に見られており，深沢[6]の報告した6例も同様であった．病気が治らない限り万引きは止められないであろうことを患者自身も自覚している．したがって本来は刑罰ではなく治療が優先されることが望ましい．筆者の経験では，摂食障害が軽快すれば万引きもなくなる．患者には万引きという行為が深刻な問題であることを是非受け止めて欲しいが，罪悪感が乏しいため，万引きの問題だけを取り上げても，それを止めさせることは困難である．家族を含めた密度の濃い多面的な治療が望ましい．

筆者は日常の臨床では店から連絡を受けた時には，主治医の立場としては治療的観点からも一般の万引きと同じに対応して欲しいと伝えることが多い．ただし，裁判となれば葛藤的となる．犯罪歴がつくことにより本人の立場がさらに悪くなるのは避けられないからである．

敢えて私見を述べるなら，これまで述べてきたような摂食障害に特有の食行動や心理を考慮すると，多くの例は心身耗弱あるいは心神喪失に相当すると判断されてもよいのではないかと思われる．ただし万引きを繰り返す例も少なくなく誠に悩ましい問題であり，今後の議論を待ちたい．

2）司法関係者に摂食障害について理解してもらうための努力

司法側にはこの問題はまだほとんど理解されていない．起訴された場合，検事や裁判官に本稿で述べたような摂食障害に特有の心理を理解してもらうことは容易ではない．万引きを繰り返せば，法的には常習犯として扱われる．強盗と同じ処罰で，保釈も許されず，執行猶予も付かない実刑となる．法的処分が避けがたい場合，病歴を被害者・警察に明確にできるように用意し，治療中の犯行であることを理解してもらうことや，患者が万引きを繰り返すことについて，権威ある資料を用意するなどの努力が必要である．竹村[14]は精神科医の立場から刑事弁護について，林[5]は弁護士の立場からこの問題を論じている．

司法側の理解を得るには今後も根気よく専門医が上申書や信頼できる資料を提出したり，警察に説明したり，主治医が法廷に立つなどの努力が必要である．また司法側も法的に一定の基準を示す時期に来ているのではないかと考える．

おわりに

摂食障害患者の万引きの頻度は高く，治療上避けて通れない問題である．実際に治療者が意見を求められる機会も多いことがアンケート調査でも明らかとなった．治療者は患者の万引きの問題についてもよく認識しておく必要がある．

現状では司法側も治療者側も，判断は鑑定医により責任能力の判断は異なり，まちまちの対応がなされている．司法関係者がこの問題を理解することは非常に難しく，今後は精神科医もそのために努力をしていく必要がある．

摂食障害（疾病性）の万引きは患者特有の心性にもとづく場合が多い．ただし摂食障害の万引きのスペクトラムにはさまざまな事例や治療者の考え方があり，処遇は一概には論じられない．筆者は個人的には完全責任能力は問うのは酷ではないかと考えているが，これに関しては今後の議論を待ちたい．本稿がそのための一石を投じることになれば幸いである．

万引きの常習化を避けるには，摂食障害の適切な治療こそが重要であることを強調したい．

文　献

1）Baum, A., Goldner, E.M.: The relationship between stealing and eating disorders. A review. Harvard Rev Psychiatry, 3; 210-221, 1995

2）馬場謙一，穂積　登，前川あさ美：神経性摂食障害に見られる盗みの心理．厚生省特定疾患・神経性食思不振症調査研究班昭和62年度研究報告書．p. 167-169，1982

3）判例時報1116号，140-141，1984

4）Krahn, D.D., Nairn, K., Gosnell, B.A., et al.: Stealing in eating disordered patients. J Clin Psychiatry, 52: 112-115, 1991

5）林　大悟：クレプトマニア（窃盗癖）―再犯でも弁護人が出来ること．季刊刑事弁護，64；28-31，2010

6）深沢裕紀：Anorexia nervosaにみられた盗みについて．精神経誌，88；421-437，1986

7）福島　章：犯罪心理学研究Ⅱ．金剛出版，東京，1984

8）中谷陽二：司法精神医学から見た摂食障害患者の盗み行動．第4回日本摂食障害学術総会，東京，2008

9）澤本良子，野崎剛弘，河合宏美ほか：万引きまたは盗食歴を有する神経性食欲不振症患者の心理特性．心身医，43；766-773，2003

10）下坂幸三：青春期やせ症（神経性無食欲症）の精神医学的研究．精神経誌，63；1041-1082，1961

11）高木洲一郎：摂食障害患者の万引きの法的処分をめぐって―現状と問題点―．臨精医，37；1421-1427，

2008

12）高木洲一郎，鈴木裕也：わが国における摂食障害の治療システムの構築に関する研究．厚生省精神・神経疾患研究委託費「青年期を中心とした心身症の病態の解明とその治療法に関する研究」．p. 27-30，1999

13）高木洲一郎，大森美湖，浜中禎子ほか：摂食障害患者の万引きをめぐる諸問題．アディクションと家族，26；296-303，1910

14）竹村道夫：窃盗癖の治療最前線と刑事弁護．季刊刑事弁護，64；48-52，2010

The Problem of Eating Disorders and Stealing

Syuichiro TAKAGI

Jiyugaoka Takagi Clinic

It is a well-known fact that among patients with eating disorders, a high average of stealing behaviors are found. According to the author's investigation, 44% of patients diagnosed with eating disorders are guilty of stealing. The stolen items are overwhelmingly food. Every therapist must be aware of this issue. Stealing is related to a psychological characteristic of the disease. Opinions differ among doctors as to how to treat the behavior of stealing. Moreover, the problem is hardly understood by the justice system. The judgment of police, prosecutors, and the courts all differ at each level. The author has raised this issue since 2007. Little research has been done abroad in this area. Patients with eating disorders should recognize the seriousness of stealing, but it is difficult to stop their stealing behavior because they lack guilt. To prevent stealing, the author emphasizes the appropriate treatment of eating disorders. The author has conducted an investigation through a questionnaire to patients and therapists respectively. The results of this investigation are reported, and consideration is given to the problem. It is the author's hope that the assembly and readers become more aware of this issue through this symposium.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：eating disorders, stealing, forensic psychiatry, accountability, diminished responsibility＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

窃盗癖-嗜癖治療モデルによる対応

竹村　道夫（赤城高原ホスピタル）

精神障害としての病的窃盗には，「クレプトマニア」という疾患があるが，その輪郭は明確ではない．窃盗癖は複数の障害に起因する症候群であり，疾病であり同時に犯罪でもある．窃盗癖の研究は明らかに立ち遅れていて，治療者も極めて少数である．一方，私たちが診療した窃盗癖症例は統計を取り始めた平成 20 年からだけでも 350 例にのぼるので，倫理的配慮をしつつその治療経験を報告する．私たちの診療した常習窃盗患者の約 9 割が，窃盗癖以外の精神障害を合併していた．合併精神障害としては，摂食障害（特に過食症），物質使用障害，気分障害，不安障害（特に強迫性障害），パーソナリティ障害などが多かった．特に摂食障害は窃盗癖を合併しやすい．この両疾患の密接な関連の理由は不明である．多くの要因が関係していると考えられ，単純過ぎる「食費節約説」は実情に合わない．窃盗癖の大部分は，衝動性障害として始まり，嗜癖化メカニズムで進行すると思われる．窃盗癖への治療としては，カウンセリング（個人精神療法），認知行動療法，家族療法，集団精神療法，薬物療法，自助グループの利用などが考えられる．合併精神障害の治療も重要である．私たちの嗜癖アプローチでは，とくに，自助グループ活動と，回復（途上）者によるメッセージを重要と考える．窃盗癖治療では，個人精神療法も重要である．治療中の窃盗再犯が稀ではないので，治療開始時に，窃盗再犯時の対処を本人，家族などと相談しておくべきである．私たちは，治療開始後の窃盗（万引き）に関しては，正直な報告と返金，そして迷惑料の支払いを治療継続の条件としている．これは，治療者としては，おそらく少数派である．司法判断待ちの症例に関しては，窃盗癖は心神耗弱とはならなくとも，病的精神状態を背景とした犯行であり，また，刑罰による再犯予防効果が少なく，治療効果が期待されるので，情状酌量すべきである，というのが私たちの基本方針である．

＜**索引用語**：クレプトマニア，窃盗癖，診断基準，嗜癖治療アプローチ，自助グループ＞

はじめに

赤城高原ホスピタル（以下，当院）は，群馬県渋川市のアルコール・薬物依存症専門病院である．当院とその関連医療施設である京橋メンタルクリニックでは，近年，窃盗癖患者の受診が増えてきている．

精神障害としての病的窃盗には，「クレプトマニア」という疾患があるが，その輪郭は明確ではない．窃盗癖の研究は他の精神障害に比べて明らかに立ち遅れていて，治療者も極めて少数である．一方，筆者らが診療した窃盗癖症例は統計を取り始めた 2008 年からだけでも 350 例にのぼるので，倫理的配慮をしつつその治療経験を報告する．

Ⅰ．クレプトマニアの疾患概念

精神障害としての病的窃盗には，「クレプトマニア（kleptomania）」という疾患がある．クレプトマニアは，アメリカの精神疾患の分類と診断の手引き，DSM-Ⅳ-TR（2009）では，「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」の章に分類されている．この章に含まれる他の疾患は，間歇性爆発性障害，放火癖，病的賭博，抜毛癖，特定不能の衝動制御の障害である．DSM-Ⅳ-TR によるクレプトマニアの診断基準は，5 項目から成

表1　DSM-IV-TR によるクレプトマニアの診断基準

A．個人的に用いるのでもなく，またはその金銭的価値のためでもなく，物を盗もうとする衝動に抵抗できなくなることが繰り返される．
B．窃盗におよぶ直前の緊張の高まり．
C．窃盗を犯すときの快感，満足，または解放感．
D．盗みは怒りまたは報復を表現するためのものでもなく，妄想または幻覚に反応したものでもない．
E．盗みは，素行障害，躁病エピソード，または反社会性パーソナリティ障害ではうまく説明されない．

る（表1）．

国際疾病分類（ICD-10，1993）では，英文病名が pathological stealing（Kleptomania），疾病コードが（F 63.2）となっている．「クレプトマニア」の邦訳（和名）としては DSM-IV-TR では「窃盗癖」とされており，ICD-10 では「病的窃盗（窃盗癖）」となっている．ところが，日本語の「窃盗癖」は日常用語で，必ずしも病的であることを意味しないが，DSM-IV-TR によるクレプトマニアの診断基準は，上記のようにかなり限定的である．問題は，この基準 A の条文をどのように理解するかである．盗品を多少でも個人的に使用することがあれば，この基準を満たさないと理解すると，筆者がこれまで診療してきた350 症例以上の窃盗常習患者の中には基準 A に合致する症例は1例もない．明らかな病的な窃盗常習患者がこの基準に合致せず，クレプトマニア患者は，臨床上，ほとんど実在しないことになる．診断基準 A が存在する理由は，例えば，貧困で飢餓状態にある人の食品の盗みとか，職業的窃盗団による盗みとか，貴重品収集家の特殊な盗みなどを除く，という意図である．診断基準 A は，窃盗の主たる動機が，その物品の用途や経済的価値でなく，衝動制御の問題にある，という意味に許容範囲を広く理解すべきである．

クレプトマニアの診断基準 A に関する考え方は，筆者独自の恣意的解釈ではない．この分野の専門家である Grant, J.E. らも，窃盗癖の構造的臨床面説法に関する論文[1]の中で，「個人的に用いるのでもなく，またはその金銭的価値のためでもなく物を盗む」という項目の試験・再試験信頼性（test-retest reliability）と評定者間信頼性（inter-rater reliability）が共に低いことを挙げ，この診断基準項目に疑問を呈している．

窃盗癖の研究は，精神医学の中では遅れていて，その疾患概念，輪郭は必ずしも明確ではない．例えば，窃盗癖に密接な関係があるとされるうつ病は，DSM-IV-TR では窃盗癖の合併症の1つとされるが，ICD-10 では鑑別診断に数えられている．

Sarasalo, E. らの報告[2]によると，DSM-IVの診断基準に合致する「純粋なクレプトマニア群」37 名と捕まったばかりの一般的な万引き者群 50 名を比較したところ，窃盗の実行前の緊張感と，実行後の解放感がクレプトマニア群で高かったこと以外には，計画性，心理的偏り，盗品の必要性などの点で，両群に差がなかった．この結果から，著者らは，DSM-IVの診断基準に合致しない万引き者群にも医学的治療が必要であると主張している．筆者らも同意見である．そこで，この論文の以下の章では，窃盗癖を広義の常習窃盗行為の意味で用い，これがクレプトマニアの診断基準に合うかどうかは吟味しない．

II．治療施設，自助グループ

当院は，群馬県渋川市に 1990 年に開院されたアルコール・薬物依存症専門病院である．当院では，物質使用障害に関連した精神障害や家族問題などを広く総合的に治療している．他の物質使用障害専門医療施設と比較すると，女性患者の受診が多い．この傾向は，開院当初からみられるが，最近では，入院患者のほぼ半数が女性である．女性患者では，比較的治療困難とされるクロス・アディクション（多重嗜癖問題）を抱える入院患者が少なくない．その中でもとくに最近5年ほどの傾向として，窃盗癖合併患者の受診が増えてきている．

当院入院女性患者のほぼ半数が，摂食障害を合併しており，その大部分が過食症である．摂食障害に窃盗癖を合併しやすいことは，専門医にとっ

ては周知の事実である．当院の場合，入院中の過食症患者の約3分の1に窃盗癖があるため，これに対処することから，窃盗癖とのかかわりが始まった．その治療経験を当院のホームページに掲載したところ，摂食障害を合併しない窃盗癖患者や，対応に困っている家族や医療機関，弁護士などからの問い合わせが増えてきた．相対的に窃盗癖受診患者の摂食障害合併率は徐々に低下しつつある[5,7]．

筆者は，当院の開院時以来，院長職にあるが，現在，毎週金曜日には，東京都中央区の精神科診療所である京橋メンタルクリニックで外来診療を行っている．最近5年位，その両施設で，窃盗癖患者の受診が急速に増えつつある．筆者らが上記両施設で診療，治療したり相談を受けたりした万引き・窃盗癖症例は，統計を取り始めた2008年からだけでも350症例以上ある．全国的に，万引き・窃盗癖患者を受け入れて治療する施設はほとんどないので，両治療施設は，国内では最大数の患者を診ている施設である．

両施設における窃盗癖の治療は，自助グループ（クレプトマニアクス・アノニマス，略称KA）が機能し始めてからようやく軌道に乗ってきたといえる[5]．筆者らの治療の展開の経過を簡単に表2に記した．

窃盗癖の治療として筆者らは，カウンセリング（個人精神療法），認知行動療法，家族療法，集団精神療法，薬物療法，自助グループの利用などを行っている．筆者らは，入院治療の開始時に，治療中の犯罪行為（窃盗を含む）は必ず主治医に報告すること，発覚した窃盗行為に関しては，必ず返金し，迷惑料を支払うことを約束させ，その誓約書を患者と家族から取り，患者がそれを守ることを治療継続の必要条件にしている．患者の窃盗行為に対し，このような厳格な対応をしている治療機関は，おそらく少数である．

当院におけるクレプトマニア治療プログラムとしてはMTM（万引き・盗癖ミーティング）がある．MTMは，集団精神療法の当院における名称である．具体的には，万引き・盗癖者向けの自助グループ的ミーティングであり，万引き・盗癖の問題のある患者本人だけが参加する．水曜日と土曜日を除く毎朝，8時45分から45分間行っている．ほかに，水曜日と土曜日午前中には，各90分の同様なミーティングがある．このうち，毎週の水曜日は，遠方から病的万引きからの回復者が来て，回復の体験談を初心者やその家族に伝える．これは，当院ではメッセージ・ミーティングと呼ばれており，4，5人の回復（途上）者が週替わりで来院するが，窃盗癖治療の重要な一環である．現在，MTMには入院中通院中の患者約20人が出席しており，水曜日と土曜日の午前中に行われるMTMには，外来患者を含めると出席者は25人以上になる．このように，MTMは日曜日を含む毎日あるが，月曜日と金曜日には，1日に2回のミーティングがあるため，合計で週に9回あることになる．

また，当院には家族向けのミーティングとして，AKP〔アディクション問題（アルコール依存症など，嗜癖問題）に関する教育プログラム〕と，AFK〔アディクション問題に関するファミリー（家族）懇談会〕がある．その目的は以下のように要約できる．①嗜癖問題そのものについての偏見と誤解を克服し，正しい知識を学ぶ．②嗜癖問題本人への『対処』の仕方を，具体的に学ぶ．③嗜癖問題者の家族が，安定した精神状態でいられる方法を教える．

その家族向けミーティングは，月曜日～木曜日

表2　筆者らの万引き・窃盗癖治療の歴史

1990年	ホスピタル開設
1995～2000年	手探り状態
2000年	院内MTM（万引き・盗癖ミーティング）開始
2004年	KA世田谷（東京都世田谷区）開始
2006年	メッセージ・ミーティング開始
2007年	家族に向けてのメッセージ開始
2008年1月	窃盗癖患者の登録開始
2009年7月	KAぐんま（前橋市）開始
2009年11月	KAなら（奈良県）開始
2010年10月	KAひょうご（神戸市）開始

に集中的にあるので，遠方に住む家族の多くは，月曜日から3泊4日のショートステイをしてミーティングに参加する．

窃盗癖患者の入院治療では，管理的対応が必須である．これを緩めると，院内院外での窃盗行為が頻発し，治療は混乱状態となる．当院院内には，16台の防犯カメラがあり，看護は，窃盗癖患者への対応の原則と応用を記した「クレプトマニア対応マニュアル」[9]に沿って対処している．当院の入院形態は，原則として任意入院であるので，入院時にこのような厳しい検査があることの説明を受け，納得した患者のみが治療対象となる．看護師は，窃盗癖患者の入院に際し，持ち込み荷物を少なくする指導をしている．日常生活においては，看護師が，頻繁に私物と現金チェックを行い，外出後には毎回必ず，購入した商品とレシートの照合，金銭の出納確認を行っている．患者には，MTM出席を義務づけ，出席を怠ると退院を勧告する．当然ながら，入院治療中でも，犯罪行為は自己責任で解決させる．万引きが発覚した場合には，商品代と迷惑料を被害店に支払わせ，反省文を書いて謝罪に行かせる．

京橋メンタルクリニックでの診療は，毎週金曜日の10：00〜18：00に筆者が担当している．最近では，窃盗癖患者が徐々に増加し，待ち時間が長くなり，待合室が，窃盗癖患者のサロンのようになっている．ほとんどの患者が，自助グループであるKA世田谷に出席している．当院入院患者と同様に，初診以後の万引きは必ず報告し，商品代返金と迷惑料を支払うことが治療継続の条件である．

Ⅲ．専門医を受診した窃盗癖患者群の分析

2008年1月1日から2009年7月31日までの間に当院と関連通院医療施設を受診した患者で，常習的な万引き・窃盗行為の問題がある症例は，男性40例，女性92例で，合計132例であった[3]．窃盗癖患者の診療録を分析したところ，約9割が，窃盗癖以外の精神障害を合併していた．合併精神障害としては，摂食障害（とくに過食症），物質使用障害，気分障害，不安障害（とくに強迫性障害），パーソナリティ障害などが多かった．対象患者では，20〜30歳代の若い女性で，摂食障害や薬物・アルコール依存症などとのクロスアディクションが多かった．

従来から言われていたことではあるが，摂食障害は窃盗癖を合併しやすいことが，筆者らの調査でも確認された．これまで，両疾患合併患者の報告者は，摂食障害治療の専門家が大部分であった．そして，多くの場合，典型例のみが紹介されてきた．典型的症例では，過食症発症後に食品の万引きが始まり，軽症患者では，摂食障害の軽快治癒と共に，万引き癖もなくなる，とされている．そして，食品万引きの理由として，「食費節約説」が挙げられることが多いが，この両疾患の関連は，それほど単純ではない．この類型に当てはまらない非典型例が非常に多いのである[7]．食費節約説では，以下のような現象を説明できない．①2割以上が常習窃盗を先に発症し，その後に摂食障害を発症する．②拒食症患者も健常者以上に万引きする．③2割の症例では，食品以外の商品のみを万引きする．④食費の心配のない経済的に裕福なケースが少なくない．⑤経過とともに，盗品の種類，量，価格が拡大してゆく傾向がある．

筆者は，窃盗癖患者と摂食障害患者の両方に見られる溜め込み（hoarding）に注目している．摂食障害の多くは生理的飢餓状態にあるので，過食して吐く場合は勿論，拒食患者でも，食品を身近に置いておきたいという気持ちがある．多くの場合，食品だけでなく，物品も資金も手の届くところに置いておきたい．そのストックが減るのが異常に怖い．できれば予備の食品と物品，予備の金を自分用に隠しておきたい．予備の予備を身近に置きたい．これが，現実行動になれば溜め込み行為になるが，表面化しなくても，多くの摂食障害患者がそのような欲求を持っている．この枯渇恐怖と溜め込み欲求こそが，摂食障害患者の窃盗衝動の原動力となるのではないか，と筆者は分析する．これは，「神経性食欲不振症患者はけちである」という下坂[4]の説に近いが，けちという単

語の語感は，摂食障害患者の一部に見られる買物依存症や浪費癖と合わない気がする．ちなみに，買物依存症は物品を，浪費癖は虚飾や人気を溜め込む行動であると解釈できる．

筆者の考えでは，窃盗癖は複数の障害によって起こり，かつ症状の組み合わせが多様な症候群である．多くの場合，衝動性障害として発症し，嗜癖問題として悪化進行する．摂食障害も嗜癖問題としての側面を持っていて，窃盗癖と摂食障害は合併しやすい組み合わせである．それゆえ，嗜癖治療モデルによる対応が有効である．

Ⅳ．窃盗癖患者の法的責任能力

窃盗癖患者が専門治療を求める時には，司法処分待ちのことが多い．この場合，主治医は，患者から意見書の提出を求められることが多い[6]．警察や検察庁から照会書が送付されてきて回答を求められることもある．その際の最重要事項は，患者の責任能力である．結論から言うと，クレプトマニアという診断だけでは心神耗弱とはならず，責任能力あり，というのが，筆者らの基本的見解である．これは，摂食障害を伴う窃盗癖患者でも同じである．

一般に，窃盗癖患者の事理弁識能力にはおおむね問題がない．問題は行動制御能力であるが，多くの患者では，クレプトマニアという「衝動制御の障害」のために，行動制御能力が相当程度減退している．しかし，著しく減退しているとまでは言えないことが多いので，心神耗弱には相当せず，責任能力はあると考えられる．ただし，例外はある．重篤な摂食障害，解離性障害などでは，心神耗弱としてもよいのではないか，と思う．

窃盗癖は，心神耗弱とはならなくとも，病的精神障害を背景とした犯行であり，また，刑罰による再犯予防効果はほとんどなく，治療効果が期待されるので，情状酌量すべきである，というのが筆者らの基本的な考えである．

おわりに

窃盗癖は再発率が高く，回復が遅れ再犯を繰り返す場合には，職業的犯罪者とは明らかに違うのに，懲役刑を免れない[8]．専門的治療による回復率は，おおむね，アルコール依存症や病的賭博に匹敵すると思われる．ただ，治療者が極めて少ないことが問題である．摂食障害を伴う窃盗癖は，そうでない窃盗癖よりも予後良好という印象を持っている．早期に発見し，適切な治療をすれば，回復は可能である．ただ，せっかく治療に結びついても，治療から脱落して再犯する患者が多いのは残念である．

文　献

1）Grant, J.E., Kim, S.W., McCabe, J.S.: A Structured Clinical Interview for Kleptomania (SCI-K): preliminary validity and reliability testing. Int J Methods Psychiatr Res, 15 (2); 83-94, 2006

2）Sarasalo, E., Bergman, B., Toth, J.: Theft behaviour and its consequences among kleptomaniacs and shoplifters-a comparative study. Forensic Sci Int, 86; 193-205, 1997

3）清水裕美，齊藤麻里子，松本　功ほか：常習的窃盗患者群の分類．アディクションと家族，27（2）；133-138，2010

4）下坂幸三：青春期やせ症（神経性無食欲症）の精神医学的研究．精神経誌，63；1041-1082，1961

5）竹村道夫：万引き・盗癖の自助グループについて．アディクションと家族，23（3）；238-243，2006

6）竹村道夫：窃盗癖を合併する摂食障害患者と司法への対応―意見書作成にあたって．アディクションと家族，26（4）；271-273，2010

7）竹村道夫：摂食障害と窃盗癖，私の対処法．アディクションと家族，26（4）；304-310，2010

8）田中 拓：［刑事弁護レポート］常習累犯窃盗被告事件．あるクレプトマニアの情状弁護で新人弁護士が得たもの．季刊刑事弁護，67；86-92，2011

9）吉野由希子，田村俊美，竹村道夫；常習的窃盗患者の看護．アディクションと家族，27（3）；234-239，2010

Addiction Treatment Approach for Habitual Theft

Michio TAKEMURA

Akagi-kohgen Hospital

DSM-IV and ICD-10 both describe the diagnostic criteria to be used for morbid theft. However, in these commonly used diagnostic manuals, the descriptive outline of kleptomania is vague. It is suggested that habitual stealing (kleptomania) is a syndrome with a heterogeneous etiology, which is simultaneously an illness and a crime. The research on kleptomania lags behind that of other mental disorders and clinicians specializing in treating such patients are extremely few. We started a registration system for patients suffering from habitual theft in 2008, which has recorded 350 cases since its inauguration. In this report we have described our clinical experience with patients suffering from this mental disorder, while maintaining ethical standards for protecting their confidentiality.

Approximately 90% of patients suffering from habitual theft that we treated had complications involving mental disorders other than kleptomania, the most frequent of which were eating disorders (especially bulimia), substance use disorders, mood disorders, anxiety disorders and personality disorders. Especially, patients with eating disorders tended to develop pathological theft as a complication. Detailed reasons for this close relationship are unknown. However, many factors could be involved in the close relationship between these two mental disorders. The theory of "saving money on food expenses" as the motive for theft committed by eating disorder patients, oversimplifies a complicated matter and is inadequate as an explanation of the details of this relationship.

It is possible that most cases of kleptomania start as an impulse control disorder and progress to an addiction disorder. Medical treatment for kleptomania presently consists of counseling (individual psychotherapy), cognitive behavioral therapy, family therapy, group psychotherapy, pharmacotherapy, and self-help groups, among others. In our addiction treatment approach, we have developed and administered a program in which recovered (recovering) patients share their personal experiences with newcomers and beginners, and their family members. We strongly encourage the kleptomaniac patients to participate in self-help groups, while individual psychotherapy also plays an essential role. Since repeat offenses are almost unavoidable in some patients with kleptomania, physicians are advised to prepare for this possibility and to discuss the issue with the patients and their family members during the first session. In the program, patients with kleptomania must honestly report all their crimes, including theft (shoplifting). After the initiation of the treatment, the patients are expected to repay all the damages that result from stealing, including compensation for

the victims, each time they steal. We make it a rule to request the patients and their family members to give a written oath regarding the repayment and require that patients fulfill the terms of the oath as a necessary condition for continued treatment. Many clinicians allow patients with kleptomania to continue committing crimes, even during the period of treatment. In this regard, we are a minority of physicians that insist on patients reimbursing what they have stolen.

Many kleptomaniac patients are waiting for a judicial decision on when they may seek professional help about their problem. Usually, we are asked to give an expert written opinion about our patients, in which we state that habitual theft is a repetitive crime, committed within the background of a pathological mental state that is influenced by a mental disorder, even if the disorder is not considered to cause legally defined diminished capacity. Legal punishments have very little effect on theft prevention in kleptomaniacs, whereas appropriate medical treatment is effective in reducing the recidivism rate. It is our basic policy to request the judge to take the above-mentioned extenuating circumstances into consideration and give a reduced penalty, rather than classify the defendant as legally incompetent.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: kleptomania, habitual theft, diagnostic criteria, addiction treatment approach, self-help group＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

矯正施設内の摂食障害患者
――特に shoplifting が問題だったケースについて――

浅見　知邦（八王子医療刑務所精神科，日本医科大学精神医学教室）

日本の矯正施設では摂食障害患者の数が年々増加し，運営上の重大な問題となっている．患者の治療抵抗性が強いかあるいは難治であり，身体リスクの高い患者は優先的に医療刑務所に移送される．過去 5 年間に当所に移送された女性摂食障害患者 67 人の罪名内訳では万引きが 43 人（64 %）以外にも，覚せい剤の犯罪 17 人（25 %）の他に傷害事件，放火，殺人などが存在した．万引きの群の患者は概して学歴と職業レベルが高く，物質乱用や万引き以外の犯行歴，自傷行為は極めて少ない．しかしこの群の患者達は病棟内で単に拒食，嘔吐をするだけでなく，食物に関連する様々な偽装工作や過剰運動が特に目立つ．摂食障害患者が万引きで逮捕されても初期には病状を理由に刑罰が回避されることも多く，これが「結局は許される」という他人からは理解し難い妄想めいた誤解を生じ，患者は万引きを繰り返す．一部の万引き性向を持つ摂食障害患者には本人を社会的破滅から守るために時には強制的な治療も辞さずに支える医療体制が社会に必要である．今回は万引きで服役中の摂食障害患者の特徴と当所の治療状況を解説した．

＜**索引用語**：万引き，神経性食思不振症，摂食障害，（軽）犯罪，過剰運動＞

Ⅰ．矯正施設内での摂食障害の問題

摂食障害と万引きの関連は古くから言われている[3,8]が，日本でも近年摂食障害専門家の間でクローズアップされている[9]．患者が万引きで拘置状態から実刑になる過程で，家族や弁護的立場の先生方が「治療を優先させるべきでは？　刑務所で重症患者を管理できるのか？」と指摘するのは当然である[10]．患者の犯行が服役に至らずに一般社会の治療で抑えられることを願うのは矯正施設の職員も同じである．よく混同されるが我々は司法ではなく行刑施設の一末端に過ぎないし，安全な懲役生活が維持されるように粛々と治療改善を模索し大変な緊張を強いられているのだ．矯正施設には広義の摂食障害として転換性障害，処遇困難者，適応障害，強迫神経症，身体疾患の二次的低体重者などもいるが，近年は狭義の摂食障害が増加している．矯正施設では約 10 年前から摂食障害患者の管理困難性が問題となり始め，現在では手間も経済的負担も大きく女子刑務所を圧迫する懸念事項となっている．それでも過去 5 年の間，高木洲一郎先生，切池信夫先生ほかのおはからいで，各学会で矯正施設内での摂食障害管理の事情と治療の試みなどを社会に伝える機会を何度かいただいたことで，最近は皆様に矯正施設の事情をご理解いただけるようになってきている．

Ⅱ．一般施設での困難性と受刑者の移送経路

拘置所に入所間もなく不適応となる患者，差し入れを過食嘔吐する患者もいるが，典型的には実刑確定後に病状が悪化する患者が多い．一部の摂食障害患者は，従来の食行動異常が不可能でかつ栄養の整った食事をもとにした規律正しい生活に置かれただけで病状を悪化させる．社会の関係者の方々からは刑務所の処遇は劣悪という印象を持

たれる場合も多いが，生活上に何らかの支障のある患者ならば一般刑務所であっても懲役は免除され休養扱いとなり，食事や補食も工夫され実態は入院生活に近い．一方で日本の刑務職員はもともと過剰収容に苦労している上に，摂食障害患者達の管理に忙殺させられている．また一般刑務所で患者が急変した際には，外部医療機関の個室に搬送され刑務官2名が24時間付き添うことになり多額の費用がかかるが，これは国民の負担にもなる．さらに「病状悪化の原因は施設の不適当な対応にあった」などの訴訟が生ずる可能性もある．摂食障害管理の困難性については，全国の施設の技官で検討・対策を進めているところである．

Ⅲ．医療刑務所の特殊性

当所は病院でもあるが全患者が個別隔離され制限も多い治療環境である．当所の摂食障害患者は長年治療が不安定だった例が多い．社会の精神科医からも摂食障害は診療を躊躇されがちな疾患といわれる[7]．処遇困難の症例や契約違反，治療意志が希薄な患者をめぐって，社会の病院では退院の上での仕切り直し，あるいは退院勧告がなされる場合も多いと思われる．しかし矯正施設は受刑者の健康を維持する責任があり，通常治療の中断はできない[1]．患者が同意しなくても措置要件がないにしても，目の前で繰り広げられる異常行動が重症化に発展すると判断されるならば，治療的に誘導するのは医師としての道理である．

当科の女性患者のうち摂食障害が占める割合は平成9〜11年には10％台に過ぎなかったが，平成21〜23年には約5割を超えている．これは統合失調症や気分障害，てんかんなどが減ったのではなく，困難な摂食障害が優先して移送された背景がある．過去6年間の当所の摂食障害患者の犯罪内訳は万引き（shoplifting，以下S群とする）43人，薬物関連犯罪の群（drug，以下D群とする）17人，強盗，放火，殺人，その他が10人であった[1]．摂食障害のDSM-IV-TR診断のタイプ別ではANR（制限型拒食症）8人，ANBP（過食嘔吐型拒食症）30人，EDNOS（特定不能の摂食障害）は33人で，ANR患者は全例がS群に存在した．

Ⅳ．S群の患者の特徴

S群の患者に限れば反社会的な家庭に生まれた人は少なく，基本的には保守的で礼儀正しい人がむしろ多い．しかし摂食障害に関連したトラブルがあった過去の経過は多く，家族は本人の遷延病状を治療に結び付けられず苦労していた場合が多く，「服役はしたが，治療してもらい安心している」と家族に言われることも多い．万引き以外の殺人などの事件でも摂食障害の問題やそれに伴う対人関係不全から，家族や身近な人物との間にトラブルが起きたと考えられる場合がほとんどである．

病気の説明時の家族では夫がいても両親が前面に立つ場合が少なくないなど，両親の過干渉的問題を感じることも多い．S群の患者達は93％が高卒以上の学歴があり大卒も9人いて，D群（高卒率29％）や摂食障害以外の精神疾患患者36人（高卒率42％）より教育年数が有意に長い．それに伴い職業も資格職や教育関係など高度な場合が少なくない．ただし万引きが執着的になった時期までにはすでに仕事や対人関係から遠ざかっていた場合が多い．またS群では非行歴，物質乱用，性的な衝動的問題行動，危険運転，自傷行為などもほとんどない点は，当科の他の犯罪群の摂食障害患者とは性質を異にする（表1）．対人関係と社会適応が不得手なまま思春期に摂食障害に親和した場合もあるが，摂食障害により対人関係の悪循環（離婚・脱落・孤立化）が始まったと自覚する患者もいる．摂食障害に影響した可能性の高いライフイベントとしては，親の事業破綻や病気など人生早期のものもあれば，結婚生活の破綻（夫の不労，不倫，暴力，病気など）ほか様々である．S群の病歴は平均14.2年でD群の6.9年より有意に長い（t-test　$P<0.05$，表は略す）が，治療歴が乏しい人が多く，比較的高年齢での初服役という結果に結びついた．

S群の過去の治療歴は過去5年の43人中で定

表1　当所の摂食障害患者の服役前の問題行動

	万引きの群	薬物犯罪の群
その他の犯罪での起訴歴	0	13（76％）
常習（反復・執着的）万引き	43（100％）	5（29％）
アルコール大量摂取	2（4％）	12（71％）
覚せい剤・その他薬物	0	17（100％）
有機溶剤	1（2％）	11（65％）
性的逸脱	2（5％）	7（41％）
自傷行為	4（9％）	12（71％）
下剤乱用	16（37％）	9（53％）［P＝0.41］
過剰運動	20（47％）	0

χ^2検定により，下剤乱用以外の有意差はいずれもP＜0.001であった．

期的通院8人（19％），断続的通院9人（21％）に過ぎず，さらに通院歴17人中には12人（28％）に入院歴があるが，その4分の3の9人に自己退院歴がある．他に「数回相談のみ」8人（19％），起訴に際して初めて受診は6人（14％），受診歴皆無は14人（33％）だった．

S群の患者の特徴としては神経症的完璧主義あるいは強迫的と表現できる場合が多く，novelty seeking傾向が低く対人回避的で，問題行動としては過剰運動や食物その他の収集癖が目立っていた．具体的には個人で完結できる手芸やもの作りが多く，運動もジョギングなど数字が出る個人競技が好まれていた．

V．実際の万引きとは

万引きが止められない自分に問題があるとは思いつつも，直前まで実刑になる実感が持てなかった患者が多い．当所の患者の万引きは出来心でというのとは大分異なる印象がある．万引きの回数は膨大で摘発は氷山の一角でしかないと患者らは言う．何度も摘発され逮捕されても治療の約束などで送検や起訴を逃れた経過が多く，裁判でも執行猶予歴が通常2回はある．彼女達は「万引きは大抵成功していた」「稀に捕まってもなんとなく許された」と言い，その都度自分の病状と行動異常を省みることができなかったようだ．制御不能の繰り返し万引き行動が形成された状態では実刑に至るのは時間の問題である．万引き時の心理には衝動，復讐，気分の調整などがあると言われる[5]が，嗜癖性，強迫性，執着性の要素も影響する．意識清明だが誤った自動思考行動が同時に作用する点では，初めは恐々と意識的に行っていた万引き運動が，反復過程で高速かつ無意識的な小脳依存行動に置き換わる小脳パターンモデル化すら考えられる[6]．多くの患者では経済的に困っていない場合が多いが，「もったいない」「自分のお金には限界がある」ために対価を差し出すことに強い抵抗感があったようだ．また「ここで逮捕されたら実刑になる」という瀬戸際でも，なんとかなるという確信が躊躇をかき消した．

実際の犯行でも大量の商品をカゴに入れたままレジを素通りしたり，バッグに商品を沢山入れて一部の物だけを支払ったりするなど大胆に遂行された場合がほとんどで，止めたいけど「無心になれる心地よさに勝てなかった」という人も大変多かった．

低血糖状態での判断力低下も逮捕時には影響していると思われるが，実刑にまで至る患者には本質的な問題ではない場合もあると思われる．当所での入院時の頭部CT/MRI所見を体重改善後の

ものと比較しても，認知機能の改善の悪さとともに著明な脳萎縮像が改善されないままである場合も少なくない．患者は数ヵ月あるいは数年単位の長期間の飢餓から不可逆性の脳萎縮を来し，器質的な脳機能障害として意識障害，認知障害，抑制力の欠如などが生じていたと考えることがむしろ妥当である．当所の患者でも飢餓状態での行動異常が多く観察されるが，治療過程で体重が回復するに従いcomorbidityと思われていた精神症状やII軸障害と考えられていた問題が消失することも多い．しかし一部の患者は服役以前からの低栄養も関係するのか脳萎縮も不可逆で，体重改善後も会話の抑揚や認知機能が改善しない場合がある．

VI．治療の実際

当科では患者が身体危機状態でも他科の支援を受けながら精神科医が全経過を診る．この深刻な時期での支援は治療の大切さを浸透させ治療関係を築くきっかけになると考えている．基本的な姿勢として低体重，異常行動は速やかに改善するよう努めている．また違反には厳しく，症状には科学的根拠を示し注意し，「病気から脱して過去の犯罪は病気のせいだったと証明しよう」などと動機付けを示している．患者はスタッフ間の見解の相違に敏感なので，多職種間（刑務官，看護師，医師）での綿密な情報と方針の共有に努めている．

当所では施設の性質からも行動制限療法が治療の基盤となるが，本来から備わる厳格な管理体制はむしろ問題把握を精密に行うために利点として治療に活かす方が得策と考える．制限・解除基準を①BMIのみで設定すると病状改善の意味に矛盾を生じると考え，②食の行動異常，その他の行動異常，③違反行為，対人状況も加味して決めている．評価と制限の対象は施設の特質上，水，食事種類，食事場所，行動範囲，運動，入浴，物品，レクリエーション，祝祭日の菓子，購入品目などとなっている．

集団療法はS群の患者を中心に行っているが，我々の治療でも重きをなしている．病状が改善した患者は自分の反省や取り組みを重症の人に一生懸命伝えようとするので，大変説得力がある．いつもかなり盛り上がり，経験に基づいた目からウロコのような名言が飛び出る．治療に乗り切れない問題行動の多い患者を見て過去の問題を再認識する患者も多いようだ．医師はテーマへの誘導，個人攻撃の停止，医学的助言などで支援している．スタッフにも普段とは違う患者の考え方がわかる利点がある．

認知行動療法は病状改善への意思が安定した人でなければ続かないが，実際に治療過程で問題意識を持つようになった患者は一生懸命に書く．1日を食事に合わせて3つの時間帯に分け，その時間毎に食事内容，食行動異常，その原因理由，反省点や決意を書くように指導している．患者の書いたものを共同でチェックしながら改善具合を確かめ，翌週までの課題も検討する．記録用紙を検討しながら診察を進めることで，感情は変わりやすいことに気付ける，診察で主体的に問題点が語れる，1週間の目標が明確になるなどの利点がある．継続により苦痛や不安を言語化することに慣れ，思考パターンに客観的になれることで，認知の歪みが徐々に改善され自分の理想が健全化することを目指す．

VII．臨床経過上の問題（表2）

拒食や嘔吐はS群でより著しい傾向があるし，S群の患者は初期には治療への抵抗が強いため治療日数は平均183日，D群の116日よりも長くかかる結果となっている（t-test　$P<0.05$，表は略す）．しかし再犯防止には病状改善が必要である旨を説明し続けることで徐々に治療を受け入れるようになる．具体的には食事の量，種類を健全化し，異常な儀式的食様式をゆっくりと訂正する様子を毎日チェックし，助言や制限のレベルでフィードバックするのである．この過程で習慣が捨てられなくて苦しんだり，認められたい気持ちもあるために，スタッフの目を盗んで食物の形状を変えたり隠して誤魔化す行動が多くの患者で頻繁に認められる．スタッフ側も摘発には熟達しており患者達は何度も指摘されるのだが，その都度

表 2　臨床経過上の問題の特徴

	万引きの群	薬物犯罪の群
管理への反応	強硬な拒否→徐々に受け入れ	無関心，退行，操作
拒食・嘔吐	執拗，頑固，抑制不可	注意されれば中止できる
違反行為	食物隠匿，廃棄，偽装工作が巧妙	暴言，好訴的，騒音
自傷行為	少（自殺企図としてなど） 抵抗は強いが一定の常識がある	多．首締めなど CV 抜去，薬物隠匿摂取もある
体重改善の様子	停滞，抑うつ時期を経て緩徐に改善	乱高下，不安定，操作的
同室者との問題	対人関係回避的，独り部屋希望	依存的，好き嫌い不安定，喧嘩
薬物の要求	便秘薬	睡眠薬，安定剤，便秘薬 あらゆる不定愁訴
強迫的行動	過剰運動，掃除，自己摘便，執拗なメモ書き，看護師への確認	特に目立たず
合併症，後遺症 過去 5 年内に実際に存在した疾患	慢性症状も多い．脳萎縮，大腿骨頸部骨折，refeeding 症候群，上腸間膜症候群，心筋梗塞，下肢静脈血栓症	急性疾患が多い．腎盂腎炎，肺炎，refeeding 症候群

「こんなことして恥ずかしい，心を入れ替えます．もう一度チャンスを下さい」などと謝罪を繰り返す．だが早晩違反を繰り返し「今度違反をしたらどんな制限でも受ける覚悟です」などと伝家の宝刀を抜き，また繰り返す．これは服役前の万引きの様子に似ているが，彼女達も集団療法でこの異常行動は万引きにつながると指摘し合っている．

D 群では S 群の患者ほど「徹底的な食行動異常」を呈さず当初から淡々と注意に従いほどほどの体重に戻す患者もいるが，逆に退行したかのように職員への依存が高まる傾向もある．同室者との関係では S 群の患者は対人関係回避的で 1 人の部屋を希望することが多いが，対人訓練も重視し複数人数の部屋で過ごせるように誘導している．食事を多人数で摂る練習も効果的な場合が多い．

薬物要求は S 群ではほぼ下剤関係に集約されるが，D 群では睡眠薬，向精神薬，鎮痛剤，下剤，その他の薬物を執拗に要求する．S 群の患者では下剤乱用者はさらに，自己摘便などに及ぶ者もいる．

S 群と D 群の特徴の違いは明らかだが，その上でもパーソナリティ障害の問題は両群に散在し，通常の治療経過予測とは異なる不測の事態も多く治療を困難にさせている．例えば境界性パーソナリティ障害を伴う患者は，食の行動異常は密やかに行われるというより，人目を引きやすくむしろ注意されることを望んでいるかのような状況にもなる．そして職員を操作しようとし，感情も変わりやすい．

しかしながら前記したように，全般的には摂食障害患者の対人表出は病状によっても大きく左右される場合もあり，パーソナリティ障害診断は慎重にすべきと考える．実際に S 群の患者では，治療が進んだ場合には穏やかで前向きで礼儀正しい人になる場合が多数派である．これについては Claes[4] らにより横断面のパーソナリティ障害よりもパーソナリティ傾向を検討すべきと報告されている．この理論を参考にすると shoplifting の群の人は overcontroller 的，完璧主義的，強迫的であるが衝動的ではない．D 群の患者では衝動行動，問題行動の多様性，危険行為，職員への過度な依存行動などもあり実際には後期でも境界性パーソナリティ障害にも診断されやすく undercontroller に分類されるとして妥当である[2]．

Ⅷ．体重改善と症状

平成 22 年末までの患者 36 人の平均 BMI は移入時 11.2 から還送時 17.5 と改善した．体重増加に伴い会話内容，抑揚が適切に改善，治療にも前向きとなる．体重増加の過程で一過性に生じた抑うつや不安焦燥も日常の診察で薬物療法に配慮することで制御可能となった場合が多い．拒食や各種排出行動，食物隠匿行動は減少したが，過剰運動と反芻は遺残しやすかった．制限型拒食症の患者でよりこのような行動は顕著であった．

Ⅸ．当所での摂食障害臨床の限界

まず当科の臨床形態は極めて特殊であり優れた技術もなく，前述のような治療は拘禁された患者であるから行えているに過ぎない．次に患者は開始時点では治療意欲もなく，自己記入式の調査紙などでは実態と乖離した結果も多く通常の研究方法では患者の状況を数値化できない．このため今回は厳密な観察のもとで記録された拒食，嘔吐，反芻，食物隠匿廃棄，過剰運動などを分析した．一般女子刑務所にはおおむね収容者の 5％程度の摂食障害患者が存在しその大半は bulimia である．ただし彼女達は嘔吐などがひどく管理上の問題はあるが，危機的な低体重にはならないために当所への移送対象にはならない．将来はその実態を調査し，再犯予防の対策を講じる必要がある．

Ⅹ．摂食障害患者の出所時の問題

受刑者が満期出所になるということは自由と解放を意味するが，それは支える体制が周りになくなることを意味し，その状況に強い不安を持つ人も多い．日本の現状では摂食障害患者の診療に熱意を持つ医師が多いとは言えないし，理解ある摂食障害専門医は多忙で診察を受けにくい．出所前には意思があっても治療の軌道に乗れるほどの社会的体力が本人と家族にないし服役歴の引け目もある．

現状の日本の医療では本人を社会的な破滅から救出しようと考えても，神経症圏疾患である摂食障害ではよほど重症でなければ本人の意思に反した強制的な治療は行うことはできないであろう．摂食障害患者の犯罪性を抑止するためには「摂食障害患者の犯罪」への社会のより高い認知向上と，医師の診療を支える法や財政基盤の整備が要される．

文　献

1）浅見知邦：矯正施設の摂食障害．矯正医学，58；1-11，2009

2）浅見知邦：摂食障害に依存するパーソナリティ障害；第 51 回総会シンポジウム．心身医学，51（7）；621-628，2011

3）Baum, A., Goldner, E.M.: The relationship between stealing and eating disorder. Harv Rev Psychiatry, 3（4）; 210-221, 1995

4）Claes, L., Vandereychen, W., Luyten, P., et al.: Personality prototypes in eating disorders based on the big five model. J Pers Disord, 20: 401-416, 2006

5）Goldner, E.M., Geller, J., Birmingham, C.L., et al.: Comparison of shoplifting behaviors in patients with eating disorders, psychiatric control subjects and undergraduate control subjects. Can J Psychiatry, 45（5）; 471-475, 2000

6）Ito, M.: Control of mental activities by internal models in the cerebellum. Nat Rev Neurosci, 9（4）, 304-313, 2008

7）切池信夫：摂食障害の治療ネットワークの構築について．第 103 回日本精神神経学会総会シンポジウム．精神経誌，109（12）；1123-1128，2007

8）Krahn, D.D., Nairn, K., Gosnell, B.A., et al.: Stealing in eating disordered patients. J Clin Psychiatry, 52（3）; 112-115, 1991

9）鈴木健二，武田　綾：常習万引きを伴う摂食障害の特徴と治療．精神医学，52（7）；647-654，2010

10）高木洲一郎，大森美湖，浜中禎子：摂食障害患者の万引きの法的処分をめぐって―現状と問題点―．臨床精神医学，37（11）；1421-1427，2008

Patients with Eating Disorders in a Correctional Facility

Tomokuni ASAMI

Hachioji Medical Prison, Nihon Medical School

There are increasing numbers of patients with eating disorders (ED) in prison in Japan. And patients who were on physical crisis state were transferred to Hachioji Medical Prison. This report presents the specific characteristics of 67 ED patients (from 2005 to 2011) in this institution and their daily treatments including group therapy. Most of the ED patients are in prison for shoplifting (43, 64%), followed by stimulant-related offences (17, 25%); the remaining are in for assault, arson and murder. ED patients incarcerated for shoplifting showed relatively high educational and occupational levels, and low frequencies of substance abuse, criminal history other than shoplifting, or history of self-harm. However these patients do present various behaviors to misrepresent their dietary intake during treatment, besides anorexia, purging behaviors or excessive exercise. Our society should place greater emphasis on early-stage protective medical treatment for ED in order to decrease the number of such patients in the care of the justice system.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: shoplifting, anorexia nervosa, eating disorders, offence, excessive exercise＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

摂食障害患者の万引き
――治療か刑罰か――

中谷　陽二（筑波大学大学院医学医療系）

摂食障害患者の食料品万引きについて，文献と判例を参照し，精神鑑定の自験例を紹介して考察した．摂食障害，特に過食エピソードを示す患者では高い頻度で盗み行動が見られることがいくつかの報告で明らかにされている．万引きがありふれた犯罪で合目的的な行為と見えるため，司法機関が精神鑑定を求める機会は少なく，また重大な他害行為に該当しないことにより心神喪失者等医療観察法の申立の対象とはならない．そのため司法精神医学はこの問題に関心を向けてこなかった．しかし治療中の患者による万引き事件によって医療者が対応に苦慮する場面は例外的ではなく，責任能力の評価や刑事処分と医療的対応のいずれが優先されるかという問題が生じる．頻回の万引きを異常な食行動の一環と捉えた 1984 年の大阪高等裁判所判決，執行猶予中および保釈中に万引きを繰り返した精神鑑定の自験例をもとに，摂食障害の病理と盗み行動の関連について考察した．万引きが反復される要因をパーソナリティ障害や窃盗癖で説明するには慎重でなければならないことを示唆した．

＜**索引用語**：摂食障害，万引き，制御能力＞

はじめに

摂食障害患者による窃盗は主に食料品の万引きである．被害が軽微であること，また摂食障害が捜査関係者に病気と認知されにくいことにより，精神鑑定に付される機会は少ない．「重大な他害行為」には該当しないため心神喪失者等医療観察法の申立の対象外でもある．こうした理由から摂食障害患者の万引きはこれまで司法精神医学の関心の死角に置かれてきた．

司法精神医学で窃盗が問題にされる場合，多くは窃盗癖（kleptomania）との関連においてである．窃盗癖は 19 世紀初頭のフランス精神医学に遡る古典的概念であり，今日でも DSM-IV の「他のどこにも分類されない衝動制御の障害」，ICD-10 の「習慣および衝動の障害」のカテゴリーに含められている．窃盗癖はいわば“盗みのための盗み”であり，盗みの実利性が疑わしいこと，直前の心理的緊張，行為遂行による解放感などを診断基準とする．しかし窃盗常習者の中でもこれらの基準を厳密に満たす実例は少ないと言われる．

他方，摂食障害で治療中の患者が万引きを行い，担当医師が刑事司法機関から回答や意見を求められて対応に苦慮する機会は稀でないであろう．日常診療で問題とされながら，司法精神医学から正当な注意が払われていないのである．

万引きは，shoplifting と言うように，売場の商品を代金を支払わずに持ち去る行為であり，それ自体は合目的的で，違法性が明らかである．他方，万引きの多くが重い過食症患者に見られるとすると，摂食障害の病理と盗み行動との間に何らかの関連性を推定することもできる．摂食障害患者の万引きは，犯罪としては取るに足らないものであるにせよ，責任能力の評価のみならず治療と刑罰のいずれが優先されるかという問題を先鋭化させる．矯正処遇に摂食障害の治療効果を期待することは難しく，さりとて医療が万引きの再犯を

十分抑止できるとも思われない．小論では判例と自験例を紹介しながら論じたい．

Ⅰ．大阪高裁判決

摂食障害患者の窃盗について責任能力が争点となった著名な事例は大阪高等裁判所昭和59年3月27日判決であり，「神経性食思不振症の重症者による食料品の万引窃盗」として最高裁判所の刑事裁判例集[7]に収載されている．精神鑑定は，被告人は16歳ころから神経性食思不振症に罹患し，典型的で重症であり，頻回の窃取は「神経性食思不振症の1症状としての衝動的行為」と診断した．そして「一般常識的には窃盗が犯罪行為であることは認識していながら，神経性食思不振症に罹患しているため，食品窃盗を含め食行動に関しては，自己の行動を制御する能力をほぼ完全に失っていた」と論じた．裁判所はこれを認め，「是非善悪を弁識する能力は一応これを有していたものの，食行動に関する限り，その弁識に従って行為する能力を完全に失っていた」と判断し，心神喪失の状態と認めるのが相当とした．

この事例では「弁識に従って行為する行為」が問われており，この点に摂食障害患者の責任能力問題の特徴が現れている．周知のように，1931年の大審院判決は，心神喪失を「精神の障礙に因り事物の理非善悪を弁識するの能力」または「此の弁識に従て行動する能力」のない状態，心神耗弱を「精神の障礙未た上叙の能力を欠如する程度に達せさるも其の能力著しく減退せる」状態を指すと定義した（原文，片仮名）．これらは一般に弁識能力，制御能力と呼ばれている．上記の判例集から主に制御能力が論点とされたものを拾うと，大阪高裁判決の他に，統合失調症の感情・意志障害，躁病の脱抑制，うつ病の自殺念慮，情動行為の事例が見いだされる．

弁識能力に比べて制御能力の評価はより厄介な問題を含んでいる．「行動できなかった」のか「行動できたのに，しなかった」のかという他行為可能性の問題は原理的に論証不可能であり，行動へと駆り立てる衝動の質と強さから推定的に論ずる他ない．大阪高裁の判決は過食衝動と万引き衝動を同一線上の現象と捉えたと言える．これに対しては次のような批判[1]がある．判決は過食と万引きを「一視同仁」にみている．万引きしなくても過食はでき，また食思不振症でも万引きを自制できる人は多い．つまり万引きに必然性はなく，「空腹の人の窃盗」に近いものであるという．この見解に対しては逆の疑問も可能である．すなわち，普通に食品を入手できるにもかかわらず，刑事罰の危険を冒してまで万引きに走ることは，むしろ衝動の異常性を証拠立てるのではないか．摂食障害患者の万引きを“空腹者の万引き”と同質とみなすには無理があるのではないか．

ここで摂食障害と盗み行動に関する文献を参照したい．まず頻度であるが，Baumら[2]によると過食症は高頻度の盗み行動と関連する．Vandereyckenら[8]は，盗みの経歴を，無食欲症・制限型の患者の35.3％，無食欲症・排出型の患者の54.8％，過食欲症の患者の48.7％に見いだした．Crispら[3]によると，神経性無食欲症の14％に盗みの経歴があり，特に嘔吐・排泄を伴う無茶食いと関連していた．Rowstonら[6]は，正常体重の過食症女性の42％に盗みの経歴があり，大部分では過食症が進行するに従って無茶食いパターンと盗みが現れ，盗みは重症度を示すマーカーではないかと論じた．摂食障害患者の盗み行動の要因については，Baumら[2]は，飢餓に誘発された精神機能失調，投薬の影響，パーソナリティ障害，自己処罰の精神力動，解離現象，行為による緊張の発散，社会文化的影響など複数の要因の関与を推定した．Laceyら[4]は，過食と盗みは衝動性の異常を共通の基盤としていると考え，多衝動パーソナリティ障害（multi-impulsive personality disorder）という概念を提唱した．これは衝動性が物質乱用，過量服薬，自傷，性的逸脱，万引きなど多方向に向かうタイプである．

摂食障害と盗み行動の間に特別な関連性があることは否定し得ないように思われる．同時に，パーソナリティや全般的な衝動性障害などの要因の複合も考慮しなければならない．それでは，食料

品万引き以外には逸脱行動を示さない事例はどう説明されるであろうか．筆者が裁判所の依頼で行った精神鑑定の自験例を紹介する（個人の特定につながる情報は省略する）．

II．事　例　A

20歳代後半の女性．2件の窃盗（万引き）で起訴された（以下，「本件1，2」と記す）．いずれも会社からの帰宅途中にスーパーで食品を窃取した．本件1では海鮮中華丼3個等23点（販売価格約8千円），本件2ではロースカツ重4個等10点（販売価格約4千円）を盗んだ（これらは1回で消費する量という）．それ以前の事件で有罪判決を受け，執行猶予が終わらないうちに本件1で逮捕され，入院を条件に保釈された．退院して復職し，約1年後に再び本件2で逮捕された．このときも保釈され，2件に関して鑑定が命じられた．

発育歴に特記事項はない．成績は上位で，親によれば「しっかりして，ませた，頑張り屋の子ども」であった．中学校でも成績は上位で，「明るい努力家」と教師に評され，怠学や非行はなかった．第一志望の大学に現役で入学し，卒業後は親元を離れ会社員として働いた．真面目な仕事ぶりで職場での評判は良かった．金銭感覚はしっかりしており，経済的に親に頼ることはなかった．

食行動について本人は次のように述べる．幼少期から「好き嫌いがなく，お腹一杯食べた」．中学3年のとき，男子の目を意識するようになり，ダイエットを開始した．「頑張って体重を減らせて嬉しかった」という．高校1年から2年にかけて，低カロリー食で「激やせ」した．たまたま食後に吐き出すことを覚え，「どうせ吐くのだから食べても構わない」という理由で嘔吐を伴う過食を始めた．それでも受験勉強を怠ることはなかった．大学で生活が自由になると過食が激化した．「いつも食事のスケジュールで頭が一杯」で，「食べて吐いての繰り返し」となり，部屋に吐物の臭いが充満した．「過食と嘔吐がセットになった」「食べきって吐ききらないと，安心できなかった」と述べる．栄養が体に吸収されるのが怖く，「野菜を先に食べて胃に膜を張る」という食べ方をした．ある程度コントロールできる状態では菓子パンなどの軽めのものに限ったが，コントロールが不能になると弁当などの重量感のあるものを疲労困憊するまで食べ続けたという．いわば二重底の過食・嘔吐のパターンである．過食後は満足感と同時に自己嫌悪と罪悪感に襲われた．精神科に短期の入院と通院を重ねたが，著明な改善は得られなかった．

惣菜売り場を歩いていて「食べなきゃいけないという気持ちがどんどん膨らんだ」と語っており，過食衝動が加速度的に強まり，その状態で万引きを起こしたと考えられる．高校在学中から本件までに8回の逮捕歴があり，すべてが食料品の万引きである．執行猶予付き懲役刑の判決を受けることになった事件では，弁当10個，たこ焼き1個，大福4個，菓子パン2個，アイスクリーム9個を一度に窃取した．万引きは，棚のプリンを1つ残らず取って袋を一杯にするといった非常識な方法で，警察官から「量が多すぎて万引きではない」と呆れられたという．発覚する度に素直に認めて謝罪した．本件1，2も同様に無警戒な行動で，店内の保安員に容易に発見されている．

鑑定では，頻回の過食・嘔吐エピソードを伴う摂食障害で，他の精神障害の合併はなく，行為時は食品への強度の渇望が生じ，疾患は犯行に強い影響を与えたと診断した．弁識能力に著しい低下はないが，行動を制御する能力が著しく低下していたこと，治療継続が必要であることを意見として付した．鑑定書の提出と鑑定人の尋問が終わった後，万引きで逮捕された（その後に得た情報では，地方裁判所は完全責任能力を認めて実刑判決を，また高等裁判所は心神耗弱の判断は避けたが執行猶予付きの判決を下した）．

III．考察とまとめ

事例Aの本件1は執行猶予中，本件2は保釈中の万引きであった．その上，判決を待つ間に再々度の万引きを行っている．つまり刑事処分下に置かれながら万引きを繰り返したことが特徴で

ある．執行猶予や保釈を受けている身分での再犯は刑罰を加重させる最も避けなければならない行為である．制裁を受けてもなお万引きを頻繁に反復する摂食障害患者の事例は稀ではないようである．刑事罰によって抑止されないことは，“懲りない”という規範意識の欠如とみなされやすい．しかし，たかだか数千円の食費節約の利益と懲役刑も予想される刑罰の不利益とは明らかにアンバランスである．そのことを行為者自身も弁えているにもかかわらず，あえて再犯に陥る心理的過程は，単なる規範意識の欠如からは説明が難しいように思われる．

保釈中に復職して働いていた事例Aは，「同僚に事情を伏せて仕事することでストレスがたまった」「（犯行前は）すごい勢いで元の状態に戻った」と語る．このことから推測されるのは状況に起因する心理的ストレスの影響である．“万引き厳禁”を意識することがストレス因として働き，万引きという規範侵犯行為への衝動が誘発されたかのように見える．いわば逆説的な自己破壊行為である．食料品が所狭しと並んだ売場の環境刺激も考慮する必要があるかも知れない．

事例Aは非行犯罪歴を持たず，知的水準は高く，パーソナリティにも顕著な偏りはない．万引きは食料品に限られている．したがって，摂食障害患者による万引きの“純型”というべきものである．それに対して，より複雑な事例も多々存在するであろう．盗みが摂食障害の発症前から始まっている場合，盗品が食料品以外にも拡大している場合，他の疾患が合併している場合などである．確かに事例ごとに複合的な要因を検討しなければならない．しかし，処罰を受けてもなお盗みを重ねることをただちに規範意識の欠如あるいは反社会性に結びつけるのは短絡的である．パーソナリティの問題と捉える，つまりパーソナリティ障害を“落としどころ”にするのは慎重でなければならない．窃盗癖という議論の多い概念の安易な持ち込みも同様である．

合目的性，計画性，違法性の認識などを物差しとする司法の観点では，万引きは「過食に供する目的で，違法と知りながら，発覚しないように入手した」とみなされ，容易に可罰的行為と判断される．しかしこのような理解で事足れりとすると，摂食障害の病理への視点が入り込む余地はなくなる．過食衝動と万引き衝動を同質のものと捉えるのは無理があるにしても，両者をつなぐリンク[5]を探索することは精神医学の課題である．

文　献

1）伴　義聖：神経性食思不振症（青春期やせ症）患者による窃盗事犯と責任能力の有無―大阪高判昭59.3.27判時1116・140―．研修，434；43-55，1984

2）Baum, A., Goldner, E.M.: The relationship between stealing and eating disorders: A review. Harv Rev Psychiatry, 3; 210-221, 1995

3）Crisp, A.H., Hsu, L.K.G., Harding, B.: The starving hoarder and voracious spender: Stealing in anorexia nervosa. J Psychosom Res, 24; 225-231, 1980

4）Lacey, L.H., Evans, C.D.H.: The impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. Br J Addict, 81; 641-649, 1986

5）中谷陽二：摂食障害患者の万引きと司法精神医学．アディクションと家族，26；291-295，2010

6）Rowston, W.M., Lacey, J.H.: Stealing in bulimia nervosa. Int J Soc Psychiatry, 38; 309-313, 1992

7）最高裁判所事務総局編：責任能力に関する刑事裁判例集．法曹会，東京，p. 1124-1131，1990

8）Vandereycken, W., Haudenhove, V.V.: Stealing behavior in eating disorders: Characteristics and associated psychopathology. Compr Psychiatry, 37; 316-321, 1996

Shoplifting among Patients with Eating Disorders : Treatment or Punishment?

Yoji NAKATANI

Faculty of Medicine, University of Tsukuba

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

摂食障害者による窃盗事件の弁護

林　大悟〔弁護士（埼玉弁護士会）〕

はじめに

第 107 回日本精神神経学会学術総会において講演させていただく機会を与えられた．本論考は，この講演に合わせて作成した資料に若干の加筆修正を施し，現時点における私のクレプトマニア弁護の到達点を踏まえた考察と課題についてまとめたものである．

Ⅰ．起訴前弁護

1．起訴前弁護の重要性

まず，起訴前の弁護は非常に重要である．

私の経験上，執行猶予中の同種再犯事例（執行猶予が極めて困難）や出所後数ヶ月内での再犯事例（執行猶予は不可能）においても，下記のポイントを実践することで，多くの事例で起訴猶予を獲得できている．

在宅の被疑者の場合，早急に専門医に受診させ，クレプトマニアである旨の意見書（診断書）を作成してもらい，それを弁護人の意見書とともに提出して，担当検察官を説得するべきである．この際，必ず担当検察官と面会するべきである．

ここでのポイントは，入院治療やそれに代わる通院，自助グループへの参加を早期に実行し，それを担当検察官に示すことである．

他方，逮捕されている被疑者の場合，勾留請求の却下に向けた活動が重要である．

私が経験した事例では，連絡を受けた逮捕当日の深夜に接見し，勾留質問当日の朝，裁判所に FAX で意見書を送信し，勾留請求を却下してもらったこともある．

起訴前に受任した弁護人は，同種再犯事例だから公判請求されても仕方ないとして，事件処理を後回しにしてはならない．これは何もクレプトマニアの窃盗事件に限らないが，起訴前弁護は非常に重要である．

2．起訴前弁護の実例

1）40 代女性，摂食障害＋窃盗癖（①事件）

万引きで懲役 1 年 6 ヶ月・執行猶予 3 年の判決を受けた専業主婦が，その執行猶予期間中に大型スーパーにおいて，米や洗剤等約 1 万 2 千円ほどの商品を万引きし，声を掛けてきた保安員に対し，その手を噛む等の暴行を加え，加療約 40 日を要する重傷を負わせた事件．

当初，本人は，（事後）強盗致傷罪の被疑事実で逮捕勾留されていた．当番弁護士として出動依頼があり，私が検察庁内で初回の接見をした．

執行猶予期間中の強盗致傷事件であり，仮釈放を考えても相当長期間刑事施設へ収容されることは避けられない状況であった．直ちに担当検事と面談し，このまま起訴されると，量刑があまりにも重くなりすぎてしまうこと，被告人に幼い子どもがいることも考慮して起訴猶予処分とするように説得を試みた．

終局処分は，傷害と窃盗の併合罪での公判請求であった．弁護人からみても強盗致傷罪の成立は争えない事案であったことから，担当検事も量刑を考慮したものと思われる．

2）20代後半女性，摂食障害＋薬物依存＋うつ病＋窃盗癖の例（②事件）

同種事件で執行猶予中に万引きで検挙．担当検察官は「必ず起訴する」と述べていたが不起訴となった．

3）20代前半女性，摂食障害＋アルコール依存症＋窃盗癖の例（③事件）

同種事件で執行猶予中に万引きで検挙．簡易鑑定ではクレプトマニアではないと診断されたが治療の必要性を考慮され不起訴となった．

4）30代前半の女性，摂食障害＋窃盗癖（④事件）

同種罰金前科（50万円）あり，2件の万引きの弁護を受任し不起訴とする．

その後，再び万引きで逮捕．専門医の協力のもと，翌日の勾留質問に間に合うように医師の意見書，弁護人の勾留に対する意見書を裁判所にFAX．検察官の勾留請求を却下させる．

なお，当該事件についても不起訴の見込みである旨を担当検事から聞いていた矢先，本人は別件の万引きを行う．結局，3件の万引き事件で起訴．私が公判弁護を受任し，執行猶予判決となる．最近，再度万引きで逮捕されたと連絡があった．

5）20代女性，摂食障害＋窃盗癖の例（⑤事件）

コンビニで菓子パン35点を万引き．4年前に同種事案で執行猶予2年の判決を受けていた．私が受任し，再度，罰金50万円となった．

6）30代女性，摂食障害＋窃盗癖の例（⑥事件）

同種事案の前科で刑事施設出所後，数ヶ月でスーパーでの万引き再犯事例．専門病院への再入院を条件として不起訴（検察官から「ぎりぎりですよ」と言われ警察車両で病院に搬送）．被害者からは，示談書，嘆願書，被害届取下書を受け取る．

その後，本人は，病院を抜け出し，東京で万引き．在宅で取り調べ待ちの状態で，北海道に逃亡し，旭川で万引き．国選弁護人解任後，私が受任し，旭川の事件は不起訴となる．その後，東京の事件についても不起訴となる．再入院を果たすも院内で窃盗事件を起こし，失踪．当該窃盗事件も私が弁護を担当し，不送致となる．しかし，本人は数ヶ月間失踪．その後，都内で万引き事件を起こして逮捕される．現在，不起訴処分を目指して弁護活動中．

3．考察

②③⑤⑥事件は通常の運用からすると，そのままでは起訴されてしまう事案であり，特に②③⑥は起訴されると実刑となる可能性が高い．このような事案でも専門医の意見書と示談等の被害者対応がしっかりできていれば，不起訴となっている．

他方，①事件は，もともと執行猶予中の強盗致傷事件であるから，起訴されることもやむを得ない事情があったといえる．この場合でも強盗致傷罪よりも軽い窃盗と傷害の併合罪としての起訴を得られたことは大きかった．また，④事件は，検察官による終局処分前に新たに別件の万引き事件を起こしたことが悪い情状として考慮され起訴されてしまったものである．

上記各事件を考察すると，起訴されると実刑が見込まれる執行猶予中の再犯事例や出所後間もない事案でも，被疑事実が窃盗であり，かつ，終局処分までの間のスリップ行為が防止できれば，不起訴（起訴猶予）や罰金の終局処分を得られる可能性は高いといえる．

Ⅱ．公判弁護

1．保釈の重要性

前述のとおり，起訴前に受任できた場合には，かなりの確率で不起訴処分を得られ，早期に治療につなげることができる．

これに対し，起訴後に受任した場合，被告人が勾留されている場合には，専門医につなげるため，保釈が重要となる．

すでにクレプトマニアの診断を受けている被告人の場合は，主治医に意見書を作成してもらい，保釈請求書に添付する．他方，一度も受診したことがない被告人の場合は，家族を専門医に受診させ，家族から聴取した限りでクレプトマニアが疑

われる旨の意見書を作成してもらい，これを添付資料とする．

原審弁護人が特別抗告まで奮闘したが原審で保釈が認められず，実刑となった事件において，当職が控訴審から受任し，保釈請求認容後，直ちに入院治療を開始した結果，控訴審において，入院治療による更生に取り組んでいること等が原判決後の情状として考慮され，原判決破棄につながった例もある（下記⑨事件）．

たとえ，短期間でも公判期間中に保釈の上，盗癖治療を実施することの治療上の効果は否定できない[2]．また，当該犯行の原因を明らかにするべく専門医の意見書作成のために保釈許可を求めることもある．私の経験上，いずれの理由でも保釈はほぼ認められている．

2．その他のポイント

1）時間をかける

短期間で結審させるのではなく，上記のとおり，入院治療を含む社会内での更生プログラムを実践し，その経過を医師の意見書等の形で証拠化し，提出することが重要である．

2）医師の意見書を巡る攻防

検察官が弁護人請求にかかる医師の意見書を不同意とすることがある．この場合，意見書を作成した医師が証人として出廷し意見書の内容を証言することになる．しかし，当該医師が出廷することができない場合，当該意見書には証拠能力が認められず裁判官に読んでもらうことができなくなる．専門医の先生方には，意見書を作成することにとどまらず，ぜひ法廷で証言をしていただきたいと切にお願いする次第である．

やむを得ず医師が出廷できない場合の対処法としては，①立証趣旨（当該意見書によって証明しようとするテーマ）を検察官が納得のいくものに変更すること，②検察官と事前に協議し，合意書面化（刑訴法 327 条）することが考えられる．それでも検察官が不同意の意見に固執した場合には，奥の手として，③鑑定請求書の資料として当該意見書を添付する方法が考えられる．この場合，証拠とすることはできないが，意見書の内容を裁判官に読んでもらうことができる．読んでもらえれば，少なからず，裁判官の心証形成に影響を与えることができる．

3．公判弁護の実例

考察に必要な限度で公判弁護の例を紹介する．

1）40 代女性，摂食障害＋窃盗癖（上記①事件）

第 1 回公判期日直後になした第 2 次保釈請求で保釈が認められ，入院治療を開始．時間を掛けて審理してもらい，医師の意見書，被害者の示談書，被告人の反省文等を証拠請求，被告人の夫を情状証人として請求．

判決は，懲役 1 年 2 ヶ月の実刑判決であった．

2）30 代女性，摂食障害＋窃盗癖（⑦事件）

保釈後，裁判中に入院先の病院付近のコンビニで 2 件の万引きを起こした．追起訴には至らなかったが実刑判決となった．

3）50 代女性，摂食障害（神経性食欲不振症）＋窃盗癖（⑧事件）

起訴後に当職が受任．前刑で 2 年間服役してから 5 年以内の再犯．法律上執行猶予不可能な事案であったため罰金の実刑を求めた．なお，被告人は当初在宅であったが，裁判中に別件の万引き事件を起こし逮捕勾留され，その後追起訴された．本件は，2 件の万引き事件の併合事件となった．

裁判所は，被告人が神経性食欲不振症ないし窃盗癖に罹患しており，食行動の異常が行動制御能力に影響を及ぼしたことは専門医の鑑定意見および意見書を尊重するも，その程度は犯行態様等諸般の事情を総合的に判断して相当程度の減退にとどまるとして，心神耗弱を認定せず，罰金ではなく懲役刑を選択．刑期の点で上記疾患を考慮．判決は，懲役 1 年 2 ヶ月・未決勾留 80 日を刑に算入（求刑懲役 2 年）．

4）20 代女性，摂食障害＋窃盗癖の例（⑨事件）

第 1 審は別の弁護士が担当し，私が控訴審から担当．1 審で却下され最高裁に特別抗告までした

が認められなかった保釈が控訴審で認められ，専門医の診察を受けさせることができた．控訴審では，本人の所持金50万円弱をしょく罪寄付．

結果は，原判決破棄（自判）2ヶ月の減刑となる．

5）30代前半女性，摂食障害＋うつ病＋窃盗癖＋解離性精神障害（⑩事件）

第1審は別の弁護士が担当（第1審は懲役10ヶ月の実刑）．私が控訴審から担当．原判決破棄（自判）懲役1年執行猶予4年，保護観察付き．

4．考察

1）摂食障害患者の執行猶予中の再犯事案

摂食障害患者の万引きの場合，協力医が証人として出廷して証言してくれること，精神鑑定の結果が弁護側の主張を裏付けるものであった場合などには，再度の執行猶予判決となる可能性は十分ある．

私の担当した事件ではないが，近時，摂食障害患者の執行猶予中の再犯事案で，精神鑑定の結果を受けて，犯行時に衝動制御の障害により心神耗弱状態であったとして再度の執行猶予判決がなされた事例がある（平成24年4月16日静岡地方裁判所浜松支部刑事部）．

しかし，窃盗罪と傷害罪の併合罪として起訴された場合（上記①事件）は，傷害罪が加わる点で情状が悪く，再度の執行猶予判決を獲得することはそれだけ厳しくなる．また，裁判中に別件の万引き事件を起こしてしまった場合も，追起訴の有無にかかわらず再度の執行猶予は困難となる（上記⑦事件）．

2）解離性精神障害と窃盗癖の合併

クレプトマニアの患者の万引き事件においては，犯行時に解離性精神障害に起因する現実感のない精神状態の下で，窃盗行為に及ぶ者がいる．この場合，クレプトマニアに起因する衝動制御能力の障害による行動制御能力の減退に加え，解離性精神障害に起因する是非弁別能力の減退もあり得る．

この観点から原審判決を破棄し，保護観察付き執行猶予判決が下されたこともある（⑩事件）．

3）摂食障害患者の責任能力

大阪高裁昭和59年3月27日判決は，摂食障害患者（神経性食思不振症）による万引き窃盗につき，制御能力を完全に失っていたとして心神喪失状態にあったと認め無罪とした．⑧事件の弁護側の主張立証は，この裁判例に依拠したものである．

ただ，①事件で高裁判事からは，この大阪高裁に属する判例群は出ておらず事実上の先例性はないとの教示を得た．

Ⅲ．論 点 整 理

上記Ⅰ，Ⅱの考察を踏まえて論点を整理すると下記のとおりである．

1．動機の了解可能性判断の対象

1）A説（狭く考える）

自己使用または食する商品を選んで盗んでいる以上，動機の了解可能性は認められる．

2）B説（広く考える）

万引きの対象物，被害金額のみならず，犯行時，被告人が置かれていた刑事手続き上の立場（執行猶予中など），経済力からして，実刑の危険を冒す金額として合理的かどうかも判断対象とするべき．

3）帰結

経済的に問題のない主婦が執行猶予中に食料品を万引きした場合を想定した場合，前者の考え方だと，食費を節約する目的だから動機の了解可能性は認められることになる．他方，後者の考え方だと，実刑の危険があるにもかかわらず，買おうと思えば買える商品を万引きするリスクを負うことは通常の一般人の感覚からして合理性を欠くため，動機の了解可能性は認められない．

4）私見

例えば，当たれば数千円の賞金が貰えるが，外れれば2年間服役するペナルティ付きの宝くじが売られた場合，経済的な問題を抱えていない人がこれを購入するかどうかである．

答えは見えている．誰もこのような宝くじを購入したりしない．これと質的に同様の行為がクレ

プトマニアの患者による万引き行為なのである．しかもそれは，弾丸が発射されても止まることなく永遠に繰り返されるロシアンルーレットを行うような自己破壊的行為であり，服役後も繰り返されるのである．

これらの行為を行った場合，動機の了解可能性がないことは明らかであろう．

思うに，犯行動機が合理的で他者からみて了解可能かどうかを判断するにあたっては，万引きした商品の種類や金額だけでは正確な判断はできない．その人が置かれた社会的立場（経済力や執行猶予中か否かなど）に照らして当該犯行時に当該商品を万引きすることが合理的か否かを判断して初めて本質を捉えた正しい判断ができるのである．B 説をもって正当と考える．

2．犯行遂行能力と行動制御能力の関係

1）同質説

目的達成のための合目的的行動をとる能力，すなわち，犯行遂行能力と行動制御能力を同質のものとみる考え方．

2）異質説

犯行遂行能力と行動制御能力とは異質のものであるとする考え方．

3）帰結

被告人が犯行時において，防犯タグを外す，周囲を見回す，商品を商品カゴから手持ちのカバンにこっそり詰め替える等の万引き目的達成のための合目的的行動をとっていた場合，前者の考え方だと，被告人のこのような合目的的行動を行動制御能力が十分にあったことの根拠とする．

他方，後者の考え方だと，犯行遂行能力と行動制御能力は異質であるため，被告人が万引き目的達成のための合目的的行動をとっていても行動制御能力が十分にあった根拠とはならないと考える．

4）私見

クレプトマニアが重症になればなるほど，犯行が繰り返される．そして，犯行が繰り返されることにより経験値が上がり，犯行発覚を防ぐ技術が向上するのが一般的であろう．このように考えると，犯行遂行能力があるから行動制御能力が完全に認められるという論理はおかしい．

行動制御能力が減退しているから万引きを繰り返し，繰り返すから犯行遂行能力が身につくのである．両者は異質の概念であること明らかであり，異質説をもって正当と考える．

この点を敷衍すると以下のとおりである．

そもそも，万引きや窃盗という概念には，犯行が発覚しないように他人の隙を見てこっそり対象物を自己の支配領域内に移すという意味が織り込み済みである．

すなわち，「犯行発覚を防いで代金を払わずに商品を手に入れたい」という衝動が抑えられなくなる，あるいは，抑えにくくなるという病気がクレプトマニアの本質である．

そうであれば，クレプトマニアにおける行動制御能力とは，悪いことだからしてはいけないという是非善悪の判断に従って（クレプトマニア患者は一般的にはこの是非善悪の判断能力は有している），犯行発覚を防ぐ方法でお金を払わずに商品を入手する行為をしないように自分の行動をコントロールする（例えば，商品を購入するとか，入手自体を諦める）能力のことである．

簡単に言えば，クレプトマニアにおける行動制御能力とは，万引きを思いとどまるために自己の行為をコントロールする能力である．他方，犯行遂行能力とは，万引きをするに際して，手慣れているかどうかの概念であり，万引き発覚を防ぐために合理的に行動する能力である．両者は本来的に別方向かつ別次元の異質の概念である．

もっとも，⑩事件のように，犯行時に解離性精神障害に起因する現実感のない精神状態の下で，窃盗行為に及ぶ場合には，別途考察が必要である．

結論から言えば，この場合は，人目を気にせずに盗む行為をしていることがあり，このような事実が認定できれば，是非善悪の判断能力が喪失しているか，減退していることが推認できる．

以上から，犯行遂行能力が認められることは，行動制御能力が認められる根拠とはなり得ないが，逆に，犯行遂行能力の存在に疑問がある事例の場

合には，犯行時に解離性精神障害等に罹患していた可能性があり，是非善悪の判断能力が喪失あるいは減退していた可能性を推認させる事情となる．

3．DSM-IV-TR の診断項目 A

1）文理解釈説

個人的に費消する目的がある以上，この要件を満たさない．

2）拡張解釈説（竹村説）[2]

⑴結論

同基準の解釈としては，窃盗の主たる動機が，その物品の用途や経済的価値でなく，衝動制御の問題にあるというように許容範囲を広く解釈するべきである．

⑵理由

同基準は，貧困で飢餓の極地にある人の盗みとか，職業的窃盗集団による盗み，貴重品収集家の特殊な盗みを除く，という趣旨である．

また，臨床上，窃盗癖患者のほとんどが盗品を使用し，あるいは，食するが，盗品が食品や生活用品であり個人的使用目的があるのでクレプトマニアには該当しないという論理はおかしい．

3）不要説（ジョン・グラント，サック・キム説）[1]

A の項目を不要とする．

窃盗癖患者がコントロールできないのは衝動そのものである．

そして，何かを盗みたいという衝動があまりに激しいと，それならいっそ必要だったり欲しかったりするものを盗って捕まるリスクを冒したほうがいい，と多くの患者が訴えている．

泥棒は自分の行動を抑制して，盗まないことも選べるのに対し，窃盗癖者は盗みの衝動のせいで，行動に抑えがきかない．

4）私見

不要説が理論的で魅力的であるが，これにはDSM-IV-TR の診断項目の改訂が必要であり，現在進行形で日々争われている裁判実務では通用しない．

現行の DSM-IV-TR の解釈論としては，窃盗癖治療の最前線で活躍する論者の臨床経験に基づく結論の妥当性と，診断項目 A の存在理由にさかのぼった理由付けの論理性から拡張解釈説を支持したい．文理解釈説は，診断項目 A の文理に忠実であり形式的根拠の面では拡張解釈説よりも優れているが，その帰結として，臨床医からみて，明らかに重症の万引き問題を抱える患者をクレプトマニアの埒外とする点で結論が失当である．

結びに代えて――弁護方針と哲学――

自白事件を担当する刑事弁護人の弁護方針には弁護人個人の哲学との関係で，2 つの考え方があり得る．1 つは，刑事弁護人とは被疑者を不起訴にしたり，被告人を執行猶予にすることが仕事であり，それ以上に被疑者・被告人の再犯防止のための取り組みに介入することはできないし，するべきでもないという考え方である．

もう 1 つの考えは，刑事弁護人とは被疑者の再犯防止のための環境作りをすることが責務であり，被疑者を不起訴にし，被告人を執行猶予にするのはそのための手段であるという考え方である．

どちらが正解というものではない．

私自身は，クレプトマニアの窃盗事件を担当する弁護人の役割は，本人が治療できる環境を整えることであると考えている．

文　献

1）グラント，J.，キム，S.（加藤洋子訳）：どうしても「あれ」がやめられないあなたへ―衝動制御障害という病．文藝春秋，東京，p. 77，2003

2）竹村道夫：窃盗癖の治療最前線と刑事弁護．季刊刑事弁護，64 号；50，2010

Defense of Shoplifting by Eating Disorder

Daigo HAYASHI

Saitama Bar Associations

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

指定発言

摂食障害と衝動制御―― 2 つの視点から――

上原　徹（群馬大学健康支援総合センター）

摂食障害と衝動制御に関して，われわれが行ってきた 2 つの研究結果を，指定発言として紹介した．1 つは，女子少年院における摂食障害の実態調査で，非行と食行動異常との密接な関連性を論じた．もう 1 つは，近赤外線分光法を用いた摂食障害の脳機能研究で，衝動性が関与する行動異常であるむちゃ食いや自傷企図を併存する事例では，前頭前野（特に眼窩面や前頭極付近）の低賦活が特徴的に認められた．

＜**索引用語**：非行，食行動異常，衝動性，脳機能画像＞

本シンポジウムの指定発言者として指名いただいた際，「衝動制御にかかわる脳機能」についても言及してほしいと，三國雅彦会長から依頼があった．加えて，第 107 回総会を担当した群馬大学医学部神経精神科では，女子少年院をフィールドとした調査研究を行ってきた経緯がある．当日は与えられた 10 分の中で，討論にささやかな広がりを付与するべく，以下 2 つのテーマを紹介し，若干の私見を提示した．

Ⅰ．女子少年院における摂食障害の実態 ――非行と食行動異常との関連について――

これらの結果[5]は，有賀らが行った一連の女子少年院における精神医学的研究[1~3]による．詳細は原著[5]に発表しているため，本小論では要点のみ簡潔に提示する．某女子少年院に新規に入院した 10 代の児童青年を対象に，精神医学的な構造化面接を行い，摂食障害をはじめとした精神障害の時点陽性率を調査した．面接対象 64 名に MINI-kids[4]を行ったところ，anorexia nervosa（AN）が 8 名，bulimia nervosa（BN）が 8 名（いずれも 12.5 %），むちゃ食いの既往があるもの 11 名（17.5 %），標準体重もしくは成長曲線を基準に 15 %以上のやせを呈しているもの 7 名（10.9 %），これらを合わせると半数を超える 34 名の女子少年に何らかの食行動異常が認められた．本面接法はスクリーニング目的に構成されており，偽陽性が含まれていることを考慮しても，予備群もしくは非定型食行動異常が非行女子少年に高率に存在することが疑われる．また，自己記入式による食行動異常評価得点を女子少年（非行群）と健常群（一般女子中高生）と比較したところ，非行群で有意に高く，特に BN 群でより高値であった．ちなみに，非行類型としては違法薬物使用，暴行強盗，虞犯が多く，再犯も 6 割に上っていた．データに表れない実態としては，やせ目的の覚せい剤使用や，劣悪な家族養育環境（虐待などの複雑トラウマ）と過食嘔吐，自虐自暴自棄の果ての非行，という悪循環がみてとれた．ただし衝動性に関しては摂食障害群で有意に高いわけではなく，非行群全体が高い衝動性を有しているシーリング効果も推測された．こうした集団に，矯正教育という限定された環境下，非常勤の精神医療扶助という立場で，薬物療法や心理教育，簡便な精神療

法を行ったフォローアップ・データも別に報告している[3]．要点を簡潔に示すと，介入群および非介入群ともに抑うつ症状は時間経過とともに改善し，食行動は介入群のみで有意な回復を示した．そもそも介入群では，ベースラインの抑うつおよび食行動ともに高値ではあるが，矯正教育環境そのものが抑うつの軽減に寄与している点は興味深い．対照的に，衝動性に関しては介入の有無および時間経過ともに有意な影響を示さず，非行群における衝動性の変容困難性や元来の衝動制御の未熟さ，アンガー・コントロールなど特異的な教育や介入の必要性が示唆された．いずれにせよ，非行女子少年には，摂食障害をはじめとする精神障害が高頻度で合併しており，精神病理と非行の否定的相互連鎖が存在することを指摘しておきたい．

II．摂食障害の脳機能――前頭葉機能と自傷企図・むちゃ食い排出との関連――

この研究[6~8]については，第106回総会のシンポジウムにて発表し，要旨は本誌[9]にも掲載されている．よって，本シンポジウムと関連した部分のみを記載する．衝動性と関連する行動障害である，むちゃ食い（過食），排出行為（浄化），自傷（リストカットや過量服薬），または過量服薬を合併する摂食障害患者では，光トポグラフィー（NIRS）による脳機能において興味深い特徴が認められた．NIRSによる前頭葉の賦活反応性は，診断亜型（ANかBNか）では大きな違いがないものの，むちゃ食い排出（BEP）群で制限群より左前頭前野（PFC）下部，およそ背外側から内側面にかけての賦活反応性が有意に小さかった．先行機能画像研究の結果などを参照するなら，PFC眼窩面の機能障害がBEPと関連している可能性が推測された．また，自傷企図を呈する群では，呈さない群に比して前下部PFCおよび左PFCにかけて賦活反応性が有意に小さかった．これら部位は前頭極付近のチャンネルに相当しており，やはり抑制機能に関連することが示唆されている．これらの結果をまとめると，食行動異常を呈し，特に衝動的な行動異常を合併する事例では，左背外側，眼窩面，前頭極などのPFCの機能異常（制御障害）が関与している可能性がある．

今後の脳機能研究の進展を視野に入れるなら，「精神病理」をめぐる脳神経科学的知見が徐々に蓄積されていくであろう．その中で，衝動性の神経科学的な基盤についても，議論が深まることを期待している．

文　献

1）Ariga, M., Uehara, T., Takeuchi, K., et al.: Trauma exposure and posttraumatic stress disorder in delinquent female adolescents. J Child Psychol Psychiatry, 49; 79-87, 2008

2）Ariga, M., Uehara, T., et al.: Mood disorders of female delinquents in a juvenile detention center: its relationship with impulsivity and depression assessments. Impulsivity: Causes, Control and Disorders (ed. by Lassiter, G.H.). Nova Science Publishers, Inc., New York, p.167-180, 2009

3）Ariga, M., Uehara, T., Takeuchi, K., et al.: A follow-up study of female delinquent adolescents in a detention: effectiveness of psychiatric intervention as a mental health service. Int J Soc Psychiatry, 56; 15-22, 2010

4）Otsubo, T., Tanaka, K., Koda, R., et al.: Reliability and validity of Japanese version of the Mini-International Neuropsychiatric Interview. Psychiatry Clin Neurosci, 59; 517-526, 2005

5）Uehara, T., Ariga, M.: Eating disorders and female delinquency: a cross sectional study of adolescents at a female detention center. Japn J Child Adolesc Psychiatry, 49（English Supplement）; 23-36, 2008

6）上原　徹：摂食障害の脳病態研究―多チャンネル近赤外線分光法による亜型診断と経過判定．平成20年度厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「摂食障害の疫学，病態と診断，治療法，転帰と予後に関する総合的研究」（主任研究者　切池信夫），平成20年度研究報告書．2009

7）上原　徹，須田真史，福田正人ほか：近赤外線分光法による摂食障害の脳機能研究：一連の関連研究の紹介．臨床脳波，52；151-158，2010

8）上原　徹：摂食障害：near infrared spectroscopy（NIRS）による脳機能評価と臨床への応用．児童青年精神医学とその近接領域，52；264-268，2011

9）上原　徹，須田真史，福田正人ほか：多チャンネル近赤外線分光法（光トポグラフィー）による摂食障害の脳病態研究．精神経誌，112；736-740，2010

Appointed Remark : Eating Disorders and Impulse Control

Toru Uehara

General Health Support Centre, Gunma University

This appointed remark included two previous results from our group' studies ; one was about an investigation of eating problems in a female detention centre. And in this study, the author discussed a close relationship between delinquency and eating disorder. The latter was about brain functioning of eating disorders using a near infrared spectroscopy, and this study concluded that lower activations in prefrontal cortex (orbitofrontal or frontal pole) were associated with impulsive behaviours such as binge-eating or self-harm.

＜Author's abstract＞

＜**Key words** : delinquency, eating problems, impulsivity, functional brain imaging＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ECT の有効な「方法」を問う

コーディネーター　上田　諭

パルス波の無けいれん性電気けいれん療法（ECT）は，より安全な治療法として浸透をみせているが，ECT で最大効果を得る「方法」に対する注目は，いまだ乏しい．「ECT の方法」というもの自体への意識すら乏しいのである．ある意味それも無理はない．サイン波の時代には，けいれん発作を一定時間認めるだけで臨床効果があったからである．極端に言えば，サイン波に方法というほどの方法はないに等しかった．電圧を設定して通電し，けいれんを確認するだけである．「とにかく電気をかければ治せた」のであり，「ECT をやった」といえばそれで話が済み，精神科医同士も共通認識が成立した．

しかしながら，パルス波では事情は大いに異なる．初回の適切な刺激用量（%）設定，主に発作時脳波による発作の有効性の評価，それに基づく 2 回目以降の刺激用量（「治療閾値」を超える刺激用量）設定，有効発作を抑制しかねない麻酔薬の種類・用量・麻酔深度と併用薬（とくにベンゾジアゼピン系薬剤）への配慮，発作増強の考慮が不可欠であり，それらによってパルス波 ECT の治療の成否は決まるのである．

ところが現状は，このような「方法」への意識は十分ではないか誤解が多い．言いかえれば，パルス波 ECT を使いこなせていない．学会発表や症例報告を見ればそれは一目瞭然である．ECT の臨床効果や有害事象の報告は数多くみられるが，残念なことに，その大半が方法への視点を欠いている．刺激用量の記載がまったくないもの，刺激回数と頻度に触れていないもの，誘発された発作の結果や次回の刺激用量（上げ幅）について言及がないものが多数を占める．麻酔薬や筋弛緩薬の用量，併用薬の影響に触れた報告は，ごくわずかしかない．「ECT を施行した」と表現すれば，それですべてがわかるかのようである．「方法」の不適切さが，無効や有害事象につながっていると思われる例も散見されている．「方法」を問わずに臨床効果や有害事象という「結果」を論じても，実質的な意味はない．薬物療法を考えてみればすぐにわかることである．効果でも副作用でも，薬物の種類，初期用量，効果判定，増量の程度，投与期間などの「方法」をもとに論じるのは当然であり，「抗うつ薬を投与した．著効した」では何もわからない．それがなぜ ECT では通用してしまうのか．「サイン波の呪縛」にとらわれているというほかはない．

本シンポジウムは，パルス波 ECT の有効な「方法」に焦点をあてた初の本格的シンポジウム

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　ECT の有効な「方法」を問う　座長：本橋　伸高（山梨大学大学院医学工学総合研究部精神神経医学），一瀬　邦弘（特定医療法人社団聖美会多摩中央病院）　コーディネーター：上田　諭（日本医科大学精神医学教室）

である．筆者が臨床効果につながる刺激用量設定の仕方を中心に述べ，櫻井氏（北海道大学大学院医学研究科精神医学分野）がてんかん臨床の観点から発作時脳波の評価法について語った．パルス波を有効に駆使しサイン波への移行を減らした経験をもとに，竹林氏（国立病院機構呉医療センター中国がんセンター精神科/臨床研究部）が論じ，澤山氏（北里大学医学部精神科学）が発作増強法と BIS モニターを用いた麻酔深度への配慮の重要性について述べた．最後に，高野氏（放射線医学総合研究所分子イメージング研究センター）が，PET/SPECT を用いた効果評価と作用機序の検討から有効な方法を論じた．これらの論考が，パルス波 ECT 本来の効果を最大化する重要な手がかりになると信じる．

ECT の施行方法の標準化は急務である．それは，ECT 臨床の核となるはずのものだからである．過去の習慣を脱し，パルス波の「方法」に関心を向けることこそが求められている．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ECT では「治療閾値」を超える適切な刺激設定が必要
――有効な「方法」の要点――

上田　諭（日本医科大学精神医学教室）

パルス波電気けいれん療法（ECT）の施行では，「方法」がきわめて重要であるが，そのことがいまだ国内には浸透していない．サイン波 ECT の習慣にはなかった刺激用量を的確に設定し，発作脳波の有効性評価を行って次回の設定を行うことが必須である．「方法」を問わずに効果や有害事象を論じても意味は乏しい．有効な「方法」で不可欠なのは，①脳波による発作の有効性判定，②適切な刺激用量設定，③発作抑制因子（麻酔薬，併用薬）への配慮，④発作増強の augmentation（必要時）である．発作の有効性は発作持続時間では判定できない．典型的には，刺激用量を上げれば発作時間は短くなる．判定に重要なのは，規則的な対称性高振幅棘徐波と十分な発作時抑制，それに伴う交感神経系の興奮である．不適切な発作の場合は，次回に刺激用量を上げる必要がある．その際，臨床効果を得るには，両側性電極配置の場合，発作閾値の 1.5〜2.5 倍すなわち「治療閾値」を超える刺激用量が必要であるため，1.5 倍の上げ幅が合理的である．しばしばみられる 10 %ずつ上げる用量設定や発作が長ければそれでよいという考え方は誤りである．辛うじて発作閾値を超えるような刺激用量では，効果がないばかりか，副交感神経優位による徐脈や遷延性・遅発性発作を生じかねない．逆に，初回から 100 %というような発作閾値を著しく超える刺激は認知障害を生じやすく，発作閾値を早期に上げてしまい，治療が失敗に終わりやすい．このほか，麻酔薬の種類・用量を考慮すること，併用薬としてベンゾジアゼピン（BZ）系薬剤を一切避けることも必須である．どうしても BZ を使用する場合は拮抗薬の flumazenil の麻酔前投与を積極的に用いるべきである．ECT は精神科治療にとって必須の「最後の妙法」である．そのための重要な前提が，本稿で述べた「方法」なのである．

＜**索引用語**：電気けいれん療法，刺激用量設定，治療閾値，発作の有効性，発作時脳波評価＞

はじめに

現在標準となっているパルス波の無けいれん性電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）で十分な臨床効果を得るためには，施行の「方法」がきわめて重要である．しかし，国内の多くの症例報告や学会報告には，「方法」に着目しないまま臨床効果や有害事象を論じたものが少なくない．結果を論じるならば方法を問うのは当然のことであるが，「方法」の意義が十分理解されておらず，「方法」がなおざりにされていると言わざるを得ない．「電気をかけてけいれん発作が出る」だけで治療が成立したサイン波の習慣から脱していないのではないか．電気量が弱いから効かない，けいれんが生じればそれで効く，刺激を強くすれば発作が長く出る――これらの言説はすべて，思い込みと誤解に端を発している．パルス波 ECT を，宝の持ち腐れにしてはいけない．それには，最大の臨床効果を得るための「方法」に注目することが必須なのである．

有効な ECT の「方法」として不可欠なのは，①発作時脳波による発作の有効性判定，②適切な刺激用量設定（とくに 2 回目以降），③発作抑制要因（麻酔薬，併用薬）への対処，の 3 つである．必要時はこれに，④発作誘発の augmenta-

tion[14,15] が加わる．本稿では①と②を中心に論じる．

Ⅰ．発作の有効性評価――脳波で効果を判定

誘発した発作が臨床効果につながる発作であるかどうか．ECT 臨床にその判定は欠かせない．発作が不発や中断（脳波上 15 秒以下または運動発作 10 秒以下）の場合は言うまでもなく，発作が一定時間生じてもそれが「不適切な発作」であれば，次の施行の回には刺激電気量を上げる必要がある（次項に詳述）．

重要なのは主に発作時脳波により以下を確認することである．

①規則的な対称性高振幅発作波（regularity），②発作後抑制（postictal suppression：p.i.s.），③一定の発作持続時間であり，これらがそろうと④交感神経系の興奮を伴う（表 1）．これらすべてが認められることを確認できれば，それは臨床効果に確実につながる発作である[9]．典型的な良好な発作波を図 1 に示す．

よくある誤解は，「けいれん発作が長く出れば効く」「25 秒以上脳波上発作があれば有効」という思い込みであるが，発作持続時間は良好な発作波と発作後抑制を導くために最低限確保されていればよく，有効性判定にとって重要ではない[5]．米国精神医学会で ECT Task Force Report[18] をまとめた Weiner による「発作持続時間と刺激電気量の関係」[5,13]（図 2）を認識しておくことが極めて重要である．個人差はあるが，両者がパラレルなのは発作閾値を超えたばかりの刺激用量域のみであり，ある刺激用量を超えると，刺激用量を上げれば上げるほど発作時間は短くなるのが典型的である．これは逆説的な現象ではない．てんかん臨床においても，二次性全般化発作が十分であれば発作時間は相対的に短く，全般化が不十分になれば長い発作になることは観察されることである．ECT でも，最も発作が長くなるのは，発作閾値を少し超えただけの弱い用量の刺激なのである．

図 2 でさらに注目すべきは，臨床効果を生む刺激用量が発作閾値をある程度大きく超えた用量で

表 1　ECT による発作の有効性を判定する項目

①規則的な対称性高振幅発作波（regularity）がみられるか
――高振幅，一定の振幅と周波数，左右の同期性・対称性
②発作後抑制（postictal suppression）が十分か
――発作終了後の脳波平坦化
③一定の発作持続時間があるか
――運動発作（筋電図上）15～20 秒以上，脳波上 20～25 秒以上
④交感神経系の興奮があるか
――発作誘発後の血圧，心拍数の急上昇
⑤以上の 4 項目がすべて存在するか

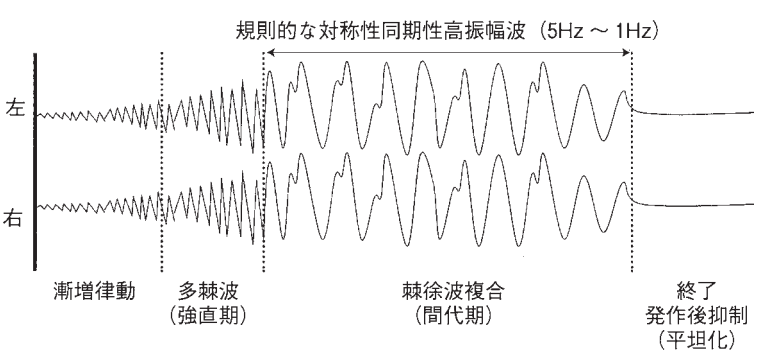


図 1　ECT による良好な発作時脳波の模式図（前額-乳様突起誘導）
文献 9 より改変して引用

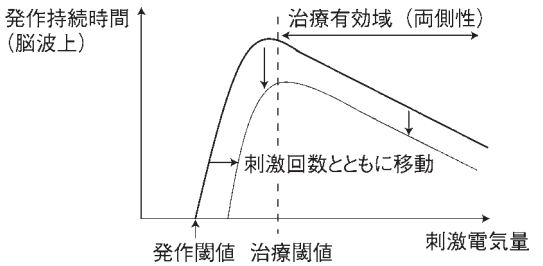


図 2　刺激電気量と発作持続時間の関係
文献 5，13 より改変して引用

あること（次項に詳述）で，そのポイントが図 2 に示した「治療閾値」[13] のライン（両側性電極配置の場合）である．「治療閾値」以下の刺激用量では，発作は相対的に長くなっても効果にはつながらないことがわかる．「治療閾値」を超えた刺激用量であるかどうかの指標が，まさに発作時脳波による有効性判定にほかならない．つまり，「治療閾値」以下の発作閾値に近い刺激用量で生じる発作は，上記基準（表 1）の発作持続時間（③）を満たしたとしても，規則的な対称性高振幅波（①）や発作後抑制（②）が十分ではないのである．

これらを踏まえれば，「発作時間が長すぎるから刺激用量を減らす」とか「発作時間が短くなってきたから刺激％を増やす」などの発想は誤った「古い常識」である．あくまでも発作時脳波により有効性を判定することが必須なのである．以下に具体的な判定法について述べる．

1．規則的な対称性高振幅波（regularity）の判定

高振幅で対称性同期性の徐波（棘徐波）が規則的に一定時間以上出現することで適切と判定される．図 3(a)は，十分な振幅と規則性をもった理想的な発作波，(b)はやや不規則だが対称性高振幅波が一定程度認められるので適切とされる．他と比べて振幅が明らかに小さい(c)は，規則的な個所もあるが発作波として不十分である．

具体的な評価法として江頭ら[2] は，Weiner と Krystal[17] らの脳波種別をもとに 7 段階（0〜6）に分け，徐波群発がほとんどない（0〜2），不規則で徐波の振幅が小さい（3），不規則だが大きな徐波が散発する（4）を「regularity なし」とし，振幅または周波数がそろっていない（5），振幅と周波数がそろっている（6）を「regularity あり」と判定する評価基準を示している．これに従えば，図 3 では，(a)が 6 に，(b)が 5 に，(c)は 3 にそれぞれ相当する．

2．発作後抑制（p.i.s.）の判定

十分な全般化発作のほとんどには，発作後抑制すなわち発作終了後の脳波平坦化をみる．これにより，適切な発作であったかどうかの判定が可能である[1,5]．明らかに平坦であれば問題はないが，迷うときには，通電前の麻酔薬投与前に記録したベースラインの脳波と比較する．脳波電極を着けたらすぐに安静閉眼時の脳波モニターを 5〜10 秒とっておくことは基本手技である．

発作後抑制には 2 つのタイプがある．1 つは，高振幅の発作波から急激に平坦化する場合である（図 4 の(a)）．もう 1 つは，発作波が徐々に振幅と規則性を弱め，緩徐に平坦化へと至る場合がある（図 4 の(b)）．これも適切な発作後抑制と判定されるが，(b)タイプを見出すためには，脳波の振幅が微弱となり発作が終了したと思われても，平坦化するかどうかを見るためにしばらくは脳波モニターを流しておく必要がある．その時間は少なくとも 10 秒は必要である[5]．図 4 (c)は，発作波が消えた後も平坦化していない．図では発作後のモニターが約 5 秒間しか見られないが，実際にはこの後も平坦化には至らずベースラインの脳波に戻るのみであった．発作後抑制を欠いた不十分な発作と判定される．

3．交感神経系の興奮

全般化発作が生じれば，交感神経優位となり一過性に心拍数と血圧が急上昇する．したがって，1 と 2 がともに見られれば，まずこの反応を伴わないことはない．通電前の値と比較し大きく上昇

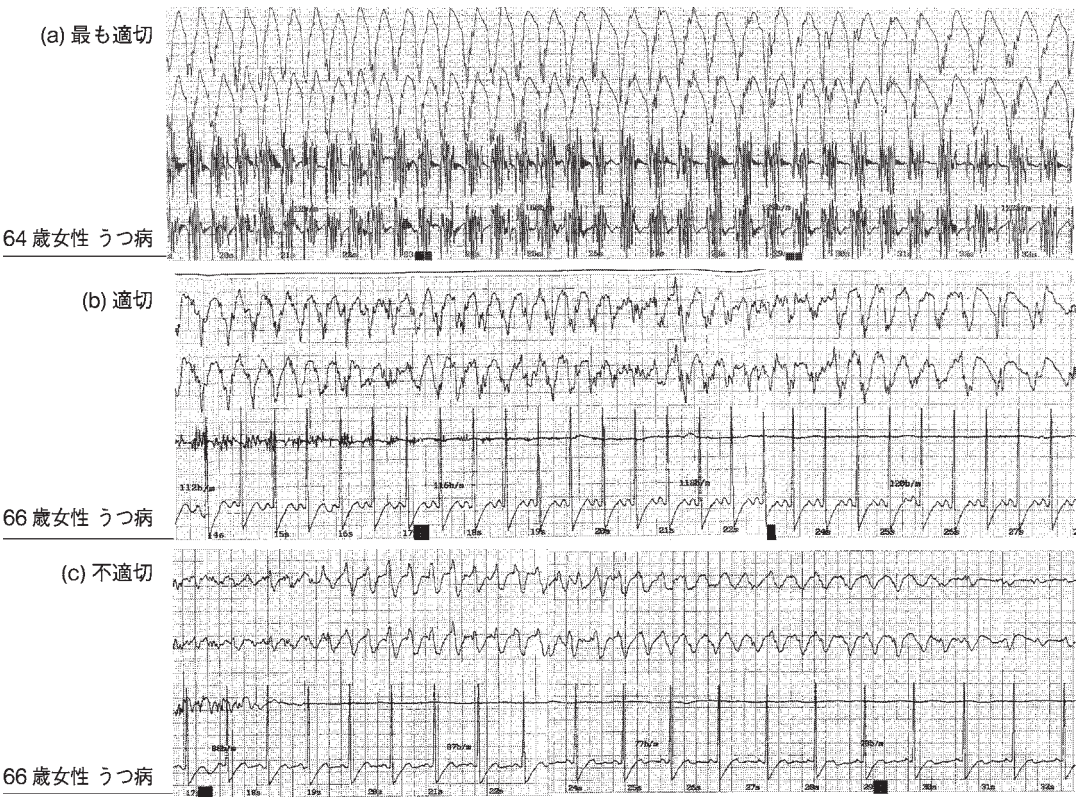


図 3　規則的な対称性高振幅波の評価
(a) は高振幅（500 μV 前後）の対称性の高振幅波が規則的にみられる．(b) は一部不規則であるが全体にほぼ高振幅（300〜400 μV）の棘徐波がみられる．(c) は振幅がまちまちでかつ小さく十分な発作ではない．

したことを確認し，有効性を判定する．1 と 2 が判定に迷うようなものであった時には，このデータが判定の助けになる．心拍数と血圧の急上昇があれば，全般化発作が十分であったことを示唆する[5]．

ただし，交感神経系の興奮は心負荷を一時的に増大する．心電図，心臓超音波（65 歳以上の高齢者には施行が望ましい）の術前評価で脆弱性や問題点を認めた患者に対しては，麻酔科と協議して，事前または直後に心拍または血圧の上昇を抑える処置を施すことも必要である．もちろんその場合，交感神経系の興奮を発作評価の対象にはできなくなる．

4 つある有効性判定の中で最も確実に治療効果を予測するものはどれか．発作持続時間ではなく，規則的な対称性高振幅波と発作後抑制のいずれかが優勢であるが，結論は得られていない．基本的には 4 項目すべてがそろうことで判定するが，それは最大公約数的な判断であり，個体差によっていくつかの項目の評価に迷うこともある．そのような場合頼るべきは，ECT 後の治療効果である．回を追うごとに明らかな改善がみられているなら，その ECT は有効な ECT である．迷ったときは治療効果すなわち改善の程度を見る．それが最大の判定基準である．しかし，効果が上がっていないとき，往々にしてその ECT は 4 項目のうち発作持続時間しか満たしていない．

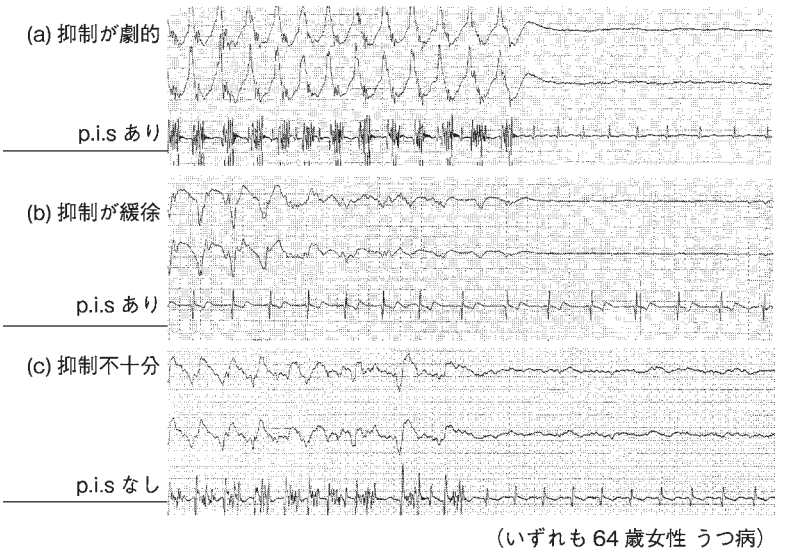


図 4　発作後抑制の評価
(a)，(b)とも発作後抑制（脳波平坦化）がみられるが，(a)が発作波が急激に平坦化しているのに対して，(b)は移行が緩徐である．(c)は発作波終了後も平坦化に至っていない．

Ⅱ．適切な刺激用量設定
―― 1.5 倍の刺激用量（%）に上げる

ECT の有効な刺激電気量に関して，臨床効果（主にうつ病治療）を得るには，両側性電極配置の場合，発作閾値の 1.5 倍から 2.5 倍の刺激電気量が必要であること（片側性では 2.5 倍から 6 倍）[5,18] がわかっている．つまり，単に発作が出るだけの刺激では不十分であり，図 2 が示すように，発作閾値をある程度大きく超える刺激用量すなわち「治療閾値」を超える用量が必要なのである．

では，現実にどのような刺激設定が最良なのか．初回（片側性では 2 回目を含む）と 2 回目以降（片側性では 3 回目以降）に分けて述べたい．

1．初回（片側性では 2 回目を含む）の刺激用量設定

初回の用量設定には，half-age（半年齢）法と滴定法の 2 つがある．Half-age 法では，年齢の半分の刺激用量（%）で初回刺激を行う（年齢の 1 ケタ目は四捨五入して，その半分とする）．滴定法では，化学実験の用量滴定同様に，初回セッションで 5 %から始め 10 %，20 %（65 歳以上では 10 %，20 %，40 %）と一定の発作（運動発作 10 秒または脳波上 15 秒以上）が生じるまで刺激を与え，発作が生じたところで終了する．その刺激用量（%）が発作閾値である．2 回目は「治療閾値」にあたるその 1.5 倍の用量で刺激する．Half-age 法が初回から臨床効果を意図しているのに対し，滴定法の初回は発作閾値を確定するだけであり，本当の治療は 2 回目からである．

発作閾値を確定できるという意味では滴定法が優れているが，初回に複数回の刺激，それも発作に至らない刺激を与えるという欠点がある．筆者は，両側性刺激では half-age 法が，発作閾値が両側性より低く 2.5 倍以上の刺激を要する片側性では滴定法がそれぞれ適していると考えている．

2．2 回目（片側性では 3 回目）以降の刺激用量設定

国内の ECT 手技の大きな問題は，2 回目以降の用量設定が不明確な点にある．2 回目以降，終了までの用量設定こそ治療転帰を決定づけるものであるが，これを明示したガイドラインなどはいまのところない．有力な方法が，米国精神医学会出版局が発行した教科書最新版[5] に示されているので，これに準拠することを望みたい．

まず前項で述べた発作評価を行い，それによって不適切（不十分）な発作であると判定された場合は，次回に 1.5 倍の刺激用量（%）で刺激することである〔適切な発作の場合は次回も同じ刺激用量（%）で刺激する〕．重要なことは，上げ幅の刺激用量（%）絶対値ではなく発作閾値の 1.5〜2.5 倍の刺激用量（%）になっているかどうかにある．発作閾値は ECT の刺激回数を追うごとに自然に上昇していくが，その閾値を調べることは困難である．しかし，ある刺激用量による発作が不適切になる，すなわち高振幅発作波が乏しくなったり発作後抑制が曖昧になったりすることは，その刺激用量が「治療閾値」を下回り発作閾値へ接近していることを意味している．つまり不適切な発作とは，発作閾値をかろうじて超える刺激用量の結果生じた発作なのである．次回に「治療閾値」を超える発作になるために 1.5 倍の上げ幅が妥当な理由はここにある．

なお，国内のパルス波装置は上限が 100 %（504 mC）であるため，70 %以上では次回 1.5 倍すると用量が上限を超えるが，その場合は 100 %で行う．

国内で最も多くみられる刺激用量の上げ方に，「発作が不十分なら次回に 10（5）%上げる」というものがある．これは，同じ 10 %上げるとしても 10 %から 20 %（2 倍）と 70 %から 80 %（1.1 倍）とするのでは，実質的な上げ幅に差がありすぎ不合理なうえ，1.5 倍に届かず効果につながらない例が大半になる．上げ幅が小さすぎると用量が「治療閾値」を超えず，図 2 でみたように不十分な発作で持続時間が長くなりすぎる危険がある．せん妄など認知面の障害，十分に交感神経優位にならないことによる徐脈や心停止が生じかねない．最悪の場合，発作の遷延[10]，遅発性発作が出現する[18]．

一方で，「100 %から始める」という高用量固定法を用いる施設もある．たしかに「治療閾値」は超えているが，その超え方は 1.5〜2.5 倍にとどまらず大幅（最大 20 倍）となり，認知面の副作用を生じる危険が増大する．加えて，発作閾値を急激に引き上げる可能性が高く，間もなく発作は不発・中断に至る[6,8]．

これら不適切な方法が，パルス波 ECT による「偽の無効例」または「偽の有害事象例」を作ってきたことは疑いのない事実である[10,11]．

Ⅲ．発作抑制要因の配慮
――ベンゾジアゼピン禁止――

発作評価と刺激用量設定をどんなに適切に行っても，発作を台無しにするものがある．麻酔薬と併用薬としてのベンゾジアゼピン（BZ）系薬剤である．この 2 つが発作の成否に及ぼす影響はきわめて大きい．

麻酔薬は propofol のような「発作時間を短くする」種類を極力避け，かつ用量と麻酔深度を最小限にすることが求められる[3,13,14]．麻酔科に理解を求め連携することも大切になる．

精神科医自身ですぐにできることは，BZ 系薬剤への対処である．BZ 系薬剤は，用量依存性に発作時間を減少させ[18]，発作閾値を上昇させてしまう．常用している睡眠薬や抗不安薬などすべて数日前から中止とすべきである．超短時間作用の zolpidem や zopiclon なども影響を与えずにはおかない．不眠時の頓用などとして投与しないよう注意したい．ECT 前の鎮静のために midazolam や flunitrazepam などが経静脈的に投与される場合があるが，急速に発作閾値を上げてしまいすぐに発作不発・中断に至ることが多い．サイン波でも不発になる例もある．

これらをどうしても中止できないとき，また緊張病症候群とくに悪性緊張病の治療で高用量 BZ

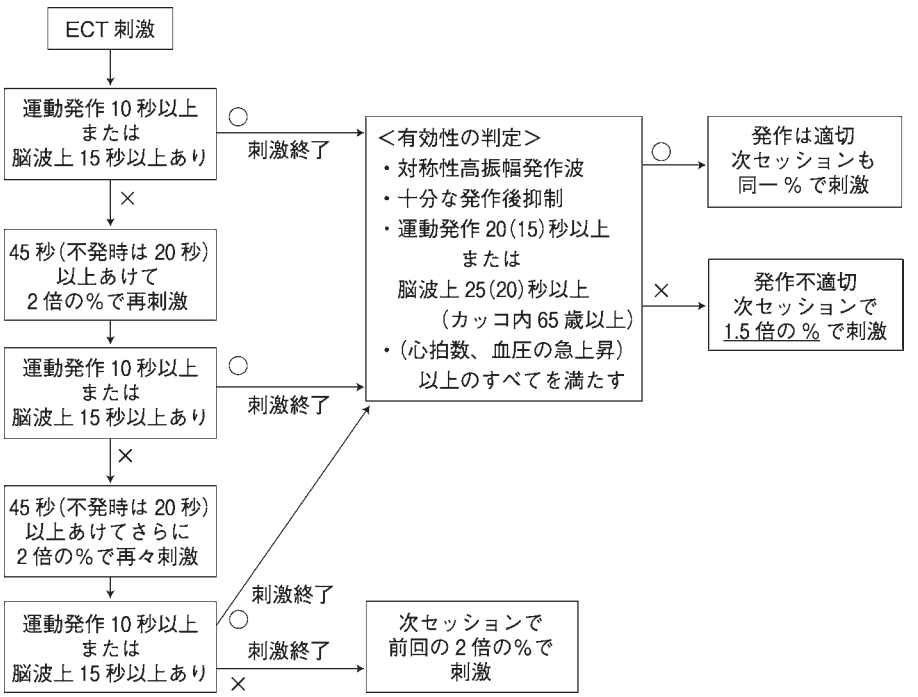


図 5　筆者が提唱する ECT 施行アルゴリズム（両側性電極配置，half-age 法）
※図中の％は刺激用量を示す．

を併用しているとき[7]には，BZ 拮抗薬の flumazenil を積極的に麻酔前投与する方法がある[14]．麻酔薬投与 1〜3 分前に flumazenil 0.5 mg を緩徐に静脈内投与することが推奨されており，筆者の施設でも本法を多数例で行っている．注意すべき点は，本薬剤の作用のピークが投与 2〜6 分後にあり，電気刺激のタイミングが早すぎると拮抗効果が不足することである．また，施行後に BZ 離脱症状が生じる可能性があり，その場合には midazolam の投与が勧められている[5,12]．

おわりに

本稿で論じた内容の基本的部分については，2002 年の国内パルス波導入後，2004 年には櫻井ら[9]，鈴木[11]によって唱えられていた．発作後抑制の重要性を論じた Azuma ら[1]の研究や麻酔薬の用量を検討した岩本ら[3]の研究が続き，上田[13]，江頭ら[2]の施行アルゴリズム（図 5）の提唱もある．しかし，パルス波導入 10 年を経過した現在も浸透は不十分である．

本論で重要な点を要約すれば，

①発作の有効性は発作時間ではなく脳波の形状で判定する

②刺激用量を上げるときは 1.5 倍の刺激用量（％）にする

③ ECT の数日前から BZ 系薬剤の併用を一切やめる

の 3 つとなる．これが ECT で最大効果を得る近道，第一歩である．

ECT は，内因性うつ病（メランコリー），精神病状態，緊張病症候群（カタトニー）に対して高い反応性を有する[4]精神科治療の必須の「最後の妙法」であり続けてきた[16]．パルス波であってもそれはいささかも変わりはない．本論で述べた適切な「方法」はその重要な前提である．

文　献

1）Azuma, H., Fujita, A., Sato, K., et al.: Postictal suppression correlates with therapeutic efficacy for depression in bilateral sine and pulse wave electroconvulsive therapy. Psychiatry Clin Neurosci, 61; 168-173, 2007

2）江頭一輝，松尾幸治，阿部尚子ほか：発作時脳波を用いた急性期 m-ECT 施行アルゴリズム作成の試み．精神医学，53; 263-270, 2011

3）岩本崇志，柴崎千代，藤田康孝ほか：修正型電気けいれん療法（mECT）施行時の thiamylal sodium 投与量についての検討．精神医学，52; 873-881, 2010

4）Fink, M.: Electroconvulsive Therapy: A Guide for Professionals and Their Patients. Oxford University Press, New York, 2009（鈴木一正，上田　諭，松木秀幸ほか訳：電気けいれん療法　医師と患者のためのガイド．新興医学出版社，東京，2010）

5）Mankad, M.V., Beyer, J.L., Weiner, R.D., et al.: Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. American Psychiatric Publishing Inc, Washington, D.C., 2010（本橋伸高，上田　諭監訳，鈴木一正，竹林　実訳：パルス波 ECT ハンドブック．医学書院，東京，2012）

6）三澤　仁，加藤　温：パルス波 ECT 無効例の検討．臨精医，35; 1297-1300, 2006

7）宮吉孝明，藤渡辰馬，肥田道彦ほか：Flumazenil の麻酔前投与を行い benzodiazepine と ECT の併用療法が著効した緊張病症候群の 1 症例．臨床精神医学，38; 1397-1403, 2009

8）Sackeim, H.A., Prudic, J.: Stimulus intensity, seizure threshold, and seizure duration: impact on the efficacy and safety of electroconvulsive therapy. Psychiatry Clin North Am, 14; 803-843, 1991

9）櫻井高太郎，立花義浩，堀口憲一ほか：ECT における発作モニタリングの有用性．精神科治療学，19; 369-374, 2004

10）澤村岳人，山崎　蘭，小田部浩幸ほか：パルス波治療器を使用したmECTにより遷延性けいれんを生じた一例．総合病院精神医学，22（Suppl）; S181, 2010

11）鈴木一正：パルス波治療器による電気けいれん療法（ECT）では適切な刺激電気量の設定が必要―小林聡幸，西田慎吾，西嶋康一ほか：パルス波が無効でサイン波による通電療法が著効したうつ病の 1 例．精神科治療学，19; 905-910, 2004 に対して―．精神科治療学，19; 1491-1492, 2004

12）Suzuki, K., Takano, T., Fujiyama, K., et al.: Panic attack associated with flumazenil at electroconvulsive therapy session. J ECT, 25; 145, 2009

13）上田　諭：ECT における発作評価と「治療閾値」の重要性―米国の Visiting Fellowship に参加して．精神医学，49; 1135-1141, 2007

14）上田　諭，石坂公介，坂寄　健ほか：ECT における有効な発作誘発の augmentation．総合病院精神医学，22; 153-161, 2010

15）Ueda, S., Sakayori, T., Yamaoka, N., et al.: Successful switching from sine-wave to pulse-wave with oral theophylline the night before ECT for depression. Psychiatry Clin Neurosci, 65; 604-605, 2011

16）上田　諭：電気けいれん療法は必須の精神科治療である―電気ショック批判にこたえる．精神科臨床はどこへいく（井原　裕編，こころの科学増刊；52-58, 2011

17）Weiner, R.D., Krystal, A.D.: EEG monitoring and management of electrically induced seizures. The Clinical Science of ECT（ed. by Coffey, C.E.）, American Pscyhiatric Press, Washington, D.C., p. 93-109, 1993

18）Weiner, R.D., American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy: Practice of electroconvulsive therapy: Recommendation for treatment, training, and privileging. 2nd edition. A Task Force Report of the American Psychiatric Association. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2001（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，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，東京，2002）

Stimulus Dose in Electroconvulsive Therapy should be above "Therapeutic Threshold": Determination of Seizure Adequacy and Methods of Stimulus Dosing

Satoshi UEDA

Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School

To optimize the effectiveness of pulse-wave electroconvulsive therapy (ECT), determination of seizure adequacy and methods of stimulus dosing are essential. In Japan, however, this has been poorly recognized. There are four important points in the clinical practice of pulse-wave ECT.

The first is to determine seizure adequacy by confirming ictal "regularity" and greater postictal suppression on electroencephalogram instead of measuring seizure duration. It is very unfortunate that not a few Japanese psychiatrists still believe that a longer duration indicates seizure adequacy. When the stimulus is barely suprathreshold, increasing stimulus intensity is associated with a longer seizure duration. However, when the stimulus greatly exceeds the seizure threshold, the higher the intensity becomes, the shorter the seizure duration is expected to be.

The second is to induce adequate seizures at stimulus intensity above the "therapeutic threshold," which means 1.5 to 2.5 times above the seizure threshold in bilateral electrode placement. Given that the seizure threshold rises through the ECT course in an unpredictable fashion, it is appropriate to increase the stimulus dose by 1.5 times the previous dose at the following session after an inadequate seizure, which is considered a product of barely suprathreshold stimulation. The way of increasing the dose by 5 to 10% (with Thymatron System IV), often observed in Japanese clinical settings, is considered inappropriate. The resulting barely suprathreshold seizure is not effective and can be a prolonged or late seizure. Starting ECT at maximum dose of 100% is also irrational, because the fixed high dose might not only accentuate cognitive disturbances but also enhance the extent and speed of the rise of the seizure threshold.

The third is to use the optimal class and dose of anesthetics and stop administering benzodiazepines (BZ), in order to avoid possible rise of the seizure threshold. If BZ is hard to discontinue, flumazenil is recommended as pre-anesthetic agent. The fourth is to apply augmentation methods of seizure induction (if necessary) including oral theophylline the night before ECT.

ECT is no doubt an essential treatment in psychiatry. These above techniques and methods do support its effectiveness and safety.

<Author's abstract>

Key words: electroconvulsive therapy, ictal electroencephalogram, seizure adequacy, stimulus dosing, therapeutic threshold

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

発作モニタリングの有用性

櫻井　高太郎（北海道大学大学院医学研究科精神医学分野）

ECT は電気刺激によって全般性強直間代発作を誘発する治療法であるため，てんかんの全般性強直間代発作時の脳波を十分に理解することが重要である．そして ECT で自発発作と同様の脳波所見が得られれば，適切な発作と判定できる．また，発作後抑制と ECT の効果が関係することから，てんかん発作の終結機構が ECT の作用機序に関係する可能性がある．

＜索引用語：電気けいれん療法，てんかん，発作モニタリング＞

はじめに

日本にパルス波電気けいれん療法（Electroconvulsive Therapy：ECT）装置が導入されて久しいが，いまだに適切な発作についての十分な理解が不足していると思われる．ECT において確実な抗うつ効果を得るためには，各セッションで適切な発作を誘発することが重要である．適切な発作であるかどうかの判定には，発作の持続時間だけでなく，発作波の形態も含めた総合的な判断が必要である．

上田らは適切な発作の条件として，①高振幅の対称性発作波，②十分な発作後抑制，③運動発作 20（15）秒以上，または脳波上 25（20）秒以上，括弧内は 65 歳以上，④心拍，血圧の急上昇，以上の全てを満たすものと提唱している[11]．筆者はてんかん専門医としての視点から，上記①～③の条件について論じる．

Ⅰ．高振幅の対称性発作波

ECT は，電気刺激により全般性強直間代発作を誘発し，抑うつ症状などの精神症状を改善する治療法である．このため，全般性強直間代発作の脳波所見を理解していることが重要である．しかし，精神科医のてんかん離れが目立つ現在，若年の医師はてんかん発作の脳波を見る機会そのものが減少していると思われる．

図 1 は側頭葉てんかん患者のビデオ脳波同時記録中に得られた，複雑部分発作から二次性全般性強直間代発作に至る脳波記録である．右側頭部の θ 律動が持続した後，振幅が減少し，全般性の速波律動が出現する．この全般性速波律動が強直発作時の所見である．速波律動は次第に振幅を増し，周波数を減じていき，棘徐波複合へと移行する．これが間代発作時の所見である．発作終了直後に脳波はほぼ平坦となる．この全般性強直間代発作の経過は約 60 秒である．当然であるが，発作波は前頭部，中心部，頭頂部，後頭部，側頭部すべてに拡がり（つまり全般化しており），高振幅の棘徐波と明確な発作後抑制を認めている．つまり ECT においても，このような発作記録が得られれば，適切な発作を誘発したと判定できるであろう．

図 1 のように，通常の脳波記録では電極配置法として国際 10-20 法を用いることが多いが，修正型 ECT における脳波記録は通常は前頭部の 2 チャンネルのみで行われる（図 2）．

このため，ECT の際には，前頭部 2 チャンネル記録のみで，発作が十分に全般化しているのか

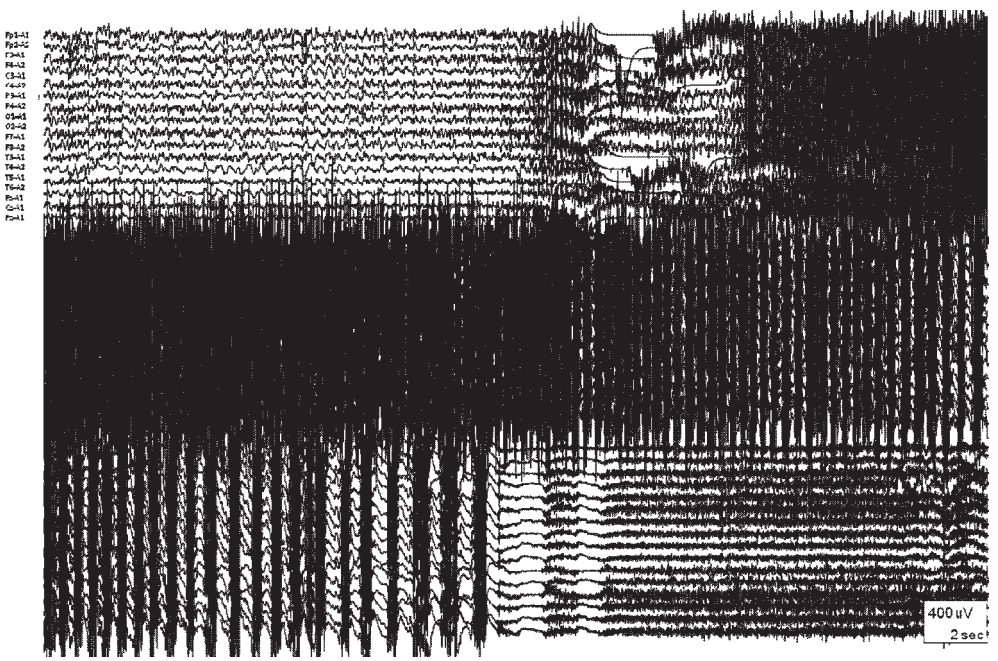


図 1　側頭葉てんかん患者の二次性全般性強直間代発作時の脳波

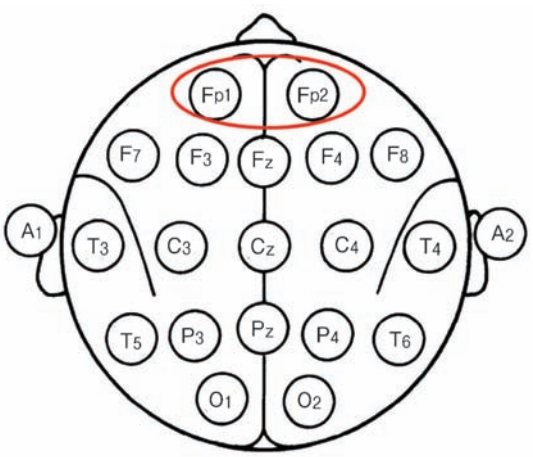


図 2　10-20 電極配置法
ECT の場合は通常 Fp1-Fp2 の 2 チャンネルのみ．

どうか判断しなくてはならないのである．

以前より，全般てんかんにおける全般性棘徐波複合は，前頭部優位に出現することが知られている．256 チャンネル脳波計を用いて特発性全般てんかんにおける全般性棘徐波複合の分布を調べた研究では，棘徐波複合は前頭部優位に出現していることが報告されている（図 3）[4]．また，脳磁図を用いた全般性棘徐波複合の解析でも，全般性棘徐波複合の出現時，前頭葉内側皮質，前部帯状回に強いてんかん活動を認めることが報告されている（図 4）[9]．よって，前頭部は最も脳波所見が得られやすい部位であり，簡易測定には適していると言える．つまり，この部位で高振幅の対称性発作波が得られない場合は，不適切発作とすぐに判断できる．発作が十分に全般化せずに前頭部に留まる場合も存在するため，前頭部 2 チャンネルから得られる高振幅の対称性発作波は適切な発作の十分条件ではないが，必要条件と言えるであろう．

Ⅱ．十分な発作後抑制

ECT における発作後抑制は，高用量刺激や，明確な両側性高振幅波を認めた際に出現しやすく，良好な治療効果と関係あることが報告されている[5,8]．Azuma らは，両側性サイン波，パルス波刺激で種々のパラメーターを検討した結果，発作

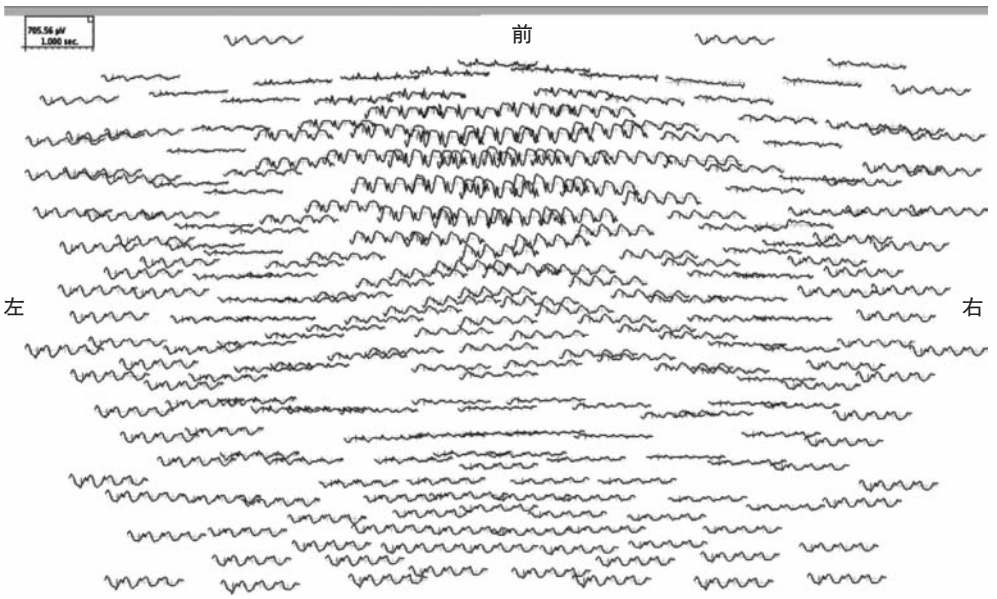


図 3　多チャンネル脳波計による特発性全般てんかんの棘徐波複合の分布[4]

後抑制のみが，治療効果と有意な関係を示したと報告している[1]．このように，発作後抑制は ECT の治療効果と関係することから非常に重要な項目と思われる．

一方，てんかん領域においては，発作後抑制は postictal generalized electroencephalographic suppression（PGES）と称されており，主に発作後の突然死と関係する現象として注目されている．PGES は全般性強直間代発作の 63 %，複雑部分発作の 2 %で出現し[7]，発作時間と PGES の出現頻度は関係ないとされている[10]．PGES が長時間（50 秒以上）持続すると，突然死のリスクが高まるという報告があり，その機序としては発作抑制機構による過剰な神経活動の抑制により，中枢性の無呼吸が生じることが推定されている（図 5）[7]．

てんかん発作は自発的に生じ，自発的に終了する．てんかん発作の終了は単に神経細胞の過剰興奮による疲弊ではなく，脳の発作終結機構による能動的な働きによって生じると考えられている．その働きは発作部位による局所の終結機構と，遠隔部位（黒質線条体網様部，視床下核，視床など）による終結機構の 2 つの機序が推定されている（図 6）[6]．発作後抑制，もしくは PGES が抗うつ効果に関係するのであれば，これらの部位による発作終結機構の作動が，抗うつ効果と関係する可能性がある．

一方で，近年は ECT を用いて全般性強直間代発作の病態生理を調べる研究がある．

Enev らは，ECT において，電気刺激直後と刺激後 30 秒後にトレーサー（^{99m}Tc-HMPAO）を注入し，脳血流 SPECT 撮像を行った．その結果，発作誘発直後では，電極刺激部位付近，視床の一部，基底核に，刺激後 30 秒後では頭頂葉および後頭葉に有意な脳血流増加を認めた．血流低下部位は刺激後 30 秒後においてのみ認められ，それは両側帯状回と左前頭葉外側面であった（図 7）[2]．これら後期の血流低下は発作終結機構の働きによる可能性があり，この部位が ECT の抗うつ効果と関係するのかもしれない．

Ⅲ．運動発作 20 秒以上，または脳波上 25 秒以上

ECT における適切な発作とは，自発発作と同様の全般性強直間代発作である．脳波では，全般

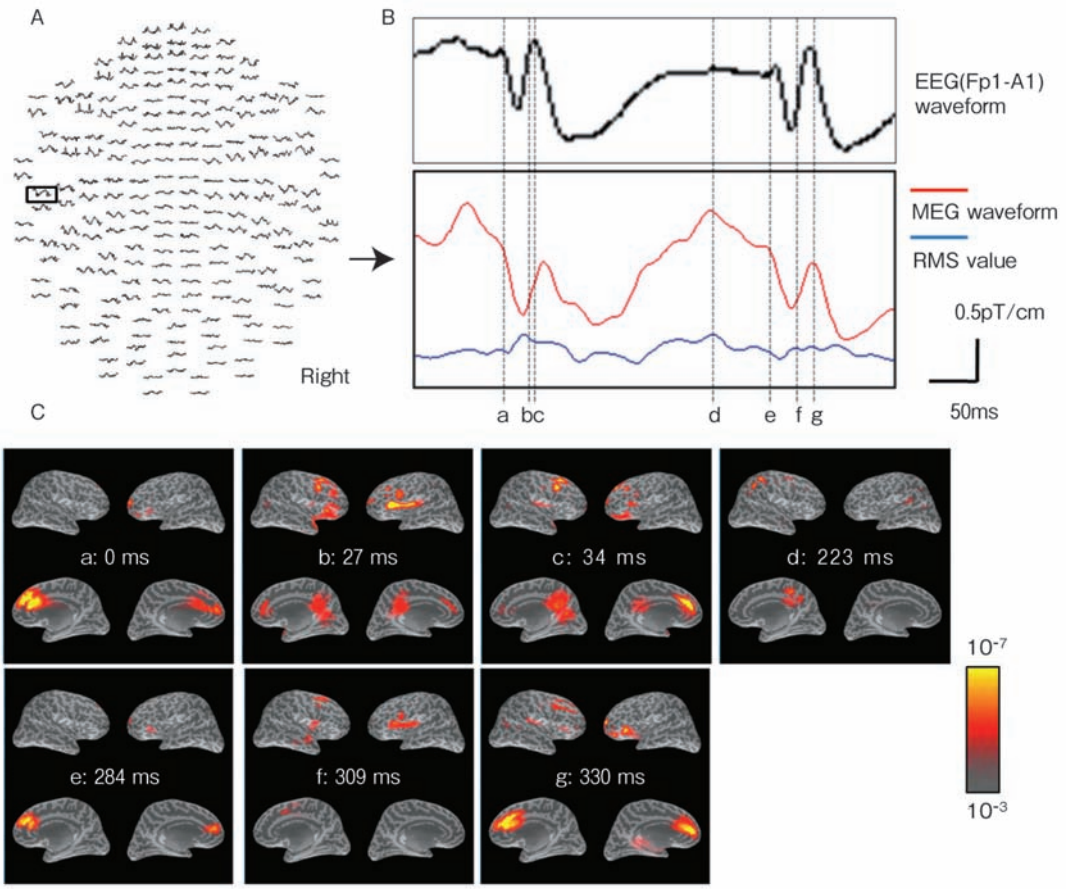


図 4　脳磁図による特発性全般てんかんの棘徐波複合の電流源解析[9]

性の速波律動が出現し，それが周波数を減じ，振幅を増しながら高振幅の棘徐波複合に移行し，発作後抑制で終了するという一連の経過が重要である．この経過を明確に認めた場合は，刺激後 20 秒以上経過していることが多い．

では全般性強直間代発作のうち，強直発作と間代発作ではどちらが抗うつ効果により関係するのであろうか．てんかん診療の経験からは，強直発作は主に症候性全般てんかんにおいて出現し，数秒から数十秒間持続するが，発作後の意識回復は比較的速やかである．また Azuma らの論文ではサイン波治療器の方が，パルス波治療器よりも強直発作の持続が長かったが，治療効果との関連は否定されている[1]．一方で，全般てんかんの原発性全般性強直間代発作であれ，部分てんかんの二次性全般性強直間代発作であれ，強直間代発作となった場合は発作後の意識障害が長時間持続し，発作後もうろう状態を呈することもある．このことから，脳機能に与える影響は強直発作と比較すると明らかに大きい．

また，ECT の研究では，間代けいれんにおける棘徐波複合の振幅が高いほど，抗うつ効果があるという報告がある[3]．これらからは，ECT の効果を得るには強直発作のみでは不十分であり，間代発作に移行し，明確な棘徐波複合を認めることが必要と思われる．

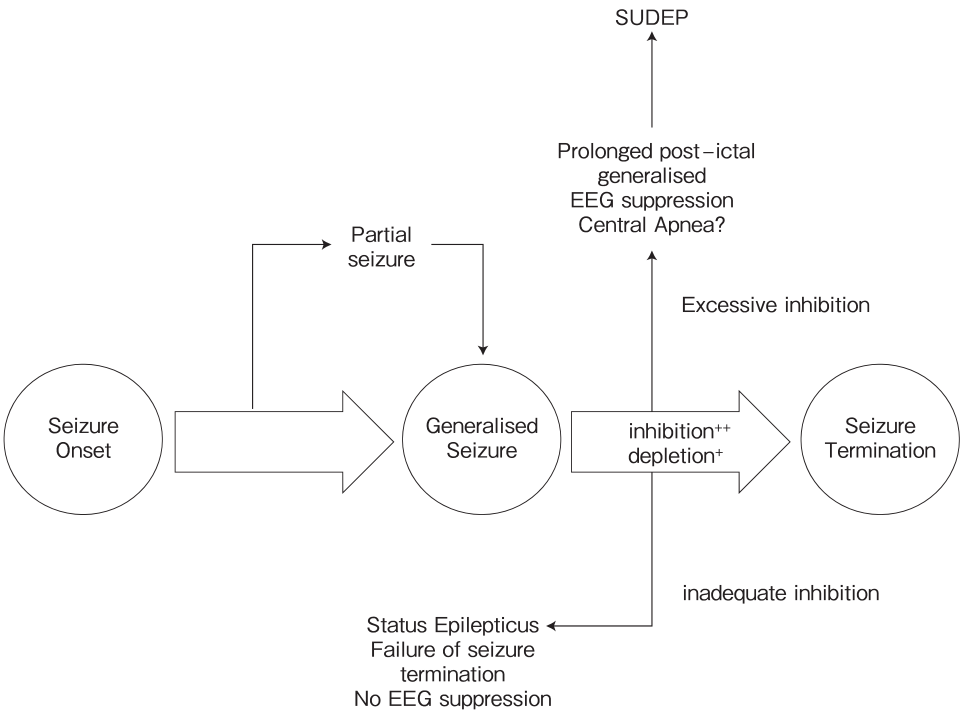


図 5　てんかんと突然死の関係[7]
SUDEP：sudden unexpected death in epilepsy，
EEG：electroencephalography

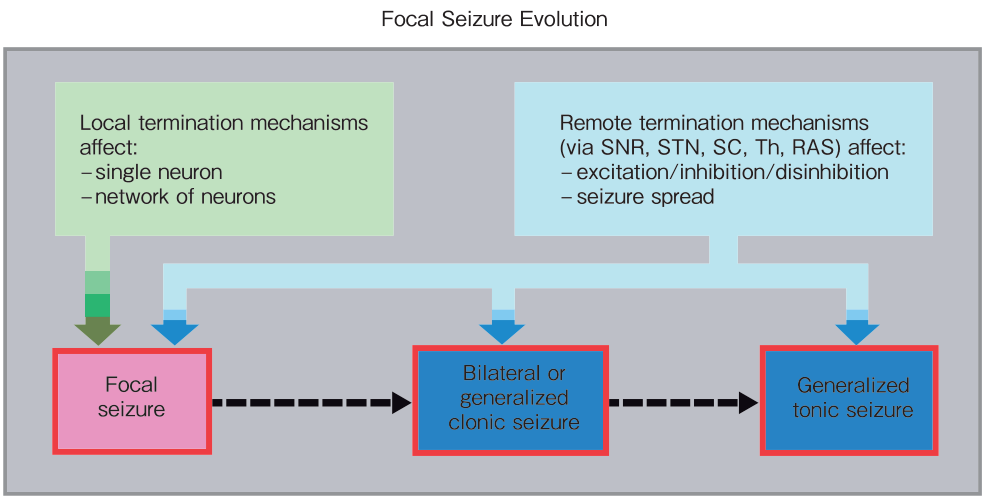


図 6　てんかん発作の終結機構[6]
SNR：substantia nigra pars reticulate，STN：subthalamic nucleus，SC：superior colliculus，
Th：thalamus，RAS：reticular activating system

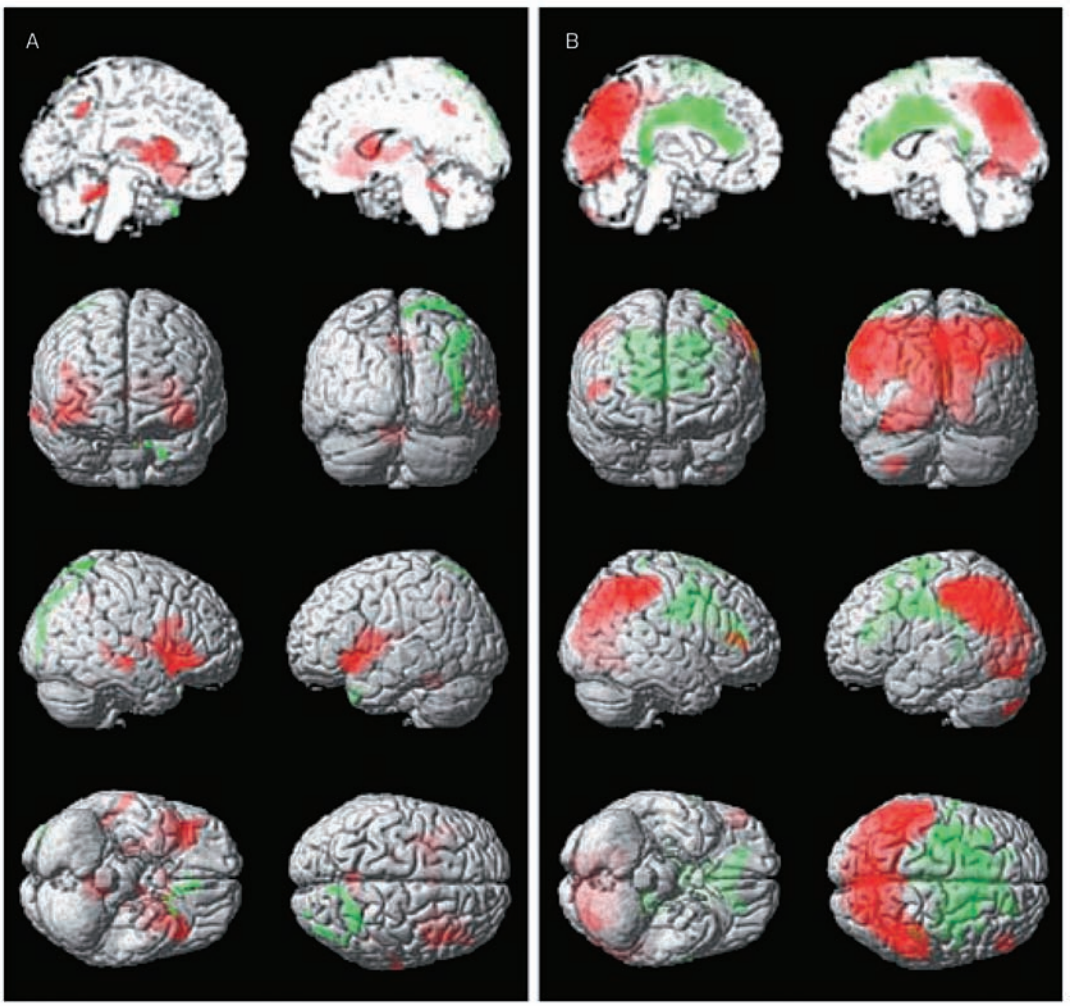


図 7　ECT の刺激直後，30 秒後の脳血流 SPECT 所見[2)]
赤色は血流亢進，緑色は血流低下部位を表す．

ま と め

てんかん専門医の立場から，ECT の発作モニタリングについて検討した．ECT の脳波モニタリングに常に注意を払い，解析することは，刺激用量設定だけでなく，効果判定予測や ECT の作用機序の解明につながる可能性がある．

文　献

1）Azuma, H., Fujita, A., Sato K., et al.: Postictal suppression correlates with therapeutic efficacy for depression in bilateral sine and pulse wave electroconvulsive therapy. Psychiatry Clin Neurosci, 61; 168-173, 2007

2）Enev, M., McNally, K.A., Varghese, G., et al.: Imaging onset and propagation of ECT-induced seizures. Epilepsia, 48; 238-244, 2007

3）Folkerts, H.: The ictal electroencephalogram as a marker for the efficacy of electroconvulsive therapy. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, 246; 155-164, 1996

4）Holmes, M., Brown, M., Tucker, D.: Are “generalized” seizures truly generalized? Evidence of localized mesial frontal and frontopolar discharges in

absence. Epilepsia, 45 ; 1568-1579, 2004

5) Krystal, A.D., Weiner, R.D., Coffey, C.E. : The ictal EEG as a marker of adequate stimulus intensity with unilateral ECT. J Neuropsychiatry, 7 ; 295-303, 1995

6) Lado, F.A., Moshé, S.L. : How do seizures stop ? Epilepsia, 49 ; 1651-1664, 2008

7) Lhatoo, S.D., Faulkner, H.J., Dembny K., et al. : Anelectroclinical case-control study of sudden unexpected death in epilepsy. Ann Neurol, 68 ; 787-796, 2010

8) Nobler, M.S., Sackeim, H.A., Solomou, M., et al. : EEG manifestations during ECT : effects of electrode placement and stimulus intensity. Biol Psychiatry, 34 ; 321-330, 1993

9) Sakurai, K., Takeda, Y., Tanaka, N., et al. : Generalized spike-wave discharges involve a default mode network in patients with juvenile absence epilepsy : A MEG study. Epilepsy Res, 89 ; 176-184, 2010

10) Surges, R., Strzelczyk, A., Scott, C.A., et al. : Postictal generalized electroencephalographic suppression is associated with generalized seizures. Epilepsy Behav, 21 ; 271-274, 2011

11) 上田　論 : ECT における発作評価と「治療閾値」の重要性―米国の Visiting Fellowship に参加して．精神医学，49 ; 1135-1141, 2007

Usefulness of Seizure Monitoring

Kotaro SAKURAI

Department of Psychiatry and Neurology, Hokkaido University School of Medicine

Since electroconvulsive therapy (ECT) is a psychiatric treatment in which generalized tonic clonic seizures are electrically induced, it is very important to understand the electroencephalography of generalized tonic clonic seizures in epilepsy. And if the same electroencephalogram finding is acquired by ECT, we can interpret as adequate seizures. Furthermore, the termination mechanism of epileptic seizures may be related to the mechanism of ECT, because postictal suppression is related to the effect of ECT.

＜Author's abstract＞

＜**Key words** : electroconvulsive therapy, electroencephalography, epilepsy＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

有効な ECT の臨床的工夫
――サイン波からパルス波へ・そして再発予防――

竹林　実（国立病院機構呉医療センター中国がんセンター精神科/臨床研究部　精神神経科学研究室）

有効な電気けいれん療法（ECT）を行うための実践的な工夫について，治療器の切り替えの問題，刺激用量の設定，麻酔薬の量の設定などの観点から論じた．また，ECT による症状改善後の高い再発率の問題や再発予防に関する工夫についても論じた．パルス波治療器（パルス波）における“質の良い”発作波の誘発が有効な ECT を行う上で不可欠であるが，不発例や“質の悪い”発作波しか得られない場合も実際臨床上少なくない．そのような場合，サイン波治療器（サイン波）へ切り替えることも検討される．しかしながら，自験例の検討から以下のようにサイン波へ切り替えることは必ずしも有益ではなく，工夫により切り替え率を激減させることが判明した．①サイン波への切り替えを行わない方がいくつかの点で患者 QOL が高いこと，②パルス波で発作波不発時の刺激用量の再設定は漸増法よりも急速増加法が一部施行回数を減らせる可能性があること，③麻酔薬量の適切な減量によりパルス波での有効な発作波を劇的に増加させること，などが具体的に明らかとなった．また，ECT は気分障害，統合失調症ともに適応を誤らなければ有効性の高い治療法であるが，1 年後の気分障害の再発率は 42 %，特に統合失調症の再発率は 75 %と非常に高率であった．気分障害だけでなく統合失調症にもリチウムを含めた気分安定薬の併用薬物療法が再発予防に有効である可能性を明らかにした．

＜**索引用語**：ECT，パルス波治療器，静脈麻酔薬，再発予防，気分安定薬＞

はじめに

2002 年に本邦にパルス波治療器（パルス波）が導入されて 10 年が経過した[7,15]．従来型のサイン波治療器（サイン波）からパルス波に移行するに際して，電気けいれん療法（ECT）が改めて見直されていると同時にいかにパルス波を使いこなすかが問われるようになっている．本邦における ECT ガイドラインは，日本精神神経学会が 2001 年および 2005 年に推奨事項を作成（非公開）しているが，実際にはアメリカ精神医学会（APA）の Task force report の和訳に準じて施行されているのが現状であり，本邦における標準化は行われていない[3,15]．本稿においては，パルス波を使う上での実践的な工夫として，治療器の切り替えの問題，エネルギー量の設定，麻酔薬の量の設定，さらに，ECT で改善後の高い再発率の問題や再発予防に関する工夫についても当施設での検討を中心に紹介する．

Ⅰ．パルス波からサイン波への切り替えの問題について

パルス波にてエネルギー量を 100 %まで上げても脳波上・筋電図上有効なけいれん波や治療効果が得られず，従来型のサイン波に切り替えるとけんれん波や効果が得られたとする症例報告は複数あり[6,11]，このような状況は日常臨床でも遭遇する．実際，エネルギー量は，インピーダンスにもよるが平均的な 220 Ω と仮定すると，サイン波（110 V 7 秒：385 J）の方がパルス波の最大エネルギー（100 %：99.8 J）よりも 3.9 倍高い計算

になる．サイン波電流は神経の脱分極を起こしにくく，けいれん誘発にはパルス波電流よりも大きなエネルギー量が必要であるが，それを上回るエネルギー量であれば，けいれん波が生じて効果を示すと考えられる．当施設において 2005 年にパルス波導入当初は，48％の症例がサイン波への切り替えを余儀なくされた[11]（図 1）．本邦においてこのような観点からの調査の報告はないため，他施設との比較はできないが，十分なけいれん波が得られていない症例や切り替え例が少なからずいることが推測された．次に，パルス波とサイン波への切り替え症例でセッション数，副作用出現率，在院日数などを比較したところ，切り替え例の方がセッション数および副作用出現率が有意に高く，在院日数も長い傾向であった[11]（表 1）．このことは，サイン波への切り替えは必ずしも患者にとって有益ではなく，むしろ避けるべきことを意味している．すなわち，パルス波で 1 クールの最後まで，いかに“質の良い”発作波を生み出せるかが，問われることになる[16]．

Ⅱ．刺激用量の設定

“質の良い”発作波を生み出すにはけいれん閾値を上げない工夫が必要である[16]．けいれん閾値は個体差が大きく 50 倍も異なるともいわれている．一般にけいれん閾値を上げる因子としては高年齢，男性，低酸素状態，脱水，抗けいれん作用のある薬物投与などが挙げられる[1]．当施設では half age 法に従って，当初不発時は刺激用量を 5〜20％上げる方法で治療を行っていたが，前述のように 100％に至りサイン波へ切り替えを余儀なくされた症例が多数あったため，ECT 直前に酸素吸入したり，睡眠薬やベンゾジアゼピン系薬物を減量・中止するなど試みたが，切り替え率の大きな減少には至らなかった．次に，われわれは刺激用量の設定に着目した．有効な発作が得られない場合の刺激用量の上げ幅をもう少し大きくした方が切り替えせずして早く治療が終了するのではないかと仮定した．今まで当施設で行ってきた徐々に増やす方法（漸増法：年齢半分から 5〜20％ずつ増加させる）と比較して急速に増やす方法（急速増加法：年齢半分→年齢相当→ 80〜100％の約 3 段階）の 2 種類の方法で切り替え率に違いがないかどうか比較検討した[12]．調査した 38 症例においては，漸増法と急速増加法では切り替え率には大きな差はなかったが，サイン波への切り替え症例群と非切り替え症例群に分けた場合には，急速増加法が漸増法よりもセッション数が有意に少ないか（切り替え症例群 $p<0.05$）あるいは有意傾向（非切り替え症例群 $p=0.059$）を認めた[12]（表 2）．一方，副作用の出現には差はなかった．したがって，パルス波で発作波不発時の刺激用量の再設定は漸増法よりも急速増加法が一部施行回数を減らせる可能性があることが示唆された[12]．

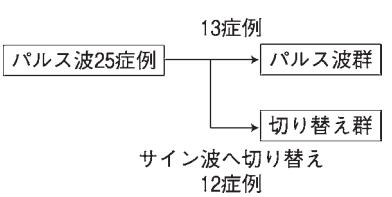


図 1　サイン波治療器への切り替え状況
（2005 年）（文献 11 を改変）

表 1　パルス波群と切り替え群との臨床データの比較

	年齢（歳）	疾患（人）			セッション数（回）	在院日数（日）	副作用出現率（%）
		気分障害圏	統合失調症圏	その他			
パルス波群	61.5±14.2	8	2	3	5.9±3.0**	73.1±53.7	15.4*
切り替え群	64.6±15.1	7	4	1	11.3±3.1	92.6±63.0	58.3

*$p<0.05$，**$p<0.01$
（文献 11 を改変）

表 2　漸増法と急速増加法の比較

	セッション数（回）		有効率（%）		副作用出現率（%）	
	切り替え症例	非切り替え症例	切り替え症例	非切り替え症例	切り替え症例	非切り替え症例
漸増法	12.3±2.5 *	5.9±3.0**	88.9	92.3	55.6	15.4*
急速増加法	9.3±3.3	3.3±1.2**	100	66.7	30.0	16.7

*p＜0.05，**p＜0.01
（文献 12 から引用）

表 3　麻酔薬減量に伴う切り替え率の減少

	Thiamylal sodium（mg/kg）	切り替え率（%）	セッション数（回）	入院日数（日）	有効率（%）	副作用率（%）
I 期 18 例	3.02±0.48 ***	55.6 **	7.2±4.0	71.4±49.0	88.9	44.4
II期 18 例	2.00±0.06	11.1	8.3±3.4	98.5±59.8	100	39.9

p＜0.01，*p＜0.001
（文献 5 から引用）

Ⅲ．麻酔薬の量の問題

静脈麻酔薬は基本的に抗けいれん作用を有しており，濃度依存性にけいれん閾値を上昇させ，一方で少ない場合は意識消失が不完全となり，自然覚醒が生じる可能性がある．ECT 麻酔について APA のガイドラインは，thiopental sodium は 2.0〜4.0 mg/kg，propofol は 0.75〜1.0 mg/kg，ketamine は 2.0〜3.0 mg/kg を推奨している[3]．当施設では，ECT 麻酔には thiamylal sodium を使用していたが，麻酔科医の裁量により個人で投与量が異なっていた．そこで，麻酔科の協力を得て，同じ barbiturate 系薬物である thiopental sodium の基準に従い thiamylal sodium を最少量の 2.0 mg/kg に一律に設定してもらった．その上でサイン波への切り替え率を後方視的に検討した[5]．その結果，2006 年の第 I 期（thiamylal sodium 平均使用量 3.02 mg/kg）と thiamylal sodium 2.0 mg/kg に変更した 2007 年第 II 期とを比較したところ，切り替え率が 55.6 %から 11.1 %へ大幅に減少した[5]（表 3）．また，2007 年第II期の方が最終エネルギー量も有意に減少した．一方，客観的な指標を用いたわけではないので，認知機能障害の詳細は評価できていないが，高血圧，徐脈，せん妄，不整脈などの副作用については差がなかった[5]．したがって，麻酔薬量の適切な減量によりパルス波での有効な発作波を増加させて，切り替え率を激減させたと考えられた．

Ⅳ．ECT 後の高い再発率とその予防について

気分障害や統合失調症などの精神疾患に対して，特に迅速な改善が求められる場合（自殺念慮，栄養不良，緊張病など）には ECT は最も有効であり，他の治療法ではリスクが高い場合（高齢者，妊婦）や薬物治療抵抗性などにも効果が期待できる治療法である[1,7]．しかし，一方で効果が持続しないことや再発率が高いことが指摘されている[1,7]．また，ECT 改善後の再発率に関して気分障害における報告は多いが，統合失調症についての報告は少なく[2]，さらに比較した報告はない．今回，両疾患の ECT で改善後の再発率を比較し，維持薬物療法に関して検討を当施設で行った[13]．結果，1 年後の再発率は全体で 54.8 %であり，

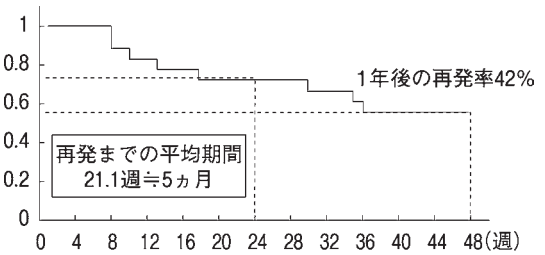


図 2　気分障害の寛解維持率の経時的変化
（文献 13 を改変）

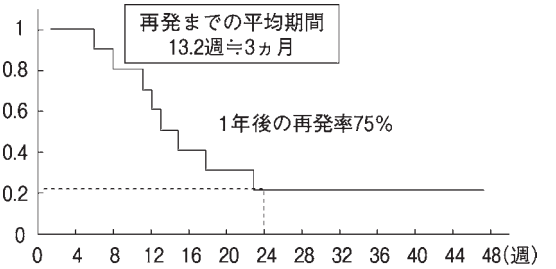


図 3　統合失調症の寛解維持率の経時的変化
（文献 13 を改変）

表 4　気分障害における再発群と寛解維持群の比較

	年齢（歳）	過去の ECT 治療歴あり	抗うつ薬の内服量※（mg/day）	気分安定薬の内服あり
再発群（8 症例）	63.3±15.7	25 %	80.4±62.9	0 % ┐*
寛解維持群（10 症例）	63.6±10.8	30 %	91.7±84.1	50 % ┘

※ imipramine 換算，*p＜0.05
（文献 13 を改変）

気分障害（19 名）で 42.1 %，統合失調症（12 名）で 75.0 %であり，いずれにしても極めて高率であったが，統合失調症の方がより再発率が高い傾向にあった（p＝0.07）（図 2，3）[13]．気分障害においては，再発群と非再発群で臨床背景を比較したところ，抗うつ薬の内服量は差がなかったが，気分安定薬（リチウム，バルプロ酸）に関しては明らかに非再発群で内服率が高かった[13]（表 4）．なお，調査対象とした統合失調症患者では，気分安定薬を内服しているものはいなかった．

ECT 反応後の気分障害の再発予防のための維持薬物療法については，すでにいくつか報告があり，リチウムとノリトリプチリンの併用療法の効果（6 ヵ月で再発率 39 %）が RCT で示されている[10]．これらは，今回のわれわれの調査報告を支持している．一方，統合失調症に関しては，維持薬物療法に関して報告はほとんどなく，多くは維持 ECT に関するものである[9]．Chanpattana らは，ECT で改善した薬剤治療抵抗性の統合失調症に対して抗精神病薬（flupenthixole）のみ，維持 ECT のみ，維持 ECT＋抗精神病薬の 3 群で 6 ヵ月後の再発率を検討したところ前者 2 群はいずれも 93 %の再発率であり，維持 ECT＋抗精神病薬は 40 %で有意に低かったと報告している[4]．しかしながら，たとえ維持 ECT と抗精神病薬を組み合わせても依然高い再発率であり，統合失調症の ECT 改善後の再燃予防がいかに困難であるかがうかがわれる．

そこで，われわれは，ECT に反応する統合失調症に対して，気分障害と同様に，気分安定薬と抗精神病薬の併用が再発予防効果を有するのではないかと仮説をたてて検討した．予備的検討ではあるが，非定型抗精神病薬と気分安定薬（リチウム，バルプロ酸）の併用が一部再発予防に有効である可能性を示す結果が得られた[8,14]．ECT が奏功しかつ気分安定薬が再発予防に効果を示す統合

表 5　気分安定薬が再発予防を示す統合失調症の臨床的特徴

1）気分が高揚する時期の存在
2）家族のライフイベントに近接して再燃
3）急性増悪の経過
4）症状の挿間性
5）緊張病の病像
6）ECT への反応性

失調症の臨床的特徴として 6 つの特徴が挙げられる[8]（表 5）．典型例の臨床経過図を図 4 に示した．非定型精神病や周期性緊張病などとの異同が診断上問題とはなるが，今後は，症例数を蓄積していろいろな亜型で検討することが必要と思われる．

ま と め

有効な ECT を行うための実践的な工夫について当施設での試みや調査を中心に概説した．質の良い発作波を生み出すにはけいれん閾値を上げない工夫が重要であり，長期的な再発予防のストラテジーがさらに重要である．気分障害だけではなく統合失調症でも臨床的特徴に着目して適応を絞れば再発予防効果も含めて効果が期待できる可能性がある．今後は症例が重ねられ，本邦での ECT の標準化が期待される．

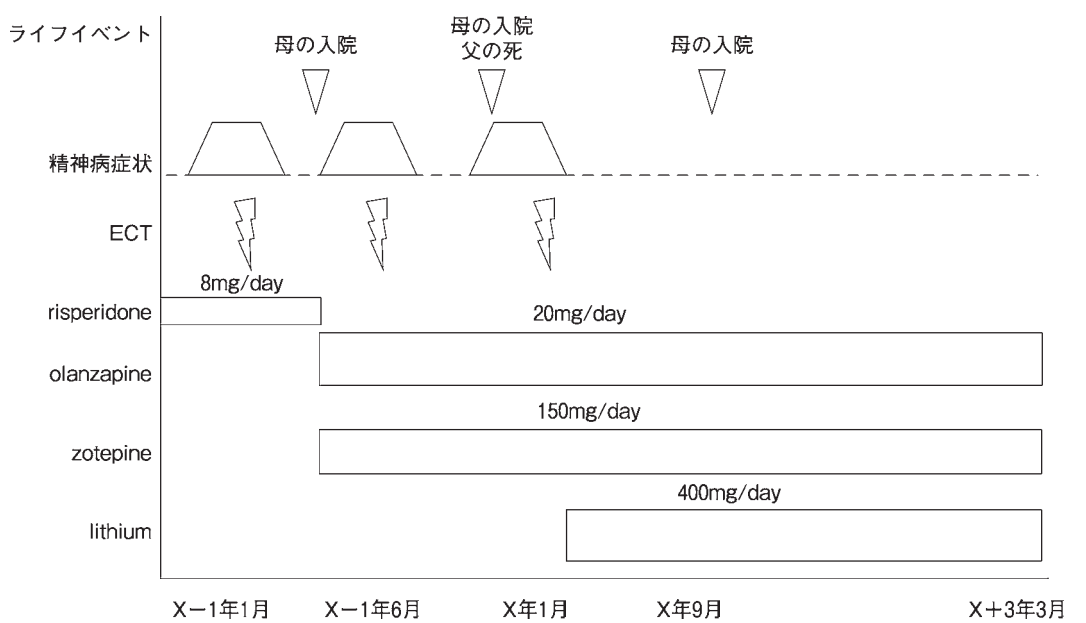


図 4　気分安定薬が再発予防した ECT 反応性の統合失調症の症例（文献 8 より引用）
40 代女性，緊張型統合失調症

文　献

1）Abrams, R.: Electroconvulsive Therapy, 4th ed. Oxford University Press, New York, 2002（一瀬邦弘，本橋伸高，中村　満監訳：電気けいれん療法．へるす出版，東京，2005）

2）朝倉岳彦，岡田　怜，板垣　圭ほか：再燃した統合失調症にパルス波修正型電気けいれん療法が有効であった 1 例．広島医学，64；283-286, 2011

3）A Task Force Report of the American Psychiatric Association: The Practice of Electroconvulsive Therapy; Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2001（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：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，東京，2002）

4）Chanpattana, W., Chakrabhand, M.L., Sackeim, H.A., et al.: Combination ECT in treatment-resistant schizophrenia: A controlled study. J ECT, 15; 178-192, 1999

5）岩本崇志，柴崎千代，藤田康孝ほか：修正型電気けいれん療法（ECT）施行時の thiamylal sodium 投与量についての検討．精神医学，52；873-881, 2010

6）三澤　仁，加藤　温：パルス波 ECT 無効例の検討．臨床精神医学，35；1297-1300, 2006

7）本橋伸高：ECT マニュアル―科学的精神医学をめざして．医学書院，東京，2000

8）岡田　怜，朝倉岳彦，板垣　圭ほか：電気けいれん療法反応後の維持薬物療法に気分安定薬の併用が有効であった統合失調症の 3 例．精神医学，5；21-27, 2012

9）大森　寛，藤田康孝，岩本崇志ほか：呉医療センターにおける維持電気けいれん療法（ECT）の現状について．臨床精神医学，38；1621-1626, 2009

10）Sackeim, H.A., Haskett, R.F., Mulsant, B.H., et al.: Continuation pharmacotherapy in the prevention of relapse following electroconvulsive therapy: a randomized controlled trial. JAMA, 285; 1299-1307, 2001

11）柴崎千代，藤田康孝，坪井きく子ほか：修正型電気けいれん療法（ECT）のパルス波治療器およびサイン波治療器の使用調査．精神医学，51；841-848, 2009

12）柴崎千代，藤田康孝，中津啓吾ほか：修正型電気けいれん療法（ECT）におけるパルス波治療器の刺激用量設定に関する検討．臨床精神医学，39；355-360, 2010

13）柴崎千代，藤田康孝，岩本崇志ほか：修正型電気けいれん療法（ECT）治療反応後の 1 年転帰に関する後方視的検討．精神医学，53；277-283, 2011

14）柴崎千代，藤田康孝，大盛　航ほか：統合失調症における ECT 反応後の気分安定薬の再発予防効果に関する検討．総合病院精神医学，23（suppl.）；S-195, 2011

15）Takebayashi, M.: The development of electroconvulsive therapy in Japan. J ECT, 26; 14-15, 2010

16）上田　諭：ECT における発作評価と「治療閾値」の重要性　米国の Visiting Fellowship に参加して．精神医学，49；1135-1141, 2007

Clinical Device of Effective Electroconvulsive Therapy : From Sine-wave to Pulse-wave, and the Prevention of Relapse

Minoru TAKEBAYASHI

Department of Psychiatry and Institute for Clinical Research, National Hospital Organization Kure Medical Center

Regarding practical devices of effective ECT, a change of therapeutic apparatus, dosage of stimulation energy, and dose of intravenous anesthetic were discussed. Furthermore, the high relapse rate after ECT treatment, and the management for the prevention of relapse also were discussed. Although it is important for effective ECT utilizing pulse-wave apparatus to induce a "high-quality" seizure wave, there are a number of cases of miss seizure and "low-quality" seizure wave. In such cases, it is advised to switch to a sine-wave apparatus. However, it is not always useful to switch to a sine-wave device, and the following points are important and could reduce the switching rate ; 1) the QOL of psychiatric patients was relatively high without switching ; 2) Method for rapid increase of energy, rather than that for gradual increase of energy is possible to reduce the number of ECT sessions in the case of miss seizure ; 3) Dose-reduction of intravenous anesthetic made rates of effective seizure wave increase by a pulse-wave device. On the other hand, ECT is an effective treatment method for both mood disorders and schizophrenia, but the relapse rate after ECT treatment was very high, especially in the case of schizophrenia. Our data showed a possible effect of mood stabilizers as a combination pharmacotherapy for prevention of relapse not only for mood disorder, but also for schizophrenia.

＜Author's abstract＞

＜**Key words** : ECT, pulse-wave, intravenous anesthetic, prevention of relapse, mood stabilizer＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

ECT における発作増強

澤山　恵波[1)]，高橋　恵[1)]，田中　克俊[2)]，澤山　透[1)]，奥富　俊之[3)]，宮岡　等[1)]
1）北里大学医学部精神科学，2）北里大学大学院医療系研究科，3）北里大学医学部麻酔科学

電気けいれん療法（ECT）におけるけいれん発作持続時間と治療効果の関係についての一致した見解はないが，不全発作や短時間発作は不適切であると考えられている．アメリカ精神医学会のガイドラインでは不全発作や短時間発作への対策として抗けいれん作用のある内服薬の減量・中止，flumazenil の投与，麻酔薬の減量・変更，麻酔時の過換気，脱水の補正，けいれん誘発物質の投与などを紹介している．しかしこれらの増強方法が実際に治療効果を高めるかどうかはわかっていない．そのため今回我々は，過換気や麻酔深度を調整することで発作を増強し治療効果を上げることが可能かどうか検討したので報告する．過換気については呼気終末期二酸化炭素圧（end-tidal CO_2：$ETCO_2$）を指標に過換気群と通常換気群の 2 群に割り付け，けいれん発作持続時間を測定した．その結果，過換気群は通常換気群と比べて有意に初回脳波上けいれん発作持続時間が延長した．しかし，2 回目以降では延長傾向はあったが有意差を認めなかった．治療効果も改善傾向はあるが有意差は認めなかった．浅麻酔については麻酔深度を BIS（bispectral index）で測定し，適正発作との関係を調べた．その結果 BIS 39 以下（深麻酔）に比べて BIS 40 から 60（適正麻酔）で適正発作が起こるオッズ比は 2.51，BIS 61 以上（浅麻酔）のオッズ比は 17.26 であった．適正発作回数と改善率との間には有意な関係を認めた．以上により増強療法のうち過換気は効果が限定的であることが示唆された一方，麻酔深度は浅麻酔により適正発作が増え，臨床効果が上がることが確認された．

＜**索引用語**：電気けいれん療法，発作増強，過換気，BIS＞

はじめに

電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）の治療機器として 2002 年にパルス波治療器が国内に導入された．効率的な発作の誘発により認知機能や心循環系への影響が少ないというメリットがある一方で，「治療効果が低い」「治療回数が増えた」「結局サイン波治療器に頼ることになる」といった声もある．原因は少ない刺激用量で発作を誘発させるため不全発作や短時間発作が増え，時に 100 %の刺激用量でも発作が誘発されないことがあるからである．アメリカ精神医学会ガイドライン[1)]では不全発作や短時間発作への対策として抗けいれん作用のある内服薬の減量・中止[9)]，flumazenil の投与，麻酔薬の減量・変更，麻酔時の過換気[2)]，脱水の補正，けいれん誘発物質の投与などを紹介している．しかしこのような発作増強（seizure augmentation）は，多くの海外のレビュー[3,4)]において否定的にとらえられていることが多い．その要点をまとめると，発作増強によるはっきりとした臨床効果は明らかにされていないのに，新たな副作用が出現する可能性があるということである[7)]．そこで今回我々はまず比較的運用しやすい発作増強である過換気[10)]や麻酔深度について，発作を増強し治療効果を上げることが可能かどうか，そしてそれらの副作用について検討することにした．

Ⅰ．（研究 1）
過換気による発作増強

1．背景

アメリカ精神医学会ガイドライン[1]では増強方法の 1 つとして過換気を提案している．しかしその根拠は 1980 年代の論文がほとんどで，主に麻酔科医によって発表されている．そのためか治療効果については言及されていない．

2．対象と方法

北里大学東病院精神神経科に入院中で ECT の適応がある患者のうち，虚血性心疾患，不整脈，コントロール不良の高血圧症，微小脳梗塞を含む脳器質性疾患を除外し，本人または代諾者の書面による同意の得られた 19 名の患者（男性 9 名，女性 10 名）（統合失調症 6 名，うつ病 13 名）が対象である．対象患者を疾患別，年齢 60 歳以上と未満の 4 群に分け，それぞれ乱数法にて無作為に呼気終末期二酸化炭素圧（end-tidal-CO_2：$ETCO_2$）を指標に過換気群（$ETCO_2$ 30 mmHg）9 名と通常換気群（$ETCO_2$ 40 mmHg）10 名の 2 群に割り付けた．ECT は週 2 回の間隔で計 6 回行った．ベンゾジアゼピン系薬や抗けいれん薬は ECT 施行の 3 日前までに中止した．麻酔は通常の propofol 1.5 mg/kg と succinylcholine 1 mg/kg により行った．刺激電極配置は両側前頭部，刺激用量は初回を半年齢法で，不全発作，脳波 15 秒未満の短時間発作であった場合は 1.5 倍の用量で再刺激した．けいれんの持続時間は筋電図と脳波によって測定した．その他のモニターは心電図，血圧，経皮的酸素飽和度を用いた．認知機能尺度として MMSE（Mini-Mental Stare Examination）と治療効果尺度として全般性機能評価尺度（Global Assessment of Functioning：GAF）を用い，割り付けを知らされていない研究協力者が初回施行前と 6 回施行後に評価した．統計解析については単変量解析（χ^2 検定，Student の t 検定）により過換気群と通常換気群の発作の持続時間，GAF の改善度，通電前後での MMSE と血圧差について比較した．

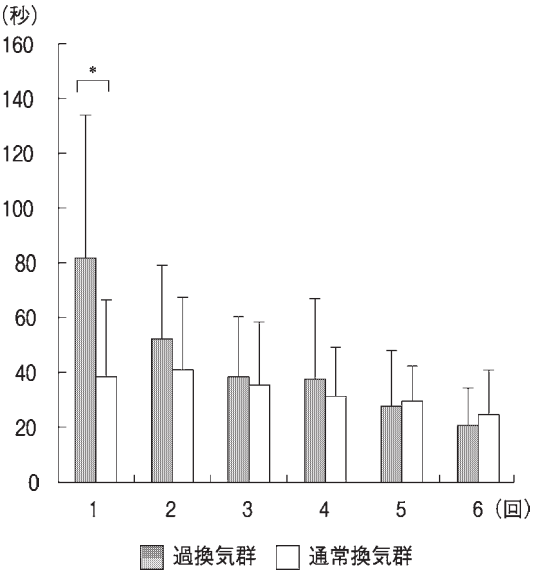


図 1　脳波上のけいれん発作持続時間の比較
*p＜0.05

3．結果

患者の性別，疾患，GAF，MMSE は 2 群間で有意差は認めなかった．過換気群は通常換気群と比べて，有意に初回脳波上けいれん持続時間が延長した（図 1）．しかし，2 回目以降の脳波上けいれん持続時間と筋電図上けいれん持続時間は過換気群で延長傾向は認めるものの有意差を認めなかった．6 回終了後の GAF は過換気群の方が改善傾向ではあったが有意差は認めなかった．MMSE については 2 群間で差はなかった．通電前後の収縮期血圧，拡張期血圧の上昇した分を比較すると，収縮期血圧差，拡張期血圧差で，ともに過換気群で有意に上昇した．ただし降圧薬が必要になるほどの高血圧は認めなかった．またせん妄などの合併症は全 ECT 施行過程において認めなかった．

4．考察

今回の研究では過換気による増強は初回のみで明らかな治療効果は認めなかった．また $ETCO_2$ を 32 mmHg 程度に設定した最近の研究[8]でも 3

回目以降はけいれん持続時間に有意差はなく，全体の治療効果にも有意差がなかったと報告している．したがって過換気における治療効果は限定的な可能性がある．しかし今回は過換気の設定が $ETCO_2$ 30 mmHg と軽度であったため初回のみの増強効果にとどまったと考えられるため，今後は強力な過換気の増強作用と治療効果，副作用を確認することが課題である．また，今回過換気群において血圧上昇の幅が大きいことが確認された．ECT における自律神経反応は単なる副作用と言い切れない部分ではあるが，強力な過換気を行う際は血圧上昇のリスクについて注意しなければならないことは確かであろう．

Ⅱ．（研究 2）
浅麻酔による発作増強

1．目的

アメリカ精神医学会ガイドライン[1]では浅麻酔が推奨され麻酔薬量の目安が記されている．ただし麻酔薬の代謝は個人によってさまざまであり，アメリカ精神医学会推奨の麻酔薬量で実際に ECT が施行できたのは半数程度であったとの報告もある[5]．そこで用量を一律にするのではなく，麻酔深度を数値で示す BIS（bispectral index）でモニターしながら浅麻酔を判定し ECT を行う試みがある．しかし BIS 値とけいれん発作持続時間の関連についての報告はいくつかあるが，治療効果にまで言及したものは少ない．

2．対象と方法

研究 1 と同様の条件下で同意を得た 12 名のうつ病患者（男 2 名，女 10 名）が対象である．ECT の手法についても研究 1 と同様で対象者はそれぞれ 1〜6 回の ECT において BIS モニターを装着し刺激前の麻酔深度を測定した．脳波 25 秒，筋電図 20 秒以上を適正発作とした．MMSE と治療効果尺度として HAMD（Hamilton Depression Rating Scale）-21 を BIS の値を知らされていない研究協力者が初回施行前と 6 回施行後に評価した．統計解析については，一般化推定方程式を用いて BIS と適正発作の関連，適正発作の回数と HAMD 改善率の関連，BIS と血圧の関連を調べた．

表　適正発作の出現と BIS の関連

BIS	オッズ比（95％信頼区間）	p
39 以下	1	
40〜60	2.51（1.05〜5.99）	0.04*
61 以上	17.26（1.34〜222.89）	0.03*

一般化推定方程式により年齢，性別，電気量，動的インピーダンス，呼気中二酸化炭素濃度で調整．
*$p < 0.05$

3．結果

患者の平均年齢は 58.2±12.2 歳であった．計 72 回の ECT について適正発作の有無と BIS との関連を Student の t 検定を用いて調べたところ適正発作ありがなしに比べて有意に BIS が高いことがわかった．また，適正発作の有無と BIS を 39 以下（深麻酔），40〜60（適正麻酔），61 以上（浅麻酔）で 3 分位したもので回数を Fisher の直接法で比較したところ，BIS 39 以下は適正発作ありが少なく，BIS 61 以上は適正発作ありが多い傾向があった．そこで適正発作の有無と 3 分位した BIS の関連を一般化推定方程式を用いて年齢，性別，電気量，動的インピーダンス，呼気中二酸化炭素濃度で調整し比較した．その結果 BIS 39 以下に比べて有意に BIS 40〜60，BIS 61 以上で適正発作が増えることがわかった（表）．また ECT 6 回中の適正発作の回数と HAMD の改善率には有意な相関があった（図 2）．BIS と収縮期血圧の通電前後の差の関係を通電前の収縮期血圧で調整し一般化推定方程式を行ったところ，BIS 61 以上は BIS 39 以下に比べて有意に収縮期血圧が上昇した．拡張期血圧の通電前後では有意な差は認めなかった．ただし全 ECT において降圧薬を必要とするような高血圧は生じなかった．また ECT 中に覚醒状態を訴えたもの，術後せん妄になるものはなかった．明らかな認知機能障害の悪化は認めなかった．

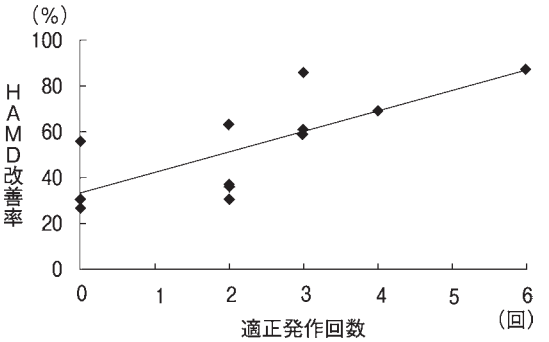


図2　適正発作回数とHAMD改善率の関連
Y＝0.74X＋33.24，r＝0.74，p＝0.006
HAMD：Hamilton Depression Rating Scale

4．考察

今回我々の研究で適正発作の有無とBISの平均値に違いがあることがわかった．さらに麻酔深度を浅麻酔，適正麻酔，深麻酔の3群に分けて比較すると，浅麻酔で有意に適正発作が多いことがわかった．適正発作の回数が増えると改善率は有意に増えた．よってBISをモニターしながら電気刺激のタイミングを図ることは有効であると考えた．しかし今回我々は浅麻酔群において有意に収縮期血圧の増加を認めた．浅麻酔の有効性と循環動態のリスクについては各症例によって事前に検討する必要があると考えた．

ま　と　め

ECTの発作増強の有効性については明らかになっていない点が多い．しかし最大用量でも発作が誘発されないケースは5％ほど存在すると言われ[6]，最大刺激用量を制限された現行のパルス波治療機器で有効なけいれん発作を得るには発作増強が必要になることがある．今回の2つの研究で過換気は効果が限定的であることが示唆された一方，麻酔深度は浅麻酔により適正発作が増え，臨床効果が上がることが確認された．今後は麻酔薬の変更，けいれん誘発物質の投与についても効果を確認したい．さらに増強方法間での優先順位についての検討も必要である．そして最終的には最大刺激用量の設定について議論する必要がある．

謝　　辞

本研究の一部は財団法人井之頭病院研究基金により助成を受けた．

文　　献

1）American Psychiatric Association Committee on Electroconvulsive Therapy：Practice of Electroconvulsive Therapy：Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, 2nd ed. American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2001

2）Bergsholm, P., Gran, L., Bleie, H.：Seizure duration in unilateral electroconvulsive therapy. The effect of hypocapnia induced by hyperventilation and the effect of ventilation with oxygen. Acta Psychiatr Scand, 69；121–128, 1984

3）Colleen, L., Brett, S., Ross, M.：Augmentation Strategies in electroconvulsive therapy. J ECT, 26；202–207, 2010

4）Datto, C., Rai, A., Ilivicky, H., et al.：Augmentation of seizure induction in electroconvulsive therapy：a clinical reappraisal. J ECT, 18；118–125, 2002

5）Hanss, R., Bauer, M., Bein, B., et al.：Bispectral index-controlled anaesthesia for electroconvulsive therapy. Eur J Anaesthesiol, 26；202–207, 2006

6）Krystal, D., Dean, M.D., Weiner, R., et al.：ECT stimulus intensity：are present ECT devices too limited？Am J Psychiatry, 157；963–967, 2000

7）McCall, V.：Seizure Augmentation in ECT. J ECT, 18；117, 2002

8）Mayur, P., Bray, A., Fernandes, J., et al.：Impact of hyperventilation on stimulus efficiency during the early phase of an electroconvulsive therapy course：a randomized double-blind study. J ECT, 26；91–94, 2010

9）Sartorius, A., Munoz-Canales, M., Krumm, B., et al.：ECT anesthesia：the lighter the better? Pharmacopsychiatry, 39；210–214, 2006

10）Sawayama, E., Takahashi, M., Inoue, A., et al.：Moderate hyperventilation prolongs electroencephalogram seizure duration of the first electroconvulsive therapy. J ECT, 24；195–198, 2006

Seizure Augmentation in Electroconvulsive Therapy

Enami SAWAYAMA[1)], Megumi TAKAHASHI[1)], Katsutoshi TANAKA[2)], Toru SAWAYAMA[1)], Toshiyuki OKUTOMI[3)], Hitoshi MIYAOKA[1)]

1) *Department of Psychiatry, Kitasato University School of Medicine, Japan*
2) *Department of Psychiatry, Kitasato University Graduate School of Medicine, Japan*
3) *Department of Anesthesiology, Kitasato University School of Medicine, Japan*

Although there have been no consistent findings on the relationship between the seizure duration and the efficacy of electroconvulsive therapy (ECT), a missed or brief seizure duration is considered less effective ECT. According to the guidelines of the American Psychiatric Association, decreasing and stopping anticonvulsant drug, administering flumazenil, decreasing the dose of an anesthetic or changing the type of anesthetic, inducing hyperventilation, correcting dehydration, and administering a convulsant drug are recommended for when a missed or brief seizure duration is apparent. However, whether these augmentation maximize the effect of ECT remains unclear. Therefore, we examined whether the efficacy of ECT can be improved by hyperventilation and controlling anesthetic depth. The findings are reported here.

To examine the effect of hyperventilation, patients were divided into two groups, i.e., the hyperventilation group and the normal ventilation group, using the end-tidal CO_2 ($ETCO_2$) as an index. The result indicated that the electroencephalogram seizure duration in the first treatment was significantly longer in the hyperventilation group than in the normal ventilation group. For the second or subsequent treatment, however, the duration tended to increase, but no significant difference between the groups was observed. The efficacy of ECT also tended to improve, but no significant difference between the groups was observed.

The relationship between light anesthesia and appropriate seizures was examined by measuring anesthetic depth using the bispectral index (BIS). The odds ratio of the number of appropriate seizures under moderate anesthesia (BIS＝40-60) to that of appropriate seizures under deep anesthesia (BIS＝39 or smaller) was 2.51, and that of the number of appropriate seizures under light anesthesia (BIS＝61 or greater) to that of appropriate seizures under deep anesthesia was 17.26. And a significant relationship was observed between the number of appropriate seizures and the improvement of the efficacy of ECT.

As stated above, it was indicated that the effect of hyperventilation is limited whereas the administration of a light anesthesia increased the number of appropriate seizures and improved the clinical efficacy of ECT.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: ECT, seizure augmentation, hyperventilation, BIS＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

作用機序から考える ECT の有効な方法
── PET/SPECT による評価──

高野　晴成（放射線医学総合研究所分子イメージング研究センター）

電気けいれん療法（ECT）の作用機序には未解明の部分が多い．Positron emission tomography（PET）や single photon emission computed tomography（SPECT）を用いて ECT の脳血流・代謝に与える影響を調べた研究をもとに，ECT の作用機序について考察することにより，ECT の効果的な方法について考えてみたい．単回の ECT の脳血流に与える急性効果について，われわれは $H_2{}^{15}O$-PET を用いて，1 コースの初回の ECT を施行前後のうつ病患者の脳血流を経時的に測定した．ECT は両側前側頭部刺激で行った．その結果，全般性けいれん発作最中には刺激前の脳血流と比較して，脳幹や間脳，基底核，側頭葉内側部で特に有意な増加がみられた．一方，投与電気量の滴定の過程で，ECT で発作不発時の脳血流データも得られた．その場合，海馬，側頭葉，小脳での血流増加がみられたが，脳幹・間脳での増加はみられなかった．これらの結果は，全般性けいれんの中心脳仮説を支持する．また，ECT は発作が全般化しないと効果が得られないことから，中心脳の脳血流変化と ECT の作用機序との関連が示唆され，うつ病で機能不全を起こしている間脳（視床下部）の機能を回復させるという仮説と合致する．さらに，全般性けいれん発作後 10〜30 分の脳血流は，前部帯状回，内側前頭部で有意に低下し，視床で増加していた．特に発作後に前頭部で脳血流が低下するという所見は，Sackeim らの，ECT による発作後の脳の抑制がその作用機序と関連しているという仮説を支持すると考えられる．ECT により中心脳を含む脳に劇的な変化がもたらされ，その後前頭部を中心とした発作後抑制，すなわち抗けいれん作用が駆動される．ECT の正しい方法としては，安全に十分な全般性けいれん発作波を引き起こすような刺激の仕方が望ましいことになる．

＜**索引用語**：電気けいれん療法（ECT），うつ病，脳血流，positron emission tomography（PET），single photon emission computed tomography（SPECT）＞

はじめに

電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）においては，頭部に通電して全般性けいれんを誘発することにより，主として気分障害や統合失調症などの精神症状を改善させる．ECT は 1938 年にイタリアの Cerlletti と Bini らにより報告されて以来，地域により異なるものの，今日でも世界中で多くの精神神経疾患患者に対して施行されている．なかでもうつ病の治療法として最も確立されており，メタ解析においても ECT の有効性と安全性が再確認されている[6]．また，海外においてもわが国においても，気分障害の治療ガイドラインの中で ECT は明確な位置づけがなされている[9]．ECT はこれまで 70 年以上の歴史の中で，静脈麻酔と筋弛緩薬の使用による修正型 ECT の開発，パルス波治療器による電気刺激の効率化，劣位半球片側性刺激などによる認知機能障害の軽減など，さまざまな改良が行われ，主として安全性の向上に寄与してきている．しかしながら，ECT の奏功機序に関しては，さまざまな仮説があるものの未解明である．また近年では，脳局所を刺激する transcranial magnetic stimulation（TMS）や vagus nerve stimulation（VNS），deep brain stimulation（DBS）などが，精神疾患に対する新しい治療法として臨床応用されつつある．特に TMS は麻酔も手術も不要で非

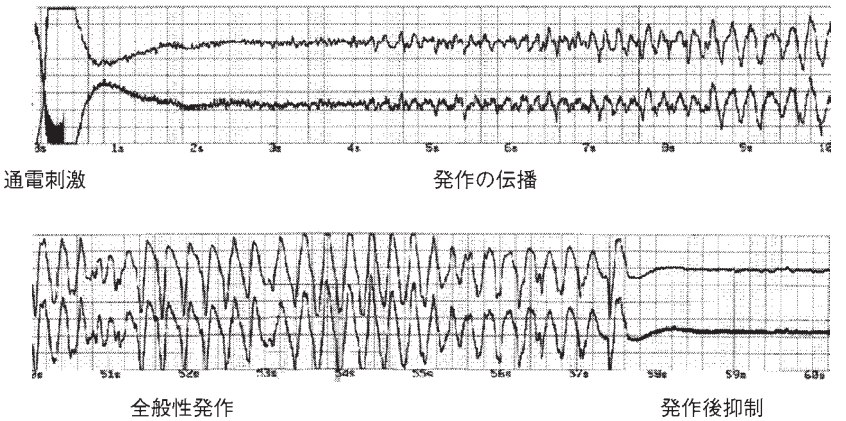


図 1　ECT の通電から全般性けいれん発作，発作後抑制までの脳波

侵襲的であり，2008 年には薬物治療抵抗性うつ病に限定して米国の FDA に認可された．

Positron emission tomography（PET）や single photon emission computed tomography（SPECT）では，人を対象に非侵襲的に脳血流やグルコース代謝を測定することができる．これらにより精神神経疾患の病態や治療による変化をみた研究が数多く報告されてきている．本稿では PET や SPECT を用いて ECT の脳血流・代謝に与える影響を調べた研究を概観し，ECT の作用機序について考察することにより，ECT の効果的な方法について考えてみたい．

Ⅰ．ECTによるけいれん発作最中の脳血流の変化

ECT における典型的な脳波を図 1 に示す．通電刺激から始まり，発作が伝播し，高振幅律動性の全般性発作が数十秒続き，そして発作の終焉とともに発作後抑制と呼ばれる平坦化した脳波となる．この発作後抑制がしばらく続き，徐々に脳波が元の状態に戻ってくる．

このような ECT によるけいれん発作最中には，脳血流が著明に増加することが SPECT を用いた研究で報告されている[2,3,8]．

PET 用トレーサーである $H_2{}^{15}O$ は半減期が約 2 分であり，放射能の減衰を待っておおむね 10 分ごとに脳血流を繰り返し測定することが可能である．われわれはこの性質を利用して 6 名のうつ病患者を対象に 1 コースの初回の ECT 治療前，最中，治療後で高分解能 PET を用いて経時的に脳血流を測定した[16]．静脈麻酔薬 propofol を用いて一定の麻酔深度に達したところで脳血流を測定し，これを基準の脳血流とした．さらに，ECT の通電刺激と同時に $H_2{}^{15}O$ を静注し，発作が開始してから全般化，終了するまで（通常は数十秒から 1 分程度）の過程の脳血流を測定した．その結果，図 2 に示すように，けいれん発作最中には基準の脳血流と比較して，全般的に脳血流は増加し，特に脳幹や間脳（視床，視床下部），大脳基底核，側頭葉内側部で顕著であった．

一方，投与電気量の滴定の過程で，脳波上けいれん発作波がみられない，すなわち，ECT で発作不発時（不発時）の脳血流データも得られた．その場合，海馬，側頭葉，小脳での血流増加がみられたが，脳幹・間脳での増加はみられなかった（図 3）[17]．

全般性けいれんについては中心脳（高位脳幹および間脳）仮説が以前から提唱されていたが，これは理論的に想定されたものであった．しかし，ECT 成功時に脳幹・間脳で脳血流の増加が顕著であったという結果は，全般性けいれんの中心脳仮説を支持しているものと考えられる[16]．また，ECT は発作が全般化しないと効果が得られない

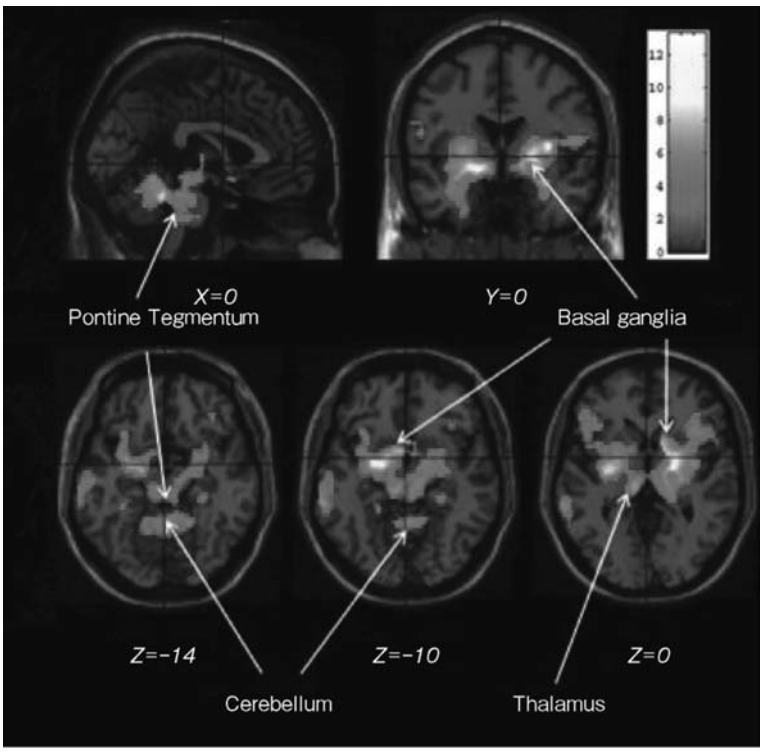


図2　全般性けいれん発作時の ECT 施行前の脳血流と比較して増加した部位

ことから，中心脳の脳血流変化と ECT の作用機序との関連が示唆された．なお，全脳血流は図 4 に示すように，基準時＜不発時＜全般性けいれん誘発時の順であり，不発時には閾値下の非けいれん性の脳活動が脳血流の増加に寄与していると考えられた．

Ⅱ．単回 ECT のけいれん発作直後の脳血流

単回 ECT の発作終了後 10〜30 分後においては，脳血流は視床で相対的に高く，内側前頭葉，前部帯状回で相対的に低下していた．これまでも発作後の 1 時間以内には前部帯状回を含む前頭部で同様に低下するとの報告がなされている[11,14]．また，ECT における脳波は，発作中に振幅が最大化し，発作終了直後に急速に平坦化するが，その振幅の比が小さいほど，すなわち，脳波上の発作後抑制の程度が強いほど，より臨床効果が強いことが報告されている[12]．さらに，ECT 治療では通常，施行回数を重ねるほど，けいれん閾値の上昇が認められ，その結果として発作時間も短縮する．これらの現象はいずれも，けいれん発作という生体にとって異常な事態を止めようという生体側の反応ととらえることもでき，Sackeim らはこれらの抗けいれん作用（anticonvulsant effect）が ECT の奏功機序と関連しているという仮説を提唱している[12]（表 1）．ECT 後の前頭部での血流低下はこの仮説を支持していると考えられる．また，ECT 後の視床での高血流に関しては，視床を含む間脳はうつ病の症状と密接に関連し，ECT の作用発現に重要であるという報告と一致する[1,5]．

Ⅲ．脳血流・糖代謝への慢性効果

通常，ECT は 1 回の治療で十分な症状の改善が得られるものではなく，通常週に 2，3 回の頻度で，合計 5〜10 回反復施行して治療効果がより

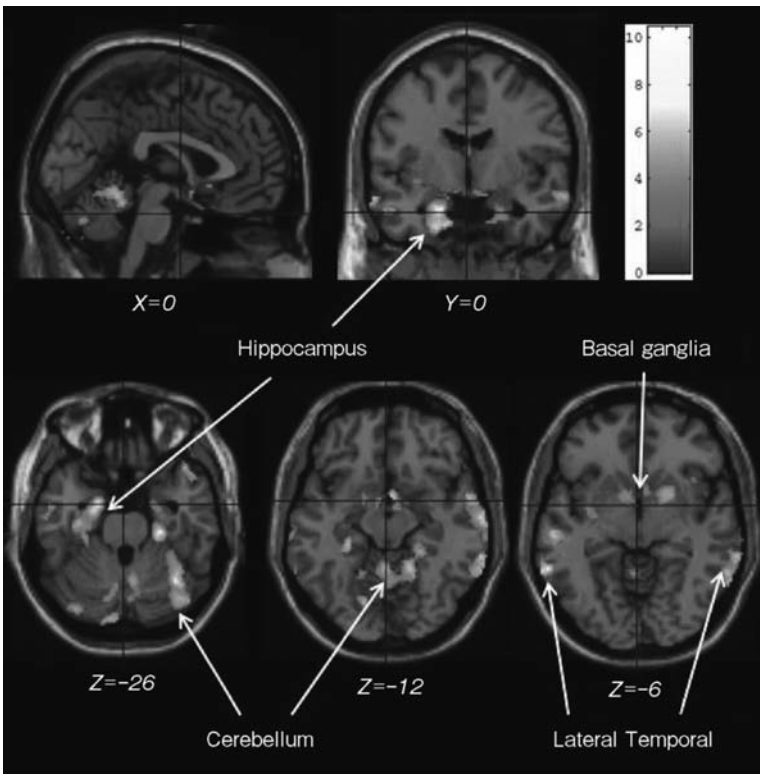


図 3　発作不発時の ECT 施行前の脳血流と比較して増加した部位

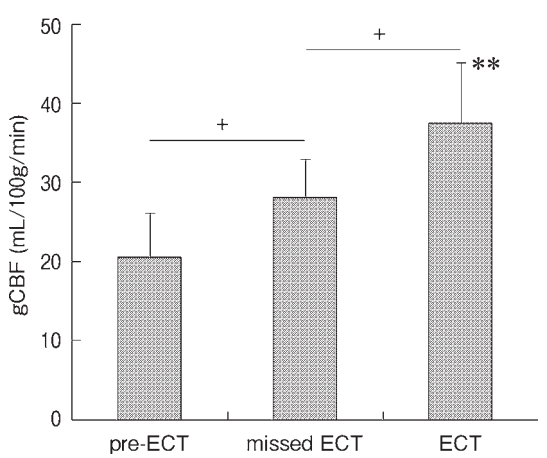


図 4　ECT 施行前，ECT で発作不発時，ECT 成功時の全脳血流（mL/100 g/min）

表 1　ECT の抗けいれん特性

治療コース中の発作閾値の上昇
治療コース中の発作時間の減少
発作中および発作直後の脳波上の抑制過程の発現
局所的な脳血流およびグルコース代謝の減少
脳波上の徐波の増加および持続
てんかんの動物モデルにおける抗けいれん効果
抑制性神経伝達物質および神経ペプチドの伝達の増強

安定する．Nobler ら[10] は 10 名のうつ病患者を対象に，治療前と最終治療の約 5 日後に FDG-PET を用いてグルコース代謝を測定したところ，前頭葉，帯状回，頭頂葉を中心とした広範な部位で低下していた．この結果は，上述の ECT の抗けいれん仮説を支持すると解釈され，同様に前頭葉での脳血流やグルコース代謝の低下が報告されている[7,19]．また，1 コースの治療前後での FDG-

PETの研究報告をまとめた最近の総説によると[13]，いずれも症例数が少ない，対象が不均質である，方法が異なるなども問題があるが，両側の前頭領域での低下が最も一貫した結果であるとしている．

しかしながら，治療反応群では前部帯状回や前頭葉・側頭葉の血流増加がみられたとの報告[4,18]や不変という報告[20]などもあり，結果は一致していない[8]．この不一致の原因として，脳血流・代謝の測定方法の違いや，ECTの最終治療からの時間経過も関与していると思われる．そこでわれわれは^{99m}Tc-HMPAO SPECTを用いて，1コースの治療前後と最終治療の1ヵ月後の3時点で脳血流を測定した．その結果，健常者と比較して低下していた右内側前頭部の脳血流は，ECT終了後には変わらなかったが，1ヵ月後には増加して正常化していた．これは，ECT後であっても，時間の経過とともに変化する可能性が考えられる[15]．このように1コースのECT治療後の脳血流・代謝は疾患特異的な変化と状態依存性の変化，およびECT治療の直接的影響など，さまざまな要因を考慮する必要がある．

Ⅳ．ECTの作用機序に関する仮説

Bolwigらは最近の総説において，ECTの作用機序について以下のような3つの主要な仮説を取り上げている．

1．全般性けいれん仮説

全般性けいれんが治療効果発現に不可欠であるというもの．両側性刺激は片側性刺激に比較してより強い発作の全般化を誘発し，治療効果も両側性刺激の方が優れること，薬物誘発性のけいれんでも臨床効果があること，非けいれん性の治療であるTMSやVNSはECTに比較して臨床効果が劣ることなどを根拠として挙げている．

発作閾値以下の刺激は避けるべきで，認知機能に悪影響を与え，治療効果はないことを示唆している．

2．神経内分泌・間脳仮説

ECTはメランコリー型うつ病の神経内分泌不全を回復させるというもの．ECTは視床下部のprolactin，adrenocorticotropin，arginine vasopressin，neuropeptide Yなどの広範なホルモンの分泌を促進する．これらのホルモンはいずれもHPA axis（視床下部-下垂体-副腎軸）に関連し，うつ病期におけるHPA axisの機能不全を改善させる．われわれのPET研究[16]もECTが中心脳を刺激することを示したとして，この理論の傍証に使われている．また，TMSやVNSなどの非けいれん性の治療法は神経内分泌への影響を示さない．おそらくこれらの治療法は中心脳を刺激しないからと考えられる．Blowingらは現在のところこの説が最も有力であるとしている．

3．解剖――けいれん発作複合仮説

大脳辺縁系での発作活動が神経保護作用を示すというもの．根拠としてMRIを用いてうつ病患者の海馬の体積を測定した研究で，うつ病の未治療の期間と体積減少が相関することを示したものや，1コースのECT治療の1週間後には海馬の体積が増加することが報告されていることが挙げられている．動物実験では電気けいれん刺激により海馬で神経新生が起こることや脳由来神経栄養因子（BDNF）が増加することが報告されている．

おわりに――作用機序から考えるECTの正しい方法――

ECTのECTたる所以は，全般性けいれん発作波を誘発することに尽きる．ECTにより中心脳を含む脳に劇的な変化をもたらし，その後前頭部を中心とした発作後抑制，すなわち抗けいれん作用が駆動される．すなわち，ECTの正しい方法としては，安全に十分な全般性けいれん発作波を引き起こすような刺激の仕方が望ましいことになる．

文　　献

1）Abrams, R., Taylor, M.A.: Diencephalic stimulation and the effects of ECT in endogenous depression. Br J Psychiatry, 129; 482-485, 1976

2）Bajc, M., Medved, V., Basic, M., et al.: Acute effect of electroconvulsive therapy on brain perfusion assessed by Tc99m-hexamethylpropyleneamineoxim and single photon emission computed tomography. Acta Psychiatr Scand, 80; 421-426, 1989

3）Blumenfeld, H., Westerveld, M., Ostroff, R.B., et al.: Selective frontal, parietal, and temporal networks in generalized seizures. Neuroimage, 19; 1556-1566, 2003

4）Bonne, O., Krausz, Y., Shapira, B., et al.: Increased cerebral blood flow in depressed patients responding to electroconvulsive therapy. J Nucl Med, 37; 1075-1080, 1996

5）Carney, M.V., Sheffield, B.F.: Electroconvulsion therapy and the diencephalon. Lancet, 1; 1505-1506, 1973

6）Group, U.E.R.: Efficacy and safety of electroconvulsive therapy in depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. Lancet, 361; 799-808, 2003

7）Henry, M.E., Schmidt, M.E., Matochik, J.A., et al.: The effects of ECT on brain glucose: a pilot FDG PET study. J ECT, 17; 33-40, 2001

8）Motohashi, N., Takano, H., Uema, T., et al.: Mechanisms of action of electroconvulsive therapy: investigations with PET and SPECT. Recent Advances in the Research of Affective Disorder in Japan (Okuma, T., Kanba, S., Inoue, Y., eds), Elsevier Science, Tokyo, 185-194, 2002

9）本橋伸高，精神科薬物療法研究会：気分障害の薬物治療アルゴリズム．じほう，東京，2003

10）Nobler, M.S., Oquendo, M.A., Kegeles, L.S., et al.: Decreased regional brain metabolism after ECT. Am J Psychiatry, 158; 305-308, 2001

11）Nobler, M.S., Sackeim, H.A., Prohovnik, I., et al.: Regional cerebral blood flow in mood disorders, III. Treatment and clinical response. Arch Gen Psychiatry, 51; 884-897, 1994

12）Sackeim, H.A.: The anticonvulsant hypothesis of the mechanisms of action of ECT: current status. J ECT, 15; 5-26, 1999

13）Schmidt, E.Z., Reininghaus, B., Enzinger, C., et al.: Changes in brain metabolism after ECT-positron emission tomography in the assessment of changes in glucose metabolism subsequent to electroconvulsive therapy—lessons, limitations and future applications. J Affect Disord, 106; 203-208, 2008

14）Scott, A.I., Dougall, N., Ross, M., et al.: Short-term effects of electroconvulsive treatment on the uptake of ^{99m}Tc-exametazime into brain in major depression shown with single photon emission tomography. J Affect Disord, 30; 27-34, 1994

15）Takano, H., Kato., M., Inagaki, A., et al.: Time course of cerebral blood flow changes following electroconvulsive therapy in depressive patients-measured at 3 time points using single photon emission computed tomography. Keio J Med, 55; 153-160, 2006

16）Takano, H., Motohashi, N., Uema, T., et al.: Changes in regional cerebral blood flow during acute electroconvulsive therapy in patients with depression: Positron emission tomographic study. Br J Psychiatry, 190; 63-68, 2007

17）Takano, H., Motohashi, N., Uema, T., et al.: Differences in cerebral blood flow between missed and generalized seizures with electroconvulsive therapy: A positron emission tomographic study. Epilepsy Res, 97; 225-228, 2011

18）Vangu, M.D., Esser, J.D., Boyd, I.H., et al.: Effects of electroconvulsive therapy on regional cerebral blood flow measured by ^{99m}technetium HMPAO SPECT. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 27; 15-19, 2003

19）Volkow, N.D., Bellar, S., Mullani, N., et al.: Effects of Electroconvulsive Therapy on Brain Glucose Metabolism: A Preliminary Study. Convuls Ther, 4; 199-205, 1988

20）Yatham, L.N., Clark, C.C., Zis, A.P.: A preliminary study of the effects of electroconvulsive therapy on regional brain glucose metabolism in patients with major depression. J ECT, 16; 171-176, 2000

Effective Methods of Electroconvulsive Therapy in Terms of the Mechanisms of Action : Evaluations Using Positron Emission Tomography and Single Photon Emission Tomography

Harumasa TAKANO

Molecular Imaging Center, National Institute of Radiological Sciences

The mechanisms of action of electroconvulsive therapy (ECT) remain elusive. Positron emission tomography (PET) and single-photon emission computed tomography have been used to investigate these mechanisms. We measured the cerebral blood flow (CBF) during acute ECT ; increased CBF was observed in the midbrain, mesencephalon, basal ganglia, medial temporal cortex, etc. We also obtained several scans for missed ECT unexpectedly because we used a titration method to determine the dose of electrical stimulation. The CBF increased in the medial temporal regions, but not in the centrencephalon. These results suggest that the centrencephalic areas are important for seizure generalization and the therapeutic efficacy of ECT.

Furthermore, after 10～30 min of acute ECT, the CBF decreased in the anterior cingulate cortex and medial prefrontal cortex and increased in the thalamus. The decrease in the CBF in the frontal part of the brain may be in line with the anticonvulsant theory of ECT propounded by Sackeim.

ECT drastically alters the CBF, particularly in the centrencephalon ; this increase in the CBF is followed by postictal suppression mainly in the frontal part of the brain. Thus, an important aspect of the correct method for ECT is the safe induction of a generalized convulsion.

＜Author's abstract＞

＜**Key words** : electroconvulsive therapy, positron emission tomography, single photon emission tomography, cerebral blood flow, seizure generalization＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

食生活への介入で精神疾患を予防できるか？

コーディネーター　松岡　豊

精神疾患においては遺伝と環境の相互作用が重要であることを示す研究が数多く報告されてきている．精神疾患に関連する遺伝子を探る研究は目覚ましい発展を遂げているが，いまだに疾患特異的な病因遺伝子は解明されていない．将来，精神疾患においても遺伝子治療が可能な時代が到来したとしても，多くの身体疾患関連遺伝子と同じように，その実践には倫理的問題やコストの問題を抱えている．一方で，環境改善は遺伝子治療が抱えるような困難さは比較的少ない．食生活習慣も，広い意味で環境の 1 つとして考えることも可能であろう．そこで，精神保健・精神医学と栄養学を結ぶ学際領域の第一線で研究している若手研究者に集合していただき，現状を整理するシンポジウムを企画した．

前川は，脳発達期の野生型マウスに対して不飽和脂肪酸欠乏食を投与し，不飽和脂肪酸含有食群との比較を行い，脳発達期の不飽和脂肪酸摂取が統合失調症発症予防の可能性を示すかについて検討した結果を報告した．不飽和脂肪酸欠乏食群では，①自発活動量の低下や無動時間の増加，②側坐核での神経活動の亢進，③大脳皮質におけるオリゴデンドロサイト系遺伝子および GABA 系遺伝子の発現低下，④ NMDA 受容体阻害薬に対する感受性亢進が認められた．これらの結果より不飽和脂肪酸欠乏マウスが At Risk Mental State のモデルとなる可能性が示唆された．

浜崎は，統合失調症や気分障害における血液中や死後脳の ω3 系多価不飽和脂肪酸を解析した先行研究をまとめた．そして，彼らが最近調べた海馬や扁桃体などの結果を示しながら，死後脳の多価不飽和脂肪酸についての最近の知見を紹介した．統合失調症，双極性障害，大うつ病の前頭葉（特に眼窩前頭皮質）では，ドコサヘキサエン酸が選択的に低下していたが，その他の部位では ω6 系脂肪酸が減少，もしくは全く変化なしという結果が示された．

松岡は，ω3 系脂肪酸を用いた心的外傷後ストレス障害（PTSD）予防効果に関する臨床試験の二次解析結果について発表した．重傷者に 12 週間 ω3 系脂肪酸を補充し，血清中の脳由来神経栄養因子（BDNF）値が上昇した者では PTSD やうつ病が発症せず，事故という心的トラウマを契機とした精神的苦痛が緩和される可能性が示唆された．

南里は，食事の傾向を反映した食事パターンに着目して，抑うつ症状との関連を検討した結果を報告した．野菜や果物，大豆製品，きのこなどの高摂取により特徴付けられる健康日本食パターンの得点が最も高い群は最も低い群に比べて，うつ

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　食生活への介入で精神疾患を予防できるか？　座長：松岡　豊（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所），浜崎　景（富山大学医学部公衆衛生学講座）

症状ありのオッズ比が 0.44 に低下した．健康日本食パターンは，葉酸やビタミン C，D などの摂取と関連しており，これらの栄養素の複合効果により抑うつ症状が低下した可能性について指摘した．

石井は，大分県内 18 市町村における水道水中微量リチウム濃度と自殺率の間に有意な負の相関があることを突き止めたことを報告した．現在，対象地域を九州全域に広げ，水道水中リチウム濃度の測定点を増やしつつ，自殺に関連する可能性のある年間日照量，ω3 系脂肪酸の摂取量などや年間平均所得，年間失業率，精神科医療機関の数などの要因で補正し解析を行うことで，本当に水道水のリチウム濃度と自殺率の間に負の相関があるかを検討しているとの進捗状況について発表した．

朝一番のシンポジウムであったにもかかわらず，メディア取材も含めて大勢の会員が参集し，発表のみならず参加者との質疑応答・議論も活発に行われた．精神医療に携わる多くの方に食生活と環境がいかに我われのこころと行動に関連しているかについて再認識していただくことができたならば，企画者としてそれに勝る喜びはない．食生活と精神健康という実践的で新しい精神医学の考え方を共有しながら，このチャレンジングな領域に新しい仲間が加わっていくことを期待している．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

統合失調症脆弱性基盤としての多価不飽和脂肪酸の役割

前川　素子，吉川　武男
（理化学研究所脳科学総合研究センター分子精神科学研究チーム）

統合失調症は一旦発症すると完治が困難であるため，「発症メカニズムの解明」と「発症予防法の開発」が疾患研究のアプローチにとって重要な目標と言える．本研究では，脳発達期の多価不飽和脂肪酸（polyunsaturated fatty acid：PUFA）摂取が統合失調症脆弱性形成に影響を与えるかについて動物実験で検討を行った．脳発達期の野生型マウスに対して PUFA 欠乏食を投与し，PUFA 含有食群との比較を行った結果，PUFA 欠乏食群では，①自発活動量の低下や無動時間の増加，②側坐核での神経活動の亢進，③大脳皮質におけるオリゴデンドロサイト系遺伝子および GABA 系遺伝子の発現低下，④ NMDA 受容体阻害薬に対する感受性亢進が認められた．これらの結果をヒトに置き換えると，PUFA 欠乏食マウスは ARMS（At Rrisk Mental State）のモデルになる可能性があると考えられた．

＜**索引用語**：不飽和脂肪酸，発達期，栄養，統合失調症脆弱性形成＞

はじめに

脂肪酸は生体にとって必要不可欠な栄養素であり，あらゆる生命現象に関与することが知られている．特に多価不飽和脂肪酸（polyunsaturated fatty acid：PUFA）であるリノール酸，リノレン酸は必須脂肪酸として知られ，不足すると皮膚障害や不妊，免疫力の低下など，さまざまな障害を引き起こすと言われている．中枢神経系においても多価不飽和脂肪酸は重要な働きをすると考えられており，例えば精神疾患患者に対してドコサヘキサエン酸（docosahexaenoic acid：DHA）やエイコサペンタエン酸（eicosapentaenoic acid：EPA）を向精神薬と共に投与すると症状緩和の増強効果が認められること[3]，統合失調症では赤血球膜や死後脳で PUFA が低下していること[7,8]，気分障害では血中の ω-3 系 PUFA が低い患者ほど自殺の危険性が増すこと[10]，などが知られている．しかし，このような疫学的データと精神疾患をつなぐ「分子」や「介在する生物機構」の手がかりは不明であった．

Ⅰ．精神疾患と栄養を結びつける疫学データ

精神疾患の発症には遺伝的素因と環境要因の両方が関係すると考えられている．精神疾患（特に統合失調症）と環境要因との関連については，脳の発達期におけるさまざまな侵襲が発症脆弱性の基盤になっている可能性が考えられてきた（“神経発達障害仮説”）．この説を支持する事象としては，①妊婦の栄養不良，②妊婦のウイルス感染，③産科合併症，周産期障害，④母子間の Rh 血液型不適合などの状況で統合失調症の発症率が上昇するという疫学的データがある．特に，①に関しては，第二次世界大戦末期にオランダのアムステルダムで起こった Dutch Hunger Winter が有名である．アムステルダムでは戦争中にナチスドイツによって陸路が封鎖された影響で一時的に極端な食糧不足に陥り，食糧配給は最悪の時期 1 人あたり 1 日約 400 kcal ほどであったと言われてい

る．この飢饉の時期に母親の胎内にいた子供が思春期に達したとき，子供の統合失調症の発症率は約2倍になったと報告されている[11]．また，1959〜1961年にかけて中国でも大飢饉が起こったが，この時期に母親の胎内にいた子供が成人に達したときも，統合失調症の発症率は約2倍になったとの報告がある[9]．このように，疫学データからは「胎児期の栄養不良-統合失調症の発症基盤形成」という図式が考えられる．

Ⅱ．精神疾患と栄養（特に脂肪酸）を結びつける遺伝学的解析

精神疾患では，周囲の不必要な雑音などを意識に上がらないようにシャットアウトする感覚フィルター機能が弱まる生理的現象が見られる．この感覚フィルター機能は，驚愕音への反応を弱めるプレパルス抑制（prepulse inhibition：PPI）検査で評価できる．PPI検査は，マウスでもヒトと同様のパラダイムで計測できるため精神疾患モデル動物の指標として頻用されている．我々のグループでは，精神疾患の原因遺伝子解明の手がかりにするため，マウスを用いてPPIを制御している遺伝子を探索した．具体的にはPPIの値に極端に差のある2系統のマウス（C56BL/6マウスとC3H/Heマウス）を用いて量的遺伝子座（quantitative trait loci：QTL）解析を行った．その結果，マウス染色体10番にPPIに関わる遺伝子の存在を示す大きなピークが得られた．このピークをさらに詳細に解析すると，責任遺伝子の候補として*Fabp7*遺伝子が浮上した．さらに*Fabp7*ノックアウトマウスのPPIを測定したところ，その低下が確認された[13]．また我々は，日本人統合失調症患者においてアミノ酸変化を伴うSNP（single nucleotide polymorphism：一塩基多型）を含む*FABP7*遺伝子の領域が関連していることを見いだした．FABP7タンパク質の中でアミノ酸が変化する場所は，PUFAが結合する部位の近傍にあり，アミノ酸変化によってPUFAに対する結合能が変わる可能性が示唆された．この結果は，日本人統合失調症患者ではFABP7タンパク質のPUFA親和性の強さの違いが疾患感受性に影響を与える可能性があることを示唆している[13]．

Ⅲ．脳発達期における不飽和脂肪酸結合タンパク質FABPs/Fabpsの機能

FABPs/Fabpsは，14〜15 kDaの低分子タンパク質で，主に細胞質に存在し，PUFAの取り込みや輸送，核内受容体と複合体を形成して他の遺伝子の発現調節に関わると言われている[12]（図）．特にFABP7/Fabp7は別名「脳型」脂肪酸結合タンパク質と呼ばれ，胎生期から生後の脳に多く発現する[4]．齧歯類を用いた実験では，*Fabp7*は胎生期の神経幹細胞や生後神経新生の場として知られる海馬歯状回の神経系前駆細胞に発現し，神経幹細胞/神経系前駆細胞の増殖の制御に関わることが報告されている[2,13]．また，FABPs/Fabpsが結合するPUFAにはさまざまな生理活性があることが知られているが[6,14]，我々はPUFAが脳発達に関わる可能性を検討するため，野生型ラットに生後2日目から4週間にわたってPUFA〔特にアラキドン酸（arachidonic acid：AA）〕を多く含む餌の経口投与実験を行い，発達期の神経系前駆細胞に発現するFabp7が，PUFA（特にAA）の取り込み・輸送を行うことにより脳発達（神経新生）の制御を行う可能性を見いだした[5]．

以上のデータから，ゲノムの遺伝子発現調節領域も含めて*FABP7*/*Fabp7*遺伝子に変異を持つヒトおよび動物では，脳の発生・発達期においてFABP7/Fabp7タンパク質の質的あるいは量的変化が起こると考えられ，その結果PUFA代謝不全が引き起こされ，脳発達の微細な障害が起こると予測された．また，疫学的なデータから低栄養などによるPUFAそのものの欠乏，またはその他の原因により脳発達の微細な障害が起こることが推測できる．そこで我々は，マウスを用いて脳の発達期における脂肪酸欠乏が将来の統合失調症発症あるいは精神疾患の脆弱性基盤にどのようにつながるのかについて，以下の解析を行った．

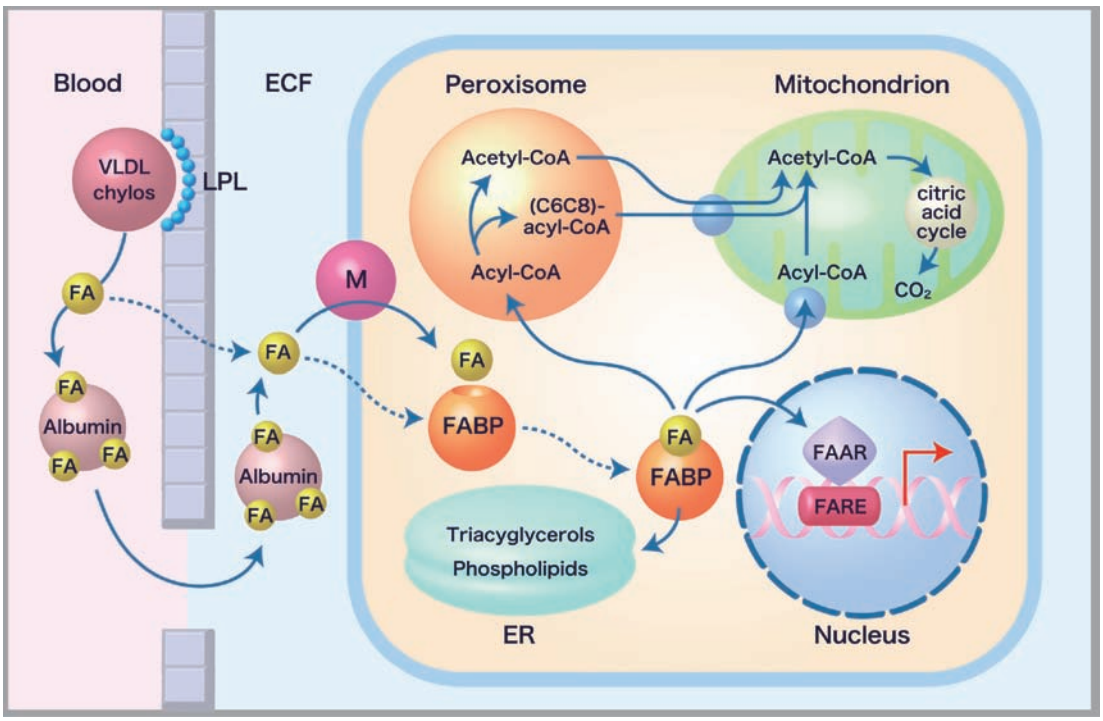


図　FABPs/Fabps（脂肪酸結合タンパク質）の機能

FABP/Fabp（脂肪酸結合タンパク質）は，現在知られる 12 種類のファミリー分子（哺乳類ではそのうち 10 種類）のいずれもが細胞質に存在すると言われている．FABP/Fabp タンパク質は，脂肪酸のシャペロン分子として働くが，脂肪酸をミトコンドリアに運びエネルギー生産に関わる，脂肪酸を核内受容体に手渡して他の遺伝子の発現調節に使用する，などの役割を担うと考えられている．

ECF：extracellular fluid，LPL：lipoprotein lipase，FAAR：fatty acid activated receptor，FARE：fatty acid-responsive element，FA：fatty acid，M：membrane-associated fatty acid transporter protein

Ⅳ．発達期における PUFA 欠乏の影響

野生型マウス（母獣）に対して，妊娠，出産，授乳期に AA と DHA を欠乏させた食餌（PUFA 欠乏食）を投与し仔に対する影響を検討した．仔は母親の胎盤・母乳を介して間接的に PUFA 欠乏食または PUDA 含有食を摂取し，離乳後は通常食を摂取した．仔が成体になった段階で PUFA 欠乏食群と PUFA 含有食群との比較を行った．精神疾患に関連する行動実験を行った結果，PUFA 含有の有無で統合失調症に関連が深い PPI に差を認めることはなかったが，PUFA 欠乏食群では自発活動量の低下や，尾懸垂テストでの無動時間の延長など，意欲の低下や抑うつ状態を示唆する行動が見られた．また，神経活動部位を可視化できるマンガン造影 MRI で確認すると，PUFA 欠乏食群では，統合失調症との関連が報告されている大脳皮質や側坐核などで神経活動の変化が起こっていた．また，統合失調症患者の死後脳解析により大脳皮質でのオリゴデンドロサイト系遺伝子および GABA 系遺伝子の発現低下が報告されているが，PUFA 欠乏食群の大脳皮質においてもヒト死後脳での所見をほぼ再現する結果（オリゴデンドロサイト系遺伝子および GABA 系遺伝子の発現低下）が得られたほか，PUFA 欠乏の代償と考えられる *Fabp7* 遺伝子の発現の増加が確認できた．さらに，幻覚惹起物質

であるNMDA受容体阻害薬を両群のマウスに投与したところ，NMDA受容体阻害薬に対する感受性がPUFA欠乏食群で有意に高かった．以上の実験により脳発達期のPUFA欠乏により，脳内神経活動・統合失調症様の遺伝子発現の変化と薬物感受性の亢進が確認できたことから，「一部の統合失調症にはPUFAの代謝異常が関与している」可能性が考えられた．また，典型的な統合失調症関連行動の変化は認められないが，意欲の低下や抑うつ状態を示唆する行動，神経活動の変化および幻覚薬に対する感受性亢進を認めたことから，今回作製したPUFA欠乏食マウスはARMS（At Rrisk Mental State）のモデルマウスになる可能性が考えられた．

おわりに

近年，精神疾患の前駆症状を示した若年者にn-3系多価不飽和脂肪酸を投与すると精神疾患発症率が減少し症状が改善する[1]という知見が報告された．このことから，精神疾患の前駆症状の出現から発症に至るメカニズムに脂肪酸が関与する可能性が想定されている．しかし，現状ではその分子メカニズムには不明な点が多い．今後，本研究で作製したPUFA欠乏食マウスを用いて具体的な分子メカニズムまで踏み込んだ研究を行うことにより，思春期頃に起こる前駆状態の出現から顕在発症に至る分子基盤が解明されれば，臨床の現場においても思春期におこるハイリスク状態をより早い段階で同定して精神疾患への移行の予防や治療に結びつけることも可能になることが期待される．我々は，脂質研究と統合失調症およびARMSの研究をエピジェネティック変化も含めて，多角的アプローチをもって研究を進めていきたいと考えている．

文　献

1）Amminger, G.P., Schafer, M.R., Papageorgiou, K., et al.: Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry, 67; 146-154, 2010

2）Arai, Y., Funatsu, N., Numayama-Tsuruta, K., et al.: Role of Fabp7, a downstream gene of Pax6, in the maintenance of neuroepithelial cells during early embryonic development of the rat cortex. J Neurosci, 25; 9752-9761, 2005

3）Freeman, M.P., Hibbeln, J.R., Wisner, K.L., et al.: Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. J Clin Psychiatry, 67; 1954-1967, 2006

4）Kurtz, A., Zimmer, A., Schnutgen, F., et al.: The expression pattern of a novel gene encoding brain-fatty acid binding protein correlates with neuronal and glial cell development. Development, 120; 2637-2649, 1994

5）Maekawa, M., Iwayama, Y., Watanabe, A., et al.: Excessive ingestion of long-chain polyunsaturated fatty acids during developmental stage causes strain- and sex-dependent eye abnormalities in mice. Biochem Biophys Res Commun, 402; 431-437, 2010

6）Marszalek, J.R., Kitidis, C., Dirusso, C.C., et al.: Long-chain acyl-CoA synthetase 6 preferentially promotes DHA metabolism. J Biol Chem, 280; 10817-10826, 2005

7）Peet, M., Shah, S., Selvam, K., et al.: Polyunsaturated fatty acid levels in red cell membranes of unmedicated schizophrenic patients. World J Biol Psychiatry, 5; 92-99, 2004

8）Reddy, R.D., Keshavan, M.S., Yao, J.K.: Reduced red blood cell membrane essential polyunsaturated fatty acids in first episode schizophrenia at neuroleptic-naive baseline. Schizophr Bull, 30; 901-911, 2004

9）St Clair, D., Xu, M., Wang, P., et al.: Rates of adult schizophrenia following prenatal exposure to the Chinese famine of 1959-1961. JAMA, 294; 557-562, 2005

10）Sublette, M.E., Bosetti, F., DeMar, J.C., et al.: Plasma free polyunsaturated fatty acid levels are associated with symptom severity in acute mania. Bipolar Disord, 9; 759-765, 2007

11）Susser, E., Neugebauer, R., Hoek, H.W., et al.: Schizophrenia after prenatal famine. Further evidence. Arch Gen Psychiatry, 53; 25-31, 1996

12）Veerkamp, J.H., Zimmerman, A.W.: Fatty acid-binding proteins of nervous tissue. J Mol Neurosci,

16；133-142；discussion 151-157, 2001

13) Watanabe, A., Toyota, T., Owada, Y., et al.: Fabp7 maps to a quantitative trait locus for a schizophrenia endophenotype. PLoS Biol, 5；e297, 2007

14) Yehuda, S., Rabinovitz, S., Mostofsky, D.I.: Essential fatty acids are mediators of brain biochemistry and cognitive functions. J Neurosci Res, 56；565-570, 1999

Lack of Polyunsaturated Fatty Acids during Neurodevelopment as a Liability to Psychoses

Motoko MAEKAWA, Takeo YOSHIKAWA

Laboratory for Molecular Psychiatry, RIKEN Brain Science Institute

Abnormalities in polyunsaturated fatty acid (PUFA) metabolism are reported to be relevant to psychiatric illnesses. However, the mechanisms linking PUFAs to the etiology of mental illnesses remain poorly understood. In mice fed with PUFA-deficient diet during the brain developmental stage, we observed that ① poor activity detected by open field test, Y maze test and tail suspension test, ② altered neuronal activity, which was examined by Mn-enhanced MRI, ③ broad downregulation of genes related to oligodendrocyte and GABAergic systems, ④ higher sensitivity to hallucinogenic drug (MK-801), which is congruent with a current theory of functional psychoses. These results provide innovative clues for the pathophysiology of mental disorders, demonstrating an important role of PUFAs during neurodevelopmental stage.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: PUFA (polyunsaturated fatty acid), neurodevelopmental stage, nutrition, ARMS, schizophrenia＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

精神疾患患者の死後脳における多価不飽和脂肪酸

浜崎　景[1)]，浜崎　智仁[2)]，稲寺　秀邦[1)]
1）富山大学医学部公衆衛生学講座，2）理化学研究所脳科学総合研究センター

神経細胞は軸索や樹状突起などの入り組んだ構造のため，膜成分が極端に多い．その神経細胞の塊である脳は膜臓器であるとさえ言える．神経細胞膜の基本骨格はリン脂質とコレステロールからなり，他に受容体などの少量のタンパクがある．そこで脳はその構造の大部分を脂質で構成していることになる．コレステロールは単一な物質だが，リン脂質は多種多様で，sn-2 の位置には n-6 系多価不飽和脂肪酸のアラキドン酸（AA），あるいは n-3 系多価不飽和脂肪酸であるドコサヘキサエン酸（DHA）が多く含まれる．疫学研究より，統合失調症，双極性障害，大うつ病での血中 n-3 系多価不飽和脂肪酸が健常者に比べて低いことが報告されている．では実際，精神疾患患者での脳の多価不飽和脂肪酸はどうなっているのだろうか？　n-3 系多価不飽和脂肪酸の変化は，どうも前頭皮質のごく一部（特に眼窩前頭皮質）に限られているようであり，その他の部位では n-6 系多価不飽和脂肪酸が減少しているか，もしくは全く変化がなく，そのメカニズムについてはほとんどわかっていない．本稿では死後脳における多価不飽和脂肪酸構成，および最近我々が調べた海馬や扁桃体などの結果を紹介したいと思う．

＜**索引用語**：多価不飽和脂肪酸，症例対照研究，統合失調症，双極性障害，大うつ病，死後脳＞

はじめに

90 年代後半頃より，精神疾患患者での n-3 系多価不飽和脂肪酸に関する症例対照研究が盛んに行われるようになり，統合失調症，双極性障害および大うつ病では，血中の n-3 系多価不飽和脂肪酸が健常者に比べて軒並みに低いことが報告されるようになった[9)]．最近の魚油による介入試験のメタ分析を見ると，大うつ病の場合，エイコサペンタエン酸（EPA）が 60 %以上では有効であるが[26)]，魚油全体で見るとその効果はほとんどなさそうである[4)]．双極性障害の場合，躁病エピソードでは効かないが大うつ病エピソードでは効いている[25)]．統合失調症のメタ分析に関しては，2006 年に報告されたものが最後であるが，有効性は示されていない[9)]．ただし，その後，オーストリアの Amminger ら[1)] によって，統合失調症のハイリスクにある若年層（13〜25 歳）を対象とした臨床試験がされており，予防の観点からは有効であった．

最近，精神疾患患者の脳内における生化学的変化が徐々に報告されるようになってきた．ただし，生きている患者の脳では，リン脂質の前駆体であるリン酸モノエステル（PME）やリン酸ジエステル（PDE）を ^{31}P MRS で検出することはできるが[24)]，個々の多価不飽和脂肪酸の識別までには至っていない．そこで現段階では，死後脳から直接多価不飽和脂肪酸を測定する必要がある．1991 年に Horrobin らによって初めて，統合失調症の死後脳で多価不飽和脂肪酸の異常が報告されたが[12)]，その後 10 年のブランクのあと 2000 年よりまた徐々に報告がされるようになり，現在のところ少なくとも 11 報がある．

症例対照研究

1．前頭皮質

1）統合失調症

Horrobin ら[12]は，抗精神病薬の治療を受けていた統合失調症（n＝7）と対照（n＝7）の前頭皮質を調べたところ，ホスファチジルエタノールアミン（PE）で，γ-リノレン酸（18：3 n-6）およびジホモ γ-リノレン酸（20：3 n-6）の減少，ホスファチジルセリン（PS）ではオレイン酸（18：1 n-9）の減少，ホスファチジルイノシトール（PI）でドコサペンタエン酸（DPA）（22：5 n-6）の増加を認めた．さらに興味深いことに，PE の n-6 多価不飽和脂肪酸については，代謝経路の初めの方に位置する脂肪酸〔すなわちリノール酸（18：2 n-6），γ-リノレン酸（18：3 n-6），ジホモ γ-リノレン酸（20：3 n-6），アラキドン酸（AA）〕は減少しており，代謝経路の後半の脂肪酸〔すなわちアドレン酸（22：4 n-6），DPA（n-6）〕については，増えていた．明らかに何らかの代謝異常が関与しているが，詳細は不明である．

死後脳の研究に関しては，現在 McNamara らのグループが最も精力的に調査している．彼らは統合失調症（n＝21）と年齢でマッチングした対照（n＝26）で，眼窩前頭皮質を調査したところ，多価不飽和脂肪酸の中で唯一変化があったのは，ドコサヘキサエン酸（DHA）で，20％の減少が認められた[20]．また，その他の脂肪酸としては，バクセン酸（18：1 n-7）が統合失調症で 12.5％高かった．DHA に関する男女別サブ解析では，女性の統合失調症では若干の減少（2％）が認められたのに対し，男性では 27％も減少していた．また，抗精神病薬の投与により，多価不飽和脂肪酸の減少が改善されることが知られているが[8,14]，今回の McNamara らのサブ解析でも DHA と AA のレベルが抗精神病薬内服群で改善されていた．

2）大うつ病

前述の McNamara らは，大うつ病患者の眼窩前頭皮質についても症例対照研究を行っている[18]．大うつ病患者（n＝15）と年齢をマッチさせた対照（n＝27）を調べた結果，唯一 DHA のみで 22％の減少が認められた．男女別のサブ解析では，興味深いことに，男性よりも女性の減少が大きかった．

上記の発表と同じ年に Lalovic[15]も眼窩前頭皮質で大うつ病で症例対照研究を行っているが，こちらに関しては，有意差が認められていない．ただしこの調査では，大うつ病患者の死因はすべて自殺であり，また対照（n＝42）の死因の半分ほど（n＝23）も自殺で，大うつ病というよりはむしろ自殺がメインの調査となっている．同時に，腹側前頭前野皮質の脂肪酸も測定されているがこちらも変化は認められていない．

3）双極性障害

McNamara らは，双極性障害（n＝18）と年齢でマッチングした対照（n＝19）でも調査している[21]．前述の大うつ病[18]および統合失調症[20]と同様，DHA（24％）の減少が認められており，さらに AA（14％）でも有意に減少していた．男女別のサブ解析では，大きな違いは見られていない．リチウム，バルプロ酸，カルバマゼピンなどの双極性障害の治療薬は，アラキドン酸の代謝を抑えることが報告されているが[23]，今回の調査では有意差はないものの，未治療群は治療群に比べて DHA，AA，DPA（n-6）の減少が大きかった．

Igarashi ら[13]によって，双極性障害（n＝8）の前頭皮質と年齢でマッチングした対照（n＝6）での症例対照研究が行われている．こちらは，全く脂肪酸の変化は認められてない．性別や薬物のサブ解析に関して，彼らはサンプルサイズが小さいためにできなかったとコメントしている．

2．海馬

以前，我々は，統合失調症（n＝35），双極性障害（n＝34）と年齢・性別でマッチングした対照（n＝35）での症例対照研究を行い，脂肪酸だけではなくリン脂質についても検討した[10]．PS，PE，ホスファチジルコリン（PC）に関しては，

有意差はなかった．ところが，個々の脂肪酸別の比較をしたところ，DPA（n-6）と結合しているPS と PC では，対照と比較して統合失調症および双極性障害で有意に減少していた．また，脂肪酸のみで検討した場合，DPA（n-6）は両者の患者で減少しており，AA については統合失調症でのみ減少していた．両疾患で n-6 系多価不飽和脂肪酸が減少していた理由としては，海馬でのグルタミン酸濃度が高いことが関与していると考えられる[5,27]．NMDA 受容体が刺激されると，Ca^{2+} 依存性細胞質型ホスホリパーゼ A_2 が活性化され，AA が遊離するが[7]，AA の濃度を一定に保つために，今度は DPA（n-6）が材料として動員されたと推測される．面白いことに，n-6 系多価不飽和脂肪酸の減少に関しては，双極性障害に比べて統合失調症の方が大きく，これは既述のように双極性障害では，治療薬の影響により AA の代謝が抑えられたためと考えられる[23]．

3．扁桃体

我々は扁桃体について，統合失調症（n＝15），双極性障害（n＝15），大うつ病（n＝15），および年齢・性別でマッチングした対照（n＝15）で，比較した[11]．DHA，AA，DPA（n-6）には全く変化が認められなかったものの，その他の脂肪酸については，大うつ病で，パルミチン酸（16：0）が 6.5％増加，オレイン酸（18：1 n-9）で 6.2％減少していた．また，統合失調症については，アドレン酸（22：4 n-6）で 8.0％の減少が認められた．これらの現象に関しては，不飽和化酵素[22]およびホスホリパーゼ A_2[3] が関与していると思われる．

4．尾状核

Yao らは，統合失調症患者（n＝11）と，対照群として“統合失調症以外の精神疾患のある者”（n＝7），あるいは“精神疾患のない者”（n＝14）を用い，尾状核のリン脂質と脂肪酸を調査した[28]．リン脂質については，統合失調症で PC，PE が減少しており，脂肪酸に関しては，AA が“統合失調症以外の精神疾患のある者”と比較して統合失調症患者で 19％減少しており，“精神疾患のない者”と比較すると 14％減少していた．

5．前帯状皮質

Landén らによって，統合失調症患者（n＝11）と対照（n＝13）の前帯状皮質の脂肪酸が検討されているが，全く変化は認められなかった[16]．また，Conklin らは，双極性障害 9 名＋大うつ病 3 名と対照 14 名の各脂肪酸組成を比較したが，どこにも有意差はなかった[6]．絶対量でみるとすべての脂肪酸で減少したが，多価不飽和脂肪酸に関しては大部分が細胞膜（リン脂質）に存在し，膜は二次元であるため，このような研究では組成比で比較することが一般的である．

6．小脳皮質

既述の Horrobin らのグループは，同じ統合失調症患者の小脳皮質でも同様の調査を行っており，PI 分画で DHA が 20.4％高く，トリグリセライド分画では，オレイン酸（18：1 n-9）が 9.0％高かった[12]．こちらに関しても詳細なメカニズムについてはわかっていない．

ま と め

今までの報告を表にまとめた．末梢[9] で見られたような n-3 系多価不飽和脂肪酸の違いは，死後脳の場合，前頭皮質[18,20,21] および小脳皮質[12] に限られているようである．また，n-6 系多価不飽和脂肪酸については，上記以外に海馬[10]，扁桃体[11]，尾状核[28] にも変化が認められた．

症例対照研究は調査の性格上，因果関係まで突き止めることはできず，今回の n-3 系多価不飽和脂肪酸の変化が原因であったのか，結果であったのかは不明である．しかし，既述のように介入試験のメタ分析の結果から少なくとも大うつ病（EPA 60％以上含有の場合）[26] と双極性障害の大うつ病エピソード[25] に関しては有効とされており，原因の一部である可能性も示唆される．

今回の症例対照研究の解釈で注意をしなければ

表　精神疾患患者の死後脳における脂肪酸組成

脳の部位	群（n＝サンプルサイズ）	結　果	筆頭著者	発行年	文献No.
前頭皮質	SZ（n＝7），対照（n＝7）	PE：18：3 n-6 83％↓，20：3 n-6 29％↓ PS：18：1 n-9 20％↓，22：5 n-6 186％↑ PI：22：5 n-6 88％↑ PC，CE，TG：有意差なし	Horrobin	1991	12
前頭前皮質 (BA 9)	BD（n＝8），対照（n＝6）	有意差なし†	Igarashi	2010	13
眼窩前頭皮質 (BA 10)	SZ（n＝21），対照（n＝26）	DHA 20％↓ 18：1 n-7 12.5％↑	McNamara	2007	20
眼窩前頭皮質 (BA 10)	MDD（n＝15），対照（n＝27）	DHA 22％↓	McNamara	2007	18
眼窩前頭皮質 (BA 10)	BD（n＝18），対照（n＝19）	DHA 24％↓，AA 14％↓ 18：1 n-7 12.5％↑，18：0 4.5％↓	McNamara	2008	21
眼窩前頭皮質 (BA 11)	MDD*（n＝16），対照（n＝42）**	有意差なし	Lalovic	2007	15
腹側前頭前野皮質 (BA 47)	MDD*（n＝16），対照（n＝42）**	有意差なし	Lalovic	2007	15
前帯状皮質	SZ（n＝11），対照（n＝13）	有意差なし	Landén	2002	16
前帯状皮質 (BA 24)	MDD***（n＝12），対照（n＝14）	有意差なし†	Conklin	2010	6
海馬	SZ（n＝35），BD（n＝34）， 対照（n＝35）	SZ：AA 5％↓，DPA（n-6）11％↓ BD：DPA（n-6）8％↓	Hamazaki	2010	10
扁桃体	SZ（n＝15），MDD（n＝15）， BP（n＝15），対照（n＝15）	MDD：16：0 6.5％↑，18：1 n-9 6.2％↓ SZ：22：4 n-6 8.0％↓	Hamazaki	2012	11††
尾状核	SZ（n＝11），対照（n＝21）	18：2 n-6 22-31％↓，AA 14-19％↓	Yao	2000	28
小脳皮質	SZ（n＝7），対照（n＝7）	PI：DHA 20％↑，TG：18：1 n-9 9％↑ PE，PS，PC，CE：有意差なし	Horrobin	1991	12

SZ＝統合失調症，BD＝双極性障害，MDD＝大うつ病，BA＝ブロードマンの脳地図，DHA＝ドコサヘキサエン酸，DPA＝ドコサペンタエン酸，AA＝アラキドン酸，PC＝ホスファチジルコリン，PI＝ホスファチジルイノシトール，PE＝ホスファチジルエタノールアミン，PS＝ホスファチジルセリン，CE＝コレステロールエステル，TG＝トリグリセリド

*すべて自殺者．**自殺者 23 名＋その他の死因 19 名．***12 名中 3 名が双極性障害で死亡時うつ病と診断された．

†脂肪酸組成での比較時．††要旨のみ．

ならないことがいくつかある．上述した症例対照研究では，どれも食事調査がなされておらず最大の limitation となっている．対照者のほとんどが“心疾患”もしくは“心肺の疾患”であり，虚血性心疾患の割合が多ければ，“n-3 系多価不飽和脂肪酸欠乏”の不健康な患者を対照として解析している可能性があり，セレクションバイアスが生じている可能性もある[19]．次に薬物の影響であるが，安定剤[23]や抗精神病薬[2,17]は脂質代謝に影響を及ぼす．現に薬物によると考えられる影響が今回の死後脳の調査からも認められている[10,20,21]．その他，交絡因子としては，死後から脳組織が摘出されるまでの時間・脳組織の pH・サンプルの保存期間・死亡時の年齢・性別などがあるが，ほとんどの症例対照研究では有意差がなかったか，あるいはマッチング因子として扱っている．

いずれにしても，サブ解析するにあたってはどの報告でも少数サンプルで比較しており，今後は大きなサンプルサイズでの調査が必要である．現在のところ，最も大きい症例対照研究は，我々の行った海馬での調査であるが（統合失調症＝35，双極性障害＝34，対照＝35[10]），今後はさらに大きなサンプルサイズで，他の部位も含めて検討したいと考えている．

謝　　辞

本研究に技術的サポートをしてくださった浜谷裕子氏，武部鎮子氏に感謝します．

文　　献

1）Amminger, G.P., Schafer, M.R., Papageorgiou, K., et al.: Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. Arch Gen Psychiatry, 67; 146-154, 2010

2）Arvindakshan, M., Sitasawad, S., Debsikdar, V., et al.: Essential polyunsaturated fatty acid and lipid peroxide levels in never-medicated and medicated schizophrenia patients. Biol Psychiatry, 53; 56-64, 2003

3）Berger, G.E., Smesny, S., Amminger, G.P.: Bioactive lipids in schizophrenia. Int Rev Psychiatry, 18; 85-98, 2006

4）Bloch, M.H., Hannestad, J.: Omega-3 fatty acids for the treatment of depression: systematic review and meta-analysis. Mol Psychiatry, 2011［Epub ahead of print］

5）Colla, M., Schubert, F., Bubner, M., et al.: Glutamate as a spectroscopic marker of hippocampal structural plasticity is elevated in long-term euthymic bipolar patients on chronic lithium therapy and correlates inversely with diurnal cortisol. Mol Psychiatry, 14; 696-704, 647, 2009

6）Conklin, S.M., Runyan, C.A., Leonard, S., et al.: Age-related changes of n-3 and n-6 polyunsaturated fatty acids in the anterior cingulate cortex of individuals with major depressive disorder. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids, 82; 111-119, 2010

7）Dumuis, A., Sebben, M., Haynes, L., et al.: NMDA receptors activate the arachidonic acid cascade system in striatal neurons. Nature, 336; 68-70, 1988

8）Evans, D.R., Parikh, V.V., Khan, M.M., et al.: Red blood cell membrane essential fatty acid metabolism in early psychotic patients following antipsychotic drug treatment. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids, 69; 393-399, 2003

9）Freeman, M.P., Hibbeln, J.R., Wisner, K.L., et al.: Omega-3 fatty acids: evidence basis for treatment and future research in psychiatry. J Clin Psychiatry, 67; 1954-1967, 2006

10）Hamazaki, K., Choi, K.H., Kim, H.Y.: Phospholipid profile in the postmortem hippocampus of patients with schizophrenia and bipolar disorder: no changes in docosahexaenoic acid species. J Psychiatr Res, 44; 688-693, 2010

11）Hamazaki, K., Hamazaki, T., Inadera, H.: Fatty acid composition in the postmortem amygdala of patients with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder. J Psychiatr Res, 46; 1024-1028, 2012

12）Horrobin, D.F., Manku, M.S., Hillman, H., et al.: Fatty acid levels in the brains of schizophrenics and normal controls. Biol Psychiatry, 30; 795-805, 1991

13）Igarashi, M., Ma, K., Gao, F., et al.: Brain lipid concentrations in bipolar disorder. J Psychiatr Res, 44; 177-182, 2010

14）Khan, M.M., Evans, D.R., Gunna, V., et al.: Reduced erythrocyte membrane essential fatty acids and increased lipid peroxides in schizophrenia at the never-medicated first-episode of psychosis and after years of treatment with antipsychotics. Schizophr Res, 58; 1-10, 2002

15）Lalovic, A., Levy, E., Canetti, L., et al.: Fatty acid composition in postmortem brains of people who completed suicide. J Psychiatry Neurosci, 32; 363-370, 2007

16）Landén, M., Davidsson, P., Gottfries, C.G., et al.: Reduction of the synaptophysin level but normal levels of glycerophospholipids in the gyrus cinguli in schizophrenia. Schizophr Res, 55; 83-88, 2002

17）Lee, H.J., Rao, J.S., Ertley, R.N., et al.: Chronic fluoxetine increases cytosolic phospholipase A (2) activity and arachidonic acid turnover in brain phospholipids of the unanesthetized rat. Psychopharmacology (Berl), 190; 103-115, 2007

18）McNamara, R.K., Hahn, C.G., Jandacek, R., et al.: Selective deficits in the omega-3 fatty acid docosahexaenoic acid in the postmortem orbitofrontal cortex of patients with major depressive disorder. Biol Psychiatry, 62; 17-24, 2007

19）McNamara, R.K., Jandacek, R.: Investigation of postmortem brain polyunsaturated fatty acid composition in psychiatric disorders: limitations, challenges, and future directions. J Psychiatr Res, 45; 44-46, 2011

20) McNamara, R.K., Jandacek, R., Rider, T., et al.: Abnormalities in the fatty acid composition of the postmortem orbitofrontal cortex of schizophrenic patients: gender differences and partial normalization with antipsychotic medications. Schizophr Res, 91; 37-50, 2007

21) McNamara, R.K., Jandacek, R., Rider, T., et al.: Deficits in docosahexaenoic acid and associated elevations in the metabolism of arachidonic acid and saturated fatty acids in the postmortem orbitofrontal cortex of patients with bipolar disorder. Psychiatry Res, 160; 285-299, 2008

22) McNamara, R.K., Liu, Y.: Reduced expression of fatty acid biosynthesis genes in the prefrontal cortex of patients with major depressive disorder. J Affect Disord, 129; 359-363, 2011

23) Rapoport, S.I.: Arachidonic acid and the brain. J Nutr, 138; 2515-2520, 2008

24) Reddy, R., Keshavan, M.S.: Phosphorus magnetic resonance spectroscopy: its utility in examining the membrane hypothesis of schizophrenia. Prostaglandins Leukot Essent Fatty Acids, 69; 401-405, 2003

25) Sarris, J., Mischoulon, D., Schweitzer, I.: Omega-3 for bipolar disorder: meta-analyses of use in mania and bipolar depression. J Clin Psychiatry, 73; 81-86, 2011

26) Sublette, M.E., Ellis, S.P., Geant, A.L., et al.: Meta-analysis of the effects of eicosapentaenoic acid (EPA) in clinical trials in depression. J Clin Psychiatry, 72; 1577-1584, 2011

27) van Elst, L.T., Valerius, G., Buchert, M., et al.: Increased prefrontal and hippocampal glutamate concentration in schizophrenia: evidence from a magnetic resonance spectroscopy study. Biol Psychiatry, 58; 724-730, 2005

28) Yao, J.K., Leonard, S., Reddy, R.D.: Membrane phospholipid abnormalities in postmortem brains from schizophrenic patients. Schizophr Res, 42; 7-17, 2000

Psychiatric Disorders and Polyunsaturated Fatty Acids of Postmortem Brain Tissues

Kei HAMAZAKI[1)], Tomohito HAMAZAKI[2)], Hidekuni INADERA[1)]

1) *Department of Public Health, Faculty of Medicine, University of Toyama*
2) *RIKEN Brain Science Institute*

The neuronal cells consist of many membranes, because of its complicated structure such as axons and dendrites. It is not too much to say that the brain, which mostly consists of these neuronal cells, is "the membrane organ". The basic membrane components of the neuronal cells are phospholipids and cholesterol with small amounts of proteins. Therefore, the brain mainly consists of lipids. Cholesterol is a single material, whereas the phospholipids are complex compounds. n-6 Polyunsaturated fatty acids (PUFA), mostly arachidonic acid, and n-3 PUFAs, mostly docosahexaenoic acid, are esterified at sn-2. Epidemiological studies revealed that patients with schizophrenia, bipolar disorder and major depressive disorder have lower blood levels of n-3 PUFAs than healthy subjects. Now the question arises whether there is any alteration of PUFAs in the brain of patients with psychiatric disorder. It seems that n-3 PUFAs deficits were only found in the frontal cortex, particularly in the orbitofrontal cortex. Other part of the brain exhibited small if any changes in n-6 PUFAs, and the underlying mechanism is still unclear. Here we narratively review these case-control studies with postmortem brain tissues and introduce our new findings from the hippocampus and amygdala.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: polyunsaturated fatty acids, case-control study, schizophrenia, bipolar disorder, major depressive disorder, postmortem brain＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

魚油による PTSD 予防への挑戦

松岡　豊[1,2,3]，西　大輔[1,2]
1）国立病院機構災害医療センター精神科，2）科学技術振興機構 CREST，
3）国立精神・神経医療研究センター

急性ストレス障害や PTSD 症状を示している人を対象に行われたトラウマ焦点化認知行動療法の効果はメタ解析で確認されている．今回我々は，「ω3 系脂肪酸を摂取すると海馬の神経新生が活性化され，それにより海馬依存性の恐怖記憶が減弱し，PTSD 症状が最小化する」という仮説を検証する橋渡し臨床試験を計画した．この仮説は，ω3 系脂肪酸が神経新生を向上させるという知見と井ノ口らの知見「生後の海馬で起きる神経新生の程度が，恐怖連合学習後の時間経過に伴う記憶の依存する脳領域の移行に関わる」[6]を基盤にしている．オープン試験を実施し安全性と有効性を予備的に検討したところ，ω3 系脂肪酸が事故後 PTSD 症状を低く抑える可能性，そして脳由来神経栄養因子が PTSD 予防に何らかの役割を担っている可能性が示唆された．

＜索引用語：魚油，ω3 系脂肪酸，PTSD，BDNF，身体外傷，神経新生＞

Ⅰ．事故後の PTSD 概観

The Global Burden of Disease Study における 2020 年の怪我・疾病の構造を参照すると，DALY 指標（早死による生命損失年数と障害による相当損失年数の合計）による怪我・疾病による負荷の大きなものは，虚血性心疾患，うつ病，交通事故の順に多いことが推定されている．救急医学と救急医療システムの発展がもたらした重症外傷患者の生存率向上は，後遺障害を抱えながら社会復帰を目指す人の増加を引き起こしている．こうした背景から交通外傷後の精神健康についての関心が高まっている．

我われは平成 16 年より，わが国の交通外傷患者における外傷後ストレス障害（Posttraumatic stress disorder：PTSD），うつ病，その他主要な精神疾患の発症，自然経過，発症に関連する因子，Quality of Life と外傷後成長（Posttraumatic growth）を明らかにするため，3 年間追跡する前向きコホート研究（The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study：TCOM）[8]を開始した．これまでに，交通外傷患者の約 3 割が受傷後 1 ヵ月時点で何らかの精神疾患を発症しており，PTSD の発症割合は 8％，部分 PTSD は 16％であり，両者を合わせた PTSD 症候群としては 24％に及び，大うつ病も 16％に認められたことを報告した[7]．

コホート研究を実践して学んだことの 1 つに，事故は予測できない出来事であるが，PTSD 発症は予防できるかもしれないということがある．重症者の PTSD 発症予防を目的に行われた実証研究は意外に少ない．急性ストレス障害や PTSD 症状を示している人を対象に行われたトラウマ焦点化認知行動療法の効果はメタ解析で確認されている[12]．しかし，その療法に習熟している専門家は少なく，治療に比較的時間を要すること，そして重傷者の数が膨大であることを考えれば，これを主な介入手段として実施するには大きな壁があると思われる．薬物療法としては，扁桃体基底外側核におけるノルアドレナリン系活性化に伴う過剰な記憶固定化を減弱させる効果を期待

して，β受容体遮断薬プロプラノロールが研究段階として用いられている．その他に，恐怖記憶の想起を減弱させる作用を有し，ノルアドレナリン再放出やその結果として生じる恐怖条件付け反応を抑制すると考えられる高用量コルチゾールを用いた研究も報告されているが，まだ確立した方法とは言えない．いくつかの選択肢の中から我われは食生活への介入に注目した．

II．基礎研究から臨床研究への橋渡し

PTSDの病態形成には，恐怖記憶の過剰な固定化や消去の進まない状態が密接に関与していると考えられている．記憶獲得後の比較的早い時期には想起時に海馬の働きを必要とするが，獲得されてから数週間以上経過すると，記憶情報が大脳皮質に転送されるため海馬の働きを必要しなくなることが知られている．一般に海馬依存性の恐怖記憶は，齧歯類では3〜4週間，ヒトでは数ヵ月から約1年のうちに大脳皮質に移行し，長期記憶の形成とともに海馬では消失すると考えられている．

脳の神経新生は胎生期に爆発的に起きるが，生後脳においても側脳室前方上衣下層および海馬歯状回顆粒細胞下層などの特定の部位で生じる．Kitamuraらは，海馬の神経新生が低下したマウスでは恐怖記憶の海馬依存的な期間が長くなり，神経新生が活発なマウスでは，逆に短くなることを発見した[6]．これにより海馬の神経新生の活発さが恐怖記憶の海馬依存的期間を決定する重要な因子であることが明らかになった．この成果は，海馬の神経新生を適切に制御することによって，PTSDに特徴的な恐怖記憶をコントロールできる可能性を示唆している．

近年，多価不飽和脂肪酸の1つであるω3系脂肪酸による神経細胞への影響が注目されている．ω3系脂肪酸は，ω6系脂肪酸とともに細胞膜を構成するリン脂質のグリセロール骨格のsn-2位に多く結合している．両者とも体内では合成できないため，脂質の塊である脳は食事中脂肪酸の影響を受ける．青魚にはエイコサペンタエン酸（EPA）やドコサヘキサエン酸（DHA）が，亜麻仁油・エゴマ油にはαリノレン酸というω3系脂肪酸が豊富に含まれ，ひまわり油・コーン油・大豆油などの植物油には，ω6系脂肪酸であるリノール酸が多く含まれる．さて，ラットの海馬細胞培養環境中にω3系脂肪酸を加えたところ，海馬神経細胞の軸索伸長と分枝が誘導されたこと[2]，培養環境中にDHAを加えたところ神経幹細胞から成熟神経細胞への分化が進んだ．またDHAが補強された食餌を与えられたラットでは海馬歯状回の神経新生活性化が観察されている[5]．食餌中のω6系脂肪酸に対するω3系脂肪酸比が高い場合，脳内の神経新生が活性化することを示した小エビの実験も報告された[1]．

以上より，我われは「ω3系脂肪酸によって海馬の神経新生を活性化させると，海馬から早期に恐怖記憶が消失し，結果的にPTSD症状が最小化する」という作業仮説を立てた（図）．心的トラウマ直後からω3系脂肪酸を投与された患者群は，プラセボ投与群に比して，PTSD症状が最小化されるか否かを検討する基礎から臨床への橋渡し研究を企画した．

III．臨床試験の概要

我われは，2つの臨床試験を計画した．1つ目はω3脂肪酸カプセルを12週間投与する非盲検オープン試験，2つ目はω3脂肪酸カプセルを12週間投与された患者が，プラセボを投与された患者に比して，CAPS得点が10点低くなるか否かを検証する二重盲検ランダム化比較試験とした．本稿では，前者の結果を紹介したい．

災害医療センターの救命救急センターに入院した身体外傷患者15名を対象に，12週間，食事にω3系脂肪酸約1.6 g/日（サンマ140 gに含まれるω3系脂肪酸に相当）を補充する臨床試験を行った．主要評価項目は，Clinician Administered PTSD Scale（CAPS）の合計得点とし，有効性の検証は，先に行った観察研究から推定されたデータを用いて，1標本の平均値の差を検定（仮説平均＝25）した．外傷時に重度の脳傷害を呈した

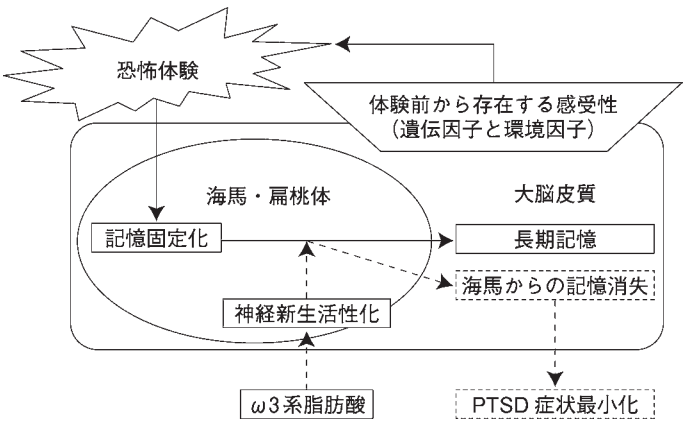


図　ω3系脂肪酸によるPTSD症状の最小化戦略

者，認知機能の低下，精神病の既往，希死念慮や重度の精神症状，アルコール関連障害の疑い，摂食障害の疑いのある者，そしてサプリメントを摂取していたり魚油に影響を与える薬を内服していたり，魚をよく食べる習慣があったり，重度の喫煙習慣があったり，飲酒量が多かったりした者は除外した．その結果，ω3系脂肪酸を補充された重傷者のCAPS得点は11点であり，試験開始前に見積もった平均CAPS得点25点よりも有意に低値であった[9]．一部の参加者に軽度の軟便とおくびを観察したが，試験を中止するような事例はなかった．単群によるオープン試験という限界はあるが，ω3系脂肪酸がPTSD症状を低く抑える可能性が示唆された．

Ⅳ．ω3系脂肪酸，BDNFそして恐怖記憶

オープン試験の副次的アウトカムとして，我われは血清中の脳由来神経栄養因子（brain-derived neurotrophic factor：BDNF）を試験開始前後で測定した．BDNFは1980年代後半に発見され，うつ病の病態への関与が示唆されている．BDNFは脳内神経回路網の形成や発達，生存に重要であること，さらにシナプスの可塑性にも関与し，記憶や学習の形成においても重要な役割を果たしている[4]．不飽和脂肪酸濃度を高めた飼料を6週間マウスに与えると，多価不飽和脂肪酸が含まれていない飼料を与えられたマウスに比して，海馬歯状回体積，BDNF発現量，そして新生細胞数が増加することが報告されている[13]．最近Petersらは，恐怖記憶を形成させたネズミの前頭前野皮質に直接BDNFを注入すると，消去学習を行わなくてもすくみ行動が減少すること，そして恐怖記憶消去が不良なネズミでは海馬のBDNFが不足していることを報告した[11]．臨床研究では，健常者を対象に不意の面接で調べた2日間の食事におけるω3系脂肪酸の摂取量が，3テスラのMRI画像をもとに計測した海馬，扁桃体，前帯状回の体積と正の相関を示すことが報告されている[3]．これらの報告から，ω3系脂肪酸は神経新生に加えてBDNF増加という経路を介してでもPTSD予防に影響を及ぼす可能性が示唆される．

我われのオープン試験の結果，PTSDを発症した事例の血清BDNFはほとんど変化しなかったが，PTSDを発症しなかった事例の血清BDNFは，試験後有意に増加していた[10]．これによりBDNF増加がPTSD予防に何らかの役割を担っている可能性も示唆された．

結　　語

世界に先駆けて実施中のω3系脂肪酸によるPTSD予防研究について紹介した．現在実施中

のランダム化比較試験において，PTSD 発症予防効果が実証されれば，今後，自然災害，不慮の事故，戦闘やテロなどのトラウマ的出来事を経験した大勢の人たちに対する PTSD 発症予防法につながることが期待される．

謝　　辞

本研究は科学技術振興機構・戦略的創造研究推進事業 CREST の井ノ口チーム「恐怖記憶制御の分子機構の理解に基づいた PTSD の根本的予防法・治療法の創出」の中で，松岡の担当課題として行われている．試験用のサプリメントは株式会社ケンテックにより提供された．

文　　献

1）Beltz, B.S., Tlusty, M.F., Benton, J.L., et al.: Omega-3 fatty acids upregulate adult neurogenesis. Neurosci Lett, 415（2）; 154-158, 2007

2）Calderon, F., Kim, H.Y.: Docosahexaenoic acid promotes neurite growth in hippocampal neurons. J Neurochem, 90（4）; 979-988, 2004

3）Conklin, S.M., Gianaros, P.J., Brown, S.M., et al.: Long-chain omega-3 fatty acid intake is associated positively with corticolimbic gray matter volume in healthy adults. Neuroscience Letters, 421（3）; 209-212, 2007

4）Hashimoto, K.: BDNF variant linked to anxiety-related behaviors. Bioessays, 29（2）; 116-119, 2007

5）Kawakita, E., Hashimoto, M., Shido, O.: Docosahexaenoic acid promotes neurogenesis in vitro and in vivo. Neuroscience, 139（3）; 991-997, 2006

6）Kitamura, T., Saitoh, Y., Takashima, N., et al.: Adult neurogenesis modulates the hippocampus-dependent period of associative fear memory. Cell, 139（4）; 814-827, 2009

7）Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., et al.: Incidence and prediction of psychiatric morbidity after a motor vehicle accident in Japan: The Tachikawa Cohort of Motor Vehicle Accident Study. Crit Care Med, 36（1）; 74-80, 2008

8）Matsuoka, Y., Nishi, D., Nakajima, S., et al.: The Tachikawa cohort of motor vehicle accident study investigating psychological distress: design, methods and cohort profiles. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 44（4）; 341, 2009

9）Matsuoka, Y., Nishi, D., Yonemoto, N., et al.: Omega-3 fatty acids for secondary prevention of post-traumatic stress disorder after accidental injury: An open-label pilot study. J Clin Psychopharmacol, 30（2）; 217-219, 2010

10）Matsuoka, Y., Nishi, D., Yonemoto, N., et al.: Potential role of brain-derived neurotrophic factor in omega-3 fatty acid supplementation to prevent post-traumatic distress after accidental injury: An open-label pilot study. Psychother Psychosom, 80（5）; 310-312, 2011

11）Peters, J., Dieppa-Perea, L.M., Melendez, L.M., et al.: Induction of fear extinction with hippocampal-infralimbic BDNF. Science, 328（5983）; 1288-1290, 2010

12）Roberts, N.P., Kitchiner, N.J., Kenardy, J., et al.: Systematic review and meta-analysis of multiple-session early interventions following traumatic events. Am J Psychiatry, 166（3）; 293-301, 2009

13）Venna, V.R., Deplanque, D., Allet, C., et al.: PUFA induce antidepressant-like effects in parallel to structural and molecular changes in the hippocampus. Psychoneuroendocrinology, 34（2）; 199-211, 2009

Challenge for Preventing Posttraumatic Stress Disorder with Fish Oil

Yutaka MATSUOKA[1,2,3], Daisuke NISHI[1,2]

1) *Department of Psychiatry, National Disaster Medical Center*
2) *CREST, Japan Science and Technology Agency*
3) *National Center of Neurology and Psychiatry*

Although cognitive behavioral therapy has been demonstrated to be effective, there are not so many practitioners working in general hospital, and more convenient and evidence-based preventive intervention against depression and PTSD is desired. Based on the plausible animal studies[6], we hypothesized that promoting adult hippocampal neurogenesis by omega-3 fatty acids might facilitate clearance of fear memory from the hippocampus. In 2008, we have started the clinical trial to assess the efficacy and safety of omega-3 fatty acids in the secondary prevention of PTSD. In an open-label trial, omega-3 fatty acids supplementation reduced PTSD severity after accidental injury. Moreover, this study found that the serum elevated brain-derived neurotrophic factor was associated with prevention of PTSD and depression.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: fish oil, omega-3 fatty acid, PTSD, BDNF, physical injury, neurogenesis＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

日本人の食生活パターンと抑うつ症状との関連

南里　明子[1)]，木村　安美[2)]，松下　由実[1)]，太田　雅規[3)]，
佐藤　匡央[4)]，三島　徳雄[5)]，佐々木　敏[6)]，溝上　哲也[1)]

1）国立国際医療研究センター臨床研究センター疫学予防研究部，2）福山大学生命工学部生命栄養科学科，
3）産業医科大学産業生態科学研究所健康開発科学，4）九州大学大学院農学研究院栄養化学分野，
5）池見記念心療内科クリニック，6）東京大学大学院医学系研究科公共健康医学専攻社会予防疫学

葉酸や n-3 系脂肪酸など単一の栄養素や食品とうつとの関連が報告されているが，日本人における食事パターンとうつとの関連は明らかではない．本研究では，勤労者における食事パターンと抑うつ症状との関連を検討した．調査に参加した 547 名（21～67 歳）に対し簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）および抑うつ症状の評価を含む健康調査票を行った．重篤な疾患の既往がなく食事データが得られた 525 名（男性 310 名，女性 215 名）について食事パターンを調べた．食品 52 項目の摂取量に基づき，主成分分析により 3 つの因子（食事パターン）を抽出し，各パターンの因子得点を個人ごとに算出した．抑うつ症状の評価には，Center for Epidemiologic Studies Depression（CES-D）スケールを用いた．解析に必要なデータが揃っている 521 名を食事パターンスコアの三等分位で群分けし，多重ロジスティック回帰分析により最小三等分位群に対する他群の抑うつ症状ありの調整オッズ比を求めた．本研究は，国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した．対象者には研究内容を文書で説明し，署名入りの同意を得た．抑うつ症状のある人（CES-D 16 点以上）は 35.7％であった．野菜や果物，大豆製品，きのこなどの高摂取により特徴付けられる健康日本食パターンの得点が高いほど，抑うつ症状ありのオッズ比が低下する傾向を認めた（多変量調整オッズ比は，低得点群から順に 1.00，0.99，0.44，傾向性 P 値＝0.006）．動物性食品パターンおよび洋風朝食パターンと抑うつ症状との関連は認めなかった．健康日本食パターンは，うつ症状低下との関連が報告されている葉酸やビタミン C などの摂取と関連しており，これらの栄養素の複合効果により，抑うつ症状低下を示したと考えられる．本研究より，抑うつ症状に対する健康日本食パターンの予防的効果が示唆された．なお，本論文はすでに European Journal of Clinical Nutrition に受理され，2010 年第 64 巻 832-839 ページに掲載された．

＜**索引用語**：抑うつ，食事パターン，日本，断面研究＞

※本論文は既に，Eur J Clin Nutr, 64（8）: 832-839, 2010 に英文で掲載されております．
http://www.nature.com/ejcn/journal/v64/n8/full/ejcn201086a.html

はじめに

葉酸[4)]やビタミン B 群[15,37)]，ビタミン C[33)]，n-3 系多価不飽和脂肪酸[8,15)]，ビタミン D[6,17,22)]，ビタミン E[30,35)]，野菜[13,19)]や魚[34,36)]などの単一の栄養素や食品の摂取と抑うつ症状との関連は，多くの研究で報告されている．しかしながら，その結果はあまり一致していない．

私たちは，食品や栄養素を組み合わせた料理・食事を摂取していることから，様々な食品や栄養素の組み合わせによる相互作用や相乗効果が期待

できる．しかしながら，従来の単一の食品や栄養素と疾病リスクとの関連を検討した研究では，栄養素間の相互作用を考慮できないことのほか，単一の栄養素だけでは効果が小さいためその効果を検出しにくいこと，相関の高い栄養素の効果は区別して検討しにくいことなどいくつかの限界点がある．しかしながら，近年栄養疫学において注目されている食事パターン分析では，単一の栄養素や食品の効果は検出できないものの，これらの限界点を克服できると考えられる．食事パターンは，いくつかの食品や栄養素の摂取を組み合わせた総合的な変数であるため，食品や栄養素間の相互作用を考慮でき，検出しにくい単一の栄養素の小さな効果も複数の栄養素の累積効果として検出できる[7]．さらに，実際に食べる食事により近い効果を検討するこができる．

これまでに，食事パターンと抑うつとの関連を検討した研究は4つある[1,9,19,25]．このうち，3つの研究[1,9,25]で，野菜や果物の摂取により特徴付けられる食事パターンは抑うつ症状の低下と関連していた．また，残りの1研究[19]においては，野菜や果物，豆類，全粒穀類などの摂取により特徴付けられるhealthyパターンはメンタルヘルスと関連していなかったが，この食事パターンを構成する緑の葉野菜と果物の摂取は，メンタルヘルスとの好ましい関連を示した．日本人を対象として食事パターンと抑うつ症状との関連を検討した研究はなく，日本と欧米では食事内容が異なることから，本研究では，日本人勤労者における食事パターンと抑うつ症状との関連を検討した．なお，本論文はすでにEuropean Journal of Clinical Nutritionに受理され，2010年第64巻832-839ページに掲載された（http://www.nature.com/ejcn/journal/v64/n8/full/ejcn201086a.html）[18]．

Ⅰ．研究の方法

対象者は，北部九州の2つの公務職場の職員で，2006年7月と11月に行われた健康診断受診者である．健康診断時に長期病休や出産休暇中の者を除く常勤職員601名に調査への協力を依頼した．このうち，547名（21〜67歳の男性323名および女性224名）が本研究に参加した（協力率91％）．対象者は，事前に配布された調査票に回答し，健診時に調査員が記入内容を確認し，記入不備があれば対象者に尋ねた．また，健診における身体測定値や血液検査値，病歴や喫煙，飲酒に関するデータを収集した．調査に参加した547名のうち，循環器疾患やがんの既往のある17名および食事に関するデータ欠損5名を除外後，525名（男性310名および女性215名）について食事パターンを抽出した．さらに，本解析のためのデータ欠損4名を除外後，521名（男性309名および女性212名）について食事パターンと抑うつ症状との関連を分析した．本研究は，国立国際医療研究センター倫理審査委員会の承認を得て実施した．対象者には研究内容を文書で説明し，署名入りの同意を得た．

抑うつ症状は，Center for Epidemiologic Studies Depression（CES-D）スケール[23]の日本語版を用いて評価した．このスケールは，過去1週間における憂うつな気分，無力感や絶望感，食欲低下や睡眠障害などのうつの6つの症状に関する20項目から構成される．各質問項目は，症状の頻度により0〜3点のスコアを付け，合計0〜60点の範囲で評価した．CES-Dスコアが16点以上を抑うつ症状ありと定義した．このカットオフ値は，欧米人[23]および日本人[31]において妥当であることが報告されている．

食事は，妥当性が検証されている簡易型自記式食事歴法質問票（BDHQ）[27]を用いて評価した．BDHQでは，過去1ヵ月間の46項目の食品や飲料，ご飯，みそ汁の摂取頻度や飲酒頻度，5種のアルコールの摂取量，調理法や食行動について尋ねた．エネルギーや栄養素の摂取量は，食品成分表[28,29]に基づき算出した．サプリメント服用者は少数であるため（マルチビタミン3.7％，ビタミンD0.2％，マルチミネラル1.1％），サプリメントによる摂取は分析には含めなかった．妥当性研究は，31〜76歳の男性92名および女性92名において16日間の食事記録調査をゴールドスタ

ンダードとして行われた[11]．BDHQおよび食事記録調査により評価した各食品群の摂取量のスピアマンの相関係数は，男性0.22〜0.83（中央値0.48），女性0.14〜0.82（中央値0.44）であった[11]．

婚姻状況，職種，職位，仕事以外での身体活動は，調査票により尋ねた．職種は，仕事での身体活動の変数として用いた（デスクワーク：事務・管理，現業：保育士・給食調理員・技術職など）．仕事以外での身体活動は，通勤での徒歩または自転車に乗る1日当たりの時間と，余暇での身体活動について5つの活動（ウォーキング，軽度，中程度，強度の身体活動，庭仕事）に費やした週当たりの時間を尋ねた．仕事以外での身体活動に費やした時間の合計は，週当たりの時間で表した．

食事パターンは，食品や飲料52項目の密度法によりエネルギー調整した摂取量を主成分分析に投入し抽出した．抽出した因子は，無相関を維持し解釈しやすくするために直交回転（バリマックス回転）を行った．因子の数は，固有値やscreeプロット，因子の解釈のしやすさから決定した．固有値は，1以上を満たし，第3因子後大幅に低下（2.45から2.05），第4因子後ではあまり変化しなかったため（第4因子2.05，第5因子1.85），因子の数は3とした．因子（食事パターン）は，高い因子負荷量（絶対値）を示す食品項目に基づき名前を付けた．各個人における各食事パターンスコアは各食品の摂取量と因子負荷量により算出し，各食事パターンスコアの三等分位により対象者を三群に分けた．食事パターン抽出方法において，斜交回転（プロマックス回転）を行ったときの因子負荷パターンは，直交回転により得られたものとほぼ同様であった．さらに，主成分分析に投入する食品項目数を減らしても（40食品グループ）同様の食事パターンが抽出された．

交絡因子として，年齢（歳），性，職場（A/B），婚姻状況（既婚/その他），BMI（kg/m²），職位（低/中/高），現在の喫煙状況（はい/いいえ），仕事での身体活動（デスクワーク/現業），仕事以外での身体活動（なし/週0〜2時間未満/週2時間以上），高血圧症の既往（はい/いいえ），糖尿病の既往（はい/いいえ），総エネルギー摂取量（kcal）を考慮した．各食事パターンスコアの三等分位群におけるこれらの傾向性は，カテゴリー変数はMantel-Haenszelカイ二乗検定，連続変数は線形回帰分析により評価した．各食事パターンスコアの三等分位群における抑うつ症状ありのオッズ比および95％信頼区間は，最小三等分位群を基準群とし，多重ロジスティック回帰分析により算出した．食事パターンと抑うつ症状との関連における傾向性は，各食事パターンの三等分位群に0〜2の数値を割り当て評価した．両側検定における有意水準0.05未満を統計学的に有意とした．全ての解析は，SASバージョン9.1を用いて行った（SAS Institute，Cary，NC，USA）．

Ⅱ．結　　果

主成分分析により3つの食事パターンを抽出した（表1）．第1因子は，野菜や果物，大豆製品，きのこ，緑茶などの高摂取により特徴付けられるため健康日本食パターンと名付けた．第2因子は，魚介類，肉類，加工肉，マヨネーズ，卵などの高摂取により特徴付けられるため動物性食品パターンと名付けた．第3因子は，パンや菓子類，牛乳・ヨーグルト，マヨネーズ，卵の高摂取とご飯やアルコール，魚の低摂取により特徴付けられるため洋風朝食パターンと名付けた．第1因子から第3因子により食事全体の9.9％，5.0％，4.7％を説明でき，合計で19.5％を説明することができた．

食事パターンスコアの三等分位による対象者の特性を表2に示す．健康日本食パターンおよび洋風朝食パターンのスコアが高い群では，女性が多く低BMIであり，現在喫煙をしている者やデスクワークに従事している人は少なかった．健康日本食パターンおよび動物性食品パターンは，葉酸，ビタミンC，ビタミンD，ビタミンEの摂取と正に関連していた．洋風朝食パターンのスコアが高い群では，年齢が若く，既婚者，仕事以外での

表1　主な食事パターンに対する各食品の因子負荷量*,18)

	健康日本食パターン	動物性食品パターン	洋風朝食パターン
にんじん・かぼちゃ	0.78	—	—
きのこ	0.73	—	—
緑の葉野菜	0.69	—	—
キャベツ・白菜	0.68	0.17	—
だいこん・かぶ	0.68	—	—
その他の根菜	0.67	—	—
豆腐・厚揚げ	0.50	—	−0.16
海藻	0.48	0.16	−0.16
いも	0.46	—	—
その他の果物	0.37	—	0.21
かき・いちご・キウイ	0.31	—	—
納豆	0.30	—	—
柑橘類	0.25	—	—
緑茶	0.22	—	—
100％果物・野菜ジュース	−0.19	—	0.17
そば	−0.25	0.18	—
コーラ・ジュース	−0.29	—	0.15
ラーメン・インスタイントラーメン	−0.44	—	—
いか・たこ・えび・貝	−0.16	0.47	−0.21
ツナ缶	—	0.44	—
脂が少ない魚	—	0.43	—
豚肉・牛肉	—	0.43	—
魚の干物・塩蔵魚	—	0.41	−0.23
ハム・ソーセージ・ベーコン	—	0.37	—
鶏肉	—	0.37	—
脂がのった魚	—	0.33	−0.29
生野菜（レタス・キャベツ）	0.21	0.30	0.17
トマト	0.19	0.29	—
マヨネーズ・ドレッシング	—	0.29	0.28
骨ごと食べる魚	0.20	0.28	−0.23
レバー	—	0.27	—
卵	—	0.21	0.21
紅茶・ウーロン茶	—	0.19	—
漬物（その他）	—	0.18	—
ごはん	—	−0.67	−0.34
パン	—	—	0.57
洋菓子・クッキー・ビスケット	—	—	0.56
牛乳・ヨーグルト	—	—	0.36
せんべい・もち・お好み焼きなど	—	—	0.36
和菓子	—	—	0.34
アイスクリーム	−0.19	—	0.31
みそ汁	—	—	−0.18
漬物（緑の葉野菜）	0.18	0.18	−0.24
日本酒	—	—	−0.26
ビール	−0.21	—	−0.41
焼酎	−0.24	—	−0.45

*因子負荷量が±0.15未満の場合，ダッシュ（—）で示した．全食事パターンにおいて因子負荷量が±0.15未満の食品は省いた（コーヒー，うどん・ひやむぎ・そうめん，低脂肪牛乳・ヨーグルト，スパゲッティ・マカロニ，ウイスキー，ワイン）．

表2　食事パターンスコアの三等分位による対象者の特性[18]

	健康日本食パターン				動物性食品パターン				洋風朝食パターン			
	T1(低)	T2	T3(高)	傾向性 p^*	T1(低)	T2	T3(高)	傾向性 p^*	T1(低)	T2	T3(高)	傾向性 p^*
対象者数	173	174	174		173	174	174		173	174	174	
年齢（平均，歳）	42.2	42.1	44.1	0.11	43.0	43.4	42.1	0.40	46.7	41.6	40.1	<0.01
BMI（平均，kg/m²）	23.2	22.4	22.0	<0.01	22.3	22.5	22.8	0.19	23.2	22.5	21.9	<0.01
女性（%）	12.1	40.0	70.1	<0.01	42.2	39.7	40.2	0.88	22.0	42.0	58.0	<0.01
職場A（%）	38.2	31.0	23.0	<0.01	18.5	35.6	37.9	<0.01	26.0	27.0	39.1	0.01
既婚（%）	64.7	70.1	73.6	0.20	66.5	75.9	66.1	0.08	76.9	67.2	64.4	0.03
現在喫煙（%）	46.2	25.9	12.6	<0.01	27.7	29.9	27.0	0.83	45.7	28.2	10.9	<0.01
デスクワーク（%）	87.9	83.3	71.3	<0.01	75.7	82.8	83.9	0.11	88.4	78.7	75.3	<0.01
週2時間以上の身体活動（%）	34.1	32.8	35.6	0.85	34.1	28.7	39.7	0.10	39.3	37.4	25.9	0.02
職位（低，%）	57.2	59.2	53.4	0.55	52.6	57.5	59.8	0.39	41.0	58.0	70.7	<0.01
高血圧の既往あり（%）	2.9	7.5	3.4	0.08	4.0	2.3	7.5	0.06	7.5	4.0	2.3	0.06
糖尿病の既往あり（%）	1.2	2.3	3.4	0.36	1.2	1.1	4.6	0.047	2.9	2.9	1.1	0.46
食事摂取量（平均）												
エネルギー（kcal/日）	1763	1771	1739	0.66	1748	1737	1788	0.46	1780	1815	1678	0.06
葉酸（μg/1000 kcal）	145.5	185.4	252.3	<0.01	176.1	191.2	216.1	<0.01	192.1	195.3	196.1	0.59
ビタミンC（mg/1000 kcal）	43.5	58.7	85.2	<0.01	57.2	61.2	68.9	<0.01	56.4	64.2	66.8	<0.01
ビタミンD（μg/1000 kcal）	5.4	6.5	7.2	<0.01	4.4	6.0	8.6	<0.01	7.3	6.5	5.2	<0.01
ビタミンE（mg/1000 kcal）	3.4	4.0	5.0	<0.01	3.5	4.1	4.7	<0.01	3.8	4.2	4.4	<0.01

*傾向性は，カテゴリ変数はMantel-Haenszelカイ二乗検定，連続変数は線形回帰分析による．

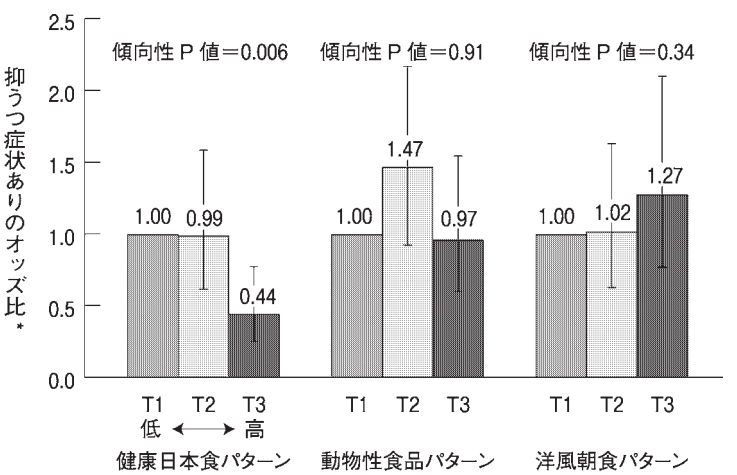


図1　食事パターンスコアの三等分位による抑うつ症状ありのオッズ比[18]
* オッズ比は，性，年齢，職場，職位，BMI，婚姻状況，喫煙状況，仕事での身体活動，仕事以外での身体活動，高血圧の既往，糖尿病の既往，エネルギー摂取量で調整した．

身体活動が少なかった．

186名（35.7%）が抑うつ症状あり（CES-Dスコア16点以上）と判定された．食事パターンと抑うつ症状との関連を図1に示す．健康日本食パターンは抑うつ症状ありのオッズ比低下と有意に関連していた．健康日本食パターンスコアの最小三等分位群から最高三等分位群の抑うつ症状ありの多変量調整オッズ比（95%信頼区間）は，1.00（基準群），0.99（0.62〜1.59），0.44（0.25〜0.78）であった（傾向性P値＝0.006）．

また，精神疾患の既往のある14名を除外後，健康日本食パターンスコアの三等分位群における抑うつ症状ありのオッズ比は，1.00（基準群），1.00（0.62〜1.62），0.40（0.22〜0.71）であった（傾向性P値＝0.002）．抑うつ症状の定義としてカットオフ値を日本人に適した19点以上および重症うつ状態を示す23点以上を用いたとき，健康日本食パターンスコアの三等分位群における抑うつ症状あり（CES-D 19点以上）のオッズ比は，1.00（基準群），1.07（0.64〜1.79），0.42（0.22〜0.80）であり（傾向性P値＝0.01），重症うつ（CES-D 23点以上）のオッズ比は，1.00（基準群），0.62（0.32〜1.22），0.31（0.14〜0.71）であった（傾向性P値＝0.006）．他の食事パターンは抑うつ症状との関連を認めなかった．

Ⅲ．考　　察

日本人男女における本研究では，3つの食事パターンを抽出し，野菜や果物，大豆製品，きのこなどの高摂取により特徴付けられる健康日本食パターンは抑うつ症状の低下と関連していた．本研究は，日本人中高年において食事パターンと抑うつ症状との関連を検討した最初の研究である．

本研究で抽出した食事パターンは，日本人における食事パターン分析を用いた先行研究でも抽出された．9つの研究のうち，全研究において本研究の健康日本食パターンと同様の食事パターンが抽出された[5,10,12,14,16,20,21,24,32]．多くの研究において，これらの食事パターンでは，野菜や果物だけではなく，大豆製品やきのこ，海藻，緑茶などの日本に特徴的な食品と関連していた．また，本研究の健康日本食パターンには，脂の少ない魚や骨ごと食べる小魚の摂取が中程度関連していた（因子負荷量：脂の少ない魚0.145，骨ごと食べる小魚0.197）．本研究の動物性食品パターンと同様の食事パターンもまた，全ての先行研究で抽出された．さらに，洋風朝食パターンや同様の食事パターンは，これらのうち4つの研究で観察された[12,16,24,32]．この食事パターンは，ご飯やみそ汁の低摂取と関連しているため，いくつかの研究[5,10,20,21]で抽出された伝統的日本食パターンの鏡像パターンとみることができる．

本研究では，中高年の勤労者において健康日本食パターンと抑うつ症状低下との関連を認めた．これまでに食事パターンと抑うつとの関連を検討した研究は4つある[1,9,19,25]．イギリスの中高年を対象とした研究[1]では，野菜や果物，魚の高摂取により特徴づけられるwhole foodパターンはCES-Dにより評価した抑うつ症状のリスク低下と関連していた．フランスの高齢者を対象とした研究[25]では，女性において野菜や果物の高摂取により特徴付けられるhealthyパターンはCES-Dのスコア低値と関連していた．さらに，オーストラリアの女性を対象とした研究[9]では，野菜や果物，肉，魚，全粒穀類の摂取により特徴付けられるtraditionalパターンは，General Health Questionnaireで評価したうつのオッズ比の低下と関連していた．オーストラリアの青年期男女における研究[19]では，野菜や果物，豆類，全粒穀類などの摂取により特徴付けられるhealthyパターンとメンタルヘルスとの関連は認めなかったが，食品グループに基づく分析で，緑の葉野菜や果物の高摂取はメンタルヘルスとの好ましい関連を示した．また，スペインの研究[26]では，野菜や果物，豆類の高摂取という点で健康日本食パターンと類似した地中海食パターンは，うつのリスク低下と関連していた．

これまでに，葉酸[4]やビタミンC[33]などの栄養素は抑うつ症状低下と関連していることが報告されている．本研究では，健康日本食パターンスコアの最も高い群では最も低い群に比べて，これらのビタミン類の摂取量が多かった．葉酸は脳内のセロトニンなどのモノアミンの合成に関与していることや，神経毒性作用のあるホモシステインを低下させることにより，脳の機能を保護すると推測されている[3]．また，活性酸素種により引き起こされた酸化ストレスや抗酸化防御能の障害は，精神疾患の病因に関与するかもしれない[2]．しかしながら，ビタミンCやビタミンEなどは，抗

酸化ビタミンであるため，気分障害に対して好ましい効果を持つと考えられる．本研究で観察された健康日本食パターンと抑うつ症状低下との関連は，これらの栄養素の複合効果によるかもしれない．

本研究の長所として，参加率が高いことや抑うつ症状の既知および疑われている要因を調整していることが挙げられる．本研究は，定期健康診断において非選択的に参加者をリクルートしており，高参加率であるため，選択バイアスの可能性は低いと考えられる．本研究にはいくつかの限界点がある．まず，本研究は断面研究であるため，因果関係までは明らかにできない．特に，抑うつ症状のある人ではない人に比べて，食欲低下により食事摂取量が低下しているかもしれないが，本研究では抑うつ症状のある人とない人で総エネルギー摂取量は同程度であった．しかしながら，食事パターンを決定する食品の選択（好み）が抑うつ症状により変化している可能性は否定できない．次に，本研究の対象者は，日本の公務職場の職員であるため，本結果は異なるバックグラウンドの集団には一般化できないかもしれない．最後に，主成分分析では，保持する因子の数の決定や因子の回転方法，食事パターンの名前付けに関して，主観的な判断を要する．しかし，本研究で抽出された食事パターンは，日本人における他の研究でも同様に抽出された．

結論として，野菜や果物，大豆製品，きのこなどの高摂取により特徴付けられる健康日本食パターンは抑うつ症状の低下と関連していた．断面研究から得られた本結果は，前向き研究を行い，検証する必要がある．

謝　辞

本研究にご協力いただきました方々，調査にご支援いただいた九州大学の波多野圭美氏，田中昭宏氏，江島祐子氏，福岡女子大学の小澤未央氏，国立国際医療研究センターの林亜紀子氏，長尾貴恵氏に心より感謝申し上げます．

本研究は，文部科学省科学研究費補助金若手研究（B）（21790598）「葉酸の摂取及び血清濃度と抑うつに関する職域疫学研究（主任研究者：南里明子）」および基礎研究（C）（18590601）「食事及び血清脂質の脂肪酸組成と抑うつに関する職域疫学研究（主任研究者：溝上哲也）」および（B）（21390213）「脂肪酸組成が疾病早期バイオマーカー及び気管支ぜん息に及ぼす影響（主任研究者：溝上哲也）」の助成を受けたものである．

文　献

1) Akbaraly, T.N., Brunner, E.J., Ferrie, J.E., et al.: Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. Br J Psychiatry, 195; 408–413, 2009

2) Bilici, M., Efe, H., Koroglu, M.A., et al.: Antioxidative enzyme activities and lipid peroxidation in major depression: alterations by antidepressant treatments. J Affect Disord, 64; 43–51, 2001

3) Bottiglieri, T.: Homocysteine and folate metabolism in depression. Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry, 29; 1103–1112, 2005

4) Gilbody, S., Lightfoot, T., Sheldon, T.: Is low folate a risk factor for depression? A meta-analysis and exploration of heterogeneity. J Epidemiol Community Health, 61; 631–637, 2007

5) Hirose, K., Matsuo, K., Iwata, H., et al.: Dietary patterns and the risk of breast cancer in Japanese women. Cancer Sci, 98; 1431–1438, 2007

6) Hoogendijk, W.J., Lips, P., Dik, M.G., et al.: Depression is associated with decreased 25-hydroxyvitamin D and increased parathyroid hormone levels in older adults. Arch Gen Psychiatry, 65; 508–512, 2008

7) Hu, F.B.: Dietary pattern analysis: a new direction in nutritional epidemiology. Curr Opin Lipidol, 13; 3–9, 2002

8) Jacka, F.N., Pasco, J.A., Henry, M.J., et al.: Dietary omega-3 fatty acids and depression in a community sample. Nutr Neurosci, 7; 101–106, 2004

9) Jacka, F.N., Pasco, J.A., Mykletun, A., et al.: Association of Western and traditional diets with depression and anxiety in women. Am J Psychiatry, 167; 305–311, 2010

10) Kim, M.K., Sasaki, S., Sasazuki, S., et al.: Prospective study of three major dietary patterns and risk of gastric cancer in Japan. Int J Cancer, 110; 435–442, 2004

11) Kobayashi, S., Murakami, K., Sasaki, S., et al.: Comparison of relative validity of food group intakes

estimated by comprehensive and brief-type self-administered diet history questionnaires against 16 d dietary records in Japanese adults. Public Health Nutr, 14 ; 1200-1211, 2011

12) Masaki, M., Sugimori, H., Nakamura, K., et al. : Dietary patterns and stomach cancer among middle-aged male workers in Tokyo. Asian Pac J Cancer Prev, 4 ; 61-66, 2003

13) Mikolajczyk, R.T., El Ansari, W., Maxwell, A. E. : Food consumption frequency and perceived stress and depressive symptoms among students in three European countries. Nutr J, 8 ; 31, 2009

14) Mizoue, T., Yamaji, T., Tabata, S., et al. : Dietary patterns and colorectal adenomas in Japanese men : the Self-Defense Forces Health Study. Am J Epidemiol, 161 ; 338-345, 2005

15) Murakami, K., Mizoue, T., Sasaki, S., et al. : Dietary intake of folate, other B vitamins, and omega-3 polyunsaturated fatty acids in relation to depressive symptoms in Japanese adults. Nutrition, 24 ; 140-147, 2008

16) Nanri, A., Yoshida, D., Yamaji, T., et al. : Dietary patterns and C-reactive protein in Japanese men and women. Am J Clin Nutr, 87 ; 1488-1496, 2008

17) Nanri, A., Mizoue, T., Matsushita, Y., et al. : Association between serum 25-hydroxyvitamin D and depressive symptoms in Japanese : analysis by survey season. Eur J Clin Nutr, 63 ; 1444-1447, 2009

18) Nanri, A., Kimura, Y., Matsushita, Y., et al. : Dietary patterns and depressive symptoms among Japanese men and women. Eur J Clin Nutr, 64 ; 832-839, 2010

19) Oddy, W.H., Robinson, M., Ambrosini, G.L., et al. : The association between dietary patterns and mental health in early adolescence. Prev Med, 49 ; 39-44, 2009

20) Okubo, H., Sasaki, S., Horiguchi, H., et al. : Dietary patterns associated with bone mineral density in premenopausal Japanese farmwomen. Am J Clin Nutr, 83 ; 1185-1192, 2006

21) Okubo, H., Sasaki, S., Murakami, K., et al. : Three major dietary patterns are all independently related to the risk of obesity among 3760 Japanese women aged 18-20 years. Int J Obes (Lond), 32 ; 541-549, 2008

22) Pan, A., Lu, L., Franco, O.H., et al. : Association between depressive symptoms and 25-hydroxyvitamin D in middle-aged and elderly Chinese. J Affect Disord, 118 ; 240-243, 2009

23) Radloff, L.S. : The CES-D scale : a self-report depression scale for research in the general population. Appl Psychol Meas, 1 ; 385-401, 1977

24) Sadakane, A., Tsutsumi, A., Gotoh, T., et al. : Dietary patterns and levels of blood pressure and serum lipids in a Japanese population. J Epidemiol, 18 ; 58-67, 2008

25) Samieri, C., Jutand, M.A., Feart, C., et al. : Dietary patterns derived by hybrid clustering method in older people : association with cognition, mood, and self-rated health. J Am Diet Assoc, 108 ; 1461-1471, 2008

26) Sanchez-Villegas, A., Delgado-Rodriguez, M., Alonso, A., et al. : Association of the Mediterranean dietary pattern with the incidence of depression : the Seguimiento Universidad de Navarra/University of Navarra follow-up (SUN) cohort. Arch Gen Psychiatry, 66 ; 1090-1098, 2009

27) Sasaki, S. : Development and evaluation of dietary assessment methods using biomarkers and diet history questionnaires for individuals. Ministry of Health, Labour and Welfare, ed. Research for evaluation methods of nutrition and dietary lifestyle programs held on Healthy Japan 21 (head investigator : Tanaka, H.) Summary Report. p. 10-44, 2004 (in Japanese)

28) Science and Technology Agency : Standard Tables of Food Composition in Japan. 5th revised and enlarged ed. Printing Bureau of the Ministry of Finance, Tokyo, 2005 (in Japanese)

29) Science and Technology Agency : Standard Tables of Food Composition in Japan, fatty acids section. 5th revised and enlarged ed. Printing Bureau of the Ministry of Finance, Tokyo, 2005 (in Japanese)

30) Shibata, H., Kumagai, S., Watanabe, S., et al. : Relationship of serum cholesterols and vitamin E to depressive status in the elderly. J Epidemiol, 9 ; 261-267, 1999

31) Shima, S., Shikano, T., Kitamura, T., et al. : New self-rating scale for depression. Jpn J Clin Psychiatry, 27 ; 717-723, 1985 (in Japanese)

32) Shimazu, T., Kuriyama, S., Hozawa, A., et al.: Dietary patterns and cardiovascular disease mortality in Japan: a prospective cohort study. Int J Epidemiol, 36; 600-609, 2007

33) Smith, A.P., Clark, R.E., Nutt, D.J., et al.: Vitamin C, mood and cognitive fuctioning in the elderly. Nutritional Neuroscience, 2; 249-256, 1999

34) Tanskanen, A., Hibbeln, J.R., Tuomilehto, J., et al.: Fish consumption and depressive symptoms in the general population in Finland. Psychiatr Serv, 52; 529-531, 2001

35) Tiemeier, H., Hofman, A., Kiliaan, A.J., et al.: Vitamin E and depressive symptoms are not related. The Rotterdam Study. J Affect Disord, 72; 79-83, 2002

36) Timonen, M., Horrobin, D., Jokelainen, J., et al.: Fish consumption and depression: the Northern Finland 1966 birth cohort study. J Affect Disord, 82; 447-452, 2004

37) Tolmunen, T., Hintikka, J., Ruusunen, A., et al.: Dietary folate and the risk of depression in Finnish middle-aged men. A prospective follow-up study. Psychother Psychosom, 73; 334-339, 2004

Dietary Patterns and Depressive Symptoms among Japanese Men and Women

Akiko NANRI[1)], Yasumi KIMURA[2)], Yumi MATSUSHITA[1)], Masanori OHTA[3)], Masao SATO[4)], Norio MISHIMA[5)], Satoshi SASAKI[6)], Testuya MIZOUE[1)]

1) *Department of Epidemiology and Prevention, Clinical Research Center, National Center for Global Health and Medicine*
2) *Department of Nutrition and Life Science, Fukuyama University*
3) *Department of Health Development, University of Occupational and Environmental Health*
4) *Department of Applied Biological Chemistry, Graduate School of Bioresource and Bioenvironmental Sciences, Kyushu University*
5) *Ikemi Memorial Clinic of Mind-Body Medicine*
6) *Department of Social and Preventive Epidemiology, School of Public Health, The University of Tokyo*

Although several studies have reported associations of depressive state with specific foods and nutrients such as folate and n-3 fatty acids, few studies examined the association with dietary patterns in adults. We investigated the association between major dietary patterns and depressive symptoms in Japanese.

Subjects were 521 municipal employees (309 men and 212 women) without serious disease, aged 21-67 years, who participated in a health survey at the time of periodic checkup. Depressive symptoms were assessed using the Center for Epidemiologic Studies Depression (CES-D) Scale. Dietary patterns were derived by using principal component analysis of the consumption of 52 food and beverage items, which was assessed by a validated brief diet history questionnaire. Logistic regression analysis was used to estimate odds ratios of

depressive symptoms (CES-D≥16) for the tertiles of scores for each dietary pattern with adjustment for potential confounding variables, taking the lowest tertile group as the reference. The protocol of the study has been approved by the ethics committee of the National Center for Global Health and Medicine, and written informed consent was obtained from each participant.

One hundred eighty six subjects (35.7%) were identified as having depressive symptoms. Of identified three dietary patterns, a healthy Japanese dietary pattern characterized by high intakes of vegetables, fruit, mushrooms, and soy products was associated with fewer depressive symptoms. The multivariate-adjusted odds ratios (95% confidence intervals) of having depressive symptoms for the lowest through highest tertiles of the healthy Japanese dietary pattern score were 1.00 (reference), 0.99 (0.62-1.59), and 0.44 (0.25-0.78), respectively (P for trend=0.006). Other dietary patterns were not appreciably associated with depressive symptoms.

Subjects in the highest tertile of the healthy dietary pattern consumed much greater amount of folate and vitamin C than those in the lowest tertile. The clear inverse association between the healthy Japanese dietary pattern and depressive symptoms in this study may be ascribed to the combined effect of these nutrients. Our findings suggest that the healthy Japanese dietary pattern may be related to decreased prevalence of depressive status. This article was previously published in the European Journal of Clinical Nutrition 2010 ; 64 : 832-839.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: cross-sectional studies, depression, dietary patterns, Japanese＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

水道水中のリチウムは自殺予防に働くか？

石井　啓義，寺尾　岳，荒木　康夫，河野　健太郎，溝上　義則
（大分大学医学部精神神経医学講座）

リチウムの抗自殺効果に注目して，先行研究や我々の研究を紹介した．さらに，抗自殺効果の作用機序について考察した．現時点では，水道水中のリチウムが自殺予防に効果的であるかどうか結論は出せないが，さらに検討する価値のあるテーマである．

＜**索引用語**：自殺，リチウム，水道水，人間生活環境，水資源＞

はじめに

本稿の目的は，近年増加している自殺に対する対策の一助となることを目指して行うものである．警察庁の統計資料によると，平成 10 年に全国で総数 32,863 人と初めて 3 万人を超えて以来，平成 22 年まで 13 年連続で 3 万人以上の自殺者数が続いている．この自殺者数を減らすために，さまざまな観点から自殺対策が行われているが，いまだ自殺者数は減っていない．

そこで，新たな対策が必要となるが，我々は精神科で気分安定薬として双極性障害の治療に用いられるリチウムに注目した．このリチウムは原子番号 3 番の元素であり，我々は日常生活においても水道水，穀物，野菜などから微量のリチウムを摂取している．リチウムは双極性障害の治療薬であるが，最近の研究ではリチウムが気分安定化作用とは独立して攻撃性や衝動性を抑える作用があると指摘されている．リチウムは軽量合金や，強力な還元剤または有機リチウム化合物の原料，さらにはリチウム電池として広く使用されている．

医療現場では，1949 年にオーストラリアの Cade 博士によりリチウムが躁病に効くことが発見され[1]，以後 60 年余りにわたって，双極性障害（躁うつ病）治療の第一選択薬として位置付けられ，炭酸リチウムなどの形で製剤されている．

リチウムは塩湖かん水や鉱石として 2,000 万トンあまりが存在していると見積もられているが，最も軽い金属元素なので，長時間のうちに海水中と地殻上部を循環し続けている．海水中には 2,300 億トンのリチウムが溶けていると言われる．

さて，このように自然界に存在するリチウムと精神の関連について，Dawson はテキサス州の 24 区域における水道水のリチウム濃度と，1967～1969 年における精神病院への入院率などとの相関から検討したところ，入院率はリチウム濃度と強い負の相関を示したと報告している[2]．また，Schrauzer と Shrestha は，同様に水道水のリチウム濃度と 1978～1987 年のテキサス州における犯罪率との相関を検討した．その結果，リチウム濃度と有意な負の相関を示したのは，他殺，自殺，レイプ，強盗，窃盗，麻薬所持であったと報告している[6]．以上の所見から，リチウムは微量であっても攻撃性や衝動性を抑え，気分安定化作用を発揮する可能性が示唆される．

Ⅰ．リチウムと抗自殺効果

自殺に影響を与える要因として，これまでさまざまな心理社会学的要因や生物学的要因が検討さ

れてきた[10]．その中で，先に述べた米国における研究から，我々も微量なリチウムの抗自殺効果に注目し，研究を重ねてきた．例えば，大分県の18市町村において水道水のリチウム濃度と自殺率を調査し，リチウム濃度が高い地域は自殺率が低いことを示した[5]．

この報告に対してKapustaらがオーストリアで追試験を行った．2005～2011年にオーストリアの全99州で6,460カ所の水道水を採取し，水道水中リチウム濃度とそれぞれの地域における自殺率との関連を調査した．社会経済的要因で補正しても水道水中のリチウム濃度と自殺率や自殺の標準化死亡比は有意な負の相関を示し，飲料水中リチウム濃度0.01 mg/Lの増加は自殺率を7.2％低下させ我々の報告を裏付ける結果がみられた[4]．ただし全ての研究において同様の結果が得られたわけではなく，Kabacsらの研究では2006～2008年，イギリス東部の47地区において水道水を採取し，水道水のリチウム濃度とそれぞれの地区における自殺の標準化死亡比との関連を調査したが水道水のリチウム濃度と自殺の標準化死亡比に有意な相関はみられなかった[3]．

先の我々の報告は，水道水のリチウム濃度の測定点が少ないことと，自殺率に影響を与える可能性のある社会経済的要因，医療的要因，気象的要因，栄養的要因などを考慮していないことが限界であった．そこで現在我々は，対象地域を大分県から九州全域に広げることにより，水道水のリチウム濃度の測定点を増やしつつ，自殺に関連する可能性のある年間日照量，青魚（オメガ3脂肪酸）の摂取量などや年間平均所得，年間失業率，精神科医療機関の数なども調査し，これらの要因で補正しつつ解析を行うことで，本当に水道水のリチウム濃度と自殺率の間に負の相関があるかどうかを検討している．九州8県の市町村役所，駅から水道水を採取し，また各県の水道局に依頼することで計253検体を確保した．これらの検体中の水道水のリチウム濃度は0.1～43 μg/Lの間に分布しており，地域差の大きなことが再確認された（図1）．今後も引き続き，未採取の市町村における水道水採取を続けていく．

Ⅱ． 抗自殺効果の作用機序

今までの我々の研究から九州各地区の水道水のリチウム濃度は0.1～48 μg/Lの間に分布していた．50 μg/Lは0.05 mg/Lなので，1日2 L水道水摂取するとして0.1 mg/日，毎日2,000 L水道水を飲むことでようやくリチウム100 mg錠に相当し，双極性障害の治療濃度にはほど遠い．水道水中の微量なリチウム濃度に自殺予防効果があるとすれば，これは気分安定化作用を介してのものではなく，別の作用と考えられる．それは，おそらく衝動性や攻撃性に対する緩和作用と考えられる．最近の脳科学の考え方では，辺縁系の興奮によって衝動性や攻撃性が生じ（bottom‐up drive），それに対して眼窩前頭前野や前部帯状回がブレーキをかけている（top-down brakes）．リチウムはたとえ微量であっても毎日摂取すれば，衝動性や攻撃性が生じにくくなり（bottom-up driveの軽減），それにブレーキがかけやすくなるのかもしれない（top-down brakesの強化）[7,8]．つまり図2に示すように，抗自殺作用の出現する濃度範囲はずいぶん低値に広がっていると考えられる．これによって，精神疾患を有する患者はもとより一般の健常人においても，微量なリチウム摂取が自殺予防に役立つ可能性が示唆される[9]．

結　　語

水道水中に含まれる微量なリチウムによる抗自殺効果について紹介した．現時点で，水道水中のリチウムが自殺予防に有用であるか結論は導けないが，今後も研究対象地域を広げ，実証データを積み上げていく予定である．

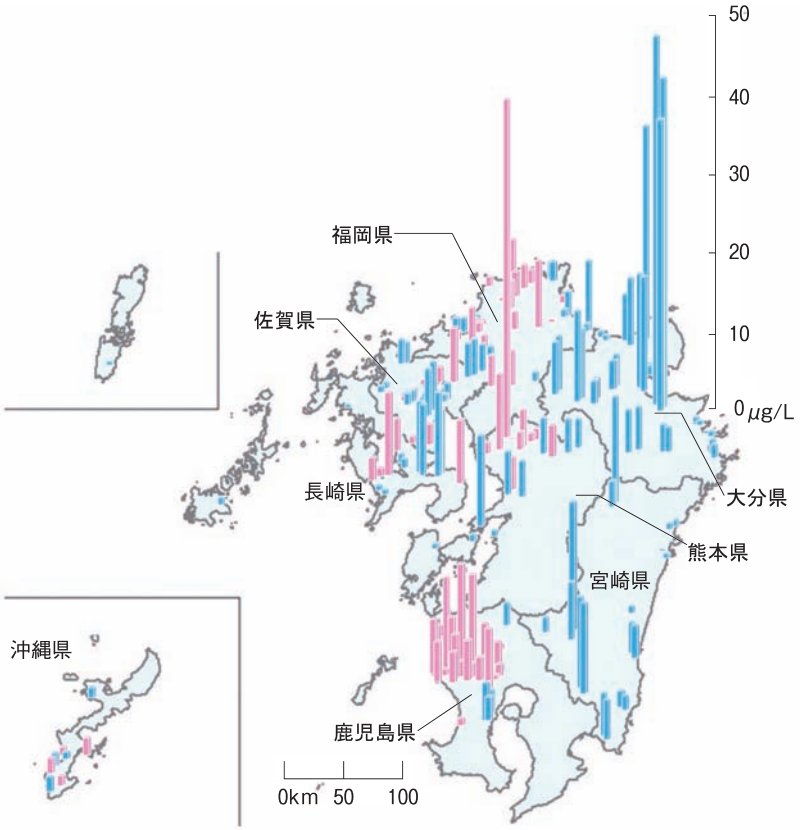


図1　2010～2011年九州各市町村の水道水のリチウム濃度
青：水道水，ピンク：浄水場

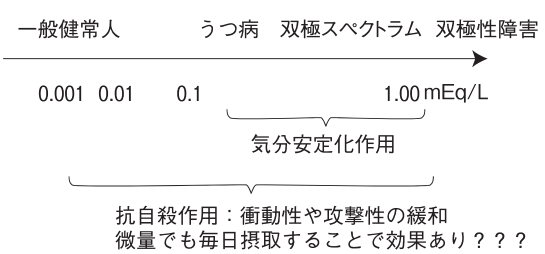


図2　リチウムの治療濃度スペクトラム

文　　献

1) Cade, J.F.J.: Lithium salts in the treatment of psychotic excitement. Med J Aust, 2; 349-352, 1949

2) Dawson, E.B., Moore T.D., McGanity W.J., et al.: Relationship of lithium metabolism to mental hospital admission and homicide. Dis Nerv Syst, 33; 546-556, 1972

3) Kabacs, N., Memon, A., Obinwa, T., et al.: Lithium in drinking water and suicide rates across the East of England. Br J Psychiatry, 198; 406-407, 2011

4) Kapusta, N.D., Mossaheb, N., Etzersdorfer, E., et al.: Lithium in drinking water and suicide mortality. Br J Psychiatry, 198; 346-350, 2011

5) Ohgami, H., Terao, T., Shiotsuki, I., et al.: Lithium levels in drinking water and risk of suicide. Br J Psychiatry, 194; 464-465, 2009

6) Schrauzer, G.N., Shrestha, K.P.: Lithium in drinking water and the incidences of crimes, suicides, and arrests related to drug addictions. Biol Trace El Res, 25; 105-113, 1990

7) Terao, T.: Aggression, Suicide, and Lithium Treatment. am J Psychiatry, 165 (10); 1356, 2011

8) Terao, T., Goto, S., Inagaki, M., et al.: Even very low but sustained lithium intake can prevent suicide in the general population? Med Hypotheses, 73; 811-812, 2009

9) 寺尾　岳，石井啓義：気分安定薬の自殺予防効果．臨床精神薬理，14：1967-1972, 2011

10) Yur'yev, A., Värnik, A., Värnik, P., et al.: Employment status influences suicide mortality in Europe. Int J Soc Psychiatry, 58 (1); 62-8, 2012

Can Lithium in Tap Water Prevent Suicide?

Nobuyoshi ISHII, Takeshi TERAO, Yasuo ARAKI, Kentaro KOHNO, Yoshinori MIZOKAMI

Department of Neuropsychiatry, Oita University Faculty of Medicine

We reviewed previous studies and our studies regarding anti-suicidal effects of lithium. Moreover, we discussed the mechanism (s) where lithium acts as an anti-suicidal agent. At the moment, although we cannot conclude that lithium in tap water can prevent suicide, this theme seems to be worthy of further research.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: suicide, lithium, tap water, human life environment, aquatic resources＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

かえる・かわる――精神保健医療の発展のために――

コーディネーター　竹 島　正

自殺，ひきこもり，虐待，困窮者の抱えるメンタルヘルスの問題などが社会的な課題として語られている．その一方で，それらの問題に向き合うことを期待される精神保健医療では，地域保健体制の機能低下，長期入院と入院患者の高齢化の問題を抱えている．このシンポジウムでは，精神保健医療に対する社会の求めを，精神疾患の疫学，地域の必要とする精神保健医療，触法精神障害者の専門医療・地域処遇の経験，精神保健医療政策の 4 つの観点からとらえ，今後の精神保健医療の研究と実践の方向性を検討した．

立森は，患者調査によると 323 万人（国民の 40 人に 1 人）が精神疾患の治療のために医療機関を利用していると推計されるが，地域疫学調査の結果からは年間 1,000 万人以上が成人の気分障害・不安障害・物質使用障害に罹患していると推計されることを報告した．また，受診行動の状況については，これまでに精神疾患を経験していた者のうち，医師を受診したのは約 4 分の 1 であって，最終的に医師を受診したものにおいても，発症から受診までに大きな遅れが存在していたことを報告した．受診行動の阻害要因としては，こころの健康問題への知識のなさ，相談先に関する情報不足などをあげた．

三井は，政令指定都市の精神保健福祉センターに勤務する立場から，北九州市地域のニーズを汲む目的で行った実態調査の結果を報告した．こころの健康に関する市民のニーズは高く，調査結果が様々な立場をつなぐツールとなり，行政の施策構築に寄与することが期待される．精神保健医療に関連する行政施策は様々であるが，地方行政は縦割りに陥りやすく，専門性を確保しにくいため，ニーズを抱えた市民への対応に苦慮する実情がある．精神科医療においても，様々な病態への対応力が今以上に求められるであろうが，人々の健康を目指す対人援助システムとしての全体を眺め，施策相互のつながりを確保していくことができれば，精神保健の専門的な領域から汲みだされたこころの知識は，今後，地域づくりにも大きく貢献できる可能性がある．

平林は，医療観察法による医療について，厚生労働科学研究の成果を報告した．それによると，入院処遇となった統合失調症のうち，約 8 割に精神科受診歴を，半数以上に精神保健福祉法による入院歴を認めた．また，約 8 割の対象者が医療中断から 180 日以内に対象行為に及んでいた．指定入院医療機関の入院日数は，中央値 740 日，平均値 688 日であり，医療観察法による医療では薬物

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　かえる・かわる――精神保健医療の発展のために――　座長：竹島　正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所），三井　敏子（北九州市立精神保健福祉センター）

療法を中心としながらも，多職種チームによる治療プログラムが活発に行われていた．退院後の予後を見ると，精神保健福祉法の入院を 41.9％の対象者が経験していた．これらのことから浮かび上がってきた課題は，医療の継続性，アドヒアランスの改善であるが，医療の継続性を改善するためには，病識の獲得だけではなく，病気に関する知識と自己対処技能の獲得，障害の受容が不可欠である．今後，精神診療全般においても，多職種チームによる治療プログラム，疾病教育や服薬心理教育，ケアマネジメントなどの心理社会的治療が活発に行われるとともに，地域におけるアウトリーチサービスの充実が期待される．

千葉は，わが国の精神保健医療福祉の歴史を振り返って，国の施策の誤りと，国民のリテラシーのなさが原因で，精神科病院は福祉的な対応や介護的な対応が適切とされる人々まで幅広く対応してきたが，真に適正な医療サービスの提供機関へと大きく変化する必要があると述べた．WPA の 2008～2011 年のアクションプランに，①バランスドケアモデル，②精神保健を狭隘な政治的な関心事とリンクさせないこと，③慎重に物事の順序を考えること，④長期的な計画の重要性，⑤家族のエンパワメント，⑥精神病のみに焦点を当てないこと，⑦身体的な健康を守ること，⑧エビデンスに基づくアプローチ，⑨精神科医の臨床的な技術を守ること，⑩心理社会的リハビリテーションの重要性と社会への取り込みが挙げられていることを示し，チェック＆バランスを重要視しながら，地域での受け入れを確固たるものに作り上げながら，精神科病院における医療改革を進めることが重要である．精神保健医療改革には財源が必要であることについての国民の理解を得ることが精神医療改革の行方を大きく左右するだろう．

このシンポジウムのタイトルにある「かえる」が精神保健医療を変革することを意味するならば，「かわる」は，地域の向き合う多様な精神保健問題を見つめて，精神保健医療が「かわる」ことを意味する．このシンポジウムは精神保健医療の発展に必要な「かえる・かわる」を，いくつかの側面からとらえたものと考えることができる．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

日本の精神障害の頻度，受療行動およびリテラシー
――現状と将来の課題――

立森　久照（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

患者調査によるとおよそ 40 人に 1 人が精神疾患の治療のために医療機関を利用している．一方 6 つの地域疫学調査の結果からは地域ではもっと多くの者が精神疾患を経験しており，その数は年間 1,000 万人以上と推定された．この数字は成人の気分障害・不安障害・物質使用障害に限ってのものである．受診行動の状況については，これまでに精神疾患を経験していた者のうちその問題の解決のために医師を受診したのは約 4 分の 1 であった．また最終的に医師を受診したものにおいても，発症から受診までに大きな遅れが存在していた．受診行動の阻害要因として，こころの健康問題への知識のなさ，相談先に関する情報不足などがあげられた．こうした結果を踏まえて 20 歳以上 70 歳未満の 2,000 人を対象に地域住民の精神疾患の意識と知識について調査を行った．その結果，調査の最初に提示した代表的な精神疾患の事例に対して，放っておくと悪化し，専門家の治療をうければある程度までは回復すると考える人が一定以上の割合であった．つまり治療の必要性と有効性についてはある程度理解がされていると考えることができる．対処方法は 60～70 %が専門家への相談を選択していたが，提示した事例は専門家からみて早急に受診が必要な状態であることから考えると，精神疾患の普及啓発活動を通じてより多くの地域住民が適切な受診行動をとるための情報を提供していく必要があると思われた．

はじめに

こころの健康に関する地域疫学調査および地域住民の精神疾患の意識と知識に関する調査の結果を中心にわが国の地域における精神疾患の状況を量的な側面から明らかにすることを目的とした．

平成 20 年患者調査[2]によると精神疾患[*1]の推計患者数（調査日当日に全国の医療施設を受療した人数）は入院で 33.3 万人，外来で 26.8 万人である．精神疾患による入院は全ての傷病による推計入院患者数の約 4 分の 1 を占めており，疾患群として最も人数が多い．外来については通院中だが調査日が受診日ではなかった者はこの人数には含まれていないので，この 2 つの数値の単純な合計が精神疾患による受療者の総数を示していない．

患者調査では総患者数と呼ばれているが，調査日には医療施設で受療をしていなかった者を含めた調査日現在において継続的に医療を受けている者の推計値も公表されており，精神疾患のそれは約 323 万人である．およそ 40 人に 1 人が精神疾患の治療のために医療機関を利用していることに

[*1]：アルツハイマー病を含む認知症，精神作用物質による精神及び行動の障害，統合失調症，統合失調症型障害および妄想性障害，気分（感情）障害，神経症性障害，てんかん，その他の精神および行動の障害，と定義した．この定義は厚生労働省の発表する精神障害者数における精神障害の定義と一致する．患者調査における傷病大分類にある「V．精神及び行動の障害」とは，アルツハイマー病とてんかんが含まれ（患者調査ではこの両者は「VI．神経系の疾患」に含まれる），精神遅滞が含まれない点で異なることに注意．

表1　生涯および12ヵ月有病率

	有病率			
	生涯（%）	95％CI	12ヵ月（%）	95％CI
いずれかの障害	24.4	22.2-26.6	9.90	8.5-11.4
不安障害	9.2	7.8-10.6	5.50	4.4- 6.6
物質関連障害	8.5	7.0- 9.9	1.10	0.5- 1.7
気分障害	6.8	6.0- 7.6	2.40	1.9- 2.9

n＝4,134，95％ CI：95％ 信頼区間，重み付けあり

なる．精神疾患の種類別では，気分（感情）障害が約104万人と最も多く，統合失調症圏が約80万人とそれに続いている．

1996年から2008年までの精神疾患の総患者数の推移をみると，全体として明らかな増加傾向にあり，この約10年の間に100万人増えているのがわかる．入院外来の内訳別では，入院はこの間に2万人程度減少している一方で，外来の伸びが著しく同期間に100万人以上増加している．

この患者調査の結果だけからも，わが国では多くの人が精神疾患を経験していることがわかる．しかし，この数はあくまで医療施設で受療した人の数である．精神疾患を抱えていても医療施設を受診していない人が多く存在しているといわれており，それを考えると実際にはより多くの人々が精神疾患を経験していると考えられる．

Ⅰ．地域疫学調査に基づいたわが国の精神疾患の有病率

地域に暮らす人々全体の中で精神疾患を実際に経験した人の割合を明らかにするためには，地域住民を対象とした精神疾患の有病率調査を行う必要がある．精神疾患についての地域疫学調査[1]が，6つの県の計11調査地域の20歳以上の住民から無作為に抽出された人を対象に面接調査が実施され，合計4,134名（平均回収率55.1％）から回答が得られた．

表1にこの疫学調査によって明らかになった精神疾患の有病率（疾患のある人の割合）を示す．調査時点までの生涯に地域住民の4人に1人が，また過去12ヵ月間に10人に1人が，いずれかの精神障害（DSM-Ⅳ診断による気分・不安・物質関連障害）を経験していた（表1）．調査当時の20歳以上人口は約1億人であったので，単純計算でおよそ1,000万人が1年間に精神疾患を経験していたと考えられる．日本において精神障害はそのごく一部が経験する疾患ではなく一般的な病気（common disease）であるといえる．この調査は未成年や入院中の者は対象となっていないこと，診断を評価した精神疾患はDSM-Ⅳ診断による気分・不安・物質関連障害に限ったものですべての精神疾患について診断を評価していないこと，などの限界がある．つまり実際にはもっと多くの者が精神疾患を経験していると考えられる．

またこころの健康問題についての受診行動については，「はじめに」の最後の段落で「精神疾患を抱えていても医療施設で受療していない人が多く存在しているといわれている」と述べたが，この調査からもこれまでに精神疾患を経験していた者のうちその問題の解決のために医師を受診したのは約4分の1であったことが明らかとなった．また最終的に医師を受診した者においても，発症から受診までの期間の中央値は，気分障害1年，物質関連障害8年，不安障害19年と，発症から受診までに大きな遅れが存在していた．精神障害の受診において，満たされていないニーズが存在することが明らかとなった．受診行動の阻害要因としては，こころの健康問題への知識のなさ，相談先に関する情報不足などが存在することが示された（表2）．

表2　受診までの遅れの理由

理由	%	n
自力で問題に対処したかった	69	44
問題はひとりでに改善するだろうと思っていた	48	31
その問題は最初，それほど困らなかった	47	30
どこに行けば良いか，誰に見てもらえば良いかわからなかった	41	26
自分が治療を受けていることが知られたら，他人がどう思うか心配だった	28	18
治療には時間がかかったり，不便だと思った	25	16
治療が，効果があるとは思わなかった	23	15
交通手段，子供の世話，スケジュールなど治療にゆくことに支障があった	22	14
費用がどれくらいかかるか心配だった	14	9
以前に治療を受けたが，効果がなかった	11	7
保険で治療が受けられないと思った	8	5
予約が取れなかった	3	2
意思に反して，病院に入れられるのが怖かった	2	1
利用できるサービスに満足しなかった	2	1

注）精神障害の経験者で受診しようと思ってから4週間以上受診しなかった64人に復数解答可で尋ねた．

II．地域住民の精神疾患のリテラシー

受診における満たされていないニーズの解決には受診までの遅れの理由から考えて，自身の状態を適切に把握するための情報提供や適切な相談行動がとれるような働きかけが必要と考えられた．そこで地域住民を対象にこころの健康への関心や精神疾患に関する知識などについて訪問面接調査を行った[3]．調査は2007年に実施され，対象は5つの調査地域（道央，東京，京浜，京阪，および山陽）から無作為に抽出されたこの調査地域に居住する20歳以上70歳未満の住民2,000人である．最初に精神障害の事例文（統合失調症，大うつ病性障害，広汎性発達障害，およびアルコール依存から1つを無作為に割り付け）を読んでから，何の問題だと思うか，その原因，転帰，適切な対処方法などについて尋ねた．用意した4つの事例はいずれも初発で，発症からあまり時間が経過しておらず，すぐに医療的な介入が必要な状態とした．

事例文が何の問題だと思うかを尋ねたところ，医学的に正しい答えを選択した割合は，統合失調症の事例では5％であったが，大うつ病性障害，広汎性発達障害，およびアルコール依存では50～85％であった（表3）．

最も適切と思う専門家の援助を受けた場合，今後の状態がどうなるかとの問いに対しては，いずれの事例でも「生活上の支障がない程度までは回復する（46.8～61.8％）」との回答が最も多かった．専門家の援助を受けなかった場合，今後の状態がどうなるかとの問いに対しては，いずれの事例でも「悪化する」との回答が最も多かったがその割合はバラツキがあり，アルコール依存では「悪化する」が80％弱であったが，統合失調症とうつ病では約60％，広汎性発達障害では約30％であった．この事例がとるべき適切な対処方法についての問いでは，どの事例文を割り付けられた群も60～70％が専門家への相談を選択していた（表4）．

いずれの事例についても，放っておくと悪化し，専門家の治療をうければある程度までは回復すると考える人が一定以上の割合であった．つまり治療の必要性と有効性についてはある程度理解がされていると考えることができる．対処方法は60～70％が専門家への相談を選択していた．ただし，提示した事例は専門家からみて早急に受診が必要な状態であることから考えると，精神疾患の普及啓発活動を通じてより多くの地域住民が適切な受診行動をとるための情報を提供していく必要があると思われた．

表3　事例文が何の問題だと思うか

	割り付けられた事例（%）			
	統合失調症	大うつ病性障害	広汎性発達障害	アルコール依存
問題なし	0.4	0.8	7.6	0.2
統合失調症	4.8	1.4	0.4	0.0
うつ病	38.6	58.6	0.4	1.2
自閉症	1.8	0.2	45.8	0.0
発達障害	0.2	0.0	14.2	0.0
アルコール依存	0.0	0.0	0.2	85.0
糖尿病	0.0	0.2	0.0	0.2
こころの病気	21.4	15.4	11.4	4.2
精神疾患	10.8	3.4	2.2	1.2
ストレス	14.0	17.4	3.6	7.6
神経症	6.4	0.8	2.6	0.2
知的障害	0.0	0.0	7.6	0.0
からだの病気	0.0	0.8	0.2	0.0
高血圧	0.0	0.0	0.0	0.0
がん	0.0	0.0	0.0	0.0
わからない	0.6	0.8	3.4	0.2
その他	1.0	0.2	0.4	0.0
合計	100.0	100.0	100.0	100.0

注）各列 n＝500，網がけのセルは医学的に正しい答え

表4　適切だと考える対処方法

	割り付けられた事例（%）			
	統合失調症	大うつ病性障害	広汎性発達障害	アルコール依存
精神保健の専門家に相談する	69.0	63.8	60.8	64.2
周りの人に相談する	49.0	39.6	23.2	25.6
積極的に体を動かす	36.8	30.2	25.0	51.4
休息する/させる	30.6	44.8	6.4	21.6
同じ状態を抱える人たちの集まりに参加	25.0	19.4	49.2	39.0
外出を増やす	20.8	16.0	36.8	7.6
家庭医に相談する	17.4	20.4	24.4	35.0
自分の力で対処するよう努力する	13.8	14.6	6.2	20.0
リラクゼーション，ヨガ，マッサージなど	11.4	18.2	1.6	8.0
この状態についての情報を集める	7.4	11.2	26.6	10.6
保健所などの公的な窓口に相談する	5.0	4.0	22.2	5.2
電話相談	3.0	2.4	1.8	0.8
お酒を飲む/飲物を飲ませる	1.0	3.2	0.2	0.0
宗教的な援助を求める	1.0	1.0	0.8	0.8
市販薬を服用する/させる	0.6	0.2	0.4	0.8
栄養ドリンクやサプリメントを飲む	0.2	1.0	0.0	1.0

注）各列 n＝500，複数解答：3 つまで可

謝　　辞

本稿で紹介した2つの調査（こころの健康についての疫学調査とこころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査）は厚生労働科学研究費補助金の助成を得て実施された．本稿はすでに公表された内容を含むそれぞれの調査の成果をそれぞれの調査グループを代表して筆者がシンポジストとして紹介をした発表の内容に基づくものである．

文　　献

1）川上憲人，大野　裕，竹島　正ほか：こころの健康についての疫学調査に関する研究．平成18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「こころの健康についての疫学調査に関する研究（主任研究者：川上憲人）」総括・分担研究報告書．p. 1–16，2007

2）厚生労働省：平成20年患者調査．2009

3）竹島　正，小山明日香，小山智典ほか：こころとからだの健康についての国民意識の実態に関する調査結果まとめ．国立精神神経センター精神保健研究所精神保健計画部，2007

Prevalence, Treatment, and Literacy of Common Mental Disorders in Japan

Hisateru TACHIMORI

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シ ン ポ ジ ウ ム

地域の必要とする精神保健医療福祉
――精神保健福祉センターの立場から――

三 井　敏 子（北九州市立精神保健福祉センター）

政令指定都市の精神保健福祉センターの立場から，北九州市地域のニーズを汲む目的で行った実態調査の報告をした．こころの健康に関する市民のニーズは高く，こうしたデータが様々の立場をつなぐツールとなり，行政の立場からは有効な施策構築に寄与することを期待するものである．関連する行政施策は様々にあるが，地方行政は縦割りに陥りやすく，また，専門性を確保しにくいため，様々な問題を抱える人への対応には苦慮する実情がある．また，精神科医療における様々な病態への対応力も，今以上に求められている．人々の健康を目指す対人援助システムとして全体を眺め，施策相互のつながりを確保してゆくことができれば，精神保健の専門的な領域から汲みだされたこころの知識は，今後，地域づくりにも大きく貢献できる可能性があるのではないか．

＜**索引用語**：こころの実態調査，精神保健医療福祉，地域づくり＞

Ⅰ．地域保健医療福祉のニーズを探る ――北九州市地域で行った「こころの健康に関する実態調査」――

地域に必要とされる精神保健医療福祉のニーズをどこから汲むのだろうか．

地域に生ずる個々のケースへの対応経験による窓口実務者の直観は何より重要だと思う．全体的な視野のためには様々な精神保健に関する検討会情報や地方議会での議論など，それぞれに市民意識を反映するものだ．

疫学的調査もその１つとして，北九州市では平成 22 年度に「こころの健康に関する実態調査」[2)]を実施した．ある程度方向を絞り，今回は住民のストレスにかかわる主観的な意識を一般的に把握することと，K 6 や CAGE といったスクリーニングの結果を得ることに狙いを置いた．今後，ハイリスク集団や全国の調査結果との比較検討，さらに数年後の再調査で住民の心の状態に影響を与える要素間の関連性を探索していくことを予定している．今回の結果のあらましは以下のようである．

①うつ病や不安障害に罹患している可能性のある人（K 6 高得点者；13 点以上）は 8 %．
②男女でストレス解消法は違う．
③悩みやストレスを人に相談したり助けを求めたりすることについて「恥ずかしい」と思う人は，男性，特に 30 代，40 代に多い
④ K 6 高得点者であって 2 週間以上眠れなくても受診しない人が 65.8 %．
⑤ CAGE でアルコール依存症の可能性がある人が 10.8 %．
⑥「1 週間の間に友人知人近所の人と世間話をしなかった」「近所にちょっとしたことを頼める人がいない」などと「ストレスが多い」には強い相関がある．

全体として地域の心の問題に対するニーズは高く，このようなデータを本市の精神保健医療福祉施策の参考とし根拠としてゆくことが期待される．

同時に，市民には，出前講演などの機会に結果の説明とともに，そこに表される市民ニーズを汲み取ってフィードバックすることも必要とされていると思う．つまり，「聴く」「話す」「相談する」といったストレス解消につながる行動，うつ病・依存症などこころの病の受療行動促進，精神疾患の偏見解消，地域のつながりの重要さなどについて，こころの知識の一端をわかりやすいメッセージとして発信したい．疫学調査という手段にしても，地域における活動であれば，地域住民との双方向的な交流こそが重要だと思う．どのように伝えてゆくかに心を砕く．

II．ソーシャル・キャピタル（社会関係資本）

「こころの健康に関する実態調査」の１つの観点は，ソーシャル・キャピタル[1]について北九州市の事情を可能な範囲で得ることでもあった．

労働者の街，技術の街と言われる北九州市だが，基幹産業であった製鉄業の衰退とともに人口減に傾き，今や大都市の中では一番の高齢化率となった．勢い生産人口は少なく，財政状況は厳しく，生活保護率の上昇も止まらない．１人暮らしの老人も多く，「孤独死対策」は喫緊の「地域福祉」の課題として捉えられる．つながりの失われる地域の中で孤立しがちな高齢者に気づき，つなぎ，見守る機能を取り戻す必要がある．

さらに，高齢化社会への事後的な対応にとどまるのではなく，地域は，産業構造の変換と共に次世代の地域のあり方を真剣に考えなくてはならない．では，若年労働者人口を招き入れるべく経済活動の問題か，支え合いの地域文化を醸成する教育や行政機構の問題か，地域文化伝統継承の問題か．１つの事象を巡って，あれかこれかではなく，あれもこれもが錯綜してかかわることに気づく．

近年の精神保健にかかわる課題は，多く，このような複合的な社会的事象でもある．ひきこもる若者，中高年の抑うつ，アルコール問題，格差社会，無縁社会，そして，自殺．いずれも隣り合わせ，入れ子同士の関係にあるように思う．「孤独死対策」の解決は，「自殺対策」の一環でもあり一歩前進でもあるのではないか．ソーシャル・キャピタルという概念を使用することで，広く視野をとる必要があり多要素の絡む社会の様相の影響関係が意識され，共通の認識基盤が得られる可能性を模索する．

無論，ソーシャル・キャピタルという見えない資源がこころの健康に大きく寄与するとしても，単純な原因結果でない限り，即効的で唯一の手段の提示とは無関係ではある．

あくまで諸問題に対する１つの視座として，今回調査では，市民のストレスの少なさと以下の項目が強い相関があるという仮説検証と，逆に，うつ病やアルコール依存症といった精神疾患に罹患している可能性のある人々には以下の項目と逆相関があること，つまりそのような人々の多くは孤独にとどまっていることが報告された．

①地域の治安がいいと感じる．
②地域の様々な資源を知っている．
③人を信用できる．
④悩みを相談することは恥ずかしくない．
⑤知人・友人と世間話をする．
⑥近所にちょっとしたことを頼める人がいる．
⑦地域の行事に参加することが多い．

このような結果を受けて，「人と人との絆や相互配慮的な関係性のあり方をどのように育むか，活かすのか」といった課題を地域において，様々な領域において，共有することはできないか．

III．精神・保健・医療・福祉

本シンポジウムのタイトルにもかかわるが，本来，精神・保健・医療などいう大きな概念のどこに境界線を引くのだろう．「保健」という大きな概念の中に医療も福祉の考え方も含まれ，「健康」を社会のキーワードに，生活を守る対人サービス全般が連続的に構築されるのであれば心配ないのだが，しばしば筆者は「精神保健医療」という言葉の中に地域福祉が除外されるような危惧を抱いて，あえて「精神保健医療＋福祉」と語ろうとする．振り返ってみれば，筆者自身が地方行政の縦割りに悩む日々だからこそかもしれない．

極端な現象を拾えば，「精神と言えば精神科病院」「保健は行政の保健師さん」などと，一対一対応の連想ゲームによって地方行政の日常会話は進むことがある．「福祉と言えば貧困救済，あるいは公平分配のための生活保護行政を指す」という具合に．こうした抽象概念の価値下げは，それぞれのことばを膨大な知識や技術・人間観をも含む取り扱いにくいものから，より単純で具体的なものへと戯画化し，安心して机上で論ずるためのトリックかもしれない．

また，地方行政の基本的な在り方として，制度や施策は，法規を根拠とし各法規の枠組みごとに別個に動き出す．制度の詳細を語り始めれば部分の細部に入りこみ，全体が見えなくなる．また，効率を図ることを期待され，制度の遊びを削ろうとすれば，まずは，制度の対象を限定するのがよい．典型的には「孤独死対策は自殺対策ではない」「生活保護法は精神障害者施策ではない」という語り方は，1つの語り方としては間違ってはいないのだ．結果的に孤独によって精神疾患を患い，自殺にまで追い詰められる人は孤独死対策からはずれ，生活保護ワーカーは精神障害について知る必要がない．そのような奇妙な現象を生む傾向を地方行政は孕むと思う．

様々な各領域の行政根拠となる法律は，近年ますます増え，筆者のかかわる範囲でも精神保健福祉法のほかに，自立支援法，発達障害者支援法，医療観察法，配偶者暴力防止法などなど，枚挙に暇がない．法規が増えれば対象者の細かな分類，定義，制度，それぞれ対象に特化した機関も増え，多忙となる．人減らしに晒された地方行政は疲弊している．新しい困難な課題は増すが，失敗を避け，世間の厳しい批判を恐れれば，できないことはできないと割り切った方がいい．行政の縦割りが完成する．

しかし，最近のあらたな方向として，様々な制度をつなぐパーソナル・サポート・サービスも語られ始め，多くの領域のつながりが少し見えやすくなったようにも感ぜられる．我々精神保健の立場からは，自殺対策基本法成立以後，自殺に影響する諸要因を想定すれば，関連の施策を多く数えることができるようになった．たとえば，児童虐待に対する適切な対応は，こどもの困難に援助するとともに将来の自殺防止に寄与するだろう．母子保健における産褥期うつ対策，子育て支援，学校保健におけるいのちの教育，いじめ対策，スクールカウンセラーの配置，健全な教育を確保するには教員の健康管理も必要だ．児童福祉法によるこどもの多様な問題への関与，若者には最近「こども・若者育成支援推進法」が施行され，ある程度の年齢幅を想定した相談窓口もできた．成人期には，産業保健施策，雇用対策など．障害福祉施策，高齢者福祉施策，消費者問題対策，貧困対策から生きがい作りまで．

こうした施策を縦横無尽に活用し，活かすことができれば，1人の人が生まれてから死ぬまで，相当の支援はできそうだ．さらに，個別支援と併行して地域の生活環境を整備し，計画的・継続的に立体的な施策構築を行うことができればと願うが，現在の地域精神保健医療福祉の骨格をなす行政には専門性の不足，人材不足，さらに財源不足など，抱える問題は大きい．

Ⅳ．なぜ対応困難になってしまうのか？

数々の施策があってもパッチワークのように並ぶばかりと感じるときもある．

たとえば，精神科病院のベットはたくさんあるのに，いざというときには受け入れてもらえる病院がないことがある．市内の精神科病院のベットはすべて民間で，100万人人口に4,200床，多いほうだ．だが，思春期・青年期の問題，発達障害を得意と謳う病院もなく，シンナーや覚せい剤などの違法薬物の問題を抱える方々に対応する医師，医療機関もない．たくさんの医療機関にはそれぞれ抱える課題や事情もあろうが，それらを地域の事情に鑑み，必要な機能を調整する役割を市の精神保健福祉行政も担えていない．

福岡県はシンナーや覚せい剤による検挙者の多い地域であり，行政窓口で困難を感じる相談支援の1つに薬物乱用・依存症・精神病の回復支援が

ある．ここ十数年来，市は薬物対策連絡協議会を行っているが，そこで常に話題となるのは，困難な患者を受け入れ，司法と保健をつなぎ，福祉をリードする中核的医療機関のないことである．その中で，「市に薬物専門病棟を持てばいい」と意見を言った方がいた．しかし，ただでさえ市立病院の民間委譲が進む中，市が新しい精神科病棟を開設するような財政的余裕は，まずない．実際，病床運営も困難だろう．そもそもそこに働く医師や看護師が集まるような肯定的なイメージは誰にも持てず，「市立病院の専門病棟」は非現実的な話として再び話題に上ることはない．

事例を引いてみよう．

【ある事例】

覚せい剤中毒後遺症と思われる 20 代後半男性．1 人暮らし．幻覚妄想状態で，中学時代の友人に連れられて区の精神保健相談窓口に来所．経済的にも困窮状態である．幻聴と戦いながらの相談はなかなか進まず，相談を受ける側にも辛抱が必要だ．話がかみ合わず，いったん帰宅したが，心配した精神保健福祉相談員が次の日訪問したところ，「よくならない，病院に入院したい」と訴えた．

入院できる病院を探すが，なかなか受け入れてもらえない．相談員が，あちこちの病院に電話をかけて問い合わせる間にも，隣に座って奇妙な大声を出す．覚せい剤使用，刑務所経験，肩の刺青などが，精神科病院受診の敷居を高くする．

なんとか受け入れてくれた病院の病棟では看護師の指導を聞かず，落ち着かず，怒鳴ったらしい．過敏で猜疑心が強い上，病棟生活に適応できるような基本的な生活習慣が身についていない．2〜3 日で強制退院となる．

家族はいない．本人の幼少時，母は早逝し，父はアルコール問題と暴力が激しかったらしく，現在は音信不通．養護施設で育った．彼を区役所に連れてきてくれた友人は，施設時代の非行仲間だったらしく，現在の住所は遠い．たまたま同窓会で帰省して本人と出会い，見かねて世話をした．

ここにかかわった人々は，みな傷ついている．対応した精神保健福祉相談員は，幻覚妄想状態の対象者なら入院医療ができればなんとかなると考えて，病棟で生ずることにまで想像がいたらなかった．一緒に対応した生活保護のワーカーも専門性は薄く，様々なケースに当たった経験が少ない．早急な判断が必要な場面では戸惑って，医療に期待した．

受け入れた病棟も結果的には失敗感で傷ついているのだろう．強制退院の理由は「手のかかる人，病棟でも人員不足で看ていられない」というもの．確かに，知識としての専門性があっても人員不足では実現できない．医療機関には医療機関の選択がある．

しかし，もし退院という結果が同じでも，外来通院や DARC をはじめとする回復施設などへのつなぎがあれば，かかわる人の傷つきも少ない．せめて，そのようなアドバイスはほしかった．

たしかに，彼の使用した薬物は違法であり，興奮の激しさや行動の逸脱は対応困難であったに違いない．その点は踏まえて慎重であったとしても，母を早くに亡くし父のアルコール問題に幼少期の彼が寄る辺なく孤独であったこと，養護施設で誰にもうまく頼れなかったときに非行仲間とは少しさびしさを分かち合えたこと，薬物によって一時なりとも癒される気分を味わいやっと生き延びてきたことなどは，今後の支援を拒否するような理由にはならない．

排除に終わらないためには，様々な場合に先を見越して必要な治療を施す対応力が求められ，また，支援をつなぐ専門性は，行政にも医療にも求められてしかるべきではないか．今まで，養護施設以外にも母子保健や学校保健，児童相談所や少年補導，少年院，刑務所，保護観察など，いくつかの支援施設・支援者と出会ってきただろうが，結果的に現在どこにもつながっていないのが残念だ．いわゆる専門家が他の領域を知らずに対人援助の専門家としていられる時代は，もう終わっていい．連携技術も専門性の中身に数えたい．自分のできることはわずかでも，できることをし，次の展開への配慮をすることが様々な施策や資源を活かす道につながるのではないか．

V．地域――専門性と非専門性の織り成す面として――

地域での人々の暮らしには日々の健康なコミュニケーションがあってこそ，地域福祉ということばに相応しい．ごく普通の地域の支え合いの中に，様々な障害を持つ方も包摂されてほしい．しかし，事件や事故は地域の人の気持ちを脅かし，不安になれば猜疑心も湧き，コミュニティを分断することもある．

精神障害者福祉も同様で，地域移行が進むとすれば，それによってコミュニティをより豊かなものとなるように目指し，そのためには，精神科の専門家も地域と会話してほしいと思うことがある．

【もう１つの事例】

長く母と２人暮らしだった統合失調症の中年女性．一昨年，母が没したが，その後も１人暮らしを続けていた．母の没後は近所の人の声掛けで，一緒にスーパーに出かけるなど，地域生活は穏やかだった．訪問看護が週３回入っていた．

しかし，ここ2〜3ヵ月は，様子が違う．機嫌が悪く通りすがりの人に毒づくようになる．夜中の２時に本人宅近くの町内会長さんに苦情を言いに行った．見張るなとか，悪口を言うなといった類の被害妄想だ．ひとしきり文句を言った後，悲鳴のような大声を出した．町内会長さんは驚いて，警察を呼んだ．そのようなことが３度ある．

ある日，訪問看護の職員が本人宅に着くなり，包丁を突きつけた．職員は逃げて警察を呼び，本人は保護されて訪問看護の所属病院に入院となる．警察車両が８台も閑静な住宅街に並び，地域は騒然となった．以前は母ともども地域に馴染んで暮らしていただけに，本人の変化，不気味な夜中の近隣への訪問が続いた後の包丁事件はショックだったと見え，民生委員さんは涙が溢れたという．

ところがたった１ヵ月後，民生委員さんが気づくと，すでに本人は退院していた．特に具合がよさそうにも見えない．通りかかった訪問看護の職員に声をかけ，本人の具合を聞いたところ職員が「院長が退院させろと言ったので」と答えたのも誤解を招いた．具合が悪いのに，病院は本人を追い出したのか？　訪問看護職員に包丁を向けたから？　では，私たちの地域はどうなる？

近隣の不安の声が集まり，それを代表して，民生委員さんが区役所の精神保健福祉相談員に相談に来た．退院させていいんですか？

本人はもともと言葉数の多い方ではなく，母の庇護のもと暮らし近隣の人々とも母を介して付き合っていた．心が通じていた，とまでは言えないかもしれない．退院したから，近所に挨拶回りしようと自ら言い出すほど闊達でもない．しかし，地域の人々は，母亡き後の本人を心配し，やんわりと見守っていたのだ．また，本人の具合が悪くなり，結果的に包丁事件となったことは．地域の一大事として，継続的に「自分たちのこと」との意識もあった．けして，排除ありきでもない．

訪問看護の職員はさすがに専門家で，いったんは自分に包丁が向けられても，病状悪化のためと理解すると，もう済んだことだと思っている．入院後，病状悪化には服薬中断があったことを確認し，今後の治療中断を予防する意味でデポ剤に変え，本人の希望に沿ってできるだけ早く退院させた「だけ」だ．訪問看護を週３回から毎日に増やして，重点的に見守ることにした．病院は，多少抱え込むような仕方であっても，本人中心に物事を進めたはずだった．

ただ，本人も病院も事件後の地域の人たちの不安には目を向けていない．普段なら起こるはずのない事件に驚き８台の警察車両にショックを受けた近所の人たちの感覚が，そう常識はずれだとは思えない．情報のないままの早期の退院は，地域の人々の不安感を煽り，拒否感も招いた．一時は，地域住民からもう一度病院に帰ってほしいとの要望もでて，専門家側は，偏見の強い地域だと嘆いた．アドボケートまでは考えていないようだ．

精神保健福祉相談員を介して，病院の対応を聞いた地域の不安はすこし落ち着いたが，まだ，以前のように地域の人が本人を買い物に誘うようなことはない．まだ，どう接していいか，わからない．

亡き母の残したコミュニティのインフォーマルなつながりは，病状悪化によって途切れ，対応に

よって専門家のみのケアに変わってしまったと考えれば，なにか，少し，残念な気がする．理想を言えば，服薬中断による病状悪化の経緯とそれへの対応を，本人と専門家が地域の人とも会話をし，共有して，理解してもらうチャンスではないのかと．あるいは，これも地域の経験として，時機を待ち，いずれはよいつながりが戻ってくると楽観した方がよいのだろうか．

VI. これから

地域には，こころの病の当事者もいれば，理解者もいて，専門家もいれば，素人もいる．行政の多くは非専門家だが，地域の施策を全体として構築するのは行政に与えられた役割だ．縦割りを越える意志や工夫はほしい．

地域の専門家の多くは精神科病院にいて，そこでしかできないこともあるだろうが，精神保健医療福祉と全体を見渡せば，特定の知識・経験以外には，所詮人間同士，人間の共通性の方が勝るのではないかと思う．

困難を抱える１人１人に施策の縦割りはなく，専門家と非専門家の区別もそう大きいものではない．それぞれに悩みや苦しみ，悲しみを抱えて必死に生き抜いていると思えば，隣り合って住む地域のお互いがお互いの苦難に共感し合う可能性は大きいとも思える．

地域の民生委員，様々なボランティアの方々，普通の地域の人々は，様々な人同士が支え合う地域を目指すことには大きな異論はないのではないか．そうと思えば，むしろ，地域の人々は，困難な問題を持った人々と共に暮らしていくための考え方や援助のコツを，専門の病棟や治療で学び知っている専門家が，時に応じて要領よく，教えてくれることを求めているのではないかと思うことがある．

「人と人との絆や相互配慮的な関係性のあり方をどのように育むか，活かすのか」といった課題を地域において共有することはできないか．

文　献

1）稲葉陽二：ソーシャル・キャピタル入門―孤立から絆へ―．中央公論新社，東京，2011

2）北九州市立精神保健福祉センター：平成 22 年度北九州市こころの健康に関する実態調査報告書．2011

Mental Health Care and Welfare Needed by Communities : From the Standpoint of a Mental Health and Welfare Center

Toshiko MITSUI

Kitakyushu Mental Health and Welfare Center

This is a report based mainly on a survey conducted in fiscal 2010 which sought mental health needs around Kitakyushu City from the viewpoint of the mental health and welfare center located in this government-designated municipality. Citizens' demand for mental health promotion was at a high level, and we expect that the analysis of the data will contribute to the building of close relationship between various kinds of people and to the establishment of more effective service system.

There are many measures related to mental health, but since local administrations tend to be vertically segmented, and there is difficulty in securing enough specialists, we often have trouble dealing with people suffering from complicated problems. We are also required to enhance our ability to cope with numerous clinical mental situations.

If we manage to view the whole system as one that assists people in improving their health and to develop cooperation between facilities, knowledge derived from mental health fields may make a contribution to the development of communities.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: field survey on mental health, mental health care and welfare, community development＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

我が国の精神医療・福祉のこれから
――精神科病院の立場から今後の政策を考える――

千 葉 潜（医療法人財団青仁会青南病院）

わが国の精神医療・福祉は，国の施策の誤りと国民のリテラシーのなさが原因で，精神科病床の中に入院患者として福祉的な対応や介護的な対応が適切とされる人々を処遇してきた．地域の中に，それらの人々が生活できる場や支援などを整備してこなかったことによるものである．財政支出の一番安価な方法として，精神科医療費を低額に封じ込め多量に入院することで経営が成り立つ国策を続けてきている．しかし急激に精神病床を減らし地域への移行を進めても，諸外国の精神医療改革の失敗を後追いするだけである．チェック＆バランスを重要視しながら地域での受け入れ整備を確固たるものに作り上げ，精神科病院における医療改革を進めることが重要である．いずれにしても国民の意識の向上がなければ進まない．

わが国の精神科病院は，明治 33 年の精神監護法の制定を受け，大正 8 年の「精神病院法」を機に病床整備に取り掛かったが遅々として進まず，昭和 25 年の精神衛生法にて私宅監置を改め長期拘束を有する精神障害者は精神科病院に収容することとしたことと，昭和 29 年の実態調査において，精神障害者の推定数は 130 万人で，うち要入院は 35 万人であるとされ，当時約 3 万床の精神病床の増床整備を進めるべく法改正が為され，非営利法人（医療法人等）が設置する精神科病院に対する国庫補助が設けられたことを契機に急速に病床整備が進み，35 万床に達したことから昭和 62 年の地域医療計画において各地の精神病床が規制されるに至っている．昭和 43 年に日本政府（当時の厚生省）は WHO より Dr. クラークを招き，わが国の精神保健行政についての助言と勧告を受けているが，その時点で入院医療から地域福祉への転換を示唆されている．しかし，昭和 38 年に発生した精神障害者によるライシャワー駐日大使刺傷事件の余波の中で，この適切な勧告は無視され実現されなかった．この当時の精神病床は 18 万床余りであったが，さらに増加を続け，現在の 35 万床に至っている．昭和 62 年の精神保健法改正において，入院治療の終了した精神障害者の社会復帰促進を図るための精神障害者社会復帰施設（精神障害者社会復帰訓練施設や精神障害者授産施設）が規定され，これにより初めて精神障害者の地域生活移行の門戸が開かれた．平成 5 年の精神保健法改正では，加えて精神障害者地域生活援助事業（グループホーム）は法制化されて第 2 種福祉事業として位置付けされた．しかし，一方で「医療施設もしくは社会復帰施設の設置者または地域生活援助事業を行う者は，その施設を運営し，または事業を行うに当たっては，精神障害者などの社会復帰の促進を図るため，地域に即した相違と工夫を行い，および地域住民の理解と協力を得るように努めなければならない」と規定し，精神障害者の社会復帰に対する国民の理解は，これらの事業を行う者の義務として押し付け，自らの責務を回避しつづけた．また，平成 5 年末に「心身障害者対策基本法の一部を改正する法律」が公布され，「障害者基本法」が成立している．

ここに至ってやっと，障害者対策に精神障害者を含めることが明確に位置付けされることになった．これをもって，精神保健法の再改正が行われ，「精神保健および精神障害者福祉に関する法律」として平成7年にさらなる社会復帰施設と社会復帰事業の充実が図られることとなった．平成8年より平成14年までの7年間に「障害者プラン」として障害者対策に関する新長期計画の重点施策実施計画が策定され，社会復帰施設やグループホームなどの整備を進める施策実行に入っている．その後平成15年より10年間の「新障害者プラン」を策定して実行しているが，これには目立った成果は見られていない．精神障害者の地域福祉は平成17年成立の「障害者自立支援法」に併合され，現在は身体障害者・知的障害者と横並びの施策にあるが，精神障害者の障害特性に合致しない制度設計の中で，むしろ後退したとの評価も大きい．昨今，厚生労働省は自らのこれまでの国の政策の過ちを認め，平成16年に示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」において，「地域生活支援の強化を今後10年間で進め，今後10年間で必要な精神病床数の約7万床の減少を促す」として，「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」と流れを変えようとしている．

このような施策の変節の中で精神科病院は翻弄されてきたともいえるが，その基盤にあるものはわが国の国民のニーズとしての，「精神病床における社会的収容」であったことは否めない．その根幹には精神疾患や精神障害に対する根強い誤解・偏見・無理解による危険視思想が存在し，その啓発や教育の活動を怠ってきた国（特に教育分野と職域分野）と精神保健医療福祉関係者の責務によるところである．

こういった情勢の経過の中で，精神科病院の担う役割もこれまで医療提供以外に担わされてきた福祉的施設の代用や保護的収容などから，真に適正な医療サービスの提供機関へと大きく変化してきていることを，基本認識として共有する必要がある．しかし，それらの並行的移行は財源の問題などにより，地域での受け皿整備が進まないことや，精神科医療における診療報酬が差別的な低額とされ解消できないことなどから，改革は中途にあり遅々として進んでいない．さらに，国民の意識変化という面でも，さほど大きな成果は得られず，精神保健医療福祉関係者の多くが望んでいる精神疾患と精神障害を取り巻く社会構造の変化までにはさらに多くの時間を有すると思われる．

現在，精神科病院には年間約39万人の新入院者があり，それと同数の退院患者がある．新入院者のうち3ヵ月以内に23万人が退院し，さらにその後の9ヵ月以内に11万人が退院している．よって12ヵ月以上の長期入院となる新入院患者は約5万人であり，毎年この12ヵ月以上の長期入院者から5万人が退院している状況にあるが，依然としてこの12ヵ月以上の長期入院者は全体で22万人となっており，微減の傾向にはあるものの存在し続けており，その長期入院者の平均年齢は年を経るごとに高くなっていく傾向にある．現在の精神科病院の65歳以上高齢入院者は，その48％を占めるに至っている現状にある．

これらの主な原因は前項で述べたごとく，これまでの国策的な役割として精神科病院が担わされてきたことに起因するが，その他の要因などを含めてまとめると以下のごとくとなる．

①できる限りの治療を行っても症状の改善が見られず，急性症状である症状重度の状態が継続して続くか，極めて短期間の内に病勢増悪を頻繁に繰り返し安定しないまま経過する，重度遷延・治療抵抗性の患者が存在する（ある意味，「長期急性患者」ともいえる）．

一般身体科においては，治療が奏効しない重症の場合には死の転帰を辿ることで終結するが，精神科疾患は超長期にわたり重症な状態のままで経過し生き続ける．

②急性症状が沈静しても，種々の残遺症状（慢性症状）を有していることから，回復期リハビリテーション治療に比較的長期の治療を要する場合がある．

③種々の残遺症状による生活遂行能力障害などを

きたし，生活支援や居住支援などの福祉的なサービスがなければ退院しての社会生活が困難であるにもかかわらず，それらの地域の受け入れ態勢は現在も大幅に整備が遅れており，なおかつ精神障害者の特性に合致しないものとなっていることから，症状の安定維持などの観点から地域移行（退院）が進められない．

④医療的な必要度は減じて主として身体介護を必要とする入院患者が，精神疾患（認知症を含む）がゆえに介護関連施設などの入所拒否などにより，本来受けるべき介護の環境が得られず，仕方なく入院を継続している．

⑤外来通院・在宅および地域精神医療の医療サービス提供体制が十分に診療報酬上の評価がなされないことから診療機能として貧弱なままである．これにより退院後の厳密な病状管理や重点的治療を行う構造（例えばデイホスピタル）をもつことができないことから，入院治療においてできる限り完結的な治癒段階への到達を求めることになり，結果として入院が長期化する．

⑥精神科医療に関する技術的な評価が不当に低く，医師が患者個々人に毎日長時間の面接診療を行うなどの治療を施しても，それらの評価（入院精神療法）は週１回（指定医の認める場合２回）しか算定できないなど，濃厚な治療を行う素地ができておらず，短期的な集中治療を行う方向となっていない．

⑦社会全般において精神疾患と精神障害に関する正しい知識と理解が普及啓発されず，偏見や危険視することで地域から排除されている現状がある．これにより，収容へのニーズが国民の中に厳然として存在している．

現在の精神科医療費は一般病床や療養病床に比して格段に低額となっている．国策としての収容主義がもたらした結果といってよいが，これらは病床規模を拡張して収益を成り立たせる（スケールメリットによる運営）しかない構造となっている．よって，多くの精神科病院はあらゆる意味で余裕がないことから，積極的な医療サービスの展開ができない状況にある．診療報酬に直結しない職種や人員は雇用することが困難で，本来精神科医療に必要なチーム医療の人材が確保できなかったり，受療に訪れることができない患者を訪問するなどのきめ細やかな治療サービス提供を進めることができない．

入院治療の場においても，現在の入院基本料では人員配置を向上させるための人件費が捻出できないことが精神科病院の人員配置を充実できない大きな原因となっている．かねてより精神科病院の人員配置が他の一般診療科のそれに比べて劣っているとの批判がある．それがゆえに精神病床を半減させて人員を濃縮してはどうかといった表層的な論を展開する者もある．看護教育や臨床医学教育の中での精神科疾患や精神科医療・看護に対する教育課程の貧弱さや教員の無理解・偏見などが基本的に存在し続けていることが，看護学生に精神科治療現場への志向を醸成できない大きな原因でもある．そして，現在の精神科医療費の差別的低額さが，人件費に不足をきたし雇用を拡充する障壁となっており，その財政的な問題を解決していくことで，精神科医療の現場に雇用が喚起され人員が増強されるものであって，その結果として治療の成果が期待でき，帰結として必要病床が減少することが筋道である．人員配置の問題解決は，精神科入院医療費から着手されねばならない．

また，一般診療科に比べて極めて低い診療技術料の評価が，患者の１人１人に対して高い濃度の治療を提供する足枷となっている．精神科医師が毎日，患者の１人１人を長い時間を掛けて面談診察しても，それらの評価は週1〜2 回分の診察（入院精神療法）しか認められないという不合理も，精神科病院に入院中の患者は週 1〜2 回診察すれば十分であるということが診療報酬上の認識であり，精神疾患の患者に対する差別的な見解と糾弾せざるを得ない．慢性療養期はともかくとして，少なくとも入院直後から急性期治療の期間である 90 日間は毎日の診察が行われ，それを評価されることが必要である．これらは治療成果そのものに直結することである．その他の精神科専門

療法や専門職種が行う治療活動に対する評価も，総合されて治療効果が得られるものであることの認識をもち，適正な評価を行うことが肝要である．

現在，精神科病院には，真に医療的な対応を主として行わねばならない人と，医療的な状況は安定してその介入濃度は減じ，主に福祉的な対応や介護的な対応を主とする人が入院している現状にある．医療的にはほぼ安定しながら入院している人たちがあるのは，もちろん社会で生活する行き場がないからであり，前述したように，その理由は国策の誤りによるものと国民のニーズによるものである．またこれまでの精神医療の提供者や関係者は，それらの改善について怠慢であったことを認めねばならない．精神科医療における入院治療の適正化は，これらの福祉的な対応や介護的な対応が主となる人達に，精神科病院以外の適切な処遇を行うべき場所へと移行することがもっとも必要なことである．すでに高齢者であり生活障害をきたし介護を受けて生活することが適切な人は，介護施設に移行することが望ましいが，現行の介護施設では精神科疾患への対応ができないことなどを理由に入所を拒むことや容易に再発再燃が起こり再入院になることが見られていることなどから，精神科疾患の管理が十分に行える介護施設を創設するべきである．また，生活障害が重度でなく介護状態ではない人は年齢にかかわらず障害福祉サービスへと移行すべきであるが，現在の障害福祉サービスは身体障害者および知的障害者のサービスを基盤としてつくられており，精神障害者のサービスとしては貧弱で不適切である．まずは，精神障害者の特性に合致した障害福祉サービスをつくる必要がある．

精神科病院の適正化を行い，然るべき地域生活の受け皿を整備するためには，大きな財源を必要とする．これらが移行時期にはどちら側にも財政的支出が生じることになる（ダブルファインディング）．そのように，地域の受け皿整備の状況に応じて入院病床の減少が進められていくべきであり，受け皿側の整備状況が進まないうちに入院病床を削減すると，諸外国の精神医療改革の失敗を後追いすることになる（ホームレスと犯罪者の増加）．チェック＆バランスの観点が欠かせない．

参考に以下のガイドラインを挙げる．これはWPAの2008～2011年のアクションプランとして発表された最初のものであり，コミュニティー精神保健を実施する手順，遭遇しがちな困難，避けるべき誤りについて述べている．コミュニティーケアが行われている国々での教訓を踏まえ，何をするかではなく，繰り返してはいけない失敗は何かについて指摘している．

①バランスドケアモデル：「完全な入院から地域へのシフト」を目標としてはならない（たとえ段階的であっても）．精神保健改革の目標は「エビデンスに基づいたアプローチで，コミュニティーと病院のサービスのバランスをとり統合していくこと」にある．
公的な精神科病床は必要である．精神病床は必要ないというのは誤りである（ときどき，そういう主張がなされているが）．コミュニティーケアが発展する時にも，病院のケアの権威と質は確保されなければならない．
病院とコミュニティーのサービスは統合（integrate）され，総合病院は精神科が他の診療科と活発に交流する場とならなければいけない．

②精神保健を狭隘な政治的な関心事とリンクさせてはならない：多くの国で，イデオロギー的な熱狂が精神医療改革を脱線させてしまった．精神医療改革は，狭いイデオロギー，あるいは政党的利益と結び付けてはいけない．この提案は，大胆に聞こえるかもしれないが，実際には多くの精神科医から歓迎さるのではないか？

③慎重に物事の順序を考える必要がある：病床削減にあたっては，物事の順序を考える必要がある．コミュニティーでの代替となるベッドの整備の前に，病床削減をしてはならない．脱施設化といいながら，公的精神科病院（「見える」ベッド）から，私的な院外施設（「見えない」だけでなく，コントロールされていなベッド）に移送されたケースは稀ではなかった．何千もの人々が，ストリートピープル，あるいは囚人

として一生を終えた事実は繰り返し報告された．

④長期的な計画の重要性：長期的な計画，観察が必要である．自殺率が上昇していないか，家族の負担が増えていないか，刑務所の患者が増えていないか，常に調べる必要ある．臨床的な結果だけでなく，患者の満足度も調査が必要である．

⑤家族のエンパワメント：重症精神障害者を家族が抱え，放置されることは頻繁に起こっている．問題を無視することなく，彼らへのエビデンスに基づく介入は効果的である．

⑥精神病のみに焦点を当ててはいけない：精神病の医療のみに注力してしまい，コミュニティーの大多数が悩む精神疾患をおろそかにしてはいけない．20 人や 30 人の重症精神病患者のケアに，キャッチメントエリアのサービスが注力してしまい，多くの精神疾患の存在さえも気付かれないということがあってはいけない．

⑦身体的な健康をまもる：コミュニティーケアの専門家のモチベーションは得にくいかもしれないが，身体的な健康を軽視してはいけない．サービスの低下につながる．地域の一般科医との協力も重要である．

⑧エビデンスに基づくアプローチ：コミュニティーケアは時としてスタッフの熱意により支えられていることがある．しかし，エビデンスに基づくアプローチが重んじられるべきである．
また，コミュニティーケアそれ自体が治療ではなく，治療を提供する手段であることを明確にしておく必要がある．

⑨精神科医の臨床的な技術を守ること：新しい手法の導入はあっても，精神科医の臨床的な手技は育てていかなければならない．コミュニティーでいわば「ファーストクラス」的地位にいたとしても，器質性疾患，摂食障害も診られないようでは，己を恥じるべきである．

⑩心理社会的リハビリテーションの重要性と，社会への取り込み：慢性の患者を最低の支援だけで，コミュニティーに出すだけでは不十分である．

しかし，根本的には，「この国の住民が何をどのように求めるのか？」ということに尽きる．国民の声が大きくならなければ，施策も財源も用意されない．どうやって，国民の理解を得て，そのニーズを拡大させるのか？　ここに精神医療改革の行方はかかっている．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

今日の新たな病気と精神医学
―― disease-mongering を超えて――

コーディネーター　齊尾　武郎，栗原　千絵子

近年わが国では精神疾患の病像が変化し，いわゆる“新型うつ”など，さまざまな新しい精神病理学的な疾病概念が提唱されている．それが学問的な検討が不十分なままマスメディアなどを通じて一般社会に流布され，今や精神医療の現場は disease-mongering の状態を呈し，混乱を極めている．

Disease-mongering とは，些細な心身の現象を，さも重大な健康上の問題であるかのように喧伝し，医療およびその周辺産業に対する一般大衆の依存度を高めることを指し，医療社会学で言うところの「社会の医療化」という，医療が社会を支配していく現象の一種である．

そこで本シンポジウムでは，disease-mongering と関連があるとされる具体的な疾患を総合診療や精神医学の立場から論じていただき，disease-mongering が社会に及ぼす深刻な影響を討議することとした．

最初に齊尾はシンポジウムの趣旨説明をした後，同時開催のシンポジウム 4「向精神薬の過量服薬，自殺企図を巡る諸課題」に登壇するため，栗原千絵子・宮岡等両氏に司会を委ねて退席した．南郷栄秀氏（東京北社会保険病院総合診療科）からは，「総合診療領域における disease-mongering」として，多岐にわたる実例をお示しいただいた．脂質異常症の治療では日本人の治療対象集団 1,300 万人に総計約 3 億円の薬代をかけて 43 人の心筋梗塞を防げるという経済効果の推定，メタボリックシンドロームについては軽症患者が過大評価され重症患者が過小評価されるという見方，骨粗鬆症に対するビスホスホネート治療では 5 年以上の使用で却って骨折が増加するというエビデンスなど，精神科にとっても多いに参考にすべき知見が紹介された．

松井徳造氏（兵庫医科大学精神科・神経科）からは「Disease-mongering と慢性疲労症候群」，宮岡等氏（北里大学医学部精神科学）からは「Disease-mongering と線維筋痛症」として，それぞれの疾患の治療法を検討すべき立場からの見方も踏まえ，これらが身体疾患と精神疾患の境界領域にあり，また，同種の症状が明らかに重篤で原因解明が困難であり医学的な対処が必要である状態から，disease-mongering の典型と言えるような軽症で製薬企業のマーケティング戦略としての疾患啓発キャンペーンの対象となりやすい状態まで連続しているという実情が改めて明確にされ

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　今日の新たな病気と精神医学―― disease-mongering を超えて――　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）

た．欧米での disease-mongering をめぐる議論は，製薬企業や企業の宣伝に左右される医師への批判に終始するものが多いが，今回のシンポジウムでは，三國雅彦大会長の配慮もありこれら 2 課題が論じられたことから，医学者・医療者として原因解明，疾患克服に立ち向かいつつも，過剰な医療化とみなされるべき領域との境界を明確に意識すべきことが確認され，欧米での議論を超える真摯な掘り下げ方が際立った．

最後に，黒木俊秀氏（国立病院機構肥前精神医療センター）からは，「うつ病は神経衰弱の轍を踏むのか」との刺激的なタイトルで，精神医学・精神医療に歴史的に内在する本質的な傾向として disease-mongering を再検討しつつも，わが国における「うつ病」の概念が欧米のそれとは異なること，かように精神科における疾患概念が生物学的病因論に基づくよりも社会的に構成されうるものであるとすれば，疾患概念の濫用に陥ることなく国際的学術的議論を踏まえて深化を求めるべく自覚を先鋭化させる必要があることが指摘された．

フロアから，なぜこのような医学界のタブーに迫るシンポジウムが成立したのか，との驚きの声があがったが，これに対し栗原は，2005 年にマーシャ・エンジェル著『ビッグ・ファーマ　製薬会社の真実』を翻訳刊行した際にはこうした言論への反発が予想され，かなりの勇気を要したが，今や医学的エビデンスが社会的・政治的に創出されるものであるとの認識が一般的となりつつあると述べた．まだまだ検討すべきことの多い課題だが，今後の展開を期待したい．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

総合診療領域における disease mongering

南郷　栄秀（東京北社会保険病院総合診療科）

Disease mongering とは，邦訳では「病気の売り歩き」と呼ばれるもので，軽微な症状や，症状のない検査での基準範囲からの逸脱などといった些細な「異常」を大げさに騒ぎ立て病気として扱い，病気の範囲を広げることを意味する．製薬会社や健康関連産業の戦略の一環として行われている場合が多く，動脈硬化関連疾患や骨粗鬆症などさまざまな分野に広がりを見せている．一般市民に対しては，テレビ CM や新聞の折り込み広告，インターネットのウェブサイトなどを通じて，ありふれた症状を指摘し，それが病気であると喧伝する病気啓発キャンペーンが行われている．誇大広告とされるのを避けるため，医療用医薬品を直接宣伝するようなことはせず，当てはまる症状があれば医療機関，特に専門医を受診するようにと促す戦略である．医療者に対しては，製薬会社は医療情報提供と称して巧みなプレゼンテーションで薬剤の有効性を宣伝する．その多くは，患者にとっては効果を実感できない検査値や症状スコアなどのサロゲートエンドポイントで表された効果にとどまっており，病態生理での予想に反して，患者にとって重要な真のエンドポイントの改善につながるとは限らない．こうした disease mongering は医療費増大の原因となり，社会的損失につながる．また，不必要な診療を受けることで，患者が副作用や医療事故に遭う確率も高まる．決して野放しにしてよい問題ではなく，健全な医療を守るために，医療者側がしっかりと自覚を持つことが特に必要である．

＜索引用語：disease mongering，脂質異常症，メタボリックシンドローム，骨粗鬆症，利益相反＞

はじめに

Disease mongering とは，邦訳では「病気の売り歩き」と呼ばれるもので，軽微な症状や，症状のない検査での基準範囲からの逸脱などといった些細な「異常」を大げさに騒ぎ立て病気として扱い，病気の範囲を広げることを意味する．製薬会社や健康関連産業の戦略の一環として行われている場合が多く，さまざまな分野に広がりを見せている．健康志向に乗じて，いわゆるマッチ-ポンプ的に恐怖を煽り，新たな対処法を提案するという図式である．一度不安に陥った患者は医療への依存度が高まり，次々とさまざまな病気に「罹っていく」ことになるが，容易にはそこから抜け出せない．マスメディアや御用学者などを通じて，自分も「治療」しなければという群集心理が利用されるのも 1 つの特徴である．

本稿では，総合診療領域の disease mongering について，具体的な例を挙げながら紹介する．

Ⅰ．脂質異常症

脂質異常症は，コレステロール代謝異常に伴う動脈硬化進展の原因として，心筋梗塞や脳卒中の危険因子として確立したものである[26]．したがって，それ自体は治療の対象として考慮すべきものである．

2007 年，日本動脈硬化学会は「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」[18] を発表した（表 1）．動脈硬化性疾患の発症には，脂質異常症のほか，糖尿病，高血圧症，喫煙，肥満，年齢，性別，動脈硬化性疾患の既往歴，家族歴などといった因子も影響することから，本ガイドラインでもリスクに応じたコントロール目標が推奨されて

表1 「動脈硬化性疾患予防ガイドライン 2007 年版」[18]のリスク別脂質管理目標値

治療方針の原則	カテゴリー		脂質管理目標値（mg/dL）		
		LDL-C 以外の主要危険因子*	LDL-C	HDL-C	TG
一次予防 まず生活習慣の改善を行った後，薬物治療の適応を考慮する	I （低リスク群）	0	＜160	≧40	＜150
	II （中リスク群）	1〜2	＜140		
	III （高リスク群）	3 以上	＜120		
二次予防 生活習慣の改善とともに薬物治療を考慮する	冠動脈疾患の既往		＜100		

脂質管理と同時に他の危険因子（喫煙，高血圧や糖尿病の治療など）を是正する必要がある．
*LDL-C 値以外の主要危険因子
加齢（男性≧45 歳，女性≧55 歳），高血圧，糖尿病（耐糖能異常を含む），喫煙，冠動脈疾患の家族歴，低 HDL-C 血症（＜40 mg/dL）
［・糖尿病，脳梗塞，閉塞性動脈硬化症の合併はカテゴリーIIIとする．
・家族性高コレステロール血症については Chapter B を参照のこと．］

いる．例えば，LDL 以外の主要危険因子が 1 つもない場合でも，LDL コレステロールを 160 mg/dL 未満にコントロールすることが推奨されている．また，糖尿病を合併している場合には 120 mg/dL 未満に，冠動脈疾患の既往があり二次予防（再発予防）として治療する場合には 100 mg/dL 未満にコントロールすることが推奨されている．しかし，2010 年 12 月 8 日に日本脂質栄養学会コレステロール指針策定委員会から出された「日本動脈硬化学会への公開質問書」[19]にも指摘されているとおり，これらのコントロール目標値の設定には根拠が示されていない．

冠動脈疾患の二次予防においては，スタチンによる脂質低下療法が心血管疾患の再発も総死亡も有意に減少させることが証明されている[30]．しかし，一次予防を目的とした脂質低下療法は，イギリスで行われた WOSCOP[24] というプラバスタチンを用いたランドマーク論文では，心筋梗塞を 31 %，心血管死を 32 %有意に減らしたものの，総死亡までは減らさなかった．わが国で行われたプラバスタチンによる冠動脈疾患の一次予防効果を検証した大規模臨床試験である MEGA study[15] でも，冠動脈疾患を 33 %有意に減らしたが，心血管死と総死亡は減らなかった．しかも，MEGA study における「冠動脈疾患」の多くは，イベント発症の有無を医師が主観的に決めることのできる冠血管再建術が占めており，しかも，女性では冠動脈疾患すら減らせていないことが指摘されている[17]．MEGA study での冠動脈疾患に対するプラバスタチンの治療必要数（1 人の患者が冠動脈疾患を回避するために治療を必要とする人数）は 5.3 年間で 125 人だった．一方，14 件の心血管疾患の一次予防に対するスタチンのランダム化比較試験の結果を統合したコクランレビュー[27] の結果では，心血管イベントを 30 %減らしただけでなく，総死亡も 17 %有意に減らすという結果だった．ただし，このコクランレビューにおいて，心血管疾患の既往のない患者だけを集めた 4 件の大規模試験のメタアナリシスでは総死亡は減らなかった．これは，残りの研究に，心血管疾患の一次予防研究と謳いつつも，実際には心血管疾患の既往のある患者が含まれていたためと考えられる．また，10 年間の心血管疾患の発症リスクが 20 %以上である患者の場合には，総死亡

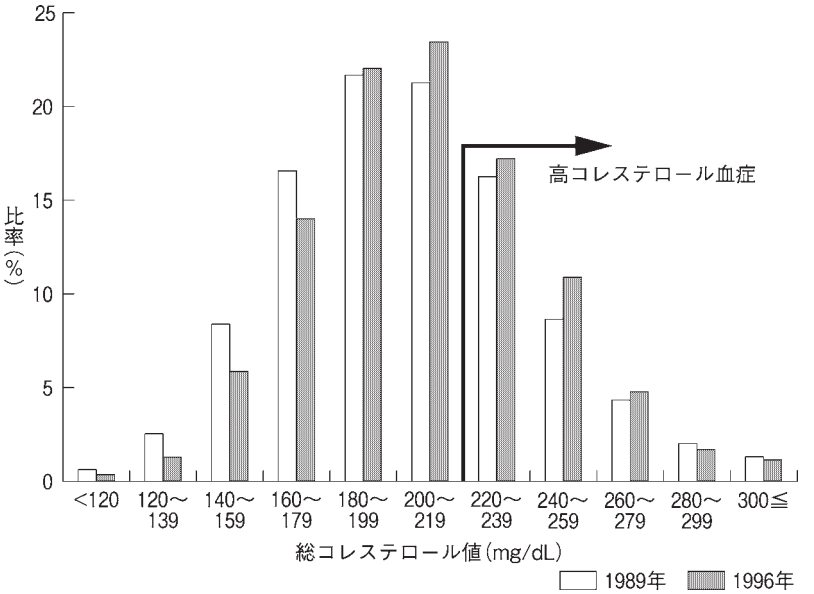


図1　日本人の総コレステロール値の分布[9]
30歳以上男女，1989，1996

や心血管疾患を減らせると考えられるが，より低リスクの患者の場合には効果は期待できないという結論だった．

同様のことはスタチンの出現以前にも起こっていた．高中性脂肪血症に対するフィブラートやニコチン酸の使用による冠動脈疾患の抑制を見たメタアナリシス[10]では，二次予防でも効果が証明できなかったばかりか，一次予防では逆に冠動脈疾患を20％有意に増加させてしまうという結果だった．

このように，コレステロールが高値であることが心血管疾患の発症リスクになるのは間違いないが，それに対して脂質低下療法を行っても，その恩恵を被る患者は，心血管の既往があるか，既往がない場合でもハイリスクの患者に限られるのである．一方で，リスクが低い患者では，メリットは期待できないと考えるべきである．

1987年，日本動脈硬化学会は総コレステロールの基準値を240 mg/dL未満から220 mg/dL未満へと引き下げた．これは，よりリスクの低い「正常」患者を新たに「脂質異常症」としたことにほかならない．前述の通り，低リスク患者では治療をしても動脈硬化性疾患の一次予防効果は得られないが，日本人の総コレステロールの分布をみると，220～240 mg/dLに属する患者は約17％に上る（図1）．つまり，高コレステロール血症の基準を変えて，240 mg/dLから220 mg/dLに下げるだけで，国民の17％が新たに病人とされてしまうのである．平成24年1月の総務省統計局の人口推計のデータ[25]によれば30歳以上の人口はおよそ9,000万人なので，その17％に相当する約1,500万人が新たに患者とされてしまう．いったん病名が付けば治療が行われてしまうので，仮にこの1,500万人が1日1錠のプラバスタチン（1錠112.5円）を5.3年間服用すると，薬剤費だけで3億3,000万円が上乗せされてしまうことになる．前述のMEGA studyの結果では，1人の冠動脈疾患を防ぐための治療必要数が125人なので，単純計算すると1人の心筋梗塞を回避するために，5.3年間で2,700万円が必要になる．薬剤費だけでこの金額である．実際には，検査費や通院にかかるコスト，仕事を休むことによって生

表2　メタボリックシンドローム診断基準（日本内科学会ほか7学会）

必須項目
内臓肥満（ウエストが男性＞85 cm，女性＞90 cm）
以下の3項目のうち2項目以上該当
中性脂肪≧150 mg/dL　かつ/または　HDL コレステロール＜40 mg/dL
収縮期血圧≧130 mmHg　かつ/または　拡張期血圧≧85 mmHg
空腹時血糖≧110 mg/dL

じるコストなどが加算される．このように，検査値の基準やコントロールの目標を変更することによって患者を増やすことは disease mongering なのである．

Ⅱ．メタボリックシンドローム

2005年4月，日本内科学会ほか関連7学会がメタボリックシンドローム診断基準を発表した．それは，内臓肥満を必須項目として，ウエストが男性で85 cm，女性で90 cmを超えた者が，脂質異常，高血圧，耐糖能異常のうち2つ以上認めた場合にメタボリックシンドロームに該当するとするものである（表2）．

このメタボリックシンドロームには，定義が不明確，病因論が不確実，心血管疾患のリスクファクターとしての価値が一定でない，特異的な治療が存在しないといった数々の問題点が指摘されている[11,12]．しかもわが国の基準での腹囲のカットオフ値は，ウエスト径が男性で102 cm，女性で88 cmを超えるとしたAHA/NHLBIによるNCEP-ATP Ⅲ修正メタボリックシンドローム診断基準[8]とは異なる．この差異は，肥満の程度やインスリン抵抗性と同様に民族差によるものとされ，国ごとにその基準を変えることは妥当であるとか，むしろそうすべきとの意見が大勢を占めているが，実際に何を基準にしてカットオフ値を定めるべきかについては意見の一致を見ていない．そして，海外のいずれの基準でもウエスト径のカットオフ値は男性の方が女性よりも大きいのに，わが国の基準では逆になっており，民族差と言えどいかにも奇異である[20]．またウエスト径の測定は，立位，軽呼気時に臍高部で行うとしているが，肥満のため臍が下方に偏位する場合は肋骨下縁と前腸骨棘の中点の高さで測定するとなっている．しかし，両者の測定値には乖離がみられ，どちらの方法で測定すべきかの境界は不明であり，厳格さを欠く基準となっている[16]．

メタボリックシンドロームは，動脈硬化に関係する疾患をつなぐ1つの病態として捉えられているが，現時点ではこれに特異的な治療法があるわけではなく，実際には糖尿病，高血圧症，脂質異常症それぞれに固有の治療がなされている．これでは，わざわざ疾患概念として診療に導入する意味がない．

メタボリックシンドロームを取り入れた特定健診が行われたことにより，社会的な認知は一気に広まったが，一方で腹囲が大きいことイコールメタボリックシンドロームという誤解から，肥満の人が差別を受けるという現実が生じている．また，メタボリックシンドロームに該当するか否かという二者択一になるため，軽症患者は過剰に治療を受ける羽目になり，重症患者は過小評価され治療が甘くなるという重大な問題も起こっている[16]．

平成16年度国民健康・栄養調査（厚生労働省）[13]によれば，40〜74歳男性の2人に1人，女性の5人に1人が，メタボリックシンドローム（内臓脂肪症候群）が強く疑われる者または予備群と考えられる者であったとされている．このメタボリックシンドロームも数多くの「患者」を生み出しており，disease mongering の代表例と言える．

Ⅲ．医療における疾患と治療の考え方と現実

自然科学である医学の考え方として広く受け入

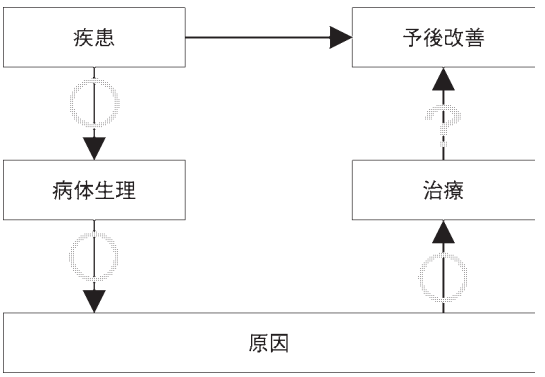


図2　医療における疾患と治療の関係

れられているのは，疾患と認識される異常がある場合，それがどのような状態であるかといった病態生理を明らかにし，それを引き起こす原因を特定した上で，その原因を治療することにより，予後が改善することを期待するものである．例えば心筋梗塞の病態生理が動脈硬化の末期状態で起こる急性の血管閉塞であり，その動脈硬化の原因としては糖尿病が重要な位置を占める．これに対して血糖コントロールを行って動脈硬化の進展を予防することで心筋梗塞が起こらないように予防できると期待できることから，糖尿病患者では血糖コントロールを厳格に行い，血糖を下げれば下げるほど合併症や死亡を減らせると信じられてきた（図2）．

ところが，現実は必ずしもそうなってはいない．新規発症の肥満糖尿病患者を対象としたUKPDS 34[28]では，血糖を厳格にコントロールすることにより心筋梗塞を減らせることが証明された．ところが，2008年に発表されたACCORD研究[1]では，発症8年来のコントロール不良糖尿病患者がHbA1c＜6.0％の血糖の厳格なコントロールを行うと，HbA1c 7.0～7.9％の通常のコントロールを行った場合と比べて心血管疾患が減らなかったばかりか，かえって総死亡が22％有意に増えた．翌2009年に発表されたVADT[6]でも同様の結果が示され，さらに平均罹病期間7.8年の糖尿病で治療を受けている患者におけるHbA1cと死亡リスクの関係を見たコホート研究[5]では，内服治療中の患者でHbA1c 7.0～9.0％，インスリン治療中の患者でHbA1c 7.5～8.0％が最も死亡リスクの低いHbA1cだった（図3）．このUKPDS 34との結果の乖離は，糖尿病の発症からの経過年数，すなわち罹病期間の違いと考えられ，ある程度動脈硬化が進展してしまった血管に対しては，血糖コントロールは厳格にしすぎないようにした方がよいことを示している．糖尿病が心筋梗塞のリスクファクターであること

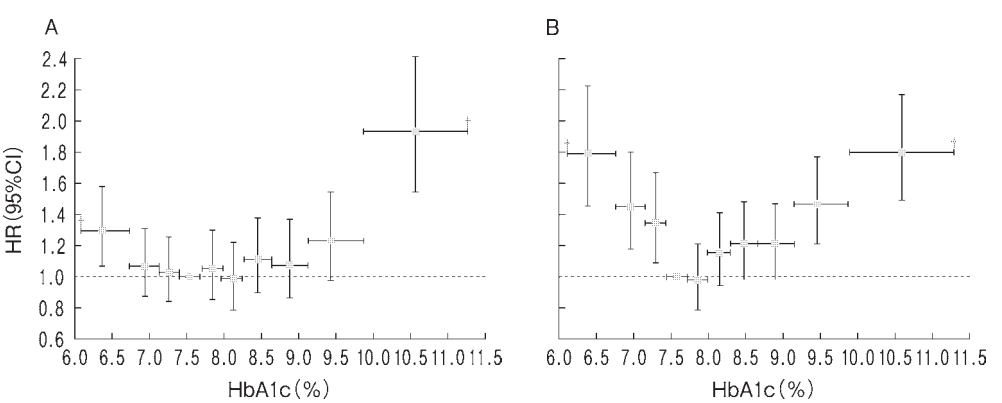


図3　糖尿病治療患者におけるHbA1cと死亡リスクの関係[1]
Cox比例ハザードモデルによる調整済みハザード比
A：メトホルミンとスルホニルウレアで治療した患者，B：インスリン使用患者

は過去の研究から明白な事実であるが，だからといって，糖尿病の治療を行っても必ずしも心筋梗塞が予防できるとは限らないということになる．原因を治療しても予後が改善しない1例である．

これは何も特殊なことではない．高血圧症における降圧療法の効果についても同様のことが言える．女性における動脈硬化性疾患の一次予防を目的とした降圧療法の効果についてのコクランレビュー[22]では，脳血管イベントの抑制効果は55歳以上で相対危険度減少率38％，5年間治療での治療必要数78人であるのに対し，30〜54歳ではそれぞれ42％と264人だった．相対危険度減少率がほぼ同等であるのに治療必要数に大きな違いがみられたのは，より若い年齢では脳血管イベント発症率が低かったためである．総コレステロールの分布と同様，高血圧症の場合でも，より平均血圧が低い若い人ではリスクが低いので降圧薬の効果が小さくなるにもかかわらず，治療対象となる人は増えてしまう．つまり，血圧コントロールの目標を下げることは，医療的介入の効率を悪化させ，医療費の増大を引き起こし，製薬会社は売り上げを伸ばすことが可能となる．これもまさにdisease mongeringである．

動脈硬化性疾患領域以外でも同じことが言える．骨粗鬆症治療薬のビスホスホネート製剤はガイドラインでは骨粗鬆症の第一選択薬として推奨されている．確かに脊椎骨折の既往のある患者では脊椎骨折の再発と大腿骨頸部骨折の予防効果が証明されている[2]が，椎体骨折の既往のない患者では骨密度を上昇させ，脊椎骨折は予防できるものの，大腿骨頸部骨折については予防できなかった[4]．それどころか，骨を強くして骨折を防ぐはずのビスホスホネート製剤を5年以上使用すると，逆に大腿骨骨幹部や転子下の異型骨折を有意に増やすこと[21]が明らかになっている．これもまた，原因となるものを治療しても期待する効果が得られない現象である．すなわち，寝たきりの原因になる大腿骨頸部骨折の原因は骨粗鬆症であるので，骨密度を上げる治療をすれば骨折が防げるだろうと病態生理学的な予想が成立するのであるが，現実には骨粗鬆症の治療では骨折，そして寝たきりを防ぐのは難しいのである．この場合は戦略を変えるべきであり，大腿骨頸部骨折がほとんどの場合転倒をきっかけに起こっていることを考えると，骨粗鬆症の治療よりも転倒の予防に力を入れるのがよいと思われる．実際に「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン（2006年版）」[14]にも，転倒防止に対して有効だった介入法が紹介されている（表4，なお，この表は最新版である「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン（2011年版）」では掲載されていない）．ところが，実際には人間ドックで骨密度を測定して骨量減少症，骨粗鬆症患者を拾い上げ，薬物投与を勧めるといったことが行われている．治療効果の期待できない骨密度の上昇を目的とした骨粗鬆症の治療も，disease mongeringと言えるだろう．

このように，病態生理から考えて原因と思われるものを治療しても，必ずしも予後が改善しないという矛盾を認識することはとても重要なことである．「理論的に有効であるはずであるから治療するべき」というのは必ずしも正しくなく，しばしばdisease mongeringの温床となりうる．

Ⅳ．さまざまな分野における disease mongering

以上述べてきたように，disease mongeringの基本的な戦略は，些細な症状や検査異常を「病気」として捉え，「病気」に該当する「患者」の数を増やし，これに介入することで利益を増やそうとするものである．

「患者」を掘り起こすための方法の1つとして，製薬会社が直接一般市民にアプローチをすることがある．現在わが国では薬事法第66条[31]で医薬品の誇大広告が禁じられているので，製薬会社が医療用医薬品の宣伝を一般市民向けに直接行うことはほとんどない．その代わり，誰でも感じることがあるような些細な自覚症状から疾患を啓発して，「このような異常がある場合は，医療機関を受診して，専門医の診察を受けましょう」と受診を促す戦略が多用されている．医師の側は，わざ

表3　ビスホスホネート製剤で治療中の女性における大腿骨骨幹部および転子下骨折のリスク[4]

	ビスホスホネート治療期間			
	一過性 ＜100日	短期間使用 100日～3年	中等度期間使用 3～5年	長期間使用 ≧5年
患者数（%）				
症例(n＝716)	42(5.9)	349(48.7)	204(28.5)	121(16.9)
対照(n＝3,580)	218(6.1)	1,832(51.2)	1,070(29.9)	460(12.9)
オッズ比(95％CI)				
粗	1.0[基準]	1.00(0.70-1.43)	1.08(0.73-1.59)	1.74(1.11-2.73)
調整済み	1.0[基準]	0.90(0.4-1.68)	1.59(0.80-3.15)	2.74(1.25-6.02)

表4　高齢者に対する転倒予防介入試験の主なメタアナリシス[21]

文献	試験数	有効だった介入法	転倒減少効果(RR)	95％CI
Gillespie, et al.[7]	3	筋力強化とバランス改善によるプログラム	0.80	0.66-0.98
	1	太極拳	0.51	0.36-0.73
	1	家庭環境への介入	0.64	0.49-0.84
	1	向精神薬中止	0.34	0.16-0.74
	3	リスクの判明していない地域高齢者への包括的介入	0.73	0.63-0.86
	2	リスクの判明している地域高齢者への包括的介入	0.79	0.67-0.94
Robertson, et al.[23]	4	家庭での個別指導による筋力強化とバランス改善	0.65#	0.57-0.75
Chang, et al.[3]	40	介入全体	0.88##	0.82-0.95
		包括的介入	0.82##	0.72-0.95
		運動訓練	0.86##	0.75-0.99
		物的環境の調整	NS	0.77-1.05
		対象者への教育介入	NS	0.95-1.72
Weatherall, et al.[29]	19	包括的介入	0.62###	0.47-0.88

RR：relative risk ratio，95%CI：95% confidence interval，#：IRR（incidence rate ratio），##：risk ratio，###：odds ratio，NS：有意水準に至らず
包括的介入：起立性低血圧，視力，バランスと歩行，薬剤，認知機能，I-ADL，環境危険因子などに対する介入

表5　Disease mongering の方法

- 現在は健康な人たちに，「このままでは将来大変な病気になりますよ」と言って，不安に陥れる．
- たいした病気でもないのに，侵襲的な治療（すなわち，高価な治療でもある）を勧める．
- 本当の原因は別のところにあるのに，医療の提供側に都合のいい原因を言い募り，それに対する治療を売り込む．
- 評価の定まっていない新奇な医療技術を，絶対に長期的にも安全で確実に有効な奇跡的なものとして宣伝する．
- 病気の有病率・罹患率を実際よりもかなり高く見積もる（社会のかなりの割合の人がその病気に侵されていると宣伝する）．
- 情報操作の専門家や医療の提供側に都合のいい言説を振りまく人物（spin doctor），常にメディアに露出している有名人を雇って病気についての啓蒙キャンペーンを張る．
- 病気の定義や治療目標を医療の提供側の都合のいいように改変してしまう．
- 治療の効果を高く見せるよう，統計学を医療の提供側の都合のいいように利用する．
- 症状や病気を何らかの物質の欠如もしくはアンバランスのせいだと，医学的に確立していない知識であるにもかかわらず，単純化したモデルを使って説明する．
- そしてその物質を（正常な食生活をしていれば必要量を正しく摂取できるにもかかわらず）薬物やサプリメントとして補充することで健康が獲得できると宣伝する．
- 健常な人にもよくみられる些細な症状を，“病気”として取り上げ，大げさな診断名を作り上げる．
- 過去には医学的な病気とは考えられていなかった症状を“病気”として治療するよう勧める．
- 人体の正常な機能を高めると主張，あるいは不老不死をうたって，医療技術を宣伝する．
- 「医師も見落としがちな病気である」「自覚症状に乏しく，気づかないうちに重病になっている」と宣伝して不安を煽る．
- 背後に営利企業がいることを隠して，病気に対する啓蒙活動を行う．
- 治療の副作用について触れず，効果ばかりを強調する．

わざ受診して来るくらいに困っているのだから，患者は当然治療を求めているのだろうと安易に処方してしまう．テレビCMやインターネットを用いた疾患啓発はさまざまな領域で行われているが，タレントや俳優などといった有名人を起用したものは特に影響力が大きく，受診者の増加に一定の効果を挙げている．

表6　Disease mongering が存在する代表的疾患

結合組織炎	高血圧
反復性緊張性外傷	脂質異常症
腱炎	逆流性食道炎
椎間板ヘルニア	骨粗鬆症
胸郭出口部症候群	閉経
手根管症候群	線維嚢胞性乳房疾患
ライム病	尿失禁
慢性疲労症候群	咬合不正
カンジダ菌アレルギー	多動児
食物アレルギー	不眠
狭心症	不安
間欠跛行	抑うつ
僧帽弁逸脱症候群	遺伝性疾患
不整脈	など
糖尿病	

Disease mongering の手法としては，表5のようなものが考えられる．そして，disease mongering の例と考えられている疾患には，表6のようなものがある．ただし，この疾患名のついた患者が全て disease mongering であるわけではない．その中に，正真正銘の病気が多く含まれていることが問題をより複雑にしている．

ま と め

Disease mongering はさまざまな分野・疾患で広くみられ，その多くが営利企業の販売戦略と密接な関係にある．Disease mongering は医療費の高騰を招き，結果として社会的損失につながる．Disease mongering を野放しにしておくことは，専門医の存在意義に関わる問題であるがゆえに根が深いと考えられる．健全な医療を守るために，医療者側が自覚を持つことが特に必要である．

文　献

1) Action to Control Cardiovascular Risk in Diabetes Study Group, Gerstein, H.C., Miller, M.E., Byington, R.P., et al.: Effects of intensive glucose lowering in type 2 diabetes. N Engl J Med, 358; 2545–

2559, 2008

2）Black, D.M., Cummings, S.R., Karpf, D.B., et al.: Randomised trial of effect of alendronate on risk of fracture in women with existing vertebral fractures. Fracture Intervention Trial Research Group. Lancet, 348; 1535-1541, 1996

3）Chang, J.T., Morton, S.C., Rubenstein, L.Z., et al.: Interventions for the prevention of falls in older adults: systematic review and meta-analysis of randomised clinical trials. BMJ, 328; 680, 2004

4）Cummings, S.R., Black, D.M., Thompson, D.E., et al.: Effect of alendronate on risk of fracture in women with low bone density but without vertebral fractures: results from the Fracture Intervention Trial. JAMA, 280; 2077-2082, 1998

5）Currie, C.J., Peters, J.R., Tynan A., et al.: Survival as a function of HbA（1c）in people with type 2 diabetes: a retrospective cohort study. Lancet, 375; 481-489, 2010

6）Duckworth, W., Abraira, C., Moritz, T., et al: VADT Investigators. Glucose control and vascular complications in veterans with type 2 diabetes. N Engl J Med, 360; 129-139, 2009

7）Gillespie, L.D., Gillespie, W.J., Robertson, M.C., et al.: Interventions for preventing falls in elderly people. Cochrane Database Syst Rev, 2003: CD000340

8）Grundy, S.M., Cleeman, J.I., Daniels, S.R., et al.: American Heart Association; National Heart, Lung, and Blood Institute. Diagnosis and management of the metabolic syndrome: an American Heart Association/National Heart, Lung, and Blood Institute Scientific Statement. Circulation, 112; 2735-2752, 2005

9）浜　六郎：コレステロールに薬はいらない！　角川書店，東京，2006

10）Holme, I.: Relation of coronary heart disease incidence and total mortality to plasma cholesterol reduction in randomised trials: use of meta-analysis. Br Heart J, 69; S42-S47, 1993

11）Kahn, R., Buse, J., Ferrannini, E., et al.: The metabolic syndrome: time for a critical appraisal: Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetes Care, 28; 2289-2304, 2005

12）Kahn, R., Buse, J., Ferrannini, E., et al.: The metabolic syndrome: time for a critical appraisal. Joint statement from the American Diabetes Association and the European Association for the Study of Diabetes. Diabetologia, 48; 1684-1699, 2005

13）厚生労働省健康局総務課生活習慣病対策室：平成16年国民健康・栄養調査結果の概要．2004（Cited 11 Jan 2012. Available at http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/05/h0508-1a.html）

14）骨粗鬆症の予防と治療GL作成委員会：骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン2006年版．ライフ・サイエンス出版，東京，2006

15）Nakamura, H., Arakawa, K., Itakura, H., et al: MEGA Study Group. Primary prevention of cardiovascular disease with pravastatin in Japan（MEGA Study）: a prospective randomised controlled trial. Lancet, 368; 1155-1163, 2006

16）南郷栄秀，斉尾武郎：Disease mongeringとしてのメタボリックシンドローム：生活習慣病言説の現在．臨床評価，33；701-716，2006

17）Nango, E., Saio, T., Yuasa, H.: The MEGA study. Lancet, 368; 2051, 2006

18）日本動脈硬化学会：動脈硬化性疾患予防ガイドライン2007年版．日本動脈硬化学会，協和企画，東京，2007

19）日本脂質栄養学会コレステロール指針策定委員会：日本動脈硬化学会への公開質問書．2010（Cited 11 Jan 2012. Available at http://www.kinjo-u.ac.jp/orc/document/guideline3.pdf）

20）大櫛陽一：検査値と病気：間違いだらけの診断基準．太田出版，東京，2006

21）Park-Wyllie, L.Y., Mamdani, M.M., Juurlink, D.N., et al.: Bisphosphonate use and the risk of subtrochanteric or femoral shaft fractures in older women. JAMA, 305; 783-789, 2011

22）Quan, A., Kerlikowske, K., Gueyffier, F., et al.: INDANA investigators. Pharmacotherapy for hypertension in women of different races. Cochrane Database Syst Rev, 2000: CD002146

23）Robertson, M.C., Campbell, A.J., Gardner, M. M., et al.: Preventing injuries in older people by preventing falls: a meta-analysis of individual-level data. J Am Geriatr Soc, 50; 905-911, 2002

24）Shepherd, J., Cobbe, S.M., Ford, I., et al.: Prevention of coronary heart disease with pravastatin

in men with hypercholesterolemia. West of Scotland Coronary Prevention Study Group. N Engl J Med, 333 ; 1301-1307, 1995

25）総務省統計局：人口推計―平成24年1月報―. 2012（Cited 11 Jan 2012. Available at http://www.stat.go.jp/data/jinsui/pdf/201201.pdf）

26）Stamler, J., Wentworth, D., Neaton, J.D. : Is relationship between serum cholesterol and risk of premature death from coronary heart disease continuous and graded? Findings in 356,222 primary screenees of the Multiple Risk Factor Intervention Trial（MRFIT）. JAMA, 256 ; 2823-2828, 1986

27）Taylor, F., Ward, K., Moore, T.H., et al. : Statins for the primary prevention of cardiovascular disease. Cochrane Database Syst Rev, 2011 : CD004816

28）UK Prospective Diabetes Study（UKPDS）Group : Effect of intensive blood-glucose control with metformin on complications in overweight patients with type 2 diabetes（UKPDS 34）. Lancet, 352 ; 854-865, 1998

29）Weatherall, M. : Prevention of falls and fall-related fractures in community-dwelling older adults : a meta-analysis of estimates of effectiveness based on recent guidelines. Intern Med J, 34 ; 102-108, 2004

30）Wilt, T.J., Bloomfield, H.E., MacDonald, R., et al. : Effectiveness of statin therapy in adults with coronary heart disease. Arch Intern Med, 164 ; 1427-1436, 2004

31）薬事法（電子政府の総合窓口イーガブ，総務省. Cited 11 Jan 2012. Available at http://law.e-gov.go.jp/htmldata/S35/S35HO145.html）

Disease Mongering in General Medicine

Eishu NANGO

Department of General Medicine, Tokyo-kita Social Insurance Hospital

Disease mongering, also known as “Selling Diseases”, spreads concern regarding minor symptoms or asymptomatic laboratory findings which slightly exceed the reference range, which then become defined as diseases. It is often undertaken by pharmaceutical companies and health-related industries, and includes a wide range of areas such as cardiovascular disorders and osteoporosis. For the public, disease awareness campaigns are propagated using television commercials, advertisements inserted in newspapers or internet websites which point out common symptoms as diseases. For fear of a negative reaction, they do not directly advertise prescription drugs to consumers, but use strategies that encourage consumers to consult doctors, especially specialists, if they have such symptoms. For health care providers, pharmaceutical companies describe drug efficacy using skillful presentations in the guise of providing medical information. Most of the benefits described use surrogate endpoints such as laboratory tests or symptom scores, which patients cannot understand directly. Such endpoints may not reflect the true endpoints, which are important for patients,

and differ from those anticipated based on the pathophysiology. Disease mongering results in increased health care costs and leads to social loss. Additionally, patients may suffer side effects or adverse outcomes due to unnecessary treatment. It is important that medical providers are keenly aware of disease mongering.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: disease mongering, dyslipidemia, metabolic syndrome, osteoporosis, conflict of interest＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Disease-mongering と慢性疲労症候群

松井 徳造[1)]，松田 泰範[2)]，片岡 浩平[2)]，深田 亮介[2)]，
切池 信夫[2)]，松永 寿人[1)]
（1）兵庫医科大学精神科・神経科，2）大阪市立大学大学院医学研究科神経精神医学）

慢性疲労症候群（CFS）とは，これまで健康に生活していた人に原因不明の強い全身倦怠感，微熱，頭痛，筋肉痛，精神神経症状などが起こり，長期にこの状態が続いて健全な社会生活が送れなくなるという病態をさしている．1984 年に米国ネバダ州で集団発生した原因不明の疲労患者の報告を機に，米国や日本において診断基準が作成された．診断基準には倦怠感，睡眠障害，抑うつや集中力低下などの精神神経症状などの項目が含まれており，うつ病など精神障害との異同が論じられてきた．筆者らはこれまでに，うつ病をはじめとする精神障害と CFS の co-morbidity，予後の調査，新しい CFS の診断基準による患者数の増加などの報告を行ってきた．こうした経緯をふまえて，CFS と disease-mongering の関係について検討を加えてみたい．disease-mongering とは本来製薬企業が売り上げを増大させるため疾病啓発の名目でキャンペーンを行う行為などのことで，否定的なニュアンスが込められていた．しかし CFS の場合には，患者団体などが中心となって疾患概念の浸透や研究予算の増額などを求めてきた経緯がある．これは CFS が決定的な原因の解明が行われておらず，有効な医薬品がないため，従来の disease-mongering とは異なった働きかけが必要とされたのかもしれない．具体的には，患者団体が中心となりシンポジウムの開催や CFS を描いたドキュメンタリー映画の上映，CFS の DSM-5 への包含反対キャンペーン，CFS による障害年金受給への道や就労支援などの施策を政府に働きかける，などの活動が精力的に行われている．今後は，こうした患者団体などの活動も考慮に入れながら，疾患の位置づけという中立的な視点から disease-mongering についての新たな解釈を下すことが可能となろう．

＜索引用語：disease-mongering，慢性疲労症候群，うつ病，併存，疾病啓発＞

はじめに

タイトルの monger を辞書で調べると，武器商人とか，戦争商人などの恐ろしい訳語が記載されている．今回，我々は武器商人ならぬ病気商人，病気を商売にする，という切り口から慢性疲労症候群（CFS）を述べることとする．そのためには，CFS についての我々が発表してきた臨床データや過去の総説をただ単にまとめなおすだけでは不十分で，今一度医師としての根本に立ち返って，より大きな視点でこのテーマを考え直すことが必要となる．本稿において CFS についての概要とその研究成果を発表するだけでなく，disease-mongering との関係，そしてそれを超えた筆者らの見解というものを伝えたいと考える．

この問題を考えるためには，やはり我々の医師としての根幹は何なのかということを見つめ直す必要があろう．それを私自身は次の言葉，つまり「健康な生活を送りたいという万人の願いを実現するため医師は知恵を絞って働く」ととらえている．そしてこの土台の上に，日本人の特性，あるいは日本人が製造する made in Japan の製品の特性は何か，という大きな特徴を加えて考えるこ

とで，今回は disease-mongering と慢性疲労症候群という問題を検討していきたいと考える．

Ⅰ．CFS について

日常生活を送ることが困難なほど激しい疲労が続くことが慢性疲労症候群（chronic fatigue syndrome）の特徴である．通常 CFS と略されることが多く，最近では免疫不全という病因を推定して CFIDS（chronic fatigue and immune dysfunction syndrome）と略記されることもある．日本国内ではおよそ 30 万人の患者がいると推定されているがその原因はいまだ不明とされている．CFS の診断基準は表 1 にまとめたとおりであるが，要点を抜粋すれば，これまで健康に生活していた人が，急に原因不明の激しい全身倦怠感に襲われ，それ以降，疲労感と共にこのような症状が伴い，健全な社会生活が送れなくなる状態ということになる．

最初の発見は，1984 年にアメリカ・ネバダ州にある人口約 2 万人のインクライン村で，人口の約 1％にあたる約 200 名が強い疲労などを訴え，ネバダ・ミステリーと呼ばれたものである．その後米国 CDC（Centers for Disease Control and Prevention）の調査の結果，原因不明の Chronic Fatigue Syndrome と命名され，1988 年には診断基準も作成された[8]．日本でも，1990 年に倉恒らが本邦最初の症例を報告し[10]，91 年に厚生省の CFS 調査研究班が発足し，92 年に日本での診断基準も作成された[9]．その後 94 年に米国 CDC 基準の改定が，2007 年に日本でも診断指針の改定が行われた[5,6]．

次に CFS の原因については，これまでにも多くの研究者により精力的な報告が行われてきたが，いまだ決定的な原因は見つかっていない．簡単に CFS の病因に関する知見をまとめると[1]，ストレスにより神経～免疫～内分泌系の変調による病態であり，免疫力の低下に伴いウイルスが活性化し，これを制御するための IFN などのサイトカインが神経系の障害を引き起こすのではないかと提唱されている．ウイルスに関しても，HHV-6 やマ

表 1　厚生省 1992 年慢性疲労症候群（CFS）診断基準

A．大クライテリア（大基準）

1．生活が著しく損なわれるような強い疲労を主症状とし，少なくとも 6 ヵ月以上の期間持続ないし再発を繰り返す（50％以上の期間認められること）．

2．病歴，身体所見，検査所見で別表に挙げられている疾患を除外する．ただし精神疾患については表 2 以外の心身症，神経症，反応性うつ病などは CFS に先行して発症した症例は除外するが，同時または後に発症した例は除外しない．特にうつ病に関しては双極性うつ病はただちに除外するが，単極性のものは精神病性であることが明らかになった時点で除外することとし，それまでの診断不確定の間は反応性うつ病と同じ扱いとする．

B．小クライテリア（小基準）

ア）症状クライテリア（症状基準）
（以下の症状が 6 ヵ月以上にわたり持続または繰り返し生ずること）

1．微熱（腋窩温 37.2～38.3℃）ないし悪寒
2．咽頭痛
3．頸部あるいは腋窩リンパ節の腫張
4．原因不明の筋力低下
5．筋肉痛ないし不快感
6．軽い労作後に 24 時間以上続く全身倦怠感
7．頭痛
8．腫脹や発赤を伴わない移動性関節痛
9．精神神経症状（いずれか 1 つ以上）光過敏，一過性暗点，物忘れ，易刺激性，混乱，思考力低下，集中力低下，抑うつ
10．睡眠障害（過眠，不眠）
11．発症時，主たる症状が数時間から数日の間に出現

イ）身体所見クライテリア（身体所見基準）（1 ヵ月以上の間隔をおいて 2 回以上医師が確認）

1．微熱
2．非浸出性咽頭炎
3．リンパ節の腫大（頸部，腋窩リンパ節）

◎大基準 2 項目に加えて，小基準の「症状基準 8 項目」以上か，「症状基準 6 項目＋身体基準 2 項目」以上を満たすと「CSF」と診断する．

◎大基準 2 項目に該当するが，小基準で診断基準を満たさない例は「CSF の疑いあり」とする．

◎上記基準で診断された CSF（「疑いあり」は除く）のうち，感染症が確診された後，それに続発して症状が発現した例は「感染後 CSF」と呼ぶ．

ウス白血病関連のウイルスなどがCFS患者から発見され疾患の原因ではないかと報告されている[3,11]．

CFSの治療方法としては認知行動療法や漢方薬など種々の治療法が提唱されているものの[17,19]予後については治癒率は0～31％と報告され良好な結果を得られていない[2]．

このようにCFSは明らかな原因が判明しておらず生物学的なバイオマーカーも存在しないため，患者はしばしば単なる疲れやサボりとみなされてしまうことも少なくない．こうした実態を改善するために，米国では“I remember me”というCFSの患者を描いたドキュメンタリー映画が2000年に制作され，世界各地で上映されている．この映画はCFS患者でもあるキム・スナイダーが監督となり，患者が重症化して寝たきりになる深刻な実態にある一方で，世間から偏見に苦しむ現実が描かれている．日本でも患者団体が中心となり，市民や国会議員などに向けてこうした映画の上映やシンポジウムが企画され，CFSへの理解を深めて貰おうという催しが行われている．

II．CFSと精神障害の併存

次にCFSと精神障害の関係について，我々の報告も紹介しながら述べることとする．精神障害の中でも特にうつ病患者が疲労・倦怠感を訴える例は多く，以前からCFSとうつ病の異同が問題になっていた．そこで，大阪市立大学・疲労クリニカルセンターにおいて内科医師と精神科医師が連携して，CFSおよび精神障害の診断を行った．その結果，CFSを有する患者51名中，29名に何らかの精神障害を認め，大うつ病性障害が最も多く20名で，その他表2に示すような精神障害の併存を認めた[14]．諸外国での報告でもうつ病の併存が最も多いとされ，30～70％にうつ病を併存すると報告され，そのほか不安障害が20％程度，身体表現性障害が10％程度と報告されている[1,4]．またHendersonらはCFS患者の39％にパーソナリティ障害を併存し，C群が最も多く，次いでB群が多かったことを報告している[7]．

表2　CFSと精神障害の併存[14]

	CFS（N＝51）	CFSなし（N＝54）
精神障害あり	29	46
うつ病	20（39％）	28
不安障害	1（2％）	8
適応障害	3（6％）	5
身体表現性障害	2（4％）	2
統合失調症	0	1
睡眠障害	3（6％）	2
精神障害なし	22	8

表3　CFSと併存精神障害の転帰の関係[13]

		併存精神障害あり（初回面接において）		併存精神障害なし	
		absent at follow-up	present at follow-up		
CFSの転帰	良好	4	1*	5	4**
	不良	12	16	28	28
合計		16	17	33	32

*p＝1，**p＝0.17

もう1つ我々の行った報告により（表3），CFSと精神障害を併存する患者の2年後の予後について調査を行ったところ，①CFSの転帰と精神障害の転帰には有意な関連を認めず，また②65名のCFS患者に関して精神障害の併存の有無とCFSの転帰にも有意な関連を認めないことが判明した[13]．

このように，CFSとうつ病の関係においては症状面において，疲労，睡眠障害，思考力や集中力の低下が重複した症状として挙げられ，一方，発熱やリンパ節腫脹がCFSに，希死念慮や喜びの喪失などがうつ病に，それぞれに異なる特徴的な症状を有している．また予後についても異なったことから，CFSとうつ病をはじめとする精神障害は独立した疾患群であることが示唆された．さらに，併存する精神障害は治療により十分な改善が期待できるためCFSならびに併存する精神障害に対して適切な治療が必要と考えた．

Ⅲ．診断を巡る問題点

ここからはCFSと精神障害を巡る問題点について述べる．筆者が臨床面で困惑を感じている問題が，CFS診断基準には精神疾患の除外が規定され，精神障害の診断には身体疾患の除外が求められている点である（表4）．例えば1992年のCFS診断指針ではCFSの診断基準として，「精神病性うつ病や双極性障害の既往があればCFSとは診断されない」と記されており，いくつかの精神障害がCFSの除外基準に挙げられている．然るにDSM-Ⅳ-TRの精神障害の診断基準においても，例えば大うつ病性障害のD項（除外診断項目）において「症状は（中略），または一般身体疾患（例：甲状腺機能低下症）によるものではない」と記載されている．一般的に，内科医師は各種検査にて異常値を認めない症例に戸惑うことが多く，一方で精神科医師は身体疾患の有無が確定しないままに精神障害の疑いのある患者への対応に違和感を覚えることが多い．まさにこの狭間にスッポリと埋まっているのがCFSではないかと考えられる．CFSはその症状として身体症状と精神症状を認め，しかしながら確定的なバイオマーカーがいまだ存在しない状況である．そのため，CFS診断の際の精神障害の除外基準を一部緩和すれば，1992年基準と2007年基準とで，CFSの患者数が173名から189名へと約1割も増加することを報告した[15]．このようにCFSに関しては，身体疾患か精神疾患かという二者択一ではなくCFSには多面的なアプローチが望ましく，内科医であれ精神科医であれ対応できる医者が担当するのが望ましいと考える．ところが国際CFS学会などではCFSが精神障害に分類されることへの強い懸念が表明され，CFSがDSM-5のsomatic symptoms disorderに該当するのは不適当だと，診断基準への反対署名運動がインターネット上で展開されている．また宮岡は「精神医学は，（ある疾患について）身体疾患で説明されると積極的な議論を挑まない傾向があるが，CFSについては精神医学からの厳密な検討も不可欠」と正鵠を得た見解を述べており[16]，もう少し多くの視点からCFSの問題に取り組んでいくほうがより良い知見が集まると考える．

表4　CFSと精神障害の診断を巡る問題点

1）CFSの診断には精神障害を除外する，必要がある
→内科医だけでは診断が困難
2）除外すべき精神障害の範囲が変更されると，CFSの患者数も変動する
3）精神障害の診断基準として，身体疾患の除外が規定されているが，1）と堂々巡り
4）CFSは内科疾患か，精神科疾患か

Ⅳ．CFSの啓発とdisease-mongering

次に，CFSよりもテーマを拡げて疲労全般についても検討を加えたい．まず疲労ないし倦怠感という概念が精神医学の中ではどのようにとらえられているかについて，西丸は「疲労は，感覚（知覚）なのか感情（気分）なのか分からない」と述べるにとどめ[18]，またDSM-Ⅳ-TRの中では，気分障害（大うつ病性エピソード）のA項で「ほとんど毎日の易疲労性」，全般性不安障害のC項で「疲労しやすいこと」と，2ヵ所で記述されているのみである．つまり疲労・倦怠感というテーマは精神医学の領域では中心的な問題という位置づけはなく，また内科領域においても明快な説明や担当領域が決まっているとも言い難い．とはいえ疲労・倦怠感はほとんどの疾患に出現する症状であり，同時に疾患の前兆にもなりうることから，disease-mongeringの立場からすれば「どんな口実でも売り出し可能な宝箱」[12]の扱いを受けている．一方で，渡辺や倉恒らは疲労を発熱や痛みと並ぶ体の三大アラームの1つと考え，適切な疲労対策を講ずることで，疾患治療のみならず社会経済的な損失の回避も可能と考え，科学的客観的に慢性疲労を評価研究しようと活動中である．1991年からの厚生省CFS研究班，1999年からの文部科学省「疲労および疲労感の分子・神経メカニズムとその制御に関する研究」に引き続き，2004年から21世紀COEプロジェクト「疲労克服研究教育拠点の形成」（リーダー・渡辺恭良）が立ち上げられ精力的な研究が展開されて

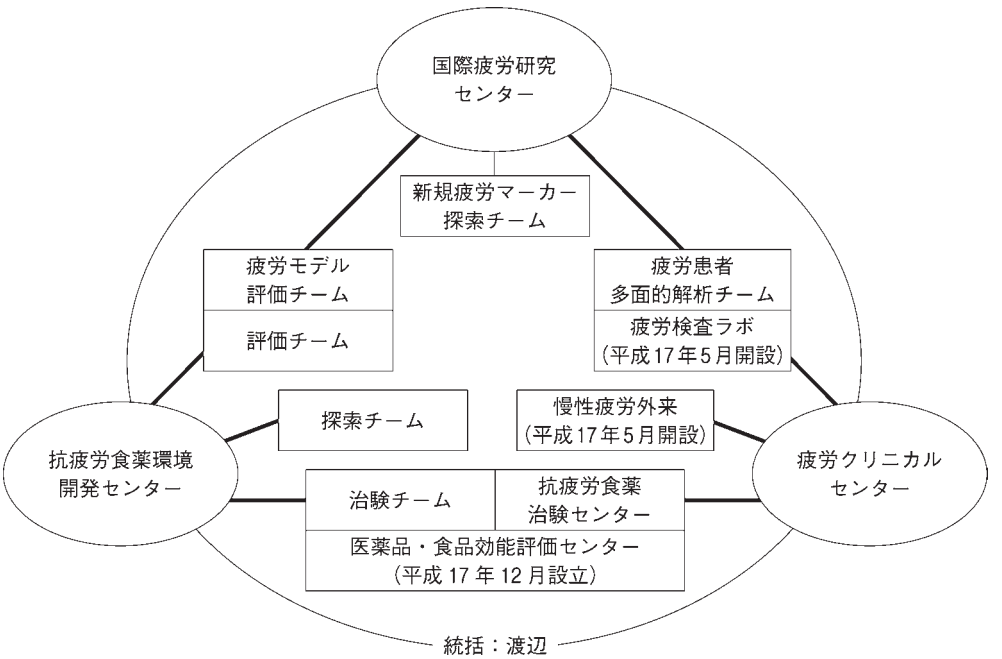


図1　大阪市立大学21世紀COEプログラム疲労克服研究教育拠点の形成
—— Base to Overcome Fatigue ——

いる（図1）．PETやfMRIとATMTテストを組み合わせて前頭葉機能の評価や加速度脈波，アクティブトレーサー，アクティグラフを用いた疲労の客観的研究，過労モデル動物の開発などが行われており，筆者らもこの研究プロジェクトの1つとして日本で初めて設置された疲労クリニカルセンターと連携し，精神科領域の疲労に関する臨床知見を集積し報告してきた．また日本疲労学会や国際疲労学会の主催を通じて，疲労に関する科学的な報告や啓蒙活動も行われている．

このように当初はdisease-mongeringの代表例のように考えられていた疲労・倦怠感というテーマも予防的観点を含めた科学的メカニズムの解明という方向で研究が進められており，この分野では諸外国に先駆けて健康日本を推進するため疲労研究が遂行されている（図1参照）．今後も，日本が中心となってCFSという特定の疾患をターゲットにした研究と慢性疲労全般を扱った研究が車の両輪のようになり，disease-mongeringを超えて疲労の本質解明に向かうことが期待される（図2）．

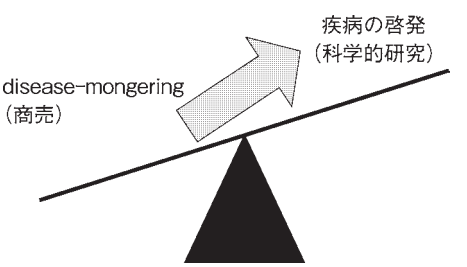


図2　disease-mongeringを超えて疾病研究へ

おわりに

これまでに述べてきたCFSの臨床や研究報告と患者団体が中心となった活動をふまえて，disease-mongeringとの関係を総括したい．もっとも典型的なdisease-mongeringとは，製薬会社が主体となりマスメデイアへの広告を展開し，医

表5　疾患啓発，disease-mongering のパターン

だれが	どこで	誰に対し
製薬会社	新聞やテレビ	医師や患者
専門医	学術会議	医師や患者
患者	立法府	国会議員

療機関への受診を過剰に推進する場合であると考えられる．一方，CFS の場合においてはいささか状況が異なっており，活動の主体としては患者団体が中心となっていること，そして映画の上映や勉強会という活動を通じて立法府に対して積極的に働きかけ，疾病の啓発と研究予算の確保を図っている状況と考えられる．そこで，disease-mongering を含めた疾病啓発のパターンを自分なりにまとめたものを表5に示す．一番上が典型的な disease-mongering のスタイルであり，次は学術性が高いと思われる学会活動を通じての啓発であり，最後が CFS におけるパターンとなる．特に CFS においては，活動のターゲットを厚生労働省という行政府よりもむしろ国会議員の所属する立法府に絞っている点が優れた着眼点と考える．というのは立法府での疾患に対する理解を得ることで，重点的な研究予算の配分が確保できれば，CFS の研究や治療の推進が可能になると考えられるからである．

このように疾病啓発 disease-mongering には，このような色々なパターンが存在する．そして日本において活動内容の是非はともかくこうした活動が浸透しやすい背景として，医師が患者に対してこうしたときには過剰とも思われるケアサポートを行う姿と，多くの優秀な日本の工業製品を開発するときの姿勢とがかなり共通した背景として存在すると考えた（図3）．すなわち，不安を煽っていくというよりもきめ細かくかゆいところに手が届くようなアプローチ方法は，日本人の特質が，疾病啓発や disease-mongering が浸透しやすい背景となっていると考えた．換言すれば，医師としての姿勢の上に，少しお節介で親切・繊細な日本人的な特質があって，疾病啓発 disease-

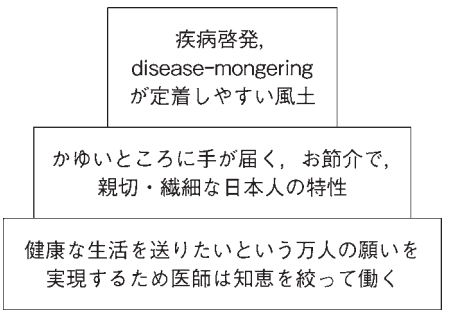


図3　日本における disease-mongering の背景

mongering が展開されるのではないか，と考えた．今後，シンポジウムの統一テーマである「disease-mongering を超えて」を実践していくためには，こうして導入された種々の疾患概念が disease-mongering なのか，重大な発見なのかについて，徹底した情報の公開と，たゆまぬ臨床的観察とそして生物学的研究の継続により繰り返し再評価を行っていくことが求められると考える．筆者もまさに disease-mongering を超えた活動を推進していきたいと考え筆を擱く．

文　　献

1) Afari, N., Buchwald, D.: Chronic fatigue syndrome: a review. Am J Psychiatry, 160; 221-236, 2003

2) Cairns, R., Hotopf, M.: A systematic review describing the prognosis of chronic fatigue syndrome. Occup Med, 55; 20-31, 2005

3) Cameron, B., Flamand, L., Juwana, H., et al.: Serological and virological investigation of the role of the herpesviruses EBV, CMV and HHV-6 in post-infective fatigue syndrome. J Med Virol, 82; 1684-1688, 2010

4) Ciccone, D.S., Natelson, B.H.: Comorbid illness in women with chronic fatigue syndrome: a test of the single syndrome hypothesis. Psychosom Med, 65; 268-275, 2003

5) Fukuda, K., Straus, S.E., Hickie, I., et al.: The chronic fatigue syndrome: a comprehensive approach to its definition and study. International Chronic Fatigue Syndrome Study Group. Ann Intern Med, 121;

953-959, 1994

6）橋本信也，近藤一博，三池輝久ほか：慢性疲労症候群診断基準の改定に向けて―慢性疲労症候群・診断指針の要約．日本疲労学会誌，3；38-40，2008

7）Henderson, M., Tannock, C.: Objective assessment of personality disorder in chronic fatigue syndrome. J Psychosom Res, 56; 251-254, 2004

8）Holmes, G.P., Kaplan, J.E., Gantz, N.M., et al.: Chronic fatigue syndrome: a working case definition. Ann Intern Med, 108; 387-389, 1988

9）木谷照夫，倉恒弘彦，山口浩二ほか：厚生省研究班の診断基準とその解説．日本臨牀，50；2600-2605，1992

10）倉恒弘彦，大山摩佐子，野島順三ほか：リムルス反応陽性が続いている Chronic Fatigue Syndrome の 1 例―症例報告と文献的考察―．日本臨床免疫学会会誌，14；313-320，1991

11）Lo, S.C., Pripuzova, N., Li, B., et al.: Detection of MLV-related virus gene sequences in blood of patients with chronic fatigue syndrome and healthy blood donors. Proc Natl Acad Sci, 107; 15874-15879, 2010

12）Lynn, P.: Disease-Mongers: How Doctors, Drug Companies, and Insurers are Making You Feel Sick. John Wiley, New York, p. 129-136,1992

13）Matsuda, Y., Matsui, T., Kataoka, K., et al.: A two-year follow-up study of chronic fatigue syndrome comorbid with psychiatric disorders. Psychiatry Clin Neurosci, 63; 365-373, 2009

14）松井徳造，切池信夫，福田早苗ほか：慢性疲労症候群患者における精神障害の comorbidity について．精神医学，49；591-597，2007

15）松井徳造，松田泰範，片岡浩平ほか：先行する精神障害に関する CFS の除外基準の改訂により CFS 患者数は 10％増加する．日本疲労学会誌，5；73，2009

16）宮岡　等：身体表現性障害の概要．日医雑誌，134；170-175，2005

17）中富康仁，神楽美香，田島世貴ほか：慢性疲労症候群患者に対する 1 日 2 回服用タイプの補中益気湯の治療効果．Progress in medicine，30；505-510，2010

18）西丸四方：精神医学入門，南山堂，東京，p 222，2006

19）Schreurs,K.M., Veehof, M.M., Passade, L., et al.: Cognitive behavioural treatment for chronic fatigue syndrome in a rehabilitation setting: effectiveness and predictors of outcome. Behav Res Ther, 49; 908-913, 2011

Disease-mongering and Chronic Fatigue Syndrome

Tokuzo MATSUI[1)], Yasunori MATSUDA[2)], Kouhei KATAOKA[2)], Ryousuke FUKADA[2)], Nobuo KIRIIKE[2)], Hisato MATSUNAGA[1)]

1) *Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine*
2) *Department of Neuropsychiatry, Osaka City University Graduate School of Medicine*

Chronic fatigue syndrome (CFS) is a controversial but significant issue in the medical practice and has been the focus of research and clinical interest. CFS is defined by unexplained persisting and profound disabling fatigue and a combination of nonspecific accompanying symptoms that prominently feature self-reported impairments in concentration

and short-term memory, sleep disturbances, and musculoskeletal pain. In 1988, after years of relative neglect on this issue, Holmes published first formal case definition in the United States primarily to standardize the patient population for research studies and United States Centers for Disease Control and Prevention (CDC) suggested the name "chronic fatigue syndrome". In 1994, revised version of CDC case definition was published by Fukuda and an international collaborative group. However, up to the present date, the etiology of CFS still remains obscure. There are no confirmatory physical signs or characteristic laboratory abnormalities.

CFS often causes some neuro-psychologic symptoms, such as irritability, loss of concentration, depression, anxiety, and sleep disturbance. The symptoms of CFS often overlap with those of many psychiatric disorders, which makes it sometimes difficult to draw clear line between those disorders. In addition, patients with CFS have been reported to be more likely to have psychiatric diseases such as major depressive disorder (MDD), panic disorder, generalized anxiety disorder, somatization disorder adjustment disorder and personality disorder. Previous studies including our report have reported that 45%-82%of patients with CFS fulfill the operational criteria for any psychiatric disorders. We also have reported that there is no significant difference between the presence of comorbid psychiatric disorders and the outcome of chronic fatigue syndrome and that there is no significant difference between the outcome of comorbid psychiatric disorders and the outcome of chronic fatigue syndrome.

Given those findings about CFS, we would like to discuss the relationship between CFS and disease. CFS and Disease-mongering originally meant massive campaign produced by pharmaceutical companies to enlighten people about a disease and to gain sales increase. However, in case of CFS, patients group rather than pharmaceutical companies played a central role in requesting increase in research budget for CFS and diffusing the knowledge of CFS. Since there are no confirmatory physical signs or characteristic laboratory abnormalities and no firmly established treatment recommendations for CFS, other approaches than the previous disease-mongering means might be required. Their activities are as follows. They organize symposiums on CFS, show a film "I remember me," launch a negative statement against DSM-V somatic symptom disorder, lobby hard to government. We would like to find a new meaning in disease-mongering in terms of neutral standpoint after activities of patient group are appropriately evaluated.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**: disease-mongering, chronic fatigue syndrome, co-morobidity, depression＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Disease-mongering と線維筋痛症

宮岡　等（北里大学医学部精神科）

Disease-mongering は「病気の売り込み行為」などと訳され，製薬会社などが意図的に特定の病気をより問題化する行為である．その結果，治療薬の売り上げが伸びることが多い．線維筋痛症は原因不明の全身の疼痛を主症状とし，様々な精神症状や自律神経系の症状を伴う疾患と考えられている．

線維筋痛症は自覚症状に基づいて診断されるため，診断基準が曖昧で恣意的になりやすい．さらに日本では 2012 年 6 月に治療薬としてプレガバリン（リリカ®）が承認されたため，disease-mongering との関係でとらえられることがある．一方，disease-mongering の対象になりやすい疾患では，診断がつくことによって薬物療法だけでなく社会支援を受けやすくなるという利点がある．Disease-mongering と線維筋痛症の関係は，このようなマイナスとプラス両面から慎重に検討する必要がある．

＜索引用語：線維筋痛症，病気の売り込み行為，疾患喧伝，製薬会社，プレガバリン＞

はじめに

線維筋痛症（fibromyalgia，以下 FM と略）は身体疾患と考えやすい呼称であるが，精神疾患との境界に議論が多い疾患である．疾患概念の広がりや曖昧さが社会に与える影響について，多くの情報を提供している．ここでは disease-mongering の観点からみた FM について概説する．

Ⅰ．線維筋痛症とは[1)]

線維筋痛症は原因不明の全身の疼痛を主症状とし，様々な精神症状や自律神経系の症状を伴う疾患と考えられており，診断基準には圧痛点の場所や数などが含まれることが多い．診断基準に変遷はあるが，おおむね以下のように考えられている．①全身に 18 ヵ所の圧痛点があり，4 kg の力で押し，11 ヵ所以上痛い．②広範囲の痛みが 3 ヵ月続いている．③検査をしても異常がない（すべて自覚症状である）．しかし「11 ヵ所以上でなくても専門医の判断で診断されうる」や「他の病気があっても FM の診断は除外されない」という考え方もある．痛み以外の症状として，こわばり，口腔乾燥，疲労などリウマチ性疾患を疑わせる症状が多くみられる．睡眠障害，不安，抑うつなどの精神症状も高頻度でみられる症状である．

女性に多く，50～70 歳代に多くみられる．小児に生じたという報告もある．2003 年の厚生労働省研究班の報告では受療患者数は 2,600 名程度とされるが，2005 年の線維筋痛症研究班では本邦 2 地域での住民調査による有病率は，大都市部 2.2％，地方部 1.2％という数字も示されている．まだ疾病概念を医師が共有しているとは言えない段階であり，この数字は今後かなり変動するであろう．

現時点では原因不明としか言いようがないが，遺伝的素因，外傷，手術などの外的要因，離婚・死別などの生活環境のストレス（心因）などが疼痛シグナル伝達制御のシステム異常を起こしているという考え方もある．精神科医の中には「いわゆる心因性疼痛」と同じと考えている者も少なくないが，FM を疾病概念と認める方向で研究して

いる医師はおおむね「明らかな身体疾患があり，その周辺に多くの精神疾患との境界が曖昧な症例があると考え，中核群における身体因，あるいは特徴的な検査所見を追求している」と言えよう．

一方，誘因として幼児期の虐待，性的虐待，頻回の手術歴を挙げる報告などがあり，精神症状の合併も多いことから，本態は精神疾患であるとする考え方もある．ただ精神疾患と診断するには，「身体に異常がないにもかかわらず訴えられる痛み」，あるいは「身体所見に見合わない痛み」を満たす必要があり，実はこの判断は身体医に委ねられている．すなわち身体症状が主となっている病態に対して精神疾患であると主張する方法を，精神科医はもっていないとも言える．その意味では本疾患の位置づけについて，まずは身体医学の研究の発展を待つしかないと言えるが，少なくとも心気症，転換ヒステリーなど痛みが主症状となる精神疾患との鑑別や合併は精神医学の側からももっと議論されてよい．

Ⅱ．精神科医は線維筋痛症をどうみているか

2009 年に精神科医 27 名，精神科医以外の医師と初期研修医 6 名，看護師，心理士，他 14 名に対して，アンケート調査を行ったことがある．「FM という疾患を知っているか」という質問に対して，27 名中 15 名が「よく知っている」，あるいは「割合知っている」と回答した．精神科医以外の 20 名では，16 名が「あまり知らない」か「ほとんど知らない」と回答し，精神科医よりも知らないと答えた者が多かった．「FM という病名をつけたことがあるか」について，精神科医 27 名の回答は「ほとんどつけない」が 1 名，「付けたことはない」が 26 名であった．「FM はどのような病気であるというイメージをもっているか」に対する回答は精神科医 27 名中 17 名が「いわゆる心因性疼痛に近い疾患」という回答であった．他に「うつ病，心気症などの精神疾患の症状」や「身体疾患」とする回答もあった．自由記載部分に「何らかの炎症性疾患で，症状に精神面の影響が大きい，古典的『心身症』の範疇の疾患」，「おそらく中核群としての FM はあると考えるがごくわずかで，心因性疼痛が多く含まれている」，「身体疾患なのかもしれないが，これまでみてきた患者はほとんどパーソナリティ障害やうつ病などを発症していたので，疼痛症状に対しても精神疾患の影響のほうが大きそうである」などもみられた．

総じて，「病気のことを知らないからその診断をつけない」ではなくて「知っているがつけない」と考えている精神科医が多い．少なくとも現在広まっている FM の診断や治療に関する情報だけでは精神科医の多くは診断名として用いないと推測され，もう少しデータが集積されなければ FM という臨床単位を精神科医が認める段階には至らないようである．

Ⅲ．Disease-mongering

Disease-mongering にはなお決まった定義はないが，「病気の売り込み行為であり，製薬会社などがその販路を広めるために，医学界と共同歩調を通して，特定の病気をより重要な課題として社会問題化し，治療的介入を進め，その治療薬と特定の病気の知名度が上がることをさす」という説明（http://www.cscd.osaka-u.ac.jp/user/rosaldo/070123DMonger.htm，池田光穂，大阪大学）は現状に合ったものであろう．ただ近年，認知行動療法に関連する DVD や書籍，職域メンタルヘルスに関わる外部のメンタルヘルス関連企業などの隆盛をみると，disease-mongering は製薬会社以外にも広がっていると考えられる．

必ずしも薬物が奏功するとは言い難い状態に対して薬物療法が勧められている場合に，disease-mongering の観点から見直す必要がある．精神科では軽症うつ病，子どものうつ病，非定型うつ病，双極Ⅱ型障害，社交不安障害，大人の注意欠陥多動障害（ADHD）などがしばしば話題になる．

Ⅳ．線維筋痛症と disease-mongering

FM は痛みという自覚症状のみで診断されるた

め疾患単位としての曖昧さは精神疾患と同程度である．そのため疾患の範囲を恣意的に変化させやすい．2012年6月には日本でもプレガバリン（リリカ®）がFMの治療薬として承認されたことを考えると，FMをdisease-mongeringという観点から検討していく姿勢は重要である．

もう10年近く前になるが，アメリカの某有名ペインクリニックの看護師に会う機会があった．「まだまだ診断基準も曖昧に思える線維筋痛症という病名を，なぜあなたたちは積極的に使うのか」と尋ねたところ，即座に返ってきた答えは「精神疾患では保険が下りないから」であった．さらに彼女は「慢性疲労症候群と同じだと思う」と続けた．Disease-mongeringという用語は否定的な意味で用いられることが多いが，その対象になりやすい疾患では，その診断がつくことによって薬物療法だけでなく社会支援を受けやすくなるという面がある．しかしそれが過度になると，「過度の薬物療法を介した医師や製薬メーカーの利潤追求」や「不適切な社会資源の利用」という形で問題になる．このような観点から引き続きFMを検討していく必要があろう．これはまさに現在の日本で「うつ病」が置かれている立場でもある．

さらに考えると社会支援や援助が重要な疾患において，疾患で「ある」か「ない」かというカテゴリー的な診断図式が適切かも議論すべきであろう．「ある」か「ない」かという二分論はあってもよいが，社会支援を考慮した段階的診断，あるいは重症度診断が併用されたほうが不適切なdisease-mongeringの防止には役立つように思う．

おわりに

FMについて現時点では，disease-mongeringとの関係が問題となる他の疾患と同様，受け入れすぎず，排除もしすぎず検討していくことが求められる．

文　献

1）日本線維筋痛症学会編：線維筋痛症ガイドライン2011．日本医事新報社，東京，2011

Disease-mongering and Fibromyalgia

Hitoshi Miyaoka

Department of Psychiatry, Kitasato University, School of Medicine

Fibromyalgia is a disorder characterized by widespread musculoskeletal pain. It is often accompanied by fatigue, sleep, memory and mood disturbance. In Japan, some researchers view fibromyalgia as a physical disorder with secondary psychological symptoms and some as a psychogenic pain disorder without any physical abnormalities. Disease-mongering is an activity of trying to widen the diagnostic boundaries of illnesses, and expand the markets to sell treatments, mainly pharmacological treatment. It is usually perpetuated by pharmaceutical companies, physicians, and consumer organizations.

As fibromyalgia is diagnosed with solely subjective symptoms, its diagnostic boundary is changed easily arbitrary. In Japan, pregabarin (Ririca) was approved as a drug for fibromyalgia in June, 2012. On the other hand, there is a merit for patients of easily receiving social support as well as drug therapy when they are diagnosed as specific diseases. In such situations, the relationship between fibromyalgia and disease-mongering should be discussed deliberately.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**: fibromyalgia, disease-mongering, pharmaceutical companies, pregabarin＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ホームレス化する精神・知的障害者をどう支えるのか

竹島　正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

1960 年代から欧米では精神科病院が減じていったが，同時にホームレス状態となる精神障害者が増加した．わが国でも，精神病床の減少が進むと，家族支援の乏しい障害者はホームレス化する可能性もある．この課題に対して提言を行うことを目的にシンポジウムを開催した．

著者は，ホームレスまたは生活困窮の問題をとおしてみた精神保健医療の課題について，生活困窮者の支援に携わる者の経験，生活保護と自殺，精神保健福祉法に基づく通報実態，生活困窮世帯に生育する子どものかかえる問題をもとに考察した．そして，わが国の精神保健医療福祉改革は，精神保健医療福祉サービスにアクセスしがたいところに，深刻な問題をかかえた人たちが取り残されている可能性があることを踏まえて進めていく必要があると述べた．

本田徹氏は，東京の山谷地域を中心に生活困窮者の医療に取り組んできた経験から，精神・知的障害者の地域ケアがどのような状況にあるかを報告した．そして，ホームレス化しやすい精神障害者，発達障害者，認知症患者に対する支援のあり方として，①精神疾患や知的障害に対する医療や行政・福祉サイドの理解，②ホームレスや居住，医療関連 NPO の継続的な支援とコミットメント，③患者中心の関係者（stakeholders）間の良好な連携とネットワーク，④本人の特性に合わせた地域生活環境の構築の 4 点を挙げた．そして 12 月 3 日の「国連障害者の日」の共通標語である“Nothing About Us Without Us”（私たちに関わることは，私たち自身で決めようよ）という，当事者主権のマニフェストを踏まえて，豊かとされる日本において，ホームレス状況に突き落とされている精神障害や発達障害の問題を自覚的に，共感を持って捉え，解決に向けて地域において努力することは，医療者にとっての務めであって，人間的で安定した生活とケアを地域で回復していくためには，適切な居住環境の保障がなによりも求められると述べた．

森川すいめい氏は，わが国では，「ホームレス」を「都市公園，河川，道路，駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし，日常生活を営んでいる者」（ホームレス特別措置法）と定義しているが，海外では，シェルターを利用する者や，家があるにもかかわらず暴力などから逃げるために避難している者もホームレス者と数える国があり，ホームレス者数が欧米に比べて極めて少なく見えるとしても，定義の違いを意識しなければならないと述べた．そして，東京の一地域におけるホームレ

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　ホームレス化する精神・知的障碍者をどう支えるのか―世界と日本の実情―　司会：森川すいめい（医療法人社団一陽会陽和病院精神科），竹島　正（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/自殺予防総合医療センター）

ス者の精神疾患有病率調査の結果，精神病性疾患が1割強，アルコール依存症が1割強，知的障害は約3割であったと推定（重複診断を含む）されたことを踏まえ，①精神障害のある人にさらにいくつかの要因が重なるとホームレス化しやすいこと，②障害のある人ほど，路上生活状態になった場合により丁寧なサポートが必要となると述べ，多くの研究者の手によってホームレス研究がさらに進むことの期待を述べた．

向谷地生良氏は，クライエントに診断名を当てはめて分類し，対象化し，烙印を押すことになりがちな傾向を阻止して，クライエントの主観的な世界や現実的な世界の意味を理解するための対話と反省を通して意識を高め，望ましい対処行動を獲得していく当事者研究の視点を紹介するとともに，それをホームレス者の支援に役立てる可能性について報告した．

重冨亮氏は，新受刑者の4人に1人が知的障害者であるという報告があること，精神・知的障害者のホームレス化が懸念させていることを踏まえて，低負担・低福祉のままで精神障害者の地域移行を進めようとする現状の危険性と，先進諸国の精神医療改革の失敗経験を踏まえて，今後の精神保健医療を考えるポイントを紹介した．それらは，①世界のどの国も経験していない急速な高齢社会に向けて日本独自の発想を持つ，②今ある資源をどのように活用するかを考える（現状の地域資源の把握とそのための透明性への努力），③その場しのぎの政策（切片政策）になっていないか国民がチェックする，④それぞれの地域で「地域の定義」が異なることを前提に住民主体で考え，画一的な考えに固執しない，⑤連携と機能分担による効率的な医療福祉整備を目指す（小さな地域での連携と機能分担），⑥医療現場を含めて住民が納得できる政策（税の投入）となるよう働きかける，の6点であった．

日本精神神経学会において，ホームレス問題を中心に論じたのは，本シンポジウムが初めてかもしれない．このようなシンポジウムが継続して企画され，ホームレス者の支援に精神保健医療福祉サービス従事者，研究者の関心が高まることが期待される．

なお本シンポジウムでは，シンポジストによって障害，障碍，障がいが使用されたが障害に統一している．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ホームレス問題から浮かぶ精神保健医療の問題点

竹島　正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

ホームレスまたは生活困窮の問題をとおしてみた精神保健医療の課題について，生活困窮者の支援に携わる者の経験，生活保護と自殺，精神保健福祉法に基づく通報実態，生活困窮世帯に生育する子どものかかえる問題をもとに考察した．今後のわが国の精神保健医療福祉改革は，精神保健医療福祉サービスにアクセスし難いところに，深刻な問題をかかえた人たちが取り残されている可能性があることを踏まえて進めていく必要がある．

＜索引用語：ホームレス状態，精神疾患，精神保健医療福祉サービス，アクセサビリティ，精神保健医療福祉改革＞

はじめに

厚生労働省が「精神保健医療福祉の改革ビジョン」（以下，「改革ビジョン」）を公表してから 7 年が経過した．この間，改革の必要性についての意識共有は進み，「改革ビジョン」に示された精神保健医療福祉体系の再編の達成目標である平均残存率と退院率は，平均残存率は徐々に低下しているものの，退院率はほとんど変化がなく，既存の精神保健医療利用者への「改革ビジョン」の影響は，マクロに見ると限定的であるように思える．また，わが国の精神保健医療福祉改革が進むとしても，精神保健医療福祉サービスにアクセスし難いところに，深刻なメンタルヘルスの問題をかかえた人たちが取り残される可能性があることも懸念される．本稿では，ホームレスまたは生活困窮の問題をとおしてみた精神保健医療の課題について述べ，シンポジウムの導入としたい．

Ⅰ．構　　成

筆者の関与した調査研究を含めてホームレスまたは生活困窮の問題と精神保健医療の課題について，生活困窮者の支援に携わる者の経験，生活保護と自殺，精神保健福祉法に基づく通報実態，生活困窮世帯に生育する子どものかかえる問題について述べる．

Ⅱ．調査研究等の概要

1．生活困窮者の支援に携わる者の経験

自殺予防総合対策センターでは，平成 21 年 12 月に，自殺予防における社会的な取り組みと精神保健的観点からの取り組みの連携を図るため，日本弁護士連合会，日本司法書士会連合会，生活困窮者支援に経験の深い民間団体などによる意見交換を行った．出席者は，生活困窮者支援に携わる法律家，NPO などの支援団体であった．この意見交換の場で，法律家からは，その業務の中で，消費者金融などからの過去の金銭貸借を原因とした，過払い利息の返還など，生活困窮者から依頼を受けることは多いものの，過払い金の返還後などに，生活困窮状態では表面化しなかったアルコールの乱用・依存やギャンブル行動など，精神保健上の問題が現れ，生活再建に至らないまま，家族関係が崩壊していく過程を目の当たりにすることがあること，また，これらのクライアントの

一部は，債務問題が解決した後に自殺していることが語られた．また法律家は，支援の継続を有するクライアントがあることは認識しているが，それを実際に行うことには限界を感じていた．さらに精神科医療機関などの紹介に当たって，精神科医療機関に，どのような対応を期待できるかわからないという声もあった．生活保護行政に携わる福祉事務所のケースワーカーについては，①精神保健上の問題を有する生活困窮者の処遇のための専門教育を受けていないことが一般的であること，②数年で異動するために職場に経験知が蓄積されにくいこと，③かかえているケース数がきわめて多いために，生活困窮者の個別のニードに応じた支援が困難であるとの報告があった．NPOなどの支援団体からは，アルコール依存症などの精神保健上の問題が背景にある生活困窮者の支援は，入り口の支援では十分ではなく，支援を継続できるシステムを必要とするとの指摘があった．そして，法律家と支援団体の双方から，問題解決の入り口である法律家と，精神保健上の問題を有する者に対する支援ノウハウを持つ支援団体との連携や，これをコーディネートできる存在の必要性が確認された．

2．生活保護と自殺

厚生労働省社会・援護局保護課によると，生活保護受給者の自殺死亡率は，2008年で被保護人員54.8，2009年62.4，2010年55.7となっており，国民一般の自殺死亡率よりも高い．その原因としては，生活保護受給者には，自殺の重要な危険因子とされている精神疾患（うつ病，統合失調症，依存症）を有する者の割合が高いことの影響が考えられるとして，福祉事務所における精神保健福祉士などの専門家の増配置による相談・支援体制の充実，救護施設における精神障害者の支援機能の強化に取り組むとしている．

3．精神保健福祉法に基づく通報実態

筆者らは，都道府県・政令指定都市における，医療観察法導入後の精神保健福祉法に基づく触法精神障害者に対する対応を分析し，触法精神障害者処遇の改善の方策を検討することを目的として，全自治体65ヵ所を対象に，精神保健福祉法に基づく通報実態についてのアンケート調査を行った．その結果，精神保健福祉法第24条による通報は1999年の精神保健福祉法改正以降，第26条による通報は2003年以降，大きく増加しており，それぞれ警察庁，法務省の通達が通報件数の増加に大きく影響した可能性があると考えられた．その上で，通報となった触法精神障害者は，医療観察法による医療，または精神保健福祉法による措置入院に非該当であっても，日常生活の自立が困難，かつ社会からの支援が届きにくい，孤立しがちな者が含まれている可能性があり，精神保健医療の観点からの実態把握と支援の検討が必要と考えられた[2)]．

4．生活困窮世帯に生育する子どものかかえる問題

児童青年期のメンタルヘルスの問題がそれぞれの場でどのように経験されているかを把握するため聞き取り調査を行った．その結果，生活保護担当部署からは，①精神疾患，特に若年者のうつ病事例が増えていること，②建設現場の単純労務の仕事が激減したことから障害者の社会での行き場所がないこと，③機能不全家庭が多く，障害なのか，ソーシャルスキルが低いのか，判断しにくいことがあること，④メンタルヘルスの問題と近接して，深夜徘徊，薬物依存，喫煙，飲酒，不登校，性感染症，人工妊娠中絶などの問題があること，⑤ホームレスには知的障害が多いこと，⑥家庭の問題が背景にある事例が多いこと，⑦基本的な生活習慣が身についておらず，コミュニケーション能力の低い人が多いこと，⑧生活保護世帯が生活保護世帯を生むという構造があること，⑨生活保護は単に経済的困窮ではなく，背景に家族，地域の問題があること，⑩主治医は患者の言いなりに薬を処方する傾向があるが，地域側の気づきを主治医に返していくルートが必要であること，などの意見があった[1)]．

ま と め

ここに紹介したいくつかの事例は，ホームレスまたは生活困窮の問題は，メンタルヘルスの問題と密接に関連することを示唆している．「精神保健分野における保健所の危機管理に関するガイドライン」は，①平成 20 年患者調査で精神疾患による受療患者数が 320 万人を超えたこと，②自殺，ひきこもり，虐待，家庭内暴力，認知症，産後うつ病などのメンタルヘルスの問題が関連していると思われる事象が社会問題となってから久しいこと，③ホームレス状態にある人にもメンタルヘルスの問題をかかえた人が多いことが明らかにされていることなどから，社会の中でメンタルヘルスの問題は拡大しており，地域社会全体の大きな課題になっているという認識を示している．今後のわが国の精神保健医療福祉改革は，精神保健医療福祉サービスにアクセスし難いところに深刻な問題をかかえた人たちが取り残されている可能性があることを踏まえて進めていく必要がある．

文　　献

1）竹島　正，三井敏子，小楠真澄ほか：早期介入の精神保健システムにおける位置づけの検討．平成22年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野）「精神病初回発症例の疫学研究および早期支援・早期治療法の開発と効果確認に関する臨床研究」総括・分担研究報告書．p.126-134，2011

2）竹島　正，小山明日香，立森久照ほか：精神保健福祉法による通報実態から見た触法精神障害者の地域処遇上の課題-全国の都道府県・政令指定都市へのアンケート調査をもとに．日本社会精神医学会誌，21（1）；22-31，2012

The Problem of Mental Health Services from the Viewpoint of Homelessness

Tadashi Takeshima

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

We examined mental health problems related to homelessness and poverty from several standpoints：(1) the experience of supporters of the poor,(2) the relationships between public livelihood assistance and suicide,(3) the actual state of notifications under the Mental Health and Welfare Act, and (4) the difficulties experienced by children growing up in impoverished homes.

We conclude that, when we proceed with mental health reform, we need to keep in mind that there may be some people being left behind who are stuck in serious adverse situations but have little accessibility to mental health services.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：homelessness, mental illness, mental health service, accessibility, mental health reform＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ホームレス問題
――山谷地域と途上国をつなぐ現場の視点から

本田　徹（浅草病院，特定非営利活動法人シェア＝国際保健協力市民の会）

東京の山谷地域を中心に生活困窮者の医療に取り組んできた経験から，最近，増加してきている，精神・知的障害者の地域包括ケアがどのような考え方と連携のもとに行われているかを報告する．路上と劣悪な宿泊所との往復の中で，悪循環に陥り，一層健康を損なっている障害者が，人間的で安定した生活とケアを地域で回復していくためには，適切な居住環境の保障がなによりも求められる．

＜索引用語：ホームレス，プライマリ・ヘルス・ケア，地域包括ケア連携，発達障害，精神障害，ハウジングプア＞

はじめに

ホームレス問題を「対岸」のもの，自分や家族には無関係なこととして捉えるのか，または，すべての人間に共通の実存的，社会的な課題とするかで，それに対する治療者側の取り組み方や心構えは変わってくるだろう．‘Homelessness’（ホームレス性）に対する筆者自身の認識も，かつては，自己責任論や無関心な立場とそう大きな違いはなかったと言ってよい．筆者にとって，考え方を改めていく筋道は，いくつかの段階を辿った．

1つには，1984 年，山谷でホームレスの医療問題に取り組む NPO「山友会」が立ち上がり，医療者として，診療活動へのボランティア的協力を求められ，そこに参加していく過程で生まれた，ホームレス者との交流が，筆者に啓発を与えてくれたこと．

2つには，筆者自身が代表を務める NGO・シェア（＝国際保健協力市民の会）の活動を通して習得した，途上国におけるプライマリ・ヘルス・ケア（PHC）のアプローチが，普遍性・展開性・応用性をもった考え方で，21 世紀における高齢要介護者のケアやホームレス問題に取り組む際も有益で，適切なものであることがわかったこと[14]．

最後に，養老孟司氏の「バカの壁」（新潮新書）を読んで，あれほど卓越した知性をもった医学者の心にも，ノンシャランな態度と抜きがたい偏見が，ホームレス「問題」では生まれ得ることを知った点も，自省を迫るという意味で大きな学びとなった[2]．

本稿は，おもに山谷地域で，内科医師として診療活動に携わってきた筆者の経験を通して，ホームレス，とくに精神や知的障害，認知症を抱えたホームレス者への地域ケアに関して，これまで考え，経験してきたことを報告するものである．

Ⅰ．山谷地域について

東京の台東区から荒川区にかけて，明治通りの泪橋交差点を中心に，半径 500 m ほどの範囲に広がる山谷地域（台東区清川，日本堤，荒川区南千住）は，かつて日光街道の宿場町として栄えた．1960 年代の高度成長期には，2〜3万人の日雇い労働者が，300 軒以上あったという簡易宿泊所（通称ドヤ）に住み込み，当時の日本の土木・建設産業を，いわゆ 3K 労働の面から下支えし，活況を

呈していた．戦後，東北地方の農村人口がまだ若く元気で，多くの出稼ぎ労働者を東京に送り出せた時代に，山谷はその受け皿として機能してきた．しかし近年，山谷でも高齢化が急速に進行し，ドヤの住民も大半が，65歳以上の単身生活者で占められるようになった．彼らの多くは，生活保護などを受けながら，さまざまな慢性疾患を抱え，医者通いをしている．

筆者が勤める浅草病院は，山谷地域に隣接し，診療圏としてそこを含んでいることもあり，二次救急指定医療機関として，多くの山谷地域の患者を受け入れてきた．平成19年4月～20年3月の1年間の当院救急患者統計によれば，救急車総受け入れ件数は3,127（月平均261件）と，136床の総ベッド数の中小病院としては非常に多い．このうちホームレス者604名（19.3%），簡易宿泊所（ドヤ）居住者186名（5.9%）で，両グループを合わせると790名となり，救急搬送患者全体の25.3%を占める．救急搬送患者のうち入院に至ったものは604名で，前述のホームレス者と簡易宿泊所居住者，つまりハウジングプアの状態にある者が計183名で，全体の30.3%に上る[3]．

山谷地域の「草の根」的な医療の担い手として，NPO法人・山友会の運営する山友クリニックの存在は重要だ[3]．1984年の開設以来，保健所の認可を受けた医療機関としては，全国でおそらく唯一，完全無料の診療所を27年間にわたり持続させてきた．医師や看護師はすべてボランティアとして交代で働き，医薬品も寄付で賄われる．2010年にはのべの患者数が10万人を超えた．単に診療を行うだけでなく，ケースワークを重視し，困難事例については，会の医療ソーシャルワーカーが，福祉事務所や病院に同行し，適切なケアや医療が受けられるように，働きかけを怠らない．また山友会として，山友荘という宿泊所を経営し，良質で，家庭的な在宅ケアを提供する＜場＞となっている．

山谷におけるケア付き宿泊事業にもっとも果敢に取り組んできたのが，NPO法人ふるさとの会である．滝脇憲によると，台東区，墨田区において同会が運営する第二種福祉事業宿泊所，自立援助ホームにおける利用者総数258名中（2010年3月時点）：65歳以上高齢者158名（61.2%），要介護者155名(60.1%)，認知症患者103名(39.9%)，身体・精神・知的三障害（手帳取得者）90名(34.9%）など，心身の疾病と障害をもち，日常的にケアを必要とする人が多数に上っている[10]．ふるさとの会は，ケア付き宿泊事業での豊富な経験に基づいて，学識経験者らと共同で，新しいケア付き住宅のモデルについての研究・政策提言活動も積極的に行っている[11]．

そのほか山谷には，友愛会という，宿泊所経営を行いつつ，訪問看護，介護ステーションをもち，ドヤなどの独居高齢者の生活支援を行うすぐれたNPOがある．この会は，とくに精神障害者や薬物依存症，DV（家庭内暴力）の被害者など，いわゆる困難事例への支援において実績がある．

訪問看護については，日本堤にある訪問看護ステーションコスモスが，規模，実績ともに大きな働きをこの地域で展開しており，筆者の山谷での在宅診療活動も，主としてコスモスとの連携の中で初めて可能となっている[1]．

もう1ヵ所，「きぼうのいえ」というNPOは，山谷における身寄りのない末期がん患者などを受け入れるホスピス的な施設として，他に求めがたいユニークな役割を果たしてきた．

最近とくに目立つようになってきたのは，比較的若年の，精神障害，発達障害，出所後の元・触法者たちが，なんらかの医療・看護・福祉ニーズを抱えながら，行き場がなく，山谷地域の宿泊所・アパートに居住し，NPOの支援を受けながら，なんとか地域生活を続けている例である．以下に私どもがかかわった患者について報告する．

Ⅱ．事例の提示

1．事例A（41歳，男性，さまざまな困難を抱えながら，地域で居場所を見つけた精神・知的障害者）

【生育歴】北海道に生まれ育った．知的障害のため特別支援学校に通っていた．最終学歴は中学．

両親の1人は死別，1人は行方不明と，家庭環境にも恵まれなかった．20歳ころ，北海道から横浜に出て，寮生活をしながら，日雇い仕事をしていたが，路上生活も再三体験している．

【既往歴】2002年　肺結核で入院治療．

【現病歴】2009年10月，池袋のホームレス支援組織「てのはし」の夜回りで路上保護．当時，長期の野宿生活のため悪臭ひどく，蓬髪は胸まで垂れ，衣服も汚れ，破れていた．下肢の浮腫，蜂窩織炎を認めた．ある区の生活保護となり，入院後C型肝炎も発見され，一旦退院後，同年12月より大学病院にてインターフェロン＋リバビリンによる抗ウイルス治療開始．しかし，この治療が原因で，情動や気分に変化を来したためか，2010年4月末，突然に寮を失踪．3週間後，浅草雷門界隈で発見され，保護．その後，別な区内のドヤ（簡易宿泊所）に居住し，当院内科に通院．訪問看護ステーションコスモスのサポートを受けながら，安定した生活を送れるようになった．

投薬については地元の病院の内科に定期通院し，適宜，精神科医の助言をいただいている．パリペリドン導入後，精神面の落ち着きが増したように思われた，しかし2011年4月末，再び突然に失踪，6月初めになって，もとの居所に戻ってきた．出奔した理由については，多くを語ろうとしないが，「みんなに謝りたくて戻ってきました」と言っている．その後は，障害者のための地域生活支援センターのデイサービスに，週4回通うことが日課となり，精神的にも安定したように思われる．

【考察】この患者の場合，生育面の不幸，その後の社会的なサポートの欠如のため，非常に辛い青年期を送ってしまった．安定した対人関係の形成の難しさ，言語コミュニケーションの不得手などがある．常同性，細部へのこだわりなどが，部屋の片付け，身体的な清潔維持，バランスよい食事摂取などを難しくしているようだ．

2回目の失踪については，区役所側も医療・看護サイドも深く理由を追及したり，非難するような態度は一切取らず，「問わず語り」してくれる部分を受け止め，サポーティブなかかわりを続けている．現在の彼にとって，社会的な関係を広げていくことは依然大きな課題だが，「出て行ってもまた戻って来てよい」，自分の「居場所」を見つけ，信頼できる訪問看護師とデイサービスの＜場＞を得たことは，幸いだったと言えるだろう．

Ⅲ．地域ケア連携をすすめる会

山谷地域は，戦後長く深刻な日雇い労働争議やホームレス問題を抱えてきたこともあり，医療や福祉系のNPO，労働組合，キリスト教系の団体などが，積極的に活動を展開してきた．鋭い社会的な問題意識をもったこれらの組織が，山谷に押し寄せた高齢社会の波に対して，医療や看護，福祉，介護の面から，新しい時代の要請に応えようとしたことは不思議ではない．前述のような，医療，介護，就労，ケア付きの宿泊，看護にかかわる団体に加え，行政や専門研究機関やマスメディアまでが参加して，地域包括ケアについての問題意識を共有し，当事者支援のネットワークを形成していこうという機運が生まれたのはある意味で自然な流れだった．これは，異なる分野，社会資源間の平等な立場からの協力・協調という，プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）の原則に沿った動きと言うこともできる．

従来，日本の医療現場で広く使われてきた「地域医療連携」という言葉は，どちらかというと，医療機関同士の経営的メリットや効率よいベッド・コントロール実現のためにどう患者を紹介しあうかといった，医療サービス・プロバイダー側優先の考え方だった．包括的な地域ケア連携を山谷の地で始めるにあたり，①病院・診療所優先の連携にすることを止め，すべての関係者（stakeholders）が平等に付き合う，②あくまでクライエント，患者中心の地域包括ケア連携とすることが結集点となった．

2008年8月に筆者の勤める浅草病院にて，台東区，墨田区，荒川区，新宿区などの医療，看護，介護，宿泊，就労，通所サービス，薬局，福祉，研究機関，メディアなどの関係者がつどい，「山

谷・地域ケア連携をすすめる会」が発足した．以降，3年余にわたって，以下の規約にまとめられているような趣旨で，活動を続けている[4]．

規約：(目的)　本会は，台東区・墨田区・荒川区を中心に，路上生活者・生活保護受給者など生活が困難な状況にある人々に対し，居住支援と社会サービスの事業者が連携し，安定した住居と生活，およびより善い医療・保健・福祉サービスを提供するネットワークの形成を目的とする．

こうしたネットワークがうまく機能した結果として，ホームレス状態に長年突き落とされていたり，あちこちの施設や病院を長期間盥回しされていた，生活困窮の認知症患者や慢性疾患患者が，本人も納得した上で，安定した地域生活に移行できた例がいくつかは出てきている．たとえば，訪問看護ステーションが主治医と連携しつつ服薬・健康管理について支援に入る一方，精神障害や知的障害をもった患者を積極的に受け入れてくれる，地域生活支援センター「ささら」のデイサービスに通うことで，日中の生活のリズムをつけ，精神症状も安定するようになった例も経験している．

Ⅳ．考　　察

精神障害者や発達障害者がなぜホームレスになりやすいかについては，さまざまな原因が考え得るが，森川すいめいらのフィールド・ワークは1つの参考になる[9]．彼は，池袋のホームレス支援NPO法人「てのはし」の活動として，路上生活者の精神疾患に関して，2008〜2009年の年末，池袋駅周辺の路上生活者を調査している．それによると，診察に応じた80人のうち63%に精神疾患があった．うつ病40%，アルコール依存症15%，統合失調症15%で，複数の症状をもつ人もいた．簡易知能検査で有効回答が得られた164人のうち，34%が「物事を抽象化して理解するのが難しい」とされるIQ70未満だったという．まだ論文の形にまとめられていないようだが，行政や福祉にも大きなインパクトを与える発表であった．

最近筆者が経験した，50歳代半ばの統合失調症のホームレス患者の場合も，20歳代で発症してから，転々とあちこちの精神科病院に長期入院しながら，周囲が精神疾患についての理解を欠いたこともあり，安定したソーシャルサポートを得られないまま，自己責任を負わされた結果，最近1〜2年は隅田川沿いの公園でホームレス暮らしを強いられ，衰弱の果てに，救急搬送入院となっている．ライフスキルや人間関係の欠如，社会への不適応性が，非常に不利な立場，境遇に彼のような人間を追い込んでいたことは間違いない．本人にとって安心できる居住や対人サービスの保障のないまま，精神病患者をただ「病院から地域に戻す」のは，形を変えた社会的犯罪行為と言えないだろうか？

2006年に障害者権利条約[8]が国連総会で採択され，よりインクルーシブ（包摂的）な社会を，21世紀の日本が目指すべき時代となった．こうした世界的潮流の中で，プライマリ・ヘルス・ケア（PHC）のパイオニアであり，障害者の地域リハビリテーション（CBR）の分野でも独創的な仕事を重ねてきた，デビッド・ワーナーの講演や著作から，傾聴し，学ぶべきことは実に多い[13]．2009年にシェア＝国際保健協力市民の会の招きで来日した際，彼は山谷も見学している．その折，墨田川沿いの公園で，公園管理者がホームレスの人を追い立てているところを鋭く観察し，先進福祉国家・日本においても，社会的疎外（social exclusion）が深刻さを増していると，世界的に著名な彼のニュースレター誌上で報告している[12]．公園管理者がホームレス者に注ぐ冷たいまなざしと表情は，ある意味で，私たち自身の自画像とは言えないだろうか？

1996年，国際連合人間居住計画UN-HABITAT IIで出されたイスタンブール宣言（Istanbul Declaration on Human Settlements）は，基本的人権としての「居住」という考え方を強く打ち出し，とくにホームレス，社会的に周縁化された人々（marginalized groups），障害者，先住民，少数民族，女性・子どもへの特別の配慮の要を説いている．居住という点から見た社会的包摂の重要性が

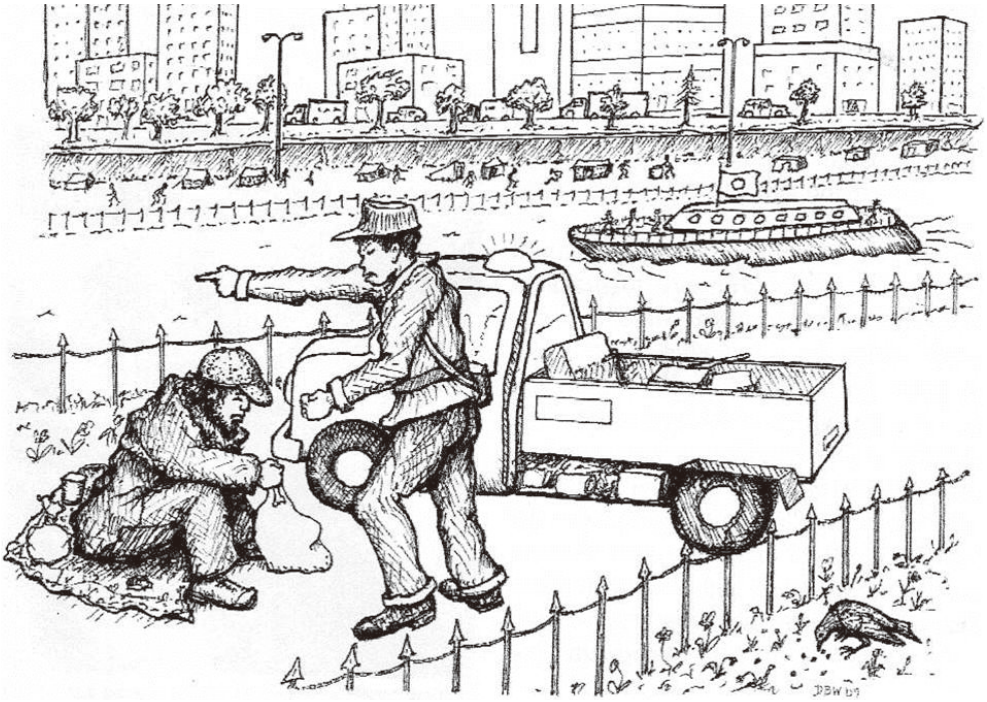


図　デビッド・ワーナー画「墨田川畔の公園で管理者から追い立てを喰うホームレス者」

謳われているのである．

新宿連絡会の稲葉は，都市部のホームレス支援の経験から，ハウジングプアの状況が，生活困窮高齢患者をブラックボックス状況に追い込んだことが，2009年3月19日，群馬県渋川市の「静養ホームたまゆら」で起きた火災で10名の方が命を落とされた痛ましい事件の背景にあることを指摘し，人間的な居住の確保が，まずもってなされることを求めている[6]．同じく新宿連絡会の金沢看護師は，宿泊所での保護廃止の理由の実に72.8%が，「失踪」によるものであることを厚生労働省調査に基づいて指摘し，プライバシーもまったくない，劣悪な「施設」と路上を単に往復しているだけの，ホームレス者の実態を鋭く指摘している．彼女たちが福祉事務所と協力しながら試みる支援ハウス「ひと粒の麦の家」は，いわゆるハウジングファースト・アプローチによって，ホームレス者に路上から宿泊施設を介さず「麦の家」に入ってもらい，短期間に福祉への相談，住民票の移動，住基カード手続き，緩やかな生活支援などを行った上で，アパート入居実現を支援している．これにより，従来10〜20年にわたり路上生活を強いられていた，疾病や障害をもつ人々が，安定した地域生活に移行できた例を報告している[7]．

結　　語

ホームレス化しやすい精神障害者や発達障害者や認知症患者に対する支援のあり方として，筆者は以下の要素・条件を重視している．

①患者の有する精神疾患や知的障害の特性に対する，医療や行政・福祉サイドの理解
②ホームレスや居住，医療関連NPOの継続的な支援とコミットメント
③患者中心の，関係者（stakeholders）間の良好な連携とネットワーク（とくに，福祉，看護，介護，医療，デイサービスなど）
④本人の特性に合わせた地域生活環境の構築（とくに適切なハウジングへの配慮）

12月3日の「国連障害者の日」の共通標語に，‘Nothing About Us Without Us’（私たちに関わ

ることは，私たち自身で決めようよ）という，当事者主権のマニフェストがある．21 世紀を，当事者（患者，要介護高齢者，障害者，ホームレス，HIV 陽性者，移住労働者，難民）などの人々が，人間としての尊厳や自己決定権を保障されて生きられるような時代に変えていくことが，地球市民社会（Global Civil Society）の共通課題とすれば，豊かとされる日本において，ホームレス状況に突き落とされている精神障害者や発達障害者の問題を自覚的に，共感をもって捉え，解決に向けて地域において努力することは，医療者にとっての務めと考える．少数者が生き難い世の中は，結局，多数者にとっても民主的で開かれた社会とならないであろう．

文　献

1）グラフ 山谷の地域ケア連携．病院，68；797-801，2009

2）本田　徹：養老猛司さんの頭の中の「バカの壁―ホームレスは働かなくても食える存在という神話を問う」季刊 Shelerless，19；3-10，2003

3）本田　徹：生活困窮者の医療問題．公衆衛生，72；704-707，2009

4）本田　徹：認知症医療における一般病院の役割と今後の方向性．老年精神医学雑誌，21；1213-1218，2010

5）本田　徹：地域連携による医療・ケアと居住の課題への取り組み―山谷はひとつのモデルとなり得るか？ホームレスと社会，4：10-15，2011

6）稲葉　剛：「ブラックボックス」に落ちる貧困高齢者たち；高齢ハウジングプア問題．NHK 社会福祉セミナー「特集 貧困高齢者の終の棲家はどこに」2009 年 8-11 月号

7）金沢さだこ：現場から提起するソーシャルワークの課題ホームレスの人たちの健康支援と支援ハウスを通じて見る問題解決の行方．ソーシャルワーク研究，35；150-155，2009

8）国連総会：障害者の権利に関する条約（2006）（仮訳）（外務省ホームページより閲覧可能）

9）毎日新聞：路上生活者の 6 割以上が精神疾患，2009 年 9 月 2 日記事

10）滝　脇憲：第 4 回支援付き住宅推進会議「3.19 から 3.11 へ―『たまゆらから 2 年』と『震災以後』をつなぐもの―」．精神保健ミニコミ誌 Clairiere，7；1-2，2010

11）特定非営利活動法人・自立支援センターふるさとの会：高齢被保護者等の地域における居住確保とケアのニーズ調査及びシステム構築の方法に関する研究報告書．平成 21 年度　厚生労働省社会福祉推進事業 2010（ふるさとの会ホームページより閲覧可能）

12）Werner, D.: Where There Is No Doctor in Japan. Letter from Sierra Madre, 65；1-8，2009（NGO・‘Health-Wrights’のホームページより閲覧可能）

13）Werner, D.: Where There Is No Doctor. Hesperian Foundation（邦訳：医者のいないところで，シェア＝国際保健協力市民の会発行 2009）

14）WHO：The World Health Report “Primary Health Care：Now More Than Ever” p. 7 WHO, Geneva, 2008

Homeless Issue ――from a Community-based Perspective Bridging between Sanya, Tokyo and Developing Countries――

Toru Honda

Asakusa Hospital, NGO SHARE（*Services for the Health in Asian and African Regious*）

Based on experiences in community medicine at Sanya District in downtown Tokyo, which has been known by many day-laborers staying in flop-houses（so-called '*Doya*'）and homeless people, the author reports a growing problem of relatively young patients with mental ailments and developmental disorders who have come to live in Sanya in recent years. In the backdrop of this situation lies a serious lack of proper housing and community care systems for those people in need. We adopt and try the Primary Health Care approach stipulated in the Alma-Ata Declaration in 1978 to realize patient/client-centered comprehensive community health care in Sanya.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：Homeless, Primary Health Care, comprehensive community care coordination, developmental disorders, mental ailments, 'housing poor'＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ホームレス化する日本の障がい者　池袋の取り組みと調査

森川　すいめい
（特定非営利活動法人 TENOHASI，認定特定非営利活動法人メドゥサン・デュ・モンドジャポン，一陽会陽和病院）

「日本の障がい者はホームレス状態となり得るのか」についての我々の意見は，「障がいを持つ人がいくつかの条件を有するとホームレス化しやすい．加えて，障がいを持つ人ほど，ホームレス状態になった場合は，より丁寧なサポートが必要となる」である．論拠は，2008 年・2009 年の 2 回の我々が行った調査結果と，障がいを持つホームレス者支援を，精神科医療と共に実践した経験を踏まえた．また生活保護法そのものが持つ課題によって，ホームレス数が増減する可能性を示唆した．本稿の多くは，わが国の「ホームレス」に関する研究が少ないために，意見レベルでの議論にとどまった．今後は多くの研究者が，現状を明らかにしていくことを望む．

＜索引用語：ホームレス，知的障がい者，精神疾患，生活保護法，失業＞

はじめに

本稿では，「日本の障がい者はホームレス状態となり得るのか」という問いに対しての答えを議論する．我々の意見は，「すべての障がい者がホームレス化するとは言えない．しかし，障がいを持つ人がいくつかの条件を有するとホームレス化しやすい．加えて，障がいを持つ人ほど一端ホームレス状態になった場合，路上生活から脱するためには，より丁寧なサポートが必要となる」である．論拠は，2008 年・2009 年の 2 回，我々が行った調査（自治医科大学および，独立行政法人国立病院機構久里浜アルコール症センター倫理員会承認）[5〜9]結果と，10 年以上の間，障がいを持つホームレス状態の人への路上生活から脱するための支援を，精神科医療と共に実践した経験の蓄積を踏まえた．

Ⅰ．議論の前に

1．わが国の「ホームレス」の定義

わが国では，「ホームレス」を「都市公園，河川，道路，駅舎その他の施設を故なく起居の場所とし，日常生活を営んでいる者」［ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法（※時限立法）］と定義している．海外には，シェルターを利用する者や，家があるにもかかわらず暴力などから逃げるために避難している者もホームレス者と数える国がある．ホームレス者数が欧米に比べて極めて少なく見えるが，定義の違いを意識しなければならない．

2．「ホームレス」者数

厚生労働省のホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果[3]によると，2012 年 1 月現在，路上生活の状態にある者が 8,933 人であった．2003 年同調査時 25,296 人から漸減している．一方で，特定非営利活動法人ホームレス支援全国ネットワークは，厚生労働省委託事業全国調査[10]において，年間推計で約 4 万人が一時的にホームレス状態にあると発表した．調査によると，民間団体や行政による支援がなかった場合，厚生労働

省横断調査結果においても 4 万人になっていると推計される．

3．本報告支援実践の主体団体

1）NPO 法人 TENOHASI（てのはし）

地域の複数団体が集まって，2003 年に設立．ホームレスの状態の人が，地域資源につながることを目的に，炊き出しや医療・生活相談活動を行う．地域生活が安定化するまでのフォローアップも行う．

2）認定 NPO 法人メドゥサン・デュモンド・ジャモン（世界の医療団）

本部はフランスにある国際 NGO．2008 年より TENOHASI と合流し活動を展開．路上生活者への医療支援や，障がいを持つホームレス経験者の日中活動を支援する．

3）任意団体べてぶくろ

北海道浦河町にある当事者団体，浦河べてるの家が，東京豊島区を拠点に，ホームレスから脱した後でも生きやすくなるための当事者活動を行う．当事者研究という認知行動療法的な手法や，当事者視点で展開される社会技能訓練（SST）を行う．グループホーム運営も予定．

4）その他，地域資源との連携も行う．

Ⅱ．わが国のホームレス者には，精神および知的障がい者の割合が高いことが推察された（表）

1996～2007 年までに出版された海外論文のメタ解析[1,4]によると，統合失調症などの精神病性障がいの診断がある者は 2～42%，うつ病は 0～41%，アルコール依存症は 9～58%であった．この調査には日本が含まれていなかった．そこで我々は，東京都の一地区におけるホームレス者の，わが国初となる精神疾患有病率調査[5~9]を実施した．調査方法は，調査時に駅周辺 1 km 圏内にいたホームレスを対象とした全数調査で，生活史の聞き取りの後に，精神科医が DSM-IV-TR に従って診断した．回収率は，2008 年 70%，2009 年 60%であった．対象者のうち約 4～6 割が精神疾患を有した．それぞれ，精神病性障がいが 1 割強，アルコール依存症が 1 割強，うつ病の診断基準（DSM-IV-TR）を満たす者が，2008 年度は約 4 割，2009 年度は約 1 割強であった（ただし 2009 年調査結果分析は未）．また，知的障がい者が約 3 割であったと推定した．以上は重複診断を含む．本調査は，わが国のホームレス全体を表していないが，一般人口に比して大きな割合で有病者および障がい者が多いことを推察した．

表　東京都の一地区におけるホームレス者精神疾患有病率調査

診断名	2008 年（%）	2009 年（%）
うつ病	41	15
アルコール依存症	16	19
精神病性障害	16	10
自殺リスクあり	56	15
自殺ハイリスク	24	2
IQ 70 以下	未調査	34
回収率	70	60
人数	80 名	168 名

※2008 年分は，日本公衆衛生学会誌掲載
※2009 年分は，現在解析途中にて数値は正確ではない

以上の結果から，2 つの議論が上がる．1 つ目は，どのような条件を持った人がホームレス状態になるのかである．誰もが路上生活化する可能性があると論じる人と，ホームレス化しやすい群となりにくい群があると論じる人がいる．

2 つ目は，一端ホームレス化した人のうち，路上生活から脱しやすい人と脱しにくい人がいるという議論である．

Ⅲ．障がいを持つ人のうち，未診断で何らかのサポートを受けていなかった人は，路上生活化しやすい

我々は，調査対象者の属性を明らかにした．平均年齢 50 歳代，男性，単身者，建設業などの就労歴を持つ，中学校卒以下の学歴者がほとんどであった．これらの属性は，厚生労働省が実施したホームレスの実態に関する全国調査[2]と同等であった．また，我々の調査においては，ほぼ全員がホームレスから脱したいと回答した．

我々は調査結果と支援実践の中で，次の意見を

持つに至った．

誰もがホームレス化する可能性があるが，路上生活状態になりやすい群と，なりにくい群がある．これは，ホームレスの属性が，一般人口に比して極端に偏っていたからである．加えて，障がいを持つ人のうち，未診断で何らかのサポートを受けていない人は，なりやすい群に入りやすい．これを，調査のみで論じるのは難しいが，支援実践の中では，明らかにホームレス化する人の背景に障がいを持つ人が多く，その多くが未診断であり，何らかのサポートを受けてこなかった．

ホームレスから脱するための支援実践の多くに，次のような事例が代表された．

1．虐待やいじめを受けてきた

虐待やいじめを受けたと話す人の割合は高い．未診断の発達障がいや知的障がい，精神障がいが理由で，「教育」と称された虐待が行われた例を多数認めた（ここで言う虐待とは，本人がそう感じたかという意）．学校の成績が悪いことや，常識とされる社会マナーを守ることができないなどの点について，暴力的指導を受けてきたという．このうち，少数例が，我々の支援活動後，親との再会をする人がいたが，その多くは，「障がいを持つことは知らなかった」と言ったり，「障がいを持っているかもしれないと思っていたが，不憫に思って過度な教育をした」と振り返ることが多いようだった．また，学業の中でも，「のろま」などと言われていじめを受けたと言った人も少なくなかった．就職後も，「何でできないのか」と上司に何度も説教を受け，暴力を振るわれたと言う人も少なくなかった．以上の例は，比較的年齢が若い群に多く認められた．

2．肉体労働から知識労働への労働環境変化によって就労できなくなった

建設業現場では，かつては単純労働作業も多く，1つの作業に何十人もの人手が必要だった．ところが，機械化によって，必要な人手は何十分の一かに減った．結果的にトラックやフォークの免許を取ることができることや，パソコン機器を動かす能力が求められるようになった．建築現場で単純労働作業を行って働いていた未診断の軽度知的障がい者は，数が少なくなった就労現場を得るための競争に負けやすいと容易に想像された．また，デスクワーク（知識労働への時代変化）など，言語コミュニケーションがより求められる職場では採用されにくい．こうした人々は，平均年齢が比較的高い人に多いようだった．

通常は，住む場所を失う前に生活保護受給が検討されるが，現在の相談運用現場では，言語コミュニケーション能力が求められるため（申請主義の問題や，障がいに関する専門員の不在または不足），未診断の障がい者にとっては，受給のためのハードルがかなり高いようだ．

3．両親や親せきとの縁が薄かった単身者が多い

軽度障がいを持った人が就労できる現場を失った場合でも，家族などのサポートがあれば，ホームレス化しない．しかし，家族や親せきの支援が受けられない場合は（家族に依存しすぎる福祉分野への批判があることは前提にしておきたい），金銭が途絶えた途端にホームレス化しやすい．この際，生活保護を自らで申請することが難しい人がいる（申請保護の原則）．また，サポートのいない単身者で，アルコール依存症，うつ病，統合失調症，認知症などが発症し，家に帰ることができなくなってホームレス化した人も少なくなかった．これらの人々への支援は，精神科病院や地域資源との連携が必要になってくるが，多くの場合「その人の面倒を見る責任者」の存在が必要になっている現実があり，それらの保証者を持たない単身者は路上生活から脱し難かった．

Ⅳ．路上生活状態となった場合に，路上生活から脱しやすい人と脱しにくい人がいるが，このうち，障がいを持った人は，路上生活から脱するためにはより多くの支援が必要だ

1．路上生活から脱する手段が難しい

路上生活から脱するためには何が必要かを考え

たい．

1）就労による脱出は，障がいを持つ人にとって難しくなった

我々の調査では，就労によって脱出したいと回答する人が多かった．しかし，この言葉をそのまま解釈するわけにはいかない．

平均年齢が56歳を越えている人が，なぜ就労による自立と回答するのかを考えなければならない．理由を尋ねると，おおむね2つに分類できた．1つは「自分らしく生きたい」ということ，2つ目は「それ以外の方法を自分が選べるかを知らない」ということであった．就労に必要なものは何であろうか．技術や意欲と同時に，年齢が若いことや，住所，保証人，身分証明書，携帯電話が求められる．多くのホームレスは，こうしたものを失っている．失う前に福祉事務所などへ相談に行けばまだ違うかもしれないが，①自分が相談していいものかと迷った，②相談窓口があることを知らなかった，③相談にのってもらえなかったという体験をする人が多くいた．

先に述べたとおり，自分のやり方でできる仕事が減ってきている．他のやり方が求められる仕事ができる人は，仕事を得ているが，そうもいかない人の方が多いのが普通だ．こう考えると，ホームレス問題は「労働」の問題だと考えることもできる．ここまで様々なものを失ったにもかかわらず，それでも就労したいと言う人が確かに多い．しかし，言葉を掘り下げて聞いていくと，「面倒をみてもらいたくない」「自分らしく生きたい」という意味で就労したいと言う人が多い．自分で稼いだ金は自分の好きなように使えるが，生活保護を受けた場合は，多くの自由を失う．厚生労働省調査では，ホームレスの平均月収が4万円程度であった．アパートに入る程度の収入はないが，生活保護を受給して，自分らしく生きていくのを失うよりは路上生活の方がましだと答える．年金をもらっている高齢者も路上生活の状態にある．生活保護を受給できれば，年金の不足分を補ってアパート生活が実現できるのだが，それでも，生活保護は受けたくないという．

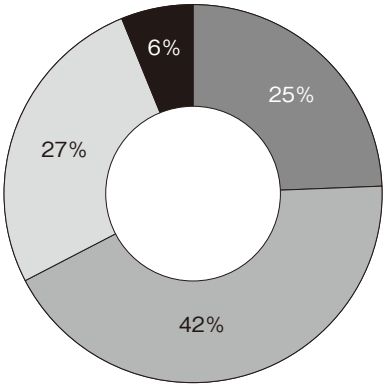


図1　質問紙「もしも明日，自分1人で生活保護申請に行ったとしたら，生活保護受給ができると思うか？」に関しての回答者割合（NPO法人TENOHASIほとむあっぷ研究会，池田ら，2009）

この中で，障がい者として生きなくても十分に暮らせていた障がいを持つ人たちが路上には多くいる．一方で，労働環境が変わったために，その人たちが働ける職場はほとんど失われた．障がいを持つ人たちは，生活保護を受給する以外に路上生活から脱することが難しいのが現実だ．この生活保護受給時に，自分が障がい者であったことを知らなければならない人がいる．この点に精神科医療福祉の援助が必要になる．

2）生活保護受給による脱出には言語コミュニケーションの高さが求められる

表は2009年調査（池田ら）質問紙の回答である．質問は，「もしもあなたが明日，1人で福祉事務所に相談に行ったとしたら，生活保護を受給できると思いますか？」で，はい，いいえで回答を得る．はいと回答する人が25%と小さく，42%ができないと最も多い．27%の人が，わからないと回答している．はいと答えたのになぜ路上生活のままでいるのか，わからないと回答した人には何を伝えたらいいのか，いいえと答えた人はなぜ受給できないと考えるのかを知らなければならない．生活保護法は，厚生労働大臣が定める最低生活費未満の生活をしている人ならば，誰もが無差

別平等に受給できるという制度だ．回答した理由を分析した．

2．受給できない理由

1）扶養義務の原則と家庭事情の複雑さがある

生活背景を聞き取ると，家族親戚関係に課題を抱える人が多くいた．生活保護受給時に家族に扶養可否の連絡がいく．何らかの理由で家族から逃れた人は，連絡を取られるのが困るために，生活保護を受けられないと言う．

2）生活保護への誤解や偏見がある

「年齢が若いから受けられない(具体的に断られた人は少なくない)」，「健康だから受けられない(病気で働けなくなった人しか受けられないという思い込み)」．こうした思い込みは，相談者，行政側両方にある．実際，「病院にも掛かっていないような稼働年齢層の人が生活保護受給となるのか」と怒られた人もいた．法律を説明して納得する人もいなくはないが，多くの人が，気持ちの根っこのところで，受けてはいけないものと言い，中には生活保護に対して差別的に言う人もいた．また，「小さな町の役場は，守秘義務があるようでないものだ」と言って，生活保護は地元では絶対に受けられないと言った人もいた．親戚が周り中にいる町では噂が広まると考える人がいて，生活保護への偏見が強い場合は，とても受給の希望を言えないという．以上からは，生活保護運用現場での課題と，生活保護への偏見という課題があることがわかる．

3）コミュニケーション能力が求められる

「生活保護受給申請は，これから長く付き合っていくかもしれないお互いをよく知っていくためのコミュニケーションの場だから」と，ある行政担当者が言った．その人は，熱心に人を助けることに奔走していた．逆に言えば，コミュニケーション能力が求められる現場とも言える．申請をする側が障がいを持っている場合，「相談窓口が求めるコミュニケーション」ができるかという課題の提示に応えられない．同時に，保護担当者のコミュニケーション能力に依存して，人が助かるか否かが決まるとも言える．保護担当者の生活保護解釈の具合や，コミュニケーション能力に依存する．因果関係を論じる根拠は乏しいが，ホームレス者の中に，未診断の障がいを持つ人が多いことが原因になっていると考えられる．

3．路上生活から脱した後の生活が難しい

1）失敗体験を持つ人が多い

路上生活化前に，何らかの大きな失敗をして傷ついたままの人たちは少なくない．路上生活以外の生活を営んでいく（今の生活からの変化）ことに恐怖と，再び同じことが起こると不安を感じている．例えばこうした人たちの中には，技能講習ができて資格が取れる自立支援センターなどを案内すると，新しい技術を得た上で路上生活以外の生活を再挑戦することにつながるため，この情報によって路上生活から脱する選択に至る人がいる．また，路上生活から脱した後も，民間支援団体や，路上生活時に出会った仲間とのつながりを根拠に，路上生活から脱する人もいる．今のままの自分では，路上生活から脱したとしても，再度路上生活化してしまうが，何か技術や自信となるものを持つと脱しやすいという心情である．この中には，精神科を受診して障がい者である証明を得ることができれば，生活保護担当者に「仕事しろ（＝いじめを受ける場所に行け）」と顔を合わせるたびに言われないとわかって，路上生活から脱した人もいた．

2）生活環境に課題がある

例えば，ある区から生活保護を受給し，路上生活から脱する場合，集団生活寮入所を強いられることが多い．相部屋や一部屋に何十人もいるような部屋に何ヵ月も，場合によっては１年以上も入ることを指示され続ける．結果的に，将来が見えなくなったり，人間関係がこじれて「失踪（生活保護廃止理由の１割強）」という形で路上生活に戻る．再度路上生活化した人たちの話を聴いてみると，ほとんどの人が人間関係のもつれを言う．この中には，精神や知的障がいがあるために，「音や声が気になって眠れない（感覚過敏）」「(時間感覚

を保てず）門限を守れなかったために説教をされた」「寮長が怖くて失踪した」などと話す人たちがいた．過酷な集団生活を乗り切る高い能力か，馴染める感覚がない限りは，路上生活から脱する方法はないに等しい．一方で，鹿児島など直にアパートへ入居できるところもある．ここ数年で，400 人近くいた路上生活者が 10 名前後まで減った．集団生活よりもアパート生活の方が生きやすいからだ．安心した生活環境があるからこそ，その後の就労にもつながる．

V．支援の提案

支援には，次の 2 点を考える必要がある．1 つ目は，障がいを持つ人が路上生活化しないための実践的な戦略，2 つ目は，障がいを持つ人が路上生活化した場合，丁寧な支援を計画することだ．詳細は大分割愛するが，要となるのは，「自分らしく生きたい」という気持ちを応援できるか否かである．人生の主人公は，生活保護担当者や支援者ではなく，本人であり，どう生きたいかは本人が考えていく，これを手伝っていくというスタンスが必要だ．このとき，できるかどうかを決めるのは本人であると考え，周りが能力の有無を判断しないことが重要である．

おわりに

今回の議論の多くは，「ホームレス」に関する研究が極めて少ないために，意見のレベルでしか議論ができていなかった．今後，多くの研究者が，現状を明らかにしてほしい．

文　献

1）Fazel, S., Khosla, V., Doll, H., et al.: The prevalence of mental disorders among the homeless in western countries: systematic review and meta-regression analysis. PLoS Medicine, 5; e-225, 2008

2）厚生労働省社会・援護局地域福祉課：「平成 19 年ホームレスの実態に関する全国調査（生活実態調査）」の分析結果（概要）．報道発表資料，2007，11．（http://www.mhlw.go.jp/houdou/2007/11/h1113-3.html.）参照日 2012-4-17

3）厚生労働省社会・援護局地域福祉課：ホームレスの実態に関する全国調査（概数調査）結果について．報道発表資料，2012，4．（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ptf.html.）参照日 2012-4-17

4）Martens, W. H.: A review of physical and mental health in homeless persons. Public Health Rev, 29; 13-33, 2001

5）森川すいめい，上原里程，奥田浩二ほか：東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率．日本公衆衛生雑誌，58；331-339，2011．

6）森川すいめい：ホームレスとはどのような状態をいうのですか？　またホームレスの人たちの抱えるメンタルヘルスの問題の特徴と支援上の注意事項を教えて下さい．公衆衛生，75；560-563，2011

7）森川すいめい，池田亜衣，奥田浩二ほか：現代日本の貧困/生活困窮者とメンタルヘルス～路上生活者研究から見えてきたこと．心と社会，41；60-65，2010

8）森川すいめい：ホームレス者支援の取り組みについて教えて下さい．公衆衛生，75；967-970，2011

9）奥田浩二：援助技術 ホームレス状態にある市民を理解し支援するために．ホームレスと社会，3；90-95，2010

10）特定非営利活動法人ホームレス支援全国ネットワーク広義のホームレスの可視化と支援策に関する調査検討委員会：広義のホームレスの可視化と支援策に関する調査報告書（厚生労働省平成 22 年度「セーフティーネット支援対策等事業費補助金社会福祉推進事業」），3，2011

Handicapped People in Japan become Homeless：Based on Surveys and Our Support of Homeless in the Ikebukuro Area

Suimei MORIKAWA

Nonprofit Organization TENOHASI,
Approved Specified Nonprofit Organization MEDECINS DU MONDE JAPON,
Ichiyoukai Yuwa Hospital

We believe that, under certain conditions, handicapped people in Japan are liable to become homeless. In addition, handicapped people in particular require more comprehensive support in the event that they find themselves living on the streets. This argument is based on the results of two surveys that we conducted in 2008 and 2009 and on our experience of providing support for homeless handicap ped people, which we carried out with the help of psychiatric professionals. Furthermore, we indicate the possibility that the number of people experiencing challenges in their living conditions may increase or decrease depending on issues related to the Livelihood Protection Law. Much of the present study was limited to opinion-based discussions, as there is very little research on homelessness in Japan. We hope that more researchers will seek to provide insights into the current situation.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：homeless, intellectual disability, psychiatric disorder, livelihood protection law, unemployment＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

電気けいれん療法（ECT）における インフォームド・コンセント（I. C.）の再検討

コーディネーター　一瀬　邦弘

第 107 回日本精神神経学会総会（2011 年 10 月）では電気けいれん療法について 2 つのシンポジウムが実行された．1 つは上田諭（日本医科大学精神医学教室）をコーディネーターとする「ECT の有効な方法を問う」，もう 1 つはシンポジウム 12「電気けいれん療法（ECT）におけるインフォームド・コンセント（I. C.）の再検討」である．シンポジウムが 2 つ同時開催されたこと自体がその関心の深さを示すとともに，内包する諸課題の大きさを示している．後者のコーディネーターとして，まとめの責務を果たしたい．

まず歴史的事実として，精神神経学会総会での ECT の扱いの変遷を辿る．1938 年 Cerletti らが ECT の有効性を報告し，同時期に九州大の安河内，向笠が発表（1939 年）した．1952 年には無けいれん性電気けいれん療法 mECT（修正型）が開発され 1958 年には島薗がわが国での報告を行っている．しかしそれ以降，わが国では研究開発は進まず，医療現場で従来型 ECT が汎用された．1960 年代向精神薬が登場し，さらに 1970 年代の反精神医学の波とともに ECT は批判の対象となり ECT 使用を広言するのが憚られる時代があった．そのピークは第 71 回総会〔1974 年（昭和 49 年）〕である．閉鎖病棟入院中の患者に電撃療法を行ってはならないとする案について，怒号の中，論議と集会採決がなされた．

この間，海外では修正型 mECT が普及し，パルス波機器が開発され，学会レベルでガイドラインが整備され，わが国とは大きな開きができた．ようやく 1980 年代後半になってわが国でも総合病院精神科を中心に mECT が行われるようになったが，「栗田，本橋らによる；ECT 推奨事項」（2001 年），パルス波治療器認可（2002 年）が実現したのは今世紀を迎えてからである．

本学会での正式な「電気けいれん療法の再評価」は，第 102 回総会（2006 年）でこの題のシンポジウムが山口成良の提案で開催された時点と考えてよい．32 年間の時を経て ECT を巡る論議が公になされるようになった．第 104 回総会ではその有用性，安全性ならびに説明と同意の方法もふくめ「ECT の標準化」のシンポジウムが行われた．こうした中 2008/09 年 ECT 全国実態調査が行われ，専門医研修施設 1,470 を対象に 875 施設の回答（回収率 59.5%）を得た．ECT は 356 施設（41%）で行われ，1 年間の延総件数は 42,178 件で，そのうち修正型は 28,791 件（68%），従来型は 13,387 件

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　電気けいれん療法（ECT）におけるインフォームド・コンセント（I. C.）の再検討　座長：一瀬　邦弘（電気けいれん療法検討委員会），中村　満（東京都保健医療公社豊島病院精神科）

（32%）であった．こうしたECTを取り巻く状況は大きく変化している．2009年（平成20年）7月アメリカ精神医学会（精神医学の乱用・誤用関連委員会）から日本精神神経学会理事長宛に，ECTの日本での実態について，従来型ECTを廃絶したトルコの例を引用しながらの問い合わせがあり同年12月に理事長が回答した．さらに2010年，学会では電気けいれん療法検討委員会を中心にECT実施施設におけるインフォームド・コンセント（以下I.C.と略す）の実態を明らかにするため全国調査を実施した〔回収率は138施設(31.7%)〕．

シンポジウムでは，結果詳細のうち，任意入院中のECTについてのI.C.が現況として鮫島達夫（JR東京総合病院メンタルヘルス・精神科）から発表された．また精神疾患全般を対象に，中村満（都公社豊島病院）が総論を発表した．措置・医療保護入院の場合を奥村正紀（都公社豊島病院）が明らかにし，完成された形である医療観察法入院病棟での場合を，機動的な倫理委員会運営を含めて野田隆政（国立精神・神経医療研究センター）が発表した．

一方，救急救命医療現場から，説明と同意の両者とも不能である場合のI.C.について原義明（日本医大千葉北総病院救命救急センター）が発表し，その中で救命医療に限っての「推定同意」という考え方が提起され，精神科実地臨床の医師たちに一種の衝撃を与えた．日本での電気けいれん療法の際のI.C.の現状，問題点，そしてこれからの方向性が明らかになった．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ECT におけるインフォームド・コンセント

中村　満（東京都保健医療公社豊島病院精神科）

日本における ECT のインフォームド・コンセントは，十分に議論されないまま現在に至っている．本稿では，ECT のインフォームド・コンセントの基本事項について概説し，その阻害要因，インフォームド・コンセントの基盤に医師-患者関係があること，同意能力の判断，同意能力の有無によって説明と同意の方法について述べた．そして，ECT 施行にあたって，「患者にとって最大の利益とは何なのか」ということを，常に模索することと，迅速で臨床に即した議論と決定を行う法的な枠組みが必要とされていることに言及した．

＜索引用語：電気けいれん療法，インフォームド・コンセント＞

はじめに

1938 年のイタリアにおいて Cerletti と Bini が世界で初めて ECT を行った．日本でもほぼ同時期に安河内と向笠が ECT を行ったが，その後の発展は欧米に比べて半世紀近くの遅れをとることになる．欧米諸国においては，効果的かつ安全な ECT のための改良が重ねられるとともに，医療倫理の面からインフォームド・コンセントが実践されるようになった．一方，日本における ECT は，1980 年代にようやく非修正型の普及が始まり，インフォームド・コンセントに至っては，明確な議論がされないまま現在に至っているといわざるを得ない．

パルス波治療器が日本に導入されて約 10 年が経ち，パルス波による修正型 ECT が標準的となってきている現在，ECT のインフォームド・コンセントについて議論をする機が熟したといえるだろう．本稿では，ECT のインフォームド・コンセントについて概説する．

Ⅰ．日本における ECT のインフォームド・コンセントの実態

日本における ECT のインフォームド・コンセントに関する調査は，守屋によって初めて行われ，精神科医療機関へのアンケートの結果，対象の精神科医 10 人全員が行っていなかったと報告をしている[6]．調査当時の 1980 年代末は，修正型 ECT を行っている施設は 10 にも満たない頃である．1993 年，中島らは，より系統だった調査を行い[7]，6 割以上の医師が患者本人とのインフォームド・コンセントをしていないという実態を明らかにした．公的機関による全国規模の調査は，2000 年に行われた全国自治体病院協議会のものが唯一のものである[8]．この調査によれば，口答・文書による同意取得は 35％に過ぎず，50％近くが ECT 後にも説明がされていなかったという．その後，日本にパルス波治療器が導入され，ECT を行う施設が飛躍的に増加したが，これに続く調査は行われていなかった．このため，本学会の ECT 委員会が 2009 年にまず，ECT に関する基本調査を行い，2010 年にこれらの調査を踏まえてインフォームド・コンセントに関する調査を行って

おり，本シンポジウムで発表された．

Ⅱ．ECT のインフォームド・コンセントの阻害要因

このように日本において ECT のインフォームド・コンセントが浸透しなかった理由のうち，医療者側の要因として，守屋[6]は ECT を行うことへの医師自身の不安や後ろめたさを指摘し，中島ら[7]は，患者の意志決定能力を考慮してという理由と患者に拒否されると困るという点を明らかにした．一方，利用者側の要因は，ほとんどのものが ECT への不安である．記憶障害など副作用に関すること，待ち時間や麻酔覚醒時の不安を挙げる患者が多かったという指摘もある[3]．裏を返せば，これらの不安を軽減するように，ECT について詳細な説明を行うことが，インフォームド・コンセントの実施を促すことにつながるといえる．また，他の患者からの ECT の体験を聞くことは，医療者からの説明よりもしばしば効果的である．

Ⅲ．インフォームド・コンセントの重要な基盤

ECT のインフォームド・コンセントを進めるに当たり，もっとも重要なことは，患者や家族のいずれとも良好な信頼関係を維持することである[1]．これを基盤として，両者の共同作業として，インフォームド・コンセントを築いていくものであり，精神療法の一環として行われるもの[5]という見方もできる．したがって，説明は原則主治医が行うべきであり，もし主治医が ECT に不慣れであれば，熟練医師に説明してもらい，主治医は同席する．また，麻酔の説明は，麻酔医が行うことが望ましい．

また，アメリカ精神医学会（APA）は，インフォームド・コンセントにおける医師の役割として，①同意者にその場の状況を理解させる，②同意者の意志決定を促す，③同意者の心配や感情に絶えず配慮するの 3 つを挙げている[2]．医師はインフォームド・コンセント全体をリードしながら，同意者の気持ちに配慮し，相手の反応を捉えて，説明の仕方を臨機応変に変えていく．

Ⅳ．説明は誰に行い，同意は誰から取得するか

患者の自律性が前提であるインフォームド・コンセントは，当然，治療者と患者との間で行われるものであり，「家族にインフォームド・コンセントを行った」などの文言はまったく意味をなさないことになる．しかし，精神症状によって，説明に対する理解・吟味・判断する能力が障害され，同意能力が十分ではない場合，代替となる方法を考慮しなければならない．いずれにしても患者との治療関係を基盤として，全体のプロセスを進めていくことを忘れてはならない．

1．同意能力の有無の判断

患者の同意能力をどのように判断するのか．同意能力を判定するツールとして，MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment[4]などがあるが，実際の臨床現場では汎用されているとはいいがたい．主治医や担当している医療チームが，日々の詳細な観察を通して検討が行われているのが現状であろう．Abrams[1]は，「同意能力の否定的な根拠がなければ，あると見なすべきであり，精神疾患であることや非自発的入院下にいることは，同意能力が不十分であることを示すものではない」ことを前提とし，「周囲に合わせて振る舞い，了解ができる会話をし，会話内容の記憶ができ，場にふさわしい行動ができる」状態をもってして，同意能力があると判断しているという．また，APA[2]は，同意能力を有することについて，「提供された情報を十分に理解し，記憶を保持し，合理的な判断ができる能力が保たれていることが必要である」としている．

2．同意能力がある場合

同意能力があれば，インフォームド・コンセントは患者本人との間で行う．もちろん，患者の同意がなければ，ECT を行うことはできない．本人が同意したものの，家族が拒否をした場合，インフォームド・コンセントの自律性の主旨からすれば，ECT 施行に何ら問題はないと思われるが，そのまま ECT を行うことは，現実的には困難であ

る．緊急度が高くなければ，改めて家族とよく話し合い，また，患者と家族との間でも，よく話し合ってもらう．

3．同意能力が不十分な場合

この場合，患者とのインフォームド・コンセントは成り立たたず，やむなく代諾者に対して（多くの場合は家族がその役割を担うことになる），説明し同意を得てからECTを行う．代諾者に説明しても，同意が得られない場合，残念ながらECTを行うことはできない．この場合も再度代諾者に十分に説明し，同意取得を試みる．もっとも問題となるのは，親族などがおらず，代諾者となる人がいない場合である．このようなとき，医療施設によって異なるが，指導医など複数の指定医との協議を行っているところや，ECT判定委員会などを設置しているところ，また既存の病院内倫理委員会において検討している施設もある．いずれの場合も，各医療施設が独自に協議の場を設けて，判断している状況にあり，それが必ずしも公表されているわけでもなく，どの施設においても均質な検討と判断が行われているかどうかは明らかではない．このような状況を考えると，法的な枠組みの中で標準化されたものが作られ，それに則って説明と同意の手続きを行うことができれば，現場は安心してECTを施行することができるであろう．

Ⅴ．ECTの同意が得られない場合

ECTに同意が得られない場合，その理由について詳しく聞き，相手の考えや気持ちを尊重しつつ，再度説明を行う．それでも同意が得られなかったら，ECT受けない場合に予想される事態，セカンドオピニオンを受ける機会などを含めて話し合う．同意しないからといって，非自発的入院に切り替えたり，退院を迫ったりしてはならない．

Ⅵ．同意能力が不十分でも説明は行う

患者の同意能力が不十分で，代諾者から同意をもらう場合であっても，患者本人への説明は行うべきである．患者の理解力や不安の程度を勘案して，簡易なものから詳細なものまで説明を使い分ける．簡易な例として，「これから電気治療を行います．麻酔薬で休みながら，脳を電気で刺激して，神経の緊張と疲労を取ることで，病気の回復を図ります」などと説明する．ECTの効果によって病状が改善するとともに，同意能力は回復し，その変化に応じて，より詳細な情報を伝えていく．そして，同意能力が十分であれば，本人から改めて同意を取得する．

Ⅶ．ECTについての説明事項

ECTの説明は以下の項目をもらさず行う．

①ECTを推奨する人とその理由
②代替となる治療法
③施行手順
④刺激方法
⑤施行回数・間隔
⑥有効性が絶対的に保証されていないこと
⑦再燃の可能性と何らかの継続的治療が必要なこと
⑧併発する有害事象
⑨施行中に発生する緊急事態への対処
⑩施行前後の行動制限の可能性
⑪施行中いつでも説明に応じること
⑫同意は強制しないこと，撤回できること

Ⅷ．ECT施行の法的な整備

やむを得ず非自発的なECTが必要となった場合，第三者（機関）によって適切性の判断がなされると，臨床現場は安心してECTを施行することができる．実際，米国の法令では，同意能力が低下した患者が，必要な治療を自発的に受ける意志を示さない場合，裁判所の判断で非自発的治療が行われている．

しかしながら，このような法的整備によって，必要な非自発的治療を円滑に行うことが可能となる反面，第三者（機関）が常に正当な判断を下すことができるのかという疑問が残る．精神保健福祉法の保護者選任のように半ば機械的に行われる

ものであってはならないし，逆に，過剰な規制によって臨床現場の実情とかけ離れたものであってもならない．何より患者の治療を受ける権利を妨げるようなことはけっしてあってはならない．「さまざまな治療環境において，その患者にとって最大の利益とは何なのか」ということを，すべての医師が常に模索していかなければならない．そして，その後ろ盾となる，迅速で臨床現場に即した議論と決定を行う法的な枠組みが必要とされている．

謝　　辞

ECTのインフォームド・コンセントに関する臨床的実践と科学的研究，そして啓蒙活動の先駆者であった，故　中島一憲先生に深く感謝いたします．

文　　献

1）Abrams, R.：Electroconvulsive Therapy, 4th ed. Oxford University Press, New York, 2002

2）American Psychiatric Association, A Task Force of The American Pychiatric Association：The Practice of Electroconvulsive Therapy：Recommendations for Treatment, Training and Privileging, 2nd ed. American Psychiatric Press, Washington, D. C., 2001

3）Freeman, C. P., Cheshire, K. E.：Attitude studies on electroconvulsive therapy. Convuls Ther, 2；31-42, 1986

4）Grisso, T., Applebaum, P.：MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment（MacCAT-T). Professional Resource Press, Sarasota, 1998

5）益冨一郎，土井永史，中村　満ほか：無痙攣通電療法におけるインフォームド・コンセント．法と精神科臨床，1；77-84，1994

6）守屋裕文：精神科におけるインフォームド・コンセント―電撃療法を通しての一考察―．年報医事法学，5；90-101，1990

7）中島一憲，山崎久美子，守屋裕文ほか：「電気けいれん療法（ECT）をめぐる諸問題」についてのアンケート調査．精神経誌，95；537-554，1993

8）佐々木青磁：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―．全自病協雑誌，41；1236-1239，2002

Informed Consent in Electroconvulsive Therapy（ECT）

Mitsuru Nakamura

Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Health Medical Treatment Corporation Toshima Hospital

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

医療観察法における ECT のインフォームド・コンセント

野田　隆政[1,2,3,4)]，安藤　久美子[1,4)]，平林　直次[1)]，
大森　まゆ[1)]，黒木　規臣[1)]，岡田　幸之[4)]

1）独立行政法人国立精神・神経医療研究センター病院，
2）東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科医歯学系専攻全人的医療開発学講座心療・緩和医療学分野，
3）早稲田大学重点領域機構応用脳科学研究所，
4）独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神医学研究部

修正型電気けいれん療法（mECT）を行うにはインフォームド・コンセントが原則となっている．この十分な説明と同意取得は，とくに心神喪失者等医療観察法において重要なキーワードであり，対象者を中心としたオーダーメイド治療の基礎となっている．これまでに全国の医療観察法入院施設において合計 13 名に mECT が施行されている．国立精神・神経医療研究センター病院では，医療観察法における本邦初となる mECT を経験した．その経験を基に考察すると，医療観察法では対象者の意思を頻回に確認していた．治療の効果という面からは多職種チーム医療は mECT との相乗効果が期待できる．さらに，システム面では，医療観察法における倫理会議は mECT 施行までのプロセスに有効に機能しており，このような医療観察法における治療決定システムは一般精神医療における mECT の治療決定システムへ応用が可能であると考えられる．さらに，非同意で治療を開始するにあたっての緊急性の評価や同意能力の判定など，インフォームド・コンセントをめぐっては難しい課題が残されているが，適切に ECT を運用していくためには避けては通れない課題であると考えられる．

＜索引用語：電気けいれん療法，mECT，インフォームド・コンセント，心神喪失者等医療観察法，多職種チーム医療＞

はじめに

Cerletti らが 1938 年に統合失調症に対する世界で初めての電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）を行って[1)]から約 70 年が経過した．修正型や定電流短パルス矩形波治療器の導入といった技術的発展を背景とした ECT の高い有効性が評価され，米国精神医学会（American Psychiatric Association：APA）に代表されるように，海外でガイドラインが作成されたことで ECT は世界中で普及していった．

ところが，わが国では ECT に対する評価が適切に行われない状態が長く続き，改良もほとんど行われなかった[4)]が，海外での評価を受けて，近年わが国においても ECT の有効性が見直されるようになった．ECT は薬物療法や精神療法と比較すると，リスクを伴う治療であると理解されており，実際の臨床では十分な説明をした上で同意を得る，インフォームド・コンセントが原則となっている．

心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律（以下，医療観察法）による処遇を受けた対象者は医療を強制されるという背景から，人権や意思を尊重し，インフォームド・コンセントを徹底することが対象者を中心としたオーダーメイド治療の基礎となっている．医療観察法では施行後 6 年間に全国の医療

観察法入院施設において合計13名に修正型電気けいれん療法（modified ECT：mECT）が施行されている．我々は医療観察法において本邦初となるmECTを経験したため，インフォームド・コンセントや多職種チーム医療，その治療効果に同意能力の判定を交えて報告する．なお，今回の報告にあたり対象者の同意を取得し，プライバシー保護の観点から一部を改変した．

Ⅰ．ECTの歴史的背景

約70年にわたる歴史のなかで，全身麻酔下で行うmECTが施行されるようになったこと，定電流短パルス矩形波治療器が導入されたことの2つの大きな技術的発展があった．その結果，安全性を確保でき高齢患者や身体合併症患者に対しても施行できるようになった．また，定電流短パルス矩形波治療器が導入されたことにより，効率的にけいれんを誘発できるため，せん妄や健忘などの副作用が減少した．本邦では1939年に安河内と向笠が初めてECTを報告[6]したが，修正型の普及は1980年代であり，定電流短パルス矩形波治療器がわが国で導入されたのは2002年であった．このような技術的な制限やガイドラインの未整備が，ECTの標準化および普及の遅れに影響したと考えられる．

ECTは精神疾患に対して有効な治療であるが，過去には同意なく治療を行うことや非修正型で施行するなどの問題点も指摘されてきた．2001年に行われた全国自治体病院協議会のアンケート調査によると，患者へ文書でインフォームド・コンセントをしていたのは14%，49%は告知をしていなかった．一方，家族への文書によるインフォームド・コンセントは57%が実施されており，3%は告知をしていなかった[5]．この結果を受けて，2002年9月に全国自治体病院協議会・精神病院特別部会において「1．ECTの有効性は元より，安全性あるいは緊急性に関する必要条件について，個々の事例毎に詳細かつ慎重な検討が必要であること．2．患者本人及び保護者等に，ECTの施行前に文書で同意を得るのが原則であること．病状によって本人の判断能力が減弱している場合には，保護者等に文書で同意を得なければならないこと．3．ECTは可能な限り，修正型（無けいれん性）で施行すべきこと」という内容の「電気けいれん療法の使用に関する提言」が示された．

Ⅱ．医療観察法

2005年7月に施行された，医療観察法の第1条には「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者に対し，その適切な処遇を決定するための手続等を定めることにより，継続的かつ適切な医療並びにその確保のために必要な観察及び指導を行うことによって，その病状の改善及びこれに伴う同様の行為の再発の防止を図り，もってその社会復帰を促進すること」と記載されており，社会に復帰していくことを最大の目的としている．これらを踏まえて，入院処遇ガイドラインの入院処遇の目標・理念へ目を向けると，ノーマライゼーションの観点も踏まえた入院対象者の社会復帰の早期実現，多職種チームによる医療の提供，プライバシー等の人権に配慮しつつ透明性の高い医療を提供する旨が記されている．また，運営方針のなかに「入院対象者ごとに治療計画を作成し定期的な評価を行うとともに，治療への動機付け等を高めるために十分な説明を行い，当該入院対象者の同意を得られるように努める」と定められている．これらの目標・理念のもとに実際の臨床において，多職種による対象者中心のオーダーメイドの治療計画の作成と，説明と同意，治療経過のなかでの再評価や治療計画の変更を実践しており，その結果，治療関係の構築や病識の獲得，アドヒアランスの向上に結びつくことが多いと思われる．これらの目標・理念はECTの実施時に必要な内容を網羅しているとも考えられる．

Ⅲ．症例（40代，男性）

症例は統合失調症，対象行為は殺人未遂である．家族歴や既往歴はない．幼少時は明るく活発で友人は多かった．学業も優秀であったという．大学を卒業後に就職し，サラリーマンとして営業

をしていた．営業成績は優秀で同僚らの信頼も厚かった．30代前半に被害関係妄想が出現して統合失調症を発症したため，近医精神科を受診した．「テレビの人が自分のことを悪く言っている」など被害関係妄想や幻聴を認め，4ヵ月間の入院治療を受けた．しかし，陽性症状は残存したため，仕事を辞めて自宅で療養することになった．そこから引きこもりの生活となり，外出は通院と近所の公園へ行く程度であった．独語や空笑が目立っていた．その後，「薬を飲んでいるからこうなっているんだ」と拒薬してから病状が悪化し，幻聴・妄想に影響されて「警察が陥れようとしているから」と警察署へ怒鳴り込んだため，警察に保護され4ヵ月間の入院治療を受けた．退院後はデイケアでの共同作業に積極的に参加し，30代後半には障害者枠で就労し意欲的に仕事をしていた．ところが，X年春先に眠れなくなり，「おかしいな」と感じていたところ，「母親がおまえの命を狙っているぞ」「母親を殺してお前も死ね」「刺せ，刺せ」と命令口調の幻聴がはじまり，次第に何度も聞こえるようになった．聞こえるたびに「そんなことはない」と自分に言い聞かせていたが，常時聞こえてくる幻聴に支配され，母親をナイフで突き刺した．鑑定入院を経て，X年夏に医療観察法病棟へ入院処遇となった．

入院後，risperidone，quetiapine，olanzapine，haloperidol，lithium，sodium valproateなど，処方調整し，同時に多職種チームによる幻聴や妄想への積極的治療介入を試みたが，次第に「あなたたち，コソコソ悪口話してるでしょ」と被害的となり，対象行為に対しても「命を狙われていたから」と妄想的に述べるようになった．衝動的となり医療者や他患へ激しい罵声をあびせ，椅子を蹴るなどの粗暴行為が出現した．処方調整をしながら疾病教育を続け，幻聴への対処をともに考える治療を続けたところ，医療者へ相談する頻度が高くなった．しかし，突発的な幻聴の悪化は防げず，ときに器物破損や他者への暴力行為を繰り返した．「この声を何とかしたい．これがなければ楽なのに．頭が狂いそうだ」と緊迫した状態となる場面が多くなった．薬物療法抵抗性の幻覚・妄想に左右された行動化が持続していることや衝動性が切迫していることから多職種チームおよび治療評価会議によってECTの適応と判断された．

対象者へECTについて当院ECTマニュアルに基づいて書面で丁寧に説明したところ，本人，父親ともにECTに同意した．その後，倫理会議の承認を経てmECTが開始された．治療計画は記憶障害に細心の注意を払いながら週2回の頻度で合計10回に設定し，毎回の治療前に治療内容を説明して意思を確認した．さらに，病識獲得を目的とした多職種チームによるプログラムを繰り返した．その結果，ECT以外の治療へ積極的に参加するようになり，幻聴は質，量ともに改善し，妄想の改善も認めた．陽性・陰性症状評価尺度（Positive and Negative Syndrome Scale：PANSS）の陽性尺度は治療開始前の32から13まで改善した（表1）．

医療者の関わりをまとめると，①インフォームド・コンセントの徹底，②患者中心の医療を提供，③多職種チームによる治療意欲を高める関わり，④治療効果および副作用の注意深い観察となる．その結果，病識が芽生えはじめ，mECT以外の治療へ積極的に参加するようになったことはmECTとの相乗効果ではないかと考えられる．

Ⅳ．全国の指定入院医療機関におけるECTの施行状況

ECTを受けた13名の内訳は統合失調症12名，急性一過性精神病性障害1名となっている．20〜40代が中心で1名を除き男性である．対象行為は殺人（未遂を含む）7名，放火3名，傷害2名，強盗1名となっている．ECTの適応理由は精神病症状11名，薬物療法抵抗性8名，過去にECTが有効であった3名，対象者が希望した3名であった．ECTの対象とした症状は，幻覚・妄想，精神運動興奮がそれぞれ6名，暴力が8名，衝動性，希死念慮がそれぞれ5名であった．これらの背景をまとめると，治療抵抗性で幻覚妄想が持続している比較的若年層の統合失調症，衝動的で暴力行

表1　mECT 前後の経過

	mECT 開始前	mECT 中	mECT 終了後
幻聴	＋＋	＋	＋
幻聴の内容	severe	mild	mild
妄想	＋＋	±	±
PANSS（陽性尺度）	32		13
副作用		頭痛・筋肉痛（1 回目）	なし

為に及ぶ危険性が高く急性期の状態が続いている統合失調症が ECT の対象となっていることがわかる．医療観察法においては全入院患者の約 1% に ECT が施行されているが，いまだ急性期の状態にある統合失調症は 1%よりも多いことが予想される．すなわち，医療観察法の医療スタッフの多さを背景とした手厚い多職種チーム医療により，急性期の状態であっても関わりながら mECT の導入を待つことができていると考えられる．

Ⅴ．緊急性の評価および同意能力の判定

医療観察法は法的な強制力をもつため治療の必要性について厳密な判断が必要であり，また，対象者の意思を尊重するとともに人権に配慮しなければならない．医療観察法の入院処遇ガイドラインによると，同意によらない治療を開始する場合の対応として，対象者へ治療方針等の説明を尽くした上でなお同意が得られない場合，対象者の治療意欲を引き出す取り組みを行う必要がある．十分な期間の取り組みにも同意が得られない場合，倫理会議で決議することになる[3]．しかし，対象者が重篤な病状であった場合には対象者に治療を遅らせることで不利益が生じることがある．そこで緊急時の非同意による治療的介入をより客観的に評価するために安藤らは緊急性評価基準を開発した．安藤らによると，症状，重篤度，症状の進行速度の 3 つの観点から，緊急性レベルを A〜D の 4 段階で評価する．A は集中管理・即時的対応，B は応急処置・数日間以内の迅速な対応，C は暫定措置と綿密な経過観察，D は倫理会議での決議までの経過観察に分類される．なお，mECT については倫理会議での事後承認は認めていない．さらに，緊急性の評価に加えて同意能力の評価も必要になる．安藤らは同意能力を①意思疎通の能力，②説明内容についての現実的，合理的な理解，③理論に基づいた合理的な意思表示および意思表示内容の妥当性の 3 点によって判断する基準を作成した[2]．mECT では治療導入当初に欠如していた同意能力が，患者の病状回復とともに回復するため，回復状況にあわせたインフォームド・コンセントを行う必要がある．

Ⅵ．医療観察法における治療決定システムの mECT 治療決定システムへの応用

医療観察法における治療決定システムを図 1 に示す．このなかで倫理会議の存在に注目したい．倫理会議は，精神医学の専門家の外部委員 1 名以上を含むメンバーで構成され，①同意によらない治療を開始する必要性に関して事前の協議により適否を決定し，②同意によらない治療を継続している対象者に関して評価を行い，③緊急的に行われた同意によらない治療行為について報告聴取し，事後評価を行うことが目的である．インフォームド・コンセントの手続きを踏んだ mECT は①〜③には該当しないが，持効性注射薬や mECT についてはその適応について倫理会議の対象となり得る．我々はこの医療観察法の治療決定システムを一般精神医療における mECT の治療決定システムへ応用することを試みた．mECT の適応判断は通常 1，2 名の精神科医師，診療グループ内，病棟カンファレンスのいずれかで決定される．この決定プロセスにおいて，mECT の必要性判断の客観性を保つことが課題であり，倫理会議のような精神医学の専門家による客観的な評

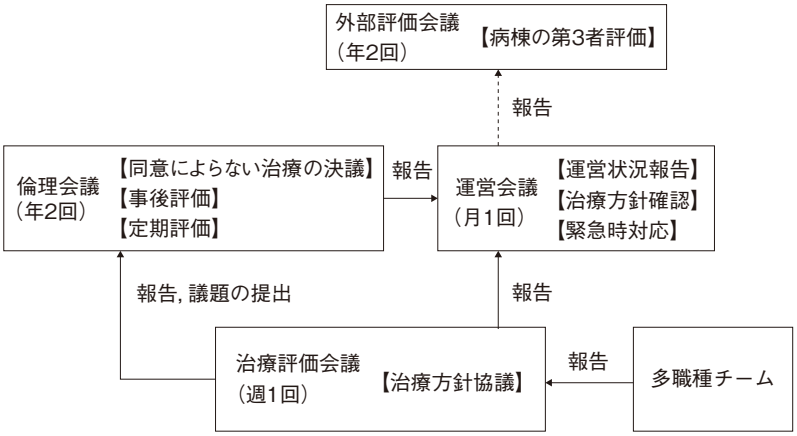


図1　医療観察法における治療決定システム

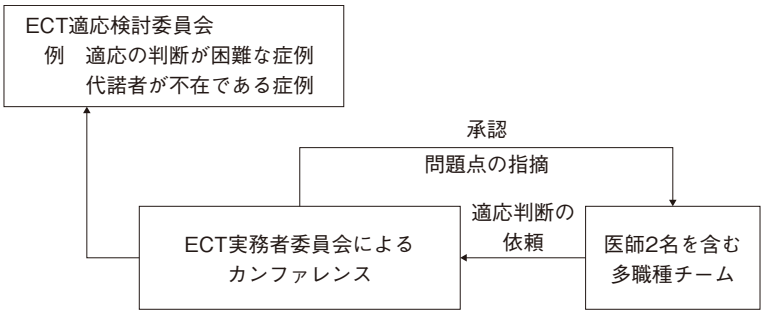


図2　mECT の治療決定システム

価が必要になる．mECT の治療決定システムにおいては，図2のように通常は医師2名を含む多職種チームにより mECT の適応を判断し，ECT 実務者委員会によるカンファレンスへ適応判断を依頼する．通常のカンファレンスでは決定できない適応判断が困難である症例や代諾者が不在である症例については，ECT 適応検討委員会によって判断されることになる．

ま と め

技術的発展によって安全性や有効性が再評価されてきた ECT ではあるが，治療の性質上インフォームド・コンセントの徹底は不可欠である．さらに，非同意で治療を開始するにあたっての緊急性の評価や同意能力の判定など，インフォームド・コンセントをめぐっては難しい課題が残されているが，適切に ECT を運用していくためには避けては通れない課題であると考えられる．

文　献

1）Abrams, R.: Electroconvulsive Therapy, 4th ed. Oxford University Press, New York, 2002

2）安藤久美子，岡田幸之：同意によらない治療的介入に関する「緊急性評価基準」の開発．司法精神医学，6；10-20，2011

3）厚生労働省：入院処遇ガイドライン．

4）本橋伸高：電気けいれん療法の過去・現在・未来．精神経誌，106；537-545，2004

5）佐々木青磁：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―．全自病協雑誌，41；1236-1239，2002

6）安河内五郎，向笠広次：精神分裂症の電撃痙攣療法について．福岡医大誌，32；1437-1440，1939

Informed Consent for Electroconvulsive Therapy in the Medical Treatment and Supervision Act

Takamasa NODA[1,2,3,4], Kumiko ANDO[1,4], Naotsugu HIRABAYASHI[1], Mayu OMORI[1], Noriomi KUROKI[1], Takayuki OKADA[4]

1) *National Center Hospital of Neurology and Psychiatry*
2) *Section of Liaison Psychiatry & Palliative Medicine Division of Comprehensive Patient Care, Graduate School of Medical & Dental Sciences, Tokyo Medical & Dental University*
3) *Institute of Applied Brain Sciences, Organization for University Research Initiatives, Waseda University*
4) *Department of Forensic Psychiatry, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

Informed consent for electroconvulsive therapy（ECT）must be obtained from the patient as a general rule. In the Medical Treatment and Supervision Act, it is important that medical stuffs give sufficient information about treatment and obtain the informed consent. Thirteen patients had been prescribed ECT in the Medical Treatment and Supervision Act. We had experienced a first case who was prescribed mECT in this Act. We had frequently obtained patient's consent in the course of ECT. Furthermore, it is considered that ethics conference worked effectively for treatment decision. However, we consider that there are some matters（e. g. the assessment of urgency of need for involuntary intervention or competence to consent to treatment）to be resolved for ECT in the future.

＜Authors' abstract＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

措置入院・医療保護入院における電気けいれん療法のインフォームド・コンセント

奥村　正紀（東京都保健医療公社豊島病院精神科）

電気けいれん療法（ECT）は，臨床の場面で広く施行されているにもかかわらず，日本ではインフォームド・コンセント（IC）には消極的であった．全身麻酔下での修正型 ECT の普及により，以前にもまして IC が重要となってきているが，精神科医療の場合には，患者本人が病状のため合理的な同意を自発的にできないこともあり，治療に対する意思決定能力の有無が問題となる．今回，医療保護入院・措置入院の非自発的入院における ECT を施行の際に実際にどのように IC が行われているかを，2011 年の日本精神神経学会 ECT 検討委員会のアンケート結果，実際に当院で行われている非自発的入院における ECT の IC から検討し，今後の ECT の IC についてのあり方を考察した．

＜索引用語：電気けいれん療法，インフォームド・コンセント，非自発的入院＞

はじめに

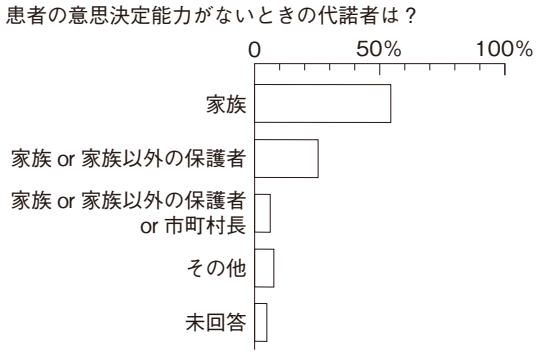
電気けいれん療法（electroconvulsive therapy：ECT）が導入されてから 70 年が経過し，臨床の場面で広く施行されているにもかかわらず，日本の精神科医はインフォームド・コンセント（IC）に消極的であった．1993 年の中島らの報告では 6 割以上の医師が患者本人との IC を行っておらず[2]，2000 年の全国自治体病院協議会による調査では口頭・文書同意取得は 35％にすぎず，50％近くが ECT 後も説明をしていなかった[5]．全身麻酔下での修正型 ECT の普及により，外科における手術と同様に医療行為を行う側と受ける側との関係が明確であり，以前にもまして IC が重要となってきている．IC は本来治療を受ける患者本人に説明し治療の同意を得るものであるが，精神科医療の場合には，患者本人が病状のため合理的な同意を自発的にできないこともあり，治療に対する意思決定能力の有無が問題となる．

欧米では，患者の同意能力の判定と非自発的治療に関する法令が整備されており，これらに基づき ECT が行われている[4]．日本の精神保健福祉法では入院形式についての規定はあるが，治療内容までには言及していない．当院では ECT 治療に対して同意能力が不十分な場合には，家族などの代諾者に IC を行い，代諾者がいない場合には適応を再検討し，院外関係者を含む病院の倫理委員会での審査を行っている．

今回，医療保護入院・措置入院の非自発的入院における ECT を施行の際に実際にどのように IC が行われているかを，2011 年の日本精神神経学会 ECT 検討委員会のアンケート結果，実際に当院で行われている非自発的入院における ECT の IC から検討し，今後の ECT の IC についてのあり方を考察した．

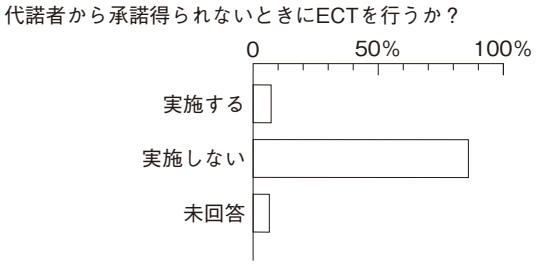
Ⅰ．アンケート調査

日本精神神経学会 ECT 検討委員会では 2011 年に日本精神神経学会研修医専門施設に対して，ECT の IC がどのように行われているかアンケートを行い，143 施設から回答を得られた．その中



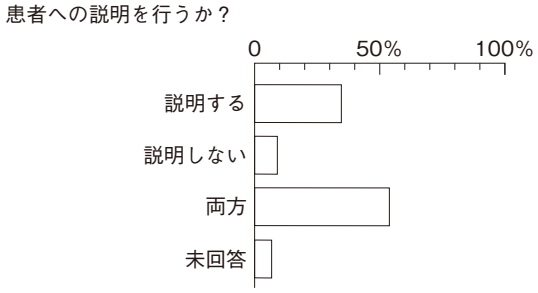
80％以上は家族・家族以外の保護者が代諾者.

図1　アンケート調査の結果①



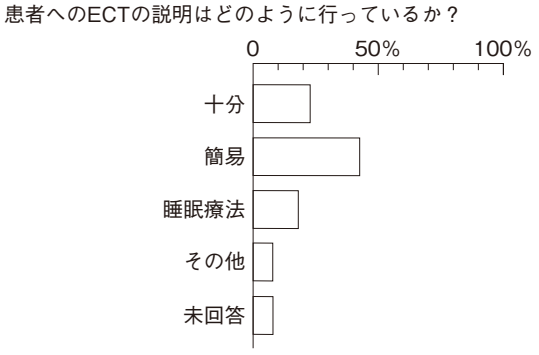
代諾者からの承諾が得られないときには，
80％以上の施設でECTを施行しない.
実施する施設は7.7％.

図2　アンケート調査の結果②



患者の病状によって説明する・しないが半数.
ただし，必ず説明しない施設も7.7％ある.

図3　アンケート調査の結果③



簡易な説明が42％，十分な説明が24％，
ECTの名前を出さないのが17％.

図4　アンケート調査の結果④

で，医療保護・措置入院の非自発的な入院において，治療に対する患者の意思決定能力がないと判断されたときのICについてのアンケート結果をまとめた.

患者の意思決定能力がないときの代諾者は，家族が54％，家族もしくは家族以外の保護者が24％，家族，家族以外の保護者もしくは市町村長が7％であり，80％以上が家族もしくは家族以外の保護者が代諾者としてICを行っていることがわかった（図1）.

代諾者からのECTに対する同意が得られないときに，86％の施設ではECTを実施しないが，8％の施設ではECTを実施している（図2）.

患者への説明の有無は，『病状によって説明するときとしないときがある』施設が52％と約半数で，34％の施設が『何かしらの形式で必ず説明』を行っており，反対に『説明を行わない施設』は6％であった（図3）.

説明の方法としては，『十分な説明を行う』施設が24％，『「電気けいれん療法」の名前を出して簡易な説明にとどめる』施設が42％，『電気けいれん療法の名前は出さずに「睡眠療法」などの名前で簡易な説明を行う』施設が17％であった（図4）.

ECT施行時の麻酔の説明については，麻酔科医が行う施設が24％，麻酔科医か精神科医のどちらかが行う施設が19％，精神科医が行う施設が42％であり，ほとんどの施設で麻酔の説明が行われており，麻酔の説明を行わない施設はわずか4％であった（図5）.

代諾者がいないときにECTを行う施設は22％，行わない施設が68％であった．代諾者がいないと

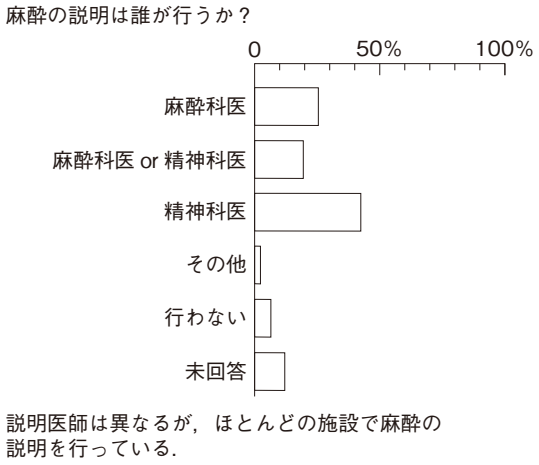


図5　アンケート調査の結果⑤

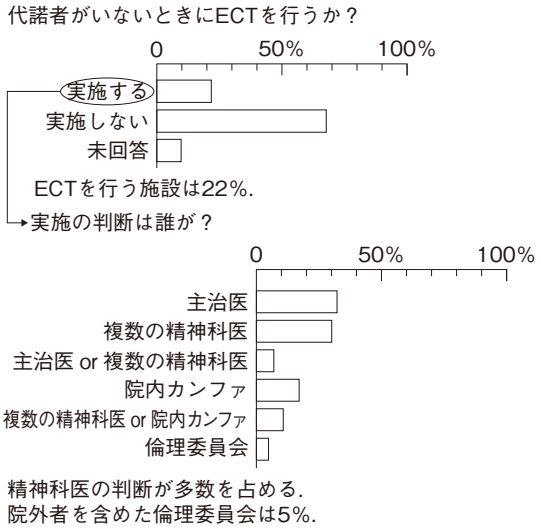


図6　アンケート調査の結果⑥

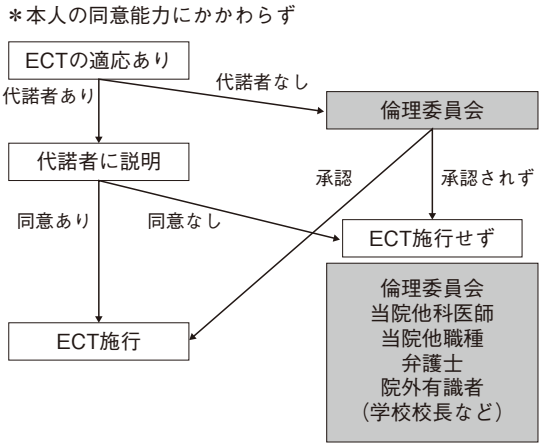


図7　当院でのICの流れ

きにECTを行う施設において，施行する決定の判断は，主治医が判断する施設が31%，複数の精神科医が行う施設が30%，主治医もしくは複数の精神科医が判断する施設が7%であった（図6）．院内カンファ，複数の精神科医あるいは院内カンファで判断する施設がそれぞれ16%，11%であった．院外者を含めた倫理委員会の判断をあおぐ施設はわずか5%であり，これらの結果から代諾者がいないときには，ECT施行の決定の判断は精神科医の判断で行う施設がほとんどであることがわかった．

これらの結果から考えると，10年前に行われた調査にくらべるとECTのICは重視されてきていると言えるが，方法や内容などは各施設によって異なっており，まだまだ改善されるべき点があると思われる．

Ⅱ．当院における医療保護・措置入院でのIC

当院でのECTに対する意思決定能力の有無は，精神科医が臨床的な側面から判断している．当院でのECTのICは本人の意思決定能力にかかわらず，ECTの適応があるとされた場合，本人と代諾者にICが行われる（図7）．代諾者にICが得られれば，ECTを施行し，代諾者にICが得られなければ，施行しない．本人からの同意も得られれば，取得する．代諾者がいない場合には，倫理委員会に申請する．倫理委員会の構成メンバーは当院他科医師，当院他職種，弁護士，学校校長などの有識者である．倫理委員会で承認されれば，ECTを施行し，承認されなければ行わない．

具体的な方法としては，代諾者に対しては精神科医がECTの説明を行い，麻酔の説明は麻酔科医が行う．患者に対しては，代諾者と同じように，ECTの説明は精神科医が行い，麻酔の説明は麻酔科医が行う．説明内容は，病状によって異なり，病状が悪いときには，「電気けいれん療法」とは告知するものの，内容は簡易なものにとどめ，病状

が改善した時点で再度，詳細な説明を行う．麻酔の説明も同様である．

当院では ECT の説明同意文書は一定の書式のものを使用する．米国精神医学会タスクフォースレポート，ECT 実践ガイドを参照して作成されている[3]．説明内容としては，病状・病名，推奨する治療について，ECT の目的・必要性，ECT の方法・手順，ECT の合併症・危険性，効果と経過，入院期間の予測，治療の日時，セカンドオピニオンについてなどである．また麻酔に関しても，他の手術と同様の書式が用いられている．

当院での IC も，いくつかの問題点がある．ECT に対する患者の意思決定能力の有無をどのように判断していくか，また，切迫した希死念慮を認め，早急に ECT 導入が必要であるが代諾者のいない患者に対して，はたして倫理委員会開催まで待てるのかどうか，などである．

Ⅲ．考　　察

ECT の IC を考える上で必要なのが，患者の治療に関する意思決定能力である．これは入院形態とは異なり，欧米でも非自発的入院と ECT 導入では，裁判所の審査が別に行われる．非自発的入院でも意思決定能力について判断し，それによって ECT 導入の判断が可能となりうる．それには意思決定能力の判断をどのように行うかが問題となってくる．

Grisso と Appelbaum は治療や研究に同意するための法的能力を評価するために，MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment を開発した[1]．その評価表は 4 つの能力を判定できるようになっており，

①病気と治療に関する情報を適切に理解する能力，
②その治療を選ぶことによる潜在的な危険性と利益について推察する能力，
③現状を理解し代替の方法を選んだ場合の結果について認識する能力，
④自ら選択して意見を表明する能力，

を評価する．この評価表は，能力を評価する検査方法として十分な評価者間信頼度と妥当性を示した．

当院では非自発的入院の際，意思決定能力の有無は精神科医が臨床的な側面から判断しており，ECT の同意については本人からの同意が得られても，代諾者もしくは倫理委員会の判断をあおいでいる．このような意思決定能力の評価をする検査を取り入れることにより，非自発的入院の際の ECT 施行に関してもスムーズになるのかもしれない．

また，意思決定能力がないと判断されたときの ECT 施行の判断についても施設によって異なる．欧米では，患者の意思決定能力と非自発的治療に関する法令が整備されており，これらに基づき ECT が行われている．法的な代諾者の関与も大きい．これに対し，日本では，精神保健福祉法では入院形態についての規定はあるが，治療内容には言及していない．代諾者の判断に基づくという点では欧米と同じである．しかし，代諾者がいない場合には ECT を施行しない施設が多く，行う場合には精神科医の判断によって行われることが多いというのが現状である．

国連人権原則では，精神障害の患者の IC に関する項目が挙げられている．国連人権原則 11，『治療への同意』，6 項「…以下の条件が全て満たされれば，患者の IC がなくても，提案された治療計画を実施することができる．（a）患者が，その時点で，非自発的患者であり，（b）独立した機関が上記第 2 項（第 2 項には，IC とはどのようなものか明記されている）に規定した情報を含んだ全ての情報を得た上で，その時点で患者が，提供された治療計画に IC の同意もしくは拒絶する能力を欠くと判断し，又は国内法が規定する場合は，患者自身の安全又は他人の安全を考慮すると，患者が不当に IC を拒絶していると判断し，かつ，（c）独立した機関が，提案された治療計画が患者の健康上の必要に照らした最善の利益であると判断する場合」と明記されている．

また代諾者に関しては，同 7 項「第 6 項は，法による患者に代わって治療に同意する権限を与えられた個人的代理人がいる患者には適用されな

い．…，このような患者については，上記２項に示した情報を与えられた個人的代理人が代わって同意する場合には，患者の IC なしに行われうる」と明記されている．

また，同８項「…，法によって権限を与えられた資格のある精神保健従事者が，患者自身または他人に対する即時の又は切迫した危害を防ぐために必要だと判断した場合，IC のない，いかなる患者に対しても治療を行うことができる．この場合の治療は，この目的のために厳密に必要とされる期間を超えて行われるものではない」と，緊急時の治療に関しての記載があるが，どこまで ECT に適応されるのかという問題が残る．

今後の課題としては，「ECT に対する意思決定能力の判断」，「非自発的入院における代諾者の権限」，「病院とは独立した機関による判断」が挙げられる．意思決定能力の判断に関しては，上述したように，評価する方法，ツールなどをどうしていくかという問題がある．非自発的入院における代諾者に関しては，日本の場合は特に措置入院において代諾者の権限がどこまで与えられるかという問題がある．また，独立した機関に関しては，はたして欧米のような裁判所の介入が本当に良いのかどうかという問題がある．いずれにせよ，必要時に円滑に ECT が行えるシステムが整備されることが望まれる．

文　献

1）Grisso, T., Appelbaum, P.: MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment（MacCAT-T）. Professional Resource Press, Sarasota, 1998

2）中島一憲，山崎久美子，守屋裕文ほか：「電気けいれん療法（ECT）をめぐる諸問題」についてのアンケート調査．精神経誌，95；537-554，1993

3）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：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，東京，2002

4）Ottosson, J., Fink, M.（中村　満訳）：電気けいれん療法の実践的倫理．星和書店，東京，2006

5）佐々木青磁：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―．全自病協雑誌，41；1236-1239，2002

Informed Consent to Electroconvulsive Therapy in Involuntary Hospitalization

Masaki Okumura

Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Health Medical Treatment Corporation Toshima Hospital

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

任意入院におけるわが国の電気けいれん療法（ECT）のインフォームド・コンセント（IC）の現況
――日本精神神経学会 ECT 検討委員会の全国実態調査から――

鮫島　達夫[1)]，奥村　正紀[2)]，粟田　主一[3)]，鹿島　晴雄[4)]，本橋　伸高[5)]，
澤　温[6)]，和田　健[7)]，分島　徹[8)]，川嵜　弘詔[9)]，山口　成良[10)]，
大久保　善朗[11)]，一瀬　邦弘[12)]

1）JR 東京総合病院メンタヘルス・精神科，2）東京都保健医療公社豊島病院精神科，
3）東京都健康長寿医療センター研究所，4）慶応義塾大学医学部精神・神経科学教室，5）山梨大学精神神経医学講座，
6）ほくとクリニック病院，7）広島市立広島市民病院精神科，8）東京都立松沢病院，
9）九州大学大学院医学研究院・精神病態医学，10）松原病院，11）日本医科大学精神医学教室，12）多摩中央病院

【目的】わが国の電気けいれん療法（ECT）のインフォームド・コンセント（IC）の実施状況を全国規模で ECT 実施施設について入院形態ごとに調査した．今回の報告は，そのうち任意入院のみである．【方法】2010 年の日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設 1,463 施設を対象とした ECT の実態調査において，ECT を実施すると回答した 356 施設と大学病院 80 施設の計 436 施設に記名，自記式アンケート調査を郵送法で実施した（調査期間は 2011 年 3 月 1 日～3 月 15 日）．【結果】138 施設から有効回答を得た（有効回答率 31.4%）．ECT の適応の判断は，95%以上で主治医または複数医を中心に行われていた．患者の ECT への意志決定能力の判断をしている施設が 133 施設（96%），していない施設が 4 施設（4%）であった．その判断基準は①病気と治療に関する情報を理解する能力，②その治療を選ぶことによる危険性と利益について推察する能力，③代替の方法を選んだ場合の結果について認識する能力，④自らの意見を表明する能力についてとする施設が 70%以上であった．ECT についての説明内容は，推奨理由，手順，リスクなどであった．リスクの説明内容は，健忘，頭痛，死亡などであった．任意入院において ECT に意志決定能力があると判断された場合，患者，保護者に文書または口頭での説明は 85%以上の施設で行われていた．一方，患者の ECT への意志決定能力がないと判断された場合，説明を行う代諾者は，家族あるいは家族以外の保護者の場合が 92.4%であり，さらに代諾人からの承諾が得られた場合には，患者に説明する場合が 43%，その説明は，施行前に，十分あるいは簡易な説明が行われていた．患者の意志決定能力がないと判断され，代諾人がいない場合に ECT を実施する施設 18.5%であった．ECT の適応に当たっては，その有害事象も十分考慮し，多数の医師などによる検討による導入とそれに伴う有害事象も含めた説明が ECT の安全性の確保という観点から不可欠である．また，特に患者の ECT への意志決定能力がないと判断される際に，どのように進めていくかが今後検討されなければならない．

＜索引用語：電気けいれん療法，インフォームド・コンセント，任意入院，意志決定能力，日本＞

はじめに

昨今，精神科におけるインフォームド・コンセント（informed consent，以下 IC）の確立が叫ばれているが，症例により IC の困難さも考慮に入れなければならないにしても，治療における有害事象を考慮すると IC の重要性は増している．

2010 年に一瀬らが行った ECT の実態調査によれば，日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設 1,463 施設のうち ECT を実施している施設は 356 施設であった．このうち，修正型 ECT（modified ECT，以下 m-ECT）のみを実施している施設は 135 施設（37.9%），従来型 ECT（unmodified ECT，以下 u-ECT）のみを実施している施設は 160 施設（44.9%），m-ECT と u-ECT の両 ECT を実施している施設は 47 施設（13.2%），無麻酔 ECT（straight ECT，以下 s-ECT）を実施している施設は 13 施設（3.7%）であった．m-ECT はまだ十分な普及とは言えないが，またより広い観点からわが国の ECT の治療環境を把握するための IC などの調査がさらに必要であると指摘した[1]．

昨今，m-ECT は骨折などの有害事象は減少し安全性はより高まっているが，高齢者や多彩な身体既往を有する患者の増加に伴い，心筋症[2]，肺水腫[3]など様々な有害事象や誤嚥性肺炎による死亡報告もみられている[4]．

こういった状況の変化も含め，今後 m-ECT の IC においては，誰に，何を，どのように話すのかが改めて問われている．そのため，説明において今どのようなことが行われているのかといった問題点を明らかにし，その問題点から IC の内容の均一性，透明性のある IC を作成し，開かれた医療としての ECT を確立する基盤作りとしたいと考える．

今回は，任意入院における状況を中心とした ECT の IC の全国調査の結果を報告する．

Ⅰ．対象と方法

2010 年に日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設（以下，研修施設）のうち ECT を施行すると回答した 356 施設と大学病院 80 施設，合計 436 施設を対象に，記名，自記式のアンケート調査を郵送法で実施した．アンケート調査の質問項目は表 1 に示す．回答者は医療機関名，回答者氏名を記入した上で，医療機関の受け入れ可能な入院形態，ECT の適応の判断担当者，患者の ECT への意志決定能力の有無を判断するか，その基準，ECT の説明内容および有害事象の内容，IC の書式の有無，患者の ECT への意志決定能力がある場合に任意入院での説明形式（本人，保護者），回数，麻酔の説明者，さらに患者の ECT への意志決定能力がない場合任意入院での説明する場合の代諾者について，代諾者から同意を得られた場合の患者への説明の有無と時期と説明内容，ECT への意志決定能力がない場合に任意入院において，さらに代諾者のない場合の ECT の施行の有無，ECT 施行時の判断者，麻酔の説明者，ECT についての説明内容について質問した．

表 1　質問項目

- 受け入れ可能な入院形態
- ECT の適応判断するのは誰か
- 患者の ECT への意志決定能力の有無の判断とその基準
- ECT の説明内容
- ECT の有害事象の説明内容
- IC の一定の書式があるか
- 任意入院で患者の ECT への意志決定能力がある場合の説明内容（本人，保護者）と回数，および麻酔の説明者
- 任意入院で患者の意志決定能力がない場合での説明する際の患者の代諾者，患者への説明の有無と時期と説明内容
- 任意入院で患者の意志決定能力がなく，さらに代諾者のない場合の ECT の施行の有無，ECT 施行の判断者

調査データは日本精神神経学会事務局で一括管理し，解析は ECT 検討委員会で行った．

Ⅱ．結　　果

1．有効回答率

アンケート用紙を送付した対象施設（436 施設）のうち，138 施設より有効な回答を得た（有効回答率 31.4%）．

2．受入可能な入院形態

回答を得られた 138 施設のうち，自由入院のみ

表2　ECT の適応を判断するのは誰か

A	26（19.0%）
B	25（18.2%）
A，B	20（14.6%）
A，B，C	17（12.4%）
B，C	8（5.8%）
C	8（5.8%）
B，C，D	5（3.6%）
D	5（3.6%）
A，D	5（3.6%）
A，B，D	4（2.9%）
B，D	4（2.9%）
A，B，C，D	3（2.2%）
C，D	2（1.5%）
A，B，C，D，F	1（0.7%）
A，B，D，E，F	1（0.7%）
無回答	1（0.7%）

A：主治医，B：主治医を含めた複数医，C：精神科医のカンファレンス，D：他職種を含めてのカンファレンス，E：倫理委員会，F：外部委員も含めた倫理委員会

の3施設以外は，すべて任意入院の対応があった．

3．ECT の適応の判断は誰が行うか

主治医26施設（19.0%），複数医25施設（18.2%），主治医・複数医20施設（14.6%），主治医または複数医またはカンファレンス17施設（12.4%）の順で，医師と外部委員も含めた委員会は1施設（0.7%）であった．全施設で医師による判断が行われていた（表2）．

4．患者の意志決定能力を判断しているか

患者の意志決定能力の判断をしている施設が133施設（97%），していない施設4施設（3%）であった．

5．患者の意志決定能力を判断する基準（複数回答）

意志決定能力を判断する基準として，A．病気と治療に関する情報を適切に理解する能力120施設（87%），B．その治療を選ぶことによる潜在的な危険性と利益について推察する能力105施設（76%），C．現状を理解し代替の方法を選んだ場合の結果について認識する能力95施設（70%），D．自らの意見を表明する能力101施設（73%）であった（図1）．

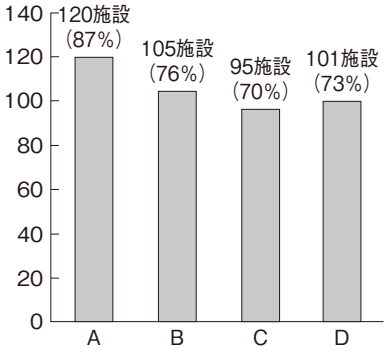


図1　患者の意志決定能力の有無を判断する基準
A：病気と治療に関する情報を適切に理解する能力
B：その治療を選ぶことによる潜在的な危険性と利益について推察する能力
C：現状を理解し代替の方法を選んだ場合の結果について認識する能力
D：自らの意見を表明する能力

6．患者の意志決定能力の有無を誰が判断するか（複数回答）

主治医が66施設（48.2%），複数の精神科医44施設（32.1%），主治医と複数の精神科医11施設（8.0%），主治医と保護者が5施設（3.6%），保護者5施設（3.6%）などであった．

7．ECT についての説明内容（複数回答）

推奨理由が136施設（99.2%），手順128施設（93.4%），リスク121施設（88.3%），ECT 以外の治療115施設（83.9%），ECT 後の継続治療が必要であること95施設（69.8%），有効性の保証が必ずしもできない82施設（58.6%），同意の撤回はいつでも受け入れられること107施設（78.1%）

などであった（表 3）.

8. ECT についての有害事象の説明内容（複数回答）

健忘 136 施設(97.6%)，頭痛 127 施設(88.6%)，死亡 99 施設（70.7%），筋肉痛 92 施設（85.7%），循環不全 79 施設（56.4%），呼吸不全 77 施設（55.4%）であった（図 2）.

9. ECT の IC の書式について

一定の書式がある 127 施設，ない 7 施設，医師が個々に作成している 3 施設であった.

10. 任意入院において ECT への意志決定能力がある場合

1）患者への説明について，その方法と時期

事前に文書および口頭で説明する 108 施設（78.8%），事前に口頭で説明 12 施設（8.8%），説明しない 3 施設（2.2%）であった.

2）保護者への説明について，その方法と時期

事前に文書で説明する 117 施設（85.4%），事前に口頭で説明 13 施設（9.5%），事前に文書と口頭で説明する 5 施設（3.6%），説明しない 2 施設（1.5%）であった.

3）患者への説明の回数

本人・家族の希望で複数 79 施設（65.3%），開始前 1 回のみ 27 施設（22.3%），医療者から自発的に複数 19 施設（15.7%）であった.

11. 任意入院において ECT への意志決定能力がない場合

1）代諾人は誰か

家族 66 施設（48.2%），家族または家族以外の保護者 51 施設（37.2%），その他 5 施設，家族以外の保護者 3 施設（2.2%），無回答 11 施設であった.

2）代諾人からの承諾が得られた場合に患者には説明しているか

説明する 58 施設（43.8%），説明する場合としない場合がある 56 施設（46.3%），説明しない 7

表 3　ECT についての説明の内容

説明内容	施設数
A	136（99.2%）
C	128（93.4%）
H	121（88.3%）
B	115（83.9%）
L	107（78.1%）
G	95（69.8%）
F	82（58.6%）
K	76（55.5%）
J	65（47.4%）
I	63（46.0%）
E	40（29.2%）
D	13（9.5%）

説明内容

A：ECT を推奨する理由

B：ECT 以外の治療法の説明

C：ECT の施行回数・施行場所を含む施行手順の説明

D：異なる刺激電極配置の相対的な長所と短所について，および当該患者に対して考えられる特別な選択肢についての話し合い

E：通常の施行間隔と施行回数が（その施設での）最大数を超過する場合には再同意が求められることの説明

F：ECT の有効性が必ずしも保証されているわけではないことの説明

G：ECT 後に何らかの継続的な治療が必要であることの説明

H：ECT 施行に伴う重大な危険の頻度と重症度の説明．これには死亡，心肺機能の障害，意識障害，一過性および永続性の記憶障害などが含まれる．さらに通常みられる軽い副作用(例えば，頭痛や筋・骨格系の痛み)

I：ECT に関する同意は，患者が十分覚醒していない時期に必要となりうる緊急処置に関する同意も含むことの説明

J：ECT 施行前，施行中，あるいは施行後に必要となることが予測される行動制限についての説明

K：推奨される治療法に関する質問に関していつでも回答が提供されること

L：ECT に関する同意は強制されないことと，いつでも撤回できることの説明

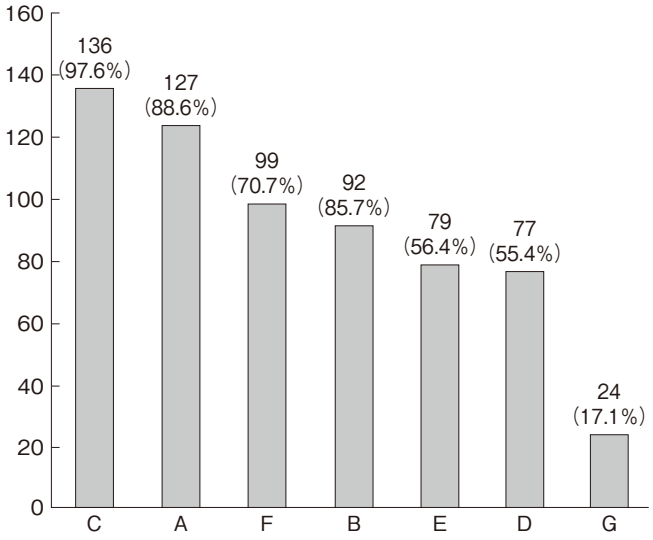


図2　ECT の有害事象についての説明内容
A：頭痛，B：筋肉痛，C：健忘，D：呼吸不全，E：循環不全，
F：死亡，G：その他

施設（5.8%）であった．

3）ECT の説明の時期

施行前 77 施設（56.2%），施行期間中 7 施設（5.1%），施行前または施行期間中 4 施設(2.9%)，施行後 3 施設（2.2%）であった．

4）患者への説明内容

簡易な説明 40 施設（44.4%），十分な説明 35 施設（38.9%），睡眠療法など説明 7 施設（7.8%）などであった（図 3）．

5）代諾人がいない場合に ECT を施行するか

施行しない 97 施設（70.8%），施行する 23 施設（16.8%），無回答 18 施設であった（図 4）．

6）代諾人がいない場合に ECT を施行する場合誰が判断するか

主治医 17 施設，複数の精神科医 4 施設，主治医または複数の精神科医，院内カンファレンス 1 施設などであった．

Ⅲ．今後の課題

現在までに，ECT の IC に関する全国調査は，1993 年に中島ら[5]の報告がある．対象は日本精神神経学会に所属する医師から地域別層化の系統抽出法に基づいて 500 名である，242 名から回答を得た．ECT を現在，過去も含め施行していたのは 206 名（86.9%）で，うち m-ECT は 5 名（2.4%），u-ECT は 173 名（84.4%），両方 25 名（12.2%）であった．その説明において，家族には 7 割が「しばしば」あるいは「いつも」説明しているのに対して，患者本人には 6 割を超える者が「全くしない」あるいは「たまに」説明するにすぎないと対照的な結果であった．また，家族には例えば「睡眠療法のような便宜的な説明」をしているのは，1 割未満で，8 割近くが「施行方法や副作用まで含めた詳細な説明」をしているのに対して，患者本人には，便宜的な説明しかしない者が 4 割，詳細な説明は 3 割にすぎなかった．これらから，患者本人に対しては説明頻度，説明内容も十分でないが，一方家族に対しては，頻度，内容の程度とも比較的よく行われていたと報告している．

この報告と比較するには，調査対象が ECT 実施施設であり全く異なることから難しいが，今回は，ECT の IC は患者の ECT 意志決定能力がある場合は事前に口頭のみの場合も含め 97.8%で行われ，患者の意志決定能力がない場合は，代諾者からの承認が得られた場合に患者に説明する 42.3%，説明しない 5.1%，説明する場合としない

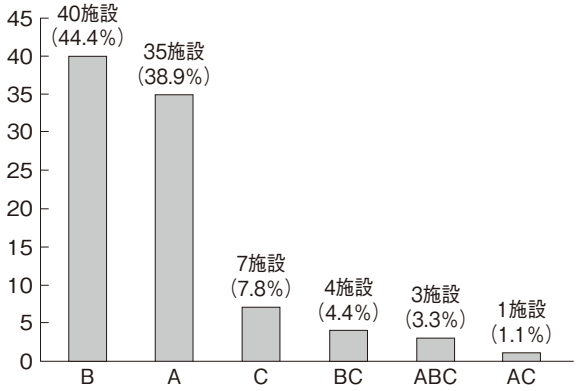


図3　任意入院で患者の ECT に対する患者の意志決定能力がない場合　患者への説明内容
A：十分な説明をする，B：簡易な説明，C：ECT とは言わずに説明する（睡眠療法・検査など）

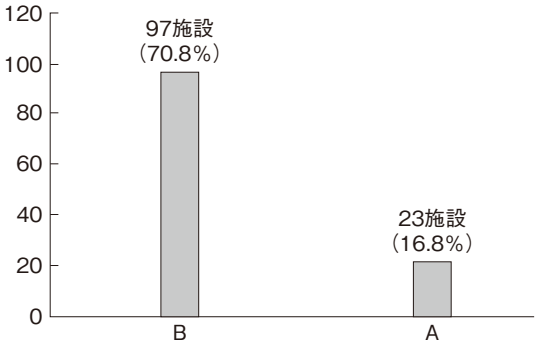


図4　任意入院で患者の ECT に対する患者の意志決定能力がない場合，さらに代諾人がいない場合 ECT を実施するか
A：実施する，B：実施しない

場合がある 40.9%，患者の説明は，施行前に十分または簡易な説明，便宜的説明も含め 100%で行われていた．IC の内容，有害事象の内容については，最近報告されてきた事例も含め検討されなければならない．そのためには，日本麻酔学会で行っているような，年間での有害事象報告などを受け入れる安全委員会の設置など，広く情報法を収集することも必要になってくる．

また，患者の意志決定能力がなく，代諾者がいない場合でも ECT を施行する施設が 23 施設あり，その判断を主治医が行う施設が17施設であった．精神疾患患者における治療と説明における困難さは誰しもが経験するが，これらの症例において ECT が有効な治療と判断するに十分であったのか疑問が残る．複数の精神科医や院内カンファレンスなども含めた症例への十分な検討と治療の優先性があってもその倫理性にも問題が残る．また，先述したように有害事象が発生した場合の対応からも問題となる

おわりに

今回の調査では，ECT の安全性の確保という観点から，わが国における ECT の IC の現況を報告した．

ECT の IC が，急性期など精神症状により困難もあるが，今回報告したように患者の意志決定能力がないと判断される際に，どのように進めていくかが今後検討されなければならない．

謝　辞

本調査の実施にあたり，日本精神神経学会専門医制度研修施設に勤務される諸先生ならびにご協力いただいた日本精神神経学会の事務局の皆様に感謝申し上げます．

文　献

1）一瀬邦弘，鮫島達夫，栗田主一ほか：わが国の電気けいれん療法（ECT）の現況―日本精神神経学会 ECT 検討委員会の全国実態調査から―．精神経誌，113：939-951，2011

2）Ito, M., Hatta, K., Miyakawa, K, et al.: Prolinged and giant T-wave inversion after electroconvulsive therapy. J ECT, 23：194-197, 2007

3）Hatta, K., Kitajima, A., Ito, M., et al.: Pulmonary edema after electroconvulsive therapy in a patient for long-standing asthma with a beta2 stimulant. J ECT, 23；26-27, 2007

4）平石禎子，田代典子：電気痙攣療法に Mendelson 症候群を合併し死亡した1症例．日臨麻誌，31；S293，2011

5）中島一憲：「電気けいれん療法（ECT）をめぐる諸問題」についてのアンケート調査．精神経誌，95；537-554，1993

Informed Consent for Electroconvulsive Therapy in Japan

Tatsuo Sameshima[1)], Masanori Okumura[2)], Syuiti Awata[3)], Haruo Kashima[4)], Nobutaka Motohashi[5)], Yutaka Sawa[6)], Ken Wada[7)], Toru Wakeshima[8)], Hiroaki Kawasaki[9)], Nariyoshi Yamaguchi[10)], Yoshiro Okubo[11)], Kunihiro Isse[12)]

1) *Department of Psychiatry, JR Tokyo General Hospital*
2) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Health and Medical Toshima Hospital*
3) *Tokyo Metoropolitan Institute of Gerontology*
4) *Department of Neuropsychiatry, Keio University School of Medicine*
5) *Department of Neuropsychiatry, University of Yamanashi School of Medicine*
6) *Hokuto Clinic Hospital*
7) *Department of Psychiatry, Hirosima City Hospital*
8) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*
9) *Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences Kyushu University*
10) *Matsubara Hospital*
11) *Department of Neuropsychiatry, Nippon Medical School*
12) *Tama Chuo Hospital*

Objectives：To research informed consent（IC）for a comprehensive electroconvulsive therapy (ECT) in Japan. Method：From January 1 to December 31 in 2010, a 56 item enquiring about ECT practice during the past year was sent to 436 institution. Results：137（31.7%）institutions completed the questionnaires. main judgments of ECT performance were occurred by their doctors over 96%. Patient's intension of ECT is perfomed in 133 hospitals（96%）. For no intension patients, their families were received IC. For the patients of no intensions of receiving ECT, besides who have no family members, ECT was performed in 23 hospitals (16.8%). Recentry, In Japan, IC for ECT was perfomed, but we have some problems in the patient's intensions of ECT.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：electroconvulsive therapy, informed consent, voluntary admission, decision making, Japan＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

多職種から心理職に期待するもの

コーディネーター　佐藤　忠彦，松田　ひろし

日本精神神経学会の心理技術職の国家資格化に関する委員会で，数年にわたり国家資格化の議論を深めてきたが，2011 年より関係する心理系の団体間で精力的な話し合いが持たれ，一資格一法案に向けてようやく明るい兆しが見えてきた．

多職種によるチーム医療の必要性が叫ばれている中，国家資格化を前にして心理職に他の職種から期待するものは何なのかに焦点を当て，今回このシンポジウムを企画した．

まずはじめに「心理職への期待―精神保健福祉士国家資格化の経験から―」と題して，日本精神保健福祉士協会 木太直人氏より話があった．まず，精神保健福祉士の国家資格化の実現の経緯について触れられ，その法律成立後の変化や国家資格による功罪についても述べられた．心理職への期待としては，心理学的なアセスメント内容が他の職種に提供され共有することによって，より充実したチームアプローチが可能となる，多職種協働促進の観点からは心理職の国家資格は欠かせない条件となっていると締めくくられた．

次に，近大姫路大学 岡谷恵子氏は「看護職からみた心理職の役割と意義」と題して，障害や病気を抱えて自分らしく日常を生きていく過程ではこころのケアは非常に重要であり，特に看取りのケアでは患者の揺れ動く感情を受け止め，疑問に応え，不安を緩和し，死を受け入れていく過程にかかわるという役割を臨床心理士に期待したい，特に高齢社会にとっては重要な課題であり，心理職の資格を含め，専門性に基づく自立的な活動の体制が確立されることが不可欠であると話された．

宮城県立精神医療センターの香山明美氏は「作業療法士から心理職に期待すること」と題して話された．日常の臨床業務の中で心理職と机を並べて仕事をしていて，次のようなことをお願いしたい，すなわち支援チームの一員として，時には訪問など職種を越えたタイムリーな動きが必要であり，心理教育や家族教育プログラムへのリーダーシップの発揮，さらにチームのダイナミクスを見ながらその機能への客観的意見などが求められると述べられた．

その後 2 名の指定討論者からの発表があった．

まず立正大学 西松能子氏は，精神科医および臨床心理士の資格を持つ立場から，臨床心理士の教育プログラムについて言及し，全体としては医学の基礎知識や医療現場に対する認識の不足があり，教育カリキュラムの充実が何よりもまず必要である，そのことは国家資格化が論じられる時に忘れてはならないと述べられた．

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　多職種から心理職に期待するもの　司会：佐藤　忠彦（桜ケ丘記念病院），松田　ひろし（立川メディカルセンター柏崎厚生病院）

最後に北翔大学の村瀬嘉代子氏は，このシンポジウムの意義について触れ，心理職の国家資格化問題は今，新たな段階を迎えつつある中，近接領域の諸演者から現実的で示唆に富む意見を頂いたと話された．

心理職の国家資格化は，臨床現場での多職種によるアプローチのまさに入口の問題であり，シンポジウムを通して様々な職種が心理職と協働して，より充実した臨床活動ができることを強く望んでいることが十分に理解される内容であった．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

心理職への期待
――精神保健福祉士国家資格化の経験から――

木太　直人（社団法人日本精神保健福祉士協会）

はじめに

1993 年に精神保健法が改正された際に，「精神保健におけるチーム医療を確立するため，精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の国家資格制度の創設について検討するとともに，精神保健を担う職員の確保に努めること」とする附帯決議が付された．このことを契機として，精神科ソーシャルワーカーと保健医療領域で従事する心理職の国家資格化が本格的に検討されることとなった．

1995 年には，2 か年の厚生科学研究事業として「精神科ソーシャルワーカー及び臨床心理技術者の業務及び国家資格化に関する研究」が行われ，様々な経緯の末 1997 年に精神科ソーシャルワーカーの国家資格化が精神保健福祉士法として結実した．しかしながら，一緒に検討された心理職の国家資格化は残念ながら果たされないまま現在に至っている．

本稿では，精神保健福祉士の国家資格化によってもたらされたことを確認し，あわせて心理職の国家資格への期待について私見を述べることとする．

Ⅰ．精神保健福祉士の国家資格化による変化

1997 年の精神保健福祉士法制定に伴い，1999 年に初めて国家資格者としての精神保健福祉士が誕生することとなった．医療機関に勤務する精神科ソーシャルワーカーは，1996 年は 2,564 人であったが，国家資格化により毎年採用数は増え続け，2008 年には 6,480 人となった．12 年間でおよそ 2.5 倍増えたことになる．一方，1996 年に 1,260 人であった臨床心理技術者は 2008 年時点で 1,880 人であり，増加率は 1.5 倍にとどまっている（図）．

また，2008 年の厚生労働省の精神・障害保健課によるいわゆる 630 調査から精神科病院に従事する各職種の非常勤率を比較してみると，精神保健福祉士は 2.5% と最も低くなっているが，臨床心理技術者は 31.5% と高い割合を示している．実際に，精神科病院以外でも心理職の非常勤率は高く，臨床の経験を長く重ねていながら診療所のカウンセラーやスクールカウンセラーなど，掛け持ちで生計を立てざるを得ない心理職も多い．

精神科医療機関において精神保健福祉士の採用を促進した要因の 1 つとして，国家資格化により養成カリキュラムが整備され，毎年国家資格者を供給するシステムが出来上がったことが考えられる．また人材確保の側面からも，国家資格化の重要性を垣間見ることができる．

Ⅱ．精神保健福祉士国家資格化の功罪

精神保健福祉士の国家資格者が誕生してすでに 12 年が経過した．この間，精神保健福祉士の資格登録者は 5 万 2 千人を超え，医療機関や精神障害者の地域生活支援を担う障害福祉サービスなどの事業所に従事する精神保健福祉士は確実に増え続けている．厚生労働省などの統計で確認できる保健医療福祉領域での従事者数は 1 万 6 千人を超えている．また，司法，教育，労働といった他分野

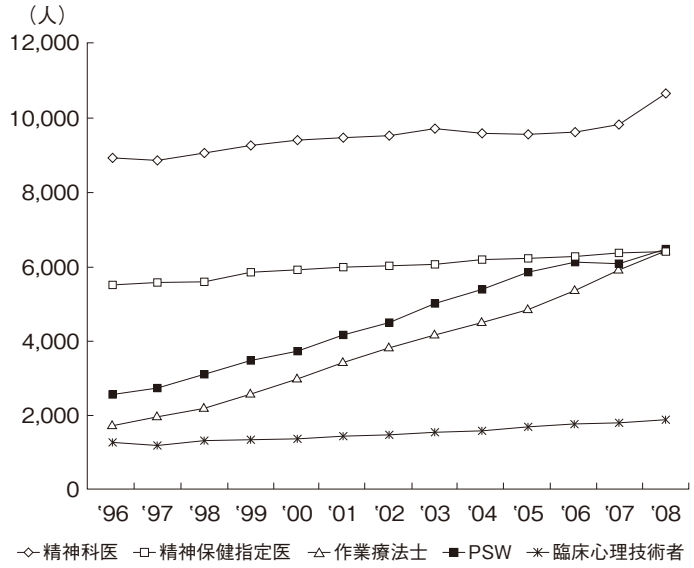


図　精神科病院の職種別常勤従事者数の推移
※ PSW は，'96～'06 年は精神保健福祉法 38 条に基づく業務に専従する者を指し，精神保健福祉士を含める．'07 年以降は精神保健福祉士を指す．（精神保健研究所精神保健計画部「目で見る精神保健福祉 2008 年版」を一部改編）

表　精神科病院の職種別従事者数

職種	医師		指定医		特定医		作業療法士		PSW		臨床心理技術者		看護師		准看護師		看護助手	
従事形態	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤	常勤	非常勤
人数	10,666	11,446	6,396	3,537	294	121	6,406	316	6,480	163	1,880	864	65,994	5,435	45,540	4,702	41,142	4,929
非常勤率	51.8%		35.6%		29.2%		4.7%		2.5%		31.5%		7.6%		9.4%		10.7%	

2008 年厚生労働省精神・障害保健課 630 調査

に従事する精神保健福祉士も増えつつあり，裾野が広がっている．国家資格化に伴い専門職の養成カリキュラムが整備され，精神保健福祉士を安定的に供給するシステムが構築されたことが，精神保健福祉士の採用が増え続けていることの要因の 1 つとして考えられる．

このように，国家資格化は量的なマンパワーの増強に大きな影響を与えた一方で，資格化がそれまでの精神科ソーシャルワーカーの専門性を薄めたとする指摘もある．例えば，精神保健福祉士の仕事が制度の枠の中でのソーシャルワークにとどまり，ソーシャルワーカーが担うべき新たな資源開発や制度改善への取り組みが相対的に弱くなったという声もよく聞く．また資格化当初より，精神保健福祉士法が規定する業務が従来の精神科ソーシャルワーカーが行ってきたソーシャルワーク機能のすべてを包含しているわけではないとの指摘もある．

Ⅲ．職能団体としての責務

社団法人日本精神保健福祉士協会（以下，本協会）は，精神保健福祉士がソーシャルワーク機能を遂行できる専門職と位置づけるべく，1999 年に従来の日本精神医学ソーシャル・ワーカー協会から名称変更し，2004 年には公益法人格を取得した．よく言われることではあるが，専門職にとって国家資格は仕事をするうえでのパスポートに過ぎず，その専門職が担うべき役割（理念）を十分に理解し，高い職業倫理をもって絶えず研鑽を重ねていくことが求められる．

協会の目的は，精神障害者の社会的復権と福祉のための専門的・社会的活動を通して，国民の福祉の増進に寄与することにあり，この目的はこの 30 年間変わらず掲げているものである．また目標とするところは，どの職場にあっても精神保健福祉士がソーシャルワークを展開できる環境整備を図ることとしており，そのための政策提言であり，研鑽の機会を提供するための生涯研修制度の構築であり，関係団体との連携・協働である．

Ⅳ．心理職への期待

周知の通り精神科医療に限らず保健医療の分野で，現在ほどチームアプローチや多職種協働がクローズアップされている時代はない．こうした動きが，医師の負担軽減の問題や特定看護師の議論から派生している感も拭えないが，国ではチーム医療を進めるための検討会が設置され，診療報酬上のチーム医療の評価も徐々に進んでいる．精神科医療でも日本型の ACT の取り組みや精神障害者アウトリーチ推進事業が開始され，多職種チームによる地域生活を支えるための医療提供への転換が大きな政策課題となっている．

多職種チームの中での心理職の強みは，何といっても心理学的な知見に基づくアセスメント内容を多職種に提供できることにあり，一人のクライエントに対するチーム間の共通理解のために心理職は欠かせない存在である．心理職には，医療専門職とは違う立場で多職種チームに参加してその専門性を是非とも発揮していただきたいところである．

その際には，ある部分では専門性を超えて，チームの理念を共有し，精神障害者のリカバリーに向けた協働をお願いしたい．

Ⅴ．心理職国家資格化への期待

多職種協働における心理職の参加が促進されるためには，国家資格化が欠かせない条件となる．1990 年以来，形を変えながらも厚生科学研究事業などで検討が重ねられてきた「臨床心理技術者の資格のあり方に関する研究」は，2002 年に保健医療領域の臨床心理技術者の国家資格が必要であると結論付けた．その後関係団体による国家資格化運動が展開されたものの，結果的に資格制度は 10 年間塩漬けにされたままである．

国家資格化により専門職の資質が担保されることは，ある意味では幻想に過ぎないかもしれないが，資格制度創設を契機としてその資質を高めようとする力動が働くことも確かなことである．

ようやく，心理職の関係団体や心理関連学会が団結して単一の国家資格化に動き出したことは大変喜ばしいことである．国家資格化には，いまだ大きな障壁が残っているようではあるが，心理職の支援を必要とする人々の福祉の向上に資するという，この一点において，関係団体や国民の合意形成を図り，その壁を乗り越えられることを心から願うものである．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

看護職からみた心理職の役割と意義

岡谷 恵子（近大姫路大学看護学部）

平成 20 年 6 月に発表された厚生労働省の「安心と希望の医療確保ビジョン」において，医療は治療だけでなく疾病の予防やリハビリテーションも含め，人々の生活を支える営みであり，患者や家族にとって最適の医療を効率的に提供する観点から，職種間の役割分担と協働に基づくチーム医療を推進する必要性があると述べられている．

人口の少子高齢化が進み，経済も停滞し，豊かさや健康の格差が広がっている現在の社会状況においては，人々が抱える健康問題は多様化，複雑化しており，それらの人々を支えるためには，多くの専門職が協働する必要性が高まっていることは確かである．特に，医療の分野では，疾病構造の変化により長期にわたって病気と共存しながら生活していくことを余儀なくされる慢性疾患患者が増加しており，患者は治療や生活の様々な局面で自己決定を求められ，身体的だけでなく，心理的，経済的にも多くの課題に直面することになる．インフォームド・コンセントが進んだ今は，患者は自分の予後も含めて病気の詳細を知ることになり，病気によっては死を意識して生きていかなければならないこともある．障害や病気を抱えて自分らしく日常を生きていく過程では，心のケアは非常に重要である．

「死生観」をテーマにした朝日新聞社の全国世論調査の結果によると，「安らかな最期」への願望と苦痛や苦悩をできるだけ少なくして死んでいきたい思いが表れていたという．治る見込みがない場合の延命治療を希望しない人は 81%，希望する人は 12%，苦しい思いをするくらいなら病気と闘いたくない人が 53%で，苦しい思いをしてでも病気と闘い続けたい人は 35%という結果を見ると，多くの人が安らかな最期を希望していることがわかる．一方で，「末期がんであることを知らせてほしい」人は 78%で，「知らせてほしくない」人は 18%，余命の告知についても余命を知らせてほしい人は 76%，知らせてほしくない人は 20%であった．この結果は，自分の状況をよく知った上での延命や苦痛な治療の拒否ということであろう．

しかしこれが家族の場合になると，結果は反対になってしまう．自分の家族が末期がんになった時は知らせたくない人が 48%，知らせたい人は 40%，余命の告知も家族の場合は知らせたくない人が 52%で，知らせたい人の 37%を上回っていた．自分自身と家族の場合におけるこの違いは，がん患者の家族の葛藤や苦悩がいかに大きいかということを表わしている．

平成 22 年の死亡者数は 119 万 4 千人で，そのうちがんによる死亡者が 35 万 2 千人，すなわち全死亡者数に占めるがん死亡者の割合は約 30%で，3 人に 1 人ががんで亡くなっていることになる．しかも，がん患者の約 9 割は病院で亡くなっている．最近は，緩和ケアへの関心も非常に高まってきており，早い段階からの緩和ケアが有効であると言われている．がん患者は自分の病気が治る見込みがないことを知り，それから死までの期間にいろいろな思いの中で，葛藤や不安を抱えながら生活を送ることになる．しかし，死と向き合うがん患者の心の痛みを緩和するケアは今の医療において決して十分とは言えない．看護師は，病院で多く

の患者の死を看取っているが，そのケアは死の瞬間か数時間前のケアであって，患者の命と向き合い，患者が死を受け入れる過程に寄り添い，納得ゆく最期が迎えられるような看取りのケアではない．看取りのケアは亡くなる瞬間に立ち会うことではない．看護師は患者の心の痛みを和らげることは重要な看護ケアだと思っているが，急性期の病院では 1 人の患者と多くの時間を共有することは難しい．最期をどんなふうに迎えたいかなど死について終末期の患者と話し合った経験をもつ看護師はどのぐらいいるだろうか．患者の揺れ動く感情を受け止め，疑問に応え，不安を緩和し，患者が死を受け入れていく過程にかかわるという役割の一端を，私は臨床心理士の方々に期待したい．

がん患者は病気の告知から，過酷な治療，再発の不安，死の受容と心の痛みを経験する．身体症状の苦痛を緩和することはもちろんであるが，心の痛みを緩和するケアをもっと充実させていく必要があると思う．病院に臨床心理士を導入することは難しい面もあるかもしれないが，訪問診療や訪問看護を受けながら在宅での死を希望するがん患者は今後増えていくだろう．在宅で死と向き合う患者の看取りのケアに，心のケアのプロフェッショナルである臨床心理士がかかわることで，患者の選択肢が広がり，患者の終末期の QOL を高めることになると思われる．年間約 350 人を看取る在宅ホスピスを中心とする診療所に所属して心のケアに取り組む臨床心理士の方もいると聞く．

他方，年間の死亡者数の約 3 分の 2 が 75 歳以上の高齢者である．人口の高齢化の次には多死社会が到来すると言われている．今後は一人暮らしの老人世帯や老人だけの世帯が増えるのは確実であるし，孤独死は高齢社会の重要な問題になっている．自分の最期をどう迎えたいのか，家族の間でもなかなか話し合えないことであり，そのために不本意な死を迎えてしまうことも多い．死が避けられない状況であれば，死をタブー視せずに十分に話し合うことが大事ではないだろうか．「看取りのケア」の充実は，高齢社会にとって重要な課題であると思う．「死」が社会の重要な課題になるこれからは，心理職の果たす役割は重要である．心理職の資格も含め，その専門性に基づいて自立的に活動できる体制の確立が不可欠である．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

作業療法士から心理職に期待すること

香山 明美（社団法人日本作業療法士協会，宮城県立精神医療センター）

はじめに

多職種チームで支援をしていくという概念は，この数年で大きく拡大し，長期在院者の退院促進，急性期病棟での早期からのリハビリテーション，地域生活を支えるアウトリーチにおいてなど，どの時期でもその必要性が叫ばれている．

心理職は精神科医療の中で心理検査という領域を中心として，一定の役割を持ち活躍してきたと思われる．作業療法士は，心理職の総体的な視野や物事を客観的に捉えていこうとする思考性を参考にしながら，身近な職種として連携してきた歴史があると感じている．

今回は，身近な職種として協働してきた作業療法士の立場から心理職に対する期待を述べたい．

Ⅰ．心理職と作業療法士

作業療法士として，日頃感じている心理職の強みを紹介する．

まず，何と言っても，心理職には評価尺度を用いた対象者のアセスメント力があると思う．その結果を関係職種に還元してもらうことで，我々作業療法士は，作業療法の場面で捉えていた対象者の評価を，確実なものにできる．また，対象者の心理的状況や全体的な視点から補強をしてもらうことで，支援の幅や可能性が広がる場合も多い．

また，対象者に対する陰性感情やモチベーションの低下など，支援チームが陥りやすい情緒的な反応による動きに対し，理性的な判断や意見を提供してもらうことで，チーム全体が情緒的反応に対して客観的になれる場合も多いと感じている．

Ⅱ．作業療法士として心理職に期待すること

筆者は，リハビリテーション科という作業療法とデイケアを中心とした，入院から外来までの一貫したリハビリテーションを担う職場で仕事をしている．科内には作業療法士ばかりでなく，看護師，精神保健福祉士のほかに心理職も同僚として席を並べている．その体験の中から，作業療法士の立場で心理職に期待することを整理してみると，以下の 3 点にまとめられる．

1．支援チームの一員としての期待

まず，一人の対象者を支援するチームの一員としては，医師や看護師，作業療法士などがそれぞれの立場で，対象者の評価と支援を考える．具体的には，ケア会議などを通して対象者や家族も含み，関係者が共有していく作業である．その中で，心理職には，次の役割を期待したい．

①心理アセスメントの提供
②職種を超えたタイムリーな動き（必要であれば訪問，時には作業療法を一緒に．臨機応変な動き）
③支援チームメンバーのダイナミクスを考慮しながら，バランスをとる発言

2．プログラム協働運営者としての期待

様々なリハビリテーションプログラムを作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理士と共に運営してきている．心理教育など，各種のリハビリテーションプログラムを多職種で協働する意味は，それぞれの職種の得意とする領域をタイムリーに提

供できる点と，職種を超える視点を各職種が持てるようになる点だと感じている．自分の職種としてのアイデンティティーを意識しながら，職種を超えた動きが求められている．そのような考え方に立ってリハビリテーションプログラムを運営する際に，心理職に期待する役割を整理すると以下のようになる．

①当事者への心理教育，家族教室など多職種協働プログラムにおける（時には）リーダーシップ
②多職種チームの（時には）コーディネーター
③心理職としての気づきをチームに還元

3．同じ部署の仲間としての期待

現在の当院においてリハビリテーション科は作業療法士が一番多い部署である．様々なリハビリテーションプログラムの協働，部署を一緒に運営する立場で心理職も席を並べて独自の活動を展開している．多職種の集団の良さは，いつも，多面的な思考ができるということである．筆者自身がいつも心理職に期待することは，以下のことである．

①作業療法集団への心理職としての気づきを還元
②多職種集団のダイナミクスをみながら，客観的な立場での意見

Ⅳ．スーパー救急病棟における多職種連携の現状

当院のスーパー救急病棟での多職種連携の現状を一例として紹介する．

この病棟でのリハビリテーション活動は，①早期作業療法，②早期心理教育，③情報提供，④家族支援，⑤訪問活動（退院前訪問，退院後の訪問）などである．これらの活動は，どれも多職種協働プログラムである．それぞれの特徴を以下にまとめる．

1．早期作業療法

病棟において，毎週実施している作業療法プログラムは，早い段階から作業体験を提供することにより，対象者の回復支援を促進させることを目的としている．

対象者にとって身近な場所（隔離室・個室・病棟）から開始し，安心できる対象や場を提供する．取り組みやすい活動を短時間でも提供しながら，本人の疲労度や回復度を確認していく．早い段階での作業療法は，病棟生活の全体的な動きを意識しながら，活動量と刺激量を処方していく役割もある．これらの活動は，早期心理教育や家族支援などと連動していくことで効果をより発揮しやすくなる．その際には，作業療法士ばかりでなく，看護師や心理職，精神保健福祉士が導入時期やその後の反応も意識して動くことが必要となる．

2．早期心理教育

入院して間もない方から，1ヵ月程度経過した方を対象に，入院経過を振り返り，混乱状況は病気によるものであったという整理をし，休息により病気が回復していくことを確認する．また，病気の回復過程を知り，これからの治療やリハビリテーションについて知るプログラムである．可能であれば，睡眠や休息の重要性について，ストレスと不安や混乱など心理的な反応との関連について言及していく場合もある．

このプログラムは，看護師，作業療法士，精神保健福祉士，臨床心理士が協働して実施している．

3．家族教室

スーパー救急病棟では，家族に向けて病気の回復過程や薬の作用，副作用，利用できる資源制度など情報提供の時間を設定している．急性期病棟で提供できる家族心理教育は1〜2回程度と短期間で終了できるようにし，その後は，継続性が持てる外来家族教室につなげていくようにしている．これらも，心理職など多職種がチームで運営しており，心理職はその中心的な役割を果たしている．

4．退院前訪問

対象者の退院後の生活を想定して，入院中から支援することは重要なことである．そのために

は，対象者の自宅など，生活を送る場所を訪問し，そこでの課題を整理することが重要である．退院前訪問は看護師や精神保健福祉士ばかりでなく，作業療法士，心理職が加わることで多面的な評価が可能となり，より現実的な課題がみえてくると思われる．

V．病棟運営における多職種連携の工夫

病棟では，多職種が連携して様々な活動をタイムリーに展開していく必要がある．スムーズな多職種連携のために，①朝のミーティングでの情報共有，②ケースカンファレンス・ケア会議の定例化（地域の保健師などの参加），③リハビリテーションプログラムの協働運営，④退院前訪問と退院後の訪問（多職種協働），⑤病棟運営会議への参画（月１回）などを行っている．

病棟を中心とした連携の動きの中でも，他の職種同様，心理職も積極的に関与していく必要がある．

おわりに

心理職と作業療法士は非常に近い職種だと常日頃感じている．それは，心理学や力動精神医学をベースにした米国の作業療法を日本に導入した初期の作業療法教育との関連があるかもしれない．

もちろん，それぞれの持ち味は違いがある．作業療法は作業を用いるがゆえに，現実的な，「今ここでの体験」を基盤として，対象者と向き合うところが特徴である．一方心理職は，心理アセスメントや心理療法など言語的なツールを使う場合が多い．この特徴をお互いに意識しながら，意見を言い合える関係でありたいと思う．これからも一緒にチームを組んでいきましょう！

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

シンポジウム「多職種から心理職に期待するもの」の指定討論者として

村瀬 嘉代子（北翔大学大学院）

「心理職の国家資格化の意義」について，日本精神神経学会が今日これからの課題である精神科チーム医療の視点から，このようにシンポジウムのテーマに取り上げていただき，近接領域の諸演者から現実的で示唆深いご意見を頂戴したこと，併せてこれまでも本学会が心理職の資格問題について過去にもシンポジウムで取り上げ御討議くださり，この問題に深いご理解を一貫してお持ちくださってきたことに深謝申しあげる．

心理職の国家資格化については，平成 23 年 10 月 2 日の三団体会談（臨床心理職国家資格推進連絡協議会，医療心理師国家資格制度推進協議会，日本心理学諸学会連合）の各団体において，「三団体要望書（案）」が了承されて，これをうけて「(案)」をとり，「要望書」とすることが決定された．これにより心理職の資格法制化問題は新たな段階を迎えることになった．ただ，この資格問題は現在も微妙な進行形の状況にある．そこで本稿では，患者やそのご家族のウェルビーイング，さらに社会の人々の精神保健の増進のために，心理職が今後さらに役立つ存在であるために，何が必要かについて各シンポジストのお話から得た示唆をもとに簡潔に要旨のみを記させていただく．

木太直人氏（日本精神保健福祉士協会常務理事）は，「心理職への期待〜精神保健福祉士国家資格化の経験から」と題されて「PSW が国家資格化されて 12 年がたった．雇用も増え，職域もさまざまな分野に広がった．他方，国家資格が規定している業務が従来の業務を包含しているわけではなく，制度提言や新たな資源開発の取り組みが弱くなった感もある．心理職の方には医療専門職とは違う立場で多職種チームに参加していただき，精神障害者の回復に向けた協働を期待したい」と述べられた．

岡谷恵子氏（近大姫路大学，看護学部看護学科）は「看護職からみた心理職の役割と意義」というテーマで「高齢化社会の到来，がん，難病患者の在宅療養，家族・遺族へのストレスケアへの関心が高まりつつある状況から，心のケアのプロフェッショナルである心理職に緩和ケア，看取りのケアに力を発揮してほしい．もっと地域の中でニーズを拾い上げ，患者や家族の精神的ケアのために働いてほしい」と提言された．

香山明美氏（日本作業療法士会常務理事）は「支援チームの一員・プログラム協働運営者のメンバー・同じ部署の仲間として，心理アセスメントの提供，プログラム運営のリーダーシップ，多職種集団のダイナミクスを捉えながらの意見提言などを期待する．意見を述べあい，共に向上を目指していきたい」と述べられた．

指定討論者の西松能子氏（立正大学心理学部精神科医）からは「臨床心理士の教育カリキュラムの内容は各大学により差があり，全体的に医療の基礎知識の習得や治療の現場に触れる機会が不足していることは否めない．カリキュラムの充実，専門性教育の推進が必要」と率直なご意見をいただいた．フロアの先生方からもカリキュラムのあり方，チーム医療のメンバーとして心理職に求められる資質などについて意見が述べられた．司会の松田ひろし先生は「お互いに職種を超えて

理解を深めていくことが大切であろう，心理職の臨床教育カリキュラムの充実を望む」とおわりを締めくくられた．

心理職の国家資格は名称独占で，いわば専門性において，これだけの質に到達したということを示す就業するための入場券であるとも言えよう．つまり，心理職者はその場に臨んでいかに実践できるか，質が問われ続けることになる．人間性の陶冶を目指すことを基盤に，いわゆる心理職の専門技法の向上に加えて，チームワーク，アウトリーチなどについての一層の熟達を目指すことが急務である．なお，心理職の資格は汎用資格であり，仕事の領域は広く，かつ臨床現場の課題は複雑であり，多次元の要因が輻輳している．大学院の教育課程においては，ベースになる理論や技法を習得し，さらにその上に専門分化した卒後研修のシステムを充実させていくこと，ならびに実習教育については，臨床の現場により多く触れる機会を設けるなど，教育研修のカリキュラムの充実が課題だと考えられる．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

成人アスペルガー症候群への対応と支援

コーディネーター　市川　宏伸

近年，知的障害のない広汎性発達障害（PDD），アスペルガー症候群が社会的に話題になっている．これらは発達障害の 1 つとされ，人口の 1〜2% とされている．この数字は ICD などの診断基準を満たしているものであり，周辺がはっきりしないスペクトラム（連続体）であることを考えると，実際にははるかに多い数字と考えられる．多くは 3 歳頃までには何らかの症状がみられるとされており，児童青年精神医療で注目されてきた．成長して成人になってからも何らかの支援を必要とする者も多い．社会生活への何らかの不適応を経験しており，就労などで高いハードルに直面することも珍しくない．一方で「了解の難しい社会的事件」の鑑定結果としてアスペルガー症候群が報告され，犯罪加害者との関連も指摘される．実際には，相手の言葉を疑うことは難しく，犯罪の被害者になることが多い．

近年成人の発達障害が話題になり，特にアスペルガー症候群は注目を浴びている．非定型的な統合失調症，気分障害，不安障害などとの関連も注目されており，特にパーソナリティ障害については強い関連が指摘されている．その対応や支援についてはまだ端緒についたばかりである一方，過剰診断が話題になっている．その背景には，思春期以降に生じてくる統合失調症を中核とする精神科診療体系の盲点を突いているとも考えられる．生育歴に注目し，幼児頃からの発達に目を向けると理解が容易になる症例が存在する．発達障害という観点を導入していくと，現在の病状が理解できる．アスペルガー症候群の裾野は広く，その特性は「ユニークな発想による素晴らしい業績」に結び付くことも知られている．しかし，周囲の無理解や存在を否定する環境などにより，社会的不適応が生じ，「生きにくさ」を感じている場合には支援が必要になる．これらを前提に，精神医療におけるアスペルガー症候群への対応と支援について，現状と今後の展望を中心にシンポジウムを組んだ．

米田衆介先生は長年の臨床経験から，広汎性発達障害，アスペルガー症候群と診断される成人についての支援を行ってきた．これらの人々への支援の具体的方策についてデイケアなどを含め，医療の立場から論じていただいた．

辻井正次先生は，当事者・家族の集まりであるアスペ・エルデの会を主宰し，当事者・家族の抱えている社会不適応への対策を訴えてきた．平成 17 年の発達障害者支援法の制定に活躍し，最近はこれら疾患の生物学的背景探索に関与している立

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　成人アスペルガー症候群への対応と支援　座長：市川　宏伸（東京都立小児総合医療センター），中村和彦（浜松医科大学精神神経医学講座）

場から，成人アスペルガー症候群への支援の課題について論じていただいた．

成人のアスペルガー症候群の人々の社会的存在には就労の課題を欠かすことはできない．小川浩先生はこれらの人々が抱える就労上の課題について長年取り組んでおり，就労のためのハンドブックなども著わしている．対人関係の持ち方などを中心に，うまく就労するためのノウハウなどについて論じていただいた．

岡田幸之先生は長年司法精神医学の立場で鑑定に従事しており，この中でアスペルガー症候群の人々が引き起こす犯罪にも関わってきた．これらの立場からアスペルガー症候群の人々の考え方，行動特性を中心に社会不適応の観点から「了解の難しい犯罪」について論じていただいた．

なお，発表する研究はすべて所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施したものである．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

成人アスペルガー症候群のデイケア

米田　衆介（明神下診療所）

近年，成人期のアスペルガー症候群に対する医療と支援が注目されつつある．一般にも認識されつつあるように，成人アスペルガー症候群における社会参加の困難に関しては，外来での個人面接のみや，あるいは，単なる薬物療法のみによっては，容易に問題を解決することができないことがわかってきた．そのため，デイケアなどの集団を用いたアプローチなどの新しい介入方法が必要であると考えられる．従来，精神科領域においては統合失調症を主たる対象とする成人の精神科デイケアの伝統があり，成人アスペルガー症候群のデイケアにおいても，その技術と実践の蓄積を生かすことは非常に重要である．その一方で，統合失調症を主たる対象とするデイケアと，アスペルガー症候群を主とする発達障害成人のデイケアでは，方法論において相当の差異があるのも事実である．筆者の所属する診療所では，2005 年以来，アスペルガー症候群とその近縁の障害を対象として，デイケアを行ってきた．一見したところプログラム内容は統合失調症のデイケアとあまり変わらないように見えるが，再燃・再発への対応などが原則不要である反面で，相互作用の強い構造化が必要であること，動機付けについての配慮を多く必要とするなどの特徴がある．

＜索引用語：アスペルガー症候群，自閉症スペクトラム障害，精神科デイケア，成人発達障害，発達特性＞

はじめに

近年の発達障害領域における精神医学の発展に伴って，アスペルガー症候群の診断を受けた成人期のケースに対する治療的なアプローチに関心が集まっている．そのような治療的手段の１つとして，成人アスペルガー症候群を対象とする精神科デイケアについても，様々な試みがなされつつある．従来，精神科領域においては統合失調症を主たる対象とする成人の精神科デイケアの伝統があり，発達障害を主とする成人の精神科デイケアを実施する場合にも，その技術と実践の蓄積を生かすことは非常に重要である．その一方で，統合失調症を主たる対象とするデイケアと，アスペルガー症候群を主とする発達障害成人のデイケアでは，方法論において差異があることは当然である．

この成人アスペルガー症候群のデイケア技法は，現在なお黎明期にあり，確立した方法論はまだないと考えられる．したがって，様々な条件に応じて，多様な取り組みがなされることで，基本的な知見が集積されることが望まれる．本報告では，そのような，成人期の支援モデルを探る多様な取り組みの一例として，筆者らが2005年以来東京都千代田区において実践している，成人期の発達障害者を対象とするデイケアについて紹介したい．

Ⅰ．成人のアスペルガー症候群とは

成人のアスペルガー症候群の社会適応に関して，もっとも重大な問題は，社会の暗黙の前提に添うことができないことであるといっても差し支えない．そうした暗黙の前提には，ごく些細なことから，社会的に極めて重大な事柄まで様々ある

が，その中でも，「相手の面子を立てるために何をするか」あるいは，「相手を喜ばせるために何をするか」というような，社会的対面行為の根本に関わる種類の暗黙の前提がわからないということが，これらの人々の生活を著しく困難にしている．

このような，いわゆる社会性の障害の問題を解決するための支援は，残念ながら従来の精神療法・心理療法の技術の延長だけでは十分に行うことができない．どうしても，認知心理学的な観点から障害を理解するという観点が必要になる．そこで，1つの臨床的な仮説として「情報処理過剰選択仮説」と私たちが呼んでいる枠組みを通じて，アスペルガー症候群の認知心理学的な本質について簡単に説明しておきたい[2]．

発達障害としてのアスペルガー症候群には，どんな場合にも常に認められる中核症状としての，情報処理過剰選択特性群がある．そして，それぞれの場合によって強く現れる場合もあれば，ほとんど認められない場合もあるような周辺的特性群が伴っている．

中核症状としての情報処理過剰選択特性群には，注意が1つのことにとらわれてしまう「シングルフォーカス特性」，知覚が全か無かという極端なハイコントラストを示す「ハイコントラスト知覚」，通常ならば重層的並列的に行われる思考が，一面的になってしまう「シングルレイヤー思考」の3つの特性が含まれる．これらの3つの特性は，互いに重複している部分もあるが，注意・知覚・思考という相対的に区別できる認知の側面における偏りをそれぞれ示している．

周辺的特性としては，エピソード検索の障害，手続き記憶の障害などの「記憶と学習に関する特性群」，不注意，衝動性などの「注意欠陥多動特性群」，自分の身体的・精神的状態に気がつけないという「自己モニター障害特性群」，不器用，姿勢の悪さ，運動学習の障害などを含む「運動制御関連特性群」，気分変動・“やる気がコントロールできない”などの「情動制御関連特性群」がある．

Ⅱ．治療的な対応

これらの特性の中でも，特にここでいう中核特性は，現在の医学的な技術水準では，治療によって消失させることが期待できない．その意味では，発達障害そのものを治療することはできないといってよい．しかし，それでも生きづらさを改善することは可能である．

すなわち，アスペルガー症候群の治療は，中核症状に代表されるような健常者と異なった精神神経的特性を持ちながら，しかし社会の中で生きられるようにすることを目標としなければならない．いくらソーシャルスキルを学んだところで，必ずしも健常者になれるわけではないという客観的な現実から出発して，アスペルガーの人々の固有で特殊な世界の見え方に合わせて，健常者社会と折り合いをつけ，それを生き延びるすべを学ぶことが決定的に重要である．その前提があって，はじめて周辺的特性を緩和するような対策や，特性を埋め合わせるような自己訓練が意味を持つようになる．

そこで，アスペルガー症候群の治療目標は，他者に攻撃されずに社会をサバイバルできるようになることを最小限含むことになる．そのためには，人を怒らせない，人を喜ばせる，自分をコントロールするといったことが，いちいち意識せずに自然にできることが前提になる．このようなことは，実際の他者との関わりの中でしか学ぶことができない．だから，そういう学習の構えと環境を作ることが治療の最も重要な部分となる．アスペルガー症候群のデイケアは，そうした治療環境として設定される必要がある．

Ⅲ．就労はリハビリテーションである

以下で述べる明神下診療所デイケアは，「就労を目的とするデイケア」としている．しかし，実際には，就労は治療としてのリハビリテーションの手段であると，わたしは考えている．もちろん，わかりやすい「目標」として就労というステップを利用することは有用であるし，実際に1つの目標としてメンバーにも提示している．しかし，そ

れは部分的で過渡的な目標ということであって，究極の目標はそこにはない．本当の目標は，あくまでも各自の特性に合わせて社会を生き延びることである．

むしろ逆に，就労の環境そのものが，就労者にとってのリハビリテーションの場になるのでなければ，障害者就労が人間的な就労となることはありえない．残念ながら，さほど珍しくない事態として，就労することによって発達障害者が社会的に一層不適応となるような障害者就労の現実がある以上，障害者就労はそれ自体がリハビリテーションでなければならないという原則は強く主張しておく必要があるだろう．

Ⅳ．成人発達障害デイケアの特徴

成人発達障害デイケアは，一般的に行われている統合失調症デイケアと共通する点が多い．たとえば，①安心して集団と関わる経験が安定を生むという非特異的な安定効果，②集団の中でなければわからない生活特徴が把握できるという診断的側面，③集団の経験が社会的学習の場となって生活能力が向上するという非特異的な社会的学習効果などは，一般の統合失調症デイケアと何らかわりがない[1)]．

しかし，統合失調症デイケアと異なる点もある．たとえば，成人発達障害デイケアでは，感情的交流よりも即物的な関係を重視する必要がある．彼ら自身から見えている世界に準拠しなければ，意味のある相互作用を作り出せないからである．具体的には，形式と建前を大切にすること，「何かをしてもらったら，何かをしてあげる」「何かをして欲しかったら，自分も何かを申し出る」といった互恵性の形式を意図的に低いレベルから強調する必要がある．

あるいは，通常のグループでは，コミュニケーションを質的にも量的にも強化することが課題となるだろうが，発達障害のグループでは必ずしもそうではない．自閉症スペクトラム障害の特性から，情報が多すぎると情報処理が破綻してしまうため，むしろコミュニケーションを最小化して，少ないコミュニケーションでも適応できるという体験を作り出す必要がある．

健常者のグループでは，「我関せず」という態度は嫌われるかもしれないし，統合失調症の治療ならば，それは陰性症状の表れと見られてしまうかもしれない．しかし，自閉症スペクトラムの治療では，逆に，物事から離れていることは奨励されなければならない．なぜなら，これらの人々においては，「物事から距離をとれないこと」という症状そのものが困難の原因となるからである．だから，他人事のような態度は肯定されるべきだし，互いに多くを求めないということを学ぶことが大切になる．

Ⅴ．デイケアの実際

明神下診療所デイケアでは，広汎性発達障害の診断を受けた，利用開始時年齢が18〜35歳の外来患者を対象に，精神科デイケアを行っている．ほとんどの参加者は，20〜30歳前後である．1〜2年以内に就労を目指すことを入所時の目標としているので，就労の意志がない場合は，参加の対象とならない．また，著しい問題行動がないこと，週4日のプログラムに遅刻せず参加できることを条件としている．

デイケア受け入れの基準として，WAISでおおむねFIQ（全検査IQ）85以上，かつVIQ（言語性IQ）85以上としている．この基準を満たさない場合には，認知的な代償の可能性の範囲がより狭く，言語的な要素の強いグループの相互作用や，言語を介した認知的トレーニングが強いストレスを与える可能性があると判断される．デイケアのタイプ分けについて先に述べたとおり，それ以下の知的機能の患者に対しては，別のグループを用意する必要があると考えている．

デイケアは，毎週火曜から金曜まで，週4日実施しており，1日の平均利用者数は，だいたい10名程度である．現在定期的に参加しているメンバーは，男性11名，女性3名．大部分がFIQで100以上の高機能であり，診断名はアスペルガー症候群または特定不能の広汎性発達障害（PDD-

NOS）である．

デイケアの特徴としては，規模が小さいこと，比較的メンバー交代が早い（平均的な利用期間が2年程度）ことから，スタッフ主導型の運営を行っている．ただし外出や料理など一部のプログラムでは，メンバーによるミーティングで目的地やメニューを決定している．また，「暗黙の前提」が理解できないメンバーを対象とするグループであることから，「在籍中はデイケア外でのメンバー同士の個人的交際は禁止」という建前を設定している．なお，デイケアを卒業して就労した後のフォローとして，「土曜デイケア」を月2回開いているが，そちらではメンバー同士の個人的交際は公認されている．

この他，欠席は必ず連絡しなければならない，遅刻は禁止，参加中に疲れた場合には，スタッフに申し出てから休憩することは許可されるなどの細かい規則がいろいろある．基本的には，就労した場合に職場で直ちに要求されるであろう規則を想定しているが，それよりはだいぶ甘くなっている．

Ⅵ．デイケアの内容

プログラムの内容としてはレクリエーションや，料理，工作，運動などの一般的なプログラムのほか，SST（ソーシャルスキルズ・トレーニング），グループCBT（認知行動療法），「就労セミナー」などのプログラムを行っている．

広汎性発達障害のSSTは，心理教育と生活の工夫の延長上にある．詳細は他ですでに述べたが，目標は「普通の人」になることではなく，発達障害の特性をもちながらも，社会と折り合いをつけていくための技術の習得である．特に，①道具として使えるスキルを身につける，②周囲の環境を分析するための認知的な枠組みを作る，③他者に関する内的なモデルの形成を支援するという，3つのレベルでの作用を意識して，自閉症スペクトラムの特性に適合した新しいSSTのスタイルを開発していくことが求められている．わたしたちは，SSTを実施する際に，前述の「情報処理過剰選択仮説」と呼んでいるモデルを使って，特性の問題を説明しながら，スキルを説明することを試みてきた（表1）．

表1　情報処理過剰選択仮説

中核的な特性
- シングルフォーカス特性：注意，興味，関心を向けられる対象が，1度に1つと限られていること
- シングルレイヤー思考特性：同時的・重層的な思考が苦手，あるいはできないこと
- ハイコントラスト知覚特性：「白か黒か」のような極端な感じ方や考え方をすること

周辺的な特性
- 記憶と学習に関する特性群：エピソード検索の障害，手続き記憶の障害
- 注意欠陥多動特性群：不注意，衝動性など
- 自己モニター障害：自分の身体的・精神的状態に気がつけない
- 運動制御関連特性群：不器用，姿勢の悪さ，運動学習の障害
- 情動制御関連特性群：気分変動，〝やる気がコントロールできない〟など

（米田衆介：アスペルガーの人はなぜ生きづらいのか．講談社，東京，2011より引用）

グループCBTと呼んでいるのは，集団での心理教育の延長上の試みで，自閉症スペクトラムの特性についての解説に続いて，各自が生活上困っている問題を，認知的な特性との関連で集団で見当して，解決策について話し合う．主に心理のスタッフが中心になって施行している．デイケアの中で実施しているので，日頃からお互いの特性を知っているため，メンバー同士で互いによい提案をすることができるようである．

就労セミナーとは，働くとはどういうことかから始まり，職場のマナーのようなことまで，具体的な内容を講義している．作業実習や見学なども組み合わせて行っている．

Ⅶ．成人発達障害のデイケアの意味と限界

デイケアを利用する成人発達障害者は，他者との交流を求めていると同時に，他者といることそのものをつらく感じる人々でもある．デイケアにできることの1つは，他者といることのつらさに

慣れるチャンスを提供するということである．そして，最小限のコミュニケーションでも社会に参加できるという経験をすることによって，観念の中で肥大した社会へ参加するための高いハードルを，とりあえず低くすることができる．

ある意味で，社会に対して「なんだこんなものか」という現実的な把握を作り出すことがデイケアのもう1つの意義である．考えるよりも，行動することで，こうした現実的な把握ができてくる．もちろん，さらにその先には，「やはり世間は甘くなかった」というさらに深い現実が待っているのだが，それはその段階でのことである．

デイケアの限界としては，社会的な刺激に過敏性のある自閉症スペクトラム障害の場合には，刺激が閾値を超えるようだと，過敏性が悪化するという本質的な問題から，デイケアで想定されるような課題によって強い刺激を受けてしまうケースは対象にすべきでないという点を指摘しなければならない．逆に，この限界を認識しないと，不適切なケースに無理なプログラムを強いて，様々な問題を引き起こす可能性がある．

デイケアの一般的な刺激レベルには耐えられても，プログラムごとの課題設定で，課題が高すぎると必ずストレス反応が起きる．その一方で，課題とその目的が明確でないと動機がかからない．したがって，知的なレベル，過敏性のレベル，ストレス耐性のレベルなどによって課題を調整する必要がある．特に，これらの特性が著しく異なるタイプを，1つのグループにまとめると，必ず折り合いが悪くなる．

また，スタッフが，アスペルガー的な価値観や行動を受容できないと，お互いにストレスになるために，いろいろな困難が生じてくる．スタッフには，健常者的な常識を保留にして，具体的なケースからアスペルガー文化を学び取る姿勢が求められる．

文　　献

1）宮内　勝：増補精神科デイケアマニュアル．金剛出版，東京，1994

2）米田衆介：アスペルガーの人はなぜ生きづらいのか？　大人の発達障害を考える．講談社，東京，2011

A Psychiatric Day Hospital for Adults with Asperger Syndrome

Shusuke YONEDA

Myoujinshita Clinic

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

成人アスペルガー症候群への支援

辻井　正次
（中京大学現代社会学部，浜松医科大学子どものこころの発達研究センター，NPO 法人アスペ・エルデの会）

はじめに――アスペルガー症候群当事者の殺人事件から考えなければならなかったこと――

わが国において，成人期のアスペルガー症候群などの自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorders，以下 ASD）が社会的に認知される過程においては，学問の進歩や支援者の理解の向上というようなプラスの側面よりも，社会問題となったいくつかの事件への対応のなかで，致し方なく対応の必要性が生じ，社会問題が先行し，後追い的に検討が進められているというのが実情である．21 世紀に入って，累犯障害者問題に代表されるような，適切な支援の欠如と不適切な対応の累積が，特に比較的軽度と周囲から認識されるようなアスペルガー症候群の場合などにおいて，社会のなかで適応的に生活していくうえでの困難さを増大させていたということが知られるようになってきている．

そもそも，明確な身体障害や知的障害のない支援を必要とする人たちに対する，社会としての支援体制は構築されていなかったことに加え，特に従来の障害概念では把握が難しいことによる診断の遅れや，そうした場合の問題となる行動を叱責するだけではダメで，適切な行動を教えていくということについての専門家たちのコンセンサスのなさが，支援体制を作ることを妨げていたとも言えよう．

Ⅰ．アスペルガー症候群に対する社会的支援の展開

1．発達障害の社会的認知――発達障害者支援法の誕生――

関係者の多大な努力の積み重ねのなかで，やっと 2004 年 12 月 3 日に発達障害者支援法が成立し，翌年 4 月 1 日から施行された．背景には，21 世紀に入ってからの，度重なる ASD 当事者の触法事件などによって社会的な関心が呼び起こされたことだけではなく，疫学研究上，知的障害を持たない（高機能の）ASD の人たちが ASD のなかでも多数派であることが明らかになってきたこと，学校教育のなかでの特別な支援ニーズのある子どもの存在がクローズアップされてきたことなどが関連している．

発達障害者支援法においては，法的整合性の関係で，従来の医学的な定義ではなく，知的障害者福祉法や精神保健福祉法などで明確に定義されていない部分の，広汎性発達障害（ASD），注意欠如多動性障害，学習障害などに限定した形での法律となっている．議論されていた障害者福祉サービスに関する法律との調整もあり，「啓発法・理念法」としての位置づけとなっている．発達障害者支援法に関しては，障害者の支援に関する諸法規との関係性も含んだ包括的な論議のなかで，今後も，見直しを重ねていくことになる．

2．障害者福祉サービス対象への参入――障害者自立支援法とその改正法等――

2005 年 10 月に障害者自立支援法成立，2006 年

より施行されていたが，発達障害に関しては支援対象として明記されていなかった．2010年12月3日改正法（障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律）が成立し，同様に，翌年，障害者基本法においても（括弧付けながら）明記され，支援対象として位置づけられた．

3．社会のなかで支援を受けられるようになったことと，残された課題

障害者自立支援法改正法の成立後，精神障害者保健福祉手帳，障害年金といった，障害者福祉サービスの基本となる部分に，発達障害の診断を前提とした書式部分が入れ込まれ，サービスを受けやすくなった．従来，備考欄に精神科医がいろいろな必要性を書き込んでやっと認められるという，例外扱いであったのが，書式として発達障害も対象とした形に変更されていった．しかし，現行の法体系のなかでは，教育法規において学校教育法をはじめとして法律の本文に明記されておらず，障害者雇用促進法においても同様であるなど，いまだに残された多くの課題がある．

Ⅱ．アスペルガー症候群の人たちの成人期の現状

発達障害者支援法の施行以降，徐々に社会的な支援が提供されるようになってきてはいるが，全国的な実態から考えると課題も多い．筆者らは，福祉医療機構等の支援のなかで，全国の成人期の発達障害当事者やその家族を対象としたセミナーを5年以上にわたって実施してきている．そこで，明らかになってきた現状の課題について検討を加えていく．さらに，筆者らが主宰しているNPO法人アスペ・エルデの会で1992年から継続して支援を受けている成人たちの現状を報告し，ASD成人の支援の課題について検討を加えていく．

1．精神疾患の合併に関して

現状，児童精神科医以外の精神科医は，成人期のアスペルガー症候群に対応する場合，二次的な精神疾患が生じてから治療に当たる場合が多いであろう．表1に，杉山[1)]が挙げているアスペルガー症候群などの高機能広汎性発達障害の精神科合併症を示す．実際に，成人期ではさらに多くの精神科合併症を示すことが多い．

表1　ASDに認められる精神医学的問題の一覧（N＝539）[1)]

	N	%
気分障害	93	17.3
不登校	67	12.4
解離性障害	45	8.3
強迫性障害	29	5.4
統合失調症様病態	14	2.6
行為障害，犯罪	35	6.5

そして，精神疾患の合併がある場合には，現実的に，まずは今ある精神疾患への対応が優先事項である．しかし，こうした，いわば二次的な精神疾患への対応が全てではない．その上で，もともと生来の発達障害があるという前提で，「いかに生きていくのか」が大きな問題でもある．上述したように，現状では発達障害は精神障害の障害者福祉制度を利用することができるようになっており，医療で抱え込むのではなく，福祉的なサービスとどうつなげるかが課題になっている．全国の都道府県や政令指定都市に発達障害者支援センターが設置されており，そこで地域の支援のリソースが把握されている．

2．当事者の日常生活での困難――当事者の手記から――

すでに，1990年代以降，国内でも，森口奈緒美（『変光星』『平行線』）やニキリンコなど，当事者の手記が出版され，当事者の視点から，わが国でASDの人たちが育つことの課題を描いている．特に，森口奈緒美が，自らが受けたカウンセリングの描写はとても痛々しいものである．従来の精神療法や心理カウンセリングの課題として，受容

的なスタンスを採用した場合に，発達障害として，生来の事情で適応的な行動の仕方がわからないにために困っているという，基本特性を無視して，必要な支援を提供しないことに結果的になり，状況を悪化させていた．

筆者らは，近年の生物学的精神医学などが貢献した自閉症研究の成果を受け，アスペルガー症候群などの ASD は，生物学的な基盤としての脆弱性を多くもち，障害特性として社会性という他者との関係の基本部分での学びにおいて，自然に覚えることが苦手で，特性に合わせた学習が必要である人たちだと考えている．もちろん発達支援によって一定の改善を示していくが，基盤の脆弱性は変わらないし，状態が見た目ではっきりわかるほどの重度でなくても，基本的に多因子疾患である以上，状態像はスペクトラム（連続体）であり，障害がなくなるわけではない．そして，不適切な対応が重ねられた場合に，問題が累積し，深刻化していく．

したがって，生活のなかでの適切な行動の仕方を具体的に教えていくことが重要なのだが，そうした支援のユーザー（利用者）の利益や特性を考慮しないで，受容的あるいは精神力動的なオリエンテーションでの支援を提供する場合，ユーザーの利益を損なう場合が少なくない．

3．成人になって発達障害とわかること

近年，成人期の精神医学において，発達障害をめぐる「誤診」が話題になっている．パーソナリティ障害や統合失調症，気分障害などの診断名から 30 代を過ぎて，ASD が基盤にあったことがわかり，支援のあり方が変更になる場合が少なくない．成人の精神医学において，生育歴を詳細に聴取することは一般的ではなかった実情を考えると，致し方なかった点はあるが，発達障害特性にあった支援を考える上では，誤診は間違った対応を招くリスクがある．また，非常に典型的な症状でなかったとしても，実際の支援を考えた場合，スペクトラムとして，狭義の診断基準ではなく，一定の広さをもって捉えた方が，当事者の利益になる可能性があることも理解しておく必要がある．支援を医療ではなく，福祉に橋渡しし，発達障害として障害者福祉サービスにつながることでの利益は大きい．

実際，全国セミナーに参加していた成人当事者の多くが，適応状況が困難になっているだけではなく，①幼少期からの否定的なしつけによる絶望的なほどの自己評価の低さ，②ルールを教えられないことからくる仕事の取り組めなさ，③人との「やりとり」をするという基本的なモデルの欠如，困っても助けを求められない，④自分なりの仕方以外のオプションがあり，選択できる/変えられるというイメージのなさなど，共通の状態を示していた．社会的なスキルを成人期以降も学ぶための機会が必要となっている．

4．NPO 法人アスペ・エルデの会の成人たち

ここまで不適応状況が前面にある成人について紹介していた．しかし，実際には，アスペルガー症候群の臨床像は，それまでの周囲の理解や支援の状況によって大きく異なる．精神科医の立場で関わる必然性がある場合，多くの場合は二次的な精神疾患や社会的不適応がある場合だが，実際には明確な不適応を起こさないまま，困難をもちながら適応的に生活を送っている多くのアスペルガー症候群当事者が存在する．アスペ・エルデの会は，筆者ら専門家が支援を提供しながら活動をしている当事者団体である．ここでの現状を紹介しておこう．表 2 に，アスペ・エルデの会の成人期グループ（18 歳以上）の 2009 年度での実態を紹介しておく．継続的な支援がある場合，ある程度の就労は可能である．しかし，それでも継続支援が困難になるものも多い．特に，障害者雇用枠を活用しない就労は困難が大きく，雇用枠を使うことは必要であると考えている．

就労を継続することは困難が多く，例えば，職場で困っていることとして，過敏性に関すること（職場で機械などの気になる音がある，エンジンオイルの臭いが嫌），業務に関すること（上司によって指示の仕方が違うので，誰の指示に従った

表2　アスペ・エルデの会成人期グループの就労状況

就労形態	
企業就労	74.1%
福祉就労	9.6%
その他	16.3%
手帳の有無	
療育手帳	52.2%
精神保健福祉手帳	17.3%
手帳なし	30.5%
雇用枠	
一般雇用	43.4%
障害者雇用	56.6%

らよいかわからない，上司が代わると仕事の流れ（手順）が変わるので混乱する，一度に複数のことを指示されるので混乱する）など，職務遂行上のいろいろな不安の処理で混乱することが多い．

最近，アスペ・エルデの会のなかで問題になっているのは，30歳以上の成人の課題で，20代まで，障害者雇用などを活用し，就職し，それなりにやっていた高機能ASDの人たちの適応状況である．詐欺被害，フラッシュバックでの家庭トラブル，親の引退による家庭状況の変化と親の老化，自分が結婚できないとわかってくること，職場での変化（上司が年下になるなど），景気状況の変化による働き方の変化など，支援の基盤となる両親の支援から社会的・福祉的支援への移行が課題である．職場，家庭，地域生活，仲間と過ごすことなどの，成人の日常において，もともと苦手だったことに対する対応の仕方を身につけていないと社会的困難が大きくなる．精神的健康を維持し，自分たちの自立モデルでの取り組みができるためには，新しい福祉サービス開発も必要とされている．

Ⅲ．アスペルガー症候群のある成人への支援

1．アスペルガー症候群のある成人の家族の支援の課題

特に，成人期になって診断を受けたような場合，家族の困惑が大きく，今まで長きにわたって，よかれと思ってやってきた叱責が効果をあげなかったばかりか，成人期になってフラッシュバックのもととなることや，（近づいていく）自分の亡くなった後の展望を抱けないこと，自分の育児が失敗だったという感覚が強いために本人の不適切な行動への明確な指示ができないなど，非常に困難な状態になっていることが多い．実際，親子心中などのリスクをもっている家族も稀ではなく，本人が受診をしない場合なども，まずは福祉部門への橋渡しが必要で，医療がその役割を放棄していると，状態が著しく悪化している場合が多い．また，家庭内暴力などがある場合に，警察に通報することなど，具体的な指示をして，（入院が必要な場合には）入院できる条件を提示しておくことも重要である．

2．本人の支援に向けて

医療のみで支援を行うわけではなく，医療と福祉とが協力して，支援を構築していくという理解が必要である．成人期の生活に必要なものとして，生活リズム・日常生活を安定的に過ごせること，どこで誰と過ごしていくのかのプランがあること，社会的なサポートがあること，地域生活のなかで余暇が充実していることなど，重要な課題がある．特に，ライフプランニングスキルと呼んでいるが，人生の計画を自分で考えていくための支援が必要である．現在，アスペ・エルデの会で取り組んでいる例を挙げると，①将来に向けて，いくつになったらどうしていくのか，②親が亡くなったあと，自分はどうやって生きていくのか，③結婚をしたいのか，「おひとり様」で生きていくのか，④自分のどういう部分は支援を受けていくと，生きやすく暮らしていけるのかなど，一定の枠組みにそって，選択肢をもちながら考えて，必要な支援を求められるようにすることが重要であ

る．中年期や老年期を生き抜いていくことは別にASD でなくても大変なことである．精神的健康の維持と他者とつながって生活が組み立てられることが肝心である．そのためには，他者から必要な助けを求められるスキルや，ストレスマネージメントのスキル，余暇をともに過ごせる仲間，必要なサポートを提供する福祉的サービスを得ていくことが重要である．

文　献

1）杉山登志郎：発達障害の子どもたち．講談社現代新書．講談社，東京，2007

Social Support for Adults with Asperger Syndrome

Masatsugu Tsujii

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

発達障害者の職業的課題と就労支援

小川　浩（大妻女子大学人間関係学部人間福祉学科）

成人期の発達障害者の職業的予後は厳しく，就労率は 30〜40％程度，就労者の中で賃金が 15 万未満は 80％以上を占めていた．障害者雇用を選択した場合，就労支援の介入が容易で一定の配慮を得て働くことができるが，成人期に診断を受けた人の場合，障害者雇用を受け入れるまでには，様々な職業的体験と助言が必要である．ニート関係の就労支援機関，障害者関係の就労支援機関から，個々の特性に合ったものを選ぶことは容易でないため，信頼関係を持っているキーパーソンがプロセスを伴走して助言することが望ましい．

＜索引用語：発達障害，職業，就労支援，障害者雇用＞

はじめに

近年，発達障害者の職業的問題に注目が集まっている．特に，高等教育を受けて職業生活に移行する段階で発達障害に気づき，診断を受けた人の就労相談が増加している．就労支援のニーズが高まる中，就労支援にとっても企業にとっても，発達障害はようやく取り組みが始まったばかりの領域であり，試行錯誤の段階といえる．以下では，発達障害の職業的課題を概観し，利用可能な社会資源や必要な支援プロセスについて述べる．

Ⅰ．いくつかのタイプ

近年，発達障害者の就労上の課題に焦点が当たる機会が増えているが，一口に発達障害者の就労支援といっても，その個人差は大きく必要な支援の質も異なる．表 1 では，どの段階で発達障害による問題が明らかになったかを軸に，大きく 3 つに整理を試みた．最近，成人期の就労支援で増えているのが，②および③の群である．「②義務教育期に問題が明らかになる群」では不登校などの問題を経験している人が多いが，その原因は曖昧なまま進学し，新しい環境に馴染めなかったり，就職で失敗するなどを通して問題が明らかになる．「③高等教育以降に問題が明らかになる群」では，義務教育や高等教育で大きな不適応を経験していないか，あるいは問題はあっても本人の自覚は乏しいことが少なくない．そのため自己意識が高く，就職については採用まで進めても，職場で経験する失敗の繰り返しが精神的不調につながることが多い．いずれも，職業上の失敗を契機に発達障害に気づき，就労支援の門戸を叩くのだが，少しずつ障害の理解と受容を促しながら，通常の雇用で大丈夫か，障害者雇用が適しているのかなど，方向性を探りながら支援を進める必要があるので，就労支援は複雑で長い道筋をたどることが多い．

Ⅱ．増えている就労相談

発達障害者支援センター，ハローワーク，障害者職業センターなど，様々な関係機関において，発達障害者の就労相談は増えている．図 1 は，発達障害者支援センターにおける就労相談の数の推移を示している[3]．就労相談数が増えている背景には，発達障害者支援センターの数が増えたこともあるが，それを差し引いても近年の就労相談の

表1　成人期における発達障害者の問題整理

①幼少期に問題が明らかになる群	②義務教育期に問題が明らかになる群	③高等教育以降に問題が明らかになる群
幼少期から認知面の発達の遅れがあり，3歳児検診などで指摘を受ける．療育や特別支援教育(通級指導を含む)を経験している．	小・中の義務教育で不登校など何らかの不適応を経験しているが，発達障害の判断は曖昧．学業成績は中程度かそれを下回る．	学業成績は中程度以上で，義務教育や高校段階では特異な社会性やコミュニケーションの特徴はあるが，大きな不適応にはつながらない．
親子共に比較的障害認識はある．義務教育は普通教育（または通級指導）でも，最近，高校段階で特別支援学校高等部を選択する例も増えている．	特別支援教育を経験せず，グレーゾーンのまま普通高校，専門学校，大学などへ進学．高等教育や就職の段階で再度不適応を起こすことが多い．	大学や大学院まで進み，卒論，就職活動，就職後など，高い要求水準に直面して不適応を経験する．うまくいかない原因がわからず，抑うつから精神科受診につながることも多い．
手帳取得→障害者雇用という支援が適していることが多く，比較的支援の受け入れもスムーズ．	手帳取得が必要かどうかの判断が必要．障害者雇用としての支援，若年不就労者支援という2つの方向性に分かれる．	障害受容が難しく障害者雇用には向かない．一方，通常の雇用でやっていけるだけの力はない．

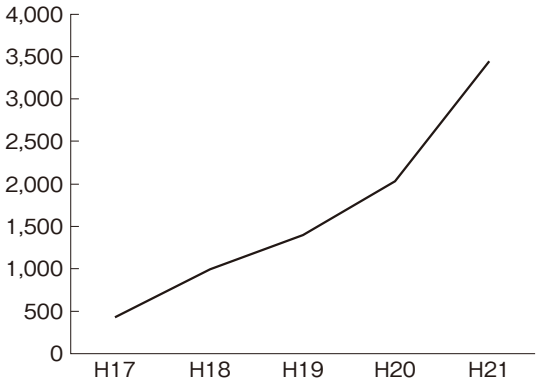


図1　発達障害者支援センターにおける就労相談の増加

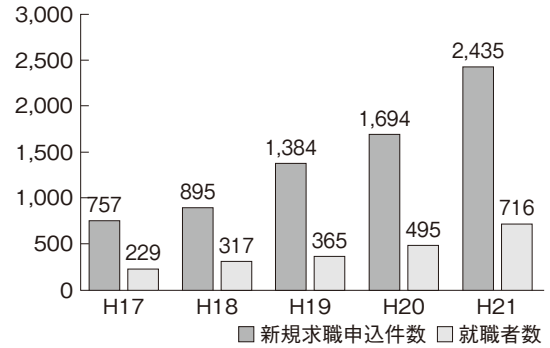


図2　ハローワークにおける求職・就職件数の増加

増加は著しい．発達障害者支援センターでの就労相談には，「就労」を主訴としながらも，診断，障害理解，手帳取得，生活リズムの改善，経済的問題など，本格的な就労支援に入る以前の「生活」や「生き方」に関わる多様な相談が含まれている．

図2は，ハローワークで「その他の障害」に分類された求職者と就職者の推移である[4]．「その他の障害」には発達障害，高次脳機能障害，難病などが含まれるが，実質的には発達障害の割合が極めて高いと考えられる．平成17年度と平成21年度を比較すると，求職者，就職者共に3倍以上の伸びとなっており，具体的に就職を希望し，雇用就労に結びつく人の数も増加していることがわかる．

Ⅲ．就労の実態

発達障害者が安定して働き続けることが容易ではないことは経験的に知られているが，近年，いくつかの研究が発達障害者の就労実態を明らかにしている[5,8]．

1．就労率は3〜4割

図3に示すように，小川らによる発達障害者189人を対象とした調査[5]では，対象者の日中の過ごし方は，就労39%，就学11%，福祉施設等利用16%，職業訓練など7%，在宅26%で，就労者は全体の4割弱にとどまっていた．志賀らによる

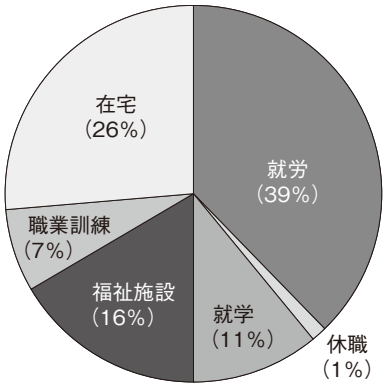


図3　現在の生活状況

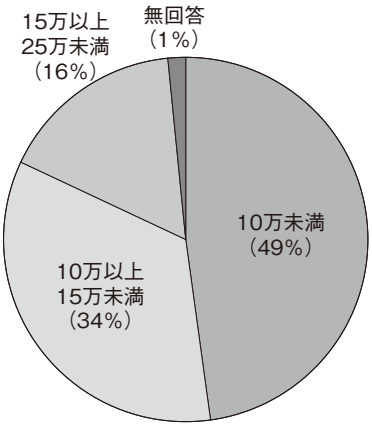


図4　就労者の賃金の状況

発達障害者支援センター利用者407人を対象とした調査においても，就労群は30.8%で，在宅群27.3%，職業訓練群15.0%，デイケア群10.6%，学生群9.1%であった[8]．

2．不安定な賃金と身分

これらの調査では，就労者数の少なさのみでなく，身分や条件面にも問題があることが指摘されている．小川の調査では，契約，派遣，パートなどの非正規社員が就労者の7割弱を占めており，図4に示すように，賃金面では月収10万円未満が就労者の49%，月収10万以上15万未満が34%で，併せて約8割が月収15万円未満にとどまっていた[5]．志賀の調査においても，「同年代の正社員と遜色の無い収入を得ている人」は全調査対象の7%，「日中の大部分の時間は就業しており年収200万未満と想定される人」が19%，「年収60万円に満たない短期間ないし超短時間の就業経験を持つ人」が5%（不定期就労群）となっており，経済的自立が可能な就労状況にある人は非常に限定されていた[8]．

3．障害者雇用は4割以下

小川の調査は，通常の雇用か障害者雇用かの区分について，就労者のうち通常の雇用が60%，障害者雇用が34%，不明6%であったと報告している．平成18年度より精神障害者保健福祉手帳が雇用率の対象となったが，実際には，手帳を取得せず通常雇用を選択している者が過半数を占めていた[5]．

4．普通教育からの就職が多い

対象者の教育歴を見ると，小川らの調査では高等学校まで普通学校の普通学級で教育を受けた人が55%と多く，最終学歴は高等学校卒が34%，短大，大学，大学院卒は35%に上っていた[5]．志賀の調査においても，最終学歴は38%が4年生大学またはそれ以上の学歴で，専門学校や短大を含む高等教育過程を終了している人が全体の過半数（55%）となっていた[8]．

5．就労中の業種は多彩

どのような仕事に就いているかは，小川らの調査では，営業11%，技術専門職7%，一般事務15.5%，清掃5.5%，製造・物流36.5%，その他18.5%，無回答5%であった．製造・物流関係がやや多いが，内容は極めて多岐にわたっており，発達障害に固有の傾向は見いだせなかった．中には対人関係が頻繁に求められる業務も多く含まれており，人と仕事のマッチングが不適切と思われる例も少なくなかった[5]．

Ⅳ．障害者雇用のメリットとデメリット

発達障害者の就労支援を行う場合，その人の職業的能力と障害認識の状態をアセスメントしなが

ら，通常の雇用環境での就労を進めるのか，配慮が不可欠な人として障害者雇用を選択するのか，この方向性を選ぶことは大きな分岐点となる．面談での情報提供や相談のみで適切な方向性を見いだせることは稀であり，実習や実際の就労体験を踏まえて相談を繰り返し，本人と共に方向性を見つけることが望ましい．ただし，診断を受けることや手帳を取得すること以上に，周囲に障害を知ってもらい，障害者として配慮を受けて働くことを受け入れるのは容易ではない．一般に，この最終判断をするまでの道のりは，紆余曲折をたどることが多い[1,6]．

制度上，障害者雇用と通常の雇用では以下のような違いがある．我が国では平成 24 年度現在「障害者の雇用の促進等に関する法律」に基づいて，民間企業 1.8%，国および地方公共団体 2.1%の雇用率が定められている．雇用率の対象となって雇用されることを一般に障害者雇用と呼ぶ．平成 24 年 4 月現在，雇用率の対象となる障害者は，身体障害者手帳，療育手帳，精神障害者保健福祉手帳の所持者である．発達障害については，その診断だけでは雇用率の対象とはならないが，療育手帳または精神障害者保健福祉手帳を取得することで雇用率の対象となる．療育手帳の交付基準は都道府県によって異なるが，知能指数が高いと非該当になってしまうため，発達障害者は多くの場合，精神障害者保健福祉手帳を選択することになる．精神障害者保健福祉手帳も自治体によって交付状況に差があるので，発達障害者の診断と手帳申請に豊富な経験を持つ医師および精神保健福祉士が関わることが重要である[2]．

障害者雇用のメリットは，通常の雇用市場での競争的環境から少し離れ，生産性だけでなく雇用率達成という視点も加わって採用がなされることである．障害がオープンになることで会社や周囲の従業員からの理解も得やすくなり，必要に応じてジョブコーチなどの支援者が職場に入ることも可能になる．

一方，デメリットは，障害を職場に知らせると周囲の従業員から差別を受ける可能性が出てくることだが，これは理解を得やすくなることと，もろ刃の刃である．障害に対する配慮を得やすい半面，通常の雇用に比べて要求水準が下がることも多いので，仕事が簡単過ぎて物足りない，企業によっては給与水準が低い，昇進昇格の機会が限られるなど，発達障害のある人の希望と合致しないこともある．単に，通常雇用，障害者雇用という分類ではなく，個々の職場の条件を丁寧にあたっていく努力も必要である．

Ⅴ．就労支援機関の役割

発達障害のある人の就労相談は，初めての就職活動がうまくいかないという段階から，離転職を繰り返して抑うつなど二次的障害が重くなった段階まで多様である．できれば，早い段階で就労支援の専門機関につながり，通常雇用であろうと障害者雇用であろうと，支援を受けながら就労にチャレンジできることが望ましい．発達障害のある人の就労に関わる機関は様々だが，図 5 の上段には，ニート対策の就労支援機関，下段には障害者対策の就労支援機関について位置づけを図示してある．以下にそれぞれの機能を簡単に説明する．

1．発達障害者支援センター

発達障害者支援センターは，都道府県に最低 1 ヵ所設置されており，若年不就労者の就労支援，障害者の就労支援，双方にまたがる発達障害のある人の総合相談窓口である．基本機能に就労相談が含まれているが，心理，生活，その他全般の相談を担当しているため，機関によっては就労の専門性が高くないこともあり得る．その場合も就労に関しては地域のネットワークで対応する体制を取っているので，適切な就労支援機関がわからない場合はまず，発達障害者支援センターに相談することが無難である．

2．ハローワーク（一般窓口）

ハローワークは，具体的な求職活動に欠かすことのできない機関である．発達障害のある人の場合，能力と仕事のミスマッチによる失敗が多いた

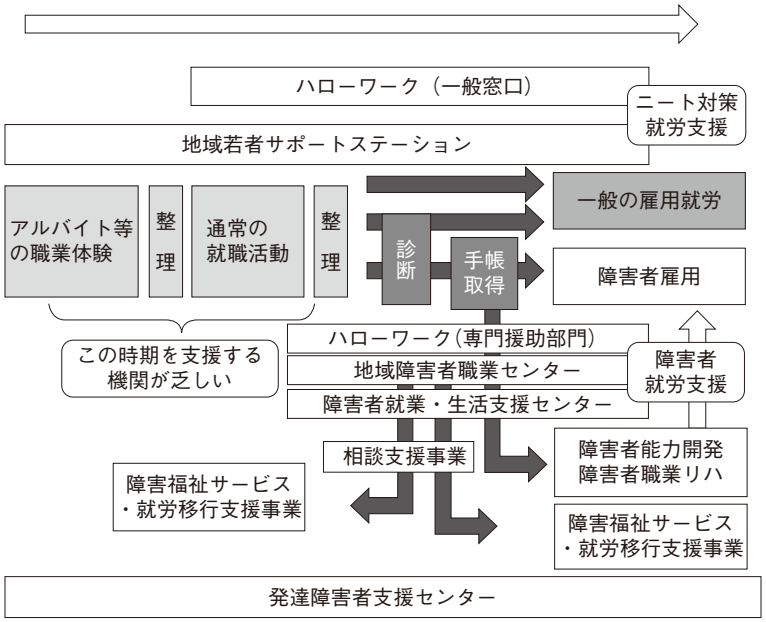


図5　就労支援機関の役割

め，求人情報を頼りに独力で就職活動をするのではなく，ハローワークでの職業相談と職業紹介を活用するようにしたい．診断を受けていない場合は原則として一般窓口での対応となるが，発達障害のある人に丁寧に相談に応じられるよう，規模の大きなハローワークでは一般窓口に就職支援ナビゲーターを配置しているので積極的に利用したい．自ら発達障害を疑っている場合，一般窓口を利用する場合でも，そのことを説明した方が適切な支援を受けられる可能性が高い．

3．地域若者サポートステーション

いわゆるニート対策の機関として厚生労働省が各地域に設置を進めており，平成23年度には全国に110ヵ所設置されている．もともと発達障害に特化した事業ではないが，若年不就労者の中に発達障害のある人が少なくないことがわかるにつれて，徐々に発達障害に関わる専門性も向上してきている．プログラムは機関によって様々だが，就労に関わる相談，映像などを通した仕事に関するイメージ作り，実習などの仕事体験，グループワークなど，発達障害のある人に有用なプログラムもある．ただし，若者サポートステーションの中には，発達障害のある人に向かないプログラムのところもあるので，情報には注意したい．

4．障害者職業センター

障害者職業センターは，高齢・障害・求職者雇用支援機構が都道府県に原則1ヵ所設置する障害者職業リハビリテーションに関する専門機関である．職業相談の他，客観的に職業能力を把握するため職業評価，ジョブコーチ支援などが行われている．テストやワークサンプルなどによる職業評価は，発達障害のある人が自己の能力バランスを客観的な指標をもって理解するのに役立つことがある．発達障害者の就労支援に関して専門性が蓄積された機関であるが，都道府県に原則1ヵ所であるため，アクセス上の理由から継続的な利用が難しい場合もある．

5．障害者就業・生活支援センター

より地域に根差した就労支援機関として，現在，障害者就業・生活支援センターの設置が進められている．平成23年11月現在，全国に311ヵ

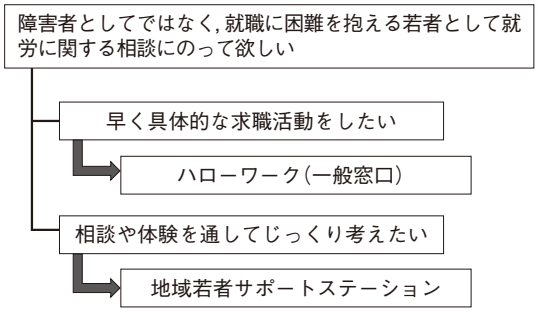


図6　就労相談から就労支援へ①

所，障害福祉圏域に1ヵ所の設置が目標である．地域の社会福祉法人などに委託される事業であり，就労相談の他，ジョブコーチが配置されているところもある．

6．就労移行支援事業

障害福祉サービスの1つで，就労を希望する者を対象に施設内作業や実習などの訓練・評価を通して，原則2年間の有期限で雇用就労につなげることを目的とする．従来は，知的障害者を対象とする授産施設から機能移行したものが多かったが，近年，特に都市部においては発達障害のある人を主たる対象と位置付けた，新たな就労移行支援事業が誕生しており，就労を希望する発達障害のある人が活用しやすい社会資源として期待されている[7]．就労移行支援事業については，地域の区市町村の障害福祉課，または地域の相談支援事業に利用の相談をするとよい．

7．就労継続支援事業

同じく障害福祉サービスの1つだが，就労移行支援事業が雇用就労への移行を主たる目的とするのに対して，就労継続支援事業はその保護的な環境の中で安定して働き，工賃を得ることを目的する．雇用就労が困難であったり，長期的な準備を経て雇用就労にステップアップしたい場合に適した社会資源といえる．まだ，発達障害のある人に向いた環境が備わったところは少ないが，今後，発達障害のある人が利用しやすい就労継続支援事業が増えることが期待される．

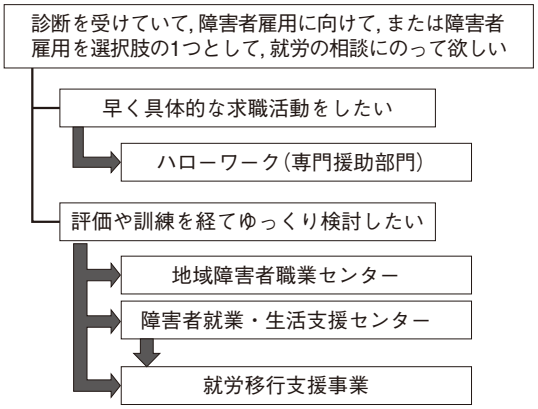


図7　就労相談から就労支援へ②

Ⅵ．相談支援から就労支援への道筋

前述したように，発達障害のある人の就労相談は問題が複雑に関わっているため，一口に就労支援といっても，どの就労支援機関を利用すればよいのか判断し難いことがある．したがって，総合相談窓口である発達障害者支援センターは，多くの相談件数を抱えてパンク寸前な所もあり，一次相談機関の段階において，ある程度の主訴の整理と適切な関係機関への紹介が行われることが望ましい．以下に，大まかな選択肢のガイドラインを示した．

図6は，障害者としての支援ではなく，一般の不就労者に対する支援が向いていると思われる場合のルートである．具体的な就職活動を急ぐ場合にはハローワーク，比較的ゆっくりとした相談と評価が必要な場合は地域若者サポートステーションが適している．この他の選択肢として，一般の能力開発校も考えられる．

図7は，診断を受けていて障害者雇用を目指す場合，あるいは障害者雇用も選択肢として検討していきたい場合の流れである．ただし，いずれの機関も障害者を対象としているため，障害受容の状況によってはこの流れには乗れないこともある．

図8は就労支援が主訴であっても，職業能力が極めて限定されていたり，二次的障害によって雇用就労への意欲が持ちにくい場合などに適した流れである．就労移行支援事業を選択肢に挙げてはいるが，積極的に移行支援を行うというよりも，

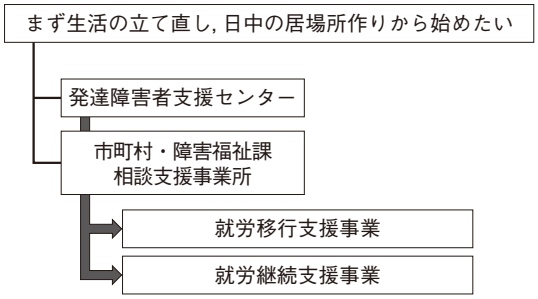


図8　就労相談から就労支援へ③

次のステップを見極めるための調整機関としての意味合いが強い．

医療機関の PSW，専門学校や大学の進路担当者，地域の相談支援事業など，第一次の相談を担当する者が，以上のような大まかな方向付けができると，就労支援プロセスが混乱せず，発達障害者支援センターや就労支援機関の負担軽減にもつながる[7]．

お わ り に
――必要とされる伴走的支援――

以上，様々な就労支援機関や方法を紹介してきたが，いくつもの就労支援機関を利用した結果，いずれも自分に合わないと感じて，支援機関とのつながりが途切れてしまう人もいる．それには，支援機関のサービスそのものが合わなかったり，伝え方がわかりにくかったり，発達障害のある人の希望が現実的でなかったり，様々な理由が考えられる．複雑で多様な発達障害のある人のニーズに，的確に応えられる就労支援機関は極めて限られているのが現実といえる．

むしろ必要なのは，そのような現実を前提としながら，発達障害のある人が自分に合った就労支援機関を探すプロセスを支える存在である．本人の話を聞いて受け入れ，必要に応じて助言を行い，混乱や誤解を紐解く存在がもっとも重要に思える．これは，就労支援の専門性があるにこしたことはないが，就労支援の専門性よりも，むしろ求められるのは発達障害のある人との信頼関係である．各関係機関が忙しいことは事実であるが，専門性に特化しない伴走者としての支援が発達障害のある人の支援ではもっとも重要であるといえる．

文　献

1）発達障害者の就労相談ハンドブック検討委員会：発達障害者の就労相談ハンドブック，厚生労働省平成20年度障害者保健福祉推進事業．ジョブコーチ・ネットワーク．p.7-11，2008

2）高齢・障害・求職者雇用支援機構：就業支援ハンドブック～障害者の就業支援に取り組む方のために（2010年度版）．高齢・障害・求職者雇用支援機構，p.248-256，2010

3）厚生労働省発達障害情報支援センター：発達障害者支援センターにおける支援実績，2005～2009

4）厚生労働省職業安定局高齢・障害者雇用対策部障害者雇用対策課：平成21年度における障害者の職業紹介状況等．2010

5）小川　浩：発達障害者の就労実態と就労に関わる要因に関する調査，厚生労働科学研究・発達障害（広汎性発達障害，ADHD，LD 等）に係る実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究（主任研究者：市川宏伸），平成 18 年度研究報告書．p.84-87，2007

6）小川　浩：発達障害者の就労相談ガイドブックの作成．厚生労働科学研究・発達障害（広汎性発達障害，ADHD，LD 等）に係わる実態把握と効果的な発達支援手法の開発に関する研究（主任研究者：市川宏伸），平成 17～19 年度総合研究報告書．p.109-112，2008

7）小川　浩，高森裕子編：就労移行支援ガイドブック．厚生労働省平成23年度障害者総合福祉推進事業．日本フィランソロピー協会，p.69-84，2011

8）志賀利一：発達障害者支援センターと他の福祉・就労支援分野との連携についての研究．厚生労働科学研究・青年期・成人期の発達障害に対する支援の現状把握と効果的なネットワーク支援についてのガイドライン作成に関する研究（研究代表者：近藤直司），平成 21 年度総括・分担研究報告書．p.9-12，2010

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

司法精神医学領域における成人アスペルガー症候群

岡田　幸之，安藤　久美子
（独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所司法精神医学研究部）

近年，アスペルガー障害をはじめとする自閉症スペクトラム障害が司法精神医学の領域でも注目を浴びるようになっている．それは小児の事例についてだけではない．成人後に精神鑑定ではじめてその診断を受けるような事例も増えているようである．司法制度のなかで彼らをどのように扱っていくのかが喫緊の課題となっている．著者らは，成人のアスペルガー症候群の刑事鑑定例を概観して，この問題について論じた．反社会的な行動とアスペルガー症候群にみられる特徴との間の関係に注目して，①常同固執；興味や関心の固執が行動に反社会的な色彩を与える，②不如意不満；思い通りにならないことから欲求不満を抱く，③誤解固執；他者の意図を誤解して事実と異なった思い込みをする，④不測困惑；本人にとって予想外の状況に陥り混乱する，⑤共感困難；行為が他者に与えうる不快感などを想像しにくい，⑥問題解決困難；現実的な社会生活での失敗や問題解決の適応的な方策をとることの失敗がかかわっている，⑦併存障害；二次的，三次的に生ずる精神障害が事件の起きやすい状態をつくる，の７つのパターンをとりあげた．アスペルガー障害を刑事司法システムのなかで適切に扱うにあたっては，この障害の共通した特徴を理解すると同時に，個々の事例にみられる特異的な問題の多様性についても理解することが必要である．

＜**索引用語**：司法精神医学，刑事責任能力，広汎性発達障害，犯罪＞

はじめに

自閉症スペクトラム障害（autistic spectrum disorders），広汎性発達障害（pervasive developmental disorder），アスペルガー障害/症候群〔Asperger（’s）disorder/syndrome〕といった障害と反社会的な行動との関係に関心が向けられるようになったのは，日本ではおよそ10数年前からであり，いくつかの少年事件がその契機といえる．その後，この障害が法廷で心神喪失や心神耗弱，あるいは情状の主張に用いられるようになり，成人例についても報告されるようになった．

このようななかで報告されている多くの研究が，自閉症スペクトラム障害の人では，一般人口に比べて反社会的な行動が多いという証拠はないとしている．おそらくこうした報告の結論は正しく，“自閉症スペクトラム障害であること”は反社会的行動のリスクを有意に高くしないことは確かである．しかし一方で，個々の事件についてみてみれば，自閉症スペクトラム障害がなんらかのかたちで事件に影響している事例があるのもまた事実であり，そうした事例の報告は国内だけでなく，海外の研究をみても少なくない．

ここで注意を払いたいことは，自閉症スペクトラム障害であれば，事件との関連のしかたは常に同一であるということはないという点である．例えば，「障害の三つ組」にせよ，その障害の基盤を説明しようとする「心の理論の障害」にせよ，それが個別の事件の発生と態様に関係しているとしている場合，それが具体的にどのようにかかわっているのかは多様である．以下では思春期，青年期以降の自験例をモデルにした例示をしながら，そのパターンをみていく．

なお本論の話題についてのより詳細な検討は別途報告[1]している．

Ⅰ．アスペルガー症候群と事件の関係

本論では，アスペルガー症候群と事件の関係を整理するにあたって，“障害の三つ組”や“心の理論”の障害といった診断的な特徴を軸にするのではなく，それらから生じてくるより具体的な問題と事件との関係の仕方に注目する．ここではその関係性のなかにみられる7つのパターンを挙げるが，それらは必ずしも系統的，相互排他的，網羅的なものではない．

1．常同固執――興味や関心の固執が行動に反社会的な色彩を与える――

大学生のAは，数字や記号が並んだカードやキラキラと光るカードに魅了されていた．あるとき他の学生が置き忘れた財布のなかにキラキラ光るメンバーズカードをみつけて気に入り，持ち帰った．以後，学校でクレジットカード，ポイントカード，学生証などの置き引きを繰り返した．独特の整理方法でならべてコレクションにしていたが，詐欺や不正使用をすることはなかった．

興味，関心，そしてそれに基づく行動が限定的，反復的，常同的な特徴をもつこと自体は反社会的ではない．ほとんどの自閉症スペクトラム障害の人は社会的に容認されるかたちでその固執した欲求を満たすことができている．しかし，ときにこの固執が反社会的な行動の形成に関係することがある．Aの場合も，興味，関心自体は反社会的な領域にむいているわけではないが，その欲求を満足させるためにとった“方法”が犯罪となってしまっている．また，興味，関心の領域自体が反社会的である場合には，その“実行”が犯罪になることがある．いわゆる「実験型」と言われるものがその典型といえるであろう．

2．不如意不満――思い通りにならないことから，他者への不満を抱く――

インターネットカフェの店主Bは，「従業員が言うことを聞かず邪魔ばかりする」という理由で殴った．鑑定でBは，学生時代の友人や以前の会社の同僚について「○○君も××君も僕のことを邪魔してばかりだった」と言った．Bは，同僚とペースを合わせなければならない会社勤めは嫌になったので，フランチャイズ契約でカフェの開業をしたと説明した．Bは，検察官，弁護人，鑑定人に対しても，「自分の意図が通じていない」と細かい語句にこだわって主張していた．

「他者にはその人なりの考えや都合がある」という想像が働きにくいという傾向が目立つと，他人が自分の思う通りにならないことに納得をしにくく，不満を抱きやすくなることがある．さらに，規則や正論への固執をしているようなケースでは，こうした不満はより顕著となるようである．こうしてうっ積した他者への不満が，なんらかの反社会的行動に至るきっかけとなる可能性がある．Bのようなケースで，とくに発達歴などの確認ができない成人例では，自己愛性パーソナリティ障害などと診断されるかもしれない．

3．誤解固執――他者の意図を誤解し，事実と異なった思い込みをする――

小売業店主のCは，店の広告を担当してもらうことになった女性が親切に接してきたことから，自分と彼女は恋愛関係にあると信じた．Cは「筋を通そう」と考え，女性の会社を突然に訪れて結婚を前提に付き合いたいと女性の男性上司に伝えた．しかし，その男性がCに対して「そのような付き合いは本人は望んでいないから帰ってほしい」と伝えたところ，Cはその男性を恋敵だと思いこんだ．Cは，その男性が不埒な人間である証拠をつかんで女性に伝えようと，興信所に100万円の調査を依頼したり，ストーカー行為をしたりした．

心の理論の障害により，状況や相手の意図を誤

解し，その誤解に基づいて敵意を抱く場合がある．その考えが修正されにくく，またそうした主題に1に示した固執の特徴，2に示した他者への一方的な不満が結びつくと，妄想とも呼べるほどの強固な思い込みとなることもある．こうして形成された“特定の人を対象とした固執”から，ストーキングなどの反社会的な行動をとる可能性がある．Cのようなケースで，とくに発達歴などの確認ができない成人例では，妄想性パーソナリティ障害や妄想性障害などと診断されるかもしれない．

4. 不測困惑――本人にとって予想外の状況に陥り，混乱する――

大学1年になったばかりのDは，うまくなじめない大学についての相談をしようと，高校時代に自分のことを気に掛けてくれていた女性教師の家を夜間に突然訪問した．Dは，女性教師が当然優しく迎え入れてくれるものと思っていた．しかし，一人暮らしであった女性教師がDを怖がり入室を拒んだところ，Dは大声で「どうして入れてくれないのですか」と迫った．一層怖がった女性が助けを呼ぶと，Dはさらに混乱して「どうしてですか」と大声を出してドアを蹴るなどの粗暴な行為に及んだ．

工学部大学院生のEは，ミリタリーグッズや防犯グッズに関心があり，普段からスタンガンや催涙スプレーを身につけて外出していた．ある日，Eはエアガンの改造のために使う部品を大型雑貨店に購入に行ったがほしい商品がなかなか見つからず，商品を次々に別の棚に移して探していた．不審に思った店員から声をかけられると，Eは混乱し咄嗟に携帯していた催涙スプレーを発射した．

他者の意思を想像することへの困難は，「相手が予想外の応答をする」という体験のしやすさを招く．また時間や空間の非恒常性も想像することが難しいので，物事の変化に対して，咄嗟の臨機応変な対応をすることが不得手であることもある．このため，一般的には変化とも言えないような変化に対して，動揺し，冷静さを損ない，混乱や焦りをきたすかもしれない．その結果として，粗暴な行動を起こす可能性がある．

5. 共感困難――行為が他者に与えうる不快感などを想像しにくい――

Fは，かねてより自分をいじめていた同級生にいつか反撃してやろうと思っていた．ある日，その同級生に対して，忍ばせていたナイフで切りかかろうとした．Fは，事件後に周囲の同級生たちが自分のことを怖い奴だなどと悪く言うようになったことを知り驚いた．Fはこのようなことをすれば，周囲が反省して自分に優しくするようになるだろうと思っていたという．

自分の行動が自分以外の者にとって残虐，冷酷，あるいは無礼といった情緒的な意味をもつということが想像できないとき，そのために本人の側の情緒的な抑止の動機づけを低くする可能性がある．そしてこの“共感”の機能に関する障害が，ときに“常識”をはずした行動として現れ，さらに反社会的な行動につながることもある．

6. 問題解決困難――現実的な社会生活での失敗や，問題解決の適応的な方策をとることの失敗がかかわっている――

自閉症スペクトラム障害の人の場合には，人的支援を利用したり，コミュニケーションを用いたりして問題を解決することが難しいことも少なくない．このことは，さまざまなパターンの問題に陥りやすくするし，そうして問題に陥ったときに社会的に適応の高いかたちでの解決をはかりにくくし，ひいては反社会的な行動に結びつく可能性がある．こうしたパターンは1〜5のほとんどのものの背景に大抵はみとめることができる．そして，それがより目立つのは思春期へと移行する時期であるように思われる．思春期以降になると，社会が広がり，一度に多くの人たちとの関係を保ったり，その中で個々の人間関係における距離に適切な遠近をもったりすることが求められるよ

うになる．例えば恋愛関係に典型的にみられるように，人間関係の構造は複雑になり，相互に発せられるメッセージもより複雑であいまいになる．こうして，それまでは対人交流に大きな問題がなかった高機能の自閉症スペクトラム障害の人たちが，急にストレスにさらされやすくなり，社会的にも孤立し，より破綻をきたしやすくなるということなのであろう．

7．併存障害――二次的，三次的な障害が事件の起きやすい状態をつくる――

> Gは理工系の大学生だが，要領が悪く実験ペアの男性からしばしば「どんくさいな」と言われていた．Gはこれを悩み，失敗しないように実験の前日は徹夜で手順を確認するようになった．やがてGは，その男性（の幻覚）を街の至る所で見かけるようになった．その姿は他の人間と同じようにはっきりと目の前に存在するものであったという．Gが（幻覚の）男性に近づくと「どんくさいな」と言ってきたが，「つきまとわないでくれ」と言うと消えるという体験を繰り返すようになった．Gは，その男性が優秀なので，ついに特殊な実験を成功させてさまざまな場所に映像を映し出すことができるようになったのではないかと考えた．ある日，Gは待ち伏せをして（現実の）男性に殴りかかった．逮捕後は男性の映像をみなくなり，間違いだったと考えるようになった．Gは，幻視という現象をどう理解すればよいのか悩むようになった．

自閉症スペクトラム障害の人の場合，1〜5のように，その障害の特徴のために対人関係上の問題を生じやすく，また6のようにそれらを解決しづらいといえる．このため，うっ積したストレスにより反応性に抑うつ，妄想，幻覚などを定型発達者と比較して生じやすい可能性があり，なかにはそれらが事件の直接の原因となっているとみるべきケースもある．こうしたケースではもはや自閉症スペクトラム障害が事件に関係したというよりも，副次的に発生した，あるいは併存する病態のほうが主たる影響を与えたものとして捉えるほうが適切なことも少なくないだろう．

おわりに

本報告では，自閉症スペクトラムと反社会的な行動の関係について7つのパターンを列挙した．それらはいわば“要素”というべきものであって，決して系統的，排他的，網羅的な分類ではない．例えば，1つのパターンの例として挙げたものであっても，その中身を細かくみていくと実は他のパターンとして整理した特徴もみられるし，自閉症スペクトラムのさまざまな特徴が複雑に関係している．また，これらのなかで示し得なかったパターンもあるかもしれない．むしろこうしたパターンが複雑に関係しているところを丁寧に説明すべき事例のほうが多いともいえるであろう．

さらに，言うまでもないことだが，このように障害と事件の関係に注目するときに最も重要なことは，その障害に罹患している人すべてが危険だといった考え方は明らかに間違っているからひとまとめにして論じてはならないということと，しかしなかにはその病態が事件の原因や事件の態様として影響しているものがあるからこれを丁寧に分析すべきであるということである．

また，このように障害が事件に関係しているとしても，いわゆる刑事責任能力の減弱についてはあらためて整理して検討しなければならない．障害による事件への影響が強いとしても，刑事責任能力の減弱の程度も強いとは一概にいえないことに注意する必要がある．刑事責任能力はあくまでも弁識能力や制御能力とよばれる能力について検討し，最終的に法的視点から判断されるものだということを忘れてはならない．

このようなことから，精神鑑定ではとりわけ，自閉症スペクトラム障害の診断だけではなく，それがその人にはどのような特徴として現れているのかを特定し，それが実生活のなかでどのような問題を生じ，その問題が事件にどのようなかたちで関係していたのかを事例ごとに丁寧に整理，評価しなければならないと考えている．

文　　献

1）岡田幸之，安藤久美子：自閉症スペクトラム障害にみられる特徴と反社会的行動．精神科治療学，25（12）；1653-1660，2010

Adult Asperger's Syndrome in the Field of Forensic Psychiatry

Takayuki OKADA, Kumiko ANDO

National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

In recent years, autistic spectrum disorders including Asperger's Syndrome have gained attention even in the field of forensic psychiatry. This applies not only to child cases but also to a growing number of adult cases which have first been diagnosed as autistic spectrum disorders only after forensic examination. How to handle these cases has become an urgent issue within the justice system. The authors considered this issue by an overview of forensic cases of adult Asperger's Syndrome. The authors focused on the relationship between antisocial behavior and characteristics of Asperger's Syndrome. Seven patterns, namely 1) stereotypical obsession- insistence in areas of interest giving the impression of anti-social behavior, 2) unfulfilled expectations and frustration- feelings of frustration when things do not go as expected, 3) unwilling to change wrong thinking- misunderstanding the intentions of other and being convinced of something different from reality, 4) unexpected confusion- a sense of bewilderment when finding oneself in an unexpected situation, 5) difficulty showing empathy- inability to perceive the discomfort, etc., felt by others caused by one's conduct, 6) difficulty in problem-solving- failure to create a plan to cope with problems or failures in actual social living, and 7) coexistence disability- creation of conditions where accidents easily occur due to secondary and tertiary occurring mental disorders, could be identified. To properly handle Asperger's Syndrome in the judicial system, in addition to understanding the common characteristics of this disorder, it is necessary to understand the diversity of specific problems in each individual case.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：forensic psychiatry, criminal responsibility, pervasive developmental disorder, crime＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

精神医学における発達障害再考
――児童期から成人期へのさまざまな発達軌跡――

コーディネーター　神尾　陽子

近年，知的障害のない広汎性発達障害（PDD），注意欠如・多動性障害（ADHD），学習障害など「発達障害」の子どもたちが数％から 10％に推定され，長く見逃されてきた彼らの医療，教育，福祉上のニーズへの制度的対応を迫られることとなり，今日では国の重要な施策の 1 つとして位置づけられている（発達障害者支援法平成 17 年施行）[2〜4]．発達障害の固有症状のうち，直接，医学的治療のターゲット症状となりうるのは現時点では ADHD やチック症状に限定されるが，それ以外も含めて発達障害の固有症状は児童期から成人期，そして老年期まで持続するものの，その程度は年齢とともに次第に改善傾向をたどることがわかっている[1,6,7]．

ところがこの成人期での症状程度の軽減は，必ずしも成人期の適応水準の向上を意味していない点が問題なのである．児童期に発達障害の診断を受けた子どもたちは，従来と比べると，近年の早期療育や医療，教育における対応の向上のおかげで症状は軽減し，スキルアップをするケースが多い．なかには成人期ではもはや完全な診断基準を満たさなくなる予後良好なケースも決して稀ではない．その一方で，わが国での発達障害を有する成人の実態はまだ明らかにされていないが，今日，社会問題となっているように，発達障害を有する若者にとって自立して社会的責任を果たす大人への道は依然としてハードルが高い．海外の成人を対象とした調査[1,6,7]からはその大多数は未診断・未治療であること，高い頻度でうつ病，不安障害，アルコール・薬物問題など複数の精神医学的障害の併発があること，多くは社会適応が悪いことなど，医療や福祉ニーズを持つ人が少なくなく，またそれらへの医療や福祉の対応が不十分であるという実態が明らかにされている．わが国においても，一般精神科患者，および精神科受診に至らないが何らかの医療・保健・福祉サービスにアクセスのある人々の中に，発達障害が疑われるケースが存在し，サービス提供側がその対応に苦慮している現状がある．こうした現状に適切な方針，治療を提供するために，精神科医療が果たすべき役割は大きく，ライフステージを通した発達障害の理解と精神医学的なニーズに応じた対応は，以前にもましてその重要性が認識されている[5]．

シンポジウム 25 では，精神科医療における発達

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　精神医学における発達障害再考：児童期から成人期へのさまざまな発達軌跡　コーディネーター：内山登紀夫（福島大学大学院人間発達文化研究科），神尾　陽子（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

障害の臨床的な意義を再考することを目的として，さまざまなアプローチでこの問題に取り組んでいるシンポジストたちから，最新の知見を紹介していただいた．

神尾らは，PDD 成人を対象とした回顧的な全国調査の結果にもとづき，幼児期早期の診断と支援が成人期の QOL や社会参加に影響することを長期予後研究結果から報告した．また，早期治療が自閉症状の軽減に有効であるだけでなく，児童期の情緒や行動の問題にも影響する可能性を示唆する全国調査からのデータを示した．最後に，PDD 児の精神医学的ニーズは，自閉症状以外に，合併するさまざまな精神医学的症状まで多様であることを述べ，発達障害を有することは広い意味で精神医学的なリスク要因となることに注意を喚起した．

田中は，行動評価尺度を用いた全国調査の結果から，ADHD 症状が児童期においては年齢と関係して変化することを指摘した．ADHD 症状は固定的に捉えるべきではなく，発達的観点からその臨床的ニーズを判断する必要性を強調した．とくに ADHD は過剰診断が薬物治療のうえで問題となっているが，行動評価尺度の意義と限界について言及した．

近藤は，ひきこもり青年・成人を対象とした治療経験から，その精神医学的ニーズの特徴とその治療の実際を述べた．さらに回顧的な臨床研究結果をもとに，青年期以降にひきこもりとなりやすい，発達障害群の幼児期，児童期の特徴を抽出し，その自閉的特性の軽微さと気づかれにくさを指摘した．予後指標として幼児期からの怖がりに注目し，彼らの脆弱性に配慮した環境調整や家族への育児指導の重要性を述べた．

深津は，PDD 青年・成人を対象とした就労支援モデル事業（生活訓練・就労移行支援）の経験を報告し，就労支援の際に留意すべき適用や訓練のあり方について提案を行った．

六反らは，これまでにストレス，うつ状態などにおいて神経系の遺伝子発現ネットワーク異常を末梢血で捉える方法論を確立してきた．今回，自閉症スペクトラム障害成人と自閉症スペクトラム障害の非罹患親族を対象として，自閉症のマーカー遺伝子の特徴的な発現異常を見出した．最新の知見を紹介し，その臨床上の可能性と意義について述べた．

以上から，児童精神科医，一般精神科医，リハビリテーション医らが連携して発達障害の人々の QOL の向上のために担うべき役割や，臨床と基礎研究が連携して目指すべき課題について考察を深めた．

なお，発表する研究はすべて所属機関の倫理審査委員会の承認を得て実施したものである．

文　献

1）Brugha, TS., McManus, S., Bankart, J., et al.: Epidemiology of autism spectrum disorders in adults in the community in England. Arch Gen Psychiatry, 68 ; 459-465, 2011

2）福田祐典：精神保健医療行政の課題と今後の展望．児童青年精神医学とその近接領域，52（3）：238-243，2011

3）福田祐典：Social policy としての成人発達障害者に対する医療．治療，94（8）：1370-1374，2012

4）発達障害者支援法，法律第 167 号，平成 16（2004）年 12 月 10 日

5）神尾陽子：成人期の自閉症スペクトラム診療実践マニュアル．医学書院，東京，2012

6）Michielsen, M., Semeijn, E., Comijis, H. C., et al.: Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in older adults in The Netherlands. Br J Psychiatry,［Epub ahead of print］2012

7）Simon, V., Czobor, P., Bàlint, S., et al.: Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder : meta-analysis. Br J Psychiatry, 194 ; 204-211, 2009

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

広汎性発達障害のライフステージに応じた介入と予防に向けて
――疫学研究から――

神尾 陽子，稲田 尚子，森脇 愛子，井口 英子，小山 智典，
武井 麗子，黒田 美保，中鉢 貴行，高橋 秀俊
（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部）

広汎性発達障害（pervasive developmental disorders：PDD）の中核症状である対人的障害は幼児期から成人期にかけて改善するケースが少なくない．一方，社会生活上の困難さはライフステージを通じてむしろ大きくなる場合があり，PDD の長期経過は個人差が大きい．私たちは，最近，PDD 成人の長期予後と早期支援との関連，幼児期の早期支援の有用性，そして学童期の臨床的ニーズの実態について新しい知見を得たので紹介する．第 1 に，PDD 成人の QOL は，従来のアウトカム指標で捉えられなかった主観的側面を反映することが示された．また QOL は早期診断や家族のサポートなどの支援によって向上する可能性があり，合併精神障害があると低下するリスクが示唆された．第 2 に，幼児期の療育の有効性について日本での実証的データは不足していたが，日本で実行可能な療育方法の短期的効果が予備的に示された．幼児期の気質特徴が学童期の情緒面や行動面の臨床的ニーズを一定程度予測することが示された．第 3 に，学童期の PDD にはそれ以外の精神障害が高率に併存し，その存在は子どもの社会的機能に大きなインパクトを与えることがわかった．児童期の精神症状が成人期の精神症状を予測するパターンについても最近の疫学研究から明らかにされつつあることから，PDD においても児童期の治療介入のターゲットは包括的な精神医学的評価に基づく必要が示された．これらより，幼児期から成人期までどのライフステージにあっても，PDD 者が満足ゆく社会生活を送るために，精神医療が果たせる役割はもっと大きいと考えられる．地域での発達障害支援を担う多職種チームのなかにあって，精神医療は長期的視点に立った支援を行うのに欠かせない役割を担っており，地域ネットワークの整備と地域医療をリードできる人材育成とそのための科学的エビデンスが必要である．

＜索引用語：広汎性発達障害，児童期，長期予後，合併，精神医学的ニーズ＞

はじめに

広汎性発達障害（pervasive developmental disorders：PDD）の中核症状である対人的障害は，その程度に個人差はあるものの，幼児期から成人期にかけて改善する．一方，社会生活上の困難さはライフステージを通じてむしろ大きくなる場合があり，現在のところ，幼児期の症状程度は必ずしも PDD 成人の長期予後を予測しない．児童期および成人後の社会生活上の困難さを軽減し，社会参加を促し，QOL を高めるには，発達早期からの支援と，ライフステージを通した途切れのない継続的支援が欠かせない．最近は，このような認識が広がり，母子保健での自閉症早期発見の取り組み，そして保育所，幼稚園への巡回相談などによる支援，学校では，特に通常学級に在籍する児童生徒の持つ特別な教育上のニーズに対する個別的支援，さらに就労支援など，徐々にではあるが，発達障害を有する子どもから成人を対象とする地

域支援の整備がすすんでいる．

PDD の人々の臨床的ニーズはライフステージに応じて変わっていく．多くの場合，対人的障害や反復儀式的行動など自閉症状が最も顕著にみられるのは幼児期で，その後はさまざまな周辺症状（不安や衝動性など；ここでは因果関係は不明なので二次障害と呼ばずに周辺症状と定義した）が増減し，中核症状を修飾する．また最近，注目されている高機能者の場合，これとは逆に，幼児期は言語や知能発達が良いために中核症状はマスクされるが，年齢とともに属する社会集団が要求する社会的能力が高度になるため，青年期以降のライフステージにおいて初めて中核症状が顕在化する．1 歳前後から早期症状が現われ，その後の経過が長い PDD では長期経過に個人差が大きいことがよく知られている．児童や成人患者を PDD と診断したのち，その時点で臨床的ニーズの高い症状の軽減をはかるのと同時に，長期予後を念頭に置いて臨床像の全体をモニターし，柔軟に対応することが重要である．医療，保健，教育，福祉の専門家にとって，また本人や家族にとって，どのライフステージにあっても長期的な目標を共有してなされる治療的介入はより意味が大きいものである．

本稿では，私たちの最近行った研究結果をもとに，PDD 成人の長期予後と早期支援との関連，幼児期の早期支援の有用性，そして学童期の臨床的ニーズの実態について紹介する．PDD 者の QOL が長期的に向上するために，発達障害の中核症状だけに焦点を絞るのではなく，彼らの幅広い精神医学的ニーズを把握して，時期を逸しないように早期に介入することの重要性について論じる．

Ⅰ．PDD 成人の長期予後

PDD の人々の長期予後について，多くの先行研究ではアウトカム指標に就労，独居，友人・異性関係などを用い，poor-fair-good という総合的な分類をするのが一般的となっている．そして，予後の予測因子として幼児期の言語・知的発達が繰り返し指摘されてきた．これはアウトカム指標自体が知的能力に依存するためと考えられる[11]．実際，知的障害が日常生活に及ぼすインパクトの大きさを考えると，これらの指標は確かに PDD 成人の長期予後のある側面を反映しているのであろうが，知的障害のない PDD 成人の長期予後は必ずしもこれらの指標がその実態を正確に反映するとは限らず，多様である．そこで，私たちは，特に主観的な側面を反映すると考えられるアウトカム指標として，社会参加（「職場や学校などの家庭外で，どの程度うまく参加して暮らしている，と思いますか」）と QOL（心理的および社会的領域）について質問紙を用いて調べ，それに関連する環境要因を検討した．対象は，PDD 者へサービスを提供している全国の施設（38 発達障害者支援センター，21 精神保健福祉センター，全国自閉症者施設協議会の 16 会員施設）の協力を得て，調査期間中に利用した，PDD と診断された 1,519 人に回答を依頼した．解析は，本人，養育者および担当施設職員から有効回答の得られたデータ（407 人，うち高機能者 154 人）を対象とした．QOL については本人回答のみ解析することとし，高機能者のみを対象とした．主な結果は，次の 3 点である[8,9]．

第 1 に，PDD 成人の社会参加と QOL は，いずれも従来のアウトカム指標（現在の機能水準，就労，居住，婚姻など）から独立した主観的な側面を反映すると考えられた．

第 2 に，PDD 成人の社会参加と QOL に関連する環境要因は支援に関するものであった；良好な社会参加には早期から現在まで継続して支援があったこと，母親のサポートが「現在，助けになっている」ことが関連していた．良好な QOL には，3 歳までに診断されたこと，母親のサポートが「現在，助けになっている」ことが関連していた．

第 3 に，合併精神障害があること，女性であることは QOL が低いことに関連した．

今回の調査の意義は，PDD の中核症状の改善への道のりは長く，時として現在の治療法では容易ではないけれども，QOL は，幼児期からの支援を途切れることなく継続することで高められてい

く可能性が示唆されたことであろう．PDD 児を養育する家族に対しては，支援を根気よく続けることによって，症状の改善だけでなく，あるいはたとえ改善が満足ゆかなかったとしても，QOL を高めることができることを伝えれば，エンパワーすることができるかもしれない[1]．

Ⅱ．PDD への早期支援の短期的および中期的な有用性

日本の多くの地域では，これまで言語・知的発達に遅れのある自閉症児が知的障害児と一緒に保健サービスや療育センターで集団療育を受けるのが一般的であった[2]．物理的制約のなかで，自閉症特性を考慮した環境の視覚的構造化や個別療育を取り入れて，高機能自閉症児にも療育を提供している地域もあるが，概して，自閉症療育プログラムの実施時間数は少なく，用いる方法は折衷的で障害特異的ではない手法を用いている[4]．欧米で一般的な療育と比べると，日本の地域サービスは量，質ともに乏しく，改善が必要であるのは明らかである．とはいえ，現在，社会資源の制約が大きいなかで，現行の療育プログラムの良い点と不足な点を明らかにし，児や家族に負担が少なく実行可能でかつ効果が実証された支援法をどこの地域でも提供できるようにする必要がある．この目的のために，私たちは自治体の乳幼児健診において 1 歳 6 ヵ月から 2 歳までに自閉症の早期兆候を手がかりに発見され，3 歳までに PDD 診断を受けた連続ケース 34 人を対象に，2 歳から 3 歳までの行動の変化を前向きに調べた．34 人の子どもたちは，バイアスの少ない代表的な群と考えられ，地域の通常の療育プログラムを 2 歳前後から受け，その保護者には継続的なサポートや，必要に応じてさまざまな支援が提供された[6]．その結果，全般的な発達水準には有意な変化はみられなかったが，自閉症診断面接（the Autism Diagnostic Interview-Revised：ADI-R），自閉症診断観察検査（the Autism Diagnostic Observation Schedule：ADOS）などで評価した対人コミュニケーション領域および反復への興味や感覚異常の得点が有意に減少していたことがわかった[4]．本研究は，倫理的理由からコントロール群を設けない観察研究であったため，以上の結果が療育効果を意味するのか，自然の発達経過なのか，区別することは困難である．この解釈は保留するとしても，この年齢帯で幼児と家族の生活に支障となっていた複数の自閉症状が改善し，社会的発達がみられたという事実は，家族や療育にかかわる人々をエンパワーするものと思われる．このデータは，現在，進行中の治療研究のベースラインとして，また，さまざまな治療法を検討する後続研究者にも利用可能な基礎データになりうると考えられる．

北米で盛んに行われ，実証的な効果研究も精力的になされている応用行動分析（applied behavior analysis：ABA）（行動療法をベースとしており，米国学術研究会議では早期から週 25 時間以上を推奨している）は日本では子どもにかかわる医療関係者にはあまり浸透していない．日本での実施形態はさまざまであるが，6 ヵ月以上，週 7 時間以上という，比較的時間数の少ない個別 ABA 療育を受けた自閉症児 60 人（平均年齢 30.7 ヵ月）の 1〜2 年後の変化を，日本で開発された自閉症評定尺度の PARS（Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale：パーズ）[5]を用いて評価し，個別 ABA を受けなかった自閉症児 18 人（平均年齢 30.6 ヵ月）（外来診療を継続しており，家庭での対応のガイダンスを受けている）と比較した研究が報告されている[2]．その結果，ABA 群は，非 ABA 群と比べて有意な PARS 得点の減少がみられ，著効を示したケースは 2 割もいた．一方，非 ABA 群でも半数弱に若干の得点の軽減が認められた．ABA をめぐって感情的議論があり，児や家族の負担が大きい訓練色の強い療育法だという誤解から敬遠されがちであるが，この報告のように時間数の限られた現実的な療育形態の ABA プログラムはわが国での実施可能性が高い．多様な PDD 児すべてに有効な治療法が唯一つ存在するということは考えにくく，臨床的ニーズに合わせてケースごとに適した治療法が選べるように，それぞれの治療法の効果

や適用などエビデンスの確立は早急に行われなくてはならない．

次に，早期支援が学童期の PDD 児に及ぼす中期的影響についても，予備的知見[14]に基づいて言及しておきたい．児童期以降，PDD は高率に合併精神障害を伴い[3,13]，その存在は QOL を下げるリスクとなる[8]．PDD 児にみられる合併障害の種類はケースによってさまざまであるため，幼児期に後に発症するかもしれない合併精神障害が予測できれば，予防的な介入が可能となるであろう．こうした仮説のもとに，私たちは保護者回答質問紙を用いて小中学生 24,373 人の精神症状と幼児期の「気質」[12]と呼ばれる行動特性を調べ，学童期の精神症状を予測可能な気質因子を検討した．一般児童についてこれまで報告されてきた両者の関連パターンと同様，PDD が強く疑われる児童においても，幼児期にネガティブな感情表出と学童期の情緒の問題が，また幼児期の制御能力と学童期の行為，多動・不注意の問題とが，密接に関連していることが示された[14]．注目すべきは，自閉症的特性はどの気質因子よりも後の情緒や行動の問題と強く関連していた点である．このことから，幼児期からかかわる臨床家は，自閉症状に加えて気質など周辺症状も把握しておくと，PDD 児の後の精神医学的リスクの全体像を想定したより個別的な対応ができ，合併精神障害の予防につながる可能性が示唆される．

Ⅲ．児童期から成人期へ

学童期の PDD 児の合併精神障害については，約 70％に 1 つ以上の DSM 診断に該当する精神障害を合併するという疫学研究報告がある[7,13]．また児童の自閉症的特性の程度以上に，合併精神障害が社会的機能に影響する可能性を示唆する知見がある．地域の PDD および PDD 閾下の小学生 22 人を対象にその社会的機能（Children’s Global Assessment Scale：CGAS）が自閉的特性の程度および合併精神障害の数と関連するかどうかを調べたところ，CGAS（67.5±15.8）は合併精神障害の数（0〜4）と有意に関連した一方で，自閉的特性の程度との関連は認められなかった．すなわち，PDD 児の社会機能の向上をはかるには，中核症状だけでなく，合併精神障害と関連する周辺症状も治療ターゲットに含め，総合的なメンタルヘルスの改善を検討する必要があることが示された．前述したように，この周辺症状は幼児期の気質特徴からある程度予測可能であった．米国の大規模研究からも，成人期の不安や気分の障害など一般的な精神障害の約半数が児童期に何らかの精神症状を初発していたこと[9]，児童期の恐怖症状は後の精神障害全般を強く予測することなどが報告されている[10]．前述のように，合併精神障害の存在は QOL や社会的機能に与えるインパクトが大きいことを考慮すると，PDD の精神科治療の大きな柱として，合併精神障害の治療は非常に重要で，もっと検討される必要がある．

Ⅳ．結　　論

第 1 に，PDD 成人の QOL は，従来のアウトカム指標で捉えられない主観的側面を反映し，今後の臨床や研究での評価に含めて検討する必要がある．また QOL は，早期診断や家族のサポートなどの支援によって向上する可能性があり，合併精神障害があると低下するリスクがある．

第 2 に，幼児期の PDD 治療の中心となる療育の有効性についての日本での実証的データは不足しているが，日本で実行可能な療育による短期的効果のエビデンスが少しずつ報告されるようになってきた．自閉症状 / 特性と学童期の情緒面や行動面のメンタルヘルスは強く関連し，加えて幼児期の気質特徴が学童期の精神医学的ニーズを一定程度予測することが示された．

第 3 に，学童期の PDD にはそれ以外の精神障害が高率に併存し，その存在が子どもの社会的機能に与えるインパクトは自閉症状以上である．児童期の精神症状が成人期の精神症状を予測するパターンについても最近の疫学研究から少しずつ明らかにされつつあり，児童期の治療介入のターゲットは包括的な精神医学的評価に基づく必要が示された．

おわりに

幼児期から成人期までどのライフステージにあっても，PDD 者が満足ゆく社会生活を送るために，精神医療が果たせる役割はもっと大きいであろう．地域での発達障害支援は多職種チームで連携してなされるのが理想であり，精神医療はその枠組みのなかで長期的視点に立った支援にとって欠かせない役割を担っており，必要に応じて迅速に精神医学的介入ができるような地域ネットワークの整備，地域医療をリードできる人材育成，そしてそのための科学的エビデンスが必要である．

文　献

1）Bastiaansen, D., Koot, H. M., Ferdinand, R. F.：Psychopathology in children：improvement of quality of life without psychiatric symptom reduction? Eur Child & Adolesc Psychiatry, 14（7）；364-370, 2005

2）平岩幹男：幼児期の自閉症を抱えた児に対するABA療育とPARSによる評価．小児科診療，75；159-166, 2012

3）Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., et al.：Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry, 9；35, 2009

4）稲田尚子，神尾陽子：自閉症スペクトラム幼児に対する早期支援の有効性に対する客観的評価：成果と考察．乳幼児医学・心理学研究，特集「自閉症スペクトラム障害の早期療育への前方視的研究」，20；73-81，2011

5）Ito, H., Tani, I., Yukihiro, R., et al.：Validation of an Interview-Based Rating Scale Developed in Japan for Pervasive Developmental Disorders. Research in Autism Spectrum Disorders.（in press）

6）神尾陽子：いま発達障害をどうとらえるか．地域保健，41（9）；24-31，2010

7）神尾陽子，井口英子，森脇愛子ほか：一般児童における発達障害の有病率と関連要因に関する研究①．平成22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）「1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者：神尾陽子）」総括・分担研究報告書，p. 17-21，2011

8）Kamio, Y., Inada, N., Koyama, T.：A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. Autism, first published on March 7, 2012 as doi：10.1177/1362361312436848

9）Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al.：Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 62；593-602, 2005

10）Kessler, R. C., Avenevoli, S., McLaughlin, K. A., et al.：Lifetime co-morbidity of DSM-IV disorders in the US National Comorbidity Survey Replicatioin Adolescent Supplement（NCS-A）. Psychol Med, 42；1997-2010, 2012

11）小山智典，稲田尚子，神尾陽子：ライフステージを通じた支援の重要性：長期予後に関する全国調査をもとに．特集―発達障害者支援のこれから―自閉症とアスペルガー症候群を中心に―．精神科治療学，24；1197-1202，2009

12）Rothbart, M. K.：Measurement of temperament in infancy. Child Development, 52；569-578, 1981

13）Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., et al.：Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders：prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47；921-929, 2008

14）武井麗子，森脇愛子，神尾陽子：自閉症スペクトラム障害の長期予後と気質との関連に関する研究．平成22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）「1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者：神尾陽子）」総括・分担研究報告書，p. 83-91，2011

Therapeutic Intervention and Prevention Throughout Life to Individuals with Pervasive Developmental Disorders：Findings from the Community-based Studies

Yoko KAMIO, Naoko INADA, Aiko MORIWAKI, Eiko INOKUCHI, Tomonori KOYAMA, Reiko TAKEI, Miho KURODA, Takayuki NAKAHACHI, Hidetoshi TAKAHASHI

Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Social impairment, a core symptom of pervasive developmental disorders（PDD）, can improve over the course of development from childhood to adulthood in some cases, although difficulties in social life and greater clinical needs can arise during this period at the same time. The long-term outcome is therefore quite diverse. Based on our recent research findings, this article discusses the association between early intervention and long-term outcome in PDD, the effectiveness of early intervention that is feasible in Japan, and the comprehensive psychiatric needs of schoolchildren with PDD. First, our findings suggest that quality of life（QOL）measured for adults with PDD can reflect an independent aspect of their long-term outcome, which cannot be measured by previous outcome indices, and that support-related factors such as early intervention and parental support can improve QOL in adults with PDD, while comorbid psychiatric disorders may reduce it. Second, regarding the effectiveness of early intervention for young children with PDD, a preliminary but positive finding suggests a less intensive version of the Applied Behavior Analysis program which is feasible to use with Japanese children is promising. Third, it was found that PDD in schoolchildren is highly comorbid and that the presence of comorbid psychiatric disorders impacts on the children's social functioning. Given that recent epidemiological studies have found a close association between childhood psychopathology and adulthood psychopathology, clinical intervention for children with PDD needs to be based on comprehensive psychiatric evaluation. Psychiatric medicine should play a larger role for children and adults with PDD, with the aim of improving their QOL. In the context of community-based multidisciplinary support throughout the life course for individuals with developmental disorders including PDD, psychiatrists may well become responsible for long-term intervention, which would require many more social resources and much more scientific evidence for this to occur effectively.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**：pervasive developmental disorder, childhood, long-term outcome, comorbidity, psychiatric needs＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

幼児期から青年期までの ADHD 症状の年齢による変化

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）

本論では，ADHD について概説し，ADHD がもつ症状の柱としての多動性，衝動性，不注意の一般人口にみられる成長変化について示し，改めて臨床像としての ADHD について検討する必要性を指摘した．

臨床場面で遭遇する ADHD と診断される方々のライスステージごとの特徴を，われわれが行った調査の一部をともに示し，一般児童における ADHD 傾向の加齢による変化を検討した．それによると，日本語版の ADHD-RS の数値は一般に DuPaul GJ らのデータと比較して有意な低値を示していることが明らかとなり，人種差や文化的差違による可能性が示唆された．

さらに，学年別で見たところ，おおよそ加齢によって目立つ項目は減少していくが，その時期に期待される正しい行動との逸脱からの評価も無視できないということも明らかで，単純に加齢による症状の個人内変化と判定することの困難さが浮き彫りになった．

今後の課題として，本人による自己評価も参考にしていくべきで，そこには Conners 3 日本語版にある 8〜18 歳の本人用スケールの活用が考えられる．

もう 1 つの課題は，臨床レベルの ADHD 傾向をもつ児童の加齢による変化についての検討がなされていない点にある．今後は臨床レベルの児童の症状推移も検討する必要が求められる．

＜索引用語：注意欠如・多動性障害，加齢，ADHD-RS，コナーズ 3＞

はじめに

DSM-Ⅳ-TR[1]における「通常，幼児期，小児期，または青年期に初めて診断される障害」に分類される ADHD がもつ症状の柱としての多動性，衝動性，不注意は，一般の子どもたちにも日常的に認められるものである．それゆえに，時と場所を選ばず，ある年齢になってから出現するものでもなく，その言動が社会的，学業的，職業的機能に大きな影を落とすほどの「特異的症状」であることを条件としている．

しかし，この特異性が，本シンポジウムで取り上げる児童期から成人期へのさまざまな発達軌跡として議論となる．つまり，ADHD の主症状である，不注意，多動性，衝動性については，どの程度であれば臨床域か否かを巡って，おそらく臨床家のなかでも決して統一できるものではなく，筆者は，ADHD と呼ばれる事態は，極めて多様かつ相互的な関与により成立するもので，bio-psycho-socio-ecological disorder という視点で考えるべきであると考えている[10]．Conrad ら[4]も，社会学的視点から多動児の発見には薬物革命と診療行為における動向，政府の行動といった 3 つの社会的要因があると指摘し，逸脱行動の医療化を検討している．

しかし，臨床場面で個々にこうした症状特性をもち続けている方々と出会うと，時代がどのように移り変わろうと，個として抱える生きづらさの存在そのものが否定されるわけではないことも強く実感する．

本論では，ADHD について概説し，ADHD が

もつ症状の柱としての多動性，衝動性，不注意の一般人口にみられる成長変化について示し，改めて臨床像としての ADHD について検討する必要性を指摘したい．

Ⅰ．ADHD について

1．疫学的特性

ADHD とは，年齢不相応の著しい多動性，衝動性，不注意を主症状とする．症状は 7 歳未満から認められ，2 つ以上の生活場面でその存在を認める．つまりある年齢を過ぎてから急激に目立つものでも，特定の場所に限定して認められるものでもない．さらに社会的，学業的，または職業的機能に躓きが生じている必要があり，広汎性発達障害，統合失調症，またはその他の精神病性障害（例えば，気分障害，不安障害，解離性障害，またはパーソナリティ障害）の除外診断が設けられている．

有病率は学齢期の子どもの 3〜7%，性差は病型により異なるが，2：1 から 9：1 と男児優勢である．成人での性差は限りなく均等になるともいわれる．

実行機能（executive function）と自己制御（self-control）の障害仮説があり[2]，遺伝率は 0.76 ともいわれ，特定の神経伝達物質受容体，特にドーパミントランスポーター（dopamine transporter：DAT）の遺伝子が変異し，ドーパミンが放出されても，ドーパミン受容体に結合する前に再吸収され情報伝達が阻害されることが想定され，現在 *DAT1*，*DBH*，*DRD4*，*DRD5* の候補遺伝子との結びつきが検討されている[6]．そのうえで心理社会的環境要因が器質的要因と相互反応することで，症状が惹起あるいは悪循環化するといわれる．

特に症状変遷で興味深いのは加齢による変遷を調査した Hill JC ら[7]のもので，それによると，9 歳で 4%，20 歳で 0.84%，30 歳で 0.21%，40 歳で 0.05%，50 歳で 0.01% というユニークな結果が示されている．

筆者の臨床経験からの症状変遷は，田中のライフサイクルを視野に入れた ADHD 治療の展開[9]に詳しいが，一部以下に抜粋して示す．

1）妊娠期の特徴

診察場面で妊娠中の様子を母親に尋ねると，胎動が激しかったという話を聞く．こうした胎児の激しい動きは，ひどいつわりを生み，妊娠中の気分を辛くさせるという．

2）乳幼児期の特徴

1 歳半，3 歳児健診の頃である．診察室での聞き取りからは，この健診時期をほとんど問題なく通過している．経験的には，歩き始めが 10 ヵ月〜1 歳と早く，言葉の出始めがやや遅いが 3 歳の健診では逆に「おしゃべり」と判断されやすい．健診は，ひじょうな喧噪のなかで行われ，その場の言動から ADHD を疑うことは困難である．

しかし，日常ではよく泣いて，なだめることが難しい，睡眠障害（眠たくてふらふらになっていてもなかなか眠ろうとしない）がある，食事が習慣化しにくく，偏食傾向が目立つ，ともかくじっとしていないということで，『躾がなっていない子』と見なされやすい．すなわち，育てにくく，目が離せなく，周囲から良い評価を得られにくい時期である．

3）幼稚園・保育園時代の特徴

ADHD の 3 つの主症状が，最も顕著に認められる時期である．ともかくじっとしていない，好奇心旺盛で興味が尽きない，破壊的な遊びを好む，指示に従わない，かんしゃくが強い，トイレなどの発達課題の達成が遅い，寝つきや寝起きがわるい，運動面・言語面の発達がやや遅めで，家族が対応困難を感じ疲弊しているが，周囲から良い評価も得られにくい時期である．

親は，保育士や他の養育者からの頻繁な指摘や注意という周囲からの批判に晒され，孤立無援感を抱きやすくなっているか，わが子の行動を，他の子どもたちと比較して事の重大さに気づき動揺していることが少なくない．

4）学童期の特徴

子どもたちと親が最も辛い経験をし，学校側の対応が厳しく問われる時期となる．

授業中，先生の話に集中できず大きな声をあげ

る，何度も離席する，指名されるまえに質問に答える，些細なことで声を荒げる，衝動的に手が早く出てしまう，課題に最後まで取り組めずに投げ出してしまう，物をなくしやすい，小学4年生頃からは周囲から無視され，直接名指しでからかわれやすく，孤立しやすく，学習に取り組めず投げやりになる，などを認めることが多い．

診断の再検討の必要もある．就学前はADHDと診断され，就学後広汎性発達障害が疑われる事例が少なくない．高学年になってから症状が顕著になるときは，環境変化に留意して養育状況の再確認や，気分障害の出現などに注意する必要がある．加えて子どもたちは，対人関係の躓きや学習不振から徐々に自信を失い，二次的な問題を抱えやすい．

5）思春期の特徴

一般に中学後期から高校生になると，子どもたちは大人への異議申し立てをする．ADHDのある子どもたちも同様に，大人と衝突しやすくなる．しかし，これまで認められ，誉められることが少なく，集団場面から外されるような経験が多いほど規律やルールに反抗的となる．また学習不振から意欲の低下，無気力を示しやすい．この頃一般には，多動性は影を潜め，思春期心性も手伝ってか，衝動性，集中困難が強く認められやすいと思われる．

6）青年期・成人期の特徴

この時期以降は，不注意と衝動性に加え，二次的問題が最大の焦点になる．大学生活や就職先で，躓くことが少なくない．日常生活では仕事が長く続かない，精神的な不調感を訴えやすい，アルコールその他の薬物を濫用しやすい，整理整頓ができない，忘れっぽい，計画自体を失敗しやすい，物をなくしやすい，計画の変更ができない，時間の管理ができない，などがよくみられる．当然，大人社会からの信用を失いやすく，失敗感，達成感のなさから気分障害や不安障害に似た状態を示し，時に精神科外来を訪れる．しかし，成人期に初めて受診した場合，「成人の精神科」では，情報と経験の不足などから診断は容易でなく，別の精神障害が疑われることもある．

おおよそ，以上が臨床場面で遭遇するADHDと診断される方々のライフ・ステージごとの特徴である．

Ⅱ．一般人口における不注意，多動性，衝動性の程度

前述したように，暗黙の前提となっているADHDによる「異常な」行動とADHDでない子どもの「正常な」行動の区別は，非常に困難を極め，現在の検査法ではこのような前提を裏づけることはできない[8]といわれている．

その一方で，ようやくわが国で使用可能なADHD行動評価スケールの日本語版が登場した．それがADHD Rating Scale-Ⅳ（以下ADHD-RS）[5]と，Conners 3[3]の日本語版の2つである．

今回は，そのうち，ADHD-RS日本語版を使用した調査結果を示すことにする．

DuPaul GJらにより開発されたADHD-RSは，ADHDのスクリーニング，診断，治療成績を評価するスケールである．内容は，DSM-Ⅳの診断基準を基に，不注意と多動性・衝動性の領域の18項目を交互に編成し，項目評価を4段階のリッカート・スケールで評定できるように構成されている．開発者のDuPaul GJらは，全米各地の地理的，人種的背景を反映する大規模な標本（n＝2,000）を収集し，探索的因子分析と検証的因子分析を実施し，症状の二面的モデルに即応していることを確認し，さらに再テスト法による信頼性，観察者間一致率，サブスケールの内部一貫性，基準関連妥当性，判別的妥当性などの調査を実施している．日本語版を出版した際にDuPaul GJはその序文に，このスケールの利点として，①診断可能性のある青少年のスクリーニングを容易にした，②ADHDの包括的診断評価のなかで，親，教師からの症状報告をする手段となる，③ADHDの治療効果を明らかにする，という3点を強調した．そのうえで，絶対にADHD-RSのスコアのみでADHDを診断しないことを強調している．

われわれは，まずAD/HD研究会評価スケール

作成委員会（現在：日本 AD/HD 学会評価スケール作成委員会）の委員の協力を得て，全国の保育所，幼稚園，小学校，中学校，高等学校に対して調査を実施した．調査対象からの回収は，2009 年 2 月～2010 年 1 月までに回収された 3,235 例のうち，性別，年齢が未記入，対象外の年齢（3 歳以下，19 歳以上），または ADHD-RS に記載不備がある 50 例を除く 3,185 例，家庭版 2,411 例（男児 1,229，女児 1,182），学校版 774 例（男児 380，女児 394）を回収した．

このデータの内部一貫性を検証するため，再テストの 1 回目のデータを使用してα係数を算出したところ，DuPaul GJ らの同様の検討数値と比較しても，高い信頼性があることが明らかとなった．また Pearson の積率相関係数を算出して同様に DuPaul GJ らのデータと比較したところ，全体に高い信頼性があることも明らかとなった．さらに DuPaul GJ らと同様に 1 因子モデルおよび 2 因子モデルを検証した検証的因子分析も行い，1 因子モデルは高い適合度を示さなかったが，2 因子モデルでは一定程度の適合度を示し，2 因子モデルでは奇数項目は不注意の因子から影響を受け，偶数項目は多動性-衝動性の因子に影響を受けるモデルとしての構成が妥当であることが明らかとなり，DSM-IV-TR の二面的な診断基準と一致していると評価できた．

しかし，DuPaul GJ らと同じく 5 歳から 18 歳までを 4 つの年齢層に分け，その平均値と，80．90．93．98 パーセンタイル値の 4 つのカットオフポイントを抽出して比較したところ，家庭版男女の，不注意，多動性・衝動性，合計スコアの平均値を，DuPaul GJ らのデータと 1 サンプルの t 検定を行い，われわれの全てのデータが低いという有意な差が認められた．さらに学校版男女の，不注意，多動性・衝動性，合計スコアの平均値も，DuPaul GJ らのデータと 1 サンプルの t 検定を行ったところ，われわれの全てのデータが低いという有意な差が認められた．

次に，厚生労働科学研究費補助金（神尾陽子主任研究者）の分担研究，ADHD の評価尺度に関する研究でもほぼ同じ手法，手続きで全国の保育所，幼稚園，小学校，中学校，高等学校に対して ADHD-RS の日本語版〈家庭版，学校版〉を配布して記入後返送を依頼した．対象者は，2009 年 12 月 17 日～2010 年 2 月 10 日まで，小中学校，2,183 クラスの教師から回収した 8,125 名（男児 4,083，女児 4,042，回答率 78.8%），生徒の保護者からの回収者，25,403 名（男児 12,947，女児 12,456，回答率 29.4%）である．今回の学校版と家庭版の数値も，DuPaul GJ らの大規模調査と比較して，すべて低値であり，1 サンプルの t 検定を行ったところ，われわれのデータの全項目で有意に低いという差が認められた．

すなわち，日本語版の ADHD-RS が信頼性の高いスケールであることが明らかとなりながら，その一方で DuPaul GJ らが提示した数値と大きな開きがあることも明らかとなり，日米でのデータに差異があることが明らかになった．これは，DuPaul GJ らがすでに述べている人種差や文化的差違による可能性が高いことも予測できた．

われわれは，この 2 つのデータをもとに，わが国の標準値を解析し公表する準備に入っている．

ここでは，この 2 つのデータを統合して 80%値から 98%値を示し，さらに就学前から高校性までの年次推移について検討する．

表 1 は日本語版の ADHD-RS 家庭版の数値である．これからも加齢により，各項目の%値が低下していくことがわかる．図 1 は，それをさらに学年別にして 90%値を比較したものである．

それによると，①不注意は男女ともに小学校前半は平坦で中学進学後にいったん値が高くなり，経過中に下がるが，男児では高校入学後に再度高値を示す．②多動性-衝動性は男女ともに加齢とともに低下していく．という 2 つの傾向がわかる．つまり家庭では，加齢とともに ADHD 傾向への評価は一般に弱まるが，中学になって注意力がやや課題視される傾向にあるようだ．ここには，中学生に対する周囲の期待感が反映しているように思われる．

表 2 は日本語版の ADHD-RS 学校版の数値であ

表1　日本語版の ADHD-RS　家庭版

年齢層	n	不注意					多動性・衝動性					合計スコア				
		mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値
小学校低学年 5〜7 歳	2,356	5.22 (4.93)	9.0	12.0	14.0	19.0	3.21 (3.92)	5.0	8.0	10.0	15.0	8.43 (8.39)	14.0	19.0	23.0	34.0
小学校高学年 8〜10 歳	5,098	4.82 (4.89)	8.0	11.0	13.0	19.0	2.52 (3.51)	4.0	7.0	8.0	14.0	7.34 (7.91)	12.0	18.0	21.0	30.0
中学校 11〜13 歳	4,445	3.99 (4.81)	7.0	10.0	12.0	19.0	1.58 (2.85)	3.0	5.0	6.0	11.0	5.58 (7.15)	10.0	15.0	18.0	27.1
高校 14〜18 歳	2,157	3.54 (4.69)	6.0	10.0	11.0	18.8	1.11 (2.43)	2.0	3.0	4.0	9.0	4.65 (6.63)	8.0	13.0	15.0	26.0

年齢層	n	不注意					多動性・衝動性					合計スコア				
		mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値
小学校低学年 5〜7 歳	2,135	3.76 (4.19)	7.0	9.0	11.0	16.0	2.04 (2.87)	3.0	5.0	7.0	10.3	5.81 (6.60)	9.4	14.0	16.0	24.0
小学校高学年 8〜10 歳	4,967	3.19 (3.92)	6.0	8.0	10.0	15.0	1.39 (2.35)	2.0	4.0	5.0	9.0	4.57 (5.86)	8.0	12.0	14.0	23.0
中学校 11〜13 歳	4,277	2.59 (3.78)	5.0	7.0	9.0	15.0	0.92 (1.99)	1.0	3.0	3.0	7.0	3.51 (5.36)	6.0	10.0	12.0	21.0
高校 14〜18 歳	2,137	2.51 (3.66)	4.4	7.0	9.0	14.0	0.72 (1.74)	1.0	2.0	3.0	6.0	3.23 (4.98)	5.0	9.0	11.0	20.0

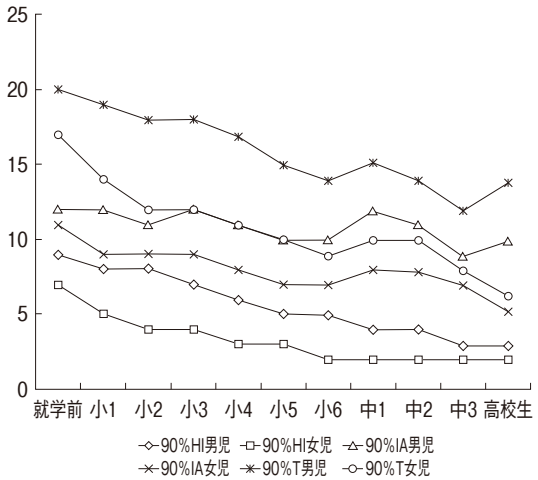


図1　日本語版の ADHD-RS　家庭版
90%値　男女学年別
（HI：多動-衝動性，IA：不注意，T：合計スコア）

る．これも表1同様に，年齢が上がるにしたがって，数値が低下していく傾向が読み取れる．図2は，図1同様に，学年別にして評価したもので，図1同様に 90%値を比較している．

学校版の 90%値の年齢別からわかることは，①不注意は男児で小学1年で上昇し2年をピークに緩やかに下がりはじめ6年で再度上昇し以後低下していくが，中学3年で再度上昇して高校で下がる．②一方，女児の不注意は就学後に下がるがやはり2年生で上昇し以後緩やかに下がるということで，ここで男女に共通しているのは小学2年生でいずれも高い値を示すということである．また③多動性-衝動性は加齢とともに基本的に下がるが，④男児では小学6年生で女児では小学2年生で若干高値を示している．つまり学校版も加齢とともに，ADHD 傾向が弱まる様子が明らかであるが，男児では不注意が就学後に一時高値を示し，以後低下し中3で高値となり，多動性-衝動性

表2　日本語版の ADHD-RS　学校版

年齢層	n	不注意					多動性・衝動性					合計スコア				
		mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値
小学校低学年 5〜7 歳	679	4.15 (5.59)	8.0	12.0	15.0	22.0	3.12 (4.83)	6.0	10.0	12.0	18.0	7.28 (10.00)	13.0	21.0	25.0	38.8
小学校高学年 8〜10 歳	1,644	4.37 (5.71)	8.0	13.0	16.0	21.0	2.81 (4.61)	5.0	9.0	11.0	18.0	7.18 (9.78)	13.0	21.0	26.0	38.0
中学校 11〜13 歳	1,433	3.66 (5.41)	7.0	12.0	14.0	20.0	1.97 (4.01)	3.0	6.0	8.0	17.0	5.63 (8.91)	10.0	18.0	21.1	36.0
高校 14〜18 歳	682	2.32 (4.15)	4.0	8.0	9.0	17.0	1.03 (2.63)	1.0	3.0	4.0	11.3	3.35 (6.32)	6.0	11.0	13.0	26.0

年齢層	n	不注意					多動性・衝動性					合計スコア				
		mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値	mean (S. D.)	80%値	90%値	93%値	98%値
小学校低学年 5〜7 歳	692	1.92 (3.79)	3.0	6.0	8.0	16.1	0.94 (2.45)	1.0	3.0	4.0	10.1	2.86 (5.97)	4.0	8.0	11.0	24.4
小学校高学年 8〜10 歳	1,625	1.62 (3.33)	2.0	5.0	7.0	13.0	0.68 (2.12)	1.0	2.0	3.0	8.0	2.30 (5.01)	3.0	7.0	10.0	20.0
中学校 11〜13 歳	1,414	1.19 (3.01)	1.0	4.0	5.0	12.0	0.42 (1.72)	0.0	1.0	2.0	4.0	1.61 (4.40)	2.0	4.0	6.0	15.0
高校 14〜18 歳	678	1.26 (2.96)	2.0	4.0	5.0	11.0	0.42 (1.52)	0.0	1.0	2.0	4.4	1.68 (4.19)	2.0	5.0	6.0	15.4

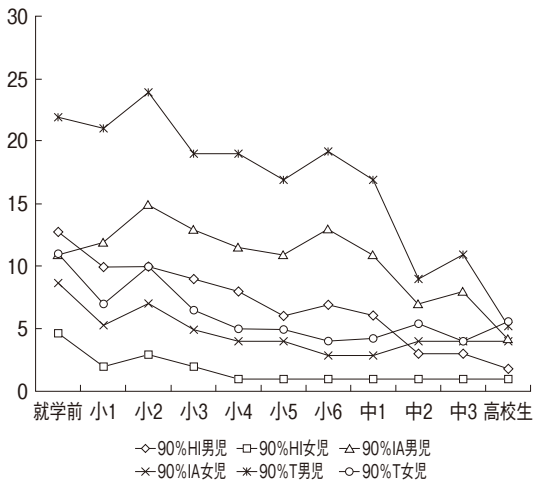


図2　日本語版の ADHD-RS　学校版　90%値　男女学年別
（HI：多動-衝動性，IA：不注意，T：合計スコア）

では，小学6年のときに高値を示す，女児では，不注意と多動性-衝動性ともに小学2年生で高値を示すことがわかった．

同一児童の経時的経過でないため，単純に比較はできないが，入学後の様子からこれも周囲の期待感あるいは，あるべき期待との逸脱という視点での評価とも思われる．つまり，単純に加齢による症状の個人内変化と判定することができない．

そこには，Conrad ら[5]も述べているように，多動児は社会統制からの逸脱という視線での評価から完全に自由になっているわけではない．

つまり，その時期に期待される正しい行動との逸脱からも評価される可能性があるため，加齢による変化を単純に個人内変化と考えることは控えるべきであろう．

Ⅲ．今後の課題

臨床場面で遭遇する ADHD と診断される方々

のライスステージごとの特徴を示し，われわれが行った調査の一部を示し，一般児童におけるADHD傾向の加齢による変化を示した．それによると，日本語版のADHD-RSの数値は一般にDuPaul GJらのデータと比較して有意な低値を示していることが明らかとなり，人種差や文化的差違による可能性が示唆された．

さらに，学年別で見たところ，おおよそ加齢によって目立つ項目は減少していくが，その時期に期待される正しい行動との逸脱からの評価も無視できないということも明らかで，単純に加齢による症状の個人内変化と判定することの困難さが浮上した．

しかし，臨床場面でこうした症状特性を持ち続けている方々自身の苦悩と出会うわれわれは，単に社会的評価からだけでなく，当事者のなかにある不具合さ，躓きからの痛みに目を向けていく必要があると思われる．その意味では，日本語版のADHD-RSに加えて，本人による自己評価も参考にしていくべきであると思われる．これには，Conners 3日本語版にある8〜18歳の本人用スケールの活用が考えられよう．

Conners 3はADHDの症状を中心に問うMulti-Health System社によって刊行されている評価尺度の1つでADHDおよびADHDと関連性の高い問題（攻撃性，学習の問題，友人／家族関係，実行機能など）を評価，特定するもので，さらにADHDと共存する可能性の高い診断項目である反抗挑戦性障害や素行障害もDSM-IV-TRの症状基準に準拠した方法で評価することができるように構成されている．加えて，ADHDと共存することの多い不安と抑うつを対象としたスクリーニング項目も設けられている．ただ，日本語版のADHD-RSと比べて質問項目が保護者110項目，教師115項目，青少年本人99項目と大きな負担を課すことになる．

もう1つの課題は，臨床レベルのADHD傾向をもつ児童の加齢による変化についての検討がなされていない点にある．今後は臨床レベルの児童の症状推移も検討する必要が求められよう．

謝　辞

本稿に示した調査は，平成20〜21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）「1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（H20-こころ-004）（研究代表者　神尾陽子）」と平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業（精神障害分野））「就学前後の児童における発達障害の有病率とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（H23-精神-一般-005）（研究代表者神尾陽子）」による助成を受けて行われた．

文　献

1）American Psychiatric Association：Diagnostic and statistical manual of mental disorders,(4th ed. text revision). Phychiatiric Amer Pub, Washington, D. C., 2000

2）Barkley, R. A.: Attention-deficit hyperactivity diosorder：A handbook for diagnosis and treatment (3rd) The Guilford Press, New York, 2005

3）Conners, C. K.: Conners 3rd edition manual. Toronto, Ontario, Canada：Multi-Health Systems, 2008（田中康雄監訳，坂本律訳：Conners 3日本語版マニュアル，金子書房，東京，2011）

4）Conrad, P., Schneider, J. W.: Deviance and medicalization；From badness to sickness, Temple University Press, Philadelphia, 1992（進藤雄三監訳，近藤正英，杉田総（訳）：逸脱と医療化　悪から病いへ．ミネルヴァ書房，2003）

5）DuPaul, G. J., Power, T. J., Anastopoulos, A. D., Reid, R., et al：ADHD Rating Scale-IV：Checklists, Norms, and Clinical Interpretation, The Guilford Press, New York, 1998（市川宏伸，田中康雄監修，坂本律訳：診断・対応のためのADHD評価スケール　ADHD-RS(DSM準拠）チェックリスト，標準値とその臨床的解釈．明石書店，東京，2008）

6）Hawi, Z., Segurado, R., Conroy, J., et al：Preferential transmission of paternal alleles at risk genes in attention-deficit/hyperactivity disorder. Am J Hum Genet, 77；958-965, 2005

7）Hill, J. C., Schoener, E. P.: Age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry, 153；1143-1146, 1996

8）Neven, R. S., Anderson, V., Godber, T.: Rethinking ADHD, Allen & Unwin, Australia, 2003（田中康雄監修，森田由美訳：ADHD医学モデルへの挑戦　しなやかな子どもの成長のために．明石書店，東京，2006）

9）田中康雄：ライフサイクルを視野に入れたADHD（注意欠陥多動性障害）治療の展開．臨床精神薬理，8；863-870，2005

10）田中康雄：注意欠如・多動性障害（ADHD）研究の現在．東條吉邦，大六一志，丹野義彦編：発達障害の臨床心理学．東京大学出版会，東京，p.87-109，2010

Is ADHD Symptom Change According to the Age from Infancy to Adolescence?

Yasuo TANAKA

Research & Clinical Center for Child Development, Faculty of Education, Hokkaido University

About the ADHD gave an outline, and exhibited it about a growth alteration to be found in a general population of the ADHD. And we pointed out the need to examine the ADHD as the clinical picture some other time.

At first we showed the character every life stage of the ADHD to meet with in a clinical scene. From the investigation that we conducted next, we showed a change by the aging of the tendency to ADHD in the general child. According to it, it was found that ADHD-RS of the Japanese edition showed the low level that was more significant than the data of DuPaul, G.J. et al. and suggested the likelihood by a racial difference and the cultural difference.

After examining our data by grade distinction, the item which was outstanding by aging decreased, but suggested likelihood evaluated by right behavioral deviation expected for the time. In other words, it may be said that it is difficult to judge to be the change in the symptomatic individual by the aging simply.

We want to point out two points as a future problem. One should refer to the self-assessment, and the inflection of Conners 3 of the Japanese editions is thought about. Another problem is examination about the changes by the aging of the children with a tendency to ADHD of the clinical levels. The need that the manifestation change of the child of the clinical level examines is demanded in future.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：attention deficit hyperactivity disorder（ADHD），aging，ADHD rating scale-Ⅳ，conners 3＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

青年期の社会的ひきこもりと広汎性発達障害

近 藤　直 司（山梨県都留児童相談所）

本稿では，青年期のひきこもり問題と広汎性発達障害との関連，ひきこもりを来している広汎性発達障害ケースの特徴と治療上の留意点，青年期・成人期の広汎性発達障害ケースに対するネットワーク支援，ひきこもりのハイリスクケースに対する予防的早期支援のあり方について論じた．

＜索引用語：精神療法，グループ支援，ネットワーク支援，予防的早期支援＞

はじめに

近年，青年期のひきこもりケースの中に発達障害を背景としたものが少なくないことが明らかになってきている．本稿では，青年期ひきこもりケースの精神医学的背景，ひきこもりを来している広汎性発達障害ケースの特徴と治療上の留意点，青年期・成人期ケースに対するネットワーク支援，ひきこもりを来しやすいハイリスクケースに対する予防的早期支援のあり方について論じる．

Ⅰ．青年期ひきこもりケースの精神医学的背景

2010 年に厚生労働省が公表した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」[3]では，ひきこもりを「様々な要因の結果として社会的参加（義務教育を含む就学，非常勤職を含む就労，家庭外での交遊など）を回避し，原則的には 6 ヵ月以上にわたっておおむね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしていてもよい）を指す現象概念である」と定義している．

ガイドラインの作成にあたって筆者らが担当した共同研究[9]においては，上記の定義を満たすケースのほとんどに何らかの精神医学的診断が付与されることが明らかになっている．本人が来談したケースについて，DSM-Ⅳ-TR の 1 軸，2 軸診断と治療・支援方針までを含めて大まかに分類すると，約 1/3 は統合失調症や気分障害，不安障害などに対する薬物療法が必要であると判断された他，軽度知的障害や広汎性発達障害など，発達の遅れや偏りを踏まえた支援を必要とするものが 1/3，パーソナリティの問題や神経症的な性格傾向を踏まえた心理―社会的支援が中心になるものが 1/3 という結果であった．こうしたさまざまな精神医学的問題に関連して生じている不安感，恐怖感，被害感，抑うつ感を背景として社会的ひきこもりが生じ，そのまま社会参加や生活の変化を回避し続けているケース，過去の挫折的・外傷的な体験に強くとらわれ，そこから抜け出せないような心理状態に陥っているケースなどが多いものと思われる．

また，本人がいずれの医療機関や相談機関も利用していないケースには，著しい頑なさや生活が変化することや新しい状況に直面することへの抵抗感，回避傾向や社会的な機能水準などの点において，さらに深刻なケースが多く含まれていることも明らかになっている．

Ⅱ．ひきこもりを来している広汎性発達障害ケースの特徴

広汎性発達障害をもつ人の場合，他者の意図や会話の理解，状況・文脈の読みの苦手さや極端な言語表出の苦手さのために周囲とのコミュニケーションが成立しにくい，協調運動障害や不器用さのために一定の作業能力を発揮できないといった問題が生じやすい．こうした困難に対して適切な支援が得られない場合には，学校や職場で不適応を繰り返すうちに周囲や他者の反応に過敏になり，被害念慮や社交恐怖の発現につながりやすいように思われる．

また，感覚過敏のために不登校となり，その後も苦痛な刺激への対応策を見出すことができないまま社会的な場面を回避し続けている場合もあるし，周囲の人・物の動き・流れに応じて行動できないこと，道に迷いやすいことなどから外出を嫌う人，初めて体験することや予期せぬ出来事に対する抵抗感が強まり，現在の生活パターンに固執するようになる人，自分が新しい取り組みを控えて緊張していることを自覚できないまま，当日になって起床や外出を頑なに拒んだり，かんしゃくを起こす人もいる．

この他，生来的な過敏さやこだわりの強さに自意識の高まりや自立・分離をめぐる葛藤などの思春期心性が加わることによって，自己臭妄想や醜貌恐怖，母親を対象とした巻き込み型の強迫症状が形成され，それらが介入の困難な家庭内暴力につながることがある．

Ⅲ．治療・支援について

近年，高機能群の発達障害者の中でも精神障害者保健福祉手帳を取得し，障害者自立支援法に基づいた支援機関・制度を活用するケースや障害者雇用制度を活用した就労に取り組もうとするケースが増えているが，ひきこもり状態に陥っているケースはすでに深刻な二次障害が固定化した状態に至っているため，社会参加に取り組み始めるまでに根気強い精神療法的アプローチが必要になることが多い．以下，いくつかの留意点について述べる[6,8]．

1．導入期

新しいことに取り組むことが苦手な人が多いため，治療・支援の導入や他機関への紹介などに際しては細心の配慮が必要である．たとえば，睡眠障害を伴う場合や日課にこだわりが強い場合には面接の時間帯を慎重に設定する必要がある．来談・受診するための交通手段や道順を事前に確認すること，あるいは面接のキャンセルや再予約の手続きを具体的に伝えておくことなども導入期のドロップアウトを防ぐために必要な配慮である．聴覚，視覚，臭覚などの過敏さをもつ人に対しては，面接室の音，壁紙や装飾，塗料の臭いなどにも注意を払う必要がある．

2．面接における留意点

精神療法的アプローチの目標としては，対人関係上の違和感や被害感を軽減させること，現在の生活パターンへの固執を緩め，新しい取り組みへの意欲を育むことなどが中心的な課題になる．

面接における留意点や技法上の工夫としては，具体的で簡潔な言葉遣いなど，クライエントが理解しやすい話し方を工夫すること，取り組みやすい話題や交流様式を積極的に活用することが必要である（たとえば，絵，図，ノート，メールなど，視覚的な素材の活用）．本人が経験した出来事の文脈や周囲の反応の意味を解説する，知能検査などで把握された認知特性を実際の生活場面に置き換えて丁寧に説明するなどの心理教育的なアプローチを通して自己理解を促すことも重要である．言語を介した面接が困難と思われるケースの導入期には，テーブルゲームや軽いスポーツなどのアクティビティを活用した非言語的な面接を工夫する必要がある．

3．メンタライゼーションに焦点を当てたアプローチ

筆者らは，言語的な能力が高いケースや他者の言動を過剰に被害的に解釈する傾向の強いケース

などに対して，援助者自身の考えや感情，あるいはクライエントの思考内容や感情を援助者がどのように推測・想像しているかを積極的に伝えることにより，援助者や自らの“心”がクライエントにとって意識しやすいものになるようにはたらきかけるアプローチ[1]に注目しており，治療経過のある局面でこうしたアプローチを取り入れることによってクライエントが少しずつ自他の分化した感覚を体験できるようになり，信頼できる“他者”との関係を頼りに社会参加に取り組めるようになった精神療法過程を報告している[7]．

また，こうしたアプローチによって，「どうせ…と思われているに決まっている」といったステレオタイプな被害的認知に修正の余地が生じる場合がある．

4．グループ支援

何とか本人が受診・来談に至ったとしても，面接だけでは今後のことを具体的にイメージできず，将来の生活設計や治療目標を立てられない場合があり，こうしたケースに対しては，どこかの時点でグループへの参加を促すことが多い．また，本人が生活場面への適応に悩んでいる場合などは，もっと早い時期から社会技能訓練（SST）を導入することで成果がみられる場合もある．

しかし，広汎性発達障害をもつ人は基本的にグループ活動が苦手であり，SST についても生活・行動範囲の狭さから場面課題を抽出しにくいことに加えて，SST という支援方法が高度な言語能力や，他のメンバーのロールプレイをヒントに，自分にも似たような課題があることに気づけるだけの想像力・応用力を有していることが前提となっていることから，広汎性発達障害をもつメンバーに対してはより細やかな技法上の工夫が必要になる[8,11]．山梨県立精神保健福祉センターでは，ボランティアや就労体験などを中心とするアクティビティ・グループと SST グループを並行させ，社会技能に関する問題への気づきを促進することや，SST で取り上げた課題をアクティビティ・グループで試みてみることなど，2 つのグループを相補的に運営することを試みている[11]．

Ⅳ．青年期・成人期ケースに対するネットワーク支援

上記のような個別面接やグループ支援を経て，高校・大学卒業後の進路や社会参加，就労などが課題になり始めると，さまざまな関係機関を含むネットワーク型支援が必要になってくることが多い．たとえば，高等学校や大学に在籍している時期から発達障害者支援センターへの相談をはじめ，学校生活への適応を支援しながら，障害者職業センターの職業適性検査や職業体験などを通して本人が自らの発達特性について理解すること，実現可能な進路について現実検討を進め，精神障害者保健福祉手帳の取得や障害者雇用枠を活用した就労につなげるといった支援である．

こうしたネットワーク支援の方法論や実践例については，2011 年に厚生労働省が公表した『青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援のガイドライン』[4]を参照していただきたい．

Ⅴ．予防的早期支援について

1．ひきこもり親和性の高い広汎性発達障害

Gillberg[2]は，「アスペルガー症候群の人の 5 人に 2 人は大人になってもひきこもりがちで孤立している」と述べ，自分が周囲と違っているという気づきによって社交恐怖や無力感が高まりやすいこと，特に積極奇異なタイプにおいてひきこもりが生じやすいことを指摘している．

山梨県立発達障害者支援センター（現，山梨県立こころの発達総合支援センター）で相談を受け付けた 15 歳以上の高機能広汎性発達障害ケースを，ひきこもりを来している群（ひきこもり群）12 件とひきこもりを来していない群（非ひきこもり群）22 件とに分けて両群を比較検討した結果[5]からは，ひきこもり群の特徴は以下のようにまとめられる．

まず，非ひきこもり群に比して典型的な自閉症特性が薄いことが特徴である（広汎性発達障害日本自閉症協会尺度 PARS における現在評定と回顧

評定の得点が有意に低い）．しかし，ウェクスラー式知能検査によって把握される認知・発達特性は典型的な広汎性発達障害のパターンを示しており（たとえば，「積木」の高得点と「絵画完成」の低得点など），状況の理解などに困難を抱えているものと推測される．

幼児期の発達歴に相当する回顧評定においては，「なんでもないものをひどくこわがる」「普段通りの状況や手順が急に変わると混乱する」の2項目に該当するケースが多く，特に「なんでもないものをひどくこわがる」は，ひきこもり群において有意に多い項目であったことから，“幼児期からの怖がり”は将来的なひきこもりのリスクとして注目すべき発達特性であることが示唆された．また，この項目に該当したケース本人に「子どもの頃に怖かった出来事や場面」を尋ねたところ，初めて体験する場面や非日常的な行事・イベント，予想外の出来事，言語表出を促される場面を挙げる人が多かった．

周囲への迷惑行為のエピソードや教師などから専門機関への相談を勧められた経験は少なく，これまでに受診歴があったのは12件のうち1件のみであった．特別支援教育や医療・相談機関で継続的な支援を受けたことのあるケースは1件もなかった．性格的にはほとんどのケースが内向的であり，Gillbergが指摘するような，積極奇異なタイプから思春期に至ってひきこもり傾向が目立ってくるパターンと，もともと受身的・内向的な気質の人がそのまま成長するパターンがあるように思われた．また仮説としては，いじめやからかいなどの経験とひきこもりとの強い関連を予測していたが，これらの関連は必ずしも明らかではなかったことから，生来的な気質や発達特性に加えて，適切な環境が整えられていない状況下において，日常的な生活体験や対人関係を通して他者に対する恐怖感や被害感，集団に対する不適応感が固定化していくような発達精神病理学的プロセスが想定された．

上記のような知見を踏まえ，内向的・受身的で，自閉症特性や対人関係上の困難に気づかれにくく，過敏で恐怖・不安感を抱きやすいケースについて，幼児期からの怖がりと家族状況の2点に注目し，予防的な早期支援のあり方について考えてみたい．

2．幼児期からの怖がりへの対応

まず，入園・入学や行事などの新しい体験や非日常的な活動の際には，事前の見学や体験入学の利用，具体的で詳細な情報提供など，見通しをもちやすくするような配慮が求められる．また，苦手な刺激の少ない居場所の確保など，外界への恐れが緩和されるような配慮により，安心して過ごせる時間と環境を保証すること，いじめやからかい，苦手な活動を無理強いされるなどの過酷な経験から守ることも重要である．感覚過敏のために教室にいられない子どもや複数の人たちとの会話に混乱してしまう子ども，周囲の状況や人・物の動きや流れを把握することが困難な子ども，同級生とはどうしても共通の話題がもてない子どもなどにとっては通常学級への適応は予想以上にハードルが高い場合もあり，通常学級に固執し過ぎない姿勢も必要であろう．

この他，徐々に経験の幅を広げていけるようにはたらきかけ，社会的な場面での成功体験を通して自己効力感や社会的アプローチの動機付けが高まるように助けることも意識しておきたいが，あくまでも本人にとって無理のない範囲の活動，達成可能な目標設定であることが前提であろう．

また，自閉症特性や問題行動が目立たないために養育者と学校が共通理解のもとに生活環境を整えることが難しい場合があり，こうしたケースでは担任や特別支援コーディネーター，管理職など，学校側のキーパーソンへのコンサルテーションが必要になることが多い．

3．発達促進的な家族状況

こうしたケースにおける家族支援の方法論としては，たとえば，養育者の心理やメンタルヘルスに配慮しながら，“仲間集団に参加することや恐怖感を伴うような活動を強要することによってさ

らに子どもの回避傾向が強化される”，“養育者が過保護になることで子どもの達成感や自己効力感が高まらず，養育者はさらに保護的になる”といった悪循環を軽減させるような心理教育的アプローチや養育支援の重要性が指摘されている[10]．

また上記のように，こだわりが強く，家庭内暴力や巻き込み型の強迫症状などを示し，介入困難のまま深刻な社会的ひきこもりが青年期・成人期にまで長期化するケースがある．こうしたケースの治療経験から感じることは，父親を含む“両親と子ども”という三者関係と，“両親システムのもとに子どもたちがいる”といったヒエラルキーの重要性である．思春期の子どもが社会適応に困難を感じてひきこもり始めると母親との密着した二者関係に陥りやすく，特に男児の場合にはこうした家族状況が極端な心理的退行を引き起こすことが少なくない．父親が子どもの理想化・同一化の対象になり得る場合には，思春期に至るまでに父親を含めた三者関係化を図っておくこと，母子家庭や父親が単身赴任しているような場合にも，問題が生じ始めた段階で子どもに毅然とした姿勢で対峙できるような父親的な養育機能の重要性に留意しておきたい．

文　献

1）Bateman, A., Fonagy, P.: Psychotherapy for Borderline Personality Disorders：Mentalization-based Treatment. Oxford University Press, New York, 2004.（狩野力八郎，白波瀬丈一郎監訳：メンタライゼーションと境界パーソナリティ障害．岩崎学術出版社，2008）

2）Gillberg, C.: A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press, Cambridge, 2002.（田中康雄監修，森田由美訳：アスペルガー症候群がわかる本．明石書店，東京，2003）

3）厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン．2010（http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.）-img/2r98520000006i7x.pdf

4）厚生労働省：青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン．発達障害情報・支援センターのホームページに掲載（http://www/rehab.go.jp/ddis）

5）近藤直司，小林真理子，宇留賀正二ほか：在宅青年・成人の支援に関する研究―ライフステージからみた青年・成人期 PDD ケースの効果的支援に関する研究―．平成 20 年度厚生労働科学研究（障害保健福祉総合研究事業）「ライフステージに応じた広汎性発達障害者に対する支援のあり方に関する研究」（主任研究者・神尾陽子）

6）近藤直司，小林真理子：ひきこもりと広汎性発達障害．臨床精神医学，37；1565-1569，2008

7）近藤直司，小林真理子，宮沢久江：広汎性発達障害をもつ青年期ひきこもりケースの心理療法について．思春期青年期精神医学，18；130-137，2008

8）近藤直司，小林真理子，富士宮秀紫ほか：青年期における広汎性発達障害のひきこもりについて．精神科治療学，24；1219-1224，2009

9）Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., et al.: General condition of hikikomori（prolonged social withdrawal）in Japan：Psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. Int J Soc Psychiatry（2012, Epub ahed of print）

10）Mills, R. S. L., Rubin, K. H.: Socialization factors in the development of social withdrawal.: Socoal withdrawal, inhibition, and shyness in childhood（ed. by Rubin, K. H., Asendorpf, J. B.）. Lawrence Erlbaum Association, Hillsdale, New Jersey, p.117-148, 1993

11）太田咲子，富士宮秀紫，宮沢久江ほか：ひきこもり―グループ支援の実践を中心に―．精神科臨床サービス，11；252-256，2011

Social Withdrawal in Adolescence in Light of the Pervasive Developmental Disorders

Naoji KONDO

Yamanashi Prefectural Tsuru Child Guidance Center

In this paper, the authors discuss the relationship between social withdrawal in adolescence and the pervasive developmental disorders, the features of pervasive developmental disorders with social withdrawal and points of therapeutic regard, networks of support for adolescent and adult cases, and early intervention for high-risk cases of social withdrawal.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：psycho therapy, group therapy, support network, early intervention＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

青年期にある発達障害者の地域生活移行支援

深津　玲子
（国立障害者リハビリテーションセンター病院臨床研究開発部
同研究所発達障害情報・支援センター）

青年期発達障害者の地域生活移行において，発達障害者支援センター，医療機関，障害者支援施設，地域の支援機関（障害者就業・生活支援センターなど）が連携し，現行制度での障害者福祉サービス事業である生活訓練と就労移行支援を国立障害者リハビリテーションセンター（国リハ）においてモデル的に提供したのでその報告を行った．埼玉県発達障害者支援センターにて，18 歳以上で通常高校卒業，就労を希望するも支援が必要な発達障害者（疑いを含む）を対象として募集した．応募者は男性 13 名，女性 4 名，年齢 18〜38 歳であり，17 名中ひきこもり 9 名，未診断 4 名であった．国リハ病院発達障害診療室で診断および評価を行い，13 名（自閉性障害 4 名，アスペルガー障害 3 名，特定不能の広汎性発達障害 6 名）が国リハ自立支援局において生活訓練・就労移行支援を実施した．帰結は一般就労 6 名，大学進学 1 名，在宅 2 名，中止 1 名，訓練継続中 3 名である．生活訓練・就労移行支援の実施期間は 3〜22 ヵ月，平均 10.2 ヵ月であった．障害者支援施設における生活訓練・就労移行支援は発達障害成人に対する支援の 1 つとして有効であるが，従来の技術習得を前提とした訓練ではなく，生活，就労場面にまたがる多様な体験中心の訓練体系への転換が必要である．また同サービスの対象は併存障害がないか適切な治療を受けているものと考えられる．

＜**索引用語**：発達障害，自閉症スペクトラム，生活訓練，就労移行支援，障害者自立支援法＞

はじめに

現在，青年期・成人期における発達障害者への支援については，障害者福祉，労働，精神科医療などの領域で取り組みが始まっている[2]が，福祉サービスの支援手法については確立したものがない．また社会的ひきこもりの中に，明らかな知的障害のない発達障害者がいることが知られ[4]，発達障害者支援センターなどでは移行支援に苦慮している．

こういった背景をもとに，国立障害者リハビリテーションセンター（国リハ）では病院と障害者支援施設である自立支援局が連携し，平成20年度より発達障害成人に対する地域生活移行のためのモデル事業を開始した．当事業は，障害福祉制度下の発達障害者就労移行支援のための地域モデルを構築し，障害福祉サービス事業である自立（生活）訓練と就労移行支援を行い，同事業の対象者および支援手法について検討することを目的としている．

平成 22 年 12 月 10 日に公布された「障がい者制度改革推進本部等における検討を踏まえて障害保健福祉施策を見直すまでの間において障害者等の地域生活を支援するための関係法律の整備に関する法律」において発達障害が障害者自立支援法の対象として明確に位置づけられ，発達障害成人が同法下の福祉サービスを利用する機会は今後増加すると思われる．今回我々が行った発達障害者支援センターと医療，福祉が連携して，福祉サービスを利用して青年期の発達障害者が障害者雇用による一般就労を基本とする地域生活への移行を支

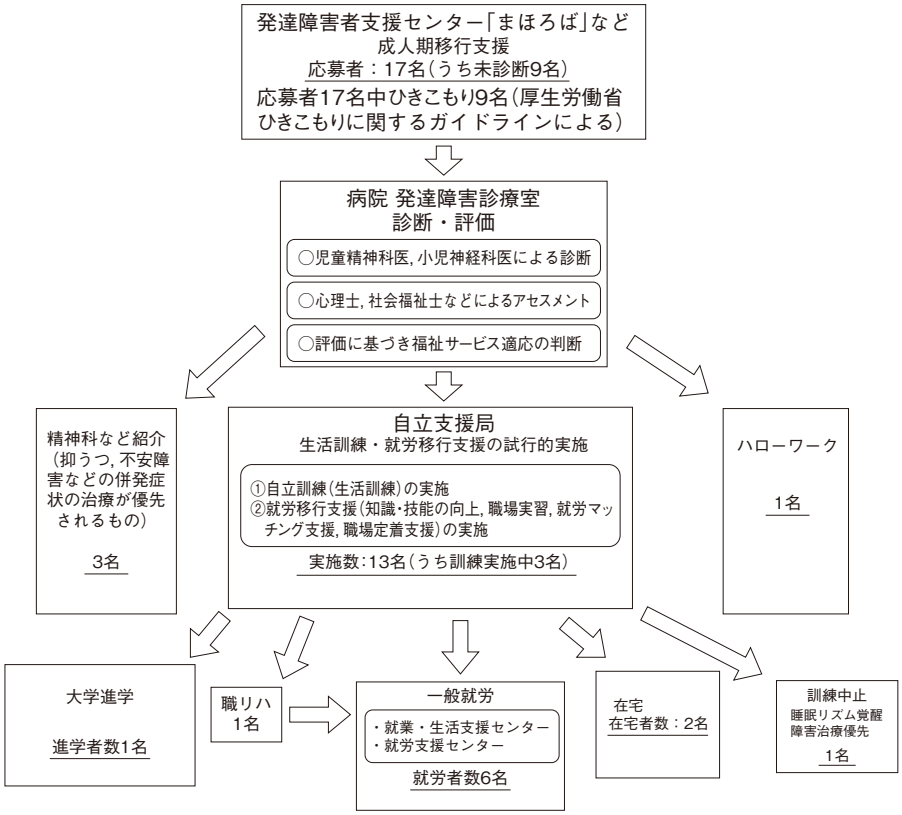


図1　モデル事業応募者とその後の帰結

援するモデル事業について報告する．

Ⅰ．対　　象

埼玉県発達障害者支援センターまほろばに来談した成人で，発達障害が疑われあるいは診断され，高等学校卒業あるいは同等以上の学力を有し，本人・家族が国リハ自立支援局での支援による就労を希望する者を募集し，同リハ病院発達障害診療室において医学的診断および評価を行った．同診療室では診断のみならず，自立支援局における福祉サービス利用の適応か否かを判断した点が特徴である．応募者17名中厚生労働省ひきこもりに関するガイドライン[3]によるひきこもりに相当する症例は9例であった．また未診断は9例であった．発達障害診療室にて全例発達障害と診断され，認知機能，本人・家族の希望などの検討のうえ，13例をモデル事業対象とした．対象外となったのは，うつ状態で精神科治療が優先されると判断した1例，不安障害が強い1例，今回初めて診断を受け最終的に家族が参加を取り下げた1例と，福祉サービスを経ず，直接ハローワークなど雇用支援機関からの就労が可能と判断した1例である（図1）．この1例については発達障害診療室が居住市役所と連携し，療育手帳取得をすすめ，取得後特例子会社に就労した．モデル事業に参加した13例のプロフィールを表1に示す．

Ⅱ．生活訓練および就労移行支援

国リハ自立支援局においてアセスメントに基づき個別支援計画を作成し，生活訓練および就労移行支援を行った．

1．アセスメント

日常生活活動評価表（国リハ作成）[6]，就職レ

表 1-1　モデル事業対象者

ID	PARS 幼児期回顧得点	PARS 思春期・成人期	AQ-J	SRS-A	VIQ	PIQ	FIQ
R1	12	31	35	109	98	103	100
R2	54	37	32	121	94	**67**	79
R3	12	24	38	77	77	**62**	**67**
R4	8	33	27	114	109	80	98
R5	**6**	**19**	31	120	70	**54**	**60**
R6	14	21	36	**56**	88	70	78
R7	37	37	30	111	89	83	85
R8	27	22	32	**56**	**66**	72	**67**
R9	29	26	32	82	86	**68**	75
R10	26	**14**	41	128	127	122	127
R11	13	**11**	32	**47**	96	79	87
R12	18	**8**	33	77	88	95	90
R13	29	23	27	96	103	87	96
C/O	9	20	26	65	—	—	—

表 1-2　モデル事業対象者

ID	性別・年代	診断名	併存障害	通院歴	最終学歴	就労経験
R1	男性・30 代	アスペルガー障害	不安障害・ 強迫性障害	小児神経科 経過観察中	高卒	あり
R2	男性・20 代	自閉性障害	不安障害	小児神経科 経過観察中	中卒	なし
R3	男性・20 代	特定不能広汎性発達障害	なし	なし	短大中退	なし
R4	女性・10 代	特定不能広汎性発達障害	なし	うつ治療歴	高校中退	なし
R5	男性・20 代	特定不能広汎性発達障害	不安障害	精神科通院中	大学在学中	なし
R6	男性・20 代	アスペルガー障害	なし	うつ症状治療歴	専門学校卒	あり
R7	男性・20 代	アスペルガー障害	なし	なし	専門学校卒	あり
R8	男性・20 代	特定不能広汎性発達障害	睡眠障害	小児神経科 経過観察中	高校中退	あり
R9	女性・10 代	特定不能広汎性発達障害	適応障害	小児神経科 経過観察中	専門学校中退	なし
R10	男性・20 代	自閉性障害	なし	精神科通院歴	大学中退	あり
R11	男性・20 代	特定不能広汎性発達障害	なし	なし	大卒	なし
R12	男性・20 代	自閉性障害	なし	なし	大卒	あり
R13	男性・20 代	自閉性障害	なし	なし	短大卒	なし

ディネス・チェックリスト障害者用（独立行政法人高齢・障害者支援機構）[5]，就労移行支援のためのチェックリスト（厚生労働省）[1]を用いた．作業評価は，自立支援局にて通常他の利用者（肢体不自由，視覚障害，聴覚障害，高次脳機能障害）に対して用いている作業課題および求人票から作業系の業務内容などを参考に新たにチェックリストを作成し，課題把握と対応方法の検討に用いた．

2．アセスメント結果と支援課題

1）生活リズム

支援開始時のアセスメントで昼夜逆転など生活リズムの明らかな課題がみられた者が5名，睡眠時間の不足などによる作業効率などの低下が推測された者が2名，以前に生活リズムの乱れがあったと報告されている者2名を含めると，13名中9名が何らかの生活リズムの課題を抱えていた．それらの中には，ネット依存やゲーム依存が認められる者が3名含まれており，全身運動の機会が少ない中で昼夜問わずネットやゲームに時間を費やすなど，生活リズムが崩れる要因となっていた．一方生活リズムが安定している者は，支援開始直前まで学校などに在籍し定期的に登校していたほか，家族が本人の日課や役割を決めて遂行させるなど積極的な関与が認められた．

2）健康管理・身辺管理

体調や疲労に配慮しながら行動するなど，結果を予測して自己管理することは共通して困難であった．また，身体バランスの悪さや力を加減するなどの身体調整力の低さなども，共通してみられる課題であり，就労の場面では腰痛などの二次障害を引き起こす可能性が懸念された．また，食事量の調整や咀嚼，呑み込みについても課題がみられ，その結果体調を崩す事例がみられた．尿意や便意によってトイレに行くタイミングがつかめないことや，未知の環境におけるトイレ使用など一部の身辺管理については，成人に至るまで課題が見落とされたままになってきた可能性があることが示唆された．

3）コミュニケーション

全体に共通してコミュニケーション行動に関して何らかの課題が認められるが，場面によって言葉の使い分けができない，主客逆転した表現，お世辞や含みのある表現を理解する困難さ，抑揚の乏しい口調など，指示理解や表出に関しての特性や課題は事例ごとに異なり，個別的であった．一見した言語能力と実際のコミュニケーション能力との乖離が大きいことが，周囲の誤解を受けやすい原因となっていた．また，集団場面でのコミュニケーションにおいては，誰が誰に対して話しているのか理解ができないために，自分に向けられた指示かどうかの判断がつかずに混乱する様子がみられるなど，それぞれの障害特性に合わせたマンツーマンでの情報保障が必要であった．

4）パニック，こだわり

感覚過敏やパニック，こだわりなどに関する特性は個別的であった．感覚過敏は，視覚，聴覚，触覚にみられた．パニックについても，要因や現れ方など個別性はあるものの，突発的で不測の事態において認められることが多かった．

5）日常生活活動・社会生活活動

言葉上は一部の分野について豊富な知識を有している場合であっても，「知っていること」と「やれること」が一致しないことが多くみられた．その背景には，自ら実行する体験が乏しいこと，体験をしても体験を意味づけるために支援が必要であることが影響していると考えられた．特に，日常生活上のマナーや所属する集団における暗黙のルール，社会的ルールなどの理解については，それまでの成育環境や積み上げられた体験内容に大きな個人差があることから，個別性を踏まえた支援が重要であることが示唆された．この点は，集団でのSSTが主流となる学童期の支援との大きな相違点であると考えられた．

6）作業能力

職歴の有無にかかわらず，日常生活上の多様な体験の不足が作業能力向上の大きな支障となっていた．初めて体験する課題では，作業速度，作業量などに関して極めて低い結果を示すが，一度体

験すると向上していく傾向がみられた．獲得した作業能力の般化は限定的であった．

7）就労移行支援のためのチェックリスト[1)]

要支援項目は，事例によってまちまちであったが，共通している項目としては，「自分の障害や症状を理解していない」「就労能力がわかっていない」「他人と協調できない」などが挙げられ，障害認識と他者との協調性についての課題が挙げられた．

8）家族

多くの事例で，家族自身も本人の言動にとまどい，家族としてどのように対応していくべきかわからず苦慮している様子がうかがわれた．一方で，支援者側が捉えている支援課題と家族の支援ニーズが合致しないこともあり，支援者として家族との課題の共有化が困難な事例もあった．これは今回の対象が10代になってから確定診断を受けており，障害理解はもとより社会生活，職業生活上利用可能な制度などの情報提供などの支援を受けないままモデル事業の参加に至ったという事情が影響していると考えられる．

3．個別支援計画書の作成

アセスメント結果に基づいて，障害特性の把握と課題整理を行い，個別支援計画を作成し，本人と家族に説明を行ったのち同意を得た．障害特性として予期不安が強い傾向にあることやイメージを持ちにくいことなどから，計画の説明書は時系列で支援の流れを理解しやすいように，時間軸を入れてカラー刷りにするなどの図式化を試みた．また，個別支援計画については，自立支援局の担当者だけでなく，病院発達障害診療室，埼玉県発達障害者支援センター，圏域の障害者就業・生活支援センター，国立職業リハビリテーションセンター，管内のハローワークなども加えた合同カンファレンスを開催し，検討や見直しを行った．

4．生活訓練，就労移行支援における支援内容

生活訓練，就労移行支援を通じた支援内容は，「日常生活訓練・生活支援」「職業訓練」「就労支援」「職場実習」「作業療法」「その他」である．生活リズムの確立，コミュニケーション上の課題，日常生活活動や社会生活上の課題などから個別対応の必要性が高い事例については，「生活訓練・生活支援」の時間割合を多くした．また自立支援局既存の「職業訓練」を活用し，オフィスワーク，軽作業，クリーニング，コンピューター技術の習得を行う一方で，既存のメニューとは別に，作業体験の幅を拡げることをねらいとした新たな訓練メニュー（郵便の仕分け・配達，清掃，ファイリングやコピー機の使用などを含む事務補助作業）を発達障害者に特化して新設した．「就労支援」では履歴書の書き方指導，模擬面接，就労マッチングなどを行い，「職場実習」では実際の職場において作業体験を積むことにより，現実的な就労イメージを形成することを図った．「作業療法」では作業場面における身体バランスや身体調整力への働きかけを行った．また「その他」として全身運動や余暇スポーツへの働きかけを目的としてリハビリテーション体育の導入を行った．これらの支援は，個別訓練と発達障害者のみの小グループによる訓練を組み合わせ，毎日の訓練場面で自分とは異なる他者の視点や考え方があることを学習しながら，作業体験を通した自己理解の促進と課題に対する対処法を学習するプログラムを開発した．

自立支援局で支援にかかわったスタッフは生活支援員，自立・機能訓練員，就労支援員，職業指導員，心理支援員，作業療法士，運動療法士である．発達障害の場合，障害特性により他者の相貌認知や役割認識が苦手であるほか，他者への働きかけも苦手であることから，支援者チームのメンバーと役割を見える形で構造化を図る必要があった．通常自立支援局では利用者の障害種別で支援チームを構成することはない．しかし発達障害者にとって混乱の少ない安定した支援体制を整えるうえでは，支援チームスタッフの一極集中配置が必要になってくると考える．また，発達障害者の就労支援においては，従来の支援スタッフに加えて，身体調整力や作業姿勢，巧緻性の改善に向けた訓練を担当するスタッフとしての作業療法士

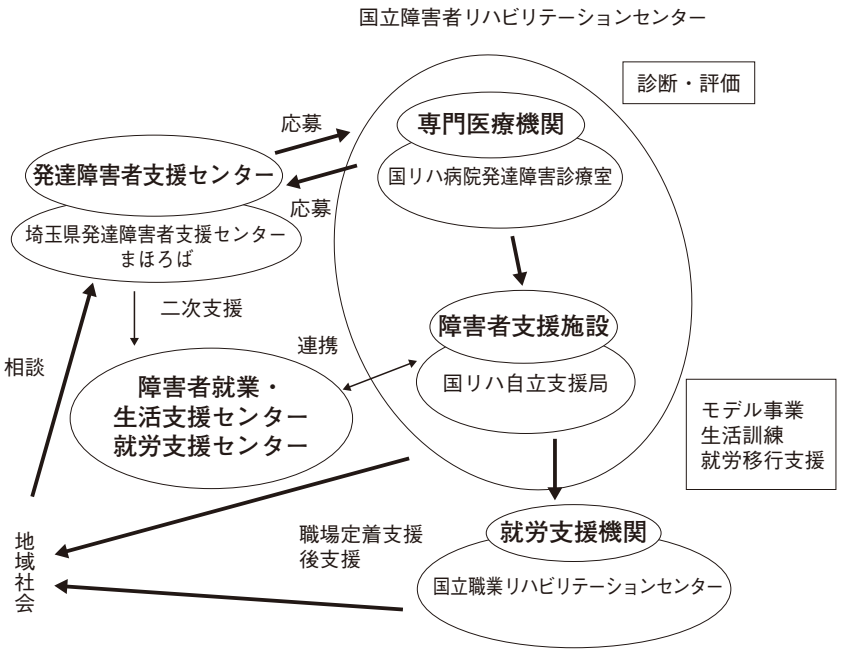


図2　モデル事業で構築した所沢を中心とした地域モデル

と，現れている行動の意味を機能的，文脈的に捉えて支援に活かす手法として応用行動分析にも精通した心理支援員の役割も大きかった．これらの点は今後就労移行支援事業所が発達障害成人を受け入れていく際に考慮すべき点であるかもしれない．

5．支援結果

モデル事業に参加した13名中訓練を終了した10名の帰結に関しては図1の通りである．就職者に対しては，地域の支援機関と連携しながら，職場定着支援を行うとともに，職業生活を支える家族とも連絡をとり情報の共有化を図りながら家族の支援を行った．自立支援局における訓練実施期間は，3ヵ月から22ヵ月までと大きなばらつきがみられ，平均訓練実施期間は，10.2ヵ月であった．ただし訓練終了後も，就労マッチング支援や職場定着支援，地域の支援関係機関との調整など，一部支援は継続されているが，それらの支援期間は算入されていない．

Ⅲ．福祉，医療，労働が連携した地域モデル

当モデル事業では，対象者が社会参加に至る支援を地域で円滑に受けられるように所沢地区を中心に地域モデルを構築した（図2）．地域社会からの窓口を発達障害者支援センターとし，そこで医療機関へ紹介，医療機関では診断，評価後福祉サービスの適応と考えられる対象を就労移行支援事業所などの障害者支援施設へ紹介，ここで生活訓練および就労移行支援を試行的に行うというものである．その後事例によっては雇用支援機関（地域障害者職業訓練センター，障害者職業訓練校，ハローワークなど）へつなぐ．また就労した事例については地域の障害者就業・生活支援センターなどの機関とある一定期間協力して支援を行うことで，当事者にも目に見える形で次の支援者への引き継ぎを行った．

Ⅳ．考　　察

発達障害が障害者自立支援法の対象になることが明確化されたことにより利用が見込まれる主なサービスは表2に示すとおりである．今回モデル

表2　発達障害者の利用が見込まれる自立支援法下の主なサービス

(1) 相談支援事業	
(2) 日中活動系サービス	
①就労移行支援事業	②就労継続支援事業（A［原則雇用有］型，B［雇用無］型）
③自立訓練（生活訓練）	④児童デイサービス
(3) 訪問系サービス	
①行動援護	②移動支援
③短期入所（ショートステイ）	
(4) 居住系サービス	
共同生活援助（グループホーム）	

事業で行った就労移行支援は，就労を希望する65歳未満の障害者で，通常の事業所に雇用されること（一般就労）が可能と見込まれる者を対象に，事業所内や企業における作業や実習，適性に合った職場探し，就職後の職場定着支援を実施する事業である．一方福祉就労として，就労継続支援A型は通常の事業所に雇用されることが困難であり，雇用契約に基づく就労が可能である者を対象に，一般就労に必要な知識などを高めるよう支援し，B型は通常の事業所に雇用されることが困難であり，雇用契約に基づく就労が困難である者を対象に，事業所内において就労の機会や生産活動の機会を提供する．今回モデル事業参加者13名中アルバイトを含む何らかの職歴がある者は5名であり，いずれも特別の配慮のない一般雇用であった．1ヵ月未満から長くても2年程度で離職しており，短期間に就職と離職を繰り返した者も含まれていた．こういった経験や不登校，ひきこもりの経験から，職業生活を安定して送るためには何らかの配慮が必要と考えている家族が多く，障害者雇用の一般就労について理解を得やすかった．10名が手帳取得（精神保健福祉手帳8名，療育手帳2名），2名が精神保健福祉手帳取得予定である．大学進学した1名は手帳取得を急がないとの希望で未取得である．また対象者の併存障害として精神症状を伴う者は5名（うち要薬物治療者1名），過去に精神科治療歴のある者が1名であった．

障害福祉サービスである就労移行支援と生活訓練を組み合わせ，生活と就労場面にまたがる多様な体験中心の訓練体系を用いた個別支援は，発達障害成人の就労支援として有用であった．発達障害者の就労移行支援サービスの適応として就労希望があり，境界域から軽度の知的障害を併存することがあっても，二次障害としての精神障害がないか治療で症状が安定しており，毎日通所する体力などはあるが，就労準備のためある一定期間の個別支援が必要なものと考えられる．これは現在の就労支援に加え，もう1つの選択肢となり得るが，当事者を中心に医療-福祉-労働関係機関が情報を共有し，発達障害者支援センターなどの専門家が支援機関に対し二次支援を行う体制を整備することが重要である．

文　献

1）厚生労働省：就労移行支援のためのチェックリスト．厚生労働省，2006（http://www.mhlw.go.jp/houdou/2006/08/dl/h0823-1a.pdf）

2）近藤直司：青年期・成人期の発達障害者へのネットワーク支援に関するガイドライン（http://www.rehab.go.jp/ddis/発達障害に関する資料/研究紹介/厚生労働科学研究の研究成果/?action＝common_download_main &upload_id＝616）

3）齊藤万比古：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン（http://www.ncgmkohnodai.go.jp/pdf/jidouseishin/22ncgm_hikikomori.pdf）

4）齊藤万比古：思春期のひきこもりをもたらす精神科疾患の実態把握と精神医学的治療・援助システムの構築に関する研究　厚生労働科学研究費補助金こころの健康科

学研究事業　平成 19〜21 年度総合研究報告書．2010
5）松為信雄：障害者用就職レディネス・チェックリストの考え方と作成．リハビリテーション研究，56；15-22，1988
6）渡邊雅浩，小松原正道，河野智子ほか：生活技能訓練のアセスメント：リハビリテーションマニュアル，21；2007 諏訪　基　編）（http://www.rehab.go.jp/who-clbc/japanese/pdf/J21.pdf）

Support for Transition to Community Life for Young Adults with Developmental Disabilities

Reiko FUKATSU

Information and Support Center for the Persons with Developmental Disabilities
National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities

Training for daily living and transition support for employment, which is welfare service business for persons with disabilities under the current system, has been provided at National Rehabilitation Center for Persons with Disabilities（NRCD）as a model project in cooperation with a support center for persons with developmental disabilities, healthcare facilities, support facilities for persons with disabilities and local support facilities（such as daily living/employment support centers for persons with disabilities）for transition to community life of young adults with autism spectrum disorders（ASD）. At Saitama Prefecture Support Center for Persons with Developmental Disabilities, applications were sought from young adults with ASD（including those suspected to have the ASD）18 years of age and older who have graduated from regular high school and wish to work but in need of some support. Applicants were thirteen males and four females from 18 to 38 year of age；nine of them were “hikikomori” and four were undiagnosed. The applicants received diagnosis and assessment at developmental disabilities clinic at NRCD hospital, and daily living training and transition support for employment was provided to thirteen of them（four with autism, three with Asperger disorder, and six with pervasive developmental disorders not otherwise specified）at NRCD training center. Consequences of this service were：regular employment for six, advancement to college for one, staying at home for two, discontinuation of the training for one and continuation of the training for three. The duration of the training was 3-22 months and 10.2 months on average. Daily living training and transition support for employment at a support center for persons with disabilities would be an effective support for adults with ASD；however, this service is not conventional training designed to acquire skills, and therefore, shifting to an experience-centered various training system covering daily living and employment situations is required. Also, those who have received this service can be considered to be receiving appropriate treatment for the existence of co-morbid disabilities.

＜Author’s abstract＞

＜**Key words**：developmental disorder, autism spectrum disorders, training for daily living, transition support for employment, services and supports for persons with disabilities act＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

ASD に特徴的な末梢血白血球の遺伝子発現

六反 一仁[1)]，桑野 由紀[1)]，増田 清士[1)]，西田 憲生[1)]，神尾 陽子[2)]
1)徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部 ストレス制御医学分野，
2)国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 児童・思春期精神保健部

自閉症スペクトル障害（ASD）は，頻度が高く遺伝的素因の関与が大きい発達障害であり，その伝達は多因子・多遺伝子遺伝と考えられている．最近，いくつかの精神・神経疾患において，神経系の遺伝子発現ネットワーク異常が末梢血でも捉えることができると指摘されている．我々は，若年成人の自閉症者とその健常者コントロール，および，自閉症児をもつ母親と母親コントロールの 4 群各 21 名について，末梢血白血球の遺伝子発現をマイクロアレイを用いて解析した．コントロール群と比較し，自閉症者において有意に，かつ発現の平均値が 2 倍以上変化している 19 遺伝子を同定した．これらのほとんどの遺伝子は，nerve system development and function のネットワークに属していた．また，自閉症児をもつ母親は，タンパク質生合成に関与する遺伝子群の発現が一様に低下していた．興味深いことに，お互いに血縁関係がないにもかかわらず，これらの遺伝子群は ASD 者および ASD 児をもつ母親で共通して同方向に発現が変化していた．さらに，これまで自閉症の原因候補遺伝子として知られている *FMR1* と *MECP2* の変化も末梢血で捉えることができた．今回検出した遺伝子は，ASD のゲノム，エピゲノム，および環境要因の背景を説明する重要な情報となるばかりでなく，ASD の発症にかかわるリスク要因を評価するためのバイオマーカーとなる可能性が示唆された．

＜索引用語：ASD，末梢血白血球，遺伝子発現，バイオマーカー＞

はじめに

自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorder：ASD）は，自閉症の表現型の範囲を広げたもので，広汎性発達障害からアスペルガー障害を含む．自閉症の分子遺伝学研究から，自閉症の伝達は多因子・多遺伝子遺伝と考えられている．一卵性双生児研究から，ASD は統合失調症や双極性感情障害（躁うつ病）よりも遺伝素因の関与が大きく，ASD の候補遺伝子が数多く報告されている[1)]．自閉症候補遺伝子の発現異常に関連して，一塩基変異（SNP），コピー数多型（CNV），DNA のメチル化やヒストンのメチル化・アセチル化などのエピジェネティックなどが注目されている．標的遺伝子として，*DISC1*，*MET*，*PTEN*，*ITGB3* などの神経細胞の分化を制御する遺伝子，*NRXN1*，*NLGN3*，*NLGN4X* などの神経細胞の細胞接着にかかわる遺伝子，*OXTR*，*SLC6A4*，*GABRB3*，*SHANK3* などのシナプス伝達にかかわる遺伝子，*FMR1*，*MECP2*，*UBE3A* などの神経活動を調節する遺伝子が挙げられる．その他，自閉症が症状の 1 つとして知られている遺伝子として，脆弱 X 症候群の原因遺伝子 *FMR1*，結節性硬化症の *TSC2*，Rett 症候群の *MECP2* などが知られている[3)]．

知的障害を伴わない一群の ASD は，適切な診断を受けず必ずしも十分な対応がなされず，抑うつ，不安，解離などの二次障害に陥るケースがある．このため，数多く存在するとされる自閉症フェノタイプの客観的な診断指標が求められている．最近，いくつかの精神・神経疾患において，

神経系の遺伝子発現ネットワーク異常が末梢血でも捉えることができる可能性が指摘されている[7]．我々は，最近，国立精神・神経医療研究センターの神尾グループとの共同研究を行い，自閉症者と自閉症児をもつ母親の末梢血白血球の遺伝子発現解析を行い，血縁関係のない自閉症者と自閉症児の母親の間に共通して発現が変化する遺伝子群があることを報告した[8]．この知見のもつ意味と可能性について紹介する．

Ⅰ．末梢血白血球の遺伝子発現解析

我々は，2000年から末梢血白血球の遺伝子発現データベースを構築しており，すでに4,000例を超えている．急性心理的ストレス[10]，慢性心理的ストレス[6]，環境カドニウム汚染[4]，慢性疲労症候群[11]などのバイオマーカー遺伝子を報告した．ヒト末梢血白血球の遺伝子発現は極めて個体差が大きく，マーカー遺伝子の同定は難しいが，今回検出したASDのマーカー遺伝子の変化は特徴的で，かつ，変化が明確なためかなり有力な指標になると考えている[8]．

Ⅱ．自閉症者と自閉症児をもつ母親の解析

ASDの男性17名と女性4名，年齢は26.7±5.5歳（mean±SD, 18〜38歳）の計21名と性・年齢をマッチさせた健常コントロール群21名，および，ASD児を持つ21名の母親（44.7±6.7歳，33〜58歳まで）と年齢をマッチさせた健常児の母親コントロール群21名を対象とした．被験者の背景と詳細は紙面の関係から論文[8]を参照していただきたい．ASD者とコントロール群との間で，Benjamini & Hochberg多重比較検定（0.05 false discovery rate（FDR））かつ平均発現変化が2倍以上の条件で19遺伝子（*NOVA2, SLC22A18AS, C21ORF58, LZTR2, RKHD1, BC018095, FAM124A, LHB, TAOK2, UBL4A, ITGA2B, PLCXD2, NRN1, KLHDC7A, MYOG, NUMBL, WDTC2, SDK2, UTS2*）の発現変化を認め，このうち12遺伝子（*C21ORF58, ITGA2B, LHB, MYOG, NOVA2, NRN1, NUMBL, PLCXD2, SDK2, TAOK2, UTS2, WDTC1*）は，ingenuity pathway analysis（IPA）解析ソフトにより“nervous system development and function”のネットワークに属していた．末梢血においても，中枢神経の発達障害に関連する遺伝子の発現が検出できる可能性が示唆された．一方，ASD児の母親とそのコントロールの母親との間で末梢血白血球の遺伝子発現の変化を同じクライテリアで抽出すると，ASD児をもつ母親では57遺伝子の発現変化（17遺伝子は発現亢進，40遺伝子の発現は低下）が認められた．同様にパスウェイ解析を行うと，“cancer, RNA post-transcriptional modification and reproductive system disease”が変化を受けたネットワークのトップにランクされ，特に，タンパク質合成にかかわるリボソームタンパク質をコードする遺伝子群（*RPL7, RPL26, RPL31, RPL34, RPL39, RPL41, RPL9, RPS17, RPS27L, RPS3A*）の発現低下が特徴的に捉えられた．

Ⅲ．自閉症者と自閉症児をもつ母親の遺伝子発現変化の特徴

興味深いことに，自閉症者と自閉症児をもつ母親の間には血縁関係がないにもかかわらず，極めてよく似た遺伝子発現変化が認められた．臨床的には自閉症を発症していないが，自閉症児をもつ母親に備わる遺伝的素因にもとづく変化を捉えたと考えている．これらの発現変化を確かめるために，ASD群で発現が変化していた19遺伝子から16遺伝子を，ASD児をもつ母親で発現が変化していた57遺伝子からタンパク質合成に関与する19遺伝子をそれぞれ選び，さらに，これまで報告されているASDの6つの候補遺伝子（*FMR1, MET, MECP2, NRXN1, UBE3A, SLC9A6*）を追加して計41遺伝子の発現をリアルタイムRT-PCRで測定して確認した（表1）．

驚いたことに，16遺伝子（*ITGA2B, MECP2, NRN1, CSTA, CLEC2B, RPL34, EEF1E1, RPL9, RPS3A, CES1, ANK1, RPS7, SUB1, TRIM58, RPL39, SPTB*）は，自閉症者と自閉症

表1　リアルタイム RT-PCR で確認した末梢血白血球の遺伝子発現変化

グループ	遺伝子
自閉症者のみで発現が変化していた遺伝子	*FMR1*，*SNRPG*，*PLCXD2*，*WDTC1*
自閉症者と自閉症児の母親ともに発現が変化していた遺伝子	*ITGA2B*，*NRN1*，*CSTA*，*CLEC2B*，*RPL34*，*EEF1E1*，*RPL9*，*RPS3A*，*CES1*，*ANK1*，*RPS7*，*SUB1*，*TRIM58*，*RPL39*，*SPTB*，*MECP2*
自閉症児の母親でのみ発現が変化していた遺伝子	*BCL2A1*

児をもつ母親でも有意に同方向に発現が変化していた．6つの ASD 候補遺伝子の中では，*FMR1* は自閉症者でのみ有意に発現が低下していたが，*MECP2* は，自閉症者と自閉症児の母親で共通して亢進していた（表1）．

Ⅳ．末梢血白血球で発現変化が捉えられた自閉症候補遺伝子

ASD 者と ASD 児をもつ健常な母親に共通して発現が増加している遺伝子の中に，女子に発症する神経発達障害で自閉症が症状の1つである Rett 症候群の原因遺伝子である *MECP2* が含まれていた．*MECP2* はメチル CpG 結合タンパク質2をコードしており，*MECP2* の変異によりエピジェネティック制御機構が破綻して神経系の発達障害が発症するとされている．遺伝子重複の結果，*MECP2* の発現が亢進した場合，ヒトの神経系の発達遅延が生じることも報告されている[9,13]．もう1つ興味深い変化は，*SUB1* 遺伝子の発現低下である．*SUB1* がコードする転写因子は，プロトオンコジーンの1つである肝細胞増殖因子受容体キナーゼ（*MET*）遺伝子の転写を活性化する[1]．MET シグナルは大脳皮質と小脳の発達に重要であり，*MET* 遺伝子の変異による発現低下と自閉症との関連を示す報告はこれまで多く報告されており[2,5]，*SUB1* の発現低下と MET の発現についても検討する必要がある．また，*ITGA2B* は ASD 者と ASD 児をもつ健常な母親に共通して発現が低下している遺伝子として検出された．*ITGA2B* は糖タンパク質αⅡb をコードする．自閉症候補遺伝子の1つである *ITGB3* がコードする糖タンパク質βⅢとヘテロダイナー（αⅡbβ3）を形成する．αⅡbβ3 インテグリンは細胞形態形成に関与するが，シナプスの成熟に関与するため何らかの意味をもつかもしれない．さらに今回の研究で特徴的な知見は，リボソームタンパク質をコードする遺伝子群（*RPL34, RPL9, RPS3A, RPS7, RPL39*）が，自閉症者と自閉症児の母親で共通して低下していたことである．タンパク質合成の破綻は，がん，貧血，老化などの病態と関連することが知られているが，最近，タンパク質の生合成は神経活動とリンクしていることが示唆されており興味深い[12]．同じようなリボソームタンパク質遺伝子群の低下は，慢性疲労症候群で認められることから（未発表データ），タンパク質生合成と病態との関連性についてさらに検証する必要がある．

今回，自閉症者にのみ有意に発現が変化していた4つの遺伝子（*FMR1, SNRPG, PLCXD2, WDTC1*）を検出した．この4つの遺伝子の中に脆弱 X 症候群の原因遺伝子である *FMR1* が含まれていた．脆弱 X 症候群では精神遅滞とともに自閉症の症状を有する患者が存在するため，*FMR1* が自閉症の発症と何らかの関係があるのではないかと考えられていた．脆弱 X 症候群は，*FMR1* の 5’ 非翻訳領域にある CGG 反復配列が異常に長く，プロモーター領域のメチル化により *FMR1* 遺伝子の発現が起こらなくなることが発症の原因とされているが，自閉症との関連を明確に示唆する結果は得られていない．複数の遺伝子発現の異常に加えて，*FMR1* の発現低下が加わり臨床症状を呈

した可能性も否定できない．

おわりに

今回，例数は少ないものの末梢血白血球を用いてASD特有の遺伝子発現変化を捉えた．知見をまとめると，①発現が変化していた遺伝子の多くは神経系ネットワークに関連する遺伝子が多く，自閉症の候補遺伝子も含まれていた．②自閉症児をもつ母親は臨床的には発症していないが，自閉症者と極めてよく似た遺伝子発現変化をもっていた．これらの知見は遺伝的素因に関連する遺伝子発現変化を末梢血で捉えられる可能性を示している．さらに，症例を増やし，臨床症状との関連を詳細に検討することで，ASDフェノタイプに関連する遺伝子の同定などの病態解明を進めるためのツールになる可能性がある．また，早期発見や介入試験の効果判定に利用できる可能性もある．さらに，他の精神疾患の中にASDが紛れ込み，適切な治療が行われていないケースの存在も示唆されている．本研究は，まだpreliminary研究の段階であるが，今後の自閉症研究の新たなツールとしてその有用性と可能性をさらに検証する必要がある．

文　献

1）Campbell, D. B., Li, C., Sutcliffe, J. S., et al.：Genetic evidence implicating multiple genes in the MET receptor tyrosine kinase pathway in autism spectrum disorder. Autism Res, 1；159–168, 2008

2）Campbell, D. B., Sutcliffe, J. S., Ebert, P. J., et al.：A genetic variant that disrupts MET transcription is associated with autism. Proc Natl Acad Sci U S A, 103；16834–16839, 2006

3）Currenti, S. A.：Understanding and determining the etiology of autism. Cell Mol Neurobiol, 30；161–171, 2009

4）Dakeshita, S., Kawai, T., Uemura, H., et al.：Gene expression signatures in peripheral blood cells from Japanese women exposed to environmental cadmium. Toxicology, 257；25–32, 2009

5）Judson, M. C., Bergman, M. Y., Campbell, D. B., et al.：Dynamic gene and protein expression patterns of the autism-associated met receptor tyrosine kinase in the developing mouse forebrain. J Comp Neurol, 513；511–531, 2009

6）Kawai, T., Morita, K., Masuda, K., et al.：Gene expression signature in peripheral blood cells from medical students exposed to chronic psychological stress. Biol Psychol, 76；147–155, 2007

7）Kurian, S. M., Le-Niculescu, H., Patel, S. D., et al.：Identification of blood biomarkers for psychosis using convergent functional genomics. Mol Psychiatry, 16；37–58, 2011

8）Kuwano, Y., Kamio, Y., Kawai, T., et al.：Autism-associated gene expression in peripheral leucocytes commonly observed between subjects with autism and healthy women having autistic children. PLoS One, 6；e24723, 2011

9）Meins, M., Lehmann, J., Gerresheim, F., et al.：Submicroscopic duplication in Xq28 causes increased expression of the MECP2 gene in a boy with severe mental retardation and features of Rett syndrome. J Med Genet, 42；e12, 2005

10）Morita, K., Saito, T., Ohta, M., et al.：Expression analysis of psychological stress-associated genes in peripheral blood leukocytes. Neurosci Lett, 381；57–62, 2005

11）Saiki, T., Kawai, T., Morita, K., et al.：Identification of marker genes for differential diagnosis of chronic fatigue syndrome. Mol Med, 14；599–607, 2008

12）30. Twiss, J. L., Fainzilber, M.：Ribosomes in axons—scrounging from the neighbors? Trends Cell Biol, 19；236–243, 2009

13）Van Esch, H., Bauters, M., Ignatius, J., et al.：Duplication of the MECP2 region is a frequent cause of severe mental retardation and progressive neurological symptoms in males. Am J Hum Genet, 77；442–453, 2005

Gene Expression Signatures in Peripheral Leukocytes from ASD Subjects

Kazuhito ROKUTAN[1)], Yuki KUWANO[1)], Kiyoshi MASUDA[1)], Keisei NISHIDA[1)], Yoko KAMIO[2)]

1) *Department of Stress Science, Institute of Health Biosciences, University of Tokushima Graduate School*
2) *Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Psychiatry, National Center of Neurology and Psychiatry*

Autism spectrum disorder (ASD) is a common neurodevelopmental disorder that has complex pathobiology with profound influences of genetic factors in its development. Recent studies have suggested the possibility of identifying blood biomarkers by gene expression profiling studies in patients with neuropsychiatric disorders. In this study, we examined gene expression profiling in peripheral leukocytes from 21 young adults with ASD and healthy mothers having children with ASD, between whom there was no blood relationship. Comparing the ASD group with their age- and sex-matched healthy subjects, 19 genes were differentially expressed. These identified genes were mainly involved in the network of nerve system development and function. Mothers having children with ASD showed significantly altered expression of genes related to protein synthesis despite of their nonautistic diagnostic status. Moreover, an ASD-associated gene expression signature was commonly observed in both individuals with ASD and healthy mothers having children with ASD, suggesting that a genetic predisposition to ASD may be detectable even in peripheral leukocytes. Altered expression of several autism candidate genes, such as *FMR1* and *MECP2*, could be detected in leukocytes. Our findings suggest that the ASD-associated genes identified in leukocytes are informative to explore the genetic, epigenetic, and environmental background of ASD and might become potential biomarkers for assessment of the crucial factors related to the clinical onset of the disorder.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**：ASD, peripheral leukocytes, gene expression, biomarker＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Taijin Kyofusho

Coordinator and chairparsons Kumi AOYAMA-UEHARA
(Kanagawa Psychiatric Center Serigaya Hospital/
Yokohama City University Department of Psychiatry)

This year, the JSPN chose Taijin Kyofusho as the topic for its international symposium. Taijin Kyofusho is the Japanese word for fear of interpersonal relationships. Kyofu means fear, taijin means interpersonal relationships, and sho means syndrome. Taijin Kyofusho has been well studied since the 1930s and was thought to be a disorder that was unique to Japan due to the fact that, unlike other phobias, people suffering from Taijin Kyofusho are prone to being more afraid of harming others than themselves. Japanese studies have focused more on psychopathology；thus, the diagnosis of Taijin Kyofusho has ranged from neurotic types to delusional beliefs. Since Taijin Kyofusho and social anxiety disorder(SAD), which was first described in the DSM-Ⅲ, have overlapping traits, the question to be considered is whether or not Taijin Kyofusho and SAD are the same illness and if Taijin Kyofusho can be categorized using a world standard diagnosis. Given the nature of the disorder itself, the JSPN thought it would be a fitting topic for its symposium.

Since 2006, the JSPN has invited young psychiatrists from overseas to its symposiums to promote international collaborations. The program started with one invitee from Taiwan and has grown to facilitate many invitees from various countries. This year, participants from Italy, Denmark, India, Mongolia, Thailand, and Japan joined the Taijin Kyofusho symposium. Before coming to the symposium, participants received a case vignette in advance(see below). Based on the vignette, participants were asked to speak about the following：

①Diagnosis (based on ICD-10 & DSM-IV, or using their own methodology)
②Frequency of similar cases in their country
③Need—or absence of need—for psychiatric intervention in the present case
④If they believe psychiatric intervention to be necessary, could they provide a description of the method(s) of intervention.

During the symposium, participants diag-

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京)
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山―精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　Case Discussion of Taijinkyoufu　司会：Kumi (Uehara) Aoyama (Kanagawa Psychiatric Center Serigaya Hospital/Yokohama City University Department of Psychiatry)，Takuya Saito(Department of Neuropsychiatry at Nippon Medical School, Graduate School of Medicine)

nosed Mr. A with SAD. However, because of cultural acceptance and Mr. A's atypical symptoms, some questions remained.

Prof. Itaru Yamashita, who has contributed greatly to the study of Taijin Kyofusho, kindly shared his opinion on the topic.

＜Case vignette＞

Mr. A is a 21-year-old male who has no past medical, psychiatric, or family history. He was raised in a middle-class family in a major city by his parents. He exhibited no significant delays in motor or language development in early childhood, and maintained an average academic record until high school. At one point in high school, he had to make a presentation in front of his classmates. He became extremely nervous, blushed, and imagined that his classmates had fallen silent. Since the incident, Mr. A has had an extreme fear of blushing. He feels that his blushing is very different from ordinary blushing, and believes that it makes people around him feel uncomfortable, creates a nuisance, and spoils the atmosphere. He has strongly believed this ever since the incident at high school, as he has observed people looking away when he blushes. Even when simply eating lunch with his classmates, he often feels that he is blushing. On one occasion, a classmate cleared his throat, and Mr. A felt certain that his blushing had bothered those around him and ruined the pleasant atmosphere. Subsequently, he began to avoid having lunch or communicating with his classmates. On the other hand, he is able to interact comfortably with people with whom he has very close relationships, such as his family. After graduation from high school, Mr. A entered university. In his class, he sits at the back of the lecture room ; he avoids communicating with others and making friends. In his third year at university, he must participate in a small-group seminar. However, he is afraid of blushing and consults a psychiatrist. He denies having auditory problems or other hallucinations. He is able to communicate easily with complete strangers, which is in contrast to his reaction with his acquaintances.

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Management of Social Phobia in Mongolia

OYUNSUREN Davaasuren[1)], KHISHIGSUREN Zuunnast[2)], ERDENEBAATAR Dashtseren[3)], ALTANZUL Narmandakh[4)], JARGAL Batkhurel[5)], DOLGORSUREN Sukhbaatar[6)]

1）Lecturer, Department of Mental Health, School of Medicine, University of Mongolia, Health Sciences,
2）Associate professor, Department of Mental Health, School of Medicine, University of Mongolia, Health Sciences,
3）Psychologist,"ARIUSAHUIN ERTONTS" Psychological Center, 4）Psychiatrist, National Center of Mental Health,
5）Senior lecturer, Department of Mental Health, School of Medicine, University of Mongolia, Health Sciences,
6）Assistant, Department of Mental Health, School of Medicine, University of Mongolia, Health Sciences

Social anxiety disorder is common, and its understanding has moved from a rudimentary awareness, that it is not merely shyness, to a much more sophisticated appreciation of its prevalence, as well as its chronic and pernicious nature. No formal national guidelines have been developed for the management of social anxiety disorder in Mongolia；thus, most psychiatrists have used the criteria of ICD-10 for the diagnosis of social phobia and other mental diseases. Before the transition to democracy in the 1990s, the Mongolian health system, including mental health as part of this system, had been developed using the Soviet system for healthcare service. At that time, social anxiety disorder had been diagnosed as 'obsessive neurosis'. If a patient with the social phobia had been mostly expressing some obsessional thoughts and severe symptoms, then the psychiatrists diagnosed him or her with the 'neurotic schizophrenia'.

At present, there are many cases of social phobia or anxiety, but their prevalence is not clear. The reason is that there have been no new data available in Mongolia regarding the prevalence of any mental diseases during the last 20 years. However, more than half or 51.2 percent of the total 1,017 participants who used the mental health service in outpatient clinics (2006) were found to have the reactive symptoms for social phobia, and their average age was 20-49 years. For managing the cases of social phobia or other anxiety disorders, psychiatrists were considering the severity of the symptoms and using the criteria of ICD-10 for diagnosis, and only then planning its management. The latter was either cognitive—behavioral therapy or pharmacotherapy.

＜**Key words**：social anxiety, management, Mongolia＞

Ⅰ. Background

Social anxiety disorder, also known as the social phobia, is one of the most common psychiatric disorders, and it is a chronic and disabling disorder, whereby the patients suffer with considerable morbidity that, more often than not, precedes the development of other psychiatric disorders. Some people have a difficult time in social situations because they fear them to the point where they can be diagnosed with so-called 'social anxiety disorder'. Thus, one may think of the 'social phobia' as more typical shyness, but the main difference is that the anxiety becomes a lot more prominent as a problem.

Social anxiety disorder differs from shyness and performance anxiety in its greater severity, pervasiveness, and resultant distress and impairment. The persons with social anxiety disorder may avoid important activities, such as attending classes or meetings, or attend them but avoid active participation. They achieve less in school and work, and are less likely to marry and have a family, than the people who do not have such a disorder. In primary care settings, the social anxiety disorder contributes to poor functioning and missed work, and yet, in most cases, goes untreated.

Ⅱ. Criteria for Social Anxiety Disorder/ Social Phobia

Below are the two sets of criteria for diagnosing someone with the social anxiety disorder. The descriptions below came from two sources, namely the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision (ICD-10 is based on classifications from the World Health Organization), and the Diagnostic and Statistical Manual, 4th Edition (DSM-IV published by the American Psychiatric Association).

ICD-10 Criteria for Social Phobia

Social phobia often starts during adolescence period, and is centered on a fear of scrutiny by other people in comparatively small groups (as opposed to crowds), leading to avoidance of any social situations. Unlike most other phobia cases, the social phobias are equally common in men and women. They may be discrete (i. e., restricted to eating in public, to public speaking, or to encounters with the opposite sex), or diffuse, involving almost all social situations outside the family circle. A fear of vomiting in public may be important. Direct eye-to-eye contact may be particularly stressful in some social cultures. The social phobias are usually associated with a low self-esteem and fear of any criticism. These may be expressed in the form of complaints of flushing, hand tremor, or nausea, and the individual sometimes being convinced that one of these secondary manifestations of anxiety is his or her primary problem, and its symptoms may progress to panic attacks. Moreover, social avoidance is often marked, and, in extreme cases, may result in almost complete social isolation.

The Diagnostic Guidelines：All of the following criteria should be fulfilled for a definite diagnosis：

(a) the psychological, behavioral, or autonomic symptoms must be primarily manifestations of anxiety, and not secondary to other symptoms such as delusions or obsessional thoughts；

(b) the anxiety must be restricted to or predominant in particular social situations；and

(c) the avoidance of any phobic situations must be a prominent feature.

These include：(1) anthropophobia, and (2) social neurosis.

The Differential Diagnosis：Agoraphobia and depressive disorders are often prominent, and both may contribute to the suffering persons becoming “housebound”. If the distinction between social phobia and agoraphobia is very difficult, and the precedence should be given to agoraphobia；and a depressive diagnosis should not be made unless a full depressive syndrome can be identified clearly.

The well-established treatments for social anxiety disorder include cognitive—behavioral therapy and pharmacotherapy. The primary goal of these medical treatments is to reduce social anxiety to manageable levels, and even

Table DSM-IV Criteria for social phobia

- The fear of one or more social or performance situations in which a person is exposed to unfamiliar people or to possible scrutiny by others and feels he or she will act in an embarrassing manner.
- Exposure to the feared social situation provokes anxiety, which can take the form of a panic attack.
- The person recognizes that his or her fear is excessive or unreasonable.
- The feared social or performance situations are avoided or endured by him or her with a distress.
- The avoidance, anxious anticipation, or distress in the feared situation interferes significantly with a person's normal social routine, occupational functioning, or social activities or in relationships.
- The condition is not better accounted for by another mental disorder, substance use, or general medical condition.
- If a general medical condition or another mental disorder is present, and the fear is unrelated to it.
- The phobia may be considered generalized, if his or her fears include most of the social situations.

Data from American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed., text rev. Washington, DC, American Psychiatric Association, 2000.

modest reductions in avoidance and discomfort may be highly valued by the affected persons.

Ⅲ. How to Manage Cases with Social Anxiety Disorder in Mongolia

Our understanding of the social anxiety disorder has moved from a rudimentary awareness, that it is not merely shyness, to a much more sophisticated appreciation of its prevalence, as well as its chronic and pernicious nature.

No formal national guidelines have been developed for the management of social anxiety disorder, and most of our psychiatrists are using the criteria of ICD-10 for the diagnosis of the social phobia and other all mental diseases.

Before the country's transition to a multi-party democracy and market economy in the 1990s, the Mongolian health system, including mental health as an integral part and parcel of this system, had been developed using the Soviet system for healthcare service. During the previous socialist regime, our psychiatrists diagnosed cases with the social anxiety disorder as 'obsessive neurosis'. If a patient with the social phobia had been expressing some obsessional thoughts and severe symptoms, then our psychiatrists had been diagnosing such a person with 'neurotic schizophrenia'.

The difficult socio-economic transition process during the 1990s, and ensuing change in people's lifestyle and traditional values for many Mongolians, were disconcertning and distressing, often leaving many persons socially withdrawn and generally perplexed with the problem of how to adjust in this newly emerging, insecure environment. In Mongolia, many persons have been diagnosed with social phobia or anxiety, but their prevalence is still not clear. The main reason is that there have been no new data available regarding the prevalence of any mental diseases during the last 20 years. However, more than half or 51.2 percent of the total 1,017 participants who used the mental health service in outpatient clinics (2006) were found to have the reactive symptoms for social phobia, and their average age was 20-49 years. From our clinical observations, social anxiety disorder typically begins during the early adolescent years and is chronic in nature. Although social anxiety disorder is more common among women than men, approximately equal numbers of both men and women seek a medical treatment for it. A person with social anxiety disorder may often experience anxiety in the presence of authority figures and feel extremely self-conscious when undergoing a physical examination. They may

avoid mentioning their social anxiety problems, because of their perceived shame or natural fear that they may not be taken seriously. Persons seeking medical treatment often have had such symptoms for 10 years or more, and co-existing psychiatric disorders are quite common.

For managing cases with social phobia or other anxiety disorders, our psychiatrists have been initially considering the severity of such symptoms, and only then planning management.

At first, a patient is usually examined at home, in the local doctor's room (i.e., primary level of mental health care service), or in an outpatient room (i.e., secondary or tertiary levels of mental health care service), and then, treatment is considered. However, most of our primary health workers or family and local doctors have been frequently trained with the primary mental health management skills only, but many social phobic cases are misdiagnosed or undiagnosed at the primary health care service level and they are passed to other health professionals. Usually, if a patient was diagnosed with the social phobia at the primary health care service level, then family or local doctors would send such patients to the mental health professionals.

If a patient has any psychotic features or symptoms of obsessive-compulsive disorder, then the attending psychiatrist would consider hospital admission. Also, aggressiveness is taken into account as the cause of inpatient admission.

If a patient has only the obsessive thoughts about a fear of blushing, or physical symptoms often accompanying social anxiety disorder, including sweating, trembling, palpitations, nausea, and stammering that are often accompanied with rapid speech, then some family or local doctors would manage his or her medical treatment.

At the primary level of the mental health care service, a family or local doctor would usually conduct the psychological education course, and would give necessary information about anxiety disorders for a patient or his or her caregiver, and then provide some instructions on relaxation techniques. If such a patient is diagnosed with mild or moderate anxiety symptoms, then he or she would be prescribed benzodiazepines, such as diazepam, phenazepam, and alprozolam, or SSRIs such as Zoloft and Prozac. After introducing such medication, the doctor would examine the efficacy after two weeks. If the prescribed medication is considered effective, then the doctor would recommend further non-medicated treatment.

However, if such a patient is found to be to show no improvement, then the family or local doctors would send this patient to secondary or tertiary levels of the mental health care service, in order to obtain psychiatrist's counseling. In Mongolia, almost all psychiatrists follow the same pattern of medical treatment.

The basic medical treatment for a patient who has been diagnosed with a psychotic condition would be SSRI and benzodiazepine medications, especially diazepam or phenazepam. Usually, the attending psychiatrist would prescribe a patient to start a low dose for 1 week, in order to minimize its initial side effects, and then to increase it to the usual effective dose for several weeks. If such treatment is not effective, then the prescription would be to gradually increase the dose intake to the maximum tolerable levels. Moreover, such patients would be encouraged to try to increase their social activities gradually, and would be advised that they may benefit from the simultaneous use of self-help literature, which is oriented towards a cognitive—behavioral approach.

For example, the psychiatrists would sug-

gest using diazepam at a dose of 5 mg per day for the first 2–3 days, then 10–15 mg per day for 3–5 days, and then to decrease the diazepam dose to 2.5–5 mg/day slowly for 3–5 days. If necessary, sometimes the psychiatrists would prescribe a low dose of haloperidole (0.05–1.5 mg/day) to treat the patient's obsessive thoughts.

The patient may be in need of psychiatric intervention by other adjunctive treatments at the secondary or tertiary mental health care service levels, such as individual psychotherapy by traditional psychodynamic or psychoanalytic techniques, cognitive behavioral therapy (at least 10 sessions, with the first 2/3 sessions during admission), relaxation exercise (at least 7 sessions in an inpatient clinic). Also, the patients may be advised to go for social skills-building training, such as self-help group activity (i.e., dancing or singing) in any outpatient unit. In addition to the above-mentioned medical treatment, some psychiatrists would conduct family therapy for certain cases (such as patients living in a family with abuse, adolescent patients, etc.) in order to reduce distress or difficulty in social situations. After regaining insight, if patients require it, then psychotherapy sessions could be given, but cognitive distortion is the consequence of their disease process. Any relaxation techniques are considered helpful. Moreover, psychological education is needed for the patient, his or her family members, or caregiver about the diagnosed disease, including any stress management techniques that are necessary to prevent a panic attack of being discovered or help manage their physical symptoms themselves. After full or partial remission, the patient is discharged with medical advice of a follow-up visit in the outpatient department in two weeks. During the discharge, such patients are in need of instruction about the medicine, if taking SSRIs or haloperidol at home, on when and how long to take them. For a return to social life, if the patient can realize their own situation and social problems, perform psycho-education about disease, assurance, and explanation, and family or other psychotherapy if needed. For the patients with recurrent symptoms, medical treatment may be re-instituted for a longer period of time.

Ⅳ. Conclusion

The management of psychotic social phobia or other anxiety disorders in Mongolia is a serious concern for psychiatrists, who are working in secondary or tertiary levels of the country's mental health care service. Although there are many cases of recorded social anxiety disorders, involving those seeking medical treatment and visiting family or local doctors, insufficient numbers have been properly diagnosed and fully treated at the primary level of the mental health care management. Most patients with psychotic social anxiety are in need of professional mental health care management. Therefore, there is a need to conduct either cognitive—behavioral therapy or pharmacotherapy.

References

1) Byambasuren, S.: Psychiatry. Ulaanbaatar. 2007

2) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, American Psychiatric Association, Washington, DC, 2000

3) Dorjjadamba, Sh, Byambasuren, S.: Forensic psychiatry. Ulaanbaatar, 1990

4) International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, 10th Revision. WHO, Geneva.

5) World Health Organization (WHO), and Ministry of Health, Mongolia：A report of the assessment of the mental health system in Mongolia using the World Health Organization- Assessment Instrument for Mental Health System (WHO-AIMS), 2006

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Social Anxiety Disorder vs. Taijin Kyofusho：An Egyptian Perspective

Hussien Ahmed Elkholy
（MBBCh, MSc in Neuropsychiatry）Assistant lecturer of Psychiatry,
Neuropsychiatry Department, Ain Shams University, Egypt

Taijin Kyofusho, translated as “the disorder of fear”, is considered by some to be a type of social phobia, occurring primarily in Japanese culture. However, due to the variety of symptoms in the disorder, it has several differential diagnoses when DSM or ICD classification systems are used. Thus, many professionals believe it is different from social phobia（social anxiety disorder）. In the 107th JSPN, held in 2011, Early Career Psychiatrists from Japan and other countries explored the different approach to social anxiety in their countries in comparison with that to Taijin Kyofusho in Japan.

＜**Key words**：Egypt, schizophrenia, social anxiety, social phobia, Taijin Kyofusho＞

Ⅰ. Introduction

Egypt is the most populous country in the Middle East, and the third most populous on the African continent, with about 80 million inhabitants in 2009. The population grew rapidly from 1970-2010 due to medical advances and increases in agricultural productivity. The population is concentrated along the Nile（notably Cairo and Alexandria）, in the Delta and near the Suez Canal. Approximately 90% of the population are Islamic, and the majority of the remaining 10% are Christian[1)].

Mental disorders have been recognized in Egypt for millennia；5,000 years ago, they were considered to be physical ailments of the heart or uterus, as described in the Ebers and Kahun papyri[8)]. These disorders carried no stigma, as there was no demarcation then between the psyche and soma. In the 14th century−600 years before similar institutions were founded in Europe−the first psychiatric unit was established, in Kalaoon Hospital in Cairo[9)].

Egypt, with a population of over 80 million, has more than a thousand psychiatrists（one psychiatrist for approximately 70,000 citizens）, more than 1,300 psychiatric nurses, and about 200 clinical psychologists, with hundreds of general psychologists working in fields unrelated to mental health services.

Psychiatrists in Egypt adopt both the Diagnostic and Stastical Manual of Mental Disorder（DSM）and the International Classification of Diseases（ICD）classification systems in the diagnosis of mental disorders in Egypt. Thus, Taijin Kyofusho is a foreign disease to them.

Ⅱ. Is Taijin Kyofusho equivalent to social phobia?

The essential feature of a social phobia is a marked and persistent fear of social or performance situations in which embarrassment may occur, and there are many different forms of this condition which manifest uniquely in different environments. Taijin Kyofusho, translated as"the disorder of fear" is considered by some to be a type of social phobia, occurring primarily in Japanese culture.

Taijin Kyofusho is described as a"culturally distinctive phobia in Japan" in DSM-IV. In the indigenous Japanese diagnostic system, depending on the content of the patients' fear that they will displease or embarrass others, Taijin Kyofusho is classified into subtypes：*sekimen-kyofu* (the phobia of blushing), *shubo-kyofu* (the phobia of a deformed body), *jikoshisen-kyofu* (the phobia of eye-to-eye contact), and *jikoshu-kyofu* (the phobia of one's own foul body odor). Of these four subtypes, *sekimen-kyofu* can reasonably be included in the category of social phobia, according to DSM-IV, since the fear of blushing is a common symptom.

However, many professionals believe Taijin Kyofusho to be different from social phobia. The primary difference between Taijin Kyofusho and social phobia involves symptom topography and situations in which the disorder is expressed. In Taijin Kyofusho, the symptoms often involve a hypersensitivity to certain body parts such as the eyes or a body deformity. This is not as prominent in social phobia. Additionally, the symptoms of Taijin Kyofusho become the most exacerbated in social situations with acquaintances. In social situations with strangers or intimate friends and family, the symptoms tend to be less marked. This is not the case in social phobia[4]. Also, Taijin Kyofusho centers on concerns about embarrassing others with one's presence, rather than embarrassing one's self in the presence of others. Moreover, *Shubo-kyofu* fulfills the criteria for body dysmorphic disorder in DSM-IV.

Kasahara classified types of Taijin Kyofusho (TK) into：1) *Transient type*：TK-like complaints temporarily observed in healthy youngsters in their adolescence, 2) *Phobic type*：TK symptoms taking a genuine form of phobia, 3) *Delusional type*：TK symptoms with delusional features from the beginning, and 4) TK-like symptoms observed in the prodromal stage or in the aftermath of schizophrenia[10]. This includes a wide spectrum of anxiety and psychotic features that are not consistent with a diagnosis of social anxiety disorder (social phobia) in either the DSM or the ICD diagnostic systems, which are both used in Egypt.

Ⅲ. Social phobia：An Egyptian perspective

Earlier studies of psychiatric morbidity among university students in Egypt showed that anxiety states were diagnosed in 36% of the study sample[5]. In 1981, Okasha & Ashour undertook the first attempt to study the socio-demographic aspects of anxiety disorders in Egypt and to apply the Arabic version of the Present State Examination in evaluating the profiles of clusters and symptoms of anxiety in a sample of 120 patients with anxiety[6]. In 1993, anxiety states represented about 22.6% of diagnoses made in a psychiatric out-patient clinic in a selective Egyptian sample[7].

A recent study on third-year medical students in Ain Shams University reported the percentages of different psychiatric disorders among the student sample, the most prevalent of which was depression (47.9%), followed by GAD (44.9%) and OCD (44.4%). The least prevalent

psychiatric disorder was found to be anorexia nervosa(0.7%). Social phobia was around 30%[11].

Contrary to the Japanese classification system, the presence of psychotic features (delusions) in patients presenting with social phobia will warrant a different diagnosis, whether body dysmorphic disorder, delusional disorder, or even schizophrenia. There is an interest in Egypt regarding the comorbidity between social anxiety and schizophrenia. A study on outpatients with schizophrenia in Zagazig University hospitals was done between June 2008 and February 2009, revealing that 22.1% of the schizophrenia outpatients included in this study had a comorbid social phobia disorder[3].

In another study, where three hundred and eighty-five patients with schizophrenia were recruited from both the Institute of Psychiatry, Ain Shams University Hospitals, and the long-term wards of Al Abassia hospital in the period between January and December 2009, it was shown that 57.7% had social anxiety symptoms, 22.6% had social anxiety disorder, and only 19.7% did not have social anxiety[2].

Ⅳ. Conclusion

The relation between psychotic features and social anxiety still needs further studies. However, for the time being, patients presenting with social anxiety disorder in Egypt that show any psychotic features will be diagnosed differently according the DSM or ICD classification system. Integration of those symptoms in the diagnosis of social anxiety, as the indigenous Japanese diagnostic system does for Taijin Kyofusho, is not performed.

References

1) “CIA－The World Factbook”：https://www.cia.gov/library/publications/the-world-factbook/geos/eg.html#People

2) El-Khouly, G., El Gaafary, M.: Social anxiety in schizophrenia：a clinical quantitative and qualitative analysis. Middle East Current Psychiatry, 2011 Jan；Vol 18-Issue 1- p.37-44

3) El Masry, N., Abdel Fattah N, Fouad, A.: Comorbidity of Social Phobia in a Sample of Out-patients with Schizophrenia. Current Psychiatry [Egypt], 2009 Oct；Vol. 16 No. 4

4) Maeda, F., Nathan, J. H.: Understanding Taijin Kyofusho Through Its Treatment, Morita Therapy. J Psychosom Res, 46 (6)；525-530, 1999

5) Okasha, A., Kamel, M., Sadek, A., et al.: Psychiatric morbidity among university students in Egypt. Br J Psychiatry, 131；149-154, 1977

6) Okasha, A., Ashour, A.: Psycho-demographic study of anxiety in Egypt：the PSE in its Arabic version. Br J Psychiatry, 139；70-73, 1981

7) Okasha, A., Seif, El Dawla, A., Asaad, T.: Presentation of hysteria in a sample of Egyptian patients－an update. Neurology, Psychiatry and Brain Research, 1；155-159, 1993

8) Okasha, A.: History of mental health in the Arab world. In Images in Psychiatry：An Arab Perspective (eds A. Okasha & M. Maj). World Psychiatric Association, 2001

9) Okasha, A.: Focus on Psychiatry in Egypt. The Br J Psychiatry, 185；266-272, 2004

10) Yamashita, I.: Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia. Hokkaido University Press, Japan, 1993

11) Zaki, N., Ibrahim, J.: Psychiatric morbidity among third year medical students at the Ain Shams University, Cairo, Egypt. Middle East Current Psychiatry, 18；51-56, 2011

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

Social Anxiety Disorder in Thailand：A Comparative Case Study

Thammanard Charernboon, Tiraya Lerthattasilp
(Department of Psychiatry, Thammasat University, Pathumthani, Thailand)

Social anxiety disorder or social phobia is a common mental disorder in the world. The authors discuss a case of social anxiety disorder, and describe how the case is treated in Thailand. The authors also note that there is limited data on the prevalence of social anxiety disorder in Thailand. Furthermore, the numbers of patients in psychiatric outpatient departments are very low. The major barriers to treatment are stigma and a lack of familiarity with social anxiety disorder among the general population and health care professionals. However, a variety of pharmacotherapies and psychotherapies are available in Thailand.

＜**Key words**：social anxiety disorder, social phobia, Thailand＞

Ⅰ. Introduction

Thailand, or, officially, the Kingdom of Thailand, is a country located in Southeast Asia. In 2011, Thailand had a population of about 64 million[4]. In 2005, there were 445 psychiatrists in Thailand (the psychiatrist：total population ratio was 1：140,265)[2]. In 2011, the number of psychiatrists had increased to about 650.

Social anxiety disorder (also called social phobia), is one of the commonest mental health disorders in the world. Social anxiety disorder is an anxiety disorder involving a marked and persistent fear of social or performance situations. These situations may include speaking in public, eating with other people, or engaging in social contact in general. The excessive fears lead to the avoidance of the feared social or performance situation[7].

Ⅱ. Case presentation

A 21-year-old male, during a presentation in high school, felt extremely nervous and blushed, imagining that his classmates fell silent. Since then, he has had an extreme fear of blushing. He believed that it is different from ordinary blushing, in that it makes others uncomfortable. It spoils the atmosphere even at an ordinary lunch. He saw people look away when he blushed, and became certain this had bothered friends and ruined the pleasant atmosphere. He began to avoid social interaction except for close friends or family members. Blushing did not appear with complete strangers. There was no hallucination. After he entered university, he sat in the far back；he avoided communicating with others. He visited a psychiatrist because he was unable to participate in a seminar in his third year.

Ⅲ. Discussion

1. Investigation

For the purpose of a precise differential diagnosis and therapeutic decision-making, a detailed examination of signs and symptoms is needed. Psychological-tests are also indicative for the evaluation of distorted thoughts and psychotic disorder.

2. Differential diagnosis

In this case, according to DSM-Ⅳ-TR, social phobia（social anxiety disorder）would be considered the most appropriate diagnosis because the prominent symptom is a marked and persistent fear of performance situations. This fear leads him to avoid stressful situations. The avoidance also significantly interferes with his routine life. symptoms have continued for more than 6 months.

Beside social phobia, delusional disorder should also be considered as a differential diagnosis, since some of the symptoms, could be labeled as delusions. For example,"he has strongly believed that people look away when he blushes", or "his classmates clear their throats because of his blushing". Or this may be a prodrome of psychotic disorder that needs further investigation and long-term follow-up.

3. Treatment

In this case, the patient needs psychiatric intervention, because the symptoms have disturbed his function, such as his avoidance of eating lunch or communicating with friends. Pharmacological treatment should consist of selective serotonin reuptake inhibitors（SSRIs）with the addition of a beta-adrenergic receptor antagonist (propanolol) or benzodiazepine (Alprazolam) before a public performance. If the symptoms do not improve, a low-dose antipsychotic may be added. As psycho-social treatment, the patient should be offered graded exposure therapy in real-life situations（behavioral therapy）and cognitive behavioral therapy（CBT）for the adjustment of cognitive errors（e. g.,'everybody always looks at me'）.

4. Epidemiology of social anxiety disorder in Thailand

Various studies in the United States of America and Europian countries have reported a lifetime prevalence ranging from 5 to 13 percent for social anxiety disorder[4,5]. However, the prevalence of social anxiety disorder in Thailand is difficult to pinpoint because there have been only a few studies. There has only been one population-based survey, in 1999, which included 7,157 samples, using CIDI as a diagnosis tool, and it revealed a prevalence of social anxiety disorder of 0.3%[1]. Another retrospective study in a psychiatric outpatient department（hospital-based survey）at Phramongkutklao Hospital（university hospital）reported 0% social anxiety disorder in 1,729 samples[6]. From the authors' experience, less than 1% of psychiatric outpatient departments deal with these cases. In Thailand, there are several reasons for the small number of social anxiety disorder patients seeking treatment. Stigma is one of the barriers to psychiatric treatment-like other mental illnesses. People fear what others might think or say about them. Another important barrier is the lack of knowledge about social anxiety disorder. People do not know what social anxiety disorder is；therefore, they think that there is no treatment for such kinds of symptoms. Moreover, they also feel uncertainty over where to go to for treatment. Familiarity with social anxiety disorder is not a problem only for the patient, but also medical professionals. Although medical

students and nurses are trained to recognize schizophrenia, depression, and bipolar disorder, they are unfamiliar with social anxiety disorder. Therefore, the referral rates for social anxiety disorder are much lower than for other mental disorders. In addition, in Thailand, the influence of culture is also important, because people may interpret social anxiety disorder symptoms as being shy, polite, and showing consideration for others, which are considered as good and acceptable behavior.

5. Treatment of social anxiety disorder in Thailand

Generally, pharmacotherapy and psychotherapy or both are used in the treatment of social anxiety disorder in Thailand. For pharmacological treatment, we usually consider selective serotonin reuptake inhibitors (e.g., Fluoxetine, Sertraline, and escitalopram) as first-line treatment. Benzodiazepines (alprazolam) and beta-adrenergic receptor antagonists (propanolol) are also considered for use before exposure to phobic situations. The most common psychotherapies used for social anxiety disorder are exposure techniques (graded exposure therapy in real-life situations, in particular) and CBT.

6. Learning points

—There have been only a few studies about social anxiety disorder in Thailand；therefore, further study is necessary.

—Elimination of stigma and public education about social anxiety disorder are needed.

References

1) Bunditchate, A., Saosarn, P., Kitiruksanon, P., et al.: Epidemiology of Mental Disorders Among Thai People. J Psychiatric Assoc Thailand, 46；355-343, 2002

2) Department of Mental Health, Ministry of Public Health.[Internet].[cited 2011 Nov 25]；Available from：http://www.dmh.moph.go.th/english/

3) Furmark, T.: Social phobia：overview of community surveys. Acta Psychiatr Scand, 105 (2)；84-93, 2002

4) Institute for population and social research, Mahidol University.[Internet].[cited 2011 Nov 25]；Available from：http://www.ipsr.mahidol.ac.th/ipsr-th/population_thai.html

5) Magee, W. J., Eaton, W. W., Wittchen, H-U, et al.: Agoraphobia, Simple Phobia, and Social Phobia in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry, 53 (2)；159-168, 1996

6) Rukskul, I., Leelahanaj, T., Hirunviwatgul, N., et al.: The Prevalence of Common Mental Disorders among Outpatient Thai Army Personnel. J Med Assoc Thai, 92 (Suppl 1)；S60-66, 2009

7) Sadock, B. J., Sadock, V. A.: Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry. 10th ed. Wolter Kluwer/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia, 2007

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

International Symposium：How is Social Phobia Treated in India?

Kaustav Chakraborty
(Department of Psychiatry College of Medicine and J. N. M. Hospital,
West Bengal University of Health Sciences Kalyani, West Bengal, India)

India, situated in South Asia, is the second most populous country and most populous democracy in the world. Once under British colonial rule, India regained its independence in 1947 through the sacrifice of many martyrs. In India, the family is the most important institution that has survived through the ages. Historically, the traditional, ideal, and desired family in India is the joint family which acts as a buffer at times of social and emotional distress.

The mental health system in India is governed by certain legislations. India is one of those few 'third world countries' to run its own National Mental Health Program. Primary health centers, general hospital psychiatry units, mental hospitals, and the private sector are the major stakeholders in bringing mental health services to the community. However, the facilities are grossly understaffed and the majority of rural populations do not have any access to mental health services.

Epidemiological research has been carried out in the field of mental disorders in India, but the prevalence rates vary widely because of methodological differences. Data regarding the prevalence of social phobia in the community is scanty, but available data suggest that it could be a rare condition in Indian. The only study of social phobia conducted among high school students reported a point prevalence of 12.8%. Major depression is also a common comorbidity of social phobia. Selective serotonin reuptake inhibitors and benzodiazepines are the two common psychopharmacological agents employed in the treatment of social phobia in India. Non-pharmacological management includes yoga, relaxation exercises, biofeedback, and cognitive behavioural therapy.

＜**Key words**：social phobia, treatment, prevalence, India＞

Ⅰ. India—a country of culture and heritage

India, officially the Republic of India, is a country in South Asia. It is the seventh-largest country by geographical area, the second-most populous country with over 1.2 billion people, and the most populous democracy in the world. Bounded by the Indian Ocean to the south, the Arabian Sea to the south-west, and the Bay of Bengal to the south-east, it shares land borders with Pakistan to the west；China, Nepal, and Bhutan to the north-east；and Myanmar and Bangladesh to the east. In the Indian Ocean, India is in the vicinity of Sri Lanka and the Maldives；in addition, India's Andaman and Nicobar Islands share a maritime border with Thailand and Indonesia.

Home to the ancient Indus Valley Civilization and a region of historic trade routes and vast empires, the Indian subcontinent was known for its commercial and cultural wealth for much of its long history. Four of the world's major religions—Hinduism, Buddhism, Jainism,

and Sikhism—originated here, whereas Zoroastrianism, Christianity, and Islam arrived in the 1st millennium CE and also helped shape the region's diverse culture. Gradually annexed by and brought under the administration of the British East India Company from the early 18th century and administered directly by the United Kingdom from the mid-19th century, India became an independent nation in 1947 after a struggle for independence which was marked by non-violent resistance and led by Mahatma Gandhi.

In India, the family is the most important institution that has survived through the ages. India, like most other less industrialized, traditional, eastern societies, is a collectivist (a sense of harmony, interdependence, and concern for others) society that emphasizes family integrity, family loyalty, and family unity[2]. In India, overwhelmingly, families adhere to a patriarchal ideology, follow the patrilineal rule of descent, are patrilocal, have familialistic value orientations, and endorse traditional gender role preferences. Historically, the traditional, ideal, and desired family in India is the joint family. A joint family includes kinsmen, and generally includes three to four living generations, including uncles, aunts, nieces, nephews, and grandparents living together in the same household. Frequently, a large joint family divides after the demise of elderly parents, when there is no longer a single authority figure to hold the family factions together. In India, women are especially strongly socialized to accept a position subservient to males, to control their sexual impulses, and to subordinate their personal preferences to the needs of the family and kin group. Reciprocally, those in authority accept responsibility for meeting the needs of others in the family group[2].

Ⅱ. Background of Mental Health in India

In India, mental health is regulated by certain laws. The Mental Health Act (MHA) was enacted in 1987, and is currently undergoing complete revision. Other legislations that govern mental health are the Narcotic Drugs and Psychotropic Substances (NDPS) Act, 1985；Juvenile Justice Act, 1986；Persons with Disability Act, 1995；and National Trust Act, 1999.

The National Mental Health Programme (NMHP) was formulated in 1982 to develop a national-level initiative for mental healthcare based on the community psychiatry approach[2]. During the past 3 decades, there have been a large number of other community initiatives to address a wide variety of mental health needs of the community through programs on suicide prevention, care of the elderly, substance use, and disaster mental healthcare, and by setting up daycare centres, half-way homes, long-stay homes, and rehabilitation facilities[5,6,9]. The implementation of the District Mental Health Program (DMHP) in 1995 marked the most important public health initiative in mental health, and has had a direct impact on the needs of persons with mental disorders living in the community. At the national level, the DMHP is in operation in 127 districts. In contrast to western countries, where General Hospital Psychiatric Units (GHPUs) work with the support of mental hospitals, in India, most GHPUs provide a wide range of services fairly independently. At present, most medical college hospitals and major hospitals have psychiatry units[12].

The WHO Atlas highlights the low number of mental health professionals in India[13]. The figures are worrisome, especially given the number of mentally ill (Table 1). The average national deficit of psychiatrists is estimated to be 77%；more than one-third of the population has

a more than 90% deficit of psychiatrists. The existing training infrastructure in India produces about 320 psychiatrists, 50 clinical psychologists, 25 psychiatric social workers, and 185 psychiatric nurses per year. Due to the shortage of manpower in mental health, the implementation of the DMHP suffered in the previous plan periods. During the Eleventh Five-Year Plan (2007-2013), there has been a substantial increase in funding support for the NMHP. The total amount of funding allotted is Rupees 472.91 crore[12].

Most of the community-based Indian epidemiological studies use the point prevalence. These epidemiological studies on mental and behavioural disorders report varying prevalence rates, ranging from 9.5 to 102 per 1,000 population[4]. A meta-analysis of 13 epidemiological studies reported a total morbidity of 58.2 per 1,000[8]. Although meta-analysis has its own limitation, this was the first attempt to analyze the epidemiological studies. Another meta-analysis of epidemiological studies reported a total morbidity of 73 per 1,000[1]. If we consider the prevalence of individual mental disorders then the overall prevalence rate is approximately 190-200/1,000 population. In simple terms, at least 20% of the population has a mental health problem. Table 2 provides an estimate of the burden due to Mental Disorders in India.

Table 1 Mental Health Resources in India (WHO Project Atlas, 2001)

Mental Health Indicators	Available resources
Number of psychiatrists per 100,000	0.4
Number of psychiatric nurses per 100,000	0.04
Number of psychologists per 100,000	0.02
Number of social workers per 100,000	0.02

In India, we do not have any indigenous Mental Disorders Classification System like other Asian countries (e.g., China, Japan). In India, we follow The International Classification of Diseases Chapter 10-classification of Mental and Behavioural Disorders or Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV).

Ⅲ. The case

Mr. A has an illness which started in his adolescence and is characterized by an extreme fear of blushing when he has to give a presentation in front of his classmates or take lunch with them, low self-esteem, self-depreciatory ideas, and avoidance behavior.

Ⅳ. Diagnosis

The above description fits the clinical pic-

Table 2 Burden of Mental Disorders in India

Types of mental disorder	Prevalence (per 1,000 population)	2001	2005	2010
Major mental disorders	65	66,859,671	70,000,710	75,548,395
Schizophrenia	03	3,085,831	3,230,802	3,486,849
Mood disorders	16	16,457,765	17,230,944	18,596,528
Mental retardation	01	1,028,610	1,076,934	1,162,283
Child and adolescent disorders	43	25,509,536	26,707,963	28,824,618
Dementia	02	1,563,488	1,636,940	1,766,670
Alcohol dependency	10	10,286,103	10,769,340	11,622,830

Table 3 Prevalence of anxiety disorders in pediatric population

Diseases as per ICD-9	In Lucknow Center (n=2,325) (%)	At Bangalore Center (n=1,578) (%)
Social phobia	0.19	0.19
GAD	0.14	0.3
Simple phobia	1.98	2.9
Agoraphobia	0.05	0.1
Panic	0.05	0.1
OCD	0.09	0.1
Conversion disorders	0.17	Not reported

ture of 'Social Phobia' (as per ICD-10) restricted to a particular situation (while giving a presentation or having lunch) and interaction (only with classmates). However, there are certain oddities. Mr. A feels that "his blushing is very different from ordinary blushing" and "believes that it makes people around him uncomfortable" —this phenomenon raises various possibilities, e. g., referential idea/delusion ; hypochondriacal idea/delusion ; or a sudden delusional idea depending upon the explanation provided by the patient. There are other phenomological issues as well which are not clearly forthcoming from the case, e. g.,"a classmate cleared his throat, and Mr. A felt certain that his blushing had bothered those around him and ruined the pleasant atmosphere" —can well be an instance of delusional perception.

Ⅴ. Treatment of Social Phobia in India

When confronted with a case of social phobia, detailed exploration should be done regarding the childhood and family history, interpersonal dynamics, and academic/work environment. The patient should be subjected to psychometric testing for assessment of the personality to see whether any Axis II co-morbidity exists. The patient should be properly explained to regarding his/her condition and the plan of management. He/she can be started on low-dose selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) methods, or benzodiazepine (has long-term addictive potential). Among non-pharmacological management systematic desensitization should be attempted. The patient should be taught relaxation exercises ; biofeedback is another good option. Long-term re-educative psychotherapy (CBT) is often beneficial to correct erroneous cognitions.

Ⅵ. Prevalence of Social Phobia in India

Data on the prevalence of social phobia in India is scanty. Recently, a community-based study was conducted by ICMR in Lucknow and Bangalore in children and adolescents aged 0-6 years[11, 12]. The prevalence rates of various anxiety disorders reported in the study are shown in Table 3.

Ⅶ. Social Phobia Research in India

There is a dearth of research on social phobia in India. To date, only one study has been conducted, by Mehtalia and Vankar[5]. A total of 421 high school students were screened for social phobia and depression and associated factors with academic impairment—12.8% had social phobia. The most common manifestation of social phobia was avoiding giving speeches.

Social phobia was equally common in both genders, and was associated with difficulty in coping with studies, concern about weight, having less friends, lack of intimacy with parents, impairment in academic functioning, and major depression as comorbidity. There has been no study on pharmacotherapy or psychotherapy in patients with social phobia per se from India.

Ⅷ. Summary

- India is a country with great cultural and geographical variation
- In India, the joint family system serves as a buffer during times of physical and mental ill health
- The Indian mental health system is governed by certain laws
- The National Mental Health Program（NMHP）and District Mental Health Program（DMHP）through Primary Health Centers（PHCs）; Mental Hospitals ; Government Hospital Psychiatry Units（GHPUs）; and Private Sector are the major stakeholders in bringing psychiatric services to the community
- Indian research on the prevalence of anxiety disorders is scanty
- There is a dearth of research on social phobia in India
- The only study on social phobia to date has reported a point prevalence of 12.8%. Major depressive disorder appears to be a common co-morbidity of social phobia
- Treatment of social phobia in India employs the same psychopharmacological agents as used elsewhere. Yoga, relaxation exercises, and biofeedback are commonly used in the management of social phobia. Cognitive Behavioural Therapy（CBT）is also practised in many centers.

References

1) Ganguli, H. C.: Epidemiological findings on prevalence of mental disorders in India. Indian J Psychiatry, 42 ; 14-20, 2000

2) Heitzman, J., Worden, R. L., eds. India : A Country Study. Washington : GPO for the Library of Congress ; 1995

3) ICMR, Mental health research in India ; technical monograph on ICMR mental health studies. New Delhi, Indian Council of Medical Research, 2005

4) Math, S. B., Srinivasaraju, R.: Indian Psychiatric epidemiological studies : Learning from the past. Indian J Psychiatry, 52 ; S95-103, 2010

5) Mehtalia, K., Vankar, G. K.: Social Anxiety in adolescents. Indian J Psychiatry, 46 ; 221-227, 2004

6) Patel, V., Thara, R., eds : Meeting the mental health needs in developing countries : NGO innovations in India. New Delhi : Sage（India）; 2003

7) Ranganathan, S.: The empowered community : A paradigm shift in the treatment of alcoholism. Madras : TTR Clinical Research Foundation ; 1996

8) Reddy, M. V., Chandrasekar, C. R.: Prevalence of mental and behavioural disorders in India : A meta-analysis. Indian J Psychiatry, 40 ; 149-57, 1998

9) Srinath, S., Girimaji, S. C., Gururaj, G., et al.: Epidemiological study of child and adolescent psychiatric disorders in urban and rural areas of Bangalore, India. Indian J Med Res, 122 ; 67-79, 2005

10) Srinivasa, M. R.: Community mental health in India. In : Mental health in India- Essays in honour of Prof. N. N. Wig. Bangalore : Peoples Action for Mental Health ; 2000 : 150-176

11) Srinivasa M. R., eds : Mental health by the people. Peoples Action for Mental Health, Bangalore, 2006

12) Srinivasa M. R.: Mental Health initiatives in India（1947-2010）. Natl Med J India, 24 ; 98-107, 2011

13) World Health Organization. Mental health atlas. World Health Organization, Geneva, 2005

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

対人恐怖症の症例検討
――日本での治療について――

中前　貴
（京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学，特定非営利活動法人日本若手精神科医の会）

対人恐怖症は人見知り，対人緊張などの正常な範囲に属するものから，恐怖症段階にとどまる神経症レベルのもの，さらには精神病との鑑別が困難なものを含む幅広い概念であり，日本に特有の文化結合症候群と考えられていた．一方，DSM などの操作的診断基準に social phobia や social anxiety disorder（SAD）という概念が登場し，現在広く普及しているが，両者の異同については十分に議論されていない．本シンポジウムでは，加害的な思考を伴う赤面恐怖の一症例に対して，各国ではどういった診断を下し，どのような治療を行うのかの議論がかわされた．同症例は，日本では山下分類の確信型対人恐怖症，笠原分類の第 3 群（関係妄想性を帯びているもの）に該当すると考えられた．治療については，fluvoxamine，paroxetine などの抗うつ薬，clonazepam などのベンゾジアゼピン系薬剤による薬物療法ならびに，認知行動療法，森田療法の適応が考えられた．対人恐怖症の概念ならびに SAD との差異は諸外国に十分に認知されておらず，また，対人恐怖症を対象とした臨床研究も少ないため，今後のさらなる調査が期待されるところである．

＜索引用語：対人恐怖症，社会恐怖，社交不安障害，文化結合症候群＞

はじめに

対人恐怖症は人見知り，対人緊張などの正常な範囲に属するものから，恐怖症段階にとどまる神経症レベルのもの，さらには精神病との鑑別が困難なものを含む幅広い概念であり，我が国では 100 年以上も前からその存在が報告され，研究が進められてきた[3]．笠原は対人恐怖症を，第 1 群：青春期に一時的にみられるもの，第 2 群：恐怖症段階にとどまるもの，第 3 群：関係妄想性を帯びているもの，第 4 群：前統合失調症症状，統合失調症回復期にみられるものに分類している[4]．また，同様の症例報告が諸外国ではみられなかったことから，この疾患は日本に特有の文化結合症候群であると考えられてきた．

しかし，1980 年代になり DSM-Ⅲに社会恐怖（social phobia）という用語が登場し，人前で話をしたり，人前で字を書いたり，会食をしたりするような特定の社会的状況に対する恐怖が報告された．さらに，DSM-Ⅲ-R では 1 つあるいは 2 つ程度の社会的状況のみならず，多くの社会的状況で恐怖，不安症状や回避行動を示す全般性のものを特定することになり，DSM-Ⅳでは赤面，震え，発汗などの身体症状を恐れることも診断基準に明記されるようになった．診断名も社会恐怖（social phobia）から社交不安障害（social anxiety disorder：SAD）へと変更され，その概念は広く普及したが，対人恐怖症と SAD の異同については十分議論されていない．

森田正馬が名付けた対人恐怖はおおまかに 2 つのグループに分けられる．1 つは大衆恐怖，会議恐怖，異性恐怖，長上恐怖などと呼ばれる恐怖で，DSM-Ⅳの「他人の注視を浴びるかもしれない生

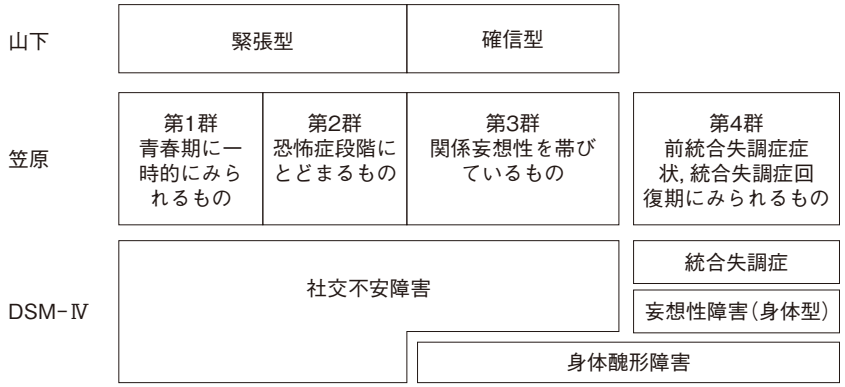


図1　対人恐怖症の分類と診断（笠原 10）の図を一部改変）

活状況において自分が恥をかく恐怖」というSADの症状にほぼ該当する．山下はこの症状を有する群を緊張型対人恐怖症として分類している[9]．もう1つのグループは，赤面恐怖，視線恐怖，体臭恐怖などの身体症状に関するもので，山下はこの群を確信型対人恐怖症と分類した[9]．このような確信度の高い一群や，笠原の分類における第4群については，DSMでは統合失調症，妄想性障害，身体醜形障害と診断されるものも含まれるが，対人恐怖の各分類と，DSMにおける診断は図1のような関係で表される[3]．

このように対人恐怖症とSADは共通する部分もある一方で，異なる点もある．対人恐怖症とSADに共通する症状としては，赤面恐怖，会食恐怖，大衆恐怖，長上恐怖といったものが挙げられるが，SADに含まれるが対人恐怖症には含まれない症状としては，嘔吐恐怖，頻尿恐怖などがあり，対人恐怖症には含まれるがSADには含まれない症状としては，自己臭恐怖，自己視線恐怖などがある[3]．すなわち，対人恐怖症に特有の症状は，自分自身の臭いや視線が周囲の人々を不快にさせているのではないかといった加害的な思考を伴う点が特徴的である．また，こういった思考に伴う不安や緊張は，家族や友人などの非常に近い関係にある人物や，逆に全くの見知らぬ他人と接する場面では全く認めないか軽度であり，同級生や職場の同僚など一定の距離がある人物と接する場面で最も顕著となる（図2）．

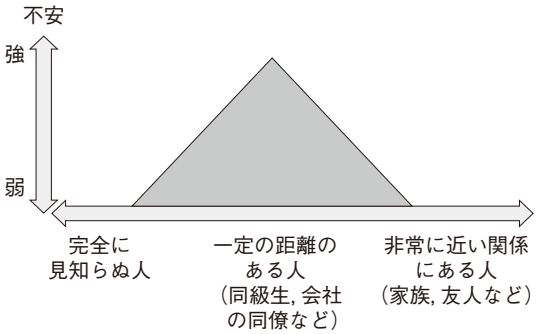


図2　対人恐怖症における不安の強さ

西欧諸国では多様な文化や言語をもつ諸民族が共存，競合しており，そのような環境下で人々が生き抜くには，自分の意見を強く主張し，その理由を明瞭に説明することが必要である．そのため，自己中心的な思考が養われ，対人場面では，人前で「自分自身が」恥ずかしい思いをするのではないかという不安が起こり，SADや緊張型の対人恐怖症の症状を呈する．一方，日本の社会では，単一の民族が集落を形成しており，この環境下では，自己主張よりも他者志向的な周囲への心配りが重要とされる．理論をもとにした説明よりも，相手の感情，態度への配慮，こまかい規則よりも人間同士の信用や恩情が重要な役割を果たす．周囲の人々の気持ちを機敏に察して迷惑をかけないことが求められる．こういった他者志向的な思考は，対人場面において「他者を」不快にさせないかという不安を生じさせ，確信型の対人恐

怖症の症状につながると考えられる[10]．諸外国において，こういった加害的な思考を伴う症例に対してどういった診断が下されているか，またそういった一群に対してどのような治療が行われているのかは，依然として興味深い点である．

Ⅰ．症　　例

本シンポジウムでは，下記の共通の症例に対して，各国における診断と治療についての議論がかわされた．

A さん，21 歳男性．身体疾患，精神疾患の既往歴，家族歴は認めない．中流階級の家庭で育ち，両親と同居．

A さんは大都市で生まれ育った．幼少期に運動や言語の発達に遅れはなく，学業の成績は高校生まで平均的であった．高校生のある時，彼は同級生の前で発表をしなければならなかった．彼は極度に緊張して顔を紅潮させ，そのせいで同級生が静まりかえったと感じた．

その一件以降，A さんは極度の赤面恐怖を抱くようになった．彼は自分の赤面が通常のものとはかなり異なり，周囲の人を不快にさせ，場の空気を壊していると信じていた．同級生とただ単に昼食をとっているときでさえ，赤面していると感じていた．ある時，ひとりの同級生が咳払いをしたところ，A さんは自分の赤面が周りの人を困らせて，場の空気を台無しにしてしまったと感じた．続いて，彼は同級生と一緒に昼食をとることや会話をすることを避けるようになった．一方，彼は家族などの非常に近い関係にある人とは特に問題なく関係をもつことができた．

高校卒業後，A さんは大学に進学した．授業中，彼は講義室の一番後ろに座り，友達を作ったり会話をもったりすることを避けた．3 回生になり，彼はゼミで小さいグループに参加しなければならなかった．しかし，彼は赤面することを恐れ，精神科を受診した．彼は幻聴や他の幻覚の存在は否定した．彼は知人に対する反応とはうってかわって，完全に見知らぬひととは簡単に会話することができた．

Ⅱ．診断について

本症例においては，典型的な赤面恐怖を認めており，そのことで周囲の人々を不快にさせているのではないかという加害的な思考が強く，確信度も非常に高い．また，家族などの非常に近い関係にある人物と接する際には不安や緊張は認めず，同級生などの一定の距離にある人物と接する場面が最も不安，緊張が高まっている．これらの特徴は先に述べた対人恐怖症の典型例であると考えられる．山下の分類では確信型対人恐怖症にあたり，笠原の分類では第 3 群（関係妄想性を帯びているもの）にあたる．DSM-Ⅳでは SAD に該当すると考えられた．

Ⅲ．治療について

SAD を対象とした臨床研究は広く行われており，近年のメタアナリシスでは，選択的セロトニン再取り込み薬（selective serotonin reuptake inhibitor：SSRI），セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（serotonin noradrenaline reuptake inhibitor：SNRI）の有効性が最も示されている[2]．抗不安薬については clonazepam の有効性が示されているが[1]，抗うつ薬に抗精神病薬を付加する増強療法についてはその効果は十分示されていない[8]．一方，対人恐怖症を対象とした臨床研究は非常に少なく，抗うつ薬の有効性が示されているのみであるため[5,6]，薬物療法については SAD に準じた治療が考えられる．そのため，本症例に対しては，本邦で SAD に対して適応のとれている fluvoxamine や paroxetine が第一選択薬になると考えられる．

SAD に対する精神療法としては，認知行動療法が広く普及している．SAD の場合，他者から否定的に評価されることへの恐れのために社会的状況が脅威と解釈され，こうした認知によって自己の不安に注意が集中する．不安に対する過度の注意は一層の不安をもたらし，さらに，社会的状況を回避することで，否定的評価に対する恐れが強化されるという悪循環に陥っている．治療的には，社会的状況を脅威と見なすような認知の再構

成を行うと共に，回避している状況への曝露を促すことになる[7]．一方，日本では対人恐怖症に対する森田療法も行われている．森田療法では，否定的評価に対する恐れを，受容，承認，優越への欲求（生の欲望）と表裏一体のものと考える．羞恥や赤面という自然な感情や生理反応を「あってはならないこと」として否定し排除しようとするあまり，より自己の状態にとらわれて羞恥をつのらせていくという悪循環に陥っており，自己に対する注意の集中と不安やそれに伴う身体感覚との悪循環は精神交互作用と呼ばれる．治療的には，まずは不安を排除しようとするのではなく，自己の感情を「あるがまま」受け入れるよう促すこと，生の欲望を自己発展の方向へ反転させることに重きが置かれる．建設的な行動は結果として回避状況への曝露となるが，森田療法では症状に関連した行動のみに焦点を置かず，生活全体の充実を目指すところが認知行動療法と異なる点である[7]．

さ い ご に

共通の症例をもとに，日本での対人恐怖症の診断，治療について概説した．対人恐怖症は幅広い概念であるが，疾患概念そのものがまだ十分世界に認知されているとは言い難い．諸外国でSADと診断されている患者の中にも加害的な思考をもつものも多いと言われており，今後の国際共同研究が必要と考えられる．また，薬物療法，精神療法ともに，対人恐怖症を対象とした臨床研究は少なく，今後のさらなる調査が必要であると考えられた．

文　　献

1）Fedoroff, I. C., Taylor, S.：Psychological and pharmacological treatments of social phobia：a meta-analysis. J Clin Psychopharmacol, 21；311-324, 2001

2）Ipser, J. C., Kariuki, C. M., Stein, D. J.：Pharmacotherapy for social anxiety disorder：a systematic review. Expert Rev Neurother, 8；235-257, 2008

3）笠原敏彦：対人恐怖と社会不安障害の歴史と差異．精神経誌，108；750-753，2006

4）笠原　嘉，藤縄　昭，関口英雄ほか：正視恐怖・体臭恐怖―主として精神分裂病との境界例について―．医学書院，東京，1972

5）Matsunaga, H., Kiriike, N., Matsui, T., et al.：Taijin kyofusho：a form of social anxiety disorder that responds to serotonin reuptake inhibitors? Int J Neuropsychopharmacol, 4；231-237, 2001

6）Nagata, T., van Vliet, I., Yamada, H., et al.：An open trial of paroxetine for the “offensive subtype” of taijin kyofusho and social anxiety disorder. Depress Anxiety, 23；168-174, 2006

7）中村　敬：社会不安障害（対人恐怖症）の森田療法．精神経誌，108；754-759，2006

8）Stein, D. J., Baldwin, D. S., Bandelow, B., et al.：A 2010 evidence-based algorithm for the pharmacotherapy of social anxiety disorder. Curr Psychiatry Rep, 12；471-477, 2010

9）Yamashita, I.：Taijin-Kyofu or Delusional Social Phobia. Hokkaido University Press, Sapporo, 1993

10）山下　格：対人恐怖と日本の社会．こころの科学，147；14-17，2009

Case Discussion of Taijin Kyofusho : How It is Treated in Japan

Takashi NAKAMAE

(*Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, A Nonprofit Organization, the Japan Young Psychiatrists Organization*)

Taijin kyofusho is a broad concept that covers a spectrum from a usual fear of strangers or shyness to neurosis or a psychotic state that is difficult to be distinguished from psychosis. In addition, it was previously considered a culture-bound syndrome in Japan. On the other hand, social phobia or social anxiety disorder (SAD) appeared in the operational diagnostic criteria such as DSM, and now has widely spread throughout the world. However, the difference between taijin kyofusho and SAD has not been well discussed.

Speakers from each country discussed diagnosis and treatment strategies for a case vignette of a patient who has an extreme fear of blushing with offensive thinking in this symposium. The case can be diagnosed as the conviction type of taijin kyofusho in Yamashita's classification and group 3, delusional type of taijin kyofusho in Kasahara's classification in Japan. Regarding treatment, antidepressants including fluvoxamine and paroxetine, and benzodiazepine such as clonazepam can be chosen. Cognitive behavior therapy and Morita therapy will also be performed in Japan.

The concept of taijin kyofusho and the difference from SAD are well understood in other countries. Further studies are necessary because clinical trials for taijin kyofusho are still scarce.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：taijin kyofusho, social phobia, social anxiety disorder, culture-bound syndrome＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

多職種協働症例検討会
――退院促進事例を通して――

コーディネーター　松田　ひろし

今日，精神科医療の充実のためにはチーム医療は欠かせない．しかし，各職種への理解は相互にまだ十分とは言える状況になく，その活用も限定的である．そこで今回事例を通して多職種への理解を深めることを目的として，このシンポジウムを企画した．

まずはじめに，事例提示が柏崎厚生病院野村健太郎氏よりあった．40 歳代の統合失調症罹患の男性，数年の入院後，退院促進支援事業を利用．当初退院支援に本人は消極的であったが，自宅の片付けなどを含め様々な支援により，1 年後に自宅へ退院となり，単身生活が始まっている，と事例についての説明があった．

次に「心理職の立場から」と題して，大石記念病院・野口クリニックの福田由利氏より，本事例では具体的には退院促進支援導入時より，自宅訪問に同行して具体的な地域での生活イメージを共有しながら，生活機能をアセスメントする心理検査，生活をサポートするグループ療法，安心して話せる場として，個人面接を導入したいと述べられた．

次に，聖路加看護大学の大橋明子氏は「つながりをつくり変化と生活をみまもる看護の立場から」と題して話された．退院を進めていく時に看護師ができることは，退院をして地域での新たな生活の開始という変化によって症状が増悪しないように見守り，リハビリテーションによって培われた日常生活の行動が，地域生活で適応できるように支えることであると述べられた．

常盤病院の馬場寛子氏は「薬とうまく付き合っていくためのサポート―薬剤師の立場から―」と題して，統合失調症の治療においては薬物療法は土台となる，その目的をしっかり踏まえ患者が飲み続けることができる処方を完成させることが大切である，そのために薬剤師による服薬指導は有効であると話された．

宮城県立精神医療センターの香山明美氏は「作業療法士の立場から―対象者の能力を引き出すために―」と題して話された．事例の患者は，これからの生活で何を希望しているのか，そのために支援者は何ができるのか，また，病気をどのように受け入れているのか，生活能力がどれくらいあるのか，近所付き合いをどのように考え，どのようにしていくのかが主なテーマとなり，結果として協力者を得ながら徐々に地域に慣れていくことが望まれ，作業療法士としてこれらのことに十分

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京）
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　多職種協働症例検討会―退院促進事例を通して　司会：秋山　剛（NTT 東日本関東病院精神神経科），松田　ひろし（立川メディカルセンター柏崎厚生病院）

に関与する必要があると述べられた．

曽我病院の西宮弘之氏は「―退院に向け食を通して管理栄養士が協働出来る事とは―」と題して，退院先によりかかわりが異なってくる，独居生活，家族のもとへの退院あるいは施設で食事サービスがある場合とない場合などで対応が異なり，本事例での具体的な方法について言及された．

最後に，日本精神保健福祉士協会の大塚淳子氏は「本人の自己表現に向けた支援を考える―精神保健福祉士の立場から―」と題して話された．退院支援の経過における現実的な生活イメージの獲得に伴い，フォーマル，インフォーマルな資源の活用を図り，生活支援に有効な環境を整備する際や自己決定を尊重した生活スタイルとなるよう，本人に寄り添いながらストレングスを発見し，ポジティブに評価することを重視したいと述べられた．

このシンポジウムを通して，多職種によるアプローチの意義が改めて認識させられ，チーム医療では共通の言語を持つことの大切さを実感した．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

多職種協働症例検討会
――退院促進事例を通して――

野村 健太郎
（立川メディカルセンター柏崎厚生病院）

はじめに

長期間の入院生活を送ってきた精神科病院入院患者の退院を目指す場合，様々な準備が必要となる．患者および家族の精神障害に対する教育，患者本人の退院意欲の確認，生活環境の確認，生活能力の確認，支援者の確認などが挙げられる．医師は患者に対して医療行為を行うのみにとどまらず，患者が安定した生活を送るために様々な対応を求められる．そのため，状況に応じて専門性の高い多職種と協働する必要がある．今回，退院後の家族が不在であった長期入院中の統合失調症の患者に対して多職種との協働支援を行った結果，自宅退院が可能となった事例について報告する．

Ⅰ．事例提示

40 歳代の男性，診断は統合失調症．同胞 3 名の第 3 子として出生．高校卒業後，転職を繰り返した後，無職となった．父親，兄は死去しており，姉は県外へ嫁ぎ，母親との 2 人暮らしであった．既往歴として，顔面血管腫，心房細動がある．

X-14 年より幻聴が出現し，X-11 年で当院を初診．統合失調症の診断にて治療開始するも，2 ヵ月で通院を自己中断．X-6 年，母親に暴力をふるい，母親は他県で過ごす姉のもとに逃げたため，以降は独居生活．X-4 年，近隣住民と口論となり興奮状態を呈し，A 病院に措置入院．X-3 年，当院へ転院となり任意入院にて治療を継続．「近所から科学兵器で攻撃された」といった被害妄想が認められたが，病院内では穏やかに生活していた．病識に乏しく，「どこも悪くないから退院できる」と話していたが，拒薬もなく，積極的な退院要求も認めなかった．

患者の自宅は豪雪地帯にある山間部の築 50 年以上の木造住居．冬季は積雪が 3 m 以上に及ぶ．3 年以上誰も住んでいなかったため，ゴミや動物のフンなどが散乱し，壁やタイルが剝がれ，窓や障子は破れていた．電気・ガス・水道は止まったままで，家電製品は壊れていた．最寄りの商店までは徒歩で 20 分かかり，交通手段は 1 時間 1 本程度のバスのみであった．X 年 7 月，退院促進支援事業を利用開始．当初，退院支援に対して患者本人は消極的であったが，自宅訪問や自宅の片付けの援助を繰り返すことによって，支援に対して積極的に反応するようになった．支援の経過中，被害妄想は残存していたが悪化は認めなかった．支援としては，服薬指導，生活能力の確認，自宅の整備，買物や移動の手段の確認，地域住民への協力依頼を行った．

患者本人は病気に対する認識は乏しいものの，不眠に対して服薬する必要性については理解していた．そのため，入院中に可能な限りの服薬の単剤化と内服回数の簡略化を目指した．結果，オランザピン 10 mg とジゴキシンなどの内科処方薬を 1 日 1 回就寝前に服薬するだけの薬物療法に移行することができた．訪問薬剤指導を導入し，外来受診時にも薬剤師の面談を行った．また，作業療法により買物や調理などの生活能力を評価した．入院前はジャガイモだけのカレーなどを作ること

ができたため，退院促進支援事業を開始する前は「退院したらできます」と語り，調理実習への参加には消極的であった．しかし，支援の過程で院内の調理実習に加えて個別の調理実習も導入したところ，徐々に意欲的に取り組むようになり，材料の買い出しも含めて適切に行うことができるようになった．ゴミや動物のフンなどで汚れていた自宅の清掃，破損していた障子紙の修復などを支援者とともに行った．冬季は雪かきをしなければ屋内に入ることが不可能であったが，支援者に対して「一緒に雪かきしてもらえて良かった」と普段は口にしない感謝の気持ちを表すなどの変化が認められた．玄関や風呂場などの大きな破損個所の修理については近所の業者に依頼することになり，その手続きや交渉にも支援者がかかわった．電気・ガス・水道の再開の手続きや壊れていた家電製品の買い換えにも支援者が付き添い，助言した．移動手段として自転車の使用を勧めたが，「以前，嫌がらせで，科学兵器でタイヤをパンクさせられたから必要ない」と妄想と関連した言動が強かったため，徒歩での生活を前提とした支援のプログラムを組んだ．退院前には地区担当保健師から町内会長に協力を依頼し，近隣の住民に対しては退院時に患者とともに支援者が挨拶をしてまわった．

院内支援者として医師・看護師・薬剤師・精神保健福祉士・作業療法士・心理士が，院外支援者として訪問看護師・市地区担当保健師・保健所相談員・社会福祉協議会（権利擁護事業を担当）・地域生活支援センター（退院促進支援事業を担当）がケア会議を繰り返した．支援開始当初，患者は支援者に対して口数も少なかったが，退院前訪問時に掃除や雪かき，障子貼りなどを一緒に行うことで，支援者に対して退院に際しての不安や希望を伝えることができるようになった．退院後の支援に対しても当初は消極的であったが，徐々に退院後の訪問看護などにも積極的になった．

支援継続の結果，X＋1年7月に自宅に退院が可能となり，現在も退院後1年以上の通院治療を継続している．X＋2年6月，他県高齢者施設入所中であった母親が退所し，患者と同居を始めた．同居に際しては，患者本人からの不安の訴えもあり，高齢者担当職員も交えて緊急ケア会議を開き，対応を模索した．結果，母親は在宅介護サービスを利用しながら安定した生活を送っており，患者の介護負担も軽減されており，その後の精神病状の悪化も認めていない．

Ⅲ．考　　察

本事例は精神症状が安定しているものの，退院後に自立した生活を送るために，入院中に様々な自立に向けての支援の準備を必要とした．患者は精神科病院に1年以上の入院歴があったため，退院促進支援事業を利用しての多職種協働支援が可能であり，その最大の利点は居宅の準備などの病院外支援が充実したことであった．定期的にケア会議を行い，それぞれの支援状況を確認し，患者の精神状態の変化などの情報の共有を行うことができた．また，ケア会議において各職種の役割を明確にすることで，患者にわかりやすく円滑に支援を提供することができた．本事例は退院後に家族という身近な支援者が不在であったため，多数の支援者との協働を要したが，全ての事例でこのような協働が必要となるとは限らない．また，診療現場に必要な支援機関がない場合もある．しかし，今回の事例を通して，支援の過程で多職種について詳しく知り，必要に応じて協力を依頼できるように日頃から連絡や相談を行うこと，お互いの職種に対して敬意を払うことが大切であると思われた．そして，支援者はあくまで本人の自立を側面から支援して，過剰な援助をしないように留意することも大切と思われた．

現在，本患者は他の長期入院患者に向けて自分自身の退院支援の体験を語るピアサポーターとして活動するなどして他患者の支援に協力している他，患者の家族会でも意見交換などをしている．このように，患者自身も重要な支援者となることを治療者は忘れてはならない．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

多職種協働症例検討会――退院促進事例を通して――心理職の立場から

福田 由利
（大石記念病院・野口クリニック）

本事例は，病気や社会生活の経験不足によりもたらされた認知機能の障害や認知の偏り，対処技能の乏しさといった問題が推測される．認知の内容やその過程について明確にし，対処技能のあり方をアセスメントし，本人なりに症状や生活上の課題に対処できるよう心理的援助を提供したい．具体的には，退院促進支援導入時より自宅訪問に同行して具体的な地域での生活のイメージを共有しながら，生活機能をアセスメントする心理検査，生活をサポートするグループ療法，安心して話せる場としての個別面接を導入する．そして，本人が希望を持ってさまざまな支援を自身のために選択し，安定して活用できるよう支援していきたい．その際，現実的なことに目を向けると同時に，心の動き，その背景にある周りの人との関係やこれまでの経緯を考慮し，本人の言動を俯瞰的に理解することが大切と考える．

＜索引用語：心理療法，心理アセスメント，認知機能障害，認知，対処技能＞

はじめに

本事例のように統合失調症という病気と障害を抱えた患者は，病気や社会生活の経験不足によりもたらされた認知機能（実行機能・記憶機能・注意機能）の障害，認知（物事の捉え方・考え方）の偏りや対処技能（問題やストレスを解決するための行動）の乏しさといった問題を抱えているケースが少なくない．そこで，心理職としては，下山が「心理職の独自性として，心理学の知見を生かして心理的側面，特に認知的機能を中心に問題解決に責任をもって関与していくことが求められる」[5]と述べているように，本人が，自分と自分を取り巻く環境や出来事をどのように捉えているかという認知の内容やその過程について明確にし，環境や周りの出来事への対処技能のあり方をアセスメントして，本人なりに症状や生活上の課題に対処できるよう支援していくことを心がけている．その際，治療への意欲・ニーズ・症状の特性や程度に合わせた支援を考える．とりわけ，村瀬がチーム医療における心理職の課題の１つとして挙げている「疾病や障害は治癒しなくても，生活の質を高めることを援助によって進め，患者を支える」[4]ことは，本事例のような疾患を抱えた患者への支援には求められ，自分自身や環境についての認識に偏りがあっても，本人の希望を尊重し，興味を持てることや，取り組めることから始め，現実的な生活につなげていくことが大切と考える．

患者本人と，環境と，さまざまな支援について，１つの図にまとめた（図）．自分の身体・病気・症状・気分などの心身のコンディションや，また障害を抱えて生きていく自分自身をどのように受け止めて，対応していけるか．そして自分を取り巻く環境や対人関係についてどのように捉え，対処できるか．さらにさまざまな支援を自分のためにどのように位置づけて，活用していけるか．患者

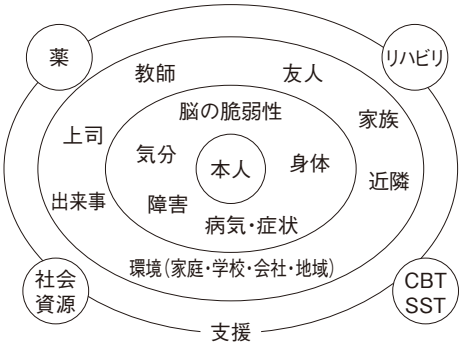


図　自分自身，環境，支援と，どう向き合うか
CBT：認知行動療法
SST：生活技能訓練

を中心にして患者自身が，自分自身，環境，支援とどう向き合い，付き合っていけるかをトータルにサポートしていくことが重要と考える．

Ⅰ．精神科領域における心理職の業務

精神科領域では主に心理アセスメント，心理療法，臨床心理学的地域援助の３つの業務を組み合わせて行っている．

1．心理アセスメント

心理アセスメントは，まずカルテや関係職種から情報を収集した上で，心理検査の施行だけではなく，面接，行動観察からも行う．日常生活上のストレス，不自由さ，症状の増悪がどの問題から派生し，どのように介入するかによって改善が可能かを見立てるのだが，問題点を指摘するだけではなく，患者の持っている力を確認することを重視する．“受けたくない”と拒否する態度や理由も，アセスメントのための貴重な情報になる．また，病棟，リハビリプログラム，自宅訪問などで，患者の生活や活動と直にかかわることは，生活状況，対人関係の持ち方，感情の動き，手際の良しあしなどを見立てるための大切な機会となる．

2．心理療法

心理療法は，ニーズ，症状の特性，治療のプロセスに応じていろいろな方法，技法をアレンジしていくことが重要となる．大きく分けて，個人療法とグループ療法に分けられるが，個人療法では，本人のペースやニーズに合わせてサポートを行う．グループ療法は，メンバー同士の支え合いやアドバイスが効果的なアプローチである．また支援の方法も，「病気，治療についての正しい知識の習得（心理教育）」[7]，「捉え方，考え方，気分・感情，行動の修正（CBT：認知行動療法）」[6]「実際の場面を想定して，実演しながら練習（SST：生活技能訓練）」[2]「実生活の中で，“その時，その場”で具体的に取り組む方法（自宅訪問など）」[3]など臨機応変に採択していくようにする．

3．臨床心理学的地域援助

臨床心理学的地域援助として，その人を囲む環境への働きかけ，関係機関との連携，退院促進の支援，地域生活支援，家族支援などを行う．その支援を有効に行うために，各担当者との連絡と調整，チームでのカンファレンス，情報共有や役割分担，本人に同行しての支援，家族教室の開催などを進めていく．

Ⅱ．事例検討

1．自宅退院までの経過を“認知と対処技能の変容”から捉える

本事例は，退院促進支援事業の導入前は，「どこも悪くないから退院できる」「家があるのだから施設に入所する意味がない」「退院してから全てやる，準備は必要ない」と話し，何ごとにも「必要ないです．自分でやります」と退院支援に対して消極的であった．しかし，自宅訪問や自宅の片付けの援助を繰り返し受けることにより，支援に対して積極的となり，「一緒にやってほしい」「手伝ってもらって助かった」という言葉も聞かれるようになったとのことである．

この経過を“認知と対処技能の変容”の視点から捉えてみる．当初は，自身の病状についても，自分を取り巻く状況についても“特に問題はない”と考え，対処の仕方としては，“計画や準備は必要ない”“自力で対処する”といった状態にあったと推測される．

退院促進支援を継続して受ける過程で，1人で対処することの難しさに気づき，“自分が望む生活を実現させるためには助けてもらうことも必要”と思えるようになったと考えられる．そして，「一緒にやってほしい」と“自ら援助を求める”対処行動がとれるようになったと捉えられる．

2．アセスメント：生かしていきたい力と，困難な点

では，退院を希望しつつも退院支援に対して消極的であった本事例に対して，心理職の立場からどのような支援の提供が望まれるかを検討する．

まずは支援を進めるにあたり，生かし，伸ばしていきたい力をアセスメントする．自宅への退院といった具体的な希望を持っており，地域で生活したいという意欲はある．また高校を卒業し，職業に就いていた時期，1人暮らしができていた時期もあり，知的な面の深刻な制限もなく，家事全般についての関心，能力はある程度は保持されていると推測される．趣味を通してならいくらかの人付き合いは可能のようだ．退院後の生活のイメージが具体的になってきた段階で，1人暮らしをサポートするプログラムが提供されれば，興味を持ち，目的意識を持って取り組めるようになるだろう．

一方，困難な点として，病識が乏しく，必要と思われる援助を自分から求めることが難しく，変化に対して消極的といった傾向があるようだ．さらに，1人でいることを好み，人を受け付けず，時に攻撃的言動に至ることもあった．しかし，これらの傾向は病気になったことで自信を失い，また，周囲から非難されたり，自分の希望を否定されたりすることを恐れている気持ちの表れなのかもしれない．このような背景に隠されている気持ちを察し，その気持ちに配慮したプログラムの導入の仕方や進め方を検討することが求められる．

また，転職を繰り返すなど不適応の期間，入院の期間も長く，おそらく社会経験や対人関係における経験は乏しく，対処技能が不足している可能性がある．また病気によってもたらされた認知機能の低下も懸念される．心理検査を活用して，これらの機能をアセスメントし，関係職種，本人と共有することが望まれる．

さらに，住居が遠方で，家族からの積極的なサポートは難しく，だからこそ提供される支援と安定してつながることが大切となるであろう．

3．心理職として提供したい支援

では，提供したい支援の内容，ポイントについて具体的に述べる．

(1) 認知と対処技能の変容をもたらすかかわりのポイント

特に，認知と対処技能の変容を促すためのかかわりとして，“手伝ってもらい助かった”と実感できるように，自宅訪問時やプログラムの最中，タイミングよく“少し後押しする手助け”を行うことを重視したい．また，自信と意欲の回復を促していくために，本人が地道に取り組んでいる姿勢，発揮できている力をしっかり評価することが大切となる．

このようなかかわりによって，より柔軟な捉え方ができるようになり，対処技能のバリエーションも増えて，よりよい生活の実現が可能となると考える．認知のあり方は“いろいろな支援を使うことは，1人暮らしを続けるために役に立ちそう”“苦手なことをする時，困った時に人に助けを求めるのも悪くない”と変化し，対処技能としては，“リハビリプログラムを活用したり，困った時は，スタッフや仲間に相談する”といった行動がとれるようになることが望まれる．

(2) 心理検査による認知機能のアセスメント

可能であれば心理検査は次のように進めていく．主治医から本人に心理検査の施行について説明してもらったあとに，「得意なことと苦手なことを知っておくことは1人暮らしの生活に役立つと思います．得意なことを生かせば，より生活がしやすくなる．心理検査を使って得意なこと，苦手なことを確認して，これからの生活にどう生かせばいいのか一緒に考えてみませんか？」と声をかける．

心理検査の種類としては，統合失調症の生活のしづらさの大きな要因である認知機能障害のアセスメントが可能なWAIS-Ⅲ検査を施行したい[1)]．本事例の場合，たとえば，料理に関心を持てているので，料理の楽しさや難しさについて本人から話を聞き，また，かかわっているスタッフからは，指示を覚えておくことができているか，見通しを立てられているか，手順はよいか，手先は器用かなどの情報を得てアセスメントする．その上で，心理検査の結果を実際の生活場面での言動と照らし合わせながら本人に伝え，多職種で共有して，現実的で役立つ支援を検討する．

(3) 多職種協働による自立支援プログラム：導入の仕方と進め方の工夫

具体的には，次のようなプログラムを多職種と協働しながら，企画し，提供したい．

『自立支援プログラム：一人ぐらしを楽しむ会』

＜プログラム内容＞

体調を整えるための工夫・福祉制度の使い方・金銭管理・調理実習・趣味の時間

薬との付き合い方・生活のしづらさ（認知機能障害）についてなど

導入の仕方の工夫として，退院準備中，退院後に，不自由なことや困ったことが具体的に自覚された時が導入のチャンスとなる．またプログラム参加への抵抗感を和らげるために，本人だけでなく，麻雀仲間や調理実習メンバーとも顔見知りになっておき，その仲間の人たちも一緒にグループに誘うようにする．セッションの進め方の工夫としては，メンバーの発言や生活の様子を見聞きする機会を多く設けたい．そうすることによって生活の仕方のヒントが得られるとともに，“自分も病気かもしれない．薬は必要なのだろう”といった病感の獲得が期待される．また，スタッフも自身の健康管理や日常生活の労苦を語れば，“みんなもいろいろ苦労しているんだ”といった安堵感を培うことになるだろう．

(4) 個別面接：側面からのサポート

加えて，安心していろいろなことを話せる場としての個別面接を並行して行えるとよいと考える．退院に向けての気持ちや生活への不安を丁寧に聞きながら，本人なりの取り組みを評価し，思い込みやこだわりを検討して修正したり，より柔軟な対処法を考え練習したりする．本事例は，自宅が遠方のため頻繁な通院が難しいといった問題があるので，待合室での立ち話なども大いに活用していきたい．

また，認知機能の低下によると思われるが，アドバイスされた内容や指示を取り違えたり，勘違いをしたりしていることが少なくない．いろいろな支援について，その支援が自分にとってどのように役立っているか，どのような点が不安かを話題にしていく．提供されている支援を自分のために選択し，安定して活用できるように個別面接を通して側面からサポートしていくことも大切と考える．

まとめにかえて

本事例は当初，サービスを利用したり，交流を持ちたいという考えはなく，支援を受けることに消極的であった．しかし，病院内，病院外において支援者が協働する退院促進支援事業を利用することで，「一緒にやって欲しい」「手伝ってもらって助かった」と自ら支援を求める行動がとれるようになり，自身が希望する自宅での生活が実現した大変貴重な事例である．

私たち心理職も，関係づくり・アセスメントを行い，現実的・具体的な地域での生活のイメージを共有していくために，退院促進支援導入時より自宅訪問に同行したい．そして，本人のペースやニーズに配慮しながら，生活機能をアセスメントする心理検査，生活をサポートするグループ療法，安心して話せる場としての個別面接を導入し，“一緒にやってもらえて助かった”と実感できる支援をタイミングよく提供していく．また，症状の背後にある“生きる上での困難さ”に思いを馳せ，“自分らしい生活を実現している１人の人”として会うよう心がけたい．

このように，心理職として，現実的なことに目を向けると同時に，心の動き，その背景にある周

りの人との関係やこれまでの経緯を考慮し，本人の言動を俯瞰的に理解しながら，関係職種とともに地域での生活の実現に向けてサポートしていきたいと考えている．

文　献

1）藤田和弘，大六一志，山中克夫ほか編：日本版WAIS-Ⅲの解釈事例と臨床研究．日本文化科学社，東京，2011

2）熊谷直樹監訳（Bellack A.S.）：改定新版：わかりやすいSSTステップガイド―統合失調症をもつ人の援助に生かす―上下巻．星和書店，東京，2005

3）水野雅文，佐久間啓，村上雅昭ほか編：精神科地域ケアの新展開―OTPの理論と実際―．星和書店，東京，2004

4）村瀬嘉代子：社会からの臨床心理学への期待．特集：今，臨床心理学に求められていること．臨床心理学11；9-13，2011

5）下山晴彦：特集にあたって．特集：今，臨床心理学に求められていること．臨床心理学，11；3-8，2011

6）丹野義彦編：認知行動療法の臨床ワークショップサルコフスキスとバーチウッドの面接技法．金子書房，東京，2005

7）上原　徹編：スキルアップ心理教育．星和書店，東京，2007

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

地域とのつながりをつくり退院という変化と生活をみまもる看護の立場から

大橋　明子
（聖路加看護大学精神看護学精神看護専門看護師）

長期間の入院生活をしている患者にとって退院するということは，大きな出来事と考えられる．その進め方によっては，患者は負担やストレスを感じ，病院から地域生活の移行が難しくなる．また病院での生活と地域での生活は，衣食住とすることは同じように見えても，常に見守りや支えがあるかないか，また求められる生活の自立度が異なり，退院後の生活に戸惑いを感じることもあると思われる．退院，そして地域に移行し，再発や再燃をしないで生活が維持されるには，「服薬が継続されている」「過度のストレスがない，あるいはうまくストレスに対処できる」「適した社会資源やネットワークなどの支援がある」「日常生活行動が維持されている」，これら 4 つがあることといわれている．これらのことから，退院を進めていく時に看護職ができることは，退院そして地域での新たな生活の開始という変化によって症状が増悪しないように見守り，そしてリハビリテーションによって培われた日常生活行動が地域での生活に適応し，確実に維持できるまで支えることである．さらに，様々な専門職の方とネットワークを作る橋渡しを行い，患者に必要な「つながり」を作る手伝いをすることも必要と考える．そのためには，看護職自身が協働する他の専門職の方々を知り，良い話し合いや意見交換が可能となるようコミュニケーションの仲介役となるなど連携を深めておくことも重要であり，それらが今後，看護職に期待される役割だと考えられる．

＜索引用語：精神看護，退院支援，多職種連携＞

はじめに

精神疾患を抱え，数年の長期にわたる入院生活をしている患者にとって，退院して地域での生活を再開することは，患者にとって大きなライフイベントとなるだけではなく，様々な人々による支援を要することが多い．また現在，2004 年 9 月に厚生労働省精神保健福祉対策本部が提示した「精神保健医療福祉の改革ビジョン」により，入院中心から地域生活中心への方策が示され，受け入れ条件が整えば退院可能な約 7 万 2 千人の 10 年後の解消が図られている．これらのことから，精神障害を抱えた方々への地域生活支援体制の強化などが，様々な専門職種の協働によって進められることが求められている．

このような中，今回は，長期入院から多職種の協働により退院に至った事例において，看護職はどのようなことができるのか，また多職種の方々とどのように協力して退院を進めていくのかについて述べていきたいと思う．特に，退院を進めるにあたって看護職が現在も実践している，地域とどのようにしてつながりを作るのか，あるいは退院という変化がある中での生活支援の実際についてを中心とする．

Ⅰ．退院後の再発を防ぐ 4 つのこと

退院促進，地域生活移行支援を行い退院はできたとしても，結果として，その途中あるいは退院後まもなくして精神状態が増悪し，入院に至り，

そこから長い入院生活が再開されてしまっては，退院促進できたとは言い難い．また再発や再燃は，支援者のみならず，患者自身も落胆しかねず，今後の生活に不安はぬぐえなくなると考える．長期の入院生活をしている精神疾患を抱えた患者は，その疾患の特徴や発症，再発の背景を示した脆弱性ストレス対処モデルからも理解できるように，退院を大きな変化であり，ライフイベントとしてとらえ，影響を受けると考えられる．したがってその退院の進め方によっては，患者が過度に負担を感じたり，あるいは十分に退院後の生活を整えられないままに地域での生活を始め，失敗してしまうということもあると考える．

また，薬物療法の中断も精神症状の再発，再燃の要因と考えられており，患者が抗精神病薬の持続服用を遵守した場合，持続的ではない服用の場合と比べて再発が低く抑えられているという結果[1)]が多くの研究で明らかにされている．

一方，再発や再燃をせずに地域生活を維持する要因も明らかになっており，地域サービスやケアマネジメントの介入があること，特に医療従事者への相談を基盤にして様々な人々とのソーシャルサポートネットワークを豊かに広げていることが特に重要である[4)]とされている．さらに患者自身のことに関しては，地域生活を営む上で必要な日常生活行動が機能し，維持されていることも，再入院をせずに地域生活を継続できる要因[5)]として挙げられている．

これらのことから，退院にあたって再燃・再発が起こらず地域生活を継続するために必要なことを以下に４つ挙げる．１つ目に，人の手助けを借りながらでもよいので，服薬が継続されていること．２つ目に，患者にとって過度のストレスがない，あるいはうまくストレスに対処できる力やそのために支援が得られていること．３つ目に，適した社会資源や信頼できる人とのネットワークなどがあること．最後に，食事をする，睡眠，排泄など，基本的な日常生活行動が維持されていることである．そして，長期に入院生活をしている精神疾患を抱えた患者の退院においては，病院から出ることのみを目標にするのではなく，その後再発や再燃せず，安全と感じる地域において生き生きと自信を持ち，人とのつながりを持ちながら生活できることが大切であり，目標にするべきと考える．看護では，これらのことを念頭に置いたケアが展開されている．

Ⅱ．服薬・治療継続ができるための援助

先述したとおり，薬物療法の中断は再発・再燃の要因の１つである．服薬や治療が入院から退院，退院後を通して継続できるための看護援助は，現在あるいは退院が決まった時に服薬できているかどうかを確認し，できていたら問題なしとするものではない．この看護援助は，入院してきたその日からケアを開始し，退院と退院後の安定した生活を目指して，服薬を維持できるようになることを目標に，入院中に継続して行うものである．具体的に事例でいうと，入院当初は，拒薬はないけれども，通院を中断したエピソードがあり，病識に乏しいなどの服薬や治療に関するこれまでの傾向を早期に情報収集し，ケアの方向性を組み立てている．病識に乏しい，あるいは医療者に対して猜疑心や警戒心が背景にある場合なども含めて，この事例のように何らかの理由で治療や介入を中断したことがある時は，服薬や治療の必要性を唱えても，すぐに受け入れていただくのは難しいため，まずは薬や治療について何でも話し合える，相談できる間柄になれるよう，振る舞いを配慮し，声をかけ，思いや考えをよく聞き，信頼関係を築くためのかかわりをする．その上で，治療や服薬をしていくなかで困ったことの相談を受けることをはじめ，副作用など身体的にも負担に感じることにはすぐに対応して軽減を図るケアを提供している．そのようなかかわりと患者が治療を受けていく中で，患者の言動や変化を見出し，特に患者本人が自覚できている効果やメリットがあるところをあえて言葉にして返すことも行う．それは，患者の服薬をしていく動機づけを強めるということを意図しており，また治療や精神症状の自己評価方法を学ぶ教育的な意味も含んでいる．こ

のように通常の生活あるいはかかわる中で服薬や疾患の心理教育を展開する際には，看護師が関与しまたは薬剤師らと協力して知識提供をしていくことはもちろんである．しかし看護師が特に力を入れるのは，そこで患者が学んだことを，通常の生活に活かせるよう，導き，励ますことであり，これが生活を支える看護職ができる役割であると考える．つまり，この事例にもあるように病床から患者の自宅まで付き添い，退院後の患者に想定される生活状況を踏まえて，服薬回数や方法などを具体的に共に考え，外出や外泊などを通して練習することを支えるといったその場に適した支援を適宜することである．

Ⅲ．出来事や変化にうまく対処し適応を促す援助

通常の生活で起こる出来事やちょっとした変化，またそれで引き起こされるストレスへの対処は個別性があり，また変化が少なくパターン化された長期入院の中では，それを見極めることが難しいこともある．よって，退院という話が出て，初めて患者の変化や対処パターン，ストレスへの脆弱性を知ることになる．この事例も，当初は退院に難色を示したのは，それがこれまでの変化の少ない生活に比べて大きな負担として認識されると考えられる．こういった患者の対処について早くに理解してケアに活かし，退院準備をうまく進めるためにも，この対処方法やストレスの脆弱のレベルに関しても，入院してきたその時から，日々の出来事や環境をどのようにとらえて，反応，行動をしているのか，それを詳細に理解することから始める必要がある．特に，精神症状が悪化する出来事，不適切な行動につながる原因には注意をし，取り除けることであれば日常生活あるいは新たな生活環境においても除去し，除去できないものであれば，それにうまく対処できる方法を共に考えて，その対処行動の実行に寄りそい，支えている．ただし，新しい対処を勧めたり，援助を変える際には，その変化という負担を考慮することを忘れないようにしている．何が起こるのか，これからどうなるのか不安になるとも考えられるため，変化の目的やどのような段取りで進んでいくのかを，患者が納得できるように十分に説明をすることは前提である．また，変化の速度や段階については，患者の合意が得られれば，すぐに全部を変えるのではなく，できること，あるいは看護師と一緒に行動してみることから始め，徐々に患者１人で，または退院に必要なレベルまでできるよう，かかわりの量と時間を調整して，自立と適応を促している．

これらのケアの進め方は，単に対処や適応行動を習得する場合だけではなく，退院から地域生活への安定した移行においても同様であると考える．この事例のように，病院から地域生活に病状が増悪せず進めたのは，継続的なモニタリングと変化による負荷の調整を適切に行った結果と考えられる．

Ⅳ．退院・退院後の生活に必要な資源を選びつなげる援助

患者の精神状態が退院できる状態であっても，退院先の環境が整っていなければ生活は成り立たない．この事例のように長期入院をしているとその間，１人暮らしで家があったとしても，ライフラインが途絶えてしまっていたり，住居に補修が必要となるなどが問題として出ていた．またもともと単身生活で，無職で収入がないため，１人で生活するための最低限の費用が必要になり，その準備と生活費の管理方法も身につけなければならない．これらのことから患者の退院を円滑に進めていくには，入院中の患者の姿だけではなく地域で生活することをイメージし，その人にとって必要な人，お金，物など地域にある社会資源を検索し，患者に紹介しつなげることも大切な看護援助と考える．

何よりもまず，退院するということが患者と医療者に合意ができたら，患者本人の入院前の生活状況とこれからの希望を伺いながら，居場所と困りごとが相談できる手段の確保を行い，地域で安心して生活できる場を確かにする．そして，患者の意向も踏まえて，地域（退院先）の資源とつな

がりを作るために，精神保健福祉士（PSW）の方などと特に協力して，そこへ出向き患者の紹介と情報の共有，協力依頼と役割分担をするなどの調整も行う．この事例における支援でも，地域住民などに協力の依頼をしているが，そのようなところで看護師が日々行っていた患者の対応法が有用な情報として提供できると思われる．また同時に，患者の生活を支える家族や協力者に，退院準備を説明し不安や心配なことを伺い，その解消を図ることでさらに地域での支援体制が強化される．これらのことが看護職における大事な人的資源の調整であり，退院支援の1つとなると考える．

なお，これらのように地域とつながりや調整をするには，患者と共に行うことが退院準備としても必要であるため，事例のような自宅訪問や協働作業は，入院期間中は退院前訪問などとして機会を活用している．

Ⅴ．自分で生活できる力を養うための援助

自分で生活できる力とは，食事や排泄，清潔の維持，適度な活動と休息や睡眠，1人であるいは他者と過ごすといったことがらを，自らあるいは他者の助けを借りながら遂行していくことである．これらは，地域生活において最低限に必要なことである．またこれらの破たんは，精神状態の悪化を招くことだけではなく，患者の自尊感情も低下すると思われる．したがってこの自分で生活をする力を養うための援助は，地域生活を維持するだけではなく，生き生きとしたその人らしい豊かな生活をおくることにもつながるだろう．

こういった生活行動やその変化に関して看護師は，入院中から日常生活行動を観察し，退院後の生活状況に必要な生活行動がとれているのか見極めている．不足している場合，あるいは退院後に必要とされる生活行動は，看護師のみまもりの中で徐々に練習することから進め，その練習に付き添い，行動を支えている．

また，退院後の生活がイメージでき不安がないよう，あるいは生活リズムを崩さないために，退院後の1日あるいは週間スケジュールを患者と一緒に立てることも行う．そのスケジュールの実行と同時に，生活行動を外泊や外出にて練習し，それが現実的であるのか，実行可能なものかを確かめていくことをしている．

こうして，患者が生活する力を持ち，養い，退院準備と退院後の生活に円滑に移行することにつなげている．単なる日常生活行動ではあるが，それが確実にできることは，地域で生活する大きな自信となっている．

常に側にいる看護師とかかわることで患者は人付き合いやコミュニケーションを学び，看護師が自宅の状況や入院中の患者の日常生活行動を知ることでセルフケア状態を査定し，また様々なサポートの中で患者が自分で生活する力を発揮できるように外出などで練習をするといった支援がこの事例にあり，当初は拒否的であった退院も，最後には不安なく前向きに受け入れられるように変化する結果につながったと推察される．

Ⅵ．看護職に期待される多職種協働におけるもう1つの役割

これまでに述べてきたことが，退院支援において行う看護だが，看護職にはもう1つ期待される役割があると考えられる．看護師は，治療に関する医療的側面から，暮らし方，日々の対処などの福祉的な側面まで，様々なことに関与できることが特徴である．つまり看護師は，チームでかかわっている対象の情報を集約でき，また必要なところに情報を発信することもできる，あるいはこの事例でもあるケア会議といったチーム内の情報交換や検討を進める場の調整者になれるのではないかと思われ，それを日々の看護実践の中で行っている．

厚生労働省のチーム医療の推進に関する検討会の報告書[3]において，看護師は「チーム医療のキーパーソン」として患者や医師その他の医療スタッフから寄せられる期待は大きい，とされている．患者を中心とした支援体制の全体像を見わたすことができる看護師は，直接的な患者へのケアのみならず，このような間接的な介入も役割の1つと

し，さらに多職種協働による退院促進を進めるための調整やチーム作りの知識や技術を身につけていかなければならない．

Ⅶ．多職種協働の退院促進における看護師の役割

最後に，多職種協働の退院促進における看護師の役割をまとめる．

- 退院準備から退院後の生活が安定するまでの，服薬管理を含めた日常生活行動の維持・向上を行う．
- 生活を見守りながら患者の希望を汲みとり，それを患者へのケアとこれから生活する環境に反映する．
- 日常生活の支援から得られた情報を各専門家と伝達・共有する機会を作り，治療や支援の体制作りを行う．
- 多職種協働の退院促進チームで良い話し合いと意見交換ができるように仲介役となる．

長期入院をしている精神疾患の患者の退院に関するケアとして，看護師が生活や心身を直接ケアできることは当然である．さらにこれからは，チームビルディングやファシリテーション技術を洗練させていく必要があり，それが地域とのつながりや患者の生活を見守る支援体制作りにより貢献するだろう．

文　献

1）Kane, J. M.: Schizophrenia, N Engl J Med, 334 (1)；34-41, 1996

2）厚生労働省：http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/tp0902-1.html 「精神保健医療福祉の改革ビジョン」について，2004年9月

3）厚生労働省 http://www.mhlw.go.jp/shingi/2010/03/dl/s0319-9a.pdf　チーム医療の推進について（チーム医療の推進に関する検討会 報告書），2010年3月

4）宇佐美しおり，住吉亜也子，郷良淳子ほか：精神障害者の地域生活を維持・促進に関するソーシャルサポートネットワークの実態，兵庫看大紀要，7，59-70，2000

5）宇佐美しおり，岡田　俊：精神障害者の地域生活を維持・促進させる急性期治療病棟における看護ケア―急性期ケアプロトコールの開発をめざして―．看護研究，36 (6)；493-504，2003

Viewpoint of Psychiatric Nursing on Creating a Community Network and Support for Discharge

Akiko Ohashi, RN, PHN, CNS, MSN

St. Luke's College of Nursing
Department of Psychiatric & Mental Health Nursing

Being discharged after long-term hospitalization is a major event for patients with mental illness. Depending on the discharge procedure, patients may experience varying degrees of stress and find it difficult to make the transition from hospital to community life. Although a patient's everyday lifestyle may appear to be the same when living in the community as it was while hospitalized, there are differences in terms of the support and monitoring provided by nurses as well as the degree of independence required of the patient. Therefore, patients are likely to feel anxious about life after discharge.

When a patient is discharged and makes the transition to community life, there are four conditions which must be met in order to prevent relapse：1) Continued administration of medication；2) Stress reduction or ability to cope with stress；3) An adequate network of social resources including people, financial support, and health services；and 4) Continued activities of daily living (ADL). The goal of nursing care after discharge, therefore, should be to ensure that the transition from hospital to community life does not exacerbate the patient's symptoms. Nurses can also help the patient apply the level of ADL achived during rehabilitation to the patient's new life in the community, providing support until the patient can maintain this level of ADL independently. Furthermore, nurses have a responsibility to create a network of various professionals and help patients make the necessary connections to this network. In order to accomplish this, nurses must build strong relationships with other professionals in related fields by holding discussions and exchanging views with them. This is the role nurses will be expected to fill in the future.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：psychiatric nursing, support for discharge, multidisciplinary collaboration＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

薬とうまく付き合っていくためのサポート
――薬剤師の立場から――

馬場　寛子
（明照会常盤病院薬剤部）

統合失調症の治療において，薬物療法は治療の土台となる．したがって，患者のニーズに合った薬物療法を達成することは必須である．そもそも統合失調症の薬物療法の意義は，「ドパミン神経の機能回復」である．薬物療法の目的をしっかり踏まえ，患者が飲み続けることができる処方を完成させることがまず重要である．そのためには，薬剤師が薬の効果，のみごこち，副作用，生活に合った服薬時間などをチェックし処方に反映させることが有効と考える．次に，今回の症例で退院後の服薬に関するポイントは，病識がないこと，住まいの交通の便が悪いこと，単身生活となることである．患者自身が病気と向き合い，薬をうまく活用できるようになるための心理教育や服薬指導が欠かせない．実際に病気を受け入れることは，どんな疾患でも時間がかかるので，したがって，あせらずに患者に寄り添いながら，患者が病気を受け入れ，病気の知識や薬の知識を持ってもらうことが必要である．複数の医療スタッフがかかわって実施される「心理教育」が理想であるが，なかなか人手や時間が割けない施設も多いと思う．そこで有効なのは，薬剤師による服薬指導である．個々の患者に，「病気の話」「薬の話」をしていくことで患者にそれぞれの知識を持ってもらうことができる．最後に，実際の薬の管理の方法を身につけることである．頭の中で考えるのでははく，実際に薬の管理を体験し，服薬の習慣を身につけていくことが大切である．繰り返し行っていくことで，それが日常化し服薬継続につながっていく．「①薬を飲み続けることができる処方を作る，②薬を飲み続けるための知識を持つ，③薬を飲み続けるための実践トレーニング」，この 3 点を軸に「薬とうまく付き合っていくためのサポート」を実践したいと考えている．

＜索引用語：精神科薬剤師，処方の最適化，服薬自己管理，服薬指導，退院後サポート＞

はじめに

統合失調症の治療において薬物療法は治療の土台となるものである．薬物療法がうまくいかないと，リハビリテーションや作業療法も実を結ばない．したがって，まず患者のニーズに合った薬物療法を達成することが必須である．そのために，精神科薬剤師は薬物療法にかかわるすべてのケースに関与し，患者をはじめとして，患者の家族，各医療スタッフへの情報提供やサポートをすべきである（図 1）．

また，今回提示された症例は，病識がなく，住まいの交通の便が悪く，単身生活となるため，治療中断の可能性が予測されるため，事前の環境調整や患者への心理教育は必須であり，特に服薬指導は重要であると考えた．したがって，患者が薬とうまく付き合っていけるためのサポートを中心に考えていきたい．

Ⅰ．精神科薬剤師の役割

薬剤師の基本的業務は，①医薬品の供給（調剤，持参薬管理），②安全使用の確認（処方監査，禁忌・相互作用のチェック，副作用チェック，各種

検査のオーダー），③処方提案，④情報提供（疾患や治療薬について，患者や医療スタッフに対して），⑤患者サポート（服薬指導，副作用の対処方法，服薬自己管理，心理教育）などが挙げられる．特に，精神科においては⑤の患者サポートが重要な業務となっている．

また，これらの業務は医薬品を適正使用するための一連のサイクルにつながっている（図2）．このサイクルが機能することは，安全で有効な薬物療法をもたらし，医師の負担軽減につながる．

Ⅱ．薬とうまく付き合っていくためのサポート

今回の症例をはじめ，あらゆる患者に対して，①薬を飲み続けることができる処方を作る．②薬を飲み続けるための知識を持つ．③薬を飲み続けるための実践トレーニングの3つのサポートが必要だと考える．

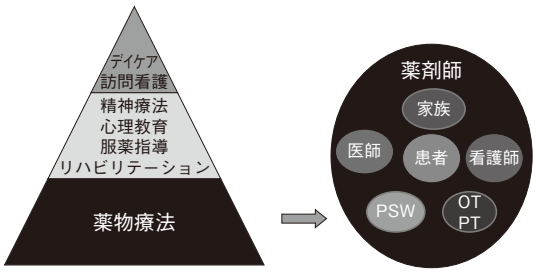


図1　精神科薬剤師の役割

1．薬を飲み続けることができる処方を作る

統合失調症の薬物療法の問題点として，多剤併用大量処方が挙げられる．近年，第二世代抗精神病薬の登場とともに，抗精神病薬の最適化について検討されるようになり[2]，抗精神病薬の単剤療法および最適な用量の検討がなされ少しずつ改善されてきた．しかし，いまだに多剤併用大量処方のままという患者も少なくない．患者自身が納得できる処方でなければ，服薬の継続は難しくなる．

そもそも統合失調症の薬物療法の意義は，「ドパミン神経の機能回復」である．ともすれば幻聴や妄想を抑え込もうとするがゆえに，抗精神病薬の多剤併用大量処方になりがちだが，薬物療法の目的をしっかり踏まえ，患者が飲み続けることができる処方を完成させることがまず重要である．そのためには，薬剤師が薬の効果，飲み心地，副作用，生活に合った服薬時間などをチェックし処方に反映させることが有効と考える．

筆者が勤務する常盤病院も例外でなく，多剤併

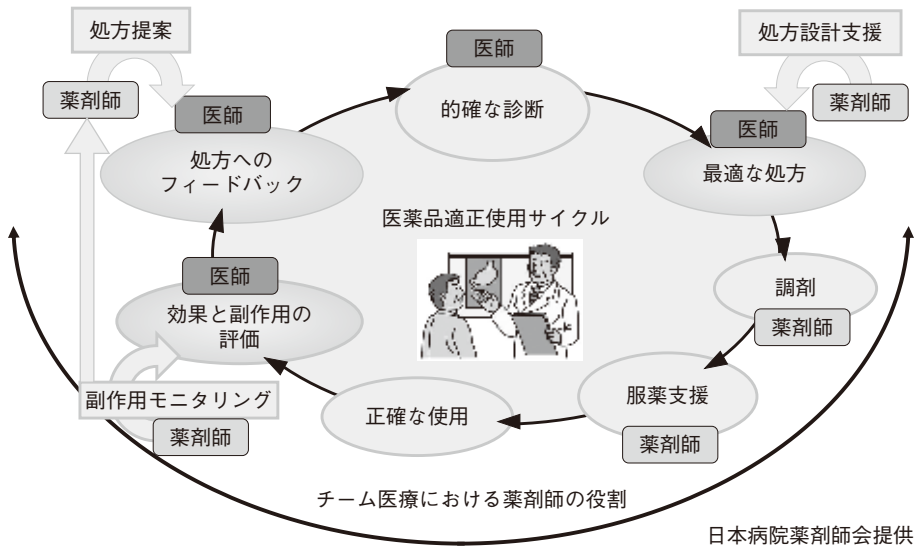


図2　チーム医療の推進
薬物療法における医師の負担軽減

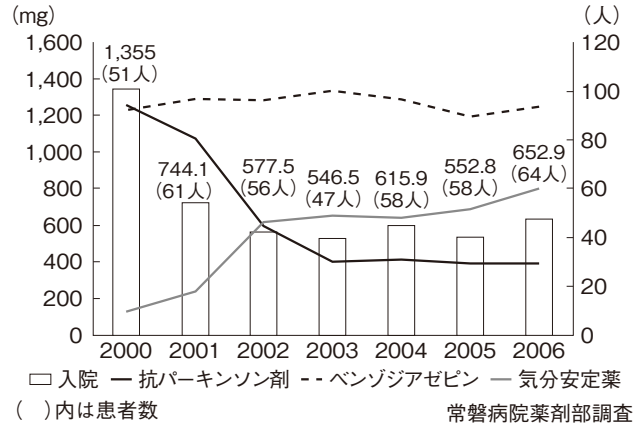


図3　統合失調症患者における薬剤の変遷
―抗精神病薬　クロルプロマジン換算　入院―

用大量処方があった．2000年4月の調査では，入院患者の抗精神病薬の平均は1,355 mg(クロルプロマジン換算：以下CP換算)であった．しかし，その後，最適化に取り組み，2002年以降は，抗精神病薬の平均は600 mg（CP換算）前後で推移するようになった（図3）．また，入院・外来合わせたデータでは，抗精神病薬の単剤率も2000年には8.4%であったが，2006年には79.3%となった(図4)．こうした処方調査は，現状の薬物療法を数値で確認することができ，さらに現状報告をすることも，薬剤師の重要な仕事である．

このような取り組みにより，処方の最適化がなされ退院可能となった患者がいる．最適化により，患者の状態が良くなったこと，そして，服薬継続可能な処方となったことが理由として挙げられる．

ここで，退院につながった4例を紹介する．

症例1と2は，常盤病院に長期入院していた患者である．

【症例1】入院期間23年6ヵ月，発症年齢27歳，退院時の年齢57歳，女性，従来処方のCP換算値は994 mg，退院時のCP換算値は800 mgであった．病識がなく血統妄想が続いていた．しかし，体調を管理するために服薬が必要であることを医師より説明され，処方が最適化されたのち薬の自己管理も始めた．時間が経つにつれ少しずつ病識を持てるようになり退院に向けて環境調整をし，自宅へ退院となった．

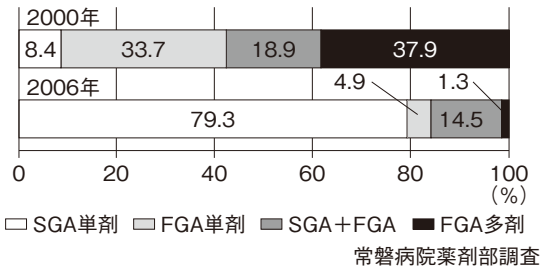


図4　抗精神病薬の単剤率の比較
(入院＋外来・各年約300名調査)
FGA：第一世代抗精神病薬
SGA：第二世代抗精神病薬

【症例2】入院期間17年10ヵ月，発症年齢18歳，退院時の年齢62歳，女性，従来処方のCP換算値は1,333 mg，退院時のCP換算値は450 mgであった．注察妄想が続き，なかなか病院の外へ出ることができなかった．処方の最適化は早い段階で終了していたが，注察妄想が続いていたため，外泊を長い期間繰り返して，ようやく退院することができた．薬も長期間にわたり自己管理を実施し，退院後もきちんと管理することができている．

症例3と4は，他の病院で主治医から長期入院を勧められ，常盤病院に転院してきた患者である．

【症例 3】常盤病院での入院期間 1 年 6 ヵ月，発症年齢 21 歳，退院時の年齢 36 歳，女性，入院時処方の CP 換算値は 2,434 mg，退院時処方の CP 換算値は 800 mg であった．発症後は，入退院を繰り返したが，入院生活が長かった．そのような経緯もあり，もとの病院の主治医から長期入院を勧められた．入院時は，突然テーブルの上から頭から落ちようとしたり，衣服を脱ぎだしたりと不安定な病状が続いていた．処方が最適化されるにつれ，幻聴により行動化していたことを，ようやく患者自身の言葉で聞くことができるようになり，「入院期間が長く家族に迷惑をかけている」など話ができるようになっていった．外泊ができるようになってからも，人の目が怖いなどの訴えはあったが，外泊を繰り返していった．薬も入院中に自己管理を開始し，問題なく継続できた．

【症例 4】常盤病院の入院期間 2 年 3 ヵ月，発症年齢 19 歳，退院時の年齢 40 歳，男性，入院時処方の CP 換算値は 3,303 mg，退院時処方の CP 換算値は 800 mg であった．家族への暴力があり，もとの病院の主治医から長期入院を勧められた．入院時は，薬の量が多く，過鎮静によりほとんど寝ているような状態だった．薬の調整の途中では，興奮するようなこともあったが，比較的順調に最適化が進み，自宅へ退院となった．

この 4 症例からわかるように，最適な処方が患者の精神症状の回復を高め，服薬継続につながっている．

今回提示された症例においては，入院中に抗精神病薬は単剤に，内科薬も飲みやすく 1 回にまとめられているので，退院後も服薬しやすい処方となっている．

2．薬を飲み続けるための知識を持つ

今回の症例は，病識はないが，入院中に服薬はできている．患者自身が病気と向き合い，薬をうまく活用できるようになるためには，心理教育や服薬指導が欠かせない[1)]．実際に病気を受け入れることは，どんな疾患でも時間が必要である．あせらずに，患者に寄り添いながら，患者が病気を受け入れ，病気の知識や薬の知識を持てるようにしていくことである．

「服薬教室」や「サイコエデュケーションプログラム」といった形式で，複数の医療スタッフがかかわって心理教育を実施しているところもあるが，なかなか人手や時間が割けない施設も多い．そこで有効なのは，薬剤師による服薬指導である．個々の患者に，「病気の話」「薬の話」をしていくことで患者それぞれに，病気や薬の知識を持ってもらうことができる．

診療報酬上においても服薬指導は認められており，通常は，1 回につき 325 点，ハイリスク薬については 1 回 380 点となる．（抗精神病薬，抗うつ薬，抗てんかん薬などはハイリスク薬に含まれる）1 ヵ月に 4 回の算定が認められている（ただし，間隔を 6 日以上あけること）．

今回の症例も入院中にできるだけ心理教育などに参加していただき，退院後も継続してデイケアなどで病気や薬の情報提供し，知識や興味を持ち続ける工夫が必要である．

3．薬を飲み続けるための実践トレーニング

服薬自己管理を実施してみると，医療者ができそうもないと考えていた患者がしっかり管理ができ，できそうだと考えていた患者が意外にできなかったりすることがある．現在，認知機能を評価するバッテリーが研究されているが，おそらく患者によって障害されている認知機能が異なっているからだと考える．したがって，患者が服薬自己管理を行う上で，何ができて，何ができないのかを見極めて，それぞれの患者に合った服薬管理の方法を患者といっしょに考えて，服薬継続が可能になるように指導していくことが大切である．さらに，服薬自己管理を継続することで，服薬を習慣化させることもポイントとなる．

入院中の服薬自己管理の指導は，薬剤師が主体となって実践しているが，日々の指導は看護師のサポートが必要である．常に，看護師と連携をとりながら実践していくことがポイントとなる．

特に，今回の症例は単身生活となるので自宅で

お薬の自己管理表　平成　年

月日							
曜日	日	月	火	水	木	金	土
朝							
昼							
夕							
寝る前							
よく眠れない							
食欲がない							
お通じがない							
集中できない							
頭がはっきりしない							
疲れている							
からだがだるい							
落ち着かない							
不安である							
イライラする							

図5　お薬の自己管理表[9)]

の「薬を飲むタイミング」を具体的に決めていくことも必要である．たとえば，「朝起きてすぐ」「ミルクを飲んだ後」など，実際に自宅でも生活の中でのタイミングを決めるところまでサポートしたい．そのためには，退院前の訪問看護などから，自宅での生活についての情報を得ることである．

服薬自己管理を実施するときに，服薬自己管理票[3)]を患者に記載してもらっている（図5）．これは，服薬のチェックの他に，体調をチェックする項目があり，患者が自分の体調を客観的に捉えることができる．また，これを持って医師と話すことで，自分のコンディションをうまく伝えることができる．ほとんどの患者は，外来通院するようになっても継続している．

今回の症例は単身生活になるため，服薬の習慣化はより必要となる．入院中より自宅へ帰ってからの生活時間を想定し，薬の保管場所や飲むタイミングなどを事前に患者と相談しておきたい．

Ⅲ．退院後のサポート

服薬継続の大事なポイントとして，退院後のサポートは欠かせない．退院後，服薬に関する疑問や問題が生じたとき，相談できる場所や人などを決めておく．その場合，薬のことは，薬剤師が対応すれば的確に答えを提供することができる．薬剤師への問い合わせの時間を日勤の時間帯としておけば，患者はいつでも薬剤師に電話ができる．今回の症例も交通が不便なところに住まいがあり，ちょっとした疑問を気軽に相談できる場所や人がいることで日常生活の不安が解消されると考える．

今回の症例は単身生活で交通の便が悪い地域での生活となる．入院中に行った服薬に関する様々な取り組みができるだけ継続できるように多職種連携でかかわっていきたい．

また，本シンポジウムの事例提示の中では，「訪問薬剤指導」や「受診時の薬剤師面談」が組み込

まれており，より充実したサポートが提示され，薬剤師にとっては願ってもない役割である．

最 後 に

現在，日本病院薬剤師会では，安全でより良い薬物療法を提供できるように，精神科専門薬剤師，精神科薬物療法認定薬剤師の認定制度を立ち上げており，全国で精神科専門薬剤師 21 名，精神科薬物療法認定薬剤師 222 名が認定を受けている（2012 年 10 月現在）．

これらの認定を受けた薬剤師は，精神科の薬物療法の専門知識と経験を持って仕事にあたっている．ぜひ，このような資格を持つ薬剤師を有効に活用していただきたい．

文 献

1）石郷岡純：チームで実践！レジリアンスモデルによる 統合失調症のサイコエデュケーション．医薬ジャーナル社，東京，2010

2）石郷岡純，池淵恵美，吉尾 隆ほか：チームで変える！第二世代抗精神病薬による統合失調症治療．中山書店，東京，2006

3）丹羽真一：やさしい統合失調症の自己管理．医薬ジャーナル社，東京，2009

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

作業療法士の立場から
――対象者の能力を引き出すために――

香山　明美
（社団法人日本作業療法士協会 宮城県立精神医療センター）

はじめに，作業療法における作業の意義，作業療法評価，多職種チームの支援イメージを示しながら，多職種チームの中で作業療法士がどのような役割を持つのかを紹介した．その後で，提供された事例に対して作業療法士としてのコメントを，①対象者の希望は何か．②対象者の能力はどれくらいあるのか．③病気をどのように受け止めているのか，④対象者のいきいきできる活動はあるのか，の4点に焦点を絞って述べた．

＜索引用語：作業の意義，作業療法の評価，多職種チーム，ケア会議＞

はじめに

多職種チームの中で，作業療法士は対象者の現実的な能力評価の視点を提供できる特徴がある．入院生活の中では，本人の本来持っていた力を確認することはなかなか難しい．また，本人が退院後に望む生活を実現し，その生活を維持し，さらにその人らしい生活を発展させていくために必要な支援は，本人がどれ程の能力があったのかという過去の能力と，将来的にできるようになる可能性を引き出しながら検討していく必要がある．

その見立てに大きく貢献できるために作業療法士は，本人の希望を知り，可能性を引き出す支援をしたいと考えている．できるかできないか，できないならサービスをセットするだけではなく，本人ができるようになるための支援のあり方も考えていきたいと思っている．

最初に，作業療法の基本的な考え方を紹介し，提供された事例に沿ってその視点を示す．

Ⅰ．作業療法における作業の意義とセラピストの役割

作業療法士における作業には鎌倉[1)]が示すように「障害軽減の手段」として，「技能獲得の目標」として，「よりよい作業体験としての実存」としての意義がある（図1）．作業療法士は，自分の役割も意識しながら，対象者の状況に沿って作業を提供していく．その意義は，1つではなく，多くの場合は，この3つが混然一体となっていると思われる．

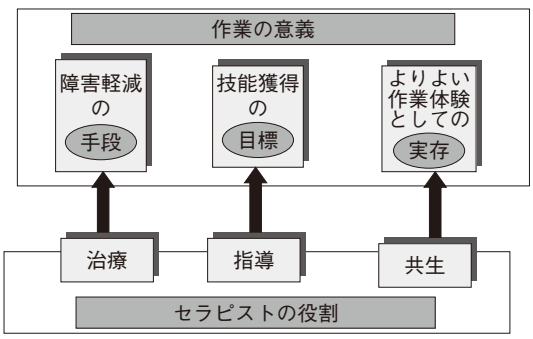


図1　作業療法における作業の意義とセラピストの役割[1)]

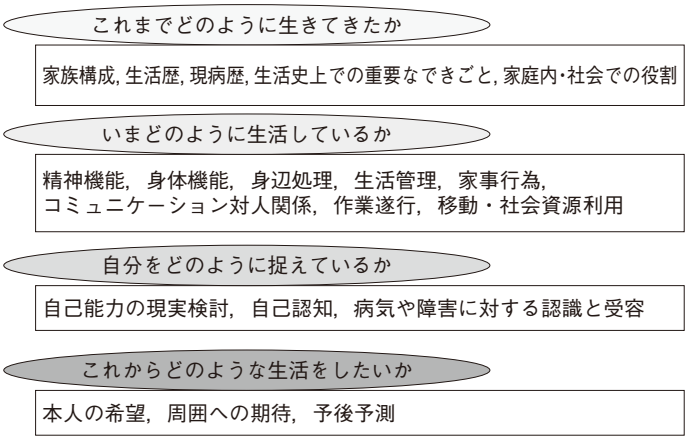


図2　作業療法評価項目の例（山根[3]のものを修正）

Ⅱ．作業療法の基本的な流れ

作業療法のプロセスは，作業療法の導入，初期評価, 目標設定, 作業療法実施計画, 作業療法実施と再評価，終了，といった一連のプロセスがある．

精神科病院における作業療法は，診療報酬上の規定に影響され，長い間集団のプログラムを運営することにエネルギーを注がざるをえない状況があり，対象者の担当制が曖昧な施設もあった，

しかし，作業療法の基本は，対象者一人一人を丁寧に評価し，目標設定を行い，実施していくことが原則であり，これは多職種によるケア会議やカンファレンスにおいて本人や家族，他の支援者と共有される．

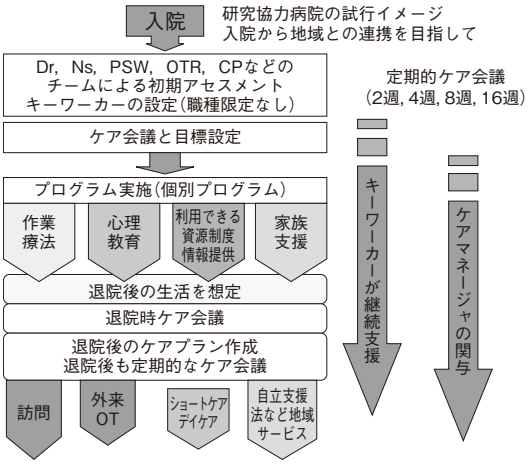


図3　多職種チームで支援するイメージ

Ⅲ．作業療法評価

作業療法の開始にあたり，作業療法の目的や目標を設定する上で，対象者のその時点での状態とニーズを把握する必要がある．その手段として，情報収集，面接，観察，検査などの方法がある．これらの方法で得られた情報をもとに対象者の全体像をまとめ，作業療法が取り扱うべき課題の焦点化を行い，作業療法における目標を設定していく．作業療法評価項目[3]を図2に示す．

対象者に地域の支援者も含む多職種チームが組まれる[2]．そこでは，多くの職種が本人・家族も含めたケア会議を定期的に開催しながら，目標設定と支援内容を検討，決定し，達成の確認などを繰り返しながら，継続した支援を行っていく．この支援体制（図3）は，長期在院者の退院を進めていく場合でも，急性期からの退院を支援する際にも必要であり，この多職種連携が大きな支援の鍵となる．

Ⅳ．提供事例に対する作業療法士からのコメント

1．対象者の希望は何か

対象者には持ち家があり，そこで一人暮らしを希望しているようであるが，入院前の生活はどのようなものだったのか，が知りたい．そこで何が

大変で生活に破綻を来しのかを，本人と振り返ることは重要だと感じている．その上で，退院後の生活をどのようにイメージしているのか，その生活を実現するために，対象者自身は何をするのか？　支援者に何をしてほしいのかを明確にしていくことから始めたい．

2．対象者の能力はどれくらいあるのか

A 氏の自宅で一人暮らししたい，という希望を受けて，作業療法では，食事を中心とした，掃除，買い物，洗濯など，日常生活能力の確認がなされたようである．また，自宅訪問を通して，自宅の生活環境の確認や実際の生活をイメージした支援を組み立てられていた．これは，具体的で大変重要な支援であると思われる．

その結果，A 氏は入院生活が比較的長くなっていたにもかかわらず，ADL 能力は高く，一人暮らしが可能であった．そのことは A 氏の能力の高さを物語ることではあるが，A 氏の年齢を考慮すると，今後の生活に向けて，今は大丈夫かもしれないが，1 年後，2 年後にはどうなるかといった，長期的な視点で生活支援を具体的に組み立てていく必要もあると思われる．

また，対象者の入院経過をみると近所付き合いも大きな課題となりそうである．対象者がどのような地域に住むのか，そこにはどのようなコミュニティーがあるのか，そこでどのような人間関係があるのか，など地域に馴染んでいく視点で評価し，必要であれば支援していく視点も重要である．新潟の雪深い冬をどのように生活されるのか？我々の想像を超えた生活があるように思える．

3．病気をどのように受け入れているのか

対象者が自分の病気をどのように感じているのか，これまでの体験をどのように感じているのかを確認しておく必要がある．また，薬を飲んでいる感じも知っておきたい．必要であれば，あらためて病気や薬の知識を提供することや，心理教育を随時提供していくことも視野に入れておきたい．この際に重要なことは，本人の体験として共有していくことだと感じる．

服薬の支援として重要なことは，服薬回数を可能な限り減らせないかといった視点で本人と管理しやすい状況を相談することである．必要に応じて医師にも加わってもらい，回数や管理方法を変えることでアドヒアランスが変わることもよくあることである．

今後の生活において，ストレスは何か，そのストレス対処法とクライシスプランを確認しておくことも必要であろう．

4．対象者のいきいきできる活動はあるのか

対象者は，これまで何を得意としてきたのか，どのような場面でいきいきできるのかを知りたい．そのことを生かした支援をすることが長期的にみた場合，地域生活を支援する上では大切なこととなる．

ま と め

作業療法は，その人らしい生活の実現に向けて必要な支援を行う．その人らしい生活の実現[1,2]のためには，その人の希望を聞き，その人のできることを見いだし（能力評価），希望に向けて支援をしていくことである．生活は誰一人として同じものはない．一人一人のいきいきした時間を大切にしたかかわりを持ちながら，生活そのものを長期的な視点で支援していく作業療法の特徴を，A 氏の報告に対するコメントを通して示した．

文　献

1）鎌倉矩子：作業療法の世界．作業療法を知りたい・考えたい人のために．三輪書店，東京，p.109，2001

2）香山明美：回復状態に応じた生活支援，作業療法学全書第 5 巻精神障害，協同医書出版社，東京，p.112-128，2010

3）山根　寛：精神障害と作業療法．三輪書店，東京，p.115，2003

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

――退院に向け食を通して管理栄養士が協働できることとは――

西宮 弘之
（公益財団法人 積善会曽我病院栄養科長）

入院患者が退院後に自立して一人暮らしをするためには様々な問題があり，それぞれの問題をコメディカルスタッフが解決し退院へ向けて準備していく．なかでも食生活は必須ではあるがなかなか問題として上がってこないことが多い．本稿では，食生活を自立させるために，提示された事例を含め様々な条件における問題を提示し，その解決策とそれを担うスタッフの役割をまとめた．
この内容が患者の自立の一助となることに期待する．

＜索引用語：3×3（サーティーバイスリー），自炊，そのまんま料理カード＞

はじめに

食を介して精神科疾患患者の地域移行を考える上で，退院していく先によりかかわり方に違いがあることがわかる．ここでは様々な場合を考え指導していくためのポイントを紹介し，今まで管理栄養士・栄養士が行ってきた指導方法の変遷に触れつつ，提示された症例について考えていきたい．

Ⅰ．退院先が独居生活の場合

まず退院後に自立して独居生活をする場合を考えてみると，自炊が可能かどうか対象者の能力を調べ，自炊をやったことがない場合はしないか，一部自炊を目標に指導していく，この場合は配食弁当をとるか・弁当や総菜を購入することになる，作業療法士からは購入方法・管理栄養士からは食事の健康的な選び方の指導を行う．過去に自炊経験がある場合は一部あるいは完全自炊を目標に指導していく．さらに，入院前に自炊していた場合は，入院前にあった問題点を解決し自炊を再開することを目標に指導していく，これらの場合には，食材の購入や金銭管理，調理技術・方法，調理器具の制限，何を食べたらよいか，後片づけ，食材の保存など患者の能力などを考慮してその方のできる部分を伸ばし足りない部分を補うような指導が必要となる，これらの指導には作業療法士との買い物指導や調理実習，さらに，精神保健福祉士との退院先の調理環境の確認などの協働が必要である．退院後は訪問看護と協働して後片づけや食材の保存方法などの様々な指導も重要となってくる．

次に食事のサービスがない福祉アパートへ退院する場合は，上記の自炊と同様な指導となるが，食事が摂れているかを，ヘルパーや訪問看護や作業療法士の訪問で確認しやすいので，継続しやすい環境にあるといえる．

さらに食事サービスのある援護寮などに退院する場合は，食事の準備などからは解放されるが，入院中と同様に間食・肥満の問題があり，DM などの特別治療食の加算がある方以外は外来栄養指導も訪問栄養指導もできないため，体重管理などのモニタリングを訪問看護などにお願いする必要があり，体重の自己管理を退院後も継続できるよう入院中からの習慣づけが重要となってくる．

いずれの場合もデイサービスへ継続すること

で，退院生活を継続していく上での様々な問題の中で，食事に関する問題も状況確認が可能となる．

Ⅱ．家族のもとへ退院の場合

家族のもとへ退院する場合は，3食の食事は家族が準備することができるため問題は少ないが，生活リズムの乱れから間食が多くなったり，好きな物を好きなだけ家族が与えてしまうことがままみられるので，看護師と協働して家族の来院時に本人を交え具体的に食生活の変化により起こりうるこの病気に対するリスクを指導することも重要である．

また，家族自身が食事にあまり関心がなく，患者を落ち着かせるため周りに常に食品がある環境を作っている場合もあり，家族への食事指導が必要なこともある．

Ⅲ．全てに関係する食関連の問題

また退院の形態に関係なく，薬の副作用による食事や栄養状態への影響を考慮していかなければならない．特に口渇から病的多飲水や水中毒，さらにジュースなどの多飲からくる肥満や高血糖などや，最近の非定型抗精神病薬による高血糖や肥満，定型薬や多剤服用による便秘やイレウスなどが問題となる．これらの問題は入院・退院にかかわらず薬剤師や看護師と協働した指導が必要である．

Ⅳ．退院時の食事指導の変遷

現在のようにコンビニが普及する前には，食事は作って食べることが当たり前であり，患者が退院に向けて食生活の自立すなわち，自炊ができることが重要なポイントであった，その当時は，調理実習が中心に行われており，全国精神科栄養士協議会においても料理教室を推進していた．

その後，スーパーにおいて惣菜コーナーが充実してきた頃には，料理教室の内容も変化し，ご飯とみそ汁程度ができるような内容に変化していった．

最近ではコンビニの普及，スーパーの惣菜コーナーのさらなる発展，持ち帰り弁当やファーストフードの普及など，食生活を取り巻く環境は様変わりしてきた，この環境においては食品（惣菜）や弁当などの選び方の指導がより重要になってきている．料理の選び方を指導するために全国精神科栄養士協議会が提案した“3×3（サーティーバイスリー）”という指導方法へと変化していった．

ここで“3×3（サーティーバイスリー）”の手法を紹介すると．この指導には群羊社のそのまんま料理カード[1)]を使用して，退院前に30分程度の指導を間隔をあけて3回の指導を行い，料理を選ぶ組み合わせについて勉強する指導方法である．毎回選んだカードを写真に撮り次回の料理選択の後に前回との比較に使用し変化と改善点を確認する．

1回目：カードから好きに選んで，問題点と主食・おかずの組み合わせについて指導

2回目：前回指導を考慮して選び，改善点をほめ，ポイントだけを指導

3回目：前回指導を考慮して選び，毎回の変化を写真で確認し改善点をほめる

“3×3（サーティーバイスリー）”の手法によりデイケア患者の協力の下でトライアル的に指導を行ったある患者では，

1回目

料理選択：夕食のバランスは良いが，朝食・昼食では過不足が多くみられ，おやつも多かった．

指導内容：過不足の是正および間食の量についてのアドバイス．

2回目

料理選択：朝食と夕食のバランスがよくなっている，コンビニ想定の昼食は主食2種，間食はなくなっていた．

ほめた箇所：朝食の改善および間食がなくなったこと．

指導内容：朝のジュースを野菜ジュースにするとさらに良い，1日肉料理のみであったことをアドバイス．

3回目

料理選択：3食ともバランスはよくなっている．

図　料理カードの一例

ほめた箇所：全体的によくなったこと．

指導箇所：なし．

以上のように，指導効果が顕著に表れている結果となった．

使用した料理カードの一例を示す．

V．シンポジウム提示症例の場合

このシンポジウムで事前に提示された症例を通して管理栄養士が協働できることを考えてみる．退院先の自宅環境は１時間に１本のバス便であり山間部に位置している，買い物には片道徒歩20分程度かかり近くにお店がなく，冬には豪雪地帯で外出もままならないことから，コンビニなどで惣菜を組み合わせて食事を考えることは難しく，多少の自炊経験もあることから，ご飯や汁物など最低限の調理指導に加え，保存がきき簡単に食べられる食材の紹介，生活していく中での食事の効率的な保存方法，冬場の対策，母親を引き取るための介護食の指導など継続的にかかわっていく必要がある．さらに規則的に３食を摂ることにより生活リズムを作り，服薬のタイミングに活用することも重要である．また，本人をはじめ要介護の母親を含め，配食サービスやデイケアを利用して食事作りから解放し毎日のストレスを発散できる日を作ることで退院生活を継続できるようにサポートしつつ，訪問看護を利用して食生活の状況を把握し問題があれば訪問栄養指導を行うことも重要であろうと考えられた．

そこで，そのまま食べられる食材を冷蔵庫などを利用して保存し買い物回数を減らす保存法を含め，豆腐・納豆・卵・ハムソーセージ・刺身・生野菜などを具体的に紹介する．

調理後の片づけの手間を減らすため，なるべく調理器具の洗浄を少なくし１つの器具で調理して１プレート盛りにし，洗浄の手間を減らしたり，調理器具と食器が兼用のものを使用する鍋料理・ホットプレート使用・フライパンを食器代わりに使うなど手間を省く方法なども指導すると良い．

また，冬場の対応としては乾物や冷凍・レトルトの利用を考え具体的に主食などは乾麺・レトルトごはん・冷凍ごはん・米そのものが乾燥で保存可能である，汁物はわかめや乾燥の具材・個包装の味噌汁など，主菜は冷凍食材・凍り豆腐など，野菜は冷凍食材・漬物などを利用し買い物の回数を少なくすることの情報提供も必要であろう．

シンポジウム当日の詳しい事例説明から，母親は患者の暴力から長女のところで暮らしていた，そのときは自炊をしており，ある程度は自炊可能であった，自宅は長い間無人のため痛みが激しくスタッフの努力で改修と整理を行ったこと，自転車を入手できたこと，要介護状態で糖尿病がある母親を引き取ることがわかった．

このことから，導かれる必要な指導内容は，自炊能力はかなりあることがわかったため，能力に合わせた指導内容に変更し，自転車が入手できたが自転車の使えない降雪期を視野に入れた保存を考えた調理指導を行うことも効果的であろう．最後に，母親の要介護状態に合わせた介護食と糖尿病食の指導も継続して行い，母親の介護負担増が患者本人のストレスにならないように，母親と患者共に栄養管理に注意していく必要がある．

ま と め

退院後の患者の生活の中で食にかかわる部分はごく一部ではあるが，１日３食 365 日欠かせないことなので，健康な生活を送るためには多職種と協働して，患者の生活全般からのサポートの中に食事の位置づけをしっかりしていくことが必要であろう．

退院予定患者の自炊能力だけでなく，環境要因や，社会資源の活用などを視野に入れた，幅の広いケアがなければ独居生活を維持することは不可能である．また，食が自立して初めて，薬剤師の服薬管理が生きてくる．また，複雑な社会環境の中では，多職種による食を含めた生活全体の指導が不可欠であると考えられる．

文　献

1）足立己幸監修：実物大そのまんま料理カード第1集手軽な食事編．群羊社，東京，2002

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

本人の自己実現に向けた支援を考える
――精神保健福祉士の立場から――

大塚 淳子
（社団法人日本精神保健福祉士協会）

入院でなければ治療し得ない重度な精神障害者ではない場合，医療や福祉をはじめとする多機関多職種協働によるチーム医療やチームケアを提供できる体制があれば，地域でその人なりに暮らせるようになりつつある．WHO 保健憲章の定義にあるように，健康とは，肉体的にも，精神的にも，そして社会的にも，すべてが満たされた状態にあることをいう．人生の主役は障害や疾病があっても本人であり，現代はリカバリーの理念や支援の方法が普及している．各職種の専門性を活かした支援のアプローチを共有し，包括的かつ継続的な支援に向けてチーム医療やケアを提供することができる多職種協働が進むことで，本人が主体的な人生を過ごせるような支援の充実や推進につながることが期待される．精神障害のある方が地域で安心して暮らすことを可能にするには，居住資源および福祉や介護サービスの円滑な利用をはじめとする社会的支援や家族への支援が欠かせない．また，入院患者の地域移行支援においては，地域の資源や支援チームと院内の医療チームをつなぐコーディネート機能も重要であり，精神保健福祉士として果たすべき役割も大きく重要である．

＜索引用語：WHO 保健憲章の健康定義，多職種による多面的理解，生活環境把握，QOL の確認，エンパワメント＞

はじめに

本稿は第 107 回日本精神神経学会学術総会シンポジウム当日の発表内容をもとにしていることを冒頭ご了解いただきたい．

まず，多職種協働によるチーム医療が求められている前提には，医療の究極の目標としての健康，すなわち，国民が健康で安心な暮らしを確保できるためのサービス提供が求められているという認識がある．ここでいう健康とは，1984 年の WHO 保健憲章の定義にあるように，病気でないとか，弱っていないということではなく，肉体的にも，精神的にも，そして社会的にも，すべてが満たされた状態にあることをいう（日本 WHO 協会訳，原文：Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity.）．

すなわち，健康な生活を確保するために求められるチーム医療においては，肉体的・精神的健康を目指し，疾病に焦点を当て CURE や CARE を提供することと，社会的に良好な状態の実現を目指し CARE を提供することが必要であり，それぞれに専門的対応を行う専門職やスタッフがチームとして存在する必要があることになる．

そうした中で，精神科におけるチーム医療推進の要諦として，以下 3 点を挙げておきたい．

①医療サービスの提供に当たり，チーム医療を構成する全職種が理念を共有すること．

②人の「営み」は「医療」のみで完結しえないことを踏まえ，「医療中心」から「医療福祉ケアミックス」へ，さらには「生活支援中心」への

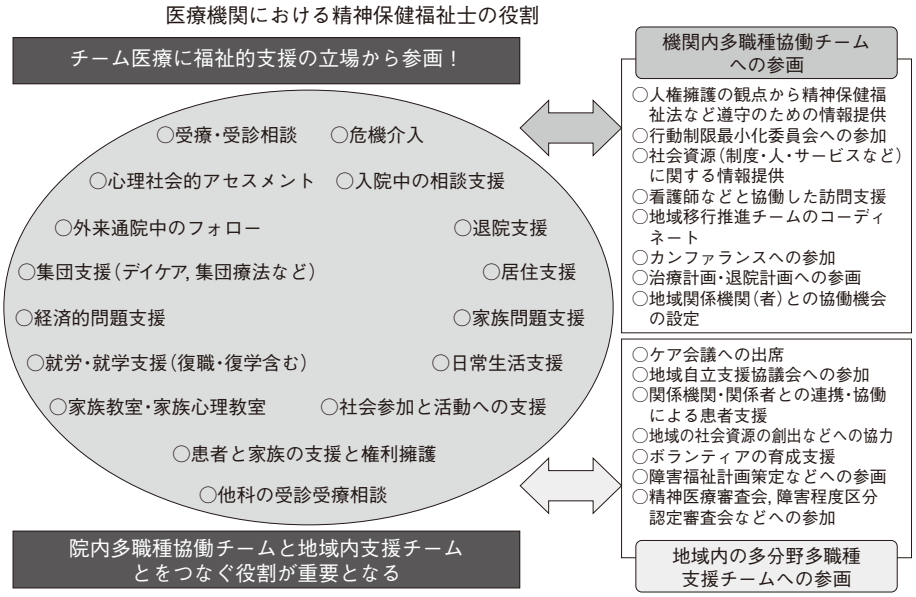


図1　医療機関における精神保健福祉士の役割

移行の視点を欠かさないこと．

③「医療」の提供が，その人のリカバリーおよびエンパワメントの障壁とならないこと．

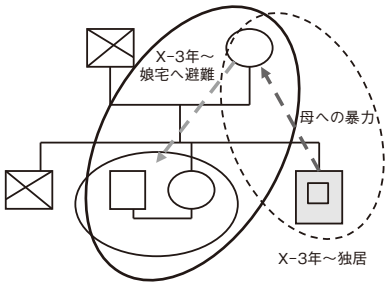
Ⅰ．医療機関における精神保健福祉士の役割

図1に例示したように，医療機関における精神保健福祉士の役割において重要な点が大きく2つあると考えられる．院内のチーム医療において福祉的支援を行う立場から参画することと，院内多職種チームと地域内の支援チームとをつなぐ役割を担うことである．近年，地域移行や地域定着支援を提供する対象となる精神科医療機関に入院中の患者もしくは精神障害のある市民は，入院の長期化による社会生活能力の低下や家族構成の変化なども伴い，支援を要する課題が多く複雑化しているなどの状況にある．地域内の支援チームも多分野多機関にわたることが多くある．一方，そのような地域内支援チームがない場合や，資源が点在しているだけで支援チームとして有機的な連携が構築されていない場合も多いため，そのような場合は資源の開拓や創設，連携作りなどもソーシャルワーカーとしての精神保健福祉士の役割として重要となる．

Ⅱ．シンポジウムで提示された事例概要への精神保健福祉士の支援の視点について

シンポジウムにおいて，多職種チームの支援に関する事例として野村医師より提供された内容を，図2のようにジェノグラムや生活歴などを記載してみた．しかし，筆者自身は当該チームに関与していないこと，すでに一定の支援が多職種で提供された様子であったことから，かなり一般論的な想像による組み立てとなった．どの程度，事例対象者にとって必要な支援を検討できたかは自信がないが，精神保健福祉士としての視点で捉えてみた．

精神保健福祉士として支援に際して確認しておきたいと考える入院前および現在の本人の生活関連情報例は，表1のようなことであった．これらを，本人の話や了解のもとに，地域関係者からの情報収集および本人との支援関係における参与観察に基づく情報として得た上で，チームの他職種と共有することが非常に重要となる．その際に，職種による専門性の違いに基づく異なる気付きを



≪生活歴・家族・住環境情報≫

40歳，男性，同胞3名の第3子．

高卒後，転職を繰り返し，無職．
父親と兄が死去．
母親と2人暮らしだったが，（X-3年）母親への暴力があり，母が逃げ姉世帯と同居となったため，以降独居生活．

自宅は豪雪地帯にある山間部の築50年以上の木造住居．最寄りの商店まで徒歩20分，交通手段は1時間1本程度のバスのみ．

≪治療歴≫

X-10年
幻聴出現により翌年の受診で，統合失調症と診断で治療開始したが，2ヵ月で中断．

X-2年
近隣住民との口論による興奮状態にて他院へ措置入院．

X年
転入院（任意）し治療継続．
被害妄想（近隣から科学兵器で攻撃された）が認められるが，院内では穏やかに生活．
病識に乏しく「どこも悪くないから退院できる」と話していた．拒薬なく，積極的な退院要求なし．

X+2年
退院促進支援事業利用開始により多様な支援．

X+3年　自宅に退院．

図2　多職種協働による退院促進支援事例：野村医師からの事例

表1　生活関連情報例

- 父親と兄の死亡状況はどのようなものだったのだろう
- 転職の内容や転職までの期間，また，転職理由はどのようなものだったのだろう
- 母親との関係や，2人の暮らしはどのようなものだったのか
- 経済状況はどうなっているのだろう
- 親子で暮らしていたときの近隣との関係はどうだったのか
- 治療を中断してしまったのはなぜだろう
- どのように病気や治療に関する説明をされ，どのように受け止めたのだろう
- 単身生活になって以降の買い物や食事はどうしていたのだろう
- 姉との関係はどのようになっているのだろう
- どんな趣味や楽しみを持っているのだろう

表2　退院支援に向けた確認

- 退院先は自宅か否かを検討するための確認＝自宅の生活環境把握（住み心地，電気水道ガスなどの利用可能性の確認・調整，通院アクセス（通えないなら訪問や往診などアウトリーチ体制の確認），近隣との関係など
- 生活能力の確認＝衣・食（買い物や調理）・住（維持管理）・清潔・金銭管理・服薬などの疾病管理・時間管理・諸手続きや相談の力など
- 制度活用について（障害年金や障害者自立支援法など福祉サービス）
- QOLの確認＝家族との関係，趣味や余暇，交流関係
- 支援体制の確認＝家族との関係，近隣との関係，支援に携わる関係機関と連携状況

含み，多面的理解が可能となり，本人に関する情報はもとより，支援に有効な情報が厚みを増すと考えられる．

また，この事例の退院支援に関しては，表２のような確認を行いたいと考えた．

Ⅲ．退院支援において精神保健福祉士として大事にしているポイント

本事例に限らず退院支援において精神保健福祉士として大事にしているポイントを６点挙げてみたい．

1．本人が希望とイメージを持てること

退院を支援する際，退院後に地域で暮らすときの生活に希望や夢が持てることは治療中断を防ぐためにも，疾患をコントロールする目的を持つためにも，大切なことと考える．そのため，本人がどのような暮らしをしたいのかについてのイメージを確認することが欠かせない．しかし，現実には入院が長期化してしまっていることから，地域生活のイメージを持ちにくい患者が少なくない．実際に，どのような暮らしを望むか尋ねてみても，具体的な答えが戻ってこないばかりか，「このまま病院にいたほうが安心だし，仲間がいて寂しくない」などと答える方もいるのが現実である．そのような患者には，まずは，さまざまな交流や体験の機会を提供し，すでに退院された方の暮らしに触れる機会を設けることや忘れていた社会的体験を思い起こすことへの支援，つまり退院意欲喚起に向けた支援が大切になる．そのような支援は，医療機関内では物理的に難しいことも多く，地域の協力を得ることが必要になる．また体験の機会を得ることにより，医療機関内では把握できない本人の地域生活上の課題が現実的につかめるとともに，それは支援者の課題としても認識できる利点がある．

例を挙げると，退院支援にあたって課題の１つによく挙げられる金銭管理について，医療機関内で担う場合には浪費防止管理に終始することも多くある．しかし，限られた生活費の中から地域でいかに趣味や活動に関して豊かな文化的生活を送るかというような楽しい節約など，具体的な生活をイメージしながらの経済生活支援という視点のほうが，本人の管理能力向上に結びつく可能性が高い．

2．本人のエンパワメントを目指す

生活支援において疾病や障害によって不足する本人の能力を補うことも大事だが，ストレングスを発見して共有し，可能性を引き出していくような働きかけを他職種とも共有する重要性は言うまでもない．また，スモールステップで成功体験を重ねることが自信にもつながるので，なるべくスモールステップや短期ゴールの設定を重ねるようにしている．そのためにも，設定目標は本人がわかりやすく実行しやすい形での設定が不可欠である．

過去にホームレス経験のある患者の食生活に関する支援の事例を紹介する．訪問時に一緒に夕食を食べたいからご馳走してくれると言うが，器がなく，鍋からラーメンを一緒にすすったという経験の段階から，次は鍋から器に移して盛りつけることや，トッピングする具材を少しずつ増やしたりアレンジしたりする楽しみを持て始める段階へ，さらには，もう一品湯煎により作ることができたなどと段階を積み重ねた患者がいた．３ヵ月後の訪問時には，嬉しそうに器の数が増えていたのを見せてくれた．時間も経過もその人なりにかかるが，何かを獲得していくための楽しみや目的は大事であり欠かせない視点だと思う事例であった．

3．外の社会の風を入れる

社会から離れた病院という，小さく閉鎖的な社会に長くいるうちに，長期入院患者はとどまる力のほうが外へ踏み出す力を上回ってしまう．逆に言えば，外へ踏み出す力が弱まってしまいがちである．しかし，病院の風通しをよくすることで，外来患者の生活の様子やピアの活動状況，サポートを感じられるような資源などの情報提供や紹介をタイミングよく行うことにつながり，「このま

まずっと病院にいてしまってはいけないなあ」「支援してくれる場所や人があるんだ」などと思えるようになる．「退院しませんか」という声かけと一緒に，見える景色の変化，何か動きたくなるような環境の提供，つまり，院内から押し出す力となるような，背中を押す情報提供や声かけをできるようにすることが大切である．東京板橋の Joint House Cosmos（JHC）では，メンバーが外来受診の際に受診後に入院中のメンバーへの面会を友愛訪問として行っている話を聞いている．このようなつながりや外の風が入院患者の安心感や退院への意欲に結びつくのだと思われる．

4．外から迎え入れる

他方で，院内から引っ張りだす力も必要である．地域から病院に迎えに行くと言ってもいいかもしれない．入院患者にとって，地域で暮らすことを自分が望むだけでなく，待ち受けてくれている人たちがいる，退院したらこの人たちがサポートしてくれるという実感と安心感を持てるような，迎えを病院に受け入れることである．そのためにも，病院の扉の内鍵を開ける役割，地域の支援者を病院に迎える役割として精神保健福祉士が窓口を担うことが重要となる．もちろん，病院のスタッフにとっても地域の支援者の顔が見えていることは，退院する患者を送りだす安心材料となる．

5．見守りと関心の継続支援

退院後に，患者がいつでも安心して利用できる医療機関の存在は，地域で安定して暮らす力となる．医療機関だけでなく，各関係機関の役割確認とともに，地域での生活定着のために必要な見守りの提供と関心を持ち続ける体制，そして，本人が相談できる場や人を作ることが欠かせない．そのためには，退院に向けて，例えば支援者の写真付きなどの地域内のソフト・ハードに関する視覚的な資源マップなどを，本人も関係者も協働して作れることなどがあれば安心材料となる．また，そのプロセスで支援関係者とつながりができる．また暮らしの実際を知り，その現場で支援可能な訪問など，アウトリーチ支援体制も重要となる．

6．間接的な退院支援につながる普及啓発

本人への直接支援以外にも，医療従事者や地域支援者を巻き込んで，地域で精神障害などに関する普及啓発の企画や実施を行うことも実は大変大きな支援である．市民向けのこころの健康講座など精神疾患や精神障害に関する普及啓発の企画を実施する際に，地域活動支援センターなどや精神科医療機関を会場として活用することなどによって，市民と障害のある方が自然に交流機会を持てるなどの副次的効果も期待できる．さらには，地域で暮らす精神障害のある方への理解や支援につながると考えられる．このような企画や実施も精神保健福祉士の役割の１つとして挙げられる．

おわりに

最後に，精神障害のある方の退院支援をはじめ，地域生活支援の充実のために，多職種協働の体制整備に向けた今後の課題を挙げてみたい．

マンパワーの整備課題として，まずは量的整備がある．精神科のソーシャルワーカーから精神保健福祉士という国家資格化を経て，診療報酬上の評価も徐々に増え，採用や配置も増えてきた．2010 年病院報告によると，精神科病院に 5,141 人，一般病院に 2,014 人，計 7,155 人の精神保健福祉士の配置が常勤換算でなされている．全国平均では精神保健福祉士１人当たり 46.5 床となったが，まだまだ地域格差や医療機関格差は大きくあり，必ずしもチーム協働体制がとれないところも多くある．チーム医療を実践するなら，まずは多職種チームが組める体制整備は欠かせない．また，多職種協働を展開するために，現状では精神保健福祉士としての専門性や連携の力は決して十分とは言えず，専門性や連携の力を向上するために研鑽がますます必要と考える．

いずれにしても，具体的な個別の事例への退院支援を協働することを通して，またその蓄積によることぬきに，支援の体制整備も力の底上げも進

まない．地域内の支援者と病院スタッフの相互理解と協働が進むこと，フォーマル・インフォーマルの支援体制の整備と連携が進むことを通じて，結果として地域の支援力が高まることを信じ，個別の事例に丁寧に向き合いかかわることを継続したいと思う．また，他専門職種においては今後もチームの一員として精神保健福祉士の活用をいただき，協働の機会から相互理解とチーム医療推進につながることを願う．

文　献

1）大塚淳子：地域生活への移行支援を権利保障としてとらえる．精神保健福祉，40（2）；93-96，2009

2）社団法人日本精神保健福祉士協会：精神障害者退院促進支援事業の手引き．2007.3（厚生労働省，障害者保健福祉推進事業補助金事業）

3）社団法人日本精神保健福祉士協会：精神障害者退院促進支援事業の効果及び有効なシステム，ツール等に関する調査研究報告書．2007.3

4）社団法人日本精神保健福祉士協会：『精神障害者の地域移行支援～事例調査報告からみる取り組みのポイント～』2008.3（厚生労働省，精神障害者退院促進支援強化事業）

5）社団法人日本精神保健福祉士協会：『精神障害者地域移行支援特別対策事業～地域体制整備コーディネーター養成研修テキスト～』2009.3（厚生労働省，障害者保健福祉推進事業）

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

気分障害の復職支援における精神科医の役割
――リワークプログラムの上手な利用のために――

司会　五十嵐　良雄，佐々木　一

本シンポジウムのねらいは，気分障害の治療上で復職困難例が増加している現状を鑑み，リワークプログラムを実施する立場から，一般臨床を行う精神科医にとって必要かつ役立つ点を明らかにすることであった．

「リワークプログラムの治療的要素とアウトカム」（五十嵐良雄・メディカルケア虎ノ門）では，現在実施されているリワークプログラムの全国調査から，プログラムを成立させるために重要な要素とプログラム提供方法について総論的な説明が行われた．

「復職へ向けての当院リワークプログラムの工夫」（深間内文彦・榎本クリニック）では，気分障害患者に対する復職支援プログラムの工夫点として以下の 7 点が示された．①デイ・ナイト・ケアが基本だが，「集団認知行動療法」のみの受講といった利用も可能とする，②2 フロア体制で運営し，併存障害や復職準備状況などに応じてレベル別のプログラムを提供する，③参加日に「快復チェックノート」に振り返りを記載させ，スタッフがフィードバックする．復職時はスタッフが「評価シート」を記入し，担当医が診断書を作成し産業医に提出する．④「ライフ・ヒストリー」作成プログラムで自分の人生をたどり，自分の体験や他者の影響についての理解を深化させる，⑤「からだ」から「こころ」に働きかける芸術行動療法プログラムを週 3 回実施する，⑥生活習慣病は院内内科医と連携し，アルコール関連問題は依存症専門治療プログラムへの参加を優先させる，⑦「うつ家族教室」を月 2 回開催する．

次いで「うつ病における性格傾向と復職後の就労継続の関連性」（小川哲男・自衛隊福岡病院）では，休業経験のある外来患者では，寛解に加えて対人関係敏感性尺度（IPSM）の得点が低いことが，就労継続と関連することが示された．メランコリー親和型うつ病は「役割への過剰な同一化」を起こしやすいが，他者への献身を背景として役割を積極的に担う傾向があるため，寛解すれば復職しやすいとされている．一方，近年，現代型やディスチミア親和型といったうつ病類型が注目され，これらのうつ病類型に共通するあり方の 1 つは，「他者を通じてあること」と考えられている．このあり方は再燃・再発の危険を伴う弱点になりうるが，役割を担うことによって「他者のために

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26〜27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA・ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　気分障害の復職支援における精神科医の役割―リワークプログラムの上手な利用のために　司会：五十嵐　良雄（医療法人雄仁会メディカルケア虎ノ門，うつ病リワーク研究会），佐々木　一（爽風会佐々木病院，心の風クリニック）

あること」へと成長し，その資質を発揮する力ともなる．人間の成長に必要な要素を見定める冷静な視点の中で，役割を担う姿勢を醸成する心構えをもつことの必要性が強調された．

「双極性障害のリワークでの工夫」（奥山真司・仁大クリニック）では，双極性障害（主に双極スペクトラムⅡ型およびⅣ型）に対するリワークプログラムにおける精神科医の役割と工夫が報告された．実施しているプログラムの概要が紹介され，精神科医の工夫として11項目が挙げられた．特に，①双極性障害の特徴に対して安易な否定を行わず，頑張っていたことで保っていた誇りの喪失を手当てし自殺を防止する，②社会リズムの修正や心理教育を通じて気分の変動性などを安定化させる，③軽度発達障害，不安障害，パーソナリティ障害などの併存を見逃さないようにするなどの点が，強調された．リスクに足をとられず，その能力やエネルギーレベルの高さを活かして，社会に貢献できるように支援することは，精神科医の重要な役割であると報告された．

「気分障害の復職支援における精神科医の役割」（吉野聡・筑波大学）による産業保健領域においては，うつ症状が軽症であるからといって，必ずしも職場復帰が成功するとは限らない現実があり，リワークプログラムを活用することにより，軽症うつ病患者の職場復帰成功事例を経験し，成功要因について考察を加えられた．先行研究においてリワークプログラムの効果としては，体力向上や認知機能の回復はもちろんのこと，ストレス対処能力やコーピングプロファイル，自我状態などにも好ましい変化が現れる可能性が示唆されている．職場という一定人数が集まるコミュニティに復帰する際，リワークプログラムのようなグループによる職場復帰の準備の有効性が高いと考えられることが報告された．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

リワークプログラムの治療的要素とアウトカム

五十嵐　良雄
（うつ病リワーク研究会，メディカルケア虎ノ門）

リワークプログラムの利用者には抑うつ状態という共通項はあるが，抑うつ状態を呈する疾患や障害は様々である．休職した気分障害の患者に対する治療は限られた時間での外来診察だけでは限界がある．このため，経験のある精神科医にとっても，復職時期を正確に判定することは極めて難易度が高い．薬物療法だけでは十分で安定した病状の回復がなかなか得られず，休職している状態から就業へと戻すためには，リハビリテーションが必要である．リワークプログラムは，コメディカルスタッフによる心理社会療法と個別的あるいは集団的療法を有機的に連関させ実施していく医学的リハビリテーションである．また，デイケアなどで行われるプログラムを実施している場面での利用者の様子を観察していると，ごく軽度の軽躁状態でも見つけることが可能であり，精神科医にとっては良き診断の場ともなる．実際には，気分障害や不安障害などについての疾病教育や心理教育を通じて症状の自己管理スキルを養い，休職に至った理由について環境要因だけでなく自己の要因についても内省を促し，自分の課題を発見する．認知行動療法などを用いた心理教育により，考え方の癖や対人関係のパターンに気づき，今までとは違った考え方や対人関係の持ち方を身に着ける．これまでとは違った対人関係の持ち方について実践する機会を持つことにより，対人関係における成功体験を積み重ね，自己肯定感を高めるとともに，集団での協働体験や同じような経験をした仲間同士の支えあいにより，役割意識や責任感を取り戻す．これらを通じて再休職に至らない復職を目指している．

＜索引用語：気分障害，リワークプログラム，復職判定，診断，医学的リハビリテーション＞

はじめに

厚生労働省によると，2008 年にうつ病や躁うつ病などの気分障害で治療中の患者数が 100 万人を超えたことがわかっている．しかし，さらに重要なことは，1996 年と比べて 2008 年には患者数が 2 倍以上に増えている，という点である．世代が違うということは，家庭・家族・教育・文化などのあり方を背景として，価値観や表現方法などが変わるということである．わずか10年あまりの間に気分障害が 2 倍へと増えるなかで，筆者は病気の表現型が現代風に変わってきたと考えているが，その特徴は，①他罰性，②強い不安，③過剰な元気さ，に集約できると考えている．現代の気分障害の 3 つの特徴の行き着く先は「抑うつ状態」であり，就労していれば出社が困難となり，休職せざるを得ない状態となる．休職となり家庭で療養すれば病状は回復してくるが，一方で復職が可能との判断する時点の見極めはなかなか困難である．その理由の 1 つは，すでに述べてきた疾患の軽症化と非定形的な症状にあると思われる．安定した就労の継続ができるような病状の回復度をわれわれは復職準備性（図 1）と呼んでいるが，会社の求めるレベルが近年では以前より高くなっている可能性もあり，経験のある精神科医にとっても復職時期の見極めは容易ではないという認識は一般にも理解されてきている[1)]．したがってリワークプログラムの目的としては，この復職準備性を判断することであるといえる．

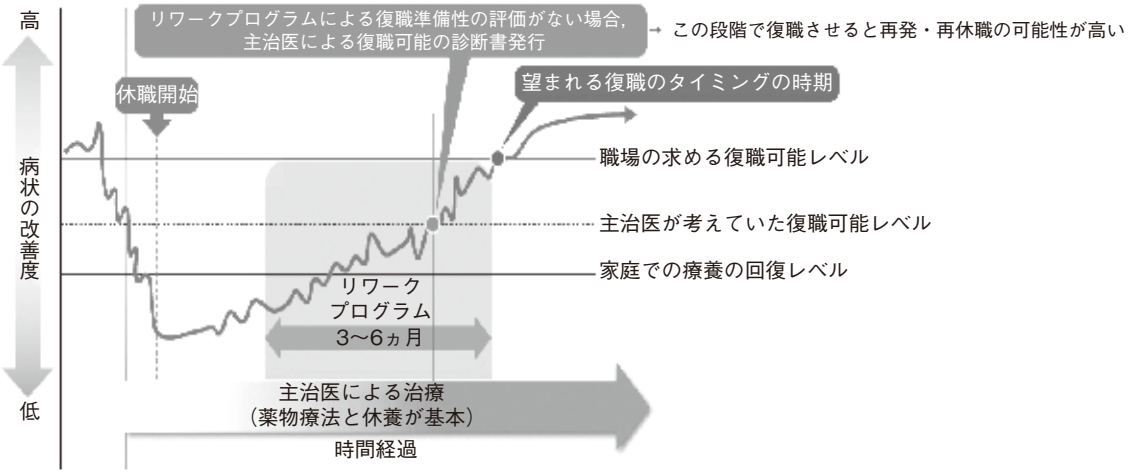


図1　病状の改善と復職準備性

Ⅰ．リワークプログラムの治療的4要素と標準化

リワークプログラムを実施する医療機関で組織しているうつ病リワーク研究会は，図2に示すように現段階で全国に108施設があり，その7割がデイ・ケア施設として運営されている．これらの医療機関において実施されているリワークプログラムの要素は，図3に示す4点に整理される[3]．すなわち，①同じ悩みを持つ集団を対象に行われ，対人関係の問題を扱う場であるという点．②主として気分障害圏の「抑うつ状態」による休職者を対象とし，復職と再休職の予防を目的とすることで集団の凝集性を高めている点．③薬物療法と休養に続く第3の治療としての医学的リハビリテーションであり，病状の回復を指標として，段階を設けて負荷を高め，コメディカルと精神科医の協働によって，復職準備性を確認するために実施される点．④疾病教育やセルフマネジメントの方法を教え，同時に発症メカニズムを理解させることを通して服薬アドヒアランスを向上させ，心理療法を実施して再発の予防策を身に着けさせることである．

全国のリワークプログラムを実施する医療機関でのプログラム内容を調査し，468プログラムを集めて実施形態によって分類したところ，表1のようになった．他の参加者との交流を目的とせず，文字や数字，文章などを扱う机上の作業を実施することで，主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施している個人プログラムが全体の15%を占めた．また，認知行動療法，SST，対人関係療法，グループカウンセリング，サイコドラマなどの特定の心理療法を実施する心理プログラムが20%であった．また，疾病理解，症状の自己理解（セルフモニタリングとコントロール）を主目的とし，テキストを使用して講師による講義形式で実施している教育プログラムが12%であった．協同作業や役割分担，対人スキル向上などを主な目的として実施され，集団で行う意図が明らかな集団プログラムが20%であった．そして，これら以外のプログラムが32%を占めた．一方，プログラムを実施する目的によって分類すると表2のようになり，最も多かった目的は症状の自己理解とコミュニケーションで，各々20%であった．次いで自己洞察を目的としたプログラムが17%，集中力の向上が13%で，他の目的は1割以下であった．それらをもとに，プログラムの実施形態と目的を組み合わせ，標準的なリワークプログラムを作成した（表3）．

Ⅱ．リワークプログラムの概要

実際に行われているリワークプログラムを当院

図 2　うつ病リワーク研究会正会員リワークプログラム実施施設（29 都道府県 108 施設）
デイ・ケア：73 施設（ショートケアのみ 19 施設），作業療法：11 施設，集団精神療法 14 施設，
その他：2 施設　（2011 年 10 月 25 日現在）

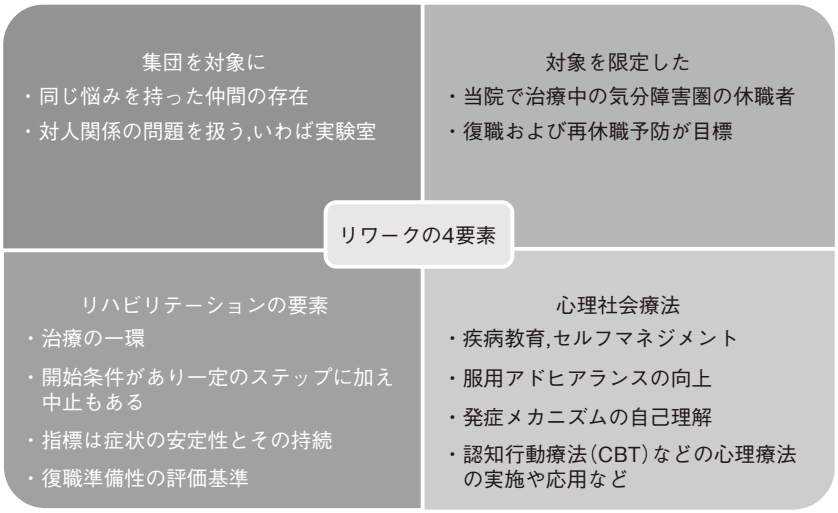


図 3　医療機関におけるリワークの 4 要素

表1　プログラムの実施形態の定義と該当割合

実施形態	プログラムの定義	該当するプログラム（n＝468）	
		数	割合（%）
①個人プログラム	他の参加者との交流を主な目的とせず，文字や数字，文章を扱う机上における作業を実施する中で，主に集中力・作業能力・実践力の確認や向上を目的として実施されているプログラム	72	15.4
②特定の心理プログラム	認知行動療法，社会技能訓練（SST），対人関係療法，グループカウンセリング，サイコドラマなどの特定の心理療法を実施されるプログラム	94	20.1
③教育プログラム	疾病理解，症状の自己理解（セルフモニタリングとコントロール）を主目的とし，講師によるテキストを使用し，講義形式で実施されているプログラム	56	12.0
④集団プログラム	協同作業，役割分担，対人スキル向上などを主な目的として実施され，集団で行う意図が明らかなプログラム	96	20.5
⑤その他のプログラム	運動，個人面談，創造，動機付けなど，上記の①〜④のいずれにも該当しないプログラム	150	32.1

表2　プログラム目的区分内訳

目的区分内訳	目的数	割合（%）	2009年調査時目的数	2009年調査割合（%）	2009年との差（%）
1　症状自己理解	192.6	20.6	40.5	29.7	−9.1
2　コミュニケーション	192.3	20.5	32.4	23.8	−3.2
3　自己洞察	157.0	16.8	19.1	14.0	2.8
4　集中力	124.3	13.3	15.7	11.5	1.8
5　モチベーション	62.3	3.2	12	8.8	−5.6
6　リラクゼーション	88.7	9.5	7.7	5.6	3.8
7　基礎体力	73.0	7.8	5.7	4.2	3.6
8　感情表現	45.8	4.9	3.2	2.3	2.5
合計	936.0		136.3		

のプログラムを例として説明する．当院ではプログラム導入前に主治医を変更して転院してもらうという手続きを取っている（図4）．この目的は，規則正しい睡眠覚醒リズムを基礎とした生活リズムができていることがプログラムを実施するうえで必要不可欠な要素であるからである．主治医の変更後，毎週1回診療を行い必要に応じて薬物療法の見直しを行い，規則正しい睡眠覚醒リズムの回復に努める．すなわち，夜は同じ時間に就寝するように本人が努力し，主治医は睡眠障害がないような処方をすることにより，朝ほぼ同じ時間に覚醒するように本人が生活リズムの回復に努める．このように努力すると朝の気分が回復し日中の生活に多少なりとも負荷をかけられるようになる．回復過程としては，朝からの活動が可能であり，散歩などの戸外活動に引き続き他人の目のある図書館などでの読書ができるようになってくるのが良い目安となる．その段階になると気分の日内変動も小さくなっており，午後はそれなりに活動できるので運動を勧めている．すなわち，当院

表3　標準化リワークプログラム

実施区分		①個人プログラム	②特定の心理プログラム 認知行動療法	③教育プログラム	④集団プログラム	⑤その他のプログラム 軽スポーツ・リラクセーション
内容		・読書，資格試験勉強 ・仕事に関連する作業や休職経過振り返り，疾病理解 ・クイズ・各種検定や作文，計算など	主に集団で実施する認知行動療法	心理教育を中心に生活習慣や栄養についても触れている	心理教育的なテーマを中心にグループワークやディスカッション，プレゼンテーションを盛り込み実施	・卓球やウォーキングなどの軽スポーツ ・ヨガやストレッチ ・自律訓練法や呼吸法，筋弛緩法
目的区分1		4　集中力の向上	1　症状自己理解	1　症状自己理解	2　コミュニケーション	6　リラクゼーション
目的区分2		—	3　自己洞察	3　自己洞察	3　自己洞察	7　基礎体力
グループの構成		個人単位で実施	・クローズド形式が多い ・8〜10回のセッション ・グループワークは6名程度	・オープン形式が多い ・10名程度の講義形式	・6名程度のグループ ・2〜4グループに分かれて実施	個人または集団による運動
観察の要素	1	集中力の持続や疲労，眠気の程度	プログラムや課題の理解度，取り組み方	プログラム・疾病の理解度，負荷の程度，セルフケア	コミュニケーション，対人関係，グループの交流，相互作用，協調性	上達度，運動能力，基礎体力
	2	課題の設定や進め方	休職の経過振り返り，自己洞察，内省	自己洞察，自己理解	参加態度（自発性，主体性，リーダーシップ），自己表現（自己主張，自己開示，発言内容）	コミュニケーション，相互作用，協調性
	3	課題処理能力，作業遂行能力	コミュニケーション，グループ内の相互作用	ディスカッション時のコミュニケーション，参加者間の相互作用	自己洞察，自己理解，振り返り	体調，取り組み方，疲労度，セルフケア
支援方法	1	課題の設定や見直し	参加者に合わせた内容の検討，個人への面談などによるフィードバック	テーマや目的の理解度確認と習得，質疑応答対応	プログラムのスムーズな運営（対人関係や発言の軌道修正，ファシリテート）	体調や疲労の自己管理の促し
	2	実績や成果の確認，参加者へのフィードバック（個人対応含む）	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援	個人への面談などによるフィードバック	個人への面談などによるフィードバック	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援
	3	体調や疲労の自己管理の促し	認知行動療法の理解，習得	発言の促し，ファシリテート	共有，共感，相互作用に向けたグループへの支援	個人への面談などによるフィードバック

のプログラム参加の条件は，「睡眠覚醒リズムの回復と週5日間の午前中の図書館通いと午後の運動」としている．このように生活リズムが整い活動ができる状態となった方からプログラムを順次スタートさせているので，プログラム開始の予約待ちなどは存在していない．プログラムは表4に

示すようにリワーク・スクールとカレッジという2つのグループで実施されている．リワーク・スクールは週1日あたりのデイ・ケアと1日のショート・ケアで開始する．家庭での療養で生活リズムは回復し自宅近くの図書館に週2日通うなどの活動性が回復しているが，さらに自宅から虎ノ門までの通所（通常片道1〜2時間）とデイ・ケアという集団に加わるという負荷を加えることになる．表5に示すように週2日（火曜と木曜）から週3日（月曜，水曜，金曜）と段階的に負荷を増やすとともにプログラム内容も段階的に増やしていく．すなわち，はじめは「卓球」や「頭と体のストレッチ（ゲームなど）」の運動プログラムなどに参加して集団に慣れることを目指す．その間に「オフィスワーク」でうつ病の勉強をする疾病教育と生活習慣をさらに見直すプログラムが用意されている．休まず順調に参加ができていれば週3日となり，心理プログラムである「セルフケア」が始まり「オフィスワーク」が増えてくる．「セルフケア」では心理的アプローチにより毎回テーマを変えて症状の自己管理スキルを向上させるプログラムが用意されており，講義とグループディスカッションが行われる．この段階で主治医より休職理由を明らかにする自己分析レポート[2]（表6）の課題が出され，「オフィスワーク」の時間でその作業を進めていく．疾病教育に関しては当院独自の“うつ病読本”を読んでもらえば精神科医が知っているレベルの気分障害に関する知識は得られるが，自分の病気の発生メカニズムや診断的位置づけを知らなければ単なる知識に終わる．自己分析を行うことによって初めて自分の中の病気と休職が関連性を持って捉えることができ，再発予防の手段も具体的に見えてくる．また，服薬の必要性に関しても自己分析は大きな役割を演じており（図5），この自己分析が終わることがリワーク・カレッジへの参加の条件としている．

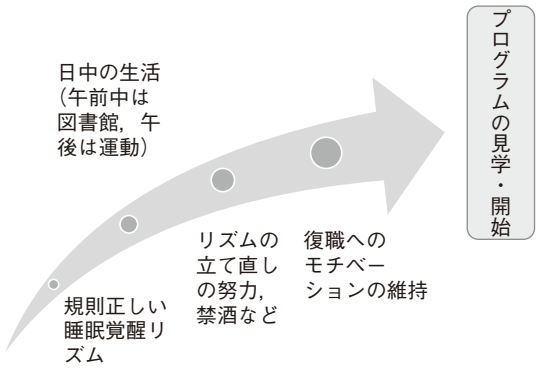


図4　主治医による生活指導

表4　リワークプログラムの流れ

リワーク・スクール		
Level 1	週2日	ショート・ケア1日
		デイ・ケア1日
Level 2	週2日	デイ・ケア2日
Level 3	週3日	デイ・ケア3日
リワーク・カレッジ®		
Level 4	週4日	デイ・ケア4日
Level 5	週5日	デイ・ケア5日
Level 6	週5日	デイ・ケア4日
		デイ・ナイト・ケア1日

表5　リワーク・スクールのプログラム例

	月	火	水	木	金
AM	卓球	頭と身体のストレッチ	オフィスワーク	卓球	オフィスワーク
PM	オフィスワーク	オフィスワーク	セルフケア	利用ガイダンス	オフィスワーク

オフィスワーク：うつ病講座テキストの読書，自己分析レポートの作成，生活習慣講座

表6　リワーク・スクールで行う自己分析

◆週2〜3回安定して参加でき，病状が比較的安定したレベルとなったことを確認
◆オフィスワークの時間に休職に至った原因・誘因の分析をさせ，文章化して主治医に提出させる
◆目的①：再休職を防止するために，今回までの休職に至るプロセスを振り返り，その要因を抽出する
◆目的②：このようなストレスを与えても病状が変化しないことを確認
◆分析の要点：①初発時からの症状の変化と休職までのプロセス，②自分を取り巻く環境要因の変化，③環境の変化に対し影響を受けた自分側の要因
◆A4で1枚〜50枚，時には年表や図表付きのレポート
◆主治医とディスカッション，1〜2回の追加や書き直し

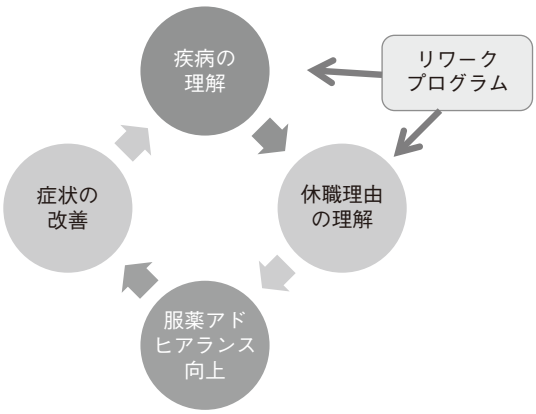


図5　疾病理解と休職理由の理解

リワーク・カレッジでは週4日の参加で始まる表4が，プログラムは表7に示すように「セルフケア」が2コマに増え，より高度な心理プログラムになり，集団プログラムである「メンバー主体プログラム」が開始される．いずれのプログラムも再休職の予防が大きなテーマとなり，自己分析で得られた自分の休職理由をいかに心理的な支援と集団での経験を通じて認識し修正していくかが問われる．そして週5日になると認知行動療法の初級コースが木曜のナイト・ケアで実施される．認知行動療法は7週間で1クールとなっており，1つの終了の目安である．プログラムの終了は主治医によって決められスタッフによる評価が産業医に提供され復職の判断の一助としてもらっている．

利用者には抑うつ状態という共通項はあるが，抑うつ状態を呈する疾患や障害は様々である．休職した気分障害の患者に対する治療は限られた時間での外来診察だけでは限界があり，経験のある精神科医にとっても，復職時期の判断は極めて難易度の高いものである[4]．治療においても，薬物療法だけでは十分で安定した回復がなかなか得られず，休職している状態から就業状態へ戻すようなリハビリテーションが必要となる．生活指導は言うまでもないが，対人コミュニケーションを改善するような心理社会療法や自己と向き合うための心理社会的アプローチなども必要となる．診察や薬物療法に加え，コメディカルスタッフによる個別的あるいは集団的療法を有機的に連関させ実施していくリワークプログラムはその良い治療モデルである．また，デイ・ケアなどで行われるプログラムを実施している場面での利用者の様子を観察していると，ごく軽度の軽躁状態でも見つけることが可能であり，精神科医にとっては良き診断の場でもある．

リワークプログラムでは，気分障害や不安障害などについての疾病教育や心理教育を通じて症状の自己管理スキルを養い，休職に至った理由について環境要因だけでなく自己の要因についても内省を促す[5]．リワークプログラムの専門職による支持的かつ教育的なかかわりによって，様々な気づき，認知面や行動面での変化を促進する．認知行動療法などの心理教育により，考え方の癖や対人関係のパターンに気づき，今までとは違った考え方や対人関係の持ち方について考える．これまでとは違った対人関係の持ち方について実践する機会を持つことにより，対人関係における成功体験を積み重ね，自己肯定感を高めるとともに，集団での協働体験や同じような経験をした仲間同士

表7　リワーク・カレッジ® のプログラム例

	月	火	水	木	金
AM	オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク	オフィスワーク
PM	オフィスワーク	セルフケア	オフィスワーク	メンバー主体	セルフケア
ナイト・ケア				認知行動療法	

オフィスワーク：作業遂行機能，認知機能の改善プログラムなど自己課題に対する作業

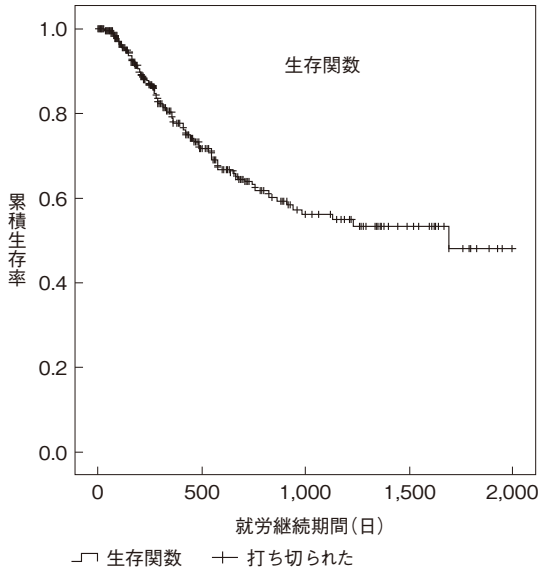


図6　復職後の就労継続
【Kaplan-Meier 法による就労継続期間の分析】
◆起算日　復職日
◆イベントの発生　気分障害などを理由とした再休職および失職（n＝132）
◆打ち切り　就労継続中（n＝225）
治癒による治療の終了（n＝62）
別理由による休失職（n＝12）
転院などにより消息不明（n＝70）
【結果】　就労継続期間の中央値 1,693.0 日
就労継続の推定値
1 年後　77.5%（SD2.1）
2 年後　63.8%（SD2.8）
治癒により治療を終了した対象者（n＝62）の打ち切りまでの期間は，平均値 704.3 日（中央値 591.5）

の支えあいにより，役割意識や責任感を取り戻す．これらを通じて再休職としない復職を目指している．

Ⅲ．メディカルケア虎ノ門のアウトカム[4)]

平成 15 年 1 月～平成 22 年 8 月の間に当院の利用者の復職後の就労継続予後は図 6 のようである．対象はプログラムを終了して復職した 501 例である．Kaplan-Mayer 法による生存分析によると，1 年後の就労継続の予測値は 77%，2 年後は 63%であった．また，復職後の診療により治療が集結して治癒と判定された利用者が 62 人いたが，その復職後の平均治療期間は 700 日を超えていた．

文　献

1）五十嵐良雄：精神科医療機関におけるうつ病・不安障害で休職する患者の実態とリハビリテーションのニーズに関する調査研究．日精診ジャーナル，188；158-166，2010

2）五十嵐良雄：職場復帰から見た難治性うつ病とその治療上での工夫．精神療法，36；627-632，2010

3）五十嵐良雄：気分障害に対する医療機関における復職支援とその治療的意義．日本社会精神医学会誌，20；45-52，2011

4）五十嵐良雄：医療機関におけるリワーク活動とうつ病リワーク研究の発展，今後の展望．最新精神医学，16；133-140，2011

5）横山太範：うつ病患者の復職支援と再休職予防．日精協雑誌，30；116-121，2011

Therapeutic Elements and Possible outcomes of Return-to-Work Program services

Yoshio IGARASHI

Depression rework research association, Medical care Toranomon

A depressive state is commonly seen in those using Return-to-Work Program services, but they have different types of disorder and impairment. Outpatient therapy is not sufficient, due to time restrictions, to treat mood disorder patients on sick leave or out of work. For this reason, it is often difficult even for an experienced psychiatrist to determine the right time for these patients to return to work. Their conditions cannot be readily stabilized with drug therapy alone, and rehabilitation is needed before they become ready to return to work. The Return-to-Work Program is medical rehabilitation in which psycho-social therapy（conducted by allied healthcare professionals）and individual or group therapy are carried out in a systematic and organized manner. When patients participate in program activities offered in institutions, such as day-care centers, they will be monitored for signs and symptoms of hypomanic episodes, and such an observation-based approach is useful for psychiatrists to detect even a very mild episode and make a diagnosis. Patients learn to acquire self-management skills by learning about disorders（e. g., mood and anxiety disorders）and through psycho-education. They are encouraged to reflect on reasons for absence from work, including personal as well as environmental factors, and identify their own challenges. Through psycho-education employing cognitive behavioral therapy, they come to realize their own patterns of thought and interpersonal relationships, and acquire different ways of thinking and developing relationships. Patients are given opportunities to develop and apply new ways of building relationships with others, so that they can gain experiences of successful interpersonal relationships and develop self-affirmation. Also, by engaging in collaborative work in a group and receiving support from others with similar experiences, they will restore a sense of responsibility and role fulfillment. Hence, the program is designed to enable patients to return to work, and not to revert to conditions requiring an absence from work.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：mood disorder, Return-to-Work Program, assessment for return to work, diagnosis, medical rehabilitation＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

復職へ向けての当院リワークプログラムの工夫

深間内 文彦
（医療法人社団榎会 榎本クリニック）

気分障害による休職者の復職にあたり，リワークプログラムの必要性が認識されるようになってきた．当院での気分障害患者に対する復職支援プログラムにおける主たる工夫点は以下の通りである．①デイ・ナイト・ケア体制を基本としている．②2 フロア体制で運営しており，復職準備状況に応じてレベル別のプログラムを提供している．③復職にあたっては，まずスタッフが「評価シート」を記入し，担当医がそれに基づいて診断書を作成し復職先の産業医に提出し，客観的な復職判定材料としてもらっている．④これまでの自己の人生を振り返る「ライフ・ヒストリー」を作成するプログラムを設けている．過去の自分の人生を辿り，体験した出来事や他者の存在が現在の自分にどのように影響しているか理解を深めることが目的である．⑤芸術行動療法プログラムを週 3 回，各フロア共通の治療枠で実施している．芸術という表現方法を媒体とした非言語的な治療プログラムであり，音楽・アートものづくり・テーブルゲーム（以上文化系）とボクシング・和太鼓・演舞・ボールゲーム（以上運動系）の 7 部門から利用者が自主的に選択し，「からだ」から「こころ」に働きかけることを主眼としている．⑥併存障害への対応として，生活習慣病を伴う割合が比較的多いことから院内の内科医との連携を重視している．アルコール関連問題もしばしば重複することから症例によってはアルコール依存症専門治療プログラムへの参加を優先させることがある．⑦家族への対応として「うつ家族教室」を月 2 回開催している．家族の立場として疾病の理解と患者本人への接し方などを家族グループとスタッフが共に学ぶ場である．

＜索引用語：気分障害，うつ病，リワーク，デイ・ケア，アルコール依存＞

はじめに

当院は都市型精神科クリニックであり，本院は 1 階が外来部門で 2 階から 10 階までがフロアごとに疾患別デイ・ナイト・ケアという形で構成されている．現在本院の他に 2 つの分院がある（図 1）．気分障害の復職支援に関しては，本院において「うつ・リワークサポートセンター」という名称で平成 21 年 4 月 1 日に開所し，現在は 2 フロアで運営している（定員 45 名）．利用者を年代別でみると 30・40 代の働き盛りの世代が全体のほぼ 8 割を占めている．

公的機関を含めリワーク施設が拡大しつつあるが，リワーク研究会を中心に治療プログラムの標準化と効果判定に関する研究や調査が続けられており，当院でも協力させていただいている．本稿では，復職へ向けての当院リワークプログラムの特徴および工夫点について述べる．

Ⅰ．デイ・ナイト・ケア体制

デイ・ナイト・ケア（午前 9 時より午後 7 時まで）という体制は，会社などでの通常の就労時間帯に相当するものであり，当院リワークプログラムでは最終的に週 5 日の安定した通所を目標とし卒業の目安としている．もちろん，回復期に入っ

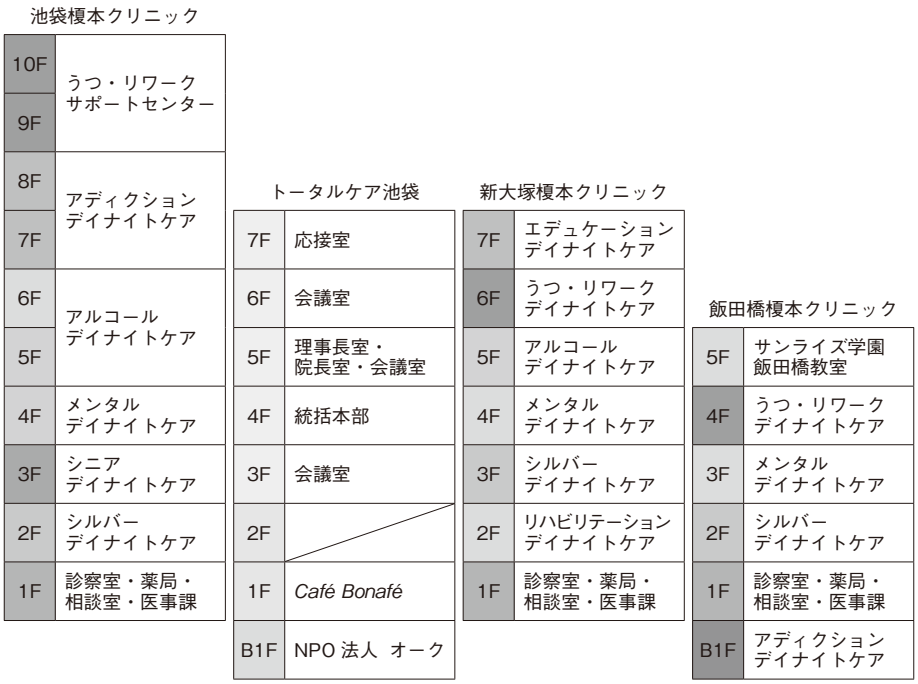


図1　当院のフロア構成

たとはいえ導入時にはうつ状態や体力の回復レベルは個人差が大きいため，それに応じて担当医・スタッフと相談の上，通所曜日・時間帯（デイ・ケア・ショート・ケア）を決めている．そして徐々にレベルアップを図るよう促していく．また，就労中の方が，例えば「集団認知行動療法」のプログラム枠のみワンポイントで継続参加することも可能としている．デイ・ケア参加の基本は回復期の規則正しい生活習慣をまず獲得することにあるが，そのためには来所日に間隔を設けるよりは毎朝来所の習慣づけがリズムを崩しにくい場合が多い．

Ⅱ．2フロア体制

「うつ・リワークサポートセンター」は当初1フロアでオープンしたが，徐々に利用者が増加するにつれ，うつの病態像がメランコリータイプやディスチミアタイプであったり，双極性エピソードを持つケース，さらにさまざまな併存障害を持つ患者など均質なグループ構成が困難になってきたため，平成22年9月より2フロア体制とし，均一化を図りそれぞれにふさわしい治療プログラムを提供することとした．ただし，これは完全に棲み分けをしたということではなく共通プログラムや適宜相互乗り入れ可能な弾力的な運営を心掛けている．

Ⅲ．振り返り作業と評価

参加日の終了時には「快復チェックノート」にその日の「振り返り」を記載してもらい適宜スタッフがフィードバックしている．このノートの記載内容に関しては特に制限を設けておらず，その日の出来事やプログラムに対する感想，自己の内省，さまざまな葛藤などが並ぶが，グループミーティングなどではほとんど発言のない患者がこのような「書く」という作業を通じて極めて「雄弁」になり，現状に対する不安焦燥や不平不満など長々と綴ることが少なくない．これに対してスタッフは受容的にコメントを返すことで双方向のコミュニケーションが深まることを期待している[2)]．

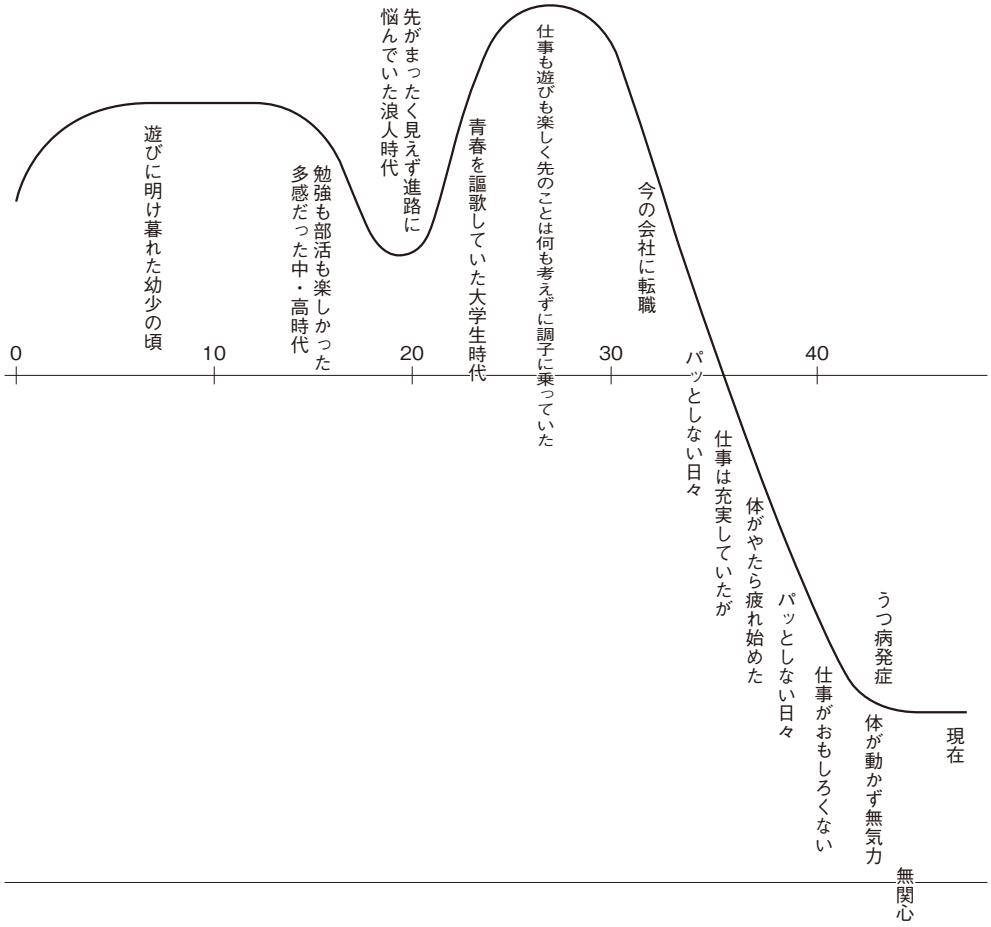


図2　ライフ・ストーリー（1）

復職が視野に入ってきた時期においては，まずスタッフが「評価シート」を記入し担当医がそれに基づいて診断書を作成し，両者を復職先の産業医に提出し客観的な復職判定材料にしてもらっている．短時間の外来診療だけでは到底及ばない復職準備に関するきめ細かいレベル評価となっている．

Ⅳ．ライフ・ヒストリーの作成

休職に至った経緯を自己分析するプログラムの他に，生まれてから現在までの自分史をグラフ化して書く時間を設けている（人生曲線）．これはこれまでの人生を見つめ直し，体験した出来事や他者の存在が現在の自分にどのように影響しているか理解と気づきを深めることが目的である．中央の水平線よりも上に向かうほど自分にとってはプラスと思える出来事，逆に下に向かうほどマイナスの出来事と捉えていることを表す．図2にみられるように現在うつ病を発症したことがこれまでの人生最悪のエピソードと捉えているケースや図3のように非常に振幅の大きい人生と捉えている場合もある．また，過去の辛かったエピソードも時が経つにつれ回り回って現在の自分にとってプラスに働いていると解釈できるまでに心理的成長が窺える事例もある．このように過去の自分自身の足跡を辿ることは対人関係の持ち方や行動パターン，認知の癖やストレス対処に気づき，今後に向けて新しい視点や価値観を持つ契機となる．

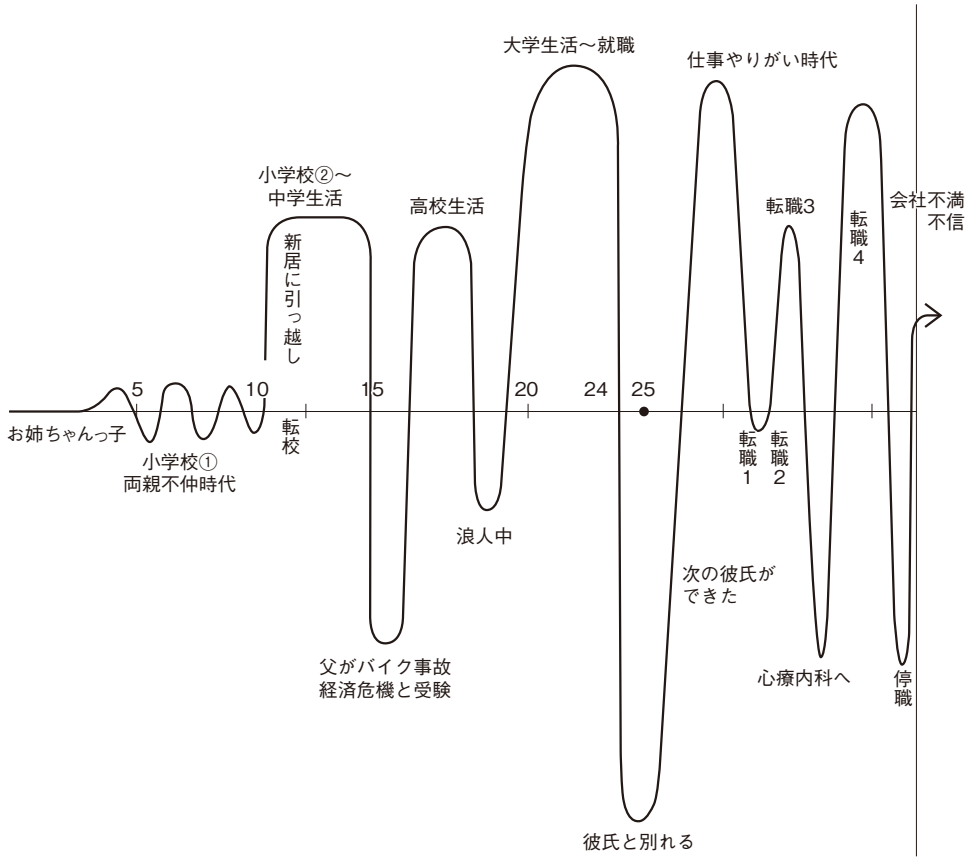


図3　ライフ・ストーリー（2）

Ⅴ．芸術行動療法

当院デイ・ナイト・ケアプログラムの1つの大きな柱である芸術行動療法は平成16年8月よりスタートし，現在は毎週（月）・（水）・（土）の午後の治療プログラムとして導入している．音楽・アートものづくり・テーブルゲームや和太鼓・演舞・ボールゲーム・ボクシングの7部門から利用者自身が選択する．芸術という表現方法を媒体とした非言語的な治療プログラムもあり，新たな楽しみや生きがいを見いだすと共に協調性や他者への共感性が生まれる萌芽となっているプログラムもある．特に運動系プログラムでは，基礎体力づくり，ストレス発散や欲求不満の解消，感情や衝動性のコントロールにも寄与し，「からだ」に働きかけることで「こころ」の働きも変えていくことにつながる．基本的に治療プログラムはフロアごとに専門特化しているが，この芸術行動療法に限っては，全フロア共通の治療枠となっている．すなわちリワークフロアのメンバーも他の疾患フロアのメンバーと共に取り組むということになる．

Ⅵ．併存障害への対応

1．生活習慣病

図4は，当院「うつ・リワークサポートセンター」参加メンバーの主な生活習慣病の罹患率である．例えば，うつによる睡眠障害は，高血圧や糖尿病の悪化要因であり，また生活習慣病の存在がうつの回復にとって阻害因子であることはよく知られた事実である．このため当院では，内科医が専門的立場から生活習慣病の治療のみならず予防を含めて指導し「こころ」と「からだ」の両面からアドバイスできる体制を心掛けている．

2．アルコール関連問題

うつ病診療においては，飲酒行為が結びつきやすく治療の妨げになることを念頭に治療にあたる必要がある．

リワークフロアでのアルコール依存のサインとしては，表1のように体調不良を理由に遅刻・欠席が目立つようになったり（二日酔いや連続飲酒による生活リズムの乱れの可能性），抑うつ気分が悪化したり不安焦燥感が強まったり，気分不安定や睡眠障害の悪化，服薬が遵守されていないように見受けられ日中の活動性の低下や疲労感がみられる，またニコチン依存とのクロスアディクションで喫煙数が増えることなどもある．抑制がとれた発言，酒臭，攻撃的になるなどがあれば即刻参加を中止しなければならない．

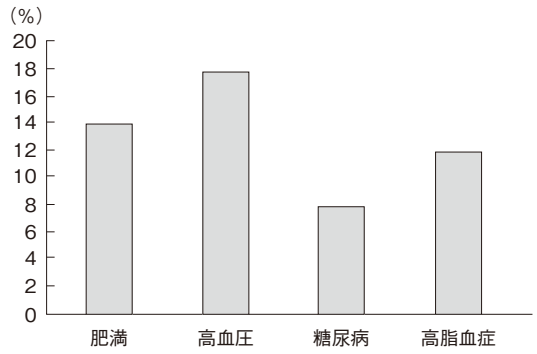


図4　生活習慣病を伴う割合

血液検査を実施していればγ-GTP値や生活習慣病の悪化なども指標になる場合もあろう．

表2は，外来でも行えるアルコール依存症チェックリスト（CAGE）[1]で，簡便ではあるが信頼性は比較的高い．

常習飲酒に至る場合，抑うつ気分や不眠，あるいは併存しやすい不安障害の症状に対する緩和目的が多い．

しかしすでにアルコール依存が存在し二次的にうつ病を発症しているケースでは，うつ病の症状が前面に出ていてもアルコール依存の治療を優先しなければならない．この点，当院ではアルコール依存症専門治療デイケアがあるため連携をとりやすく，本人・家族と相談の上，まずアルコール・リハビリテーション・プログラムから開始してもらうケースやリワークフロアに所属しながら断酒ミーティングやレクチャーの時間にはアルコールフロアで該当するプログラムに参加してもらう場合もある．リワークプログラムの心理教育でもしばしば「飲酒」をテーマとして取り上げている．

依存症は「否認の病」と言われるが，患者本人が飲酒していることに対する認識が欠如しており，問診場面でも否定したり過小評価する傾向があるために客観的な事実を医療者が把握できずに看過されていることが多い．初診時，飲酒歴に関

表1　うつデイケアでのアルコール依存サイン

- 遅刻・欠席が目立つようになった（特に週のはじめ）
- 風邪などの体調不良を理由に欠席する
- 気分不安定（易刺激性，攻撃的，強い不安焦燥感，抑うつ気分の悪化，希死念慮など）
- 睡眠薬が処方されているにもかかわらず睡眠障害の訴えが続く
- 服薬が遵守されていない懸念がある
- 昼間の眠気・活動性の低下・疲労感
- 喫煙本数が増えプログラム中，落ち着かず離席が目立つ
- 手指振戦や頻脈，発汗，吐き気などの自律神経症状
- 抑制がとれ集団ルールを逸脱した言動がみられる
- 酒臭がする
- 飲酒について指摘すると異常に反発する，あるいは居直る

表2　アルコール依存症チェックリスト（CAGE）

1．あなたは今までに，自分の酒量を減らさなければいけないと感じたことがありますか？（Cut down）
2．あなたは今までに，周囲の人に自分の飲酒について批判されて困ったことがありますか？（Annoyed by criticism）
3．あなたは今までに，自分の飲酒についてよくないと感じたり，罪悪感をもったことがありますか？（Guilty feeling）
4．あなたは今までに，朝酒や迎え酒を飲んだことがありますか？（Eye-opener）

＜判定方法＞2項目以上あてはまれば，アルコール依存の可能性が高い．

する問診は不可欠である．飲酒歴とは初飲年齢，飲酒パターンの変化や定期検診で肝機能障害などを指摘されたことがあるか，二日酔いやブラックアウトなどが原因で家庭生活や職場の人間関係に支障を来したことはなかったかなどである[3]．

Ⅶ．うつ家族教室

うつ・リワークサポートセンターの開設から半年後の平成21年9月より，うつ・家族教室を実施している．現在，月2回，第2・4土曜日の13：30〜14：30，サポートセンターの利用者の家族を中心に，うつ病や双極性障害などの気分障害について理解を深め本人への対応について参加者と一緒に考える集いの場である．サポートセンターが2フロア体制になってからは，家族教室においてもさまざまな問題がテーマとして取り上げられるようになった．通り一遍の教科書的な回答はないといってよい．

ま と め

当院では，以上述べたような視点から利用者の支援をしている．2フロア体制の点では利用者の均質化について述べた．例えば集団認知行動療法のような治療プログラムの場合は，均一化を図らないとプログラムそのものが進行できなくなってしまうリスクがある．一方，芸術行動療法は逆にフロア（疾患）という枠を超えた不均一な環境での治療プログラムである．非言語的なプログラムではさまざまな疾患や障害を持った人と協同作業を進めることがうつで悩む人にとって価値観の幅を広げ人間理解に通じる機会になる．このようなフレキシブルな体制がとれるのは元々大規模デイケアという体制を培ってきた当院の1つのメリットであると自負している．

文　献

1）Ewing, J.A.: Detecting Alcoholism. JAMA, 252；1905-1907, 1984

2）岩橋和彦，榎本　稔，深間内文彦：かくれ躁うつ病が増えている．法研，東京，2010

3）うつ病リワーク研究会編：うつ病リワークプログラムの続け方―スタッフのために―．南山堂，東京，2011

New Ideas Implemented at the Re-work Program in Our Clinic

Fumihiko FUKAMAUCHI

Enomoto Clinic, Medical Corporation Enokikai

Hospitals and medical clinics that offer programs that help people return to their workplaces have been increasing. The main ideas newly implemented at the re-work program for patients with mood disorders in our clinic are as follows：

1. We basically organize the day-night care system（9：00－19：00).

2. We run the re-work program on a two-floor basis, and provide level-based programs according to preparedness for re-work.

3. For reinstatement, the staff member first fills out the "evaluation sheet", and, based on this sheet, the attending physician creates a "medical certificate". Thereafter, both documents are submitted to the industrial physician at the patient's company, and the physician uses these documents to make objective judgments on reinstatement.

4. We provide a program which encourages patients to look back on their lives and write their own "life histories". The purpose of the program is for patients to gain a better understanding of how their past experiences and the presence of others are influencing who they are today, by reflecting on their past lives.

5. We implement art behavioral therapy programs 3 times a week within the framework of treatments common to each floor. These programs provide non-verbal treatments through a form of artistic expression, and patients themselves choose from 7 categories such as music, art creations, and table games(culture programs), as well as boxing, Japanese drumming, dancing, and ball games（sports programs).

6. For patients with comorbidities, we emphasize cooperation with internists in the clinic because the percentage of those with lifestyle-related diseases is relatively high. Moreover, alcohol-related problems often overlap with lifestyle-related diseases, and participation in alcohol rehabilitation programs is given high priority in some cases.

7. For patients' families, we provide "family therapy for depression" twice a month. This therapy serves as an opportunity to learn how family members should understand the disease and coping strategies for dealing with the patient.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：mood disorder, depression, re-work, day care, alcoholism＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

うつ病における性格傾向と復職後の就労継続の関連性

小川 哲男
（自衛隊福岡病院精神科）

就労者におけるうつ病治療では，休業の長期化や復職後の抑うつ症状の再燃・再発による再休業が問題となっている．うつ病における継続的な復職要因を見出すため，われわれは休業経験のある外来患者を対象として横断研究および縦断研究を行った．この研究ではうつ病の寛解に加えて対人関係敏感性尺度（IPSM）の得点が低い（94 点以下）ことがうつ病における復職後の就労継続と関連するという結果が得られている．従来わが国において典型的とされたメランコリー親和型のうつ病は“役割への過剰な同一化”を起こしやすい弱点はあるものの，症状が寛解すれば復職しやすいとされてきた．これは彼らが他者への献身を背景として役割を積極的に担う傾向があるためと考えられる．一方，グローバリゼーションを背景としたわが国における社会的価値観や職場環境の変化の中，次第にうつ病患者が役割を担うことが困難になり，抑うつ症状が寛解するだけでは復職できなくなってきている．こうした状況にあって，近年，現代型やディスチミア親和型といったうつ病類型が注目されるようになった．性格傾向を人間学的・現存在論的に捉え直したときに，先に挙げたうつ病の 3 類型に共通する在り方の 1 つは，「他者を通じてあること」と考えられる．この在り方は再燃・再発の危険を伴う弱点になりうるが，役割を担うことによって「他者のためにあること」という在り方に成長し，その資質を発揮する力ともなる．患者が「他者を通じてあること」に過剰に同一化している段階では IPSM が高くなると考えられる．人間存在を見守る温かい視点と同時に，人間の成長に必要な要素を見定める冷静な視点の中で，役割を担う姿勢を醸成する心構えをもつことが，うつ病患者の復職後の就労継続につながると考える．

＜索引用語：うつ病，性格傾向，復職，役割，対人関係敏感性＞

はじめに

うつ病は就労者に失業や休業，生産性の低下をもたらし，単に抑うつ症状を緩和するだけでは就労への悪影響を十分には改善しないことが示唆されている[10]．うつ病においては，休業そのものが再休業[19]や休業の長期化[15]のリスク要因であることを示す海外の報告もある．実際，わが国の企業を対象とした調査でも精神障害による長期休業者にうつ病が占める割合が高い[18]．うつ病の治療目標は単なる抑うつ症状の改善ではなく，心理社会機能の十分な回復であることが求められる[7]．

うつ病における継続的な復職の要因を見出すため，われわれは休業経験のある外来患者を対象とした研究を行った．この研究では対人関係敏感性が復職後の就労継続に影響するという結果が得られている．心理社会機能の回復と対人関係敏感性という性格傾向はどのような関係があるのであろうか．Kraus は，人間学的・現存在論的な見地から躁うつ病・うつ病者に共通する性格傾向・在り方の 1 つとして“役割への過剰な同一化”を指摘した[8]．本稿では役割への同一化という概念を用いて，対人関係敏感性と就労者のうつ病における復職の関係について考察した．さらにこれを踏まえて，就労継続につながる“役割を担う姿勢を醸

成する心構え”について考察した．

Ⅰ．うつ病における心理社会機能と性格傾向

心理社会機能を回復あるいは改善する方法を考えるにあたって性格傾向を軽視することはできない．オランダにおける一般住民を対象とした大規模な前方視研究（NEMESIS）において大うつ病エピソードの患者の心理社会機能はうつ病が寛解して発症前の状態に戻り，抑うつ症状がないときでも高い神経症傾向（higher neuroticism）や低い自尊心（lower self-esteem）などの性格傾向が心理社会機能の障害に関連することが示されている[20]．NEMESISの一部である他の研究においては，高い神経症傾向（higher neuroticism），人生で起きる出来事が自分のコントロール外と感じる感覚がより強いこと（more external locus of control），自尊心がより低いこと（lower self-esteem）は，いずれもうつ病を含む気分障害とは独立して職場における職業機能の障害に影響していた[13]．

うつ病を発症しやすい性格傾向としてオーストラリアのBoyceらが提唱したのは対人関係敏感性で，「他の人の行動や気持ちに対する不適切で過度な配慮，感受性」と定義し，この傾向の定量的測定のために，対人関係敏感性尺度（Interpersonal Sensitivity Measure：IPSM）を開発した[1]．IPSMは36項目の自己記入式検査で，①対人意識（自分の言動について批判されているのではないかといつも気にしている，など），②是認要求（人に相手にされないとすぐそれに気付く，など），③分離不安（自分の気持ちが他の人を困惑させるのではないかと恐れている，など），④臆病さ（拒否されるのを恐れて，自分の考えを言うのを避ける，など），⑤脆弱な内的自己（他の人が本当の私を知ったら，私のことを低く見るだろう，など），の5つの下位尺度からなる．日本語版はその信頼性と妥当性が検証されている[9]．対人関係敏感性は神経症傾向や低い自尊心とも相関することが示されており[1]，高い対人関係敏感性がうつ病の残遺症状や再発に関連することも報告されている[2]．

Ⅱ．研究の要旨

われわれが行った研究の要旨を述べる．この研究は横断研究と縦断研究からなっている．対象者は治療開始から2ヵ月以上経過し，過去に連続した2週間以上の休業経験のある大うつ病性障害（DSM-Ⅳ）の外来患者88名である．性格傾向は対人関係敏感性尺度（IPSM）と神経症傾向を用いて評価した．さらに，Hamiltonうつ病評価尺度（HAM-D），併発不安障害（半構造化診断面接による），人口統計学的因子，過去5年以内の休業期間，職場要因などを調査した．これらの要因を独立変数とし，復職の有無を従属変数として二変量解析および多変量解析を行い，復職と性格傾向の関連の有無について検討を行った．

横断研究（投稿中）では，過去5年以内の休業期間が短いこと，直近のうつ病エピソードの治療開始からの経過期間が長いこと，うつ病が寛解していること（HAM-D≦7点）に加え，IPSMの得点が低いこと（IPSM≦94点），が復職要因として見出された．88名のうち，HAM-Dが7点以下の寛解した群53名を対象として同様に解析を行った場合においても，IPSMが低いこと（IPSM≦94），不安障害の合併がないこと，過去5年以内の休業期間が短いこと，が復職要因として見出された．

また横断研究における復職群では半年以上就労を継続できていない者が約3分の1含まれていたため，対象者を半年間フォローし，就労を継続していた29名を復職継続群，半年後に休業していた32名を休業群とした解析を行った．この縦断研究（投稿準備中）においては多変量解析の結果，うつ病が寛解していること（HAM-D≦7点），うつ病の再発歴がないこと，そしてIPSMの得点が低いこと（IPSM≦94点）が復職継続要因であった．

Ⅲ．在り方，実存としての性格傾向

Tellenbachのメランコリー親和型（Typus Melancholicus）[23]の概念は，わが国において，下田の執着気質とともに長年親しまれ，笠原の小精神療法にも生かされ，治療上役に立ってきた[24]．うつ

病者における性格傾向を人間学的・現存在論的類型として捉えることが治療上有用であることの1つの証左といえる．Tellenbachの議論を引き継いだKrausは，躁うつ病，うつ病に共通する現存在様式の特徴の1つとして“役割への過剰な同一化”を挙げた[8]．

役割への距離のない同一化そのものは他者ないし社会によってあらかじめ十分に形成された同一性（アイデンティティ）を自分のものとして活用させるため行動を自己自身で方向付けることが免除される．こうした共生的な在り方は，他者のためにあること（Tellenbach，1974）としてばかりでなく，他者を通じてあることとして特徴づけられる[8]．重要な他者，あるいは社会的権威・価値の眼差しを通じて現れた自己像がうつ病者の自己認識に大きな影響を及ぼしているために，他者あるいは社会的に承認された役割への過剰な同一化が起こるのである．

わが国において，メランコリー親和型が成立したのは，終身雇用・年功序列制度という安定した労働環境のもと，会社との一体感をもって職業的役割に過剰な同一化する生き方が一般的な価値を体現していたことが前提であったと考えられる[14]．1970年代以降，社会的価値観の変動やグローバリゼーションの進行により，終身雇用・年功序列制といった職場の一体感を担保する基盤が失われ，メランコリー親和型が成立しにくくなり，典型的な内因性うつ病とは異なる抑うつ状態が目立つようになったと考えられる[6,14]．職業役割の文脈の中では程度の差はあれ，職業役割への忌避傾向を示す，現代型うつ病[12]やディスチミア親和型うつ病[21]という概念などが論じられている．土居は「自己充足感あるいは一体感の喪失」がうつ病者に存在すると述べているが[4]，このことは，うつ病者の根底には，他者と自分が“分離”した存在であることへの不安とそれに伴う一体感の希求があることを示唆している．もはや一体感を期待できる場所ではなくなりつつある職場において役割への忌避傾向があるからといって，彼らが自分を認めてくれる他者を必要としていないわけではない．

これらうつ病の3類型に共通する性格傾向・在り方の1つは，“他者を通じてあること”と考えられる．この在り方は自己とは分離した“他者”からの評価に自己の評価が依存しているという点で再燃・再発の危険を伴う弱点になりうるが，役割を担うことによって“他者のためにあること”という在り方に成長し，その資質を発揮する力ともなる．最近の臨床現場においても，自己愛的で他罰的にみえた患者が復職して職場に戻り，仕事がうまく続き，職場との一体感を得られる状況にあると，勤勉で社交的かつ真面目で几帳面な人柄がみえるようになり，メランコリー親和型ではないかと思える場合は決して少なくない[5]．

Ⅳ．“他者のためにあること”への過剰な同一化とメランコリー親和型

メランコリー親和型は“他者のためにあること”に過剰に同一化していると考えられるが，“他者のためにあること”として機能しているときでさえ，その在り方はKrausが指摘しているように“他者を通じてあること”という在り方が含まれている[8]．人間は本来，誰でも“他者を通じてある”存在ともいえる．ただし，この場合の“他者”は自己と分離した“他者”，という感覚ではなく，相互関係の中でお互いが成立しているという暗黙の了解が背景にある“他者”であろう．メランコリー親和型が陥りやすい問題は，“他者のためにあること”に過剰に同一化しているために，自分がこの相互関係であるところの“他者を通じてある”という人間の側面を見逃してしまうことであろう．

“他者のためにあること”以外の姿勢をとりえないケースでは，役割喪失の危機に際して，もはや“他者のためにあること”を実現できないことからくる自己喪失の感覚へ導かれ，病的な罪悪感が本人の心を占める可能性が高い．ただし，このようなケースであっても，うつ病を経たことにより，周囲の支えを実感でき，自分が常に“他者のためにある”必要はなく，そもそも以前から“他者を通じてある”存在であったことを認めることがで

きた場合には良好な経過をたどることが予想される．人の世話をするだけでなく，世話になる余裕が生まれるであろうし，実際には生まれたときから周囲にかなりお世話になっていたことに気付き，周囲との一体感を得ることがあるかもしれない．こうした観点は，遷延性うつ病に内観療法が有効であるという報告[22]からも理解しやすいと考えられる．

Ⅴ．“他者を通じてあること”への過剰な同一化と対人関係敏感性

IPSM の得点は急性期のうつ病患者を対象とした研究では，内因性うつ病（≒メランコリー親和型うつ病）と非内因性うつ病で有意差を認めなかったことが示されている[11]．別のグループではあるが，初診日から約半年間経過した患者を対象とした研究では，非内因性うつ病は内因性うつ病の患者と比べて有意に IPSM の得点が高かったという結果が出ている[16]．これはどういうことであろうか．1 つの仮説としては，人が“他者のためにあること”を内心望んでいるのに，集団や社会において何らかの役割を担うことができないとき，（分離した）“他者を通じてあること”への現存在体制への同一化が強まると考えられる．役割を担うことが単に他者からの評価を得るための手段になっている場合も依然として（分離した）“他者を通じてあること”に過剰に同一化した状態であり，こうした状態では IPSM の得点が高くなると考えられる．

役割への過剰な同一化が，役割の本質を見失わせる危険があるように，“他者を通じてあること”に過剰に同一化した状態もまた，人間は誰しも“他者を通じてある”という事実を自覚できない危険がある．復職直後は対人過敏になりやすい可能性があることを治療者があらかじめ指摘したところ，「“できる先輩”を前にしたときに，先輩からどう評価されているか不安になって落ち込んでいる事実に気付くことができて自分なりに対処できた」旨を報告してくれた患者もいた．気分が患者にとって“理由なく”落ち込むときに，自分がどのような姿勢をとっているか，どのような眼差しのもとで生きているかを振り返ることは回復期以降の再発予防には有用であろう．

Ⅵ．役割を担う姿勢を醸成する心構え

Kraus の役割同一性理論から導き出された“役割への過剰な同一化の予防”は一世代前までの内因性の抑うつ，メランコリー親和型の臨床には的確に合致した[24]．一方，前述のように，グローバリゼーションを背景としたわが国における社会的価値観や職場環境の変化の中，次第にうつ病患者が役割を担うことが困難になり，抑うつ症状が寛解するだけでは復職できなくなってきている．

抑うつ症状が寛解したからといって，職場に出ようとすると抑うつ症状が再燃し，復職に難渋するケースも稀ではない．例えば，職業役割に容易に同一化できないディスチミア親和型の場合，先に述べたように“他者を通じてあること”に過剰に同一化していると考えられる．そのため，“元気な存在”として自分のことを認識し，受け入れてくれていると本人が信じる相手の前では元気を出せても，自分を受け入れてくれていない，と感じる他者・対人環境の前に出ると今度は打って変わって“受け入れられていない存在”として沈んでしまうということがおこる．

Cloninger は TCI（Temperament and Character Inventory）の 7 因子のうちの Harm Avoidance（損害回避）と Self-Directedness（自己志向性）の 2 つが測定から 1 年後の抑うつ症状に影響すると報告しているが[3]，IPSM はこの 2 つの因子と比較的高い相関がみられる[11]．リスクを恐れず，自分を信じて取り組む，という姿勢をとりえたとき，harm avoidance が克服され，self-directedness が促進し，対人過敏からくるストレスや他者の眼差しによる自己喪失も減らす効果があると考えられる．社会の中で役割を担うとき，必然的に何らかの形でこれらの姿勢を求められる場面がある．最初は治療者の眼差しのもとであっても，主体的な姿勢をとった場合には，それがどんなに意義深いことかを患者とともに確認することも効

果的と考える．

メランコリー親和型では，抑うつ症状が寛解すれば復職しやすいとされてきた．これは彼らが他者への献身を背景として役割を積極的に担う傾向があるためと考えられる．“役割”という言葉には「全体の一部として個人が機能する」ことが含意されており，役割を担う“献身”の姿勢によって彼らが内包する他者との“分離”への不安は克服されていたといえる．メランコリー親和型の防衛機制の治療的有用性は再評価されつつある[17]．

おわりに

どんなに素晴らしい姿勢であってもまだ自分になじんでいないのに同じ姿勢をとり続けることは疲労をもたらすであろうし，その姿勢がいつも現実にフィットしているとは限らない．個人の資質にも違いがあり，成長段階，環境に対応したものでなければ，“姿勢”の涵養はともすれば硬直した精神論に傾く危険がある．1つの姿勢にこだわらず，環境に応じた様々な姿勢をとりうることは有機体が変化の激しい環境の中で生き延びるために必須の条件である．認知行動療法のように偏らずに現実を捉える姿勢やユーモア・遊びの感覚も取り入れながら進めていくことが有用であろう．

役割への過剰な同一化の予防と役割を担う姿勢の涵養は相補的に働くものと考えられ，バランスをとることが重要である．人間存在を見守る温かい視点と同時に，人間の成長に必要な要素を見定める冷静な視点の中で，役割を担う姿勢を醸成する心構えをもつことが，うつ病患者の復職後の就労継続につながると考える．

謝　辞

本研究を行うに当たってご指導いただいた防衛医科大学校精神科学講座の野村総一郎先生，吉野相英先生，重村淳先生，研究にご協力いただいた先生方，患者の方々，考察にあたって貴重な助言・示唆を与えてくださった先生方，患者の方々に心より厚く御礼申し上げます．

文　献

1）Boyce, P., Parker, G.：Development of a scale to measure interpersonal sensitivity. Aust N Z J Psychiatry, 23；341-351, 1989

2）Boyce, P., Hickie, I., Parker, G., et al.：Interpersonal sensitivity and the one-year outcome of a depressive episode. Aust N Z J Psychiatry, 26；156-161, 1992

3）Cloninger, C. R., Svrakic, D. M., Przybeck, T. R.：Can personality assessment predict future depression? A twelve-month follow-up of 631 subjects. J Affect Disord, 92；35-44, 2006

4）土居健郎：うつ病の精神力学．精神医学，8；978-983，1966

5）五十嵐良雄：うつ病のリハビリテーション現場からみえる現代のうつ病．臨床精神医学，37；1121-1123, 2008

6）井口博登：日本におけるグローバリゼーションの進行とメランコリー親和型．臨床精神医学，34；681-686, 2005

7）Kennedy, N., Foy, K., Sherazi, R., et al.：Long-term social functioning after depression treated by psychiatrists：a review. Bipolar Disord, 9；25-37, 2007

8）Kraus, A.：Sozialverhalten und Psychose Manisch-Depressiver. Eine existenz-und rollenanalytische Untersuchung. Fredinand Enke Verlag, Stuttgart, 1977（岡本　進訳：躁うつ病と対人行動―実存分析と役割分析．みすず書房，東京，1983）

9）桑原秀樹，坂戸　薫，上原　徹ほか：Interpersonal Sensitivity Measure（IPSM）日本語版の作成―信頼性と妥当性の検討―．精神科診断学，10；333-341，1999

10）Lerner, D., Henke, R. M.：What does research tell us about depression, job performance, and work productivity?. J Occup Environ Med, 50；401-410, 2008

11）Luty, S. E., Joyce, P. R., Mulder, R. T., et al.：The interpersonal sensitivity measure in depression：associations with temperament and character. J Affect Disord, 70；307-312, 2002

12）松浪克文，山下喜弘：社会変動とうつ病．社会精神医学，14；193-200，1991

13）Michon, H. W., ten Have, M., Kroon, H., et al.：Mental disorders and personality traits as determinants of impaired work functioning. Psychol Med, 38；1627-1637, 2008

14）中村　敬：現代のうつ病像への一視角．臨床精神

医学，37；1171-1174，2008

15）Rytsala, H. J., Melartin, T. K., Leskela, U. S., et al.: Predictors of Long-term work disability in Major Depressive Disorder：a prospective study. Acta Psychiatr Scand, 115；206-13, 2007

16）Sato, T., Narita, T., Hirano, S., et al.: Is interpersonal sensitivity specific to non-melancholic depression?. J Affect Disord, 64；133-144, 2001

17）芝伸太郎：発動せよ，古（いにしえ）の防衛機制―若年女性双極Ⅱ型障害の裏精神療法―．臨床精神医学，39；1545-1549，2010

18）島　悟，佐藤恵美：精神障害による疾病休業に関する調査．産業精神保健，12；51-54，2004

19）Souetre, E., Lozet, H., Cimarosti, I.: Predicting factors for absenteeism in patients with major depressive disorders. Eur J Epidemiol, 13；87-93, 1997

20）Spijker, J., de Graaf, R., Oldehinkel, A. J., et al.: Are the vulnerability effects of personality and psychosocial functioning on depression accounted for by subthreshold symptoms?. Depress Anxiety, 24；472-478, 2007

21）樽味　伸，神庭重信：うつ病の社会文化的試論―とくに「ディスチミア親和型うつ病」について―．日社会精誌，13；129-136，2005

22）田代修司，細田眞司，川原隆造：遷延性うつ病に対する内観療法―集中内観による心理的変化と長期転帰について―．精神経誌，106；431-457，2004

23）Tellenbach, H.: Melancholie, Springer, Berlin, 1983（木村　敏訳：メランコリー．みすず書房，東京，1985）

24）津田　均：精神病理学の視点からみた難治性抑うつへの治療戦略．精神療法，36；583-589，2010

Association between Personality Traits and Return to Work in Those with Depression

Tetsuo OGAWA

Self Defense Force Fukuoka Hospital

In Japan, major problems in treating workers with depression have been long-term absence due to sickness and the recurrence of sickness-related absence owing to the relapse or recurrence of depression. To identify factors associated with a successful return to work (RTW), we conducted cross-sectional and longitudinal studies among outpatients with a history of sickness-related absence owing to major depressive disorder (MDD). In these studies, we assessed some personality traits, including interpersonal sensitivity, and found that the remission of depression (HAM-D≤7), no recurrence history of MDD, and low interpersonal sensitivity (IPSM≤94) were associated with successful RTW.

Typus melancholicus had been regarded as the typical form of depression in Japan, and patients with this type have a tendency to RTW smoothly after they have overcome depression, although they tend to exhibit an over-identification with certain social roles and norms, which may pose a risk for depression. This is because they are inclined to dedicate themselves to their roles. On the other hand, recent patients with new types of depression in Japan—we call these types the modern type, dysthymic type, and so forth—have difficulties with RTW even after remission. They do not have a tendency to dedicate themselves to their roles. In

Japan, some psychiatrists considered that the changes in social values and environment of their workplace due to the recent socioeconomic globalization have influenced patients with depression.

According to anthropological and phenomenological perspectives, a common personality trait or attitude of the three types of depression mentioned above is “being through others” (Kraus, 1977). This attitude has the possibility to lead to another attitude,“being for others” (Tellenbach, 1974), which makes patients demonstrate their ability for others. Over-identification with“being through others”may sensitize them toward the behavior and feelings of others, resulting in high scores in IPSM and the recurrence of sickness-related absence. They will develop a “can do” attitude toward their roles if they balance both feelings, being accepted and being guided toward growth.

＜Author’s abstract＞

＜**Key words**：depression, personality trait, return to work, role, interpersonal sensitivity＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

双極性障害のリワークでの工夫
――双極スペクトラム：双極Ⅱ型およびⅣ型を中心に――

奥山 真司
（仁大クリニック）

本稿は，いまだに国内においては数少ない“双極性障害（主に双極スペクトラムⅡ型およびⅣ型）に対するリワーク・プログラム（休務して治療中の勤労者への復職に際しての精神科リハビリテーションプログラム）”の現場に在る精神科医による，プログラムにおける精神科医の役割と工夫に関する私見である．実施しているプログラムの概要を，①（治療およびリワーク・プログラムへの）導入部分，②個別的部分（社会リズムの修正，個別の心理教育，認知の修正，対人行動パターンの修正など），③集団的部分（集団での心理教育），④復職後の部分，以上の部分に整理して紹介する．そこで行われている精神科医の工夫を挙げ（11 項目），なかでも，1）それまでのバリバリと元気だった双極性障害の数々の特徴に対して安易な否定を行わず，大切に取り扱ってゆく姿勢をあらかじめ伝え，頑張ってきていた彼らの誇りの喪失に早期に手当てし，その後に訪れがちな閉塞感，絶望感からひきおこされる自殺を防止する，2）社会リズムの修正や心理教育を通じて気分の変動性などを程よく安定させ，集団の場で否定されがちな特徴をむしろ有効な治療機転として集団での治療において利用してゆく，3）復職への抵抗や早期の再休務の例に対して，軽度発達障害，不安障害，パーソナリティ障害などの併存を早期に着目し見逃さない，と要約，強調する．さらに，双極性障害を否定することなくプログラムに臨むことが大切と付言する．双極性障害の方々が，リスクに足をとられないようにしながら，その能力やエネルギーレベルの高さを活かして，もう一度，社会に貢献できるように工夫を凝らして支援・立案することは，精神科医の重要な役割であると考える．なお，本稿は，あくまでも私見であり，今後，その有用性に関して精査がなされるべきものである．

＜索引用語：リワーク，双極Ⅱ型障害，双極スペクトラムⅣ型，社会リズム，心理教育＞

はじめに

双極性障害に対するリワークでの精神科医の役割と工夫について考える．職場でのメンタルヘルスの現場，特に大きな企業などでは，双極性障害の中でも双極Ⅰ型障害は稀であり，主に DSM 診断での双極Ⅱ型障害（Ⅱ型障害）のうつ状態が問題となるため，Ⅱ型障害を中心に考える．しかし，その診断は，過去における軽躁病エピソードの存在を，主に本人から，聞き取ることによってのみ行われるため，ややもすると不確かなものとなる．そのため，Akiskal, H.S.らが提唱している双極スペクトラム[1]のⅣ型すなわち発揚気質者（普段から，バリバリとアクティブに活動されてこられた方）のうつ病も結果として含んで対応すべきものと考える．国内において双極性障害に対して特化した形では，心理社会的介入やリワークなどは，あまり行われていないのが現状で，われわれが現在行っているプログラムがその数少ないうちの１つだと思われる[18,19]．そのプログラムを通じて精神科医が行っている工夫を述べる．なお，このプログラムは，あくまで現行の健康保険のもと，さらに数々のガイドライン[3,17]に準拠して行

われているもので実験的試みではない．また，適切な倫理的配慮の下，本人の同意と希望に基づき行われている．また，本稿に関連し，開示すべきCOI関係にあたると考えられる企業などは，産業医および精神科専門医として社内出務報酬の項目にてトヨタ自動車，トヨタテクニカル・ディベロップメント，アサヒビールである．また，特定の個人の情報を含まない．

プログラムの概要と，そこでなされる工夫

1．実施医療機関の背景

プログラムが実施されている医療機関（仁大クリニック：以下，当院）の簡単な背景は，名古屋市内にある無床のビル診療所であり，デイ・ケア・センターは持たず，他の多くのリワーク・プログラムがデイ・ケア・センターで行われるものに対して，当院では外来での通院集団精神療法を利用して行われるものである．

2．プログラムの治療ガイドライン上の位置づけ

プログラムは復職遂行のみならず，双極性障害の示す再発しやすさ，および自殺しやすさを勘案し，それらの防止が最終目的と考える．日本うつ病学会の治療ガイドライン[17]は，双極性障害の維持療法として，薬物療法に加え，心理社会的治療として推奨されるものを挙げている．双極Ⅰ型，Ⅱ型いずれの場合でも，適切な薬物療法と併用して心理教育・集団心理教育[4,6,7]，対人関係・社会リズム療法[9]そして家族に焦点づけられた精神療法[14]，また，一部有効性に疑問が残るものの，認知行動療法[13,25]が挙げられている．復職をめぐる時期は，躁状態でも，うつ状態でもなく，いわゆる維持期に当たるはずであり，これらの心理社会的介入をベースにリワーク・プログラムがなされるべきと考える．また，復職という観点から考えると，双極性障害の場合，そこでは再発の繰り返しとそれに伴う再休養の繰り返し，（本人に特に悪意があるわけではないのだが）対人関係上で生じる問題，さらには自殺などに留意が必要となり，それらを加味してプログラムを考えた．今回，プログラムを4つの部分に分けて紹介するとともに，そこで行われている精神科医としての役割，そして工夫のいくつかを紹介する．双極性障害に対する心理社会的介入は，寛解以前における導入の時点での介入も大切と思われ，個別的プログラム，それに引き続き併せて行われる集団的プログラム，復職後のアプローチの3つに，あえて導入部分を加えた，4つの部分をプログラムとした．

3．導入での工夫

前述のごとく，ここが大切な工夫の1つであり，その後の治療とリハビリテーションを上手に進め，再発を予防し，ひいては自殺防止につながるものと考える．治療開始に伴い，最初に治療目標の設定を行うが，それは同じうつ状態にありながら，単極のうつ病の「元の元気な状態に戻る」ではなく，「気分の変動性を安定化し，再発を防ぐ」となるべきである．―工夫①治療目標の適切な設定（抑うつ状態の改善や元に戻るではなく，気分の安定化そしてライフスタイルを変える）．

しかし，より重要なのは，目標設定を行うその前に，それまでのバリバリと元気だった双極性障害の方の数々の特徴への，“ねぎらいや受け入れ”をすることと考えている[19,20]．それらは，対人関係療法の中でも述べられており，それまでの健康な自己を喪失することへの悲哀というものが双極性障害には特徴的に存在するため，他の疾患と異なり，あらためての対応が必要とされている[15]．また，尾崎も，「躁的な時期を良い時期と捉えている本人の自尊心を傷つけるような否定的言葉を使わないこと」と提言している[23]．―工夫②目標設定を行う時に，併せて，それまでのバリバリと元気だった双極性障害の方の数々の特徴への，“ねぎらいや受け入れ”をする．

双極性障害の持つそれまでの，バリバリと元気だった特徴を認めつつ，易再発性を視野に治療目標設定を行っていくやり方，すなわち双極性特徴を大切に扱うという姿勢を治療者が十分に伝えるということが重要であると考える．

たとえば「あなたの元気のよさは，これまで自分や会社を支えてきた大切な特性です．しかし病気としての再発しやすさもあります．あなたのよさをこの先，何十年と続く人生の中で豊かに活かしていくためにも，新たな“引き出し”を加え，ライフスタイルを変えていくことが大切です」あるいは「この大切な特性は，よく切れる名刀のようなものかもしれませんね．しかし切れすぎて自らの手が切れてしまうような扱いづらいところがありますね．かといって，刃を落としてしまうようなことをしてはもったいないですよね．どうしたらいいでしょうか？　そうです，切れる刀を収める鞘を作るのはいい案ではないでしょうか．一緒に安定した鞘を作ってみませんか？」などと伝えてみる．このように双極性障害の方の数々の特徴に対するねぎらいと肯定な評価をあらかじめ行うことが，その後，患者がこれらの特徴に対して上手にセルフ・スタビライズする力を獲得することにつながると考える．また，バリバリと頑張ってきていた自らが誇りを持って認知している特徴の喪失感に早期に手当てすることにより，その後に訪れがちな閉塞感，絶望感から行われる自殺の防止につながるものとも考える．よって，これは治療経過を通じて適宜，留意されるべきと考える．

4．個別的リワーク・プログラムの部分での工夫

最初に睡眠リズムおよび日中の行動を含む社会リズムの修正を行う．対人関係社会リズム療法についての数々の論文の中でFrank, E.はⅠ型，Ⅱ型障害ともにリズムの修正が気分を安定化させていくことに有用であると示唆している[8~10]．対人関係社会リズム療法は，リズムの修正を通じて，対人関係療法と行動療法を癒合して行うものだが，ここでは社会リズムの修正を中心に述べる．対人関係社会リズム療法では，社会行動を毎日，時刻ごとに，主に数値として記入するソシアルリズム・メトリックを用いて，本人の気づきを促し行動変容を図る．また，日本うつ病学会は，睡眠・覚醒リズム表（睡眠日誌[12]）を紹介している[16]．さらに，我々はここに日中の行動を加えてカラフルに色分けして記入してもらい，それを社会行動リズム表[22]と名付けている．この表には睡眠リズム・社会リズムのみならず，気分の変動や身体症状，精神症状さらにはアルコールなどの気分を変動させる物質の摂取などが記入できるようになっており，それらと気分の変動の関係が一見して患者自ら理解できるようになっており[19]，リズムの修正に有効であるとともに，のちに行う心理教育の効果を高めるものでもある．このような可視化できるモニタリングツールは自ら気づいて行動していくという特徴を示しがちな双極性障害の方にとっては，治療上好ましい工夫といえるようである．また我々は，モバイルデバイス上でもアプリ化[21]（無料）を行っている．このような工夫は利便性を向上させるだけでなく，治療を好ましく感じさせ，アドヒアランスを向上させる工夫といえるようである．―工夫③セルフモニタリングのアドヒアランスを向上させるツールを用いて，規則正しい生活習慣を身につけ，気分の変動を安定化する．

さらに，個別の心理教育を行う．教育の内容は，疾患理解，躁うつのみならず混合状態を含むその症状や，再発しやすい経過などを伝え，さらには副作用を含む薬物治療そして再発を早く気づくことの大切さを伝え，ひいては，軽躁状態を含む正しい病識の涵養を図る．また，気分を変動させる物質の嗜癖，主にアルコールやカフェインなどへの注意を喚起し，規則正しい社会リズムの大切さを伝える．双極性障害は，状況に容易に反応し，調子を崩すので，様々なストレスへのコントロールの術を伝え，また，本人をサポートする社会的資源などについても伝える．後半では，復帰するとすぐに元気になりすぎ，飛ばしすぎてしまい，再びダウンすることなきよう復職に際しての留意点も伝える．これらを維持期の双極性障害の方に行うに当たっては，日本うつ病学会の患者用のしおり「双極性障害（躁うつ病）とつきあうために」[16]などを用いて行うと有効であると考える．―工夫④心理教育を通じて，抑うつ状態のみなら

ず，軽躁状態や混合状態などが存在することに気づかせ，正しく病態を理解させる．―工夫⑤睡眠の変化など，病相の様々な予兆を学び自ら早期に気づけるようにさせる．―工夫⑥リズムの乱れのみならず，気分を変動させがちな物質の情報を与え自ら摂取制限に努めるようにさせる．

双極性障害の場合，今述べてきたような個別的プログラムを行わず，いきなり集団的プログラムを行うと，リワークという比較的ゆるやかな構造下では双極性障害の特徴が安易に増強され，高まった自尊感情と軽率な判断のもとで目的志向性の赴くままに行動し，一見すると対他配慮のない対人行動が，人を傷つけ，集団の凝集性を低下させ，ひいては自らが傷つき落ち込む．すなわち，集団に適応できないばかりか，集団自体を乱してしまうことがたびたびであると指摘されている[24]．しかし，個別的プログラムで十分な準備をすることにより，これらの特徴を安定化させ，安定した気分のもとで，程よい積極性・アドヒアランスをもって集団の場での治療に臨ませる．治療の場で否定される特徴が，むしろ有効な治療機転となるようにして患者が集団的プログラムを迎えられるようにすることが大切であると考える[19]．―工夫⑦個別的プログラムで双極性障害の特徴を安定化させてから，集団的プログラムに導入する．

5．集団的プログラムの部分での工夫

個別的プログラムと並行する形で，遅れて集団的プログラムが導入されるが，主に，集団での心理教育の形をとる．これは並行して行われ続ける個別的プログラムと連動していくのが望ましいと考える．

Colom, F.らは疾患理解，薬物療法，気分を変動する物質の危険性，早期発見の大切さ，規則正しい生活習慣とストレスマネジメントの方法についての21のセッションからなる双極性障害の集団心理教育（バルセロナ・心理教育プログラム）[5]を行い，有意な再発予防効果があるとしている．これは単に講義を行うだけではなく，毎回のセッションで様々な配布資料を用いてメンバー同士によるグループワークが行われる．リワーク・プログラムは，復職に際しての留意点を加味し，通院集団精神療法として執り行っている．Colom, F.らはプログラムの施行に当たっては，欠席や遅刻への取り扱いや，他者への配慮の遵守についてあらかじめ厳格なルールを提示し同意の上で開始している[5]．―工夫⑧事前に，守秘性，出席や時間に対する厳守，他者への敬意などについてのルールの提示と，やや厳格な運用を提示する．

当院のプログラムとしては週に90分を1コマとして月に4回行われ，参加者は繰り返す形で2〜3ヵ月間参加する．参加者は平均3〜5人と少人数で行われている．内容としては，バルセロナ・プログラムを踏まえ，さらに復職に際して手順，心構え，産業医面接そして復職後の注意点などを加えた構成である[19]．

講義と同等の時間を使ってグループワークも行う．グループワークでは，集団討論やロールプレイ，そして，プロジェクトをイメージした共同作業や人前でのプレゼンテーションなど職務のシミュレーションなどが行われる．このような介入は気分障害全般に対するリワーク[2,11]でも行われるが，その場に双極性障害の参加を認めた場合，前述のように，高まった自尊感情と軽率な判断のもとで目的志向性の赴くままに行動する双極性障害の特徴の無制動な発露を認め，スタッフの対応は，その制動に終始しがちとなり，参加した本人にとっても，周りの者にとってもリハビリの体をなさなくなることが多い．当リワーク・プログラムでは，事前に程よく安定化した気分と深化された病識の下で，数々の双極性障害の特徴を過度に制動することなく，むしろ生かして自らが自らのプログラムを発見するようなスタイルで進行させる．進行上の工夫として，評価の力点を，その場で課せられた課題そのものの達成度ではなく，進行の中で，いかに対他配慮や行動と気分のセルフ・スタビライズなどが心がけられたかにおいて行う．そして，このような自らの特徴を修正，気分を安定化させてゆく方策を，自らが工夫してゆくことを認容する．すなわち，そこで発揮される

双極性の特徴は，むしろ制動しない．―工夫⑨集団の運営として，集団参加前に程よく修正された双極性障害の特徴を，むしろ治療の効果として活用し，気分の変動にかかわらず対他配慮を心がけるなど，社会適応技術の改善や対人関係の学習などを自らの特徴を利用して取り組んでゆくのを容認する

Ⅱ型障害の場合，復職後に前述の気づきなしに，軽躁病エピソードの時期に入ってしまうと，周りの人に迷惑を及ぼす行動を取ってしまい，それが，本人の適応に影響を及ぼしてしまうので，復職の手続きに入るためには双極性障害に特化した集団心理教育の場を経てゆくことが，職場での適応の改善，病気の再発防止のためには欠かせないと考える．

このように集団の場を重ねてくると，復職を目の前にし，程よい寛解状態となった時，新たな気づきと問題が発生することがある．1つは，軽躁への憧憬ともいえる強い希求と，うつ状態への過度なる恐れである．これらは，あらかじめ心理教育の中で触れておくべきかと感じている．いま1つは，不安障害や人格障害そして，ごく軽度の発達障害などの併存のあらためての認識である．これらはうつ状態ではうつに被覆され目立たないが，一方躁・軽躁状態では，むしろ抱えてきた元来の困難から解放されるために，軽躁を希求する傾向を示すようである．これにより，心理教育により徐々に理解でき，やっと受け入れようとしていた寛解状態への再度の拒絶・不安となり，やがて強い絶望感に至ることもある．これが，復職を困難にすることはいうまでもない．また，見逃されがちな点と考える．―工夫⑩復職を間際にしての，困難化例などについて，併存症の存在などへの着目を心に留めておく．

6．復職後のアプローチでの工夫

復職後は心理教育の繰り返しと社会リズムなどのセルフモニタリングの継続が有効と考えている．―工夫⑪復職後に心理教育を強化する機会を設ける．

ま と め

以上，リワークの現場での精神科医の工夫の数々を挙げてきたが，以下の3つに要約し強調する．

①それまでのバリバリと元気だった双極性障害の数々の特徴や経過に対して安易な否定を行わず，大切に取り扱ってゆく姿勢をあらかじめ伝え，頑張ってきていた彼らの誇りの喪失に早期に手当てし，その後に訪れがちな閉塞感，絶望感から行われる自殺を防止する．

②社会リズムの修正や心理教育を通じて気分の変動性などを程よく安定させ，集団の場で忌み嫌われがちな特徴をむしろ有効な治療機転として集団での治療において利用してゆく．

③復職への抵抗や早期の再休務の例に対して，軽度発達障害，不安障害，人格障害などの併存を早期に着目し見逃さない．

さらに1つ付け加えるとするならば，双極性障害を否定することなく治療者も楽しく治療に臨むことであろうか．双極性障害の方々が，リスクに足をとられないようにしながら，その能力やエネルギーレベルの高さを活かして，もう一度，社会に貢献できるように工夫を凝らして支援・立案することは，精神科医の重要な役割であると考える．なお，本稿は，あくまでも私見であり，今後，その有用性に関して精査がなされるべきものである．

文　献

1）Akiskal, H. S., Pinto, O.: The evolving bipolar spectrum. Prototype Ⅰ, Ⅱ, Ⅲ and Ⅵ. Psychiatr Clin North Am, 22；517-534, 1999

2）秋山　剛，岡崎　渉，沼　初枝ほか：復職へのとり組みの実際―総合病院における職場復帰援助プログラム：―現代のエスプリ別冊―心の病からの職場復帰．至文堂，東京，p.208-217．2004

3）American psychiatric association：Practice guideline for the treatment of psychiatric disorders compendium. 2004

4）Colom, F., Vieta, E., Martinez-Aran, A., et al.: A randomized trial on the efficacy of group psychoeduca-

tion in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. Arch Gen psychiatry, 60；402-407, 2003

5）Colom, F., Vieta, E.：Psychoeducation Manual for Bipolar Disorder. Cambridge University Press, Cambridge, 2006

6）Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., et al.：Group psychoeducation for stabilized bipolar disorder：5-year outcome of a randomized clinical trial. Br J Psychiatr, 194；260-265, 2009

7）Colom, F., Vieta, E., Sanchez-Moreno, J., et al.：Psychoeducation for bipolar II disorder：an exploratory, 5-year outcome subanalysis. J Affect Disord, 112；30-35, 2009

8）Frank, E., Hlastala, S., Ritenour, A., et al.：Inducing Lifestyle Regularity in Recovering Bipolar Disorder Patients：Results from the Maintenance Therapies in Bipolar Disorder Protocol. Biol Psychiatry, 41；1165-1173, 1997

9）Frank, E., Kupfer, D. J., Thase, M. E., et al.：Two-year Outcomes for Interpersonal and social rhythm therapy in Individuals With bipolar I disorder. Arch Gen Psychiatr, 62；996-1004, 2005

10）Frank, E., Swartz, H. A., Boland, E.：Interpersonal and social rhythm therapy：an intervention addressing rhythm dysregulation in bipolar disorder. Dialogues in clinical neuroscience, 9；325-332, 2007

11）五十嵐良雄：うつ病，不安障害を対象としたメンタルクリニックにおける職場復帰支援．医学のあゆみ，219；1002-1006，2006

12）粥川裕平，阿比留烈，早河敏治ほか：睡眠障害その3―精神科臨床における睡眠日誌log（sleep diary）の有用性―．思春期青年期精神医学会会誌，7；163-178，1997

13）Lam, D. H., Watkins, E. R., Hayward, P., et al.：A randomized controlled study of cognitive therapy for relapse prevention for bipolar affective disorder：outcome of the first year. Arch Gen Psychiatry, 60；145-152, 2003

14）Miklowitz, D. J., George, E. L., Richards, J. A.：A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. Arch Gen psychiatry, 60；904-912, 2003

15）水島広子：対人関係療法でなおす双極性障害―躁うつ病への対人関係・社会リズム療法．創元社，大阪，2010

16）日本うつ病学会：双極性障害（躁うつ病）とつきあうために．2011（日本うつ病学会ホームページ：http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/）

17）日本うつ病学会気分障害の治療ガイドライン作成委員会：（http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/110702.pdf）

18）奥山真司，秋山　剛：双極Ⅱ型障害のためのリワークプログラム．病院，1；11-14，2011

19）奥山真司，秋山　剛：双極性障害の復職に際して～双極Ⅱ型障害を中心に～．臨床精神医学，40；349-360，2011

20）奥山真司，石川理恵：診断によるかかわり“双極Ⅱ型障害”：うつ病リワークプログラムの続け方－スタッフのために．南山堂，東京，p.12-26，2011

21）奥山真司，目片隆宏，赤松　拡ほか：情報末端装置を利用した社会行動リズム表の作成の試み．日本睡眠学会第36回定期学術集会プログラム・抄録集．p.251，2011

22）奥山真司，目片隆宏，北島剛司ほか：リワーク・プログラムにおけるリズム表(社会行動リズム表)の活用．精神経誌，111；884-885，2009

23）尾崎紀夫：気分障害．標準精神医学(野村総一郎，樋口輝彦，尾崎紀夫編)．医学書院，東京，p.289-315，2009

24）Yalom, I. D.：The Theory and Practice of Group Psychotherapy. Basic Books, New York, 1995

25）Zaretsky, A., Lancee, W., Miller, C., et al.：Is cognitive-behavioural therapy more effective than psychoedication in bipolar disorder? Can J Psychiatry, 53；441-448, 2008

Useful Tips on the Re-Work Program for Bipolar Disorders with a Focus on Bipolar Spectrum Ⅱ and Ⅳ

Shinji Okuyama

Jindai Clinic

The Re-Work Program is a psychiatric rehabilitation program designed to help patients who are on medical leave to return to their workplaces. Although the number of Re-Work Programs for patients with bipolar disorders, in particular bipolar spectrum Ⅱ and Ⅳ, has thus far been low in Japan, this article contains my personal observations on the role of psychiatrists, as well as some tips based upon my personal hands-on experience. In order to provide an overall picture of the Re-Work Program structure as exercised, I have divided it into 4 categories, as presented below：

1. Introduction（Treatment and the Re-Work Program）
2. Individual Dynamics（Social rhythm modification, Individual psycho-education, Cognitive-behavioral therapy and modification of subjects' behavior patterns）
3. Group Dynamics（Group psycho-education）
4. Post Re-Work Dynamics

Also, I have condensed 11 tips, as practiced and exercised by myself during the Re-Work Program. From these, I have summarized 3 main points as follows：

1. Firstly, I communicate with patients about bipolarity, the various characteristics of bipolar disorder, including those which are seen when patients are functioning and active. Because patients have a loss of pride and self-confidence in their ability to work effectively, I assure them that they will not be negated, but that, to the contrary, their re-entry into the workplace will be handled with the utmost care. Treatment is to be applied at an early stage to prevent suicide, which, when it occurs, tends to be a result of feelings of isolation and hopelessness.
2. Through social rhythm modification and psycho-education, I try to moderate and stabilize mood lability. Working in a group setting can be an effective starting point from which undesirable behavioral characteristics can be addressed.
3. Soft developmental disorders, such as anxiety or personality disorders, may exist in comorbidity, and can be noted at an early stage when patients are having trouble returning to work, or when they again take leave, and I emphasize that these signs should not be overlooked.

In addition to the 3 points above, I would like to say that it is important to carry out the Re-Work Program with a fun and positive attitude, keeping in mind that those with bipolar disorders are never to be despised. I believe that supporting bipolar disorder patients and

forming a plan for them to once again return to their workplaces, thereby allowing them to contribute to society, is an important duty of psychiatrists. It should not be forgotten that these patients have high potentials and capabilities, in part due to their high energy level. Lastly, it should be noted that this article contains my personal opinions and views on bipolar disorder treatment ; therefore, I encourage the reader to closely examine and investigate the suggestions provided with regard to their usefulness and effectiveness.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：Re-Work, bipolar II disorder, bipolar spectrum IV, social rhythm, psycho-education＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

軽症うつ病の復職支援への工夫

吉野　聡[1,2)]，羽岡　健史[1,2)]，小林　直紀[1)]，金子　秀敏[1)]，友常　祐介[1,2)]，
笹原　信一朗[1)]，菊池　章[2)]，松崎　一葉[1)]
1）筑波大学医学医療系人間総合科学研究科
2）医療法人白翔会浦和神経サナトリウム

様々な場面でうつ病の軽症化についての指摘がなされている．しかし，産業保健領域においては，うつ症状が軽症であるからといって，必ずしも，職場復帰が成功するとは限らない．そこで，リワークプログラムを活用することにより，軽症うつ病患者の職場復帰成功事例を経験したため，報告するとともに，一般的なリワークプログラムの効果から，本事例の成功要因について考察を加えた．我々の先行研究によれば，リワークプログラムの効果としては，体力向上や認知機能の回復はもちろんのこと，ストレス対処能力やコーピングプロファイル，自我状態などにも好ましい変化が現れる可能性が示唆されている．職場という一定人数が集まるコミュニティに復帰する際，リワークプログラムのようなグループによる職場復帰の準備の有効性が高いと考えられる．今後もさらなるリワークプログラムの利用が期待される．

＜索引用語：軽症うつ病，職場復帰，リワーク，認知機能，ストレス対処＞

はじめに

気分障害による職場復帰支援を考えるにあたり，強い希死念慮や自責感などを特徴とした典型的な大うつ病性障害のみならず，症状としては倦怠感や易疲労感といった身体的不定愁訴を中心とした，漠然とした抑うつ気分を呈し，職場に足が向かなくなる軽症うつ病の一群の存在を無視することは出来ない．それは，うつ病としての症状が軽症だからといって，容易に職場復帰が順調に進むわけでもなく，また時にこのような病態は職場においてサボりや怠け，人格や規範意識の問題として誤解を招くことにつながるため，十分なサポートが受けられない可能性も高い．

そこで，本稿では軽症うつ病患者にリワークプログラムが有効であった一例をご紹介するとともに，リワークプログラムによる具体的な効能を研究データより考察してみたいと考えている．

Ⅰ．産業保健領域における「うつ病」の困難事例化

精神科の臨床現場においてもうつ病の表現型や病態の変化が取り上げられ，うつ病の軽症化が話題になることも多い[5,8,17,20)]．産業保健領域においてもテレンバッハのメランコリー親和型性格や下田光造の執着気質などの病前性格を背景とした従来から存在するタイプとは異なるタイプのうつ病が増加してきていることが指摘されている[7,15)]．

昨今，産業保健領域で問題となることが多い事例としては，業務に従事することは困難であるが，趣味的なこと，余暇的なことはある程度楽しむことができ，職場に対して選択的な抑制を示すようなものが多い．このような事例では，身体的愁訴（倦怠感，易疲労感，各種の鈍痛）や漫然と続く軽度の抑うつ気分・不安を主症状とし，対他的配慮に欠ける対人関係や他罰的・自己中心的な振る舞いが原因で職場での受け入れが難しく，休

業が比較的長期間にわたり困難事例化する特徴がある[9]．

「軽症うつ病」という言葉については，どのような病態を示すのかについての定義が曖昧であり，大うつ病以外で抑うつ症状を呈する群のことを示すこともあれば，大うつ病の診断基準を満たすものの，抑うつに関する症状が少ない場合，精神症状より身体症状が前面に出る場合，日常生活における機能障害が軽度である場合などを軽症うつ病と称している場合もあるようである[11,14]．本稿においては，軽症うつ病という概念がまだまだ十分に整理されていない曖昧な概念であることを念頭に置きながらも，まさに，抑うつ症状が軽度で，身体症状が前面にみられ，日常生活における機能障害が軽度である，前述の職場における困難事例を軽症うつ病として捉え，一見軽症にみえるが職場復帰がうまくいかない事例についての方策を，リワークの位置付けと共に整理していきたいと考えている．

Ⅱ．軽症うつ病へのリワーク適用の具体的事例

ここで，私がリワーク担当医として経験した軽症うつ病と考えられる事例について紹介する．

症例 A（20 代，男性）

【生活歴・家族歴】

2 人兄弟の長男．父親は国家公務員で，幼少期より転勤を繰り返し，単身赴任が多かった．祖父母を含め遺伝的負因はない．小学校から高校までは友人も少ない方ではなかった．

中学までの成績は上位で，地元では名門と呼ばれる公立高校に進学したが，高校での成績は中の下であった．大学は現役で国立大学の理工学部に進学した．この頃から周囲の友人や父親に対して劣等感を抱くようになったという．

就職活動では，大手の製造業への就職を希望するも，結局，希望は叶わず X-2 年 4 月，大手製造業の関連会社に就職することとなった．

【現病歴】

X-1 年 4 月，1 年間の研修を経て，本社営業部に配属となった．周囲の先輩は熱心に優しく仕事を教えてくれるものの，なかなか仕事を受注できず，思い悩むようになった．先輩や上司からは「営業を始めて半年で注文が取れるわけがない．営業は 3 年やって一人前だから焦るな」と指導されたものの，同期の新人が初めて注文を取ってきたなどの話題が部署内に流れるといたたまれない気持ちになった．

X 年 1 月，頭痛，腹痛，めまい，易疲労感などの身体的愁訴を原因に休みがちになった．心配した先輩が付き添ってくれて精神科を受診したところ「初期のうつ病」との診断で，自宅療養することになった．仕事から離れてホッとしたのか，比較的速やかに症状が消失した．しかし，職場に戻ると同じ症状が出現するのではないかと不安で，結局 6 ヵ月間病気欠勤をした．この時の発病の原因について，本人は，

・自分は設計がやりたくて会社に入ったのに，営業に回された，
・自分は人と話すことが苦手だが，機械いじりが好きなので異動させて欲しい

と考えていた．

X 年 7 月，人事部長の配慮で都内の工場の設計部門に配属となった．最初は機械をいじれることが楽しいと感じた．

X＋1 年 6 月，徐々に客や社内との調整業務が増加した．時には客から，どう考えても間に合わない納期を突きつけられ，致し方なく了承すると，上司からは「そんな納期で引き受けて本当に大丈夫か？」と言われ，混乱した．一度混乱すると自分の中でも悪循環が始まり，何もかもが嫌になり，会社に行きたくなくなった．主治医と相談したら「うつ病の再発だからもう一度休んだ方が良い」と言われ，再休職となった．しかし，自宅療養を開始すると，また比較的短期間のうちに，それらの症状はほとんどなくなった．自分の好きなことをしながらゆっくりした方が良いという主治医のアドバイスに従い，東京モーターショーやカーレースなどを見に行った．その時はそれなりに楽しめたが，家に帰り仕事のことを考えてしま

うとまた気持ちが重くなった．

X＋1年9月，病状の回復につき，主治医から職場復帰可能の診断書が発行されたため，産業医面談および人事面談が実施された．その席で，うつ病が再発した理由は，

・自分の苦手な，対人関係が大変な仕事を任せられたこと
・客から無理な注文ばかりされたこと
・自分が頑張っているのに，上司からひどい言いぐさをされたこと

など，職場のストレスが原因であった旨を伝え，人事部長に，復職の際には対人関係の少ない職場で，1人で作業できる職場に異動させて欲しいと願い出た．しかし人事部長から，そのような職場はないので，今回の復職については元の職場に戻ってもらう予定であると言われた．また，2回目の休職なので，リワークに3ヵ月きちんと通所できなければ復職は認められないと言われた．

本人としては，「もうだいぶ元気になったし，リワークなんて通わなくても，僕にあった職場に配置してもらえればそれなりにやれると思っているので，リワークに参加すること自体が不本意である．しかし，会社がそうでないと復職を認めてくれないのであれば仕方ないから3ヵ月頑張りたい」と言い，当院のリワークプログラムへの参加を決意した．

【リワーク担当医初診時所見】

当院のリワークプログラム参加に際し，リワーク担当医が診察を行った．主治医（他院）における処方はパロキセチン30 mg/日，ブロチゾラム0.25 mg/日，ニトラゼパム5 mg/日であり，抑うつ気分や意欲の低下はほぼ消失し，寛解状態に至っていた．自記式質問票CES-D（The Center for Epidemiologic Studies Depression Scale）でも8点とカットオフ値を下回っていた．明確なうつ病エピソードが確認できなかったため，主治医に発病時，および再燃時の症状につき確認したところ，DSM-Ⅳによる大うつ病エピソードの診断基準を確かに満たしていたとのことであった．

【リワークプログラムの利用状況および職場復帰後の状況】

X＋1年10月，1週間の試験通院を経て，リワークプログラムを正式利用することとなった．当院における標準3ヵ月のプログラムを計画した．最初の1ヵ月は2日休みがあり心配されたが，2ヵ月目，3ヵ月目は全く休むことなく，順調にプログラムを遂行した．

X＋2年1月，順調なプログラムの進行に伴い，再休職前の設計部門に職場復帰となった．復帰後3ヵ月間は，職務内容の軽減や残業制限などの就業上の配慮を受けた．復帰後約2年で，設計部門からカスタマーサポートに配置転換になり，クレーム処理の多い職場であるために心配されたが，その後も順調に勤務しているという．

Ⅲ．リワークプログラムの効果に関する研究結果

上記事例のような軽症うつ病と考えられる事例に対して，リワークプログラムがどのような役割を果たしたかを検討するにあたり，リワークプログラムの有する一般的な効果に関し当院における研究結果を紹介する．

当院では，リワークプログラム中の職務遂行能力に関連する項目の改善と復帰可能なレベルにまで回復していることを確認するために，同意の得られたプログラム実施者に対し，職場復帰判定テストを実施している．その詳細については原著論文[4]を参照いただきたいが，ここではその概略について説明する．

1．研究概要

調査対象は当院のリワークプログラムを利用した利用者のうち，米国精神医学会のDSM-IV-TRに基づき大うつ病性障害と診断をされ，かつ本研究の参加に同意の得られた27名である．以下に示す職場復帰判定テストをリワークプログラム利用開始直後と終了時に行い，各項目の変化について統計学的解析を行った．

職場復帰判定テストは，以下の項目から構成されている．

①歩数
②認知機能検査
Stroop Test，Trail Making Test，三宅式記銘力検査[21]
③日本語版 Sense of Coherence（SOC）29 項目版[2,24]
④コーピング特性簡易評価尺度（Brief Scales for Coping Profile：BSCP）[10]
⑤自己成長エゴグラム（Self Grow-up Egogram：SGE）[3,9]

2．結果
(1)歩数
プログラム利用開始直後の平均の歩数は 6,299±2,820 歩であったが，利用終了時には 8,423±2,740 歩に増加していた（$p<0.001$）．
(2)認知機能検査
Stroop Test のステップ 1 の平均所要時間はプログラム利用開始直後の 52.1±15.7 秒が，利用終了時に 47.0±11.9 秒へと有意に短縮していた（$p<0.01$）．Stroop Test のステップ 2，3 の平均所要時間はそれぞれ，74.3±23.7 秒が 69.0±22.3 秒（$p<0.01$），112.5±32.6 秒が 101.0±31.7 秒へと有意に短縮していた（$p<0.001$）．
Trail Making Test のテスト A の平均所要時間はプログラム利用開始直後の 51.5±21.2 秒が，利用終了時に 37.2±16.9 秒へと有意に短縮していた（$p<0.001$）．同様に，テスト B の平均所要時間も 83.1±39.2 秒から 67.7±27.6 秒へ有意に短縮していた（$p<0.01$）．
三宅式記銘力検査では，プログラム利用開始直後の有関係対語試験の 1 回目の正答数の平均が 8.5±2.0 個，2 回目が 9.6±1.0 個，3 回目が 9.8±0.7 個であった．利用終了時はそれぞれ，8.1±1.7 個，9.4±1.1 個，9.9±0.3 個で，いずれも有意な変化を認めなかった（$p=0.338$，0.312，0.212）．利用開始直後の無関係対語試験は 1 回目が 3.5±2.7 個，2 回目が 5.9±3.3 個，3 回目が 7.5±2.9 個であった．利用終了時はそれぞれ，3.9±3.0 個，6.7±3.4 個，8.1±2.7 個で，いずれも有意な変化を認めなかった（$p=0.260$，0.096，0.118）
(3)日本語版 Sense of Coherence（SOC）29 項目版
27 名の対象者のうち 25 名においてプログラム利用終了時に SOC 総得点が上昇していた．プログラム利用開始直後の SOC 総得点の平均は 104.6±15.4 点であったが，利用終了時には 130.0±18.2 点となり，有意に上昇していた（$p<0.001$）．
(4)コーピング特性簡易評価尺度（Brief Scales for Coping Profile：BSCP）
プログラム利用開始直後の「積極的問題解決」の得点の平均は 4.1±1.1 点であったものが，利用終了時には 4.9±0.8 点となり，有意に上昇していた（$p<0.01$）．同様に，「問題解決のための相談」は 3.4±1.0 点が 4.6±0.8 点（$p<0.001$），「気分転換」は 2.6±1.1 点が 4.0±1.2 点（$p<0.001$），「視点の転換」は 2.8±1.0 点が 4.3±0.9 点（$p<0.001$）といずれも有意に上昇していた．また，「回避と抑制」は 3.5±1.1 点が 2.9±0.8 点へと有意に低下していた（$p<0.05$）．「他者を巻き込んだ情動発散」の平均得点は 2.1±1.0 点が 2.5±0.7 点で有意な変化を認めなかった（$p=0.064$）．
(5)自己成長エゴグラム（Self Grow-up Egogram：SGE）
プログラム利用開始直後の自我状態の得点の中で，FC が最も低値であった対象者は 27 名中 16 名（59.3%）であった．利用開始直後の CP の得点の平均は 14.4±4.0 点であったものが，利用終了時には 11.9±4.2 点となり，有意に低下していた（$p<0.01$）．同様に，AC の平均得点は 15.3±4.5 点が 12.5±4.6 点（$p<0.01$）へと有意に低下していた．NP と FC の平均得点はそれぞれ，12.4±4.8 点が 14.0±4.1 点（$p<0.05$），7.7±4.6 点が 11.1±5.4 点（$p<0.001$）と有意に上昇していた．A の平均得点は 10.7±5.1 点が 12.2±5.0 点で有意な変化を認めなかった（$p=0.126$）

3．結果のまとめ
以上(1)〜(5)の結果より，記銘力に関してはプログラム利用開始前の段階で，健常人に近いレベルにまで回復していたためにリワークプログラム

表　職場復帰判定テストのリワークプログラム利用による変化

測定項目	(単位)		利用開始直後	利用終了時	p 値	
歩数	(歩)		6,299±2,820	8,423±2,740	＜0.001	＊＊＊
Stroop test	(秒)	ステップ 1	52.1±15.7	47.0±11.9	＜0.01	＊＊
		ステップ 2	74.3±23.7	69.0±22.3	＜0.01	＊＊
		ステップ 3	112.5±32.6	101.0±31.7	＜0.001	＊＊＊
Trail Making Test	(秒)	テスト A	51.5±21.1	37.2±16.9	＜0.001	＊＊＊
		テスト B	83.1±39.2	67.7±27.6	＜0.01	＊＊
三宅式記銘力検査	(個)	第 1 試行	8.5±2.0	8.1±1.7	0.338	n. s.
(有関係対語試験)		第 2 試行	9.6±1.0	9.4±1.1	0.312	n. s.
		第 3 試行	9.8±0.7	9.9±0.3	0.212	n. s.
三宅式記銘力検査	(個)	第 1 試行	3.5±2.7	3.9±3.0	0.260	n. s.
(無関係対語試験)		第 2 試行	5.9±3.3	6.7±3.4	0.096	n. s.
		第 3 試行	7.5±2.9	8.1±2.7	0.118	n. s.
Sense of Coherence	(点)		104.6±15.4	130.0±18.2	＜0.001	＊＊＊
BSCP	(点)	積極的問題解決	4.1±1.1	4.9±0.8	＜0.01	＊＊
		問題解決のための相談	3.4±1.0	4.6±0.8	＜0.001	＊＊＊
		気分転換	2.6±1.1	4.0±1.2	＜0.001	＊＊＊
		視点の転換	2.8±1.0	4.3±0.9	＜0.001	＊＊＊
		回避と抑制	3.5±1.1	2.9±0.8	＜0.05	＊
		他者を巻き込んだ情動発散	2.1±1.0	2.5±0.7	0.064	n. s.
SGE	(点)	CP（Critical Parent）	14.4±4.0	11.9±4.2	＜0.01	＊＊
		NP（Nurturing Parent）	12.4±4.8	14.0±4.1	＜0.05	＊
		A（Adult）	10.7±5.1	12.2±5.0	0.126	n. s.
		FC（Free Child）	7.7±4.6	11.1±5.4	＜0.001	＊＊＊
		AC（Adapted Child）	15.3±4.5	12.5±4.6	＜0.01	＊＊

＊：p＜0.05　＊＊：p＜0.01　＊＊＊：p＜0.001　n.s.: not sighificant

利用前後で変化を認めなかったが，体力の指標である歩数や判断力・注意力の指標である Stroop test，Trail Making Test など客観的評価項目では有意な改善がみられた．

また，ストレスコーピング特性に関しても，積極的に問題を解決したり，問題解決のために相談をしたりと問題処理型のコーピングスタイルをリワークプログラム利用期間中に獲得すると共に，気分転換や視点の転換といった情動処理型のコーピングスタイルも獲得していた．また，ストレス反応を引き起こしやすいとされる回避と抑制といったコーピングスタイルが有意に減っており，全体的にはストレス反応に対して望ましいコーピングプロファイルに移行したと言える．

さらに，自我状態の変化に関しても CP(Critical Parent）と AC（Adapted Child）が有意に低下し，NP（Nurturing Parent）と FC（Free Child）が有意に上昇していた．この変化は，コミュニケーションを円滑にさせ，対人関係のトラブルが少なくなる方向へと変化したと考えることができる．

これらの結果は，同じ検査・自記式質問票を用いた反復測定であることから，その解釈には十分な注意を要し，また，この変化が職場復帰後も継

続するか否かについては注意深く経過を追う必要があるが，リワークプログラムが体力や認知機能といった客観的な職場復帰準備性を高めるだけではなく，ストレスコーピング特性や自我状態などの内面的な要素にまで影響を及ぼし，多面的に職場復帰の準備性を高める効果が期待されるということを示す結果と言える．

Ⅳ．軽症うつ病に対しリワークプログラムが果たす役割の検討

うつ病からの職場復帰支援を考える場合に，復職準備性の評価として身体機能，認知機能，コミュニケーション能力，ストレス対処行動・ストレス耐性などの諸要素に注目する必要があると考えられている[12,18,23]．軽症うつ病に関しては，抑うつ症状が軽度で，身体症状が前面にみられ[13]，日常生活における機能障害が軽度であるという特徴を有するため[14]，リワークプログラムに参加することにより，規則正しい生活リズムと定期的な外出習慣を獲得し，さらに様々なプログラムを遂行することによる認知機能の回復を図ることは職場復帰を円滑に進める上でも有用であると考えられる．また，今回提示した事例のような他罰的，他責的な対人関係や，回避的なストレス対処といった職場適応を困難にしてきた要因についても，リワークプログラムにより適応的な方向への変化がみられる可能性が示唆された．リワークプログラムのどの要素がこのような変化を生み出したのかについて客観的に明らかにすることは困難であるが，事例のように職場復帰に成功した利用者の感想から，リワークプログラムの効能について考察を加えてみることとする．今回の事例では当初はリワーク参加に積極的ではなかったが，終了時には以下のように述べている．

・お父さん世代の人たちはみんな怖いイメージであったが，そうでもないことがわかり，職場でもコミュニケーションを取れるようになった．
・自分は職場に対する不満ばかり感じていたが，自分よりもひどい職場や，厳しい職場があることがわかった．
・職場で嫌なことがあっても，リワークで知り合ったメンバーと話すことで，自分を落ち着けられるようになった．
・最初は意味がないと思っていたことでも，やってみると意外と意味があることに気付くことがわかった．
・調子が悪い時でも，それなりに過ごすことの重要性がわかった．

上記の感想から読み取れることは，職場復帰という同じ目標を有するプログラムの利用者間で，困難な状況を共に乗り越えたことにより生まれる情緒的共感性が，対人関係を円滑にさせ，職場で直面する様々な問題を多面的に捉え，解決の方向へ前向きに努力するような対処様式の獲得を促した可能性が考えられる．特に，若年者の軽症うつ病に関しては，集団の中でもまれることがないまま社会に出て，集団の中で湧き起こる葛藤とうまく折り合いを付けられず職場不適応に至っている事例が散見される[1,6,7,22]．そのため，このような事例に対しては集団プログラムが有する特有の効果が，大いに期待できるのではないかと考えている[16]．

おわりに

本稿では軽症うつ病に対するリワークプログラムの有効性を，研究データをもとに様々な側面から考察した．これまで，職場復帰における心理的な支援では，個別カウンセリングのような個人支援が中心とされてきたが，職場という集団社会を想定すると，リワークプログラムのようなグループ支援が果たす役割も大きいと考えられる．まだまだリワークプログラムに関する科学的実証が十分になされていない部分があり，データの蓄積を待たなければならないが，今後もこのリワークプログラムについての実証的研究が多くなされることを期待したい．

文　献

1）阿部隆明：いわゆる未熟型うつ病について．精神科治療学，23；985-993，2008

2）Antonovsky, A.: Unraveling the mystery of health. How people manage stress and stay well. Jossey-Bass, San Francisco, 1978（山崎喜比古，吉井清子監訳：健康の謎を解く：ストレス対処健康保持のメカニズム．有信堂高文社，東京，2001）

3）芦原　睦，酒井淑子，伊藤章代ほか：自己成長エゴグラム（SGE）の開発経緯と研究の現状．交流分析研，18；11-6，1993

4）羽岡健史，鈴木　瞬，小林直紀ほか：リワークプログラム利用中のストレス関連要因の変化．臨床精神医学，41；1749-1755，2012

5）広瀬徹也，功刀　宏：近年のうつ病の病像・病型の変遷．社会精神医学，14；208-212，1991．

6）広瀬徹也：逃避型抑うつ．治療学，34；1325-1328，2000

7）広瀬徹也：反復欠勤者－その病態と対応－．精神科治療学，22；153-158，2007

8）広瀬徹也：うつ病周辺群への考察 逃避型うつとディスチミア親和型うつ病．臨床精神医学，37；1179-1182，2008

9）広瀬徹也：いわゆる現代型うつ病への対応．日医雑誌，138；2255-2259，2010

10）影山隆之，小林敏生，河島美枝子ほか：勤労者のためのコーピング特性簡易尺度（BSCP）の開発：信頼性・妥当性についての基礎的検討．産衛誌，46；103-14，2004．

11）笠原　嘉：軽症うつ病「ゆううつ」の精神病理．講談社，東京，p.14-20，1996

12）北川信樹，賀古勇輝，渡邉紀子ほか：職場のメンタルヘルス最前線 うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性．心身医療，49；123-31，2009

13）久保木富房：序論．第129回日本医学会シンポジウム記録集．p.2-4，2005

14）熊野宏昭：軽症うつ病の診断－プライマリケア医へのメッセージ．第129回日本医学会シンポジウム記録集．p.34-39，2005

15）黒川順一，井上眞人，井奈波良ほか：メンタルヘルス不調者への対応事例を通じて職場での問題点を考える．日職災医誌，56；53-61，2008

16）Langeland, E., Riise, T., Hanestad, B. R., et al.: The effect of salutogenic treatment principles on coping with mental health problems A randomized controlled trial. Patient Education and Counseling, 62；212-219, 2006

17）松浪克文：うつ病の多様性と治療戦略．現代の軽症うつ病の特徴とその治療．Depression Frontier，7；22-28，2009

18）岡崎　渉：うつ病の復職支援．作業療法，27；613-7，2008

19）酒井淑子，芦原　睦，桂　戴作：新しいエゴグラム（SGE）の研究（第2報）．心身医療，3；1779-86，1991

20）坂本　薫：「現代型うつ病」をどのように解釈するか－その病態と治療的対応．綜合臨牀，5；1197-1201，2010

21）滝浦孝之：三宅式記銘力検査（東大脳研式記銘力検査）の標準値：文献的検討．広島修大論集．48；215-272，2007

22）樽味　伸，神庭重信：うつ病の社会文化的試論－特に「ディスチミア親和型うつ病」について－．日社精医誌，13；129-136，2005

23）Tsang, H., Lam, P., Bacon, N., et al.: Predictors of Employment Outcome for People with Psychiatric Disabilities：A Review of the Literature Since the Mid'80s. J Rehabili, 66；19-31, 2000

24）山崎喜比古：健康への新しい見方を理論化した健康生成論と健康保持能力概念 SOC．Qual Nurs, 5；825-832，1999

Tips to Help Patients with Mild Depression Return to Work

Satoshi YOSHINO[1,2)], Takeshi HAOKA[1,2)], Naoki KOBAYASHI[1)], Hidetoshi KANEKO[1)], Yusuke TOMOTSUNE[1,2)], Shinichiro SASAHARA[1)], Akira KIKUCHI[2)], Ichiyo MATSUZAKI[1)]

1) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba*
2) *Urawa Neuropsychiatric Sanatorium*

It is mentioned frequently that depression is becoming less severe. Even if patients' symptoms of depression are less severe, their return-to-work is not always accomplished after an absence due to depression. We encountered a successful example of a patient with mild depression who returned to work after the re-work program. We discuss the successful factors of this case, referring to the effect of the re-work program. Our previous study suggested that the re-work program might bring about not only the recovery of physical strength and cognitive function, but also a desirable change in the stress-coping ability, coping profile, and ego-state. In general, the workplace consists of multiple members. Therefore, when preparing for a return-to-work, participation in group programs, such as re-work programs, is considered to be effective. We hope that re-work programs will be utilized more in society.

＜Authors' abstract＞

＜**Key words**：mood disorder, mild depression, return-to-work, return-to-work program＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

教育における精神保健ネットワークの構築を目指して

今村　弥生[1)]，高橋　清久[2)]
1）東京都立松沢病院精神科
2）財団法人精神・神経科学振興財団

様々な精神障害発症の背景として，児童期～青年期におけるメンタルヘルス上の問題に端を発している場合がしばしばみられ，予防医学的観点からも，大きな意味を持つ時期である．また，今日の日本における児童青年期メンタルヘルス自体が，未発達なため，児童青年精神医学の領域においては，支援を必要としている当事者家族のニーズが，潜在的に埋もれている段階である．一方で支援の偏在もあり，高いニーズにもかかわらず，治療・相談機関が限られており，最も必要な時期に適切な形での支援が当事者に届かないという問題点が各地でみられている．

以上の観点より，我が国における重要な課題の 1 つと考えられる児童青年期メンタルヘルスの問題への介入の質の向上について論じ合うことを目的に，本シンポジウムを企画した．パネリストとしては，日頃の業務の中でこどもと直接向き合う，第一線の支援者を中心にした．児童青年期精神科医のクリニックからの問題提起，また，教育現場における教師によるにメンタルヘルス増進の試み，警察の相談業務の中から見えるこどもの問題の背景についての発言を得た．

各演者のテーマを以下に列挙する．

1. 広汎性発達障害への教育支援
2. 高校におけるメンタルヘルス活動の実際
   精神科医と保健室によるメンタルヘルスアンケート実施の取り組み
3. 児童青年期の閾値下精神障害状態の意味
4. 少年問題の背景にあるもの――相談活動から見えてくる課題――
5. 教育における精神保健活動の意味と方向性
6. 小・中学校におけるエビデンスにもとづく学校精神保健の課題

精神医療分野のみならず，教育者，警察における支援の実践者の発言も得た上で発表，議論が行われた．こどものこころの問題にかかわる各領域の専門家が重視しているこどもの所見の見方，アプローチの方法，支援の障害となる事象はそれぞれが異なっており，多くの発見，学びがあった．フロアからの質疑も，見立てに関する注意点，こどもへの具体的なかかわり方など，非常に実践的な発言が多くなされ，児童青年期におけるメンタルヘルスが，対岸の問題ではなく，身近な問題として捉えられていることがうかがわれた．しかし，通常の臨床の中で，こどものメンタルヘルスにかかわる専門家同士の情報の共有，協働の機会

第 107 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2011 年 10 月 26～27 日，会場：ホテルグランパシフィック LE DAIBA，ホテル日航東京
総会基本テーマ：山の向こうに山有り，山また山　精神科における一層の専門性の追求
シンポジウム　教育における精神保健ネットワークの構築を目指して　司会：高橋　清久（精神・神経科学振興財団），今村　弥生（東京都立松沢病院社会復帰支援室）

が，昨今多く持たれていないことの現れでもあるとも考えられる．

たとえささやかであっても，教育分野における職域を越えた，こどもと直接向き合う専門家同士の連携，それを実現させるための地方自治体単位および国レベルでのシステム構築が，こどものメンタルヘルスを支援すること，および彼らが成長した後に起こりうる精神疾患を予防するための重要課題であると考えられた．

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

広汎性発達障害への教育支援

橋本　大彦
（橋本クリニック）

広汎性発達障害の精神病理は，自閉症についての最初の報告の前は，時には，「イディオサバン」として報告されていた．この精神病理には，典型的な発達をする子どもにとっては意味がわかる課題が広汎性発達障害による認知発達の遅れのある子どもにとっては難しい場合を含んでいる．例えば，感情的な理解に導くであろうと思われる教材として感情的な物語が選ばれるが，PDD の子どもにとっては難しい．全部物語を理解することができるかもしれないが，多くは字義通りにそれぞれの文を解釈する．もしこれらの精神病理による欠陥が治療されず成人期にまで放置されると，彼らは日常生活で困難に直面する．さらに，周りの人々を混乱させるかもしれない．定型発達では必要とされない教育支援が，PDD 児にはスティグマ防止上必要となる．しかしながら，教師のための指導マニュアルは，多くの子どもたちが高機能広汎性発達障害を持つことを配慮したものではない．現状の解決には PDD の子どもたちが非言語的で実用的な能力を学ぶための機会を提供する臨床活動であろう．

＜**索引用語**：広汎性発達障害，学習支援，スティグマ＞

はじめに

広汎性発達障害の特徴は社会性の側面である社会的関係や対人関係能力やコミュニケーション能力と常同反復的行動な活動と関心にある[3]．社会性側面の認知では他者の考えや感情に気づきにくいこと，つまり心の理論や心理化能力の障害や，それ以前の視覚，視空間認知，表情認知の障害がある[1,5]．このため学習の過程にも影響を与え学校で教科書などを使用する場合の前提となる能力が欠落していることも多く，各児童の獲得している能力を丁寧に評価して学習の機会を提供する必要がある．

ここでは学習課題の困難事例を示し，その対応工夫を述べる．このような臨床的努力は教育への基本的支援の基盤をなすものといえよう．

Ⅰ．事例，事例の問題点，および対応結果

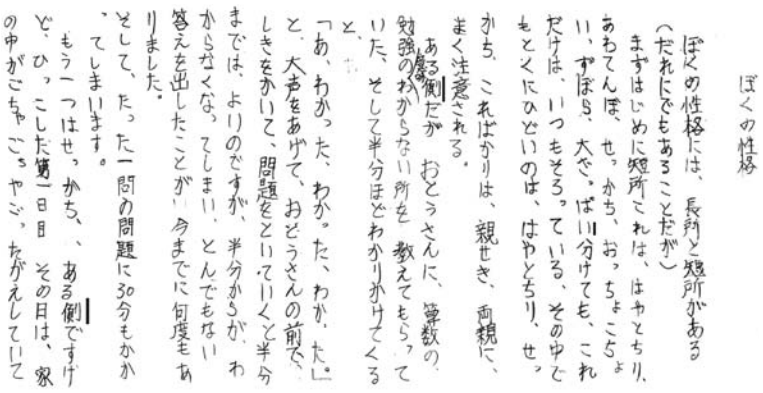
ここで提示する図 1，2 は，いずれも児童および保護者の承諾を得ており，プライバシーにも配慮している．

事例 1　広汎性発達障害以外の学習障害の例

広汎性発達障害児童以外にも，学習の困難はよく知られているところである．

図 1 は，小学校 5 年生児童の作文の一部である．知的障害のないこの attention dificit hyperactivity disorder（AD/HD）児童でみられる誤字は，「に」を「い」と誤記したり，「例」の「歹」部分が「頁」になったり，「だ」「である」調が，いつのまにか「です」「ます」調になったり，図では書き直されているが，「短」の「矢」と「豆」が最初は全て左右逆に書かれていたり，といったもので，書字の苦手な児童ではよくみられるパターンである．

対応結果：文字に関しては，一文字ずつ練習すれば表記上はすぐに訂正ができる．しかし統一性といった一文内の問題より，文と文との関連という視点の注意は困難であった．


ぼくの性格

ぼくの性格には、長所と短所がある
（だれにでもあることだが）
まずはじめに短所これは、はやとちり、
あわてんぼ、せっかち、おっちょこちょ
い、ずぼら、大ざっぱ11分けても、これ
だけは、いつもそろっている。そのやで
もとくにひどいのは、はやとちり、せっ
かち、これぱかりは、親せき、両親に、
まく注意される。
ある側だが おとうさんに、算数の
勉強のわからない所を 教えてもらって
いた、そして半分ほどわかりかけてくる
と、
「あ、わかった、わかった、わかった」
と、大声をあげて、おとうさんの前で、
しきをかいて、問題をといていくと半分
までは、よりのですが、半分からが、わ
からなくなってしまい、とんでもない
答えを出したことが、今までに何度もあ
りました。
そして、たった一問の問題に30分もかか
ってしまいます。
もう一つはせっかち、ある側ですけ
ど、ひっこした第一日目 その日は、家
のやがごちゃごちゃやど、ちがえしていて

図1　AD/HD 小 6 男児の作文

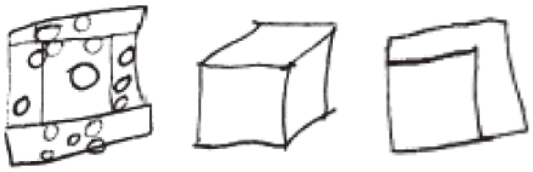


図2　LD 小 4 児童の描画

事例 2　視空間認知の困難例

図2は，多動傾向のある小学校4年生児童の「さいころの絵」である．最初に自発的に描いた物は，正方形に○が1つあるだけのものであったので，他の面も見えるように書くことを指示した．その結果が左の図である．

対応結果：そこで，真ん中の図を見せて，これを見ながら模写させた物が右の図である．何度描かせてもこれしか描けなかった．違うということはわかっていても，どう書いていいのかがわからなかった．

事例 3　算数障害の例

別の小学校2年生の多動傾向の児童では，「ひよこが 65 わいます．そのうち，おすのひよこは 29 わです．めすのひよこはなんわですか」という問題に対して，「65－29＝44　こたえ 44 わ」という「誤り」をした．別の「おかあさんがたこやきを 31 こやきました．これはきのうより 6 こすくなかったそうです．きのうはなんこやいたのでしょう」という問題に対しては，「31－6＝35　こたえ 35 こ」という「誤り」を常に繰り返した．

対応結果：計算式にも合理的な意味があり，その意味を理解するのであるが，一方から一方を引くという意味だけの理解では，最初の計算になり間違いに気づきようがない．次の例では，計算式を覚えていても文章題の意味が理解されていないために計算式を正しく使えない．「きのうより」や「すくない」の数学的意味が理解されないと，このような結果になる．数概念の形成，言葉の数学的意味に問題のある児童でよくみられるものである．

事例 4　社会性の障害

社会性の障害の場合は事例化しにくい．特に，知能検査の結果が，境界域か正常範囲にある児童では，他の能力からみて，この程度は理解できると思い込まれるためである．たとえば，＜ありがとうってどうしていうの？＞という質問を，高機能広汎性発達障害の小学校高学年の児童に聞いてみると，「だって，言わないとしつけができていないと思われるんだよ」とか「言わないと，もう1回やってくれないんだよ」という答えが返ってくることがある．これらは，親がそのような言葉で，子どもの幼少時にしつけた言葉がそのまま残ってしまっているものである．通常であれば，幼児期にそのように教えられても小学校の高学年にもなると，「感謝を伝えるため」という内容に置き換

表1　笠地蔵

新年のモチすら買えない貧しい老夫婦がいました．おじいさんは，6枚の笠を編んで町へ売りに出かけたけれど，1つも売れませんでした．吹雪の帰り道で7体の地蔵を見かけたおじいさんは，自分の持っていた笠を地蔵にかぶせました．順々にかぶせて行って，最後の地蔵には自分のかぶっていた手ぬぐいをかぶせて帰りました．

その夜，家の外で何か音がしました．老夫婦が外をこっそりみると，モチや財宝がつまれていて，手ぬぐいをかぶった地蔵を先頭に7体の地蔵が去っていくところが見えました．

わってくるものなのだが，そういう発達がみられなかったりする．同じ質問を，高機能広汎性発達障害の大学生に言ってみると「感謝されようと思ってるんだから，言ってあげないと」といった答えになることもある．これなどは，成長の過程で「感謝」という言葉を学習してものであろうが，その内容の理解に困難があるといえる．

このような，情緒的・非言語的な内容に関する理解の問題は，高機能広汎性発達障害で非言語性LD（学習障害）と呼ばれることがある．その呼称の是非はともかくとして，このような内容の障害が，広汎性発達障害の児童生徒や学生には頻繁にみられる．

「ありがとう」以外にもいくつかの例をみてみたい．

笠地蔵の内容は，小学生であれば知っている子どもが多い．バリエーションも多いので，内容の理解を一致させておくために，表1をつかうこともある．ここで，高機能広汎性発達障害の児童に，「どうしておじさんはおじぞうさんに笠をかぶせたのでしょう」と聞いてみると，「売れ残ったから」「いらないから」「雪が積もったら見えなくなるから」「おじぞうさんは大事にしないといけないから」成人では，「ご利益があるから」という答えもみられたりする．

同様に，鶴の恩返しについて，「鶴は，最後にどうして去って行ったでしょうか」と問うと，「今までと同じではいられないと思ったから」というような答えが返ってくることがある．そこでさらに「どうして今までと同じではないのか」と質問すると，「動物だとわかったら餌を食べさせられる」「鶴だと手が使えないから物が持てなくて不便になる」「化け物だってばれたから」といった，この話を語り聞かせる人がおよそ予想しないであろうと思われる回答が得られたりする．

対応結果：広汎性発達障害の社会性の障害とは，単にコミュニケーションをとろうとしない社会性の障害だけではない．社会的な意味が理解されない，つまり社会的意味という概念そのものがないことが以前より知られており mind blindness となる[5]．この対応は1つの単語の意味だけでは社会的意味を獲得することができないので，極めて手間暇がかかるうえに，そうしてみても，理解されることは困難を極める．その点ではこの障害の本質的な側面であるといえる．

事例5　成人での情緒的問題

高機能広汎性発達障害の児童が，このような病理を抱えたまま成人した場合に，どのような支障が日常生活に現れるだろうか．筆者の診療所には，発達障害を自ら疑って，あるいは家族や上司などから疑われて初診に至る方が多い．幼少時について十分な情報を持っている人は少ないので，現在の病像だけから発達のやり残しがあるのかどうかを推測しなければならないことが多い．そのため，いくつかのスクリーニングを行うことになるが，筆者らの診療所で行っているものの1つに，筆者らが「味噌汁課題」と呼んでいるものがある．

これは，「朝ご飯を食べようとしています．目の前にあなたのための2つのお味噌汁があります．1つは自分で溶いたインスタントのお味噌汁．もう1つは，お母さんがあなたのために溶いてくれたインスタントのお味噌汁です．2つのお味噌汁の違いは何でしょう」という質問である．この問題のオリジナルは，「1つは自分で作ったお味噌汁，もう1つはお母さんが作ってくれたお味噌汁」で，横浜市総合リハビリテーションセンターの清水康夫先生によるものだが，最近のお母さんは忙しくて手作りのお味噌汁など作れないとか，お母

さんがお味噌汁を作ってあげる物だという固定観念はどうかというようなコメントをいただいて，インスタントのお味噌汁に改変して使っている．

これに対しては，いろいろな回答が出てくる．最も多いのは，「作った人が違う」「具が違う」「温度が違う」「濃さが違う」「置いてある場所が違う」「器が違う」「選んだ味噌が違う」などである．しかし，一部には，「わかりません」という回答，1つ答えてそれ以上全くイメージを膨らませることができない回答もある．時には，即座に「愛情」と答えてくる方もいる．

対応結果：広汎性発達障害が疑われる行動症状のある方の場合は，「愛情」「思いやり」といった回答が自発的に出てくることは非常に少ない．しかし，同様に，理系の高学歴の男性も，分析的な視点で反応することが多い．そのため，手間，温度，濃さといった物理的な要素しか答えなかった場合には，「愛情や思いやりや心が違うという答えはどうでしょう」と追加の質問をしている．そうすると，単に気づかなかっただけであれば「あ，なるほど」といったニュアンスの応答が得られる．

一方，広汎性発達障害が疑われる患者の場合には，「意味がわかりません」「インスタントでは愛情はないでしょう」「手間がなくていいですね」といった反応になってしまうことが多い．もちろん，これだけで，「広汎性発達障害の強い疑い」という診断になるわけではないし，幼少時から明らかな広汎性発達障害の行動症状を認める患者であっても，かなり自然に思える反応をされる場合もあるので，そういう場合も障害の可能性を否定できるわけではない．ただ，平均的な反応から外れている場合は，何らかの生活上の支障につながっている病理を反映している可能性を控えめながらも疑うことになる．

理解してもらう対応としては先の社会性の例と同様に，感情世界の理解は言葉では説明しきれない側面があるので困難を極める．このように見てくると広汎性発達障害のうち，社会性の問題は最も基本的な，最も治療困難な問題といえる．

Ⅱ．考　　察

1．学校教育での問題

児童生徒や成人でみられるこのような病理を，どのようにして生活しやすいものにしていくのかが課題となる．本稿でのテーマは，児童の学習支援であるので，そこに焦点をしぼって，いくつかの困難さの一例を挙げてみたい．

三省堂の「小学生のこくご2年」には「シーソーに乗ったら」という，きしだえりこ氏の作品が教材として掲載されている．その一部を紹介すると「シーソーに　のったら　うかんだまま　くもになって　いくみたい　みえた　みえた　すの　なかを　そうじして　いる　りすも」とある．

教科書には，子どもが使っている教科書に，教えるポイントを朱書したものと，それ以上に詳細に学習ポイントを解説した学習指導書と呼ばれるものがある．教育現場では，この学習指導書をもとに授業が組み立てられている場合が多いと思われる．この学習指導書では，この一節について，「シーソーが上がる時を想定」「そうじしているリス（中略）がみえたらという発想は非常にユニークな発想である．二年生の発達段階からして，いかにもとびつきそうなこのユーモアを，本教材の学習意欲につなげて指導したい」となっている．残念ながら，このような「発想」や「ユーモア」は，広汎性発達障害の児童にとっては非常に困難な場合が多い．おそらく，授業でそのような取り上げられ方をしても，子どもにとっては，何のことやら，という困惑しか生まないのではないだろうか．実際，著者らの外来で，この作品の理解を高機能自閉症の児童らに確認しても，「実際に雲になる」「実際にそうじしているりすが見える」と理解している場合が結構ある．

もう1つの事例を挙げよう．光村図書の「国語三下 あおぞら」には，「三年とうげ」という李錦玉氏の作品が教材に使われている．この話は，簡単にいうと，ある伝承にとらわれて死んでしまうと思い込んで寝込んで病気になったおじいさんに，ある若者が頓智を効かせて，おじいさんが元気になるような，その伝承の新しい解釈を伝えた

ところ，そのおじいさんが元気になったというものである．この話は，その若者がおじいさんの思い込みに対して頓智を効かせたことが面白いということになるのだが，高機能自閉症児童では，高学年になってもこのところが理解できない．いわゆるこころの理論でいうところの二次表象に相当する，「おじいさんがこう考えているから，こう伝えれば気持ちが変わるだろう」といった若者の思考を把握できない．「どうして若者が，おじいさんにそう伝えたの？」と聞くと，「その若者だけが，正しい言い伝えを知っていたから」といった答えになってしまう．

このような，広汎性発達障害児童にみられる学習の困難さが，潜在的なストレスとなって，学校への適応を妨げたり，集団参加を楽しくないものにしていく二次的障害の危険性がある．少しでもその危険性を下げるために，前述のような例では「〜みたい」という表現の内容を理解させることが必要であるし，その表現の理解を助ける実際の体験も非常に重要になる．あるいは，より高次の表象を反映する，こころの理論課題などにも慣れさせる必要もある．

2．生活の中での体験の重要性

広汎性発達障害に限らず，言葉の学習に際しては，それの内容をイメージできる体験が非常に重要である．体験なくしては，語の属性の1つである心像性を向上させることができない．これに関連して，古い資料だが，昭和32年の文部省調査をみてみたい[2]．そこでは，小学校6年生に多くの単語について「よく（知っている）」「だいたい」「ぼんやり」「知らない」の4段階で回答させた結果が掲載されている．例えば，「水面」という言葉は，それぞれ84.0%，7.3%，8.0%，0.7%であり（同，調査語番号7323），「矛盾」は，4.0%，14.7%，30.0%，51.3%（同，調査語番号12626），「ゆううつ」は，30.7%，24.0%，13.3%，32.0%（同，調査語番号13330）である．興味深いのは，「心付」が，20.7%，26.0%，30.7%，22.7%（同，調査語番号4694）と，「管理」（同，調査語番号2641）とほぼ同じ比率であることである．おそらく現在の小学校6年生に「心付」を聞いても，この比率にはならないだろう．

このような，社会心理的な行動を反映する言葉に接する頻度が低下することが，子どもの精神面の成長において何らかの機能を弱め，また別の言葉が増えていくことが何らかの面を強めると考えることもできるであろう．昔話を使って，情緒的な理解や，道徳的な感覚を確認しようとしても，昔話自体を知らない子どもが非常に多くなっている．もし，日本の子どもが，生活の中で情緒的な内容を持つ言葉に触れる機会が減っているのであれば，広汎性発達障害の子どもたちの学習困難に対して，より一層の意図的な学習機会を用意することが重要になると考えている．

おわりに

今研究の限界は，日常臨床での経験から重要な課題と思われる側面を報告したところにある．今後は，さらに社会性障害の基礎的な研究をみながら系統的な支援法を進めることが必要である．

文　献

1）Kamio, Y., Wolf, J., Fein, D.: Automatic processing of emotional faces in high-functioning pervasive developmental disorders：an affective priming study：J Autism and Dev Disord, 36；155-167, 2006

2）文部省：国語シリーズ42．児童生徒の語い力の調査　準備調査（昭和32年度）第2分冊．明治図書出版，東京，1960

3）American Psychiatric Association（高橋三郎，大野　裕，染矢俊幸訳）：DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル．医学書院，東京，1996

4）融　道男，中根允文，小宮山実ほか訳：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

5）van England, H., Buitelaar, K. J.: Autism spectrum disorders.(ed. by Rutter M., Bishop D., Ping, D., et al.) Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. Blackwell Publishing, Oxford, 2008

Educational Support for Children with Pervasive Developmental Disorders

Ohiko HASHIMOTO

Hashimoto Clinic

The psychopathology of pervasive developmental disorders (PDD), like "idiot savant," had been partially reported before the first paper on autism. This psychopathology includes the slow rate of cognitive development of children with PDD, which makes it difficult for them to learn certain subjects in a class meant for children with typical development. For example, an emotional story is used as teaching material on the premise that it will lead to emotional understanding, which is not easy for a child with PDD. Some children with PDD may understand the story in its entirety, whereas others may understand each sentence literally.

If these psychopathological deficits are left untreated and prolong to adulthood, patients will face difficulties in their daily lives. Moreover, they may confuse the people around them. In order to prevent a stigma being attached to persons with PDD, educational support for children with PDD, which is not considered necessary for normal educational processes in a classroom, is very important. However, teaching manuals for teachers do not consider the fact that a number of children have high-functioning PDD. A possible solution for current conditions could be to provide clinical activities that offer a chance for children with PDD to learn nonverbal pragmatic competence.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：pervasive developmental disorder, learning support, stigma＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

高校におけるメンタルヘルス活動の実際
精神科医と保健室によるメンタルヘルスアンケート実施の取り組み

浜北　拙子
（三重県立神戸高等学校）

【目的】高校生の精神的健康度を高めるメンタルヘルス活動として，次の 3 点を目標に学校での取り組みを開始した．1．生徒のメンタルヘルスの状態の全体像を把握すること，2．生徒の内面への気づきを高めること，3．保健室の情報を豊富にし，生徒の相談のみならず，教師の生徒に関する相談にも応じることで，校内連携を計ることである．【方法】全校生徒を対象に記名式アンケート｛55 項目（内的自己確立・他者社会関係・自尊感情・仲間関係・教師との関係・家庭関係など）と，自由記述からなる｝を実施した．全体結果は，学年ごとに集計し生徒に知らせた．各項目群の下位 5％をハイリスク群とみなした．ハイリスク群はこれまでに把握している情報と照らし合わせながら，精神科医と保健室スタッフとの連携でその疑いうる精神病理を検討した．【結果】1．生徒のメンタルヘルスの状態については，取組み姿勢は主体的に真面目に自己評価ができていた．その結果は肯定的な考えが目立つことより，全体的には良好な状態にあると思われた．2．アンケートに答えること自体が，内面探索的行為であり，自らの内面に気づいたと記述する生徒もいた．また，個人のアンケート結果希望の生徒（1 年 55.3％，2 年 51.4％，3 年 38.4％）には，学年での相対的な位置を示す結果を手渡した．3．ハイリスク群の生徒の半数が，年度末までに保健室に相談に来室していると思われた．担任・教師による保健室訪問（相談）が増加した．【結論】記名式アンケートを実施することにより，校内においては教師と保健室の連携が，学外においては専門医との連携が構築できた．

＜索引用語：高校生，メンタルヘルス，内面探索行動，連携＞

はじめに

青年が抱える精神病理には，さまざまなものがある．学校の保健室でこれに対応するには，発症そのものを防止する一次予防につながる発想と，生徒の精神病理を学校で抱え込み保健室がクリニック化することの無いよう，精神科医との連携を強めることを念頭に取り組みを考えることが必要と思われる．このためには現実の生徒のメンタルヘルスの状態をつぶさに把握し，その現実を教師集団で認識し，生徒ともに共有することが出発点になる．

次いで生徒には，自らの内面に関心を寄せ，その内容をよく知る習慣や知識を身につけさせることが必要である．さらには，個々の生徒のメンタルヘルスの状態を知ることが，生徒が保健室を来室した際の相談に役立ち，担任教師が生徒の気になることがあった場合に保健室に相談に来ることにも役立つなど，校内連携の基本となる．また，従来の保健室活動からは取り組みが困難であった，同じ病理を持つ仲間と知り合いになる状況も工夫ができ，保健室から働きかけることも必要になる．

一方，得られた生徒の結果は，精神病理の専門医と検討し，外部精神医療機関との連携を検討した．このようなことから，その学校で知る必要がある個々の生徒のメンタルヘルスに関する項目を

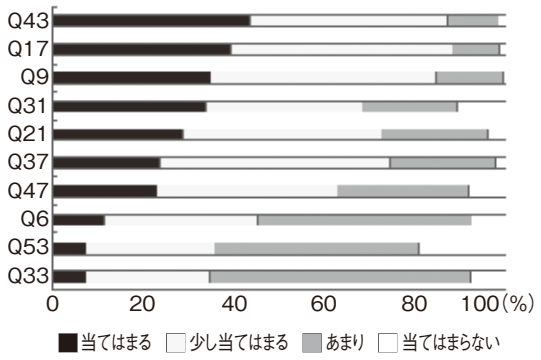


図1　内的自己確立の項目別　回答分布（全員954名分）

表1　内的自己確立の質問内容（10項目）

Q43：自分の欲しいものは努力しても手に入れたい
Q17：自分なりの考えや意見を持っている
Q9　：人の意見を参考に，最終的には自分で判断する
Q31：将来や仕事に対して目標を持っている
Q21：自分の個性や能力を伸ばすよう努力している
Q37：自分自身の意見や生き方を持っている
Q47：人生に目標を持っている
Q6　：状況や他人の意見にあまり流されない
Q53：自分に自信を持っている
Q33：社会場面に左右されない芯の強さを持っている

挙げ，質問紙法により個々の生徒からの回答を得ることが必要となる．我々は校内での検討を経て平成17年度より取り組んでいるが，この活動は当初計画した通りの成果を上げているように思われる．また，精神障害者を理解することにつながるものと考え，今回発表の機会に報告したい．

Ⅰ．方　　法

まず，生徒の実態を知るために自校で作成したメンタルヘルスに関する55項目からなるアンケート項目を作成した．これとは別に10項目の自由記述項目もある．このアンケートを毎年1学期に実施しているが，今回は2011年に実施した内容を中心に報告する．

①調査対象

三重県下のK高等学校954名（1年生320名，2年生316名，3年生318名）．

②調査期間

2011年5〜6月にかけて実施した．

③手続き

保健の授業時に，クラスごとに，教師がアンケート文を読み上げ実施した（約30分）．

④調査内容

アンケート項目は，①内的自己確立の強さを示す項目（10項目），②他者との社会関係の志向性を示す項目（10項目），③自尊感情を示す項目（10項目），④学校クラス生活での仲間関係を示す項目（7項目），⑤教師との関係，学校生活を示す項目（7項目）．⑥家庭生活に関する項目（4項目），その他の項目（7項目）の55項目からなる．検査方法は（当てはまる，少し，あまり当てはまらない，当てはまらない）のリカート式4検法の順序尺度を用いた．加えて，自由記述による学校生活の不安・疑問・思いなど10項目がある（アンケート用紙を資料として添付する）．

Ⅱ．結　　果

1．アンケートの全体結果

アンケート項目55項目の度数分布を求めた．これを学年ごとに教室内に張り出し，自校の仲間のメンタルヘルスの状態を生徒に知らせた．

例示として，「内的自己確立の強さを示す項目」を，望ましい回答順に示した（図1，表1）．反転項目は並び替えてある．適切に比較対照すべき調査がないので比較はできないが，そのほかの項目においても，高校生らしい健康度の高さと，思春期の悩みの交錯した結果がうかがえる．

また，学年比較をした項目では．例えば，Q31：将来・仕事に対して目標を持っているか（図2），Q47：人生に目的を持っているか（図3）などは，進路決定を目前にした3年生は，他学年よりも高く，自己決定しようとしている前向きな姿勢が読み取れる．一方，家族関係に関する項目では，いずれの学年でも，また経年でも変化がなく，一定したメンタルヘルスの状態を示す傾向にあった．

また，自由記述の項目（腹立たしいことは：勉

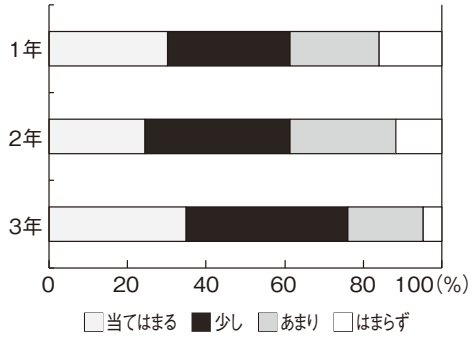


図2　Q31：将来・仕事に対して目標を持っている（学年比較）

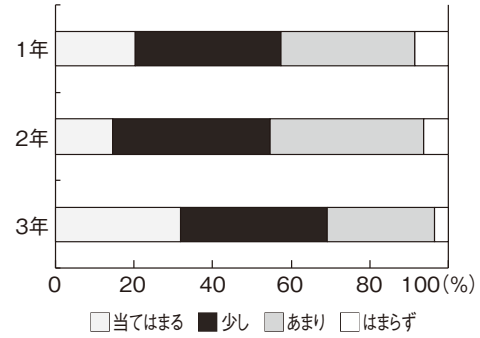


図3　Q47：人生に目標を持っている（学年比較）

強・試験・親）（高校生活を一言でいえば：楽しい・充実・疲れる）などの記述は，アンケート項目の結果と併せてみると，その生徒の特徴や病理を捉えやすかった．

2．生徒のアンケートをすることに対する反応

自由記述を見ると，1年生320名の59名（18.4%）が，「自分の振り返りができた」「感じるままにかけて良かった」「自分のことがわかった」「気づいているつもりで気づいていないことが多かった」「先生は，勉強のことだけでなく，心のことにも力を入れてくれていることがわかった」などと記していた．生徒が主観的に自己評価をし，自分の思いのあり方（心のありよう）を知り，自己を振り返る機会としたことがわかった．また，保健室がそのような想いを語れる場所であるという認識がもてたようである．

2年生で自由記述を書いた生徒は，32人（10.1%）であった．そのうち，27人（84.3%）は，12月までに保健室を何らかのかかわりを持っていた．また，その中でもアンケート結果が高得点であった生徒は，7人（21.9%）で，低得点でリスクの高かった生徒は，11人（40.7%）である．不安の高い生徒と，健康度の高い生徒が記述を書いてた．

3年生は，自由記述を書いている生徒は少なく，17人（5.4%）で，そのほとんどが文系の生徒であった．1人だけ理数科の生徒で「とても痛いところをつかれた気がする」と答えていた．

結果を希望した生徒へ配布

・1年1組○席　○○○○さんへ　あなたの結果をお知らせします

結果は得点分布（20%ごとの分布）を基に作成しています．説明したような限界を知った上で，以上の原則を基にすればあなたの結果は，次のような傾向がありました．

①自己確立	★★
②他者・社会	★★★★
③自尊感情	★★
④仲間関係	★★★★★
⑤家族背景	★★
⑥教師との関係	★
⑦その他	★★★★
⑧総合評価	★★★

なお，疑問があれば直接保健室までお願いします．

保健室

図4　結果希望生徒への結果配布資料の一部

3．アンケートの個人結果

アンケート結果は，希望者に知らせた．結果は2枚あるが，1枚には得点分布が記されており，その表し方は20%ごとの5段階分布結果を示している（図4）．別の1枚には各6領域の意味の説明が記されている．その説明の最後に，「限界を知ったうえで，あなたはこのような傾向にあります．ただし，これは皆さんが自己評価した結果であり，主観的な結果です．今は違っている可能性もあり

さらに将来は違う可能性がある．不明な点は保健室まで」と明記して手渡している．

個人アンケート結果を希望した生徒は1年生55.3%，2年生51.4%，3年生38.4%であった．学年が上がるにつれて希望する率が低下するのは，すでにこの検査の結果を，これまでに受け取っている生徒がいるためである．1年生に関しては，自由記述欄を書いていた生徒（59人，18.4%）の結果希望者は，61.5%となり，記述を書いた生徒の方がやや自己に対する関心が高いことがうかがわれた．

4．症例検討とその後の保健室相談への利用

リスクの高い生徒（下位5%）と保健室が得ている学校側の情報（気になる生徒）に関しては，生徒のアンケート結果と自由記述と，学校側のその他の情報を一人ひとり，児童精神科医と保健室スタッフとで検討した（1年66人，20.6%．2年46人，14.6%）．

その結果，症例検討では以下のような例が見られた．

①おとなしいと思われていたが，自身の内面的課題を抱え内在化している．

②対人関係や学習意欲が乏しいと思われていた生徒が，孤独感や疎外感を強く感じたり受けている不安や抑うつ状態が強い生徒がいた．

③家族病理のため全般的なメンタルヘルス指標が低い生徒がいた．

④クラス仲間から受け入れられず，孤立しやすい生徒が，実は発達障害が疑われた．

このように，内容を分析して推測しうる範囲での検討から，精神病理の範囲をできるだけ絞るようにした．その結果をもとに支援のあり方を検討した．実数に関しては，これまでの結果を参考にすると約半数が学年末までに来室している[1)]．

一方，保健室がこのメンタルヘルス結果の情報管理を行っているが，このため，担任教師が，クラスの生徒の相談や心配事には，保健室へ助言を求め来室をし，情報を交換することが増えてきた．教師側からは，「学校全体の精神的健康度を上げる取り組みの大切さがわかってきた」「全員にアンケートを実施することは，保健室を訪れない生徒をも把握できて良い」「グレーゾーンの生徒やリスクの高い生徒への配慮の仕方にリアリティーがあり良い」などの意見や感想が寄せられるようになった．保健室に相共通理解とチームワークという校内連携が機能していると思われる結果となった．

Ⅲ．考　　察

青年期は人生の大きな段階の1つであり，その段階での精神的健康度（メンタルヘルス）のあり方はその後の人生に大きな影響を与える．したがって，この時期を程よく乗り切ることが大切である．その第一は自己の内面に関心を寄せ，その大切さに気づき，その内面を他者や同年代の仲間との関係の中で意味付けし，位置付けていく作業である．

この機に，精神的に大切な内面に関する自問自答を，アンケートを実施することにより一斉に行うことができる．また記名式にすることにより，その結果は個人の学校メンタルヘルスという視点でのプライマリケアに役立つ資料となる．しかし，このような活動を実施することは，一校内の保健指導スタッフだけでは実施できるものではない．したがって，何らかの形での連携が要る．

連携のあり方は，その地域の文化，習慣，地域特性，利用しうる社会資源などの要因により異なる．当校の学校現場では，今まで学校におけるメンタルヘルス教育というと，どうしても問題のある生徒を何とかしたいと願い，保健室がクリニック化してしまいがちであった．しかし，個別対応の必要な生徒へのアプローチはもちろん大切であるが，それに加え教育的に集団で支えるための取り組みが必要であると考えてきた．

このためには校内の協力体制が必要であるが容易ではない．一方，外部との協力体制はさらに困難である．メンタルヘルスの専門家は時間的なゆとりがなく，クリニックの姿勢は待ちの姿勢であり，積極的連携が望みにくい．このような状況で

は，連携を介在する機会が必要である．三重県医師会学校メンタルヘルス分科会が，学校のニーズに応じたオンデマンド方式での支援を計画していた．その機会を捉え申し出を行った．

一方，連携は外部にとどまらない．最も成果を上げるには，何と言っても校内職員の共通理解ができなくてはならない．それには校内の学校メンタルヘルスに関する方向性についてコンセンサスを得ることである．管理職の理解，最も多い一般教師の理解と協力，保健部スタッフ（養護教諭と保健指導担当教員からなる）のチームワークといった三位一体の態勢ができなければならない．

まず，管理職にはこれまでの保健部の活動と今後の活動の方向性を説明し，理解を得た．教師集団に対しては，メンタルヘルスの必要性，特に進学校としてはその生徒のもてる能力の発揮と，メンタルヘルス（精神的健康度）の高さとの関連について，数回にわたって説明と話し合いを行った．

実際のアンケート実施に関しては，プライバシーの守秘義務上，保健室の一括管理とすること，アンケート内容に関しての責任，例えば生徒が自殺をほのめかしたり，犯罪を打ち明けた場合などは，例外とすることでコンセンサスを得た．

このように実施して得られた生徒の情報は，返信を希望した個々の生徒の関心だけではなく，教師にも大きな関心を呼び起こし，結果は注目された．また，現在では保護者が学校に来て授業参観など校内を見る機会があるが，その際にこの結果の張り出しを見て，進学校であるのに生徒の内面にまで強い関心を寄せている学校に対して，校長への謝辞が届いたこともある．

これまでも，本校の活動に関してはいくつか報告をしてきた[1,2]．何より大事なことは在籍の3年間継続してフォローすることである．このためには今後もこの活動を続ける必要があると考えている．

ま と め

精神科医と保健室によるこの取り組みは，診断には至らないが，その特性を持つボーダーライン層の生徒に対して，精神的健康度を高めることを可能にすると思われた．生徒の病理的な課題だけではなく，学校生活の中で一人ひとりの生徒にどのような支援が必要か，エビデンスに基づき具体的に見出すことが必要である．

謝　辞

継続的活動に協力をいただいている三重県医師会，および，アンケートの開発に協力いただきました中塚善次郎先生，実際に連携をしていただき，私をご指導くださいました児童精神科医の長尾圭造先生には，心より感謝し，ここに記して御礼申し上げます．

文　献

1）長尾圭造，前田明彦，浜北拙子ほか：高校生のメンタルヘルス―医師会と保健室による全生徒の詳細把握とそのフォロー．第38回全国学校保健・学校医大会．p.178-187，2007

2）長尾圭造，加藤正彦：学校におけるメンタルヘルス推進活動の医師会による支援事業，第37回全国学校保健・学校医大会．p.159-167，2006

【資料】まわりや自分をみつめ，現実のありように気づくためのアンケート

このアンケートは，理性と感受性が豊かな本校の皆さんが，自分自身の特性をよく知り，もっと有意義な高校生活が送れるための参考資料といたします．

こころも身体も健康で，自分の持つエネルギーが有意義に発揮されるために，自分をみつめ，しっかり自己理解をしましょう．色々と自分についての気づきがあると，少しずつ気持ちや考えの整理ができ，楽になり，意義のある生活ができます．

このアンケート結果は，他の人に知らせることはしません．安心して下さい．また，このアンケートで疑問に感じたことがあれば，相談に来て下さい．

結果によい悪いはありません．ありのままの自分がでるように，あまり深く考えこまず，直感的に答えて下さい．

（　記入例　）

項　　目	はい		いいえ	
	4. 大体あてはまる	3. 少しあてはまる	2. あまりあてはまらない	1. ほとんどあてはまらない
自分のことは自分で決定することができると思う．		③		
私はどんなことでもあまり心配にならない方だ．				①

［　　年　　組　　氏名　　男　女　］

項　　目	はい		いいえ	
	4. 大体あてはまる	3. 少しあてはまる	2. あまりあてはまらない	1. ほとんどあてはまらない
1　学級内や学校内におしゃべりや遊びに誘ってくれる友人がいる．				
2　何かをするときは他の人と一緒にしたいと思う．				
3　私は何事もさほど悩まずに決定することができる．				
4　自分のクラスは雰囲気の良いクラスだと思う．				
5　だいたい進みたい方向や進路がみつけられている．				
6　状況や他人の意見にあまり流されない方である．				
7　家での居心地は良い方だと思う．				
8　学校行事やクラスの役割に，なかなかとけ込めないことがある．				
9　人の意見を参考にしながら，最終的には自分で判断する方である．				
10　私は，自分のしたことを自慢したくなる方である．				
11　学校内に自分の悩みを相談できる先生がいる（いると思う）．				
12　難しい授業も，もう少し工夫して教えてもらうと，自分にも十分理解できそうだ．				

13　つらい気持ちや不安なことがあると，必ず誰かに相談する．	4　3　2　1
14　私は自分自身が恥ずかしいと思うことがよくある．	4　3　2　1

アンケートへの回答，お疲れさまでした．念のために，とばしているページや項目がないか，確認してみて下さい．

アンケートの分析結果についてコメントを希望する人は，下記のコメント希望の「有」に○をつけて下さい．コメントを希望しない人は「無」に○をつけて下さい．

コメント希望　（　有　　無　）

アンケートを書き終わってみて，感想などがあれば書いて下さい

＊ここからは，感じるままに浮かんだことを，文にしてみて下さい．

1　私が今，一番関心があり集中できていることは
＿＿＿＿＿＿＿＿です．
2　私がこの頃イヤだ，腹立たしいと感じることは
＿＿＿＿＿＿＿＿です．
3　最近，睡眠・食欲・体力・体調不良・食生活・排便など，身体的な悩みがありますか？　あるとすれば，それは何ですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
4　最近，気分の沈み・意欲・活動の低下・考えが進まないなど，自分のこころについて悩んでいることがありますか？　あるとすれば，それは何ですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
5　高校生活どころではない，深刻な悩みやストレスはありませんか？　あるとすれば，それは何ですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
6　生徒の自殺・妊娠・薬物・暴走族などに関する，危ない噂を聞いたことはありませんか？　あるとすれば，それは何ですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
7　私が今，いちばん大事にしていることは
＿＿＿＿＿＿＿＿です．
8　将来，人の役に立ちたいと思いますか？　また，どのような形で役に立ちたいですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
9　友達関係の悩みを抱えてはいませんか？　あるとすれば，それはどんな悩みですか？
（　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿　）
10　今の高校生活をひとことで言うと，
＿＿＿＿＿＿＿＿です．

＊これから先は事実についてお聞きします．該当する箇所に○をつけて下さい．できるだけ正確に答えて下さい．

11　この学校での成績はどの程度ですか？
（　上位　　中位　　下位　）
12　保健室をどの程度利用しますか？
（度々　　時々　　しない　）
13　学習塾（予備校を含む）に行っていますか？
（　はい　　いいえ　）
14　家庭での1日の勉強時間（塾を含めて）は平均して何時間ぐらいですか？　下の（　）に記入してください．
（　　）時間ぐらい

項　　目	はい		いいえ	
	4. 大体あてはまる	3. 少しあてはまる	2. あまりあてはまらない	1. ほとんどあてはまらない
15　自分は，勉強・運動・特技・性格等で友人から正しく評価されている．	4　3　2　1			

16 先生方はクラブ・授業・相談などで，よく生徒を指導していると思う．	4 3 2 1
17 自分なりの考えや意見を持っている．	4 3 2 1
18 私は自分のしたことをよく後悔する．	4 3 2 1
19 気持ちが滅入るようなことがあると，誰かに励ましてもらいたいと思う．	4 3 2 1
20 クラスの中に避けたいくらいの違和感・嫌悪感を感じる人がいる．	4 3 2 1
21 自分の個性や能力を伸ばすように努めている．	4 3 2 1
22 私は意見が違うとき，すぐに相手にゆずってしまう．	4 3 2 1
23 休み時間，手持ちぶさたで，一人でいることが多い．	4 3 2 1
24 自分の家族は，お互いをよく理解し合い満足している．	4 3 2 1
25 うれしいことがあると，つい人に話してしまう．	4 3 2 1
26 学校の勉強に，自分から進んで取り組んでいる．	4 3 2 1
27 私はどんなことでもあまり心配にならない方だ．	4 3 2 1
28 1人でできないことは，誰かの援助を求めたいと思う．	4 3 2 1
29 自分の本音や悩みを，話し合える友人がいる．	4 3 2 1
30 両親の考えと自分の考えの違いでストレスを感じることがある．	4 3 2 1
31 将来や仕事に対して目標を持っている．	4 3 2 1
32 先生は自分のことをかなり理解していると思う．	4 3 2 1
33 社会場面に左右されない芯の強さを持っている．	4 3 2 1
34 時々，学校を休みたくなることがある．	4 3 2 1
35 いつもまわりの目が気になって，不安や緊張を覚えることがある．	4 3 2 1
36 私はいつもベストを尽くしている．	4 3 2 1

37 自分自身の意見や生き方を持っている.	4 3 2 1
38 私は，友達から能力について十分評価されていないと思う.	4 3 2 1
39 家族にとって自分は大切な存在である.	4 3 2 1
40 困ったときには人の助けを求めたいと思う.	4 3 2 1
41 友人との付き合いは自分の成長にとって大切であるので大事にしている.	4 3 2 1
42 学校生活で充実感や満足感を覚え，本校の生徒であることに喜びを感じている.	4 3 2 1
43 自分が欲しいものは努力しても手に入れたい.	4 3 2 1
44 わからないことやできないことは，誰か人に教えてもらう方である.	4 3 2 1
45 私はコンプレックスが強い方だと思う.	4 3 2 1
46 精神的に頼れる確かな人を持ちたいと思う.	4 3 2 1
47 人生に目的を持っている.	4 3 2 1
48 高校の授業内容は思っていたより難しく成績が落ちたと感じている.	4 3 2 1
49 クラスやクラブの人に無視されたり，耐えられない悪ふざけをされたことがある.	4 3 2 1
50 悩み事があるとすぐ親しい人に打ち明ける.	4 3 2 1
51 精神的に頼りにしている人から見捨てられたら，とても悲しいと思う.	4 3 2 1
52 中学校時代に思っていたより，自分は能力がないと思う.	4 3 2 1
53 自分に自信を持っている.	4 3 2 1
54 自分のことは自分で決定することができると思う.	4 3 2 1
55 将来自分は，地元（三重や鈴鹿）で働き，貢献するつもりである.	4 3 2 1

Mental Health Activities in a High School：An Approach Using a Questionnaire for Mental Health Involving the Cooperation between a Psychiatrist and a School Nurse

Setsuko HAMAKITA

Mie Prefectural Kambe High School

［Methods］ A questionnaire survey that includes 55 items（peer relation, familial interaction, self−decision, social relation, self−esteem, and relations to a teacher）with free description, was carried out for all the students. Sum total scores were returned to the student. Students with scores in the lowest 5% of each category were classified as a high−risk group. From the information obtained from the survey, the psychopathology of each high−risk student was suspected with the cooperation between a psychiatrist and the school nurse.

［Result］ 1.The students seriously completed the self−assessment test. As the total scores were generally high, the overall mental health of the students was considered to be good. 2.To do the test by oneself was a form of inner exploratory activity, and some students felt that they obtained a better understanding of themselves. Among 1st, 2nd and 3rd year students, 55.3% , 51.4% and 38.4% wanted to know their scores relative to those of other students in the same year. 3. Half of the students in the high−risk group visited the school nurse by the end of the year. Teachers also visited the school nurse for consultation.

［Conclusion］ This approach promotes cooperation between teachers and nurses in the school as well as between psychiatrists and school nursing staff.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：Highschool student, Mental health, Inner exploratory activity, Cooperation＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

児童青年期の閾値下精神障害状態の意味

長尾　圭造
（長尾こころのクリニック）

【背景】精神障害の発症は多くの場合はっきりしない．このため，精神症状の出現があれば精神障害を疑う配慮が要る．【目的】学校でのメンタルヘルス状態の嵩上げを図ること．それが将来の精神障害の理解と防止に導くと思われる．【方法】A 県下 B 中学校での取り組みを例示する．最初に，子どもたちのメンタルヘルス状態は QU テストと Coopersmith の自尊感情テストにより検査する．その後，精神科医とクラス教師によって個々の子どもを評価する．その後，メンタルヘルスの視点から見た 1 年間のクラスの達成目標を計画する．そして教師は数ヵ月間，この問題に取り組む．再度，その年の途中で，子どもたちの状態を評価する．そして，新たに気になる生徒がいれば検討し，取り組みを修正して，再度取り組む活動である．【結果】1 年生 150 人のうち，50 人が担任が心配する何らかの問題を有していた．それを 5 領域に分けたところ，問題ありと判断した生徒は，不適応行動 11 名，学業 14 名，家庭問題 9 名，個人病理 24 名，性格特性 11 名であった．個人病理の内訳ではうつ病ないし抑うつが最も多く 7 人（4.7%）であった．6 ヵ月後ではこの 50 名のうち 22 名が問題ない群と判断された．この 22 名は 1 回目の検査では QU テスト，自尊感情テスト共に問題なし群より低かった．問題なし生徒 100 名のうち新たに 22 名が問題ありと判断された．新たに問題ありとされた生徒は，QU テスト，自尊感情テストが悪化した．【結論】精神科医と学校が連携することにより，担任が生徒をメンタルヘルスの視点から見ることができた．担任は，生徒の診断閾値以下の状態の意味を理解した．

＜索引用語：学校精神保健，閾値下精神障害，Coopersmith 自尊感情検査，QU テスト，学校と精神科医の連携＞

はじめに

文部科学省の報告によれば，学校現場では，不登校，いじめ（自殺を含む），暴力事件が多く発生しており，その傾向は，持続している．これは子どものメンタルヘルスの状態が，学校という教育の場でも，抑制されることなく，顕在化しているためと思われるが，その認識は十分とはいえない．A 県では県医師会が中心になり，この状態の防止活動に取り組んでいる．今回はその実際を紹介する．この活動では精神科医と教育とのネットワークが必要となるが，この活動を通じて，診断閾値以下の状態に対する理解が重要であることを報告する．

Ⅰ．目　　的

①学校において先生が児童生徒のあらゆる言動を，メンタルヘルスの視点から理解すること，②生徒が，自分の内面の世界に関心を持ち，人の存在をモノ的ではなく，精神的視点から考える習慣を持たせること，③生徒にクラス意識・仲間意識を持たせ，クラスの一員として存在している共存の思いを抱かせることである．

こういったことが，いずれ人の心の理解と精神障害の理解につながり，精神の病気を持つ人に対

する共感性や，彼らとの協調性を高める．これが精神障害に対するスティグマの軽減解消につながる．この活動の進め方は以下のとおりである．

Ⅱ．方　　法

はじめにこの活動のオリエンテーションを行う．次いで，精神科医とクラス担任とでクラスでの事例検討会を行う．その進め方を次に示す．

①年度始め（5〜6 月）に，クラス全員に QU テスト[10]（クラスにおける満足度や生活意欲の評価で，満足度に関してはクラスで自分の存在を認めてもらえていると思う承認得点と，いじめやいやがらせを受けている程度を示す非侵害得点で示される）と，Coopersmith の自尊感情検査[3,4]（Coopersmith Self-Esteem Inventory：SE テスト）を実施する．担任教師は家庭訪問や日常の生徒との会話や情報から本人の行動上の問題などを把握する．そして，「気になる生徒」をピックアップする．

②その後に，精神科医が学校を訪問し，担任をはじめ，学年全体の教師，養護教諭などと「気になる生徒」についての情報を基に，生徒の学校生活や内的な状態と問題点をチェックする．

③この話し合いを通じて，各個人がクラスという集団の中で，どのような立ち位置にあるのかを検討する．

④次いで，生徒全員の学校生活満足度を上げるためにクラスとしてどのような取り組みをすべきかをメンタルヘルス（精神的健康度）を嵩上げする視点から捉えていく．対応策に関しては，担任，養護教諭が個人的にかかわることと，健康度の高い児童生徒とのグループダイナミクスを工夫する方法がある．

⑤そして，その後，担任などが実際に取り組みを開始する．

⑥年度後半（11〜12 月）に，再度同じテストを行う．

⑦その結果と，生徒の変化も踏まえ，精神科医と担任らとで 2 回目の事例検討会を行う．

今回は，この活動に初めて取り組んだ学校における 1 年生の分析結果の一部[9]を報告する．なお，倫理面の配慮については，討論の際には個人名を伏せ席次番号と性別で検討した．また対応に関しては教育現場での教育的視点からの介入ができるコメントとした．倫理委員会には申請していない．

Ⅲ．分析手順

1．生徒の問題点の内容

A 県下のある B 中学校 1 年生全生徒 150 名（全 5 クラス）の得られた QU テスト，SE テストの結果とその他の情報から，生徒の問題点を，①学校での不適応行動，②学業不振，③家庭問題，④個人病理，⑤個人性格特性の 5 つに分類し，「問題あり」「やや問題あり」「問題なし」の 3 段階で評価した．

①学校での不適応行動：喧嘩や暴力行為，いたずら，他の生徒へのいじめ，クラスでの強い孤立感，登校不能，授業放棄，自己中心的な言動など．

②学業不振：知的障害ないしは知力低下による学力低下があるもの．

③家庭問題：家族の人間関係の希薄さ，子どもへのケアの低下ないし放棄，家族内の不調和な人間関係．具体的には義父母との関係，親の精神疾患など．

④個人病理：精神医学的な視点から ICD-10 に準拠した障害範疇を考えるならどれに最も近いかを検討した．うつ病エピソードないしは抑うつ反応を伴う適応障害，多動性障害，広汎性発達障害（PDD），心的外傷後ストレス障害（PTSD），素行障害，不安障害，解離障害，運動機能の特異的発達障害などがあるが，これらは診断閾値下のものも含まれている．QU テスト，SE テストの結果と担任の情報から得られた資料を基に個人病理の存在の有無を推量した．精神科医は直接面接をしていない．

⑤個人性格特性：不安が強い，強迫的，自己愛的，など元々のパーソナリティーが関与していると思われるもの．持続的で長期にわたるこれまでの言動や，小学校からの情報，家庭訪問，クラ

表1 「気になる生徒」が抱える問題

1回目

	学校での行動	学業	家庭	個人病理	性格特性
問題なし	23	35	33	24	29
やや問題あり	16	1	7	2	10
問題あり	11	14	10	24	11

2回目

	学校での行動	学業	家庭	個人病理	性格特性
問題なし	14	30	16	14	27
やや問題あり	22	2	13	4	13
問題あり	14	9	10	19	6

スメートの何気ない会話，クラブ仲間や顧問からの情報（たとえば過剰適応，狭い友達関係，強い依存的な親子関係や友達関係，躁的防衛，融通の利かなさなど）を基に推測した．

2．教師が生徒のメンタルヘルスの状態を把握できているか否かについての判定

教師が気になる生徒，すなわち「問題点あり」とすることが生徒のクラスでの居心地悪さや自尊感情の悪い状態を反映しているなら，生徒のQUテストとSEテストに反映されていると思われる．それを検証するため，1回目と2回目の2つのテスト結果を，4群（問題なし群，問題ありから問題なしになった群，問題なしから問題ありになった群，問題ありが持続する群）に分けて比較した．

3．担任教師のクラス取り組みの効果について

方法で述べた取り組みであるが，初年度の取り組みで担任による差が多様であった．5クラスのうち，2クラスの担任は個別観察や話しかけなどで生徒の様子を知ることに重点を置いた．他の3クラスは，人権学習を中心にした，少人数の班活動を中心に指導した，影響力の強い転入生に生徒が左右されたためにその対策を重視したクラスである．このため指導としての有効性評価は避けた．

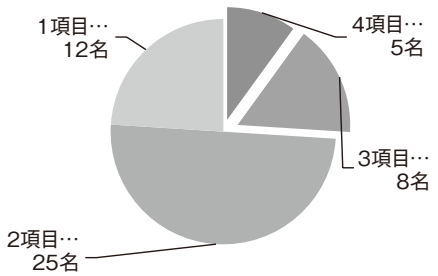


図　5項目中の重複のようす

Ⅳ．結　　果
――生徒の問題点の内容――

1回目の事例検討では150人のうち50人が教師にとって「気になる生徒」として検討されたが，それぞれの問題点は以下のようであった（重複回答あり）．

50人中，各項目の「問題あり」に該当したのは①不適応行動11名，②学業14名，③家庭問題10名，④個人病理24名，⑤性格特性11名であり，「やや問題あり」に該当したのは①不適応行動16名，②学業1名，③家庭問題7名，④個人病理2名，⑤性格特性10名であった（表1）．

5項目のなかで4項目の「問題あり」・「やや問題あり」を満たす多問題群は5名（うち4項目すべて「問題あり」が3名），3項目は8名，2項目は25名，1項目は12名であった（図）．平均すると1人あたり2項目が「問題あり」・「やや問題あり」となった．

表2　疑われる精神疾患（診断閾値下のものも含む）

ICD-10で疑われる疾患	人数	（%）
うつ病・抑うつを伴う適応障害	7	(4.7)
多動性障害	3	(2.0)
広汎性発達障害（PDD）	2	(1.3)
心的外傷後ストレス障害（PTSD）	2	(1.3)
素行障害	2	(1.3)
不安障害	2	(1.3)
解離障害	1	(0.7)
運動機能の特異的発達障害	1	(0.7)
不明	4	(2.7)

1学年150名中24名，%：1学年全体に占める割合

V．気になる生徒の問題点

次に，気になる生徒の各項目の「問題あり」事例の内容を検討した．①学校での不適応行動としては，けんか・いじめ7名，いじめられ2名，不登校3名，授業途中退室1名であった．また，②学業成績で「問題あり」とされた生徒14名については，学業以外の問題はないのは5名，知的な問題があるために不適応を生じている場合（嘘や依存的友達関係など）が3名，いじめ・いじめられや授業中の落ち着きのなさなど行動的な問題を合併している場合が6名であった．

③家庭問題としては，実の両親との不仲3名，義父母との不仲が2名，実の両親との依存的関係が1名，ネグレクトが疑われるものが2名，不明が2名であったが，加えてきょうだい間葛藤や経済的問題など，複合的なものが3例あった．

疑われる④個別精神病理としては，うつ病エピソードないしは抑うつを伴う適応障害が7名，多動性障害が3名などで全体の16%に見られた（表2）．

教師の報告から，中学入学当初やそれ以前から同じような言動が継続して認められている場合を⑤性格特性とした．親や友人との依存関係が4名，過剰適応のために躁的防衛をしているものが2名，その他自己愛的言動であったり，進路に対する不安が強いものなどがあった．

1．問題点の内容の変化

2回目の事例検討の結果，「問題あり」は50名となった．このうち1回目に問題ありであったが，問題なしとなった生徒は22名，1回目に問題なしとされたがその後問題ありとされた生徒が22名，問題ありが持続した生徒が28名となった．その内容を表1に示した．1回目とほぼ同じ内容であった．1回目，2回目ともに問題なしとされた生徒は150名中71名であったので，多くの子どもの側面が取り上げられ，問題点が検討されたといえる．

閾値下精神障害状態の視点からは，問題として取り上げた不適応行動，学業，家庭問題，個人病理，性格特性のいずれもが大事であるので，多くの生徒がこのような視点から関心を示されたことは，生徒の内面理解に大いに役に立ったのではないかと思われた．

2．生徒のメンタルヘルス状態の変化

1回目と2回目の2つのテスト結果を，4群（問題なし群71名，問題ありから問題なしになった改善群22名，問題なしから問題ありになった悪化群22名，問題ありが持続する問題持続群28名）に分けて比較した．その結果，問題なし群は2回目ではQU承認，QU被侵害，SEテスト共に低下する傾向にある．しかし改善群では1回目では問題なし群と比べ，QU承認，QU被侵害，SEテストのいずれも低いが，2回目では3テスト共に低下していない．悪化群では1回目では問題なし群とQUテストに関しては差がなかったがSEテストがやや低く，2回目でQU承認とQU被侵害が悪化している．問題持続群では1回目ではQU承認，QU被侵害，SEテスト共に最も低い．かつ1回目と2回目の変化がない（表3）．

このことから担任の問題ありの認識は，QU承認というクラスの中での認められている度合い，QU被侵害というクラスの中での侵害を受けている感じ，SEテストの自尊感情の状態を反映しているといえる．

表3　QU テスト（承認，被侵害），SE テストの各群間比較と，1，2回目比較（t テスト結果）

	N=	QU テスト 承認 1回目	G	2回目	T	QU テスト 被侵害 1回目	G	2回目	T	SE テスト 1回目	G	2回目	T
問題なし群	71	35.9		34.4*		17.1		18.7**		30		25.5**	
改善群	22	31.4*		31.4		23*		24.9		21.9*		24	
悪化群	22	34.2		28.7*		18.6		25.4*		23.9**		20.3	
問題持続群	28	27.1*		29.3		27*		28.2		18*		19.2	

*P＜0.05　**0.05＜P＜.1　G 列：問題なし群との差　T 列：1 回目と 2 回目の差

したがって，生徒をメンタルヘルスの視点から見る取り組みは，担任が十分にその認識を持ち，その視点を高めているといえそうである．

Ⅵ．考　　察

1．閾値下診断の意味について

教育現場で精神医学の視点を受け入れてもらうためには，臨床診断には至らない程度の臨床症状の意味の理解が重要なので，まずその点を考察する．

精神障害における閾値下診断の意味は，閾値下診断例であっても学校生活，家庭生活，友達関係などの対人関係，社会生活面で機能障害をきたしていること，および閾値下診断例は将来の診断基準を満たす可能性があることで，この20年間関心が払われている．

頻度の高いうつ病エピソードの場合，閾値下診断には，①気分変調症の精神症状にある．しかし持続期間の点で数ヵ月続くことの確認が困難な場合，②うつ症状は軽いが見られ，しかも不安もあるが強くはない．混合性不安抑うつ障害と思われるが自律神経症状（振顫，動悸，口渇，胃の激しい動きなど）が明確でない場合，③学校生活において「嫌な事を言われた，消しゴムを取られた，カバンを持たされた」といった嫌がらせエピソードはあるが，トラウマの条件であるほとんど誰にでも大きな苦悩を引き起こすようなストレスとは言えるほどの出来事とは言えない場合，診断基準からは心的外傷後ストレス障害とは言えない．しかし，嫌なことを繰り返し思い出す再想起，その友達に近づきたがらない回避症状があり，不安も認められるが状況により強くなる限定的な症状で，うつ状態はあっても軽い場合，などがある．しかも臨床的には学校生活への適応という面では登校不能となることや学業成績の低下，家庭内での適応という面ではきょうだい間のいじめや頻回の喧嘩があるといった機能障害を示す場合がある．

これまでの閾値下診断研究からは次のようなことが指摘されている．

小児科臨床においては，7〜11 歳の子どもの健康維持クリニック受診者連続 789 例では 22％が 2 つ以下の DSM-IV基準による精神障害を有しており，42％が DSM-IVの診断基準は満たさないがプライマリケア診断基準（DSM-PC）を満たしていた．これは精神科受診例 134 例では各々 65％，34％であった．小児科受診例の内，ほとんどの DSM-PC 診断例と DSM-IV診断例は崩壊性の行動障害と有意に関連していた．小児科受診例と言えども 5 人に 1 人は診断基準を満たす精神障害であるし，診断基準を満たさなくとも行動上の問題がある場合には早期の介入がいる[5]．

うつ病リスクに関しては，これまでにうつ病の既往のある 185 人の青年の母親と，既往のない 55 人の母親に，子どものこれまでの診断閾値以下の不安症状，外在化行動，物質使用といった一過性のうつ病関連併存障害の影響を 12 歳の調査時とその後6年間毎年の追跡調査を行った．その結果，外在化症状があればその後診断基準を満たすうつ病になる割合は 2 倍高い．母親がうつ病の既往がある場合はない場合と比べ 12 倍診断閾値以上の

うつ病になる割合が高く，11 倍診断閾値以上と以下の外在化症状になる割合が高く，4 倍診断閾値以上と以下の不安障害になる割合が高かった．このことから青年期の臨床上の症状は診断基準に達しなくとも男女別々に将来のリスクを配慮した介入が必要となるとしている[7]．

青年期の診断閾値以下のうつ病の予後を調べた研究では，診断閾値以上のうつ病と同じく予後が悪い[6]．そのリスク要因はうつ症状の重症度，身体症状や身体的状態，自殺念慮，不安障害，うつの遺伝負因の 5 つで，このうちの 3 つ以上があると 90％うつ病に至るとされている[11]．

382 人の 15 年間にわたる青年期うつ病の長期予後研究では，調査開始時の状態をうつ病なし群（155 例），うつ病長期持続群（91 例），うつ病エピソードのみ群（63 例），気分変調症（40 例），診断閾値以下の症状群（40 例）に分けた．予後はうつ病長期持続群と気分変調症が悪く，うつ病エピソードのみ群は中間で，うつ病なし群と診断閾値以下の症状群が最もよかった．青年期のうつ病長期持続型は成人期での予後予測が悪いので，早期介入が重要であるとしている[8]．

低経済階層にある 7〜17 歳の 273 人の家族クリニックに通院する両親に診断と治療歴を聞いたところ，うつ病が 9％，診断閾値以下のうつ病が 23％であった．最近の治療を受けている割合はそれぞれ 50％，31％であった．これらの両親は何らかのサポートを受けたいと思い，治療に障害となるものがあることを認め，子どもの問題を訴えている[17]．すなわち，閾値下診断例は臨床的には重要例である．

躁においても閾値下診断の問題があり，そのリスクが研究されている[1,2]．このため，診断閾値以下であっても臨床的配慮が必要となる．その他の障害においても同様な指摘ができる．

2．生徒の問題点に関する担任や養護教諭の対応について

生徒の問題点を精神医学的視点から捉えることができても，その対応には具体的方法論がいる．これまでの我々の経験では，教師に対しての精神医学的な知識中心の講義などではそのテーマに関しての知識は高まるが臨床的な対応には限界がある[14]．しかし問題点がわかり，その解決に向けて担任が根気よく取り組めば，生徒の問題点やクラスが抱える問題点（例えば男子生徒間の仲間関係の崩壊，グループ間の長年の対立）は半年程度で改善し，その後もその有効性を 2 年間にわたり維持することができた．その背景には担任が日常のクラス指導において，きめの細かい具体策（たとえば「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」では決められた挨拶の実行，パターン会話の実行，理想的人間像のイメージの共有，相手の意見を聞く態度，自分を見つめようとのテーマでのディスカッションへと順次進めた）を行った[15]．ところが対応に関しては，教師の経験年数による違いがあることから，対応法自体を研修する機会が必要である[16]．

今回の研究の限界としては，担任の指導に関しては方法で指摘したように，定式化されていない．このために生徒の各群の変化が担任の指導によるとは言い難い．今後の課題としては生徒の問題ごとの対応策に関する教師同士，教師と精神科医との検討会を持ち，経験を積み重ねる必要がある．その意味では，生徒理解と生徒の持つ問題点理解の段階から，次の段階の対応を検討すべき第 2 段階に進む過程であるともいえる．今後の経験の積み重ねが必要である．

ところで，このような担任教師と精神科医との取り組みは，生徒に対する各種のアンケート調査が前提なので，生徒は色々な問題を読み，答えることになる．このアンケートに答えるという行為自体が生徒自身にとって自己の内面を知る機会となるようで，これ自体がメンタルヘルス活動になっていることが，これまでの経験で知られている[12,13]．したがって取り組みの評価をどのように行うかは多角的な視点が必要と思われる．

ま と め

診断基準を満たしていなくとも臨床的配慮は必要となる．診断閾値以下の精神状態に対しても配慮を行うことが，精神障害の理解を助け，精神障害に対するスティグマ防止につながる．これを学校で教師と連携して実行した．

文　献

1）Biederman, J., Petty, C. R., Byrne, D., et al.: Risk for switch from unipolar to bipolar disorder in youth with ADHD：a long term prospective controlled study. J Affect Disord, 119；16-21, 2009

2）Birmaher, B., Axelson, D., Goldstein, B., et al.: Psychiatric disorders in preschool offspring of parents with bipolar disorder：the Pittsburgh Bipolar Offspring Study（BIOS）. Am J Psychiatry, 167；321-330, 2010

3）Coopersmith, S.: Self-esteem and need achievement as determination of selective recall and reception. Journal of Abnormal and Social Psychology, 60；310-317, 1960

4）遠藤辰雄，井上祥治，蘭　千壽編：セルフエスティームの心理学 自己価値の探究．ナカニシヤ出版，京都，p.269-270，2001

5）Costello, E. J., Shugart, M. A.: Above and below the threshold：severity of psychiatric symptoms and functional impairment in a pediatric sample. Pediatrics, 90；359-368, 1992

6）Fergusson, D. M., Horwood, L. J., Ridder, E. M., et al.: Subthreshold depression in adolescence in mental health outcomes in adulthood. Arch Gen Psychiatry, 62；66-72, 2005

7）Gallerani, C. M., Garber, J., Martin, N. C.: The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. J Child Psychol Psychiatry, 51；242-249, 2010

8）Jonsson, U., Bohman, H., von Knorring, L., et al：Mental health outcome of long-term and episodic adolescent depression：15-year follow-up of a community sample. J Affect Disord, 130；395-404，2011

9）柿元真知，長尾圭造，加藤正彦：教師が気になる生徒のメンタルヘルス対応．第42回全国学校保健学校医大会第3分科会「からだ・こころ（3）」．p.4-9，2011

10）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

11）Klein, D. N., Shankman, S. A., Lewinsohn, P. M., et al.: Subthreshold depressive disorder in adolescents：predictors of escalation to full-syndrome depressive disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 48；703-710, 2009

12）長尾圭造，加藤正彦：学校におけるメンタルヘルス推進活動の医師会による支援事業．第37回全国学校保健・学校医大会，p.159-167，2006

13）長尾圭造，前田明彦，浜北拙子ほか：高校生のメンタルヘルス―医師会と保健室による全生徒の詳細把握とそのフォロー．第38回全国学校保健・学校医大会，p.178-187，2007

14）長尾圭造，加藤正彦：特別支援教育における児童精神科医（ADHD 専門家）の講演の有効性について．第39回全国学校保健・学校医大会，報告集，p.125-133，新潟，2008

15）長尾圭造，加藤正彦，佐藤敏史ほか：小学校時代に仲間関係が崩壊した学年（男児）の中学校での人間関係の再構築．第40回全国学校保健・学校医大会，p.201-206，広島，2009

16）長尾圭造，加藤正彦：学校におけるメンタルヘルスのかさ上げ活動に対する教師の意識調査．第41回学校保健大会，報告集，p.194-199，2010

17）Vidair, H. B., Boccia, A. S., Johnson, J. G., et al.: Depressed parents'treatment needs and children's problems in an urban family medicine practice. Psychiatr Serv, 62；317-321, 2011

Implications of the Sub-threshold Mental State in Children and Adolescents

Keizo NAGAO

Nagao Mental Health Clinic

［Background］ The onset of mental disorder is often insidious, and if the symptoms develop, psychiatric disorder should be suspected.

［Aim］ To promote mental health in school life. Education should lead to an understanding and help prevent future mental disorder.

［Method］ One example of a junior high school in A Prefecture is shown. First, the mental health state of a student is examined using the QU test and Coopersmith self-esteem and evaluated by psychiatrists and class teachers. Then, the performance goal from a mental health viewpoint of the class for the year is designed, and the teacher tackles this for several months and examines take the tests again.

［Results］ Fifty of 150 first graders were suspected of having a problem. These were divided into five domains：11 showed maladjustment behavior in school, 14 showed a poor academic performance, 9 had family problems, 24 were psychopathological, and 11 had character traits. Of those with individual psychopathology, depression or a depressive state was the most common, involving seven (4.7%). Six months later, 22 of these 50 persons were judged to be in recovery. At the 1st inspection, the QU and self-respect tests of these 22 students yielded scores lower than in the non-problem group. Twenty-two persons were newly judged to have problems among 100 non-problem pupils. Their scores for the QU and self-esteem tests were lower than the previous ones.

［Conclusion］ When a school cooperated with a psychiatrist, the teacher was able to understand students well from the viewpoint of mental health. Teachers can understood the implications of the sub-threshold state of psychiatric disorders.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：school mental health, Sub-threshold mental state, coopersmith self-esteem inventory, QU test, cooperation between school and psychiatrist＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

少年問題の背景にあるもの
――相談活動から見えてくる課題――

秋田　由美子
（三重県津市立橋北中学校・元三重県警少年サポートセンター）

【背景】子どもたちの養育，非行問題などに対して，教育と警察の連携が必要であるとのことから，三重県では人事交流がなされ，教育現場から警察業務への異動により，津警察署中勢少年サポートセンター業務を体験した．【目的】相談業務の内容を明らかにし，その背景を考察する．【方法】相談は少年自身からと保護者によるものとに分けた．相談方法は電話，面接，メールなどによる直接的な聞き取り方法である．相談では，少年の生活環境や生活実態を把握し，少年のキーパーソンになり得る人を見つけ，その関係性を明らかにする．【結果】平成 22 年度は年間 1,139 件の相談件数を非行問題，学校問題，家族問題，交遊関係，健康問題，犯罪被害，家出，無断外泊などに分類したところ，それぞれ，139 件，161 件，191 件，119 件，6 件，135 件，151 件，11 件となった．これらの背景としては，子ども自身の側の要因としては，生育歴上，基本的な社会生活が身についていない場合，複雑な家庭背景がある場合，一貫性のない養育に曝されている場合，先天的な知的，発達障害のある場合があった．保護者自身の要因としては，少年の問題行動に翻弄されて疲労しきっている場合，保護者自身に精神的あるいは内科的な疾患がある場合，保護者に知的な障害などがあり感情的な対応で事態を悪化させている場合，親と子どもとの良好な関係が形成されていない場合などが見受けられた．概して，相談者の多くは，身近に相談する相手がなく，親戚や地域からも孤立していた．【結論】1 つの機関では改善できない重複的な課題を持った少年や家族があり，教育と警察以外にも，医療，福祉などほかの分野の連携がさらに必要と思われた．

＜索引用語：少年非行，警察の少年サポートセンター，24 時間相談，多機関連携＞

はじめに

全国の警察には，少年サポートセンターが設置され運営されている．その背景には，全国的に少年非行の深刻化，特に低年齢化の傾向や短絡的な動機から重大な犯罪を敢行するケースが目立っていたことにある．三重県においても平成 11 年に，少年を非行に走らせないために，街頭補導活動や少年相談の対応機能を強化し，不良行為少年および犯罪などの被害少年ならびにその家庭に対する適切な助言，指導，心のケアなどの支援活動を行い，少年が抱える問題に対応していく重要性を認めサポートセンターを設置した．しかしながら，思春期の難しい時期の少年を警察だけで対応していくのではなく，教育と連携して少年の育成にかかわることと位置づけ，教育と警察との間で人事交流が始まった．

非行には時代変化が見られる．戦後非行の第一ピークは，戦後の社会的混乱期で混乱と飢えを背景とした，生きるための非行だった．第二のピークは，高度経済成長に伴い，物が溢れ，罪の意識もなく万引きや自転車盗などの遊び型非行と暴走族，校内暴力やいじめや非行に走った時代であった．荒れる，反抗，群がる，ぱしりといったいじめが横行した．しかしながら，目に見える外に向

かっていた非行は，徐々に内面的な要素のある事件へと変化していく．第三のピークは，1980 年代で，1988 年に，東京で中学生の少年が起こした家庭内金属バット殺人事件があった．犯罪を犯した非行少年が普段どんな子どもであったかを示す言葉として，「フツウの少年」という言葉が使われ始めた．1997 年には神戸の中学生による酒鬼薔薇聖斗事件，1998 年には栃木県の中学生による女性教師を校内でバタフライナイフで刺殺する事件などが続いた．2000 年に入り，愛知県で 17 歳の高校生が人殺しを経験したかったと人を殺し，そのすぐあと，佐賀のバスジャック事件，岡山県では金属バットによる母親撲殺事件など，17 歳の少年による凶悪な事件が立て続けに発生している．加害者である少年は，世間からは「フツウの子」が突然犯した事件として驚かれ，「むかつく，キレる」現象が世間を賑わせた頃でもあった．学校では，学級崩壊が問題に上がった頃でもある．こうした計り知れない少年の心性に警察と教育，医療が連携してあたる必要がある．社会変動と共に，少年たちの家庭・生活環境は大きく変わり，それに伴い，非行の実態も変化を遂げている．

サポートセンターの役割にはいくつかあり，街頭補導をはじめ，青少年が立ち入ってはならない店舗への立ち入り調査や指導，非行少年の立ち直り支援のための継続的な助言や指導，少年や保護者，学校などからの電話や面接による相談活動，非行防止教室や誘拐防止教室などの啓発講座，犯罪被害少年のケアや支援・保護にかかわる業務を実施している．今回は少年サポートセンターでの相談事例からその内容と，今後のあり方を報告する．

Ⅰ．方　　法

少年サポートセンターでは 24 時間受付の相談活動がなされている．今回は，連携業務を除く相談事例を取り上げた．相談は少年自身からと保護者によるものとに分けた．相談方法は電話，面接，メールなどによる直接的な聞き取り方法である．深夜のパトロール中に補導された少年の家庭へ連絡をした際に受けた相談も含めた．数え方は電話では匿名希望も多く，同定不能なため，1 相談当たりの主要項目を 1 つとして数えた．相談では，少年の生活環境や生活実態を把握し，少年のキーパーソンになり得る人を見つけ，その関係性を明らかにするようにしている（ほかに「少年相談 110 番」というフリーダイアル相談もあるが省いている）．

倫理的配慮に関しては，今回の報告に関する倫理委員会の承認は受けていないが，資料は平成 22 年度に三重県警察本部から報告したもの[3]に限っている．

Ⅱ．結　　果

少年相談に関する件数の推移は表 1 に示したが，平成 17 年度からの 6 年間ではおよそ年間平均延 1,280 件になる．このうち少年自身から寄せられたものは 234 件の 18％であった．少年の年齢分布は表 2 に示したが，主に中学生，高校生，無職，有職少年であった．残りは保護者からによる．相談方法に関しては，電話相談（含メール）と直接面接に分けたが，電話相談の方が約 720 件（56％）と多かった．

相談内容の内訳を非行問題，学校問題，家庭問題，交遊関係，健康問題，犯罪被害，家出，無断外泊，その他に分けて分類したところ，表 3 の結果が得られた．非行問題では万引き，盗み・横領（オートバイ・自転車・自動車盗，車上狙い，自販機狙いなど）が多く，この場合，本人からの相談ではなく保護者からになる．親のお金を盗んだ場合，はっきりしない場合などの場合はその他の項目に入れた．交通非行は無免許運転である．学校問題ではいじめ，教師との問題，不登校などが多く，本人からの相談もある．いじめでは傷害事件や暴行事件となった例があった．家庭問題では家庭内での不和や家庭内暴力が多い．虐待や虐待不安の相談もある．交遊関係では友達とのいざこざ問題，携帯電話などで知り合った異性との交遊問題が多い．はっきりした問題点がわかり難いものも多かった．犯罪被害では成人からの性的誘惑

表1　相談件数の推移

	年度	平成17	18	19	20	21	22
相談者別	少年	293	238	287	191	231	164
	保護者等	1,132	1,075	947	953	1,179	975
形態別	電話相談	779	755	716	592	900	569
	面接相談	646	558	518	552	510	570
	総件数	1,425	1,313	1,234	1,144	1,410	1,139

表2　相談者別状況

		全相談件数	うち女性	うち電話相談	うち女性
少年自身	未就学児	0	0	0	0
	小学生	4	4	2	2
	中学生	34	22	17	13
	高校生	89	51	43	22
	大学生	4	1	1	0
	その他の学生	0	0	0	0
	有職少年	15	9	5	4
	無職少年	17	10	9	6
	不詳	1	1	1	1
	小計	164	98	78	48
	保護者等	975	559	491	322
	総数	1,139	657	569	370

電話相談はメールを含む.

(声掛け事案，不審者情報，出会い系サイトを含む)，児童買春や児童ポルノの性的被害に遭う事件もある．対応としては情報がわかれば，地域，学校，保護者に情報が発信され，登下校時に注意している．家出，無断外泊は深夜パトロールで補導した少年の家庭に連絡した際の相談が多い．

これらのうち非行問題に関しては，事件，問題行動など症状の重い非行が続く場合，家族が対応に振り回され，ついには疲れ切って家族全員が病んでいることがある．1つの歯車が狂い出すと他のことにまで支障が出てきて悪循環に陥っていることもある．また，親が困っていろいろの機関に慰めや自分に都合のよい回答を求めて次々と相談をしていることがある．養育上の問題としては，非行になる子どもは，生まれたときから育てにくく逸脱行動も多いため，いつも叱られ体罰を与えられるが，なお逸脱行為を繰り返し学習するということがない．一方，親が世間体，体裁を気にするあまり，子どもが家庭の中で，居場所をなくす例もある．子どもに対しては過干渉，過剰期待がある反面，無関心，虐待など親の指導力や子どもの行動に対する親としての責任が薄い．子どもとの密着度が強く親になりきれていない，傷つくのが怖くて子どもに遠慮している，親としての自信が持てない，親自身が将来への夢が描けない，子どもへの期待感から重圧をかけ，子どもとの分離ができないなどの親の人格発達に課題を抱えていることもある．また，家庭内での父親の存在の希薄さ，父親と母親で教育方針や子育ての考え方が一致していないこともある．怒鳴りはするが，子

表 3　相談内容別受理状況

内容		計	内電話相談	少年自身	内電話相談	保護者等	内電話相談
非行関係	窃盗	27	10	1	0	26	10
	薬物乱用	3	0	0	0	3	0
	交通非行	11	4	0	0	11	4
	暴力行為	7	0	0	0	7	0
	性の逸脱行為	2	1	0	0	2	1
	その他	89	50	1	1	88	49
	小計	139	65	2	1	137	64
学校問題	校内暴力	5	1	1	1	4	0
	進路・進学	7	5	4	2	3	3
	不登校	19	6	1	0	18	6
	いじめ	48	21	6	0	42	21
	対教師問題	27	12	3	1	24	11
	その他	55	21	2	0	53	21
	小計	161	66	17	4	144	62
家庭関係	家庭内暴力	44	21	2	0	42	21
	家庭不和	31	23	1	1	30	22
	しつけ	13	6	1	0	12	6
	児童虐待	26	11	1	0	25	11
	その他	77	38	6	2	71	36
	小計	191	99	11	3	180	96
交遊関係	異性交遊	30	19	8	5	22	14
	対人関係	71	44	20	13	51	31
	その他	18	8	2	2	16	6
	小計	119	71	30	20	89	51
健康問題	精神関係	4	1	0	0	4	1
	身体関係	2	2	0	0	2	2
	小計	6	3	0	0	6	3
	犯罪被害	135	72	55	21	80	51
	暴力団関係	1	0	1	0	0	0
	暴走族関係	7	4	2	1	5	3
	仕事関係	7	7	1	1	6	6
	家出関係	151	23	1	0	150	23
	無断外泊	11	10	0	0	11	10
	自殺関連	3	1	0	0	3	1
	その他	208	148	44	27	164	121
	合計	1,139	569	164	78	975	491

どもに面と向かって話ができず，悶々としている親がいる．子どもの側の問題としては，生育環境面の問題で物事の善悪や生き方など当然身につけるべき社会性や倫理観が培われないまま育ってしまった少年もおり，育ち直しの必要な子どもへの支援が必要である．一方で，少年の非行状況や理解度の面から知的・発達障害などが疑われ，他機関の支援が必要な少年の相談もある．

学校問題に関しては，学校と親との間に行き違いがあって，それぞれに言い分があるが，信頼しあっていないため，肝心の問題の改善に一歩踏み込めないことがある．

家庭問題については，複雑で不安定な家庭の増加が背景にあり，複雑な家族構成，離婚家庭，夫婦仲の悪さ，嫁姑の義理関係，地域からの孤立，親戚との疎遠，事情による祖父母との生活，施設生活に関することなど多岐に及ぶ．家庭や親の複雑な問題に，子どもが振り回されている例も多い．子どもは家庭の中に温かいふれ合いや何でもない会話を求めているのだが，会話がほとんどなく，安心できる居場所が見つからない．あるいは子どもの話からは，親の期待を背負って，勉強・スポーツに頑張ってきたよい子が，疲れてきたとき思い通りに行動できなくなり，親からの非難と怒りが日常的になり，追い詰められ家庭での居場所を失っていくこともある．全人格を否定され，自信をなくし，自暴自棄になって，家庭内暴力や非行へと走る例がある．深夜徘徊，無断外泊，家出などにより，遊ぶことで現実を逃避している．特に女子の場合は，母親との関係修復が難しくなり，異性との関係を深め，妊娠の問題も懸念される．このような家庭環境問題とは別に，親を見れば，親のメンタルヘルス問題や発達障害などによって，少年の非行に対しての対応に課題があるのみならず，生活習慣の問題や毎日の衣食住が満たされていないネグレクトが疑われる場合もみられる．また，経済的な理由で，生活するのが精一杯で，ネグレクトになるか，子どもが不登校に陥っていても関心が及ばない．中には，保護者自身の障害や疾患によって，家事や育児の支援が必要なケースもみられ，市の福祉との連携が不可欠となることもある．親の相談から少年だけの支援ではなく，少年を取り巻く親や家庭への支援が必要である場面もみられる．

交遊問題では，就職や高校進学後，離職や中退で生活状態が変化した少年は，学校という歯止めがなくなる．悪い仲間や異性との交流が始まり，働くこともせず家を空けることが多くなり，犯罪にかかわることが懸念される．高校中退などの学校という枠から外れ，どこにも所属せず，やりたいことも見つからない無職少年への人的支援と就労支援も必要である．いずれの項目もその他が多くなっているが，電話では単なる要望や，相談内容のテーマがはっきりしない内容の場合はこの項目に入れた．

また，相談については，単発的なものと継続的に支援が必要なものに分かれる．継続の場合は，電話のみならず，学校との連携や家庭訪問を実施する．事例の中には，関係者会議を持って精神医療につなぎ，入院に至ったケースも数件あった．

Ⅲ．考　　察

1．相談者の背景

相談者には，即効的な解決と警察という権力で解決を図ろうとする短絡的な考えがある．原因を探り，ねじれた親子関係を戻したり，育ち直しを図ることまでには考えが及ばない．今の苦しみから逃れたいという思いが強い．一方，今まで一人で問題を抱え込んでいた家庭では，第三者に話すことで少年の悪い面だけを見て感情的になっていた状況から，徐々に少年との距離を置いて客観的に冷静に少年をみることができるようになる．相談ではなく，補導された少年を見ると，規範意識の乏しさが親子共々にあり，少年だけの問題では済まされず，生育歴や家庭の問題を丸ごと配慮しなければならない．

2．サポート相談連携の在り方

このような背景を考えると，警察の少年サポート相談は，非行，犯罪の窓口相談のみならず，問題ごとに多機関との連携が必要となる場合が多

い．連携の在り方としては，警察が主体になっている「三重若樫少年サポートネットワーク」という組織がある．これには県下の少年鑑別所，保護観察所，少年院，児童相談センターはじめ県関連福祉，医療，保健機関，教育委員会，学校関係11団体，少年指導員，警察協力員などのボランティア２団体が含まれており，少年の多様な課題に対応すべく，必要に応じて専門性を生かした連携をとりあうこととしている．年１回は一堂に会する機会がある．別に，中高生の事案が多いため多くの学校を拠点に少年にかかわる関係者会議を必要に応じて開催し，少年の進路の問題，保護者への支援をも含めた話し合いがなされている．しかしこれだけでは不十分と思われる．例えば，特に医療に関しては，拘留されている少年では50％から100％に精神障害があるとされている[1)]．そうすると，相談事例でもその可能性が高いが，十分な対応に至らないことも多い．今後これまで以上に医療との連携を考える必要がある．

連携の技法には色々な方法がある．積極的訪問，ケースマネージメント技法，ラップアラウンドモデル，マルチシステミック技法などとされる[2)]が，それぞれに特徴がある．我々はこれまでのところ，教育機関，医療機関，福祉機関との連携はとることはあったが，系統的な連携とはなりえていない．今後は相談事例ごとの連携の在り方とその技法を考えていきたい．

おわりに

少年サポートセンターの課題としては，これまでの実態に合わせ，当センターの相談員においても，多様な相談に対応できるように，カウンセリングの資格，発達障害や様々な課題に関する知識と対応について研鑽する必要があり，子どもの心理を知るために，児童精神科医の講演や文献によって，スキルアップを図っているところである．

文　献

1）Bailey, S., Scott S.: Juvenile delinquency. In Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5th Ed (Rutter M., Bishop D. V. M., et al. ed). Blackwell Publishing, Oxford, p.1106-1125, 2008

2）Green, J., Worrall-Davies, A.: Provision of Intensive Treatment : In-patient Units, Day Units, and Intensive Outreach. Rutter's Child and Adolescent Psychiatry. 5th Ed (Rutter M., Bishop D. V. M., et al. ed). Blackwell Publishing, Oxford, p.1126-1142, 2008

3）平成22年度中三重の少年非行．三重県警察本部生活安全部少年課，津，2011

Juvenile Delinquency from the Viewpoint of Police Consultation

Yumiko Akita

Tsu Municipal Kyouhoku Junior High School, ex-Mie Prefectual Police Juvenile Support Center

［Background］ To improve parenting of children and juvenile delinquency, it is necessary to promote cooperation between education and the police. Regular personnel exchanges were performed, and I experienced juvenile support center consultation with the Tsu Police involving schools in Mie Prefecture.

［Purpose］ The contents of consultation are clarified and the background is described.

[Method] Consultation was carried out with youngsters and guardians. Consultation was performed by telephone, interview, and mail. The aim of consultation was to clarify the life environment and actual condition of juvenile delinquency, and to identify key persons. This clarified the context of delinquency.

［Results］ All of the 1,139 consultations of delinquency were classified into：school problems, family matters, relationships, health issues, criminal victims, running away from home, unapproved staying out, and others, involving 139, 161, 191, 119, 5, 135, 151, and 11 cases, respectively. In the background, fundamental social life skills cannot be studied in the developmental history, and complicated family problems, exposure to inconsistent bringing-up, and intellectual and developmental disorders were suspected as the juvenile's own factors. As guardians, some are fatigued by a child's difficult behavior and others have mental problem or an internal medical disease, or intellectual disability which adversely affect parenting due to poor emotional correspondence. In some cases, a good relation between the child and parents had not developed. Generally, clients do not have person to consult with, and they are isolated also from relatives or people in the area.

［Conclusion］ There are the youngsters and the families having intricate problems which cannot be solved by one organization. The further cooperation with education and police as well as other domains-psychiatry and education is necessary.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：juvenile delinquency, juvenile support center in police, 24 hours counseling, multi-agency cooperation＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

教育における精神保健活動の意味と方向性

高橋 清久
（公益財団法人精神神経科学振興財団）

精神保健に関する教育は極めて重要なものである．教育によって学生の精神機能の問題に気付かせ，援助を求めやすくする．また，精神障害をもった人を支援するアンチスティグマ活動を促進させる．精神障害に関する適切な知識は誤解や偏見を少なくする．現在，文部科学省の監督のもとに作られる教科書には精神障害についての記載はないが，1975 年以前には記載されていた．1965 年までは中学校の教科書には精神分裂病（現在：統合失調症）は遺伝する病気であり，人と会話することが不可能だと記載されていた．1965 年以降，薬物療法の導入により，この疾患は遺伝的な要素よりも社会的な影響をうけるものであり，社会復帰の重要性が強調されるようになったという記述に変化した．しかし，1975 年以降はカリキュラムには精神障害は含まれなくなった．しかし，精神疾患に関する学生教育を行おうとする活動は今始まろうとしている．このような活動によって将来学校で正しい精神疾患の教育が行われるようになることが望まれる．

＜索引用語：精神保健，精神障害，学校教育，アンチスティグマ＞

はじめに

本シンポジウムはアンチスティグマ研究会の提案によるもので，精神障害に対して社会の正しい理解を得て，誤解や偏見を正していくためには学校教育に重要な鍵があると思われる，という考えに基づいている．誤解・偏見の解消への戦略として，精神障害の適切な予防，早期発見・早期治療を含めて精神障害の適切な医療とケア，精神障害者との接触体験の増加，精神障害を対象とする学校教育，マスコミの適切な報道などが挙げられる．

平成 21 年に発表された今後の精神保健福祉の在り方検討委員会の報告書にも，精神障害とりわけ統合失調症に対する正しい理解を推進する重要な方策として，①接触体験の増加，②学校教育，③マスコミの報道，の 3 点が挙げられている．現在，精神保健・福祉に関する国の重要政策として社会的入院患者さんの地域移行，地域定着が挙げられているが，これによって精神障害者の自立や社会参加が進めば，国民の精神障害者に対する接触体験も増すことになり，誤解・偏見の是正に役立つ．また，学校教育の中で精神障害を教えることになれば，まだ誤解偏見の少ない学童・生徒に精神障害についての正しい知識を伝えることが可能となり，社会の理解が進むことになる．

本稿ではこの精神障害への誤解・偏見の課題と学校教育との関連に焦点を当てて論じてみたい．

Ⅰ．学校教育における精神保健教育の意義

学校において精神保健に関する教育を行うことの意義は極めて大きいものがある．身体生理機能とその発育，思春期における身体的変化，ストレスの生理機能へ及ぼす影響などを教えることは生徒・学生の心身の健常な発達を促すうえで重要である．精神障害に関する教育も精神障害というものがあることを含めて正しく理解し，自らの精神障害の発生予防を知り，また精神障害の発症を事

表1　成人精神疾患患者の児童思春期の状況

26歳時	何らかの精神科的診断に	
	11〜15歳に該当	11〜18歳に該当
全精神障害	50.0%	73.9%
不安障害	54.5%	76.6%
うつ病性障害	52.3%	75.3%
摂食障害	64.0%	84.0%
物質使用障害	52.6%	75.8%
統合失調症	52.8%	88.9%

（文献2）を筆者が改変）

前に気づくという点から意味深いものがある．このことは精神障害の早期発見・早期治療につながるものである．また，精神障害者に対する理解も進み，誤解や偏見が生まれることに対しても阻止効果が期待できる．

Ⅱ．早期発見・早期治療の重要性

多くの研究により統合失調症の経過について重要な知見が得られている．その萌芽はすでに10代初期にみられ，いわゆる精神病様体験を経験するものはかなりの割合にのぼり，その中から将来精神障害に至るものがみられる．西田らの報告では10代において精神病様体験を持つ者の割合は15.2%という[1,6]また，25歳の時点で何らかの精神障害を呈する者のうち，10代で精神病様体験をした者の割合も極めて高い．すなわち，成人期以降に何らかの精神疾患に罹患している者のうち約50%はすでに10代前半までに何らかの精神科的診断に該当し，約75%はすでに10代後半までに何らかの精神科的診断に該当しているという結果が得られている（表1）[2]．

統合失調症の経過では精神病様体験がみられるアットリスク精神状態（ARMS）が数年続いた後に統合失調症が発症する．この時期が前駆期でありこの時点で適切な相談・指導が行われることが望ましい．また不幸にして発病しても臨界期内であれば治療に反応しやすい．それを過ぎると難治化するという．このようなことを学生や教師が理解すれば，早期発見・早期治療が可能になる[4,6]．

Ⅲ．過去における学校教育

現在，疾病に関する記述が教科書には記載されていない．これは省庁間の役割分担に関する事柄であり，疾病に関する事項は厚生労働省の守備範囲であり，教科書は文部科学省のそれであるためだという．しかし，歴史を遡ると，精神疾患が教科書に記載されていた時期がある[5,7]．

講談社版（昭和25，27，30，31年検定）の中学校「保健」の教科書の記述をみると，「精神分裂症：20才前後に多く起る．はじめはむとんじゃく・無気力・ぶしょうになる程度であるが，後には考えがまとまらなくなり狂人となる」(講談社，昭和25，27，30，31年検定）とある．また，昭和46年版では「精神分裂病　この病気は青年期におこることが多いが，自分は病人であるという自覚がない．この病気にかかると，考え方や感じ方が現実に合わなくなり，人との交際をしないで自分だけの世界に閉じこもる．そしてついに正常な感情や意志のはたらきがうしなわれて廃人のようになる」とあり，昭和49年版でも「この病気は，精神病のなかでもっとも多く，とくに青年期に発病することが多い．この病気にかかると，考え方や感じ方が現実に合わなくなり，人との交際をしないで自分だけの世界に閉じこもる傾向がある」と同様な記述がなされている．

しかし，昭和52年の学研書籍では，時代の流れを反映して，「精神病のなかで最も多いのは，精神分裂病とそううつ病である．これらの病名は，いろいろな症状群の総称として用いられており，原因は不明である．その発病には，社会的要因が関与しているといわれる．精神病は，遺伝する不治の病気である，あるいは，危険であるから隔離しなければならないといわれることがあるが，これらの考え方は誤りである．最近の医療の進歩により，早期発見・早期治療によって，その多くがなおり，社会復帰している．また，医療の立場からは，できるだけ患者を隔離せず，社会生活を営むなかで治療することが望ましいとされている．し

かし，社会の一部には，いぜんとして精神病に対する偏見があるうえ，開放施設等による医療体制が不十分であり，これが，社会復帰や医療の障害となっている」とかなり前進した記述に変わっている．その後は精神疾患についての記載はなくなっている．

すなわち，戦後から昭和40年代の間は，理解しがたい病気であるという考え方が中心となり，遺伝的要素が大きく，優生手術を考える必要があるとまで記載されている．しかし，昭和50年代以降は，薬物治療の可能性がではじめたことをうけ，社会復帰も視野に入ってきたことから，遺伝よりも環境の関与が大きいことが強調され，社会的な対応が必要であるといった記述に変化している．

ところが，昭和53年（1980）以降は，先述の省庁間役割分担のためか，学習指導では心身の発達に関する話題が中心となり，ストレスの影響などは論じられているが，「こころの病気」に関する事項は削除されている．

Ⅳ．現在の精神障害に関する学校教育

そのような中にあって，学校教育で精神疾患とりわけ統合失調症を取り上げようとする動きは広がりを見せている．正式にカリキュラムで取り上げられない現状の中で，さまざまな工夫がなされている．教育委員会で承認を得るアプローチや，教育委員会の壁を乗り越えるために，個別の意識の高い教育関係者を突破口にしている方法もある．道徳の時間といった，教材の選択が比較的自由な時間に教えるといった方法が最も多く行われているようである．

その例を挙げると，NPO教育研究会，アンチスティグマ研究会，NPO全国精神保健福祉連合会が共同で教材を開発し，「こころの病気を学ぶ授業」として中学校，高校で学校の教師が，精神疾患に関する授業をするためにパワーポイントやインタビュー映像をパッケージ化したものを希望者に無償で提供している．その制作にあたっては教育関係者，専門医，患者，家族が協力している．これまでの提供数は1,100を超えており．教師の理解に役立てているものが多く，実際に授業に用いたものは約15%であるという[3]．

一方，学校メンタルヘルスリテラシー教育研究会NPO法人地域精神保健福祉連絡機構（コンボ）では，思春期の中学生，およびその保護者，教員を対象に，「メンタルヘルス・リテラシー（Mental Health Literacy：MHL）」を向上させるための早期介入統合MHL教育プログラムモデルとそのツールキットを開発している．開発したプログラムの効果を，精神保健福祉サービスおよび精神障害に対する受容度の向上，援助希求行動の改善の観点から明らかにしようとする試みである[8]．中学生を対象として3年間フォローアップを行う．プログラムには「生徒プログラム」「教員プロフラム」「保護者プログラム」とがあり，生徒・保護者・学校教職員からの相談を受け入れられるコンサルテーション体制の整備もする．その結果，介入群では相談をする生徒が有意に高いという結果を得ている（図1）[7]．

む　す　び

精神保健，特に精神疾患に関する学校教育は予

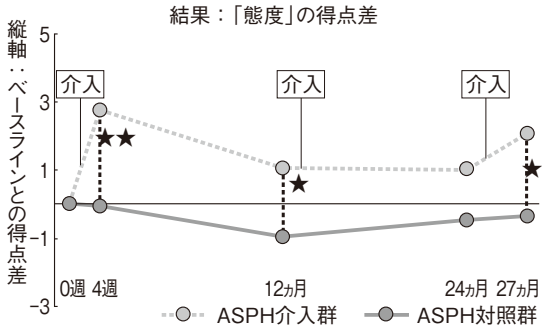


図1　専門家に対する援助希求態度の長期効果（群毎）
縦軸：介入前のベースラインを0とした尺度（ASPH）の得点差，横軸：0週（中学1年次），4週（中学1年次），12ヵ月（中学2年次），24ヵ月（中学3年次），27ヵ月（中学3年次）介入と記載された時点で教育プログラムを実施，ASPH：Attitude toward Seeking Professional psychological Help scale（専門的心理的援助への態度尺度）
☆☆：P＜0.01，★＜0.05【介入群と対照群の有意差（時点毎・ベースラインとの得点差）】
（コンボ　篁氏提供）

防的観点からの重要性がまず挙げられる．学生生徒が精神疾患の予兆，症状などを知っていれば自己の異常に気付きやすく，早期に援助を求める行動が可能となる．他方，精神疾患を正しく理解すれば，障害に対する誤解や偏見を是正することが可能となる．このように学校教育は早期発見・早期治療という面からも，またアンチスティグマの観点からも極めて重要である．

現在，正式なカリキュラムの中には取り上げられていないが，精神保健，特に統合失調症を学校教育で取り上げる活動は広がりを見せており，その効果が実証されれば，省庁間の壁を乗り越えて，正式なカリキュラムとして精神疾患が取り上げられる可能性も期待できよう．

文　献

1）今村　明，中澤紀子，西田淳志ほか：思春期の精神病理大規模疫学調査から長崎市の中学生を対象とした精神病様体験の調査．日本社会精神医学会誌，18：273-277，2009

2）Kim-Cohen, J., Capsi, A., Moffitt, TE., et al.: Prior juvenile diagnoses in adults with mental disorder. Arch Gen Psychiatry, 60；709-717, 2003

3）こころの病気を学ぶ授業：https://www.lilly.co.jp/data/static/pdf/2008_kokoro_houkoku.pdf

4）松本和紀：早期精神病の早期介入に向けた新たなアプローチ―アットリスク精神状態／前駆期を中心に．精神医学，49；342-353，2007

5）中根允文：精神障害に係る Anti-stigma の研究―中学校・高校の教科書における記載を通して―，アンチスティグマ研究会発表資料．2008

6）西田淳志，岡崎祐士：早期精神障害診断と治療，思春期精神病様症状体験（PLEs）と新たな早期支援の可能性．臨床精神医学，36；383-389，2007

7）佐藤光源：学校でどう教えるべきか～教科書の変遷から今後のあり方まで～，リリー賞記念シンポジウム．2011

8）筐　宗一：援助希求行動促進による早期介入を目的とした中学生の精神保健教育プログラムの効果評価，東京大学大学院医学系研究科博士論文，2009，p.1-60

Importance of school education on mental health

Kiyohisa TAKAHASHI

Japan Foundation of Neurology and Mental Health

Education on mental health is extremely important. It improves the help-seeking behavior of students with regard to their awareness of their own mental problems. It supports the anti-stigma movement in support of mental handicaps. A proper knowledge of mental illnesses tends to counter the misunderstanding and stigma surrounding mental handicaps. Although the current education curriculum formulated by the government does not contain information on mental disorders, textbooks before 1974 did contain such information. Until 1965, the textbook for junior high school and middle school students described schizophrenia as a genetic disease and said that patients with schizophrenia cannot communicate with people. However, after 1970, with the introduction of pharmacotherapy for schizophrenia, the description changed to indicate a social influence rather than genetics as the cause, and emphasized that rehabilitation is important. Unfortunately, since 1975, the education curriculum has not included information on mental illnesses. However, several movements for students' education on mental illnesses are now being launched. Hopefully, these movements will have an impact, which will lead to the inclusion of education on mental illnesses at the school level.

＜Author's abstract＞

＜**Key words**：Mental haelth, Mental Disorders, School education, anti-stigma＞

第 107 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

小・中学校におけるエビデンスにもとづく学校精神保健の課題

神尾 陽子，森脇 愛子，井口 英子，稲田 尚子，
武井 麗子，黒田 美保，中鉢 貴行，高橋 秀俊
（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所児童・思春期精神保健研究部）

成人期の精神障害の約半数は児童期に初発症状があったとされ，児童期の精神障害／症状への早期介入は QOL を長く高く維持するのに重要であることが以前よりも認識されてきた．しかしながら，児童期のどのような精神症状が後の精神障害を予測しうるのか，すなわち早期介入のターゲットとすべき精神症状は何なのかについてはまだ十分にわかっていない．最近，通常学級に在籍する小学生を対象として私たちが地域ベースで行った疫学研究から，平均知能を持ちながら自閉症スペクトラム障害（ASD）の診断のある子どもは合併精神医学的障害または閾下の精神症状を高率に有することが明らかとなり，さらに通常学級に在籍する小中学生を対象とした質問紙による全国調査から，自閉症症状／特性の高い子どもは臨床レベルの情緒や行動の問題を高率に有し，その割合が年齢に無関係に高いことが明らかになった．多数存在する ASD 診断閾下の子どもにおいても，ASD 診断の有無にかかわらず，メンタルヘルスの問題を高率に持ちやすい．自閉症症状／特性の高い子どもではメンタルヘルスの問題が自然回復しにくい可能性がある．子どものメンタルヘルスという観点からは，発達面のスクリーニングを行い，発達／教育支援のニーズを把握すると同時に，就学前からメンタルチェックをする機会を設け，特に自閉症症状／特性の高い子どもについては，就学後は学校精神保健の枠組みで定期的なチェックをすることが後の精神障害の予防につながるものと考えられる．精神医学的ニーズを早期に発見するためには，毎日の学校現場での観察を通した子どものメンタルヘルスについての深い理解と，それを家族や医療などのメンタルヘルス専門家と共有できる校内でのサポート体制が重要と考えられる．そのような学校精神保健システムにサポートされた学校教育はさまざまなニーズを持った子どもとその家族に柔軟に対応でき，ひいては良好な QOL が期待できるものと思われる．

＜索引用語：情緒障害，行動障害，自閉症，児童期，合併＞

はじめに

子どもが示す不安や恐怖などの情緒の問題，または多動や攻撃などの行為の問題は，治療を必要とする精神医学的問題の可能性があるにもかかわらず，いまだに「問題児」，あるいは親のしつけの問題，などの誤解やスティグマを受け，治療へのアクセスが遅れることは稀ではない．大規模な前向き研究からは，幼児期の情緒や行動の障害が，成人期の不安や気分の障害または行動の病理とある程度連続することが示されている[1]．また大規模な後ろ向き研究からも，成人期の不安や気分の障害などの約半数が児童期になんらかの精神症状を初発していたことが報告されている[10]．しかしながら，児童期の精神病理の長期経過は環境の影響を大きく受けるため，当然のことであるが直線的に予測できるものではなく[7]，児童期のどのような精神症状が後の精神障害を予測しうるのか，すなわち，どの精神症状を早期介入のターゲットとすべきであるかはまだ十分にわかっていない．

一方，児童期早期に発症する発達障害は，発症

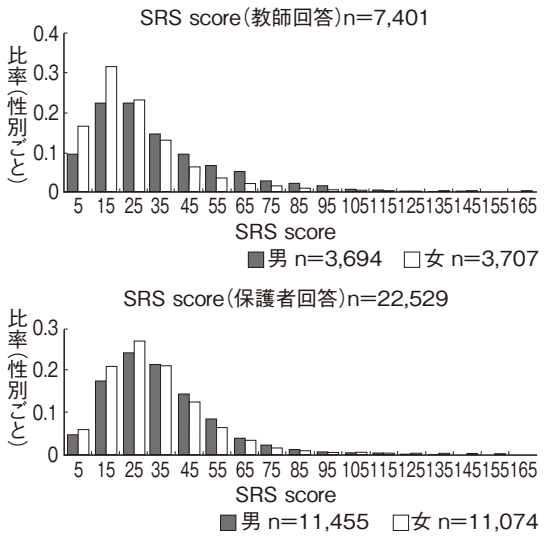


図1 一般児童における自閉症症状／特性の分布
教師回答は，142小学校，69中学校の計2,769学級の担任教師が回答した．対象児童生徒は，学級内で一定数をあらかじめ決められた一定のルールで選び，その選択は恣意的でない．保護者回答は，148小学校，71中学校の児童生徒87,548人の保護者に依頼し，回収できた25,779人（回収率29.4%）中欠損のない22,529人の回答のみを解析対象とした．

年齢が低いこと，生涯にわたって持続するために早期介入がきわめて重要な症候群である．なかでも，自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorders：ASD，DSM-IV-TRでは広汎性発達障害に概当）は近年高い有病率が報告されており，「ありふれた疾患（common disease）」とみなされる．しかしながら，その大部分を占める，平均知能を有する高機能ASD者の多くが，社会的機能が悪いにもかかわらず，未診断，未治療であることがわかってきた[6,11]．高機能ASD児の多くは未診断のまま成人し，合併精神障害を併発して初めて精神科を受診する[5]．その合併精神障害の存在はQOLを低下させる要因の1つとなっているが[6]，高機能ASD児者の多くは未診断であることから，精神医学的ニーズの実態はまだ明らかになっていない[14]．

近年，教育現場では，特別支援教育の視点から，通常学級に在籍する，ASDや注意欠如・多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）などの発達障害の特徴を有し，教育上の特別なニーズの高い児童生徒に対する取り組みが熱心にすすめられている．最近，教育上の特別なニーズが高い子どもは学習だけでなく，メンタルヘルスに関連したニーズもまた高いということを示すわが国でのエビデンスが得られた．東京多摩地区の小学校通常学級に在籍する児童を対象として行った疫学研究[8]，そして全国の小・中学校通常学級に在籍する大規模児童集団を対象として行った質問紙調査[9]の結果を紹介し，学校精神保健の観点から課題と今後必要と考えられる取り組みを提案する．

Ⅰ．通常学級に在籍する一般児童における自閉症症状の分布

小・中学校通常学級に在籍する児童生徒を対象とした全国調査の結果，回収された教師および保護者回答データを，図1に示した（それぞれ解析した人数は7,401人，22,529人）．横軸に，教師あるいは保護者が回答した65項目からなる対人応答性尺度（social responsiveness scale：SRS）[2]で測った自閉症症状／特性の程度を示しており，縦軸に，その人数比率を男女別に示している．一般児童における自閉症症状／特性の分布は，やや左（低得点）に偏っており，男児は女児よりも右寄り，すなわち高得点側に分布することがわかる．SRSは国内外で十分に妥当性が検証されており，極端に高得点であればASD診断の疑いが高い[9]（図2）．SRSで測定された自閉症特性はなめらかに分布していて，ASD群とそうでない群との間に重複はあっても明らかなギャップがみられず，使用する恣意的なカットオフによって有病率が大きく変動することが理解される．韓国の疫学研究が報告した2.6%という最新で最大のASDの有病率[11]を著者らの日本のサンプルと重ねると，男児81点，女児73点というカットオフに相当する．しかしながら，カットオフ閾下に多数の軽度の自閉症的特性を有するケースが存在することに注意されたい（図2）．

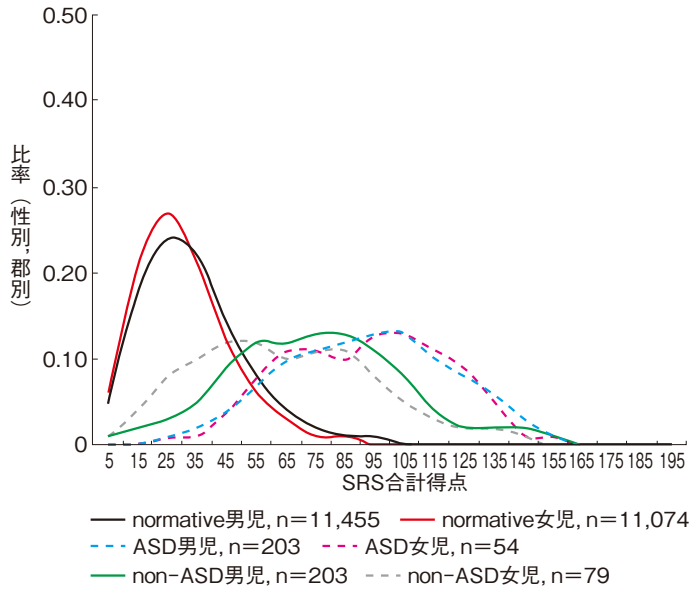


図 2　一般児童，ASD 児，非 ASD 児の SRS 合計得点の分布
全国サンプル（normative sample），ASD と診断された臨床サンプル，ASD 以外の診断がなされた臨床サンプルの子どもの SRS 合計得点について，男女別に人数分布を比率で示している．60 点以上 100 点以下は，必ずしも ASD の診断がなされるとは限らないが，様々な症状を持ち，中程度から軽度の対人的困難を呈する子どもたちで構成されている．

Ⅱ．一般児童における ASD に合併する精神医学的障害

平均知能の ASD 児には，どのような種類の精神障害をどのくらいの頻度で合併しているのかを明らかにするために，東京都小平市内の 3 小学校の通常学級に在籍する児童 1,374 人（当該地域の 14.9%）を対象に疫学研究を行った．保護者の同意を得て本研究に参加した 775 人（56.4%）から，教師回答の質問紙による 2 段階スクリーニングによって，ASD が疑われる 37 人の陽性者と，陰性者から無作為に抽出した児童のうち，同意が得られた計 41 人（陽性 22 人，陰性 19 人）が親子の診断面接に参加した．面接に参加した 22 人の陽性ケースは非参加の陽性ケース 15 人と性比では変わらなかったが，算数の学習と対人コミュニケーションにより困難を有する群であった．

ADI-R，ADOS，PDD-AS，K-SADS-PL の診断評価尺度を用いた面接の結果，DSM-IV-TR に従い，7 人が ASD の診断基準に合致した（自閉性障害（n＝1），アスペルガー障害（n＝1），特定不能の広汎性発達障害（Pervasive Developmental Disorder-Not Otherwise Specified：PDD-NOS）（n＝5））．図 3 に，黒いバーで示したのは，ASD と診断された児童の合併精神障害の頻度（%）である．診断基準の半数に相当する症状があり，機能障害を呈している場合は閾下診断とし[3]，閾上，閾下を含めてカウントした結果をドットのバーで示した．ASD 児の 72%が 1 つ以上の DSM-IV-TR 診断を有していた．閾下診断も含めると ASD 児全員がなんらかの診断を有した．情緒の問題（不安障害または恐怖症に相当）と，行動の問題（注意または行動の問題に相当）は，児童期の精神病理の大きな 2 つのカテゴリーであるが，いずれも 43%にみられた．含まれる下位診断は図 3 に示す通りである．高頻度の合併精神障害とその種類のパターンは，知的障害も含む ASD 児の合併精神障害を調べた英国の大規模疫学研究[14]の結果ときわめて近似した．私たちの結果では，閾下診断も

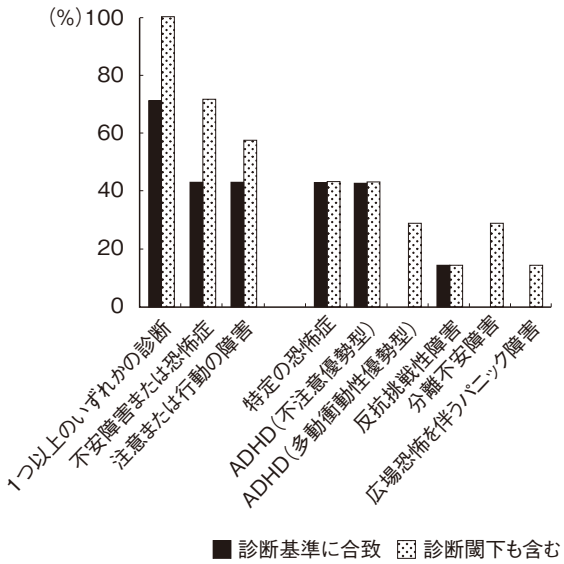


図3　小平地域のASD児にみられる合併精神障害（リンク）
不安障害または恐怖症のカテゴリーは，情緒の問題（internalizing disorderとも呼ばれる）に相当する．注意または行動の障害のカテゴリーは，行動の問題（externalizing disorderとも呼ばれる）に相当する．

含めてカウントすると，サブクリニカルの水準以上の不安や恐怖症状を呈したASD児は71%にも達することが明らかになった．この臨床的な意味づけは，今後長期経過をフォローすることで明らかになるであろう．

以上は，ASD児の合併精神障害の実態を疫学的アプローチで明らかにしたわが国で最初の研究である．平均知能のASD児は不安障害や恐怖症から，ADHDや反抗挑戦性障害まで，多様な精神医学的ニーズを有することがわかった．サンプル数が小さい点が限界点であるが，厳密な診断手続きで地域のASD児を把握しており，その有病率の推定は1.6%と近年の疫学研究と一致しており，結果は地域に住む平均知能のASD児の実態をかなり正確に反映するものと考えられる．

Ⅲ．一般児童生徒のメンタルヘルスと自閉症的特性

子どもの全般的なメンタルヘルスの予測には，情緒面や行動面の問題の量的把握に有用とされる，子どもの強さと困難さアンケート（strengths and difficulties questionnaire：SDQ）[4]を，自閉症的特性の予測には前述のSRSを用いて，前述の全国調査の一部として小中学生25,075人についての保護者回答をもとにそれらの関連を調べた[12]．図4に，自閉症的特性の程度の異なる3群（Probable ASD, Possible ASD, Unlikely ASD）のそれぞれにおけるメンタルヘルスの程度を，情緒の問題と行為の問題に分けて，SDQ得点にもとづく臨床域，境界域，定型域の3分類の割合で示した．ASDが疑われるASD-probable群の子どもの情緒面は，男児の53%，女児の42%が臨床域に入り，境界域も含めると男児の67%，女児の62%がなんらかの支援ニーズを有すると推測される．行動面では，男児の33%，女児の25%が臨床域に入り，境界域も含めると男児の48%，女児の46%がなんらかの支援ニーズを有すると推測される．またこの群において情緒，行為以外の不注意・多動性，仲間関係を含む全般的なメンタルヘルスの臨床レベルの問題は77%にみられた．自閉症的特性の軽度な群，特性がほとんどみられない群と比べると，どの領域のメンタルヘルスについても，問題を有する割合は有意に高かった（$ps < .001$）．

これらの結果からわかることは，小学校通常学級に，自閉症的特性が強く，診断を受ければASD診断に該当するか，あるいは診断閾下に該当する子どもが多く存在し，大多数は未診断である．さらに，これらの子どもたちは，自閉的症状だけでなく，それとは独立した情緒面や行動面のメンタルヘルスの問題も高率に抱えている可能性が示された．ASD診断の可能性は低くなるが，自閉症的特性のやや高い閾下群も，情緒面や行動面での境界域以上の問題を有し，支援ニーズが高いことは注目すべきである（図4）．ASDがあることはリスク要因であるが，診断にかかわらず，自閉症的特性が強いケースでは日常の丁寧な行動観察が重要となることが示唆される．

次に，精神医学的障害の予防的観点から，このような自閉症的特性が高く，教育的ニーズを有すると同時にメンタル面での支援ニーズを要する子

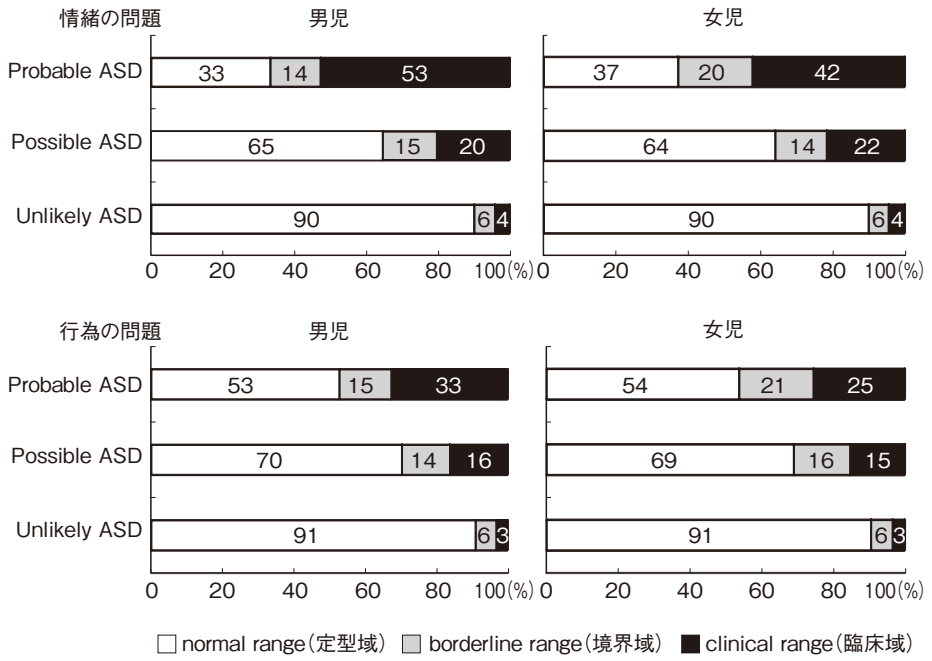


図4　一般児童における自閉症症状／特性と情緒や行為の問題の合併
自閉症的特性の程度によって分類した3群（T得点の60，75点をカットオフとする），probable ASD群（n＝607），possible ASD群（n＝3,061），unlikely ASD群（n＝21,407）別に，子どもの強さと困難さアンケート（Strengths and Difficulties Questionnaire：SDQ）の2つの下位尺度，「情緒の問題」，「行為の問題」の程度に分けて男女別に示している．SDQの分類区分には，対象全体の約80％に相当するnormal range（定型域），それより得点の高い約10％に相当するborderline range（境界域），そして最も高得点の約10％に相当するclinical range（臨床域）に分ける一般的な分類法に従った[4]．

どもたちへの介入時期についても，示唆的なエビデンスが得られた[13]．自閉症的特性の程度の異なる3群における情緒と行為の問題の割合が，各年齢区分（小学校低学年，小学校高学年，中学校）でどのくらいで，年齢による違いがあるのかについて調べた．その結果，一般に年齢が上がると問題が低くなる傾向がみられたのに対して，ASD-probable群のみは年齢に無関係に問題の割合が高く，年齢による変化がみられなかったのである．このことから，自閉的特性の高い子どもでは，通常は成長に伴い期待できるメンタルヘルスの自然回復が生じにくく，問題の慢性化傾向が高い可能性が考えられる．したがって，このような子どもたちに対しては自然回復を期待して問題を一時的なものとみなし，単に経過を観察するといった対応ではなく，メンタルな問題に気づけばニーズに応じた早期介入を検討する必要がある．

Ⅳ．学校精神保健の今後の課題

本研究によって，通常学級の児童生徒に連続的にみられる自閉症症状／特性は，情緒や行為などのメンタルヘルスの問題と密接に関連すること（因果関係ではなく）が明らかになった．ASD診断のある子どもはもちろんであるが，それよりはるかに多数存在する診断閾下の子どもにおいても，メンタルヘルスの問題を高率に持ちやすい．さらに，ASD診断の有無にかかわらず，自閉症症状／特性の高い子どもではメンタルヘルスの問題が自然回復しにくい可能性がある．ASDまたは閾下の子どものメンタルヘルスという観点からは，就学前から発達面のスクリーニングを行い，発達／教育支援のニーズを把握すると同時に，メ

ンタルチェックをする機会を設け，就学後は学校精神保健の枠組みで定期的なチェックをすることが後の精神障害の予防につながるものと考えられる．精神医学的ニーズを早期に発見するためには，毎日の学校現場での観察を通した子どものメンタルヘルスについての理解と，それを家族や医療などのメンタルヘルス専門家と共有できる校内でのサポート体制が重要と考えられ，子どもと家族に一貫して提供される多領域連携が可能な学校精神保健システムの構築が必要と考えられる．

文　献

1）Caspi, A., Elder, G. H. Jr., Herbener, E. S.: Childhood personality and the prediction of life-course patterns. p.13-35. In Robins, L., & Rutter, M.: Straight and devious pathways from childhood to adulthood. Cambridge, Cambridge University Press, 1990

2）Constantino, J. N., Gruber, C. P.: Social Responsiveness Scale(SRS). Western Psychological Services, Los Angeles, 2005

3）Gallerani, C. M., Garber, J., Martin, N. C.: The temporal relation between depression and comorbid psychopathology in adolescents at varied risk for depression. J Child Psychol Psychiatry, 51；242-249, 2010

4）Goodman, R.: The Strength and Diffibulties Questionnaire：A Research Note. J of Child Psychol Psychiatry, 38；581-586, 1997

5）Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., et al.: Psychiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. BMC Psychiatry, 9；35, 2009

6）Kamio, Y., Inada, N., Koyama, T.: A nationwide survey on quality of life and associated factors of adults with high-functioning autism spectrum disorders. Autism, first published on March 7, 2012 as doi：10.1177/1362361312436848

7）神尾陽子：教育講演 児童期から成人期へ：レジリエンスという視点．児童青年精神医学とその近接領域，52(4)；379-384，2011

8）神尾陽子，井口英子，森脇愛子ほか：一般児童における発達障害の有病率と関連要因に関する研究①．平成22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）「1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者：神尾陽子）」総括・分担研究報告書．p.17-21，2011

9）Kamio, Y., Inada, N., Moriwaki, A., et al.: Quantitative autistic traits ascertained in a national survey of 22,529 japanese schoolchildren. Acta Psychiatrica Scandinavica（in press), DOI 10.1111/acps. 12034

10）Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., et al.: Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Arch Gen Psychiatry, 62；593-602, 2005

11）Kim, Y. S., Leventhal, B. L., Koh, Y. J., et al.: Prevalence of autism spectrum disorders in a total population sample. Am J Psychiatry, 168；904-912, 2011

12）森脇愛子，小山智典，神尾陽子：通常学級に在籍する一般児童・生徒における自閉症的行動特徴と発達精神医学的ニーズとの関連．平成22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）「1歳からの広汎性発達障害の出現とその発達的変化：地域ベースの横断的および縦断的研究（研究代表者：神尾陽子）」総括・分担研究報告書．p.69-82，2011

13）森脇愛子，神尾陽子：一般児童・生徒のメンタルヘルスに及ぼす自閉症的行動特徴の影響．第15回日本精神保健・予防学会学術集会プログラム・抄録集，p.71，2011

14）Simonoff, E., Pickles, A., Charman, T., et al.: Psychiatric disorders in children with autism spectrum disorders：prevalence, comorbidity, and associated factors in a population-derived sample. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 47；921-929, 2008

Issues of School Mental Health in Japan：Evidence from Studies Based in Primary/Secondary Schools

Yoko KAMIO, Aiko MORIWAKI, Eiko INOKUCHI, Naoko INADA, Reiko TAKEI, Miho KURODA, Takayuki NAKAHACHI, Hidetoshi TAKAHASHI

Department of Child and Adolescent Mental Health, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry

Recent studies have shown that early intervention for psychiatric disorders and symptoms in children will improve their QOL in adulthood. Although more than half of all adults suffering from psychiatric disorders experienced psychiatric symptoms when they were children, it remains unclear whether psychiatric symptoms in childhood can predict later psychiatric disorders. In other words, which symptoms should be targeted for early intervention? Our recent small-sized epidemiological study on primary school children in mainstream classes demonstrated that children with autism spectrum disorders（ASD）but with normal intelligence are likely to have comorbid psychiatric or subthreshold disorders. Another large-sized national survey of children in mainstream classes aged 6-15 years supported the above finding：children with autistic symptoms and/or traits are likely to have emotional or conduct difficulties at the clinical level, and the frequency of difficulties does not decline with age. Importantly, this finding is true for many children with subthreshold ASD symptoms, and suggests that natural recovery is unlikely in children with autistic symptoms and/or traits. From the viewpoint of maintaining and improving mental health in children, developmental screening to assist in understanding the developmental and educational needs of children should be administered along with starting comprehensive mental assessment at the preschool age. At school age, mental health should be regularly assessed, particularly in children with risk factors such as ASD or other developmental disorders, as this approach will help to prevent the later development of psychiatric disorders. The following are needed to increase the awareness of psychiatric needs in children：deep understanding of a child's mental health through everyday behavioral observation during school activities；and a school support system to facilitate communication between teachers and other mental health professionals. Individual education supported by such a mental health system can deal with the needs of children and their families, resulting in a higher QOL.

＜Authors'abstract＞

＜**Key words**：emotional disorder, behavior disorder, autism, childhood, comorbidity＞