

*Psychiatria et Neurologia Japonica*

# 精神神経学雑誌

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

2013 VOL. 115 Special Issue

第 108 回 日本精神神経学会学術総会 (2012 年) 特集号 (電子版)

## シンポジウム

|  |       |
|--|-------|
| 誰にでもできる薬物依存症治療                           | SS1   |
| 統合失調症早期支援とアンチスティグマ                       | SS33  |
| パーソナリティ障害の臨床                             | SS51  |
| 青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応                      | SS81  |
| 公的総合病院精神科の役割を見直す                         | SS103 |
| 文化を跨ぐ精神医学——多文化共生社会における精神医学の視点            | SS134 |
| 医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか?                 | SS176 |
| 急性精神病の診断と治療における精神科医の立場—DSM-5 の臨床的有用性と問題点 | SS197 |
| 老年精神科における終末期医療のあり方                       | SS204 |
| 成人期の ADHD における診断および治療上の課題                | SS218 |
| Disaster                                 | SS250 |
| 精神科医が学校精神保健に果たす役割                        | SS276 |
| がん医療において精神科医に期待される役割                     | SS293 |
| 精神科臨床倫理の諸側面                              | SS306 |
| 被虐待児と発達障害児の生物学的関係, 特にエピジェネティクスについて       | SS346 |
| 精神科専門医制度への信頼と魅力を獲得するために                  | SS382 |
| Addiction                                | SS421 |
| 生活困窮者の支援とメンタルヘルス                         | SS467 |
| 薬物依存の基礎から臨床, そして日常臨床との関わりについて            | SS491 |
| ひきこもりの精神医学的意義——文化依存症候群か普遍的現象か            | SS522 |
| 精神科デイケア治療のエビデンスと医療経済                     | SS554 |
| アウトリーチ支援活動における民間医療機関の役割と公的機関の役割          | SS583 |
| 精神科専門用語の再検討——特に, 改訂 7 版に向けて——            | SS605 |
| 総合病院精神科における多職種チームの発展性                    | SS626 |
| 日常臨床と精神分析                                | SS662 |
| 若手が質の良い臨床研究を行うために                        | SS691 |
| Current Topics Among Young Psychiatrists | SS708 |
| 日本・中国, グローバリゼーションの影にある邦人の精神保健            | SS722 |
| 電気けいれん療法 (ECT) におけるパルス波治療器における検討課題       | SS735 |
| Psychiatry Training                      | SS778 |

日本精神神経学会



## 2013 特別号電子版

## シンポジウム 誰にでもできる薬物依存症治療

薬物依存症臨床における倫理——医療スタッフ向け法的行動指針——……………松本 俊彦…SS1  
精神科医の学び舎としての依存症医療——処方薬依存症者の治療から——

……………青山（上原）久美…SS10

脱法ハーブの薬物依存性と細胞毒性の評価……………船田 正彦…SS17

誰にでもできる依存症治療

——わが国の薬物依存症治療の普及のために——……………戒瀬 暢也…SS25

## 統合失調症早期支援とアンチスティグマ

我が国における統合失調症早期介入の現状

……下寺 信次, 井上 新平, 藤田 博一, 須賀 楓介, 土居 江里奈, 市来 真彦…SS33

統合失調症早期介入サービス・ユーザーからの声……………今村 弥生…SS39

統合失調症の疫学——発生率と受診行動から支援を考える——……………中根 秀之…SS44

## パーソナリティ障害の臨床

今, 何故にパーソナリティ障害か……………牛島 定信…SS51

境界性パーソナリティ障害の現在……………川谷 大治…SS57

双極性障害とパーソナリティ障害

——境界性パーソナリティ障害との関連を中心に——……………阿部 隆明…SS66

発達障害とパーソナリティ障害……………増子 博文…SS75

## 青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応

青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応……………太田 豊作…SS81

広汎性発達障害（PDD）の年齢に伴う病像の変化と対応……………渡部 京太…SS89

青年期以降の自閉症スペクトラムの併存障害と自殺行動……………三上 克央…SS96

## 公的総合病院精神科の役割を見直す

地域基幹総合病院における精神科の役割……………藤井 勉…SS103

大都市における総合病院精神科の役割……………古塚 大介…SS112

大規模病棟を有していた総合病院精神科のダウンサイジング……………青木 勉…SS119

単科精神科分院から総合病院精神科への移行……………安田 素次…SS128

## 文化を跨ぐ精神医学——多文化共生社会における精神医学の視点

国境を跨いで活動する日本人のメンタルヘルス対策……………鈴木 満…SS134

パリにおける邦人への支援——病的旅を中心として——……………太田 博昭…SS144

ラテンアメリカ人の精神科的診断と治療……………阿部 裕…SS152

東日本大震災における在日外国人への支援活動

……………鶴川 晃, 桂川 修一, 野田 文隆…SS160

文化精神医学が問うもの——医療人類学の視点から——……………江口 重幸…SS166

## 医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？

精神疾患に関する医療計画……………伊藤 弘人…SS176

医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？

——精神科診療所の立場から——……………上ノ山 一寛…SS184

医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？

——利用者の立場から——……………山本 深雪…SS192

## 急性精神科の診断と治療における精神科医の立場——DSM-5の臨床的有用性と問題点

DSM-5ドラフトと「急性精神科」の記述——精神病理学の立場から——……………小林 聡幸…SS197

## 老年精神科における終末期医療のあり方

- 認知症臨床における混乱への処方箋——アメリカ的アプローチ——……………赤澤 文代…SS204  
法的立場からみた延命医療……………町野 朔…SS210

## 成人期の ADHD における診断および治療上の課題

- 成人期の ADHD の疫学調査……………中村 和彦, 大西 将史, 内山 敏, 竹林 淳和,  
二宮 貴至, 鈴木 勝昭, 辻井 正次, 森 則夫…SS218  
成人期の ADHD の生物学……………根來 秀樹…SS228  
児童・青年期から成人期における ADHD について……………館農 幸恵…SS234  
成人期の ADHD への心理療法の実際と課題……………金澤 潤一郎…SS239  
成人期の ADHD の診断と支援を巡る問題点について……………田中 康雄…SS244

## Disaster

### Child Soldiers in Sudan : War Psychological Effects

- ……………Dalia Abdalla Abdelrahman, Abdelghani E. Abdelghani…SS250

### Psychotraumatology-A cross-cultural Perspective

- ……………Katja Koelkebeck…SS254

### What an Ordinary Psychiatrist Thinks about The Great East Japan Earthquake

- ……………Takeshi Yamasaki, Akio Sakai, Kotaro Otsuka,  
Tadashi Okudera, Chikara Kumakiri, Masuo Tanaka,  
Hironori Kuga, Tomohiro Shirasaka, Takashi Nakamae…SS259

### PTSD After Natural Disaster : The Asian Experience

- ……………Alan R. Teo…SS265

### Preparedness of Mental Health Professionals for Future Disasters : An Overview

- ……………Maryam Tabatabaee…SS268

### Mental Disorders in Persons Exposed to Radiation after Chernobyl Nuclear Power Plant

- Accident……………Mykhaylov Volodymyr, Zdesenko Irina…SS272

## 精神科医が学校精神保健に果たす役割

- 児童精神科医による学校コンサルテーション活動と学校精神保健……………白瀧 貞昭…SS276  
精神科医・臨床心理職・養護教諭の連携のありかたと工夫……………森岡 由起子…SS281  
高知県における発達障害の早期発見・早期療育の現状と課題  
——特別支援教育との連携への模索——……………畠中 雄平…SS286

## がん医療において精神科医に期待される役割

- 緩和ケアと精神腫瘍学はいかに連携するか  
——緩和ケア医の立場から——……………中島 信久…SS293  
がん医療における精神科医の役割……………上村 恵一…SS299

## 精神科臨床倫理の諸側面

- 非自発的入院治療における臨床倫理……………三澤 史斉…SS306  
地域精神科医療における倫理的課題と対策……………水野 裕也…SS314  
老年期の精神科医療における臨床倫理……………新村 秀人…SS321  
自殺をめぐる臨床倫理……………山口 大樹, 藤井 千代…SS332  
早期介入の倫理的諸側面……………藤井 千代…SS338

## 被虐待児と発達障害児の生物学的関係、特にエピジェネティクスについて

- 被虐待児と発達障害児のエピジェネティック変化の関与の可能性……………今村 明…SS346  
被虐待児のアタッチメント形成の問題とトラウマ……………奥山 真紀子…SS356  
被虐待児と発達障害児の感覚刺激への反応特性……………岩永 竜一郎…SS361  
様々なストレス要因により生じるエピジェネティック修飾……………池上 大悟, 成田 年…SS366  
発達障害と子ども虐待……………杉山 登志郎…SS376

## 精神科専門医制度への信頼と魅力を獲得するために

- 専門医制度の現状と問題点……………関 健…SS382  
精神科研修を充実させるために——テキストの活用——……………倉知 正佳…SS393

外国とわが国の専門医制度の比較——精神療法を中心に——大野 裕, 藤澤 大介…SS408  
専門医研修に関連学会との連携をどう生かすか

——有効な専門医研修を構築するために——小島 卓也…SS415

## Addiction

Comorbidity of Depression with Substance use among High School Students  
in Northern Nigeria…Jibril Abdulmalik, Olayinka Omigbodun,  
Musa Abba Wakil, Omeiza Beida…SS421

Drug Abuse and AIDS in Indonesia : From Research to Drug Policy and Treatment  
…Adhi Nurhidayat, Nurmiati Amir, Hepa Susami,  
Wim vd Brink, David Metzger…SS429

Life Stressors Associated with Deliberate Self-Harm in Male Patients with Substance  
Dependence Syndrome…Sagar Lavania, Daya Ram, Samir Kumar Praharaj…SS433

Prediction of Insomnia Severity among Alcohol-Dependent Patients Using Lagged  
Mediational Analysis…Olena Zhabenko, Amy R. Krentzman,  
Elizabeth A.R. Robinson, Kirk J. Brower…SS441

Substance Dependence in Europe…Franziska Baessler…SS452  
若手精神科医師がアルコール依存症臨床に携わって

橋本 望, 池上 陽子, 中野 和歌子, 中前 貴,  
久我 弘典, 白坂 知彦, 田中 増郎, 河本 泰信…SS458

## 生活困窮者の支援とメンタルヘルス

生活困窮者の自殺とその予防…栗田 主一, 井藤 佳恵, 岡村 毅,  
森川 すいめい, 的場 由木, 竹島 正…SS467

ホームレス状態の精神障がい者・知的障がい者への支援  
——路上生活からアパート生活に移るまでの支援実践——森川 すいめい…SS478

生活困窮者の安心した地域生活を支える取り組み…的場 由木…SS485

## 薬物依存の基礎から臨床、そして日常臨床との関わりについて

薬物依存性はどのように評価するか？——実験手法とその実例——船田 正彦…SS491

薬物乱用・依存の遺伝子研究…岡久 祐子…SS499

依存重症度評価ツールの臨床応用…菅谷 渚, 大谷 保和, 合川 勇三,  
梅野 充, 妹尾 栄一, 樋口 進, 池田 和隆…SS505

認知行動療法を取り入れた包括的外来治療プログラムの必要性…松本 俊彦…SS516

## ひきこもりの精神医学的意義——文化依存症候群が普遍的現象か

日本におけるひきこもり問題の現況——精神医学的診断と精神保健福祉センターにおける  
相談支援の転帰について——近藤 直司…SS522

ひきこもりに関する初の国際共同調査の紹介——ひきこもりは海外にも存在するのか？——  
加藤 隆弘, 館農 勝, 新福 尚隆, 神庭 重信…SS529

韓国の青少年ひきこもりのインターネット過使用  
李 吮知, 崔 太榮, 李 永植, 張 成萬…SS541

Home Visitation Program for Managing Korean Hikikomori  
Tae Young Choi, Young Sik Lee…SS546

## 精神科デイケア治療のエビデンスと医療経済

都会地の病院における精神科デイ・ケア…澤 温…SS554

精神科病院におけるデイケア治療の位置づけ——1981～2012の移り変わり実践から——  
稲庭 千弥子…SS561

都会地診療所の精神科デイケア…重盛 憲司, 松島 淳…SS569

精神科デイケアの今後の展開とデイホスピタル…関 健…SS574

## アウトリーチ支援活動における民間医療機関の役割と公的機関の役割

### アウトリーチ支援における民間診療所の取り組み

- ACT の実践を通して —……………藤田 大輔…SS583
- 民間精神科病院のアウトリーチ支援への取り組み……………澤 温…SS589
- 精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ活動……………小川 一夫…SS598

### 精神科専門用語の再検討——特に、改訂 7 版に向けて——

- 精神医学用語検討の基本的問題……………鈴木 二郎…SS605
- 英語病名の和訳にまつわる問題点と今後の取り組み……………豊嶋 良一…SS610
- 精神病性障害関連用語の再検討……………針間 博彦…SS614
- 精神科専門用語の再検討について——児童青年精神科領域——……………市川 宏伸…SS621

### 総合病院精神科における多職種チームの発展性

#### 精神科リエゾンチームによる介入の効果と課題

- リエゾナーズの役割 —……………野末 聖香…SS626

#### 有床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と展望

- ……………小石川 比良来, 大上 俊彦, 富安 哲也…SS634

#### 無床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と展望

- ……………見野 耕一, 三宅 啓子, 服部 真歩,  
新田 和子, 岩路 かをり, 柿本 裕一…SS643

#### 医療計画, 診療報酬改定における精神科リエゾンチームの展望

- ……………吉邨 善孝, 横山 正宗…SS655

### 日常臨床と精神分析

- 精神分析的臨床経験と訓練が精神科臨床にもたらすもの……………藤山 直樹…SS662

- 精神分析的な理解を視野に入れた日常臨床——働く女性を対象に——……………高野 晶…SS669

#### 一般外来におけるパーソナリティ障害の診療について

- 「純金」から「合金」へ —……………岡田 暁宜…SS676

#### 産業精神保健への精神分析の活用

- KEAP (Keio Employee Assistance Program) の実践 —……………白波瀬 丈一郎…SS684

### 若手が質の良い臨床研究を行うために

#### 我が国の精神医療におけるコンプレックス・インターベンションの可能性

- 複雑な臨床要素を疫学研究に生かす, Shrinking Shrinker

- “役割を失う精神科医”時代の新たな方法論——……………宗 未来, 山口 創生…SS691

- 臨床研究における経済評価——費用対効果分析を中心に——……………佐渡 充洋…SS701

### Current Topics Among Young Psychiatrists

#### Treatment for Chronic Major Depressive Disorder Using Mindfulness Therapy :

- Two Case Report……………Pholphat Losatiankij…SS708

#### Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and QOL in Newly Diagnosed HIV

- Outpatients in Singapore……………Tan L, Dhaliwal JS, Ho MJ, Chew WM…SS713

### 日本・中国, グローバリゼーションの影にある邦人の精神保健

- 蝕まれゆく在留邦人の心——日中間の経済関係に佇む光と影——……………小澤 寛樹…SS722

- 中国における EAP 活動……………楠本 優子, 南 達元, 小澤 寛樹…SS729

### 電気けいれん療法 (ECT) におけるパルス波治療器における検討課題

#### パルス波治療器で十分な治療は行われているのか?

- 全国アンケート調査から —……………奥村 正紀…SS735

- 麻酔深度と施行のタイミングについて——BIS による検討——……………落合 亮一…SS744

- mECT における麻酔薬の選択——鎮痛薬 remifentanil を中心として——  
 ……………中島 祐史, 井上 哲夫, 坂本 篤裕…SS752
- 修正型電気けいれん療法 (mECT) における有効性と安全性について  
 ——サイン波治療器とパルス波治療器の比較——……………高橋 晶, 太刀川 弘和…SS758
- 修正型電気けいれん療法 (m-ECT) の現況とサイン波治療器の行方  
 ……………・鮫島 達夫, 一瀬 邦弘, 奥村 正紀, 中村 満, 平山 貴敏,  
 朝長 章子, 梅田 恵里子, 村木 健郎, 大久保 善朗…SS766
- パルス波 ECT における最大出力必要症例の現状  
 ……………諏訪 浩, 猪狩 温, 鮫島 達夫, 木村 元紀…SS772

### Psychiatry Training

- Postgraduate Psychiatric Training in Thailand  
 : Revision of General Psychiatry Training Curriculum and  
 a Young Psychiatrist's Perspective……………・Woraphat Ratta-apha…SS778
- Postgraduate Training in Psychiatry in Ireland……………・Norbert Skokauskas…SS782
- Postgraduate Training in Japan : The Road to Subspecialty  
 ……………・Hiroshi Fukushima, Tomohiro Shirasaka, Atsuo Nakagawa, Hironori Kuga,  
 Masuo Tanaka, Takeshi Yamasaki, Takashi Nakamae, Yoshio Hirayasu…SS787
- Postgraduate Psychiatric in Taiwan  
 : Clinical Practice, Research, and Related Area……………・Chou Po-Han…SS791

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

薬物依存症臨床における倫理  
——医療スタッフ向け法的行動指針——

松本 俊彦

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター)

薬物依存臨床に従事する精神科医療関係者は、その様々な局面において司法的問題とのかかわりを避けることができない、というのも、その多くが法令によって規制されている薬物を使用すること自体が、犯罪を構成する行動だからである。実際、患者が違法薬物を使っていることが判明した場合、あるいは、入院治療中の違法薬物の持ち込みや自己使用、さらには、通院治療のなかで尿検査を実施したところ覚せい剤反応が陽性となった場合など、医療関係者が判断に苦慮する局面は少なくない。本稿では、このように薬物依存症の援助をするにあたって、知っておくべき司法的問題を整理し、精神科医療関係者としての対応の指針を概説したい。

<索引用語：薬物依存臨床，司法的問題，麻薬及び向精神薬取締法，覚せい剤取締法>

## はじめに

薬物依存臨床に従事する援助者は、その様々な局面において司法的問題とのかかわりを避けることができない。そして、そのことが援助者をして薬物依存臨床にかかわることを忌避させる一因となっているように思われる。

ある意味で無理もない話である。そもそも、その多くが法令によって規制されている薬物を使用すること自体が、犯罪を構成する行動だからである。経験の乏しい援助者であれば、患者が違法薬物を使っていることが判明した場合にはどのように対応すべきか、といった点から悩むのは当然である。また、入院治療中の違法薬物の持ち込みや

自己使用、あるいは、通院治療のなかで尿検査を実施したところ覚せい剤反応が陽性となった場合の対応なども悩ましい問題であろう。

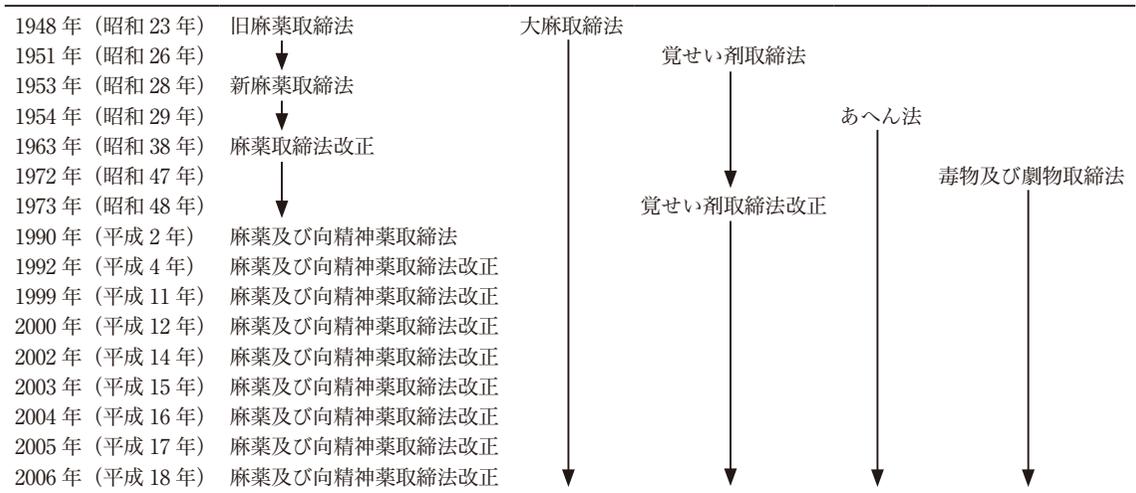
問題は薬物使用に関するものだけではない。薬物依存症患者のなかには、反社会的な行動をとる者も少なくなく、援助者自身が患者からの暴力・脅迫に曝される可能性がないとはいえないのである。また、せっかく入院治療にまで至ったものの、強い薬物渴望に圧倒されて薬物依存症患者が病棟から抜け出してしまう場合も珍しくない。こうした場合、援助者としてどこまで責任を負い、どこから薬物依存症自身に責任を求めるのかといった点については、誰も公式には教えてくれない。

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 誰にでもできる薬物依存症治療 司会：成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）、青山（上原）久美（神奈川県立精神医療センターせりがや病院・横浜市立大学精神医学教室）

表1 わが国における依存性薬物に関する法制度の変遷



本稿では、このように薬物依存症の援助をするにあたって、知っておくべき司法的問題を整理し、援助者としての対応の指針を概説したい。

### I. わが国の依存性薬物に関する法令

最初に、薬物乱用・依存の臨床に関連する法令について概説しておきたい。

#### 1. 歴史的背景

わが国の薬物犯罪取締法令には、麻薬及び向精神薬取締法、あへん法、大麻取締法、覚せい剤取締法、毒物及び劇物取締法の5つの法令があるが、わが国における薬物に対する法規制の歴史は意外にも浅い。戦前にも太政官布告(1868年)、(旧)阿片法(1897年)などによる麻薬の規制は行われていたが、本格的な取り組みは、第二次世界大戦後、GHQ指導下におけるポツダム勅令による麻薬、あへん、大麻の規制からといってよい。

このポツダム勅令はまもなく麻薬取締法及び大麻取締法(1948年)へと発展した。その後、軍需品であったヒロポンの流通によって、文化人や学生から端を発して未曾有の覚せい剤汚染が発生するに及び(第一次覚せい剤乱用期)、覚せい剤取締法(1951年)が制定されることとなった。また、麻薬取締法は制定後に何度かの改正が行われ、特

にヘロイン乱用問題に対応した1963年の改正では、麻薬中毒者の措置入院制度など、罰則強化や対象薬物拡大だけにとどまらない医療・保護の制度も加わり、現在の麻薬及び向精神薬取締法(1990年)にも引き継がれている。さらに、1960年代後半、フーテン族を中心とした有機溶剤乱用の流行に対しては、1972年、毒物及び劇物取締法による有機溶剤乱用の規制が行われた。わが国における薬物関連法令制定の歴史は、そのまま戦後の薬物乱用をめぐる社会情勢を反映している(表1)。

#### 2. 各法令の規制と概要

##### 1) 麻薬及び向精神薬取締法(以下、麻向法)

この法令の規制対象は、麻薬、麻薬原料植物、向精神薬、麻薬向精神薬原料である。ただし、規制の方法は麻薬と向精神薬で異なっていることに注意されたい。

この法令は、厚生労働大臣の免許を持つ麻薬取扱者(麻薬製造・製剤・販売業者など)や都道府県知事の免許を持つ麻薬施用者(研究・医療での使用者)以外の者が、麻薬を所持、輸出・輸入、製造、製剤、譲渡・譲受、施用・使用することを禁じている。ここでいう麻薬とは、医学的概念ではなく法律的概念であり、ヘロイン、モルヒネな

どのアヘンアルカロイドという医学的概念における麻薬に加え、コカイン、LSD、MDMA（通称エクスタシー）などの合成麻薬も含まれていることに注意したい。さらに、2002年の改正によって、脱法ドラッグとして社会問題化した、サイロシビンなどの催幻覚物質を含有するキノコ類やその菌糸（通称マジックマッシュルーム<sup>1)</sup>）、あるいは、2005年に東京都内で発生した、急性中毒状態での殺人事件に関与した5-Meo-DIPT<sup>2)</sup>（通称フォクシー）も、新たに規制の対象として追加されている。

また、向精神薬に関しては、乱用された場合の有害性を考慮し、麻薬よりは緩やかな規制を行っており、医療用の施用に関しても、向精神薬処方箋を受けていれば問題はない。それでも、依存性・乱用の危険性にもとづいて、向精神薬は第1種から第3種にまで分類され、種別に応じて輸出・輸入の規制や保管・管理について異なる規制が定められている。また、製造、販売、輸出・輸入、試験・研究などの取り扱いに際しても、厚生労働大臣や都道府県知事の免許が必要である。

なお、麻向法には、他の薬物犯罪取締法にはない特徴があり、麻薬中毒者に対する医療・保護制度に関する規定、および医師などによる都道府県知事への届け出義務が定められている。これについては後述する。

## 2) あへん法

この法令の規制の対象は「けし」「けしがら（「けし」の麻薬を抽出できる部分）」「あへん（「けし」の液汁が凝固したもの）」である。この法令では、あへんの使用は医療および学術研究目的に限定されており、厚生大臣の免許がなければ、けしの栽培、あへんの採取、輸出・輸入、買い取り、受け渡し、所持を禁じている。また、あへん・けしがらの吸食については全面的に禁止されている。なお、生あへんを医薬品として加工した「あへん末」は麻薬とみなされ、麻向法の規制対象である。

## 3) 大麻取締法

この法令では、都道府県知事の免許を受けた大麻取扱者以外による、大麻の所持、栽培、譲渡・

譲受、輸入・輸出、研究目的の使用が禁止されている。大麻そのものの使用を禁止する規定はないが、大麻から製造した医薬品の施用、施用のための交付、受施用は全面的に禁止されており、大麻から成分の抽出、抽出成分（ハッシシ・オイルなど）の使用は、麻向法によって禁止されている。

## 4) 覚せい剤取締法

この法令の規制の対象は、「覚せい剤」および「覚せい剤原料」である。本法令は、覚せい剤の用途を医療および学術研究に限定し、指定された取扱者以外による、覚せい剤および覚せい剤原料の輸入・輸出、製造、所持、譲渡・譲受、使用を禁止している。

覚せい剤は、後述する麻向法における医療・保護制度の対象とはなっておらず、都道府県知事への届出・通報義務はなく、警察への通報義務もない。しかし、たとえ医師が通報したとしても、これは医師の守秘義務違反にはあたらない。過去に医療機関で偶然実施した検査により覚せい剤使用が判明した患者を通報した医師が、「守秘義務違反」として告訴される事件があったが、この事例に関してはすでに最高裁判所が、「治療や検査中に違法薬物を検出した場合、これを捜査機関に通報するのは正当。守秘義務に違反しない」という判断を示している。要するに、医師は患者の覚せい剤使用について警察に通報してもしなくとも、法的には問題がないわけである。

なお、筆者が厚生労働科学研究班で行った専門家会議<sup>3)</sup>では、班員全員が、「覚せい剤の再使用は依存症の認識を深める重要な契機となるので、司法的な対応ではなく、あくまでも治療的にとりあげるべきである」という見解で一致している。

## 5) 毒物及び劇物取締法

この法令でいう有機溶剤とは、トルエンと酢酸エチル、トルエンまたはメタノールを含有するシンナー、接着剤、塗料、閉塞用またはシーリング用の充填料である。本法令では、これらの有機溶剤を摂取・吸入すること、あるいは摂取・吸入の目的で所持すること、こうした目的を知って販売または授与することを禁止している。覚せい剤と

表2 薬物犯罪取締法令の主要な違反様態と罰則

| 薬物     | 麻薬及び向精神薬取締法    |                            |                | あへん法                       | 大麻取締法                     | 覚せい剤取締法        |                | 毒物及び劇物取締法      |
|--------|----------------|----------------------------|----------------|----------------------------|---------------------------|----------------|----------------|----------------|
|        | ヘロイン           | その他の麻薬                     | 向精神薬           | あへん・けしがら                   | 大麻                        | 覚せい剤           | 覚せい剤原料         | トルエンなど         |
| 輸出・輸入  | A <sup>①</sup> | B <sup>①</sup>             | F <sup>③</sup> | B <sup>①</sup>             | E <sup>②</sup>            | A <sup>①</sup> | C <sup>①</sup> | —              |
| 製造     | A <sup>①</sup> | B <sup>①</sup>             | F <sup>③</sup> | B <sup>①</sup><br>(あへんの採取) | —                         | A <sup>①</sup> | C <sup>①</sup> | —              |
| 製剤・小分け | C              | D                          | F <sup>③</sup> | —                          | —                         | —              | —              | —              |
| 譲り渡し   | C <sup>α</sup> | D <sup>α</sup>             | G <sup>γ</sup> | D <sup>α</sup>             | F <sup>β</sup>            | C <sup>α</sup> | E <sup>α</sup> | —              |
| 譲り受け   | C <sup>α</sup> | D <sup>α</sup>             | —              | D <sup>α</sup>             | F <sup>β</sup>            | C <sup>α</sup> | E <sup>α</sup> | —              |
| 所持     | C              | D                          | G<br>(譲渡目的所持)  | D                          | F                         | C              | E              | I<br>(乱用目的の所持) |
| 施用・使用  | C              | D                          | —              | D*<br>(吸食)                 | F<br>(研究目的, 医薬品としての使用・施用) | C              | E              | I<br>(吸入使用)    |
| 廃棄     | C              | —                          | —              | H*<br>(けし)                 | —                         | —              | —              | —              |
| 栽培     | —              | B <sup>①</sup><br>(麻薬原料植物) | —              | B <sup>①</sup>             | E <sup>②</sup>            | —              | —              | —              |

罰則：単純犯 ( ) 内は営利犯の罰則，+は情状により罰金刑が併科されることをあらわす。

A：1年以上の有期徒刑（無期若しくは3年以上の懲役+1,000万円以上の罰金）

B：1年以上10年以下の懲役（1年以上の有期徒刑+500万円以下の罰金）

C：10年以下の懲役（1年以上の有期徒刑+500万円以下の罰金）

D：7年以下の懲役（1年以上10年以下の懲役+300万円以下の罰金）

E：7年以下の懲役（10年以下の懲役+300万円以下の罰金）

F：5年以下の懲役（7年以下の懲役+200万円以下の罰金）

G：3年以下の懲役（5年以下の懲役+100万円以下の罰金）

H：1年以下の懲役+20万円以下の罰金

I：1年以下の懲役若しくは3万円以下の罰金（2年以下の懲役若しくは5万円以下の罰金）

\*：営利犯の規定なし

予備罪・資金などの提供罪：① 5年以下の懲役，② 3年以下の懲役，③ 2年以下の懲役

周旋罪：α 3年以下の懲役，β 2年以下の懲役，γ 1年以下の懲役

同様，麻向法における医療・保護制度の対象ではなく，届け出・通報義務もない。

なお，上述した各法令における違反様態と罰則を表2に整理しておく。

## II. 麻向法の届け出・通報義務と医療・保護制度

### 1. 届け出・通報義務

いずれの違法薬物についても，援助者が警察へ通報することを義務づけた法令はない。もしも援助者が公的機関に所属する公務員である場合に

は，警察に通報しない場合には，「公務員の犯罪告発義務（刑事訴訟法 239 条の 2）」に抵触するのではないかという危惧を耳にすることがあるが，これは罰則規定がない条項であり，公務員であったとしても，「更生・治療上の観点から，守秘義務を優先して告発しない」という裁量は許容されるという<sup>3)</sup>。

しかし，その援助者が医師である場合には，「都道府県知事への届け出」の義務が生じる場合がある。麻向法第 58 条の 2 では，「医師の診察の結果

受診者が麻薬中毒者であると診断したときには、すみやかに、その者の氏名、住所、年齢及び性別その他厚生労働省令で定める事項をその者の居住地の都道府県知事に届け出なければならない」と定められている。ここでいう麻薬は、ヘロイン、モルヒネ、コカイン、LSD、MDMAなどの麻向法の規制対象に加え、あへんや大麻など、他の法令の規制対象も含んでいることに注意したい。

なお、麻向法における「麻薬中毒者」の概念は、「麻薬中毒とは、麻薬に対する精神的身体的欲求を生じこれを自ら抑制することが困難な状態、即ち麻薬に対する精神的身体的依存の状態をいい、必ずしも自覚的または他覚的な禁断症状が認められることを要するものではない(昭和41年厚生省薬務局長通達)」と定義されている。要するに、麻薬中毒の診断には、急性中毒による精神病や身体依存は必須の症候ではなく、薬物使用を中心とした生活習慣の存在が重要なのである。個人的には、この定義は臨床的にも妥当なものと考えている。というのも、一般にLSD、MDMA、大麻の依存では身体依存、耐性上昇、離脱症状が不明瞭であり、重篤な依存者でも身体依存が認められないことがある。他方で、わずか1回の薬物使用の結果、急性中毒による重篤な精神病を呈しても、届け出不要という判断もありえる。

## 2. 届け出・通報とその後の措置(図)

### 1) 都道府県薬務課への連絡

ある患者を麻薬中毒という診断をした場合、医師はまず都道府県の薬務課に電話で連絡しなければならない。そして、薬務課連絡をもって、都道府県知事に通報したことになり(麻向法58条の2)、薬務課はその患者を自治体の麻薬中毒者台帳に登録する。同時に薬務課は、地方厚生局麻薬取締部を介して厚生労働省に報告するが、この報告によって警察への通報がなされることは原則としてない。

### 2) 麻薬取締員による環境調査

その後、薬務課職員である麻薬取締員は、その患者が通院・入院している病院へと出向いて患者

と面会し、環境調査を行う。この環境調査は、精神保健指定医による診察(58条の6)の必要性の判断を目的としている。麻薬取締員は自治体所属の司法警察官としての権限を持っているが、環境調査は取り調べではなく、あくまでも医療・保護の必要性と本人の治療意欲を評価するためのものである。

### 3) 麻薬中毒者の診察(58条の6)と入院措置(58条の8)

環境調査の結果、都道府県知事が必要と認めた場合には、精神保健指定医による診察が行われる(58条の6, 7)。診察の結果、「当該受診者が麻薬中毒者であり、かつ、その者の症状、性行及び環境に照らしてその者を入院させなければその麻薬中毒のために麻薬、大麻又はあへんの施用を繰り返すおそれが著しいと認めた」とときには、厚生労働省が定める病院(「麻薬中毒者医療施設」)に措置入院させることができる。この際、精神保健指定医は、30日以内の措置入院中に、治療に必要な入院期間を、3ヶ月を限度として決定しなければならない(58条の8)。治療経過のなかで入院期間の延長が必要となった場合には、各自治体の麻薬中毒者審査会に申請し、全入院期間が6ヶ月を超えない範囲で毎回2ヶ月までの延長ができる(58条の9)。なお、すでに精神保健福祉法にもとづいた入院治療中であつたり、あるいは、本人の治療意欲が十分に認められ、居住環境や精神症状などの観点から通院でも治療が可能と判断されたりした場合には、ただちに後述するアフターケアが実施される。

### 4) 麻薬中毒者相談員によるアフターケア(58条の18)

退院後の通院期には、麻薬中毒者相談員による定期的な観察・指導が実施される。麻薬中毒者相談員は非常勤の自治体職員であり、司法権のない、守秘義務を負った職種である(保護司の兼任が多い)。本人の薬物再使用に際しては、医学的治療を促す方向で援助・指導を行う。なお、観察・指導の頻度については、昭和40年厚生省薬務局長通達によって、①退院後3ヶ月未満については

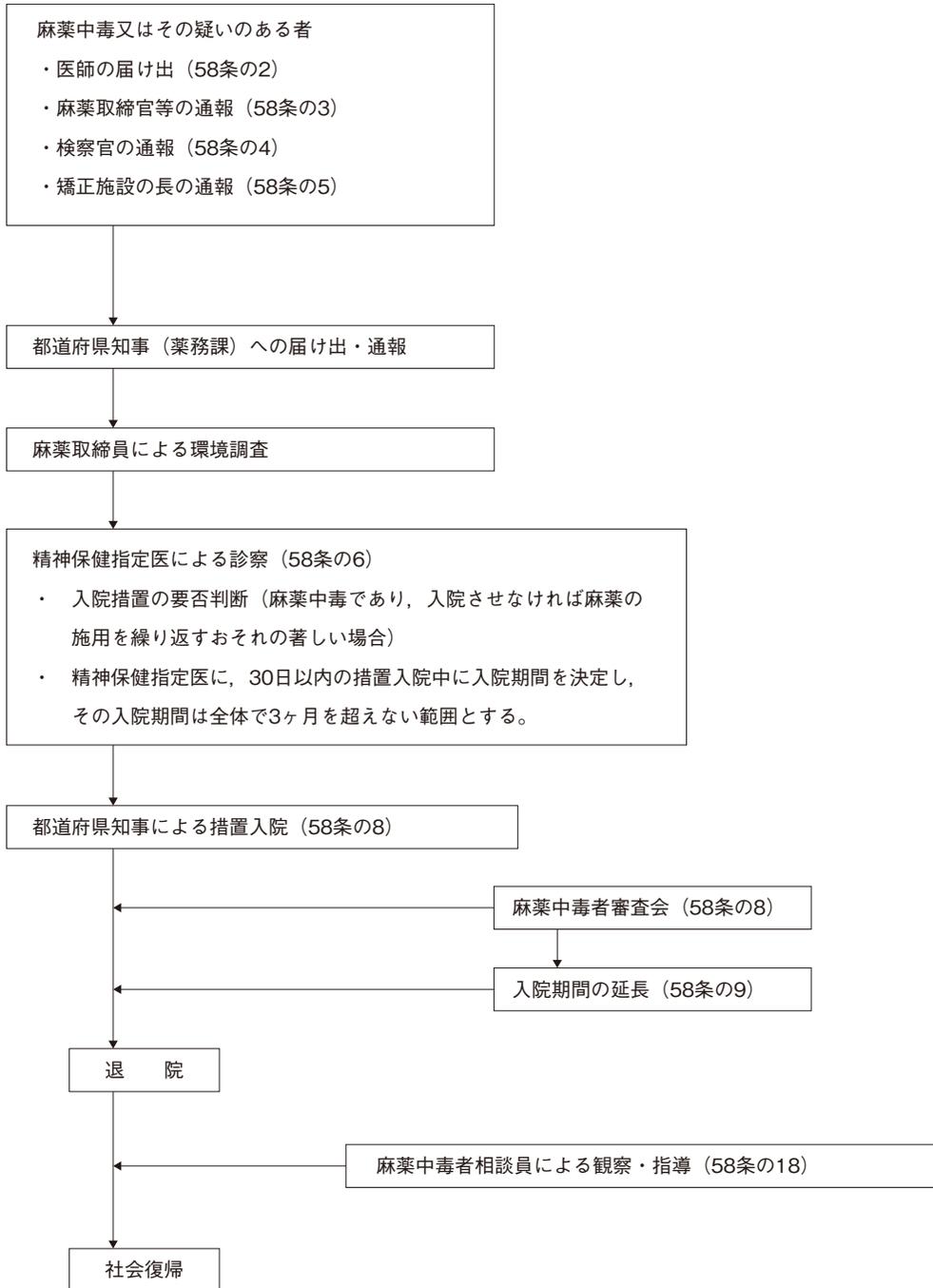


図 麻薬及び向精神薬取締法における麻薬中毒者の医療・保護

1ヶ月に1回以上，②退院後1年未満の者については2ヶ月に1回以上，③退院後2年未満の者については4ヶ月に1回以上，④退院後3年未満の者については6ヶ月に1回以上，⑤退院後3年以上を経過した者については1年に1回以上という基準が定められている。

#### 5) 観察・指導の解除

麻薬中毒者指導員によるアフターケアのなかで、5年以上のクリーン（薬物を使わない生活）が達成されれば、業務課から厚生労働省に対して解除申請が行われる。解除となった場合には、その者の名前は自治体の麻薬中毒者台帳から削除される。

### 3. 麻向法における医療・保護制度の問題点

麻向法における医療・保護は、医学的治療を重視したアフターケア制度である。司法権（逮捕等の身柄拘束を行使する権利）がなく、守秘義務が優先される麻薬中毒者相談員の観察・指導によって、違法薬物依存者を医学的治療へと促すとともに、治療からの脱落を防ぐ役割が期待されている。これは、一種の治療的ダイバージョンともいえるシステムであり、上手に利用すれば臨床的に意義ある制度である。たとえば、LSD、MDMA、大麻などの依存者の外来治療においても積極的にこの届け出を行うことで、治療からの脱落を防ぐ効果を得ることもできる。その意味では、麻向法の医療・保護制度は薬物依存症患者の支援に資する制度といえるが、実際の臨床場面では必ずしも正確に運用されているとはいえない。以下にその問題点を列挙しておく。

#### 1) 医師が制度を知らない・制度対象の基準が不明瞭

これは筆者の印象であるが、身体科医はもとより、精神科医のなかでも麻向法の届け出義務を知らない者が少なくない。多少知っている者でも、「大麻」も届け出の対象に含まれていることを知らなかったり、届け出先を「都道府県知事」ではなく「警察」と誤解していたりする。また、「麻薬中毒」の診断を、身体依存を手がかりにして行うた

めに、合成麻薬や大麻のように身体依存の徴候を欠く薬物の乱用者が、「麻薬中毒者」と診断されない場合もある。いずれも法令理解の不十分さゆえに生じている問題である。

とはいえ、麻向法の届け出については専門家のあいだでも見解は一致していない。先に述べた厚生労働科学研究班の専門家会議<sup>3)</sup>でも、麻向法58条の2の運用については、「ヘロインのみ届け出を行う」「いっさい届け出ない」などと意見は様々に分かれた。おそらく麻向法自体が1960年代前半におけるヘロイン乱用拡大に対応して作られたものであり、MDMAやLSDといった依存性薬物の台頭は想定されていなかった。その意味では、今後、現状に即した改正がなされる必要があるだろう。

#### 2) 治療関係への影響

業務課への届け出に際しては、本人に詳しい制度の説明を行い、できれば同意を得ることが望ましい。法令によって定められているとはいえ、今後も当該医療機関での治療を継続する以上、ある程度のインフォームド・コンセントが必要である。本人に何も告げずに届け出をした場合、何も知らない本人のもとに業務課から突然連絡が入ることになる。結果として、患者は「せつかく立ち直ろうと思って病院に来たのに、医者に正直に話したら『通報』された」と誤解し、治療関係は致命的に損なわれてしまうであろう。

しかし、一口にインフォームド・コンセントといっても、この問題は単純にはいかない。これは筆者の専門病院での経験であるが、かつて非医師の予診担当者が、すべての初診患者に対して、医師の診察前に麻向法の届け出義務の説明を行ったことがある。その結果、かなりの数の受診者が医師の診察を拒んで帰ってしまった。届け出に際しては、アフターケアの内容を詳しく説明し、本制度は回復を援助するものであり、警察への通報ではないことを十分に説明する必要がある。

#### 3) 対象患者の治療意欲が乏しい場合には無効である

麻薬中毒者相談員には司法権がなく、業務に際しては守秘義務が優先される。これは相談業務に

においては望ましいことであるが、他方で、本人の治療意欲が乏しく、相談員のかかわりを拒んでいる場合にはなすすべがない。同じ業務課職員である麻薬取締員には司法権があるが、ただちに逮捕に踏み切れるわけではない。とはいえ、切迫した自傷・他害のおそれがあれば、麻薬中毒者相談員、麻薬取締員、家族が相談し、家族からの警察通報を打診することはありえる。

### Ⅲ. その他の司法的問題への対応

薬物依存臨床では、患者の問題行動により、援助者としての責任と安全な治療環境の維持とのあいだで板挟みになる場面がある。また、安全な治療環境を維持するためとはいえ、医師の守秘義務や応召義務とのかねあいで判断に苦慮することがある。

以下に提示するのは、筆者らの研究班<sup>3)</sup>で作成した、訴訟リスクを回避しながら、同時に依存症候群からの回復にも資する対応の基準である。

#### 1. 治療中の規制薬物再使用の取り扱い

すでに述べたように、医療機関における尿検査の結果を警察に通報することに法的な問題はないが、薬物依存臨床の専門家の意見は、「治療を深める重要な契機と捉え、今後の治療について話し合う材料とし、通報することはない」というものであった。ちなみに、海外では、尿検査結果は司法的な対応でなく、治療的に活用する方がよい転帰につながるという認識が一般的となっている<sup>4)</sup>。

#### 2. 通院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

法的には、警察に通報することに問題はないが、薬物依存臨床の専門家は、「自己使用に関しては通報しない」という意見で一致していた。

#### 3. 入院治療中の院内における薬物関連犯罪(薬物の使用・所持・譲渡・売買)

法的には、入院中の犯罪に関する警察通報は医師の裁量に委ねられている。一方、専門家の意見

は「自己使用は通報しない」という点では一致したが、入院治療の継続については、「1回はチャンスを与える」と「強制退院とする」という意見に分かれた。

#### 4. 入院治療中の院外における規制薬物自己使用

外出・外泊中の自己使用に関する警察通報についても援助者の裁量に委ねられているが、専門家の意見は、「通報しない」というものであった。

#### 5. 強制採尿への協力

専門家の意見は、「警察から強制採尿への協力を要請された場合には令状を確認したうえで協力する」というものであった。一方、医療機関の方から警察に強制採尿を要請する場合があります。このこと自体には法的な問題はないが、専門家は、「治療関係への影響を考慮し、医療機関から要請することはない」という意見であった。

#### 6. 通院患者に関する捜査情報照会への対応

通院中の患者が何らかの触法行為によって逮捕され、警察から捜査情報の提供を求められる場合がある。法的には、警察の捜査協力にあたって本人の同意は必要ではなく、警察への協力に関して法的問題はない。しかし、専門家の意見は、「できるかぎり同意書をふまえたうえで文書にて回答すべきである。ただし、緊急性の高い場合にはそのかぎりではない」というものであった。専門家・法律家ともに、「質問された事項に関してのみ回答すべきである」という点では一致していた。

#### 7. 強制退院・通院拒否

稀ではあるものの、医療機関では、問題行動を頻発する患者の入院治療や通院治療を断ることがある。これについて法律家は、「何らかの問題行動を根拠として、強制退院や今後の通院拒否を指示する場合には、医師の応召義務との関係から、事前の説明と契約、ならびに、他の代替的治療の提案が必要である」と指摘している。

### おわりに

本稿では、薬物依存臨床に必要な、主要な司法的な知識を取り上げ、対応にあたって参考となる事項を整理した。本稿が、多くの援助者が薬物依存にかかわる際の羅針盤となり、薬物依存症患者に対する忌避的な感情を減じるのに役立つことを願ってやまない。

### 文 献

1) 松本俊彦, 宮川朋大, 矢花辰夫ほか: 精神症状出現にマジックマッシュルーム摂取が関与したと考えられる

2 症例. 精神医学, 41 : 1097-1099, 1999

2) Matsumoto, T., Okada, T.: Designer drugs as a cause of homicide. *Addiction*, 101 : 1666-1667, 2006

3) 松本俊彦, 今村扶美, 梅野 充ほか: 薬物関連精神障害の臨床における司法的問題に関する研究. 平成18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「薬物乱用・依存等の実態把握と乱用・依存者に対する対応策に関する研究 (主任 和田 清)」分担報告書, p.241-273, 2007

4) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : <http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>

---

## Ethical Issues in Clinical Practice Regarding Drug Dependence : Legal Guidelines for Medical Staff

Toshihiko MATSUMOTO

*Department of Drug Dependence Research/Center for Suicide Prevention, National Institute of Mental Health,  
National Center of Neurology and Psychiatry*

No psychiatric staff aiding drug-dependent patients' recovery can avoid confronting legal issues, since many of the drugs which the patients use are controlled by laws or ordinances specifying their use as a crime in Japan. Actually, when they find that drug-dependent patients bring illicit drugs into a psychiatric ward, or when a urine test demonstrates that patients use an illicit drug, staff are often torn by whether or not they should report it to the police.

In this paper, the guidelines to manage legal issues for psychiatric staff aiding drug-dependent patients are described.

< Author's abstract >

< Key words : clinical practices of drug dependence, legal issues, opiate and psychotropic drugs control law, stimulant control law >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 精神科医の学び舎としての依存症医療 ——処方薬依存症者の治療から——

青山（上原）久美（神奈川県立精神医療センターせりがや病院／横浜市立大学精神医学教室）

近年、睡眠薬・抗不安薬（処方薬）依存症者の増加は著しく、その主な入手経路は精神科医療機関であることが示されている。このため、われわれ精神科医が依存性や耐性に配慮した薬を選択し、患者に依存性を十分説明し、薬物療法以外の治療戦略も駆使して依存症を予防することは重要である。また、依存症者の特徴を知り、早期発見、疾病教育や動機づけ面接で介入、さらに断薬や再乱用予防の援助ができる精神科医の育成が必要である。依存症治療機関では、これらの技術が習得できるだけでなく、多職種協働医療や家族アプローチ、地域や職場、自助グループなどとの連携、社会への普及啓発など多岐にわたる経験ができる。また、せりがや覚せい剤再乱用防止プログラム（SMARPP）の開発・発展により経験が少ない治療者でも依存症者の支援が可能となった。依存症治療機関で学ぶことは処方薬依存症の予防と治療をはじめ、精神科医の幅広い診療技術向上に役立つものと思われる。

<索引用語：処方薬依存症，予防，治療，精神科医，教育>

### はじめに

高い再乱用率，否認，性格変化や乱用時の逸脱行為といった特性から物質依存症者に苦手意識をもつ精神科医は少ない。しかし，依存症は全国どこにでも存在する疾患であり，ことに近年，睡眠薬・抗不安薬（以下，処方薬）依存症者は著しく増加している。松本らの行った全国の依存症専門医療機関における調査によると，平成21年までは受診者の依存薬物の第1位が覚せい剤，第2位が有機溶剤であったが，処方薬の依存症者の割合が徐々に増加し，平成22年には有機溶剤（8.3%）を抜いて第2位（17.7%）となっている。さらに，処方薬依存症者の実に83.9%が他の精神疾患治療中に発症し，88.5%が乱用時も精神科医から処方薬を入手していたことを示す報告もある<sup>4)</sup>。

1970年代以降，ベンゾジアゼピン（BZD）系薬剤の長期投与の危険性が指摘され，依存性形成を示す報告もされている<sup>1)</sup>。欧米ではその使用に注

意が促され<sup>7,5)</sup>，SSRI（選択的セロトニン再取り込み防止薬）の導入後その処方量は大きく減っている。しかし，本邦ではSSRI導入後も依然としてBZD系薬剤の処方量は減らず<sup>6)</sup>，依存症専門病院である神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下，当院）を受診する処方薬依存症者も「依存性があるなんて聞いたことがありませんでした」と問題意識をもたずに服用を始めた患者も少なくない。

一方依存症になると，その治療を積極的に行う病院は全国でも限られている。平成18年の厚生労働省 精神・障害保健課調査によればアルコール依存症専門病床は3,294床あるのに対し，アルコールと薬物の両方を治療する病床は566床，薬物依存症専門病床は190床であった。しかし，処方薬依存症が増加している今日，精神疾患の治療中にこれらの薬剤を処方するわれわれ精神科医が「依存性薬物」を処方していることを認識し依存症の知識をもつことが，予防や早期発見，早期治療

の鍵となると思われる。

筆者は精神科医となって8年目から依存症専門病院である当院に勤務しているが、それまでと異なる視点で治療戦略を組み立てる経験は、依存症だけでなくその他の疾患を抱える患者の診療にも役立つ。依存症医療の中では「まずクスリ」という図式から脱却することを重視し、動機づけ面接法や認知行動療法、SST(social skill training)などあらゆる方法が実践されている。また、当事者や家族を対象とした疾病教育も盛んであり、精神科医が講師を務める機会も多い。そのため、依存症医療は処方薬依存症者への対策としてだけでなく、「精神科医の学び舎」として大いに役立つ分野であると実感している。本シンポジウムでは、昨今の処方薬依存症者の増加と当院での現状、依存症者の特徴と治療の原則を紹介すると共に、若手精神科医が依存症医療で経験できる様々な技術について概説した。

## I. 当院の入院患者における

### 処方薬依存症者の増加

処方薬依存症による全国の専門医療機関受診者の増加と同様、依存症専門病院である当院でも処方薬依存症者は増加している。ことに入院での薬物調整と教育目的で紹介される患者も多く、平成22年8月～平成23年7月に薬物依存症で入院した患者71人において、主たる依存薬物は覚せい剤33人(46.5%)、処方薬22人(31.0%)、鎮咳剤6人(8.5%)と処方薬依存症者が約1/3を占めた。その背景は他院からの紹介患者、多剤依存症で主たる薬物が処方薬であった患者、アルコールと睡眠薬の併用が問題となった患者、他の違法薬物などを止めようとする中で処方薬に依存していった患者など多彩であった。

## II. 神奈川県立精神医療センター

### せりがや病院における治療

当院は物質(薬物・アルコール)依存症患者のための唯一の有床(全開放型)公立精神科病院である。昭和38年に開院して以来、依存症患者やそ

の家族を対象に入院、外来で多彩なプログラムを展開し、地域の自助グループや行政と連携しながら全人的・包括的な治療を提供してきた。米国のMatrix Modelに基づいて開発され、全国に広がっているSMARPP(せりがや覚せい剤再乱用防止プログラム: Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)は2006年に当院で開発されたものである<sup>2)</sup>。当院は物質依存症者のみを対象としているため、一般の精神科病院とは違った特徴も多い。保護的であるより自主自立を促し、できるだけ薬に頼らない生き方を身に付けるよう多彩なプログラムを展開し、依存症者の特徴を捉えて「依存症的行動」には積極的に介入する。また、慎重に処方薬を選択し依存症者が新たな依存に陥らないよう工夫する姿勢は依存症医療に限らず様々な精神疾患の治療に役立つ。そして、依存症者が葛藤しながら薬物・アルコールを手放し、仲間の中で回復・成長する姿に触れることは、治療者自身が依存症の回復を信じて治療にあたるうえで欠かせない経験である。

## III. 誰にでもできる処方薬依存症治療

### 1. 診断のポイント

当院を受診している処方薬依存症者の特徴として、次のようなことが挙げられる。

- ・「すぐ効く薬をください」と即効性を求める一方で、緩徐に効く薬は客観的に症状が改善しても「飲んででも効いた感じがしない」と求めず、生活の改善より効果の実感を重視する。
- ・自分には不安感や睡眠障害を改善する力がなく、薬物療法＝症状の対処と信じている。
- ・「この薬は全然効かない」と別の薬を希望するが「効かない薬」も飲み続けようとする。
- ・「ずっと眠っていたい」「泥のように眠れる薬が欲しい」「飲んだらすぐ寝られる薬が欲しい」と生理的な睡眠以上の睡眠を求める。
- ・日中も「暇だから」睡眠薬を服用して昼寝し、夜も眠れなくなりまた服用する。
- ・薬剤名にとっても詳しく「欲しい薬」をいくつも指定したり、処方してくれる医師を探してドク

ターショッピングをしたりする。

- ・副作用が認められても減薬に強く抵抗する。
- ・用法用量以上に服用するため薬がなくなり「薬をなくしたのでください」「処方箋をなくしました」と頻りに再処方希望する。
- ・薬が何種類もあるのに、かたくなに一化包でない処方を希望する（「処方通り」より「思い通り」の服用をしたい）。

彼らは困難さを薬や酒で「すぐに」変えることを学習してきており、一方的な人間関係に陥りがちで、困難な状況にあつて気分をすぐに変えられないと不安になる。また、アルコールや他の依存性薬物の依存症が合併していることも稀ではない。

## 2. 依存症治療の基本構造と処方薬依存症

依存症治療では、①動機づけ、②断酒／断薬＋離脱症状や合併症の治療、③薬物依存症に関する知識習得、④乱用しない生活の維持を支援する。特に、断酒／薬の継続は回復にとって重要である。精神依存やコントロール喪失に報酬系の回路を中心とした脳神経系の関与が明らかにされており、彼らが精神依存、渴望をもち続けながら「酒／薬物をやめ続ける」のは並大抵のことではない。「意志の強さ」だけではなく、正しい知識と技術をもって仲間と「賢く」薬をやめ続ける。そこで、精神科一般に行われている診断や身体的・精神的合併症の診断・治療に加え、断酒／薬への動機づけ、集団／個人認知行動療法、SST、講義形式やグループワーク形式での知識の伝達、家族教室や家族療法などの家族介入、福祉や職場との環境調整、自助グループとの連携など、あらゆる手段を用いて断酒／断薬を継続する。

しかし、処方薬依存症のほとんどはもともと何らかの精神症状を有しており、完全に薬物療法を中止できない場合も多い。このため精神科医は本人の精神症状だけでなく、処方薬と病状の関係の理解に努め、服用状況も確認し、薬物療法に頼りすぎない治療を心がける必要がある。精神依存を抱えながらも薬物を再乱用しないですむ生活の維持を支援し、また再乱用があつても正直に打ち明

ける場を提供する姿勢をもちたい。「正直に打ち明ける場」として自助グループは大きな支援となるが、依存症者が多数通院する当院においても処方薬依存症者は既存の自助グループにつながることは稀である。先に紹介した当院入院患者71人のうち、自助グループにつながったのは、残念ながら1例のみであり、患者背景の違いや「合法薬である」という意識が自助グループから足を遠ざけさせている可能性がある。

## 3. 診察室の中で

### 1) 傾聴と共感

まずラポールを、という精神科の原則は変わらない。傾聴し、共感を示すところから入るが、依存症においてはまず本人が乱用について告白した勇気を評価したい。時に服用後に周囲に暴力を振るうなどの倫理的に許容しがたい行為を告白することもあるが、批判するより前にまず告白できたこと、そして問題意識をもっていることを評価し、問題を共に考える姿勢を示したほうが支援は長続きする。多くの依存症者は「薬がなければ仕事ができない」「自分には自分（の不安）を制御する力がない」「また乱用してしまった」と自己効力感が低く、繰り返す乱用でさらに自己評価を下げていたり、「そんなに悪いことをしていないはず」「飲んで殴ったと言うけど、ちょっと手が当たっただけ」と自身の問題から必死に目を背けたりしている。失敗体験に着目するより、成功体験や努力したことを評価することで、問題と向き合う自信を育てるほうが前向きな行動につながりやすい。たとえば週4日薬を乱用したことを告白されたら「週に3日も乱用を我慢できたのは、どんな方法を使ったのか」と問いかけ、また乱用しながらも病院に来て告白したことを評価する。そのような中で本人は徐々に自己効力感を高め、具体的な対処方法を見つけ出すことができる。治療者にとっても、本人の回復を信じ、成功体験を探し出して回復の糧にしていく作業には宝探しのような楽しさがあるうえ、対決の構図にならず、治療者自身も絶望することなく支援できる。そして信じ

てくれる人がいるだけで驚くほどの回復力を見せることも多い。

## 2) 本人の動機で進む

依存症患者はしばしば「何が悪いんだ」「乱用しても誰にも迷惑をかけていない」「合法なんだからいいじゃないか」と治療に抵抗する。長年頼ってきたものを手放すことはとても勇気の要ることであることを理解し、面接者が本人の治療動機を引き出す作業を行って本人の動機で進んでいく。ことに、問題があるとは知らない時期（前熟考期）、問題と乱用の関連を理解し始める時期（熟考期）に急性中毒や後遺症などの情報を提供し、彼らの迷い（両価性）を理解し、本人の「変化を語る言葉」を引き出していく「動機づけ面接法」は非常に有用な支援方法である。処方薬依存症者に対しては、処方する精神科医としては「薬の乱用をやめなさい！」と「指導」したくなるが、「医者に押し付けられた」指導よりも本人主役の治療共同体を作って本人が「やめないといけない」「やめたらいいことがありそう」「自分ならやめられる」という思いを強めるほうが主体的に取り組んでもらえるものである。依存症者自身が乱用をやめた生活や「なりたい自分」のイメージをもち、それを支援者も共有しながら一緒に考えることができると支援も楽しいものとなる。

## 3) 処方するもの

処方薬依存症者への薬物療法をする中では忍耐がものを言う。「すぐ効く薬」「飲んだ実感のある薬」を求められても根気よく説明を繰り返して短時間作用型から長時間作用型の薬剤へと切り替えて漸減したり、抗うつ薬や抗精神病薬など、より依存性の低い薬剤を中心にしたりする。時に「昼寝のため」「イライラを忘れたいから」「起きているのが辛いから」「気持ちいいから」と本来の目的と異なる使用（＝乱用）が認められることも多く、また「念のため」「不安になるのが心配だから」という漫然とした服用もみられる。こういった行動が依存性形成に結びついてしまうことを伝え、抗不安薬以外の不安の対処法をいくつも用意しておく。

筆者は離脱症状（禁断症状）など急性期を終えた後は、「気持ちよく」なりやすく、大量服薬や急な中断で危険がある薬や、即効性がある薬は極力選択しないよう注意している。また、診察で困難な状況を聴いて「なにかしてあげたい」という気持ちから「お土産に」処方したくなることがあるが、「不安になったらすること：①メモに不安な内容を書く、②家族に相談、③ジョギング」といった行動計画や、「辛い中、乱用しないで頑張りました！」「祝！ 1週間乱用ゼロ！」といったメッセージカードを「処方」することが多い。本人の回復力を認め、心から賞賛し、メッセージにして渡すことで薬物での「お土産処方」は不要となる。

## 4. ワークブックを用いた認知行動療法 “SMARPP”

SMARPPは米国のマトリックスモデルで用いられるワークブックの日本語版を用いた治療法で、認知行動療法を軸として動機づけ面接、随伴性マネジメントなど様々な手法を駆使して実践される。プログラムはまず当事者を温かい雰囲気迎え入れ、和やかな雰囲気雑談するところから始まる。そしてワークブックの中では薬物（アルコールも含む）の知識、使用の引き金の振り返りや薬物を使わない生活スケジュール作りなど具体的に実践的な内容を学ぶ。ワークブックが1冊終わると修了証を他の参加者の前で渡すことで、本人の達成感と自己効力感が上がることは言うまでもない。このワークブックの中では合法も違法も関係なく「薬物」と表現されているため、覚せい剤依存症者と大麻依存症者、処方薬依存症者が同じグループにいてもその経験を共有できる利点がある。前述したとおり処方薬依存症者は既存の自助グループにつながりにくいが、SMARPPは処方薬依存症者にとって、継続可能な治療選択肢となっている。

さらに、このプログラムは、治療経験の少ない若手精神科医も安心して実践でき、かつ当事者の生の声から依存症を理解できる絶好の場でもある。依存症者に「何が乱用の引き金だった？」「ど

んな時、乱用しないでいられた?」「乱用をするとどんないいことがあった? 悪いことは?」と質問する中で、精神科医自身も処方行動を振り返ることができる。

#### 5. 専門病院・自助グループとの連携

処方薬依存症者に治療意欲があるにもかかわらず外来の個人面接などで乱用がとまらない場合は、依存症専門病院や自助グループを紹介することも可能であろう。その際には、ぜひ本人の乱用を止めようという意欲と、専門病院を受診する勇気を賞賛して送り出していただきたい。依存物質が何であれ、乱用をやめようとする取り組みができることは再乱用防止の大きな力となるため、近くに専門病院がなくても地域の自助グループの方々に足を運んでもらい、その経験を聴くと共に、入院患者と自助グループの橋渡しをしてもらう。

依存症患者にとって、入院/入所環境とは依存物質を「入手/乱用できない」安全な環境である。退院/退所とは再び「入手/乱用できる」状況に戻ることに他ならない。入院中/入所中に得た知識や学んだ方法を用いて「入手/乱用できない」状態に移行することが1つのハードルとなる。

当院では、薬物依存症者に対して1ヶ月程度の治療を提供する中でSMARPPに参加していただき、退院後も同じSMARPPに戻ってくるシステムにしている。このため、入院患者は退院直後の仲間から様々な課題や対処法について聞くことができ、また退院直後の患者も「せりがや病院に来れば仲間と会える」と支えになる。退院直後に乱用することも稀ではないが、告白できる場があることで状況を振り返り、今後の対策を立てることができる。そして継続した取り組みこそが長期的な乱用の減少、様々なリスクの軽減に大切である。

#### V. 若手精神科医における依存症治療経験の意義

多くの向精神薬には「依存性」があり、精神科医であれば依存症を作る可能性がある。依存症に

関する知識をもち、処方の最初に患者に薬物療法の副作用の1つとして伝えることが重要である。ことにBZD系薬物は最低限、最小期間の投与にとどめ、依存症を作らない工夫をしたい。また、依存症を疑ったら傾聴、共感し、診断し、動機づけ面接法などの手法を用い、本人主役で薬物に頼らない方法を一緒に考えていく。場合によってはワークブックなどを用いて再乱用防止のプログラムを実施することも精神科医にとって学ぶことが多いであろう。

依存症専門医療機関での研修もまた、精神科医が身に付けたい様々な技術を学べる絶好の機会である。多くの薬物依存症者の話に、あるいはベテランスタッフの「薬物に頼りきらない症状の対応」に学ぶ。ワークブックなどの治療ツールによって経験が少ない治療者にとって不安なく研修できる。今後、より多くの若手精神科医が短期間でも依存症治療を経験し、その幅広さ、奥深さに触れただけであれば幸いである。

#### おわりに

本邦の薬物療法に偏った医療制度や依存性をもつBZD系などの薬剤に対する規制の甘さが昨今の処方薬依存症者の増加に関与していることは容易に想像がつく。そして、処方薬は症状の緩和を目的に開始されるものであり、やみくもに制限すれば必要な処方薬も制限されてしまう可能性もある。しかし、だからこそそれぞれ精神科医が向精神薬の依存性を十分認識し発症の予防に努め早期発見、早期介入をしてゆく必要がある。後期研修制度や専門医制度などのシステムが整ってゆくなか、若手のうちから依存症を副作用の1つとして理解し予防法や治療技術を身に付ける機会が増えることを期待したい。

#### 文 献

- 1) Griffiths, R. R., Weerts, E. M.: Benzodiazepine self-administration in humans and laboratory animals-implications for problems long-term use and abuse. *Psychopharmacology*, 134 ; 1-37, 1997

2) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP)—A preliminary study on outpatient relapse prevention program for methamphetamine dependent patients. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 42 (5); 507-521, 2007

3) 松本俊彦, 尾崎 茂, 小林桜児ほか: わが国における最近の鎮静剤 (主としてベンゾジアゼピン系薬剤) 関連障害の実態と臨床的特徴—覚せい剤関連障害との比較—. 精神経誌, 113; 1184-1198, 2011

4) 松本俊彦, 成瀬暢也, 梅野 充ほか: Benzodiazepines 使用障害の臨床的特徴とその発症の契機となった精

神科治療の特徴に関する研究. 日本アルコール・薬物医学会誌, 47; (6), 2012 (印刷中)

5) The Royal College of Psychiatrists: CR59. Benzodiazepines: risks, benefits and dependence. A re-evaluation. Council Report CR59 January 1997. Royal College of Psychiatrists, London, 1997

6) 田島 治: ベンゾジアゼピン系薬物の処方を再考する. 臨床精神医学, 30; 1065-1069, 2001

7) Tennant, F. S. Jr., Pumphrey, E. A.: Benzodiazepine dependence of several years duration: clinical profile and therapeutic benefits. NIDA Res Monogr. 55; 211-216, 1984

## Treating Addiction Develops Clinical Skills of Psychiatrist Learning Through the Treatment of Prescription Drug Addiction

Kumi AOYAMA-UHARA

*Kanagawa Psychiatric Center Serigaya Hospital*

In Japan, during 2010, sedatives and hypnotics became the 2nd largest group of drugs to be misused by patients with addictions. These drugs were mostly prescribed by psychiatrists. At Serigaya Hospital, which specializes in addiction, prescription drugs became the 2nd most common drugs used by inpatients with drug addiction. One-third of all patients being treated for drug addiction were on prescription drugs. To prevent prescription drug addiction, psychiatrists need to choose drugs that are less addictive and have a lower tolerance level. They also need to promote greater patient awareness about addiction, and not overly depend on medication.

For early intervention, psychiatrists need to recognize the characteristics of addictive behavior. They also need to provide psycho-education, motivate their patients to change, support the cessation of drug use, prevent relapse, and collaborate with a multi-professional team that specializes in psychiatric care. The patient's family needs help with recovering from codependence. Psychiatrists must collaborate with local administrators, the patient's workplace, and self-help groups in order to prepare the environment for rehabilitation. They must also contribute to general public awareness through lectures, workshops, and other such activities. In this way, psychiatrists are able to not only achieve their treatment goals through the use of their clinical skills, but also through the development of environments which better support people with addiction. Moreover, through this process, psychiatrists can also learn various ways to improve their treatment skills through the combination of clinical and non-clinical resources.

< Author's abstract >

< Key words : prescription drug addiction, prevention, treatment, psychiatrist, education >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 脱法ハーブの薬物依存性と細胞毒性の評価

船田 正彦（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部）

脱法ハーブは、乾燥した植物片に化学物質を混在させた製品であり、乱用目的に販売されている。脱法ハーブの乱用拡大が大きな社会問題になっている。脱法ハーブに含まれる化学物質として、大麻と類似の作用を示す合成カンナビノイドが検出されている。こうした化学物質を規制するためには、その有害作用を迅速に解析するシステム構築が急務である。本研究では、合成カンナビノイドであるCP-55,940を標準物質として、その依存性および毒性について評価し、合成カンナビノイドの有害作用を評価するシステムの構築を試みた。

<索引用語：薬物乱用，合成カンナビノイド，細胞毒性，薬物依存>

## はじめに

近年、わが国においてお香や観賞用の製品と称して、「脱法ハーブ」が流通しておりその乱用による健康被害の発生が大きな社会問題となっている<sup>1,11)</sup>。この脱法ハーブは、乾燥した植物片に化学物質を混在させた製品であり、ヒトに乱用させることを目的に販売されている。脱法ハーブ流通の歴史としては、2006年頃欧州での流通が初めて確認され、2009年には世界各国で乱用されるようになった<sup>1)</sup>。当時、特に有名であった製品は「スパイス、K2」というもので、「合法的に高揚感を得られるハーブ」とされ、絶大な人気を博した。当初は、「大麻のような効果が味わえる」として乾燥した大麻草が含まれている可能性が指摘されていたが、製品から大麻草自体が検出される例は稀であった。やがて、脱法ハーブの吸煙によって意識障害や呼吸困難を引き起こすことが報告され、その乱用の危険性がクローズアップされるようになった。ドイツと日本のグループを中心に、脱法ハーブに混在する化学物質の解析が進み、大麻と類似した作用を発現する「合成カンナビノイド」が含まれていることが明らかになった<sup>1,23)</sup>。わが

国で、現在までに流通している脱法ハーブの主成分も合成カンナビノイドであり、JWH-018、CP-47,497またはCP-47,497-C8などの成分が検出されている<sup>23)</sup>。合成カンナビノイドは、大麻の精神活性成分である $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC)と同様にカンナビノイド(CB1またはCB2)受容体を介してその薬理効果が発現すると考えられている<sup>10,15,18)</sup>。この合成カンナビノイドは多くの類縁化合物が存在することが知られている<sup>7,12,16,19)</sup>。こうした化学物質の生体影響を推測し、規制するためにはその有害作用を迅速に解析するシステム構築が急務である。本稿では、合成カンナビノイドに関する評価データを中心に、当研究部で実施している薬物弁別試験および細胞毒性評価法について解説し、違法ドラッグの評価システムについて考察する。

## I. カンナビノイド受容体と内因性カンナビノイド神経系

大麻に含まれる成分のうち、中枢作用の発現にかかわる $\Delta^9$ -THCの作用点として、カンナビノイド受容体、CB1受容体およびCB2受容体の存在が

明らかになっている<sup>6,18)</sup>。カンナビノイド受容体自体の特性については、CB1受容体およびCB2受容体ともに7回膜貫通Gi/oタンパク質共役型の構造をしており、アデニル酸シクラーゼの活性を抑制的に制御していることが明らかになっている。また、CB1受容体はK<sup>+</sup>チャネルを活性化し、Ca<sup>2+</sup>チャネルを抑制することでシナプス伝達を抑制的に制御していることも報告されている<sup>10)</sup>。このCB1受容体は、主に中枢神経系に分布しており、CB2受容体は主に免疫担当細胞に存在していることが確認されている<sup>10)</sup>。カンナビノイドCB1受容体は大脳皮質、海馬、線条体、中脳領域、小脳などに分布しており、運動、記憶および認知機能の調節にかかわると考えられている<sup>17)</sup>。CB2受容体は脾臓、扁桃腺リンパ腺、さらに単球、好酸球などの白血球系細胞に多く発現していることから、免疫系の調節や炎症反応に関連している可能性が示唆されている<sup>10,18)</sup>。カンナビノイド受容体の存在が確認されたことから、受容体に作用する内因性のカンナビノイドリガンドの検索が進み、anandamide (N-arachidonyl ethanolamine, アナンダミド) および2-arachidonyl glycerol (2-AG) が同定され、さらに、virodhamine, noladin etherなどの物質も候補になっており、現在も解析が進行中である<sup>15)</sup>。また、内在性カンナビノイドの1つであるアナンダミドに関しては、その分解酵素である脂肪酸アミド加水分解酵素 (FAAH: fatty acid amide hydrolase) も同定されており<sup>5)</sup>、酵素阻害薬の利用により内因性カンナビノイドの機能解析が進んでいる。

## II. 合成カンナビノイドの薬理作用

内因性カンナビノイド神経系を調節する薬物として、カンナビノイド受容体作用薬と内因性カンナビノイド代謝酵素を阻害する薬物が開発されている。CB1受容体作用薬の薬理作用としては鎮静、カタレプシーの発現、鎮痛作用などが確認されている<sup>7)</sup>。臨床応用としては、痛み、嘔気、下痢などの治療薬としての有用性があると考えられている。また、CB2受容体に選択性が高い作用薬

は、精神作用は比較的弱いと考えられており、鎮痛作用や抗炎症作用を主作用とする薬物として、その有用性が注目されている。また、内因性カンナビノイド代謝酵素FAAHの阻害薬は、内因性のカンナビノイド濃度を高めるため、カンナビノイド受容体作用薬と同様の痛み、嘔気、下痢などの治療薬としての可能性が検討されている。一方、カンナビノイド受容体拮抗薬は、食欲の抑制作用による肥満治療、煙草やアルコール依存の治療補助薬として、医薬品の開発ターゲットとして注目されている。

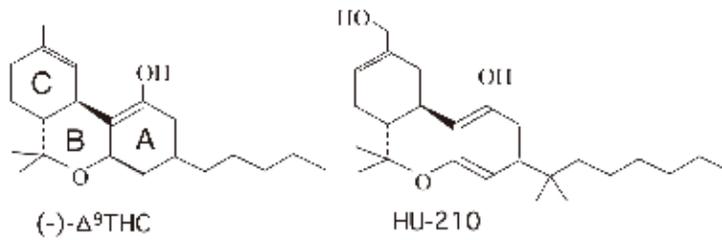
## III. 合成カンナビノイドの種類

大麻成分である $\Delta^9$ -THCは鎮痛作用などを有するが、有害作用として精神作用や依存性といった問題があるため、こうした有害作用のない化合物が探索されている。特に、精神作用や依存形成においては、CB1受容体が関与しているため、CB2受容体に選択性の高いリガンドが医薬品として期待されている<sup>16,19)</sup>。こうした背景のもと、多くの合成カンナビノイドが合成され、その受容体選択性を中心に解析が進んでいる。代表的な合成カンナビノイドを図1にまとめた。

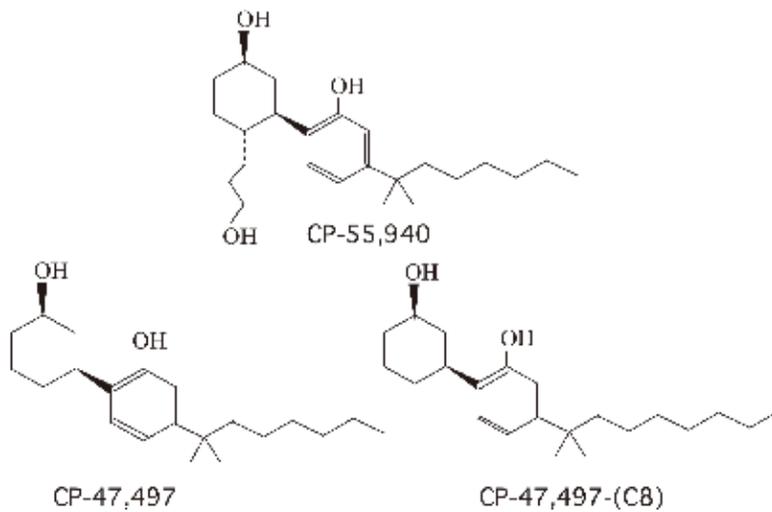
### 1. Classical cannabinoid 誘導体

合成カンナビノイド誘導体の中で、 $\Delta^9$ -THCの化学構造を含むABC-tricyclic-dibenzopyran誘導体である11-hydroxy- $\Delta^8$ -THC-dimethylheptyl (HU-210) および desacetyl-L-nantradolなどが代表例である<sup>10)</sup>(図1A)。これらの誘導体は、カンナビノイドCB1受容体およびCB2受容体に対して高い親和性を有し、 $\Delta^9$ -THCと同様の作用を示すが、その効果発現は非常に強力であることが報告されている。一方、JWH-051 (1-deoxy-11-OH- $\Delta^8$ -THC-dimethylheptyl), JWH-133 ((3-(1,1-dimethylbutyl)-1-deoxy- $\Delta^8$ -tetrahydrocannabinol) および JWH-139 (3-(1,1-dimethylpropyl)-6,6,9-trimethyl-6 $\alpha$ , 7,10,10 $\alpha$ -tetrahydro-6H-benzo [c] chromene)などはCB2受容体に対して選択性の高いリガンドであること

## A Classical cannabinoid 誘導体



## B Nonclassical cannabinoid 誘導体



## C Naphthoylindole 誘導体

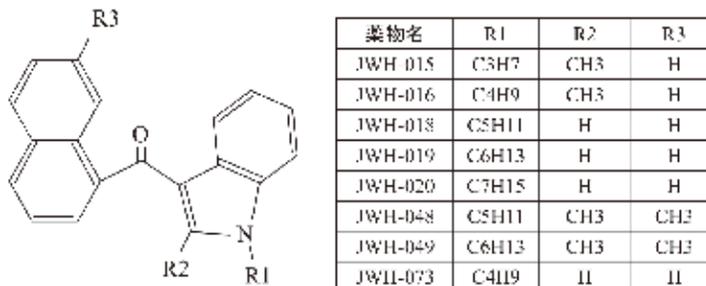


図1 脱法ハーブに含まれる合成カンナビノイド

大麻の精神活性物質である $\Delta^9$ -THCおよび脱法ハーブより検出された合成カンナビノイドの化学構造を示した。(A)(B)現在までに、多数の合成カンナビノイドが検出されている。(C)合成カンナビノイドとしてJWHシリーズが多く検出されている。基本骨格3-(1-naphthoyl) indoleのR1, R2, R3の部分の構造がわずかに異なるのみで、類似の作用を示す。

が判明している<sup>16,19)</sup>。

## 2. Nonclassical cannabinoid 誘導体

大麻の精神活性成分である  $\Delta^9$ -THC の構造に着目し、その化学構造を変化させることにより、 $\Delta^9$ -THC の dihydropyran 環を含まない CP-47,497 (5-(1,1-dimethylheptyl)-2-(3-hydroxy-cyclohexyl)-phenol) (図 1B) がカンナビノイド受容体を介して強力な鎮痛作用を示すことが報告されている<sup>16)</sup>。CP-47,497 の C-3 のアルキル側鎖の炭素数およびシクロヘキシル環のアルキル側鎖の炭素数によって鎮痛効果やカンナビノイド受容体への結合能が変化することが明確になっている。同様に、CP-55,940 ((-)-cis-3-[2-Hydroxy-4-(1,1-dimethylheptyl)-phenyl]-trans-4-(3-hydroxy-propyl) cyclohexanol) が合成されており、CB1 受容体および CB2 受容体双方への完全作用薬として、非常に強力な結合能を有するリガンドとして利用されている<sup>16)</sup>。CP-55,940 においても、シクロヘキシル環のアルキル側鎖の炭素数によって鎮痛効果やカンナビノイド受容体への結合能が変化することが明確になっている<sup>16)</sup>。

## 3. Naphthoylindole 誘導体

合成カンナビノイドを利用した医薬品開発においては、 $\Delta^9$ -THC の化学構造を変化させた誘導体の開発が中心であったが、WIN55,212-2 ([2,3-dihydro-5-methyl-3-(4-morpholinylmethyl) pyrrolo-[1,2,3-de]-1,4-benzoxazin-6-yl]-1-naphthalenyl-methanonemesylate) の登場により、aminoalkylindole 誘導体や naphthoylindole 誘導体が開発のターゲットとして注目されるようになった。WIN55,212-2 は CB1 受容体および CB2 受容体双方へ強力に結合する特性を有するが、構造活性相関の検討から「インドール環の C-2 におけるメチル基の炭素数が増えると、カンナビノイド受容体結合能が減弱する」「アミノアリルをアルキル基に置き換えると、CB2 受容体選択性が高まる」などの特性が明らかになっており、多くの合成カンナビノイド誘導体が合成されてい

る<sup>10,12)</sup>。一方、3-(1-naphthoyl) indole 構造を有する合成カンナビノイド naphthoylindole 誘導体は、現在まで最も多く脱法ハーブから検出されている成分である (図 1C)。JWH-018, JWH-07, JWH-210 などの JWH シリーズはその類縁化合物が非常に多いため、流通の主流になっている。欧州を中心に流通した脱法ハーブである「スパイス」については、JWH-018 および CP-47,497 が主に検出されている<sup>1,11,23)</sup>。現在は、JWH-018 の構造が一部変化している JWH-018 adamantyl 誘導体および JWH-018 adamantyl carboxamide などの流通が問題となっている。

## IV. 脱法ハーブ乱用による健康被害

脱法ハーブに含まれている化学成分としては、合成カンナビノイドが主流である。そこで、合成カンナビノイドを主成分とする脱法ハーブ乱用による症状について概説する。脱法ハーブの吸煙により、一過性の嘔気、嘔吐、呼吸困難、頻脈やけいれんを引き起こすケースが報告されている。精神症状としては、多幸感や陶酔感の発現および幻覚や意識障害、不安や焦燥感によりパニック発作を引き起こす例も認められている<sup>4)</sup>。長期使用では薬物依存症に陥る場合がある<sup>7)</sup>。また、脱法ハーブの乱用に基づく幻覚妄想などの精神病症状を呈する症例が報告されており、深刻な健康被害の発生が懸念される。

## V. 合成カンナビノイドの作用類似性

合成カンナビノイド誘導体を含む製品が乱用されているが、この合成カンナビノイド誘導体は多くの類縁化合物が存在することが知られている。こうした多数の類縁化合物の生体影響を推測するために、薬物効果の類似性を迅速かつ簡便に評価するシステムの構築が必要である。すでに規制されている規制薬物との作用類似性が明確になれば、類縁化合物に関して一括の規制が可能になる。こうした作用類似性を評価する手法として、薬物弁別試験が注目されている。

薬物弁別試験では、はじめに訓練薬物と溶媒

(生理食塩液など)による弁別訓練を行う。訓練は、2レバーのオペラントチャンバーを用いて行う。動物に訓練薬物として合成カンナビノイドを投与したときは、例えば右側のレバーを選択した場合餌を得ることができ、溶媒を投与したときは反対側(左側)のレバーを選択した場合、餌が得られるように訓練を行う。訓練薬物である合成カンナビノイドの薬理作用(自覚効果)に基づいて、動物は合成カンナビノイド投与による刺激と溶媒による刺激を弁別できるようになる。このようにして合成カンナビノイドの弁別課題を獲得した動物に、麻薬として規制されている $\Delta^9$ -THCを投与して、どちらのレバーを選択するかを測定すれば、合成カンナビノイドと麻薬成分との弁別刺激効果の類似性(薬理作用の類似性)が推測できる訳である。合成カンナビノイドの弁別課題を獲得した動物では、 $\Delta^9$ -THC投与により合成カンナビノイドと同じレバーを選択することが明らかになっている。こうした結果から、合成カンナビノイドと麻薬として規制されている $\Delta^9$ -THCの自覚効果は類似していることが示唆される。合成カンナビノイドであるWIN-55,212-2, JWH-018またはJWH-073においても $\Delta^9$ -THCとの類似性を示すことが報告されている<sup>8,21,24)</sup>。多くの合成カンナビノイドは、麻薬成分の $\Delta^9$ -THCと類似の作用を示す可能性が高いと考えられる。 $\Delta^9$ -THCや合成カンナビノイド誘導体の作用発現には、カンナビノイド受容体の関与が強く示唆されている。 $\Delta^9$ -THCの弁別刺激効果を獲得した動物にCB1受容体拮抗薬SR-141,716Aを前処置すると、 $\Delta^9$ -THC, CP-55,940またはWIN-55,212-2の薬物弁別刺激効果が抑制されることから、これらの薬物の弁別刺激効果はCB1受容体を介して発現していると考えられる<sup>13,14)</sup>。こうした解析データは、合成カンナビノイドを麻薬として規制するための有力な科学的データとなる。薬物弁別試験では、一度、訓練が確立された動物を1年間近く維持することが可能であり、多くの類似化合物の作用を比較できるため、その有用性は極めて高いと考えられている。

## VI. 合成カンナビノイドの細胞毒性

薬物による有害作用の評価については、培養細胞系を利用する評価系は簡便かつ感度の高い方法として汎用されている。大麻成分である $\Delta^9$ -THC<sup>2,3,20)</sup>およびWIN-55,212-2<sup>9)</sup>などの合成カンナビノイドは、神経細胞や免疫細胞において細胞毒性の発現が確認されている。当研究部では、維持管理が簡便である樹立安定株に着目し、培養細胞系を用いて合成カンナビノイドの細胞毒性発現について評価を行っている<sup>22)</sup>。合成カンナビノイドの作用点はカンナビノイド受容体であることから、安定してCB1およびCB2受容体が発現している神経芽細胞腫由来NG108-15細胞株を評価用の培養細胞として選択した。合成カンナビノイドであるCP-55,940添加による細胞毒性の発現について、死細胞由来のプロテアーゼ量を発光検出することで解析した。その結果、NG108-15細胞においてCP-55,940による細胞毒性は2時間以降で濃度依存的に誘導されることが確認された(図2A)。また、細胞毒性発現におけるカンナビノイド受容体の関与についても検討しており、CB1受容体拮抗薬であるAM251を前処置しておくこと、CP-55,940による細胞毒性の発現は有意に抑制された。一方、CB2受容体拮抗薬であるAM630においては有意な影響は認められなかった(図2B)。これらの結果から、NG108-15細胞においてCP-55,940は細胞毒性を示し、その発現においてCB1受容体が重要であることが明らかになった。さらに、CP-55,940による細胞毒性発現時には、細胞核の凝集やDNA断片化が引き起こされ、Annexin-V陽性細胞も有意に増加していることから、アポトーシスを誘導することが明らかになった。合成カンナビノイドは、アポトーシスによる細胞死を誘導することが示唆された。このCP-55,940によるアポトーシス誘導メカニズムについては、CB1受容体およびcaspase活性化が関与していると考えられる<sup>22)</sup>。アポトーシスを誘導する経路は非常に複雑であり、今後詳細な検討が必要である。

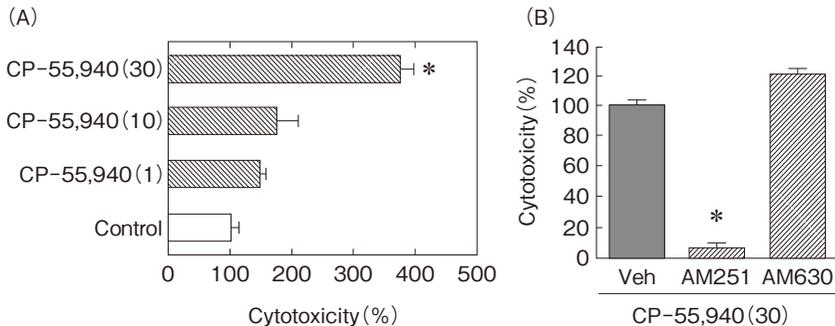


図2 合成カンナビノイドの細胞毒性

合成カンナビノイドである CP-55,940 の添加 2 時間後に、細胞毒性の評価を実施した。(A) 毒性の評価は、死細胞由来プロテアーゼを発光試薬を使用して測定した。(B) カンナビノイド受容体拮抗薬前処置の影響。CB1 受容体拮抗薬として AM251 (20 μM), CB2 受容体拮抗薬として AM630 (20 μM) を使用した。\* $p < 0.05$  vs. control group.

## おわりに

脱法ハーブは、天然の素材を利用しており、含まれる化学物質を乱用しているという認識が希薄になる。しかしながら、含まれる成分である違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）の精神作用や毒性は強力である。特に合成カンナビノイドにおいては、非常に多くの誘導体が合成されており、カンナビノイド受容体への親和性などの効果に関する情報も提供されている。依然として、違法ドラッグとして流通する危険性が高いのが現状である。わが国では、流通が確認された違法ドラッグは指定薬物制度により規制され、動物実験などを通じて依存性評価により危険性が明らかになれば、麻薬などに指定されている状況である。合成カンナビノイドの規制にあたっては、非常に多くの類縁誘導体が存在することから、薬物の構造類似性に着目した一括規制の導入も有効であると考えられる。同様に、脱法ハーブに含まれる合成カンナビノイドの乱用は、世界規模の問題であり、各国で乱用実態が把握された成分に関する情報は非常に重要である。こうした海外の情報とわが国における流通実態の把握により、違法ドラッグとしての合成カンナビノイド規制を迅速に進める必要がある。

## 謝 辞

本稿の情報収集ならびに研究内容の一部は、「厚生労働省精神・神経疾患研究開発費」および「厚生労働科学研究費」の援助を得て行われた。

## 文 献

- 1) Auwarter, V., Dresen, S., Weinmann, W., et al.: 'Spice' and other herbal blends: harmless incense or cannabinoid designer drugs? *J Mass Spectrom*, 44; 832-837, 2009
- 2) Campbell, V. A.: Tetrahydrocannabinol-induced apoptosis of cultured cortical neurones is associated with cytochrome c release and caspase-3 activation. *Neuropharmacology*, 40; 702-709, 2001
- 3) Chan, G. C., Hinds, T. R., Impey, S., et al.: Hippocampal neurotoxicity of delta9-tetrahydrocannabinol. *J Neurosci*, 18; 5322-5332, 1998
- 4) Cohen, J., Morrison, S., Greenberg, J., et al.: Clinical presentation of intoxication due to synthetic cannabinoids. *Pediatrics*, 129; e1064-1067, 2012
- 5) Cravatt, B. F., Giang, D. K., Mayfield, S. P., et al.: Molecular characterization of an enzyme that degrades neuromodulatory fatty-acid amides. *Nature*, 384; 83-87, 1996
- 6) Devane, W. A., Hanus, L., Breuer, A., et al.: Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science*, 258; 1946-1949, 1992
- 7) 船田正彦: 合成カンナビノイド誘導体の薬理学的

特性とその乱用について, 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 45 ; 167-174, 2010

8) Ginsburg, B. C., Schulze, D. R., Hrubá, L., et al.: JWH-018 and JWH-073 :  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol-like discriminative stimulus effects in monkeys. *J Pharmacol, Exp Ther*, 340 ; 37-45, 2011

9) Gustafsson, K., Christensson, B., Sander, B., et al.: Cannabinoid receptor-mediated apoptosis induced by R (+)-methanandamide and Win55,212-2 is associated with ceramide accumulation and p38 activation in mantle cell lymphoma. *Mol Pharmacol*, 70 ; 1612-1620, 2006

10) Howlett, A. C., Barth, F., Bonner, T. I., et al.: International Union of Pharmacology. XXVII. Classification of cannabinoid receptors. *Pharmacol Rev*, 54 ; 161-202, 2002

11) Lindigkeit, R., Boehme, A., Eiserloh, I., et al.: Spice : a never ending story? *Forensic Sci Int*, 191 ; 58-63, 2009

12) Manera, C., Tuccinardi, T., Martinelli, A.: Indoles and related compounds as cannabinoid ligands. *Mini Rev Med Chem*, 8 ; 370-387, 2008

13) Mansbach, R. S., Rovetti, C. C., Winston, E. N., et al.: Effects of the cannabinoid CB1 receptor antagonist SR141716A on the behavior of pigeons and rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 124 ; 315-322, 1996

14) McMahon, L. R.: Discriminative stimulus effects of the cannabinoid CB1 antagonist SR 141716A in rhesus monkeys pretreated with delta9-tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacology (Berl)*, 188 ; 306-314, 2006

15) Mechoulam, R., Ben-Shabat, S., Hanus, L., et al.: Identification of an endogenous 2-monoglyceride, present in canine gut, that binds to cannabinoid receptors. *Biochem Pharmacol*, 50 ; 83-90, 1995

16) Melvin, L. S., Milne, G. M., Johnson, M. R., et al.: Structure-activity relationships for cannabinoid receptor-binding and analgesic activity : studies of bicyclic cannabinoid analogs. *Mol Pharmacol*, 44 ; 1008-1015, 1993

17) Moldrich, G., Wenger, T.: Localization of the CB1 cannabinoid receptor in the rat brain. An immunohistochemical study. *Peptides*, 21 ; 1735-1742, 2000

18) Munro, S., Thomas, K. L., Abu-Shaar, M.: Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature*, 365 ; 61-65, 1993

19) Pertwee, R. G.: Pharmacology of cannabinoid receptor ligands. *Curr Med Chem*, 6 ; 635-664, 1999

20) Powles, T., te Poele, R., Shamash, J., et al.: Cannabis-induced cytotoxicity in leukemic cell lines : the role of the cannabinoid receptors and the MAPK pathway. *Blood*, 105 ; 1214-1221, 2004

21) Prescott, W. R., Gold, L. H., Martin, B. R.: Evidence for separate neuronal mechanisms for the discriminative stimulus and catalepsy induced by delta 9-THC in the rat. *Psychopharmacology (Berl)*, 107 ; 117-124, 1992

22) Tomiyama, K., Funada, M.: Cytotoxicity of synthetic cannabinoids found in "Spice" products : the role of cannabinoid receptors and the caspase cascade in the NG 108-15 cell line. *Toxicol Lett*, 207 ; 12-17, 2011

23) Uchiyama, N., Kikura-Hanajiri, R., Ogata, J., et al.: Chemical analysis of synthetic cannabinoids as designer drugs in herbal products. *Forensic Sci Int*, 198 ; 31-38, 2010

24) Wiley, J. L., Huffman, J. W., Balster, R. L. et al.: Pharmacological specificity of the discriminative stimulus effects of delta 9-tetrahydrocannabinol in rhesus monkeys. *Drug Alcohol Depend*, 40 ; 81-86, 1995

## Evaluation of Law evading Herbs Regarding Cytotoxicity and Drug Dependence Liability

Masahiko FUNADA

*Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health National Center of Neurology and Psychiatry*

Law evading herbs consist of dried plant parts mixed with chemical substances and are sold as hallucinatory stimulants. The increased abuse of such stimulants has become a major social problem. Law evading herbs contain a synthetic cannabinoid, which has an effect similar to cannabis. To regulate such chemical substances, it is urgently necessary to configure a system to quickly analyze their harmful actions. In this study, we attempted to configure a system to evaluate the harmful effects of synthetic cannabinoids by defining CP-55,940, a synthetic cannabinoid, as the standard substance and by evaluating its dependence and toxicity.

< Author's abstract >

< **Key words** : drug abuse, synthetic cannabinoid, cytotoxicity, drug dependence >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

誰にでもできる依存症治療  
——わが国の薬物依存症治療の普及のために——

成瀬 暢也（埼玉県立精神医療センター）

わが国の薬物依存症の専門治療機関は全国に10ヵ所程度で、需要を全く満たしておらず、治療システムは無きに等しい。わが国の薬物依存症患者は最低限必要な治療の機会さえ与えられていない。薬物依存症治療は、①治療関係作り、②治療の動機づけ、③精神症状に対する薬物療法、④解毒（中毒性精神病の治療）、⑤疾病教育・情報提供、⑥行動修正プログラム、⑦自助グループ・リハビリ施設へのつなぎ、⑧生活上の問題の整理と解決援助からなる。これらは決して特殊なものではなく、専門知識や経験が十分でなくても治療的対応は可能である。留意点として、初診時の対応が重要であり、尿検査は治療の目的にのみ利用することが挙げられる。治療の継続が初期の目標であり、治療場が正直な気持ちを安心して話せる場となるように配慮する。覚せい剤依存症患者特有の猜疑心の扱いや、自殺念慮・自傷行為への対処法を心得ておく。さらに、解毒入院時の「薬物渴望期」の対応や簡便な認知行動療法的アプローチの導入ができれば立派な専門治療となる。薬物依存症患者の治療を困難にしている最大の原因は、治療者の患者に対する陰性感情・忌避感情である。わが国の薬物依存症患者が治療を求めたときに、当たり前治療を受けられる日が来ることを切に願っている。

&lt;索引用語：薬物依存症，精神科治療，動機づけ，認知行動療法&gt;

## はじめに

わが国の薬物依存症の専門治療機関は全国に10ヵ所程度で、需要を全く満たしておらず、治療システムは無きに等しい状態が続いている。依存症は治療を行わないと、再使用が繰り返される。しかし、精神科医療機関が受け入れるのは一部の中毒性精神病患者であり、薬物依存症患者は最低限必要な治療の機会さえ与えられていない。

薬物依存症患者が精神科医療機関からも避けられる理由は、暴言暴力・トラブルが多い、パーソナリティ障害合併例が多い、治療が続かない、暴力団関係者が多い、司法的対応が難しいなどである<sup>10)</sup>。しかし、これらの問題は治療者側の対応により大きく変わる。治療者が患者に対して陰性感情や忌避感情をもてば、患者は敏感に察知して治療は失敗に終わる。一方で、患者は安心して受け

入れてもらえる人と場所を求めている。一人の尊厳ある人間として敬意をもって誠実に対応すると患者が変わることも事実である。薬物依存症の治療は決して特殊なものではなく、専門知識や経験が十分でなくても治療的対応は可能であることを強調したい。

薬物依存症患者、特に覚せい剤依存症患者を例に、彼らが治療を求めてきたときに、多くの精神科医が可能な範囲で治療的対応ができるように、基本的な心構えと治療技法について述べたい。

## I. 薬物依存症治療の要点

薬物依存症治療の構成要素は、①治療関係作り、②治療の動機づけ、③精神症状に対する薬物療法、④解毒（中毒性精神病の治療）、⑤疾病教育・情報提供、⑥行動修正プログラム、⑦自助グ

表1 薬物依存症対応の留意点

1. 患者ひとりひとりに敬意をもって接する。
2. 患者と対等の立場にあることを常に自覚する。
3. 患者の自尊感情を傷つけない。
4. 患者を選ばない。
5. 患者をコントロールしようとするしない。
6. 患者にルールを守らせることにとらわれすぎない。
7. 患者との1対1の関係作りを大切にする。
8. 患者に過大な期待をせず、長い目で回復を見守る。
9. 患者に明るく安心できる場を提供する。
10. 患者の自立を促すかわりを心がける。

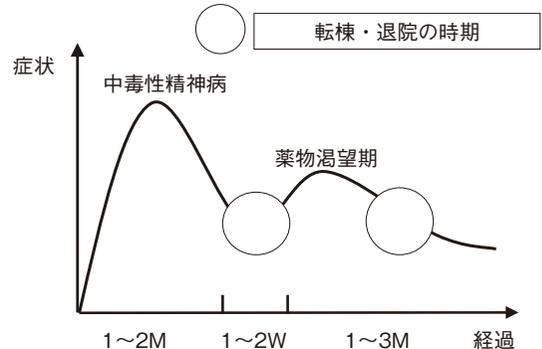


図1 中毒性精神病と薬物渴望期の推移

ループ・リハビリ施設へのつなぎ、⑧生活上の問題の整理と解決援助からなる<sup>5)</sup>。まず、外来治療を行うにあたって留意することは、①来院したこと自体を評価・歓迎する、②本人が問題に感じていることを聞き取る、③本人がどうしたいか、に焦点を当てる、④薬物使用によって起きた問題点を整理する、⑤依存症について説明する、⑥依存症は病気であり治療継続が重要であることを強調する、⑦外来治療を続けることに同意を得る、⑧必要であれば入院を勧める、⑨家族には苦勞をねぎらい、家族会・家族教室などへつなぐ、などである。

### 1. 治療関係作り

治療の成否は治療関係に大きく左右されることは言うまでもない。治療関係が良好であることは、有効な治療の実践には不可欠である。依存症の基には対人関係障害がある。治療者には、薬物依存症患者の特徴を踏まえた適切な対応が求められる(表1)。

### 2. 治療の動機づけ

わが国ではこれまで動機づけについて、家族などの援助を極力排除して「底をつかせる」ことが正しい方策であるとされてきた。しかし、「底をつかせる」ことにエビデンスはなく、悲惨な結果を招くことも少なくなかった。現在は、動機づけは治療者の重要な役割であるとされ、動機づけ面接法や随伴性マネジメントといった手法を積極的に

取り入れられている。動機づけに際しては、①患者に対して陰性感情をもたず敬意をもって向き合う、②患者の健康な面を積極的に指摘して評価する、③「患者がどうなりたいか」に焦点を当てた治療目標を設定する、④前向きな発言が具体的な行動につながるように促す、⑤過大な期待をせず長い目で回復を見守る、⑥動機づけ面接法や随伴性マネジメントを取り入れる、などに留意する。

### 3. 精神症状に対する薬物療法

ヘロイン依存に対するメサドン療法などを除いて、薬物依存症に特別な薬物療法はない。また、一般的に薬物依存症患者は安易に処方薬に頼る傾向が強いことから、希望のままに処方に応じることは慎み、処方薬依存を作り出さないように注意する。薬物渴望自体を処方薬で抑制することは困難であっても、渴望につながる不安・焦燥感、抑うつ気分などに対して適切な薬物療法を行うことは有効である。

### 4. 解毒(中毒性精神病の治療)

薬物の連続使用が起こったり、中毒性精神病の症状が活発化したりすれば入院治療を行う。解毒入院に関しては専門病棟でなくても大きな問題はない。ただし、依存症に特有な「薬物渴望期」<sup>2,4~7,9)</sup>の特徴を知っておくことは大切である。覚せい剤の場合、退薬症状として、意欲減退・嗜眠傾向などがみられるが、これを薬物療法による

表2 渴望期チェックリスト（覚せい剤依存症患者：34歳男性）

| 症状 |   | 5/8 | 5/15 | 5/22 | 5/29 | 6/5 |
|----|---|-----|------|------|------|-----|
| 1  | 焦りの気持ちが高まり、ちょっとしたことが気になる。腹が立つようになる。周囲に怒りっぽくなり、暴力的な態度に出てしまう。 | ○   | ◎    | ○    |      |     |
| 2  | 病棟のルールが守れなくなる。自分勝手な言動が出てしまう。                                |     | ◎    | ◎    | ○    | ○   |
| 3  | 過食傾向となったり、たばこの量が増える。  | ◎   | ◎    | ◎    | ◎    | ○   |
| 4  | 異性やギャンブルなどへの関心が高まる。   |     | ◎    | ◎    | ○    |     |
| 5  | 頭痛、歯痛、不眠、イライラなどの苦痛を訴え、すぐに薬が欲しくなる。がまんができず、薬がもらえないとイライラが高まる。  |     | ◎    | ◎    | ○    |     |
| 6  | 借金や仕事上の約束、やり残したことなどが気になり、突然、外出外泊したくなる。                      |     | ○    | ◎    |      |     |
| 7  | 入院生活に対する不満が出てきたり、または、断酒・断薬の自信がわいてきて、突然退院したくなる。              |     | ○    |      |      |     |
| 8  | 弱々しい患者や若いスタッフに対して、「弱い者いじめ」や「あげあし取り」をし、仲間はづれにしたり、攻撃を向けてしまう。  |     | ◎    | ○    |      |     |
| 9  | 面会者や外来患者に、アルコールや薬物の差し入れを依頼する。                               |     |      |      |      |     |
| 10 | 生活のリズムが乱れ、昼夜逆転傾向が目立つ。                                       | ◎   | ◎    | ○    | ○    |     |

◎かなり当てはまる（2点） ○当てはまる（1点） 5 16 13 6 2

過鎮静と誤解されやすい。この時期と、その後には続く「薬物渴望期」の特徴を踏まえて、精神病症状が落ち着いても処方薬の減量、行動制限の解除、非自発的入院の退院などを急ぎすぎないように注意する。

「薬物渴望期」は、アルコールや薬物の種類にかかわらず、退薬後1～2週間して顕在化し2～3ヵ月で落ち着く、易刺激的・易怒的・情動不安定を特徴とする依存症に特有な時期である。精神病状態で入院した場合は、症状消退後1～2週間してみられることが多い。この時期の症状を、「症状」として認識し適切に対処しないと、治療者はいたずらに陰性感情を募らせ、治療は失敗に終わる。薬物依存症患者に対する治療者の忌避感情の多くは、「薬物渴望期」の症状によるところが大きい。対処法としては、渴望期を乗り切る動機づけ、不安・焦燥感・易刺激性の軽減を目的とした薬物療法の調整、面接によるストレスの「ガス抜き」と励まし、運動・レクリエーション、生活上の問題の整理と改善などが挙げられる。この時期を乗り越えると別人のように落ち着くことが特徴であり、治療的に慎重な対応を要する。対応を容易にする

方法として、「渴望期チェックリスト」（表2）の活用が挙げられる。これにより、症状を「症状」として客観的に捉えやすくなり、スタッフは巻き込まれ難くなる。患者とスタッフの双方が「薬物渴望期」を乗り越えるべき目標として立ち向かうことができる。ここが、薬物依存症の入院治療のヤマである。

#### 5. 疾病教育・情報提供

他の精神疾患、たとえば統合失調症患者などに対して行われる疾病教育・情報提供と同じである。ミニ講義を集団や個別で行ったり、簡便なワークブックを利用した認知行動療法的な手法を取り入れたりできればよい。

#### 6. 行動修正プログラム

何らかの行動修正プログラムをもっていると治療的関与が楽になる。依存症に関する講義やミーティング、簡便なワークブックの利用、自助グループなどからのメッセージなど、何か1つでも提供できれば十分に治療的である。プログラムがなくても、治療者が、患者に対して陰性感情をも

たずにかかわるだけでもよい方向に変わる契機となる。簡単なホームワークを提案してもよい。よい行動には十分評価することが有効である。

#### 7. 自助グループ・リハビリ施設へのつなぎ

専門病棟に入院したからといって、簡単に自助グループやリハビリ施設につながるわけではない。NAなどの自助グループやダルクなどのリハビリ施設に関する情報提供とともに、メンバーやスタッフとの接点を設定する。家族や医療機関のスタッフ同伴で見学に行けるとよいが、NAメンバーやダルクスタッフが来院して面会してくれる「メッセージ」も有用である。回復者と直接接することは、患者にとって貴重な体験となる。すぐにつながらなくても、後の治療に有効であることが多い。家族にはナラノンなどの自助グループや家族会への参加を促す。

#### 8. 生活上の問題の整理と解決の援助

薬物依存症患者は、問題を先送りにするためさままな生活上の問題を抱えている。問題解決能力に乏しく、適切な援助資源をもたないことも多い。これらの問題が回復の妨げになる。患者と協同で問題の整理と解決を進める。利用できる社会資源の活用、問題の優先順位に沿った対処計画の作成などを、患者の自主性を妨げずに行動できるよう支援する。問題の整理が進むと回復の意欲が高まる。

以上1~8のうち一部でも、できる範囲で意識してかかわれば、それだけで有効な治療的対応となる。

## II. 薬物依存症対応の留意点

### 1. 初診時の対応が重要である

初診時の対応は極めて重要である。患者が受診に抵抗があったり、強い不安や敵意をもっていたりすることもある。受診前に家族や周囲の人たちから叱責を受けたり、他の機関で門前払いされたりしていることも多い。治療者は、「ようこそ、よく来ましたね」という態度で迎える。治療者の考

えを押し付けたり、家族の意向にそのまま乗ったりしてはいけない。患者がどのような思いで受診したのか、何を問題と感じているのか、どうしたいのか、という思いこそが重要である。

患者を診察する前に、家族に席を外して欲しいか否かを確認する。家族や同伴者の前では正直になれないことが多い。同席で診察をすると、家族が患者の問題点を感情的に並べ立て、患者を責めることになりがちである。家族は「すぐに入院させて完全に直すまで出さないで欲しい」という意向が強いこともある。家族の苦労は十分受け止めてねぎらい、よい方向に患者が向くように治療を引き受ける旨をきちんと伝える。薬物依存症患者の通院は容易ではないことを認識した上で、患者自らに来院しようという意欲を引き出し、次の来院を約束することが目標となる。治療を途切れさせてはならない。「患者次第である」として、通院の継続に配慮を欠くような対応は慎む。治療の継続が家族の信頼を得ることになる。

### 2. 尿検査は治療の目的にのみ利用する

覚せい剤の使用について治療者がその事実を把握した場合、通報するかしないかは医師の裁量に委ねられている。自ら治療を求めて来院した患者を、使用したことを理由に司法機関に通報することは医療機関の役割ではない。通報される不安が相談・医療機関へつながることを躊躇させている。治療者は、純粋に再使用を防ぐための手立てを患者に対して提供していくことが役割であり責務である。患者が治療を求めて受診したとき、「薬物使用によって司法機関に通報することはない」と保障することから治療を開始するべきである<sup>6,8,9)</sup>。それによって治療につながりやすくなる。そして治療につながっていることが何より治療的である。医療機関が患者に通報を意識させて抑止力にするべきではない。患者が、薬物の再使用を正直に安心して話せる状況で初めて適切な依存症治療を行える。治療関係ができており使用を正直に話すことの大切さを強調してあれば、患者は自ら申告してくる。

### 3. 治療の継続が初期の目標である

依存症は慢性疾患であり治療につながっていることが重要である。治療から脱落しないための配慮が必要である。患者は些細なことから治療中断してしまう。中断後に受診を希望して連絡してきたときは、「よく連絡してきたね」という態度で明るく迎え入れ、早くに来院を促す。患者は些細な理由で受診を諦めてしまうからである。再使用により来院できない場合は、再使用時こそ早くに受診することの重要性を伝え、速やかに立て直すことに焦点づける。決して再使用を責めない。むしろ正直に話してくれた場合には十分評価する。再使用時に速やかに治療者に連絡できる関係が望まれる。

### 4. 正直な気持ちを安心して話せる場となることを心がける

治療者は、患者が正直な気持ちを話してくれることに重きを置くべきである。薬物依存症患者の特徴として筆者が重視している点は、①自己評価が低く自信がない、②人を信じられない、③本音を言えない、④見捨てられる不安が強い、⑤孤独で寂しい、⑥自分を大切にできない、の6項目である。これらの問題が依存症の基にあり、これが改善していけば薬物使用により気分を変える必要はなくなると考えている<sup>5,6)</sup>。その突破口は、本音を言えること、つまり「正直な気持ちを話せるようになること」である。自助グループにおいても「正直な気持ちを話すこと」が重視される。本音を言えるようになると、その人を「信じられる」ようになり、本音を言っても「見捨てられない」ことを実感できる。そうすると「孤独ではなくなり」、こんな自分でもいいところもあると思えるようになる。少しずつ「自分に自信が持て」、初めて「自分を大切にすること」ができる。つまり、正直な気持ちを話せるようになると、先に挙げた6つの問題の解決につながり、人の中にあって人に癒されるという本来の望ましいあり方を獲得できることになる。そのとき、すでに薬物に酔う必要はなくなっている。

### 5. 覚せい剤依存症患者特有の猜疑心の扱いを知っておく

覚せい剤依存症患者の特徴として、猜疑心もち勘ぐってしまうことがしばしばみられる。このような患者に対して、治療者は陰性感情をもたず敬意をもって誠実にかかわることが重要である。筆者は、「かంగり」と「音に敏感」であることは、覚せい剤使用の典型的な症状であること、悪化すると妄想や幻聴になることを説明し、自ら進んで話してもらえぬ関係作りを心がけている。症状に対して適切な薬物療法を行い、症状の軽快をみると信頼関係はさらに深まる。覚せい剤使用や怠業により幻覚妄想状態に発展させないこと、粗暴な行為に及ばないことなどに注意を促す。通院途中や待合室などでトラブルを起こす患者に対しては、人の少ない時間帯に予約を設定するなどの配慮をする。患者は不安で困惑しており、信じられる対象を求めている。治療の成否は、治療者の患者に向き合う姿勢と治療関係の良し悪しに負うところが大きい。

### 6. 自殺念慮・自傷行為への対処法を心得ておく

薬物依存症患者の多くは、希死念慮をもち自殺企図歴も高率に認められる。特に注意を要するのは、大切な人との別離、離婚、失職などの喪失体験とともに、患者がこれまでになく頑張ってきた後の挫折体験である。「やっぱりダメなんだ」と絶望してしまう。ちょっとしたつまづきから自ら「死へダイビング」してしまう。自殺を防ぐためには、正直な気持ちを安心して話せる治療関係が重要である。

### 7. 簡便な認知行動療法的アプローチを導入して楽しむ

薬物依存症治療の有効性に豊富なエビデンスのある、認知行動療法的アプローチを導入することはさまざまな点において望ましい。具体的には再使用を防ぐ知識と技術を身につけることが重要である。通常の外来診察においても短時間でかかわ

れるように、簡便なワークブックを利用することが推奨される。現在、わが国において SMARPP<sup>1)</sup> を基本としたワークブックが依存症治療の新たな手法として導入されている。ワークブックは市販<sup>3)</sup>もされている。その一部でも活用して、ホームワークとして取り組んでもらうと立派な治療となる。小さな課題を達成するごとに、達成シールや主治医からの励ましなどの「ごほうび」を提供する。子供だましのように見えるが、随伴性マネジメントは有効性にエビデンスのある行動療法的技法である。真剣に1時間かけて面接するよりも、1枚のシールが患者の動機づけには有効であるという笑えない話もある。外来受診やプログラムに参加すると、何らかの「ごほうび」がもらえることに意味がある。また、治療者側でも、患者の頑張れた点や健康な点を積極的に評価しようというスタンスで接することになり、治療の場が明るく和やかな雰囲気になる。治療のなかかわりを楽しもうとする治療者のスタンスは、治療の雰囲気を高め、患者の治療継続に効果的である。

### Ⅲ. 薬物依存症は診やすくなっている

実は近年の薬物依存症は診やすくなっている。その理由としては、粗暴な患者や激しい興奮をきたす患者の減少（怖くない）、非合法薬物から合法薬物へシフト（司法対応不要）、向精神薬乱用・依存症患者の割合の増加（向精神薬はおなじみ）、「ふつうの患者」の増加（特殊な人たちではない）、「薬物渴望期」概念の導入（入院治療のコツ）、簡便な認知行動療法の導入（誰もが治療できる）、薬物依存症患者への対応技法（知っていると対応しやすい）、などである。薬物依存症患者の最近の傾向として、「攻撃的タイプ」から「引きこもりタイプ」に変化してきている。これに伴って、自助グループやダルクにはなじみ難い患者が増えており、行動変容が容易ではないという難点はあるものの、粗暴行為や著しいルール違反は明らかに目立たなくなっている。

表3 薬物依存症治療の留意点

1. 患者に陰性感情・忌避感情をもたない。
2. 初診時は来院したこと自体を評価・歓迎する。
3. 尿検査による通報や自首の促しはしない。
4. 治療の場を正直な気持ちで話せる場とする。
5. 患者の求める治療目標に沿った治療計画を立てる。
6. 一緒によりよい状態を目指すという姿勢をとる。
7. 疾患に関する必要な教育・情報提供を行う。
8. 簡便な認知行動療法的アプローチを取り入れる。
9. 治療介入を容易にする補助介入ツールや「ごほうび」を活用する。
10. 自助グループなどの情報を提供し接点をつくる。
11. 入院治療に際しては、「薬物渴望期」の対応を知っておく。
12. ベンゾジアゼピン系などの処方薬依存を生まないように配慮する。
13. 治療が継続するよう配慮し長い目で回復を見守る。
14. よい変化には十分評価する。
15. 失敗は責めずに修正できるように働きかける。
16. 家族などに対しては十分にねぎらい家族のグループにつなぐ。
17. 治療者は回復が信じられるために回復者とのつながりをもつ。
18. 回復を願った誠実な対応を心がける。

### おわりに

最近、わが国でも依存症治療は大きく変化してきている。その主な理由は認知行動療法的なアプローチが導入されたためである。この柱となるのが、リラプス・プリベンション、動機づけ面接法、随伴性マネジメントである。この新しいアプローチは、患者と対決せず、患者の変わりたい方向へ支援し、よい変化に注目して十分評価する。失敗しても責めることなく、フィードバックしてよりよい方策を話しあう。これまでの依存症治療は、「患者を甘やかすな」「痛い目に遭わないとわからない」「言うとおりにしないと入院させない」といった誤った治療スタンスが大勢だった。患者に敬意を払い対等の立場で患者の健康な面に訴えかけていく、という当たり前のことがなされていなかった。最後に治療の留意点について表3に示す。

薬物依存症患者の治療を困難にしている最大の原因は、治療者の患者に対する陰性感情・忌避感情である。治療者がこの感情から解放され患者と向き合えたときに有効な治療が始まる。彼らやそ

の家族は理解ある援助を求めている。抛り所となる治療者や医療機関を求めている。依存症治療は決して特殊なものではなく、誰もがかかわることができることを強調したい。わが国の薬物依存症患者が治療を求めたときに、当たり前治療を受けられる日が来ることを切に願っている。

## 文 献

- 1) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存患者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会誌, 42; 507-521, 2007
- 2) 小沼杏坪: 薬物依存症の治療ガイドライン. 薬物依存症ハンドブック (福井 進, 小沼杏坪編), p.63-76, 金剛出版, 東京, 1996
- 3) 松本俊彦, 小林桜児, 今村扶美: 薬物・アルコール依存症からの回復支援ワークブック, 金剛出版, 東京, 2011
- 4) 成瀬暢也: 公的病院からみた物質関連障害の治療の現状と課題. 日本精神科病院協会雑誌, 27; 185-191, 2008
- 5) 成瀬暢也: 薬物患者をアルコール病棟で治療するために必要なこと. 日本アルコール・薬物医学会雑誌, 44; 63-77, 2009
- 6) 成瀬暢也: 規制薬物関連精神障害の初期対応と連携のあり方. JAEP 教育研修会テキスト Vol.1, 48-61. 日本精神科救急学会, 東京, 2009
- 7) 成瀬暢也: 精神作用物質使用障害の入院治療: 「薬物渴望期」の対応法を中心に. 精神経誌, 112; 665-671, 2010
- 8) 成瀬暢也: 覚せい剤依存症の治療に際しては, 患者に「通報しないこと」を保障するべきである. 精神科, 21; 80-85, 2012
- 9) 成瀬暢也: 3. 覚せい剤による依存症候群と精神病的障害. 精神科救急医療ガイドライン (規制薬物関連精神障害) 2011年4月4日改訂版, p.42-46, へるす出版, 東京, 2012
- 10) 尾崎 茂, 和田 清, 松本俊彦ほか: 薬物関連精神疾患の治療に関する実態調査. 平成19年度厚生労働省精神神経疾患研究委託費「薬物依存症および中毒性精神病に対する治療法の開発・普及と診療の普及に関する研究」研究成果報告会抄録集, 2007

## Anyone Can Treat Drug Dependence—To Achieve the Widespread Introduction of Treatment for Drug Dependence in Hospitals in Japan

Nobuya NARUSE

*Saitama Prefectural Psychiatric Hospital*

In Japan, there are approximately 10 hospitals specialized for the treatment of drug dependence, which is insufficient to meet the demands of patients. Thus, the treatment system is almost nonexistent, and even minimally necessary opportunities for receiving treatment are not given to patients with drug dependence in Japan. Treatment of drug dependence consists of the following items : (1) forming relationships between a psychiatrist and patient, (2) motivating a patient to receive treatment, (3) pharmacotherapy for psychiatric symptoms, (4) detoxification (treatment for toxic psychosis), (5) providing education/information about the disease, (6) providing a behavior modification program, (7) referring a patient to self-help groups/rehabilitation facilities, (8) summarizing problems about daily living and assisting the resolution. These are not special issues at all, and therapeutic management can be performed without sufficient expertise or experience. It should be noted that communication at the initial interview is the most important, and urine testing should only be used for treatment purposes. The objective during the early phase is to keep patients receiving treatment. Psychiatrists should provide a clinical practice setting where a patient can reveal honest feelings without anxiety. They should also know measures specific to suspicious patients with stimulant abuse, and suicidal ideation and behavior. In addition, if the “drug-craving phase” during hospitalization for detoxification is treated and approaches for cognitive-behavioral therapy are introduced, this means that special treatments can be successfully provided.

The major cause of difficulty in treating drug-dependent patients is a negative feeling or evasive emotions of practitioners to those patients. It should be highlighted that no special treatment is needed for drug dependence, and anyone can perform it. It is earnestly desired in the future for patients with drug dependence to receive treatment properly at any time when they need it.

< Author's abstract >

<Key words : drug dependence, psychiatric treatment, motivation, cognitive-behavioral therapy >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 我が国における統合失調症早期介入の現状

下寺 信次<sup>1)</sup>, 井上 新平<sup>1)</sup>, 藤田 博一<sup>1)</sup>, 須賀 楓介<sup>1)</sup>, 土居 江里奈<sup>1)</sup>, 市来 真彦<sup>2)</sup>

1) 高知大学医学部神経精神科学教室, 2) 東京医科大学茨城医療センターメンタルヘルス科

統合失調症をはじめとする精神疾患は、治療開始の遅れが悪い治療転帰と関連していることが報告されている。日本における精神病未治療期間は決して短いとはいえない。また、我々が行った高校生へのアンケート調査からは、精神病様体験を含めたメンタルヘルスに問題を抱える生徒が少なくないことが確認できた。この治療の遅れは、まだまだ根強く残る精神疾患に対するスティグマが少なからず影響していると考えられている。今後、精神疾患の早期発見・治療を進めていく中で、学校、教育委員会、地域、病院の密接な連携が重要と考えられる。具体的には、学校現場での生徒や教師への精神疾患教育、専門スタッフの派遣、養護教諭を含めた学校関係者の受診援助などの方策が考えられている。医療側の問題としては、適切な薬物療法のエビデンスの調査研究を進めながらも前駆期などの抗精神病薬の開始のグレーゾーンを考慮し、過剰投与を防ぐために認知行動療法などの薬物療法のみには頼らない一定の治療ガイドラインを作成することが重要である。

<索引用語：統合失調症，早期介入，アンチスティグマ，精神病様体験（PLEs），精神病未治療期間（DUP）>

## はじめに

統合失調症をはじめとする精神疾患の前駆期および発病早期から、脳の形態学的変化などの生物学的な変化が起きていることが報告されている<sup>1)</sup>。その時期に、適切な治療介入がなされず未治療期間が長期化すると、その後の社会適応の予後が悪いことも報告されている<sup>10)</sup>。このことは、悪性腫瘍の早期発見・早期治療によって生命予後が改善するという事実と、精神疾患の早期発見・早期治療による予後の改善とは、本来考え方は全く変わらないはずであるが現実的には大きな違い

がある。それは精神疾患特有のスティグマという問題が存在しているからと考えられる。悪性腫瘍のようなマスコミなどを通じた大きなキャンペーンを展開して啓発活動を行い、患者の早期受診を促すという方法をそのまま精神疾患に適用しても本来の解決には至らない。我々は、まず精神疾患特有のスティグマに関して1つ1つ検討を行い、現状はどのようになっているのか、そこにはどのような問題が存在し、どのように解決していくことができるのかということについて、取り組んでいく必要がある。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合－多様な精神医学・医療の展開を求めて－

シンポジウム 統合失調症早期支援とアンチスティグマ 司会：下寺 信次（高知大学医学部神経精神科学教室），今村 弥生（東京都立松沢病院社会復帰支援室）

今回は、精神疾患の発症時期とかかわりのある中高生のメンタルヘルスを中心に、早期介入の現状と問題点について整理し、今後の早期介入の実践について考えていきたい。

### I. 精神病未治療期間

精神疾患の治療開始の遅れを示す指標として、精神病未治療期間 (duration of untreated psychosis : DUP) が使われている。この DUP とは明らかな陽性症状の顕在化から適切な治療の開始までの期間を表している。DUP の調査は世界各国で行われ、日本でも報告がなされている。Lihong ら<sup>6)</sup>や Nishii ら<sup>8)</sup>による日本におけるカルテを用いた後方視研究によると、DUP は様々な要因が関連していることが報告されている。Lihong らによると高知県における DUP は 10.5 ヶ月 (中央値) であった。この DUP は発症年齢、初診時年齢、教育歴、発症様式 (急性、潜行性)、受診時の付添人の有無と関連していることが示された。さらに DUP が長期化すると 1 年後の処方量はより多く、初回入院期間は有意に長くなり、1 年後の Clinical Global Impression (CGI) の重症度と改善度が悪化していたと報告されている。また、Esterberg らによると、DUP は陰性症状の進展とも関連があったとしている<sup>3)</sup>。したがって、DUP は単に治療の遅れを示す指標のみならず、患者の予後にも関連する重要な指標の 1 つと考えることができ、身体疾患と同様に統合失調症をはじめとする精神疾患も早期発見・早期治療はその患者の予後を改善するためには非常に重要な要素であるといえる。

先に述べたように、高知県での DUP は 10.5 ヶ月 (中央値) である<sup>6)</sup>が、これは顕在発症してから受診までに 1 年弱を要していることを意味する。この現実には DUP が短いとは言いがたい状況である。一方、Yamazawa らの報告では、関東地方での同様の調査を行うと 5.0 ヶ月 (中央値) であった<sup>12)</sup>。この高知県における受診の遅れの主要な要因はスティグマと関連しているのではないかと考えられる。

### II. 子どもたちに起きる精神疾患と問題点

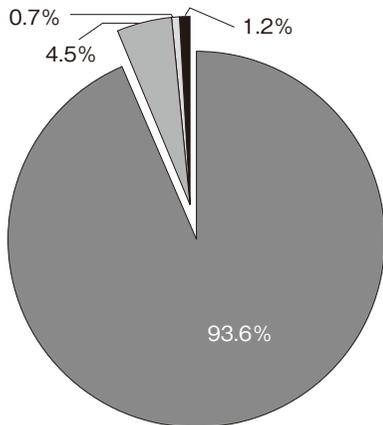
若年層における精神疾患の頻度 (罹患率) は、オーストラリアでの報告によると、4~12 歳で 7%、13~17 歳で 19%、そして 18~24 歳になると 27%、すなわち 4 人に 1 人という結果であったという<sup>1)</sup>。そして、20 歳前後の若年層の総疾病負担額の最大要因は精神疾患であったという報告もある<sup>7)</sup>。若年層への精神保健の充実が急務であるといえるだろう。

また精神疾患の多くは、子どもの頃から何らかの症状を呈しているといわれる。例えば、米国における 9,000 名以上を対象とした精神疾患の生涯罹患率と初回発症年齢を調査した結果では、不安障害、気分障害、衝動性障害、物質使用障害の障害罹患率は 46.4% であり、そのうち 50% は 14 歳までに発症し、75% は 24 歳までに発症するといわれている<sup>4)</sup>。

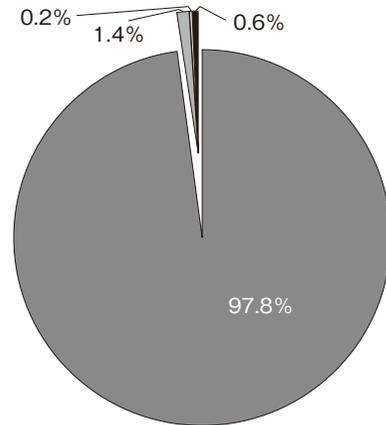
精神疾患は発症時から典型的な診断基準を満たすような症状が揃うわけではない。Poulton ら<sup>9)</sup>は早期精神病を調査していく上で、精神病様体験 (Psychotic-Like Experiences : PLEs) は重要な概念であることを示している。この PLEs は、下記の項目のうち、1 項目でも「あった」または「あったかもしれない」と答えた場合、「PLEs あり」と評価する。

- ①超能力などによって、自分の心の中を誰かに読み取られたことがありましたか?
- ②テレビやラジオから、あなただけにメッセージや暗号が送られてきたことがありましたか?
- ③誰かに後をつけられたり、こっそり話を聞かれたりされていると感じたことがありましたか?
- ④他の人には聞こえない「声」を聞いたことがありましたか?

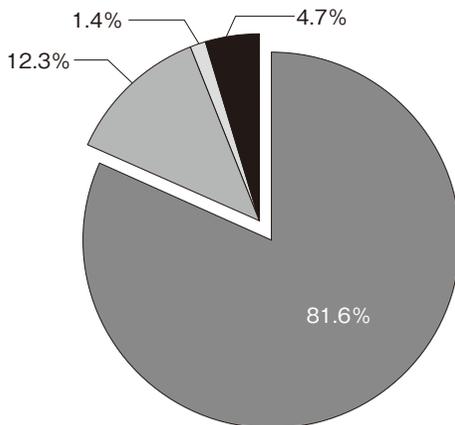
この PLEs を用いた調査によると、11 歳時点で PLEs を体験した子どもを追跡調査すると、25% が 26 歳までに統合失調症様障害を発症しており、オッズ比が 16 となった。また、90% が 26 歳時点で社会適応や就労が困難な状況になっていた。ま



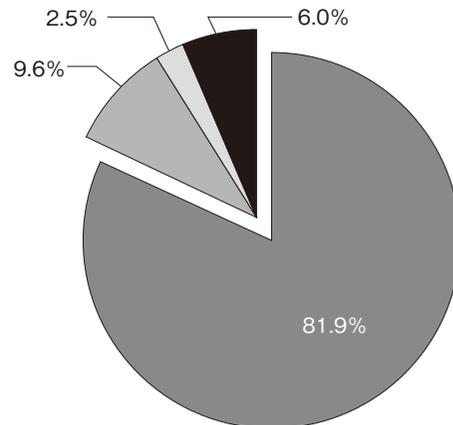
■ なかった ■ あったかもしれない □ 1回のみあった ■ 2回以上あった  
 図1 超能力などによって、自分の心の中を誰かに読み取られたこと



■ なかった ■ あったかもしれない □ 1回のみあった ■ 2回以上あった  
 図2 テレビやラジオから、メッセージや暗号が送られてきたこと



■ なかった ■ あったかもしれない □ 1回のみあった ■ 2回以上あった  
 図3 誰かに後をつけられたり、こっそり話を聞かれていること



■ なかった ■ あったかもしれない □ 1回のみあった ■ 2回以上あった  
 図4 他の人には聞こえない「声」を聞いたこと

た逆に、26歳時点で統合失調症様障害に罹患している成人のうち、42%が11歳時点でPLEsを経験していたと報告されている。また、11歳から18歳までに幻聴体験を有していた者のうち44%が8年後に何らかの精神的診断に該当していたという報告もある<sup>2)</sup>。

海外では様々な取り組みがなされているが、日本ではこのような状況への対応が遅れているばかりか、現状の把握が始まったばかりである。日本の文化にあった早期発見・早期介入を行うにはどのような方法や環境を整えていくべきなのか、ま

たどのような治療が適切なのか、という2つの重要な問題について検討していく必要がある。

### Ⅲ. 高校生のメンタルヘルスの実情

まず、現状の分析を行う必要があると考え、高知県では高校生を対象としたアンケート調査を実施した。これは、高知県内公立高校38校（総生徒数14,132名）のうち26校（総生徒数10,142名）の協力を得て実施し、回収率94.3%の9,566名から有効回答を得た。このアンケートは「高校生のこころと身体の健康アンケート」と称して行った

無記名式の調査である。実施には地元教育委員会の協力を得た。

このアンケートの中から PLEs に関する項目について結果を報告する (図 1~4)。幻聴、幻視、自我障害と思われる症状を経験している高校生はやはりある一定の割合で存在していることがわかる。次に、このような症状を経験した生徒がどのように対処しているかが問題となってくる。アンケートでは、「落ち込んだり、精神的につらいときの相談相手は？」という問いで尋ねているが、一番多かった相談相手は友人であった (図 5)。現在、中学校・高等学校では精神疾患に関する教育はされていないため、精神疾患に関する知識は乏しいと思われる。したがって、友人同士で相談しても適切な対応ができていない可能性が高い。結果からは医師やカウンセラーといった専門家への相談は皆無に等しく、早期発見にはほど遠い状況であることがわかる。

中学生にも調査を広げて実施し、18,104 名に対してアンケートを行った結果では、PLEs と器物損壊が有意に関連し、「幻聴体験」と「スパイされている体験」に関しては、人への暴力と有意に関連した<sup>5)</sup>。また、睡眠障害、社交不安障害に近いと思われる対人緊張、いじめ、大人からの暴力や自殺願望といったいろいろな問題と関係していることがわかった。

以上から PLEs 体験のある生徒が抱える諸問題をまとめると図 6 のようになる。

#### IV. 精神疾患の早期発見と発病予防

精神疾患の予後を改善することや発病予防を考えていく上で、まず早期発見が必要となる。そのためには、以下の 5 つが重要である。①学校・教育委員会・地域・病院の連携が重要、②友達や家族への相談が多く、本人の教育すなわち学校での教育が不可欠である、③学校で授業を展開する際の専門スタッフの派遣が必要、④養護教諭やカウンセラーへの知識教育や専門医への受診援助者が必要、⑤敷居の低い精神科医療体制を作ること、正しい知識を広めることがアンチスティグマへ良

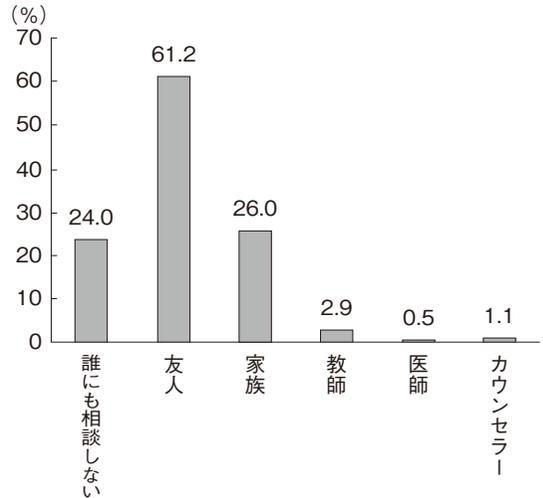


図 5 落ち込んだり、精神的につらいときの相談相手 (あてはまるものを全部選ぶ)

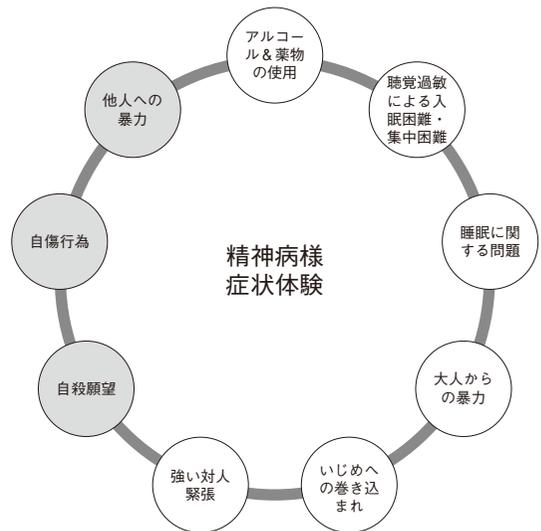


図 6 PLEs 体験のある生徒が抱える諸問題

好な影響を及ぼすと考える。

#### V. 早期介入と薬物療法

PLEs が持続していたり、家族歴があったりする対象者が、精神病症状が顕在化した場合や生活能力が低下してきた場合は、認知行動療法や支持的療法をまず行うが、必要な場合は躊躇なく副作用の少ない非定型抗精神病薬の投与を考慮する必要がある。若年者であるから、当然薬物療法

の適応には慎重でなくてはならない。しかし、DUP 研究の結果から薬物療法開始の遅れは社会適応の予後を悪化させることが示唆されている。現在は、薬物療法の開始に明確な基準はないが、今後エビデンスが構築されていく中でガイドラインができてくると思われる。

### おわりに

我が国における統合失調症の早期介入の現状について述べた。日本は諸外国に比べ、この分野ではまだまだ取り組みが遅れている。その原因としてスティグマが挙げられるが、その根底には精神疾患に対する正確な知識が不足していることが大きな原因と考えられる。今後は学校現場での正しい知識の普及を目指していく必要があると考える。

その一方で、早期精神病に対する治療方針の確立も大きな課題である。認知行動療法、支持的精神療法や薬物療法をうまく組み合わせていくことが重要である。

### 謝 辞

東京都医学総合研究所高知県高等学校協会会長 高橋啓明先生、高知県教育委員会、高知県教育委員会教育政策課、高知県内市町村教育委員会、他都県の教育委員会および市町村教育委員会、東京都医学総合研究所 西田淳志博士、東京大学大学院教育学研究科 佐々木司教授、東京都立松沢病院 岡崎祐士院長、この調査にかかわって頂いた方すべてに深謝します。

### 文 献

- 1) Department of Health and Ageing, Australian Government : 2000-01 Annual Report for the Department of Health and Aged Care, 2000-2001
- 2) Dhossche, D., Ferdinand, R., Van der Ende J., et al.: Diagnostic outcome of self-reported hallucinations in a community sample of adolescents. *Psychol Med*, 32 ; 619-627, 2002
- 3) Esterberg, M., Compton, M.: Family history of psychosis negatively impacts age at onset, negative

symptoms, and duration of untreated illness and psychosis in first-episode psychosis patients. *Psychiatry Res*, 15 ; 23-28, Epub 2012 Apr 14.

4) Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., et al.: Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*, 62 ; 617-627, 2005

5) Kinoshita, Y., Shimodera, S., Nishida, A., et al.: Psychotic-like experiences are associated with violent behavior in adolescents. *Schizophr Res*, 126 ; 245-251, 2011

6) Lihong, Q., Shimodera, S., Fujita, H., et al.: Duration of untreated psychosis in a rural/suburban region of Japan. *Early Interv Psychiatry*, 6(3) ; 239-246, 2012

7) Mathers, C. D., Vos, E. T., Stevenson, C. E., et al.: The burden of disease and injury in Australia. *Bull World Health Organ*, 79 ; 1076-1084, 2001

8) Nishii, H., Yamazawa, R., Shimodera, S., et al.: Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population. *Early Interv Psychiatry*, 4 ; 182-188, 2010

9) Poulton, R., Caspi, A., Moffitt, T.E., et al.: Children's self-reported psychotic symptoms and adult schizophreniform disorder : a 15-year longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*, 57 ; 1053-1058, 2000

10) 住吉太幹, 川崎康弘, 鈴木道雄: 精神病未治療期間: 定義, 測定および転帰との関連. 早期精神病の診断と治療 (水野雅文, 鈴木道雄ほか監訳). 医学書院, 東京, p.122-139, 2010 (Jackson, H. J., McGorry, P. D.: *Recognition and Management of Early Psychosis : A Preventive Approach*, Cambridge University Press, New York, 2009)

11) 鈴木道雄: 前駆期における生物学的指標による診断. 専門医のための精神科リユミエール5 統合失調の早期診断と早期介入 (水野雅文責任編集). 中山書店, 東京, p.60-71, 2009

12) Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., et al.: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 ; 76-81, 2004

**“Schizophrenia Support and Anti-stigma”  
Current State of Early Intervention in Schizophrenia in Japan**

Shinji SHIMODERA<sup>1)</sup>, Shimpei INOUE<sup>1)</sup>, Hirokazu FUJITA<sup>1)</sup>, Yosuke SUGA<sup>1)</sup>, Erina DOI<sup>1)</sup>,  
Masahiko ICHIKI<sup>2)</sup>

1) *Department of Neuropsychiatry, Kochi Medical School*

2) *Department of Mental Health, Tokyo Medical University, Ibaraki Medical Center*

It has been reported that a delay in the start of treatment for psychiatric disorders, such as schizophrenia, is correlated with a poor prognosis. However, it cannot be said that the duration of untreated psychosis is short in Japan. In addition, our questionnaire survey of senior high school students conducted confirmed that a number of students have mental health problems, including psychotic-like experiences. The delay in the start of treatment seems to be markedly affected by the stigma of psychiatric disorders, which still firmly remains.

In the future, it is considered important to establish close cooperation among schools, education boards, local communities, and hospitals, while promoting early detection and treatment. Specifically, it is necessary to take measures such as education of students and teachers to improve knowledge of psychiatric disorders in schools, dispatch specialized staff, and support school staff, including nursing teachers, to promote medical examination of the students.

For medical institutions, it is important to establish certain guidelines for optimal treatment, including psychosocial treatment, which does not depend on drug therapy alone.

<Authors' abstract>

<Key words : schizophrenia, early intervention, anti-stigma, psychotic-like  
experiences, duration of untreated psychosis>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 統合失調症早期介入サービス・ユーザーからの声

今村 弥生（東京都立松沢病院社会復帰支援室）

統合失調症への早期介入が日本で実践されるようになり数年が経過し、筆者の所属する東京都立松沢病院においても2009年9月より運営開始されている。早期介入は、当事者である若者（ユーザー）に焦点を当てた医療であるという基本理念に則り、アンチスティグマを目的とする本シンポジウムで、松沢病院のwakaba外来に通院する2人の当事者の登壇を得て、統合失調症早期支援の意義と、今後の進むべき道筋について議論した。ユーザーとして、診療で最も印象深かったこと、医療者と話し合い、治療を続ける意志を固めるために必要な「信頼」が生まれるのはどんな時か、事前に話し合い発表した。

<索引用語：統合失調症早期介入、ユーザーの声、アンチスティグマ、信頼関係>

## はじめに

オーストラリア、イギリスで開始された統合失調症への早期介入は、我が国においても実践されるようになり、すでに数年が経過している。文化的、経済的に異なった背景を持つ欧米での取り組みを、日本に導入するには、当然のことながら治療デザインの改変が必要である。東京都立松沢病院では、早期支援外来（通称 wakaba 外来）が2009年9月より運営開始され、現時点でPSW1人、ナース1人、臨床心理士2人と担当医4人を担当スタッフとして、休止状態のケースも含めて45人前後の統合失調症の早期症状を持つ当事者を支援している。筆者は2010年より担当医の1人として、診療・支援活動に従事している。

wakaba 外来では、第一に若者が診療を中断し、未治療期間が長くなることを防ぐよう心を配って若者本人が受診の必要性を理解せず診察を拒否したとしても、治療的かわりを中止する理由とせず予約変更可能な限り応じ、待ち時間が少なくなるように多職種で対応する。必要に応じて自宅や通学先への往診、訪問看護も実施している。

精神症状への薬物療法は、副作用が服薬と通院の中断につながらないように、非定型抗精神病薬の単剤治療を基本とし、用量も可能な限り減じ、また本人・家族への薬理効果の十分な説明の実施を心がけている。また薬物療法にのみ治療の重点を置かず、精神症状への対処法としての認知行動療法を当事者へ指導するアプローチも、心理職が中心となって実施している。治療上のかかわり以外にも、復学手続きや、就職活動、諸々の生活上の問題への介入、助言も試行錯誤をしつつ行っている。

## I. サービス・ユーザーが登壇するにあたって

「早期介入とは、当事者である若者（ユーザー）に焦点を当てた医療」という基本理念に則り、アンチスティグマを目的とする本シンポジウムで、松沢病院の wakaba 外来に通院する2人の当事者の登壇を得て、ユーザーの視点から、統合失調症早期支援の意義と今後の進むべき道筋について発言する場とした。青年期の当事者の立場から、シンポジウムで精神医療従事者に向けて発言するに

あたり、wakaba 外来に通院中の方の中で、以下の条件から発表者を選考した。

- ①症状が安定しており、ほぼ陽性症状が消失しているか、症状があっても一両日で消失し、日中の活動に影響がない方
- ②普段の外来診察の中で、自分の症状や考えを言語化することができる方
- ③人前で何らかのパフォーマンスをした経験があり、学会での発表に堪える技量のある方
- ④発表や学会参加による自己肯定感により、治療効果も期待できる方
- ⑤学会に参加することが時間的に、就労、学業の妨げとならない方

以上の条件に当てはまる2人の若い当事者に主治医から、シンポジウムの主旨、規模と対象となる人を説明し、発言することを検討頂き、約1ヶ月経ってから学会参加の意思表明を頂いた。本会参加の2人の当事者の場合、最初の主治医の申し出の際から学会参加には積極的で、両人の家族も若い彼らの学会参加を支持した。2人の当事者はまさに上記の条件④に当てはまり、普段、症状と自らの内なるスティグマに悩まされ、自己評価が低くなっている彼らが発表をし、社会にいくばくかでも影響力を持つことによって、自分自身がエンパワーメントされる機会にしたいという希望を持っていた。発表の内容について、主治医である筆者も含めて事前に3回のミーティングの機会を持ち、それぞれが、精神科医や医療者に訴えたいことを出し合い、発表の内容をまとめた。

## II. 早期支援・介入のサービス・ユーザーの声

以下にシンポジウム当日の発表内容を報告する。実際の発表のニュアンスを失わないため、口語体で表記する。

**当事者：**みなさんはじめまして。今日私たちは東京から自分たちの考えを発表しに来てまいりました。はるばる札幌まで来て、何を話したか、事前に医師と2人の当事者でよく話し合いました。

**当事者：**当事者としてわざわざ北海道まで来

て、病気の体験談は話したくないと思いました。あと薬の飲み心地についても、大事なことではあると思いますが、一番大事なことではないと思いました。それに学会では他のだれかがすでに話していることだと思ったのです。

**当事者：**自分たちに最も大きな影響があった、精神科診察室の中での『対話』の重要性、信頼のある医師患者関係をテーマについて話したいと思います。そして自分たちが発言することが、同じ病を持つ人への助けになり、精神疾患への偏見が少しでも減ることを願っています。

**筆者：**お2人は、松沢病院の早期支援外来のwakaba外来に通って、2年になりますね。それぞれの立場から、この2年間で最も印象深かったことは何ですか？

**当事者：**医師の人となりを知れたことが一番印象深かったことです。いつもではないけれど、面接の中で、先生自身の体験や、主観的な考えを交えて話してくれることがありました。それは自分が患者としてではなく、1人の人間として話げできたように思えて、とても印象深く、こころに残っています。恋愛のことを相談したこともありました。精神科外来でそんな話も聞いてもらえるとは思わなかったの、それも印象深かったです。

**筆者：**統合失調症早期支援では、未治療期間を短くするというのを重視しています。そのためには、患者さんが病院に来てくれないなら、こちらから出向くアウトリーチも必要となり、wakaba外来でも訪問看護や往診を実施していますが、普段の臨床の中で、当事者の方から信頼関係があるかどうか大事ですよ。『信頼関係』というのは、言うは易く、実現させるのはなかなか難しいことと思っています。私はお2人の主治医として、若い当事者の方が継続して、会って話し合ってもいい、と思ってくれる服装や態度とはどういうものなのか、日々工夫しています。

**当事者：**「松沢病院での一番最初の診察の時、私はすでにいくつかの病院やクリニックで診察を受けていたから、私と私の家族は、『医師がどう振る舞いをするか、まず試してやろう』という姿

勢でした。私自身は初診の日は、とても眠かったけれど、先生が何と言うか注目していました。それで、最初に話してくれたのは、薬物療法の他にリハビリテーションが精神科の世界にもあり、優しくされて、いつまでもゆったり休んでいても筋肉が鍛えられないのと一緒に、こころも動かさなくてはならない、ということでした。例えがわかりやすく、私も両親も、治療をやっという気持ちになったことを覚えています。

筆者：それは信頼が置けそうと思った瞬間ということですか？

当事者：そんなところですよ。私は wakaba 外来に通院するまでに、何力所か他のクリニックも受診しています。病気ではないという思いもあり、最初は病院を信用できませんでした。今、続けて診療を受けられている理由を仲間と一緒に考えてみました。2文字熟語は、冗談みたいなものなのですが、こういう治療関係は困るという例えで、これも話し合っって創作しました(表)。

青年期外来で、当事者が医療を信頼する時、

#### ①はっきりとわかりやすい説明

病気でひどく落ち込んでいたり、考えて理解する気力がない時もあります。そういう時でも頭に入ってくるような説明があると、専門家と話しているという気がします。

#### ②患者と共に、悩んだり、焦り、混乱し、迷うことがない姿勢

一緒に悩んでくれる姿勢は、ありがたい気もするけれど、私たちと同じレベルで悩まれても困ってしまう。どうしていいかわからず困果して、病院を訪ねているので。同じ理由で、患者の思いがそのまま受け入れられてしまうことや、「あなたはどうしたいの?」と聞かれることがあります。しばしば青年の私たちは困惑してしまいます。医療者と患者と一緒に迷うことは、薬が増えていくメカニズムなのではないかと思えます。

#### ③優しくすぎない、いたわりすぎない

優しくされるのはありがたいけれど、それだけではちょっと困ります。あまりにもいたわれすぎて、やっぱり自分が病人だと再確認させられたこ

表 私が医療を初めて信頼した時

- 
- ・はっきりとわかりやすい説明 迷言
  - ・患者と共に悩み、焦り、混乱し、迷うことがない姿勢 共患
  - ・優しくすぎない、いたわりすぎない 敗両 排慮
  - ・適度な距離感がある 辛頼
  - ・病気だけでなく、人として見られた時 神断
- 

ともありました。優しくても、自立を促す援助がほしいです。

#### ④適度な距離感がある

密着しすぎているのも共に悩んで共倒れになるのでよくないですが、かといって遠い所から、望遠鏡で眺めるように診察するような距離感では、患者が抱えている問題は見えないと思うし、信頼関係にはつながらないと思います。

#### ⑤病気だけではなく、人として見られた時

当事者は病気を持っていますが、「病人扱い」されたままでは、決して良くならないと思います。病気ではなく、人としての患者を見てほしいです。人生相談にも乗ってほしいです。経験豊富な大人の50~60代の人は、そういう必要はないかもしれませんが、10~30代くらいまでの青年期の患者は、ただ普通に生きるだけでも、抱えきれないほどの悩みがあるのです。

筆者：以上、「信頼」についての検討結果でした。薬物療法以外の症状への対処についての検討も今日是用意してきましたよね。

当事者：わかりやすく野球に例えて、説明したいと思います。僕が wakaba 外来に来るまでは、自分の力だけでは対処し難いような、困難な状況に当たると、怒りや憎しみの感情を出して人や物にぶつかけたり、すべてを画一化した考えにして、無理矢理ものごとをわかりやすくしてしまうという対処で、乗り切っていました。2年間、wakaba 外来に通って、僕がしばしば直面する日常生活の中の『場面』を切り取って、対処を検討して、対処の『持ち玉』が増えました。つまり視点をえたり、他の技を応用してみたりすることです。新たに学んだ対処の中で、最も役にたったのは『脱力』でした。最初は症状への対処法と

して、今は就労のための訓練をするようになりましたが、現在でも頻用できる対処法です。

筆者：ある日、興味深いことがありました。彼が日頃やっている、状況への対処法を箇条書きで列挙するという方策（問題解決技法）をカルテに記載しておいたら、時間外で診察した臨時対応の精神科医が引き継いでくれて、特に申し送りもしなかったのに、いつもの作業を、また別の視点で継続してくれたことがありました。診療の目標やテーマにしていることを、わかりやすい言葉で、治療者、当事者が共有することは、サポーターが増えるという、意外なメリットがあるのだと知りました。

筆者：次に話題にしたいことなのですが、早期介入に従事する医療者が目指す道とは、何だと思えますか？

当事者：私たち当事者だけではなくて、日本中にいる、一般の人も念頭に入れた医療をしてもらいたいと思います。症状がなくて、病院に行っていない人の中に、すごく深刻に悩んでいる人は多いと思います。そういう人のことも考えた医療になると、病気への偏見も少なくなってくると思うのです。私が回復することも大事なのですが、内心願っていることは、もっと広くて、社会全体のことなのです。

当事者：医療者自身が他の医療者に相談してほしい、というのが僕の希望です。僕たちのこころの問題が複雑で、対応するのが難しいのだと思います。僕たち本人だけでもどうにもならないし、

たった1人の医療者だけが味方になってくれるのでも、難しいのかと思います。医療者の方が行き詰まったら、周りに相談をして、問題の別の解決法を探して、そして医療者が癒される過程を、僕たちへのお手本として示してもらえたら、とてもありがたいです。

### おわりに

2人の当事者と共に、統合失調症早期支援に従事してきた筆者自身の経験をふりかえると、このアプローチは近年に新発見された特別な治療技法ではなく、古来より、世界各地で草の根の支援者が実践してきた、病を持つ人と治療者の基本的な癒しの関係作りへの回帰ではないかと考えている。

精神障害当事者を1人の個人として尊重し、治療者との信頼関係を重視するという当たり前の姿勢は、多くの精神医療の治療の基盤となるもので、精神障害を持つ若者だけではなく、他の領域にも転用は可能と考える。早期支援によって統合失調症を持つ若者がリカバリーを得て、その人らしい生活を再び送れるようになったなら、その事実は若者とその家族だけの恩恵ではなく、さらに重症度の高い長期入院中の同じ病いの患者をエンパワーメントし、一般の方にも精神障害は回復可能な疾患であることを伝えていくアンチスティグマとしての機能も持っていると考えられる。

発表が終わり、演者の当事者2人は、それぞれの活動を再開し、持続している症状を抱えながら、リカバリーへの道を模索している。

## Feedback from Schizophrenia Early Intervention Service Users

Yayoi IMAMURA

*Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

Early intervention for schizophrenia has been practiced for several years. The Tokyo Metropolitan Matsuzawa hospital also started a trial in 2009. In this symposium oriented Anti-stigma, 2 service users of the Matsuzawa early intervention center (popular name : wakaba) and a psychiatrist who cares for them (writer) take the platform to discuss the meaning of early intervention and the goal of service providers in Japan. From the viewpoint of service users, we present impressive findings and how the confidential relationship strengthens between patients and psychiatrists. Early intervention for schizophrenia means going back to the basics of psychiatry. Stated another way, the core principle of early intervention is to convert other fields of psychiatry. It is also probably effective to empower severe schizophrenic patients who have been hospitalized for many years. Dispelling the Stigma held by society is the real target of early intervention.

< Author's abstract >

< **Key words** : early intervention for schizophrenia, voice of service user, stigma, confidential relationship >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 統合失調症の疫学 ——発生率と受診行動から支援を考える——

中根 秀之

(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科医療科学専攻リハビリテーション科学講座精神障害リハビリテーション学分野)

精神医学的疫学研究については、診断カテゴリーの信頼性が高まり、急速な進展がみられるようになってきている。これまでの研究から、受診行動、各精神障害の頻度、経過、危険因子、comorbidity の程度など多くの成果が認められている。操作的診断基準導入以前の 1960 年代、1970 年代に実施された統合失調症の年間発生率研究の結果は、人口万対 1.4 から 12.0 とかなりばらつきが大きい。しかし、世界保健機関 (WHO) 精神保健部が計画した DOSMeD 研究に参加した先進国および発展途上国における統合失調症の発生率は、長崎を含む先進国の間でほぼ一致して 2.0 を中心とした値となっている。また、DUP の短縮は、統合失調症の長期転帰にも良い影響を与えることが明らかとなった。さらに、家族の援助希求行動については、家族のみではなく、早期の本人の受診、治療が統合失調症の転帰に影響をもたらすことが示唆された。精神障害に対するスティグマは、当事者などの受診行動を遅らせる要因の 1 つになるため、一般住民のメンタルヘルス・リテラシーの向上が欠かせないと思われる。わが国でも精神障害の疫学的データに関するエビデンスを蓄積し、より良い精神保健システム作りに活用していくことが望まれる。

<索引用語：統合失調症，疫学研究，発生率，リテラシー，早期介入>

### はじめに

疫学は、有病率 (prevalence) や発生率 (incidence) といった疾病の実態の把握および、原因が明らかになっていない疾病の発症要因や危険因子の解明を目的とする研究領域である。医学における疫学的研究については、1800 年代まで遡ることができるが、1940 年代のアメリカを中心とした虚血性心疾患の大規模な疫学研究の実施に伴い飛躍的発展を遂げ、以後学問体系の 1 つとして注目されることとなった。しかし、他の医学領域に比較し、精神医学の分野においては、診断基準、評価方法の問題、疾病性と事例性の問題などから、その始まりは、他の疾患に比べやや遅い。精神障害における操作的診断基準の導入後も、基準とな

る症状の選択、診断アルゴリズムの構造、持続期間の基準、感情症状の評価による違いから一般住民を対象とした調査・研究で検出される統合失調症の比率が左右されるという問題点もいまだ認められている。しかし、診断カテゴリーの信頼性が高まり急速な進展がみられるようになり、これまでの研究から、受診行動、各精神障害の頻度、経過、危険因子、comorbidity の程度など多くの成果が認められている<sup>25)</sup>。

### I. 先行研究にみる発生率とその変化

これまで行われてきた大規模精神医学的疫学研究について概説する。次にそれらの研究などから得られた統合失調症における発生率や受診行動に

ついて概説する。発生率とは、ある特定の期間に新たに罹患した者（または疾病）の数の調査対象人口に対する割合で、通常期間（年間）発生率を表す。特に統合失調症のような有病率の低い疾患については、きわめて有用な指標といえることができる。

Myersら<sup>20)</sup>によるNew Havenの18歳以上の地域住民約1,000人を対象とした精神障害の疫学研究は1967年に始められた。1970年代後半からは、構造化面接である感情病および統合失調症用面接基準（Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia：SADS）と操作的診断基準（Research Diagnostic Criteria：RDC）が用いられるようになった<sup>28)</sup>。

1993年にNIMHは、構造化面接のDiagnostic Interview Schedule (DIS)と精神障害のための診断と統計のマニュアル(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders：DSM-III)を用いて行った疫学的医療圏(Epidemiologic Catchment Area：ECA)研究<sup>22)</sup>を、精神障害の頻度および危険因子を明らかにすることを目的として計画した。面接調査は、1980～1984年の間行われ、合計20,291人の面接調査を行った。統合失調症の12ヵ月有病率は1.1%であった。ECAプロジェクトは、初めての地域住民に対する最大規模の精神障害の疫学調査であり、ECA研究から派生した190編を超える報告がなされており、以後の研究および行政施策に影響を与えた。

ECA研究と等しく、疫学研究に影響を与えたものとして、Kesslerら<sup>13)</sup>によるNational Comorbidity Survey (NCS)研究がある。NCSでは、精神医学的罹患率および精神障害の複合発生の全国的推定を行うことを目的としており、標本デザインも面接方法もECAと異なっており、評価に統合国際診断面接(Composite International Diagnostic Interview：CIDI)のミシガン修正版(UM-CIDI)を用いた。対象は15歳から54歳で、合計65,244人であった。統合失調症、統合失調感情障害、妄想性障害、非定型精神病を包含したNon-affective psychosisとして、12ヵ月有病率0.5、

生涯有病率0.7（男性：12ヵ月有病率0.5、生涯有病率0.6、女性：12ヵ月有病率0.6、生涯有病率0.8）が示された。

またこれらとは別に、WHOを主体とした統合失調症に関する大規模疫学研究が行われている。1つは、1966年から開始された統合失調症の国際パイロット研究(International Pilot Study of Schizophrenia：IPSS)<sup>29)</sup>がある。これは、統合失調症の世界各地における病像や経過に関する研究であり、9ヵ国の9地域研究センター(Aarhus：デンマーク、Agra：インド、Cali：コロンビア、Ibadan：ナイジェリア、London：イギリス、Moscow：ロシア、Washington：アメリカ、Prague：チェコスロバキア、Taipei：台湾)から、総計1,202人の対象者が集められた。Wing Jらが開発した現在症診察表(Present State Examination：PSE)など標準化された評価手段が活用された。

さらに、その第2段階として統合失調症の転帰を決定する因子を探る広範な共同研究、つまり重度精神障害の転帰決定因子に関するWHO共同研究(WHO Collaborative Study on the Determinants of Outcome of Severe Mental Disorder：DOSMeD)<sup>24)</sup>が行われた。詳細については後述する。

1990～2000年代にかけては、Morgan, Murray, Dazzan, Harrison, Leffらによって企画され実施されているThe AESOP (Aetiology and Ethnicity of Schizophrenia and Other Psychoses) study<sup>16)</sup>が、大規模な精神医学的疫学研究と言える。これは、ロンドン、ノッティンガム、ブリストルの3つのセンターによる多施設共同研究であり、1997～1999年にわたって16～64歳の精神障害と診断された568人に加え、家族、健常対照者を対象にしている。採用された評価項目は、臨床評価(Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatryなど)、心理社会的評価(Culture and Identity Schedule, Life Events and Difficulties Schedule, Employment Scheduleなど)、認知・生物学的評価(Neuropsychological test bat-

tery, Family Interview for Genetics, 頭部 MRI など) など幅広く, その成果は初発エピソード精神病の発病と urbanicity や少数民族の関連についてまとめられ報告されている<sup>2,17,18)</sup>.

精神障害に関する疫学調査の困難性からこれまでの多くの発生率研究は, 主として欧米において行われてきた. 1965年に Dunham は, 過去の研究をまとめ, 統合失調症の発生率を人口万対 2.18 と報告している. 操作的診断基準導入以前の 1960年代, 1970年代に実施された統合失調症の年間発生率研究の結果は, 人口万対 1.4 から 12.0 とかなりばらつきが大きい. 1970年から 1990年をはじめまでの研究をまとめると, 地域によっては, Hickling ら (1992) による, ジャマイカでは 1.16/1 万対から, Nicole らによるカナダでの 3.07/1 万対と幅があるが, 1 万対おおよそ 2.0 前後の結果を得ている. これらは, 方法論や ICD-8, ICD-9 や DSM-IIIあるいは RDC などの評価の違いによって, 多少の数値のばらつきが認められると考えられる. また, 1940年~1970年代に我が国において行われた有病率調査から求めた発病率の結果は, 1.0~2.0/1 万対の値を示している. 地域による統合失調症の発病率の差は, 大きくないものと考えられる.

近年, 統合失調症の発生率が低下しているという報告<sup>3,4,12,19,26,27)</sup>がある. 統合失調症発生率減少の立場では, 周産期における医学の進歩が, 母体のインフルエンザ感染や合併症, 児の微細な脳の損傷や早期の感染症などを減少させた可能性を指摘している. しかし, その一方で, 同疾患の発生率は変わらないとする報告<sup>5,7,23)</sup>, または増加しているとする報告<sup>1)</sup>さえもあり, 我が国においても畑田ら<sup>8)</sup>により詳細な検討がなされた. しかし, 2009年に Kirkbride らが, ノッティンガム住民 16歳から 54歳を対象とした 20年 (1978~80年, 1993~95年, 1997~99年) の疫学研究のデータから, 統合失調症の発生率が減少していないことを示している<sup>15)</sup>. さらに Kirkbride ら<sup>11)</sup>は, 1950~2009年の 83報告のメタアナリシス解析によって, 精神病性障害の発病率は, 年齢, 性別, 場所と移

動地位/民族性によって著しく異なることも指摘しており, 今後の検討が待たれる.

## II. DOSMeD 研究の概要 (発生率, DUP と 家族の援助希求行動について)

先にも述べた統合失調症の転帰を決定する因子を探る広範な共同研究, つまり重度精神障害の転帰決定因子に関する WHO 共同研究 (DOSMeD) について得られた知見について概説する. 先の IPSS は, 入院患者, 外来患者のどちらも含んでおり, 対象患者の選択方法に疫学的な問題を含んでいた. このため DOSMeD 研究では, IPSS で得られた結果の確認に加え, 統合失調症の発生率調査, および統合失調症の経過と転帰に影響を及ぼす社会心理的・文化的因子に関する調査が目的とされた. この研究には IPSS に参加した 9カ国のうち台湾が抜け, 新たに長崎:日本と Dublin:アイルランドが加わり, 10カ国, 12地域研究センターが参加した. 本研究では, 統合失調症の長期の臨床経過・転帰についても知見<sup>9)</sup>が得られている.

DOSMeD 研究に参加した先進国および発展途上国における統合失調症の発生率は, 狭義の統合失調症に限定すると, 長崎を含む先進国の間でほぼ一致して, 2.0(1万人対)を中心とした値となっている.

さらに, 長崎における未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis: DUP) の結果については, 平均値は 9.9 ヶ月±17.23 (男性 8.2±11.39, 女性 12.02±22.3) であるが, 中位値が男女とも 4 ヶ月であった. この DUP については, 中位値の 4 ヶ月より短い方が, 有意により良い長期転帰 (1年, 2年, 10年, 28年後転帰) をもたらすことが確認されている<sup>10,14)</sup>.

また, 受診行動については, 一般住民が問題を感じた際には, 精神科以外の医療機関の受診が多いことが知られているが, 統合失調症を調査対象とした DOSMeD 研究において, 長崎においては受診行動については, 家族に伴われて受診する医療機関としては, 精神科病院が最も多かった. 家

族の受診希求行動については、99例を対象に解析したところ、その行動特性から、Group A [病者・家人合同希求型]、Group B [家人先行希求型]、Group C [初回精神科受診型] の3つの群に分類することができる。発症から精神科施設を初めて訪問するまでの期間を比較すると、それぞれ、Group A：10.66週、Group B：4.87週、Group C：9.62週であった。これらの3群別にみた患者の症状にかかわる家族の理解には、以下のような特徴が認められた。症状は精神疾患であるという理解はGroup Aでは49.0%、Group Bが68.8%、Group Cが33.3%であり、家族が先行して精神科医療機関を訪れることにより精神疾患の理解を深めることが示唆された。一方で、初回到精神科医療機関を本人と同行したGroup Cでは、精神疾患以外の問題と考える割合が多く、家族の否認や精神科医の病状、診断の説明に関連する要因の関与が推察された。さらにこれらの家族の受診希求行動とその後の転帰については、長崎において1年、2年、5年、15年後の完全寛解の割合がGroup Bがそれ以外の群と比較し低い値を示していた。これは、統合失調症の転帰に、家族の援助希求行動において家族のみではなく、早期の本人の受診、治療の必要性が示唆されたと考えられた。

### Ⅲ. メンタル・ヘルスリテラシー研究

#### (精神保健の知識と理解について)

われわれは、これまで1998年に開始された日豪保健福祉協力の第二段階研究として、2003年度から、日豪両国民、さらに国内では医療専門職スタッフの精神保健に関する知識・理解・態度を把握し、それらを改善する啓発活動の指針を得ること、そして有効な施策に資する情報を確立することを目指すための研究を行った<sup>6,21)</sup>。

調査方法は、ICD-10に則って作成されたうつ病・統合失調症ビネットを呈示しながら各事例への知識・理解と態度、および被験者自身の健康状態、精神保健に係る他の知識などの質問項目約120項を含む調査票に従って、日本では全国25地域で無作為に抽出した対象者2,000人(20~69歳)

の自宅で面接調査した。この結果、統合失調症のビネットを見て、統合失調症と認識できたのは、17.2%にすぎなかった。一方、豪州では、41.2%であった。さらに、このような事例との接触について拒否的態度は、「近くで仕事をしてほしくない」という項目を除く全ての領域で豪州を上回り、統合失調症事例とのかかわりについて否定的であった。これらは、統合失調症に関する知識や理解の不十分さに基づく不安や誤解による可能性が指摘され、より効果的な教育啓発が必要であることが示唆された。

#### おわりに

統合失調症の疫学的特徴としては、Jablenskyによる統合失調症の疫学研究における発生率の優れた総括がある。その内容は以下の通りである。

- ①統合失調症の存在しない地域や極端に少ない地域はない。
- ②マクロ的に見ると、発生率と発病危険率は狭い範囲内で変動がある。例えば発生率は0.16~0.42(対1,000人)、発病危険率は0.50~1.60であり、WHO研究における最高値と最低値の間には4.9倍もしくは2.9倍の差がみられる。
- ③ミクロ的に見れば、発生率の高い場所や小地域変動があり、ランダムではない患者の集積を認める。
- ④長期的な観察によると、発生率にはランダムではない時間的な変動がみられる。
- ⑤初回入院患者はこの40年間に減少した。この傾向は女性に顕著であった。

このように、精神障害の疫学的データは、いわゆるメンタルヘルスの多くの側面から役立つ重要なテーマであると考えられる。

さらに援助希求行動と家族の精神障害への理解、長期転帰については関連があることが示唆された。早期介入を考える上で、精神医学的疫学データを参考に、より効果的な教育啓発を立案・実施することが初めて可能になるとと思われる。一般住民に対するメンタルヘルス・リテラシーの向上により、早期の気づき、そして治療導入へ進む

ことができる。精神疾患への強いスティグマに曝された個人や同家族は、より大きな不利益を被ることが予想される。この精神障害に対するスティグマは、当事者などの受診行動を遅らせる要因の1つになる。これらのプロセスは、その後の統合失調症の転帰に影響をもたらすとも考えると重要である。メンタルヘルス・リテラシー分野については、いまだエビデンスに乏しい状況にあると言わざるを得ない。

国際的にここ20年あまりの間に統合失調症に関する大規模な精神医学的疫学研究がなされている。これらの実施により、標準化された評価尺度や診断システムが生まれてきたとも言えるだろう。しかしながら、これまでに得られた研究結果は多彩であり、大まかな傾向はあるものの、いまだ一定の見解に達しているとは言い難く、今後さらなる研究による解明が期待される。我が国でもエビデンスを蓄積し、より良い精神保健システム作りに活用していくことが望まれる。

#### 文 献

- 1) Castle, D., Wessely, S., Der, G., et al.: The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84. *Br J Psychiatry*, 159 ; 790-794, 1991
- 2) Dazzan, P., Lloyd, T., Morgan, K. D., et al.: Neurological abnormalities and cognitive ability in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry*, ; 193 (3) ; 197-202, 2008
- 3) Eagles, J. M., Hunter, D., McCance, C.: Decline in the diagnosis of schizophrenia among first contacts with psychiatric services in the north east of Scotland, 1969-1984. *Br J Psychiatry*, 152 ; 793-798, 1988
- 4) Eagles, J. M., Whalley, L. J.: Decline in the Diagnosis of Schizophrenia among first admissions to Scottish mental hospitals from 1969-78. *Br J Psychiatry*, 146 ; 151-154, 1985
- 5) Folnegović, Z., Folnegović, V., Kulčar, Z.: The incidence of schizophrenia in Croatia. *Br J Psychiatry*, 156 ; 363-365, 1990
- 6) Griffiths, K. M., Nakane, Y., Christensen, H., et al.: Stigma in response to mental disorders : a comparison of Australia and Japan. *BMC Psychiatry*, 6 ; 21, 2003
- 7) Harrison, G., Cooper, J. E., Gancarczyk, R.: Changes in the administrative incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 159 ; 811-816, 1991
- 8) 畑田けい子, 岡崎祐士, 中根允文: 精神分裂病の発生率研究. 精神障害の疫学. 精神医学レビュー, 24 ; 16-22, 1997
- 9) Hopper, K., Harrison, G., Janca, A., et al.(eds) : Recovery from Schizophrenia : An International Perspective : A Report from the WHO Collaborative Project, the International Study of Schizophrenia. Oxford University Press, Oxford, 2007
- 10) Ichinose, H., Nakane, Y., Nakane, H., et al.: Nagasaki Schizophrenia Study : Relationship Between Ultralong-term Outcome (after 28 years) and Duration of Untreated Psychosis. *Acta Medica Nagasakiensia*, 54 (3) ; 59-66, 2009
- 11) Kirkbride, J. B., Errazuriz, A., Croudace, T. J., et al.: Incidence of Schizophrenia and Other Psychoses in England, 1950-2009 : A Systematic Review and Meta-Analyses. *PLoS One*, 7 (3) ; e31660, 2012
- 12) Kendell, R. E., Malcolm, D. E., Adams, W.: The problem of detecting changes in the incidence of schizophrenia. *Br J Psychiatry*, 162 ; 212-218, 1993
- 13) Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., et al.: Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*, 51 ; 8-19, 1994
- 14) Kinoshita, H., Nakane, Y., Honda, S., et al.: Nagasaki Schizophrenia Study : Influence of the duration of untreated psychosis on long-term outcome. *Acta Medica Nagasakiensia*, 50 (1) ; 17-22, 2005
- 15) Kirkbride, J. B., Croudace, T., Brewin, J., et al.: Is the incidence of psychotic disorder in decline? Epidemiological evidence from two decades of research. *Int J Epidemiol*, 38 (5) ; 1255-1264, 2009
- 16) Kirkbride, J. B., Fearon, P., Morgan, C., et al.: Heterogeneity in incidence rates of schizophrenia and other psychotic syndromes : findings from the 3-center AeSOP study. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (3) ; 250-258, 2006
- 17) Morgan, C., Dazzan, P., Morgan, K., et al.: AESOP study group : First episode psychosis and ethnicity : initial findings from the AESOP study. *World Psychiatry*, 5 (1) ; 40-46, 2006
- 18) Morgan, K. D., Dazzan, P., Orr, K. G., et al.: Grey

matter abnormalities in first-episode schizophrenia and affective psychosis. *Br J Psychiatry (Suppl.)*, 51 ; s111-116, 2007

19) Munk-Jørgensen, P.: Decreases in first-admission rates of schizophrenia among males in Denmark from 1970 to 1984. Changing diagnostic patterns? *Acta Psychiatr Scand*, 73 ; 645-650, 1986

20) Myers, J. K., Weissman, M. M., Tischler, G. L., et al.: Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities 1980 to 1982. *Arch Gen Psychiatry*, 41 ; 959-967, 1984

21) Nakane, Y., Jorm, A. F., Yoshioka, K., et al.: Public beliefs about causes and risk factors for mental disorders: a comparison of Japan and Australia. *BMC Psychiatry*, Sep 21 ; 5 : 33, 2005

22) Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., et al.: The de facto US mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services. *Arch Gen Psychiatry*, 50 ; 85-94, 1993

23) de Salvia, D., Barbato, A., Salvo, P., et al.: Prevalence and incidence of schizophrenic disorders in Portogruaro. An Italian case register study. *J Nerv Mental*

*Dis*, 181 ; 275-282, 1993

24) Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., et al.: Early manifestations and first-contact incidence of schizophrenia in different cultures. A preliminary report on the initial evaluation phase of the WHO Collaborative Study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Psychol Med*, 16 ; 909-928, 1986

25) Spitzer, R. L., Endicott, J., Robins, E.: Clinical criteria for psychiatric diagnosis and DSM-III. *Am J Psychiatry*, 132 ; 1187-1192, 1975

26) Strömgen, E.: Changes in the incidence of schizophrenia? *Br J Psychiatry*, 150 ; 1-7, 1987

27) Takei, N., Sham, P., O'Callaghan, E., et al.: Prenatal exposure to influenza and the development of schizophrenia: is the effect confined to females? *Am J Psychiatry*, 151 ; 117-119, 1994

28) Weissman, M. M., Myers, J. K.: Affective disorders in a US urban community. *Arch Gen Psychiatry*, 35 ; 1304-1311, 1978

29) WHO : Schizophrenia-A Multinational Study-A Summary of the Initial Evaluation Phase of the International Pilot Study of Schizophrenia, p.136-146, 1975

---

## Psychiatric Epidemiologic Study of Schizophrenia and Early Intervention

Hideyuki NAKANE

*Department of Psychiatric Rehabilitation Sciences, Unit of Rehabilitation Sciences,  
Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

Psychiatric epidemiologic studies have rapidly progressed due to the reliability of the psychiatric diagnostic systems, providing data on help-seeking behavior and the frequency and outcome of each mental disorder. In schizophrenia incidence studies of the 1960s and 1970s, the incidence rate was 1.4–12.0 per ten thousand. However, the incidence rate of schizophrenia of each center in the DOSMeD study that the World Health Organization (WHO) planned was approximately 2.0 per ten thousand. Shortening of DUP improved the long-term outcome of schizophrenia. Regarding the help-seeking behavior of the family, it was suggested that early intervention with the help of the family improved the outcome of schizophrenia. The stigma surrounding mental disorders is one of the factors delaying help-seeking behavior of the patient. Therefore, improvement of the mental health literacy of the general public is important. We should accumulate epidemiological data on mental disorders in our country. Furthermore, we need to build a better mental health system using the epidemiological data.

< Author's abstract >

< **Key words** : schizophrenia, epidemiology, incidence, literacy, early intervention >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 今、何故にパーソナリティ障害か

牛島 定信  
(三田精神療法研究所)

パーソナリティ障害を考慮に入れるべき状況として2つの状態を臨床的状況として挙げた。1つは現代の社会現象ともなっているうつ病とその周辺の病態であり、もう1つは多様な衝動行為を伴う状態である。

うつ状態に関しては、内因性うつ病に加えて、見捨てられる不安を伴う境界性パーソナリティ障害と自己愛を中心的問題とする回避性パーソナリティ障害が重要である。それぞれに境界性うつ病、自己愛性うつ病と呼んで差し支えないものである。回避性パーソナリティ障害は森田神経質の現代版ともいえるものであると考えた。

多衝動性行動は、これまで境界性パーソナリティ障害の特徴とされてきたが、最近では他の病態でも出現することが指摘されるようになった。気分障害(多分にサイクロイド・パーソナリティ障害)、成人の発達障害、そしてスキゾタイプル・パーソナリティ障害がある。鑑別診断をきちんと成し、背後にあるそれぞれの不安に対する対処が求められる。

<索引用語：境界性パーソナリティ障害、回避性パーソナリティ障害、自己愛性パーソナリティ障害、成人の発達障害、サイクロイド・パーソナリティ障害>

## はじめに

内閣府の発表によると、2010年春新卒者の2年後の離職者は、大学・専門学校卒業生で52%（未就職、退職）、高卒者で68%（いずれも中途者を含む）に上ったという。担当者は、就職戦線のミスマッチや職場環境の劣化によるとの見解を示している（毎日新聞2012.3.19.）。さらに、同じく内閣府の発表によると、この1年間に「自殺したいと思ったことがある」と答えた人が全体の23.4%に達したという。前回の2008年度の調査より

4.3%の増加である。世代別にみると、20代では28.4%、それを女性だけに限ると33.6%とさらに高くなっていった。さらに、30代では25.0%、40代では27.3%、50代では25.7%となっていた。担当者は「不況に伴う就職難や非正規雇用者の増加、希薄な人間関係が影響しているのではないか」と分析し、若年層の自殺対策への取り組みを強調し、「1人で悩まず、周りの人に相談してほしい」と呼び掛けているという（時事通信社2012.5.2.）。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム パーソナリティ障害の臨床 司会：中山 和彦（東京慈恵会医科大学精神医学講座）、牛島 定信（三田精神療法研究所）

いずれも、担当者には就職難を中心にした社会的状況しか目に入らないようであるが、若者の人格形成の問題を考慮に入れなくてよいのか。

### I. うつ病という名のパーソナリティ障害

精神科臨床においてもまた同じである。また次のようなケース (35 歳) がある。

高校を卒業後、IT 関連の企業に就職した。コンピュータ操作がうまかったこともあって、間もなく、あるプロジェクト・チームに組み込まれた。しかし、しばらくすると遅刻欠勤が続くようになったため、健康管理室の知るところとなり、接触が始まった。朝起きができない、疲労感、食欲不振、下痢などのあることが判明した。精神科受診を勧めることになった。受診すると、うつ病で、しばらく休職の必要があるとの診断書が出された。以来、復職、休職を繰り返したが、休職規定に触れて退職することになった。

その後、アルバイトに就くが、「馴れ合い的な職場のムードに抵抗がある」といって長続きせず、体調を崩しては精神科クリニックの受診を繰り返す日々が続いた。いずれも、「うつ病」で投薬を受けながら、10 年余りが経過した。その間、家庭では父親との折り合いが悪く、「殺してやる」「死んでやる」などの悪口雑言が飛び交うことがしばしばであったという。そして、3 年ほど前に、グラフィックデザインを独学で学び、美術大学通信生となり、その一方では「正社員」を見据えたアルバイトを始めたのだった。しかし、時々、調子を崩しては、精神科を受診していた。

ところが、アルバイト先で機械操作を誤って手指を怪我するという事故が発生し、それを契機に、「うつ病」が悪化し、生活の破綻を来してしまった。美大もアルバイトもダメになり、労災の適応があるという問題に発展し、その過程で会社のやり口が冷たいという訴えへとエスカレートしていった。その時点で筆者を受診した。

その後の経過は措くとして、注目したいのは、長い不労期間、父親との緊張関係などが把握できていながら、10 年余り変わる事のない「うつ病」

の診断が本人を支えてきたことである。かかわりのあった精神科医たちにはパーソナリティの問題はないかのごとくである。しかし、自己愛性怒りが心的状況を支配するパーソナリティ障害が厳然としてあることは否定すべくもない。

### II. パーソナリティ障害概念の必要性

自殺者が年間 3 万人を越えた 1998 年以来、多少の増減はあっても、今なおきびしい数字が続いている。2006 年に自殺対策法ができて、うつ病の早期発見早期治療を骨子とした対策が進行中であるが、その対策に疑問をもつ筋があるようである。ある識者によると、最近、メディカル・モデルに疑問をもつ向きが多くなり、ソーシャル・モデルを考慮に入れた議論に傾きがちであるという。おそらく、先の 2 つの内閣府による調査の結果に対する担当者のコメントはこうした傾向を反映しているであろう。確かに、こうした社会的状況の説明にうつ病の増加だけでは説得力に弱いといわねばならないだろう。何が足りないのか。それは、2 つの調査においても、うつ病ケースにおいても、最近の若者の人格形成の問題を内包しているという認識である。

実は、このシンポジウムを立ち上げた理由はここにある。DSM 診断体系になって、新たに「パーソナリティ障害」で括られるカテゴリーが登場して、精神疾患概念が一新されたかの印象があるが、現実に臨床現場に立ってみると、必ずしもパーソナリティ障害概念が生かされているといえる状況にはない。II 軸診断が用意されたにもかかわらず、せいぜい多衝動的で自傷傾向の強い、これまでの精神疾患概念では律することのできない状態に「境界性パーソナリティ障害」という診断が使用されるくらいで、Kretchmer<sup>6)</sup>の多次元の診断などでみられる力動的理解に立った「パーソナリティ障害」論が実用に供されることは少ない。それがまた、精神科臨床のなかで蔓延するさまざまないわゆる「うつ病」の本態を描き出せないままになっているといつてよいように思う。精神科臨床のなかで、もう一度、パーソナリティ障害を

正しく位置づける時がきているのではないか。

### Ⅲ. 現代のパーソナリティ障害

周知のように、現代のパーソナリティ障害の起点となったのは、Kernbergの境界パーソナリティ構造 (borderline personality organization)<sup>4)</sup> という概念であろう。非常に不安定ながらも、それなりに安定した構造をもった人格があることの発見である。それは、ストレスに弱く、些細な課題を前に破綻を来して凄まじい退行を起しやすい人格である。この概念は、対人関係が非常に不安定で、過食、自傷、物質乱用 (過量服薬を含む)、浪費、性的乱脈などの多様な衝動行為を伴う「境界性パーソナリティ障害」を準備した。

その一方で、Kohut<sup>5)</sup>の自己愛性パーソナリティ障害もまた重要である。呼称そのものが「自己愛性」であったこともあって、いろいろな議論を呼んで必ずしも統一的な見解を得るには至っていないが、2つのパーソナリティ障害を準備したと云ってよいように思う。1つは傲慢で他を睥睨するタイプのパーソナリティで、DSM-IIIでは自己愛性パーソナリティ障害と呼ばれるものである。もう1つは傲慢で誇大的自己を内に秘めながらも、表面は劣等感や心気的態度をもつ弱気な印象を与える回避性パーソナリティ障害である。いずれも「恥の精神病理」を基盤にしたものである。Kohutによると、非常に自己愛的な誇大自己とその裏の姿である劣等感に彩られた弱気の自己とがあつてお互いに相克し、さらにその基底には、いまだ陽の目をみない本来のあるがままの自己からなる構造を成しているという。筆者は、劣等感が前面に出た回避性パーソナリティ障害を、概念的には、かつてわが国で対人緊張症の基礎パーソナリティとして注目された神経質人格と大きく重なる病態、つまり神経質人格の現代版ではないかと考えている。この点の議論については、別の機会に譲りたいと思う。

この2つのパーソナリティ障害は、わが国の精神科臨床のなかで、どのようなかたちで姿を現してきたのか。それは、1960年代になって登場した

青年期病態のなかに描き出されていると云ってよいだろう<sup>11)</sup>。

1つは、1960年前後に急増した思春期やせ症が時の経過とともに、手首自傷を伴うようになると手首自傷症候群として注目を浴び、1980年のDSM-IIIで「境界性パーソナリティ障害」としてその地位を確保することになった。そして、21世紀になると、非常に不安定な対人関係を基盤にした対人操作的な傾向を維持しながらも、多様な烈しい衝動行為が目立たない、自傷傾向を伴ううつ状態を前面に出した状態をみせるようになった。これと並行して、臨床家の目を惹いたのが、ひきこもりを主たる特徴とした青年期病態である。まず、私たちは1960年前後になって登校拒否の登場をみたが、やがて、正業不安を特徴とする退却神経症 (笠原) が注目を浴び、さらには内側に非常に自己愛的な自己像をもった「社会的ひきこもり」が量産された。そして、21世紀になると、私たちは、子どもっぽい誇大自己をもったまま社会に出て、社会的現実と直面すると破綻を来してディスチミア型うつ病と呼ばれる状態をみるようになった。樋口<sup>3)</sup>は、前者を境界性うつ病、後者を自己愛性うつ病と表現している。的を射た捉え方であると考えている。

いずれのパーソナリティ障害も自己愛的、他罰的と呼ばれる心性を特徴とする。二者関係的な視点しかとれない、つまり、自らをめぐる社会的出来事を第三者の立場で考えることのできない人格である。後述する神経症性人格に比べると、未熟人格型ということができ、蔓延するいわゆる「うつ病」の基盤を成す病態である。

### Ⅳ. DSM 診断体系におけるパーソナリティ障害

DSM 診断体系では、精神医学の歴史のなかで認知されたパーソナリティ (性格、気質)、精神病の病前性格 (スキゾイドとサイクロイド、さらには敏感性格など)、精神分析があきらかにした神経症性人格 (ヒステリー性格、強迫性格)、さらには精神病質 (反社会性パーソナリティ障害) に加えて、これらの3つの未熟人格型のパーソナリ

ティ障害から構成された DSM パーソナリティ障害カテゴリが出来上がったと見てよいだろう。ただここで追記しておきたいのは、わが国では、森田正馬が記載した神経質性格を基盤にしたと考えられる回避性パーソナリティ障害（欧米の精神医学では記載されることのなかった人格である）である。まだ議論の余地はあると思うが、わが国における精神科臨床ではかなり重要な位置を占めていると見てよいように思う。ただ、パーソナリティ障害全体の詳細を議論する余裕はないので、これもまた別の機会に譲ることにする<sup>12)</sup>。

#### V. 境界性パーソナリティ障害の混迷

さらにもう1つ注目すべきは、過食、自傷行為、物質乱用、性的乱脈といった多様な衝動行為を伴う病態が何も境界性パーソナリティ障害に限ったことではないという議論が盛んになっていることである。

#### VI. サイクロイド・パーソナリティ障害の可能性

まず挙げられるのが、非定型な気分障害、ことに双極II型障害と呼ばれるケースである。特に、Akiskal<sup>1)</sup>が循環気質と気分障害の連続性を指摘して以来、気分の変動に注意が集中して、ケースのもつ自我構造、対象関係の変化が等閑視されるようになった経緯がある。以来、多様な衝動行為を示すケースに、多少とも躁とうつの交替を認めると、パーソナリティ障害ではなく、気分障害であると考えられるようになった。臨床現場で、境界性パーソナリティ障害ではなく、双極性障害の診断に至るとすべてが解決したかの印象を与えることが多い。しかし、純粋な（軽）躁状態とうつ状態が交替ケースならともかく、多様な衝動行為を伴うケースでは、気分障害と診断して気分安定薬を投与したからといっても、ことは済まないものである。これらを詳細に検討すると、基底にサイクロイド・パーソナリティをもちながら、子ども時代に虐待、剥奪などのトラウマをもっているケースが多く、親イメージもまた拒否的であった

り、暴力的であったりする。そして、情緒的交流にズレを生じると強い無気力に陥って炸裂するかのごとき怒りの突出を呈する。しかも、自我の防衛活動においては、躁的防衛を機能させることができずにいる。つまり、ただ単なる気分の障害というより、自我機構に歪みを生じ、対象関係も非常に偏りを見せるまでになっているパーソナリティ障害を考えたくなるのである。サイクロイド・パーソナリティの存在を疑う精神科医はいないと思うが、それが子ども時代のトラウマによって人格形成に問題を残すケースがあっても決しておかしくはないと思うのである。しかも、これらのケースが気分安定薬だけで何とかなるとはいい難しく、濃厚な精神療法的接近を求められるのである。こうしたケースを考えていると、単に境界性パーソナリティ障害か、気分障害かの議論を越えて、DSM 体系では省かれてしまったサイクロイド・パーソナリティ障害の存在を考えておいた方がよいのではないかと考えるに至っている。この詳細については、別のところで述べておいた<sup>11,12)</sup>。

#### VII. 成人期の発達障害の登場<sup>8,10)</sup>

パーソナリティ障害の臨床の場に、もう1つ殴り込みをかけているといえるものに、成人になって発症する発達障害がある。その詳細は別に譲るが、多様な衝動行為を伴うケースを境界性パーソナリティ障害として治療しているうち、子ども時代の特有の行動特性に加えて、現在もまた相互交流的な情緒的接触ができないことが認められて、発達障害という診断に至ったという発表が相次ぐようになった<sup>8)</sup>。しかし、注意を要するのは、だからといって、そこから発達障害の治療が始まるというわけではないことである。成人ケースにおける発達障害そのものの治療はほとんど不可能に近いのである。

例えば、次のようなケースがある。A（24歳の男性）は、司法試験の不通過を機会に落ち込み、衝動的に込み上げてくる怒りをめぐって手首自傷、過量服薬をするようになったと受診した。子どもの頃、母親が刃物を持ち出して一緒に死のう

と迫った時の恐怖感があるという。子ども時代の場面が今そこにあるかの如くである。しばらくすると、母親に支配され、司法試験へと駆り立てられる気持ちがあきらかになった。そこで、母親に会って話を聞くことにした。母親は、「(彼が) 幼い頃から周囲と協調することができず、小学校で先生に反論する、中学では正論を吐いて同級生の賛同を得て教室を混乱させるなどがあって育てるのに苦労した」と報告している。母親との面談でAはかなりの落ち着きを取り戻した。しかし、空飛ぶ飛行機を見て落ちるかも、と考えると本当に家に向かって落ちてくると恐怖したと述べている。母親からの圧迫を話題にしていくと、駐車違反の車をバットで殴ったり、路上喫煙の老人を足蹴にしたり、という報告をするまでになると、今度は、積極的に公務員の試験を受けたい気持ちを表明するようになった。そして、公務員の試験に合格し就職したことで治療を終結したのであった。治療期間は1年3ヶ月である。

このケースが発達障害をもっていることは確かであるが、その経過はパーソナリティ障害の治療とほとんど同じである。彼のテーマは、本人のもっている社会的能力をどのように生かしていくのかということである。そういう意味では、成人の発達障害は、治療的には準パーソナリティ障害という視点が必要な気がしている。

### Ⅷ. スキゾタイプル・パーソナリティ障害

多衝動性のパーソナリティ障害で忘れてならないのが、スキゾタイプル・パーソナリティ障害である。スキゾイドを基盤にして特有の幻想の世界を形成した行動様態をもった病態である。見捨てられ不安に代わって、接近欲と接近恐怖の微妙なバランスの上に成り立っているこの病態は、外界の刺激に弱く、妄想性不安だけではなしに、多衝動性の症状を呈しやすい。

### Ⅸ. 治療的配慮

現代のパーソナリティ障害は、精神分析的知見の積み重ねに由来するだけに、幼児期の母子関係

に原因を求め、その母子関係の操作が重要であるとされてきた。しかし、最近の治療経験は、むしろ、現在の人生上の課題を前に不適応を起こした姿であるとの見方を引き出している。それだけに、現在の対人関係のあり様に注目した治療的接近が重視されるようになった(弁証法的認知行動療法<sup>7)</sup>、メンタライゼーション・ベースド接近<sup>2)</sup>、境界性パーソナリティ障害日本版治療ガイドライン<sup>9)</sup>。ただ、治療環境ないしは生活環境がよろしくないケースでは過食、自傷行為、物質乱用、性的乱脈などの衝動行為が固定して、生活ないしは人格が硬直化して、通常の治療的接近を拒むに至っていることが多い。こうした場合は、そうした衝動行為に特化した治療プログラムが必要になってくる。

### おわりに

以上、まとめると、境界性パーソナリティ障害に特異的といわれた多様な衝動行為が他の病態にも認められるようになった。それぞれに基本の不安は違うが、その表現が類似するようになったということである。多様な衝動行為というのは、現代の文化的潮流に根差した1つの表現型ではあっても、疾患特異性はなくなったということである。パーソナリティ障害の臨床で考慮に入れておかねばならないことである。

### 文 献

1) Akiskal, H. S.: The bipolar spectrum : new concepts in classification and diagnosis. Psychiatry Update : The American Psychiatric Association Annual Review (ed Grinspoon, L.). Vol. 2, American Psychiatric Press, Washington, p.271-292, 1983

2) Allen, J. G., Fonagy, P.: Handbook of Mentalization-Based Treatment. Wiley-Blackwell, 2006 (狩野力八郎監訳: メンタライゼーション・ハンドブック—MBTの基礎と臨床, 岩崎学術出版社, 東京, 2011)

3) 樋口輝彦: 多様化するうつ病の病像, 日医雑誌, 138 (11); 2243-2246, 2010

4) Kernberg, O. F.: Borderline Conditions and

Pathological Narcissism. Jason Aronson, New York, 1975

5) Kohut, H.: The Analysis of the Self. International Universities Press, New York, 1971 (水野信義, 笠原 嘉監訳: 自己の分析. みすず書房, 東京, 1994)

6) Kretschmer, E.: Körperbau und Charakter. Springer-Verlag, Berlin, 1955 (相場 均訳: 体格と性格. 文光堂, 東京, 1960)

7) Linehan, M. W.: Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. Guilford Press, New York, 1993 (小野和哉監訳: 弁証法的行動療法実践マニュアル—境界性パーソナリティ障害への新しいアプローチ. 金剛出版, 東京, 2007)

8) 岡田 俊: パーソナリティ障害と広汎性発達障害の関連性と鑑別診断. 精神科, 12; 102-106, 2008

9) 牛島定信: 境界性パーソナリティ障害—日本版治療ガイドライン—. 金剛出版, 東京, 2008

10) 牛島定信: 広汎性発達障害とパーソナリティ障害. 精神科臨床リュミエール 19 広汎性発達障害(市川宏伸編). 中山書店, 東京, p.88-93, 2010

11) 牛島定信: サイクロイド・パーソナリティの精神病理—双極性障害か, パーソナリティ障害か—. 臨床精神病理, 33 (2); 177-188, 2012.

12) 牛島定信: パーソナリティ障害とは何か. 講談社現代新書, 東京, 2012

---

## What are Personality Disorders?

Sadanobu USHIJIMA

*Mita Institute for Psychotherapy*

The author pointed out two clinical conditions in which consideration had to be taken concerning personality disorders. One is modern depression and its relevant conditions, which are, nowadays, not only psychiatric disorder but also social phenomena. The other is a condition involving multi-impulsive behaviors.

Concerning depressive states, in addition to endogenous depression, borderline personality disorders with abandonment anxiety, narcissistic personality with narcissistic rage and avoidant personality disorders with the problem of narcissism as a main complex have to be kept in mind. They could be called borderline and narcissistic depression respectively. The author thought that avoidant personality disorders could be a modern type of Morita nervousness in Japan.

The condition with multi-impulsive behaviors had been thought to be a characteristic of borderline personality disorders. Nowadays, however, we have learned that multi-impulsive behaviors could appear in various kinds of clinical condition, such as mood disorders (possibly cycloid personality disorders), adulthood developmental disorders, and schizotypal personality disorders. The author indicated that we have to make a precise differential diagnosis and adequately treat the anxieties underlying these personality disorders.

< Author's abstract >

< **Key words** : borderline personality disorders, avoidant personality disorders, narcissistic personality disorders, adulthood developmental disorders, cycloid personality disorders >

---

## 第108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の現在

川谷 大治  
(川谷医院)

本稿では現在の境界性パーソナリティ障害 (BPD) の精神科治療について述べた。BPD を成育史、社会適応能力、発症の仕方、治療経過などの観点から退行型 BPD と発達停滞型 BPD の 2 型に分ける臨床的有益性について述べた。鑑別のポイントは幼少期からの社会適応能力とボア (bore) の存在にあることを示した。ボアとは母親不在時の子どもの反応の様子を表し、BPD の中核病理を説明するキーワードである。

1. 退行型 BPD は寛解すると速やかに社会に参加できるのに対して、発達停滞型 BPD は精神的には安定するが部分的に症状が残り、社会に出るのが困難である。

2. 発達停滞型 BPD は、幼い頃から「ボア」と呼ぶ生理的、精神的、行動的な特徴が見られ、治療によって精神的に安定しても、残遺症状と社会適応の失敗によって社会から引きこもる傾向が強い。治療では、この「ボア」の克服にあることを述べた。

<索引用語：境界性パーソナリティ障害(BPD)、社会適応能力、退行型 BPD、発達停滞型 BPD、ボア>

## はじめに

最近、境界性パーソナリティ障害 (以下、BPD) の治療が組みやすくなった。外来治療で改善する症例が増え、仲間内でも BPD の軽症化が話題になる<sup>4)</sup>。確認のために 2012 年 4 月の 1 ヶ月間に当院に通った DSM-IV-TR の BPD 患者の生育史と治療状況を調査してみた。表 1 のように女性が圧倒的に多く、半数は問題のある家庭に育ち、幼い頃から適応能力が低いことがわかる。治療の転帰は約 6 割の患者は寛解状態を維持し、DSM-IV-TR の診断基準を満たす者はわずか 17% だった。予想していたように改善率は高かった。しかし、仕事にも就けず学校にも通っていない者が 45% にも上った。単身で生活している者はわずか 12 人 (14%) である。障害年金を受給している者は 20 人でその内の 15 人は寛解状態にある。これらのことは何を意味するのか？ BPD 患者の中には状

態の改善とともに社会に出ていく一群と、そうでない一群がいると言えるのではないか (表 2 のように寛解患者 43 人中無職 13 人、部分寛解患者 28 人中無職 15 人、不変患者 14 人中無職 10 人)。さらに、後者の生育史を見ると、特徴として幼い頃から社会適応能力が低く、1 人で生きていくことが不得意である、ということが明らかになった。

つまり、BPD 患者の中には、状態は改善したが社会に出ていけないから治療に通う患者たちが少なくないということである。それを裏付けるのは、筆者の BPD 全体の調査<sup>7)</sup>では高校中退は約 3 人に 1 人だったが、今回の横断的な調査では約 50% と高いという臨床的事実である。すなわち、思春期の学校適応に失敗している BPD 患者が治療にも居残っているということである。臨床的にも状態が改善されると社会に出ていける患者とそうでない患者に分かれるという印象を得ていたの

表1 平成24年4月の1ヵ月間に当院を受診したBPD患者

|  |
|--|
| 1. 患者数：86人（男性12人+女性74人）                          |
| 2. 初診時平均年齢：24歳                                   |
| 3. 併発疾患：摂食障害14人，強迫性障害6人，気分障害5人…(計32人)            |
| 4. 家庭環境：離婚家庭21人，崩壊家庭7人，虐待5人…(計42人)               |
| 5. 社会適応：不登校15人，高校中退43人，高卒10人，短・大卒19人…(計87人)      |
| 6. 治療結果：寛解50人，部分寛解21人，不変15人（計86人）                |
| 7. 就労：正社員12人，アルバイト16人，学生11人，主婦8人，無職39人（計59人）     |
| 8. 生活：両親29人，母親20人，配偶者9人，恋人6人，単身12人，生活保護7人…(計83人) |
| 9. 年金受給：20人中15人は安定している                           |

で、そのことを踏まえて「境界性パーソナリティ障害の現在」について述べることにする。

### I. 退行型BPDと発達停滞型BPD<sup>注1)</sup>

上述した改善後の社会参加の2型を詳細に見ると、短時間セッションの保険診療の中で短期間で改善する症例の多くは曲がりなりにも社会に適応してきたが現実的な諸問題が原因で退行しDSM診断基準を満たすようになったBPD患者たちであった。回復すると治療者の手を煩わせることもなく自ら社会に出ていく高レベルのBPD患者たちである。一方、幼少の頃から諸問題を抱え続け、家庭環境にも問題の多い—思春期から入院治療や長期の治療を要する—改善しても社会に出て行けずに治療に沈殿するのは低レベルのBPD患者たちである。便宜上、前者を退行型BPD、後者を発達停滞型BPDと呼ぶことにする。鑑別のポイントは幼少期からの社会適応能力にあり、後者では精神科治療にも適応できなくて悪性退行を深めることが多いので治療困難例が多い。

#### 1. 退行型BPDと発達停滞型BPD

退行型は治療開始後、半年～2年間で状態も安定しBPD診断基準を満たさなくなる。数年間

DSMの診断基準を満たしていた患者が環境調整と薬物治療の変更によって2ヵ月間で改善し、仕事に就くと同時に治療からも離れた症例を筆者は経験したことがある。とは言え、牛島<sup>13)</sup>が指摘するようにその治療は「退行的な行動異常より、社会的適応面の難しさに注目し続ける」ことが肝要で、「感情や葛藤に囚われている」と泥沼に陥る危険性がある。

退行型BPDと発達停滞型BPDの社会適応能力の差は、適応能力の低さと誇大性（万能感）の病的さにある。発達停滞型BPDは社会に出るのに臆病で恥を搔くことと失敗することを極度に恐れている。筆者<sup>5)</sup>は彼らの心理を中島敦著『山月記』から引用して「臆病な自尊心」と呼んでいる。現実生活の失敗を恐れ、しかもそれを克服するための現実的な努力は屈辱に感じる心理である<sup>8)</sup>。さらに、生育史そして治療経過からパーソナリティの社会化の過程を妨げているのは、筆者が「ボア(bore)」<sup>注2)</sup>と呼んでいるエピソードにあることがわかった。まず、このボアの説明から述べることにする。

#### 2. 「ボア」とは？

ある患者は筆者との週3回の精神分析的な精神療

注1) 退行型BPDと発達停滞型BPD

抄録の段階で退行してDSM-IV-TRの診断基準を満たす退行型をDSMボーダーと呼び、幼少の頃からパーソナリティ発達が滞っているタイプを発達ボーダーと呼んだのは、パーソナリティ発達という次元を省いているDSMへの批判を加えたいからだった。しかし、本来の意味を生かすべく前者を退行型BPD、後者を発達停滞型BPDへと変更した。いずれも北山修氏（私信）のアイデアを借りたのでここに深謝したい。

表2 改善度と社会適応度 (単位：人)

|      | 無職 | 学生 | 主婦・アルバイト | 正社員(契約社員を含む) |
|------|----|----|----------|--------------|
| 寛解   | 13 | 6  | 16       | 8            |
| 部分寛解 | 15 | 3  | 7        | 3            |
| 不変   | 10 | 2  | 1        | 1            |

法の中で連想が進まず締りのない表情をすることがあった。その姿を後に母親は、「社宅の砂場で遊んでいた子どもが、私が居なくなると、目に力がなくなり呆然と立ち尽くす姿を近所の奥さんから聞いて知った。その姿は小6の修学旅行の記念写真にもそっくり写っていた」と思い出した。さらに別の患者は精神状態が安定してアパートで1人暮らしを始めた時の彼女の異様な姿を母親が報告した。彼女が実家からアパートに帰ってしばらくすると電話をかけてきて両親を罵倒し、その後、寝込んで動けなくなるという。以前は予約通りに受診していたが、1人暮らし以降はキャンセルが増えた。しかも、両親と同居していた時は過食・嘔吐、家庭内暴力などの問題行動のために表面化せずに寝込みに気づけなかっただけだということもわかった。

精神的には「対象恒常性」の欠如と言われる現象である。BPD患者が母親の不在にうまく対処できないのは、内的対象が育っていないからと言われる。同様の患者の状態はWinnicott<sup>14)</sup>の『ピグル』にも言及されていたので、筆者はそれを「ボア」と呼ぶことにした。ピグルは1歳9ヵ月の時に妹が生まれて精神的混乱(境界例状態)を来した女の子である。

ボアには以下のような特徴が見られる。

①発達停滞型BPDの成育史では3歳の頃から気

づかれる。母親が傍にいと元気で普通の子どもだが、母親の不在で目に輝きがなくなり、退屈、無気力になる。小学校に上がってもそれは続きしばしば学校を休む原因になる。患者本人に意識されるのは10歳前後の小学校高学年からが多い。この時期に子どもは自意識が高まり心理的に母親からの分離を強いられるからである。その時に、同級生との関係を築けないと、種々の問題行動として周囲に気づかれるようになる。

②生理的な変化が見られ、微熱、過剰睡眠、全身のだるさ、過食が報告される。患者はそれを「寝込む」と表現し、非定型うつ病によく似ている病像である。

③精神的には、空虚、無気力、怒り、無力感を覚える。何が起きているのかを描写できない者も少なくない。中には「怠け」と吐き捨てる者もいる。

④行動的にはそれを打開するための「行動化」が見られる。例えば、飲酒、薬物乱用、買い物、過食、万引き、喧嘩、セックス、などである。いずれも精神の高揚(=軽躁状態)の希求として現れる。これは双極II型との関連で重視される。

⑤主体性を求められる精神療法の場では連想の貧弱さが目立つ。患者は受身的で黙して何も語れ

注2) ボア (bore)

筆者はBPDの中心病理を表わす言葉だと考える。Winnicott著『ピグル』の中ではピグルの母親がWinnicottへの手紙の中で数ヵ所にわたって使用している。ピグルは妹の出産直後から精神的変調を来し、母親はその始まりを“she becomes easily bored”と表現した。彼女はWinnicottの治療直後のピグルの精神的変調(退行状態)にもboreを使っている。そしてそれは、周囲の者には「一見退屈で、ぼんやりして生気のない、周囲に関心を示さない」表情に映るが、「退屈したり、ぼんやりしたり、不満であったり、そして時には無茶苦茶に破壊的一物を引き裂いたり、壊したり、汚したりする一であった時期を通り抜けてしまったようです」と母親が描写するように、ピグルの母親不在時に移り変わる精神状態の1コマとしても使用している。

ず、主治医の積極的な介入がないと、苛立ち、眠気を催す者も出てくる。中には興奮し自傷行為に走る患者も現れる。

⑥治療的には「行動化」が患者にとっては自己治療的側面もあることを認識し、患者が「行動化」の意味を理解できるように援助し、「ボア」を治療の最終ターゲットにする。

### 3. 見捨てられ不安とボア

ところで、BPDの中核的病理には幼少期の母子関係を重視する精神力動的モデルと小児期の外傷体験や虐待によるPTSDモデルの2つがある。現在ではPTSDモデルの方が優勢で、精神力動的モデルの代表であるKernbergの再接近期の固着論(子どもの過剰な攻撃性と母親の養育の失敗)やMastersonらの「見捨てられ抑うつ」はいずれも母子関係に焦点を置き過ぎているという批判にさらされている。しかし筆者の調査では、学校におけるいじめの有無については調査していないが、養育者による虐待よりも発達を促進する家庭環境の崩壊が多く見られ、母子関係や父親不在の役割を真っ向から否定することはできない。

しかも「ボア」のエピソードを持つ低レベルの発達停滞型BPDでは認知機能に問題を抱え社会適応能力が育っていない。BPD患者は、ロールシャッハテストでもそうであるように、無構造の状況下では大混乱を来すが、構造化された環境の下では正常に機能する。変化する環境にうまく適応できない能力の問題は、幼少期の母子関係の葛藤(見捨てられ不安)によるものというより元来母親不在に対応できない体質的な問題(欠損論)を抱えていると考えた方がよいかもしい。

よって筆者はBPDの中核的病理はPTSDモデルだけでは説明できないと考え、しかもこの「ボア」は精神力動的モデルの欠陥を補うことができるので、あえて「見捨てられ不安」という用語を避けて新しく「ボア」という用語を採用することにした。

## II. 症例呈示

BPDの外来治療は牛島<sup>13)</sup>が本学会で報告した治療ガイドラインに沿って治療が進められる。精神科医が主治医として責任を持ち、①外来において現実的な生活面での相談に乗り、支援することを中心に、②必要であれば投薬を行い、③入院させ、家族支援を行う、④さらには有用であればデイケアや個人精神療法を行う治療システムを構築する。そして主治医はBPD患者の社会的適応面の難しさや現実的問題の存在を認識することとスプリッティングを中心とする原始的防衛に手慣れることが求められる。退行型BPDの場合、②までの治療システムの構築で十分な効果が得られよう。発達停滞型BPDの場合は治療の流れによっては、③～④の治療システムを柔軟に構築していくことが治療の要になる。入院治療も退行型BPDでは危機介入が短期間で済み、発達停滞型BPDの場合はパーソナリティ改築のための長期間を要することが多い。そして、状態が改善しDSM診断基準を満たさなくなると、次に社会適応能力の援助と「臆病な自尊心」の「生きなおし」とこの「ボア」の克服にある。以下に症例を呈示して筆者のBPD治療について述べる。3症例とも発表の許可は得ているが、プライバシーには十分に気をつけている。

### 1. 退行型BPD

退行型の場合、病前性格は見捨てられ不安を中心とする防衛的性格よりも完全主義(症例A)や八方美人(症例B)の者が多く、その扱いに手慣れていないと治療は泥沼化しやすい。

#### (1) 完全主義の扱い方

症例Aは20代の女性で紹介先のクリニックで処方された薬物の副作用で母親に支えられて受診してきた。質問に「男の人の声が聞こえる」「強迫観念がえらい」と答えた。自傷行為は「お仕置き」と言い、完璧にやれない悪い自分を排除しようと手首を切り、流れる血を見て「悪い自分が流れる」と安堵するという。

病歴は紹介状をまとめると以下のようなになる。

中2の頃、強迫観念、幼児返り、不登校がみられ精神科に通院した。高校では休むことが多く、高2の時に別の高校に転校した。入学した大学では学生相談室に1年ほど通った。X年4月、大学4年の春頃より、不眠、不安、憂うつ、意欲減退が出現した。7月頃より自傷行為が始まり、9月には自傷行為が激しくなり、自ら精神病院に入院した。10月、恋人の勧めでクリニックに転院したが、状態はさらに悪化し、自傷行為も重度になり自ら入院し、11月当院に紹介された。

【治療経過】母親が付き添って週に1回通院することになった。訴えに丁寧に対応しながら、薬物治療はリスペリドン1mgとフルボキサミン50mgを続けた。卒業に必要な単位はすでに修得していたので、残りの2学期間は休むことにした。正月休みは帰省し、3学期は登校し、卒業論文の発表の準備をした。恋人とは別れ、大学に行けるかどうか不安で泣いたり、幼児返りも見られたが、無事卒業式を終えた。この間彼女は「いかに自分は駄目か」と悔やんだ。Aは「何でもできるいい子でないと嫌われる。人より能力が優っていないと自分は駄目と思う」、「母親に否定されると駄目になってしまう」と語った。母親を支え、本人には何がストレスだったか尋ねたが、この頃はまだ明らかにならなかった。4ヵ月でDSMのBPD診断基準を満たさなくなった。

X+1年4月から大学院に進学。時に、母親と口論になったが、「雨降って地固まる」と支えた。大学院にも順調に通い、外来治療では完全主義を巡る葛藤を中心的に扱った。そして生活も安定し就職を機会に2年4ヵ月の治療が終結した。その後、精神的にも安定し数回当院を受診した。新たな恋人もできて、発病の原因となったセックスに関する葛藤、完全主義が緩んだことなどが話題になった。

診断は完全主義者に起きた退行型BPDである。原始的防衛機制が作動するので、空想する「完璧な自分」と現実の「駄目な自分」はスプリット・オフされて、患者は「悪い自分」を手首に投影し自傷行為を繰り返していた。また、ボアのエピソード

は家族の情報でも認めなかった。

BPD治療を難しくする原因の1つにこの完全主義の扱いがある。完全主義の治療的介入には認知療法と精神分析療法の2つが代表的である。認知療法では人の悩みは出来事そのものに原因があるのではなく出来事の受け取り方によって生み出されるので、その非合理的な思考を変えるというのが基本的姿勢である。スプリッティングを扱わずにそれが治療上可能かどうかは、筆者は専門外なのでわからないが、精神分析では治療者患者関係に重点を置く。北山<sup>10)</sup>は「完全主義には、自信がないという自己不確実感や、不完全に対する不安や恐怖が伴う。不確実感が完全主義を生み、その完全主義が不確実感を招くという、終わりのない悪循環が生まれる。分析的治療としては、不完全が嫌いだけど大好きという矛盾する傾向や、その起源として、完全を要求した厳しいつけ、さらに不完全過ぎた両親像や自己像などが問題にされることになる。今以上に完全になろうとする傾向と、それには協力できない治療のぶつかり合いとそれに伴う怒りや不満はやがて否応なく発生するし、『遊び』と『余裕』が伴うなら、それこそが『いい加減』『適当』にむけての治療的な転換となる」と述べている。波線の部分は短時間セッションでも活かせる技法なので、筆者の工夫を以下に述べよう。

第1段階：患者が「いかに自分が現実には駄目なのか」と吐き続ける時に、完全な自分（空想）と駄目な自分（現実）のスプリッティングに注目する。患者は「完全でありたいけど現実はいかにかない」という言い方をしない。現実の自分を語る時には全能を希求する自分のことはスプリット・オフされている。

第2段階：このスプリッティングを扱うことから治療は始まる。「なかなか思い通りにいかないね」と完全を希求する自分に直面させるのである。あるいは、「あなたの話を聞くと、『それでも頑張っているじゃない』『完璧を求め過ぎよ』と反対の気持ちを表明しそうになる。よくよく考えると、この2つの気持ちは共にあなたの気持ちを表

しているのかもしれない。2つの心は互いに交じり合わないで、私とその片割れを担っているのかもしれないですね」と投影同一化を解釈する。そうすることで患者が矛盾する気持ちを抱えることができるように機会を与えるのである。つまり、スプリットングに風穴を空けるのが狙いである。そして、治療的狙いは、彼らの全能感（万能感）を否定する立場を取るのではなく、空想と現実を行ったり来たりする能力を育てることにある。空想の世界は屈辱を経験せずに済むが、空想に生きることは空しい。一方、現実と直面するのは屈辱だが、成長の第一歩になる、という弁証法的緊張関係を治療者との間で経験することだと考える。症例Aの治療では、完璧でないから腕を切ることに對して、「聞くは一時の恥、聞かぬは一生の傷だね」と介入した。

## (2) 退行型BPDによく見られるスプリットング

30代の女性Bは結婚して2人の子どもがいる。アルバイト先の気の強い年上の女性に不満をぶつけられてボーダーライン化した。仕事も辞め、夥しい自傷行為、感情の不安定、解離、寝込んで家事ができなくなって精神科受診。受診した医師によって解離性障害、PTSD、うつ病、パニック障害、BPDなどと診断されて、ますます状態は悪化して、半年後、当院を紹介されてきた。

【治療経過】少量のハロペリドールで自傷行為はなくなった。ところが、独身時代に付き合っていた恋人が逮捕されて新聞に載った。彼が住んでいたところが近所であることを知って、出所後に出くわすのではと怯え、再び状態が悪化した。それが一段落すると今度は、当院を紹介してくれた女性患者Cとの関係が負担になっていると語った。電話の相談が長く、それがストレスという。一方、Cの方もBの電話相談が負担だと主治医（筆者）に相談した。どっちもどっちで、そうこうするうちに、互いに状態は改善していった。1年後、長男の不登校を当院で治療することになった。その彼も元気になり、彼女は生活上の問題を1つ1つ整理していった。

2年が経過する頃には仕事を再開したいと言いだした。そして、PTAの会計係を断れずに引き受けた。彼女は「総会が負担です。やれる自信がない」と訴えた。彼女の状態悪化のパターンは「できないことを引き受けてしまう」ことにあった。つまり、私の前と違って世間では元気に振る舞っているのである（スプリットング）。どっちも彼女であって彼女でない。私の前では「やれるかどうか怖い」と泣き出す。私は「(会長に)状態が悪いので休みたいと相談してはどうか」と言いたくなった。

そこで、「もし相談したとすると会長はどんな態度をとると想像しているの？」と質問した。すると彼女は「きっと駄目な人間だと言って悪い噂が立つと思うんです」〈悪く思われたくないの？〉「はい！」〈相談はできないし、やれる自信もない〉「そうなんです。どうかかなりそうです。また腕を切りたくります」と語った。〈解決できない問題を抱えてしまったね〉「先生、どうしたらいいんですか」〈この矛盾はアインシュタインでも解けない。この矛盾を一時抱えているといいと思う〉「それだけで本当にいいんですか？」と述べて帰った。1週間後、これをきっかけに彼女は立ち直り、総会もすんなりとやれて自信がついたと報告した。疲れて寝込むこともなかったという。この時点で彼女も主治医も良くなったと評価した。

上記のスプリットングは退行型BPDの治療でしばしば出くわす場面である。この扱いに手慣れていないと、「会長に相談してみたら」と直接的な介入になり、患者から「相談はできません。そんなことしたら嫌われます」と拒否され、主治医と患者は不毛の思考の連鎖に巻き込まれてしまうことになる。

## 2. 発達停滞型BPD

### (1) 症例D（初診時20代女性）

【主訴】働けるようになりたい。自分の思い通りにならないとイライラする。いつか嫌われるのではないかと思うと人が怖い。

【病歴】Dは幼い頃は手のかからない良い子で絵

を描くのが好きだった。隣の家族の引っ越しに過剰に反応して泣きじゃくることがあった。小学校入学後、2週に1日は同じことを続けるのが苦痛で仮病を使って学校を休んだ。また、この時、微熱も見られた。小4の頃、理科のテストが悪く男子生徒から馬鹿にされた。それから勉強を頑張るようになった。兄の家庭内暴力で家庭内はいつも緊張していた。この時、母親の自殺企図があった。「なんで生きているのだろうか」と悩んで過呼吸になることがあった。中1の頃、家出して保護された。勉強を頑張ったが、中2の頃「自分は思ったほどの人間ではなかった」と知った。中3の頃、いじめをきっかけに不登校になり精神科に通うことになった。高校・大学に入学したが、いずれも中退。情緒不安定、男性依存、抑うつ、無気力、自傷行為、数回の自殺企図で7回の入退院を繰り返し、X年3月当院を紹介された。

【治療第1期】週に2回の通院治療が始まった。治療は現実生活で困っていることを1つ1つ丁寧に扱っていった。行動化（激しい情動興奮と男性依存）の度に家族とも会ったが、母親は共感能力に乏しく「Dを産まなきゃよかった」と言う人で患者中心の治療を心掛けた。

【治療第2期】9ヵ月後にはDSM診断基準を満たさない程度に安定。1年後、大学に通うかアルバイトをするかという選択で長い間悩んだ。主治医に助言を求めた時には、悩みをこころの中で抱えることが成長につながると支えた。すると、怒り狂う極限状態の自分を包みこもうとする自分がある、うつ状態の時は目つきがトロンとして頭痛が始まる、と観察自我が育ってきた。X+1年9月からアルバイトに就いた。12月「治ると楽になると思っていたけど、治った後も頑張らないといけない。それってすごく辛い」と語った。この頃、恋人ができて付き合うようになった。X+2年9月、飛び降り自殺企図による後遺症の腰痛が悪化し2つ目の仕事を辞めた。10月、1人暮らしを始めた。その後恋人と同棲し、父親の浮気と夫婦喧嘩、母親の自殺企図、などを乗り越えていった。しかし、いまだ仕事には就いていない。

## (2)「ボア」の対応

ボアは、幼少の頃から隣人の引っ越し時の過剰な反応、小学校入学後からの仮病を使った欠席、不登校などとして認められる。彼女のボアは分離や孤独に対する忍耐力のなさの一因となっていて、PTSDモデルでは捉えられない病理である。

治療後に明らかになったのは、自分にとって重要な人物が思い通りにならない時、あるいは日常生活、例えば洗濯やペットの世話など、普通の人なら簡単にこなせることをできない時に、怒り、焦り、不安から始まり、遂には目がトロンとしてきて寝込むという。頭痛を伴い、月経前のイライラもひどくなるという。エピソードの始まりの時、「自分なりに頑張っている」と自分を褒めることができるようになるが、できないと過食、物欲、そして万引き衝動に駆られ、そして最後は身体が動かなくなって寝込むという。この1年間、彼女は家事をやり、彼が外で働く、という役割分担で安定してきたが、家事がやれないと自分を責めてしまって悪循環になるという。時折、襲ってくる「ボア」からの回復は早くなったが、依然として解放されない。どうしたらよいかという相談に主治医は、知的な理解を強化するためにも、「寝る前に明日やることを箇条書きにメモする」ことを提案し、Dは2週間後から落ち込みがなくなり、メモ書きもしないで生活を送れるようになっている。

BPD患者のボアは小児期の枠のある生活、あるいは母親が傍で世話している間は目立たない。彼らの多くは日常生活を自分で計画して過ごすことができない。はじめに述べたように、成人してからも普通の生活をするのに母親や母親に代わる人を必要（88%）とするのもこのボアによる生活能力の欠陥にあると言ってよい。治療後、DSMの診断基準を満たさなくなってもこのボアによる生活破綻は残る。例えば、約束した日時に友人と会う、あるいは洗顔、入浴といった生活に苦勞する。統合失調症と違うのは構造化されるとそれなりに生活的に機能する点である。

(3) 発達停滞型 BPD はなぜ仕事に就けないのか？

1つには、先に述べたように、恥の問題と失敗を恐れる「臆病な自尊心」が一因である。彼らの誇大性、プライドの高さは尋常でない。彼らは人前でうまく振る舞えるかどうかをひどく気にする。例えば他人に話しかけられた時の対応といった日常生活の些細な行動、健康者なら何でもないことを思った通りにできない時の興奮状態(屈辱)は他人には想像し難い。加えて、健康な人が簡単にやれるルーチンワークが彼らには困難なのは、統合失調症患者の社会適応能力の低さに通ずる。この生活の困難を克服するためには、それにはとても時間を要するのだが、ボアを受け入れることから始まる。筆者は上記のように枠組みの中で生活するように指導している。1ヵ月もすると多くの患者がメモしないで普通の人のように普通のことができるようになるところが統合失調症の患者と異なるようである。

### さいごに

BPD の精神科治療について述べた。

- ① 成育史、社会適応能力、発症の仕方、治療経過などから BPD を退行型 BPD と発達停滞型 BPD の 2 型に分けた。
- ② それぞれ症例を呈示し、退行型 BPD に多い完全主義の扱い方とスプリッティングの扱い方について言及した。
- ③ 退行型 BPD は寛解すると速やかに社会に参加できるのに対して、発達停滞型 BPD は精神的には安定するが部分的に症状が残り、社会に出るのが困難である。
- ④ 発達停滞型 BPD は、幼い頃から「ボア」と呼ぶ生理的、精神的、行動的な特徴が見られ、治療によって精神的に安定しても、残遺症状と社会適応の失敗によって社会から引きこもる傾向が強い。治療では、この「ボア」の克服にあることを述べた。

最後に、本論では触れなかったが、発達停滞型 BPD の治療を困難にする他の要因として物質依

存が挙げられる。筆者の経験では、アルコール依存の治療は外来治療だけでは難しく、今後の課題の 1 つである。

### 文 献

- 1) American Psychiatry Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed, Text Revision(DSM-IV-TR). American Psychiatric Publishing, 2000 (高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・マニュアル新訂版. 医学書院, 東京, 2003)
- 2) American Psychiatry Association Practice Guidelines : Practice Guideline for The Treatment of Patients with Borderline Personality Disorder. Am J Psychiatry, 158 (10 Suppl) ; 1-52, 2001
- 3) Gunderson, J. G. : Borderline Personality Disorder A Clinical Guide. American Psychiatric Publishing, 2001 (黒田章史訳: 境界性パーソナリティ障害クリニカル・ガイド. 金剛出版, 東京, 2006)
- 4) Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, C., et al. : Plausibility and Possible Determinants of Sudden "Remissions" in Borderline Patients. Psychiatry, 66 (2) ; 111-119, 2003
- 5) 川谷大治: 思春期と家庭内暴力. 金剛出版, 東京, 2001
- 6) 川谷大治: シンポジウム 20 「境界性パーソナリティ障害治療のガイドライン作成をめぐって『境界性パーソナリティ障害の外来治療』. 精神経誌, 109 (6) ; 566-571, 2007
- 7) 川谷大治: 自傷とパーソナリティ障害. 金剛出版, 東京, 2009
- 8) 川谷大治: 生きなおしの精神療法. 精神療法, 38 (1) ; 135-138, 2012
- 9) 川谷大治: 最近の境界性パーソナリティ障害. 精神療法, 38 (2) ; 27-34, 2012
- 10) 北山 修: 完全主義. 日常臨床語辞典. 誠信書房, 東京, 2006
- 11) Masterson, J. F. : Treatment of The Borderline Adolescent : A Developmental Approach. John Wiley & Sons Inc, New York, 1972 (成田善弘, 笠原 嘉訳: 青年期境界例の治療. 金剛出版, 東京, 1979)
- 12) 牛島定信編: 境界性パーソナリティ障害<日本版治療ガイドライン>. 金剛出版, 東京, 2008
- 13) 牛島定信: 境界性パーソナリティ障害の治療ガイ

ドライン. 精神経誌, 112 (6); 604-608, 2010

14) Winnicott, D. W.: *The Piddle: An account of The Psychoanalytic Treatment of A Little Girl*. Hogarth Press, London, 1976 (猪股丈二, 前田陽子訳: *ピグラー分析医の治療ノート*. 星和書店, 東京, 1980)

15) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et al.: *The McLean Study Adult Development (MSAD)* :

*Overview and Implications of The First Six Years of Prospective Follow-up*. *J Pers Disord*, 19 (5); 505-523, 2005

16) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et al.: *Psychosocial Functioning of Borderline Patients and Axis II Comparison Subjects Followed Prospective for Six Years*. *J Pers Disord*, 19 (1); 19-29, 2005

---

## Today's Borderline Personality Disorder

Daiji KAWATANI

*Kawatani Clinic*

This paper reviews psychotherapy treatment for borderline personality disorder (BPD). In order to effectively measure the clinical benefits of BPD treatment and its outcomes, I have differentiated two types: regressive type BPD and undeveloped type BPD. These two types can be differentiated based on a number of factors such as the life history, social adaptation skills, symptoms at the onset of the disorder, and the treatment progress.

The diagnostic factors are social adaptation skills from childhood and the existence of "bore". Bore is the reaction of the child in the mother's absence and core pathology in defining BPD.

1. Patients with regressive type BPD can effectively function in society once BPD enters remission. This is opposed to undeveloped type BPD, where one can obtain a certain level of societal function but cannot fully adapt due to symptomatic episodes from BPD.

2. Undeveloped type BPD is marked with "bore" from physiological, psychiatric, and behavioral characteristics. Psychiatric treatment may diminish symptoms, but the remaining symptoms and inability to function socially lead patients to social withdrawal. The treatment process will emphasize overcoming "bore".

< Author's abstract >

< **Key words** : borderline personality disorder, social adaptability skills, regressive type, undeveloped type, bore >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 双極性障害とパーソナリティ障害 ——境界性パーソナリティ障害との関連を中心に——

阿部 隆明

(自治医科大学精神医学教室, 自治医科大学とちぎ子ども医療センター)

近年, 双極性障害 (BD) と境界性パーソナリティ障害 (BPD) との合併が指摘される背景には, 操作的診断に基づいた BPD の安易な診断や, BD 概念の拡大ならびに BPD 様症状を呈する BD の増加がある. 確かに BPD と BD は感情不安定性という共通点を持つものの, BPD が双極スペクトラムに入るという確かな証拠はない. とはいえ, BPD の操作的診断基準に掲げられたほとんどの症状は感情障害でも観察されるために, 両者の鑑別と共存が問題になる. とりわけ, 双極 II 型障害のうつ病相 (BPD 様双極 II 型) や気分循環気質などの微細な躁的因子を内包する病態では, 一見 BPD に見える症状が出現しやすい. この場合, 同一性の障害や特有の防衛機制が存在しなければ, BPD と鑑別して気分安定薬中心の処方をする必要がある. 他方, 実際に BPD に BD が合併する症例では, BPD の病理を踏まえた精神療法的な対応に加え, 同時に存在する BD にも目配りし, 薬物療法的な配慮を忘れてはならない.

<索引用語: 双極性障害, 境界性パーソナリティ障害, 双極 II 型, 気分循環性障害, 非定型うつ病>

### はじめに

かつては双極性障害 (bipolar disorders, 以下 BD) の病前性格は対照群と変わらない<sup>29)</sup>とされていたが, DSM などの操作的診断で comorbidity という観点が導入されて以来, 双極性障害とパーソナリティ障害の合併が報告されるようになった. 最近の研究では, 双極 I 型では 22~62%<sup>7)</sup>, 双極 II 型では 33%<sup>26)</sup> にパーソナリティ障害が合併するとされ, 特に B 群のパーソナリティ障害である境界性パーソナリティ障害 (borderline personality disorders, 以下 BPD) や自己愛性パーソナリティ障害が多いと報告されている. 中でも若年発症の BD とパーソナリティ障害との関連についてはよく研究され, 早期発症の BD が BPD の発現可能性を高めるといふ指摘<sup>8)</sup>もある. いずれも, 感情が変化しやすいという点で力動面の共通性を持つが, それが同質のものかは一考の余地がある.

ちなみに, BPD という概念が日本にも定着したのは, やはり 1980 年の DSM-III 導入以降のことであり, これは自己同一性や対人関係の障害, 情動不安定性や衝動制御の障害などを主徴とするパーソナリティ障害として位置づけられた. これと BD との関連が指摘されるようになったのは, ① BD 概念の拡大, ② BPD そのものが BD の準臨床的な表現である可能性, ③ BPD の操作的診断基準の問題, ④ 社会の変化や SSRI の普及に伴う気分障害の病像変化, といった理由が考えられる.

以下では, パーソナリティ障害の中でも BPD に焦点を絞り, BD との関係について論じた上で, 両者の鑑別が必要なケースと, 両者の共存を考慮すべきケースの診断, 治療について考えてみたい.

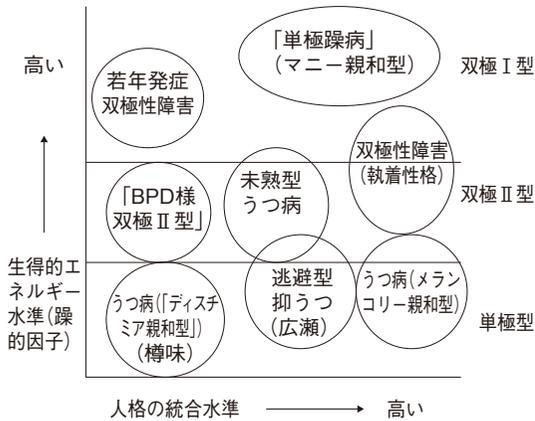


図 気分障害像と病型<sup>1)</sup>  
(横軸は年齢と相関する)

### I. ライフステージから見た気分障害の病像とBPD

壮年期以降に発症した気分障害とBPDとの関連について論じられることは少ない。BPD自体が20歳前後からせいぜい30歳代に花開く病理だからである。双極性障害の発症も10歳代から20歳代が多い<sup>7)</sup>が、定型的な躁病像とうつ病像を反復する症例に関しては、BPDとの鑑別が問題になることは稀である。筆者はかつて、ライフステージと病前性格の関係を図のように示したが、壮年期以降に発症する気分障害の病前性格として認められるメランコリー親和型<sup>24)</sup>や執着性格は、躁的成分の多寡の差はあれ、発症までは比較的安定している。20歳代後半以降によく観察される未熟型うつ病<sup>1)</sup>や逃避型抑うつ<sup>12)</sup>にしても、混合状態的な病像を呈する中で一見BPD様の気分変動を示す例があるものの、病前は自己同一性や対人関係の障害が観察されるわけではない。これに対し、10歳代後半から20歳代前半では、明らかなうつ病エピソードの出現前から気分変動を示し、抑うつ的なBPD様の病像を呈する双極II型の一群がある(後述)。また同年代では、周期の短く輪郭の鮮明なうつ病相と躁病相を反復する双極性障害もある。かつてKraepelin<sup>16)</sup>によって行われた年齢ごとの躁うつ病像分布に関する調査でも、若い年代では混合状態の占める割合が多いことが示さ

れている。すなわち、若年期では躁とうつに明確に分極しない気分障害像が珍しくなく、これがBPDとの異同の議論を招くのである。

### II. BPDの3因子モデル

それでは、BPDの症状は気分の変動性だけから説明されるのであろうか。これに関連して、Sanislowら<sup>23)</sup>は、BPDの3因子モデルを提示している。つまり、BPDは関係性(relatedness)の障害、行動調節不全(behavioral dysregulation)、感情調節不全(affective dysregulation)の要素からなるとする。このモデルに基づく、それぞれの因子を媒介にしてBPDと近縁の病態との関連が考えられる。まず、関係性の問題は人格構造のそれと置き換えることができる。特にHerman<sup>11)</sup>は人格発達における心的外傷の役割を重視し、BPDをPTSDの複合型(complex form)と定義し直している。しかしながら、現在では心的外傷はBPDの数ある病因の1つに過ぎず、重篤な心的外傷の生活史はほぼ3分の1の症例で観察されるにとどまる。また、物質依存や摂食障害もBPDの合併症としてよく報告されることに加え、BPDの家族には衝動制御の障害(特に物質乱用や反社会性パーソナリティ障害)が多い<sup>18,28)</sup>ため、BPDは感情病圏というよりは、衝動スペクトラム障害であるという仮説<sup>27)</sup>もある。

さらに今回のテーマに関連して、BPD(の感情障害)を双極スペクトラムに組み入れ可能かという議論<sup>5)</sup>もあるが、これは両者の感情不安定性<sup>15,17)</sup>が共通の起源を持つことを前提としている。確かに、McGlashanら<sup>19)</sup>は大規模なBPDの前向き研究において、12%に双極I型の、8%に双極II型の合併を報告しているが、その一方で、BPDの患者の家族に双極I型ないしII型の有病率が高いというデータはほとんどない。アメリカでの経過研究からも、BPDが大うつ病や双極性障害の典型的な形態に発展するということが報告されていない<sup>6,20)</sup>。最近の研究<sup>9,28)</sup>は、これまでの臨床的印象とは異なり、BPD患者が比較的早く回復する可能性を示しているが、共存する気分障害の

治療に成功したからといって、BPDが寛解することは稀である。反対に、BPDの病理が全般に改善すると、気分障害のほうは寛解することが示唆されている。

このような結果を踏まえて、Gundersonら<sup>10)</sup>はBPDと感情障害の共存に関しては否定しないものの、前者の人格構造面の特異性を強調している。すなわち、BPDはより発達の、対人交流的な起源を持ち、うつ病像において空虚感や孤独感が優位で、家族伝達もBDとは異なるとする。またBPDのうつ病は抗うつ薬に反応しにくく、異なった神経生理学的基体があるかもしれないと述べる。言ってみれば、BPDから発展するうつ病は、構造面（対象関連）の問題が感情面の変化を引き起こすのである。

ちなみに、最近行われた146例の双極II型障害の12年にわたる経過研究<sup>13)</sup>では、平均して50%以上の期間に感情症状（ほとんどはうつ状態）が存在していたという。この数字は、うつ状態があたかもパーソナリティのように常態化していることを意味し、気分障害を基底にしたBPD様症状がBPDと診断される可能性を示している。双極性障害は、慢性の再発経過を取り、生涯にわたって相当の気分症状を持つ。確かに、大多数の研究から、BDとBPDとの合併は、BDとBPD以外のII軸障害との合併、あるいはBD以外のI軸障害とBPDとの合併よりも多いことが指摘されるが、これは操作的診断基準を前提とした結果であることを割り引いておかななくてはならない。その辺の事情を次節で検討する。

### Ⅲ. BPDの診断基準(DSM-IV)と気分障害

双極性障害の患者が病相中にパーソナリティ障害の診断をされると、その合併率はおおよそ60%に達するという報告がある。これは、背景にある気分症状が、それまでは代償されていた性格的弱さや精神的葛藤を発現させる培地になることを裏書きしている。普段は様々な問題を抱えながらも、依存性を抑えて過剰なまでに社会適応していた患者でも、一旦うつ状態になると、隠れた依存性が

前面に出て他者にしがみついたのである。ここに躁的な因子が混入すると、感情易変性や衝動性の問題も浮上し、パーソナリティ障害と誤診されることにつながる。

ここでDSM-IV<sup>4)</sup>におけるBPDの診断項目を1つずつ取り上げ、気分障害との関連を検討してみたい。

- ①「現実、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力」は、軽うつ状態で依存性が前面に出てくるうつ病の症例で観察される。
- ②「『理想化とこきおろし』との両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる不安定で激しい対人関係の様式」は、軽躁状態ないし混合状態で観察される。とりわけ、入院中に主治医との間で、こうした人間関係が発展することがある。
- ③「同一性障害」に関しては、躁、うつへの転換が頻回なケースでは、「本来の自分がわからない」と自己像が不安定になることがある。また、生活上、様々な趣味に手を出したり、様々な職業についたり同一性を疑わせる症状の基盤にサブクリニカルな軽躁が関与していることがある。
- ④「自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの(例:浪費、性衝動、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い)」は、いずれも軽躁状態や双極II型のうつ病相でよく観察される行動である。
- ⑤「自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し」は、もちろん、うつ病でも認められる症状である。
- ⑥「顕著な気分反応性による感情不安定性(例:通常は2,3時間持続し、2,3日以上持続することは稀な、エピソード的に起こる強い不快気分、いらいら、または不安)」は、混合状態で観察される。
- ⑦「慢性的な空虚感」は、持続性のうつ状態や気分変調性障害と関連する。
- ⑧「不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難」は、易怒的な軽躁状態や混合状態(不安・焦燥性うつ病像)などで観察される。

⑨「一過性のストレス関連性の妄想様観念、または解離症状」に関しては、うつ病相でも自責から発展する被害妄想は認められるし、病前に葛藤状況を抱えた患者において、軽うつを基盤にした解離症状は観察される。

上記の症状が5つ以上あればBPDと診断されるが、それぞれの診断項目を1つ1つ検討してみても、すべての症状が気分障害でも出現しうることがわかる。いずれも制止の強いうつ病像というよりは、軽うつ状態、不安・焦燥病像、軽躁的な因子を持つうつ病像などが、鑑別の対象になる。

ちなみに、DSM-IVの非定型の特徴に関しても、気分の反応性や食欲の増加、対人関係の拒絶に敏感といった項目は、BPD患者でも満たすことがある。こうした事情を踏まえ、Perugiら<sup>22)</sup>は、BPDと非定型うつ病、軽微双極スペクトラムとの関連を論じている。彼によれば、非定型うつ病の24%がBD、78%が軽微双極スペクトラムを合併するし、43%がDSM-IVのBPDの基準を満たすとされる。結局、非定型うつ病とBPDでは、見捨てられ回避や不安定な関係、同一性障害、衝動性、自傷行為、易怒性、感情反応性が共通し、その基盤には気分循環気質の特性があるとされる。

#### IV. 双極II型とBPD

DSM-IVでは、双極II型の診断は、4日以上持続する軽躁と大うつ病の存在が条件であるが、1~3日程度の持続に終わる軽躁も少なくないとされる。また、短期の軽躁を呈する患者ではしばしば、興奮とそれに続く軽うつの反復パターン、すなわち気分循環性障害の基準を満たすことがある。こうした微細な気分変動に大うつ病エピソードが重畳すると、双極性障害の診断はまったく無視されてしまう可能性が高い。このように、軽躁の短い持続期間のためにDSM-IVの双極II型の診断基準を満たさないものの双極性の要素を備えた類型を、Akiskalら<sup>3)</sup>は双極II 1/2型あるいは暗いほうの(darker)双極II型とも呼び、以下のような症例を呈示している。

症例 24歳、女性

初潮以来、気分が変わりやすいという主訴で来院した。「嵐のように舞いあがる」日があれば、翌日はベッドで横になっているのだという。気分が数日おきに、時には毎日のように変化した。高校を卒業し様々な職場で受付けとして働くことはできていた。18歳頃から、いつもより遷延するうつ病エピソードが年に2回、秋と春に始まり、それぞれ3~4週間持続した。詳細を見ると、秋のエピソードでは過眠と過食が目立ち、春の病像は身体運動の緩慢化と易刺激性、精神的な不穏、過剰な性行動との奇妙な混合だった。両タイプの「うつ病」に対して数多くの抗うつ薬が投与されたが、いずれも効果がなかった。彼女は薬効のなさに失望し、実際にPMSが悪くなったと主張した。ところが、フルオキセキン20mg/dayを処方されて、3週間後に突然元気になった。自信に満ち溢れ、毎日数人の男性とベッドをともにした。こうした軽躁のエピソードは2週間続いた。

患者は18歳から6都市を転々としたが、単に人や場所に満足できずに転居していたのであった。過去1年の間に、1度は過食行動が原因で、2度目は煙草の吸殻やヘアカーラーによる自傷行為のために入院した。彼女は覚せい剤も数回試したが、好きになれなかった。家族歴に関しては、母親は治療を受けたことはないものの、生活の派手な人で、4度離婚し、70歳になっても複数の愛人がいた。母方の叔母は、躁うつ病と診断されていて、精神病院で亡くなっていた。父親はアルコール依存だった。

診察場面では、自分がやや太めであると訴えていたが、とてもおしゃれな衣装を身にまとい、ハリウッドスターのようだった。彼女は度々劇的な表現を用いて、自分の生活や気分について説明した。表情からは快活に見えたが、雷に打たれて死ねれば神に感謝するだろうと述べ、「元々それなりの知性を持っていたのに、人生で正しいことができなかった。自分が誰かわからないし、人生で何をすべきか知らない」と語った。彼女によると、妹も似ていて、「あらゆる種類の薬物、特にアンフェタミンを使っているの、さらにたちが悪

い」のだという。面接を終える際に、「自分は「境界性パーソナリティ」である。なぜなら、思春期後に、母親の愛人たちから「口で虐待されてきた」からである」と語った。これに関しては曖昧な記憶しかなかったのに、これまでの治療のおかげで、この結論に到達できたのだという。

この症例では、思春期より気分の上下動が目立ち、うつ病エピソードがその上に重畳している。双極Ⅱ型の発症は必ずしも青年期に遡るわけではなく、実際には壮年期以降に気分の波が顕在化する症例も少なくないと思われるが、特に双極Ⅱ型のバリエーションである双極Ⅱ1/2型では、10歳代に遡る生き方の不安定性が強調されている。このタイプでは、めまぐるしい恋愛関係や転職、転居のように、人間関係においても仕事や居住環境においても1カ所にとどまらない、変化を好む特徴が見られることが多い。いずれにしても気分の変動性が先行しているが、注目すべきは患者本人が、「境界性パーソナリティ」と語っていることである。これは、それまでの治療者が当時流行していた複合型のPTSD概念を念頭に置いて、虐待や心の外傷の記憶を作り出した可能性を物語っている。

内海<sup>25)</sup>も双極Ⅱ型の抑うつ状態における soft bipolarity を指摘して、表のような特徴を挙げている。ここでも、抑うつ状態の出現様式の易変性や焦燥、関係念慮、行動化、ならびにパニック障害、摂食障害、アルコール依存の合併が多いことが指摘されており、BPDの症状との共通性が見てとれる。われわれも、同様のケースをかつてBPD様双極Ⅱ型として呈示し<sup>1)</sup>、診断や治療上の注意を喚起したので、BDとBPDの合併例と合わせて、以下に再掲する。

## V. BPD様双極Ⅱ型

これは、将来に悲観し手首自傷や大量服薬による頻回の自殺企図に及ぶ症例の一部、特に若い女性に多く認められる。いざ入院させると、むしろ軽躁的な面が目立ってくる。病棟内で数々の逸脱行為を示し注意される。同時に、治療者の些細な言動に対し見捨てられたと思いきみ行動化に

表 抑うつ状態の soft bipolarity<sup>25)</sup>

|                                  |
|----------------------------------|
| 抑うつ状態の出現様式                       |
| 不全性 (症状発現が不揃いになりがち)              |
| 易変性 (変動しやすい、特に endoreactive な変化) |
| 部分性 (抑うつ状態の出現に選択性がある)            |
| 比較的特異な症状                         |
| 焦燥 (いらいら、ぴりぴり、不機嫌)               |
| 聴覚過敏                             |
| 関係念慮                             |
| 行動化 (過量服薬、リストカット、飲酒、過食など)        |
| Comorbidity が高い                  |
| パニック障害、摂食障害、アルコール依存など            |
| 病前性格                             |
| マニ-型成分の混入                        |
| 抗うつ剤への反応                         |
| しばしば軽躁転、病相頻発                     |
| 非定型的な反応                          |

及ぶ。特に異性の若い患者であれば、治療者に向けた陽性転移が陰性転移に変化することも稀ではなく、結果的に医師の側も陰性逆転移を抱き、治療構造を揺るがすことになる。この辺の事情は加藤<sup>14)</sup>の指摘するBPDの治療経過と重なる。治療者はどうしても表面上の問題行動に目を奪われがちで、背景にある微細な気分変動を見逃すことになりやすい。特に若い医師の場合は、人格の問題として突き放すか、厳格な限界設定を試みて治療関係がますます悪化することがある。

本人も自分の病前性格や生活史について正しい評価ができず、「本来の自分がわからない」といった同一性の障害を疑わせる発言をする。また、上述した患者の治療者に対する転移の状況は、背景にある激しい気分変動の波に影響されて目まぐるしく変わることもあり、「理想化とこきおろし」といったBPDの診断項目を満たすことになる。こうして、衝動制御の障害、気分の易変性、同一性の障害、対人関係の障害といったBPDの診断項目が揃ってしまう。これを踏まえて、不用意にBPDという告知をして患者が絶望的になることも稀ではない。

しかし、詳細に病歴を聴取してみると、幼少期の発達や人間関係は問題なく、学校や職場でもそれなりに評価されていることが珍しくない。患者

の問題行動は比較的最近、あるいは受容的な病棟への入院後に出現していることがわかる。診断の決め手は、家族や職場での評価である。

こうした病像を呈しやすいのは、うつ病像に躁的な因子の混入しやすい双極Ⅱ型と考えられる。BPDとの鑑別点は、気分易変性が本来基底にあることに加え、その他の症状は、この気分の変化から導き出せるということである。確かに古典的な躁うつ病、すなわち、躁とうつが比較的明瞭に分極している制止主体のうつ病や爽快躁病よりも、病像変化の激しいタイプ、広義の混合状態とみなせるものが、鑑別の対象となる。この点で超急速循環型 (ultra-rapid cycler) が最も BPD に近い病像をとると言えるが、そこまでいかなくとも、不安定で変化しやすいうつ病像は BPD との鑑別が必要になる。

また、薬剤の効果も重要で、抑うつ状態に対する安易な抗うつ薬の使用がさらに病像を悪化させ、それが治療関係の悪化につながることもある。すなわち、潜在的な bipolar に対して、混合状態を作り出しているのである。とりわけ、職場での葛藤状況を抱えた患者などは、症状が遷延しやすく、抗うつ薬の増量や変更のみにこだわっていると、治療関係が膠着し、治療者との間でトラブルが起きやすくなるので注意が必要である。

## VI. BPD と BD の合併例

一方で、BPD と双極性障害とが合併する症例もあり得る。

### 1. BPD に双極性障害を合併する症例

10 歳代後半からすでに十分な対人関係を築けず自傷や摂食障害などで事例化してくる患者がいる。恵まれない親子関係や不安定な友人関係、特に異性関係を背景に、過食や自己誘発性の嘔吐、下剤の乱用といった問題行動を繰り返す。こうした抑うつ的になった患者をいざ入院させると、治療者に対する陽性転移や受容的な病棟環境から軽躁状態となり、病棟の内外で逸脱行動を示すことがある。いざ、限界設定を試みると、治療

者に対する陰性転移へと変化し、抑うつに転じたり、混合状態を呈したりする。そのため、本来の人格の病理が拡大された形で、気分や行動の大きな振幅を示す。この場合は、BPD と同時に双極性障害への傾病性を持った患者が、入院という荷下ろし状況で抑うつから軽躁へと転換したと考えられる。この場合は、十分な気分安定薬の投与が優先されるが、逸脱行動が激しければ、閉鎖病棟での治療の適応になることがある。いずれにしても、双極性障害のコントロールを優先し、しかるのちに精神療法主体の治療を考えるべきである。

### 2. BPD とともに生来性の気分変動を示す症例

同一性や対人関係の問題といった持続的な人格構造面の特徴を有しながら、感情不安定性や衝動性が背景の気分変動によって増幅される症例がある。10 歳代後半から軽い気分の波を認めることがあり、一部は気分循環性障害の診断基準を満たす。この場合、本人の人格構造面の特徴が気分の変動から説明できるかどうかで、重複診断の可否が決定される。

上述した BPD と誤診される双極性障害と同様に、様々な問題行動を示すが、自傷行為の背景には抑うつ状態が、性的逸脱や浪費の背景には軽躁状態が、不適切な激しい怒りの背景には混合状態が存在する可能性がある。確かに、行動面の特徴は気分変動で説明できるものの、それとは別に対人関係の不安定や同一性の障害、分裂や投影性同一視といった防衛機制を認める。治療者は BPD と診断して治療を行うが、状況と関連なく問題行動が頻発して治療に窮してしまう。こうした気分の変動は患者—治療者関係にも反映し、本来の気分易変性に輪をかけて治療者の些細な言動に激しい攻撃性を向けて治療者も困惑してしまう。

こうした場合、背景にある気分変動に対し、気分安定薬が著効することがある。また、ある程度持続する抑うつ状態に対しては、抗うつ薬が有効なこともある。いずれにしても、感情面に対する効果であり、本来の BPD が持つ自己、他者に対する基本体制が根本的に変わるわけではないが、こ

うした薬物療法が精神療法の前提となる。

### まとめに代えて

BPDが双極スペクトラムに属するという確かな証拠はない<sup>21)</sup>。しかしながら、両者が共通の起源を有するかどうかは別にしても、BDかBPDか、あるいは両者の合併かと議論されるケースが増えた印象がある。この現象は、操作的診断に基づいた安易なBPDの診断のせいもあるが、双極II型などの躁の因子を有する不安定なうつ病像が目立ってきたことと軌を一にしており、現代社会の価値観の変化に伴う気分障害の病像変遷<sup>2)</sup>と無関係ではないように思える。すなわち、気分障害への傾病性を持った個体が、双極性障害として早期に事例化しやすくなったことが一因と考えられるが、抗うつ薬の普及によって潜在的な双極性障害が炙り出されやすくなったこともBPD様病像の増大に寄与しているかもしれない。いずれにしても、双極性障害の優勢な表現形式は、前世紀終盤以来、メランコリーからソフトバイポーラーへと大きくシフトしている。その流れの中でBPD様病像も顔を出しているのである。それを踏まえて、临床上は、生活史や同一性の障害、特有の防衛機制の有無に十分な注意を払うと同時に、感情不安定性や衝動性の背後に双極性障害が潜在する可能性を絶えず念頭に置いて治療していく必要があろう。

### 文 献

- 1) 阿部隆明：未熟型うつ病と双極スペクトラム。金剛出版、東京、2011
- 2) 阿部隆明：時代による精神疾患の病像変化 気分障害。精神医学、47；125-131、2005
- 3) Akiskal, H. S., Pinto, O.: The evolving bipolar spectrum. Prototypes I, II, III, and IV. Psychiatr Clin North Am, 22；517-534, 1999
- 4) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Forth Edition, APA, Washington, D.C., 1994 (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)

- 5) Deltito, J., Martin, L., Riefkohl, J., et al.: Do patients with borderline personality disorder belong to the bipolar spectrum? J Affect Disord, 67；221-228, 2001
- 6) Grilo, C. M., McGlashan, T. H., Skodol, A. E.: Stability and course of personality disorders: the need to consider comorbidities and continuities between axis I psychiatric disorders and axis II personality disorders. Psychiatr Q, 71；291-307, 2000
- 7) Goodwin, F. K., Jamison, K. R.: Manic Depressive Illness: Bipolar disorders and recurrent depression 2 edition. Oxford University Press, New York, 2007
- 8) Goldberg, J. F., Garno, J. L.: Age at onset of bipolar disorder and risk for comorbid borderline personality disorder. Bipolar Disord, 11；205-208, 2009
- 9) Gunderson, J. G., Bender, D., Sanislow, C., et al.: Plausibility and possible determinants of sudden "remissions" in borderline patients. Psychiatry, 66；111-119, 2003
- 10) Gunderson, J. G., Weinberg, I., Daversa, M. T., et al.: Descriptive and longitudinal observations on the relationship of borderline personality disorder and bipolar disorder. Am J Psychiatry, 163；1173-1178, 2006
- 11) Herman, J. L.: Trauma and recovery. Basic books, New York, 1992
- 12) 広瀬徹也：「逃避型抑うつ」について。躁うつ病の精神病理2 (宮本忠雄編)。弘文堂、東京、p. 61-86, 1997
- 13) Judd, L. L., Akiskal, H. S., Schettler, P. J., et al.: A prospective investigation of the natural history of the long-term weekly symptomatic status of bipolar II disorder. Arch Gen Psychiatry, 60；261-269, 2003
- 14) 加藤 敏：転移の諸相をふまえた境界性人格障害の治療的対応—治療者の欲望と転移性外傷—。精神科治療学、19；719-727, 2004
- 15) Koenigsberg, H. W., Harvey, P. D., Mitropoulou, V., et al.: Characterizing affective instability in borderline personality disorder. Am J Psychiatry, 159；784-788, 2002
- 16) Kraepelin, E.: Psychiatrie, 8. Aufl. Barth, Leipzig, 1913 (西丸四方, 西丸甫夫訳：躁うつ病とてんかん。みすず書房、東京、1986)
- 17) Livesley, W. J., Jang, K. L., Jackson, D. N., et al.: Genetic and environmental contributions to dimensions of personality disorder. Am J Psychiatry, 150；1826-1831, 1993
- 18) Links, P. S., Heslegrave, R., van Reekum, R.:

Impulsivity : core aspect of borderline personality disorder. *J Pers Disord*, 13 (1) ; 1-9, 1999

19) McGlashan, T. H., Grilo, C. M., Skodol, A. E., et al.: The Collaborative Longitudinal Personality Disorders Study : baseline Axis I/II and II/II diagnostic co-occurrence. *Acta Psychiatr Scand*, 102 ; 256-264, 2000

20) Paris, J., Zweig-Frank, H.: A 27-year follow-up of patients with border line personality disorder. *Compr Psychiatry*, 42 ; 482-487, 2001

21) Paris, J.: Borderline or bipolar? Distinguishing Borderline Personality Disorder from Bipolar Spectrum Disorders. *Harv Rev Psychiatry*, 12 ; 140-145, 2004

22) Perugi, G., Fornaro, M., Akiskal, H. S.: Are atypical depression, borderline personality disorder and bipolar II disorder overlapping manifestations of a common cyclothymic diathesis? *World Psychiatry*, 10 ; 45-51, 2011

23) Sanislow, C. A., Grilo, C. M., Morey, L. C., et al.: confirmatory factor analysis of DSM-IV criteria for borderline personality disorder : findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. *Am J Psy-*

*chiatry*, 159 ; 284-290, 2002

24) Tellenbach, H.: *Melancholie. Vierte, erweiterte Auflage*, Springer, Berlin, 1983 (木村 敏訳：メランコリー。改訂増補版，みすず書房，東京，1985)

25) 内海 健：うつ病新時代。勉誠出版，東京，2006

26) Vieta, E., Colom, F., Martinez-Aran, A., et al.: Personality disorders in bipolar II patients. *J Nerv Ment Dis* 187 ; 245-248, 1999

27) White, C. N., Gunderson, J. G., Zanarini, M. C., et al.: Family studies of borderline personality disorder : a review. *Harv Rev Psychiatry*, 11 ; 8-19, 2003

28) Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Hennen, J., et al.: Longitudinal course of borderline psychopathology : 6-year prospective follow-up of the phenomenology of borderline personality disorder. *Am J Psychiatry*, 160 ; 274-283, 2003

29) Zerssen, Dv.: Premorbid personality and affective psychosis. *Handbook of studies on depression*, Burrows GD (ed), Excerpta Medica, Amsterdam-London-New York, p.79-103, 1977

## A Consideration on the Relationship between Bipolar Disorders and Comorbid Personality Disorders— Focusing Largely on Borderline Personality Disorder

Takaaki ABE

*Department of Psychiatry, Jichi Medical University/Jichi Children's Medical Center Tochigi*

The appearance of operational diagnostic criteria such as DSM-IV, increased cases of bipolar disorder (BD) with borderline personality disorder (BPD)-like symptoms and the expanding concept of BD may cause problems of differentiation and comorbidity between BPD and BD. No clear evidence currently suggests that BPD falls within the bipolar spectrum (Akiskal), although both disorders have emotional instability in common. The distinction and diagnosis of comorbidity between these disorders are important because almost all symptoms listed in the diagnostic criteria of BPD in DSM-IV can be observed in affective disorders. BPD-like symptoms tend to appear especially in clinical conditions containing subtle manic components, such as depressive phases of bipolar II disorders and cyclothymic temperaments. In those cases, clinicians should prescribe mood stabilizers and/or atypical antipsychotics, differentiating such cases from those with BPD alone by confirming the absence of identity disturbance and a specific defense mechanism to the latter. In cases of BD with BPD, however, a psychotherapeutic approach should be taken in consideration of the pathology of BPD, making a point of providing pharmacotherapy that simultaneously pays attention to comorbid bipolar disorders.

<Author's abstract>

<Key words : bipolar disorder, borderline personality disorder, bipolar II, cyclothymia, atypical depression>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 発達障害とパーソナリティ障害

増子 博文

(福島県立医科大学医学部神経精神医学講座)

パーソナリティ障害と広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害)の合併またはパーソナリティ障害と注意欠如・多動性障害(ADHD)の合併が数多く報告されてきている。著者は今回、発達障害の視点からパーソナリティ障害を議論することを試みた。

まず、成人期に初めて診断されたADHDの臨床的特徴を検討した結果、小児期の性差と統計的に有意に異なる性差ならびに診断年齢の小児期から成人期に及ぶ連続性を確認した。また、成人期に初めてADHDと診断された症例には、4つの類型があることが判明した。第1の類型は、初診時にすでに患者自身が成人ADHDと自己判断していたが、医師の診察の結果も成人ADHDと診断された場合である。第2の類型は、ADHDと先に診断されて通院中の子供の親が、後に成人ADHDと診断された場合である。第3の類型は、精神科長期受療後、成人ADHDと診断変更(あるいは追加診断)された場合である。第4の類型は、著者らが独自に指摘して点であるが、身体表現性障害の難治例に成人ADHDが併存した場合である。

次に上記の第4の類型を検討する目的で、福島県立医科大学医学部での整形外科と精神科とのリエゾン活動から得られた結果について検討した。著者らは独自に、整形外科医が精神科紹介をするか否かを判別するチェックリスト(BS-POP)を作成し使用してきた。BS-POPは、パーソナリティ障害をも抽出することを意図して作成したが、作成時には発達障害を念頭に置いてはいなかった。しかし、10年以上の使用の結果を後方視的に検討すると高率の発達障害を抽出していた。整形外科とのリエゾン活動で、紹介患者中の難治例では高率にパーソナリティ障害(約14%)や発達障害(ADHDは約23%;PDDは約27%)を併存していた。これは、パーソナリティ障害を抽出することを目的として、結果としては意図しなかった発達障害を抽出した経験である。

<索引用語：注意欠如・多動性障害，広汎性発達障害，身体表現性障害，リエゾン精神医学，パーソナリティ障害>

## はじめに

近年、パーソナリティ障害と広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害、PDD)の合併<sup>5)</sup>またはパーソナリティ障害と注意欠如・多動性障害(ADHD)の合併<sup>22)</sup>が数多く報告されてきている。著者は今回、発達障害の視点からパーソナリティ障害を議論することを試みた。成人のパーソナリティ障害の一部には成人の発達障害の診断が併存している可能性を検討した。

WHOの調査による成人ADHDの頻度は3.4%<sup>1)</sup>

であるが、本邦ではまだ明確な統計結果が得られていない。今回は、著者ら過去に経験した成人ADHD症例の臨床的な特徴を後方視的に検討した。

次に、福島県立医科大学医学部での、整形外科と精神科とのリエゾン活動から得られた結果について検討した。われわれは独自に、整形外科医が精神科紹介をするか否かを判別するチェックリスト(BS-POP)を作成し使用してきた。BS-POPは、パーソナリティ障害をも抽出することを意図

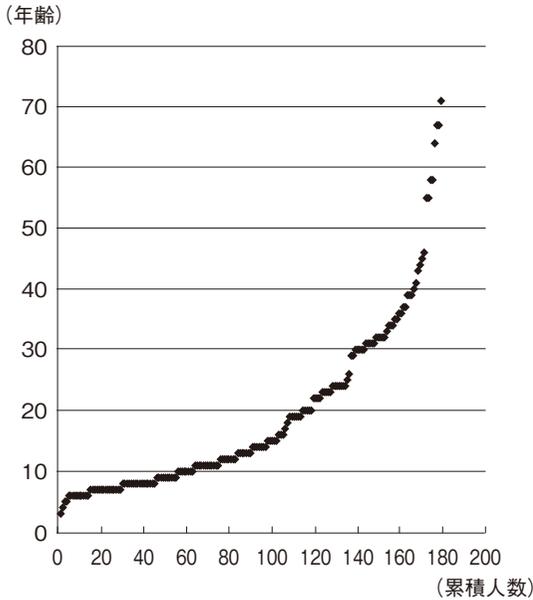


図 福島医大新患 ADHD 連続 180 例の年齢散布図  
(成人 ADHD ; N=74/180 (41.1%))  
(19.1±14.0 歳 (3~71 歳) : N=180/全新患 4,083 (4.4%) ;  
2005.4.1~2010.9.30)

表 1 福島県立医科大学新患 ADHD 連続 180 例の年齢による性差 (N=180)

|    | 18 歳未満 | 18 歳以上 | 合計  |
|----|--------|--------|-----|
| 男性 | 82     | 39     | 121 |
| 女性 | 24     | 35     | 59  |
| 合計 | 106    | 74     | 180 |

$\chi^2=12.0, p<0.001$

全新患 4,083 名中 180 名 (4.4%) に認められた。成人 ADHD (18 歳以上) は 180 名中 74 名 (41.1%) に認められた。平均年齢±標準偏差は 19.1±14.0 歳であり、年齢範囲は 3 歳から 71 歳に及んでいた。表 1 には、ADHD の年齢による性差 (N=180) を示した。18 歳未満では有意な性差を認め ( $\chi^2=12.0, p<0.001$ )、18 歳以上では性差は認められなかった。成人期に初めて診断された ADHD の臨床的特徴の研究を行った結果、小児期と異なる統計的に有意な性差と、診断年齢の小児期から成人期に及ぶ連続性を確認した。この初診時診断 ADHD であった新患 180 名の中に、パーソナリティ障害の初診時診断を併存したのは 1 例のみであった。

して作成したが、作成時には発達障害を念頭に置いてはいなかった。しかし、10 年以上の使用の結果を後方視的に検討すると高率の発達障害を抽出していた<sup>3~5)</sup>。これは、パーソナリティ障害を抽出することを目的として、結果としては意図しなかった発達障害を抽出した経験である。

発達障害という診断は生物学的視点から、パーソナリティ障害は心理学的視点という視点からそれぞれ、同一の患者を診断した結果であるとの観点に立てば、両者の重複診断は当然起こりうるものであるが、その併存は単なる合併ではなくて、相互の病態に関連している可能性がある。

### I. 福島医大心身医療科 (神経精神医学講座) における ADHD 新患の検討

図は、2005 年 4 月 1 日から 2010 年 9 月 30 日の期間における福島医大心身医療科 (神経精神医学講座) 新患 4,083 名中にみられた、初診時 ADHD 診断を受けた連続 180 例の年齢散布図である。縦軸に年齢を、横軸に累積人数を示した。ADHD は

### II. 福島医大整形外科とのリエゾン活動における 身体表現性障害患者にみられた発達障害と パーソナリティ障害

整形外科の不定愁訴の代表として腰痛が挙げられる。腰痛は頻度が多いのみならず、その 8 割は明確な器質的背景を有しない。腰痛患者の手術適応を決定する際、整形外科医は患者が精神医学的問題を有するか否かの判断を常に求められている。著者らは、整形外科医が患者の精神医学的問題の有無を判断する目的で使用される尺度である整形外科における精神医学的問題に関する簡易質問票 (Brief Scale for Psychiatric Problems in Orthopaedic Patients : BS-POP) を作成し 10 年以上にわたり使用してきた<sup>19)</sup>。

その後有用性と妥当性が確認され<sup>24)</sup>、本邦の整形外科医が精神科紹介を決断する際に実用されて

表2 BS-POP (Brief Scale for Psychiatric Problems in Orthopaedic Patients: 整形外科における精神医学的問題に関する簡易質問票)<sup>22)</sup>

表2-A: 簡易質問票 (BS-POP) I. 治療者に対する質問項目

| 質問項目                                | 回答と点数      |          |                         | 評価点 |
|-------------------------------------|------------|----------|-------------------------|-----|
|                                     | 1          | 2        | 3                       |     |
| 1. 痛みのとぎれることがない                     | 1 そんなことはない | 2 時々とぎれる | 3 ほとんどいつも痛む             |     |
| 2. 患部の示し方に特徴がある                     | 1 そんなことはない | 2 患部をさする | 3 指示がないのに衣類を脱ぎ始めて患部を見せる |     |
| 3. 患肢全体が痛む(しびれる)                    | 1 そんなことはない | 2 ときどき   | 3 ほとんどいつも               |     |
| 4. 検査や治療をすすめられたとき、不機嫌、易怒的または理屈っぽくなる | 1 そんなことはない | 2 少し拒否的  | 3 おおいに拒否的               |     |
| 5. 知覚検査で刺激すると過剰に反応する                | 1 そんなことはない | 2 少し過剰   | 3 おおいに過剰                |     |
| 6. 病状や手術について繰り返して質問する               | 1 そんなことはない | 2 ときどき   | 3 ほとんどいつも               |     |
| 7. 治療スタッフに対して、人を見て態度を変える            | 1 そんなことはない | 2 少し     | 3 著しい                   |     |
| 8. ちょっとした症状に、これさえなければとこだわる          | 1 そんなことはない | 2 少しこだわる | 3 おおいにこだわる              |     |
|                                     |            |          | 合計点                     |     |

表2-B: 簡易質問票 (BS-POP) II. 患者に対する質問項目

| 質問項目                           | 回答と点数 |              |           | 評価点 |
|--------------------------------|-------|--------------|-----------|-----|
|                                | 1     | 2            | 3         |     |
| 1. 泣きなくなったり、泣いたりすることがありますか     | 1 いいえ | 2 ときどき       | 3 ほとんどいつも |     |
| 2. いつもみじめで気持ちが浮かないですか          | 1 いいえ | 2 ときどき       | 3 ほとんどいつも |     |
| 3. いつも緊張して、イライラしていますか          | 1 いいえ | 2 ときどき       | 3 ほとんどいつも |     |
| 4. ちょっとしたことが癪(しゃく)にさわって腹がたちますか | 1 いいえ | 2 ときどき       | 3 ほとんどいつも |     |
| 5. 食欲は普通ですか                    | 3 いいえ | 2 ときどきなくなる   | 1 ふつう     |     |
| 6. 1日の中では、朝方がいちばん気分がよいですか      | 3 いいえ | 2 ときどき       | 1 ほとんどいつも |     |
| 7. 何となく疲れますか                   | 1 いいえ | 2 ときどき       | 3 ほとんどいつも |     |
| 8. いつもとかわりなく仕事がやれますか           | 3 いいえ | 2 ときどきやれなくなる | 1 やれる     |     |
| 9. 睡眠に満足できますか                  | 3 いいえ | 2 ときどき満足できない | 1 満足できる   |     |
| 10. 痛み以外の理由で寝つきが悪いですか          | 1 いいえ | 2 ときどき寝つきが悪い | 3 ほとんどいつも |     |
|                                |       |              | 合計点       |     |

いる<sup>6,9,11,13~21,23)</sup>。BS-POPが対象とする精神医学的問題は、不安・うつ・身体表現性障害・パーソナリティ障害などである。紹介患者中の難治例では高率にパーソナリティ障害(約14%)や発達障害(ADHDは約23%; PDDは約27%)を併存していた<sup>2)</sup>。

### Ⅲ. 発達障害とパーソナリティ障害の併存についての先行研究

自閉症スペクトラム障害/広汎性発達障害とパーソナリティ障害の間の関連は、両者ともに生涯にわたる機能障害を示すにもかかわらず、完全に明らかではない。Lugnegårdら<sup>5)</sup>は、パーソナ

リティ障害と自閉症スペクトラム障害の関連性の検討を以下のように報告している。すなわち、アスペルガー症候群の臨床診断を受けた54例(男性26例, 女性28例; 平均年齢±標準偏差 27.0±3.9歳)の若年成人が, パーソナリティ障害併存 (the presence of a concomitant personality disorder) 評価目的の DSM-IV・II 軸診断用臨床的構造化面接により評価され, かつ自閉症重症度評価目的の自閉症スペクトラム質問票 (AQ; the autism Spectrum Quotient) を施行された。自閉症スペクトラム診断は, 患者以外の情報提供者への社会コミュニケーション障害のための診断面接 (Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders) で確認された。その結果 WAIS-III による IQ (平均±標準偏差) は 102±12 (範囲 73~143) であった。研究された集団の約半数がパーソナリティ障害の診断基準を満足しており, 全員がクラスター A または C に属していた。有意な性差があり, アスペルガー症候群をもつ男性は女性よりも多くパーソナリティ障害の診断基準を満たしていた (男性 65%; 女性 32%)。パーソナリティ障害の診断基準を満足した患者は, 自閉症スペクトラム質問票によって評価された重症度が高かった。したがって, アスペルガー症候群とある種のパーソナリティ障害の間には, 症状の重複がかなりある。アスペルガー症候群とある種のパーソナリティ障害との類似点と相違点とが, DSM 分類システムの枠組みの中で議論された。

また, ADHD とパーソナリティ障害の関連を検討した代表的な報告をみると, Speranza ら<sup>22)</sup> は, 85 例の境界性パーソナリティ障害 (BPD) のうち 9 例 (11%) で ADHD の併存を報告した。

以上の Lugnegård ら<sup>5)</sup> および Speranza ら<sup>22)</sup> の報告を要約すると, 広汎性発達障害 (特にアスペルガー症候群) は DSM-IV-TR のパーソナリティ障害分類のクラスター A (統合失調質パーソナリティ障害, 統合失調型パーソナリティ障害) および C (強迫性パーソナリティ障害, 回避性パーソナリティ障害) と併存し, B とは併存していなかった。逆に, ADHD はクラスター B (境界性

パーソナリティ障害) に最も高率に併存していた。

#### IV. 結 論

まず, 過去に経験した成人 ADHD 症例の臨床的な特徴を後方視的に検討した<sup>7,8,10,12)</sup>。その結果, われわれが経験した症例の後方視的検討から, 成人期に初めて ADHD と診断された症例には, 4 つの類型があることが判明した。第 1 の類型は, 初診時にすでに患者自身が成人 ADHD と自己判断していたが, 医師の診察の結果も成人 ADHD と診断された場合である。第 2 の類型は, ADHD と先に診断されて通院中の子供の親が, 後に成人 ADHD と診断された場合である。第 3 の類型は, 精神科長期受療後, 成人 ADHD と診断変更 (あるいは追加診断) された場合である。第 4 の類型は, 身体表現性障害の難治例に成人 ADHD が併存した場合である。上記 4 つの類型は相互に異なった特徴を有しているため, 今後類型別の解析が必要であることが明らかになった。

その後, 身体表現性障害と ADHD の関連について検討を進める場合, 特に整形外科領域の身体表現性障害に併存する成人期に初めて診断された ADHD の臨床的特徴の検討に焦点をあてた。

成人期に初めて診断された ADHD の臨床的特徴の研究を行った結果, 小児期と異なる統計的に有意な性差と, 診断年齢の小児期から成人期に及ぶ連続性を確認した。また, 整形外科とのリエゾン活動で, 紹介患者中の難治例では高率にパーソナリティ障害 (約 14%) や発達障害 (ADHD は約 23%; PDD は約 27%) を併存していた<sup>2)</sup>。

#### 謝 辞

本研究の一部は, 平成 21-23 年度国際医療研究委託事業【疾病研究分野】課題番号 (21 指 127), 分野コード (102) 齊藤万比古班長, 研究課題名「注意欠如・多動性障害-ADHD-の客観的指標に基づく診断・治療指針の作成に関する研究」の分担研究「成人期にはじめて診断された ADHD の臨床的特徴の検討」として行われた。

## 文 献

- 1) Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., et al.: Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190; 402-409, 2007
- 2) 笠原 論, 増子博文, 丹羽真一: 整形外科とのリエゾン精神医学: 慢性疼痛と発達障害. *心療内科*, 12; 422-429, 2008
- 3) 笠原 論, 山本佳子, 増子博文ほか: 身体表現性障害 (疼痛性障害) による歩行困難に対して整形外科とのリエゾン治療が奏功した1症例. BPDに併存するADHDの鑑別をめぐって. *臨床精神医学*, 38; 1159-1166, 2009
- 4) Kasahara, S., Kunii, Y., Mashiko, H., et al.: Four cases of chronic pain that improved dramatically following low-dose aripiprazole administration. *Prim Care Companion CNS Disord*, 13 (2); PCC. 10101078, 2011
- 5) Lugnegård, T., Hallerbäck, M. U., Gillberg, C.: Personality disorders and autism spectrum disorders: what are the connections? *Compr Psychiatry*, 53; 333-340, 2012
- 6) 増子博文: 身体表現性障害. 慢性疼痛. *日本医師会雑誌*, 134; 193-196, 2005
- 7) 増子博文: 発達障害の病態と治療 広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害を中心に 成人注意欠陥多動性障害の新規薬物療法. ミルナシプランの有用性の検討. *精神誌*, 110; 908-911, 2008
- 8) 増子博文: 成人型AD/HDとコモビディティ. *精神科*, 12; 291-295, 2008
- 9) 増子博文: リエゾン精神医療というアプローチを学ぼう. 精神科医が病棟ナースから伝えてほしい患者情報. *整形外科看護*, 13; 1199-1203, 2008
- 10) 増子博文: 成人注意欠陥多動性障害の薬物療法最近の知見. *日本医事新報*, 4426; 109, 2009
- 11) 増子博文: 精神医学 (リエゾン) アプローチ. 「運動器の痛み—プライマリケア」シリーズ②, 腰背部の痛み (菊地臣一編). 南江堂, 東京, p.28-30, 2009
- 12) 増子博文, 丹羽真一: ADHDの生物学的研究はどこまで進んだか? *精神科治療学*, 25; 765-770, 2010
- 13) 増子博文: 精神医学 (リエゾン) アプローチ. 「運動器の痛み—プライマリケア」シリーズ, 頸部・肩の痛み (菊地臣一編). 南江堂, 東京, p.28-29, 2010
- 14) 増子博文: 四肢のしびれ感 整形外科とリエゾン精神医学. *臨床整形外科*, 45; 715-718, 2010
- 15) 増子博文: 整形外科における不定愁訴. *臨床精神医学*, 41; 275-281, 2012
- 16) 丹羽真一, 増子博文, 佐藤由起子ほか: 【高齢者の腰痛 診断から治療まで】 診断 精神医学的評価の重要性 高齢者特有の問題点. *Orthopaedics*, 14; 18-24, 2001
- 17) 大場真理子, 増子博文, 丹羽真一: 【精神障害の臨床】慢性疼痛. *日本医師会雑誌*, 131; S150-S151, 2004
- 18) 佐藤勝彦, 菊地臣一, 増子博文ほか: 脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ (第1報) —脊椎退行性疾患の身体症状に影響する精神医学的問題の検討—. *臨床整形外科*, 34; 1499-1502, 1999
- 19) 佐藤勝彦, 菊地臣一, 増子博文ほか: 脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ (第2報) —整形外科患者に対する精神医学的問題評価のための簡易質問票 (BS-POP) の作成—. *臨床整形外科*, 35; 843-852, 2000
- 20) 佐藤勝彦, 菊地臣一, 大谷晃司ほか: 脊椎・脊髄疾患に対するリエゾン精神医学的アプローチ (第3報) —腰仙椎部退行性疾患に対する手術成績に関与する精神医学的問題の検討—. *臨床整形外科*, 39; 1145-1150, 2004
- 21) 佐藤勝彦, 菊地臣一, 丹羽真一ほか: 心理的評価からみた慢性腰痛に対する抗うつ薬の有効性と問題点. *臨床整形外科*, 39; 1421-1425, 2004
- 22) Speranza, M., Revah-Levy, A., Cortese, S., et al.: ADHD in adolescents with borderline personality disorder. *BMC Psychiatry*, 11; 158, 2011
- 23) 渡辺和之, 菊地臣一, 紺野慎一ほか: 整形外科患者に対する精神医学的問題評価のための簡易質問表 (BS-POP) 妥当性の検討. *臨床整形外科*, 40; 745-751, 2005
- 24) Yoshida, K., Sekiguchi, M., Otani, K., et al.: A validation study of the Brief Scale for Psychiatric problems in Orthopaedic Patients (BS-POP) for patients with chronic low back pain (verification of reliability, validity, and reproducibility). *J Orthop Sci*, 16; 7-13, 2011

## Developmental Disorder and Personality Disorder : A View from Clinical Practice

Hirobumi MASHIKO

*Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Fukushima Medical University*

The author extracted 180 consecutive ADHD patients from 4,083 patients who initially visited our outpatient clinic over a period of 5.5 years. Among the 180, 74 (41.1%) adult ADHD patients were identified. The sex difference (male>female) was significant in childhood, but not in adulthood ( $p<0.001$ ).

The author categorized adult ADHD patients into the following 4 groups : Group 1 contains patients who had a belief in their self-diagnosis of ADHD, group 2 contains patients who had children with ADHD, group 3 contains patients whose diagnoses have changed after long-term psychiatric treatment, and group 4 contains patients who have been treated in the field of liaison psychiatry.

Subsequently, the author focused on group 4, especially patients with somatoform disorder in orthopedics. These patients were chosen with the checklist BS-POP (Brief Scale for Psychiatric problems in Orthopaedic Patients) to detect personality disorder. As a result, about 23% of those with somatoform disorder who consulted from the orthopedic department were diagnosed with ADHD.

< Author's abstract >

< **Key words** : attention deficit/hyperactivity disorder, pervasive developmental disorder, somatoform disorder, liaison psychiatry, personality disorder >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応

太田 豊作

(奈良県立医科大学精神医学講座)

青年期以後の広汎性発達障害 (PDD) の診断は、発達歴の聴取、幼稚園の連絡帳、小学校の通知表などから幼児・学童期における PDD の中心症状の有無を丁寧に確認し、現在の PDD の中心症状も本人から聴取するとともに家族や職場の上司などからの情報も考慮し、国際的診断基準に基づいて行う。しかし、青年期以後に初めて受診する場合には、家族の同伴がなく、またあっても患者の幼少期の様子を記憶しておらず発達歴の聴取が困難であることが多い。また PDD の中心症状が、幼少期には目立たず、青年期以後に周囲との関係性や社会的な役割の変化によって目立つようになることもある。これらに留意し、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS)、自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J)、ウェクスラー成人知能検査 (WAIS) といった補助診断ツールを使用し、横断的にも縦断的にも情報を補完しながら総合的に PDD の診断を行う。青年期以後の PDD への対応で重要なことは、本人が PDD 特性を受け入れた上で自ら生活や対人関係上の工夫を行えるようになることを支え、周囲の理解者や協力者をより多く作ることに協力することである。これらは医療機関のみでは完結せず、職場、発達障害者支援センターなど関係機関と連携し対応を行っていく必要がある。本稿では、PARS, AQ-J, WAIS といった補助診断ツールを紹介し、何度も復職を試みるが困難な PDD の症例、統合失調症と誤診されていた PDD の症例、不適応状態で頻回のリストカットがみられた PDD の症例を提示しながら診断と対応について要点を整理した。

<索引用語：広汎性発達障害、成人期、ウェクスラー成人知能検査、自閉性スペクトル指数日本版、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度>

## はじめに

広汎性発達障害 (pervasive developmental disorder: PDD) は、アメリカ精神医学会の DSM-IV-TR によると、自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害 (PDDNOS)、レット障害、小児期崩壊性障害を含む疾患概念である。中心となる症状は、視線の合いにくさや共感

性の乏しさといった社会性の障害、独特な言語使用や字義通りの言語理解といった言語・コミュニケーションの障害、習慣や儀式に頑なにこだわるといった想像力の障害とそれに基づく行動の障害である。青年期以後の PDD の診断は、発達歴の聴取、幼稚園の連絡帳、小学校の通知表などから幼児・学童期における PDD の中心症状 (ごっこ

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 青年期以後の広汎性発達障害の診断と対応 司会：松本 英夫(東海大学医学部専門診療学系精神科学)、飯田 順三(奈良県立医科大学看護学科)

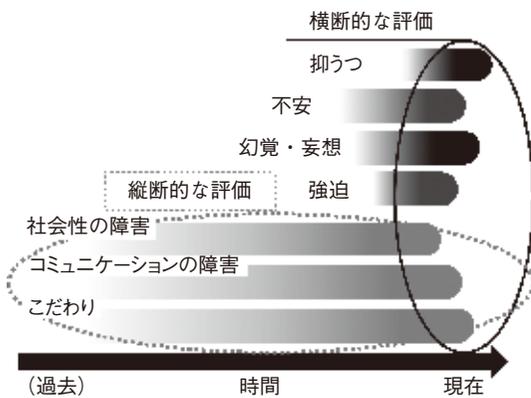


図1 青年期以後のPDDの診断に際しての横断的・縦断的な評価

遊びをしない、言葉を字義通りに解釈するなど)の有無を丁寧に確認し、現在のPDDの中心症状も本人から聴取するとともに家族や職場の上司などからの情報も考慮し、国際的診断基準に基づいて行う。つまり、診断に際しては横断的および縦断的な評価が重要である。しかし、青年期以後に初めて受診する場合には、家族の同伴がなく、またあっても患者の幼少期の様子を記憶しておらず発達歴の聴取が困難であることが多かったり、PDDの中心症状が幼少期には目立たず、青年期以後に周囲との関係性や社会的な役割の変化によって目立つようになることなどの理由により診断が困難となってしまう。また、青年期以後に初めて受診する場合には、他の精神症状を主訴とすることが多く、横断的な評価に重点が置かれるために、縦断的な評価が不十分になってしまう可能性もある(図1)。

本稿では、PDDの横断的な評価に有用であるウェクスラー成人知能検査(Wechsler Adult Intelligence Scale: WAIS)<sup>3,13)</sup>、自閉性スペクトル指数日本版(Autism-Spectrum Quotient Japanese Version: AQ-J)<sup>5)</sup>、そして縦断的な評価に有用である広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale: PARS)<sup>1)</sup>といった補助診断ツールを紹介し、症例提示(3例)を行い

診断と対応について要点を整理したい。なお、プライバシー保護のため、症例提示の中で本質的でない部分については改変を行った。

## I. 横断的な評価(WAIS・AQ-J)

WAISは、精神科医療では幅広く使用されている知的能力のアセスメント法であり、横断的に患者を評価できる補助診断ツールといえる。精神機能に異常をもたらす神経学的、精神医学的障害のアセスメントの1つとして、また中等教育以降の諸学校における教育計画や学習障害を含む発達障害のアセスメントとして使用される。PDDの診断に際しても多く使用されるが、WAISの結果においてPDDに特異的なパターンがあるわけではなく<sup>14)</sup>、下位項目ごとの評価点のばらつきが目立つのが特徴である。過去の報告では、自閉症では動作性知能指数(IQ)が言語性IQよりも有意に高く、アスペルガー症候群では言語性IQが動作性IQよりも有意に高いとするものなどもみられる<sup>12,15)</sup>。これが拡大解釈され、言語性IQと動作性IQの乖離を根拠とするPDDの誤診例も散見される。言語性IQと動作性IQのプロフィールのみでPDDの診断としないことを認識する必要がある。

AQ-Jは、英国のBaron-Cohenらによって開発された50項目からなる正常知能成人を対象とした自己記入式質問紙であるAutism-Spectrum Quotient<sup>2)</sup>の日本版であり、PDDの横断的な評価に有用である。一般人にも存在する一定の自閉性を把握することと、高機能PDDのスクリーニングを目的として開発された。AQ-Jの50項目は、①ソーシャルスキル、②注意転換、③細かいことに気づく、④コミュニケーション、⑤想像の5領域に分類され、それぞれ10項目ずつ含まれている。各項目に、「確かにそうだ」「少しそうだ」「少しちがう」「確かにちがう」のいずれかで回答し、自閉的な人で高い得点が期待される24項目では「確かにそうだ」と「少しそうだ」の回答に1点が与えられ、自閉的な人で低い得点が期待される26項目では「確かにちがう」と「少しちがう」の回答に1点が与えられる。記入時間は10~15分程度

である。スクリーニングを目的とした場合のカットオフは、PDD に対しては 26 点<sup>7)</sup>、アスペルガー障害に対しては 30 点<sup>6)</sup>と報告されている。著者らは、PDD 20 名と非発達障害 59 名を対象として AQ-J の有用性を 30 点のカットオフで検討し、感度 0.95、特異度 0.71 という結果を得て、PDD と他の精神疾患との鑑別能力は良好であり、PDD に併存障害があっても有用性は同等であると報告した。AQ-J は有用ではあるものの、PDD であっても本人の認知特性によって低得点になることもある。また、PDD でなくともパーソナリティ障害などで高得点になることもある。開発者も、確定診断は幼児期の発達・行動症候に基づき国際的な診断基準によってなされなければならないと付言しているように、診断に際して AQ-J はあくまで補助指標とするべきである。

## II. PARS を用いた縦断的な評価(発達歴の聴取)

縦断的にも患者を評価できる補助診断ツールとして、PARS がある。PARS は、医療のみならず教育、福祉、司法などのさまざまな領域で臨床家がスクリーニングを行えることと、支援ニーズの判定や治療・教育の効果判定に必要な状態像を総合的に把握する尺度となることを目的としてわが国で作成された。PARS は、①対人、②コミュニケーション、③こだわり、④常同行動、⑤困難性、⑥過敏性の PDD に特徴的な 6 領域 57 項目からなり、34 項目(項目 1~34)は幼児期、33 項目(項目 21~53)は児童期、33 項目(項目 25~57)は思春期成人期にみられる行動を尋ねている。評定者は情報提供者(多くは養育者)と面接して各項目に該当する行動の有無を尋ね、存在する場合は具体的な説明を聞き、評価マニュアルに基づいてその程度を「なし(0点)」「多少目立つ(1点)」「目立つ(2点)」の 3 段階で評価する。対象が成人であれば、57 項目に回答することになるが、幼児期 34 項目の合計が回顧評価となり、思春期成人期項目 33 項目の合計が現在評価となる。スクリーニングを目的とした場合、幼児期回顧評価は 10 点がカットオフとして最適で、現在評価(思春期成

人期項目の合計)は 20 点がカットオフとして最適と報告されている<sup>4)</sup>。安田らは、PDD 19 名とその他の精神疾患 27 名を対象として、PARS 思春期成人期尺度の疾患鑑別能力について検討し、現在評価のカットオフで感度 0.83、特異度 0.85 という結果を得て、精神科臨床において PDD と他の精神疾患とを簡便に鑑別する実用的なツールであるとしている<sup>16)</sup>。著者らも PDD 20 名と非発達障害 59 名を対象として、PARS 現在評価(思春期成人期項目の合計)の有用性を検討し、PDD との鑑別に有用であると同時に PDD に併存障害があっても有用性は同等であると報告した。

発達歴を聴取する上で、3~5 歳頃では幼稚園や保育所で行動上の問題を指摘されなかったか、友人と遊ばず 1 人遊びが多くなかったか、ごっこ遊びをしないと感じたことがなかったか、教えてもいないのに文字や記号をよく覚えていたりしなかったか、道順のこだわりがなかったかなどを確認することが重要となる。PARS を用いると、「友達とごっこ遊びをしない」「道路標識やマーク、数字、文字が大好きである」「玩具や瓶などを並べる遊びに没頭する」といった質問項目を尋ねることとなり、効率よく確認できる。また、小学校就学後では当時の通知表を持参してもらったり、母親から級友との関係や担任教師からの問題点の指摘の有無、言葉を字義通りに解釈し、冗談が通じないなどのエピソードの有無についての情報を得ることなどが発達歴の聴取として重要である。PARS を用いると、「年齢相応の友達関係がない」「言われたことを場面に応じて理解するのが難しい」「人の気持ちや意図がわからない」といった質問項目を尋ねることとなるため効率がよい。

PARS は、このように幼児期から成人期までの項目が設けられており、効率よく縦断的に患者を評価でき有用であるが、成人の精神科医療においては養育者の同伴がなく患者のみで受診することもあり、PARS が実施できない場合もある。

### Ⅲ. 症例提示

#### 1) 症例 A (33 歳, 男性)

【主訴】憂うつで、倦怠感があり、出勤できない。

【現病歴】元来、人付き合いは苦手であった。大学卒業後は検査技師として現在の職場に就職した。就職後、勤務中の周囲との会話でうまく理解できないこと、仕事の優先順位がつけられないことに悩んでいた。また、職場の新人をまとめる役割を任された頃から、不眠がみられ起床が困難となり欠勤や遅刻することが多くなった。そして、休日も外出ができなくなっていった。このため、近医精神科を受診したところ、「うつ病」と診断され治療が開始された。治療を受けるも1年弱の間に休職と復職を何度か繰り返し、症状は遷延した。上司の勧めもあり、両親とともに当科初診となった。初診時、表情の変化は乏しく、「職場の新人にどう接したらいいかわからない」「人との会話についていけず、理解できない」と訴えた。周囲からは「融通がきかない」と言われ、自分自身でも「頑固で、固執してしまう面がある」と述べた。WAISでのIQは98(下位項目の組合せ、絵画配列が低く、数唱、積み木模様が高かった)、AQ-Jは32点であった。

【PARSを用いながら聴取した発達歴】PARSの回顧評価(幼児期項目)17点、現在評価(思春期成人期項目)28点。帝王切開にて出生、指さしやバイバイは1~2歳頃には認めなかった。人見知りはなく、手のかからない子であった。電車の模型などで1人で遊んでいたことが印象的であるという。学童期から特定の友人と遊ぶのみで、人付き合いはうまくなかった。思春期には、会話中「何を話していいかわからなくなる」や「いくつもの用事を頼まれると、どれからすればいいのかわからなくなる」と感じるようになった。高校、大学と進学し、卒業後は検査技師として現在の職場に就職した。

【以後の対応】上記を総合的に判断し、PDDNOSと診断した。加えて、抑うつ気分、全身倦怠感、意欲低下、不眠などから大うつ病性障害とも診断した。前医からの薬物治療は継続したが増薬は行

わず、「勤務中に話しかけられた時にどう対応をするか？」など生活上の躓きについて具体的に話し合った。また、上司と面談し、抑うつ症状出現には患者自身の特性、つまり対人関係をうまく築けないことや会話において理解が不十分であっても曖昧に返事をし、その結果どうしていいかわからなくなることなどが大きく影響していることを伝え、上司の理解を得た。そして、職場の新人のまとめ役からの変更や、口頭ではなく文書でのやり取りを多く組み入れるなどの業務上の配慮に関して助言を行った。その後、周囲の理解が深まり、抑うつ症状も軽快し、薬物治療としても減薬することができた。業務上の細かな知識は同僚の中で一番多く、同僚も高く評価しているということが診察時に聞かれた。

【症例Aのまとめ】大うつ病性障害の併存があり、その治療も重要ではあったが、抑うつ症状の悪化にPDDの中心症状が多分に影響していた。このため、環境調整や心理教育などの心理社会的治療に重点を置いて治療を行った。前医では、本人だけの受診ということもあり小児期の情報がなく、横断的な評価が中心となってしまった結果、うつ病のみの診断となったと考えられる。うつ病のみの診断で、心理社会的治療よりも薬物治療に重点が置かれていたならば、抗うつ薬や抗不安薬が必要以上に増薬された可能性もある。

#### 2) 症例 B (20 歳, 男性)

【主訴】よく転ぶ。寮では監視されていたように思う

【現病歴】大学入学と同時にA県で学生寮暮らしを始めた。大学2年時、「このままだと退去してもらわないといけない」と寮母から両親へ連絡が入った。両親が訪ねると、部屋中にゴミが積まれ、タンスには濡れたままの洗濯物が詰め込まれていた。B県の実家に連れ帰り、X年6月にC精神科クリニックを受診した。C精神科クリニックで統合失調症と診断され、抗精神病薬を処方された。両親の判断もあり、大学は中退した。X+1年2月、何度も転倒し、振戦も顕著となり同院で薬物調整を受けるも改善が認められないため、心配に

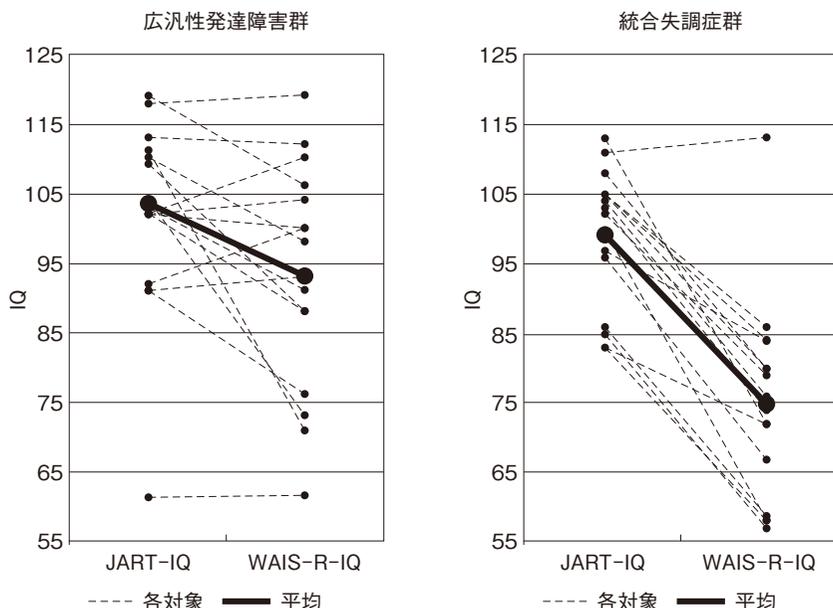


図2 広汎性発達障害群と統合失調症群における JART・WAIS-R 両検査の IQ<sup>11)</sup>

なった両親に伴われて X+1 年 3 月に当科受診となった。初診時、視線は合いにくく、過剰と思えるほど丁寧語を使い、イントネーションも独特であった。また、「寮生活では監視されていたように思う」と訴えた。WAIS での IQ は 108 (下位項目の絵画配列が低く、組合せが高かった)、AQ-J は 35 点であった。

【PARS を用いながら聴取した発達歴】PARS の回顧評価 (幼児期項目) 10 点、現在評価 (思春期成人期項目) 25 点。1 歳半健診で言葉の遅れを指摘されたことがあり、1 人遊びが多かった。昆虫図鑑が好きで、就学前から昆虫の名前をよく覚えていた。級友と遊ぶことはなく、放課後は自宅で読書をしたり、図鑑を見て過ごしていたという。

【以後の対応】上記を総合的に判断し、自閉性障害と診断した。抗精神病薬の減薬・中止を行い、その後錐体外路症状は消退し、活動性も向上した。また、発達障害者支援センターと連携し、就労支援を受けることとなった。現在、受診時に多くは語らないものの、行動上の問題は認められない。B 県の発達障害者支援センターが行っている就労のためのソーシャル・スキル・トレーニング

に参加している。

【症例 B のまとめ】PDD では、一過性に精神病症状が生じることがあり、薬物治療も効果がある<sup>9)</sup>。前医では、統合失調症との診断であったため、錐体外路症状がみられても、再燃を危惧して減薬・中止に踏み切れなかったと考えられる。PDD では、作為体験、思考伝播、思考吹入、自我漏洩体験などの自我障害が稀であること<sup>10)</sup>が統合失調症との鑑別点となる。これは、統合失調症においては健常者のもつ自我構造を基本とした自我の成立不全を核とする自我障害である一方、PDD では、自我そのものが健常者や統合失調症患者の発達とは異なった経過をたどっており、健常者とは異質な自我であると考えられるからである。

また、著者らは WAIS-R の IQ と Japanese Adult Reading Test (JART)<sup>8)</sup> から算出される IQ を PDD と統合失調症で比較し、PDD、統合失調症ともに WAIS-R の IQ が JART による IQ よりも有意に低下するものの、統合失調症の方がより低下すること (図 2) を報告<sup>11)</sup>しており、本例でも JART を実施し IQ の比較を行った。症例 B の WAIS での IQ は 108、JART から算出された IQ

は105であり、Otaらの報告<sup>11)</sup>のPDDの結果に矛盾しなかった。本症例では、このことも統合失調症とPDDの鑑別に有意義であった。

### 3) 症例C (24歳, 女性)

【主訴】たびたびリストカットして困る(交際相手の訴え)。

【現病歴】高校生の時、友人との関係に問題が生じるとリストカットをすることがあった。大学入学後も、「約束を守らない」「言っていることとやっていることが違う」などと自分が納得できないことになると激高することがあり、友人はあまりできなかった。服飾関係の仕事に就くが、頻繁に上司と口論になった。恋人とも「〇〇をしてくれない意味がわからない」と衝突し、口論の後にはリストカットをした。このため心配した交際相手に伴われX年6月に当科受診となった。境界性パーソナリティ障害の診断で治療が開始されたが、人の勧めで受診したこともあり、治療意欲は低く、多くは話さなかった。診察を繰り返すうちに、徐々に多くのことを話すようになり、「自分は時間通りに物事が進まないと落ち着かず、約束の時間を守らない人は許せない」「交際相手からは、オレの気持ちを少しは考えてくれと言われるが、わからない。混乱して、リストカットをすると少し楽になる」などと訴えた。また、食事をしながら会話をするなど2つのことを同時にすることがずっと苦手で、高校生の時は昼食中に会話ができないので孤立したという。これらからPDDの可能性を考え、WAIS, AQ-J, PARSを実施するに至った。WAISでのIQは91(言語性IQ 103, 動作性IQ 78, 下位項目の処理速度が特に低かった)、AQ-Jは30点、PARSの回顧評価(幼児期項目)11点、現在評価(思春期成人期項目)29点であった。

【以後の対応】総合的に判断し、アスペルガー障害と診断を変更した。そして、症例Cの訴えに耳を傾けると同時に、相手の意図したことは「〇〇だったのではないだろうか」「××だった可能性もある」と、普段よりも丁寧に、そして繰り返し、具体的に話し合うように意識した。自ら上司に精

神科に通院していることを話したこともあり、職場の配置換えで販売からデザイン部門の事務職となった。以後、対人技能が強く求められない事務職となり、比較的マイペースに業務を行えるようになり、精神的な余裕ができ、交際相手との口論も減少し、リストカットも認めなくなった。

【症例Cのまとめ】青年期以後に初めて受診する場合には、PDDであっても一見コミュニケーションの障害がないと思える場合があるので診察を繰り返す中で、情報を加え、慎重に判断していく必要がある。PDDと境界性パーソナリティ障害には、共通点と相違点の双方が認められるため<sup>10)</sup>、行動面の評価に終始せず言動の成り立ちを検討することが重要である。相違点の1つとしては、不安の性質の違いが挙げられる。境界性パーソナリティ障害の不安は見捨てられ不安に基づくものであるが、PDDでは対人関係そのものに関する苦悩や不安である点で異なる。つまり、PDDでは他者の思考内容を表象するスキルに乏しいことから、他者の一挙一動に一喜一憂し、不安が高まると相手がどう思っているかを尋ねるのである。時には相手の言動を誤って受け止めて落ち込み、被害的な認知に傾くこともある。また、他者の関心を引く言動があっても、その内容は稚拙であり、高度な操作性をもたない。これらに留意し、本症例では鑑別を行い、境界性パーソナリティ障害からアスペルガー障害に診断を変更した。

### おわりに

青年期以後のPDDは、PARS, AQ-JといったPDDに特化した補助診断ツールを使用したり、WAISにより偏った認知機能を評価するなどして横断的にも縦断的にも情報を補完しながら総合的に診断を行う。

青年期以後のPDDへの対応で重要なことは、本人がPDD特性を受け入れた上で自ら生活や対人関係上の工夫を行えるようになることを支え、周囲の理解者や協力者をより多く作ることに協力することである。これらは医療機関のみでは完結せず、職場、発達障害者支援センターなど関係機

関と連携し対応を行っていく必要がある。

### 文 献

- 1) 安達 潤, 市川宏伸, 井上雅彦ほか: PARS (広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度). スペクトラム出版社, 東京, 2008
- 2) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., et al.: The autism-spectrum quotient (AQ): Evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord*, 31 ; 5-17, 2001
- 3) 藤田和弘, 前川久男, 大六一志ほか: 日本版 WAIS-III成人知能検査法. 日本文化科学社, 東京, 2006
- 4) 神尾陽子, 行廣隆次, 安達 潤ほか: 思春期から成人期における広汎性発達障害の行動チェックリスト—日本自閉症協会版広汎性発達障害評定尺度 (PARS) の信頼性・妥当性についての検討. *精神医学*, 48 ; 495-505, 2006
- 5) 栗田 広, 長田洋和, 小山智典ほか: 自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J) の信頼性と妥当性. *臨床精神医学*, 32 ; 1235-1240, 2003
- 6) 栗田 広, 長田洋和, 小山智典ほか: 自閉性スペクトル指数日本版 (AQ-J) のアスペルガー障害に対するカットオフ. *臨床精神医学*, 33 ; 209-214, 2004
- 7) Kurita, H., Koyama, T., Osada, H.: Autism-Spectrum Quotient-Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 490-496, 2005
- 8) 松岡恵子, 金 吉晴: 知的機能の簡易評価実施マニュアル—Japanese Adult Reading Test (JART). 新興医学出版社, 東京, 2006
- 9) 太田豊作, 飯田順三: 薬物療法. 専門医のための精神科臨床リユミエール 23 成人期の広汎性発達障害 (青木省三, 村上伸治編). 中山書店, 東京, p.243-251, 2011
- 10) 太田豊作, 飯田順三: 特集大人の発達障害 併存障害への対症療法, 発達障害でない患者との相違点. *治療*, 94 ; 1398-1402, 2012
- 11) Ota, T., Iida, J., Sawada, M., et al.: Comparison of pervasive developmental disorder and schizophrenia by the Japanese version of the National Adult Reading Test. *Int J Psychiatry Clin Pract*, 2012, in press
- 12) Ozonoff, S., Rogers, S. J., Pennington, B. F., et al.: Asperger's syndrome : Evidence of an empirical distinction from high-functioning autism. *J Child Psychol Psychiatry*, 32 ; 1107-1122, 1991
- 13) 品川不二郎, 小林重雄, 藤田和弘ほか: 日本版 WAIS-R 成人知能検査法. 日本文化科学社, 東京, 1990
- 14) Siegel, D., Minshew, N. J., Goldstein, G.: Wechsler IQ Profiles in Diagnosis of High-Functioning Autism. *J Autism Dev Disord*, 26 ; 389-406, 1996
- 15) Szatmari, P., Tuff, L., Finlayson, M. A., et al.: Asperger's syndrome and autism : Neurocognitive aspects. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 ; 130-136, 1990
- 16) 安田由華, 橋本亮太, 大井一高ほか: 精神科における広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度 (PARS) 思春期・成人期尺度の有用性についての予備的検討. *精神医学*, 51 ; 1197-1203, 2009

## Diagnosis and Support of Pervasive Developmental Disorder in Adults

Toyosaku Ota

*Department of Psychiatry, Nara Medical University School of Medicine*

Recently, there has been increasing interest in adults with pervasive developmental disorder (PDD) who seek general psychiatric services for various psychiatric problems. However, it is not easy to correctly diagnose PDD, and in some cases, it is necessary to discriminate PDD from other psychiatric disorders. The diagnosis of PDD requires the careful collection of information about the patient's developmental history. The Wechsler Adult Intelligence Scale, Autism-Spectrum Quotient Japanese Version, and Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale provide useful information for the diagnosis of adult PDD.

This paper describes three patients with PDD, one who had trouble being rehired at his old job, one who was misdiagnosed with schizophrenia, and one who cut himself repeatedly. Through these case presentations, the essentials of the diagnosis and support of PDD in adults are shown. To support adults with PDD, it is important for clinicians to make patients their allies as much as possible. However, it is difficult to carry this out only through a medical institution. It is necessary to collaborate with schools, employee health services, and prefectural support centers for developmental disorders.

< Author's abstract >

< **Key words** : pervasive developmental disorder, adult, Wechsler Adult Intelligence Scale, Autism-Spectrum Quotient Japanese Version, Pervasive Developmental Disorders Autism Society Japan Rating Scale >

---

## 第108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（PDD）の年齢に伴う病像の変化と対応

渡部 京太

(国立国際医療研究センター国府台病院児童精神科)

広汎性発達障害（PDD）の子どもがさまざまな不適応を発現しやすい時期は、10歳から17歳ぐらいまでの思春期といえるだろう。本稿では、思春期のPDDの子どもが陥りやすい悪循環についてふれ、その結果生じてくる反応性の抑うつ、不安といった情緒的問題や攻撃の問題行動を抱えているPDDを対象とした集団精神療法を活用した取り組みについて述べた。集団精神療法では、PDDの人に特化した治療技法を特に用いているわけではないが、PDDの人に同世代と交流できる「居場所」を提供し孤立を防いでいると思われる。集団精神療法から見えてくることは、参加しているメンバーは、①PDDであっても他のメンバーの話をよく聞き観察していること、②相手の気持ちに共感する力もたくさん持っていること、③「自分のことをわかってもらいたい」という熱烈な気持ちを持っていること、④メンバーの中に入れずにグループからはじかれて孤立することには恐怖と言ってもいいような強い不安を感じていることとまとめることができるだろう。PDDの人の支援には個人精神療法、集団精神療法、親への支援といった心理社会的治療介入とともに、かんしゃくや衝動性、攻撃的問題行動への薬物療法を行うことも重要になる。PDDの人はかんしゃくを起すつもりで起こしているのではなく、かんしゃくは起きてしまうもので、危機の時ほどかんしゃく、あるいは最悪のパターンを繰り返してしまうといえるだろう。そのためにどのようにマネジメントするかが重要になる。①主治医との面接する時間を一定にし、その構造を崩さないようにしたこと、②相談する人を増やすこと、③一人になれる空間を確保すること、④薬物療法を工夫すること、⑤行動修正法・認知行動療法的アプローチを行うことが必要になる。

<索引用語：広汎性発達障害、かんしゃく、治療構造、薬物療法、集団精神療法>

## はじめに

思春期・青年期と呼ばれる10歳代から20歳代の初期にかけての十数年間は、子ども型の精神障害の発現が徐々に少なくなり、成人型の障害が増加してくる時期である。また、一般的に精神障害への親和性、あるいは脆弱性が増加する時期でもあるとされている。広汎性発達障害（PDD）の子どもがさまざまな不適応を発現しやすい時期は、10歳から17歳ぐらいまでの思春期といえるだろう。PDDの子どもが抱える個々の問題は、知的発達段階に応じて内容が異なるが、前思春期の頃よりそれまでの療育の問題から社会生活上の不適応やトラブルへと問題の比重が移っていく。周囲の

人から認められることは「自分は存在してよい」という肯定的な自分イメージを形成することにつながり、自分の存在価値を信じることができるようになっていく。認められる経験に加えて、適応と発達に役立つ合理的な対人関係や学習のスキルの習得をうまく組み合わせていくなら、PDDの「対人的相互交流（社会性）の障害」、社会的コミュニケーションの障害、社会的想像力と柔軟性の障害」という、いわゆる「三つ組みの障害」と呼ばれる発達障害本来の特性は、成長とともに大きくなっていく社会適応的な能力にカバーされて認めにくくなることもある。家庭や学校のサポートがかみ合い、PDDについての理解もほど

ほどにある環境は、PDD の子どもが本来持っている生きるための能力を開花させる場となる。逆に、幼い頃から叱責され踏みにじられるような扱いを受け続けると、PDD の子どもの心の中で罪悪感、無力感、空虚感、怒りが優勢となっていくかもしれない。本稿では、思春期のPDD の子どもが陥りやすい悪循環についてふれ、その結果生じてくる反応性の抑うつ、不安といった情緒的問題や攻撃的問題行動を抱えているPDD を対象とした集団精神療法を活用した取り組みについて述べてみたい。

### I. PDD の子どもは思春期を どのように体験するか？

PDD の子どもが社会生活上の不適応やトラブルを生じやすい理由として、彼らが他者の気持ちを理解しにくいという特性が挙げられることが多い<sup>3)</sup>。このような特性が形成される背景には主として「心の理論」と Baron-Cohen が呼んだ認知機能の形成不全、もしくは形成遅延があるとされている。「心の理論」は、ほとんどの健常児では4歳までには獲得される機能であるといわれている。一方、PDD の子どもでは、どんなに知能が高くても10歳前後以降 (Happé と Frith によれば、9歳から14歳) でないと獲得されない。思春期という年代に至った健常な子どもの隠語やほめかしに満ちた仲間内のコミュニケーション、本音と建て前の使い分け、阿吽の呼吸で実行する小さなルール違反などは、PDD の子どもにとって理解の外にある謎にあふれた世界である。これらの状況は健常な子どもにとっては自然と察知できるものであるが、PDD の子どもが状況に巻き込まれ当事者となった時には、不安や困惑状態、恐怖や抑うつ、あるいは反対に強い好奇心や過覚醒状態を惹起し、一種独特の混乱状態に陥ることがある。PDD の子どもが同世代の仲間集団から孤立し不安や抑うつを強めていくと、ひきこもりや社会的問題行動へと発展していくことにもつながる。

Kobayashi ら<sup>1)</sup>は、自閉症の青年、成人の大規模な追跡研究 (男子170名、女子31名の計201

名、年齢は18~33歳)を行っている。親に質問票を郵送して調査を行い、追跡期間の平均は15年間で、その間に4名(すべて男性)が死亡していた。ほぼ半数が、コミュニケーション能力は「よい」もしくは「たいへんよい」だった。予後は、4分の1以上が「よい」または「たいへんよい」(自立した生活、就労、大学に通学など)と報告され、女子の方が男子よりも言語能力が高く、社会的能力には性差がみられなかった。また、73名が10歳から15歳の間に「著しい改善をした」と報告されている。また、47名に行動面の悪化(破壊性、攻撃性、自傷行為、強迫行為、過活動など)があり、これらは思春期初期に生じていた。成人期の経過は、男子では初期の言語能力や知的能力と有意な関連を示し、女子では初期の言語能力、知的能力との有意な関連は認められなかった。全般的に女子の経過は男子よりも悪いという結果を報告している。Kobayashi の報告から、思春期におよそ4分の1の症例で破壊性、攻撃性といった行動面の悪化が認められたことがうかがえる。

### II. PDD の治療の目標

PDD の治療の目標は、地域社会でもっとうまく生活できるように生活の質(QOL)を高め、社会的自立をめざすことである。基本方針は、身近な環境を予測可能で理解しやすいものにし、問題行動を最小限にいとめ、自立のためのスキルを習得しやすくすることである。そのために、①自律性(誰かがついて指示しなくても一人でできること)の獲得、②自発性(自分の意思や要求を問われなくても自分から伝えられること)の獲得が必要になる。自律性の獲得には、見通しをもたせるための手がかり(構造化、視覚化、個別化)を使ってコミュニケーション(特に理解面)の改善を、自発性の獲得には、話し言葉に頼りきらない表現手段(実物呈示、写真・絵、文字など)を使ってコミュニケーション(特に表出面)の改善をめざすことが重要になる。英国自閉症協会は、PDD の人を支援する基本的な枠組みとして重要な①‘Structure: 構造を明確にすること’の‘S’、②

‘Positive (approach and expectations): 肯定的な対応と適切な期待’の‘P’, ③ ‘Empathy: 独特の理解の方法への共感’の‘E’, ④ ‘Low arousal: 興奮やストレスを招かない環境を作ること’の‘L’, ⑤ ‘Links: 家庭や地域資源との連携’の‘L’ という頭文字をとって ‘SPELL’ とまとめている<sup>2)</sup>。PDD の人の認知特性は、視覚的理解の方が聴覚的理解よりも優れていること、そして部分的な情報に注意を向ける必要のある課題、つまり断片的な処理過程の必要な課題は得意で、全体的な意味の理解を必要とする課題は不得意であることとまとめられる。構造とは状況の意味や見通しであり、それを理解しやすくすることが構造(明確)化であり、構造(明確)化や視覚化は見通しを持ちやすくしコミュニケーションを改善する。構造(明確)化によって、メッセージの重要な構成要素である「いつ」「どこで」「なにを」「どれだけ」「どんなやり方で」「いつまで(おわり)」「終わったら次はどうなる」を理解しやすくするのだが、もちろんこのようなことを診察や面接の中に取り入れていくことが必要になる。

### Ⅲ. 思春期のひきこもりや発達障害の患者を対象にした集団精神療法

筆者はこれまでぼんやりと「高校・大学に進学すれば、その後の進路はなんとかなるだろう」と思いながら、発達障害の子どもに接してきたように思う。就職難という時代背景もあるのかもしれないが、高校や大学を卒業した後も通院を続けている発達障害の患者が増えてきている。このような患者は「大人になって自立できるだろうか?」「同じ年齢の人とうまくつきあうにはどうしたらいいのだろうか?」と問題意識を持っている人から、何の見通しもないままの人もある。筆者は、思春期のPDDの子どもの成長にとって、同世代の仲間集団の中に受け入れられ認められる体験は重要だと感じている。PDDの子どもにかかわる大人がコーチの役割を果たし、仲間集団との間を調整し、同年代の集団活動が無理な場合では、小集団や代理の仲間と一緒に行動をするといった適

切な支援を提供する必要がある。ここで筆者が取り組んでいる思春期のひきこもりや発達障害の患者を対象にした集団精神療法の取り組みを紹介したいと思う。3症例の経過については、表に示した。

Aは長期間入院治療を行った10代後半男性の高機能自閉性障害である。Aが入院治療を行うことになったのは、かんしゃくを起こした時に家族をひどく負傷させるという事態のためだった。Aはこだわりが強く、激しいかんしゃくを起こした。小学校高学年になった頃には対人関係の過敏さや被害感が強くなっていき、暴力行為が増え、あるクリニックでは統合失調症と診断された。Aの家族は、「このままAのかんしゃくによって家族が殺されるのを待つか」、それとも「家族でAを殺して一家心中しようか」というところまで追いこまれていた状況の中で家族を負傷させる事態が起き、家族はAをととても恐れた。入院後のAは誰も理解してくれないという不安や動悸といった身体症状を看護師に頻繁に訴えた。しかしすぐに対処してもらえず「ちょっと待っていてください」と伝えられただけでも、「どうして苦しいのにすぐに対処してもらえないのか? ばかにされている」と不穏になり、身体拘束を要することが多かった。非定型抗精神病薬を中心に炭酸リチウムやバルプロ酸ナトリウムといった気分安定薬、頓服として抗精神病薬が併用され、日増しに投薬量は増えていった。Aは病院内学級を利用し卒業後高校に進学を決めたが、両親はAを恐れ、やむを得ず病棟から通学し家庭復帰をめざすことにした。ところが高校でもかんしゃくを起こし、まもなく退学になった。Aが退院するためには、かんしゃくを減らすことと、対人関係のスキルを向上させることが必要になった。そこで企画されたのが『慢性疲労に悩む若者の会』という集団療法である。会の対象は通院中の16~25歳の長期にわたるひきこもり状態、慢性的な社会不適応状態にある患者で、PDDや注意欠如・多動性障害(ADHD)といった発達障害、気分障害、統合失調症といった診断が多い。スタッフは筆者を含めて児童精神

表 3 症例の経過

|           | A   | B   | C  |
|-----------|---|---|--|
| 診断        | 自閉性障害   | アスペルガー障害  | 特定不能の広汎性発達障害   |
| IQ        | VIQ=90, PIQ=89<br>FIQ=88  | VIQ=92, PIQ=88<br>FIQ=90  | VIQ=90, PIQ=57<br>FIQ=70   |
| 幼稚園       | 多動, 集団行動ができない,<br>ひどい手洗い.   | 多動, 常同的な遊び,<br>「青い車が好き」<br>療育に通所.   | 身体が小さく, いじめられた.<br>両親が不仲で, 離婚.   |
| 小学校       | ひどいかんしゃく,<br>家, 学校から飛び出す.<br>被害的な言動.<br>失敗すると自傷.<br>他児への暴力.<br>小学4年時, 統合失調症を疑われる.<br>その後, 自閉性障害と診断される.<br>アニメ, イラストを描くことに没頭.<br>『改造 A 君』を描き始める. | 教師にめぐまれ, 学校での大きな問題行動はなかった.<br>近所の子どもを叩く.  | 一人で遊ぶことが多く, 自己中心的な遊びが多い.<br>小学3年秋から不登校.<br>小学4年時, 神経症圏内の不登校と診断される.   |
| 中学校       | 情緒学級に通学.<br>かんしゃくは続く.<br>中学2年時, かんしゃくを起こし,<br>手にしていた包丁が父親の胸に刺さり,<br>警察を経て入院となる.<br>(入院治療5年間)<br>病院内学級を卒業.                                       | 中学2年時, 担任が変わり, その担任がこれまでの担任と違い, 親身に接してくれないと反発, ストーカー行為, かんしゃく(暴力), 不登校.<br>アスペルガー障害と診断.   | 中学は不登校.<br>教育相談機関の適応指導教室に通所.<br>中学3年時, 仲のよい友達ができ,<br>登校再開.   |
| 高校<br>その後 | 病院から高校に通学.<br>かんしゃくを起こし, 退学.<br><u>会に参加.</u>  | 単位制高校に進学.<br>サッカーに打ち込む.<br>「対人関係に悩む子どもに接する仕事をしたい」<br>大学に進学.<br>大学2年時, 文化祭の実行委員となるが, 被害関係念慮が出現.<br>大学を退学し, 通信制大学に入学.<br><u>会に参加.</u> | 高校進学後, まもなく不登校. 強迫症状(手洗い, 確認)と母親への暴力が悪化.<br>サッカーへの没頭.<br>母親への暴力が悪化し, 入院.<br>退院後アルバイトなどをする.<br><u>会に参加.</u> |

医2名, 精神保健福祉士 (PSW), 心理士各1名が参加している. 会は週1回1時間で, 自由連想的な方式で進めるスロウ・オープン・グループである. 毎回男子と女子の患者が5, 6名ずつ参加している. 参加当初のAは, 過去にいじめにあった話, 理解してもらえずに暴力をふるってしまったこと, 自分が描いている漫画の話を一方的にした. 他のメンバーは最年少のAの発言を「しようがないな」という顔をしながら聞いていて, Aはグループに受け入れられているようだった. 徐々にAはグループの中で穏やかに話すようになり,

他のメンバーの話もよく聞き, 冷静に観察している様子がみられた. 会に参加して半年後にはAのかんしゃくは減り, 家族との外出ができるようになり, 一人暮らしを始める練習を開始した. その後も一人暮らしを始められるのかという不安から2回飛び降りることがあったが, グループ開始より3年で一人暮らしをスタートさせた.

Bも会に最初から参加していた. Bは中学2年で担任が変わってから, その担任が今までの担任と違って親身に接してくれないと反発しかんしゃくを起こすようになり, 不登校となった. 精神科

を受診したところアスペルガー障害と診断された。高校は単位制高校に進学し、教師から認められ順調に通学した。さらに「自分のように対人関係に困っている子どもを支援する仕事に就きたい」と大学に進学し、一人暮らしを始めた。Bが19歳の時に筆者を紹介されて受診した。Bは順調に単位を取得していたが、大学2年の時に学園祭の実行委員になった際に、他の実行委員（特に女子）から悪口を言われているような気がして不安や疎外感が強まり、Bは筆者と相談して実行委員をやめることにした。Bは同世代の仲間とつきあっていく不安やめざしていた子どもを支援する仕事への適正の乏しさを話し、抑うつも強まった。しばらくしてBは大学をやめ、アルバイトで学費を貯めながら通信制大学に通った。そのような時期にBは会に参加するようになった。Bは会に参加するにあたって、「同世代の仲間といっても緊張しないようにいられたらいい。それと就職をどうしたらいいか考えていきたい」と語った。Bは会であまり発言することはなかったが、休まずに参加し、会が終わるとPSWと就職の相談をするようになった。実際は就職のことだけではなく、好意を持った会の女性メンバーとどのように親しくなったらいいのかといったことを筆者には内緒で相談していたようである。筆者に内緒でというのは、会の中ではメンバー同士の男女交際は禁止というルールがあったからである。大学卒業が見えてきたBは精神保健福祉手帳を取得し、障害者枠で事務職を得た。ジョブ・コーチの支援を受けながらBは事務職を続けており、まじめに仕事をこなすBは職場での信用も厚くなっている。Bは会ではあまり発言しなかったが、会への帰属意識は高く、年休や長期休暇の時には会に参加し、自分の近況をメンバーに報告している。

Cは10代男性で会に最初から参加していた。Cの両親は不仲で離婚し、幼稚園や学校ではいじめにあい、小学3年秋から不登校になった。小学4年時、当科を受診し神経症圏内の不登校と診断された。不登校は中学になっても続いたが、教育相談機関の適応指導教室には通っていた。中学3年

時には仲のよい友達ができて登校するようになった。しかし、高校入学後再び不登校となると、不潔恐怖が強まって、執拗に部屋のごみや髪の毛を掃除したり、手洗いをするようになった。また、母親に部屋がきれいになったかを確認し、納得がいかないと母親に暴力をふるうようになった。筆者はこの頃にCの主治医になった。Cの強迫症状、母親への巻き込み、暴力をふるうことが悪化し、入院となった。入院を機に改めて生育歴を聴取したり、また入院中のCの他者とのかかわりの持ちにくさや一方的な発言から強迫性障害にPDDが併存していると考えられた。Cは退院後、会に参加したがアルバイトは強迫症状のために続かなかった。母親への暴力も悪化したため、母親は家を出て別々に暮らし始めた。Cは会に参加しなくなり、ひきこもるようになったため、母親に保健所に相談に行ってもらい、母親、保健所と筆者で面接を行った。母親がCに生活費を仕送りしていたが、Cが“死なない程度に”仕送りを減らしてもらい、Cには病院あるいは保健所に相談するように働きかけていった。グループ開始から4年後にCは再び通院を開始し、会に参加するようになった。メンバーはひきこぶりに会に参加したCを暖かく迎え、Cは一人暮らしを始めたAの変貌に驚き、強迫症状に対する薬物療法を積極的に求め、就労に向けての活動を開始した。

会から見えてくることは、会に参加しているメンバーは、①PDDであっても他のメンバーの話をよく聞き観察していること、②相手の気持ちに共感する力もたくさん持っていること、③「自分のことをわかってもらいたい」という熱烈な気持ちを持っていること、④メンバーの中に入れてくれないグループからはじかれて孤立することには恐怖と言ってもいいような強い不安を感じていることとまとめることができるだろう<sup>4)</sup>。この会はPDDの人に特化した治療技法を用いているわけではないが、PDDの人に同世代と交流できる「居場所」を提供し孤立を防いでいると思われる。話されている内容の明確化、グループの“いま、ここで”という状況説明、メンバーの関係をつなぎ支えると

いったスタッフの介入も重要であるが、会を支えているのはメンバー自身の力も大きいと考えられる。神経症、気分障害、パーソナリティ障害のメンバーは他のメンバーにとっては先輩のような存在、統合失調症はグループの場をなごませるようなバッファーとしての存在、ADHDの患者の人なつつこさやめげない甘えを求める気持ちは対人関係を広げる触媒として機能していると考えられる。メンバーの変化にはおそらく、①他の患者にわかってもらえたこと、②自分一人が悩んでいるのではないこと、③人のふりを見て自分の問題について学ぶこと、④具体的な説明や示唆を受けることが、治療的に作用していたのだと思う。

もう1つPDDの人が他の人の気持ちにとっても関心を持っていることを示すエピソードを紹介する。スタッフは会の終了後にレビューを行っていたが、なかなかPDDの人は帰りがらなかった。筆者はどうしてなのかと気になっていたが、PDDの人はレビューで話される内容をとても気にしているのではないかと感じるようになった。メンバーは会が終わった後にPSWと面接をして自分が受けている就労支援の進行状況を報告していくのであるが、PDDの人には会でわかりにくかった場面などをPSWから詳しく図などを用いながら解説をしてもらうようにした。集団精神療法の原則の1つとして『グループの中で起こったことはグループの中で扱う』というものがあるが、PDDの人には会の中で起こったことを解説するといった技法の修正が必要になるのかもしれない。いわば、これは“復習”と呼べるものかもしれない。

最後に強調しておきたいことであるが、PDDの人の支援には個人精神療法、集団精神療法、親への支援といった心理社会的治療介入とともに、かんしゃくや衝動性、攻撃的問題行動への薬物療法を行うことも重要になる。PDDの人はかんしゃくを起こすつもりで起こしているのではなく、かんしゃくは起きてしまうもので、危機の時ほどかんしゃく、あるいは最悪のパターンを繰り返してしまうといえるだろう。そのためどのよ

うにマネジメントするかが重要になる。①主治医との面接する時間を一定にし、その治療構造を崩さないようにしたこと、②相談する人を増やすこと、③一人になれる空間を確保すること、④薬物療法を工夫すること、⑤行動修正法・認知行動療法的アプローチを行うことが必要になる<sup>5)</sup>。Aには $\beta$ -blocker、非定型抗精神病薬、気分安定薬、Bには抗精神病薬、気分安定薬、Cの強迫症状にはSSRIを投薬した。これら3症例は、PDDの人の特性にあわせて環境を調整すること、不適応状態に陥った子どもが同世代の仲間から受け入れられたり認められること、そして薬物療法を工夫してかんしゃくを減らすことがどんなにその後の発達や成長を押し進めるかということを示していると思われる。

### おわりに

「人の気持ちを読めない人に見える」「場の空気を読めない人のように見える」という理由から安易にPDDと診断をすることは慎むべきで、やはり診断の際には就学前の生育歴の聴取はとても重要である。そして、治療・支援の上では、積み重なっている傷つき体験（外傷）をいかに乗り越えていくかが鍵になると思われる。集団精神療法はスタッフのかかわりにより安心できる場を提供することでメンバーが結果として他者との関係を壊してしまうかんしゃくに自分を任せないで、対人関係のスキルを身につけることができたり、その人が持っている健康的な部分を発揮できるようになることにつながったと筆者は考えている。PDDといった発達障害の人の支援では、その人が持っているよいところ（長所、特技、そしてそれをどのように生かせばいいのか）を見つけ出してあげることが大切だと感じるようになってきている。もう少し詳しく述べると、自尊心の低下ゆえに自分自身のよいところを見つけにくかったり、見通しを立てるといった意思決定が難しいという特徴を持っている発達障害の人の苦手さを援助することによって、治療者が意識的にかかわっていく必要があるのである。

## 文 献

- 1) Kobayashi, R., Murata, T., Yoshinaga, K.: A follow-up study of 201 children with autism in Kyushu and Yamaguchi, Japan. *J Autism Dev Dis*, 22 ; 395-411, 1992
- 2) The National Autism Association : SPELL (www.autism.org.uk/living-with-autism/approaches-therapies-and-interventions/service-based-interventions/spell.aspx)
- 3) 齊藤万比古：発達障害が引き起こす二次障害へのケアとサポート。学習研究社，東京，2009
- 4) 渡部京太：発達障害/発達特性から見えてくる臨床の工夫。反応性の不安や抑うつ。精神科臨床サービス，11；234-237，2011
- 5) 渡部京太：精神科医の多剤併用・大量処方を考えるⅠ。児童精神医学における多剤併用療法の問題点。精神科治療学，27 (1)；37-45，2012

## The Changes in the Clinical Picture of Pervasive Developmental Disorder (PDD) with Growth and Coping with Them

Kyota WATANABE

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Kohnodai Hospital,  
National Center for Global Health and Medicine*

Adolescents with pervasive developmental disorder (PDD) are likely to be maladjusted when they are between 10 and 17 years of age. In this report, I refer to the vicious cycle that they tend to be trapped in and discuss the use of group psychotherapy for adolescents with PDD who have offensive problem behaviors or emotional problems such as reactive depression and anxiety resulting from this vicious cycle. Group psychotherapy does not include a specific therapeutic method for people with PDD, but it may provide them with an *ibasho*, or “a place to be” where they can interact with people from the same generation. Therefore, it may prevent them from being isolated. Group psychotherapy has the following four aspects : ①group members with PDD watch and listen to others, ②they have a good opportunity to empathize with others, ③they may develop a strong feeling that they want others to know more about them, and ④they feel strong anxiety similar to a fear of rejection and isolation from the group. To help these individuals, psychosocial interventions, such as individual psychotherapy, group psychotherapy, and help from their parents, and also medication to control their temper, impulses, or offensive problem behaviors are important. People with PDD may not intend to have temper outbursts, but they may inevitably happen. The more serious the crisis they feel, the worse the behavioral pattern they repeat. To prevent this, how they are treated is important. It is essential that the doctor in charge keeps the setting of psychotherapy constant, tries to increase the number of people with whom they can talk to, secures a place where they can be alone, develops an appropriate medication plan, and takes a cognitive behavioral therapeutic approach or behavior modification.

< Author's abstract >

<Key words : pervasive developmental disorder (PDD), temper outbursts, therapeutic structure, psychotropic medication, group psychotherapy >

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 青年期以降の自閉症スペクトラムの併存障害と自殺行動

三上 克央

(東海大学医学部専門診療学系精神科学)

自閉症スペクトラム (ASD) は、児童期精神医学に位置付けられた概念であるが、中枢神経系の障害という生物学的基盤を有することから、児童に特化した概念ではない。ASD の認知行動特性を有する者の中には、すでに児童期から医療機関を受診する場合がある一方で、青年期を迎えて初めて社会的適応の困難性に遭遇し、医療機関を受診する場合も少なくはない。近年、青年期以降の ASD の臨床的特徴に対する関心が高まっており、本稿は、特に併存障害と自殺行動を中心に論じた。青年期以降の ASD の併存障害については、徐々に知見が蓄積されてきており、気分障害と不安障害の頻度が高いことが示唆されている。一方、ASD の自殺行動は、思春期以降に目立ち始めると考えられているが、報告は少ない。数少ない観察研究によれば、思春期自殺企図例の中での頻度は決して低くはなく、特に男性の頻度が高いことが示唆されている。青年期以降の ASD の臨床的特徴についての観察研究は少なく、今後も知見の蓄積が必要である。

<索引用語：自閉症スペクトラム，青年期，併存障害，自殺行動>

### はじめに

自閉症スペクトラム (Autism Spectrum Disorders : ASD) は、対人相互性 (社会性)、コミュニケーション、行動・興味の限定的、常同的な様式の領域に問題を認め得る概念である。このような自閉症スペクトラムは、児童期精神医学に位置付けられた概念であるが、中枢神経系の障害という生物学的基盤を有することから、当然のことながら児童に特化した概念ではない。これらの問題を有する子どもは、すでに児童期から医療機関を受診している場合がある一方で、思春期・青年期を迎えて初めて社会的適応の困難性に遭遇し、医療機関を受診することも少なくはない。

とりわけ、高機能と称される自閉症スペクトラムの児の中には、(非言語的にはともかく) 言語的コミュニケーションに明確な問題を認めず、感覚や運動異常などの随伴症状や、注意欠如・多動性障害 (attention deficit/hyperactivity disorder :

ADHD)、トゥレット障害、学習障害などの併存する精神障害が顕在化しなければ、学童期においても自閉症スペクトラムの存在に気付かれないことはしばしば経験することである。そして、複雑な社会的課題や高度な対人関係の技術が要求される青年期になって初めて、抑うつや不安などの精神症状、不登校や自殺などの問題行動を呈して、精神科外来を受診することも少なくない。すなわち、彼ら (彼女ら) が精神科医のもとを訪れる際に、自閉症スペクトラムそのものが持つ特性や随伴症状、さらには児童期に遭遇する併存する精神障害が主訴ではないことも多いことから、その診断と対応に苦慮することがある。

本稿では、青年期以降の自閉症スペクトラムの併存障害について、特に問題となる気分障害や不安障害を中心に概説したい。さらに、思春期以降の大きな問題行動の 1 つである自殺についての特徴と対応を考えたい。自閉症スペクトラムの自殺

については、ほとんど先行報告が見られないことから、当院救命救急センターに自殺企図で搬送された思春期自閉症スペクトラム例の疫学的データを示し、その臨床的特徴を通じてその後の対応の在り方について考察したい。

## I. 頻 度

古典的な自閉症とアスペルガー症候群は同じスペクトラムと考えられており、児童期のASDsの頻度は0.6~0.7%と報告されている<sup>3)</sup>。一方、古典的な自閉症の診断は、明らかな言語性のコミュニケーションの障害と多くの場合知的障害を伴うことで特徴付けられるが、その頻度は本邦のみならず、国際的にも0.1~0.2%と考えられている<sup>3,4,7)</sup>。

## II. 併存障害

青年期以降のASDにおける併存障害としては、児童期同様にADHDなどの発達障害の併存が問題となるが、さらに、気分障害、不安障害、精神病性障害、物質依存・乱用との併存が問題となる。とりわけ青年期以降は、定型発達例と同様に、不安や抑うつ状態を主訴に外来受診することが目立つようになり、青年期以降のASD例の不安障害、気分障害の併存の頻度と特徴を理解しておくことは、対応を考慮するにあたり重要なことである。しかし、青年期以降のASDの不安障害、気分障害の併存に関する研究はまだ少数である。

Kanneら<sup>9)</sup>は、大学生107名(平均年齢18.4歳)を対象に、自閉症傾向を評価尺度中に含むSocial Responsiveness Scale (SRS)を使用し(高得点ほど自閉傾向を認め得る)、高SRS群(n=34)と低SRS群(n=73)に分類し、精神症状と行動障害について比較した。精神症状と行動の評価には、Behavioral Assessment System for Children-2nd Edition, Self-Report of Personality (Adolescent) (BASC-II)を使用したところ、高SRS群が強く抑うつ傾向、不安傾向を認めた。また、高SRS群の方が、自己評価が有意に低かった。

Hofvanderら<sup>6)</sup>は、知的障害を伴わない16歳か

ら60歳まで(平均29歳)の2施設での外来患者について、Gillberg & Gillberg criteria for Asperger SyndromeとAsperger Syndrome Diagnostic InterviewによってASD、アスペルガー症候群と診断した122名(連続サンプル)を対象として、併存障害の生涯罹患率について検討した。併存障害の生涯罹患率は、Structured Clinical Interview for DSMIV (SCID)により判断した。結果は、気分障害の生涯罹患率が最も高く、53%であり、続いて不安障害を50%に認めた。物質関連障害は16%に認め、精神病障害は12%に認めた。自閉症群(n=5)、アスペルガー症候群(n=67)、特定不能の広汎性発達障害群(n=50)に分類し、後2者の生涯罹患率を比較検討したところ、物質関連障害の頻度は、特定不能の広汎性発達障害群の方が有意に高かった。また、ADHDの併存に差は認めなかったが、不注意傾向と多動・衝動の程度は、特定不能の広汎性発達障害群の方が高かった。

Lugnegardら<sup>8)</sup>は、平均27歳の2施設での外来患者について、Eleventh version of the Diagnostic Interview for Social and Communication Disorders (DISCO)によってアスペルガー症候群と診断した54名を対象として、併存障害の生涯罹患率について検討した。併存障害の生涯罹患率は、SCIDにより判断した。結果は、大うつ病性障害を70%、不安障害を56%、ADHDを30%、物質依存を7%にそれぞれ認めた。

Sterlingら<sup>19)</sup>は、18歳から44歳の、Autism Diagnostic Interview-Revised(ADI-R)とAutism Diagnostic Observation Schedule(ADOS)によってASDと診断された46名を対象とし、抑うつ状態の既往のある群(n=26)とない群(n=20)の2群間で、Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition(WAIS-III)とADOSの各domainのscoreについて比較した。結果は、抑うつ群の方が、WAISのFull IQ scoreとVIQ scoreが有意に高く、ADOSのtotal scoreとsocial domain scoreが有意に低かった。この結果から、成人ASD例では、うつ病の既往のある者の方が、社会

機能の障害が少なく、知的に高いことが示唆された。また、精神障害の併存も、うつ病群の方が高い傾向を認めた。

以上のように、青年期以降の ASD 例の併存障害に関する研究は少なく今後も蓄積する必要があるが、現在のところ、気分障害（特に大うつ病性障害）、不安障害（特に全般性不安障害）の頻度が高く、抑うつ気分の既往がある者の方が、社会機能の障害が少ないことが示唆されている。

ASD 例の併存障害、とりわけ大うつ病性障害に対する薬物療法については、selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) に関して7つの無作為化試験（271名の被験者）があり、そのうちの2つは青年期を対象としているが、明らかな有効性は示唆されておらず、SSRIsの使用は症例ごとに判断すべきである<sup>20)</sup>。また、使用する場合には、開始時に activation syndrome に注意し、4~6週間は低容量で管理すること、そして ASD の中核症状に対しては、SSRIsを使用すべきではないと考えられている<sup>2)</sup>。

### Ⅲ. ASD と自殺

#### 1. 先行研究

青年期以降の ASD の社会的な問題行動としては、自殺、反社会的行動、ひきこもり、社会的な孤立などが考えられる。本稿では、自殺行動について、自験例を交えながら考察したい。

アスペルガー症候群を国際舞台に登場させる契機となった Wing の論文に、アスペルガー症候群の自殺に関する記載が見られる<sup>21)</sup>。また、Gillberg はその著書の中でアスペルガー症候群の自殺について触れている<sup>5)</sup>。近年、ASD の自殺企図に関する症例報告<sup>12,18)</sup>や思春期自殺企図例中の頻度（11.8%）を報告した観察研究<sup>13)</sup>は散見されるようになってきたが、case-control study は存在しなかった。

#### 2. 自験例

そこで、筆者らは、思春期 ASD の自殺企図例の特徴を明らかにすることを目的として、当院救

命救急センターに自殺企図で入院となった思春期患者を対象として、後方視的な case-control study を行った<sup>15)</sup>。

2004年10月から2007年7月までの間に当院高度救命救急センターを1,377名の自殺企図例が受診し、960名が入院となった。その入院患者の中で、20歳未満の94名（連続サンプル）を対象とし、ASD群と非ASD群とに分類し比較検討した。精神医学的診断はDSMIVに基づいて行い、診断と評価の補助としてWAIS-RやWISC-III、Autism-Spectrum Quotient-Japanese version<sup>110)</sup>を使用した。結果は、94名中12名（12.8%）にASDを認めた。特徴的だったのは、患者背景ではASD群の男性の割合が有意に高かったことであり、精神医学的診断ではASD群に気分障害、もしくは不安障害に罹患している割合が有意に低かったことであった（表）。そして、ASD群では救命救急センターの入院期間が有意に長かった。また、有意差は認めなかったものの、ASD群では、より致命的な自殺企図手段をとる傾向があり、自殺企図歴がない傾向や自殺企図以前に精神科通院歴がない傾向を認めた。さらに、今回の12名のASD群に自閉症例を認めなかった。なお、12名のASD例の中で、9例につきWechsler式知能検査を施行したところ、そのうちの8例は高機能ASD例であった。

#### 3. ASD の自殺企図の特徴

一般対照群と比較していないため、ASD自体が自殺企図のリスクか否かは不明であり、また思春期におけるASDの有病率の報告もないため比較検討が困難である。しかし、本邦での幼児期におけるASDの有病率と比べると<sup>7)</sup>、12.8%という頻度は、決して少なくはないと思われた。また、ASD群で男性の割合が有意に高かったが（表）、これはASDの性差を反映しているものと思われた<sup>7)</sup>。

次に、ASD群では、気分障害、または不安障害の合併例の頻度が、非ASD群と比べると低かった（表）。すなわち特徴的なのは、ASDの自殺企

表 ASD 群と非 ASD 群における患者背景，自殺企図手段，気分障害と不安障害の頻度（文献 15 より改変して引用，筆者訳）

|                  | ASD 群<br>(n=12)*          | 非 ASD 群<br>(n=80)*        | P 値†  |
|------------------|---------------------------|---------------------------|-------|
| 1. 年齢（歳）         | 平均 17.1<br>(14-19, SD1.6) | 平均 16.9<br>(14-19, SD1.6) | 0.75  |
| 2. 男性（%）         | 5 (41.7)                  | 9 (11.3)                  | 0.017 |
| 3. 自殺企図手段（%）     |                           |                           |       |
| 過量服薬             | 7 (58.3)                  | 63 (78.7)                 | 0.150 |
| その他‡             | 5 (41.7)                  | 17 (21.3)                 |       |
| 4. 精神障害          |                           |                           |       |
| 気分障害（%）          | 1 (8.3)                   | 28 (35.0)                 | 0.095 |
| 不安障害（%）          | 1 (8.3)                   | 17 (21.3)                 | 0.448 |
| 気分障害，もしくは不安障害（%） | 2 (16.7)                  | 39 (48.8)                 | 0.037 |

\*比較検討する症例数から 2 名の診断保留例は除外された。

†Mann-Whitney U test と Chi-square test（もしくは Fisher's exact test）を使用して解析した。

‡ASD 群：飛び降り 3 名，一酸化炭素中毒 1 名，毒物服用 1 名

非 ASD 群：飛び降り 9 名，一酸化炭素中毒 3 名，毒物服用 3 名，腹部刺傷 1 名，縊首 1 名

図例では，定型発達例同様うつ病などが自殺のリスクを高めるであろうが，うつ病だけではなく適応障害もまた自殺企図に及ぶリスクを高める可能性があるという点である。なお，自験例は，あくまでも自殺企図者が対象であり，一般集団を比較対象としていないことに留意されたい。すなわち，一般集団を比較対象とすれば，気分障害は ASD の自殺のリスクとなる可能性はあると考えられた。

自験例の ASD 群では，有意差は認めなかったが，定型発達群と比べより致死的な手段で自殺企図に及ぶ傾向を認めた（表）。また，救命救急センターの入院期間は有意に長く，これはより致死的な手段を選択していることが関連していると思われた<sup>15)</sup>。Gillberg は，アスペルガー症候群の男児は，縊首，服毒，飛び降りなどの暴力的な手段で自殺を図ることが多いと述べている<sup>5)</sup>。さらに自験例では，ASD 群において自殺企図歴がない傾向を認めた。これらの事情を勘案すると，ASD 例では 1 回の自殺企図で既遂に至る可能性が，非 ASD 例と比べ高い可能性が考えられた。

また，自験例では ASD 群の 12 名に自閉症例を認めなかった<sup>15)</sup>。症例数が少ないため明言はでき

ないが，少なくとも思春期における ASD の自殺企図例において自閉症例が少ない傾向であることは示唆された。これはなぜであろうか。理由の 1 つとしては，自閉症であればより早期に医療にかかわっていることが考えられた。しかし，より本質的には以下の理由によるものと思われた。ASD の自殺企図例では，より高度なスキルが要求される思春期以降の対人関係や社会生活上の破綻が契機として存在し，そこに彼ら（彼女ら）独特の限定的な思考形式や固執性が加わり問題へ発展していると思われた。すなわち，アスペルガー症候群や特定不能の広汎性発達障害例は，非言語的にはともかく，言語的コミュニケーションスキルは自閉症例と比べかなり高い能力を有している。このことから，学習に問題がなければ学童期を通常学級で過ごし，その後進学し就職する者も少なくはなく，そのことがかえって対人関係や社会生活上の深刻な問題を生じさせる要因となっている可能性が考えられた<sup>17)</sup>。Gillberg は，思春期頃からアスペルガー症候群の自殺行動が増え，いじめや人生において求められる社会的要求に応じられないという思いが自殺の最大の誘因となると述べている<sup>5)</sup>。

特徴の最後は、自殺企図後の ASD 例に接したことのある臨床家がよく口にする、「何事もなかったかのように平然としている」「自殺の動機を聞いても深刻さが伝わってこない」という点である。この臨床家の持つ印象はどこからくるのであろうか。理由の1つとしては、自殺企図の際、気分障害や不安障害の合併が少ない点が考えられた。すなわち、自験例の ASD 群では、抑うつ症状や不安症状は認め適応障害の診断は満たすが、気分障害、もしくは不安障害の診断を満たす例の割合が有意に少なく(表)、この点が上記の印象に寄与している可能性が考えられた。

もう1つの理由としては、ASD に由来する想像力の欠如に起因していると考えられた<sup>17)</sup>。ASD の児にこだわりが多く、ごっこ遊びが少ないのは、周囲の現実を架空のものとして想像する能力に障害があるからと考えられている。ここで注意したいのは、ASD 例も想像力は有する点である。むしろ豊かな創造性を有する者もいるし、社会の情勢や勝負事の流れの把握などに長けている者もいる。問題となるのは、自分の身にまつわる予測的な想像力が欠けている点である。言い換えれば、“自分がそのようなことをすると(またはしないと)結果としてこうなる”という同年代の者であれば有しているであろう至極当然な予測的な想像力が欠けている点が、自殺においては問題となる。自殺に及ぶ際、定型発達例は自殺した結果どうなるかという様々な想像と葛藤が最後まで自殺抑止に働くとされる。そしてその抑止力を超え自殺に及び、自殺が失敗に終わると、これからどうなるのか、どうしたらいいのかといった様々な想像と葛藤を語ることがある(時に何も語らないこともある)。しかし、自殺を企図した ASD 例に救命救急センターで身体的処置後に接すると、彼ら(彼女ら)は時として雄弁に語るが、少し想像すれば生じるであろう深刻な葛藤が伝わってこないことがある。また、彼ら(彼女ら)に自殺に及んだ様子を聞くと、そこには想像による抑止力が働いていないのではないかと思わされることがある。それらが、先に述べた臨床家の持つ印象につながるの

ではなかろうか。さらに言えば、そのような想像による抑止力が乏しいことから、彼ら(彼女ら)の独自の論理や倫理観に基づき周囲の予想のつかないプロセスで、しかもより致命的な手段で自殺に及ぶと考えられ、最初の自殺企図で既遂に至る可能性も高いと思われた。

4. ASD に対する自殺再企図防止のアプローチ  
思春期自殺企図例に対する実際の臨床場面では、関係者と協力し、直接の動機にまつわるストレス状況を回避し、本人のストレス因子を除去に努めることが最も重要であり、その点は ASD も同じである。しかし、時に彼ら(彼女ら)は治療者が思いもよらない理由や論理からストレスを感じていることがある。その際彼ら(彼女ら)の独自の論理や価値観を十分に理解し、ストレス因子の除去に努めることは当然必要なことである。一方同時に、その独自の論理に深入りし過ぎないこともまた重要であり、自殺再企図防止のための治療者の方策を、具体的な予測可能性を提示しながら論理的に粛々と伝えることが必要な場合がある。

さらに筆者らは、思春期自殺企図の再企図防止のためには、直接の動機だけではなく、自殺準備因子の認識と介入が重要であり、その自殺準備因子は精神障害と心理・社会的準備因子が重要と考えてきた<sup>14,16)</sup>。すなわち、まず精神障害の認識と介入が必要であり、ASD 例の場合は、本人と家族が ASD の診断とともにその認知行動特性を認識することが重要であり、気分障害や不安障害などの合併を認めればその治療を行うことが必要となる。次に、心理・社会的準備因子の認識と介入が必要であり、長年にわたる家族背景に対する認識と、治療者が患児と養育者双方の翻訳者となり介入することが重要な場合があり<sup>14,16)</sup>(当然ながら育て方による問題として扱うことは厳に慎まなければならない)、この点は ASD の場合も例外ではないと思われた。ASD の自殺企図例では、学童期以降に対人関係の問題を繰り返す、家族背景と相俟って自己評価が低下している例が認められ、かかる状況を力動的に考慮する必要があると考えら

れた<sup>12)</sup>。

ただし、ASDの自殺企図例の心理・社会的準備因子を生育歴からたどり力動的に扱う際に配慮すべきことは、ASDの認知行動特性を十分に理解して進めていく点である。すなわち、患児の対人的相互性の欠如に基づく独自の論理への固執と、養育者のASDに対する不十分な理解が相俟って、対人的相互性を有する者同士の葛藤とは異質な“葛藤”が生じている場合があり<sup>12)</sup>、この長年にわたる家族内での“葛藤”が問題をさらに複雑化している可能性がある。さらに養育者もASDであり、その者との間に“葛藤”がある場合には一層複雑な様相を呈する<sup>11)</sup>。

## まとめ

青年期以降のASD例について、併存障害と自殺行動について検討した。併存障害では、大うつ病性障害や不安障害の頻度が高かった。ASDの自殺企図例については、思春期自殺企図群での頻度は決して低くはなく、思春期の自殺企図例に対応する場合には、常にASDを念頭に置く必要があることが示唆された。

## 文献

- 1) Baron-Cohen, S., Wheelwright, S., Skinner, R., et al.: The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. *J Autism Dev Disord*, 31 ; 5-17, 2001
- 2) Boyd, K., Woodbury-Smith, M., Szatmari, P.: Managing anxiety and depressive symptoms in adults with autism-spectrum disorders. *J Psychiatry Neurosci*, 36 ; E35-E36, 2011
- 3) Chakrabarti, S., Fombonne, E.: Pervasive developmental disorders in preschool children. *JAMA*, 285 ; 3093-3099, 2001
- 4) Fombonne, E.: Epidemiology of pervasive developmental disorders. *Pediatr Res*, 65 ; 591-598, 2009
- 5) Gillberg, C.: A guide to Asperger syndrome. Cambridge University Press, London, 2002
- 6) Hofvander, B., Delorme, R., Chaste, P., et al.: Psy-

chiatric and psychosocial problems in adults with normal-intelligence autism spectrum disorders. *BMC Psychiatry*, 9 ; 35, 2009

7) Honda, H., Shimizu, Y., Misumi, K., et al.: Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. *Br J Psychiatry*, 169 ; 228-235, 1996

8) Lugnegård, T., Hallerback, M. U., Gillberg, C.: Psychiatric comorbidity in young adults with a clinical diagnosis of Asperger syndrome. *Res Dev Disabil*, 32 ; 1910-1917, 2011

9) Kanne, S. M., Christ, S. E., Reiersen, A. M.: Psychiatric symptoms and psychosocial difficulties in young adults with autistic traits. *J Autism Dev Disord*, 39 ; 827-833, 2009

10) Kurita, H., Koyama, T., Osada, H.: Autism-Spectrum Quotient—Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. *Psychiatry Clin Neurosci*, 59 ; 490-496, 2005

11) 三上克央, 大屋彰利, 松本英夫: 父子への治療的介入が奏効した大うつ病を合併した児童期アスペルガー障害の1症例. *臨床精神医学*, 34 ; 1293-1299, 2005

12) 三上克央, 大屋彰利, 赤坂 邦ほか: 青年期アスペルガー障害における自殺企図の1例. *精神経誌*, 108 ; 587-596, 2006

13) 三上克央, 猪股誠司, 早川典義ほか: 思春期における自殺企図の臨床的検討: 入院を必要とした症例を中心に. *精神医学*, 48 ; 1199-1206, 2006

14) 三上克央, 岸 泰宏, 松本英夫: 思春期における自殺企図の1例; 背景となった心理・社会的準備因子の認識と介入の重要性を中心に. *精神医学*, 48 ; 331-338, 2006

15) Mikami, K., Inomata, S., Hayakawa, N., et al.: Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. *Gen Hosp Psychiatry*, 31 ; 163-166, 2009

16) 三上克央, 猪股誠司, 早川典義ほか: 思春期自殺企図例に対する自殺再企図防止のための家族アプローチ; 長年の家族背景が自殺準備因子である事例への試み. *家族療法研究*, 26 ; 56-64, 2009

17) 三上克央: 発達障害の自殺. *精神科治療学*, 25 ; 199-205, 2010

18) Spencer, L., Lyketos, C. G., Samstad, E., et al.: A suicidal adult in crisis: an unexpected diagnosis of autism spectrum disorder. *Am J Psychiatry*, 168 ; 890-892, 2011

19) Sterling, L., Dawson, G., Estes, A., et al.: Characteristics associated with presence of depressive symptoms in adults with autism spectrum disorder. *J Autism Dev Disord*, 38 ; 1011-1018, 2008

20) Williams, K., Wheeler, D. M., Silove, N., et al.:

Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) for autism spectrum disorders (ASD). *Cochrane Database Syst Rev*, 2010 ; (8) : CD004677

21) Wing, L.: Asperger's syndrome : a clinical account. *Psychol Med*, 11 ; 115-129, 1981

---

## Comorbidities and Suicidal Behavior in Adolescents and Young Adults Diagnosed with Autism Spectrum Disorders

Katsunaka MIKAMI

*Department of Psychiatry, Tokai University School of Medicine*

Autism spectrum disorder (ASD) is associated with impaired social interaction and communication and is related to restricted interests and stereotypical behaviors. Recently, interest in the clinical features of adolescents and young adults diagnosed with ASD has increased. The focus of this article is on psychiatric comorbidities and suicidal behavior in adolescents and young adults diagnosed with ASD. Depression and anxiety have been reported to be the most common psychiatric disorders in adolescents and young adults with ASD. Suicidal behavior in individuals diagnosed with ASD is frequently observed among adolescents. Although there have been few reports on suicidal behavior in individuals with ASD, it has been suggested that its frequency requires attention in cases of adolescent suicide attempters particularly in males. Further study of the clinical features of adolescents and young adults diagnosed with ASD is necessary.

<Author's abstract>

<Key words : autism spectrum disorder, adolescence, comorbidities, suicidal behavior>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 地域基幹総合病院における精神科の役割

藤井 勉

(富山県立中央病院精神科)

## はじめに

我が国においては、戦後の精神科病床増床政策の結果として精神医療はいまだに実質上“精神病院特例”の中にあり、少ない従業員による低い診療報酬設定が続いており、医療水準も総じて低いと言わざるを得ない<sup>1)</sup>。この元凶は一般医療と精神医療の二分構造にあり、これを解消するためには、精神医療は福祉でできることを抱えずに極端に多い病床数を減らして入院は診療密度の高いものに限定するとともに、外来・訪問診療中心のコミュニティ精神医療に転換することが必要である。

当院精神科は、平成23年度から精神科救急・急性期治療と身体合併症に特化した診療体制に移行した。地方における公的総合病院精神科のあり方の1つとして、その経緯を述べる。

## I. 富山県の精神科医療体制

富山県の精神科医療体制は4つの2次医療圏に分けられ、それぞれの2次医療圏に3次救命救急センターあるいは2.5次というべき地域救命センターが1カ所ずつ設けられ、一般救急医療体制が作られている。精神科救急医療の圏域は2次医療圏2つずつ合わせて西部圏域と東部圏域の2つとなっている。

富山県は、精神医療において在宅での地域ケアが十分展開されている地域とは言えない。

平成20年の人口10万対精神科病床数は314.9床で全国24位(全国平均270.8床)、精神科平均在院日数は364.8日で全国41位(全国平均301.0日)である。また、精神科クリニックは12施設しかなく(しかも、富山市と高岡市のみ)に偏在)全国から比べると少ない。

一方、富山県は総合病院に精神科病床を有する割合が高いのが特徴であり(表1)、新川医療圏以外は2次医療圏に有床総合病院精神科があり、身体合併症対応が比較的やりやすい県である。惜しむらくは、高岡医療圏では精神科病床を有する総合病院と救命救急センターを有する総合病院が異なっており、精神科救急医療体制から考えるとちぐはぐである。

富山県の精神科救急システムは、県内の病床を持つ全ての精神科医療機関が2圏域に分かれて参加し、輪番制で運用されている(図1)。このマクロ救急(県の精神科救急システム)の利用件数は年々増加しているが、増えているのは電話相談だけで、外来受診や入院の件数はかなり低い数字にとどまっている(図2)。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 公的総合病院精神科の役割を見直す 司会：佐藤 茂樹(成田赤十字病院精神神経科)、築島 健(札幌市児童相談所)

表1 富山県の総合病院精神科

| 精神科救急圏域          | 2次医療圏 | 有床精神科  | 無床常勤外来精神科           | 無床非常勤外来精神科 |
|------------------|-------|--|---------------------|------------|
| 東部               | 富山    | 5病院 271床<br>(1病院に3次救命センター)                           | 1病院                 | なし         |
|                  | 新川    | なし   | 1病院<br>(地域救命センター)   | なし         |
| 西部               | 高岡    | 1病院 50床  | 1病院<br>(3次救命センター)   | 1病院        |
|                  | 砺波    | 1病院 44床<br>(地域救命センター)                                | なし                  | 1病院        |
| 県全体              |       | 7/21病院 (33.3%)<br>365床 (県精神病床の10.7%)<br>有床精神科平均52.1床 | 5/21病院 (23.8%)      |            |
| 全国 <sup>2)</sup> |       | 249/1,163病院 (21.4%)                                  | 388/1,163病院 (33.4%) |            |

富山県では有床総合病院精神科を有する2次医療圏は75% (全国では45.3%<sup>3)</sup>)

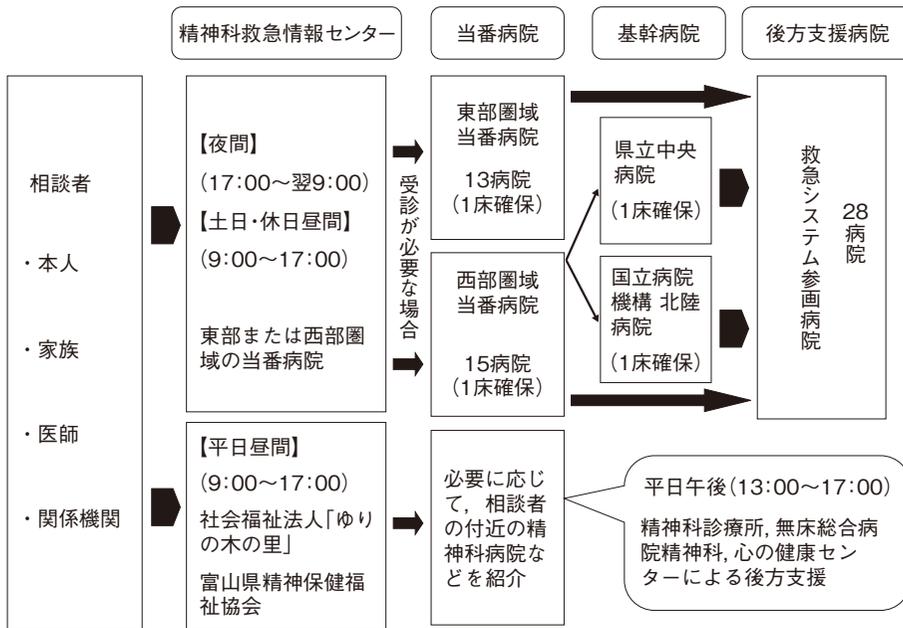


図1 富山県精神科救急医療システム

## II. 富山県立中央病院における精神科救急診療状況

当院は昭和26年に開設された県内唯一の県立病院である。富山医療圏に位置し、地理的にコンパクトな富山県のどの地域からも1時間以内で救急受診できる。3次救命救急センターをはじめと

して、新生児集中治療室、母体胎児集中治療室などを有し、高度の急性期治療を担う地域基幹総合病院となっている。

精神科は昭和29年に開設され、すぐに病棟を有し、昭和47年より開放と閉鎖の2病棟、計80床で運用されてきた。昭和54年に救命救急センター

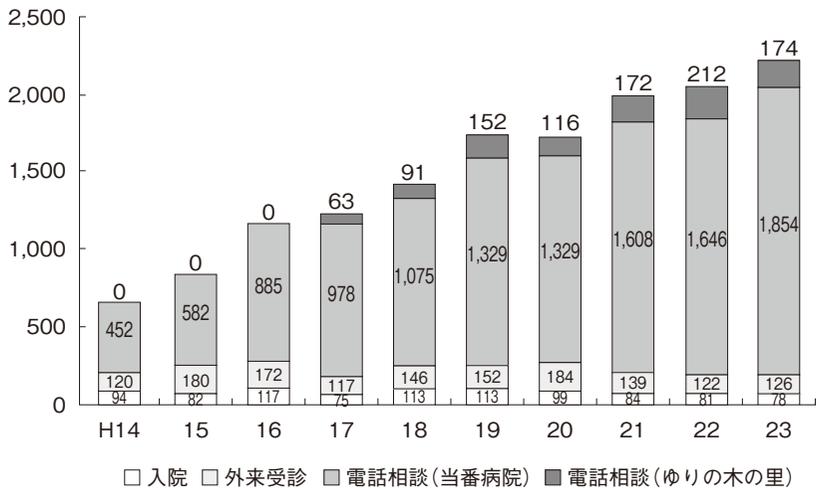


図2 富山県精神科救急医療システム利用件数

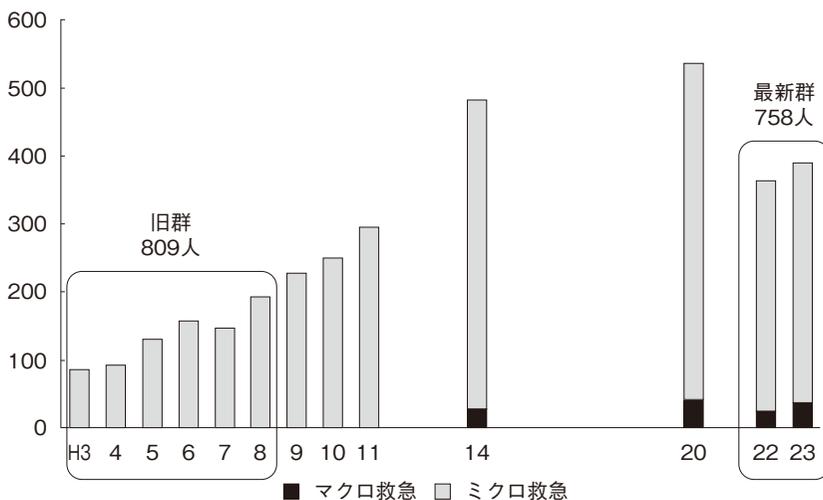


図3 当院の年度別精神科救急受診者数

が開設されてからは精神科も救急・急性期の役割が増え、平成9年より開始された県の精神科救急医療システムでは東部圏域に入り、当番回数は最も多く(月平均8回)、県全体の身体合併症基幹病院としての役割も担っている。

当院における精神科救急診療状況を経年的にみると、受診者数は明らかに増加している(図3)。ここ数年やや減少しているのは、新臨床研修医制度が定着して軽症の精神疾患ケースは救急専任医と研修医とで対応し、精神科医師が呼び出されな

くなってきた事情による。

そのような状況の変化はあるが、当院精神科救急受診者がどのような傾向にあるかを知るために、県の精神科救急システムが運用される前の平成3年度から8年度までの809人を旧群、平成22年度と23年度の758人を最新群として、その2群を比較した(図4, 5)。

精神疾患分類(ICD-10)では、統合失調症圏(F2)が以前より減少し、パーソナリティ障害圏(F6)が増加している(図4a)。

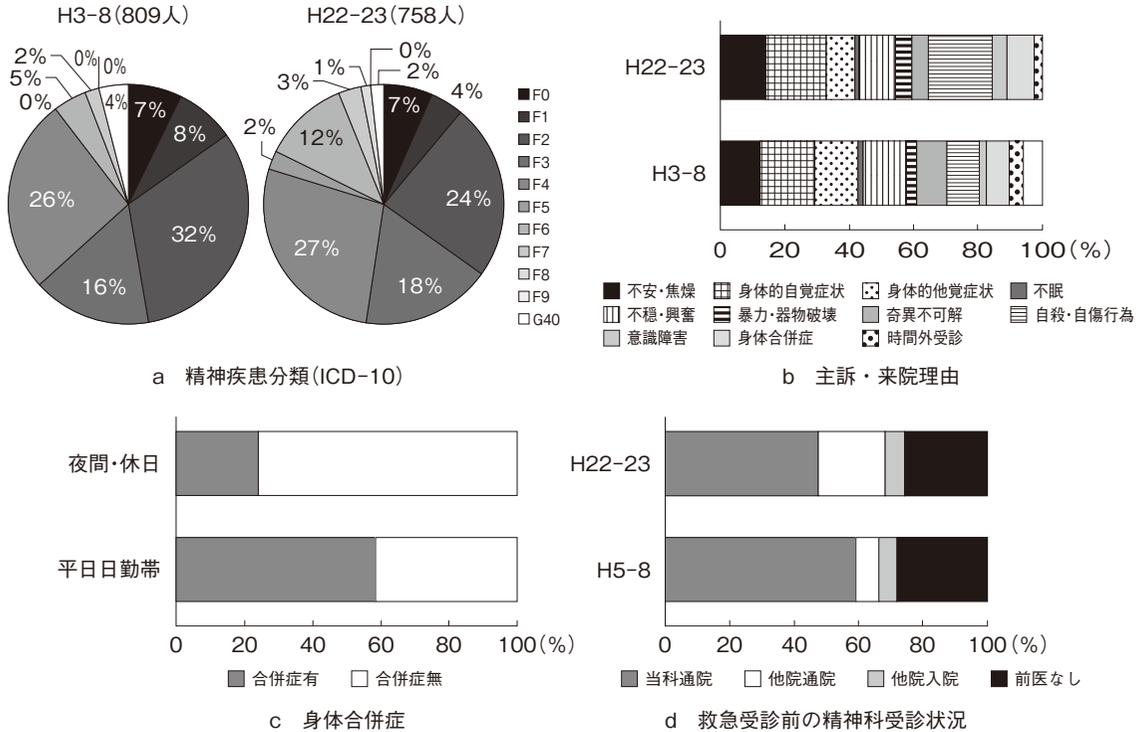


図4 当院の精神科救急状況 1

主訴・来院理由としては、自殺・自傷行為が増えており、これは若い女性のリストカットや過量服薬による急性薬物中毒が増えたことによる (図4b)。

平日日勤帯では他の精神科病院からの紹介が多く、身体合併症を有する者が58%を占めている (図4c)。ここで言う身体合併症とは、身体的他科医師による専門的な診断・治療を要する身体疾患を指す。

救急受診前の精神科受診状況については、旧群として平成5年から8年までの621人と最新群との比較であるが、以前に比べて当科通院中の患者が減り、他院通院中の患者が増えている (図4d)。当院が救急病院であると認知されているとも読めるが、クリニックだけではなく精神科病院も休日・夜間の対応をしなくなってきた状況を反映している。

救急受診後の転帰については最新群だけの集計であるが、救急受診者の33%が精神科に、11%が

精神科病棟管理を含めて一般科に入院しており、合わせて半数近くの44%が入院している (図5a)。当院救命救急センターにおける全科の入院率は約30%であるので、当院の精神科救急では入院率が高いと言える。

入院先病棟では、ICUへの入院が旧群12%から最新群21%へと増えており (図5b)、それは過量服薬による急性薬物中毒などの自殺企図・自傷行為の患者が増えていることと関連している。

入院形態としては、任意入院が減り、医療保護入院が増えている (図5c)。

### Ⅲ. 精神科救急入院料算定病棟開設へ

平成3年度からの当院における精神科および全科の平均在院日数と病床利用率を図6に示す。全科病棟では平均在院日数が短縮しても、病床利用率は83%までにとどまっているのに対し、精神科病棟では平均在院日数が急速に短縮し、平成18年度から病床利用率も目立って下がって70%近く

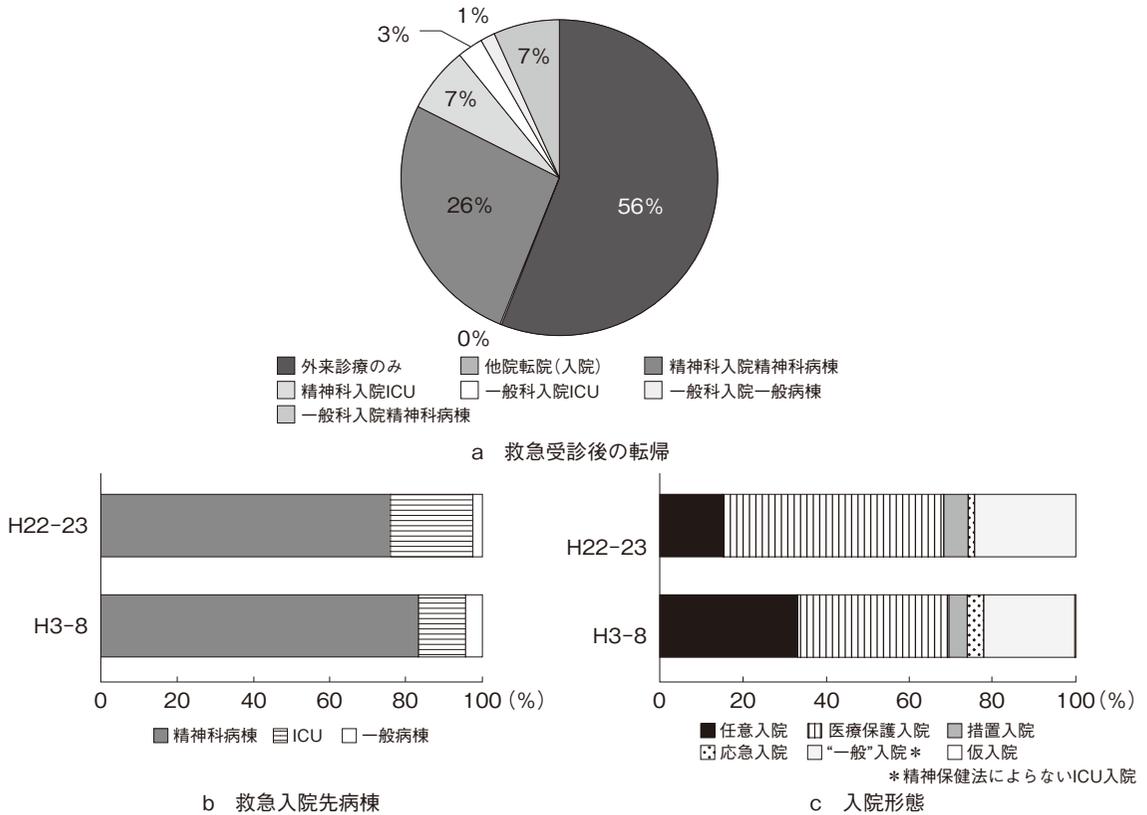


図5 当院の精神科救急状況2

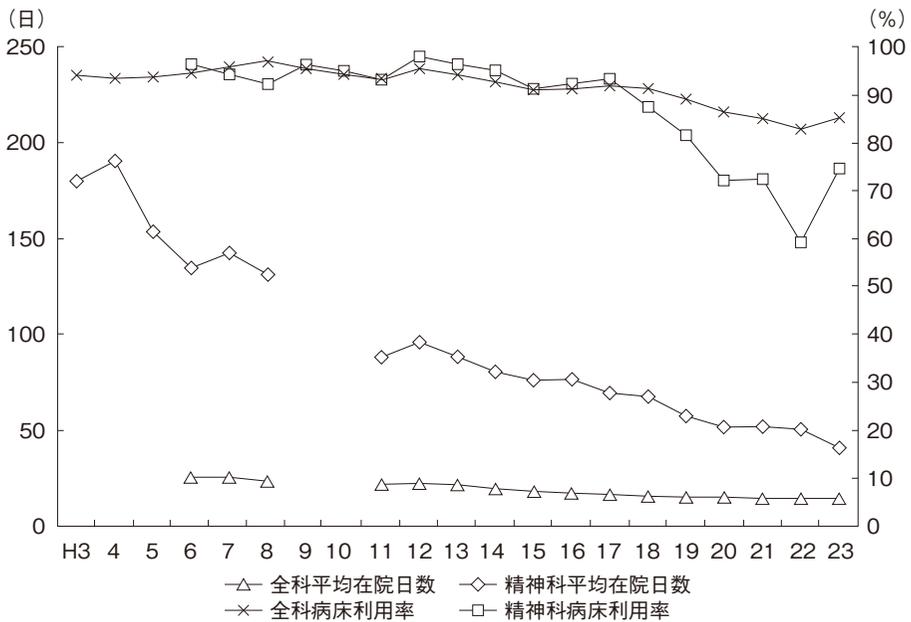


図6 平均在院日数と病床利用率

になった。これは病棟構造が現実の状況に合わなくなったことによる。すなわち、需要が多くなった重症者や身体合併症患者は個室対応が必要となるが、4床室は空いているのに個室が埋まっているために入院要請を断らざるを得ないという時があり、さらに、無理をして4床室に1人だけ入れて隔離するというようなことが常態化してきていた。

そのような状況下で、精神科の入院診療単価は全科の約1/4である15,000円余りの低額であるので、医業収支率と人件費率は病院全体ではそれぞれ約100%と約50%であるのに対し、精神科ではそれぞれ70%弱と90%強であり、毎年多額の赤字を出す結果となっていた。

前述したように、県が行政として整備したマクロ救急でも、当院の通常診療としてのマイクロ救急でも<sup>4)</sup>、当院精神科は精神科救急医療において大きな役割を果たしてきていたが、診療報酬の急性期治療病棟入院料は「7割以上又は200床以上が精神病床であること」という施設基準により総合病院精神科は締め出されており、算定できなかった。

その後平成14年に精神科救急入院料が新設された。平成17年12月からの3ヵ月間について当院精神科病棟の状況を調査したところ、閉鎖病棟に限れば精神科救急入院料算定条件を満たしていることがわかった。ただし、病棟構造と人員配置を整備する必要があった。

一方、一般病棟とは別棟になっていた精神科病棟の耐震性能が「震度5弱まで」と診断されており、平成18年度末には耐震補強計画が具体化した。翌年3月に、補強工事の実施には3億円余りの費用がかかるという試算が出たところで、能登半島地震が起きた。当院精神科医療のあり方を改めて検討することになったのはそれがきっかけであった。

総合病院精神科の役割として、どうしても外せないものは、コンサルテーション・リエゾン、身体合併症治療および精神科救急・急性期治療の3つである。

富山県のマクロ救急が十分機能しているとは言えない状況の中で、当院精神科では年間400人もの救急受診があり、マイクロ救急すなわち県のシステムを経由せずに直接当院を受診した者が91%にもなっていること、救命救急センターにおける精神科受診者の割合も増えてきていること、精神科病棟入院全体の半数近くが救急入院であること、病院全体が救急医療と高度な急性期治療を最大の役割としているのに、精神科だけが違う方向を向いては支障があることなどの理由から、精神科救急医療機能を強化すべきであるというのは自然な結論であった。

一方、5人の医師でやれることには限りがある。通常診療のアクセスの良さや外来再診での長期サポート、軽症者の静養入院、慢性期患者の長期入院などは当院の役割から外した。また、反社会性などの重症パーソナリティ障害やアルコール依存症の入院は救急・急性期医療の対象になる場合に限ることとした。幸か不幸か当院精神科は、総合病院精神科の機能として持つことが望まれる児童・思春期病棟やアルコール・薬物依存症病棟といった専門的病棟はなく、何の特徴もない一般的な有床総合病院精神科であったので、コンパクトに機能を絞ることに支障はなかった。

以上の観点と当院には救命救急センターがあることから、高度な救急・急性期治療と合併症治療を担う精神科基幹病院として当院精神科を捉え、目標として精神科救急・合併症入院料算定病棟を立ち上げることにした。

そこで、平成23年3月の病棟新築に伴い、開放病棟をなくして閉鎖のみ50床の1病棟にダウンサイズし、8室の保護室と10室の合併症ユニットを含めて個室を30床(全病床の6割)とした。しかし、医師5人のうち3人が外来に出ているため、指定医を3人病棟配置という精神科救急・合併症入院料の算定基準を満たさず、やむなく、精神科救急入院料1の認可を受けることに変更せざるを得なかった。1つの病棟しかなくて5人の医師全員が指定医なら、病棟に指定医5人配置と考えたが、地方厚生局の見解は異なっていた。そして、

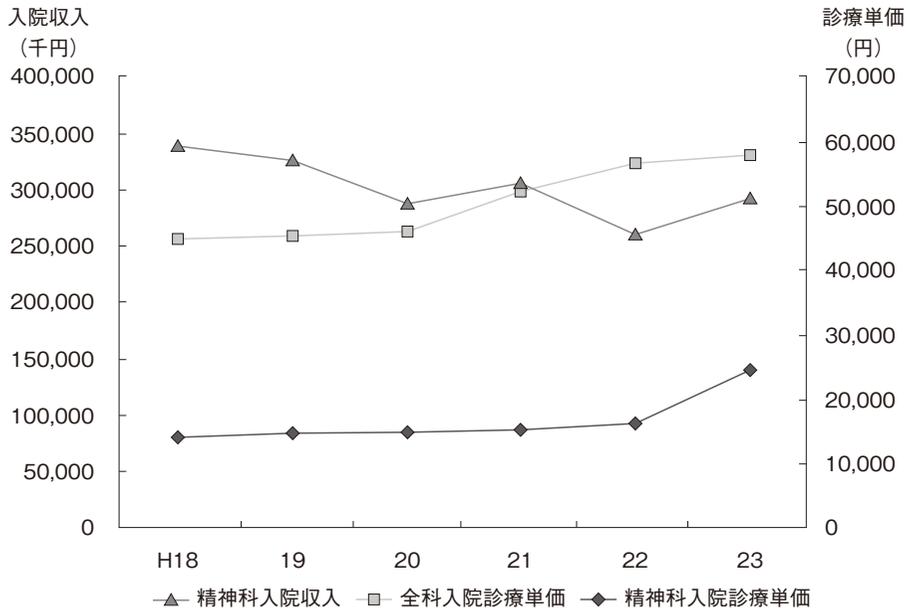


図7 入院診療単価と入院収入

同年9月より精神科救急入院料1の算定が認可された。

#### IV. 総合病院において精神科救急病棟を運営して

当初は、他の病棟を持たずに、ましてや自前の社会復帰施設もなく、救急病棟1つだけでやっていけるかという懸念もあったが、平成24年3月末の時点で新病棟になって1年を経過し、思いのほか運営は円滑に行われている。

精神科救急入院料算定基準は比較的高く設定されているが、平成23年度の当院での実績は、新規患者の割合が72.4%（基準は40%以上）、新規患者のうちの任意入院以外の割合が82.2%（同60%以上）、新規患者の3ヵ月以内在宅退院率が83.8%（同60%以上）、県内の措置入院・応急入院のうち当院での対応が17人で48.6%（同1/4以上または30人以上）と十分クリアしている。また、平均在院日数は40.9日とさらに短くなり、病床利用率は74.5%と回復傾向にある（図6）。

経営面では、精神科救急入院料1の算定は平成23年9月からの7ヵ月間なので、平成23年度の数字には十分反映されていないが、入院診療単価

は24,700円に、入院収入は2億9千万円に上がった。しかし、前々年以前の水準には達していない（図7）。なお、経営上の最も重要な指標である医療収支率と人件費率はまだ出ていない。

新病棟への移行準備開始前の平成22年4～7月と新病棟での平成23年4～7月の入院患者の状況を比較すると、病床数が減ったにもかかわらず新入院数は99人と94人でほぼ同じで、平均年齢も45.7歳と46.6歳で変わらなかった。

年代別では30歳代が平成22年では突出して多かったが、平成23年ではその特徴が消失した。

任意入院が減り医療保護入院が増えたことは、開放病棟を廃止したことから当然であるが、入院対象患者が重症化したことを示唆しており、合併症の割合が増え、他科入院も増えたことは合併症ユニットが活用されていることを示唆している（図8）。

以上のように、精神科救急病棟開設の効果は明確であるが、実は数字には表れないそれ以上と思える大きな収穫があった。それを以下に記す。

①病棟がワンフロアの1つだけになり、全スタッフが一堂に会することができた。のぞえ総合心

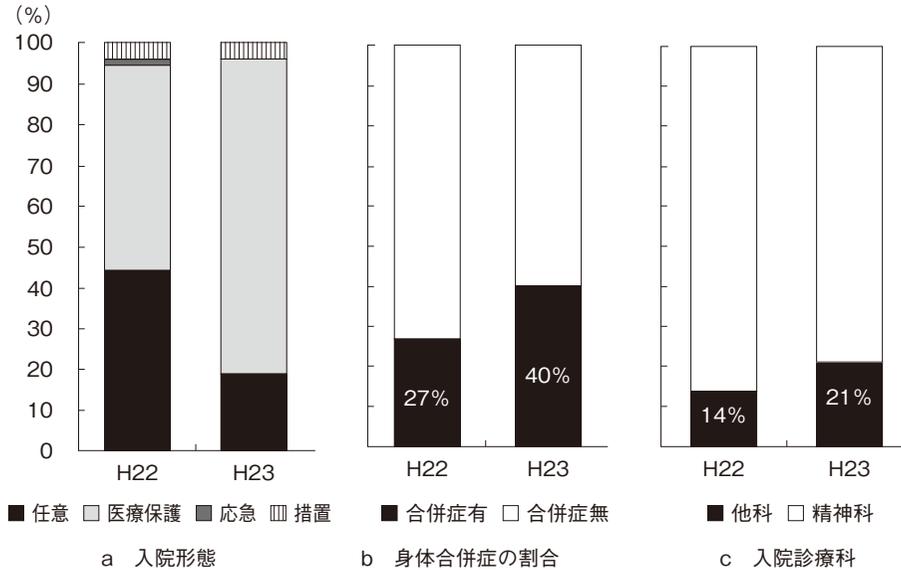


図8 4~7月におけるH22年とH23年の新入院患者の比較

療病院の方法<sup>5)</sup>をまねて毎朝スタッフミーティングを開き、全職種が直接・同時に情報を共有化して、診療上の問題点を全員で検討してその日の業務をスタートできるようになった。朝の始まりの45分間に医師はもちろんのこと、デイケアのスタッフも加わって全職種の全スタッフが集まる。最初に、看護師の申し送りを一緒に聞くことにより病棟全体の状況が直接把握できる。次に新入院紹介があり、前日から当日朝までに入院した患者全てを短時間で紹介することで、新入院患者の自殺企図や暴力行為などのリスクを即座に全員が知る。症例検討は毎日あり、1症例10~15分程度の短いものであるが、同一患者でも初期、中間、退院前と可能な限り複数回行っている。精神科では、とすると主治医の治療方針に口を出しにくいようなところがあるが、当科では全員で治療方針を検討できる。これまで身体合併症の症例検討は他科医師の参加のタイミングがとれずに開催が困難なことが多かったが、この時間帯の短時間であれば他科医師のほとんどが参加可能で、合併症ユニットを持つ病棟としては不可欠の業務となっている。措置解除に関する検討や退院前訪問指

導の報告も適時行う。隔週交代で開く行動制限最小化検討会と運営連絡会(診療科代表医師や病棟師長からの病院運営連絡、各活動グループの活動報告、研修会など参加報告など)も全てこの時間帯に行う。最後に、ベッドコントロールも全員で行うことで病棟の運営は全員で行うものという意識が生まれた。

- ②診療目標が救急・急性期治療と身体合併症として統一化され、各職種の動きが互いにわかりやすく、全スタッフの向かうところが一致するようになった。
- ③高い在宅退院率が求められるために、患者の症状改善や病棟での問題行動消失よりも、地域に出てからの生活安定にスタッフの意識が向くようになった。
- ④施設基準とは関係ないが、病棟作業療法(OT)を開始し、OT室を食堂からガラス越しに見えるように配置したことで、そこで行われる心理教育、SST(social skill training)、作業療法などの精神科リハビリが入院治療の重要な要素であるという治療的雰囲気を作ることができた。
- ⑤PSW(psychiatric social worker)が増員され、退院支援の大きな戦力となるとともに、退院前

訪問指導を開始できた。当院では全科を通じて初めてのアウトリーチ活動である。そして、これと連動したのが、市内に新しく開業したACT (assertive community treatment) を行うクリニックとの連携で、これまでなら在宅への退院が困難なケースの退院も可能となった。しかし、新たな問題点も見えてきた。

- ①個室が増えたことで、供給が需要を生むような形で隔離や身体拘束が増えた。重症患者が増えただけではなく、どうしてもリスク管理を優先してしまうからである。安易な行動制限にならないように適正な適応基準が必要である。
- ②合併症の増加・重症化により、看護に過重な負担がかかる。
- ③男女の病室が固定されずに混ざるために、性的逸脱行動が長く続くと治療の継続が困難となり、転院を考えざるを得なくなる。
- ④集団の中では生まれやすい治療共同体的雰囲気、個室が多いと乏しくなり、治療者－患者関係は1対1となって対立化しやすい。
- ⑤慢性重症例を長期間かけて工夫しながらじっくり治療することがないので、治療方針が短絡的な問題解決志向になりかねない。

これらは、精神科救急・急性期治療と身体合併症治療に特化した診療体制に内在するジレンマでもあり、経験を積み重ねて工夫をこらすことが必

要である。

### おわりに

総合病院精神科の役割は、その位置する地域の医療状況と関連して様々であるが、一般医療と精神医療の二分構造を脱して、精神医療が一般医療の1診療科となって機能する先陣の場合は総合病院精神科をおいてない。その1つの具体的方法は、もっと多くの総合病院精神科が高機能の精神科救急・急性期治療と合併症治療を担うコンパクトな病棟を持つことであると考えられる。

### 文 献

- 1) 藤井 勉：総合病院における精神科救急医療。富山県立中央病院医学雑誌，33；7-14，2010
- 2) 金子晃一，守屋裕文：もう1つの機能分担－精神病院と総合病院精神科－。日精協誌，17；650-655，1998
- 3) 日本総合病院精神医学会ネクストステップ委員会：総合病院精神科の現状とめざすべき将来－総合病院精神科のネクストステップ2009。総合病院精神医学，21；ss1-ss30，2009
- 4) 平田豊明：「スーパー救急病棟」の運用実態－精神科マクロ救急および地域ケアシステムにおける役割－。精神科救急，10；70-76，2007
- 5) 堀川百合子，堀川公平：チーム医療におけるミーティングの重要性について。日精協誌，30；734-742，2011

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 大都市における総合病院精神科の役割

古塚 大介

(大阪市立総合医療センター精神神経科)

大都市は人口の集中により精神科医療のニーズが高く、またそのニーズも多種多様である。大都市の公的総合病院精神科はその大都市の精神科医療ニーズの中で、政策医療として身体合併症医療への対応が求められているが、そのためには総合病院精神科間の連携に加えて、精神科病院、精神科診療所、一般救急医療機関などの医療機関との連携が必要となる。

現在、大阪府域では、大阪府、大阪市、堺市の1府2政令指定都市の共同事業として、精神科救急医療、夜間休日の自傷他害性を有する精神障害者に対応する精神科緊急医療、身体合併症医療の3つの政策的精神科医療システムが整備されているが、精神科救急医療システムに参画している病院は単科精神科病院が中心であり、一方、身体合併症医療システムは事前の病床確保がなく実質上平日昼間帯のみの対応であるため、夜間休日の身体合併症治療体制が整備されていないことが大阪の精神科医療の課題の1つである。

特に大阪府域では、近年、一般救急医療における二次救急医療機関の減少が進み、これらの救急医療機関で対応されていた精神症状の比較的軽症な患者の身体疾患治療対応が困難化しており、そのため救命救急医療レベルではない比較的軽症の身体疾患を有する患者を救命救急センターで対応せざるをえない状況が発生している。このような政策的医療課題に対し、公的総合病院精神科は精神科救急・合併症入院料を活用しながら、その連携のもとに行政と協働して夜間休日の身体合併症医療システムを構築する必要がある。

<索引用語：身体合併症，総合病院精神科，精神科救急医療システム，精神科救急・合併症入院料>

## はじめに

大都市の特徴として、人口の集中により精神科医療のニーズが量的に高いことに加えて、そのニーズも精神科救急医療、うつ病・自殺対策、認知症医療、ひきこもりなど多種多様であることが挙げられる。また、大都市の精神科医療資源についても、一般に都市部は郊外部に比べ精神科病院は少ないが、精神科診療所は都市部に多く、また総合病院精神科も絶対量は少ないものの、郊外部に比べるとその数が多いという特徴がある。そのような大都市の状況のもと、自治体設置などの公的総合病院精神科は多様な大都市の精神科医療ニーズの中で、政策医療（いわゆる採算性の低い

精神科医療)、中でも身体診療科との連携の必要な身体合併症医療への対応が求められている。実際、大都市では身体合併症医療のニーズも多く<sup>2)</sup>、総合病院精神科間の連携に加えて、精神科病院、精神科診療所、一般救急医療機関などとの連携が必要となり、そのような連携体制の整備には自治体などの調整が必要である。今回、上記の観点から公的総合病院精神科の役割のうち、身体合併症医療体制について、大都市としての大阪の現状と課題について概説した。

## I. 大阪の精神科医療資源

大阪府域は人口8,856,530人<sup>6)</sup>で、精神科病床

## 大阪府

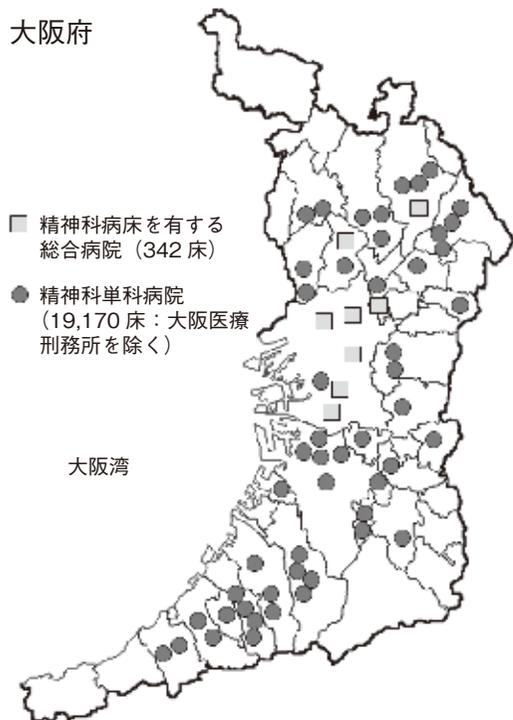


図1 大阪の精神科医療資源

- ・大阪市内 241 床のうち 191 床が総合病院精神科
- ・有床総合病院 342 床のうち 191 床が大阪市内

数 19,564<sup>7)</sup>、人口 10 万対精神科病床数 220.1、精神科標榜診療所数 529<sup>5)</sup>、人口 10 万対精神科診療所数 6.0 であり、一方、大阪市域は人口 2,670,701 人<sup>6)</sup>、精神科病床数 241<sup>7)</sup>、人口 10 万対精神科病床数 9.0、精神科標榜診療所数 226<sup>5)</sup>、人口 10 万対精神科診療所数 8.5 であり、精神科医療資源として、人口当たりの精神科病床数は大阪府域全体に対して約 25 分の 1 である一方、人口当たりの精神科診療所の数は大阪府域全体より多い。また、大阪市内の精神科病床数 241 床のうち 191 床が総合病院精神科であり、府域の有床総合病院 342 床のうち 191 床が大阪市内にあるという状況で、総合病院における精神科病床は大阪市域に集中しているといえる (図 1)。

## II. 大阪の行政との協働の精神科医療システム (図 2)

現在、大阪府域では、大阪府、大阪府、堺市の

1 府 2 政令指定都市の共同事業として、精神科救急医療、精神科緊急医療、身体合併症医療の 3 つの政策的精神科医療システムが行政と協働して整備、運営されている<sup>1,3)</sup>。

精神科救急システムは平成 3 年に整備され、平成 17 年度から精神科救急医療情報センター (以下、情報センター) の設置した現在の形になっている。このシステムは患者、家族などからの精神科救急受診希望に応じて、情報センターで相談を受け、精神科救急医療が必要なケースに対して、外来治療で対応可能なものは大阪市内の精神科救急診療所に、また入院治療が必要であるケースについては主に単科の精神科病院で構成されている拠点病院を紹介するもので、平日夜間 7 床、休日は 12 床の救急医療のための病床を確保している。平成 23 年の実績として、情報センターには 3,415 件の相談があり、精神科救急診療所では 217 件対応し、そのうち外来受診したものは 125 件であった。また拠点病院では 2,093 件対応し、そのうち 313 件が外来受診、1,377 件が入院対応となった。

精神科緊急医療システムは夜間休日の精神保健福祉法 24 条の警察官通報に基づく医療で、平成 3 年に整備され、平成 19 年度からは従来 22 時までの対応であったものを翌朝までの対応とする現在のシステムになっている。現在は緊急指定病院に 1 日 8 床の病床が確保されており、単科精神科病院に加えて、大阪府立急性期・総合医療センター、大阪市立総合医療センターの 2 つの公的総合病院精神科も参画しているが、平日の 22 時以降の夜間については精神科病院のみの対応となり総合病院精神科の対応がない状況である。平成 23 年の実績として、269 件の通報があり、228 件が緊急措置入院に、9 件がその他の入院形態の入院に、23 件が通院などの対応となった。

身体合併症医療システムは平成 3 年度に整備され、精神科病院に入院中の患者を対象とし、身体合併症発生時に総合病院へ転院し入院対応するもので、現在、大阪府域内の有床総合病院精神科はすべて本システムの身体合併症受け入れ病院の指定を受けている。しかし、受け入れる総合病院で

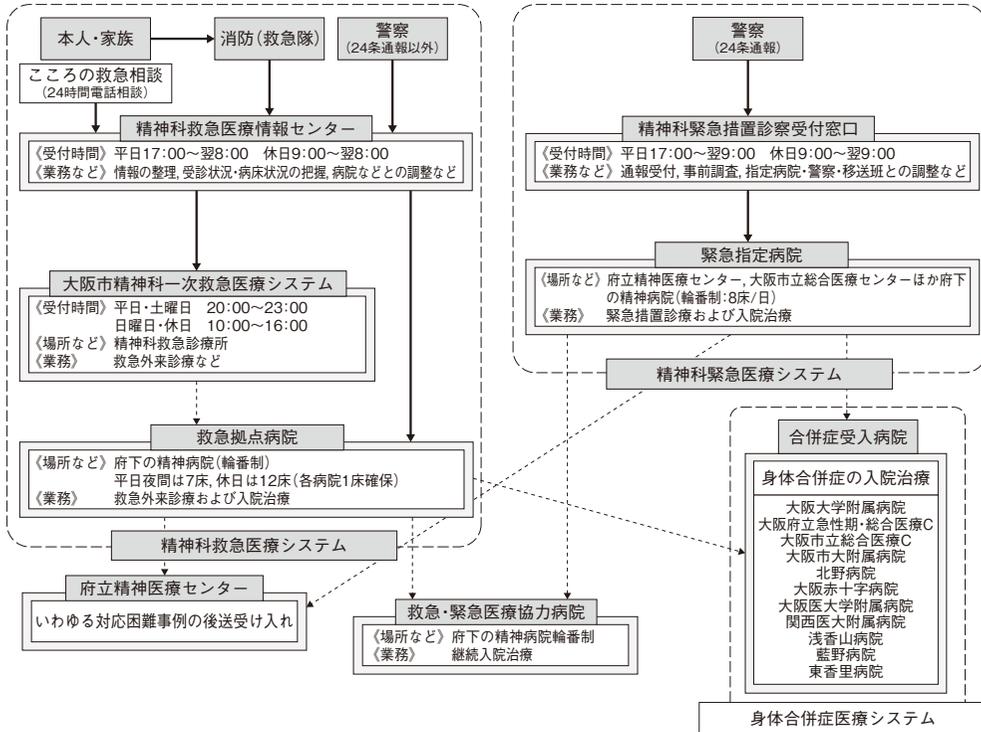


図2 大阪の行政との協働の精神科医療システム

の事前の病床確保がないため身体合併症発生時にすぐに入院対応ができないことが多く、また実質上、平日昼間帯のみの対応となっているのが現状である。平成23年の実績として、278件の入院がある。

III. 行政との協働の精神科医療システムの課題

上述したように精神科救急医療システムの参画病院は多くが単科精神科病院であるため、本システムでは身体症状などを有するケースについては、原則、併発する身体疾患はまず一般救急医療機関で対応し身体疾患が軽快した後に精神科救急医療システムなどで対応することになっている。

平成23年度情報センターに相談があった3,415件のうち、精神科救急医療機関に紹介しなかったものが1,413件あったが、身体疾患が併発していたため精神科救急医療機関に紹介せず一般救急医療機関での対応を依頼したものが157件、11.1%あった(表1)。

表1 平成23年度精神科救急医療情報センター相談例のうち医療機関を紹介しなかった理由

| 紹介しなかった理由                      | 件数    | %             |
|--------------------------------|-------|---------------|
|                                |       | 経過観察など(救急性なし) |
| 救急システムとして対応困難(特定の医療機関、薬剤などを希望) | 170   | 12.0          |
| 通院先                            | 160   | 11.3          |
| 身体疾患                           | 157   | 11.1          |
| 家族、本人との調整不十分                   | 140   | 9.9           |
| 医師、相談員との電話対応                   | 95    | 6.7           |
| 酩酊                             | 82    | 5.8           |
| 緊急措置                           | 81    | 5.7           |
| 満床                             | 26    | 1.8           |
| 取り下げなど                         | 22    | 1.6           |
| 他の救急システムへの対応                   | 13    | 0.9           |
| その他                            | 179   | 12.7          |
| 総計                             | 1,413 | 100.0         |

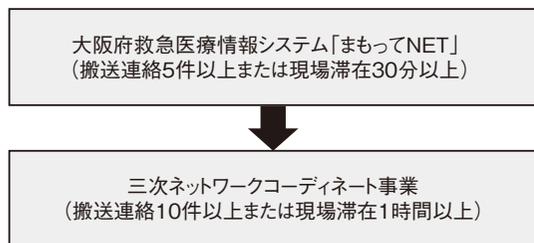


図3 大阪府救急医療情報システム「mamotte NET」と三次ネットワークコーディネート事業

このように、まず一般救急医療、その後に精神科救急という連携は、短時間で処置の済むような外傷などを合併したケースでは問題が少ないが、身体症状の改善に時間のかかるようなケースも少なくなく、身体科治療と精神科治療が同時に施行できる総合病院精神科の対応の充実が期待されている。特に大阪府域では、近年、医師不足、構造的な不採算などから一般救急医療システムにおける二次救急医療機関の減少が進んでおり、従来これらの救急医療機関で対応されていた精神症状の比較的軽症な患者の身体症状の対応、特に大量服薬例やリストカットなどの自傷行為のあるケースの対応が困難化している。平成22年度の大阪市消防局の調査によると精神疾患既往例、酩酊患者、薬物急性中毒（大量服薬）例が救急医療機関への搬送困難例であった。このような中、現在大阪府では、救急隊が搬送連絡を5件以上行った場合または搬送先が決まらず現場滞在30分以上になった場合で全救急告知病院に救急要請がかかる大阪府救急医療情報システム「mamotte NET」が整備されており、さらに搬送連絡を10件以上行った場合または搬送先が決まらず現場滞在1時間以上になった場合で救命救急センターが受入機関を調整する三次ネットワークコーディネート事業が実施されている<sup>4)</sup>(図3)。しかし、三次ネットワークコーディネート事業では救命救急センターが調整できない場合には、最終的にその救命救急センターが対応することになり、救命救急レベルでない比較的軽症の身体疾患を有する患者が救命救急センターで対応せざるをえない状況が多く発生している。

このように夜間休日に身体合併症が発生した場合の受け入れ体制が十分整備されていないことが大阪の精神科医療の課題の1つであり、この課題は高齢化に伴う認知症患者の増加によりますますその課題は大きくなると思われる。

#### IV. 精神科医療システムの課題解決への方向性 —公的総合病院精神科の役割—

現在、大阪では、このような夜間休日の精神科身体合併症治療対策として、一般救急医療機関から身体症状が改善したのちに精神科救急医療機関へ後送する新たなシステムが検討されている。しかし、身体症状、精神症状とも同時に入院治療を要するレベルであるケースも少なくなく<sup>1)</sup>、そのようなケースについては総合病院精神科病棟における夜間休日の身体合併症医療が必要である。しかし夜間休日の受け入れ体制の整備には時間外勤務のためのマンパワーの充実が必須条件となるが、昨今、公的病院においても経営効率の改善という観点から採算性も全く無視できなくなっており、公的総合病院でも夜間休日の精神科身体合併症医療を充実させていくためには、マンパワーの充実に見合う診療報酬などの増収が必要となる。現行の診療報酬体系の中では、平成20年度に創設された精神科救急・合併症入院料の活用が考えられるが(表2)、その算定基準のいくつかは精神科単科病院を想定している精神科救急入院料と同条件のものであり、総合病院が身体合併症医療を進めていくには厳しい要件である。具体的には「当該地域における措置入院、緊急措置入院及び応急入院の年間新規入院患者の4分の1または30件以上」、「入院前3ヵ月に保健医療機関の精神科病棟に入院していない」という要件を総合病院精神科で身体合併症医療を進めていくのに課す必要があるかは疑問である。特に後者は精神科病院と総合病院精神科の身体合併症医療の連携を進めていくうえで阻害的に働くもので、精神科病院との連携した身体合併症医療を進めていくためには、これらの要件の緩和が必要である。

しかし、平成20年度の診療報酬改正で精神科救

表2 精神科救急・合併症入院料

| 項目          |            | 精神科救急・合併症入院料  |
|-------------|------------|---|
| 点数          | 入院後 30 日以内 | 3,462 点   |
|             | 入院後 31 日以上 | 3,042 点   |
| 病院          |            | 救命救急センターを有している病院  |
| 医師          | 病院 (常勤)    | 精神科医 5 名以上  |
|             | 病棟 (常勤)    | 精神保健指定医 3 名以上   |
|             |            | 16 : 1 以上   |
| 精神保健福祉士     |            | 2 名以上   |
| 看護職員 (常勤)   |            | 看護師 : 常時 10 : 1 以上  |
| 夜勤帯の職員      |            | 看護師 : 常時 2 名以上  |
| 1 看護単位      |            | 60 床以下  |
| 病棟隔離室       |            | 隔離室を含む半数以上が個室 (合併症ユニットを個室として算定)                                     |
| 検査体制        |            | 必要な検査, CT 撮影が必要に応じて速やかに実施できる体制                                      |
| 精神科救急医療システム |            | 全入院形態が受け入れ可能<br>時間外・休日・深夜受診件数が年間 200 件以上, 又は指定された地域における人口万対 2.5 件以上 |
| 対象患者        | 患者構成       | 年間の新規患者の 6 割以上が措置入院, 緊急措置入院, 医療保護入院, 応急入院, 鑑定入院及び医療観察法入院            |
|             | 新規患者       | 当該地域における措置入院, 緊急措置入院及び応急入院の年間新規入院患者数の 4 分の 1 以上又は 30 件以上の受け入れ       |
|             |            | 入院前 3 ヶ月に保険医療機関の精神病棟に入院していない  |

急・合併症入院料が創設されて以降, 点数的には不十分ではあるが, 平成 24 年度診療報酬改定でも, 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算 (1,000 点), 精神科救急搬送患者地域連携受入加算 (2,000 点), 精神科リエゾンチーム加算 (200 点, 週 1 回) など総合病院精神科を対象とした項目が創設されてきていることは評価できるものであり, 今後, 一層, 総合病院精神科の医療が評価されるためにも, 公的総合病院精神科が積極的に政策医療などの地域の精神科医療の課題に対応しなければならず, 今後, 大阪においては自治体などと協働し公的総合病院精神科を中心として総合病院精神科, 精神科病院, 精神科診療所, 一般救急医療機関などと連携した夜間休日の身体合併症医療システムを構築する必要がある。

## おわりに

公的総合病院精神科はそれぞれの地域における精神医療の政策的課題への対応を求められるが, 大阪では夜間休日に身体合併症治療体制が十分整備されていないことが精神科医療の課題の 1 つであり, 精神科救急・合併症入院料を活用して, 公的総合病院が中心となり行政と協働しながら精神科病院, 精神科診療所, 一般救急病院などと連携した夜間休日の身体合併症医療連携システムを構築する必要がある。さらに, 今後, 大都市の高齢化に伴う認知症患者の増加によりますます身体合併症医療のニーズが増大することが予想されるが, より多くの総合病院精神科が参画するためにも診療報酬などの配慮がなされることを期待する。

## 文 献

- 1) 古塚大介: 精神科救急医療システムの再構築 行

政の立場から, 日精協誌, 26; 943-949, 2007

2) 八田耕太郎: 精神科救急医療, 特に身体疾患や認知症疾患の合併症例の対応に関する研究 平成 19 年度厚生労働科学研究報告書 (主任研究者: 黒澤 尚), 71-96, 2009

3) 野田哲朗, 古塚大介: 大阪の精神科救急システムの現状と展望. 精神科救急, 13; 90-99, 2010

4) 大阪府: 傷病者の搬送及び受け入れの実施基準. 大阪府ホームページ (<http://www.pref.osaka.jp/attach/>

3071/00022885/fu/kijyun.pdf)

5) 大阪府: 大阪府医療機関情報システム ([http://www.mfis.pref.osaka.jp/ap/qq/sho/mwmikinosr03\\_001.aspx?serviceid=mwmikinosr&shorikbn=1](http://www.mfis.pref.osaka.jp/ap/qq/sho/mwmikinosr03_001.aspx?serviceid=mwmikinosr&shorikbn=1))

6) 大阪府: 大阪府毎月推計人口, 大阪府ホームページ (<http://www.pref.osaka.jp/toukei/jinkou/jinkou-xlslist.html>)

7) 大阪府保健医療室地域保健感染症課資料.

---

## Roles of the Psychiatry Department of General Hospitals in Large Cities

Daisuke FURUTSUKA

*Department of Psychiatry and Psychology, Osaka City General Hospital*

Owing to concentration of the population in large cities, the need for psychiatric care in such cities is increasing. Further, the needs are diverse. Under such circumstances, the Department of Psychiatry at public general hospitals in these cities is required to provide care for patients with combinations of mental and physical diseases within the framework of governmental healthcare programs. For such care to be adequately provided, collaboration is needed among not only psychiatry departments of multiple general hospitals, but also various types of medical facility providing psychiatric care (such as psychiatry hospitals, general practitioners in psychiatry, and medical facilities in general accepting critical patients).

In Osaka Prefecture, there are now three governmental healthcare programs related to psychiatric care (a critical psychiatric care program; an urgent psychiatric care program that deals with patients with psychiatric disorders with potential for harming themselves or others at night and on holidays; and a combined mental/physical disease care program). These are joint projects by the Osaka Prefectural Government, Osaka City Government, and Sakai City Government (i. e., the prefectural government and two major city governments in Osaka). Of these three programs, the critical psychiatric care program involves primarily hospitals specializing in psychiatry. The combined mental/physical disease care program is not supported by sufficient capabilities of providing care at night and on holidays (care being provided only during the daytime on weekdays, as a rule), because no beds have been allocated specifically for use in this program at the hospitals involved. These are open issues related to psychiatric care in Osaka.

In Osaka Prefecture, the number of medical facilities registered as secondary critical care facilities within the critical care system has been decreasing. Thus, it is becoming difficult to

treat the physical diseases of patients with relatively mild psychiatric symptoms. Consequently, critical care centers are sometimes forced to manage psychiatric patients with relatively mild physical diseases, who do not fall under the category of patients requiring critical care. To resolve these issues, the psychiatry departments of public general hospitals are now required to make joint efforts to establish a system to provide care at night and on holidays for patients with both mental and physical diseases, in cooperation with local governments, while utilizing the health insurance system which accepts billing for special admission fees for psychiatric patients requiring critical care or with complications.

< Author's abstract >

< **Key words** : physical complication, psychiatry department of general hospitals, Critical psychiatric care program, admission fee for critical/complicated psychiatric patients >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 大規模病棟を有していた総合病院精神科のダウンサイジング

青木 勉

(総合病院国保旭中央病院神経精神科)

総合病院国保旭中央病院神経精神科は、1965年に120床で開設され、1985年には240床まで増床された。病床削減の取り組みは、2002年7月、将来構想を練る目的でプロジェクト会議を開催し、多職種スタッフによる話し合いを定期的に開始したことにさかのぼる。まず、見本となる先進的な精神医療地域を学習・視察し、多職種間で精神医療の理想を共有し、次に当科の問題点を考察した。療養環境の老朽化、それに伴う行動制限の問題、長期在院患者の増加による救急・急性期の機能低下、アウトリーチ・住居サービスの不足、精神科専門医療特に児童青年精神医療の未整備など多岐にわたる問題があがった。2003年には、長期在院患者調査を行い、その結果を受けて、「ENTプログラム」を多職種で行い、15名の長期在院患者が退院となった。2005年からは、各種ワーキンググループを組織し徐々に脱施設化を進め、2007年には、170床まで病床削減することができた。

2008年には、自己完結型から、地域連携型の地域精神医療に方向を転換。救急、児童精神、アウトリーチを当科の重点役割とし、他精神医療施設との連携を強化しながら、病床削減を進めた。2009年10月には、病院の付属施設として精神科訪問看護ステーション「旭こころとくらしのケアセンター」を、2010年10月には病院立の移行型グループホーム「ピアハウス」を開設し、重症長期在院患者の地域移行が可能となり、2012年4月現在、2病棟・80床で稼働している。

「旭こころとくらしのケアセンター」では、5名の精神科訪問看護師を配属し、病院の外來訪問看護室、精神保健福祉士1名、精神科作業療法士2名と連携し、年間約7,200回以上の訪問を行っている。その活動により、24名の包括的地域生活支援（ACT）症例を含め、93名の患者の地域生活を強力に支援しており、東総地域での地域精神医療を支える重要な役割を担っている。

上記の活動により、平均在院日数は徐々に低下し2011年度現在70.5日となり、精神科救急受診件数、救急由来入院割合は最多であった2004年度の1,440、43.3%から2011年度には702、30.0%と著しく低下している。これらの結果から、当院における脱施設化は、平均在院日数の短縮化、精神疾患の救急化の予防、救急からの入院の防止に貢献し、医療の質を向上させていると考えられた。

<索引用語：地域移行、アウトリーチサービス、包括的地域生活支援、精神科救急、多職種連携>

## はじめに

総合病院国保旭中央病院は、千葉県北東部に位置し、診療科数36科、病床数989の基幹総合病院で、診療圏は茨城県南部を含む半径30km、診療圏人口は約100万人である（図1）。

## I. 旭中央病院神経精神科の概要

神経精神科は、医師13名（精神保健指定医6

名、後期研修医5名、初期研修医2名）、看護師48名（正看37名）のうち5名を精神科訪問看護ステーションに専属で配置、精神科作業療法士5名、臨床心理士5名で構成される。当科の中核を担っているのが「こころの医療センター」であり、児童精神科と一般精神科の2つの外來（1日平均177名）、救急入院科病棟40床と児童精神科を含む多目的病棟40床の2つの病棟（平均在院日数



図1 旭中央病院の概要と診療圏

70.5日)、デイケアセンターや精神科作業療法センター、地域生活支援室などを持つ6階建ての建物である。本院から約6km離れた場所にある精神科訪問看護ステーション「旭こころとくらしのケアセンター(AKK)」,そして本院から徒歩で15分ほどのところに移行型グループホーム「ぴあハウス」を持ち、それぞれが密接に連携し、地域精神医療を担っている。

## II. ダウンサイジングの歴史的経緯について

当科は、1965年に120床で開設され、1985年には240床まで増床された。病床削減の取り組みは、2002年7月、将来構想を練る目的でプロジェクト会議を開催し、多職種スタッフによる話し合いを定期的に開始したことにさかのぼる。まず、見本となる先進的な精神医療地域を学習・視察し、多職種間で精神医療の理想を共有し、次に当科の問題点を考察した。療養環境の老朽化、それに伴う行動制限の問題、長期在院患者の増加による救急・急性期の機能低下、アウトリーチ・ハウジン

グ機能の不足、精神科専門医療特に児童青年精神医療の未整備など多岐にわたる問題があがった。2003年には、長期在院患者調査を行い、入院233名中、1年以上の長期在院が152名(65.2%)で、多職種スタッフにより内76名が要入院継続と判断された。その結果を受けて、「ENTプログラム」を多職種で行い、2007年に行った患者満足度調査では、退院14名中12名(85.7%)が退院して良かったと回答し、最終的には29名の長期在院患者が退院となった。2005年からは、各種ワーキンググループを組織し、グループホームやアパートと連携をし、ハウジングサービスを強化、急性期における多職種チーム介入を開始した。多職種チーム介入はその後、児童、地域移行、在宅支援、リエゾンなどに徐々に拡大した(図2)。このような取り組みにより脱施設化を進め、2007年には、170床まで病床削減することができた。2008年には、地域医療崩壊の危機を経験し、地域精神医療推進部を開設し、自己完結型の精神医療から、地域連携型の地域精神医療に方向を転換。救急、児

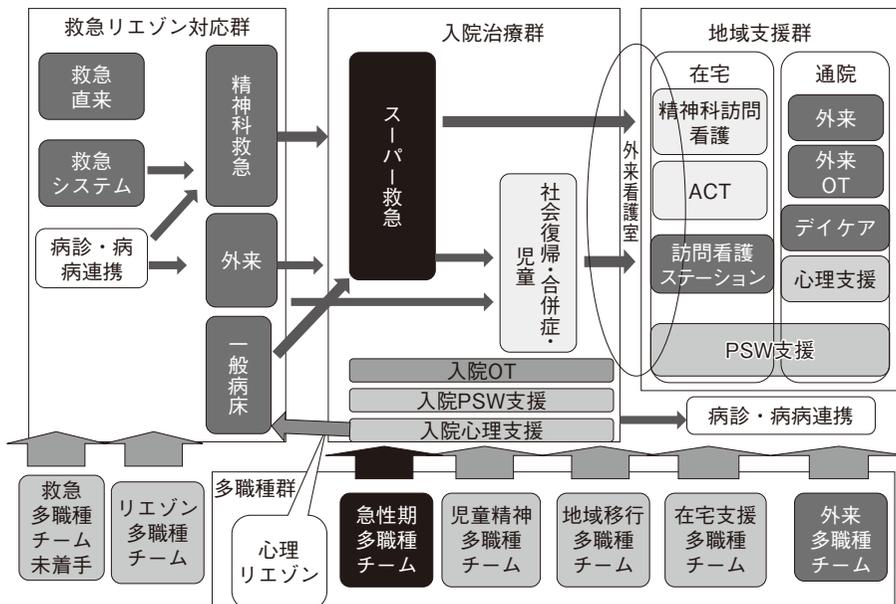


図2 神経精神科の多職種チーム介入

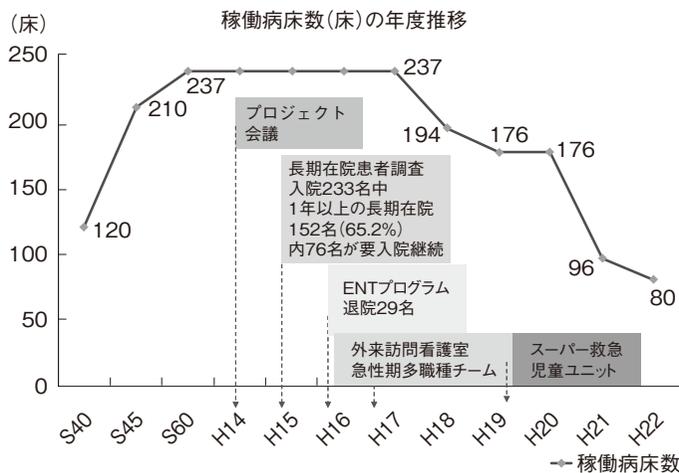


図3 地域移行の経緯

童精神，アウトリーチを当科の重点役割とし，他精神医療機関との連携を強化しながら，病床削減を進めた。2009年10月には，病院の付属施設として「旭こころとくらしのケアセンター」を，2010年10月には病院立の移行型グループホーム「ピアハウス」を開設し，重症長期在院患者の地域移行が可能となった。2012年1月には，「こころの医療センター」を開設し，精神医療の機能を強化集

約した。2012年4月から海匝保健所精神科連絡会議を毎月開催し，各精神科医療機関との連携をより強化し，2012年4月現在，2病棟・80床で稼働している（図3）。

### Ⅲ. アウトリーチサービスについて

「旭こころとくらしのケアセンター」では，5名の精神科訪問看護師が配属され，病院の外来看護

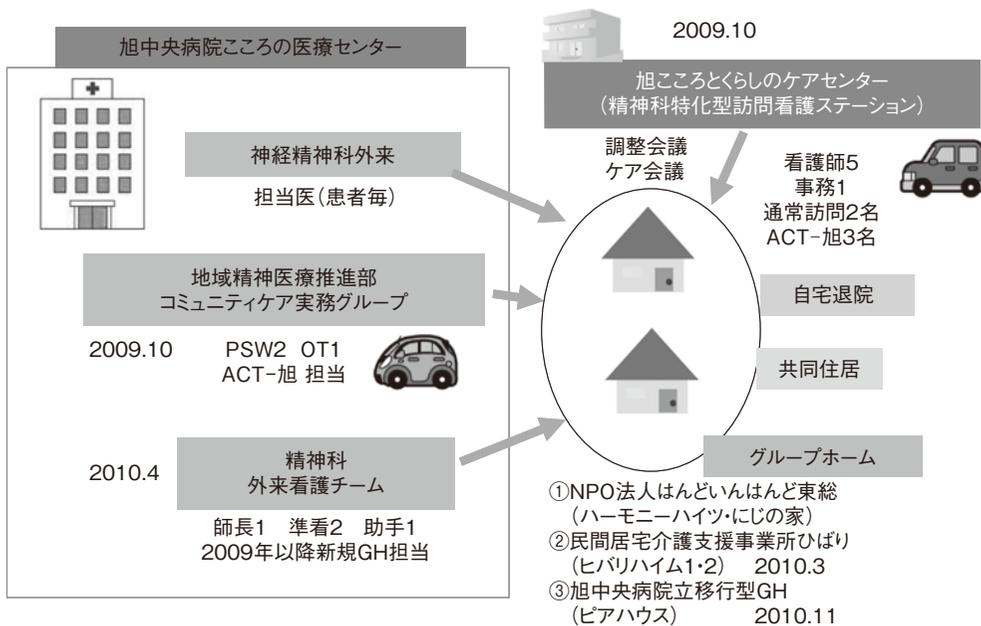


図4 アウトリーチの仕組み

表1 一般の訪問と ACT の役割分担

|            | 一般の訪問 (訪問看護一旭)                               | ACT-A   |
|------------|--|---|
| 疾患         | 特に定めなし                                       | F2, F3 に限定 (主に統合失調症, 双極性障害)                         |
| 重症度        | 特に定めなし                                       | 重症者<br>1年に2回以上の入院<br>年100日以上入院など<br>GAF 50以下 (40程度) |
| キャッチメントエリア | 旭市, 銚子市, 匝瑳市以外も対象, 香取, 神栖, 多古, 横芝光, 山武, 芝山など | 旭市+近隣2市 (銚子市, 匝瑳市)                                  |
| ケースロード     | 特に上限の定めなし                                    | 1:10 以下   |

↔  
重症度による移動あり

チーム看護師3名と補助員1名, 地域精神医療推進部コミュニティケア実務グループの精神保健福祉士1名, 精神科作業療法士2名と連携し, 訪問を行っている(図4). 一般の訪問とACT<sup>1)</sup>は役割を分担しており(表1), 24名のACT症例を含め約90名の利用者に対し, 年間7,200回以上の訪問を行い, 地域生活を強力に支援しており, 千葉県東総地域での地域精神医療を支える重要な役割を担っている.

#### IV. ダウンサイジングによるアウトカム

これらの取り組みにより, 平均在院日数は, 2009年4月の208.9日から2012年3月の89.4日と大幅に減少している(図5). また, 精神科救急に関しても2004年度には受診者数が1,440件/年, 救急由来入院件数146件/年, 全入院に占める救急入院の割合43.3%が, 2011年度にはそれぞれ702件, 93件/年, 30.0%と著しく減少している(図6). また, 児童精神科を開設し, こどもからお年寄りまでの一貫した精神医療を提供することが可

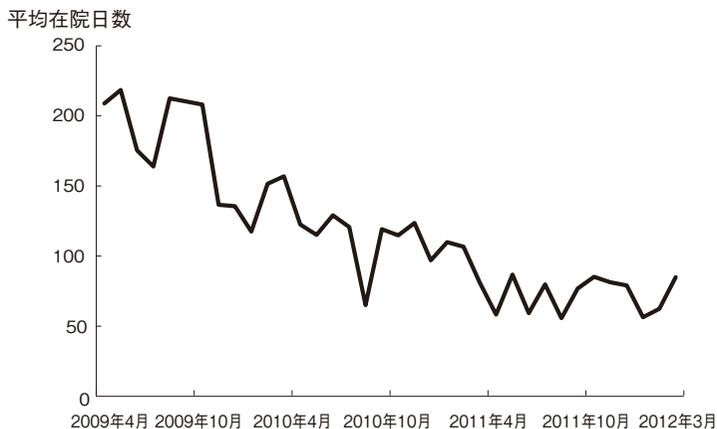


図5 平均在院日数の推移

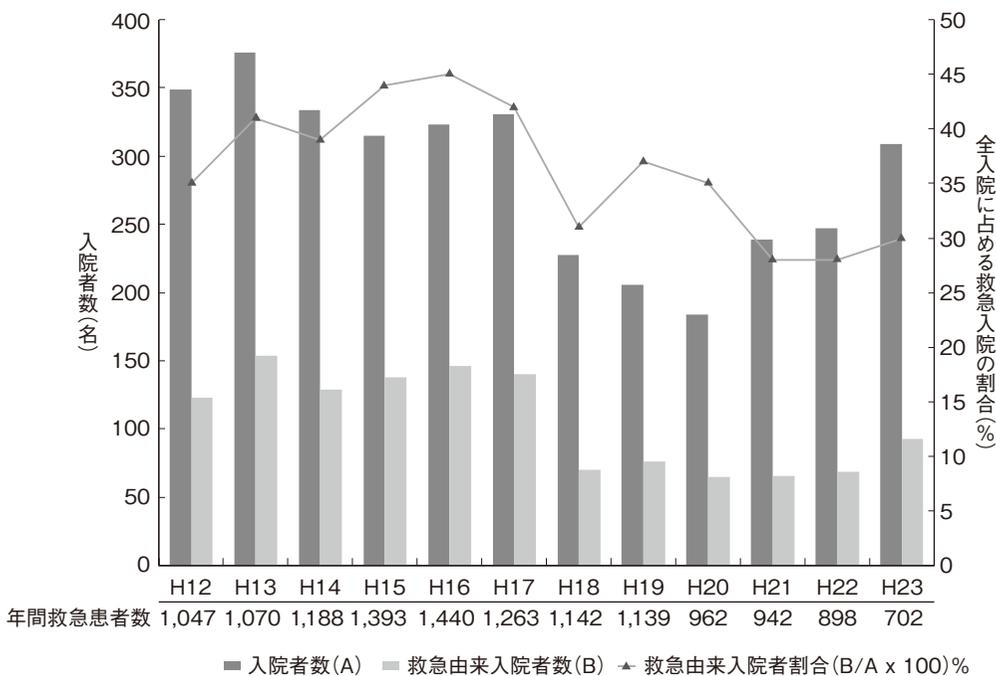


図6 救急入院年度別推移

能となっている (図7)。

治療抵抗性精神障害の治療については、高齢者の気分障害を中心に修正型電気けいれん療法を236回/年施行している。また、統合失調症に関しては、2011年2月よりクロザピンを導入し、毎週多職種でクロザピンカンファレンスを開催し、13症例に対して投与している。症例の属性は、平均

で、年齢：発病20.1歳 開始41.0歳で発病後20.9年、入院回数8.3、入院期間合計で45.2ヵ月である。抗精神病薬内服量がクロザピン導入前1,586mgが導入後590 (mg；CPZ換算) に低下、GAFが24.5から41.1に上昇し、7名が退院し(ACT6名)ダウンスाइジングに貢献しており、クロザピン治療経験者によるピアサポートでクロザピン治療を

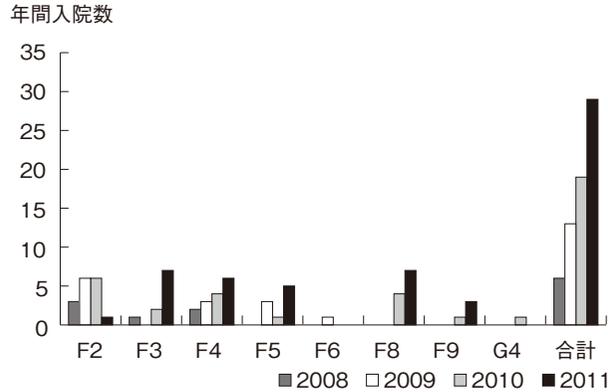


図7 児童精神科入院年度別 ICD 分類



図8 東日本大震災による旭市における被害状況

開始した症例も出てきている。

2011年3月11日の東日本大震災の際に、当地も関東地方では最大の津波被害を受けたが(図8)、県や千葉大学の協力のもと、震災後5日どころのケアチームを結成し(表2)、避難所の巡回や、仮設住宅の訪問、心のケア外来を開設し、被災者のための精神保健医療サービスを提供した(表3)。このような活動を円滑に実行できた背景

表2 こころのケアチームについて

- ・市内4カ所を3~4名で巡回
- ・日時: 毎週(月)16時~19時頃
- ・内容: 「こころのケア」に関する資料の配布, 声かけ・表情の観察・相談(診察と処方)
- ・方針: 避難者全員に声をかける(気になる方はスタッフ間で情報交換)  
できるだけ同じスタッフで行く
- ➡被災者に、見守られているという安心感を育み、安定した関係性を構築する

表3 被災者支援 こころのケアチームの活動

|    | 日付   | 全避難者数   | 処方を受けたケース               |
|----|------|---------|-------------------------|
| 1  | 3/16 | 約 640 名 | 女性 1 (不安)               |
| 2  | 3/18 | 約 340 名 | 女性 1 (不安), 男性 1 (うつ)    |
| 3  | 3/24 | 約 330 名 | 女性 3 (不眠)               |
| 4  | 3/29 | 約 320 名 | 女性 3 (不安・不眠), 男性 1 (不眠) |
| 5  | 4/4  | 約 240 名 | 女性 3 (不安・不眠)            |
| 6  | 4/11 | 約 250 名 | 女性 5 (不安・不眠), 男性 1 (不眠) |
| 7  | 4/18 | 約 190 名 | 女性 3 (不安・不眠), 男性 1 (うつ) |
| 8  | 4/25 | 約 180 名 | 女性 4 (不安・不眠)            |
| 9  | 5/2  | 約 170 名 | 女性 4 (不安・不眠)            |
| 10 | 5/9  | 約 160 名 | 女性 4 (不安・不眠)            |
| 11 | 5/16 | 約 130 名 | 女性 3 (不安・不眠)            |

※ 12 人に、延べ 38 回処方 ※ 避難所は 2011 年 5 月 21 日に閉鎖

表4 臨床教育・研修体制の充実

- ・ 指導医、後期、初期研修医の屋根瓦方式の研修(入院・救急)
- ・ 脳波判読会、薬理・精神療法抄読会
- ・ 各種学会(国際、国内)発表、論文執筆
- ・ 多職種による病棟(一般、児童)、外来(救急・一般・児童)、リエゾン、クロザピン、アウトリーチ、精神療法カンファレンスの実施
- ・ オーダーメイド研修
- ・ 精神科リハビリテーション、アウトリーチ
- ・ 地域精神医療研修(バンクーバー、イタリア、国府台)
- ・ 認知行動療法、精神分析、児童、薬物依存
- ・ 内科・小児科など他科とのハイブリッド研修
- ・ 身体科専門医師の研修

には、日頃の多職種連携と、アウトリーチなど地域精神医療への取り組みがあったことは、間違いない。

また、このような病床のダウンサイジングは、多職種による情報共有の機会をふやし、精神科リハビリテーションやアウトリーチなど地域精神医療の研修が可能となり、臨床教育研修の充実ももたらした(表4)

## ま と め

- ・ 当院は2005年まで大規模精神病床を持ち、従前

より地域精神医療に非常に熱心なスタッフが多数在職していた。

- ・ 当科のダウンサイジング(地域移行)は、2002年より多職種によるプロジェクトチームで継続的に検討され、2003年の多職種による長期在院調査を皮切りに、地域生活支援、ハウジングサービスの充実と他医療機関との連携などにより達成された。
- ・ 地域移行は、多職種が連携し、「ENTプログラム」、ハウジングサービス、ACTと通常訪問サービス、外来、救急により行われている。
- ・ 地域移行は、患者満足度を上げ、平均在院日数の短縮化、事例の救急化や救急からの入院の防止に貢献し、医療の質を向上させている。
- ・ 地域移行により、ACTなどアウトリーチサービスや児童精神科病棟の開設、クロザピンによる治療抵抗性統合失調症の治療や震災後の円滑なこころのケアなどが可能となった。

## 文 献

- 1) 西尾雅明：ACT入門—精神障害者のための包括型地域生活支援プログラム—、金剛出版、東京、2004

## Downsizing Inpatient Wards in the Department of Psychiatry, Asahi General Hospital

Tsutomu AOKI

*Department of Psychiatry, Asahi General Hospital*

Asahi General Hospital is one of the biggest public hospitals in Japan, with 989 beds, serving a catchment area of about one million people.

The Department of Psychiatry was established in 1965, with 120 inpatient beds, increasing to 240 in 1985. In 2002, a multidisciplinary team project to integrate mental health services was commenced. A subsequent study in 2003 determined that 152 of 233 patients (65.2%) were inpatients for over one year, but that 76 of the 152 (50%) could have been discharged if housing and outreach services had been available. We initiated a discharge program, and eventually discharged 29 of these patients. According to a patient satisfaction survey (n=17), 85.7% were satisfied with their life after discharge. In 2005, we established working groups, such as housing, outreach services, and child psychiatry, and strengthened our multidisciplinary team approach. In 2007, the inpatient service was downsized to 170 beds.

However, in 2008, a lack of psychiatrists forced a change of policy. Regional mental health services were reorganized into a single department with four main divisions : emergency psychiatry, child psychiatry, outreach services, and the treatment of patients with resistant mental disorders. We began to work in cooperation with other mental health hospitals and clinics to downsize our department. In October 2009, we built a psychiatric outreach nursing station, the "Asahi Kokorotokurashino Care Center," followed in October 2010 by a transitional group home, "Pier House", to which we were able to discharge patients with more severe mental disorders. Since April 2012 there is a monthly meeting in a primary health center for psychiatric hospitals to coordinate activities in the Kaiso district. We now have two inpatient wards, with a total of 80 beds.

These changes resulted in a rapid decrease in the average length of stay, from 208.9 days in April 2009 to 89.4 days in March 2012. There was also a decrease in the average number of emergency psychiatric outpatient visits, from 1,440 in 2004 to 702 in 2011, and the proportion of emergency psychiatric inpatients decreased from 43.3% in 2004 to 30.0% in 2011.

In February 2011 we began to treat refractory schizophrenic patients with Clozapine, which was allowed to be prescribed in Japan in September 2009. Thirteen patients have been treated with Clozapine, and 7 of them have now been discharged. Modified-ECT was employed 236 times in 2011, mainly for the aged with mood disorders.

After the Great East Japan earthquake, 13 people died, 2 are still missing, and more than 1,200 houses in Asahi City were damaged by the tsunami. Five days after the earthquake, a multidisciplinary mental health service team visited the victims every week, and began a

psychiatric clinic for them. Every week, the team visited 4 places of refuge and tried to talk with every refugee. In May 2011, all places of refuge were closed, and 200 households moved to camps, where the team visited meeting rooms almost every week. These results show that downsizing the number of psychiatric inpatient beds shortened the average length of stay, reduced psychiatric crises, decreased emergency psychiatric admissions, and improved the overall quality of mental health services.

<Author's abstract>

<**Key words** : deinstitutionalization, multidisciplinary team, assertive community treatment, housing service, emergency psychiatry >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 単科精神科分院から総合病院精神科への移行

安田 素次

(市立札幌病院精神医療センター部長)

市立札幌病院静療院は昭和9年に開設された単科精神科病院（成人部門252床、児童部門60床）である。下記の経過で平成24年4月、成人部門が市立札幌病院に統合し市立札幌病院精神医療センター、児童部門は札幌市保健福祉局児童心療センターとして再出発し、77年の歴史に終止符を打った。

- ①昭和48年に小児特殊病棟、平成6年に老人性認知症治療病棟を開設し、児童から高齢者までの幅広い専門的医療実現に特徴があった。
- ②筆者が院長となる平成12年には長期在院患者退院促進の一方、保護室占拠の患者のそれは進まず、一般病室の空床化と救急受け入れ困難から市当局、議会、医師会から厳しい批判が寄せられた。
- ③病棟を削減し、1病棟を急性期治療病棟化するも、残り1病棟の施設化はさらに顕著となる。
- ④平成19年総務省公立病院改革ガイドラインによる精神科の再編が初めて病院局として明確化された。
- ⑤平成22年1月、札幌市が新病棟新設を決定、24年38床（個室22床）で再出発した。

不透明な経過に対する職員の忍耐、病院局・北大精神科医局の協力、総務省の改革プラン提示・精神科救急合併症入院に関する診療報酬上の変化、民間病院の処遇困難患者受け入れ協力が追い風となり、市への説得に功を奏した。以下は統合後のわずかな経験からの提言である。

総合病院精神科病棟の存在自体が先進医療提供の評価（同病棟の存在が総合病院のDPC係数をあげる）となる世論の育成と政策が必要である。平成24年の診療報酬改定では、DPC対象病院がI群、II群、I・II群以外のほとんどの病院からなるIII群にランク付けされた。その際にも精神科救急機能・精神科身体合併症機能、精神科リエゾンチーム活動が診療密度、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療の実施から十分な実績要件になるはずである。DPCIII群からII群昇格への評価点としてこれらの実績が認められるべく学会をあげての誘導努力が求められる。

総合病院としての医療上、診療報酬上の格上げへの精神科からの働きかけが院内精神科の地位をあげ、有床精神科の増加と同科が地域での真の意味での中心機能を果たす時代の到来を誘発するであろう。そして包括的医療の実現に向けて日本の医療の底上げに寄与するに違いない。

<索引用語：市立札幌病院静療院，市立札幌病院精神医療センター，単科精神科，総合病院精神科，統合による包括的医療>

## はじめに

市立札幌病院静療院は昭和9年に開設された市立札幌病院の精神科分院である。開設時から昭和48年改築時までの病院敷地の図1を見ると、当時の病舎は札幌市郊外の藻岩山を借景とした丘陵地帯の林の中にあり、木造平屋建ての病棟群からなる。現在地は地下鉄駅から徒歩10分の住宅街にあ

るが、リング畑に隣接しているといったところに治療的景観を大事にした開設者の発想が窺われる。一方で戦前は函館市立の柏木分院とならび全道で2か所しかなかった精神病院の1つで、道内各地から患者が入院していた様子である。当時の古色蒼然とした写真には一度入院すると復帰できないような威厳のある正面玄関とその奥に隠れる

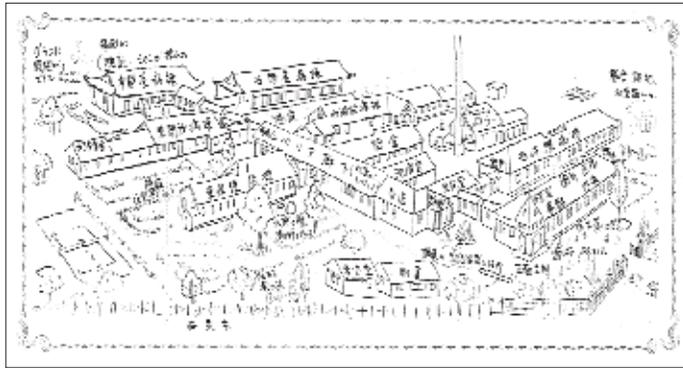


図1 昭和9年 静療院設立



図2 病院正面玄関



図3 病棟

頑強な鉄格子に覆われた病棟群が印象的に示される(図2, 3)。静養室といった和室に花まで生けられる上流階級の病室が用意される反面、ほとんど雑居坊としか言いえない大部屋には10人から20人の患者が収容されていた。改築直前に赴任した若い女医が腰を抜かしたという言い伝えも、むべなるかなという光景がそれらの記録から窺われる。昭和48年には改築され近代的なビル構造となった。成人部門252床(5病棟)、児童部門60床(2病棟)計312床からなる精神科単科の病院であったが、平成24年3月をもって成人部門が市立札幌病院本院に統合し、77年の歴史に終止符を打つことになった。同年4月より成人部門は市立札幌病院精神医療センターとして、児童部門は札幌市保健福祉局児童心療センターとして再出発している。市立札幌病院敷地内にある新たな精神医療センターの図面を示しつつ(図4~6)、この度は成人部門の市立札幌病院への統合につき、その

経過を振り返ることで、これからの精神科医療への一材料提供としたい。

## I. 経 過

- ①札幌市の唯一の公立精神病院として、昭和48年には院内学級を伴う小児特殊病棟を併置、平成6年には老人性認知症治療病棟の開始運営と、児童から高齢者に至るまでの各分野の専門的医療に向けての努力がなされてきた。一方で老人性認知症治療病棟の運営は1病棟を認知症治療病棟へ、1病棟を身体合併症病棟へ転換することによる成人病棟長期入院患者の高齢化に対応する一戦略でもあった。身体合併症病棟に1名の内科医を専従としたが、合併症は内科にとどまらず、内科医の継続的な人材確保も難しかった。
- ②筆者が院長になった平成12年には長期在院患者の転院・退院は促進されたが、数少ない保護

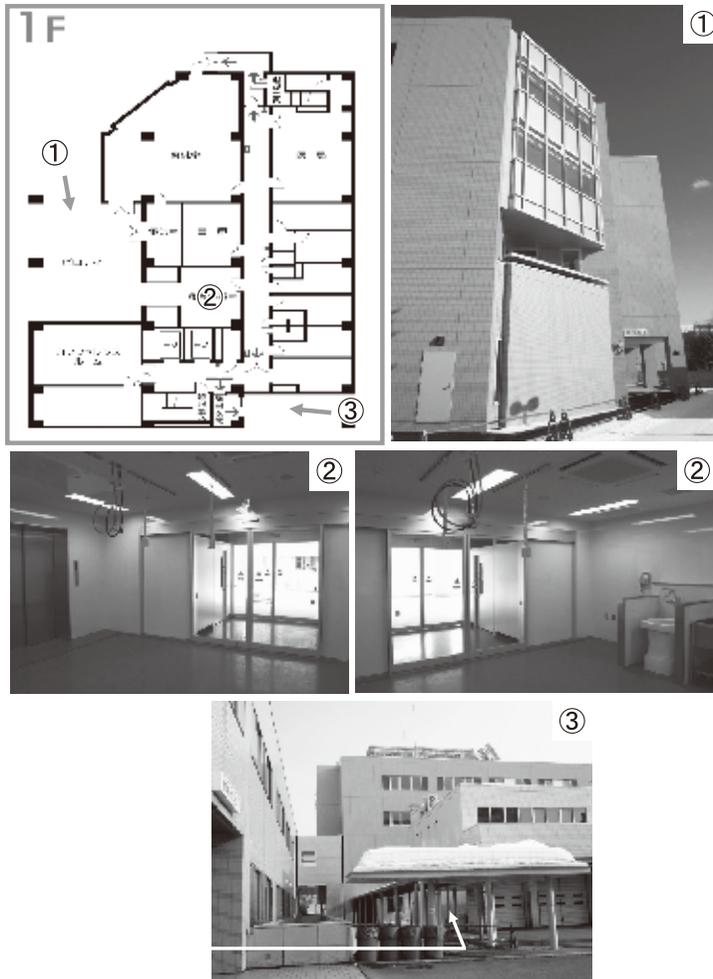


図4 精神医療センター

① 救急入口, ② 救急処置室, ③ 2階本院連絡通路 (矢印緊急時, 救命医師来棟経路)

室・個室を慢性に占拠する患者のそれは進まず、救急・急性期の患者の受け入れに進展はなかった。一般病室の空床のみが、かえって目立つようになり、一般会計からの補填額の増加に市当局（病院局、保健福祉局のみならず財政局）中心にさらには市議会、市精神科医会、市医師会などから厳しい批判が寄せられだした。

③平成 15 年に、有識者で構成される「市立札幌病院のあり方に関する懇話会」から提出された答申では、「一般精神や認知症の慢性疾病患者については、民間医療機関に任せるべきである。一方で、札幌市内には、身体合併症を伴った精

神疾患などを管理できる入院病床がないことから、市立札幌病院は、このような患者の対応を行うべきである」との強い指摘を受けることになった。

④病院局の「統合を視野に入れる」という名目と厳しい経営環境を何とか打破すべく病棟規模の縮小（4 病棟から 2 病棟へ）が図られ、1 病棟を何とか急性期治療病棟とする。しかし残りの 1 病棟の処遇困難患者の凝集化はさらに顕著となる。

⑤平成 19 年総務省からの公立病院改革ガイドラインに沿った市立札幌病院新パワーアッププラ

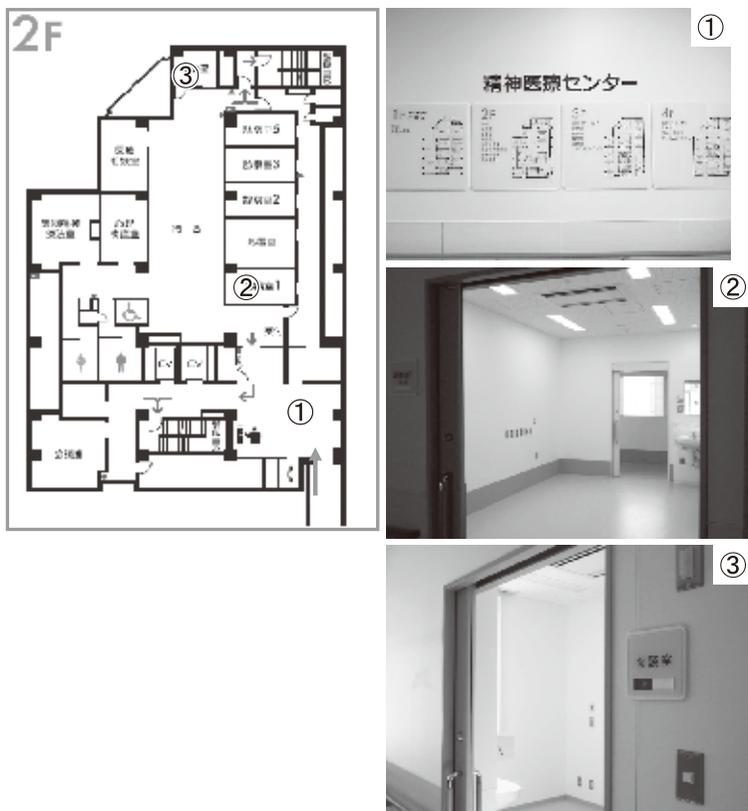


図5 精神医療センター（2F）

① 精神医療センター入口，② 診察室，③ 面談室

ン策定を契機に診療体制の強化として「精神科医療の再編—静療院成人部門の本院統合による精神科身体合併症患者への対応」が初めて病院局として明確に打ち出された。

- ⑥平成22年1月、札幌市の理解のもと、本院敷地内に38床の病棟を新設することになり、救命救急センターと連携した精神科救急医療、精神科疾患と身体疾患を併せ持つ症例の治療が対応可能な方向となった。
- ⑧その後の処遇困難患者の市内私立病院の受け入れ協力で、成人病棟の閉鎖も可能となる。
- ⑨平成24年市立札幌病院精神医療センター名で精神科救急合併症入院料算定可能な病棟に向けて再出発した。

## II. 精神医療センターの診療概要

### 1) 病床構造

当センターは救命救急センターに隣接して新築された4階建てで、既設の市立札幌病院とは2階の渡り廊下で連結されている。1階は救急外来、2階は一般外来、3階は合併症ユニット8床を含む身体合併症治療中心のユニット18床、4階は5室の保護室を含む救急・急性期患者中心の病床ユニット20床から構成されている。全38床中個室は22床からなる（図4～6）。

### 2) 職員配置

常勤医師8名（うち後期研修医2名）、看護師33名（病棟30名：10対1看護、外来3名）、精神保健福祉士2名、心理検査員（非常勤）1名。

### 3) 入院診療

緊急に精神科入院治療を必要とする患者に加え

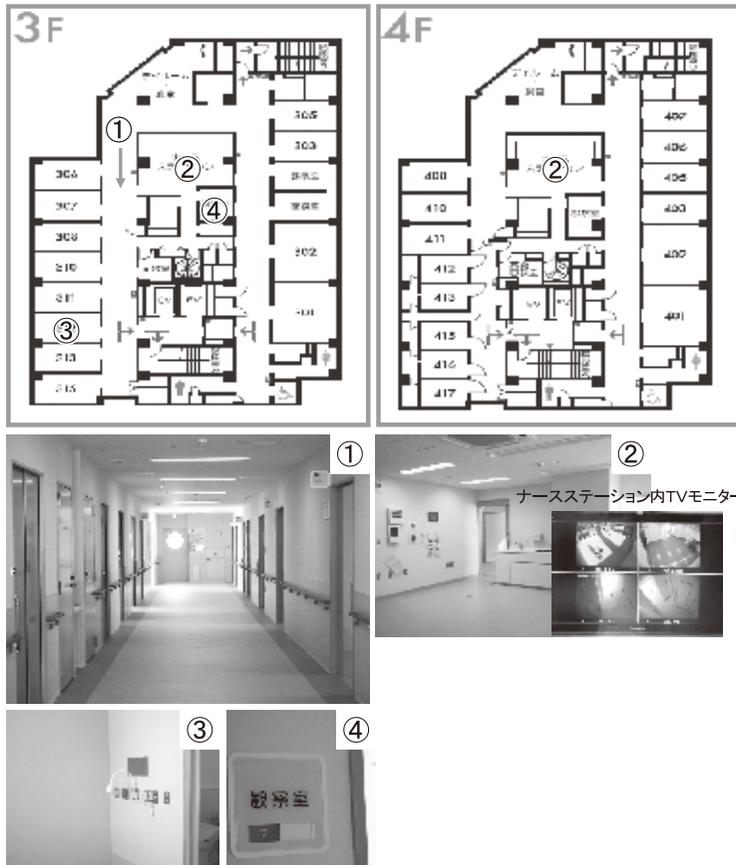


図6 精神医療センター（病棟）

3F（合併症患者など）18床，4F（救急・急性期患者など）20床

① 廊下，② ナースステーション，③ 身体合併症（個室），④ 観察室

て、当院救命救急センターと連動した重篤な身体疾患を併せ持つ精神科救急患者および当院各診療科と連携した急性期の身体疾患を合併し、かつ手厚い精神科治療を必要とする患者を受け入れる方針としている。

4) 外来診療

リエゾンチームの活動を通して各診療科入院患者の心身両面からの診療を支援することを重視している。急性期入院治療を終えた患者は札幌市内もしくは札幌圏の連携医療機関に紹介し、地域完結型医療を推進すべく、一般外来（とりわけ再来）は極力縮小することとしている。

Ⅲ. 精神医療センター発足後2ヵ月間の経過

入院患者の構成は身体合併症救急事例42.0%、精神科救急事例11.6%、身体合併症事例20.3%、その他26.1%で、身体合併症救急事例が最も多く、同救急事例では自殺企図が多く、救命救急センターとの連携の重要性が強調される。救命救急センターとの連携では、①自殺企図患者については搬入時より精神科診察を開始する体制をとり、②朝8時15分～、午後4時30分～の救命救急センターの精神症状を有する患者のカンファランスに当直医師とリエゾン担当医師が参加、同時に精神医療センターの身体合併症についても相談の機会としている。

特筆すべきは緩和医療における精神科病棟の果たす役割である。緩和ケアの段階になって、抑うつ状態、幻覚妄想状態、せん妄といった精神症状が顕著となり、一般病床、緩和ケア病棟にも入院できない患者群が存在することが明らかになった。これまで多くは在宅で家族がそのケアにあたり忍耐強く看取ってきたものと思われる。時に自殺企図を契機に搬送されることもあり、精神症状を緩和し、一般病棟での治療、緩和ケア病棟へ、もしくは在宅へと患者・家族にとっての目的にかなった橋渡しの場を提供するという機能から総合病院精神科病床の意味するところは大きいものと実感した。

#### IV. 考 察

筆者が院長になって統合までの12年の経過はまさに綱渡りと賭けであった。病床削減の結果、分院成人部門はあっさり消滅していったかもしれない。職員も組合もよく不透明な経過を忍耐強く見守り、受け入れてくれた。さらには北大精神科医局と病院局の最終的な協力が病院消滅せず今日の統合成立に至る援護射撃になった。また総務省の公立病院改革プランの提示や、精神科救急合併症入院料算定が可能になった診療報酬上の変化も追い風となり、市財政局の説得に功を奏した。札幌圏私立病院の処遇困難患者受け入れ協力も含めて最終的には運に恵まれていたと言える。自殺予防対策、緩和医療の充実など将来の精神科医療は総合病院の包括的医療の充実からこそ始まるという筆者の一途な思い込みも途中で挫折せずに済んだ遠因であろう。結果はこれからである。統合後のわずかな経験を踏まえながらこれからの総合病院精神科について提言したい。

まず、総合病院に精神科病棟があること自体に総合病院としての評価につながる世論の育成と政

策誘導があつて良いのではないかとすなわち精神科の病棟を有していることが包括的先進医療を提供しているという評価につながる動きである。具体的には同病棟を有していることが総合病院のDPC係数をあげるという政策誘導が図られなければならない。平成24年の診療報酬改定では、約1,500病院からなるDPC対象病院が大学病院本院80病院からなるI群、一定の実績要件を満たす約80病院からなるII群、I・II群以外の約1,300病院からなるIII群にランク付けされた。このランク付けに際しても精神科病棟を有して精神科救急機能・精神科身体合併症機能も併せ持つ、精神科リエゾンチームが活動しているなどの条件が診療密度、高度な医療技術の実施、重症患者に対する診療の実施という点で十分な実績要件となるはずである。たとえばDPC対象病院のほとんどを占めるDPCIII群からII群昇格への評価ポイントとしてこれらの実績が認められるような学会あげでの誘導努力が必要である。また精神科の診療報酬においても精神科救急合併症入院料病棟については看護度が明らかに高いはずであり、当然のことながら精神科救急病棟とほとんど変わらない診療報酬ではなく、せめて一般診療科の5,000点並みのそれを要求できるシステムを作り出さなければならない。

こういった他診療科を巻き込む総合病院としての医療上、診療報酬上の格上げへの精神科としての現実的な働きかけが総合病院内の精神科の地位をあげ、また有床精神科の全国的な増加をもたらす、総合病院精神科がいわゆる地域における真の意味での中心機能を果たす時代の到来を誘発するであろう。ひいては包括的医療の実現という意味での日本の医療の底上げに寄与することは間違いないというのが筆者の主張である。

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 国境を跨いで活動する日本人のメンタルヘルス対策

鈴木 満  
(外務省)

年々増加する海外在留邦人数は 2011 年に 118 万人に達し、年間海外渡航邦人数はこの 10 年間で 1,700 万人前後を推移している。これに伴い、海外で精神不調をきたす邦人も増加し、海外邦人へのメンタルヘルス対策はますます重要となっている。1980 年代より世界各地の邦人コミュニティにおいて邦人メンタルヘルス専門家たちによる支援活動が散発的に始まった。多文化間精神医学会では、国境を越えて活動する邦人のメンタルヘルスに関する学術調査を施行し、また海外邦人コミュニティにおけるメンタルヘルス支援活動を継続可能なものにするためにコミュニティ内連携およびコミュニティ間連携の支援を行ってきた。本稿では、1993 年の多文化間精神医学会設立から、2010 年の第 1 回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会開催に至るまでの経緯を辿り、これまでの学術活動と支援活動について概観した。

<索引用語：多文化間精神医学，海外邦人，精神科救急>

## はじめに

多文化間精神医学会では、在日外国人のメンタルヘルス支援と海外在留邦人のそれとを実践的支援活動の両輪としてきた。両者には、危機介入遅延による症状の増悪、母語・母文化によるアプローチの重要性、災害弱者としての支援など共通する課題が多い。海外在留邦人数はこの 30 年間で 2.5 倍に増え、2011 年には 118 万人を超えた (図 1, 2)。これに伴い、海外で精神不調をきたす邦人も増加し、精神科救急事例の帰国搬送<sup>9)</sup>を含めたメンタルヘルス対策はますます重要となっている。これまでわれわれは在留邦人支援委員会として、学術活動と併行して海外邦人コミュニティ間の連携支援活動を行ってきた。本稿では、これら

の概要について紹介する。以下、海外在留邦人および海外渡航邦人を「海外邦人」と総称する。なおシンポジウムで発表した外務省の海外在留邦人統計および海外邦人援護統計値については本稿執筆中に公表された最新データ<sup>1,2)</sup>に置き換えた。

## I. 海外邦人数の増加と 海外邦人メンタルヘルス研究の歩み

これまでに多くの研究者が日本語によるメンタルヘルスケアの必要性を提言<sup>4,5,7)</sup>し、1980 年代より海外在住の邦人メンタルヘルス専門家によるボランティア活動が世界各地で自然発生的に始動した<sup>7)</sup>。これらを背景に 1993 年に多文化間精神医学会が設立されて 20 年が経過した。海外邦人の増加

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 文化を跨ぐ精神医学—多文化共生社会における精神医学の視点 (多文化間精神医学会) 司会：野田文隆 (大正大学人間学部)，桂川 修一 (東邦大学医療センター佐倉病院メンタルヘルスクリニック)

(単位：万人)

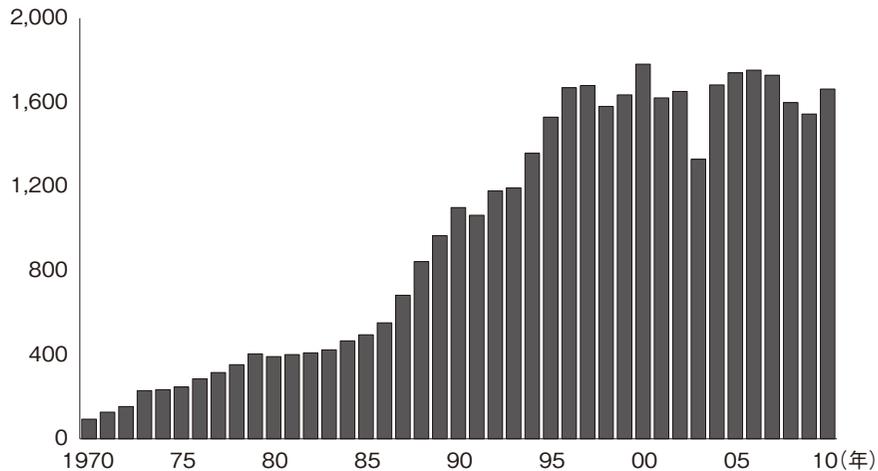


図1 海外渡航邦人数の推移  
(国土交通省, 2010年9月現在)

(単位：万人)

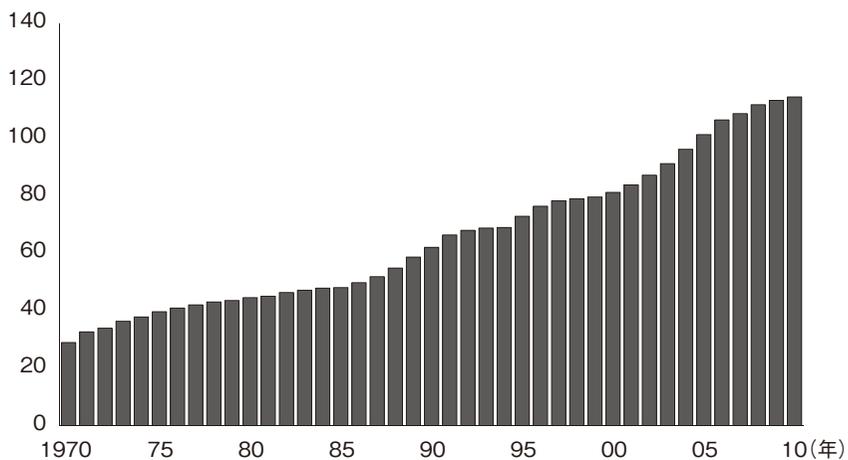


図2 海外在留邦人数の推移  
(外務省海外邦人統計, 2011年10月現在)  
海外在留邦人：3ヶ月以上の長期滞在者+永住者

とともに、渡航目的は多様化し、国際結婚カップルの子女の増加などにより複数文化を跨ぐライフスタイルも珍しくなくなっている。しかしながら、わが国の地域精神医療システムは「移動する

国民」に対応しきれておらず、ひとたび海外でメンタルヘルス不全となると医療的対応に多大な困難を伴うという状況はいまだ改善されていない。多文化間精神医学会では、2000年と2007年に海

表1 海外邦人メンタルヘルス研究と対策の歩み

|  |
|--|
| ・1965 稲永和豊他「米国における日本留学生の生活適応」精神医学7:413-418                                       |
| ・1980 稲村博「海外在留邦人の不適応現象—文化摩擦の精神医学的研究」精神医学22:983-1010<br>(年間渡航邦人数400万人, 在留邦人数45万人) |
| ・1981 森山成彬「海外邦人の精神医療で提言」朝日新聞論壇   |
| ・1987 野田文隆「海外邦人の精神衛生対策を」朝日新聞論壇   |
| ・1993 多文化間精神医学会設立<br>(年間渡航邦人数1,200万人, 在留邦人数70万人)                                 |
| ・2000 多文化間精神医学会総会「文化適応とその明暗」(盛岡)   |
| ・2007 多文化間精神医学会ワークショップ「しごと・家族・文化」盛岡とシンガポールを結んでの開催                                |
| ・2010 第1回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会  |
| ・2012 第2回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会<br>(年間渡航邦人数1,700万人, 在留邦人数118万人)                        |

表2 アジア在留邦人の増加<sup>9)</sup>(2011)

|  |
|--|
| ・アジア在留邦人: 長期滞在邦人309,046人(前年比5.9%増), 永住者22,750人(前年比8.59%増)                      |
| ・世界全体におけるアジア在留邦人比: 22.7% (2003), 26.1% (2006), 27.4% (2010), 28.06% (2011) と増加 |
| ・国別在留邦人数統計では, 中国が米国に次いで世界第2位   |
| ・背景: 円高による製造拠点の変動, 東日本大震災による経済ハブ機能のアジアへのシフト, 退職後ビザによるロングステイなど                  |

外邦人のメンタルヘルス対策をテーマに学術集会を開催し, また学会誌では2001年, 2003年, 2010年に海外邦人を対象とする特集を組むなど, さまざまな議論の場を提供してきた(表1).

118万人の在留邦人の国別居住先は, 米国に次いで中国が多い. 近年アジア全体の在留邦人の増加は著しく, 世界全体の在留邦人の約3割がアジアに住んでいる(表2). 都市別居住先を見ると, 最も在留邦人数が多いのがロサンゼルスで, 上海, ニューヨークがこれに続く(表3). 上海の邦人数は前年比約12%増で, ニューヨークと順位が逆転した<sup>2)</sup>. しかし, 最新版とは言ってもこれらの数値は2011年10月時点のものであり, 昨今の政治経済状況の急変によっては中国から東南アジアへの在留邦人シフトは起こりうる.

同じく2011年10月時点における外務省の海外邦人援護統計<sup>1)</sup>によれば, 在外公館で援護された邦人は年間約2万人であった. そのうち約5,000件が犯罪被害者であり, 事故・災害被害は200件

表3 都市別在留邦人数<sup>9)</sup>(2011)

|     |          |         |
|-----|----------|---------|
| 1位  | ロサンゼルス   | 70,629人 |
| 2位  | 上海       | 56,481人 |
| 3位  | ニューヨーク   | 54,885人 |
| 4位  | ロンドン     | 36,717人 |
| 5位  | バンコク     | 35,935人 |
| 6位  | シドニー     | 26,260人 |
| 7位  | シンガポール   | 26,032人 |
| 8位  | バンクーバー   | 23,847人 |
| 9位  | 香港       | 22,184人 |
| 10位 | サンフランシスコ | 16,565人 |

弱であった(表4). 年間死亡者数は592人で, クライストチャーチ地震では28人が犠牲となった. これらの被援護者にメンタルヘルス専門家による要介入事例が多数含まれることが想定されるが, 現地で日本語によるサービスを受けられる場所は限られている<sup>7)</sup>. 地域別邦人援護件数はアジアで圧倒的に多く(表5), 精神障害による援護216件もその約4割がアジアで発生した. 自殺・自殺未

表4 外務省在外公館における邦人援護数<sup>2)</sup>(2011)

|           |                      |
|-----------|----------------------|
| ・総援護件数    | 17,093件 (対前年比2.41%減) |
| ・総援護人数    | 19,533人 (対前年比1.76%減) |
| ・「犯罪被害」   | 5,267件               |
| そのうち強盗被害が | 296件                 |
| ・「事故・災害」  |                      |
| 交通事故      | 165件                 |
| 水難事故      | 26件                  |
| ・「その他」    |                      |
| 精神障害      | 216件                 |
| 自殺・自殺未遂など | 77件 (死亡者63人)         |

表6 在外公館別援護件数上位5公館<sup>2)</sup>(2011)

|                          |
|--------------------------|
| 1. 在上海日本国総領事館 (前年2位)     |
| 2. 在タイ日本国大使館 (前年3位)      |
| 3. 在フランス日本国大使館 (前年4位)    |
| 4. 在フィリピン日本国大使館 (前年1位)   |
| 5. 在ロサンゼルス日本国総領事館 (前年5位) |

遂は77件で既遂者が63人であった。公館別では、長らく世界最多の援護件数を計上していた在フィリピン日本国大使館が4位となり、邦人人口の急増を反映してか在上海日本国総領事館が1位となった(表6)。

海外邦人を対象としたメンタルヘルスサービスの供給元には、

- ・現地精神医療機関
- ・海外邦人医療基金などが運営する日系クリニック
- ・派遣元組織：会社、公的機関
- ・現地帰属組織：会社、公的機関、教育機関など
- ・現地邦人社会：在留精神保健専門家によるネットワークなど
- ・保険会社のアシスタンスサービス
- ・国内Employee Assistance Program会社によるメールサービス

などがある。在外公館が援護するのは全体の一部にすぎず、統計に載らない事例が多数発生していることを強調しておきたい。

国境を跨ぐ邦人の大半にとって海外は精神医療過疎地域であり、海外邦人は情報遮断、主体的移動制限により「災害弱者」となりうる(表7)。天災や事故などの大規模緊急事態への備えとしてメ

表5 地域別邦人援護件数<sup>2)</sup>(2011)

|       |        |
|-------|--------|
| ・アジア  | 6,760件 |
| ・北米   | 4,291件 |
| ・欧州   | 3,924件 |
| ・中南米  | 842件   |
| ・大洋州  | 625件   |
| ・アフリカ | 418件   |
| ・中東   | 233件   |

ンタルヘルス対策を講ずることの必要性は、2011年に発生した東日本大震災の教訓でもある。多文化間精神医学会では、外務省からの委託事業として、非専門家である邦人援護担当者のためのメンタルヘルスの手引きを2003年から3回にわたり作成し(図3)、これらは邦人援護業務の一助となっている。海外においては、メンタルヘルスに精通し、なおかつ日本語による支援ができる人的資源が極めて少ないことから、サイコロジカル・ファーストエイド<sup>3)</sup>などを用いて、非専門家の支援技能を高める事業を推進すべきであると考えている。

## II. 海外邦人のメンタルヘルスを左右する因子

海外邦人のメンタルヘルスを左右する主たる環境因子として、地域特異的なストレス要因、現地邦人社会の安定度、現地精神保健資源の充実度がある<sup>8)</sup>。筆者が2011年11月に行った海外駐在員と帯同家族を対象としたアンケート調査<sup>10)</sup>では、17項目の海外生活ストレス要因を定量化してマニラ、ジャカルタ、シンガポール在留邦人それぞれのストレス要因について順位づけを行った(表8)。17項目のストレス要因は多都市での聞き取り調査から抽出した共通項であるが、それらによる相対的生活困難度には地域特性があり(表9, 10)、また同じ居住地であっても駐在員本人と配偶者ではストレス要因の順位づけに若干の差異がみられた。

現地邦人社会の安定度は邦人人口の大きさのみならずその構成要員、歴史にも関連する。駐在員が常に入れ替わる欧州・アジアと、すでに世代を重ねた日系人社会を擁する北米・中南米ではおのずと支援基盤の厚さが異なる。現地精神保健資源

表7 国境を跨ぐ邦人のメンタルヘルス

- ・海外は大半の邦人にとって「精神医療過疎地」
- ・文化的差異によるストレス要因が発症の誘因
- ・介入遅延による症状増悪, 急性化
- ・情報遮断, 主体的移動制限により「災害弱者」
- ・現行の地域精神医療システムは「移動する国民」への対応に制限あり
- ・母語による介入自体が治療的
- ・文化と言葉を共有できる人的資源不足
- ・犯罪・事故被害者へのケア
- ・被害者家族, 遺族へのケア
- ・大規模緊急事態 (自然災害, 事故, 政変, テロなど) への備え



図3 外務省在外公館邦人支援担当官のためのメンタルヘルスの手引き

と関連法規は多様であり, 治療費も国によって大きな開きがある<sup>6,7)</sup>. 海外邦人コミュニティの後方支援においては, 横並びではなく, 現地邦人社会の歴史, 需要, 人的資源を尊重したアプローチが基本となる. これら3因子は, 国内の精神医療過疎地域住民のメンタルヘルスや在日外国人のそれを左右する環境因子でもある.

上記アンケート調査では, 「渡航先に日本語で心の問題を相談できる機関が必要だと思いますか」という問いに対して, 全体の約6割が「非常にそう思う」あるいは「そう思う」と回答し (図4), 必要とされる専門家と相談の体制についての自由記述の概要は以下の通りであった.

- ・日本語ができて, 日本の習慣・文化を理解する日本人の心療内科医, 精神科医
- ・現地の事情がわかる現地在住の心療内科医
- ・臨床心理士などのセラピスト・カウンセラー

- ・海外生活経験者かつその悩みをわかる人
- ・複数名の心理士がいるカウンセリング機関
- ・日本語の話せる常勤の心療内科医
- ・職場と切り離されている相談体制
- ・土日と平日17時以降の相談可能な体制
- ・気軽に相談できる電話, メール, WEB, 匿名などの体制
- ・プライバシー保護の電話相談
- ・日本人会に知られないような体制
- ・予約がすぐにとれて緊急時対応が可能な体制
- ・カウンセラーの出張サービス
- ・健康診断のような定期的な診察と早期発見ができる体制
- ・単身者向けや赴任したばかりの人に対するケア
- ・育児不安に関する外国語への対応

このようにメンタルヘルスサービスへの要望は文化依存的でありスティグマの存在が見て取れるものであり, 医療過疎地でのメンタルヘルス対策の基本に則った啓発教育の必要性が示唆された.

### Ⅲ. 海外邦人コミュニティにおけるメンタルヘルス支援団体の連携

上述した通り, 1980年代より世界各地の邦人コミュニティでメンタルヘルス対策に関する活動が立ち上がった (図5). その中で現地邦人コミュニティ発信型支援には, 長期在住の邦人専門家による定住型サービス (パリ), 日本から定期的に現地に通う出前型サービス (バンクーバー), 邦人ボランティアによる電話相談サービス (バンコク), 官民協働サービス (ニューヨーク) などがあるが,

表8 フィリピン、インドネシア、シンガポールでの精神保健調査<sup>8)</sup>

- ・海外邦人医療基金からの委託調査
- ・対象：フィリピン(大半がマニラ)、インドネシア(大半がジャカルタ)、シンガポール在留駐在員および帯同家族
- ・調査期間：2011年12月
- ・無記名自記式アンケート調査。書面で調査主旨と個人情報保護の徹底について説明し賛同者のみ対象
- ・現地聞き取り調査：2012年1月

表9 海外生活ストレス要因による生活困難度(駐在員)

| 順位 | マニラ           |       | ジャカルタ         |       | シンガポール        |       |
|----|---------------|-------|---------------|-------|---------------|-------|
| 1  | 治安            |       | 社会基盤          |       | 言語でのコミュニケーション | 2.48* |
| 2  | 社会基盤          |       | 医療や保健サービス     |       | 仕事の内容         |       |
| 3  | 社会規範          |       | 言語でのコミュニケーション | 3.01* | 職場・現地の人との関係   |       |
| 4  | 情報収集          |       | 社会規範          |       | レクリエーション      |       |
| 5  | レクリエーション      |       | 治安            |       | 仕事の量          |       |
| 6  | 医療や保健サービス     |       | 情報収集          |       | 文化/生活習慣       |       |
| 7  | 健康維持          |       | レクリエーション      |       | 子供の教育         |       |
| 8  | 職場・現地の人との関係   |       | 文化/生活習慣       |       | 医療や保健サービス     |       |
| 9  | 仕事の内容         |       | 仕事の内容         |       | 情報収集          |       |
| 10 | 文化/生活習慣       |       | 通信の便          |       | 社会規範          |       |
| 11 | 言語でのコミュニケーション | 2.40* | 健康維持          |       | 健康維持          |       |
| 12 | 食生活           |       | 職場・現地の人との関係   |       | 食生活           |       |
| 13 | 通信の便          |       | 食生活           |       | 職場・日本人との関係    |       |
| 14 | 仕事の量          |       | 仕事の量          |       | 社会基盤          |       |
| 15 | 子供の教育         |       | 職場・日本人との関係    |       | 気候風土          |       |
| 16 | 気候風土          |       | 気候風土          |       | 通信の便          |       |
| 17 | 職場・日本人との関係    |       | 子供の教育         |       | 治安            |       |

\*生活困難度を5点満点で評価。本表は各都市における生活困難度の高い順にストレス要因を並べた。

いずれも「継続性」という難題を抱えている<sup>7)</sup>。ニューヨーク在住のメンタルヘルス専門家によるボランティア活動は過去に数回の中断エピソードがあるが、現在はJapanese Medical Support Network (JAMSNET) (表11) が、NPOとして在ニューヨーク日本国総領事館の協力のもとに広く堅実な活動を続けている。しかし、ニューヨークに匹敵する人的資源と高い活動力を他の都市に期待することは難しい。

多文化間精神医学会在留邦人支援委員会では「継続性」というボランティア団体の普遍的問題を

共有すべく、ロンドン、パリ、ニューヨーク、バンコク、シンガポールにおける地域内連携会議(2007年)に続き、東南アジア地域および北米東海岸地域における広域連携会議(バンコク、ニューヨーク2008年、シンガポール2011年)を開催し、「継続のための4つの連携」、すなわちコミュニティ内連携、現地医療機関との連携、コミュニティ間の連携、日本国内メンタルヘルス専門家との連携、について協議してきた。国内にあっては、日本とシンガポール邦人コミュニティを結んでのテレビ会議(多文化間精神医学ワーク

表 10 海外生活ストレス要因による生活困難度 (駐在員)

| 順位 | マニラ           | ジャカルタ         | シンガポール        |
|----|---------------|---------------|---------------|
| 1  | 治安            | 社会基盤          | 言語でのコミュニケーション |
| 2  | 社会基盤          | 医療や保健サービス     | 仕事の内容         |
| 3  | 社会規範          | 言語でのコミュニケーション | 職場・現地の人との関係   |
| 4  | 情報収集          | 社会規範          | レクリエーション      |
| 5  | レクリエーション      | 治安            | 仕事の量          |
| 6  | 医療や保健サービス     | 情報収集          | 文化/生活習慣       |
| 7  | 健康維持          | レクリエーション      | 子供の教育         |
| 8  | 職場・現地の人との関係   | 文化/生活習慣       | 医療や保健サービス     |
| 9  | 仕事の内容         | 仕事の内容         | 情報収集          |
| 10 | 文化/生活習慣       | 通信の便          | 社会規範          |
| 11 | 言語でのコミュニケーション | 健康維持          | 健康維持          |
| 12 | 食生活           | 職場・現地の人との関係   | 食生活           |
| 13 | 通信の便          | 食生活           | 職場・現地の人との関係   |
| 14 | 仕事の量          | 仕事の量          | 社会基盤          |
| 15 | 子供の教育         | 職場・日本人との関係    | 気候風土          |
| 16 | 気候風土          | 気候風土          | 通信の便          |
| 17 | 職場・現地の人との関係   | 子供の教育         | 治安            |

共通の生活ストレス要因を認めるが、在留都市により個々の困難度が異なる。

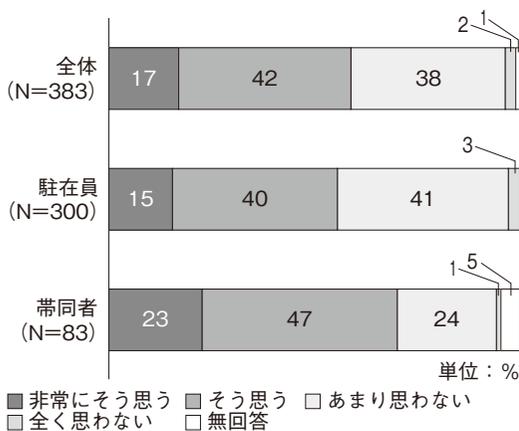


図 4 渡航先に日本語で心の問題を相談できる機関が必要だと思いますか<sup>10)</sup>

ショップ 2007 年盛岡), 邦人コミュニティ地域間連携に関するシンポジウム (多文化間精神医学会学術総会 2009 年川崎), 海外在住メンタルヘルス専門家のキャリア支援に関するシンポジウム (多文化間精神医学会学術総会 2010 年福島) を開催し

た。

そして 2010 年にはこれまでの連携を拡大かつ統合した第 1 回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会(多文化間精神医学会ワークショップ 2010 年東京)を企画し、「国境を跨ぎ、文化を跨ぐ日本人」を支援するメンタルヘルスケアのシステム作りについて議論を深めた<sup>11)</sup>。同会にはビデオレターも含めてインドネシア、スリランカ、タイ、シンガポール、米国 (ワシントン DC、ニューヨーク)、フランス、英国、スウェーデン、アルジェリア、タンザニア在住の邦人専門家 15 名、国内 12 団体から活動報告があった (図 6)。第 2 回連絡協議会は東日本大震災のため延期となったが、2011 年には上記 JAMSNET ならびに主としてニューヨークからの帰国者から成る JAMSNET 東京との緊密な協力関係が構築され、米国日本人医師会および Japan society による東日本大震災被災地メンタルヘルスケアのための支援が始まった<sup>12)</sup>。海外邦人コミュニティによる国内メンタルヘルス支援

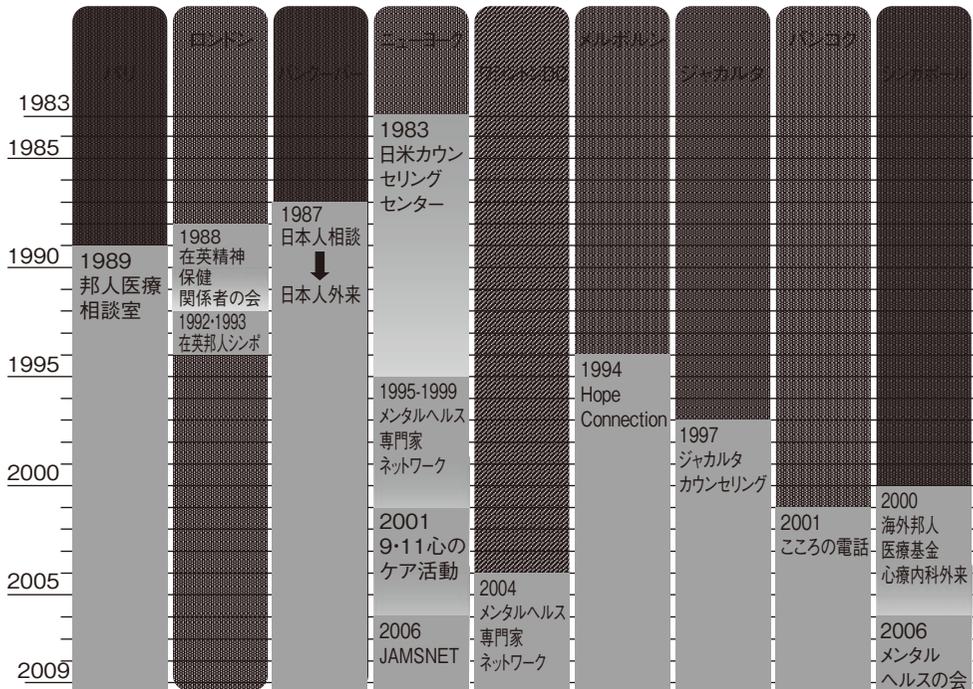


図5 世界各地で組織された邦人メンタルヘルス支援団体

表11 JAMSNET

- Japanese Medical Support Network in New York
- 主として米国在留邦人のための医療・保健・福祉・教育関係の情報ネットワーク
- 21の関係団体と2つのサブグループ（メンタルヘルスと特別支援教育）が多彩な活動
- 在ニューヨーク日本国総領事館との協働
- 活動例：心臓移植患者支援，邦人高齢者医療支援，東日本大震災被災者のための電話相談など
- 日本から医療関連情報を発信するNPO法人JAMSNET 東京が2012年に発足

というこれまでにない事業が展開されている。同連絡協議会は2012年の多文化間精神医学会ワークショップ（山形）に合わせて再開され（図7），第3回連絡協議会は，連携の維持および強化を旨指して2013年に東京で開催する予定である。

ま と め

以上，多文化間精神医学会が取り組んできた海外邦人メンタルヘルス対策について概説した。わ

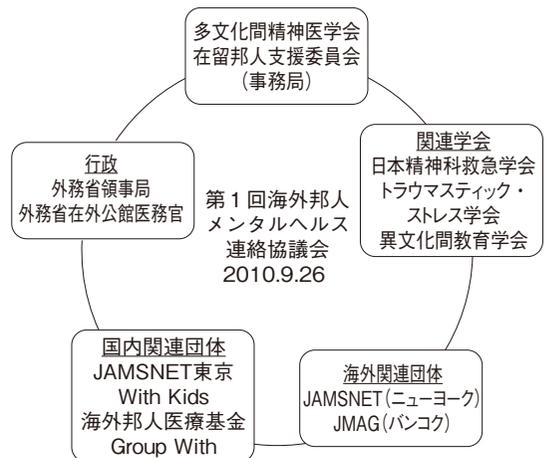


図6 第1回海外邦人メンタルヘルス連絡協議会参加者の所属先

れわれは「海外」という呼称を長らく使ってきた。これは鎖国の歴史を持つ島国の特性による文化特異的な用語と言ってもよいだろう。地球内の移動がますます便利になるとはうらはらに，精神医療制度にはお国柄があり，国境を越える邦人をめ

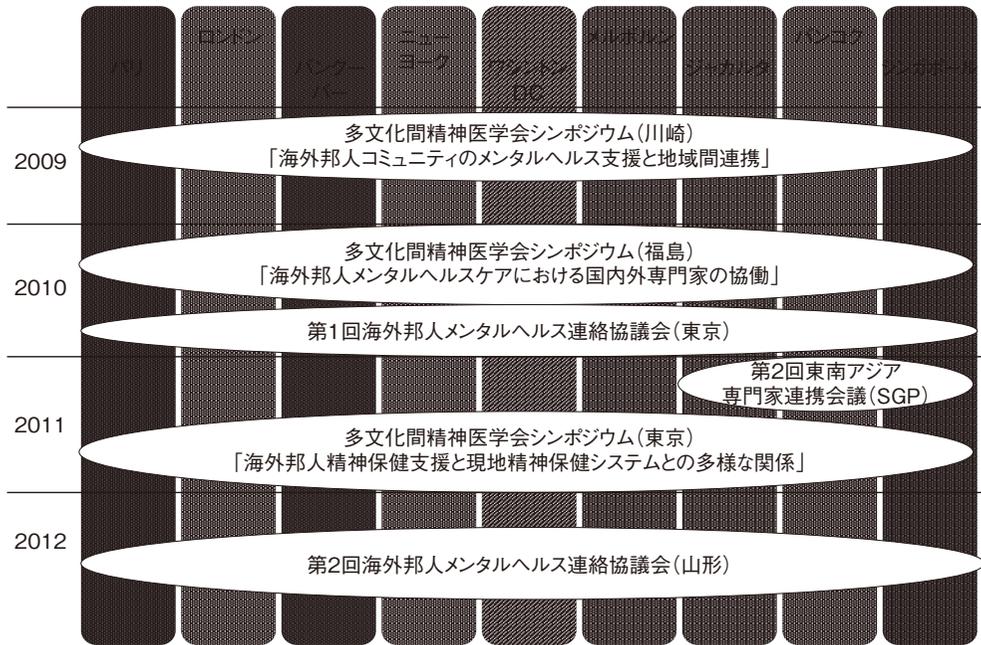


図7 海外在留邦人精神保健専門家間の情報共有および連携強化 (2009～)

ぐるメンタルヘルスの問題への対応は一筋縄ではうまくいかない。一方、異なる文化環境下でこそ浮き彫りとなるわが国の社会病理を、国境と文化を跨ぐ視点から捉えることで新たな発想を導くことが期待される。この国の地史的宿命とも言える、内なる規範と海外環境因との相互関係の明暗について見届けていくのが多文化間精神医学会に課された役目と考えている。

文 献

- 1) 外務省領事局海外邦人安全課：2011年海外邦人援護統計 ([http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/24/8/pdfs/0807\\_02\\_01.pdf](http://www.mofa.go.jp/mofaj/press/release/24/8/pdfs/0807_02_01.pdf)2012)
- 2) 外務省領事局政策課：海外在留邦人数調査統計平成24年速報版 (<http://www.mofa.go.jp/mofaj/toko/tokei/hojin/2012>)
- 3) 兵庫県こころのケアセンター訳：災害時のこころのケア。サイコロジカル・ファーストエイド実施の手引き。医学書院、東京、2011
- 4) 太田博昭：パリ症候群。トラベルジャーナル、東京、1991
- 5) 大谷藤郎：海外在住邦人、在日外国人等の精神保

健に関する提言。財団法人海外邦人医療基金、異文化メンタルヘルス研究会、1991

- 6) 新福尚隆、浅井邦彦編：世界の精神保健医療一現状理解と今後の展望。へるす出版、東京、2009
- 7) 鈴木 満：邦人海外渡航者の精神保健対策の歩み。(鈴木 満、立見泰彦、太田博昭編) 邦人海外渡航者の精神保健対策—欧州地域を中心とした活動の記録。信山出版、1997
- 8) 鈴木 満：平成13年度-平成15年度科学研究費補助金(基盤研究B-2)研究成果報告書「海外在留邦人の精神保健調査と危機介入支援マニュアルの作成(研究課題番号13572033)」。2004
- 9) 鈴木 満：在外邦人ケースの帰国支援。専門医のための精神科臨床リユミエール13精神科救急医療の現在。中山書店、東京、2009
- 10) 鈴木 満：東南アジア日本企業駐在員のメンタルヘルス—フィリピン、シンガポール、インドネシアでの調査より—海外邦人医療基金調査報告書。2012
- 11) 鈴木 満：異国でこころを病んだとき。弘文堂、東京、2012
- 12) 鈴木 満：東日本大震災後の長期的メンタルヘルス支援ステージへの移行に向けて。産業精神保健、20(特別号)；48-52、2012

## Mental Health Issues of and Measures for Cross-border Japanese

Mitsuru SUZUKI

*Ministry of Foreign Affairs of Japan*

The number of Japanese living abroad increased to one million and eighteen thousand in 2011, and the number of Japanese overseas travelers per year has been maintained at around seventeen million over the past ten years. It is inevitable that such an increase will cause a rise in the number of cases of mental health problems. Voluntary mental health services by Japanese professionals have been provided sporadically in several Japanese communities abroad since 1980. The Japanese Society of Transcultural Psychiatry (JSTP) has been investigating the mental health of cross-border Japanese, and organizing intra- and inter-networking among Japanese communities abroad in order to make the community-based services sustainable. This paper reviewed the integration of academic surveys and support activities from the establishment of the JSTP in 1993 to the first liaison conference on mental health issues of and measures for cross-border Japanese in 2010.

< Author's abstract >

< Key words : transcultural psychiatry, overseas Japanese, emergency psychiatry >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

パリにおける邦人への支援  
——病的旅を中心として——太田 博昭  
(パリ邦人医療相談室)

病的旅は渡航直前ですでに精神変調をきたしており、フランスに到着して間もなくトラブル化する。多くは幻覚妄想状態にあり、渡航の動機が唐突・突飛で、現地で入院治療を受ける。これを病的渡航のⅠ型とすれば、遅延型とも言うべきⅡ型が認められる。その特徴は、渡航前の精神変調はなく、渡航目的は一見すると了解可能だが曖昧・不明瞭で、渡航後に本来の目的から逸脱し、1年以内にトラブル化する。この26年間に関与した日本人・日系人の成人2,281件のうち病的渡航は301件で、約13%を占める。Ⅰ型が男53件、女110件で計163件に対し、Ⅱ型は男28件、女110件で計138件である。総計2,281件(男556件、女1,725件)は、その他(214件)と詳細不明(6件)を除いて、以下の6群に分類できる。企業出向者とその家族(343件)、官公庁出向者や国際機関職員とその家族(65件)、自由業者とその家族(141件)、国際カップルとその家族(513件)、留学・研修生とその家族(564件)、観光旅行者とその家族(165件)。ところが、どこにも分類できない分類不能群(270件、男65件、女205件)、つまり渡航目的がよくわからない一群が存在する。この群の約60%(162件)が病的渡航者であり、分類不能群と病的渡航との密接な関係が推測できる。分類不能群ではフランス・パリに対して幻想的で非現実的な憧れを抱く人々が多く、彼らは適応障害に陥って幻覚妄想状態やうつ状態、不安発作などの精神不調をきたしても帰国しようとしめない。バブル経済末期の1991年、筆者はこの一群が呈するメンタルトラブルを「パリ症候群」と名付け、入院治療も含めてその特徴を指摘した。バブル経済期のパリ症候群と現在の長期経済低迷期におけるパリ症候群とは本質的な差はないが、滞在基盤における社会・経済面の脆弱性がメンタルトラブルの主要因の1つであるから、事態はより深刻化していると言える。

<索引用語：病的渡航、Ⅱ型、遅延型、分類不能群、パリ症候群>

## はじめに

病的旅は海外へ向かう場合は病的渡航とも呼ばれる。当地で筆者の扱う事例は空港、ホテル、レストラン、通行人などから警察に通報され、パリ警視庁の精神科施設を経て精神病院に強制入院となつてから発覚する場合と、官憲の介入なしに精神科救急外来を経て精神病院に強制入院となつてから発覚する場合が普通である。そもそも病的旅とは、「渡航前から幻覚妄想状態にあり、唐突・突飛な動機で渡航して間もなくトラブル化するもの」と定義されている<sup>1)</sup>。これを病的旅のⅠ型と

名付け、渡航前には特に精神変調が認められず、渡航目的は一見して唐突・突飛とは言えないが、渡航後に本来の目的から大幅に逸脱してトラブル化するものを病的旅のⅡ型と名付ける<sup>2,5)</sup>。したがって、Ⅱ型は「遅発性の病的旅」とも言え、病前性格、生活環境、経済状態、挫折体験などの要因により、幻覚妄想系、抑うつ系、不安発作系などのトラブルに発展していくが、主に幻覚妄想系に分類されるものを病的旅のⅡ型と呼ぶ。

フランス・パリへ渡航する渡航者や滞在者を分類すると(表1)、観光旅行者、企業や国際機関へ

表1 日本人・日系人の成人（18歳以上）  
2,281件の内訳

| 身上          | 全体  | 男   | 女   |
|-------------|-----|-----|-----|
| 企業出向者とその家族  | 343 | 132 | 211 |
| 官公庁出向者とその家族 | 42  | 17  | 25  |
| 国際機関職員とその家族 | 23  | 10  | 13  |
| 自由業者とその家族   | 141 | 42  | 99  |
| 国際カップルとその家族 | 513 | 48  | 465 |
| 留学・研修生とその家族 | 564 | 120 | 444 |
| 観光旅行者       | 165 | 63  | 102 |
| 分類不能        | 270 | 65  | 205 |
| その他         | 214 | 59  | 155 |
| 不明          | 6   | 0   | 6   |

の出向者、留学・研修者、自由業者、国際結婚や国際カップル等々、またはそれらの家族などに分類されるが、その他の項目には、シルバーライフをフランスで送っている人、在仏の家族を訪問に来た人、日系企業の現地採用者、現地企業の社員などや彼らの家族などがおり、計214件（男59件、女155件）を数える。これらの人々は渡航目的が明白であるが、語学留学してもほとんど授業に出ていない人、ちょっと住んでみたいと来仏して特に何もしていない人、滞在許可を得る目的のためにフランス語学校に登録している人など、滞在目的の明確でない人々も多く、どこにも分類できないので「分類不能群」と呼んでいる。

この分類不能群が筆者の関与するメンタルトラブル全体の約1割を占めており、病的旅のII型の温床になっている。これはメンタルトラブルの予備軍とも言え、1980～1990年代のバブル期には土地成金や株成金が日本でトラブルを抱えた問題児を「フランス留学」という美名のもとに大量に送り込んだ歴史がある。が、昨今の長引く経済低迷期でも、このような問題児をはじめ、受験や就職活動からドロップアウトした人々が「日本は嫌いだ」と言って来仏する例が少なくない。滞在費は「ちょっとバイトして…」と安易に考えるが、もともと滞在基盤が不安定なので、たちまち困窮する。その中には「フランス大好き、日本大嫌い」

と来仏したものの、適応できずにメンタルトラブルに陥る人々がいる。ところが、彼らの多くは適応に失敗して「フランス大好き、フランス人大嫌い」になっても日本へ帰ろうとしない、あるいは日本へ帰っても居場所がない。筆者はこのような現象を「パリ症候群」と名付け、悪性カルチャーショック<sup>2)</sup>に由来する適応障害と見なした。バブル期と経済低迷期のパリ症候群には本質的な差異はないが、前者に比べて後者の滞在基盤の脆弱さは極めて深刻である。

### I. フランス・パリ地区の特徴

バブル期の年間約100万人には及ばないが、当地に渡航する邦人は現在でも70～80万人に達する。3ヶ月以上の長期滞在者は約3万人と推定されているが、日本大使館へ在留届けを提出した約1万5千人とほぼ同数の未届け者が存在する。いずれにしても、当地区の邦人滞在外者はニューヨーク（7～8万人）、上海（5～6万人）、ロンドン（4～5万人）などと比べれば、世界の邦人集中地区の中では最上位グループではない。それにもかかわらずメンタルトラブルの発生数が常にトップクラスなのはなぜか？

その理由の第一として、当地区では経済基盤や滞在身分の不安定な滞在外者の割合が多いことが挙げられる。つまり、滞在外全体に占める官公庁や企業からの出向者やその家族の割合は3割に過ぎず、それ以外の滞在外者が7割を占める。また、当地区は地理的には欧州大陸の十字路に位置し、シェンゲン協定によりどの国からも自由に移入できる。この点、英国は入国審査が厳しく、入国手続きの際に英語で入国理由や滞在日数など質問されることが多いので、妄想を抱えた病的渡航者は「不審者」としてこの時点で発覚し、入国拒否される。したがって、最終渡航目的地が英国でもフランスでトラブル化することになる。その上、パリには大きな邦人コミュニティが形成されているので、日常生活のほとんどが日本語だけでも可能だ。このためパリは、欧州各地で精神的な苦境に陥った邦人にとって、匿名で潜むには絶好の「隠

れ家」を提供することになる。

## II. 1985年～2011年、26年間の臨床統計

1985年以来、この26年間に筆者が関与したトラブルの総件数は2,510件である。国・地域別では9割強(2,297件)がフランスで発生し、パリ首都圏が約84%(2,102件)を占める。しかしながら、213件(8.5%)はフランス国外で発生した事例で、フランスの地方都市で発生した件数195件を上回っていることを特記せねばならない。その内訳はドイツ61件をはじめ、ベルギー44件、オランダ19件、英国13件、ルクセンブルク9件、イタリア9件、スペイン5件、スイス4件、モナコ4件と西欧諸国が続くが、3件以下はさらに広範囲にわたる。つまり、東欧・ロシア、中近東、北アフリカのイスラム諸国、南アフリカ共和国を含むブラック・アフリカにおけるトラブルもパリで取り扱うので、筆者の活動地域は西半球全域と言ってよい<sup>3)</sup>。

ところで、総件数2,510件には日本人や日系人以外の「外国人」42件を含むため、本稿ではそれを除く2,468件(男668,女1,800,女/男=2.7)が統計の対象になる。その内訳は18歳以上の日本人・日系人の成人が2,281件(男556,女1,725,女/男=3.1)、日本人・日系人の小児187件(男112,女75,男/女=1.5)である。成人では女性が男性の約3倍であるが、小児では男女比が逆転して、男児が女児の1.5倍になることが注目される<sup>4)</sup>。

日本人・日系人の成人2,281件の滞在形態は表1の通りであるが、企業出向者、官公庁出向者、国際機関職員とそれらの家族は合計408件で、全体の18%弱に過ぎない。これは「滞在基盤の安定したグループではメンタルトラブルが相対的に少ない」ことの証左になる。この点、トラブルの最多は留学・研修生とその家族(564件,約24.7%)で、国際カップルとその家族(513件,22.5%)がほぼ同数で並ぶ。国際カップルとは婚姻の有無を問わず、共同生活をしているカップルを指す。日仏カップルが大半を占めるが、女性が男性の約10

倍と、圧倒的に女性が多い。観光旅行者(165件,7.2%)では女性が男性の1.6倍に過ぎず、男女差が大幅に縮まる。注目すべきは分類不能群(270件,11.8%)で、全体の約1割にも達する。この群は渡航目的が曖昧もしくは自称留学生、自称芸術家、自称フリーライターなど、実際には何を目的に滞在しているかよくわからない人々である。男女比は3.2で女性が男性の3倍を上回る。

以上から、筆者の扱うケースは滞在基盤の安定した人々が全体の2割にも満たないことがわかる。観光旅行者が1割以下であるから、「安定群」以外のトラブルが7割を超える。分類不能群が滞在基盤の脆弱な人々であることは一目瞭然だが、バブル期に比べ親からの仕送りが大幅に減少した留学・研修生の経済基盤はますます脆弱化している。国際カップルも相手が無職あるいは失業中というケースがかなりあるので、必ずしも経済基盤が安定しているとは言えない。事実、筆者の扱う事例の半分以上が経済・社会基盤の脆弱な人々に占められる。これらの人々の中には治療費を払えないケースが数多く、当地で邦人のメンタルトラブル対策を維持運営するには必要十分な補助金のための国家予算化が必要であるが、現状はそれには程遠いと言わねばならない。

## III. 病的渡航

従来、「病的旅」「病的旅行」という用語が使われてきたが、短期・長期の滞在者をもカバーするため、本稿では「病的渡航」に統一したい。前記の通り、当地で長年フィールドワークをしているうちに、病的渡航には2種類あるのではないかと考えるようになった<sup>2)</sup>。その定義は以下の通りである。

### ①古典的な病的渡航(I型)

渡航直前、患者はすでに病的状態を呈しており、渡航動機や渡航目的が奇異・唐突である。渡航そのものが幻覚妄想に影響されている場合が多い。渡航後間もなく空港やホテルなどでトラブル化し、周囲の苦情や通報により警察病院や救急外来に搬送される。

表2 病的渡航I型163件への対応形態

| 対応形態            | 総数 | 男  | 女  |
|-----------------|----|----|----|
| 入院先へ往診          | 73 | 30 | 43 |
| 大使館や領事館に電話で助言   | 42 | 12 | 30 |
| CPOA(救急外来)で往診治療 | 10 | 5  | 5  |
| 業者に電話で助言        | 8  | 0  | 8  |
| ホテルへ往診          | 6  | 2  | 4  |
| 親や知人に電話で助言      | 6  | 1  | 5  |
| 外来治療            | 6  | 1  | 5  |
| 大使館へ往診          | 5  | 1  | 4  |
| 入院先に電話で助言       | 5  | 1  | 4  |
| 知人宅へ往診          | 2  | 0  | 2  |

表3 病的渡航II型138件への対応形態

| 対応形態             | 総数 | 男 | 女  |
|------------------|----|---|----|
| 外来治療             | 55 | 8 | 47 |
| 入院先へ往診           | 38 | 8 | 30 |
| 大使館に電話で助言        | 17 | 6 | 11 |
| 家族, 知人, 友人や学校に助言 | 10 | 3 | 7  |
| 本人を電話でカウンセリング    | 6  | 0 | 6  |
| 大使館へ往診           | 5  | 2 | 3  |
| 入院先に電話で助言        | 3  | 0 | 3  |
| 業者に電話で助言         | 1  | 0 | 1  |
| CPOA(救急外来)にて往診治療 | 1  | 0 | 1  |
| ホテルへ往診           | 1  | 1 | 0  |
| 職場へ往診            | 1  | 0 | 1  |

## ②遅発性の病的渡航(II型)

渡航の動機や目的が曖昧で、いずれトラブルが発生しても不思議ではないケース。多くは渡航後1年以内に周囲を巻き込みながら幻覚妄想状態、感情障害、不安障害などのメンタルトラブルを呈するのが普通。強制入院の対象となる幻覚妄想状態が中核である。

I型では、「亡命したい」「秘密警察に追われている」「私はフランス貴族の末裔で、その由来を調べに来た」「大統領に会いに来た」等々、被害・迫害妄想、誇大妄想、血統妄想、来歴否認妄想など妄想は多岐に渡るが、出国時、黙秘していれば周囲にはわからない。フランスはほとんどフリーパスなので容易に入国して来るが、英国では入国審査時の簡単な英会話で病気が発覚することが多い。II型の多くはフランス・パリに憧れて来仏するが、「ちょっと住んでみたい」「自分探しに来た」「フランス人と結婚したい」等々、動機や目的が極めて曖昧で、非現実的である。このため早晩、何らかの形でトラブル化する。滞在許可証を持たない不法滞在者も多いが、滞在許可を得るために学生身分になっている場合も多く、授業にはほとんど出ていない。ワーキングホリデーで来て、特に何もしていないでブラブラしている人もいる。

病的渡航の発生割合の統計結果は次の通りであ

る。まずI型については、この26年間に取り扱った日本人・日系人の成人2,281件のうち163件(7.1%)であり、男53件、女110件と、女性が男性の約2倍である。他方、II型は138件(男28件、女110件)で、女性が男性の約4倍にもなる。I型とII型を合わせると301件になり、全体に占める病的渡航の割合は約13%と、1割を超える。ニューヨークやロンドンなど、他の邦人集中地区の臨床統計が得られないため比較検討できないが、当地区で取り扱うメンタルトラブルの10件に1件が病的渡航という数字は、注目すべき論点の1つであると思う。

次に、病的渡航I型への対応形態をまとめると表2のようになる。入院例が78件で約半数を占めるが、全例が強制入院であることは論を待たない。男31件、女47件、女/男=1.5であり、男女差がかなり接近してくる。これは、離日前にすでに幻覚妄想状態を呈していた人が入院へ至る重篤なケースでは男性事例が急増することを意味する。表中の「業者」とは旅行業者、留学斡旋業者、保険会社、航空会社などを指す。CPOAはサンタンヌ病院構内に設置された公営の精神科救急外来センターで、パリの20行政区を統括している。

II型138件については表3に示す通り、入院は27.5%で3割近いが、普通の外来や電話カウンセ

表4 病的渡航II型138件の脆弱度

| 治療歴 | 全体 | 男  | 女  |
|-----|----|----|----|
| 通院  | 37 | 6  | 31 |
| 入院  | 32 | 7  | 25 |
| なし  | 56 | 10 | 46 |
| 不明  | 13 | 5  | 8  |

表5 病的渡航II型138件の脆弱度

| トラブル歴 | 全体 | 男  | 女  |
|-------|----|----|----|
| 重度    | 59 | 10 | 49 |
| 中程度   | 45 | 7  | 38 |
| 軽度    | 15 | 3  | 12 |
| なし    | 8  | 4  | 4  |
| 不明    | 11 | 4  | 7  |

リングによる対応が主力になる。注目すべきは男女差である。II型の入院例41件(男8件,女33件)の男女比が女/男=4.1と、女性が4倍を超え、I型の男女比1.5との差が顕著になる。これらの結果から、曖昧な渡航動機や目的で来仏して、入院を含む重篤なメンタルトラブルに陥るのは圧倒的に女性に多いことがわかる。

次に、II型138件の脆弱度について検討してみよう。指標は離日前の日本での治療歴とトラブル歴である(表4,5)。通院37件,入院32件と、治療歴のある人が69件で半数を占める。トラブル歴については、重度が59件と43%にもなり、何らかのトラブル歴を有するケースが86%を超える。II型の脆弱度は治療歴ばかりでなく、異文化適応に不可欠なフランス語能力、危険の察知能力、問題解決能力などの基礎力がほとんど身に着いていないことにも由来する。その上、異文化に接触した際のカルチャーショックが問題になるが、この場合のショックは明らかに悪性カルチャーショック<sup>2)</sup>である。カルチャーショックには諸々の要因が挙げられているが、その本質は一言すればコミュニケーション・ギャップであると言ってよい。この点、II型の病的渡航に至る人たちは、日本にいてもコミュニケーションの苦手な人々であり、社会生活でもマージナルなケースが大半である。

#### IV. 分類不能群

冒頭でも述べた通り、フランス・パリ地区で扱うメンタルトラブルの特徴はどの滞在カテゴリーにも分類できない人々が多く、日本人・日系人の成人2,281件の1割以上、270件(約12%)にも

達することである。彼らは単なる観光旅行者でないことは明瞭だが、バブル期では「ちょっと住んでみたい」というアンノン族や自分探しの「モラトリアム人間」が盛んに話題になった。彼らの大半は親からの仕送りで滞在していたが、昨今の長引く不況下でも皆無になったわけではなく、形を変えて存続している。

本音に強い結婚願望を持つグループは国際結婚に夢を託し、「フランス人と結婚したい」と公言する女性も少なくない。ネットの出会い系サイトなどで知り合う機会が豊富になった昨今、このグループは増大の一途をたどっている。他方、キャリア重視派の女性は「お茶くみOL」や「男社会の職場」を辞職し、自己の付加価値を高めようと留学して来るが、その成否はあくまでも目的意識の度合い、現実認識の程度や基礎力のレベル、人格の成熟度やバランス感覚次第である。分類不能群は留学・研修と称してはいても、それは滞在許可証を取得するための方便に過ぎず、実は「日本に居たくないから」とか「日本が嫌いだから」という人々が多い。

自称芸術家や自称フリーライター、自称研究者はバブル期には数多くいたが、不況下の現在も激減したとは言えず、分類不能群に含まれる。ワーキングホリデーには功罪がある。この制度のおかげで、確かに若い人々の海外体験が容易になったのだが、本来「ワーキング」は現地企業に就業して現地の文化や習慣を体験するのが制度の目的であった。しかしながら、コトバが現地企業に採用されるレベルに達している人は例外中の例外で、ほとんどが日系企業で就業している。しかも、大卒でも店員や配膳係など、「低賃金ポスト」を埋め

表6 分類不能群 270 件

| 入院か否か | 全体  | 男  | 女   |
|-------|-----|----|-----|
| 入院    | 94  | 26 | 68  |
| 非入院   | 176 | 39 | 137 |

表7 分類不能群 270 件

| 病的渡航      | 全体 | 男  | 女  |
|-----------|----|----|----|
| I型        | 88 | 25 | 63 |
| II型       | 74 | 16 | 58 |
| 病的渡航以外の病態 | 98 | 22 | 76 |
| 不明        | 10 | 2  | 8  |

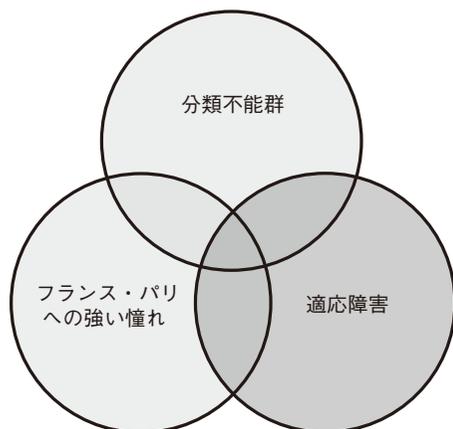


図 パリ症候群の位置

る格好の人材にされているのが実情である。このため、苦学生たちの滞り資金源だったこれらの働き口が、ワーキングホリデイの若者たちに奪われるようになった。

彼ら分類不能群の陥るメンタルトラブルは多岐に渡るが、入院か非入院かで分けると（表6）、入院例が94件と35%にも上る。男女差については、女性が男性の2.6倍で、その差が若干少なくなる。分類不能群 270 件のうち 162 件（60%）が病的渡航であり、その33%がI型で占められる。また、分類不能群全体の76%（205件）が女性で、男性の3.1倍であり、日本人・日系人の成人の一般傾向と一致する。

#### おわりに——パリ症候群との関係（図）

このように見てくると、パリ症候群は、「フランス・パリへの憧れ」が大前提であるが、その上、渡航動機が曖昧で滞在理由の大部分が単なる憧れに由来するケースは分類不能群に所属する。しかも、現実のパリは「憧れのパリ」とは大きなギャップがあり、フランス語が覚束なく、問題解決能力

が低ければ早晩、不適応に陥ることは明白である。したがって、パリ症候群は適応障害の側面を色濃く有しており、適応障害の症状群として、幻覚妄想系、うつ系、不安障害系の3つに分けられる。そして、適応障害の精神病理的な背景はカルチャーショックであり、しかも極めて病理的な悪性カルチャーショック<sup>2)</sup>である。とすると、パリ症候群は限りなく病的渡航のII型に近づいていく。つまり、病的渡航II型の中で「フランス・パリへの憧れ」が際立っていて、不適応に陥った後は「フランスは大好きだが、フランス人は大嫌い」と言いながらも、日本へは帰ろうとしないケースをパリ症候群と呼ぶ。パリ症候群とは日本人の海外不適応の1つの定型であり、憧れの対象「パリ」がニューヨークやロンドンに置き換わっても、その本質は変わらない。単なる私見に過ぎないが、パリ症候群の原型は最澄や空海の遣唐使時代にまで遡ると思う。憧れの対象は当時の「花の都」、長安である。

#### 文 献

- 1) Caroli, F., Massé, G.: La notion de voyage pathologique. Ann Méd Psychol, 139; 828-831, 1981
- 2) 太田博昭：パリ症候群。トラベルジャーナル，東京，1991
- 3) 太田博昭：海外渡航者のメンタルヘルスとその対策—フランス・パリ地区における11年間の臨床統計，精神経誌，98；657-666，1996
- 4) 太田博昭：邦人出向者と家族のメンタルヘルス：特集・海外赴任者と家族のメンタルヘルス，月刊グローバル経営，11（343）；14-17，2010
- 5) Ribeyre, Ph.: Voyage pathologique des Japonais à Paris. Thèse pour le diplôme d' état de docteur en médecine. Université René Descartes, Paris 1991

## Mental Care in Paris for Japanese, focusing on a Pathological Voyage

Hiroaki Ota

*Cabinet de Conseil Médico-Psycho-Familial pour les Ressortissants Japonais (C. M. P. F.)*

A pathological voyage is defined as psychiatric problems occurring soon after arrival in France. At the moment of their departure from Japan, patients are already mentally perturbed. The reasons for the trip or its purpose are strange and are not understandable because of their delusions, often associated with auditory hallucinations. The author names this traditional and classic profile “Type- I”, to be distinguished from another type, “Type- II”. The latter is considered as a *delayed type*, in which patients show no particular clinical signs when they leave Japan. Likewise, the reasons for undertaking the trip are unclear, rather ambiguous, and unreasonable, although they seem understandable at first sight, and patients show clinical symptoms within a year after their arrival. They often call themselves ‘students’ in order to extend their stay in France. Among 2,281 Japanese adults treated in Paris by the author since 1985, Type- I amounts to 163 cases (53 males, 110 females) and Type- II totals 138 cases (28 males, 110 females). The total number of pathological voyage cases (301) amounts to 13% of all adult patients.

Further analysis shows that except for the two additional categories (214 others and 6 without sufficient data), the 2,281 people (556 males, 1,725 females) can be classified into 6 groups : businessmen and their families (343 cases), public servants and their families (65 cases), liberal professionals and their families (141 cases), international couples and their families (513 cases), students or researchers and their families (564 cases), and sightseeing tourists and their families (165 cases). However, there is another large group (270 cases, 65 males, 205 females), impossible to categorize like the 6 groups above, because of the vague reason for and/or purpose of their trip to France. They certainly belong to a “non-classifiable-group” and seem to overlap with the cases of the Type- II Pathological Voyage. Certainly, among the 270 “non-classifiable” patients, 162 cases (60%) must be considered as Pathological Voyage.

When their justifications to remain in France are based on illusory longings for France and Paris, “Paris Syndrome”, named by the author in 1991, should be considered. The gap between an illusory Paris and a real Paris can produce a pathological cultural shock for some naïve and dreamy Japanese. The clinical profile of this phenomenon is an *Adjustment Disorder*, presenting a delusional, depressive, and/or anxious state. Their illusions lead to psychiatric problems and many of them have been treated in psychiatric hospitals. The actual “Paris Syndrome” is not essentially different from that of the period of the Japanese bubble economy in the 1990’s. However, the risk of losing one’s mental balance is greater than before, because the continuing economic stagnation in Japan does not provide them with financial stability.

<Author's abstract>

<Key words : pathological voyage, Type-II, delayed Type, non-classifiable-group,  
Paris Syndrome>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## ラテンアメリカ人の精神科的診断と治療

阿部 裕

(明治学院大学心理学部/四谷ゆいクリニック)

約6年前に開設した外国人を専門的に診る多文化外来を持つ首都圏の1クリニックに受診した患者を対象に、診断と治療にかかわる分析を試みた。2006年3月から2012年2月までの6年間に、多文化外来を初診したラテンアメリカ人患者は、ペルー人208人、ブラジル人159人、コロンビア人37人、その他メキシコ、アルゼンチン、ボリビア、パラグアイ、チリ、グアテマラなど、総勢462人に達している。ラテンアメリカ国籍の初診患者(以下:ラテン)462人と同時期に初診したラテンアメリカ国籍以外の患者236人(以下:ラテン以外)を比較検討した。受診経路では、ラテンは、知人や友人、家族、ネイティブカウンセラーの紹介での来院が多く、ラテン以外はホームページからが多くみられる。年齢と性差では、20歳代は両者とも、男女はほぼ同数に近いが、30、40、50歳代については、ラテンは女性が多く、ラテン以外は、男性が多い。居住県別患者数では、ラテンは、神奈川、東京、埼玉、千葉、茨城県からが多いが、ラテン以外は東京都内からの受診が有意に多い。診断については、ラテンはラテン以外と比べて、「神経症性障害」と診断される割合が高い。同様に、ラテンはラテン以外に比べて、「気分障害」と診断される割合が低い。治療においては、文化のコンテクストに沿った治療の対応や精神療法が必要である。また外国人患者は日本人に比較して、治療の中断が起こりやすいので、治療に工夫が必要である。

<索引用語:ラテンアメリカ人, 移民, 精神障害, 診断と治療, 多文化>

## はじめに

日本に住む外国人のための多文化外来を開設してすでに6年以上が経過した。中でも外国人労働者として知られるラテンアメリカ人は、リーマンショックと東日本大震災によって減少したとはいえ、約30万人近くが日本に在住している。彼らは日系二世か三世、あるいはその配偶者か子ども、そして、配偶者が日本人であるラテンアメリカ人からなる。

1990年6月に入管法が変わって自由に入国できるようになったため、初期の頃に来た人々は在住20年を超えている。彼らの一部は日本に定住する傾向がみられ、永住ビザを持つ者も多いため、精神障害を患えば、自立支援はもちろんのこと、障

害年金や生活保護も受けることができる。そうした彼らの精神科的診断と治療について考察する。

I. 日本の移民政策と多文化共生社会<sup>6)</sup>

日系ラテンアメリカ人のこのころの問題を考えるにあたって、移民政策の歴史的経緯について述べておく必要があるだろう。1980年代以前の日本では、在日コリアン、在日中国人、インドシナ難民、中国帰国者、農村の花嫁(山形県)などが中心であり、「日本人」の文化的同質性が自明の理とされ、彼らが日本の社会にうまく適応できるような同化政策が行われていた。

一方、ヨーロッパでは、第二次世界大戦後の経済復興、経済成長のために、外国人労働者が必要

であった。そこで1960～1970年代にかけて、イギリス、ドイツ、フランスでは、労働移民を家族とともに受け入れたり、初期の移民が家族を呼び寄せたりした。国によっても異なるが、同化政策はほとんど取られていなかった。

日本でも、1990年になって、日系ラテンアメリカ人を労働者として日本に呼び寄せ、派遣社員として工場で雇用するようになった。しかし、彼らは日本への永住を意図しているのではなく、従来の同化政策には馴染まなかった。日系人の定住が進むにつれて、医療や保健の問題、子どもの教育問題、地域での生活上の問題が表面化し、同化ではなく多文化共生社会の必要性が論じられるようになっていった。

多文化共生社会とは「多様な文化を持った人々が相互に影響を及ぼしあってそこから、新しい文化を構築していくダイナミックな関係であり、国籍や民族などの異なる人々が互いの文化的違いを認め、対等な関係を築こうとしながら共に生きていく社会」(2005年、総務省)と定義されている。

日本の目指す多文化共生社会が、カナダ、オーストラリアの多文化主義と異なる点は、異文化・異言語の維持と発展、マイノリティの社会参加や政治参加への促進を志向している点に加えて、日本の地域コミュニティの視点<sup>5)</sup>(従来からの村落共同体)が新たに加わっていることである。

## II. ラテンアメリカ人の受診概要

ラテンアメリカ人は日本に30万人近く住むが、彼らの在住地域は特に愛知、静岡を中心とした中京地区と、関東地区に偏在している。約6年前に開設した外国人を専門的に診る多文化外来を持つ首都圏の1クリニックに受診した患者を対象に、いくつかの分析を試みた。

2006年3月から2012年2月までの6年間に、都心に位置する多文化外来を初診したラテンアメリカ人は、ペルー人208人、ブラジル人159人、コロンビア人37人、その他メキシコ、アルゼンチン、ボリビア、パラグアイ、チリ、グアテマラなど、総勢462人に達している。

ラテンアメリカ人は、ブラジルのポルトガル語を除いて、ほぼ全てがスペイン語を使用するが、英語を話す人々と同様、日本語を積極的に学習しようとはしなかった。しかし、リーマンショック以来、派遣社員である彼らは、勤務先の工場でも日本語を話せる人が優先的に採用されるようになったため、最近では日本語を話す人も多くなっている。とはいうものの、自分の内面を表現するときには、母語を使うのが現状である。もちろん、幼少時に来日したり、日本生まれのラテンアメリカの子どもたちは、日本語が母語になっている。

初診患者の居住地は、東京、神奈川、埼玉、千葉が多く、茨城、群馬、栃木の関東圏で9割を占めるが、ラテンアメリカ人が多く居住する、中京圏の静岡や愛知からの受診もみられる。

発症誘因は、出来事、家庭、多文化、対人トラブル、職場などが多いが、誘因なしあるいは不明もかなりの数を占めている。診断は、神経症性障害や気分障害が多いが、最近では発達障害圏の増加もみられる。第二世代の子どもたち<sup>2)</sup>は、学習言語として日本語を話すか、家庭では両親とコミュニケーションを取るために母語を用いていることがほとんどであり、主要言語が確実に獲得できない状況も生じている。そうした中、言語や行動の発達の遅れの要因が、発達障害からきているのか、環境からきているのかを判断することが困難な症例も多い。

## III. ラテンアメリカ人(中米を含む)患者とラテンアメリカ以外の外国人患者との比較

ラテンアメリカの初診患者は462人、それ以外の外国の初診患者は236人である。

### 1. 受診経路

表1のように、ラテンアメリカ人患者とその地域以外の外国人患者の来談経路について比較したところ、各来談経路の出現率において有意な差があった( $\chi^2=77.92$ ,  $df=5$ ,  $p<0.001$ )。ラテンアメリカ人患者は「知人友人」や「家族」「ネイティブカウンセラー」に紹介されて来談することが多

表1 来談経路の比較

|         | 知人友人        | 医療機関        | ホームページ      | 家族          | ネイティブ<br>カウンセラー | その他          | 合計            |
|---------|-------------|-------------|-------------|-------------|-----------------|--------------|---------------|
| ラテンアメリカ | 95<br>20.6% | 51<br>11.0% | 25<br>5.4%  | 59<br>12.8% | 48<br>10.4%     | 184<br>39.8% | 462<br>100.0% |
| その他の地域  | 22<br>9.3%  | 38<br>16.1% | 48<br>20.3% | 6<br>2.5%   | 8<br>3.4%       | 114<br>48.3% | 236<br>100.0% |
| 合計      | 117         | 89          | 73          | 65          | 56              | 298          | 698           |

%はラテンアメリカ, その他の地域の各群内における割合。

く、一方、その地域以外の外国人患者は「ホームページ」を見ての来談が多かった。

このことは、ラテンアメリカ人がコミュニティを形成しているところまではいかなくても、集住地域を持ち、同じ言語を持つ人たちの横のつながりが、他の国々よりも強いことを示しているといえよう。ラテンアメリカ人の集住地区には、母国の商品を買える店や母国のレストランがある。これに対しその他の地域出身の外国人患者は、国際結婚、留学生、難民、駐在員などで占められており、来談経路はかなり多様化しているが、多文化外来のホームページに簡単にアクセスできることで、ホームページ経由の来談が多くなっていると考えられる。

## 2. 年齢と性差

ラテンアメリカ人患者は20歳未満、特に男性が多いが、ラテンアメリカ人以外の外国人患者は20歳未満が少ない。このことは、日系ラテンアメリカ人が日本に自由に入国でき、就労することができるようになって20年以上が経過し、その間に結婚し、日本で生まれ育った第二世代の子どもたちが増加しているためと考えられる。

20歳代は両者とも、男女はほぼ同数に近いが、30、40、50歳代については、ラテンアメリカ人患者は女性が多く、ラテンアメリカ人以外の患者は男性が多いという全く逆の結果が得られている。前者は、出稼ぎ労働者として来日しているために、男女ともに就労していて、女性は就労の上さらに家事と育児を担っていて、男性よりも負担

が大きいために、より精神障害にかかりやすいと推測される。後者は国際結婚カップル、難民や難民申請者、留学生、駐在員などいろいろな人たちが含まれているので、なぜ男性が多いかについては今後、詳細な検討が必要であろう。また両者ともに60歳以上は非常に少数である。

## 3. 居住県別患者数

ラテンアメリカ人患者は、神奈川、東京、埼玉、千葉、茨城県からが多いが、ラテンアメリカ人以外の外国人は有意に東京都内から受診している人が多い。ラテンアメリカ人患者は東京都内より、神奈川、埼玉、千葉、茨城県といった工場の存在する首都圏に多く在住している。これに対し、ラテンアメリカ人以外の外国人は、留学生、駐在員、難民など、数多くの人たちが都内に在住している。ラテンアメリカ人が集住する中京圏である、静岡や愛知県からの受診もかなりみられる。

## 4. 発症誘因と診断

### 1) 発症誘因

表2のように、ラテンアメリカ人患者とラテンアメリカ人以外の外国人患者の発症誘因について比較したところ、各発症誘因の出現率において有意な差があった( $\chi^2=36.45$ ,  $df=5$ ,  $p<0.001$ )。ラテンアメリカ人患者は「家庭」や「職場」の要因によって発症することが多く、一方、ラテンアメリカ人以外の外国人患者は「出来事」や「多文化」の要因によって発症することが多かった。このことから、ラテンアメリカ人患者は、臨床場面

表2 発症誘因の比較

|         | 出来事         | 家庭          | 対人トラブル     | 多文化         | 職場         | その他          | 合計            |
|---------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|--------------|---------------|
| ラテンアメリカ | 89<br>19.3% | 67<br>14.5% | 37<br>8.0% | 35<br>7.6%  | 29<br>6.3% | 205<br>44.4% | 462<br>100.0% |
| その他の地域  | 75<br>31.8% | 17<br>7.2%  | 16<br>6.8% | 34<br>14.4% | 2<br>0.8%  | 92<br>39.0%  | 236<br>100.0% |
| 合計      | 164         | 84          | 53         | 69          | 31         | 297          | 698           |

%はラテンアメリカ，その他の地域の各群内における割合。

表3 発症誘因におけるラテンアメリカ出身患者の男女間比較

|    | 出来事         | 家庭          | 対人トラブル     | 多文化        | 職場         | その他          | 合計            |
|----|-------------|-------------|------------|------------|------------|--------------|---------------|
| 男性 | 26<br>14.8% | 14<br>8.0%  | 14<br>8.0% | 13<br>7.3% | 12<br>6.8% | 97<br>55.1%  | 176<br>100.0% |
| 女性 | 63<br>22.0% | 53<br>18.5% | 23<br>8.0% | 22<br>7.7% | 17<br>6.0% | 108<br>37.8% | 286<br>100.0% |
| 合計 | 89          | 67          | 37         | 35         | 29         | 205          | 462           |

%は男性，女性の各群内における割合。

表4 発症誘因におけるラテンアメリカ以外の出身患者の男女間比較

|    | 出来事         | 家庭          | 対人トラブル    | 多文化         | 職場        | その他         | 合計            |
|----|-------------|-------------|-----------|-------------|-----------|-------------|---------------|
| 男性 | 42<br>30.0% | 7<br>5.0%   | 9<br>6.4% | 20<br>14.3% | 0<br>0.0% | 62<br>44.3% | 140<br>100.0% |
| 女性 | 33<br>34.4% | 10<br>10.4% | 7<br>7.3% | 14<br>14.6% | 2<br>2.1% | 30<br>31.2% | 96<br>100.0%  |
| 合計 | 75          | 17          | 16        | 34          | 2         | 92          | 236           |

%は男性，女性の各群内における割合。

で感じるのと同様，夫婦間の葛藤，親子の言語の違いからくるコミュニケーションの欠如や価値観の違いが，発症に関与していることが裏付けられた。また，ラテンアメリカ人は出稼ぎ労働者として来日しているため，一般的に父母ともに就労している。ほとんどが派遣労働者として就労し，派遣専門の通訳もいるが，言語および文化・習慣の違いからトラブルが多く，そうしたことが，発症に関与していると推測される。

表3のように，ラテンアメリカ人男性患者と女性患者の発症誘因について比較したところ，各発症誘因の出現率において有意な差があった ( $\chi^2=18.92$ ,  $df=5$ ,  $p<0.01$ )。ラテンアメリカ人女性

患者は「出来事」や「家庭」の要因によって発症することが多かった。女性の発症誘因が，男性と比較し，より「出来事」や「家庭」と関連しているのは，女性が，就労だけでなく，育児，家事という3つの役割を担っていることが強く結びついているためと考えられる。

表4のように，ラテンアメリカ以外の男女間の比較では，発症誘因について比較したところ，各発症誘因の出現率において有意な差はなかった ( $\chi^2=8.13$ ,  $df=5$ ,  $n.s.$ )。このことは，ラテンアメリカ以外の男女間では，多文化ストレスなど，種々のストレスについてほとんど差はみられないと考えられる。

表5 診断の比較

|         | 統合失調症      | 気分障害         | 神経症性障害       | 発達障害       | 物質依存       | その他       | 合計            |
|---------|------------|--------------|--------------|------------|------------|-----------|---------------|
| ラテンアメリカ | 39<br>8.4% | 144<br>31.2% | 229<br>49.6% | 34<br>7.4% | 10<br>2.2% | 6<br>1.3% | 462<br>100.0% |
| その他の地域  | 21<br>8.9% | 100<br>42.4% | 101<br>42.8% | 6<br>2.5%  | 8<br>3.4%  | 0<br>0.0% | 236<br>100.0% |
| 合計      | 60         | 244          | 330          | 40         | 18         | 6         | 698           |

%はラテンアメリカ, その他の地域の各群内における割合.

表6 「神経症性障害」と診断された男女差の比較

|         | 男性          | 女性           | 合計            |
|---------|-------------|--------------|---------------|
| ラテンアメリカ | 86<br>37.6% | 143<br>62.4% | 229<br>100.0% |
| その他の地域  | 60<br>59.4% | 41<br>40.6%  | 101<br>100.0% |
| 合計      | 146         | 184          | 330           |

%はラテンアメリカ, その他の地域の各群内における割合.

表7 「気分障害」と診断された男女差の比較

|         | 男性          | 女性           | 合計            |
|---------|-------------|--------------|---------------|
| ラテンアメリカ | 41<br>28.5% | 103<br>71.5% | 144<br>100.0% |
| その他の地域  | 56<br>56.0% | 44<br>44.0%  | 100<br>100.0% |
| 合計      | 97          | 147          | 244           |

%はラテンアメリカ, その他の地域の各群内における割合.

## 2) 診断

表5のように, ラテンアメリカ人患者とラテンアメリカ人以外の外国人患者の診断について比較したところ, 各診断の出現率において有意な差があった ( $\chi^2=17.46$ ,  $df=5$ ,  $p<0.01$ ). ラテンアメリカ人患者は「神経症性障害」と診断される割合がその他の地域出身の外国人患者と比べて高い. 同様に「気分障害」と診断される割合が低い.

近年, 外国人の異文化ストレスと疾患の関連では, 気分障害との関連がいわれることが多い<sup>4)</sup>. それゆえ, 在日ラテンアメリカ人患者の診断で, 「神経症性障害」が49.6%という高い確率でみられることは, かなり特徴的なことである. また, 表6より, ラテンアメリカ人患者とラテンアメリカ人以外の外国人患者のうち, 「神経症性障害」と診断された患者の男女差を比較したところ, 男女の出現率において有意な差があった ( $\chi^2=13.57$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ). ラテンアメリカ人患者は女性の方が「神経症性障害」と診断される割合が高く一方, ラテンアメリカ人以外の外国人患者は男性の方が「神経症性障害」と診断される割合が高かつ

た.

神経症性障害は一般的には, 背後に持続的な葛藤が想定される. 在日ラテンアメリカ人患者の場合, 家庭では持続的な夫婦間葛藤や親子の世代間葛藤がみられ, 職場では上司や同僚との間の持続的な対人葛藤がみられる. また, 神経症性障害と診断されたうちの62.4%は女性であることから, こうした持続的葛藤は, 家庭でも, 職場でも女性の方により強くみられていると推測される.

表7のように, 気分障害と診断された男女間の比較を見てみると, ラテンアメリカ人患者とラテンアメリカ人以外の外国人患者のうち, 「気分障害」と診断された患者の男女差を比較したところ, 男女の出現率において有意な差があった ( $\chi^2=18.67$ ,  $df=1$ ,  $p<0.001$ ). ラテンアメリカ人患者は女性の方が「気分障害」と診断される割合が高く, 一方, ラテンアメリカ人以外の外国人患者は男性の方が「気分障害」と診断される割合が高かった.

ラテンアメリカ人患者では, 気分障害は, 神経症性障害の次に多くみられる. 女性に多くみられ

るのは、女性は仕事以外に子育てと家事を担っており、男性と比較し三重の負担を負っていると考えられる。そのため男性と比較し気分障害が、より女性に多くみられると思われる。ラテンアメリカ人以外の外国人患者は一様でなく、特に女性に負担がかかるという要因がないのではないかと推測される。

#### Ⅳ. ラテンアメリカ人（外国人）患者の 精神的診断、治療上の問題点

##### 1. 診断について<sup>1)</sup>

外国人を診療するにあたって心掛けておかなければならないことがいくつかある

- ①精神障害を患うと、日本語能力は極端に落ちる。そもそも母語以外で自分の内面を語ることはかなり難しい。思考や行動の抑止がなくても、精神障害を患った患者は母語以外で会話しようとはしない。母語の能力も落ちるので注意を要する。
- ②日本での滞在が長いからといって、必ずしも日本語を喋れるとは限らない。特に英語圏とスペイン語圏の患者は、英語やスペイン語を世界語と思っており、日本語を学ぼうとしない傾向にある。ラテンアメリカ人の多くは1990年代に来日しており、在日年数が10～20年になるが、日常会話ができない人もかなりいる。これまで彼らは、工場で派遣社員として働いていたため、派遣社員のバイリンガルの世話係がいたので、日本語を使わなくても特別困ることもなかった。帰宅しても夫婦ともにラテンアメリカ人というパターンが多いので、やはり母語で問題なかった。
- ③言葉上わかり合えているように見えても、内面的に理解できていないとは限らない。言葉は微妙なニュアンスを持っているため、言語が違っていると齟齬を生じやすい。一度、齟齬が生じると共通言語を持たないために、その齟齬を埋めることはほとんど不可能である。
- ④民族、文化、社会的背景を考慮した診断が必要である。言葉は常に民族、文化、社会的背景の

中で意味づけられる。それゆえ、患者との会話には、患者の使う言葉にすでに民族、文化、社会的背景が入りこんでいる。それゆえ患者が生きてきた様々な背景を理解していないと患者の持つ症状が理解不能となることがある。

- ⑤患者がマイノリティの社会に属していることを考慮する。難民をはじめとして外国人は差別や偏見を受けていることが少なくない。常に患者が少数社会に属していることを意識しながら診療を行う。こうしたことから、特に外国人患者を診察する場合には、カテゴリー診断ではなく、文化のコンテクストに沿った診断が必要である。
2. 治療について
- ①文化のコンテクスト<sup>3)</sup>に沿った治療的対応や精神療法が必要である。外国人を治療する場合、患者の生きてきた文化・社会的過去を抜きにして、診療するのは不可能である。妄想1つとってみても、母国の文化からみれば妄想でないこともある。
- ②日本人以上に外国人患者とはインフォームド・コンセントが必要である。症状の説明から始まり、病名告知、薬物療法、薬効や副作用の説明、予後など、当然日本人にも行うべきことではあるが、外国人の場合はより詳細に説明することを求められる。
- ③外国人患者は日本人に比較して、治療の中断が起りやすい。遠方からの受診という側面もあるが、日本の医療情報を得にくいので、ソーシャルサポートが受けにくいと考えられる。家族、親戚、友人のサポートが受けられるよう治療に工夫が必要である。
- ④外国人の場合は、教会、外国人支援のNPO、国際交流協会、バイリンガル日本語教師などが、支援している場合も多いので、そうした外国人支援機関と協働することも必要であろう。

### おわりに

ラテンアメリカ人患者の受診状況、診断、治療について考察してきたが、今後彼らの精神科的診療に必要なことは、バイリンガル医療通訳者との協働、ラテンアメリカ人精神科医療支援ネットワークの構築、インターネットを使用した遠隔地診療などと考えられる。

### 文 献

- 1) 阿部 裕：グローバリゼーションと在日外国人のこころの問題。日本社会精神医学会雑誌，18；259-265，2009
- 2) 阿部 裕，石塚昌保：日系外国人労働者への対応の注意点。精神科，18；190-196，2011

3) 江口重幸：精神科臨床になぜエスノグラフィーが必要なのか。酒井明夫，下地明友，宮西照夫，江口重幸編：文化精神医学序説。金剛出版，東京，p.19-43，2001

4) Karasz, A., Dempsey, K., Fallek, R.: Cultural differences in the experience of everyday symptoms: a comparative study of South Asian and European American women. *Cult Med Psychiatry*, 31 ; 473-497, 2007

5) 野田文隆：マイノリティの精神医学。大正大学出版会，東京，2009

6) 渡戸一郎：外国人政策から移民政策へ—新たな社会ビジョンとしての「多民族化社会・日本」。渡戸一郎，井沢泰樹編著：多民族化社会・日本。明石書店，東京，p.257-276，2010

---

## Psychiatric Diagnosis of and Therapy for Latin American Patients

Yu ABE

*Department of Psychology, Meijigakuin University / Yotsuya Yui Clinic*

This is an analysis of the diagnosis of and therapy for patients being treated in a multicultural clinic opened around 6 years ago in the Tokyo Metropolitan area, for the attention of foreigners.

Latin American patients who were treated during the 6 years from March 2006 to February 2012 reached a total of 462, of whom 208 were Peruvians, 159 were Brazilians, 37 were Colombians, and the others were from Mexico, Argentina, Bolivia, Paraguay, Chile, Guatemala, etc.

The 462 Latin American patients were compared to 236 patients from countries other than Latin America (non-Latin American). Whereas the route for consultation in Latin American patients was through referral from friends/acquaintances, family, and native Latin American counselors, for Non-Latin American patients, the route was mostly through the website. As for the sex distribution by ages, regarding those in their 20's, the number of men and women was equivalent for both Latin American and Non-Latin American groups. Concerning those in their 30's, 40's, and 50's, while there were more women among Latin American patients, there were more men in Non-Latin American patients.

As for the area of residence, most Non-Latin Americans were from Tokyo, and most Latin American patients were from Kanagawa, Tokyo, Saitama, Chiba, and Ibaraki.

Regarding the diagnosis, when comparing to Non-Latin Americans, the largest percentage of Latin American patients were diagnosed with neurotic disorders, and the percentage of those diagnosed with mood disorders was low.

Concerning the therapy, it is necessary to take into account the cultural context both in the therapeutic approach and psychotherapy. Moreover, compared to Japanese patients, foreign patients tend to drop out, so that, during therapy, there is need to take this into consideration.

<Author's abstract>

<Key words : Latin American, immigrants, mental disorders, diagnosis and therapy, multiculturalism>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 東日本大震災における在日外国人への支援活動

鶴川 晃<sup>1)</sup>, 桂川 修一<sup>2)</sup>, 野田 文隆<sup>1)</sup>

1) 大正大学, 2) 東邦大学医療センター佐倉病院

多文化間精神医学会は震災直後、「多文化災害支援委員会」を立ち上げた。この委員会は、①被災した外国人、その支援者を対象とした情報収集、②外国人支援に関する情報提供、③直接的な支援の提供、の3本柱で動くこととなった。情報収集により震災後、在日外国人は心細い立場にあったということ、日本には多文化共生という風土がまだまだ著しく希薄であることが浮き彫りとなり、東日本大震災が彼らへの情報提供の方法をはじめとした支援を見直す機会ともなった。今回の支援活動を通じ、多文化間精神医学会の果たすべき課題として次の4点を見いだすことができた。①非専門家に対する継続的なメンタルヘルスケアについての研修会の開催、②多文化間精神医学会のホームページを活用した在日外国人のメンタルヘルスについての知識の提供、③学会および在日外国人支援団体間のネットワークの構築、④各地域の在日外国人の精神医療が可能な専門家との連携を図る。在日外国人が日本にいることの安心や信頼を取り戻すために、学会は各支援団体と連携を強化し支援に取り組む必要がある。

<索引用語：東日本大震災，在日外国人，メンタルヘルス，多文化支援>

## はじめに

2012年3月11日に発生した東日本大震災では日本人のみならず、日本に在住する1.74%の民族マイノリティらも被災した。彼らの中には、日本人が自分たちの事件で精一杯なため情報過疎地におかれてしまった、いろいろな流言飛語に巻き込まれ不安に陥ったものも少なくなかった<sup>3)</sup>。多文化間精神医学会は、2012年4月、日本精神神経学会と協働し「多文化災害支援委員会」を立ち上げた。この委員会は、①被災した外国人<sup>注1)</sup>、その支援者を対象として情報の収集、②外国人支援に関

する情報提供、③直接的な支援の提供、の3本柱で動くこととなった。今回は、多文化災害委員会が知り得た外国人やその支援者の状況、および当委員会の活動内容について報告する。

## I. 震災後の外国人の動向

震災直後、在日外国人の母国への一時避難が大きくマスメディアで取り上げられた<sup>注3)</sup>。なぜ彼らは帰国を急いだのか。今回の震災では在日外国人の支援団体も被災したため、どの団体も多言語による情報提供まで3日間のブランクがあったと

注1) ここでいう外国人とは、被災した、あるいは不安におびえる外国人労働者、外国人花嫁、留学生、研修生、条約難民、難民認定申請者<sup>注2)</sup>などを指す。

注2) 日本は1979年より社会主義体制のもと迫害を受ける恐れがあるベトナム、ラオス、カンボジアからの難民を一定の枠を持ち受け入れ始めた。1981年には日本は難民条約に加盟し、インドシナ難民に限り制限なく受け入れ始めた。現在、日本には約1万人のインドシナ難民が存在する<sup>1)</sup>。また、難民条約に定義された難民の要件に該当すると判断された条約難民（ミャンマー、イランなど）は598人、現在、難民認定申請中（ミャンマー、中国、アフガニスタン、イランなど）のものは1,867人に上る<sup>5)</sup>。

言われている。その間、在日外国人は大使館、もしくは母国の家族・親族から東日本大震災に関する情報を得る他なく、大使館は彼らに帰国を促した。そのため帰国に至ったと考えられる。このような在日外国人の行動は日本人から理解されにくく、日本に在留した外国人らが肩身の狭い思いをすることとなった。避難所で生活していたアジア圏の女性は、「避難所に家族とともに避難しました。避難所で会った同国人とお互いの無事を喜んで母国語で笑ったり、話をしていたんだけど、周りの人からの冷たい視線を感じた。避難所では同国人が集まって母国語で話をしたり、笑ったりしないよう気をつけた」などと述べていた。

また震災時、平安時にはそうとは感じない日本語の難しさを痛感した外国人も少なくなかった。例えば地震直後に津波が襲ってきた時、福島県の沿岸部に住む日本人は「つなみくっど！（津波がくる）」、「あぶねー！ にげっぺ！（危ない、逃げよう）」とお互いに声を掛け合いながら避難した。しかし方言や緊急時に使われる日本語に耳慣れていない外国人は、「何を言われているのかわからなくて、ただ危険が迫っていることはわかったがとても不安だった」と述べた。

さらに、企業や漁場の研修生、Assistant Language Teacher（外国語指導助手）らは職場からの連絡により状況を把握し避難することができたが、来日間もない外国人らはコミュニティとのつながりを持たなかったため逃げ遅れるものもいた。欧米圏の男性は「単身で来日したばかりだった。日本には知り合いもなく、言葉もわからなかったので何の情報も得ることができず不安で一杯だった。震災直後、唯一つながっていた支援団体とも電話で連絡が取れず困った。どこに行けばいいのか、誰に助けを求めたらいいのかわからず

家に引きこもっていた。3日後、支援団体と連絡が取れてホッとした」と述べている。

また、東北地域に定住する外国人の多くは外国人花嫁であった。近年、国際結婚<sup>注4)</sup>の定着と増加がみられ、婚姻数全体に占める国際結婚の比率は4.3%と1980年の0.9%と比較し大幅に増大している<sup>2)</sup>。震災後、国際結婚カップルの多くは、日本と母国の家族の間で板挟みとなり苦しんだ。アジア圏の女性と結婚した日本人男性は、「震災直後、妻は母国の家族から『一刻も早く避難しなさい。こっちに帰ってきなさい』と再三連絡があり、妻は子どもを連れて母国に一時帰国した。私は『あちらの家族も心配しているだろうし落ち着いたら戻ってきたらいい』と送り出した。しかし、私の両親や近所からは『外国人だから、夫と家族を置いてさっさと逃げ出した』という声も聞かれた。妻からは『貴方や日本の家族のことが心配。そろそろ帰ろうかしら』と連絡があった。妻が戻ってきたら何を言われるかと思うと気が重い」と述べていた。震災後、国際結婚カップルの多くは、家庭内で日本人と外国人の間に横たわる文化や価値観の違いが浮上し、離婚に至ったケースも少なくないと聞く。

これらの事象から、震災後、在日外国人は心細い立場にあったということ、日本には多文化共生という風土がいまだ著しく希薄であることが浮き彫りとなり、東日本大震災が彼らへのサービスを見直す機会ともなった。

## II. 震災後の在日外国人支援団体の動向

震災直後、多文化間精神医学会は、北海道、青森、岩手、山形、宮城、福島、新潟、茨城、栃木、埼玉、千葉、東京にある在日外国人支援団体とコンタクトを取り、どのような支援活動を行ってい

注3) 震災直後、在日外国人の1/4が一時的に母国に帰国した。また日本にとどまった在日外国人の4割が関西方面などへの引っ越しをはじめとした何らかの行動をとった。

注4) 国際結婚とは異なった国籍同士の結婚から、異なった人種や宗教、民族間などの結婚を一般的に指す。農村部の嫁不足から始まった国際結婚は都市部にも広がりつつある。現在では、保育園などで両親のどちらかが外国籍の子どもを目にすることも少なくない。国際結婚が多くなるに伴って、外国人との結婚の破綻（離婚）も増加しており、2009年には、離婚件数全体の7.7%を占めている（離婚数全体の比率は2.1%）<sup>2)</sup>。

るのか伺った。

彼らはまず在日外国人の被災状況の確認と支援を行うため、避難所への連絡・訪問を試みた。しかしながら、東北地域に在住する在日外国人は、平素より自分たちが「外国人」であることを隠して生活していることもあり、避難所での支援は控えざるを得なかった。東北地区の国際交流協会職員は、「私たちの介入により、日本人コミュニティでなんとかやってきた外国人の生活が崩れてしまうこともある。それだけは避けなければと思った。日本人と結婚した外国人はファースト・ネームを漢字に変えているので避難所にある名簿からも、この避難所にどれだけの外国人がいるのかわからなかった。避難所内を回っても外国語は聞こえてこなかったし、ここではいまだ、在日外国人に対する偏見やスティグマが根強く存在している」と話していた。

その後、在日外国人支援団体はホームページやニュースレターを用い、多言語での情報提供および、電話相談窓口を充実させるなどの間接的なサービスを開始した。当初は度重なる余震への不安や放射能汚染に関する情報を求め、コンタクトをとる在日外国人は多かったと聞く。しかし2012年6月ごろより、母国に一時帰国した外国人らから「日本に戻りたいんだけど、日本は安全なのか。この先、住み続けることはできるのか。私たちが戻ることに、近所の人たちがどんな反応を示すか心配だ」といった相談が寄せられたという。

2012年4月に福島県国際交流協会からの依頼により、多文化災害支援委員会は国際交流協会が発行するニュースレターにメンタルヘルスに関するコラムを半年間に渡り寄稿した。コラムの内容は、「異郷で揺れ動くところ」「身体化する心の病」「職場での日本人とのつき合い方」「留学生のメンタルヘルス」などであった。これらは英語、中国語、韓国語に翻訳され在日外国人のみならず、彼らを取り巻く日本人のもとに配布された。

各支援団体は、在日外国人が日本にいることの安心と信頼を持ってもらうためにはどうしたらいいのか試行錯誤しながら支援を展開していた。

### Ⅲ. 多文化災害支援委員会の支援活動

当委員会は情報収集のみならず、2012年4月より「多文化心のケア相談窓口」を開設し電子メール、電話にて在日外国人からの相談を受け付けた。開設直後から、「震災後から不安でアパートで眠ることができない。車の中で寝起きをしている。近所の精神科クリニックを受診したのだが、言葉が通じず治療がうまくいっていない。助けて欲しい」などの相談があり、彼らが在住する地域の国際交流協会と協働し精神科受診のサポートを行った。また、都内在住の在日外国人から相談があった場合は、都内で多文化外来を開いている「四谷ゆいクリニック（英語、ポルトガル語、スペイン語での診療が可能）」を紹介するなどの支援を行った。

さらに野田文隆（多文化間精神医学会理事長）は、2012年4月にフランスのパリで開催された「1<sup>st</sup> International Conference on Cultural Psychiatry」のプレナリーセッションにて東日本大震災の状況や東北の被災者のところについて報告を行った。また、WPA-TPS（World Psychiatry Association-Transcultural Psychiatry Section）、WACP（World Association of Cultural Psychiatry）のホームページへ同様のレポートを寄稿した。当時、日本には数多の国連・国際機関やNGOから支援の申し入れがあり、多文化間精神医学会にも国外の医療チームから「東北の被災地で日本人、外国人のメンタルヘルスケアを行いたい」という申し入れがあった。しかし、国際学会で東北の被災者があまり心の問題を表出することを望まない人々であること、9.11や阪神淡路大震災の被災者とは違ったアプローチが必要であることを知らしめたことにより、直接的な支援の申し入れは少なくなっていた。

このように多文化災害支援委員会では先に述べた3つの柱の活動に加え、国外への情報発信も積極的に行っていた。

また2012年9月には福島県内の国際支援協会から在日外国人支援者のサポートの依頼があった。震災により在日外国人は心の問題を抱えやすくな

表 研修会の日時および参加人数

| 日時          | 場所                  | 参加人数   |
|-------------|---------------------|--------|
| 平成 23 年 9 月 | 中通り：公益財団法人福島県国際交流協会 | 32 名   |
| 平成 24 年 1 月 | 会 津：会津若松市国際交流協会     | 16 名   |
| 平成 24 年 2 月 | 浜通り：財団法人いわき国際交流協会   | 25 名   |
|             |                     | 計 73 名 |

福島県内で開催した「在日外国人のメンタルヘルス研修会」は「第 23 年度こころのバリアフリー研究会」からの助成を受けて行われた。

るだろう。その際、支援者は彼らをどのように理解し、どのように支援すればいいのか、また被災した支援者自身も自分たちをどのようにケアしていくべきなのか教えて欲しいというニーズがあった。そのため福島県内の国際交流協会スタッフ、日本語ボランティアに対し、多文化間精神医学会の学会資格である多文化間精神保健専門アドバイザー<sup>注5)</sup>を持つ精神科医、心理士が「在日外国人のメンタルヘルスケア」についての研修会を開催した(表)。

#### IV. 福島県内での在日外国人のメンタルヘルスケア研修会

福島県の外国人登録総数は 2011 年 12 月の時点では 11,099 人であった。外国人の割合は県人口の 5.5%であった。震災直後、外国人登録者数は 1 千人減の 10,328 人となり、2012 年 6 月には 9,927 人と半年間で 12.4%の減少がみられた(法務省 平成 23 年 9 月末現在における外国人登録者数について、2011)。福島県内には外国人の集住地域はなく、44%が中国人花嫁、次いで韓国人、フィリピン人、ブラジル人が多い。

福島県は会津、中通り、浜通りの 3 つに大別され、在日外国人支援は表に示した国際交流協会が主に行っている。支援の内容は生活相談や多言語での情報提供、地域住民との交流促進、日本語教室の運営などである。福島県内の国際交流協会職員の中には精神保健福祉専門家は存在せず、海外

滞在経験や英語をはじめとした語学力のある人々が勤務している。また、福島県内には 32 の日本語教室があり、元キャビン・アテンダント、元教師、会社員、主婦、大学生、外国人らがボランティアスタッフとして所属する。彼らは日本語を教えるのみならず、日本の社会や習慣など毎日の暮らしに必要な知識を伝えるなど、生活上の様々な相談に乗っている(公益財団法人福島県国際交流協会ホームページより)。

多文化災害支援委員会が行った研修会の内容は、①在日外国人のリスクファクターとは、②在日外国人によくみられるこころの病気とは、③在日外国人支援者の留意点、④事例検討：精神的な問題と精神科的問題の見分け方、で構成されており、約 5 時間の研修会を施行している。この研修会を通して地方都市の在日外国人支援の課題がいくつか見えてきた。

まず、国際交流協会をはじめとした外国人支援団体は脆弱な経済基盤の上に成り立っており、「在日外国人のメンタルヘルスケア」などの研修会を定期的に開催することは困難である。そのため支援者は知識の蓄積やスキルアップなどの機会を得ることができない。

次に先にも述べたが職員の中に精神保健福祉専門家およびその知識を有する者がいない。そのため在日外国人が心の問題を抱えた際に、これは精神的な問題なのか、精神科的問題なのかざっくりと見分けることができない。支援者らは「在日

注 5) 平成 14 年度から始まった多文化間精神医学会が認定する民間資格である。国内外で多文化がかかわる相談事例に対応することが可能な専門家を育成することを目的としている。

外国人の言動から、彼らが心の病気を持っているのか、そうでないのか判断することができない。心の病気であれば病院を受診すべきだと思うが、もし私たちの判断が間違っていたらと思うと…」「自分たちも精神科受診には抵抗があるので、どのように受診を勧めたらいいかわからない。薬の副作用も心配だし」「彼らの話を延々と聞いてあげることで心の問題は解決するのではないかと思う」などと話していた。

また今まで得られた経験知をもとに支援を展開していることもあり、在日外国人の抱える問題に巻き込まれ支援者が疲弊してしまうことも多い。「在日外国人が孤独で寂しいと訴えるので、自宅に招いて食事を食べさせた。そしたら彼らは毎日のように自宅にやってくるようになり自分の時間がうまく作れず疲れ切ってしまった」「どのように支援をすればいいのか困った時に相談できる人が身近にいない」と話す支援者もいた。

さらに地方都市では地域の医療専門家との連携が図れておらず、在日外国人が精神的な問題を抱え受診を希望したとしても、引き受け先がなく受診に至らないこともあることがわかった。支援者は「地方都市ではたいいていの医療機関に、外国人の患者さんは言葉の問題があるので診ることができない、と断られてしまう。また受診できたとしてもあまり話を聞いてもらえず薬を出されて終わってしまうことが多いので、在日外国人は治療に対して不満を抱いてしまう。もっと地域の医療機関と連携を図るにはどうしたらいいのか」と話していた。

福島県内でみられた在日外国人支援の課題は、おそらく他の地方都市でも存在するものであると思われる。今後、多文化間精神医学会はこれらの課題に対してどのように対応すべきであろうか。

## V. 多文化間精神医学会の今後の課題

東日本大震災後の在日外国人支援活動を通じて見えてきた多文化間精神医学会の課題は4点である。

まず1点目として非専門家に対する継続的なメンタルヘルスクエアについての研修会の開催であ

る。各地域で多文化間精神医学会の認定資格である多文化間精神保健専門アドバイザーを持つ専門家が、心の病気の理解のみならず、精神科外来を外国人が受診する際に支援者は医療機関に対してどのような情報を提供すれば治療が円滑に進むのか、などについての講義を行う。在日外国人の多くは問題を抱えた際に、まず日本語教室のボランティアスタッフに相談することが多いと聞く。相談を受けた非専門家の判断力、対処行動力を高める支援が必要であろう。

第2点目は多文化間精神医学会のホームページを使った在日外国人のメンタルヘルスについての知識の提供である。東日本大震災後の支援団体との交流にて、非専門家がどのような知識を欲し、どのような問題を抱えやすいのか見えてきた。彼らにとって活用しやすい「在日外国人のメンタルヘルス支援」についてのテキストを作成する必要があるだろう。

第3点目は在日外国人支援団体とのネットワーク構築である。当学会は2007年より在日外国人支援団体とのネットワーク構築を目指し、「多文化こころの支援協議会」を立ち上げ毎年、支援団体との交流を行ってきた。その甲斐あって、東日本大震災後、各支援団体と早期にコンタクトを取ることができた。今後も本協議会の開催を通じ、各支援団体のニーズの把握と外国人支援の社会資源の開発を行っていく必要がある。

最後に、各地域の在日外国人の精神保健福祉医療が可能な専門家との連携である。「こころの支援協議会」からの要請を受け、多文化間精神医学会ではホームページにて、在日外国人の精神医療に協力可能な医師を募っている（外国人への精神医療へ協力していただける先生方へ [http://www.jstp.net/Source/topics\\_2009/toDoctor1.html](http://www.jstp.net/Source/topics_2009/toDoctor1.html)）。来るべき多文化共生社会に向けて「外国人の精神医療」の基盤を整備していくことも多文化間精神医学会の役割であろう。

今後、これらの課題の解決に向け諸団体と連携し取り組んでいきたいと思う。

## おわりに

多文化間精神医学会による東日本大震災における在日外国人への支援活動を報告した。しかし、本論で指摘した視点は、単に震災時に限定されるものではない。少子高齢化、経済グローバル化時代において、日本の産業・経済の活性化に向けた外国人受け入れは避けられない問題であろう。彼らの定住促進において、メンタルヘルス支援は最大の支援の1つである。今回見いだされた課題に取り組んでいくことが、来るべき多文化共生時代を適切に構築する一助になると信じている。

## 文 献

- 1) 外務省. 難民問題と日本：<http://www.mofa.go.jp/mofaj/gaiko/nanmin/main3.html>
- 2) 厚生労働省. 人口動態統計特殊報告：<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/list58-60.html>
- 3) 野田文隆：災害と文化—こころ揺らぐ人々. (内橋克人編) 大震災のなかで—私たちは何をすべきか, 196-202, 岩波新書, 東京, 2011
- 4) 法務省. 平成23年9月末現在における外国人登録者数について：[http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04\\_00012.html](http://www.moj.go.jp/nyuukokukanri/kouhou/nyuukokukanri04_00012.html)
- 5) 法務省. 難民認定申請：<http://www.moj.go.jp/ONLINE/IMMIGRATION/16-6.html>

---

## Support Activities for Foreign Citizens Affected by the 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami

Ko UKAWA<sup>1)</sup>, Shuichi KATSURAGAWA<sup>2)</sup>, Fumitaka NODA<sup>1)</sup>

<sup>1)</sup> *Taisho University*, <sup>2)</sup> *Thoho University Sakura Medical Center*

After the disaster, the JSTP launched the Transcultural Disaster Support Committee, with 3 objectives : gathering information for affected foreign citizens and their supporters in Japan, providing information concerning aid for foreign citizens, and providing supportive services at a working level. The reviewed information revealed that foreign citizens were put into very uneasy situations, and there had been little sense of transcultural coexistence in Japan. The disaster consequently triggered a wave of calls for reconsideration regarding more effective ways to support those people, such as how to provide appropriate information. Through the activities, the JSTP identified 4 challenges : i) hold training sessions for non-professionals on sustaining mental health care, ii) utilize the JSTP's official website to develop awareness and understanding about mental health issues that foreign citizens have, iii) establish networks among academic societies and various organizations that support foreign citizens, and iv) liaise with local professionals that can provide medical services for foreign citizens. Aiming to bring back a sense of peace for them to live in Japan, the JSTP fully recognizes the necessity to cooperate more closely to support them with other related organizations and groups.

< Authors' abstract >

< Key words : 2011 Tohoku Earthquake and Tsunami, foreign citizens, mental health, transcultural support >

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 文化精神医学が問うもの—医療人類学の視点から—

江口 重幸

(一般財団法人精神医学研究所附属 東京武蔵野病院)

文化精神医学,あるいは transcultural 精神医学の問う問題の1つとして,異なる文化間を跨ぐということと並行して,精神医学という学問やそこで使用されるカテゴリー自身が1つの歴史的産物・文化的産物ではないかということ質す,一種文化批評としての視点が現われている.小論では文化精神医学,とくに医療人類学を経由したこうした視点から,「疾患と病いの二分法」「臨床民族誌」「文化的な知識を踏まえた精神医学」,さらに近年「文化的能力」などのキーとなる概念の根底に流れる視点を検討した.後半では日本の文化精神医学のパイオニアである荻野恒一(1921~1991年)の業績に触れ,荻野が現象学的精神病理学と人間科学的視点を架橋し, transcultural 精神医学(あるいは精神医学)の再定義を行いながら,あくまで文化精神医学をその重要な「領土」として論じようとしたことをたどった.これはのちに脱施設化の推進力になった Goffman の『アサイラム (Asylums)』や,反精神医学をも包摂する広範な視点であった.荻野は一貫して他者の主観的世界にどう接近するかにこだわったと言える.精神医学が忘却している歴史的・文化的文脈や,その変容過程をたえず批判的に省察し,実践に生かしていくことは,他の領域では代替できない文化精神医学の役割であることを論じた.

<索引用語:トランス文化精神医学,医療人類学,荻野恒一,『アサイラム』(ゴッフマン),反精神医学>

## はじめに

筆者は,文化精神医学,とくに医療人類学経由で提示されたその方法論を,理論ばかりではなく,精神科の「日常」臨床場面にいかに応用するかということ長年のテーマとしてきた.こうした視点から文化精神医学が21世紀初頭のわれわれに何を示すかを概観するのが本稿の目的である.文化精神医学そのものの変遷,医療人類学の提起したいくつかの基本問題を概観しながら,後半では日本の文化精神医学のパイオニアである荻野恒一(1921~1991年)の業績やその時代背景を再考し,さらには現象学や反精神医学について触れ,文化精神医学の問おうとした問題,換言すれば「文化精神医学の領土」について改めて検討し

たい.このような作業によって,精神医学やその臨床を別の角度から見直す重要なヒントが与えられ,今日ニューロサイエンスに特化しようとする精神医学の流れと,ますます社会的・文化的なものを取り入れて一般化していこうとする精神保健福祉医療という流れを架橋をする視角を手に入れられると考えるからである.

## I. 文化精神医学の変遷

文化精神医学,あるいは transcultural 精神医学という時,多くの者は「文化結合症候群」をはじめとする,いわば非西洋世界の,その土地固有の exotic な病態を研究する学問を頭に浮かべる.従来の文化精神医学の歴史は,20世紀初頭の Krae-

pelin のジャワ航海とその比較精神医学に代表されるように、「他者」の病理をどのように「普遍症候群」との関係で「比較」し理解するかという動機から開始された。それは今日 DSM などの分類体系の附録部分に取り上げられることはあっても、その体系の本体には影響を与えない派生物と見なされている。

しかし、20 世紀後半の文化精神医学は、人々のグローバルな規模での移動によってこの時期一層顕著になった、移民や難民や少数民族への理解、彼らに対する精神医学的サポートの必要性も加わり、独特な視点の転回を遂げたのである。この時期以降今日までに出版された国内外の代表的な文化精神医学の著作を開いてみる。たとえば Ellenberger の論集『神話的解放運動』<sup>7)</sup>、中井久夫の『治療文化論』<sup>28)</sup>、Kleinman の『精神医学を再考する』<sup>20)</sup>、Good の『医療・合理性・経験』<sup>13)</sup>、Littlewood のいくつかの論集<sup>25,26)</sup>、Kirmayer の論文「歴史的視点から見た文化精神医学」<sup>16)</sup>と同じく彼が編者である『癒しの伝統』<sup>17)</sup>などである。それらに共通しているのは、精神医学という学問やそこで使用されるカテゴリー自身を歴史的な文脈に据えながら、それが1つの歴史的・文化的産物であり、精神医学という独特なレンズを通してモノを見てきたのではないか、もう少し言えばそれらは「精神医学的分類の幻想」(Ellenberger)<sup>7)</sup>、「西洋の病理」(Littlewood)<sup>26)</sup>、「植民地主義の遺産」(Kirmayer)<sup>16)</sup>を大いに孕むものではないかという、一種文化批評としての自己省察であった。それは精神医学の分類体系の附録部分の充実を単にはかる分野ではなく、精神医学やその診断とはいったい何かという本質的な問いに立ち戻ることを強く要請するものである。

## II. 「神話的解放運動」：ゴーストダンスを一例に

人類学や歴史学では、「千年王国運動」や「土着再活性化運動」と一般に呼ばれる民衆運動が、19 世紀末から 20 世紀初頭に世界の辺境とされる各地に生じたことが記録されている。簡単に記せば、先住民が西洋諸国からの植民によって、理不

尽な法制度を強いられ、土地を奪われ、集団的危機に陥り、それを契機に部族内に預言者が現われ、自分たちの神話に立ち戻り、さまざまな儀礼を使用しながら祖先の住む他界への旅に出て、その幻影ないし言葉を伝えて再活性化するというものである。Ellenberger はこれらを「神話的解放運動」<sup>8)</sup>と呼ぶことを提唱している。

たとえば Mooney<sup>27)</sup>が記した、北米のゴーストダンス(ghost-dance)を見よう。1889 年から 1890 年にかけて、北米の先住民の間で広く観察された現象である。白人の「フロンティア」の西進で追いつめられ、支配され、従来の生活様式を失い、新たな行政ルールで苦境に立たされた先住民の部族が、死んだ祖先を甦らせ、この世を樂園として再生することを願って集団で踊り続けるという宗教儀礼を行った。これがゴーストダンスである。この様子を目の当たりにした Mooney は、動物の衣装をまとい、幻視、強硬症、脱魂に至る人々のスケッチを丹念に残している。もちろんこれらの出来事は興味の尽きない民族誌的テーマであり、人間の潜在的可能性を拡張するものに見えるかもしれない。しかしそれらは多くの場合、Mooney が記したように、結果として植民化する勢力への叛乱につながり、それは圧倒的な力量差のもとに鎮圧され、以降その集団には絶滅や自壊に及ぶのではないかと思われるほどの無力感が蔓延し、生き延びた者も世代を超える集団的なアルコールや薬物依存、そして非常に高率の自殺傾向のリスクに晒されることになったのである。Mooney が記録した「スー族の叛乱」や「ウンデットニーの虐殺」は有名な歴史的出来事であり、長らく「西部劇」の主題として、もっぱら鎮圧されるべき者として描かれたが、「インディアン」に、先住民としての固有の歴史があることが発掘されるのは実際最近になってのことである(北米先住民の同化政策と 1879 年以降施行されたその子供への寄宿学校制度、そこでの過酷な日常生活などについては、鎌田の著作<sup>15)</sup>や Kirmayer の論集<sup>17)</sup>に当たっていただきたい)。

そして、これと同じような宗教運動と挫折が、

たとえばメラネシアでは「積荷信仰 (cargo cult)」などの形式でみられた。19世紀末から20世紀初頭の西洋文化との遭遇の際に、世界の各地で同様の現象がみられたのである (これらの現象のまとまった紹介としては Lanternari<sup>23)</sup> や Worsley<sup>36)</sup> の著作が、具体的な地域の詳述としてはたとえばニューカレドニアを描いた Leenhaldt の著作『ド・カモ』<sup>24)</sup> を参照されたい)。

### Ⅲ. 病いへの想像力

こうした少数民族をめぐる歴史的な脈が重要なのは、単に知識としてだけでなく、具体的な臨床場面で不可欠だからである。われわれの前に時として片言の日本語しか話せない患者が現われることがある。多くは不安や抑うつや精神病性の問題を抱え、憔悴して通常のレベルの日本語会話もままならない状態になっている。英語を介したり、同伴の親族に話を聞いたり、時に通訳を依頼することもある。しかしその人の生活史、日々の生活や考え方については粗い推測しかできない。言語的空白を埋める想像力の持ち合わせがないからである。母国では高い教育を受けたが、日本に来たからは資格も生きず安価な労働市場しかない不安。本国に残してきた家族への思い。日本で公式の資格を獲得する前に立ち塞がる細々とした言語的・行政的障壁、乏しい政治的施策…。これらを前にした葛藤や重圧が表出されたり、共感とともに聴き取られ、受容されたりすることはほとんどない。そこではコミュニケーション・ギャップが失意や無力感、時に猜疑や抵抗となって現われることもある。

それはわれわれ自身が、海外に留学や滞在する際に想像するとよいだろう。憧れが入り混じった彼の地での生活において、しばしば大きな誤解や齟齬に出会うはずだ。一例を挙げれば、宗教的経験を深めようと米国に渡った際の経験を、内村鑑三 (1861～1930年) はその主著<sup>34)</sup> の冒頭から、くり返し記している。彼の地で宗教を究め、回心を果たした内村は、その後滞米中、異教徒の国から来てキリスト教に改宗した者が壇上に立って回心

体験を語るミッション・ショーと呼ばれる集會に招かれている。民族衣装を着、楽器を演奏する異国の者と並んで登壇し、回心体験を15分で話せと急かされるのである。伝道成果の報告をする講演者があくまで中心のこの集會で、内村は、自分がサーカスの「馴らされた犀」になった感想を怒りとともにくり返し記している。かつて日本人が欧米諸国を訪れ何かを学ぼうとした時、少なからぬ者がこれと同質の体験をした。

このような問題がさらに凝縮して現われるのが医療場面であろう。苦痛の訴え方、不安の表出の仕方、長引く病いへの家族や本人の対処行動、それらにはさまざまな文化的・社会的、そして歴史的要素が絡みついている。当初は小さな差異でも次第に積み重なり、時には予想もつかないような相互不信や断裂をもたらす (詳述はできないが、ベトナム戦争の余波で米国に移民したモン (Hmong) の人たちと当地の医療者間の軋轢を詳述した Fadiman の著作<sup>10)</sup> を参照されたい)。

臨床場面における文化ギャップを埋めるために、近年、医学教育において「文化的能力 (cultural competence)」（つまり「文化的な事象を適切に扱うことができる能力」) の獲得が強調されるようになっていく。とくに米国をはじめとする移民から成り立った社会では、その出自民族集団がそのまま経済格差や医療の不平等と連動していて、それに従ってさまざまな臨床的バイアスがもたらされている歴史があった。このような領域を扱う能力はきわめて重要なものと考えられる。しかしこれは、エスニック集団のステレオタイプを強調するだけのものになる危険性もあるので、こうした発想のもとになる、医療人類学経由の「臨床民族誌」<sup>5)</sup> や「文化的な知識を踏まえた精神医学」<sup>20)</sup> という源流に立ち還ってこの能力をとらえておく必要がある。

### Ⅳ. 医療人類学的視点に立ち還って

筆者はこれまで、自分が、とりわけ慢性疾患のケアに際して深く影響を受けた医療人類学経由の臨床的視点について紹介してきた<sup>4～6)</sup>。くり返し

になることを怖れずに記すと、それらは、①病気を、「疾患 (disease) / 病い (illness) に二分」する視点であり、②患者や家族のみならず医療者も含めた関与者が抱く「説明モデル (explanatory models)」という視点の2点に帰着する。これは初期の Harvard 医科大学社会医学グループが洗練し、医学部の教育プログラムの基礎に据えるものであった<sup>18)</sup>。

簡単に言えば、①の二分法とは、教育機関で教えられるような医療専門家のカテゴリー (医学モデル) にしたがっていわば「外側」から再構成 (定義) されるものである「疾患」と、患者や家族などの当事者によっていわば「内側」から経験されたものである「病い」を分けて考えようという提案である。前者の「疾患」が科学-論理的推論をもとに、個別性から抽象性へと一般化するのに対して、後者の「病い」は、物語の推論によって、特定の事例の個別的経験の理解に至るものである。この両者をいわば相補的に使用することで臨床は大きく改善される。そしてこうした視点は、敢えて意識しなくても良好に推移する治療過程では当然のもののように行われているのである。

しかしこうした二分法への着目は、さらなるステップにつながる。それは当事者の訴える「病い」の経験のひとつひとつを抜きだして、それに対する解決に結びつくような適切な対応をとっていくということである。また、(病いと疾患とが入り混じって構成されている) 医療者と当事者の「説明モデル」相互間の折衝によって治療は進んでいくという、先に②として記した発想もこれをもとにしている。それは「ムンテラ」という言葉に象徴されるような、医療者の説明モデルをどう噛み砕いて患者や家族に説明するかという一方向的なものではない、つまり医療者の説明モデルも可塑的であっていいという可能性を示すものである。

このように一見シンプルな枠組みであるが、「病い」の理解にはもう少し重要な提言が含まれている。つまり「病い」を理解するためには、科学-論理的推論ではない、物語の推論を使用することになる。さらに踏み込んで言えば、患者や当事者

の主観的経験にアプローチするためには、医学モデルとは別の、人間科学的、もう少し言えば社会学や人類学経由の「現地人 (native) の視点」(Geertz)<sup>11)</sup>に接近するような方法論を取り入れなくてはならないということなのである。先の医療人類学の定式化が、その後「臨床民族誌」<sup>13)</sup>と呼ばれたり、その後流行する Narrative Based Medicine に先鞭をつけたりすることになった<sup>19)</sup>のにはこうした経過がある。文化精神医学や transcultural 精神医学は、医学モデルからすれば「他者」にあたる、こうした人間科学的方法論を相補的に使用することを際立たせる知的鉅脈につながっているのである。

## V. 荻野恒一の仕事

ここでやや視点をかえて、わが国の文化精神医学の草分け的存在である荻野恒一 (1921~1991年) の一連の仕事に触れることにする。2011年は、荻野恒一の生誕90年そして没後20年にあたる年であった。荻野は、現象学的精神病理学と人間科学・社会科学的視点を架橋し、それらを transcultural 精神医学、あるいは精神医学そのものの「領土」として論じようとした稀有な精神科医であったと考えられる。

筆者はかつて荻野の論考に深い影響を受けたが、その仕事に改めて目が向いたのは、『精神医学と疾病概念』という1975年に刊行された論集の再刊 (2010年)<sup>35)</sup>を契機にしている。この論集は、前年伊豆山で開催された、当時の日本の代表的精神科医が集い、発表し、討論したのものをもとにした記録である。編者である土居健郎、臺弘を中心に、笠原、藤縄、内沼ら総勢11人の発表と相互討論が内容である。その中で荻野は、「精神医学における疾病概念—社会学的視点から」<sup>31)</sup>を発表し、彼の中心的テーマであった transcultural 精神医学、コミュニティ精神医学について論じ、反精神医学に言及している。それに対し、討論部分で土居と臺は、社会学的視点を先鋭化させた部分に Laing の反精神医学 (運動) が位置づけられるとした荻野の評価を激しく批判しながら、それでは

「統合失調症者は健康なのか？」と論駁する様子が所収されている。荻野は批判を浴びながらも丁寧に自説の主張と、それがこれまでの思考の延長であることを述べ、いわば反精神医学運動自体をも擁護する議論を展開しているのである。

現時点から振り返る時、ここで行われている議論は当時の時代的背景を映し出していることがわかる。1970年代中盤は、精神医学と人間科学が限りなく接近し、一部では交錯した例外的な時期であったと言える。精神療法や精神病理、精神分析関連の論集や訳書が数多く出版され、同時に反精神医学のいくつかの試みが紹介され、それが各地での学園闘争と相俟って、精神医学の存在基盤が激しく問われた時期だったのである。その後の1980年には、こうした潮流への揺り戻しのようにDSM-IIIが現われ、操作的診断基準が世界的な規模で拡大し、それまでのヨーロッパ中心の精神医学から米国中心の精神医学へと大きくパラダイム・シフトが行われた時期なのであった。

荻野は transcultural 精神医学のパイオニアであり、1964年には Papua New Guinea で Burton-Bradley と出会い『石器時代の危機』を紹介(翻訳)<sup>2)</sup>するなど、文化精神医学の数々の単著<sup>30)</sup>や論集を上梓してきたが、本来は現象学的精神病理学の代表的論者であった。しかもその教鞭の多くを医学部以外の人文科学系の大学や研究所でとるというキャリアを持つ(荻野の業績については稿を改めて検討したいが、ここでは、近藤<sup>21)</sup>による荻野の業績を回顧した追悼論文を参照されたい)。ドイツやフランスの精神病理学に通暁した研究者がどうしてこの時期に、集中砲火を浴びながらも反精神医学を擁護しなければならなかったのか。それは簡単に言えば、現象学的精神病理学から荻野独自の状況論、そして transcultural 精神医学に至るまで、首尾一貫して患者の主観的世界にいかに入り込みいかに忠実にそれらを理解していくかという方法論に荻野がこだわったからではないか。

VI. 荻野による transcultural 精神医学の再定義  
1975年の『精神医学』誌の臨時増刊 (Vol. 17,

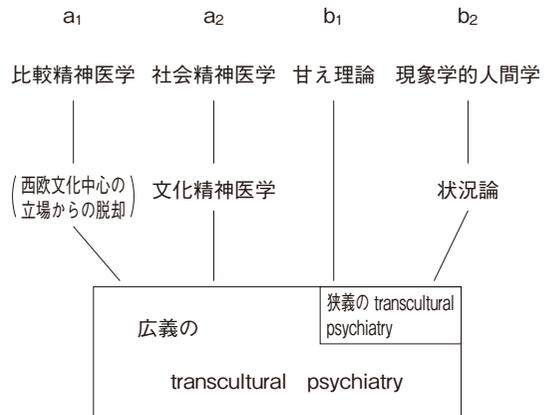


図 transcultural psychiatry の背景 (荻野他<sup>29)</sup>92 頁より引用)

no. 13) として、以下のような文化・社会精神医学を中心にした特集号が出されている。ここでは「精神医学における日本の特性」を中心に特集が組まれ、精神医療と治療状況の日本の特性を9名が論じ、さらに特集を締めくくるように座談会「Transcultural Psychiatry について」が、司会荻野恒一、加藤正明・木村敏・河合隼雄・中根千枝・逸見武光の参加で行われている。この号にはさらに Kraepelin の「比較精神医学」の翻訳と解説、荻野らによる24ページに及ぶ展望「わが国における Transcultural Psychiatric Research の動向」<sup>29)</sup>が掲載され、加えて土居による『Stone Age Crisis』の書評が掲載されるなど、いわばわが国の文化精神医学のピークを刻む画期的な特集であった。

この展望論文の中で荻野は、図を示しながら Transcultural 精神医学の再定義を行おうとしている。荻野はこれまでの Transcultural 精神医学(以下 TP と略す)を a<sub>1</sub> から b<sub>2</sub> までの4種類に分けている。具体的には、a<sub>1</sub> Kraepelin 以来の比較精神医学という意味の TP, a<sub>2</sub> 社会精神医学から文化精神医学を分離し、さらに「socio-cultural」といった意味で視点を拡げようとする Wittkower (1959) らが提唱する TP, b<sub>1</sub> 土居の「甘え」理論のように普遍的・本質的な人間共通の心性研究, b<sub>2</sub> 木村・荻野の再定義にあるような「現象学的人間学から状況論を経て TP へと至った荻野および

木村の立場」の4つに分けている。その上で荻野は、 $a_1$ ,  $a_2$ を「広義のTP」、 $b_1$ ,  $b_2$ を「狭義のTP」とし、後者のような狭義の Transcultural 精神医学の使用を提案している。

ここで荻野が行おうとした分割は、従来の精神医学的方法をもとに症状を「比較」したり、それに文化的な視点を接ぎ木したりする方法と、現象学的人間学などのいわば人間科学的方法を取り入れた視点に立つ方法とを、厳密に分けようというものである。ここでも対象となる者の心的世界の中に入って了解に至るためには、医学モデルではない人間科学的モデルを用い、それによって初めてアプローチできるという方法的視点が強調されているのがわかる。

荻野は先の『精神医学と疾病概念』<sup>35)</sup>における報告の結論部分で、社会学的視点の重要性は、それが「病者の側に立った真の臨床精神医学への復帰の契機をはらんでいる」(p.71) からだと結んでいるが、まさにそういう主旨なのであろう。そしてこの視点は先に、医療人類学が示した「疾患/病いの二分法」における、病いの理解に至る「現地人の視点」を強調したものにそのまま重なっていくように、筆者には思われる。というのも「病い」に至る人間科学的理解には、当時の解釈学的人类学と現象学的社会学という、同様の淵源から流れ出た考え方が基礎に据えられているからである (Kleinman<sup>18)</sup>を参照のこと)。

## Ⅶ. 反精神医学への迂回

以下の部分で、今日では、精神医学の否定、そして先のように病者＝健康者を喧伝したとして、もっぱらネガティブな評価しか刻印されない反精神医学について迂回することにしよう。1960～1970年代、世界的な規模で反精神医学が普及し、わが国でも当時の中心的な精神科医らによって Laing の一連の著作をはじめとするその翻訳や紹介がなされている。精神神経学会自身も、先の『精神疾患と疾病概念』や『精神医学』特別増刊号の刊行された1975年、反精神医学の旗手と言われた Thomas Szasz と David Cooper を招聘し、これに

島藺安雄と荻野恒一が加わって、第72回学会総会では『「精神分裂病」とは何か』というメイン・シンポジウムが企画されている (『精神神経学雑誌』第78巻第4号1976年参照)。このようにして見る時、もちろん政治的流行という側面はあるが、反精神医学はごく一部の者によって推進された精神医学を単に破壊するだけの運動とは言えない側面を持つことが浮かび上がってくる。そうでなければ、精神病理学や文化精神医学領域で先端的な役割を積み重ねた荻野が、それを徹底して擁護することなど起こりそうに思われない。

ここでは一例として、その後の反精神医学の流れに深い影響を与えた Erving Goffman の『アサイラム (Asylums)』<sup>12)</sup>を取り上げる。2011年1月の『British Journal of Psychiatry』誌は、『Asylums』刊行から50周年を記念して、その表紙に Perican Book 版の『Asylums』の表紙デザインを取り入れて論評している。なおこの原著が刊行された1961年前後は、Foucault の『狂気の歴史』初版<sup>9)</sup>や Laing の『引き裂かれた自己』<sup>22)</sup>が刊行された時期でもあった。

社会学者の Goffman は、1954～1957年の間米国 NIMH (国立精神衛生研究所) の研究員であり、とくに1955～1956年に、ワシントンにある7,000名を収容する巨大精神病院、聖エリザベス病院でフィールドワークを行った。その記録が本書である。本書は伊独仏日など広範な翻訳があり、とくにイタリア語版は今日脱施設化運動の代名詞となっている Franco Basaglia が序文を、その妻 Franca が翻訳を、またフランス語版も Robert Castel によって翻訳され、脱施設化を中心とする反精神医学運動の原典と見なされている。

しかしその内容を虚心に読み進むと、もちろん劣悪な環境の巨大精神病院への問題提起も含まれているが、それを単に告発するという趣旨とは一線を画する内容であることがわかる。(米国の州立精神病院の劣悪な治療環境を告発するものならば、すでに1948年に、さまざまな精神病院内部の写真も入った、Albert Deutsch による『国家の恥辱』<sup>3)</sup>が出版されている。) Goffman が本書<sup>12)</sup>を記

したのは、収容された患者の主観的世界に立ち入って、トータルな施設における彼らの日々の生活を知りたいという動機からであった。序文にはこう記されている。「聖エリザベス病院での実地調査をするに当って私が直接の目的としたのは、入院患者の社会的世界について、それが患者によって主観的に体験されているままに、知りたい、ということであった」(p.i) と。

筆者は、今日でもとくに本書の第2論文「精神障害者の精神的閱歴」と第3論文「公的施設の裏面：精神病院における苦境の切り抜け方の研究」は、精神科施設で働く者必読の論文であると考えている。それは、単に治療の対象としての患者というレベルを超えて、彼らがすべての生活を縛られる施設内でどのように工夫して日々を過ごしているかを同等な視線で眺め、経験する民族誌的視点を本書以上に明瞭に示すものはないと思われるからである。ここでも、あくまで相手の主観的世界に接近したいという動機が貫かれていることがわかる。

Foucault が、現存在分析で知られる精神病理学者 Binswanger の『夢と実存』<sup>1)</sup>のフランス語版に対し、本文の数倍の紙幅の序文を記したことは知られている(なお『夢と実存』の邦訳も荻野によってなされている)。また Laing が英国の精神医学に初めてドイツ流の現象学的視点を導入した人物であり、『引き裂かれた自己』<sup>2)</sup>の初版序文においても、本書の目的を「狂気および狂気に至るプロセスを了解可能にすることである」(p.3) と記したことも強調されてよいだろう。つまりここでも、現象学的な流れ、さらに要約すれば当事者の経験や視点に即して、精神病院での生活はどのように経験されているのか、精神病あるいはより広義の狂気はどのような過程として経験されるか、ということへの探究がその底流に流れていることがわかる。

## VIII. 文化精神医学の領土

1960～1970年代は精神医学に人間科学的視点が最も接近した稀有な時代であったことは、すで

に指摘した。その後の DSM-III の登場によって、精神医学の根本的思想から地政学的配置までが一変した。それはゆるやかな回り舞台のようなではなく強盗返しのような転換であった。精神医学の歴史はそれまで積み上げてきたものを一挙に清算しその都度ゼロから始めることを常套手段とし、その後の「流行」によって以前の文脈の一切を忘却してしまう変貌と非連続の影響下にあったと、Shorter は『精神医学歴史事典』の序文<sup>32)</sup>で述べている。われわれは、かつてその時代のオピニオンリーダーだった精神科医たちがこぞって文化を論じたことを思い出すことがあるだろうか。なぜ現象学的精神病理学や、G. Bateson や H. S. Sullivan、あるいは反精神医学の著作が当時の多くの精神科医の心をとらえたのだろうか。というより、なぜかくも今日の日本で、精神医学と文化は乖離してしまったのか。荻野恒一の著作をはじめ、精神療法や精神病理学の古典的著作さえ顧みられないのはどうしてなのだろうか、と問う方がわかりやすいかもしれない。

荻野は、これまで見たように、その現象学的方法、つまり対象の主観的世界をどうすくいあげていくかという部分が精神医学に不可欠であることを一貫して論じたことがわかる。現象学的精神病理学から状況論、そして彼の構想した transcultural 精神医学という展開の底流にはそうした視線が確固として横たわっている。現象学の流れからある部分産み落とされた反精神医学を、たとえ集中砲火を浴びようとも擁護しようとした理由もそのあたりにあるのだろう。つまり、反精神医学は、とりもなおさず文化精神医学の、あるいは精神医学そのものの、貴重で欠くことのできない「領土」であると考えたのである。

## さいごに

荻野がこだわったのは、精神医学的障害や疾患をあくまで「他者」の経験とする既成の理論への批判的な視点の導入であり、universalなものに見えるものの限界を探り<sup>33)</sup>、その境界から私たちが自明と考えている精神医学理論を考え直そうとい

う試みであったとは言えないだろうか。ここから発せられた問いは、理解と了解、自己と他者、理性と非理性、状況や制度…こうした精神医学がかつて発見した根本的な問題を再度問い返す原動力にはならないであろうか。

今後の精神医学をニューロサイエンスの精緻化に求めようとする主張がある(たとえばInsel<sup>14)</sup>)。1980年代以降の脳科学の進展が精神医学の見方に大きな影響を与えたのは言うまでもないことである。しかし一方、精神保健福祉医療のその具体的な局面は、さらに広範な社会的な広がりを見せて展開しようとしている。脱施設化もアウトリーチも先のイタリアの脱施設化をはじめとする流れを抜きにしては可能とならなかったであろう。そしてその考え方の底流には、先に検討したように、当事者の経験に少しでも近づきそれらを中心に援助やケアを組み立て直そうという動機が溢れている。今日精神医学が忘却しつつあり、変容している過程をたえず批判的に指摘するのも、他の領域では代替できない文化精神医学の大きな役割なのである。

## 文 献

- 1) Binswanger, L.: *Le rêve et l'existence*. Introduction et notes de M. Foucault. 1954 (荻野恒一, 中村 昇, 小須田健訳: 夢と実存. みすず書房, 東京, 1992)
- 2) Burton-Bradley, B. G.: *Stone Age Crisis*. 1975 (荻野恒一訳: 石器時代の危機. 星和書店, 東京, 1979)
- 3) Deutsch, A.: *The Shame of the States*. Harcourt, Brace & Co., New York, 1948
- 4) 江口重幸: 医療人類学と精神医学 (高畑直彦, 三田俊夫編). 臨床精神医学講座 23. 多文化間精神医学. 中山書店, 東京, p.259-279, 1998
- 5) 江口重幸: 精神科臨床になぜエスノグラフィーが必要なのか (酒井明夫, 下地明友, 宮西照夫ほか編). 文化精神医学序説—病い・物語・民族誌. 金剛出版, 東京, p.19-43, 2001
- 6) 江口重幸: 病いの自然経過とその物語的構成—精神科臨床における民族誌的アプローチ (新宮一成編). 病いの自然経過と精神療法. 中山書店, 東京, p.37-68, 2003
- 7) Ellenberger, H. F.: *Les mouvements de libération mythique*. Quinze, Montreal, 1978
- 8) Ellenberger, H. F.: 神話の解放運動 (中井久夫訳). エランベルジェ著作集 3. みすず書房, 東京, p.99-127, 2000
- 9) Foucault, M.: *Histoire de la folie à l'âge classique*. Plon, Paris, 1961
- 10) Fadiman, A.: *The Spirit Catches You and You Fall Down*. Farrar, Straus & Giroux, New York, 1997
- 11) Geertz, C.: 「住民の視点から」—人類学的理解の性質について (梶原景昭, 小泉潤二, 山下晋司ほか訳). ローカル・ノレッジ. 岩波書店, 東京, p.97-124, 1991
- 12) Goffman, E.: *Asylums*. 1961 (石黒 毅訳: アサイラム—施設被収容者の日常世界. 誠信書房, 東京, 1984)
- 13) Good, B. J.: *Medicine, Rationality, and Experience*. 1994 (江口重幸・五木田紳ほか訳: 医療・合理性・経験—バイロン・グッドの医療人類学講義. 誠信書房, 東京, 2001)
- 14) Insel, T. R.: *Disruptive Insights in Psychiatry: Transforming a clinical Discipline*. *J Clin Invest*. 119 (4): 700-705, 2009
- 15) 鎌田 遵: *ネイティブ・アメリカン—先住民社会の現在*. 岩波書店, 東京, 2009
- 16) Kirmayer, L. J.: *Cultural Psychiatry in Historical Perspective*. *Textbook of Cultural Psychiatry* (eds. by Bhugra, D., Bhui, K.). Cambridge University Press, Cambridge, p.3-19, 2007
- 17) Kirmayer, L. J., Valaskakis, G. G. eds.: *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. UBC Press, Vancouver, 2009
- 18) Kleinman, A.: *Patients and Healers in the Context of Culture*, 1980 (大橋英寿, 遠山宜哉, 作道信介ほか訳: 臨床人類学—文化の中の病者と治療者. 弘文堂, 東京, 1992)
- 19) Kleinman, A.: *The Illness Narratives*. 1988 (江口重幸・五木田紳・上野豪志訳: 病いの語り—慢性の病いをめぐる臨床人類学. 誠信書房, 東京, 1996)
- 20) Kleinman, A.: *Rethinking Psychiatry*, 1988 (江口重幸・下地明友他訳: 精神医学を再考する—疾患カテゴリーから個人的経験へ. みすず書房, 東京, 2012)
- 21) 近藤喬一: 荻野恒一先生を悼む. *精神医学*, 34 (2): 224-225, 1992
- 22) Laing, R. D.: *The Divided Self*. 1960 (阪本健二, 志貴春彦ほか訳: 引き裂かれた自己—分裂病と分裂病質の実存的研究. みすず書房, 東京, 1971)

- 23) Lanternari, V.: *The Religions of the Oppressed*. 1963 (堀 一郎・中牧弘允訳: 虐げられた者の宗教—近代メシア運動の研究, 新泉社, 東京, 1976)
- 24) Leenhardt, M.: *Do Kamo*. 1947 (坂井信三訳: ド・カモ—メラネシア世界の人格と神話, せりか書房, 東京, 1990)
- 25) Littlewood, R.: *The Butterfly and the Serpent*. Free Association Books, London, 1998
- 26) Littlewood, R.: *Pathologies of the West*. Cornell University Press, Ithaca, 2002
- 27) Mooney, J.: *The Ghost-Dance Religion and the Sioux Outbreak of 1890*. 1896 (荒井芳廣訳: ゴースト・ダンス—アメリカ・インディアンの宗教運動と叛乱, 紀伊國屋書店, 東京, 1989)
- 28) 中井久夫: 治療文化論—精神医学的再構築の試み, 岩波書店, 東京, 2001
- 29) 荻野恒一, 久場政博, 溝口純二ほか: わが国における Transcultural Psychiatric Research の動向, 精神医学, 17 (13); 1434-1457, 1975
- 30) 荻野恒一: 文化精神医学入門, 星和書店, 東京, 1976
- 31) 荻野恒一: 精神医学における疾病概念—社会学的視点から (臺 弘・土居健郎編), 精神医学と疾病概念, みすず書房, 東京, p.59-88, 2010
- 32) Shorter, E.: *A Historical Dictionary of Psychiatry*. Oxford University Press, 2005
- 33) 下地明友: 精神医学概念はあらゆる社会においても普遍妥当性を持つのか—「普遍性」の考古学: 科学的真実と臨床的リアリティ (神庭重信・松下正明編集), 精神医学の思想, 中山書店, 東京, p.51-63, 2012
- 34) 内村鑑三: 余は如何にして基督信徒となりし乎, 1895 (鈴木俊郎訳) 岩波書店, 東京, 1958
- 35) 臺 弘, 土居健郎編: 精神医学と疾病概念, みすず書房, 東京, 2010 (1975)
- 36) Worsley, P.: *The Trumpet shall Sound*. 1957 (吉田正紀訳: 千年王国と未開社会—メラネシアのカーゴ・カルト運動, 紀伊國屋書店, 東京, 1981)
-

## What Cultural Psychiatry Questions : From the Viewpoint of Medical Anthropology

Shigeyuki EGUCHI

*Tokyo-Musashino Hospital*

In addition to bridging different cultural viewpoints, cultural (or transcultural) psychiatry offers a kind of critical perspective that considers psychiatry and its categories as no more than historical and cultural products. In the first half of this article, the author discusses a series of key concepts, such as ‘disease/illness dichotomy’, ‘clinical ethnography’, ‘culturally informed psychiatry’, and ‘cultural competence,’ which underlay cultural psychiatry and which derive especially from the discipline of medical anthropology.

The second half of the article reexamines a number of works by Kōichi Ogino (1921–1991), a pioneer in transcultural psychiatry in Japan. Ogino, who, in his work, bridged the fields of phenomenological psychopathology and human science and redefined transcultural psychiatry in the 1970s, maintained that cultural or transcultural psychiatry was itself an important domain of psychiatry. His vision was vast enough to embrace multiple arguments, such as Goffman’s *Asylums*, which became the driving force behind deinstitutionalization, or those of anti-psychiatry. In brief, throughout his career, Ogino was consistently concerned about finding a method to approach the subjective experiences of others. For him, the domain of cultural psychiatry played the unique role of providing critical reflections on the historical and cultural contexts of the discipline of psychiatry and on the processes of transformation of these contexts, while also applying these reflections in practice.

< Author’s abstract >

< **Key words** : cultural (or transcultural) psychiatry, medical anthropology, Kōichi Ogino, Asylums (Erving Goffman), anti-psychiatry >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神疾患に関する医療計画

伊藤 弘人

(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)

都道府県の策定する平成 25 年度からの医療計画に、精神疾患が加わるようになった。この医療計画では、予防、アクセス、治療、社会復帰、精神科救急、身体合併症、専門医療で、医療体制の計画を策定することになる。また、それぞれの要素をつなぐ連携が重要となる。連携には、入院から在宅へと医療密度が変化する縦の垂直連携と、保健サービス・かかりつけ医・身体科医と精神科医との横の水平連携がある。都道府県はそれぞれの要素と連携を確認し、未整備の地域での整備を推進することになる。

<索引用語：医療計画，精神疾患，都道府県>

## はじめに

都道府県は平成 25 年 3 月までに、4 月から始まる 5 年間の医療計画を策定することになる<sup>2,3)</sup>。厚生労働省は 24 年 3 月に医療法に基づく医療提供体制の確保に関する基本方針（厚生労働省告示）を改正し、さらに都道府県の策定する医療計画の指針となる医政局長通知と指導課長通知を発出している。

次期医療計画では、がん、急性心筋梗塞、脳卒中、糖尿病に続く 5 疾病目に精神疾患が盛り込まれることになる。精神科救急医療は一般救急事業の中に記載されていたが、医療法の中で精神疾患や精神科が独立して取り扱われるのは、精神病床や人員配置に関する改正を除くと初めてである。

## I. 背景

医療計画において、4 疾病が選定された第 5 次医療法改正時点で精神科医療の追加はすでに検討されていた。たとえば、地域連携クリティカルパスについては、富山県砺波地域での活動が紹介されていた<sup>4)</sup>。ただし結果的には、精神科医療体制は「救急医療事業」の中で合計 1,000 字程度が追加されることになった<sup>6)</sup>。その後、「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」で、精神科救急の位置づけが「5 事業（救急医療等確保事業）」の中で行われていることなどから、「5 事業」としての位置づけを提言した。この検討会は、2004 年に厚生労働大臣による 10 年間の精神保健医療福祉の改革ビジョンの後半 5 年間で再整理して示した検討会である<sup>7)</sup>。

以上の経緯を受け、具体的に次期医療計画にお

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合－多様な精神医学・医療の展開を求めて－

シンポジウム 医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？ 司会：黒田 研二（関西大学人間健康学部），吉住 昭（国立病院機構花巻病院）

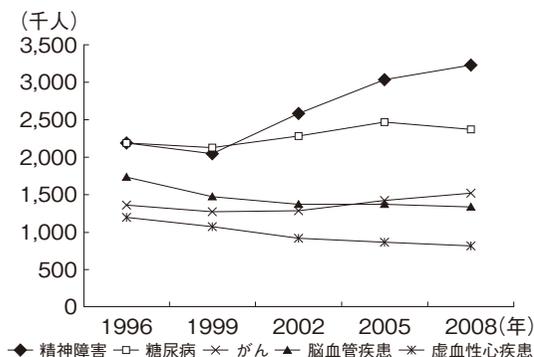


図1 受療患者数の動向 (患者調査より)

いて盛り込むことが検討されたのは、社会保障審議会医療部会における提案に始まる<sup>8)</sup>。この時点から、「5疾病」としての位置づけで検討することになる。

今回5疾病目に精神疾患が盛り込まれた最大のポイントは、伸び続ける受療患者数(図1)であったのではないかと考えられる。精神障害者の受療患者数は1999年以降増加しており、国民病といわれてきた糖尿病の受療患者数をすでに超えている。「医療計画の見直し等に関する検討会」がまとめた次の提案(表1)が、第26回社会保障審議会医療部会(12月22日)で了承され<sup>9)</sup>、厚生労働省は、この考え方を踏まえて「医療計画作成指針」を作成することになった。なお、関係資料は、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のウェブサイトからダウンロードできる<sup>5)</sup>。

## II. 医療計画の目標と他の計画との関係

精神疾患に関する医療計画の目指すべき方向は、事務局から示され、指針の中にも盛り込まれている。すなわち、精神疾患患者やその家族などに対して、

- ①住み慣れた身近な地域で基本的な医療やサービス支援を受けられる体制
- ②精神疾患の患者像に応じた医療機関の機能分担と連携により、他のサービスと協働することで、適切に保健・医療・介護・福祉・生活支援・

表1 医療計画の見直し等に関する検討会の提案

医療計画に定める疾病として新たに精神疾患を追加することとし、「精神疾患の医療体制構築に係る指針」を策定することにより、都道府県において、障害福祉計画や介護保険事業支援計画との連携を考慮しつつ、病期や個別の状態像に対応した適切な医療体制の構築が行われるよう促すことが必要である。

- 就労支援などの総合的な支援を受けられる体制
- ③症状がわかりにくく、変化しやすいため、医療やサービス支援が届きにくいという特性を踏まえ、アクセスしやすく、必要な医療を受けられる体制
- ④手厚い人員体制や退院支援・地域連携の強化など、必要な時に、入院医療を受けられる体制
- ⑤医療機関などが、提供できるサービスの内容や実績などについての情報を、積極的に公開することで、各種サービス間での円滑な機能連携を図るとともに、サービスを利用しやすい環境を、提供することを目指すことである。

指標を用いた整備状況の把握は、すでに他の計画にも存在している。たとえば障害保健計画で「1年未満入院者の平均退院率」および「5年以上かつ65歳以上の入院患者の退院者数」が盛り込まれている。

この内容は医療計画上の指標にも共通し、都道府県としては、医療計画も障害福祉計画も、さらには介護保険計画も、住民の観点から整合性を持ち一体に進めることになる。その意味で、重複する要素や相互に関係する要素が出てくることは不思議ではない。

ただし、たとえばこの2指標についても、両計画でその位置づけが異なることは指摘しておく必要がある。障害福祉計画でこの指標を用いるのは、退院者数と地域移行支援などの障害福祉サービスの見込量を推定するためである。一方で、医療計画では、医療体制の構築の在り方を検討するための指標となる。両計画で採用される指標は、それだけ多領域に関連する指標と考えることができる。

### Ⅲ. 精神疾患に関する医療計画の基本的な枠組み

精神疾患に関する医療計画（イメージ）は大きく「病期」と「状態像」に分類されている。「病期」が地域保健医療の全体像を示しており、予防、アクセス、治療～回復、回復～社会復帰の4つのステージに分類できる。「状態像」は「病期」における「治療～回復」のステージを状態像ごとに詳述してであると理解できる。

「予防」は医療機関への受療前のステージで、地域・職域・学校保健サービスを意味する。「アクセス」はかかりつけ医や身体科医など非精神科医療機関での適切な初期診断・治療と精神科医との連携（紹介）が目標となる。精神科救急を含む精神科医療は次の「治療」から登場する。再発予防や社会復帰支援は「社会復帰期」となる。なお、社会復帰サービスなどの障害者福祉・介護制度は、狭義の医療制度ではないために、医療計画の観点からは障害者福祉・介護サービスと「連携」という位置づけになる。

各都道府県が、精神疾患の医療体制構築に関する現状把握のために用いることが推奨されている指標例が示されており、その内容を簡略化したものを表2に示す。国際的な動向を盛り込みつつ、各都道府県で簡便に測定できるように、現段階の既存データから収集可能という条件で整理されたと聞いている。中でも、「必須指標」は人口動態統計、患者調査や医療施設調査など、国が定期的実施している調査を活用することができる。加えて、診療報酬の施設基準や指定通院医療機関など、任意ではあるものの各地域での整備が求められる指標も推奨されている。

アウトカム指標が盛り込まれていることも注目し値する。こころの健康状態は、国民生活基礎調査に盛り込まれている標準化された尺度（K6）を用いる。また、在院日数とともに、OECDなどで推奨されている3か月以内の再入院率が盛り込まれた。

### Ⅳ. 連携の形態と連携パターン（試論）

医療計画における医療体制のイメージおよび評

価する指標は、基本的にサービスの要素を示しており、それぞれの要素は分化した機能を担うことになる。このことは各機能をつなぐ「連携」が重要となることを意味している。精神疾患の医療計画における連携の形態を大きく分類すると、①入口である保健サービスやかかりつけ医・身体科医と精神科医との連携（精神科医療へのアクセス）、②入院・外来をはじめ精神保健医療福祉サービス間での連携（治療・回復・社会復帰）、そして介護保険などとの出口との連携が考えられる。最初の2つは連携が往復する循環連携となることが多く、一方で出口の連携では徐々に生活機能が低下していくための支援となるためにらせん型のスパイラル連携となることが想定できる。それぞれの形態について、連携パターンの整理を試みる。

#### 1. アクセスにおける連携（水平統合）

この連携の形態は、地域保健・職域保健・学校保健サービスと精神科医療との連携、かかりつけ医・身体科医と精神科医療との連携がモデルとなる。この形態の連携には、図2に示す通り、5つ程度のパターンが考えられる。すなわち、①研修会、②地域連携会議（かかりつけ医と精神科医とのいわゆるGP連携）、③精神科医の診療が必要な患者の紹介システム、④かかりつけ医などと精神科医との間での地域連携クリティカルパス、そして、⑤かかりつけ医などにおけるケースマネージャーの配置による連携である。日本精神科病院協会は患者手帳形式の認知症地域連携クリティカルパス（オレンジ手帳）を開発して運用を開始している。患者の基本診療情報を患者・家族に集約するという試みは、みまもり・つながり手帳（大阪大学）やあったか手帳（長野県東信地域）など全国に広がりつつある。

なお、この形態でまずイメージできるのは地域での連携であるが、総合病院精神科・身体科専門病院におけるリエゾン・コンサルテーション活動も、水平統合である循環連携の形態に分類できる（図3）。この形態を「リエゾンチーム」という観点から考えると5つのパターンが考えられる。①

表2 精神疾患の医療体制構築に係る現状把握のための指標例（別表5）\*

|                                 | 予防・アクセス<br>(うつ病含む)                    | 治療・回復・社会復帰<br>(うつ病を含む)                   | 精神科救急                                 | 身体合併症                                    | 専門医療                             |  |
|---------------------------------|---------------------------------------|--|---------------------------------------|--|----------------------------------|--|
| 構造指標                            | ○かかりつけ医等対応能力向上研修参加者 <sup>3)</sup>     | ◎P医療機関数 <sup>6)</sup>                    | ◎医療圏のP救急医療機関数 <sup>3)</sup>           | ◎P救急・合併症対応施設数 <sup>3)</sup>              | ◎児童思春期病棟数 <sup>11)</sup>         |  |
|                                 | GP連携会議開催地域数・紹介システム構築地区数               | ◎P医療従事者数(各職種) <sup>7)</sup>              | ◎精神医療相談窓口・P救急情報センター開設状況 <sup>3)</sup> | ◎救命救急センターで「精神科」を有する施設数 <sup>6)</sup>     | ◎小児入院医療管理料<5> <sup>11)</sup>     |  |
|                                 | ○かかりつけ医認知症対応能力向上研修参加者 <sup>3)注)</sup> | 往診・訪問診療P医療機関数 <sup>6)</sup>              | ◎P救急入院料・急性期治療病棟 <sup>11)</sup>        | ◎入院を要する救急医療体制で「精神科」を有する施設数 <sup>6)</sup> | ◎重度アルコール依存症入院医療加算 <sup>11)</sup> |  |
|                                 | ○認知症サポート医養成修了者数 <sup>3)注)</sup>       | ◎精神科訪問看護実施機関数 <sup>6)</sup>              | ◎P救急医療体制整備病院・診療所数 <sup>6)</sup>       | ◎Pを有する一般病院数 <sup>6)</sup>                | ○医療観察法指定通院医療機関数 <sup>12)</sup>   |  |
|                                 | ◎類型別認知症疾患医療センター数 <sup>3)注)</sup>      |  |                                       |  |                                  |  |
| 過程指標                            | ◎保健所等精神保健相談・訪問指導数 <sup>1)</sup>       | ◎P地域移行実施加算 <sup>11)</sup>                | ◎P救急医療機関の夜間・休日受診件数・入院件数 <sup>3)</sup> | ○副傷病名の精神疾患割合 <sup>8)</sup>               | ○在宅通院精神療法20歳未満 <sup>1)</sup>     |  |
|                                 | ◎精神保健福祉センター相談・訪問指導数 <sup>2)</sup>     | ○非定型抗精神病薬加算I(2種類以下) <sup>4)</sup>        | ◎P救急情報センターへの相談件数 <sup>3)</sup>        | ○P身体合併症加算 <sup>4)</sup>                  |                                  |  |
|                                 |                                       | 向精神薬剤種類数(3剤以上処方率)                        | ◎人口当たり年間措置患者・医療保護患者数 <sup>2)</sup>    |  |                                  |  |
|                                 |                                       | 抗精神病薬単剤率                                 | ○隔離・身体拘束数 <sup>9)</sup>               |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○P社会復帰施設等利用実人数 <sup>9)</sup>             |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ◎精神障害者手帳交付数 <sup>2)</sup>                |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○Pデイケア等利用者数 <sup>9)</sup>                |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○P訪問看護利用者数 <sup>9)</sup>                 |                                       |  |                                  |  |
| アウトカム指標                         | 地域連携クリティカルパス導入率(認知症含む) <sup>注)</sup>  |  |                                       |  |                                  |  |
|                                 | ○こころの状態 <sup>5)</sup>                 | ○1年未満入院者の平均退院率 <sup>9)</sup>             |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○在院期間5年以上かつ65歳以上退院患者数 <sup>9)</sup>      |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○3か月以内再入院率 <sup>9)</sup>                 |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ◎退院患者平均在院日数 <sup>8)</sup>                |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | 医療施設を受療した認知症患者のうち外来患者の割合 <sup>8)注)</sup> |                                       |  |                                  |  |
|                                 |                                       | ○認知症新規入院患者2か月以内退院率 <sup>9)注)</sup>       |                                       |  |                                  |  |
| ◎自殺死亡率(人口10万当たり) <sup>10)</sup> |                                       |  |                                       |  |                                  |  |

P：精神科 1) 地域保健・健康増進事業報告 5) 国民生活基礎調査

◎必須指標 2) 衛生行政報告例 6) 医療施設調査

○任意指標 3) 事業報告 7) 病院報告

4) ナショナルデータベース解析 8) 患者調査

9) 精神保健福祉資料(630調査)

10) 人口動態統計

11) 診療報酬施設基準

12) 指定通院医療機関の指定

注) 2012年10月の通知で追加, \*2012年10月厚生労働省通知を改変

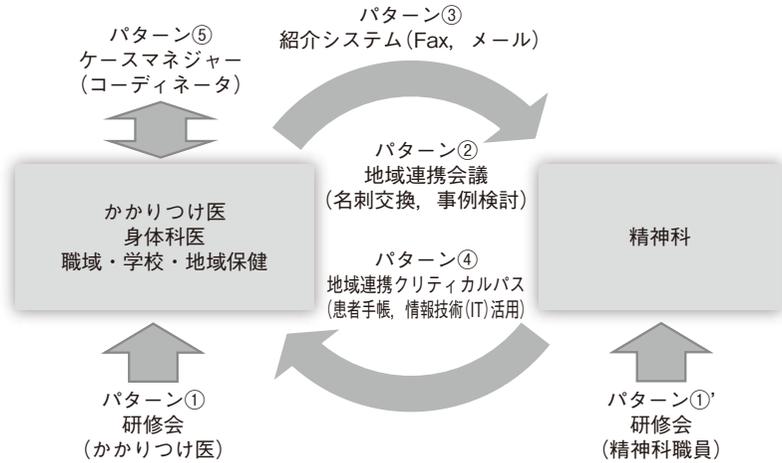


図2 サイクル連携①：アクセス（水平統合）  
 パターン①研修会，パターン②連携会議，パターン③紹介システム，パターン④地域連携クリティカルパス，パターン⑤コーディネータ配置

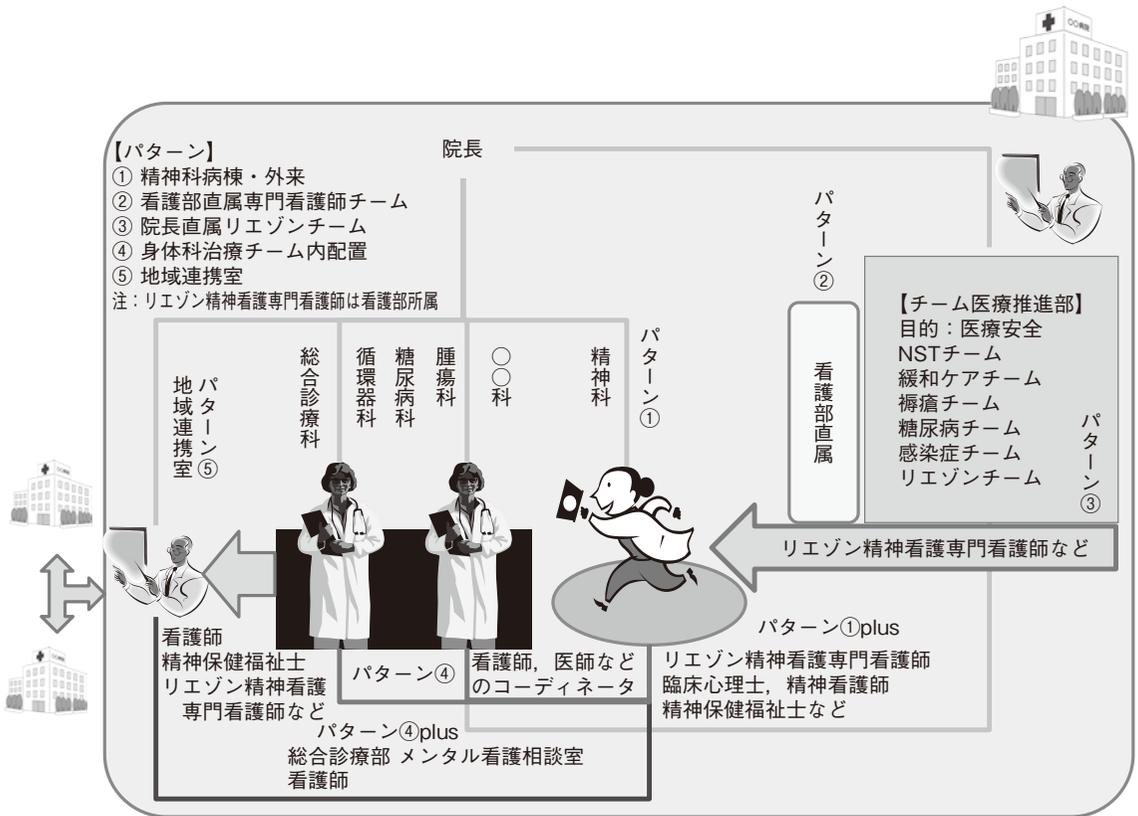


図3 専門病院・総合病院での構造

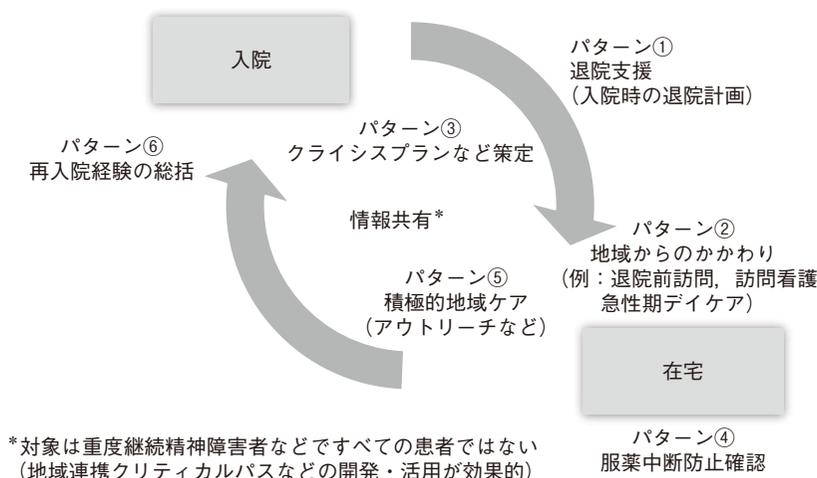


図4 サイクル連携②(垂直連携)

—治療・回復・社会復帰—

パターン①退院支援，パターン②地域からのかかわり，パターン③クライシスプラン  
など策定，パターン④服薬中断防止確認，パターン⑤積極的地域ケア，パターン⑥再  
入院経験の総括

精神科(精神科医とコメディカル)，②看護部直属のリエゾン精神看護専門看護師，③院長直属のリエゾンチーム，④各身体科での担当看護師などの配置，⑤地域連携室などでの担当看護師などの配置である。

## 2. 治療・回復・社会復帰における連携(垂直コーディネーション)

この形態は，入院医療と在宅医療の連携であり，精神科医療密度の濃淡の垂直連携(コーディネーション)である。便宜的にこの形態のパターン化を試みると，①退院支援，②入院中からの地域スタッフの関与，③退院前のクライシスプランの策定，④在宅治療中の服薬中断防止，⑤アウトリーチなどの積極的地域ケア，⑥再入院経験の総括である。クライシスプランとは，地域で生活している時に本人が気づく増悪サインと対処法を，入院中に事前に本人と取り決めておく計画である。本シンポジウムで上ノ山氏が紹介したNSS(日精診版社会生活支援)プランシートも，広義のクライシスプランと考えることができる。

## 3. スパイラル連携

長期在院患者や認知症患者などの高齢精神障害者は，治療を続ける上で，徐々に生活機能が低下していく。単純に循環連携にはならず，より密度の濃い医療へと向かい，最後に看取りの段階を迎えることが想定できる。ただし，この連携は患者の個性が高く，図式化することは難しいかもしれない。

## おわりに

医療計画の主体は都道府県である。都道府県は，それぞれの医療圏の個別の事情や特性が反映され，次のステップを示す必要がある。各医療圏では，すでに住民に対して入院医療，外来医療や訪問サービス，就労支援，場合によっては介護や高齢者施設入所など，さまざまなサービスの整備が進められている。保健所・市町村・精神保健福祉センターは，各医療圏で各要素のサービスが存在し，地域連携が有機的に機能しているかどうかを把握することが求められる。

ただし，現実的には，地方自治体と調整しながら，その地域で力のある組織が個別の地域連携モ

デルを構築することになるであろう。複数の組織・法人が参画し、自治体が関与することは前提になるが、地域によっては医療機関が主導する場合も存在するであろう。自治体の役割は地域連携モデルの把握・推進と、未整備地域での整備が主な役割となる。地域連携モデルを把握することによって「ゆるやかな医療圏」がもれなくカバーされているかどうかを確認し、できていない地域があればその地域を支援していくことが、フリーアクセスが担保されている我が国において医療圏を設定できる有効な仕組みと考えることができる。

障害福祉計画に加えて医療計画に精神疾患が重要疾患に加わったことで、地方自治体が精神疾患の地域精神保健医療福祉を把握し、次のステップを計画する基盤が整備されることになった。これまで地域医療を推進してきた精神科医療関係者が「地域の中の精神科医療」へステップアップを各地域で実現することに期待したい。

## 文 献

- 1) 第2回新しい医療計画の作成に向けた都道府県と国との懇談会議事次第 (平成17年10月24日). (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2005/10/s1024-8.html>)
- 2) 伊藤弘人: 次期医療計画と精神科救急医療. 臨床精神医学, 41; 357-363, 2012
- 3) 伊藤弘人: 医療計画における5疾病5事業と精神疾患: 概論. 日本精神科病院協会雑誌, 31; 552-558, 2012
- 4) 岡 紳爾. 地域医療連携体制の構築に関する研究事業分担事業報告書. 平成18年度地域保健総合推進事業全国保健所長会協力事業, 2007 ([http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18chiiki\\_hoken\\_taisei\\_seibi.pdf](http://www.phcd.jp/katsudou/chihoken/H18/18chiiki_hoken_taisei_seibi.pdf))
- 5) 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. 精神疾患の医療計画について (<http://www.ncnp.go.jp/nimh/syakai/index.html>)
- 6) 厚生労働省医政局指導課長. 疾病又は事業ごとの医療体制について. 平成19年7月20日
- 7) 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(平成21年9月24日). 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/s0924-2.html>)
- 8) 厚生労働省第15回社会保障審議会医療部会(平成22年12月22日) 議事録. (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001225j.html>)
- 9) 厚生労働省医療計画の見直し等に関する検討会. 医療計画の見直しについて(平成23年12月16日). 第26回社会保障審議会医療部会資料(平成23年12月22日). (<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001ywpv-att/2r9852000001yvw5.pdf>)

## Regional Mental Healthcare Plan

Hiroto ITO

*Department of Social Psychiatry, National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology and Psychiatry*

Mental illness is a national, high-priority area in addition to cancer, acute myocardial infarction, stroke, and diabetes. Each prefecture, as a local government, will produce a prefectural medical plan for mental disorders by March 2013. According to the national guidelines for the development of a local medical plan, components of the plan include prevention, access, treatment, rehabilitation, psychiatric emergency, treatment for people with comorbidities of physical illness, and specialized treatment. Each prefecture will develop, coordinate, and integrate these components in the community.

< Author's abstract >

< **Key words** : mental disorder, medical plan, prefecture >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？ ——精神科診療所の立場から——

上ノ山 一寛

(医療法人遙山会南彦根クリニック)

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられていたが、外来精神科医療の位置づけが不明確であった。全国に展開した精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として活用するとともに、そこで行われる地域生活支援がいつそう充実するような形で医療計画に書き込まれることが望まれる。本稿では、南彦根クリニックの診療統計や連携の試みに触れながら、医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していく方法として、日精診版社会生活支援 (NSS) サービスを紹介した。NSS サービスは医療・福祉などに共通するケアマネジメント手法を用いたサービスとなりうると考える。現状では医療機関でケアマネジメントを行っても対価は発生しない。しかし、医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しつつ、個別の支援計画を作成し、支援につなぐ支援を行っていくことが望ましい。このような取り組みを通して、外来精神科医療の機能強化と関係機関の連携が推し進められることを期待したい。

<索引用語：医療計画，精神科診療所，日精診版社会生活支援サービス，ケアマネジメント>

### はじめに

これまでの4疾患5事業に、新たに「精神疾患」を加えた5疾病5事業について、医療計画が策定されることとなった。達成すべき目標や医療連携体制などが、「精神疾患」に対しても医療計画に書き込まれることとなった。各都道府県においては、平成25年から始まる次期医療計画の策定に向けて、準備が進められている。平成16年にとりまとめられた「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられていたが、外来精神科医療の位置づけが不明確であった。

精神科診療所は一次予防から三次予防まで幅広い領域をカバーしていくことが期待されている。その際にはチーム医療や様々なアウトリーチ活動など、各診療所においてそれぞれの個性に応じた

創意工夫が行われている。コミュニティケアにおける社会資源としての精神科診療所の役割はますます大きくなってきている。日本の精神科診療所はアクセスの自由度が高いこと、専門性が高いこと、コストパフォーマンスが高いことという世界でも稀な特徴を有している。全国に展開した精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として活用するとともに、そこで行われる地域生活支援がいつそう充実するような形で医療計画に書き込まれることが望まれる。その際のキーワードは、外来精神科医療の機能強化と連携の推進であろう。

### I. 精神科診療所に関する統計

2012年1月現在で日本精神神経科診療所協会会員数は1,558人である。2010年度の日本精神神経科診療所協会会員基礎調査でスタッフの配置を見

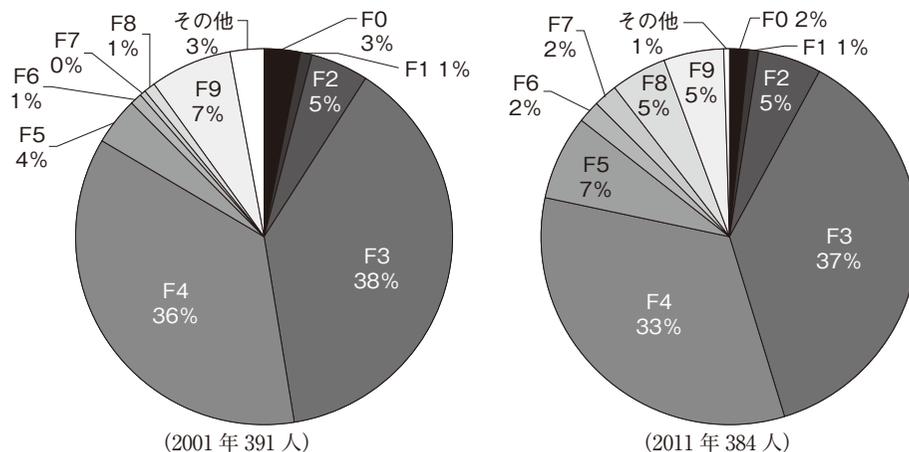


図1 南彦根クリニックにおける年間初診時診断別分類  
2001年と2011年の比較

ると、常勤で事務員を採用している診療所は71.7%であるのに対して看護師は44.1%、准看護師は24.4%である。他には精神保健福祉士（以下、PSW）は29.6%、PSW以外のワーカーは6.3%、臨床心理技術者は23.0%、作業療法士は7.1%、薬剤師は3.7%である。非常勤での採用は事務員61.7%、看護師38.3%、准看護師19.3%、PSW8.9%、その他のワーカー2.0%、臨床心理技術者42.4%、作業療法士3.1%、薬剤師1.0%である。常勤と非常勤が重なっている診療所が相当数あると考えられるので、正確なスタッフ配置は不明であるが、事務員以外では看護師（准看護師を含む）の採用が多い。チーム医療を推進し、外来精神科医療機能の強化を考えると、PSWと臨床心理技術者の採用はまだまだ少ない。

また2010年度同調査によると、デイケアは21.6%、精神科訪問看護は19.8%の診療所で実施している。その他に訪問診療は16.5%の診療所で行っている。診療所の外での地域社会とのつながりとしては、学校関係は23.6%、産業医関係は33.6%、保健所関係は29.8%のかかわりがある。精神障害者福祉施設（いわゆる作業所やグループホームなど）には28.8%の診療所がかかわっている。

このように、様々な形でチーム医療を行い、関係機関との連携をはかりながら、精神科診療所の

機能強化を推し進める試みは行われている。しかし今日の診療報酬体系は、医師1人の働きに大きく依存したモデルによって組み立てられており、チーム医療や、地域連携への評価はまだまだ乏しい。

## II. 南彦根クリニックの診療統計から

南彦根クリニックは1990年に開設された。2001年と2011年の年間初診時診断別分類を比較すると大きな変化はみられないが（図1）、1ヵ月受診者ではF4（神経症圏）が41%から30%に減少し、F8（心理発達障害圏）を中心に分散した形となっている（図2）。

F2（統合失調症圏）について注目してみると、年間5%の初診があり（図1）、1ヵ月受診者の約20%を占めているという点で（図2）、この10年間にほとんど変化がみられなかった。2001年12月受診者832人中のF2（統合失調症圏）患者数は、165人（19.8%）、2011年12月受診者1,315人中のF2（統合失調症圏）患者数は、276人（21.0%）であった（表1）。そのうちの精神障害者手帳取得者は17人（2.0%）から101人（7.7%）に大幅に増加している。まだまだ不十分であるとはいえ、福祉サービスを受けながら地域生活を続けている患者が増えていることを示している。

F2（統合失調症圏）の患者の生活状況を①就

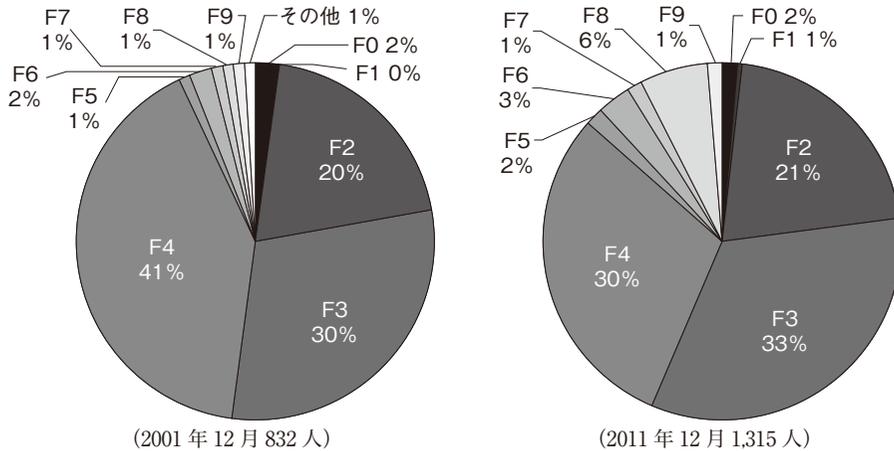


図2 南彦根クリニックにおける月間受診者診断別分類  
2001年12月と2011年12月の比較

表1 南彦根クリニックにおける  
統合失調症圏患者数および精神障害者手帳取得者数

|            | 2001年12月<br>総受診者 832人 | 2011年12月<br>総受診者 1,315人 |
|------------|-----------------------|-------------------------|
| 統合失調症圏患者数  | 165人 (19.8%)          | 276人 (21.0%)            |
| 精神障害者手帳取得者 | 17人 (2.0%)            | 101人 (7.7%)             |

デイケア通所者数 (月間延べ数・1日平均)

|             | 2001年12月 | 2011年12月 |
|-------------|----------|----------|
| 月間デイケア延べ患者数 | 162人     | 200人     |
| 1日平均デイケア患者数 | 9人       | 12人      |

① 労・就学系, ② 主婦・家事系, ③ 閉じこもり系, ④ 福祉・デイケア系の4分類に分けてみた (図3). 恣意的な分類であるが, おおまかに言って①②は何らかの形で社会的役割を果たしている人たち, ③は通院以外の社会参加を行っていない人たち, ④は福祉あるいは医療などの何らかのサービスを受けながら社会参加をしている人たちである.

精神科診療所としては①~④の全ての人たちの通院治療を継続的に保証していかなければならないが, F2 (統合失調症圏) では③④の人たちが, アウトリーチを含めたチーム医療や関係機関との連

携を強めながらかわっていく対象ということになる. 2001年では各系がほぼ25%ずつに均等にわかれていたが, 2011年では閉じこもり系30.1%, 福祉・デイケア系27.9%と若干増加している.

今後なおいっそうのチーム医療や関係機関と連携していく取り組みが求められている. そのような中で日精診版社会生活支援 (NSS) サービスの開発を行った.

### Ⅲ. 日精診版社会生活支援 (NSS) サービスの活用

上に述べた F2 (統合失調症圏) の人たち以外にも, 様々な生活上の困難を抱えながら, 単に医師一患者関係だけでは症状や QOL の改善が見込めない人たちが存在する. そのような人々に対して, 精神科診療所では, どのような職種であっても, 自らの専門性を磨くとともに, 自らが単独では提供できない支援がある場合, 院内・院外を問わず積極的に他の支援者と連携していくこと, またフォーマル・インフォーマルにかかわらず, 様々な社会資源と結び付けて, 利用者の持っている力を最大限発揮できるように工夫し, 利用者の QOL を高めていくこと, そのようなチームアプローチとケアマネジメントの手法を身につけるべきと考える.

そのような意味で日精診版ケアマネジメントモ

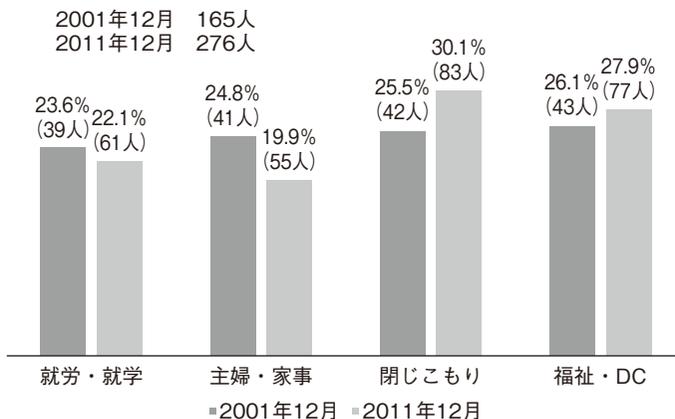


図3 南彦根クリニック統合失調症圏患者の生活状況の割合

デルを作成し、名称は日精診版社会生活支援(NSS)サービスとした。それに伴ってケアマネジャーはチームマネジャー、ケア会議はチーム会議と呼ぶこととした。

NSS サービスを実施する場合のモデル的な要件は以下の通りである。

- ①担当チーム(ケア)マネジャーを決める。
- ②医師を含めた最低2人(利用者を含めれば最低3人)のチームを構成する。
- ③利用者を含めたチーム(ケア)会議を開催する。
- ④できるだけ家庭訪問をする。
- ⑤利用申し込みの前段階から、関係作りを丁寧に行う。
- ⑥終結を意識したかかわりをする。

日常の臨床の中でこの実施要件を厳密に守っていくことはかなりの努力や工夫が必要である。現時点では、ケアマネジメントに経済的な裏付けはないので、チームマネジャー(ケアマネジメント従事者)専従のスタッフを確保するのは困難と考えられる。普段は当該医療機関において、様々な専門業務に携わりながら、ある特定の時期に集中的な支援をオンするという形をとることになる。必然的にケースロードは限られているが、その役割と責任は大きい。

NSS サービスのシート類としては、①NSS フェイスシート(インタビュー)、②NSS 記録シート、③NSS チェックシート(アセスメント)、④NSS

プランシート、⑤NSS 見直しシート(モニタリング)、⑥NSS 振り返りシート(エバリュエーション)の6点が基本である(図4)。

NSS サービスを開始するに当たっては、丁寧な関係作りをもとに、利用者のリカバリーに向けた動機づけを重視する。シート作成に当たっては利用者自身が主体的に活用できることを前提として、利用者主体を心掛ける。利用者の生活歴を振り返る際には利用者のストレングスを生かし、利用者の夢や希望を反映しつつ実行可能な具体的なプランを作成していく。

必要に応じてプランは見直され、原則として6ヵ月を一区切りとして目標の達成度や利用者の満足度を数値化して確認し、サービスが効果的に行われたかを利用者とともに振り返る。これらの作業は利用者チームマネジャーのチームとしての共同作業である。この作業に、主治医もチームとして加わる。

#### IV. NSS サービスの特徴と課題

このようにして作成された、NSS サービスの特徴と課題は以下の通りである。

##### 1. 対象者の選定(エントリー基準)

基本的には「複雑で多様な生活上の困難」を抱えており、診察室での一対一の関係だけでは症状やQOLの改善につながりにくいと考えられる

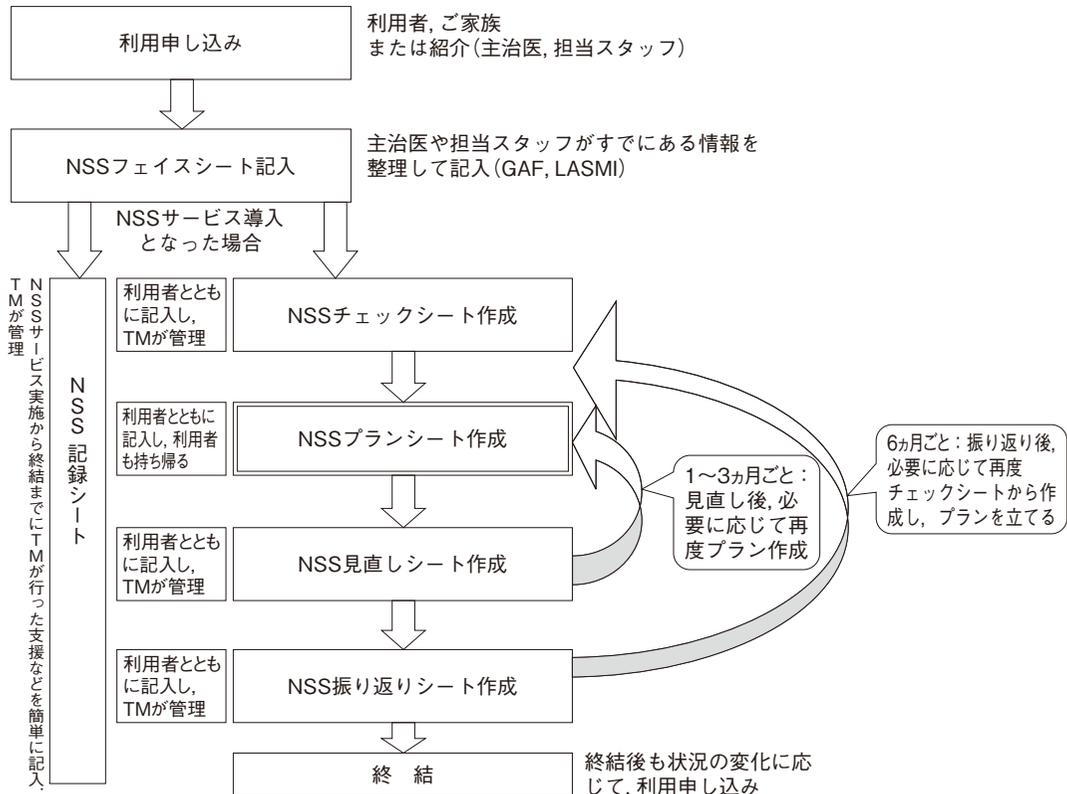


図4 日精診版 社会生活支援 (NSS) サービスの流れ

ケースが対象である。これは利用者の事情によるものだけではなく、サービスを提供する側の力量、利用者を取り巻く環境の問題などの相関によって決まる。現時点ではチームマネージャーなどが効果期待度、集中的介入の適時性、利用者の準備性、ご家族の準備性について、五段階評価を行って対象者を定めることにしている。

## 2. 関係作り (エンゲイジメント) の重視

NSS サービスの対象者は必ずしも自らの障害を受け入れている人ばかりではない。病状の変化にきめ細かく対応しながら、障害の受容に至る長いプロセスを伴って歩むという過程が重要である。ケアマネジメントの契約やサービスの利用以降にケアマネジメントが始まるのではなく、「関係作りの段階からのケアマネジメント」を評価していく必要がある。また、そのような関係作りの中で、

利用者のストレングスを重視しながら、動機づけを維持していく工夫が求められている。

## 3. 家族支援の必要性

利用者のよりよい生活のためには、家族の理解や協力が重要であるが、長いかかわりの中で孤立したり無力感の中にいる家族も多い。支援者としての家族も多くの困難や障害を抱えており、支援を求めている。利用者個人に焦点を当てただけでなく、家族のライフサイクルを視野に入れた家族全体を見渡した支援が求められる。

## 4. 利用者の夢や希望に基づいた、プラン作り (アセスメント, プランニング)

利用者の夢や希望を尋ねても、すぐには出てこない場合がある。チームマネージャーの期待に沿って夢や希望が語られることもある。丁寧な関係作

りの結果初めて利用者の言葉で語られることも多い。そのようにして語られた夢や希望は、たとえ非現実的なものであってもそれを尊重する必要がある。そこから、長期目標、短期目標を設定し、さらに実現可能な具体的目標に落とし込んでいくのは、利用者とチームマネジャーの共同作業である。

#### 5. タイムリーな医療サービス(リスクマネジメントや危機介入)

一般的なケアマネジメントは病状が固定し、医療的支援の必要性が少なくなった段階から始まると考えられがちである。しかし普段の臨床では、病状の変化や生活上の様々な変化に対して、タイムリーな支援が求められている。NSSサービスにおいてもリスクマネジメントや危機介入的なかかわりを視野に入れておく必要がある。医療機関ならではのリスク予測や迅速で適切な対応が、大きな生活の破綻や混乱を防ぐ意味は大きい。

#### 6. 関係機関との連携（診療情報、守秘義務、ネットワーク）

社会とのつながりの持ち方に困難を感じている利用者が多い中で、「支援につなげていく支援」のあり方について、様々な工夫が必要である。チームには利用者、主治医、チームマネジャーなど3~4名で構成されるコアなチームと、関係機関までを含めた10名前後までの拡大チームがあり、必要に応じて使い分けられている。

一方、医療機関としては、厳格な守秘義務を課せられており、拡大チーム（ケア）会議を呼びかける際には、情報提供の内容や範囲に、繊細な配慮が求められる。利用者のニーズを実現していくために、社会資源の有用性を見極めるためには、普段からの顔が見えるネットワークの形成に工夫が必要である。

#### 7. 直接支援（デイケア、訪問看護、心理教育、SST、グループワークなど）

現在のところ、ケアマネジメントに経済的な裏

付けはなく、チームマネジャー専従のスタッフはいない。普段の臨床において、デイケア、訪問看護、心理教育、SST、グループワークなど様々な直接支援にかかわりながら、ある特定の時期に集中的な支援をオンするという形となる。利用者のニーズに沿って専門性を生かすという高度なケアマネジメント技術が求められる。現状では、ケースロードは5名以下が圧倒的であり、専従になったとしても10名前後までが限度と考えられている。

#### 8. 終結（地域の社会資源とのつながり）

基本的には、医療機関としてのかかわりはエンドレスである。利用者の身近にあって、時には何世代にもわたるかかわりを持つことも稀ではない。その上に、利用者のニーズに沿って適時性や準備性などを判断しながら、期間限定の集中的なサービスを行う。利用者の夢や希望の実現に向けて、長期目標や短期目標を設定し、原則6ヵ月ごとに振り返りを行う。地域社会の総合的なサービスの中でどのような位置にあるのか意識しながら個別の支援計画を作成していく。「支援につなげていく支援」が、地域の社会資源の充実にもつながることが望ましい。

### V. NSSサービスの活用

「今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会」では報告書では「ケアマネジメント機能」について詳しく書いている。ケアマネジメントを単に福祉サービスの一環として限定的に捉えるのではなく、利用者のニーズに基づいて、医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結び付けながら包括的、継続的に支援していく機能を有するものとして強調している。

それを受けた「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」では「アウトリーチ支援」に関するとりまとめがなされ、平成23年度から「精神障害者アウトリーチ推進事業」が試行的に実施されている。この事業は受療中断者や自らの意思では受診が困難な精神障害者を対象としているが、この領域においてもNSSサービスの活用

は十分可能である。

また、今日の喫緊の課題である自殺未遂者対策においても、個々の事例においてケアマネジメントの必要性が述べられることが多いが、この場合にもNSSサービスの活用が期待される。またその実施に際しては、単独の診療所で行うだけでなく、いくつかの診療所がグループ化して取り組むことも有効であろう。

## VI. いくつかの連携の試み

滋賀県を例にとっていくつかの連携モデルを紹介する。

滋賀県精神神経科診療所協会は県内の22精神科診療所が参加している。同協会では滋賀県の委託を受けて、自殺未遂者対策の一環として、平成22年度から「自殺未遂者対策検討会」事業を開催している。滋賀県は県内を3ブロックに分けて精神科救急体制を作っているが、それぞれのブロックごとに、救急告示病院、精神科病院、精神科診療所などから事例を募り、その他関係機関の参加も得て、事例を検討するとともに参加者による総合討論を行った。年度末には事業報告を行い、県に対して、①救急告示病院から精神科救急情報システムへのアクセスについて、②市町を基盤にした自殺未遂者対策相談窓口とケースワークチームについて、③精神障害者の自殺未遂に関する保険適用についてなどの提言を行ってきた。このような事業を通じて、各ブロックにおいてお互いの顔の見える信頼関係の構築と、自殺未遂者対策における有効なネットワークの構築をはかっている。

また、全国の人口万対病床数は26.9床(平成21年)であるのに対して、滋賀県は17.4床であり、全国都道府県で最下位レベルである。その中でも南彦根クリニックのある湖東地域は、人口万対病床数は7.8床である。このような限られた病床数しかない地域では、地域内の関係機関が連携体制を作りながら精神保健医療福祉体制を作っていくかざるを得ない。そこで、同地域内で唯一の精神科病床を有する総合病院と、3カ所の精神科診療所に勤める6名の常勤精神科医が連名で、「湖東

地域こころのケアチーム研究会」を呼び掛けた。平成24年5月以降、毎月連続の講演会と事例検討会を積み重ねている。

湖東地域こころのケアチーム研究会は、湖東地域の関係機関が集い、それぞれの信頼関係を深めつつ、協力・連携を推し進め、この地域の特徴を生かした地域連携モデルを進化発展させていくことを目的としている。将来的には湖東地域こころのケアチームに発展し、この地域の精神保健医療福祉体制の充実に向けて、機能することを目指している。

## おわりに

「精神保健医療福祉の改革ビジョン」では、「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本理念が掲げられていたが、外来精神科医療の位置づけが不明確であった。全国に展開した精神科診療所を地域生活支援の重要な拠点として活用するとともに、そこで行われる地域生活支援がいつそう充実するような形で医療計画に書き込まれることが望まれる。

本稿では、南彦根クリニックの診療統計や連携の試みに触れながら、医療、福祉、教育、就労など様々な社会資源を結びつけて包括的、継続的に支援していく方法として、日精診版社会生活支援(NSS)サービスを紹介した。NSSサービスは医療・福祉などに共通するケアマネジメント手法を用いたサービスとなりうると考える。

現状では医療機関でケアマネジメントを行っても対価は発生しない。しかし、医療機関においても、自らの提供するサービスが地域社会の総合的なサービスの中でどのように位置づけられているのか意識しつつ、個別の支援計画を作成し、支援につなぐ支援を行っていくことが望ましい。

このような取り組みを通して、外来精神科医療の機能強化と関係機関の連携が推し進められることを期待したい。

## 文 献

- 1) 上ノ山一寛：精神科診療所における地域ケアの展開. 日精協誌, 23 (9) ; 45-54, 2004
- 2) 上ノ山真佐子：支えあいを支える SST. 本人・家族のための SST 実践ガイド. 日本評論社, 2008
- 3) 上ノ山一寛：制度としての精神科診療所と訪問看護. 精神科臨床サービス, 10 (2) ; 237-241, 2010
- 4) 上ノ山一寛：精神科診療所における社会生活支援の試み. Schizophrenia Frontier, 12 (2) ; 29-35, 2011
- 5) 上ノ山一寛：精神科診療所における社会生活支援の試み. 現代のエスプリ, 531 ; 52-65, 2011
- 6) 上ノ山一寛, 上ノ山真佐子, 藤井美悠紀：精神科診療所におけるチーム医療. 統合失調症, 3 ; 66-79, 2012
- 7) 平成 20 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト：精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究報告書. 社団法人日本精神神経科診療所協会
- 8) 平成 21 年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業障害者自立支援調査研究プロジェクト：精神科診療所における相談支援のあり方に関する研究報告書. 社団法人日本精神神経科診療所協会

## Does the Revision of Japan's Medical Plan Contribute to the Reform of Its Psychiatric Care System? An Analysis from the Perspective of Psychiatric Clinics

Kazuhiro UENOYAMA

*Minamihikone Psychiatric Clinic*

The key philosophy behind Japan's vision for the reform of mental health care and welfare is the shift from hospitalization to community-based care. However, the position of ambulatory psychiatric treatment in this reform has not been clearly defined. It is important to utilize psychiatric clinics, which have been developed throughout the country, as a base for social support services. The author expects that social support services in psychiatric clinics may represent a substantial contribution to the fulfillment of the new medical plan.

In this paper, the author introduces a new form of social support service, known as the NSS service (Nisseisin Social Support service). Nisseisin is the Japanese name of the Japanese Association of Neuro-Psychiatric Clinics. This service incorporates care management techniques common to medical treatment, welfare, etc. It may reinforce the function of psychiatric clinics and promote collaboration between agencies concerned with mental health.

< Author's abstract >

< Key words : medical plan, psychiatric clinic, NSS service, care management >

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

医療計画の見直しは精神科医療改革に寄与しうるか？  
——利用者の立場から——

山本 深雪

(NPO 大阪精神医療人権センター)

私は自身の体験からの学びを土台とし、大阪精神医療人権センターの事務局スタッフとしての活動の中で入院中の人の言葉に耳を傾けることを大切にしてきた。大阪精神医療人権センターは、「精神病院に風穴を」をスローガンに、精神科病院に入院中の方からの電話相談などを行ってきた。特に大和川病院の入院患者暴行事件の解明に深くかかわり、精神科病院がはらむ問題の改善を求めて大阪府精神保健福祉審議会へ参加した。その審議会の議論で、第三者が精神科病棟を訪問する権利擁護活動の必要性が認められ、現在の大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業につながっている。そして当センターでは、この事業の中に位置付けられた病棟訪問を行っている。この活動において、精神科病院の病棟ではいまだに多くの問題があることがうかがえる。しかし「安心して入院治療できる精神科医療の環境」作りには、こちらが問題だと受け止めたことを病院に対して一方的に伝えるのではなく、じっくりと時間をかけて病院と話し合うことが必要であると考え、そしてこのような個別的な取り組みを重ねると同時に、国連の障害者権利条約などによって示されたグローバルスタンダードな基準も取り入れながら、日々の活動を行っている。これらの実践を通して考える医療計画に求めることは、次の通りである。まず、医療法精神科特例を廃止して精神科病院の医師数を適正化すること、入院患者ごとに権利擁護者をつけること、社会的入院解消のために病床を削減するとともに地域精神保健福祉体制を構築すること、身体疾患のある高齢患者を他科病床に受け入れられるようにするためにも「精神病者は、精神病室でない病室に入院させないこと」という医療法施行規則を削除すること、個別治療計画の策定の徹底と十分なインフォームド・コンセントが行われ退院へのプロセスが示され、患者の願いを中心とした退院支援が行われる体制を整備すること、である。

<索引用語：利用者の声、権利擁護、他の者と同質の医療とケア>

## はじめに

「精神科の疾患にかかることがある」ということを自分のこととして考えたことのないまま、うつ病になった。友人に連れられて初めて精神科に行った時は嫌でたまらなかった。その場から逃げ出したかった思いは今も忘れていない。「精神科は他人事」として距離をとっている私がいて、その葛藤のために6年間近く精神科受診から逃げていた。「いつ退院できるのか、どうされるかわからない」という不安と怖さから、精神科の敷居はと

ても高く感じていた。精神症状を抱えていることを“負い目”とする意識があり、なかなか自分を受け止めきれなかった。

その頃、ちょうど新宿西口バス放火事件があった。私はその頃、新聞やテレビは見えていなかった。また私の住んでいる地域において、未明頃ボヤ騒ぎが続いていたことなども後日知った。当時は「病状の波なのか、怠け者なのか」などと考え自分の内面と向き合って悶々と暮らしていた。三軒長屋の一室に集まり通院中の知人たちと夕食会をす

ることで、やっと会話のできる関係を築きはじめたところであった。

そういう中、ある日突然、町内会副会長となる方の訪問があり「三軒長屋の方々、全員立ち退いてもらうよう町内会で決まったのでお知らせします」と口頭で通告を受けた。ショックだった。何を言われているのかわからないまま、不動産屋を訪ねた。そこで、不動産屋に「何で今のところを出ていかなあかんの」と尋ねた。その時初めて、「町内会決議」という言葉に動かされて、引越しの理由に納得のいかない自分があることに気がついた。そして3人で町内会副会長に理由を尋ねに行った。

精神科通院中であるという理由だけで、人として安心して暮らすことを踏みにじられ、理由なく退去を求められたのである。「火の後始末が心配だ」と事件報道をきっかけに町内会で決められたことが信じられなかった。本人たちへの質問や聞き取りを抜きにそうしたやりとりが起り得る事実を突きつけられ、世間と精神病を抱えて暮らす者の溝の深さを実感した。じくじくとした後ろ姿を感じ取ったのか、ある日息子から「お母さんらしく生きていますか？」とつきつけられた。さまざまな経験の反芻の中、逃げようとするのではなく、ありのままの私を、弱さも病状も含めて受け入れて生きようとするのに10年近くかかった。病気の先輩たちの生き様から学ぶことがたくさんあった。

私はそうした体験を通して「精神科の薬を飲んでからとの理由で、その人の言葉を聴こうとしないのは、よくない、その人の人権を蔑ろにしていく第一歩だ」と学んだ。そして30歳後半で、大阪精神医療人権センターと出会い、入院中の人の言葉を聴くことを大切にしている取り組みに参加した。

### I. 大阪での精神科病院訪問

私たちの団体は、1985（昭和60）年11月より「精神病院に風穴をあけよう」を合い言葉に、精神科病棟での面会や相談活動を続けてきた民間団体である。私は、1992（平成4）年より事務局スタッフとなり、入院中の方の電話を聞き面会や病院訪

問活動を今日まで続けてきた。

そして1993（平成5）年2月、大和川病院（旧安田病院）における患者が暴行を受けた死亡事実に直面し、遺族や弁護士、元職員や元患者たちと共に実情を行政に訴え続けた。背景として職員不足によるサービスの無視放置が虐待事件を生み出していたことが明らかとなり、1997（平成9）年10月に廃院となった。この頃、「閉鎖病棟の中に地域から入れる関係があれば、こんな虐待は生み出されていなかった」とつくづく感じたものである。それで、1998（平成10）年夏、大阪精神科病院協会に閉鎖病棟への訪問活動の申し入れを行った。結果、「任意で個別病院が判断すること」となった。2000（平成12）年5月、大阪府精神保健福祉審議会で「外部の第三者による病棟訪問活動」が権利擁護の一環として位置付けが確認された<sup>1)</sup>。

### II. 閉鎖病棟の患者の声を聞く訪問活動

1998（平成10）年の春より大阪府精神保健福祉審議会に患者団体委員として私も参加した。そして「社会的入院は人権侵害である」との答申を府知事に提出し社会的入院解消事業が始まった<sup>2)</sup>。また入院中の精神障害者の権利を守り適正な医療を提供していくために病院訪問活動が始まった<sup>1)</sup>。

この病院訪問活動は、現在も精神科医療機関療養環境検討協議会\*として運営されている。

### III. 療養環境検討協議会で検討してきた課題

2007（平成19）年度の検討項目として、隔離室、任意入院者の閉鎖処遇について、プライバシーの保護（カーテンの設置、公衆電話、診察室他）、服薬内容の説明、金銭管理など、意見箱の活用、職員の言葉遣い、社会資源の情報、合併症治療などが検討協議会の議題にあがった。

具体的には、隔離室に関してどのような検討があったかについて報告する。

#### 1. 隔離室のトイレの囲い、目隠しができない

隔離室の奥の壁面にはほぼ全面に木製の縦格子がはめ込まれ、その格子の向こうには職員の通路

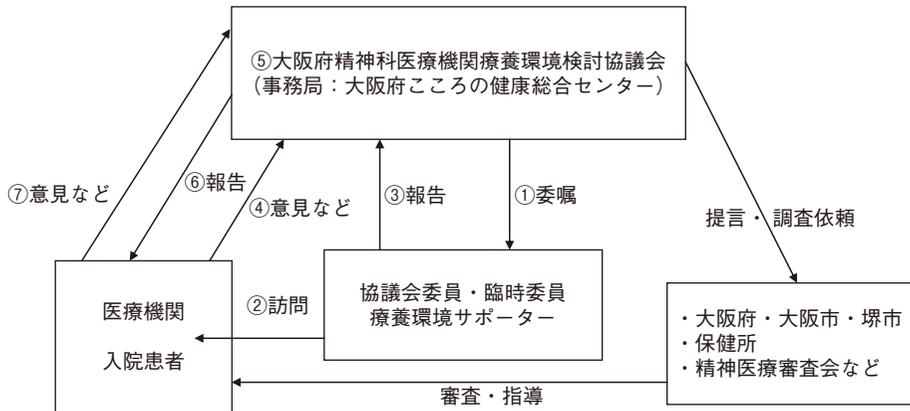


図 療養環境サポーター制度  
(大阪府精神科医療機関療養環境検討協議会事業)

があり、トイレはその格子のすぐ内側に設置されていた。トイレと格子の間には目隠しになるものがないため、職員の通路から丸見えであった。

2. 孤独感を和らげる配慮を

入院中の患者から、次のような声が聞かれた。「時間も日付もわからず、いつまでここにいないといけないのかわからず不安になった」「排泄後、流すために看護師さんと呼ばないといけないが何度も何度も大声を出しても来てくれなかった。臭いし、辛かった」集音マイクがあり隔離室内の声は詰所で聞こえるということだったが、患者が「何度も大声を出しても来てくれなかった」

3. トイレ周りのアンモニア臭

便器の周りはきれいにそうじされていたが、長年の使用でしみついたと思われるアンモニア臭がした。これについて病院側からは「床の周りの張替え工事を予定します」との返事だった。

4. 隔離室

隔離室の鉄格子越しに見える窓際の廊下は物置(職員の荷物など)になっており雑然としていて、落ち着けない。

隔離室は狭くて暗かった。床から天井にかけて設置されている鉄格子は塗装がとれ、サビが出ていた。ナースコールはなく、看護師を呼ぶためには「声を出せば、詰所に聞こえる」と看護師は言う。入口に段差があるため転倒の危険性があった。

こうした現状の課題について「安心して入院治療できる精神科医療の環境」作りを目指し、精神科病院の訪問活動を契機に、改善へのやり取りを続けている。入院患者からは、すぐに、耐え難い療養環境をなくしてほしいとの声が届いている。変わっていく病院と変わらない病院があり、時間をかけても変化の少ない療養環境の実情に悩むことがある。

Ⅳ. 障害者権利条約を踏まえて

そのような中、2008 (平成 20) 年 5 月 3 日、障

\*この検討協議会の構成団体は、大阪精神科病院協会、大阪精神科診療所協会、日本精神科看護技術協会大阪府支部、大阪精神保健福祉士協会、大阪弁護士会 高齢者・障害者総合支援センター、NPO 大阪精神医療人権センター、大阪精神障害者連絡会、大阪府精神障害者家族会連合会、学識経験者、大阪後見支援センター、大阪府保健所長会、大阪府(健康福祉部保健医療室地域保健感染症課および大阪府こころの健康総合センター)、堺市(健康部精神保健福祉課および堺市こころの健康センター)、事務局：大阪府こころの健康総合センターとなっている。

害者の人権の確立が国際法として効力を発し、やっと実行段階に入った。そこには25条d「他の者と同質の医療とケアを保障する」と謳われている。その内容の実現に向け、まずは批准できる環境作り、日本の障害者施策の課題の整理が行われた。

そして2011年（平成23）8月、障がい者制度改革推進会議 総合福祉部会が骨格提言を提出した<sup>3)</sup>。

これらの内容を絵に描いた餅にしないために、各人が各分野で自分の住む場における検証作業が問われている。その一環として、5疾病5事業化も議論されている。

#### V. 医療法の医療計画に、精神科医療が記載される意味

医療計画に精神科医療があがったことは、精神科医療が国民的議論のテーブルにつくことになったということであり、それは議論の第一歩として評価される。精神科医療の状況「現状の踏襲」に終わらせないためには、まず、病院職員の配置基準の適正化まできちんと見直しをする必要がある。1日も早く、医療法特例の医師等の配置基準の見直しにより、他科並みの人員配置が実現するよう、計画が作られることを願ってやまない。

2012年3月30日付厚生労働省医政局指導課長名の通知で、各都道府県は医療提供体制を確保するにあたり、①求められる医療機能を具体的に把握し、②地域の医療機関がどのような役割を担うか、③医療連携体制を推進していく医療計画を定める、とされている。

昭和30年代の医療法特例の精神科差別、つまり医師、看護師、薬剤師が少なくとも良いとされている。これが解消しなければ、他科並みの医療の質は実現しないと思われる。そしてその課題を解決していくビジョンが必要であることを繰り返し確認したい。国際人権委員会からも「必要でない入院に医療保険の予算を投入し、世界的にも飛びぬけて多い病床を維持している現状は解決するべきである」と指摘されている。そのためには、5疾病5事業化の医療計画を定めるにあたり、「求め

られる医療機能の具体的な把握」をすることが大事であると痛感している。現状のような地域福祉予算の低いままでは、地域に暮らすサポート支援の維持が困難と福祉現場から言われている。それを変えないままでは、退院して自分らしい生活を営めるようサポートする社会資源が増えず、それどころか減っていく傾向すらみられる。

これまでの入院医療に重点を置く精神障がい者施策から、地域福祉に予算を使うよう、見直していくことが問われている。

#### VI. どう見直すのか

精神科に関する医療計画を立てるにあたり、日本では民間の医療機関が9割の病床を占めており、そこで非自発的入院や行動制限が行われている現実は見過ごせない。また身体拘束や隔離という個人の人身の自由を奪う入院形態が、過半数の病床を超える現状は、由々しき事態である。

こういう現実の中で、少なくとも以下の点を優先して検討し、解決をしていただきたい。

- ①入院中の患者の権利を擁護するシステムを（医療の安全の確保のため）日常的な仕組みとして構築すること。最低限、アメリカのPAIMIのような権利擁護者（アドヴォケイト）の導入を、大阪での取り組みをベースに常態化を図ること。
- ②社会的入院を解消するための地域における連携役として精神保健福祉士の役割を明確化し、その仕事に専念できる人員を確保すること。少なくとも人口万対の比率で世界水準並みの病床比率とすること。
- ③入院患者の高齢化に対応できるよう、「精神病患者は、精神病室でない病室に入院させないこと」という医療法施行規則を削除し、内科や外科病床においても受け入れられるように医師の研修を積み、合併症治療の体制の整備を図ること。
- ④精神科病院における医師の常勤、非常勤の比率の適正化をはかり、主治医の診察が行える体制とすること。
- ⑤治療計画の説明を、急性期か慢性期かにかかわらず、患者本人にとって、どういう治療を行う

のか、治療期間はどれほどかの目処を本人と一緒に、治療計画を立てること。その治療計画には退院にいたるプロセスも含まれること。また、主治医の役割の1つとして、入院治療については治療計画が患者に理解できるよう提示することを明確にしていきたい。

- ⑥「住み慣れた身近な地域」とはどこかを患者の希望を軸にして考え、それに応じて退院支援体制が取れるようにすること。そのための職種連携や地域連携を行うこと。
- ⑦また、これまで退院促進事業でピアサポーターとしてかかわってきた自立支援員（当事者）の活動を継続できるよう、長期入院者が夢や希望を取り戻す身近な存在として重要な支援者であることを位置付けること。

### む す び

医療計画を策定するまでの期間が限られており、利用者側の意見を聞かずに行政と医療提供者側のみで各都道府県において計画が作られるなら

ば、精神科医療の改革に有効な計画にはなり得ないのではないかと危惧している。大阪での精神科訪問活動に取り組んできた20年間の実践をご検討いただき、将来の医療ビジョンを含む内容へと改革していただきますよう、よろしく申し上げます。

### 文 献

- 1) 大阪府精神保健福祉審議会：精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について（意見具申）。精神病院内における人権尊重を基本とした適正な医療の提供と処遇の向上について（意見具申）平成12年5月（<http://www.pref.osaka.jp/attach/13304/00000000/ikengusin.pdf>）
- 2) 大阪府障害保健福祉圏域における精神障害者の生活支援施策の方向とシステムづくりについて（<http://www.pref.osaka.jp/attach/13304/00000000/toushin.pdf>）
- 3) 障がい者制度改革推進会議総合福祉部会：障害者総合福祉法の骨格に関する総合福祉部会の提言-新法の制定を目指して（平成23年8月）（<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/sougoufukusi/dl/0916-1a.pdf>）

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

DSM-5 ドラフトと「急性精神病」の記述  
——精神病理学の立場から——

小林 聡幸

(自治医科大学精神医学教室)

精神病理学の視点から、DSM-5 ドラフト（2011年6月版）における「急性精神病」診断について検討した。「急性精神病」に該当する従来の概念は、フランスの急性錯乱、スカンジナビア圏の反応性精神病、Leonhard 学派による類循環精神病、満田の非定型精神病などであるが、ここからは3つほどの共通する特徴を取り出すことができるように思われる。1つはカテゴリーの横断であり、もう1つは病像の多形性と急速な経過であり、そして良好な経過あるいは回復可能性である。カテゴリーの横断、すなわち統合失調症と躁うつ病のあいだのスペクトラムはディメンショナルな記述が妥当であるが、DSM-5 ドラフトにおけるディメンジョン評価は統合失調症と躁うつ病の中間領域に見合ったものではない。病像の多形性のディメンジョン評価は、Janzarik の構造力動論における力動を評価していくことに相当するはずであるが、彼は統合失調症の力動を不安定/不連続と位置づけており、力動の非連続性とディメンジョン評価は齟齬をきたすと思われる。第3点の回復可能性はそもそも事後的にしか判明しないことであるので、診断についての有用性は乏しい。

<索引用語：急性精神病，DSM-5，カテゴリー，ディメンジョン，多形性>

## はじめに

「急性精神病」診断における DSM の有用性の乏しさについては、すでに随所で論じられている。DSM-IV の「急性精神病」に該当しうるカテゴリー<sup>15)</sup>に相当する DSM-5 ドラフトの診断基準に本質的な変更はないので、DSM-5 ドラフト（2011年6月版）の「急性精神病」を前にして、DSM-IV について言われてきた議論に、新たな視点を加えられるわけではない。しかしながら、精神病理学の視点からいくつか指摘してみたい。

## I. 「急性精神病」の三指標

しかしながら精神病理学として、「急性精神病」を扱いやすいわけではない。全体として存在する精神活動を、機能によって分類し、その異常を記述するという記述精神病理学の方法では、「急性精神病」のような状態でもいったん要素に分解して記述することになる。その際、ICD-10 で「多形性」といわれるように、個々の症状は一定ではないのが急性精神病の特徴なので、この方法では記述は拡散し、一望の下に捉えることができない。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 急性精神病の診断と治療における精神科医の立場—DSM-5の臨床的有用性と問題点 司会：中山 和彦（東京慈恵会医科大学精神神経科），米田 博（大阪医科大学神経精神科）

つまりカテゴリーとしてまとめることが困難である。だからといって、あらかじめ躁うつ病なり統合失調症なりのカテゴリーを前提としてその異同を記述していくやり方では、疾病と疾病の狭間に落ち込むのが急性精神病である。もちろん、そうした困難はDSMのような操作的診断基準においても同様である。

そこでまず「急性精神病」とは何か捉え返してみる。「急性」のほうの定義については数日から半月といったところで、さほど異論はでないものと思われるが、そもそも精神病の定義にはブレがある。おそらくJaspers<sup>6)</sup>の観点からすると、了解不能な精神状態が精神病ということになるだろうし、精神分析の文脈での精神病もこれに近いといえるだろう。対してSchneiderの定義<sup>6)</sup>は明快であり、心的異常には「心的在り方の異常変種」と「疾病(および奇形)の結果」に区分され、後者が精神病である。換言すると、いまだ明らかではない何らかの脳の原因によって生ずる内因性の病態を含め、脳の異常に帰せられる精神の異常が精神病と定義されている。後述するが、Janzarikの構造力動論<sup>5)</sup>において、精神病は力動の逸脱を呈した状態と捉えられている。DSMの精神病は「妄想、幻覚、解体した会話、ひどく解体したまたは緊張病性の行動」を示す状態である。妄想や幻覚も精神の何らかのdisorganizationだとみなせば、DSMでは精神機能がdisorganizeした状態が精神病と説明されるのであろう。

ただ急性に精神病状態が生ずればいずれの定義でもほぼ同様の状態が生ずるともいえる。そしてそのような状態をカテゴリーとして記述した臨床単位は、歴史的にいくつかある。フランスの急性錯乱<sup>4)</sup>、スカンジナビア圏の反応性精神病<sup>2)</sup>、Leonhard学派による類循環精神病<sup>10)</sup>、満田の非定型精神病<sup>11)</sup>などである。それぞれは一部重なりつつ、独特の領野を形成しているが、ここからは3つほどの特徴を取り出すことができるように思われる。1つはカテゴリーの横断であり、それともかかわるが、もう1つは病像の多形性と急速な経過であり、そして良好な経過あるいは回復可能

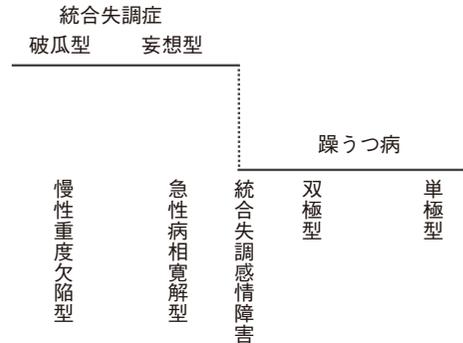


図1 加藤<sup>8)</sup>による統合失調症と躁うつ病の連続体仮説

性である。

## II. カテゴリーの横断

DSMはKraepelinの衣鉢を継ぐ統合失調症と躁うつ病の二分法に依拠しており、この両者のカテゴリーの中間領域はKasanin<sup>7)</sup>の術語を借用して、統合失調感情障害と命名されているわけだが、非定型精神病では、さらにそこにてんかんを代表とする意識障害の病理の重畳を想定している。急性精神病の意識の問題は後述するとして、このようなカテゴリー間の横断や移行は両者を含む連続体やスペクトラムの想定を要請する。そして連続体やスペクトラムを記述するには、ディメンジョナルな記述が有効と考えられる。

周知のようにDSM-5は従来からのカテゴリー評価に加えて、ディメンジョン評価の導入が特徴<sup>11)</sup>とされている。現状で、統合失調症診断については、幻覚、妄想、解体、異常な精神運動行動、感情表現の抑制、意欲低下、認知機能低下、うつ状態、躁状態を0から4の段階で評価する案が示されている<sup>1)</sup>が、これは疾病論的な診断ではなく、重症度の評価である。

ここでいったんDSM-5の構想を離れて、統合失調症と躁うつ病をディメンジョナルに捉える可能性についてみてみたい。図1は加藤<sup>8)</sup>が統合失調症と躁うつ病の連続体仮説と両者の二分法とを止揚する形で描いたシェーマである。統合失調症ではもっとも躁うつ病から遠いのが、従来いうと

ころの破瓜型で、加藤はこうした観点からの特徴を捉えて「慢性重度欠陥型」という術語を作っている。躁うつ病に近いところに位置するのが妄想型で、加藤は「急性病相寛解型」という術語を与えている。これは統合失調症よりの急性精神病に相当する。他方、躁うつ病側からみると、統合失調症から遠いのが単極性うつ病で、近いのが双極性障害である。

ただし、このシェーマで統合失調症と躁うつ病は単純にスペクトラムとして移行していくわけではなく、両者には自ずと質的な違いがあるということが、段差で示されている。この段差を診断基準的な記述で表現できるかはかなり疑問である。例えば、上段の統合失調症だという証拠として妄想体験における超越的他者の出現などが考えられるが、この精神病理学的記述には、「神に関する妄想」といったフラットな記述では捉えられない、主体と妄想的他者との現象学的な関係が措定されているわけである。

そして、両者の間に統合失調感情障害があり、また、緊張型統合失調症は緊張病の特徴を伴う気分障害などもここに位置することになる。当然、急性精神病もここに含まれるわけだが、この垂直の段差をやや緩やかにしたシェーマを描いてみると、ディメンジョナルな移行領域を見出すことができる(図2)。これが急性精神病の領野である。DSM-5の方法論に依拠するなら、ここに、より統合失調症を考える症状、例えば幻覚妄想、逆に、より躁うつ病を考える症状、例えば気分変調などの変数をディメンジョン評価としてratingしていくということになるだろう。しかし急性精神病の評価の難しさはこの急峻な傾斜にあり、このシェーマ上、ちょっと左右に状態像が偏倚しただけで病態水準が大きく変化するという解釈が得られる。

### Ⅲ. 病像の多形性

すなわちここで2点目の特徴である、病像の多形性という問題が浮上する。そもそも急性精神病においては、急性精神病に相当する従来の概念と



図2 急性精神病の布置 (加藤を改変)

して急性錯乱があるが、その名の通り、急速に発症し、錯乱性の病像をとって、再発の可能性はあるが、回復もまた早いと記述されている。そこでの錯乱とは、妄想の多形性と情動状態の易変性である。20世紀後半になって作成された急性錯乱の診断基準<sup>4)</sup>では、情動が、例えば不安から怒りに急変、気分が、例えば多幸から抑うつへ急変、運動が、例えば興奮から衰弱に急変といった記載がみられ、多様な形態をとるといっほかに、急速に変化するということが強調されている。この急変はまさに先のシェーマにおいて指摘したことである。

この記述は即、Leonhard<sup>10)</sup>の類循環性精神病の不安-恍惚性精神病などを思い起こさせる。Leonhardの分類は気分変調を主とする病相性の経過をとる躁うつ病と、進行性に終末状態に至る統合失調症を純粋型の極として、そのあいだに、基本的に躁うつ病類似の相性の経過をとりながら、横断的にはより統合失調症に近い病像をとる類循環性精神病と、線形の悪化をたどるのではない統合失調症、すなわち非系統性統合失調症を配するというスペクトラムを構想の背景に持っている。不安-恍惚性精神病では不安と恍惚が2つの極をなし、そこに躁うつ病の要素、錯乱の要素、運動性の要素などが付け加わり、多形性の病像を呈する。もっともLeonhardの類循環性精神病はその名の通り、躁うつ病類似の相性の変化を想定しており、rapid cyclerのような急激な相変化を記載しているわけではない。とはいえ、こうした見方からして、例えば不安を0点から4点まで点づけするのと同時に、怒りの点を評価するといったディメンジョン評価が可能なのではなく、不安が怒りに代わる、不安が恍惚に代わるといったディメンジョンを想定しなければならないだろうということがいえる。

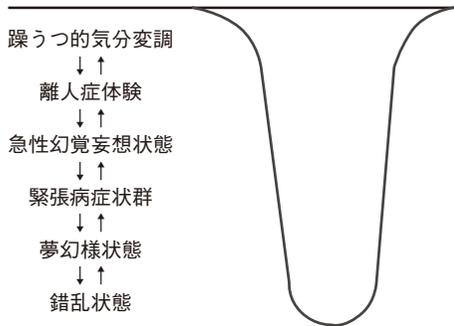


図3 Eyによる意識野の構造解体のシェーマ

また、病像の急激な変化は意識の解体という面から考えることもできる。図3はEy<sup>3)</sup>の意識野の構造解体のシェーマである。急性精神病では一気に構造解体の深部まで進むために、様々な症状が出現するということができる。満田の非定型精神病が躁うつ病と統合失調症とともにてんかんを関連疾患として挙げているのは、この観点からは妥当であり、統合失調感情障害はEyの意識野の解体からみたら解体の程度が軽い症例しか考慮に入れていないことになる。

ではいったい躁うつ病と統合失調症の段差を駆け上り駆け下り、あるいは意識野の構造解体の階段を上り下りするという現象を包括的に捉えるにはどうしたらいいのだろうか。Janzarikの構造力動論<sup>5)</sup>がこれに対する1つの試論になっているのではないと思われる。Janzarikのいう構造と力動はひとりで簡単にまとめられないが、おおむね外界からの刺激にどう反応するかといった反応性を含めた人格構造と生命エネルギーとしての力動と考えておけば大きな間違いはない。これを操作的診断基準と対照してみると、カテゴリー的な診断基準はおおむね構造面に重なり、ディメンジョン評価は力動とかがかわってくるということが出来る。精神の働きを構造と力動という観点から整理するのはわかりやすい面もあるが、実際の精神や精神疾患は構造と力動とが相関していると考えられるので、それを記述するのは実は相当に複雑な作業になる。

ところが、精神病の場合は、力動が自己法則的

な経過をとって、もはや構造の規定に収まらなくなる状態、すなわち力動の逸脱を呈する。激しい情緒の動きや制止できない衝動性、奇妙な無関心など日常の気分失調の枠に収まらないような力動のぶれは、臨床的な関心事とはなってもいまだ精神病の水準にはない。それが力動の乱れとなって、さらに、構造による規定から外れて自立した動態をとるようになったのが力動の逸脱であり、そこには力動の縮小、力動の拡張、力動の不安定が含まれる。力動の縮小と拡張はうつと躁にあたり、力動の不安定が統合失調症候群に相当する。急性精神病と一括される現象は、力動の拡張から不安定への移行の諸状態と記述することが出来るだろう。ここで不安定と訳された言葉「Unstetigkeit」はそのようにも訳せるが、数学でいう「不連続」の意味でもある。

Janzarikは力動の不安定として、本格的な統合失調症症状を呈する前段階にみられる現象について次のように述べている。「力動の不安定とみなせる前野の現象を列挙すると、原始的な不安や、沈思や陰鬱の勃発、主として不機嫌な色彩の、特徴的で不規則な双極性気分変動、多幸的な激情、不自然な感情表現の統制不能性、予測不能性、衝動性、そして内容的に固定する以前の浮動的ではっきりしない妄想気分もここに入る。さらに加えて、唐突で相矛盾した行為発動として現れる行動の不安定性、場違いな行動、馬鹿げた行為、ヒステリー的大騒ぎ、落ち着きのなさ、お節介と無感動との交代がある<sup>5)</sup>。そして「形式からみると不安定は力動現象の脆さに標識づけられており、急激な強さの変動と質の変化、また不連続性と逆行、これまでは規則的な推移の予測不能化、新たな質の思いがけぬ出現などが特徴である<sup>5)</sup>。ここで強調される「不安定性」あるいは「不連続性」はこれまで述べてきた急性精神病的多形性と直接かかわっている事態である。また彼はマニーから統合失調症への移行について、「情動の動きや行為衝動の流れに停滞と変動が、また力動の強さと質に短波的な変化が起こり、そしてさまざまな非連続性が挿入してくるのである<sup>5)</sup>」と述べている。

前述した急性錯乱における不安から怒りに急変といった記述や類循環性精神病での病相変化は非連続という特徴を持っているといていい。もちろんこの非連続性あるいは不連続は了解不能という概念とも関連しているはずである。

さて力動がディメンジョン評価とかかわると述べたが、いったい不連続なものをディメンジョンとみなしていいかという疑問が生じる。DSM-5ドラフトの重症度のディメンジョン評価なら例えば幻覚が存在しない0から、重症の4まで採点するということになるが、急性精神病の場合、不安が0から4に高まっていくのだが、それがいつの間にか恍惚になっているといったことが想定される。例えば、Eyの意識野の解体を念頭に置いて、躁うつ病、統合失調症、非定型精神病の病態を考えると、この順に意識野の解体が急峻に生じるとシェーマ化することができる。すなわち時間軸を加味すると、ある症状が重症度0から4に増悪するといった事態を速度として表すことができるわけだが、躁うつ病ではこの速度は低く、非定型精神病では速い。しかしながら、不安が恍惚になるといった事態は速度では表しがたい。

岡崎<sup>13)</sup>はよく描かれる統合失調症の経過曲線をもとに、その重症度の変化の導関数をとって速度として示し、さらにその導関数である加速度をもって病勢であるというモデルを呈示している。われわれが体感できるのは速度そのものよりもその速度の変化、つまり加速度だからである。ただしこの経過曲線の縦軸にあたる病気の重さは臨床的実感としては自明のこのようでありながら、厳格に何を示しているかと問うとはなはだ曖昧である<sup>13,14)</sup>。また、経過図ではなだらかな曲線を描いていても実際の統合失調症の発症は不連続的な局面が必ず存在するともいえる<sup>14)</sup>。そこで彼は、経過曲線の縦軸は表現の基盤としての精神機能の偏倚であり、統合失調症の悪化へと連続性に進むものであるが、実際に表現される精神症状はカオス理論で説明されうるシステムであって、わずかなパラメーターの変化によってそれは不連続に変化することが起こりうる<sup>14)</sup>と説明している。

カオス理論により症状の不連続が説明されるといのは興味深いとしても、われわれが捉えたいのは背景に隠された精神機能の変化ではなく、実際に表現される精神症状のほうである。ここで持ち出した古典力学のモデルにおける距離に相当するのは症状の重症度である。不安が恍惚になるといった事態は古典力学モデルでは扱えないのではあるが、それがあつ種の加速度極大的な事態であるというのは感覚的には正当である。

岡崎は加速度レベルの変化は、「患者の体験レベルでいえば自覚的切迫感や加速度的自己変容感といった、従来の慣習に従えば情動領域に区分されるような現象として現れてくる」<sup>14)</sup>と述べているが、これは力動の逸脱の例としてJanzarikが妄想気分を例示しているのとかなり重なる指摘であるといえる。そのような急性精神病独特の症状学の洗練が必要なのではないだろうか。例えば杉林<sup>17)</sup>は感情状態を反映する表情でもなく、その人の人となりを示す顔つきでもなく、それらの背後にある面ざしが急性期統合失調症ではあらわになると述べている。こうした臨床の言葉をわれわれはもっと豊かにしなければならぬのではないだろうか。しかしそうした言葉は単純な記述とは位相を異にしたもので、操作的診断基準の限界の向こうにある臨床的把握、あるいは診断基準に並べようのない言葉とならざるを得ないだろう。

### おわりに：回復可能性

3点目の回復可能性については、治療の初期に回復可能性をあらかじめ知る方法はないし、回復したかどうかは症例の全経過を回顧して初めて評価できることであり、診断、あるいは診断基準ということを考えて、有用な観点ではない。とはいえ、「寛解の過程は発病の逆過程ではない」<sup>12)</sup>という指摘は留保して、図2のようなシェーマを思い描けば、急性の病態が回復可能であることには一定の理があるだろうとは推測され、レジリانس<sup>9)</sup>の観点からも重要ではある。しかしながら、本稿の焦点からはいささか外れていることであり、これ以上は述べない。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association : DSM-5 : The future of psychiatric diagnosis. Retrieved from (<http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>)
- 2) Bertelsen, A.: Reacting or psychogenic psychoses : The Scandinavian concept. *Revista do Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca*, 4 ; 26-31, 2007 ([http://www.psilogos.com/Revista/Vol4N1/Indice7\\_ficheiros/Bertelsen.pdf](http://www.psilogos.com/Revista/Vol4N1/Indice7_ficheiros/Bertelsen.pdf))
- 3) Ey, H.: *La Conscience*, 2e éd augmentée. *Presses Universitaires de France*, 1968 (大橋博司訳: 意識 1. みすず書房, 東京, 1969)
- 4) 濱田秀伯: 急性精神病の初期概念—buffée déliranteを中心に. *精神科治療学*, 25 ; 1133-1138, 2010
- 5) Janzarik, W.: *Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎. 学樹書院, 東京, 1996)
- 6) Jaspers, K.: *Allgemeine Psychopathologie*. 5. Aufl., Springer-Verlag, Berlin, 1948 (内村祐之, 西丸四方, 島崎俊樹ほか訳: 精神病理学総論. 岩波書店, 東京, 1953)
- 7) Kasanin, J.: The ACUTE SCHIZOAFFECTIVE PSYCHOSES. *Am J Psychiatry*, 90 ; 97-126, 1933
- 8) 加藤 敏: 分裂病の異種性 (変異性) —病相性優位型と欠陥性優位型. 分裂病の構造力動論—統合的治療にむけて. 金剛出版, 東京, p.204-218, 1999
- 9) 加藤 敏編: レジリアンス・文化・創造. 金原出版, 東京, 2012
- 10) Leonhard, K.: *Aufteilung der endogenen Psychoses und ihre differenzierte Ätiologie*, 7. neubearbeitete und ergänzte Aufl. Thieme, Stuttgart, 1995
- 11) 満田久敏: 精神分裂病の遺伝臨床的研究. *精神経誌*, 46 ; 195-216, 1942
- 12) 中井久夫: 精神分裂病状態からの寛解過程. 中井久夫著作集, *精神医学の経験*, 1巻, 分裂病. 岩崎学術出版社, 東京, p.115-180, 1984
- 13) 岡崎伸郎: 精神分裂病の「力学的病勢モデル」序論. *精神分裂病 臨床と病理 1* (松本雅彦編). 人文書院, 京都, p.15-38, 1998
- 14) 岡崎伸郎: カオスの精神分裂病論への前哨—精神病理学は自然科学理論のアナロジーをどこまで許容するか. *精神分裂病 臨床と病理 2* (永田俊彦編). 人文書院, 京都, p.295-327, 1999
- 15) 坂元 薫: 急性精神病の操作的診断基準をめぐる諸問題. *精神科治療学*, 25 ; 1139-1143, 2010
- 16) Schneider, K.: *Klinische Psychopathologie*. Mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross, 15. Aufl. Gorg Thieme Verlag, Stuttgart New York, 2007 (針間博彦訳: 新版 臨床精神病理学. 文光堂, 東京, 2007)
- 17) 杉林 稔: 急性期分裂病患者の顔と倫理. *精神分裂病 臨床と病理 1* (松本雅彦編). 人文書院, 京都, p.143-164, 1998

## The DSM-5 Draft Description of “Acute Psychosis” : A Commentary from a Psychopathological Viewpoint

Toshiyuki KOBAYASHI

*Department of Psychiatry, Jichi Medical University*

In this paper, the author discusses comparable diagnoses of “acute psychosis” defined in the DSM-5 draft (June 2011 version). The traditional diagnoses equivalent to acute psychosis are *buffées délirantes* in France, reactive psychoses in Scandinavia, cycloid psychoses according to the Wernicke-Kleist-Leonhard school, and atypical psychoses as described in Japan. Three common features of acute psychosis can be extracted from these concepts : the overlapping of clinical categories ; polymorphism of the clinical picture and rapid clinical course ; and favorable outcome or recoverability. Firstly, the overlapping of clinical categories, that is, the transition between schizophrenia and affective disorders, can be described well from a dimensional point of view, but the dimensional assessment in DSM-5 does not account for this transition well. Secondly, the dimensional assessment of polymorphism of the clinical picture in general may be comparable to the assessment of Dynamik (dynamics) in Janzarik’s theory of structural dynamics ; however, his concept of Dynamik in schizophrenia is described as *Unstetigkeit* (instability/discontinuity) of Dynamik and conflicts with a dimensional assessment. Lastly, the feature of recoverability has no value in early diagnosis.

< Author’s abstract >

< **Key words** : acute psychoses, DSM-5, categories, dimensions, polymorphism >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 認知症臨床における混乱への処方箋 ——アメリカ的アプローチ——

赤澤 文代

(クリニック花 内科・心療内科)

アメリカで老年内科医・家庭医として十数年の経験後、日本に帰国し老年内科・認知症を専門とする精神科医として老人ホーム嘱託医・在宅医を務めてきた。その経験の中で日米両国の多くの認知症患者・家族とともに働く機会があり、患者・家族が何を思い、悩み、喜び、そして何に支えられるのかを実感してきた。激しい周辺症状に悩まされる患者をどう治療し・家族をどう支えるか？ 終末期の医療選択を家族にどう説明するか？ 認知症を本人・家族にどう告知するか？ など医療者の果たす役割は大きく、責任は重い。そして認知症臨床における現場の混乱は大きい。混乱の1つに、胃瘻造設などの重要な医療選択を迫られる場合に本人の意思の表明が難しいことが挙げられる。また、認知症という疾患に対して、進行する病気と考えなかったり逆に人格がなくなる病気と極度に絶望的になったりと、知識不足・誤った認識があり混乱を招いている。医療者にとつての認知症の臨床は今まで通りの治療体系すなわち一方通行の治そうとする努力だけでは成立しない。家族・介護者・地域の人々と協働する姿勢、Cure (治すこと) ではなく comfort (症状緩和)、care を大切にする治療姿勢が必要となってくる。また、高齢者症候群として加齢をベースにした疾患ながら個人差の大きさを考慮するような疾病理解も必要となる。本稿ではそのようなアプローチの医療モデルの紹介・アメリカにおける前もつての意思表示の促進の実際などを紹介して、認知症臨床の混乱の解決の一助としたい。

<索引用語：高齢者症候群，キュア・ケア・カンフォートモデル，前もつての意思表示，サイコソーシャルモデル，加齢の合併症>

## はじめに

認知症臨床の現場での混乱は大きい。支える家族の苦しみ・周辺の人々の混乱・医療施設の絶対的不足などさまざまな問題がある。そして認知症臨床の現場では、混乱の交通整理役を務められる医療者が不足している感がある。周辺症状に悩む患者を環境調整を含めどう治療するか、具体的で

意味ある家族支援とは何か。介護者・地域とのコラボレーションをどう進めるか。混乱する現場の中で医療者はゲートキーパーである必要があり、その責任は重い。

認知症をめぐる現場では、単に疾病の治療をすればよいという今までの治療体系では問題解決は不可能である。認知症は単に薬でキュアできる疾

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 老年精神科における終末期医療のあり方 司会・コーディネーター：三村 将 (慶應義塾大学医学部精神神経科)

患ではない。家族・地域を包括し協働する中で問題を解決していくことが必須である。アメリカのプライマリー医にはチーム医療、および地域・家族を包括した医療を実践する姿勢が強調されていた。その医療観の根底をなす医療モデルをここでは紹介し、認知症臨床に携わる医療者の参考になればと思う。

## I. 認知症という疾病の本質

図1は老年期における疾病をどう捉えるかという疾病モデルで、アメリカ老年内科領域で汎用されている。老年期にはさまざまな異常を単に加齢による変化として片づけられることが多いため、加齢による変化か否かをまず区別することが必要となる。

また、加齢それ自体は疾病ではないものの、加齢が進むにつれ発現しやすくなる疾患・症状があり、それらを高齢者症候群と定義する。高齢者症候群とは加齢をベースにして起きる疾病であり、認知症もその中の1つである。加齢というベースなしに高齢者の認知症は発現しない。その意味から筆者は認知症は加齢の合併症と呼んでいる。加齢そのものを治すことはできない以上、その合併症である認知症を治すこともできない。認知症とは治すことはできない疾病である。

また、老年内科で強調されることの1つに老年期の疾患は個人差が非常に大きいという点がある。認知症も同様で、中核・周辺症状はもちろん臨床経過・進行速度にも非常に個人差がある。このことが、認知症治療を一筋縄でいかないものとしており、個々の特性に合わせた柔軟な治療・ケアが必要となってくる。

## II. 認知症は進行する死に至る病

新しい認知症薬が発売されてから、患者家族から「認知症を治す新しい薬が出たんですってね、ぜひうちの母にも（父にも）使ってください」と言われることが多い。あたかも認知症へのミラクルドラッグが発売されたかのような反応である。認知症を支える家族の大変さから考えて薬にもす

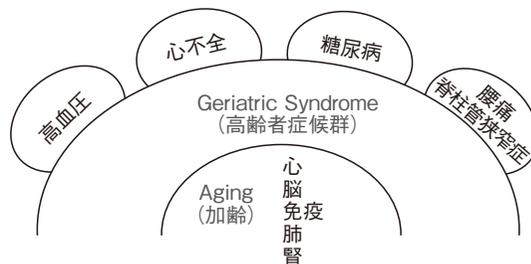


図1 老年内科的多層的疾病モデル

がりたい思いは重々わかるものの、その病理的成因から考えて認知症が治るわけではない。このような反応にはこの疾病に対する、不正確な社会的意識、社会的風潮の影響の大きさを感ぜずにはいられない。

さて、認知症とは進行する死に至る病である。‘progressive lethal disease’とは、アメリカ老年内科の研修中に教えられた認知症告知のときのファーストラインである。認知症が加齢をバックにした疾病であること、加齢の合併症ともいえる疾病であり、治ることはない。この点を本人・家族が受け入れないことには認知症治療は混乱してしまう。終末期の心肺蘇生を含めて、できる限りの治療を希望される家族もいる。また、進行することを理解されず嚥下困難の状態なのに、無理な食事介助で気管に食べ物を詰まらせることもしばしば見かける。このような混乱を避けるために疾病の本質、すなわち進行し、治ることはない疾病であることを家族に十分説明することが必須であろう。

Cure sometimes, comfort often, care always.

アメリカでいつの時代からか、語り継がれている有名な医療哲学である。治すことは時々しかできない、症状緩和もいつもできるわけではない、しかしケアすることはいつでもできるという医療、看護、介護哲学である。ともすれば治すこと(cure, 治癒)こそが私たち医療者の仕事と考えがちであるが、cureは時々しか可能ではない。

医療の限界や、医療者としての謙虚な姿勢を持つよう戒めている哲学である。

ケアすることはいつでもできる。これこそが医療

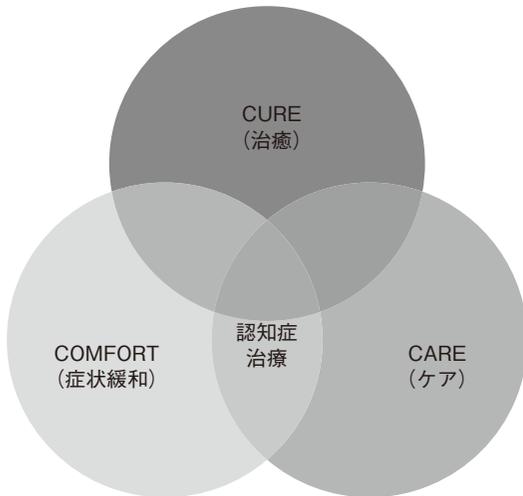


図2 CURE (治療)・CARE (ケアする)・COMFORT (症状緩和)・モデル

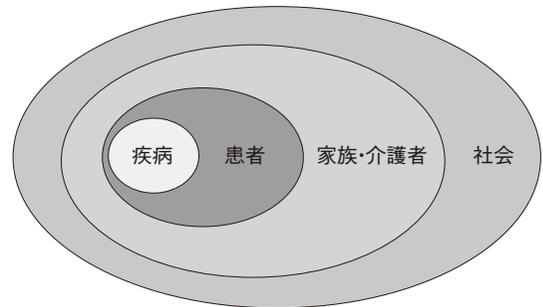


図3 Psychosocial model

癌に対する緩和医療では「家族は第2の患者である」と強調するが、認知症も同様であろう。しばしば介護する側の家族が、精神的にも肉体的にも先に参ってしまう。患者のみならず介護する側・される側をともにケアせねば治療は成り立たない。

認知症を治療することは抗認知症薬を処方する(薬物治療)だけではなく、患者の家族への精神支援、また社会的資源の利用までも含めるような全体的な視点が必要である。そして、患者を支える周囲の人々との情報共有を含めたコラボレーションも必須である。

アメリカでは医者をも activist (行動する人)、看護師は advocate (患者の提唱者) と定義する social medicine という分野がある。この分野で強調されることは、psychosocial model で示したように疾患を疾患としてだけ治療するのではなく、疾患を持つ人を全体として治療する。また、家族・介護者へのケア、地域社会の影響と協働といった大きな枠組みの中で捉え、治療していく必要があるといった考え方である。

介護され介護するすべての人々と協働して治療を進めていく。家族への負担が大きく、社会心理的にもさまざまな問題を持つ認知症に対してはこの視点なくして治療は成り立たないのではなかろうか。

### Ⅲ. Advance directives への プライマリ医の役割

認知症終末期臨床は、胃瘻の造設、DNAR (do not attempt resuscitation) を含む延命治療の希

の限界にしばしば打ちひしがれる私たちにとっての希望ではないか？

この哲学はそのまま医療モデルとして用いられる。それぞれの疾病に対してこのモデルを適応して考えると、たとえば早期癌のように、手術という cure 部分が非常に大きな割合を占める場合もある。また、癌の終末期のように、まずは痛みや、息苦しさをとるといった comfort (症状緩和) が最優先となる場合もある。

では認知症ではどうか？ 被害妄想、徘徊といった周辺症状への症状緩和 (comfort) は、そのことによって疲弊する家族をケア (care) する意味でも重要である。また、重症になって臥床している状態になってからの褥瘡予防 (care) もある。いずれにしても認知症にはどの時期を通じても cure が治療の中心ではない。

さて psychosocial (心理社会的) model で認知症を検討してみる。Psychosocial な視点を考慮した疾病モデルは図3のようになる。すなわち疾病を抱えた患者、その家族または介護者、そして社会の多重構造となっている。このモデルでは、疾病を抱えた患者に対する治療とはそのおのおの、多重構造の構成員すべてを治療し、ケアすることが必要となると考える。

望・拒否など本人の意思表示が困難になってから決定を迫られることが多い。これが、混乱の大きな原因となっている。この問題の解決方法は、意思表示がはっきりとできるときに、自らの意思をはっきりと表明しておくことではないか？ 終末期に、心肺蘇生を希望するかしないか、どこまでの延命行為を希望するか、しないかを前もって自分自身の意思決定とその表示をしておくことである。アメリカでは老年内科医・家庭医といったプライマリ医は継続する患者との関係の中で時間をかけて advance directives（前もっての意思決定・表示）の必要性・重要性を患者に説明する。そしてその書類の作成を手伝うことが大切な仕事とされている。家庭医、老年内科医の研修医過程の中でも前もっての意思表示の患者に対する説明と実施は習得すべき項目の1つとなっている。そして研修中の受け持ち患者に対しては、その実施を義務付けられており、研修指導医から厳しくチェックされる。前もっての意思表示がどのような疾患であれ、終末期の混乱を避ける最も有効な手段であると考えられるからである。終末期の栄養補給を希望するかしないか、また、終末期肺炎に対して抗生剤の希望をするかしないかまでを含めた細かい内容に至るまでの、前もっての意思表示を作成することが目標となる。患者との外来診療の中で繰り返し十分な時間をかけて説明をする。アメリカでは保健診療上の規則から1人のプライマリ医を選択する。それゆえ関係は継続し患者は自分が選んだ1人のプライマリ医と信頼関係を作り上げていくのが一般的である。

プライマリ医による advance directives の説明・実施は、非常に有効である。なぜなら、医療職という専門家からの詳細な説明により終末期に起きることを正確に理解することができる。そのために現実的で具体的な意思表示ができること。また、自身のプライマリ医という信頼する第三者との話し合いの中での決定であるために患者自身は家族への配慮などで、言いたいことが言えないということがなく、自らの本当の意思が表出しやすいという利点がある。日本では臨終が近づくと、

家族に対して心肺蘇生をどうするかといった会話が、急に入院した病院の初めて出会った主治医によって行われるようなこともままある。これでは自らの意思のみならず家族の意思すら十分に確認することなどまず無理であろう。そんな意味からアメリカのようにプライマリ医が、患者の終末期医療に対する前もっての意思決定に早くからかかわっていくことが有効ではないか？ できれば認知症になる以前にすべての65歳以上の患者に対して前もっての意思表示への必要性和意義をしっかりと説明し、書類の作成にかかわっていくというのはどうであろうか？

#### IV. 認知症の肯定的告知は可能か？

アメリカで認知症を本人・家族に告知するときには認知の低下が進行していくこと、どんな周辺症状があるか、最後は嚥下困難で食事摂取ができなくなり、唾液の誤嚥で肺炎を起こし、死に至る病である、といった経過説明を十分すること、そして、進行し死に至る病であるという点を強調するよう老年内科のプログラムでは教えられる。その点を理解しなければ医療者側が患者側と一体となつての適切な治療選択をできないというのが当時のアメリカの認知症臨床に携わる者たちの共通認識であった。

さて、アメリカで老年内科のフェローをしていた時代から10年以上がたち認知症に対する治療薬は増え、認知症の病理やサブタイプに対する研究も発展したものの、やはり治癒は不可能であり、進行し死に至る病であることは変わっていない。しかし認知症臨床の経験を多少とも積んだ今、認知症の告知に対する筆者自身の考え方は変化しつつある。認知症の告知の仕方はアメリカで強調されたような事実の伝達が主でよいのだろうか？ 患者や家族は何を一番恐れているのか？ 死に至る病を得てしまったことか？ 治らない病にかかってしまったことか？

認知症をめぐる本人・家族の苦しみや心配はさまざまであろう。しかし、認知の低下に伴って人格の変化・低下が進行しその人がその人ではなく

なるのではないか、人としてのプライドや尊厳を失っていくのではないか、ということに心を痛められている場合が圧倒的に多いのではないか。

認知症とは本当に人としての尊厳をなくしていく疾病なのか？

認知症の人々と接していつも感じることは認知の低下、周辺症状の奥にある、その人らしさはまったく失われていない。それまでの人生をどう生きてきたか、その人となり、それぞれのやさしさ・厳しさ・豊かさ・まじめさはまったく失われていない。一人一人が積み上げた人としての尊厳はまったく失われていない。見る側が今までとは違う母に父に戸惑い動揺して、この病気は、その人らしさを失い同時に人としての尊厳を失っていくのだと勝手に思い込んではいないだろうか？ 認知症治療に当たる私たち医療者を含めて、

ゆったりとした目でじっくりと時間をかけて患者と向き合うとき、一人一人は非常に個性的でその人らしさ、それぞれの人としてのプライドを保ち続けている。

認知症が進行し死に至る病ではあることは今も昔も変わっていない。しかし、認知の低下する、その奥にその人らしさは失われず人としてのプライドを持ち続けている。認知症の何を恐れることがあろうか？ そんな肯定的告知をすることはできない相談であらうか？

## ま と め

認知症臨床の混乱とその理由はさまざまである。だが混乱を総括すると、以下の2点が、特に重要ではないか？

①医療的選択が迫られるときに本人が意思の表明をできない場合が多い。

②医療者側から十分なコミュニケーションを通じての疾病経過・その終末期などに関して適切なインフォームド・コンセントがなされておらず本人・家族の疾病理解が不十分であること。

これらの理由が絡みあって、胃瘻を含む終末期の医療選択における混乱、周辺症状を含めての患者の変化に対する家族の困惑、疾病の治療に対する過度な期待など、多くの問題が生じているのではないか。

第1の点の解決策は、advance directivesの実施ではないか。アメリカでは医療に精通し、患者との信頼関係を結んでいるプライマリー医主導型でのすべての65歳以上の患者に対してadvance directivesの実施を進めている。認知症に限らずいずれ死ぬ私たちがどのような死に方をしたいのか早くから考え、決めていくことは生きる上での必然ではないだろうか。

第2の点に関しては、医療者側の責任が大きい。

医療者は認知症がどのような疾病であり、どのような経過を経て進行していき、そしてどのような死に方をするのかという知識・経験を、患者家族はもとより患者にかかわるすべての人々と時間をかけて共有する必要があるのではないか。疾病の本質理解には老年内科的多層的疾病モデルが有効であるし、psychosocial modelに示されるように全体性を考えた疾病治療モデルの考え方が必要ではなかろうか。また、cure・care・comfort哲学は、認知症という治らない疾病に伴走することの意義を教えてくれる。このように、認知症臨床は私たち医療者に、医療者としての原点に立ち戻る機会を与えてくれるとはいえないか？

認知症臨床にかかわる中での喜びは患者・家族・介護者・地域の人々との協働にある。みなが認知症をめぐって一体となること。それはそのまま、お互いに対するケアとなり、それぞれが変化しお互いを高めあっていく。そしてみなに希望を与えるのは、認知症の一人一人がその人らしさを失わず人としての尊厳を保ち続けることであらう。

認知症とは進行する、死に至る病であるものの、病が進行しても、その人らしく人としての尊厳を保って幕を閉じるのではないか。

## American Way of Solving Confusion about Dementia

Fumiyo AKAZAWA, M. D.

*Clinic Hana*

Through my experiences as a geriatrician and family physician in the U. S. and as a psychiatrist in Japan, I have had many chances to see demented patients and their families. Not only they and their families but also we, clinicians, are very confused about how we can treat them and what they want us to do.

Two important factors make the confusion worse. One is that there are no advanced directives when families have to make important clinical decisions such as PEG installation and DNAR.

We can solve this problem to obtain advanced directives much earlier than when patients lose their ability to make medical decisions. In the U. S., we primary physicians are supposed to help formulate advanced directives with our own patients much earlier, idealistically, above the age of 65.

The second issue is that patients and their families do not understand this disease.

When I was a geriatric fellow in the U. S. many years ago, it was emphasized to inform patients that, dementia is a progressive, lethal disease. In Japan, many people do not understand or do not want to understand that dementia is a lethal disease. This denial or misunderstanding about this disease causes many problems. We clinicians have to educate patients and their families to understand that this is a disease which is progressive and lethal.

Using many models which I learned in the U. S. may help us to reconsider this disease and how to explain about it to patients and their families.

When we discuss this disease with patients and their families, We also tell them that we do not lose our dignity and pride as human beings with dementia. This fact encourages all of us to face this disease with real hope.

< Author's abstract >

<Key words : geriatric syndrome, cure. care. comfort model, advance directives, psychosocial model, complication of aging >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 法的立場からみた延命医療

町野 朔

(上智大学生命倫理研究所)

延命医療の差し控え・中止に関する法律状況を整理し、「ガイドライン」の法的意義を検討し、最後に「川崎協同病院事件」に関する最高裁決定を分析することにより、終末期医療の合法性判断の枠組みを考える。問題は人間の生命の保護に関するものであるから、「法律の介入は謙抑的に」ということだけで解決できるわけではない。それが患者の最善の利益に沿うという医師の判断によって行われた延命医療の差し控え・中止が、現在の医療的水準に合致し、患者の現実的・推定的意思に反するものでないときには、法的にも是認すべきものと思われる。

<索引用語：延命医療，終末期医療ガイドライン，差し控え・中止，川崎協同病院事件，東海大学病院事件>

## はじめに

私の課題は、終末期、特に老年期の終末期医療における延命医療を、法的観点から検討することである。私には臨床経験はまったくない。多くの人たちの思いが交錯するこの問題についてお話しするというのはかなり問題がある。基本的な誤解、見当違いもあるかと思う。諸先生からのご叱正をいただければ幸いである。

## I. 法的基礎

## 1. 終末期医療と刑法

問題とされているのは経管栄養の開始・不開始である。認知症などで自発的に摂食できない患者について、経静脈、経鼻、胃瘻、腸瘻の手段による栄養補給を行わない、あるいは、開始した経管栄養を制限・中止し、死期を早めることが刑法的責任を生じさせるかが問題である。

刑法には一般の「殺人」に関する条文(199条)のほかに、嘱託殺人に関する条文(202条)があ

る。これは、「人を教唆し若しくは幫助して自殺させ、又は人をその嘱託を受け若しくはその承諾を得て殺した者」を極めて軽い法定刑(6月以上7年以下の懲役又は禁錮)で処断するものである。このシンポジウムで想定されている病者の多くは、意識がなくあるいは意思能力に問題がある事例が多いため有効な「死ぬ意思」を表明できない。この条文が適用されることはほとんどないと思われる\*1。

## 2. 病者の意思と家族の意思

東海大学病院事件(表2-⑦)、川崎協同病院事件(表2-⑨)のように、家族から依頼されて病人を殺したとしても、嘱託殺人(刑法202条)ではなく普通殺(刑法199条)になることからわかるように、本人の意思と家族の意思とは別物である。だが、臨床現場ではしばしば両者は混同されている。

たとえば、癌という診断は本人に告知せず、あ

\*1積極的安楽死の事例においては刑法202条の嘱託殺人とされたものが多い(表2)。

るいは本人に告知する前にその家族に告知することが多いが、それがインフォームド・コンセントだといわれることもある。しかし、これは医師の療養指導義務（医師法 23 条）、あるいは医療提供者の医療情報提供義務（医療法 6 条の 2 第 2 項）の履行である\*<sup>2</sup>。コンセント（同意）を与えるべき患者本人がインフォメーション（説明）を与えられていないのだから、これをインフォームド・コンセント（説明に基づく同意）といえないことは明らかである。患者の同意を得ることを前提にしない「ムンテラ」がインフォームド・コンセントだというのも、同様の誤解である。

もっとも、一般的に家族は本人の意思を「忖度」して終末期の医療について発言するものであるから、家族の意思は本人の意思を推定させる要素ではある。家族が、「これは本人が望んでいることだと思います」というような場合がそうである。

しかし、川崎協同病院事件において最高裁（表 2-⑨）が「被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、その要請は上記の状況から認められるとおりに被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない」と述べているのには問題がある。家族のインフォームド・コンセントが不十分であることは、本人の推定的意思の存否とは直接関係しない。ここにも、本人の意思と家族の意思との混同がみられる<sup>6)</sup>\*<sup>3</sup>。

### 3. 差し控えと中止、日本老年医学会のガイドライン

生命維持のための医療的措置を最初から行わな

い（差し控え；withhold）、撤回する（中止；withdraw）ことによって、病者の死期を早めたとき殺人になるかが、法律上の問題である。ここで最初に問題となるのは、胃瘻の不開始など消極的な行為である差し控えと、その撤去などの積極的な行為である中止との間に法的な取扱いの相違を認めるべきかである。終末期医療の問題ではないが、ALS 患者への人工呼吸器の装着と撤去も古くからの問題であった。

病者の看護を行っている医療関係者、家族の間では、両者の間には倫理的に大きな相違があるのであり、差し控えは許されるが中止は許されないという考え方が支持されてきたように思われる。他方、法律家の多くは、両者の間に決定的な相違を認めない見解が早くから有力であった。その中でも両者とも違法で許されないとするものもあるが、多くの見解は、たとえば ALS 患者から人工呼吸器を撤去することは本人の承諾があっても許されないが、終末期の病者の状況によっては医療の撤回は合法で許される場合もあるとして、個別的な判断をしてきたと思われる。

「医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止」に関する厚生労働省のガイドライン（表 1-①）は、このような法律家の議論としては自然である。日本老年医学会のガイドライン（表 1-⑤）が「今の本人の状況で（まだ AHN\*<sup>4</sup>を始めてないとしたなら）始めないことが最善であるのなら、（AHN をすでに行っている場合も）中止することが最善である」としているのは、差し控えと中止とを同等に扱う大胆な立場であるようにもみえる。しかし続けて、「AHN を導入している場合でも、継続的に、今後どのようにするのが本人の人生の物語にとって最善かを考える。その結果が、栄養・水分の投与量を減量する、あるい

\*<sup>2</sup>進行性の末期がんであることを本人に告知しなかったのは違法ではないが、家族に告げなかったことは診療契約上の義務違反であるとした最判平 14・9・24 判時 1324 号 1 頁は、このような趣旨である。なお、胆のうがん患者本人および家族に手術が必要な重篤な胆石症だと告げ、がん告知をしなかったことは違法とはいえないとした最判平 7・4・25 刑集 49 卷 4 号 1163 頁も参照。

\*<sup>3</sup>実は、最高裁と同様の判示をしていたのは横浜地裁であった（表 2-⑦〔東海大学病院事件〕。なお、川崎協同病院事件に関する横浜地判平 17・3・25 判時 1909 号 130 頁〔表 2-⑨の第 1 審判決〕）。

表1 終末期医療ガイドライン

|   | 公表者     | ガイドライン名   | 公表年月     |
|---|---------|---|----------|
| ① | 厚生労働省   | 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン 解説編(終末期医療の決定プロセスに関する検討会) | 2007.3.  |
| ② | 日本救急医学会 | 救急医療における終末期医療に関する提言(ガイドライン)                     | 2007.11. |
| ③ | 日本医師会   | ふたたび終末期医療に関するガイドラインについて(日本医師会第IX次生命倫理懇談会)       | 2008.2.  |
| ④ | 全日本病院協会 | 終末期医療に関するガイドライン                                 | 2009.5.  |
| ⑤ | 日本老年医学会 | 高齢者の意思決定プロセスに関するガイドライン 人工的水分・栄養補給の導入を中心として      | 2012.6.  |

は投与を中止したほうが、本人が楽になるとか、やり続けてももはや益をもたらさないと評価される場合には、減量ないし中止する」としているところからもわかるように、厚労省ガイドラインと同じく、病者の最善の利益を考慮して医療の中止もありうるとしているものである。

## II. 「ガイドライン時代」の背景

### 1. 終末期医療ガイドライン

厚生労働省のそれをはじめとして、これまでに公表された「終末期医療ガイドライン」は5つある<sup>2)</sup>。今や、終末期医療の問題は法律ではなく、ガイドラインの問題になったようにも見える。

### 2. 終末期の場としての病院

背景には「安楽死から尊厳死へ」の展開がある。

これまでのわが国の安楽死判例には次のものがあるが、事案はいずれも積極的安楽死を含むものである。医師が被告人となった最初の事件は表2-⑧であり、医療の中止が殺人行為を構成するものとして起訴されたのは表2-⑨が最初である。

遷延性意識障害患者からの人工呼吸器の取り外しの可否が問題となった Karen Ann Quinlan 事件の裁判は1976年のことであり、森鷗外の『高瀬船』(1916年)から安楽死のイメージを得ていた私のように古いタイプの法学研究者は、この事件のはらむ様々な問題に大きな戸惑いを覚えた。

病院で死ぬことが普通となり、医療関係者が病者の終末期に関与する度合いが格段に増えている現在、医師の職業倫理の確立がまず求められるものとなる。安楽死問題が終末期医療の問題となり、諸外国と同様、日本でも終末期医療ガイドラインが作られることになるのは必然であるといえよう。

### 3. 安楽死から尊厳死へ、医療としての治療行為の中止

ナチスの安楽死計画に関与した「良心のない医師たち」が被告席に座らされたニュルンベルク裁判の後、安楽死合法論は世界的に支持を失った。他方、疼痛緩和医療の発達により、病者の生命を絶たなければその身体的苦痛を除去することができないという状況は極めて少なくなってきた。日本でも積極的安楽死肯定論は徐々に力を失ってきたのである<sup>1)</sup>。

問題は別の領域に移ることになった<sup>7)</sup>。

救命医療の進歩により、以前なら助からなかった多くの人たちが救われることになった。しかしその反面、延命医療が無意味に継続され、尊厳を保ちながら死ぬ権利が人々から奪われているという非難も生じるようになった。Quinlan 事件はこの問題を象徴するものであった<sup>14)</sup>。

以上のような経緯により、安楽死から尊厳死へ、事後的な裁判規範から事前的な医療行為規範

\*4人工的水分・栄養補給法, Artificial Hydration and Nutrition の略。

表2 安楽死裁判例

|   | 裁判所・裁判年月日・判例集                    | 事案  | 罪名(罰条)・量刑                            |
|---|----------------------------------|---|--------------------------------------|
| ① | 東京地判昭25・4・14裁時58号4号              | 脳溢血で全身不随の母(56歳)の求めに応じて、その息子が青酸カリを飲ませて殺害。  | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年, 執行猶予2年          |
| ② | 名古屋高判昭和37年12月22日高刑集15巻9号674頁     | 脳溢血で全身不随の父(52歳)に、その息子が有機燐殺虫剤を牛乳に入れて飲ませて殺害。  | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年, 執行猶予3年          |
| ③ | 鹿児島地判昭50・10・1判時808号112頁          | 肺結核・自律神経失調症などを患い全身の疼痛に苦悶していた妻(50歳)に哀願され、夫がタオル、ロープを用いて絞殺。                          | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年, 執行猶予3年          |
| ④ | 神戸地判昭50・10・16判時808号112頁          | 高血圧で倒れ半身不随の母親(67歳)が発作に苦しむので、長男が、就寝中の母親を電気コタツのコードで絞殺。                              | 殺人(刑法199条)・懲役3年, 執行猶予4年              |
| ⑤ | 大阪地判昭52・11・30判時879号158頁          | 末期胃がんで入院中の妻(65歳)。医師はあと1週間くらいだから我慢するよという。自殺を図った妻の依頼に応じて刺身包丁で刺殺。                    | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役1年, 執行猶予2年          |
| ⑥ | 高知地判平2・9・17判時1363号160頁           | 骨髄肉腫の妻(年齢は明らかでない)がカミソリ自殺を図ったが死にきれず、その依頼に応じて、夫が絞殺。                                 | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役3年, 執行猶予1年          |
| ⑦ | 横浜地判平7・3・28判時1530号28頁(東海大学病院事件)  | 多発性骨髄腫で末期状態の患者(58歳)に、担当医が、その妻・長男の求めに応じ、ベラパミル塩酸塩、次いで塩化カリウムを注射し、心停止により死亡させた。        | 殺人(刑法199条)・懲役2年, 執行猶予2年              |
| ⑧ | 横浜地判平17・2・14判例集未登載(相模原事件)        | 自宅療養中のALS患者(40歳)の承諾を得て、その母親が人工呼吸器のスイッチを切り、窒息死させた。安楽死として合法であるとの主張はなされなかった。         | 嘱託殺人(刑法202条後段)・懲役3年, 執行猶予5年          |
| ⑨ | 最決平21・12・7刑集6巻11号1899頁(川崎協同病院事件) | 医師が、気管支ぜん息の重積発作により低酸素性脳損傷となった患者(58歳)から、気管内チューブを抜管し、情を知らない看護師に、筋弛緩剤を静脈注射させて窒息死させた。 | 原審の殺人(刑法199条)・懲役1年6月, 執行猶予3年[控訴審]が確定 |

へと重点が移り、医療プロフェッションによる終末期医療ガイドラインの時代が来たのである。これは同時に、生命の短縮を伴うかもしれない治療行為の中止も、終末期にある病者を配慮する医療の問題だと認識されていることを意味する。刑法学のほうでも、尊厳死、治療行為の中止を正当化される医療行為の範囲いかんとして論じるべきだとされるようになる<sup>13)</sup>。

#### 4. 患者の自己決定権と医療的配慮

第2次世界大戦前の安楽死運動は、病者への同情からの慈悲殺(mercy killing)合法化の主張であった。戦後日本の刑法学者の安楽死肯定論も、

しばらくの間はこのようのものであった。

1960年代後半以降には、患者の自己決定権、インフォームド・コンセントが法律論として一般化していった。アメリカのliving will運動もこの思想に基づくものであった。ここでは、病者への同情などのパターナリスティックな観点は排除されなければならないとされる<sup>3,4)</sup>。病者の明示の承諾のない積極的安楽死は絶対に認められない、治療行為の中止は病者の推定的意思に合致しているときだけ合法であるという「東海大学病院事件」横浜地裁判決(表2-⑦)は、この流れの中に位置づけられる。

しかし刑法202条が被殺者の承諾がある殺人も

処罰していることからわかるように、自己決定権だけによって殺人罪の違法性阻却を認めることはできない。自己決定権論は最初から限界のある議論である。さらに、認知症の老人など終末期の病者には自己決定能力に問題がある場合も多い。ここで、「本人の意思だから」として医療の差し控え・撤回を行うことは許されない。また、遷延性意識障害患者のように意思表示が不可能な病者には本人の推定的意思を根拠とせざるを得なくなる。しかし、家族の意思、あるいはliving willは本人のその場面での意思を推定させる資料ではあるが、本人に意思能力があり意思表示が可能だとしたら本人がそれと同じ趣旨を言うかは、神のみぞ知ることである。家族の意思を本人の意思とする制度を解釈によって認め、法的安定を目指すこと<sup>11)</sup>、あるいはliving willをすべての場合に本人の意思と認めてしまうことは、本人の意思の擬制であって、やはり妥当ではないと思われる。

終末期医療は、病者にとっての最善の利益に沿うように行われなければならない。患者の自己決定、あるいはその意思はそれを指示する1つの要素であるが、医療的配慮も考慮しなければならない<sup>5,8-10)</sup>。これまで公表されたすべてのガイドライン(表1)が、患者の意思を出発点としながら、その最善の利益を考慮するという構造をとっていることは、このような観点に適合するものである。

### Ⅲ. 終末期医療ガイドラインの効果

#### 1. 立法とガイドライン

わが国の終末期医療ガイドラインは法律ではなく、基本的には医療プロフェッションの自律規範である。これは法律を変更することはできない。その手続きに従った医療の中止が合法となるという保証もないし、従わない終末期医療がただちに殺人罪になるわけではない。要するに、終末期医療ガイドラインは立法の代替物とはなりえない<sup>\*5)</sup>。

たしかに、厚労省のプロセス・ガイドライン(表1-①)は関係者との話し合いを経て作られた行政指導であり、純粋な医療プロフェッションの自律規範とは違う側面を持っている。しかしその不服従に対して不利益な取扱いをすることは許されないものであり(行政手続法32条)、法的な強制力は存在しない。

#### 2. 警察の介入

道立羽幌病院事件(2004年)、射水市民病院事件(2006年)では医師はいずれも不起訴となったが、警察が終末期医療の現場に介入したことは関係者にとっては大きな衝撃であった。行政はこの混乱に対応するため、主治医が独断的に終末期医療の方針を決定するのではなく、患者・家族と医療従事者との「話し合い」によって終末期医療を進め、「医療・ケアチーム」が最終的な決定を行うべきだという「プロセス・ガイドライン」(表1-①)を策定したのである。これによって、終末期医療の現場に透明性がもたらされ、「内部告発による警察の介入、マスコミの報道」というプロセスは少なくなったようである。

しかし、医療関係者たちは、さらにこの先を求めているようである。日本救急医学会のガイドライン(表1-②)は、「このガイドラインは、人の倫(みち)に適うことを行って法的に咎められることになるはずがないという考え方によります」とし、日本老年医学会(表1-⑤)は「本ガイドライン案に則って、関係者が意思決定プロセスを進めた結果としての選択とその実行について、司法が介入することは、実際上はあり得ず、あるとすれば極めて不適切である」とする。

たしかに司法も医療関係者の合意を尊重するであろうし、これまでと同様、医療への介入に対しては謙抑的であろうとするだろうが、医療者が法律に違反していると判断したときには介入するの

\*5 厚労省ガイドライン(表1-①)の公表される直前に、東京高等裁判所(表2-⑨)の原審判決が「尊厳死の問題を抜本的に解決するには、尊厳死法の制定ないしこれに代わり得るガイドラインの策定が必要であろう」としたのは、誤解を招く。

が司法の責務であることも認識しておかなければならない。

#### IV. 川崎協同病院事件最高裁決定の意義

##### 1. 治療行為中止に関する判断

最高裁は川崎協同病院事件において、治療行為の中止に関し重要な判断を示した（表2-⑨）。

A（男性、58歳）は気管支ぜん息の重積発作を起こしてB病院に入院した。救命措置により心肺は蘇生したが意識は戻らず、人工呼吸器が装着されたままICUで治療を受けることとなった。被告人は入院の2日後からAの治療を担当していた。Aは、心肺停止時の低酸素血症により大脳機能のみならず脳幹機能にも重い後遺症が残り、こん睡状態が続いていた。入院から4日後、Aに自発呼吸がみられたため人工呼吸器が取り外されたが、舌根沈下を防止し痰を吸引するために、気管内チューブは残されていた。さらにその6日後、被告人はAを一般病棟の個室に移し、看護師に酸素供給量と輸液量を減らすよう指示し、急変時に心肺蘇生措置を行わない方針を伝えた。入院から2週間後の夕方、Aの家族（妻・子・孫ら）が集まっているところで、Aの回復をあきらめた家族からの要請に基づき、①Aが死亡することを認識しながら、気道確保のために鼻から気管内に挿入されていたチューブを抜き取った。ところが、Aが身体をのけぞらせるなどして苦悶様呼吸を始めたため、被告人は鎮静剤のセルシンやドルミカムを静脈注射するなどしたが、これを鎮めることができなかった。そこで被告人は筋弛緩剤であるミオブロックをICUのナースステーションから入手した上、②准看護師Cに指示してAにミオブロック3アンプルを静脈注射の方法により投与し、これによりAの呼吸停止、次いで心停止をもたらした。

なお、被告人は“殺意をもって、Cをして、3アンプルのミオブロックを一気にAに静脈注射させてこれを死亡させた”ということはなく、“Aを沈静させる目的で、1アンプルだけ自分で注射した”と主張していた。この点に関する事実認定の争いが被告人の罪責については決定的であった

のだが<sup>11.15)</sup>、1・2審とも被告人の主張を認めず、最高裁も以上のように控訴審の認定を維持したのである。

検察官は①と②の行為を併せて1個の殺人行為として起訴した。①のような医療の中止まで殺人行為として起訴されたのは、これが初めてのケースである。以前に横浜地裁（表2-⑦）は、“患者の推定的意思に反する点滴・フォーリーカテーテル・エアウェイの撤去という治療行為の中止は違法である”としていたが、実際にはこれらの行為は殺人行為の一部として起訴されていたわけではなく、横浜地裁の判示は傍論に過ぎなかった<sup>6)</sup>。だがおそらくはこの横浜地裁判決に従って、検察官は本件の被告人の抜管行為も殺人行為に当たるとして起訴し、裁判所もこれを結論的に肯定したのである。これからは本件②のような行為がなくても、①の行為単独で殺人（刑法199条）あるいは殺人未遂（刑法202条）として処罰されることになる。これは重大な結論である。

本件②の行為のような、病者の明示の意思に基づかない積極的安楽死は合法たり得ないというのが、現在の法律関係者の一般的見解であるといつてよいが、被告人が②の事実そのものを争っていたこともあり、積極的安楽死の合法性は最初から議論にならなかった。

##### 2. 診断の適切性

最高裁は被告人の抜管行為が違法な殺人行為である理由を次のように述べる。

上記の事実経過によれば、被害者が気管支ぜん息の重積発作を起こして入院した後、本件抜管までに、同人の余命等を判断するために必要とされる脳波等の検査は実施されておらず、発症からいまだ2週間の時点でもあり、その回復可能性や余命についての的確な判断を下せる状況にはなかったものと認められる。そして、被害者は、本件時、こん睡状態にあったものであるところ、本件気管内チューブの抜管は、被害者の回復をあきらめた家族からの要請に基づき行われたものであるが、

その要請は上記の状況から認められるとおりに被害者の病状等について適切な情報が伝えられた上でされたものではなく、上記抜管行為が被害者の推定的意思に基づくということもできない。以上によれば、上記抜管行為は、法律上許容される治療中止には当たらないというべきである。

最高裁は、病者の推定的意思に合致しているか、診断が適切になされたか、という2つの要件で治療の中止の適法性を考えている。本人の意思に反するときまで治療の中止を認める見解はないのであり、前者はその意味では妥当であろうが、東海大学病院事件の横浜地裁判決（表2-⑦）と同様、家族のインフォームド・コンセントと本人の推定的意思とが混同されている点は不当である。このことはすでに述べたところである（I 2.）。

問題は後者の要件である。

これまでは、患者の自己決定権、医師の治療義務のどちらで考えるにせよ、治療の中止は死期の近いときでなければ許されないという前提であった。本件の第1審も控訴審も、死期が「切迫」していなかったことを本件の抜管が許されない最終的な理由としている<sup>\*6</sup>。しかし最高裁は、死期の切迫に言及することはせず、Aは発症後2週間しかたっていないこと、脳波検査などが行われていないことを挙げ、被告人は「その回復可能性や余命についての確かな判断を下せる状況にはなかつ

た」ことを抜管の許されない理由としている。最高裁は、従来の死期の短縮の程度を出発点とする違法阻却論ではなく、適切な診断に基づいた医療の中止という医療行為の適切さを出発点としている。ここには、少し大げさに言えば、重大なパラダイム・シフトがあるということもできる<sup>\*7</sup>。

## おわりに

厚労省のガイドラインは終末期医療の決定プロセスに関するものであり、その後の医学会などのガイドラインは終末期医療の内容に踏み込んだ。最高裁は、医療的決定（抜管）に至るまでの医師の診断を問題とした。われわれ法学研究者が知りたいのは、この最高裁の具体的判断が医療現場からみても納得のいくものであるか、あるいは不当な要求であるのかなのである。

医療と法の対話が求められている。

## 文 献

- 1) 秋葉悦子：積極的安楽死違法論再構築の試み－「人間の尊厳」は「死への自己決定権」ではなく「生命の価値」を導く－、終末期医療と生命倫理（飯田亘之、甲斐克則編）、生命倫理コロキウム4、太陽出版、東京、p.68-93, 2008
- 2) 池上直己：終末期医療のガイドライン。総合臨床、59；1135-1138, 2010
- 3) 町野 朔：安楽死－ひとつの視点－（1）、ジュリスト、630；59-64, 1977
- 4) 町野 朔：安楽死－ひとつの視点－（2・完）、ジュ

\*6 1審は、病者の自己決定、医師の治療義務の限界のいずれの観点に立っても、死期の切迫性が前提になるとし、控訴審は特に後者についてこのことを指摘する。

\*7 そもそも、病者の死が「近い」ということではなく、死期の「切迫」を要件とした1・2審判決には問題があった。名古屋高裁判決（表2-②）が「病者が現代医学の知識と技術からみて不治の病に冒され、しかもその死が目前に迫っていること」を挙げていたように、死期の切迫はもともと積極的安楽死の1要件であり、治療行為中止の要件とされたことはなかった。また、事後的に裁判所が死期を認定することは困難なことが多いであろう。もし死期の切迫している場合には医療の中止が許されることがあるとした場合、死期が迫っていた可能性のある場合には、「疑わしきは被告人の利益に」の原則に従い、裁判所はすべて無罪としなければならない。1審判決は、「鑑定等によれば、被害者の余命は、〔1〕昏睡が脱却できない場合（およそ50パーセント程度の確率）、短くて約1週間、長くて約3か月程度、〔2〕昏睡から脱却して植物状態（完全に自己と周囲についての認識を喪失すること）が持続する場合（同40パーセント）、最大数年、〔3〕昏睡・植物状態から脱却できた場合（同10パーセント程度）、介護の継続性及びその程度により生存年数は異なるとされていること」としているが、これによって死期が切迫していなかったことが「合理的な疑いを容れない程度」に証明されているとはいえない。

リスト, 631; 114-121, 1977

5) 町野 朔：法律問題としての「尊厳死」、医療と人権。医師と患者のよりよい関係を求めて（加藤一郎，森島昭夫編）。有斐閣，東京，p.209-256，1984

6) 町野 朔：「東海大学安楽死判決」覚書。ジュリスト，1072; 106-115，1995

7) 町野 朔，丸山雅夫，白木 豊ほか：安楽死・尊厳死・末期医療—資料・生命倫理と法Ⅱ。信山社，東京，1997

8) 町野 朔：違法論としての安楽死・尊厳死—複合的な視点—。現代刑事法，14; 37-44，2000

9) 町野 朔：自己決定と他者決定。年報医事法学，15; 44-52，2000

10) 町野 朔：患者の自己決定権と医師の治療義務—

川崎協同病院事件控訴審判決を契機として—。刑事法ジャーナル，8; 47-53，2007

11) 佐伯仁志：末期医療と患者の意思・家族の意思。ケース・スタディ生命倫理と法（樋口範雄編）。有斐閣，東京，p.90-91，2004

12) 須田セツ子：私がしたことは殺人ですか？ 青志社，東京，2010

13) 辰井聡子：治療不開始/中止行為の刑法的評価—「治療行為」としての正当化の試み。法学研究〔明治学院大学法学部〕，86; 57-104，2009

14) 唄 孝一：生命維持治療の法理と倫理。有斐閣，東京，1990

15) 矢澤 治：殺人罪に問われた医師。川崎協同病院事件。終末期医療と刑事責任。現代人文社，東京，2008

---

## Life-Prolonging Treatment from a Legal Viewpoint

Saku MACHINO

*Sophia University Institute of Bioethics (SUIBE), Sophia University, Tokyo*

The aims of this presentation are to show the legal principles concerning withholding or withdrawal of life-prolonging treatment in terminal care, to examine the legal meaning of various “terminal-care guidelines,” and to analyze the Supreme Court decision in the Kawasaki Kyodo Hospital Case.

The issue is the protection of human life, and to simply argue that the police or courts should refrain from intervening in terminal care will not help us to solve the problem. The withholding or withdrawal of life-prolonging treatment performed by the medical profession, which meets the best interests of a patient, not contrary to a patient’s actual or constructive will, and up to reasonable medical standards, should have the law’s approval.

<Author’s abstract>

<Key words : life-prolonging treatment, withholding and withdrawal, terminal care guideline, Kawasaki Kyodo Hospital Case, Tokai University Hospital Case>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 成人期の ADHD の疫学調査

中村 和彦<sup>1)</sup>, 大西 将史<sup>2)</sup>, 内山 敏<sup>3)</sup>, 竹林 淳和<sup>1)</sup>, 二宮 貴至<sup>4)</sup>,  
鈴木 勝昭<sup>2,3)</sup>, 辻井 正次<sup>2,3,5)</sup>, 森 則夫<sup>1,2,3)</sup>

1) 浜松医科大学精神神経医学講座, 2) 浜松医科大学子どものこころの発達研究センター, 3) 大阪大学・金沢大学・浜松医科大学連合大学院小児発達学研究科, 4) 浜松市精神保健福祉センター, 5) 中京大学現代社会学部

静岡県浜松市の 18~49 歳の男女 10,000 人を対象として疫学調査を行い, 3,910 名から調査協力が得られた。その調査協力者のうち 196 名がスクリーニングにおいて陽性となり, 成人期注意欠如・多動性障害 (ADHD) の疑いがある陽性群となった。この陽性群の中で, 2 次調査への参加意思のあった 103 名の調査協力者に対して, 面接調査を依頼し, 41 名の協力を得た。Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) を用いた診断面接を行ったところ, 14 名が成人期 ADHD の診断が下りることが明らかになった。この結果から算出される有病率の推定値は, 1.65% (95% 信頼区間=1.25~2.05) であった。

< 索引用語 : 成人期 ADHD (注意欠如・多動性障害), 成人期 ADHD スクリーニング, 疫学, CAADID (コナーズ成人 ADHD 診断面接), CAARS (コナーズ成人 ADHD 評価スケール) >

## はじめに

注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) は, 1960 年代に微細脳損傷症候群 (minimal brain damage syndrome: MBD) と呼ばれていた。これは脳損傷児の行動特徴として, 情緒変動性, 落ち着きのなさ, 衝動性, 注意転導性, しつこさなどを見出し脳の微細な損傷が中枢神経系に機能不全をもたらし, 注意と知覚の特異的障害となって, 読み, 綴り, 計算を習得する学習能力を損なうと仮定した。1962 年には微細な脳損傷の存在を客観的に証明することが困難ということで, MBD と定義された。また同じ時期に, 多動が目立つ子どもを

hyperactive child syndrome と呼ぶようになって<sup>14)</sup>。臨床的観察から多動は児童期に限られており, 青年期には常に軽快すると, 1970 年代半ばまでは考えられていた。そして 1987 年 DSM-III-R (米国精神医学会の診断基準) において多動性障害は ADHD と定義された。しかしながら DSM-III-R では大人の ADHD は定義として含まれなかった<sup>1)</sup>。

青年期までの ADHD の予後研究は, 精神病理が持続することを一様に示している。予後の全体的なパターンは, 児童期の症状, 落ち着きのなさや集中力の障害が持続することと, 約 25% に反社会的行動が発生することである。多動児は成人し

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期: 2012 年 5 月 24~26 日, 会場: 札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ: 新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 成人期の ADHD における診断および治療上の課題 司会・コーディネーター: 武田 俊信 (龍谷大学文学部)

ても、多動、集中力の困難が残存し、反社会性パーソナリティ障害、物質関連障害をより多く有し続ける。学業成績に関しては、友人たちよりも成績が不良で学校の不適応があり、学校を早くやめ、学力試験での成績が不良である<sup>13)</sup>。

成人期 ADHD は問題が多義に広がる傾向があることが特徴的である。例えば、働く場面においても困難さを示す。上司との人間関係の不適切さ、仕事の締め切りを守れないこと、長期欠勤などが様々な仕事の中で派生し、いくつもの仕事につくことになる。そしてますます仕事に関する困難さがまして経済的にも困ることになる。さらに成人期 ADHD は事故を起こしやすく、医療機関を頻回に受診し、健康上の問題を抱えることが多い<sup>17)</sup>。

成人期 ADHD の有病率については、様々な方法論に基づくアプローチがある。Barkley による疫学調査では 4.7% と報告されている<sup>2)</sup>。Weiss らは、ADHD 児の 3 分の 2 が成人になっても症状が残ると仮定し、かつ子どもの有病率を 3~6% であるとすると、小児期の ADHD が成人になっても続く症例の割合は 2~4% としている<sup>20)</sup>。Kessler らは米国において成人期 ADHD の有病率は 4.4% と報告している<sup>12)</sup>。Faraone らはメタアナリシス研究において、青年期や成人期に子どもの ADHD の症状が ~65% 続くことがわかり、子どもの有病率を ~8% と仮定し、大人は厳しく見積もって 1.2%、一部寛解したのを含めると 3.2% と推測している<sup>9)</sup>。

その他の国における成人期 ADHD の有病率研究では、ベルギー 4.1%、コロンビア 1.9%、フランス 7.3%、ドイツ 3.1%、イタリア 2.8%、レバノン 1.8%、メキシコ 1.9%、オランダ 5.0%、スペイン 1.2%、米国 5.2% でこれらを総合すると 3.4% という報告がある<sup>10)</sup>。さらに過去論文を利用したメタアナリシス研究では 2.5% という報告がある<sup>16)</sup>。

我が国においては、成人期 ADHD に関して言えば、欧米の知見が紹介されているにすぎない。

## I. 我が国における成人期 ADHD の現状

我が国において、成人期 ADHD がどのような特徴を示すかは明確にはされておらず、臨床現場での経験に頼る部分が多い。最近では成人期 ADHD について様々な一般書が発売され、テレビ番組で報道されている。それらの情報に触れ自分が ADHD ではないかと受診する方が多くなった。しかしながら思った以上に診断は難しい。日本の現状においては、ADHD に気付かずに過ごしている方が多い。我々はまず日本での現状を把握するために調査研究（1次調査）を行ったので、紹介する。

静岡県浜松市の 18~49 歳の男女 10,000 人を対象として、以下の項目について疫学調査を行った<sup>18,19)</sup>。

### 1. Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener) (表 1)

ASRS-Screener は、Kessler ら<sup>11)</sup>によって、WHO の尺度として開発されたものであり、日本を含む多くの言語に翻訳されており、無償で使用する事ができる尺度である。DSM-IV の診断基準 A に準拠した内容の 6 項目から構成される。対象者が自身の過去 6 ヶ月を振り返り、どの程度の頻度でそれぞれの項目に記述された症状を経験しているかを 5 段階 (0~4 点) で評定する形式である。Screener は、項目ごとに基準となる頻度が設定されており、基準を超えている項目数を加算してスクリーニング得点を算出する。スクリーニング得点は 0~6 点の間をとる。それがカットオフ値である 4 点以上であれば、成人期 ADHD の可能性があり、さらに詳細な検討を行う必要があることを示唆する。具体的には、項目 1~3 までは、それぞれ、時々、頻繁、非常に頻繁という回答である場合にその数をカウントし、項目 4~6 の場合は、頻繁、非常に頻繁という回答である場合にその数をカウントすることになる。例えば、項目 1 に「時々」、項目 2 に「頻繁」、項目 3 に「時々」、項目 4 に「めったにない」、項目 5 に「全くない」、項目 6 に「頻繁」となる場合は、4 つが該当する

表1 Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener)

|  | 全くない | めったにない | 時々 | 頻繁 | 非常に頻繁 |
|--|------|--------|----|----|-------|
| (1) 物事を行うにあたって、難関は乗り越えたのに、最後の詳細をまとめて仕上げるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。        | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |
| (2) 計画性を要する仕事を行う際に、作業を順序立てるのが困難だったことが、どのくらいの頻度でありましたか。                     | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |
| (3) 約束や用事を忘れたことが、どのくらいの頻度でありましたか。  | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |
| (4) じっくり考えなければならぬ作業がある際に、その作業に取りかかるのを避けたり遅らせようとしたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。   | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |
| (5) 長時間座っていなければならない時に、手足を揺すったり身もだえしたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。                | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |
| (6) まるでモーターに動かされているように、異常に活動的だったり、何かしなければという衝動に駆られたりしたことが、どのくらいの頻度でありましたか。 | 1    | 2      | 3  | 4  | 5     |

灰色の部分にチェックされると1点。

ことになり、Screenerに陽性 (positive) と判断されることになる。

2. 健康についての質問項目

現在の健康状態 (4段階)、現在の通院の有無、通院している病気の種類 (複数回答)、飲酒と喫煙の状況、過去1年間での悩み事やストレス (4段階評定)、悩みやストレスの内容の6項目を尋ねた。

結果は、3,910名から調査協力が得られた。その調査協力者のうち196名がスクリーニングにおいて陽性となり、成人期ADHDの疑いがある陽性群となった。この陽性群と陰性群について、様々な観点から比較を行ったところ、性別、年齢、家族構成、結婚歴、職業、世帯の合計年収、現在の健康状態、通院の有無、過去1年での悩み事やストレスの有無において有意差が認められ、いずれの項目についても、陽性群の方が顕著に否定的な特徴がみられた (表2)。具体的には、性別は男性に多く、年齢に関しては20代に多く、40代後半に少なかった。結婚歴は既婚が少なく、未婚が多い、家族構成は一人暮らし、親と同居が多かった。子どもとの同居が少なかった。職業は無職が

表2 陽性となった人の特徴 (v. s. 陰性)

| 項目      | 特徴                                       |
|---------|--|
| 性別      | 男性に多い                                    |
| 年齢      | 20代に多く、40代後半に少ない                         |
| 結婚歴     | 既婚が少なく、未婚が多い                             |
| 家族構成    | 一人暮らし、親と同居 (夫婦+親) が多く、子どもと同居が少ない (未婚のため) |
| 職業      | 無職が多い                                    |
| 収入      | 200万円未満が多く、700~1,000万円が少ない               |
| 健康状態    | 不健康が多い                                   |
| 通院状況    | 通院中の人が多い                                 |
| 悩みやストレス | 「よくあった」が多い                               |

多く、収入は200万未満が多く、700~1,000万が少なかった、健康状態は不健康が多く、通院状況は通院中の人が多く、悩みやストレスは「よくあった」が多かった。

II. 成人期ADHDの診断について

我が国では、成人期ADHDをアセスメントする上で必要なツールは十分に整備されていない。

我々は成人期 ADHD のアセスメントツールに関するレビューに基づき、欧米の研究および臨床場面において使用頻度の高いコナーズ成人 ADHD 診断面接 (Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV™: CAADID) 日本語版を作成し、その信頼性と妥当性を確認した。今まで我が国には成人 ADHD を診断するための面接ツール、成人 ADHD の症状重症度を把握するための評価尺度がなかった。CAADID は ADHD の症状のみられる成人の診断面接ツールで、欧米で最も多く使われている。CAADID は Conners らによって作成され、項目の内容は、DSM-IV の診断基準に基づいている。冊子パート I では家族歴、既往歴、生活歴、現病歴を詳細に面接する。もしくはあらかじめ記入してもらう。冊子パート II では DSM-IV に沿って、子どもの頃 (過去)、現在の状況に分けて面接をする。ADHD の症状については具体例が挙げられているので、記入がしやすく使いやすい内容になっている。そして過去と現在両方で ADHD の診断を満たすことで、成人期 ADHD とする。CAADID は成人期 ADHD の診断するのに大変使いやすい診断面接ツールなので、日常臨床の場面で使える。日本においても CAADID 日本語版パート I 生活歴<sup>6)</sup>、CAADID 日本語版パート II 診断基準<sup>7)</sup>、CAADID 日本語版マニュアル<sup>8)</sup>が翻訳出版された。

### Ⅲ. 成人期 ADHD の重症度について

さらに我が国には成人期 ADHD の症状重症度を把握するための評価尺度がない。Conners' Adult ADHD Rating Scale (CAARS) は成人期 ADHD の症状を多側面から測定できるとともに、標準化が行われ欧米で最も多く使われている尺度である。CAARS は Conners らによって作成された記入式の評価尺度で、項目の内容は、DSM-IV の診断基準に基づいている。CAARS は自己記入式と観察者評価式がある。両方とも項目の内容は同じで、自己報告版では、「私は……」という言葉から始まるのに対して、観察者報告版では「被観察者は……」という言葉から始まるという違いが

あるのみである。また CAARS には、通常版、短縮版、スクリーニング版の3種類がある。CAARS は成人期 ADHD の症状重症度を把握するのに大変使いやすい評価尺度である。日本においても CAARS の通常版が自己記入式<sup>3)</sup>、観察者評価式<sup>4)</sup>、CAARS 日本語版マニュアル<sup>5)</sup>が翻訳出版された。

### Ⅳ. 成人期 ADHD の有病率について

成人期 ADHD の有病率について調査研究を行ったので、紹介する。調査対象者は1次調査のスクリーニングにおいて陽性となった196名である。調査内容は196名のうち、2次調査に協力する意思のあった103名に対して、2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた者に対して、CAADID を実施した。スクリーニング陰性者への調査は1次調査においてスクリーニング陰性となった3,714名のうち、2次調査に協力する意思のあったのは1,328名であった。この中から、スクリーニング陽性者の2次調査協力者と性別・年齢帯をマッチングさせた者を抽出し、2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた者に対して、DSM-IV に基づく診断面接を実施した。調査の実施手続きと結果を図1に示した。

倫理面への配慮については2次調査への協力の意思のある者に対してのみ調査依頼をした。その際、調査目的や内容、データの保管・使用方法について説明し、インフォームド・コンセントに配慮した。また、本調査は浜松市と共催で実施し、得られた回答は調査の目的以外では使用せず、市の成人期 ADHD 対策の推進に活用されることを説明した。さらに、調査協力者に結果を還元するために、希望者に結果の報告と無料相談を実施することも伝えた。なお、本研究は浜松医科大学倫理委員会の承認を得て行われた。

#### 1. 2次調査の結果の概要

1次調査においてスクリーニング陽性となった196名のうち、2次調査に協力する意思のあった103名に対して、2次調査への協力を依頼した。そ

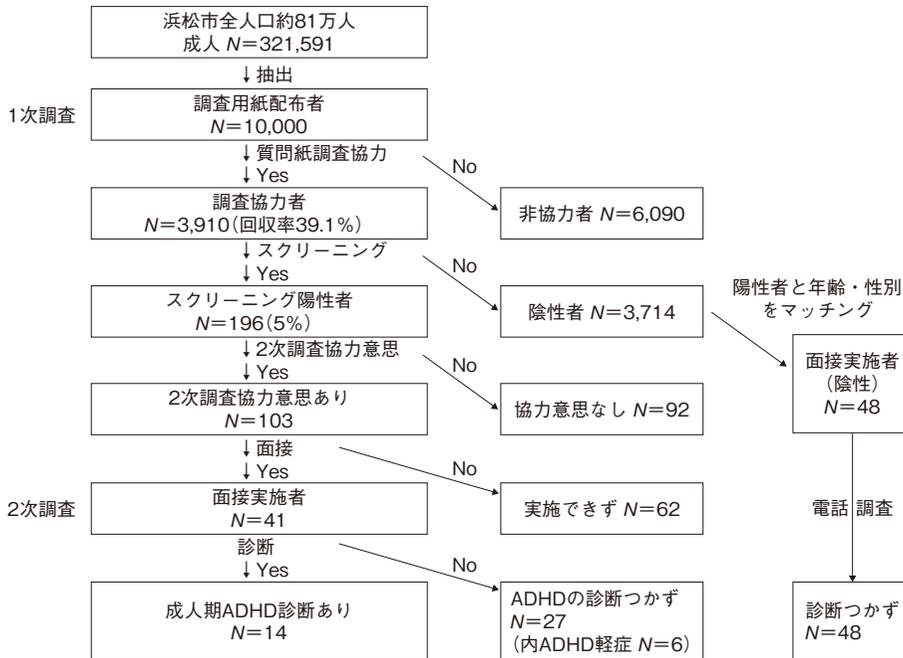


図1 調査の結果の概要, ADHD (注意欠如・多動性障害)

の結果, 41名から承諾が得られ, CAADIDを用いた面接を実施した。また, 1次調査においてスクリーニング陰性となった3,714名のうち, 2次調査に協力する意思のあった1,328名の中から, スクリーニング陽性者の2次調査協力者と性別・年齢帯をマッチングさせた者48名を抽出し, 2次調査への協力を依頼した。承諾の得られた48名に対して, DSM-IVに基づく診断面接を実施した。

スクリーニング陽性者の2次調査の結果を表3に示した。スクリーニング陽性かつ2次調査に協力してくれた41名のうち, 14名が成人期ADHDの診断基準を満たしていた。このうち, 男性は6名, 女性は8名であった。成人期ADHDの診断基準を満たさなかった27名(男性16名, 女性11名)のうち, 成人期ADHDの症状はみられるものの, 軽症であるため診断基準を満たさなかった者が6名(男性4名, 女性2名)であった。それらのうち, 5名は不注意優勢型に相当する者(男性4名, 女性1名)であり, 1名(女性1名)は特にタイプ分けできない者であった。さらに, 成人期ADHD以外の診断基準を満たした者は4名

(男性2名, 女性2名)であり, その内訳は広汎性発達障害, 適応障害, アルコール依存症であった。その他の特に精神医学的障害の診断基準を満たさない者は16名(男性9名, 女性7名)であった。

## 2. 有病率の推定

1次調査のスクリーニング得点ごとに診断のついた人数, 割合, 全体の有病率の推定値を算出した(表4)。その結果, 全体の有病率の推定値は, 1.65%であった。標準誤差(SE)の値は0.020であり, 有病率の推定値の95%信頼区間は, 1.25~2.05(%)であった。

同様に, 性別ごとに有病率の推定値を求めた(表5, 6)。その結果, 男性における有病率の推定値は1.67%であった。SEの値は0.032であり, 有病率の推定値の95%信頼区間は, 1.06~2.29(%)であった。女性における有病率の推定値は1.53%であった。SEの値は0.026であり, 有病率の推定値の95%信頼区間は, 1.02~2.04(%)であった。ただし, 性別ごとの有病率の推定値については, スクリーニング陰性者のうち11名が性別不明で

表3 2次調査による診断面接の結果, ADHD (注意欠如・多動性障害)

|                               | 男性 | 女性 | 合計 |
|-------------------------------|----|----|----|
| 成人期 ADHD の診断基準を満たした者          |    |    |    |
| 不注意優勢型                        | 6  | 5  | 11 |
| 多動性/衝動性優勢型                    | 0  | 0  | 0  |
| 混合型                           | 0  | 3  | 3  |
| 計                             | 6  | 8  | 14 |
| 成人期 ADHD の症状が軽症で診断基準を満たさなかった者 |    |    |    |
| 不注意優勢型に相当する者                  | 4  | 1  | 5  |
| その他                           | 0  | 1  | 1  |
| 計                             | 4  | 2  | 6  |
| その他の精神障害の診断基準を満たした者           |    |    |    |
| 広汎性発達障害                       | 1  | 1  | 2  |
| 適応障害                          | 1  | 0  | 1  |
| アルコール依存症                      | 0  | 1  | 1  |
| 計                             | 2  | 2  | 4  |
| その他                           |    |    |    |
| 特に精神医学的障害の診断基準を満たさない者         | 9  | 7  | 16 |
| 途中退席によって判断できなかった者             | 1  | 0  | 1  |
| 計                             | 10 | 7  | 17 |
| 合計                            | 22 | 19 | 41 |

あるため、あくまで参考値である。

本研究では、対象となった10,000人の一般市民の中から、3,910名の協力を得てASRS-Screenerおよび健康状態を調査した。分析の結果、そのうち、196名がスクリーニングにおいて陽性となり、成人期 ADHD の疑いがある陽性群となった。その196名のうち、2次調査に協力意思のあった103名に調査を依頼し、41名から協力を得た。この41名にCAADIDを用いた面接を実施したところ、14名(男性6名、女性8名)が成人期 ADHD の診断基準を満たすことが明らかになった。これらの結果に基づいて有病率の推定値を求めたところ、全体では1.65% (95%信頼区間=1.25~2.05)であった。男性では、1.67% (95%信頼区間=1.06~2.29)、女性では1.53% (95%信頼区間=

1.02~2.04)であった。

ただし、今回算出した有病率の推定値については、慎重に取り扱う必要がある。本研究では、浜松市の全人口から10,000人を抽出したサンプリング調査を実施したが、1次調査の回収率は39.1%であり、さらにスクリーニング陽性者196名のうち、2次調査への協力意思を示した者が103名、実際に2次調査を実施できた者が41名となった。調査の実施が調査協力者の意思に頼らざるを得ない本研究のデザインのために、ターゲットとなるスクリーニング陽性者196名全員に2次調査を実施できていないことから、2次調査を実施できなかった者と実施できた者が等質であると必ずしも言えない。1次調査においても同様の問題を抱えている。すなわち、実施できなかった者の中に、成人期 ADHD の診断のつく者が有意に多く含まれている可能性は否定できないため、現時点で得られた有病率の推定値が真の値よりも低く見積もられている危険性は否定できない。したがって、本研究で得られた有病率の推定値は、真の値の下限であると位置づけ、実際にはこれよりも多くの有病率になることを想定しておくことが重要であろう。

上述の条件を踏まえた上で、本研究で得られた我が国の有病率の推定値を先行研究と比較する。Kesslerら<sup>12)</sup>のアメリカの疫学調査において見いだされた有病率4.4% (SE=0.6, 95%信頼区間=3.2~5.6)と比較すると、かなり小さい値であるといえる。しかしながら、Simonら<sup>16)</sup>による欧米での研究における有病率のメタアナリシスによると、欧米においても成人期 ADHD の有病率は0.5%程度から4.6%程度まで幅があり、これらから推定された有病率の値は2.5% (95%信頼区間=2.1~3.1)であった。この研究と比較しても本研究で得られた値は若干小さいといえるが、これについては、上でも述べたように、本研究の研究デザインによるものであるのか、欧米との文化差によるものなのかをここで判定することはできない。

性別ごとの有病率の推定値については、男女で大きな差異は認められなかった。この結果につい

表4 有病率の計算の要約

| スクリーニング<br>結果 | スクリーニング得点<br>ごとの内訳 | 確定診断 (%)        |              |             | 確定診断の推定人数<br>(人) | 有病率の推定値 (%)<br>(95%信頼区間) |
|---------------|--------------------|-----------------|--------------|-------------|------------------|--------------------------|
|               |                    | なし              | あり           | 全体          |                  |                          |
| 陰性            | 0                  | 1,932<br>(52.0) | 12<br>(0.0)  | 0<br>(0.0)  | 12               | 0                        |
|               | 1                  | 903<br>(24.3)   | 12<br>(0.0)  | 0<br>(0.0)  | 12               | 0                        |
|               | 2                  | 573<br>(15.4)   | 12<br>(0.0)  | 0<br>(0.0)  | 12               | 0                        |
|               | 3                  | 306<br>(8.2)    | 12<br>(0.0)  | 0<br>(0.0)  | 12               | 0                        |
|               | 合計                 | 3714<br>(100)   | 48           | 0           | 48               | 0                        |
| 陽性            | 4                  | 132<br>(67.3)   | 15<br>(37.5) | 9<br>(37.5) | 24               | 49.50                    |
|               | 5                  | 51<br>(26.0)    | 12<br>(29.4) | 5<br>(29.4) | 17               | 15.00                    |
|               | 6                  | 13<br>(6.6)     | 0<br>(0.0)   | 0<br>(0.0)  | 0                | 0.00                     |
|               | 合計                 | 196<br>(100)    | 27           | 14          | 41               | 64.50                    |

表5 男性における有病率の計算の要約

| スクリーニング<br>結果 | 得点<br>(点) | 診断のついた割合 (%)<br>(面接実施者 9 名あたり) | 診断のついた人数 (人)        |       | 有病率の推定値 (%)<br>(調査協力者 1,655 人あたり) |
|---------------|-----------|--------------------------------|---------------------|-------|-----------------------------------|
|               |           |                                | (スクリーニング陽性者 115 名中) |       |                                   |
| 陰性            | 0         | 0                              |                     | 0     |                                   |
|               | 1         | 0                              |                     | 0     |                                   |
|               | 2         | 0                              |                     | 0     |                                   |
|               | 3         | 0                              |                     | 0     |                                   |
|               | 全体        | 0                              |                     | 0     |                                   |
| 陽性            | 4         | 25.00                          |                     | 19.00 |                                   |
|               | 5         | 30.00                          |                     | 8.70  |                                   |
|               | 6         | 0.00                           |                     | 0.00  |                                   |
| 全体            | 18.33     |                                | 27.70               |       | 1.67 (1.06~2.29)                  |

ては、成人期 ADHD では、有病率の性差が認められなくなるという Resnic<sup>15)</sup> の指摘と整合するものであり、妥当であると考えられる。

下位診断については、不注意優勢型の割合が高く (14 名中 11 名)、男女比に大きな偏りはみられなかった (男性 6 名、女性 5 名)。この結果についても、先行研究と同様の結果であるといえる。

## おわりに

最後に、本研究の限界について述べる。すでに述べたように、本研究は調査への協力を任意にしているために、正確なサンプリングができているとは言い難い。1次調査の回収率は 39.1% であり、極端に低いものではないが、1次調査に協力してくれなかった約 6 割の対象者の中に、高い割合で成人期 ADHD の診断基準を満たす者が存在する

表6 女性における有病率の計算の要約

| スクリーニング<br>結果 | 得点<br>(点) | 診断のついた割合 (%)    | 診断のついた人数 (人)       | 有病率の推定値 (%)                     |
|---------------|-----------|-----------------|--------------------|---------------------------------|
|               |           | (面接実施者 13 名あたり) | (スクリーニング陽性者 81 名中) | (95%信頼区間)<br>(調査協力者 2,244 人あたり) |
| 陰性            | 0         | 0               | 0                  |                                 |
|               | 1         | 0               | 0                  |                                 |
|               | 2         | 0               | 0                  |                                 |
|               | 3         | 0               | 0                  |                                 |
|               | 全体        | 0               | 0                  |                                 |
| 陽性            | 4         | 50.00           | 28.00              |                                 |
|               | 5         | 28.57           | 6.29               |                                 |
|               | 6         | 0.00            | 0.00               |                                 |
|               | 全体        | 26.19           | 34.29              |                                 |

可能性はある。同様に、2次調査への協力も任意であるため、スクリーニングで陽性となった者全てに診断面接を実施できたわけではない。特に、スクリーニング得点が最高点（6点）であり当初2次調査への協力を承諾していた13名のうち、全員が2次調査に協力してくれなかったため、この中に高い割合で成人期 ADHD の診断基準を満たす者が存在する可能性は高い。これらの限界を踏まえた上で、本研究で得られた有病率の推定値は、真の値の下限に当たるものと考えておくことが妥当であると思われる。

しかしながら、本研究において初めて、我が国における成人期 ADHD の疫学調査を実施し、有病率の推定値を示したことは、潜在的には少なからず存在しながらも、医学的・福祉的な制度およびシステムが十分整備されていないために治療を受けることができない成人期 ADHD 者に対して、しかるべき医療・福祉サービスを提供するための科学的根拠を与えることになり、大きな意義があると考えられる。

#### 文 献

- 1) Adler, L. A.: Epidemiology, impairments, and differential diagnosis in adult ADHD : introduction. *CNS Spectrums*, 13 ; 4-5, 2008
- 2) Barkley, R. A.: Attention-deficit-hyperactivity

disorder : A handbook for diagnosis and treatment (2nd ed.). Guilford Press, New York, 1998

3) Conners, C. K., Erhardt, D. E., Sparrow, E.: CAARS™日本語版。自己記入用紙・検査用紙（5名分入）(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

4) Conners, C. K., Erhardt, D. E., Sparrow, E.: CAARS™日本語版。観察者評価式用紙・検査用紙（5名分入）(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

5) Conners, C. K., Erhardt, D. E., Sparrow, E.: CAARS™日本語版マニュアル(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

6) Epstein, J., Johnson, D. E., Conners C. K.: CAA-DID™日本語版パート I 生活歴・検査用冊子（5名分入）(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

7) Epstein, J., Johnson, D. E., Conners C. K.: CAA-DID™日本語版パート II 診断基準・検査用冊子（5名分入）(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

8) Epstein, J., Johnson, D. E., Conners C. K.: CAA-DID™日本語版マニュアル。(中村和彦監修, 染木史緒, 大西将史監訳)。金子書房, 東京, 2012

9) Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E.: The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder : a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Med*, 36 ; 159-165, 2006

- 10) Fayyad, J., De Graaf, R., Kessler, R., et al.: Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry*, 190 ; 402-409, 2007
- 11) Kessler, R. C., Adler, L., Ames, M., et al.: The World Health Organization Adult ADHD Self-Report Scale (ASRS): a short screening scale for use in the general population. *Psychological Med*, 35 ; 245-256, 2005
- 12) Kessler, R. C., Adler, L., Barkley, R., et al.: The prevalence and Correlates of Adult ADHD in the United States : Results From the National Comorbidity Survey Replication. *Am J Psychiatry*, 163 ; 716-723, 2006
- 13) Klein, R. G., Mannuzza, S.: Long-term outcome of hyperactive children : a review. *J Am Acad Child and Adolesc Psychiatry*, 30 ; 383-387, 1991
- 14) 中村和彦 : 広汎性発達障害と注意欠陥/多動性障害. *子どもの精神医学* (森 則夫監修, 中村和彦編集), 金芳堂, 京都, p.174-197, 2008
- 15) Resnick, R. J.: *The hidden disorder : a clinician's guide to attention deficit hyperactivity disorder in adults*. American Psychological Association, Washington, DC, 2000. (レズニック, R. J.: 成人の ADHD : 臨床ガイドブック (大賀健太郎, 霜山孝子監訳, 紅葉誠一訳). 東京書籍, 東京, 2003)
- 16) Simon, V., Czobor, P., Balint, S., et al.: Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder : meta-analysis. *British Journal of Psychiatry*, 194 ; 204-211, 2009
- 17) Stein, M. A.: Impairment associated with adult ADHD. *CNS Spectrums*, 13 ; 9-11, 2008
- 18) 内山 敏, 大西将史, 中村和彦ほか : 日本における成人期の ADHD の疫学調査—Adult ADHD self report scale-screener (ASRS-screener) 陽性群の特徴について—。子どものこころと脳の発達, 3 ; 23-33, 2012
- 19) 内山 敏, 大西将史, 中村和彦ほか : 日本における成人期の ADHD の疫学調査—成人期 ADHD の有病率について—。子どものこころと脳の発達, 3 ; 34-42, 2012
- 20) Weiss, M., Hechtman, L. T., Weiss, G.: *ADHD in adulthood : A guide to current theory, diagnosis, and treatment*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1999

## Epidemiological Survey of Adult Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) in Japan

Kazuhiko NAKAMURA<sup>1)</sup>, Masafumi OHNISHI<sup>2)</sup>, Satoshi UCHIYAMA<sup>3)</sup>, Kiyokazu TAKEBAYASHI<sup>1)</sup>, Takashi NINOMIYA<sup>4)</sup>, Katsuaki SUZUKI<sup>2,3)</sup>, Masatsugu TSUJII<sup>2,3,5)</sup>, Norio MORI<sup>1,2,3)</sup>

- 1) *Department of Psychiatry & Neurology, Hamamatsu University School of Medicine,*  
 2) *Research Center for Child Mental Development, Hamamatsu University School of Medicine,*  
 3) *United Graduate School of Child Development, Osaka University, Kanazawa University and Hamamatsu University School of Medicine,*  
 4) *Hamamatsu City Mental Health and Welfare Center,*  
 5) *Faculty of Sociology, Chukyo University*

Individuals with adult ADHD were identified through 2 stages. In stage 1, 10,000 18-49-year-old community dwelling adults were selected, and a questionnaire including the Adult ADHD Self Report Scale-Screener, and asking questions on the gender, age, family members, marital status, occupation, and income was sent to them. In stage 2, semi-structured inter-

views using Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID) were carried out with participants, who were selected using the result of the stage 1 ASRS-Screener.

In stage 1, 13,910 individuals responded to the questionnaire (response rate was 39.1%), and 196 of them were screened, as positive (criterion: ASRS-Screener  $\geq 4$  point). A total of 103 of them indicated their intention to cooperate in the stage 2 survey. In stage 2, 41 individuals who screened positive based on the ASRS-Screener (positive group) and 48 individuals who screened negative based on the ASRS-Screener (negative group: matching age and gender with positives) underwent a semi-structured interview. Finally, 14 individuals were diagnosed with adult ADHD. There were 6 males and 8 females. The estimated prevalence of current adult ADHD in this study was 1.65%, and the 95% confidence interval (CI) was 1.25-2.05.

This study has implications for understanding the prevalence of adult ADHD in a Japanese community sample, and for planning their treatment.

<Authors' abstract>

<Key words : adult attention deficit/hyperactivity disorder, Adult ADHD Self Report Scale-Screener (ASRS-Screener), epidemiology, screening, Conners' Adult ADHD Diagnostic Interview for DSM-IV (CAADID), Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS) >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 成人期の ADHD の生物学

根 来 秀 樹

(奈良教育大学教育学部障害児医学分野)

成人の注意欠如・多動性障害 (ADHD) の存在が明らかになって後、ADHD の生物学的研究が多く報告されている。本稿ではそれらのうちで、遺伝学的要因、脳画像研究、神経生理学的研究について概説した。その結果、ADHD は遺伝の影響が強く、形態画像では皮質下領域および前頭前野を中心として、小脳、線条体に関する異常の報告、機能画像では実行機能や報酬系の異常の報告が多いことがわかった。また神経生理学的研究の 1 つである事象関連電位の研究からは、ADHD においては能動的な刺激選択過程と選択的注意の維持過程だけではなく、自動的かつ前認知的な処理機能においても何らかの障害が存在することが示唆された。以上の所見は一部を除いて、小児から思春期、成人期を通して観察されるものであり、ADHD が生涯を通じての疾患であることを証明するものである。しかし成人の ADHD の生物学的研究には、診断の問題や併存症など今後解決すべき問題も多い。

<索引用語：注意欠如・多動性障害 (ADHD)、生物学、遺伝学、脳画像、事象関連電位 (ERPs)>

## はじめに

注意欠如・多動性障害 (Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder: ADHD) に生物学的背景が存在することを示唆する研究は多い。しかし、単に生物学といってもその領域は遺伝学や発達科学、また神経科学や画像研究、生理学など広範囲にわたっており、またそれらの各領域単独の研究だけで ADHD の本態を十分に説明できているとは考えられない。また成人の ADHD の存在が明らかになって後、多くの成人での研究が報告されているが、成人の ADHD 研究で認められた所見が、必ずしも小児の ADHD で確認されているわけではなく、逆に小児で認められた所見が、必ずしも成人で確認できているわけではない。よって本稿では小児期の ADHD で認められた所見と成人期の ADHD で認められた所見の相違点および一致点に留意して記していきたい。

なお ADHD の生物学で比較的重要でかつ報告が多いのは、遺伝学的要因、発達上の要因、脳損

傷、脳画像 (形態的、機能的)、神経科学的要因、心理社会的要因との関係、神経生理学的要因であろうが誌面の関係からここではすべてを取り上げない。

## I. 遺伝学的要因

カプランの教科書<sup>23)</sup>によると、双生児研究による ADHD の一致率は二卵性双生児より一卵性双生児に高く、また ADHD の兄弟を持つと ADHD を持つ割合が一般人口の 2 倍になる。ADHD の生物学的な親は ADHD の養父母に比べ ADHD である割合が高いとある。

Faraone ら<sup>12)</sup>の双生児研究のメタ解析からは、ADHD の平均遺伝率は 76% としている。これは統合失調症の遺伝率とほぼ同じかやや高く、身長より低い値である。また他の研究では小児 ADHD 患者を調査すると、その両親の ADHD の有病率は一般人口の 2~8 倍であるという<sup>11,28)</sup>。以上やその他の研究から、ADHD が遺伝の影響をかなり強

く受ける疾患であることがわかる。

また遺伝子研究からはドーパミン神経系、ノルアドレナリン神経系にかかわる遺伝子変異が多く報告されており、これら2つの神経系の機能不全が ADHD 発症にかかわっていることが示唆されるが、報告されている個々の遺伝子のオッズ比をみると効果は大きくはなく、発症の原因遺伝子というよりはむしろ脆弱性に関する遺伝子であると推測される。

## II. 画像研究

### 1. 小児の画像研究

形態画像の研究では皮質下領域、前頭皮質の脳容量の低下の報告を Castellanos ら<sup>4)</sup>は平均年齢 11.7 歳、Filipek ら<sup>13)</sup>は平均年齢 12.4 歳の ADHD 児を対象にして報告している。さらに Castellanos らグループはそれらの所見に加え小脳、尾状核、大脳の基底核、淡蒼球の容量の低下を報告し、容量の異常は年齢が経過しても持続し、形態計測的な差は ADHD 尺度の重症度と有意に相関すると報告している<sup>3,5)</sup>。

Valera ら<sup>32)</sup>は小児・思春期 ADHD 患者の脳容積に関する 21 研究のメタ解析 (ADHD 患者 565 例、対照者 583 例) で、全脳、右脳や脳梁膨大部、小脳、小脳虫部、および小脳後下虫部・小葉の各脳部位における脳容積を ADHD 患者と健常者間で比較検討した結果、ADHD 患者ではこれらの脳部位が有意に小さいことが認められ、特に小脳後下虫部・小葉に関しては特に ADHD 患者と健常者間でより大きな差があることが認められた。また同様に左右前頭深部白質、前頭葉、前頭前野の各脳容積に関してもメタ解析を行い、ADHD 患者ではこれらの部位での脳容積も有意に小さいことが認められた。

小児における機能画像の研究では ADHD 児と定型発達児との間にみられる fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) における前頭-線条体反応の有意差の報告がある (Rubia ら ADHD 児平均年齢 15.71 歳<sup>22)</sup>、Silberstein ら ADHD 児平均年齢 10.75 歳<sup>27)</sup>)。

### 2. 成人の画像研究

形態画像では小児に比べ報告が多く、また小児と同様の結果を示す報告が多い。それに加え、前部帯状回の容積の低下、眼窩前頭皮質の容積の低下など小児で報告されている領域における、より詳細な結果が認められている<sup>14,26)</sup>。

機能画像も小児に比べ報告が多い。以下にいくつかの課題別に結果を示す。研究は fMRI を使用したものが多いが、PET (Positron Emission Tomography) を用いたものもある。

Motor response inhibition (Go/No-go 課題、Stop 課題) では、下部前頭皮質の機能不全の報告<sup>6,8,10)</sup>、Interference inhibition (Stroop 課題、Simon 課題) や注意課題 (Oddball 課題、CPT) では、それらの他に、眼窩前頭皮質、前部帯状回、線条体の機能不全の報告<sup>1,2,7)</sup>、報酬課題では他に側坐核の機能不全の報告<sup>30)</sup>、Working Memory 課題では小脳の機能不全が報告<sup>32,33)</sup>されている。

メタ解析では Dickstein ら<sup>9)</sup>が 16 の論文を解析し、ADHD 患者では実行機能課題において、前頭皮質-線条体、および前頭皮質-頭頂葉の神経回路の活性が低いと報告している。

### 3. 画像研究のまとめ

皮質下領域および前頭前野を中心として、小脳、線条体に関する容積の減少の報告が多い。さらに成人の報告ではそれらのなかでも、特に前部帯状回の容積の低下、眼窩前頭皮質の容積の低下の報告もある。これらは実行機能や衝動性の抑制に関与される領域である。機能画像でも実行機能の異常、報酬系の異常を指摘する報告が多い。またタイミングを取るときに重要な役割を果たすとされている小脳の異常の指摘もある。

## III. ADHD の神経生理学

ADHD の認知や注意の障害に注目して、今まで様々な検査課題による神経生理学的研究が行われてきている。

我々は事象関連電位 (event-related potentials : ERPs) に注目し発表を行ってきた。ERPs

は刺激や自発的な運動などの特定の事象に関連して一過性に生じる脳電位で、課題によって様々なものが知られている。近年、認知情報処理過程の最終段階に生じるとされる P300 の障害が ADHD における認知障害の指標となることが指摘されてきている<sup>17,29)</sup>。

P300 以外では、外的情報の弁別に関して、注意を向けていない意識野に出現する予期せぬ刺激の弁別（無意識的な自動処理）と、注意を向けている意識野の刺激弁別（意識的・能動的な統御処理）とにそれぞれ対応する異なる電位の存在が明らかにされてきている。前者にはミスマッチ陰性電位（mismatch negativity : MMN）が、後者には処理陰性電位（processing negativity : PN）の一種である negative difference wave（Nd）と呼ばれる陰性電位が相当する。

#### 1. 小児の ADHD と ERP

Strandburg ら<sup>29)</sup>は ADHD 群が健常児群より P300 の振幅が低下しており、潜時が延長していると報告した。その後も P300 の構成成分である P3b についての報告でも、Satterfield ら<sup>24)</sup>が ADHD 児群は健常児群より P3b の振幅が低下していると述べている。また Jonkman ら<sup>16)</sup>は同じように P3b の振幅が低下していると指摘した上で、methylphenidate の投与により課題の成績が向上し、かつ P3b の振幅が増加したと報告している。

Nd については Jonkman ら<sup>16)</sup>が Nd と同様の成分と考えられている PN を検討しているが、ADHD 群は健常児群より PN の振幅が低下しており methylphenidate の投与により振幅が増加したと報告している。

MMN については Kemner ら<sup>18)</sup>が ADHD 群は健常児群に比べると聴覚刺激において MMN の振幅が低下していると報告している。Kilpelainen ら<sup>19)</sup>も注意散漫な 9 歳の児童 20 人と健常の 9 歳の児童 20 人を比較し、注意散漫な児童は前頭葉において MMN の振幅が低下していたと報告している。しかし異なった結果を報告している研究者もおり、結果が一定していない。

筆者ら<sup>15)</sup>は ADHD 児群 32 名と年齢、性、IQ をマッチさせた健常児群 12 名について P300、MMN、Nd を測定し検討したが、P300 に関しては前頭部、中心部、頭頂部のすべての領域で、MMN、Nd に関しては頭頂部で有意に低振幅であった。

この成績から、ADHD においては、まず P300 の障害があることから、少なくとも情報処理過程の最終段階で何らかの障害が存在することが示された。そしてその障害は、さらに手前の刺激の弁別過程における障害によるものであることが MMN や Nd の異常から示唆される。

つまり ADHD においては能動的な刺激選択過程と選択的注意の維持過程だけではなく、自動的かつ前認知的な処理機能においても何らかの障害が存在することが示唆された。

#### 2. 成人の ADHD と ERP

筆者ら<sup>20)</sup>は前述した小児でみられた ERP の異常が P300、Nd については成人の ADHD にも継続して観察されることを報告した。しかし MMN については、成人の ADHD 群では健常群と有意差はなかった。MMN は衝動性の指標となる可能性も報告されている。臨床的には成人の ADHD の症状は不注意中心であり、衝動性については軽快傾向にあることと、小児でみられた MMN の異常が成人ではみられなくなることは関連性があると考えられる。

#### IV. 近赤外スペクトロスコピー（NIRS）

Near infrared spectroscopy（NIRS）は、非侵襲的な近赤外線散乱光を用い、ヘモグロビン濃度を測定することで、主に大脳皮質における脳血流量の変化を知ることができる技術である。光ファイバーを装着した軽いキャップを冠るだけでよいので、拘束性が少なく、自然な日常環境下で測定することができる。

筆者ら<sup>21)</sup>は NIRS を用い、ADHD 児群（平均年齢：9.55 歳）と定型発達児群において、Stroop 課題を用い、NIRS を測定することにより、ADHD

の前頭葉機能不全を報告した。ADHD と診断された児のうち、知的障害の認められない者でかつ過去に薬物治療を受けたことがない児 20 名を対象とした。対象児と親に半構造化面接を行い、DSM-IV に従って熟練した 2 名の児童精神科医が ADHD の診断を行った。また対照群 20 名として、年齢、性別、IQ をマッチさせた定型発達児群を用いた。

刺激課題中、ADHD 児群の oxy-Hb の変化量は、対照群の変化量より有意に少なかった。その差は特に前頭前野の下部で大きかった。NIRS で測定した oxy-Hb 変化量は、ADHD の症状を評価するために客観的な指標になるかもしれないと考えている。

成人では同様の報告がいくつかあり、前頭葉賦活課題における前頭前野での血流の増加の低さが示されている<sup>25)</sup>。

## おわりに

### —ADHD の生物学のまとめと問題点や今後の課題—

ADHD は明確な神経生物学的基盤や遺伝要因と複雑な病因を持ちあわせた脳機能障害である。

遺伝的、環境的要因の組み合わせが脳の解剖学的・機能的脆弱性をもたらし、行動および認知の機能不全を引き起こし、これらの異常が ADHD の症状を招くと考えられる。そして、様々な研究結果からこれらの大部分は思春期以降～成人になっても残存するものであり、成人の ADHD 患者に疾患の基盤になる生物学的背景があることを示唆するものである。

しかし、成人 ADHD の生物学的研究には課題や問題点も多い。そもそも成人の ADHD の診断自体が確立されているとは言い難いので、研究によって診断の精度や確定診断する範囲にばらつきがある可能性が多い。

また成人の場合、小児と比べて、研究参加中は薬物を服用していなくても、薬物療法の既往がある患者がエントリーしている報告が多く、薬物の影響の問題については十分に検討されていない。

さらに併存症のある患者がエントリーしている報告が多いし、そもそも併存症について定義されていない、また定義されていても DSM の I 軸にしか触れていない報告も多く存在する。

以上の問題点について十分に注意する必要があるが、それらがすべて解決されたとしても、研究で判明した生物学的異常が ADHD の生来のものなのか、小児期に生じた機能不全の結果であるのかを明らかにするのは困難であるという大きな課題が残る。これを明らかにするには、小児 ADHD 患者を成人期までフォローアップしていく必要があるだろう。

## 文 献

- 1) Banich, M. T., Burgess, G. C., Depue, B. E., et al.: The neural basis of sustained and transient attentional control in young adults with ADHD. *Neuropsychologia*, 47 (14); 3095-3104, 2009
- 2) Bush, G., Frazier, J. A., Rauch, S. L., et al.: Anterior cingulate cortex dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder revealed by fMRI and the Counting Stroop. *Biol Psychiatry*, 45 (12); 1542-1552, 1999
- 3) Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Berquin, P. C., et al.: Quantitative brain magnetic resonance imaging in girls with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 58 (3); 289-295, 2001
- 4) Castellanos, F. X., Giedd, J. N., Marsh, W. L., et al.: Quantitative brain magnetic resonance imaging in attention-deficit hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 53 (7); 607-616, 1996
- 5) Castellanos, F. X., Lee, P. P., Sharp, W., et al.: Developmental trajectories of brain volume abnormalities in children and adolescents with attention-deficit/hyperactivity disorder. *JAMA*, 288 (14); 1740-1748, 2002
- 6) Cubillo, A., Halari, R., Ecker, C., et al.: Reduced activation and inter-regional functional connectivity of fronto-striatal networks in adults with childhood Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and persisting symptoms during- tasks of motor inhibition and cognitive switching. *J Psychiatr Res*, 44 (10); 629-639, 2010
- 7) Cubillo, A., Rubia, K.: Structural and functional brain imaging in adult attention-deficit/hyperactivity disorder.

order. *Expert Rev Neurother*, 10 (4) ; 603-620, 2010

8) Dibbets, P., Evers, L., Hurks, P., et al.: Differences in feedback- and inhibition-related neural activity in adult ADHD. *Brain Cogn*, 70 (1) ; 73-83, 2009

9) Dickstein, S. G., Bannon, K., Castellanos, F. X., et al.: The neural correlates of attention deficit hyperactivity disorder : an ALE meta-analysis. *J Child Psychol Psychiatry*, 47 (10) ; 1051-1062, 2006

10) Epstein, J. N., Casey, B. J., Tonev, S. T., et al.: ADHD- and medication-related brain activation effects in concordantly affected parent-child dyads with ADHD. *J Child Psychol Psychiatry*, 48 (9) ; 899-913, 2007

11) Faraone, S. V.: Genetics of adult attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatr Clin North Am*, 27 (2) ; 303-321, 2004

12) Faraone, S. V., Perlis, R. H., Doyle, A. E., et al.: Molecular genetics of attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57 (11) ; 1313-1323, 2005

13) Filipek, P. A., Semrud-Clikeman, M., Steingard, R. J., et al.: Volumetric MRI analysis comparing subjects having attention-deficit hyperactivity disorder with normal controls. *Neurology*, 48 (3) ; 589-601, 1997

14) Hesslinger, B., Tebartz van Elst, L., Thiel, T., et al.: Frontoorbital volume reductions in adult patients with attention deficit hyperactivity disorder. *Neurosci Lett*, 328 (3) ; 319-321, 2002

15) Ito, N., Iida, J., Iwasaka H. et al.: Study of Event-related potentials in Attention-deficit/hyperkinetic disorder. *Japanese Journal of child and Adolescent Psychiatry*, 44 (suppl.) ; 101-111, 2003

16) Jonkman, L. M., Kemner, C., Verbaten, M. N., et al.: Effects of methylphenidate on event-related potentials and performance of attention-deficit hyperactivity disorder children in auditory and visual selective attention tasks. *Biol Psychiatry*, 41 (6) ; 690-702, 1997

17) Jonkman, L. M., Kemner, C., Verbaten, M. N., et al.: Event-related potentials and performance of attention-deficit hyperactivity disorder : children and normal controls in auditory and visual selective attention tasks. *Biol Psychiatry*, 41 (5) ; 595-611, 1997

18) Kemner, C., Verbaten, M. N., Koelega, H. S., et al.: Event-related brain potentials in children with attention-deficit and hyperactivity disorder : effects of stimulus deviancy and task relevance in the visual and audi-

tory modality. *Biol Psychiatry*, 40 (6) ; 522-534, 1996

19) Kilpelainen, R., Partanen, J., Karhu, J.: Reduced mismatch negativity (MMN) suggests deficits in pre-attentive auditory processing in distractible children. *Neuroreport*, 10 (16) ; 3341-3345, 1999

20) Negoro, H., Kyo, M., Junzo, I.: Event-related potentials in adults with Attention-deficit/hyperkinetic disorder (ADHD). *The Journal of Nara Medical Association*, 56 ; 127-135, 2005

21) Negoro, H., Sawada, M., Iida, J., et al.: Prefrontal dysfunction in attention-deficit/hyperactivity disorder as measured by near-infrared spectroscopy. *Child Psychiatry Hum Dev*, 41 (2) ; 193-203, 2010

22) Rubia, K., Overmeyer, S., Taylor, E., et al.: Hypofrontality in attention deficit hyperactivity disorder during higher-order motor control : a study with functional MRI. *Am J Psychiatry*, 156 (6) ; 891-896, 1999

23) Sadock, B. J., Sadock, V. A. Eds.: 注意欠陥障害. *カプラン臨床精神医学テキスト第2版, メディカル・サイエンス・インターナショナル, 東京, 2008*

24) Satterfield, J. H., Schell, A. M., Nicholas, T. W., et al.: Ontogeny of selective attention effects on event-related potentials in attention-deficit hyperactivity disorder and normal boys. *Biol Psychiatry*, 28 (10) ; 879-903, 1990

25) Schroeter, M. L., Zysset, S., Kupka, T., et al.: Near-infrared spectroscopy can detect brain activity during a color-word matching Stroop task in an event-related design. *Hum Brain Mapp*, 17 (1) ; 61-71, 2002

26) Seidman, L. J., Valera, E. M., Makris, N., et al.: Dorsolateral prefrontal and anterior cingulate cortex volumetric abnormalities in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder identified by magnetic resonance imaging. *Biol Psychiatry*, 60 (10) ; 1071-1080, 2006

27) Silberstein, R. B., Farrow, M., Levy, F., et al.: Functional brain electrical activity mapping in boys with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 55 (12) ; 1105-1112, 1998

28) Sprich, S., Biederman, J., Crawford, M. H., et al.: Adoptive and biological families of children and adolescents with ADHD. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39 (11) ; 1432-1437, 2000

29) Strandburg, R. J., Marsh, J. T., Brown, W. S., et al.: Continuous-processing-related event-related poten-

tials in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 40 (10) ; 964-980, 1996

30) Strohle, A., Stoy, M., Wrase, J., et al.: Reward anticipation and outcomes in adult males with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Neuroimage*, 39 (3) ; 966-972, 2008

31) Valera, E. M., Faraone, S. V., Biederman, J., et al.: Functional neuroanatomy of working memory in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 57 (5) ; 439-447, 2005

32) Valera, E. M., Faraone, S. V., Murray, K. E., et al.: Meta-analysis of structural imaging findings in attention-deficit/hyperactivity disorder. *Biol Psychiatry*, 61 (12) ; 1361-1369, 2007

33) Wolf, R. C., Plichta, M. M., Sambataro, F., et al.: Regional brain activation changes and abnormal functional connectivity of the ventrolateral prefrontal cortex during working memory processing in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Hum Brain Mapp*, 30 (7) ; 2252-2266, 2009

---

## The Biology of Adult ADHD

Hideki NEGORO

*Nara University of Education, Faculty of Education, Department of Medicine for Handicapped Children*

Since the discovery of adult ADHD, many biological studies have been published regarding ADHD. I give an outline of the genetic factors, brain image studies, and neurophysiological studies of ADHD in this report. As the results, ADHD has a strong hereditary effect, and structural deficits have been observed in the subcortical regions, prefrontal cortex, cerebellum, and striatum in structural brain imaging studies, and reduced activation in the regions regarding executive functioning and reward system in functional brain imaging studies. Also, from studies of event-related potentials, which are neurophysiological studies, these findings indicate that, in individuals with ADHD, there is specific disturbance in the automatic and precognitive processing functions and active stimulus selection, as well as selective attention maintenance processes used when performing selective attention tasks, in which controlled processing is dominant.

These findings are observed from childhood to adolescence and adulthood, indicating that ADHD is a disease occurring through out life. However, in biological studies of adult ADHD, there are many aspects that we should clarify in the future, including the problems of the diagnosis and complications.

< Author's abstract >

< **Key words** : Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder : ADHD, biology, genetics, brain imaging, event-related potentials : ERPs >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 児童・青年期から成人期における ADHD について

館 農 幸 恵

(医療法人ときわ病院札幌はな発達クリニック)

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は発達障害の中で最も頻度が高い。その症状は学齢期以前に始まり、多くの症例において成人期まで持続する。しかし、年齢を重ねるごとに症状は変化していくため、成人期の ADHD の診断は困難となる。じっと座ってられないなどの多動症状は目立たなくなるが、人の話を聞けないなどの不注意症状や思い立ったら即行動するといった衝動性に関しては残存することが多い。成人期の ADHD の中には、社会生活で十分に能力を発揮することができず、また、度重なる失敗から自己肯定感を持つことができず、うつ病や不安障害などの精神疾患を併存し安定した生活が困難となる者もいる。ADHD は学齢期までに診断がなされ、早期に介入が行われれば、2次障害を生じないような治療やサポートも可能となる。しかし、成人期では適切な診断・治療につながる機会が少なく、サポート体制も十分とは言えない。筆者の勤務するクリニックは、基本的には初診時に 15 歳までのクリニックである。本稿では、当クリニックでの子どもの ADHD の診断・治療について簡単に触れた後、様々な事情から当院で診断・治療を行うに至った成人期の ADHD 症例を提示する。症例は子どもの保護者で、以前、他院精神科にてうつ病と診断された既往があった。しかし、うつ病の薬物療法に対する抵抗感が強く、当院では、ADHD の診断と認知行動療法を行い、また、ADHD の子どもの治療と子育て支援を行った。その結果、生活上の困難さが軽減し、うつ症状が改善した。ADHD 治療薬が成人にも適応されるようになり、治療の選択肢が広がる一方、安易な ADHD 診断、および、薬物療法は戒められるべきであるとの意見も多い。成人期の ADHD の診断・治療のガイドラインの策定が待たれる。

<索引用語：注意欠如・多動性障害 (ADHD)、多動性障害、発達障害>

## はじめに

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は、学齢期の子どもの 4~8% にみられるとも言われており、発達障害の中では最も頻度が高い<sup>4)</sup>。ADHD の症状は学齢期以前に始まり、多くの症例では成人期まで症状が持続する<sup>1,3)</sup>。しかし、就学前の幼児が ADHD の症状を主訴として受診することは少ない。小学校に入学後、授業中落ち着きがなく着席してられない、静かにしていなければいけない場面で発言してしまう、あるいは、友人を叩いて怪我をさせてしまうなどの友人関係のトラブルが続いているといった訴えで受診することが多い。

一般に、ADHD の症状、特に多動や衝動性に関しては、年齢が上がるるとともに軽快すると言われている。その一方で、小学校高学年から中学生になると、男児は素行の問題、女児は不登校、抑うつ気分や不安など、ADHD に起因する 2 次的な問題を主訴に受診することが増えてくる。そのうち多くの症例では学業不振を伴っており、自尊心の低さも目立つ。知的障害が伴わなくとも、学習の困難さや行動上の問題などから特別支援学級への移行が必要となる場合もある。また、成人期に至っては、仕事上の度重なる失敗、それに伴う頻回の転職、行き当たりばったりの結婚および離婚、望

まない妊娠、アルコールなどの物質依存の問題など、抱える問題も複雑化する傾向がある。つまり、初診の年齢が上がるほど難治で治療に時間がかかることが多い印象である。今後、年齢ごとの症状の変化や性差による症状の差異など、成人期の ADHD の診断および治療の観点から、ADHD 概念のさらなる整理が必要であろう。

### I. 児童・青年期の ADHD の診断・治療について

当クリニックでは初診年齢は15歳までとしている。ADHD の診断に関しては、基本的には米国精神医学会 DSM-IV-TR の診断基準に基づいて行っている。過去2年半程の受診者のうち発達障害と診断した症例は967例であった。発達障害の診断のうち最も多いのは広汎性発達障害 (PDD) で725例、次いで ADHD で170例であった。DSM-IV-TR の診断基準は、PDD を ADHD の上位に置いており、PDD と ADHD の併存を認めていない。しかし、DSM-IV-TR に従うと診断は PDD となるものの、ADHD の診断基準を満たす者も多い。ADHD の診断・治療ガイドライン<sup>4)</sup>は、臨床では両者の区別が困難なケースも少なくないことから、両者の併存を否定せず、両者を視野に入れた介入が有効であるケースもあることを認めたくて慎重に評価していくことを推奨している。当クリニックにおいても、ADHD の診断基準を満たすが、DSM-IV-TR に基づく診断としては PDD となる131例についても、同様の視点で評価および治療介入を行っている。

ADHD の子どもの全例が治療対象とは言えない。しかし、早期から、少なくとも保護者が子どもの特性を理解し、援助することが必要であり、その点で、保護者への働きかけが重要となる。子どもを個性からだけでなく、発達という視点から見つめ直すことは、その後の健全な発達に役立つものと思われる。現在、当院では、ペアレント・トレーニングの理論に基づく子育て支援教室(全3回講座)を行っている。また、学齢期の児童に対する治療として、精神療法などの非薬物療法と併用して、メチルフェニデートやアトモキセチン

を用いた薬物療法を行う場合も増えてきている。当クリニックでは、本稿執筆時までには、メチルフェニデートを79例、アトモキセチンを83例に処方し、その半数以上の症例で一定の治療効果を認めている。症状の改善を認め服薬を継続している症例は、メチルフェニデートで50例(63.3%)、アトモキセチンで43例(51.8%)であった。服薬継続例のうち、メチルフェニデート使用例は、多動性衝動性優勢型および混合型が39例(78.0%)と多かった。一方、アトモキセチンは、18例(41.9%)が不注意優勢型であった。アトモキセチンは食欲低下や不眠などの副作用が少なく、およそ4分の3の症例では、他の併用薬を必要としなかった。齊藤らのガイドライン<sup>4)</sup>では、その治療のゴールを「ADHD の3主症状がなくなることに置くのではなく、それらの症状の改善に伴い学校や家庭における悪循環的な不適応症状が好転し、ADHD 症状を自己の人格特性として折り合えるようにすること」としている。当クリニックでも薬物療法の効果を客観的に評価するために ADHD Rating scale-IV (ADHD-RS-IV) を全例に施行している。また、本人、保護者からの聞き取りの他、症例によっては子どもの生活チェックリスト (QCD) などを用い、生活の質 (QOL) の向上についても確認を行うように努めている。児童精神科医療に携わる医師としては、できるだけ早期にかかわり、本人および保護者が悪循環に陥らないようにサポートすることが重要と考えている。

### II. 成人期の ADHD について

ADHD の子どもの保護者自身も ADHD であるということは少なくない。ADHD の子どもの保護者の20%が ADHD であるとの報告もある<sup>3,6)</sup>。当院では基本的に大人の発達障害を含めた診療は他の医療機関に紹介することにしてはいるが、諸事情から当クリニックを受診する保護者もいる。

### III. 症例提示

ここで症例を提示する。症例は当クリニックで

診断した成人期の ADHD である。本症例の報告に関しては、本人の同意を得ており、個人情報保護のため、その趣旨に影響を与えない範囲で内容を一部改変している。

症例 A (30代, 女性)

【診断】うつ病, ADHD (不注意優勢型)

生活背景: 10代で妊娠, 結婚, 出産している。4人の子どものうち3人が健診で医療機関の受診を勧められ, 3人とも ADHD の診断を受けている。現在, 専業主婦で, 職歴はない。

【生育歴】小学校では忘れ物が多く, 授業中はボーっとしているため叱責されることが多かった。学力は低く, 自分はバカだと思っていたという。中学時代には両親に反抗し, たばこを吸う, 学校に行かず遊び歩く, 恋人の家に無断外泊するといった行為を繰り返していた。定時制高校に進学したがやがて中退し, 結婚と同時に出産し, 家事や育児に追われた。もともと片づけは苦手であったが, 家事も育児も1人ではできないため, 嫌いな両親と同居した。第1子は9ヵ月で歩き出すと勝手にどこにでも行ってしまい目が離せなかったというが, 同時期, 第2子を妊娠した。第1子が3歳児健診で ADHD の疑いがあると言われた頃に, 第3子を妊娠した。さらに, 第3子が1歳6ヵ月健診で ADHD の疑いを指摘された頃に第4子を妊娠した。

【現病歴】X年夏頃から, 不眠, 食欲低下が出現し, もともと苦手な家事や育児がますますできなくなった。自分はダメ人間だと落ち込み些細なことで泣いてしまうようになった。夫に連れられて受診した精神科クリニックでうつ病と診断され, 抗うつ薬が処方されたが, その後, 自己判断で受診を中断した。第3子の受診のため, 当院に受診予約をしたが, 日付を間違い初診予約日の1週間前に来院した。2度目の来院時には「道に迷った」と電話で連絡があり診察時間に遅刻した。診察室においても, 話は要領を得ずまとまりを欠いていた。第3子の心理検査の際には, 再度, 予約日を間違えて来院した。本人からは, 度重なる間違いに対する謝罪とともに, 自責感, 低い自尊心が感

じられた。以前受診したことのある精神科クリニックでの治療再開を勧めたが, 精神科医療に対して抵抗感が強く, 通院再開には至らなかった。しかし, ADHD と診断された第3子の療育および薬物療法による症状の改善を目にし, 当クリニックでの自らの診察を強く希望し, 子どもとともに受診することとなった。診断に際しては, DSM-IV-TR の診断基準に基づいた問診を本人および同居している母親に対して行った。当時の資料なども参考に小児期および現在の症状を確認し, Wechsler Adult Intelligence Scale-III (WAIS-III), 描画テスト House-Tree-person test (HTP) などの心理検査を行った。それらの結果や診察所見に基づき ADHD と診断し, また, うつ病が併存していると診断した。

受診前には, 「うつ病だって言われたけど薬は忘れてしまう」, 「私は母親としてダメなだけでなく, ダメ人間なんです」「家が汚くて, そこから逃げるために, たまに家出をするんです。子どもは親が育ててくれるから大丈夫です」「買い物ですっきりするから, 買うけれど, ほとんど使わないでゴミになるんです」などと述べていたが, 診断後には, 「私は性格がおかしいとか, なまけものの訳でなく ADHD だったのですね。ホッとしました」「同じ ADHD だから, 私は子どもの問題に気づかなかったのですね」「片づけられない脳みそは, 薬を服用すれば, 少しは片づけられるようになりますか? 失敗も減りますか?」「子どもは治療を続ければ, 私のようにはならなくて済みますか?」と述べた。

診断後はうつ病に対する薬物療法を勧めたが, 「薬を忘れて落ち込むことを繰り返したくない」「薬に頼りたくない」と拒否した。そのため, ADHD 症状そのものに焦点を当てた治療として, 認知行動療法を行った。ペアレント・トレーニングを参考にした子育て支援教室 (全3回講座) にも参加し, その結果, 現在ではうつ症状も改善し, ある程度, 自身の問題を克服しつつある。

## ま と め

2012年8月、アトモキセチンが本邦で初めて成人の ADHD 治療薬として認められた。また、メチルフェニデートが2011年2月より、18歳以上の成人への適応拡大に向け治験を行っているところである。成人に対する ADHD 治療薬の使用に関しては、我が国においては、以前、難治性うつ病に対してメチルフェニデートの使用が認められていた際に生じた様々な問題の経験から、その使用に対して慎重な意見が多い。海外においても、成人期の ADHD に対する薬物療法に関しては、その意見が分かるところである。つまり、アメリカでは成人の ADHD の診断、治療が他の疾患同様に成されるようになってきている一方で、ヨーロッパではその有効性が確認されたにもかかわらず、成人の ADHD はそもそも存在しない、また、中枢神経刺激薬での治療は薬物依存を生むとして、成人に対する ADHD 治療薬の使用に反対する声がある<sup>5)</sup>。

確かに安易な ADHD の診断、および、薬物療法の導入に関しては戒めるべきである。しかし、成人の ADHD は临床上、確かに存在していると考えられ、適切な診断、薬物療法を含めた治療で QOL の向上が認められと思われる。また、成人の ADHD では類似した症状を呈する他の疾患との鑑別、つまり、75%の症例に存在するとされる気分障害、不安障害などの併存症の診断が難しいと

いった問題もある<sup>2)</sup>。正しい診断、適切な治療のために、成人期の ADHD の診断・治療のガイドラインの策定が待たれる。

## 文 献

- 1) Barkley, R. A., Fischer, M., Smallish, L., et al.: The persistence of attention-deficit/hyperactivity disorder into young adulthood as a function of reporting source and definition of disorder. *J abnorm psychology*, 111 ; 279-289, 2002
- 2) Biederman, J., Mick, E., Faraone, S. V.: Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder : impact of remission definition and symptom type. *Am J psychiatry*, 157 ; 816-818, 2000
- 3) Faraone, S. V., Biederman, J., Mick, E.: The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder : a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological med*, 36 ; 159-165, 2006
- 4) 齊藤万比古, 渡部京太: 注意欠如・多動性障害 (ADHD) 診断・治療ガイドライン第3版. じほう, 東京, 2008
- 5) Stockl, K. M., Hughes, T. E., Jarrar, M. A., et al.: Physician perceptions of the use of medications for attention deficit hyperactivity disorder. *J Manag Care Pharm*, 9 ; 416-423, 2003
- 6) Weiss, M., Hechtman, L., Weiss, G.: ADHD in parents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 39 ; 1059-1061, 2000

## Clinical features of ADHD : From Childhood to Adulthood

Yukie TATENO

*Sapporo Hana Developmental Disabilities Clinic*

The prevalence rate of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) has been reported as 4 to 8% in childhood, indicating that ADHD is the most common among various developmental disorders. Clinical symptoms of ADHD become obvious before entering elementary school and persist into adulthood. However, many individuals with ADHD come to the child psychiatry clinic complaining of inattention, hyperactivity, or impulsiveness-related problems causing impairment in school life. In general, hyperactivity and impulsivity improve gradually as one gets older. Individuals with ADHD in higher classes of elementary school or junior high school often visit medical institutes with secondary symptoms due to ADHD : behavioral problems in males, and anxiety, depressive symptoms, or school refusal in females. Many of these cases have a poor performance in school and low self-esteem in common. These students might need to study in special needs education class regardless of their intellectual level. In adulthood, individuals with ADHD sometimes have more complicated problems such as frequent job-change, unplanned marriage and pregnancy, sudden divorce, and comorbid alcohol-related problems. As a general rule, as the age at the first visit to the clinic advances, the time needed to recover becomes longer and longer. Although not all ADHD cases require medical treatment, early diagnosis and early intervention are necessary. Clinical practice guidelines for the diagnosis and treatment of ADHD published in 2008 emphasize that the goal of treatment is not the complete disappearance of clinical symptoms due to the triad of ADHD, but the improvement of social functioning in daily life. Multi-disciplinary support teams for ADHD subjects need to bear this in mind.

< Author's abstract >

< **Key words** : Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), Hyperkinetic disorders, Developmental disorders >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 成人期の ADHD への心理療法の実際と課題

金澤 潤一郎

(北海道医療大学心理科学部)

成人期の注意欠如・多動性障害 (ADHD) に対する支援や治療法としては、欧米では薬物療法が中心となるが、心理療法の有効性が示され始めている。成人期の ADHD に対する心理療法の中で最も高いエビデンスが示されている認知行動療法について概観したところ、ADHD 症状や抑うつ症状などの併存症が重度ではない成人患者に対して心理療法を行うことで、日常機能の改善が可能であることが示された。さらに「順序立てと計画性」「注意持続訓練」などの成人期の ADHD への心理療法での特有の技法や、「失敗」という言葉への敏感さ、「ADHD」という診断名への捉え方への対応など、心理療法的支援を実施する際の留意点について考察を行った。

<索引用語：成人期の ADHD，心理療法，認知行動療法，臨床上の留意点>

## はじめに

成人期の注意欠如・多動性障害 (ADHD) に対する治療法としては、欧米では中枢神経刺激薬を中心とした薬物療法が複数の治療ガイドラインで第一選択肢となっている<sup>3)</sup>。しかし、副作用や服薬コンプライアンスの問題に加えて、不十分な治療効果や薬物の副作用に耐えることができずに未反応者となる者が20%から50%存在することや、反応者とみなされた成人期の ADHD 患者も、一般的には ADHD 中核症状の50%かそれ以下にしか治療効果がないことが指摘される<sup>7)</sup>など、治療の第一選択肢である薬物療法にも問題点が指摘されている。一方、心理療法に関しては、2000年以降、薬物療法に加えて心理療法を行うことで治療効果が高まることが実証されてきており<sup>5)</sup>、心理療法を成人期の ADHD に適用することは欧米の治療ガイドラインで推奨されている<sup>3)</sup>。このように、成人期の ADHD に対する支援や治療の中で、心理療法は有用な選択肢として注目されている。

本稿では、国内外の成人期の ADHD に対する

心理療法の効果研究を概観し、さらに具体的な心理療法の治療プログラムや支援における留意点を紹介しながら、わが国における成人期の ADHD に対する心理療法の実際と課題について議論する。

## I. 成人期の ADHD への心理療法のエビデンス

成人期の ADHD に対する心理療法については、海外では2000年代以降、介入研究が行われてきており、2012年現在、Uncontrolled trial が9本、Controlled trial が7本刊行されている。その中でも、ADHD 症状が機能障害に与える影響を、補償方略と気分状態などの認知行動的変数が媒介する認知行動モデル<sup>4)</sup>(図1)に基づいた心理療法が最も高いエビデンスを示している。補償方略とは、「日常生活を支障なく過ごすために成人期の ADHD 患者が行う行動的対処法」と定義され、仕事や課題を集中力が続く長さに分割する、仕事や課題をすべて書き出して優先順位を決定するなど、薬物療法では直接的には習得することができない成人期の ADHD 患者の日常生活を直接支え

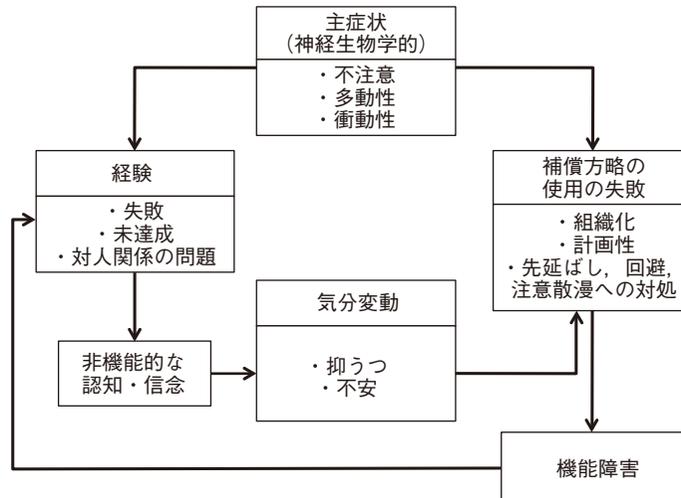


図1 成人期のAD/HDの認知行動モデル (Safren et al., 2004)

るための対処法である。成人期のADHDに対する心理療法では、この補償方略の習得を目指すことが重要な治療構成要素となることから注目されている概念である。補償方略は決して難易度が高いものではないが、成人期のADHD患者が補償方略を単独で習得し、さらに習慣化することは困難であるため、治療者がスモールステップの原理を用いて現実的な目標を設定し、問題解決技法を用いながら補償方略を習慣化できるように補助を行うことが必要となる。さらに、認知行動療法は、成人期のADHD患者に併存しやすい抑うつ症状や不安症状に対する治療として幅広く活用されている治療法であることから、ADHD症状への効果だけでなく、併存症を含めた幅広い効果が期待されている。つまり、成人期のADHDの治療目標としては、薬物療法でADHD症状を抑えながら、認知行動療法を中心とした心理療法を加えることで日常生活を過ごしやすくする方法を学ぶことによって、ADHD症状を抱えながらも患者自身が日常生活機能を高めることができるようになることである<sup>6)</sup>。

一方、わが国では、Kanazawa, Sakano<sup>2)</sup>が薬物療法を行っていない成人期のADHD患者に対して6回の個人形式による認知行動療法を行い、ADHD症状、抑うつや不安などの気分状態、日常

機能障害が改善したことが示されているものの、今後の介入研究の発展が望まれる。

これまでの成人期のADHDに対する心理療法の先行研究を概観すると、以下の点を指摘することができる。①日常生活の困難を訴える者に対して、ADHD症状、抑うつ症状などの併存障害、機能障害の改善が可能である、②海外では、薬物療法に心理療法を加えることが一般的である、③ADHD症状が重度ではなく、重篤な併存障害がない場合（例えば、重度のうつ病）、薬物療法を行わずに比較的短期間（6～15回）の心理療法を実施することで日常機能の改善に効果がある可能性がある。

## II. 成人期のADHDへの認知行動療法の実際

成人期のADHDに対する認知行動療法は、問題解決的技法や思考記録法、スモールステップの原理などの一般的な認知行動療法の理論や技法を基礎としながら、「順序立てと計画性」、「注意持続訓練」などの成人期のADHDに特化した技法も組み合わせる。「順序立てと計画性」とは、やることリストを書き出して作成して、それぞれの課題を「A：今日、明日中で終えなければならない課題」、「B：長期的に終わらせれば良い、それほど重要ではない課題」、「C：重要性が最も低い課題で、

すぐに終わるので魅力的ではあるが、A 課題や B 課題ほど重要ではないもの」に分別する。ADHD 患者は脳内で優先順位をつけることは苦手であるが、紙面などに書き出して視覚化することで優先順位を決定しやすくなり、結果として順序立てることができるようになる。次に、「注意持続訓練」とは、集中力の持続時間を延ばすのではなく、退屈な課題を行う際の集中力が持続する時間を測定し、その時間に合わせて課題を分割して行うことである。例えば、合計で60分必要な苦手な課題を行う際に、その苦手な課題を行う際に集中できる時間が10分間とすると、10分間は集中して課題に取り組み、10分経過後、数分間休憩する。そして再度10分間課題に集中する。これを6回繰り返すことで、合計すると課題を完遂するために必要な60分間課題を行うこととなる。

このような「順序立てや計画性」や「注意持続訓練」などは、実際に成人期の ADHD の方に必要なスキルを学ぶ（行動的介入）だけでなく、「私は何もできない」、「私はいつも順序立てができない愚かな人間だ」など、失敗を繰り返した結果として自分自身を否定的に捉えているクライアントが「私が悪いのではなく、対処法が悪かっただけだ。次に困難なことが起こったら、対処法を考えていけばよい」というように考えることができるようになるための思考の修正（認知的介入）も意図している。

成人期の ADHD を持つ方への心理療法の実践に当たっては、論文や書籍で語られる技法や理論はもちろん助けとなるが、その他には以下のような点に留意しながら臨床を行っている。第1に、成人期の ADHD の方への支援目標は、「完全に失敗をなくすことではない」という点である。もちろん失敗が減少することで日常生活が改善することは目標となるが、クライアントは長年の失敗経験から失敗に対して過敏で、失敗という言葉自体を恐れている場合が多い。仮に結果として成功しても失敗しても、大切なのはプロセスを学ぶことであり、失敗をしても失敗を通じて自らの ADHD 症状を理解し、必要な対策を立てることで次に活

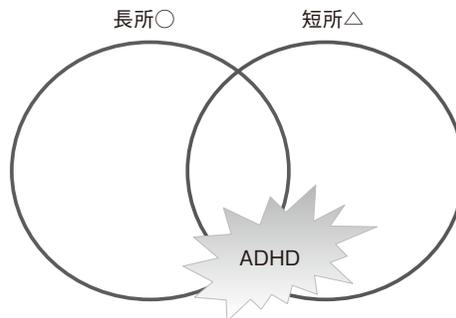


図2 「ADHD」という言葉（診断名）にとらわれないための説明図

かすことができる。このように、失敗を活用することで失敗に対する考え方やイメージを揺るがすことを心がけている。このようなかかわりを積み重ねることで、クライアントが自らのカウンセラーのように考えることができるようになり、最終的にセルフコントロールにつながるように促す。第2に、診断名である「ADHD」という言葉にとらわれないことが挙げられる。「私は ADHD だから、どんな仕事でもできない」、「もし ADHD の診断が出るなら、離婚した方が良いのではないか」、「ADHD と診断されたことを周囲にどう説明すればよいだろう」などの悩みを訴えるクライアントが多くいる。このような方には図2の『「ADHD」という言葉（診断名）にとらわれないための説明図』を図示する。そしてクライアントの性格的、行動的、身体的側面など、あらゆる面での長所と短所を挙げてもらう。挙げられた長所と短所のすべてではなく、一部のことを切り取って（多くの部分は短所であるが、長所となっている部分もある）、専門家が「ADHD」と呼んでいると説明を行う。その後、この点についてクライアントと話し合うことで、ADHD という言葉や診断名にとらわれずに、自らの長所と短所を把握し、今後の生活のための改善策を検討しやすくなる。ADHD 患者はセルフモニタリング能力が弱いいため、このように視覚的に図示をしながら話し合いを重ねることで、自己理解が深まり、現在と将来の生活に対するレジリエンスが高まる。第3に、「生物-心理-社会モデル」の活用が挙げられる。上

述のように、ADHDを持つ方はセルフモニタリング能力が弱い方が多い。また疲労や月経など身体的な状態の変化に敏感である。そこで、ある出来事が起きた際に、その時のクライアントの状態について、生物学的観点(疲労、薬物療法、アルコール、睡眠、月経など)、心理学的観点(ストレッサー、ストレス反応、偏った考え方など)、環境・状況的観点(その状況、家族や友人・恋人との関係など)を紙に書き出し、多くの観点から客観的にある出来事が起きた要因を考える。ここで大切なのは正解となるような要因を探し出すだけでなく、多くの要因が重なった時にのみクライアントの失敗や行動的特徴(子どもへの暴力、対人関係の問題、顕著な先延ばしなど)が起きていることを理解し、挙げられた要因の中でコントロールしやすい要因や、予測できる要因を特定することである。このような3点だけでなく、その他にも臨床上の留意点が多いが、クライアントが柔軟で多様な考え方を持てるようになることや、苦手と思っていることに対するセルフエフィカシーを高めること、クライアントの体験や思考を視覚化して整理することを常に念頭に置きながら臨床に臨んでいる。

### おわりに

成人期のADHDに対する心理療法の効果や臨床的な知見は欧米では蓄積されつつあるが、本邦では研究面でも臨床面でも萌芽段階にある。また成人期のADHDに対する薬物療法も原則としては使用が制限されているため、支援はかなり限定的であると言わざるを得ない。筆者ら<sup>1)</sup>が行った本邦の成人期のADHD患者を対象に行ったアンケートにおいて、今後必要な治療法として最も回答が多かった治療法は、「薬物療法以外の治療法の普及(16.2%)」、「カウンセリングの充実

(13.5%)」などの非薬物療法であった。今後、成人期のADHDにも適用となる薬物療法が開発され、それに伴い成人に対してADHDという診断を行う件数が増加することが予想される。その際に、欧米と同様に、支援方法の一環として心理療法が併用されることが望まれる。

### 文 献

- 1) 金澤潤一郎, 山内 剛, 岡島 義ほか: 成人のAD/HD 自助グループのアンケートから (1) - デモグラフィックデータと治療に対する評価の検討 - . 日本行動療法学会第33回発表論文集, p.452-453, 2007
- 2) Kanazawa, J., Sakano, Y.: CBT for adult ADHD without methylphenidate : Focus on compensatory strategy. Poster session presented at the 45th Annual Convention of the Association for Behavioral and Cognitive Therapies, Toronto, 2011
- 3) Nutt, D. J., Fone, K., Asherson, P., et al.: Evidence-based guidelines for management of attention-deficit/hyperactivity disorder in adolescents in transition to adult services and in adults : Recommendations from the British Association for Psychopharmacology. *J Psychopharmacol*, 21 ; 10-41, 2007
- 4) Safren, S. A., Sprich, S., Chulvick, S., et al.: Psychosocial treatments for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Psychiatric Clin North Am*, 27 ; 349-360, 2004
- 5) Safren, S. A., Sprich, S., Mimiaga, M. J., et al.: Cognitive behavioral therapy vs relaxation with educational support for medication-treated adults with ADHD and persistent symptoms. *J Am Med Assoc*, 304 ; 875-880, 2010.
- 6) Weiss, M. D., Gadow, K., Wasdell, M. B.: Effectiveness outcomes in attention-deficit/hyperactivity disorder. *J Clin Psychiatry*, 67 ; 38-45, 2006.
- 7) Wilens, T. E., Biederman, J., Spencer, T. J.: Attention deficit/hyperactivity disorder across the lifespan. *Ann Rev Med*, 53 ; 113-131, 2002

## Current Situation and Future Challenges of Psychotherapy in Adult ADHD.

Junichiro KANAZAWA

*Health Sciences University of Hokkaido, School of Psychological Science*

Recently, psycho-social treatments, namely Cognitive Behavioral Therapy (CBT), showed a positive effect in adults with ADHD as an adjunct to medication treatments. According to the current findings, the author indicates that CBT for adult ADHD, especially for patients without severe ADHD symptoms and comorbid psychiatric disorders such as depression, possibly enhances daily functioning. Furthermore, adult ADHD-specific treatment components such as organization and planning, and distractibility delay were described, and clinical considerations of psychological treatments such as sensibility to “failure” and point of views for those diagnosed with “ADHD” were discussed.

<Author’s abstract>

<Key words : adult ADHD, psychotherapy, cognitive behavior therapy,  
clinical consideration>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 成人期の ADHD の診断と支援を巡る問題点について

田中 康雄

(こころとそだちのクリニックむすびめ)

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は、当初児童精神科領域において注目された発達障害の 1 つである。次第に成人における ADHD へも関心が広がった。本論では、この成人における ADHD の診断と支援を巡る問題点を述べる。診断の問題点は、成人における ADHD の診断は、非常に困難であるという点にある。ADHD を持って生きる姿には、当然受診者の成長過程でもある生き様の変遷がある。この変遷に医療者が想像力を持って向き合うことが求められる。ADHD の症状は、次元的あるいは連続的であるため、従来の精神科のカテゴリー的診断に馴染まない。そのため従来の精神科のカテゴリー的診断に次元的アプローチを心がけ診断することが求められる。その連続線の境界線として、今までとこれからを生きるうえでの「生きづらさ」を重視し、「暫定的診断」に至るまでを達成目標としたい。次に、成人の ADHD の治療の基本は、受診者との面接と親・配偶者との面接、二次的的症状への対処、職場をはじめとする環境調整、と 4 つになるが、そこにある支援の問題点は、先天的に障害がありながらも、その存在を証明する診断が人生の中途に起きたということで生まれた成人の方個々にある生活の苦悩への対応である。ここにも想像力を持った向き合いが大切となる。ADHD というひとたび安堵した診断は、支援の場では生活の躓きからの回復という枠組みの変更が求められる。つまり ADHD の消滅、消失という「ありえない」ことへの挑戦ではなく、生きづらさの改善という「当たり前」の向き合いである。

<索引用語：注意欠如・多動性障害，成人期，診断，支援>

### はじめに

注意欠如・多動性障害 (ADHD) は、当初児童精神科領域において注目された発達障害の 1 つである。その病因、診断、治療、あるいは経過予後をめぐる検討は、「注意欠如・多動性障害-ADHD-の診断・治療ガイドライン」が 2008 年、第 3 版として出版されたことで、一応の成果をみた<sup>6)</sup>。

当然のごとく、次に要請されたのが成人における ADHD である。本論では、この成人における ADHD の診断と支援を巡る問題点について、筆者の経験を元に記した。

### I. 診断の問題点

一般に、成人における ADHD の診断は、子ども時代に ADHD が疑われたか、すでに診断されていた場合を除くと、非常に困難を極める<sup>3)</sup>。

ADHD とは人生の途上に出現した特性ではなく、出生後から生涯にわたり持ち続ける特性である。実際に子ども時代に認められた ADHD は、青年期以降も 70~85% はこの診断が継続すると報告されている<sup>2)</sup>。

しかし、ADHD を持ち続けて生きる姿は決して固定されたものでも、普遍かつ一辺倒な評価にさらされるわけでもない。ADHD を持って生きる姿には、当然受診者の成長過程でもある生き様の変遷がある。そのなかで人生の課題に直面したある

表 注意欠如・多動性障害 (ADHD) の症状変遷：多動，衝動性，不注意の基本症状に複雑な状態が付加されやすい

|       | 日常生活に見られる様子  | 当事者の思い   | 基本症状に追加されやすい状態  |
|-------|--|--|---|
| 乳幼児期  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・1歳前から歩き始め，まったく目が離せない</li> <li>・周囲の子どもたちから「口より手が早い」ことで乱暴な子どもと評価されやすい</li> <li>・つねに上の空でぼーっとしている</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>・興味関心に心奪われ，自由に動きまわるときに，叱責されることに，叱責される理由が理解できないままである</li> <li>・内心びくびくしているが，強い興味関心の前に表に出にくい（故に悪びれる態度が示しにくく，再三叱責を受けやすい）</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・不眠などからの生活リズムの乱れ</li> <li>・かんしゃくなど反抗的態度</li> <li>・チック症状や爪かみ，抜毛などの習癖の異常</li> <li>・ばれやすい嘘</li> </ul>             |
| 学齢期   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・教室での離席，突然の大声，おしゃべり，おせっかい，おこりっぽさ，粗暴さ，ルール違反が目立つ</li> <li>・孤立，無視される場合もある</li> <li>・年齢があがるにしたがいやる気のなさ，なげやりな態度</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・頻回な叱責から，周囲への反発や気分が落ち込む</li> <li>・だれもわかってくれないという思いと，自業自得という思いで自罰的，他罰的気分となる</li> <li>・自分の居場所が見当たらないという強い孤立感と自己卑下感</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>・学習意欲の低下，怠学，登校しぶり，ひねくれ，なげやりといったやる気のなさ</li> <li>・昼夜逆転，ゲームへの没頭</li> <li>・反抗的態度や時に万引き，金品持ちだしといった反社会的行為</li> </ul> |
| 思春期   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・不登校あるいは登校しても教室で騒ぐなどの迷惑行動を繰り返し大人と衝突ししやすい</li> <li>・深夜徘徊して補導される</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・叱責される機会が減ることで，不安も強くなり，些細なことで反発，攻撃的になる</li> <li>・積み重ねた負のスパイラルという取り返しのつかなさから将来への夢が持てない</li> </ul>                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自尊感情の低下，抑鬱気分として認められる情緒的問題や，かんしゃく，怒り，暴力，非行といった二次障害が目立ってくる</li> </ul>   |
| 青年期以降 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・社会生活での失敗（仕事が長く続かない，職場での叱責など）</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・より明白になる自己評価の低下と自己卑下，時に他罰的被害感情をもつ</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抑うつ気分，不安感，物質やギャンブルへの依存，暴力など</li> </ul>  |

時期を横断面に切り取った形での出会いから診断が始まる。これまでの人生を，医療者は，想像を巡らし振り返ることになる。ADHDのある成人を少しでも理解しようとするには，ADHDのある子どもの成長にじっくりとつき合い<sup>7)</sup>，ADHDを持ち続けて生きる連続的過程を学ぶ必要がある。

筆者がこれまで ADHD のあるさまざまな子どもの成長段階に付き合ってきた得た印象を表に示す。これは，精神科領域で仕事をし，さらに児童相談所とのかかわりが少なくないという背景が若干影響を及ぼしている可能性があることを断っておくべきであろう。

こうした変遷のなかで，基底にある ADHD 症状に目が行きにくい，あるいは診断の関心が持たれにくいのが，成人にある ADHD の診断の問題点であると思われる。継続しているがゆえに，受診者である患者側は，自分の個性として理解した

うえで，課題を打ち明けることには，自分の努力不足を披露してしまうようで，口にするのを躊躇する。一方，診断する側は，少なくとも，これまでその状態を持ちながら「今まで生きてきた」ということを（過大に）評価し，あるいは必死に努力を積み重ねてきた姿を軽視してしまう。かように ADHD の症状は，次元のあるいは連続的であるため，従来の精神科のカテゴリー的診断に馴染まない。

ADHD は発達障害という次元のあるいは連続的存在である。そのため従来の精神科のカテゴリー的診断に次元的アプローチを心がけるべきである。そしてその連続線の境界線として，今までとこれからを生きるうえでの「生きづらさ」を重視する（図）。

連続線上にある状態として，抑うつ状態，無気力，不安，対人不信，攻撃性，希死念慮などが出

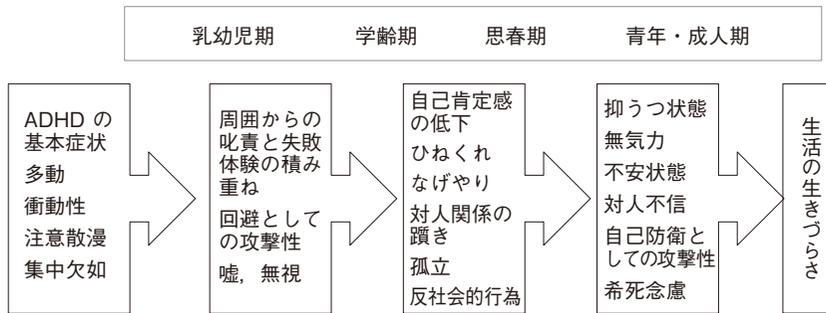


図 生活に生きづらさの生成過程

現するも、精神医学的カテゴリーアプローチによる診断では、その継続性、症状レベルから「分類不能」となりやすい。

ADHDの診断が難しいということも、眼前にある状況が、症状なのか、本来は努力で乗り越えるべき事柄なのかを、他者が判断しにくい点にある。それはADHDの基本症状である、集中できないという不注意、じっとしてられない多動性、待つことができない衝動性という3つの柱を、生来的で自己抑制力をはるかに凌駕する「病状」と判断するか、集中し、じっとして、しばし待つということを「自らしない」という「わがまま」と判断するかで、常に評価が別れてしまう。この二分法的理解こそが、どちらのカテゴリーかという分類に巻き込まれている証拠である。

山下<sup>11)</sup>は、診断とは「基本的には人間が人間を診ること」で、そのために「診察者と受診者が互いに語り合い、問いつ問われつしながら人間的交流を深める共同作業」と述べている。ADHDを診断するときに、その状態の連続性を証明することは必須となる。それには「育ち」を聞き取ることである。ADHDが疑われる受診者に「育ち」を聞き取ることは、人間的交流を深める共同作業のはじめの1歩である。その聞き取りのなかで、そこにある生きづらさへの想像力が求められる。この想像力とは、受診者の語りに半身寄り添い、半身はその語りで浮上した生活の様子へ冷静に思いを馳せることから形成される。

そうした作業を抜きに、昨今の発達障害ブーム

に対し「なんでもかんでも発達障害とする」という批判も、「発達障害が見逃されて別の診断がついてしまう」という批判も、結局は発達障害の有無というカテゴリー的アプローチに縛られていることを表明しているに過ぎないように思われる。同時に、これこそ精神科における診断全般の難しさの一端を述べられているに過ぎないとも思っている。

筆者にとって診断する行為は、本来お節介なものである。行きすぎずもせず、かといってあまりにも役立たないものであってもよろしくない、という立場で、常に今の仮説のなかで支援を考え実践し、その結果から何度も立ち戻るものであると考えている。

これは、「大切なことは精神科の患者では根気よく精神的な既往をしらべてみることです。十分に患者の気持ちを知ってそれから判断をします。(中略)検査には何かの方法があるわけでもなく、本当に患者の悩みの奥まで人間的に入り込み何とか解決してやろうという好意があるだけでよいのです。これを面倒くさがないことが大切なのです。一人の患者に一月も二月もかかります。」という西丸<sup>5)</sup>の言葉を常に心に置いている。筆者の性分からのものであるが、これは、精神科診断の原理原則であろうと思っている。

筆者は、かつて「成人になってから、はじめてADHDと診断することには限界がある」とし「われわれは、他の可能性を鑑別しながら、『暫定的診断』に至るまでを達成目標としたい」と述べた<sup>8)</sup>

が、8年たってもその考えは、大きく変わっていない。唯一変化したのは、「とにかく長く付き合っていくなかで出てくるものがある」という思いが強くなったくらいである。

## II. 支援の問題点

暫定的診断であっても、診断と同時に、ある程度の支援の方向性を考える。ADHD の治療構造として、齊藤ら<sup>6)</sup>は薬物療法、学校との連携、親ガイダンス、子どもとの面接の4つを基本キットとした。しかし、ADHD 治療薬は、小児期（原則6～18歳）のみの承認で、継続使用が認可されたが、成人から始めることができる薬物は現時点（2012年7月）で存在しない。

齊藤ら<sup>6)</sup>に模して、成人の ADHD の治療の基本を提案すると、受診者との面接と親、配偶者との面接、二次的的症状への対処、職場をはじめとする環境調整の4つになる。

ADHD と診断された成人は、診察の最初の場面で、自虐的な言動を示しつつ、周囲からの支援すらも「受ける資格がない」と拒否してきた人生を抱えてきたように思われる。面接を重ね ADHD と暫定的にでも診断されると、受診者の多くは、時に安堵し、時に複雑な表情を示す。

ニキ<sup>4)</sup>は、障害の受容において、①小児期から障害と診断（判断）され自覚があった場合と、②中途に生じた障害を受け止める場合と、③先天的に障害がありながらも、その存在を証明する診断が人生の中途に起きた場合という、3つのパターンを検討した。成人になって初めて ADHD と（はじめて、ようやく）診断された場合は、この③に位置するのだろう。人生の中途まで、本来症状として認められるべき言動が、本人の資質と判断され、言うことが聞けなく、我が強い、わがまま、自分勝手と揶揄され、不注意、せっかち、落ち着きのなさは、頻回に注意され叱責され続けてきた。診断後に本人の生活の生きづらさが自業自得といったものではなく、なかなかうまくは乗り越えにくい特性であったということを知る。そのため、これまでの誤解を説明できる名前（診断名）

を手に入れることは、大きいだが、その一方で、新しい自分に戸惑う場合もある。

われわれは、こうした成人の方個々にある生活の苦悩に対して、やはり想像力を持って向き合うことになる。

そもそも、成人になってから改めて自分にある ADHD 傾向と付き合っていくことに頓挫した人には、これまでなんとかやり過ごしてきた環境と異なる事態が生じたことが想定できる。ある人は、保護的家庭の喪失であり、別の人は職種が最も苦手な事務的作業に変更されたことを契機とし、またある人は身体疾患に罹患しての不安から一気に弱気になった、という事態が生じたという。

つまり本来持ち続けてきた傾向それ自体は、これまでそれほど目立たずにすんでいた。あることを契機に適切な対応ができず、不適応状態に追い込まれ、元来ある特性が色濃く急浮上した場合もあろう。すると、これまで乗り切れていた環境へ早く戻すか休息を挟むかすることが、支援となる。乗り切るのではなく、回避、静養し、状況転換を図ることである。

別の場合は、これまで本当に必死にがんばり、ここに至り、力尽きたという場合である。年齢的な身体的衰えや精神的衰えなどが背景にある。その場合は、これまでのがんばりを讃えて、今の力に添ったシフトチェンジと一緒に考えていくこと、ある意味で衰えという成長過程を、いかに受け止めるかを応援することが求められる。

いずれにしても ADHD というひとたび安堵した診断は、支援の場では生活の躓きからの回復という枠組みへの変更が求められる。ここには、ADHD の消滅、消失という「ありえない」ことへの挑戦ではなく、生きづらさの改善という「当たり前」の向き合いがある。

障害特性が連続線上に位置しているため、支援もまた連続した生活から逸脱しないことが求められる。

経験的には、成人の ADHD のある方への生活支援は、実は時間管理や仕事の整理などについて書かれたビジネス書に優れた指南書が多い。段取

りの仕方、見切りのつけ方、自分自身の気持ちのコントロールや自己管理などが、簡潔に記載されている。さらに大切な約束を忘れないためにメモやボイスレコーダーなどをいかに活用するか、ファックスやパソコンをどのように活用すべきか、などといったツールの活用法も記載されており、非常に参考になる。一番の問題は、いかに優れた方法でも1人で行うと、まず3日も継続できない。日々生活で伴奏する支援が求められる。欲をいえば、絶えず励まし勇気づけるコーチのような存在が求められる。

いずれにしても、いままで孤軍奮闘してきた生き様についての深い理解を下地に、生活の組み立て、生き方の指南、日々の助言といった隣人生活者のかかわりが重要であり、生活目標が異なるため当然個々にその要求は異なる。つまり常にテラーメイドとしての支援が求められることになる。

### おわりに

筆者の臨床の裾野は、ADHDのある子どもたちとの出会いから、ADHDのある成人の方々への出会いと広がりを見せている。同時に、ここにあるさまざまな難しさとも対峙することになっている。それでも筆者は、ここにある「新しい」ADHDのある成人との出会いから学ぶことが多い。それは、江熊<sup>1)</sup>が、「分裂病者と新しい態度でつきあってみると、そこには以前とはまったくちがった分裂病者がいたのである。分裂病が変わったのではなく、分裂病者に対する私の接しかたが変わったための“新しい分裂病者”である」という思いとおそらく重なるものと思っている。人間的交流を深める共同作業<sup>11)</sup>とは、ともに育ちあうことをも包含しているといえないだろうか。

いつか成人期のADHDの診断と支援を巡る問題点を受診者から聴いてみたいと思う。

### 謝 辞

本論は、第108回日本精神神経学会総会のシンポジウム「成人期のADHDにおける診断および治療上の課題」で口

頭発表した「成人期のADHDの診断と支援を巡る問題点について」を元にしています。成人のADHDに対する筆者の視点は、本論で引用した以外に他の拙論<sup>9,10)</sup>も参考にさせていただければ幸いです。

企画からすべての面倒を見てくださった龍谷大学文学部、武田俊信先生に心からお礼を申し上げます。また、本シンポジウムの実施を許諾してくださった大会長の札幌医科大学医学部神経精神医学講座、齋藤利和先生へ深謝いたします。

### 文 献

- 1) 江熊 要：分裂病者に対する私の接し方—診察室場面を中心にして。精神医学, 11; 235-248, 1969
- 2) Ellison, A.: An overview of childhood and adolescent ADHD: Understanding the complexities of development into the adult years. (Goldstein, S., Ellison, A. ed.) Clinician's Guide to Adult ADHD assessment and intervention. Academic Press, p.1-23, 2002
- 3) Murphy, K.: Guarding against over-diagnosis of ADHD in adult, ADHD Report, 2; 3-4, 1994
- 4) ニキ・リンコ：所属変更あるいは汚名返上としての中途診断—一人が自らラベルを求めるとき—。石川 准, 倉本智明編：障害学の主張。明石書店, 東京, p.175-222, 2002
- 5) 西丸四方：分裂病か心因反応か, 信州医学雑誌, 1954 (西丸四方の本1; 精神科の臨床から, 1-8, 近藤廉治編, みすず書房, 1991)
- 6) 齊藤万比古, 渡部京太編：注意欠如・多動性障害 (ADHD) の診断・治療ガイドライン第3版。じほう, 東京, 2008
- 7) 田中康雄：成人におけるADHD—現状と課題—。精神科治療学, 19; 415-424, 2004
- 8) 田中康雄：成人におけるADHDの診断の鍵と限界吟味。精神科治療学, 19; 457-464, 2004
- 9) 田中康雄：ADHDの包括的支援のあり方。精神科治療学, 25; 853-859, 2010
- 10) 田中康雄：「主たる精神医学的問題がADHDの特徴だけをもつ成人」の生きづらさ。精神科治療学, 27; 571-577, 2012
- 11) 山下 格：誤診のおこるとき。こころの科学, 164; 18-24, 2012

## Problems Associated with Diagnosis of ADHD in Adults and Related Support

Yasuo TANAKA

*Kokoro To Sodachi No Clinic Musubime*

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a developmental disorder that initially attracted attention in child psychiatry but has gradually come to be recognized in adults as well. We report herein the problems associated with the diagnosis of ADHD in adults and related support. The primary challenge associated with ADHD in adults is diagnosis. Adults with ADHD exhibit lifestyle changes that reflect their growth process, and medical professionals must evaluate these changes creatively. Because the symptoms of ADHD are dimensional or continuous, the conventional psychiatric method of categorical diagnosis cannot be applied to ADHD. Instead, diagnosis of ADHD requires a dimensional approach in addition to the conventional method. We focus on the “difficulty of living” among adults with ADHD in regard to the past and the future as the boundary for this consecutiveness with the aim of achieving provisional diagnosis. Second, while treatment for ADHD in adults fundamentally consists of interviews with the individual as well as his or her parents and spouse, management of secondary symptoms, and adjustments at work and other environments, support for adults with ADHD may be difficult due to the fact that the diagnosis was made in adulthood even though the impairment had been present since birth. Support therefore also requires a creative approach. The initial relief of being diagnosed with ADHD is followed by the need for a change in framework in terms of support, specifically recovery from setbacks in lifestyle. In other words, we focus our efforts not on the impossible challenge of eliminating and eradicating ADHD, but on the goal of improving lifestyle.

<Author’s abstract>

<Key words : attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), diagnosis, support, adult>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Child Soldiers in Sudan : War Psychological Effects

Dalia Abdalla Abdelrahman, Abdelghani E. Abdelghani  
(Sudan Medical Specialization Board)

**Introduction :** Up to 50% of the world's child soldiers are in Africa. Since, 1998 there have been armed conflicts involving child soldiers in at least 36 countries. This practice continues in conflicts all over the world ; Sudan is no exception.

**Objectives :** The aim of this study was to assess the psychological impact on child soldiers from Darfur who were recruited by a rebel group and participated in an armed attack on the capital of Sudan.

**Subjects and Methods :** We interviewed 103 child soldiers who accompanied a Darfurian rebel group fighting the Sudanese government, during the 2008 attack on Omdurman when the rebels approached the city in a convoy of 130 military vehicles.

**Results :** Research shows that 6% of these children developed depression and 10% had manifestations of PTSD. These results revealed a lower prevalence when compared to other studies.

**Conclusion :** Current evidence strongly suggests that the trauma of being a child soldier results in any number of psychological and behavioral problems.

<Key words : child soldiers, Darfur, depression, post-traumatic stress disorder>

### Introduction

“A ‘child soldier’ is defined as any child-boy or girl- under 18 years of age, who is part of any kind of regular or irregular armed force or armed group in any capacity, including, but not limited to : cooks, porters, messengers, and anyone accompanying such groups other than family members. It includes girls and boys recruited for sexual purposes and/or forced marriage. The definition, therefore, does not only refer to a

child who is carrying, or has carried weapons”<sup>8)</sup>. More than 500,000 children under 18 have been recruited into state and non-state armed groups in over 85 countries worldwide<sup>2)</sup>. At any one time, more than 300,000 of these children are actively fighting as soldiers with government armed forces or armed opposition groups worldwide<sup>9)</sup>. Up to 50% of the world's child soldiers are in Africa. Since, 1998 there have been armed conflicts involving child soldiers in at least 36

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム Disaster 座長：Jun Shigemura (Department of Psychiatry, National Defence Medical College, Japan), Masuo Tanaka (Koryo Hospital, Japan) コーディネーター：Tsuyoshi Akiyama (Department of Psychiatry, NTT Medical Center Tokyo, Japan)

countries. Most child soldiers are between the ages of 15 and 18 years, but some are as young as seven. Most, but not all, soldiers under 15 years of age are believed to be part of non-state armed forces. Those children, who are not fighters, are typically runners or scouts, porters, sex slaves, cooks, or spies. This practice continues in conflicts all over the world ; Sudan is no exception. Children make for cheap and obedient fighters, and are easier to mould into effective and expendable combatants. With the newer creation of smaller arms and lighter weapons, children are now better enabled to fight. Child soldiers are often abducted from their homes, schools, or communities and forced into combat, whether by government forces, rebel groups, or paramilitary militias. Sometimes, they are accepted as “volunteers”.

Over the last ten years, two million children have been killed in conflicts, over one million have been orphaned, over six million have been seriously injured or permanently disabled, and over ten million have been left with serious psychological trauma, including depression, post-traumatic stress disorder (PTSD), personality changes, and behavioral disorders.

### I. Objectives

The aim of this study was to assess the psychological impact, including PTSD, depression, and behavioral problems, on child soldiers from Darfur who were recruited by a rebel group and participated in an armed attack on the capital of Sudan.

### II. Subjects and Methods

We interviewed 103 child soldiers who accompanied a Darfurian rebel group fighting the Sudanese government, during the 2008 attack on Omdurman when the rebels approached

the city in a convoy of 130 military vehicles. The attack took place on a single day, on 10/5/2008.

All these children were arrested, but the government granted amnesty to them and they were moved to the “The Psychosocial rehabilitation center” in Algily City north of Khartoum 10 days later. The study took place in the center during the period from 20/5/2008 to 14/8/2008, and involved interviews with all children.

Data were collected using a questionnaire, the contents of which were divided into four parts : socio-demographic, trauma check list, diagnostic criteria of PTSD which are based on Diagnostic and statistical Manual of Mental disorder, text revised 4<sup>th</sup> edition (DSM-IV-TR) criteria, and screening questions for anxiety and depression. Data were collected by fourteen researchers (trained psychologists) who were appointed to look after these children during their stay in the rehabilitation center.

Many children were illiterate and some of them had a language barrier, so they needed help to understand and answer the questions. To make sure that the children understood the questions correctly, they were asked to tell the researchers what they understand from it. We explained to them that there were no right or wrong answers, and their answers would be kept confidential.

Interviews were conducted under the supervision of an expert psychiatrist.

### III. Results

In this study, 103 children were included ; they were all males (100%). The ages ranged between 11-18 years, 68 children (66%) were between 14-16 years (Table 1).

Sixty-four children (62.1%) were at the primary level of education, and 18 of them (17.5%) had preschool education (Table 2).

Table 1 Age distribution among child soldiers (n=103)

| Age group | Frequency | Percentage |
|-----------|-----------|------------|
| 11-13 yrs | 7         | 6.8%       |
| 14-16 yrs | 68        | 66%        |
| 17-18 yrs | 28        | 27.2%      |
| Total     | 103       | 100%       |

Table 3 Occupation of children prior to recruitment (n=103)

| Occupation         | Number of children | Percentage |
|--------------------|--------------------|------------|
| None               | 33                 | 32.1%      |
| Shepherd           | 12                 | 11.7%      |
| Student            | 34                 | 33.1%      |
| Laborer            | 4                  | 3.8%       |
| Driver             | 2                  | 1.9%       |
| Farmer             | 11                 | 10.7%      |
| Driver's assistant | 3                  | 2.9%       |
| Trader             | 4                  | 3.8%       |
| Total              | 103                | 100%       |

Thirty-four (33.1%) of these children were students before recruitment to the rebel group, 33 (32.1%) had no job, and 12 (11.7%) were shepherds (Table 3).

Most children were forcibly abducted (75.8%) or threatened (18.2%). The abduction period ranged from 7 to 240 days. The majority of the children were subjected to punishment rituals, hard labor, and torture, e. g., tied for about a week in military cars (95%), or sexually abused (3%). They were forced to engage in hazardous activities such as using weapons after receiving some military training. Child soldiers were forced to live under harsh conditions with insufficient food and little or no access to health-care. They were almost always treated brutally, being subjected to beatings and humiliating treatment. The study revealed that some of these children experienced psycho-social distur-

Table 2 Educational level of child soldiers (n=103)

| Level of education | Number of children | Percentage |
|--------------------|--------------------|------------|
| Illiterate         | 13                 | 12.6%      |
| Preschool (khalwa) | 18                 | 17.5%      |
| Primary            | 64                 | 62.1%      |
| Secondary          | 8                  | 7.8%       |
| Total              | 103                | 100%       |

Table 4 Psychological and behavioral impact on child soldiers

| Disturbance         | Number of children | Percentage |
|---------------------|--------------------|------------|
| Nightmares          | 5                  | 4.9%       |
| Nocturnal enuresis  | 4                  | 3.9%       |
| Thumb sucking       | 3                  | 2.9%       |
| Angry aggression    | 3                  | 2.9%       |
| Sexual behavior     | 1                  | 0.9%       |
| Anxiety and phobias | 5                  | 4.9%       |
| Depression          | 6                  | 5.8%       |
| PTSD                | 11                 | 10.7%      |
| None                | 65                 | 63.1%      |
| Total               | 103                | 100%       |

bances like nightmares, nocturnal enuresis, thumb sucking (11.7%), angry aggression that is difficult to control (2.9%), anxiety and phobia (4.9%), depression (5.8%), and PTSD (10.7%). However, 65 (63.1%) of these children showed no evidence of any psychological disturbances. Our findings shed light on the nature of severe trauma experienced by this group of children (Table 4).

#### IV. Discussion

The trauma of being a child soldier results in any number of psychological problems. Research shows that 6% of these children developed depression and 10% had manifestations of PTSD. These results revealed a lower prevalence when compared to other studies.

A study by Fath Al'Alim A. Rahim and coworkers found that PTSD occurred at a rate of 55% in a sample of 200 children in a camp for displaced Darfuri people in Al-Geneina Sudan, 2007.

Our findings contrast with those of Hubbard and colleagues, who assessed PTSD in a sample of 59 Cambodian adolescents and young adult refugees who had survived massive childhood trauma. They found that 24% met diagnostic criteria for current PTSD and 59% for the lifetime prevalence.

They also found that trauma exposure was related to age, but that age, in itself, did not predict symptoms<sup>5)</sup>.

Our findings revealed a considerably lower level of PTSD compared to a study by Dyregrove, A., and Raundalen, M., who found that the level of PTSD among war-exposed children in Iraq was 84%<sup>3)</sup>.

The study by Shannon noted some differences in the types of symptoms experienced by white, African-American, and other minority children in the aftermath of Hurricane Hugo, but the differences were mainly due to the level of exposure, reporting biases, and possibly to a differential risk of the PTSD outcome<sup>7)</sup>. The most recent national survey by Kilpatrick, found that race was unrelated to the risk of PTSD when the exposure severity was controlled<sup>6)</sup>. It appears, therefore, that if race is a risk factor for PTSD, it is only so because it is a marker of traumatic exposure. Our results revealed that about 8.9% of children developed nightmares and nocturnal enuresis. Two point four percent showed aggressive behavior.

Guyot found that children who have participated in war often show regressive or aggressive behavior with a tendency towards violence<sup>4)</sup>. The study by Bayer et al<sup>1)</sup>. revealed that

child soldiers had a high exposure to war-related trauma and, not surprisingly, the prevalence of PTSD symptoms was high at 34.9%.

### Conclusion

Current evidence strongly suggests that the trauma of being a child soldier results in any number of psychological and behavioral problems.

### References

- 1) Bayer, C. P., Klasen, F., Adam, H.: Association of trauma and PTSD symptoms with openness to reconciliation and feelings of revenge among former Ugandan and Congolese child soldiers. *JAMA*, 298 (5) : 555-559, 2007
- 2) Coalition to Stop the Use of Child Soldiers : (<http://www.child-soldiers.org/>)
- 3) Dyregrove, A., Raundalen, M.(1993). : A longitudinal Study of War-Exposed Children in Iraq, Presented at the International GCMHP Conference Mental Health and the Challenge of Peace, 13-15 September 1993. KS.
- 4) Guyot, J.: "Suffer the Children : The psychological rehabilitation of child soldiers as a function of peace building." Coalition to Stop the Use of Child Soldiers : London, 2007
- 5) Hubbard, J., Realmuto, G. M., Northwood, A. K., et al.: Comorbidity of psychiatric diagnoses with posttraumatic stress disorder in survivors of childhood trauma. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 34 : 1167-1173, 1995
- 6) Kilpatrick, D. G., Saunders, B. E.: Prevalence and consequences of child victimization : Results from the National Survey of Adolescents. Final Report to the U.S. Department of Justice. National Crime Victims Research and Treatment Center, Department of Psychiatry and Behavioral Sciences, Medical University of South Carolina, Charleston, South Carolina, 29425-0742, 1997
- 7) Shannon, M. P., Lonigan, C. J., Finch, A. J., et al.: Children exposed to disaster : I. Epidemiology of post traumatic symptoms and symptom profiles. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 : 80-93, 1994
- 8) UNICEF : Cape Town Principals, 1997
- 9) UNICEF, "Factsheet : Child Soldiers" 2007

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Psychotraumatology- A cross-cultural Perspective

Katja Koelkebeck

(Department of Psychiatry and Psychotherapy, School of Medicine, University of Muenster, Germany)

Traumatic events such as earthquakes, accidents, and experiences of aggression and violence have a marked impact on behavior and personality and can cause life-long damage to the psyche of a person. The Great Eastern Earthquake in March 2011 in Japan and the subsequent tsunami were extremely traumatic for the Japanese population. Many lost their homes and relatives, and still suffer from fear of the nuclear catastrophe. However, compared to the reactions of other nations to similar events, e. g., to the Chernobyl nuclear catastrophe, Japanese people stayed rather calm and disciplined. The presentation tries to provide an answer why the reaction of the Japanese population was so different from that of European or Northern American countries, and cross-cultural aspects of the development of trauma-related psychiatric disorders and symptomatology will be discussed.

<Key words : cross-cultural, PTSD, trauma, natural disaster, Asia>

Trauma is a term originally applied to physical injury and some of its immediate effects. However, since the late 1800s, trauma has increasingly come to refer to a range of psychological impacts of the experience of threat or violence, injury, and loss<sup>13)</sup>. Such traumatic events might have a marked impact on our behaviour and personality. Disasters like earthquakes, major accidents, as well as the experience of aggression and violence can cause life-long damage to our psyche and trauma-related diseases, e. g., post-traumatic stress disorder (PTSD), depression, or anxiety disorder might develop<sup>23)</sup>. PTSD is the disease that has most often been studied as related to traumatic events<sup>22)</sup>. Still, only a small percentage of trauma-victims seem to develop trauma-related diseases. After hurricane Katrina in 2005, only

9.3% of young Americans developed trauma-related symptoms<sup>18)</sup>. In a population of children after the Sri Lankan Tsunami in 2004<sup>21)</sup>, the following factors facilitating PTSD development were determined : the number of family members lost, the severity of exposure to the disaster, the perceived life threat, and the peritraumatic emotional response, e. g., dissociation. Moreover, the family history of psychopathology and number of traumatic events experienced before the disaster as well as prior psychological adjustment seem to play a major role as factors aggravating the trauma. On the other hand, strong family and community support as well as previous trauma (desensitizing effect) are considered as protecting factors and might contribute to the resilience of a person. Resilience is known as the process of, capacity for, or out-

come of successful adaptation despite challenging or threatening circumstances<sup>16)</sup>. While resilient subjects can show a strong initial emotional reaction to a trauma, they will recover quickly and find ways to cope with a situation<sup>26)</sup>.

The Great Eastern Earthquake of 2011 in the Tohoku region, the subsequent tsunami, the fires, and the nuclear catastrophe constituted severe traumatic events for Japanese people. Many lost their homes and loved ones, and, moreover suffer from fear for their health and their economic status. However, as compared to the world-wide reaction to this many-fold disaster, to the surprise of the “Western World”, Japanese people stayed rather calm, disciplined, and level-headed. An answer as to why the reaction of the Japanese is so different from expectations and if this behaviour is due to factors of resilience might be found on taking a cross-cultural perspective.

The way a trauma is perceived depends on biological processes of learning and memory, the personal biography, the embodied experiences of injury, pain, and fear, as well as the cultural background of a person<sup>8)</sup>. Culture influences the perception and interpretation of events as threatening or traumatic, modes of expressing and explaining distress, coping responses and adaptation, as well as patterns of help-seeking and the treatment response. Groups with different ethnic backgrounds therefore might differ strongly in the prevalence of PTSD. Regarding Hurricane Andrew in Florida in 1992, Caucasian disaster victims showed the lowest rate of PTSD, at 15%, while Spanish-preferring Hispanics showed the highest rate, at 38%. Meanwhile, acculturated, English-preferring Hispanics were less prone to develop PTSD<sup>24)</sup>. These symptom differences were explained in terms of differential exposure and differential vulnerability to

trauma depending on the socio-cultural background. This difference might be based upon socioeconomic factors such as the social status or income, but might also be culture-dependent<sup>17)</sup>.

Regarding culture-specific vulnerability and resilience factors, several have to be mentioned. First of all, culture gives meaning to traumatic events, allowing us to make sense of violence and adversity in ways that may moderate or amplify their impact. Also, culture may help define healthy pathways to new lives after trauma. Routines and traditions may help survivors of a tragedy to feel re-oriented or make life predictable<sup>8,10)</sup>. Culture forms a context through which the traumatized individuals or communities view and judge their own response. Thus, local understanding can not only shape a person's experience of, but also the response to a trauma. The expression of symptoms of trauma-related disease, e. g., PTSD, is highly dependent on the degree of approval of the culture and acceptance of a traumatized person as a victim. If a traumatized person assumes that society will reject or stigmatize him or her, this person will show a tendency to withdraw and be silent to avoid being additionally injured<sup>12)</sup>. On the symptom level, reactions to trauma seem to be common throughout all cultures and based upon physiology, but manifestations of responses may differ significantly according to culture. Marsella<sup>15)</sup> speculated that intrusive thoughts and arousal may be a universal response to trauma, while numbing may be culturally relative.

After this general summary on how the cultural background of a person may shape the perception of traumatic events and influence the development of psychiatric symptomatology, it is necessary to take a closer look at Asian traditions and beliefs to gain a deeper understanding

of the respective cultural background. Many Asian traditions emphasize the values of equanimity and containment and may view the open airing of suffering as unhealthy and disruptive to the social order<sup>9)</sup>. Moreover, losing self-composure will make a person vulnerable to losing face by upsetting the social equilibrium<sup>5)</sup>. Additionally, Asian societies are considered as collectivistic. Collectivism is a sense of oneness with other people; the self is defined as part of a group, family ties are extremely important, and family obligations are felt keenly<sup>6)</sup>. This interconnectedness with the family may represent a valuable coping resource, but may also cause disadvantages and reluctance to seek outside help<sup>7)</sup>. Moreover, it might bring with it an acute sense of familial obligation that may lead to increased stress and distress<sup>19)</sup>. Political and mental health goals then might come into conflict with social norms and cultural values. Personal trauma, e. g., rape or domestic violence, might be difficult to discuss openly in terms of social interconnectedness, and individuals in collectivistic societies thus tend to be isolated. Differently, natural disasters represent a type of trauma that can be dealt with by society as a whole and offer a sense of shared resilience<sup>25)</sup>.

These above-mentioned resilience and distress factors enhanced by the cultural background of a person are partly applicable to the Japanese population. However, specifically for Japanese, several other cultural characteristics need to be mentioned. It has to be taken into account that the available literature is limited, as it is assumed that culturally ingrained obstacles prevented Japanese researchers from confronting and investigating the issue of traumatic stress and its consequences in the past<sup>3)</sup>. Nonetheless, several issues were addressed in the previous literature.

First of all, Japanese people learn social rules from a young age. Traditional Japanese society imposes a hierarchical nature of human relations, and the fear of shaming oneself before others is very strong<sup>2)</sup>. Emotions are not expressed openly. As the Japanese language is not constructed to express emotions as directly as Western languages, it can be quite challenging for Japanese to speak of their negative experiences and share feelings<sup>3)</sup>. Additionally, the Japanese population has long been accustomed to natural disasters; respect is shown to the forces of nature, and their unpredictability is anchored deep in the consciousness<sup>27)</sup>. Moreover, drills for disaster prevention are very common throughout the country as the threat of natural disasters is ubiquitous. The virtues of *gaman* (patience, perseverance, self-control, and endurance), which is a common reaction to situations beyond one's control and means to be patient and persevere in the face of suffering, *ganbaru* (sticking it out, not giving up, trying harder, and making an effort), and the attitude of *shikata ga nai* (it cannot be helped) might be important factors in resilience against trauma-related symptomatology. However, on the other hand, Japanese culture discourages people from seeking help for psychological problems due to social stigma, and treatment by psychologists and therapists is still uncommon<sup>1)</sup>. Japanese seem to feel more comfortable in seeking assistance from medical professionals<sup>4)</sup>. Thus, Japanese are more likely to manifest psychosomatic symptoms of psychological distress as compared to trauma-related psychiatric symptoms<sup>14)</sup>.

After Hiroshima and the great earthquake of Kobe (1995), several studies investigated psychosocial outcomes of the disaster, and found that 40% of Hiroshima survivors displayed psychiatric problems and more than 50% still suf-

ferred from amnesia and sleeping problems<sup>20)</sup>. International experts expected that the three-fold traumatization, the earthquake, the tsunami, and the silent and invisible atomic danger, would cause a multilayered psychological dynamic and complex PTSD for wide parts of the population. After the great Kobe earthquake in 1995, the rate of PTSD prevalence was reportedly 3.2% at 3 months<sup>11)</sup>. The ability of Japanese society to start rebuilding after a disaster is seen as a factor for a quick psychosocial recovery. Other factors that have been mentioned that refer to the socio-cultural background of Japanese people might be factors of resilience against the development of trauma-related disease, but might also lead to reluctance to seek professional help.

Taken together, culture influences the experience and interpretation of as well as reaction to traumatic events according to the unique culture. Thus, symptomatology and help-seeking patterns may vary significantly across cultures and may not only influence rates of trauma-related disease but might also form a wide range of culture-specific resilience factors. Treatment measures should thus take into account culture-specific coping mechanisms and emotional reactions to trauma. Moreover, helpers should take into account the collectivistic nature of family ties and the display of emotions and symptoms on the basis of knowledge of the culture. Especially in the case of Japan, helpers offer innovative and pragmatic psychological first aid together with primary care physicians and liaise with psychiatrists.

#### References

- 1) Araki, K.: Mental health activities for evacuees of the volcanic eruption of Mt. Unzen-Fugen : Crisis intervention of a psychiatrist. *Psychiatria et Neurologia Japonica*, 97 (6) ; 430-444, 1995
- 2) Benedict, R.: *The Chrysanthemum and the Sword- Patterns of the Japanese Culture*. Charles E. Tuttle, Tokyo, 1946
- 3) Goto, T., Wilson, J. P.: A review of the history of traumatic stress studies in Japan- from traumatic neurosis to PTSD. *Trauma, Violence Abuse*, 4 (3) ; 195-209, 2003
- 4) Goto, T., Wilson, J. P., Kahana, B., et al.: PTSD, depression, and help-seeking patterns following the Miyake Island volcanic eruption. *International J Emerg Ment Health*, 4 (3) ; 157-171, 2002
- 5) Hinton, A. L.: *Terror and trauma in the Cambodian genocide. Understanding trauma, Integrating biological, clinical, and cultural perspectives*(ed. by Kirmayer, L. J., Lemelson, R., et al.). Cambridge University Press, New York, 2007
- 6) Hui, C. H., Triandis, H. C.: Individualism-Collectivism. A Study of Cross-Cultural Researchers. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17 (2) ; 225-248, 1986
- 7) Kaniasty, K., Norris, F.H.: A test of the social support deterioration model in the context of natural disaster. *J Pers Soc Psychol*, 64 (3) ; 395-408, 1993
- 8) Kirmayer, L. J., Lemelson, R., Barad, M.: *Introduction : Inscribing trauma in culture, brain, and body. Understanding Trauma : Biological, Psychological and Cultural Perspectives* (ed. by Kirmayer, L. J., Lemelson, R., Barad, M.). Cambridge University Press, New York, 2007
- 9) Kirmayer, L. J., Bhugra, D.: *Culture and mental illness : social context and explanatory models. Psychiatric Diagnosis : Patterns and Prospects* (ed. by Salloum, I. M., Mezzich, J. E.). John Wiley & Sons, New York, 2009
- 10) Kirmayer, L. J., Kienzler, H., Afana, A. H., et al.: *Trauma and disasters in social and cultural context. Principles of Social Psychiatry*(ed. by Morgan, C., Bhugra, D.). Wiley-Blackwell, New York, 2010
- 11) Kokai, M., Takauchi, S., Ohara, K., et al.: Posttraumatic stress disorder in victims of the Great Hanshin earthquake. *Clinical Psychiatry*, 40 (10) ; 1061-1068, 1998
- 12) Konner, M.: *Trauma, adaptation and resilience : a cross-cultural and evolutionary perspective. Understanding Trauma, Intergrating Biological, Clinical and Cultural Perspectives*(ed. by Kirmayer, L. J., Lemelson, R., et al.). Cambridge University Press, New York, 2007

- 13) Leys, R.: *Trauma : A Genealogy*. Johns Hopkins University Press, Baltimore, MD, 2000
  - 14) Lifton, R. J.: *Death in life : Survivors of Hiroshima*. Random House, New York, 1967
  - 15) Marsella, A. J.: *Ethnocultural Aspects of PTSD : An Overview of Concepts, Issues, and Treatments*. *Traumatology*, 16 (4) ; 17-26, 1996
  - 16) Masten, A. S., Best, K. M., Garmezy, N.: *Resilience and development : contributions from the study of children who overcome adversity*. *Development and Psychopathology*, 2 ; 425-444, 1990
  - 17) Matsuoka, Y., Nishi, D., Yonemoto, N., et al.: *Towards an Explanation of Inconsistent Rates of Post-traumatic Stress Disorder across Different Countries : Infant Mortality Rate as a Marker of Social Circumstances and Basic Population Health*. *Psychother Psychosom*, 79 ; 56-57, 2010
  - 18) McLaughlin, K. A., Fairbank, J. A., Gruber, M. J., et al.: *Serious emotional disturbance among youths exposed to Hurricane Katrina 2 years postdisaster*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 48 (11) ; 1069-1078, 2009
  - 19) Mirowsky, J., Ross, C. E.: *Mexican culture and its emotional contradictions*. *J Health Soc Behav*, 25 (1) ; 2-13, 1984
  - 20) Nakane, Y., Imamura, Y., Honda, S.: *Mental health of atomic bomb survivors*. *Japanese Journal of Psychiatric Treatment*, 13 (8) ; 987-992, 1998
  - 21) Neuner, F., Schauer, E., Catani, C.: *Post-tsunami stress : a study of posttraumatic stress disorder in children living in three severely affected regions in Sri Lanka*. *J Trauma Stress*, 19 (3) ; 339-347, 2006
  - 22) Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., et al.: *60,000 disaster victims speak : Part I. An empirical review of the empirical literature, 1981-2001*. *Psychiatry*, 65 ; 207-239, 2002
  - 23) O'Donnell, M. L., Creamer, M., Bryant, R. A., et al.: *Posttraumatic disorders following injury : an empirical and methodological review*. *Clin Psychol Rev*, 23 (4) ; 587-603, 2003
  - 24) Perilla, J. L., Norris, F. H., Lavizzo, E.: *Ethnicity, culture, and disaster response : Identifying and explaining ethnic differences in PTSD six months after Hurricane Andrew*. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 21 (1) ; 20-45, 2002
  - 25) Tummala-Narra, P.: *Conceptualizing trauma and resilience across diverse contexts : A multicultural perspective*. *Journal of Aggression, Maltreatment, and Trauma*, 14 (1/2) ; 33-53, 2007
  - 26) Waugh, C. E., Thompson, R. J., Gotlib, I. H.: *Flexible emotional responsiveness in trait resilience*. *Emotion*, 11 (5) ; 1059-1067, 2011
  - 27) Wisner, B., Blaikie, P., Cannon, T., et al.: *At Risk : Natural Hazards, People's Vulnerability and Disasters*. Routledge, London, 2004
-

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## What an Ordinary Psychiatrist Thinks about The Great East Japan Earthquake

Takeshi Yamasaki<sup>1, 2)</sup>, Akio Sakai<sup>3)</sup>, Kotaro Otsuka<sup>3, 4)</sup>, Tadashi Okudera<sup>5)</sup>, Chikara Kumakiri<sup>6)</sup>,  
Masuo Tanaka<sup>2, 7)</sup>, Hironori Kuga<sup>2, 8, 9)</sup>, Tomohiro Shirasaka<sup>2, 10)</sup>, Takashi Nakamae<sup>2, 11)</sup>

1) Tama Chuo Hospital, 2) Japan Young Psychiatrist Organization, 3) Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University, 4) Department of Disaster and Community Psychiatry, School of Medicine, Iwate Medical University, 5) Clinic Okudera, 6) Murakami Hospital, 7) Department of Psychiatry, Koryo Hospital, 8) Department of Child and Adolescent Psychiatry, National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center, 9) Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, 10) Department of Neuropsychiatry, School of Medicine Sapporo Medical University, 11) Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine

With regard to disaster psychiatry, the support of individuals by medical workers from distant areas tends to be short-term. On March 11, 2011, an unprecedented earthquake struck Eastern Japan ; psychiatrists from all over Japan went to the disaster-stricken area to provide support services.

This paper discusses the dynamics of short-term support in disaster psychiatry from two aspects : (1) role sharing among doctors from distant areas and local doctors, and (2) psychological reactions of short-term supporters from distant areas.

A month after the earthquake, the author joined the mental health care team of Iwate Medical University and worked in the north coast region of Iwate Prefecture (within the Tohoku region) for one week. This region was severely damaged by the tsunami triggered by the earthquake. A team consisting of various occupations visited shelters each day. Most evacuees were very reluctant to speak about their mental health problems ; thus, we first focused on treating physical ailments. We felt that we were providing support for local resilience, indirectly, by responding to the needs of the local people.

Voluntary mental health professionals from areas other than the disaster-stricken ones should respect local medical staff and respond to local needs to the best of their abilities. In this manner, the local medical staff are better equipped to concentrate their efforts on more significant tasks and establish long-term plans. Together, outside and local mental health professionals are better able to support the recovery of local mental health services.

Voluntary mental health professionals from areas other than disaster-stricken ones should be prepared to undergo psychological reactions, some of which involve critical incident stress by experiencing the terrible scenes directly and secondary traumatic stress when working with traumatized survivors at the disaster site. Medical supporters' psychological reactions, especially toward the secondary traumatic stress, might also help in the understanding of survivors' feelings. Moreover, learning from survivor's trauma will improve a professional's daily psychiatric practice.

As stated above, paying attention to the dynamics of short-term supporters is useful for long-term support in the area of disaster psychiatry.

<Key words : short-term support, role sharing, secondary traumatic stress, critical incident stress, local resilience>

### Introduction

When a huge disaster occurs, several medical professionals go to the disaster-stricken area. Most professionals have daily practices elsewhere ; thus, the support provided is often brief.

On March 11, 2011, an unprecedented earthquake struck Eastern Japan, and about 15,000 medical professionals went to the disaster-stricken area within the first month following the earthquake<sup>14)</sup>. Most of these medical professionals were only in the area for a short time.

The media has brought attention to the importance of mental health care for survivors in recent years. Reports have also suggested that supporters undergo various psychological reactions when working with traumatized survivors and experiencing the terrible scenes at the disaster site<sup>4,12,14)</sup>. Such reactions can include depression, feelings of guilt, being uplifted, helplessness, identification, burnout, and symptoms of post-traumatic stress disorder (PTSD)<sup>4)</sup>. The causes of these reactions are roughly classified into critical incident stress and secondary traumatic stress<sup>7)</sup>. In regard to the former, it has been reported that a rescue worker's rate of PTSD tends to be higher than that of general survivors<sup>14)</sup>. Factors predicting rescue workers' PTSD also differ from those of general survivors<sup>9)</sup>. In regard to secondary traumatic stress, concepts of compassion fatigue, traumatic countertransference, and vicarious trauma<sup>6)</sup> have been proposed since the 1980s as secondary stress reactions of therapists working with people suffering from trauma. These basic concepts have been used to better understand the dynamics of disaster supporters<sup>1,5,7,10)</sup>.

Role identification and coordination of care

among municipalities and occupations were considered to be important for mental health in a disaster<sup>15)</sup>. Role sharing among similar professions (i. e., psychiatrists from distant areas and local psychiatrists) might also be important.

This paper describes the dynamics of the author's disaster support experience and discusses the importance of short-term support in disaster psychiatry based on the following. First, supporters are able to contribute to the recovery of the original function of local mental health services as long as they respect the local mental health professionals and understand their role of promoting local resilience. Second, the psychological reactions of the supporters from distant areas overlap with those of survivors and are useful for understanding survivors' states of mind.

### I . Outline of the disaster

On March 11, 2011, a huge earthquake struck Eastern Japan. Its epicenter was off the Sanriku coast and it registered a magnitude of 9.0. An unprecedented tsunami hit the coast of the Tohoku region, resulting in widespread destruction. In addition, there was a meltdown at the Fukushima Daiichi Nuclear Power Plant ; residents who lived near the plant were forced to evacuate. Strong fears of radiation exposure remain. The earthquake seriously damaged the Tohoku region and North coast of the Kanto region. More than 19,000 lives were lost, and over 380,000 buildings were either partially or completely destroyed. A combination of both natural and man-made disasters was experienced, and people's reactions ranged from acute traumatization to long-term anxiety.

## II. The author's support experience

A month after the earthquake, I was asked to join the mental health care team of Iwate Medical University<sup>12,13</sup>. We traveled to Noda Village, which is on the north coast of Iwate Prefecture (within the Tohoku region) for one week.

I usually work in Tokyo, about 500 km from Iwate. Iwate Medical University is located in Morioka City, in the inland part of Iwate Prefecture, and the team staff and doctors were not living in Noda Village. In this paper, I will refer to the staff of Iwate Medical University as “local doctors” and “local medical staff.”

When I was asked to join the team, I agreed because I was thinking of what I could do to help within the disaster-stricken area.

At Noda Village, the embankment was destroyed, and the buildings near the coast were destroyed by the tsunami. About 40 people, 0.8% of the total population of the village, were killed ; 500 people took refuge elsewhere.

Originally, Iwate Medical University focused on this area as a model for the prevention of depression and suicide for ten years. Thus, the staff of Iwate Medical University and the village health department knew each other.

Our team consisted of psychiatrists, a nurse, public health nurses, a psychologist, a social worker, and a driver<sup>3</sup>. Together, we went to the 7 shelters to check evacuees' physical and mental health<sup>12,13</sup>. During our stay, we held a staff meeting every morning at the village office and then visited 3 or 4 shelters. Every night we shared our own feelings in an informal way<sup>12</sup>.

During the day, most of the youths and adults went out to clean up their houses, and children and elderly individuals remained in the shelters. Considering the stigma of Japanese people against psychiatry<sup>3</sup>, we did not introduce ourselves as a mental health care team ; instead,

we introduced ourselves as a health consultation team.

I had heard from our team leader that most evacuees were very reluctant to acknowledge that their problems were, in fact, mental health issues<sup>8</sup>, even though they were tired and could not sleep well<sup>13</sup>. Most evacuees tended to focus on their somatic symptoms. In order to avoid careless debriefing, we often began inquiring about survivors' physical conditions<sup>8</sup>.

Occasionally, there were exceptions. During one checkup, an elderly woman started to talk about her experience of losing her husband, children, and the restaurant they had owned for a long time. She cried softly while she spoke. I listened to her carefully, and she thanked me. During other checkups, evacuees tended to speak about their concrete requests. At one shelter, mattresses were in short supply, and people had to sleep on a hard polystyrene sheet. Thus, we searched for mattresses from a heap of support goods within a village warehouse and delivered them to the shelter<sup>8,13</sup>.

Occasionally, the local doctor took charge of more complicated home visits. In those cases, knowledge of the situation, geography, and local dialect was necessary.

Short-term supporters from other areas had limited duties ; thus, I sometimes felt useless and helpless. Nevertheless, I gradually realized that I was able to support the recovery of local resilience, even if my knowledge and experience from my daily psychiatric practice were not directly useful.

## III. A local doctor's point of view

Here, I introduce the opinion of our team leader. First, he said that he wanted to thank all the people that helped with the disaster relief. He also said that voluntary medical support dur-

ing the staff shortage was very helpful, and the coordination between local medical staff and medical volunteers from outside provided a valuable experience.

As I stated before, his team had experience with depression prevention programs in this area. Our team leader aimed to recover the original function of the local mental health services<sup>15)</sup> and knew the importance of role sharing. He had to perform two different duties simultaneously: (1) allocating where medical volunteers should go and what they should do, and (2) establishing long-term plans<sup>12)</sup>. Fortunately, medical volunteers undertook their responsibilities, and there was no great confusion. Such coordination and planning are probably difficult for non-local doctors.

He also mentioned the local people's sense of time. He said, "Local people have to do a lot in the long-term, but the pace of the supporters tends to be so rapid for them<sup>7)</sup>. Doing too much might exhaust them, and too much advice might make them confused. So, organizing who could do what is important."

Our team leader also hoped that the medical volunteers would not make negative comments, such as "this is not worth doing" or "no meaning to come here," as these words would hurt the local people.

Maintaining consistent activities was significant, and that was the basis of support for reconstruction. Our team leader wanted all medical volunteers to understand the differences between everyone's roles; he did not want us to attempt what we could not do but to listen and respond to the needs of the local people.

#### IV. Discussion

First, organizing roles between the local medical staff and outside voluntary mental

health professionals is very crucial. If outside professionals can support local doctors, even in a subtle way, local doctors are better able to concentrate on more significant tasks and establish long-term recovery plans regarding mental health services. It is very important to respect and support the resilience of the community.

Outside voluntary mental health professionals should be prepared to experience psychological reactions, such as helplessness. They should also be able to understand that a sense of accomplishment is hard to achieve within a disaster-stricken area.

Here, I emphasize that medical supporters' negative feelings, such as helplessness, could be key to understanding survivors' feelings. By finding similarities between the feelings of supporters and survivors, the supporters are better able to understand survivors' pains, even though survivors' trauma is far more complicated and severe. Their trauma often overlaps with the grief reaction due to a loss, and there is a marked difference between survivor's and supporters' feelings.

The author's psychological reaction included both reactions to critical incident stress and secondary traumatic stress<sup>7)</sup>. I discuss secondary traumatic stress further, although there were few chances to directly learn about survivors' traumatic experiences.

Secondary traumatic stress can be affected by the degree of empathy and vulnerability of the therapist<sup>5)</sup>. To prevent the risk of detracting from the function and power of supporters, preventive measures, such as gaining background knowledge, consideration for supporters' dignity, coping skills, and environmental coordination should be addressed<sup>10)</sup>. Secondary traumatic stress should be minimized, but such reactions are inevitable in most cases. Moderate second-

ary traumatic stress could provide useful information for understanding survivors' feelings<sup>2,7,11</sup>).

At first, I felt insufficient and helpless during our support activities. Later, I found meaning in our support activities by responding to the needs of the local people<sup>3,8</sup>). Even though our activities were limited to some extent, they were effective in terms of supporting the recovery of the original function of local mental health services. I gained a valuable experience and I view it positively.

Moreover, dealing with, and learning from survivor's trauma should improve our daily psychiatric practice. Such experiences should allow us to better deal with a patient's trauma, such as domestic violence and sexual abuse.

A limitation of this study is that it depended on the author's single experience ; thus, generality and concreteness are insufficient. An additional issue is that this study clarified survivors' trauma to some extent ; however, a survivor's trauma is far more complicated and severe than that of most supporters. Further studies and discussion about support case experiences are needed.

Limitations of both roles and demands might influence the medical supporters' feelings of helplessness in disaster situations. The supporters tend to desire carrying out their own plans as a means of coping with their own psychological crisis ; supporters are often overwhelmed with the local situation. Nevertheless, outside voluntary mental health professionals should give priority to the needs of survivors and local medical professionals. Supporters should also know that they tend to react to their own emotional experiences, although consciously they try to care of survivors. Caring for sufferers in our presence is essential and a basis of

our work.

Finally, I would like to pray for the souls of victims of the disaster, and I hope all the survivors will recover as fully as possible.

#### Acknowledgements

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

#### References

- 1) Boscarino, J. A., Adams, R. E., Figley, C. R.: Secondary Trauma Issues for Psychiatrists. *Psychiatr Times*, 27 (11) ; 24-26, 2010
- 2) Fujioka, T.: On the Construction of Support Program for Care Givers in Child Welfare Facilities on the Standpoint of Compassion Fatigue. *Study Report of the Japan College of Social Work*, 57 ; 201-237, 2011
- 3) 岩手県精神保健福祉センター：岩手県災害時こころのケアマニュアル第2版。2010
- 4) 金 吉晴編：心的トラウマの理解とケア。じほう，東京，2006
- 5) 小西聖子：トラウマのケア-治療者，支援者の二次的外傷性ストレスの視点から-。 *Japanese Journal of Traumatic Stress*, 1 (1) ; 7-12, 2003
- 6) McCann, L., Pearlman, L. A.: Vicarious Traumatization : A Framework for Understanding the Psychological Effects of Working with Victims. *Journal of Traumatic Stress*, 3 (1) ; 131-149, 1990
- 7) 宮地尚子：震災トラウマと復興ストレス。岩波ブックレット，東京，2011
- 8) National Child Traumatic Stress Network, National Center for PTSD.: *Psychological First Aid : Field Operations Guide*, 2nd Edition, 2006
- 9) Nishi, D., Koido, Y., Nakaya, N., et al.: Peritraumatic Distress, Watching Television, and Posttraumatic Stress Symptoms among Rescue Workers after the Great East Japan Earthquake. *PLoS ONE*, 7 (4) : e35248. doi : 10.1371/journal.pone.0035248, 2011

- 10) Ohtsuka, E., Matsumoto, J.: Secondary Traumatization of Rescue Workers and the Mental Health Care System. Bull Nagano Coll Nurs, 9 ; 9-27, 2007
- 11) Osawa, T.: Secondary Traumatization-Secondary Traumatic Stress and its Impact on Therapists Who Work with Traumatized Population-. Annals of Educational Studies, 7 ; 143-154, 2002
- 12) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 佐藤瑠美子ほか: 医療支援中のメンタルヘルス, 医療支援復帰後のうつ病. Depression Frontier, 9 (2) ; 45-49, 2011
- 13) 大塚耕太郎, 酒井明夫: 岩手医科大学における初動期から初期の支援. こころの科学, 159 ; 2-9, 2011
- 14) Shigemura, J., Tanigawa, T., Saito, I., et al.: Support Challenges of Disaster Workers and Supporters Following the Great Eastern Japan Earthquake. Japanese Journal of Traumatic stress, 9 (2) ; 29-35, 2011
- 15) Suzuki, Y.: Role Identification and Coordination of Care in Disaster Mental Health. J Natl Inst Public Health, 57 (3) ; 234-239, 2008
-

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## PTSD After Natural Disaster : The Asian Experience

Alan R. Teo

(University of Michigan Department of Psychiatry and Robert Wood Johnson Foundation Clinical Scholars Program)

This paper reviews and summarizes the literature on the risk factors, course, evaluation, and treatment of posttraumatic stress disorder (PTSD) using a health services approach, specifically in the context of recent natural disasters in Asia. Victims of natural disasters are at risk of PTSD. Risk factors for PTSD following a natural disaster can be broadly categorized into demographic, clinical, and disaster-related characteristics. When screening for PTSD in a disaster-affected population, a number of screening instruments are available. Successful mental health services post-disaster include a multi-tiered and temporally-staged approach and inclusion of specific interventions such as psychological first-aid.

<Key words : posttraumatic stress disorder, disaster psychiatry, East Asia>

Asia is unfortunately no stranger to natural disasters. Recent disasters like the 2011 Great East Japan Earthquake and the 2004 Southeast Asia Tsunami highlight just how disaster-prone Asia is and how devastating the consequences can be. In this brief review, I hope to bring more clarity to the study of posttraumatic stress disorder (PTSD) and natural disaster by examining the risk factors, course, evaluation, and treatment on a health services level.

Risk factors for PTSD following a natural disaster can be broadly categorized into sociodemographic, clinical, and disaster-related ones. There are four well-defined demographic risk factors for PTSD following natural disasters. Children (12 and below) and the elderly (over 60) may have an impaired capability to manage traumatic events, and the extremes of the age spectrum are over-represented in prevalence

figures for disaster-related PTSD<sup>5,11</sup>. Women also face a greater risk of developing PTSD<sup>6</sup>, and possibly those with a lower education and income<sup>3,6,12</sup>. These sociodemographic risk factors are similar to those for other mental illnesses, and are risk factors specific to a natural disaster.

Clinical risk factors for PTSD after a natural disaster include : a history of trauma<sup>10</sup>, illness or injury around the time of the disaster<sup>7</sup>, and pre-existing mental health disorders<sup>11</sup>. A likely explanation is that the acute disruption of routine medical care from a natural disaster will likely lead to a worsening of mental health. Alternatively, traumatic events can trigger relapses of mental disorders.

Health care providers also need to consider some risk factors specific to the qualities of the disaster. For example, Japanese earthquake survivors who stayed with unfamiliar people the

night after or who were forced to live in temporary shelters in camps demonstrated an impaired psychological recovery five months after the disaster<sup>7)</sup>. Death of a family member was estimated to nearly double the odds of developing PTSD in one study<sup>6)</sup>, and the death of closer family members and witnessed deaths appear to have a stronger effect<sup>3)</sup>. Finally, close proximity to the disaster epicenter was one of the strongest risk factors in one Chinese study<sup>12)</sup>.

The resilience of people is the rule rather than the exception when it comes to PTSD after a natural disaster. In other words, it is important to remember that most people—even those directly affected by the disaster—do not develop PTSD. Epidemiological studies show that PTSD symptoms are very common shortly after a disaster but full-blown PTSD diagnoses are less so<sup>9)</sup>. Moreover, longitudinal studies demonstrate that PTSD rates steadily decrease over time<sup>8)</sup>.

When screening for PTSD in a disaster-affected population, at least four guidelines regarding screening instruments are relevant. First, they should be brief. Second, they should be culturally acceptable to the local population. Third, they should be straightforward and easy to use. Fourth, they need to be available in the local language. A potential option is the Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD). The SQD is both brief and easy to use, but lacks validation for cultural contexts outside of Japan and also needs to be available in more languages<sup>4)</sup>. Future development of this instrument could make it an extremely powerful tool for disaster relief mental health professionals worldwide. In contrast, the Harvard Trauma Questionnaire has been used widely across the globe; it is thus more culturally acceptable and available in multiple languages, but it is much

less brief and requires more training to utilize.

Interventions should occur at multiple levels, from the local community to public health centers to specialty-care hospitals. Care should also be temporally specialized: delineated as the emergency or crisis stage (up to two weeks post-disaster), post-impact (up to the third month after), and rehabilitation/recovery (after three months). Care should be evidence-based and culturally appropriate, from specialized interventions to basic psychoeducation. Psychological first aid is perhaps the strongest evidence-based early-phase intervention<sup>1)</sup>. Core elements include providing basic psychoeducation, offering comfort and support, and facilitating access to further care<sup>2)</sup>. Debriefing is not recommended.

In summary, several demographic, clinical, and disaster-related characteristics affect the risk of PTSD after a disaster. PTSD symptoms are very common shortly after a disaster, but full-blown PTSD is less common and declines steadily over time. Disaster workers detect PTSD with brief tools like the Screening Questionnaire for Disaster or more detailed tools like the Harvard Trauma Questionnaire. Successful mental health services post-disaster include a multi-tiered and temporally-staged approach and the inclusion of specific interventions such as psychological first-aid.

## References

- 1) American Psychiatric Association: Psychological First Aid in Community Disasters. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1954
- 2) Everly, G. S., Jr., Flynn, B. W.: Principles and practical procedures for acute psychological first aid training for personnel without mental health experience. *Int J Emerg Ment Health*, 8 (2) : 93-100, 2006
- 3) Frankenberg, E., Friedman, J., Gillespie, T., et

al.: Mental health in Sumatra after the tsunami. *Am J Public Health*, 98 (9) ; 1671-1677, 2008

4) Fujii, S., Kato, H., Maeda, K.: A simple interview-format screening measure for disaster mental health : an instrument newly developed after the 1995 Great Hanshin Earthquake in Japan—the Screening Questionnaire for Disaster Mental Health (SQD). *Kobe J Med Sci*, 53 (6) ; 375-385, 2008

5) Jia, Z., Tian, W., Liu, W., et al.: Are the elderly more vulnerable to psychological impact of natural disaster? A population-based survey of adult survivors of the 2008 Sichuan earthquake. *BMC Public Health*, 10 (1) ; 172, 2010

6) Kumar, M. S., Murhekar, M. V., Hutin, Y., et al.: Prevalence of posttraumatic stress disorder in a coastal fishing village in Tamil Nadu, India, after the December 2004 tsunami. *Am J Public Health*, 97 (1) ; 99-101, 2007

7) Kuwabara, H., Shioiri, T., Toyabe, S., et al.: Factors impacting on psychological distress and recovery after the 2004 Niigata-Chuetsu earthquake, Japan : community-based study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 62 (5) ;

503-507, 2008

8) Piyasil, V., Ketuman, P., Plubrukarn, R., et al.: Post traumatic stress disorder in children after tsunami disaster in Thailand : 2 years follow-up. *J Med Assoc Thai*, 90 (11) ; 2370-2376, 2007

9) Redwood-Campbell, L. J., Riddez, L.: Post-tsunami medical care : health problems encountered in the International Committee of the Red Cross Hospital in Banda Aceh, Indonesia. *Prehosp Disaster Med*, 21(1) ; s1-7, 2006

10) Thavichachart, N., Tangwongchai, S., Worakul, P., et al.: Posttraumatic mental health establishment of the Tsunami survivors in Thailand. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 5 ; 11, 2009

11) Vijayakumar, L., Kannan, G. K., Daniel, S. J.: Mental health status in children exposed to tsunami. *Int Rev Psychiatry*, 18 (6) ; 507-513, 2006

12) Wang, L., Zhang, Y., Wang, W., et al.: Symptoms of posttraumatic stress disorder among adult survivors three months after the Sichuan earthquake in China. *J Trauma Stress*, 22 (5) ; 444-450, 2009

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Preparedness of Mental Health Professionals for Future Disasters : An Overview

Maryam Tabatabaee

(Assistant Professor of Psychiatry Tehran University of Medical Sciences, Roozbeh Hospital, Tehran, Iran)

The field of disaster psychiatry is still evolving. Standard accepted interventions applicable across different disciplines are not available ; however, it is critical that mental health professionals' training be based on the most up-to-date research findings. This article briefly reviews the elements essential for the preparedness of mental health professionals for future disasters.

General factors to be considered for effective intervention in a disaster are affiliation, awareness of the roles of different organizations active in a disaster response, and risk-communication ability. A disaster responder should be an expert in the following fields : (1) Assessment : Psychological assessment involves a tertiary survey performed after physical and basic need assessments. Differentiating between normal and pathologic psychological reactions to disasters is critical and includes the analysis of distress responses, behavioral changes, and diagnosed psychiatric illness. (2) Psychological first aid : This involves a modular approach encompassing pragmatic interventions during the acute phase of a disaster for individuals experiencing acute reactions. A few evidence-based early psychological interventions are available. (3) Pharmacological interventions in the acute phase of disasters focus on relieving symptoms (e. g., insomnia and severe anxiety) that may negatively affect the coping ability of patients. In most cases, the use of medication in early interventions is off-label. In the post-acute phase, psychiatric treatment is often required for panic disorder, posttraumatic stress disorder, and major depression.

<Key words : disaster, psychiatry, mental health>

### Introduction

Disasters are an unavoidable cause of mental-health problems in various populations. We face significant deficiencies in disaster preparedness, not only in developing countries, but also in some developed countries<sup>5)</sup>. The field of disaster psychiatry is still evolving. Standard accepted interventions that are usable across different disciplines are not available ; however, it is critical that mental health professionals' training be based on the most up-to-date research findings.

Moreover, since primary care personnel play a pivotal role in the disaster response, their training in essential elements of disaster psychiatry will improve the effectiveness of intervention in disasters. This article briefly reviews the elements essential for the preparedness of health professionals for future disasters. We consider three major aspects of disaster psychiatry training for health care professionals : preparation, assessment, and intervention<sup>10)</sup>.

## I. Preparation

There is little argument about the importance of preparation and planning for disasters. The issue of disaster preparedness at the health care system level is beyond the scope of this article. On an individual level, preparation includes some general factors that need to be considered by each member of health care teams to be effective during disasters. Affiliation and risk-communication skills are among the general fundamental factors in preparation<sup>10,11</sup>.

### 1. Affiliation

Different organizations and groups offer disaster mental health training courses for their members in order to prepare them in advance. Awareness of the roles of different organizations that are active in disaster responses also develops during such training. Spontaneous, unaffiliated volunteers might increase the chaos and confusion of disasters and may be at higher risk of experiencing frustration and burnout. Affiliated volunteers can work with local, national, or international organizations. Volunteers need to find roles in responder groups to match their interests and areas of competency<sup>10</sup>.

### 2. Risk communication

“Risk communication” signifies effective communication during a crisis. It is useful for health care professionals to acquire at least basic risk-communication skills. Accurate positive communication increases mastery of the crisis and reduces fear, anxiety, and the number of people inappropriately seeking medical help<sup>10,11</sup>.

## II. Assessment

Differentiation between psychiatric disorders and distress or normal emotional reactions to disaster takes place prior to any intervention.

Therefore, assessment skills are of the utmost importance for disaster responders. Psychological assessment involves a tertiary survey performed after assessments of physical and basic needs<sup>3,6,10,12</sup>.

Exposure levels of the population or individuals determine the mental health outcomes of disasters<sup>8,12</sup>.

According to the majority of the literature, the psychological consequences of disasters fall into three major categories : psychiatric disorders, health-risk behaviors, and distress responses<sup>10,12</sup>.

Acute stress, post-traumatic stress, depressive, adjustment, and substance-use disorders are common after trauma<sup>1,10,12,13</sup>. Clinicians need to possess a proper understanding of the diagnostic criteria for mental disorders.

Health-risk behaviors signify changes in people’s behavior after trauma and raise concerns about their health ; for example, social withdrawal or an increase in smoking or alcohol use could be considered health-risk behaviors<sup>10,12</sup>.

Distress responses include a range of emotional or physical reactions, such as anger, anxiety, dysphoria, panic-like symptoms, insomnia, or medically unexplained symptoms. Grief reactions and changes in spiritual experience are also expected after disasters<sup>10</sup>. Distress responses do not necessarily produce negative outcomes. Some people report self-growth and positive changes in the meaning and purpose of their lives<sup>10,12</sup>.

Certain groups are more vulnerable to psychiatric disorders after disasters than others ; more sensitive groups include women, elderly, people with chronic mental disorders, and children<sup>6,9~12</sup>. Rescue-team members are a group that may have excessive exposure to disasters,

and mental health professionals need to consider this<sup>8,12)</sup>. Moreover, different factors may place health care teams at a higher risk regarding the psychiatric consequences of a disaster and burn-out<sup>10)</sup>. Being familiar with the cultural backgrounds of people who are affected by a disaster is a crucial factor for the accurate assessment and interpretation of their reactions to trauma<sup>3,4,10,12)</sup>.

### III. Intervention

Most people survive disasters using their coping strength and resiliency, and they either do not need any specific treatment or only require brief interventions<sup>9,10,12)</sup>. Two major types of effective intervention after disasters are psychological and pharmacological interventions.

#### 1. Psychological interventions

Psychological interventions include early and long-term interventions. Psychological first aid, needs assessment, facilitation of resilience and recovery, triage, and treatment are key aspects of early intervention after disasters<sup>2,6,10,12)</sup>. Psychological first aid consists of the following components: engagement, safety, comfort, stabilization, identifying needs, providing accurate information, offering practical assistance, promoting connectedness, and linkage with collaborative services<sup>7,10,12)</sup>.

According to an expert consensus by the National Institutes of Mental Health, early, brief, and focused psychotherapeutic intervention can reduce distress in bereaved spouses, parents, and children. Moreover, selected cognitive behavioral approaches may help reduce the incidence, duration, and severity of acute stress disorder, post-traumatic stress disorder, and depression in survivors<sup>7)</sup>.

Mental health professionals who work in disaster areas need to be competent in grief

work<sup>10)</sup>.

#### 2. Pharmacological interventions

The aim of psychopharmacological treatment in the acute phase of disasters is the management of symptoms of distress and other common disorders after traumatic experiences, such as insomnia, excessive arousal, anxiety, panic, or agitation<sup>6,10)</sup>. There is no strong evidence for using pharmacological treatment in the acute post-trauma phase other than for symptomatic relief. Before prescribing medications, it is necessary to take into account a patient's history and physical examination with emphasis on both pre-existing and disaster-related factors. Once the patient is stabilized on an initial course of pharmacotherapy, the psychiatrist needs to ensure that follow-up appointments are provided by community mental health services<sup>10~12)</sup>.

Chronically, mentally ill patients may discontinue their prescribed medications after disasters and may experience a relapse as a result, so we need to be aware of these patients' particular issues.

### Conclusion

Both mental health professionals and primary healthcare teams need to prepare to work in the field of disaster psychiatry. Especially for triage, assessment, and intervention, collaboration between general practitioners and psychiatrists improves the quality of health services during and after disasters<sup>3,10~12)</sup>.

Future research is recommended to integrate concepts related to mental health into disaster-preparedness training and planning.

#### Note

This work was initially prepared for a presentation at the disaster psychiatry symposium at the 108<sup>th</sup> annual

meeting of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology.

### References

- 1) Der Velden, P. G. V., Grievink, L., Kleber, R. J., et al.: Post-disaster mental health problems and the utilization of mental health services : a four-year longitudinal comparative study. *Administration and Policy in Mental Health*, 33 (3) ; 279-88, 2006
  - 2) Hobfoll, S. E., Watson, P., Bell, C. C., et al.: Five Essential Elements of Immediate and Mid-Term Mass Trauma Intervention : Empirical Evidence. *Psychiatry*, 70 (4) ; 283-315, 2007
  - 3) Inter-Agency Standing Committee (IASC) : IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial Support in Emergency Settings. Geneva : IASC, 2007
  - 4) Kokai, M., Fujii, S., Shinfuku, N., et al.: Natural disaster and mental health in Asia. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 58 ; 110-116, 2004
  - 5) Kollek, D., Cwinn, A. A.: Hospital Emergency Readiness Overview study. *Prehosp Disaster Med*, 26 (3) ; 1-7, 2011
  - 6) López-Ibor, J. J., Christodoulou, G., Maj, M., et al.: *Disasters and Mental Health*. John Wiley & Sons, 2005
  - 7) National Institute of Mental Health : *Mental Health and Mass Violence : Evidence-Based Early Psychological Intervention for Victims/Survivors of Mass Violence. A Workshop to Reach Consensus on Best Practices*. NIH Publication No.02-5138, Washington, D. C.: U. S. Government Printing Office. 2002
  - 8) Norris, F. H., Friedman, M. J., Watson, P. J., et al.: 60,000 Disaster Victims Speak : Part I. An Empirical Review of the Empirical Literature, 1981-2001. *Psychiatry*, 65 (3) ; 2002
  - 9) Pandya, A. *Adult Disaster Psychiatry. The Journal of Life Long Learning In Psychiatry*.(2009). Vol. VII, No. 2 F O
  - 10) Stoddard, F. J, Katz, C., Merlino, J. P.: *Hidden impact : what you need to know for the next disaster*. MA : Jones and Bartlett publishers, 2011
  - 11) Ursano, R., Norwood, A. E.(eds) : *Trauma and Disaster Responses and Management*(Review of Psychiatry Series, Volume 22, Number 1 ; Oldham, J. M., Riba M. B., series eds). American Psychiatric Publishing, Washington, DC, 2003
  - 12) Ursano, R., Fullerton, C. S., Weisaeth, L., et al.: *Textbook of disaster psychiatry*. Cambridge University Press, NY, 2007
  - 13) World Health Organization : *The world health report 2001—mental health : new understanding, new hope*. Technical report, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001
-

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Mental Disorders in Persons Exposed to Radiation after Chernobyl Nuclear Power Plant Accident

Mykhaylov Volodymyr<sup>1)2)</sup>, Zdesenko Irina<sup>3)</sup>

1) Kharkov National Medical University, Kharkov, Ukraine,

2) Kharkov Regional Clinical Psychiatric Hospital № 3 (Kharkov, Ukraine),

3) State institution “Institute of Neurology, Psychiatry and Narcology NAMS of Ukraine” (Kharkov, Ukraine)

The purpose of our research was to study mental disorders in persons exposed to radiation after the Chernobyl nuclear power plant (NPP) accident.

Three-hundred patients exposed to low doses of radiation after the Chernobyl NPP accident were enrolled. All of them were males aged 30–45 years old. Their external exposure dose was less than 100 Rem (1 grey). Patients were examined with clinical psychopathological, instrumental, and biochemical methods. A survey of patients was held in 4 stages : 1st stage from 1986–1989, 2nd stage from 1990–1993, 3rd stage from 1994–1999, and 4th stage from 2000 till the present.

The following main polymorphic clinical forms of psychic disorder in our patients were determined at the different research stages : asthenic, neurasthenic, hypochondriac, subdepressive, obsessive, hysteria, paroxysmal, and psychoorganic.

Four levels of pathogenesis mechanism were estimated by data analysis. They are substance-morphological, substance-functional, brain regulatory-system disorganized, and psychogenic-personality. Somatoform, affective, and psycho-vegetative disturbances as well as organic mental syndrome were resistant to traditional medical therapy. New methods of complex therapy and rehabilitation/prevention measures in patients with nonpsychotic disorders that suffered from the Chernobyl disaster were developed. A rehabilitation program, which included in-patient, out-patient, family, and recreative-resorts steps was used. Comparison with the control group showed the high efficacy of the rehabilitation program in 80% of patients.

<Key words : mental disorders, psychoneurological disorders, nonpsychic psychic disorders, nuclear power plant>

The twenty sixth of April 2012 was the twenty-sixth anniversary of the Chernobyl nuclear power plant (NPP) accident, which became the worst disaster in the history of nuclear engineering. The global community has never lost its focus on the disaster. For those 26 years, a wealth of data have been gathered, and

it is now possible to estimate the medical consequences of the accident<sup>1~3)</sup>.

It is a common practice to assess the medical consequences by the external radiation dose. The Chernobyl accident tasked medical science with the problem of human exposure with small doses of ionizing radiation and its conse-



Fig. 1 Persons who were involved in disaster clean up

quences<sup>2)</sup>. For a majority of people who were involved in the Chernobyl accident events, the maximum total exposure was 25 Rem (0.25 Sivert)<sup>1)</sup> (Figure 1).

The major dose-forming radionuclides which caused radio-contamination were iodine-131, a gamma and beta-emitter with a 7.7- day half-life ; strontium- 90, a beta- emitter with a 17.5 year half-life period ; cesium- 137, a gamma and beta emitter with a half-life of 70 to 140 days (Table 1).

At the same time, the exposure was multi-factorial and accompanied by multiple non-radiation factors. The victims were exposed to graphite, asphalt, bitumen and polymeric materials from combustion and melting products, lead fumes, etc.<sup>3)</sup>.

The levels of emergency workers performance were also impacted by the level of economic development in the community, “misinformation”, gaps in social support, shortcomings of medical care, the family status, character of inter-spousal relations, and household status<sup>3)</sup>.

The interaction between radiation and non-radiation factors facilitated synergism.

The main categories of the victims were :

1) over 5,000 people who lost employment due to involvement in disaster clean up, including those who suffered from acute radiation disease (145 patients) and chronic radiation disease

Table 1 Radiation and non-radiation factors in persons after Chernobyl NPP accident

| Radiation factors<br>(The major dose-forming radionuclides) |                                   |            |
|---|-----------------------------------|------------|
| iodine-131  | strontium-90                      | cesium-137 |
| Non-radiation factors                                       |                                   |            |
| Combustion and melting products of :                        | Macro- and micro social factors : |            |
| graphite  | level of economic development     |            |
| asphalt   | “misinformation”                  |            |
| bitumen   | gaps in social support            |            |
| polymeric materials   | medical care                      |            |
|   | household status                  |            |
|   | Inter-spousal relations           |            |

(1,500 people) ; over 15 thousand people whose poor health was a consequence of the Chernobyl disaster :

2) over 200 thousand citizens who took part in the disaster clean up ; over 130 thousand people relocated from polluted areas ;

3) 60 thousand children whose thyroid gland exposure exceeds the limit ; 1 mln. people who live in the radionuclide-polluted areas ;

4) 1.5 mln. people who live or reside in areas requiring high-level radiological control.

The morbidity structure of radiation-exposed people is as follows : 1) cardiovascular diseases : hypertensive disease, ischemic heart disease, cerebrovascular pathology, vegetative-vascular asthenia ; 2) nervous and psychic disorders ; 3) malignant tumors ; 4) affection of respiratory, digestive and urinary systems<sup>1)</sup>.

The leading cause of death is ischemic heart disease, second place is malignant tumors, and third place is a cerebrovascular pathology.

However, since the first days after the accident, psycho-neurological disorders have been prevalent in persons exposed to radiation. After

Table 2 Stages of development of neuropsychic disorders in persons after Chernobyl NPP accident

| 1st stage   | 2nd stage                                   | 3rd stage<br>(second activation)   | 4th stage   |
|---|---|--|---|
| Main categories of patients :<br>VVA patients 53% ;<br>chronic cerebral ischemia patients 41% ;<br>acute cerebral circulation disorders patients 6%     | “break” in pathological process             | Main categories of patients :<br>VVA patients 62% ;<br>hypertension 27% ;<br>cerebral atherosclerosis 5% ;<br>acute cerebral circulation disorders patients 6%   | Main categories of patients :<br>hypertension patients 47%<br>cerebral atherosclerosis patients 23%<br>cerebral strokes patients 12%<br>encephalopathy patients 69% |
| Clinical syndromes :<br>asthenic 86%<br>neurasthenic syndromes 14%<br>liquor hypertension 37.6%<br>vestibular syndrome 16.8%<br>paroxysmal syndrome 54% | further changes in immunological parameters | Clinical syndromes :<br>asthenic 30%<br>neurasthenic 64%<br>hypochondriac 18.1%<br>subdepressive 17.9%<br>obsessive 6.9%<br>hysteroform 17.1%<br>liquorhypertention 92%<br>vestibular 25%<br>paroxysmal 58%<br>psychoorganic 38% | Increase “psyhoorganic” process ;<br>Decrease neurotic disorders  |
| Microcirculatory disorders (bulbar conjunctiva vascular changes, retinal vessels)   | Micro-circulatory disorders                 |  |   |
| Neuropsychological disorders of attention, memory, thinking process   | Neuro-psycho-logical disorders              | Disorders of attention, memory, emotional-volitional disorders   | Disorders of attention, memory, emotional-volitional disorders  |

more than 26 years, there is no definitive explanation for this.

Thus, the aim of our research was to study the clinical structure and dynamics of nonpsychic psychic disorders within psychic-neurological disorders in those exposed to radiation.

For conducting research, we examined 300 male workers involved in disaster clean up whose age in 1986 was between 30 and 45 years old. Their external exposure dose was less than 100 Rem (1 grey).

Patients were examined with clinical psychopathological, instrumental, and biochemical methods. A survey of patients was held in 4 stages : 1st stage from 1986-1989 ; 2nd stage from 1990-1993 ; 3rd stage from 1994-1999 ; 4th stage from 2000 till present.

The results showed that, in the first stage, three groups of patients could be identified : vegetative-vascular asthenia (VVA) patients

(VVA- term developed in the USSR and corresponded to category “Other disorders of autonomic nervous system” G 90.8 (ICD-10)) –53% ; chronic cerebral ischemia patients (I 67.8, G 93.4 (ICD-10)) –41% ; acute cerebral circulation disorders patients (G 45, G 46, I 60- I 67 (ICD-10)) –6% (Table 2).

The following clinical syndromes were diagnosed : asthenic (86%) and neurasthenic syndrome (14%), liquor hypertension (37.6%), vestibular syndrome (16.8%), and paroxysmal syndrome (54%).

Further observations between 1990 and 1993 showed relative stabilization ; a kind of “break” in the pathological process with its subsequent activation in 1994.

The underlying disease was asthenic syndrome which shifted from its physiogenic to psychogenic form and acquired traits of hypochondria (18.1%), subdepression (17.9%), obsession

(6.9%), and hysteria (17.1%).

Thirty-eight percent of patients were diagnosed with cognitive deficiency syndrome. This syndrome could be expressed in three variants : -dementive-with intellectual and mnestic impairment ; affective-instability-with emotional-volitional sphere disorders ; character-pathic-with prevailing personality disorders amid intellectual and a mnestic impairments.

There were identified with hypertension disease (27%) and cerebral atherosclerosis (5%). Also demyelinated-type spinal circulation disorders were identified.

At the fourth stage we have detected a common tendency toward increased "organic" processes with decreased neurotic disorders. There are more hypertension patients (47%), cerebral atherosclerosis patients (23%), and cerebral strokes patients (12%). Encephalopathy (term was developed in the USSR) with its neurologic and psychic deficits and specific morpho-functional cerebral changes developed in 69% of patients.

Analysis of the data obtained made it possible to single out pathogenetic levels of pathological changes.

I. Structural and morphological-disorders in lipid and collagen metabolism which lead to changes in elastic properties of vessel walls.

II. System and functional-impaired functions of integrative cerebral systems of the brain (mostly of the diencephalic level) which regulate vascular tone, vegetative and emotional reactions, and other basic functions.

III. Organism level-manifestation of clinical symptoms at the level of the organism (encephalopathy, hypertension, and cerebral atherosclero-

sis).

IV. Psychogenic-personal- an individual's response to his or her disease and changes in a set of social conditions.

We referred to the multi-level system of pathological processes we developed and applied a system of medical and preventive interventions aimed at stabilizing and further developing preventive measures for the prevention of psychoneurological disorders in persons exposed to radiation. The main principles of this system are its complex nature, stage-by-stage approach, and consistency. This system has been promoted with in-patient, out-patient, family, and recreative-resorts parts. It includes medication, psychotherapy, and social therapy with the development of mindsets of personal responsibility for one's health. We conducted group psychotherapy with individual personality-reconstructive therapy which included suggestive, cognitive-behavioral therapy. Comparison with the control group showed high efficacy of the rehabilitation program in 80% of patients.

#### References

- 1) Ivanov, V. K., Gorski, A. I., Maksioutov, M. M., et al.: Mortality among the Chernobyl emergency workers : estimation of radiation risks (preliminary analysis). *Health Phys*, 81 (5) ; 514-521, 2001
- 2) McGale, P., Darby, S. C.: Low doses of ionizing radiation and circulatory diseases : a systematic review of the published epidemiological evidence. *Radiat Res*, 163 ; 247-257, 2005
- 3) Zdesenko, I.: The influence of micro-and macro-social factors on the psychic state in patients affected by Chernobyl disaster. *Archive of Psychiatry*, 10 (37) ; 23-26, 2004

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 児童精神科医による学校コンサルテーション活動と学校精神保健

白 瀧 貞 昭

(博愛発達障害研究所・神戸博愛病院児童精神科)

児童精神科医が学校精神保健に果たす役割が非常に大きいということは日本ではもう 30~40 年前から承知されていたことである。しかし、学校、あるいは教師が児童精神科医に期待することは症状、病気、障害を持つと思われる児童・生徒への対処法を知ることが主であった。当初から、学校精神保健活動の目的は単に、病気を既に持つ児童生徒への対処だけでなく、精神健康をさらに促進したり、維持するための方策をも見つけ出し、それを実施することもその目的の中に含まれていたのである。我々が 25 年ほど前から学校精神保健活動を実践してきた西宮市での経験から、最も有効な学校精神保健活動は我々が学校・園に出かけてゆき、そこで教師に向けたケース・コンサルテーションを行うことであることを見だしている。この西宮市での実践から、学校精神保健活動の現状と課題とを具体的に把握する貴重な体験を我々は手にすることが出来たと思うので、その一端を紹介した。

<索引用語：学校精神保健，コンサルテーション，内面化問題と外面化問題，発達障害>

## はじめに

## ——学校精神保健の目的——

児童・生徒の精神健康の維持、促進、あるいは不健康の回復を目指す活動を直接、学校・園で行おうとする企図は日本ではかなり以前から当たり前のこととしてとらえられてきたが、よく考えてみればそれは日本の学校環境の中に取り分けそれを必要とする理由が今日まで存在してきているのだと言えよう。よく言われるように、日本を含むアジア全体の中にある教育を重視する儒教からの影響を受けて、教育を子どもが自発的に何か未知のものを学んでいくプロセスと見るよりも、養育

者にとって子どもの良き将来に到達するための強制的枠組みを与えていくものとみなす態度の表れととるようになってきた。学校精神保健の目的としていろいろの所で文章化されている例を挙げると次のようである。「学校に存在する全教師が児童・生徒の知育に専念するだけでなく、同時に健康な心をも育てる場が学校であるとの認識を持ち、一人ひとりの子どもに対してこの健康な心の育ちが達成されつつあるのかを見、この面への深い関心を持つことを目指すのが学校精神保健活動の目的である」。しかし、実際にはこのうちの、既に明らかな症状のようなもの、他の多くの児童・

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24~26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 精神科医が学校精神保健に果たす役割：早期発見，支援の現状と課題 司会：西村良二（福岡大学医学部精神科），清田晃生（大分大学医学部附属病院小児科・児童精神科）

生徒には見られないような問題行動が教師の目に付いた時に初めて、その症状が他の多くの生徒の邪魔になるとか、よい影響を与えないかもしれないと判断して、その対処法を知るために専門家としての心理職や医師職に相談するというかたちが多い。

さらに、上述の目的を持った学校精神保健活動に加えて、副次的成果として、近年、問題になっている広範囲の自然災害後の子どもの精神保健上の実態把握が、治療的介入のうえでも非常に有用であることが認識されるようになってきている（地域精神保健活動）。学校教師が普段から家庭訪問したりして、地域・家庭の状況をよく知っているからである。同じ役割を期待された時に、行政がこのことをなしえないことは容易に想像がつく。このためにも、教師が症状を持たない子どもの心の発達にも精通していることが望まれる。

## I. 学校精神保健の目的達成のために学校・園で要請される事柄

1. 教育現場を児童生徒の健康な心の成長の場としてふさわしいものにし、同時に関わる教師の理解、対処能力を高めていくことが要請される。
  - ①教師の「健康な心の成長」についての理解を深める。
  - ②家庭との連携のために、親との関係構築力を養成する。
  - ③事例について学校でも対処できるように、外部の専門機関との連携を深める。
  - ④外部の専門家が学校現場で子どもの精神保健に関するコンサルテーションを行う。
  - ⑤教師の「自分が最もこの子のことをよく知っている」という意識を適切な程度に弱めていく必要がある。このためには「講演」拝聴よりも全教師と専門家が一堂に会して行う具体的な事例の検討が役に立つ。

2. 学校精神保健コンサルテーションを学校・園で児童精神科医が出席して全教師とともに児童生徒の事例検討を行うことが有用である

- ①各学校で担任が対応に困っている事例を担当が簡単にプリントにまとめて全教師の前で提示する。
- ②コンサルタントがその事例をどのように理解すべきか解説し、学校としてとるべき対応の指針を示す。
- ③学校で事例の直接的診察、治療は行わない。
- ④事例の精神的不健康の原因が主として家庭にある場合も、学校側から家庭に働きかけをどのように行うかについて検討する。
- ⑤事例化された生徒の心の問題を検討するだけでなく全生徒の精神的健康の増進、維持という観点からも各教師の理解を深めることを目的の中にも含める。例えば、ライフスキル教育の実施を含める。
- ⑥事例のコンサルテーションの際に児童青年精神科医のすべきことは、教師が求める対処法への答えを与えるのではなく、教師が自ら答えを見つけられるように事例の教師なりの「みため」を持てるように援助することである。

## II. 今日の子どもの心の育ちの現状

学校・園において児童精神科医が出席し、教師とともに事例について具体的に検討しながら対処法を明らかにすることが教師、学校側に多くのメリットをもたらすことを既に述べたが、実は児童精神科医にとっても事例検討を数多く経験していくと、いわゆる健常児や軽症型発達障害児などについて、少なくとも学校環境の中でどのように生活しているのかも知ることが出来るなどのメリットを産む。我々は過去20数年の学校精神保健活動を行ってきた兵庫県の西宮市における活動の中で近年の子どもの心の育ち、家庭環境の変化などを具体的に把握することが出来るようになった。次に、そのいくつかを紹介することにする。

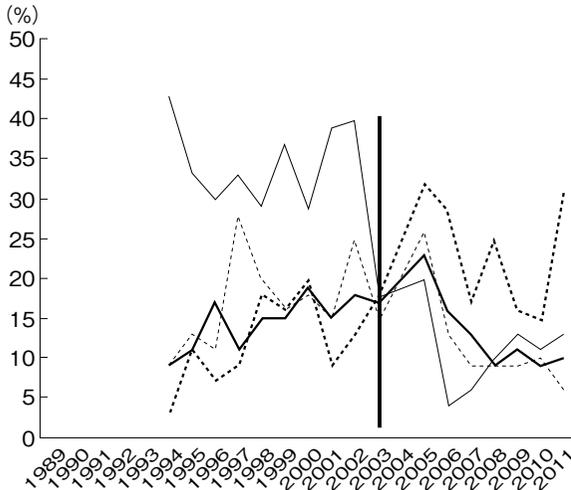


図1 神経症性，不登校，多動性，問題行動症状の比率経年変化

— neurotic      - - - non-attend  
 - - - - ADHD      ······ behav problem

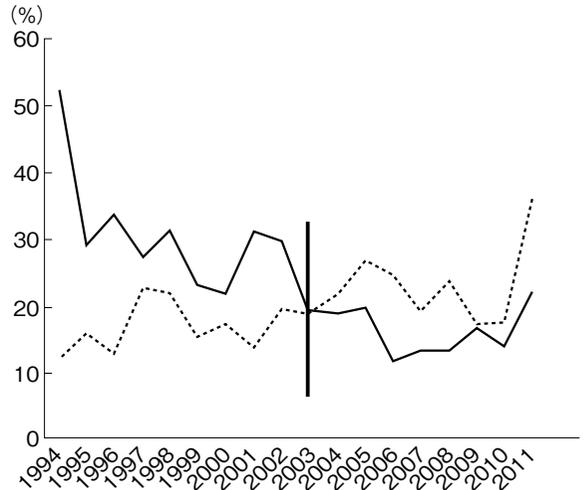


図2 内面化，外面化問題の比率経年変化

— inter      - - - - exter

表1 西宮市学校精神保健推進活動に関する背景情報

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| 1. 西宮市：人口483,748人(2011年11月現在)        |    |
| 2. 西宮市学校精神保健推進協議会発足：1987年            |    |
| 3. 学校園数：                             |    |
| 幼稚園                                  | 21 |
| 小学校                                  | 40 |
| 中学校                                  | 20 |
| 高等学校                                 | 2  |
| 特別支援学校                               | 1  |
| 4. コンサルテーション回数：130(2005年)～87回(2011年) |    |
| 減少は市財政的理由                            |    |
| 5. コンサルタント数：計 12名(2012年現在)           |    |

20年ほど前に学校・園で見られた「不登校」は原因から分類すると、ほとんどは神経症性発症と言われ、児童生徒の心理的不安、葛藤が大きく原因的に作用して生じるものであった。1994年以来、西宮市でのコンサルテーションで取り上げられた事例の年度別総数から神経症性、不登校、多動性、問題行動症状の全体における比率を2011年度末までの間、計算してグラフにまとめたものが図1であるが、ここから明らかなように、2003年を境に神経症性発症としての不登校が減少し、多動性障害が増加していることが示された。図2には神経症、不登校（神経症性発症）、多動性障害、

問題行動の4疾患をアーヘンバッハの分類<sup>1)</sup>に従って、内面化問題と外面化問題の2つに分けると、2003年を境に、それまで多かった内面化問題が外面化問題と位置を逆転していることが明らかになった<sup>2)</sup>。近年、発達障害、中でも多動性障害が児童生徒の中で頻繁に見られることが世界中で報告されているが、それと並行して、日本ではかつての内面化問題で悩んでいた児童・生徒が今や、持った葛藤や不安をすぐに外部の、しかも他者に向けて吐き出す現象が不健康児に限定されず、子どもの文化と言ってよいほどに頻繁に多くの子どもに見出されることを我々は認識している。

### Ⅲ. 西宮市における学校精神保健活動の現状と課題、今後のあり方について

我々が過去24年余にわたって実践してきた西宮市教育委員会との連携による学校精神保健活動の概要を紹介し、その過程で我々が学んできたことを土台にして、やっと最近、学校、教師に対してケース・コンサルテーションをどのように進め、その中で我々が何を説明し、主張すべきかがつかめてきたのだという実感を持っている。これについて以下に触れることにする。

表1には西宮市、および学校状況についての簡

単な背景情報を記した。

西宮市における我々精神科医による具体的な学校精神保健活動の元締めとなるのが教育委員会の中に設けられている「学校精神保健推進協議会」という組織であるが、これと各学校・園の中にある組織、そして外部の我々精神科医が学校に実際に赴いて行うコンサルテーションとコンサルタントが機能的につながっている。

近年になって、我々が把握することのできた日本の教育現場の教師の子どもの心の問題の捉え方、対処法を検討する際の陥りやすい隘路などを考慮したうえで、学校現場でのケース・コンサルテーションの場で説明すべき事柄、ぜひ理解していただきたい事柄などを明文化することが可能になったと考えている。以下にその一部を示してみる。

#### Ⅳ. 問題行動への対処を発見するために

##### 1. 子どもの教師からみた問題点、症状を含む現状の把握をまず十分に行うこと

基本として生徒について教師が問題としているものが本当に生徒にとって問題としてよいものなのか否か検討する必要がある。問題になっているものは直ちに消失させる必要のあるものか吟味する。問題行動だけが生徒にとって問題なのか十分考慮する。問題行動と考えるより、生徒の心の不健康さの表現なのだと考える。

- ①一人ひとりの児童・生徒の精神・心理・神経機能の様態を幅広く理解する（学習困難性を有している、などはその1つに過ぎない）。
- ②それぞれの機能領域で学年基準から大きく離れている場合、その機能に異常（障害）があると想定するが、原因的には2種類を区別する、発達の遅れと脳の傷害によるものである。
- ③教師が問題にすべき個々の生徒についての異常は、周り（社会）が困るからという理由によるものだけではない、その生徒だけが一人で困ることをも問題にすべきである（このことについて後の追加のところで詳しく述べる）。

④検討すべき種々の機能領域とは、学習の基礎能力としての Learning Power・読み・書き・計算、学習の基礎としての Learning Style・注意を向ける・集中する・興味・関心・意欲を持つ、対人関係機能、情緒機能、運動機能、自己意識（認識）機能、自己制御機能。

##### 2. 現状として把握した事柄の時間的経過を次に把握する

- ①家庭からの情報収集
- ②就学後の最初期からの情報収集
- ③幼児期についての情報収集

##### 3. 家庭との連携をどう図るか計画する

その前に、教師が自ら生徒について特別の配慮を要する状態であるかに関して確固たる結論を持っておく必要がある。

児童・生徒が持つ症状を陽性症状（症状の中で健常の人の中にはほとんど見られない特性）と陰性症状（健常の人全てに見られる特性を欠いている場合）の2群に分けることが出来るが、陽性症状の方は非常に目立つ症状なので教師にもすぐに注目してもらえるが、陰性症状（学年相応の学習理解力の欠如など）は教師の方から探しに行つて初めて、見つけることのできる症状なので、多くの場合、教師からは気付かれないか、無視されることになる。

#### おわりに

##### —学校精神保健活動のこれからの課題—

- ①教師が問題とする児童生徒の内容が大きく変化してきている。心因性の心の問題から、発達障害に起因する問題へと著明な変化があることを教師は認識しておくべきである。従来の学校精神保健の主管課と特別支援教育課との連携が必要になってきている。
- ②児童・生徒の視点に立って、必要な援助がどうあるべきかという考慮はやはり十分とはいえない。一人ひとりの子どもの個別的ニーズに応じた学習環境の設定が必要である。

- ③対家庭との良好な連携関係は双方の理由でスムーズには持てていない。
- ④特別支援教育の実質的実施, 発達障害者支援法, 障害者自立支援法などの施行により, 医療, 保健, 福祉, など他領域との連携がますます課題となっている中で, 教育行政の閉鎖的態様が問題となっている。

s psychiatric symptoms : A factor-analytic study, *Psychological Monographs*, 80 (7) ; 1-37, 1966

2) Shirataki, S., Kobayashi, K.: Changes in Psychiatric Problems of Children and Adolescents in Japan-From Internalizing to Externalizing Symptoms-. Increasing awareness of child and adolescent mental health. (Garralda, M. E., Raynaud, J-P, eds) Aronson, J, Maryland, p.149-162, 2010

#### 文 献

- 1) Achenbach, T. M.: The classification of children'

---

## School Case Consultation Activity by Child Psychiatrists and School Mental Health

Sadaaki SHIRATAKI

*Hakuai Research Institute of Developmental Disorders/  
Kobe Hakuai Hospital, Dept. of Child and Adolescent Psychiatry*

In Japan, the first stage of the School Mental Health Promotion Activity started some 30 to 40 years ago with the aim of reducing behaviors of children or students in school. This activity, to be honest, was not for children or students, but for teachers' convenience to facilitate smooth teaching in the classroom. However, child and adolescent psychiatrists as outside specialists who should cooperate with teachers have been given many opportunities to learn about child mental health including unhealthy symptoms and mental disorders. We have learned that the most effective way to promote teachers' understanding about how they can treat students with symptoms is case-consultation, which might be done in school with the attendance of school teachers. We have now at last reached a new level of helping teachers understand that there is another group of symptoms. These symptoms are, called Group 2 Symptoms, which become apparent only after teachers' investigations and these symptoms are now becoming targets for treatment by teachers.

< Author's abstract >

< Key words : School Mental Health, Case Consultation, Internalizing and Externalizing Symptoms, Developmental Disorders >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神科医・臨床心理職・養護教諭の連携のありかたと工夫

森岡由起子

(大正大学人間学部臨床心理学科)

山形県における精神科医、臨床心理士、養護教諭とその他の専門家の連携に関する我々の実践について報告し、将来の課題を論じた。

- ①我々は、約20年間にわたり、年2回、様々な専門家による合同の談話会を開催した。その談話会の参加者は、精神科医、小児科医、臨床心理士、ソーシャルワーカー、養護教諭やその他の専門家であった。この研究会を通じて、我々はお互いに顔見知りになり、うまく連携できるようになった。
- ②スクールカウンセリング制度が、山形県に1995年に、小学校、中学校や高等学校に導入され得た時に、精神科医にも非常勤のスクールカウンセラーになるように依頼した。その結果、精神科医は、学校における精神保健上の問題をより深く理解するようになった。養護教諭の中には、スクールカウンセリング制度の中で、積極的な役割を担う人たちがいた。彼らは、教師とスクールカウンセラーである臨床心理士や精神科医との間をつなぐ努力をした。
- ③養護教諭によって組織された専門的な勉強会が、いくつかの地区で始まった。精神科医や臨床心理士が、助言者として働くように誘われた。その勉強会の1つでは、インシデント・プロセス法が導入され、そのことで、その参加者である養護教諭たちの学校精神保健の仕事の能力の成長が促進されたと考えられた。

<索引用語：学校精神保健，精神科医，臨床心理士，養護教諭，連携>

## はじめに

精神科医が学校保健に関わる時は、もちろん精神科医としての役割を期待されてのことであるが、医療と学校教育のシステムや機能は大きく違っているため、効果的な連携を持つことには、いくつかの困難があるように思われる。それを改善するためには、相互の「大事にしていること」・優先順位・システムを理解し、共通の言語で会話することが必要とされる。また、養護教諭は精神科医と学校とをつなぐ仲介者とコーディネーターとしての役割が最も期待される立場に在るといえる。

私は、山形大学医学部が開設されたときに精神神経医学講座に臨床心理職の教員として就職して

約20年勤務した後、看護学科、ついで臨床心理学科の教員となったが、精神科医と協働した臨床実践を続けてきた。また、平成7年からの学校カウンセラー導入時には、山形県の世話人として、1校を精神科医を含めた3人で担当する「山形方式」のスクールカウンセラーのシステムを平成17年まで運営した。それを契機に児童精神科医を助言者とする養護教諭の研究会が、いくつか開かれるようになった。

現在の山形での臨床は、精神保健福祉センター・公的病院の小児科外来・NPOが運営している発達支援研究センターなどで、金曜から日曜に囑託を続けている。以上のような立ち位置から、これまで経験してきた、精神科医・臨床心理職・

表1 スクールカウンセラーとして参加した精神科医の活動内容

|                          |           |                       |
|--------------------------|-----------|-----------------------|
| 【活動状況】                   |           |                       |
| 勤務状況：月1～2回，1回4時間の勤務      |           |                       |
| 相談件数：1回平均 3.5±1.0件（1～5件） |           |                       |
| 【相談内容】                   |           |                       |
|                          | 相談の割合（％）  | 主な相談内容                |
| 児童生徒本人                   | 36.7±21.7 | 友人・対人関係，いじめ，不登校，将来のこと |
| 家族                       | 20.4±11.5 | 不登校，引きこもり，家庭内暴力       |
| 教師                       | 41.3±15.8 | 不登校，多動，かっとしやすい子ども     |
| その他                      | 1.7±2.8   | 問題のある教師の相談            |
| 【相談以外の活動】                |           |                       |
| 子どもへの講話                  |           |                       |
| 保護者への講話                  |           |                       |
| 教師への研修会での講話              |           |                       |
| 校内の事例検討会や不登校対策委員会への参加    |           |                       |

養護教諭の連携と協働の実践について報告し，現状の問題点と今後の課題について述べる。

### I. 多職種が参加した「小児発達談話会」について

山形で1977～1998年まで小児科医・精神科医・臨床心理職・学校関係者が一堂に会しての研修会が年2回開催されていた。職種ごとに2～3名の世話人を出す形で運営され，毎回テーマと発表者を決めて開催された。大学の精神科教室が事務局となった。発表者は，小児科医・精神科医・学校教師・福祉職・心理職・療育施設職員・児童養護施設職員などであり，それぞれの職種から1名ずつということが多く，参加者は40～80名程度であったが，会を通じて，お互い「顔見知り」という関係が築かれていった。テーマは，不登校・発達障害（知的障害・自閉症・学習障害・多動・脳性麻痺）・心身症などが取り上げられ，テーマによっては眼科医（心因性視力障害）や皮膚科医（抜毛症），整形外科医（疼痛，心身症）などに講演を依頼したこともあった。開業の小児科医も「児童相談所の〇〇さん」を認識するようになり，虐待通告などの連携が円滑に行われるようになった。逆に，福祉や療育あるいは精神科医につながることに抵抗のある養育上の問題を抱える保護者について，地域でサポートしている小児科開業医と情報

交換をすることが可能となった。

### II. 精神科医が参加したスクールカウンセラー事業

1995年から開始された，文部科学省のスクールカウンセラー（以下，SC）事業に精神科医がチームの一員として参加した。山形県では1校3人のSCを置く体制が試みられた。SC事業が開始されたとき，まだ山形には臨床心理士が少なく，担当校に単独で出向くことが可能な人員に満たなかった。そのための苦肉の策として，精神科1名・臨床経験の長い臨床心理士1名・性別の違う若い臨床心理士1名からなるチームを編成し，担当校に赴いた。1学期に1度は3名が同日に登校して，学校との打ち合わせ会議を持った。

「学校の中での立ち位置がわからない」「医師のアイデンティが保てない」などの理由でSCを1年で辞退した若い医師もいたが，「病院外来では会わないが，援助を必要とする児童・生徒が多いことに驚いた」ということを感じた医師も多かった。結果，学校から精神科医療への敷居が低くなり，また精神科医の側では学校というシステムの理解が深まった。

精神科医がSCをするにあたって留意したことは，①所属病院やクリニック名は，自らは名乗らないこと，②医療機関への紹介が必要と判断され

表2 他職種のスクールカウンセラーとの連携について

| 他のスクールカウンセラーとの<br>連携状況 | 良い 普通 悪い |    |    |
|------------------------|----------|----|----|
|                        | 良い       | 普通 | 悪い |
| 協力・サポート（連携）            | 9        | 5  | 0  |
| 方針や連絡事項の伝達（疎通性）        | 10       | 3  | 1  |

## 【複数配置方式について】

- ・精神科医と臨床心理士で分業（役割分担ができる）
- ・客観的な立場でサポートやアドバイスが可能
- ・カウンセラーが数人いることで、子どもや先生の選択の幅が広がる選択する権利を保障するためにも必要
- ・山形県において、臨床心理士も児童精神科医も人数が少ない
- ・1人のカウンセラーの勤務日数が少ないため継続対応が難しい

表4 精神科医がスクールカウンセラー活動を通して感じた問題点

|   |
|---|
| ・面接の構造がしっかりしていないため、関わり具合合い、教師への情報提供について悩んだ                    |
| ・教師側が構えてしまうこともあるように感じた  |
| ・スクールカウンセラーの身分保証の問題、責任所在の問題、自分の責任の所在が不明確でありながら、医師としての意見を求められる |
| ・囑託では限界（月1〜2回の相談では対応が難しい）                                     |
| ・カウンセラーを常駐して対応する必要があるのではないか                                   |
| ・学校という慣れない場所で、少ない頻度での勤務は緊張を伴って疲れた                             |

るときは自分の所属する病院やクリニックには原則として紹介しないこと（やむを得ない場合は所属病院の他の医師に主治医を依頼する）ことであった。

その当時SCをしていた14名（男性12名、女性2名）、平均年齢34.4±3.3歳（26〜50歳）精神科医平均経験年数10.0±3.1年（2〜28年）の活動状況と意見は、表1〜4のようなものであった。相談相手は教師が最も多く、児童生徒からは友達関係の悩み、家族からは不登校や引きこもり、教師からは不登校や発達障害（特に平成11年頃からADHD）の子どもの対応についての相談が主であった。他の職種のSCとの連携はほぼ良好であった。複数配置方式は、相談する側の選択の意味でも、臨床心理士との役割分担の上でも有効に

表3 精神科医がスクールカウンセラー活動を通して感じた良かった点

|   |
|---|
| <学校との関係で>                                     |
| ・学校内部の事情・雰囲気があった                              |
| ・外来を受診する教師、児童生徒、保護者の苦悩をより理解できるようになった          |
| ・病院以外の場での相談活動は新鮮に感じて良い刺激になる                   |
| <精神科医として>                                     |
| ・自分の能力不足を再認識できた                               |
| ・病院を外から見ることができた                               |
| ・「健康な悩み」と接する機会を持てた                            |
| ・精神科受診の必要があると思われる子どもを、病院につなげるコンサルテーションが可能であった |

表5 インシデントプロセスによる事例検討会

## 【インシデントプロセスについて】

マサチューセッツ工科大学のピゴーズが提唱した事例研究法

## 【インシデントプロセスの特徴】

1. 事例提供者は発端となる小さな出来事を提示する
  2. 参加者は質問することによって、出来事の背景や、原因となる情報を収集し、問題を分析し、対策を考える
- 情報を収集しながら問題を解明していくプロセスに重点を置く点が、インシデントプロセスの特徴である

思われた。精神科医がSCとして活動する利点として、精神的問題へのコンサルテーションが容易となること、児童精神科医の研修方法として活用できることがあると考える<sup>1)</sup>。

## Ⅲ. 養護教諭中心の事例検討会

児童精神科医がスーパーバイザーとなった事例検討会が定例化し、学校で養護教諭の相談を受けるだけでなく、養護教諭集団が主体となった事例検討会が、いくつか開催されるようになった。その中でスーパーバイザーであった児童精神科医が転勤したため、私が7年前から助言を担当することとなった会がある<sup>2)</sup>。

この例検討会は、インシデントプロセス法（表5, 6）という、発表者に負担が少なく参加者が必要な情報を質問し、問題を絞り込み、対応を具体

表6 インシデントプロセスによる事例検討会の流れ

- 
1. 事例を提供する
  2. 実際に問題解決方法を考えていく上で必要と思われることを事例提供者に質問をする
  3. 支援方法について話し合うため、小グループに分かれる
  4. グループに分かれて対応策と理由を話し合う
  5. グループごとに支援方針を発表する
  6. 事例提供者の感想 (シェアリング)
- 

誰も傷つかない事例検討会と言える

的に考えてゆくというプロセスをとるが、「誰も傷つけない事例検討会」(村山)<sup>3)</sup>であり、グループ集団の力量を上げることができる。参加している養護教諭の中には、児童・生徒と保護者が精神科初診する際に付き添うこともあり、適切な医療と保護者の橋渡し機能を持つことも多くなっている。

### おわりに

山形県の学校精神保健の現状の問題点の1つ

---

は、児童を専門として学校との連携を図りながら治療に当たる児童精神科医や精神科医がまだ少ないということである。小児科医や臨床心理士、福祉職など児童を対象とする多領域の専門職と同じテーブルで研修や情報交換をする場を設定することは、山形県でも現在では困難になっている。かろうじて子どもの虐待防止に関係している専門職においては多職種間のネットワークが構築されているが、児童の精神保健の専門家の養成と、連携ネットワークの再構築が今後の課題と考えている。

### 文 献

- 1) 森岡由起子：スクールカウンセラーの役割と連携，児童青年精神医学セミナーⅠ，金剛出版，東京，2009
- 2) 森岡由起子：教育に関するセミナーシンポジウム：連携のために工夫していること，児童青年精神医学とその近接領域，53：329-338，2012
- 3) 村山正治，中田行重：新しい事例検討法 PCAGIP 入門，創元社，大阪，2012

## Considerations about How Psychiatrists, Clinical Psychologists, and School Nurses Collaborate

Yukiko MORIOKA

*Department of Clinical Psychology, Taisho University*

Our collaborative practices among psychiatrists, clinical psychologists, school nurses, and other professionals in Yamagata Prefecture are reported, and future issues are discussed.

1. We have held interprofessional workshops twice a year for about twenty years. The members of the workshop are psychiatrists, pediatricians, clinical psychologists, social workers, school nurses, and other professionals. Through the workshops, we have come to know each other better and became able to collaborate effectively.

2. When the school counseling system was introduced into elementary schools and junior and senior high schools in Yamagata Prefecture in 1995, psychiatrists were asked to work as part-time school counselors. As a result, the psychiatrists took understand mental health issues in schools more deeply. Some school nurses came to active roles in the school counseling system. They tried to bridge the gap between teachers and school counselors ; clinical psychologists or psychiatrists.

3. Professional workshops on mental health were organized by school nurses in some areas. Psychiatrists and clinical psychologists were invited to work as advisors. In one of the workshops, the incident-process case discussion method was introduced, and it was thought to facilitate the development of capabilities in school mental health activities among the members of school nurses.

< Author's abstract >

< **Key words** : School mental health, psychiatrist, clinical psychologist, school nurse,  
collaboration >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

高知県における発達障害の早期発見・早期療育の現状と課題  
——特別支援教育との連携への模索——

島中 雄平

(高知県立療育福祉センター)

高知県では、発達障害者支援法が施行された平成 17 年頃から発達障害のある人たちについての支援体制の整備が本格的に議論されるようになったが、それ以前にも、例えば県立精神病院の児童思春期外来や知的障害児施設などでの自閉症を中心とした発達障害児（者）への取り組みが存在しており、そのことが法成立後の展開の土台となった。平成 20 年からは高知県と高知大学の協働による高知発達障害研究プロジェクトが立ち上がり、県の事業と連動しながら、早期発見・早期介入や個別支援計画についての取り組みを行ってきている。その中で特に教育への、そして、教育からの移行については今後に向けての大きな課題となっている。発達障害に関与する人的資源・社会的資源が十分ではなく、財政的にも豊かであるとは言い難い高知県であるが、それだけに専門家同士の、そして機関同士の実質的な連携の必要性を痛感しており、そのような取り組みが一貫した支援体制の構築につながっていくものとする。

< 索引用語：高知県，発達障害，早期発見，早期療育，特別支援教育 >

## はじめに

高知県では、平成 17 年 11 月から平成 20 年 1 月まで発達障害児（者）支援体制整備検討委員会と広域特別支援連携協議会を合同で開催し、現状と課題の検討を行った。障害保健福祉関係の部局と教育委員会が、共通の委員で、かつ共同で会議を開催したことで、その後の高知県における発達障害の支援は医療や福祉と教育との連携をより積極的に志向することになった。具体的には、県と高知大学が共同で“高知発達障害研究プロジェクト”を立ち上げ、さまざまな分野の専門家が協働する基盤として機能することを目指してきた。筆者は支援体制構築の前段階から、精神科医としての立場と行政職名を持つ県職員としての立場で、これら関与してきたが、ここでは、支援体制の構築の中で発達障害研究プロジェクトと県の事業が直接的に連動しながら活動を展開してきた早期発見・

早期療育のシステム作りと、個別支援計画の様式の策定とそれをういた支援の取り組みについて概括し、今後の高知県としての取り組みについて報告する。

## I. 支援体制構築の前段階

高知県における発達障害の包括的な支援体制構築は、平成 4 年 4 月に高知県立芸陽病院（当時）に児童思春期専門外来が開設されたところから始まった。ほぼ同時期に県立（当時）の知的障害児施設の有志によって、強度行動障害研究班が立ち上げられた。成人施設対象の年齢になっても家庭に戻ることも成人の施設に移ることもできない“過齡児”と呼ばれる成人入所者が多く、そのほとんどが中等度から重度の知的障害を伴う自閉症のある人たちであり、彼らのほとんどに福祉行政用語で“強度行動障害”と呼ばれる激しい自傷、興

奮、睡眠障害、破壊的行動などの問題が見られる現状を何とかしようという試みであった。筆者は前述の県立病院児童思春期外来の担当医であり、かつ同施設の嘱託医であったが、彼らと一緒に自閉症への包括的支援である TEACCH プログラムを学ぶ中で、障害特性と個別性に配慮した環境整備により問題行動の改善がみられることを痛感し、医療と福祉との連携の必要性を強く認識した。また、同園では学齢前の自閉症のある子どもたちを対象とした通園事業を試行的に行い、早期からの特性を踏まえた療育がその後の経過に肯定的影響を与えることが臨床的に確認されたが、一方で就学以降の問題、具体的には適切な支援の引き継ぎが不十分であることが浮彫りになってきた。

平成11年には、県の組織改編に伴い設置された高知県立療育福祉センターに筆者が異動し、精神科を設置して発達障害にほぼ特化して診療を開始した。平成18年には、発達障害者支援法の成立・施行に伴い、発達障害者支援センターの機能と、就学前の自閉症のある子どもたちのための通園機能を持つ発達支援部が設置された。また、同部の設置にあたり、教育との連携を円滑にするために県教育委員会に発達障害についての専門的な知識と経験のある人材の配置を求め、実現をした。

## II. 高知発達障害研究プロジェクト

### 1. 設立の経緯

冒頭に記述した協議会には医師、大学関係者、教員、行政、労働関係、保護者団体などが委員として選任され、早期発見体制の構築、その後の支援体制のあり方、就学への移行支援、放課後なども含めた学齢期の支援、就労・生活支援、支援計画の策定と関係機関の連携のあり方、専門的研修の体系化と啓発活動の充実などについて議論を重ねた。その成果は「審議のまとめ」として平成20年1月に高知県健康福祉部長（当時）と県教育長に報告したが、委員間でこの「まとめ」が今後の県の取り組みにどのように反映されるかを検証することが必要であるという認識を共有した。そのことを踏まえて、高知県と高知大学が共同で立ち

上げたものが高知発達研究プロジェクトである。

プロジェクトの目的は、発達障害に関する社会資源の乏しい高知県で、人材が集中している県と大学が協働し、発達障害施策のシンクタンクとしての役割を担うことであった。大学側からは、教育学部特別支援教育相談室と医学部子どものこころ診療部、保健管理センター、附属特別支援学校などが、県側からは、療育福祉センター発達支援部、教育センター特別支援教育担当に加え、行政サイドの障害保健福祉課と教育委員会特別支援教育課が参加をした。平成20年度から、基礎研究、早期発見と対応、個別支援計画、地域支援法研究、専門家養成のワーキンググループでプロジェクトを展開してきている。

### 2. 高知県の事業との連動

早期発見対応と個別の支援計画のワーキンググループは、県の発達障害者支援事業と連動して活動を展開してきた。ツールの作成や事業の実施に関わる予算措置、事務的対応は県が行い、ソフト的な部分の開発と調査・検証はプロジェクトで行ってきている。

### 3. 早期発見・早期療育について

自閉症スペクトラムを中心とした発達障害児の早期発見と早期療育体制の構築を目指し、この問題に先進的に取り組んでいる佐賀県が平成16年から実施しているシステム（図1）をモデルとすることを決め、佐賀県側の承諾を得た。

佐賀県では、独自に開発した2次問診票と保健師への研修を重視し、乳幼児健診から親カウンセリング事業、早期療育教室を経て専門的な医療機関での診察につなげるという一連のフォロー体制が、全市町で実施されている。高知県での導入にあたり、プロジェクトが担った役割は、平成20年度と21年度は保健師を中心とした健診従事者のための学習教材の開発（表1～4）と研修の効果の検討のためのアンケート様式の作成、平成22年度には開発した教材を用いた研修の実施とアンケート調査結果の解析、平成23年度には1歳6ヵ月

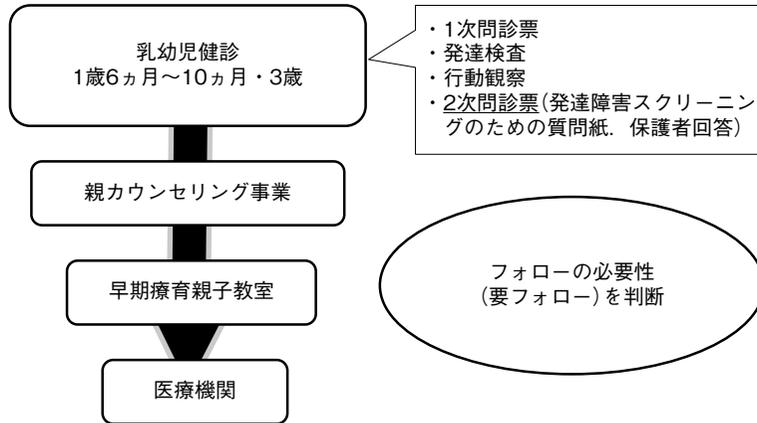


図1 高知県の発達障害リスク児早期発見モデル事業 (佐賀モデル)

表1 平成20年度

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ツール作成のもとになる自閉症スペクトラム早期発見のためのクリニカルチェックポイントを作成</li> <li>・クリニカルチェックポイントの内容<br/>はじめに「早期発見・早期療育の重要性について」</li> </ul> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目的と使用法</li> <li>2. 1歳半から2歳までの自閉症スペクトラムの子どもにみられる臨床的特徴</li> <li>3. 臨床的特徴とチェックポイント項目の関連             <ol style="list-style-type: none"> <li>a. 関与しながらの観察が必要な項目とその方法</li> <li>b. 養育者への聞き取り項目と問診票</li> </ol> </li> </ol> |
|---|

表2 平成21年度保健師研修のため教材作成 (1) ブックレット

|  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 目的と使い方</li> <li>2. ASDの診断基準と早期発見の考え方</li> <li>3. 「社会的コミュニケーションの発達において定型発達に“見られるの”が“見られない”」</li> <li>4. 2歳までのASDの臨床的特徴</li> <li>5. DVDの見方</li> <li>6. 健診または診察場面のセッティング例</li> <li>7. 養育者からの聞き取りのポイント</li> <li>8. コラム (佐賀県, 香美市での取り組み, 用語解説など)</li> </ol> |
|--|

表3 平成21年度保健師研修のための教材作成 (2) DVD

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・人からの働きかけへの反応</li> <li>・ショーイング</li> <li>・感情の共有</li> <li>・ソーシャル・ルーティン</li> <li>・ジョイント・アテンション</li> <li>・やり取り遊び</li> <li>・表情の豊かさ</li> <li>・コミュニケーション</li> </ul> <p>* ソーシャル・スマイル</p> |
|---|

表4 平成21年度保健師研修のための教材作成 (3) スライド

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・DVDの項目についてASDではどうか</li> <li>・その他のASDに関係すると思われる特徴的な行動について (裏向きバイバイ, 爪先歩き, 耳塞ぎ, 情動的な動き, 運動の発達, 退行現象など)</li> </ul> |
|---|

(一部の市で1歳10ヵ月) 健診の2次問診票の結果について、要フォローと判断される幼児の保護者が選択しやすい項目があるのかを統計的に検討した。

教材の作成について少し詳述すると、平成20年度は教材の原案となる「自閉症スペクトラム早期

発見のためのクリニカルチェックポイント」の作成を筆者が行い、平成21年度のブックレットとDVD、スライドの作成については佐賀県の専門家、健診に実際に出向いている発達支援部の発達臨床心理士、子どものこころ診療部の医師・臨床心理士が加わったチームとして行った。ブックレットとDVDは各市町村に配布をしたが、スライドの教材に関しては、研修のみで使用した。

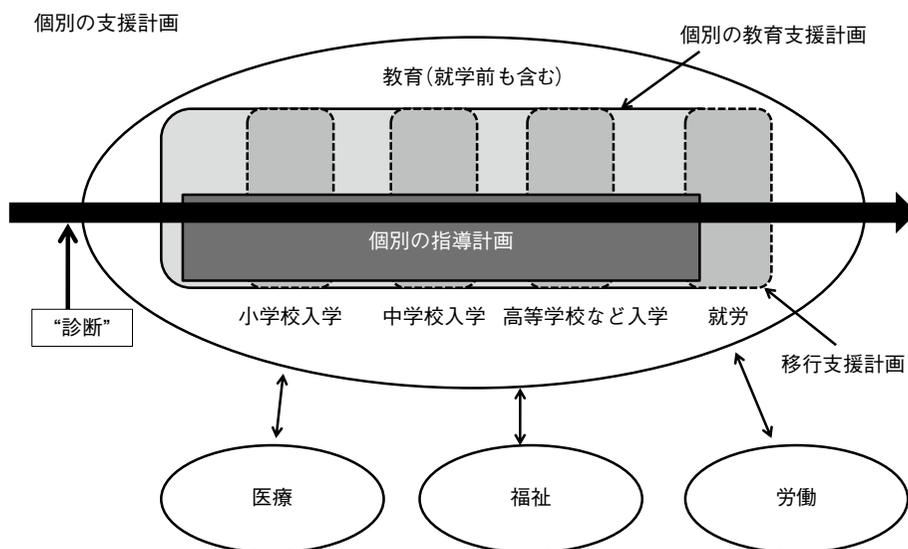


図2 個別の支援計画，個別の教育支援計画，個別の指導計画，個別の移行支援計画の関係

#### 4. 個別支援計画について

就学前の支援から学校への移行の問題は、以前の大きな課題であった。個別支援計画の目的としてまず考えられたのは、そのような移行期の問題を改善し、幼児期から一貫した支援を行うための情報の引き継ぎのツールとしての側面(図2)であった。

平成20年度には個別の支援計画フォーマットの書式を作成したが、ICF(国際生活機能分類)の視点を取り入れたメインシート(図3,4)の開発がその重要な柱であった。その様式を用いて幼児から成人までを想定した模擬支援会議や記載方法についてのワークショップを行い、そのうえで県事業のモデル地区での実際の支援会議を行った。小学校6年生の児童の移行支援のための会議と位置づけ、保護者、小学校教員(担任・特別支援コーディネーター、管理職)、進学予定の中学校教員(小学校と同様の構成)、療育福祉センター職員、該当市町村の教育委員会指導主事とプロジェクトの個別支援計画ワーキンググループのリーダーが参加をした。平成21年度には、モデル地区の小中学校と高知大学教育学部特別支援学校での計画作成を行い、平成22年度にはモデル地区以外での計

画作成にも着手した。その経過の中で、支援会議でメインシートを完成させ、そのことにより参加者全員が対象となるケースへの支援の個別的・具体的な方向性を、共通認識として持つことができるのではないか、という感触が得られた。平成23年度にはそのことを検証するため、支援会議の前後で参加者にアンケート調査を行い、現在結果を集積しているところである。

### Ⅲ. 今後に向けて

高知県では、「日本一の健康長寿県構想」の中で、発達障害者支援を重要施策の1つと位置付け、身近な地域での療育拠点の整備としては児童福祉法改正(平成24年4月施行)で制度化された児童発達支援センターで発達障害への専門的な療育支援を行うこと、また、ライフステージに応じた支援体制の構築のために、早期発見・早期療育、支援内容の引き継ぎの充実を目指している。また、新たな雇用モデルの創出を目的に、発達障害研究プロジェクトとも連動しながら新たな取り組みを始めたところである。

対象児・者

作成者

作成年月日

再作成予定日

現状のまとめ (作成時の主訴・課題・話し合いたいことなど)

今の課題を1つから3つくらいに絞って、具体的に書く。他の項目はいろいろ気が付いたことを書くよりも、課題にしたがって、情報を書く。

健康状態 (診断名など)  
診断名、もしくは疑いなど障害について

| 心身機能・構造<br>(検査や評価による心身機能や<br>身体構造など)   |  | 活 動<br>(個人の課題や行為の遂行など)  |   | 参 加<br>(他者とのかかわりや集団場面など)   |   |
|--|--|---|---|--|---|
| 積極面  | 消極面  | 積極面   | 消極面   | 積極面  | 消極面   |
| 医療関係者 (医<br>者, 看護師, 作業<br>療法士, 理学療法<br>士, 心理士など),<br>福祉関係者 (児童<br>相談所, 学童保育<br>職員, 社会福祉協<br>議会, 民生委員な<br>ど), 保健関係者<br>(保健師など), 教<br>育関係者 (特別支<br>援学校教員, 教育<br>センター, 教育委<br>員会, 大学教員な<br>ど), 労働関係者<br>(ハローワーク,<br>障害者職業セン<br>ター職員など),<br>「外部専門家」に<br>よる発達検査な<br>どの客観的な評<br>価<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる積極的な様<br>子・気持ち<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる積極的な様<br>子・気持ち | 同左の内弱いと<br>ころ, 左右対比で<br>書くともやすい<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる様子・気持ち<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる様子・気持ち | 生活の中で見え<br>る様子. とくに子<br>どもが一人で行<br>えること, 書け<br>る, 読める, ~が<br>できるなど. 友達<br>とのかかわり, 集<br>団内での活動で<br>あれば, 参加の項<br>目に記入.<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる本人の様<br>子・気持ち<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる保護者の気<br>持ち | 同左でできない<br>こと, 苦手なこ<br>と, 支援がとつて<br>も必要なことな<br>ど.<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる本人が頑張<br>りたいこと<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる保護者の頑<br>張ってほしいと<br>思う気持ち | 生活の中で見え<br>る様子. とくに他<br>の子どものか<br>かわりや集団場<br>面での様子. ~が<br>友達と一緒にで<br>きる, 支援があれば<br>~みんなとで<br>きるなど. 他者と<br>のかかわりを重<br>視した項目であ<br>れば参加に, 個人<br>の力に注目した<br>項目であれば活<br>動の項目に記入.<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる本人の様<br>子・気持ち<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる保護者の気<br>持ち | 同左でできない<br>こと, 苦手なこ<br>と, 支援がとつて<br>も必要なことな<br>ど.<br><br>○本人の思い<br>上記項目にかか<br>わる本人が頑張<br>りたいこと<br>○保護者の思い<br>上記項目にかか<br>わる保護者の頑<br>張ってほしいと<br>思う気持ち |

図3 メインシート (1)

|   |  |
|---|--|
| <p style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">環境因子</p> <p style="text-align: center;">(物的・社会的環境, 人々の態度などによる促進的<br/>あるいは阻害的な影響力, 保護者・家族の支援<br/>状況, 生活環境, 学習環境など)</p> <p>保護者の様子, 意識, 学校の様子, 意識, 家庭環境, 学<br/>級の環境など積極面と消極面を書く。</p> | <p style="text-align: center; border: 1px solid black; border-radius: 10px; display: inline-block; margin-bottom: 5px;">個人因子</p> <p style="text-align: center;">(個人的な特徴の影響力, 個人の気持ち,<br/>気質, 性格など)</p> <p>保護者の様子, 意識, 学校の様子, 意識, 家庭環境, 学<br/>級の環境など積極面と消極面を書く。</p> |
| <p>今後の計画 (今後の目標・手立て・役割分担など)</p> <p>今後の目標<br/>現状のまとめに基づいて, 1つでも具体的な短期目標 (1週間, 1か月, 1学期の目標) を決める。</p> <p>手立て<br/>できるだけ多くの手立てを書いておいて, 担任以外もどのように支援に関わるかを書いておく。</p>   |  |
| <p>支援会議出席者<br/>会議に出席していた人を書く</p>  |  |

図4 メインシート (2)

### おわりに

高知県における発達障害支援体制構築の経過と今後の方向性について述べてきた。発達障害の理解が希薄であった20年前の状況が変わってくるにあたっては、発達障害者支援法の成立が寄与していることは当然であるが、それを契機とできるような取り組みが、以前から細々とではあるが展開されてきたことも大きかったのではないかと、実践の中での問題意識の蓄積があったからこそ、その後の協議会などにおける認識の共有があり、高知県と高知大学の協働による高知発達障害研究プロジェクトの展開につながっていくこととなっ

た。県としての事業化と、それと連動する形でのプロジェクトの活動は、人的資源の乏しさと財政基盤の脆弱さの中でのいわば“苦肉の策”であるが、そのことによって行政と専門家が一体感を持てたとも考えられる。教育現場との連携は今後の課題である側面も決して少なくないが、このような取り組みの延長線上に、医療・保健・教育・福祉・労働などすべてのライフステージにおける一貫性を持った、そして同時にそれぞれの地域の実情に即した高知県における発達障害者支援の方向性があると信じている。

The Current Situations and Issues Regarding Early Detection and Early Intervention  
for Children with Developmental Disorders in Kochi :  
Seeking Cooperation with Special Support Education

Yuhei HATAKENAKA

*Kochi Prefectural Medical and Welfare Centre for Disabled*

In Kochi Prefecture, since 2007, after the passing of the Act on Support for Persons with Developmental Disabilities, we have been officially discussing support systems for people with developmental disorders. However, even before then, there had been clinical practices in this field in child and adolescent psychiatric outpatient clinics in prefectural mental hospitals and prefectural institutions for mentally retarded children. They provide a basis for development after the Law's enactment. From 2010, Kochi Prefectural government and Kochi University established "the Kochi Developmental Disorders Support Project", which is a research and practical collaboration project in this field. In this project, we have developed early detection and intervention systems and individual support plans at a prefectural level. In this process, we recognize that "transition to school" and "transition from school" are two of the most crucial problems in the near future. We have inadequate human and social resources in regard to developmental disorders, and the fiscal budget is small in Kochi. However, because of the situation, we fully realize that it is very important to build up strong collaboration and cooperation among specialists and organizations in this field. We believe that striving in this direction will lead us to establish a reliable support system for people with developmental disorders.

<Author's abstract>

<Key words : Kochi prefecture, developmental disorders, early detection, early intervention, special support education>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

緩和ケアと精神腫瘍学はいかに連携するか  
——緩和ケア医の立場から——

中島 信久

(医療法人東札幌病院緩和ケア科)

近年、がん医療のより早い段階から緩和ケアを並走させることの重要性が強調されている。がん患者は、受診→診断→初回治療（手術など）→術後補助療法→再発（～再発治療）→治療の中止→終末期という経過を辿り死に至る。そこで、進行乳がん患者をモデルとして、①症状の自覚→受診、②受診→診断→初回治療、③術後補助療法、④再発、⑤終末期の5つの段階に分け、それぞれの段階で生じる精神腫瘍学的な問題と精神科医の役割について検討する。⑤では身体症状の増強とともに、不安、抑うつ、せん妄を始めとした精神症状への対応の必要性が増し、精神科医の役割は大きい。一方、②や③など、がん医療の初期の段階では、がんと診断された時の気持ちのつらさや再発の不安などといった精神腫瘍学的な問題は多い。ときには①の時期に生じた問題がその後の治療経過に影響を及ぼすこともある。④においては「再発の告知」による衝撃は初めてがんと診断された時よりも大きいと言われ、精神腫瘍学的なサポートは重要である。さらに、患者のみならず「第2の患者」と言われる家族（遺族）が抱える問題に対応することも大切であり、その際、精神科医は中心的な役割を担う立場にある。がん医療において、精神科医が医療チームの一員として、精神腫瘍学的な側面から、がん治療医、緩和ケア医らと連携しながら活躍することが大いに期待される。

<索引用語：緩和ケア，精神腫瘍学，精神症状，多職種チーム，第2の患者>

## はじめに

近年、緩和ケアチーム活動の普及や、がん診療連携拠点病院を中心とした緩和ケア研修会の継続的な開催などにより、緩和ケアが広く普及するようになってきた。がん診療の場において「多職種アプローチ」として、多くの職種からなるスタッフの協力連携のもとに、がんに対する治療やケアが行われている<sup>6,8,9</sup>。医師に関しても、主治医（治

療担当医）を柱として、診療科の垣根を越えた連携が実を結び始めており、そうした中で、緩和ケア医とともに、精神腫瘍医の役割が急速に増じてきている<sup>10,14</sup>。

ところで、こうしたニーズの高まりがある一方で、緩和ケア医の数が未だ十分に充足されていないことと同様に、精神腫瘍医の数もまだまだ少なく、日常臨床の現場では、精神科医がこうした役

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム がん医療において精神科医に期待される役割 司会：大西 秀樹（埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科），内富 庸介（岡山大学医学部・歯学部附属病院） コーディネーター：小川 朝生（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部）

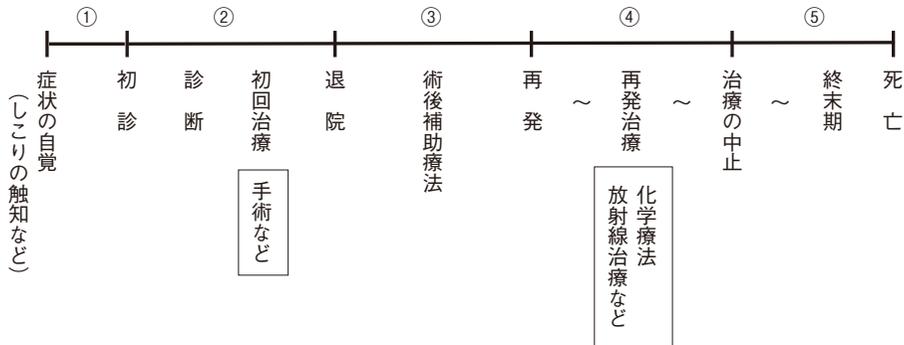


図1 進行乳がん患者の臨床経過

割を担っていることが多い。

そこで、本稿では、がん診療において「緩和ケアと精神腫瘍学がいかに連携するか」ということをテーマに、①「早期からの緩和ケア」における精神腫瘍学の役割、②家族・遺族ケアにおいて精神科医に期待することを中心に、緩和ケア医の立場から論じる。

### I. 早期からの緩和ケア

WHOの定義によれば、緩和ケアはがんの終末期だけではなく、早期からの苦痛の緩和と予防によって、患者のクオリティオブライフ（以下、QOL）を向上させる手段として位置づけられるようになってきた<sup>15)</sup>。エンドオブライフケアにおける身体症状ならびに精神症状の緩和を含めたトータルペインへの対応の重要性は変わらないが、そのことに加えて「がん治療のより早い段階からの緩和ケアの並走」の必要性が高まっている。遠隔転移を有する非小細胞肺癌患者に対して、腫瘍内科医による標準治療に加えて、早期からの緩和ケアを実施することにより、QOLが改善するだけでなく、生存期間を延長させる可能性があるとしたTemelらの報告は、その意義を裏付ける貴重なものである<sup>13)</sup>。

それでは「早期からの緩和ケア」を実践するためには、具体的にどのようにすればよいのであろうか？ 進行がん患者は、通常、症状の自覚→受診→診断→初回治療（手術など）→術後補助療法→再発（～再発治療）→治療の中止→終末期とい

う経過を辿る。そこで、進行乳がん患者を例にとり、こうした一連の臨床経過の中で生じる精神面、心理面を含めた問題点を挙げ、それぞれの状況における精神腫瘍学の役割について整理してみる（図1）<sup>2)</sup>。

### II. 「早期からの緩和ケア」において精神腫瘍学の役割

#### 1. 症状の自覚から初診まで

患者はしこりなどの症状を自覚すると、「がんかもしれない」「おっぱいがなくなってしまうのだろうか」などといった不安や恐怖が頭をよぎり、その後、速やかに病院を受診し、診断、治療へと進むことが多い。その一方で、こうした不安や恐怖のために病院への受診を躊躇し、時には年単位という時間を経たのちようやく受診に至る場合もある。患者はその間、不安や恐怖に日々苛まれ続けてきたことになる。局所進行乳がんを対象とした著者らの調査によれば、腫瘍の触知から病院受診までに平均3年を要していた（図2）。受診遅延の理由としては、「がんと言われるのが怖い」「がんの痛みで苦しむのは嫌だ」「がんになったらもうおしまいだ」などといった「がんに対する恐怖」が過半数を占めていた。受診後も「もっと早く来ていれば」とか「全部自分が悪い」といった自責的な言動が約7割の患者に認められた。また、抗がん治療を開始する障壁となったり、治療開始後のアドヒアランスの低下をきたすなど、その後の治療に影響することも大きな問題となってい



図2 局所進行乳がん症例

た。こうした患者を支えていくためには、その後の治療やケアに精神科医が医療チームの一員として参画して、精神腫瘍学的なアプローチを継続的に行っていくことが重要である<sup>4)</sup>。

## 2. 「初診」～「診断」～「手術」まで

検査や診断に関する不安や「乳がん」という病名の確定に伴う心理的衝撃、さらには乳房喪失に関わる問題などが、短い期間の中で患者や家族に次々と襲いかかってくる。また、がん病変の進行程度や、乳房温存療法を遂行するという目的のために、術前に化学療法を必要とする場合もある。ここでも、精神科医が医療チームの一員として関わることが、患者の心理的負担や精神症状の軽減につながるであろう。

## 3. 術後補助療法

手術が成功したのちに、進行度に応じて、化学療法や内分泌療法、分子標的薬などを用いた薬物

療法が行われる。乳房温存手術を行った際には、通常、残存乳房への放射線照射が必要となる。手術治療が一段落したことに安堵しながらも、薬物療法や放射線療法に伴う副作用や、「再発するのではないか」という不安に苛まれる時期である。こうした場合、医療チームとして関わり続け、精神面や心理面でのサポートをすることや、状況が深刻な場合には適切なタイミングで精神科医による専門的介入を図ることが、治療のアドヒアランスの向上のためのみならず、日々の生活を穏やかに過ごすために重要である。

## 4. 再発

「乳がんである」という初回診断の時よりも再発時のほうが、患者が受ける精神面での衝撃は大きいと言われる<sup>1)</sup>。再発という「悪い知らせ」を伝える過程でのサポートを十分な配慮のもとに行っても、終末期に向けての不安などの精神症状の改善がなかなか図られない場合が多い<sup>7)</sup>。また、

再発治療として、二次、三次の治療が行われることが多いが、その都度、これから行う治療の目的や今後予想される方向性についての情報提供が十分ではなかったり、患者や家族の理解が十分に得られていないと、抗がん治療による効果が期待できなくなっていく過程において、適切な時期にこうした治療を中止することが困難となり、そのことが終末期のケアの質の低下につながることになる<sup>5)</sup>。

こうした状況においても、精神科医が医療チームの一員として精神腫瘍学的アプローチを継続的に行っていくことの意義は大きい。

### 5. 終末期

再発に対して行ってきた治療により、期待した効果を得られず、治癒や延命が困難なことを認識し、さらには、死が差し迫っていることを意識する時期である。疼痛を始めとした種々の身体症状の緩和とともに、うつ、不安、せん妄などの精神症状に対するコントロールを図りながら、「治らないこと、死が差し迫っていること」へのサポートを行っていくことが重要である。精神腫瘍学的アプローチが果たす役割はとても重要である。

## Ⅲ. 家族・遺族ケアにおいて精神科医に期待すること

以上述べたように、治療やケアのそれぞれの段階において生じる精神医学的問題は多彩であり、それゆえ精神科医に寄せられる期待度は非常に高いといえよう。ところで、家族は患者を支えるという重要な役割を担うと同時に、患者と同様にケアを受ける立場にもある。心理的な苦痛のほか、社会的な苦痛、スピリチュアルペインなど、抱えている問題は多岐にわたる。「第2の患者」と言われる所以である<sup>3)</sup>。「家族」である時に生じた問題に対して「遺族」になってからも関わり続けることが必要であったり、「遺族」になったことで新たな問題が生じ、そのことに対するサポートが必要となることがある。「家族・遺族外来」を設けて、この問題の解決を目指している医療機関もあ

る<sup>11)</sup>。当院緩和ケア科が、こうした医療機関と連携して家族ケアを行っている症例を呈示する。なお、症例の呈示に際して、患者・家族の承諾を得た。

### 1. 症例 A, 70 代女性

【診断】脳腫瘍 (glioblastoma)

【家族歴】夫：大腸がん (術後再発に対して化学療法を施行中)、長女：40 代・既婚・うつ病；A 県 (関東地方) 在住、長男：B 県 (関東地方) 在住

【現病歴】

X 年 9 月、急速な認知機能低下が出現したため、C 病院を受診し、精査にて上記診断を得た。手術、化学療法などを行ったが効果はなく、予後は数ヶ月と見込まれたため、X+1 年 1 月下旬に D 病院緩和ケア病棟に転院した。その後も全身状態は徐々に悪化し、3 月上旬には脳浮腫の増強により意識低下をきたし、予後は「短い月単位」と予想された (頭蓋内圧亢進などのために急速な経過を辿る可能性があることを含めて家族に説明を行った)。

【家族に関すること】

長女が、こうした状況にある母親の今後を思うことで、強い不安に苛まれていた。以前より地元のクリニック (心療内科) で「うつ状態」の診断のもとに投薬治療を受けていた。母親の病気のことなど、色々と心配なことを担当医師に相談したいと思っていたが、毎回の診療では投薬が主体で、思いを打ち明けられないでいた。病棟カンファレンスにおいて、近い将来にやってくる母親との離別の前に、その後の「こころのケア」のつながりを確保することが必要であると判断し、E 病院精神腫瘍科 (家族外来) への受診の準備を進めた。

【受診後の長女の言葉】

「近いうちに母親との別れがくることは、頭の中ではわかっているつもりです。でも、がんが再発している父親のことや自分のこれからの生活のことを考えると、心配で仕方ありません。こちら (緩和ケア病棟) では皆さん (主治医、病棟ス

スタッフ、ソーシャルワーカーなど)に色々と相談にのってもらい、そのたびに助けられています。でも母親が亡くなった後はこうした関わりも無くなってしまいますので、どうしようかと心配していました。今回、家族外来を受診できたことで、地元に戻ってから困ったときの拠りどころができ、とても大きな安心を得ることができました。色々なところで繋がっているのだなと実感しています」

### 【考察】

長女はやがてやってくる母親との別れのために、心理的な苦痛や関係存在の喪失を始めとしたスピリチュアルペイン<sup>12)</sup>に苛まれていた。各スタッフは協働して、面会のために来札した際の直接的な介入や、地元に戻った時の電話によるサポートを行っていたが、母親が死亡した後は、こうした関わりを維持することは困難になるので、このたび、家族遺族外来への橋渡ししできたことは、ケアの継続性という点で、とても有意義なことであると考えられる。さらには、父親の病気の今後の経過を考えると、いずれ長女との関わりを持つ機会が再びやってくる可能性があることから、家族遺族外来との双方向性の連携は、今後の患者・家族ケアにおいて、より一層重要なものになると思われる。

### まとめ

がん患者の臨床経過のそれぞれの時期に生じる問題点を理解し、全体の流れを見据えながら、その時々適切に対応することが、医療チームとして求められる。このように考えると、治療とのバランスを図りながら質の高い緩和ケアを提供していくにあたり、精神腫瘍学が果たす役割はとても重要であり、精神科医はチームの一員として必要不可欠な存在である。さらに、患者のみならず、「第2の患者」とも言われる家族(遺族)に対しても、重要な役割を担う立場にある。

「患者や家族は今どういう立ち位置にいるのか?」「今、どういったことで苦しんでいるのか?」「これからどのようになっていくのか?」と

いう問題をチームで共有したうえで、治療担当医、緩和ケア医、精神科医など、それぞれの専門診療科を担う医師が持つ「+(プラス)」の力を発揮しながら、仲間の「-(マイナス)」をカバーしていくことにより、より良いがん医療の提供が可能となるであろう。がん医療に携わる者として、こうした取り組みを精神科医と協働して行っていることを願っている。

### 文 献

- 1) 明智龍男：乳がん通院患者の精神症状とそのケア。乳癌の臨床, 18 ; 212-219, 2003
- 2) 河野博臣, 濃沼信夫, 神代尚芳訳: Psycho-oncology. メディカルサイエンス社, 東京, p.69-93, 1993
- 3) Lederberg, M.S.: The family of the cancer patient. In : Holland, J.C., ed. Psycho-oncology. Oxford University Press, New York, p.1981-1993, 1998
- 4) 中島信久, 秦 温信, 松岡伸一ほか: 局所進行乳癌(T4)患者における受診遅延の背景と治療上の問題点に関する心理社会的検討。緩和医療学, 6 ; 245-250, 2004
- 5) 中島信久, 秦 温信: 進行再発癌患者に対する化学療法のエンドポイントの説明が終末期ケアの質に及ぼす影響。Palliative care research, 1 ; 121-128, 2006
- 6) 中島信久: 「緩和ケアチーム」—精神科医に期待すること, 精神科医ができること。外科医の立場から。精神医学, 49 ; 933-937, 2007
- 7) Nakajima, N., Hata, Y., Onishi, H., et al.: The evaluation of the relationship between the level of disclosure of cancer in terminally ill patients with cancer and the quality of terminal care in these patients and their families using the support team assessment schedule. Am J Hosp Palliat Med, published online 9 July 2012
- 8) 日本ホスピス緩和ケア協会緩和ケア診療加算関連資料: (<http://222.hpcj.org/what/aboutpct.html>)
- 9) 日本緩和医療学会 緩和ケア継続教育プログラム PEACE PROJECT: (<http://www.jspm-peace.jp>)
- 10) 大西秀樹: 「緩和ケアチーム」—精神科医ができること, 何が期待されているのか? 精神医学, 49 ; 897-899, 2007
- 11) 大西秀樹, 和田芽衣, 石田真弓ほか: 家族心理。臨床精神医学, 39 ; 879-886, 2010
- 12) 小沢竹俊: 関係存在とスピリチュアルケア。臨床看護, 30 ; 1059-1069, 2004

13) Temel J. S., Greer J. A., Muzikansky, A., et al.:  
Early Palliative care for patients with metastatic non-  
small-cell lung cancer. *N Engl J Med*, 363 ; 733-742, 2010

14) 内富庸介：がん対策基本法。緩和ケアチームに精神科医のより積極的な参画を。精神医学, 49 ; 564-565,

2007

15) World Health Organization : National cancer control programs. Policies and managerial guidelines. 2nd ed. WHO, Geneva, 2002

---

## Collaboration between Palliative Care and Psycho-oncology- From the Perspective of a Palliative care physician

Nobuhisa NAKAJIMA

*Department of Palliative Care, Higashi Sapporo Hospital*

Recently, the importance of integrating palliative care into the early stages of cancer treatment has been emphasized. Cancer patients take the following clinical course before death : consultation → diagnosis → initial treatment (surgery, etc.) → postoperative adjuvant therapy → recurrence (- treatment of cancer recurrence) → treatment discontinuation → terminal phase. This study divided the clinical course of patients with advanced breast cancer into 5 stages : (1) awareness of symptoms → consultation, (2) consultation → diagnosis → initial treatment, (3) postoperative adjuvant therapy, (4) recurrence, and (5) terminal phase, and examined psycho-oncological problems arising in each stage and the role of psychiatrists.

In stage (5), the necessity of providing support to alleviate psychological symptoms, such as anxiety, depression, and delirium, increases along with intensified physical symptoms, suggesting the significant role of psychiatrists. In the early stages (2) and (3), many psycho-oncological problems arise, such as the shock of being diagnosed with cancer and fear of recurrence. Sometimes problems that arise in stage (1) can affect the subsequent course of treatment. In stage (4), since the emotional impact of a "recurrence diagnosis" is reported to be greater than that of the initial diagnosis, psycho-oncological support is indispensable. Furthermore, it is considered important to provide support for not only patients, but also their family members (bereaved families), called "secondary patients"; therefore, psychiatrists are required to play the central role in cancer treatment.

It is strongly expected that psychiatrists will come to play an active role as members of medical teams in cancer treatment, while cooperating with oncologists and palliative care physicians.

< Author's abstract >

< **Key words** : palliative care, psycho-oncology, psychiatric symptoms, interdisciplinary team, secondary patients >

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## がん医療における精神科医の役割

上村 恵一

(市立札幌病院 精神医療センター)

総合病院精神科は、救命救急センターからのコンサルテーション、身体合併症医療、緩和ケア、自殺対策など多方面において地域の中核病院で献身的な役割を果たしてきたにも関わらず、「時代の要求する医療分野の増大に比して総合病院精神科医師の絶対数が不足している」という問題が叫ばれて長くなっている。特に、自治体病院の経営悪化により、無床総合病院精神科が閉鎖されてしまう例も稀ではない。そのような状況下で当院は2012年4月に無床総合病院精神科から精神科救急・合併症医療に特化した有床総合病院精神科と生まれ変わり、常勤精神科医師も1名から8人体制とする病院改革に着手した。

2009年のわが国のがん死亡者数は34万人を超え、死亡者数全体の3割を占めている。これらの中で緩和ケア病棟および終末期ケアを行っている在宅支援診療医の治療を受けていた者の割合は3%程度に過ぎず、多くの患者は一般病院で終末期の治療を受けていた。現在、都道府県のがん医療の中心を担う、がん診療連携拠点病院の緩和ケアチームが稼働しているが、チーム診療加算要件には常勤精神科医師の存在が必須となっており、総合病院精神科診療において緩和ケア医療の占める割合は一気に増大してきている。2012年4月からは精神科リエゾンチームにも診療報酬加算が付与されたことで総合病院精神科における精神科医の役割はさらに注目されている。

精神腫瘍医の存在の拡充によって多職種チーム医療での精神科医の役割が認められてきたと同時に精神科特有の弱点も露呈された。精神科は死に直面する、死に向き合うということに慣れていない医師が少なくなく、特に「正常反応に対する悲嘆のケア」を不得手としている。自分の経験から考えても精神科初期教育は気分障害かそれ以外かという視点を重視するあまりに、がんを告知された、家族をがんで失った、友人を自殺で失ったなどの相手に対しての悲嘆のケアについては十分な教育が行われてきたとは思えない。がん医療のなかで精神科医の存在が確固したものとなるためには精神科医のライフワークや卒前・卒後教育における死生学、倫理学の必要性を強く感じる。

<索引用語：精神科医，がん医療，緩和ケアチーム，悲嘆のケア，多職種チーム>

## はじめに

総合病院精神科は、救命救急センターからのコンサルテーション、身体合併症医療、緩和ケア、自殺対策など多方面において地域の中核病院で献身的な役割を果たしてきたにも関わらず、「時代の要求する医療分野の増大に比して総合病院精神科医師の絶対数が不足している」という問題が叫ばれて長くなっている。特に、自治体病院の経営悪化により、無床総合病院精神科が閉鎖されてし

まう例も稀ではない。そのような状況下で当院は2012年4月に無床総合病院精神科から精神科救急・合併症医療に特化した有床総合病院精神科と生まれ変わり、常勤精神科医師も1名から8人体制とする病院改革に着手した。それにより、筆者ががん患者に専門的に関わることができる時間が増え、がん患者本人だけではなく家族、遺族に対しても広く対応できる体制が整った。

これまでのコンサルテーション・リエゾン精神

医療は死亡率、罹患率、入院日数などコスト効果を主張する立場が多かった。しかし、がん患者へのコンサルテーション・リエゾン精神医療、特にサイコオンコロジーにおいては診断・治療技術への寄与という側面よりも、患者の自己決定権、QOLの向上に寄与することがその主な目的である。「がんが患者とその家族の心に与える影響」「心や行動ががんに罹患することや罹患した後の生存期間などに与える影響」を考える医学領域としてサイコオンコロジーが存在するからである<sup>2)</sup>。

### I. 精神科医を取り巻く多職種チームの現状

2009年のわが国のがん死亡者数は34万人を超え、死亡者数全体の3割を占めている。これらの中で緩和ケア病棟および終末期ケアを行っている在宅支援診療医の治療を受けていた者の割合は3%程度に過ぎず、多くの患者は一般病院で終末期の治療を受けていた<sup>7)</sup>。現在、都道府県のがん医療の中心を担う、全国397病院ある、がん診療連携拠点病院においては緩和ケアチームが稼働しているが、2002年4月に制定された「一般病棟における緩和ケアチームの診療加算」では精神科医の設置が必須条件とされ、診療加算要件には常勤精神科医師の存在が必須となっており、総合病院精神科診療において緩和ケア医療の占める割合は一気に増大してきている。2012年6月に改正された「がん対策推進基本計画」の中には重点的に取り組むべき課題の1つにがんと診断された時からの緩和ケアの推進とあり、その中には精神心理的苦痛に対する心のケアを含めた全人的な緩和ケアの必要性が謳われている。表1に示したように精神科医が提供できる緩和ケアはまさに告知後の介入であり、がんのどの段階においても精神科の果たすべき役割は大きい。

2012年4月からは精神科リエゾンチームにも診療報酬加算が付与されたことで総合病院精神科における精神科医の役割はさらに注目されている。しかしその診療加算は、総合病院精神科の大半を占める無床総合病院精神科にとって1~2名の精神科医師が孤軍奮闘している一般外来診療、リエ

表1 がん医療の中での精神科医の役割

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん医療に対しての症状マネジメント</li> <li>・緩和ケア (end of life ケアを含む)</li> </ul>           |
| がん告知後<br>緩和ケア主体の関わり<br>抗がん治療期<br>症状マネジメント中心<br>再発を支える<br>症状マネジメントと緩和ケアを行いながら将来を見据える<br>積極的ながん治療の中止後<br>緩和ケア主体の関わり |

ゾン体制に大きな負担となっていることは否定できない事実である。総合病院での精神科医療は、多くの精神科医師が研修場所として選択してきた単科精神科病院で行われる医療とはテンポが違い、他診療科医師、多職種との多くのコミュニケーションを必要とする特殊な環境となる<sup>3)</sup>。

院内の精神腫瘍担当医師のカバーできる範囲に応じた役割分担が必要である。精神腫瘍医が複数在籍し緩和ケア医師が兼任するチームなどでは、精神腫瘍医が疼痛管理のかんりの部分を担当するチームが存在する。しかし、たいいていの大学病院を除く総合病院では精神腫瘍医のマンパワーが極端に不足しているため、適応障害や軽症うつ病あるいは、原因が明確なせん妄の対処についてはがん治療医が担当するが、重症のうつ病、鑑別困難なせん妄のケースについてコンサルテーションしてもらいなどの相互援助と理解が必要である。この点を院内での理解を得ながら円滑に進めていくのは他科医師との大切なコミュニケーションであり管理職の理解も必要となる。総合病院精神科医師にとってもっとも大切なコミュニケーション能力の1つであると言える。

日本総合病院精神医学会無床総合病院精神科委員会で調査した初期研修医教育のある場合の無床総合病院精神科の1週間の勤務時間配分は、週実働時間平均59.3時間のうち、外来診療に要する時間は47%にあたる27時間を占めているため院内の精神腫瘍担当医師のカバーできる範囲に応じた

表2 がん患者への精神科専門的介入の時期

- ・恐怖や不安から途方に暮れてしまうとき
- ・がん罹患前の精神科疾患
- ・治療状況が患者の不安を誘発するとき
- ・治療中の突然の気分や心的機能の変化
- ・身体症状を引き起こす精神的苦痛
- ・親近者のがんによる死亡

(文献1より引用)

表3 精神症状を捉える際の問題点

- ・患者は精神症状を訴えていない
- ・医療者は治療が必要な問題と捉えていない
- ・双方ががんのため仕方がないと思っている
- ・身体症状が前景で心理的解釈・精神的評価が困難である
- ↓ 医療者は患者の苦悩に対して下記を自問するべきである
- ・主体として認めているか
- ・苦悩の存在とその治療可能性を棄却していないか
- ・精神科診断へのためらいがないか

(文献2より引用)

役割分担が必要である<sup>4)</sup>。

## II. 精神腫瘍医への期待

精神腫瘍医が本邦に何人存在するのか、専門医や標榜医としての明確な基準がないため十分に把握することは困難である。たとえば日本サイコロジ学会が協力する「がん診療に携わる医師のための緩和ケア研修会」において精神症状セッションを担当することができる精神腫瘍学の基本教育に関する指導者は全国で626名、同学会精神腫瘍登録医はわずかに18名である。精神腫瘍医の存在の拡充によって多職種チーム医療での精神科医の役割が認められてきたと同時に精神科特有の弱点も露呈された。

Hollandによる、精神科医ががん患者へ介入すべきタイミングを表2に掲載した。この中には、DSM-IV (The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4<sup>th</sup>), ICD-10 (International Classification of Diseases 10)などの診断基準によれば精神疾患に該当しない症例が数多く含まれる。本邦の総合病院においてがん医療に関わる専門職種のうち、精神・心理学的評価と介入を行うことができ、表2の問題に対応できるのは精神科医、臨床心理士、心理学的アプローチにおける十分なトレーニングを受けた専門的緩和ケア医師、がん専門看護師、緩和ケア認定看護師、がん疼痛認定看護師などであると思われるが、現在のがん診療連携拠点病院の実情からする精神科医が対応している場面が多いと思われる。

一方でがん患者の精神症状を捉える際には表3のような問題点が指摘されている。がんのために仕方がないという双方の誤解は適切な精神科医療

サービスを受ける機会を失っている可能性があり、さらには精神科医ががん患者に精神科診断を行うことを躊躇する場面も多く背景となりうる問題は大きい。身体症状が前景であり、その問題に隠れて心理的解釈、精神的評価を困難にしているという現状も少なくない。

精神科医側の問題点について考えてみる。精神科医は初期教育において、器質的評価を内因性疾患、心因性疾患に優先して行うことを是とした教育を受けている。がんという生命を脅かす恐れの高い疾患に罹患した患者の前では、より内因性、心因性の問題に直面する機会が少なくその診断を躊躇する場面も少なくない。

また患者の自殺という問題が、精神科医のキャリアの中で心的外傷体験や治療方針への後悔などとして根強く残ってしまいがちであるため、精神科は死に直面する、死に向き合うということに慣れていない医師が少なくなく、特に「正常反応に対する悲嘆のケア」を不得手とするという声が多く聞かれる。

北海道内の総合病院精神科に勤務している医師を対象に無作為抽出で行ったアンケートの結果から、緩和ケアやがん医療に携わることを躊躇している精神科医が少なからず存在し、表4に呈示したような特徴を有していることが明らかになった。特に精神科医が有する精神療法スキルは多くが統合失調症、気分障害などに罹患する患者を対象にした支持的なものであり、悲嘆のケアに相当するがん患者への精神療法について経験がない

ことも、この結果に關与しているものと思われる。

### Ⅲ. 精神腫瘍医に必要なスキルとは

精神科初期教育では、精神疾患か否かを鑑別することの重要性が強調されている。この事実は、物質関連障害（特に違法薬物やアルコール関連疾患）、発達障害、パーソナリティ障害を有する患者を対象としている場合、司法や警察で対応すべき問題と、精神科領域を棲み分ける極めて重要な視点である。しかし、がん患者のメンタルヘルスに携わる専門職が少ない中、精神科診断に該当しないという理由で、がん患者のコンサルテーションを中断することは、死に直面しているがん患者の心の抛り所を奪うことになりかねず慎重な対応が求められる。さらに、表5に示したようにサイコオンコロジーに馴染みのない精神科医にとっては得意な分野と、苦手な分野が明確に分かれているため腫瘍学全般に関する知識、悲嘆のケアに関するスキルを獲得するべく精神科医もサイコオンコロジーに近づく努力が欠かせないと思われる。

緩和ケアチームと一緒に仕事をする緩和ケア医

表4 緩和ケアを敬遠している精神科医  
(若手精神医対象アンケート結果から)

|   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・ご用聞きあるいは懐刀になるチーム医療が苦手<br/>→ 統合失調症の社会復帰チームでは精神科医が主役</li> <li>・健康な人とのコミュニケーションが不得手<br/>→ 精神疾患患者との医療面接のトレーニングのみを受けている<br/>→ 悲嘆のケアについて知識がない</li> <li>・死に対して恐怖心を抱いている<br/>→ 患者の死は精神科医にとっての心的外傷体験<br/>→ Good Death について理解が届かない</li> </ul> |
|---|

は幅広いマネジメント能力を有している。せん妄に対しての介入は、制吐剤対策として使い慣れている第二世代抗精神病薬を使用することができ、抑うつに対してのマネジメントでは患者の治療経過を十分に理解して、がんという長い経過の中で患者の置かれた立場を十分に理解しながら支持的対応をすることができる。精神科医は高い能力を有する緩和ケア専門医の脇で自分の役割を見失いがちであるがあるかもしれない。しかし、がん患者の包括的アセスメント（図1）の中で精神症状、心理的問題に関わる要素のいくつかは精神医学診断に至るに必要な専門的な知識から施行されることが稀ではなく、特に認知症、抑うつ、低活動型せん妄の鑑別にいたっては特にその専門性が発揮されるべき領域であると思われる。

筆者の経験から考えても、精神科初期教育は気分障害かそれ以外かという視点を重視するあまりに、がんを告知された、家族をがんで失った、友人を自殺で失ったなどの相手に対しての悲嘆のケアについては十分な教育が行われてきたとは思えない。がん医療のなかで精神科医の存在が確固としたものとなるためには精神科医のライフワークや卒前・卒後教育における死生学、倫理学の必要性を強く感じる。

### Ⅳ. 精神科医と緩和ケアの接点

緩和ケアとは「生命を脅かす疾患に関連する問題に直面する患者とその家族のQOLを改善するための1つのアプローチ」と定義されている<sup>7)</sup>。そもそも緩和ケアとは、がん医療にのみ存在する領域なのではなく身体科治療と両輪を担う医療の根幹である。つまり、緩和ケアとは対人援助に関

表5 精神科医が得意なこと苦手なこと

| 得意なこと  | 苦手と思われること   |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神症状のアセスメント<br/>(特に意識障害の有無)</li> <li>・向精神薬の使い分け</li> <li>・精神疾患患者に対しての精神療法</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・がん治療に関する知識<br/>➤ 化学療法薬に関する、がん種による</li> <li>・精神疾患を有さない患者への対応<br/>➤ 適応障害への対応、悲嘆のケア</li> </ul> |

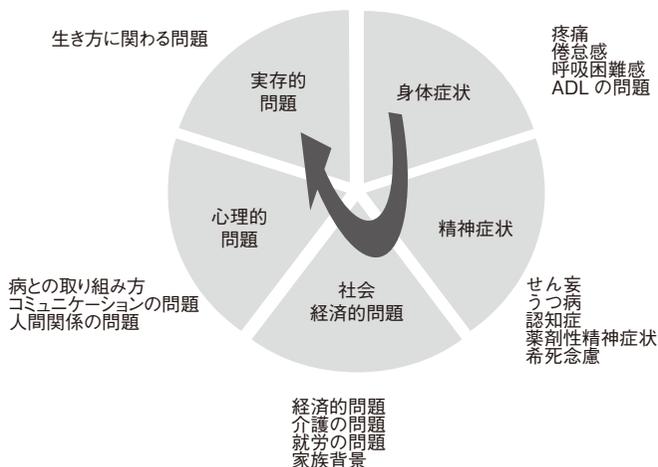


図1 包括的アセスメントの必要性<sup>6)</sup>

表6 キュアとケアの視点

|              | キュア  | ケア  |
|--------------|--|---|
| 基点           | 生  | 老い・病・死  |
| 目的           | 生の原状回復<br>(客観的状況を変える)  | 意味ある生の完成<br>(想い・願い・価値観の変化)  |
| 援助者・被援助者の関係性 | 3人称の世界<br>健康者一病者<br>正常者一異常者<br>強者一弱者<br>教示的, 指導的<br>上下, 一方向的関係 | 1人称・2人称の世界<br>ともに病むもの<br>ともに死すべきもの<br>ともに老いるもの<br>共感的, 支持的<br>並列, 相互作用の関係 |

(文献5より引用)

わる症状緩和に関わる効果的な方法と技術だけではなく、相手の心配や気がかりを引き受ける態度そのものである<sup>5)</sup>。精神科医は、精神疾患を寛解や回復を治療目標にする際に向精神薬を使用、積極的な認知行動療法を施行する治療の側面と、それを支持的精神療法によって援助するという両輪で患者に相対しているが、これはがん医療における、治療と緩和ケアの両輪に相当するものである。病気の回復という視点を、死からの回避という視点だけではなく、より高い質の生を実現するという視点においた場合に表6に呈示したようなケアの視点を精神科医も持っていく必要があると思われる。

### 最後に

ケアという言葉は、こころのケア、メンタルヘルスケアと言われているように精神科医にとって極めて身近であるにも関わらず、精神科リエゾンコンサルテーションの場面においては、せん妄の回復や、うつ病の回復といった治療中心の医学モデルがそこに当てはめられる傾向にある。図2に示したように、ケアという言葉が依然として看護師のもののように使用され医師に敬遠されているように思えてならない。国策として緩和ケアが、がん医療に携わるすべての医師に浸透すべきものならば、卒前教育から医師のケアが浸透されるような教育カリキュラムが必要であるように思われる。がん罹患前後に発症したかの如何に寄らず精

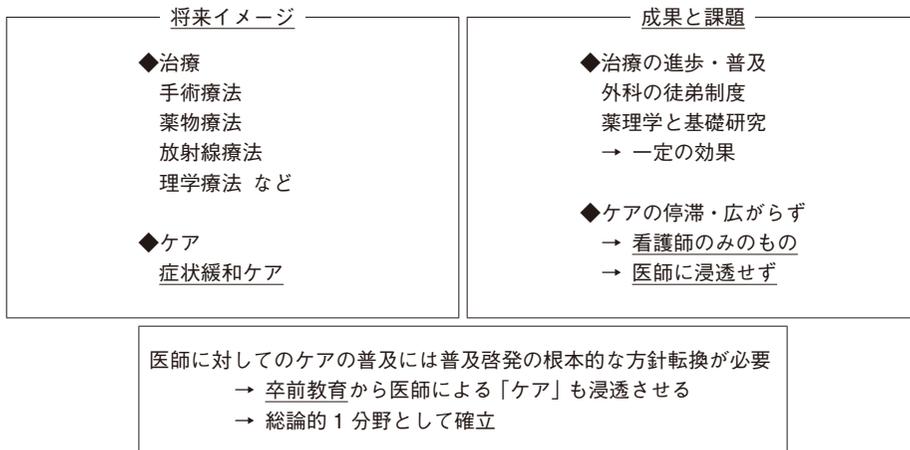


図2 緩和ケアの位置づけ

神疾患を有する患者への対応は多くの精神科医が的確に導入し、的確にアセスメントし、的確に介入されているのかもしれない。しかし、精神疾患を有さない、あるいは精神科診断が付くのか判然としないがん患者に対しては、適切なケアが提供されず、精神科医、心療内科医、臨床心理士が介入に対して躊躇している可能性は否定できない。

がん医療に携わる多職種チームの現状において、心理学的評価、精神医学的評価を総合的に行える唯一職種はわれわれ精神科医であり、病状の変化に応じて的確なアセスメントを続けることと、必要時には適切に直接患者介入していくことが現在のがん医療の中での精神科医に求められているのではないと思われる。

文 献

1) Holland, J.C., Sheldon, L.: The Human Side of

Cancer : Living with Hope, Coping with Uncertainly. Harper Collins Publishers, New York, 2000

2) 伊藤敬雄：がん医療におけるリエゾン精神医療. 精神経誌, 111 (1) : 57-61, 2009

3) 上村恵一：総合病院精神科におけるサイコオンコロジーへの取り組み. 日精協誌, 28 (12) : 52-56, 2009

4) 南 雅之：無床総合病院精神科におけるリスクマネジメント. 総合病院精神医学, 21 (2) : 118-123, 2009

5) 村田久行：ケアの思想と対人援助-終末期医療と福祉の現場から. 川島書店, 東京, 1998

6) 小川朝生, 内富庸介：精神腫瘍学ポケットガイド-これだけは知っておきたいがん医療における心のケア-. 創造出版, 東京, 2010

7) 志真泰夫, 恒藤 暁, 松島たつ子ほか：ホスピス緩和ケア白書2009. 日本ホスピス・緩和ケア研究振興財団, 大阪, 2009

## The Role of the Psycho-Oncologist in Cancer Medicine

Keiichi UEMURA

*Psychiatric Medical Center, Sapporo City General Hospital*

Despite general hospital psychiatry having played multiple roles in most general hospitals, including providing consultation for the emergency center, helping patients cope with medical complications and palliative care, and dealing with suicidal behavior, the absolute number of general hospital psychiatrists has not increased in line with demand. There are even examples of outpatient psychiatric hospitals closing because of deteriorating in municipal hospital management. As a result, we set out to reform hospitals that specialize in medical complications and psychiatric emergencies.

In 2009, more than 340,000 people died from cancer in Japan, accounting for 30% of all deaths. Only about 3% of patients were given end-of-life care at home or in a palliative care unit, with the majority of patients being cared for in general hospitals. Currently, the core of the prefectural cancer care, based on a palliative care team involving close medical cooperation, has made the presence of a full-time psychiatrist essential, and the increasing need for medical palliative care has stretched the resources of hospital psychiatric practice. The role of the psychiatrist in general hospital psychiatry was further discussed in April 2012, and it was noted that medical fees have been given to the liaison psychiatry team.

The role of psychiatrists in the multidisciplinary medical team has been scrutinized at the same time as the weaknesses of specific psychiatric specialties have been recognized due to the increased need for psycho-oncologist posts. Relatively few doctors have experience in dealing with patients close to death, which combined with a lack of psychiatrists with appropriate training represents a significant weakness in our “care of normal grief responses.” Initial training for dealing with patients who are suicidal because of the diagnosis of cancer emphasizes the role of extreme emotional disturbance; however, in my opinion this is not the correct approach. Psychiatrists need to develop an understanding of thanatology during both undergraduate and postgraduate education to help them better serve the needs of terminal cancer patients.

< Author's abstract >

< **Key words** : psychiatrist, cancer medicine, palliative care team, grief care,  
multidisciplinary team >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 非自発的入院治療における臨床倫理

三澤 史 斉  
(山梨県立北病院)

非自発的入院をした患者は、その入院中に様々な強制的な体験を受ける可能性がある。特にわが国では世界各国と比較して、過剰に隔離・拘束がなされている現状があり、より侵襲的な入院体験をしている可能性がある。強制的な治療を受け入れてもらいやすくする取り組みとして、病識の改善や良好な患者スタッフ関係の構築が必要である。また、非自発的入院や強制的な治療を行う際には、適正な手続きのもとで行われることが本来的には必要で、そのために同意判断能力の評価および最善の利益の検討について、今より意識して取り組んでいくことが重要と思われる。

<索引用語：非自発的入院，強制的な治療，同意判断能力，最善の利益>

## はじめに

非自発的入院をした患者は、その入院中に様々な強制的な体験を受ける可能性がある。例えば、強制的に入院を決められ、隔離・拘束され、強制的な投薬を受け、電話・面会を制限され、作業療法や心理教育への参加を強要され、そして退院間近になり退院後の服薬継続を強要される、というようなことがあるかもしれない。これらのことは、我々医療者にとって一般的に行っていることであるが、それは強制的にでも治療・介入することが患者にとって「最善の利益」であると考えられるためである。

しかし、これらはあまりに当たり前に行われていて、倫理的に適切な手続きの中で行われていないことが多いと推測される。そこで本稿は、非自発的入院治療の中で、倫理的により適切な手続き

の中で、強制的な治療・介入の是非を検討する一助になることを目的に記していきたい。

## I. 強制的な入院体験の実際

## 1. 我が国における隔離・拘束

強制的な入院体験として最も侵襲的であるのが隔離・拘束であろう。わが国では、欧米各国と比べて隔離・拘束の施行量が多い。表1<sup>8)</sup>に示したように、隔離・拘束の頻度が高く、施行期間も長い。特徴的なのは施行期間で、わが国ではその単位は「日」であるが、ほとんどの欧米各国では「時間」であり、わが国の隔離・拘束は世界的に見ると過剰であることがうかがえる。また、その傾向はより強くなっていく可能性があり、図1のように隔離・拘束の施行者数は近年、増加してきている。

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24~26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 精神科臨床倫理の諸側面 司会：水野 雅文（東邦大学医学部精神神経医学講座），藤井 康男（山梨県立北病院）

表1 各国との隔離・拘束施行量の比較

|                    | 調査年           | 観察期間 | 隔離             |          |           |            | 身体拘束   |          |           |            |
|--------------------|---------------|------|----------------|----------|-----------|------------|--------|----------|-----------|------------|
|                    |               |      | 施行期間           | 施行割合 (%) | 施行者割合 (%) | 施行開始割合 (%) | 施行期間   | 施行割合 (%) | 施行者割合 (%) | 施行開始割合 (%) |
| 日本                 | 2007          | 1日   |                | 2.6      |           |            |        | 2.1      |           |            |
| 日本<br>(救急病棟を有する施設) | 2008          | 1ヵ月  | 12.5日          | 9.0      | 17.2      | 35.9       | 13.2日  | 4.3      | 7.8       | 14.7       |
| 日本<br>(救急入院病棟)     | 2008          | 1ヵ月  | 10.4日          | 24.7     |           | 62.3       | 7.2日   | 4.8      |           | 20.0       |
| 日本<br>(救急・急性期病棟)   | 2009          | 8ヵ月  | 224時間          |          |           | 55.8       | 96時間   |          |           | 12.0       |
| フィンランド             | 2005          | 1年   |                |          | 8.2       |            |        |          | 4.2       |            |
| フィンランド             | 2004          | 1週間  | 20.1時間         |          | 1.3       |            | 9.6時間  |          | 0.8       |            |
| ペンシルバニア            | 2000          | 1年   | 1.3時間          | 0.03     |           |            | 1.9時間  | 0.12     |           |            |
| カリフォルニア            | 2009          | 4ヵ月  | 12時間           |          |           |            | 4時間    |          |           |            |
| ドイツ                | 2004          | 1年   | 7.4時間          |          |           | 7.8        | 9.6時間  |          |           | 10.4       |
| スイス                | 2004          | 1年   | 55.0時間         |          |           | 17.8       | 48.7時間 |          |           | 6.6        |
| イギリス               | 2006          | 1年   |                | 0.25     |           |            |        |          | 施行なし      |            |
| オーストラリア            | 2007          | 1年   | 4時間以上<br>37.8% |          |           | 9.5        |        |          |           | 2.7        |
| ノルウェイ              | 2005～<br>2006 | 3ヵ月  |                |          | 12.2      |            |        |          | 3.4       |            |
| オランダ               | 2002          | 1年   | 16日            |          |           |            |        |          |           |            |

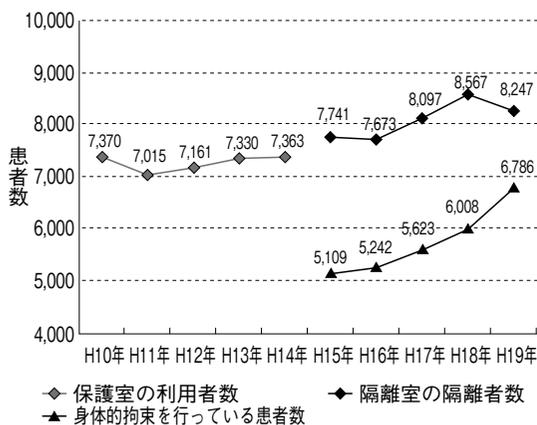


図1 隔離・拘束を行っている患者数の推移  
 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所精神保健計画研究部 (2007)

## 2. 強制的な入院体験に対する患者の受け止め

### 1) 統合失調症急性期におけるトラウマに関する研究

統合失調症の急性期入院における様々な体験について、患者がどの程度侵襲的に捉えているかを把握するために行った調査を紹介する。

調査対象は、統合失調症およびその関連疾患 (ICD-10 F2) で、2009.4.1～2011.3.31 に山梨県立北病院精神科救急入院料病棟に入院して地域へ退院し、入院時の入院形態が非自発的入院 (医療保護、措置、応急) で、日本語を読むことができ、本研究への参加について文書同意が得られた症例とした。

対象例に対し、入院1週間以内の陽性症状 (陽性陰性症状評価尺度: PANSS) を主治医が評価し、退院前1週間以内のトラウマ反応 (改訂版出来事インパクト尺度: IES-R<sup>3)</sup>), 入院体験におけ

表2 ト라우マ調査結果 (N=89)

|          | 標準化係数 | 95%信頼区間     |
|----------|-------|-------------|
| 年齢       | -0.16 | -0.49~0.06  |
| 性別       | 0.07  | -4.49~9.27  |
| 入院時陽性症状  | 0.16  | -0.29~1.01  |
| 陽性症状改善度* | -0.34 | -1.37~-0.12 |
| 入院体験*    | 0.16  | 0.08~0.72   |
| 入院期間     | -0.04 | -0.08~-0.05 |
| 患者医師関係   | 0.14  | -0.60~1.69  |
| 患者看護師関係  | -0.17 | -1.86~0.54  |
| 病識       | 0.10  | -0.44~1.17  |

トラウマ反応陽性：34例 (38.2%)

る苦痛の程度 (入院体験質問票)、医師・看護師に対する治療関係 (エッセン精神科病棟風土評価スキーマ: EssenCES<sup>9)</sup>) を対象者が自記式で評価し、病識 (日本語版病識評価尺度: SAI-J<sup>10)</sup>) を受け持ち看護師が、精神症状 (PANSS) を主治医が評価した。

そして、トラウマを従属変数、年齢、性別、入院時陽性症状、陽性症状改善度 (陽性症状退院時~入院時)、入院体験、入院日数、患者スタッフ関係、病識を独立変数として重回帰分析を行った。

その結果 (表2)、急性期入院の体験においてIES-Rでトラウマ反応が陽性であったのは38.2%であり、さらにトラウマ反応に対して入院体験および陽性症状改善度が有意な関連を認めた。つまり、入院体験の苦痛が多ければトラウマ反応も多く、陽性症状の改善が大きければトラウマ反応は少ないという結果であった。このことから、急性期入院のトラウマを軽減させるためには、当然、入院体験の苦痛を減らしていく必要があるが、その一方で、適切な治療を行い、場合によっては強制的な治療を行っても陽性症状を改善させていくことも必要かもしれないと考えられる。

## 2) 強制的治療の受け止め

上述したように、急性期入院においてトラウマを感じている患者も少なくないが、その一方で比較的多くの患者が強制的治療に対して肯定的に受け止めているという報告もある (表3)<sup>6)</sup>。

表3 強制的治療の受け入れ

|       | positive | negative |
|-------|----------|----------|
| 必要性   | 33~66%   | 28~48%   |
| 正当性   | 39~75%   | 10~47%   |
| 有益性   | 39~81%   | 6~33%    |
| 改善の自覚 | 68~76%   | —        |

(文献6) より引用)

自分が受けた入院や治療の必要性についての評価は、33~68%の患者が正当性、必要性のあるものと評価したが、28~48%の患者は不必要であると評価した。

強制的な入院や介入の正当性については、39~75%の患者は正当であると認識しているが、10~47%の患者は不当であると評価した。また、この評価は時間経過とともに肯定的になると言われており、入院後25日以内で肯定的に評価したのは39~58%であるが、4ヵ月後では66%、3年後では75%となるという報告もある。

治療が有益であったか否かの評価は、39~81%は入院が有益であったと感じているが、6~33%は無益や有害とまで感じていた。この治療有益性の肯定的な自覚についても先と同様に時間経過とともに増し、入院後約1年では73~75%の患者が有益であった評価しているという報告もある。

そして、強制的な治療によって改善したと考えているか否かについて、68~76%が改善したと思うと答えており、46~73%は自分の受けた治療に満足をしていると報告されている。

これらは、陽性症状の改善が大きければトラウマ反応は少ないという結果と同様に、症状の改善によってもたらされる恩恵が大きいと言うことであろう。

## 3) 強制的な治療を肯定的に受け止めてもらう取り組み

強制的な治療に対して、患者が肯定的に受け止めてもらうために重要なことは、強制性の自覚を少なくしていくことである。Katsakouらは<sup>5)</sup>、強制入院患者778人の調査において、入院治療中の

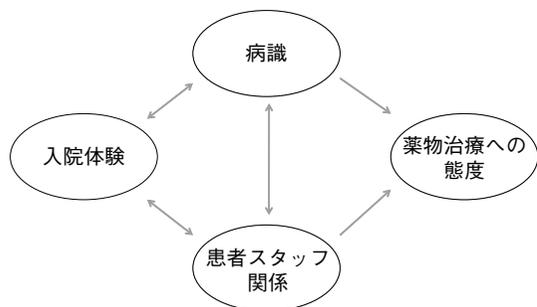


図2 強制性の自覚軽減のヒント  
(文献2)より引用)

強制性の自覚が治療満足度と関連しているため強制性の自覚を軽減する介入が全般的な治療満足度を増加させるかもしれないと報告している。

強制性の自覚を軽減する1つの手がかりとしてDayらの研究を紹介する<sup>2)</sup>。統合失調症もしくは統合失調感情障害の急性期入院患者228例に対して、薬物治療への態度とそれに関連すると思われる要因を調査した結果が図2である。これは、入院体験、病識、患者スタッフ関係は双方向的な3つ組みの関係にあり、それが薬物治療への態度へ影響を与えるということを示している。つまり、病識が低ければ入院中の体験やスタッフに対して否定的に受け止める。入院体験の苦痛が強ければ、スタッフとの関係も悪くなり、病気であるとの説明も受け入れられないので病識も芽生えない。スタッフとの関係が良ければ、侵襲的な入院体験も比較的良好に受け止めることができ、説明も受け入れやすいので病識も芽生えやすい。こういった3つ組みの関係が薬物治療への態度に影響しているのである。

強制的な治療について考えると、これを強制的と自覚し苦痛が強ければ、薬物治療に対して否定的な態度となり長期的なアウトカムが不良になることが予想される。したがって、強制的な治療の強制性を軽減し良好な長期的アウトカム導くために、病識を高める取り組みを行い、良好な患者スタッフ関係を築くよう努力していく必要がある。

病識を高めるのは容易なことではないが、様々な心理社会的治療を導入したり、日々の診療から

意識しながら時間をかけて取り組んでいかなければならない。良好な患者スタッフ関係を築くためにまず必要なことは、患者の最善の利益を追求していることを理解してもらうことであろう。最善の利益を検討した上で強制的な治療が行われたことを患者が認識すると、自覚的な強制性は軽減し、強制的な治療を肯定的に見られるようになると言われている<sup>5)</sup>。このようにして、強制的な治療を行ったとしても患者スタッフ関係が大きく損なわれない取り組みが必要であるし、普段から良好な関係が築けていれば、より一層、強制性の軽減をもたらされるであろう。

## II. 強制的な治療を行うに当たって

我々精神科医療に携わるものが強制的な治療をすることができるのは、「精神疾患による自傷他害の恐れ」、「(治療に対する)同意判断能力の低下」、および「(強制的な治療を行うことが)最善の利益」の要件を全て満たしている場合である。「精神疾患による自傷他害の恐れ」については、措置入院や隔離・拘束を行う際に一定の検討がなされている。その一方で、「同意判断能力の低下」および「最善の利益」については、無意識的に考えられているかもしれないが、少なくとも実際の臨床現場で表立ってこれらが検討されていることはほとんどないと思われる。

### 1. 同意判断能力

同意判断能力とは、一般的に「理解」「認識」「論理的思考」そして「選択の表明」の4つの基準から構成されている。「理解」とは与えられた情報の意味を把握する能力、「認識」とはその情報が自分自身にどのように関連するかを認識する能力、「論理的思考」とはその方法を意志決定プロセスで使う能力、そして、「選択の表明」とは自分の選択を明示する能力を指す<sup>4)</sup>。

また、同意判断能力は、「有」「無」だけで二分されるものではなく、「無」と言われる状態でも幅を有しており、「全体的判断無能力」、「特定の判断無能力」と言われる状態がある。「全体的判断無能

力」とは、理解力が全体的に低下した状態を言い、例えば、重度の認知症や知的障害、またはせん妄状態などである。「特定の判断無能力」とは特定の行為については判断能力が低下しているが、他の事柄については判断能力が維持されていることを言う<sup>1)</sup>。例えば、妄想活発な統合失調症で病識のない患者であるが、過去にひどい錐体外路症状を経験したためハロペリドールの服薬を拒否している場合、非自発的入院は必要かもしれないが、薬物の種類については患者の意志を尊重する必要がある。

このような同意判断能力について、措置入院、医療保護入院の際にも十分に評価されているとは言えず、入院中の個別な強制的な治療についてはほとんど評価されずに行われていると思われる。非自発的入院や強制的な治療を厳密に行うとすると、同意判断能力を適切に評価することが不可欠であるが、評価方法として MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)<sup>4)</sup>や Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI)<sup>7)</sup>といった同意判断能力の日本語版評価尺度がある。MacCAT-Tは準構造化面接、SICIATRIは構造化面接であり、全ての治療に対して適応可能で、同意能力を構成する4つの領域(理解、認識、論理的思考、選択の表明)を全て評価でき、さらに20分ほどで評価可能なため有用かもしれない。

## 2. 最善の利益

非自発的入院や強制的な治療を我々医療者が行う際、そうすることが患者にとって最善の利益であると考えて行う。しかし、同意判断能力が低下している患者にとって、本当に最善の利益であるかということは非常に難しい問題である。

「最善の利益」とは、一般的に「医学的事実」と「患者の価値観」を足し合わせたものである<sup>1)</sup>。

「医学的事実」とは、当然、医学的に正しい行為を行うことであり、非自発的入院における治療が冒険的・実験的医療を内容とするものではないこ

とが要求される。しかし、この判断はほとんど主治医の裁量にゆだねられ、外部からの審査などは受けない現状がある。患者の権利として「退院請求」や「処遇改善請求」を行うことはできるが、治療の適切性についての規定や審査などはない。このようなことが、「医学的事実」としてその適切性が疑われる過剰な隔離・拘束や多剤大量療法がしばしば行われる一因かもしれない。

「患者の価値観」について、それを尊重して治療に臨むことは当然であるが、非自発的入院や強制的な治療を行うときに、同意判断能力の低下している患者の価値観を検討していくことは簡単ではない。医療者が個別の患者の価値観を十分把握しているはずがないため、何らかの手がかりをもとに患者の価値観を判断していく必要がある。その手がかりとは「事前指示」や「代諾」である。

「事前指示」とは「将来自らが同意判断能力を失った際に自分に行われる医療行為に対する意向を前もって意思表示すること」とされ、代理人指示と内容的指示がある<sup>1)</sup>。代理人指示とは、事前指示を行うものが意志を表示できなくなった場合に、決定を行う代理人を指名しておく事前指示である。内容的指示とは、治療についての患者の望みを記録した事前指示で、本人が望んだり拒否したりする治療、ないし、代諾者が医療の内容を決定する際に指針となる基準を指定しておくものである<sup>1)</sup>。しかし、わが国では、少なくとも精神科領域において事前指示は普及しておらず実用的ではない。また、たとえ事前指示があったとしても、それが同意判断能力を失った今現在の意志であるとは必ずしも言えないため、事前指示の限界もある。

また、事前指示がない場合に、誰を代諾者にするか、さらに、代諾者はどのような基準に基づいて医療の内容を決めるべきかということについて、明確な規定がない<sup>1)</sup>。現状では、患者の家族が代諾者になるのが一般的であるが、家族がいなかったり、家族自身も判断能力が欠如している場合、家族間に考え方の対立があつて方針が決まらない場合、最善の利益にならないと思われる方針

が選択される場合などに問題が生じる<sup>1)</sup>。

このように同意判断能力が低下している患者の価値観について、絶対的な正解はないと言える。そこで我々がやらなければいけないことは、患者の価値観についての正解を求めるのではなく、蓋然性（もつもらしさ）を高めていくことである。蓋然性を高めるためには、まず患者個別に検討する必要がある。週末に措置入院した患者は全て拘束する、希死念慮のあるうつ病の患者は必ず隔離するなどの取り決めをしている病院があると聞いたことがあるが、これでは個別な検討でなく、最善の利益の検討として蓋然性が高いとは言えない。また、患者の価値観から考える最善の利益を主治医のみで検討するより、患者自身、適切な代諾者を含めた多職種チームによって検討した方が、蓋然性は高くなるであろう。

一般医療の中で非自発的入院や強制的な治療を行う時に、同意判断能力の評価と最善の利益について十分検討がなされているとはいえない。これには人的、時間的制約が大きく影響していると思われる。しかし、現状のままではよいと言うのではなく、今後、より適切な手続きのもとに強制的な治療が行われるようにしていかなければならない。1つのモデルとして、心身喪失者等医療観察法の指定入院における倫理会議がある。これは定期的な開催が義務づけられており、外部委員も入って対象者本人の同意によらない治療を審議する場である。医療観察法の入院治療は、一般医療と比べて人的、時間的なゆとりがあるために実施可能であるが、現実に運用されているシステムとして一般医療への還元も考えていくことが重要である。

### Ⅲ. 山梨県立北病院における取り組み

山梨県立北病院のスーパー救急病棟に平成23年度の1年間に入院した患者239例に対してカルテ調査を行った結果、入院中に拒薬が見られたのは19例（7.9%）であった。その中で入院3日以内のみに拒薬が見られたのは5例、4日目以降に拒薬が見られたのは14例で、強制的に投薬や電気

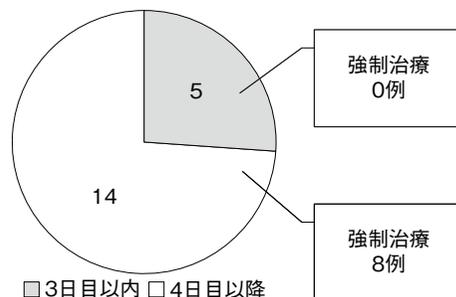


図3 山梨県立北病院スーパー救急病棟患者の拒薬  
H23年度入院患者239人：拒薬19例（7.9%）

けいれん療法を行ったのは3日以内ではなく、4日目以降では8例であった（図3）。

その8例について同意判断能力の評価および最善の利益の検討について十分行い適正な手続きのもとで行ったとは言えない。その反省をふまえて、当院では強制的な治療を行う際の審査システムの試行をはじめた。審査の対象となるのは、入院4日以後に強制的な投薬もしくは電気けいれん療法を行う場合とし、同意判断能力の程度をMacCAT-Tを用いて心理士が評価し、最善の利益について誰と検討したかを明らかにして強制的な治療の適否について審議を申請し（図4）、直接的な治療に当たらない病棟師長、病棟担当医、そして当システムのコーディネーターで審議する。審議の結果、強制的な治療が適当と判断されると、その結果を患者に告知した後に強制的な治療が行われる。このシステムはまだ試行段階で、外部委員もおらず不十分なものである。しかし、当院の実状から考えて、現段階でこれまでよりは適正で、実用的な手続きとしてはじめられているものである。今後、経験を重ねる中で、より適正な手続きとして発展させていくことに期待している。

### 最後に

精神科臨床では、非自発的入院や強制的な治療を選択せざるを得ないことがある。今後、判断能力の評価、最善の利益についての検討をして、より適正な手続きのもとに行っていくことが必要になってくると思われる。

強制治療申請書 (強制投薬)

文 献

用紙 1

※申請時太枠内を記入

|             |  |  |           |
|-------------|--|--|-----------|
| 患者氏名        | ( ) 病棟 ( ) 歳 男・女   |  | 申請日 年 月 日 |
|             |  |  | 申請者       |
| 1. 申請目的     | <input type="checkbox"/> 筋肉注射 (薬剤名 )<br><input type="checkbox"/> 静脈注射 (薬剤名 )<br><input type="checkbox"/> 点滴 (薬剤名 )<br><input type="checkbox"/> 徒手の経口与薬 (薬剤名 )  |  |           |
| 2. 治療妥当性    | ①理由  | <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 自傷 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> その他   |           |
|             | ②説明実施状況  | 説明者 <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> その他 ( )<br>期間 日間<br>説明内容 <input type="checkbox"/> 診断 <input type="checkbox"/> 治療内容 <input type="checkbox"/> 効果・副作用 |           |
| 3. 緊急性評価    | ※ A 即時的対応<br>※ B 数日間以内の迅速な、対応<br>※ C 緊急性なし   |  |           |
| 4. MacCAT-T | 申請時  | 再評価  |           |
|             | 理解 _____ 点<br>認識 _____ 点<br>論理的思考 _____ 点<br>選択の表明 _____ 点<br><input type="checkbox"/> 測定不能  | 理解 _____ 点<br>認識 _____ 点<br>論理的思考 _____ 点<br>選択の表明 _____ 点<br><input type="checkbox"/> 測定不能  |           |
| 5. 最善の利益の検討 | 検討者 <input type="checkbox"/> 主治医 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> ケースワーカー<br><input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他 ( ) |  |           |
| 6. 結果       | 適 再評価 (2週間後: 月 日)<br>保留 (理由 )<br>不達 (理由 )  |  |           |
| 7. 転 帰      | <input type="checkbox"/> 治療同意あり<br><input type="checkbox"/> 治療効果なし   |  |           |

図 4 山梨県立北病院における強制治療の手続き

- 1) 赤林 朗：入門・医療倫理 I, 勁草書房, 東京, 2005
- 2) Day, J. C., Bentall, R. P., Roberts, C., et al.: Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatry, 62 (7); 717-724, 2005
- 3) 外傷ストレス関連障害に関する研究会, 金 吉晴 編集: 心的トラウマの理解とケア (第 2 版), じほう, 東京, 2006
- 4) Grisso, T., Appelbaum, P. S.: Assessing Competency to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford University Press, New York, 1998 (北村總子, 北村俊則訳: 治療に同意する能力を測定する: 医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン. 日本評論社, 東京, 2000)
- 5) Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., et al.: Coercion and Treatment Satisfaction Among Involuntary Patients. Psychiatric Services, 61; 286-292, 2010
- 6) Katsakou, C., Priebe, S.: Outcomes of involuntary hospital admission- a review. Acta Psychiatr Scand, 114; 232-241, 2006
- 7) 北村總子, 北村俊則: 精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力. 学芸社, 東京, 2000
- 8) 野田寿恵, 杉山直也, 川畑俊貴ほか: 行動制限に関する一覽性台帳を用いた隔離・身体拘束施行量を示す質指標の開発. 精神医学, 51 (10); 989-997, 2009
- 9) 野田寿恵, 杉山直也, 松本佳子ほか: エッセン精神科病棟風土 評価スキーマ 日本語版 (EssenCES-JPN) の心理測定額的特徴の検討. 精神医学, 54; 211-217, 2011
- 10) 酒井佳永, 金 吉晴, 秋山 剛ほか: 病識評価尺度 (The Schedule for Assessment of Insight) 日本語版 (SAI-J) の信頼性と妥当性の検討. 臨床精神医学, 29 (2); 177-183 2000

## Clinical Ethics in Involuntary Admission

Misawa FUMINARI

*Yamanashi Prefectural KITA Hospital*

<Key words : involuntary admission, coerced treatment, competency to consent treatment,  
best interest>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 地域精神科医療における倫理的課題と対策

水野 裕也

(川崎市立川崎病院精神・神経科/慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

本邦の精神科病床数は緩やかな減少傾向にあり、その変化は欧米諸国ほど急ではないが確実に脱施設化への道を辿っている。このように、入院を中心とした従来の精神科医療が地域保健・医療・福祉を中心としたものに転換される中、ことに「重い精神障害を抱える患者の地域生活をいかに支えるか」というテーマが重要となってきた。近年、同患者群の地域生活を支援するため、多職種チームによるアウトリーチを主体としたサービスが本邦でも導入されているが、新たな治療モデルの倫理的含意については検討が不十分である。本稿では、地域精神科医療が抱える倫理的ジレンマ（プライバシーの問題、守秘義務の問題、治療の「強要」の問題、患者への義務と一般市民への保護義務との葛藤）について、事例を用いながら解説する。これらの倫理的課題に対する単純な解決策はないが、多職種チームのメンバーが倫理的ジレンマに対する考え方を磨きながら、強制的な手法に安易に頼ることなく、患者の自律性を重視した治療を地域の中で展開していくことが望まれる。

<索引用語：地域精神保健，多職種チーム，アウトリーチ，倫理>

## はじめに

本邦の精神科病床数は、1990年代前半にピークに達してから緩やかな減少傾向にある<sup>1)</sup>。その変化は欧米諸国ほど急ではないが、厚生労働省は精神科医療のあり方について「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本的方策を定めており<sup>5,6)</sup>、今後も我が国は脱施設化への道を辿るものと予測される。このように、入院を中心とした従来の精神科医療が地域保健・医療・福祉を中心としたものに転換される中、ことに「重い精神障害を抱えた患者の地域生活をいかに支えるか」というテーマが重要となってきた。近年、欧米諸国のみならず本邦においても同患者群を対象とした、多職種チームによるアウトリーチを主体としたサービスが発展し、地域生活の安定や治療の維持につながることを示されてきた<sup>4,9)</sup>。

しかし、地域精神科医療のあり方が大きく変化する中で、新たな治療を行う上での倫理的含意に

ついては検討が不十分であると考えられる。多職種チームによる地域ケアを実践する過程で、我々は様々な倫理的ジレンマに遭遇する可能性がある。本稿では、このような倫理的ジレンマに関する模擬事例を提示しながら、多職種チームによるアウトリーチがもたらす倫理的課題とその対策について検討を行う。

## I. 多職種チームによるアウトリーチ

本邦では、地域精神科医療における包括的アプローチとして、「統合型地域生活支援プログラム (Optimal Treatment Project : OTP)」<sup>9)</sup>や「包括型地域生活支援プログラム (Assertive Community Treatment : ACT)」<sup>4)</sup>をモデルとした取り組みが報告されている。いずれも、多職種チームが地域の中で治療と支援を包括的に提供することを基本戦略としている。地域ケアチームは、地域で生活する患者を頻りに訪問し、継続的な治療、危

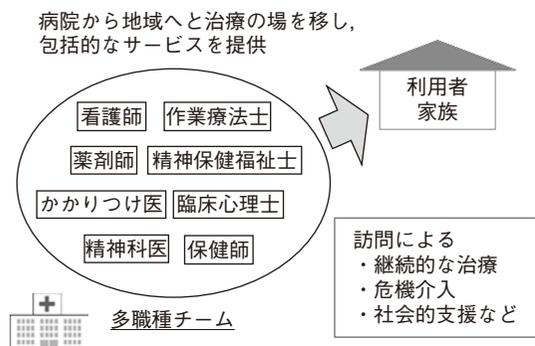


図1 多職種チームによるアウトリーチ

機介入、社会支援、住居支援、就労支援といった目的を達成していく<sup>7)</sup>。多職種チームによるアウトリーチについて模式化した図を示す(図1)。

## II. 治療モデルに伴う倫理的ジレンマ

多職種チームによりサービスが提供される「地域社会」という舞台は、従来の「病院」という管理された環境に比べるとはるかに複雑であり、様々な倫理的ジレンマが生じる。Szmukler<sup>10)</sup>は、地域精神科医療における重要な倫理的課題として、プライバシー、守秘義務、治療の「強要 (coercion)」,そして患者への義務と一般市民への保護義務との葛藤の4点を挙げている。

### 1. プライバシーの問題

地域ケアチームの重要な使命の1つは、患者が精神科治療から脱落するのを防ぐことである。このため、治療から脱落する危険性が高いと判断されれば、患者自身が希望しなくとも多職種チームによる訪問が繰り返される可能性がある。仮に患者が介入を拒否し、玄関先で地域ケアチームによる説得が繰り返された場合、近隣住民の関心を集め、患者の治療が公になる可能性があるだろう。このように、多職種チームが治療継続を促した結果、患者のプライバシーが損なわれ、地域社会における近隣住民との関係性が変化するおそれがある。多職種チームは、「プライバシーの犠牲がどこまで許容されるか」という難しい判断を迫られる

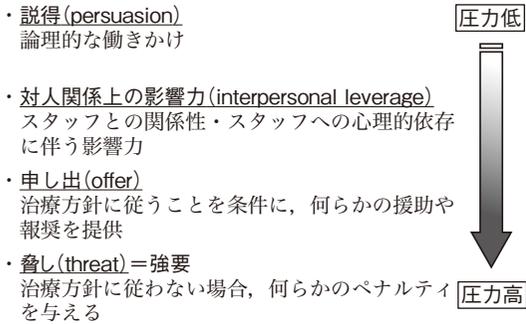
ことになる。

### 2. 守秘義務の問題

多職種チームは、地域で生活する患者に迅速かつ的確な支援を行うため、チーム内で患者情報を共有する。1つの医療機関の職員同士が情報共有を行う場合は拡大守秘義務 (extended confidence)<sup>13)</sup>の範囲内と考えられるが、地域精神科医療ではしばしば1つの医療機関を越えて、他の医療機関、福祉機関、住居の関連機関、ボランティアなどとも個人情報の共有が行われる場合がある。このような地域ネットワークの中で、どこまでの情報共有を守秘義務の範囲内とみなすかについては明確な基準やガイドラインはない。江畑ら<sup>2)</sup>が本邦で行った調査でも、地域ネットワークにおける他施設やボランティアとの情報共有のあり方について専門職や当事者の間で一貫した意見が得られておらず、今後地域精神科医療における守秘義務のあり方について十分に検討・明確化することが望まれる。「患者の利益のため」という名目で、守秘義務が軽視されたり、安易に破られたりすることについても注意する必要がある。

### 3. 治療の「強要」の問題

強制入院を要する程の状態ではないが、患者から治療への同意が得られない場合、多職種チームは患者に対して様々な形で圧力を行使する可能性がある(図2)。この際、倫理的に許容される「影響」と、倫理的に好ましくない「強要」はどのように区別されるだろうか。Wertheimer<sup>12)</sup>は、患者が治療者側の提案を拒否した場合に、現時点で有する権利を取り上げられ、今よりも悪い状況がもたらされることを示唆した働きかけは「強要」としてしている。例えば、「治療に協力しないのであれば、今後住居支援や障害者年金の更新手続きを手伝うことはできない」と伝えた場合は、すでに有している権利が剥奪されることを示唆しているため「強要」に該当する。本邦では、医療観察法の通院処遇という例外を除いて外来治療を法的に義務づける制度がないため、多職種チームは



様々な工夫をこらしながら患者の治療継続を図る必要があるが、様々な手法を用いる中で「影響」と「強要」を明確に区別しながら対応することが重要である。

#### 4. 患者への義務と一般市民への保護義務との葛藤

多職種チームには、当然ながら地域社会の中で患者の治療や生活を支援する責務がある。一方で、患者の病状が不安定な場合、どの程度まで地域住民を保護する義務を負うかについては議論がある。奇妙な行動や、さほど重大でない迷惑行為であれば、多職種チームが本人への指導を行ったり近隣住民との対話を行ったりすることで事態を収拾できるかもしれない。しかし患者の病状がより深刻で、地域住民への暴力行為が予見される場合、地域ケアチームはより難しい決断を迫られることになる。米国ではタラソフ (Tarasoff) の事例を契機に、患者が他者に重大な身体的危害を加える可能性が高い場合、医師は守秘義務よりも被害が想定される者への警告を優先すべきであるという考えが浸透しているが、このような考えを本邦の地域精神科医療にも直接適用すべきかどうかについては議論の余地がある。そもそも、治療や支援が主たる役割である多職種チームに、患者の他害行為をどの程度正確に予見する能力があるかについても疑問が残る。

### Ⅲ. 事例提示と倫理的考察

地域精神科医療の倫理的ジレンマとその対策について、2つの模擬事例を用いながら具体的に考察する。事例1では多職種チームによる訪問を受ける患者のプライバシーが焦点となっており、事例2では治療の「強要」が問題となっている。

#### 1. 事例提示

##### 1) 事例 A (50歳, 女性)

統合失調症。30歳頃より精神科病院の慢性期病棟に長期入院していたが、病院の退院促進支援プログラムを通じて、地域の集合住宅に退院して約1年になる。病識はおおむね良好であるが、意欲低下が目立つため家事がしばしば疎かとなり、薬についても自分だけでは飲み忘れがあるため、多職種チームのスタッフが頻回に自宅訪問を行っている。ある日訪問すると、Aさんは「もう家には来ないで欲しい」と訴えた。その理由を尋ねると、近所に住む友人から「Aさんの家にはどうして色々な人が来るの?」と質問され、病状について説明していないため答えに窮してしまうとのことであった。Aさんは、「できれば患者であることは近所で知られたくない」と希望したため、訪問したスタッフはロールプレイを交えて、友人の質問に対する答え方を一緒に練習した。

しかし、友人からの質問が繰り返されるため、困ったAさんは自身の病状や訪問サービスの利用について友人に告白した。すると、残念ながら友人との関係がぎこちなくなってしまう、Aさんはひどく落胆した。「訪問さえなければ病気が知られてしまうことはなかった」と考えたAさんは多職種チームの訪問を拒絶するようになった。治療中断を心配した地域ケアチームはさらに訪問を繰り返したが、玄関先でAさんと押し問答になることも多く、これが余計に近隣住民の注目を集める結果となった。いつしか、Aさんが統合失調症を抱えながら訪問サービスを利用している事実が、複数の近隣住民に伝わってしまった。

## 2) 事例2 (40歳, 男性)

統合失調症。70代の母親と2人暮らし、母親の年金と自身の障害者年金をあわせて生計を立てている。内服中断による再発を繰り返し、幻覚妄想状態で他害行為に及び措置入院となった既往もある。再発予防を徹底するため、5年前より多職種チームによる訪問サービスを受けている。

Bさんは、治療のみならず家事、買い物、福祉サービスの仲介、住宅の手配など幅広い場面において地域ケアチームの支援を受けている。病識が乏しく内服治療に消極的になりやすいBさんに対し、スタッフは「薬を飲み続けた方がずっと調子が良くなるし、生活も安定するよ」と度々指導している(説得)。また、スタッフはBさんに対して「薬をちゃんと飲んでくれると私たちも安心できるし嬉しいな」と語り、多職種チームから日常的に支援を受けているBさんは、スタッフと良好な関係を保つために一応は内服に同意している(対人関係上の影響力)。

ある日、Bさんは訪問したスタッフに対して「もう治療は必要ないから薬は飲まない」と訴えた。これに対し、スタッフは「もしきちんと治療を受けるのであれば、つい最近募集がかかって、Bさんに相性が良さそうな仕事を紹介するよ」と提案した(申し出)。しかし、それでも変わらず治療を拒み続けるBさんに対し、スタッフは「薬を飲まないなら、日常生活の支援や福祉サービスの仲介は中止せざるを得ない」と警告した(強要)。

## 2. 倫理的考察

倫理的なジレンマを同定し、その対策を検討するにあたって、まずは医療倫理の原則に従って状況を整理する必要がある。この際、BeauchampとChildress<sup>1)</sup>が提唱する医療倫理の4原則(自律尊重原則、無危害原則、善行原則、正義原則)を活用することが有用である。各原則の簡単な説明は以下の通りである。

## 自律尊重原則

＝自律的な人の意思決定能力を尊重すること

## 無危害原則

＝危害の原因とならないようにすること

## 善行原則

＝利益を提供し、リスクと利益の均衡を保つこと

## 正義原則

＝利益や負荷、リスクを公正に配分すること

これらの原則は「一応」の義務とされ、他の義務と衝突しない限り常に守るべきであるが、原則同士が対立するような倫理的ジレンマではケースごとに倫理原則を比較考量し、バランスのとれた意思決定を行う必要がある。

事例Aでは、「近隣住民に目立つので訪問をやめて欲しい」という自律的な意思と対立する形で訪問が続けられ、結果的に患者のプライバシーが損なわれている。ここでは、自律尊重原則と無危害原則が十分に守られていない可能性を考える必要がある。一方で、多職種チームには患者に対して適切な医療と支援を提供する責務があり、継続的な訪問は善行原則にのっとった行動であると理解できる(自律尊重原則・無危害原則 vs 善行原則)。善行原則においては、リスクと利益の均衡が保たれることが重要であるが、Aさんの事例ではどうだろうか。訪問サービスを中止した場合、家事など日常生活に支障をきたすだけでなく、内服中断により最悪の場合再発や再入院に至る可能性があり、Aさん自身が不利益を被る可能性がある。しかし、倫理原則の対立が生じている以上は、治療経過(過去の再発の回数が多いか少ないか、再発した場合にどのような病状が予想されるか、自殺企図や他害行為の既往の有無など)を鑑みて、状況が悪化した場合の対処法を予め本人と設定しながら、積極的な訪問を一旦控えることも検討すべきである。仮に、訪問サービスを中止することで著しい病状悪化が予想される場合は、自律的な意思を完全に尊重することはできないかもしれないが、その時には訪問スタッフが無危害原則に配慮する形で、訪問する時間帯・回数・職種などを調整することを考えるべきであろう。

事例 B では、「治療は必要ないから薬は飲まない」という B さんの意思と、再発を予防したいという多職種チームの意向が対立する形となっている(自律尊重原則 vs 善行原則)。事例 A との違いは、病識が乏しい B さんの意思を尊重することが「自律的な人の意思決定の尊重」とは言い切れない点であり、また過去に病状悪化に伴う他害行為の既往があることから、善行原則をより重視する根拠がある点である。この事例における問題の焦点は、多職種チームが訪問を通じて治療継続を促すこと自体ではなく、その具体的手法にあるだろう。治療への同意が得られない患者に対する「影響」と「強要」については図 2 で提示したが、この事例では「治療に協力しなければ、生活支援や福祉サービスの仲介を中止する」という働きかけが「強要」に該当している。これは、すでに有している権利を取り上げるという意味で有害な働きかけであり、無危害原則に反するものと考えられる。また Wertheimer は<sup>12)</sup>、「人には他人の財産や権利を不当に奪ってはならないという正義の義務がある」と提唱し、それを道徳的基準 (moral baseline) と表現しているが、この道徳的基準が満たされないような働きかけは倫理的に好ましくないとしている。治療に消極的な患者を地域でケアする時にはしばしば困難が伴うが、多職種チームは様々な形で患者に対する「影響」を行使しながら、「強要」という一線を踏み込まないように注意することが望ましい。

#### IV. 地域精神科医療の倫理的課題に関する提言

これまで、多職種チームによるアウトリーチがもたらす倫理的ジレンマについて事例を用いながら解説してきた。残念ながら、これらの倫理的課題に対する単純で画一的な対策はないが、個々のケースや状況ごとに医療倫理の原則を比較考量しながら、バランスの良い意思決定を行う必要がある。この分野に関する倫理的な議論は本邦ではいまだ不十分であるが、地域に根差した精神科医療がさらなる発展を遂げることを願い、ここで 2 点ほど提言したい。

第一に、多職種チームの各々のメンバーが、アウトリーチを主体としたサービスがもたらす倫理的ジレンマについて再認識し、倫理的課題に対する考え方を磨くことが重要である<sup>8)</sup>。まずは各専門職が、医療倫理の原則など倫理的な考察を行うための基礎的知識を習得する必要がある。次に、個々のケースを通じて多職種チーム内で倫理的な議論を深め、倫理原則が対立するような状況であっても、バランスの良い意思決定ができるよう努めることが大切である。

第二に、医療倫理の 4 原則には明確な優先順位は定められていないが、地域精神科医療においては、可能な限り自律尊重原則を重視した形で意思決定を行うことが望ましいと考える。精神科医療は、脱施設化の流れの中で患者の自律性をより重視する方向に進んできた。しかし、地域の中で生活する患者が治療や支援を明確に拒否した場合、訪問する多職種チームは強い強制的な治療モデルに頼りたくなるだろう。しかしこれでは、地域の中で患者の自律的な生活や社会参加を促していくという、地域精神科医療の目標から遠ざかってしまう。病状や病識が不安定な患者に、いかにして治療に対する自律性を発揮してもらうかということは難しい命題ではあるが、その 1 つの答えとして精神科領域における事前指示制度<sup>3)</sup>が挙げられる。これは、将来的に病状が悪化した場合に備えて、病状が安定している間に希望する治療内容を患者自身が事前に指示するという制度であり、制度の種類によっては事前の意思決定に主治医や介護者が加わる場合もある。事前指示制度は米国や英国で運用され、本邦に導入する場合には本邦の文化や実情に見合った形に修正することが望まれるが、地域の中で患者が「自律的に治療に取り組んでいる」という感覚を得ながら生活するために、本邦においても今後導入が期待される。

#### 結 語

地域精神科医療、特に多職種チームによるアウトリーチがもたらす倫理的ジレンマとその対策について検討した。このような倫理的課題に対する

単純な解決策はないが、多職種チームの専門職が倫理的ジレンマの種類や内容について再確認し、患者の自律性を重視した、バランスの良い意思決定を行うための研鑽を積む必要がある。地域ケアにおける倫理的な議論が広がることで、今後地域に根差した精神科医療がさらなる発展を遂げることを願う。

#### 謝 辞

本稿をご高覧頂いた東邦大学医学部精神神経医学講座水野雅文教授の日頃のご指導に深謝します。

#### 文 献

- 1) Beauchamp, T., Childress, J.: Principles of bio-medical ethics, 6th ed. Oxford University Press, New York, chs. 4-7, 2009
- 2) 江畑敬介, 前田雅英, 樋田精一ほか: 地域ネットワークの形成と守秘義務との関係に関する研究. 精神神経学雑誌, 105 (7); 933-958, 2003
- 3) 藤井千代: 【これからの精神科地域ケア 統合失調症を中心に】地域ケアの時代の新たなサービス概念 事前指示. 臨床精神医学, 40 (5); 683-690, 2011
- 4) 伊藤順一郎: 「重度精神障害者に対する包括型地域生活支援プログラムの開発に関する研究」総括研究報告書 (主任研究者: 伊藤順一郎). 2008 ([http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/ACT\\_H17-19\\_1.pdf](http://www.ncnp.go.jp/nimh/fukki/documents/ACT_H17-19_1.pdf))
- 5) 厚生労働省ホームページ: 精神保健医療福祉の改革ビジョン (概要). 精神保健福祉対策本部, 2004 (<http://www.mhlw.go.jp/topics/2004/09/dl/tp0902-1a.pdf>)
- 6) 厚生労働省ホームページ: 精神保健医療福祉の更なる改革に向けて. 今後の精神保健医療福祉のあり方等に関する検討会, 2009 (<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/09/dl/s0924-2a.pdf>)
- 7) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間啓編: 精神科地域ケアの新展開—OTPの理論と実際—. 星和書店, 東京, 2000
- 8) 水野雅文: 精神科地域ケアのストラテジー. これからの退院支援・地域移行 (水野雅文編). 医学書院, 東京, p.2-10, 2012
- 9) Ryu, Y., Mizuno, M., Sakuma, K., et al.: Deinstitutionalization of long-stay patients with schizophrenia: the 2-year social and clinical outcome of a comprehensive intervention program in Japan. Aust N Z J Psychiatry, 40 (5); 462-470, 2006
- 10) Szmukler, G. 著, 佐久間啓, 水野裕也訳: 精神科臨床倫理 第4版. 23章 地域精神科医療における倫理. 星和書店, 東京, 2011
- 11) 竹島 正: 目でみる精神保健医療福祉 6. 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, 東京, 2012
- 12) Wertheimer, A.: Coercion. Princeton. Princeton University Press, NJ, 1987
- 13) Wing, J.: Ethics and psychiatric research. Psychiatric Ethics, 2nd ed (ed. by Bloch, S., Chodoff, P.). Oxford University Press, Oxford, p.423-434, 1991

## Ethical Dilemmas in Community Psychiatry

Yuya MIZUNO

*Department of Neuropsychiatry, Kawasaki Municipal Hospital/Department of Neuropsychiatry,  
School of Medicine, Keio University*

Although change has been gradual compared to most Western countries, the total number of psychiatric beds in Japan has been steadily decreasing, affirming the worldwide trend towards deinstitutionalization. As the main field of psychiatric care shifts from within hospitals to the community, an important clinical question has been raised: “how do we provide effective care for patients with severe mental disorders within the community?” This question has been answered in part by introducing psychiatric outreach services, in which multi-disciplinary mental health teams bring treatment and services to a patient’s home. However, little focus has been brought upon the ethical implications of this new form of psychiatric care. Common ethical dilemmas relate to issues such as privacy, confidentiality, coercion of treatment, and conflicts of duty towards the patient and surrounding people. Uniform solutions for these ethical problems cannot be provided, which makes it essential for members of multi-disciplinary teams to become educated in how to approach and solve these dilemmas on a case-by-case basis. Ethical judgment should be balanced so as to respect the individuality of the patients, and to avoid coercive care when possible.

<Author’s abstract>

<Key words : community psychiatry, multi-disciplinary team, outreach, ethics>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 老年期の精神科医療における臨床倫理

新村 秀人

(慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

老年期の精神科医療においてはさまざまな倫理的問題が生じ得るが、本論では、重症の認知症・延命医療を受けている終末期患者・高齢化する精神障害者といった、判断能力が低下した当事者における治療上の自己決定をどのように行うかという問題について考える。

当事者の意向にかかわらず医療者が最善と考える治療を行うパターナリズムは、当事者の自律性を損なうとの批判がある。この批判は、医療倫理の四原則では、自律尊重原則（患者の自律を尊重せよ）と善行原則（患者の利益となるようにせよ）との対立として考えることができる。この矛盾を乗り越える方法として「弱いパターナリズム」がある。これは、判断能力低下者が治療の目的を認識できるように援助し、可能な選択肢を示してある程度の選択を行ってもらうことで、なるべく自律性を損なわないように援助する方法である。

判断能力の低下した当事者の治療選択を援助する方法として、代理決定と事前指示がある。代理決定は、家族などが代諾者として、本人ならば行うであろう判断、あるいは、本人にとって最善と思われる判断を下すものである。事前指示は、当事者の判断能力が保たれている間に、将来自分に行われる医療行為をあらかじめ意思表示する、あるいは、将来医療行為を決定してくれる代理人をあらかじめ選んでおくものである。

判断能力低下者に対する医療行為の同意について、司法書士の専門家団体が医療者に対して行ったアンケートの結果では、医療者は、家族や血縁者の意向を重視する傾向があった。しかし家族の意向を重視すると、家族の意見が一致しなければ治療の決定ができないというジレンマが生じる。また近年、家族の支援が得られない高齢者が増えている。事前指示や代理決定といった医療判断の支援システムを整備し、弱いパターナリズムも援用することで、老年期の精神科医療においても当事者の意思を最大限に活かせるようにすることが望まれる。

<索引用語：老年期，倫理，パターナリズム，代理決定，事前指示>

## はじめに

2008年患者調査<sup>4)</sup>によると、わが国の精神障害者は282万人と推計され、入院患者は約30万1,000人であり、そのうち65歳以上の患者は47%を占めている。高齢化が進むわが国では、精神科医療における老年期の比重は今後ますます増えていくであろう。老年期の精神科医療においては、さまざまな倫理的問題が生じ得る。本論では、その中でも特に、判断能力（competence）の低下した高齢者における治療上の自己決定の問題に焦点

を当てて考えてみたい。

まず、判断力の低下した高齢者の症例を示して、医療行為の同意を誰がすべきかについて医療従事者に対して行ったアンケート調査の結果を紹介し、この問題に対する医療現場での判断の実情を瞥見する。その上で、自律性とパターナリズムの対立という問題を考え、その解決策として代理決定と事前指示について述べる。最後に、わが国における医療判断支援システムのあり方について検討したい。

## I. 老年期の精神科医療における倫理的諸問題

老年期の精神科医療においては、さまざまな倫理的問題が生じ得る。それを列記してみよう<sup>8)</sup>。

- ①加齢とともに、身体機能や認知機能の低下、慢性疾患の増加、社会参加の減少など様々な不利が生じると信じられており、「老い」に対するスティグマが根強く存在する（この考え方に対して、サクセスフル・エイジングという概念が提唱されている）。
- ②「老年」の概念は、境界があいまいで、個人間の差が大きく、また個人においても時間的な変動が大きい。このような差異を無視してステレオ・タイプに扱ってしまうことが多い（この考え方に対しては、個々人の「物語」を重視するナラティブ倫理がある）。
- ③高齢者のケアにおいては、身体疾患や認知機能低下から、援助への依存（プライバシー・個人の尊厳・アイデンティティの問題）を生じやすく、ひいては虐待・搾取の危険性もある。
- ④認知症などにより判断能力の低下した者の自己決定はどうあるべきか、という問いに対して、自律性とパターンリズムの対立という問題が生じる。
- ⑤高齢者のケアにおいて、例えば認知症の当事者に対して、ありのままの真実を伝えることが必ずしも治療的・倫理的ではない、という問題がある（これに対し、当事者の感情に寄り添った「真実」を伝えるという基本姿勢のバリデーション治療がある）。
- ⑥認知症の最終段階における、緩和ケア、生活の質（quality of life）、死の質（quality of death）とは、どのようなものであるべきか。
- ⑦精神疾患を患う高齢者は、近代技術社会の基本的価値である理性・記憶力を重視する立場からは「価値の低い」と見なされる可能性がある。このような見方に対し、認知機能の低下した者の尊厳はどのように考えることができるのだろうか。
- ⑧高齢者は、社会的な生産性が乏しく、むしろ医療やケアに費用がかかるため社会にとっての経

済的負担である、という医療経済上の議論がある（この指摘に対しては、高齢者の社会への功績を包括的にみる、横断面でなく生活史全体をみるという方法がある）。

本論では、これら老年期の精神科医療における倫理的諸問題のうち、特に、判断能力低下者の自己決定の問題について取り上げて考える。老年期の精神科医療において、判断能力低下が問題となる典型的なケースとしては、認知機能の低下（特に認知症）、終末期医療（特に延命治療）、高齢化する精神障害者（特に身体合併症をもつ場合）であろう。このような判断能力低下者における医療決定をどうするか、いくつかの面からみていこう。

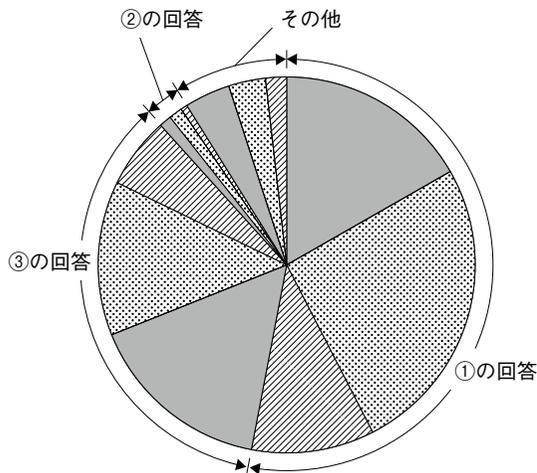
## II. 医療行為の同意についてのアンケート

まず、判断能力低下者に対する医療行為の同意について、医療者に対し行ったアンケートの結果を紹介する。これは、高齢者・障害者の権利擁護を目指す司法書士約6,000名からなる専門家団体である公益社団法人成年後見センター・リーガルサポートの医療行為の同意検討委員会が行ったもので、医療行為への同意能力のない人に対して医療の選択権・決定権が十分確保されていない現状について、法律の制定も含めた検討を行うために、医療従事者の意見を集めるという目的で、2010年10月より2012年3月まで行い、医療従事者180名が回答している。その内訳は、医師67名、コメディカル78名（看護師、薬剤師、臨床検査技師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャーなど）、不明（職種回答なし）35名である。同委員会の許可を得て、その一部を内容を整理した上で紹介する<sup>5)</sup>。

### 症例提示

#### 1) 症例 A 子 (85 歳, 女性)

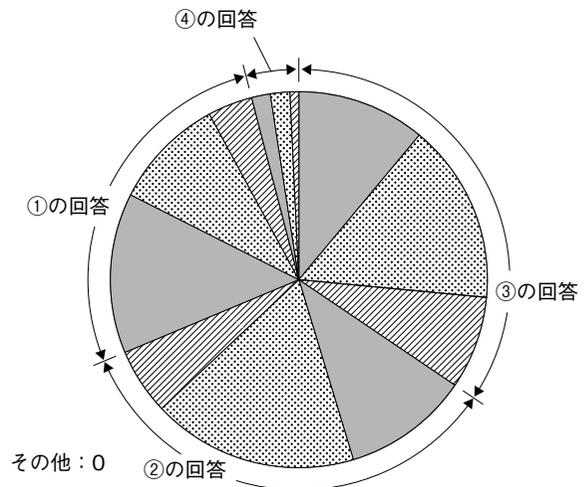
重度の認知症のため施設入所中。自分の意思を表すことがほとんどできない。長女が1月に1~2回面会に来る。A 子さんが摂食不良となったため、主治医は胃瘻造設が必要と判断した。



- ・(身内のうち)多数派意見<<身近
- ・意見がまとまらなければ、積極的な治療はひかえる

■ 医師    ▨ コメディカル    ▩ 不明

図1 症例 A【質問 1】



- ・成年後見人<<身内(身近)
- ・なるべく多くの人の意見を取り入れる

■ 医師    ▨ コメディカル    ▩ 不明

図2 症例 A【質問 2】

#### 【図1～7の見方】

- ・回答者は、医師、コメディカル、不明（職種回答なし）の3群に分けた。
- ・質問に対する選択肢は、2通り（①，②）から5通り（①～⑤）までである。より多く選ばれた選択肢の順に、時計回りに表示し、その他は灰色で表示した。
- ・各選択肢の中は、医師：塗りつぶし、コメディカル：ドット、不明（職種回答なし）：斜線で表示した。

#### 【質問 1】

長女は「最後までお母さんらしく生きてほしい」と考え、胃瘻造設に反対した。一方、長男と次男は「少しでも長生きしてほしい」と考え、胃瘻造設に賛成した。どう対応するか？

- ①A子さんを一番よく知っている長女の反対理由を聴き、他の医療を検討する
- ②子どもの意見は2:1で長男と次男が多数意見なので、手術に反対する長女を根気よく説得し、同意を得るよう努力する
- ③子ども全員の意見がまとまらなければ、手術はせず、他の医療を検討する

結果は図1に示したようになった。この結果をまとめると、(身内の中では)多数意見よりも、身近を重視する(身近>>多数意見)、意見がまとまらなければ、積極的な治療はひかえる、というこ

とになるう。

#### 【質問 2】

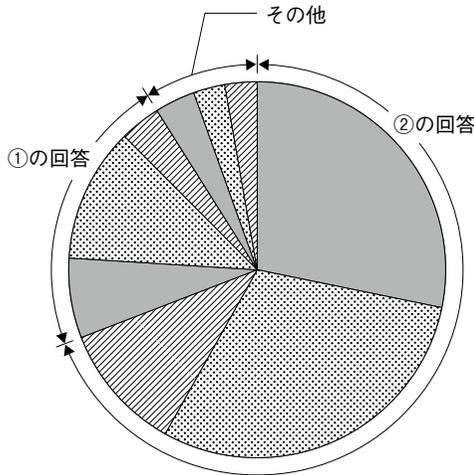
(同じケースで)子ども3人の仲が悪かったため、家庭裁判所は、子どもの誰にも財産管理を任せるとはできないとして、成年後見人(専門職)を選任し、財産管理を中心に後見事務を行っていた。この場合、A子さんの意思を代理決定するのにふさわしいのは誰か？

- ①子ども3人で意見をまとめる
- ②子ども3人が、成年後見人の意見を聴いて調整する
- ③成年後見人が、子ども3人の意見を聴いて調整する
- ④成年後見人

結果は図2に示したようになった。この結果をまとめると、成年後見人よりも、身近な身内の方が重視される(身内(身近)>>成年後見人)、なるべく多くの人の意見を取り入れる、ということになるう。

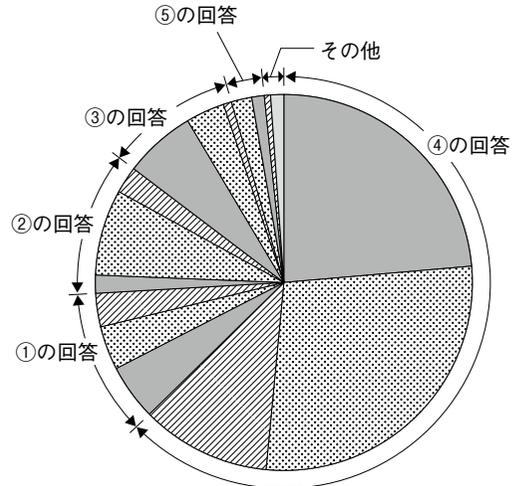
#### 【質問 3】

(同じケースで)子ども3人はすでに死去し、親族は、甥(全く交流なし、唯一の推定相続人)と



(身内のうち) 身近>血縁  
■ 医師 ▨ コメディカル ▩ 不明

図3 症例 A 【質問3】



・なるべく多くの人の意見を取り入れる(ただし、身内は必須)  
・成年後見人≒身内(疎遠)

■ 医師 ▨ コメディカル ▩ 不明

図4 症例 A 【質問4】

長男の嫁（施設入居までは同居，月1回面会に来る）のみであったとする。この場合，A 子さんの意思を代理決定するのにふさわしいのは誰か？

- ①甥（推定相続人）
- ②長男の嫁（血縁関係はないが，同居していた）

結果は図3に示したようになった。この結果をまとめると，（身内の中では）身近にいた者の方が，血縁者よりも重視される（身近>血縁），ということになる。

【質問4】

（同じケースで）親族は甥（全く交流なし，唯一の推定相続人）のみであったとする。成年後見人（専門職）が選任されており，成年後見人は，入院時には病状説明を受け，月1回 A 子さんと面会し，精神保健福祉士との連携も密であった。この場合，A 子さんの意思を代理決定するのにふさわしいのは誰か？

- ①甥
- ②甥と成年後見人の両者
- ③成年後見人
- ④成年後見人が，甥と意見調整して代理決定する
- ⑤成年後見人が，医療スタッフとケア会議を開

き代理決定する

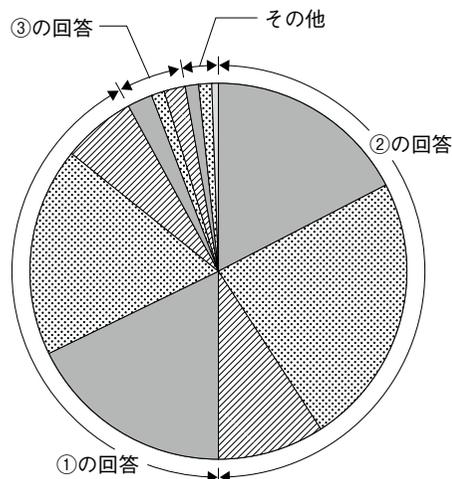
結果は図4に示したようになった。この結果をまとめると，なるべく多くの人の意見を取り入れる（ただし，身内は必須と考えられている），成年後見人と疎遠な身内は，同程度に重視されている [成年後見人≒身内(疎遠)] ということになる。

【質問5】

（同じケースで）親族はなく，成年後見人（専門職）が選任されているとする。医師が胃瘻について成年後見人に説明し同意を得ようとしたが，成年後見人は「自分には医療行為についての同意権はない」と答えた。この場合，どう対応するか？

- ①誰からも同意を得られないので，胃瘻造設は行わず，保存的治療を検討する。
- ②医療スタッフと成年後見人でケア会議を開き，全体の意見をもとに担当医が決定する
- ③誰からの同意が得られなくても，最善の医療であると判断される胃瘻造設を行う

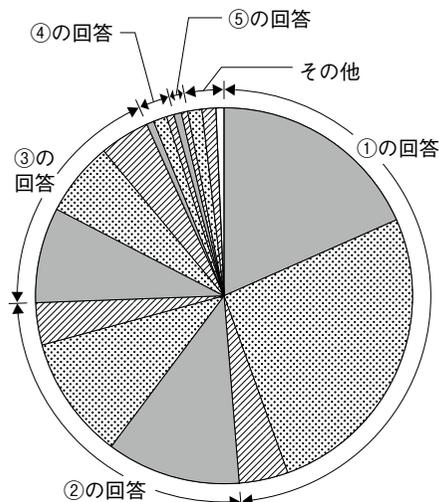
結果は図5に示したようになった。この結果をまとめると，医療現場で受け入れられている順としては，なるべく多くの人の意見と取り入れつつも，主治医が決定>意見がまとまらなければ，積



なるべく多くの人の意見+主治医が決定  
 >意見がまとまらなければ、積極的な治療はひかえる  
 >>意見がまとまらなくても、「最善の医療」(パターナリズム)

■ 医師    □ コメディカル    ▨ 不明

図5 症例A【質問5】



事前意思を尊重>事前意思は参考程度>>事前意思は無効

■ 医師    □ コメディカル    ▨ 不明

図6 症例B【質問1】

極的な治療はひかえる>>意見がまとまらなくても、「最善と考えられる医療」を行う（これは、後述するパターナリズム），ということになる。

2) 症例B子 (85歳, 女性)

定年まで看護師として働き、有料老人ホームに入所している。婚姻歴はなく、甥・姪との交流もほとんどない。77歳時に、司法書士と任意後見契約を結んだ。「医療行為についても頼みたい」と思ったが、「任意後見人には医療行為の同意権はない」と説明されたため、定期面会時に医療に対する自分の気持ちを伝えていた。B子さんが脳出血で意識不明となり、主治医は経管栄養が必要と判断した。

【質問1】

脳出血発症する前（8年前）にB子さんが「最後まで、おいしいものを自分の口から食べたい」との意思を表明しており、成年後見人（司法書士）はそれを書面で記録していた。成年後見人は、任意後見人には医療行為の同意権がないことも伝えた上で、書面を医療スタッフに示した。どう対応

するか？

- ①事前意思をそのまま採用することはできないが、毎年意思の確認をしているので、事前意思を尊重して他の医療を検討する
- ②事前意思を尊重して、他の医療を検討する
- ③事前意思は参考にはするが、親族の誰かが同意すれば経管栄養を行う
- ④具体的な医療の方法についての事前意思ではないので採用できない
- ⑤事前意思は元気な頃の古いもので、意思の変化があり得るので採用できない

結果は図6に示したようになった。この結果をまとめると、事前意思を尊重>事前意思は参考程度>>事前意思は無効、であり、基本的には事前意思を尊重しようという意見が多い、ということになる。

【質問2】

現在、日本では、本人が元気な時に自分の受ける医療行為について事前に意思表示し、意思能力がなくなった時に代理決定する人を指名しておく制度はない。事前指示制度の法制化についてどう考えるか？

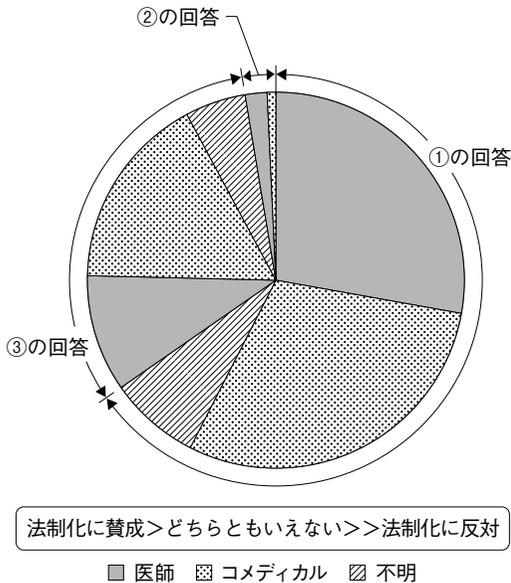


図7 症例B【質問2】

- ①法制化に賛成
- ②法制化に反対
- ③どちらとも言えない

結果は図7に示したようになった。この結果をまとめると、法制化に賛成 > どちらともいえない >> 法制化に反対、ということになる。

医療者に対するアンケート結果をみると、判断能力低下者に対する医療行為の意思決定を迫られるのは様々な複雑な状況があり得、一義的に判断することは難しいが、そのような中、臨床場面では悩みながらも何らかの判断を下していることがわかる。このアンケート結果からは、医療行為の意思決定において、医療者は家族や血縁者の意向を重視するという姿勢が読み取れた。

### Ⅲ. 自律とパターナリズムの葛藤

#### 1. 医療倫理の4原則

医療行為をいかにすべきか、なさざるべきかについて考える上で、ビーチャムとチルドレスにより提唱された医療倫理の4原則が有用である。これは、倫理学の基礎原則のいかにかわかわらず同意が可能な中間原則であり、以下の4つの原則からなる<sup>1)</sup>。

- ①自律尊重原則 (respect for autonomy)：患者の自律を尊重せよ
- ②善行原則 (beneficence)：患者の利益になるようにせよ
- ③無危害原則 (non maleficence)：患者の害にならないようにせよ
- ④正義原則 (justice)：正義ないし公平を保て

#### 2. 自律尊重原則と善行原則との葛藤

この4つの各原則は、いずれも大切な価値を体現しているのであるが、4つの原則の位置付けは一樣ではない。「ヒポクラテスの誓い」の時代から医の倫理の中で伝統的に尊重されてきた②③④と、ヘルシンキ宣言やインフォームド・コンセント概念の成立などを通じて現代の医療倫理において重視されるようになった①とは出自が異なり、両者は矛盾を生じることがしばしばある<sup>7)</sup>。

例えば、救命可能な患者が治療を断固拒否しているとしよう。治療を行わない場合、回復不能または死が予想される。善行原則では、医師の職業倫理から、生命の尊厳のために治療を行うことを当然と考えるだろう。しかし一方、自律尊重原則からは、患者個人の尊厳により自己決定権を守るという視点から治療を差し控えるべきだと要請するのであり、ここにジレンマが生じる。

このような場合、善行原則を自律尊重原則に優先させることによって両者の対立を解決しようとするのが、パターナリズムである。つまり、パターナリズムとは、利益確保や危害回避の目的によって、患者の選好や行動を意図的に乗り越えることを正当化することである<sup>1)</sup>。

#### 3. 強いパターナリズムと弱いパターナリズム

医療にはパターナリズムがつきものである。しかし、当事者を益することを意図している点は承認されるものの、当事者の本質的に自律的な選択に介入することに対しては、現代の医療ケアの倫理からはしばしば批判がなされる。そこで、従来のパターナリズム(「強いパターナリズム」)を修正した「弱いパターナリズム(修正型パターナリ



## 事前指示書

私の家族、主治医、そして私の医療に携わる全ての方々へ、

私（ ）は、清明なる意識・健全な精神の下で自分の死について考え、自分の意思で自分の最期を決定するために、この指示書を作成しています。

私は、私の病気が不治であり回復不可能な状態に陥り、自ら判断が下せなくなった場合には、最期の時を迎えるにあたり、本指示書を尊重して対応して下さることを望みます。

私の病気が不治であり回復不可能と考えられる場合には、死の過程を長引かせるだけの治療行為は中止し、私に安らぎを与え、出来る限りの苦痛緩和の医療と介護で、自然な看取りをして下さい。そのために、死期が早まったとしてもかまいません。

食事や水分を口から十分摂取出来なくなった時には、食べられるだけ食べればよく、口から食べることを大切に自然な経過での看取りをして下さい。

既に死期が迫っていると診断される場合、あるいは数ヶ月以上にわたって植物状態に陥っている場合には、生命を維持するためだけの処置は全て中止して下さい。

本指示書による意思表示は、私自身が変更・破棄・撤回しない限り有効です。

私の要望を忠実に果たして下さった方々に感謝するとともに、その方々が私の要望に従って下さった行為一切の責任は、私自身にあることを併記します。

その他、最期の時を迎えるにあたり、希望すること。

( )

平成 年 月 日

本人署名捺印

住所

氏名

(生年月日 年 月 日生)

家族署名捺印 (必要とする場合のみ記載)

住所

氏名

(生年月日 年 月 日生)

医療代理人署名捺印 (必要とする場合のみ記載)

住所

氏名

(生年月日 年 月 日生)

図9 飯田医師会の事前指示書

事者が判断能力を備えていたら行ったと考える決定(代行判断基準)あるいは、「客観的に見て当事者にとって最善であろうと考える決定(最善の利益基準)」を選択する。なお、代諾者となる人が存在しない場合は、医師が状況を総合的に判断し、当事者にとって最善となるような医療行為を行うことになる。しかし、医師の判断が当事者にとって最善であるかは必ずしも定かではなく<sup>2)</sup>、現場では苦悩しながら判断しているのが実情であろう。

### 5. 事前指示

事前指示(advance directive)とは、当事者の判断能力が保たれている時に、将来自らが判断能力を失った際に自分に行われる医療行為への意向を前もって意思表示しておく、あるいは、将来自分に行われる医療行為を決定してくれる代理人をあらかじめ選択しておくことである。当事者が判断能力を備えていた時に下した決定を、当事者がその能力を失った場合においても尊重するという点において、事前指示は自律尊重原則を時間的に拡張した形で適用したものと言える。

事前指示には、当事者が判断無能力になった場合に代理決定を行う人を指名しておく代理人指示と、実施してほしい治療・拒否したい治療など、治療に関する希望を記した内容的指示とがある。リビング・ウィルも内容的指示の1つである。

## 6. 事前指示書の例

わが国の臨床現場で実際に用いられている事前指示の例を示す。わが国では現在の法的な定めがないこともあって、事前指示書は施設ごとに工夫されており、その形式は様々である。

国立長寿医療研究センターで用いられている事前指示書<sup>6)</sup>は図8のように、リビング・ウィルと代理人の指名を含む形式をとっている。わが国では、事前指示書の法制化はなされていないため、「法的な意味はありません」との一文が記載されている。

飯田医師会が作成した事前指示書<sup>3)</sup>を図9に示す。「出来る限りの苦痛緩和の医療と介護で、自然な看取りをして下さい。…口から食べることを大切に自然な経過での看取りをして下さい。…生命を維持するためだけの処置は全て中止してください」など、「自然な看取り」を中心に書かれており、シンプルな構成になっている。現在のわが国においては看取りの多くは自宅ではなく病院でなされるという現状をふまえて、事前指示書を作成する医療者の協議の中で、「最後まで延命措置を望む」という項目や具体的処置に関する指示内容(病院か在宅か、人工呼吸器を装着するかなど)は、明記しないこととしたという。

## IV. 医療判断支援システムはどうあるべきか

### 1. 日本の老年期精神科医療における医療判断の問題点

わが国は高齢化社会を迎え、当事者の判断能力が低下している中で重大な医療判断を迫られる例が増えている。しかし、本人の判断能力が低下した場合に医療判断を支える法的・制度的システムがないため、家族の意見が一致しなければ最終決定ができないというジレンマに陥りやすく、医療

者や家族の心理的な負担は大きい。しかも、近年、家族の支援が得られない高齢者が増えている。先に紹介した医療者へのアンケート結果からは家族の意向を重視する傾向がうかがわれたが、これからは、家族中心の発想では対応できない事例も増えると予想される。

### 2. 日本の老年期精神科医療における医療判断支援システムの可能性

判断能力低下者において医療判断を支えるシステムが要請されているが、現代日本の家族のあり方や医師-患者関係に適合したモデル構築のためには検討がなお必要であろう。従来、わが国では医療パートナーリズムに傾きがちであったが、近年は、本人の自律を尊重する考え方も重視されるようになってきている。患者の自律を尊重しつつも、最適な医療を行っていくためには、弱いパートナーリズムという考え方が示唆を与えてくれるのではないだろうか。また、本人の意思を最大限にするシステムとして事前指示および代理判断という方法について紹介した。その法的整備が望まれるところである。

## 謝 辞

本稿をまとめるに際し、「医療行為の同意についての医療関係者に対するアンケート」の結果についての発表を承諾していただいた公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート 医療行為の同意検討委員会 岩井英典先生に深く感謝いたします。また、東邦大学医学部精神神経医学講座 水野雅文教授のご高閲とご指導に深く感謝いたします。

## 文 献

- 1) Beauchamp, T. L., Childress, J. F.: Principles of Biomedical Ethics, Fifth Edition. Oxford University Press, Oxford, 2001 (立木教夫, 足立智孝監訳: 生命医学倫理学第5版. 麗澤大学出版会, 千葉, 2009)
- 2) 藤井千代: 地域ケアの時代の新たなサービス概念 事前指示. 臨床精神医学, 40 (5); 683-690, 2011
- 3) 羽生郁久: 自分の最後は自分で決める-飯田医師会が作った事前指示書. 死の臨床-高齢精神障害者の生と死 (松本雅彦, 浅野弘毅編). 批評社, 東京, 2011

- 4) 厚生労働省大臣官房統計情報部患者調査 2008 : <http://www.mhiw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanjya/08/index.html>
- 5) 公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート : 医療行為の同意についての医療関係者に対するアンケート 集計と考察. 公益社団法人 成年後見センター・リーガルサポート. 2012 <http://www.legal-support.or.jp>
- 6) 三浦久幸 : 高齢者終末期の医療とケア. 日本老年医学会雑誌, 48 ; 211-215, 2011
- 7) 田辺 英 : 臨床医学における倫理学の役割—問題解決を目指して. Jpn J Gen Hosp Psychiatry, 20 (3) ; 247-252, 2008
- 8) Oppenheimer, C.: Ethics in old age psychiatry. Psychiatry Ethics Fourth Edition (ed. by S. Bloch, S. Green), Oxford University Press, Oxford, New York, 2008 (水野雅文, 藤井千代, 村上雅昭ほか監訳: 精神科臨床倫理学 第4版. 星和書店, 東京, 2011)

---

## Clinical Ethical Problems in Geriatric Psychiatry – Autonomy of Decision-Making in Patients with Insufficient Competence

Hidehito NIIMURA

*Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Keio University*

Although many ethical problems exist in clinical geriatric psychiatry, this article focuses on the problem of therapeutic self-decision-making in individuals with insufficient competence because of severe dementia, a terminal stage of malignancy, or a mental disorder complicated by aging.

Paternalism, in which the doctor acts according to what he/she thinks best irrespective of the patient's will, has been criticized as violating the patient's autonomy. The dilemma emerges as a conflict in ethical principals between respect for patient autonomy vs. the principal of beneficence. Weak paternalism is one way to overcome this conflict. Weak paternalism aids individuals who do not have sufficient competence to recognize the purpose of therapy and to choose the therapy to some extent while violating the patient's autonomy as little as possible.

Proxy decision-making and advance directives are additional systems to support the self-decision-making of patients with insufficient competence. In proxy decision-making, a representative, such as a member of the patient's family, decides what the patient would be most likely to do or what is likely to be the best option for the patient. Advance directives are used while the patient is still competent to declare preferred medical interventions or to nominate a proxy to make future medical decisions.

The professional organization of judicial scriveners distributed a questionnaire survey to medical professionals regarding consent to medical intervention for patients with insufficient competence. The results revealed that medical professionals in Japan value the opinions of family members and blood relatives. However, if the family cannot reach a consensus, interven-

tions cannot be performed. Furthermore, the number of elderly patients who do not have any family support has recently increased. In conclusion, improvements in decision-making systems, such as proxy decisions or advance directives, are needed to maximize patient autonomy in the field of geriatric clinical psychiatry in Japan.

< Author's abstract >

< **Key words** : old age, psychiatric ethics, paternalism, proxy decisions, advance directives >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 自殺をめぐる臨床倫理

山口 大樹<sup>1)</sup>, 藤井 千代<sup>2)</sup>

1) 東邦大学医学部精神神経医学講座, 2) 埼玉県立大学保健医療福祉学部

精神科臨床の現場では、自殺傾向のある人に対してしばしばパターンリスティックな介入が行われる。国連原則によれば、そのような介入が容認されるのは、①自他への差し迫った危険がある場合、②本人が判断無能力であり、代諾者からのインフォームド・コンセントが得られるか、治療計画が本人の最善の利益となると独立機関が認めた場合、のいずれかである。実臨床においては、緊急性の高くない自殺念慮や、判断能力を有した状態で尊厳死を希望する場合など、介入の倫理的妥当性の判断が難しい状況に遭遇することも少なくない。倫理に適った介入を行うには、緊急性や本人の判断能力を十分に検討すると同時に、家族の意向や社会的背景、宗教、文化、法律なども含めて個別のかつ総合的な判断をする必要がある。そのためには臨床倫理的アプローチが有用であり、MacCAT-T や SICIATRI のような判断能力評価のためのツールの活用も検討する必要がある。

<索引用語：臨床倫理，自殺，パターンリズム，判断能力，最善の利益>

## はじめに

自殺に関連する倫理は、そもそも自殺は道徳的にはか非かといった古典的な議論から、近年の安楽死や医師帮助自殺をめぐる議論に至るまで、さまざまな側面から論じられてきた。このような大局的な倫理的議論を行うことも意義のあることではあるが、我々が精神科医療を実践するにあたり臨床的に重要なことは、自殺傾向のある人に対してどのような医療的介入をする(あるいはしない)ことが倫理に適うといえるのかということである。

本稿では、日常の臨床現場でしばしば遭遇し、医療的介入をする(あるいはしない)にあたって倫理的検討が必要と思われる模擬事例を提示し、その倫理的諸側面について検討していきたい。

## I. 精神医学的介入の妥当性をめぐる議論

多くの知見により、自殺者の大半は自殺時にうつ病や統合失調症など何らかの精神疾患に罹患していることが明らかとなっている<sup>1,2,4,9)</sup>。また自殺

傾向のある人は、心理的視野狭窄や否定的な認知といった特徴的な心理状態に陥りがちであるとも指摘されている<sup>10)</sup>。すなわち精神疾患の症状あるいはその影響による認知の歪みにより自殺念慮が生じていることが多く、このため精神科医療の介入が必要とされる。もし当事者が精神科医療の介入に同意している場合は倫理的問題が生じることは少ない。倫理的に問題となりうるのは、主として同意が得られない事例への介入のあり方である。すなわち、自殺傾向を有する人に対するパターンリスティックな医療的介入はどのような場合にどの程度まで容認しうるかという問題である。

1991年に国連総会で採択された「精神疾患を有する者の保護およびメンタルヘルスケア改善のための諸原則」では、患者の同意なく治療を強制できる状況は、①自他への差し迫った危険がある場合、②本人が判断無能力であり、代諾者からのインフォームド・コンセントが得られるか、その治療計画が本人の最善の利益であると独立機関が認

表1 医療倫理の4原則

|        |                           |
|--------|---------------------------|
| 自律尊重原則 | 自律的な患者の意思決定を尊重せよ          |
| 無危害原則  | 患者に危害を及ぼすのを避けよ            |
| 善行原則   | 患者に利益をもたらせ                |
| 正義原則   | 社会的な利益（医療資源など）と負担を公平に配分せよ |

文献8)より引用

めた場合、のいずれかである。表1に示した医療倫理の4原則の「自律尊重原則」における自律 (Autonomy) とは、「自由かつ独立して考え、決定する能力」であり、また「そのような考えや決定に基づいて行為する能力」である。臨床現場において患者の自律を尊重することとは、患者が自分で決定できるよう、重要な情報を開示し、患者の決定を尊重することとされるが、この原則は当事者に十分な判断能力（治療同意能力）があることが前提とされる。すなわち、十分な判断能力がない場合には、当事者の利益を守るため、その本人の意思に反して介入を行うことは倫理的に容認されうると考えられる。

しかしどのような状態であれば「判断無能力」としてよいかについては、十分な議論がされているとは言いがたい。自殺念慮や自殺企図があること自体が判断無能力の証左とされる場合もあるが、自殺念慮や自殺企図の程度には幅があることも考慮に入れると、明確な判断は困難である。「判断能力の程度」を評価する方法としては、MacArthur Competency Assessment Tool-Treatment (MacCAT-T)<sup>5)</sup>や、判断能力評価用構造化面接 Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory (SICIATRI)<sup>7)</sup>などの患者の治療同意判断能力評価法が知られているが、わが国ではこのような判断能力評価法が臨床現場で用いられることはほとんどないのが現状である。実臨床において判断能力評価をどのような形で行っていくべきかについては、自殺傾向への介入時のみならず、精神科臨床全般に共通する今後の重要な課題である。

また、数は少ないながらも、精神疾患を有さない人が自律的な選択に基づいて「理性的な自殺」

を企図する場合もあることは無視できない事実であり、この場合の介入のあり方についても慎重な倫理的検討が必要である。例えば積極的治療が不可能な癌の末期で、手段を尽くしてもコントロールできない疼痛に苦しんでいる人が尊厳を保ったまま死にたいと希望するような場合、国や州によっては一定の条件を満たせば安楽死が認められることもある。わが国では安楽死は認められていないが、積極的な延命措置を本人が拒否するという状況は起こりうる。終末期の医療のあり方が注目を集めつつあることを考慮すると、特にコンサルテーション・リエゾン精神医学の領域において今後そのような状況に直面することが増える可能性もある。狭義の自殺とは異なるが、そうした可能性を踏まえた倫理的議論を深めておくことも必要だろう。

自殺は精神医学的側面のみではなく、社会的背景や文化、宗教など様々な側面を考慮すべき極めて個別性の強い問題である。Blochらが指摘する通り、介入をするにしても、介入をしないにしても、何らかを犠牲にしなくてはならないというジレンマが生じ得る<sup>3)</sup>。そのため自殺傾向のある人に介入しようとする場合、どのような介入のあり方が本人にとっての「最善の利益」となるか、そもそも介入をすることが当事者にとって「最善の利益」となるかどうかについては、個別性を重視した臨床倫理的検討を行うことが必要となる。

## II. 自殺傾向への介入に関する倫理的検討

自殺傾向のある人への介入に伴う倫理的問題について検討するため、以下に筆者らの臨床経験に基づいて創作した2つの模擬事例を示す。

### 1. 模擬事例提示

#### 1) 模擬事例 A (45歳, 女性)

現在50歳の夫と15歳の長女、80歳になる認知症の母親と同居している。元来まじめで責任感が強い人物であった。

42歳時、母親の認知症が進行し日常生活にも常時介護が必要となり負担が増大したことを契機

に、抑うつ気分、興味関心の喪失、食欲不振、不眠といった症状が出現し近医精神科を受診した。うつ病と診断され、抗うつ薬を中心とした薬物療法が開始された。治療は奏功し3ヵ月程度で寛解が得られ、半年間薬物療法を継続したのち通院を終了した。通院終了後は、母親の介護を献身的に行いつつ、趣味のテニスを楽しむこともでき、充実した日常生活を送っていた。

2ヵ月前、母親が転倒し大腿骨を骨折したことを契機に抑うつ気分、意欲低下が再燃し、家事や介護、趣味のテニスも行えない状態となり、毎日2時間程度しか眠れず、体重も2ヵ月で5kg減少した。2週間前より「自分は母親の介護や家事もできない価値のない人間で、家族の期待を裏切っている」と考えるようになり、それは死に値することであると確信し、縊首による自殺を決意した。その日の夜中、自宅にあった梱包用のビニール紐をクローゼットのパイプに結びつけている所を、物音に気付いた夫に発見され、翌日夫に付き添われて精神科を受診した。

診察場面でも罪業妄想を伴った強い抑うつ気分と焦燥感、切迫した自殺念慮を認め、うつ病の再発が疑われた。医師は抗うつ薬の再開の必要性とそれによって治癒する可能性が高いことを説明し入院治療を勧めたが、本人は「治療をしても無駄です、死なせてください」と頑なに治療を拒否し、何度も椅子から立ち上がり診察室から出て行こうとした。

## 2) 模擬事例 B (80歳、男性)

5年前に妻とは死別しており、現在単身生活をしている。一人娘である長女は結婚し独立しているが、本人とは定期的な交流を保っている。若いころから独立独行の精神旺盛で自身の生き方に誇りを持っており、30歳で事業を立ち上げ、精力的に拡大するなど活力に溢れた人物であった。50歳時に事業が失敗し会社が倒産した際と、75歳時に妻と死別した際に一時的に不眠や抑うつ気分、食欲低下がみられたが、3ヵ月程度で自然軽快しており、今まで精神科通院歴はない。

3ヵ月前に大腸癌と診断され、余命半年程度と告知された。脳への転移が認められたが手術やガンナイフの適応はなく、全脳への放射線照射が行われた。しかし転移性脳腫瘍は急速に増大し、麻痺と言語障害が目立つようになり、日常生活にも一部介助が必要な状態となってきた。本人は、今後麻痺が進行し、長女や医療・介護スタッフの世話になることを何よりも恐れており、そうなる前に自分の意思で尊厳を持って死にたいと考えようになった。この1ヵ月間熟慮を重ねたが結論は変わらず、日本では安楽死が認められていないことから、主治医に処方された睡眠薬と市販の睡眠薬を大量にため込み、いよいよ自由が利かなくなった時には自殺しようと思いを固めていた。昨日、自室の掃除をしていた長女が偶然大量の睡眠薬と遺書を発見し、本人を問い詰めたところ、「お前に面倒をかけたくない。自分の死に時は自分で決める」と述べ、長女が「自分が面倒をみるので自殺なんかしないでほしい」と説得したが決意が変わらなかったため、心配した長女は主治医に相談した。相談を受けた主治医は、対応に苦慮したため精神科に紹介し、長女に付き添われ精神科受診となった。

診察場面で本人は理路整然と話を進め、見当識、記憶力も保たれ認知機能低下は否定的であった。長女は、家に帰れば自分が目を離した隙に自殺するのではないかと心配しており、精神科でも身体科でもよいので入院させてほしいと希望した。本人は合理的な判断に基づいて尊厳ある死を選択したのだと主張し、精神科的治療も身体科への入院も必要ないと述べた。

## 2. 介入に伴う倫理的問題の検討

2つの模擬事例のいずれにおいても、「自律尊重原則」と「善行原則」の対立という倫理的問題が存在する。すなわち、本人は精神科的介入を拒否しているが、命を救うという善行のためには精神科的介入が必要であると考えられるという状況である。

模擬事例 A では、自律尊重原則よりも善行原則

表2 Jonsen の4分割表

|  |  |
|--|--|
| 医学的適応<br>1. 診断と予後<br>2. 治療目標の確認<br>3. 医学の効用とリスク<br>4. 無益性  | 患者の意向<br>1. 判断能力<br>2. インフォームドコンセント<br>3. 治療の拒否<br>4. 事前の意思表示<br>5. 代理決定   |
| QOL<br>1. QOL の定義と評価<br>(身体, 心理, 社会的側面から)<br>2. 誰がどのような基準で決めるか<br>・ 偏見の危険<br>・ 何が患者にとって最善か<br>3. QOL に影響を及ぼす因子 | 周囲の状況<br>1. 家族など他者の利益<br>2. 守秘義務<br>3. コスト・経済的側面<br>4. 希少資源の配分<br>5. 法律<br>6. 公共の利益<br>7. 施設の方針, 診療形態, 研究教育<br>8. その他のあらゆる問題 |

文献6) より引用

を優先させ、パターナリスティックな介入を行うことに対して異論が出ることはあまりないと考えられる。模擬事例 A の自殺企図に「うつ病による自殺念慮」が大きく関与していることはほぼ明白である。患者の死への願望が自律的な選択に基づく理性的で揺るぎないものかは極めて疑わしく、判断能力はうつ病によって歪められ、欠如している可能性が高い。しかもこの事例の自殺念慮は切迫しており、緊急性も高いと考えられる。このような状況での介入は法的にも認められており、比較的容易に介入の方針を決定できる。

模擬事例 B の場合、精神科医は模擬事例 A よりもはるかに複雑な倫理的問題に直面することとなる。精神疾患ではない可能性が高く判断能力が保たれているように見える場合であっても、自殺念慮が明確に存在すれば命を救うためのパターナリスティックな介入を正当化できるのか、という問題である。

このような複雑な倫理的問題について4原則という抽象的な概念からのみ検討するのは実際にはかなり難しい。たとえば善行原則について考えてみても、何をもち「善行」とするかは、個々の関係者の価値観あるいは死生観によって異なってくる。関係者間の価値観が対立する場合には、本人および個々の関係者の「物語(ナラティブ)」に

着目することが重要である。

模擬事例 B における本人の物語としては、「今まで人に頼らず生きてきたことが誇りであり、この先動けなくなり長女の介護を受けることは受け入れ難い。それならば、潔く人生を終わらせることこそ自分らしい生き方だ」ということかもしれない。長女の物語としては、「介護は負担ではない。できる限りのことをしてあげたいし、少しでも長く生きてほしい。最後まで諦めないことが父親らしい生き方である」ということであろう。また身体科医師の物語としては、「身体科への入院適応はない。しかし自宅に戻った後に自殺をされては大変だ」ということかもしれない。それぞれの物語が不調和となっている場合には、それぞれの価値観にアプローチを行い、不調和の調整をすることも必要である。

このような不調和の調整、さらには精神医学的診断の確定や判断能力評価のためには実際にはある程度の時間が必要である。もし本人が、そのような調整あるいは評価のための介入についても拒否した場合にはどのように対応すべきだろうか。これは容易には答を導き出すことのできない問題であるが、実臨床においては何らかの介入方針を決定しなくてはならない。倫理に適った意思決定のためには、臨床事例に含まれる重要な情報を具

体的に把握し、体系的に整理することが必要となる。そのための方法論としてよく知られているのが、Jonsen らによる「四分割表」を用いたアプローチである(表2)<sup>6)</sup>。倫理的問題を伴う臨床事例について「医学的適応」「患者の意向」「QOL」「社会、経済、法律、行政など患者をめぐる周囲の状況」の項目ごとの状況を列挙し、4分割表全体を見渡しながら、最適な臨床判断のための議論を行うという手順である。

実際には、時間的制約などにより実際に4分割表を用いた議論は困難なことも多いと考えられるが、重要なことは、専門職間での議論を経たうえで臨床倫理的な視点から判断を行うというプロセスである。模擬事例Bのような複雑な倫理的問題への対応において医師が独善的な判断に陥ることのないよう、常に留意することが必要である。さらに、いかなる介入方針をとるにしても、先述した「何らかを犠牲にしなくてはならないというジレンマ」が存在することを認識しておくべきである。

## 結 語

自殺傾向のある事例への精神医学的介入の倫理的側面について検討した。介入は、①緊急性、②判断能力、③当事者の利益を十分に考慮し、さらに家族の意向や社会的背景、宗教、文化、法律なども含めて個別のかつ総合的に判断する必要がある。わが国では、精神科臨床の現場において標準的に使用される判断能力評価法は普及していないのが現状であり、今後 MacCAT-T や SICIATRI などの評価法を用いることも検討する必要があると考えられる。倫理的意思決定を行う際には、本人および個々の関係者の物語に着目したうえで、Jonsen らによる4分割表などのツールを参照しつつ、関係者間で十分な議論を行うことが必要である。

自殺傾向に関連する精神疾患や心理社会的背景は多岐にわたっており、今回取り上げなかった統合失調症やパーソナリティ障害の自殺念慮への対応、さらには昨今問題となっているいじめや生活

苦を背景にした自殺への介入などについても、複雑な倫理的問題が生じる可能性がある。自殺をめぐる倫理的諸側面については、様々な観点から今後さらに議論を深めて行く必要があると思われる。

## 謝 辞

本稿をご高覧頂いた東邦大学医学部精神神経医学講座水野雅文教授の日頃のご指導に深謝を申し上げます。

## 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) Barraclough, B., Bunch, J., Nelson, B., et al.: A hundred cases of suicide : clinical aspects. Br J Psychiatry, 125 ; 355-373, 1974
- 3) Bloch, S., Green, S. A.: Psychiatric Ethics Fourth Edition, Oxford University Press, English, 2008 (水野雅文, 藤井千代, 村上雅昭ほか監訳: 精神科臨床倫理第4版, 星和書店, 東京, 2011)
- 4) 張 賢徳, 竹内龍雄, 林 竜介ほか: 自殺行為の最終段階についての研究: 「解離」仮説の提唱と検証。脳と精神の医学, 10 ; 279-288, 1999
- 5) Grisso, T., Appelbaum, P. S.: Assessing Competency to Consent to Treatment : A Guide for Physicians and Other Health Professionals Oxford University Press, New York, 1998 (北村總子, 北村俊則訳: 治療に同意する能力を測定する: 医療・看護・介護・福祉のためのガイドライン, 日本評論社, 東京, 2000)
- 6) Jonsen, A. R., Siegler, M., Winslade, W. J.: Clinical Ethics : A practical approach to ethical decisions in clinical medicine fifth edition. The McGraw-Hill Companies, New York, 2002 (赤林 朗, 蔵田伸雄, 児玉 聡監訳: 臨床倫理学第5版, 新興医学出版社, 東京, 2006)
- 7) 北村總子, 北村俊則: 精神科医療における患者の自己決定権と治療同意判断能力。学芸社, 東京, 2000
- 8) 水野俊誠: 医療倫理の四原則。入門・医療倫理 I (赤林 朗編)。勁草書房, 東京, p.53-68, 2005
- 9) Robins, E., Murphy, G. E., Wilkinson, R. H. Jr., et al.: Some clinical considerations in the prevention of suicide based on a study of 134 successful suicides. Am J Public Health Nations Health, 49 (7) ; 888-899, 1959
- 10) 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, 1992

## Ethical Aspects of Suicide Intervention

Taiju YAMAGUCHI<sup>1)</sup>, Chiyo FUJII<sup>2)</sup>

1) *Department of Neuropsychiatry, School of Medicine, Toho University*

2) *Saitama Prefectural University*

In clinical psychiatry, mental health professionals often intervene paternalistically to help suicidal people. According to “Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care” by WHO, paternalistic interventions are justified when : (1) they are necessary for preventing immediate or imminent harm to the patient or to other persons, or (2) the patient lacks the capacity to give informed consent and the independent authority is satisfied that the proposed plan of treatment is in the best interests of the patient or a personal representative has given informed consent on the patient’s behalf. In clinical settings, mental health professionals often encounter difficult situations when the patient’s suicidal ideation is not severe and/or a patient with a sufficient mental capacity wishes for death with dignity. Before intervention, mental health professionals should adequately evaluate not only the severity of suicidal ideation and the patient’s mental capacity but also the patient’s family’s intention, social background, religious beliefs, culture, and related laws. The ethical judgment should be made comprehensively while valuing individuality. An intervention approach based on clinical ethics, which involves the use of evaluation tools like MacCAT-T or SICIATRI, is suitable for intervention for suicidality.

<Authors’ abstract>

<Key words : Clinical Ethics, suicide, paternalism, capacity, best interest>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 早期介入の倫理的諸側面

藤井 千代

(公立大学法人埼玉県立大学 保健医療福祉学部)

精神病の早期介入には、精神病未治療期間 (DUP) の短縮を目指す狭義の 2 次予防と、精神病顕在発症前に介入する取り組みとがある。2 次予防においては、パターンリスティックな介入を行わざるを得ない状況でしばしば倫理的ジレンマが生じる。顕在発症前の介入ではより自律性を尊重した医療の提供が可能となるが、一方で、近い将来に精神病を発症するリスクが高いと同定されながら実際には発症しない例、すなわち「偽陽性」例をめぐる倫理的問題への配慮が不可欠である。偽陽性例への介入はスティグマ化のリスクを伴い、顕在発症の予防という視点だけからみれば、結果的には不要あるいは過剰な治療がなされるおそれがある。これからわが国でこのサービスを積極的に推進していくにあたっては各専門職が早期介入に伴う倫理的問題への感性を高め、議論を深めていくとともに、医療資源配置という社会的な課題についても視野に入れる必要がある。

<索引用語：早期介入，倫理，精神病，ARMS，DUP>

## はじめに

統合失調症をはじめとする精神病は、その早期経過が長期予後に大きく影響することが数多くの先行研究により明らかになっており、発病後早期の段階から包括的な支援を集中的かつ継続的に実施することによって予後や経過を改善できるという期待が高まっている。精神病に対する早期介入は大きく 2 つに分けられる。1 つは DUP (duration of untreated psychosis；精神病未治療期間) の短縮を目指す 2 次予防であり、もう 1 つは、顕在発症には至らないものの何らかの症状や機能障害を示している人を早期に専門家につなぎ、疾患の進行あるいは本格的発症を頓挫させることを目指す取り組みである<sup>31)</sup>。後者は予防医学概念における 1 次予防ではなく、狭義の 2 次予防とも異なる、いわば 1.5 次予防とも呼ぶべき位置づけである<sup>25)</sup>。

わが国においては、精神病の早期介入に関する取り組みはようやく端緒についたところであり、今後の展開が期待されている。これまで悲観論に

覆われていた精神病の予後が改善されるかもしれないという期待、発症を頓挫させることもあるいは可能なのではないかという希望に満ちた動きの中で忘れてはならないのは、早期介入についてはこれまでも多くの倫理的問題が指摘され、議論的となってきたという背景である<sup>5,7,20)</sup>。これからわが国でこのサービスを積極的に推進していくにあたっては、同時に倫理的検討を十分に行っていく必要がある。

## I. 医療倫理の原則

医療行為の実践に伴う倫理的問題を検討する際にしばしば用いられるのが、「医療倫理の原則」と呼ばれる概念である。よく知られているのは、Beauchamp と Childress によって提唱された「医療倫理の 4 原則」である<sup>1)</sup>。これは、「患者の意思決定を尊重せよ」という自律尊重原則、「患者に危害を及ぼすのを避けよ」という無危害原則、「患者に利益をもたらせよ」という善行原則、「利益と負担

を公平に配分せよ」という正義原則からなる<sup>1)</sup>。

これらの原則に従うことは医療従事者としての重要な責務であるが、状況によっては複数の原則が対立したり、原則の解釈が問題となることもある。たとえば切迫した自殺念慮をもつ重症うつ病患者が治療を拒否している場合、「病状を改善させるために治療を行う」という善行原則と、自律尊重原則が対立することになる。このように原則間の対立が生じた場合は、対立する原則のうち当該状況ではどちらがより重要であるかを検討する「比較考量」が行われ、より重視すべきと判断された原則の方に従うことになる。

この4原則は、医療における様々な倫理的問題を統一的に取り扱うための論理的基礎であり、異なった価値観や背景を持つ人々が倫理的問題を議論する際の共通基盤となる。精神病の早期介入を実施するにあたって、この4原則に則った医療が行われているかどうかの検討を適切に行っていく必要がある。

## II. 顕在発症後の早期介入における倫理

ある医療行為の倫理的妥当性について検討する際には、まずその医療行為の必要性について示すことが求められる。精神病の早期介入の必要性について議論される背景には、治療開始の遅れという問題が存在する。その客観的指標はDUPという概念であり、DUPの長期化と不良な予後との関連性が示唆されている<sup>17,27)</sup>。DUPは数ある予後予測因子の1つにすぎないが、DUPの重要性はその可変性にある<sup>16)</sup>。すなわち早期介入が適切に実施されればDUPの短縮は可能であり、それによって予後の改善が期待できる。また精神病発症後の3~5年は治療臨界期(critical period)と呼ばれ、この時期の経過が長期予後に大きな影響を与えるとされている<sup>3)</sup>。

また、精神病の多くが思春期や青年期という成長発達に重要な時期に発症することを考慮すると、この時期を精神病状態のまま経過することの心理社会的ダメージは極めて大きく、その影響は本人のみならず家族をはじめとする周囲の人々に

まで及ぶ。このような心理社会的ダメージは、DUPを短縮させることにより軽減できる可能性があることが示唆されている<sup>22,23)</sup>。これらのエビデンスは、精神病に対する早期介入の必要性を強く支持するものである。わが国のDUPが13.7~20ヵ月<sup>26,33)</sup>であることを鑑みても、早期介入を積極的に推進していくことの意義は大きく、前述の善行原則に十分適うものである。

問題は、本人が治療を拒否している場合の介入のあり方である。たとえば自室にひきこもっており、大きな問題を引き起こしているわけではないが、本人の発言や行動からは顕在発症が強く疑われるといった状況では倫理的問題が生じうる。この問題についての倫理的検討を行うため、筆者の臨床経験に基づいて作成した架空の事例を示す。

### 1. 模擬事例(21歳、男性、無職)

既往歴・家族歴に特記すべきことなし。

高校3年生の頃から、級友が自分の悪口を言っているような気がする。と母親に訴えるようになった。夜寝る前に自分の悪口を言う声が聴こえるような気がして恐怖感を覚え、眠れないことも月に何度かあるとのことであった。母親が担任教諭に学校での様子を確認すると、特に変わった様子は見られないとのことであったため、本人には「受験で疲れているせいかもしれない、気にしすぎない方がいい」と伝え、そのまま様子を見た。

その後は不登校になることなく高校を卒業したが、大学受験に失敗した後、自宅にひきこもるようになった。両親は当初、大学受験失敗のショックによる一時的な反応であると考え普段通り接していた。しかし次第に自室で過ごす時間が多くなり、「近所から監視されている」と言いつてカーテンを閉め切るようになった。母親が保健所に相談し、保健師が何度も訪問したが会おうとしなかった。医療機関に相談すると、「精神病の可能性が高い、連れてきてください」と言われたため、受診するよう本人を説得したが「自分が病院に行くのはおかしい、警察が近所の人を取り締まるべきだ」などと言って全く説得に応じようとしなかつ

た。

両親は対応に苦慮し、受診のきっかけをつかめないまま経過していたが、ある日突然家を飛び出し、意味不明のことを口走りながらいきなり近所の人に殴りかかった。このため警察が介入し、精神保健指定医2名の診察を経て措置入院となった。

精神科臨床においてはしばしばこのような状況に遭遇する。すなわち、初発の統合失調症が強く疑われ、早期介入を行えば状態が改善する可能性が高いにもかかわらず、本人が医療の必要性を認識しておらず、受診を頑なに拒むようなケースである。この場合、精神保健福祉法に則った介入を行うことが大前提であると同時に、倫理的には、自傷他害の危険性が低い場合に善行原則を優先させてパターンリスティックな介入をすることが正当化できるか否かを検討しなくてはならない。

どのような状況であればパターンリスティックな介入が容認されうるかについては、一律に基準を示すことは困難であり、ケースごとに臨床倫理的検討を行うことになる。個別の背景事情や医学的適応を考慮して各原則間の比較考量を行い、どのような介入が本人にとって最善の利益となるのかについて関係者間で議論するというプロセスが重要となる。

この模擬事例では、本人が精神保健の専門家との接触自体を拒んでいたことや、自宅内でひきこもっている以外には大きな問題行動が認められなかったことから、関係者はより積極的な介入を行うことを躊躇していた。その間に病状が悪化し、結果的には措置入院という最も強制的な介入が行われている。措置入院に至る前に何らかのパターンリスティックな介入が行われるべきであったかどうかについては、法的な側面も含め、様々な観点から議論していく必要があるだろう。

この例に見るように、統合失調症の場合、介入が遅れることによって病識の欠如により本人が治療の必要性を認識できなくなる可能性が高くなる。これはすなわち、対応が遅れるほど、本人の意思に反した介入を行わざるを得なくなる可能性が高くなるということでもある。より自律尊重原

則に則った精神科医療を提供するためには、本人の病識が欠如する前の段階での介入が望まれる。

たとえばこの模擬事例では、高校3年時には本人が自ら恐怖感や不眠を訴えてきている。この時点で何らかの介入をすることができれば、自律尊重原則に適った医療を提供できたはずである。しかしこの時点では、症状が軽微で機能低下も目立たないため、確定診断に至らない可能性も十分に考えられる。その場合いかなる対応が望ましいのだろうか。ここで検討しなくてはならないのが、以下に述べる精神病発症閾下での介入における倫理的問題である。

### Ⅲ. 顕在発症前の早期介入における倫理

#### 1. 精神病発症閾下における介入の意義

統合失調症をはじめとする精神病は明らかな精神病症状の出現に先立つ前駆期から始まるという事実は20世紀初頭にはすでに指摘されている。前駆期の症候の現れ方は様々であるが、特に精神病顕在発症により近い時期には微弱あるいは間欠的な精神病症状が体験され、それらはしばしば患者に有害な影響を及ぼすことが知られている。この期間に適切な介入を行うことによって、症状および機能低下の回復、あるいは本格的発症の予防をしようとする試みが精神病発症閾下への介入、すなわち1.5次予防である。この介入により精神病状態の発現を遅らせ、さらには予防できる可能性があるというエビデンスが蓄積されつつある<sup>12)</sup>。

精神病に発展するリスクのある精神状態は at-risk mental state (ARMS; 精神病発症危険状態) と呼ばれる。精神病発症閾下の早期介入では、ARMS のなかでも近い将来に精神病へ移行するおそれが極めて高い状態として、ultra high risk (UHR) 基準が広く採用されている。これは、①短期間の間欠的な精神病症状、②微弱な陽性症状、③遺伝的なリスクと機能低下、の3条件のうち1つを満たすことを要件としている<sup>34)</sup>。現在、実際の介入にあたっては、何らかの援助希求行動 (help-seeking) をとった人に対してまず臨床的かつ主観的な治療の必要性が確認され、次いで

UHR 基準を確認するという方法がとられている。実際に介入の対象となるのは援助を求めてきた人のみであるという点が、顕在発症後の介入とは異なる。

したがって精神病発症閾下における介入の意義は、短期的には現時点における症状や心理社会的苦悩の緩和であり、長期的には、精神病の発症頓挫または重症化の予防や長期予後改善である。また倫理的側面から見れば、何らかの援助希求行動をとった人を介入の対象としているため、十分なインフォームド・コンセントを得た上での介入ができる可能性が高くなる、言い換えればより自律尊重原則に則った医療を提供できるという利点がある。

## 2. 「偽陽性」問題

一方、介入に際して UHR 基準を用いることによって生じる問題点についても指摘されている。すなわち「偽陽性」問題である。ここでの「偽陽性」とは、近い将来に精神病を発症するリスクが高いと同定されているものの、実際には精神病を発症しない例のことである。

UHR 基準に用いられる微弱なあるいは閾下の精神病症状は、思春期から成人早期にかけては一般人口においてもしばしば認められる<sup>30)</sup>。この基準は早期介入の推進においてはわかりやすい指標であり、臨床的な有用性は大きい。診断的厳密さを欠くことは否めない。最近のメタ解析でも、臨床的にハイリスクとされた人が精神病に移行する率は3年間で36%であったと報告されており<sup>10)</sup>、偽陽性率が低いとは言いがたい。したがって ARMS への介入の意義を顕在発症の予防という視点からのみとらえた場合には、結果的には不要あるいは過剰な介入が行われるおそれがある。

前述のように、介入の意義は顕在発症予防にとどまるものではないため、偽陽性の存在によって介入自体が否定されるものではない。しかしながら、介入にあたってのインフォームド・コンセントのあり方、治療方針の決定にあたっては、この偽陽性問題の存在を念頭に置く必要がある。

## 3. ステイグマ化の可能性

援助を求めて来た人が、精神医学的アセスメントの結果 ARMS であると判断された場合、まず問題となるのがインフォームド・コンセントである。そのあり方は倫理的に重要であるばかりでなく、介入の成否をも左右する。

自律尊重原則に則れば、将来的に精神病を発症する危険があることを伝えた上で、すべての治療選択肢とそれらのメリットおよびデメリットを本人に伝えるべきである。ただしその際には、ARMS であると知られること自体が本人にもたらす危害の可能性について考慮に入れなくてはならない。しばしば問題とされるのは、セルフスティグマに伴う自尊心や自己効力感の低下、人生設計や職業選択に際しての影響、成長過程で必要な試練を避けてしまうこと、友人や家族を含む周囲の人との関係性の変化などである。

これらの潜在的危険を避けるためには、精神病発症リスクに関する情報とともに十分な心理教育と心理社会的サポートを提供する必要がある<sup>18)</sup>。また早期介入の対象となるのは、多くの場合思春期から青年前期の若者であるという点にも配慮すべきである。この時期は、心身の発達段階の重要な時期であると同時に、様々なストレスの影響を受け易く、年齢によっては判断能力がまだ十分に備わっていない可能性もある。思春期、青年前期特有の心性に配慮しつつ、若者が馴染みややすくスティグマの少ない環境で治療が提供されるような工夫がされていることが望ましい。

一方、ARMS であると知られることが本人あるいは家族に精神的な安定をもたらす可能性についても指摘されている<sup>8,18)</sup>。本人の状態が治療不可能な「性格的な欠陥」によるものではなく、治療法の存在する「病気」によるものであると知ることが、安心と希望につながる場合も少なくない。

したがって、ARMS と同定することやそれを知らせることがスティグマ化という危害を及ぼすのか、希望と安心の提供という善行につながるのかは、インフォームド・コンセントのあり方や治療環境次第という側面があることを認識する必要がある。

ある。

#### 4. 抗精神病薬使用をめぐる

ARMS の治療をめぐる倫理的問題の中心は、一定割合の偽陽性を含む精神病閾下の症例に対する抗精神病薬の使用は容認可能かという点である<sup>4)</sup>。

ARMS に対する介入研究では、少量の非定型抗精神病薬が精神病の発症を遅延あるいは予防する可能性が示唆されているものの<sup>19,21)</sup>、エビデンスはいまだ十分とはいえないのが現状である。最近の非定型抗精神病薬では不可逆的な錐体外路系の副作用は少ない<sup>14)</sup>とはいえ、体重増加、糖尿病などの副作用が生じる可能性があり<sup>9,13,15)</sup>、わずかではあるが悪性症候群のような致死の副作用が生じる危険もある<sup>6)</sup>。さらには、若年者の脳に対する抗精神病薬の影響は十分解明されていないことにも配慮しなくてはならない。

したがって「無危害原則」に則れば、有害事象を引き起こす可能性のある薬物療法を ARMS に適用することは正当化できないという主張<sup>2,32)</sup>は倫理的にも説得力がある。しかしここで留意しなくてはならないのは、ARMS の症状や機能障害の程度には幅があるということである。症状がより軽く特異性に乏しいケースと、閾値を超えた精神病に移行する直前の段階にあるケースとでは、薬物療法のリスク-ベネフィットバランスは異なる。薬物療法を希望した人の症状の重症度は、希望しなかった人と比べて有意に高かったと報告もあり<sup>24)</sup>、病期に応じた対応の必要性が示唆される。さらに、実際にはすでに精神病を発症しているにもかかわらず ARMS と判断されているケース、すなわち「偽陰性」例が存在する可能性についても考慮すべきである。有害事象を避けるという無危害原則を重視するあまりに、効果が十分期待できるはずの治療が提供されない、すなわち善行原則に反することにならないよう、介入にあたっては個別のリスク-ベネフィットバランスを慎重に検討すべきである。

現時点では、international early psychosis association (IEPA) の「早期精神病状態に対する

国際的臨床実践ガイドライン」<sup>11)</sup>に則った介入が推奨される。このガイドラインでは、ストレスマネジメントや認知行動療法などのよりリスクの少ない治療的介入をベースに、症状の急速な悪化や深刻な自殺リスクがある場合、攻撃性が高まった場合などには少量の非定型抗精神病薬の使用が考慮される。

しかし実際の臨床場面では、半数以上の ARMS の人々が抗精神病薬による治療を受けていたとの報告があり<sup>28)</sup>、わが国の精神科医を対象に行った仮想事例を用いたシナリオアンケートの結果からは、顕在発症の基準を満たす前から精神病様症状に対して抗精神病薬が使用される傾向にあることが示唆されている<sup>29)</sup>。これらのことから、本来不必要であるはずの抗精神病薬が処方されているケースは、実際には少なくないことがうかがえる。ARMS の概念やガイドラインが臨床家の間に広く認知されるには至っていない現状では、微弱な、あるいは間欠的な精神病症状を呈する人に対して「経験的に」抗精神病薬が処方されているものと推察される。

倫理的な臨床姿勢として望まれるのは、経験的な判断に偏ることなくエビデンスを重視した治療を行うよう努めることであることは言うまでもないが、現時点ではエビデンスの蓄積が不十分であることは否めない。より信頼性の高いエビデンスの蓄積と、より合理的な治療ガイドライン作成のためには、研究者および臨床家がこの概念を正しく認識することが必要である<sup>10,35)</sup>。

#### おわりに

早期介入の対象となる人々は、症状そのものによる苦痛を経験しているのみならず、その苦痛が自らの性格に起因するものなのか、病気によるものなのか、あるいは他の原因によるもののかすらわからないという不安の中で苦悩していることもしばしばである。さらに多くの場合、彼らは若年者であり、疾患の影響による判断能力の揺らぎが生じていることも多い。症状に起因する行動上の変化により、周囲から誤解を受けたり、いじめ

や差別の対象となっていることすらある。早期介入の対象となる人々は、生物学的にも心理社会的にも極めて脆弱な状態にあるといえる。

いかなる医療実践においても倫理的問題への配慮が必要であることは言うまでもないが、そのような極めて脆弱な人々に対して医療を提供するにあたっては、倫理的側面からの検討をより慎重に行っていくべきであろう。特に ARMS に対する介入では、現在十分なエビデンスの蓄積が待たれる状態であることから、治療的介入にあたっては、臨床家は様々な倫理的問題に直面することとなる。援助を求めてきた人々に対し専門職としていかなるケアを提供すべきであるか、臨床倫理的観点からの個別のリスク-ベネフィットバランスの検討が求められる。

最後に現実的な問題として、十分な倫理的検討を行ったうえで本人にとって最善の利益となる医療を提供するためには、医療資源が圧倒的に不足しているという点を指摘しておきたい。倫理に合った早期介入とはいかにあるべきかという議論は、今後も継続して行っていく必要がある。しかしかにかこの議論が深まったとしても、それを実行する手段や時間が確保できないのであれば、倫理的検討は単なる机上の空論となりかねない。今後はさらに、倫理に合った早期介入を行うためには限られた医療資源をいかに配置すべきか、という観点からの検討も必要になってくるものと思われる。

## 謝 辞

本稿の作成にあたり貴重なご助言をいただき、ご校閲賜りました東邦大学医学部精神神経医学講座水野雅文教授に深謝いたします。

## 文 献

- 1) 赤林 朗編：入門・医療倫理 I。勁草書房，東京，2005
- 2) Bentall, R. P, Morrison, A. P.: More harm than good : the case against using antipsychotic drugs to prevent severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 11 ; 352-356, 2002

- 3) Birchwood, M., Todd, P., Jackson, C.: Early intervention in psychosis. The critical period hypothesis. *Br J Psychiatry (Suppl)* 172 ; 53-59, 1998
- 4) Bloch, S., Green, S. A.: *Psychiatric Ethics* fourth edition. Oxford University Press, New York, 2008 (水野雅文, 藤井千代, 村上雅昭ほか監訳：精神科臨床倫理 第4版, 星和書店, 東京, 2011)
- 5) Candilis, P. J.: Early intervention in schizophrenia : three frameworks for guiding ethical inquiry. *Psychopharmacology*, 171 ; 75-80, 2003
- 6) Caroff, S. N., Mann, S. C., Campbell, E. C., et al.: Movement disorders associated with atypical anti-psychotic drugs. *J Clin Psychiatry*, 63 (Suppl 4) ; 12-19, 2002
- 7) Castle, D. J.: The truth, and nothing but the truth, about early intervention in psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*, 46 ; 10-13, 2012
- 8) Corcoran, C., Malaspina, D., Hercher, L.: Prodromal interventions for schizophrenia vulnerability : the risks of being "at risk". *Schizophr Res*, 73 ; 173-184, 2005
- 9) Eder-Ischia, U., Ebenbichler, C., Fleischhacker, W. W.: Olanzapine-induced weight gain and disturbances of lipid and glucose metabolism. *Essent Psychopharmacol*, 6 ; 112-117, 2005
- 10) Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A. R., et al.: Predicting psychosis : a meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69 ; 1-10, 2012
- 11) International Early Psychosis Association Writing Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*, 187 (Suppl 48) ; s120-124, 2005
- 12) Jackson, H. J., McGorry, P. D.: *The Recognition and Management of Early Psychosis : A Preventive Approach*. Cambridge University Press, Cambridge, 2009 (水野雅文, 鈴木道雄, 岩田仲生監訳：早期精神病の診断と治療, 医学書院, 東京, 2011)
- 13) Jayaram, M. B., Hosalli, P., Stroup, S.: Risperidone versus olanzapine for treatment of schizophrenia. *Schizophr Bull*, 36 ; 1274-1276, 2007
- 14) Kane, J. M.: Tardive dyskinesia rates with atypical anti-psychotics in adults : prevalence and incidence. *J Clin Psychiatry*, 65 (Suppl 9) ; 16-20, 2004
- 15) Kion, B. J., Kaiser, C. J., Ahmed, S., et al.: Association between early and rapid weight gain and change in

weight over one year of olanzapine therapy in patients with schizophrenia and related disorders. *J Clin Psychopharmacol*, 25 ; 255-258, 2005

16) Lieberman, J. A., Perkins, D. O., Jarskog, L. F.: Neuroprotection : a therapeutic strategy to prevent deterioration associated with schizophrenia. *CNS Spectr*, 12 (3 Suppl 4) ; 1-13, 2007

17) Marshall, M., Lewis, S., Lockwood, A., et al.: Association between duration of untreated psychosis and outcome in cohorts of first-episode patients : a systematic review. *Arch Gen Psychiatry*, 62 ; 975-983, 2005

18) McGlashan, T. H.: Psychosis treatment prior to psychosis onset : ethical issues. *Schizophr Res*, 51 ; 47-54, 2001

19) McGlashan, T. H., Zipursky, R. B., Perkins, D., et al.: Randomized, double-blind trial of olanzapine versus placebo in patients prodromally symptomatic for psychosis. *Am J Psychiatry*, 163 ; 790-799, 2006

20) McGlashan, T. H.: Early detection and intervention in psychosis : an ethical paradigm shift. *Br J Psychiatry*, Suppl 48 ; s113-115, 2005

21) McGorry, P. D., Yung, A. R., Phillips, L. J., et al.: Randomized controlled trial of interventions designed to reduce the risk of progression to first-episode psychosis in a clinical sample with subthreshold symptoms. *Arch Gen Psychiatry*, 59 ; 921-928, 2002

22) Mell, I., Larsen, T. K., Haahr, U., et al.: Reducing the duration of untreated first-episode psychosis : effects on clinical presentation. *Arch Gen Psychiatry*, 61 ; 143-150, 2004

23) Mell, I., Johannesen, J. O., Friis, S. et al.: Early detection of the first episode of schizophrenia and suicidal behavior. *Am J Psychiatry*, 163 ; 800-804, 2006

24) Miller, T. J., Zipursky, R. B., Perkins, D., et al.: The PRIME North America randomized double-blind clinical trial of olanzapine versus placebo in patients at risk of being prodromally symptomatic for psychosis. II Baseline characteristics of the 'prodromal' sample.

*Schizophr Res*, 61 ; 19-30, 2003

25) 水野雅文:1.5次予防のメンタルヘルスケア. *精神医学*, 49 ; 4-5, 2007

26) Nishii, H., Yamazawa, R., Shimodera, S., et al.: Clinical and social determinants of a longer duration of untreated psychosis of schizophrenia in a Japanese population. *Early Intervention in Psychiatry*, 4 ; 182-188, 2010

27) Perkins, D. O., Gu, H., Beteva, K., et al.: Relationship between duration of untreated psychosis and outcome in first-episode schizophrenia : a critical review and meta-analysis. *Am J Psychiatry*, 162 ; 1785-1804, 2005

28) Preda, A., Miloler, T. J., Rosen, J. L., et al.: Treatment histories of patients with a syndrome putatively prodromal to schizophrenia. *Psychiatric Services*, 53 ; 342-344, 2002

29) 辻野直久, 片桐直之, 小林啓之ほか:早期精神病における精神科医の意識と治療判断について. *精神医学*, 52 ; 1151-1159, 2010

30) Van Os, J., Hanssen, M., Bijl, R. V., et al.: Prevalence of psychotic disorder and community level of psychotic symptoms : an urban-rural comparison. *Arch Gen Psychiatry*, 58 ; 663-668, 2001

31) Wyatt, R. J., Henter, I.: Rationale for the study of early intervention. *Schizophr Res*, 51 ; 69-76, 2001

32) Warner, R.: Problems with early and very early intervention in psychosis. *Br J Psychiatry*, Suppl 48 ; s104-107, 2005

33) Yamazawa, R., Mizuno, M., Nemoto, T., et al.: Duration of untreated psychosis and pathways to psychiatric services in first-episode schizophrenia. *Psychiatry Clin Neurosci*, 58 ; 76-81, 2004

34) Yung, A. R., McGorry, P. D., McFarlane, C. A., et al.: Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis. *Schizophr Bull*, 22 ; 283-303, 1996

35) Yung, A. R., Woods, S. W., Ruhrmann, S., et al.: Whither the attenuated psychosis syndrome? *Schizophr Bull*, 38 ; 1130-1134, 2012

## Ethical Issues in Early Intervention

Chiyo FUJII

*Saitama Prefectural University*

In the field of early intervention in psychosis, two known methodologies exist : an approach that seeks to reduce the duration of untreated psychosis (DUP), and one that seeks to assess and provide some kind of care to people with at-risk mental states (ARMS). The former is narrowly defined as secondary prevention. In secondary prevention, mental health professionals often face the ethical dilemma of whether they should implement paternalistic intervention in persons who possess no insight and refuse any kind of care. This is an ethical issue related to the patient's autonomy. In interventions in ARMS, although mental health professionals would be able to provide less paternalistic interventions that are designed such that the patient's autonomy is respected to a greater extent, new ethical issues would develop : "false-positive" problems. One of the problems is the possibility of the stigmatization or labeling of people with ARMS ; another is that of over-treatment. If we consider that the only purpose of intervention in ARMS is to prevent ARMS from developing into full-blown psychosis, some forms of pharmacotherapy might be over-treatment for ARMS. In order to provide ethically appropriate early intervention in psychosis, it is necessary to promote in-depth discussion on these issues among mental health professionals. Moreover, the problems of medical resource allocation should be considered

< Author's abstract >

< Key words : Early intervention, ethics, psychosis, ARMS, DUP >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 被虐待児と発達障害児のエピジェネティック変化の関与の可能性

今村 明

(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経学)

児童虐待の報告は年々増加しており、大きな社会問題となっている。虐待を受けた児は、不安、抑うつ、解離などの症状とともに、反応性愛着障害を背景とした発達障害様の症状が長期間続くことがあると言われている。最近の研究から、これらの虐待による症状の背景にゲノムのエピジェネティック変化が存在するのではないかと推測されている。カナダの Meaney らの研究グループは、このことを支持する報告を多数行っている。彼らは母から十分な養育を受けなかった仔ラットは、海馬のグルココルチコイド受容体 (GR) 遺伝子のプロモーター領域が高度にメチル化されており、ストレス耐性が減少する、ということを示している。このように、人生早期のストレスが、DNA のメチル化という分子記憶として、後の個体の行動に強い影響を及ぼす、という仮説を支持するエビデンスが示されている。また ASD や ADHD などの発達障害についても、エピジェネティック機構がその症状発現と重症化に何らかの役割を果たしているのではないかと、という仮説が提示されている。ASD、ADHD とともに、胎生期における母体が受けたストレスの影響（喫煙や飲酒、何らかの有害物質や薬物の摂取、心理社会的ストレスなど）とエピジェネティクスとの関係が論じられている。また ASD と症状が類似する脆弱 X 症候群や Rett 症候群ではその発症に DNA メチル化の機序が関与していると言われており、ASD では 15q11-q13 領域でのエピジェネティック変化も報告されている。本稿では、上記のような被虐待児と発達障害児のエピジェネティック変化についてこれまでの報告を概観し、今後のこの分野の発展の可能性を論じる。

<索引用語：虐待，エピジェネティクス，自閉症スペクトラム障害，注意欠如・多動性障害，DNA メチル化>

## はじめに

児童相談所による児童虐待相談対応件数は年々増加しており、児童虐待は大きな社会問題となっている。平成 22 年度中に被災地を除く児童相談所が対応した児童虐待相談は 5 万 5,152 件で過去最多を更新しており、前年度から 10,942 件 (24.8%) の増加となっている。また全国の警察本部が平

成 23 年中に事件として扱った児童虐待件数は前年比 9.1% 増の 384 件で、過去最多であったと報告されている。これらの件数の増加は、家庭や地域での療育力の低下とともに、児童虐待についての社会的関心が高まってきたことの表れと考えられているが、身体的虐待の割合が大きく、ネグレクトや心理的虐待の件数は比較的小さいため、潜在

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合－多様な精神医学・医療の展開を求めて－

シンポジウム 被虐待児と発達障害児の生物学的関係，特にエピジェネティクスについて 司会：杉山登志郎（浜松医科大学児童青年期精神医学講座），今村 明（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経学）

的な児童虐待はまだ多いものと考えられる。

虐待を受けた児は、不安、抑うつ、解離などの症状とともに、反応性愛着障害を背景とした発達障害様の症状が長期間続くことがあると言われて<sup>35)</sup>。DSM-IV-TRの反応性愛着障害の2つのタイプである抑制型と脱抑制型は、それぞれ情緒的反応の不適切さと衝動的傾向から、自閉症スペクトラム障害 (autism spectrum disorder: ASD) と注意欠如・多動性障害 (attention deficit hyperactivity disorder: ADHD) に類似した臨床症状を呈する場合があることが知られている。また海馬や扁桃体、脳梁などの様々な脳部位に形態学的変化が生じることも報告されている<sup>4)</sup>。

最近の研究から、これらの虐待による症状の背景にゲノムのエピジェネティックな変化が存在するのではないかとされている。カナダのMeaneyらの研究グループは、このことを支持する報告を多数行っている。近年人生早期の虐待が、心理的な影響だけではなく、DNAのメチル化などの分子記憶として、後の個体の行動に強い影響を及ぼす、という仮説を支持するエビデンスが示されている。また、発達障害も、虐待などの環境因によるエピジェネティック変化が、その症状発現と重症化に何らかの役割を果たしているのではないかと、いう可能性もある<sup>36)</sup>。

本稿では、上記のような被虐待児と発達障害児のエピジェネティック変化についてこれまでの報告を概観し、この分野における今後の課題を検討する。

## I. エピジェネティクスについての基本的な理解とストレスとの関連について

エピジェネティクスという言葉は、近年分子遺伝学な研究の領域では盛んに用いられている。

エピジェネティクス (epigenetics) とは *epi* という接頭語 (様々な意味に用いられるが、この場合「後の」という意味) と遺伝学、遺伝的性質を表す *genetics* という語からなりたつ複合語であり、DNA塩基配列の変化は伴わず、遺伝子の発現を制御する、一般的には受精以降の後生的修飾のことである (遺伝子刷り込み; genomic imprint-

ingのような後生的でないエピジェネティック変異もある<sup>27)</sup>)。狭義には、DNAのメチル化、ヒストンの化学修飾 (アセチル化、メチル化、リン酸化、ユビキチン化など) などが中心である。遺伝子発現の on, off を行うメカニズムの1つであり、ヒトの幹細胞が様々な組織へと分化していくことも、一卵性双生児の差異が生じる機序も、エピジェネティクスが関与していると言われて<sup>37)</sup>いる。また、エピジェネティクスの異常が、がんをはじめとした様々な疾患の原因となることも知られている。

DNAはアデニン、シトシン、グアニン、チミン、の4つの塩基で構成されているが、ヒトではシトシンのピリミジン環5位炭素原子のメチル化が一般にDNAメチル化と呼ばれている。遺伝子のプロモータ領域にある CpG アイランド (シトシンからグアニンへの配列が特に多い領域) のシトシンの過剰なメチル化は、遺伝子発現を抑制する<sup>16)</sup>。このような機序が、特にがんについて盛んに研究されている。全ゲノムの約1%にメチル化がみられ、ヒトやマウスでは CpG の70%がメチル化されている。また年齢を経ると、DNAメチル化は進むと言われている。図1では、(a) はDNAがメチル化されていない状態を示しており、(b) ではメチル化が起これ、遺伝子発現が抑制された状態を示している。このようなDNAメチル化を調べる方法としては、メチル化感受性制限酵素を用いる方法 (Restriction Landmark Genomic Scanning: RLGS<sup>14)</sup>, HpaII tiny fragment Enrichment by Ligation-mediated PCR: HELP assay<sup>10)</sup> など)、sodium bisulfate (DNAをこの薬品で処理すると非メチル化シトシンのみがウラルシルに変換され、メチル化シトシンは変換されない) を使用する方法 (Methylation-Specific PCR: MSP<sup>13)</sup> など)、抗メチル化シトシン抗体を使用した免疫沈降法 (Methylated DNA immunoprecipitation: MeDIP or mDIP)<sup>22)</sup>、メチル化DNAとMBD (methyl-CpG binding domain) タンパク質間の特異性の高い結合を利用して濃縮させる方法 (MBD-isolated Genome Sequencing: MiGS)<sup>33)</sup> などがある。

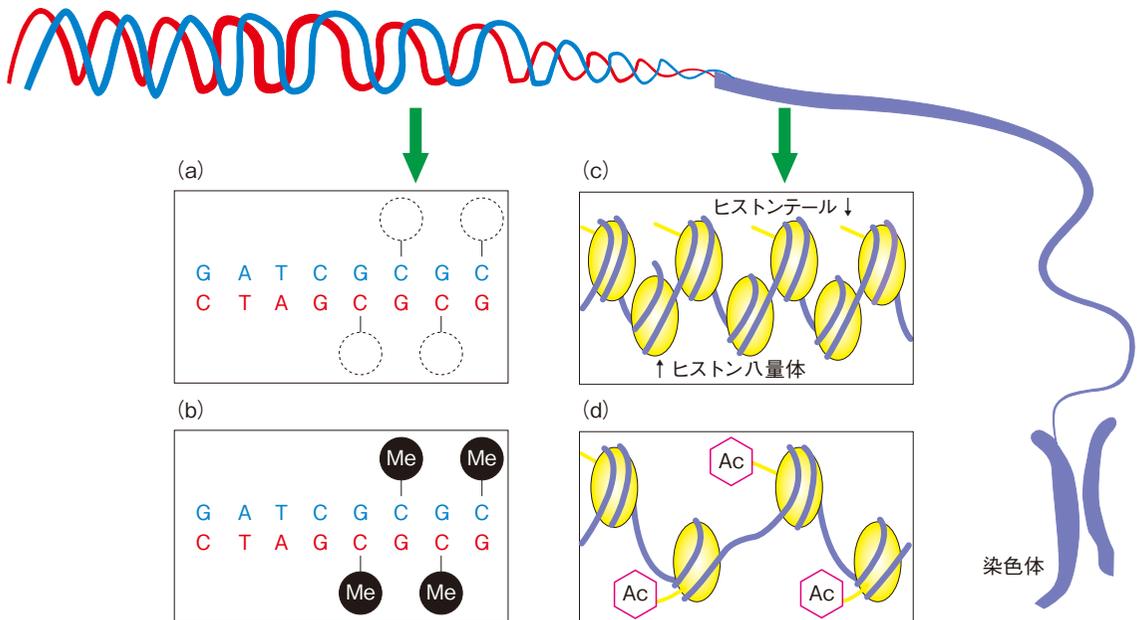


図1 DNAメチル化とヒストンアセチル化

- a: DNA低メチル化の状態。  
 b: DNA高メチル化で遺伝子発現が抑制された状態。  
 c: ヒストン低アセチル化でDNAとヒストンがしっかりと結合した状態。  
 d: ヒストン高アセチル化で、結合がゆるみ、遺伝子発現が起こりやすくなった状態。  
 \*Me:メチル基, AC:アセチル基

当初エピジェネティクスと言えば、このDNAメチル化のことを指していたが、現在では、ヒストン(H1, H2A, H2B, H3, H4の5種類がある)と呼ばれるタンパク質のアセチル化、メチル化などの化学修飾もエピジェネティクスの機序として重要視されている<sup>26)</sup>(DNAメチル化もヒストンの化学修飾に重大な影響を及ぼすことが知られている)。DNAはそのままでは長すぎて安定しないため、ヒストン八量体(ヒストンH2A, H2B, H3, H4が各2分子ずつ集合したもの)を糸巻のように使い、DNAが約2回巻き付いて、安定化を図っている。DNAの複製の際にはこのヒストンとの結合がゆるむ必要があるが、それを調整しているのが、ヒストンのアセチル化やメチル化である。たとえばアセチル化に関しては、ヒストンテール(球状のヒストンコアから飛び出した直鎖状のアミノ末端)のリジン残基がアセチル化され、DNAとの結合をゆるめ、転写を促進する。がんなどの

領域でこのようなエピジェネティックな機序が研究されている。図1では、(c)のヒストン八量体にDNAがしっかりと結合している状態から、(d)のややゆるんだ状態となって、遺伝子発現が進むことを示している。ヒストン修飾を調べる方法としては、抗アセチル化ヒストン抗体を用いたクロマチン免疫沈降法<sup>7)</sup>(Chromatin immunoprecipitation: ChIP)やそれを応用したChIP on chip<sup>37)</sup>などがある。

近年では、このようなエピジェネティックなメカニズムが、上記のがんの領域以外にも、糖尿病などの代謝性疾患、全身性エリテマトーデスなどの自己免疫疾患、ハンチントン病などの神経変性疾患などにも関係していることが示され、統合失調症や自閉症などの精神神経疾患に関してもその関与を示唆する報告が続いている。我々の研究グループでは、統合失調症や自閉症などの精神神経疾患一卵性双生児不一致例を用いて、DNAメチ

ル化の差異を報告している<sup>12,39)</sup>。

## II. Michael Meaney らの研究

1980年代より行動科学者の Michael Meaney は母親の養育とグルココルチコイド受容体 (glucocorticoid receptor : GR, GCCR あるいは nuclear receptor subfamily 3, group C, member 1 : NR3C1) についての研究を行っていた。2000年代初めころ Meaney らの研究グループは献身的な母に育てられたラットは成体になって、あまり献身的ではない母に育てられたラットよりも、ストレスの対処ができることを生物学的に説明しようとしていた。Meaney らは、2つのグループでグルココルチコイド受容体の遺伝子 (*NR3C1*) の発現レベルが違うことは報告していたが、なぜそのようになるかが説明できなかった。偶然にも Meaney は Moshe Szyf (Meaney と同じマギル大学の分子生物学者でがんでの DNA メチル化を研究) と出会い、話し合っ、DNA メチル化のメカニズムがその役割を果たしているかもしれないという仮説を立てた<sup>6)</sup>。当時 DNA メチル化は安定したものであり、受精卵以降ほとんど変化しないものと考えられており、このため論文が査読を潜り抜けるのは大変だった。

2年半かかって、2004年に論文は Nature Neuroscience 誌に掲載された。彼らは、仔ラットを舐めて綺麗にしたり毛繕いをしたり (licking and grooming : LG)、また背中をまるめる姿勢で仔ラットの世話をしたりする (arched-back nursing : ABN) ような養育行動が多くみられる母親ラット (high-LG-ABN mother) に育てられた仔ラットと比べて、養育行動の少ない親ラットに育てられた仔ラットは、海馬の *NR3C1* のプロモーター領域の一部 [エクソン 1<sub>7</sub> の NGFI-A (nerve growth factor-inducible protein A の略, EGR1 (early growth response 1) とも言う) が結合する領域で過剰な DNA メチル化が起こっていることを示した<sup>43)</sup>。このようなエピジェネティック変化がラットの生後1週間以内に起こり、それが成体となっても続くことが示された。また母親の養育

行動の影響で同様の領域でヒストンのアセチル化や NGFI-A の結合が低下して、*NR3C1* の発現が低下し、視床下部-下垂体-副腎皮質系 (HPA系) のフィードバックシステムの機能不全に至り、ストレス耐性が減少する、ということを示した。この報告は世界中に大きな衝撃をもたらした。しかしどちらかというと懐疑的な見解も多く、2007年の Moser らの報告<sup>23)</sup>では、ヒトの死後脳では *NR3C1* のプロモーター領域のメチル化はみられなかったため、ヒトとラットではメチル化のパターンが違うのではないかと言われていた。

その後も Meaney らのグループは同じテーマの研究を続けた。主要な研究について表1に示す。2009年に再び Nature Neuroscience 誌に発表した研究は、特に重要なものとなった。児童虐待を受けた自殺者 (12人) の死後脳では、虐待を受けていない自殺者 (12人) やその他の原因で亡くなった対照者 (12人) と比較して、*NR3C1* のプロモーター領域に DNA メチル化が多くみられ、mRNA のレベルが低下し、遺伝子発現が抑制されていることが示されている<sup>20)</sup>。人工的に *NR3C1* のプロモーター領域をメチル化すると、NGFI-A の結合や NGFI-A を誘導する遺伝子の転写が減少していた。これまでは主としてげっ歯類を対象とした報告だったが、この研究でヒトでも母親の養育行動がエピジェネティック変化を惹起する可能性があるということを示したという意味で大変貴重な報告であった。

現時点で最も新しい2012年の報告<sup>18)</sup>では、人生早期に重大な虐待を受けた自殺者の死後脳をサンプルとして、メチル化 DNA 免疫沈降法を行った後 Aligent 社のカスタムマイクロアレイを使用し、全ゲノムのプロモーター領域のメチル化 DNA 解析を行い、これまでの報告と矛盾のない結果を示している。

## III. その他の虐待とエピジェネティクスに関する研究

Meaney らのグループはストレスによるエピジェネティック変化を HPA 系、グルココルチコ

表1 Meaney らによる主要研究

| 著者                              | 対象            | 遺伝子  | 組織      | DNA メチル化       | ヒストンアセチル化                 | 遺伝子の転写や発現               | その他                                      |
|---------------------------------|---------------|--|---------|----------------|---------------------------|-------------------------|--|
| Weaver ら (2004) <sup>43)</sup>  | ラット (低LG-ABN) | <i>NR3CI</i> (exon 1 <sub>7</sub> プロモータ領域)   | 海馬      | Bisulfite 使用   | ChIP (H3-K9, NGFI-A)      | Western blotting        | この分野における初めての報告                           |
| Weaver ら (2005) <sup>44)</sup>  | ラット (低LG-ABN) | <i>NR3CI</i> (exon 1 <sub>7</sub> プロモータ領域)   | 海馬      | Bisulfite 使用   | ChIP (H3-K9, NGFI-A)      | Western blotting        | メチオニンの付加により変化                            |
| Weaver ら (2006) <sup>46)</sup>  | ラット (低LG-ABN) | 900 以上の遺伝子を同定                                | 海馬      | —              | —                         | 海馬のトランスクリプトームマイクロアレイを使用 | TSA, メチオニンを使用                            |
| Weaver ら (2007) <sup>45)</sup>  | ラット (低LG-ABN) | <i>NR3CI</i>                                 | 海馬      | ゲルシフトアッセイ      | ChIP (H3-K9, CBP, NGFI-A) | Western blotting        | NGFI-A 結合によるエピジェネティック変化                  |
| Brown ら (2008) <sup>5)</sup>    | ラット (低LG-ABN) | <i>DNMT1</i> , <i>DNMT3A</i> , <i>DNMT3B</i> | 歯状核, 海馬 | 抗メチル化シトシン抗体    | —                         | 蛍光標識解析ソフトにより解析          | DNMTs についての初めての報告                        |
| McGowan ら (2009) <sup>20)</sup> | ヒト 死後脳        | <i>NR3CI</i>                                 | 海馬      | Bisulfite 使用   | ChIP (H3-K9, NGFI-A)      | 定量 RT-PCR               | NGFI-A による調整                             |
| Zhang ら (2010) <sup>48)</sup>   | ラット (低LG-ABN) | <i>GAD1</i>                                  | 海馬      | Bisulfite 使用   | ChIP (H3-K9, NGFI-A)      | 定量 RT-PCR               | <i>GAD1</i> についての初めての報告                  |
| McGowan ら (2011) <sup>21)</sup> | ラット (低LG-ABN) | 18 番染色体 ( <i>NR3CI</i> を含む)                  | 海馬      | Bisulfite 使用   | ChIP on chip              | マイクロアレイ使用               | <i>NR3CI</i> だけではなく幅広くエピジェネティック変化が起こっている |
| Labonté ら (2012) <sup>18)</sup> | ヒト 死後脳        | 全ゲノム   | 海馬      | メチル化 DNA 免疫沈降法 | —                         | マイクロアレイ使用<br>定量 RT-PCR  | Aligent 社のカスタムマイクロアレイを使用                 |

イド遺伝子を中心として説明しようとしており、他の研究者からもそれを支持する報告<sup>40)</sup>が行われているが、その他にも人生早期のストレスや虐待とエピジェネティック変化については、様々な遺伝子が関与しているものと考えられている。

Murgatroyd ら<sup>24)</sup>はマウスを使って、人生早期のストレスより、DNA の低メチル化が生じ、下垂体後葉から分泌される抗利尿ホルモンとして知られる arginine vasopressin (AVP) の遺伝子発現が上昇することを報告しており、このことがストレス耐性の低下につながるのではないかと推測している。Roth ら<sup>30)</sup>は、人生早期の虐待 (不適切

な環境) により、ラットの前頭皮質で BDNF 遺伝子のプロモータ領域やその周辺の領域が高メチル化の状態となっており、遺伝子発現も低下していることを示した。さらにこのような変化が子孫にも伝達していたことも示された。Franklin ら<sup>11)</sup>はマウスの精液、脳皮質から MeCP2, CBI, CRFR2 などの遺伝子のプロモータ領域のメチル化変化を検討したところ、2 世代でその変化が持続していたことを示した。Beach ら<sup>2)</sup>は、幼少時に性的虐待を受けた女性の血液サンプルから樹立したリンパ芽球から、セロトニントランスポーター遺伝子 serotonin transporter gene (5HTT) のプロモ-

タ領域が高メチル化の状態となっており、このことが反社会性パーソナリティ障害となりやすい傾向に関連があることを示した。このように虐待などの人生早期のストレスとエピジェネティクスとは、様々な遺伝子のエピジェネティック変化が関与しているものと思われる。

また最近では成人期でもストレスに対するエピジェネティック変化が起こりうることが報告されている。Uchidaら<sup>41)</sup>はストレスに適応できたマウスと適応できなかったマウスの脳を調べ、側坐核で GDNF (glial cell-derived neurotrophic factor) 遺伝子のプロモータ領域におけるエピジェネティックな遺伝子発現の制御が異なっていることを報告した。

また、被虐待児がおとなになって、自分ではそうなりたくないと思っても、なぜかわが子を虐待してしまうという「虐待の連鎖」について、これまでは心理的な影響のみが検討されていたが、最近では上記に示す2つの報告以外にも、エピジェネティックな機序が働いているのではないかと様々な形で検討されている。DNAメチル化について、植物の世界では世代間伝達は珍しいことではないが、動物、特に哺乳類では生殖細胞の段階でメチル化がいったんリセットされると言われていた。上記のように Roth らや Franklin らは、ラットやマウスで高メチル化による遺伝子発現の低下がエピジェネティクスの世代間連鎖が起こる可能性を示唆している。Seong ら<sup>32)</sup>は、ショウジョウバエの転写因子である dATF-2 が、熱ストレスなどでリン酸化されるとヒストンと DNA との結合が弛緩し、遺伝子発現が活発になり、またその効果が下の世代にも続くということを報告している。親の受けたストレスによるエピジェネティック変化は子供の世代にだけ伝達し、孫世代には伝達しないが、二世帯にわたってストレスを受けると、その後何世代にも渡り、ストレスから獲得された形質が伝達する可能性があることがわかった。今後、虐待の連鎖の背景にエピジェネティック変化の世代間伝達があることについての報告が増えてくる可能性もある。

#### IV. 発達障害とエピジェネティクス

ASD, ADHD とともに、胎生期における母体を受けたストレスの影響（喫煙、薬剤、心理社会的ストレスなど）がその発症に何らかの影響を及ぼすのではないかと推測されており、エピジェネティックな機序が関係しているのではないかと考えられている<sup>29)</sup>。母の喫煙と ADHD とについては、様々な報告がある<sup>28)</sup>。また母体のバルプロ酸ナトリウム使用と子の ASD 発症についても報告がみられる<sup>42)</sup>。

DSM-IV-TR の広汎性発達障害に含まれる Rett 症候群<sup>1)</sup>や ASD と一部症状が類似する脆弱 X 症候群<sup>34)</sup>ではその発症に DNA メチル化などのエピジェネティックな機序が関与している。Rett 症候群は、知的障害や ASD 様症状、てんかん、独特の手の運動などがみられる、ほとんどが女兒に起こるまれな神経疾患である。Rett 症候群は X 染色体上にある MeCP2 遺伝子の変異に起因する。MeCP2 は Methyl-CpG-binding protein 2 (メチル化 CpG 結合タンパク質 2) の略であり、メチル化シトシンに結合し、他の遺伝子の発現を制御する転写因子として働く。Rett 症候群の患者の 95% に MeCP2 の突然変異がみられる。ちなみに MeCP2 は MBD1, MBD2, MBD3, MBD4 とともに、メチル CpG 結合領域 methyl-CpG binding domain protein (MBD) をもつ核タンパク質ファミリーに属しており、MECP2, MBD1, MBD2 はメチル化されたプロモータ領域の転写を抑制する。

脆弱 X 症候群は、特徴的顔貌や情緒不安定性とともに、知的障害、ASD 様症状、ADHD 様症状がみられる脆弱 X 症候群では、X 染色体上にある FMR1 (fragile X mental retardation 1) 遺伝子の CGG リピートの伸長と CpG 配列の高度なメチル化がみられる。

ASD では、自閉症者の死後脳で 15q11-q13 領域でのエピジェネティック変化(クロマチン修飾)がみられたことも報告されている<sup>47)</sup>。もともとこの領域は、時に自閉症類似の症状を示す遺伝子刷り込みを機序とする 2 つの疾患、プラダー・ウィリー症候群 (Prader-Willi syndrome; 父親由来の

対立遺伝子の DNA メチル化が関与, *MKRN3*, *MAGEL2*, *NDN*, *SNURF-SNRPN* などの遺伝子が発症に関係すると言われている) とアンジェルマン症候群 (Angelman Syndrome; 母親由来の対立遺伝子の DNA メチル化が関与, 原因遺伝子は *UBE3A* と考えられている) とによって注目されていた<sup>9)</sup>. またこの領域の母由来重複症候群は, 大変高率 (85%以上) に ASD を合併すると推測されている<sup>15)</sup>. この領域にある重要な遺伝子である *UBE3A* と *GABRB3* によって MeCP2 の発現が調整されているという報告もある<sup>31)</sup>.

また 7 番染色体長腕も ASD の責任領域として注目されている. *RELN* 遺伝子は, 7q22 に位置する中枢神経の細胞構築などに関与する遺伝子で, 自閉症の候補遺伝子としてもよく知られているが, この遺伝子のプロモーター領域の高度なメチル化と自閉症の発症が関係があるのではないかと考えられている<sup>3)</sup>.

ASD の死後脳研究では, 前述の 15q11-q13 の報告以外にも, MeCP2 がヒストン修飾 (H3K9ac) によって制御されているという報告<sup>19)</sup>や, 全ゲノム的なヒストンのトリメチル化 (H3K4me3) の進行が一部の自閉症者の前頭前野にみられたという報告もある<sup>38)</sup>. また ASD のリンパ芽球を使用した研究で, メチル化が候補遺伝子の発現にかかわっているという報告がある<sup>25)</sup>.

以上のように ASD ではその機序にエピジェネティック機構がかかわっているという証拠が多数みられている.

ADHD では, ASD に比べるとエピジェネティック変化をはっきりと示した報告は少ない.

DasBanerjee ら<sup>8)</sup>は, polychlorinated biphenyls (PCBs) に暴露してできた ADHD モデル動物で, Creb binding protein (Crebbp), histone deacetylase-5 (Hdac5) と MeCP2 の 3 つのエピジェネティック機序にかかわる遺伝子の発現が顕著に変化していたことを示した. Kraft ら<sup>17)</sup>は, 10 番染色体と 13 番染色体の転座がみられるヌーナン症候群様の特徴と ADHD 様症状を呈した患者で, ヒストンアセチル化遺伝子 *MYST4* の崩壊がみら

れたことを示し, ヒストンのアセチル化が神経系に重大な影響を及ぼすことを示した.

このように近年では, ASD や ADHD の発症機序において, 通常の分子遺伝学的機序だけではなくエピジェネティック機構が深くかかわっている可能性が高いという考えが一般的となっている.

## おわりに

児童虐待による行動変化の背景や, 発達障害の発症あるいは症状増悪の機序の 1 つとして, DNA メチル化やヒストン修飾などのエピジェネティック変化が想定されている. しかし本文中に示した Meaney らの研究についても, いまだに批判的な意見もみられ, また発達障害についても十分なエビデンスが示されているわけではなく, ともにコンセンサスを得られているとは言い難い.

しかしもしこれらの機序が確認できれば, 被虐待児および発達障害児の診断・治療に大いに役立つことが予測される. 臨床の間では, 被虐待児と発達障害児の鑑別が困難なケースも多く, また明らかに虐待の事実があったとしても, その背景に発達障害があるのかわかりにくいケースも多い. このようなケースでは治療計画が立てにくく, また実際の治療においても困難が伴うことが多い. Meaney らが言うように, 人生早期の不適切な対応による刻印が, 心理的なものだけではなく生物学的にも存在するとしたら, 我々はそれを診断や治療に活用できるようになる可能性がある.

被虐待児へのより進んだ対応を行っていくために, 今後もこの分野の研究が発展していくことが望まれる.

## 文 献

1) Amir, R. E., Van den Veyver, I. B., Wan, M., et al.: Rett syndrome is caused by mutations in X-linked MECP2, encoding methyl-CpG-binding protein 2. *Nat Genet.* 23 (2): 185-188, 1999

2) Beach, S. R., Brody, G. H., Todorov, A. A., et al.: Methylation at 5HTT mediates the impact of child sex abuse on women's antisocial behavior: an examination of

the Iowa adoptee sample. *Psychosom Med*, 73 (1); 83-87, 2011

3) Bonora, E., Bacchelli, E., Levy, E. R., et al.: International Molecular Genetic Study of Autism Consortium (IMGSAC). Mutation screening and imprinting analysis of four candidate genes for autism in the 7q32 region. *Mol Psychiatry*, 7 (3); 289-301, 2002

4) Bremner, J. D., Randall, P., Vermetten, E., et al.: Magnetic resonance imaging-based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse—a preliminary report. *Biol Psychiatry*, 41 (1); 23-32, 1997

5) Brown, S. E., Weaver, I. C., Meaney, M. J., et al.: Regional-specific global cytosine methylation and DNA methyltransferase expression in the adult rat hippocampus. *Neurosci Lett*, 440 (1); 49-53, 2008

6) Buchen, L.: News feature “In their nature”. *Nature*, 467; 146-148, 2010

7) Crane-Robinson, C., Myers, F. A., Hebbes, T. R., et al.: Chromatin immunoprecipitation assays in acetylation mapping of higher eukaryotes. *Methods Enzymol*, 304; 533-547, 1999

8) DasBanerjee, T., Middleton, F. A., Berger, D. F., et al.: A comparison of molecular alterations in environmental and genetic rat models of ADHD: a pilot study. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 147B (8); 1554-1563, 2008

9) Driscoll, D. J., Waters, M. F., Williams, C. A., et al.: A DNA methylation imprint, determined by the sex of the parent, distinguishes the Angelman and Prader-Willi syndromes. *Genomics*, 13 (4); 917-924, 1992

10) Figueroa, M. E., Melnick, A., Grealley, J. M.: Genome-wide determination of DNA methylation by Hpa II tiny fragment enrichment by ligation-mediated PCR (HELP) for the study of acute leukemias. *Methods Mol Biol*, 538; 395-407, 2009

11) Franklin, T. B., Russig, H., Weiss, I. C., et al.: Epigenetic transmission of the impact of early stress across generations. *Biol Psychiatry*, 68 (5); 408-415, 2010

12) Hasida, A., Imamura, A., Yamashita, H., et al.: The genomic comparison between monozygotic twins discordant for autistic disorder. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 141B (7); 768, 2006

13) Herman, J. G., Graff, J. R., Myöhänen, S., et al.:

Methylation-specific PCR: a novel PCR assay for methylation status of CpG islands. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 93 (18); 9821-9826, 1996

14) Hirotsune, S., Hatada, I., Komatsubara, H., et al.: New approach for detection of amplification in cancer DNA using restriction landmark genomic scanning. *Cancer Res*, 52 (13); 3642-3647, 1992

15) Hogart, A., Wu, D., LaSalle, J. M., et al.: The comorbidity of autism with the genomic disorders of chromosome 15q11.2-q13. *Neurobiol Dis*, 38 (2); 181-191, 2010

16) Holliday, R.: DNA methylation and epigenetic mechanisms. *Cell Biophys*, 15 (1-2); 15-20, 1989

17) Kraft, M., Cirstea, I. C., Voss, A. K., et al.: Disruption of the histone acetyltransferase MYST4 leads to a Noonan syndrome-like phenotype and hyperactivated MAPK signaling in humans and mice. *J Clin Invest*, 121 (9); 3479-3491, 2011

18) Labonté, B., Suderman, M., Maussion, G., et al.: Genome-wide Epigenetic Regulation by Early-Life Trauma. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (7); 722-731, 2012

19) Lintas, C., Persico, A. M.: Neocortical RELN promoter methylation increases significantly after puberty. *Neuroreport*, 21 (2); 114-118, 2010

20) McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., et al.: Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, 12 (3); 342-348, 2009

21) McGowan, P. O., Suderman, M., Sasaki, A., et al.: Broad epigenetic signature of maternal care in the brain of adult rats. *PLoS One*, 6 (2); e14739, 2011

22) Mohn, F., Weber, M., Schübeler, D., et al.: Methylated DNA immunoprecipitation (MeDIP). *Methods Mol Biol*, 507; 55-64, 2009

23) Moser, D., Molitor, A., Kumsta, R., et al.: The glucocorticoid receptor gene exon 1-F promoter is not methylated at the NGFI-A binding site in human hippocampus. *World J Biol Psychiatry*, 8 (4); 262-268, 2007

24) Murgatroyd, C., Patchev, A. V., Wu, Y., et al.: Dynamic DNA methylation programs persistent adverse effects of early-life stress. *Nat Neurosci*, 12 (12); 1559-1566, 2009

25) Nguyen, A., Rauch, T. A., Pfeifer, G. P., et al.:

Global methylation profiling of lymphoblastoid cell lines reveals epigenetic contributions to autism spectrum disorders and a novel autism candidate gene, RORA, whose protein product is reduced in autistic brain. *FASEB J*, 24 (8) ; 3036-3051, 2010

26) Razin, A.: CpG methylation, chromatin structure and gene silencing—a three-way connection. *EMBO J*, 17 (17) ; 4905-4908, 1998

27) Reik, W., Collick, A., Norris, M.L., et al.: Genomic imprinting determines methylation of parental alleles in transgenic mice. *Nature*, 328 (6127) ; 248-251, 1997

28) Rodriguez, A., Bohlin, G.: Are maternal smoking and stress during pregnancy related to ADHD symptoms in children? *J Child Psychol Psychiatry*, 46 (3) ; 246-254, 2005

29) Ronald, A., Pennell, C.E., Whitehouse, A.J.: Prenatal Maternal Stress Associated with ADHD and Autistic Traits in early Childhood. *Front Psychol*, 1 ; 223, 2010

30) Roth, T.L., Lubin, F.D., Funk, A.J., et al.: Lasting epigenetic influence of early-life adversity on the BDNF gene. *Biol Psychiatry*, 65 (9) ; 760-769, 2009

31) Samaco, R. C., Hogart, A., LaSalle, J. M.: Epigenetic overlap in autism-spectrum neurodevelopmental disorders : MECP2 deficiency causes reduced expression of UBE3A and GABRB3. *Hum Mol Genet*, 14 (4) ; 483-492, 2005

32) Seong, K. H., Li, D., Shimizu, H., et al.: Inheritance of stress-induced, ATF-2-dependent epigenetic change. *Cell*, 145 (7) ; 1049-1061, 2011

33) Serre, D., Lee, B.H., Ting, A. H.: MBD-isolated Genome Sequencing provides a high-throughput and comprehensive survey of DNA methylation in the human genome. *Nucleic Acids Res*, 38 (2) ; 391-399, 2010

34) Stöger, R., Kajimura, T. M., Brown, W. T., et al.: Epigenetic variation illustrated by DNA methylation patterns of the fragile-X gene FMR1. *Hum Mol Genet*, 6 (11) ; 1791-1801, 1997

35) 杉山登志郎 : 子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 東京, 2007

36) 杉山登志郎 : 発達障害のいま. 講談社, 東京, 2011

37) Testa, A., Donati, G., Yan, P., et al.: Chromatin immunoprecipitation (ChIP) on chip experiments uncover a widespread distribution of NF-Y binding CCAAT sites outside of core promoters. *J Biol Chem*, 280 (14) ; 13606-

13615, 2005

38) Thatcher, K. N., LaSalle, J. M.: Dynamic changes in Histone H3 lysine 9 acetylation localization patterns during neuronal maturation require MeCP2. *Epigenetics*, 1 (1) ; 24-31, 2006

39) Tsujita, T., Niikawa, N., Yamashita, H., et al.: Genomic discordance between monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Am J Psychiatry*, 155 (3) ; 422-424, 1998

40) Tyrka, A. R., Price, L. H., Marsit, C., et al.: Childhood adversity and epigenetic modulation of the leukocyte glucocorticoid receptor : preliminary findings in healthy adults. *PLoS One*, 7 (1) ; e30148, 2012

41) Uchida, S., Hara, K., Kobayashi, A., et al.: Epigenetic status of Gdnf in the ventral striatum determines susceptibility and adaptation to daily stressful events. *Neuron*, 69 (2) ; 359-372, 2011

42) Wang, Z., Xu, L., Zhu, X., et al.: Demethylation of specific Wnt/ $\beta$ -catenin pathway genes and its upregulation in rat brain induced by prenatal valproate exposure. *Anat Rec (Hoboken)*, 293 (11) ; 1947-1953, 2010

43) Weaver, I. C., Cervoni, N., Champagne, F. A., et al.: Epigenetic programming by maternal behavior. *Nat Neurosci*, 7 (8) ; 847-854, 2004

44) Weaver, I. C., Champagne, F. A., Brown, S. E., et al.: Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation : altering epigenetic marking later in life. *J Neurosci*, 25 (47) ; 11045-11054, 2005

45) Weaver, I. C., D'Alessio, A. C., Brown, S. E., et al.: The transcription factor nerve growth factor-inducible protein 1 mediates epigenetic programming : altering epigenetic marks by immediate-early genes. *J Neurosci*, 27 (7) ; 1756-1768, 2007

46) Weaver, I. C., Meaney, M. J., Szyf, M.: Maternal care effects on the hippocampal transcriptome and anxiety-mediated behaviors in the offspring that are reversible in adulthood. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 103 (9) ; 3480-3485, 2006

47) Yasui, D. H., Scoles, H. A., Horike, S., et al.: 15q11.2-13.3 chromatin analysis reveals epigenetic regulation of CHRNA7 with deficiencies in Rett and autism brain. *Hum Mol Genet*, 20 (22) ; 4311-4323, 2011

48) Zhang, T. Y., Hellstrom, I. C., Bagot, R. C., et al.:

Maternal care and DNA methylation of a glutamic acid decarboxylase 1 promoter in rat hippocampus. *J Neurosci*, 30 (39) ; 13130-13137, 2010

---

## Possible Epigenetic Alterations in Abused Children and Children with Developmental Disorders

Akira IMAMURA

*Department of Neuropsychiatry, Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

Child abuse has emerged as one of the biggest social problems in Japan, and the number of reports of child abuse is increasing each year. Abused children suffer from anxiety, depression, dissociation, and symptoms resembling those of developmental disorders, such as autism spectrum disorder (ASD) and attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), against the background of reactive attachment disorder.

Recently, researchers identified a potential relationship between the symptoms exhibited by abused children and epigenetic mechanisms such as DNA methylation and histone modification. Michael Meaney and his colleagues reported strong evidence suggesting that poor maternal care can cause hypermethylation of the promoter region of the glucocorticoid receptor and alter gene expression, ultimately changing an individual's stress tolerance. In humans, it has been demonstrated that stress during childhood can affect individual behaviors for a long time afterward, due not only to the individual's psychological memory, but also to epigenetic memory.

Epigenetic mechanisms might also be associated with the onset or deterioration of developmental disorders. In both ASD and ADHD, stress in the prenatal period, such as exposure to nicotine, drugs, or socio-psychological stress, may cause epigenetic changes. The etiologies of Rett syndrome and fragile X syndrome, the symptoms of which sometimes resemble ASD, are associated with an epigenetic mechanism that includes DNA methylation. The 15q11-q13 is thought to be one of the most important candidate regions for ASD, and there are several reports about epigenetic changes in this region.

The present review paper summarizes previous studies on the epigenetics of abused children and children with developmental disorders, and explores the possibility of the future development of these lines of research.

< Author's abstract >

< **Key words** : child abuse, epigenetics, autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, DNA methylation >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 被虐待児のアタッチメント形成の問題とトラウマ

奥山 真紀子

(国立成育医療研究センターこころの診療部)

虐待を受けた子どもの行動の問題を理解する上でアタッチメント形成の問題およびトラウマ性ストレスが影響していることが考えられる。この2つの問題はコインの裏表のように、悪循環となり、守られない自己が形成され、自己感の発達が阻害されていく。このような考え方に遺伝子のレベルで示唆を与えたのが近年注目されているエピジェネティクスに関する研究であり、カナダの Meany らのネズミの研究では親のケアが育てられる子どものストレス耐性に影響すること、親のケアが次世代の子育てにケアに影響することが明らかになり、さらに自殺脳の研究で、虐待を受けて育った人間の脳は神経特異的グルココルチコイド受容体遺伝子 (*NR3C1*) プロモーターのエピジェネティックな修飾 (Cytosine メチル化) により視床下部-下垂体-副腎皮質系 (HPA 系) の機能不全が起きていることを明らかにした。臨床と基礎研究の連携でさらに育児と子どもの精神発達が解明されることを望む。

<索引用語：アタッチメント，子ども虐待，トラウマ性ストレス，エピジェネティクス，視床下部-下垂体-副腎皮質系>

### I. 虐待を受けた子どものアタッチメントの問題とトラウマ

筆者が虐待を受けて児童養護施設に入所している子どもたちの診察を始めた 1990 年代初めにはその行動の問題が精神医学の対象という意識は少なく、福祉の中で献身的なケアで親代わりになって養育すれば何とかなるはずであるという意識が強かった。しかし、実際には子どもたちの行動の問題は大きく、担当しているケアワーカーたちはどう対応して良いのかわからなかったり、結局は子どもにきつく当たってしまったたり、自信を失う結果となることも少なくなかった。それらの子どもたちの観察から、共通の症状と考えられたのは以下のとおりである。

#### 1. 他者関係の問題

①養育者以外でも誰にでもべたべたと求めてくるが、養育者との1対1の関係は結びにくい。

②他者を信用しない。

③他者の力を利用することができず、困った時も助けを求めずに凍りつくことが多い。

④他者との距離感が掴めていないため、必要以上に近づいたり、遠くから眺めていることが多い。

⑤その結果、養育者が可愛いと思えない行動となる。

#### 2. 自己感の問題

①自己調節の問題があり、安定した自己を保つことができない。

②自己の身体像の獲得が遅い。

③自己の連続性に問題がある (人格が急に変わるように見える)。

④全体の coherence が取れないことが多い。

### 3. 行動の問題

- ①全体を見通せないその場限りの刹那的な行動が多く、注意されてもその場限りで次につながらない。
- ②注意の転動性が高い。
- ③状況が悪くなると凍りついたり、意識を飛ばしているように見える行動（解離）が多い。
- ④弱い者に対しては力で行動し、力を持っている者の前では凍りつく。

これらの症状の背景として、1990年代に最初に注目されたのは「トラウマ性ストレス」であった<sup>13)</sup>。1995年の阪神淡路大震災および地下鉄サリン事件で外傷後ストレス障害（PTSD）が一般に浸透してきたこともあり、虐待がトラウマになることが知られるようになった。しかし、震災などによる単回性トラウマと虐待によるトラウマではその性質が異なり、反応も異なる。その点に関して、Terr<sup>24)</sup>は子どものトラウマはI型トラウマとII型トラウマがあり、I型は単回のトラウマによるもので、PTSDの症状を示しやすいが、II型は虐待や戦争などの引き続くトラウマで、PTSDより否認、解離、強い怒りなどの反応が多いとした。

一方、海外で虐待とアタッチメントの問題が注目を浴びるようになってきているところ、日本では我々のグループでアタッチメント形成とトラウマに焦点を当てて、パイロット的な研究を行った<sup>14,15)</sup>。虐待は乳幼児期から始まっており、子どもの安全感や安心感が育つ基礎としてのアタッチメント形成の問題があると考えたからである。適切なケアを受けて育った幼児期の子どもが災害や事故などの単回性トラウマを負ったときに最も多い症状は分離不安と退行である。自分を守ってくれるアタッチメント対象にしがみついて不安を軽減しようとする行為は自分を守る適切な行為であるが、安全になっても続いた時に不適応行動ととらえられるのである。しかし、虐待を受けた子どもは逆に恐怖を感じた時に凍りつくことが多く、他者に助けを求められない。つまり、アタッチメント形成の問題があつて、助けてくれる大人への

信頼が育たないのである。

上記の研究では、虐待を受けた子どもの臨床的診断は反応性愛着障害が多く、PTSDはかえって多くはないという結果であった。しかし、診断基準は満たさないものの、PTSDの症状、特に過覚醒症状は多くの子どもに認められることが明らかであった。さらに、虐待を受けた子ども以外の精神的な問題で受診した子どもではほとんど認められない「解離」が、虐待を受けている子どもには多く、また、自己調節の問題も大きいことが明らかになった。また、その後、虐待を受けて施設に入所している幼児を対象とした研究<sup>16)</sup>で、アタッチメントの問題と自己調節の問題の相関についても明らかにした。

それらの研究と臨床から、筆者は虐待がアタッチメント問題とトラウマというコインの裏表の問題を持つと考えた。つまり、アタッチメントの問題が易トラウマ性につながり、乳幼児期のトラウマ体験がアタッチメントの形成に悪影響を及ぼす悪循環があり、それが安全ではなく他者に助けられない自己を形成して、生き延びるための臨戦態勢が多くの不適応症状につながっている可能性を考え、アタッチメント問題—トラウマ複合による問題と考え、それを提唱してきた<sup>17,18)</sup>。

### II. PTSD研究とアタッチメント研究の歴史

PTSD研究とアタッチメント研究は並行して発展してきたといっても過言ではない。いずれも戦争にその端を発している。PTSDは以前は戦闘神経症<sup>9)</sup>として知られており、アタッチメント研究は戦争孤児などの問題から発展してきた<sup>3)</sup>。その結果、PTSDも反応性愛着障害も1980年のDSM-IIIから診断名として診断基準が作られた。しかし、PTSDとアタッチメント研究は別々の発展を遂げ、同じ土俵で語られることが少なかった。何故なら、PTSD研究はベトナム参戦兵士やレイプ被害女性の症状として重要視され<sup>8)</sup>、子どものPTSDが研究されるようになったのは1978年に起きたチョウチラのバスジャック事件の被害児をフォローしたTerrの研究<sup>23)</sup>が発表された1980年

代に入ってからであり、大人中心に発展してきた PTSD 研究は乳幼児のアタッチメント研究と距離があったと考えられる。

その後、子どもの PTSD に関する研究が進んできたが、初期には、災害<sup>7)</sup>や犯罪被害<sup>19)</sup>など、単回性トラウマの研究が主であった。しかし、成人のトラウマ研究では、単回性トラウマより誘拐被害、性虐待の持続、過去の虐待体験などによる複雑性トラウマ<sup>8)</sup>という考え方が提唱されたが、診断基準に採用されるには至っていない。

一方、アタッチメント研究はその提唱者である Bowlby が生態学者の Lorenz や文化人類学者でありサイバネティック理論にも深く関与した Mead らの学際的なグループとの出会いにより行動システムという考え方で発展した<sup>21)</sup>。その結果、医学からやや距離をとる結果となったのかもしれない。Bowlby の後継者である Ainsworth は子どものアタッチメント行動（危険を感じた時に守ってくれるはずの養育者に近づいて守ってもらおうとする行動）を SST (Strange Situation Procedure) という方法を開発して観察し、回避型 (A 型)、安全型 (B 型)、抵抗型 (C 型) に分類した<sup>1)</sup>。しかし、これらの研究は発達心理学の分野で定形家庭の子どもを対象としていた。その後、Main らにより 1986 年には未組織・未方向型 (D 型) が発見され、D 型を示す子どもはネグレクトなどの問題家庭の子どもに多いということが示された。一方、医学の分野では、Rutter らによる 3 歳半以下で里親に保護された 165 名のチャウセスク孤児研究が有名である。杉山ら<sup>22)</sup>の紹介によると、4 歳時に ADI-R を用いて自閉症と診断された子ども 11 名を除いた 154 名中、「選択的アタッチメント行動の欠如」が 44% に、「見ず知らずの人についていく」が 34% に、「両親の顔を見て肯定を判断する行動を行わない」が 45% に、「安全基地として求めない」が 15% に認められ、52 名はアタッチメント障害の症状を認めなかったが、22 名はいずれの症状も認めていたという。アタッチメント障害の重症度は養子にきた年齢と相関し、より年長で養子にきた子どもにおいて有意に高いことが示

された。さらに、4 歳と 6 歳の時点での比較で、62% に変化がなく、4 割はアタッチメント障害を持ち続けており、アタッチメントの修復の限界が示されていた。一方、4 歳時点で発達障害の診断を満たしていた 11 名に関しては 6 歳時点においては知的障害を伴った 3 名以外は自閉症診断がつかなかった。つまり、自閉症症状に関しては改善が見られたのである。

### Ⅲ. Bowlby の仮説

さて、上述のごとく、Bowlby は WHO 「子どもの心理生物学的な発達に関する研究グループ」で Lorenz らとの出会いの中で動物行動学的な発想を得て、アタッチメント理論を完成させていった。その際、Bowlby<sup>4)</sup>は、アタッチメント行動はもともと構造的に組み込まれている行動であると考えたのである。何故なら、弱い子どもにとって危険を感じた時に助けてもらえる人に近づいて助けてもらうことは遺伝子を残すことにつながる行為だからである。

しかし一方で、臨床的な体験から、アタッチメント行動は適切なケアを受けないと引き出されない行動であると考えていた。また、アタッチメントの形成は内的作業モデルとして将来の人間関係形成の基礎となると考えたのである。さらに、適切なケアによって構造的に組み込まれたアタッチメント行動が適切に引き出されなかった子どもは大人になって自分の子どもに適切なケアを与えることが困難になるということも明らかにした。つまり、適切なケアを受けなければ、他者を頼って自分を守るアタッチメント形成ができずに、他者関係がうまく成立せず、さらに、次世代の子育てに影響する可能性があるということになる。

サルでの研究がその裏付けとなった<sup>20)</sup>。群れをなすサルに関する研究では、親ザルと分離した子ザルに機械的にえきを与えるのみで他のサルとも人間ともかかわらずに育てると自閉症そっくりのサルとなり、雄ザルは子どもを作ることはできない。一方、人工授精された雌ザルは子どもを産むが育てることはできず、殺してしまったり、まっ

たく子どもの面倒を見ない。以上はかつて行われた分離ザルの研究である。現在は動物虐待に当たりこのような研究はできないが、この研究からも適切なケアを受けなかったサルは子孫を残しずらいだけではなく、自分の子どもを適切にケアすることができないことも明らかになったのである。

#### IV. エピジェネティクス研究との関連

近年注目されているエピジェネティクスは親のケアと子どものアタッチメント行動の発達に関する遺伝子的な裏付けとなったといっても過言ではない。Meany らのグループ<sup>6,10)</sup>は、ケアの良い(LG 行動の多い)ラットに育てられると海馬のグルココルチコイド受容体の発現が適切で、視床下部-下垂体-副腎皮質系(HPA 系)の機能が良好となり、生涯にわたって安定したストレス反応を示すが、一方で、ケアの良いラット(高 LG ラット)から生まれてもケアの悪いラット(低 LG ラット)に育てられると、海馬のグルココルチコイド受容体の発現が悪く、HPA 系の機能不全となり、ストレス耐性が悪くなることを明らかにした。さらに、このストレス反応は孫世代まで受け継がれていたという。また、この変化は次世代の子育ての LG に影響していたとも報告されている。

Meany らはアタッチメント理論と結びつけてはいないが、まさに Bowlby の仮説が遺伝子のレベルで裏付けられる可能性が出てきたのである。つまり、Bowlby が、アタッチメント行動は遺伝的に組み込まれた行動だがケアが悪いと発現しない行動と考えたように、遺伝的に組み込まれているストレス耐性の発現が親のケアの悪さで抑えられること、およびケアが悪いことによって次世代の子育てが悪くなることが明らかになったのである。さらに、上述のごとく、虐待を受けた子どもの心理的变化の背景として、アタッチメントの問題が易トラウマ性につながり、乳幼児期のトラウマ体験がアタッチメントの形成に悪影響を及ぼす悪循環が起きるといった考え方とも一致する部分があり、また、虐待の世代間連鎖にも示唆を与えている。

ただし、エピジェネティクスは臓器特異的な遺伝子の発現を捉えているために、脳内の遺伝子の発現は生きている人間では研究が不可能である。そこで、Meany ら<sup>12)</sup>は自殺脳のバンクを用いて、Childhood Experience of Care and Abuse 質問紙を psychological autopsy に適応させて虐待体験を把握し、被虐待体験のあった 12 体と被虐待体験がなく前述の 12 体に精神障害をマッチさせた 12 体、および自殺以外での死亡の 12 体の脳を比較した。自殺以外の理由で死亡した人には被虐待歴はなかった。その結果、被虐待歴のある自殺脳は他の 2 種類の脳に比べて海馬における神経特異的グルココルチコイド受容体遺伝子(*NR3C1*)プロモーターのエピジェネティックな修飾(Cytosine メチル化)があった。つまり、エピジェネティックな問題による HPA 機能の低下を認めたのである。つまり虐待を受けた人のストレス耐性の発達が悪いことがエピジェネティックな変化として明らかになったと言える。

とは言え、親子関係に関する分野でのエピジェネティックな研究は始まったばかりである。臨床的な仮説からは多くの期待があり、その結果多くの質問が湧いてくる。例えば、親のケアが子どもに影響するのはストレス耐性だけではなく、直接のアタッチメント行動の変化もエピジェネティックな変化によるものであることを直接証明できるか、エピジェネティックな修飾には臨界期があるのか、一度変化したものを回復させる手立てはあるか、虐待された自殺者の脳に見られたエピジェネティックな修飾と考えられる変化はケアによるものでありトラウマによるものではないと言えるのか、などである。このような問題は臨床家と基礎研究者の十分なコミュニケーションなしには進めることができない研究である。

親子関係という人間にとって非常に大きな分野に新しい 1 ページを開いたエピジェネティクス研究が臨床とのコミュニケーションで豊かなものになることを望む。

## 文 献

- 1) Ainsworth, M. D. S., Blehar, M., Waters, E., et al.: *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, Erlbaum, 1978
- 2) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd edition (DSM-III)*. American Psychiatric Association, Washington, D. C., 1980
- 3) Bowlby, J.: *Maternal care and mental health*. WHO, Geneva, 1951 (黒田実郎訳: 乳幼児の精神衛生, 岩崎学術出版社, 東京, 1967)
- 4) Bowlby, J.: *Attachment and Loss. Vol. 1: Attachment*. Basic Books, New York, 1982 (New printing 1999, with a foreword by Allan, N., Schore, originally published in 1969)
- 5) Chermol, B. H.: *Psychiatric casualties in combat*. *Military Review*, 58; 26-32, 1983
- 6) Francis, D., Diorio, J., Liu, D., et al.: *Nongenomic Transmission Across Generations of Maternal Behavior and Stress Responses in the Rat*. *Science*, 286; 1155-1158, 1999
- 7) Green, B. L., Korol, M., Grace, M. C., et al.: *Children and disaster: age, gender and parental effects on posttraumatic stress disorder symptoms*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 30; 945-951, 1991
- 8) Herman, J. L.: *Complex PTSD. A Syndrome in Survivors of Prolonged and Repeated Trauma*. *J Traumatic Stress*, 3; 377-391, 1992
- 9) Kardiner, A.: *The traumatic neurosis of war*. Paul Hoeber, New York, 1941
- 10) Liu, D., Diorio, J., Tannenbaum, B., et al.: *Maternal Care, Hippocampal Glucocorticoid Receptors, and Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Responses to Stress*. *Science*, 277; 1659-1662, 1997
- 11) Main, M., Solomon, J.: *Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern (Brazelton, T. B., Yogman, M. W. eds. *Affective development in infancy*). p.95-124, Ablex, Norwood, 1986*
- 12) McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., et al.: *Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse*. *Nature Neuroscience*, 12; 342-348, 2009
- 13) 西澤 哲: 子ども虐待, 子どもと家族への治療アプローチ. 誠信書房, 東京, 1994
- 14) 奥山真紀子: 被虐待児の精神的問題に関する研究 1) 精神保健外来を受診した被虐待児 56 例の分析. 平成 10 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究) 報告書. p.312-316, 1999
- 15) 奥山真紀子, 宮本信也, 中島 彩ほか: 被虐待児の精神症状の特徴—愛着を含む他者関係および自己制御の問題を中心として—. 平成 12 年度厚生科学研究 (子ども家庭総合研究) 報告書. p.426-446, 2001
- 16) 奥山真紀子, 川俣 実, 押野修司: 被虐待児における感覚機能および自己調節機能に関する研究—被虐待児への感覚統合療法的アプローチの可能性に関する研究—, 安田生命事業団 研究助成論文集 通巻第 38 号 2002 年度. p.84-93, 2003
- 17) 奥山真紀子: 虐待を受けた子どものトラウマと愛着. *トラウマティック・ストレス*, 3; 3-11, 2005
- 18) 奥山真紀子: *アタッチメントとトラウマ* (庄司順一, 奥山真紀子, 久保田まり編著: *アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって*). 明石書店, 東京, p.143-193, 2008
- 19) Pynoos, R. S., Nader, K.: *Psychological first aid and treatment approach to children exposed to community violence: research implications*. *J Trauma Stress*, 1; 445-473, 1998
- 20) Rosenblum, L. *Ethology: primate Research and the Evolutionary Origins of Human Behavior*. (Simons, R. C. ed. *Understanding Human Behavior in Health and Illness 3rd ed.*) Williams & Wilkins, Baltimore, p.197-212, 1985
- 21) 庄司順一: *アタッチメント研究前史* (庄司順一, 奥山真紀子, 久保田まり編著: *アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって*). 明石書店, 東京, p.11-41, 2008
- 22) 杉山登志郎, 海野千畝子: *発達障害とアタッチメント障害* (庄司順一, 奥山真紀子, 久保田まり編著: *アタッチメント 子ども虐待・トラウマ・対象喪失・社会的養護をめぐって*). 明石書店, 東京, p.194-220, 2008
- 23) Terr, L. C.: *Psychic Trauma in Children: Observation following the Chowchilla school-bus kidnapping*. *Am J Psychiatry*, 138; 14-19, 1981
- 24) Terr, L. C.: *Childhood Traumas. An Outline and Overview*. *Am J Psychiatry*, 148; 10-20, 1991

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 被虐待児と発達障害児の感覚刺激への反応特性

岩永 竜一郎

(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻 理学・作業療法学講座作業療法学分野)

被虐待児と発達障害児の行動面の類似点が指摘されているが、神経学的な類似点、相違点については未だ明らかでない。臨床現場では両者の精神医学的・神経学的問題の類似性や相違を明らかにすることは重要である。被虐待児と発達障害児の相違点が明らかになれば、それが被虐待児の中の発達障害を鑑別する際などの1つの指標となりうる可能性がある。そこで、本研究では両者の相違を捉える上で感覚刺激への反応異常が指標として有用となると考え、被虐待児の感覚刺激への反応異常を調査し、発達障害児の感覚の問題と対比し考察した。対象は児童養護施設3カ所の在籍児のうち5～18歳の123名(男児71名, 女児52名)であった。年齢は5歳1ヵ月～18歳10ヵ月(12歳10ヵ月±3歳8ヵ月)であった。入所期間は4ヵ月～15年8ヵ月(6年5ヵ月±3年6ヵ月)であった(1年以内は1名)。施設の担当職員に感覚プロフィールと虐待の有無(「身体的」「ネグレクト」「心理的」「性的」それぞれに「あった」「あった疑い」「なかった」の3段階回答)について回答してもらい、連結可能匿名化の手続きを取り受け取った。対象児の中で虐待の既往またはその疑いがあった児の感覚プロフィールの結果と感覚プロフィールのスコアの期待度数を $\chi^2$ 検定にて比較検討した。データ収集率は100%であった。対象児のうち、虐待またはその疑いがある児が70名いた(虐待あり47名, 虐待の疑い23名)。このうち29名は発達面の問題に関する診断を受けていた。診断の内訳は次のとおりであった。知的障害13名, アスペルガー症候群6名, 広汎性発達障害1名, 注意欠如・多動性障害(ADHD)7名(このうち2名は反応性愛着障害の診断もあり), てんかん2名。被虐待児の中で発達面の障害の診断を受けた児29名を除外した41名の児の感覚プロフィールのデータと期待度数を比較したところ、被虐待児の方が統計学的に反応の偏りが大きかったものは23領域中で1領域(寡動)のみであった。本研究では、被虐待児において感覚刺激に対する反応異常は認められなかった。この結果から、感覚刺激への反応異常という点では被虐待児は発達障害児とは類似性が認められないことが示唆された。

&lt;索引用語：虐待，発達障害，感覚&gt;

## はじめに

発達障害児において感覚刺激に対する反応異常が高頻度に見られることが報告されている。例えば、広汎性発達障害児では7～9割に感覚の問題が見られることが指摘されている<sup>1～3,5,6,8～10,14</sup>。また、注意欠如・多動性障害(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)児に関する研究では、感覚プロフィール短縮版でADHD児群はコントロール群と全ての下位尺度(動きの感覚

の探究, 触覚過敏, 味覚/嗅覚過敏, 聴覚フィルタリング, 視覚/聴覚過敏, 低エネルギー, 動きへの過敏)で有意差が認められたことが報告されている。このように先行研究で発達障害児には感覚刺激に対する行動反応異常が高頻度に見られることが報告されている。そして、そのような感覚刺激に対する反応異常の原因となる神経生理学的研究も進められている。自閉症スペクトラム障害(Autistic Spectrum Disorder: ASD)児では、口

腔過敏と脳幹の灰白質の容量に相関が認められたこと<sup>7)</sup>が報告されている。また、ASD児では事象関連脳電位(P1, N2)が言語音, 非言語音で出現の仕方が異なることがわかり, トップダウンの感覚処理に問題がある可能性<sup>15)</sup>があると考えられている。さらに聴覚過敏のあるASD男児は聴覚過敏のないASD児やコントロール児に比べ, MEGのM50 dipoleが大きく, M50/M100のピーク潜時は聴覚過敏の程度と関係しており, 一次聴覚野の反応の特異性がある可能性<sup>12)</sup>などが報告されている。そして, ASD児は肌ざわりのよい生地を触った時の脳活動は低下していたが, 不快な触感の生地の時には後部帯状皮質, 島皮質の活動が有意に高かったことがわかっている<sup>4)</sup>。

一方, 被虐待児には聴覚刺激に対する訓化の異常や, 事業関連電位の異常が見られたり, 知覚刺激の評価が困難であったりすることなどが指摘されてきた。また, 被虐待児の愛着行動チェックリストスコアと日本版感覚インベントリーの総合点に相関が認められたことが指摘された<sup>13)</sup>。しかしながら, 感覚刺激に対する異常反応に関する研究は少なく, その実態については十分検証されているとは言い難い。発達障害と反応性愛着障害の症状の類似点が指摘されているが, 感覚刺激に対する反応の違いについては検証されていなかった。被虐待児の感覚刺激への反応特性をとらえ, 発達障害との比較をすることで両者の精神医学的・神経学的問題の類似性や相違を知るための情報が得られる可能性がある。また, 発達障害を伴わない被虐待児と発達障害児の感覚刺激への反応の違いがわかれば, それが被虐待児の中の発達障害を鑑別する際などの1つの指標となりうると考えられる。そこで, 本研究では被虐待児の感覚刺激への反応異常を調査し, 発達障害児の感覚の問題と対比考察した。

## I. 方 法

児童養護施設3ヵ所の在籍児のうち5~18歳の123名(男児71名, 女児52名)を対象とした。年齢は5歳1ヵ月~18歳10ヵ月(12歳10ヵ月±

3歳8ヵ月)であった。入所期間は4ヵ月~15年8ヵ月(6年5ヵ月±3年6ヵ月)であった(1年以内は1名)。

調査には感覚プロフィール(現在日本版を標準化中)を用いた。感覚プロフィールは125の質問項目からなり, 保護者が子どもの行動を見て回答するものである。項目例として, 「突然のまたは大きな音に拒否反応を示す」「さわられることに感情的・攻撃的に反応する」などがある。その結果によって「感覚過敏」「低登録(感覚刺激への反応の弱さ)」など感覚刺激への反応の偏りが明らかにできる。まだ日本で標準化段階であるためにアメリカの標準値で判定した。

それぞれの施設の担当職員に感覚プロフィールと虐待の有無(「身体的」「ネグレクト」「心理的」「性的」それぞれに「あった」「あった疑い」「なかった」の3段階回答)について回答してもらい, 連結可能匿名化の手続きを取り受け取った。

対象児の中で虐待の既往またはその疑いがあった児の感覚プロフィールの結果と感覚プロフィールのスコアの期待度数を $\chi^2$ 検定にて比較検討した。

## II. 結 果

データ収集率は100%であった。対象児のうち, 虐待またはその疑いがある児が70名いた(虐待あり47名, 虐待の疑い23名)。このうち29名は発達面の問題に関する診断を受けていた。診断の内訳は, 知的障害13名, アスペルガー症候群6名, 広汎性発達障害1名, ADHD7名(このうち2名は反応性愛着障害の診断もあり), てんかん2名であった。

被虐待児の中で発達面の障害の診断を受けた児29名を除外した41名の児の感覚プロフィールのデータと期待度数を比較したところ, 被虐待児の方が統計学的に反応の偏りが大きかったものは23領域中で1領域(寡動)のみであった。

## III. 考察および結論

これまでの研究でアスペルガー障害児群は感覚

プロフィールの23領域中の22領域でコントロール児群と有意差が見られたこと<sup>5)</sup>やADHD児は6領域にコントロール群と有意差が認められたこと<sup>11)</sup>が報告されていた。自閉症児では99項目の感覚質問項目の中の84項目に有意差が認められたことがわかっていた<sup>8)</sup>。しかし、本研究では、被虐待児において感覚刺激に対する反応異常は認められなかった。この結果から、感覚刺激への反応異常という点では被虐待児は発達障害児とは類似性が認められないことが示唆された。対象が少人数であるために解釈には注意を要するが、今回の対象で見ると被虐待児では感覚刺激に対する反応の問題が発達障害とは異なる可能性があり、感覚処理にかかわる神経学的特性には両者で違いがあることが推察される。よって、臨床現場における被虐待児の発達障害の有無の鑑別において感覚の問題は1つの判断材料になる可能性がある。

ただし、今回の研究には限界もあり、本研究結果は慎重にとらえる必要がある。まず、本研究ではデータの分析において、感覚プロフィールの結果評定においてアメリカのデータを標準値に想定して期待度数として使用して分析を行ったため、結果の解釈には注意を要する。また、本研究では被虐待児のデータと発達障害児のデータを直接比較していない点も課題である。今後、発達障害児のデータとの比較研究も必要である。それから、本研究には、反応性愛着障害などの、虐待による精神医学的問題がほとんど見られないケースが対象に含まれていた可能性がある。そして、本研究対象児は1名を除き施設入所後1年以上を経過していたために虐待を受けていた直後との状態が異なる可能性があった。虐待を受けている期間中であつたり、反応性愛着障害が顕著に見られていたりする状況では異なる結果が出る可能性もあるかもしれない。今後、症例数を増やし、虐待の程度や期間、虐待を受けた時期からの期間、反応性愛着障害の有無などによる感覚刺激への反応異常の違いについて検証する必要があると考える。

## おわりに

本稿では、被虐待児の感覚刺激に対する反応特性について論じた。調査上の課題があつたが、感覚刺激への反応の違いが被虐待児の中の発達障害を見極める際の指標の一つとなる可能性が示唆されたため、今後研究を進めそれについて明らかにする必要があると考える。

## 文 献

- 1) Baranek, G. T., David, F. J., Poe, M. D., et al.: Sensory Experiences Questionnaire: discriminating sensory features in young children with autism, developmental delays, and typical development. *J Child Psychol Psychiatry*, 47; 591-601, 2006
- 2) Ben-Sasson, A., Hen, L., Fluss, R., et al.: A meta-analysis of sensory modulation symptoms in individuals with autism spectrum disorders. *J Autism Dev Disord*, 39; 1-11, 2009
- 3) Bromley, J., Hare, D. J., Davison, K., et al.: Mothers supporting children with autistic spectrum disorders: social support, mental health status and satisfaction with services. *Autism*, 8; 409-423, 2004
- 4) Cascio, C. J., Moana-Filho, E. J., Guest, S., et al.: Perceptual and neural response to affective tactile texture stimulation in adults with autism spectrum disorders. *Autism Research*, 5; 231-244, 2012
- 5) Dunn, W., Myles, B. S., Orr, S.: Sensory Processing issues associated with Asperger syndrome: A preliminary investigation. *Am J Occup Ther*, 56; 97-102, 2002
- 6) Gomes, E., Pedroso, F. S., Wagner, M. B.: Auditory hypersensitivity in the autistic spectrum disorder. *Pro Fono*, 20; 279-284, 2008
- 7) Jou, R. J., Minschew, N. J., Melhem, N. M., et al.: Brainstem volumetric alterations in children with autism. *Psychological Medicine*, 39; 1347-1354, 2009
- 8) Kientz, M. A., Dunn, W.: A comparison of the performance of children with and without autism on the Sensory Profile. *Am J Occup Ther*, 51; 530-537, 1997
- 9) Lane, A. E., Young, R. L., Baker, A. E., et al.: Sensory processing subtypes in autism: association with adaptive behavior. *J Autism Dev Disord*, 40; 112-122, 2010

- 10) Leekam, S. R., Nieto, C., Libby, S. J., et al.: Describing the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord*, 37 ; 894-910, 2007
- 11) Mangeot, S. D., Miller, L. J., McIntosh, D. N., et al.: Sensory modulation dysfunction in children with attention-deficit-hyperactivity disorder. *Dev Med Child Neurol*, 43 ; 399-406, 2001
- 12) Matsuzaki, J., Kagitani-Shimono, K., Goto, T., et al.: Differential responses of primary auditory cortex in autistic spectrum disorder with auditory hypersensitivity. *Neuroreport*, 23 ; 113-118, 2012
- 13) 押野修司, 川俣 実, 孔 順姫ほか: 被虐待児の愛着障害と感覚機能の発達の特徴. *作業療法*, 22 (suppl); 5345-5345, 2003
- 14) Tomchek, S. D., Dunn, W.: Sensory processing in children with and without autism : a comparative study using the short sensory profile. *Am J Occup Ther*, 61 ; 190-200, 2007
- 15) Whitehouse, A. J., Bishop, D. V.: Do children with autism 'switch off' to speech sounds? An investigation using event-related potentials. *Dev Sci*, 11 ; 516-524, 2008

---

## Characteristics of Responses to Sensory Stimuli in Battered Children and Children with Developmental Disorders

Ryoichiro IWANAGA

*Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences*

Previous studies pointed out behavioral similarities between battered children and children with developmental disorders ; however, the neurological similarities and differences between them have not been elucidated. In clinical examinations, it is necessary to clarify the similarities and differences in these neurological/psychiatric problems between battered children and children with developmental disorders. Clarification of these differences may provide information to better distinguish between them. This study investigated the behavioral differences between battered children and children with developmental disorders in response to a sensory stimulus.

The subjects were 123 children aged 5-18 (mean age : 12 years and 10 months $\pm$ 3 years and 8 months ; 71 boys and 52 girls) in child care institutions. Terms of residence were from 4 months to 15 years and 8 months (mean : 6 years and 5 months $\pm$ 3 years and 6 months). All children except for one had stayed for over 1 year. The staff of these facilities responded to the sensory profile questionnaire and to questions about whether the children had suffered physical abuse, neglect, psychological abuse, or sexual abuse. The sensory profile data of children who suffered either abuse or neglect were compared with expectations using the chi-square test.

The questionnaire recovery rate was 100%. The number of children who had suffered either abuse or neglect was 70 (47 boys and 23 girls). Twenty-nine of these children had the following medical diagnosis : 13 had mental retardation, 6 had Asperger's disorder, 1 had per-

vasive developmental disorder, 7 had attention deficit/hyperactivity disorder, and 2 had epilepsy, and were excluded from analysis.

The data of the remaining forty-one children were compared with expectations. There was a significant difference only in the sensory profile sub-domain ‘sedentary’ between observed data and expectations.

The results showed that responses to sensory stimuli with the exception of the ‘sedentary’ sub-domain of battered children did not deviate from normative samples. Therefore, we conclude that there was no similarity between battered children and children with developmental disorders.

<Author’s abstract>

<Key words : abuse, developmental disorder, sensory>

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 様々なストレス要因により生じるエピジェネティック修飾

池上 大悟, 成田 年  
(星薬科大学薬理学教室)

生物は生きていく上で、外界から絶えず様々な刺激に曝されている。こうした外界からの刺激に対して生体は適切に反応し、外界の変化に適応していく。このような生命現象には後生的な遺伝子修飾機構であるエピジェネティクスの関与が考えられ、その解析が重要になっている。エピジェネティクスの役割は、DNA 塩基配列の変化を伴わず、ゲノム上の多数の遺伝子を選択的に活性化または不活性化し、ゲノムの遺伝子情報を高次元に制御することである。個々の細胞内において様々な刺激によって晩発的、後生的に遺伝子活用が制御され、例えばある種の刺激は DNA 塩基配列には影響を与えず、特定の機能タンパク質の発現を強く、そして長期的に制御する。その制御が誤った方向性に進むと、いわゆる「難治性」の疾患となる。本稿では、我々の最新の研究成果をもとに、ストレス性疾患、統合失調症、慢性疼痛および老化現象といった遺伝性および孤発性の難治化した疾患について、中枢のエピジェネティクス変化という視点から病態の統合的理解の重要性を議論する。こうした新しい基礎研究は、難治性疾患の本質を理解するための大きな手がかりを見つけ出すきっかけとなるだけでなく、根本的・早期治療方針を提示していく上で非常に重要な意味を持つと思われる。

&lt;索引用語：ヒストン修飾，DNA メチル化，miRNA，バイオマーカー&gt;

## はじめに

現在、日本ではこれまでの「4 大疾病」である、がん、脳卒中、心臓病、糖尿病に加え、精神疾患が加わり「5 大疾病」といわれるようになった。精神疾患は 90 年代後半から急増し、自殺者の増加や生産率の低下による経済に与える影響など、社会的にも問題となっている。精神症状は特定の神経回路の機能不全と強く関連することが明らかとなっており、ストレス性疾患、慢性疼痛、老化、あるいは薬物依存などの病態に伴って引き起こされることが知られている。こうした背景がその病態を定義し難いものになっているため、多角的なアプローチによる、病態の統合的理解が必要であると考えられる。

一方、近年、後天的疾患の原因としてエピジェネティクスによる遺伝子発現制御が大きく注目さ

れるようになった。エピジェネティクスとは、塩基配列の変化を伴わず遺伝子発現を活性化したり、不活性化したりする後生的な遺伝子修飾である。エピジェネティクスには、DNA メチル化とヒストン修飾が知られ、これらの変化は遺伝子機能に長期的な影響を与える可能性を有する。これまでに難治性疾患の形成機構は、細胞内シグナルによって説明されることが多かった。しかしながら、難治性疾患の形成機構においても、個体を形成する最小の生命ユニットである細胞に備えられたエピジェネティクスへの影響なしに語ることはできない。そこで本稿では、難治性疾患の形成機構における分子メカニズムについて、エピジェネティクス機構の関与を中心に最新の知見を含め概説する。

## I. エピジェネティクス制御機構

エピジェネティック異常は、がん化の重要な機構として知られており、様々ながんにおいて、DNAメチル化異常やヒストン修飾異常が認められている。近年、このようなエピジェネティクス異常は、非がん組織においても存在することがわかってきた。たとえば胃がん患者や大腸がん患者の非がん組織においても発がんの原因としての異常なDNAメチル化の蓄積が観察されている。さらに、最近になって、ストレスや生活習慣病、精神疾患などにおいてもエピジェネティクス修飾の変化が引き起こされる可能性が示されてきている。この事実は、がん細胞のような異常な状態の細胞だけでなく、正常な細胞においてもエピジェネティクス異常が引き起こされているということを示唆している。すなわち、幅広い疾患において、エピジェネティクス修飾の異常が関与しているということである。

## II. DNAメチル化

前述したように、エピジェネティクスには、DNAメチル化とヒストン修飾が知られている。中でも、DNAメチル化は、最も早く見つけられたエピジェネティック要因であり、遺伝子の発現情報や細胞の性質を、細胞分裂を経て次世代の細胞へ安定に継承する分子機構である。遺伝子のプロモーター領域がメチル化されると遺伝子発現は強く抑制される。これまで、DNAのメチル化は発生過程の変化を固定する機構であり組織が分化してしまうと比較的安定なものと考えられてきた。しかしながら、エピジェネティック異常を示す遺伝子が多数同定され、鋭敏かつ定量的な解析が可能になるにつれて、一見正常に見える組織においてもDNAメチル化異常を持つ細胞が多数あることがわかってきた。近年、DNAメチル化は、発達期だけでなく加齢と共に変化することがわかり、こうしたDNAメチル化の蓄積は発がんの要因ともなり得ることが明らかとなっている<sup>1,23)</sup>。一方で、非がん組織においてもメチル化異常が確認されており、後天的精神疾患や肥満や糖尿病と

いった生活習慣病にも関与することが明らかにされ始めている。こうしたDNAのメチル化という長期的かつ非可逆的な変化は、精神症状の形成機構にも重要な役割を果たす可能性が示唆される。

DNAメチル化修飾の程度は、進化した脊椎動物や高等植物では、それより下等な生物に比べ飛躍的に高い。哺乳類ではDNAのメチル化はシトシン-グアニン (CpG) 配列のシトシンに起こる修飾であり、遺伝子発現抑制やヘテロクロマチン形成に重要な役割を果たしている。一般にゲノム中のCpG配列の出現頻度は低いが、局所的にCpGが集中したCpGアイランドと呼ばれる領域が存在し、これはプロモーター領域に多く認められる(図1)。プロモーター領域以外においては、セントロメア近傍やトランスポゾンなど非遺伝子領域のCpG配列の大部分は恒常的にメチル化されており、構成的ヘテロクロマチンに封入されている。DNAメチル化による転写制御機構として、プロモーター領域におけるDNAメチル化による転写因子の結合阻害を介した転写抑制や、methyl-CpG-binding protein 2 (MeCP2) や methyl DNA-binding domain (MBD) といったDNAメチル化依存性のDNA結合タンパク質を含む複合体による転写調節機構が明らかにされている。たとえば、これまでに、神経幹細胞からの分化決定にGFAP遺伝子のプロモーター領域に存在するSTAT3認識配列の脱メチル化が関与することが報告されている<sup>20)</sup>。

一方、新生仔期においてストレスを受けたマウスにおいて、BDNFプロモーターのメチル化の増加が引き起こされる<sup>21)</sup>。また、母親マウスの子育て行動により、グルココルチコイドレセプターGR遺伝子プロモーターのメチル化が変化しストレスに対する脆弱性を決定するといった報告もなされている<sup>13,26)</sup>。ヒトでの研究では、統合失調症患者の死後脳において、オリゴデンドロサイト関連因子であるSOX10のDNAメチル化の低下が引き起こされることが報告されている<sup>8)</sup>。最新の研究では、うつ病ならびに統合失調症患者の末梢血由来DNAにおいて、BDNF遺伝子のエクソンI

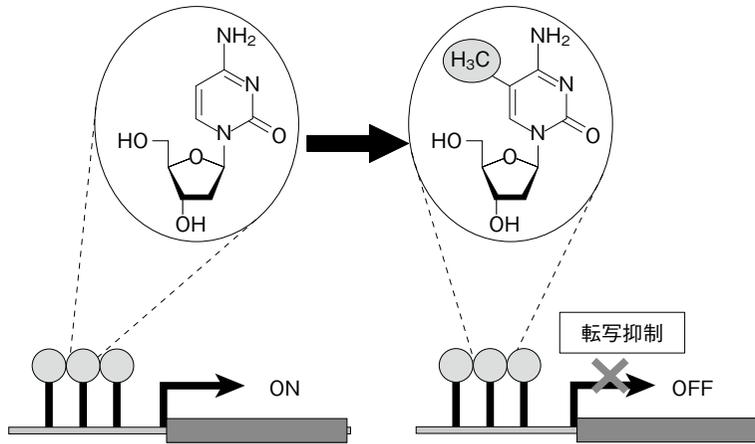


図1 クロマチン構造調節に関わる DNA メチル化

プロモーター上の CpG アイランドのメチル化状態をクラスタリング解析することにより、健常者とうつ病ならびに統合失調症が分類できる可能性を示唆した報告もある<sup>3)</sup>。このような後天的な DNA メチル化の制御が、精神疾患の発症に関わっている可能性は高いと考えられる。

精神疾患治療薬の作用機序として最も重要視されてきたモノアミンを調節するセロトニントランスポーターやドパミントランスポーター遺伝子においてもうつ病やアルコール依存時において DNA のメチル化による調節を受ける<sup>15)</sup>。さらには、CREB 2 プロモーター領域における DNA メチル化がセロトニン遊離調節機構に働いているといった報告もある<sup>16)</sup>。一方、ヘロイン常用者では  $\mu$ -オピオイドレセプターの DNA のメチル化が引き起こされている可能性が報告され、 $\delta$ -オピオイドレセプターの発現が DNA メチル化によって調節されていることが報告されている<sup>14,25)</sup>。こうした報告は、DNA メチル化の変化がこれまで明らかにされてきた精神神経疾患の機序に深く関与していることを示すものであり、今後難治性疾患においても長期的影響を解明する上で重要になると考えられる。

### Ⅲ. ヒストンアセチル化

ヌクレオソームを形成するヒストンタンパク質

のアミノ末端 (N 末端) はヌクレオソームから、外側に向けて突出しているため、ヒストン H3, H4 のアミノ末端およびヒストン H2A, H2B アミノ末端およびカルボキシ末端はヒストンテイルと呼ばれ、アセチル化、メチル化、リン酸化、ユビキチン化、SUMO 化など多様な翻訳後修飾を受ける (図 2)。ヒストンのアセチル化は遺伝子発現の活発な領域において高度に認められることから、遺伝子の転写調節に深く関与することが知られている。ヒストンタンパク質修飾酵素群の多くは単独因子として機能せず、核内巨大複合体として働くことが知られている。中でもヒストンのアセチル化の調節を行うヒストンアセチル化酵素 (HAT) やヒストン脱アセチル化酵素 (HDAC) は、転写複合体の構成因子として遺伝子の発現の制御に関与している。HDAC5 もまたクラス II の HDAC の 1 つとして知られ、タンパク質の脱アセチル化を介して遺伝子発現を負に制御する。最近では、記憶の形成にヒストンのアセチル化が重要であることが、HDAC2 遺伝子導入マウスや HDAC 阻害剤を用いた実験により示されている。また、コカインに慢性的に曝露されていたマウスにコカインを単回投与すると、脳の報酬システムの中核をなす側坐核において、HDAC5 のリン酸化が引き起こされることが明らかにされている<sup>17)</sup>。HDAC5 はリン酸化されると核内から細胞

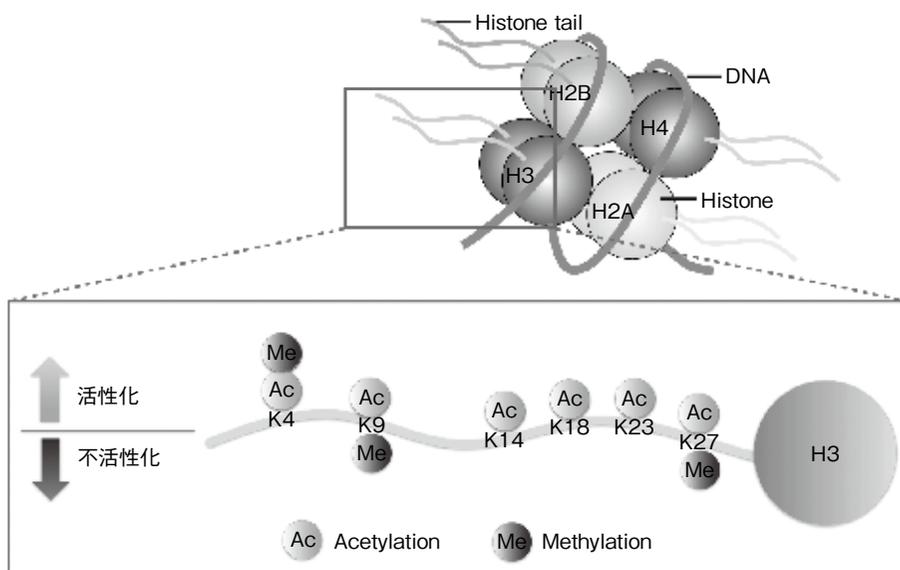


図2 クロマチン構造調節に関わる主なヒストン修飾

質へと移動するため，HDAC5による遺伝子発現抑制が解かれ，報酬経路に関与する遺伝子群の活性化が引き起こされている可能性が考えられる。実際に，HDAC阻害剤であるトリコスタチンA (TSA)を投与することにより，コカインによる報酬効果が増強する<sup>9)</sup>。また，ヒストンにおけるリン酸化は，近隣のヒストンアセチル化を促進することが知られており，ヒストンのリン酸化が他の化学修飾の制御と関連している可能性も考えられている。関連する報告として，コカインの投与によって引き起こされるDARPP32の核内蓄積によりヒストンを脱リン酸化する酵素であるセリン/スレオニン protein phosphatase-1 (PP-1)が阻害され，その結果としてヒストンのリン酸化が増加し，近隣のヒストンアセチル化を引き起こすという報告もある<sup>19)</sup>。

このように精神疾患におけるヒストンアセチル化を介したエピジェネティクス制御についての報告が散見されるようになってきたが，いまだエピジェネティクスターゲットとなる特定遺伝子についての同定について言及している報告は少ない。今後，精神疾患における詳細なエピジェネティクス制御に関する検討が必要になると考えられる。

#### IV. ヒストンメチル化

ショウジョウバエの転写抑制位置効果に影響する遺伝子として同定された因子に共通して存在していたドメインであるSETドメインが，リジンのメチル化反応を触媒することが発見されたことを引き金に，ヒストンリジン残基のメチル化部位が次々と同定されてきた。ヒストンリジンのメチル化には，H3K9，H3K27，H4K20のように転写抑制を引き起こすものと，逆にH3K4，H3K36，H3K79のように，転写活性化を誘導するものがある。また，リジンのメチル化のパターンにも，導入されるメチル基の数によって，モノ，ジ，トリメチル化状態の3つの異なるパターンがある。さらに，アセチル化とメチル化に加えて，リン酸化とユビキチン化が知られており，これらの修飾は互いに影響し合う。たとえば，ヒストンH3K4がメチル化されると，ヒストンH3のリジン残基とともに，ヒストンH4のリジン残基がアセチル化され，転写が一挙に活性化されることが知られている。一方，H3K9がメチル化されると，ヒストンH3とH4のリジン残基のアセチル化が阻害され，転写が抑制される。また，serine-threonine kinaseであるSnf1がH3S10をリン酸化すると，

H3K9, K14 のアセチル化が誘導され、転写が誘導されることが知られている。

近年、様々な炎症の発現の過程に、エピジェネティックな制御機構が強く影響を与えているという知見が多数報告された。HDAC 阻害剤が肝炎、大腸炎、関節炎などの炎症性疾患モデルに奏功するといった報告<sup>2)</sup>や、若年性特発性関節炎の患者に奏功するといった臨床的に重要な所見<sup>24)</sup>が認められている。このような現象は HDAC 阻害剤が IL-1 $\beta$  や TNF $\alpha$  といった炎症誘発性サイトカインの発現低下を引き起こした結果であると考えられている。たとえば、NF- $\kappa$ B やそのサブユニットである p50, p65 といった転写因子の活性化によって IL-1 $\beta$  や TNF $\alpha$  などの炎症性サイトカインプロモーター領域近傍のヒストン H4 のアセチル化が引き起こされ、転写が活性化する<sup>7)</sup>。さらには SET7/9 を介した H3K4 のメチル化が炎症誘発性サイトカインのプロモーター領域上に NF- $\kappa$ B をリクルートするといった機構を介している<sup>12)</sup>。こうした背景からも、炎症疼痛の慢性化にはグリア細胞、神経細胞における NF- $\kappa$ B の活動や炎症性サイトカインの発現状態がエピジェネティックな制御によりコントロールされた結果として引き起こされている可能性が推察される。

一方、末梢炎症が引き起こす中枢領域の異常にもヒストンのアセチル化は深く関与している。Complete Freund's adjuvant (CFA) を足跡皮下に投与したラットの背側縫線核では glutamic acid decarboxylase 65 (GAD65) の転写抑制が低アセチル化を伴い引き起こされる。この現象は脊髄損傷のマウスでも同様に確認されており、このような背側縫線核における GAD65 の転写抑制は下降性抑制系に影響を与え、疼痛の難治化に寄与すると考えられる<sup>27)</sup>。また、痛みを訴える口腔がん患者から採取した口腔がん細胞ではエンドセリン 1B のプロモーター領域がメチル化するという報告があり、このメチル化は痛みを主訴としない患者由来の口腔がん細胞では確認されなかった。さらに口腔がんモデルマウスを用いた実験において、エンドセリン 1B の発現を定常レベルに

戻すことで、疼痛行動の改善が見られたという報告もあることから、疼痛の発現に DNA のメチル化がかかわっている可能性は否定できない。一方、MeCP2 は DNA のメチル化を読み込みメチル化したシトシンに結合する機能を持ち、また、様々なエピジェネティック修飾酵素と複合体を形成して、転写を抑制方向に制御する因子である。この MeCP2 は炎症性疼痛下では脊髄後角においてリン酸化を受けるため、MeCP2 複合体によって抑制されていた遺伝子の発現が上昇する<sup>4)</sup>。また MeCP2 の発現状態と疼痛閾値との関連性を示した報告もある<sup>18)</sup>。

さらに、RE-1 silencing transcription factor (REST) は主に神経系において多くの遺伝子の発現を抑制する転写因子であり、co-REST や Sin3 との相互作用を通して、HDAC1, HDAC2, LSD1, JARID1C, MeCP2 などと複合体を形成することで、エピジェネティック修飾酵素を直接遺伝子にリクルートし、長期的な遺伝子の発現状態を制御している。興味深いことに、神経障害性疼痛モデル動物の脊髄後根神経節において REST が長期的に発現し、MOR, Nav1.8, Kv4.3 の発現をエピジェネティックに制御し、疼痛発現を引き起こしているといったことが報告されている<sup>22)</sup>。

これらの報告に対して、著者らも、痛みのエピジェネティクス修飾について、世界に先駆けて研究を行ってきた。特に、長期的な転写調節制御機構としてヒストン修飾の変化に焦点を当て、網羅的な解析を行っている。その結果、神経障害性疼痛下の脊髄においては、全ゲノム上において、DNA のメチル化の大幅な変動は認められなかったものの、いくつかの遺伝子のヒストン領域においてその修飾の変化が認められた。たとえば、ある種のケモカイン遺伝子のプロモーター領域の転写活性を抑制的に制御する H3K27 トリメチル化の抑制が特異的かつ長期的に引き起こされていた。さらに、この変化は IL-6 依存的であった。一方、マイクログリアに高発現するケモカイン受容体である CCR2 の遺伝子発現量も著明に増加している事実も見出している。さらには、この CCR2

mRNA の発現増加は、CCR2 プロモーター領域における H3K27 トリメチル化の低下に起因していた。こうした事実に加えて、いくつかの転写因子の発現がヒストンのアセチル化やメチル化を伴い、上昇していた。これらのことから、神経障害性疼痛発現時に認められるケモカインをはじめとしたいくつかの分子の過剰発現はエピジェネティクス修飾により調節を受けると考えられる。さらに IL-6 依存的にエピジェネティクス修飾を受け、発現上昇が見られるケモカインは脊髄内ミクログリアを活性化させ、脊髄後角細胞を過敏状態に導き、上位中枢へ慢性的な痛み刺激を伝える要因となり、神経障害性疼痛を難治化させている可能性が考えられる<sup>5)</sup>。

一方で、著者らは加齢による海馬神経新生抑制におけるエピジェネティクス解析も行っている。老齢マウスの海馬歯状回において神経新生に重要な転写因子である doublecortin ならびに NeuroD 遺伝子のプロモーター領域において、ヒストン修飾の検討を行った結果、doublecortin 遺伝子プロモーター領域において、転写活性化調節を行うヒストン H3K4 のトリメチル化の低下ならびに転写抑制調節を行うヒストン H3K9 のトリメチル化の増加が認められた。また、NeuroD 遺伝子プロモーターではヒストン H3K9 のトリメチル化が低下することを明らかにしている。また、こうしたヒストン修飾の変化は、加齢によって活性化する脳内ミクログリアからの IL-1 $\beta$  の遊離によって誘導される可能性が見出された。著者らは、胎生 14 日のマウスより、神経幹細胞を分離培養し、IL-1 $\beta$  を処置することで、NeuroD 遺伝子プロモーター領域において、老齢マウスと同様にヒストン H3K9 のトリメチル化の増加を伴った遺伝子発現抑制が引き起こされることを確認している<sup>10,11)</sup>。こうした脊髄内および脳内エピジェネティクス修飾を介した特定の遺伝子発現の長期的発現制御および発現促進機構の理解は、多様な生命現象とその異常としての疾患のメカニズムの本質的な理解に必要な不可欠なものであると考えられる。

## V. Non-coding RNA

Non-coding RNA は、現在、最も盛んに研究されている研究分野の 1 つである。全ゲノム中における Non-coding RNA 領域の割合は、生物の複雑性を伴って増大し、ヒトでは最大 98% にも及ぶにもかかわらず、これまでタンパク質をコードする RNA のみが注目され研究が進められてきた。RNA 干渉 (RNAi) が発見されたことにより、小さな Non-coding RNA に注目が集まり、現在では miRNA と分類され、すでに 1,000 種類近くの miRNA がデータベース化されている。

miRNA 遺伝子は、それぞれ特有のプロモーターを有し、RNA ポリメラーゼによって転写される。その中には、複数の miRNA 遺伝子がクラスターを形成するものもある。初期転写産物は 100~数 1,000 ヌクレオチドの primary miRNA (pri-miRNA) として転写され、Drosha を含むマイクロプロセッサーと呼ばれる複合体によって切断され約 60~100 ヌクレオチドの precursor-miRNA (pre-miRNA) となる。その後 Dicer によって miRNA duplex となり、機能性 RNA 分子として働く成熟 miRNA 鎖が RNA-induced silencing complex (RISC) に取り込まれ、miRNA 分子に基づく遺伝子発現抑制が惹起される (図 3)。

miRNA は近年、ヒストン修飾や DNA メチル化とも関連することが報告されている。miRNA による転写抑制により DNA メチル化が誘発されるといった報告やヒストン H3K9 のメチル化と関連して miRNA が働きヘテロクロマチン形成に重要な役割を果たすといった報告もある。一方で、miRNA の転写調節における DNA メチル化の関与も報告され、これらの事実は DNA メチル化やヒストン修飾と密接に関係する因子として、miRNA の重要性を示すものである。

さらに最近になって、脳神経領域においても miRNA に関する報告が数多く見られるようになり、神経科学領域においてもタンパク質発現調節を多様化させる因子として miRNA が重要であることが示唆されている。これまでに成体期の神経新生において miRNA-124 が細胞の分化決定に重

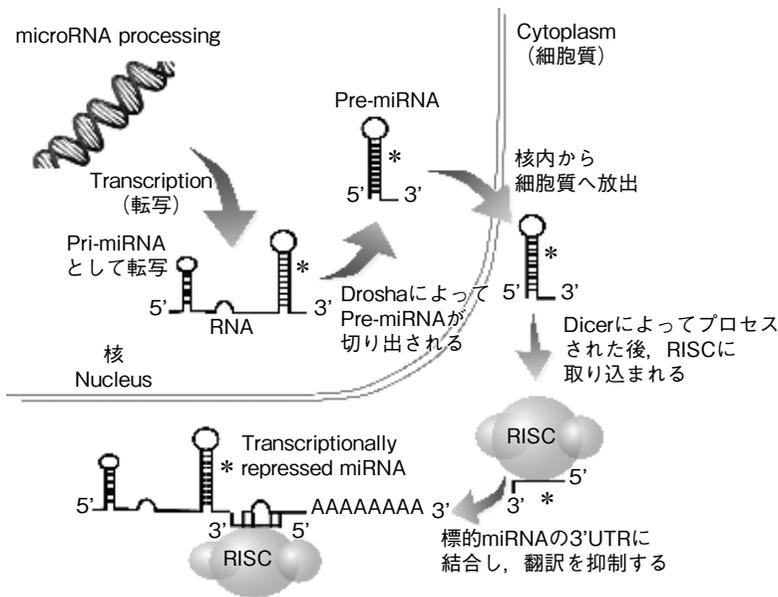


図3 miRNAのプロセッシング

要な役割を果たすといった報告や、ドパミン神経の成熟に miRNA-133 が関与しており Parkinson 病の原因となりうるといった報告など、miRNA は、脳神経系において多様な調節を行っていることが示唆される。一方、著者らは、痛みによって脳内で変動する miRNA-200b および miRNA-429 によって発現が制御されるタンパク質の解析を行った。データベースでの解析により miRNA-200b および miRNA-429 の共通ターゲットとして 363 遺伝子同定された。中でも、エピジェネティクス機構や神経可塑性に関連の深い各種タンパク質発現変化について着目したところ、坐骨神経結紮群の側坐核領域において、miRNA-200b/miRNA-429 依存的にゲノムに新たなメチル化模様を書き込む酵素である DNA methyltransferase 3a (DNMT3a) のタンパク質発現量の有意な増加が認められた<sup>6)</sup>。すなわち、疼痛下における脳内 miRNA の発現変化もまた、エピジェネティクス機構を含めた神経可塑性の変化を引き起こす可能性を持ち、疼痛を難治化していく一因であると考えられる (図 4)。

さらに、細胞外に分泌されるタイプの miRNA

(分泌型 miRNA) が注目されている。この分泌型 miRNA は、多くの消化酵素が存在する血漿、血清中においても安定に存在する。「エクソソーム」と呼ばれる膜の構造体で包まれ、細胞外へ輸送される (図 5)。このエクソソームは、血液、唾液、尿、母乳などの体液中を循環することが知られていることから、細胞が自らの miRNA をエクソソームに封入して分泌していると解釈できる。そこで著者らは、血中のエクソソームに封入された miRNA に着目し、解析を行い、疼痛の生理状態把握のためのバイオマーカーとしての可能性や、新しい治療法としての miRNA、ターゲットタンパク質の調節薬の開発を試みている。こうした取り組みは、他の難治性疾患にも応用可能なアプローチであると考えられる。

### おわりに

本稿では、エピジェネティックな修飾を中心に難治性疾患のメカニズムに関する最新の知見を概説してきた。最近の研究により、難治性疾患の形成・維持には未知な因子を含めた極めて多数の分子が関わっており、複雑な機構が徐々に解明され

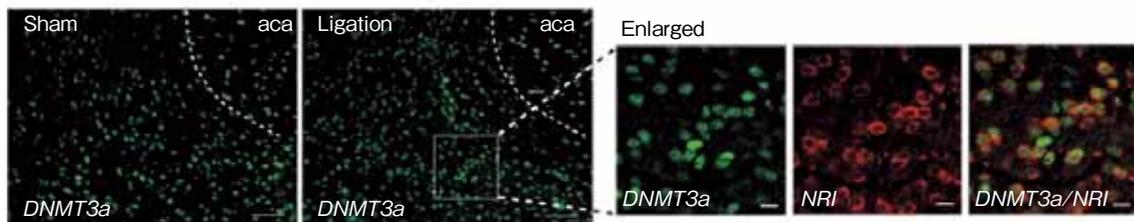
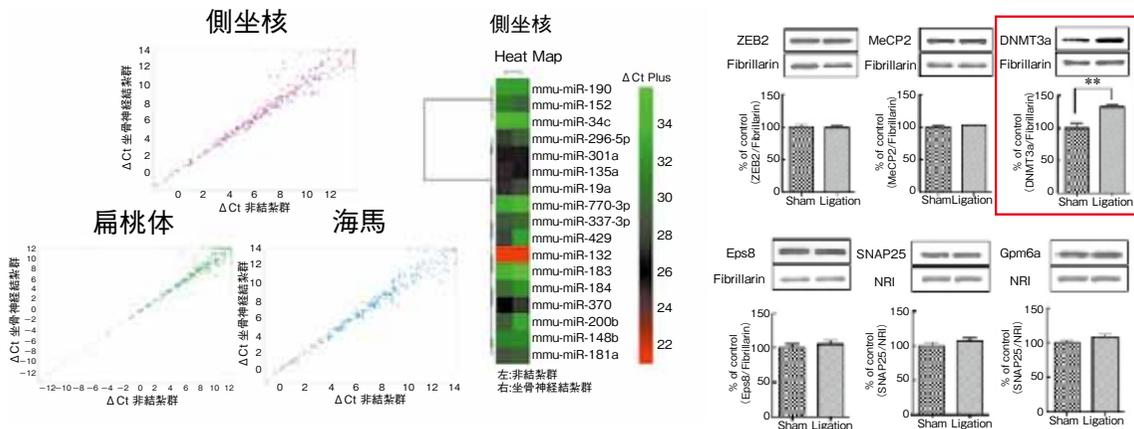


図4 坐骨神経結紮による脳内 miRNA 網羅の解析とターゲットタンパク質の変化

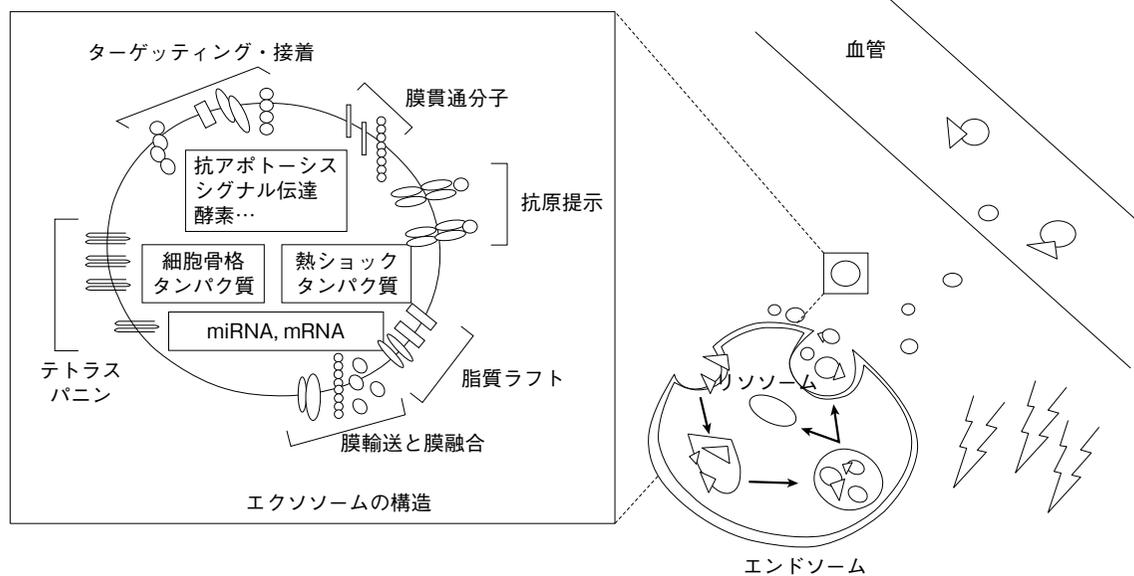


図5 エクソソームを介した miRNA の血中への分泌

ている。こうした複雑な機構の一端として今後、エピジェネティクス研究と難治性疾患研究との複合的な研究を進めることで、病態の統合的理解を深めることにつながると考えられる。

## 文 献

- 1) Ando, T., Yoshida, T., Enomoto, S., et al.: DNA methylation of microRNA genes in gastric mucosae of gastric cancer patients: its possible involvement in the formation of epigenetic field defect. *Int J Cancer*, 124; 2367-2374, 2009
- 2) Chung, Y. L., Lee, M. Y., Wang, A. J., et al.: A therapeutic strategy uses histone deacetylase inhibitors to modulate the expression of genes involved in the pathogenesis of rheumatoid arthritis. *Mol Ther*, 8; 707-717, 2003
- 3) Fuchikami, M., Morinobu, S., Segawa, M., et al.: DNA methylation profiles of the brain-derived neurotrophic factor (BDNF) gene as a potent diagnostic biomarker in major depression. *PLoS One*, 6; e23881, 2011
- 4) Geranton, S. M., Morenilla-Palao, C., Hunt, S. P., et al.: A role for transcriptional repressor methyl-CpG-binding protein 2 and plasticity-related gene serum- and glucocorticoid-inducible kinase 1 in the induction of inflammatory pain states. *J Neurosci* 27; 6163-6173, 2007
- 5) Imai, S., Ikegami, D., Yamashita, A., et al.: Epigenetic transcriptional activation of monocyte chemoattractant protein 3 contributes to long-lasting neuropathic pain. *Brain* 136; 828-884, 2013
- 6) Imai, S., Saeki, M., Yanase, M., et al.: Change in microRNAs associated with neuronal adaptive responses in the nucleus accumbens under neuropathic pain. *J Neurosci*, 31; 15294-15299, 2011
- 7) Ito, K., Barnes, P. J., Adcock, I. M.: Glucocorticoid receptor recruitment of histone deacetylase 2 inhibits interleukin-1beta-induced histone H4 acetylation on lysines 8 and 12. *Mol Cell Biol*, 20; 6891-6903, 2000
- 8) Iwamoto, K., Bundo, M., Yamada, K., et al.: DNA methylation status of SOX10 correlates with its down-regulation and oligodendrocyte dysfunction in schizophrenia. *J Neurosci*, 25; 5376-5381, 2005
- 9) Kumar, A., Choi, K. H., Renthal, W., et al.: Chromatin remodeling is a key mechanism underlying cocaine-induced plasticity in striatum. *Neuron*, 48; 303-314, 2005
- 10) Kuzumaki, N., Ikegami, D., Imai, S., et al.: Enhanced IL-1beta production in response to the activation of hippocampal glial cells impairs neurogenesis in aged mice. *Synapse*, 64; 721-728, 2010
- 11) Kuzumaki, N., Ikegami, D., Tamura, R., et al.: Hippocampal epigenetic modification at the doublecortin gene is involved in the impairment of neurogenesis with aging. *Synapse*, 64; 611-616, 2010
- 12) Li, Y., Reddy, M. A., Miao, F., et al.: Role of the histone H3 lysine 4 methyltransferase, SET7/9, in the regulation of NF-kappaB-dependent inflammatory genes. Relevance to diabetes and inflammation. *J Biol Chem*, 283; 26771-26781, 2008
- 13) McGowan, P. O., Sasaki, A., D'Alessio, A. C., et al.: Epigenetic regulation of the glucocorticoid receptor in human brain associates with childhood abuse. *Nat Neurosci*, 12; 342-348, 2009
- 14) Nielsen, D. A., Yuferov, V., Hamon, S., et al.: Increased OPRM1 DNA methylation in lymphocytes of methadone-maintained former heroin addicts. *Neuropsychopharmacol*, 34; 867-873, 2009
- 15) Philibert, R. A., Sandhu, H., Hollenbeck, N., et al.: The relationship of 5HTT (SLC6A4) methylation and genotype on mRNA expression and liability to major depression and alcohol dependence in subjects from the Iowa Adoption Studies. *Am J Med Genet B Neuropsychiatr Genet*, 147B; 543-549, 2008
- 16) Rajasethupathy, P., Antonov, I., Sheridan, R., et al.: A role for neuronal piRNAs in the epigenetic control of memory-related synaptic plasticity. *Cell*, 149; 693-707, 2012
- 17) Renthal, W., Maze, I., Krishnan, V., et al.: Histone deacetylase 5 epigenetically controls behavioral adaptations to chronic emotional stimuli. *Neuron*, 56; 517-529, 2007
- 18) Samaco, R. C., Fryer, J. D., Ren, J., et al.: A partial loss of function allele of methyl-CpG-binding protein 2 predicts a human neurodevelopmental syndrome. *Hum Mol Genet*, 17; 1718-1727, 2008
- 19) Stipanovich, A., Valjent, E., Matamalas, M., et al.: A phosphatase cascade by which rewarding stimuli control nucleosomal response. *Nature*, 453; 879-884, 2008

- 20) Takizawa, T., Nakashima, K., Namihira, M., et al.: DNA methylation is a critical cell-intrinsic determinant of astrocyte differentiation in the fetal brain. *Dev Cell*, 1 ; 749-758, 2001
- 21) Tsankova, N. M., Berton, O., Renthal, W., et al.: Sustained hippocampal chromatin regulation in a mouse model of depression and antidepressant action. *Nat Neurosci*, 9 ; 519-525, 2006
- 22) Uchida, H., Ma, L., Ueda, H.: Epigenetic gene silencing underlies C-fiber dysfunctions in neuropathic pain. *J Neurosci*, 30 ; 4806-4814, 2010
- 23) Ushijima, T.: Epigenetic field for cancerization. *J Biochem Mol Biol*, 40 ; 142-150, 2007
- 24) Vojinovic, J., Damjanov, N., D'Urzo, C., et al.: Safety and efficacy of an oral histone deacetylase inhibitor in systemic-onset juvenile idiopathic arthritis. *Arthritis Rheum*, 63 ; 1452-1458, 2011
- 25) Wang, G., Liu, T., Wei, L. N., et al.: DNA methylation-related chromatin modification in the regulation of mouse delta-opioid receptor gene. *Mol Pharmacol*, 67 ; 2032-2039, 2005
- 26) Weaver, I. C., Champagne, F. A., Brown, S. E., et al.: Reversal of maternal programming of stress responses in adult offspring through methyl supplementation : altering epigenetic marking later in life. *J Neurosci*, 25 ; 11045-11054, 2005
- 27) Zhang, Z., Cai, Y. Q., Zou, F., et al.: Epigenetic suppression of GAD65 expression mediates persistent pain. *Nat Med*, 17 ; 1448-1455, 2011

---

## Epigenetic Modifications Caused by Various Stressors

Daigo Ikegami, Minoru Narita

*Department of Pharmacology, Hoshi University School of Pharmacy and Pharmaceutical Science*

It is becoming clear that epigenetic changes are involved in chronic diseases as well as normal development and/or aging. The effect of epigenetic modification on the regulation of gene expression and concomitant relationship with human diseases has become a key area of biological research in recent years. Studies have suggested that there is a direct correlation between epigenetic modifications, such as histone methylation, histone acetylation, and DNA methylation, and gene expression in disease-relevant cells. It is, therefore, likely that such intractable diseases, including chronic pain, stress, and depression, can be regulated by the crosstalk between transcription factors and epigenetic modulators of gene expression, which is accompanied by DNA methylation, histone acetylation, and histone methylation. Furthermore, microRNAs are small, noncoding RNAs that are emerging as important post-transcriptional regulators and have been implicated in developmental and disease processes. At the presentation, based on our latest research, we will discuss the epigenetic and post-transcriptional modifications related to damage of the higher brain function and/or pain-associated central sensitization in the spinal cord during chronic pain and stress.

<Authors' abstract>

<Key words : Histone modifications, DNA methylation, miRNA, Biomarker>

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 発達障害と子ども虐待

杉山 登志郎

(浜松医科大学児童青年期精神医学講座)

子ども虐待専門外来を受診した千名を超える児童において、その過半数は発達障害診断が可能であった。だが子ども虐待の後遺症として生じる反応性愛着障害の諸症状には発達障害の示す臨床像に極似のものが含まれる。またさらに子ども虐待は脳の器質的機能的異常が生じるので、発達障害と言わざるを得ない臨床像を呈する。このような子ども虐待の児童に認められる諸症状を紹介し、発達障害と子ども虐待とが複雑に絡み合うことを報告し、新たな治療手技を紹介した。

<索引用語：子ども虐待，発達障害，広汎性発達障害，愛着障害>

## I. 絡み合う発達障害と子ども虐待

筆者は2001年に開設された新しい子ども病院、あいち小児保健医療センター（以下、あいち小児センターと記す）心療科（児童精神科）に、わが国で初めての子どもの虐待専門外来を開設した。爾来10年余が経過するが、この外来は未だにわが国で唯一の子どもの虐待専門外来である。千名を超える子どもの虐待の子どもと、160名を超えるその親の診療を行った。筆者はあいち小児センターに赴任するまで子どもの虐待の症例を診てこなかったわけではない。だが臨床においては数百例を経験して初めて気付くことは多い。表1はこのあいち小児センターにおける10年間の患者に関する精神医学的診断である。診断は例えば広汎性発達障害であれば反応性愛着障害の除外診断にするなど、できるだけDSM-IVに従っている。この専門外来を開設し、最初に驚いたことはその中に、発達障害の診断が可能な子どもが極めて多いことであった<sup>8)</sup>。実に53パーセント、過半数の子どもが発達障害の診断になる。特に広汎性発達障害であるが、その9割までが知的な遅れのないいわゆる高機能群であった<sup>9)</sup>。いわゆる軽度発達障害が子ど

も虐待の高リスク因子になる理由は、発達障害の診断が遅れやすいからである。例えば高機能広汎性発達障害の非社会的な行動を、障害に気付かず嫉によって矯正を試みれば、虐待の危険が生じやすいことは理解できるであろう。さらに、入院治療を行ってみて、入院が必要なほど臨床的に重症化した症例において、それまでよく知られていた高機能広汎性発達障害の父親もよく似た認知傾向の人がいるというパターンではなく、母親が高機能広汎性発達障害という組み合わせがあることに気付いた<sup>10)</sup>。ひとたびこの視点が得られると、難治性に至った症例にはことごとくといって良いほど、重症度は様々であるが母親子ども共に広汎性発達障害というパターンが認められた。母親が生来の社会性の苦手さを抱えた場合、子どもの状況に柔軟に合わせて対応することが難しく、また子どもを取り巻く周囲の人々との間の社会的なやりとり障害を抱え、環境調整が困難になりやすいことは予想ができる。

だが発達障害と子ども虐待という問題が複雑になるのは、子ども虐待の結果、その後遺症として生じる愛着障害には、発達障害に非常に類似した

表1 子ども虐待に認められた併存症 (N=1,110)

| 併存症        | 男性  | 女性  | 合計  | %    |         |
|------------|-----|-----|-----|------|---------|
| 広汎性発達障害    | 233 | 90  | 323 | 29.1 | 発達障害    |
| 注意欠如・多動性障害 | 146 | 28  | 174 | 15.7 |         |
| 知的障害       | 49  | 46  | 95  | 8.6  |         |
| 反応性愛着障害    | 256 | 197 | 453 | 40.8 | 虐待の後遺症群 |
| 解離性障害      | 272 | 251 | 523 | 47.1 |         |
| PTSD       | 153 | 205 | 358 | 32.3 |         |
| 反抗挑戦性障害    | 139 | 79  | 218 | 19.6 | 非行群     |
| 素行障害       | 168 | 113 | 281 | 25.3 |         |

症状が認められることである<sup>8)</sup>。特に注意欠如・多動性障害と、虐待による愛着障害や解離性障害を背景に持つ多動性行動障害とは、鑑別が極めて難しく、また多動の存在はそれ自体が虐待の高リスク因子となるので、実際に両方が掛け算になっていると考えざるを得ない例も多く認められた。

しかし次第に筆者は、子ども虐待そのものが、未治療の場合に幼児期の愛着障害、学童期の多動性行動障害から青年期には解離性障害および素行障害に展開してゆくという広汎なそだちの障害を呈し、広義の発達障害症候群と言わざるをえない臨床像を呈するという事実気付いた。筆者はこれを第四の発達障害と命名した<sup>8)</sup>。ちなみに第一は、古典的発達障害である知的障害と肢体不自由、第二は広汎性発達障害、第三はいわゆる軽度発達障害で、学習障害と注意欠如・多動性障害である。

発達障害そのものが子ども虐待の高リスクであるので、繰り返すようにしばしば両者が一緒に生じる。すると、もともと抱える脆弱性に加え、慢性のトラウマという侵襲が脳に加わり、その結果、難治性の併存症に展開して行く。この視点から発達障害臨床を振り返ってみると、迫害体験およびそれによってもたらされるトラウマこそが、発達障害における最大の増悪因子であることにも気付いた<sup>10,11)</sup>。

この大きな変化を引き起こす要因は、子ども虐待による後遺症の重篤さである。子ども虐待に

よって生じるものは、愛着障害と、複雑性トラウマであり、一般的な単回性のトラウマとは全く異なる病態である。わが国において子ども虐待への対応が後手に回り、既に破綻を生じている理由は、子ども虐待によってもたらされる病理の過小評価に全てが起因している<sup>11)</sup>。ここで虐待の後遺症についてまとめておこう。

## II. 子ども虐待によってもたらされる後遺症

表1のように愛着障害から外傷後ストレス障害(PTSD)までが一般的な子ども虐待によって生じる後遺症である。この診断はDSM-IVに従っているが、診断基準に明記されていない問題がいくつかある。その代表が反応性愛着障害である。他者に関心がある程度の愛着があれば診断をされないなど、国際的診断基準ではこれまで非常に狭く診断をされてきた。それは滅多に生じるものではないという先入観があったからである。しかし多数の被虐待児の治療に従事する中で、この狭さは治療のための診断という最も重要な面で誤っていると感じるようになった。言うまでもなく、愛着は対人関係の基礎であるだけでなく、自律的情動コントロールの基盤である。それは愛着行動が、幼児が不安に駆られたときに、養育者によって不安を解消する行為だからである。愛着行動を繰り返す中で、養育者が幼児の中にやがて内在化され、目の前に存在しなくとも、不安に駆られることがなくなってくる。この内在化された養育者のまなざしこそ、自律的情動コントロールの核であり、さらにこの存在こそが社会的規範を子どもの中に作り、さらにトラウマからの防波堤を形成する。他者に関心を持たない愛着障害とは、自閉症症状を呈する最重度の抑制型愛着障害(われわれはチャウチェスク型自閉症と呼んでいる<sup>8)</sup>)か、たまたま広汎性発達障害の基盤を持つ児童に子ども虐待が掛け算になった場合であろう。愛着障害という診断にならないとすると、このグループはなんと診断されるのだろうか。その大半は注意欠如・多動性障害と診断されるのだろうか。このグループに抗多動薬を処方しても無効なので、この

論議は重要な問題であるが、ここではこれ以上の言及は避ける。さて、子どもが養育者に、虐待者であっても何らかの愛着を作らずに生きることは困難である。するとそこに歪んだ愛着が形成される。これが虐待的絆 (traumatic bonding) である。その存在によって、被虐待児は、虐待的な対人関係を反復し、後年において、無意識的に虐待の連鎖を作るのである<sup>10)</sup>。このように愛着障害こそ子ども虐待の一連の深刻な病理の中核である。

愛着障害に密接に関連する、もう1つの代表的後遺症が解離とそれに関連するフラッシュバックである。人は他者の存在なく自己意識を形成できない。愛着障害という自己の核の不安定な状況下において、被虐待児は体験に統合できない嫌なことを記憶から切り離すという原始的防衛メカニズムを多用する。これがやがて日常生活における健忘と記憶の断裂につながっていく。その一方で、侵入症状として知られる、虐待場面のフラッシュバックが同時に生じてくる。その一方で、通常の記憶想起とは異なるメカニズムで虐待場面の再現が生じる。われわれは被虐待児の治療の中で、フラッシュバックが従来考えられてきたよりも広範に認められることに気付いた<sup>8)</sup>。加虐者の言葉の反復、歪んだ認知の支配、暴力的噴出など行動による再現だけでなく、スティグマータとして知られる生理学的フラッシュバック (虐待者に首を絞められた時を語っている時に、首に絞められた指の痕が浮かび上がるなど)、解離性幻覚としてあらわれる幻聴、幻視など多彩な形を取る。さらにこの切り離された記憶の部分はその後、その記憶が核になって別人格が育っていき多重人格が形成されるのである。被虐待児は些細な刺激によってフラッシュバックを生じ、衝動的暴力が頻発する。しかしその後解離による健忘を残すので、経験による学習や修正がなされない。この解離による健忘の凄まじさは治療に当たった人間でなくては中々実感が困難かもしれない。筆者は、1年間治療を行った後、治療者の名前すら覚えてられない子どもに直面した時、虐待による解離の凄まじさに驚嘆した。表1において愛着障害と解離

性障害に比べ、PTSDが少ないのは、この群は安心が得られないうち、つまり戦闘状態が続く中では生じることがないからである。

次の反社会的行動と、素行障害は共に反社会的行動としてくることができ。反抗挑戦性障害は素行障害に至ると、DSM-IVでは自動的に除外診断になる。一般的な子ども達に生じる反抗挑戦性障害の大多数は自然治癒するが、子ども虐待の場合には逆に過半数において素行障害にまで進んでしまう。

### Ⅲ. 子ども虐待によって生じる脳の変化

先に、子ども虐待自体が発達障害と言わざるを得ない、一連のそだちの障害を呈することを述べた、1例に、8歳男児を紹介してみよう。生育歴としては、幼児期に母親が死去し、1歳代から乳児院、その後、児童養護施設で育った。受診のきっかけは、施設内で繰り返される問題行動であった。彼は一見明るく表面的な付き合いだけでは問題がなかった。しかし、既に4歳前後から、突発的に万引きを繰り返した。そのたびに指導員と謝りに行くのであるが、数日後にはまた万引きが繰り返される状況が続いた。寮ではけんかが絶えず、些細なこと (例えばくすぐり合い) から必ず大喧嘩になり、一端切れると大声で泣きわめぎ、大暴れを繰り返した。さらに、知的に遅れのある幼児を執拗にいじめ、受診する少し前に、大怪我をさせるという事件を起こした。初診時にチェックすると、注意欠如・多動性障害の診断基準を満たした。しかし一方で、お化けの姿が見える、お化けの声が聞こえるなど、解離性幻覚と、不眠が認められた。さらに気分が上下がみられ、不機嫌で抑うつ的な時間と、ハイテンションで多動な状況を繰り返していた。治療の中で問題行動の直面化をすると、あくびを始めもうろうとなることを繰り返した。つまり解離反応が生じてしまうのである。健忘も著しく、前の面接で話し合ったことなど、次回にはすっかり忘れていた。

さて、この男児は、子ども虐待の臨床に多少なりとも関わっていれば、しばしば出会う、ごく一

表2 15歳以上のADHDの現状 (N=60)

| 虐待 | ADHDのみ | +ODD | +CD |
|----|--------|------|-----|
| なし | 17     | 7    | 1   |
| あり | 1      | 13   | 21  |

$\chi^2 (f=2) = 33.5$   
 $p < 0.01$

その他の状況：気分障害3, 強迫性障害2, パニック障害2, 全般性不安障害1, 警察への逮捕者4, 少年院入所1, 事故死1

\* ADHD：注意欠如・多動性障害, ODD：反抗挑戦性障害, CD：素行障害

一般的な症例である。彼の示す症状を、DSM-IVを機械的に用いてチェックすると、注意欠如・多動性障害、素行障害、解離性障害、双極性障害、境界知能、学習障害など実に沢山の診断基準を満たすのである。これを脳の働きという点から見ると次のようになる。睡眠障害、注意力の障害、生理的乱れ（脳幹）、協調運動障害、認知障害（間脳、大脳皮質）、衝動行為、対人関係障害、記憶の障害（中脳、大脳辺縁系、大脳皮質）、実行機能の問題、学習の遅れ（大脳皮質）。実に脳全体に、問題が広がっているのである。逆にこのように脳全体にわたる機能の問題であることを考えてみれば、彼がいくつもの診断基準を満たすことは何ら不思議ではない。

多数症例において、継時的症状の変遷を見ると幼児期は愛着障害に始まり、学童期に多動性行動障害、思春期に至ると解離性障害や素行障害というパターンが認められた。これを筆者は第四の発達障害と命名したのである<sup>8)</sup>。

子ども虐待が発達障害において増悪因子となると述べた。触法を行った高機能広汎性発達障害36名と、同年齢同性、同下位診断で最もIQに近い139名の比較を行ったわれわれの調査では、ネグレクトによって素行障害のリスクは6.7倍に、新端的虐待によって3.7倍になった<sup>4)</sup>。表2は、筆者がフォローしてきた注意欠如・多動性障害の15歳以上（平均年齢18.3歳±3.9歳、性49名、女性11名）60名の調査である。 $\chi^2$ 検定で虐待の有無について全体としての有意な相関が認められたが、統計学的な結果を見ずとも、子ども虐待がいわゆ

るDBDマーチ（1人の児童が注意欠如・多動性障害→反抗挑戦性障害→素行障害→反社会性人格障害へと変化してゆく<sup>7)</sup>）の要因になっていることがわかる。筆者が子ども虐待こそ、発達障害の最大の増悪因子と述べるのはこれらのデータを根拠としている。

ミレニアムを経て、子ども虐待によって脳の器質的、機能的な変化が引き起こされるという証拠が徐々に明らかになった。器質的な影響に関しては友田<sup>13)</sup>がまとめている。それを見ると、その影響は広く、性的虐待による後頭葉の容積低下、脳梁の容積減少、前頭前野への影響、これは激しい身体的虐待ではなくとも、強い体罰レベルで既に前頭前野の容積減少が生じることが明らかになった。長い論争を生じたトラウマによる扁桃体および海馬の容積への影響に関しては、こと子ども虐待レベルの複雑性トラウマにおいて、これら大脳辺縁系の容積減少がもたらされることがTeicherら<sup>12)</sup>による報告でほぼ決定的になった。器質的な変化だけではない。fMRIを用いた研究では、解離の有無によって過剰反応から過小反応へと脳の反応性が逆転するという臨床的には当然でありながら、これまで証明がなされなかった現象の証拠が示されるようになった<sup>5)</sup>。筆者が強調をしたいのは、これ程の激しい変化は一般的に広汎性発達障害や注意欠如・多動性障害では示されていないという事実である。その点からも、複雑性トラウマによるトラウマ関連性障害は、一般の発達障害よりも深刻な脳の障害と言わざるを得ない。この点も筆者が子ども虐待全体を第四の発達障害と呼ぶ根拠になっている。このような激しい変化はepigeneticなものと考えざるを得ないであろう。

この影響は後年にどのような形になるのだろうか。筆者は、高機能広汎性発達障害の成人例の治療を行う中で、気分障害が非常に多いことに気付いた。さらに双極性障害が子ども時代に虐待された経験を持つ者の中に多いことにも気付いた。具体的な数を示すと、筆者がフォローしている18歳以上の高機能広汎性発達障害121名中、気分変調性障害14名、大うつ病27名、双極性障害21名で

あったが、このうち双極 I 型は 4 名のみで、実にこの 21 名中 13 名に子ども時代に虐待された経験があった<sup>7,10)</sup>。発達障害に子ども時代に虐待された経験が加わると双極性障害になりやすいのであろうか。だがこうなると、最近になって注目されるようになった、子どもの激しい気分変動である severe mood dysregulation (SMD)<sup>2)</sup>との鑑別が必要になってくる。SMD はどうやら双極性障害より複雑性トラウマに近縁性を持つようである。複雑性トラウマの成人症例の一部が双極性障害と誤診されている例を散見するので、この問題は今後も臨床的な検討が必要である。

#### IV. 治療をめぐる

さて、従来の福祉での対応は、例えば被虐待児が大集合する児童養護施設に心理士を非常勤で雇い、治療に当たらせるというものであった。しかしこれだけ沢山の診断基準を満たす、脳全体の障害に対して、2 週間に 1 回 1 時間の心理治療で治そうというのは、あたかも自閉症を同じ枠組みの心理治療だけで治そうという発想と同じである。もちろん医療だけで対応できる問題ではないが、これは一般の発達障害が医療だけで対応できないのと同じである。

だが問題は、成人を対象とする精神科医が最近、多重人格はおろか解離性障害に対してきちんとした治療を行っていないことである。トラウマを中核に抱える症例の場合は、トラウマ処理という特殊な技術が必要である。医療はサービス業であるので、臨床的なニーズがあるのに提供できないなら、その習得につとめるべきではないだろうか。もちろん解離性障害や多重人格に対して様々なアプローチがあるが、それにしても「放置」が目立つのである。多重人格に対しては、自我状態療法という多重人格のための精神療法が既に確立されている<sup>10)</sup>。筆者は子どものみならず加害側の親に対してもカルテを作り、並行治療を行ってきた。実に多くの症例が、治療をされずに子どもの側に加害を繰り返す、世代間連鎖を作っていることにショックを受けた。神田橋<sup>3)</sup>によるフラッ

シュバックの特効薬(桂枝加芍薬湯および四物湯)の発見は、これまでフラッシュバックに対して SSRI 以外には有効な薬物が見いだされていない状況の中で重要である。この漢方薬に関して今われわれは科学的検証を行っている。

これまで精神医学は 2 つの問題を十分に考慮せずに構築されてきた。1 つは発達障害であり、もう 1 つはトラウマである。そしてこの小論で取り上げたように、この 2 つは複雑に絡み合う。発達障害とトラウマを踏まえて精神医学の診断と治療の大系を作り直す必要があると考える。

#### 文 献

- 1) 浅井朋子, 杉山登志郎, 小石誠二ほか: 高機能広汎性発達障害の母子例への対応. 小児の精神と神経, 45; 353-362, 2005.
- 2) Brotman, M. A., Schmajuk, M., Rich, B. A., et al.: Prevalence, clinical correlates, and longitudinal course of severe mood dysregulation in children. *Biol Psychiatry*, 60 (9); 991-997, 2006
- 3) 神田橋條治: 難治例に潜む発達障害. *臨床精神医学*, 38 (3); 349-365, 2009
- 4) Kawakami, C., Ohnishi, M., Sugiyama, T., et al.: The risk factors for criminal behaviour in high-functioning autism spectrum disorders. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 6; 949-957, 2012
- 5) Lanius, R. A., Vermetten, E., Loewenstein, R. T., et al.: Emotion modulation in PTSD: Clinical and neurobiological evidence for a dissociative subtype. *Am J Psychiatry*, 167; 640-647, 2010
- 6) 森本武志, 杉山登志郎, 東 誠: 広汎性発達障害における双極性障害の臨床的検討. 小児の精神と神経, 52 (1); 35-44, 2012
- 7) 斎藤万比古: 注意欠陥多動性障害とその併存症. 小児の精神と神経, 40 (4); 243-254, 2000
- 8) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害. 学研, 東京, 2007
- 9) 杉山登志郎: 高機能広汎性発達障害と子ども虐待. *日本小児科学会雑誌*, 111; 839-846, 2007
- 10) 杉山登志郎: 発達障害のいま. 講談社現代新書, 東京, 2011
- 11) 杉山登志郎: 子ども虐待と精神医学. *児童青年精神医学とその近接領域*, 52 (3); 250-263, 2011

12) Teicher, M. H., Anderson, C. M., Polcari, A.:  
Childhood maltreatment is associated with reduced volume in the hippocampal subfields CA3, dentate gyrus, and subiculum. Proc National Academy of Science of the

USA, 109 (9) ; E563-E572, 2012

13) 友田明美：癒されない傷. 診断と治療社，東京，2011

---

## The Complex Relationship between Developmental Disorders and Child Abuse

Toshiro SUGIYAMA

*Department of Child and Adolescent Psychiatry, Hamamatsu University School of Medicine*

The author found that over half the children who visited special outpatient services for abused children were diagnosed with a developmental disorder. In particular, cases of high-functioning autism spectrum disorders were associated with a very high risk of child abuse. However, clinical features of reactive attachment disorder related to child abuse are similar to symptoms of autism spectrum disorders and attention-deficit hyperactivity disorder. On the other hand, recent research using brain imaging has revealed serious organic changes in several brain areas in abused children. Although child abuse is clearly associated with deficits in normal future development, the author discusses the complex relationship between developmental disorders and child abuse. The author also reports new treatment methods for complex posttraumatic stress disorder resulting from child abuse.

< Author's abstract >

< **Key words** : child abuse, developmental disorder, pervasive developmental disorders (PDD), reactive attachment disorder >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 専門医制度の現状と問題点

関 健

(社会医療法人城西医療財団城西病院)

日本精神神経学会専門医制度は、発足してからまだ日が浅い。当初は過渡的措置としての試験を、すでに精神科医として精神科医療や研究・教育に携わる人々を対象として行った。最初の年に専門医となった人は5年を経過して、更新時期に入った。本制度に則って、認定された研修施設での3年間の研修を修了した人々の試験は、平成21年に第1回が行われた。対象となったのは、平成16年度から始まった、新医師臨床研修を、平成18年3月に修了し、4月以降3年間の専門医研修を、所定の研修施設で行い、修了した人々である。年1回行われる認定試験の結果は、合格率で第1回62.3%、第2回69.9%、第3回80.6%であった。問題は、一次試験（研修手帳審査と症例報告審査）の不合格者が多いことである。一次試験の合格率のみを見ると、第1回79.2%、第2回86.2%、第3回92.1%であった。研修手帳の不備による不合格者は、実数で、第1回10名、第2回1名と減少したが、第3回3名と増加した。せっかくの3年間の努力が水泡に帰してしまう。第3回試験は、一次試験の不合格者が1名いたが、非研修施設での研修期間を3年間の研修期間に算入していたことによるものである。こうした問題が生ずる原因は、本制度がよく理解されていないことが最大の原因である。それは、専門医を目指す人々のみでなく、指導医の理解がないと思われる例があったことにも現れている。卒後研修委員会は、学会のホームページにQ & Aを掲載して、周知を図ってきたが、残念なことに、効果が上がっているとは言い難い。本制度が定着するためには課題も多く、反省点も多い。より多くの専門医養成のために制度のあり方の見直しをしなくてはならない時期にきている。

<索引用語：専門医，指導医，後期研修，初期研修，研修施設>

## はじめに

平成16年4月から義務化された新医師臨床研修（以下、初期研修）は、毎年医学部および医科大学を卒業する約8,000名が厚生労働省から認定された研修施設で2年間、指導医のもと、内科・救急・地域保健医療・外科・産婦人科・小児科・精神科をローテートして研修し、修了者は医籍に登録さ

れ、将来の診療所の開設者・管理者、病院の管理者の要件となる制度である。3年目からは、各専門領域の研修に入りそれぞれ専門医を目指したり、また、大学院に入学し学位（博士号）取得を目指すことになる。精神科に進んだ人は、医師臨床研修を平成18年3月に修了した者のうちの5.9%と言われており、500名弱と考えられる。そ

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 精神科専門医制度への信頼と魅力を獲得するために 司会：小島 卓也（大宮厚生病院精神科），西村 良二（福岡大学医学部精神医学教室）

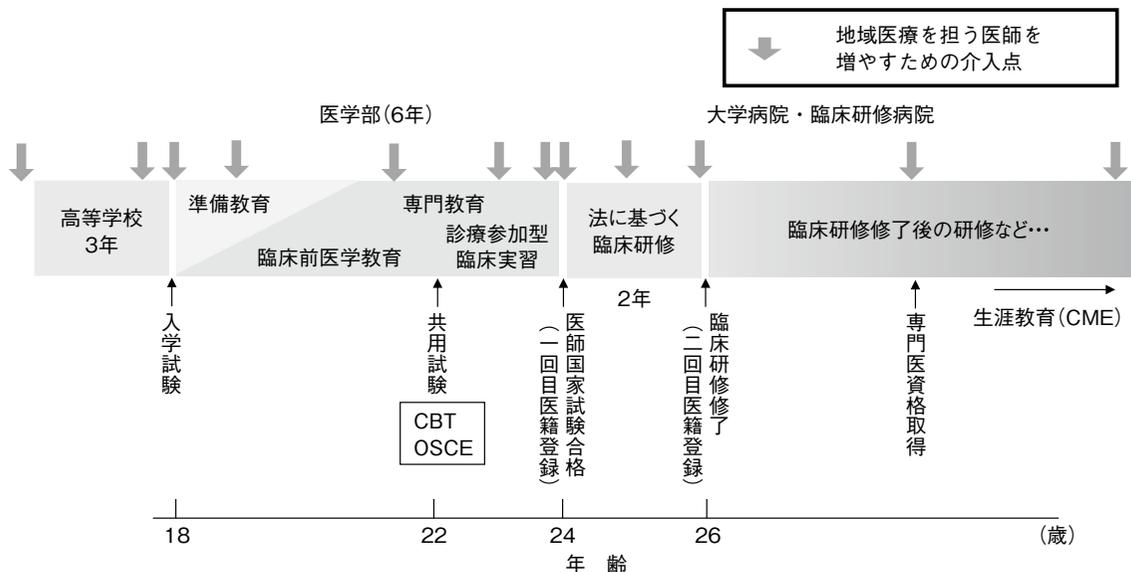


図1 初期臨床研修を含むわが国の医師人材育成

CBT：computer-based testing（コンピュータを用いた医学知識の試験）

OSCE：objective structured clinical examination（客観的臨床能力試験）

CME：continuing medical education（医学生涯教育）

（厚生労働省医政局医事課資料より）

の後も5～6%，400～500名が毎年精神科に進むと推測される。

日本精神神経学会専門医制度（以下、本制度）は、発足してからまだ日が浅い。当初は過渡的措置としての試験を、すでに精神科医として精神科医療や研究・教育に携わる人々を対象として行った。最初の年に専門医となった人は5年を経過して、更新時期に入った。

本制度に則って、認定された研修施設での3年間の研修を修了した人々の試験は、平成21年に第1回が行われた。対象となったのは、平成16年度から始まった初期研修修了者およびすでに精神科以外の分野で学んだ後精神科専門医を目指している者のうち、平成18年4月以降3年間の専門医研修を、所定の研修施設で行い、修了した人々である。その後の3年間で、実際の受験者数は、第1回53名、第2回87名、第3回140名と、精神科を専攻したと思われる人数に比して少ない。その要因は、専門医取得に対するインセンティブが働かないことが一義的に言われていることが、大き

な問題である。

本シンポジウムにおいては、卒後研修委員会で検討された内容に触れつつ、今後のあり方について述べてみたい。

## I. 専門医制度における論点

初期研修を含むわが国の医師人材育成は、図1に示す通りの流れで行われる。地域医療を担う医師を増やすための介入点は、↓で示した各時期であるが、学生が医師を目指す高校生時代には、さすがに医師としての将来の専門性までは決めていない。日本においては、専門医養成は各学会に委ねられ昭和40年代に始まった。インターン闘争を経て開始された臨床研修制度とは必ずしもリンクせず、むしろ大学入局・ストレート研修・専門医研修の流れの中で、卒後5～6年で専門医を取得する診療科がほとんどであった。初期研修必修化の議論が始まった頃から各学会は、初期研修をどう位置付けるか検討せざるを得なくなった。初期研修はプライマリ・ケアの診療能力を修得すること

に主眼が置かれており、ストレート研修が行われていた頃に比べて、専門医研修の期間にどう組み込むかを検討する必要が生じたのである。日本精神神経学会は、専門医制度の発足が他の学会に比べて遅れていたために、制度発足時に初期研修の2年間を含めた5年間の研修で受験資格を得る制度とすることができた。

国は、専門医養成すなわち後期研修について、以下のような見解を持っている。

①後期研修の問題の多くは発展途上の専門医制度に根ざす：

患者から見てわかりやすい専門医の臨床能力提示→臨床能力本位でなく、アカデミック偏重の認定・更新基準もまだ多い。

②「医師の2つの偏在問題」解決の切り口にもなり得る：

診療科偏在 ←診療科別必要専門医数が未検証  
地域偏在 ←地域別必要専門医数が未検証

③将来の医療ニーズに基づく国全体の医師数の検討：

医学部入学定員の適正な設定 ←地域医療の崩壊の旗印のもとに既設大学の定員増

④後期研修医の大都市集中・地域偏在は初期研修以上：

⑤専門医制度は誰がコントロール：

国は関与せず、各学会が制度を運用すべき／Professional Autonomy  
学会の自律性に期待することは困難→各学会は善意で「自己拡大主義」の原理に従う→自領域の専門的医療・研究充実が“top priority”→専門医の質のコントロールは可能でも専門医制度全体を見る余裕なし

⑥専門医制度における国のスタンス：

これまで、学会の“Professional Autonomy”に委ねてきたが、医道審議会医師分科会医師臨床研修部会報告書(平成19年12月)で、「臨床研修後の大学病院や地域の医療機関での情報を集約し、一元的に提供できるような仕組みを検討すべき」(平成22年度予算で対応)と結論し、以下の事業を立ち上げた(図2)。

[専門医制度推進支援事業(補助金)]

1) 目的：

- ・専門医の質確保の観点より、各学会で統一基準を設ける
- ・第三者的で公平な認定制度構築→医療の質向上や医療安全確保

2) 事業の実施主体：社団法人日本専門医制度評価・認定機構

3) 事業内容

- (1) 専門医認定機構にかかる情報収集・分析
- (2) 専門医制度の評価・認定などに関する検討
- (3) 専門医研修認定施設の評価・調査者の養成

## II. 卒後研修委員会

日本精神神経学会に当該委員会が設けられ、以下の事項を担当している。

①日本精神神経科学会専門医制度指導医講習会の開催(表1)

②研修テキストの作成

③研修手帳の一次審査

まず、受験資格要件(精神科専門医制度規則第7条)を確認しておこう。

- (1) 日本国の医師免許証を有するもの
- (2) 精神科専門医研修開始時に学会員であるもの
- (3) 5年以上の臨床経験を有するもので、第9条に規定する研修施設において施行細則に定める研修ガイドラインに基づき、精神科臨床研修を3年以上受け、その課程を修了したもの
- (4) 上記の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

しかしながら、(3)、(4)についての理解不足なのか、不備が見られる。

専門医認定試験結果(表2)は、平成21年度から23年度までのものが出ている。年1回行われ、合格率は第1回62.3%、第2回69.9%、第3回80.6%であった。問題は、一次試験(研修手帳審査と症例報告審査)の不合格者が多いことである。一次試験の合格率のみを見ると、第1回79.2%、第2回86.2%、第3回92.1%であった。研修手帳の不備による不合格者は、実数で、第1回10名、

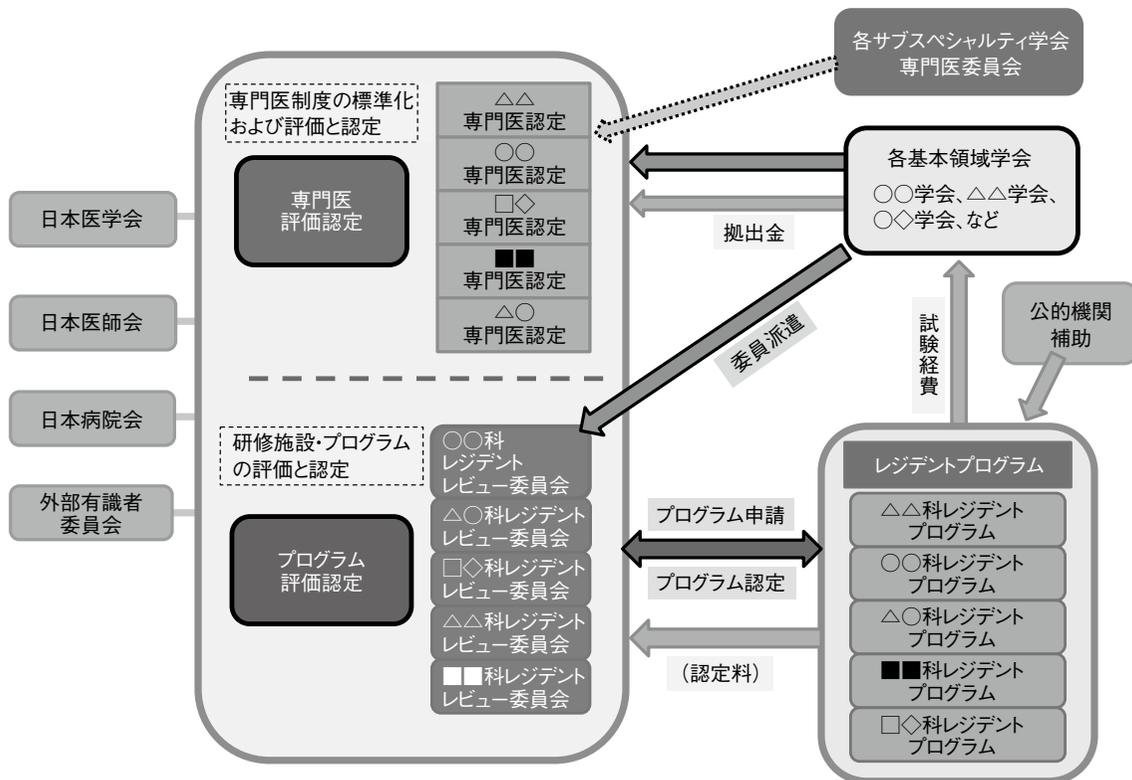


図2 新しい専門医機構  
(厚生労働省医政局医事課資料)

第2回1名と減少したが、第3回は3名と増加した。せっかくの3年間の努力が水泡に帰してしまう。第3回試験は、一次試験の不合格者1名は、非研修施設での研修期間が3年間の研修期間に算入されていたことによるものである。

不合格の主な理由は以下の通りである。

- ① 研修手帳記載内容の不備
- ② 非研修施設の研修による研修期間の不足
- ③ 指導医不在(退職など)による研修施設要件の不備
- ④ 児童・思春期症例報告対象疾患の誤解に基づく不備
- ⑤ 症例報告の記載要件の不備(字数の大幅超過)
- ⑥ 筆記試験・口答試問の成績不良

これらについては学会ホームページに掲載されているQ & Aを理解すれば防げる事柄である。

それぞれの問題点を詳細に述べてみる。

#### 1. 研修手帳記載内容の不備(図3)

- ・ 研修開始と同時に、できるだけ早く提出する。
- ・ 研修開始申請書は研修手帳の中にある。
- ・ 研修開始日は申請日より3ヵ月以上さかのぼれない。
- ・ 例えば4月1日から研修開始していれば6月末日までに申請書を提出すれば4月1日からの開始が認められる。

#### 2. 非研修施設の研修による研修期間の不足

- ・ 卒後臨床研修(初期臨床研修)2年間修了後、原則として、専門医研修施設において、当学会が依頼した精神科専門医制度指導医(以下、専門医制指導医)のもとで3年(常勤換算)以上の精神科専門医制度研修医(以下、専門

表1 指導医講習会

|            |                     | 開催日                       | 会場                                  |
|------------|---------------------|---------------------------|-------------------------------------|
| 講習会Ⅰ*1     | 第1回                 | 2005/8/21                 | 北海道大学医学部 臨床大講堂                      |
|            |                     | 2005/7/17                 | 東北大学良陵会館 2F・記念ホール                   |
|            |                     | 2005/7/17                 | 東京女子医科大学 弥生記念講堂                     |
|            |                     | 2005/7/24                 | 東京慈恵会医科大学 本館中央講堂                    |
|            |                     | 2005/7/31                 | 横浜市立大学 ヘボンホール                       |
|            |                     | 2005/8/21                 | 東京大学 鉄門記念講堂                         |
|            |                     | 2005/7/24                 | 名古屋大学 医系研究棟1号館 会議室                  |
|            |                     | 2005/7/31                 | 金沢大学医学部 基礎講義室Ⅰ                      |
|            |                     | 2005/7/24                 | 大阪大学銀杏会館 三和ホール                      |
|            |                     | 2005/8/7                  | 大阪大学中之島センター 佐治ホール                   |
|            |                     | 2005/8/21                 | 大阪医科大学 臨床第一講堂                       |
|            |                     | 2005/7/17                 | 岡山大学 医学部図書館3階講堂                     |
|            |                     | 2005/8/21                 | 岡山大学 医学部図書館3階講堂                     |
|            |                     | 2005/7/31                 | 九州大学 医学部百年講堂 中ホール                   |
|            |                     | 2005/8/14                 | 九州大学 医学部百年講堂 中ホール                   |
|            |                     | 第2回                       | 第2回                                 |
| 2005/12/18 | 東北大学良陵会館 2F・記念ホール   |                           |                                     |
| 2005/12/4  | 東京大学 安田講堂           |                           |                                     |
| 2005/12/18 | 東京慈恵会医科大学 本館中央講堂    |                           |                                     |
| 2006/1/15  | 東京女子医科大学 弥生記念講堂     |                           |                                     |
| 2005/12/4  | 名古屋大学東山キャンパス 豊田講堂   |                           |                                     |
| 2005/12/11 | 金沢大学医学部 基礎講義室Ⅰ      |                           |                                     |
| 2005/12/11 | 大阪市立大学医学部学舎4階 大講義室  |                           |                                     |
| 2006/1/15  | 京都大学医学部附属病院 臨床第一講堂  |                           |                                     |
| 2005/12/4  | おかやま三光荘 2F アトリウムホール |                           |                                     |
| 2006/1/22  | おかやま三光荘 2F アトリウムホール |                           |                                     |
| 2005/12/4  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール   |                           |                                     |
| 2006/1/15  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール   |                           |                                     |
| 第3回        | 第3回                 | 2006/6/11                 | 北海道大学医学部 臨床大講堂                      |
|            |                     | 2006/6/18                 | 東北大学良陵会館 2F・記念ホール                   |
|            |                     | 2006/7/2                  | 東京大学 安田講堂                           |
|            |                     | 2006/7/2                  | 名古屋大学医学部附属病院・新中央診療棟 3F 講堂 (鶴舞キャンパス) |
|            |                     | 2006/6/25                 | 大阪大学銀杏会館 三和ホール                      |
|            |                     | 2006/6/25                 | おかやま三光荘 2F アトリウムホール                 |
| 2006/6/18  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール   |                           |                                     |
| 第4回        | 2007/5/18           | 高知県立県民文化ホール グリーンホール       |                                     |
| 第5回        | 2008/5/30           | ホテルグランパシフィックメリディアン (東京港区) |                                     |
| 第6回        | 2009/8/22           | 神戸国際会議場                   |                                     |
| 第7回        | 2010/2/28           | アカデミーヒルズ                  |                                     |
| 第8回        | 2010/5/21           | 広島国際会議場 ヒマワリ              |                                     |
| 講習会Ⅱ*1     | 第1回                 | 2007/6/17                 | 北海道大学医学部 臨床大講堂                      |
|            |                     | 2007/7/15                 | 東北大学良陵会館 2F・記念ホール                   |
|            |                     | 2007/7/1                  | 東京大学 安田講堂                           |
|            |                     | 2007/6/17                 | ウィルあいち 4F ウィルホール                    |
|            |                     | 2007/7/15                 | 大阪大学コンベンションセンター MO ホール              |
|            |                     | 2007/6/17                 | 岡山大学創立50周年記念館 多目的ホール                |
|            |                     | 2007/7/15                 | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール                   |

表1 つづき

|       | 開催日        | 会場                                |                      |
|-------|------------|-----------------------------------|----------------------|
| 第2回   | 2007/12/2  | 北海道大学医学部 臨床大講堂                    |                      |
|       | 2008/1/6   | 仙台シルバーセンター1階 交流ホール                |                      |
|       | 2007/11/18 | 東京女子医科大学 弥生記念講堂                   |                      |
|       | 2007/11/25 | 名古屋大学医学部附属病院・新中央診療棟3F 講堂（鶴舞キャンパス） |                      |
|       | 2007/11/11 | 大阪大学コンベンションセンター MO ホール            |                      |
|       | 2007/12/9  | おかやま三光荘2F アトリウムホール                |                      |
|       | 2007/12/9  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール                 |                      |
| 第3回   | 2008/6/29  | 北海道大学医学部 臨床大講堂                    |                      |
|       | 2008/6/15  | 東北大学良陵会館2F・記念ホール                  |                      |
|       | 2008/6/15  | 東京女子医科大学 弥生記念講堂                   |                      |
|       | 2008/6/22  | 名古屋大学医学部附属病院・新中央診療棟3F 講堂（鶴舞キャンパス） |                      |
|       | 2008/6/15  | 大阪大学コンベンションセンター MO ホール            |                      |
|       | 2008/6/8   | おかやま三光荘2F アトリウムホール                |                      |
|       | 2008/6/15  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール                 |                      |
| 第4回   | 2008/11/16 | 北海道大学医学部 臨床大講堂                    |                      |
|       | 2008/11/9  | 東北大学良陵会館2F・記念ホール                  |                      |
|       | 2008/11/30 | 東京大学 安田講堂                         |                      |
|       | 2008/11/30 | 名古屋大学医学部附属病院・新中央診療棟3F 講堂（鶴舞キャンパス） |                      |
|       | 2008/11/9  | 大阪大学コンベンションセンター MO ホール            |                      |
|       | 2008/11/30 | 岡山大学創立50周年記念館 多目的ホール              |                      |
|       | 2008/11/2  | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール                 |                      |
| 第5回   | 2009/8/22  | 神戸国際会議場                           |                      |
| 第6回   | 2010/2/28  | アカデミーヒルズ                          |                      |
| 第7回   | 2010/5/21  | 広島国際会議場 フェニックスホール                 |                      |
| 講習会*2 | 第1回        | 2011/10/25                        | ホテル・グラン・パシフィック・ル・ダイバ |
|       | 第2回        | 2012/3/4                          | 神戸国際会議場              |
|       | 第3回        | 2012/5/23                         | 札幌コンベンションセンター        |
|       | 第4回        | 2012/9/30                         | 九州大学 医学部百年講堂 大ホール    |

\*1 新規講習，\*2 新規および更新講習

表2 専門医認定試験結果（合格率と実数）

| 合格率  | 第1回                                    | 第2回                                    | 第3回                                      |
|------|--|--|--|
| 一次試験 | 79.2% (42/53)<br>手帳不合格 10名<br>症例不合格 1名 | 86.2% (75/87)<br>手帳不合格 1名<br>症例不合格 11名 | 92.1% (129/140)<br>手帳不合格 3名<br>症例不合格 9名  |
| 二次試験 | 80.5% (33/41)<br>筆記不合格 5名<br>口答不合格 3名  | 82.3% (65/79)<br>筆記不合格 10名<br>口答不合格 5名 | 86.8% (125/144)<br>筆記不合格 11名<br>口答不合格 6名 |
| 全体   | 62.3% (33/53)                          | 69.9% (65/93)                          | 80.6% (125/155)                          |

※一次試験：研修手帳審査＋症例報告審査

※二次試験：筆記試験＋口答試験

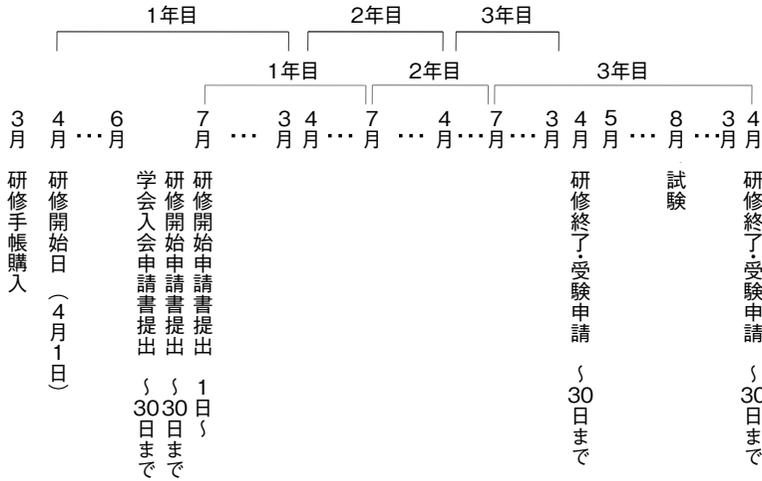


図3 受験資格獲得までの手続き

統合失調症の概念と病態の理解

|                  | 自己評価 | 指導医評価 | 指導医署名 | 指導医評価年・月・日 |
|------------------|------|-------|-------|------------|
| ① 統合失調症の概念と病態の理解 | A    | B     | 小島卓也  | 23・6・15    |
| ② 神経科学の最近の知見     | A    | A     | ⓪小島   | 23・8・15    |
| ③ 代表的な病因仮説の理解    | A    | C     | ⓪小島   | 23・9・25    |

「自己評価」と「指導医評価」が、2段階食いちがう場合は話し合っその後の評価の参考にする

「指導医署名欄」は、自筆もしくは印鑑で可

図4 疾患別ガイドライン評価表

医制研修医) としての研修が必要。  
 大学院在学中の研修については精神科臨床に従事したことを所属長 (主任教授) が証明する限りにおいて、専門医制度委員会で審議して認める。ただし、専ら基礎的研究に従事している場合は研修期間に算入できない。

3. 指導医不在 (退職など) による研修施設要件の不備

- ・原則として研修は認められない。
- ・研修施設長が責任を持って指導医を確保する。
- ・研修医に迷惑をかける。

ちなみに、指導医の役割は以下の通りである。

- ・研修手帳に従って研修の指導。
- ・研修の評価：A～D 評価，署名。(図4)
- ・症例報告作成の指導。

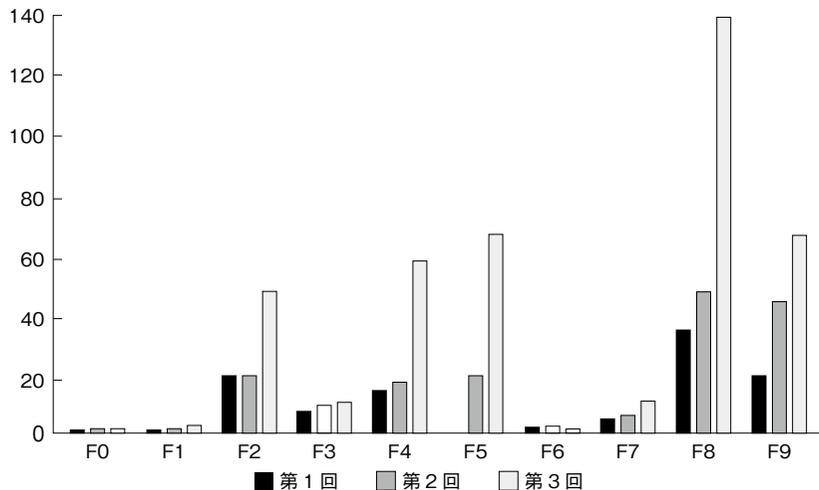


図5 精神科専門医研修について（児童・思春期症例）

- ・書類の提出の指導.
- ・研修開始申請書の提出.
- ・試験関係の書類.

#### 4. 児童・思春期症例報告対象疾患の誤解に基づく不備（図5）

これまで児童思春期症例は、

F7 精神遅滞

F8 心理発達の障害

F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害など

F50 摂食障害

上記のカテゴリーの疾患であったが、

F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害

の症例も認めることとする。

※以上の疾患で18歳未満の症例

過去3回の試験において、対象外であるF0, F1, F2, F3, F4, F5, F6の症例が少数ではあったが含まれていたため、今後の周知が課題である。

#### 5. 症例報告の記載要件の不備(字数の大幅超過など)

記載要件は以下の通りである。

- ・ワープロ使用

- ・文字の大きさは10～12ポイント

- ・A4用紙を縦にして横書き

- ・1頁40字×30行程度

- ・字数は1,500～2,000字(字数をレポートの最後に記載する)

- ・主治医としてかわり始めた年をX年とし、X-1年、X+3年などの表現を用いる。

- ・記載内容

【症例】：必須

【初診時主訴】：必須ではない

【家族歴】：必須

【既往歴】：必須

【生育・生活歴】：必須

【病前性格】：必須ではない

【現病歴】：必須

【初診時所見，診断とその根拠】：必須

【治療方針】：必須

【治療経過】：必須

【考察】：必須

症例報告は学会から認定された研修施設の指導医のもとで3年間研修した中から研修手帳の71～73頁に掲載されている経験すべき疾患合計10症例(条件が満たされた場合の最少数)について報告する(表3)。

表3 図2-2の説明(研修手帳66頁, 71~73頁を参照)

| 症例報告(例示)  |     | 治療場面     |    |    |    | 治療形態 |      |      | レポート提出<br>症例数 |
|-----------|-----|----------|----|----|----|------|------|------|---------------|
|           |     | 行動<br>制限 | 地域 | 救急 | 合併 | 入院   | 入院   | 外来   |               |
|           |     |          |    |    |    | 非自発  | 自発   |      |               |
| 統合失調症     | 2例  | 1例       | 1例 |    |    | 2    |      |      | 2             |
| 気分障害      | 1例  |          |    | 1例 |    |      | 1    |      | 1             |
| 精神作用物質    | 1例  |          |    |    | 1例 |      | 1    |      | 1             |
| 症状性・器質性   | 2例  |          |    |    |    |      | 1    | 1    | 2             |
| 児童精神      | 1例  |          |    |    |    |      |      | 1    | 1             |
| 神経症       | 2例  |          |    |    |    |      | 1    | 1    | 2             |
| パーソナリティ障害 | 1例  |          |    |    |    |      |      | 1    | 1             |
| 合計        | 10例 | 1例       | 1例 | 1例 | 1例 | 2(2) | 4(1) | 4(2) | 10            |

表4 図2-1の説明(研修手帳66頁, 71~73頁を参照)

| 経験症例(例示)  |       | 治療場面 |    |          |    | 治療形態 |    |    | 経験<br>症例数 |
|-----------|-------|------|----|----------|----|------|----|----|-----------|
|           |       | 救急   | 地域 | 行動<br>制限 | 合併 | 入院   | 入院 | 外来 |           |
|           |       |      |    |          |    | 非自発  | 自発 |    |           |
| 統合失調症     | 10例以上 | 4例   | 4例 | 4例       |    | 8    | 2  | 6  | 16        |
| 気分障害      | 5例以上  | 1例   | 1例 |          |    | 4    | 1  | 5  | 10        |
| 精神作用物質    | 2例以上  |      |    | 1例       | 1例 | 1    | 1  | 1  | 3         |
| 症状性・器質性   | 4例以上  |      |    |          | 4例 | 2    | 2  | 2  | 6         |
| 児童精神      | 2例以上  |      |    |          |    |      | 1  | 2  | 3         |
| 神経症       | 5例以上  |      |    |          |    |      | 3  | 2  | 5         |
| パーソナリティ障害 | 2例以上  |      |    |          |    |      |    | 2  | 2         |
| 合計        | 30例以上 | 5例   | 5例 | 5例       | 5例 | 15   | 10 | 20 | 45        |

ただし、以上の症例が必要とする経験すべき治療場面および経験すべき治療形態を伴っていることが条件。もし、経験すべき治療場面、治療形態が不足している場合は症例を追加(10例に追加)することが必要。

経験症例数の場合、経験すべき治療場面、治療形態は同一症例で重複して算定できる(表4)。しかし、症例報告の場合は、経験すべき治療場面では、同一症例で複数場面の「経験あり」とすることはできない(72頁2~5を参照)。例えば同一症例で、救急の症例と行動制限の症例を兼ねることはできない。

経験症例および症例報告の場合は以下の通りで

ある。

- ・入院から外来に移行した症例は入院例とする。
- ・外来のみで臨床経験した症例を外来例とする。
- ・研修医が外来から入院、入院から外来を担当した移行症例は、入院か外来を選択することができる。

#### 6. 筆記試験・口答試験の成績不良

こうした問題が生ずる原因は、本制度がよく理解されていないことが最大の原因である。それは、専門医を目指す人々のみでなく、指導医の理解がないと思われる例があったことにも現れている。われわれの委員会は、学会のホームページに

Q & A を掲載して、周知を図ってきたが、残念なことに、効果が上がっているとは言い難い。

一方、先にも触れたように、資格更新も始まっている。専門医のみならず、指導医および研修施設の認定の全てである。こちらの認識も十分周知されていないことが懸念されている。

### Ⅲ. 日本精神神経科学会専門医制度 指導医講習会の開催

指導医の養成は、過渡的措置による専門医を対象とした講習会から始まった(表1)。Ⅰ(専門医制度について)とⅡ(成人教育および研修手帳について)とから構成されており、指導医を希望する者は、両方の修了が要件となる。その際、確認しておかねばならなかったことを以下にあげる。

- ①指導医は職位である
- ②指導医は研修施設に所属していることで登録できる
- ③指導医が異動した時は改めて登録が必要である
- ④研修病院でない施設においては指導医としての仕事(指導)はできない

試験制度による専門医が誕生したことにより、平成23年度より新規指導医講習会(Ⅰ)と指導医資格更新講習会(Ⅱ)として同日に行うようになり、また、コンテンツも変更された。(Ⅰ)では、「研修手帳に基づいた指導の仕方について」が講義され、(Ⅱ)では、①「専門医制度の設立の経緯と施行状況、ならびに今後の課題」/山内俊雄—第1~3回、②「認知行動療法について」/大野裕一—第1回、③「精神療法の基本について」/狩野力八郎—第2~3回、などの講義があった。最後に、Q & A\*を中心に以下の項目について強調することとなった。

- ①研修手帳の評価基準について
- ②精神科専門医を取得するための研修期間について
- ③新規精神科専門医認定試験の受験資格要件について

- ④症例報告の書き方について
- ⑤症例報告の症例選択条件について
- ⑥精神科専門医認定までのタイムスケジュールについて
- ⑦研修が終了した後の受験までの手続きについて
- ⑧研修手帳図2-1について
- ⑨研修手帳図2-2について
- ⑩その他

### ま と め

講習会の際の質問には、指導医の理解不足と思われる内容のものが見られた。学会ホームページも必ずしも見ておらず、精神保健指定医や初期研修指導医との混同も見られたことは、残念であった。周知方法も反省せざるを得ない。

今後、専門医を取得する若い医師たちのために、われわれが解決を図らなくてはならない課題は以下の如くである。

- ①基本領域学会認定が急がれる：現在申請中であり、認定されると専門医の広告ができる
- ②サブスペシャリティ領域学会との関連を確保する：本制度による専門医を取得したのち、サブスペシャリティ領域の専門医を取得する層構造になる
- ③国民の理解をどう得るか：国民の受療動向に見られる専門医志向を受けて、十分に期待に応え得る知識・技能・態度が修得できているか
- ④認定制度の見直し：手帳の見直し/指導医講習会の方法・内容・時期
- ⑤指導医のあり方の検討：職位から資格への変更

\*「精神科専門医取得のための研修手帳の取得、研修および精神科専門医認定試験(新規)のQ & A」より。

## Present Conditions of and Problems with the Specialist System

Ken SEKI

*Shironishi Medical Foundation, Socio-Medical Corporation*

The Japanese Society of Psychiatry and Neurology specialist system is still in a primary stage. It is intended for doctors and researchers, who have been engaged in psychiatric practice and study already, as an educational tool to become certified as a psychiatrist by examination. Candidates who become specialists in the first year are subject to updating their qualification every five years.

In conformity with this system, examination for specially educated and trained candidates was performed for the first time in 2009. Such candidates were required to have completed two years of authorized clinical training as a doctor, which started in April 2004, followed by 3-year specialist training at an appointed training institution from April 2006.

The rate of examinees who passed authorized examinations conducted yearly was 62.3, 69.9, and 80.6% after the first, second, and third years, respectively. A problem was that there were many unsuccessful applicants in the primary examination, which, consists of a training notebook and case report examination. The rate of applicants who passed the primary examination only, a requirement to enter the authorized examination, was 79.2, 86.2, and 92.1% after the first, second, and third years, respectively. In real numbers, unsuccessful applicants, caused by a deficiency of the training notebook, decreased from ten in the first year to one in the second year ; however, this increased to three in the third year. Needless to say, the 3-year effort is wasted. The third examination had one unsuccessful primary examination applicant who completed a 3-year internship at an unauthorized training institution.

Such an essential specialist system is affected by problems which are not clearly understood. It seems that the problem involves not only candidates aiming to become specialists, but also the fact that qualified instructors are lacking. The postgraduate committee has a Q & A section on the issue and additional information on necessary knowledge on its homepage. However, unfortunately, it is not effective. There are many problems and many points of this system which need to be reflected on. The time has come to review the system on how to develop a more effective specialist training program.

< Author's abstract >

< **Key words** : specialist, specialist in instruction, latter term training, initial training, training institution >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

精神科研修を充実させるために  
——テキストの活用——倉知 正佳  
(富山大学)

精神科専門医に求められる、「態度（姿勢）、知識、技能」については、「研修手帳」の「研修ガイドライン」にその項目が詳しく示されている。その内容を具体的に示したテキストがあれば、専門医を目指す医師にとって、大変有意義と思われる。そこで、卒後研修委員会では、2000年から2011年の間に精神経誌に掲載された論文から、「研修手帳」の「研修ガイドライン」に沿って、精神科専門医を目指す人にとって、基本的素養となる論文のリストを作成することにした。その結果、総論は、83編、疾患別では、84編の推薦論文リストが作成された。本シンポジウムでは、項目別に推薦論文の例を挙げ、その概要を紹介した。この編集方式の長所は、精神医学の進歩に合わせて、確実に改訂増補をしていくことができることにある。この論文集が、精神科専門医に、いわば共通の土俵を提供し、よりよい医療の人々に提供することに貢献することを期待している。

<索引用語：精神科専門医、研修ガイドライン、総論、疾患別、精神経誌>

## はじめに

精神科専門医に求められる「態度（姿勢）、知識、技能」については、「研修手帳」の「研修ガイドライン」にかなり詳しい項目が示されている。この研修ガイドラインの項目に沿って、具体的な内容を記述したテキストがあれば、専門医を目指す人や、専門医にとって、大変有用と思われる。

卒後研修委員会（委員長：小島卓也先生）では、テキスト作成小委員会を設置し（委員長：倉知）、このようなテキスト作成の検討を進めてきた。近年、精神科医を対象にした多くの単行書やシリーズが刊行されているが、日本精神神経学会でも、毎年、卒後研修にとって、大変有意義な企画がなされ、精神経誌には、その記録を含めて、専門医を目指す人が読むべきと思われる貴重な論文が多数掲載されている。そこで、卒後研修委員会／テキスト作成小委員会では、下記のような編集方針

で、テキスト（「精神科専門医を目指す人のために」、仮題）を作成することにした。

## I. 編集方針

- ①「研修手帳」の「研修ガイドライン」に沿った構成とする。
- ②2000年から2011年の12年間に精神経誌に掲載された論文の中から、精神科専門医を目指す人にとって、基本的素養になる論文のリストを作成する。
- ③具体的には、<専門医を目指す人の特別講座>、<専門医制度委員会企画のシリーズ（15回）>、総説、教育講演、シンポジウム、特集などの中から、適したものを選ぶ。
- ④「総論」と「疾患別」、それぞれ80～90編程度とする。
- ⑤卒後研修委員会での承認を経て、試験問題委員

会の校閲も受ける。

⑥著者の了解を得て、印刷製本し、会員向けに適切な価格で提供する。

⑦2~3年ごとに論文リストを見直し、改訂版を出版する。

この編集方針に基づいて、論文を選択する作業を終えたので、項目別に、推薦論文の例を示し、その概要を紹介する。

## II. 精神科専門医を目指す人のために—総論—

### 1. 患者及び家族との面接 (3編)

○宮岡 等：精神症状把握のための面接. 精神経誌, 108; 533-537, 2006<sup>9)</sup> (第2回専門医制度委員会企画)

構造化面接が登場したが、「もうひとつ忘れてならないのが…医療面接である」。「医療面接の主な目的は、患者と医師の良好な関係を築くのみならず、疾患についての重要な情報と患者のニーズを把握すること」にある。本論文では、医療面接でとりあげられることの多いコミュニケーション技術について、わかりやすく述べられている。

### 2. 疾患概念と病態の理解 (13編)

○大川匡子, 井上雄一：睡眠障害. 精神経誌, 109; 797-803, 2007<sup>12)</sup> (第15回専門医制度委員会企画)

睡眠障害の新しい国際診断分類, および、「精神科領域で特に注目すべき睡眠障害として、睡眠関連呼吸障害とむずむず脚症候群について」述べられている。「閉塞性睡眠時無呼吸症候群 (obstructive sleep apnea syndrome: OSAS) の2割近くにうつ病を合併」することや、OSASは、「睡眠中のパニック発作と鑑別する必要がある。…パニック障害患者の17~45%が夜間睡眠中に発作を経験していること」が指摘されている。

### 3. 診断と治療計画 (10編)

○水上勝義：軽度認知障害 (MCI) 症例にはどう対応すべきか? 精神経誌, 111; 26-30, 2009<sup>8)</sup> (シンポジウム)

「MCIのうち、…4年間でおおよそ50%がアルツハイマー病に進行する」こと、そして、アルツハイマー病に進行するリスクの高いMCIの特徴が説明されている。介入群 [栄養, 運動, 睡眠 (昼寝を含む)] は、非介入群に比べて、「認知症の発症がおおよそ30%少なかった」ことが紹介され、治療については、「進行性の経過を示し、アルツハイマー病の初期と考えられる例では、…本人や家族と相談した上で、ドネペジル治療の開始を検討する」と述べられている。

○牛島定信：発達障害をめぐる児童と成人精神科の接点. 精神経誌, 113; 712-716, 2011<sup>20)</sup> (特集)

「発達障害の症状様式やその構成も、また、成人になると非定型となってくる」。「成人の発達障害は、状況反応型の病態である。…発達障害者は容易に不適応に陥りやすい。…多くは、烈しい幼児期への退行を起す。…本人はもちろんのこと、周囲もまた、状況反応型の退行現象とは気づいていない。…周囲が混乱し、さらに患者の混迷を深め、それがさらに周囲に不適切な反応を引き起こさせるという悪循環を形成して、訳のわからない精神状態を形成している」。「治療としては、まず、表面の精神医学的症状に対応するべきである。…、脆弱性をもちつつ社会にどう適応していくかを一緒に考える治療者の姿勢が求められる」

### 4. 補助検査法 (2編)

○笠井清登：精神疾患の脳画像の進歩. 精神経誌, 109; 276-281, 2007<sup>6)</sup> (教育講演)

統合失調症, ストレス性精神障害, 広汎性発達障害について, MRI, 事象関連電位, 脳磁図, NIRSなどを用いた病態解明研究, 臨床応用や倫理的側面について, 最近の知見が概説されている。

### 5. 薬物・身体療法 (7編)

○上島国利, 尾鷲登志美, 高橋太郎ほか：薬物アドヒアランス. 精神経誌, 107; 696-703, 2005<sup>18)</sup> (教育講演)

「入院した50名中、アドヒアランス不良群は23名で、… (その) 原因として、病識が欠如してお

り、疾病や薬物療法への理解が不十分であったのは39%、日中の眠気26%、錐体外路症状9%、幻覚妄想を伴う拒薬9%であった」、良好なアドヒアランスを得るための方策として、①サイコエデュケーション、②インフォームドコンセント、③精神療法、④服薬自己管理、⑤薬物療法、⑥治療薬剤」が挙げられ、「アドヒアランスに影響する主観的ウェルビーイング (SWN)」についても、述べられている。

#### 6. 精神療法 (10編)

○川原隆造：内観療法から心理療法の本質を考える。精神経誌, 107; 487-494, 2005<sup>7)</sup>(教育講演)

内観療法は、「内観3項目(お世話になったこと、お返ししたこと、ご迷惑をかけたこと)を年代区分ごとに…具体的に繰り返し回想する」、「自己と他者の関係性を回想」することにより、「我執からの解放」をはかる。「他者と自己との関係性を見ることにより、「内観者に『他者視点』の足場を与え、良好な対人関係への道を開くことになる」。…内観者は、患者として治療されるのではなく、自己発見や人間形成を目指す志の高い人として、敬愛の眼で接遇されてきた」。

#### 7. 心理社会的療法, 精神科リハビリテーション, 及び地域精神医療・保健・福祉 (14編)

○梶 達彦, 三島和夫, 北村真吾ほか：中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連—日本の一般人口を代表する大規模集団での横断的研究—。精神経誌, 113; 653-661, 2011<sup>4)</sup>(精神医学のフロンティア)

2000年6月に厚生労働省によって実行された全国調査の一環で、50歳以上の中高年10,969人についての調査結果である。「本研究で対象となった中高年の約5人に1人(21.9%)が、…軽度～中等度の抑うつ状態を、約10人に1人(9.3%)が…重度の抑うつ状態を有していた」、「抑うつ症状ともっとも強い関連が認められた項目は、①『話し相手がない』であった」次いで、②『生きがいがない』、『別居、離婚』、『身近な人の死』、『す

ることがない』、③『自分の健康・病気・介護』であった。「高齢化社会の進行に伴い、独居高齢者が顕著に増加」している。「適切な社会的サポートの存在は、心理的健康を直接高めるほか、うつ病のリスクとなる社会的ストレスを緩衝する可能性が示唆されている」。

#### 8. 精神科救急 (1編)

○平田豊明：精神科救急医療の目指す地平。精神経誌, 113; 183-188, 2011<sup>3)</sup>(特集)

まず、「精神科救急医療ガイドライン2009年改訂版」(websiteで、pdfが公開されている)の内容が紹介されている。(1)「総論」および「興奮・攻撃性への対応」、(2)「薬物療法」、(3)「自殺未遂者への対応」(「退院は自殺の危険因子でもある。未遂が1年以内は、再企図の危険がもっとも高い時期であり、個々の症例に基づいたアフターケアが実施される必要がある」)、次いで、「静岡県立こころの医療センターの変革」について、述べられ、日本精神神経学会の「専門医資格の取得要件に、精神科救急医療施設での一定期間の勤務を義務づけること」が提案されている。

#### 9. リエゾン・コンサルテーション精神医学 (10編)

○内富庸介：サイコオンコロジー：がん医療における心の医学。精神経誌, 107; 619-624, 2005<sup>17)</sup>(教育講演)

「がんは、1981年以降死因の第一位を占め、2004年には、…総死亡の約30%を占めている」、Quality of life (QOL)の向上として、「(1)終末期がん患者には、うつ病の診断基準には該当しないが、希死念慮を強く持ち、絶望感、意味の喪失、尊厳、demoralization(士気が上がらない状態)などの一連の症状群を持つ患者が存在」する。「Chochinov(カナダ)は、dignity psychotherapyという尊厳をキーワードに短期個人介入法を始めた」。それは、「人生の中で重要なことは？ 最も誇りにしていることは？」、「家族に知ってもらいたいこと、また思い出してほしいことは？」、「人生で

果たした役割は？」などの質問集を用いて行うものである。 (2)「薬物療法抗うつ薬の投与により、「有意にQOLと抑うつ症状の改善」がみられたとの報告もある。

#### 10. 法と精神医学 (6編)

○中谷陽二：法と精神医学. 精神経誌, 109; 882-886, 2007<sup>11)</sup> (第16回専門医制度委員会企画)

責任能力は、<精神障害><是非の弁識能力><行動の制御能力>から構成されること、次いで、医療観察法と成年後見制度が概説され、終わりに、「腕試し問題あり」が付いている。

#### 11. 医の倫理 (4編)

○澤田優美子：クラブハウスはばたきの取り組みと精神科医に願うこと. 精神経誌, 110; 396-402, 2008<sup>14)</sup> (シンポジウム)

クラブハウスとは何か、および、クラブハウスはばたきが精神科医に願うことが述べられている。

#### 12. 安全管理 (3編)

○朝田 隆：精神科領域における転倒とその予防. 精神経誌, 107; 378-382, 2005<sup>1)</sup> (教育講演)

転倒の疫学、実態研究、転倒予防について、具体的に述べられている。国立精神・神経センター武蔵病院 (現・国立精神・神経医療研究センター病院) では、慢性病棟で、体力強化のために、1日20分間の軽運動を導入したところ、転倒件数が1/3以下にまで減少したことが紹介されている。

### Ⅲ. 精神科専門医を目指す人のために —疾患別—

#### [統合失調症 F2] (18編)

○内野俊郎：治療アドヒアランスの獲得と維持—心理教育をどう利用するか—. 精神経誌, 113; 1048-1054, 2011<sup>16)</sup> (特集)

家族心理教育や本人への心理教育は、アドヒアランスの改善に一定の効果があり、心理教育的な姿勢に基づいた心理教育的面接を通常の外来診療でも実施することが勧められている。

#### [気分 (感情) 障害 F3] (18編)

○山田和男：双極性障害うつ病相の治療エビデンス. 精神経誌, 113; 873-879, 2011<sup>21)</sup> (特集)

薬剤ごとのエビデンス、そして、双極性障害うつ病相の治療についても、近年の国内外の薬物治療ガイドライン (英国精神薬理学会、日本うつ病学会など) が紹介されている。

#### [神経症性障害、ストレス関連障害及び身体表現性障害 (摂食障害を含む) F4 (F50)] (11編)

○傳田健三：不安障害の診断と治療—パニック障害、社会不安障害、強迫性障害—. 精神経誌, 109; 389-397, 2007<sup>2)</sup> (専門医を目指す人の特別講座)

パニック障害や強迫性障害の悪循環過程、日本で検討されてきた対人恐怖と社会不安障害との対応、およびそれぞれの治療法について、わかりやすく述べられている。

#### [児童・思春期精神障害 (摂食障害を含む) F7, F8, F9 (F50)] (7編)

○齊藤万比古：児童思春期精神障害 (摂食障害を含む) の疾患概念と病態—発達危機という文脈での理解—. 精神経誌, 110; 327-337, 2008<sup>13)</sup> (専門医のための特別講座)

Bio-psycho-sociologicalな包括的観点から、「児童・思春期精神障害の病態に関する基本的な知識と感覚」が述べられていて、発達障害、排泄障害・チック障害、神経症性情緒と行動の障害の病態を理解していくための、基本的考え方を学ぶことができる。

#### [精神作用物質による精神及び行動の障害 F1] (8編)

○杠 岳文：アルコール使用障害の治療. 精神経誌, 111; 875-880, 2009<sup>22)</sup> (専門医を目指す人の特別講座)

構造化されたアルコール医療の精神科研修における意義、意識障害の鑑別として、アルコール性

ケトアシドーシスと大酒家突然死症候群，アルコール離脱期の薬物療法として，ベンゾジアゼピン薬剤の使用上の注意，多量飲酒者に対するブリーフインターベンションなどについて，述べられている。

[症状性を含む器質性精神障害 F0 (認知症など)] (7 編)

○村井俊哉：精神科の立場からの高次脳機能障害の臨床。精神誌，112；933-938，2010<sup>10)</sup>(教育講演)

高次脳機能障害の中でも，社会的行動障害が特に問題となった症例を紹介しながら，脳画像所見の捉え方，脳損傷部位と症状との対応関係，そして，心理社会的要因による症状の修飾などを中心に概説されている。

[成人のパーソナリティ及び行動の障害 F6] (3 編)

○牛島定信：境界性パーソナリティ障害の治療ガイドライン。精神誌，112；604-608，2010<sup>19)</sup>(教育講演)

「この種の患者は心理社会的困難に直面すると容易に壊れて，幼児心性が表面化しやすいことは確かであるが，それは社会的技能の低さのせいであり，治療としては，未熟な社会的技能の支援に力を入れる方が治療的成果も上がるという考えを基本にする」「大混乱の背景には未解決な現実的問題が存在するという認識が必要である」

[睡眠障害 F51, G47] (4 編)

○新野秀人：老年期の睡眠障害の病態と治療。精神誌，112；709-719，2010<sup>15)</sup>(総説)

睡眠の加齢減少に続いて，老年期（および初老期）特有の睡眠障害として，周期性四肢運動障害，レストレスレッグス症候群，レム睡眠行動障害と睡眠時無呼吸症候群について概説され，結語には，高齢者特有の睡眠障害は，ベンゾジアゼピン系睡眠薬で改善しないことも多いので，病態の評価と適切な薬剤選択が必要であると述べられている。

[てんかん G40, G41] (3 編)

○兼本浩祐，田所ゆかり，加藤裕子ほか：精神科医に必要なてんかん診断のための基礎知識。精神誌，111；460-465，2009<sup>5)</sup>(専門医を目指す人の特別講座)

てんかん学の基礎知識と精神科医が臨床で出会う可能性が特に高い，側頭葉てんかん，若年性ミオクローヌステんかん，てんかん関連病態として spike-wave stupor (細川) が，わかりやすく述べられている。

## おわりに

以上，総論の合計は，83 編で，疾患別の合計は，84 編で，それぞれ，精神誌約 4 冊分に相当する。このテキストを精読することにより，精神医学の各分野について，幅広く，実践的な理解を得ることができ，それは，専門医としての自信とアイデンティティの形成にも寄与すると思われる。

専門書の場合，その企画から出版までは，通常，数年以上の歳月を要し，かつ，その分野の進歩に遅れないためには，短期間で改訂版を出し続けることが必要となる。学会誌の既出論文から選択する，この編集方式の長所は，精神医学の進歩に合わせて，確実に改訂増補をしていくことができることにある。必要項目について適切な論文がない場合には，日本精神神経学会でそれを企画し，論文化を確認した後，テキストに収録していくこともできる。論文集なので，全体としてまとまりは，十分ではないかもしれないが，それだけに，読者は，多様な視点を学ぶことができる。そして，必要に応じて，あるいは，関心の強いところから，読むこともできると思われる。

このテキストが，精神科専門医に，いわば共通の土俵を提供し，人々に，よりよい医療を提供することに貢献することを期待している。

## 文 献

- 1) 朝田 隆：精神科領域における転倒とその予防。精神誌，107；378-382，2005
- 2) 傳田健三：不安障害の診断と治療—パニック障

害, 社会不安障害, 強迫性障害一. 精神経誌, 109; 389-397, 2007

3) 平田豊明: 精神科救急医療の目指す地平. 精神経誌, 113; 183-188, 2011

4) 梶 達彦, 三島和夫, 北村真吾ほか: 中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連—日本の一般人口を代表する大規模集団での横断的研究—. 精神経誌, 113; 653-661, 2011

5) 兼本浩祐, 田所ゆかり, 加藤裕子ほか: 精神科医に必要なてんかん診断のための基礎知識. 精神経誌, 111; 460-465, 2009

6) 笠井清登: 精神疾患の脳画像の進歩. 精神経誌, 109; 276-281, 2007

7) 川原隆造: 内観療法から心理療法の本質を考える. 精神経誌, 107; 487-494, 2005

8) 水上勝義: 軽度認知障害 (MCI) 症例にはどう対応すべきか? 精神経誌, 111; 26-30, 2009

9) 宮岡 等: 精神症状把握のための面接. 精神経誌, 108; 533-537, 2006

10) 村井俊哉: 精神科の立場からの高次脳機能障害の臨床. 精神経誌, 112; 933-938, 2010

11) 中谷陽二: 法と精神医学. 精神経誌, 109; 882-886, 2007

12) 大川匡子, 井上雄一: 睡眠障害. 精神経誌, 109;

797-803, 2007

13) 齊藤万比古: 児童思春期精神障害 (摂食障害を含む) の疾患概念と病態—発達危機という文脈での理解—. 精神経誌, 110; 327-337, 2008

14) 澤田優美子: クラブハウスはばたきの取り組みと精神科医に願うこと. 精神経誌, 110; 396-402, 2008

15) 新野秀人: 老年期の睡眠障害の病態と治療. 精神経誌, 112; 709-719, 2010

16) 内野俊郎: 治療アドヒアランスの獲得と維持—心理教育をどう利用するか—. 精神経誌, 113; 1048-1054, 2011

17) 内富庸介: サイコオンコロジー: がん医療における心の医学. 精神経誌, 107; 619-624, 2005

18) 上島国利, 尾鷲登志美, 高橋太郎ほか: 薬物アドヒアランス. 精神経誌, 107; 696-703, 2005

19) 牛島定信: 境界性パーソナリティ障害の治療ガイドライン. 精神経誌, 112; 604-608, 2010

20) 牛島定信: 発達障害をめぐる児童と成人精神科の接点. 精神経誌, 113; 712-716, 2011

21) 山田和男: 双極性障害うつ病相の治療エビデンス. 精神経誌, 113; 873-879, 2011

22) 杠 岳文: アルコール使用障害の治療. 精神経誌, 111; 875-880, 2009

## 資料

「精神科専門医を目指す人のために：論文集」  
 卒後研修委員会/  
 テキスト作成小委員会

## 第1部. 「精神科専門医を目指す人のために—総論—」

### I. 患者及び家族との面接

1. 宮岡 等：精神症状把握のための面接. 精神経誌, 108 ; 533-537, 2006  
 <第2回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
2. 濱田秀伯：精神症状のとらえかた—幻覚を中心に—. 精神経誌, 108 ; 1099-1103, 2006  
 <専門医を目指す人の特別講座>
3. 井上新平, 下寺信次, 福澤佳恵ほか：精神科治療におけるEE(家族感情表出)の意義. 精神経誌, 106 ; 515-518, 2004 <教育講演>

### II. 疾患概念と病態の理解

1. 松岡洋夫：統合失調症. 精神経誌, 109 ; 189-194, 2007  
 <第10回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
2. 笠井清登：統合失調症の早期病態解明・診断補助法開発：ユースメンタルヘルスの実現に向けて. 精神経誌, 113 ; 679-687, 2011 <特集>
3. 山脇成人, 高橋輝道, 今中章弘ほか：気分障害. 精神経誌, 109 ; 398-402, 2007  
 <第11回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
4. 笠原 嘉：「うつ状態の臨床的分類」再論. 精神経誌, 107 ; 523-528, 2005 <精神医学の潮流>
5. 越野好文：不安障害. 精神経誌, 108 ; 872-876, 2006  
 <第5回専門医制度委員会企画> (腕試し

問題あり)

6. 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  
 <シンポジウム>
  7. 堀口 純：身体表現性障害の診断と治療. 精神経誌, 108 ; 1104-1108, 2006  
 <第7回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
  8. 岡野憲一郎：解離性障害とは—概念とその歴史—. 精神経誌, 113 ; 888-896, 2011  
 <特集>
  9. 西村良二：小児・児童の精神疾患. 精神経誌, 108 ; 1249-1252, 2006  
 <第8回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
  10. 齋藤利和：精神作用物質による精神および行動の障害：アルコール依存を中心に. 精神経誌, 110 ; 250-255, 2008 <専門医のための特別講座>
  11. 朝田 隆：アルツハイマー病とその対応. 精神経誌, 109 ; 184-188, 2007  
 <専門医を目指す人の特別講座>
  12. 中村 純, 丹羽真一：症状精神病. 精神経誌, 108 ; 997-1003, 2006  
 <第6回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
  13. 大川匡子, 井上雄一：睡眠障害. 精神経誌, 109 ; 797-803, 2007  
 <第15回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
- ### III. 診断と治療計画
1. 中井久夫：統合失調症の経過における治療者・患者間の最小限の情報交換. 精神経誌, 109 ; 179-183, 2007 <ランチタイムプレナリーセッション>
  2. 松本和紀, 宮腰哲生, 伊藤文晃ほか：精神病発症危機群への治療的介入：SAFEこころのリスク外来の試み. 精神経誌, 111 ; 298-303, 2009 <シンポジウム>

3. 広瀬徹也：うつ病の comorbidity. 精神経誌, 103 ; 1046-1054, 2001 <教育講演>
4. 野村総一郎：気分障害の治療. 精神経誌, 108 ; 1244-1248, 2006 <専門医を目指す人の特別講座>
5. 成田善弘：強迫性障害に対する治療の心得. 精神経誌, 106 ; 1297-1301, 2004 <ランチョンセミナー>
6. 市川宏伸：発達障害とその周辺. 精神経誌, 110 ; 321-326, 2008 <教育講演>
7. 牛島定信：発達障害をめぐる児童と成人精神科の接点. 精神経誌, 113 ; 712-716, 2011 <特集>
8. 水上勝義：軽度認知障害 (MCI) 症例にはどう対応すべきか? 精神経誌, 111 ; 26-30, 2009 <シンポジウム>
9. 天野直二, 荻原朋美, 荻原徹也：老年期にみられる幻覚妄想について. 精神経誌, 111 ; 973-978, 2009 <教育講演>
10. 尾崎紀夫：精神科臨床における遺伝カウンセリング. 精神経誌, 109 ; 786-796, 2007 <教育講演>

#### IV. 補助検査法

1. 笠井清登：精神疾患の脳画像の進歩. 精神経誌, 109 ; 276-281, 2007 <教育講演>
2. 深津千賀子：精神科診療のための心理検査. 精神経誌, 109 ; 282-287, 2007 <専門医を目指す人の特別講座>

#### V. 薬物・身体療法

##### (薬物療法)

1. 上島国利：向精神薬. 精神経誌, 109 ; 604-608, 2007 <第13回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
2. 大森哲郎：臨床現場と臨床エビデンスとの近くて遠い距離. 精神経誌, 106 ; 923-927, 2004 <シンポジウム>

3. 上島国利, 尾鷲登志美, 高橋太郎ほか：薬物アドヒアランス. 精神経誌, 107 ; 696-703, 2005 <教育講演>
4. 石田 康, 武田龍一郎, 船橋英樹：疼痛治療における抗うつ薬の役割. 精神経誌, 112 ; 622-624, 2010 <教育講演>

##### (身体療法)

5. 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 <総説>
6. 土井永史：電気痙攣療法の新しい適応の可能性—疼痛緩和治療への応用. 精神経誌, 109 ; 354-360, 2007 <シンポジウム>
7. 八田耕太郎, 白井千恵, 伊藤賢伸ほか：ECT後に発生した重篤な合併症の病態と予防可能性について. 精神経誌, 110 ; 669-671, 2008 <シンポジウム>

#### VI. 精神療法

1. 北西憲二：日本と世界の精神医学—森田療法と世界の精神療法. 精神経誌, 102 ; 297-302, 2000 <シンポジウム>
2. 山折哲雄：日本人の心とスピリチュアリティ. 精神経誌, 102 ; 1217-1221, 2000 <一般公開特別講演会>
3. 土居健郎：日本起源の概念は通用するか. 精神経誌, 104 ; 1017-1023, 2002 <レクチャー>
4. 西村良二：思春期の精神療法. 精神経誌, 107 ; 180-184, 2005 <教育講演>
5. 川原隆造：内観療法から心理療法の本質を考える. 精神経誌, 107 ; 487-494, 2005 <教育講演>
6. 安西信雄, 西園昌久：わが国における SST の発展と SST 普及協会の役割. 精神経誌, 108 ; 98-101, 2006 <精神医療奨励賞受賞講演>
7. 神田橋條治：「自閉」の利用—前・中・後. 精神経誌, 108 ; 1265-1269, 2006 <潮流>

8. 青木省三：精神療法の基本について考える。精神経誌，110；120-124，2008 <教育講演>
9. 中野有美：呼吸コントロール技法とそれに関する心理教育。精神経誌，110；492-494，2008 <シンポジウム>
10. 中村伸一：主婦のうつ病と夫婦療法。精神経誌，111；441-445，2009 <シンポジウム>

#### Ⅶ. 心理社会的療法，精神科リハビリテーション，及び地域精神医療・保健・福祉

(心理社会的療法)

1. 後藤雅博：心理社会療法。精神経誌，108；668-671，2006  
<第3回専門医制度委員会企画>(腕試し問題あり)

(精神科リハビリテーション)

2. 高橋幸男：痴呆を患ってどう生きるか—痴呆老人デイケアの経験から。精神経誌，102；770-775，2000 <精神医療奨励賞受賞講演>
3. 川村 実：地域で暮らすメリットとデメリット。精神経誌，110；431-435，2008 <シンポジウム>
4. 伊藤順一郎：ACTのわが国での可能性：ACT-Jの実践報告から。精神経誌，111；313-318，2009 <シンポジウム>
5. 三家英明：精神科クリニックにおける就労支援。精神経誌，111；1087-1091，2009 <シンポジウム>
6. 横山太範：リワーク・プログラムの治療的意義。地域の中核都市での実践—地域内連携と判定検査。精神経誌，112；246-251，2010 <シンポジウム>
7. 中込和幸：認知リハビリテーションに情動の視点を加える。精神経誌，113；1102-1109，2011 <特集>

(地域精神医療・保健・福祉)

8. 梶 達彦，三島和夫，北村真吾ほか：中高年における抑うつ症状の出現と生活上のストレスとの関連—日本の一般人口を代表する大規模集団での横断研究—。精神経誌，113；653-661，2011 <精神医学のフロンティア>
9. 荒井 稔：産業領域におけるメンタルヘルス対策と精神障害について。精神経誌，107；1116-1124，2005 <教育講演>
10. 栗田主一：高齢者の自殺とその予防。精神経誌，107；1099-1109，2005 <シンポジウム>
11. 廣 尚典：職場・地域連携の自殺対策—産業医の立場から。精神経誌，112；504-508，2010 <シンポジウム>
12. 河西千秋，平安良雄，有賀 徹ほか：自殺企図再発防止方略開発のための多施設共同研究‘ACTION-J’（厚労科学研究費補助金事業自殺対策のための戦略研究）：その背景と研究の概要。精神経誌，110；230-237，2008 <シンポジウム>
13. 川野健治：自死遺族の精神保健問題。精神経誌，113；87-93，2011 <特集>
14. 新村秀人，根本隆洋，佐久間啓ほか：地域生活における「幸齢化」をめざして。精神経誌，113；380-386，2011 <特集>

#### Ⅷ. 精神科救急

1. 平田豊明：精神科救急医療の目指す地平。精神経誌，113；183-188，2011 <特集>

#### Ⅸ. リエゾン・コンサルテーション精神医学

(全般)

1. 堀川直史：コンサルテーション・リエゾン精神医学。精神経誌，109；709-712，2007 <第14回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
2. 尾崎紀夫：コンサルテーション・リエゾン精神医療の実際。精神経誌，105；1431-1436，2003 <教育講演>

3. 千葉 茂, 田村義之: せん妄をめぐって. 精神経誌, 107; 383-388, 2005 <教育講演>
4. 内山 真: プライマリーケアにおける不眠・過眠症状の診断・治療. 精神経誌, 108; 1230-1236, 2006 <シンポジウム>
5. 岡野禎治: 産後うつ病と育児支援. 精神経誌, 111; 432-439, 2009 <シンポジウム>

#### (がん医療)

6. 西村良二: がん患者に対する精神療法の理論と実践. 精神経誌, 106; 772-775, 2004 <シンポジウム>
7. 内富庸介: サイコオンコロジー: がん医療における心の医学. 精神経誌, 107; 619-624, 2005 <教育講演>
8. 大西次郎: 死に直面する心理とスピリチュアルケア—死を語ることへの批判的論考. 精神経誌, 107; 1169-1177, 2005 <討論>
9. 伊藤敬雄: がん医療におけるリエゾン精神医療. 精神経誌, 111; 57-61, 2009 <シンポジウム>
10. 三ヶ木聡子: 一般病院における精神科医との協働について—精神看護専門看護師の立場から—. 精神経誌, 113; 279-283, 2011 <特集>

#### X. 法と精神医学

1. 中谷陽二: 法と精神医学. 精神経誌, 109; 882-886, 2007 <第16回専門医制度委員会企画> (腕試し問題あり)
2. 斎藤正彦: 成年後見制度の現状と課題. 精神経誌, 106; 78-83, 2004 <シンポジウム>
3. 松浦雅人: てんかんと法的問題—とくに自動車運転免許取得について. 精神経誌, 107; 270-276, 2005 <シンポジウム>
4. 中谷陽二: 刑事精神鑑定の実際. 精神経誌, 108; 527-532, 2006 <専門医を目指す人の特別講座>

5. 平田豊明: 医療観察法への社会的要請と運用上の問題点. 精神経誌, 110; 43-48, 2008 <シンポジウム>
6. 得津 馨: 医療観察法の施行状況と今後の対応. 精神経誌, 111; 1098-1105, 2009 <シンポジウム>

#### XI. 医の倫理

1. 熊倉伸宏: 臨床における判断能力. 精神経誌, 108; 1094-1098, 2006 <教育講演>
2. 松岡 浩: 精神科医療事故の法的諸問題. 精神経誌, 109; 483-487, 2007 <教育講演>
3. 佐藤光源: 統合失調症—病名変更の波及効果と今日的課題. 精神経誌, 110; 849-854, 2008 <先輩に聴く>
4. 澤田優美子: クラブハウスはばたきの取り組みと精神科医に願うこと. 精神経誌, 110; 396-402, 2008 <シンポジウム>

#### XII. 安全管理

1. 朝田 隆: 精神科領域における転倒とその予防. 精神経誌, 107; 378-382, 2005 <教育講演>
2. 西尾彰泰, 後藤太郎, 植木啓文: 精神科での身体拘束患者における深部静脈血栓症. 精神経誌, 109; 998-1007, 2007 <総説>
3. 杉山直也, 岩下 覚, 河西千秋ほか: わが国の医療施設における自殺事故の大規模調査 I—精神科医療施設における自殺事故. 精神経誌, 110; 1038-1044, 2008 <シンポジウム>

## 第2部。「精神科専門医を目指す人のために—疾患別—」

### 【統合失調症 F2】

(全般)

1. 関根義夫：緊張病性興奮で発症した統合失調症—男子例の30年後：統合失調症における「寛解」および「治癒」概念についての一考察. 精神経誌, 107;1159-1168, 2005 <討論>
2. 西田惇志, 谷井久志, 西村幸香ほか：出生コホート研究による病前因子と統合失調症の発症. 精神経誌, 109;333-338, 2007 <シンポジウム>
3. 中根允文：発病・再発および経過に関わるライフイベント. 精神経誌, 109;751-758, 2007 <シンポジウム>

(病態・成因仮説)

4. 西川 徹：統合失調症とグルタミン酸伝達系. 精神経誌, 111;859-867, 2009 <教育講演>
5. 鈴木道雄：統合失調症における脳構造画像診断の臨床的意義. 精神経誌, 111;1159-1164, 2009 <教育講演>
6. 高橋 栄, 小島卓也, 鈴木正泰ほか：統合失調症の endophenotype としての探索眼球運動. 精神経誌, 111;1469-1478, 2009 <精神医学のフロンティア>

(診断)

7. 針間博彦：早期精神病 (early psychosis) における診断と症候学. 精神経誌, 112;338-345, 2010 <シンポジウム>

(薬物療法)

8. 大久保善朗, 須原哲也：受容体占有と抗精神病作用—PET/SPECT を用いた抗精神病薬の薬効評価—. 精神経誌, 103;329-340, 2001 <総説>
9. 宮本聖也：わが国の多剤併用大量療法の歴史

と現状, 現在までの取り組みと課題. 精神経誌, 108;599-607, 2006 <シンポジウム>

10. 尾崎紀夫：アドヒアランスを重視した統合失調症の治療—再発予防の視点から—. 精神経誌, 108;991-996, 2006 <専門医を目指す人の特別講座>
11. 内村直尚, 小島居 望：統合失調症にみられる睡眠障害と非定型抗精神病薬の有用性の検討. 精神経誌, 108;1208-1216, 2006 <シンポジウム>
12. 黒木俊秀：第2世代抗精神病薬の基礎薬理と日常臨床のはざま—認知機能改善作用をめぐって—. 精神経誌, 108;1323-1329, 2006 <教育講演>
13. 岡田 俊：新規抗精神病薬服用中の統合失調症患者に対する代謝系副作用モニタリング. 精神経誌, 110;1209-1218, 2008 <教育講演>
14. 内野俊郎：治療アドヒアランスの獲得と維持—心理教育をどう利用するか—. 精神経誌, 113;1048-1054, 2011 <特集>

(心理社会的療法・リハビリテーション)

15. 池淵恵美：認知機能リハビリテーションは統合失調症の機能回復に有用か. 精神経誌, 106;1343-1356, 2004 <総説>
16. 原田誠一：認知療法からみた統合失調症の治療とリハビリテーション. 精神経誌, 107;45-51, 2005 <シンポジウム>
17. 池淵恵美：統合失調症の人の就労支援. 精神経誌, 108;436-448, 2006 <総説>
18. 井上新平：統合失調症の心理社会的治療の発展—患者中心か家族中心か—. 精神経誌, 109;743-748, 2007 <会長講演>

### 【気分(感情)障害 F3】

(全般)

1. 大野 裕：気分障害. 精神経誌, 109;876-881, 2009 <専門医を目指す人の特別講

座>

2. 寺尾 岳, 後藤慎二郎, 帆秋伸彦ほか: 双極性障害の診断と治療. 精神経誌, 112; 1261-1268, 2010 <教育講演>
3. 張 賢徳: 自殺予防との関係からみて. 精神経誌, 111; 674-679, 2009 <シンポジウム>

(病態・成因仮説)

4. 藤川徳美: 無症候性脳梗塞とうつ病—脳血管性うつ病の概念. 精神経誌, 106; 421-430, 2004 <総説>
5. 大嶋明彦, 樋口輝彦, 三國雅彦ほか: 気分障害と視床下部-下垂体-副腎皮質系—立体的な病態理解を目指して—. 精神経誌, 106; 786-791, 2004 <シンポジウム>
6. 清水徹男: 睡眠障害とうつ病. 精神経誌, 108; 1203-1207, 2006 <シンポジウム>

(診断)

7. 田中輝明, 小山 司: 双極スペクトラム障害の診断. 精神経誌, 111; 633-637, 2009 <シンポジウム>

(薬物療法・身体療法)

8. 田島 治: SSRIの功罪—新規抗うつ薬の光と影. 精神経誌, 109; 381-388, 2007 <教育講演>
9. 吉野相英: うつ病のアルゴリズム治療. 精神経誌, 111; 692-699, 2009 <教育講演>
10. 篠崎和弘: 経頭蓋磁気刺激のうつ病への応用. 精神経誌, 110; 115-119, 2008 <教育講演>
11. 中川 伸: 海馬神経細胞新生と気分障害治療. 精神経誌, 112; 992-997, 2010 <特集>
12. 神庭重信: 双極性障害の治療ガイドライン(日本うつ病学会作成)について. 精神経誌, 113; 863-866, 2011 <特集>
13. 寺尾 岳: 躁病エピソードの治療エビデン

ス. 精神経誌, 113; 867-872, 2011 <特集>

14. 山田和男: 双極性障害うつ病相の治療エビデンス. 精神経誌, 113; 873-879, 2011 <特集>
15. 水島広子: 双極性障害の疾患教育と対人関係・社会リズム療法. 精神経誌, 113; 880-885, 2011 <特集>

(精神療法・社会復帰)

16. 大野 裕: うつ病の認知療法—薬物療法と精神療法との総合的活用—. 精神経誌, 103; 1036-1040, 2001 <シンポジウム>
17. 中村 純: 職場のメンタルヘルス—うつ病者の職場復帰. 精神経誌, 103; 608-612, 2001 <教育講演>
18. 秋山 剛: (リワーク)プログラムにおける評価の標準化. 精神経誌, 112; 258-263, 2010 <シンポジウム>

[神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(摂食障害を含む) F4 (F50)]

(不安障害一般)

1. 井上和臣: 社会不安障害への認知行動療法. 精神経誌, 108; 760-765, 2006 <シンポジウム>
2. 傳田健三: 不安障害の診断と治療—パニック障害, 社会不安障害, 強迫性障害—. 精神経誌, 109; 389-397, 2007 <専門医を目指す人の特別講座>
3. 溝部宏二, 中込和幸: 神経症性障害, ストレス関連障害及び身体表現性障害(摂食障害を含む)の疾患の概念と病態の理解. 精神経誌, 109; 1157-1164, 2007 <専門医のための特別講座>

(パニック障害)

4. 上島国利: パニック障害の診断と治療. 精神経誌, 103; 783-789, 2001 <教育講演>

## (強迫性障害)

5. 松永寿人, 切池信夫: 強迫性障害 (OCD) の概要. 精神経誌, 109; 147-151, 2007 <シンポジウム>
6. 岡本泰昌: 強迫性障害の薬物療法とセロトニン・ドパミン仮説. 精神経誌, 113; 36-44, 2011 <特集>
7. 金生由紀子: チック障害との関連による OCD の検討. 精神経誌, 111; 810-815, 2009 <シンポジウム>

## (PTSD)

8. 飛鳥井望: エビデンスに基づいた PTSD の治療法. 精神経誌, 110; 244-249, 2008 <教育講演>

## (摂食障害)

9. 切池信夫: 摂食障害難治例の診断と治療. 精神経誌, 105; 1234-1238, 2003 <教育講演>
10. 館 哲郎: 摂食障害の診断と治療. 精神経誌, 109; 81-88, 2007 <専門医を目指す人の特別講座>
11. 西園マーハ文: 摂食障害の病態理解と治療: 精神科医に求められている対応は何か. 精神経誌, 111; 854-858, 2009 <教育講演>

## [児童・思春期精神障害 (摂食障害を含む) F7, F8, F9 (F50)]

## (全般)

1. 山脇成人: 乳幼児期心的外傷体験とストレス性精神障害—その脳科学的研究の現状—. 精神経誌, 107; 506-513, 2005 <教育講演>
2. 齊藤万比古: 児童思春期精神障害 (摂食障害を含む) の疾患概念と病態—発達危機という文脈での理解—. 精神経誌, 110; 327-337, 2008 <専門医のための特別講座>

## (広汎性発達障害, アスペルガー症候群)

3. 中根 晃: 幼児の自閉的精神生活\*その後—ここまでわかった自閉症. 精神経誌, 108; 1119-1127, 2006 <精神医学の潮流>
4. 川畑友二: アスペルガー症候群とシゾイドパーソナリティ障害との関連について—児童精神科医としての見解. 精神経誌, 109; 45-49, 2007 <シンポジウム>
5. 小山智典, 栗田 広: アスペルガー障害と高機能自閉症における認知・症状プロフィール. 精神経誌, 110; 469-474, 2008 <精神医学のフロンティア>
6. 神尾陽子: 一般精神科臨床で出会う高機能広汎性発達障害成人患者の診断をめぐる臨床的問題. 精神経誌, 110; 968-973, 2008 <教育講演>

## (注意欠陥/多動性障害)

7. 齊藤万比古: ADHD 治療システムの中の薬物療法, その意義と限界. 精神経誌, 110; 923-931, 2008 <シンポジウム>

## [精神作用物質による精神及び行動の障害 F1]

## (全般)

1. 和田 清: 精神作用物質使用障害の今日的実態. 精神経誌, 112; 651-660, 2010 <シンポジウム>
2. 氏家 寛: 精神作用物質使用障害の疾患概念における本邦と欧米との違い. 精神経誌, 112; 661-664, 2010 <シンポジウム>
3. 松本俊彦, 小林桜児: 精神作用物質障害の心理社会的治療: 再乱用防止のための認知行動療法を中心に. 精神経誌, 112; 672-676, 2010 <シンポジウム>

## (アルコール)

4. 杠 岳文: アルコール使用障害の治療. 精神経誌, 111; 875-880, 2009 <専門医を目指す人の特別講座>
5. 松下幸生, 樋口 進: アルコール関連障害と

自殺. 精神経誌, 111; 1191-1202, 2009  
 <総説>

(その他の精神作用物質)

6. 福居顕二：有機溶剤依存の臨床と基礎. 精神経誌, 104; 66-70, 2002 <教育講演>
7. 佐藤光源：覚せい剤精神病の臨床と基礎. 精神経誌, 104; 179-209, 2002 <教育講演>
8. 久場川哲二, 新村秀人：覚せい剤精神病患者への精神科医療. 精神経誌, 111; 850-853, 2009 <教育講演>

[症状性を含む器質性精神障害 F0 (認知症など)]

(全般)

1. 村井俊哉：精神科の立場からの高次脳機能障害の臨床. 精神経誌, 112; 933-938, 2010 <教育講演>

(認知症)

2. 小阪憲司, 井関栄三, 都甲 崇ほか：レビー小体型痴呆. 精神経誌, 107; 529-544, 2005 <総説>
3. 工藤 喬：BPSD に対する抗精神病薬療法. 精神経誌, 109; 657-663, 2007 <シンポジウム>
4. 朝田 隆：認知症に関わる最近の話題. 精神経誌, 111; 85-92, 2009 <教育講演>
5. 中村 祐：認知症の薬物療法. 精神経誌, 111; 979-983, 2009 <教育講演>
6. 岩坪 威：アルツハイマー病の分子病態と根本治療. 精神経誌, 113; 568-573, 2011 <特集>
7. 山本泰司：軽度認知障害 (MCI) に関する最近の話題. 精神経誌, 113; 584-592, 2011 <特集>

[成人のパーソナリティ及び行動の障害 F6]

1. 狩野力八郎：人格障害の診断と治療. 精神経

誌, 109; 598-603, 2007 <教育講演>

2. 山内俊雄：性同一性障害から学んだこと. 精神経誌, 110; 1225-1231, 2008 <先輩に聴く>
3. 牛島定信：境界性パーソナリティ障害の治療ガイドライン. 精神経誌, 112; 604-608, 2010 <教育講演>

[睡眠障害 F51, G47]

1. 千葉 茂：サーカディアンリズム睡眠障害. 精神経誌, 106; 374-387, 2004 <教育講演>
2. 内村直尚, 土生川光成：睡眠時無呼吸症候群 (SAS) と精神疾患—SAS とうつ病との関係. 精神経誌, 110; 94-98, 2008 <シンポジウム>
3. 金部倫子, 内山 真：向精神薬と睡眠時随伴症. 精神経誌, 110; 99-106, 2008 <シンポジウム>
4. 新野秀人：老年期の睡眠障害の病態と治療. 精神経誌, 112; 709-719, 2010 <総説>

[てんかん G40, G41]

1. 兼本浩祐, 田所ゆかり, 大島智弘：精神科におけるてんかん診療. 精神経誌, 110; 585-590, 2008 <専門医のための特別講座>
2. 兼本浩祐, 田所ゆかり, 加藤裕子ほか：精神科医に必要なてんかん診断のための基礎知識. 精神経誌, 111; 460-465, 2009 <専門医を目指す人の特別講座>
3. 松岡洋夫：てんかん特異的な精神症状の新たな理解：国際分類 (ILAE) 案をめぐる. 精神経誌, 112; 806-812, 2010 <教育講演>

以上

## Toward an Edition of a Textbook according to Training Guidelines in Psychiatry

Masayoshi KURACHI

*University of Toyama*

The attitude, knowledge, and skills which are required by psychiatrists are indicated in the training guidelines in the pocket handbook for psychiatrists. If the detailed contents of each item of the guidelines were described, it would be very useful for doctors who wish to be psychiatrists. Thus, a postgraduate training committee decided to edit the textbook by selecting relevant articles which were published in *Psychiatria et Neurologia Japonica* from 2000 to 2011. As a result, 83 general and 84 specific articles (clinical syndromes) were selected. In this symposium, some of these articles will be presented. The strength of this editing method is that it is not difficult to revise the text every couple of years according to progress in psychiatry. We hope that this text creates a common field for psychiatrists and contributes to good clinical practice in psychiatry.

< Author's abstract >

< **Key words** : psychiatrist, training guideline, general part, clinical syndromes,  
*Psychiatria et Neurologia Japonica* >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 外国とわが国の専門医制度の比較 ——精神療法を中心に——

大野 裕<sup>1)</sup>, 藤澤 大介<sup>2)</sup>

- 1) 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター,  
2) 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

わが国における専門医制度の充実のためには、質の担保された精神療法の教育が不可欠である。しかし、これまでわが国では、スーパービジョンをベースにした精神療法の体系的な研修が行われてこなかった。そこで、本稿では、わが国でも治療効果が実証され当事者からのニーズが高い認知療法・認知行動療法（以下、認知行動療法）に注目して、欧米の研修システムを紹介するとともに、厚生労働省の認知行動療法の研修事業の現状と、専門医制度の中での今後の研修の可能性について検討することにした。特に、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を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）について詳しく論じることにしたい。

<索引用語：精神療法，認知療法，認知行動療法，研修>

### はじめに

わが国における専門医制度の充実のためには、質の担保された精神療法の教育が不可欠である。しかし、これまでわが国では、スーパービジョンをベースにした精神療法の体系的な研修が行われてこなかった。そこで、本稿では、わが国でも治療効果が実証され当事者からのニーズが高い認知療法・認知行動療法（以下、認知行動療法）に着目して、欧米の研修システムを紹介するとともに、厚生労働省の認知行動療法の研修事業の現状と、専門医制度の中での今後の研修の可能性について検討した。

精神疾患の治療で、精神療法は、薬物療法と環境調整とともに中核的な役割を果たしている。こ

れまでの研究では、うつ病や不安障害などの非精神病圏の治療において、認知行動療法などの効果が実証された精神療法は、薬物療法に匹敵する効果があり、薬物療法と併用することで個別の治療を行うよりも高い効果が期待されることがわかっている。また、統合失調症や双極性障害のような精神病圏の疾患に対する治療でも、薬物療法の効果を高める研究成果が報告されている。

こうした科学的根拠が多く報告されているにもかかわらず、わが国では、精神療法の体系的な研修が行われることや、研修の方法論が検討されることがほとんどなかった。

そうした中、我々は、2007年度から始まった厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事

業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」と、それに続く「精神療法の有効性の確立と普及に関する研究」(主任研究者はともに大野裕)の中で「精神療法の教育と研修に関する研究」(藤澤大介)を積み重ねてきた。そして、これらの研究成果に基づいて、2010年度からはうつ病に対する認知行動療法が保険診療報酬の対象となり、2011年度から、厚生労働省の委託事業としての研修事業が始まった。

そこで本稿では、こうした研究や研修事業の基礎となった米英での精神療法、特に認知行動療法の研修システムを紹介したうえで、我々が研究班で提唱しているわが国における研修システムについて議論することにしたい。

## I. 米国の研修

米国の精神科レジデント教育制度における精神療法研修の基本指針は2001年に策定され、2007年に改定されている。すべての研修機関がこの指針に基づいて研修プログラムを作成しているわけではないが、その指針によれば、精神科レジデントは支持的精神療法の研修を受けたうえで、精神力動的な精神療法、認知行動療法の研修を受けることとされている(Y-model)<sup>7)</sup>。

認知行動療法の研修では、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、スーパービジョンが行われ、スーパービジョンは可能であれば面接の録画記録を利用することが強く勧められている<sup>8)</sup>。こうした研修では研修が効果的であるかどうかを検証することも重要であるが、米国では、被研修者の面接能力の評価手段として、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%)などが用いられている(括弧内は用いられた施設の割合)<sup>5)</sup>。

認知行動療法の上級者の研修は、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/](http://www.academyofct.org/))などで行われている。ACTで認知療法士と

して認定されるためには以下の要件を満たす必要がある。①メンタルヘルス領域における学位、②診療免許、③倫理規定に則った行動、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スーパービジョン研修、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ぶ、読書リストを提出する)、d) 1年以上の認知療法経験。

そのうえで、認知療法に関する教育歴と研究歴を示した履歴書と推薦状2通を提出するとともに、実際に症例を治療した映像または音声テープを提出し、認知療法尺度(cognitive therapy scale: CTS)<sup>9)</sup>と、認知的概念化評価尺度(Cognitive Formulation Rating Scale: CFRS)に基づく評価を受ける。CTSは、各セッションを評価する11項目の尺度であり、1つ以上のセッションで、66点満点中40点以上をとることが求められる。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尺度であり、24点満点中20点以上をとることが求められる。

## II. 英国の研修

英国では、2007年からの3年間で30億ポンド(350億円以上)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)の施策が施行され、予備的ではあるが、その効果も示されてきている<sup>1)</sup>。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、高強度の介入 high-intensity intervention と低強度の介入 low-intensity intervention とに分けられている。

高強度の介入は、専門的な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療法が採用されている。低強度の介入は、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、コンピュータ認知療法、行動活性化などが含まれ

る。

IAPT では、治療者が習得すべき能力として次の5つのドメインが掲げられている。

- ①心理・社会的治療における一般的な能力：あらゆる精神療法に共通する基礎能力であり、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である。より具体的には、①治療同盟（クライアントと治療者との協力関係「パートナー感覚」）、②共感（患者の体験を理解し、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。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。また、第3〜4セッションまでに患者と治療者との間で治療目標を共有することが、治療転帰に関連する。
- ②認知行動療法の基礎能力：認知行動療法の基礎理論や治療の進め方を理解して、認知行動理論を患者に教育し、患者と協力しながらセッションのアジェンダを設定し、ホームワークを出すこと、などである。
- ③認知行動療法の特定のスキル：具体的な治療スキルの習得であり、段階的暴露、ソクラテスの質問法、患者の認知の同定・検証と認知再構成、問題解決スキル、アサーションのスキルなどが含まれる。
- ④個々の問題に特化した能力：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。
- ⑤メタ能力：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、マニュアルを適切にかつ柔軟に運用・応用する能力である。こうした能力は、講義や読書だけで習得することは困難であり、面接に対する定期的なスーパービジョンを通して身につけていく必要がある。

低強度の介入を行う治療者は、うつ病や不安障害の患者が回復に向けて自らが対処できるように

支援することを目的として活動しており、情報収集（問診）、エビデンスに基づいた治療法の情報提供、セルフヘルプの支援が主たる業務となる。研修は合計45日かけて4つのモジュールを学習する。研修を受けるにあたって、精神保健に関する実務経験は必要とされない。

研修すべきとされているモジュールは、①頻度の高い精神疾患患者との治療契約とアセスメント [5日間の集中的ワークショップ+週1日×10週間の研修（講義半日+スーパービジョン下での実践半日）、②エビデンスに基づいた低強度治療の提供 [週1日（講義半日+スーパービジョン下での実践半日）×10週間]、③患者の多様性への配慮 [週1日（講義半日+スーパービジョン下での実践半日）×10週間]、④臨床に従事するうえで身につけておくべき事柄 [週1日（講義半日+スーパービジョン下での実践半日）×10週間] の4つから構成されている。

研修の成果を評価することも重要であり、①②④はロールプレイによって評価されるとともに、研修生自身がその録画ビデオを見ながら自分の面接のレジユメを提出する。その他に、筆記試験を受け、症例のまとめを提出し、③については実際の症例の治療計画を作成して評価を受ける。

高強度の介入の研修生は、通常、週に2日研修機関に通い、その他の時間は自分の臨床現場で実践を積む。研修を開始するに当たってはワークショップで集中的な研修を受けることが勧められ、各モジュールにつき20日以上研修が推奨される。研修は、①スキルを中心としたワークショップ、②グループワーク、ワークショップでのロールプレイ、グループスーパービジョン、各自の臨床現場での個人/グループスーパービジョン、③治療と並行したスーパービジョン、④自習（読書、各セッション前後の読書、DVD/ビデオライブラリー、eラーニング）、⑤ケースマネジメントと個々の問題に基づいた学習（ワークショップとスーパービジョンによる）からなる。

研修生は、200時間以上の診断/治療面接、8例以上の治療終結とレポートの作成、治療と並行し

た定期的なスーパービジョンの受講、70時間以上のスーパービジョン、6セッションについてのCTSなどの評価尺度を用いた自己評価、自験例に関連する5冊以上の認知行動療法の読書、が求められる。

なお、英国NICEのうつ病診療ガイドライン<sup>6)</sup>では、認知行動療法を含む心理社会的治療の実践に必須な要素として、①能力のある臨床家が治療にあたること、②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）、③定期的に質の高いスーパービジョンを受けること、④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、⑤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）を挙げている。

### Ⅲ. 本邦における研修の現状と今後の方向性

筆者らのグループは、厚生労働科学研究の中で、認知行動療法の研修に関して次のような知見を得ている<sup>2)</sup>。

まず、経験・研修歴の異なる支援職（医師、心理職、福祉職など）252名を対象に、40問からなる日本語版認知療法認識尺度(Cognitive Therapy Awareness Scale:CTAS-J)を用いて認知療法の知識を測定したところ、過去の研修時間、認知行動療法実践歴、認知行動療法に関連する読書数とそれぞれ有意な相関が認められることと、2日間のワークショップによって認知療法の基礎が習得できることが示された。

我々が2002年以来、毎年複数回にわたって行ってきた認知療法初級ワークショップで得たデータを解析したところ、6時間のワークショップによって、CTAS-Jが有意に上昇し、基準点に到達することが観察された。したがって、これに実践的なモジュールを追加した2日間のコースによって、うつ病の認知療法の基礎を習得できると考えられる。ただし、不安障害のモジュールは2日間には含まれないため、別に受講する必要がある。

スーパービジョンに関しては、認知療法初学セラピスト7人に対して、認知療法経験5年以上のスーパーバイザー2人がスーパービジョンを行い、CTSにて評価したところ、2症例目以降でACTの初期基準点を超えた。

以上から、認知行動療法の研修では、2日間の初期研修と2例以上のスーパービジョンが最低限必要であると考えられる。

以上の所見や海外の動向を踏まえて、我々は、厚生労働省の認知行動療法研修事業で以下のような手順で研修を実施している。

それは3年以上の精神科臨床歴を持った医師に、2日間の初期ワークショップを受講してもらい、日常業務の中で認知行動療法を実践して毎回スーパービジョンを受けるというものである。初期ワークショップでは、図に示した精神療法スキルの習得段階のレベル1とレベル2の習得を目標としている。

第1レベルでは、すべての精神療法に共通する必須能力である共感と治療目標の共有、治療同盟の構築を目的とした精神療法の基本トレーニングを行う。第2レベル2では認知行動療法の基礎知識を講義の中で伝え、書籍や文献を提示する。また、基本的な治療関係を構築できるように、ロールプレイや映像を用いた講義を行う。こうした研修の内容は、eラーニング・サイト (<http://www.crt-web.com/>) にアップし、必要に応じて学習できるようにしている。

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。

スーパービジョンの実施方法であるが、スーパーバイザー（治療者）が日常業務から離れないで研修が行えるように、面接を録音（ないしは録

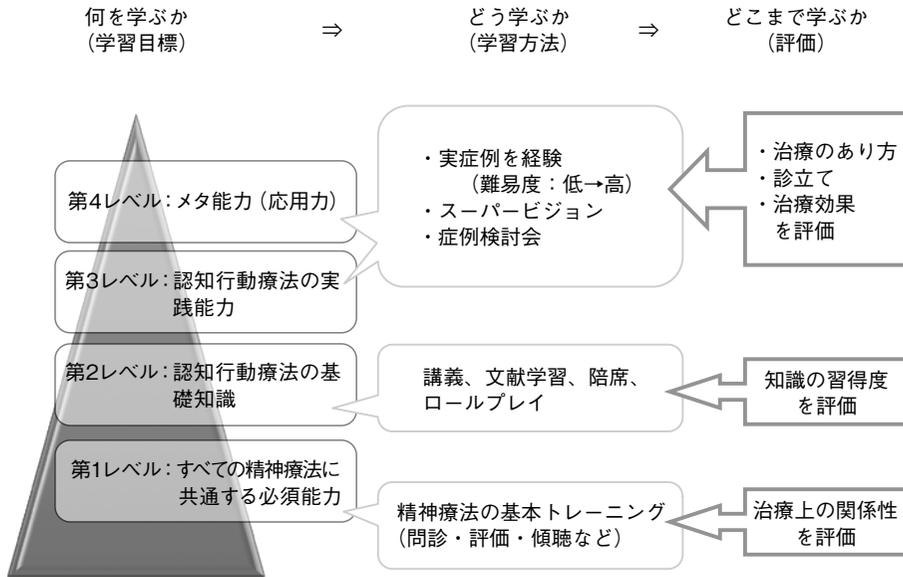


図 精神療法学習の4段階

画) して、その録音記録と面接を書き起こした記録、治療者の振り返りと質問をインターネット経由でスーパーバイザーに送る。ちなみに、面接記録はきわめて守秘性の高い個人情報であることから、我々はスーパービジョンに特化したインターネットシステムを構築し活用している。

一方、スーパーバイザーは、その録音記録を聴いて資料に目を通した後に電話やskypeなどを利用してスーパービジョンを行う。また、スーパービジョン過程では、症例の概念化、治療計画、治療記録(標準化された評価尺度を用いる)をスーパーバイザーが提出し、スーパーバイザーと議論して患者理解を深める。スーパービジョンの質を担保するためには、指定されたセッション時にスーパーバイザーとスーパーバイザーの双方がCTASを用いて面接を評価する。

こうしたシステムを活用することによって、スーパーバイザーは、遠隔地にいても職場を離れることなく指導を受けることができるようになる。この研修システムは、現在は、医師を対象にしているが、将来的には、医療心理技術者や看護師、精神保健福祉士などのコメディカルスタッフに広げていくことになると考えられる。その場

合、専門医は、こうしたコメディカルスタッフとチームを組んで統合的な治療を提供するためのノウハウを身につける必要がある。それには、チーム医療の核である医師となるためのトレーニングが必要になる。

こうした研修では成果の評価も重要である。

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もとに、治療同盟尺度 (Work Alliance Inventory: WAI)<sup>4)</sup>と治療関係尺度 (Barrett-Lennard Relationship Inventory: BLRI) で評価する。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) 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。CTAS-J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。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もとに、毎セッションをCTS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。概念化は、第3-4セッションを題材にして、CFRS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）や簡易抑うつ症状尺度（Quick Inventory of Depressive Symptomatology：QIDS）<sup>3)</sup>の臨床評価尺度を用いる。スーパービジョンにおいては、CBT supervision checklistも利用できる<sup>10)</sup>。

## おわりに

精神療法の研修のためには、研修を受けたものが、順次経験を高めて、指導者に成長していくシステムが必須である。専門医の研修でも、精神療法に関して一定の経験と能力を備えた治療者が、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検討することも必要である。

## 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）による。

## 文 献

1) Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., et al.:

Improving access to psychological therapy: initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behav Res Ther*, 47; 910-920, 2009

2) 藤澤大介：精神療法の研修と教育に関する研究。平成21年度厚生労働科学研究「精神療法の実施方法と有効性に関する研究（主任研究者：大野裕）」分担研究報告書。厚生労働省，東京，2010

3) 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

4) Gaston, L., Marmar, C. R.: The California Psychotherapy Alliance Scales. The working alliance: Theory, research, and practice (ed. by Horvath, A.O.; Greenberg, Leslie S.). John Wiley & Sons, Oxford, England, p.85-108, 1994

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

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

7) 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

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

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

10) Wright, J.H., Basco, M.R., Thase, M.E.: 認知行動療法トレーニングブック。医学書院，東京，2007

## Training System for Psychotherapy in Japan and Abroad

Yutaka ONO<sup>1)</sup>, Daisuke FUJISAWA<sup>2)</sup>

1) *National Center for Psychiatry and Neurology,*

2) *Psycho-oncology Division, National Cancer Center East*

Although psychotherapy is a key component of psychiatric treatment, systematic training has not been conducted in Japan. We review the history of training in psychotherapy in Japan, and illustrate the government-funded training system in cognitive behavior therapy (CBT) in Japan, which is a model to develop a training system for psychotherapy for psychiatrists in Japan. The trainees who participate in this system are expected to acquire four levels of competency (core competencies in psychotherapy, basic knowledge of CBT, practical skills in CBT, and practical application of CBT skills) through various modes of learning (suggested reading, didactic lectures, workshops, supervision in audio- or video-taped sessions).

<Authors' abstract>

<Key words : psychotherapy, cognitive therapy, cognitive behavioral therapy, training>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

専門医研修に関連学会との連携をどう生かすか  
——有効な専門医研修を構築するために——小島 卓也  
(大宮厚生病院精神科)

精神科専門医制度の実施は順調に進み、一応整ってきたが、内容を充実させる必要が生じている。その際に現在の精神科医療について、①当事者、家族および国民が何を望んでいるかを把握すること、②すでに資格を有している精神科の専門医の意見、要望を見極めること、③以上を検討したところ、精神科本来の基盤をなす機能であり治療法である精神療法を充実させることが当面の課題であると受け止めた。そこで関連学会と協力して具体的な研修方法を専門医制度の中に取り入れていくことを進めていきたい。

<索引用語：精神科専門医制度，精神科専門医研修，当事者・家族のニーズ，専門医へのアンケート，精神療法の研修制度>

## はじめに

精神科専門医制度は1968年の日本精神神経学会学術総会以降、専門医制度を作ること自体が必要かどうかという議論を長い間重ねてきた。1994年日本精神神経学会精神医学教育委員会より、学会認定医制に対する答申(山内答申)がなされた。そして2002年日本精神神経学会学術総会(日本精神神経学会創立100周年)で学会認定医制(専門医制)を作ることが決定した。これをみても34年間という長い時間を要したわけである。本制度が発足した後は過渡的措置の5年間に症例報告と面接による試験が行われ、11,920名の専門医が認定された。その後は認定された研修施設で研修手帳に従って指導医の指導のもとに3年間以上研修した会員が研修手帳、決められた疾患および決められた数の症例を提出し、口答試験を受け、筆記試験を受けて合格者には認定書が授与されるという制度になっている。

現在、専門医数は10,099名である。専門医制度

が一応制度として整ったところで、内容の充実を図っていく必要がある。そこで、一般の方々が精神医療をどのように考えておられるのか、専門医自身が今後についてどのように考えているか、関連学会との協力関係に充実の道はないか、を検討した。

## I. 家族・国民の声

東京都精神医学総合研究所と世田谷さくら会は共同で早期支援・家族支援上のニーズ調査報告書を発表した<sup>2)</sup>。それによると、①2人に1人の家族が、信頼できる専門家に会おうまでに3年以上かかっている。②家族の3人に2人は初診時に継続して相談・治療を受けたいと思えない何らかの体験をしている。特に本人・家族の両方に対する医療者からの十分な説明がなされていないことがその大きな要因になっている。③40%以上の家族が職業生活の継続が困難で、家族の3人に1人は自殺を考えたことがある。④家族の3人に1人は、

表 過渡的措置の専門医による自由記載

- 
- ▶専門医制度は形骸化している
  - ▶専門医申請費用, 更新費用とも高すぎる
  - ▶学会は金集めのために大量の専門医をつくったのでしょうか
  - ▶臨床があるのでポイントを集めるのが大変
  - ▶学術総会を土, 日に開催してほしい
  - ▶早く標榜できるようにしてほしい
  - ▶一般国民にも認められ, 報酬にも反映されるほどの価値ある制度にしてほしい
  - ▶最近の精神医学は患者を全人的に見る視点が欠けている. しっかり教えてほしい
  - ▶患者に寄り添える専門家, 生物学的な側面と社会心理学的側面を見分けて対応でき, 多職種や医療機関と連携できる人材を育成してほしい
  - ▶精神療法, 心理社会的治療の力が不足
- 

介護疲れなどから自らも精神的な不調をきたし, 精神科を受診している. ⑤70%以上の家族が家族を専門的に支える専門家が不足していると訴えている.

この他, インターネット上で「精神科医療の問題点」として検索するとさまざまな意見を見ることができる. 極端な意見は別にして納得できるような意見を集めると, ①診察時間が短い(よく話を聞いてほしい時に), ②多くの種類と大量の薬が処方されている, ③主治医は副作用に無関心で, 直接言いにくい, ④クリニックや医師によって診断や治療法が違う, ⑤なかなか治らないので, 不安になる, などの声がある. これまで精神科医療は医療を提供する側や行政側の意見を中心に組み立てられてきて, 患者や家族の意見やニーズを取り入れてこなかった. 行政側が主催する精神科医療の方向性を決めるような重要な委員会においては少数の家族の代表が委員になっただけでも真剣にその意見を取り入れていこうとすることは少なく, いわば形だけの委員構成ということが多い. これががんなどの場合にはかなり異なっているようで患者の意見がかなり反映されている. 精神科医療の進歩には患者や家族および一般国民のニーズを反映させることが不可欠である<sup>1)</sup>.

## II. 精神科専門医の声

精神科専門医に専門医に関するアンケート調査を行った. これは今後の精神科専門医制度を続けて行く上で現在の制度に問題点はないか, どのよ

うな改正を行えばよいかなどを検討するために直接専門医に用紙を送って答えてもらった. 過渡的措置による専門医 10,300 名のうちの回答者が 3,910 名で 38%であった. 新規試験による専門医は 222 名中 36 名で 16%であった. アンケート結果は別に集計し本誌に投稿する予定であるが, 一部を紹介する.

過渡的措置による専門医の自由記述を見ると表のような記載が目についた.

専門医申請費用, 更新費用が高すぎるという意見については今後検討の余地がある. 臨床があるのでポイントを集めることが大変である, 学術総会を土, 日にしてほしいということも以前から言われていることで, なんとか実現したいものである. 専門医の標榜については厚生労働省から指摘されている事項は書類を提出して対応してあるので, 近く認められる見通しである. 専門医の質に関する意見も多い. 患者を全人的に見る視点が欠けている. しっかり教えてほしい. 患者に寄り添える専門家, 生物学的な側面と社会心理学的側面を見分けて対応でき, 多職種や医療機関と連携できる人材を育成してほしい. 精神療法, 心理社会的治療の力が不足しているという指摘もあった. 非常に多くの専門医の生の意見が聞かれて今後の専門医制度の運営に極めて役立つと考えられ, 回答していただいた専門医の先生方に感謝したい.

新規専門医の回答で最も不足している知識・技能は何かという質問で, 薬物療法の知識と技能が 24%, 診断の知識と技能が 24%, 精神療法の知識

と技能が46%であった。また、心理社会的治療の知識と技能は6%であった。回答者数は少なかったが新規専門医が不十分と自覚している知識・技能が明らかになったのは重要である。これは過渡的措置の専門医が自由記載の中で指摘していることにも通じる。ここで精神療法的な接近の重要性について具体的に想像してもらうために、筆者の経験を示したい。患者に寄り添って治療を続ける中で、患者と医師の間に何か生まれる瞬間、あるいは共に感動する瞬間がある。このことが信頼関係を強め、治療が進展する契機にもなる。

### Ⅲ. 症例提示

39歳 会社員

【病前性格】真面目、几帳面、完全主義

【生活史】父親は町工場を経営。母親は過干渉で口うるさかった。

父親が死亡し、大学2年で中退。経理専門学校を卒業し、会社に勤め主任になった。

【現病歴】X年10月 業績の悪化で、残業代が出ないなどの事態が生じて、患者は社長の方針に疑問を感じた。億劫で仕事が進まず、退職届を出したところ、精神科受診を勧められた。数年前から10月頃になると、気力がなく、1~2週間無断で休むことがあった。「嫌になると投げたくなって、自分を制御できない」という。妻によると「朝起きると手足がしびれ、元気がない。夕方の方がよい。会社を休むと食欲が出る」という話である。

抑うつ気分、制止、不安、不眠、仕事上の葛藤、病前性格からうつ病の診断で、自宅療養を勧め、抗うつ薬、睡眠薬を投与した。その後軽うつ状態が続き、些細なストレスにより1~2ヵ月深いうつ状態が続いた。自殺企図も認めた。

X年12月 薬物療法のみでは不十分で、認知行動療法を開始した。真面目に取り組み宿題をきちんとやってくる。「気分が重くなってもすぐ立ち直れるようになった。まあいいやと思えるようになった」という。

X+1年3月 「嫌なことがあると辞めることしか考えなかったが、最近ノートに書いて別な考

え方をしてそれだけで決めてはいけないと思う」と述べていた。

X+1年5月 小さい頃のことを述べる。母は町工場で忙しく、甘えた記憶がない。現在は妻に対して母親の愛情を求めてしまう。そのため妻との間で言い争う喧嘩が絶えなかった。

X+1年11月 「母親は距離を置いて接してきて、屈折した表現をする。しかし最近本音で話せるようになった。病気のお陰です」と主治医を喜ばせるような発言が目立った。

X+2年3月 転職する。安定した職場で働いている。

X+3年2月 母親との関係に問題があることから、日記内観療法を勧めたところ受け入れた。まず、父親について①してもらったこと、②して返したこと、③迷惑をかけたことを小学3年頃までについて思い出して書いてくるように話す。その後も年代ごとに記載してもらった。次に母親について検討した。

「母親を好きだと感じた記憶がない。母は曲がったことや他人に迷惑をかけることを嫌った。母に対する反発心があつてわざと迷惑をかけていた。愛される自信がなくて心のさぐり合いをしていた」とこれまでの母子関係を述べていた。しかし内観で振り返ることによって、「うるさく言うことも母の愛情表現であることに気づいた。40年間わからなかったが、話をしてやっとわかった」と述べた。

X+3年8月 「憂うつにならなくなり、困難に合うと逃避することがなくなった。まあいいか」と思えるようになった。前は深く考え、自分を傷つけ追い込んでしまった。今は生きている充実感を感じられるようになった」と明るい表情で話した。その後、母親との関係、妻との関係の見直しなどを行い比較的安定した状態が続いていたが、最近になって数年間勤めていた会社の上司との間でトラブルが起きた。

X+13年、上司の考え方や行動に納得がいかないと思う気持ちが強まってきて突然辞表を提出した。今回、退職にはなったが、抑うつ状態になら

ず自殺念慮などが生じることはなかった。主治医は精神面での成長を感じたことを本人に伝えた。

退職を機会に自分を見つめてみたいというので内観療法（1週間の集中内観）を勧めた。研修病院（指宿竹元病院）をお願いして内観療法を受ける。してもらったこと、して返したこと、迷惑をかけたことについて母親、父親、妻、母親の順に内観を行った。

小学校1年の時の授業参観に母親が来てくれた時のことがとても印象的であったという。その時の様子は以下の通りであった。

小学校1年の時授業参観に母親が来てくれた。普段町工場のことや家事で忙しく、母が来てくれるかどうか心配であった。母がきれいな着物を着て来てくれて、ものすごく嬉しくて授業中に何度も何度も後ろを振り返った。ところが家に帰ったら母親に「後ろばかり見て」とひどく叱られた。その時、「お母さんが来てくれてとても嬉しかった」という気持ちを話さなかった。内観が終わって家に帰った後で、母親にこのことを話したところ、母親は泣いていたという。幼小児期からの母親との間に生じていた感情的な交流のずれが現在の病気にかかわっているということをも本人ならびに母親も実感したという。この話を聞いた時に主治医は胸に込み上げてくるものがあり、患者も涙ぐんでいた。共同作業の成果を実感した。

母親から愛されていないと感じ、作った自分（理想の自分）をみせていた。社会人になっても対人関係でこのようなパターンがみられ、その破綻が抑うつ、逃避、自殺念慮・企図につながった。しかし、母親の愛情を知り、等身大の自分を出せるようになった。憂うつ感、空虚感が薄れ、困難に合っても逃避することが少なくなった。この症例では13年間にわたり、支持的精神療法、認知療法、内観療法（日記）、内観療法（集中内観）が行われた。現在も外来に通院しているが精神的に安定しており、視野が広がりかなり余裕をもって生活している。来院時に日常生活の問題や出来事を述べるが、最近になって「この年になって変ですが母親との問題をちゃんと解決するためには

今度母親と一緒に病院に来て先生の前で話し合ってもいいでしょうか」という申し出があり、主治医を交えて話し合うことになっている。現在は親子で話し合える状況になっており、長年のわだかまりは軽減しているが、幼少期の苦しく辛い時代を母親と主治医の前で振り返り、こころのしこりを解消したいと思っているようである。主治医もそれに賛成し、まず当時のことを話し合ってもらいながら、場合によっては心的外傷後ストレス障害の曝露療法のようなやり方で対応しようと考えている。長い間のこころのしこりから解放される手助けになればと考えている。

主治医としてのこころがけたことは以下の通りである。

- ①定期的な面接時間と場所の設定
- ②現実の問題に目を向け、共に考える
- ③患者の自主性を大切にし、共感を示す
- ④結果を求めず長期にわたって患者に寄り添う覚悟を持つこと

現在も続いているので18年間にわたる治療関係であり、また新たな山場を迎えようとしている。結果として、患者の精神的成長を見守り、医師として立会う喜びを経験している。筆者は大学の研修医時代に精神療法の基本を学び、その後は独学で、学会や講習会に参加したり、担当した多くの患者から学び精神療法を身につけてきた。精神療法にある程度自信を持てるということは、薬物療法のみにも頼ることなく、精神医療の幅を広げ、日常臨床を楽しめるものになると筆者は考えている。

#### IV. 日本精神神経学会の立場

以上、患者や家族を含め社会から要請されていること、専門医の意見、筆者の経験から精神科医にとって精神療法の基本を身につけることが重要であることを述べてきた。

日本精神神経学会は、専門医制度ができ、会員が増え、関連学会との連携を積極的に進める中で、協力関係が深まってきた。別な言葉で言えば、日本精神神経学会が精神科関係の親学会的な立場

になりつつあると言える。そこで専門医制度の充実のために関連学会に積極的に協力をお願いし、それぞれの学会の特徴を示していただければお互いのために役立つのではないかと考えている。薬物療法などの生物学的方法は文献を読んだり、学会に参加して見聞きすることによって習得することができるが、精神療法では基本的な技能や知識を身につけるためには、症例を経験すると共に精神療法に長けた指導医から指導を受けることが大切である。最初に精神療法の基本を身につければ後は各自で経験を積んで深めていけばよいであろう。2～3名の患者について精神療法的な働きかけを行ってうまくいったという成功体験が必要である。この研修を専門医研修の中に組み込むことができないうことが課題である。

#### V. 精神療法に関連する学会との連携

精神療法に関連する学会と連携して、専門医制度の中に精神療法を研修するプログラムを作り進めていきたい。まだ具体的な話し合いは行われておらず、実現可能かどうかは未知数である。しかし日本精神神経学会の中の教育に関する委員会精神療法部会では精神療法の研修の必要性を指摘し、平成24年5月札幌の日本精神神経学会の学術大会で、各種の精神療法に関する学会から演者を招き「精神科臨床における治療関係のつくりかた」というシンポジウムを開催した。さらに今後複数の精神療法に関する研修会の開催を計画していると聞く。是非そのような考えを専門医制度の中で現実化していただきたいと考えている。日本精神神経学会の委員会の委員同士でまず十分話し合い、さらに関連学会との間で共通の目標を確認し合うことが第一段階となる。次にその目標をどのように具体化していくか地道に準備をして努力する必要がある。

例えば誤解を恐れずにごく簡単に示せば、

- ①2～3日の期間精神療法の研修会に参加する
- ②症例のスーパーバイズを含めて個別的な指導も受ける
- ③研修修了者には担当学会から修了書を出す

- ④研修修了者には日本精神神経学会からも精神療法研修修了証を出す

以上のような事柄について日本精神神経学会が中心になり各学会と十分話し合っ具体的方法を見つけていく。認知行動療法は認知療法学会、精神療法の基本は精神分析学会、森田療法は森田療法学会、内観療法は内観療法学会などと話し合えないかと考えている。

#### VI. 国民が安心して受診できる精神科医の養成

国民が安心して受診できるように、精神療法を中心に一段のレベルアップが求められる。

- ①患者と家族が安心できる精神科医の養成
- ②社会的に認められ、評価される専門医制度
- ③診療報酬につながる制度に発展させること

①と②は国民的な視点に立った目標であり、③は精神科医の日常活動にとって重要な目標である。

以上の3つが重要であり、これらの目標をしっかり持ちながら努力していくことが必要でないかと考えている。

#### ま と め

専門医制度が一応整ったところで、内容を充実させる必要が生じている。その際に①当事者、家族および国民が何を望んでいるかを把握すること、②精神科の専門医の意見、要望を見極めることが重要で、その中から精神科本来の基盤をなす機能であり治療法である精神療法を充実させることが当面の課題であると受け止めている。そこで関連学会と協力して具体的な研修方法を専門医制度の中に取り入れていくことが必要であると考えた。

#### 文 献

1) 小島卓也：第25回メンタルヘルスの集い」を企画して。特集 メンタルヘルスの集い(第25回日本精神保健会議)支えられて(手)、支えて(手)!～家族が求める家族支援～。心と社会、42(2):11-14, 2011

2) 東京都精神医学総合研究所、世田谷さくら会：早期支援・家族支援上のニーズ調査報告書2009。

## Training System for Board Certification of Psychiatrist and Collaboration with Societies Related to Psychotherapy

Takuya KOJIMA, Chairman of Post-graduate Educational Committee

*Ohmiya Kosei Hospital*

The system of board certification of psychiatrist (BCP) has been introduced by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN). In the next stage, the contents of training of BCP have to be finalized. It is important to understand what patients, families of patients, the general public, and members with BCP think about the present condition of psychiatry in Japan. Investigation involving a questionnaire survey of members with BCP was conducted, and the reports on families of patients were referred to. Consequently, the psychotherapy skills of psychiatrists, which are the basis of treatment in psychiatry, should be developed. We would like to collaborate with societies related to psychotherapy and introduce a new training program.

<Author's abstract>

<Key words : system of board certification of psychiatrist, training of board certification of psychiatrist, request of patients and their families, questionnaire to members with board certification of psychiatrist, training system for psychotherapy>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Comorbidity of Depression with Substance use among High School Students in Northern Nigeria

Jibril Abdulmalik<sup>1)</sup>, Olayinka Omigbodun<sup>1)</sup>, Musa Abba Wakil<sup>2)</sup>, Omeiza Beida<sup>3)</sup>

1) Department of Psychiatry, College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria,

2) Department of Mental Health, College of Medical Sciences, University of Maiduguri, Nigeria,

3) Department of Mental Health, Federal Neuropsychiatric Hospital, Maiduguri, Nigeria

**Background :** The comorbidity of adolescent depression and substance use often leads to a poor outcome and significant impairment. Few studies have evaluated this problem among the predominantly youthful population of Nigeria.

**Objective :** This study aimed at determining the prevalence of co-morbid depression and substance use among secondary school students in northern Nigeria.

**Methods :** A cross-sectional two-stage survey was conducted among 502 secondary school students (280 males and 222 females) in Maiduguri, northern Nigeria. The students were screened with the Beck Depression Inventory (BDI-II) in the first stage. In the second stage, students were interviewed with the Depression and substance use sections of the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-aged children, Present and Lifetime version (KSADS-PL).

**Results :** The students were aged 13-22 years (mean=16.9; SD=1.3), with more than three-quarters(88.2%)aged 18 years and below. The prevalence of depression using the KSADS-PL was 12%, and 18.5% used substances. Of the students who used substances, 50% were depressed.

The most frequently used substances by depressed youth were stimulants (21.5%), cigarettes (16.9%), and cannabis (15.4%). The least used substances were sedatives (9.2%), alcohol (9.2%), and solvents (1.5%). The use of cocaine, opiates, and hallucinogens was not reported.

**Conclusion :** There is a high rate of co-morbid depression and substance use among in-school youths in northern Nigeria. School mental health services should be introduced to address this problem.

<Key words : students, depression, northern Nigeria, substance use, comorbidity>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム Addiction Chairpersons : Susumu Higuchi (National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center, Japan), Tomohiro Shirasaka (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine Sapporo Medical University, Japan) Coordinator : Tsuyoshi Akiyama (Department of Psychiatry, NTT Medical Center Tokyo, Japan)

## I. Background

Just a few decades ago, child and adolescent depression was not accepted as a scientific reality<sup>31)</sup>. However, depression in the early years of life is now a well-recognized condition requiring attention<sup>19)</sup>. Globally, prevalence rates of adolescent depression range from 0.4-14.2%<sup>11)</sup>. A prevalence study in Southwest Nigeria reported a prevalence of 12.6%, which is at the upper end of the globally reported range<sup>24)</sup>.

The consequences of adolescent depression are frequently compounded by the high levels of comorbid psychiatric conditions which occur ; with anxiety, conduct and substance use disorders are reported to be the most common conditions<sup>30)</sup>. Indeed, some reports suggest that adolescent depression increases the risk for other psychiatric conditions ; a systematic review of epidemiological studies on the comorbidity of adolescent depression with other conditions revealed that the presence of adolescent depression predicted a twenty-fold increased risk for other psychiatric conditions<sup>6)</sup>.

Adolescents and young people in general are particularly vulnerable to experimentation and initiation into substance use habits, resulting in significant impairment, including poor school performance, teenage pregnancies, school drop-out, and involvement in crime. The prevalence rates for drug use among adolescents and young people are generally higher than 40%, with a rate of 42.5% obtained in the United States<sup>29)</sup>, 69.8% in Kenya<sup>7)</sup>, and a range of 40.1-69.3% reported in Nigeria<sup>1,18)</sup>. There is global evidence supporting the strong relationship between adolescent depression and substance use<sup>15)</sup>. Depressed adolescents are twice as likely to use substances when compared with their peers without depression<sup>27)</sup>. Adolescents with comorbid depression and substance use also show

more substance-related problems and a poorer quality of life than those with only substance use problems<sup>20)</sup>. The presence of comorbidity with depression among adolescents receiving care for substance use problems also results in a poorer treatment outcome, increased rates of drop-out, and earlier relapse rates<sup>9,32)</sup>.

It is commonly assumed that externalizing problems, such as attention deficit hyperactivity disorder and conduct disorders, are strong predictors of future substance use, with scant attention being paid to the role of internalizing disorders, such as depression and anxiety<sup>17)</sup>. This problem was addressed in a large, prospective study of Finnish adolescent twins<sup>28)</sup>, where it was found that early-onset adolescent depression predicted later life, addictive use of substances ; this finding was independent of shared familial influences. There is evidence to suggest that depression in early adolescence is a strong predictor of an increased use of psychoactive substances, an association that remained even after controlling for sociodemographic, individual, and family characteristics<sup>33)</sup>. It is now well-recognized that internalizing disorders, such as depression and anxiety, tend to precede the onset of substance use disorders<sup>25)</sup>, and increase the risk of higher rates of use and the earlier initiation of substance use<sup>14,29)</sup>.

Earlier studies of adolescent mental health problems in Nigeria either focused exclusively on substance use<sup>3,18)</sup> or adolescent depression<sup>24)</sup>, with the exception of two recent articles from Southern Nigeria<sup>4,13)</sup>. The first article from Southwest Nigeria evaluated the prevalence of major depression among college students with alcohol-related problems, categorized into alcohol dependence, abuse, and hazardous use<sup>4)</sup>. The use of other psychoactive substances was not determined. Previous studies indicated that

young Nigerians in college are predominantly multiple substance users, with single drug users in the minority<sup>13,18</sup>). The second study carried out in Eastern Nigeria screened for psychoactive substance use and evaluated comorbid psychiatric symptoms, including depression, among college students<sup>13</sup>). This study evaluates the prevalence of comorbid depression and substance use among high school students in Northern Nigeria. Academic and psychosocial impairment resulting from the comorbidity will also be explored.

## II. MATERIALS AND METHODS

The study was conducted in Maiduguri, the capital city of Borno State, in Northeastern Nigeria.

Measures : A socio-demographic questionnaire, the Beck Depression Inventory, 2nd edition (BDI-II)<sup>8</sup>, and the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia- Kiddie Version (KSADS)<sup>16</sup> were utilized. The Depression module of the KSADS-PL contains items (under 'Other Criteria') for rating impairment in the various domains of social interactions, family life, and school performance, and this was utilized as an index for measuring the degree of impairment in the participants.

Procedure : A multi-stage, cross-sectional survey was conducted involving 502 secondary school students from 5 schools in Maiduguri, Northern Nigeria. The Beck Depression Inventory (BDI-II) and a socio-demographic questionnaire were utilized in the first stage. Sixty-five (65) students who screened positively for depression on the BDI-II (scores $\geq$ 18)<sup>5</sup>, and 10% of those who screened negative (n=43) were recruited for the second stage, making a total stage-two sample of 108 students. The Depression module and Substance use screen of the KSADS-PL were utilized to interview the

second-stage sample by clinicians who were blinded to the initial BDI-II scores of the respondents.

Analysis : Data entry and analysis were performed using SPSS version 16 software. The prevalence of depression and comorbid substance use were assessed using descriptive statistical tools, while the relationships between depression, substance use, and other variables were tested using the Chi square test. The level of significance was set at 0.05, two-tailed.

Ethical approval : Ethical approval was obtained from the Research and Ethics Committee of the Federal Neuropsychiatric Hospital (FNPH) Maiduguri, as well as written permission from the Borno State Ministry of Education. The study was introduced to the students with assurances that the study results would be anonymous and would neither be traceable to them, nor would their refusal to participate adversely affect them in anyway. Their informed verbal consent was thereafter obtained. Students with depression, with or without substance use were referred to the FNPH, Maiduguri for treatment.

## III. RESULTS

The respondents comprised 280 (55.8%) males and 222 (44.2%) females, whose ages ranged from 13 to 22 years (mean=16.9 ; SD=1.3). One hundred and eight students were recruited for the second phase, and the prevalence of depression using the KSADS-PL was 12% (60 students).

Half of the students using substances (50%) also had comorbid depression. Depressed students were almost twice as likely to use psychoactive substances when compared to other students without depression (OR=1.7, 95% CI ; 0.60-4.82). The prevalence of substance use in

the overall stage-two sample (n=108) was 18.5% ; among non-depressed students (n=48) it was 12.5%, and in the sample of depressed students (n=60) it was 23.3%.

The most commonly used substances are presented in Figure 1. None of the respondents reported the use of cocaine, opiates, or hallucinogens.

The reported levels of impairment by various categories of the respondents are shown in Figure 2.

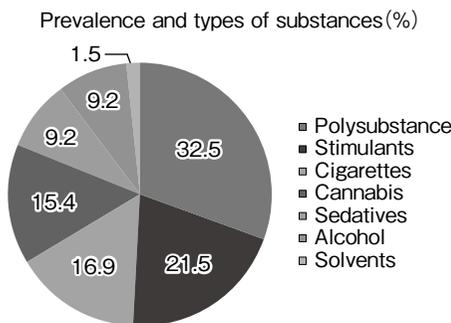


Figure 1 Prevalence and types of substances used

\*Total does not sum up to 100% as some respondents are counted for individual substance use and also for polysubstance use.

#### IV. DISCUSSION

Findings from this study further strengthen those of other researchers about the comorbidity of depression and psychoactive substance use<sup>(6,14,17,25,28,33)</sup>. Half of the students using substances in this study were depressed, and one in every four depressed adolescents showed comorbid substance use. This high rate of comorbidity also agrees with earlier reports from both clinical and school studies. A few clinical reports have indicated rates of comorbidity among adolescents ranging from 24-50%<sup>(14)</sup>, while an Australian report identified a comorbidity rate of 27%<sup>(20)</sup>.

A school-based study from Southwest Nigeria reported a comorbidity rate of alcohol dependence with adolescent depression of 23.8%<sup>(4)</sup>. This Southwest Nigerian study addressed the issue of comorbidity with very similar findings in terms of the comorbidity prevalence rate to this study carried out in the Northeast of Nigeria. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) was utilized in the Southwest study to evaluate high school students for alcohol-related problems, which were further categorized into alcohol dependence, abuse, and haz-

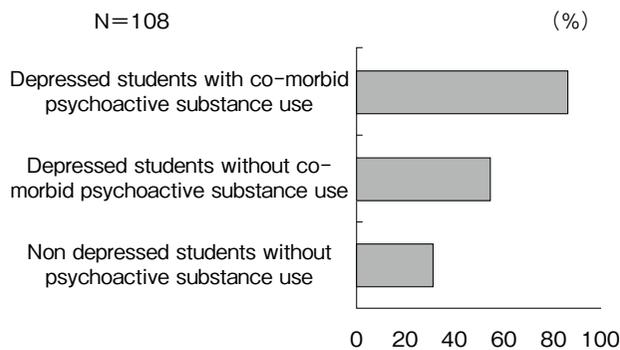


Figure 2 Impairment\* in social interactions, family life, and school performance

\*Evidence of impairment rated using items from the Depression Module of the KSADS-PL

ardous use, and the prevalence of depression was also assessed. This study looked at substance use in general and not only alcohol-related problems and comorbidity with depression.

The second study from Southeast Nigeria<sup>13)</sup> evaluated substance use among school students with the World Health Organization (WHO) Student Drug Use Questionnaire, and, thereafter, utilized two self-report questionnaires, the Pediatric Symptom Checklist (PSC) and Self-rating Depression Scale (SDS). The PSC is a screening instrument which identifies individuals with psychosocial problems but with the limitation that it cannot classify subjects into diagnostic psychiatric categories, while the SDS was utilized to screen for depression. This work is therefore similar in methodology to this study in that it evaluated psychoactive substance use in general and also assessed depression. It has the additional advantage of evaluating psychosocial distress with the PSC. The comorbidity of substance use with depression reported in the Southeast study was 18.6%, while only 7.7% of students who were not using psychoactive substances were depressed. This rate is similar to our finding of a comorbidity rate of 23.3% among depressed students as compared with 12.5% of non-depressed students who were using substances. However, the proportion of students using multiple substances in our study (32.5%) was not as high as the rate of 75.2% reported in the Southeast study. Another difference is that the Southeast study utilized screening instruments that were administered by self-report, while this study utilized a semi-structured diagnostic instrument (KSADS-PL) administered by a clinician to determine a specific psychiatric diagnosis.

Depressed students were twice as likely to

use psychoactive substances compared to their colleagues who were not depressed, even though this was not significant. Several reports had earlier reiterated the finding that adolescent depression frequently precedes and predicts future substance use disorders<sup>25,28,33)</sup>. A possible explanation for this occurrence is provided by the National Institute for Clinical Excellence (NICE) guidelines on adolescent depression, which stated that the high observed rates of comorbid substance use among depressed adolescents may be a form of self-medication to improve their self-esteem and low mood<sup>21)</sup>.

The commonest types of substances reported in this study were stimulants, especially the local kola nuts which are culturally acceptable and usually consumed by chewing. Several earlier reports also described high rates of stimulant use among young people, both among student and non-student populations in Nigeria, a trend that had earlier been observed and documented<sup>2)</sup>. Igwe & Ojinnaka<sup>13)</sup> separated kola nuts (20.7%) and coffee (15.7%), and reported alcohol as the most prevalent substance used, with 31.6%. However, combining kola nuts and coffee as stimulants would place the category of stimulants as the most prevalent type of substance used by their respondents, with comorbid substance use and depression. Other commonly used substances were cigarettes and cannabis, which are also supported by other school-based reports among young people in other parts of Nigeria<sup>18,22)</sup>.

The rate of alcohol use was low in this study, at only 9.2%. This is very different from earlier school-based and community reports from other parts of Nigeria which reported much higher rates, ranging from 12-56%<sup>3,12,18)</sup>. A possible explanation for this finding may be found in a nationwide epidemiological survey<sup>12)</sup>,

which suggested that, despite the observation that alcohol was the commonest substance used in Nigeria, with a lifetime prevalence of nearly 6 in 10, Muslims were less likely to use alcohol than persons of other faiths. This study was conducted in the predominantly Muslim city of Maiduguri, in Borno state of Northern Nigeria, and the majority of the respondents were of the Islamic faith. Furthermore, some northern states of Nigeria, including Borno state, have banned the public sale and consumption of alcohol, a factor which may have caused the respondents to be cautious about reporting its use, despite the assurances of confidentiality. All of these factors may have contributed to the low rates of alcohol use reported by the high school students.

It was not surprising, however, that the use of cocaine, heroin, and hallucinogens was not reported. This is because earlier studies from other parts of Nigeria<sup>23)</sup> and among Almajiri street children in the study setting of Maiduguri<sup>2)</sup> also found little evidence of cocaine, heroin, and hallucinogen use, although there was evidence of low rates of the use of other opiates (Tramadol) in the Almajiri study.

The finding of impairments in social interactions, family life, and school performance show the impact that adolescent depression alone and the comorbidity of adolescent depression and substance use had on these young students. Impairments in these areas increased in degree from students who were not depressed or using psychoactive substances with the least impairments, to students who were depressed alone with moderate impairment. The greatest level of impairment was found in students with comorbid depression and psychoactive substance use. Several studies from other countries also revealed a greater impairment in adolescents with comorbid depression and substance use,

determined by a poorer quality of life<sup>20)</sup>, a poorer treatment outcome, higher relapse rates<sup>10,32)</sup> and an increased risk of suicidal ideation, attempts, and actual suicide<sup>26)</sup>.

The strengths of this study lie in its pioneering exploration of the prevalence of comorbid depression and psychoactive substance use among adolescent high school students in North-east Nigeria. It also provides useful insights into the extent of associated impairment in young people comorbid for depression and psychoactive substance use.

However, a few limitations include the relatively small sample size, even though the sampling methods ensured a truly representative sample. This was a cross-sectional study, and, hence, inferences regarding causation cannot be made.

## V. Conclusion

This study revealed that comorbid depression and psychoactive substance use among high school students in Northeast Nigeria is prevalent. The degree of impairment attributable to the comorbidity is a cause of concern. Concerted efforts should be made to prioritize adolescent mental health research and school mental health intervention programs.

## Acknowledgements

Aspects of this work were presented orally at the 19th World Congress of the International Association of Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions (IACAPAP) in Beijing, 2010 ; and at the 108th Meeting of the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) in Sapporo, May 2012. Dr. Jibril Abdulmalik was the recipient of a JSPN Fellowship award.

## References

- 1) Abdulkarim, A. A., Mokuolu, O. A., Adeniyi, A.: Drug use among adolescents in Ilorin, Nigeria. Trop Doct,

35 (4) ; 225-228, 2005

2) Abdulmalik, J., Omigbodun, O., Beida, O., et al.: Psychoactive substance use among children in informal religious schools (Almajiris) in northern Nigeria. *Mental Health Religion Culture*, 12 (6) ; 527-542, 2009

3) Adelekan, M. L., Makanjuola, A. B., Ndom, R. J. E., et al.: 5-yearly monitoring of trends of substance use among secondary school students in Ilorin, Nigeria, 1988-1998. *West Afr J Med*, 20 ; 28-36, 2001

4) Adewuya, A. O.: Prevalence of major depressive disorder in Nigerian college students with alcohol-related problems. *Gen Hosp Psychiatry*, 28 (2) ; 169-173, 2006

5) Adewuya, A. O., Ola, B. A., Aloba, O. O.: Prevalence of major depressive disorders and a validation of the Beck Depression Inventory among Nigerian adolescents. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 16(5) ; 287-292, 2007

6) Angold, A. & Costello, E. J.: Depressive comorbidity in children and adolescents : empirical, theoretical, and methodological issues. *Am J Psychiatry*, 150 ; 1779-1791, 1993

7) Atwoli, L., Mungla, P. A., Ndung'u, M. N., et al.: Prevalence of substance use among college students in Eldoret, Western Kenya. *BMC Psychiatry*, 11 ; 34, 2011

8) Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G. K.: BDI-II, Beck Depression Inventory Manual, Second Edition. Harcourt Brace, Boston, 1996

9) Cornelius, J. R., Bukstein, O. G., Birmaher, B., et al.: Fluoxetine in adolescents with major depression and an alcohol use disorder : an open-label trial. *Addict Behav*, 26 (5) ; 735-739, 2001

10) Cornelius, J. R., Maisto, S. A., Martin, C. S., et al.: Major depression associated with earlier alcohol relapse in treated teens with AUD. *Addict Behav*, 29 (5) ; 1035-1038, 2004

11) Fleming, J. E., Offord, D. R.: Epidemiology of childhood depressive disorders : a critical review. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 29 ; 571-580, 1990

12) Gureje, O., Degenhardt, L., Olley, B., et al.: A descriptive epidemiology of substance use and substance use disorders in Nigeria during the 21<sup>st</sup> century. *Drug and Alcohol Depend*, 91 ; 1-9, 2007

13) Igwe, N., Ojinnaka, C.: Mental health of adolescents who abuse psychoactive substances in Enugu, Nigeria-a cross-sectional study. *Ital J Pediatr*, 36 ; 53,

2010

14) Kaminer, Y., Burleson, J. A., Goldberger, R.: Cognitive-behavioral coping skills and psychoeducation therapies for adolescent substance abuse. *J Nerv Ment Dis*, 190 (11) ; 737-745, 2002

15) Kaminer, Y., Connor, D. F., Curry, J. F.: Comorbid adolescent substance use and major depressive disorders : a review. *Psychiatry*, 4 (12) ; 32-43, 2007

16) Kaufman, J., Birmaher, B., Brent, D., et al.: Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia for School-Age Children-Present and Lifetime Version (KSADS-PL) : initial reliability and validity data. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 36 (7) ; 980-988, 1997

17) King, S. M., Iacono, W. G., McGue, M.: Childhood externalizing and internalizing psychopathology in the prediction of early substance use. *Addiction*, 99 ; 1548-1559, 2004

18) Lawoyin, T. O., Ajumobi, O. O., Abdul, M. M., et al.: Drug use among senior secondary school students in rural Nigeria. *Afr J Med Med Sci*, 34 ; 355-359, 2005

19) Lewinsohn, P. M., Clarke, G. N., Seeley, J. R.: Major depression in community adolescents : age at onset, episode duration and time to recurrence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 33 ; 809-818, 1994

20) Lubman, D. I., Allen, N. B., Rogers, N., et al.: The impact of co-occurring mood and anxiety disorders among substance-abusing youth. *J Affect Disord*, 103 (1-3) ; 105-112, 2007

21) National Institute for Clinical Excellence (NICE).: Depression in children and young people. Number 28 ; 27-33, 2005 Available online from : <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10970/29859/29859.pdf>

22) Obot, I. S., Karuri, G. S., Ibanga, A. J.: Substance use and other risky behaviours of secondary school students in a Nigerian urban area. *African Journal of Drug and Alcohol Studies*, 2 ; 57-65, 2003

23) Obot, I. S., Saxena, S.(eds) : Substance use among young people in urban environments. 2005. Geneva : World Health Organization.

24) Omigbodun, O. O., Esan, O., Bakare, K., et al.: Depression, depressive and suicidal symptoms among adolescents in rural south western Nigeria. Poster presentation at the 16<sup>th</sup> World congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry and

Allied Professions(IACAPAP), 22-26 August 2004, Berlin Germany.

25) O'Neil, K. A., Conner, B. T., Kendall, P. C.: Internalizing disorders and substance use disorders in youth : comorbidity, risk, temporal order, and implications for intervention. *Clin Psychol Rev*, 31 (1) ; 104-112, 2011

26) Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with substance use disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 44 (6) ; 609-621, 2005

27) SAMHSA : The NSDUH Report : Depression and the initiation of alcohol and other drug use among youths aged 12 to 17. Rockville, MD : Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Office of Applied Studies, 2007

28) Sihvola, E., Rose, R. J., Dick, D. M., et al.: Early-onset depressive disorders predict the use of addictive substances in adolescence : A prospective study of adolescent Finnish twins. *Addiction*, 103(12) ; 2045-2053, 2008

29) Swendsen, J., Burstein, M., Case, B., et al.: Use

and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents : results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (4) ; 390-398, 2012

30) Wagner, K. D.: Major depression in children and adolescents. *Psychiatric Annals*, 33 ; 266-270, 2003

31) Wells, E. B.: Three decades of research on pediatric depression. Program and abstracts from the 153<sup>rd</sup> Annual American Psychiatric Association Meeting ; May 13-18, Chicago Illinois, 2000

32) White, A. M., Jordan, J. D., Schroeder, K. M., et al.: Predictors of relapse during treatment and treatment completion among marijuana-dependent adolescents in an intensive outpatient substance abuse program. *Subst Abus*, 25 (1) ; 53-59, 2004

33) Wu, P., Hoven, C. W., Liu, X., et al.: The Relationship between depressive symptom levels and subsequent increases in substance use among youth with severe emotional disturbance. *J Stud Alcohol Drugs*, 69 (4) ; 520-527, 2008

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Drug Abuse and AIDS in Indonesia : From Research to Drug Policy and Treatment

Adhi Nurhidayat<sup>1,3)</sup>, Nurmiati Amir<sup>2)</sup>, Hepa Susami<sup>2)</sup>,  
Wim vd Brink<sup>3)</sup>, David Metzger<sup>4)</sup>

1) 2011 International AIDS Society (IAS) —National Institute on Drug Abuse (NIDA) Research Fellow, 2) Addiction and AIDS Research Center, Indonesia, 3) University of Amsterdam, the Netherlands, 4) University of Pennsylvania, USA

**Background :** It is estimated that there are 3.6 million drug users in Indonesia. A survey showed the prevalence of using drugs over the last 12 months as follows : cannabis 25%, ecstasy 10%, methamphetamine 9%, heroin 6%, benzodiazepines 3%, alcohol 5%.

Reported cumulative cases of HIV number 30,430 nationwide. During 2006-2010, injecting drug users (mainly heroin) contributed 34% to the HIV risk factor in Indonesia.

With an estimated 105,000 injecting heroin users, the HIV prevalence among IDUs ranges between 45-70%. In 2012, there are 77 methadone clinics serving 2,575 patients.

Indonesia has had a drug policy since 1999, and is trying to balance supply, demand, and harm reduction.

**Objectives :** To describe the situation regarding drug abuse and AIDS, and analyze drug policy and treatment.

**Methodology :** Data were collected by a literature review on drugs policy and treatment in Indonesia

**Results :** The latest drug regulation is UU No. 35, a narcotics law whereby drug users not reporting to a law enforcer could have maximum 6-month sentences. Indonesia also adopted 12 elements of harm reduction from the World Health Organization (WHO), and it is necessary to prioritize some important elements of harm reduction. Indonesia is integrating methadone programs into established health systems such as community health centers. A shortage of trained service providers will affect the sustainability of the programs.

**Conclusions :** Lessons learnt are as follows :

1. Prioritize prevention and treatment programs for drugs and addiction
2. Consider the misuse of substitution therapy, mainly the diversion of buprenorphine
3. Involve community health centers with more supervision and training

<Key words : drug policy, treatment, community health center, Indonesia>

### I. Background

With a population of 240 million, Indonesia has the fourth largest population in the world. The estimated number of total drug users is 3.6

million, and drug abuse continues to grow as a problem for individuals, families, and communities.

A Household Survey conducted by the Min-

istry of Health Indonesia in 2007, showed that the prevalence of using illicit drugs over the previous 12 months was as follows : cannabis 25%, ecstasy 10%, methamphetamine 9%, heroin 6%, alcohol 5%, and benzodiazepines 3%.

Indonesia has various drug treatment modalities, including medication-assisted treatment, such as methadone and buprenorphine. As part of the response to the epidemic, methadone is currently delivered through 77 clinics, serving 2,575 patients.

## II. HIV/AIDS Situation

The first reported AIDS case in Indonesia was in 1987. As of June 2011, it was estimated that there are over 300,000 HIV infections in Indonesia, but only 82,870 HIV cases reported nationwide<sup>3)</sup>.

Cumulative AIDS cases in March 2012 numbered 30,430 ; 46% were 20-29 years old, followed by 31.4% aged 30-39 years old.

Regarding opportunistic infections, there are several clinical manifestations : tuberculosis 11,287 (56%), chronic diarrhea 6,392, oral candidiasis 6,412, and brain toxoplasmosis. Due to antiretroviral (ARV) treatment, the case fatality rate decreased significantly from 40% (1987) to only 0.2% (2012).

Drug abuse is a major factor in transmission through both injection drug use and sexual transmission associated with non-injection drug use<sup>4)</sup>. It contributes 34%, showing the importance of delivering drug prevention and treatment nationwide.

## III. Drug and AIDS Research : JAKPRO Study

The JAKPRO Study is a National Institute of Health (NIH) funded randomized trial in which 270 IDUs at five methadone clinics are being assigned to treatment as usual (TAU) or TAU

plus weekly BDRC. The study title is the Efficacy of Drug-AIDS Counseling among Injecting Drug Users at Five Methadone Clinics in Jakarta-Indonesia, and it will last for 4 years.

This involves research collaboration between the Drug Dependence Hospital RSKO Jakarta, University of Pennsylvania, and Yale University. After completing a baseline assessment collecting data on demographics, drug use, and HIV risk behaviors, participants complete monthly urine tests and comprehensive assessments at months 6 and 12. For assessing the quality of life, the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) —BREF was administered. Data come from new and recently enrolled patients recruited in Jakarta participating in the JAKPRO study.

Using BASIS-24, the ASI, and Risk Assessment Battery, we explored the relationship between the HIV status, risk, and several domains measured by the BASIS-24 : Interpersonal Relationships, Depression and Functioning, Relationships, Psychosis, Substance Abuse, Emotional Lability, and Self-harm.

Fifty-nine percent of these methadone patients were found to be HIV-positive. Those who were positive were more likely to be married, but other demographic characteristics did not differ by HIV status. Participants reported being most troubled by difficulties in managing relationships with family members and others, and those who were HIV+ were significantly more troubled in these functional areas. Participants reported moderate rates of use of a range of illicit drugs, with a significantly higher proportion of HIV+ participants showing benzodiazepine and marijuana use. Injection risks were reported by both HIV+ and HIV- participants. Needle sharing was common among HIV- participants (40%) and, although lower, unaccept-

able among HIV+ (20%) participants.

These data describe a very high prevalence of HIV infection combined with high levels of psychiatric symptoms, continued drug use, and risk behaviors among patients undergoing methadone treatment in Jakarta.

#### IV. Tobacco Smoking

With more than 60 million smokers nationwide, Indonesia ranks third in the world. In 2008, cigarette consumption was 240 billion, meaning 658 million cigarettes per day.

Indonesia has yet to ratify Framework Convention on Tobacco Control (FTCT), and tobacco control will not be implemented soon (such as banning outdoor tobacco advertisements). The Indonesia Young Adult Reproductive Health Survey 2007 showed that, of 10,830 males (15-24 years old), 57% were smokers. A total of 23% of the respondents started smoking at age 15, followed by 12% starting at age 16, and 17% at age 17.

In 2004, the National Socioeconomic Survey showed that 1.8% of smokers were aged 5-9 years old when they started smoking. Two out of three adult males in Indonesia (63.1%) are also smokers. In 2006, a study focusing on monthly spending among poor families showed the following : rice 22%, cigarettes 12%, and eggs and milk 2.3%. In 175,000 poor families during 1999-2003, 74% of family heads were smokers.

#### V. Capacity Building on Addiction Research

Indonesia has just started addiction research. The Drug Dependence Hospital has several research collaborators, such as the UNODC, WHO, universities, and NGOs. RSKO Jakarta was part of UNODC TreatNet Phase I-II in 2003-2004, selected as 20 drug centers in

the world. This hospital also promotes the exchange of scholars in addiction and AIDS fields. Last year, RSKO invited Professor Thomas McLellan from the University of Pennsylvania to conduct Addiction Severity Index (ASI) Training in Jakarta. At present, RSKO Jakarta also collaborates with the Amsterdam Institute for Addiction Research (the Netherlands) and National Taiwan Normal University (Taiwan).

#### VI. Drugs Policy

By definition, drugs policy is a dynamic process, meaning the position, stance, or view a government takes on an issue regarding drugs<sup>1)</sup>. Drugs Policy in Indonesia started in 689 C.E., when the Kingdom of Sriwijaya (on Sumatra Island) banned opiate use.

In the modern era, the Indonesian Government is trying to balance supply and demand reduction (mainly by police), and harm reduction (mainly by the National AIDS Commission). Indonesia adopts most of the 12 Harm Reduction Strategies recommended by the WHO : Provision of sterile syringes, Outreach, Pharmacotherapy services, Information, Education and Communication, Risk reduction counseling, Voluntary Counseling and Testing, Disinfection/bleaching, Safe disposal of used needles, Drug treatment and rehabilitation services, HIV treatment and care, Primary healthcare, and Peer education<sup>2)</sup>.

One example regarding implementation of the drugs policy in Indonesia is the methadone program. Methadone treatment began as a WHO Pilot Study in 2003, only in Jakarta and Bali. After evaluation, finally, the Indonesian Government announced it as National Program in 2006. At present, there are 77 methadone clinics nationwide. Indonesia even made a further step when it embedded methadone clinics into

existing Community Health Centers (Puskemas).

Another example is buprenorphine treatment, since many inject buprenorphine as a diversion.

Indonesia should not repeat Malaysia's experience of buprenorphine diversion. Appropriate training and more supervision are needed.

Three years ago, Indonesia introduced UU No. 35/2009—a new narcotics law. Drug users not reporting themselves will be punished with maximum 6-month sentences or a 2 million rupiah fine (200 US Dollars). Families who are not reporting family members who use drugs will also be punished with maximum 3-month sentences or a 1 million rupiah fine (100 US Dollars)<sup>5)</sup>.

#### VI. Conclusions and Recommendations

- There is a need to support interventions designed to promote retention in drug treatment programs that offer psychiatric support and risk reduction interventions for both HIV+ and HIV− patients.
- Indonesia should prioritize medication-assisted

treatment (MAT : methadone, buprenorphine) based on local resources

- Consider misuse/diversion, especially buprenorphine
- Consider the readiness of service providers to avoid overburdening the staff

#### References

- 1) Babor, T., Caulkins, J.: Drug policy and control at the international level. In : Drug Policy and the Public Good. Oxford University Press, p.203, 2010
- 2) Lambert, E. Y., Normand, J. L.: Prevention and Treatment of HIV/AIDS among drug-using populations : a global perspective. J Acquir Immune Defic Syndr, 55 (Suppl 1) ; S1-S4, 2010
- 3) Ministry of Health Indonesia. AIDS Quarterly Report. 2012
- 4) Strathdee, S. A., Hallett, T. B., Bobrova, N., et al.: HIV in people who use drugs 1 HIV and risk environment for injecting drug users : the past, present, and future. Lancet, 376 ; 268-284, 2010
- 5) Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 35-2009 tentang Narkotika (Indonesian Narcotics Law-2009)

第108回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Life Stressors Associated with Deliberate Self-Harm in Male Patients with Substance Dependence Syndrome

Sagar Lavania<sup>1)</sup>, Daya Ram<sup>2)</sup>, Samir Kumar Praharaj<sup>3)</sup>

- 1) Assistant Professor, Department of Psychiatry, Sarojini Naidu Medical College, Agra, India,
- 2) Professor of Psychiatry, Central Institute of Psychiatry, Ranchi, Jharkhand, India,
- 3) Assistant Professor, Department of Psychiatry, Kasturba Medical College, Manipal, Karnataka, India

**Introduction :** Suicide is a major mental health problem. The lifetime diagnosis of substance dependence syndrome (SDS) is a major risk factor for attempting suicide. This systemic study of risk factors of suicide in substance dependence patients in an Indian population will have far reaching implications for the understanding of the disorder.

**Aim & Objectives :** To compare the life events between substance-dependent patients who attempted deliberate self-harm (DSH) and those who did not.

**Methodology :** It was a cross-sectional, hospital-based study using a purposive sampling method. The sample consisted of 60 male inpatients (30 patients with and 30 without DSH) fulfilling ICD-10, DCR criteria for substance dependence syndrome (except nicotine), aged between 18 and 60 years, with a Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) score < 7, and providing informed consent. Patients with mental retardation, any other axis I disorder, and a severe, co-morbid, general medical condition requiring hospitalization were excluded from the study. Patients of both groups were compared regarding the Addiction Severity Index (ASI), Presumptive Stressful Life Event Scale (PSLES), and Risk-Rescue Rating Scale (RRRS).

**Result :** Patients with DSH had a significantly higher rate of opioid dependence ( $p < 0.05$ ), number of life events ( $p < 0.001$ ), and number of substance use problems compared to those without DSH ( $p < 0.001$ ). There was no significant correlation between RRRS with sociodemographic and clinical variables.

**Conclusion :** The study demonstrated that patients with opioid dependence, a greater number of life events, and greater number of substance use problems have a higher risk of DSH. The small sample size and self-reporting bias were the limitations of the study.

<Key words : deliberate self-harm, suicide, substance dependence, life events, opioid dependence>

### Introduction

The identification of persons at high risk of committing suicide is a crucially important life and death task for the clinician. Studies involving patients with substance dependence syndrome (SDS) recognized various risk factors for

suicide, such as a younger age<sup>3,14,26</sup>, single/divorced<sup>3,19</sup>, unemployment<sup>3,22,26</sup>, lower socioeconomic status<sup>19</sup>, high school educated<sup>19</sup>, family history of suicidal behaviour<sup>24~26</sup>, family history of substance dependence<sup>14,19</sup>, family history of psychiatric disorder<sup>19</sup>, childhood trauma<sup>15,24~26</sup>,

higher rate of life events<sup>14,19</sup>), psychiatric problems<sup>15,16</sup>), schizophrenia<sup>19</sup>), major depressive disorder<sup>3,15,24~26</sup>), mania<sup>19</sup>), eating disorder<sup>3</sup>), agoraphobia with or without panic disorder<sup>3</sup>), antisocial personality disorder<sup>15</sup>), borderline personality disorder<sup>3,19</sup>), impulsivity<sup>16</sup>), opioid dependence syndrome<sup>16</sup>), multiple drug use<sup>19</sup>), severity of substance dependence<sup>15</sup>), and a greater number of social/psychological problems<sup>14,16</sup>).

Therefore, life stressors as factors for deliberate self-harm (DSH) in patients with SDS has been studied in western populations, but there is a lack of such studies on Indian populations that have systematically assessed various stressors as risk factors for DSH in substance-dependent patients. Understanding life stressors as risk factors for DSH in substance-dependent patients would have far reaching implications in the treatment and understanding of the disorder.

### I. Methodology

This study aimed to identify life stressors associated with DSH in substance-dependent patients. The study followed the null hypothesis that there is no difference in the socio-demographic and clinical variables between substance-dependent patients who attempted DSH and those who did not. This was a cross-sectional study based on a purposive sampling technique including 60 patients with SDS. Group I consisted of 30 male patients with substance dependence with a history of DSH, whereas group II included 30 male patients with substance dependence without a history of DSH. The index study was conducted in the Central Institute of Psychiatry, Ranchi, India. Ethical approval was obtained from the institutional ethical committee prior to the study. The study included patients coming for follow-up in the Outpatient Department and patients admitted to

the De-addiction Unit of the institute (after completing 15 days of a detoxification program). All the patients scored less than seven on the HRSD<sup>11</sup>). Written informed consent was obtained from all participants. The patients in group II were matched in respect of age and education with group I. The patients with severe physical and neurological conditions which were not subsequent to their substance-dependent condition were excluded from the study. All patients were evaluated using a socio-demographic data sheet, the Addiction Severity Index (ASI)<sup>18</sup>), Presumptive Stressful Life Event Scale (PSLES)<sup>28</sup>), Global Assessment of Functioning Scale (GAF)<sup>11</sup>), and HRSD<sup>11</sup>). The PSLES was applied for the past one year of DSH or current evaluation and lifetime in both groups. The Risk-Rescue Rating Scale (RRRS)<sup>30</sup>) was applied to group I to record the severity of DSH.

### II. Results

The socio-demographic characteristics of the two groups are summarized in Table 1. In patients with DSH, the mean age was 28.13 (SD 8.39) years and the mean total years of education was 11.07 (SD 4.28). The patients without (Group II) were comparable to those with (Group I) DSH with respect to age and total years of education. A significantly higher number of patients who attempted DSH had a lower socio-economic status compared to those who did not attempt DSH ( $\chi^2=6.53$ ,  $p=0.04$ ). However, the majority of patients in both groups had a middle socio-economic status. For family type, a significantly higher number of patients in group II belonged to a joint family compared to patients in group I ( $t=9.77$ ,  $p<0.001$ ). The variables that were not significantly different between the two groups were occupation, marital status, religion, and residence.

Table 1 Comparison of socio-demographic characteristics between patients in groups I (with DSH) and II (without DSH)

| Variables                  |            | Group I<br>N=30<br>M±SD/<br>n (%) | Group II<br>N=30<br>M±SD/<br>n (%) | $\chi^2/t$ | df | p      |
|----------------------------|------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------|----|--------|
| Age (in years)             |            | 28.13±8.39                        | 29.00±7.94                         | -0.41      | 58 | 0.68   |
| Total education (in years) |            | 11.07±4.28                        | 11.25±3.96                         | -0.17      | 58 | 0.86   |
| SES                        | Low        | 8 (26.67)                         | 1 (3.33)                           | 6.53*      | 2  | 0.04   |
|                            | Middle     | 19 (63.33)                        | 24 (80.00)                         |            |    |        |
|                            | High       | 3 (10.00)                         | 5 (16.67)                          |            |    |        |
| Occupation                 | Employed   | 22 (73.33)                        | 25 (83.33)                         | 0.88       | 1  | 0.35   |
|                            | Unemployed | 8 (26.67)                         | 5 (16.67)                          |            |    |        |
| Marital status             | Married    | 13 (43.33)                        | 17 (56.67)                         | 1.07       | 1  | 0.30   |
|                            | Unmarried  | 17 (56.67)                        | 13 (43.33)                         |            |    |        |
| Religion                   | Hindu      | 22 (73.33)                        | 17 (56.67)                         | 1.83       | 1  | 0.18   |
|                            | Other      | 8 (26.67)                         | 13 (43.33)                         |            |    |        |
| Residence                  | Rural      | 2 (6.67)                          | 3 (10.0)                           | 0.22       | 1  | 0.64   |
|                            | Urban      | 28 (93.33)                        | 27 (90.0)                          |            |    |        |
| Family                     | Nuclear    | 19 (63.33)                        | 7 (23.33)                          | 9.77**     | 1  | <0.001 |
|                            | Joint      | 11 (36.67)                        | 23 (76.67)                         |            |    |        |

SES=Socio-economic status

\*p&lt;0.05 (2-tailed) ; \*\*p&lt;0.01 (2-tailed)

The clinical characteristics of the two groups are shown in Table 2. A significantly higher number of patients with DSH had opioid dependence syndrome as compared to those who did not attempt DSH ( $\chi^2=8.40$ ,  $p=0.02$ ). A significantly higher number of lifetime events ( $t=4.60$ ,  $p<0.001$ ) and life events in the past one year ( $t=5.89$ ,  $p<0.001$ ) was found in patients of group I compared to those in group II. Patients in group I had significantly lower scores on GAF ( $t=-5.29$ ,  $p<0.001$ ). The two groups did not differ in other variables, including the duration of illness, treatment history of detoxification, past history of medical illness, family history of medical illness, and physical complication of substance use. The severity of DSH in group I was moderate (mean RRRS

score : 30.29, SD : 13.14).

Table 3 shows the Pearson's correlation of socio-demographic and clinical variables with RRRS. No significant correlation was observed between RRRS with variables including the age, total years of education, total duration of illness, lifetime events on PSLE, previous one-year life events on PSLE, domains of ASI (medical, employment, alcohol, drugs, legal, family and social, psychiatric status, total score of ASI), and GAF scores.

### III. Discussion

The study was driven by the fact that a higher prevalence of DSH was noted in patients with SDS as compared to their non-dependent counterparts<sup>7</sup>. However, not all patients with

Table 2 Comparison of clinical characteristics between patients in groups I (with DSH) and II (without DSH)

| Variables                                     |                     | Group I<br>N=30<br>M±SD/<br>n (%) | Group II<br>N=30<br>M±SD/<br>n (%) | $\chi^2/t$ | df | P      |
|---|---------------------|-----------------------------------|------------------------------------|------------|----|--------|
| Substance dependence                          | ADS                 | 7 (23.3)                          | 16 (53.3)                          | 8.40*      | 2  | 0.02   |
|   | ODS                 | 19 (70.4)                         | 8 (26.7)                           |            |    |        |
|   | Others <sup>§</sup> | 4 (13.3)                          | 6 (20.0)                           |            |    |        |
| Duration of illness (in years)                |                     | 10.32±7.32                        | 10.28±7.25                         | 0.02       | 58 | 0.99   |
| Treatment history of detoxification           | Present             | 14 (46.67)                        | 17 (56.67)                         | 0.60       | 1  | 0.44   |
|   | Absent              | 16 (53.33)                        | 13 (43.33)                         |            |    |        |
| Past history of medical illness               | Present             | 6 (20.00)                         | 5 (16.67)                          | 0.11       | 1  | 0.74   |
|   | Absent              | 24 (80.00)                        | 25 (83.33)                         |            |    |        |
| Family history of substance use disorder      | Present             | 12 (40.00)                        | 16 (53.33)                         | 1.07       | 1  | 0.30   |
|   | Absent              | 18 (60.00)                        | 14 (46.67)                         |            |    |        |
| Family history of psychiatry illness          | Present             | 4 (13.33)                         | 1 (3.33)                           | 1.96       | 1  | 0.16   |
|   | Absent              | 26 (86.67)                        | 29 (96.67)                         |            |    |        |
| Family history of medical illness             | Present             | 5 (16.67)                         | 3 (10.0)                           | 0.57       | 1  | 0.45   |
|   | Absent              | 25 (83.33)                        | 27 (90.0)                          |            |    |        |
| Physical complication of substance use        | Present             | 4 (13.33)                         | 7 (23.33)                          | 1.00       | 1  | 0.32   |
|   | Absent              | 26 (86.67)                        | 23 (76.67)                         |            |    |        |
| RRRS score                                    |                     | 30.29±13.14                       |                                    |            |    |        |
| Lifetime events on PSLE (frequency)           |                     | 15.07±4.20                        | 10.63±3.20                         | 4.60**     | 58 | <0.001 |
| Past one year life events on PSLE (frequency) |                     | 6.83±2.88                         | 3.40±1.38                          | 5.89**     | 58 | <0.001 |
| GAF score                                     |                     | 70.67±5.59                        | 76.60±2.54                         | -5.29**    | 58 | <0.001 |
| Total score of ASI                            |                     | 17.57±5.39                        | 9.60±3.50                          | 6.79       | 58 | <0.001 |

GAF=Global assessment of functioning ; PSLE=Presumptive stressful life event scale ;

ADS=Alcohol dependence syndrome ; ODS=Opioid dependence syndrome

RRRS=Risk rescue rating scale ; ASI=Addiction severity index

<sup>§</sup>Included any substance or substances other than alcohol and opioid

\*p<0.05 (2-tailed) ; \*\*p<0.001 (2-tailed)

SDS attempt DSH. Studies in Western countries recognized stressful life events as risk factors for suicide attempts in this group. The life stressors, which we explored in this study, would have far reaching implications in the management and treatment of DSH in patients with SDS in our population.

DSH was defined as “conscious and willful

infliction of painful, destructive or injurious act on ones own body with/without intent to kill”. Aborted attempts to kill oneself and accidental overdose were not included in the study. Roy<sup>26)</sup>, in his study on the characteristics of drug addicts who attempt suicide, defined a suicide attempt as a “self-destructive act with some interest to end one’s life that was not self muti-

Table 3 Pearson's correlation of socio-demographic and clinical variables with RRRS score in patients of group I (with DSH)

| Variables                         | RRRS<br>(N=30) |      |
|-----------------------------------|----------------|------|
|                                   | r              | p    |
| Age                               | -0.07          | 0.72 |
| Total years of education          | -0.13          | 0.49 |
| Total duration of illness         | -0.14          | 0.46 |
| Lifetime events on PSLE           | 0.16           | 0.39 |
| Past one year life events on PSLE | 0.08           | 0.66 |
| Total score of ASI                | 0.25           | 0.18 |
| GAF                               | 0.01           | 0.95 |

ASI=Addiction severity index, GAF=Global assessment of functioning, PSLE=Presumptive stressful life event scale, RRRS=Risk rescue rating scale

latory in nature". We have used the term DSH instead of 'suicide attempt', as the latter term is strongly related to a conscious intent to end one's life<sup>2)</sup>, which was difficult to define accurately in our cross-sectional study where the patients had to give on account dating back for quite some weeks or months.

#### 1. Socio-demographic and clinical characteristics

The majority of patients who had attempted DSH had a mean of 28.13 (SD 8.39) years old, which was comparable to the study done by Murphy et al<sup>19)</sup>, in which the mean age of patients was 27.2 (SD 5.73) years in drug-dependent patients who attempted suicide. The study by Johnsson and Fridell<sup>14)</sup> reported that most drug-dependent patients who attempted suicide were in their twenties. Most of the studies<sup>3,15,26)</sup> done on a similar group of patients reported that a higher number of younger patients attempted suicide. The total years of education in patients with DSH were 11.07 (SD 4.28) years, which was similar to other stud-

ies (Murphy et al., 1983 ; Preuss et al., 2003 ; Kalyoncu et al., 2007)<sup>15,19,20)</sup>.

A significantly higher percentage (70.4%) of patients with DSH had opioid dependence syndrome. This was in line with other studies<sup>14,16,19)</sup>. In one restricted sense, substance use disorders are merely disorders of behaviour or "behavioural disorder". All the features like intoxication, drug using behaviour, and self-injurious behaviour can be seen as the consequences of this fundamental behaviour problem<sup>6)</sup>. According to the gateway hypothesis of substance dependence, opioids as a group of substances represent harder drugs to abuse as compared to other substances like tobacco, alcohol, and cannabis<sup>13)</sup>. Therefore, the results of our study could be explained on the basis that opioids representing harder drugs to abuse, would lead to a greater number of behavioural problems, one of which is DSH. Most of the subjects in the DSH category were using more than one substance. Multiple drug use means that they were using a variety of substances which had been independently associated with an increased suicide risk. The data on multiple drugs indicate that there is a cumulative effect of these risks on suicide attempts in drug addicts<sup>5)</sup>.

#### 2. Risk factors for DSH in patients with substance dependence syndrome

In our study, a significantly higher number of patients with DSH were of a lower socio-economic status compared to patients without DSH. Roy et al.<sup>23)</sup> also found that alcohol-dependent patients with suicide attempts had a significantly lower socio-economic index than non-attempters. Other investigators<sup>5,12,19)</sup> also reported similar findings. Jaffe and Anthony<sup>13)</sup> argued that the number of substances used is directly related to the financial burden on the

individual and his/her family, ultimately pulling them to lower levels. The lower socio-economic status of the patients in the DSH group can be explained by the fact that a higher number of patients were using more than one substance, which would add to the financial burden on the family. Our results also showed that a significantly higher number of patients with DSH had a nuclear family as compared to patients in the non-DSH group. Therefore, moderately educated young patients with substance dependence syndrome who have a low socio-economic status and nuclear family have a risk of DSH.

The patients with DSH had a significantly higher number of life events both during their lifetime and in the past one year prior to the attempt of DSH as compared to patients without DSH. Other investigators shared similar findings<sup>14,17,27</sup>). In the Johnsson and Fridell study<sup>14</sup>), the patients gave different reasons for their decision to attempt suicide. The most frequent reason was the loss of a much loved person. Marzuk and Mann<sup>17</sup>) reported recent (<6 week) interpersonal loss as one of the predictors of suicide attempt in substance abusers. Sher<sup>27</sup>) reported parental loss before age 11 as one of the significant risk factors. The results of our study were in line with the above-mentioned studies where the reason for attempting suicide could be conceptualized as a life event.

The patients with DSH had significantly lower scores on GAF. GAF considers psychological, social, and occupational functioning on a hypothetical continuum of mental health illness<sup>1</sup>). Similar findings were shared by Murphy et al.<sup>19</sup>) and Kjelsberg et al.<sup>16</sup>) who reported that addicts with a history of suicide attempts showed greater impairment in most areas of social and psychological functioning. Those in the DSH group had higher scores on ASI, which was in

concordance with other studies<sup>15,19,22,26</sup>).

In our study we did not find any association of socio-demographic and clinical variables with the severity of DSH. Goldney<sup>9</sup>) concluded that “the sobering reality is that there has not been any research which has indicated that suicide can be predicted or prevented in any individual.” Pokorny<sup>21</sup>) and Goldstein et al.<sup>10</sup>) demonstrate this in their large-scale studies. Both studies used standard risk factors to predict suicide in populations of patients admitted to hospitals and followed over several years. Models in both studies failed to identify any of the patients who committed suicide. To conclude, given our present knowledge, even among high-risk samples of patients admitted to hospital for mental illness, it is not possible to predict suicide with any degree of accuracy. This finding has been supported by a meta-analysis by van Egmond and Diekstra<sup>29</sup>) as well as by a systematic review by Gaynes et al.<sup>8</sup>)

The major limitation in our study was the modest sample size, reducing the power of the study. All the patients were male, which limits the generalization of findings across gender. Being a hospital-based study, the risk factors identified may not generalize to community settings. Prospective studies using a larger sample will better characterize the risk factors associated with DSH in substance-dependent patients.

### Conclusion

Overall, our study results can be concluded on the basis of a model given by Conner and Duberstein<sup>4</sup>), which is based on the suicide-diathesis theory. In our study, the vulnerability factors for DSH in patients with SDS were a greater number of lifetime events, a lower socio-economic status, and the severity of substance use, whereas a precipitating factor was a greater

number of life events in the previous one year.

### References

- 1) American Psychiatric Association.: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC : American Psychiatric Association, 1994
- 2) American Psychiatric Association.: Practice guideline for assessment and treatment of patients with suicidal behaviours. *Am J Psychiatry*, 160 ; 1-60, 2003
- 3) Bakken, K., Vaglum, P.: Predictors of suicide attempters in substance-dependent patients : a six-year prospective follow-up. *Clin Pract Epidemiol Ment Health*, 3 ; 20, 2007
- 4) Conner, K. R., Duberstein, P. R.: Predisposing and precipitating factors for suicide among alcoholics : empirical review and conceptual integration. *Alcohol Clin Exp Res*, 28 ; 6S-17S, 2004
- 5) Darke, S., Ross, J.: Suicide among heroin users : rates, risk factors and methods. *Addiction*, 97 ; 1383-1394, 2002
- 6) Desai, N. G., Gupta, D. K., Khurshid, K. A.: Substance use disorders. In : Vyas, J. N., Ahuja, N., eds. *Textbook of Postgraduate Psychiatry*. New Delhi, India : Jaypee Brothers Medical Publishers Ltd., 2003.
- 7) Galanter, M., Castaneda, R.: Self-destructive behavior in the substance abuser. *Psychiatr Clin North Am*, 8 ; 251-261, 1985
- 8) Gaynes, B. N., West, S. L., Ford, C. A., et al.: Screening for suicide risk in adults : a summary of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Annals Int Med*, 140 ; 822-835, 2004
- 9) Goldney, R. D.: Prediction of suicide and attempted suicide. In : Hawton, K., van Heeringen, K., eds. *The international handbook of suicide and attempted suicide*. Wiley, New York, p.585-595, 2000
- 10) Goldstein, R. B., Black, D. W., Nasrallah, A., et al.: The prediction of suicide. Sensitivity, specificity, and predictive value of multivariate model applied suicide among 1906 patients with affective disorders. *Arch Gen Psychiatry*, 48 ; 418-422, 1991
- 11) Hamilton, M.: A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 23 ; 56-62, 1960
- 12) Harlow, K. C.: Patterns of rates of mortality from narcotics and cocaine overdose in Texas, 1976-87. *Public Health Rep*, 105 ; 455-462, 1990
- 13) Jaffe, J. H., Anthony, J. C.: Substance-related disorders : introduction and overview. In : Sadock, B. J., Sadock, V. A., eds.: *Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Lippincott Williams & Wilkins, New York, 2005
- 14) Johnsson, E., Fridell, M.: Suicide attempt in a cohort of drug abusers : a 5-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand*, 96 ; 362-366, 1997
- 15) Kalyoncu, A., Mirsal, H., Pektas, O., et al.: Heroin-dependent patients attempting and not attempting suicide : a comparison. *Acta Neuropsychiatr*, 19 ; 297-303, 2007
- 16) Kjelsberg, E., Winther, M., Dahl, A. A.: Overdose deaths in young substance abusers : accidents or hidden suicides. *Acta Psychiatr Scand*, 91 ; 236-242, 1995
- 17) Marzuk, P. M., Mann, J. J.: Suicide and substance abuse. *Psychiatric Annals*, 18 ; 639-645, 1988
- 18) McLellan, A. T., Luborsky, L., Woody, G. E., et al.: An improved diagnostic evaluation instrument for substance abuse patients. The Addiction Severity Index. *J Nerv Ment Dis*, 168 ; 26-33, 1980
- 19) Murphy, S. L., Rounsaville, B. J., Eyre, S., et al.: Suicide attempts in treated opiate addicts. *Compr Psychiatry*, 24 ; 79-89, 1983
- 20) Preuss, U. W., Schuckit, M. A., Smith, T. L., et al.: Predictors and correlates of suicide attempts over 5 years in 1,237 alcohol-dependent men and women. *Am J Psychiatry*, 160 ; 56-63, 2003
- 21) Pokorny, A. D.: Prediction of suicide in psychiatric patients : report of a prospective study. *Arch Gen Psychiatry*, 40 ; 249-257, 1983
- 22) Ries, R. K., Yuodelis-Flores, C., Comtois, K. A., et al.: Substance-induced suicidal admissions to an acute psychiatric service : characteristics and outcomes. *J Subst Abuse Treat*, 34 ; 72-79, 2008
- 23) Roy, A., Lamparski, D., DeJong, J., et al.: Characteristic of alcoholics who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 147 ; 761-765, 1990
- 24) Roy, A.: Characteristics of cocaine-dependent patients who attempt suicide. *Am J Psychiatry*, 158 ; 1215-1219, 2001
- 25) Roy, A.: Characteristics of opiate dependent patients who attempt suicide. *J Clin Psychiatry*, 63 ; 403-407, 2002

- 26) Roy, A.: Characteristics of drug addicts who attempt suicide. *Psychiatry Res*, 121 ; 99-103, 2003
- 27) Sher, L.: Alcoholism and suicidal behavior : a clinical overview. *Acta Psychiatr Scand*, 113 : 13-22, 2006
- 28) Singh, G., Kaur, D., Kaur, H.: Presumptive stressful life events scale-a new stressful life events scale for use in India. *Indian J Psychiatry*, 26 ; 107-114, 1984
- 29) van Egmond, M., Diekstra, R. F.: The predictability of suicidal behavior ; the results of a meta-analysis of published studies. *Crisis*, 11 ; 57-84, 1990
- 30) Weisman, A. D., Worden, J. W.: Risk-rescue rating in suicide assessment. *Arch Gen Psychiatry*, 26 ; 553-560, 1972
-

第108回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Prediction of Insomnia Severity among Alcohol-Dependent Patients Using Lagged Mediation Analysis

Olena Zhabenko<sup>1)</sup>, Amy R. Krentzman<sup>2)</sup>, Elizabeth A. R. Robinson<sup>2)</sup>, Kirk J. Brower<sup>2)</sup>

1) Department of Borderline Personality and Somatoform Disorders, Ukrainian Research Institute of Social and Forensic Psychiatry and Drug Abuse, 8a Kotsubinskiy str., Kiev, Ukraine, 2) Department of Psychiatry and Addiction Research Center, University of Michigan

**Introduction :** Sleep disturbance is a frequent complaint of alcohol-dependent patients during the chronic use of alcohol, acute withdrawal, and even after sustained abstinence. Insomnia is associated with complaints of the insufficient duration, quality, or timing of sleep. A review of the literature covering 11 studies yielded an estimated prevalence of insomnia ranging from 36 to 91%, with a mean of 59.4% in 3,027 alcohol-dependent patients. We hypothesized that the quantity of drinking is positively and prospectively associated with both insomnia and the psychiatric severity. We also predicted that the relationship between drinking and the insomnia severity would be mediated by the psychiatric severity.

**Methods :** The Life Transitions Study included 364 alcohol-dependent individuals at the baseline. Following informed consent procedures and initial assessment, subjects were reassessed every 6 months during a 2.5-year longitudinal survey conducted in the Midwestern United States from 2004 to 2009. Each assessment included a Time-Line Follow-Back interview to assess alcohol consumption, the Sleep Problems Questionnaire to measure insomnia severity over the past month, and the global severity index of the Brief Symptom Inventory to evaluate psychiatric symptoms. To analyze the relationships among drinking, the psychiatric severity, and insomnia, we performed a prospective, lagged modeling approach (drinking over the past 90 days at the 6-month follow-up to predict the psychiatric severity at 12 months, and the insomnia severity at 18 months, while controlling for age and gender). We used multiple imputation to address missing data. All statistical analyses were performed using SPSS version 18.0 for Windows (IBM Corporation, New York, NY) and STATA/SE version 11.2 for Windows (StataCorp. LP, College Station, TX, USA).

**Results :** There was no significant effect of the quantity of drinking ( $p=0.483$ ) on the insomnia severity. There was a significant positive effect of drinking ( $p<0.05$ ) on the psychiatric severity. When psychiatric severity was added to the model with drinking as a predictor of the insomnia severity, the effect of drinking remained non-significant ( $p=0.918$ ), whereas psychiatric severity positively predicted the insomnia severity ( $p<0.001$ ). Coefficients and standard errors of path “a” and “b” were inserted in the PRODCLIN program to obtain lower and upper 95% confidence limits of 0.00016 and 0.00212, respectively. This range did not contain zero, consistent with a significant mediation effect.

**Conclusion :** The main finding of this prospective study was that the psychiatric severity mediated the relationship between alcohol consumption and insomnia severity, controlling for age and gender. The current study suggests that attention to psychiatric symptoms in addition to alcohol consumption is an important component of reducing the insomnia severity when treating alcohol-dependent patients.

<Key words : insomnia severity, psychiatric severity, alcoholism, alcohol consumption>

## Introduction

Sleep disturbance is a frequent complaint of alcohol-dependent patients during the chronic use of alcohol<sup>2,7,35,43</sup>, withdrawal phase<sup>23</sup>, and even after sustained abstinence<sup>39,40</sup>. Insomnia, as classified in the DSM-IV section on sleep disorders, is characterized by either insufficient sleep or difficulty falling and maintaining sleep that causes daytime distress or impairment in social, occupational, or other important areas of functioning and lasts for at least one month<sup>1</sup>. A review of the literature covering 11 studies resulted in estimates of insomnia prevalence ranging from 36 to 91%<sup>2,5,8,10,13,15,17,20,31,32,46</sup>. This wide range can be explained by a number of factors, such as the characteristics of the sample (inpatients, outpatients, community sample, etc.), severity of alcohol dependence, time since the last drink, definition and assessment of insomnia, and geographical variation.

The etiology of insomnia in a general population is diverse, and nearly 100 causes have been mentioned; half of them are attributed to be of psychiatric origin, including anxiety, depression, and substance use disorders<sup>15</sup>. Brower and colleagues reported several predictors of insomnia and its severity, based on analyses of two studies— one cross-sectional and one longitudinal— with a sample size of over 600 alcohol-dependent patients recruited from the United States and Poland. These included a female gender, the psychiatric severity<sup>9</sup>, mental and physical health status, severity of alcohol dependence, number of days drinking in the past 3 months, and being abused in childhood, either physically or sexually<sup>45</sup>.

However, there are no studies of the long-

term course of insomnia and its relationship with drinking and the psychiatric severity over multiple time-points in alcohol-dependent individuals using lagged mediational analysis. We hypothesized that drinking is associated prospectively with the insomnia severity as well as increased psychiatric severity. We also predicted that the effect of drinking on insomnia would be partially mediated by the psychiatric severity.

## I. Methods

### 1. Design and Procedures

The Life Transitions Study (LTS) was a longitudinal survey of alcohol-dependent individuals in the Midwestern United States conducted from 2004–2009. The University of Michigan Institutional Review Board approved the study. Following informed consent procedures and baseline assessment, subjects were reassessed every 6 months for 2.5 years. Of the many measures collected, those applicable to this analysis included the quantity of drinking, psychiatric severity, and insomnia severity over time.

To examine the relationship between the total number of drinks, psychiatric severity, and insomnia severity, we used a prospective lagged, modeling approach. We ran four models with current variables at different time-points (Table 1). Models 2, 3, and 4 showed similar results. Model 1 differed due to a significant decrease ( $p < 0.001$ , Friedman Test) in drinking from 388 to 118 total drinks in the 90 days prior to the first and second time-points, respectively. The current study is a secondary analysis of Model 2, which was randomly chosen from the three

Table 1 Different types of model

| Time-point | 1                      | 2                      | 3                      | 4                      | 5                    | 6        |
|------------|------------------------|------------------------|------------------------|------------------------|----------------------|----------|
| Months     | 0                      | 6                      | 12                     | 18                     | 24                   | 30       |
| Model 1    | Total amount of drinks | Psychiatric Severity   | Insomnia               |                        |                      |          |
| Model 2    |                        | Total amount of drinks | Psychiatric Severity   | Insomnia               |                      |          |
| Model 3    |                        |                        | Total amount of drinks | Psychiatric Severity   | Insomnia             |          |
| Model 4    |                        |                        |                        | Total amount of drinks | Psychiatric Severity | Insomnia |

remaining models, and included 6-, 12-, and 18-month follow-up assessments.

## 2. Subjects

The LTS included 364 individuals with alcohol dependence at the baseline. A detailed description of the study design, methods, and participants has previously been published<sup>34</sup>. Table 2 provides descriptive statistics of demographic and clinical characteristics of the sample at the baseline. Participants were recruited from four sources : 43.1% (n=157) were from a university-based outpatient treatment program, 22.0% (n=80) from a Veteran Affairs outpatient treatment program, 9.3% (n=34) from a moderation drinking program, and 25.5% (n=93) from the community (not receiving treatment at the baseline). Participants' ages ranged from 18 to 80 years, with a mean ( $\pm$ SD) of 44.0 $\pm$ 12.8 years. Almost two-thirds (65.7%) were male and 81.9% were white. Approximately one-third (32.4%) were married ; nearly two-thirds (66.5%) had more than 13 years of education, and 44.0% were unemployed. The average number of drinks over the past 90 days, mean global severity index, and total Sleep Problems Questionnaire score at the baseline were 388 (with the range of drinks from 0 to 5,798), 44 (with

the score range from 24 to 78), and 9 (with the score range from 0 to 20), respectively.

## II. Assessment

### 1. Alcohol Dependence and Alcohol Consumption

In addition to socio-demographic information, participants were administered several other instruments. Baseline diagnoses of alcohol dependence were confirmed using the Structured Clinical Interview for DSM-IV (SCID) Axis I Disorders<sup>18</sup>.

Participants completed the Time-Line Follow-Back interview (TLFB) every 6 months to assess alcohol consumption<sup>11,41</sup>. The TLFB uses a calendar method that evaluates the daily patterns and quantity of drinking over the previous 90 days. The total number of drinks consumed over the 90 days prior to the 6-month assessment was selected as the measure of drinking.

### 2. Insomnia

To assess the severity of insomnia, participants completed the Sleep Problems Questionnaire (SPQ) every 6 months during the course of the study<sup>22</sup>. The SPQ is a four-item, self-administered questionnaire. It asked about the presence of sleep disturbance in the previous

Table 2 Baseline characteristics of the secondary analysis sample

| Variable                                     | n   | %/Mean (SD)           |
|--|-----|-----------------------|
| Demographics                                 |     |                       |
| Age  | 364 | 44.0 ( $\pm 12.8$ )   |
| Site   |     |                       |
| University clinic                            | 157 | 43.1                  |
| Veterans Affairs                             | 80  | 22.0                  |
| Moderation drinking program                  | 34  | 9.3                   |
| Community sample                             | 93  | 25.5                  |
| Gender                                       |     |                       |
| Males  | 239 | 65.7                  |
| Females                                      | 125 | 34.3                  |
| Educational status                           |     |                       |
| Less than 11 years of education              | 13  | 3.6                   |
| Completed high school                        | 109 | 29.9                  |
| More than 13 years of education              | 242 | 66.5                  |
| Marital status                               |     |                       |
| Never married                                | 105 | 28.8                  |
| Married                                      | 118 | 32.4                  |
| Living with someone as if married            | 21  | 5.8                   |
| Separated                                    | 23  | 6.3                   |
| Divorced                                     | 93  | 25.5                  |
| Widowed                                      | 4   | 1.1                   |
| Employment status                            |     |                       |
| Unemployed                                   | 160 | 44.0                  |
| Employed                                     | 204 | 56.0                  |
| Race/Ethnicity                               |     |                       |
| Black  | 38  | 10.4                  |
| White  | 298 | 81.9                  |
| Other  | 28  | 7.7                   |
| Clinical                                     |     |                       |
| Total number of drinks over the past 90 days | 364 | 388.8 ( $\pm 540.4$ ) |
| Global severity index total score            | 364 | 44.1 ( $\pm 9.3$ )    |
| Sleep Problems Questionnaire score           | 358 | 9.2 ( $\pm 5.6$ )     |

four weeks (trouble falling asleep, trouble staying asleep, waking several times during the night, and feeling tired after waking in the morning). Each item was scored from 0 (no disturbance) to 5 (daily disturbance), for a minimum score of 0 and for a maximum total score of 20, with higher scores indicating greater insomnia severity.

### 3. Psychiatric Severity

The Brief Symptom Inventory (BSI) was also administered every 6 months. The BSI is a 53-item list of self-reported symptoms that measures the level of psychiatric distress<sup>14</sup>. This inventory yields nine primary scales and three global indices. The global severity index (GSI) was selected for this study as the measure of psychiatric severity. The following five

Table 3 Descriptive statistics of the primary clinical variables for analyses across chosen time-points

| Variables            | T2 (6 months) |                       | T3 (12 months) |                       | T4 (18 months) |                       |
|----------------------|---------------|-----------------------|----------------|-----------------------|----------------|-----------------------|
|                      | n             | Mean (SD)             | n              | Mean (SD)             | n              | Mean (SD)             |
| Drinking             | 316           | 118.5 ( $\pm 259.2$ ) | 297            | 123.5 ( $\pm 270.8$ ) | 286            | 101.4 ( $\pm 215.8$ ) |
| Psychiatric severity | 309           | 40.2 ( $\pm 10.8$ )   | 288            | 40.2 ( $\pm 10.5$ )   | 280            | 39.4 ( $\pm 9.8$ )    |
| Insomnia severity    | 310           | 8.1 ( $\pm 5.3$ )     | 293            | 7.9 ( $\pm 5.6$ )     | 284            | 7.4 ( $\pm 5.4$ )     |

Note : T=time-point ; n=sample size ; SD=standard deviation

responses were available for each question : not at all, a little bit, moderately, quite a bit, and extremely. Responses were then coded on a 0-4 scale (not at all=0). Raw scores were converted to standardized T-scores using adult psychiatric outpatients as a norm with a mean ( $\pm$ SD) of 50 ( $\pm 10$ ). Possible standardized scores ranged from 19 to 81 for women and 26 to 80 for men, with higher scores indicating a higher psychiatric severity.

#### 4. Covariates

Information on gender and age was obtained in the baseline interview.

### III. Statistical Methods

All statistical analyses were performed using SPSS version 18.0 for Windows (IBM Corporation, New York, NY) and STATA/SE version 11.2 for Windows (StataCorp. LP, College Station, TX, USA).

Lagged, Controlled Mediation Analyses. To test the relationship between drinking, the psychiatric severity, and insomnia, we performed a prospective, lagged, modeling approach<sup>24)</sup>. Multiple regression was used to explore the relationship between one continuous, dependent variable (insomnia severity) and a number of independent variables of predictors (total number of drinks, psychiatric severity, age, and gender)<sup>42)</sup>. We tested mediation via the steps proposed by Baron and Kenny<sup>4)</sup>. These steps required the fol-

lowing (Figure 1) : (1) The effect of the independent variable (total number of drinks) on the dependent variable (insomnia severity) must be significant (pathway c).(2) The path from the independent variable (total number of drinks) to the mediator (psychiatric severity) must be significant (pathway a).(3) The path from the mediator (psychiatric severity) to the dependent variable (insomnia severity) must be significant (pathway b). To make the test lagged, we used "total number of drinks" over the past 90 days at the 6-month follow-up to predict the psychiatric severity at 12 months, and insomnia outcome over the past 1 month at 18 months. The included covariates were age and gender.

Missing Data. We used multiple imputation to treat missing data<sup>25)</sup>. Missing data at the selected time-points were : for drinking variable—13%, for psychiatric severity—20%, and for insomnia—21% (Table 3). A multiple imputation strategy was applied for all studied variables. The Markov Chain Monte Carlo (MCMC) method for multiple imputation was used because of a non-monotone missing data pattern<sup>21)</sup>. We performed ten imputations using implementations of the chained equation (ICE) approach available in the STATA, and the reported statistics were averaged across imputations<sup>36)</sup>. The degrees of freedom for the reported t-statistics varied by analysis because of adjustment<sup>3)</sup>.

Test of Statistical Mediation. To test the significance of the mediated pathway, we used the

distribution of products test<sup>26,28</sup>). In this procedure, the distributions of the two segments of the mediated pathways were tested and the 95% confidence intervals (CI) for this product were calculated. CIs that did not include 0 indicated a significant, mediated pathway<sup>29</sup>).

**Quantifying Strength of Mediation.** To estimate the effect size of the mediation pathways, we calculated the proportion mediated, which showed the proportion of the total effect of the independent variable (amount of total drinks) on the dependent variable (insomnia severity) accounted for by the mediator (psychiatric

severity)<sup>38</sup>).

IV . Results

**Effect of Total Drinks on Insomnia Severity :** There was no significant effect of the quantity of drinking ( $p=0.483$ ) on the insomnia severity after controlling for age ( $p=0.750$ ) and gender ( $p=0.122$ ) (Figure 1A, Table 4).

**Mediation Effect of Psychiatric Severity :** When the psychiatric severity was added to the model with drinking as a predictor of the insomnia severity, the effect of drinking remained non-significant ( $p=0.918$ ), whereas the psychiatric severity positively predicted the insomnia severity ( $p<0.001$ ), controlling for age ( $p=0.449$ ) and gender ( $p<0.05$ ) (Figure 1B, Table 5).

**Effect of Total Drinks on Psychiatric Severity :** There was a significant positive effect of drinking ( $p<0.05$ ) on the psychiatric severity, controlling for age ( $p=0.363$ ) and gender ( $p=0.095$ ) (Figure 1B, Table 6).

**Test of Statistical Mediation.** Coefficients and standard errors of paths “a” and “b” were inserted in the PRODCLIN program to obtain lower and upper 95% confidence limits of 0.00016 and 0.00212, respectively. This range did not contain zero and was consistent with a significant mediation effect<sup>27</sup>).

**Quantifying Strength of Mediation.** The indirect effect was  $a \times b = 0.001$ , the direct effect (c) was  $-0.000142$ , and the total effect was  $c'$

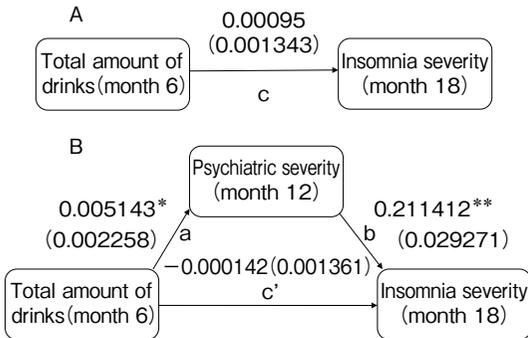


Figure 1 Predictors of insomnia severity among alcohol-dependent patients in a lagged, mediational model. The independent variable (total amount of drinks, X) affects the dependent variable (insomnia severity, Y) either directly (Figure A) or indirectly (Figure B) via mediator (psychiatric severity, M). The factors of age and gender are controlled for. Numbers are coefficients (standard error). \* $p<0.05$ , \*\* $p<0.001$ .

Table 4 Results of linear regression for total number of drinks at 6 months predicting insomnia severity at 18 months

| Variable     | Coef.    | SE       | t    | P> t  | 95% Conf. Int. |          | FMI   |
|--------------|----------|----------|------|-------|----------------|----------|-------|
| Total drinks | 0.00095  | 0.001343 | 0.71 | 0.483 | -0.001764      | 0.003665 | 0.455 |
| Age          | 0.007645 | 0.024    | 0.32 | 0.750 | -0.039738      | 0.055028 | 0.165 |
| Gender       | 0.974574 | 0.628477 | 1.55 | 0.122 | -0.263712      | 2.21286  | 0.119 |

Note : Coef.=coefficient (beta) ; SE=standard error ; t=t statistic ; P=p-value ; 95% Conf. Int.=95% confidence intervals ; FMI=the fraction of missing information

Table 5 Results of linear regression for total number of drinks at 6 months and psychiatric severity at 12 months predicting insomnia severity at 18 months

| Variable              | Coef.     | SE       | t     | P> t  | 95% Conf. Int. |          | FMI   |
|-----------------------|-----------|----------|-------|-------|----------------|----------|-------|
| Total drinks          | -0.000142 | 0.001361 | -0.10 | 0.918 | -0.002936      | 0.002652 | 0.563 |
| Global severity index | 0.211412  | 0.029271 | 7.22  | 0.000 | 0.15297        | 0.269854 | 0.335 |
| Age                   | 0.016658  | 0.021968 | 0.76  | 0.449 | -0.026732      | 0.060048 | 0.175 |
| Gender                | 1.41628   | 0.590911 | 2.40  | 0.018 | 0.249654       | 2.5829   | 0.165 |

Note : Coef.=coefficient (beta) ; SE=standard error ; t=t statistic ; P=p-value ; 95% Conf. Int.=95% confidence intervals ; FMI=the fraction of missing information

Table 6 Results of linear regression for total number of drinks at 6 months predicting psychiatric severity at 12 months

| Variable     | Coef.     | SE       | t     | P> t  | 95% Conf. Int. |          | FMI   |
|--------------|-----------|----------|-------|-------|----------------|----------|-------|
| Total drinks | 0.005143  | 0.002258 | 2.28  | 0.025 | 0.000673       | 0.009614 | 0.222 |
| Age          | -0.042427 | 0.046536 | -0.91 | 0.363 | -0.134165      | 0.04931  | 0.128 |
| Gender       | -2.09472  | 1.25045  | -1.68 | 0.095 | -4.55926       | 0.36983  | 0.122 |

Note : Coef.=coefficient (beta) ; SE=standard error ; t=t statistic ; P=p-value ; 95% Conf. Int.=95% confidence intervals ; FMI=the fraction of missing information

=0.00095. However, given that  $c'$  was not significant, there was no strong evidence that suppression existed. In this case, we should compute the point estimate of the ratio as 1.00, indicating that the data set displayed complete mediation.

## V. Discussion

There remains a lack of empirical work examining the prospective relationships between alcohol consumption, psychiatric severity, and insomnia severity. The present study examined whether the psychiatric severity mediated alcohol consumption while predicting the insomnia severity. The main findings of this prospective time-lagged, controlled mediational analyses of a longitudinal study of AD individuals were : 1) psychiatric severity mediated the effect of the quantity of drinking on the insomnia severity while controlling for age and gen-

der ; and 2) the total amount of drinks was a significant predictor of the psychiatric severity, controlling for age and gender.

This study also showed that the total number of alcoholic drinks consumed over the previous 90 days did not directly predict the insomnia severity one year later. This result is consistent with a previous study of alcohol-dependent patients that did not identify a relationship between the quantity of drinking and insomnia<sup>20)</sup>, although other studies did<sup>2,37)</sup>. Nevertheless, these other studies were all cross-sectional.

The current study indicated that the psychiatric severity was a predictor of insomnia. Recent analyses of Brower et al.(2011) showed that insomnia symptoms were independently associated with a female gender and the psychiatric severity, but not alcohol-related variables. Insomnia may have been caused in large part by comorbid factors such as the psychiatric sever-

ity, and improvement in sleep with reduced drinking under these conditions would vary in accordance with the degree of persisting psychiatric symptoms<sup>9)</sup>. Some previous reports showed that a poor mental health was associated with insomnia in community populations<sup>6,12,19,33)</sup> as well as in alcohol-dependent patients<sup>46)</sup>.

The current analyses showed that the total amount of drinks predicted the psychiatric severity, controlling for age and gender. This relationship between drinking and the psychiatric severity is consistent with clinical observations that psychiatric symptoms diminish with abstinence after alcohol-dependent patients enter treatment. There is also a well-recognized association between alcohol dependence and other psychiatric disorders. Substance misuse can activate new psychiatric disorders and aggravate current disorders<sup>16)</sup>. One national study found that the most important predictors of psychiatric symptoms in treatment-seeking substance-dependent patients were the severity of physical health symptoms ( $\beta = 0.44$ ;  $p < 0.001$ ); severity of dependence on the main problem substance ( $\beta = 0.15$ ;  $p < 0.001$ ); female gender ( $\beta = 0.12$ ;  $p < 0.001$ ); and previous psychiatric treatment ( $\beta = 0.12$ ;  $p < 0.001$ )<sup>30)</sup>.

A population-based study in Hong Kong involving 5,001 Chinese adults with long-term health problems (AOR=1.74, 95% CI 1.36-2.23,  $p < 0.001$ ) showed an increased risk of reporting insomnia. Those consuming alcohol four to seven times a week had higher adjusted odds (AOR=4.66) of reporting insomnia than those who never consumed alcohol (95% CI 1.63-13.37,  $p < 0.005$ ). A poor mental health, quality of life (mental health), and perceived health over the past 3 months were also associated with an increased risk of insomnia (all  $p < 0.001$ )<sup>44)</sup>.

There are several strengths of this study. It

is the first longitudinal study to our knowledge to examine the predictors and course of insomnia among alcohol-dependent individuals using a prospective, lagged, modeling approach. Second, the sample size for this analysis was quite large, in which interviews were conducted every 6 months during a two-and-a-half year period. Third, the sample included participants from treatment and non-treatment arms. Fourth, the study used standardized and validated procedures and instruments. However, the current study has some limitations. First, it was based on self-reported measures of insomnia, alcohol consumption, and psychiatric severity. Second, the sample consisted of predominantly white participants recruited from the U.S. Thus, it is unknown to what extent these mediational findings extend to other samples of alcohol-dependent individuals. Third, the study measured psychiatric severity, but not psychiatric diagnoses or other medical disorders, which could be potential predictors of insomnia among AD patients. Fourth, other sleep disorders such as sleep-related breathing disorder, restless legs syndrome, and periodic limb movement disorder were not investigated. Finally, only a single mediator (psychiatric severity) was tested in the current study.

Future research. In addition to general psychiatric distress, testing the severity of depression and anxiety more specifically will help to determine the relative magnitude of different negative affects as mediators between drinking and insomnia. More analyses of the psychiatric severity among alcohol-dependent individuals are needed to understand the relationships between insomnia, alcohol consumption, and the psychiatric severity.

In conclusion, alcohol consumption and the psychiatric severity have indirect and direct

effects, respectively, on insomnia in alcohol-dependent individuals. These findings have clinical implications. They show that the psychiatric severity deserves extra attention in addition to eliminating or reducing alcohol consumption when addressing insomnia among alcohol-dependent patients.

#### Role of funding sources

This work was supported by the Fogarty International Center/NIDA International Substance Abuse Research Program Grant D43 TW005818 and NIAAA grants T32 AA007477, K24 AA00304, R01 AA014442.

#### Conflict of interest

All authors declare that they have no conflicts of interest.

#### Acknowledgements

The authors wish to thank Dave Childers for guidance through the process of multiple imputation in STATA.

#### Contributors

E. A. R. Robinson designed the study and wrote the protocol. K. J. Brower, A. R. Krentzman, and O. Zhabenko conducted the literature review and conducted statistical analyses. All authors contributed to and approved the final manuscript.

#### References

- 1) American Psychiatric Association.: Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., Text Revision). Washington, DC : American Psychiatric Publishing, Inc.; 2000.
- 2) Baekeland, F., Lundwall, L., Shanahan, T. J., et al.: Clinical correlates of reported sleep disturbance in alcoholics. *Q J Stud Alcohol*, 35 (4 Pt A) ; 1230-1241, 1974
- 3) Barnard, J., Rubin, D. B.: Miscellanea. Small-sample degrees of freedom with multiple imputation. *Biometrika*, 86 (4) ; 948, 1999
- 4) Baron, R. M., Kenny, D. A.: The moderator-mediator variable distinction in social psychological research : conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Pers Soc Psychol*, 51 (6) ; 1173-1182, 1986

- 5) Bokström, K., Balldin, J.: A rating scale for assessment of alcohol withdrawal psychopathology (AWIP). *Alcohol Clin Exp Res*, 16 (2) ; 241-249, 1992
- 6) Breslau, N., Roth, T., Rosenthal, L., et al.: Sleep disturbance and psychiatric disorders : a longitudinal epidemiological study of young adults. *Biol Psychiatry*, 39 (6) ; 411-418, 1996
- 7) Brower, K. J.: Alcohol's effects on sleep in alcoholics. *Alcohol res health*, 25 (2) ; 110-125, 2001
- 8) Brower, K. J., Aldrich, M. S., Robinson, E. A., et al.: Insomnia, self-medication, and relapse to alcoholism. *Am J Psychiatry*, 158 (3) ; 399-404, 2001
- 9) Brower, K. J., Krentzman, A., Robinson, E. A.: Persistent insomnia, abstinence, and moderate drinking in alcohol-dependent individuals. *Am J Addict*, 20 (5) ; 435-440, 2011
- 10) Caetano, R., Clark, C., Greenfield, T. K.: Prevalence, trends, and incidence of alcohol withdrawal symptoms. *Alcohol Health Res World*, 22 ; 73-79, 1998
- 11) Carey, K. B.: Reliability and validity of the time-line follow-back interview among psychiatric Outpatients : A Preliminary Report. *Psychology of Addictive Behaviors*, 11 (1) ; 26-33, 1997
- 12) Chang, P. P., Ford, D. E., Mead, L. A., et al.: Insomnia in young men and subsequent depression. The Johns Hopkins Precursors Study. *Am J Epidemiol*, 146 (2) ; 105-114, 1997
- 13) Cohn, T., Foster, J. H., Peters, T. J.: Sequential studies of sleep disturbance and quality of life in abstaining alcoholics. *Addict Biol*, 8 (4) ; 455-462, 2003
- 14) Derogatis, L.: Brief Symptom Inventory (BSI). Administration, Scoring, and Procedures Manual, Third Edition. Systems NC, editor 1993
- 15) Escobar-Córdoba, F., Ávila-Cadavid, J., Cote-Menendez, M.: Complaints of insomnia in hospitalized alcoholics. *Rev Bras Psiquiatr*, 31 ; 261-264, 2009
- 16) Farrell, M., Howes, S., Bebbington, P., et al.: Nicotine, alcohol and drug dependence and psychiatric comorbidity. Results of a national household survey. *Br J Psychiatry*, 179 (5) ; 432-437, 2001
- 17) Feuerlein, W.: The acute alcohol withdrawal syndrome : findings and problems. *Br J Addict Alcohol Other Drugs*, 69 (2) ; 141-148, 1974
- 18) First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., eds.: *Struc-*

tered Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders (SCID-I), Clinical Version : User's Guide. American Psychiatric Publishing, Inc., Washington, D. C. 1997.

19) Ford, D. E., Kamerow, D. B.: Epidemiologic study of sleep disturbances and psychiatric disorders. An opportunity for prevention? *JAMA*, 262 (11) ; 1479-1484, 1989

20) Foster, J. H., Peters, T. J.: Impaired sleep in alcohol misusers and dependent alcoholics and the impact upon outcome. *Alcohol, Clin Exp Res*, 23 (6) ; 1044-1051, 1999

21) Gilks, W. R., Richardson, S., Spiegelhalter, D. J.: Markov chain Monte Carlo in practice. Chapman & Hall/CRC, 1996

22) Jenkins, C. D., Stanton, B. A., Niemcryk, S. J., et al.: A scale for the estimation of sleep problems in clinical research. *J Clin Epidemiol*, 41 (4) ; 313-321, 1988

23) Johnson, L. C., Burdick, J. A., Smith, J.: Sleep during alcohol intake and withdrawal in the chronic alcoholic. *Arch Gen Psychiatry*, 22 (5) ; 406-418, 1970

24) Kelly, J. F., Stout, R. L., Magill, M., et al.: Spirituality in recovery : a lagged mediational analysis of alcoholics anonymous' principal theoretical mechanism of behavior change. *Alcohol Clin Exp Res*, 35 ; 454-463, 2010

25) Little, R. J. A., Rubin, D. B.: Statistical analysis with missing data. Wiley, John & Sons, Incorporated, New York, 1987

26) MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., Fritz, M. S.: Mediation analysis. *Annu Rev Psychol*, 58 ; 593-614, 2007

27) MacKinnon, D. P., Fritz, M. S., Williams, J., et al.: Distribution of the product confidence limits for the indirect effect : program PRODCLIN. *Behav Res Methods*, 39 (3) ; 384-389, 2007

28) MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Hoffman, J. M., et al.: A comparison of methods to test mediation and other intervening variable effects. *Psychol Methods*, 7 ; 83-104, 2002

29) MacKinnon, D. P., Lockwood, C. M., Williams, J.: Confidence limits for the indirect effect : distribution of the product and resampling methods. *Multivariate Behav Res*, 39 ; 99-128, 2004

30) Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al.: Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence : intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *Br J Psychiatry*, 176(3) ;

285-289, 2000

31) Mello, N. K., Mendelson, J. H.: Behavioral studies of sleep patterns in alcoholics during intoxication and withdrawal. *J Pharmacol Exp Ther*, 175 (1) ; 94-112, 1970

32) Perney, P., Leher, P., Mason, B. J.: Sleep disturbance in alcoholism : proposal of a simple measurement, and results from a 24-week randomized controlled study of alcohol-dependent patients assessing acamprosate efficacy. *Alcohol Alcohol*, 47 (2) ; 133-139, 2012

33) Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., et al.: Sleep complaints and depression in an aging cohort : a prospective perspective. *Am J Psychiatry*, 157 (1) ; 81-88, 2000

34) Robinson, E. A., Krentzman, A. R., Webb, J. R., et al.: Six-month changes in spirituality and religiousness in alcoholics predict drinking outcomes at nine months (in press). *J stud alcohol drugs*, 72 ; 660-668, 2011

35) Roehrs, T., Roth, T.: Sleep, sleepiness, and alcohol use. *Alcohol Res Health*, 25 (2) ; 101-109, 2001

36) Royston, P.: ICE : Stata module for multiple imputation of missing values. Statistical Software Components S446602. Boston College Department of Economics 2006

37) Shinba, T., Murashima, Y. L., Yamamoto, K.: Alcohol consumption and insomnia in a sample of Japanese alcoholics. *Addiction*, 89 (5) ; 587-591, 1994

38) Shrout, P., Bolger, N.: Mediation in experimental and nonexperimental studies : new procedures and recommendations. *Psychol Methods*, 7 (4) ; 422-445, 2002

39) Skoloda, T. E., Alterman, A. I., Gotthel, E.: Sleep quality reported by drinking and non-drinking alcoholics. *Addiction Research and Treatment : Converging Trends Elmsford, New York : Pergamon*, 102-112, 1979

40) Snyder, S., Karacan, I.: Sleep patterns of sober chronic alcoholics. *Neuropsychobiology*, 13 (1-2) ; 97-100, 1985

41) Sobell, L. C., Sobell, M. B.: Timeline Followback. A calendar method for assessing alcohol and drug use : User's Guide. Addiction Research Foundation, Toronto, Ontario. 1996

42) Tabachnik, B. G., Fidell, L. S.: Using Multivariate Statistics. Allyn and Bacon, 2001

43) Vitiello, M. V.: Sleep, alcohol and alcohol abuse. *Addiction Biology*, 2 (2) ; 151-158, 1997

44) Wong, W. S., Fielding, R.: Prevalence of insomnia among Chinese adults in Hong Kong : a population-based study. *J Sleep Res*, 20 (1 pt 1) ; 117-126, 2011

45) Zhabenko, N., Wojnar, M., Brower, K.: Predictors of insomnia in a Polish sample of alcohol-dependent patients. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*,

35 (6 suppl) ; (150A), 2011

46) Zhabenko, N., Wojnar, M., Brower, K. J.: Prevalence and correlates of insomnia in a Polish sample of alcohol-dependent patients. *Alcohol Clin Exp Res*, 36 (9) ; 1600-1607, 2012

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Substance Dependence in Europe

Franziska Baessler

(LVR Klinikum Duesseldorf, Kliniken der Heinrich-Heine-Universität, Duesseldorf, Germany)

**Objective :** Substance dependence is one of the world's major health issues. Worldwide, there are around 149 to 271 million people who use opioids, cannabis, amphetamines, or cocaine<sup>5)</sup>. Exact numbers regarding the prevalence of substance use are difficult to acquire because surveys depend on information provided by consumers and indirect measurement methods depend on precise estimates. Even within developed areas such as Europe, there are various approaches. Open door policies such as in the Netherlands and drug tourism are debated by neighbouring countries as being controversial.

**Content :** The article takes into account the diversity and classification of substance-related disorders in Europe, focusing on alcohol, which is the most consumed legal drug, and cannabis, which is the most consumed illicit drug. The emphasis is on definitions, prevalence, evidence for the effectiveness of intervention programs, and legal issues.

**Results :** Substance abuse and dependence disorders are combined. The early-warning system (EWS) discovered one new psychoactive substance per week in Europe in 2011. This is the most rapid increase in new substances measured to date. Semi-compulsory addiction treatment for convicts is as effective as voluntary therapy. Alcohol policies are effective to differing degrees. The European area has different approaches towards cannabis from different legal points of view. Some countries differentiate between so called "soft" drugs (like cannabis) and "hard" drugs (like heroin and cocaine). The softening or increasing severity of penalties does not show a direct association with prevalence.

**Conclusions :** The diversity of psychoactive substances is increasing. There is an ongoing need for the revision of substance disorder-related classifications for DSM-V and ICD-11. Quasi-compulsory therapy for convicts is effective. Interventions to reduce the harm of drugs should be reviewed before implementation. The severity of penalties does not show a unidirectional relationship with prevalence.

<**Key words** : substance-related disorder, education, marijuana abuse, alcohol-related disorders, Europe>

### I. Definition of Substance Dependence

Dependence syndrome is a category of mental and behavioural disorders caused by psychoactive substance use. According to this definition in the International Statistical Classification of Diseases and Related Health Prob-

lems<sup>9)</sup>, it is "a cluster of behavioural, cognitive, and physiological phenomena that develop after repeated substance use and that typically include a strong desire to take the drug, difficulties in controlling its use, persisting in its use despite harmful consequences, a higher priority

given to drug use than to other activities and obligations, increased tolerance, and sometimes a physical withdrawal state<sup>9)</sup>.” In European countries, this ICD-10 classification by the WHO is widely used. However, in the United States of America, the DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) published by the American Psychiatric Association is commonly used, in which substance dependence is defined as “a cluster of cognitive, behavioral, and physiological symptoms indicating that the individual continues use of the substance despite significant substance-related problems [… It] can result in tolerance, withdrawal, and compulsive drug-taking behavior”<sup>1)</sup>. The DSM-IV-TR (text revision) from 2000 is currently being updated and is due to be released in 2013. As a relevant change in the upcoming version, the DSM-V Substance Use Disorders Workgroup suggests fusing substance dependence and substance abuse into one disorder<sup>2)</sup>. This recommendation is based upon multiple studies analyzing the association of dependence and abuse.

## II. Diversity of Substance Dependence

The ICD (International Classification of Diseases) classifies mental and behavioural disorders caused by psychoactive substance use into the following categories : alcohol, opioids, cannabinoids, sedatives or hypnotics, and cocaine ; other stimulants, including caffeine, hallucinogens, tobacco and volatile solvents ; and multiple drug use and use of other psychoactive substances<sup>9)</sup>. There is an early-warning system (EWS) to detect new psychoactive substances within the European Union. In 2011, an average of one unknown substance per week was detected. The total number of 49 psychoactive substances is the highest measured<sup>7)</sup>. At present, the 10th version is being reviewed. It has

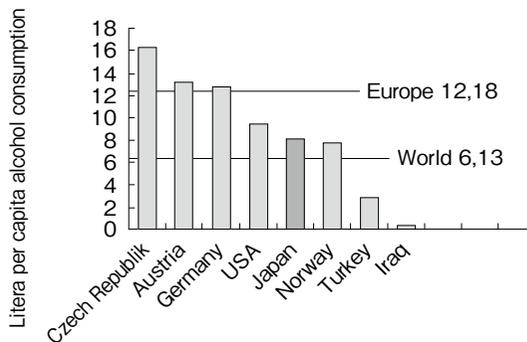


Figure 1 Total alcohol consumption data excerpts from Global status report on alcohol and deaths by WHO<sup>19)</sup>

been announced that the ICD-11 will be released by 2015<sup>8)</sup>.

## III. Legal Issues Regarding Substance Dependence

Voluntary therapy and quasi-compulsory therapy for convicts as an alternative to imprisonment are equally effective in decreasing delinquency and drug use, according to a study conducted in five European countries<sup>13)</sup>.

## IV. Alcoholism in Europe

### 1. Alcoholism Prevalence in Europe

The European Union is the region with the highest per capita alcohol intake. In 2009, it was 12.5 litres of pure alcohol, which is double the per capita consumption worldwide<sup>3)</sup> (For an overview of per capita alcohol consumption see Figure 1).

Alcoholism is also a growing issue outside of Europe ; for example, in the USA, 47.1% of adolescents regularly drink<sup>15)</sup>.

### 2. Treatment Gap for Alcoholics in Europe

There is a treatment gap (the discrepancy between people who need therapy and those who receive it) for people with alcohol depen-

dence/use. Thirty-seven community-based psychiatric studies where standardized diagnostic instruments were used were analyzed. It was found that, of all reviewed mental disorders, alcohol substance dependence/use was the highest, with a treatment gap of 78.1 (median rate)<sup>10</sup>. The widest gap was reported from Europe, with an estimated 92.4%. This result might be influenced by potentially insufficient data from developing countries.

Figure 2 shows evidence for the effectiveness of interventions regarding the blood alcohol concentration, minimum purchase age, alcohol outlet density, availability, education and information, servers, advice and identification, taxes on alcohol, and prices.

## V. Cannabis in Europe

### 1. Cannabis Prevalence in Europe

Cannabis is the most consumed illegal drug worldwide<sup>4</sup>. A total of 125–203 million people worldwide consume cannabis<sup>5</sup>. Based on surveys from 2001 to 2010, 78 million, i. e. 23% of 15 to 64-year-old Europeans, have a lifetime prevalence for cannabis. Around 7% of European adults consumed cannabis within the previous year, with nearly 4% within the previous month. Between the countries, the range varies from 0.4 to 14.3% of cannabis use in the previous year<sup>16</sup>. Availability and prices for cannabis vary from country to country, with the most expensive prices being found in Japan<sup>18</sup>.

### 2. Legal Issues Regarding Cannabis in Europe

There are liberal policy movements in Europe regarding cannabis consumption. Often, drugs are classified into so-called “hard drugs” including heroin and cocaine and “soft” drugs including cannabis. Some countries, like the Netherlands, implemented “open door policies”.

This is considered a controversial issue by people in neighbouring countries, as it is “drug tourism”. It has to be mentioned that cannabis prevalence in the Netherlands is lower than in most neighbouring countries<sup>6</sup>. There is still a lack of experience with approaches, so regulation changes and publications are being watched with interest. The following Figure 3 shows some points regarding development in the Netherlands :

Prevalence development in the Netherlands is ambivalent, particularly when analyzed with evidence that the use of cannabis prevalence development is comparable to European countries with no tolerance of cannabis consumption. Therefore, it is not likely that tolerance of cannabis leads to an increase in consumption. The Trimbos Institute has monitored the tetrahydrocannabinol (THC) content since 1999. It doubled from 8.6% from 1999/2000 to 20.4%. In 2005–2006, it was 17.5%<sup>6</sup>. Recently, different issues such as limiting tolerated THC concentrations, restricting entry to coffee shops to private club members, and the proximity of coffee shops to schools, have been addressed.

Many European countries are more concerned with convicting and searching for dealers than imprisoning illicit drug consumers. The European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, on examining surveys regarding the previous year’s prevalence of cannabis consumption, found no direct association between the increasing severity or softening of penalties and drug use<sup>17</sup> (see Figure 4).

## VI. Conclusions on Substance Dependence in Europe

As a tentative announcement recently made, the term “substance dependence” will be replaced by “substance-related disorders”. This

<sup>14</sup>Examples from : Global strategy to reduce the harmful use of alcohol.Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions. Geneva : World Health Organization ; p. 31-33, 2010

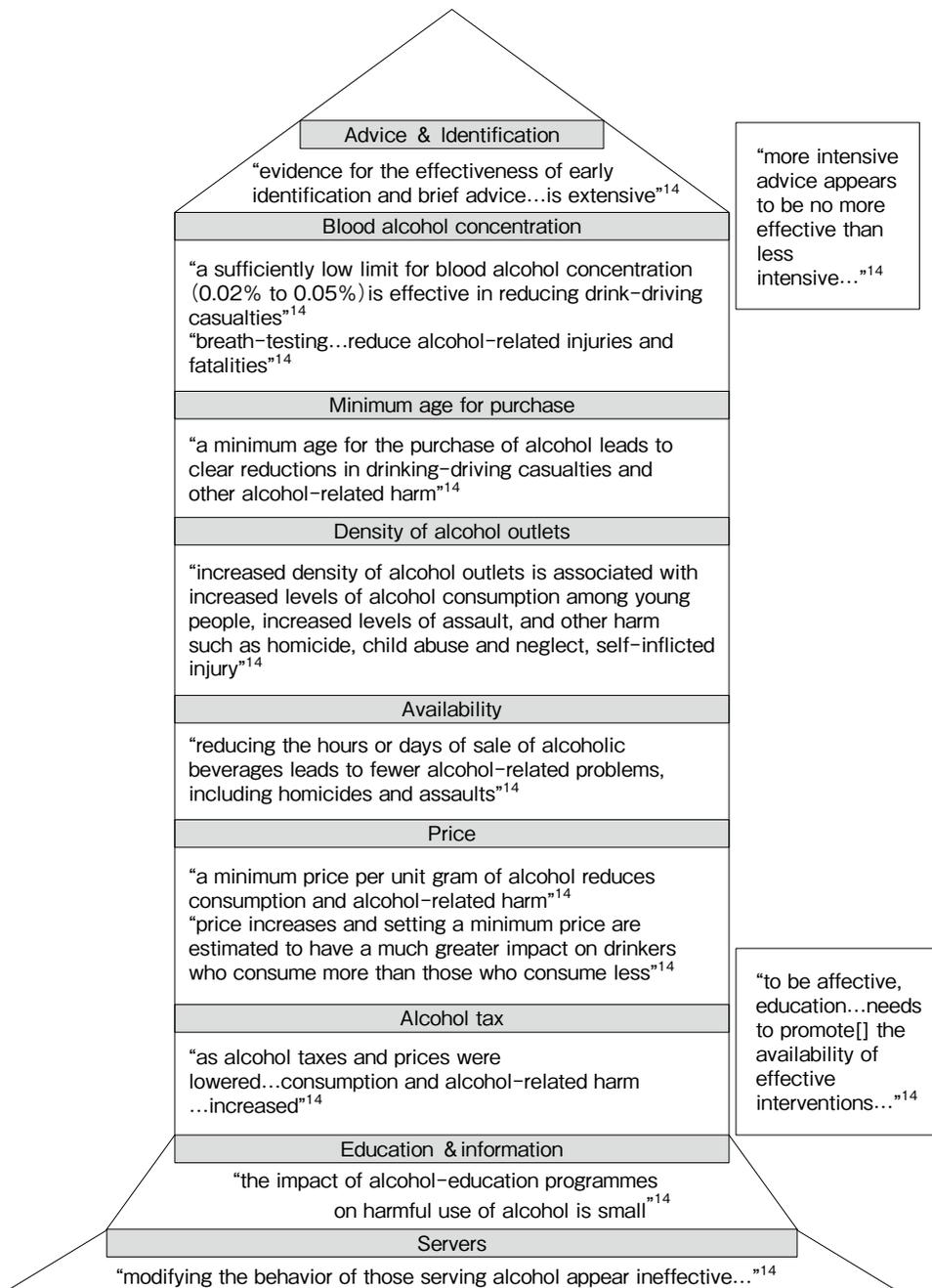


Figure 2

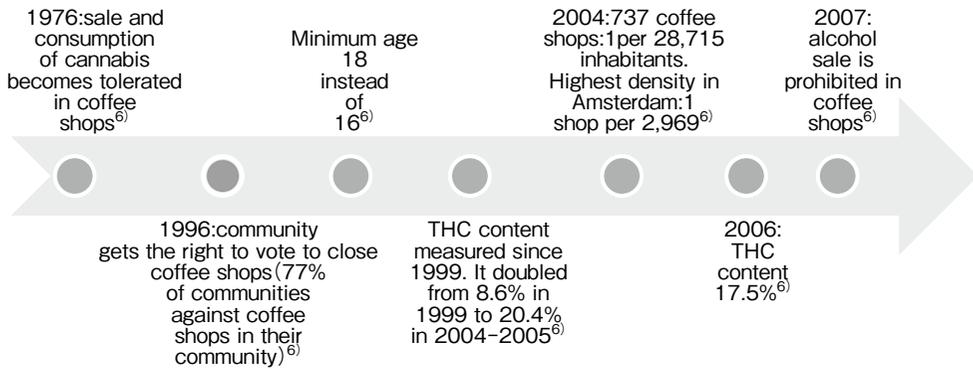


Figure 3 Landmarks regarding cannabis in chronological order

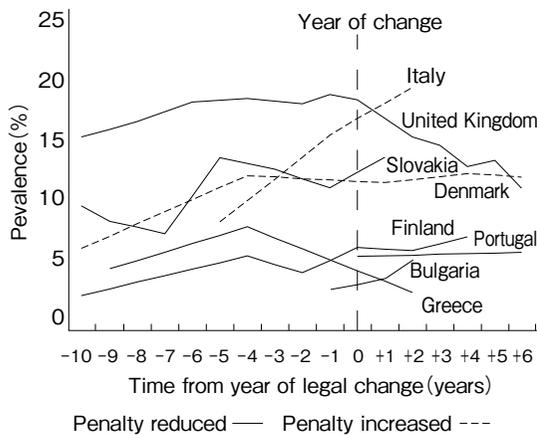


Figure 4 Reproduction from : European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual report 2011 ; The state of the drugs problem in Europe, p.45, 2011<sup>17)</sup>

change does not affect the relevance of substance use in our society. Revised classifications will have to adjust to the dissemination of new drugs. Although European countries have conducted many investigations with a view to fighting substance dependence, they face by far the highest consumption rate of alcohol in the world, and, even worse, a huge treatment gap when addressing alcoholism. The effects of intervention on fighting the harm of substance use are not obvious. Spreading information about programs has little impact on alcohol abuse unless

effective intervention is provided. More intensive advice does not have a greater effect than less intensive advice. Although motivation is one of the promising factors of lasting, successful treatment, semi-voluntary commitment to therapy as an alternative to imprisonment can be as effective. An increase in the penalty for cannabis law violation is not as promising as was hoped in regard to reducing the prevalence. The global burden of disease is very high regarding substances such as tobacco and alcohol, and will have a major impact on mental and global health in the future. Therefore, it is very important to fight the stigma associated with addiction, and to provide addicts with evidence based on high-quality care. Consequently, young psychiatrists need to be comprehensively trained in addiction psychiatry as well as in cultural diversity.

References

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text Revision (DSM-IV-TR), p.192, 2000
- 2) American Psychiatric Association DSM-V Development Substance Use Disorders Workgroup : Rationale for Changes to Substance-Related Disorders. Tentative new title of new combined section : Addiction and related disorders. Combining Substance Abuse and Dependence into one Disorder, <http://www.dsm5.org/>

ProposedRevision/Pages/proposedrevision.aspx?rid=452#, 2012

3) Anderson, P., Møller, L., Galea G.(editors) : Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organization, 2012

4) Bonnet, U., Harries-Hedder, K., Leweke, F. M., et al.: AWMF-guideline : disorders related to cannabis : Fortschr Neurol Psychiatr, 72 : 318-329, 2004

5) Degenhardt, L., Hall, W.: Extent of illicit drug use and dependence, and their contribution to the global burden of disease. Lancet, 379 (9810) : 55-70, 2012

6) EMCDDA : A cannabis reader : global issues and local experiences, Monograph series 8, Volume 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2008

7) Europol and European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA in accordance with Article 10 of Council Decision 2005/387/JHA on information exchange, risk assessment and control of new psychoactive substances, p.3, 2011

8) International Classification of Diseases (ICD) Information Sheet. World Health Organization, 2010

9) International statistical classification of diseases and related health problems. -10<sup>th</sup> revision World Health Organization, 2010

10) Kohn, R., Saxena, S., Levav I., et al.: The treatment gap in mental health care. Bulletin of the World Health Organization, 82 : 858-866, 2004

11) Korf, D.: An open front door : the coffee shop phenomenon in the Netherlands, in : A cannabis reader : global issues and local experiences, Monograph series 8,

Volume 1, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, 2008

12) Mensinga, T. T., de Vries, I., Kruidenier, M., et al.: A double-blind, randomized, placebo-controlled, cross-over study on the pharmacokinetics and effects of cannabis. RIVM report, 2006

13) Schaub, M., Stevens, A., Berto, D., et al.: Comparing Outcomes of a voluntary and Quasi-Compulsory treatment of substance dependence in Europe. Eur Addict Res, 16 ; 53-60, 2010

14) Source : Global strategy to reduce the harmful use of alcohol. Evidence for the effectiveness and cost-effectiveness of interventions to reduce harmful use of alcohol. Geneva : World Health Organization ; p.31-33, 2010

15) Swendsen, J., Burstein M., Case B., et al.: Use and abuse of alcohol and illicit drugs in US adolescents. Results of the National Comorbidity Survey-Adolescent Supplement. Arch Gen Psychiatry, 69 (4) ; 390-398, 2012

16) The state of the Drugs Problem in Europe. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Annual Report 2011

17) European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction : The state of the drugs problem in Europe. Annual Report. p.45, 2011

18) United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2011 (United Nations Publication, Sales No. E. 11. XI. 10). p.193, 2011

19) World Health Organization : Global status report on alcohol and health. 1. Alcoholism—epidemiology. 2. Alcohol drinking—adverse effects. 3. Social control, Formal—methods. 4. Cost of illness. 5. Public policy., 2011

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 若手精神科医師がアルコール依存症臨床に携わって

橋本 望<sup>1,2)</sup>, 池上 陽子<sup>2)</sup>, 中野 和歌子<sup>1,3)</sup>, 中前 貴<sup>1,4)</sup>, 久我 弘典<sup>1,5,6)</sup>,  
白坂 知彦<sup>1,7)</sup>, 田中 増郎<sup>1,8)</sup>, 河本 泰信<sup>2)</sup>

- 1) 特定非営利活動法人日本若手精神科医の会, 2) 岡山県精神科医療センター, 3) 産業医科大学医学部精神医学教室,  
4) 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学, 5) 独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター児童精神科,  
6) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学, 7) 札幌医科大学神経精神医学教室, 8) 高嶺病院精神科

本稿は、第 108 回日本精神神経学会学術総会における国際シンポジウムで発表した内容をまとめたものである。「断酒会」「久里浜方式」「抗渴望薬」をキーワードに日本におけるアルコール依存症医療の変遷について簡単に紹介した。すなわち、日本におけるアルコール医療はアルコールクアノニマスを模範にしながらも異なる特徴を持つ「断酒会」の出現に始まり、やがて「久里浜方式」が日本全国の精神科病院での入院治療システムのモデルとなった。その「久里浜方式」も認知行動療法が導入されるなど変遷してきた。筆者は、幸運にも「新久里浜方式」がすでに導入されていた岡山県精神科医療センターで精神科臨床研修を開始し、当初から多くの依存症患者の治療に携わる機会を得た。強い断酒決意を持ち、自助グループに積極的に参加していながらも、強烈的な飲酒欲求が原因で、再飲酒から生活を破綻させる患者を数多く見てきた。そこで、飲酒欲求に対するモニタリングや飲酒欲求の低減への直接的なアプローチが重要と考え、海外で使用されている抗渴望薬に関心を持つようになった。わが国では、初めての抗渴望薬である *acamprosate* が申請中である。その他、「てんかん」に対して、認可されている *topiramate* のアルコール依存症に対する有効性も注目されている。また、*nalmefene* は、飲酒前に 1 錠内服するだけで、飲酒量低減効果があることが臨床試験で示され、ヨーロッパで「アルコール依存症における飲酒量低減」を適応として申請中。このように、依存症支援の在り方は転換期にあり、わが国でもアルコール依存症に対する薬物療法の在り方や「アルコール依存症における飲酒量低減」に関する議論が活発になされることを期待する。

<索引用語：アルコール依存症, 断酒会, 渴望, *topiramate*, *acamprosate*>

## はじめに

筆者は、2004 年 4 月から 2 年間の卒後臨床研修を修了し、2006 年 4 月に岡山県精神科医療センターにて精神科研修を始め現在に至る。岡山県精神科医療センターは 50 床の依存症病棟と他の外来からは独立した依存症外来ユニットを有していたため、筆者も勤務当初から多くの依存症患者の治療に携わることができた。その中には、悔やまれる症例もある。入院治療に積極的に参加し、断酒を決意して笑顔で退院した 44 歳男性。退院後 1

週間後の外来にて再飲酒したことを語った時には、強い自責感を訴えた。また、再就職を焦っている発言があった。数日後に、首を吊って亡くなった。この症例を経験して、自分の診療技術の至らなさを痛感し、どのような面接やかかわりが重要なのか模索しながらの診療が続いた。経験を重ねるうちに、依存物質をやめる、やめないということ以上に重要なポイントを認識できるようになった。自責感からの自殺を予防すること、正直になれるような雰囲気を作ること、自己肯定感が

持てるように支援することなどである。自分の診療技術を見直してきたものの、それでも再飲酒から元の飲酒パターンへ戻ってしまう患者を多く経験した。

当院の入院治療においては、酒をやめるという決意が得られるかどうかを治療目標として重要視されてきた。しかし、強い断酒決意を持ち、自助グループに積極的に参加していても、再燃して生活を破綻させる多くの患者たちを見るうちに、この病気が患者の意志の弱さや人格の問題ではなく、病的な飲酒欲求が、高い再燃を起こしていることが理解できた。そして、飲酒欲求に対するモニタリングや飲酒欲求の低減への直接的なアプローチが重要と考え、海外で使用されている抗渴望薬に興味を持つようになった。日本では、初めての抗渴望薬である acamprosate 申請中である。そこで、本稿では、簡単な日本におけるアルコール依存症医療の歴史と自助グループについて、また今後期待される薬物療法についてまとめる。

## I. わが国におけるアルコール依存症の自助グループ

### 1. AA (Alcoholics Anonymous; アルコホーリック・アノニマス)

1935年アメリカ合衆国オハイオ州アクロンで2人のアルコール依存症者によって始められた最初の自助グループである。AAはアルコール依存症の回復に成果を上げ、瞬く間に世界中に広まり、アルコール依存症の治療に光明をもたらした。AAは以下のように定義されている。

「AAは、経験と力と希望を分かち合って共通する問題を解決し、他の人たちもアルコール依存症から回復するように手助けしたいという共同体である。AAのメンバーになるために必要なことはただ1つ、飲酒をやめたいという願いだけである。会費もないし、料金を支払う必要もない。私たちは自分たちの献金だけで自立している。AAはどのような宗教、宗派、政党、組織、団体にも縛られていない。また、どのような論争や運動にも参加せず、支持も反対もしない。私たちの本来の目

的は、飲まないで生きていくことであり、他のアルコール依存症者も飲まない生き方を達成するように手助けすることである<sup>1)</sup>

AAは1950年代に日本に紹介されていたが、それ以前からも英語によるミーティングは存在していたようである。おそらく、在日する欧米人のためのミーティングであったと考えられる。本格的に日本AAが発足したのは1975年3月東京蒲田のミーティング場とされている<sup>2)</sup>。現在は日本全国で500余りのグループが900ヵ所以上の会場でミーティングを開催しており、推定参加メンバー数は約5,000人である<sup>1)</sup>。

## 2. 断酒会

1950年代から徐々に日本に情報が入りつつあったAAの影響を受け、日本の社会・文化・風土・考え方に合わせて1957年に東京断酒新生会が、1958年に高知県断酒新生会がそれぞれ発足した。1963年にその2つが合流して「全日本断酒連盟」が結成され、1970年には社団法人全日本断酒連盟として認可された<sup>2)</sup>。初代会長の松村春繁が全国を行脚し、各地に次々と断酒会が誕生していった。今日では、会員数が約9,000人、全国9ブロックに分かれ、その下に各県単位、さらに650の地域支部がある<sup>1)</sup>。

## 3. AAと断酒会の違い

断酒会は、AAを模範にしているが、多くの点でAAと異なる。まず、断酒会は例会を定期的に開くが、そこではAAのように匿名性はなく、本名を名乗って酒害体験を語る。運営費用はAAではメンバーの自主的な献金で賄われているのに対して、断酒会は会費によって運営される。ただし、補助金や善意の寄付金は受けることができると「断酒会規範」に明記されている<sup>2)</sup>。断酒会の他の特徴としては、例会に家族が出席することが期待されていることである。AAでは当事者だけのclosed meetingが原則で、家族はAlanon, Alateenという別組織を形成している。断酒会は歴史的に見ても中年男性が会員の多くを占めるため、

表1 久里浜方式によるアルコール依存症社会復帰プログラムの特徴

- 
- ①断酒を治療の目標とし、患者の同意に基づく入院を原則とする。
  - ②プログラムに参加する患者の入院期間を一律に設定する（約3ヵ月）。
  - ③入院患者は、同じアルコール依存症者で集団療法を基本とする。
  - ④患者は自治会（病棟内自助グループ）を組織し、入院生活や日課を自主的に運営する。
  - ⑤病棟の日課（病気に対する勉強会、ミーティング、抗酒剤服用、作業療法、レクリエーション、個人精神療法、自助グループ参加など）が組まれており、患者は原則すべての日課に参加する。
  - ⑥原則として入院治療は開放病棟で行う。
  - ⑦外泊も日課に含まれ、それにより患者は入院中から飲酒せずに家庭や社会で過ごす練習をする。
  - ⑧患者は集団生活の中で、規則正しい生活習慣や人間関係を作る練習をする。
  - ⑨退院後の通院治療、抗酒剤服用、自助グループ参加の重要性を患者に強調する。
- 

実質はアルコール依存症者の妻たちが断酒会へ出席することが期待され、むしろ夫の断酒に積極的に協力するべきとされた。これは、個よりも集団を重視し、しかも男性優位であった日本文化に影響を受けているとされる<sup>12)</sup>。

このように断酒会は極めて日本固有のものであるといえる。AAと断酒会という2つのそれぞれ違う特性を持つ自助グループが存在することは、アルコール依存症者にとって、自分に合う方を選べるというメリットもある。しかしながら、AAのメンバー数がほぼ一定で推移している一方で、断酒会の会員数の減少が激しいという問題がある。この背景には、女性、高齢、若年アルコール依存症者の増加により依存症者が多様化してきていることや、日本社会が徐々に個人主義的になり、人間関係が希薄になってきていることなどが考えられる。

## II. わが国におけるアルコール依存症医療<sup>20,24)</sup>

日本において1962年以前、アルコール依存症に対して確立された治療システムは存在しなかった。「アルコール依存症は治る見込みのない病気」と考えられていた。1963年、国立医療機関としては初めてのアルコール病棟が、国立療養所久里浜病院に設置され、新たな取り組みがなされた。これがいわゆる「久里浜方式」と呼ばれる治療システムであり、①自発的な入院であること、②入院期間が設定されている、③開放病棟での処遇などを特徴としている(表1)。1975年に始まったアル

コール依存症臨床医等研修によって、この治療方式は日本全国の精神科病院に広まっていった。しかしながら、日本社会の格差が増大し、患者の価値観も多様化するにつれて、この集団療法に偏重しがちな治療方式には、「治療が画一化して一方的になる」という問題点があることが明らかになってきた。

そこで澤山らは、問題を改善する目的で、2000年3月より認知行動療法を入院治療プログラムに取り入れた。この新しい治療プログラムは「新久里浜方式」と呼ばれた。澤山らは、アルコール依存症者にしばしば認められる認知の偏り（非機能的認知）を8つのタイプに分類(表2)し、この認知の偏りの1つあるいは複数の存在が、アルコール依存症者の飲酒問題の悪化を引き起こしていると仮定した。この認知の偏りを患者自身が検討し修正することにより、アルコール依存症の悪循環から回復できるとした。この治療プログラムにより2001年から2002年にかけて治療された175名を対象にした1年後の調査では、1年に飲酒6日以内で3日以上連続飲酒のない準断酒者と、断酒者を合わせた回復率は、1回目入院者で53%、2回目入院者では38%、3回目以上入院者で13%であった。全体では断酒率34%、回復率41%であった。1回目入院者では良好な成績といえるが、複数回入院者では初回に比べると効果が乏しいといえる。そこで主に再入院者に対して、NIAAA (National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism) のCognitive-behavioral coping skills

表2 アルコール依存症者に認めやすい「酒に対する認知の偏り」8つのタイプ

- 
- ①自分には飲酒問題がない。自分はアルコール依存症ではない（問題否認タイプ）。
  - ②自分ならうまく飲める。今度こそうまく飲める（節酒派タイプ）。
  - ③感情や行動は、酒でコントロールできる（逃避型飲酒タイプ）。
  - ④へだから飲んでしまった（言い訳・合理化タイプ）。
  - ⑤酒が好きだから、飲む。飲んだっていい（感情論タイプ）。
  - ⑥どうせ断酒なんかできない（断酒あきらめタイプ）。
  - ⑦酒をやめても、いいことはない。どうでもいい（なげやりタイプ）。
  - ⑧自分1人で酒はやめられる。いつでも酒はやめられる（断酒簡単タイプ）。
- 

therapy (CST) を改変したものが導入された。この再入院者用 CST は初回の導入個人セッションと9回の集団スキルトレーニングセッションからなる。酒を断るためのロールプレイや怒りのコントロールをテーマとしたセッションが含まれている。手紙を介して行った調査では2回目入院者の1年回復率は57%、3回目以上では19%で、特に2回目入院者では良好な成績とみられる（ただしこの回復率は1年に飲酒7日以内）。

2012年に久里浜医療センターは新しい治療プログラム Treatment Model of Alcohol dependence based on Cognitive behavioral Therapy, Kurihama version (TMAC) の採用を発表した。この治療プログラムは、ロサンゼルスのマトリックス・インスティテュートで開発され国際的にも有効性の示されている包括的な物質依存治療プログラムであるマトリックスモデルを参考として、変化のステージモデルやパラダイム発展モデルといった新たな治療法を取り入れたものとなっている。

### Ⅲ. 新たな治療戦略としての薬物療法

松本は、物質依存に対する薬物療法に対して、かねてから自助グループ活動を通じてスピリチュアルな回復を目指す立場から「薬物の問題は薬物では解決できない」という批判があることを認め

ながらも、薬物の問題を「絶対に薬物を使わずに」解決しようとするのは、「薬物だけで」解決しようとするのと同じくらい愚かしいと指摘している<sup>18)</sup>。

アルコール依存症に対する薬物療法で海外に治療があるものとして、naltrexone, topiramate, acamprostate, ondansetron, baclofen, nalmefene などがある。適応外使用となるが、わが国で現在、使用可能である topiramate, そして申請中である acamprostate, 「アルコール依存症者の飲酒量低減」を目的としてヨーロッパで認可申請中である nalmefene について本稿では取り上げる。

#### 1. Topiramate

Topiramate の忍容性とアルコール依存症への有効性については多く報告がある<sup>3,8,9,12,13,14,23)</sup>。Topiramate は、本邦では2007年7月に「他の抗てんかん薬で十分な効果が認められないてんかん患者の部分発作（二次性全般化発作を含む）に対する抗てんかん薬との併用療法」として承認を受けた。また、米国食品医薬品局 (FDA) では、種々のてんかんおよび片頭痛の予防に対する topiramate の効果を認めている。海外での臨床試験の結果から、topiramate は、他の抗てんかん薬のような双極性障害に対する効果よりも、治療薬の選択肢が少ないとされて治療に難渋してきたアルコール・薬物依存症、病的賭博、むちゃ食い (binge-eating disorder)、肥満症などに対して効果があるのが特徴とされる<sup>27,28)</sup>。

Johnsonらはアルコール依存症150症例に対し、12週間かけて1日25mgから300mgまで漸増する topiramate 投与群と placebo 対照群の二重盲検比較試験を行った。結果は、topiramate 投与群で、飲酒の頻度、飲酒量、深酒の頻度の減少、非飲酒日の増加、 $\gamma$ -GTP の血中濃度の割合の有意な低下を認めた<sup>8)</sup>。また、アルコール依存症に効果があるとされる naltrexone との比較試験では、naltrexone と同等に有効であったという報告<sup>4)</sup>あるいはより有効であるという報告がある<sup>10)</sup>。これらの治療を基に、岡山県精神科医療センターでも

表3 飲酒欲求スケール (ODS : obsessive drinking scale)

- 
1. 飲酒について考えたり、頭に思い浮かべたことはどれくらいありましたか？  
(0) なし (1) 1時間以下 (2) 1-3時間 (3) 4-8時間 (4) 8時間以上
  2. 上記のようなことは、1日に何回ぐらいありましたか？  
(0) なし (1) 8回以下 (2) 8回以上だが、短時間 (3) 8回以上で、1日の大半  
(4) いつも考えてしまう
  3. 飲酒について考えたり、頭に浮かんだりすることで、どれぐらい日常生活 (仕事や社会的活動を含む) が妨げられましたか？  
(0) 全くなし (1) 少しあったが、問題はなかった  
(2) 妨げられたが、何とかできた (3) かなり妨げられた (4) 完全に妨害された
  4. 飲酒について考えたり、頭に浮かべたりすることが、どれぐらい苦痛でしたか？  
(0) 全くなし (1) わずか (2) まあまああったが、対処可能な範囲  
(3) 大変苦痛であった (4) ほとんど限界、耐えきれなかった
  5. 飲酒についての考えを振り払ったり、気をそらしたりするために、苦勞をしましたか？  
(0) 苦勞せずにできた (1) 多少苦勞した (2) かなりの苦勞をした  
(3) 嫌々ながらも、のめり込んでしまった (4) むしろ積極的に考えてしまった
  6. 飲酒についての考えをやめたり、変えたりできましたか？  
(0) 完全にできた (1) だいたいできたが、多少の努力を要した  
(2) 時々 (3) たまにしかできなかった (4) できても、一瞬であった
- 

評価法：各項目について、その強度を0~4点で評価する。ただし項目1と項目2は得点の高い方を採用とする (20点満点)。

21名のアルコール依存症者に対して同意を得て使用した。Topiramateの投与量は1日25mgあるいは50mgから開始し、1週間に25mgを超えない範囲で漸増した。効果が認められた時点を経持量とし、上限は200mgと定めた。飲酒欲求、飲酒量、副作用について調査を行った。飲酒欲求は、海外でも広く臨床研究に用いられているOCDS (obsessive compulsive drinking scale)<sup>2)</sup>を一部改変した、主に飲酒欲求の強迫性に焦点を当てた項目を抜出作成したobsessive drinking scale (ODS) (表3)を用いた。これは、6項目の質問からなる自記式調査票であり、20点満点となる。飲酒に関する思考の頻度や苦痛感などを問う内容となっている。飲酒量については、ここ1週間の1日の平均飲酒量をそれぞれ調査した。量は日本酒1合=ビール500ml=焼酎3/4合=ウイスキーシングル1杯=ワイングラス1杯の換算で(0)飲酒なし、(1)1合以上、(2)1-2合、(3)3-7合、(4)8合以上とした。(0)~(4)の数値の継続的な変化を検討した。Topiramate投与により飲酒欲求スケール、飲酒量ともに有意差を持って、1ヵ月後、3ヵ月後に低下を認めた。Topiramateの使

用量は25mgから175mgで、平均使用量は73.5mgであった。21症例中8例に何らかの副作用を認めた。その内訳は集中力低下が2例、ふらつき2例、食思不振2例、発汗減少1例、体重低下1例、眠気2例、脱力1例、知覚障害1例であった。4例では主に集中力低下、ふらつき、脱力を認めため投薬を中止した。投薬中止後は、速やかにそれらの副作用は減じた。その他に、重篤な副作用を認める者はいなかった。また、その他topiramateの使用経験者の中には「再飲酒しても山型飲酒サイクルにならなくなって不思議だ」「飲酒してもどこか冷静な自分がいる」など飲酒後の酩酊感が変化したことを訴える人や「嘘のように飲みたい気持ちがなくなった」という人もいた。離脱期には常時いらいら感があり病院職員に対して攻撃的で、職員から陰性感情を持たれていた患者が、topiramateを内服して別人のように落ち着くという症例も経験した。また、アルコール依存症を併存した統合失調症に対して、topiramate 25mgが飲酒渴望の軽減に奏効した報告もある<sup>16)</sup>。

## 2. Acamprostate<sup>18)</sup>

Acamprostate はアミノ酸の一種であるタウリンの誘導体で、 $\gamma$ -amino butyric acid (GABA) と類似の構造である。GABA 受容体を活性化するとともに、NMDA 受容体を遮断し、アルコール依存症患者の脳内における化学的不均衡を安定化させる作用があると推測されている。アルコールには NMDA 受容体の活性を阻害する作用があり、こうした状況が NMDA 受容体の増加 (upregulation) をもたす。断酒という事態に遭遇すると、反動で NMDA 受容体が過剰な状態となり、グルタミン酸の大量分泌を生じてしまい、振戦せん妄をはじめとする様々な離脱症状が発現するといわれている。Acamprostate には、この場合のグルタミン酸の分泌を抑制する作用があり、これにより内因性オピオイド反応を阻害するとされている。15 研究における systematic review では、acamprostate は心理社会的治療と組み合わせた短期間および長期間 (6 ヶ月以上) の治療でアルコール依存症の再発率を低下させたとされる<sup>17)</sup>。ヨーロッパにおける研究では、再発した場合の飲酒量を軽減する効果もあるという。わが国における第Ⅲ相臨床試験において、プラセボと比較して6ヵ月後の断酒率が有意に高かったことから、認可申請中である。

## 3. Nalmefene

Nalmefene は naltrexone と同様にオピオイド受容体拮抗薬であるが、naltrexone と違いすべての受容体 subtype への作用を認め、アルコール消費に強くかかわっているとされる  $\delta$  受容体と  $\kappa$  受容体にも作用する。Naltrexone は、 $\mu$  受容体選択性であり、高用量を使用すれば  $\delta$  受容体と  $\kappa$  受容体への作用も期待できるが、吐気や用量依存性の肝障害などの副作用が多い<sup>5)</sup>。Nalmefene は、1,300 人に対する使用において、用量依存性の肝障害を認めず、その高い忍容性が認められている<sup>6)</sup>。

ヨーロッパにおいて、2011 年に大規模な nalmefene の第Ⅲ相臨床試験 3 治験を終了し、良好な成績が得られたことから、2011 年 12 月に

ヨーロッパの規制当局 (EMA) に対して、「アルコール依存症における飲酒量低減」を適応として承認申請がされているところである<sup>7)</sup>。臨床試験の結果の 1 つは、治療半年後におけるアルコール依存症者の飲酒量を 66% に低減したというものであり、忍容性にも問題が認められなかった<sup>7)</sup>。

現在、「アルコール依存症における飲酒量低減」という適応で認可を受けた薬剤は世界にも存在せず、nalmefene が承認されれば世界で初めてとなる。日本においても開発が検討されており、今後の動向が注目される。

## 5. アルコール依存症者の飲酒量低減について

アルコール依存症の治療における「飲酒量低減」の意義については、本邦において専門家の間での十分な認知・コンセンサスが得られていないのが現状である。しかし、「アルコール依存症における飲酒量低減」は治療として十分受け入れられるというのが筆者の意見である。日常診療において、「あなたは依存症ですから、断酒が絶対必要です。」と断酒を治療目標として押し付けた場合、多くの患者が次回から来院せず治療から脱落してしまうことは想像に難くない。また Lemere (1953 年) の 500 名のアルコール依存症者の生活歴と自然経過に関する詳細な分析を引用し、「物質依存におけるコントロール障害」は「本当に非可逆性かつ進行性であるのだろうか」と松本は控えめに疑義を唱えている<sup>19)</sup>。Lemere の調査では全アルコール依存症者のうち、28% は死亡する直前まで飲酒を続け、22% は重篤な疾患に罹患したために断酒し、11% は特に重篤な疾患に罹患したわけではないが断酒しており、7% の者は不完全ながらも飲酒のコントロールを取り戻し、3% は完全に適正な飲酒パターンを取り戻していたと報告されている<sup>19)</sup>。このように、アルコール依存症者が絶対に「節酒」できないとはいえないのである。

アルコール依存症支援に有効性が証明されている「動機付け面接法」においても、飲酒を習慣としている人が、断酒を決意するのに時間がかかるのは当然であり、断酒したい気持ちとしたくない

気持ちの間で迷う(両価の状態にある)のは、自然な人間的態度であるとされている。「断酒」をするとまでいえなくても、「飲酒量低減」を一旦の治療目標として、一緒に考えることが大事である。その際には、もちろんそのことで今後予測される医学的なリスクは伝えなければならない。そして、「飲酒量低減」の目標ではうまくいかない場合には、また次の目標を立て直すといった柔軟な対応が望ましい。「飲酒量低減」を希望する患者にも少なくとも「現状を変えたいという動機」があることを忘れてはならない。このような共同作業の経過の中で、最終的には「断酒」が治療目標に変わっていくことも期待される。そのような悠長な対処では重症アルコール依存症者は命を落としてしまうという反論もあるだろうが、「断酒」を治療者に説得され失望や反発で、外来中断となれば結局、状況は悪いままである。さらに、「断酒しかありません」というワンパターンな支援を続けていては、重症になるまでアルコール依存症者がなかなか治療に現れないという悪循環の解決もないだろう。

### ま と め

本稿は、第108回日本精神神経学会学術総会における国際シンポジウムで発表した内容をまとめたものである。「断酒会」「久里浜方式」「抗渴望薬」をキーワードに日本におけるアルコール依存症医療について簡単に紹介した。すなわち、日本におけるアルコール医療はAAを模範にしながらも異なる特徴を持つ「断酒会」の出現に始まり、「久里浜方式」が日本全国の精神科での入院治療システムのモデルとなった。その「久里浜方式」も認知行動療法が導入されるなど変遷してきた。

現在わが国でアルコール依存症に適応がある薬剤としては抗酒剤(disulfiram, cyanamide)のみである。しかもこれらは「抗渴望薬」といえるものではない。アルコール依存症の中心的な症状が病的飲酒欲求であることを考えると、acamprosateが承認される意義は大きい。認可によって、アルコール依存症の病的欲求の生物学的側面が、

一般の人にも医療従事者にとってもより理解されやすくなる可能性がある。わが国には治療を必要とするアルコール依存症者だけでも約80万人存在する<sup>15)</sup>と推定されているが、実際に治療機関を受診している患者数は約4.3万人<sup>22)</sup>しかいない。その理由としては、「自分には飲酒の問題がない。」という否認から来ることも多いと考えられるが、一方で「酒をやめるのに特別な治療はないだろう。やめる時は自分の気持ち次第だ。」というように依存症や回復方法に関する情報が不足していることも考えられる。Acamprosate認可とその普及の中で、アルコール依存症の回復に有効な薬物療法があるという一般的認知が上がれば、禁煙外来がそうであったようにアルコール依存症者が専門機関を受診する敷居は低くなり、早期介入が同時に期待できる。自助グループや心理社会的治療との共同が重要であるのは言うまでもないが、薬物療法の進歩によって、アルコール依存症に対する治療はより厚みを増すだろう。一方で、どの程度アルコール依存症の知識と経験がある医師が薬物療法を行うべきなのかということは大きな疑問のまま残されている。

最後に、acamprosate認可された際には、わが国にアルコール依存症に対する薬物療法の在り方や「アルコール依存症における飲酒量低減」に関する議論が活発化することを期待したい。

### 文 献

- 1) AA:アルコールホリック・アノニマス, AAゼネラル日本サービスオフィス, 東京, 1999
- 2) Anton, R. F., Moak, D. H., Latham, P. K.: The obsessive compulsive drinking scale: a new method of assessing outcome in alcoholism treatment studies. Arch Gen Psychiatry, 53; 225-231, 1996
- 3) Arbaizar, B., Dierssen-Sotos, T., Gómez-Acebo, I. et al.: Topiramate in the treatment of alcohol dependence: a meta-analysis. Actas Esp Psiquiatr, 38 (1); 8-12, 2010
- 4) Baltieri, D. A., Daro, F. R., Riberio, P. L., et al.: Comparing topiramate with naltrexone for the treatment of alcohol dependence. Addiction, 103 (12); 2035-2044,

2008

- 5) Mason, B. J., Salvato, F. R., Williams, L. D., et al.: A double-blind, placebo-controlled study of oral nalmefene for alcohol dependence. *Arch Gen Psychiatry*, 56 ; 719-724, 1999
- 6) Confidential communication supplied by Ivax Corporation, Miami, Fla, March 1992
- 7) H. Lundbeck A/S, Corporate Release No 460
- 8) Jonson, B. A., Ait-Daoud, N., Bowden, C. L., et al.: Oral topiramate for the treatment of alcohol dependence : a randomized controlled trial. *Lancet*, 361 ; 1677-1685, 2003
- 9) Jonson, B. A., Ait-Daoud, N.: Topiramate in the new generation of drugs : efficacy in the treatment of alcoholic patients. *Curr Pharma Des*, 16 ; 2103-2112, 2010
- 10) Flórez, G., Saiz, P. A., Garcia-Portilla, P., et al.: Topiramate for the treatment of alcohol dependence : comparison with naltrexone. *Eur Addict Res*, 17 ; 29-36, 2011
- 11) 比嘉千賀：アルコール依存症のセルフヘルプ・グループ. *精神科治療学増刊号*, 24 ; 263-265, 2009
- 12) Higuchi, S., Kono, H.: Early diagnosis and treatment of alcoholism : the Japanese experience. *Alcohol Alcohol*, 29 (4) ; 363-373, 1994
- 13) Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J. A., et al.: Improvement of physical, health and quality of life of alcohol-dependent individuals with topiramate treatment : US multisite randomized controlled trial. *Arch Intern Med*, 168 (11) ; 1188-1199, 2008
- 14) Johnson, B. A., Rosenthal, N., Capece, J. A., et al.: Topiramate for treating alcohol dependence : a randomized controlled trial. *JAMA*, 298 (14) ; 1641-1651, 2007
- 15) 厚生労働省：平成 17 年患者調査報告（傷病分類編）<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/05syoubu/suihyo18.html>
- 16) 河本泰信：飲酒渴望の軽減に topiramate が有効であった統合失調症 1 例. *臨床精神薬理*, 15 ; 1191-1200, 2012
- 17) Manson, B. J.: Treatment of alcohol-dependent outpatients with acamprosate : A clinical review. *J Clin Psychiatry*, 62 (Suppl20) ; 42-48, 2001
- 18) 松本俊彦：依存・嗜癖における強迫性・衝動性と薬物療法. *精神経誌*, 113 ; 999-1007, 2011
- 19) 松本俊彦：アディクション概念～その理解と今日的な意義～. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 47 (1) : 13-23, 2012
- 20) 宮川朋大, 真榮里仁, 米田順一ほか：アルコール依存症治療における認知行動療法の応用. *精神経誌*, 109 ; 555-559, 2007
- 21) NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO) : AA 日本広報資料. NPO 法人 AA 日本ゼネラルサービス (JSO), 東京, 2008
- 22) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信ほか：わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 40 (5) ; 455-470, 2005
- 23) Ramsay, E., Faught, E., Krumholz, A., et al.: Efficacy, tolerability, and safety of rapid initiation of topiramate versus phenytoin in patients with new-onset epilepsy : a randomized double-blind clinical trial. *Epilepsia*, 51 (10) ; 1970-1977, 2010
- 24) 澤山 透, 米田順一, 白川教人ほか：認知行動療法を中心としたアルコール依存症の新入院治療プログラム. *精神経誌*, 106 ; 161-174, 2004
- 25) Sousa, A. D.: The Role of Topiramate and Other Anticonvulsants in the Treatment of Alcohol Dependence : A Clinical Review. *CNS & Neurol Disord Drug Targets*, 9 ; 45-49, 2010
- 26) 白倉克之, 樋口 進, 和田 清：アルコール・薬物関連障害の診断・治療ガイドライン. *じほう*, 東京, p. 50-53, 2012
- 27) 坪井貴嗣, 渡邊衡一郎：トピラマートーてんかん以外での精神科領域を中心に. *精神科*, 18 (2) ; 159-168, 2011
- 28) 坪井貴嗣, 仁王進太郎, 渡邊衡一郎：Topiramate のてんかん以外への応用. *臨床精神薬理* 12 ; 479-489, 2009

## My Experience and Perspective of Addiction Psychiatry

Nozomu HASHIMOTO<sup>1,2)</sup>, Yoko IKEGAMI<sup>2)</sup>, Wakako NAKANO<sup>1,3)</sup>,  
Takashi NAKAMAE<sup>1,4)</sup>, Hironori KUGA<sup>1,5,6)</sup>,  
Tomohiro Shirasaka<sup>1,7)</sup>, Masuo Tanaka<sup>1,8)</sup>, Yasunobu Komoto<sup>2)</sup>

1) *Japan Young Psychiatrist Organization,*

2) *Okayama Psychiatric Medical Center,*

3) *Department of Psychiatry, University of Occupational and Environmental Health, Kitakyushu, Japan,*

4) *Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine, Kyoto, Japan,*

5) *National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center,*

6) *Department of Neuropsychiatry Graduate School of Medical Sciences Kyushu University,*

7) *Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University, School of Medicine, Sapporo, Japan,*

8) *Koryo Hospital, Yamaguchi, Japan*

Therapy for alcohol dependence in Japan began about 60 years ago. In 1953, the first mutual help group, “Danshu-Kai”, a similar organization to Alcoholics Anonymous (AA), was established. Danshu-Kai is different from AA because it is specifically designed to meet the needs of Japanese patients. In 1963, the current National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center was established. Its medical care system, known as “the Kurihama method”, has become a model of treatment for alcoholism in psychiatric hospitals across the country. Its medical system was characterized in terms of a “shorter period of hospitalization” and an “open-unit treatment environment”. Later, in 2000, “the New Kurihama method” was introduced, which adopted psychosocial therapies, such as cognitive behavior therapy.

Okayama Psychiatric Medical Center introduced “the New Kurihama method”. I had an opportunity to learn there. I found that there were high relapse rates even though patients had a strong motivation for abstinence and regularly attended the mutual help group; this was because of their severe craving for alcohol. In spite of urgent needs for proper medication, no anti-craving drugs have been approved yet in Japan.

This article discusses three medications which are useful for patients with alcohol dependence, which I hope will further your understanding of these medications. Acamprosate is expected to be approved this year as its clinical trials finished recently in Japan. Topiramate is already available in Japan as an anticonvulsant. It was shown to be effective for alcohol dependence in some randomized, double-blind, placebo-controlled trials. The last one is Nalmefene, which is a unique medication targeting reduced alcohol consumption.

< Authors' abstract >

< **Key words** : alcohol dependence, Danshukai, craving, topiramate, acamprosate >

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 生活困窮者の自殺とその予防

粟田 主一<sup>1)</sup>、井藤 佳恵<sup>1)</sup>、岡村 毅<sup>1)</sup>、  
森川すいめい<sup>2)</sup>、的場 由木<sup>3)</sup>、竹島 正<sup>4)</sup>

1) 東京都健康長寿医療センター研究所, 2) 特定非営利活動法人 TENOHASI,  
3) 特定非営利活動法人ふるさとのかい, 4) 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

路上生活者および簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を含む東京都内の生活困窮者 423 人（男 392 人、女 31 人、平均年齢±標準偏差=60.6±11.9 歳）を対象に、(1) 自殺関連行動の出現頻度と関連要因、(2) 精神的健康度低下の出現頻度と関連要因、(3) 実際に求められている生活支援の内容を可視化させることを目的に面接聞き取り調査を行った。(1) 最近 2 週間の自殺関連行動については、反復する自殺念慮が 29 人（有効回答者の 6.9%）、自殺の計画が 22 人（5.3%）、自殺企図が 11 人（2.7%）に認められ、多変量ロジスティック回帰モデルで、「精神的健康度が低下していること」「痛みがあること」「視覚障害があること」「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困ったときに相談できる人がいないこと」が反復する自殺念慮の有意な関連要因であることが示された。(2) 精神的健康度低下（日本語版 WHO-5 で 13 点未満）が 57.1% に認められ、重回帰分析で、「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如と収入の不足」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」が精神的健康度低下の有意な関連要因であることが示された。(3) 求められる生活支援としては、①社会サービスの利用調整（例：生活保護、介護保険、住民票、障害者手帳などの手続き）、②健康の保持（例：体調が悪い時の相談と対応、診療所や看護師などの関係機関との連絡調整、服薬管理）、③安心生活（例：寂しい時や困った時の相談）に関わる支援が高頻度に認められた。特定非営利活動法人ふるさとのかいはこれらの支援を「日常生活支援」と呼んでいるが、それは情緒的・情動的・手段的ソーシャルサポートの統合的・継続的な提供という特性をもつものである。同団体は、生活困窮者を対象に、「住宅支援」と「日常生活支援」を結合させたサービスを提供しているが、こうした活動は、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与する可能性がある。

<索引用語：ホームレス、自殺予防、精神的健康、住宅支援、日常生活支援>

## はじめに

1998 年以降高止まりの状態が続いているわが国の自殺率と、長引く不況、高い失業率、生活困窮者の増大、公的・私的セーフティネットの不足

が深く関連している可能性は、これまでにも繰り返し指摘されてきたところである<sup>7,10)</sup>。

厚生労働省の調査<sup>8)</sup>によれば、2010 年の生活保護受給者における自殺率は人口 10 万対 55.7、同

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 生活困窮者の支援とメンタルヘルス コーディネーター：竹島 正（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所）

年の全国の自殺率は人口10万対24.9であり、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（生活保護受給者15.0%、全国平均2.5%）が自殺率を高めている主たる要因と考察されている。

しかし、生活困窮者は、しばしば、精神疾患、認知症、要介護、貧困、単身、社会的孤立などの重層的生活課題を抱えており<sup>12)</sup>、そのような課題を抱える者ほど必要なサービスにつながりにくいという現実社会の矛盾がある<sup>5,6)</sup>。重層的生活課題を抱える生活困窮者に効果的な自殺予防策を講じるには、自殺関連行動の出現頻度とともに、精神的・身体的・社会的要因の相互関連、現実にも求められている支援の可視化、サービス提供の方法論に関する実践的研究が不可欠であろう。

ホームレスを対象とする自殺関連行動の関連要因研究については諸外国からの報告がいくつかある。Schuttら<sup>11)</sup>は、ボストンのシェルターを利用しているホームレス（sheltered homeless：N=218）において、最近1ヵ月間の自殺念慮が13%に認められ、心理的苦悩は自殺念慮の出現に直接効果をもたらす、「自覚的ソーシャルサポート」が心理的苦悩の直接効果を緩和することを示している。Eynanら<sup>3)</sup>はトロントのホームレス（N=330）において、自殺念慮の生涯有病率が64%、自殺企図の生涯有病率は34%であり、「精神医学的診断」は自殺念慮と自殺企図の両者に関連し、「精神医学的診断」とは独立に「小児期に少なくとも1週間以上の家族不在のホームレス経験があること」「ホームレス期間が6ヵ月以上であること」が自殺念慮に関連すると報告している。Desaiら<sup>2)</sup>は、米国のThe Access to Community Care and Effective Services and Supports program（ACCESSプログラム）に登録されている精神疾患をもつホームレス（N=7,224）を対象に面接調査を行い、2週間以上持続する自殺念慮の生涯有病率は66%、自殺企図の生涯有病率は51%、30日間有病率は8%と報告し、「若年であること」「ホームレス経験が初回であること」「教育歴が低いこと」「ソーシャルネットワークが小さいこと」「アル

コールまたは薬物の使用」「抑うつ症状」「精神病症状」「大うつ病」「最近の精神科治療（入院または外来）」「最近の内科・外科治療（入院）」が最近の自殺企図の関連要因であることを示している。

一方、本邦におけるホームレスの自殺関連行動に関する報告は少ない。森川ら<sup>9)</sup>は、「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て日常生活を営んでいる者」という厚生労働省の全国調査で定義されるホームレス（street homeless：N=80）を対象に精神疾患の有病率調査を行っている。その中でMINIの自殺危険度の分類における「低危険度」以上が55.7%、過去の自殺未遂が31.6%と報告しているが、包括的な関連要因の分析は行われていない。

ホームレスの実態調査の結果を諸外国のデータと比較する場合、ホームレスの定義の違いに注意する必要がある。たとえば米国のホームレスの定義は広く、「定まった住居がない者、またはシェルター、施設など、住まいではない場所で一時的に夜間を過ごしている者」としている。本研究では、生活困窮者の自殺予防対策に資するデータを得ることを目的に、都市公園、河川、道路、駅舎などで起居する者、簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を含む多様な居住状況にある生活困窮者を対象に、①自殺関連行動の出現頻度と関連要因、②精神的健康度低下の出現頻度と関連要因、③簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者に求められている実際の支援の内容を明らかにすることを目的に実態調査を行った。

## I. 対象と方法

平成22年12月15日～平成23年2月28日に、特定非営利活動法人TENOHASIの支援を受けている東京都A地区の路上生活者、特定非営利活動法人ふるさと会の支援を受けている東京都B地区の簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者を対象に、質問票を用いた面接聞き取り調査を行った。

質問票については、支援団体のスタッフと研究者で作業グループを結成し、①調査実施者にとっても、被験者にとっても抵抗なく、面接調査が実

表1 研究協力者

---

|                            |
|----------------------------|
| 東京都健康長寿医療センター研究所：井藤佳恵，岡村 毅 |
| 国立精神保健研究所：竹島 正             |
| 特定非営利活動法人 TENOHASI：森川すいめい， |
| 富岡伸一郎，森玲子，川添敏弘，池田亜衣，三宅弘志，  |
| 富岡 悠，宇賀神恵理，中村あずさ，菊池良恵      |
| 特定非営利活動法人ふるさとのか：的場由木，      |
| 古木大介，水田 恵，滝脇 憲，千葉みずき       |
| 市川市福祉部福祉事務所：奥田浩二           |
| 患者の生活・就労をつむぐ会：山本 創         |
| ASUPORT 川口：安原弘樹            |

---

施できること，②調査から支援への移行を促進できること，③人口統計学的指標，社会的指標，身体的健康関連指標，精神的健康関連指標，自殺関連行動指標を網羅することを条件とする「精神保健福祉ニーズ調査票」を作成した。また，簡易宿泊所・自立支援ホーム利用者で実際に支援を行っているスタッフで作業グループを結成し，11 カテゴリー44項目からなる「日常生活支援ニーズ調査票」を作成した。いずれの地区においても調査実施者は各支援団体のスタッフとした。本調査の研究協力者の一覧を表1に示す。調査票の作成手順および調査項目の詳細については平成22年度厚生労働科学研究報告書を参照されたい<sup>1)</sup>。

本調査を実施するにあたっては，東京都健康長寿医療センター研究所倫理委員会の承認を得た（平成22年11月26日承認）。また，研究の目的，方法などについて書面と口頭で被験者本人に説明し，書面による同意を得た。

## II. 結 果

対象の特徴を表2に示す。調査に協力が得られたのは423人（男392人，女31人），平均年齢±標準偏差は60.6±11.9歳であった。A地区とB地区を比較すると，A地区の方が，年齢は若く，生活の場が「公園，河川，駅舎，道路等」（生活の場が路上）である者が多く，平均月収5万円未満の者が多く，「困った時に相談できる人」「体の具合が悪い時に相談できる人」「病気のときに身のまわりの世話をしてくれる人」「病気のときに病

院に連れて行ってくれる人」が少なく，精神的健康度が低く，最近2週間の自殺関連行動の出現頻度が高かった。

### 1. 自殺関連行動の出現頻度と関連要因

最近2週間の自殺関連行動の出現頻度について，「死にたいと繰り返し考える」が51人（12.2%），「自分を傷つけたいと繰り返し考える」が20人（4.8%），「自殺について繰り返し考える」が29人（6.9%），「自殺の計画をしたことがある」が22人（5.3%），「実際に自殺を試みたことがある」が11人（2.7%）に認められた。また，生涯の自殺関連行動については，「今までの人生で自殺を試みたことがある」が74人（17.7%）に認められた（表2）。

「最近2週間，自殺について繰り返し考える」（最近2週間の反復する自殺念慮）を目的変数としてロジスティック回帰分析を実施したところ，単変量解析では，「非高齢者であること」「生活の場が路上であること」「平均月収が5万円未満であること」「会うとホッとできる人がいないこと」「困ったときに相談できる人がいないこと」「体の具合が悪い時に相談できる人がいないこと」「主観的健康感が不良であること」「視覚障害があること」「痛みがあること」「精神的健康度が低いこと」「不眠症の既往があること」「2週間以上続く抑うつ気分があること」「2週間以上続く興味・楽しみの喪失があること」「うつ病エピソードの疑いがあること」が有意に関連した（表3）。

単変量解析で有意な関連を認めた変数から，多重共線性を考慮して，精神的健康関連指標からは「精神的健康度」，身体的健康関連指標からは「痛み」「視覚障害」「主観的健康感」のいずれか1つ，社会的指標からは「生活の場」「困った時に相談できる人」を選択して，3つの回帰モデルを作成した。その結果，モデル1では「精神的健康度が低いこと」「痛みがあること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」，モデル2では「精神的健康度が低いこと」「視覚障害があること」「生活の場が路上であること」「困

表2 対象の特徴

| 項目                | 区分                      | A 地区              |           | B 地区              |           | 計                 |           |
|-------------------|-------------------------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|-------------------|-----------|
|                   |                         | 出現数/<br>解析<br>対象者 | 頻度<br>(%) | 出現数/<br>解析<br>対象者 | 頻度<br>(%) | 出現数/<br>解析<br>対象者 | 頻度<br>(%) |
| N                 |                         | 84                |           | 339               |           | 423               |           |
| 性別                | 男                       | 81/84             | 96.4      | 331/339           | 91.7      | 392/423           | 92.7      |
| 年齢 (平均年齢±標準偏差)*** |                         | 55.52±10.20       |           | 64.99±12.02       |           | 60.64±11.94       |           |
| 最終学歴              |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 小学校                     | 1/82              | 1.2       | 23/336            | 6.8       | 24/418            | 5.7       |
|                   | 中学校                     | 41/82             | 50.0      | 178/336           | 53        | 219/418           | 52.4      |
|                   | 高校                      | 29/82             | 35.4      | 105/336           | 31.3      | 134/418           | 32.1      |
|                   | 短大・専門学校                 | 2/82              | 2.4       | 8/336             | 2.4       | 10/418            | 2.4       |
|                   | 大学以上                    | 7/82              | 8.5       | 17/336            | 5.1       | 24/418            | 5.7       |
|                   | その他                     | 2/82              | 2.4       | 5/336             | 1.5       | 7/418             | 1.7       |
| 配偶者               |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | いる                      | 3/81              | 3.7       | 15/333            | 4.5       | 18/414            | 4.3       |
|                   | いない                     | 54/81             | 66.7      | 232/333           | 69.7      | 286/414           | 69.1      |
|                   | 未婚                      | 24/81             | 29.6      | 86/333            | 25.8      | 110/414           | 29.6      |
| 生活の場***           |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 自宅 (持家, アパート, 貸家)       | 5/81              | 6.2       | 140/334           | 41.9      | 145/415           | 34.9      |
|                   | 公的施設 (厚生施設, 救護施設, 他)    | 9/81              | 11.1      | 12/334            | 3.6       | 21/415            | 5.1       |
|                   | 民間施設                    | 5/81              | 6.2       | 145/334           | 43.4      | 150/415           | 36.1      |
|                   | 旅館                      | 2/81              | 2.5       | 13/334            | 3.9       | 15/415            | 3.6       |
|                   | 公園, 河川, 駅舎, 道路, その他     | 60/81             | 74.1      | 24/334            | 7.2       | 84/415            | 20.2      |
| 平均月収 5万円未満***     |                         | 65/78             | 83.3      | 100/279           | 35.8      | 165/357           | 46.2      |
| ソーシャルサポートの欠如      |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 会うとホッとできる人              | 39/83             | 47.0      | 154/338           | 45.6      | 193/421           | 45.8      |
|                   | 困った時に相談できる人**           | 49/83             | 59.0      | 130/338           | 38.5      | 179/421           | 42.5      |
|                   | お金のことで相談できる人            | 62/83             | 74.7      | 245/338           | 72.5      | 307/421           | 72.9      |
|                   | 体の具合が悪い時に相談できる人***      | 46/83             | 55.4      | 110/338           | 32.5      | 156/421           | 37.1      |
|                   | 病気のとき身の回りの世話をしてくれる人***  | 73/84             | 86.9      | 211/333           | 63.4      | 284/417           | 68.1      |
|                   | 病気のとき病院に連れ行ってくれる人**     | 57/84             | 67.9      | 166/333           | 49.8      | 223/417           | 53.5      |
|                   | 保証人になってくれる人             | 72/84             | 85.7      | 259/331           | 78.2      | 331/415           | 79.8      |
| 精神的健康度            |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 日本語版 WHO-5 (平均±標準偏差)*** | 9.85±6.24         |           | 12.32±4.97        |           | 11.81±5.35        |           |
|                   | 精神的健康度不良 (13点未満)*       | 57/82             | 69.5      | 169/314           | 53.8      | 226/396           | 57.1      |
| 最近 2 週間の自殺関連行動    |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 死にたい, と繰り返し考えた*         | 17/84             | 20.2      | 34/335            | 10.1      | 51/419            | 12.2      |
|                   | 自分を傷つけたい, と繰り返し考えた***   | 11/84             | 13.1      | 9/335             | 2.7       | 20/419            | 4.8       |
|                   | 自殺について, 繰り返し考えた**       | 13/84             | 15.5      | 16/335            | 4.8       | 29/419            | 6.9       |
|                   | 自殺の計画をしたことがある**         | 11/83             | 13.3      | 11/335            | 3.3       | 22/418            | 5.3       |
|                   | 実際に自殺を試みたことがある          | 5/83              | 6.0       | 6/328             | 1.8       | 11/411            | 2.7       |
| 生涯の自殺関連行動         |                         |                   |           |                   |           |                   |           |
|                   | 今までの人生で, 自殺について考えたことがある | 17/84             | 20.2      | 57/334            | 17.1      | 74/418            | 17.7      |

注) 項目によって欠損値の数が異なるため解析対象者の数値が異なる。\*\*\*P<0.001, \*\*P<0.01, \*P<0.05 (χ<sup>2</sup> 検定または t 検定)

表3 最近2週間の反復する自殺念慮の関連要因（単変量解析）

| 変数                       | カテゴリー                  | 自殺念慮出現数/<br>解析対象者 | 出現率<br>(%) | OR   | 95%信頼区間    | P      |
|--------------------------|------------------------|-------------------|------------|------|------------|--------|
| 性別                       | 男                      | 27/388            | 7          | 1    |            |        |
|                          | 女                      | 2/31              | 6.5        | 0.92 | 0.21~4.07  | 1      |
| 年代                       | 非高齢者                   | 22/242            | 9.1        | 1    |            |        |
|                          | 高齢者                    | 5/156             | 3.2        | 0.33 | 0.12~0.89  | 0.029  |
| 教育歴                      | 高卒以上                   | 14/172            | 8.1        | 1    |            |        |
|                          | 高卒未満                   | 15/242            | 6.2        | 0.75 | 0.35~1.59  | 0.447  |
| 生活の場                     | 自宅, 公的施設,<br>民間施設, 旅館  | 17/328            | 5.2        | 1    |            |        |
|                          | 都市公園, 河川,<br>駅舎, 道路, 他 | 11/84             | 13.1       | 3.01 | 1.38~6.58  | 0.006  |
| 平均月収                     | 5万円以上                  | 8/190             | 4.2        | 1    |            |        |
|                          | 5万円未満                  | 16/165            | 9.7        | 2.44 | 1.02~5.87  | 0.046  |
| 会うとほっとできる人               | いる                     | 10/226            | 4.4        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 18/191            | 9.4        | 2.25 | 1.01~4.99  | 0.047  |
| 困ったときに相談できる人             | いる                     | 9/240             | 3.8        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 19/177            | 10.7       | 3.09 | 1.36~7.00  | 0.007  |
| お金のことで相談できる人             | いる                     | 5/112             | 4.5        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 23/305            | 7.5        | 1.75 | 0.65~4.71  | 0.271  |
| 体の具合が悪い時に相談できる人          | いる                     | 12/262            | 4.6        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 16/155            | 10.3       | 2.40 | 1.10~5.21  | 0.027  |
| 病気になったときの身のまわりの世話をしてくれる人 | いる                     | 7/131             | 5.3        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 22/282            | 7.8        | 1.50 | 0.62~3.60  | 0.366  |
| 病気になったときに病院に連れて行ってくれる人   | いる                     | 13/191            | 6.8        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 16/222            | 7.2        | 1.06 | 0.50~2.27  | 0.874  |
| 保証人になってくれる人              | いる                     | 6/84              | 7.1        | 1    |            |        |
|                          | いない                    | 23/327            | 7.0        | 0.98 | 0.39~2.50  | 0.972  |
| 主観的健康感                   | 良好                     | 10/249            | 4          | 1    |            |        |
|                          | 不良                     | 19/160            | 11.9       | 3.22 | 1.46~7.12  | 0.004  |
| 視覚障害                     | なし                     | 11/252            | 4.4        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 18/164            | 11         | 2.70 | 1.24~5.88  | 0.012  |
| 聴覚障害                     | なし                     | 25/330            | 7.6        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 4/89              | 4.5        | 0.57 | 0.19~1.70  | 0.315  |
| 歩行障害                     | なし                     | 13/256            | 5.1        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 16/162            | 9.9        | 2.05 | 0.96~4.38  | 0.064  |
| 痛み                       | なし                     | 13/292            | 4.5        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 16/123            | 13         | 3.21 | 1.49~6.90  | 0.003  |
| 精神的健康度                   | 良好                     | 4/170             | 2.4        | 1    |            |        |
|                          | 不良                     | 24/223            | 10.8       | 5.01 | 1.70~14.71 | 0.003  |
| 不眠症の既往                   | ない                     | 18/302            | 6          | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 7/42              | 16.7       | 3.16 | 1.23~8.09  | 0.017  |
| ① 2週間以上続く抑うつ気分           | なし                     | 9/318             | 2.8        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 20/99             | 20.2       | 8.69 | 3.81~19.83 | <0.001 |
| ② 2週間以上続く興味・楽しみの喪失       | なし                     | 11/328            | 3.4        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 17/84             | 20.2       | 7.31 | 3.28~16.32 | <0.001 |
| うつ病エピソード疑い（①または②のいずれか）   | なし                     | 7/292             | 2.4        | 1    |            |        |
|                          | あり                     | 21/118            | 17.8       | 8.81 | 3.64~21.38 | <0.001 |

統計解析には2項ロジスティック回帰分析を用いた。

表4 過去2週間の反復する自殺念慮の関連要因 (多変量解析)

| モデル1           |                     | OR   | 95%信頼区間    | P     |
|----------------|---------------------|------|------------|-------|
| 変数             |                     |      |            |       |
| 精神的健康度 (WHO-5) | 良好                  | 1    |            |       |
|                | 不良                  | 3.05 | 1.00~9.30  | 0.050 |
| 痛み             | なし                  | 1    |            |       |
|                | あり                  | 2.80 | 1.21~6.48  | 0.016 |
| 生活の場           | 自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館  | 1    |            |       |
|                | 都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他 | 2.44 | 1.05~5.66  | 0.038 |
| 困ったときに相談できる人   | いる                  | 1    |            |       |
|                | いない                 | 2.75 | 1.16~6.54  | 0.022 |
| モデル2           |                     | OR   | 95%信頼区間    | P     |
| 変数             |                     |      |            |       |
| 精神的健康度 (WHO-5) | 良好                  | 1    |            |       |
|                | 不良                  | 3.59 | 1.19~10.84 | 0.023 |
| 視覚障害           | なし                  | 1    |            |       |
|                | あり                  | 2.27 | 0.99~5.24  | 0.054 |
| 生活の場           | 自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館  | 1    |            |       |
|                | 都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他 | 2.52 | 1.09~5.81  | 0.031 |
| 困ったときに相談できる人   | いる                  | 1    |            |       |
|                | いない                 | 2.32 | 0.99~5.81  | 0.054 |
| モデル3           |                     | OR   | 95%信頼区間    | P     |
| 変数             |                     |      |            |       |
| 主観的健康感         | 良好                  | 1    |            |       |
|                | 不良                  | 3.14 | 1.34~7.30  | 0.008 |
| 生活の場           | 自宅, 公的施設, 民間施設, 旅館  | 1    |            |       |
|                | 都市公園, 河川, 駅舎, 道路, 他 | 2.99 | 1.30~6.86  | 0.035 |
| 困ったときに相談できる人   | いる                  | 1    |            |       |
|                | いない                 | 2.49 | 1.07~5.84  | 0.010 |

モデル1: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=0.722, P=0.994, Cox-Snell R2=0.47, Percent correct classification: 93.3%

モデル2: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.826, P=0.727, Cox-Snell R2=0.43, Percent correct classification: 93.3%

モデル3: Hosmer-Lemeshow test: chi-square=2.861, P=0.721, Cox-Snell R2=0.053, Percent correct classification: 93.0%

た時に相談できる人がいないこと」, モデル3では「主観的健康感が不良であること」「生活の場が路上であること」「困った時に相談できる人がいないこと」が最近2週間の反復する自殺念慮に有意に関連することが示された(表4).

## 2. 精神的健康度低下の出現頻度と関連要因

日本語版 WHO-5 に欠損値のない 396 人を解析対象とした。日本語版 WHO-5 の平均±標準偏差は 11.81±5.34, 13 点未満を基準とする精神的健康度低下は 226 人 (57.1%) に認められた。精神的健康に関連する項目を除く各質問項目の回答を

表5 説明変数の因子分析の結果

| 項目                            | 因子             |                          |                          |                 |
|-------------------------------|----------------|--------------------------|--------------------------|-----------------|
|                               | 第1因子<br>住まいと収入 | 第2因子<br>情緒的ソーシャル<br>サポート | 第3因子<br>手段的ソーシャル<br>サポート | 第4因子<br>身体的健康状態 |
| 生活の場（路上）                      | .782           | .072                     | .032                     | -.018           |
| 居住地域（I地区）                     | .752           | .134                     | -.008                    | -.006           |
| 公的な経済支援（年金、生活保護）を受けていない       | .745           | -.005                    | .163                     | -.098           |
| 月平均収入（5万円未満）                  | .442           | -.020                    | .273                     | -.064           |
| 非高齢者（65歳未満）                   | .350           | -.054                    | .306                     | .011            |
| 困った時に相談できる人（いない）              | .123           | .806                     | .037                     | .004            |
| 体の具合が悪い時に相談できる人（いない）          | .094           | .615                     | .224                     | .038            |
| 会うとホッとできる人（いない）               | -.078          | .518                     | .076                     | .004            |
| お金のことで相談できる人（いない）             | .014           | .515                     | .023                     | -.030           |
| 病気になったときに身のまわりの世話をしてくれる人（いない） | .170           | .233                     | .621                     | -.054           |
| 病気になったときに病院に連れて行ってくれる人（いない）   | .063           | .253                     | .605                     | -.051           |
| 主観的健康感（不良）                    | .025           | .080                     | .055                     | .557            |
| 中くらい以上の痛み（あり）                 | .129           | -.076                    | .014                     | .554            |
| 歩行機能（障害あり）                    | -.170          | .146                     | -.286                    | .502            |
| 就労（現在、仕事をしていない）               | -.196          | .106                     | -.249                    | .352            |
| 性別（女性）                        | -.044          | -.057                    | -.007                    | .174            |

因子抽出法：最尤法（バリマックス回転）。全分散の38.4%を説明。因子負荷量0.4以上の項目を参照して因子名を命名した。

表6 精神的健康度低下の関連要因

|                 | $\beta$ | t    | P      | 95% CI       |
|-----------------|---------|------|--------|--------------|
| 路上生活と少ない収入      | 0.72    | 2.48 | 0.014  | 0.15 ~ 1.30  |
| 情緒的ソーシャルサポートの欠如 | 1.34    | 4.40 | <0.001 | 0.74 ~ 1.95  |
| 手段的ソーシャルサポートの欠如 | 0.47    | 1.38 | 0.168  | -0.20 ~ 1.15 |
| 不良な身体的健康状態      | 2.24    | 6.50 | <0.001 | 1.56 ~ 2.93  |

4因子の因子スコアを説明変数に強制投入した重回帰分析。

因子分析（最尤法，バリマックス回転）した結果4因子が抽出された（表5）。因子負荷量の高い質問項目の内容から、各因子は、第1因子「住まいと収入」、第2因子は「情緒的ソーシャルサポート」、第3因子は「手段的ソーシャルサポート」、第4因子は「身体的健康」と命名された。4因子を説明変数に投入した重回帰分析では、「住まいと収入の欠如」「情緒的ソーシャルサポートの欠如」「身体的健康状態の不良」が、精神的健康度低下と有意に関連した（表6）。

### 3. 生活支援ニーズの出現頻度

11カテゴリーを、支援を必要とする人の出現頻度が高い順に並べると、①社会サービスの利用・調整、②健康の保持、③安心生活、④食事、⑤社会生活の保持、⑥居住環境の保持、⑦安全の確保、⑧清潔保持、⑨移動、⑩排泄、⑪就寝・起床であった（表7）。各カテゴリーに含まれる支援項目を頻度の高い順に並べると、①生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳などの手続きをしてもらう（51.1%）、②体調が悪い時に相談にのってもら

表7 簡易宿泊所・自立支援ホーム等を利用している生活困窮者に求められる日常生活支援のカテゴリーと出現頻度

| 順位 | 日常生活支援のカテゴリー | 出現頻度 (%) | カテゴリー番号 |
|----|--------------|----------|---------|
| 1  | 社会サービスの利用・調整 | 53       | 10      |
| 2  | 健康の保持        | 46       | 6       |
| 3  | 安心生活         | 43       | 9       |
| 4  | 食事           | 44       | 1       |
| 5  | 社会生活の保持      | 40       | 11      |
| 6  | 居住環境の保持      | 39       | 8       |
| 7  | 安全の確保        | 35       | 7       |
| 8  | 清潔保持         | 32       | 4       |
| 9  | 移動           | 20       | 5       |
| 10 | 排泄           | 17       | 3       |
| 11 | 就寝・起床        | 12       | 2       |

い、対応してもらおう (43.1%)、③食事の準備を  
してもらおう (40.0%)、④部屋の掃除、かたづけ、ゴ  
ミ出し、室温調整、換気をしてもらおう (38.8%)、  
⑤診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整し  
てもらおう (36.1%)、⑥出入金の記録、通帳管理な  
ど日常的な金銭管理をしてもらおう (32.0%)、⑦毎  
日きちんと服薬できるように管理してもらおう  
(30.1%)、⑧寂しい時や困った時に相談にのって  
もらおう (30.0%) であった (表8)。

### Ⅲ. 考 察

本調査の結果、生活困窮者の自殺関連行動に  
は、精神的健康度低下とともに、住まいの欠如や  
ソーシャルサポートの欠如が深く関連しており、  
精神的健康度低下の背景には、身体的健康問題、  
住まいの欠如、収入の不足、ソーシャルサポート  
の欠如が深く関連していることが明らかにされた。

すでに Gelberg ら<sup>4)</sup>は、ホームレスにおいては  
精神的、身体的、社会的健康問題が相互に密接に  
関連しており、心理的苦悩の緩和には、サービス  
利用を可能とする環境を整備した上で、就労支援  
とともに、広範な保健サービスパッケージを提供  
することが重要であると指摘している。住まいの  
欠如、収入の不足、ソーシャルサポートの欠如(す  
なわち社会的孤立)は、ホームレスに代表される  
生活困窮者が普遍的に抱えている課題であるが、  
これらは、身体的健康や精神的健康を悪化させ、

自殺リスクを高める要因であると同時に、保健  
サービスの利用を困難にさせる要因ともなり得  
る。したがって、生活困窮者の効果的な自殺予防  
対策には、サービス利用を可能とする環境を整備  
した上で、住まい、経済、ソーシャルサポート、  
保健・医療・介護を含む包括的なサービスを一体  
的に提供していくシステムの構築が不可欠となる。

特定非営利活動法人ふるさとのは、簡易宿泊  
所・自立支援ホームなどによる「住宅支援」とと  
もに、「困ったときや病気のときに相談にのる」  
「制度利用の手続きを手伝う」「食事・家事・金銭  
管理・服薬管理・通院などを手伝う」などの情緒  
的・手段的・情動的ソーシャルサポートを継続  
的・包括的に提供している団体であり、このよう  
な支援を同団体は「日常生活支援」と呼んでいる。  
これらの支援は、現在の介護保険制度や医療保険  
制度の枠組みの中では提供されにくいものであ  
り、通常は家族によって提供されているイン  
フォーマル・サービスである(そのような意味で  
「家族的支援」とも呼び得る)。このようなイン  
フォーマル・サービスによって、社会的孤立状況  
にあった生活困窮者が、はじめて、医療サービス、  
介護サービス、生活保護・障害年金などの経済支  
援を含むフォーマル・サービスにつながることが  
できる。「日常生活支援」は、社会的に孤立した生  
活困窮者をサービス利用につなげ、重層的生活課  
題の解決の端緒を切り開く新たな対人支援の方法

表8 簡易宿泊所・自立支援ホーム等を利用している生活困窮者に求められる日常生活支援とその出現頻度

| 順位 | 求められる日常生活支援の内容                                     | 出現頻度 (%) | カテゴリー番号 |
|----|--|----------|---------|
| 1  | 制度（生活保護・介護保険・住民票・障害者手帳など）を利用するための相談や手続きをしてもらう      | 51       | 10      |
| 2  | 体調が悪い時に相談にのってもらい、対応してもらう（応急手当や医療機関への連絡・救急搬送など）     | 43       | 6       |
| 3  | 毎日の食事（朝食、昼食、夕食）の準備や見守り、介助をしてもらう                    | 40       | 1       |
| 4  | 診療所や看護師さんなど関係機関と連絡調整をしてもらう                         | 39       | 10      |
| 5  | 居室環境を整えてもらう（掃除、片づけ、ゴミ出し、室温調整、換気）                   | 36       | 8       |
| 6  | 日常的な金銭管理をしてもらう（出入金の記録、レシートの管理、通帳管理など）              | 32       | 11      |
| 7  | 寂しい時や困った時に相談にのってもらう                                | 31       | 9       |
| 8  | 毎日きちんと服薬できるように管理してもらう。                             | 30       | 6       |
| 9  | 衣服やシャツが汚れてしまった際に洗濯をうながしてもらったり、介助してもらう              | 29       | 4       |
| 10 | 安否確認をしてもらう   | 29       | 7       |
| 11 | 体が汚れてしまった際に入浴を促してもらったり、見守りや介助をしてもらう                | 27       | 4       |
| 12 | 大切な書類の保管・管理をしてもらう                                  | 27       | 11      |
| 13 | 火の元の管理をしてもらう                                       | 27       | 7       |
| 14 | 体調が悪いかどうかみてもらう（顔色・体温・血圧など）。                        | 26       | 6       |
| 15 | 往診や訪問看護・認定調査の際に立ち会ってもらう（日頃の様子を伝えてもらう）              | 25       | 10      |
| 16 | 病院の説明などを一緒に聞いてもらう                                  | 25       | 9       |
| 17 | 安定して住むことができる住居を確保・維持（長期入院など）                       | 25       | 8       |
| 18 | ガス・水道・電気が止まらないようにしてもらう                             | 22       | 8       |
| 19 | 衣服が汚れてしまった際に、着替えを促してもらったり、介助してもらう                  | 21       | 4       |
| 20 | カンファランス（ミーティング・支援方針会議）を開いてもらう                      | 21       | 10      |
| 21 | 入院した時などに面会に来てもらう                                   | 20       | 9       |
| 22 | 外出したいときに付き添ってもらう                                   | 18       | 5       |
| 23 | 自分の味方になって対応してもらう                                   | 16       | 9       |
| 24 | 通信（電話・ファックス・手紙のやりとり）の手伝いをしてもらう                     | 15       | 11      |
| 25 | スケジュールの確認・管理をしてもらう                                 | 15       | 11      |
| 26 | 体調に応じて、おかゆやおにぎりにしてもらう                              | 14       | 1       |
| 27 | 便秘になったり、下痢をしたときに水分を片背手してもらう                        | 13       | 3       |
| 28 | 食事が十分とれないときに栄養剤を準備してもらったり、食べ過ぎないように声をかけてもらう        | 12       | 1       |
| 29 | トイレをきれいにしてもらう                                      | 9        | 3       |
| 30 | 買って来た食べ物が傷まないように管理してもらう（冷蔵庫に入れてもらったり、賞味期限を確認してもらう） | 9        | 1       |
| 31 | 同居人・近隣・大家さんなどのトラブルを解決してもらう                         | 8        | 8       |
| 32 | 毎日の医療的サポート（在宅酸素、インスリン注射/血糖測定、栄養剤）。                 | 8        | 6       |
| 33 | 夜間何か困った時に相談にのってもらう                                 | 8        | 2       |
| 34 | 朝、起こしてもらう  | 7        | 2       |
| 35 | オムツなどを取り換えてもらう                                     | 6        | 3       |
| 36 | 時間がわからなくなってしまったときに教えてもらう                           | 6        | 2       |
| 37 | 暴力をふるわれないように守ってもらう                                 | 6        | 7       |
| 38 | 起きられない時に一緒にいてもらう                                   | 6        | 2       |
| 39 | 危険なものを預かってもらう（管理してもらう）                             | 5        | 7       |
| 40 | 場所がわからなくなった際に教えてもらう                                | 4        | 5       |
| 41 | 家の中での移動の手伝いをしてもらう                                  | 3        | 5       |
| 42 | トイレに行きたいときに手伝ってもらう                                 | 3        | 3       |
| 43 | 歯磨きや入れ歯の洗浄をしてもらう                                   | 2        | 4       |
| 44 | 起き上がったり、立ち上がったり、体の向きを変えてもらったりする                    | 2        | 5       |

注) カテゴリー番号とカテゴリー名の照合は表7を参照。

と位置づけることができるかもしれない。

特定非営利活動法人ふるさとのは、生活困窮者を対象に、「住宅支援」と「日常生活支援」を結合させたサービスを提供している組織である。このような組織の活動が、実際に、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与することができるのか、縦断的な追跡調査が必要であろう。

### まとめ

- ①「精神的健康度低下」「住まいの欠如」「ソーシャルサポートの欠如」は、生活困窮者の自殺関連行動の重大な関連要因である。
- ②「身体的健康状態の不良」「住まいの欠如」「収入の不足」「ソーシャルサポートの欠如」は、生活困窮者の精神的健康度低下の重大な関連要因である。
- ③生活困窮者を対象に「住宅支援」と「日常生活支援」を統合的に提供している特定非営利活動法人があるが、このような組織の活動が、生活困窮者の精神的・身体的・社会的健康の改善と自殺予防に寄与する可能性がある。

### 謝 辞

本研究の実施にあたって、調査にご協力いただいた特定非営利活動法人 TENOHASI および特定非営利活動法人ふるさとのはの関係者およびアンケート調査にご回答いただいた方々に深謝いたします。なお、本研究は、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)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」(研究代表者加我牧子)において実施した。

### 文 献

1) 栗田主一, 森川すいめい, 的場由木ほか: 困窮者の自殺の実態と自殺予防に関する研究. 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)「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研

究」(研究代表者加我牧子) 総括・分担研究報告書. p.91-102, 2011.

2) Desai, R. A., Liu-Mares, W., Dausey, D. J., et al.: Suicidal ideation and suicide attempts in a sample of homeless people with mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 191 ; 365-371, 2003

3) Eynan, R., Lanley, J., Tolomiczenko, G., et al.: The association between homelessness and suicidal ideation and behaviors: results of a cross-sectional survey. *Suicide Life Threat Behav*, 32 ; 418-427, 2002

4) Gelberg, L., Linn, L. S.: Psychological distress among homeless adults. *J Nerv Ment Dis*, 177 ; 291-295, 1989

5) Hart, J. T.: The inverse care law. *Lancet*, 1 ; 405-412, 1971

6) 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*, 11 ; 1213-1218, 2010

7) Inoue, K., Tanii, H., Fukunaga, T., et al.: A correlation between increases in suicide rates and increases in male unemployment rates in Mie prefecture, Japan. *Ind Health*, 45 ; 177-180, 2007

8) 厚生労働省社会・援護局保護課: 生活保護受給者の自殺者数について. 第4回社会保障審議会生活保護基準部会参考資料. 平成23年7月12日

9) 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. *日本公衛誌*, 58 ; 331-339, 2011

10) 澤田康幸, 崔允禎, 菅野早紀: 不況・自殺と自殺の関係についての一考察. *日本労働研究雑誌*, 598 ; 58-598, 2010

11) Schutt, R. K., Meschede, T., Rierdan, J.: Distress, suicidal thoughts, and social support among homeless adults. *J Health Soc Behav*, 35 ; 134-142, 1994

12) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとのは: 重層的な生活課題(「四十苦」)を抱える人の地域生活を支える<居場所>と<互助>機能の研究. 平成23年度厚生労働省セーフティネット支援対策等事業費補助金報告書. 平成24年3月

## Suicide Prevention among the Homeless

Shuichi AWATA<sup>1)</sup>, Kae ITO<sup>1)</sup>, Tsuyoshi OKAMURA<sup>1)</sup>, Suimei MORIKAWA<sup>2)</sup>,  
Yuki MATOBA<sup>3)</sup>, Tadashi TAKESHIMA<sup>4)</sup>

1) *Tokyo Metropolitan Institute of Gerontology*

2) *Yowa Hospital*

3) *Non-profit Organization, Hurusato-no-kai*

4) *National Institute of Mental Health*

This paper presents the findings of a community-based cross-sectional study that investigated the frequencies of and factors associated with suicide-related behaviors and poor mental well-being among the homeless in Tokyo. In addition, this study examined the actual support homeless people require in daily life. Data from in-person interviews of 423 homeless people living in Tokyo were analyzed. The overall sample included 392 (92.7%) males and 31 (7.3%) females with a mean age of 60.6 years ( $SD=11.9$ ). Responses to questions about suicide-related behaviors in the past 2 weeks revealed that 29 (6.9% of valid respondents) people had repetitive thoughts of suicide, 22 (5.3%) had made plans to commit suicide, and 11 (2.7%) had attempted suicide. Multivariate logistic regression modeling revealed that a poor mental well-being, pain, visual impairment, poor subjective health perception, lack of a house, and lack of perceived social support were significantly associated with repetitive thoughts of suicide in the past 2 weeks. The frequency of a poor mental well-being (defined as a score  $<13$  on the Japanese version of the WHO-five Well-being Index) was 57.1%. In multiple linear regression analyses, the lack of a house and a low economic status, lack of perceived social support, and poor physical health status were significantly associated with a poor mental well-being. The 339 participants receiving support from a non-profit organization reported frequently requiring the following support with daily life: 1) support with procedures for receiving formal social services (ex., public income assistance, long-term care, certificate of residence, or certificate of mental and/or physical disability), 2) support with health care (ex., consultation when feeling ill, consulting with a clinic or nurse, or managing medication), and 3) support with emotional relief (ex., consultation when feeling lonely or in trouble). These findings indicate that comprehensive interventions that focus on housing and social support as well as mental and physical health services should be incorporated into effective strategies for the prevention of suicide among the homeless. Non-profit organizations providing both “support with housing” and “support with daily life” might contribute to improvement in the mental, physical and social health of the homeless and, consequently, prevent suicides.

< Authors' abstract >

< Key words : homeless, suicide prevention, mental well-being, support with housing, support with daily life >

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## ホームレス状態の精神障がい者・知的障がい者への支援 ——路上生活からアパート生活に移るまでの支援実践——

森川 すいめい

特定非営利活動法人 TENOHASI (てのはし),

認定特定非営利活動法人 世界の医療団,

医療法人社団一陽会陽和病院

ホームレス状態の人の中には、精神・知的障がいを有する人の割合は高い。私たちの調査では 4~6 割であった。現在の行政によるホームレス者支援は、就労支援と生活保護制度の利用が主であるが、障がいに関する援助は不十分である。そのため、障がいを持つ人が路上生活から脱することができずと考えられる。私たちは、いくつかの調査研究をしながら支援実践を重ねた。その結果、2 年間で約 70 名の障がいを持った人が、路上生活から脱する成果を得た。本発表では、調査結果と支援実践に基づいた支援提案を行う。結論は、障がい特性に合わせた安心して住むことができる住居の確保を優先することが、課題解決に大きく寄与するとした。

<索引用語：ホームレス，生活保護法，べてるの家，精神障害，知的障害>

### はじめに

#### ——障がいを持つホームレス状態の

#### 人への、適切な支援方法を提案したい——

ホームレス状態の人の中に、精神・知的障がいを持つ人の割合は、一般人口に比べて高い。障がいを持つ人が路上生活から脱するためには、適切な支援が行われなければならない。行政も、法整備や調査を行いながら支援を検討しているが、十分な成果を上げていない。それどころか、不適切な対応が最近も行われた。2012 年 6 月 11 日には、渋谷区において、野宿状態の人たちが寝る場所としていた美竹公園・渋谷区役所駐車場・区役所前トイレを区行政が一斉に閉鎖し、障がいを持つ人への適切な支援のないまま単に追い出してしまった。全員が障がいを持つのではないが、一定割合の障がいを持つ人がいたと考えられる。

本発表では、ホームレス状態となった障がいを

持つ人が、路上生活から脱するために、また、脱した後も再度路上生活化しないために、私たちが行ったことと、その成果について報告する。障がいを持つホームレス者への適切な支援が行われる一助になればと願う。

### I. 私たちとは

#### ——支援の実践をしてきた主たる団体——

私たちが活動を行っている地域は、東京の豊島区である。特定非営利活動法人 TENOHASI (てのはし)、認定 NPO 法人メドゥサン・デュモンド・ジャポン (世界の医療団)、NPO 法人セルフサポートセンター (浦河べてるの家)、カトリック医師会池袋医療班などが共同で支援を展開している。その他、様々な支援者や行政、医療機関と連携をとっている。

## II. 課題を明らかにし、 仮説を立てて、実施し、結果を得て考察し、 フィードバックし、新たな検討をした

私たちは、1999年より、東京の池袋にて、ホームレス者への支援活動を行ってきた。当初は、「3、4日食事がとれていない」と言う人や、からだが悪くなって身動きのとれない人が多数いた。現在は、当初程の身体状態の悪い人は減った。しかし、依然、年間を通じて100～300名程度の人が池袋とその周辺で野宿状態のままある。

こうした状況の中で、私たちは、何をしたらいいのか(支援方針)を検討した。その検討手法は、①現場で多くの人の話を聞く、②先行の研究や支援実践を調べる、③仮説を立てる、④方法を検討する、⑤実施する(調査活動も行った)、⑥結果を得る、⑦考察する、⑧フィードバックをする、⑨各過程を見直す、以上を繰り返したものであった。

## III. 現場で多くの人の話を聞いた ——障がいを持つ路上生活者が、路上生活から 脱する難しさを事例で紹介する——

### 1. 広汎性発達障がい疑われる Aさん 60歳代男性

Aさんは、池袋駅の地下で同じ場所に座り続けて、ずっと独りでブツブツと何かを言っている。私たちは、毎週、弁当を届けながら生活保護利用を勧めるのだが、Aさんは「いいです」と断る。Aさんは、生活保護を利用した経験がある。このとき、集団生活をしたのだが周囲とのコミュニケーションがうまくいかず、だまって失踪した。その経験が、生活保護を利用しようと思う気持ちを阻んでいた。路上生活の状態ではあるが、生活保護を利用した後の生活よりは、このままの生活が、まだましなのだと言う。

### 2. 統合失調症の Bさん 70歳代女性

独りにいるときは、幻聴と会話をしているか、眠っていることが多い。何人かの通行人が、声を掛けたり、時々お金を渡したりしている。毎週Bさんと話をする。「ビルをC国に占拠されている

から帰れない。生活保護なんて受ける必要はない。私には家がある。いつになったら、ホームレスを脱する許可がD国からおりるのか。今は、D国の精鋭部隊が私を守っている」と言う。精神科医の私は、Bさんにとっては、D国の連絡員らしい。私たちは、Bさんの身体が弱って医療を希望するようになるまでは、本人を無理やり病院に連れていくことはできない。様々な機関と連携しながら毎週お会いして、具体的に支援ができるタイミングを待っている。

### 3. いびきで追い出されてしまう知的障がいの Eさん 50歳代男性

会話の状況からも、中等度の知的障がいを持つのは明らかだった。何度か生活保護を利用しているが、そのたびに、無断で寮から出ていってしまう。そのきっかけは毎回同じだった。「同じ部屋の人から、いびきがうるさいから出て行けと言われる」と。Eさんは、相談する力がなく、出ていく以外の選択肢を見つけるのが難しかった。

### 4. 他にも

以上の例は一部である。私たちは、路上生活から脱するための説得をすることもある。脱するための手段を伝えることで、路上生活から脱する人たちはいる。しかし、そういかない場合も多い。あるアルコール依存症の男性は、何度も入退院を繰り返した。そして、路上生活に至った。「路上生活だと、たくさん飲まなくてすむから、たくさんの人に迷惑をかけてきたから」と言って、路上生活を続けた。家族を事故で失い、傷つき続けた男性もいた。「もう、頑張れない。このまま、野宿のまま、死ぬのを待ちたい」。こうした思いの人たちに、路上生活から脱するための支援を、一律に行うことはできない。

## IV. 課題を明らかにした ——調査研究が重要である——

課題を解決するために第一に必要なことは、課題を正しく明らかにすることである。課題を間違

えれば、どんなに課題解決のために努力をしたとしても間違った結果にしかならない。渋谷区行政が、野宿する人たちの寝場所を単に封鎖はしても、野宿状態の人が路上生活から脱するに至っていないといった例は、課題定義を間違えた結果である。私たちは常に、『課題は何か』を明らかにすることに集中した。

#### 1. 当初見えていた課題は明瞭ではなかった

私たちが活動を開始した当時は、ホームレス問題は、失業の問題が主であり、同時に、国の最低生活の保障義務不全だと考える機会が多かった。もちろん現在も、それは否定されない。国は、前者の課題に集中して支援施策を実施した。後者についても、不全を減らす努力をした。それでも、一部の自治体以外では、依然不十分なままである。支援が成功していない自治体は、課題を見誤ったまま解決しようとしている。

私たちは、支援活動を実施する中で、生活保護を利用しない理由、就労していない理由、ホームレス状態のままにいる理由、属性などを調べていった。就労支援の不十分さや最低生活保障の義務が守られていないこと以外にも、本質的な課題があると考えたからだ。

#### 2. ほとんど全員が、路上生活から脱したいと考えていた<sup>2)</sup>

『最後のセーフティーネット』として生活保護制度が存在する。厚生労働省大臣の定めた最低生活費よりも低い収入の人たち全員に、その最低額を保障すると定めた法である。誰でも利用できる制度であるのだが、ホームレス状態の人たちは、生活保護制度を利用せずに路上生活のままにいる。当初、私たちは『本当は路上生活のままであることを希望している可能性がある』と仮説をたてた。そうだとすれば、路上生活から脱するための支援は、当事者のニーズを無視したものとなる。そこで実態を明らかにするため、池袋駅周辺での全数調査（全数 115 名、回収率 70%、2008 年）を実施し、『路上生活から脱したいか？』と質問した。非

常に脱したいと思うから脱したくないまでの気持ちを、7段階で評価をしたところ、『非常に脱したいと思う』と回答する人は 89% で全員脱したいと回答した。

#### 3. 『希望する生活』は何か（ホームレスの実態に関する全国調査、厚生労働省、2012：以下 2012 年調査<sup>1)</sup>）

1,341 人に対する調査結果（無回答 10 名）では、仕事をして屋根のある場所で生活をしたいと回答する人が 439 名（33.0%）であった。就労はできないので生活保護など利用したいと回答する人は 153 名（11.4%）と少なかった。一方で、405 名（30.2%）が今のままで（路上生活）いいと回答した。今のままでいいと回答した人のうち、156 名（38.5%）が現在、都市雑業の仕事をしながらの路上生活であったことがわかった。

#### 4. 平均年齢は 50 歳代後半で、ホームレス者全体のうち 60 歳以上が半数以上を占めた

2012 年調査では、平均年齢が 59.3 歳、60 歳以上が 733 名（55%、無回答 13 名）であった。年齢の大きな偏りの原因は、調査では明らかにされていない。しかし、ある特定の集団がホームレス化しやすいと考えるのが妥当だ。国は就労支援に力を入れているが、現実の支援対象者への支援成果が乏しくなるのは、年齢だけを見ても課題定義が不十分であることが明らかである。

#### 5. 精神・知的障がいを持つ人が多いことがわかった<sup>2),3)</sup>

2008、2009 年に私たちは、豊島区での精神疾患や知的障がいに関する全数調査を行った。この結果、何らかの精神疾患を有する人が 4~6 割、知的障がいの可能性がある人が 3 割程度存在していた（重複あり）。そのうちの全員ではないが、障がいに関する知識を持った人の援助がなければ路上生活から脱することができないと考えられる人が多数存在した。

## 6. 生活保護廃止理由の15%以上が『失踪』という現実がある<sup>4)</sup>

失踪とは、生活保護を利用した人が、福祉事務所の担当者に、廃止の理由を言わずにいなくなることを言う。理由を言わずにいなくなるため、失踪の理由を行政が把握することは不可能である。失踪した場合は、その多くが野宿状態になっている。ホームレス状態の人から聞く理由は、『福祉事務所担当者とのコミュニケーションが成り立たなかった』『生活保護制度への両者の誤解』、『生活保護を受けた後の劣悪な環境（南京虫が大量に発生するような環境が現にある）を強いられるから利用したくない』との話が多い。

## 7. 明らかになった課題は、障がいとホームレス者に関する知識のなさや資源の乏しさだった

調査結果や支援実践からわかったことの1つは、精神や知的障がいに関する適切な援助がなされていないことであった。福祉事務所の相談担当者は、あまりにも忙しいために障がいに関する十分な知識を得る機会の乏しいまま仕事をせざるを得ない状況にあった。先に事例として挙げたEさん（中等度知的障がい）は、生活保護を利用することになったのだが、すぐに失踪した。本人は「個室がいい」と言っていた。その理由は「自分のいびきがうるさいから」であった。福祉事務所の相談担当者は、その程度の理由で個室を用意できないと考え、集団生活の施設で住むことを決めた。そしてEさんは、「いびきがうるさくて追い出された」と再び路上生活となった。ここでの課題は、Eさんにとって、他者とのコミュニケーションをとるのが大変なことだと想像できるかどうかにかかっていた。Eさんは、「いびきがうるさいから出ていけ」と言われた時に、出ていく以外の選択肢を選ばなかった。結果的に行政にとっては『失踪』扱いとなった。再度、路上生活化した本人と話したところ、「個室ならばいい」と言った。なお、鹿児島には、野宿状態から、施設を経由せずに、すぐにアパートでの生活を可能にし、その結果、数

百名の野宿状態の方が、数年で、数名に減ったという事例がある。

## V. 具体的な課題解決成果——福祉事務所への、本人の困りごとに関する紹介状は、大きな成果を生んだ——

こうした現実の中で、私たちは、生活保護担当者が手の回らない部分を補完し、障がいについての知識を持たない人への説明をする作業をすることにした。どのような障がいをもち、何に困っていて、どうしたらいいのかを、相談に行く前に聞き取り、それを紹介状に書いた。最初に課題が正しく明らかとなれば、その後の支援は格段とよい方向になる。この結果、福祉事務所相談窓口でのコミュニケーション不足によるトラブルは、ずいぶん減った。しかしながら、福祉事務所の相談担当者が状況を理解したとしても、資源のなさや、精神疾患の状態の悪さに関しては課題が残った。住居資源については、鹿児島県の事例では、不動産業者の協力があるために、すぐにアパートに入ることができた。それ以外の多くの自治体では、アパート1つを見つけるのが困難である。また、障がいを持つ人のうち、まずは治療が必要な人も少なくはなかった。抑うつ状態の人、アルコールが抜けなくて苦しむ人、幻覚妄想が活発な人がいた。福祉事務所で生活保護の申請が受理されて治療が必要だと判断された時に、福祉事務所では何件もの精神科病院に電話をすることがよくある。家族がない人や野宿状態の人に関して、入院を受けられないと言う病院が少なくなかった。保護者がいない場合、病院が病気以外のかかなりの部分を支えなければならなくなるからだった。

## VI. 精神科病院を支援したことが、大きな成果を生んだ

そこで私たちは、病院への付き添い、病院内のカンファレンスへの参加、退院先を探す支援、退院後のフォローアップを行うようになった。ほとんどが無償ボランティアによる活動であるため不安定な支援であるのが弱点だが、入院という入り

口と退院という出口支援は、病院へのアクセスを容易にした。その後、アパート生活を始め、落ち着いていく人も増えた。

### Ⅶ. 浦河べてるの家との協同が、 一人一人の回復につながった

医療に繋がったとしても、その後の生活が不安定で、心身の状態が悪くなる人が多くいた。そこで私たちは、北海道の浦河町にある、社会福祉法人浦河べてるの家と協同で仕事をするようになった。べてるの家は、当事者の力を徹底的に信頼し、当事者が人生の主人公たることを決して奪わないという理念で有名だ（言葉で聴くと当たり前のようなものだが、実際に目の当たりにすると、いかに援助者が、当事者の力を奪っているのかを反省させられる）。このべてるの家が、池袋のホームレス者支援に加わった。仕掛けは3つであった。①仲間同士がつながる場を作る、②お互いのコミュニケーションが上手になる練習をする、③いろいろ試してみる（実験をする）である。人々は、仲間とつながり、助け合ったり、遊びに行ったり、商店と一緒に始めたり、ボランティア活動をし始めた。障がいを持ってホームレス状態となった人たちは、生活方法を自分で決めさせてもらえずに誰かに人生を決められてきたという人が多かった。その他者に決められた枠では生きられなくなって、路上生活化したと考えられる人が多くいた。べてるの家では、自分の人生は自分で責任を取ることを大切にする。そのためには、自分のペースでやらざるを得ない。そうすると、自分のペースで生きられる安心感が回復していく。

### Ⅷ. ホームレス者数が0になる仕組み ——安心・安全の保障と、

#### 居場所を定義すること——

この2年で、70名近い障がいを持った野宿状態の人が、路上生活から脱した。福祉に繋がった人は、次の2つのタイプに分かれた。1つは、障がいを持つと判ったことで、安全が保障されて安定していく場合であった。もう1つは、安全が保障

されただけではうまくいかない人たちで、友人や仲間が、その支えになるタイプであった。どちらも、何度も路上生活を繰り返していた人たちだった。前者は、生活保護を利用した後で、福祉事務所の担当者が、障がいをもつ人として丁寧に対応しただけで安定した。路上生活を生き残ることができた人々であるため、生活力は高いことがある。個室で生活ができれば、たいていはうまくいった。後者は、若い人に多いタイプだった。年齢が高い障がいをもつ人は、土木の日雇い業などをしながら生活をしてきた生活力のある人たちが多かった。年齢が理由で仕事を失っただけであるのだが、福祉事務所の相談担当者とのコミュニケーションがうまくいなくて、路上生活のままであった場合が多かった。コミュニケーションを丁寧に行う（障がいの有無に関わらずそうあってほしい）保障だけで、その後の生活が安定した。ところが、若い障がいをもつ人たちの中には、仕事をして生活をするなど自分の力で生活をしてきた経験が少なかった。家庭の事情、暴力の中で、路上生活化した人たちが多かった。仕事をして、怒鳴られたり殴られたりしてすぐに解雇されていた。路上生活から脱して、アパート生活を開始したとしても、どのように生きていったらいいかわからなくなってしまふ。パニック発作の症状がでたり、アルコールを乱用したりして、そのままなくなってしまうことがあった。こうした人たちには、安心できる居場所が必要だった。私たちは、安心について定義しなければならなかった。何が安心なのか、誰のための安心なのかを議論した。その結果、安心とは、『自分のペースで生きることの保障』であると定義した。その保障を援助すると、失踪を繰り返す必要が少なくなっていく。

### Ⅸ. 今後、解決すべき課題は、住居である ——ハウジングファースト——

自分がどう生きたいのかが保障されたときに、人は路上生活から脱することができた。そのためには、まずは安心して眠ることができる場所が必

要だった。現時点では、路上生活から脱するための場所は、劣悪な施設の中での集団生活を、何ヵ月もの長期間にわたり強いられるところが多い。音刺激が苦手な障がい特性を持つ人、感情のコントロールが難しい人、コミュニケーションに苦労している人などは、こうした施設にすることができない。一方で、10年以上ホームレス状態だった人が、個室に入ることが保障されたときに、路上生活から脱した人たちがいた。私たちは、路上生活者が、すぐにアパート生活ができるようにすべきと提案する。劣悪な施設を経由せずにアパート生活が実現すれば、路上生活問題のかなりの部分が解決するだろう。安心して眠ることができる場所が確保された後で、生活の苦労が新たに始まることになるが、それは、人間として当たり前のことである。まずは、住居の確保が最重要課題であることを結論としたい。

### 終わりに

本発表では、いくつかの調査結果と支援実践経

験を紹介した上で、障がいをもつ路上生活者への支援方法を提案した。その要は、次の3つである。①障がいに関する適切な知識を支援職、行政職が持つ、②調査研究をし課題を明らかにする、③安心して寝泊まりができる住居を確保できれば、ほとんどの路上生活問題は解決する、以上である。一刻も早く、路上生活をしなくてもよい社会になるよう、行政および支援職は、適切な手段を講じてほしい。

### 参考文献

- 1) 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（生活実態調査）、2012
- 2) 森川すいめい、上原里程、奥田浩二：東京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.
- 3) 奥田浩二：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
- 4) 豊島区保健福祉部：豊島区における生活保護行政の現状と方向性について、2011

Specific Support for People with Mental or Intellectual Disabilities among the Homeless  
——Support from Homelessness to an Apartment——

Suimei MORIKAWA

- 1) *Nonprofit Organization TENOHASI*
- 2) *Approved Specified Nonprofit Organization MEDECINS DU MONDE JAPON*
- 3) *Ichiyukai Yuwa Hospital*

There are a high percentage of people with mental or intellectual disabilities among the homeless. Our study shows this percentage to be 40 to 60%. The current government supports the homeless mainly through employment and welfare assistance ; however, specific support in terms of disabilities themselves has been insufficient. As a result, people with disabilities have not been able to escape from living on the streets. We have regularly offered support while continuing our research, and, after two years, this has resulted in approximately 70 people being able to escape from living on the streets. Based on the results of the research, this study proposes more avenues for supporting the homeless with disabilities. We conclude that a significant contribution to solving this problem and allowing people with disabilities to live at ease would be to secure housing that is tailored to the needs of these people.

< Author's abstract >

< **Key words** : homeless, public assistance act, Bethel's house, mental disorder,  
intellectual disability >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 生活困窮者の安心した地域生活を支える取り組み

的場 由木

(NPO 法人自立支援センターふるさとの会)

生活困窮者の支援においては、失業や低収入といった経済的困窮に対する支援だけではなく、メンタルヘルスの問題を抱えていることによる困難への支援が大変重要である。シンポジウムでは5つの支援事例を紹介し、生活困窮者がどのようなメンタルヘルスの問題を抱えているのかについて述べた。さらに、生活困窮者が地域で安心した生活を継続するための取り組みとして、①ホームレスの状態にある人たちへの住居確保、②家族のサポートが得られない人々への日常生活支援、③個別ニーズに合わせた就労支援、④地域の中で孤立しないための仲間づくりを中心とした実践活動について報告した。

<索引用語：生活困窮者、ホームレス、地域生活、生活支援、メンタルヘルス>

## はじめに

生活困窮者のメンタルヘルスについて検討するにあたり、まずはじめに「生活困窮者」として想定される対象者の範囲や状態像について、考えてみる必要がある。おおまかな全体状況を把握するために、主な調査・統計の結果などについて確認し、居所の状態および収入の状況から検討した。

## I. 生活困窮者の範囲

## 1. 居所の状態とホームレスの定義

平成14年より施行された「ホームレスの自立の支援等に関する特別措置法」においては、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を「ホームレス」と定めている。この法律および「ホームレスの自立の支援等に関する基本方針」に基づいて実施されている「ホームレスの実態に関する全国調査（目視による概数調査）」では、平成24年1月の全国のホームレス数について9,576人であると報告している<sup>4)</sup>。また、これに加えて、①心身の健康を保持することができる居住環境ではない

状況にある人、②毎日の居所が不安定で移動を余儀なくされている人、③病院や刑事施設といった「住居としての目的ではない施設」に入所しており、帰住先のない状況にある人を「ホームレス状態」と定義するとその数はさらに多くなると考えられる。ネットカフェなどを主な生活の場所としている人々を調査した「住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書<sup>5)</sup>」では、「ネットカフェなどを週の半分（3～4日程度）以上オールナイト利用する『常連的用户者』である『①住居喪失者』は、全国の<存在数>ベースで約5,400人と推計される」と報告している。また、法務省2010年度年報矯正統計<sup>1)</sup>によると、2010年度の満期出所者の内、帰住先がない者（帰住先が「その他」区分の者）は7,115人となっている。その他、車上での生活を余儀なくされている人や住居や介護者がいないために退院が困難な状況（社会的入院）にある人々も「安定した居所を持っていない状態にある」という意味で「ホームレス状態」と考えることができる。

## 2. 収入の状況と生活保護

生活困窮者の定義や範囲には様々な議論があるが、ここでは生活保護における最低生活費を1つの目安として考えてみたい。生活保護基準以下の低所得者には「生活保護受給者」および「預貯金などの資産がなく生活保護基準以下の収入で生活している人」が含まれる。平成24年2月時点における生活保護受給の状況をみると、被保護世帯数は1,521,484世帯、被保護人員は2,097,401人となっている<sup>2)</sup>。また、「生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について」<sup>3)</sup>によると、生活保護の捕捉率（所得が生活保護基準以下の世帯のうち、生活保護を受けている世帯の比率）について、全国消費実態調査に基づく推計で87.4%、国民生活基礎調査に基づく推計で32.1%となっている。生活保護を受給せずに生活保護基準以下での生活を余儀なくされている人を含めると、最低でもおよそ250万人~700万人以上の人たちが最低生活費以下の収入状況にあると考えられる。

## II. 生活困窮者のメンタルヘルスの課題

シンポジウムでは生活困窮者支援の取り組みの中で経験した主な事例として、①居所が安定せず病院や施設を転々としている事例、②アルコール依存症が疑われる独居死の事例、③家族との同居が困難な知的障害者の就労支援事例、④虐待経験のある若年者の事例、⑤自殺未遂をした統合失調症の事例の5事例を報告した。これらの事例はいずれも生活保護を受給しており、安定した地域生活を継続するためのサポートとして、①緊急度に応じた迅速な住居確保、②安心、安定した人間関係を軸とした日常生活支援、②精神疾患および内科疾患などの治療継続を可能にする地域在宅医療との連携、③地域コミュニティの中で孤立しないための支援が必要となっている。

生活困窮者の支援においては、失業や低収入といった経済的困窮に対する支援だけではなく、メンタルヘルスの課題を抱えていることによる困難への支援が大変重要である。また、メンタルヘルスの課題には、単に何らかの精神疾患を有してい

ることだけではなく、生育家庭での養育環境が十分に整わなかったことにより、「安定した人間関係を構築するための基本的な信頼感」や「社会生活を円滑に送るための基本的な安心感」が得られにくいといった「生きにくさ」が含まれている。このため、地域コミュニティの中で孤立しやすく、何らかの生活上の困難が生じた際に、既存の相談機関にアクセスして必要なサービスを得ることが難しい場合も少なくない。さらに家族との関係においても生活上のトラブルが続き、絶縁状態となっているケースもある。生活困窮は、生育環境を含めた人生の過程での様々な問題が積み重なった結果として生じた状態像であると言える。

このようなメンタルヘルスの課題を抱えた生活困窮者に対する支援は、全国で様々な取り組みがなされているが、シンポジウムでは、その取り組みの1つとして、東京で活動しているNPO法人自立支援センターふるさとのか（以下、ふるさとのか）が実践している「支援付き住宅」とその考え方などについて報告した。

## III. 支援付き住宅の取り組み

### 1. 住まいの支援と日常生活支援

ふるさとのかは、長期入院やアパートの立ち退きなどによって住居を喪失していたり、ネットカフェなどで寝泊りするなど不安定な居住環境にある生活困窮者に対して「住まいの支援」を行っている。また、メンタルヘルスの課題などを抱えていることにより生活の継続が難しい人たちに対して「日常生活支援」を提供している。「住まいの支援」は、安定した「住居」と地域の中に排除されることのない「居場所」を確保する支援であり、「共同居住」への支援と「独居居住」への支援がある。「日常生活支援」は、毎日の生活を安心して過ごしながら、必要な医療や福祉サービスがスムーズに利用できるような支援するものである。この「住まいの支援」と「日常生活支援」を一体的に提供することにより、生活困窮者の様々なニーズに対応した包括的な地域生活支援を地域協働でつく

りだしていく試みが「支援付き住宅」の取り組みである。2012年2月時点でのふるさととの会の支援対象者は全体（台東区、墨田区、荒川区、新宿区、豊島区の5つのエリア）で1,198名であり、838名が「独居居住（一人暮らし）」、360名が「共同居住」で暮らしている。

### 1) 一人暮らしの支援

ふるさととの会では、単身の生活困窮者が地域でアパート生活を始める際、アパート探しのサポートおよび保証人がいない人のためのアパート保証事業を行っている。このアパート保証は、生活サポート（訪問支援員による安否確認や生活相談）を利用することが条件となっている。定期的に生活状況を確認することによって家賃の滞納を予防すると同時に騒音やゴミ出しなどの近隣トラブルへの対応を行っており、何らかのトラブルでアパートから追い出されないようにサポートすることが含まれている。このようなアパート生活でのトラブル対応は、利用する人の安心であると同時に、家主の安心にもつながっており、地域の不動産業者や管理会社などとの連携により安定した居住の確保と継続支援が可能となっている。騒音に関する問題は不眠などの症状、嫌がらせをされているといった被害感情につながりやすく、うつ状態が原因でゴミ屋敷になっている場合もあることからメンタルヘルスの問題としての対応が必要となることが少なくない。精神科受診につなげた方がいと心配される場合には、地区の保健師と相談しながら問題が深刻化しないように対応している。

もう1つ地域の中で孤立することを防ぐための事業として「共同リビング」と呼ばれる居場所の提供がある。この事業は地域の中に共同の居間（リビングルーム）をつくって、自由にくつろいだり、生活上の様々な相談ができる“ゆるやかな居場所”を提供するものである。体調が悪かったり、引きこもりがちであったりして、居場所にこられない人へは、定期的に訪問し、安否確認をすると同時に様々な相談に応じている。光熱費の支払い

などの手続きや電化製品の故障、体調管理、借金、人間関係のトラブルなどといった生活上の様々な相談に対応しており、必要時には医療や福祉サービスを利用できるように福祉事務所などと相談しながら介護保険サービスや障害者自立支援サービスの受給のための手続きをサポートしている。

### 2) 共同居住の支援

「共同居住」は地域の既存住宅（空き家）を借り上げて共同で居住できるように改装した居住施設である。定員の規模は12名～81名となっており、恒久的な住宅に移行するまでの一時的な居住の確保を行うための住居として利用されている。「共同居住」には24時間体制で生活支援員が常駐しており、3食の食事が提供されている。認知症などの精神疾患があるために一人暮らしの難しい単身の高齢・障害者の利用が多い。本来はアパートや福祉施設へ入居するまでの一時的な住居であるが、福祉施設への入所待機の状態の結果的に長期間の利用となっている場合が多い。

「共同居住」で提供されている日常生活支援は、食事、排泄、睡眠、清潔、活動などといった毎日の生活を安心して営めるようにサポートする支援である。「共同居住」を利用する人の多くは高齢者であるが、20歳前後の若年者から90歳前後の高齢者まで幅広い年齢層となっている。それぞれが抱えている障害や疾病も様々であり、精神科疾患と内科疾患を重複して抱えている人も少なくない。しかしながら、食事や睡眠などが不安定にならないように支援することはあらゆる障害・疾病を持った人たちに共通した生活ニーズであり、多くの場合は家族介護者が担っている領域の支援であると言える。長期に亘って病院や施設を転々としてきた高齢者、虐待経験があり家族からのサポートが得られにくい若年の生活困窮者が毎日を安心して過ごすことができるためには、単に家事を代行したり、介助したり、医療機関などに連絡したりすることだけでは不十分である。将来への見通しのなさや不安感、混乱などが緩和するように日常生活の中で寄り添いながら、協働して安心

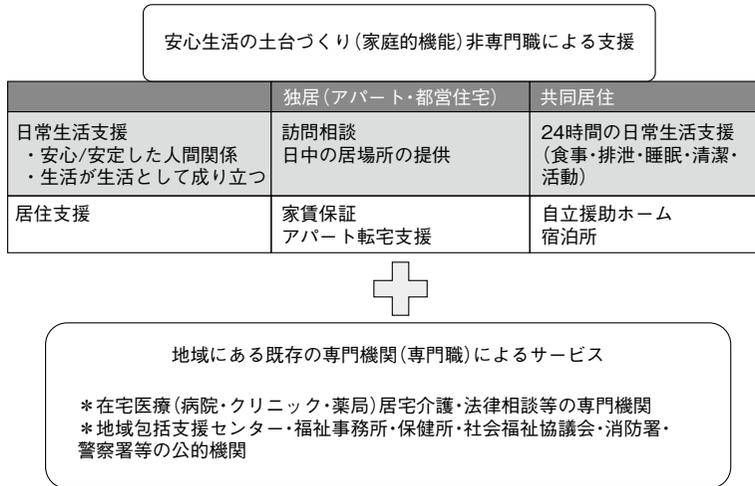


図1 支援付き住宅の考え方

生活を創っていくプロセスが必要である。

### 3) 支援付き住宅の考え方

「支援付き住宅」の考え方の特徴となっている点は2つある。1つは、住宅の確保と日常生活支援が一体となって提供されている点であり、一人暮らしや共同居住など様々な形態の“住まい”を“支援付き”にすることによって、地域コミュニティの中で暮らし続けることができるというものである。特定の建物に生活支援員などを配置し、外部の介護サービスを利用する有料老人ホームなどと似ている面もあるが、“現在暮らしている住宅に住み続けられるようにする”という点で異なっていると云える。また、共同居住においても、特定の障害や年齢層を対象とした「施設」ではなく、地域に様々な年齢や疾病・障害を抱えた人たちが暮らしているのと同じように、様々な状態の人たちが“ふつうの暮らし”を実現できるような「住宅」であることを目指している。

もう1つの特徴は、「支援付き住宅」での「支援」は、非専門職(医療・介護分野の資格を有していないスタッフ)により提供され、あくまでも地域生活の土台となる生活支援(日常生活支援と居住支援)に徹しているところにある。医療、介護、法律問題など個々人に必要な専門的なサービ

スについては、地域の既存の専門機関や相談窓口を利用できるようにサポートしている。家族が病院を探して付き添ったり、相談機関に行ったりすることと同様の支援であると言える。生活困窮者の抱える困難は、地域の既存の専門機関や相談窓口自らアクセスできなかつたり、アクセスできたとしても生活が生活として成り立たないために継続してサービスを受けられなかつたりするところにある。問題が深刻化してしまう前に地域コミュニティによって支えられる仕組みが必要である。2010年からは専門機関へスムーズに相談ができるための制度やメンタルヘルスに関わる事項や高齢者に多い病気、感染症などへの対応を学ぶための研修として、39項目の「ケア研修」が実施されている。ケア研修の受講対象者は日常生活支援に関わるスタッフであり、認知症の人が生活の中で不安になったり混乱したりしないようにどのように声掛けをしたらいいのか、虐待を経験した人はどのような生きづらさを抱えているのか、感染症や害虫被害を拡大しないためにどのような衛生管理が必要か、熱中症の予防や救急車の呼び方など日常生活支援で遭遇する様々な場面を想定した研修となっている。幅広い基礎的知識と専門機関につなげるまでの初期的な対応ができるような研修をすることで、専門分野の資格などを有してい

ないスタッフであっても、様々な状態の支援対象者の人たちに対して適切な生活支援が提供できると考えている。

## 2. ケア付き就労

生活困窮者が安定して働くことを支援するための「就労支援」には3つの段階がある。第1段階の支援としては、急激な雇用悪化による失業者（派遣社員など）が生活保護を受給する前の段階で仕事を見つけ、生活を再建できるようにするための「法外シェルター事業」がある。一定期間、住居と食事を提供し、就労先を見つめる支援と生活再建のための貯蓄をサポートしている。第2段階の支援は、失業などにより生活費がなくなり生活保護を受給しているが就職活動になかなかつながらない若年生活困窮者への支援である。引きこもり状態となっていたり、うつ状態などにより生活リズムが不安定になっていることもあり、人間関係の構築から、社会参加への促し、短時間労働でのリハビリなど段階的な就労支援を行い、生活保護からの脱却に向けた支援を行っている。そして、第3段階の支援として「ケア付き就労」の取り組みがある。「ケア付き就労」とは、疾病や障害を抱えていたり、DVにより避難している母子世帯など、通常の就労支援では安定した生活に移行することが困難な人たちへの支援である。「ケア付き」とは、それぞれが抱えている心身の状態に合わせて就労環境を整えていくという考え方であり、一人ひとりに応じた勤務時間、仕事内容、職場環境を創っていく支援となっている。仕事内容は、ふるさとのがが運営している共同居住の清掃や食事の準備、高齢者の移動介助や見守りなど、日常生活支援に関わる仕事となっている。個別のペースに合わせて仕事を提供するため、徐々に自信を回復することができると同時に、入居者などから「ありがとう」などと声をかけられることによって、対人関係が苦手な人であっても少しずつ安心感や、やりがいを感じながら、仕事に定着できるようになっている<sup>6)</sup>。ふるさとのがが運営している共同居住291名の日常生活支援の仕事は93

名の若年困窮者の就労の場となっている。知的障害や精神障害を抱えた若年生活困窮者の多くはそれまでの生活体験の困難さから、自尊心や自信が得られにくく、心身に不調をきたしている場合が少なくないが、支援を受ける側から支援をする側に変っていくというプロセスの中で、社会の中での役割や居場所があることを実感し、生活を前向きに立て直していく気持ちになることができている。若年生活困窮者の就労支援においては、個々のメンタルヘルスに配慮したケアを就労活動に合わせて提供することが重要である。

## IV. 互助を支えるコミュニティづくり

生活困窮者が地域で安心して生活できるようにしていくためには、住まいの確保や日常生活支援に加えて、地域コミュニティの中に互助（支え合い）をつくることが重要であると考えている。一般的な地域活動になかなか参加するきっかけのない単身の高齢者であっても、共通の楽しみを持った人たちとのサークル活動やイベントの準備などへ繰り返し誘うことで、段々と地域の中に顔見知りが増え、人間関係をつくっていくことができている。ゆるやかな見守りの中で、いざという時に助けたり助けられたりできる関係が地域の中にあることは、孤立しやすい単身の生活困窮者だけではなく、要介護者を支えている家族などにとっても重要な支えになるものなのではないだろうか。

## まとめ

生活困窮者のメンタルヘルスの問題は、地域の中で必要なサポートにつながりにくい状況にある人たちに対して、どのようにしてつながりを持ち、支える仕組みをつくっていくのかという問題であると思われる。本稿では生活困窮者への「支援付き住宅」の取り組みを中心に報告をしたが、現に生活困窮にある人たちだけではなく、生活困窮に陥る可能性のある人たちを支える地域のあり方を考えていくことも必要である。今後、単身の高齢者が増えていくことが予想されている中で、「支援付き住宅」の取り組みがそれぞれの地域コ

コミュニティが抱えている様々な困難を解決する方法の1つとして、その可能性や効果についての検証がなされるよう、研究活動を積み重ねていく必要があると考えている。

#### 文 献

- 1) 法務省：2010年（度）年報 矯正統計。
- 2) 厚生労働省：福祉行政報告例（平成24年2月分概数）、2012

3) 厚生労働省社会・援護局保護課：生活保護基準未満の低所得世帯数の推計について、2010

4) 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、2012

5) 厚生労働省職業安定局：住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書、2007

6) 特定非営利活動法人自立支援センターふるさとの会：重層的な生活課題「四重苦」を抱える人に対する在宅生活支援のあり方研究報告書、p.111-112、2011

---

## Support for Poor People to Maintain Peaceful Lives in Their Regions

Yuki MATOBA

*Furusato-no-kai (Non-Profit Organization for Self-Support Assistance)*

When it comes to support for poor people, it is not support related to economic distress, such as unemployment and a low income, but rather support for distress due to having mental health problems that is of marked importance. At the symposium, five examples of support were introduced, and the sorts of mental health problem that poor people have were discussed. Furthermore, the following were presented as efforts for poor people to maintain peaceful lives in their regions : 1) Securing of dwellings for homeless people, 2) Daily living support for people who cannot obtain family support, 3) Support for starting work that meets individual needs, 4) Hands-on activities for making friends to avoid isolation within their region.

<Author's abstract>

<Key words : poor people, homelessness, regional life, daily living support, mental health>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

薬物依存性はどのように評価するか？  
——実験手法とその実例——

船田 正彦

(国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所薬物依存研究部)

法的な規制を受けていない違法ドラッグ（いわゆる脱法ドラッグ）が乱用目的で、販売されており健康被害の発生などが社会問題となっている。違法ドラッグの多くは、麻薬や覚せい剤と類似の作用を示すものが多いと考えられており、さらにその類縁化合物が多数存在することから、その薬物依存性を的確に評価するためのシステム構築は重要である。薬物依存の本質は精神依存と考えられており、身体依存は精神依存を増強する因子となる。条件付け場所嗜好性試験法（conditioned place preference procedure）は薬物と実験装置の環境の条件付けにより、薬物の精神依存性を推測する方法として、現在広く使用されている実験手法である。本稿では、条件付け場所嗜好性試験法を利用した薬物精神依存性の評価実例を示し、薬物依存性を知るための基礎研究の現状を概説する。

<索引用語：条件付け場所嗜好性試験，精神依存，身体依存，退薬症候>

## はじめに

薬物の乱用を繰り返すことにより、薬物使用が止まらない状況「薬物依存」に陥る。薬物依存には精神依存と身体依存があり、依存性薬物はすべて精神依存を形成させる能力を有している。一方、精神依存に加えて、身体依存も形成される能力を有する薬物も存在している（表1）。依存性薬物の摂取によりまず形成されるのが精神依存であり、精神依存の形成に伴う反復摂取により身体依存が形成される。依存性薬物の摂取により多幸感や陶酔感などが誘発され、繰り返し使用するようになる。やがて、再び薬物を摂取したいという強迫的欲求＝渴望（craving）が引き起こされ、摂取が止まらない状態になり精神依存が形成される。

一方、薬物によっては精神依存に基づく薬物を反復で使用している状態で、生体内から薬物が消失することにより退薬症候（withdrawal signs）が発現する場合があります。これが薬物の身体依存が形成された状態であるとされる。身体依存形成時の退薬症候の発現は強力な苦痛をもたらし、この苦痛を避けるために薬物摂取の渴望が増強されることから、身体依存は精神依存を増強する因子となる。したがって、薬物依存の本質は、精神依存であると考えられている。依存性のない医薬品の開発のためには、薬物の有する「精神依存形成能」を正確に評価することが必須になる。

本稿では、薬物依存の本質である化学物質が有する「精神依存形成能」の評価方法を中心に概説

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 薬物依存の基礎から臨床、そして日常臨床との関わりについて 司会：伊豫 雅臣（千葉大学大学院医学研究院精神医学）

表1 代表的な乱用薬物の依存性

| 中枢作用 | 薬物                                     | 精神依存 | 身体依存 |
|------|--|------|------|
| 抑制   | アヘン類<br>(ヘロイン, モルヒネ, コデイン)             | +++  | +++  |
|      | バルビツール類<br>(ペントバルビタール, フェノバルビタール)      | ++   | ++   |
|      | ベンゾジアゼピン類<br>(ジアゼパム, フルニトラゼパム, トリアゾラム) | +    | +    |
|      | アルコール                                  | ++   | ++   |
|      | 有機溶剤<br>(トルエン)                         | +    | +/-  |
| 興奮   | コカイン                                   | +++  | -    |
|      | アンフェタミン類<br>(アンフェタミン, メタンフェタミン, MDMA)  | +++  | -    |

+-: 有無および相対的な強度を示す.

コカイン, アンフェタミン類: 身体依存形成能力はない.

する. 同様に, 依存性薬物の中には精神依存性に加えて, 身体依存性を示すものも存在するため「身体依存形成能」の評価方法についても触れ, 薬物依存性を総合的に評価する実験システムを紹介する.

### I. 精神依存性の評価法

薬物依存性の本質は, 精神依存であることから, 精神依存性を評価する方法の確立は極めて重要である. 現在, 違法ドラッグ (いわゆる脱法ドラッグ) として「脱法ハーブ」や「脱法パウダー」などの法規制をかいぐる化学物質を含有する製品が流通している. また, 医薬品の開発において, その薬物の主作用および副作用に関わらず, 中枢神経系に作用する薬物は原則として薬物依存性試験が義務付けられており, 化学物質の法規制の迅速化, 医薬品開発の効率化のために, 簡便かつ精度の良い評価法が求められている. 以下に, 動物実験において汎用される薬物の精神依存性評価方法を示す.

#### 1. 薬物自己投与方法

本法は, 動物が自らの意思でレバーを押すことにより薬物(薬液)を自由摂取させる技術であり,

薬物の依存性評価においては, 現在最も信頼性の高い方法として広く使用されている<sup>1,7)</sup>. 偶然性を排除するため, 10~20回ほどの定数回レバーを押すと1回の薬液が注入される状況を設定し, 「薬物を摂取することを目的にレバーを押すこと」が明確に解析されている. 現在までに, 薬物自己投与の行動が確認されている薬物を表2に示した. 極めて擬人的に考えると, 自ら薬物を摂取する行動を評価すると考えられることから, 薬物の摂取欲求を直接評価する方法として客観性は高いと考えられている. また, 薬物摂取のためのレバー押し回数を増やし, 「1回の薬物摂取のために何回までレバーを押し続けるか?」について検討することにより, 薬物の摂取欲求の強度の評価も可能になる. サルやげっ歯類において研究が進んでおり, 実験手法としては, 薬物自己投与専用実験装置の操作と動物の薬物摂取用の静脈カテーテルの維持など, 高度の専門性が必要となる.

#### 2. 条件付け場所嗜好性試験

本法は操作が簡単であり, 短時間で評価ができるため, 現在では薬物自己投与方法よりも高頻度で使用される実験手法である<sup>3,4)</sup>. 実験には, 白黒の2区画の実験箱を使用する (図1). 実験は薬物投

表2 薬物自己投与が認められる薬物

|                                | 薬物例   |
|--------------------------------|---|
| オピオイド系薬物<br>(完全作用薬)<br>(部分作用薬) | Heroin, Morphine, Codeine, Fentanyl, Methadone, Levomethorphan, Oxymorphone<br>Buprenorphine, Pentazocine |
| 中枢興奮薬                          | d-Amphetamine, d-Methamphetamine, Cocaine, Mazindol, Ephedrine, Methylphenidate                           |
| 中枢抑制薬                          | Barbital, Pentobarbital, Flurazepam, Ethanol  |
| その他                            | Ketamine  |

サルおよびげっ歯類を使用した解析結果.

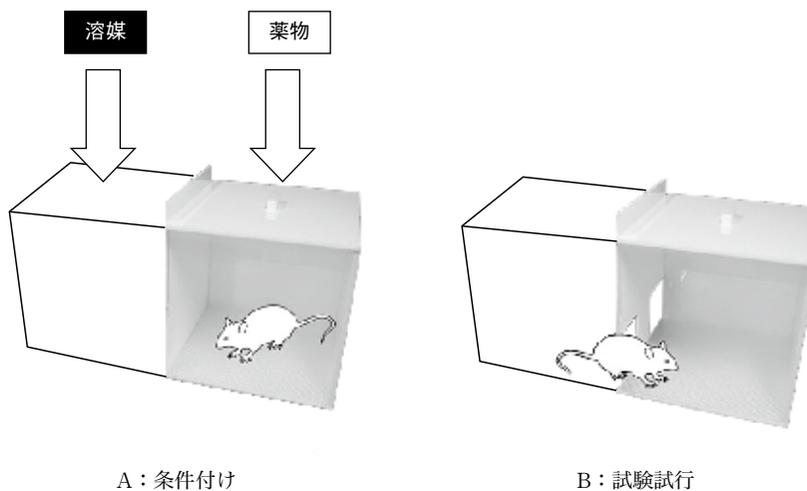


図1 条件付け場所嗜好性試験

白黒の2区画の実験箱.

A: 条件付けの方法; 薬物を動物に投与して, 60分間白区画内に閉じ込める. 翌日は, 溶媒 (生理食塩液) を投与して黒区画内に60分間入れ, これを繰り返し6日間の条件付けを行う.

B: 試験試行; 7日目に試験試行を行う. 試験時は, 動物に薬物も溶媒も投与せず, 2区画中央の仕切りを試験用に入れ替え, 白および黒区画を自由に移動できる環境にし, 滞在時間を測定する. 依存性薬物の条件付けでは, 薬物側 (白区画) の滞在時間が延長する.

与による条件付けセッションと, その後に実施する試験試行から構成されている. 条件付けの方法としては, まず, 薬物を動物に投与して, 一定時間 (薬物の作用時間によって異なるが, 20~60分間程度) 白区画内に入れる. 次の日には, 生理食塩液などの溶媒を投与して黒区画内に一定時間入れ, この操作を繰り返し6日間の薬物と溶媒による条件付けを行う. 7日目に試験試行として, 動物には薬物も溶媒も投与せず, 2区画中央の仕切りを入れ替え, 白および黒区画を自由に移動できる環境にし, 白および黒区画の滞在時間を測定す

る. この状況を擬人的に捉えると, 薬物が依存性薬物であれば快感や多幸福感が得られ, 薬物を投与された動物は, その時入れられていた白区画の環境を覚えており, 白区画の環境と快感などの効果が条件付けされていると考えられる. したがって, 薬物で条件付けした白区画の滞在時間が延長すれば, その薬物は, 精神依存形成能を有する危険性があると推測される. 代表的な依存性薬物であるヘロインとモルヒネの条件付けを行った結果を, 図2に示した. 用量依存的に場所嗜好性が発現したことから, 精神依存形成能を有することが

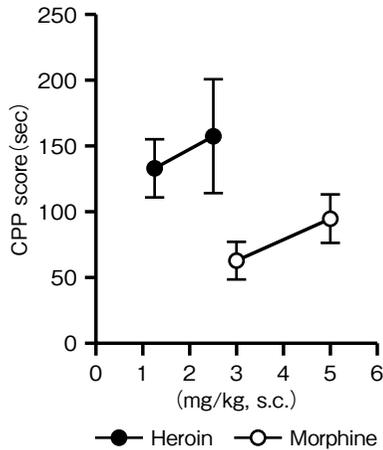


図2 条件付け場所嗜好性試験によるオピオイド系薬物の評価

薬物もしくは生理食塩液（溶媒）を投与し、ボックスに30分間閉じ込めて条件付けを行った（6日間）。条件付け終了後、7日目に試験を実施した。15分間（900秒）の白黒区画の滞在時間を測定した。CPPスコアは、〔薬物区画の滞在時間－溶媒区画の滞在時間〕で示した。ヘロイン（1.5, 2.5 mg/kg）およびモルヒネ（3, 5 mg/kg）の条件付けにより、CPP（場所嗜好性）が発現し、精神依存の発現が確認された。精神依存性の強度は、ヘロイン>モルヒネであることを示す。

明確になる。最近では、依存形成能のない医薬品の開発を目指した研究において、その有用性が注目されており、薬物自体の合成段階から薬物の精神依存性の有無についての推測が可能になってきた。本法は、興味深いことに、黒区画における滞在時間が延長した場合、薬物処置区画からの回避反応と考えられ、薬物の有する嫌悪効果の評価も可能である。一般的に嫌悪効果は薬物の有害作用につながる可能性があり、本法を有効に利用することにより医薬品の開発において嫌悪効果のない化合物の合成にも応用できると考えられる。現在までに、条件付け場所嗜好性試験により効果が解析された薬物とその結果を表3に示した。場所嗜好性を示す薬物と嫌悪作用を示す薬物が存在することが明らかになっている<sup>3,4)</sup>。

## II. 薬物効果の類似性評価

薬物弁別試験は、特定の化学物質を訓練薬物として用いてレバー押しの訓練を行い、訓練薬物が持つ薬物効果（自覚効果）を利用して、調べたい被験薬物が訓練薬物の自覚効果に類似性があるかを推測する方法である<sup>2)</sup>。薬物弁別試験では、はじめに訓練薬物と溶媒（生理食塩液など）による弁別訓練を行う。一般に、弁別訓練は2レバーのオペラントチャンバーを用いて行う。摂餌制限をした動物を用いて、動物に訓練薬物を投与したときは一方のレバー、例えば右側のレバーを選択した場合餌を得ることができ、溶媒を投与したときは反対側（左側）のレバーを選択した場合、餌が得られるように訓練を行う。訓練薬物の自覚効果に基づいて、動物は訓練薬物投与による刺激と溶媒による刺激の連関を「どちらか一方のレバーを選択する行動」によって評価が可能になる訳である。このようにして弁別が成立した動物に被検薬物を投与して、どちらのレバーを選択するかを測定し被検薬物の自覚効果が訓練薬物と類似しているかを判定する。すなわち、被検薬物を投与して訓練薬物と連関するレバー反応が認められれば、被検薬物の刺激が訓練薬物に「般化」したといい、被検薬物は訓練薬物と類似した弁別刺激効果（自覚効果）を有していると推測できる。一方、溶媒と連関するレバー反応が認められれば、被検薬物は訓練薬物と異なる自覚効果を有すると判断できる。薬物弁別試験を利用した薬物効果の評価として、大麻の精神活性成分である $\Delta^9$ -THCと合成カンナビノイドの効果比較が実施されている。 $\Delta^9$ -THCを訓練薬物として、 $\Delta^9$ -THCの弁別刺激効果を獲得した動物を使用して、合成カンナビノイドの作用が評価されている。合成カンナビノイドであるCP-55,940, WIN-55,212-2, JWH-018またはJWH-073は濃度依存的に $\Delta^9$ -THC側のレバーを選択することが明らかになっている<sup>5,6,11)</sup>。これらの解析結果から、 $\Delta^9$ -THCと合成カンナビノイドの薬物効果は類似していると考えられ、したがって、大麻と合成カンナビノイドの作用は類似していることが明確になる訳である。現在、「脱

表3 条件付け場所嗜好性試験による解析結果

|   | 薬物   | 結果         |
|---|--|------------|
| オピオイド系薬物<br>( $\mu$ 受容体作用薬)<br><br>( $\kappa$ 受容体作用薬) | Heroin, Morphine, Codeine, Methadone, Fentanyl, Sulfentanil, Etorphine, Morphine-6-glucuronide<br>U-50 488H, U-69 593, Bremazocine, E-2078 | CPP<br>CPA |
| 中枢興奮薬   | Amphetamine, Methamphetamine, Cocaine, Cathinone, GBR 12783, Mazindol, Nomifensine<br>Methylphenidate                                      | CPP        |
| ベンゾジアゼピン系薬物   | Diazepam, Lorazepam, Alprazolam, Adinazolam, Midazolam   |            |
| その他   | LSD, Phencyclidine (PCP), Propofol, Desipramine  | CPP<br>No  |

CPP：嗜好性発現，CPA：嫌悪作用発現，No：効果なし

法ハーブ」の流通が社会問題となっているが、植物片に混在している薬物として、主にこの合成カンナビノイドが検出されていることから、「脱法ハーブ」が大麻と類似の効果を示す危険性が基礎実験レベルでも証明できる。合成カンナビノイドは数百種類の類縁化合物が存在しており、その薬理作用の類似性比較にはこの薬物弁別試験は重要な実験手法である。一方、薬物弁別試験では、評価すべき薬物（例えば脱法ドラッグや開発中の新薬など）の特性をふまえて、訓練薬物を選択する必要がある。薬物依存性を推測することを考えると、代表的な訓練薬物としては覚せい剤、モルヒネ、 $\Delta^9$ -THCなどが考えられる<sup>5)</sup>。脱法ドラッグが覚せい剤、オピオイド系薬物、それとも大麻と類似しているのかを迅速に評価するためには、それぞれの薬物で訓練した動物を維持することが必要となる。薬物弁別試験法は、規制薬物の自覚効果と数種の被検薬物の自覚効果の類似性が比較検討できるため、類縁化合物が多く存在する脱法ハーブ成分や脱法ドラッグなどの評価に有効であると考えられる。

### Ⅲ. 身体依存の評価法

身体依存形成能を有する薬物は世界保健機構（WHO）により、3つの型に分類されている。すなわち、アルコール型薬物、バルビツール酸型薬物およびオピオイド型薬物である。新たに流通が

確認された脱法ドラッグのうち、作用や化学構造からこうした薬物分類に該当すると考えられるものについては、身体依存形成能を評価する必要がある。さらに、中枢神経系に作用する新薬の開発過程においても、これらの薬物分類に該当する化合物については、身体依存形成能の有無をマウスやラットなどのげっ歯類で検討することが必須となる。原則として薬理学的に中枢作用をもつものは依存性試験が実施されている。以下に小動物による身体依存の評価法を紹介する。

薬物の身体依存を評価するにあたっては、身体依存の形成およびその評価（確認）と2つの過程に留意する必要がある。身体依存の形成過程においては、身体依存形成能を有する薬物は、中枢に対する薬理作用が十分発揮される用量を一定期間以上慢性的に摂取した場合、身体依存が形成されると考えられている<sup>10)</sup>。したがって、薬物の身体依存の形成においては、薬物の投与用量、投与期間、投与頻度が重要な要因となり、これらの因子を十分考慮する必要がある。オピオイド型薬物では特に投与頻度が投与期間より大きな影響を及ぼすことが指摘されており、薬物の作用持続時間などを十分に考慮して投与頻度を決定する必要がある<sup>10)</sup>。一方、バルビツール酸型薬物では投与期間が特に重要であるとされる<sup>8,9)</sup>。

身体依存の評価（確認）においては、薬物の慢性処置を終了した後に発現する退薬症候（with-

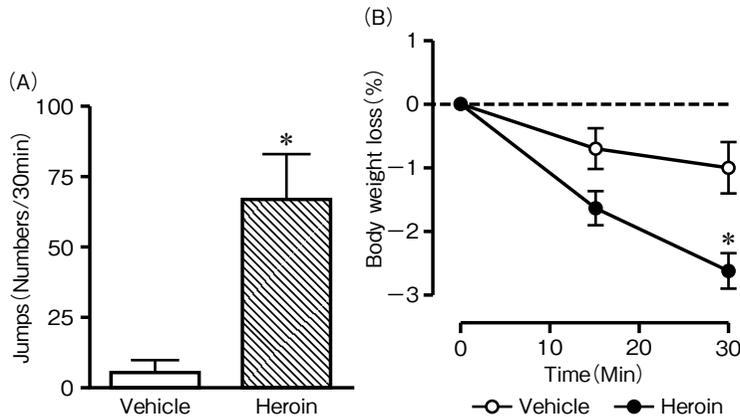


図3 ヘロイン慢性処置後の退薬症候発現

ヘロイン (8-25 mg/kg, s.c., 1日2回) は5日間にわたって投与した。6日目にオピオイド受容体拮抗薬であるナロキソン (1 mg/kg, i.p.) を投与し、誘発される跳躍行動と体重を測定した。データは30分間の跳躍発現回数 (A) と、体重減少率 (B) を示す。

\* $P < 0.05$  vs. 溶媒 (Vehicle) 群

drawal signs) が出現するか否かで初めて知ることができる。小動物における薬物の身体依存形成能を評価するための研究は非常に古くから行われ、薬物ごとに適切な退薬症候の指標 (行動変化) が検討されてきた。オピオイド型薬物の退薬症候の指標としては、体重減少、身震い、跳躍行動が代表的な退薬症候として用いられている。特に、体重減少と跳躍行動の発現頻度は、オピオイド型薬物の身体依存強度と相関性が高く客観的な指標として広く使用されている<sup>10)</sup>。一方、バルビツール酸型薬物の退薬症候の指標としてはけいれん、けいれん閾値の低下、体重減少などの指標が有用であることが報告されている<sup>8,9)</sup>。

退薬症候の誘発方法としては、被検薬物の投与中止による休薬を原則としているが、オピオイド型やバルビツール酸型のベンゾジアゼピン系薬物のように受容体に対する特異的拮抗薬が存在する場合には、拮抗薬による退薬症候誘発試験も行うことができる<sup>10)</sup>。当研究部で実施したオピオイド受容体拮抗薬投与によるヘロイン退薬症候試験の結果を図3に示した。ヘロイン依存動物を作製し、オピオイド受容体拮抗薬であるナロキソンを投与すると跳躍行動や激しい下痢に基づく体重減少が

確認される。

## おわりに

薬物の依存性評価においては、精神依存性を明らかにすることが重要である。評価期間および手続きの簡便さなどから、条件付け場所嗜好性試験が一次的試験法として有用である。少なくとも、条件付け場所嗜好性試験において、陽性の結果が得られる場合は精神依存形成能を有する可能性を示すものと考えられる。一方、薬物弁別試験においては、訓練薬物として、中枢興奮薬、中枢抑制薬、催幻覚薬など異なるタイプの依存性薬物を選択し、弁別獲得動物を維持しておくことで、迅速に新規の乱用薬物の作用を推測できる。また、訓練を獲得した動物は1年間近く保持が可能であり、使用動物数を抑えることができる点も有用性が注目されている。一方、合成カンナビノイドのように作用点がカンナビノイド受容体として明確であり、ある程度受容体結合能力と乱用危険性の相関が高い合成カンナビノイドにおいては、カンナビノイド受容体発現の培養細胞を利用することで、受容体結合能と作用の強度を予測することも可能になっている。

薬物の依存性評価に関しては動物実験が必須であるが，特定の受容体や機能タンパク質が発現している培養細胞による解析情報との相関性を明確にすることで，使用動物数を極力抑え，効率的な評価システムとして機能するものと期待している。

#### 謝 辞

本稿の情報収集ならびに研究内容の一部は，「厚生労働省精神・神経疾患研究開発費」および「厚生労働科学研究費」の援助を得て行われた。

#### 文 献

- 1) Collins, R. J., Weeks, J. R., Cooper, M. M., et al.: Prediction of abuse liability of drugs using IV self-administration by rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 82 ; 6-13, 1984
- 2) Colpaert, F. C.: Drug discrimination in neurobiology. *Pharmacol Biochem Behav*, 64 ; 337-345, 1999
- 3) 船田正彦：条件付け場所嗜好性試験による薬物報酬効果の評価：基礎と応用. *日薬理誌*, 126 ; 10-16, 2005
- 4) 船田正彦，青尾直也：薬物依存性の評価法—条件付け場所嗜好性試験を中心に—. *日薬理誌*, 130 ; 128-133, 2007
- 5) Gold, L. H., Balster, R. L., Barrett, R.L., et al.: A comparison of the discriminative stimulus properties of delta 9-tetrahydrocannabinol and CP 55,940 in rats and rhesus monkeys. *J Pharmacol Exp Ther*, 262 ; 479-486, 1992
- 6) Järbe, T. U., Johansson, J. O., Henriksson, B. G.: Characteristics of tetrahydrocannabinol (THC)-produced discrimination in rats. *Psychopharmacology (Berl)*, 48 ; 181-187, 1976
- 7) Katz, J. L., Goldberg, S. R.: Preclinical assessment of abuse liability of drugs. *Agents Actions*, 23 ; 18-26, 1988
- 8) Okamoto, M., Hinman, D. J., Aaronson, L. M.: Comparison of ethanol and barbiturate physical dependence. *J Pharmacol Exp Ther*, 218 ; 701-708, 1981
- 9) Okamoto, M.: Barbiturate tolerance and physical dependence : contribution of pharmacological factors. *NIDA Res Monogr*, 54 ; 333-347, 1984
- 10) Suzuki, T.: Pharmacological studies on drug dependence in rodents : dependence on opioids and CNS depressants. *Jpn J Pharmacol*, 52 ; 1-10, 1990
- 11) Vann, R. E., Warner, J. A., Bushell, K., et al.: Discriminative stimulus properties of  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC) in C57Bl/6 J mice. *Eur J Pharmacol*, 61 ; 102-107, 2009

## How to Evaluate Drug Dependence Liability? —Experimental Methods and Examples—

Masahiko FUNADA

*Department of Drug Dependence Research, National Institute of Mental Health  
National Center of Neurology and Psychiatry*

Quasi-illegal drugs free of legal restrictions (also called law-evading drugs) are now available. The health issues caused by such drugs have become a major social problem. Many quasi-illegal drugs exhibit actions similar to those of narcotic drugs or stimulants and have many related compounds. It is thus important to establish a system for accurately evaluating the drug dependence they cause. The essence of drug dependency is believed to be psychological dependence, with physical dependence contributing to the psychological dependence. The conditioned place preference procedure is widely used for assessing the psychological dependency caused by drugs while varying drug and test equipment conditions. This paper presents examples of evaluating psychological drug dependence using the conditioned place-preference procedure, and then outlines the present status of basic research for determining drug dependence.

< Author's abstract >

< **Key words** : conditioned place preference, psychic dependence, physical dependence, withdrawal signs >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 薬物乱用・依存の遺伝子研究

岡久 祐子

(岡山大学病院 精神科神経科)

薬物依存は、薬物のもつ報酬効果という薬物因子に加え、環境因子、個体因子の3つの因子が複雑に作用しながら成立するが、個体因子においては遺伝要因の影響が非常に強いことが家系研究や双生児研究から示されている。双生児研究から遺伝率を算出すると、薬物全体では使用レベルは0.27であるが、それ以上の依存レベルでは0.71~0.83と非常に高い遺伝率が示されおり、単なる使用レベルでは環境因子が影響するが、使用から依存に発展するかどうかは遺伝要因によってほぼ規定されてしまうことを示唆している。我々は2001年からJapanese Genetics Initiative for Drug Abuse (JGIDA)として、覚せい剤依存症・精神病に関わる遺伝要因についての多施設共同研究を行っており、現在までに100を超える遺伝子についての解析が終了している。これらの解析から非常に多種類の遺伝子多型が覚せい剤依存症および覚せい剤精神病の発症脆弱性や経過・予後に影響していることが明らかになった。その中で、グルタミン酸神経伝達に関わる遺伝子の解析においては、Dysbindin (DTNBP1) 遺伝子、D体アミノ酸化酵素活性因子遺伝子 (DAOA/G72) 遺伝子、セリンラセマーゼ (SRR) 遺伝子が覚せい剤精神病の発症脆弱性や治療反応性に関わっていることが明らかになった。これらの研究結果から、物質依存における発症脆弱性や精神病症状の出現や経過に関与する遺伝因子が解明されつつある。

<索引用語：薬物依存，薬物誘発性精神病性障害，遺伝子解析>

## はじめに

物質依存の形成に関わる因子は大きく薬物因子、環境因子、個体因子の3つに分類される。同じ薬物を使用しても、依存へ発展するか否か、薬物誘発性精神病が発症するか否かなど経過や予後は個体間で大きく異なる。こうした違いは、最初に挙げた3つの因子のうち、家庭環境や社会環境、文化的環境といった環境因子と年齢、性別、職業といった個体因子によるが、これらの中でも特に個体因子の1つである遺伝的因子が大きな影響を及ぼしていることがこれまでの研究で証明されている。Kendlerら<sup>4)</sup>による双生児研究での解析結果からは、使用、重度使用(月に10回以上の使用)、乱用、依存と依存の重症度が重くなるほど遺

伝要因が強くなることが示されており、使用レベルでは環境要因の影響が大きいが、使用から依存に発展するか否かは遺伝要因によってほぼ規定されてしまうことを示している<sup>15)</sup>(図1)。この遺伝要因について具体的な検討を行うために、我々は2001年よりJapanese Genetics Initiative for Drug Abuse (JGIDA)を設立し、わが国で乱用頻度が高く、神経毒性の高さからも深刻な社会的問題である覚せい剤依存症・精神病に焦点を当て、これらに関わる遺伝要因について解析を行っており、現在までに100を超える遺伝子について解析が終了している。ここでは、我々が行っている覚せい剤依存症・精神病と遺伝要因の解析方法について解説し、さらに最新の知見から、グルタミン酸神

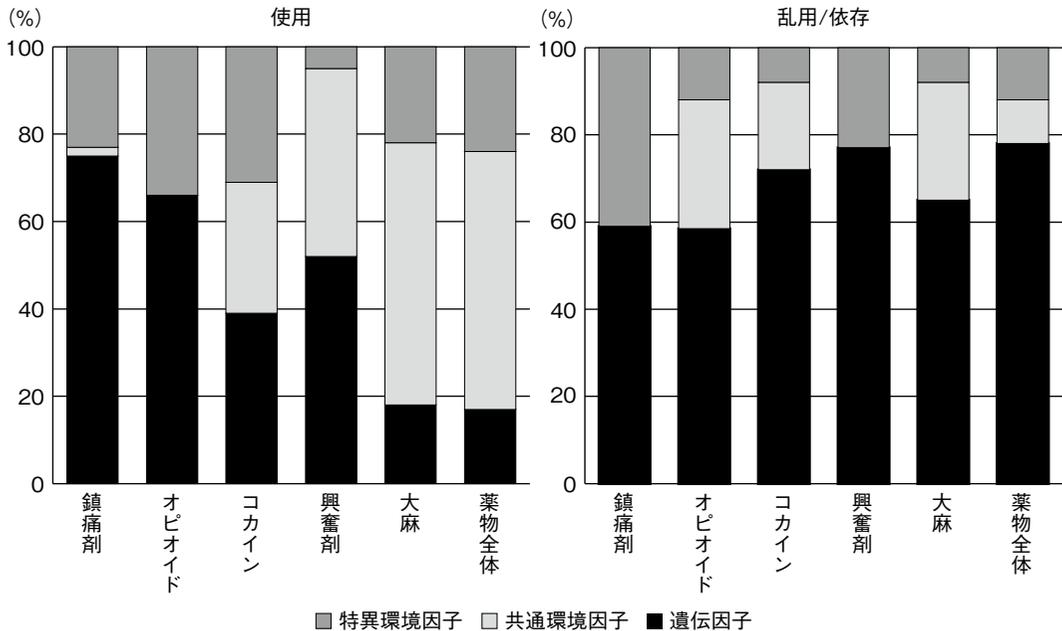


図1 双生児研究による薬物依存の遺伝率 (van den Bree らのデータより作成)

経伝達に関わる3つの遺伝子の解析結果について紹介する。

### I. 覚せい剤依存症・精神病の遺伝要因の解析の実際

最初に述べたように、覚せい剤を使用するか否かは家庭環境、社会環境、文化的環境など環境要因による影響が大きいですが、その後覚せい剤依存症や精神病に発展するか否かは遺伝因子の影響が大きいことから、覚せい剤依存症・精神病と候補遺伝子の関連解析を行っている。加えて、①初回使用年齢(20歳未満, 20歳以上), ②初回使用から精神病症状が発現するまでの潜時, ③治療開始後、精神病症状が消退するのにかかる時間, ④自然再燃の有無, ⑤多剤乱用の有無を各臨床表現型として解析している<sup>14)</sup>。

物質依存の形成されるスピードは個体差が大きく、初回使用で依存が形成される人もいれば、10年以上レクリエーションとして覚せい剤を使用している人もいる。使用開始後、幻覚や妄想が発現する時期も個体差が大きい。一旦精神病が発現

し、抗精神病薬による治療を受けた場合、通常は10日以内、遅くとも1ヵ月以内に精神病症状が消退し、これを早期消退型とよぶ。しかし、1ヵ月を過ぎても精神病症状が残存する難治例も少なくない(遷延・持続型)。さらに、覚せい剤精神病では、一旦精神病症状が寛解しても、再乱用すると精神病が容易に再発し、その際の潜時は初回使用時よりも大きく短縮し、これは逆耐性現象の現れと理解されている。さらに、乱用、再発を繰り返していると、覚せい剤を使用しなくても非特異的なストレス、例えば不眠やアルコール摂取などによっても精神病が出現し、自然再燃が生じる。これは、逆耐性のストレス交叉性獲得と考えられ、臨床的には難治化の指標となる。以上あげた個体差には遺伝要因の関わりが大きいと考えられるため、これらの指標からも解析を行っている。

### II. グルタミン酸神経系に関わる遺伝子と覚せい剤依存症・精神病の解析

げっ歯類を用いた研究では、覚せい剤依存症・精神病の成立にドパミン系のみならず、グルタミ

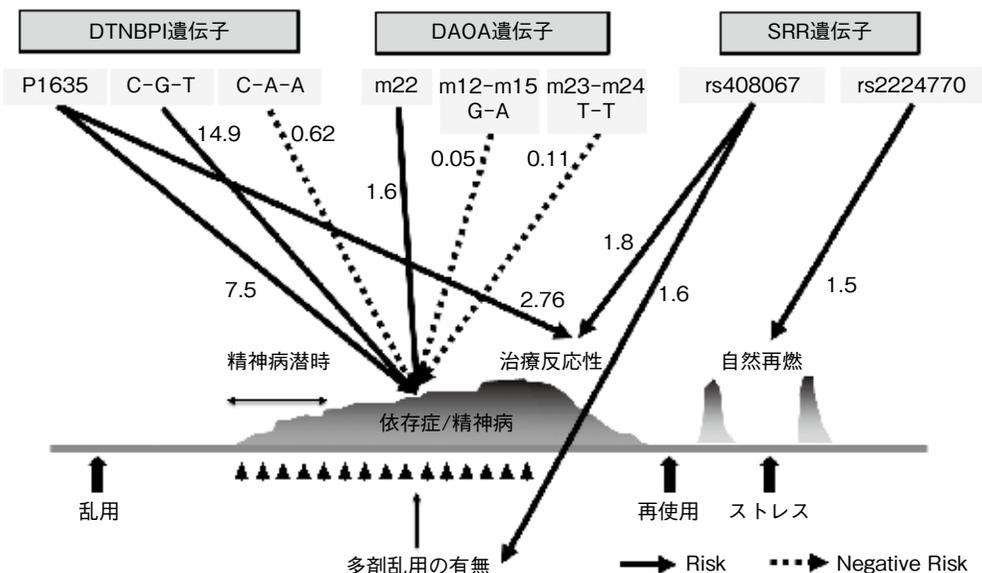


図2 グルタミン酸神経系関連遺伝子と覚せい剤精神病のリスク

ン酸神経系の関与が不可欠であることを支持する多くの報告がある。例えば、皮質-線条体グルタミン酸神経路の起始核のある前頭葉を破壊しておく、覚せい剤による逆耐性現象の形成を阻止したという報告<sup>19)</sup>や、グルタミン酸の受容体であるNMDA受容体のアンタゴニストであるMK-801やAP-5の全身投与または腹側被蓋野の微量注入が精神刺激薬の逆耐性を阻止するという報告<sup>3,16)</sup>、また、別のNMDA受容体アンタゴニストの(±)-CPPが覚せい剤の精神依存の形成を阻止することを、動物を用いた場所嗜好性試験で示した報告<sup>1)</sup>などがある。これらはグルタミン酸神経系が覚せい剤依存症の形成に関わっていることを支持するが、ここではグルタミン酸神経系に関わる3つの遺伝子、Dysbindin (DTNBP1) 遺伝子、D体アミノ酸酸化酵素活性因子遺伝子 (DAOA/G72) 遺伝子、セリンラセマーゼ (SRR) 遺伝子と覚せい剤依存症・精神病の関連解析についての結果を紹介する。

### 1. DTNBP1 (Dystrobrevin-binding protein 1) 遺伝子

Dysbindin は統合失調症原因候補遺伝子として有名であるが、グルタミン酸やドパミンの作用に影響していることが知られている。DTNBP1 遺伝子と覚せい剤依存症・精神病患者の関連を解析したところ、1つの1塩基多型 (single nucleotide polymorphism: SNP), P1635 多型の G アレルが覚せい剤依存症・精神病の危険因子であることがわかり<sup>5)</sup>、これは日本人<sup>10)</sup>およびアイルランド人<sup>13)</sup>の統合失調症患者における危険因子と共通していた。さらに、このP1635多型のGアレルは、治療開始後も精神病症状が1ヵ月以上遷延する危険因子であることも示された。また3つのSNP (P1655-P1635-SNPS) を用いたハプロタイプ解析では、C-G-Tハプロタイプが危険ハプロタイプであり、オッズ比は約15倍だった。逆に、C-A-Aハプロタイプはオッズ比が0.62と保護的ハプロタイプだった。今回、覚せい剤精神病で危険ハプロタイプであるとされたC-G-TハプロタイプはWilliamsら<sup>18)</sup>が報告した白人統合失調症患者の危険ハプロタイプと一致しており、さらに、Ray-

bouldら<sup>11)</sup>の双極性障害の研究でも、精神病を伴う双極性障害の危険ハプロタイプであるという結果とも一致する。P1635多型やP1655-P1635-SNPSの各ハプロタイプがdysbindinの生理作用に影響するかどうかは今のところわかっていないが、今回の結果からは、DTNBP1遺伝子は疾患に関わらず、精神病症状の合併しやすさに関与することが考えられる。

## 2. D体アミノ酸酸化酵素活性因子遺伝子 (DAOA/G72) 遺伝子

D体アミノ酸酸化酵素活性因子 (DAOA/G72) は、dセリンの代謝を調節することでNMDA受容体機能に関与している。これまでの研究で、統合失調症<sup>2,6,8)</sup>との関連が明らかになっているが、覚せい剤精神病との関連について検討したところ、m22多型のGアレルが覚せい剤精神病の危険アレルであり、オッズ比は1.6だった<sup>7)</sup>。これはアジア人統合失調症患者の危険アレルと一致している<sup>12)</sup>。ハプロタイプ解析では、m12-m15のG-Aハプロタイプが覚せい剤精神病の保護的ハプロタイプであり、オッズ比が0.05、m23-m24のT-Tハプロタイプもまた保護的ハプロタイプであり、オッズ比が0.11であった。これらのハプロタイプはこれまでに報告されたハプロタイプとは一致しない<sup>2,6,17,21)</sup>が、先行研究でもDAOA遺伝子は、統合失調症や精神病症状を伴う双極性障害の関連が報告されており、我々の結果と合わせると、DAOA遺伝子が内因性精神病、薬剤誘発性精神病に関わらず、精神病発症に関与している可能性が示唆された。

## 3. セリンラセマーゼ (SRR) 遺伝子

セリンラセマーゼはl-セリンからd-セリンの生合成を行う酵素で、主に脳の前頭葉、海馬、尾状核に多く存在している。SRR遺伝子のプロモーター領域にあるSNPの1つ、rs408067は転写活性に関わり<sup>9)</sup>、これまでに統合失調症との関連が報告<sup>20)</sup>されている。覚せい剤精神病との関連解析では、rs408067は覚せい剤精神病の発症には直接

関与していなかったが、臨床表現型との解析では、覚せい剤精神病の治療反応性や多剤乱用傾向に関与しており、オッズ比はそれぞれ1.8、1.6であった<sup>20)</sup>。また、同じくプロモーター領域のrs2224770は覚せい剤精神病の自然再燃のしやすさに関与していた。これらの多型はSRR遺伝子の機能に直接関わっている可能性が高く、SRR遺伝子が覚せい剤精神病の経過に影響している可能性が考えられる。

## おわりに

物質依存の中でも本邦で使用頻度が高く、深刻な社会問題となっている覚せい剤依存症・覚せい剤精神病の遺伝子研究の結果から、グルタミン酸神経系に関わる3つの遺伝子の解析結果について紹介した。これらの結果からは、dysbindin (DTNBP1) 遺伝子、D体アミノ酸酸化酵素活性因子遺伝子 (DAOA/G72) 遺伝子、セリンラセマーゼ (SRR) 遺伝子はいずれも覚せい剤精神病の発症脆弱性や治療反応性などの予後に関与している可能性が示唆された。これまでの100を超える遺伝子解析の結果からは、今回、紹介したグルタミン酸神経系以外にも、ドーパミン系遺伝子、オピオイド系遺伝子など多くの遺伝子で覚せい剤依存症・覚せい剤精神病との関連が明らかになっている。

しかし、こうした候補遺伝子解析には限界があり、統合失調症をはじめとする精神疾患においても遺伝子チップを用いた網羅的な全ゲノム関連解析が行われており、我々のJGIDAの覚せい剤依存症・覚せい剤精神病のサンプルにおいても現在全ゲノム関連解析が進行中である。全ゲノム関連解析から得られる新たな知見により、薬物依存症、薬物誘発性精神病の病態の解明が期待される。

## 文 献

- 1) Bernalov, A.: The expression of both amphetamine-conditioned place preference and pentylentetrazol-conditioned place aversion is attenuated by the NMDA receptor antagonist (+/-)-CPP. Drug Alcohol

Depend, 41 ; 85-88, 1996

2) Chumakov, I., Blumenfeld, M., Guerassimenko, O., et al.: Genetic and physiological data implicating the new human gene G72 and the gene for D-amino acid oxidase in schizophrenia. *Proc Natl Acad Sci U S A*, 99 ; 13675-13680, 2002

3) Karler, R., Calder, L. D., Chaudhry, I. A., et al.: Blockade of "reverse tolerance" to cocaine and amphetamine by MK-801. *Life Sci*, 45 ; 599-606, 1989

4) Kendler, K. S., Karkowski, L. M., Neale, M. C., et al.: Illicit psychoactive substance use, heavy use, abuse, and dependence in a US population-based sample of male twins. *Arch Gen Psychiatry*, 57 ; 261-269, 2000

5) Kishimoto, M., Ujike, H., Motohashi, Y., et al.: The dysbindin gene (DTNBP1) is associated with methamphetamine psychosis. *Biol Psychiatry*, 63 ; 191-196, 2008

6) Korostishevsky, M., Kaganovich, M., Cholostoy, A., et al.: Is the G72/G30 locus associated with schizophrenia? Single nucleotide polymorphisms, haplotypes, and gene expression analysis. *Biol Psychiatry*, 56 ; 169-176, 2004

7) Kotaka, T., Ujike, H., Okahisa, Y., et al.: G72 gene is associated with susceptibility to methamphetamine psychosis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*, 33 (6) ; 1046-1049, 2009

8) Ma, J., Qin, W., Wang, X. Y., et al.: Further evidence for the association between G72/G30 genes and schizophrenia in two ethnically distinct populations. *Mol Psychiatry*, 11 ; 479-487, 2006

9) Morita, Y., Ujike, H., Tanaka, Y., et al.: A genetic variant of the serine racemase gene is associated with schizophrenia. *Biol Psychiatry*, 61 ; 1200-1203, 2007

10) Numakawa, T., Yagasaki, Y., Ishimoto, T., et al.: Evidence of novel neuronal functions of dysbindin, a susceptibility gene for schizophrenia. *Hum Mol Genet*, 13 ; 2699-2708, 2004

11) Raybould, R., Green, E. K., MacGregor, S., et al.: Bipolar disorder and polymorphisms in the dysbindin gene (DTNBP1). *Biol Psychiatry*, 57 ; 696-701, 2005

12) Shi, J., Badner, J. A., Gershon, E. S., et al.: Allelic

association of G72/G30 with schizophrenia and bipolar disorder : a comprehensive meta-analysis. *Schizophr Res*, 98 ; 89-97, 2008

13) Straub, R. E., Jiang, Y., MacLean, C. J., et al.: Genetic variation in the 6p22.3 gene DTNBP1, the human ortholog of the mouse dysbindin gene, is associated with schizophrenia. *Am J Hum Genet*, 71 ; 337-348, 2002

14) Ujike, H., Sato, M.: Clinical features of sensitization to methamphetamine observed in patients with methamphetamine dependence and psychosis. *Ann NY Acad Sci*, 1025 ; 279-287, 2004

15) van den Bree, M. B., Johnson, E. O., Neale, M. C., et al.: Genetic and environment influences on drug use and abuse/dependence in male and female twins. *Drug alcohol depend*, 52 ; 231-241, 1998

16) Vezina, P., Queen, A. L.: Induction of locomotor sensitization by amphetamine requires the activation of NMDA receptors in the rat ventral tegmental area. *Psychopharmacology (Berl)*, 151 ; 174-191, 2000

17) Wang, X., He, G., Gu, N., et al.: Association of G72/G30 with schizophrenia in the Chinese population. *Biochem Biophys Res Commun*, 319 ; 1281-1286, 2004

18) Williams, N. M., Preece, A., Morris, D. W., et al.: Identification in 2 independent samples of a novel schizophrenia risk haplotype of the dystrobrevin binding protein gene (DTNBP1). *Arch Gen Psychiatry*, 61 ; 336-344, 2004

19) Wolf, M. E., Dahlin, S. L., Hu, X. T., et al.: Effects of lesions of prefrontal cortex, amygdala, or fornix on behavioral sensitization to amphetamine : comparison with N-methyl-D-aspartate antagonists. *Neuroscience*, 69 ; 417-439, 1995

20) Yokobayashi, E., Ujike, H., Kotaka, T., et al.: Association study of serine racemase gene with methamphetamine psychosis. *Curr Neuropharmacol*, 9 (1) ; 169-175, 2011

21) Yue, W., Kang, G., Zhang, Y., et al.: Association of DAOA polymorphisms with schizophrenia and clinical symptoms or therapeutic effects. *Neurosci Lett*, 416 ; 96-100, 2007

## Genomes in Substance Abuse and Dependence

Yuko OKAHISA

*Department of Neuropsychiatry, Okayama University Hospital*

The development of substance dependence is influenced by multiple factors, e. g., pharmacological effects on mental status, as well as environmental and individual factors. Among them, genetic factors were found to have larger effects on substance dependence than expected, and the heritability was calculated as 0.7 or more.

In Japan, methamphetamine has been the most commonly used illicit drug. The Japanese Genetics Initiative for Drug Abuse study of genetic factors in methamphetamine dependence/psychosis, which started in 2001, has revealed many potential genetic predictors for individual vulnerability to methamphetamine dependence and variations in clinical phenotypes. Certain SNPs or haplotypes of the DTNBPI, DAOA/G72, and SRR genes were shown to contribute susceptibility to methamphetamine dependence/psychosis and the prognosis of psychosis. These findings provide clues to the pathogenesis of substance dependence.

< Author's abstract >

< **Key words** : substance dependence, substance-related psychosis, genetic factor, association study >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 依存重症度評価ツールの臨床応用

菅谷 渚<sup>1,2)</sup>, 大谷 保和<sup>3)</sup>, 合川 勇三<sup>4)</sup>, 梅野 充<sup>4)</sup>,  
妹尾 栄一<sup>5)</sup>, 樋口 進<sup>6)</sup>, 池田 和隆<sup>1)</sup>

1) 公益財団法人東京都医学総合研究所・依存性薬物プロジェクト, 2) 早稲田大学人間総合研究センター, 3) 筑波大学医学医療系, 4) 東京都立松沢病院, 5) 茨城県立こころの医療センター, 6) 独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター

物質依存は罹患率の高い精神疾患であり、深刻な社会問題である。著者らは物質依存の病態を客観的に把握するための評価ツールの開発・標準化・普及に取り組み、多様な施設においてこれらの評価ツールの有用性を明らかにしている。本稿では依存重症度の評価ツールの紹介と臨床応用、そして医療・法務・研究機関の連携ツールとして機能する可能性について述べる。

嗜癮重症度指標日本語版 (ASI-J) は、薬物・アルコール依存症の重症度評価を行うことができる半構造化面接で、医学的状態、雇用/生計状態、薬物/アルコール使用、法的状態、家族/人間関係、精神医学的状態といった複数のセクションに分かれており、依存症に関わるこれらの領域について多面的な重症度評価が可能である。刺激薬物再使用リスク評価尺度 (SRRS) は、薬物依存者の刺激薬物に対する再使用リスクを多角的に測定する自記式質問紙尺度であり、「再使用不安と意図」「感情面の問題」「薬物使用の衝動性」「薬物使用へのポジティブな期待」「薬害認識の不足」の5つの次元から再使用リスクを評定する。

アルコール再飲酒リスク評価尺度 (ARRS) は SRRS をもとに作成した、アルコール依存症者の再飲酒リスクを多角的に測定する尺度であり、「刺激脆弱性」「感情面の問題」「アルコール使用の衝動性」「薬害認識の不足」「アルコール使用へのポジティブな期待」の5つの次元から再飲酒リスクを評定する。ASI-J は基本的な情報収集や介入方略の決定、介入の前後の評価に活用することができる。一方、SRRS および ARRS は簡便で比較的短時間で実施が可能であるため、継続的に複数回実施することによる再使用リスク把握や介入方法の改善などに用いることができる。これらの評価ツールが研究内容や臨床現場でのニーズに合わせて活用され、症状悪化のメカニズム解明や有効な介入方法の選定、関係機関同士の連携の促進などに貢献することが望まれる。

<索引用語：依存症，評価ツール，再発リスク，重症度，臨床応用>

## はじめに

物質依存は依存性物質を心身に重大な障害や苦痛を引き起こすほどに使用し、それらの物質に対する耐性や離脱などの問題が生じている精神疾患である。平成20年の厚生労働省の患者調査によるとアルコール依存症の推計患者数は13,100人(総患者数44,000人)とされているが、一方で日本の一般人口1億2,000万人における調査では約80万人がアルコール依存症であるとされており<sup>10)</sup>、治

療を受けていないアルコール依存症罹患者が多く存在するという点においても大きな問題があると言える。平成22年の警察庁、厚生労働省、海上保安庁の調査によると、国内の薬物事犯検挙人数は、覚せい剤11,993名、麻薬・抗精神薬が299名、アヘンが21名、大麻が2,216名と報告されている。このように物質依存は罹患者の多さからも深刻な社会問題であると考えられ、早急に対策を図る必要がある。

薬物/アルコール使用 (Alcohol/Drugs)

| 過去30日間<br>◆<br>日                 | 生涯使用<br>年 | 摂取経路                     | ①⑤どの物質使用が主な問題ですか？ <input type="checkbox"/>                                 | 過去30日間に何日問題がありましたか？  |
|----------------------------------|-----------|--------------------------|--|--|
| ①①アルコール<br>(量、頻度を問わず) ◆          | _____     | <input type="checkbox"/> | (問題がなければ00, アルコールと薬物の複合嗜癖15, 多剤薬物乱用16, 不明の場合は患者に尋ねる)                       | ②⑧ アルコール問題 _____ 日   |
| ①②アルコール<br>(酩酊あるいは気分が良くなるまで飲む) ◆ | _____     | <input type="checkbox"/> | D16 最近自分の意思でアルコール・薬物をやめていた期間はどのくらいですか? _____ 月<br>(断酒/薬した期間無ければ00)         | ②⑨ 薬物問題 _____ 日  |
| ①③ヘロイン ◆                         | _____     | <input type="checkbox"/> | D17 その断酒/薬をやめたのは何ヶ月前ですか? _____ 月<br>(今でも断酒/薬中なら00)                         | D30からD33の質問には患者用評価尺度を使用するよう依頼する。                             |
| ①④他のアヘン系麻薬/鎮痛剤 ◆                 | _____     | <input type="checkbox"/> | D18 社会福祉施設(DARG等)で入所治療したことがありますか?<br>入所治療 _____ 回<br>通院治療 _____ 回          | 過去30日間、以下の問題でどの程度困ったり苦しんだりしましたか?                             |
| ①⑤バルビツール系 ◆                      | _____     | <input type="checkbox"/> | *<br>以下のことを今まで何回経験しましたか?<br>①⑨ アルコール振戦せん妄 _____ 回                          | ◆ ③⑩ アルコール問題 <input type="checkbox"/>                        |
| ①⑥他の鎮静/催眠/安定剤 ◆                  | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑩ 薬物の大量服用 _____ 回<br>*<br>以下のことを今まで何回長期的な治療を受けましたか?<br>①⑪ アルコール乱用 _____ 回 | ◆ ③① 薬物乱用 <input type="checkbox"/>                           |
| ①⑦コカイン ◆                         | _____     | <input type="checkbox"/> | 入所治療 _____ 回<br>通院治療 _____ 回   | 現在以下の問題に対する治療はどの程度重要ですか?                                     |
| ①⑧アンフェタミン類(覚醒剤) ◆                | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑫ 薬物の大量服用 _____ 回<br>*<br>以下のことを今まで何回長期的な治療を受けましたか?<br>①⑫ アルコール乱用 _____ 回 | ◆ ③② アルコール問題 <input type="checkbox"/>                        |
| ①⑨大麻(カンナビス) ◆                    | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑬ アルコール乱用 _____ 回<br>*<br>以下のことを今まで何回長期的な治療を受けましたか?<br>①⑬ アルコール乱用 _____ 回 | ◆ ③③ 薬物問題 <input type="checkbox"/>                           |
| ①⑩デザイナーズドラッグ・MDMA(エクスタシー) ◆      | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑭ 薬物乱用 _____ 回<br>入院治療 _____ 回<br>外来治療 _____ 回                            | 面接者による重症度(治療必要度)評価   |
| ①⑪鎮咳剤<br>(シロップ・タブレット・顆粒) ◆       | _____     | <input type="checkbox"/> | *<br>解毒のみ応急的な治療(依存症教育を含まない)は何回ですか?<br>①⑮ アルコール乱用 _____ 回                   | 患者が以下の問題を治療する必要性はどの程度ですか?                                    |
| ①⑫幻覚剤<br>(LSD) ◆                 | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑯ 薬物乱用 _____ 回  | ③④ アルコール問題 <input type="checkbox"/>                          |
| ①⑬吸入剤<br>(シンナー・トルエン) ◆           | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑰ 薬物乱用 _____ 回  | ③⑤ 薬物問題 <input type="checkbox"/>                             |
| ①⑬吸入剤<br>(ブタンガス・ガスパン遊び) ◆        | _____     | <input type="checkbox"/> | 過去30日間に薬物・酒にいくらお金を使いましたか?<br>◆<br>①⑱ アルコール _____ 千円                        | 信頼性評価  |
| ①⑬その他の吸入剤<br>具体的に( _____ ) _____ | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑲ 薬物 _____ 千円   | ◆ ③⑥ 患者の説明に間違いがありますか?<br>0-いいえ 1-はい <input type="checkbox"/> |
| ①⑭一日2種類以上の薬物使用期間<br>(アルコールを含む) ◆ | _____     | <input type="checkbox"/> | ①⑳ 過去30日間に何日アルコール・薬物の治療を外来で受けましたか?<br>(NA,AAミーティング参加含む)<br>_____ 日         | ◆ ③⑦ 患者の理解力欠如はありますか?<br>0-いいえ 1-はい <input type="checkbox"/>  |

注：各薬物類型の代表例はマニュアル参照  
※ 摂取経路 1=経口, 2=経鼻, 3=喫煙, 4=非経静脈注射, 5=経静脈注射

図1 ASIの項目例(薬物/アルコール使用の領域のみ)

しかしながら、依存症者の重症度や再使用リスクなどを客観的に把握するための評価ツールが不足している。このような状況は症状悪化メカニズ

ムの解明や効果的な介入方法の開発、臨床現場における病態の正確な評価を困難にすると考えられる。そこで、著者らは物質依存の病態を信頼性・

表1 薬物依存患者とアルコール依存患者における ASI-J の内的整合性と重症度評価の妥当性

| 薬物依存患者<br>(N=111)     | Cronbachの<br>$\alpha$ 係数 | CS<br>(0~1) | SR<br>(0~10) | CS-SR 間の<br>相関係数 |
|-----------------------|--------------------------|-------------|--------------|------------------|
| 医学的状态                 | 0.845                    | 0.09 (0.21) | 0.69 (1.72)  | 0.770***         |
| 雇用/生計状態               | 0.573                    | 0.70 (0.24) | 5.21 (2.86)  | 0.617***         |
| 薬物使用                  | 0.577                    | 0.10 (0.10) | 5.11 (2.94)  | 0.819***         |
| アルコール使用               | 0.851                    | 0.11 (0.19) | 1.39 (2.25)  | 0.737***         |
| 法的状態                  | 0.761                    | 0.03 (0.10) | 0.54 (1.54)  | 0.921***         |
| 家族/人間関係               | 0.724                    | 0.24 (0.23) | 3.66 (2.63)  | 0.656***         |
| 精神医学的状态               | 0.858                    | 0.31 (0.27) | 3.85 (3.33)  | 0.894***         |
| アルコール依存<br>患者 (N=321) | Cronbachの<br>$\alpha$ 係数 | CS          | SR           | CS-SR 間の<br>相関係数 |
| 医学的状态                 | 0.794                    | 0.24 (0.30) | 2.41 (2.71)  | 0.688**          |
| 雇用/生計状態               | 0.667                    | 0.54 (0.28) | 3.00 (2.81)  | 0.290**          |
| 薬物使用                  | 0.700                    | 0.01 (0.04) | 0.24 (1.19)  | 0.623**          |
| アルコール使用               | 0.671                    | 0.55 (0.22) | 6.20 (1.69)  | 0.217**          |
| 法的状態                  | 0.712                    | 0.01 (0.04) | 0.10 (0.66)  | 0.520**          |
| 家族/人間関係               | 0.534                    | 0.23 (0.21) | 2.77 (2.87)  | 0.584**          |
| 精神医学的状态               | 0.836                    | 0.15 (0.20) | 1.84 (2.39)  | 0.664**          |

CS : Composite Score SR : Interviewer Severity Rating

\*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$ 薬物依存患者 : Senoo et al., 2006<sup>12)</sup> より抜粋アルコール依存患者 : Haraguchi et al., 2009<sup>1)</sup> より抜粋

妥当性のある方法によって把握するための評価ツールの開発・標準化・普及に取り組み、多様な施設においてこれらの評価ツールの有用性を明らかにしている。本稿では、これらの依存重症度の評価ツールの紹介と臨床応用、そして医療・法務・研究機関の連携ツールとして機能する可能性について述べる。

## I. 依存重症度評価ツールの概要

### 1. 嗜癮重症度指標日本語版 (Addiction Severity Index-Japanese version : ASI-J)<sup>1,12)</sup>

薬物・アルコール依存症の重症度評価を行うことができる半構造化面接で、海外で幅広く普及されている評価ツールである<sup>5)</sup>。依存症は、薬物やアルコールの使用に関してのみ問題が生じているとは限らず、身体や精神の状態、対人関係や雇用問題など、さまざまな領域で支障が現れていることも多く、それらを総合的に把握し判断することによって、問題となる領域を特定することも可能

となり、より適切な治療が行われると考えられている。ASI-Jは医学的状态、雇用/生計状態、薬物/アルコール使用、法的状態、家族/人間関係、精神医学的状态といった複数のセクションに分かれており、それぞれの領域について重症度評価が可能となっている。なお、図1は薬物/アルコール使用の項目である。

各セクションのたまかな質問形式は以下のとおりである。

- ①各領域に関する詳細な質問項目群(過去30日間の状態、一生涯を通じての状態を聞く項目など)
- ②対象者による問題評価(5段階)
- ③面接者による重症度評価(10段階)
- ④信頼性評価(回答の信憑性、理解度についての評価)

③の面接者による重症度評価は、セクションごとに設けられ、対象者から得た情報や面接中の観察などをもとに0~9の範囲で評定を行う。一方、

表2 SRRS の内的整合性と各変数との関連

| SRRS                 | Cronbach<br>の $\alpha$ 係数 | 相関係数       |               |                   |         |         |                |                    |
|----------------------|---------------------------|------------|---------------|-------------------|---------|---------|----------------|--------------------|
|                      |                           | 現在の<br>渴望感 | 過去2週間<br>の渴望感 | ASI-薬物<br>使用 (CS) | CES-D   | GHQ-12  | 再使用<br>(3 ヶ月後) | 再使用<br>(6 ヶ月後)     |
| 再使用の不安と意図            | 0.819                     | 0.645**    | 0.706**       | 0.483**           | 0.228*  | 0.287** | 0.418**        | 0.309 <sup>†</sup> |
| 感情面の問題               | 0.800                     | 0.138      | 0.218*        | 0.177             | 0.686** | 0.667** | -0.011         | -0.168             |
| 薬物使用の衝動性             | 0.730                     | 0.255*     | 0.390**       | 0.348**           | 0.220*  | 0.160   | -0.017         | -0.013             |
| 薬物使用へのポジティブな期待と刺激脆弱性 | 0.785                     | 0.413**    | 0.516**       | 0.430**           | 0.210   | 0.265*  | 0.414**        | 0.353**            |
| 薬害認識の不足              | 0.545                     | 0.182      | 0.170         | 0.170             | -0.014  | -0.026  | 0.320*         | 0.328*             |
| SRRS 合計得点            | 0.864                     | 0.504**    | 0.617**       | 0.505**           | 0.415** | 0.440** | 0.381*         | 0.274              |

\* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ . <sup>†</sup> $p < 0.10$ .  
(文献7より抜粋)

コンポジットスコア (Composite Score : CS) は、全質問項目の中でも患者の現在の状態を尋ねる主要な客観的情報を示す項目群の得点を特定の計算式にあてはめ、0~1の範囲で算出される指標である。実施に当たっての所要時間は60~90分程度である。

既に本邦の刺激薬物依存患者<sup>12)</sup>やアルコール依存患者<sup>1)</sup>において ASI-J の信頼性および妥当性が確認されている (表1)。

なお、ASI を用いた面接はその内容を十分に把握して慣れるのに多少時間を要し、ASI による面接を経験した人の研修を受けることが推奨されている。

## 2. 刺激薬物再使用リスク評価尺度 (Stimulant Relapse Risk Scale : SRRS)<sup>7)</sup>

SRRS は、薬物依存者の覚せい剤・メチルフェニデート・MDMA などの刺激薬物に対する再使用リスクを多角的に判断・予測するために開発された自記式質問紙尺度である。SRRS も信頼性および妥当性が確認されている (表2)。現在、日本語の他に英語と中国語にも翻訳されている。SRRS は 35 項目から構成されており、3 件法で尋ねる形式で標準化を行った。「再使用不安と意図」(項目例：また薬物を使ってしまわないかと心配になる)、「感情面の問題」(項目例：自分の気持ちがコントロールできないと感じている)、「薬物使用の衝動性」(項目例：薬物を使用するためならほとんど何でもするだろう)、「薬物使用へのポジティブな期待」(項目例：薬物を使うと元気になれる気がする)、「薬害認識の不足」(項目例：もし薬物を使ったらすぐにまともな行動がとれなくなるだろう)の5つの次元から再使用リスクを評定する。また、病識を著しく欠いた回答者をスクリーニングするためのスケールを5項目(項目例：自分の力だけで薬物を使わずやっていける)設けている。表3は各下位尺度の一部の項目を示している。

3. アルコール再飲酒リスク評価尺度 (Alcohol Relapse Risk Scale : ARRS)<sup>9)</sup>

ARRS は、SRRS を改変して、アルコール依存症者の再飲酒リスクを多角的に判断・予測するために開発された自記式質問紙尺度である。表4に示した通り、信頼性および妥当性が確認されている。現在、日本語版の他、英語とフランス語に翻訳されている。ARRS は 32 項目から構成されており、3 件法で尋ねる形式で標準化を行った。「刺激脆弱性」(項目例：目の前に実際に酒があれば飲んでしまう)、「感情面の問題」(項目例：孤独でさみしいと感じている)、「アルコール使用の衝動性」(項目例：盗んででも酒がほしいと思うことがある)、「薬害認識の不足」(項目例：もし酒を飲んだら、仕事に影響が出ると思う【逆転項目】)、「アル

表3 SRRS および ARRS の項目例

|   |
|---|
| <b>SRRS (全 35 項目)</b>   |
| <b>再使用の不安と意図 (全 8 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物を使用していたときの感覚がよみがえることがある</li> <li>・薬物を使用したいと思ったことがある</li> </ul>                          |
| <b>感情面の問題 (全 8 項目)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・口さみしくてしょうがない</li> <li>・まわりの人の言葉がわずらわしいと思う</li> </ul>                                      |
| <b>薬物使用への衝動性 (全 4 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物を使用するためならほとんど何でもするだろう</li> <li>・薬物を買うお金をかせぐためならなんでもしようと思う</li> </ul>                    |
| <b>薬物使用へのポジティブ期待と刺激脆弱性 (全 6 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・目の前で薬を誘われたら、NO とはいえない</li> <li>・薬物を使ったら、いらいらがなくなるように感じるだろう</li> </ul>                     |
| <b>薬害認識の不足 (全 4 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・以前より気持ちが軽くなったと感じている (逆転項目)</li> <li>・幻覚・妄想状態になるのが怖い (逆転項目)</li> </ul>                     |
| <b>病識の強さ (全 5 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の力だけで薬物をやめられると思う (逆転項目)</li> <li>・ずっと薬を使わないでやっていくことができそうだ (逆転項目)</li> </ul>             |
| <b>ARRS (全 32 項目)</b>   |
| <b>刺激脆弱性 (全 9 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・目の前に実際に酒があれば飲んでしまう</li> <li>・目の前で酒をすすめられたら断れない</li> </ul>                                 |
| <b>感情面の問題 (全 8 項目)</b>  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・孤独でさみしいと感じている</li> <li>・何に対してもやる気がない</li> </ul>   |
| <b>アルコール使用の衝動性 (全 3 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・盗んでもでも酒がほしいと思うことがある</li> <li>・酒を飲むためならほとんど何でもするだろう</li> </ul>                             |
| <b>酒害認識の不足 (全 4 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・もし酒を飲んだら、仕事に影響が出ると思う (逆転項目)</li> <li>・もし、酒を飲んだら、すぐにまともな行動がとれなくなってしまうと思う (逆転項目)</li> </ul> |
| <b>アルコール使用へのポジティブな期待 (全 3 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・酒を飲むと、なんでもものごとがうまくいくように感じる</li> <li>・酒を飲むと元気になれる気がする</li> </ul>                           |
| <b>病識の強さ (全 5 項目)</b>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・自分の力だけで酒をやめられると思う (逆転項目)</li> <li>・ずっと酒を飲まないでやっていくことができそうだ (逆転項目)</li> </ul>              |

「アルコール使用へのポジティブな期待」(項目例：酒を飲むと、なんでもものごとがうまくいくように感じる)の5つの次元から再飲酒リスクを評定する。また SRRS と同様に、病識を著しく欠いた回答者をスクリーニングするためのスケールを5項目設けている。表3は各下位尺度の一部の項目を示している。

## II. 依存症評価ツールの臨床応用

以上の評価ツールのフォーマットおよびマニュアルは、公益財団法人東京都医学総合研究所・精神行動医学分野・依存性薬物プロジェクトのホームページよりダウンロードすることが可能である (<http://www.igakuken.or.jp/abuse/>)。

前述の通り、ASI-J は実施に時間を要するため

表4 ARRS の内的整合性と各変数との関連

| ARRS                  | Cronbachの<br>$\alpha$ 係数 | 相関係数        |            |               |         |          |               |
|-----------------------|--------------------------|-------------|------------|---------------|---------|----------|---------------|
|                       |                          | 現在の<br>飲酒状況 | 現在の<br>渴望感 | 過去2週間<br>の渴望感 | CES-D   | GHQ-12   | 再使用<br>(1ヶ月後) |
| 刺激脆弱性                 | 0.897                    | 0.497**     | 0.472**    | 0.604**       | 0.306** | 0.495**  | 0.268**       |
| 感情面の問題                | 0.794                    | 0.197**     | 0.255**    | 0.386**       | 0.537** | 0.578**  | 0.131         |
| アルコール使用の衝<br>動性       | 0.730                    | 0.196**     | 0.212**    | 0.350**       | 0.319** | 0.219    | 0.004         |
| 酒害認識の不足               | 0.785                    | 0.165*      | 0.011      | -0.003        | -0.158* | -0.316** | 0.169         |
| アルコール使用への<br>ポジティブな期待 | 0.545                    | 0.341**     | 0.272**    | 0.480**       | 0.328** | 0.435**  | 0.178         |
| ARRS 合計得点             | 0.864                    | 0.410**     | 0.357**    | 0.541**       | 0.445** | 0.394**  | 0.215*        |

\* $p < 0.05$ . \*\* $p < 0.01$ .  
(文献9より抜粋)

継続的に複数回実施することは難しいが、幅広く依存症に関わる要因について把握することが可能であるため、基本的な情報収集や介入方略の決定、介入の前後の評価に活用することができる。一方、SRRS および ARRS は簡便で比較的短時間で実施が可能であるため、継続的に複数回実施することによる再使用リスク把握や介入方法の改善などに用いることができる。また、これらの評価ツールは依存症にかかわる各機関の円滑な連携に役立てることもできる。以下にその活用例を示す。

### 1. 臨床現場における再使用リスク評価尺度の継続実施の有用性

SRRS や ARRS は簡易な自己記入式質問紙であるため、継続的な実施が可能である。図2は薬物依存患者に継続的に SRRS を実施し、環境要因や臨床状態と薬物再使用状況との対応を示したものである。SRRS を継続実施し始めて3回の薬物再使用が認められたが、1回目のスリップ時には「感情的問題」「薬物使用へのポジティブな期待」「再使用意図と不安」などの得点が高まっているのがわかる。また、2回目・3回目の再使用時には、特に「薬物使用へのポジティブな期待」の得点が高まっている。このことから人間関係上の問題や処方薬切れなど、本人にとって問題となる要因によって「薬物使用がこの時の苦痛を楽にしてくれる」などといった期待が増強されることが再使用

につながっているのではないかと推察することも可能である。このような臨床現場での継続実施を行うことによって、各患者においてどのような環境要因および臨床状態がどのような再使用リスクを高めて再使用につながっているのかについて理解を深めることができ、介入方法の改善にもつながると考えられる。

### 2. 再使用リスク評価尺度による候補治療薬の効果検討

再使用を抑制する候補治療薬の効果を検討する臨床研究において再発リスクの指標として SRRS および ARRS が用いられている。

これまでの著者らの基礎研究からG蛋白質活性化型内向き整流性カリウムチャンネル (GIRK チャンネル) の阻害能を持つ処方薬が動物において依存性物質に対する嗜好性を下げること<sup>4,14,15)</sup>や GIRK チャンネルの遺伝子配列が依存性物質の感受性にかかわること<sup>2,3,6)</sup>が示唆されてきた。このような知見を踏まえて、著者らは GIRK チャンネル阻害能を持つ処方薬が再使用リスクなどに与える影響についてアルコール依存症患者を対象にした臨床研究を実施している。アルコール依存症外来患者では GIRK チャンネル阻害能を持つ薬を処方された集団は1回目の測定から60日後の2回目の測定にかけて ARRS の下位因子の1つである「酒害認識の不足」の得点が改善していた<sup>8)</sup>。さらに、外来患者

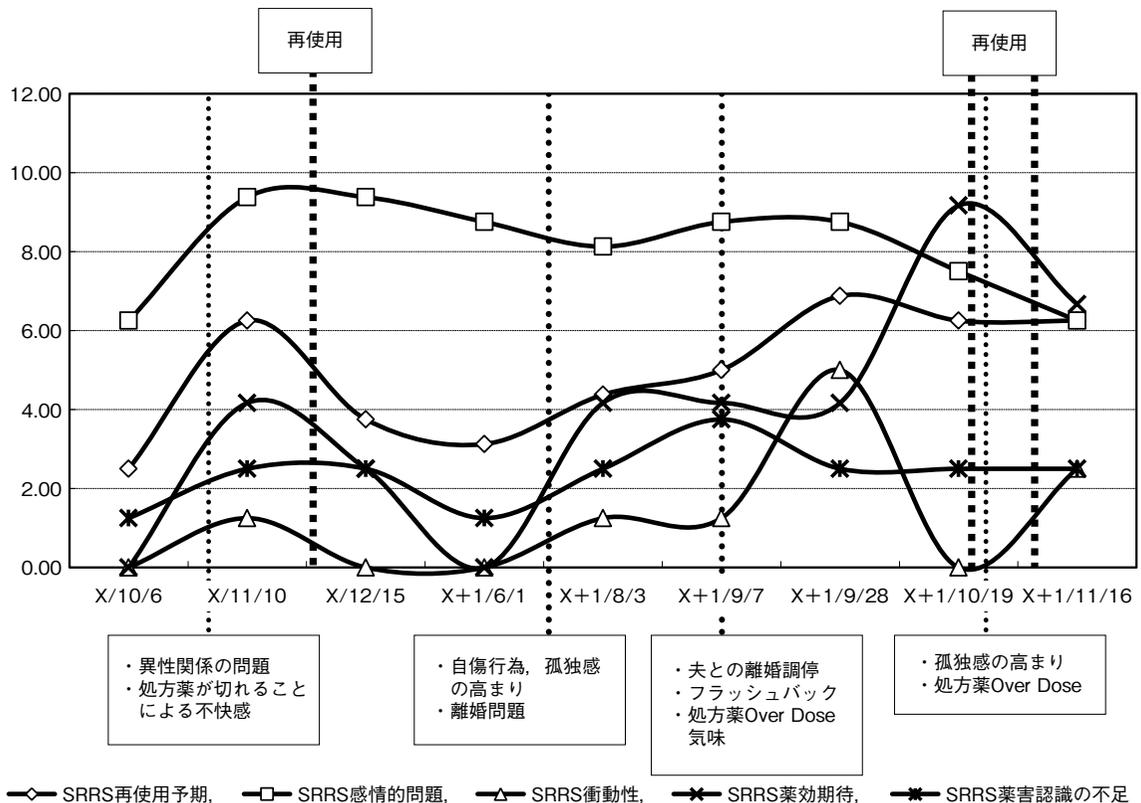


図2 継続的に SRRS を測定した薬物依存患者の事例

よりも投薬開始時期や環境要因が統制された入院患者を対象にして GIRK チャネル阻害能を持つ処方薬が再飲酒リスクに与える影響を検討した (図 3)<sup>13)</sup>。その結果, GIRK チャネル阻害能を持つ薬を処方された集団は 1 回目の測定から 45~60 日後の 2 回目の測定にかけて ARRS の下位因子の 1 つである「アルコール使用へのポジティブな期待」の得点が改善していた。これらの結果から, GIRK チャネル阻害能を持つ処方薬はアルコールに対する不適応的な認識の改善に役立つ可能性があると考えすることができる。

これらの先行研究の結果を踏まえて, 現在は GIRK チャネル阻害機能を持つ処方薬 (イフェンプロジル) が, アルコール依存症患者の再飲酒リスクを抑制する効果を有するか否かを前向き研究によって検討している (UMIN000006347)。

### 3. 介入効果検討における ASI の活用

コカイン依存患者に対するコミュニティ強化アプローチの効果検討において効果判定に ASI が用いられており, コミュニティ強化アプローチを受けた群の ASI のすべてのコンポジットスコアは通常の治療法を用いた群よりも軽減されていた<sup>11)</sup>。この ASI 得点の結果から, 介入によって依存している物質の問題のみでなく, 依存症の悪化にかかわる様々な要因も改善されていると解釈することができる。

本邦においても ASI は医療関係者だけでなく, 依存者自身が自己の状態を把握するためのツールとしての使用や, 法務機関における各教育プログラムへの対象者の割り振りの指標としてや教育プログラムの効果判定ツールとしての活用が始められている。

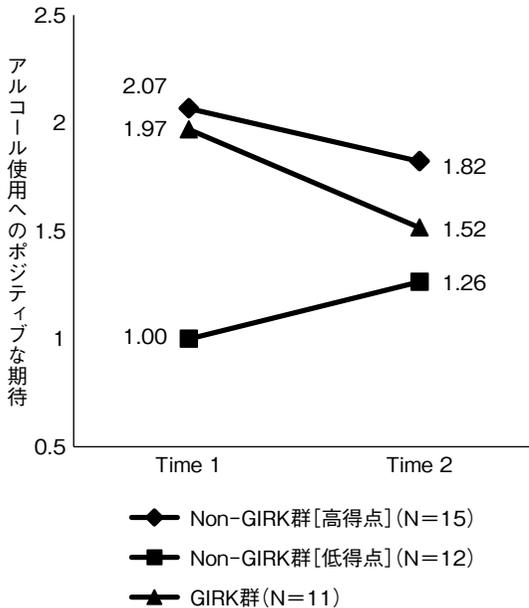


図3 GIRK 阻害能を持つ処方薬がアルコールに対するポジティブな期待に与える影響

※ Non-GIRK 群：GIRK チャネル阻害能のある薬を処方されていない患者群

GIRK 群：GIRK チャネル阻害能のある薬を処方されている患者群

(文献 13より抜粋)

#### 4. 多領域施設間の連携ツールとしての活用

今後、ASI・SRRS・ARRS といった依存症評価ツールは、医療（病院・専門治療施設など）・法務（刑務所・保護観察所など）・研究（大学・研究所など）の各施設の密接な連携のツールとしての活用が期待される。

特に薬物依存症者については様々な領域の施設にかかわる可能性がある（図4）。まず法的機関においては、たとえば覚せい剤取締法違反で逮捕されて刑務所で服役したり執行猶予になったり、未成年の場合は保護観察処分になるなどの形がかかわる。病院や専門医療施設などの医療機関においては、依存症の治療のために通院・入院という形でかかわる。また医療機関や法的機関にかかわっている薬物依存者を対象にして、大学や研究所などの研究機関は依存症研究を通してかかわることになる。保護観察期間中に医療機関に通う、ある

いは服役後に専門病院に入院・通院するなど、これら多領域にまたがる施設を薬物依存者が行き来するケースも少なくない。したがって、依存症者に対する効果的な予防・介入対策を総合的に検討する上で、施設間の密な連携が不可欠であると考えられる。

このような多領域にまたがる施設間の連携促進において、依存症評価ツールを有効利用できる可能性がある。各領域の施設が同じ評価ツールを用いることによって依存症者の状態を評価する共通の基準を設けることができ、施設間を移動する依存症者の情報伝達の円滑化を図ることができると考えられる。たとえば法務機関から医療機関を移動する依存症者については、両機関が共通の評価ツールを通して効率良く的確に情報交換が可能になることによって、治療・介入方法の選択がスムーズに行えると考えられる。また法務機関や医療機関において依存症者の情報を定期的に測定しておくことで、臨床データを迅速に研究応用することが可能になり、両機関で用いているツールが共通している利点を生かして機関による比較を行うこともできる。

#### まとめ

本稿では、ASI, SRRS, ARRIS の紹介と臨床応用、各関係機関同士の連携ツールとしての活用について論じた。いずれも国内外において活用されており、先行研究との比較も可能である。ASI は依存症の問題を多面的に評価するため、介入が必要な領域を特定することができることや世界で最も広く用いられている重症度評価尺度であることが大きな利点と言える。一方で、研修を受けた面接者が実施する必要があること、面接に比較的長時間を要することは、実施を検討する際には考慮しなくてはならない。SRRS および ARRIS は自記式で短時間での実施によって再使用リスクを測定できるため、連続的に実施することで治療効果を評価できるツールである。これらの評価ツールが研究内容や臨床現場でのニーズに合わせて活用され、症状悪化のメカニズム解明や有効な介入方法

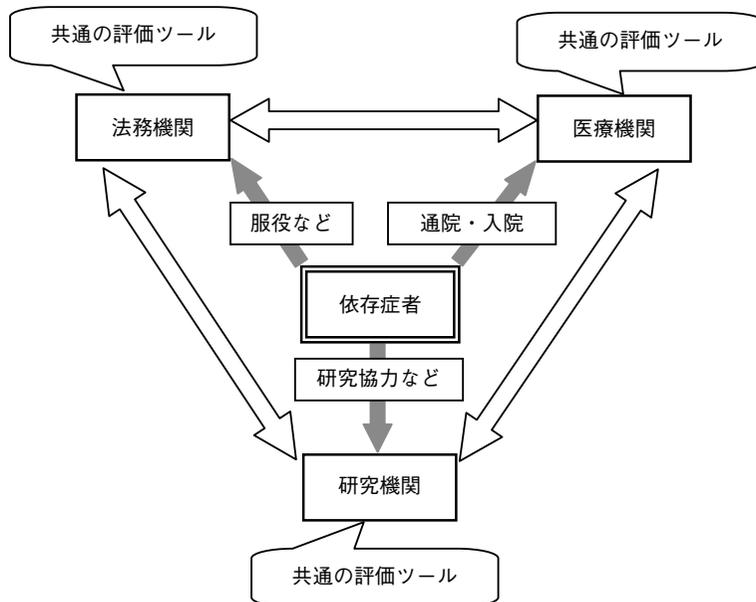


図4 多領域施設間の連携ツールとしての尺度の活用

の選定，関係機関同士の連携の促進に貢献することが望まれる。

#### 文 献

- 1) Haraguchi, A., Ogai, Y., Senoo, E., et al.: Verification of the Addiction Severity Index Japanese Version (ASI-J) as a treatment-customization, prediction, and comparison tool for alcohol-dependent individuals. *Int J Environ Res Public Health*, 6 (8) ; 2205-2225, 2009
- 2) Ikeda, K., Kobayashi, T., Kumanishi, T., et al.: Molecular mechanisms of analgesia induced by opioids and ethanol: is the GIRK channel one of the keys? *Neurosci Res*, 44 (2) ; 121-131, 2002
- 3) Kobayashi, T., Ikeda, K., Kojima, H., et al.: Ethanol opens G-protein-activated inwardly rectifying K<sup>+</sup> channels. *Nat Neurosci*, 2 (12) ; 1091-1097, 1999
- 4) Kobayashi, T., Washiyama, K., Ikeda, K.: Inhibition of G protein-activated inwardly rectifying K<sup>+</sup> channels by ifenprodil. *Neuropsychopharmacology*, 31 (3) ; 516-524, 2006
- 5) McLellan, A. T., Kushner, H., Metzger, D., et al.: The fifth edition of the Addiction Severity Index. *J Subst Abuse Treat*, 9 (3) ; 199-213, 1992
- 6) Nishizawa, D., Nagashima, M., Katoh, R., et al.:

Association between KCNJ6(GIRK2) gene polymorphisms and postoperative analgesic requirements after major abdominal surgery. *PLoS ONE*, 4 (9) ; e7060, 2009

- 7) Ogai, Y., Haraguchi, A., Kondo, A., et al.: Development and validation of the stimulant relapse risk scale for drug abusers in Japan. *Drug Alcohol Depend*, 88 (2-3) ; 174-181, 2007
- 8) Ogai, Y., Hori, T., Haraguchi, A., et al.: Influence of GIRK channel inhibition on alcohol abstinence and relapse risk in Japanese alcohol-dependent outpatients. *Jpn J Neuropsychopharmacol*, 31 (2) ; 95-96, 2011
- 9) Ogai, Y., Yamashita, M., Endo, K., et al.: Application of the relapse risk scale to alcohol-dependent individuals in Japan: comparison with stimulant abusers. *Drug Alcohol Depend*, 101 (1-2) ; 20-26, 2009
- 10) 尾崎米厚, 松下幸生, 白坂知信ほか: わが国の成人飲酒行動およびアルコール症に関する全国調査. *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 40 (5) ; 455-470, 2005
- 11) Secades-Villa, R., Sánchez-Hervás, E., Zacarés-Romaguera, F., et al.: Community Reinforcement Approach (CRA) for cocaine dependence in the Spanish public health system: 1 year outcome. *Drug Alcohol Rev*, 30 (6) ; 606-612, 2011
- 12) Senoo, E., Ogai, Y., Haraguchi, A., et al.: Reliabil-

ity and validity of the Japanese version of the Addiction Severity Index (ASI-J). *日本アルコール・薬物医学会雑誌*, 41 ; 368-379, 2006

13) Sugaya, N., Ogai, Y., Kakibuchi, Y., et al.: Influence of GIRK channel inhibition on relapse risk in Japanese alcohol-dependent inpatients. *Jpn J Neuropsychopharmacol*, 32 (3) ; 165-167, 2013

14) Takamatsu, Y., Yamamoto, H., Hagino, Y., et al.:

The selective serotonin reuptake inhibitor paroxetine, but not fluvoxamine, decreases methamphetamine conditioned place preference in mice. *Curr Neuropharmacol*, 9 (1) ; 68-72, 2011

15) Takamatsu, Y., Yamamoto, H., Ogai, Y., et al.: Fluoxetine as a potential pharmacotherapy for methamphetamine dependence : Studies in mice. *Ann NY Acad Sci*, 1074 ; 295-302, 2006

---

### Clinical Application of Assessment Tools for Addiction Severity

Nagisa SUGAYA<sup>1,2)</sup>, Yasukazu OGAI<sup>3)</sup>, Yuzo AIKAWA<sup>4)</sup>, Mitsuru UMEMO<sup>4)</sup>, Eiichi SENOO<sup>5)</sup>,  
Susumu HIGUCHI<sup>6)</sup>, Kazutaka IKEDA<sup>1)</sup>

1) *Addictive Substance Project, Tokyo Metropolitan Institute of Medical Science*

2) *Advanced Research Center for Human Sciences, Waseda University*

3) *Faculty of Medicine, University of Tsukuba*

4) *Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

5) *Ibaraki Prefectural Medical Center of Psychiatry*

6) *National Hospital Organization Kurihama Medical and Addiction Center*

Substance dependence is a widely prevalent disease associated with serious social problems. We are engaged in the development, standardization, and dissemination of assessment tools for addiction, and have demonstrated the utility of these tools in various institutions. Here, we introduce these assessment tools and show the possibility of utilizing them in medical, legal, and research settings.

The Addiction Severity Index-Japanese version (ASI-J) is a semi-structured clinical research interview that broadly assesses severity in patients with drug and alcohol dependence. The ASI is designed to assess problem severity in seven functional domains : Medical, Employment/Support, Alcohol Use, Drug Use, Legal, Family/Social Relationships, and Psychiatric.

The Stimulant Relapse Risk Scale (SRRS) is a self-rating scale that measures the risk of stimulant reuse in five dimensions : anxiety and intention to use drugs, emotionality problems, compulsivity for drug use, positive expectancies and lack of control over drug use, and lack of negative expectancy for drug use.

The Alcohol Relapse Risk Scale (ARRS) is a self-rating scale that measures the risk of stimulant reuse in five dimensions : stimulus-induced vulnerability, emotionality problems, com-

pulsivity for alcohol, lack of negative expectancy for alcohol, and positive expectancy for alcohol.

The ASI-J can be used to collect basic information, select an intervention strategy, and assess the severity before and after intervention. We can conduct investigations using the SRRS and ARRS relatively easily and in a short time, and these tools can be used to assess the relapse risk and improve interventions with continuous and repeated assessment. These assessment tools must be used in accordance with research protocols and requirements in clinical settings, and they contribute to identification of the mechanisms that aggravate symptoms, the selection of efficient interventions, and promotion of cooperation between relevant institutions.

<Authors' abstract>

<Key words : addiction, assessment tool, relapse risk, Severity, clinical application>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 認知行動療法を取り入れた 包括的外来治療プログラムの必要性

松本 俊彦

(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薬物依存研究部/自殺予防総合対策センター)

わが国は、覚せい剤（メタンフェタミン）の乱用問題が、第二次大戦後から 50 年あまりもの長きにわたって続いているという、国際的に見ても実に珍しい国である。しかし、わが国の多くの精神科医療関係者にとって、覚せい剤関連精神障害の臨床とは幻覚や妄想といった中毒性精神病の治療でしかなく、根本的問題といえる「依存」については、たんなる「犯罪」と見なされてしまう傾向がある。さらに、わが国には薬物依存を専門とする精神科医は少なく、治療プログラムを持つ薬物依存専門病院もきわめて限られた数しか存在しないという現状である。こうしたわが国における薬物依存治療資源の乏しさを打開すべく、我々は、外来覚せい剤依存治療プログラム（SMARPP）を試行してきた。このプログラムは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存治療プログラムである Matrix Model を参考にした、薬物依存症を対象とした統合的外来治療プログラムである。本稿では、認知行動療法ワークブックを用いた薬物依存症に対するグループ療法の内容を紹介するとともに、今後のわが国における薬物依存治療プログラムのあり方について私見を述べた。

＜索引用語：覚せい剤、薬物依存、マトリックス・モデル、認知行動療法＞

### I. 「取り締まり」ではなく「治療」を ——外来薬物依存プログラムの必要性——

わが国は、覚せい剤（メタンフェタミン；Methamphetamine）の乱用問題が、第二次大戦後から 50 年あまりもの長きにわたって続いているという、国際的に見ても稀有な国だ。それにもかかわらず、わが国の多くの精神科医療関係者にとって、薬物関連精神障害の臨床とは、幻覚や妄想といった中毒性精神病の治療でしかなく、薬物関連精神障害の根本的問題である依存症——「薬物を使わないではいられない」という使用コントロールの喪失——は、たんなる「犯罪」としてしか見られていない。残念ながら、「依存症は医療ではなく司法で」、あるいは「治療ではなく取り締まりを」と考える者も少なくない。

そうした見解を反映してか、わが国には、薬物依存症の治療を引き受ける医療機関がきわめて少ないのが現状である。しかも、その数少ない医療機関に、つねに薬物依存症の治療プログラムがあるとはかぎらない。仮に入院治療プログラムがあったとしても、外来治療プログラムを持つ施設はきわめてまれである。これでは、入院治療プログラムによる介入効果を維持することがむずかしい。いかに優れた入院治療を提供したとしても、それだけでは地域生活におけるクリーン（薬物を使っていない状態）は約束されないのである。

なかには、私のこうした見解に異を唱え、「いや、うちの病院では外来治療プログラムをやっている」と主張する精神科医療機関があるかもしれない。しかし、そのような施設でさえも、よくよ

く話を聞いてみると、アルコール依存症の外来治療プログラムで代用し、たとえば、通院治療のなかで薬物依存症患者が「また覚せい剤を使ってみました」と告白した場合には、警察に自首することを提案するといった、いわば「本人の根性だけが頼みの綱」といった治療を行っていたりする。これでは、再使用した依存者は、司法的対応を危惧して外来治療を中断し、結果的に「再使用」という絶好のチャンス进行治疗に生かすことができないであろう。

なるほど、外来治療プログラムの代用として、薬物依存症患者をN.A.(Narcotics Anonymous)やダルク(Drug Addiction Rehabilitation Center:DARC)につなげる方法もある。だが、ダルクにつなげば、それで問題解決とはかぎらない。近年では、統合失調症や気分障害、あるいは摂食障害や外傷後ストレス障害を併存する、医療的支援を要する薬物依存患者が安易にダルクに丸投げされ、その結果、当事者スタッフの疲弊を招いている現実もある。また、「ハイヤー・パワー」や「神」といった宗教的な表現が多い12ステッププログラムに抵抗感を抱いて、N.A.やダルクを利用したがる薬物依存症患者もいる。こうした者に対して、精神科医療者が、「まだ底をついていない」「否認が強い」と判断し、援助から切り捨ててしまう事態もないとはいえない<sup>3)</sup>。本来であれば、地域に12ステップ以外の治療プログラムがあつてしかるべきだが、現状では、薬物依存症患者の多様なニーズに応える選択肢がないのである。

## II. 海外では薬物依存症治療はどのように行われているのか？

これまで、わが国の依存症臨床は、1つの迷信にとらわれていた。それは、薬物依存症からの回復には「底つき体験」——薬物使用の結果として「どん底」を味わい、「このままの自分ではもうダメだ」と痛感すること——が必要である、という迷信である<sup>3)</sup>。しかし、現実には、「底つき体験」とは決して人生で唯一の転回点などではなく、治療や援助を受けるようになってからも「再発」と

いうかたちで何度となく訪れる。つまり、回復プロセスとは、あたかも「3歩進んで2歩下がる」ように、あるいは「らせん階段を上がる」ように、再発を繰り返しながら進むものと理解すべきなのである。

その意味では、海外において、薬物依存症は糖尿病や高血圧と同じ「慢性疾患」として認識されているのは、きわめて妥当なことといえるだろう。実証的研究によれば、入院治療を受けた薬物依存症患者の75%は退院後1年以内に再発し、8年間に少なくとも3~4回は再治療を受ける必要があるという。このエビデンスは、依存症とは寛解と増悪を繰り返す疾患、すなわち慢性疾患であることを意味している<sup>7)</sup>。

それでは、「慢性疾患」として薬物依存症からの回復には、どのような治療が求められているのであろうか？ 海外には薬物依存症に関する多くの臨床研究が存在し、米国薬物乱用研究所(National Institute on Drug Abuse:NIDA)は、そうした知見にもとづく治療指針を『薬物依存症治療の原則』として掲げている<sup>5)</sup>。以下にその治療指針の一部を紹介したい。

### 1. 長く継続すること

薬物依存症の治療においてなによりもまず重要なことは、治療の継続性だ。この場合の治療とは、入院ではなく、あくまでも地域内で行われる外来治療を意味している。そして、薬物使用の有無にかかわらず、できるだけ長く治療を継続していることが良好な転帰に影響するというのである。さらに良好な治療転帰は、治療プログラムの質の高さよりも、それが実施された期間の長さに関係する。たとえば、博士水準の臨床心理学者が良質な治療プログラムを数回提供するよりも、学士水準の援助者が十数回プログラムを提供した方がはるかに有効なのである<sup>7)</sup>。

### 2. 頻繁に実施すること

続いて重要なのは、できるだけ頻繁に実施することである。実証的研究によれば、週1回

だけ実施される治療プログラムではまったく治療しない場合と比べて有意な改善が見られず、有意な改善を得るには、週2回以上、理想的には週4回の実施が必要であるという<sup>7)</sup>。現在、米国政府は、薬物依存症の外来治療プログラムを提供する民間施設に対して助成金を提供しているが、その際の助成を受けるにあたっては、「週3回以上のプログラム実施」を条件の1つとしており、週3回未満の実施頻度では、正式な外来治療プログラムとして要件を満たさないと見なされてしまう。

### 3. 否認や抵抗と闘わないこと

最後に大切なのは、治療意欲が不十分であったとしても介入するということである。従来わが国では、「依存症者本人の主体的な意欲がなければ治療の効果は得られない」といわれてきた。しかし、米国では、1990年代より裁判所が、規制薬物事犯者に対して刑務所服役の代わりに治療命令を出し、1年半程度の一定期間後にその治療状況が良好であれば無罪判決を出す、という制度（ドラッグコート）が行われている<sup>6)</sup>。この制度による外来治療は、いうまでもなく強制的なものであるが、その治療を受けた薬物依存症者の転帰は、刑務所服役者よりも良好であるだけでなく、自主的に治療に参加している者とまったく同水準であったという。また、裁判所命令とは趣が違いますが、商品券などの報酬を利用して治療への参加意欲を高める方法も良好な転帰につながるという。ともあれ、いずれの場合にも、依存症者本人の否認や抵抗と対決せずに、彼らが必ず持っている「治療を受けたい気持ち」と「受けたくない気持ち」という両面的感情を支持するようなスタンスで向き合う方が最終的に転帰はよいとされているのである<sup>4)</sup>。

今日、米国には、こうした治療指針を満たす多数の外来治療プログラムが存在し、薬物依存者は自らのニーズに従った選択ができる。それに比べると、わが国の薬物依存臨床の実情ははなはだしく遅れているといわざるを得ない。

### III. Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARP) の開発

こうした現状を打開すべく、まず我々は、神奈川県立精神医療センターせりがや病院（以下、せりがや病院）において、ある治療プログラムを試みた。それが、せりがや覚せい剤依存再発防止プログラム (Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program : SMARPP)<sup>1)</sup>である。

このプログラムを行うにあたって我々が参考にしたのは、米国西海岸を中心に広く実施されている依存症治療プログラムである Matrix Model<sup>2)</sup>であった。Matrix Modelとは、ロサンゼルスにある Matrix Institute が開発した、覚せい剤などの中枢刺激薬依存を中心的な標的とする統合的外来治療プログラムであり、西海岸では多くのドラッグコートが、これを係属中の外来治療プログラムとして指定している。その骨子は、NIDA の治療指針に準拠しており、具体的には以下のような内容である。

- ①最低 16 週におよぶ週 3 回外来通院
- ②ワークブックとマニュアルに依拠した認知行動療法
- ③あくまでもその目的を治療的活用に限定した、週 1 回ランダムに実施される尿検査によるモニタリング

我々が Matrix Model を参考にしたのには、2つの理由があった。1つは、それが、認知行動療法的志向性を持つワークブックを用い、マニュアルに依拠した治療モデルという点である。これならば、薬物依存症の臨床経験をもつ者がきわめて少ないというわが国の現状のなかでも導入できる可能性が高いと考えた。もう1つは、Matrix Model が中枢刺激薬依存を念頭に置いた外来治療法という点である。わが国の薬物依存臨床において最も重要な課題となっており、かつ、その数も多いのは、中枢刺激薬である覚せい剤だからである。

我々が開発した SMARPP の場合、プログラム実施期間こそ 8 週間全 21 回と短期間であったが、他のコンポーネントは原則として Matrix Model と同じ構造を採用した。具体的には、週 3 回の外

来通院（うち2回は認知行動療法を実施し、残り1回はA.A.スタイルの「いい放し・聴き放し」のミーティングを行った）と週1回の尿検査の実施を基本とし、動機付け面接の原則に沿った支持的な介入を大切にできるように心がけた。これは、「厳しい愛 (tough love)」の名のもとに直面化を多用する、従来のアディクション臨床の原則と全く正反対の試みであったといえる。また、セッションを無断欠席した参加者には、あらかじめ聞いておいた携帯電話に連絡し、「次回の参加を待っている」というメッセージを入れるようにした。これも、従来の「去る者は追わず」というアディクション臨床の原則と異なる対応であった。さらに我々は、薬物を使わないことよりも治療を続けていることを支持し、治療の継続率を高めるために、毎回、コーヒーと菓子を用意し、和やかで気楽な雰囲気な心がけた。

我々が独自に作成したワークブックでは、覚せい剤依存のメカニズムや心身への弊害といった教育的内容に加え、「自分のトリガー（薬物渴望の引き金となるもの）を同定し、渴望に対する対処行動を身につける」という具体的な対処スキルの修得に重点が置かれている。その他にも、「アルコール、セックス、痩せ願望や食行動異常が、覚せい剤渴望とどのように関係しているか」「薬物依存者は、どのように言い訳をし、どのようにして再使用を正当化するか」、あるいは「信頼や正直さと回復との関係」といったように、クリーンを保つうえで有益と思われるトピックを数多く取り上げた。また、週3回のうち1回のセッションの終わりに抜き打ちで実施する尿検査結果については、家族にも伝えないだけでなく、診療録にも記載せず、あくまでも秘密を守り、検査結果は治療的に利用するのみという姿勢を明確にした。これは、治療の場が、なによりも「正直になれる場」であることを確かなものとするための工夫であった。

こうした外来治療プログラムを試行した結果は、実に興味深いものであった<sup>1)</sup>。まず、SMARPPの実施により、参加者の「薬物依存に対する自己効力感尺度」得点の上昇が認められたの

だ。さらに、治療実施期間における治療継続率（100%）が、従来のせりがや病院の治療を受けた対照群（39%）に比べて非常に高く、しかも驚くべきことに、治療機関中の断薬率は100%であったのである。

とはいえ、このプログラムの効果が決して「夢のようなもの」ではなかったことも強調しておかねばならない。このように、SMARPPではプログラムからの脱落率が低く、プログラム期間中の覚せい剤使用もかなり抑えられていたものの、プログラム終了後1ヵ月を経過した時点での治療継続率は、従来の治療法と差はなかったからである。

もともと、我々は、この結果は何らSMARPPの有効性を否定するものではない、と考えている。なぜなら、SMARPPが治療脱落率と治療中の覚せい剤使用率が低いのであれば、さらに長期間その治療を提供すればよいのである。海外の多くの研究が、薬物依存に有効な治療とは、ある特定の治療技法ではなく、いかなる治療技法でもよいかからとにかく長く続けることであることを明らかにしている。したがって、地域プログラムに求められる重要な要素とは、治療脱落率の低いことであり、薬物依存者が長く参加したいと思うような内容を持っていることである。その意味では、SMARPPは、その試行段階としては、満足すべき成果を上げたといえるであろう。

#### IV. 薬物依存治療プログラムの将来

近年になって、わが国でも、刑務所や保護観察所といった司法関連機関でも、覚せい剤依存に対する教育的介入がはじめられつつある。薬物依存の治療に嫌悪感・抵抗感を持つ精神科医療関係者のなかには、このことを知って、「これで我々医療者はこの問題にタッチしないでよくなった。やはり覚せい剤などの薬物乱用・依存は、医療ではなく、司法の問題なのだ」と胸をなで下ろす者もいるかもしれない。

しかし、そうではない。薬物依存の治療とは、それがいかに優れた治療法であっても、決して「貯金することができない」性質のものである。だ

からこそ、NIDA も指摘しているように、薬物依存の治療に求められるのは、何よりも継続性なのである<sup>5)</sup>。

いまわが国に必要なのは、高度な専門性を帯びた贅沢な病院ではない。忘れてはならないのは、専門病院がいかにか優れた入院治療プログラムを提供しようとも、あるいは、矯正施設や保護観察所が治療プログラムを実施しようとも、薬物依存者はやがては必ず退院・出所し、保護観察を終了する。そして、最後に治療をバトンタッチされるのは「地域」なのだ。そう考えれば、増えたとしてもせいぜい国内に2~3箇所ほどの専門病院——おそらく誰もが気楽に通院できる地理的条件に恵まれるわけではないであろう——よりも、地域に低コストで簡便かつ調査にわたって実施できる治療プログラムが、国内の至るところ——市中の一般精神科クリニックや、地域の精神保健福祉センターや保健所など——に点在する状況を作る方が、はるかに意義あることではなからうか。

その意味では、ワークブックとマニュアルに依拠することによって、「最低点」が担保されたSMARPPは、薬物依存に対する地域治療のモデルとして重要な価値がある。また、将来、わが国でドラッグコートが実現した際には、裁判所から指定される治療プログラムの選択肢の有力な1つとなりうる要素を持っているともいえよう。

なお、SMARPPの試みは、近年さらに拡大され、現在、全国で39箇所の精神科医療機関、精神保健福祉センター、矯正施設、民間リハビリ施設

などで実践されている。我々は、今後の研究においてこれらの治療プログラムの有効性が実証され、たとえば、医療機関において週3回のプログラム実施を可能とするような診療報酬がつくことで、地域に数多くの薬物依存治療プログラムが存在する状況が誘導されるような時代が来ることを願っている。

## 文 献

- 1) 小林桜児, 松本俊彦, 大槻正樹ほか: 覚せい剤依存者に対する外来再発予防プログラムの開発—Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP) —. 日本アルコール・薬物医学会誌, 42; 507-521, 2007
- 2) Matrix Institute : (<http://www.matrixinstitute.org/index.html>)
- 3) 松本俊彦, 小林桜児: 薬物依存者の社会復帰のために精神保健機関は何をすべきか? 日本アルコール薬物医学会雑誌, 43; 172-187, 2008
- 4) Miller, W. R.: Motivation for treatment: A review with special emphasis on alcoholism. *Psychological Bulletin*, 98; 84-107, 1985
- 5) National Institute of Drug Abuse (NIDA) : (<http://www.drugabuse.gov/PODAT/PODAT1.html>)
- 6) Nolan, J. L.: *Reinventing Justice: The American Drug Court Movement*. Princeton University Press, 2001 (小沼杏坪監訳: ドラッグコート—アメリカ刑事司法の再編. 丸善プラネット, 東京, 2006)
- 7) Rawson, R. A., Urban, R. M.: *Treatment For Stimulant Use Disorders: A Treatment Improvement Protocol*. Diane Pub Co, Wasington, D. C., 1999

## Requirements of Comprehensive Treatment Program Including Cognitive Behavioral Therapy for Relapse Prevention

Toshihiko MATSUMOTO

*Department of Drug Dependence Research/Center for Suicide Prevention,  
National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry*

Methamphetamine (MAP) has been one of the most commonly abused drugs in Japan since the 1950s. Nevertheless, although some psychiatric hospitals in Japan have treated psychosis caused by MAP, few have committed to rehabilitation for MAP dependence, which most individuals with MAP psychosis suffer from.

This paper describes the actual situation regarding rehabilitation for MAP dependence in Japan, and proposes the necessity of establishing new outpatient programs for individuals with MAP dependence in Japan, introducing the Matrix Model, an outpatient program which has been run for individuals with MAP dependence since the middle of the 1980s in the West Coast area of the U. S. A.

Additionally, we also introduce the principle and contents of our new outpatient program, the Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program (SMARPP), consisting of once-a-week groups sessions including motivational interviewing attitudes, and cognitive behavioral therapy for relapse prevention following the Matrix Model.

< Author's abstract >

< **Key words** : Methamphetamine, drug dependence, Matrix Model,  
cognitive behavioral therapy >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

日本におけるひきこもり問題の現況——精神医学的診断と  
精神保健福祉センターにおける相談支援の転帰について——

近藤 直司

(東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科)

我が国における青年期のひきこもり問題について概説した。まず、これまでの実態調査の概略を紹介した。次に、ひきこもりの背景要因と個人精神病理としての側面、精神医学的診断に関する調査結果について述べ、深刻なひきこもり状態にある人の多くには何らかのメンタルヘルス問題ないしは精神疾患や発達障害による生活機能障害が生じていることを示した。さらに、精神保健福祉センターで相談・支援の対象となったケースの転帰、ひきこもり問題と広汎性発達障害との関連について述べ、我が国における支援施策と今後の検討課題について論じた。

<索引用語：背景要因，精神医学的診断，ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン，転帰，広汎性発達障害>

## はじめに

日本において、青年期のひきこもりは1990年頃から今日的な社会問題として取り上げられるようになった。ひきこもり生活を送っていたとされる少年によって引き起こされたバスジャック殺人事件を契機に、厚生労働省は2003年に『ひきこもり対応ガイドライン』を公表した。この時期から、地域精神保健福祉領域においてさまざまな支援が展開されるようになったが、国レベルの施策は若者を対象とした一般的な就労支援や自立支援対策にとどまってきた。本稿では、日本におけるひきこもり問題の現況と精神医学的背景について述べ、ひきこもり問題が医療—保健—福祉領域における専門的な治療・支援を要する課題であること

を示したい。

## I. 青年期のひきこもりに関する実態調査より

これまで、青年期のひきこもり問題に関するいくつかの実態調査が実施されているので、それらの概略をまとめておきたい<sup>4-6)</sup>。

性別としては、女性よりも男性が多いことがわかっている。また多くの調査で、ひきこもりが生じる年齢は平均20歳前後であることが示されている。しかし、個々のケースをみていくと、小学校低学年で生じた不登校からずっとひきこもり状態が続いているケースや、中学校や高等学校、大学に入学した後の不適応、あるいは就職して数年後にひきこもり始めるケースもあり、あらゆる年

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム ひきこもりの精神医学的意義—文化依存症候群か普遍的現象か 司会：齊藤 万比古（国立国際医療研究センター国府台病院），館農 勝（札幌医科大学医学部神経精神医学講座）

代で生じ得る問題と捉え、それぞれの年代に特有の背景要因とメカニズムについて検討する必要がある。

ひきこもっている若者の数についてもさまざまな推計値が示されてきたが、2010年5月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』<sup>3)</sup>では約26万世帯にひきこもっている子どもがいるという推計値を採用している。その後、内閣府が公表した調査結果<sup>5)</sup>において約70万人という推計値も示されているが、こうした推計値は、「ひきこもり」という現象をどの範囲で定義するかによって大きく異なってくる。ガイドラインで採用した推計値は、ひきこもりを「仕事や学校に行かず、かつ家族以外に人との交流をほとんどせず、6ヵ月以上続けて自宅にひきこもっている」「時々買い物などで外出することもある場合も含める」と規定した疫学研究<sup>4)</sup>に基づいている。内閣府による調査では、「ふだんは家にいるが、自分の趣味に関する用事のみだけ外出する」と対象範囲が拡大されていることに留意する必要がある。

## II. 青年期ひきこもりケースの背景要因

ひきこもり問題は、家族要因や学校・職場などの環境要因、文化的背景や社会状況などが深く関与しているものと思われる。たとえば家族形態に注目した場合、成人した子どもと親は別居するのが当然とする国や地域と比較して、同居も不自然ではないとする国や地域にひきこもり問題が生じやすいのではないかといった議論がある。また、家族状況や家族機能の問題が複雑化・長期化に関連していることも多くの臨床家に共有されてきたことである。若者の雇用状況が低迷している中、求職活動に希望がもてず、ひきこもり状態に陥る若者が増加することも懸念される。

当初、ひきこもり問題に関しては上記のような文化・社会的要因のみに論点が集中し、多くの誤解と混乱を生じさせてきた経緯があるように思われる。その後、深刻なひきこもり状態にある人の多くは何らかのメンタルヘルス問題、ないしは精

神疾患や発達障害などによる生活機能障害を有していることが明らかにされており、これらの諸要因を包括的に捉え、的確な支援・治療方針を検討する必要がある。こうした立場から、新しいガイドラインにおいては、精神医学的診断を含めた包括的なアセスメントとして生物—心理—社会的な多軸的評価システムが提案・推奨されている。

## III. 国際的診断基準におけるひきこもり

Rubin KH<sup>7)</sup>は社会的ひきこもり social withdrawal を、「同年代の人たち peer と出会ったときの孤立的な行動の(状況や時にかかわらない)一貫した表れであり自ら同年代の集団から距離をとること」と規定し、DSM-IVとICD-10において社会的ひきこもりが1つの症状・状態像として記載されている診断カテゴリーを列挙している。これによれば、DSM-IVでは、自閉性障害、分離不安障害、幼児期または小児期早期の反応性愛着障害、社交恐怖(社交不安障害)、適応障害(特定不能)、大うつ病性障害、気分変調性障害、回避性パーソナリティ障害、スキゾイド・パーソナリティ障害において、ICD-10では、小児自閉症、選択性緘黙、小児期の分離不安、小児期の恐怖症性障害、小児期の社会性〔社交〕不安障害、他の小児期の情緒障害(小児期の全般性不安障害)、幼児期の反応性愛着障害、社交恐怖、急性ストレス反応、心的外傷後ストレス障害、単純型統合失調症、気分変調症、気分循環症、不安性(回避性)パーソナリティ障害、スキゾイド・パーソナリティ障害において社会的ひきこもりが生じ得ることが記載されているという。

## IV. 我が国の青年期ひきこもりケースについて

『ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン』において、ひきこもりは「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概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

定義されており、一般的に用いられてきた上記のような「社会的ひきこもり」よりも深刻な状態像を示すケースを多く含むことが予測される。

その精神医学的背景は、統合失調症、妄想性障害、社交恐怖、強迫性障害、適応障害（不安と抑うつ気分の混合を伴うもの、慢性）、パーソナリティ障害、広汎性発達障害などの他、軽度知的障害に適応障害や広場恐怖が合併したケース、あるいはアスペルガー障害や特定不能の広汎性発達障害に社交恐怖や身体表現性障害、強迫性障害などが合併したケースなど、かなり多様であることがわかっている。このうち、一見したところ発達・行動所見がそれほど目立たない内向的・受身的なタイプの広汎性発達障害や軽度知的障害は障害に気づかれにくいし、ひきこもったまま刺激に暴露されずに過ごしている社交恐怖や身体表現性障害のケースでは症状が潜在化しやすく、本人の自覚が乏しい場合にはさらに見逃されやすいこと、診察場面だけでは捉えきれず、集団場面や社会参加を試みる段階に至って初めて症状が顕在化する場面があることにも留意する必要がある。

以下、ガイドライン作成にあたって筆者らが担当した診断に関する研究結果<sup>2)</sup>の概要を紹介したい。

## 1. 対象

岩手県、石川県、さいたま市、和歌山県、山梨県の精神保健福祉センター（こころの健康センター）において、平成X年4月の時点で、すでに相談・支援を始めていた16～35歳のケース、および、それ以後、X+2年9月までの時点で相談を受けた新規相談ケース337件を検討の対象とした。調査期間内に本人が来談したケース（来談群）が183件、家族相談のみで本人が来談しなかったケース（非来談群）が154件であった。

337件の概況は以下のとおりである。男女比は男性が252件（74.8%）、女性が85件（25.2%）であった。ひきこもり始めた年齢の平均は20.1±4.7歳、最年少は8歳、最高齢は34歳であった。過去に不登校歴のあったケースが177件

（52.5%）、なかったケースが150件（44.5%）、不明が10件（3.0%）であった。

## 2. 本人の精神医学的診断

来談群183件については、DSM-IV-TRに基づき各機関で合議によって診断した。183件のうち診断が確定したのは148件、診断が保留されたのは35件、診断保留の主な理由は情報不足と中断であったが、これらの多くについても何らかの精神医学的問題が疑われていた。診断が確定した148件については、診断と治療・援助方針を加味して以下の3群に分けて集計した。

### <第1群>

統合失調症、気分障害、不安障害などを主診断とし、薬物療法などの生物学的治療が不可欠ないしはその有効性が期待されるもの、生物学的治療だけでなく、病状や障害に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が必要となる場合もある。

### <第2群>

広汎性発達障害や知的障害などの発達障害を主診断とし、発達特性に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。二次的に生じた情緒的・心理的問題、あるいは併存障害としての精神障害への治療・支援が必要な場合もある。

### <第3群>

パーソナリティ障害（“その特徴feature”のレベルを含む）や身体表現性障害などを主診断とし、パーソナリティ特性や神経症的傾向に応じた心理療法的アプローチや生活・就労支援が中心となるもの。気分障害や不安障害のうち、薬物療法よりも心理-社会的支援が中心になると判断されたケースも含む。

その結果、第1群49件（33.1%）、第2群47件（31.8%）、第3群51件（34.5%）であり、いずれの診断基準も満たさないと判断されたケースは1件（0.7%）であった。

### 3. 本人が治療・相談機関につながっていないケースの特性

非来談群 154 例のうち、本人がいずれの治療・相談機関にもつながっていないケース 135 件と来談群 183 件を統計的に比較検討した結果、機能の全体的評定 (Global Assessment of Functioning: GAF) 得点が前者において有意に低かったことから、本人がいずれの治療・相談機関にもつながっていない群には、より深刻なケースが多く含まれているものと考えられた。

### 4. 本人が受診・来談につながりにくい要因

本人がいずれの治療・相談機関にもつながっていないケース 135 件と、来談群のうち本人の来談までに 1 年以上の家族支援を要した 16 件、計 151 件を対象とした検討結果から、本人が受診・相談につながりにくい要因は以下のように集約された。

#### 1) 本人側の要因

- ・不安や恐怖感のために社会的な場面を回避する
- ・相談・受診、生活の変化を頑なに拒絶する

#### 2) 家族側の要因

- ・症状・状態の増悪を恐れて変化を促せない
- ・適切な対処行動がとれない

#### 3) 支援側の問題

- ・本人に対して具体的な支援方法や今後の展望を提示できていない
- ・家族だけの相談ケースへの対応に苦慮している

### 5. ひきこもりの背景要因に関する小括

深刻なひきこもり状態にある人の多くは何らかのメンタルヘルス問題ないしは精神疾患・発達障害などによる生活機能障害を有しており、十分な情報があれば、多くのケースが現行の診断システムに準拠して診断できる。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、抑うつ感などの感情や過去の挫折的・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、社

会参加や生活の変化を回避し続けているケースが多いものと思われる。

また、ひきこもりの背景は複雑・多様であり、本人の精神病理に加えて家族状況や文化的要因、社会・経済状況などの環境要因の影響、さらには支援体制、支援技術の問題など、多角的・包括的な検討が必要である。

### 6. 相談・支援の内容と転帰について

山梨県立精神保健福祉センターにおける調査実施時の支援構造は以下のとおりである。

#### 1) 本人への支援

- ・個別面接：月に 1～2 回、来所面接と電話の併用など
- ・SST グループ (作業療法士 1 名・心理技術者 1 名、月 2 回)
- ・アクティビティグループ (作業療法士 1 名・心理技術者 1 名、月 1～2 回)

#### 2) 家族への支援

- ・個別面接：多くは月 1 回
- ・家族教室 (精神科医・心理技術者 1 名、3 セッションを 1 回として年 1～2 回実施)
- ・親の会 (心理技術者 1 名、月 1 回)

共同研究に参加した他のセンターもおおむね同様の支援メニューをそろえていた。来談群 183 件について調査終了時の転帰を把握したところ、社会参加 (一般就労、週 3 日以上のアパートや福祉施設への通所、進学など) に至っていたケースは 28 件 (15.3%) にとどまった。内訳は第 1 群 10 件、第 2 群 6 件、第 3 群 11 件で各群間に有意差はみられず、診断を保留した 35 件からも 1 件が社会参加していた。個々のケースをみれば、調査期間の後半に対象となり、その時点ではまだ十分な支援を受けていなかったケースも含まれているが、それを考慮したとしても、ひきこもりケースに対する支援の難しさを示すデータである。

この調査結果とは別に、週 2 日以上グループ支援によってひきこもりケースを支援した経験をもつ精神保健福祉センターを対象に、良好な転帰

を示したケースの多い年度を選び、支援プログラムの詳細と転帰を把握した<sup>8)</sup>。これによれば、山形県のセンターでは10歳代のケースを中心に個別支援から丁寧にグループにステップアップするような支援を実践しており、利用者の89.5%が就労・就学した年度があった。また、静岡県センターでは短期集中的なプログラムによって83.3%が就労に至った年度があった。さらに名古屋市センターでは、週3日、11ヵ月間のプログラムによって、66.7%が就労、75.0%が何らかのコミュニティ参加に至った年度があった。

これらのデータと先述の調査結果とを単純に比較することはできないが、対象を慎重に選択し、十分な時間とマンパワーを配置して支援に取り組めば、より多くのケースが社会参加に至る可能性が示唆された。また名古屋市のデータには、精神障害者保健福祉手帳を取得し、障害者雇用の制度を活用して就労に至ったケースも含まれており、個々のケースについて実現可能な目標を設定することも重要である。

## V. ひきこもりと広汎性発達障害との関連

上記の共同研究において、青年期のひきこもり問題と広汎性発達障害(自閉症スペクトラム障害)との関連が示されているが、こうした指摘はとくに新しいものではない。たとえばTantam D<sup>9)</sup>は、風変わりな社会的に孤立しているケースとして精神科医から紹介されてきた成人例60人の診断を検討した結果、46人がアスペルガー型の自閉的障害の基準に合致したことを報告している。またGillberg C<sup>1)</sup>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。(中略)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ために、とくに積極奇異なタイプにおいてひきこもりが生じやすい」と述べ、広汎性発達障害とひきこもり・孤立との関連を指摘している。

広汎性発達障害をもつ人は、興味の限局や自分の興味・関心を他者と共有しようとする動機付けが弱いことなどから、もともと孤立しやすい傾向

がある。また、他者の意図や会話を理解すること、あるいは状況や文脈、暗黙のルールを汲み取ることが苦手なために、漠然とした違和感や被害感、不適応感を抱きやすく、社交恐怖に至ることも少なくない。この他、現実回避のための防衛的なメカニズムの1つとして自己愛的・万能的なファンタジーへの没入が生じる結果、他者への意識や現実検討がさらに減衰しているケース、主に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ケース、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と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、自己臭恐怖や醜貌恐怖、巻き込み型の強迫症状が形成されているように思われるケース、発達性協調運動障害や不器用さ、緘黙ないしは極端な言語表現の苦しさなど、運動・表出系の困難によって周囲とのコミュニケーションが成立しにくい、一定の作業能力を發揮できないなどの問題が生じ、学校や職場での不適応を繰り返した結果、ひきこもりに至るケースなどがある。受身的・内向的で問題行動を示さない人が生活上の困難に気づかれず、適切な支援を得られないままひきこもりに至るケースにも注意を要する。

地域精神保健福祉領域では、本人のひきこもりや家族への暴力などを理由に家族だけが来談するケースがあり、その中には広汎性発達障害を背景とするケースが含まれている。こうしたケースの一部には深刻な家庭内暴力が続いていたり、高齢化した親を適切に介護することができず、高齢者虐待として事例化するケースもあり、対応に苦慮することがある。典型的な介入困難ケースの特徴は以下のようなものである。

- ①顕著なひきこもり
- ②強いこだわりや巻き込み型の強迫症状
- ③思い通りにならないことへの耐性の低さ
- ④易怒性・衝動性が高く、激しい暴力行為に及ぶ傾向
- ⑤家族の苦痛に対する共感性の乏しさ
- ⑥母子家庭または父親の心理的不在と母子の密着

enmeshed relationship

#### ⑦家族の問題解決能力の低さ

その実状や背景要因は必ずしも明らかではないが、家族内の殺人にまで至った事件が報道されることもある。その中には、公的相談機関による介入の遅れや支援技術の問題が一因となっているケースも含まれているかもしれない。今後さらに検討されるべき重要な課題である。

### VI. ひきこもりと周辺の施策と課題

これまで、「社会的ひきこもりは精神障害ではない」「現代日本の社会的病理」といった論説が先行したこともあり、国や自治体の施策も、若者を対象とした一般的な就労支援事業の他、関係機関への振り分けを目的とした専門性の低い相談窓口や連絡協議会の設置といったレベルにとどまっていた。そのような状況において、2012年現在、厚生労働省が事業化し、地方自治体において設置が進んでいる『ひきこもり地域支援センター』はひきこもりを保健福祉問題として捉え、精神保健福祉専門職の配置を求めた初めての相談支援事業であり、本格的な支援体制整備の第一歩と言える。ただし、この事業はそれぞれの都道府県・政令指定都市における一次的相談窓口の明確化を目的としたものであり、その後の治療・支援に多大なコストを必要とすることを考えると、さらなる支援体制整備が必要であることは言うまでもない。

#### まとめ

我が国における青年期のひきこもり問題には、家族状況や文化・社会状況など、多くの要因が関連しているものと考えられるが、治療・支援においては、個々のケースについて個人精神病理を慎

重に検討する必要がある。支援施策についても、労働分野や青少年育成分野で先行してきたが、医療・保健・福祉分野における本格的な治療・支援体制の整備が必要である。

#### 文 献

- 1) Gillberg, C.: A Guide to Asperger Syndrome. Cambridge University Press, 2002 (田中康雄監修: アスペルガー症候群がわかる本, 明石書店, 東京, 2003)
- 2) Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., et al.: General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan: Psychiatric diagnosis and outcome in mental health. *Int J Soc Psychiatry*, 59; 79-86, 2013
- 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 (<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006i6f.html>)
- 4) Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., et al.: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of "hikikomori" in a community population in Japan. *Psychiatry Res*, 176; 69-74, 2010.
- 5) 内閣府: 若者の意識に関する調査 (ひきこもりに関する実態調査) 報告書 (概要版), 2010. ([http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf\\_gaiyo\\_index.html](http://www8.cao.go.jp/youth/kenkyu/hikikomori/pdf_gaiyo_index.html))
- 6) NPO 法人全国引きこもり KHJ 親の会: 「ひきこもり」の実態に関する調査報告書②, 2005
- 7) Rubin, K. H., Stewart, S. L.: Social Withdrawal in Childhood. *Child Psychopathology*. ed. by Mash, E. J. & Barkley, R. A.), Guilford, New York, p.372-408, 1996
- 8) 榎原 聡, 近藤直司: ひきこもりケースに対するグループ支援について—精神保健福祉センターにおけるグループ支援の成果より. *精神科治療学*, 27 (10), 1371-1378, 2012
- 9) Tantam, D.: Lifelong eccentricity and social isolation I. Psychiatric, social, and forensic aspects. *Br J Psychiatry*, 153; 777-782, 1988

**The Present State of Hikikomori (Prolonged Social withdrawal) in Japan  
: Psychiatric Diagnosis and Outcome in Mental Health Welfare Centers**

Naoji KONDO

*Tokyo Metropolitan Children's Medical Center, Department of Child Adolescent Psychiatry*

This article presents an overview of issues involving adolescents with social withdrawal (hikikomori) in Japan. The introduction provides an outline of previous reports on investigations concerning this issue. Then, studies on the background of hikikomori, personal psychopathology, and psychiatric diagnosis are reviewed. These studies have indicated that most individuals with serious hikikomori have particular mental health problems or functioning disabilities in everyday life due to mental or developmental disorders, such as pervasive developmental disorders and mental retardation. Furthermore, outcomes of cases in which subjects received consultation and support in the mental health welfare center are reported. Finally, a discussion on support systems and subjects of future intervention in Japan based on the overview concludes the paper.

< Author's abstract >

< **Key words** : background of hikikomori, psychiatric diagnosis, Guideline for assessment and support of hikikomori, outcome, pervasive developmental disorders >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

ひきこもりに関する初の国際共同調査の紹介  
——ひきこもりは海外にも存在するのか？——加藤 隆弘<sup>1,2)</sup>，館 農 勝<sup>3)</sup>，新福 尚隆<sup>4)</sup>，神庭 重信<sup>1)</sup>

- 1) 九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野，2) 九州大学先端融合医療レドックスナビ研究拠点，  
3) 札幌医科大学医学部神経精神医学講座，4) 西南学院大学人間科学部社会福祉学科

日本国内で「社会的ひきこもり」が脚光を浴びようになり久しい。疫学調査では人口当たり1%程度がひきこもり状態を経験していることが報告されている。こうしたひきこもり現象に対して様々な介入が試みられているがいまだ困難な状況下であり，新たな打開策が求められる。近年，日本以外の国でひきこもりの症例が報告されている。日本人特有の文化結合症候群とも見なされているひきこもりは日本国内ばかりでなく，文化社会的背景の異なる海外においても存在するのか？存在するとしたら，何がその要因で，治療的介入はどのようになされるのか？何らかの共通因子は存在するのか？こうした疑問を解明し，現代のひきこもりに対する新たな効果的なアプローチを見出すためのはじめの一歩として，国内外の精神科医を対象とした初の国際共同調査を実施したので紹介する<sup>1)</sup>。

オーストラリア，バングラデシュ，イラン，インド，日本，韓国，台湾，タイ，米国の精神科医を対象に調査票を配布した。成人と未成年のひきこもりのケースピネットを提示し，それぞれのケースにおける回答者の国での頻度，考え得る原因，精神医学的診断，自殺の危険性，および治療的介入に関して回答してもらった。ひきこもりケースは調査した全ての国で存在しているようであった。特に都会に多いという結果を得た。生物学的—心理学的—社会的な要因が関与しているという回答を各国の精神科医から得たが，国による違いが存在した。日本人精神科医の約3割がひきこもりケースは現行のICD-10・DSM-IVの診断基準に当てはまると回答したのに対して，6割は当てはまらないと回答した。海外の多くの精神科医が積極的な治療的介入を要すると回答したのに対して，日本の精神科医は治療に消極的であった。韓国ではインターネット依存症と診断する精神科医が多く，閉鎖病棟での入院治療が必要であるとの回答も多かった。

本調査結果は，海外でもひきこもりが存在する可能性を示唆している。国によって見立てやアプローチが異なることが明らかになり，背景として各国が抱える文化社会的な価値観の影響が考えられた。本調査で得られた国際的な知見を検証し，深めるためには，臨床研究，精神病理学研究，そして，国際的な疫学研究が望まれる。こうした国際的な試みにより，国内のひきこもり現象に対する新たな打開策が提示されることが期待される。

<索引用語：社会的ひきこもり，文化結合症候群，インターネット依存症，DSM-IV，  
グローバルゼーション>

## はじめに

「ひきこもり」という日本人には昔からなじみのある現象が，日本国内では「社会的ひきこもり」という形で脚光を浴びようになり久しい<sup>2)</sup>。最新の国内の疫学調査では人口当たり1%程度がひ

きこもり状態にあることが報告されている<sup>16)</sup>。こうしたひきこもり現象に対して国内では様々な介入が試みられているがいまだ困難な状況下であり，新たな打開策が求められている<sup>22)</sup>。2009年にシンガポールで開催されたうつ病に関する国際会

議<sup>9)</sup>の最中に、知人のシンガポール人精神科医に日本でのひきこもり現象を紹介したところ、彼は次のように即答した、「シンガポールにはひきこもりなんて存在しないよ、特に成人男性においてはね、兵役があるから」と。同年、スペインを訪問した際には、30歳代の女性精神科医は、私にこう語ってくれた、「ひきこもりって日本で流行っているんでしょ、スペインでも最近ケースレポートが報告されたのよ…ところで、私、村上春樹、大好きなの、スペインで大人気なのよ」と。帰国後、文献に当たってみると、たしかに、スペイン、韓国、オマーンにおいてひきこもりの症例が報告されていた<sup>4,17,23)</sup>。2010年にはOxford辞書に「hikikomori」が掲載されるに至り、「ひきこもり」は今や国際語になりつつある。さらに興味深いことに、ロンドン出身ロサンゼルス在住の英国人映画監督であるLaurence Rhrush氏は、日本のひきこもり現象を題材にした「扉のむこう(英題:Left Handed)」(制作:Size, Japan)という映画を2008年に制作している。本映画は、実際にひきこもり経験のある少年を主人公に抜擢し、ひきこもりに至る少年と、世間体を気にしながら対応に戸惑う母親、不在がちな父親、そして塾通い、いじめなど現代の日本が抱える教育現場の課題を露呈し、ひきこもり現象の背後に潜む現代の日本社会の有様をうまく捉えている。本映画は、日本では「福岡アジア映画祭2009」で初上映され、その後、オックスフォード大学、京都大学、ミシガン大学(2012年秋)で上映されるなど、ひきこもり現象に関する国内外での学術的な関心の高まりがうかがえる。

果たして、日本人特有の文化結合症候群とも見なされている日本でのひきこもりは日本国内ばかりでなく、文化社会的背景の異なる海外においても存在するのであろうか？ もし、存在するとしたら、何がその要因で、治療的介入はどのようになされるのであろうか？ 何らかの共通因子は存

在するのであろうか？ こうした疑問を解明し、現代のひきこもりに対する新たな効果的なアプローチを見出すためのはじめの一歩として、国内外の精神科医を対象とした初の国際共同調査を実施したので紹介する<sup>11)</sup>。

## I. 方 法

日本精神神経学会国際委員会および日本若手精神科医の会(JYPO)の協力を得て、オーストラリア、バングラデシュ、イラン、インド、日本、韓国、台湾、タイ、米国の精神科医を対象とした質問紙による調査を2010年5~7月に実施した。調査票では、成人と未成年におけるひきこもりのケースビネット(典型的なひきこもりケースが手短かに記載された文章)を提示し、それぞれのケースにおける回答者の国での頻度(存在するか否か?)、考え得る原因、精神医学的診断、予後(自殺の危険性)、および介入(治療)に関して回答してもらった。具体的には、以下のそれぞれの症例を呈示した後に、「精神科医のあなたの元に、C/Dさんとその家族が来院したと想像して、以下の設問に答えてください」という設定の元で、各質問に回答してもらった。

### 1. 症例C(15歳, 男子)

**【主訴】**(両親)「私たちとかわろうとしない……部屋から出てこない……」

**【生活歴】**Cさんは、2人同胞の長男として、社員の父親とパートの母親の元で養育されています。営業職の父親は2,3年おきに転勤があり、家族共に引っ越していましたが、Cさんが中学入学を機に、単身赴任しており、現在、母親と3歳年下の弟と暮らしています。これまで生育上で問題を指摘されたことはなく、成績は中等度で悪くはありませんでした。元来、友達を作るのが苦手で、運動よりは本を読んだりすることが好きなタイプでした。中学1年の秋から急に学校に行かなくな

(注:本調査研究の結果は、Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 誌 [47 (7);1061-1075, 2012] に原著論文として報告しており、今回、許可を得て、結果の一部を掲載している。)

りました。家では、テレビゲームやインターネットに浸っており、自室から出ることはほとんどなく、昼夜逆転の生活を送っています。

【精神科既往】なし

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】不登校になり、2年になろうとしているCさんでしたが、高校受験を間近に控え、Cさんの父が単身赴任先から帰ってきたときに、「たまには学校に行ってみたらどうだ。将来どうするつもりだ!」と注意を促したところ、「お前なんかに言われたくない」と怒鳴り声を上げ、突然父親に暴力を振るいました。父親があっけにと取られているすきに、自室に再びひきこもりました。数日後、意を決した両親は、Cさんを強引に引っ張り出して、精神科医のあなたの元へ受診してきました。

【薬物使用その他】なし

【初診時の現症】Cさんは両親の間に入れられ、ただ黙ってうつむいていました。両親は「よろしくお願いします」と一礼し、Cさんの生活歴・病歴を語りました。Cさんは、終始うつむいていましたが、異常体験（幻覚・妄想）を示唆するような言動は明確ではなく、ただ自分の殻に閉じこもっているようでした。あなた（精神科医）が「Cさん」と声を掛けても、全く返答しませんでした。

## 2. 症例D（24歳、無職男性）

【主訴】（両親）ずっと部屋にひきこもっている……（本人）わかりません……

【生活歴】Dさんは、一人っ子で、寝室が2つある都市部のマンションで、両親に育てられました。小学時代まで特に発達の問題を指摘されたことはありませんでした。中学時代にはしばしば学校を休み、同年代の友達とのつきあいを避けるようになりましたが、その理由を、彼は小学時代のいじめが原因だと言っていました。成績は中の上程度で、現役で地元の中程度の学力で入れる大学の工学部に進学しました。大学3年の時（21歳）に、特に誘因なく大学を中退しました。

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】退学して、3年間、終日自室で生活する

日々を送っています。毎日の食事は、母親が彼の部屋の前に配膳しています。昼夜逆転しており、ネットサーフィンをしたり、ネット掲示板でチャットしたり、漫画を読んだり、ビデオゲームをしたりして過ごしています。両親の薦めにもかかわらず、頑なに新しい学校に行くことや働くことを拒否し、自室から出ようとしませんでした。1年前前から、両親が彼をいくつかの病院に受診させたところ、うつ病と診断されたり、統合失調症疑いと診断されたりしました。神経心理学的検査では認知の異常はなく、脳波・脳画像検査でも明らかな異常所見を認めませんでした。彼は、抗うつ薬や抗精神病薬といった薬物療法を試しましたが、うまくいきませんでした。

【精神科既往・薬物使用その他】上記現病歴に記述【初診時の現症】いまだひきこもっている彼をどうかしたいと、彼を精神科医であるあなたの元へ連れてきました。彼は両親の間に、礼儀正しく突っ立っていました。彼の態度からは、幻覚妄想などの精神病を示唆するような所見はなく、ただただ大人しい人という印象でした。あなたが声を掛けても、「わかりません」と返すのでした。

## II. 結 果

247名の精神科医（日本国内123名、海外124名）から回答があり、最終的に239の有効回答数を得た（表1）。解析の結果、ひきこもりケースは未成年ケース、成人ケースともに調査した全ての国で存在しているようであった（図1）。特に都会に多いという結果を得た。生物学的—心理学的—社会的な要因が様々な度合で関与しているという回答を各国の精神科医から得たが、国による違いが存在した（図2-1・2-2）。日本人精神科医の約3割がひきこもりケースは現行のICD-10・DSM-IVの診断基準で診断できると回答したのに対して、5割以上の精神科医はできないと回答した（表2）。他国の精神科医の回答は様々であったが、日本の精神科医と同様に、診断できないという回答を多く得た（表2）。ICD-10・DSM-IVの診断の枠にとらわれずに最も相応しいと思われる診断名

表1 調査に回答してくれた精神科医の内訳 (有効回答数)

|         | 人数  | 男性  | 女性 | 年齢    | SD   |
|---------|-----|-----|----|-------|------|
| 日本      | 117 | 79  | 36 | 35.59 | 7.37 |
| オーストラリア | 21  | 7   | 14 | 35.4  | 6.24 |
| バングラデシュ | 10  | 7   | 3  | 36.8  | 4.34 |
| イラン     | 9   | 8   | 1  | 36.89 | 4.54 |
| 台湾      | 19  | 10  | 9  | 33.21 | 4.55 |
| インド     | 10  | 7   | 3  | 27.7  | 3.23 |
| 米国      | 10  | 5   | 5  | 44.8  | 13.6 |
| タイ      | 9   | 2   | 6  | 33.00 | 3.85 |
| 韓国      | 34  | 20  | 14 | 29.42 | 2.95 |
| 合計      | 239 | 145 | 91 | 34.63 | 7.32 |

(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

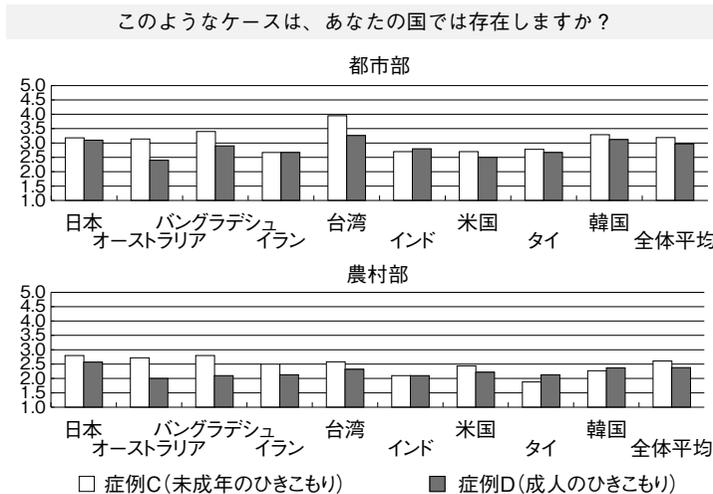


図1 ひきこもり症例の存在有無に関する質問

[5段階評価 (1. 大変稀である, 5. しばしば存在する): 各国毎の回答の平均値を棒グラフで表記]

(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

を自由に記載してもらったところ、適応障害、行為障害、社会恐怖、社交不安障害、気分変調症、衝動調整障害、アスペルガー障害、統合失調型人格障害、スキゾイド、潜在性の統合失調症、単純型統合失調症など、様々であった。韓国の精神科医の一部は、インターネット依存症と診断していた。なお、「ひきこもり (hikikomori)」とダイレクトに診断したのは、日本、韓国、台湾、タイ、

米国の精神科医の一部であった。

自殺のリスクに関して尋ねたところ、韓国の精神科医は高く見積もっていたが、日本の精神科医は他の国の精神科医と比べて割と低く見積もっていた (図3)。呈示したひきこもり症例に関する精神科治療の必要性を尋ねたところ、ほとんどの精神科医は治療の必要性を示唆し、韓国では半数以上の精神科医が閉鎖病棟での入院治療が必要と回

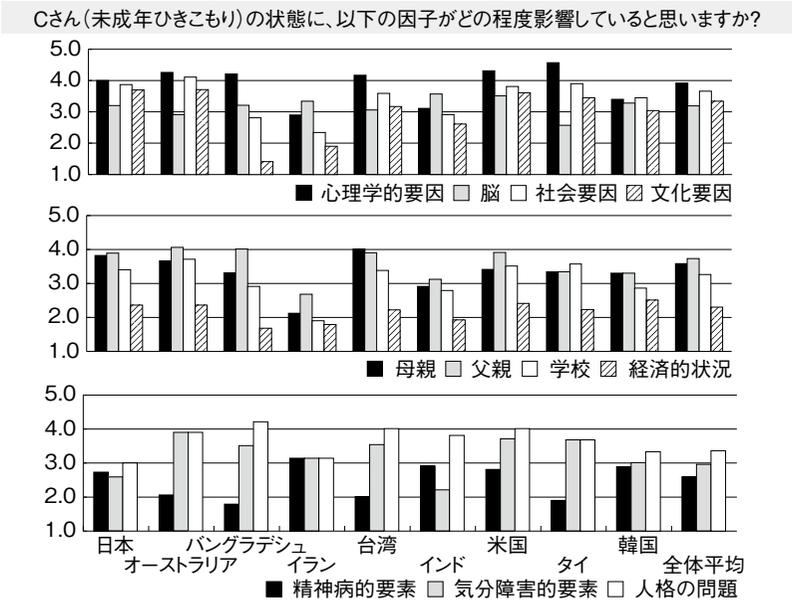


図2-1 未成年ひきこもり症例 (Cさん) に与える要因  
 [5段階評価 (1, 全く関与しない, 5, 大変強く関与している): 各国毎の回答の平均値を棒グラフで表記]

(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

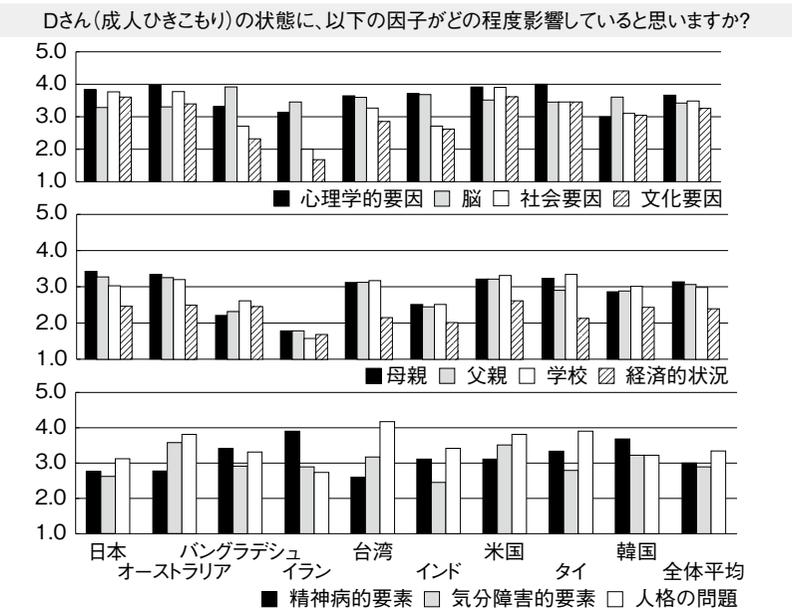


図2-2 成人ひきこもり症例 (Dさん) に与える要因  
 [5段階評価 (1, 全く関与しない, 5, 大変強く関与している): 各国毎の回答の平均値を棒グラフで表記]

(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

表2 ひきこもり症例への国際操作的診断基準の適応

ひきこもり症例 (C/D さん) は、現在の操作的診断基準を用いて診断できますか？

|  |   | 日本   | 日本以外の<br>総計 | 韓国   | オーストラリア | 台湾   | バングラデシュ | イラン  | インド  | 米国   | タイ   |
|--|---|------|-------------|------|---------|------|---------|------|------|------|------|
| C さん (未成年ひきこもり) は、ICD-10 で診断できると思いますか？ |   |      |             |      |         |      |         |      |      |      |      |
| 「はい」                                   | n | 38   | 40          | 8    | 4       | 2    | 8       | 3    | 5    | 5    | 5    |
|  | % | 32.5 | 32.8        | 23.5 | 19.0    | 10.5 | 80.0    | 33.3 | 50.0 | 50.0 | 55.6 |
| 「いいえ」                                  | n | 65   | 50          | 16   | 9       | 13   | 1       | 2    | 3    | 2    | 4    |
|  | % | 55.6 | 41.0        | 47.1 | 42.9    | 68.4 | 10.0    | 22.2 | 30.0 | 20.0 | 44.4 |
| 「わからない」                                | n | 14   | 32          | 10   | 8       | 4    | 1       | 4    | 2    | 3    | 0    |
|  | % | 12.0 | 26.2        | 29.4 | 38.1    | 21.1 | 10.0    | 44.4 | 20.0 | 30.0 | —    |
| C さん (未成年ひきこもり) は、DSV-IV で診断できると思いますか？ |   |      |             |      |         |      |         |      |      |      |      |
| 「はい」                                   | n | 31   | 69          | 27   | 8       | 8    | 9       | 3    | 2    | 7    | 5    |
|  | % | 26.5 | 56.6        | 79.4 | 38.1    | 42.1 | 90.0    | 33.3 | 20.0 | 70.0 | 55.6 |
| 「いいえ」                                  | n | 64   | 41          | 6    | 11      | 10   | 1       | 3    | 3    | 3    | 4    |
|  | % | 54.7 | 33.6        | 17.6 | 52.4    | 52.6 | 10.0    | 33.3 | 30.0 | 30.0 | 44.4 |
| 「わからない」                                | n | 22   | 12          | 1    | 2       | 1    | 0       | 3    | 5    | 0    | 0    |
|  | % | 18.8 | 9.8         | 2.9  | 9.5     | 5.3  | —       | 33.3 | 50.0 | —    | —    |
| D さん (成年ひきこもり) は、ICD-10 で診断できると思いますか？  |   |      |             |      |         |      |         |      |      |      |      |
| 「はい」                                   | n | 39   | 40          | 8    | 4       | 9    | 6       | 2    | 5    | 3    | 3    |
|  | % | 33.3 | 32.8        | 23.5 | 19.0    | 47.4 | 60.0    | 22.2 | 50.0 | 30.0 | 33.3 |
| 「いいえ」                                  | n | 64   | 45          | 13   | 9       | 6    | 3       | 3    | 2    | 3    | 6    |
|  | % | 54.7 | 36.9        | 38.2 | 42.9    | 31.6 | 30.0    | 33.3 | 20.0 | 30.0 | 66.7 |
| 「わからない」                                | n | 14   | 37          | 13   | 8       | 4    | 1       | 4    | 3    | 4    | 0    |
|  | % | 12.0 | 30.3        | 38.2 | 38.1    | 21.1 | 10.0    | 44.4 | 30.0 | 40.0 | —    |
| D さん (成年ひきこもり) は、DSV-IV で診断できると思いますか？  |   |      |             |      |         |      |         |      |      |      |      |
| 「はい」                                   | n | 37   | 63          | 23   | 7       | 12   | 6       | 3    | 3    | 6    | 3    |
|  | % | 31.6 | 51.6        | 67.6 | 33.3    | 63.2 | 60.0    | 33.3 | 30.0 | 60.0 | 33.3 |
| 「いいえ」                                  | n | 59   | 49          | 11   | 12      | 7    | 3       | 4    | 2    | 4    | 6    |
|  | % | 50.4 | 40.2        | 32.4 | 57.1    | 36.8 | 30.0    | 44.4 | 20.0 | 40.0 | 66.7 |
| 「わからない」                                | n | 21   | 10          | 0    | 2       | 0    | 1       | 2    | 5    | 0    | 0    |
|  | % | 17.9 | 8.2         | —    | 9.5     | —    | 10.0    | 22.2 | 50.0 | —    | —    |

(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2012)

答していた。日本の精神科医の多くは外来治療を推奨しており、日本の精神科医の数%は「なにもしない」と回答していた (図4: 矢印)。治療に関しては、概して精神療法が奨励されており、未成年のケースではその傾向が顕著であった (図5)。その他、日本の精神科医は、環境調整やセルフヘルプも強く奨励していた (詳細は、原著論文7を参照のこと)。

### Ⅲ. 考 察

今回紹介した国際調査の結果は、海外でも、先進国、発展途上国、東西問わず、ひきこもり症例

が存在している可能性を示唆している<sup>11)</sup>。調査後、フランスなど欧州でもひきこもりの症例が報告されており、ひきこもり現象は世界各国に広がりがつつある<sup>3,5)</sup>。今回の結果から、国によってひきこもり症例に対する見立てやアプローチが異なることが明らかになり、背景として各国の精神医療の違いや各国が抱える文化社会的な価値観の影響が考えられた。結果に関する考察の詳細は、原著論文7)を参照にさせていただきたいが、いくつか特に重要と思われる点に限定して本稿で触れておく。

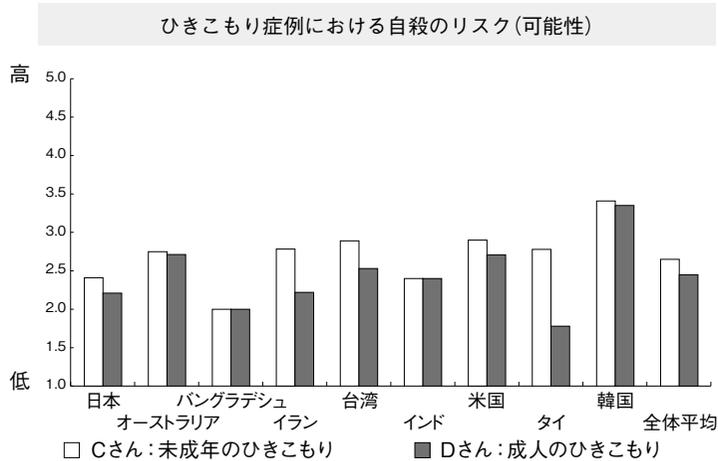


図3 ひきこもり症例における自殺のリスク(可能性)  
 [5段階評価(1, 著しく低い, 5, 大変高い):各国ごとの回答の平均値を棒グラフで表記]  
 (Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

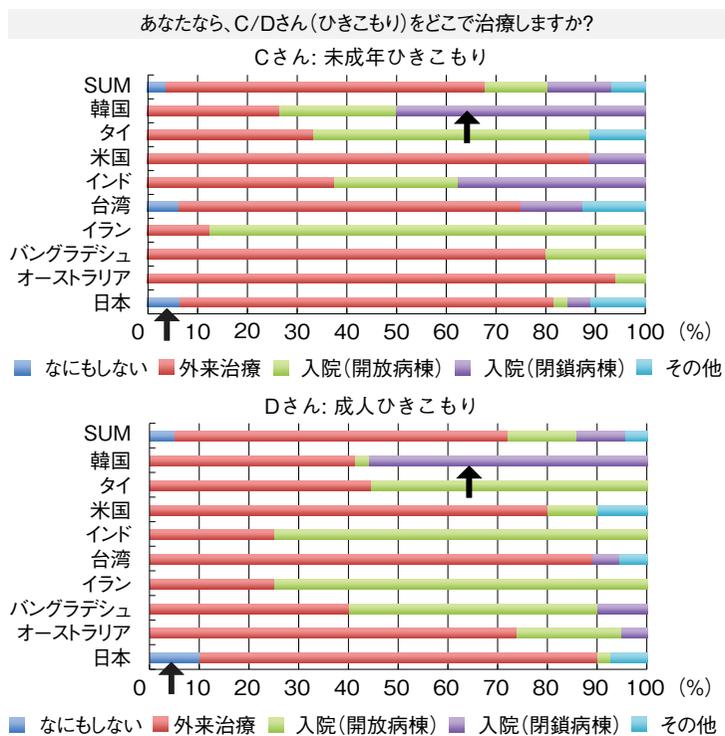


図4 ひきこもり症例への相応しい治療構造  
 (Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

C/Dさん(ひきこもり)には、どのような精神科的な治療が必要でしょうか?

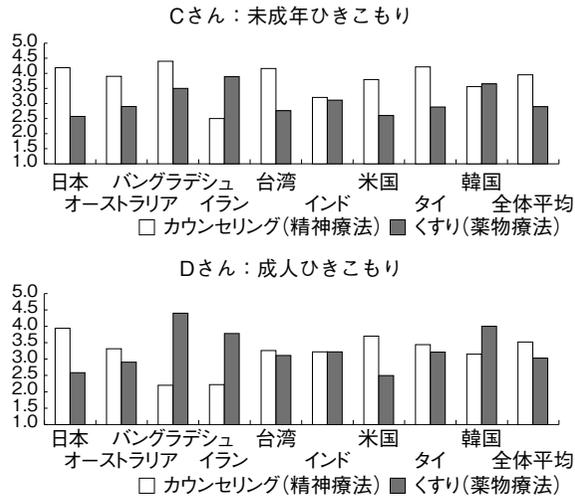


図5 ひきこもり症例への精神科治療  
(Kato, Tateno, Shinfuku, et al. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2012)

### 1. 診断上の課題

今回呈示したひきこもり症例に関して、国内外多くの精神科医が従来のICD-10/DSM-IVでは診断できないと回答している。これまで国内の調査では、ほとんど全てのひきこもり症例が、何らかの精神医学的診断を合併しているという報告がなされている<sup>14)</sup>。他方、ひきこもりを「一次性ひきこもり」という独立した症候群として捉えようとする立場があり、最近では、米国のTeoらが文化結合症候群として、ひきこもりをDSM-Vに入れるべきであると提唱している<sup>25)</sup>。今後は、多様な表現形を呈するひきこもり症例に関して、SCIDなどの構造化面接を用いた詳細な検証が望まれる。「一次性ひきこもり」の存在の有無にかかわらず、ひきこもり現象に関する対策は引き続き必要と思われる。

### 2. 日韓における見立て・アプローチの違い

日本の精神科医に比べて、韓国の精神科医はひきこもり症例に関して自殺のリスクを高く見積もり、半数以上が入院治療を奨励するなど、積極的な精神科治療の必要性を掲げていた。さらには、インターネット依存症という診断をつける精神科

医もいた。韓国は日本のお隣の国ながら、これほどの違いがあるのはどうしてだろうか？韓国では、インターネット依存症に陥る若者が急増しており、未成年であっても強制的に治療的介入がなされているという。さらには、韓国では若者の自殺者の急増が社会問題と化しており、こうした背景が今回の調査結果に反映している可能性がある。日本と韓国との間では、2000年より西園昌久・関秉根両教授による日韓両国の若い精神科医のための合同研修会<sup>18,20)</sup>を筆頭として精神科医同士の交流が続いており、2006年にはひきこもり、いじめなど児童青年期の両国での共通の問題がテーマになったことがある<sup>7,8)</sup>。日韓両国の精神科医による学術的意見交換が引き続き必要であろう。

### 3. ひきこもりにおける精神療法的アプローチ

ひきこもり症例に対しては、状況に応じた段階的な治療介入の必要性が提唱されており<sup>27)</sup>、その中で、精神療法は最も重要なアプローチの1つに位置づけられている<sup>27)</sup>。今回の国際調査でも、概して、ひきこもり症例への精神療法が奨励されていた。これまで、日本では精神分析的アプローチ、集団精神療法的アプローチ、家庭訪問によるアプ

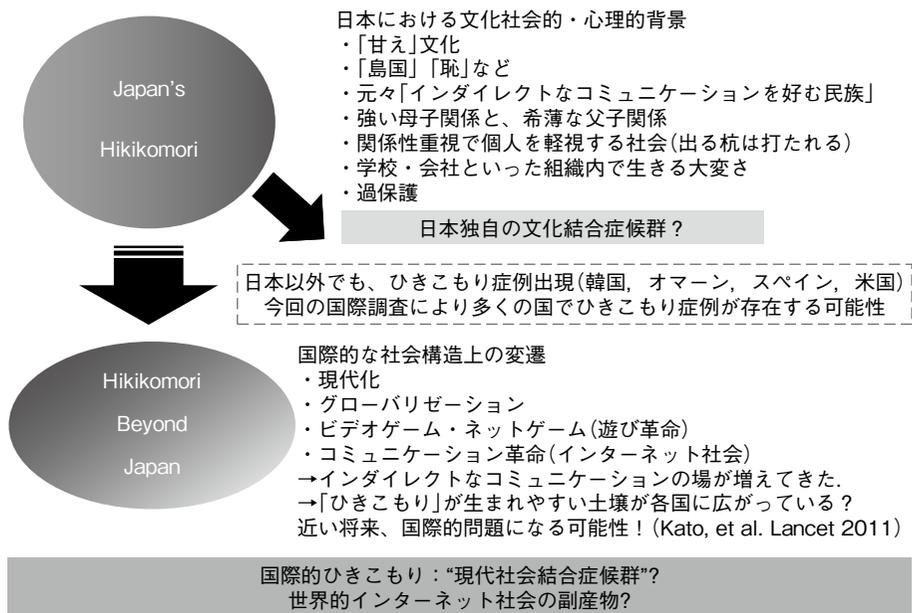


図6 国際的視点からみた、ひきこもりの現在

ローチなど様々な精神療法的介入がひきこもり症例に対して実践されてきた<sup>6,15,19)</sup>。精神分析的には、ひきこもり現象の奥にスキゾイドや自己愛など人格レベルの病理が指摘されており<sup>2,12,21)</sup>、こうした人格の病理を含めて治療的に扱うためには歳月をかけた精神分析的治療が求められる。精神分析的精神療法、特にカウチを用いた非対面法による精神分析では、分析家のこころの中に「かかわりたい」と「そっとしておきたい」というアンビバレンスが生じるといわれ<sup>2)</sup>、治療ではアンビバレンスを抱える治療的態度、つまりは、ウィニコットが提唱したような逆説的であるが「1人でいられる能力を育むような態度」が求められる<sup>2)</sup>。精神分析が我々に呈示するもう1つ重要な点は、普通に生活している我々健常者でも大なり小なり「ひきこもり」心性を有しているということであり、こうした理解が、ひきこもり症例に対して共感を生み、治療同盟を結びやすくするかもしれない<sup>13)</sup>。フェアベーンは人格の二大構成要素として、興奮させる対象 (Exciting Object) と拒絶す

る対象 (Rejecting Object) の2つを想定している。「ひきこもり」現象は、拒絶する対象の極端な表現形の1つである可能性が指摘されている<sup>13)</sup>。このような精神分析理論をベースに実践される力動的集団精神療法は、ひきこもり患者同士が上記の病理を集団の中で体験しながら相互に観察しながら理解できるという点で効果的である<sup>1)</sup>。さらに、医療機関を受診できる状況にまで至っていないひきこもり症例は数多く存在しており、こうした症例に対しては、家庭訪問によるカウンセリングが有効である<sup>26)</sup>。

国内の臨床家によって実践されてきたこのような臨床的知見は、今後、国際的にも広く紹介されることが望まれる。

#### 4. 現代社会結合症候群としての国際的なひきこもり現象

精神疾患、特に症状などに代表される表現形は、文化社会そして時代に強く影響を受けている。18世紀末から19世紀前半の欧州は社会的激

動の時代であったが、この時期ヒステリーが大流行していた。Freud Sによる精神分析の創始に際して、ヒステリー研究の大家であったCharcot JMの元への留学やFreud S自身によるヒステリー患者との臨床経験が大きく寄与していることは疑いようがない。1950年代には摂食障害が米国などで台頭し、摂食障害が日本で見受けられるようになったのは1970年代以降である。同時期、境界性人格障害、いわゆる、ボーダーラインが台頭し、1980～1990年代には日本でも大流行したが、近年では激しい行動化を引き起こすボーダーライン患者に出会うことは少なくなっている。他方、1990年代後半から社会的ひきこもりが注目されるようになり、最近では若者を中心に新しいタイプの抑うつを呈する症候群（注：「現代うつ病」、「新型うつ病」などの愛称で呼ばれているが、精神医学的には一致した見解はいまだ存在しない）が台頭してきている。このように、高々100年で、精神疾患の表現形は大きく変容してきているが、我々人類が有している遺伝子が100年でそう大きく変化するはずがない。こうした表現形の変遷には、時代・社会が抱える様々な特徴的なストレス、特に、大人になるまでの養育環境の影響が大きいと思われる。こうした時代・社会・文化の様々な因子が、エピジェネティックな変化や神経グリア相関など脳内の変化を引き起こし、時代社会に則する形で特徴的な表現形を形成するのであろう。

日本社会にはひきこもりが台頭しやすい環境が元々備わっていたからこそ、ひきこもりが日本では以前から存在し、日本独自の文化結合症候群とみなされていたのであろう。日本人はインダイレクトなコミュニケーションに重きを置いた社会を形成しがちであるが、背後には、「甘え」や「恥」といった特徴的な価値観が存在しているからであろう。しかし、最近では、日本以外でもひきこもり症例が報告され、今回の国際調査結果からも、ひきこもりが国外でも広く存在している可能性を支持している。ひきこもりを国際的な精神疾患（あるいは、その辺縁群）の表現形と化す要因は何か？ 現代化、グローバリゼーション、特に

インターネットの普及によるインダイレクトなコミュニケーションの国際的普及を、その重要な要因の1つとして我々は提唱している<sup>10)</sup>。世界的にひきこもりが生じやすい環境が広まっているといえるかもしれない。時代社会が精神疾患の表現形を変容させるというのは脅威であり、我々精神科医は見逃しがちであるが、常に対峙していかねばならない重要課題である。

## おわりに

今後、本調査で得られたひきこもりに関する国際的な知見を検証し、さらに深めるためには、実際にひきこもっている本人や家族を対象とした国際的な疫学研究、精神病理学研究、そして、介入研究が望まれる。「ひきこもり」現象を日本国内の専門家ばかりではなく、国外の専門家と議論することはとても重要で、こうした国際的な試みにより、ひきこもり現象に対する新たな画期的な治療的（予防的）アプローチの創出が期待される。将来的には、国際的にも通用する「ひきこもり」へのガイドライン作成が望まれる。

## 謝 辞

本稿は、第108回日本精神神経学会学術総会シンポジウムでの発表をまとめたものです。齊藤万比古先生はじめ諸先生方に感謝いたします。今回紹介した国際調査は、国内外の多くの先生方の協力を得て実施いたしました。研究協力者である秋山剛先生、藤澤大介先生、石田哲也先生、中野和歌子先生、松本良平先生、藤村洋太先生、久我弘典先生、田中増郎先生、堀川英喜先生、および、海外のDrs. Sartorius N, Teo AR, Choi TY, Balhara YPS, Wand A, Chang JPC, Chang RYF, Shadloo B, Ahmed HU & Lertthasitilp Tに深謝いたします。なお、本研究の一部は、世界精神医学会からの国際調査助成を得て実施しました。

## 文 献

- 1) 浅田 護：非分裂病性ひきこもり青年の対象関係論的外来分析グループ「プロトメンタルシステム」の原始的無意識的幻想に表現される「ひきこもり」ことと「出る」ことの病態の理解と治療技法。精神分析研究, 43:108-120, 1999
- 2) 藤山直樹：ひきこもりについて考える。精神分析

研究, 43 ; 130-137, 1999

3) 古橋忠晃, 津田 均, 小川豊昭ほか: 「ひきこもり」青年の日仏における共通点と相違点について. 総合保健体育科学, 34 ; 29-33, 2011

4) Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N., et al.: A case report of hikikomori in Spain. *Med clin*, 129 ; 318-319, 2007

5) Gozlan, M.: Des cas d' «hikikomori» en France. *Le Monde*, 9 June 2012, 2012.

6) 狩野力八郎, 近藤直司: 青年のひきこもり—心理社会的背景・病理・治療援助. 岩崎学術出版, 東京, 2000

7) Kato, T.: The Significance of Communicating with Neighbors for Young Psychiatrists. *World Cultural Psychiatry Research Review*, 3 ; 219-225, 2008

8) 加藤隆弘: 若手精神科医における異文化交流の意義—『日韓両国の若い精神科医のための合同研修会』に参加して. *精神経誌*, 108 ; 1194-1200, 2006

9) Kato, T. A., Shinfuku, N., Kanba, S.: Classification of Asian depression—What is the prototype of Asian Depression?—. NUS-JSPS joint seminar “Depression and Suicide—21st Century Neuro-Psychopharmacology and Transcultural Differences in Asia—”. Vol NUS, Singapore, 2009

10) Kato, T. A., Shinfuku, N., Sartorius, N., et al.: Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? *Lancet*, 378 ; 1070, 2011

11) Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., et al.: Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*, 47 ; 1061-1075, 2012

12) 衣笠隆幸: 「ひきこもり」とスキゾイドパーソナリティスキゾイドの病理学研究の歴史. *精神分析研究*, 43 ; 101-107, 1999

13) 北山 修, 斎藤 環, 渡辺 健ほか: 座談会 ひきこもりについて. (武藤清栄, 渡辺 健編) ひきこもり. 現代のエスプリ 403, 至文堂, 東京, p.5-34, 2001

14) 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*, 59 ; 79-86, 2012

15) 近藤直司: 非分裂病性ひきこもりケースに対する精神保健サービス コミュニケーション能力と受診動機についての一考察. *精神分析研究*, 43 ; 121-129, 1999

16) Koyama, A., Miyake, Y., Kawakami, N., et al.: Lifetime prevalence, psychiatric comorbidity and demographic correlates of “hikikomori” in a community population in Japan. *Psychiatry Res*, 176 ; 69-74, 2010

17) Lee, K. M., Koo, J. G., Kim, E. J., et al.: The Psychosocial Characteristics of Oiettolie Adolescents (in Korean). *Korean J Counsel Psychother*, 13 ; 147-162, 2001

18) 関秉根: 韓国文化におけるジョン (情) とハン (恨). *こころと文化*, 4 ; 16-19, 2005

19) 武藤清栄, 渡辺 健編: ひきこもり (現代のエスプリ 403). 至文堂, 東京, 2001

20) 西園昌久: 卒後教育としての多文化間精神医学 福岡とソウルにおける日韓精神科研修医の共同ワークショップの経験から. *こころと文化*, 2 ; 102-103, 2003

21) 小川豊昭: ひきこもりの精神分析—幼少期のコンテニング不全から生じる誇大なナルシシズムと受動的攻撃性. *精神経誌*, 114 ; 1149-1157, 2012

22) 齊藤万比古 (代表): 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 (H19-こころ—一般-010). 厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業, 2010

23) Sakamoto, N., Martin, R. G., Kumano, H., et al.: Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. *Int J Psychiatry Med*, 35 ; 191-198, 2005

24) 斎藤 環: 社会的ひきこもり—終わらない思春期. PHP 研究所, 東京, 1998

25) Teo, A. R., Gaw, A. C.: Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal?: A proposal for DSM-5. *J Nerv Ment Dis*, 198 ; 444-449, 2010

26) 渡辺 健: ひきこもりへの訪問カウンセリング. *臨床心理学*, 5 ; 289-291, 2005

27) 渡部京太: 不安障害, 不登校・ひきこもりとの関連を中心に. *小児科臨床*, 64 ; 871-879, 2011

**Introducing the First International Survey of Hikikomori  
: Does Hikikomori Exist Beyond Japan?**

Takahiro A. KATO<sup>1,2)</sup>, Masaru TATENO<sup>3)</sup>,  
Naotaka SHINFUKU<sup>4)</sup>, Shigenobu KANBA<sup>1)</sup>

1) *Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan,*

2) *Innovation Center for Medical Redox Navigation, Kyushu University, Fukuoka, Japan,*

3) *Department of Neuropsychiatry, Sapporo Medical University, Sapporo, Japan,*

4) *School of Human Sciences, Seinan Gakuin University, Fukuoka, Japan*

In this Japanese-language review paper, we briefly summarize the results of the first international survey of hikikomori, clarifying whether hikikomori exists beyond Japan, which was published in *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47 (7) : 1061-1075, 2012. In addition, we review the sociocultural background of hikikomori, and finally propose the possibility of hikikomori spreading beyond Japan based on global sociocultural changes owing to internet-related technologies.

<Authors' abstract>

<**Key words** : social withdrawal, culture-bound syndrome, Internet addiction, DSM-IV, globalization >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 韓国の青少年ひきこもりのインターネット過使用

李 吮知<sup>1)</sup>, 崔 太榮<sup>1)</sup>, 李 永植<sup>2)</sup>, 張 成萬<sup>3)</sup>

1) 大韓民国大邱広域市大邱カトリック大学病院精神科学教室, 2) 大韓民国ソウル特別市中央大学病院神経精神科学教室,

3) 大韓民国大邱広域市慶北大学病院精神科学教室

韓国と日本ではひきこもり状態にある若者たちの問題が1つの社会的問題として浮き上がった。この問題と共に韓国の小児・青少年のインターネット過使用の問題が深刻な社会的問題として出現した。この研究の目的は韓国のひきこもり青少年のインターネット過使用を調査することである。対象者はソウルと京畿地方の精神健康センターおよび精神科クリニックから紹介されたひきこもり青少年41名(男性31名, 女性10名, 平均年齢15±3.6年)である。対照群はソウルの中学・高校生248名である。インターネット過使用を測定するため Young Internet Addiction Scale (YIAS) を用いた。また、ひきこもり青少年 (Adolescent with Social withdrawal: ASW) と正常群での抑うつ・不安レベルを比較した。ASW 群は対照群に比べて友人の数が少なく、もっと多くの友人と付き合うことを願っていた ( $p=0.013$ )。ASW 群は対照群よりパソコン使用時間が長かった (1日 5.3±3.5時間 vs 1日 2.2±2.2時間  $p<0.001$ )。ASW では主にインターネットゲームのためパソコンを使用し、First Person Shooter (FPS) と Role-Playing Game (RPG) を好んだ。ASW は対照群に比べて抑うつ・不安レベルが統計的に有意に高かった。韓国ではまだ標準化されていないが、ASW の平均 YIAS 点数が対照群より高かった ( $p=0.008$ )。我々の研究で、ASW は対照群よりパソコン使用時間が2倍長く、インターネットゲームを主に行っていた。このような様子は韓国人 ASW でみられる独特な形であるかもしれない。しかし、この研究ではまだ、インターネット中毒のためひきこもるのか、それともひきこもるためインターネット中毒になるのかについては明確には明らかにされなかった。今後、ASW とインターネット中毒との関連性についての研究がさらに必要である。

<索引用語：ひきこもり, インターネット過使用, インターネット中毒>

## はじめに

インターネット中毒の世界的な有病率はヨーロッパで1~9%<sup>11,15,18,20,26)</sup>、中東アジアで1~12%<sup>12,8)</sup>、アジアで2~18%<sup>3,6,13,16,19,21~23)</sup>を示している。Goldberg<sup>9)</sup>とYoung<sup>24,25)</sup>によると広義のインターネット中毒の概念を物質依存≡行為中毒、インターネットの使いすぎ (problematic computer use or pathological computer use, 病的インターネット使用) と定義した。Davis<sup>5)</sup>は中毒より没入(執着)の概念に近いと提示した。韓国ではインターネット中毒≡ゲーム中毒の概念として用いられている。

韓国では特にインターネットゲーム中毒が問題視されていて、他の目的のためにインターネットを使用するよりゲームのための過剰な没入は中毒の傾向があると言われている。インターネットの使いすぎによる耐性と禁断の症状による現実生活への影響がある場合について、これが妥当性のある独立的な疾患なのかについてはまだ精神医学分野でも多くの疑問がある。

## I. インターネットおよびゲームについて

まずここでは2012年度に韓国の韓国ゲーム文化財団主催で開かれた会議での発表および討論内

容について紹介しておきたい。ビデオゲームが認知機能と行動様式に与える肯定的また否定的な影響について現在の理解度を高め、このような知識がどう社会復帰の目的として活用されるべきか知っておく必要がある。この分野の研究はまだはじめの段階であるためこれから数多くの主題と課題について専門家たちが勉強し、発展させていくべきである。人気のあるインターネットゲームの特徴についてまず述べてみると、ゲームの内容が全体的に攻撃的でゲームは攻撃性の噴出を許容して逆に強化する面があった。またインターネットゲームは行為の結果について持続的なフィードバックがあるため高いレベルの挫折に耐える必要がなかった。そしてゲームの達人になるためには視覚運動協調力は一般的に練習を重ねるほど、ゲームを通じて統制力と達成感などを経験でき、仲間と競争する機会を得ることができた。ゲームの肯定的な影響について述べてみると、ゲームをする子どもとしない子どもの学業達成率の差はなく仲間のなかでの付き合いや活動にも関連性はないといった事実が観察された。逆に青少年の社会的技術を促進し<sup>4)</sup>、視覚運動協調力、集中力、モチベーションを強化し、認知機能を昇進した<sup>10)</sup>。また競争、成就、対人関係での葛藤を威嚇的でない方式で反復的に制御できる機会を提供した。ゲームの否定的な影響について述べてみるとインターネットゲームを長くするほど社会的技術と学業へ悪い影響を与えることが示唆された<sup>7,27)</sup>。またインターネットゲームを多くする場合、対人関係の回避と孤立をもたらすことが明らかにされた<sup>17)</sup>。

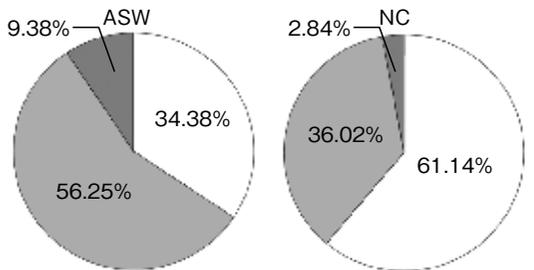
2011年度実態調査要約報告書<sup>12)</sup>によると、5~9歳の児童のインターネット中毒率は7.9%で、20~49歳の成人インターネット中毒率6.8%より高かった。これはインターネット文化の発達と関連はあるが青少年の特徴とも関連がある。このような青少年が成人になると現在よりもっと多くの問題をもたらす可能性が高いため再考する必要があるだろう。幼い頃からの初期対応が必要であり、家庭での親の役割が強調される。

## II. 韓国の青少年ひきこもりのインターネット過使用

韓国のひきこもり青少年のインターネット過使用を調査するため、ひきこもり青少年41名(男性31名、女性10名、平均年齢 $15 \pm 3.6$ 年)が募集された。対象者はソウルと京畿地方の精神健康センターおよび精神科クリニックから紹介された<sup>14)</sup>。対照群としてソウルの248名の中学・高校生も募集され、インターネット過使用を測定するため Young Internet Addiction Scale (YIAS) を用いた。また、ひきこもり青少年(adolescent with social withdrawal: ASW)と正常群での抑うつ・不安レベルを比較した。ASW群は対照群に比べて友人の数が少なく、もっと多くの友人と付き合うことを願っていた( $p=0.013$ )。ASW群は対照群よりパソコン使用時間が長かった(1日 $5.3 \pm 3.5$ 時間 vs 1日 $2.2 \pm 2.2$ 時間 $<p=0.001$ ; 図)。ASWでは主にインターネットゲームのためパソコンを使用し、一人称視点シューティングゲームとロールプレイングゲームを好んだ。ASWは対照群に比べて抑うつ・不安レベルが統計的に有意に高かった。韓国ではまだ標準化されていないが、ASWの平均YIAS点数が対照群より高かった( $p=0.008$ )。

### おわりに

青少年期の特徴とゲームの特徴についての知識を関連させてみるができるだろう。青少年はまだ確立されていないアイデンティティと家族からの独立—新しい仲間関係を持ち、社会的関係への熱望と親しさへの熱望があり、新しく感覚的な刺激を追求し、度重なる挫折と制限、情緒的激動を経験する。したがって家族の問題がとても重要であり、親の不在や親の精神病理などが青少年インターネット中毒へ大きく関与する。また対人関係の問題がある場合もインターネット中毒に陥る可能性が高い。ひきこもりの青少年は実際友人を作ることができずオンライン空間で仮想的な友人との付き合いを最重視する。韓国で青少年インターネット中毒は重要な社会的問題として浮き上



□ 0-39 (Normal group) ■ 40-69 (Risk group) ▨ beyond (Addiction group)

図 Comparison of Young Internet Addiction Scale score between ASW and NC.

Abbreviations: ASW, Adolescent with Social Withdrawal; NC, Normal Controls;  $p=0.008$

がっているこのような現状で、親—子供葛藤問題と登校拒否の原因はインターネット使用に関するとも考えられるだろう。

また韓国はIT強国のイメージがある。韓国の特徴的な環境要因により、多くの教育を幼い頃からインターネットを通して行っている。したがって他国よりもインターネット使用が許容的である。また韓国青少年は学業に対するストレス度が高い。しかしこのようなストレスを解消する方法が足りない。ここでインターネットゲームに向かうのであるが、家にハイスペックのパソコンがなくてもインターネットカフェで安い金額でゲームに適合したハイスペックのパソコンを利用することが自由にできる。他国でも韓国のようなインターネット環境が整えば同じような問題が生じると予想できる。

我々の研究で、ASWは対照群よりパソコン使用時間が2倍長く、インターネットゲームを主に行っていた。このような様子は韓国人ASWで見られる独特な形であるかもしれない。また、この研究ではまだ、インターネット中毒のためひきこもるのか、それともひきこもるためインターネット中毒になるのかについては明確には明らかにされなかった。今後、ASWとインターネット中毒との関連性についての研究がさらに必要である。

## 通 知

この論文は札幌で開かれた108回日本精神神経学会

学術総会シンポジウムで発表された。論文の内容の一部はPsychiatry and clinical neurosciencesに投稿中<sup>14)</sup>である。

## 文 献

- 1) Canan, F., Ataoglu, A., Nichols, L. A., et al.: Evaluation of psychometric properties of the internet addiction scale in a sample of Turkish high school students. *Cyberpsychol Behav Soc Netw*, 13 (3); 317-320, 2010
- 2) Canbaz, S., Sunter, A. T., Peksen, Y., et al.: Prevalence of the pathological internet use in a sample of Turkish school adolescents. *Iranian J Publ Health*, 38 (4); 64-71, 2009
- 3) Cao, F., Su, L.: Internet addiction among Chinese adolescents; prevalence and psychological features. *Child Care Health Dev*, 33 (3); 275-281, 2007
- 4) Creasey, G. I., Myers, B. J.: Video games and children: Effects in leisure activities, schoolwork and peer involvement. *Merrill-Palmer Quart*, 32; 251-262, 1986
- 5) Davis, J. S.: The Governance of Urban Regeneration; A Critique of the Governing Without Government Thesis. *Public Administration*, 80 (2); 301-322, 2002
- 6) Deng, Y. X., Hu, M., Hu, G. Q., et al.: An investigation on the prevalence of internet addiction disorder in middle school students of Hunan province. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 28 (5); 445-448, 2007
- 7) Egli, E. A., Meyers, L. S.: The role of video game playing in adolescent life; Is there reason to be concerned? *Bulletin of the Psychonomic Society*, 22 (4); 309-312, 1984
- 8) Ghassemzadeh, L., Shahraray, M., Moradi, A.: Prevalence of internet addiction and comparison of internet addicts and non-addicts in Iranian high schools. *Cyberpsychol Behav*, 11 (6); 731-733, 2008
- 9) Goldberg, I.: Internet Addiction. Electronic message posted to research discussion list. Available from URL: <http://www.rider.edu/~suler/psy cyber/supportgp.html>, 1996
- 10) Greenfield, P.: Computer games and cognitive skills. In video games and human development, A research agenda for the 80's Cambridge. Harvard Graduate School of Education, p.19-24, 1983
- 11) Kaltiala-Heino, R., Lintonen, T., Rimpela, A.:

Internet addiction, Potentially problematic use of the Internet in a population of 12-18 year-old adolescents. *Addiction Res Theory*, 12 (1) ; 89-96, 2004

12) 韓国情報過振興院 2011 インターネット中毒実態調査要約報告書 (<http://www.gameculture.or.kr>)

13) Ko, C. H., Yen, J. Y., Yen, C. F., et al.: Factors predictive for incidence and remission of internet addiction in young adolescents : a prospective study. *Cyberpsychol Behav*, 10 (4) ; 545-551, 2007

14) Lee, Y. S., Lee, J. Y., Choi, T. Y., et al.: Home Visitation Program for Detecting, Evaluating and Treating Socially Withdrawn Youth in Korea, Psychiatry and clinical neurosciences. Under review

15) Pallanti, S., Bernardi, S., Quercioli, L.: The Shorter PROMIS Questionnaire and the Internet Addiction Scale in the assessment of multiple addictions in a high-school population ; prevalence and related disability. *CNS Spectr*, 11 (12) ; 966-974, 2006

16) Park, S. K., Kim, J. Y., Cho, C. B.: Prevalence of internet addiction and correlations with family factors among South Korean adolescents. *Adolescence*, 43(172) ; 895-909, 2008

17) 青少年と電子ゲーム, 青少年対話の広場, p.9-15, 1993 [ゲーム文化財団 (韓国)]

18) Siomos, K. E., Dafouli, E. D., Braimiotis, D. A., et al.: Internet addiction among Greek adolescent students. *Cyberpsychol Behav*, 11 (6) ; 653-657, 2008

19) Song, X. Q., Zheng, L., Li, Y., et al.: Status of 'internet addiction disorder' (IAD) and its risk factors among first-grade junior students in Wuhan. *Zhonghua*

*Liu Xing Bing Xue Za Zhi*, 31 (1) ; 14-17, 2010

20) Villella, C., Martinotti, G., Di Nicola, M., et al.: Behavioural addictions in adolescents and young adults ; results from a prevalence study. *J Gambl Stud*, 27 ; 203-214, 2011

21) Wang, Y. L., Wang, J. P., Fu, D. D.: Epidemiological investigation on internet addiction among internet users in elementary and middle school students. *Chin Mental Health J*, 22 (9) ; 678-682, 2008

22) Wu, J., Lin, G., Lin, L.: Analysis of the situation of internet use and the related health-risky behaviors among the youngsters in Guangzhou City. *J Trop Med (Guangzhou)*, 7 (8) ; 816-818, 2007

23) Xu, J., Shen, L. X., Yan, C. H., et al.: Internet addiction among Shanghai adolescents ; prevalence and epidemiological features. *Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi*, 42 (10) ; 735-738, 2008

24) Young, K. S.: Internet addiction. The emergence of a new clinical disorder, 104th annual meeting of the American Psychological Association, 1996

25) Young, K. S.: Psychology of computer use ; XL. Addictive use of the Internet ; a case that breaks the stereotype. *Psychol Rep*, 79 (3 Pt 1) ; 899-902, 1996

26) Zboralski, K., Orzechowska, A., Talarowska, M., et al.: The prevalence of computer and internet addiction among pupils. *Postepy Hig Med Dosw (Online)*, 63 ; 8-12, 2009

27) Zimbardo, P.: Understanding psychological man. A state of the science report. *Psychol Today*, 16 ; 15, 1982

## Problematic Internet Use in Korean Adolescents with Social withdrawal

Yoon Ji Lee<sup>1)</sup>, Tae Young Choi<sup>1)</sup>, Young Sik Lee<sup>2)</sup>,  
Sung Man Chang,<sup>3)</sup>

1) *Department of Psychiatry, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, South Korea,*

2) *Department of Psychiatry, Chung Ang University College of Medicine, Seoul, South Korea,*

3) *Department of Psychiatry, Kyungbook National University School of Medicine, Daegu, South Korea*

The problem of hikikomori is an important social issue in Japan and Korea. Together with this, excessive Internet use by young Korean children and youths is emerging as a serious social issue. This study aimed to investigate problematic Internet use in Korean adolescents with social withdrawal.

The 41 participants (31 males, 10 females, mean age :  $15 \pm 3.6$  years) were adolescents with social withdrawal. They were selected from mental health centers and psychiatric clinics around Seoul and Gyeonggi Province. We also recruited 248 middle and high school students in the Seoul metropolitan area as a control group. In order to estimate problematic Internet use, we used the Young Internet Addiction Scale (YIAS). Also, we investigated the depression and anxiety level compared to Adolescents with Social withdrawal (ASW) and normal controls.

The ASW group had significantly fewer friends now than they had in the past and wanted a greater number of friends than the control group ( $p=0.013$ ). ASW participants showed a longer daily use of a computer than the control group ( $5.3 \pm 3.5$  vs.  $2.2 \pm 2.2$  hours daily, respectively ;  $p < 0.001$ ). The ASW group used computers for playing Internet games, and their preferred game type was first person shooter (FPS) and role-playing games (RPGs). The ASWs had significantly higher scores in depression and anxiety scales than controls. Although it has yet to be standardized for Korea, the ASWs' mean YIAS was higher than that of controls ( $p=0.008$ ).

In our study, ASWs' daily computer use time was twice as long as that of normal controls, and their main use for the computer was Internet gaming. This might be a unique feature of Korean ASW. However, the present study did not elucidate whether Internet addiction is a primary reason for or secondary result of social withdrawal. Further studies on the relationship between ASW and Internet addiction are needed.

< Authors' abstract >

< Key words : social withdrawal, excessive internet use, internet addiction >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Home Visitation Program for Managing Korean Hikikomori

Tae Young Choi<sup>1)</sup>, Young Sik Lee<sup>2)</sup>

1) Department of Psychiatry, Catholic University of Daegu School of Medicine, Daegu, South Korea,

2) Department of Psychiatry, Chung Ang University College of Medicine, Seoul, South Korea

The problems of hikikomori became a hot social issue in Japan in the 1990s. In the early 2000s in Korea, social attention began to focus on Korean hikikomori. Unfortunately, the current nosology in DSM-IV may not adequately capture the concept of hikikomori, to use the Japanese term. This article aimed to introduce a home visitation program for and suggest the characteristics of Korean hikikomori.

We carried out a home visitation program with caseworkers, and recruited 41 participants (31 males, 10 females, mean age :  $15 \pm 3.6$  years) who were consistent with our Korean hikikomori criteria. Also, 248 middle and high school students in Seoul were recruited as a baseline control group. Caseworkers interviewed the participants and their parents in their homes, using our structured interview manual and a number of psychiatric scales. Caseworkers also approached the participants therapeutically.

Korean hikikomoris were more depressive and more anxious than normal controls. Their mean number of psychotherapeutic sessions was 2.8, and the mean number of parental interview sessions was 3.4. After the therapeutic sessions, GAF scores and social activities improved somewhat in 68.3% of participants.

These findings suggest that hikikomori is a complex phenomenon, so an individual psychopathologic process is very important for management. The most difficult problem in hikikomori management was therapeutic access. Hence, the home visit approach with a structured manual may be good path for solving this problem.

<Key words : hikikomori, home visitation program, caseworker>

### I. Introduction

Hikikomori refers to those who cut themselves off from social communication with the outside world and stay all day long at home, even blocking off communication with family members. This phenomenon of adolescents is a very serious problem, especially considering that adolescence is a critical period for forming various interpersonal relationships. When hikikomori adolescents reach adulthood, they may become

susceptible to serious social problems, such as unemployment or, specifically, the status of NEET (: a young person who is not in education, employment or training).

During the mid-1990s in Japan, there was a sudden increase in the numbers of socially-withdrawn people, staying in their rooms. Many sociologists described it as a unique phenomenon, seen only in Japanese culture. Dr. Saito of Japan introduced the term “hikikomori (ひきこもり)”,

meaning “secluded person,” and defined such persons as those who stayed confined at home for more than 6 months without having an explicit psychological problem<sup>14)</sup>. In 2003, the Japanese Ministry of Health, Labour and Welfare officially defined hikikomori, and estimated that 1% (1.3 million) of Japan’s total population were hikikomori<sup>8)</sup>. Though hikikomori were first described in Japan, whether the phenomenon exists elsewhere remains unclear. Experts have debated as to whether hikikomori is a culture-bound syndrome specific to Japan or a syndrome that they can classify, using the criteria of ICD-10 or DSM-IV<sup>1,16,17)</sup>. Furthermore, some have already reported hikikomori-like phenomena in other countries, such as Oman, Spain, and Korea<sup>5,11,15)</sup>.

The Korean Broadcasting System (KBS) reported that the number of hikikomori in Korea may be 0.1 million<sup>10)</sup>, and a study estimated 15% of school refusal students were hikikomori<sup>19)</sup>. In In-depth 60 minutes, Korean and Japanese hikikomoris were introduced. That show introduced two Korean hikikomori cases. One has withdrawn to his room, has had no hair-cut for 4 years, and hides his face with his long hair. The other one is an Internet addict who has not gone out for 7 years. Since many Korean people watched that program, they were shocked at Korean hikikomoris. Due to this impact, the National Youth Commission and Youth Psychiatric Association began a co-campaign to help hikikomori.

The first systematic Korean study on hikikomori was entitled: “How can society support socially-maladapted, withdrawn adolescents?”, and was funded by the National Youth Commission<sup>7)</sup>. It involved a survey of 1,461 high school students, 2.3% of whom had experienced a state of social withdrawal, with less than one

person to talk to, and 0.3% of whom had experienced dropping out of school. Most of them revealed their major difficulties in peer relationships were due to poor social skills and bullying, low school achievement, the “worthlessness” of school life, and, finally, familial conflict.

The second project for socially-withdrawn adolescents was conducted in 2006, supported by the Korean National Youth Commission<sup>12)</sup>. The first study’s target population was a hikikomori latent or at-risk group, rather than core hikikomori, and the second study target was hikikomoris who were any youths under the age of 25 years who stayed at home all day, due to being severely socially withdrawn, for more than 3 months, and without a specific reason. Due to difficulties with meeting participants, a well-trained caseworker visited each participant’s home to interview both the participant and their parents.

## II. Home visitation program

The home visitation program team consisted of 65 mental health personnel: 34 well-trained caseworkers and 31 assistants. All caseworkers were female, and they worked at local mental health centers and general hospitals as social workers. We held 2 workshops for training caseworkers and assistants before beginning the visitation program. A visit team comprised a caseworker and an assistant, and they visited each home after the participants’ parents provided written informed consent. Whenever they visited a participant’s home, they interviewed the hikikomori and parents separately, and each interview session took about 1 hour. We created plans for 5 sessions of person-centered psychotherapy, while each caseworker conducted a structured interview, in accordance with the manual<sup>7)</sup>, at each participant’s first session. The

home visitation program was conducted as shown in Figure 1. Central head quarters made up the home-visit manual, and educated the caseworkers who would visit each hikikomori's home.

The participants were 65 people referred by 13 community mental health centers and several psychiatric clinics due to suspected hikikomori. The inclusion criteria for Korean hikikomori were as follows : socially-withdrawn, age under 25 years, refusal to attend school, unemployed, and mainly staying at home all day. Furthermore, these life patterns had to have lasted longer than 3 months without being due to any particular reasons. There are differences compared to Japanese hikikomori studies. Those of Japanese studies were of an older age and had a longer period of social withdrawal. For detecting pure hikikomori, we excluded major psychosis, affective disorder, pervasive developmental disorders (PDD), and mental retardation.

The hikikomori participants were 31 males (75.6%) and 10 females (24.4%). Their average age was  $16.5 \pm 3.8$  years for male and  $16.1 \pm 2.5$  years for female participants (Table 1). Of these participants, 16 (39.0%) had a family history of psychiatric diseases within tertiary relatives or closer, 7 (17.1%) had experienced some form of developmental delay, and 18 (43.9%) had experienced child abuse or neglect. Only 41.5% of them had been sociable early in life. Hikikomoris had hostile relationships with their family members, especially with their fathers. Before this program, 17 participants (41.5%) had undergone no therapeutic trial visits with counseling institutes or psychiatrists, 13 (31.7%) had only visited psychiatrists, 9 (22.0%) had visited both, and 2 (4.9%) had visited only counseling institutes.

Caseworkers held face-to-face interviews with each hikikomori an average of 2.8 (SD= 1.8) times and with each parent an average of

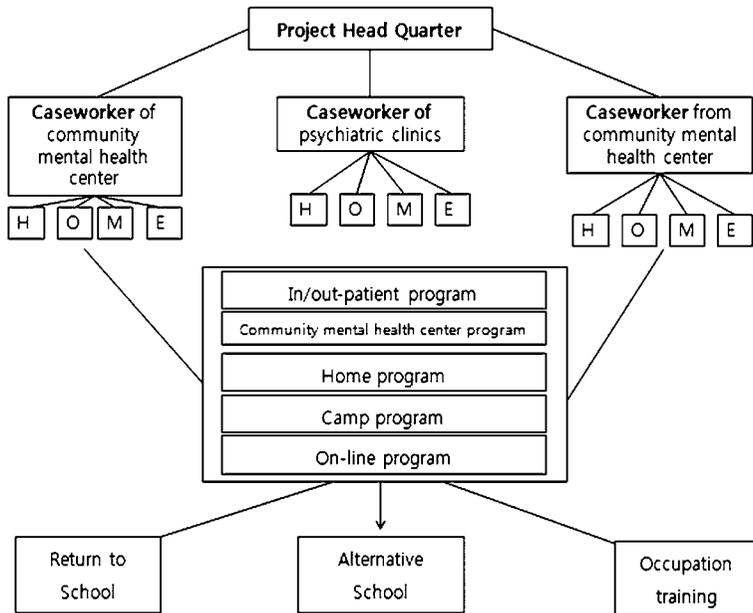


Figure 1 Schematic Illustration of Home Visitation Program for Korean hikikomori.

Table 1 Comparison of Socio-demographic data between Korean hikikomori and normal controls

| Value                     |                  | KH (N=41)<br>Number (%) | NC (N=239)<br>Number (%) | P-value |
|---------------------------|------------------|-------------------------|--------------------------|---------|
| Gender                    | Male             | 31 (75.6)               | 173 (72.4)               | 0.668   |
|                           | Female           | 10 (24.4)               | 66 (27.6)                |         |
| Age                       | Mean age (SD)    | 16.4 (3.5)              | 16.3 (1.5)               | 0.879   |
| Computer use              | Mean hours (SD)  | 5.2 (3.4)               | 2.2 (2.2)                | 0.000   |
| Experience of bullying    | Yes              | 19 (54.3)               | 31 (13.4)                | 0.000   |
|                           | No               | 16 (45.7)               | 200 (85.6)               |         |
| Socially withdrawn period | Mean months (SD) | 17.7 (28.6)             |                          |         |

Abbreviations : KH, Korean hikikomori ; NC, normal controls

3.4 (SD=1.75) times. Many interviews were difficult due to a hikikomori's refusal and/or uncooperative attitude. Satisfaction with the home visitation program was higher in the parent group than in the hikikomori group. The behavioral changes after these home visitations were as follows : 1) increased outdoor activities, 2) more family conversations, 3) increased interpersonal contacts, 4) improved family relationships, 5) spending more time outside, 6) increased participation in group activities, 7) returning to school, 8) acquiring part-time jobs, and 9) going to a private academy. Regarding the home visitation program, 75.6% of the parents, 48.7% of the caseworkers, and 43.9% of the participants had positive responses.

The caseworkers reported the following degrees of improvement : slightly improved, 51.2% ; no changes, 31.7% ; moderately improved, 14.6% ; and greatly improved, 2.4%. Participants' average GAF scores increased significantly after the home visitations (44.6 (SD=11.1) vs. 53.4 (SD=13.2), respectively ;  $p < 0.001$  ; Figure 2). However, 48.8% of the hikikomoris showed no change in the GAF score.

We initially designed 5 separate home visits for the therapeutic approach, but participants averaged 2 or 3 counseling visits, due to difficul-

ties in arranging their interviews. Just 1 or 2 more visits led to parents reporting greater satisfaction with the counseling. If participants had received more counseling, they might have experienced greater satisfaction. After their home visit counseling, most participants showed increased social activities and GAF score improvements, despite the counseling's short duration.

In summary, we found that there exists a kind of hikikomori who have a cooperative attitude toward this program, and show an increase in outdoor activities after participation in the program (Figure 3).

### III. The characteristics of Korean hikikomori

We also recruited a normal control group of 239 middle and high school students and their parents to compare with Korean hikikomoris and their parents. Of the 239 normal controls, 173 were male (72.4%) and 66 female (27.6%), showing no significant sex difference ( $p = 0.668$  ; Table 1).

The Korean hikikomori group had significantly fewer friends now than they had in the past and wanted a greater number of friends than the control group ( $p = 0.013$ ). In particular, 81.3% of hikikomori wanted more than 2

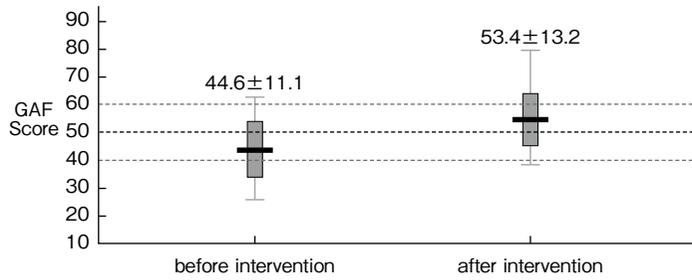


Figure 2 Change in GAF score of Hikikomori between before and after program.

Global Assessment Function score increased significantly after intervention ( $p < 0.001$ )

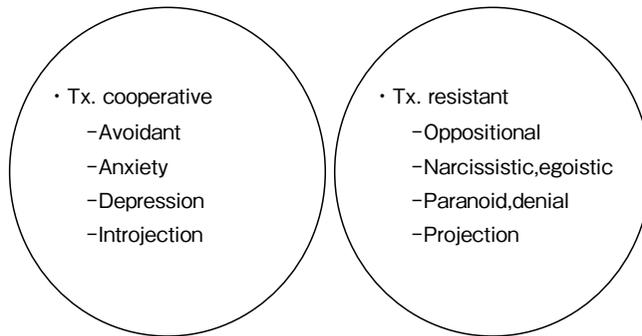


Figure 3 Suggested type of Korean hikikomori. Abbreviations: Tx, Treatment

friends ; however, 50% had no friends, and 75% had had no contact with anyone during the preceding week.

The average first time the hikikomoris reportedly wished to withdraw socially from others was during early middle school. Nineteen hikikomoris (54.3%) had experienced neglect, rejection, or bullying, 6 hikikomoris (17.1%) thought that bullying had directly caused their social withdrawal, and 7 hikikomoris (20.0%) thought that they would be in a different situation if someone had helped them at an earlier time. Korean hikikomoris had significantly higher scores for depression, anxiety, and Internet addiction than controls. Moreover, they had lower scores on the Self Esteem Scale.

To screen for mental disorders among hikikomoris, we surveyed their parents, using part of the simplified version of the DISC-IV. The common major or comorbid mental diseases were oppositional defiant disorder, social anxiety disorder, depression, PTSD, and Internet addiction (Figure 4). These were brief screening results, so a further diagnostic workup appears necessary.

In summary, we found that the putative factors of being hikikomori may include the following : male predominance, no friends, psychiatric family history, hostility toward father, bullying history, Internet addiction, ambivalent attitude to one's own situation, and depressed and anxious mood.

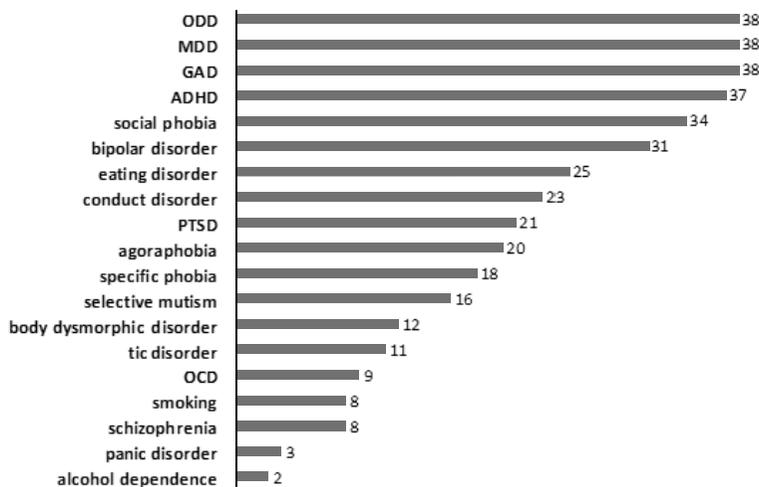


Figure 4 Possible comorbidity of Koean hikikomori diagnose by DISC-IV. ODD : Oppositional defiant disorder 反抗挑戦性障害, GAD : generalized anxiety disorder, MDD : Major depressive disorder 大うつ病性障害, ADHD : attention deficit hyperactivity disorder, PTSD : post-traumatic stress disorder, OCD : obsessive-compulsive disorder

#### IV. Discussion

The most challenging parts of the home visitation program were recruiting the hikikomori and selecting participants by means of our enrolling criteria. The number recruited was smaller than we expected, and we excluded one-third of the initial recruits due to not being severely withdrawn and/or having symptoms suggestive of psychiatric disease. The other difficulties were participants' resistance to home visits and interviews. However, through this home visitation program, we could comprehensively understand Korean hikikomori characteristics and examine the home visitation program's potential as a hikikomori management modality, despite the short duration of the program.

At present, clinically-defined social withdrawal or hikikomori has lacked diagnostic validity. In fact, the term "social withdrawal" does not automatically imply a pathological status. Short-term social withdrawal could be for resting, avoiding interference, or recharging

one's energy. However, long-term social withdrawal is an especially serious problem during youth. Hence, we defined Korean hikikomori as any youth under 25 years of age who stayed at home all day, due to being severely socially withdrawn, for more than 3 months, and without a specific reason. The definition of hikikomori in Korea requires a duration of "more than 3 months", while the definition<sup>14)</sup> of hikikomori in Japan requires "more than 6 months". Our recruited participants were younger than Japanese hikikomori would be. Therefore, although the duration of social withdrawal before diagnosis in adolescents is relatively shorter, as compared to adults, events such as school refusal by adolescents may have a profound negative impact on functional impairment in youths.

There are many theories about the reasons for social withdrawal in adolescence, which can be summarized as follows : the developmental outcome of a particular temperament<sup>4)</sup>; a behavioral index of the child's isolation, exclusion, or

rejection by a peer group<sup>2,6)</sup>; a preference for object manipulation and construction over social motivation<sup>3)</sup>; and the behavioral expression of internalized thoughts and feelings of social anxiety or depression<sup>18)</sup>. The results of our program were compatible with these theories, except for the preference for object manipulation over social motivation. Over 50% of Korean hikikomori had either passive or indifferent relationships with peers and parents in early life, which may correlate with the temperamental outcome of their present status. Also 56% of hikikomori had experienced school bullying, and most of the participants had evidence of one or more psychiatric diseases.

Currently, socially withdrawn groups are not well defined, classified, or categorized. In the DSM-IV and ICD-10 diagnostic systems, the phenomenon is a symptom rather than a syndrome or disorder<sup>13)</sup>. A previous Korean study used only a phenomenological description and classification based on the degree of withdrawal, without commenting on the mental disorder<sup>11)</sup>. However, from a treatment perspective, detecting or differentiating hikikomoris' mental disorders is very important.

Due to the many persons and families involved in hikikomori, the term is a well-known, social issue, although researchers had regarded it as a phenomenon unique to Japan. Several case reports have been published not only in Japan but also in other parts of Asia, Australia, and the U. S. A.<sup>9)</sup>

In conclusion, the most difficult problem in this hikikomori management was gaining therapeutic access to the participants. Therefore, we suggest that a home visitation approach, by well-trained caseworkers with structured manuals, is a good tool for solving this problem. Hikikomoris are a heterogeneous group with

many kinds of mental problem, so effectively aiding them requires the establishment of a therapeutic network between psychiatric clinics and community mental health centers.

#### Acknowledgements

This article was presented at the 108 JSPN annual meeting, Sapporo, Japan. Some of the contents of this article were extracted from a manuscript which is under review in PCN.

#### References

- 1) Borovoy, A.: Japan's hidden youths : mainstreaming the emotionally distressed in Japan. *Cult Med Psychiatry*, 32 (4) ; 552-576, 2008
- 2) Boivin, M., Hymel, S.: Peer experiences and social self-perceptions : a sequential model. *Dev Psychol*, 33 (1) ; 135-145, 1997
- 3) Coplan, R. J., Prakash, K., O'Neil, K., et al : Do you "want" to play? Distinguishing between conflicted shyness and social disinterest in early childhood. *Dev psychol*, 40 (2) ; 244-258, 2004
- 4) Fox, N. A., Henderson, H. A., Marshall, P. J., et al.: Behavioral inhibition : linking biology and behavior within a developmental framework. *Annu Rev Psychol*, 56 ; 235-262, 2005
- 5) Garcia-Campayo, J., Alda, M., Sobradie, N., et al.: [A case report of hikikomori in Spain]. *Med Clin (Barc)*, 129 (8) ; 318-319, 2007
- 6) Gazelle, H., Rudolph, K. D.: Moving toward and away from the world : social approach and avoidance trajectories in anxious solitary youth. *Child Dev*, 75 (3) ; 829-849, 2004
- 7) Hwang, S. K., Yeo, I. S.: Support Plan for Socially Maladaptive Adolescents. In : *Communication NY*, ed : Sin-il Co., 2005
- 8) Itou, J.: Guideline on Mental Health Activities in Communities for Social Withdrawal (Shakaiteki Hikikomori Wo Meguru Tiiki Seisin Hoken Katudou No Guide-line). Tokyo : Ministry of Health L, and Welfare, ed 2003
- 9) Kato, T. A., Tateno, M., Shinfuku, N., et al.: Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation.

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 47 ; 1061-1075, 2012

10) Lee, H. R.: I want to go out. 2005

11) Lee, K. M., Koo, J. G., Kim, E. J., et al.: The Psychosocial Characteristics of Oiettolie Adolescents. Korean J Counsel Psychother, 13 (1) ; 147-162, 2001

12) Lee, Y. S., Lee, J. Y., Choi, T. Y., et al.: Home Visitation Program for Detecting, Evaluating and Treating Socially Withdrawn Youth in Korea. Psychiatry and Clinical Neurosciences, under review (in press)

13) Rubin, K. H., Coplan, R. J., Bowker, J. C.: Social withdrawal in childhood. Annu Rev Psychol, 60 ; 141-171, 2009

14) Saitō, T.: Social Withdrawal (Shakaiteki Hikikomori). Tokyo, PHP Kenkyuujo, 1998

15) Sakamoto, N., Martin, R. G., Kumano, H., et al.:

Hikikomori, is it a culture-reactive or culture-bound syndrome? Nidotherapy and a clinical vignette from Oman. Int J Psychiatry Med, 35 (2) ; 191-198, 2005

16) Teo, A. R.: A new form of social withdrawal in Japan : a review of hikikomori. Int J Soc Psychiatry, 56 (2) ; 178-185, 2010

17) Teo, A. R., Gaw, A. C.: Hikikomori, a Japanese culture-bound syndrome of social withdrawal? : A proposal for DSM-5. J Nerv Ment Dis, 198 (6) ; 444-449, 2010

18) Vasa R. A., Pine D. S.: Anxiety disorders. Essau C. A., ed. Child and Adolescent Psychopathology : Theoretical and Clinical Implications. Routledge/Taylor & Francis, New York, p.78-112, 2006

19) Yeo, I. S.: Korean Hikikomori (Oiettolie Adolescents) : Wisdom Co., 2005

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 都会地の病院における精神科デイ・ケア

澤 温  
(さわ病院)

デイ・ケアは地域の中で社会的治療を行う大きなツールであり、また生活リズムの維持を中心として服薬遵守につながり再発を予防する、状態が揺れていても早期退院、状態が揺れていても入院させないで地域でサポートし入院防止、地域生活の維持につながるなどがあげられる。デイ・ケアと訪問看護とともに入院期間も入院回数も著明に減少することについては以前に報告したが、地域移行が叫ばれる中、デイ・ケアは訪問看護と同様極めて重要な役割を持っている。ただし医療へのアクセスが24時間保証されていることが重要である。重症者の地域ケアを進めると、気をつけないと病院周辺が特殊な地域になって一般住民に過度の負担を強いてしまうことがあるので注意を要する。

都会地の病院における精神科デイ・ケアを考えると、都会地の特徴では、①アクセスがよいこと、②人口が多いこと、③他の日中活動サービスの選択肢が多いことがあげられる。さわ病院でのデイ・ケアの発展と現状はこの特徴を顕著に反映している。

<索引用語：デイ・ケア，都会地，精神福祉サービス>

## はじめに

今回のシンポジウムのテーマは、都会地の病院における精神科デイ・ケアである。都会地に対峙するのは地方都市であり、病院に対峙するのは診療所となるのであろう。この2点を比較の対象としてデイ・ケアのあり方、意味について述べてみたい。

## I. デイ・ケアの意味

デイ・ケアは地域の中で社会的治療を行う大きなツールであり、その内容としては、①スタッフや患者同士の交流、②身体的活動、③知的活動を

通じて、自信や自尊心の回復、④生活リズムの維持、⑤疾患への構え方の獲得、⑥疾患や障害を持ちながらも、できるだけ満足度の高い地域生活を長く続けることに大きな効果を発揮する。社会的治療の他には、生活リズムの維持を中心として服薬遵守につながり再発を予防する、揺れていても早期退院、揺れていても入院させないで地域でサポートし入院防止、地域生活の維持につながるなどがあり、地域移行が叫ばれる中、デイ・ケアは極めて重要な役割を持っている。

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 精神科デイケア治療のエビデンスと医療経済 コーディネーター：関 健（社会医療法人城西医療財団城西病院）

## II. 医療的サポートと入院期間

デイ・ケアは1974年に診療報酬で認められるようになった。また訪問看護は1986年に診療報酬で認められたが、当時は月に2回までしか診療報酬で認めないというお粗末なサポートしか考えられていなかった。しかし、デイ・ケアも訪問看護も、揺れていても早期退院に、また揺れていても入院防止に有効であると考えられ、その後訪問看護は1988年に週2回まで、1994年には週3回まで認められ、2006年には退院後3ヵ月以内は週5回まで、2008年には急性増悪時は7日に限って毎日訪問できるようにになった。デイ・ケアと訪問看護の連動で入院期間も入院回数も著明に減少することについては以前に報告した<sup>1)</sup>。

## III. 地域サポートの中のデイ・ケアの位置づけ

地域サポートの多くのツールの中で、デイ・ケアは重要であるが、デイ・ケアだけでなく多くのツールが共同して大きな意味を持つ。以前から筆者は「精神障害者が地域生活を送るための4つの要素<sup>2)</sup>」を提唱してきた。これは2004年の「精神保健医療の改革ビジョン」でもあげられているので普遍的なものといえよう。

すなわち、①住まう場（グループホーム、ケアホーム、アパートなど）、②活動する場とプログラム [デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、保健所のグループワーク、作業所、就労移行支援事業、就労継続支援事業（A、B）、一般就労]、③サポートする人々とその連携（国家資格を持った専門家、すなわち医師、看護師、精神保健福祉士、作業療法士、栄養士など、ヘルパー、ボランティア）、④地域の人々の理解と受容（これは、どの方法と言えず、それぞれの地域での工夫が必要とされるが、自然なふれ合いの中でできることが多い。しかし 小さなトラブルは話し合いの機会を増やし役立つが、近隣へ恐怖感などを与える大きなトラブルは後退させる）である。

この中でデイ・ケアは、②活動する場とプログラムに当たるが、③も大きく関係している。デイ・ケアは週5日まで認められているが、実際に

は5日全部来る人もあるが、ショート・ケアと組み合わせたり、他の活動メニューと組み合わせたり、自主的に身の回りのことをする時間、習い事をする時間などと組み合わせる人もいるので、通常登録者数と、1日平均通所者数の間には開きがあるのが当然である。特に都会地では他の選択肢が多いのでこの現象は起こりやすい。

これは望ましい反面、運営側では1日通所者数を予想できなかつたり、週1回くらい利用する人ではその他の日の行動が見えず、まれに1週後來ないことで連絡しても連絡がつかなくて行ってみると死亡しているなどということもあるのでむずかしい。

④については、筆者の法人で、夜間受け入れる精神科病床の全くない大阪市（人口260万人）に、20kmほど離れた豊中市から50床を移して2008年に精神科救急を行える病院を作ったが、これまでまったく精神科のことがわからない地域に突然作ったため大反対がおり、閉鎖の病棟はなんとか作れたが、精神科デイ・ケアのように、地域住民の言葉を借りれば「病院の周囲で患者をうろろさせるな」という理解のない状況では作れず、まず誰にでも関係する重度認知症患者デイ・ケアからスタートした。このように病院設立や移転でも反対が起こるが、デイ・ケアとなると活動の場が地域に広がるため地域の人々の理解と受容がなければ開くこともできない。ちなみにこの4年で、大きな事故もなく、地域活動にも参加し、また皮肉なことに、東日本大震災による津波以後、海拔0メートル以下の病院周辺地域から見ると病院の建物は避難場所にもなり受け入れは高まったので今後デイ・ケアが開けるのではないかと思っている。これは大阪市という特殊な地域の問題でもあるが、地縁のない大都市で起こる問題であろう。

## IV. 個々人への具体的サポートのあり方と デイ・ケアの位置づけ

さわか病院ではグループホームを1991年に開設した。当時から2週ごとに関係職種のスタッフが集まり、法人直轄の住居で地域で生活している

人、これからする予定の人について、以下の項目で評価をして、足りないものはなにか、何を補えばよいかを検討してきてまもなく500回を迎える。

この項目は、「しやかいふつき」の7項目である。すなわち、「し」：しゃかい的行動（強い不安や恐怖を与える非社会的行動と反社会的行動がないこと、どこへ行ってしまうかわからないことはないこと、「や」：やりくりを意味する経済管理、「か」：かつどうを意味する生活リズム管理、「い」：いんしょくを意味する栄養管理、「ふ」：ふくやくを意味する治療管理、「つ」：つきあいを意味する対人関係、「き」：きれいさを意味する保清（掃除、洗濯、入浴）であるが、最初の「し」が1ヵ月以内に解決できないと地域生活はまだ無理と考え、以下の6項目の評価はしない<sup>35)</sup>。この最終評価表は、介護保険制度が始まって、認知症の人の評価が低くなり支援を受けられないことがあったため、自立支援法の障害程度区分を決める時に同じように精神障害者の評価が低く評価されないように、日本精神科病院協会で精神障害者の評価に適したアセスメントツールを作るというプロジェクトによりいくつかの病院のスタッフと協議して、以前から使ってきた7項目について新たに評価段階をつけた。これは現在自立支援法の障害程度区分を決める時の、医師の意見書の中の「生活障害評価」で使われている。

デイ・ケアは「か」活動にあたるが、「い」飲食、「ふ」服薬、「つ」対人関係にも大きく関係している。

#### V. 都会地の病院における精神科デイ・ケア

今回の筆者に与えられたテーマは都会地の病院における精神科デイ・ケアであるが、都会地に対するのは地方都市、精神科病院に対するのは診療所、そしてデイ・ケア（部分入院）に対するのは（長期）入院治療と言っているのだろう。

まず都会地の特徴であるが、①アクセスがよいこと、②人口が多いことがあげられる。また、先に述べたように、③都会地では他の日中活動サービスの選択肢が多いこと、④病院でのデイ・ケア

が病院敷地内だけに留まらないと、地縁がないので、時に活動に反対する住民が出てくる。

精神科病院と診療所の差では、①病院のデイ・ケア通所者のほうが比較的重い人が多いなど症状の軽重、②診療所でも偏りはあるが、全体としては病院デイ・ケアのほうが比較的統合失調症患者が多いなど通所者の疾患における統合失調症の比率の差、③病院デイ・ケアのほうが、他の日中活動を使える人が少ないなど日中活動患者数の日々の変動の差があるだろう。

デイ・ケア（部分入院）と（長期）入院治療との差では、①デイ・ケアのほうが周囲との接触が多いなど地域との接触の差、②（長期）入院治療のほうが比較的に症状が重いなど症状の軽重の差、③（長期）入院患者は比較的慢性の人が多いなど疾患の時期の差、④（長期）入院患者数は変動が少ないなど患者数の日々の変動の差があげられる。

#### VI. 都会地の精神科病院のデイ・ケアの役割と特徴

精神科病院のデイ・ケアの役割と特徴は、長期入院していた統合失調症の患者で症状の少し重い人を地域との接触の中でみていくための最もふさわしいツールといえる。そして入院施設もあるので、外来でぎりぎりまで無理なくみていけ、夜間・休日にはいざという時に救急体制があり、さらに訪問看護を始めとするアウトリーチサービスがあれば、さらにぎりぎりまで外来でみていける。言い換えると、入院患者を地域にシフトしてデイ・ケアや訪問看護でみていくことは、地域に入院中のサービス機能を持ち出したと言ってよいだろう<sup>4)</sup>。ただこの方向性を進めると、病院周辺に重症な患者が引っ越して居住し、集まる可能性はあり、病院周辺の一般住民にのみ負担を強いる可能性がある。これは医療観察法の指定通院医療機関になると、より顕著になる。

ここで都会地ということを含めると、アクセスのよさで退院患者の多くが通い、患者対看護師比率は入院より下がるため、減床して病棟の看護師比率を上げるのにも役立つといえる。（療養病棟

を作って他病棟での看護師比率を上げるよりよい).

Ⅶ. さわ病院でのデイ・ケアの歴史と現状

さわ病院は人口 39 万人で大阪府の中心の大阪

梅田から電車で 15 分の豊中市に位置している。

さわ病院は 1953 年に開設されたが、デイ・ケアを開設した 86 年は定床が 603 床であったが、デイ・ケアの開設とともに減床していった。現在デイ・ケアの通所者はデイ・ナイト・ケアを含んで登録数で 385 人で毎日の平均通所者数はその半数の約 180~190 人である。歴史的には共同作業所 (87 年開設)、授産施設 (89 年開設)、授産施設のデイ・ケアへの組み込み (93 年)、などを経て、

表1 デイ・ケアの各グループの特徴

| A グループ<br>(AFTER CARE)   | B グループ<br>(BETTER LIFE)   | C グループ<br>(COMMUNITY LIFE)   |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>導入のグループ</li> <li>主にはじめてデイケアを利用される方が対象</li> <li>治療の継続や疾患の理解を深め、次のステップへの土台作りから就労支援までを目的としている</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>次の目的のためにステップアップを図る</li> <li>A グループにて 6 ヶ月以上経過した利用者や再入所の方が対象</li> <li>役割や働く体験、仲間作りなどから生活目標がもてることを目的としている</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>より一層の自立した生活を目指す</li> <li>主に 60 歳以上の方が対象</li> <li>病状の細やかなチェックで再発の防止や楽しむ体験・生きがい作りで QOL の向上を図ることから看取りまでを目的としている</li> </ul> |

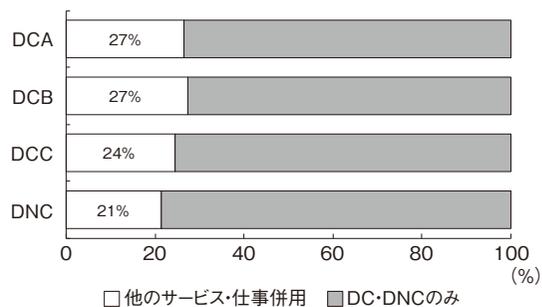


図2 他のサービス・仕事併用者登録者数 (DCA:113名, DCB:146名, DCC:98名, DNC:28名)

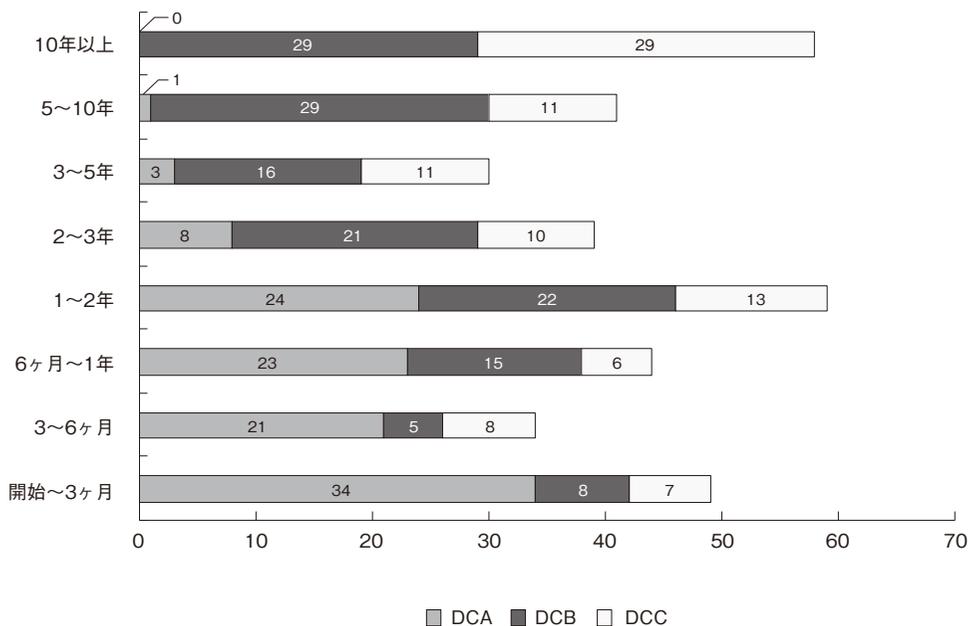
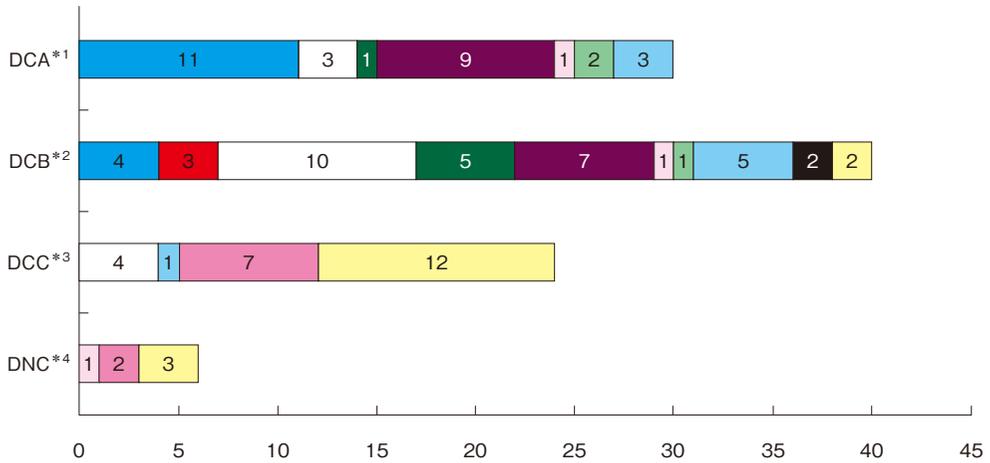
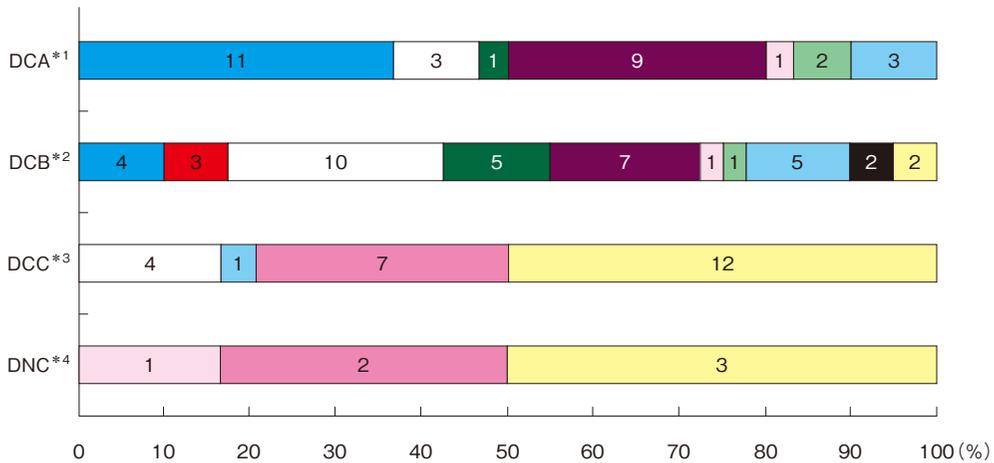


図1 さわ病院デイ・ケア利用者の通所期間



a



b

- 仕事 (外部)
- 仕事 (自営)
- 仕事 (法人内)
- 就労移行支援事業
- 就労継続支援B型
- 他の就労支援事業
- 学校
- 作業所
- その他
- デイサービス
- ヘルパー
- その他

図3 サービス・仕事併用者の内訳

- \*1 DCA 参加者平均4月: 25.5名 (併用者 30名, 登録者 113名)
  - \*2 DCB 参加者平均4月: 59.7名 (併用者 40名, 登録者 146名)
  - \*3 DCC 参加者平均4月: 56.1名 (併用者 24名, 登録者 98名)
  - \*4 DNC 参加者平均4月: 23.3名 (併用者 6名, 登録者 28名)
- (2012年5月20日現在)

現在はA, B, Cグループ (単位としては4単位) およびデイ・ナイト・ケアに分けてケアを行っている。基本的には6ヵ月毎に評価をしてグループの移動, 終了を行っている (表1)。図1に示すように, 利用者の通所期間には3つのピークがある。

開始から3ヵ月と, 1~2年と, 10年以上である。最初の群はAグループ利用者が多く, 次の群はA, Bグループがほぼ同じで, 最後の群はB, Cグループがほぼ同数である点である。

96年から1日の平均通所者数はあまり変わって

表2 さわ病院デイ・ケア通所者の状況

| 通所回数    |      | 通所にかかる時間     |      |
|---------|------|--------------|------|
| 週5日     | 143人 | 15分以内        | 174人 |
| 4日      | 39人  | 15～30分       | 92人  |
| 3日      | 49人  | 30～45分       | 47人  |
| 2日      | 50人  | 45～60分       | 41人  |
| 1日      | 54人  | 60～90分       | 17人  |
| それ以下    | 41人  | それ以上         | 4人   |
| 居住状況    |      | 通所にかかる費用（片道） |      |
| 病院関連の施設 | 66人  | 費用なし         | 267人 |
| 単身の住居   | 154人 | 0～200円まで     | 39人  |
| 家族と同居   | 155人 | 201～300円まで   | 36人  |
| 交通手段    |      | 301～400円まで   | 8人   |
|         |      | 401～500円まで   | 18人  |
| 徒歩      | 172人 | 501～600円まで   | 4人   |
| 自転車     | 89人  | 601～700円まで   | 0人   |
| 電車      | 77人  | 701～800円まで   | 3人   |
| バス      | 20人  |              |      |
| バス+電車   | 10人  |              |      |
| その他     | 7人   |              |      |

いない。これは登録者数は増えても、毎日デイ・ケアを利用するのでなく、他の活動メニューの利用が増えているからである。これについては図2、3に示した。Aグループは外部の仕事や家庭の自営仕事に就くものが多く、Bグループでは医療法人内のパート仕事（食養課の配膳や洗浄および高齢者への配食サービスなど）に就くものが多く、Cグループになると高齢者が多く、デイサービスとの併用をするものが多い。

デイ・ケア通所者の通所回数、居住状況、交通手段、通所にかかる時間、通所にかかる費用（片道）について表2に示した。

通所回数は週5日利用者が143人であるが通所者のほぼ半数で残りの半数は4日以下であった。居住状況は、病院関連の施設66人、単身の住居154人、家族と同居155人であった。交通手段では、徒歩172人、自転車89人、電車77人であった。登録者の半数近くは15分以内で通所できる状況であった。登録者の約70%は通所にかかる費用は必要なかった。

以上よりさわ病院のデイ・ケアは先に述べた都会地のデイ・ケアの特徴、すなわちアクセスがよ

い、他のサービスメニューを利用しやすいを顕著に示していた。

### Ⅷ. デイ・ケア運営の変化の方向性

今後のデイ・ケア運営の変化の方向性を考えると次の6点が考えられる。①利用が減る方向への努力が必要とされる、②通所者が多いと「機能分化」ができる、③他のサービスを利用するなど、利用者数は安定しないのが本来だが、経営的には安定数が確保されるのがよいという苦労がある、④病床の変革に応じて変化するので変革には人的、経済的、スペース的な苦労が多い、⑤長期的には参加者の年齢が変わって身体的な問題も出てくるなど、内容も変える必要がある、⑥周囲のサービスが増えればデイ・ケアの必要性、利用数が変わる。

地域化が国で提唱されたのが93年で約20年になるが、これからさらに改革をするなら、上記のような問題はクリアできるようにできれば地域化は進まないであろう。

### まとめ

デイ・ケアの今後を特に都会地のデイ・ケアの視点で考えると、デイ・ケアは社会的入院の解消のみでなく、相当重症な患者でも問題行動がない限り、病院機能の代用となりうると考えられる（極端に言えば慢性の開放病棟は置き換えられる）が、特に都会地ではアクセスのよさが医療とのアクセスのよさにつながって地域ケアが容易である。ただし医療へのアクセスが24時間保証されていることが重要である。他のサービス、特に訪問看護を中心とするアウトリーチサービスと組めば、完全に開放病棟に置き換わり、本人も周囲も地域の生活者のままで治療を受けながら生活できるようになる。訪問看護も都会地では割合訪問時間が少なくてよいので効率的である。都会地のみではないが地域特性、他のサービスの発展、患者の病期による症状の変化、患者の特性の年齢変化などから随時改変を要求されるというダイナミックな変化を要求されている。最後に重症者の地域

ケアを進めると、気をつけないと病院周辺は特殊な地域になって一般住民に過度の負担を強いてしまうことがあるので注意を要する。

#### 文 献

- 1) 澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討. 精神経誌, 93;1042-1052, 1991
- 2) 澤 温：社会復帰施設と福祉. 日精協誌, 14;24-

29, 1995

3) 澤 温, 井上英治, 藤本圭子ほか：精神障害者のサバイバル的社会復帰のための簡便スケール“しゃかいふつき”について. 病院・地域精神医学, 42;255-258, 1999

4) 澤 温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか. 日本外来精神医療学会誌, 3;7-16, 2003

5) 澤 温：相談支援事業について. 日精協誌, 25;61-70, 2006

---

## Psychiatric Daycare in an Urban Setting

Yutaka SAWA

*Sawa Hospital*

Psychiatric daycare is an important tool for social treatment in the community. It helps prevent the recurrence of acute illness and re-hospitalization. It reinforces medication compliance through the maintenance of a daily rhythm. It also helps maintain community life for longer both by making early hospital discharges possible and preventing hospitalization, although this sometimes varies. The effects of daycare and nursing visits were reported. Both the duration of hospitalization and number of hospitalizations decreased. Daycare plays an extremely important role similar to nursing visits in the transition from long-term hospitalization to treatment in the community. However, it is also important that access to medical care is guaranteed to be available twenty-four hours a day. When pushing forward with community care for people with serious mental illnesses, the area surrounding the hospital often changes. The inhabitants living on the outskirts of the psychiatric hospital may have an excessive burden to bear. When thinking about the psychiatric daycare service of a hospital in an urban region, several aspects can be considered. These include having favorable access to the daycare facility, serving a large population, and having the choice available of many activities other than daycare. The development and present condition of daycare service at Sawa Hospital reflect these characteristics.

< Author's abstract >

< Key words : daycare, urban region, psychiatric welfare services >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

精神科病院におけるデイケア治療の位置づけ  
—1981～2012の移り変わりと実践から—稲庭 千弥子  
(今村病院)

当院の精神科デイケアは30年にわたり、必要に迫られて変化してきた。結果として多機能な精神科デイケア・多機能な精神科病院が作られた。特に近年は、精神科病院のデイケア利用者には高齢化した合併症の多い精神障害者・重複障害者が多い。それ故に、内科・リハビリテーション科などの精神科以外の専門職の協力が必要であり、専門職を集める苦労やチームを組む苦労があった。また単純な生活訓練を中心とした精神科デイケアに加えて、住環境・食事サービス・心身の健康管理・医療サポートなどの複合的・総合的視点が必要であり、国の施策になる前から試行錯誤してここまで来た。住環境では共同住居からグループホームへ、食事サービスでは炊事・栄養指導から配食サービス・さらには就労支援へ、心身の健康管理では服薬管理や病状管理のみならず予防的生活維持・運動療法・リハビリテーションなど、医療サポートでは精神科以外の合併症管理を含め、他科の協力を得て病状管理ができるように指導している。精神科デイケアは地域精神医療体制の中で大きな役割を果たしている。以上の結果として、包括的視点を持った精神科デイケア、そして包括的な多機能サービスを持った精神科病院は費用対効果（一部社会生産性も）が高い。

＜索引用語：精神科デイケア，30年間の変遷，複合サービス，費用対効果，包括的視点＞

## はじめに

私ども民間精神科病院は歴史に押される形で変化してきた。その中に精神科デイケアがあり、当院の1981年からの試行錯誤の流れを報告する。

当時の家族や家族会は地域や歴史の偏見の中で、家族の一員として実家へ迎え入れることや退院に抵抗を示していた。退院先が確保できずに入院が長くなる。退院先をどのように確保するかの問題と試行錯誤の連続だった。地域に退院させるためにアパートや一軒家を借りるにも、保証人の問題・経済面の問題・近隣住民の視線などの問題が山積していた。アパートに一部屋を確保するために地域と話し合いなどで2年経過した。最後は内緒で借りた1軒家に5人の統合失調症の希望当事者を入居させた。地域に迷惑かけずに維持しよ

うと行った工夫は次の3点である。

- ①サポート体制として訪問（栄養士・看護師・医師・ケースワーカー）・相談先（相談室）・集う場所の確保（院内喫茶・売店・交流や静養に向く場所）を行った。
- ②生活訓練・日常生活技能訓練・社会生活技能訓練を入院中からスタートし、外来でもメンバーが集まって行った。
- ③地域との交流の場を設けた。（月に1回の地域リハビリ検討会議には民生委員・町内会長・保健師・福祉事務所などにも参加してもらう。地域へ感謝をこめてメンバーによる清掃などボランティアを定期的に施行し、年に1回は感謝祭かつ発表会を設けた。さらに体育館・運動場・夏祭りなどを地域に開放など）

徐々に地域に受け入れられるようになり、現在は100名くらいの当事者が徒歩・自転車・バス・電車で精神デイケアに通所できるところに居住している。家族会・当事者メンバーの会・ボランティアの会も1981年にスタートして30年を超えた。

1980年当時、当院は定員243床に約300人の入院。半分は統合失調症、30%がアルコール依存症、15%が精神遅滞かつてんかん、5%がその他事故後遺症などであった。外来は1日2~3人、入院は1ヵ月5人弱、平均在院日数は1,000日を超えていた。元気のいいアルコール依存症に突き上げられる形で当院は変化をしていく。協働するスタッフとともに勉強できそうな話を聞けば、県内県外問わず短期間見学研修に行き、診療・チームアプローチにフィードバック実践した。また、たくさんの医療関係者に指導に来てもらった。

下記に2012年5月24日現在の今村病院入院関連を記した。

### I. 今村病院入院関連

#### ——2012年5月24日現在——

※内1989年認知症治療病棟50床スタート、2010年病院改築と同時に20床減し223床定員とし、精神科急性期治療病棟スタート。

平均在院日数：167日、平均入院人数：45人/月、入院平均年齢：71歳、精神科急性期治療病棟：103日、認知症治療病棟：208日、他精神科病棟：192日、認知症や精神障害者の高齢化した方々の再入院が多く、入院平均年齢を押し上げている。

ICD-10にはF0が58%、GAF尺度には10-1が43%と重症度も反映されている。

#### 1. ICD-10 疾病別分類

F0 58%, F1 3%, F2 23%, F3 7%, F4 4%, F5 2%, F7 3%, F8 1%

#### 2. GAF 尺度

10-1 43%, 20-11 27%, 30-21 16%, 40-31

9%, 50-41 4%, 60-51 1%, 61以上 0%

ここに2012年4月分として秋田県に届けた病類別・入院患者数を記す(表1)。死亡が1ヵ月に8名と多いのは、認知症の最後と精神障害者の最後を看とっていることによる。30年間地域の生活をしてきた精神障害者や、10年以上在宅や地域の高齢者施設で頑張っていた認知症高齢者が最後を迎える場として来ている。

外来も30年間で大きな変化を遂げている。外来は3~5診体制で行い、別に心理室は臨床心理士3人体制で行っているため地域の小中学校や高校・大学の利用者も多い。また、医師は保健所の嘱託医として保健師と一緒に訪問が医療保険の往診以外にもある。さらに知的障害者の施設・精神障害者の施設・高齢者施設の嘱託医になっているため、施設への往診も多い。心理士は各学校から依頼され週に1回の嘱託になっている。相談室では精神保健福祉士など10数名で相談活動のほか地域や就労そして社会保障関連のサポートをしている。作業療法士、理学療法士、言語聴覚士は身体合併症へのリハビリのほか精神のために身体を含めたりハビリテーションを施行している。訪問看護・訪問介護・居宅介護支援は365日・24時間の活動である。

### II. 今村病院外来関連

#### ——2012年現在：2011年度実数——

外来延べ人数：4,803人/月、外来数：164人/日、外来受診年齢：平均48歳。

①精神科デイケア利用人数：59人/日、精神科デイケア利用年齢：平均56歳。

精神科デイケア：31人、精神科デイ・ナイト・ケア20人、精神科ナイトケア：6人、精神科ショートケア：2人(計59人/日)

②精神科作業療法：23人/日、訪問看護・精神科訪問看護など：27人/日、重度認知症デイケア38人/日、その他リハビリテーション・心理室・薬剤指導・栄養食事指導・訪問介護など。

以上の中で精神科デイケアは週5日稼働である。しかしここにはない夜土日祭日のサポートが再

表1 病類別・入院患者数

| 疾患名                         | 前月分 | 本月<br>入院 | 本月中退院 |    |    |    |    | 本月末 |
|-----------------------------|-----|----------|-------|----|----|----|----|-----|
|                             |     |          | 寛解    | 軽快 | 未治 | 死亡 | 計  |     |
| F0 症状性を含む器質性精神障害            | 127 | 25       |       | 3  | 12 | 7  | 22 | 130 |
| F1 精神作用物質使用による精神及び行動の障害     | 3   | 5        |       | 1  |    |    | 1  | 7   |
| F2 統合失調症, 統合失調症型障害及び妄想性障害   | 48  | 7        |       | 7  | 1  |    | 8  | 47  |
| F3 気分(感情)障害                 | 16  | 6        |       | 6  | 2  |    | 8  | 14  |
| F4 神経性障害, ストレス関連障害及び妄想性障害   | 13  | 1        |       | 4  | 1  |    | 5  | 9   |
| F5 生理的障害及び身体的要因に関連した行動症候群   | 4   | 0        |       |    |    |    | 0  | 4   |
| F6 成人のパーソナリティ及び行動の障害        | 0   | 0        |       |    |    |    | 0  | 0   |
| F7 精神遅滞                     | 5   | 2        |       |    | 1  |    | 1  | 6   |
| F8 心理的発達障害                  | 3   | 0        |       | 1  |    |    | 1  | 2   |
| F9 小児期及び青年期に通常発症する行動及び情緒の障害 | 0   | 0        |       |    |    |    | 0  | 0   |
| F99 特定不能の精神障害               | 2   | 0        |       |    |    | 1  | 1  | 1   |
| てんかん                        | 0   | 0        |       |    |    |    | 0  | 0   |
| その他                         | 0   | 0        |       |    |    | 0  | 0  |     |
| 合計                          | 221 | 46       | 0     | 18 | 21 | 8  | 47 | 220 |

入院を防ぐポイントになっている。精神科デイケア週間プログラムの例を下記に示す。

精神科デイケアはその目的として大きく病状管理・心身の健康管理・日常生活と社会生活の維持向上がある。しかし精神科デイケアだけで24時間・365日はサポートできず、作業療法や訪問看護・訪問介護さらには薬剤指導・栄養食事指導なども施行している。これらが総合的に地域精神障害者をサポートしている。また病院だけではなく、当法人には年齢(思春期・青年期・中高年期など)や仕事先との距離・家族介護施設との距離を考えたクリニックが3カ所あり、車で30分以内の距離にある。クリニックの精神科デイケア利用者は一般に病院の利用者より、利用平均年齢が20歳若い。また同じ在宅でも両親らと同居が多い。

### Ⅲ. クリニック3カ所——2012年現在:2011年度実数, 小児科や整形外科など他科は除く——

外来延べ人数:4,621人/月, 外来平均受診数:148人/日, 外来受診平均年齢:37歳, 精神科デイケア平均年齢:35歳。さらに、自宅退院が困難な障害者や単身生活が困難な者向けに、住環境として徐々に下記の関連施設を創設して行った。国の施策になる前に独自にスタートし、試行錯誤していた施設が半分である。

### Ⅳ. 今村病院関連施設(秋田市) ——住環境, 職環境が重要——

①共同住居・精神グループホーム(1982年から共同住居としてスタート)。

2012年現在:9カ所, 定員50人

他に地域にアパートの借上など約30人分

②高齢者向け共同住居・認知症グループホーム

表2 精神科デイケア週間プログラム

|     | 月                              | 火     | 水                        | 木                | 金                 |
|-----|--------------------------------|-------|--------------------------|------------------|-------------------|
| 9時  | 出席確認と健康状態の確認・体操・申し送り           |       |                          |                  |                   |
| 午前  | 屋外運動                           | 農業・園芸 | 運動<br>(スポーツ)             | 地域へ<br>ボランティア    | 運動<br>(リハビリ室など)   |
| 昼   | (食事と休憩)                        |       |                          |                  |                   |
| 午後  | 地域の人から・ボ<br>ランティアから・<br>家族から講話 | 調理実習  | 映画・カラオケ<br>音楽<br>(グループ別) | 夏祭りのヤート<br>セ踊り練習 | 部屋に飾れる好き<br>な作品作り |
| 16時 | 今日の発表・報告・記録・申し送り・退出            |       |                          |                  |                   |

(1983年から託老所としてスタート)。

2012年現在：5カ所，定員42人

- ③有料老人ホーム(1993年から小規模でスタート，  
一部はグループホームの前身)。

2012年現在：3カ所，定員105人

- ④生活訓練施設(1990年に援護寮としてスタート)。  
2012年現在：2カ所，宿泊型定員26人，通所  
型定員18人

- ⑤ケアホーム(2006年入所授産施設としてスター  
ト)。

2012年現在：定員18人，ショートステイ2  
人

住環境への対応だけでは足りず，食事や就労へ  
のサポートも必要でありそれぞれ30年かけて試  
行錯誤してきた。下記は食事サービスと就労関連  
サービスである。

#### V. 食事・就労ほかのサポートサービス

- ①食事サービス(1982年訪問栄養食事指導からス  
タート)。

2012年現在，配食サービスセンター2カ所，768  
食/日平均。

- ②就労関連(1983年院内喫茶・売店からスター  
ト，1987年会社設立，2004年授産施設)。

2012年現在，月利用延べ人数1,938人

就労継続支援B 定員 116人，

同A 定員 10人，

同移行支援 定員 18人

障害者雇用 定員 8人

売店部門3カ所，パン工房1カ所，生ゴミ処理  
施設1カ所，リサイクルセンター1カ所，洗濯部  
門2カ所，農業・畑部門3カ所，園芸・温室・ミ  
ニ盆栽部門3カ所，木工部門1カ所，染色縫製部  
門1カ所，施設外就労3カ所。

精神科デイケアでは生活訓練や楽しみ・運動・  
交流の中で，当時者の生活の質を上げていく。そ  
れは日常生活全般・社会生活全般・健康管理全般  
に広く対応する。しかしこれまでに述べたよう  
に，デイケアだけでは十分にその力を発揮できな  
いのも事実である。精神障害の医療の現状に，制  
度・予算の面でようやく日の目を見るようになった  
のは，2005年の障害者自立支援法である。な  
ぜ，ここまで精神障害対策は遅れたのだろうか。

さてここで振り返ってもらいたい。高齢者対  
策・認知症対策は国民全体の問題として早くから  
対策が取られていた。当院でも30余年の歴史の中  
で，高齢者部門は診療プログラムやクリティカル  
パスが早くからできている。1989年に当時の認知  
症治療病棟が当院に全国で初めてできた時が，大  
きなきっかけになっている。

当然，必要に迫られてチームアプローチも早  
かった。たくさんの専門職が協働で診療やサポ  
ートにあたり，研修内容や予算は前向きに検討実行  
された。高齢者部門で他の精神科のチームと異な  
る面は，栄養食療療法への関わり・精神科以外の  
専門医の協力・リハビリテーション専門職との関  
わりがより強化されている点である。健康運動療  
法士やレクリエーションワーカーなど普段聞きな

※インフォームド・コンセント  
ー臨床パス使用ー

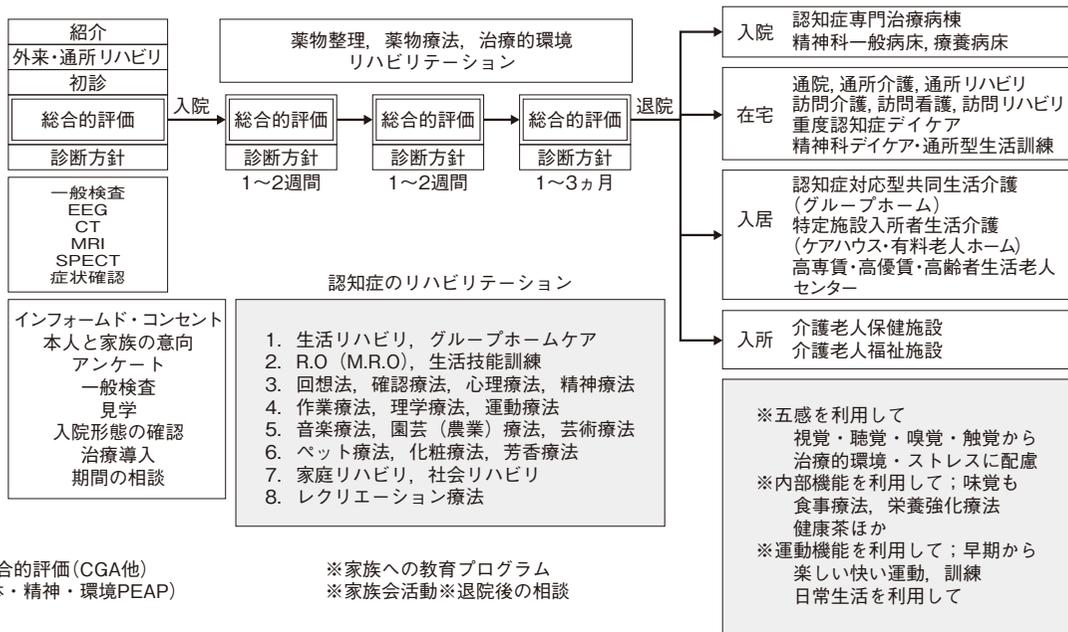


図1 今村病院(認知症)診療プログラム

図1に今村病院診療プログラムを示したが、基本は全てインフォームド・コンセントを本人家族関係スタッフ同席のもとに行うことである。総合的評価のもとに臨床パスを利用しながら、環境・精神・身体を総合的に見て方向性を決めていく。また家族への教育プログラムも家族会活動を利用しながら行っている。

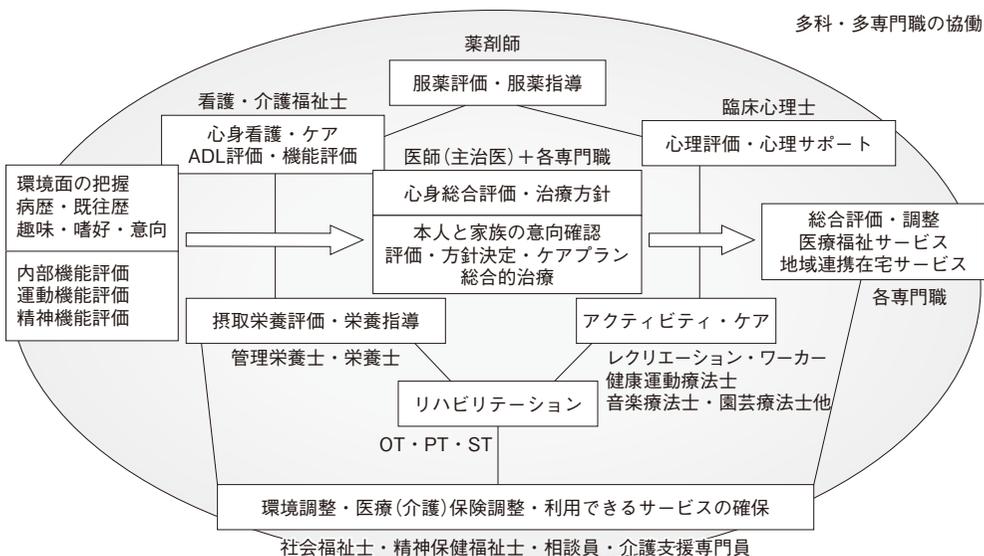


図2 総合的機能評価(CGA)とチームアプローチと各専門職の役割

精神科地域連携クリティカルパス (外来)

( ) 病棟・外来 20 年 月 日 ( )

ID 番号:

主治医 (入院 外来 )

患者氏名:

男・女

生年月日:

年 月 日

年齢 歳

| 項目   | 時間 | 外来: 20 年 月 日  | 外来: 20 年 月 日   |
|--|----|---|--|
| 医療担当者・地域担当者  |    | 医師 ( ) 看護 ( ) 相談室 ( )<br>リハビリ ( ) その他 ( )   | 医師 ( ) 看護 ( ) 相談室 ( )<br>リハビリ ( ) その他 ( )  |
| 達成目標<br>(疾病・状態像・問題点)   |    | ( ) 1,<br>( ) 2,<br>( ) 3,<br>( ) 4.  | ( ) 1,<br>( ) 2,<br>( ) 3,<br>( ) 4.   |
| 治療・処置<br>内服薬剤・デポー剤<br>リハビリ・精神療法・心理療法<br>食事療法・栄養強化・補食<br>指導・その他 |    |   |  |
| 検査   |    | 血液一般・尿一般・血液科学・胸部 X 線・<br>腹部 X 線・心電図・頭部 CT・脳波<br><追加検査><br>心エコー・腹部エコー・腹部 CT・頭部<br>MRI<br>その他 ( ) | 血液一般・尿一般・血液科学・胸部 X 線・<br>腹部 X 線・心電図・頭部 CT・脳波<br><追加検査><br>心エコー・腹部エコー・腹部 CT ・頭部<br>MRI<br>その他 ( ) |
| 社会保障関連・金銭面   |    |   |  |
| 家族関係・地域関係  |    |   |  |
| 観察記録   |    | 意識レベル・精神症状:<br>移動: 排泄:<br>食事・嚥下:<br>入浴・清拭:<br>その他:  | 意識レベル・精神症状:<br>移動: 排泄:<br>食事・嚥下:<br>入浴・清拭:<br>その他:   |
| 地域担当者・合併症医療関係者<br>家族関係とその要望<br>インフォームド・コンセント                   |    | PSW・ケアマネ・指導員他:  | PSW・ケアマネ・指導員他:   |

図3 精神科地域連携クリティカルパス

れない専門職の協力も得ている。

さらに総合的医療チームは地域との協力体制にあり、地域連携クリティカルパスが欠かせず上記のように包括的に情報を共有化している。

認知症と同様に、一般精神科の診療プログラムや総合的チームアプローチも変化してきた。

ここで改めて特記したいことは、これらの包括的サポートをした時には、再入院が少ないということである。平成 19 年 4 月 1 日～平成 24 年 3 月 31 日まで当院精神科デイケアの利用者は計 167 人である。その 5 年間で退院後 1 年以内の再入院を

したものは 3/167 人。また同じく退院後 5 年以内の再入院となったのは 11/167 人である。精神科デイケアを利用することで再入院せずに済んでいると考えている。また精神科デイケアを卒業し、就労に向かう者もいる。逆に年老いて 60 歳代になり、生活全般のサポートが必要な精神科デイケア利用者も増えている。30 年前に比べ、当事者や家族の満足度・生活の充実度は高い。

これまでデイケア治療は精神科病院において、その包括的関わりの一部であると位置づけた。また精神科病院が多機能化する中で、精神科デイケ

アは大きな役割を担っている。今後の課題として精神科病院では地域（知的障害施設・保護観察関連・学校教育関連）の対応困難な症例を紹介されることが多い。精神科デイケアでも同様である。

精神科デイケアは、病気・疾患だけを診る・観る・看るのではなく同じ人として総合的に考える必要があり、さらに医療の現場だけではなく、発症予防・食育・健康管理・地域教育啓蒙など本人の一生を考え24時間365日総合的視点が重要である。

終わりに「精神科病院におけるデイケア治療の役割とその位置づけ」を次のようにまとめた。

### まとめ

- ①精神科デイケアは必要に迫られて、歴史に押されて、求めに応じて変化してきた。結果として多機能な精神科デイケア・多機能な精神科病院が作られた。
- ②精神科病院のデイケア利用者には高齢化した合

併症の多い精神障害者・重複障害者が多い。それゆえに、精神科以外の専門職の協力が必要であり、苦勞があった。

- ③精神科デイケアに加えて、住環境・食事サービス・心身の健康管理・医療サポートなどの複合的・総合的視点が必要（精神科デイケアに加えて、住環境や食事そして医療などの複合的サービスが必要）。
- ④精神科デイケアは地域精神医療の中で大きな役割を果たしている。包括的視点を持った精神科デイケアは費用対効果（一部社会生産性も）が高い。

### 謝辞

本稿をまとめるにあたり長年にわたり共に診療に携わった仲間や患者さまとその家族、そして地域の皆様に感謝申し上げます。1981年から30余年かけてここまで来られたのは皆様のおかげです。

Roles of Day Care Treatment in Psychiatric Hospitals  
—Changes and Practice from 1981 through 2012—

Chiyako INANIWA

*Imamura Hospital*

Over the past 30 years, the psychiatric day care of this hospital has changed out of necessity, due to traditions, and according to demands. As a result, we now have a multifunctional psychiatric hospital and psychiatric day care. In recent years, psychiatric day care users have included mental- or multiple-disorder patients with an advanced age and many complications ; therefore, it is necessary to obtain cooperation from specialists (e. g., those working for internal medicine and rehabilitation departments) other than psychiatric personnel, and there has been difficulty in recruiting specialists and establishing teams. Also, in addition to psychiatric care focused on simple life training, complex and comprehensive care involving a number of fields (e. g., living environment, meal services, mental and physical health management, and medical support) is necessary, and we have experienced trials and errors from before the initiation of government measures. Living environments range from joint residences to group homes. Meal services cover cooking and nutritional instructions, as well as meal delivery and support for job seekers. Mental and physical health management includes not only the management of medication-taking and disease conditions, but also preventive measures for maintaining health, exercise therapy, and rehabilitation. Regarding medical support, we provide instructions to facilitate the treatment of disease conditions, including complications other than psychiatric ones, with cooperation from other departments. Psychiatric day care plays major roles in community psychiatric medical care systems. Therefore, it is concluded that psychiatric day care with comprehensive aspects, as well as psychiatric hospitals with comprehensive and multifunctional services are cost-effective, and socially productive.

< Author's abstract >

< **Key words** : psychiatric day care, transition over 30 years, combined service,  
cost-effectiveness, comprehensive aspect >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 都会地診療所の精神科デイケア

重盛 憲司, 松島 淳  
(洗足メンタルクリニック)

都会地診療所における精神科デイケアについて述べた。当院は外来38年、デイケア15年ほどの経験を持つ。大規模なデイケア統計の研究から比較して都会地の特色は特になかった。昨今の傾向からして、外来でもデイケアにおいても感情障害の占める割合や重要性が増えており、今後それらに対する多様な方法が模索されてよいと考えられた。医療経済的には始業は困難さが増しているが入院に対する経済性から重要性もまた増していると考えられる。

<索引用語：都会地デイケア，医療経済とデイケア，診療所デイケア>

## はじめに

人口の密集した都市住宅地に立地する、特定の疾患や、特別な状況に専門化していない地域に密着した一般的な、精神科デイケアを運営し、開設以来15年が経過した。最近5年間は利用者数など多くの点で、地域の需要との関係が平衡に達していると考えられる。ここでは利用者数の推移、プロフィール、動向をまとめ、精神科デイケアの経営、地域で果たす役割について若干の考察を加えたので、それを報告する。

## I. 当院デイケアの概要

当デイケアは、東京都目黒区にある。人口は約20万、比較的裕福な住宅地。ここに3カ所の精神科デイケアがある。隣接する品川、大田、世田谷の3区は50万人を超える大きな区でありデイケアの通所圏に加えられる。

当デイケアの設立母体となった精神科診療所は1975年に開設され、1997年にデイケア部門を別の診療所として開設した。デイケア専用面積が196m<sup>2</sup>、許可定員48、スタッフは常勤医師1、看護師2、精神保健福祉士2、臨床心理士1、その他非常

表1 参加者数の推移

|     | 登録者数 | 1日参加者数 |
|-----|------|--------|
| 97年 | 25   | 10.1   |
| 98年 | 34   | 19     |
| 99年 | 33   | 15.8   |
| 00年 | 50   | 23.2   |
| 01年 | 57   | 23.3   |
| 02年 | 58   | 26.7   |
| 03年 | 37   | 22.4   |
| 04年 | 46   | 28.1   |
| 05年 | 58   | 30.4   |
| 06年 | 68   | 33.2   |
| 07年 | 63   | 33.3   |
| 08年 | 74   | 35.6   |
| 09年 | 75   | 31.1   |
| 10年 | 68   | 33.7   |
| 11年 | 73   | 34.8   |
| 12年 | 71   | 35.7   |

勤職員で構成されている。

表1に登録者数（これはその年の1月に1回以上デイケアを利用したもの）、1日平均利用者数の推移を示した。1997年に開設されて以降、7、8年は登録者、利用者は伸び悩み、経営的に苦しい状態が続いた。その後年々増加の傾向をたどり、こ

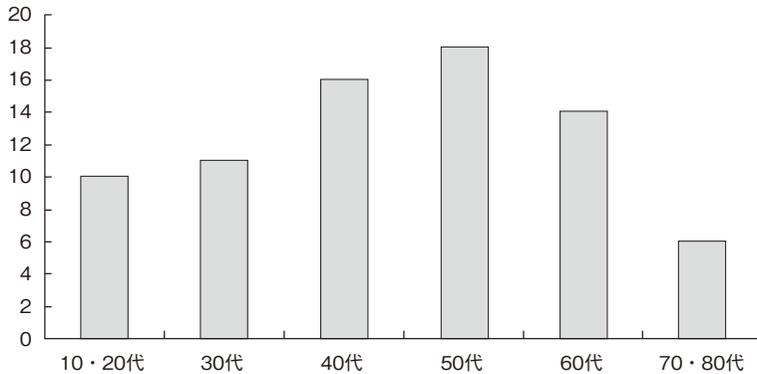


図1 登録者の年代分布

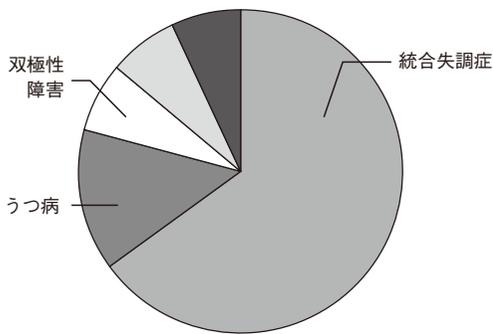


図2 登録者の疾患

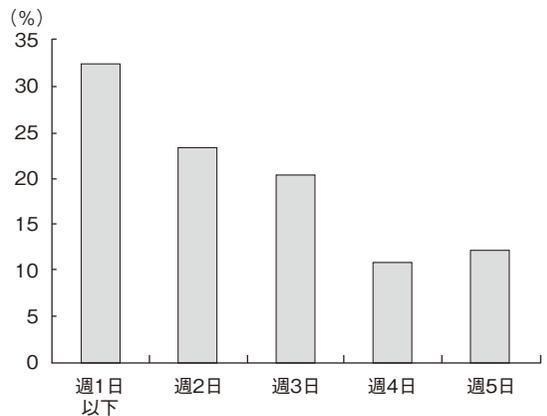


図3 利用頻度の分布

こ5年間は登録者、利用者ともに安定した状態となっている。しかし、1日の利用者数は、広さ的にも、スタッフの対応能力からしても許可定員の8割程度にとどまる。またスタッフ数も人員基準に定められた3人では全く手が回らず、常時、医師、非常勤職員を含め6名以上が必要になっている。こうした点がさらに経営を圧迫することとなっている。

## II. 登録者のプロフィール

次に現在登録者のプロフィールを述べる。性別では男性がおよそ7割を占め、年齢層は図1で示すように50代を頂点に山型に分布、平均年齢は49.8歳。20代以下は13%程度を占める。こうした傾向に経年変化はほぼ認めない。

図2は登録者の疾患分布である。統合失調症圏が64%、気分障害24%、不安障害その他が7%、アルコール依存症が5%となっている。しかし、最近5年間の新規登録者の疾患分布をみると、感情障害が年々増加する傾向が見られる。5年間の合計では気分障害38%、統合失調症圏48%となっている。

登録者1人当たりの平均の1ヵ月あたりの参加日数は、増減はあるが最近では8~9日くらいで、週当たりになると2日程度となる。図3に利用頻度の分布を示したが、週4日以上の高頻回利用者は約23%である。

登録者の住居地を図4に示す。所在地である目黒区とそれに隣接する品川、世田谷、大田の3区をあわせると全体の85%となり、当院のデイケ

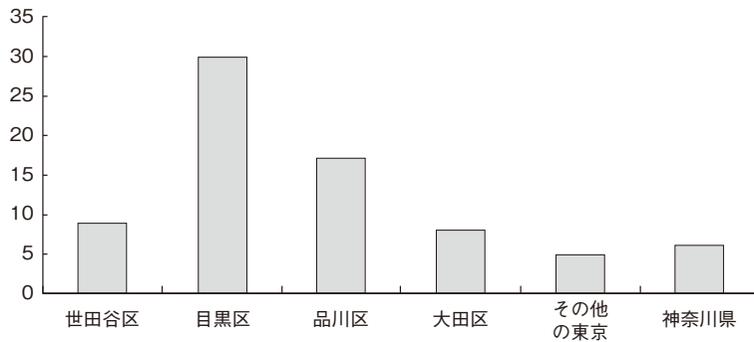


図4 参加者の住所

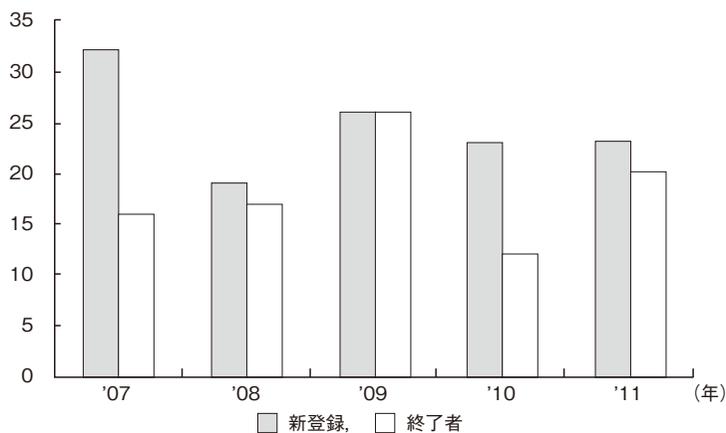


図5 新登録と終了者数

アが地域と密着していることがわかる。電車、バスで通所する人が多いが、所用時間は30分以内、自転車で通所する人も多い。

単身生活者の占める割合は35%。大半が自立支援法通院公費負担の適応を受けているが、生活保護受給者は全体の23%となる。

### Ⅲ. 全国調査との比較

現登録者のプロフィールを、2004年に行われた全国的な調査<sup>3)</sup>と比較すると、利用者の性別は当院では男性の比率が高い(当院7割、他施設6割)。利用者の年齢では他施設のピークが20~40歳にあるのに対し当院では50代にピークがある。疾患分布をみると他施設が統合失調症圏内が56%、気分障害13%であるのに比べ、当院では統合失調症圏内64%、気分障害24%と多かった。月の実施日

数は約20日、1人あたりの月の平均利用日数は9日前後と同等であった。

### Ⅳ. 新規登録者と退所者

次に登録者の出入りについて述べる。最近5年間の年間新規登録者数と退所者を図5に示した。新規登録者は平均で年間24.6人、1月に2人程度の新規登録があることになる。また退所者は平均で年間18.2人、1月に1.5人程度が退所していくことになる。この数字を単純に解釈すると、年間に登録者が6人ずつ増えていくことになるが、最近では20人程度が新規登録され、20人程度が退所していく、いわば平衡状態に達しつつある。

新規登録者の紹介経路であるが、76%は当医療法人の3ヵ所クリニックからの紹介であり、他の病院、診療所からの紹介は21%である。近年、当

デイケアの認知度が上がったことから他の医療機関からの紹介も増えている。新規登録者の疾患分布は現登録者のそれと大差ないが、新規登録者の中で感情障害が占める割合は07年の12.5%から11年の39.1%に増加している。

次に退所者だが、この5年間で91人が退所している。退所の理由を図6に示した。本人の事情で来院しなくなってしまうといった、自己中断が半分弱を占める。復職、就職といった、社会復帰の次の段階に進むものは、ここでは卒業と呼ぶが、4分の1程度にとどまる。また、こうした事情から、当然のことながら、退所者の通所期間は現登録者のそれに比べ短い。1年以内が6割を占める。

近年、復職を目的としたリハビリとしてデイケアを利用する者も増えているため、卒業者の中では気分障害が占める割合が比較的多くなっている。

退所者を通所期間別にみると3ヵ月以内は溶け込めず中断してしまうものがほとんど。3ヵ月から1年はリハビリを終了して復職する者が多く。1年から3年となると、初回の入院の後のリハビリ期間を終え、復学、アルバイトや作業所といっ

た次の段階に進む統合失調症の患者が多い、といった特徴がある。

一方で長期に利用する者も増えている。図7は現在登録者の通所期間であるが、3年以上通所している者が全体の59%にのぼる。

5年前の登録者の通所期間と現在の登録者のそれとを比較すると、大きな変化は見られないが3年以上通所する者の数が少し増えている。

さらに、5年以上通所する者は現在35人、全体の47%を占める。この割合は10年前で17%、実数で9人、5年前で41%、実数で26人と増加の傾向を示しているがここ数年は微増にとどまっている。登録者の増加の大きな部分を長期通所者の増加が担っているといえる。また、容易に想像できるように、こうした5年を超えるような長期通所者のおよそ7割が統合失調症である。

長期の経過を持ち、社会的足場を失った統合失調症患者が地域で生活していく上で、デイケアを社会生活の場、交流の場として利用し、それにより、孤立、疎外を免れ、結果として病状の悪化、入院を防いでいる現状が推測される。

おわりに

(1) デイケア開始に当たっては以下の3点から財政的困難が予想される。

①施設の確保など初期投資、②利用者数の増加にかかる期間、③定員を下回るキャパシティ、基準を上回る必要職員数による経常収支。

(2) 都会地診療所のデイケアと全国統計との大きな差異は認めなかった。ただ感情障害圏の増加が前者にやや目立った。

(3) 利用者の中で、5年以上の長期利用者が増加

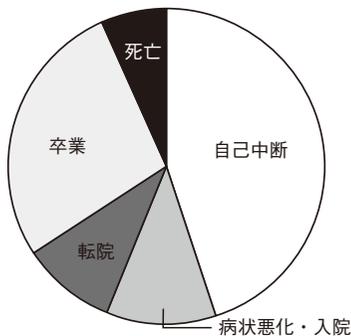


図6 終了理由 (2007~2011)

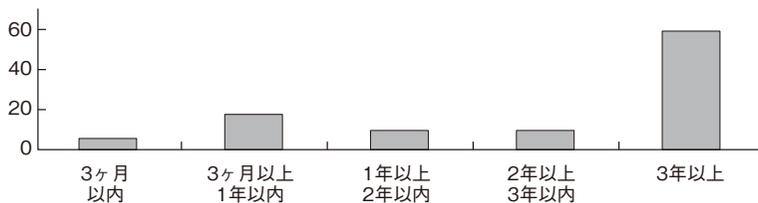


図7 通所期間の分布

し、4割強を占めるようになっている。  
 社会復帰が困難な統合失調症の患者が多い。  
 (4) 利用期間によりグループに分かれる傾向が見られた  
 ①上記の長期利用、生活の場としてデイケアを利用する群、②1年から3年の社会復帰を目的としたリハビリをする比較的若い統合失調症や社会適応の悪い利用者の群、③1年以内のリハビリで復職を目指す群に利用者が分かれる。  
 (5) 長期利用者の費用対効果の研究が必要とされるが、そもそも精神保健福祉法の改正の基本的考え方にあったノーマライゼーション推進を念頭に置いて障害モデルとして考えていかななくてはなら

ない。

#### 謝 辞

データをまとめるにあたり、池淵恵美、窪田彰 両先生の文献を参考にさせていただきました。<sup>1,2)</sup>

#### 文 献

- 1) 池淵恵美：新たなデイケアモデルの現実. 精神神経誌, 108; 1317-1322, 2006
- 2) 窪田 彰：街での精神科診療所デイケアの機能. 精神科臨床サービス, 7; 344-348, 2007
- 3) 竹島 正, 長沼洋一：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; 302-309, 2007

---

## Psychiatric Daycare in an Urban Setting

Kenji SHIGEMORI, Jun MATSUSHIMA

*Senzoku Mental Clinic*

We have just given an account of psychiatric daycare in an urban setting. This clinic has been in operation for 38 years for outpatients and 15 years for daycare. Compared with a large-scale statistical study on daycare, we did not identify any particular urban-area characteristics. Recent trends indicate an increased rate and importance of emotional problems. From a managerial and administrative standpoint, difficulties in establishing daycare clinics have increased further, while, at the same time, it is thought the overall importance of clinics has grown considering the economic impact of hospitalization.

<Authors' abstract>

<Key words : daycare in an urban setting, total medical cost, outpatient clinical daycare>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神科デイケアの今後の展開とデイホスピタル

関 健

(社会医療法人城西医療財団城西病院)

わが国におけるデイケア治療は、1990年代に至って急速に普及した。普及を主導してきたのは民間病院であったが、2000年代に入ると、診療所のデイケアが増加してきている。その要因は診療報酬上のインセンティブが働いたことが大きい。デイケア治療に確かな手応えを感じた精神科医が増えてきたことも相俟っている。本稿では、都会地の病院デイケアと診療所デイケアおよび地方の病院デイケアの実践者の報告があり、エビデンスについて討論するが、在宅復帰のツールとしてのみならず、再入院防止、再燃防止などの効果が期待されている。当院は地方都市にあるが、当院でのデイケア治療の経験を通して現状での問題点を考察してみたい。精神科デイケアの今後の展開は、従来の機能は残しつつ、リハビリテーション機能を強化したプログラム（リワークなど）、高次脳機能障害者を対象としたプログラム、パーソナリティ障害者を対象としたプログラム、発達障害者を対象としたプログラムなど多様なものが考えられる。中でも認知症者を対象として行うデイケアは、今後の認知症治療の主流になることが期待される。12時間病院で過ごすデイホスピタルを提案した。当院で検討されたデイホスピタルについて述べ、今後の展望について提案したい。

<索引用語：デイケア，デイホスピタル，デイサービス，認知症，多職種チーム医療>

## はじめに

わが国におけるデイケア治療は、1960年に開始されたとされるが、その後の普及は遅々として進まなかった。1990年代になって急速に増えたが、診療所のデイケアが伸びたからで、小規模デイケアが認められたことと診療報酬というインセンティブが働いたことがその大きな要因となっている。しかし、その頃でも大学病院ではほとんど行われてはいなかった（図1）。

この治療法は外来治療の一環であるところから、退院促進と再発再入院予防、リハビリテーション、復職プログラムの提供などの治療効果があるとされているが、その他にも治療的エビデンスがあると理解される。現状では、慢性期外来患者に居場所を提供（日昼活動の場）する機能も併せ持っている。ノーマライゼーションの実現のた

めに、多職種によるチーム医療（SST/認知行動療法/心理教育）が実践され、福祉的社会資源を活用することも行われている。

その一方、プログラムのマンネリ化が指摘されたり、デイサービス機能を排除しようという動きがあったり、転機に差し掛かっている。平成21年“あり方検討会”報告書<sup>1)</sup>によれば、急性期・回復期に重点化/重症患者への重点化/長期にわたる頻回な利用、長時間の利用の弊害などを指摘し、アセスメントにより対象者を絞り込み、より専門的な治療法により医療としての機能を強化する方向性が打ち出された。その場合、より専門性を有する治療者の配置を必要とするため現在以上の経費が発生し、また、対象者が絞られるため多くの患者の利用が制限されることが懸念される。平成22年度診療報酬改定においては、精神科デイケアな

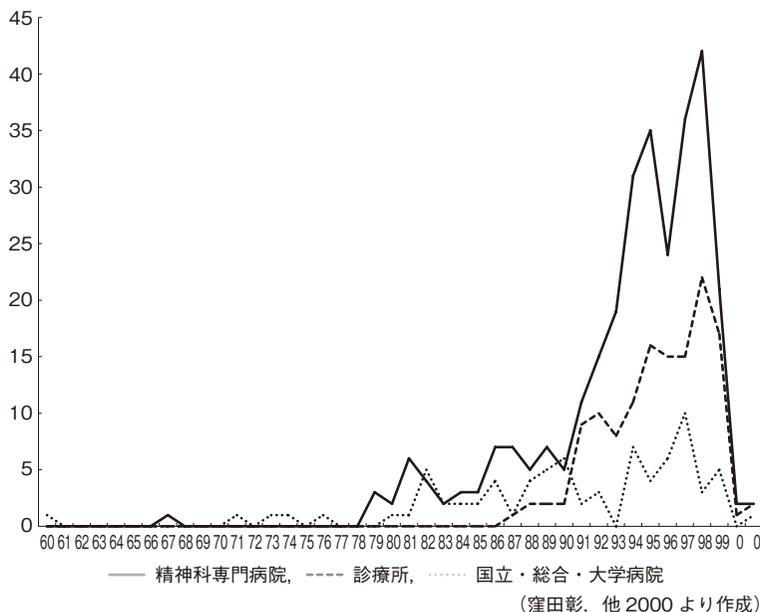


図1 デイケア施設年次別開設数

どについて、「精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行に対して評価を行う」とされた。問題点としては、デイケアの出口論のことであろうが、何らかの社会資源ことに福祉的なサービスに移行するだけのことであり、それをもって早期の地域移行とするのは意味がない。さらに、退院促進・地域移行のかけ声の下に今後も診療報酬を含め様々な施策が打ち出されると考えられる。

本稿では、地方都市でデイケアを続けてきた当院における実践を通して今後のデイケア治療に資する問題を考察し、あわせて、比較的重症者が地域生活を行うことに伴って整備されなくてはならない精神科の治療機能、すなわち精神科救急/シェルターないしレスパイト入院/デイホスピタルなどについても述べる。

### I. デイケアの機能

2010年筆者は第106回日本精神神経学会総会のシンポジウム<sup>1)</sup>においても述べたが、デイケアの機能は、①治療効果：再発・再入院予防/リハビリテーション/復職プログラム/在宅者急性期医療の

場、②居場所の提供（慢性期患者）：日昼活動の場、③地域ケアによるノーマライゼーションの実現などである。これらを実現するために今日では以下のような運営がなされている。

- ①多職種によるチーム医療：SST/認知行動療法/心理教育
- ②他の社会資源活用：訪問看護/訪問介護/地域活動支援センター/通所福祉施設（共同作業所、授産施設、自立支援施設）/障害者相談支援センター/ハローワーク/ACT

こうした治療構造をもって、精神障害者の医療と生活を支える手段たり得ている。

### II. デイケアに関する3視点

デイケアの今後の方向性を考えた時、以下の3視点に立った検討が必要である。

#### 1. デイケアの現状分析と今後の帰趨<sup>2)</sup>

当時厚生労働省の精神保健福祉課長だった三荏文雄氏は、デイケアの現状を、①医療型、②訓練型、③生活支援型、④憩いの場型、の4つのパターンに分類できると分析した。精神科デイケアの今

後のあり方を政策的に考えると、①医療型は、リハビリテーションとして位置づけられるであろう。②訓練型は、授産施設・共同作業所などとの競合が生じるであろう。③生活支援型は、自立支援施設が担う機能である。④憩いの場型は、地域活動支援センターがその機能を現在果たしている。精神科のデイサービス機能とも位置づけられている。三瞥は、標記のように喝破したが、今日浮かび上がる問題点としては、対象者、利用目的・期間、実施内容により現在のデイケア機能は障害福祉サービスに移行し、利用者の大幅減がもたらされ、大幅な減収によりデイケアが立ちゆかなくなる危惧がある。

## 2. 平成 21 年“あり方検討会”報告書<sup>3)</sup>：急性期・回復期に重点化/重症患者への重点化/長期にわたる頻回な利用、長時間の利用の弊害

同報告書に盛られた内容から問題点を挙げると、アセスメントにより対象者を絞り込み、認知行動療法、心理教育、生活技能訓練 (SST) などの治療法により医療としての機能を強化する方向性が打ち出された。しかし、より専門性の高い治療者の配置を必要とするため現在以上の経費が発生し、また、対象者が絞られるため多くの患者の利用が制限される。

## 3. 平成 22 年度診療報酬改定：精神科デイ・ケアなどについて、精神障害者の地域移行を推進するために、早期の地域移行に対して評価を行う

デイケアの出口論のことであろうが、何らかの社会資源ことに福祉的なサービスに移行するだけのことであり、それをもって早期の地域移行とするのは意味がない。何故デイケア治療を急ぐのか理解できない。いわゆるデイサービス機能の排除を企図しているものと思われるが、医療 (治療) としてのデイケアと福祉 (生活支援) としてのデイサービスを並行して受けることは利用者にとって大きなメリットである。そのためにも、医療保

表 1 デイケア保険点数の推移

|                             | 17 年度     | 22 年度       |
|-----------------------------|-----------|-------------|
| デイケア (大規模)<br>食事加算          | 660<br>48 | —           |
| 計                           | 708       | —           |
| デイナイトケア<br>(2 食加算)          | 1,096     | —           |
| デイケア (大規模)<br>早期加算 (1 年間)   | —         | 700<br>50   |
| 計                           | —         | 750         |
| ショートケア (大規模)<br>早期加算 (1 年間) | —         | 330<br>20   |
| 計                           | —         | 350         |
| デイナイトケア<br>早期加算 (1 年間)      | —         | 1,040<br>50 |
| 計                           | —         | 1,090       |

険・介護保険がそれぞれの保険事故に対して給付されるよう提案したこともある (第 15 回日本デイケア学会総会)。すなわち、治療には医療保険を適用し、生活支援には介護保険を適用するのである。22 年度診療報酬改定では、食事加算が廃止され、食事は患者負担となった。1 年間限定の早期加算 50 点を加えても、報酬は下がった (表 1)。

## Ⅲ. 当院のデイケアの取り組みと収入の推移

表 2 に示された通り、当院のデイケアは、昭和 42 年に始められた。デイケア治療に診療報酬が付いたのが昭和 49 年であるから、当時は無報酬での取り組みであった。病院の一角に外来患者が家庭から通院してくる場所を設け、そこで作業やレクリエーションに参加し、夕方には家に帰る、といった内容からして、認識としてはデイホスピタルであった。昭和 61 年にデイケアとしての認可を取り、平成 6 年には老人デイケア (後に廃止)、重度認知症患者デイケア (後に休止)、およびナイトケアの認可を取った。平成 18 年にはショートケアの認可を取った。

表 2 には、国の施策の推移も書いてある。当院は、このように国の施策に忠実に入院外治療の有

表2 当院デイケアの取り組みと国の施策

| 年 月               | 当 院                            | 国の施策               |
|-------------------|--------------------------------|--------------------|
| 昭和34 (1959) 年 2月  | メンタルセンター開設                     |                    |
| 昭和42 (1967) 年 8月  | 精神科デイケアセンター開設                  |                    |
| 昭和49 (1974) 年 4月  |                                | 精神科デイ・ケア診療報酬点数化    |
| 昭和61 (1986) 年 4月  |                                | 精神科ナイト・ケア診療報酬点数化   |
| 昭和61 (1986) 年 6月  | 精神科デイケア認可                      |                    |
| 昭和63 (1988) 年 3月  | メンタルクラブ<br>(ソーシャルクラブ) 発足       |                    |
| 昭和63 (1983) 年 4月  |                                | 重度痴呆患者デイ・ケア診療報酬点数化 |
| 平成6 (1994) 年 2月   | 老人デイケア認可<br>重度痴呆患者デイケア認可       |                    |
| 平成6 (1994) 年 4月   |                                | 精神科デイ・ナイトケア診療報酬点数化 |
| 平成6 (1994) 年 12月  | デイナイトケア認可                      |                    |
| 平成10 (1998) 年 11月 | 地域生活(活動)支援センター<br>「燦メンタルクラブ」認可 |                    |
| 平成18 (2006) 年 4月  |                                | 精神科ショート・ケア診療報酬点数化  |
| 平成18 (2006) 年 6月  | ショート・ケア認可                      |                    |

力なツールとしてのデイケアなどを実践してきた。それは先に触れたデイケアの機能を実験しているからであるが、一方、最近「入院から地域(在宅)へ」といった国のかけ声とは裏腹に、就労・家庭復帰率が低下してきている。昭和61年から平成元年までが32.5%であったのに対し、平成20年4.6%、21年1.2%と明らかな低下である<sup>2)</sup>。

当院が立地する松本市は、人口22万人ほどの地方中核都市である。昭和40年代からほとんど人口の増減が認められないが、周辺の地域を含めた2次医療圏の人口は42万人あり、年々増加傾向にある。医療資源ことに病院は松本市に集中しており、精神科救急輪番システムも松本市内の5つの精神科病院で行っている。公共交通手段としては、中央東線、篠ノ井線(中央西線)、大糸線などのJR線および私鉄の上高地線があるが、市民の足としては十分な本数が運行されているとは言えない。バスも市内循環の運行はあるが、郊外への路線は縮小され、市域が合併で拡大しているにもかかわらず、これまた市民の足としては十分な機能とは言えない。患者自ら自転車・バイクなど

で通所してくることが多く、したがって、旧市内の利用者がほとんどである。重度認知症デイケアを休止した最大の理由は、送迎の足の確保ができなかったからである。収入の推移をみると、平成8年以降利用人数は横ばいであるのに比して、収入は伸びていない。ことに平成22年改定の影響は大きく、23年の収入は激減している(図2)。国の企図した通りといったところか。

#### IV. 精神科救急・シェルターないしレスパイト入院

治療の場および生活の場の地域移行を考える際、どうしても整備されていなくてはならない機能として、夜間休日の精神科救急体制の構築がある。長野県は、南北に300kmを超し、行政的にも地勢学的にも文化的にも4つのエリアに分かれている。それぞれ人口50万人強を抱え、それぞれのエリアで精神科救急システムが機能することが望ましいところである。当院が位置する中信地区は、輪番制が十分に機能して20年以上になるが、県立病院がある南信地区は県立病院のみが救急指

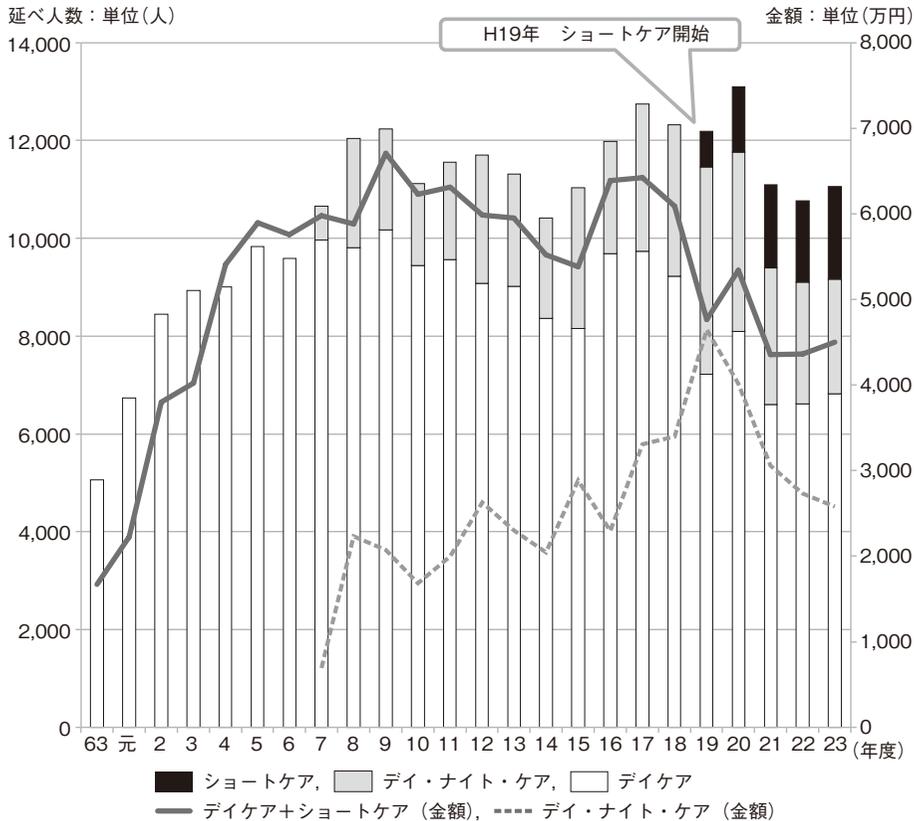


図2 当院デイケアの年間延べ人数と収入

定されていたため、最近まで民間病院の輪番制への参加が妨げられていた。一方、東・北信は、それぞれのエリアでの輪番制を組むことができず、人口100万人を越すエリアを1つの病院で担当することとなり、機能不全状態である。

次に、早期退院を急ぐあまり十分な入院治療を受けずに退院した患者の再入院率が高くなる回転ドア現象を防ぐには、1週間程度を目安とした危機回避のための入院機能が欲しい。またより重症な精神病患者や認知症患者のためには、神経難病の患者のために設けられてきたシェルターないしレスパイト入院も有効と思われる。デイケア機能と両両相俟って重症者の在宅治療の継続が図られることが期待される。もちろん先に触れたアウトリーチも必要不可欠であり、そうした機能を持った社会資源が地域で利用できることがむしろ絶対条件と言える。

### V. デイホスピタルの提案

もとよりデイサービスは福祉事業で介護保険適用、デイケアは医療事業で医療保険適用であることが道理である。しかし、介護老人保健施設におけるデイケアは、介護報酬となっており、はなはだ遺憾である。平成24年は、6年に1回の医療保険と介護保険の同時改定の年にあつたが、介護保険のデイサービス（通所介護）に関して、注目すべき改定項目があつた（図3）。最長12時間の利用が可能となり、1日につき送迎付きで小規模1,676単位、通常規模1,513単位が算定できる（図3、表3）。

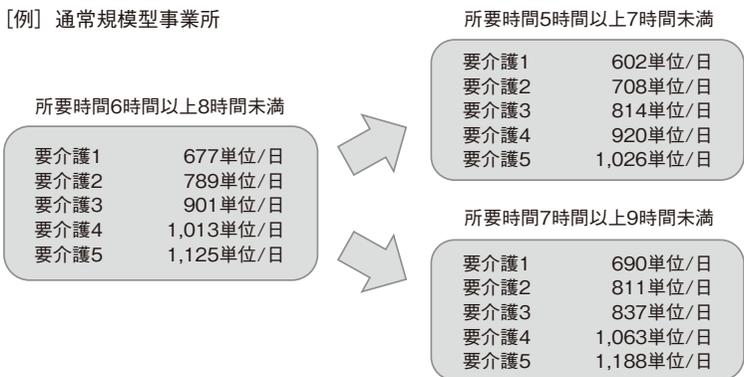
認知症、ことにアルツハイマー病対策は、都道府県が第6次地域医療計画を策定するなかで、5疾病5事業のうち新たに加わつた精神疾患の1つとして位置づけられている。若年認知症患者に対するオレンジプランについての指針も示されてい

- 6～8時間区分の平均サービス提供時間は6時間27分であり、サービス提供の実態を適切に評価する観点から、5～7時間区分を創設し評価を見直す。
- また、デイサービスの長時間化のニーズに対応して家族介護者への支援（レスパイトケア）を促進する観点から、7～9時間区分を創設するとともに、12時間までの延長加算を認め、長時間のサービス提供をより評価する仕組みとする。

時間区分の見直し

|         |                          |      |      |      |      |     |     |     |     |     |     |      |
|---------|--------------------------|------|------|------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|------|
| 現行の時間区分 | 1                        | 2    | 3    | 4    | 5    | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12   |
| 時間区分    | 評価なし                     | 2～3h | 3～4h | 4～6h | 6～8h | 延長Ⅰ | 延長Ⅱ | 延長Ⅲ | 延長Ⅳ | 延長Ⅴ | 延長Ⅵ | 評価なし |
| 新時間区分   | 時間区分を伸ばすとともに、最大12時間までを評価 |      |      |      |      |     |     |     |     |     |     |      |
| 時間区分    | 1                        | 2    | 3    | 4    | 5    | 6   | 7   | 8   | 9   | 10  | 11  | 12   |
| 時間区分    | 評価なし                     | 2～3h | 3～5h | 5～7h | 7～9h | 延長Ⅰ | 延長Ⅱ | 延長Ⅲ | 延長Ⅳ | 延長Ⅴ | 延長Ⅵ | 延長Ⅶ  |

【例】通常規模型事業所



早朝・夜間のデイサービスに対するニーズの割合  
(要介護者の家族による回答)

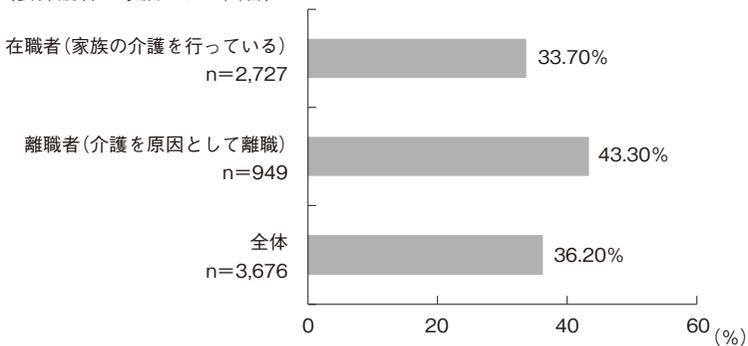


図3 通所介護における時間区分の見直し(参考)

(資料出所：平成21年度仕事と介護の両立に関する実態把握のための調査研究事業報告書、平成21年度厚生労働省委託事業)

表3 デイサービスとデイホスピタルの1日当たり収入比較

|              | デイサービス |       | デイホスピタル             |       |
|--------------|--------|-------|---------------------|-------|
|              | 小規模    | 通常規模  |                     |       |
| 基本           | 1,100  | 937   | 入院基本料 (1/2)         | 739   |
| 延長 I~III     | 300    | 300   | 食事 (3食)             | (192) |
| 入浴介助         | 50     | 50    | 身体治療 (リハ2単位)        | 470   |
| 個別機能訓練 II    | 50     | 50    | 精神療法                | 360   |
| 送迎           | 176    | 176   | 薬物療法                | 37    |
| 計 (単位/日)     | 1,676  | 1,513 | 計 (点/日)             | 1,798 |
| ※対象者は要介護3とする |        |       | ※10:1入院基本料病棟をベースとする |       |

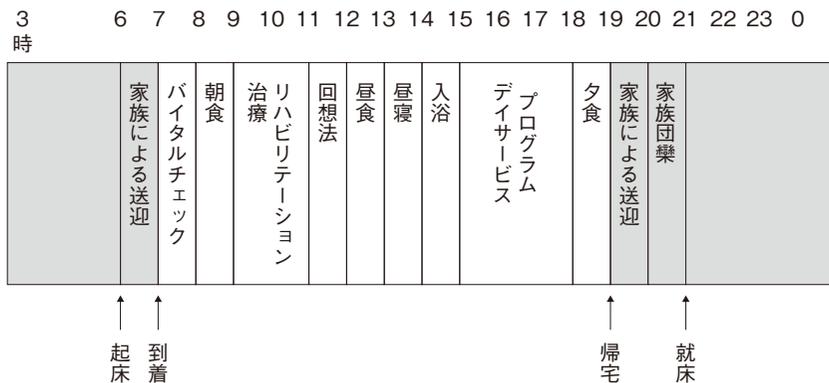


図4 認知症患者デイホスピタル日課

る。うつ病や自殺対策などかなり具体的に地域医療計画に書き込まれる項目に対して、認知症対策は具体性に欠けるきらいがある。そこで1つの計画案として、認知症を対象としたデイホスピタルを提案したい<sup>2)</sup>。

図4に示すように、基本的には病院で12時間過ごす。家族の都合で朝7時~夕7時もしくは朝8時~夕8時の時間帯での利用となる。食事は、朝・昼・夕とも病院で摂る。午前中は身体治療や精神科専門療法を受ける。午後は午睡の後、いわゆる“デイサービスプログラム”や入浴・整容などの生活支援を受ける。送迎は、原則として家人が行う。“デイサービスプログラム”は、介護保険施設で提供されているイメージがあるが、病院におけるデイサービスは、比較的長期に入院している患者に、憩いや娯楽を与えることにより、孤独や退屈さからの開放を図るものである。治療意欲

を涵養し、もって入院期間の短縮を図ることが出来る。このデイホスピタルの特徴は、①家族との絆を保つ、②住み慣れた住まいで就眠する、③家族のレスパイト、④身体・精神的に十分な専門治療が受けられる、⑤配置職員の重点化が図られる(昼間に傾斜)などである。BPSDへの対応は専門医などによって十分可能であるし、合併症に対する身体的治療やリハビリテーションも十分受けることができる。人員配置の検討はこれからの課題であるが、もちろん多職種によるチーム医療であって、看護師のみの配置が規定されることは百害あって一利なく、現状の精神科病院の機能があれば開設可能である。入院機能を持つ精神科診療所での開設も可能である。一般科においても精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理技術者などが看護師ともども配置できれば開設可能である。

報酬については、診療報酬から支払われること

が原則である。表3に示した点数は、12時間対応のデイサービスを参考に、精神科病院の入院費を加味して、かなり控えめに積算したが、身体治療・リハビリテーション・精神科専門療法、投薬・材料などには加算が必要である。食事は、医食同源の見地から診療報酬上評価すべきであり、患者・家族に別途負担をさせない。ここに示した1日1,798点の数字では、おそらくインセンティブとならず、医療者は行動を起こさない。2,000点以上が算定されれば、経営的には立ち行くようになると思われる。次期診療報酬改定までにモデル事業を立ち上げ、有用性・経済効果・満足度などを検証し、1つの治療ツールとして、報酬化されることを提案したい。

### おわりに

精神科治療におけるデイケア（デイナイトケア、ナイトケアを含む）の位置づけは変わりつつある。より専門性の高い治療法としての方向性、対象者

を絞り込んだ特定の病態に対応する方向性、筆者が提案するデイホスピタル創設への方向性、などが展開されていくと考えられる。診療報酬算定の要件としてややもするとマンネリ化したプログラムでデイケア治療が行われている現状にも目を向けなくてはならない。入院医療から地域医療へとの流れの中でデイケアは重要なツールと考えられる。今後の取り組みが精神科医療の質を変えていくことが期待されている。

### 文 献

- 1) 関 健：精神科デイケアの地域医療に果たす役割 —医療観察法通院処遇に触れて—。精神経誌（電子版），SS99-SS105，2011
- 2) 三薺文雄：デイケアに関する政策的課題。デイケア実践研究，4（1）；47-52，2000
- 3) 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（9月24日）：精神保健医療福祉の更なる改革に向けて，2009

## Future Development of Walk-in Psychiatric Daycare Clinic

Ken SEKI

*Shironishi Medical Foundation, Socio-Medical Corporation*

Daycare treatment in Japan has rapidly spread since the 1990's. Private hospitals took the lead, but daycare in the medical office setting started to increase in the early 2000's. Favorable incentives for medical treatment and additional endorsement by psychiatrists who positively viewed increased daycare treatment were significant factors.

In this symposium, there are reports from practitioners in a hospital, urban medical office, and local hospital offering daycare, and related evidence is discussed.

Re-hospitalization and recurrence prevention are seen as the only means to promote an early return home. In localized daycare centers, therefore, we must consider the problems under the present conditions by analyzing practical experience in daycare treatment.

Regarding future developments in psychiatric daycare, various programs such as a return-to-work system that enhances rehabilitation, and those for the high-functioning handicapped, patients with personality disorders, and the developmentally handicapped should be considered in the light of present daycare activities.

Above all, it is expected that dementia treatment will become the mainstream in daycare therapy. I would like to suggest our "walk-in/walk-out" setting, i. e., spending up to 12 hours in a supervised setting, and I recommend it based on its future prospects. I use the term "day hospital" for hospitals offering such a type of dementia treatment.

< Author's abstract >

< **Key words** : daycare, walk-in/walk-out clinic, day hospital, dementia,  
various types of interdisciplinary medical care >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

アウトリーチ支援における民間診療所の取り組み  
——ACTの実践を通して——

藤田 大輔

(大和診療所, ACT-Zero 岡山)

我が国の精神保健福祉医療も病院から地域へと徐々にではあるが、進んできている。日本の精神科医療は、長期入院から地域で精神障害者を支援する方向に変化し始めた。国はアウトリーチをキーワードに「アウトリーチ推進事業」を実施している。筆者は、2009年に民間ACTチームを立ち上げた。今回、民間診療所において、ACT実践を通してアウトリーチチーム、支援、事業、システムについて言及する。また、それら実践よりアウトリーチ支援における民間診療所の役割についても若干の考察を加える。

&lt;索引用語：アウトリーチ, ACT, 診療所&gt;

## はじめに

「病院から地域へ」という大きな流れのなかで、日本における精神保健福祉医療施策も徐々にではあるが、転換しているものと思われる。全国各地において、長期入院者を対象とした地域移行支援事業、地域生活をされている方を対象とした地域定着支援事業などが実施されている。さらに平成23年度からは、精神障害者アウトリーチ推進事業が開始され、多職種によるアウトリーチチームを設置し、訪問支援を充実させることにより、さらなる地域支援システムの構築をはかろうとする取り組みが始まった。もちろん、臨床場面や行政において課題が多々あるのも事実だが、当事者がその人らしく暮らしていけるようなかかわり、資源などは徐々にではあるが充実していつていると思われる。

## I. Assertive Community Treatment (ACT) について

ACTは、1960年代後半アメリカのウィスコンシン州マディソン市メンドータ州立病院研究病棟の閉鎖と同時に、再教育を受けた病棟スタッフが地域において重度精神障害者への地域支援を実施することにより始まった。このシステムの特徴としては、多職種スタッフによるチームアプローチ、スタッフ1人が受け持つケース数が10人を超えない、生活の場で直接サービスを提供する、1日24時間・週7日体制、ケースマネジメントの手法を活用するなどが挙げられる。

## II. 岡山県でのACTについて

岡山県では平成15年行財政改革の一環として、

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム アウトリーチ支援活動における民間医療機関の役割と公的機関の役割 司会：伊藤 真人（川崎市精神保健福祉センター）、太田 順一郎（岡山市こころの健康センター）

精神科関連県立3施設（県立病院，県立内尾センター，精神保健福祉センター）の見直しがなされ，長年にわたり地域精神医療・地域生活支援を行ってきた県立内尾センター（社会復帰施設）の廃止が検討され始めた。それと時期を同じくして，岡山県精神保健福祉センター（以下，同センター）という行政機関内に臨床最前線多職種チームを配置することが検討され，精神保健福祉審議会により意見具申された。その後，民間精神科病院へ事業の一部委託なども加わり対象圏域は県内に拡大した。平成21年3月，筆者が同センターを退職し，民間型のACTを実施するため在宅療養支援診療所を開設した。同じくACTを実施することを目的に開設された訪問看護ステーション宙とともに，Community CareとしてのACTの大切な理念（リカバリー志向，ストレングス理論など）を共有し，緊密な連携を行うことによって‘ACT事業体’としての活動を開始した。よって，現在岡山県においては，岡山県が実施主体の岡山県精神保健福祉センターに設置されている公的機関ACTチーム（以下，ACTおかやま）と，民間事業体としてのACTチーム（以下，ACT-Zero岡山）の2チームが存在することになる。

### Ⅲ. ACT-Zero 岡山について

以下に ACT-Zero 岡山の概略について記す。

#### 1. 理念

- ・病気からの回復だけでなく，利用者や家族が自分らしい人生を生きられるようリカバリー（回復）を支援する。
- ・地域の中で，利用者や家族のニーズを大切にケアマネジメントを実践する。
- ・地域や医療から孤立している重度の精神障害者が，人や医療と緩やかに出会えるよう新しい視点・発想・かかわりでACTを実践する。

#### 2. エントリー基準

- ①主診断：統合失調症，双極性感情障害，心因反応などの精神疾患

表1 ACT-Zero 岡山スタッフ構成（人）

| 大和診療所   |   | 訪問看護ステーション宙（そら） |   |
|---------|---|-----------------|---|
| 作業療法士   | 1 | 保健師             | 1 |
| 精神保健福祉士 | 3 | 看護師             | 3 |
| 精神科医    | 1 | 作業療法士           | 2 |
| 事務      | 1 |                 |   |

- ②居住地：ACT-Zero 岡山事務所より車で片道30分以内の地域
- ③サービスを必要とする状態：未受診，治療中断，地域定着に必要な要素が不足している状態（住居，衛生，栄養，金銭管理など）
- ④年齢：18歳以上65歳未満
- ⑤機能の全体的評価尺度（GAF）が50以下

#### 3. スタッフ構成（表1）

表1に現在のACT-Zero岡山スタッフ構成を示す。

#### 4. 支援内容

自宅などから自ら外に出ることが困難な重度精神障害者に対し，適切な医療評価のもと以下のような支援を提供している。イメージしやすいよう，具体的支援内容を記す。

- ・部屋の片付け
- ・料理
- ・一緒に外食
- ・海へ釣りに行く
- ・野菜を植える
- ・家探し
- ・子供の世話
- ・ホッとできる場所へドライブ
- ・ジムでダイエット
- ・散歩
- ・無言の利用者とババ抜き
- ・そばに寄り添い一緒に過ごす
- ・ホームレスの炊き出しボランティア
- ・家族との橋渡し
- ・他科受診援助
- ・仕事探し
- ・ホステル見学
- ・注射，点滴

### Ⅳ. ACT が提供する医療（生活の場での精神科医療）について

ACTが我が国で活動を始めた当初，24時間，365日体制で医療を備えて生活の場まで出向くと

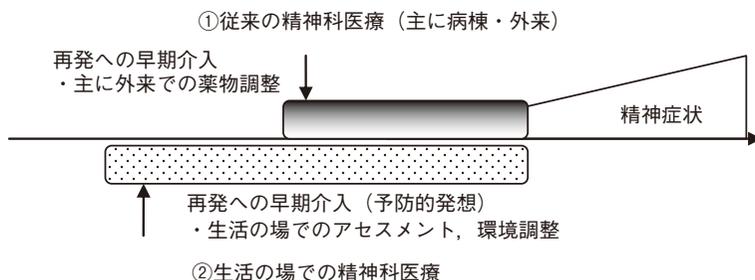


図1 生活の場の精神科医療

いうことで、保健所などの緊急対応時の効果を期待された。しかし、そのようなチームは当事者からすると恐怖であり、また ACT が目的とする支援とも異なる。そこで、ACT が提供する医療は当事者にとっては生活の場であるという特殊性を考慮すると、明らかに一般的に論じられる従来の精神科医療（精神科病院の病棟、外来場面）とは異なる。まずは、その認識が必要であり、生活の場の精神科医療の定義が必要と思われる。筆者の実践を通して、従来の精神科医療との相違点を図1に示した。まず、外来診察の場面をイメージした状況を、①従来の精神科医療とする。ここでは、通常診察は1回/2~4週間であるため、本人（患者）の再発・再燃の前駆症状（精神症状出現前）にタイムリーに介入できる可能性は低く、また仮に前駆症状時に外来診察できたとしても、外来の場面でもあるため、薬物調整以外に具体的介入（環境調整など）が困難であることもしばしばである。次に筆者が臨床を実践している状況を、②生活の場での精神科医療とする。その実践では、医師以外のコメディカルスタッフも含め日々訪問しているため、再発・再燃のかなり前の段階で気づくか、本人または家族からの情報として知り得る。その段階での介入は、生活の場でもあり、薬物調整などが必要となる前でもあるため、本人のニーズを尊重した緩やかな介入（環境調整）が可能となる。ここで、その介入は生活支援を中心とした一見福祉的介入とも理解されるが、ACTでは対象者が重度精神障害者であるため、明らかに適切な医療評価が生活の場においても必要とな

り、その医療評価で予防的発想のもと生活の場における環境調整を実施しているのである。つまり、ACTにおいては、日々訪問しているにもかかわらず、再発・再燃の前駆段階に気づかず緩やかなかわりもできず、薬物調整が必要な状況となってしまうことはある意味挫折に値するのである。

## V. アウトリーチ支援について

Outreach（アウトリーチ）とは、手を伸ばすことであり、特に相談機関や病院など、援助を提供する機関に来ることができないか、あるいは来ることを好まないような人たちに対して、サービスやアドバイスを提供する機関の活動である（Oxford Advanced Lerner's Dictionary）。また、三品はアウトリーチを以下のように説明している。①広義には訪問看護、保健所、地域活動支援センター、ホームヘルプサービス、ACT（包括型地域生活支援）、アウトリーチ推進事業もアウトリーチに含まれる。②狭義には自宅に行くだけではなく、その人らしい生活ができるように、その人がその人なりの人生の意味を見出し、希望を持って生活できるように支援する活動であり、リカバリー志向、ストレングス視点、パートナーシップ、パーソンセンタードを理念として活動する。

## VI. 精神障害者アウトリーチ推進事業（以下本事業）について

### 1. 事業概要および対象者

我が国においても、病院から地域への流れの中、厚生労働省において平成23年度より本事業が

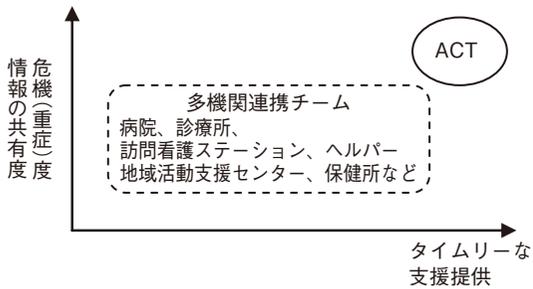


図2 アウトリーチチームと ACT チームの比較

予算化され各都道府県において開始された。概要を以下に示す。未治療の人や治療を中断している人などに対し、病院などの専門職がチームを組んで、訪問支援（アウトリーチ）を行うことにより、本人およびその家族に対して支援を行う。診療報酬による支援や障害福祉サービスへとつなげ、在宅生活の継続や病状の安定を図る。

当初、対象者は、①受療中断者、②長期入院の後退院した者、入院を繰り返す者、③精神疾患が疑われる未受診者、④ひきこもりの精神障害者であったが、平成 24 年 6 月の行政説明において、③・④は積極的には行わず、①・②の者を重点的に行うと変更された。本事業においては、事業の特性（アウトリーチ）より精神科医療介入以前の保健的な要素も大切な要素となる。この部分は、医療機関特に民間医療機関としては、慎重にせざるを得ないと思われる。当事者にとって恐怖とならない地域支援システムを本事業をもって形作るには、保健所・市町村などの行政機関が積極的に医療介入前の段階での過程に参加する必要があると思われる。岡山県、岡山市では、厚生労働省が対象者を①②に重点的に実施すると変更された後、対象者について再度検討され、従来から③・④の対象者への支援を行っていた経緯より、継続して実施すると決定した。

## 2. アウトリーチチームについて

現在、本事業で主に構成されるアウトリーチチーム（多機関連携チーム）と ACT チームについて、対象者の危機度（情報の共有度）とタイム

リーな支援提供との項目で図2に示した。つまり、本事業におけるチームは、予算的にもスタッフ数は少なく、他業務との兼務のスタッフが多く、外部機関との連携によって支援することを念頭においている。そのため、危機度の高い、タイムリーな支援が必要な対象者に対応するのが困難なチームとなっている。しかし、上記対象者①・②・③・④は、ACT の実践経験では、容易に危機度が高くなり、またタイムリーな支援を必要とする状況になるのも事実である。対象者が必要とする支援を提供できないチームはハイリスクチームにもなりかねないのである。チーム立ち上げ時には、どのような対象者を想定するかによって、必要な体制が明らかになることを忘れてはならない。

## 3. 様々なアウトリーチ支援について

アウトリーチに関連する支援、チーム、事業を目にする機会は多いが、そのためか混乱を来していると思われる。図3では、それらを簡単に図示した。まず、対象者が自ら必要な機関に出向いて行けない場合、出向く支援が必要となる。必ずしも医療が必要な状況ばかりではないため、状況によれば福祉的アウトリーチで対応可能な場合もしばしばある。むしろ、そのような状況の方が多いものと思われる。そのような支援の中に、対象者が生活・症状面で危機になりやすい状況では、ACT のような濃厚なアウトリーチ支援が必要となる。ここで、図3からもわかるように、本事業と ACT はかなりの部分重複する。未受診、未治療者への介入は、民間医療機関で実施する ACT では限界がある。保健所・市町村が本事業を活用し、本来の役割を果たしていくならば、ACT が介入困難な状況下での介入も可能となるであろう。また、本事業では、治療契約が結ばれた事業導入後約 6 ヶ月が経過すると、事業終結に向け他機関などへ繋げないといけない状況となる。しかし、6 ヶ月という短期間で良好な関係性を構築し、治療導入し新たな機関へ繋ぐことが可能であろうか。本事業実施機関の大きな課題にもなっている。本事業のためにアウトリーチチームが構成さ

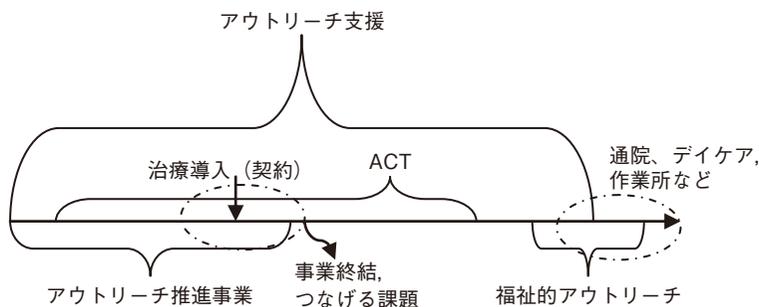


図3 様々なアウトリーチ支援

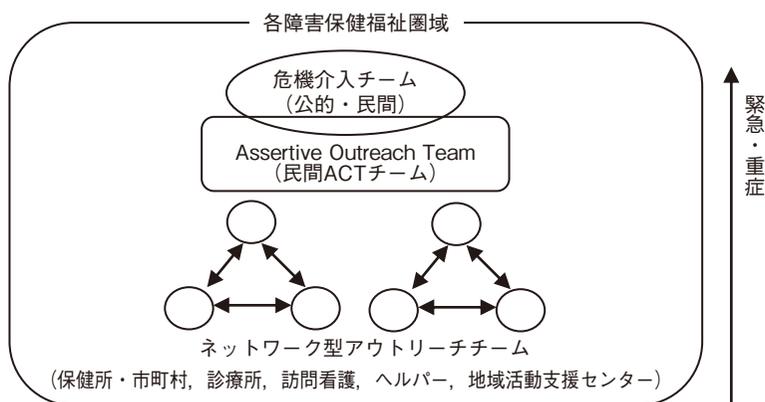


図4 包括的地域支援システム

れているならば、事業実施要綱に縛られてしまうが、元々 ACT を実践しており、対象者の状況が本事業に合致する時期を事業に載せるという発想が可能ならば、事業を活用できるのである。

## Ⅶ. 包括的地域支援システムについて

アウトリーチに関連する、理念、チーム、支援、事業について筆者の私見も加えながら説明してきた。最終的には、地域で社会からも、必要な医療からも孤立する対象者を温かく見守り、必要なときには介入するシステムを構築する必要がある。民間も、国も今アウトリーチへの意識は高い。公的機関でのアウトリーチ実践および民間でのアウトリーチ実践経験より、図4に示すシステムを提案する。このシステムは、社会・(必要な)医療から孤立する者を対象とし、緊急度・重症度に応じて必要となる支援内容が異なるため、支援可能なチームの形態も自ずと異なる。ACTのような完

結型チームではなく、地域支援に対する意識と理念を持った多機関によるネットワーク型もアウトリーチ支援は可能であり、十分に効果が期待できる。このようなアウトリーチ支援を実施する機関の技術的指導・支援を担う機関としては、精神保健福祉センターなどが考えられる。

## Ⅷ. アウトリーチ支援における各機関の役割

一般的なアウトリーチ支援の内容から、最大限アレンジした形態である ACT について、そして具体的な支援内容から、地域支援システムに至るまで多岐にわたり説明した。それらを実践する各機関の役割について以下にまとめる。

### 1. 民間診療所の役割と課題

生活の場へのアウトリーチ支援の実践、ケアマネジメントの実践である。本来地域において今以上に機動力を活かして動ける機関であろう。ま

た、民間医療機関としての課題は、長期間医療契約を結べない対象者への介入の問題である。そして、診療所において広がらないアウトリーチの意識も今後の課題と思われる。

2. 公的機関(主に保健所・市町村)の役割と課題  
アウトリーチ推進事業への積極的な参加、また事業を通して地域で孤立する対象者へのアウトリーチ支援システム構築への取り組みが必要である。また、契約が結べない、重度の対象者への公的危機介入チーム、医療監察法関連のアウトリーチチームも大きな役割の1つである。もちろん、医療モデルに偏らないよう慎重であるべきなの言うまでもない。

3. 精神科病院の役割と課題  
アウトリーチ支援が進んでも、入院が必要となる状況はある。その時に、当事者から信頼される病院であり、退院後のアウトリーチ支援の存在で、急性期治療を短期間で実施し退院できること

が最大の役割であると思われる。また、病院が実施するアウトリーチ支援(チーム)は、地域に出過ぎず、支援する期間においても、支援の濃厚さにおいても考慮されるべきであろう。既存の地域資源に繋げる意識を持ちアウトリーチ支援を実践する必要があると思われる。

### おわりに

筆者は、精神科病院急性期病棟、慢性期病棟での精神科医療を経験してきた。現在、その活動の場は全く以前と異なる、生活の場である。その生活の場において、病棟では経験することのなかった、当事者の自然治癒の経過、そしてその過程に強く影響する地域の人との関係性、自然に癒され、育まれる感触、家族の愛情の力などを体験している。地域という特殊でない環境の下で、改めて精神科医療について振り返る機会を与えられているように思う。この環境に最も近いのが民間診療所であり、今後の民間診療所の在り方に期待をする。

---

## The Efforts of Private Clinics in Outreach Supporting Services —Through the Practice of ACT—

Daisuke FUJITA

*Yamato clinic (ACT-Zero Okayama)*

Psychiatric treatment in Japan is just beginning to change from long-term hospitalization to caring for patients in the community. As one of the keywords, 'outreach service', the Japanese government implements the 'outreach service promoting project' for patients in the community. We started a private Assertive Community Treatment (ACT) team in 2001. Through the practice of the ACT, we mention the outreach team, support content, project, and community support system. We also discuss the role of private clinics in the outreach supporting system in the community.

< Author's abstract >

< Key words : outreach service, ACT, private clinics >

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 民間精神科病院のアウトリーチ支援への取り組み

澤 温  
(さわ病院)

アウトリーチサービスは特に新しいものでもなく、患家の要請に応じて医療の提供を行うものである。精神障害者においては、自ら医療を受けようとしないうちや、あるいは医療を受けていても実際の生活場面が見えることで早期に再発を予知し、再入院を予防し、周囲への問題行動を阻止する時に大きく役立っている。アウトリーチサービスとして現在の診療報酬では、往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導、訪問栄養指導があり、各患者のニーズに従ってサービスを組み合わせる点で、アメリカで始まった assertive community treatment (ACT) とは異なっている。アウトリーチサービスの内、訪問看護による効果は大きい。筆者の調査で訪問看護に限っていうと、入院期間は全入院期間で17%、1回の入院期間で14%まで減少し、入院回数は32%まで減少した。民間病院としての限界としては、契約者との契約に基づいてアウトリーチサービスを提供するのであり、契約がなければすぐに訪問はできない。また民間病院ではコストパフォーマンスは重要で、通常の外来で診察し、あるいは再入院になりそうな人は入院させておいて、病床の安定した利用率を得ることの方が経営的に安定でもあるだろう。圏域内の精神科病床削減を条件として、主に民間の医療機関が参画して「アウトリーチ事業」を行うことを2011年に国は予算をつけたが、各都道府県の経済負担も大きく、コストパフォーマンスも悪いので、結論としては、「アウトリーチ事業」で民間病院は変わらないと考えている。

<索引用語：アウトリーチサービス、包括型地域生活支援プログラム、訪問看護、在院日数、再入院>

## はじめに

アウトリーチサービスは特に新しいものでもなく、患家の要請に応じて医療の提供を行うものである。精神障害者においては、自ら医療を受けようとしないうちや、あるいは医療を受けていても実際の生活場面が見えることで早期に再発を予知し、再入院を予防し、周囲への問題行動を阻止する時に大きく役立っている。

今回のシンポジウムでは2011年に厚生労働省が出した方向性において、民間病院がアウトリーチ活動にどのようにかかわるようになるかということで企画されたので、これまでの筆者の所属する民間病院での活動<sup>5~7)</sup>を踏まえて述べたい。

厚生労働省のやり方には、Aという方向に誘導

するために、Aをしたらメリットがある、Aをしなればこれまでのメリットもなくなる、AをするにはBを減らせという図式がこれまでもいろいろの面で行われてきた。これが政策だといえようかもしれないが、これらが本当の動因になるとは考えにくい。この点も後に述べたい。

## I. 精神科アウトリーチサービスの考え方

西洋では医師が独立して仕事をし、修道院の病院に招かれて赴いた。また日本でも江戸時代に「かよい療治」という制度があった。ただ、効率が悪く、そのため当然費用がかさむ。しかし、この医療形態は、医療へのアクセスが必要な時の1つの形であり特別のものではない。病院機能が大き

くなり、大型医療機器へのアクセスが必要であり、効率を重んじる点からも医療機関へアクセスが当たり前になった。

精神障害者の場合は、その疾患特性から、体の問題で通えないのではなく、通う必要をわかってもらえない、いわゆる病識欠如の人がいるためにアウトリーチサービスが必要となってきた。欧米では精神科病院の閉鎖にともない、地域で医療を必要とする人に医療サービスを確実に提供する方法としてアウトリーチサービスが重要となってきた。特に精神疾患をもつ人は、治療中断により再燃し、入院が必要となる可能性が増すので特に重要である。

精神科の往診がいつからかは知らないが、精神科病院ラッシュの1955年以後特に増えたのではないだろう。それは地域医療の1つというより、精神科病院へ入院させるための手段として使われ、時には「患者狩り」と言われた。

日本では入院病床が十分ある上、訪問の報酬も低く、時には訪問時トラブルもあり、さらに医師1人あたりの受け持ち入院患者が多く、手が回らない状態であるため、とてもアウトリーチサービスを行えない状況であるともいえるだろう。

地域医療のツールとして始まったのは、精神科訪問看護で、1986年に医療機関から、1994年からは訪問看護ステーションからも行けるようになった。

考えてみると、このようなアウトリーチサービスは特殊ではないと考えている。病院内で病室に医師や看護師が訪室し、必要に応じて作業療法士、精神保健福祉士、薬剤師、栄養士も訪室するのである。かねてから筆者は地域精神保健・医療・福祉のスローガンとして「地域は病院だ、家庭は病室だ、町中開放病棟だ」と言ってきた<sup>4)</sup>が、まさに病院内の医療活動を地域に出して行けば、これをアウトリーチサービスと呼ぶだけのことである。

## II. 現在診療報酬で認められている アウトリーチサービス

現在診療報酬で認められているアウトリーチサービスには、往診、訪問診療、訪問看護、訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導、訪問栄養指導がある。

医師の場合は、往診と訪問診療で、往診は、「患者の求めに応じて患者に赴き診療を行った場合に算定できるものであり、定期的ないし計画的に患者に赴いて診療を行った場合には算定できない」とされている。また訪問診療(在宅患者訪問診療)は、「在宅での療養を行っている患者であって、疾病、傷病のために通院による療養が困難な者に対して定期的に訪問して診療を行った場合の評価であることから、継続的な診療の必要のない者や通院が容易な者に対して容易に算定してはならない」とされている。

看護のアウトリーチサービスは訪問看護で、訪問看護ステーションからのものと、精神科訪問看護がある。訪問形態および支払い形態はそれぞれ異なっている。訪問看護ステーションからの訪問は、保健師、看護師、准看護師に限られていたが、1999年より助産師、言語聴覚士、作業療法士、理学療法士も可能になり、条件によって複数訪問も可能となった。特別訪問看護指示書があれば、病状増悪時は指示書が交付された日から14日以内は毎日の訪問も可能となった。ただし精神障害者の支援にとって重要な精神保健福祉士の訪問は認められていない。

精神科訪問看護においては、保健師、看護師、作業療法士または精神保健福祉士が訪問でき、上記スタッフの複数が訪問指導をした場合、あるいは保健師または看護師の訪問に、准看護師が同行した場合には、加算して手当されている。回数は週3回まで認められるようになったが、1986年には月2回までしか認められなかったことからすると、かなり重症な人も地域でみられるようになった。そして退院後3月以内では週5回まで認められ、また服薬中断などにより急性増悪した場合で、医師が必要と認めた場合は、急性増悪した日

から7日以内では毎日訪問できるようになった。

いわゆる「退院促進」のためのツールとして退院前訪問看護（精神科退院前訪問指導）がある。これは患者またはその家族などに対して、退院後の療養上の指導を行った場合に、入院期間が1ヵ月を超えると入院中3回（入院期間が6ヵ月を超えると見込まれる場合は6回）訪問できるというものである。異なる職種による複数訪問も認められ、複数の職種が共同して指導を行った場合に算定するものであり、単一の職種の複数名による訪問の場合は対象としない。

この点から見ると、訪問看護ステーションよりも精神科訪問看護の方が、医学的支援より社会的支援の必要性の高い精神科領域では、さまざまな場面で幅広く使うことができる。

その他のコメディカルのアウトリーチサービスには、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問食事栄養指導がある。このいずれもが、訪問診療と同じく「疾病、傷病のために通院することが困難な者」と限定されている。

訪問看護も、訪問リハビリテーション指導、訪問薬剤管理指導、訪問食事栄養指導も医師の指示の下で行われることとなっている。

このような医療的アウトリーチサービス以外に福祉的なアウトリーチサービスがあり、医療と福祉の連携で、より重症な人に対応できるようになっている。自立支援法の下では、福祉サービス支給量については、申請を受けた行政がアセスメントを行い、障害程度区分を審査会で決定し、本人の希望必要性を考慮し、サービス内容、利用回数、時間数が決定されるとしている。

### Ⅲ. ACT (assertive community treatment) とアウトリーチサービス<sup>1,6~8)</sup>

先進諸外国は1960年代に、建前としてノーマライゼーション、本音として医療費削減を目的に脱施設化をしてきた。医療面でのアウトリーチサービスとしては、移動精神科救急医療サービス (mobile psychiatric emergency services) があるが、これは医療に特化したものであり、それが医

療以外との連携を必要とする時には連携するというものである。医療面でのサポートのみでは、地域で患者を支えられないとして、1970年代に、米国ウィスコンシン州で、州立精神病院の病棟閉鎖に伴う病院治療の代替としてACTがスタートし、その後、地域移行を円滑に進めるために各国で取組が行われているという。

日本では入院医療に対しては極めて低額で、したがって施設も人的配置も低レベルで患者を処遇してきた。それでも1974年にはデイケアに診療報酬が認められ、1986年に月2回ではあるが訪問看護にも診療報酬が認められた。往診はそれ以前からもあり、パーツとしてはアウトリーチサービスのメニューはあったといってよい。しかしそれぞれが独立していたといえる。

「病床削減」「退院促進」「地域移行」が叫ばれる現在、独立していたアウトリーチサービスのパーツは1つのセットとして機能させることで大きな力を発揮すると考える。これは医療的アウトリーチサービスであれ、福祉的アウトリーチサービスであれ同じである。そして障害ある人に、その時その時のニーズに従ってパーツを組み合わせて提供すること、そしてその効果をPlan-Do-Check-Actというマネジメントサイクルを通じて評価し進めていく、これこそがケアマネジメントといえると考えられる。

現在自立支援法下では、行政にこのマネジメントをさせるというより地域活動センターの相談支援事業で行いするので、利用者との距離はさらに縮まって身近な所でサポートが受けられるように仕組みが作られている。

つまり日本ではそれなりのアウトリーチサービスで障害者の疾患も、生活も支えるパーツがあり、さらにそれをマネジメントする機能までもパーツとしてはあったのである。それをどのように使いこなすか、アメリカを中心にACTが地域医療から生活支援へと広がっていったと同様、日本でも使っていく中で同様の弁証法的発展があつて然りと考えられる。

保健所は従来から訪問指導が業務にあつたが、

人員配置も少なく手が回らないことが多く、また移送制度ができ、「直ちに入院が必要な時」とあっても、事前調査に時間がかかるので筆者の地域では、「移送制度では時間もかかるからさわさんへ頼みなさい」と、保健所自身がいう状況である。移送制度の見直しが行われると聞いているが、医療としては正確な診断で迅速に対応し、その対応が正しかったかチェックする機構があればよいと考える。

救急サービスとアウトリーチサービスの比較においては、経営的には安定数が確保されるのがよいのは当然で、救急サービスとアウトリーチサービスのいずれも、数の点、必要性が発生する点でも安定しない。医療は必要な時に必要な(職種の)スタッフが対応すべきであり、規模が大きな入院施設では、どのスタッフもどこかでは役割があるだろう。ACT チームは、通常 10 人のスタッフで 100 人の患者に対応すると言われているが、多職種スタッフを用意するので、患者のニーズがさまざまだろうから、極端に言えば時には不要な人材を抱えることになる。その点従来の診療報酬の中でのアウトリーチサービスは、各患者のニーズに従い、必要職種スタッフを組み合わせ、チームを組み必要な時に必要な人だけ入れることができる。ACT のような専属のアウトリーチチームは、人件費から考えると、仕事量の安定しないところに正職員は当てにくい、ではパートなどでできるかという責任性、継続性が保てないという問題点がある。救急もニーズは一定でないが、自院責任制を捨てて救急システムに全て任せるというのならいざ知らず、自院の患者、自院を望んでくる患者を見捨てないというのなら数も時間も不安定なのはやむを得ないだろう。

面白いことに、救急医療との共通点は、いずれも利用が減る方向への努力が必要といえる(利用予防)。

#### IV. 精神障害者が地域生活を送るための

##### 4 つの要素<sup>3)</sup>

筆者は精神障害者が地域生活を送るためには 4

つの要素が必須であると言ってきた。すなわち、社会復帰施設、グループホーム、アパートなどの「住まう場」、デイ・ケア、ナイト・ケア、デイ・ナイト・ケア、グループワーク、就労移行支援事業、就労継続支援事業などの「活動する場とプログラム」、専門家、ボランティアなど「サポートする人々とその連携」そして「地域の人々の理解と受容」である。アウトリーチサービスは「サポートする人々とその連携」にあたる。ちなみに「地域の人々の理解と受容」が地域生活を継続させる意味で最も重要であるが、近隣の対応についていち早くキャッチするので、大きな役割を演じるのは訪問看護師を中心とするスタッフである。

#### V. 特殊なアウトリーチサービス

現在精神障害者の地域ケアで大きな問題となっているのは、救急身体合併症を有する精神科救急患者の問題である。特にリストカットを中心とする自損や過量服薬の患者を身体科救急がどこまで対応し、精神科救急にどのようにつなげるかという点である。大阪府では消防法の改正に伴って救急協議会が設置され、その中のワーキンググループでこの問題を 2011 年取り上げ 1 年をかけて答申した。その概要は図 1 (a および b) に示した<sup>9)</sup>。この詳細はここでは述べないが、③のスタッフの移動は、単科精神科病院から精神科のない二次救急医療機関へ、あるいは精神科のない二次救急医療機関から単科精神科病院へ、患者の入院先からの求めに応じてスタッフが対診する場合を指している。これにより、患者は総合病院で治療を受けると同じサービスを受けることができ、機能的総合病院<sup>9)</sup>での治療を受けているといえる。このことからわかるように、アウトリーチサービスの根幹は単に必要な医療にアクセスできない時、医療がアクセスしていただくことである。

#### VI. アウトリーチサービスの効果

アウトリーチサービスで(再)入院阻止力が最も強いのは往診(訪問診療)と訪問看護である。特に訪問看護の阻止力は強い。

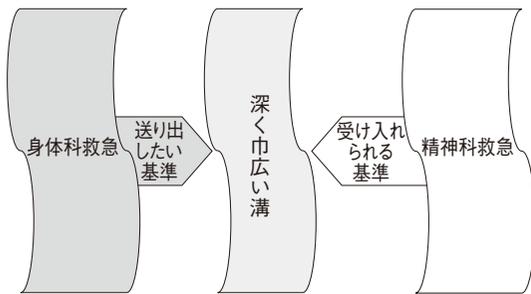


図 1-a 精神科救急における救急身体合併症への対応  
精神科救急医療機関と身体科救急医療機関のこれまでの関係

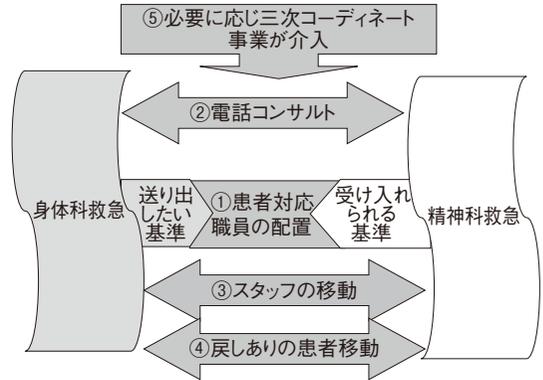
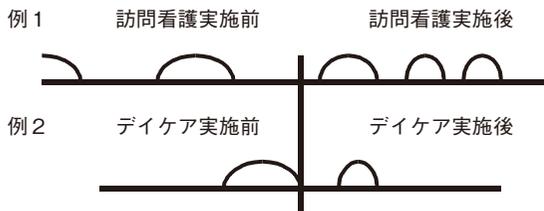


図 1-b 精神科救急における救急身体合併症への対応  
精神科救急医療機関と身体科救急医療機関の関係の改訂案

調査 2 の調査方法



調査 2 結果

|      | 件数  | 入院日数計       | 入院回数        | 入院日数/回      |
|------|-----|-------------|-------------|-------------|
| デイケア | 128 | 0.67±0.19*  | 0.55±0.08** | 0.48±0.13** |
| 訪問看護 | 113 | 0.17±0.06** | 0.32±0.06** | 0.14±0.04** |

\*p<0.05 \*\*p<0.01 Mean±SEM

図 2 訪問看護とデイケアの入院日数と入院回数に及ぼす効果

デイケアか訪問看護を実施する前に入院のあった患者について、退院後デイケアか訪問看護を実施した期間(2ヵ月以内の空白は連続と見なした)と同じ期間を実施前に遡って、実施前後の入院期間合計、入院回数、1回当りの入院期間を数え、各人の入院期間合計、入院回数あるいは1回当りの入院期間について実施前の値に対する実施後の値を比で出し平均値と標準誤差を求めた(ただし実施後入院の無かった患者については1回当りの入院期間を0日とした)。

デイケアも訪問看護も入院期間入院日数を減少させることが想定されるが、筆者はそのことをかなり以前に調査した<sup>2)</sup>(図2)。

訪問看護に限っていうと、入院期間は全入院期間で17%、1回の入院期間で14%まで減少し、入

院回数は32%まで減少した。再発・再入院の大きな原因は怠薬であると言われているので、訪問で服薬指導し、時には管理し、再発徴候もいち早く見つけられるから再入院を減らせるのは当然と言える。入院日数の減少は、詳細な調査がないが、重症化しないうちに入院させることができ、また退院後のケアが行われ、服薬管理も確かであれば入院期間が短くなるのも当然といえる。

往診や訪問診療は、当然のことながら、現場で処方や注射の必要性を判断し、施行できるという強みを持っている。

Ⅶ. さわ病院のアウトリーチサービスとその効果

さわ病院ではアウトリーチサービスはシステムにはなっていない。医療が必要なのに医療にアクセスして来ない患者がいて、依頼があれば医療がアクセスするという考えのみである。さわ病院では、医療圏やキャッチメントは考えていない。さわ病院は兵庫県に隣接しているので、兵庫県の隣市の要請も時に応じている。継続的なアウトリーチサービスでなければ、かなり遠方にもアウトリーチで医療を提供に行く。特にそれまで継続的にかかわっていた人が遠方(これまでの経験では山形、東京、徳島など)で具合が悪くなり、家族からの要請があれば医療の提供に行くが、この場合の多くは入院を前提にしたものになる。また遠

方の方が大阪で具合が悪くなった時入院させ、まだ一人であるいは家族とだけで帰郷させ帰郷先の医療機関に繋げるのが困難と考える時も、通常のアウトリーチではないが搬送もする。

さわ病院で、2011年1月～12月の1年間に行ったアウトリーチサービスは、往診 10件、訪問診療 29件、訪問看護 9,061件であった。訪問リハビリテーション、訪問薬剤指導、訪問栄養指導は年に数件であった。これは(再)入院阻止というより、在宅生活の質の向上に当たるといえる。このようなアウトリーチサービスで(再)入院を阻止し、入院回数のみでなく入院日数も下げ、病院全体の平均在院日数を下げ、病床をより有効に利用し、患者の地域生活をできるだけ長く、レベル高いものにすることで本来の目的は達する。入院日数を下げるもう1つのツールとしては入院早期から開始する退院前訪問看護である。退院した時のイメージが、スタッフも患者自身も共通して認識されると早期退院もスムーズになると考えており、隔離室を出ると早期に行うようにしている

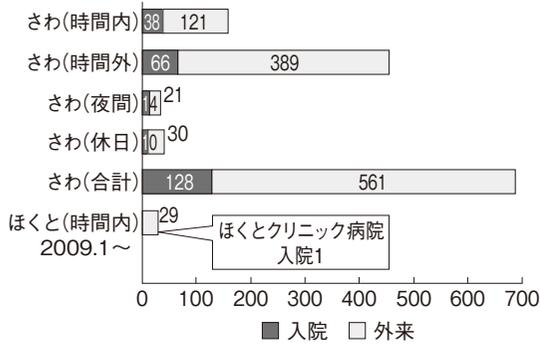


図3 さわ病院・ほくとクリニック病院の往診の状況 (97年9月～11年12月 172ヵ月)

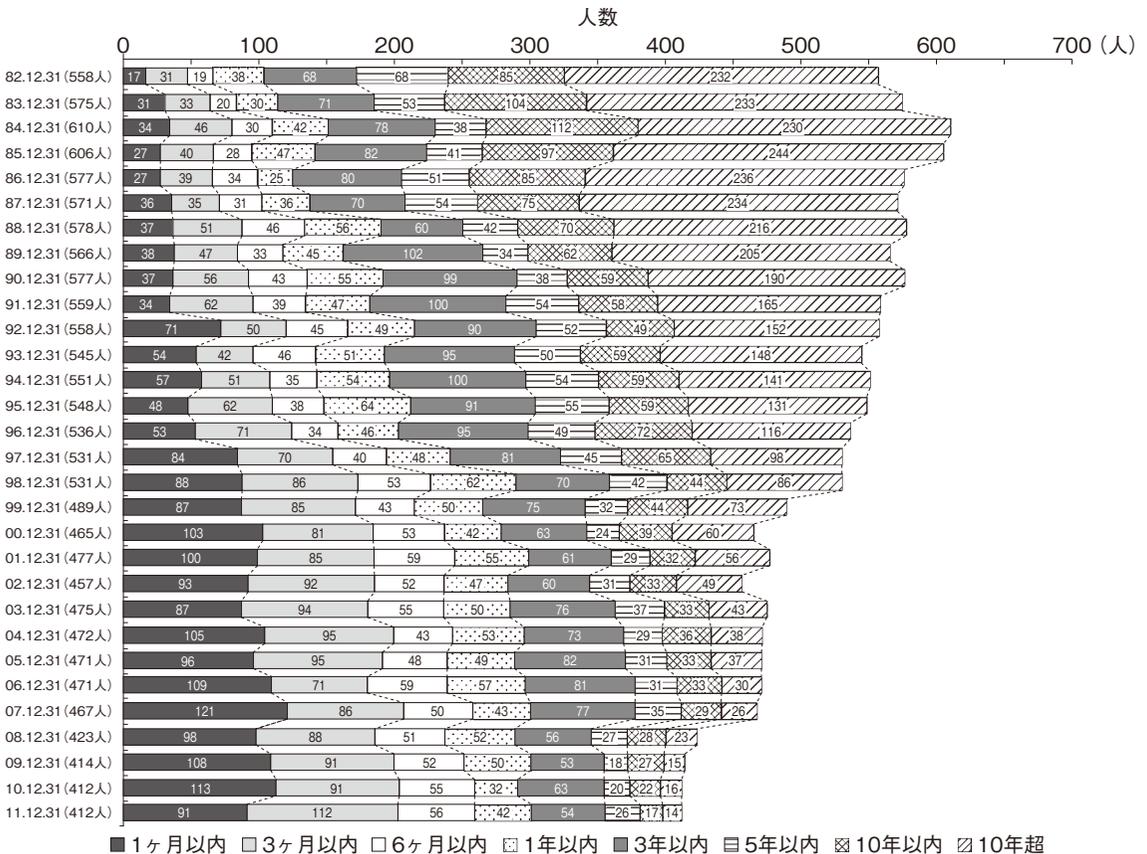


図4-a さわ病院在院患者の在院日数別の年次推移 (人)

が、短期で退院する人に退院前訪問看護をなぜするののかと、原因と結果を取り違えて解釈するなど国の理解は乏しいと言わざるを得ない。

さわか病院・ほくとクリニック病院の往診の状況(97年9月～11年12月, 172ヵ月)について図3に示した。注目すべきはいずれの時間帯も入院を目的としたものより地域生活の維持のための往診が多い。全体としては週1回ほど行われている。

このような活動でさわか病院の在院患者の在院日数別の年次推移(人数, %)をそれぞれ図4-a, bに示した。2011年には5年以上の入院患者は7.55%に下がっている。

### Ⅷ. 民間病院のアウトリーチサービスの問題点

民間病院としての限界としては、契約者との契約に基づいてアウトリーチサービスを提供するの

であり、契約がなければ精神や行動に問題があったという情報を得てもすぐに訪問はできない。また家族が相談に来て治療の必要がありそうな時、精神保健指定医がたとえ往診して診断を行っても、拒否している患者に強制的に治療を提供すること、強制的に連れて来て入院させることには議論があり、症状が重くなって移送や措置制度を利用する方が法的にはよいようだが、これは早期治療し、早期社会復帰の動きには逆行するといえるだろう。

いまひとつ民間病院の重要な側面としてコストパフォーマンスがある。現在の診療報酬では、外来に来た人を順番に診て行くほうが効率的である。あるいはいずれ入院になりそうだと予想できるような人は入院させておいて、病床の安定した利用率を得ることの方が経営的に安定でもあるだ

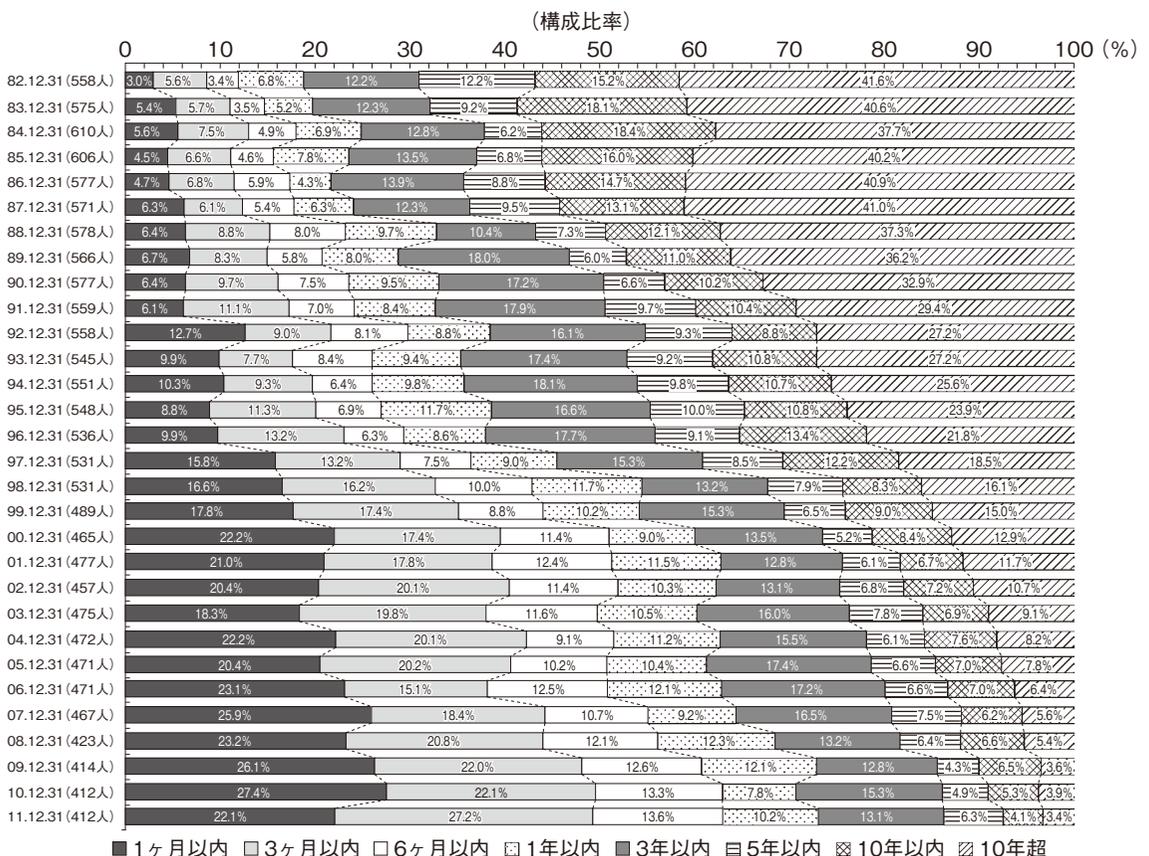


図4-b さわか病院在院患者の在院日数別の年次推移 (%)

ろう。もちろん国が診療報酬を変えれば、ACTでも精神保健医療福祉の改革ビジョンでも、在宅医療の重要性が言われており、在宅医療のほうが有利ともなりうる。しかしより重症者を退院させると入院医療費より在宅医療費の方が高くなるので国が方針を変えるのはよほどの力が働いた時だろう。

国の指針では最初のみ補助をしてあとは「はしご」をはずすしくみで、はずしたら都道府県負担になるので都道府県もしたくないのが本音である。大阪では最初筆者の病院に参加するかと問い合わせがあって前向きな返事をしたが、府は実情を知って辞めてほしいと言った経緯がある。

### まとめ

アウトリーチサービスは特殊なものではなく、病院機能を地域に出せばアウトリーチサービスになるといえる。アウトリーチサービスは再発・再入院防止、入院期間短縮につながる。今後重症者を地域で支えるという方向を進めるのなら、強制通院治療を含めた法整備が必要で、契約関係でのみ動ける民間病院は今の制度では十分な動きはできない。

いずれにしても、今後入院期間を短縮し、地域でより多くの患者を支えようとするのなら、病院が24時間サービスを行っているのと同じサービスを地域に出して、24時間のサービスが地域に選べるほどなくてはできないし、そうでないと質は低下するだろう。

ルーチンとして継続的に行うにはそれなりのスタッフの質と数が必要で、そのための財源が必要である。これは民間病院と公立を問わず、精神科病院、診療所でも同じであろうと考える。このシンポジウムで予想されたような、民間精神科病院を変えるのに、最近国の考えたこのインセンティブは役立たず、筆者の結論としては、今回の呼びかけの「アウトリーチ事業」で民間病院は変わらないと考えている。

### 文 献

- 1) 西尾雅昭：ACT 入門—精神障害者のための包括的地域生活支援プログラム—。金剛出版，東京，2004
- 2) 澤 温：社会復帰メニューの利用が在院期間におよぼす効果についての統計学的検討。精神経誌，93：1042-1052，1991
- 3) 澤 温：社会復帰と福祉。日精協誌，14：24-29，1995
- 4) 澤 温：外来精神医療の拡大で入院医療がどう変わるか。日本外来精神医療学会誌，3：7-16，2003
- 5) 澤 温，澤 潔：精神科アウトリーチサービス。日精協誌，23：18-23，2004
- 6) 澤 温：ACTとアウトリーチサービス。臨床精神医学，37：1015-1020，2008
- 7) 澤 温：日本におけるACTの普及予測。精神医学，50：1167-1175，2008
- 8) 澤 温：医療機関におけるアウトリーチ—どのよう制度を利用し、始め、進めるか—。精神科臨床サービス，11：37-41，2011
- 9) 澤 温：大阪府の精神科スーパー救急医療—さわ病院の取り組み—。臨床精神医学，41：407-413，2012

## Outreach Support By Private Psychiatric Hospitals

Yutaka SAWA

*Sawa Hospital*

Psychiatric outreach services are not new in Japan. They provide medical care based on the requests of patients or their families. They are very helpful when a patient does not come to an outpatient clinic, or when a sign of recurrence is noted. Observing the real-life circumstances of patients can prevent re-hospitalizations and prevent problematic behavior through the patient suffering from psychiatric disorders.

The current medical insurance in Japan covers home visits, outreach medical treatments, nursing visits, rehabilitation visits, pharmacist visits, and nutritionist visits. Based on the needs of patients, a psychiatric outreach team selects appropriate services. Therefore, psychiatric outreach services in Japan differ from assertive community treatment (ACT) which was started in the United States.

Among psychiatric outreach services, the effect of nursing visits is significant. After providing nursing visits, the average length of one hospitalization decreased to 14%, and the average length of total hospitalizations decreased to 17%. Moreover, the number of hospitalizations decreased to 32% with nursing visits. The Japanese government prepared a budget for psychiatric outreach services in 2011. This budget is planned for mainly private psychiatric hospitals to promote psychiatric outreach services and reduce the number of psychiatric beds.

There are limitations regarding outreach services by private psychiatric hospitals. First, it is difficult to provide outreach services for psychiatrists working at private hospitals due to the overwhelming responsibility of caring for psychiatric patients in the community. Next, cost performance is important for manager of private psychiatric hospitals. The managers have less motivation to provide outreach services because of the low medical insurance coverage.

In conclusion, although the author as well as other psychiatrists in Japan understands the importance and effectiveness of psychiatric outreach services, there still remain difficulties promoting outreach services, especially by private hospitals in Japan.

<Author's abstract>

<Key words : psychiatric outreach service, assertive community treatment, nursing visit, average length of stay, readmission >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ活動

小川 一夫

(東京都立精神保健福祉センター)

本報告は、平成 23 年度から東京都において取組まれているアウトリーチ支援事業、特に当センターにおける実績を基にして、公的機関によるアウトリーチ支援の役割について検討を加えることを目的としている。平成 23 年度におけるアウトリーチ支援の対象者は、保健所から依頼を受けた 73 例、性別では男 34 例、女 39 例である。年齢は平均 49.8 歳 (15~85 歳)、ICD-10 に基づく診断では F2 (統合失調症など) が 50 例 (69%) を占めていた。依頼時の受療状況は、未治療・医療中断が 47 例 (64%) であった。支援依頼の契機となった問題行動では、妄想的言動や奇行が多く、近隣住民への暴言や騒音などがこれに続いており、引きこもりや家庭内暴力も少なくない。支援にあたっては、本人の自宅への訪問支援が軸となっているが、その前後での関係機関の調整や関係者による事例検討の頻度も高かった。アウトリーチ支援においては、本人との関係づくりへのアプローチが実践上重要な課題となる。また、それが効果的に活用されるためには、地域における諸サービスの中に有機的に統合されることが求められる。今後のアウトリーチ支援体制のあり方としては、基礎的な地域生活を支援するための一次的サービスと、より専門的な機能をもつ二次的サービスを併せて整備することが必要であろう。二次的サービスには、生活破綻の危機解決機能、慢性重症例への積極支援機能、発病前後の早期介入機能などが挙げられる。一次的サービスは地域住民にとって最も身近な区市町村が担い、二次的サービスは精神保健福祉センターや保健所が中心となることが期待される。これら一次、二次の公的アウトリーチサービスは、重層的に機能するように整備することが求められるが、同時に、地域の医療機関を含む民間支援関係機関・団体とのネットワークの中に位置づけられることが重要である。また、アウトリーチ支援のバックアップ機能として、クライシス・ユニットとしての短期宿泊の活用は有用と考えられる。

<索引用語：地域精神保健，アウトリーチ，精神保健福祉センター，危機，関係づくり>

## はじめに

欧米の脱施設化の進展の一方で、わが国の地域精神保健医療の整備は遅々として進まない状況が続いてきたが、平成 16 年の精神保健医療福祉の改革ビジョンで「入院医療中心から地域生活中心へ」の方向が打ち出されて以来、地域生活中心の精神保健医療福祉活動への動きは徐々に強まってきているといえる。しかし、地域ではいわゆる複雑困難事例への支援体制は未整備の状況にあり、受診を拒み異常行動が顕在化して近隣苦情が出るような事例は少なくない。

このような状況を背景として、東京都では平成 21 年から地方精神保健福祉審議会が精神保健医療福祉体制の整備に向けて審議を開始し、平成 24 年 4 月には提言<sup>1)</sup>がまとめられた。この中で、精神保健福祉センターは、地域精神保健福祉活動の技術的中核機関としての役割が求められるとともに、複雑困難事例に対するアウトリーチ型支援の強化が期待されている。

東京都の 3 つの (総合) 精神保健福祉センターでは、すでに平成 23 年度からアウトリーチ支援事業を開始しているが、ここでは、このうち東部 13

区などを所管する当精神保健福祉センターにおけるアウトリーチ支援事業の概要を報告し、公的機関によるアウトリーチ支援機能の必要性について考察してみたい。

### I. アウトリーチ支援事業の概要

東京都には3つの(総合)精神保健福祉センターがあり、各センターが担当する地域も3つに分けられており、各地域は約400万の人口を有している。当精神保健福祉センターの担当地域は、特別区23区のうち東部13区(台東、千代田、中央、文京、墨田、豊島、板橋、荒川、北、足立、葛飾、江戸川、江東)と島しょ地域となっている。

東京都の精神障害者の現状を見てみると、2008年実施の患者調査によれば精神障害者数は約311,000人と推計される。また、「東京都精神保健福祉の動向(特別区・島しょ編、平成23年度版)<sup>5)</sup>」によれば、自立支援医療受給者が約150,000人、精神障害者保健福祉手帳所持者が約62,000人である。医療資源では、精神科病院が115病院、精神病床は23,710床で、人口万対18.0床となる。一方、病院精神科外来は183病院、精神科クリニックは857施設となっている。しかし、これら医療資源は偏在が目立ち、区東部には、精神科病院は全体の23%、精神病床にして17%しかない。逆に、精神科診療所は多摩地域よりも区部に多くあるものの、区西部に偏っており、区東部は全体の30%となっている。

東京都のアウトリーチ支援事業は、精神保健福祉センターの専門職チームが、区市町村・保健所などと連携して訪問型の支援を行い、精神障害者の地域生活の安定化を目指すとともに、区市町村、保健所、医療機関、福祉サービス事業所などの関係機関の職員に支援技法の普及を図り、地域における人材育成を推進することを目的としている。対象は、未治療・治療中断などのため地域生活の維持に困難を呈している事例であり、医師、看護師、精神保健福祉士などで構成される専門職チームが、保健所からの支援依頼に基づき支援を行うことになっている。支援期間は6ヵ月間とさ

れているが、必要に応じて延長もする。

また、アウトリーチ支援事業の一環として短期宿泊事業がある。これは、アウトリーチ支援対象者が地域生活で困難な問題を抱えた場合に、短期的に施設に宿泊させ、問題解決を図ることで速やかに地域生活に復帰できるようにすることを目的としている。実施施設は、中部総合精神保健福祉センターおよび多摩総合精神保健福祉センターに置かれ、定員は各20名、利用期間は6週間以内である。

### II. 実績の概要

#### 1. アウトリーチ支援の対象者

平成23年度におけるアウトリーチ支援の対象者は、総数73例。性別では男34例、女39例である。年齢は平均49.8歳(15~85歳)、ICD-10に基づく診断ではF2(統合失調症など)が50例(69%)を占めていた。依頼時の受療状況は、未治療・医療中断が47例(64%)、居住状況では単身者が30例(41%)であった。

#### 2. 支援依頼時の問題行動(図1)

支援依頼の契機となった問題行動では、妄想的言動や奇行が多く、近隣住民への暴言や騒音などがこれに続いており、引きこもりや家庭内暴力も少なくなかった。

#### 3. 支援内容と頻度(図2)

支援にあたっては、本人の自宅への訪問支援が軸となっているが、その前後での関係機関の調整や関係者による事例検討の頻度も高くなっている。また、本人支援とともに、家族支援も欠かせないものであり、さらに、住民説明など直接近隣対応にもあたっている。

#### 4. 短期宿泊の利用者

当センターのアウトリーチ支援対象者が短期宿泊を利用する場合には、原則として中部総合精神保健福祉センターの施設を利用することになる。利用者は10例で、男女半々、9例は統合失調症で

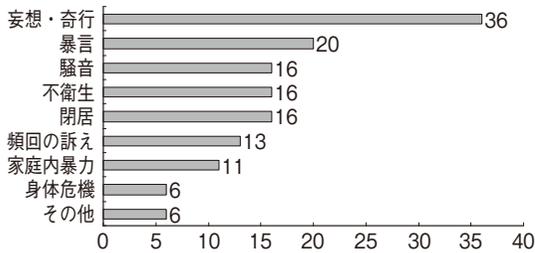


図1 支援依頼時の問題行動

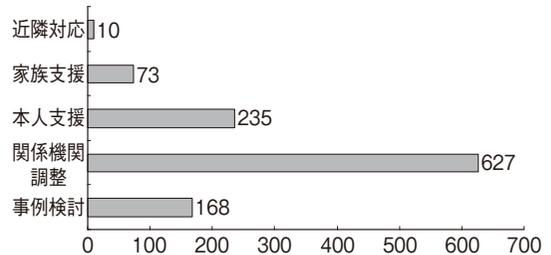


図2 支援内容と頻度

あった。

### Ⅲ. 事 例

次に、事例を1つ紹介する。なお、本人にはあらかじめ了解を得た上での報告である。

#### 1. 病歴と今回の危機状況

事例は、37歳の男の統合失調症。大学在学中、19歳で発病している。初回入院は、「母親の検査についてきてくれと言われたのでついていったら、自分が注射されて入院させられてしまった」という経緯があり、そのことを患者はずっと恨みがましく思ってきたところがある。大学は結局中退となり、その後、職歴もなく経過している。これまでに、2回の措置入院を含む9回の非自発入院を繰り返してきている。今回、開放病棟に移った直後に無断離院し、母親のもとに逃げ帰ってきた。「入院するぐらいなら刑務所の方がいい」と帰院を拒絶。これに対し、母親は暴力を恐れ強い態度に出られない状況であった。

#### 2. アウトリーチ支援の開始

区保健師からセンターにアウトリーチ支援の依頼が入り、センター医師とPSWが区保健師とともに訪問。活発な幻聴や“操作されている”との妄想が顕著にあり、医療不信や拒薬が根強く認められた。“また強制入院させられるのではないかと身構えている様子が見えたと、”「入院しないでやれる方法を考えよう」と、こちらの基本的スタンスを明らかにして、“これからの生活”に焦点を当て、1時間余りの面談を行っている。そ

して、強制入院によらず生活の立て直しを図る援助を約束して退出。その夜は、比較的落ち着いて過ごすことができたとのことであった。

#### 3. その後の展開

その後の対応について、関係職員との間で協議し、支援の基本的スタンスとして、“本人納得づくりの支援”を再確認している。当面の生活の場をめぐっては、実家では、母親とのトラブルが起きかねず、母親も不安が強いことから、グループホームの利用も考えられたが、当分空きがない状況であった。そこで、中部総合精神保健福祉センターの短期宿泊を利用して、当面の生活に向け立て直しを図ることとした。本人は見学の上、納得して入所。そこでは、施設的环境が気に入った様子であった。

ところが、途中で突然、実家に戻って母親とトラブルとなり、緊急の措置入院となってしまった。これには関係職員も困惑したが、入院中に本人を訪問したところ、今回は、本人も自分の非を認め、短期宿泊を再度利用してアパート生活をを目指したいという意向を示した。そこで、退院後直ちに短期宿泊の利用を開始することとなった。再利用に当たっては、納得づくりの服薬、幻聴への対処方法の学習、アパート生活への準備などを目標として入所することとした。

入所中に新たな受診先を決めることになったが、今後の通院・服薬を継続するためには、外来主治医との治療関係が重要と考え、初診時から職員が同行受診することとした。その趣旨は、本人が薬についての疑問などを主治医に十分伝えられ

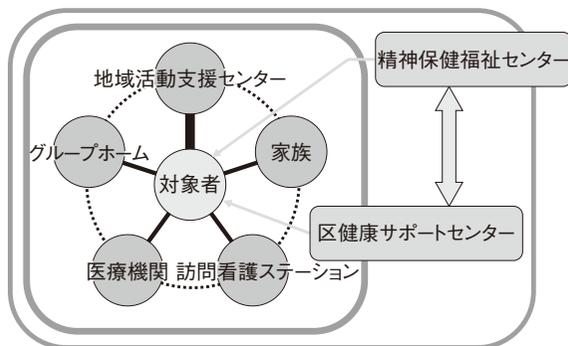


図3 アウトリーチと支援ネットワーク

るように支援するとともに、主治医に客観的状況をよく理解してもらうことになった。幸い、主治医にも恵まれ良好な関係を得ることができるようになっている。

その後、アパート生活を開始し、現在、6ヵ月を経過し、納得して通院・服薬を継続している。

#### 4. 現在の支援体制

支援に当たっては、本人の指向性に焦点を当てた支援を基本としている。そして、地域活動支援センター職員を中心とした生活支援体制を組むとともに、区保健師が支援ネットワークのマネジメントをする体制が取られている。当センターは、区保健師との緊密な連携を維持しながらこのネットワークに加わり、経過の節目には本人へのアパート訪問を行うとともに、関係者会議に参加している。

図3は、こうした支援体制を示したものである。区健康サポートセンターの保健師を含むネットワークとさらに精神保健福祉センターが加わったネットワークが、それぞれ四角の枠で示されている。

### IV. 課題と今後の方向

#### 1. アウトリーチの実践的課題

これまでの取り組みから、アウトリーチ支援の実践上の課題について述べてみたい。まず、一般にアウトリーチ支援といっても、相談関係が築けないことには支援の実をなしえない。いわゆる複

雑困難事例においては、この関係性を築くこと自体が難しく、支援開始当初はそこに大半の時間とエネルギーをかけなければならないというのが実態である。納得ずくの受診や福祉サービスにつなげるためにも、こうした関係づくり<sup>3)</sup>へのアプローチが重要な課題となる。

また、そのプロセスにおいては、本人が望む生活の実現に向けた支援<sup>1)</sup>のあり方が切実な課題として上がってくる。支援者には具体的な生活支援の技術とともに、多様な資源の活用方法が問われることとなる。

次に、複数の支援者がかかわるとき、支援の力点のずれが連携を阻むことが起こり得る。特に、精神症状が改善しにくいケースへの生活支援をめぐっては、こうしたことが起こりやすい面がある。そこにセンターが入ることで調整が図られ、共通認識による目標設定に至ることも少なくなる。複数の支援機関の円滑な連携の必要性は当然のことではあるが、実践的にはそう簡単にはいかない課題といえる。

さらに、患者が諸サービスにつながる事ができた後においても、それらが継続的かつ効果的に活用されるためには、地域全体の中でどのような支援体制が組まれるかが課題であり、特に支援ネットワークのマネジメント機能が重要となる。

そして、これら支援体制を担う人材の育成は適切なケースロードを考えると急務であるといえる。

表1 公的機関によるアウトリーチ

|        | 一次的アウトリーチ        | 二次的アウトリーチ                           |
|--------|------------------|-------------------------------------|
| 機 関    | 区市町村が中心          | 精神保健福祉センター<br>保健所が中心                |
| サービス   | 基礎的な地域生活支援       | 発病前後の早期介入<br>生活破綻の危機解決<br>生活障害の積極支援 |
| 領 域    | 福 祉<br>保健・医療     |                                     |
| バックアップ | レスパイト<br>ショートステイ | クライシス・ユニット                          |

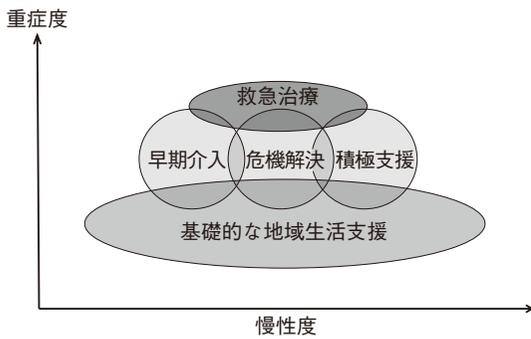


図4 アウトリーチの重層的機能

2. アウトリーチの機能

さて、公的機関による今後のアウトリーチ支援体制のあり方を考える時、基礎的な地域生活を支援するための一次的サービスと、より専門的な機能をもつ二次的サービスを併せて整備することが合理的であると思われる(表1)。二次的サービスには、生活破綻の危機解決機能、慢性重症例への積極支援機能、発病前後の早期介入機能などが挙げられる。一次的サービスは地域住民にとって最も身近な区市町村が担い、二次的サービスは精神保健福祉センターや保健所が中心となることが期待される。

これら一次、二次の公的アウトリーチサービスは、図4に示すように、重層的に機能するように整備することが求められる。また、非自発入院などを要する救急治療サービスも併せて整備する必要がある。

ちなみに、当センターのアウトリーチ機能の現

状を見てみると、危機解決型のサービスが中心的なものとなっているといえる。大まかな視点で整理してみたところでは6割強のケースがここに当てはまる。3割弱は積極支援型に当たり、早期介入型は1割に満たないというのが現状である。しかし、早期介入の必要性への認識は高まってきており、今後、その重要性は増してくると思われる。

こうしたアウトリーチサービスは、同時に、地域の医療機関を含む民間支援関係機関・団体とのネットワークの中に位置づけられることが必要であり、公的サービスには、ネットワーク形成の上で調整や統合の機能が併せて求められているといえる。

3. アウトリーチ支援のバックアップ機能

アウトリーチ支援のバックアップ機能として、クライシス・ユニットとしての短期宿泊の活用は有用と考えられる。これは、単に病状の改善を図るというのではなく、また休息の場を提供するだけのものでもない。心理社会的アプローチによって、危機(クライシス)の解決と生活の立て直しを図るという積極的な介入目標を持つものである。クライシスの概念<sup>2)</sup>(表2)は、措置入院などを要する切迫した状態のエマージェンシーとは区別され、生活の行き詰まりから病状の悪化まで幅広い対象を含む概念であるが、こうした状況に対応できるバックアップ機能はもっと整備していく必要があると考える。

表2 クライシス概念と短期宿泊機能

|       | emergency (救急)                                  | crisis (危機)  |
|-------|---|--|
| 状 態   | ・幻覚・妄想, 興奮等の急性症状<br>・自傷他害のおそれ                   | ・生活の行き詰まりと病状の動揺<br>・生活破綻や再発の危機状態                             |
| 介入目標  | ・急性症状の改善<br>・自傷他害の予防                            | ・危機状態の解決と生活の立て直し<br>・再発・再入院の予防                               |
| 治療・ケア | ・非自発的入院を含む救急治療<br>・薬物療法等の強力な集中治療<br>・警察や救急隊との連携 | ・心理社会的アプローチによる問題解決<br>・薬物調整による不安・緊張状態の改善<br>・地域の諸関係機関サービスの調整 |
| 対応施設  | ・精神科病院の急性期病棟                                    | ・短期宿泊施設 (クライシス・ユニット)   |

### おわりに

東京都のアウトリーチ支援事業の概要について、当センターの取り組みから報告し、公的機関によるアウトリーチ支援機能について検討を加えた。

アウトリーチ支援は、現状では統合失調症を主たる対象とし、医療中断や問題行動の顕在化などを契機として開始されており、支援に当たっては、本人支援とともに関係機関調整による支援体制作りにも力点が置かれている。本人支援においては、関係づくりへのアプローチが実践上極めて重要となる。また、危機状況において、危機対応機能を有する短期宿泊施設はアウトリーチ支援を補完する上で有用であるといえる。

今後、一次・二次の公的アウトリーチ支援と、地域の医療機関を含む民間支援機関・団体とのネットワークが必要であり、こうした体制を整備する上で、地域支援体制を担う人材の育成は急務であるといえる。

### 文 献

- 1) 伊勢田堯, 小川一夫, 長谷川憲一編：生活臨床の基本—統合失調症患者の希望にこたえる支援, 日本評論社, 東京, 2012
- 2) Johnson, S., Needle, J., Bindman, J. P., et al.(eds): Crisis Resolution and Home Treatment in Mental Health. Cambridge University Press, New York, 2008
- 3) Rapp, C. A., Goscha, R. J.: The Strength Model—Case Management with People with Psychiatric Disabilities, Second Edition, Oxford University Press, New York, 2006 (田中英樹監訳：ストレングスモデル—精神障害者のためのケースマネジメント第2版, 金剛出版, 東京, 2008)
- 4) 東京都地方精神保健福祉審議会：都民を支える精神保健医療福祉の連携構築に向けて(意見具申), 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課, 2012
- 5) 東京都立中部総合精神保健福祉センター：東京都精神保健福祉の動向(特別区・島しょ編, 平成23年度版), 2012

## Outreach Services at Mental Health and Welfare Center for Individuals with Severe Mental Illness

Kazuo OGAWA

*Tokyo Metropolitan Center for Mental Health and Welfare*

The present report describes a study that was performed to examine the role of a public agency in outreach services for individuals with severe mental illness, based on practices performed at the Tokyo Metropolitan Center for Mental Health and Welfare since 2011.

The subjects were 73 patients (34 males, 39 females) with a mean age of 49.8 (range, 15-85) years who were referred to our Center from public health centers between April 2011 and March 2012. On the basis of the ICD-10, 69% of the subjects were classified as F2. The reasons for referral to outreach services were mainly behavioral problems such as maladjusted behavior with delusion, verbal abuse of neighbors, withdrawal, and family violence. At the time of referral, 64% of the subjects were not receiving medical treatment. Although visiting the individual at home was central to the outreach services, a case conference and the management of local services were also undertaken.

Promoting engagement is essential for outreach services, and it is a matter of central importance to integrate such services within a comprehensive community service system. Outreach services should comprise both primary and secondary functions. The former consists of fundamental support from the mental health divisions of municipal governments, and the latter has more specific functions such as crisis resolution, assertive support, and early intervention, which are organized by public health centers or mental health and welfare centers. In addition, a crisis unit can offer useful backup for outreach services.

<Author's abstract>

<Key words : community mental health, outreach services, mental health center, crisis, engagement>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神医学用語検討の基本的問題

鈴木 二郎

(山王精神医学心理学研究所鈴泉クリニック)

精神医学は、医学の一分野でありながら、言葉それ自体を疾病やその治療などの概念の構築に用い、さらに治療自体の道具としても用いる。すなわち精神医学における用語は、一般の話し言葉も使い方によって精神医学的意味合いを帯び、さらに独特の専門の語彙も含む。逆に「こころ」、「精神」の問題を人々が考え、語るとき、精神医学の言葉に自らの考えや思いを含ませて用いる。

本学会の用語に関しては、1936年第35回東京総会懇親会で発議され、用語統一委員会試案が1937年に精神病学用語集として神経誌に、翌年第37回京都総会で発表された。しかし第1版としては刊行されていない(らしい)。第2次大戦後アメリカ精神医学の奔流の中で、我国精神医学はドイツ語風用語とその訳語を用いていた。この間、3回用語集が刊行されている。その後、学会動乱期の1982年に新しい用語集作成が提案され、1989年に初めて日本語見出しの精神神経学用語集が出版された。この第5版用語集もICD、DSMの用語は取り入れてなく、2005年以来、松下昌雄委員長以下の検討で、2008年に改訂第6版が完成した。これでは、先のICD、DSMの疾病分類あるいは、疾病概念さえも大きく変化させた欧米の影響を受け、用語が大きく変化した。

さらにかつて全く予想されなかった2つの事態が出来し、その1は、身体障害、精神障害に合わせた3障害として、精神遅滞を知的障害にという要請や老年痴呆の名称変更が、行政から求められ、認知症という意味不明の用語が発生した。その2は、障害者、家族からの要望で病名が差別的として、統合失調症という病名が出現した。

精神医学用語は、学問の状況、内容だけでなく、近年の行政、疾病当事者、さらに例えばマスコミに「うつ」が甚だしく注目され、それらに影響されている。もちろん精神医学は社会の中にあり、人、そして心を対象にするのであるからそうした事情を考慮しながら、日本独自の意味を持ち、かつ国際的にも妥当性のある用語を用いた用語集が今後検討され刊行され、この努力は、継続的になされるべきである。なぜなら言葉は生き物だからである。

<索引用語：精神医学、言葉、社会事象、用語集、疾病概念>

## I. 精神医学の用語について

①精神医学においては、言葉それ自体を疾病やその治療などの概念の構築に用いる。例えば「自

我障害」という疾病概念がある、さらに治療目標や、治療の方法として「自我の確立」という言葉を用いる。

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 精神科専門用語の再検討一特に、改訂7版に向けて一

司会：柏瀬 宏隆（西落合診療所精神科）、コーディネーター：松下 昌雄（西落合診療所精神科、松見病院）

②さらに治療自体の道具としても用いる。例えば「解釈する」、「洞察する」などがそれである。

③精神医学は難しいといわれながら、その用語が一般社会に汎用されることも多い。例えば「神経質」、「自閉的」などである。

④逆に一般社会の言葉が精神医学で用いられることも多い。そのことについて土居健郎先生は「日常語の精神医学」<sup>1)</sup>でじっくり説いておられる。さらに臺先生は、「生活臨床」<sup>14)</sup>としてあえて一般語を専門用語として取り入れられている。

⑤一般社会事象が精神医学用語に入り込むことも多い。例えば、「引きこもり」、「ニート」などがそれで、むしろそれ自体を研究対象にしたりしている。

⑥さらにかつては全く予想されなかった障害者や家族からの要望が起こった。またその影響もあり、行政からの要請があり、それに影響される事態が生じた。「統合失調症」は、アンケートにより、「認知症」は行政の懇談会で決定された。

このように精神医学用語は、絶えず、様々な影響を受けることを考慮しなければならない。

## II. 用語集小史

(1) ここで「用語集」の変遷をまとめてみよう。

発端は、1936年日本精神神経学会第35回東京総会懇親会で京城大の久保喜代治が発議して出席者は大いに賛同したとある<sup>2)</sup>。

つづいて1937年、精神病学用語統一委員会が、林道倫、内村祐之、勝沼清蔵、斉藤玉男で組織され、さらに荒木直、大熊元治が追加された<sup>3)</sup>。その用語統一委員会試案が精神病学用語集として、翌年第37回京都総会で発表された。(精神経誌42.4)<sup>4)</sup>しかし第1版としては刊行されたか不明である。

しかし、第2次大戦後アメリカ精神医学の奔流に流されながら、我国精神医学の用語は、樺、呉らの輸入したドイツ精神医学のドイツ語風用語とその訳語を用いていた。

本格的には、1959年、精神医学用語統一委員会(島崎敏樹ら4名)により、精神医学統一用語集が

刊行された。精神経誌61、号外<sup>5)</sup>がそれである。

同じ頃、神経学領域でも用語統一の声があり、1962年、日本精神神経学会の中に、神経学用語統一委員会(上田英雄ら9名)ができ、神経学統一用語集(精神経誌64、号外)<sup>6)</sup>が刊行された。

さらに学会内外騒擾状態の中、1970年、精神医学用語委員会(加藤正明ら8名)が組織され、精神医学用語集<sup>7)</sup>が新しく刊行された。

こののち日本神経学会が分離独立して、1975年、日本神経学用語集<sup>8)</sup>が刊行された。

1982年当時、精神医学の内容、範囲の変化拡大に伴い、第78回精神神経学会評議員会で提案され、翌年4月精神神経学用語集委員会(加藤勝勝ら11名)が組織された。

この委員会により、1986年3月、第1次案、1987年9月、第2次案が示され、1989年1月、精神神経学用語集<sup>9)</sup>が刊行された。それには、初めて日本語見出し、欧米語訳語として、約2,000語収録されたが、一般用語は含まないと記されている。

同じ頃1993年、日本神経学会の神経学用語集改訂第2版<sup>10)</sup>が刊行されている。

少し遅れて1999年、日本児童青年精神医学会の児童青年精神医学編纂委員会(大井正巳ら5名)により、児童青年医学用語集<sup>11)</sup>が刊行された。

2002年のWPA開催後、2005年、日本精神神経学会総会で精神科用語検討委員会(松下昌雄ら11名)が設置された。国際的なDSM、ICDの使用が行われたり、専門医制度が発足するなどの状況があった。

2008年6月に精神神経学用語集改訂6版<sup>13)</sup>が刊行された。

同年5月、日本神経学会から神経学用語集改訂第3版<sup>12)</sup>が刊行されている。

続いて2009年、精神神経学用語集改訂6版の正誤表が発表されている。

2012年現在では、特にうつ病学会の用語検討委員会(豊島ら)と合同の委員会(松下昌雄ら合計8名)がもたれている。

### Ⅲ. 現在の状況

①先の第6版の準備以前から、国際疾病分類ICD, DSMが我国精神医学の疾病分類だけでなく、疾病概念さえも大きく変化させていた。欧米の影響を安易に受け、大きく変化する様が用語の面からも容易にみられる。

②さらにかつて全く予想されなかった2,3の事態が出来た。

(1) 行政から、身体障害、精神障害に合わせた3障害として、精神遅滞を知的障害にという要請があり、せめて知的発達障害にという学問的な要望は入れられなかった。また老年痴呆の名称変更が求められ、認知症という意味不明の用語が発生した。

(2) は、障害者やその家族からの要望で病名が差別的であるという理由で変更が求められて、アンケート調査の結果、統合失調症という病名が出現した。

(3) さらに、マスコミに（自殺者の増加との関連は不明だが）、「うつ」という言葉が甚だしく注目され、専門家まで影響されている。「発達障害」も同様である。

このように精神医学用語は、学問の状況、内容だけでなく、近年は行政、疾病当事者、家族さらにマスコミに深く影響を及ぼし、他方影響を受けており、専門家としての見識が問われ、当然様々に留意する必要があることは言うまでもない。

### Ⅳ. 特に「うつ」について

現在の改訂第6版には、見出し語として「うつ」はない。しかし気分あるいは感情の大きい部分を占めるこの言葉は、精神医学にとって極めて重要であることは言うまでもない。

「うつ」自体がある場合は状態を表し、うつ病と同義すなわち病名でもあり、形容詞として実に多くの場合に用いられる。

depression（独、仏ともに）の翻訳も場合により「うつ」か「抑うつ」かが検討される必要がある。

現在の分類に関する翻訳で、内容も含め違和感

があるものの1つに「大うつ病」がある。major depressive disorderのmajorを「大」としたのはいかなる意味であろうか。典型的あるいは中核的とでも考えられる。

### Ⅴ. 精神医学用語および用語集の今後

はじめに述べたように、精神医学用語は様々な性格を持ち、絶えず多くの面からの影響を受ける。当然であるが精神医学、精神疾患さえもが、常に変化している。

特に多くの精神疾患の病因、病態が明確でなく、治療も当然ながら発展あるいは変化する以上用語も絶えず検討されなければならない。

人間存在あるいは精神現象を対象にする以上言葉の内容が不分明、ないしは多義であることも多く一層複雑になる。絶えずそうした点も踏まえて検討しなければならない。

人間とその精神の障害を対象にする以上、対象にされている側の発言も考慮されなければならない。

現代にあつては精神医学も当然世界の中にあつて、国際的に共通する言葉、概念を共有していかなければならない。こうした言葉の翻訳は、十分な検討がなされなければならない。

いずれにしても本学会において、精神医学用語は学会員全員により常時検討されるべきものであるし、そのために用語検討の組織は継続されていなければならない。

### 結 び

精神医学は社会の中にあり、人、そして心を対象にするのであるから様々な事情を考慮しながら、日本独自の意味を持ち、かつ国際的にも妥当性のある用語を用いた用語集が今後検討され、刊行されるべきであろう。またこの努力は、継続的になされるべきである。なぜなら言葉それ自体も生き物だからである。

### 文 献

- 1) 土居健郎：日常語の精神医学。医学書院、東京、

1994

- 2) 日本精神神経学会百年史編集委員会編：2 日本精神神経学会となつて一敗戦まで一，日本精神神経学会百年史 147, 148, 2003
  - 3) 同上，総会報告，精神経誌，41；4，1937
  - 4) 同上，「会告」，精神経誌，42 (4)；396-397，1938
  - 5) 日本精神神経学会精神医学用語統一委員会：精神医学統一用語集，精神経誌，61 (号外)；1957
  - 6) 日本精神神経学会神経学用語統一委員会：神経学統一用語集，精神経誌，64 (号外)；1960
  - 7) 日本精神神経学会精神医学用語委員会編：精神医学用語集，1970
  - 8) 日本神経学会神経学用語統一委員会：日本神経学用語集，1975
  - 9) 日本精神神経学会精神神経学用語集委員会編：精神神経学用語集，1989
  - 10) 日本神経学会：神経学用語集改訂第2版，文光堂，東京，1993
  - 11) 日本児童青年精神医学会，児童青年精神医学編纂委員会編：児童青年精神医学用語集，1999
  - 12) 日本神経学会用語委員会：神経学用語集改訂第3版，文光堂，東京，2008
  - 13) 日本精神神経学会精神科用語検討委員会編：精神神経学用語集改訂6版，新興医学出版社，東京，2008 (同正誤表，2009)
  - 14) 臺 弘編：分裂病の生活臨床，創造出版，東京，1978
-

## Essential Points in Examining the Technical Terms of Psychiatry

Jiro SUZUKI

*Sannou Institute of Psychiatry and Psychology, Rinsen Clinic*

In psychiatry, which is one branch of medicine, words themselves are used as constructive components of concepts of diseases and/or therapeutic tools. In daily life, people speak or think of the mind or psyche using psychiatric terms.

In our Society, the first glossary of psychiatric terms was announced at the 37th congress in Kyoto in 1937, but probably not printed. Another 4 revised editions of the glossary were subsequently published. Finally, a revised but basically new glossary of psychiatry and neurology was published as the 6th edition, the chief editor of which was Dr. Masao Matsusita, in 2008.

During working on the new glossary, unexpected requests were made to the committee in charge of the edition. One was from the Ministry of Health and Labour to revise mental retardation to intellectual disturbance as one of three disturbances, with the other two being physical and psychiatric. There was another request to change “dementia” to “cognitive disturbance”, an ambiguous term. One request was from patients with mental illness and their families to change “Seishinbunretsubyo”, schizophrenia in English, to “Tougoushicchoushou”. Recently, the term “depression” is used in many ways by the public, particularly by the mass media.

Psychiatry has important roles in society, is always developing, and is affected by social needs. Technical terms and the glossary of psychiatry should be continuously revised for the future.

< Author's abstract >

< Key words : psychiatry, words, concept of disease, social events, glossary >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 英語病名の和訳にまつわる問題点と今後の取り組み

豊嶋 良一

(日本うつ病学会・うつ病関連用語検討委員会 [委員長],  
精神神経学会・精神科病名検討連絡会 [委員], 埼玉医科大学・精神医学)

&lt;索引用語：英語病名，和訳問題&gt;

## はじめに

本稿では，現在配布している ICD，DSM の和訳病名の問題点を指摘し，英語病名を和訳する際に留意すべき基準を再掲し，今後，日本精神神経学会が取り組むべき課題を挙げた。

## I. ICD，DSM の和訳病名に関する問題点

## 1. 「社交不安障害，素行障害，心的外傷後ストレス障害」への改訳

当初，Social Phobia (ICD)，Social Anxiety Disorder (DSM) は「社会恐怖」，「社会不安障害」と和訳されていた。しかし，英語の Social には複数の語義があり，その語義のうち，この病名中の Social は「人づき合い」を指すもので，「社会」を指すものではない。「社会恐怖」・「社会不安障害」という当初の訳語が不適切である理由は，①この疾病における恐怖・不安の対象は「社会」ではなく「対人的状況」であること，②調査によれば「社会不安障害」という言葉から一般市民が描くイメージは「対人的状況への不安」よりも「社会からの引きこもり」であること，③「社会不安」という語彙はかねてから日本語に存在し，その語義は英語の Social Anxiety とは全く異なることである。上記の理由から，この英語病名を「社会恐怖」・「社会不安障害」と翻訳するよりは，精神神経学用語集改訂 6 版（2008 年）のごとく，「社交

恐怖」，「社交不安障害」と訳するほうが「まだ，まし」であるように思われる。

Conduct Disorder (ICD，DSM) は当初，「行為障害」と和訳された。しかし，ここでの Conduct の語義は「振る舞い・おこない・品行」であり，道徳にかなうかどうか問われる操行を指す。この Conduct を「行為」と翻訳すると，患者の振る舞いの道徳的是非という語感が捨象されてしまい，一般市民にはむしろ高次脳機能障害による動作・運動の障害であると誤解される。

Post-traumatic Stress Disorder (ICD，DSM) は当初，「外傷後ストレス障害」と和訳された。しかし，現代英米語における Trauma の第一の語義が「物理的外傷」ではなく「心的外傷」，すなわちいわゆる「トラウマ」を指すのに対し，日本語の「外傷」は，特にことわりがない限り，「心的外傷」ではなく「物理的外傷」を指す。本邦での「外傷」のこうした用語法のもとで，この病名中の Trauma を「外傷」と和訳してしまうと，他科の医師や一般市民は，本症を「物理的外傷で生じた心理的問題」とであると誤解しかねない。

## 2. 「Depressive Disorders」(DSM-IV) は「うつ病」か？

DSM-IV では分類病名中の depressive の訳語は「うつ病性」と「抑うつ」の両方が無原則に用いら

れ、気分障害の下位項目「Depressive Disorders」(Bipolar Disorders と対置される)は「うつ病性障害」と翻訳されてしまった。「Depressive Disorders」は複数の疾病群から構成されており、代表的である「大うつ病性障害」以外に、「気分変調性障害」、「特定不能のうつ病性障害」(これはさらに「月経前不快気分障害」、「小うつ病性障害」、「反復性短期抑うつ障害」などからなる)をも含んでいる。このように、DSM-IVの「Depressive Disorders」は抑うつ状態を呈する異種の疾病群を括って総称するものである。ところがこれを翻訳者たちが「うつ病性」障害と翻訳した結果、それに引きずられるように、「うつ病」という用語の指し示す範囲が拡大されていった。すなわち、「Depressive Disorders」に含まれる全ての疾病群を「うつ病」と総称してよい、さらには抑うつを主症状とする脳器質性疾患までも含めて全て「うつ病」であるとする言説がわが国の精神医学界に広まっていった。しかし、わが国の伝統的疾患病名としての「うつ病」が元来、これらの全てを指し示していたとは到底考えられない。

そもそも、実は depressive という語彙は、たとえば Adjustment Disorder with Depressive Mood という病名にも用いられている。この例のように英語病名中に用いられている depressive は「抑うつ」という「症状」を指していたのであり、「うつ病」という疾病を指しているのではない。日本うつ病学会のうつ病関連用語検討委員会の中では、英語病名中の depressive の翻訳は「抑うつ(性)」で統一すべきであるとの提言が出されている。この提言に従えば、Bipolar Disorders と対置されるものとして気分障害の下位分類として設定された「Depressive Disorders」は「抑うつ(性)障害群」と翻訳されることになるだろう。日本の医学用語・疾病病名としての「うつ病」が厳密には国際的分類のどの範囲の疾病を指し示すのかについては、あらためて議論が必要となる。

3. 違和感のある訳語、「大」うつ病性障害  
「大うつ病性障害」は DSM の Major Depressive

Disorder にあてられた和訳である。しかし、少なからぬ精神科医がこの「大」に対して違和感を抱いている。患者・家族への病状説明にも、「大うつ病性障害」という用語は使いづらい。大うつ病の「大」は、一般市民には「うつ病の中でもことに重大・重症な」との誤解を与えかねない。改訳を求める声が少なくない。後述の「精神科病名検討連絡会」では Major Depressive Disorder の訳語として「定型抑うつ障害」という訳語が候補に挙がっている。

## II. 日本の医学用語「うつ病」が指し示す範囲はどれ？

近年、わが国での「うつ病」という医学用語が指し示す範囲・意味が不明なまま使用されている。用例をみると、「うつ病」が指し示す疾病範囲として下記の4通りがみられる。

1. 「抑うつ状態」を主症状とするあらゆる疾病  
「血管性うつ病」などの脳器質性疾患、「反応性うつ病」などの心因性障害を含めた用例である。「これらの疾病にみられる抑うつ状態に質的差異はない。量的な程度の差に過ぎない」とする「抑うつディメンジョン」説もこの用例の1つである。

2. DSM-IVの Depressive Disorders の全て  
Dysthymic Disorder, Premenstrual Dysphoric Disorder なども含ませた用例である。抑うつ病相にある双極性障害も「うつ病」に含める用例もある。

3. Major Depressive Disorder (いわゆる「大うつ病性障害」、DSM-IV)  
「わが国でいううつ病は、ほぼ Major Depressive Disorder に相当するものである」という用例である。

4. 内因性うつ病  
主症状として「抑うつ状態」を呈する疾病の「起始的病因」の「病因理念型」の1つとして「内因」

を想定し、その内因が主因となって「抑うつ状態」を呈する疾患を「疾病理念型」として描き、この「疾病理念型」を「うつ病」と称する用例である。

「うつ病」という用語の用例からみると、医学界内部においてすら、その指し示す範囲は混乱している。病因論的にみても各種にわたる英語「病名」中の depressive が、ほぼ一様に「うつ病性」と訳されてしまっていることは、この混乱の象徴でもあり、またこの翻訳が混乱を促した大きな元凶の1つであったとも言える。この混乱は患者、プライマリケアの現場、一般市民、ジャーナリズムまでも巻き込んでしまっている。重要な「病名」である「うつ病」の指し示す範囲が、この病名を用いる医師・研究者によって異なるというこの状態を放置するわけにはいかない。「医学用語の使用上の取り決め」として、学会などで医学用語「うつ病」の用法を取り決める必要性が痛感される。

日本うつ病学会のうつ病関連用語検討委員会の中では、日本の医学用語としての「うつ病」は「ICD-10のF32 Depressive episodeとF33 Recurrent Depressive Disorder, DSM-IVのMajor Depressive Disorderにほぼ相当する範囲を指すものとする」という取り決めが提案されている。これについては今後、検討の場が日本精神神経学会に移されることになるものと思われる。

### Ⅲ. 病名翻訳をめぐる日本精神神経学会の これからの役割

日本精神神経学会精神科用語検討委員会の編集による精神神経学用語集改訂6版(2008年)では、先述の英語病名は「社交恐怖・社交不安障害」・「心的外傷後ストレス障害」・「素行障害」と改訳された。しかし精神医学・医療の関係者においてすら、このことは周知のこととはなっていない。いまだに精神医学の教科書、医師国家試験、健康保険レセプト、薬剤の保険適応病名、各種の

公的診断書・意見書などでは旧来の病名も用いられている。

精神神経学会はあらためて、これらの病名の日本語訳や、日本医学用語「うつ病」の指し示す範囲についての推奨案を策定・公布すべきであろう。実際すでに、2012年3月、日本精神神経学会鹿島晴雄理事長(当時)と日本うつ病学会神庭重信理事長の合議によって、「精神科病名検討連絡会」が発足している。今後のICD, DSMの改訂に伴う新たな分類病名の和訳には、この「精神科病名検討連絡会」と諸専門学会が共にかかわることになるであろう。

### おわりに

#### ——病名称用語の日本語訳を選定する基準——

ここで、筆者がかねて提案した「病名称用語の日本語訳を選定する基準」を下に再掲する。詳しくは「英語から翻訳された病名称用語は妥当だったか」(豊嶋良一. 精神経誌, 119巻9号825-828, 2008)を参照されたい。

病名称用語の日本語訳を選定する基準を下記に挙げる。

- ①その疾病分類体系の分類・命名の理念を反映
- ②わが国の伝統的な用語との異同や関係性をそれなりに反映
- ③病名に用いられた英語の原意にふさわしい
- ④可能なかぎり簡潔
- ⑤一般の人々が訳語からその症状内容をおおよそ推測できる
- ⑥他の疾病・障害・症状と混同・誤解されにくい
- ⑦患者に対する偏見を助長しない

これらの基準を全て満たすような日本語訳を策定することは、場合によっては困難なこともあろう。英語病名ごとにそれぞれ、7つの基準のどれを優先して訳語を選定するか、勘案せざるを得ないだろう。

## Japanese Translation Problems of the English Names of Psychiatric Disorders

Ryoichi TOYOSHIMA

*Saitama Medical University Hospital, Department of Psychiatry*

<Key words : English names of disorders, translation into Japanese>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神病性障害関連用語の再検討

針間 博彦

(東京都立松沢病院)

精神病性障害に関連した用語のうち、訂正を要するもの、今後慎重な用語（訳語）決定を要するものの例を挙げて検討した。最近の英語圏における psychosis は「精神病」ではなく「精神病状態」という状態像診断を意味している。ICD-10 と DSM-IV-TR における paranoid は「妄想性」ではなく「自己関係付け」を意味しており、paranoid personality disorder に対する「妄想性パーソナリティ障害」という現行の日本語訳は、不正確で誤解を招く。Social withdrawal は「社会的ひきこもり」とは異なる概念であるため、「対人的閉じこもり」ないし「対人的退避」といった別の訳語を当てるべきである。用語は臨床、診断、ひいては治療に直接に影響を与えうるものであり、不用意な用語決定は誤診とそれによる誤治療だけでなく、精神科医療に対する誤解、ひいては精神障害のスティグマ化の一因となるおそれがある。

<索引用語：精神病，障害，疾患，妄想性パーソナリティ障害，社会的ひきこもり>

## はじめに

精神病性障害に関連する用語のうち、psychosis の最近の用法、ICD-10、DSM-IV-TR における paranoid の意味、social withdrawal の訳語を取り上げて検討する。

## I. psychosis

## 1. DSM における psychosis

DSM-II<sup>1)</sup>では精神機能の障害の程度によって定義されていた psychosis という概念は、DSM-III<sup>2)</sup>でほぼ完全に破棄され、「精神病」という名詞は用いられず、「精神病性 (psychotic)」という形容詞に限定された。その意味は「現実検討の著しい障害」であり、精神病性障害は、広汎性発達障害、一部の器質性精神障害、一部の感情障害にもみられるとされた。また、DSM-IIIではいまだ病因の確立されていない精神障害に対して「疾患 (disease)」という用語を避けるため、「障害 (disorder)」という用語が統一して用いられた。こう

して、「精神病性障害 (psychotic disorders)」という呼称が出現した。

DSM-IV-TR<sup>5)</sup>における「統合失調症および他の精神病性障害」群には、統合失調症、統合失調症様障害、妄想性障害、失調感情障害、短期精神病性障害、共有精神病性障害、一般身体疾患による精神病性障害、物質誘発性精神病性障害、特定不能の精神病性障害が含まれる。ここに「精神病性 (psychotic)」という形容詞は「妄想、幻覚、解体した会話・行動、緊張病性行動」を示す記述用語として用いられている。この群は症状性、中毒性を含む、成因を問わない群になっている。

## 2. psychosis の復活

近年、こうした記述用語として psychosis が再び頻用されている。たとえば EPPIC<sup>8)</sup>によれば、psychosis とは現実の性質に対する誤解釈(幻覚、妄想)や解体した会話(思考障害)などを示す障害群を指す症候群であり、さまざまな原因から生

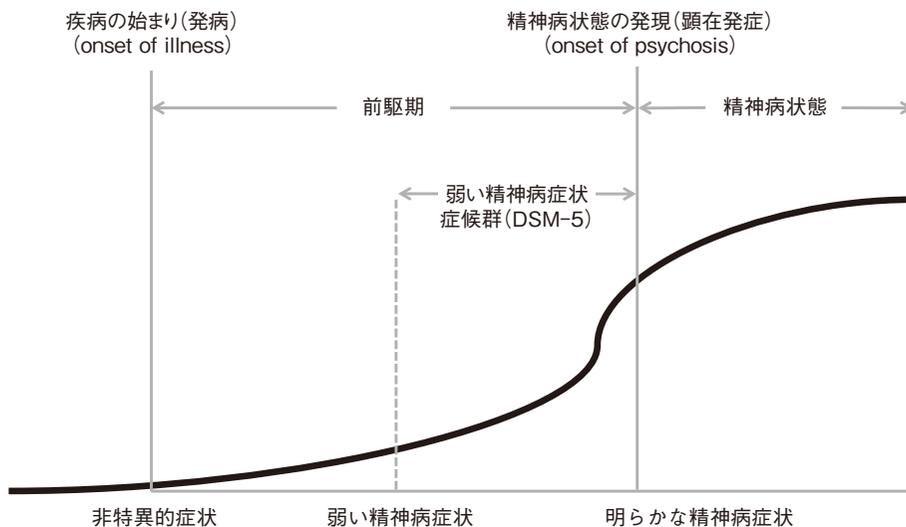


図 Psychosis (精神病状態) 発現モデル

じうる。つまり、こうした意味での psychosis は成因を問わない状態像診断であり、疾病としての「精神病」ではなく、「精神病状態」を意味する。それは DSM-IV-TR の精神病性障害を網羅する概念である。early intervention in psychosis, early psychosis<sup>8)</sup>, psychosis-risk syndrome<sup>12)</sup> という用語の中の psychosis は、こうした意味である。DSM-5 ドラフト<sup>6)</sup> では、この意味で psychosis という語が復活している（「psychosis とは、現実歪曲（妄想および幻覚）および重度の解体（解体した会話）によって規定される」）。

### 3. psychosis の多義性

英語の psychosis は、こうした状態像レベルでの psychotic state/condition（精神病状態）を意味する用法だけでなく、文脈によって症状レベルでの psychotic symptom（精神病症状）を意味することも（たとえば、attenuated psychosis syndrome [弱い精神病症状症候群]<sup>6)</sup>）、疾患レベルでの psychotic illness（精神病／精神病性疾患）を意味することもある。英語では depression が文脈によって depressive symptom（抑うつ症状）、depressive state/condition（抑うつ状態）、あるいは depressive illness（うつ病／うつ病性疾患）の

意味で用いられるのと同じである。

したがって、psychosis の訳語を「精神病」に統一してしまうと、「うつ病」にまつわる現在の混乱と同様な問題を生じるおそれがある。たとえば、early intervention in psychosis とは精神病状態の発現すなわち顕在発症に対する一次予防、二次予防であるが（図）、これを「精神病早期介入」という日本語にすると、疾患／疾病に対する一次予防、二次予防であるかのように誤解され、不要な批判にさらされるかもしれない。また、DSM-5 ドラフト<sup>6)</sup> の中で提案された attenuated psychosis syndrome は、「弱い精神病症状からなる症候群」との意味であり、「弱い精神病」でも「弱い精神病状態」でもない（すなわち、精神病（状態）である／になるとは限らない）。psychosis を「サイコーシス」とカタカナ読みにしても、これらの誤解を解決することにはならず、逆に問題が曖昧にされるであろう。解決策は psychosis が上記のいずれの意味で用いられているのかに常に留意し、それを明らかに示す複数の訳語を使い分けることであろう。

### 4. 「障害」「疾患」「疾病」との区別

ところで、「精神病」に関連して混乱が生じやす

い概念に、「障害」、「疾患」、「疾病」がある。「障害」は disorder と disability という2つの意味がありうる。前者は ICD-10<sup>20)</sup>によれば、「ほとんどの例で苦痛と個人生活上の支障を伴う症状や行動の臨床的に認識可能な組み合わせ」であり、後者は WHO<sup>18)</sup>によれば「機能障害 (impairment)、活動制限、参加制約を網羅する傘概念」である。つまり、disorder があることは必ずしも disability があることを意味しない。だが日本語では mental disorder が「精神障害」、person with mental disability が「精神障害者」と呼ばれているように、disorder と disability は明確に区別されていない。これは disorder の訳語である「障害」がスティグマ化する一因とも考えられる。

DSM-IV-TR, ICD-10 では、器質性、症状性精神障害の身体的側面に対してのみ disease (病) という語を使用し (例: アルツハイマー病型認知症)、精神的側面に対しては disorder (障害) という語が用いられる。いずれも表題では “Mental Disorders” (精神 (の) 障害) と表記されている。DSM-IV-TR 日本語版の表題のようにこれを「精神疾患」と表記すると (スティグマ化した「障害」という語を避けたのであろうか)、あらゆる精神障害が「疾患」であるかのような印象を与えるおそれがある。disorder と disability の訳語を明確に区別したうえで、disorder と disease の混同を避けるべきである。

DSM-IV-TR には illness (疾病) という概念がある。たとえば、統合失調症の疾病期間は前駆期、活動期、残遺期からなる。このうち psychosis に相当するのは、活動期のみである。だが psychosis に対する「精神病」という日本語は、同じ「病」であるだけに、「疾病」と誤解されるおそれがある (ただし、たとえば Schneider<sup>15)</sup>の意味での伝統的な「精神病」は、「疾病」や「疾患」と言い換え可能である。こうした「精神病」と現在の psychosis は異なる概念であることに留意すべきである)。すると、たとえば duration of untreated psychosis (DUP) は、統合失調症の場合は活動期のうち未治療の期間を示すが、これが前駆期を含むもの

と誤解され、「精神病早期介入」という語と同様の批判をもたらすかもしれない。

## II. paranoid

ICD-10, DSM-IV-TR の paranoid personality disorder は妄想を有しないにもかかわらず、「妄想性パーソナリティ障害」と日本語訳されている。なぜこうした誤解と混乱を招く事態が生じたのであろうか。

### 1. paranoia と paranoid

本来、パラノイア paranoia は para (“beside, by”) + no (“mind”) + ia (“state, disorder”), すなわち「精神がずれている病態」を意味する。paranoid は paranoia + oid (form, resemblance) であり、Kraepelin はこれを paranoia に似て非なるもの、すなわち「類パラノイア性」との意味で用いた<sup>17)</sup>。

英語圏では、paranoid は必ずしもこうした正確な意味で用いられなかった。たとえば英国の Fish<sup>9)</sup>は、すでに1967年に「英語圏の精神科医は“paranoid”を被害的、猜疑的、敵意のあるといった意味で用いているが、その本来の意味は“like paranoia” (パラノイアのような)、すなわち“delusional” (妄想性) である」と指摘している。

### 2. DSM における paranoid

DSM-III<sup>2)</sup>では、paranoid は paranoid disorder という用語の中では本来の意味で用いられた一方、paranoid personality disorder の中では Fish が指摘した不正確な意味で用いられた。DSM-III-R<sup>3)</sup>では、paranoid の用法に関するこうした混乱を解決するため、いずれかの呼称の変更が検討された。その結果、前者は delusional (paranoid) disorder と表現され、paranoid は括弧に括られた。一方、paranoid が不正確な意味で用いられた paranoid personality disorder という呼称は、変更されなかった。その理由を DSM-III-R は「“paranoid” は英語では通常、猜疑心のみを意味するため」と説明した。DSM-IV<sup>4)</sup>では、delusional

表1 “paranoid” が用いられている診断カテゴリー (ICD-10, DCR)

|  |
|--|
| • Paranoid attitude (パラノイド的態度)                         |
| —F01 血管性認知症  |
| • Paranoid ideation (パラノイド観念形成)                        |
| —F07.0 器質性パーソナリティ障害                                    |
| —F12.0 大麻類使用による急性中毒                                    |
| —F14.0 コカイン使用による急性中毒                                   |
| —F15.0 カフェインおよび他の精神刺激薬使用による急性中毒                        |
| —F16.0 幻覚剤使用による急性中毒                                    |
| —F13.3 鎮静薬や睡眠薬による離脱状態                                  |
| • F20.0 Paranoid schizophrenia (妄想型統合失調症)              |
| —paranoid delusions (パラノイド妄想)                          |
| —paranoid symptoms (妄想型の症状)                            |
| • Paranoid idea (パラノイド観念)                              |
| —F21 統合失調型障害   |
| • F60.0 Paranoid personality disorder (パラノイドパーソナリティ障害) |

括弧内は筆者による訳語

(paranoid) disorder の中の括弧付き paranoid が削除され, delusional disorder という現在の呼称になった。ICD-10<sup>20)</sup>でもこの呼称が採用された。一方, paranoid personality disorder という呼称は存続したため, 「妄想性」という意味では “paranoid” ではなく “delusional” が用いられるようになった。

### 3. 現在の paranoid の意味

こうして現在の英語圏では, WHO<sup>19)</sup>が paranoid を「1つあるいは複数の主題に関する自己関係付けの病的な支配的観念あるいは妄想を示す記述的用語」と定義し, DSM-IV-TR<sup>5)</sup>が paranoid ideation を「猜疑心や, いやがらせされている, 迫害されている, 不当な扱いをうけているという思い込みなど, 妄想性 (delusional) よりも程度が軽い観念形成」と定義し, Sims<sup>16)</sup>が「精神医学では paranoid という語は “自己関係付け” を意味するようになった」「paranoid state とは自己関係付け現象である妄想様関係念慮や優格観念が目立つ精神状態である。それは不当な自己関係付けという内容を示すが, その観念の形式は限定されない」と説明するように, paranoid は本来の delusional (妄想性) ないし類パラノイア性という意味ではなく, 自己関係付けや猜疑心を示す記述的用

語として用いられている。ICD-10<sup>21)</sup>では, paranoid は表1に示す用語の中で用いられている。「妄想型統合失調症」を除けば, これらの paranoid は上記のような「自己関係付け」との意味で用いられていると考えられるため, 日本語訳では誤解を避けるために「妄想性」ではなく「パラノイド」とカタカナ表記するのがよいと思われる。

### 4. 「妄想性パーソナリティ障害」という日本語訳の問題

Paranoid personality disorder に対する「妄想性パーソナリティ障害」という現行の日本語訳は, それが診断カテゴリーであるだけに問題をはらんでいる。ICD-10における「F60.0 Paranoid personality disorder」の診断基準を要約すると, (1) 挫折や拒絶に対する過敏, (2) 持続する恨み, (3) 猜疑心と曲解, (4) 自己の権利に対する固執, (5) 配偶者の不貞に対する疑念, (6) 自己関係付け傾向, (7) 陰謀説へのとらわれであり, 「妄想が生じやすい」という特徴は含まれていない。ICD-10の診断基準も DSM-IV-TRと同様に無理論的 (atheoretical), 記述的 (descriptive) だからである。paranoid personality disorder のみを有する人に妄想は存在しないのであり, 妄想を呈するようになった場合, 統合失調症など精神病性障害に

診断が変更される (DSM-IV-TR では, 統合失調症の「病前」性格と位置付けられる). Munro<sup>13)</sup>はこのパーソナリティ障害について, 「delusional という意味で paranoid な病態ではなく, 混乱を招くので名称を変えるべきである」と主張している.

「妄想性パーソナリティ障害」という日本語訳は, 次のような弊害をもたらすおそれがある. 妄想を有する人に対してこの診断のみが誤って与えられる可能性があるが, それは ICD-10 や DSM-IV-TR の診断方法に反しているだけでなく, 統合失調症や妄想性障害と診断すべき例に対して, パーソナリティ障害であるという理由から, 医療の場においては「治療可能性なし」「医療の対象ではない», また司法の場においては「責任能力あり」という誤った判断が下されるかもしれない.

ICD-10 と DSM-IV-TR の中では paranoid が上記のように「自己関係付け」「猜疑心」という意味で用いられている以上, こうした誤診と弊害を避けるためには, paranoid personality disorder は「妄想性パーソナリティ障害」ではなく「パラノイドパーソナリティ障害」と邦訳することを提案したい.

### Ⅲ. social withdrawal

Social withdrawal は「社会的ひきこもり」と訳されることが多いが, 両者は意味が異なることを示したい.

#### 1. social withdrawal の定義

WHO<sup>19)</sup>によれば, social withdrawal とは「対人的な相互作用とコミュニケーションを避けて閉じこもる持続的傾向を特徴とする行動パターン. それは患者の文化では通常, 逸脱とみなされ, 精神障害あるいは異常なパーソナリティ特性の存在を示すほどのものである」と定義される. すなわち, この social とは, social phobia, social anxiety disorder の場合と同様に, 「社会的」ではなく「社交 (人付き合い) 上の」「対人的」との意味である. またこの withdrawal とは, Campbell<sup>7)</sup>によれば, 「客観的な外的現実に向けることであり,

表2 social withdrawal を伴う診断カテゴリー (ICD-10, DCR)

|                             |
|-----------------------------|
| ・ F02.4 HIV 型認知症            |
| ・ F20 統合失調症 (全般基準)          |
| ・ F20.6 単純型統合失調症            |
| ・ F21 統合失調型障害               |
| ・ F23 急性一過性精神病性障害 (前駆期)     |
| ・ F34.0 気分循環症               |
| ・ F34.1 気分変調症               |
| ・ F60.1 統合失調質パーソナリティ障害      |
| ・ F62.0 破局的体験後の持続的パーソナリティ変化 |
| ・ F93.0 小児期の分離不安障害          |
| ・ F93.3 同胞葛藤障害              |
| ・ F94.0 選択的緘黙               |

しばしば統合失調症性の自閉の表れとしてみられる (中略), 社交と対人関係から自分の世界への退避」である. こうした対人関係のあり方は, 日本語では「(自分の世界に) 閉じこもり」という表現が近いだろう.

ICD-10<sup>20)</sup>, DCR<sup>21)</sup>で social withdrawal という語が用いられている診断カテゴリーは, 統合失調症および関連障害のほか, 一部の気分障害, 小児期の障害などである (表2).

なお, social withdrawal が行動面の閉じこもりであるのに対し, 感情面の閉じこもりが emotional withdrawal と表現されることがある. たとえば PANSS<sup>11)</sup>では, これは「生活上の出来事に対する関心, 関与, 感情的コミットメントの欠如」と定義され, 陰性症状に数え入れられている.

#### 2. 社会的ひきこもりの定義

一方, わが国における「社会的ひきこもり」の意味に目を向けると, 2003年に厚生労働省が発表したガイドライン<sup>10)</sup>では, これを①自宅を中心とした生活, ②就学・就労といった社会参加活動ができない・していないもの, ③以上の状態が6ヶ月以上続いている, ④統合失調症などの精神病圏の疾患, または中等度以上の精神遅滞 (IQ55-50) をもつ者は除く, ⑤就学・就労はしていなくても, 家族以外の他者 (友人など) と親密な人間関係が維持されている者は除く, と定義している. すな

わち、これは社会参加の回避を特徴とする非精神病性の状態である。2010年に同省が発表した「ひきこもり」の定義<sup>14)</sup>も、基本的にこれと同じである。

### 3. social withdrawal と社会的ひきこもりの違い

ICD-10の日本語版では、social withdrawalは「社会的ひきこもり」と訳されていることが多い。しかし、以上の説明から明らかであるように、対人的行動特徴を示すsocial withdrawalは、社会参加の有無を問題にしている社会的ひきこもりとは異なる概念である。対人的に閉じこもりながら就学・就労といった社会参加が保たれていることもあれば、逆に対人的な閉じこもりのない社会的ひきこもり（たとえば同居家族とのコミュニケーションは保たれている）もありうる。また、social withdrawalでは統合失調症など精神病性障害がその中心に位置付けられていることも、社会的ひきこもりとの大きな相違点である。よってこれら2つの概念の混同とそれによる誤解を避けるために、social withdrawalは「社会的ひきこもり」ではなく、「対人的閉じこもり」あるいは「対人的退避」と邦訳することを提案したい。

### おわりに

精神病性障害に関連した用語のうち、訂正を要するもの、今後慎重な用語（訳語）決定を要するものの例を挙げて検討した。用語は臨床上、診断、ひいては治療に直接に影響を与えうるものであり、不用意な用語決定は誤診とそれによる誤治療だけでなく、精神科医療に対する誤解、ひいては精神障害のスティグマ化の一因となるおそれがある。

### 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. APA, Washington DC, 1968.
- 2) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. APA,

Washington DC, 1980.

3) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed. Revised. APA, Washington DC, 1987

4) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. APA, Washington DC, 1994.

5) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Text Revision. APA, Washington DC, 2000.

6) American Psychiatric Association : Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. (<http://www.dsm5.org>)

7) Campbell, R. J. : Campbell's Psychiatric Dictionary. 9th ed. Oxford University Press, New York, 2009

8) EPPIC : Case management in early psychosis : a handbook. Melbourne, EPPIC, 2001

9) Fish, F. : Clinical Psychopathology : Signs and Symptoms in Psychiatry. John Wright & Sons, Bristol, 1967

10) 伊藤順一郎（代表）：こころの健康科学研究事業「地域精神保健活動における介入のあり方に関する研究（H12-こころ-001）」10代・20代を中心とした「ひきこもり」をめぐる地域精神保健活動のガイドライン。2003

11) Kay, S. R., Fiszbein, A., Opler, L. A. : The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia. Schizophr Bull, 13 (2) ; 261-276, 1987

12) McGlashan, T. H., Walsh, B. C., Woods, S. W. : The Psychosis-Risk Syndrome. Handbook for Diagnosis and Follow-up. Oxford University Press, New York, 2010

13) Munro, A. : Delusional Disorder : Paranoia and Related Illnesses. Cambridge, UK ; New York : Cambridge University Press, 1999

14) 齊藤万比古（代表）：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（H19-こころ-一般-010）」ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン。2010

15) Schneider, K. : Klinische Psychopathologie. 15. Aufl. mit einem aktualisierten und erweiterten Kommentar von Huber G und Gross G. Thieme, Stuttgart, 2007（針間博彦訳：クルト・シュナイダー 新版 臨床精神病理学。文光堂、東京、2007）

16) Sims, A. : Symptoms in the Mind. An Introduc-

tion to Descriptive Psychopathology (3rd ed). Saunders, London, 2003

17) 内沼幸雄：正気の発見－パラノイア中核論．岩波書店，東京，1987

18) World Health Organization : disabilities.(http://www.who.int/topics/disabilities/en/)

19) World Health Organization : Lexicon of Psychiatric and Mental Health Terms. 2nd ed, Geneva ; WHO, 1994

20) World Health Organization : The ICD-10 Classi-

fication of Mental and Behavioural Disorders ; Clinical descriptions and diagnostic guidelines. WHO, Geneva, 1992 (融 道男, 中根允文, 小見山実ほか訳 : 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, 新訂版. 医学書院, 東京, 2005)

21) World Health Organization : The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders ; Diagnostic criteria for research. WHO, Geneva, 1993 (中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子ほか訳 : ICD-10 精神および行動の障害－DCR 研究用診断基準, 新訂版. 医学書院, 東京, 2008)

---

## Terminology in Psychotic Disorders Revisited

Hirohiko HARIMA

*Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Matsuzawa Hospital*

Terms used for psychotic disorders that need to be corrected or further examined are considered. In English-speaking countries, the word *psychosis* is taken to mean not “psychotic illness” but “psychotic state”. In ICD-10 and DSM-IV-TR, *paranoid* does not mean “delusional” but “self-referent”. So *paranoid* in paranoid personality disorder should not be translated as “delusional”. Social withdrawal is a concept different from the Japanese word *hikikomori*. The two terms should not be used interchangeably. Because the terminology has a direct influence on diagnostics and treatment in clinical psychiatric practice, careless translations may cause misdiagnoses and mistreatment, as well as misunderstanding of mental health care and stigmatization of mental disorders.

< Author’s abstract >

< Key words : psychosis, paranoid, paranoid personality disorder, social withdrawal >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

精神科専門用語の再検討について  
—児童青年精神科領域—

市川 宏伸

(東京都立小児総合医療センター)

児童青年精神科領域で使用される専門用語は、診断基準と関連しているものが多い。現在使われている2つの国際診断基準は10年以上前に和訳されているが、その際にははじめに和訳した訳者の用語が使われている。これについては、専門家のコンセンサスとなっていない場合もあり、違和感を覚えることもある。今後DSMやICDの改訂については、納得いく専門用語が使われることが期待される。一方で2つの診断基準の間で同じ用語でもニュアンスが違っていたり、分類が異なっていることもある。これらは診断する側にも、診断を受ける側にも混乱を来す可能性がある。旧来使用されてきた用語と診断基準の間で誤解を来す可能性もある。“パニック”は自閉症児者が示す、了解の難しい興奮や発声などの行動を指している。一方で、神経症性障害のパニック障害とは異なっており、何らかの区別化を図る必要がある。

<索引用語：専門用語，操作的診断基準，自閉症スペクトラム障害，注意欠如多動性障害，素行障害>

## はじめに

専門用語は、近年は使われている診断基準と大きく関連を持つ。臨床に使われている診断基準はDSM, ICDの両方であるが、これまでは日本語訳が作られ出版されると、これに登場した用語が使われてきた。初めて翻訳された用語を基準としてきたように思われる。多少疑問を感じても、引用などを考慮するとそのまま使用されるのが現実的であった。しかし用語に違和感を感じて馴染めない場合もある。また診断以外でも使用される分野で同じ用語でも意味が異なることがある。

## I. 児童青年精神科領域における疾患

この分野で使用されている診断基準をもとに専門用語を考えてみる。例えば、ADHD (Attention Deficit/Hyperactivity Disorder) を例にとれば、DSM-IIでは小児期多動性反応、DSM-IIIでは注意欠如障害、DSM-III-R, DSM-IV, DSM-IV-TR

では注意欠如・多動性障害となっている<sup>3)</sup>。日本精神神経学会（以下、学会）の用語改訂で、注意欠陥・多動性障害が注意欠如・多動性障害に変えられたが、これは「欠陥」という言葉は行政にとって使いにくいという背景に基づいていた。現在でも、文部科学省では、ADHDという言葉は出てくるが、日本語はあまり出てこない。厚生労働省は世界保健機関（WHO: World Health Organization）の使用する診断名を中心に使うため、多動性障害という言葉が使用されることが多い。一方で、平成17年に施行された発達障害者支援法の中では、現在でも注意欠陥多動性障害とされているため、学会の用語と法律の用語が乖離している。また児童青年精神医学会では、まだ用語の改訂が行われていないため、学会の用語集では注意欠陥多動性障害のままであり、学会によって定める用語が異なっている。ICD-10ではHyperkinetic Disorder（多動性障害）がこれに近いが、ADHD

とは定義に違いがある<sup>2)</sup>。ADHDの症状は不注意、多動、衝動性であるが、ADHD(注意欠如・多動性障害)では不注意項目9項目の6項目以上、多動・衝動性項目の9項目の6項目以上のいずれかを満たしていることが診断の条件になっている。一方ICDの多動性障害では、不注意9項目のうち6項目以上に加え、多動性5項目のうち3項目、衝動性4項目のうちの1項目すべてが満たされていることが条件となっている。当然DSMで診断した方がICDで診断したよりも高い罹患率となる。下位分類も、DSMでは不注意優勢型、多動・衝動性優勢型、混合型の三型であるが、ICDでは活動性および注意の障害、多動性行為障害、他の多動性障害に分けられており、下位の分類は明らかに異なっている。

行為障害という用語も改訂で素行障害に変わった。Conduct Disorderという言葉のイメージが行為障害では表しにくいというのが、その理由であった。素行障害の「素行」も、「素行がおさまらない」、「素行不良」などと使用されてきており、少年非行など司法で用いられる用語のイメージが強い。もともと、行為障害という診断名もはじめは違和感を持って使用していたのも事実であり、素行障害と大きな違いはないのかもしれない。

2つの操作的診断基準で、名称が同じあるいは似ていても、その置かれている位置が異なっており、意味も異なっていることがある。例えば、Oppositional Defiant Disorder(反抗挑戦性障害)は、DSMではAttention-Deficit and Disruptive Behavior Disordersの中にADHD、Conduct Disorderと並んで存在している。一方ICDでは、Conduct Disorderの中に、Conduct Disorder Confined to the Family Context(家庭内限局性素行障害)、Unsocialized Conduct Disorder(非社会性素行障害)、Socialized Conduct Disorder(社会性素行障害)などと並んで存在している。ICD-10の診断基準はDSM-III-Rの診断基準に近いように思われる。

愛着障害についても、DSMではReactive Attachment Disorder of Infancy or Early Child-

hood(幼児期または小児期早期の反応性愛着障害)が存在するが、ICDではReactive Attachment Disorder of Childhood(小児期の反応性愛着障害)、Disinhibited Attachment Disorder of Childhood(小児期の脱抑制性愛着障害)が存在している。DSMでは、脱抑制性愛着障害も反応性愛着障害に含まれている。

診断名だけでなく、症状についても似たようなことがある。自閉症(広汎性発達障害)では、旧来“パニック”という言葉を使っていた。英語で言えば、outburst of rageに近いものであり、周囲から理解しにくい、原因のよくわからない大声や興奮行為などを意味していた。教育場面などでも、「最近、パニックが増えて大変です」などと使われている。しかし、DSMでは不安障害の中に、Panic Disorder with Agoraphobia(広場恐怖を伴うパニック障害)、Panic Disorder without Agoraphobia(広場恐怖を伴わないパニック障害)が存在している。ともに“パニック”という用語であるが、その意味や使い方は大きく異なり、混乱を来す可能性がある<sup>1)</sup>。

## II. 今後の方向性について

現在臨床で使われている操作的診断基準はDSM(米国精神医学会)とICD(WHO)である。ともに約10年に一度の改訂が行われることになってきたが、現在は前回の改訂からかなりの日数が経過している。2013年の5月に米国精神医学会はDSM-5を出版すると言われている。ICDについては「これから2年ほど遅れる」と予測されている。これらの改訂が行われれば、臨床現場あるいは関連領域に何らかの影響を及ぼす可能性がある。ドラフトが発表されているDSM-5について、広汎性発達障害、注意欠如多動性障害、精神遅滞を中心に概観してみたい。

ドラフトによれば、Neurodevelopmental Disorders(神経発達障害)の中に、Intellectual Developmental Disability(知的発達障害)、Motor Disorder(運動性障害)などと並んで、Autism Spectrum Disorder(自閉症スペクトラム障害)、

表1 DSM-5ドラフトにおけるNeurodevelopmental Disorders(神経発達障害)

- ・ Intellectual Developmental Disability (知的発達障害)  
(DSM-IV-TR では Mental Retardation)
- ・ Communication Disorders (コミュニケーション障害)
- ・ Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害)  
(DSM-IV-TR では Pervasive Developmental Disorders)
- ・ Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (注意欠如・多動性障害)
- ・ Specific Learning Disorders (特異的学習障害)
- ・ Motor Disorders (運動障害)

※日本語は著者による

表2 児童青年精神科領域の疾患に関する用語の変遷

|                                | ADHD   | 自閉症                              | 精神遅滞  |
|--------------------------------|--|----------------------------------|---|
| DSM-III-R                      | 注意欠陥・多動障害  | 広汎性発達障害                          | 精神遅滞  |
| DSM-IV-TR                      | 注意欠陥/多動性障害   | 広汎性発達障害                          | 精神遅滞  |
| DSM-5 ドラフト                     | ADHD: Attention Deficit/<br>Hyperactivity Disorder | ASD: Autism Spectrum<br>Disorder | IDD: Intellectual Devel-<br>opmental Disability |
| その他<br>(精神神経学会, 法律用語,<br>行政用語) | 注意欠如/多動性障害<br>(精神神経学会)<br>注意欠陥多動性障害<br>(発達障害者支援法)  | 自閉症<br>広汎性発達障害<br>(文部科学省)        | 知的障害 (行政用語)                                     |

Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (注意欠如多動性障害) とされている (表1)。

#### 1. Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害) (表2)

これまでの、広汎性発達障害に代わって Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害) となり、自閉性障害、アスペルガー障害、レット障害などの下位分類はなくなる。現在は「3歳までに生じる機能の遅れまたは異常」となっているが、年齢がなくなり幼少時に変更される。これまで診断項目は A1~3 まで各々 4 項目あり、全体 12 項目のうち、A1 の 2 項目、A2 および A3 の 1 項目を含む 6 項目を満たすことが条件であったが、新たに設けられた A の 3 項目すべて、新たに設けられた B の 4 項目中 2 項目を含むことが条件となっている。項目の内容を見ると、これまでの「言語の遅れや欠如の存在がある」は削除され、非言語的なコミュニケーションが重視されている。

これまで診断項目になかった、「感覚入力の高感さと鈍感さ」が、B の 1 項目に取り上げられた。これまで ADHD と PDD が同時に存在する場合は、診断上 PDD が優先することになっていたが、これからは診断上の併存を認めることになる。

一方、Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害) という診断名は、Wing や Gillberg などの欧州の自閉症研究者たちが中心に使っている診断基準と同名である。こちらの診断基準では、①人との相互交渉の障害、②コミュニケーションの障害、③想像力の発達の障害、のうちで 1 つでも障害されていれば自閉症スペクトラム障害と診断される。DSM-5 と比較すると、同じ Autism Spectrum Disorder (自閉症スペクトラム障害) でも③の項目が脱落しており、Wing らはこの点を問題視している<sup>4)</sup>。

## 2. Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (注意欠如多動性障害) (表2)

これまでと診断名は異なっていない。これまで下位分類として、不注意優勢型、多動・衝動性優勢型、両方を満たす混合型の3つがあった。これらの下位分類には、経過を見ると移行が存在しており、DSM-5では“現在の状態”とすることになっている。また旧来の3型のうち、不注意優勢型については、不注意優勢型に加え不注意優勢型(限定型)が用意されている。多動・衝動性9項目のうち、2項目以下を満たすものを不注意優勢型(限定型)、5項目以下を満たすものを不注意優勢型とすることが提言されている。また現在は「症状のいくつかは7歳までには生じる」ことになっているが、12歳までに引き上げられる。近年、成人のADHDが着目されるようになったが、現在の診断項目は、幼少児を対象に作られている内容と考えられる。このままでは成人を診断するのは難しいため、成人にも適用できる文言がいくつか追加された。またPDDとADHDに併存を認める方向は、前述した通りである。

## 3. Intellectual Developmental Disability (IDD: 知的発達障害) (表2)

Mental Retardation (精神遅滞: MR) はIDDと変更される。これまでMRはII軸に分類されていたが、IDDはI軸に分類される。これまで、軽度、中等度、重度、最重度の4つの下位分類があったが、最重度が除かれ3分類となる。これまで国内の福祉や教育では、平成15年から知的障害という行政による造語が使用されていたが、今後はこれに近い用語 (IDD) が使われることになりそうである。

### Ⅲ. 今後の方向性について

根本的な病因がわかっていない精神科疾患の診断には、いわゆる客観的数字 (生物学的指標) が

使われにくい。内科疾患でも病因のわかっていない場合は、大項目、小項目などが用意され、症状をもとに診断されるが、精神科においても同様である。したがって、現在は2つの操作的診断基準が、国際的診断基準として用いられている。これまで、邦語訳は、はじめに翻訳し、出版されたものが使用されてきた。短時間に翻訳され、十分に推敲されていなかった可能性もある。今後の改訂においては、学会などが関与して、より客観性のあるものにしていく必要がある。またこれらの2つの国際的診断基準は、国内でともに使用されているため、異なった診断を受ける患者・保護者には混乱を与えやすい。今後の改訂においても、2つの診断基準に大きな乖離がないよう期待する。

また関連学会間で使用される用語が異なるのも、混乱に通じる可能性があり、これらもできれば共通性のあるものにしていく必要がある。行政用語との乖離もできるだけ少なくしておく方が混乱を減らせると考えられる。法律用語は、内閣法制局が関与するため、一律にするのは難しいが、要望は行う必要がある。旧来使用されてきた“パニック”などの用語については、引用符を付けたら、「いわゆる」などを前に付けて、混乱を防ぐようにするべきではないだろうか？

### 文 献

- 1) 蓮舎寛子, 広沢郁子, 市川宏伸: 広汎性発達障害の発作様不安(“パニック”). 精神科治療学, 19: 985-990, 2004
- 2) 中根允文, 岡崎祐士, 藤原妙子訳: ICD-10 精神および行動の障害 DCR 研究用診断基準. 医学書院, 東京, 1994
- 3) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸訳: DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き. 医学書院, 東京, 1995
- 4) Wing, L., Gould, J., Gillberg, C.: Autism Spectrum Disorders in the DSM-V : Better or worse than the DSM-IV? Res Dev Disabil, 32 : 768-773, 2011

## Reexamination of Technical Terms in Child & Adolescent Psychiatry

Hironobu ICHIKAWA

*Tokyo Metropolitan Children's Medical Center*

In most cases, English technical terms(DSM or ICD)used in child & adolescent psychiatry are effectively translated into Japanese by translators, but a few Japanese terms are not appropriate. For example,“ADHD” or “conduct disorder” was initially translated into “chuui-kekann-tadousei-shougai” or “koui-shougai”, but the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) changed it to another more reasonable Japanese term. Also,“conduct disorder” is classified in different categories in DSM and ICD. These facts cause confusion or misunderstanding of the meaning of technical terms. So, we hope to translate technical terms into their proper Japanese equivalent in DSM-5.

We ordinarily use so-called “panic” behavior (outburst of rage) for autistic children, and also use “panic” disorder for some kinds of anxiety disorder. The word “panic” is the same but the meaning is different. These technical terms are expected to be discriminated clearly by the JSPN.

< Author's abstract >

< **Key words** : technical term, operative diagnostic criteria, autism spectrum disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, conduct disorder >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 精神科リエゾンチームによる介入の効果と課題 ——リエゾナーズの役割——

野末 聖香

(慶應義塾大学看護医療学部)

一般病床に入院する患者の精神症状を緩和し、心身の安定を取り戻すためには、精神療法、薬物療法、看護ケア、心理社会的支援など、多面的で全人的な支援が必要である。先行研究から、リエゾンチームの活動には、精神状態の定期的査定、身体科医への薬物療法の助言、心理教育、服薬指導、看護師へのコンサルテーション、リソース紹介などが含まれ、定期的にチームカンファレンスを行う。その効果として、患者のうつ症状など精神状態の改善や悪化予防、医療スタッフの介入能力の向上、入院期間の短縮や再入院・救急外来受診の減少などの医療経済的改善などが示されている。チームメンバーであるリエゾナーズの役割として、患者の精神状態の早期査定と治療の必要性の判断、治療やケアの早期導入、医療スタッフへのコンサルテーション、患者中心のチーム医療推進のためのコーディネーションがあり、介入成果として、患者の精神状態、QOL、ケア満足度の改善、医療スタッフの患者理解力や介入能力と協調性の向上などが報告されている。精神科リエゾンチームの介入効果を高めるためには、①チームメンバーそれぞれが専門家としての力量を高めること、②チームのミッションを共有すること、③チームメンバーの役割と協働の方法を明確化すること、④それをプロトコルとして記述し合意形成すること、⑤患者中心の医療のために、身体科医療チームとともに率直に意見を出し合い問題解決・改善に取り組むこと、⑥チーム医療による成果と課題を明らかにし、チーム医療の発展に取り組み続けること、が必要であろう。

<索引用語：精神科リエゾンチーム、リエゾナーズ、チーム医療、介入効果、精神看護専門看護師>

### はじめに

一般科病床に入院する患者の 30~60%が、何らかの精神症状を持つと言われている<sup>1)</sup>。患者に必要な治療・ケアの内容は多様であり、精神症状を緩和し、心身の安定を取り戻すためには、精神療法、薬物療法、看護ケア、心理社会的支援など、多角的で全人的な支援が必要である。平成 24 年度

診療報酬改定で、精神科リエゾンチーム加算が新設され、これまでともすれば看過されがちであった身体疾患患者の心を癒す医療の充実が期待される。本稿では、身体疾患患者の精神的諸問題を概観し、先行研究から身体疾患患者に対する精神科リエゾンチーム、リエゾナーズによる介入の効果を検討する。さらに、チームメンバーであるリ

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24~26 日、会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 総合病院精神科における多職種チームの発展性 司会：藤原 修一郎 (NPO 地域精神医療ネットワーク)、赤穂 理絵 (ガン・感染症センター都立駒込病院精神科)

エゾンナースの役割と、精神科リエゾンチームがその目的を果たすために取り組むべき課題について検討する。

### I. 一般身体疾患患者の精神状態と支援の現状

身体疾患患者の中で精神的な健康問題を抱える患者は少なくない。精神的健康問題が改善されないことが、身体疾患の回復遅延や悪化をもたらす原因となることもある。先行研究から、身体疾患患者で外来を受診した患者のうち、精神疾患を有していた率は11～36%<sup>27)</sup>であり、健康人と比べて身体疾患患者で大病は2～3倍、パニック障害や身体科障害で10～20倍、物質依存で3～5倍と言われている<sup>12)</sup>。そして、心疾患、糖尿病、がん、呼吸器疾患、肥満などの慢性身体疾患における精神疾患の有病率が高いが、身体的ヘルスケアと精神的ヘルスケアに対する統合されたアプローチを十分に提供できていないという課題が指摘されている<sup>40)</sup>。

筆者らが関東地区7病院の入院患者543名を対象に行った不安・抑うつに関する調査では、対象者の38%が軽度～中等度、17%が重度の不安・抑うつ状態を示していた。そして対象となった患者の25～40%が医療従事者による精神的ケアを「望む」、8～20%が「強く望む」と回答した<sup>18)</sup>。また、患者に対する心理・社会的サポートの現状について患者・医療者515名を対象とした調査では、対象者の38.1%が「あまり十分でない」、58.3%が「極めて不十分」と回答するなど日本の病院における心のケアの貧弱さが浮き彫りになっており、「患者の心理的不安へのサポート」「医師への要望・苦情の間に立つ」「家族に対するサポート」「社会復帰へのサポート」「社会福祉サービスの紹介」などといった心理社会的サポートへのニーズが高いことが明らかになっている<sup>8)</sup>。このように、一般病院を受診する患者のうち3～6割が何らかの精神的問題を抱えていて、支援ニーズが多様であるが、患者や医療者のほとんどが精神的支援は不十分であると捉えていることがわかる。現状として、一般病院における精神的支援は、量・質とも

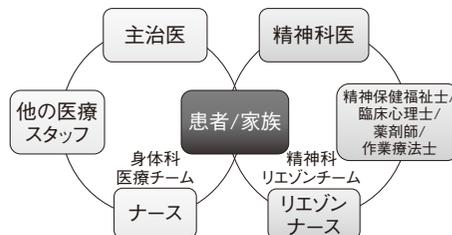


図1 患者を中心とした身体科医療チームを支える精神科リエゾンチーム

に圧倒的に不足していると言わざるを得ない。

### II. 患者の精神的支援ニーズにどう対応するか —専門家チームによる統合的ケア

先に示した身体疾患で入院中の患者における不安・抑うつに関する調査結果<sup>18)</sup>を参考に、病床数500の一般病院を想定し、精神的支援が必要な患者数を試算してみると、500人の患者の中で、重度の不安・抑うつ状態の患者は85人、軽度・中等度の患者は190人となる。合計で275人となるわけだが、これらの患者が多様な心理社会的ニーズを持っていると考え、精神科医が単独でこれらのニーズに対応することは困難であり、それぞれの職種がそれぞれの強みを生かして連携・協働する仕組みを整えることが必要になる。その仕組みの1つが、平成24年度新設された診療報酬における精神科リエゾンチーム加算であると言える。これは、一般病棟における精神科医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対し、精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士、臨床心理士などが多職種で連携した場合の評価であり、より質の高い精神医療の推進を目指した加算である。専門的アプローチを併用することの効果や<sup>35)</sup>、Bio-Psycho-Socialな面で適切な職種によるスクリーニングと介入の有用性<sup>9,12)</sup>などが研究的にも示されており、精神科リエゾンチームには患者を中心とした身体科医療チームを支え、心のケアを推進する機能が期待される(図1)。

### Ⅲ. 精神科チームによる介入とその効果

先行研究や実態調査を概観すると、精神科リエゾンチームによる介入としては、精神状態の定期的査定、身体科医への薬物療法の助言、心理教育、服薬指導、ケアプロトコルの実施確認、看護師へのコンサルテーション、他のリソースの紹介、などが行われており、定期的なチームカンファレンスが実施されている。これらの介入効果は、患者への効果、医療スタッフへの効果、医療経済的効果の側面から検討されている(表1)。

#### 1. 患者への効果

多職種チームによる精神的治療・ケアの効果に関する無作為化比較試験による研究は非常に少ないが、2000年以降少しずつ行われてきている。そのうち、患者への効果をみた研究には以下のようなものがある。

外来で患者88人を対象に定期的介入を行い効果測定した研究では、介入16週間後において介入群の大うつ病の有病率が有意に低下した<sup>4)</sup>。また身体疾患のため総合病院に入院中のうつ病性障害患者121人を対象に定期的介入を行った研究では、有意差は認められなかったが、対照群でうつ病性障害の有病率が増加し、介入群で減少する傾向が認められ、介入群のサービス満足度が有意に高かった<sup>5)</sup>。リウマチと糖尿病患者を対象に行った研究では、介入群のうつ状態の改善率が有意に高く、健康関連QOLや精神的健康状態が有意に改善していた<sup>31)</sup>。この研究の対象者のうち複雑なケアニーズを持ったサブグループの分析では、介入群の方が大うつ病有病率が有意に減少し精神的健康状態も有意に改善した<sup>6)</sup>。また、総合病院に入院中の心疾患患者669人への多職種介入により、介入群で中等度・重度のうつが改善し、軽度のうつが中等度・重度に移行することを予防した<sup>28)</sup>。

前後比較研究を見てみると、身体疾患で一般病院に入院中の患者31人を対象に行ったりエゾンチームによる介入の結果、精神症状、うつ、日常生活機能、QOLが改善し、インタビュー調査から、患者のストレス対処能力が向上し、家族が精

表1 精神科リエゾンチームの介入内容とその効果

|                           |
|---------------------------|
| 1. 介入内容                   |
| ①精神状態の定期的査定               |
| ②身体科医への薬物療法の助言            |
| ③心理教育                     |
| ④服薬指導                     |
| ⑤ケアプロトコルの実施確認             |
| ⑥看護師へのコンサルテーション           |
| ⑦他のリソースの紹介                |
| 2. 患者への効果                 |
| ①うつなど精神症状の改善              |
| ②対処行動の改善                  |
| ③精神科受診の促進                 |
| ④意欲の向上                    |
| ⑤QOLの向上                   |
| ⑥問題行動や身体症状の減少             |
| 3. 医療スタッフへの効果             |
| ①患者理解の深まり                 |
| ②ケア能力の向上                  |
| ③安心感やケア意欲の向上              |
| ④患者に対する陰性感情の低減            |
| ⑤ケアやパフォーマンスの改善            |
| ⑥医療スタッフ間の協調性やコミュニケーションの改善 |
| ⑦医療チームの連携体制の改善            |
| 4. 医療経済的效果                |
| ①入院期間の短縮                  |
| ②在宅移行の推進                  |
| ③再入院の減少                   |
| ④医療費削減                    |
| ⑤精神科受診の促進                 |
| ⑥他機関連携の促進                 |

神的に安定し患者理解が深まったことが報告されている<sup>37)</sup>。また、一般病棟で精神的な問題を呈した入院患者に対してリエゾンナースが介入したところ、患者の精神症状の改善、問題行動の減少、適応行動の増加が見られた<sup>38)</sup>、不定愁訴を示す一般病棟入院患者に認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)を行うことで身体的訴えやうつ症状が軽減し、不定愁訴に対する洞察力や精神療法に対する意欲が向上した<sup>7)</sup>、精神的な問題のある心疾患患者の死亡率、患者の暴力行為が低下した<sup>3)</sup>、さらに、総合病院でのリエゾンサービスにナースを加えることで、一般科患者の精神科

受診者数が増加した<sup>30)</sup>などの報告がある。

事例研究からは、精神科医とリエゾンナースの継続的介入により高齢せん妄患者が3週間で退院に至った事例<sup>2)</sup>や、せん妄状態で不安の強い患者と家族へのリエゾンチームアプローチにより、患者のせん妄の改善と家族の不安の軽減が図れ、在宅療養への移行が実現した事例が報告されている<sup>15)</sup>。

以上のように、リエゾンチームの介入効果として、無作為化比較試験でうつ症状の改善と悪化予防が検証されており、記述研究においては、患者のうつをはじめとする精神症状の改善、対処行動の改善、精神科受診の促進、意欲の向上、QOLの向上、問題行動や身体症状の減少などが報告されている。

## 2. 医療スタッフへの効果

リエゾンチームの介入による効果として、医療スタッフの変化も示されている。医療スタッフへのかかわりはリエゾンナースを中心として行われる場合が多い。リエゾンナースの介入により、医療スタッフ間の協調性やコミュニケーションが改善した<sup>3)</sup>、スタッフの対処能力が上がりケアが継続されやすくなった、専門家としての看護師の成長が促された<sup>36)</sup>、看護実践のスタンダードを作ることにも貢献した<sup>22)</sup>、陰性感情が軽減されケア意識が回復し、患者理解の深まりケアの幅が広がった<sup>19)</sup>、医療チームの連携が強化され、チーム内の相互作用が促進された、ナースが安心してケアに取り組めるようになった、看護チームのケアに一貫性ができた、継続性が高まった、看護師の意欲が向上した<sup>25)</sup>、看護師のケア能力が高まり看護集団のパフォーマンスや組織が活性化された<sup>23)</sup>、などが報告されている。また、リエゾンチームによる介入効果として、一般科医師の教育とトレーニングが向上した (RCT)<sup>29)</sup>、身体科医師との連携体制が改善し、短期間での正確な精神状態の把握ができた<sup>10)</sup>、などが報告されている。以上のように、医療スタッフへの効果として、患者理解の深まり、ケア能力の向上、安心感やケア意欲の向上、

患者に対する陰性感情の低減、医療スタッフ間の協調性やコミュニケーションの改善、医療チームの連携体制の改善、などがあると言えよう。

リエゾンチームがかかわる事例は、患者の身体的精神的問題が複雑であり、治療にあたる身体医療チームメンバーにとって、患者の精神状態を理解することが困難であったり、精神的疲労や困惑を感じ、ネガティブな感情反応が湧きおこったりすることが多い。したがって、リエゾンチームが医療スタッフ自身への教育的、心理的支援を行うことで、患者理解を深めケア意欲を高めるとともに、医療スタッフの連携を強化することができる。スタッフサポート機能は、主にリエゾンナースが実施しており、この効果はリエゾンナースが連携・調整、コンサルテーションの教育トレーニングを受けたスペシャリストであることによると考えられる<sup>20)</sup>。

## 3. 医療経済的效果

精神科リエゾンチームによる介入の医療経済的側面への効果として、チームの早期介入による入院期間の短縮<sup>1,13,33)</sup>、が報告されている。救急で希死念慮のある患者に対してリエゾンナースが介入したRCT研究において、入院期間の短縮<sup>36)</sup>、患者の早期退院と再入院の減少<sup>34)</sup>、ヘルスケアコストの削減に効果を示したことが報告されている<sup>3,16)</sup>。また、救急部門への受診が減り精神科受診が増えて適切な受診行動に結びついた<sup>17,32)</sup>、一般病棟とICUに入院中の患者に対して家族を含めた心理療法を行うことで退院と在宅医療への移行が早まりコスト削減につながった<sup>26)</sup>、などが報告されている。日本においても、高次医療センターにおけるリエゾンサービスにより平均入院期間が短縮した<sup>10)</sup>、総合病院のコンサルテーションチームの介入により、他機関への紹介が円滑になり、関係諸機関との連携に貢献した<sup>24)</sup>、という報告もある。以上のように、リエゾンチーム、リエゾンナースの介入は、入院期間の短縮、在宅移行の推進、再入院の減少、医療費削減、精神科受診の促進、他機関連携の促進などに貢献すると考えられる。

#### IV. リエゾンナースに期待される役割

先行の実態調査や介入研究、活動実績から、精神科リエゾンチームのメンバーであるリエゾンナースが担う主な役割には、①患者の精神状態の早期査定と治療の必要性の判断、②治療やケアの早期導入、③医療スタッフへのコンサルテーション、④患者中心のチーム医療推進のためのコーディネーション、がある。

リエゾンナースは、定期的ラウンドと行うなど組織横断的に活動するため、患者の精神的問題が顕在化する早期の段階から、患者の精神状態をアセスメントし、専門的治療の必要性を判断し、治療やケアへの早期導入を図る役割を取りやすい。潜在的なケースが同定でき<sup>14)</sup>、早期介入が図りやすい<sup>21)</sup>。文献から、リエゾンナース自身が早期にうつ心理教育、支持的カウンセリング、認知行動療法などを行っており、身体疾患患者の精神状態の早期改善、悪化予防に結びついていると考えられる。

身体疾患患者の中で精神疾患の診断がつく割合が高い中、身体科医療スタッフはその対応に苦慮しており、自身も精神的問題の理解と対応する力量を上げることが極めて重要である。リエゾンナースは修士課程での専門教育を受けた専門看護師 (certified nurse specialist : CNS) であり、Advanced practice nurse のコアコンピテンシーの1つであるコンサルテーションのスキルを身につけている<sup>39)</sup>。医療スタッフ、とりわけナースに対する教育、さらに医療チームのコーディネーションの実践トレーニングを受けている。したがって患者を中心としたチーム医療を推進するためのコーディネーターとしての役割が期待できるだろう。

#### おわりに

多職種チームによるアプローチは諸分野で推進されてきているが、複数の専門家が集まればチーム医療が展開できる、というわけではない。諸職種による単なる“分担”になってしまつては、専門分化の弊害が出かねない。チームメンバーそれ

ぞれが専門家としての力量を高めるとともに、相互の専門性を理解し合い有機的に連携・協働することで、チームとしての力が高まる。それにより、患者一人ひとりに個別的で包括的な支援が可能となる。精神科リエゾンチームの介入効果を高めるためには、①チームメンバーそれぞれが専門家としての力量を高めること、②チームのミッションを共有すること、③チームメンバーの役割と協働の方法を明確化すること、④それをプロトコルとして記述し合意形成すること、⑤患者中心の医療のために、身体科医療チームとともに率直に意見を出し合い問題解決・改善に取り組むこと、⑥チーム医療による成果と課題を明らかにし、チーム医療の発展に取り組み続けること、が必要である。

診療報酬における精神科リエゾンチームの施設基準として、構成メンバー、カンファレンス回数・時間数、回診回数、コンサルテーション体制を報告することになっているが、身体科医療チームとの具体的な連携の仕方については各施設にまかされている状況である。チーム医療が形骸化することのないよう、具体的な指針を作成するとともに、実績の蓄積、説明責任を果たす仕組み作りが必要である。そして、チームによる臨床実践の実績をデータとして積み重ね、研究的にもその効果や課題を明確化し、発展させていくことが求められる。

#### 文 献

- 1) Alhuthail, Y. R.: Timing of referral to consultation-liaison psychiatry. *Int J Health Sci, Qassim University*, 3 (2) : 165-170, 2009
- 2) Ashton, S., Carter, C.: Partnership in Practice : Mental Health Working with General Hospital Wards. *Working with Older People*, 13 (1) : 32-34, 2009
- 3) Callaghan, P., Eales, S., Coates, T., et al.: A review of research on the structure, process and outcome of liaison mental health services. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 10 (2) : 155-165, 2003
- 4) Chew-Graham, C. A., Lovell, K., Roberts, C., et al.: A randomized controlled trial to test the feasibility of

a collaborative care model for the management of depression in older people.” *Br J Gen Pract: J Royal Coll Gen Pract*, 57 (538): 364-370, 2007

5) Cullum, S., Tucker, S., Todd, C., et al.: Effectiveness of liaison psychiatric nursing in older medical inpatients with depression: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 36 (4): 436-442, 2007

6) de Jonge, P., Hadj, F. B., Boffa, D., et al.: Prevention of major depression in complex medically ill patients: preliminary results from a randomized controlled trial. *Psychosomatics*, 50 (3): 227-233, 2009

7) Ehlert, U., Wagner, D., Lupke, U.: Consultation-liaison service in the general hospital: effects of cognitive-behavioral therapy in patients with physical nonspecific symptoms. *J Psychosoma Res*, 47 (5): 411-417, 1999

8) 広井良典：患者に対する心理的・社会的サポートの経済評価. *社会保険旬報*, 2111: 14-17, 2001

9) Huyse, F. J., Lyons, J. S., Stiefel, F., et al.: Operationalizing the biopsychosocial model: the intermed. *Psychosomatics*, 42: 5-13, 2001

10) 伊藤敬雄, 山寺博史, 黒澤 尚ほか：高次救命救急センターにおける精神科 consultation-liaison service を開始して：精神科医の果たす役割. *総合病院精神医学*, 14 (1): 63-74, 2002

11) Kathol, R., Saravay, S. M., Lobo, A., et al.: Epidemiologic trends and costs of fragmentation. *Med Clin North Am*, 90: 549-572, 2006

12) 岸 泰宏：精神疾患と身体疾患の合併. 臨床的・医療経済的インパクト並びにその治療システム. *日医大医学会誌*, 4 (4): 175-180, 2008

13) Kishi, Y., Meller, W. H., Kathol, R. G., et al.: Factors affecting the relationship between the timing of psychiatric consultation and general hospital length of stay. *Psychosomatics*, 45: 470-476, 2004

14) Lipowski, Z. J., Wolston, E. J.: Liaison psychiatry: referral patterns and their stability over time. *Am J Psychiatry*, 138 (12): 1608-1611, 1981

15) 三ヶ木聡子：精神科医との協働：事例を中心に一般病院における精神科医との協働について：精神看護専門看護師の立場から. *精神経誌*, 113 (3): 279-283, 2011

16) Mallory, G. A., Lyons, J. S., Scherubel, J. C., et al.: Nursing care hours of patients receiving varying amounts and types of consultation/liaison services. *Arch Psychiatr Nurs*, 7: 353-360, 1993

17) Morgan, V., Coleman, M.: An evaluation of the implementation of a liaison service in an A & E department. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 7: 391-397, 2000

18) 野末聖香, 宇佐美しおり, 田中美恵子ほか：精神看護の看護技術評価一介入効果とコスト評価の視点から一. 平成17年～19年科学研究費補助金基盤研究 (B) 研究成果報告書, 2008

19) 野末聖香, 宇佐美しおり, 片平好重ほか：精神看護専門看護師の直接ケア技術の開発及び評価に関する研究. 平成13年厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業研究報告書, 2002

20) 野末聖香, 金子亜也子, 宇佐美しおりほか：リエゾン精神看護. 患者ケアとナース支援のために (野末聖香編). 医歯薬出版, 東京, 2004

21) 野末聖香：身体疾患患者の抑うつと看護師の抑うつ リエゾン精神看護が行うケア. *医学のあゆみ*, 219 (13): 1133-1137, 2006

22) Nuccio, A. S., Costa-Lieberthal, K. M., Gunta, K. E., et al.: A survey of 636 staff nurses: perceptions and factors influencing the CNS role. *Clin Nurse Spec*, 7 (3): 122-128, 1993

23) 岡谷恵子, 野末聖香, 川名典子ほか：日本における CNS 等の機能とその役割についての研究. 平成9年度厚生省看護対策特別事業研究報告書. 1998

24) 大塚耕太郎, 酒井明夫, 岩戸清香ほか：自殺とチーム医療. *ネットワークナース. 心療内科*, 13 (5): 364-368, 2009

25) Priami, M., Plati, C.: The effectiveness of the mental health nursing interventions in a general hospital. *Scand J Caring Sci*, 11 (1): 56-62, 1997

26) Ragaisis, K. M.: The psychiatric consultation-liaison nurse and medical family therapy. *Clin Nurse Spec*, 10: 50-56, 1996

27) 佐藤 武, 武市昌士：プライマリ・ケアにおける精神医学. *総合病院精神医学*, 8 (1): 62-70, 1996

28) Schrader, G., Cheek, F., Hordacre, A. L., et al.: Effect of psychiatry liaison with general practitioners on depression severity in recently hospitalised cardiac patients: a randomised controlled trial. *Med J Aust*, 182 (6): 272-276, 2005

29) Schubert, D. S., Billowitz, A., Gabinet, L., et al.: Effect of liaison psychiatry on attitudes toward psychiatry, rate of consultation, and psychosocial documentation. *Gen Hosp Psychiatry*, 11 (2): 77-87, 1989

- 30) Sharrock, J., Grigg, M., Happell, B., et al.: The mental health nurse : A valuable addition to the consultation-liaison team. *Int J Ment Health Nurs*, 15 ; 35-43, 2006
- 31) Stiefel, F., Zdrojewski, C., Bel Hadj, F., et al.: Effects of a multifaceted psychiatric intervention targeted for the complex medically ill : a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*, 77 (4) ; 247-256, 2008
- 32) Storer, D., Whitworth, R., Salkovskis, P.: Community psychiatric nursing intervention in an accident and emergency department : a clinical pilot study. *J adv Nurs*, 12 ; 215-222, 1987
- 33) Strain, J. J., Lyons, J. S., Hammer, J. S., et al.: Cost offset from a psychiatric consultation-liaison intervention with elderly hip fracture patients. *Am J Psychiatry*, 148 ; 1044-1049, 1991
- 34) Talley, S., Davis, D. S., Goicoechea, N., et al.: Effect of psychiatric liaison nurse specialist consultation on the care of medical-surgical patients with sitters. *Arch Psychiatr Nurs*, 4 (2) ; 114-123, 1990
- 35) Thase, M. E., Greenhouse, J. B., Frank, E., et al.: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry*, 54 ; 1009-1015, 1997
- 36) Tucker, S., Sandvik, G., Clark, J., et al.: Enhancing psychiatric nursing practice : role of an advanced practice nurse. *Clin Nurse Spec*, 13 (3) ; 133-139, 1999
- 37) 宇佐美しおり, 福嶋好重, 野末聖香ほか: 慢性疾患で精神症状を呈する患者への地域精神科医療モデル事業およびその評価: 精神看護専門看護師とリエゾン・チームの役割. 熊本大学医学部保健学科紀要, 5号 ; 9-18, 2009
- 38) 宇佐美しおり, 野末聖香, 片平好重ほか: 各分野での CNS の活動アウトカム. 精神看護専門看護師の活動成果に関する研究. 直接ケア技術とコンサルテーションの機能に焦点をあてて. 臨床看護, 31 (11) ; 1622-1631, 2005
- 39) 宇佐美しおり, 野末聖香: 精神看護スペシャリストに必要な理論と技法(日本専門看護師協議会監). 日本看護協会出版会, 東京, 2009
- 40) Riba, M.: World Federation for Mental Health, Mental Health and Chronic Physical Illnesses-The Need for Continued and Integrated Care. WFMH 2010, Virginia, p. 41-53, 2010
-

## Effectiveness of Psychiatric Liaison Team Interventions and Challenges the Roles of Liaison Nurses

Kiyoka NOZUE

*Faculty of Nursing and Medical Care, Keio University*

Alleviating psychiatric symptoms and restoring mental and physical stability in patients hospitalized in general hospital requires multifaceted and holistic support, including psychotherapy, pharmacotherapy, nursing care, and psychosocial care. Liaison team activities include, as recommended by earlier studies, routine assessment of the mental state, advice on medication to non-psychiatric physicians, psycho-educational therapy, drug administration guidance, consultation for nurses, and introduction to resources ; furthermore, members hold team conferences on a regular basis. These activities have been shown to have positive effects such as improvement of, or prevention of exacerbation of, patient depression and other mental symptoms, promotion of intervention skills of health care staff members, and improvement of medical economics through a shorter duration of hospitalization and reduction in re-hospitalization and emergency outpatient visits. As team members, the roles of psychiatric liaison nurses include early assessment of patients' mental state and determination of treatment necessity, early introduction of treatment and care, consultation with health care staff, and coordination in the promotion of patient-oriented, team-based medicine. Such interventions have been reported to show favorable effects such as improvement of patients' mental state, quality of life, and satisfaction with care, as well as increasing health care staffs' patient understanding, intervention skills, and cooperativeness. To enhance the effects of intervention by a psychiatric liaison team, it is necessary for : ① each member of the team to nurture his or her own competence as a professional, ② team missions to be shared by all, ③ the roles of team members and ways to cooperate to be clearly defined, ④ such definitions to be documented as a protocol for which there is a consensus, ⑤ members to commit themselves to resolving or improving issues by exchanging honest opinions with teams of non-psychiatric physicians for the benefit of patient-oriented medicine, and ⑥ members to learn from the results and challenges of team-based medicine and apply their experience to future practice.

< Author's abstract >

< **Key words** : psychiatric liaison team, psychiatric liaison nurse, team-based medicine, effectiveness of intervention, Certified Nurse Specialist in Psychiatric Mental Health Nursing >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 有床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と展望

小石川 比良来<sup>1)</sup>, 大上 俊彦<sup>1)</sup>, 富安 哲也<sup>2)</sup>

1) 亀田総合病院心療内科・精神科, 2) 亀田総合病院臨床心理室

亀田総合病院は千葉県鴨川市に位置する一般科 865 床, 精神科 41 床の大規模総合病院であり, 診療科は 31 科で医師数は 400 人近くにのぼる. 三次救急医療を担うと共に総合周産期母子医療センターなどの指定を受け地域の基幹病院としての役割は極めて大きい. 精神科病棟の開設は 2005 年 7 月であるが, 病棟運用が本格化すると共に種々の問題点が顕在化してきた. 特に一般科との界面で生じる問題が大きく, 管理困難という名目での精神科病棟への転科転床要請など, 放置すると精神科スタッフのモチベーションの低下と病棟活動の低下につながる危険性が生じてきた. こうした問題点を解決すべく 2009 年 1 月から医師・看護師を中心に多職種からなるリエゾンチームを発足させ稼働させてきた. 介入の結果, 精神科の介入の質が安定すると共に多職種チームであるがゆえの多角的なサポートが可能になり, また精神科スタッフの孤立感が解消すると共に達成感や効力感が向上した. 医療の質の向上に向けての意味は大きいと考えられるが, マンパワーの問題が大きく身体科スタッフへの啓蒙活動や活動の質の客観的評価などなすべき課題は山積している. その意味で今回のリエゾンチーム診療加算創設の意味は大きく, コアとなる専従スタッフの確保につながりうると思われる. これまでの活動を通して言えることは有床総合病院精神科で精神科救急や身体合併症を抱えた精神疾患患者の切実なニーズに沿う形での治療病棟の確定や運用 (精神症状や身体症状の質に応じた形での合理的で柔軟性のある病床運用) には, 科の垣根を越えて稼働する多職種からなるリエゾンチームの存在が極めて重要であり, また病院内でのチームの実効性を高めるためには病院外の治療諸機関との連携を円滑かつ迅速なものとするのが不可欠であり, 医療のコーディネーター的な役割が重要になるということである.

<索引用語: 総合病院精神科, コンサルテーション・リエゾンチーム, 連携, 医療コーディネーター>

## はじめに

新たな「障害者総合支援法」では, 全ての障害者が可能な限り身近な場所において必要な日常生活又は社会生活を営むための支援を充実させる方向となっている. 特に高齢の精神障害者では身体疾患を有する者が多く, 地域で安心して生活するためには身体疾患を合併している精神障害者への適切な医療提供体制の確保が必要とされている.

しかしながら現状では, 一般病棟において身体疾患の治療やケアに当たる医療者が精神障害者に対して十分な知識を有しているとは言い難い. その

一方で, 総合病院内部では, SLE などの膠原病や甲状腺機能障害など代謝・内分泌疾患が精神障害を惹起することはよく知られており, また様々な疾患に用いられるステロイドやインターフェロンなどの薬剤が精神障害を来すことは少なくない. 身体疾患の罹患により精神障害を発症する事例においても, 精神疾患の専門家と身体疾患の専門家が円滑に連携し治療に当たる必要があるが, 現状では連携はとて十分とは言えない面がある.

さらに言えば, 自傷行為や自殺企図などにより三次救命救急センターを受診する患者の多くに精

神障害を認めるとされるが、これらの精神障害者を円滑に精神科専門治療につなげるようなシステム構築もまた、長きに渡って3万人を超える自殺者が続く我が国においては喫緊の課題と言えよう。

以上のように総合病院においては精神障害者を支援するための課題は山積している。限られた医療資源という制約の中で、総合病院の内外で治療の必要性のある精神障害者を円滑に受け入れていくシステムを構築するためには、上記の問題性を自覚している精神科医、精神障害に対して十分な知識を有する看護師、臨床心理士、精神保健福祉士など多職種からなるチーム（精神科コンサルテーション・リエゾンチーム、以下精神科CLT）による活動の確立と機動的運用が緊急の課題となっていると言えよう。この稿では有床総合病院精神科の観点から、精神科CLTの機能と展望について述べる。

### I. 亀田総合病院の概要

亀田総合病院は千葉県鴨川市に位置する、一般科865床、精神科41床（閉鎖病棟）の大規模総合病院であり、31の診療科から構成され、387名の医師と約810名の看護師が勤務している（2012年5月現在）。三次救急医療を担う救命救急センターを持ち、地域がん診療拠点病院、総合周産期母子センター、基幹災害医療センターでもあり、地域の基幹病院としての役割は極めて大きい。その他にも回復期リハビリ病院、老人保健施設、家庭医診療所、訪問看護ステーションなど多岐にわたる事業も展開している。

### II. 亀田総合病院精神科の活動の背景

亀田総合病院の立地する鴨川市は千葉県房総半島南部の安房地区に属しているが、この地域は千葉県でも突出して高齢化が進行し、人口の減少も目立っている地域である。精神科医療に関して言えば、内科を併設した精神科病院が多く、この地区の精神科病床は人口千対5.1と全国平均の2.8に比較すると極めて高い。その一方で山を1つ越えた木更津以北千葉以南の地域にはスーパー救急

病棟が4つ存在しており、急性期治療病棟も合わせると精神科救急医療体制は全国的に見てもかなり充実している地域である。この非均質性は我々の臨床活動に関して少なからざる影響を及ぼしている。

### III. 開設以来の理念と活動実績

当院の精神科病棟は2005年7月に開設され今日に至っているが、創設以来の病棟運営理念はAlliance（病院内他科との、他の精神科病院および一般病院との連携）、Flexibility（柔軟性、可変性）、Local & Global（地域に根ざした医療を国際的な視野の中で）、Base of the Task Force（地域に開かれた多職種協働のチーム医療の根拠地）であるが、この理念の妥当性への確信は日々強固なものとなっている。

2012年5月時点ではスタッフは常勤精神科医6名（うち精神保健指定医5名）、看護師16名、常勤臨床心理士4名（他に非常勤臨床心理士2名）、常勤精神保健福祉士3名（総合相談室所属）であり、看護基準は13対1を取り、指定病院さらに応急入院指定病院でもある。2011年度の診療実績は、1日平均外来患者数が117名、新規のリエゾン・コンサルテーション件数は1日約2件、入院部門では入院患者総数が232名（一般病棟で主科として担当した12名を加えると244名）、平均在院日数は47.1日となっている。

### IV. 病棟開設後どのような問題が生じ精神科

#### CLTを構想するに至ったか？

一見順調なように見えて、開棟から今日に至るまでの約7年間を振り返ってみるとかなり大きな困難に直面してきた。それは入院者数や平均在院日数の変化を示す図1にも表れているが、治療スタッフから挙げられた具体的な問題点は下記のようなになる。

- ①一般科病棟からの転棟者を受け入れる際の基準をどうするかが不明確。その時々での力関係に支配されない、客観性を持ち納得のいく基準をどう作るのかが課題。

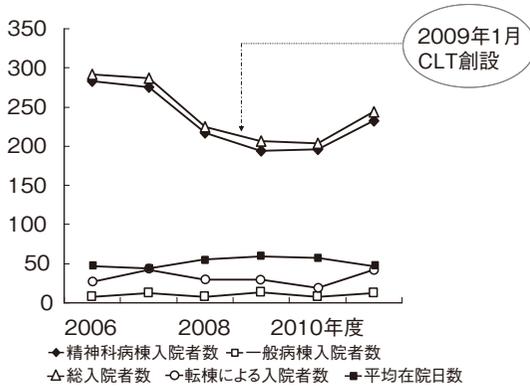


図1 病棟活動の推移

②周辺地域で高齢化社会の進行が急激である当院において当然多くなる認知症患者を早期に退院させていく方策をどう確立するか、方針が不明確である。

③入院患者が多極化し、措置入院患者、合併症患者、認知症患者とストレスケア病棟対象患者が同居していることから、患者、治療スタッフ双方に負担となつてのしかかかってきており、バーンアウトが起りやすい状況にある。

こうした問題の結果として、図が示すように時間の経過と共に病棟活動が沈滞し、入院患者数の落ち込みや、平均在院日数の増加として現れるに至ったと考えられた。

## V. 精神科 CLT の創設と臨床心理室の拡充強化

この問題に対応するために当院では、2009年1月から新たに精神科 CLT を創設導入し、すでに導入していた臨床心理室の拡充強化と併せて有床総合病院精神科の活動の大きな軸として展開することにした。具体的なメンバー構成としては医師、看護師、臨床心理士の三者を中核メンバーとし、精神保健福祉士（以下：PSW）を周辺メンバーとする多職種チームであり、多職種であることを生かし、薬物療法、心理・精神療法、看護・ケア、社会的支援など、多角的で全人的なサポートを提供することを目標とした。なお2010年度からは PSW も中核メンバーとなった。

大上<sup>1)</sup>によれば、以前のコンサルテーションシステムの問題点は下記のようにまとめることができる。

- ①担当する精神科医によって介入の質と量に大きな差異がある。
- ②身体科医師の中には、精神科医療に対して必ずしも十分な理解があると言い難い者も多く、時折不可解な依頼や妥当ではない依頼がある。目立つのが、管理困難という理由で精神科に転科転床を依頼してくる例で、精神医学的な入院適応と管理困難を混同している身体科スタッフが少なくない。
- ③依頼経路が複数あるが、情報の共有がなされていない。
- ④多職種による支援が必要なことが多いにもかかわらず、問題が認識されていない。

それに対し現在のチームシステムでは、主に他科入院中の患者の担当医師からの照会に対応し、精神科医が照会を受け、病棟に出向き診察するが、他の経路として、他科入院中の医師から直接臨床心理士に依頼する経路もあり、チームに照会された患者のリストが随時更新され、精神科医、看護師、臨床心理士、PSW の間で共有されている。

その他にもチームの院内アドレスを公表しメールでの相談に対応している。カンファレンスは毎週火曜に開催され医師・看護師・臨床心理士・PSW がチームに紹介されたケースについて検討する。その他に週1回木曜に医師間でのリエゾンカンファレンスもあり介入の妥当性を検討している。

## VI. 精神科 CLT の活動の利点と見えてきた問題点（統計上の変化も含めて）

こうした精神科 CLT 活動の利点は下記のように要約できる。

- ①チームで情報を共有しフォローすることにより、介入の方針が安定すると共に多職種で介入することにより、多角的で全人的なサポートが可能になり、結果としてコンサルテーション・

リエゾンにおける介入の質が安定し向上する。

- ②他科医師だけでなく他科看護師からのチームへのアクセス経路を確立することを目指し、他科看護師へのサポートを強化するという姿勢を持ち、精神科看護師がチームに参加することで、他科病棟での管理困難例への看護的介入が向上する可能性がある。さらに他科スタッフを対象に、カンファレンスや勉強会を企画し啓蒙することも併せて他科スタッフの精神症状への理解が深まることが期待できる。
- ③精神科スタッフが活躍の場を精神科だけではなく病院全体に拡げることにより、達成感や効力感が得られるが、多職種で連携することにより、それぞれ個別に対応していた時の孤立感が解消されることでスタッフのモチベーション向上にもつながりうる。

その一方で、活動後見えてきた問題点も多い。

まず介入の質の客観的評価の不在の問題が挙げられるが、その中には

①身体科医師や看護師からの評価と評価法の開発、②当の患者や家族からの評価と評価法の開発の問題がある。またマンパワーの問題もありチームの病院内での認知度はまだ低いという問題もある。

さらには各職種での活動の意味付けの温度差も問題であり、特に医師や看護師の効力感や達成感は顕著だがPSWの位置付けが不明確ということが大きい。

病院全体の活動の中での精神科の活動指標という観点からは、精神科CLTの活動が活性化すると一般科病棟でも対応可能な身体合併症を抱えた精神疾患の患者の割合が確実に増大するという問題が重要である。これは対応法を誤ると精神科病棟への入院患者数が減少し稼働率が低下するという現象になって現れる。結果として精神科病棟の稼働率を高め少ない病床を有効に活用するために病院外の地域の諸機関との連携がこれまで以上に重要になり、PSWが病院内と病院外を結ぶコーディネーター的役割を果たすことが大きな意味を持って浮上してくる。ただこの役割の重要性にもかかわらず、対応可能なPSWの数が極めて

表1 精神科CLTでどのような職種がかかわったか

| かかわった職種    | 件数  |
|------------|-----|
| 医師         | 221 |
| PSW        | 20  |
| 心理士        | 20  |
| 看護師        | 15  |
| 医師と看護師     | 8   |
| 医師とPSW     | 4   |
| 医師と心理士     | 3   |
| 医師と看護師と心理士 | 1   |
| 看護師と心理士    | 1   |
| 医師と看護師とPSW | 1   |
| Total      | 294 |

実際多職種介入は全体の6% (18件)

少なく、必要性の自覚もされていないということが問題であると考える。

## Ⅶ. 精神科CLTの活動統計

以下は富安<sup>2)</sup>によってまとめられたリエゾンチームの活動統計である。調査期間は平成23年2月～12月の11ヵ月間である。表1はチームにかかわった職種を示し、図2と図3はそれぞれリエゾンチームへの依頼科と依頼理由を示している。

まずかかわった職種に関して言えば、医師のみがかかわったケースは221件(75%)、以下看護師15件(5%)、臨床心理士20件(7%)、PSW20件(7%)となっており、実際多職種介入は全体の件数中18件(6%)になっている。ただ、こうしたケースはすべて前述したリエゾンカンファレンスで検討されておりチームによる質の担保と援助がなされていることが重要な意味を持つ。

依頼科では救命救急科からの依頼が67件(21%)と最も多く、以下総合診療科、消化器科内科、血液腫瘍内科と続く。

また、医師への依頼理由の中で多かったのは「精神症状のアセスメント」「せん妄の対応」「投薬に関する相談」などの内容が多く、看護師では「現場での対応が困難」「不穏の対応」「せん妄の対応」

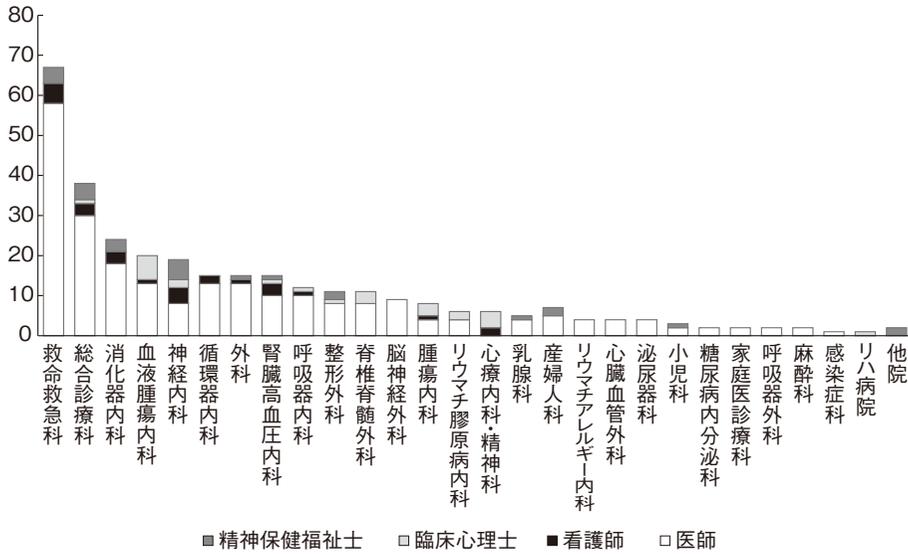


図2 精神科 CLT に依頼した診療科・病院

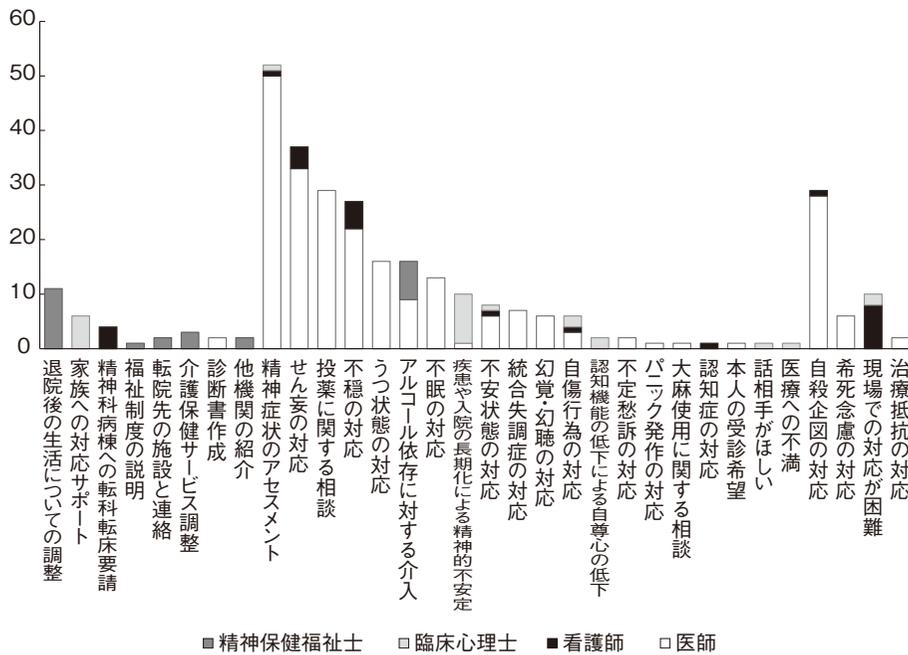


図3 精神科 CLT への依頼理由

が、臨床心理士では「疾患や入院の長期化による精神的不安定」「家族への対応サポート」が、PSWへは「退院後の生活についての調整」「アルコール依存に対する対応」が多かった。

その他に身体科病棟に勤務する看護師にアンケートを行った結果では、精神科 CLT の活動によって「患者の理解が深まる」「業務負担が減る」「業務上の安心感が増す」といった効果が挙げら

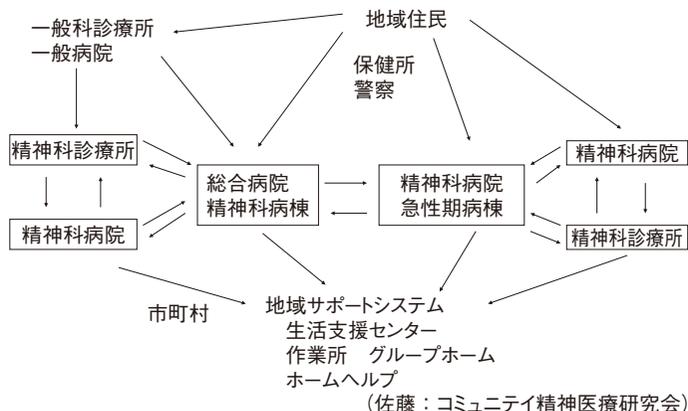


図4 二次医療圏における精神医療の機能分担

れ、また臨床心理士による定期的な病棟訪問（御用聞き活動）が精神科CLTの認知度を上げる効果も持っていることも示された。

#### Ⅷ. 精神科CLTの立場から地域精神医療システムの見直しへ

佐藤<sup>3)</sup>によれば二次医療圏における精神医療の機能分担は図4のように表示でき、中核に位置するのは総合病院精神科病棟と精神科病院の急性期病棟ということになる。精神科病院で発生する重篤な合併症患者や急性期においても精神症状も身体症状も共に重い患者の受け入れは当然のことながら総合病院精神科病棟が担うことが期待されるが、それを一定のシステム整備なしに引き受け続けると精神科スタッフの疲弊が生じ、危惧されている総合病院の精神科病床の減少がさらに加速しかねない。

それを防ぐためには身体科と精神科の双方にまたがって活動する役割を精神科CLTが果たすことで病院全体としての精神科領域の疾患の受け入れのcapacityを増やすことが最も望ましいあり方と考える。

ただ同時に考慮しなければならないことは、精神科CLTの活動は精神科病棟の活動指標、特に入院患者数や稼働率の面では、必ずしも有利には働かないということである。当然のことながら、精神科CLTが有効に機能すると一般科病床で精

神科合併症患者に対応できる件数が顕著に増加してくるからである。それは図1に示されているように、当院において精神科CLTの活動開始後すぐに入院患者数は増加せず、むしろ停滞傾向にあったことから裏付けられる。ただし当院での経験からは、スタッフ間で上記問題が自覚され、病院内外での治療要請に速やかに応じる体制を意識的に作ることでこの問題は解決可能である。これもまた図1の中での急角度の実績回復が示しているところである。あえて標語的に言えば「内部の問題は外部への着目と展開によって解決しよう」ということになろう。

#### Ⅸ. 今後の総合病院精神科医療の新しい形に向けて

これまでの立論を踏まえて言えば、二次医療圏(+α)における精神科医療の機能分担は図5のようになる(藤原<sup>4)</sup>)。詳しく言うならば、総合病院精神科が精神科病院・診療所や一般病院・診療所、地域ケアシステムや各種福祉機関と緊密な連携を取りつつ、精神科救急や身体合併症の治療に当たり、総合病院内部では精神科CLTのような多職種チームがコンサルテーション・リエゾン活動に積極的に取り組んで身体科との連携を高めることで医療の質の向上に寄与することが可能となると思われる。そのチームの中でPSWは特に外部との協力体制のorganizerとしての役割を積極的に

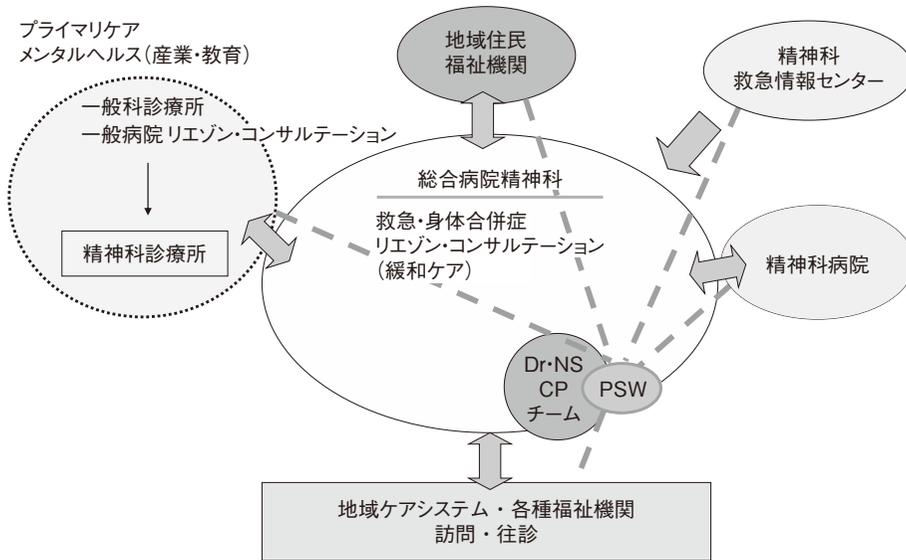


図5 二次医療圏+αにおける精神科医療の機能分担 (医療計画)  
(文献5より改変)

意識して活動する役割を担っていくべきである。いわば内部へのリンクと外部へのリンクを二重に機能させ噛み合わせていくことで総合病院の可能性は十全に発揮され社会の期待に応えるものになると思われる。

## 結 語

総合病院で精神科救急や身体合併症を抱えた精神疾患患者の切実なニーズに沿う形での治療病棟の確定や運用 (精神症状や身体症状の質に応じた形での合理的で柔軟性のある病床運用) には、科の垣根を越えて稼働する多職種からなる精神科 CLT の存在が極めて重要である。

現在のチームシステムの利点は医師や看護師に顕著に現れているが、臨床心理士の場合はチームから距離を置いた活動の余地を残し積極的に活用した方が望ましいと思われる (この場合、精神科 CLT は母港的役割を果たすことになる)。その結果、このチームにおいては臨床心理士が病院内部の2種類のリンクの接点に、さらには PSW が病院外部のリンクと内部のリンクの接点に位置することになる。

病院内でのこのチームの実効性を確かなものとするためには、病院外の治療諸機関との連携を円滑かつ迅速にすることが不可欠であり、チームに所属する PSW の役割が大きい。医療のコーディネーターの意義の意識と養成システムの確立が必要となる。

外部リンクには他院との人的交流の強化と必要なニーズに関しての情報共有が重要であり、精神障害者の合併症診療に関しても総合病院の PSW が地域展開の中軸となることが望まれる。ただし日本の現状を考慮すると医師と PSW 間の Partnership の確立を意識的に確立する必要があると思われる。

最後に付け加えておくと、臨床の現実的局面では、精神科 CLT は常に一体となって機能するわけではなく、従来型の医師間のコンサルテーション・リエゾン活動は依然として重要でありケースも多いことは言うまでもない。ただし、その場合でも背後に精神科 CLT が控えることによって活動の質が担保されるという事実は重要であり、診療報酬上の評価法は新たに工夫する必要があると考える。

文 献

- 1) 藤原修一郎：平成22年度厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業「精神障害者の地域ケアの促進に関する研究（研究代表者宮岡等）」総括・分担研究報告書，59-73，2011
  - 2) 大上俊彦：多職種からなるコンサルテーション・リエゾンチームによる一般医療との連携．精神経誌，112 (12)；1216-1220，2010
  - 3) 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．社会精神医学，21 (1)；103-110，2012
  - 4) 富安哲也：当院における精神科コンサルテーション・リエゾン・チームの現状と課題に関する研究．平成23年度チーム医療実証事業報告書
  - 5) 横山正宗，吉邨善孝，藤原修一郎：総合病院精神科医師不足と診療報酬問題．精神医学，52 (3)；229-237，2010
-

## The Consultation-liaison Team in a General Hospital with a Psychiatric Inpatient Unit : Functions and Outlook

Hiraki KOISHIKAWA<sup>1)</sup>, Toshihiko OOKAMI<sup>1)</sup>, Tetsuya TOMIYASU<sup>2)</sup>

1) *Department of Psychiatry and Psychosomatic Medicine, Kameda General Hospital*

2) *Department of Clinical Psychology, Kameda General Hospital*

Kameda General Hospital is a large general hospital in Kamogawa City, Chiba Prefecture, with 865 general medicine and 41 psychiatric beds. As a comprehensive medical facility, including designation as a level 3 emergency medicine center and perinatal medical center, the hospital plays a critical role as a major provider of medical care in the region.

The psychiatric inpatient unit was established in July 2005. As the unit became fully operational, various problems materialized. Problems occurring at the interface between the psychiatry and general medicine units were particularly serious, such as when the psychiatry department was asked to take over patients from the general medicine unit solely because the patients were deemed difficult to control. Ignoring these problems could have led to dangerous declines in both psychiatry department staff morale and department functioning.

To address these issues, in January 2009 a multidisciplinary team was formed and put into operation. Team members consist of a core of physicians and nurses, with other specialties participating, as well. This effort has resulted in improved stability in the quality of psychiatric interventions, and the multidisciplinary nature of the team has enabled the provision of diverse types of support. In addition, feelings of isolation experienced by psychiatry department staff have declined, while feelings of accomplishment and self-efficacy have increased.

Although these efforts are believed to be both important and meaningful in terms of improving the quality of medical care, staffing shortages have caused many issues to remain unaddressed, including education programs for staff in the general medicine unit, and objective assessments of intervention quality. In this context, the recent addition of liaison team activities to the list of insurance-billable services is quite significant, as this should promote the assignment of dedicated core staff members to the team.

Experience to date indicates that, in the context of a general hospital with a psychiatric inpatient unit, the existence of a multidisciplinary liaison team working across departmental boundaries is crucial to determining and managing the treatment of patients with psychiatric emergencies, as well as patients with psychiatric issues and physical complications. Additionally, in order to heighten the effectiveness of the hospital liaison team, it is critical to realize seamless, prompt collaboration with facilities outside the hospital. In this respect, the role of patient care coordinator is expected to become increasingly important.

< Authors' abstract >

< **Key words** : psychiatric department in general hospital, consultation-liaison team, collaboration, patient care coordinator >

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 無床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と展望

見野 耕一<sup>1)</sup>，三宅 啓子<sup>1)</sup>，服部 真歩<sup>1)</sup>  
新田 和子<sup>1)</sup>，岩路 かをり<sup>1)</sup>，柿本 裕一<sup>2)</sup>

1) 神戸市立医療センター西市民病院精神神経科，

2) 神戸市こころの健康センター

リエゾンチームの目的は、チーム医療の中で患者の精神症状の改善や治療環境の精神医学的評価・検討を行うこと（患者対象）、治療にかかわるスタッフの心身の健康をサポートし、勤務意欲の向上、燃え尽きの防止を目指すこと（職員対象）の2つである。当院での活動内容は、患者がこころ穏やかに入院生活をおくられるように、リエゾン回診、リエゾンカンファレンスなどを行っている。患者と家族が自分自身のこころの状態に目を向けることができるようにパンフレットを作成している。職員向けには、せん妄などによる転倒・転落の防止、自殺防止や自殺事故後のメンタルサポート、暴言・暴力などによるワークプレース・トラウマを受けた職員への対応マニュアルを作成している。また、マニュアルをコンパクトにまとめた4つのポケットガイドを運用している。院外に対しては、身体合併症治療病床を活用し、神戸市内の12カ所の精神科病院と連携し、精神科病院入院中の急性期身体疾患患者の治療を行っている。また、認知症治療連携として、長田区医師会と連携し認知症連携パスの運用を平成24年度から準備している。神戸市医師会との連携では、当院が神戸G-P (general practitioner-psychiatrist) ネットの一員として、かかりつけ医と精神科医との連携を緊密にすることで、かかりつけ医のうつ病の診断技術と対応力を向上させ、スムーズな紹介と自殺者数減少に寄与する活動をしている。リエゾンチーム活動の現状と取り組みについて、患者・家族、医療スタッフ、地域連携に分けて報告した。当院では、リエゾンチーム回診とカンファレンスで、早期の治療的介入とケアを計画し、必要な職種と連携するシステムができている。その過程で、対応マニュアルやガイドラインのポケットガイドを作成したことにより、精神科以外の医療スタッフが連携して早期から治療的な初期介入ができている。その結果、スタッフ自身の「こころのケア」に対する感受性やケアの向上が図られ、メンタルサポートは連携して全員が担っている。院外では、地域の医療スタッフに知識や情報を提供し、精神的ケアの普及と啓蒙を図ることで連携が少しずつ広がっている。開院当初から連携している身体合併症治療システムは、地域の精神科病院で生じた身体合併症治療にある程度の機能分担を果たしている。

<索引用語：リエゾンチーム，リエゾンチーム回診，リエゾンチームカンファレンス，総合病院精神医学，無床精神科>

## はじめに

神戸市立医療センター西市民病院は、神戸市西市民病院群の中で既成市街地西部に立地する地域中核病院で、診療科目は17科、病床数は358床の一般総合病院である。

平成7年の阪神淡路大震災で、病院が全壊した

が、平成12年5月には新築された病床がオープンした。精神科は無床だが、救急病棟内に身体合併症病床が4床ある。

現在精神科は、常勤医3名、非常勤医師2名、心理士が週2日勤務で、医療ソーシャルワーカー (medical social worker: MSW) が兼務している。

平成 23 年度の統計は、コンサルテーション・リエゾン 2,665 件、1 日平均患者数 66.6 人、初診患者は 526 人、身体合併症病床入院患者数 18 人、認知症鑑別外来 121 人であった。チーム医療活動は、リエゾンチーム、緩和ケアチームなどを実践している。

リエゾンチームとは、精神的医療と身体的医療との積極的連携を図り、患者を身体的・精神的・社会的な視点から統合的に捉え、患者の個別性を大切に医療活動の展開を目指すチームである。当院では、阪神淡路大震災後の医療スタッフの苦闘から自然発生的にそれぞれのチーム活動が始まり、各部門の垣根の低さが当院の特徴の 1 つである<sup>9)</sup>。

平成 17 年からリエゾンチーム活動を開始した。当科は、無床精神科だが、特色である身体合併症病床を地域連携の柱としている。本稿では、当院のリエゾンチーム活動を院内連携と地域連携に分けて紹介し、無床総合病院精神科としてのリエゾンチームの機能と今後の展望について考えてみたい。

### I. リエゾンチームの誕生

当院のリエゾンチームは、「こころとからだのケアサポートチーム」または「こころの保健室」という呼称でも活動している。平成 17 年度、医療安全が病院の大きな目標となりチーム医療活動を統括するチーム医療推進部が設置された。病院がチーム医療活動を統括し、活動費など支援している。栄養サポートチーム(nutrition support team: NST)、緩和ケアチーム、褥瘡チーム、糖尿病チーム、感染症チームがあり、その中の 1 つとしてリエゾンチームが誕生した。メンバーは、医師、リエゾナーズ、心理士、MSW、PSW、事務職員、薬剤師、放射線技師、各病棟のリンクナーズなどで、コアメンバーは、精神科医師、リエゾナーズ、心理士、MSW、PSW、事務職員である。

### II. リエゾンチームの目的

リエゾンチームの目的を院内連携と地域連携の

2 つに分けて考えている。

院内連携では、チーム医療の中で精神症状の改善や治療構造の精神医学的評価・検討を行うこと(患者や家族が対象)、さらに治療にかかわるスタッフの心身の健康をサポートし、勤務意欲の向上、燃え尽きの防止を目指すこと(医療スタッフ対象)である。その結果、在院日数の短縮、医療費の削減、医療事故の防止、患者サービスの向上につながるかと考えている。

地域連携では、オープンカンファレンス、身体合併症病床の運用、認知症診断地域連携パスなどの活動を行っている。

活動のスタイルは、「困っているときにすぐ対応を!」「スタッフが対応できる調整を!」をモットーとしている。精神科診察に直接つながらない相談でもスタッフが困っていればかかわることのできる範囲で相談を受けるようにしている。精神科治療を拒否される方もいるのでその配慮がチーム医療の中で必要なこともある<sup>1)</sup>。

### III. 患者および家族への活動の実際

#### 1. リエゾンチーム回診、チームカンファレンス

平成 20 年 10 月より活動を開始し、週に 1 回、精神科医師・リエゾナーズで全病棟を回診している。主にカルテ診である。精神的問題で対応困難なケースを中心に病棟看護師から直接相談を受け、その場でアドバイスをする。病棟看護師からは、「向精神薬の使用法」「不穏に対するケア」がその場で質問でき、情報を共有できると好評である。相談内容は回診録として残し、同日夕方、チームカンファレンスで話し合われる。薬物療法が必要な精神症状か? どのような介入が必要か? どのような職種の介入が必要か? をカンファレンスし、その後、チームで介入とケアを行っている。具体的には、関係者への助言・教育、患者・家族・医療スタッフへの直接ケア、必要な職種との連携などである<sup>4,6)</sup>。その後関係者でカンファレンスをし、介入とケアに対する評価を行っている<sup>2)</sup>。平成 23 年度の実績は、47 回、延べ患者

数 500 人だった。

## 2. リエゾンチーム勉強会

第 1 火曜日 18:00~19:30 に行っている。毎回テーマを決めてメンバーが交代で講義し、お互いに知識を共有し協働ケアを展開するためのものである。また、講演会を開催し、スタッフ自身のメンタルヘルスを向上させることもしている。具体的なテーマ内容は、「向精神薬について」「せん妄と幻覚妄想」「鎮静と行動制限（身体拘束を中心に）」「抑うつ・不安（自殺予防も含めて）」「認知症患者の暴力（周辺症状を中心に）」「スタッフのメンタルヘルス」などであった<sup>2)</sup>。平成 23 年度の実績は、6 回、延べ 71 人だった。

## 3. ポケットガイド

「せん妄の診断・治療」である（図 1）。マニュアルやガイドラインは詳細かつ膨大であり目を通す機会が少ないため白衣の胸ポケットに入るサイズでコンパクトにまとめた。チーム活動費から作成しており、表面はラミネート加工しており丈夫にできている。九州大学精神科のマニュアルを一部改変して作成した。医師、看護師、薬剤師、放射線技師、検査技師、事務職員に配布した。せん妄の初期治療をして困ったらリエゾンチームに依頼がある。

「うつ病の早期発見のために」である（図 2）。うつ病の発症危険因子の理解とともにうつ病の臨床像に気付いてもらい、初期対応を主治医、看護師がし、症状が改善しないときにはリエゾナーズへの相談や精神科診察依頼がある。

「気持ちのつらさと向き合うときに」である（図 3）。医療安全管理委員会と協働で、患者の希死念慮、自殺のサインに注意喚起するために作成した。「こんな患者さんがいたら要注意ですよ」「死にたいと患者さんに言われたら」「危機介入」について、簡単に具体的な対応を書いている。これを見て対応できるので患者には対応の均質化を図り、スタッフにはある程度の安心感を与えている。また、自殺事故は医療事故であり、目撃ある

いは対応したスタッフの心理に大きな影響を及ぼすので、事故発生当初からリエゾンチームがサポートしている。

「アルツハイマー型認知症の早期発見のために」である（図 4）。高齢者の入院が増え、地域の傾向として独り暮らしが多く、入院して初めて認知症症状に気付かれる場合が目立つため作成した。スクリーニング検査、治療薬、周辺症状への対応法の基本を簡単にまとめている。入院中の患者にも対応できる内容にしている。

このような試みで 4 年が経過したが、精神科以外の医療スタッフが連携して早期から治療的な初期介入ができていていると考えられる。

## 4. 病棟への出張カンファレンス

平成 23 年度から、「病棟カンファレンス出席依頼書」を運用し、記録に残している。病棟からの依頼に応じて、毎回精神科医 1 名、リエゾナーズが出席できるように調整している。リエゾナーズだけではなく医師も積極的に参加して患者の精神医学的評価をし、その対応策を一緒に考えている。医療スタッフのスキル向上と協働ケアを目的としており、平成 23 年度の実績は 9 回だった<sup>2)</sup>。

## IV. 医療スタッフへの活動の実際

①心身リラックスや疲労回復技能ワークショップ、②「こころ通信」の発行、③メンタルケアアセスメントとケアマニュアルの作成、「医療安全活動におけるメンタルヘルスケアの指針」と「ワークプレイス・トラウマへの対処法」「自殺事故のメンタルサポートについて」など、多岐にわたっている。

### 1. 心身リラックスや疲労回復技能ワークショップ

タクティールケア体験会の実際を紹介する。スウェーデン生まれのタッチケアで、①攻撃性の減少、②リラクゼーション、③鎮静効果があるといわれている。33 名が集まり、「認知症の初期の患

表

### せん妄の治療

**・薬剤因子の改善:**

- 1) 薬物、医療提供者からの話し掛け、昼夜の区別を付けるなどの刺激を与え
- 2) 薬剤因子の除去

**・薬物療法(下記の薬剤量は症状によって適宜増減):**

- 1) 内服できない場合:
  - ① セレネース(5mg) 1/2A~2A+朝食(100m) 1B div 定期的に30分程度で
  - ② ロビプノール(2mg) 1/2A~1A+朝食(100m) 1B div 30分~1時間程度で、入眠したらストップ やりえない場合には、必要最小量にとどめる。呼吸抑制に注意。
- 2) 内服可能で興奮を伴う場合:
  - ① リスパール 0.5~2mg/夕食後の服薬 (活用でも可)
  - ② セロリエル 2.5~100mg/夕食後or朝服 → 難治例患者は禁忌!

\*興奮が収まらなければ朝服を減量して2.5~5mg迄を早晚
- 3) 内服可能で興奮を伴わない場合:
  - ① リスピン 2.5~100mg/夕食後or朝服
  - ② デラタミド 10~30mg/夕食後or朝服

→ 上記で症状改善がみられない場合はコンサルト。

**○注意点:**  
 循環器(心伝導系、不整脈)、呼吸器系の評価と管理に注意。  
 毒性症候群(CKの測定)、離体外器に注意  
\*アムロジウムは服用後24時間後、せん妄の悪化を誘発する可能性がある

**○BZ系の特効薬や抗不安薬は、せん妄の増悪や脱抑制をきたすことがあるので、少量から開始(例:マイスリー5mgなど)するなど、最小程度の使用にとどめる。  
 やりえない場合には、抗精神病薬との併用も心がける。**

**○転倒、点滴チューブ脱落に注意。場合によっては即時併用も検討。**

せん妄の診断・治療

せん妄の診断・治療に関するご相談は

西市民病院  
リエゾンチーム

参考文献) 『老人症の診断と治療』(2) 日本老年病学会編 『せん妄の診断と治療』(2) 日本老年病学会編 『せん妄の診断と治療』(2) 日本老年病学会編  
 『老人症の診断、予防、治療』 監訳: 慶応義塾大学医学部神経学教室 中村 尚  
 『老人症の診断、治療、予防』 監訳: 九州大学大学院医学部内科学 福岡市立中央市民病院  
 2010年10月第2版第2刷発行(2010年10月)

2009.3

裏

### せん妄とは？(せん妄の概念)

- 1) 一過性に出現し、可逆性の軽度の意識障害あるいは意識覚醒、急性発症(数時間から数日)
- 2) 精神機能の障害(多彩な精神症状)を伴う:  
見当惑障害、注意集中困難、認知機能の低下、計算力、記憶力障害、精神運動興奮、錯乱、幻覚妄想(視覚性のもの)、不眠(昼夜逆転リズムの障害)、活動性低下。
- 3) 症状は浮動性(一日の中でいい時と悪いときがある):  
症状の可逆性、変動が見られる。不可逆性の症状を示す認知症とは異なる。
- 4) 病歴からの問診の少ない方から後期にかけて、出現する機会が多い→夜間せん妄
- 5) 発症率:一般の入院患者 10~15%  
ハイリスク患者(高齢者、術後、高齢、薬剤見舞等) 40~57%
- 6) 他のせん妄のタイプ:アルコール離脱せん妄、術後せん妄、ICU、CCUせん妄。
- 7) 軽い意識障害、寛容を見逃さないようにする。意識を深さだけでなく広がり(2次元)でとらえる。

### せん妄の発症危険因子

- 1) 臨床的に多発的でおこり、原因特定が困難
- 2) Lipowskiのせん妄発症因子の分類(下図)。
- 3) 危険因子として、高齢者(最も重要)、男性、術後、脳血管障害、認知機能障害、身体的基礎疾患、薬物治療(中枢神経系)、等の存在がある。

【意識障害のせん妄の診断・予防・治療】より

### せん妄の臨床像

|   |  |
|---|--|
| <p>●過活動型(hyperactive type)<br/>興奮、幻覚、幻聴、妄想、不眠 etc</p> | 興奮、器活動が主体。夜間神経痛、転倒、点滴抜去等あり、時に抑制が必要                   |
| <p>●活動低下型(hypoactive type)<br/>無表情、無気力、傾眠 etc</p>     | 低活動ではあるが、意識障害、内的不穏は持続している。<br><b>うつ病や不眠症と誤診しやすい。</b> |
| <p>●混合型<br/>過活動型と活動低下型の特徴が混在</p>                      | 上記二つの特徴が混在するため、せん妄一障害と考えている治療者は誤診しやすい。               |

### せん妄の診断

**診断目的の範囲:**

- 1) 精神医学的診断(見当惑、記憶力、計算能力、空間認知、睡眠覚醒障害)。その後のケア
- 2) 病状、病歴内容、基礎疾患の把握
- 3) 脳の機能的検査、脳神経学的検査、臨床生化学検査

**診断についてのポイント:**

- 症状の動揺性、浮動性、急激な増悪および変動性のチェック、24時間の行動でチェック。
- 危険因子について注意。
- 高齢者については要注意。

**鑑別診断:**

- 1) 認知症: 可逆性の判断で中絶
- 2) うつ病: 低活動型せん妄の時に注意
- 3) 中絶症: 軽度の覚醒リズム障害を不眠のみととらえがち
- 4) 薬剤因子の精神医学的診断(スアロイド、化学療法剤、インテグラーブム阻害剤)
- 5) 拘束症候群(ICU、CCU)、新薬(薬)など心因性の反応

図1 せん妄の診断・治療

### うつ病の初期対応

1) 精神科コンサルトのタイミング  
自殺企図歴のある場合  
自殺、アルコール症、精神疾患の家族歴  
入院生活に変化がある場合  
(居れていない、食事量の減る、リハビリへ行きたがらない  
口数が減る、だらしなくなる、ベッド回りが遅らかる等)

2) コンサルト前に主治医にしてほしいこと  
①患者にコンサルトする理由を説明する  
身体不調に焦点を当てるとスムーズにいきやすい  
例えば…「眠れない状態が続いていて心配なので専門にみる先生に紹介します。一度診察を受けてみましょう」  
②精神科コンサルト後も主治医としてこれまで通り治療を継続するということをしっかり伝える (見捨てられ感の軽減のために)。

3) 薬物療法を開始する場合の注意点  
以下のような副作用が出た場合はすぐ精神科コンサルト  
悪気、下痢、イライラ感、易怒性、眠気  
SSRI (パキシル、デプロメール、ジェインゾフト)  
SNRI (トレドミン) NaSSA (リフレックス)  
並行外投症状  
ドグマチール (特に腎機能が低下している高齢者で要注意)

4) 自殺念慮への対応  
患者さんからサインがあったら、すぐにリエゾンチームに相談。

「自殺予防プライマリ・ケアのための手引き」 監訳横浜市立大学 医学部精神医学教室 河西千秋、平安良雄  
【一般診療科医・精神科医医療連携のために】2007分型研究班 一般診療科・精神科連携部検討委員会

うつ病の早期発見のために

うつ病に関するご相談は

西市民病院  
リエゾンチーム

この冊子は入院患者さんのうつ病を早期発見・早期治療するために作成されました。

2010.3

### うつ病の臨床像

●精神症状

1) 気分・感情の障害  
憂うつ気分、喜びを感じない、興味・関心がわかない  
不安感、無価値感、絶望感

2) 思考の障害  
考えがまとまらない、集中できない、忘れっぽい  
決断できない、自分を責める、自信をもちてない  
病気がかもしれない、悪いことをしたかもしれない  
お金がないなどと過剰に心配

3) 意欲・行動の異常  
気力、意欲の低下  
活気がなくなり、反応に乏しい  
希死念慮、自殺企図

●身体症状

睡眠障害 (中途覚醒、早朝覚醒)  
食欲・性欲低下  
体重減少  
その他 (疲労・倦怠感、頭暈・眩暈感、身体の痛み・しびれ・かゆみ、視力低下、眼精疲労、耳鳴めまい、味覚異常、口乾違和感、のどのつまり、残尿感、月経困難など)

「若手医師のためのポケットマニュアル精神科うつ病診療」より

### うつ病の発症危険因子

- 1) うつ病の既往
- 2) 精神科通院中  
脳梗塞、アルツハイマー病、パーキンソン病を含む
- 3) 精神科以外で糖尿病・抗不安薬を処方されている
- 4) 身体疾患  
生活習慣病、がん、HIV感染、臓器移植後
- 5) ステロイド、インターフェロン使用中

| 併発疾患 | うつ併発率      |
|------|------------|
| 糖尿病  | 45 ~ 27.3% |
| 脳卒中  | 27%        |
| 高血圧  | 40 ~ 33%   |
| 心筋梗塞 | 45%        |

※1 Reschell A.M. et al. The American psychiatric publishing textbook of consultation-liaison psychiatry second edition. American Psychiatric Publishing Inc. 2002  
※2 柳澤清晴, 他. Prog Med 2006;26(2): 175-8  
※3 S.J.Schaffer, et al. Arch Intern Med 149: 1700-1706. 1999

図2 うつ病の早期発見のために

|   |   |
|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>危機介入</b></p> <p>自殺企図、自殺未遂があった場合の対応</p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <p>1) 鎮静<br/>時間をかけて真剣に患者の思いを聴く。</p> <p>2) 環境整備<br/>自殺手段は高所からの飛び降り、錠剤が多数を占める。企図手段への容易なアクセスを避つために、環境整備を行い、危険物品等を可能な限り取り除く。</p> <p>3) 醫治・連絡・相談<br/>主治医、関係部署の責任者に連絡し、チーム連携活動を起動する。患者の言動だけでなく、チームで話し合った内容は記録に残す。</p> <p>4) チーム内の情報共有の徹底と連携</p> <p>① 精神科へのコンサルト、リエゾンチーム・医療安全管理室との連携。</p> <p>② 自殺念慮の評価<br/>具体的計画性、出現時期・持続性、自殺念慮の強さ、客観的確認、改善の可能性</p> <p>③ 自殺企図患者ケアの目標<br/>身体的および精神医学的評価および治療<br/>自殺の再企図防止</p> </div> <p>参考文献)「医療安全管理マニュアル」西市民病院<br/>「PEACE Project M-7a 精神症状」<br/>日本サイコソノロジー学会</p>   | <p>表</p> <div style="background-color: #4b0082; color: white; padding: 20px; font-size: 24px; font-weight: bold;">             気持ちのつらさと<br/>向き合うときに         </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 10px; margin: 10px auto; width: 80%;"> <p style="text-align: center;">西市民病院<br/>リエゾンチーム<br/>医療安全管理委員会</p> </div> <p style="text-align: center; font-size: 12px;">入院患者さんのつらい気持ちと向き合うときにご利用ください。</p> <p style="text-align: right;">2011.3</p>  |
| <p style="text-align: center;"><b>こんな方がいたら要注意!</b></p> <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 予定外の長期入院になっている</li> <li>● 治療がうまくいっていない</li> <li>● 痛みなどの苦痛が続いている</li> </ul> <p>(自殺の危険因子の詳細は医療安全管理マニュアルを参照)</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>ケアが必要な気持ちのつらさがないか確かめる</p> <p>① 「一日中気持ちが落ち込んでいませんか？」</p> <p>② 「今まで好きだったことが楽しめなくなっていないですか？」</p> <p>いずれかに「はい」と答えた場合、ケアが必要な気持ちのつらさである可能性が高い</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>つらさの程度が強い場合、有死念慮(「死にたい」という気持ち)を患者、家族に確認する</p> <p>家族にきく:「死んでしまいたい、早く命を終わらせてほしいと本人がおっしゃることはありませんか？」</p> <p>本人にきく:「すべてを終わりにしたいとか、つらくて生きていてもしかたがないと感じることはありませんか？」</p> <p>「入院が長くなってくると、もういなくなりたいとか死んでしまいたいと思う人が多いいですが、そういうことはありませんか？」</p> </div> | <p style="text-align: center;"><b>「死にたい」と言われたら</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) まずは聞き役に徹する<br/>「死にたいと思うくらいつらいことがあるんですね!」</li> <li>2) 具体的に本人の苦痛を把握する<br/>「死んでしまいたいと言われましたが、きつて何かつらいことがあるんでしょうね。よかつたら、そのことについてもう少し話してもらえますか？」<br/>「きつて何がかりなことや、心配なことがあるんでしょうね。今一番心配なことを話してもらえますか？」<br/>「つらく感じていることについて、お聞きしてもいいですか？」<br/>注意:「なぜ」「どうして」は使用しない。批判されていると感じるため。きくときは「理由は・・・」「わけは・・・」ときく。ごまかし、強要し、なれなれしい対応は禁物。</li> <li>3) 精神科医に相談することを勧める<br/>身体不調に焦点を当てるとスムーズにいきやすい<br/>例えば、「眠れない状態が続いていて心配なので専門にみる先生に紹介します。一度診察を受けてみましょう」</li> <li>4) 病棟管理者、リエゾンチーム、医療安全管理室と情報共有</li> <li>5) 本人にとってのキーパーソン(多くは家族)に来院してもらって電話等で本人に有死念慮があることを告げ、原則的に来院を求める。</li> </ol> |

図3 気持ちのつらさと向き合うときに

表

### 周辺症状への対応の基本

● 症状は、中核症状（記憶障害、見当識障害など）と周辺症状（BPSD）に分けられる。  
● 周辺症状は中核症状を基盤に、不安やストレスが蓄積されて誘発される。

**妄想「財布を盗まれた」「監視されている」**

- 訴えをよく聞き、否定したり納得したりしない
- 物盗られ妄想の場合は、まずは一緒にさがしてみる
- 日ごろから、ものをしまふ場所などを観察しておく
- なるべく本人自身が探し出せるよう誘導する
- 混乱が強い場合には、代健診を用意しておき直す
- 監視されているという妄想の場合、カーテンなどで仕切る

**徘徊「家に帰る」「会社に行く」**

- 動き回ったり、外へ出たがるのを直接止めようとする
- 「一服しませんか」などと声をかけ、お茶での休憩を誘ってみる
- 会社に行くと言い張る時は「今日は休みです」などと言い安心させる
- どうしても出て行く場合には、病棟内を一緒に歩く
- 押さえても買めず、なごらいの言葉をかける

**攻撃的行動**

- 暴言・暴力があった時、興奮して力で押さえつけようとする
- 身の危険を感じた時には、その場を離れ隠れおく
- 原因や誘因を考えてみて、人や環境を変えてみる
- 体調が悪いためであるときは、改善を急ぐ
- まわりにある万物などの危険物は遠ざけておく

認知症に関するご相談は  
**西市民病院  
リエゾンチーム**

2012.3

参考文献「これでわかる認知症診療—かかりつけ医と研修医のために—」  
浦上秀典（西江寛）  
Hoernern-Rock M et al. Int J Geriatr Psychiatry  
2001；16：406  
『臨床認知症学入門』 榊野信次著（金芳堂）

この冊子は入院患者さんの認知症の早期発見や  
対応の助けとなるように作成されました。

裏

### 簡易スクリーニング検査

せん妄や意識障害がないときに実施してください。

|   |    |   |     |
|---|----|---|-----|
| これから言う3つの言葉を覚えてみて<br>ください。あとでまた聞きますから<br>よく覚えておいてください。<br>(以下の系列のいずれか1つで、採用した<br>系列に○印をつけておく) | a  | D | 1   |
| 1: a) 桜 b) 猫 c) 電車  | b  | O | 1   |
| 2: a) 梅 b) 犬 c) 自動車   | c  | O | 1   |
| 今日は何年の何月何日ですか。<br>何曜日ですか。   | 年  | D | 1   |
|   | 月  | O | 1   |
|   | 日  | O | 1   |
|   | 曜日 | O | 1   |
| 先ほど覚えてもらった言葉を<br>もう一度覚えてみてください。<br>(自覚的に回答があれば各2点。<br>もし回答がない場合は以下のヒントを<br>与えて正解であれば1点)       | a  | O | 1 2 |
|   | b  | O | 1 2 |
|   | c  | O | 1 2 |

立方体の模写：立方体を正しく描ける—2点  
正確ではないが、一部描ける—1点  
全く描けない—0点  
● 15点満点で12点以下の場合は、  
アルツハイマー型認知症が疑われる。

OLD (Observation List for early signs of Dementia)

1. いつも日にちを忘れている。
2. 少し前のことをしばしば忘れる。
3. 最近聞いた話を繰り返すことができない。
4. 同じことを言うことがしばしばある。
5. いつも同じ話を繰り返す。
6. 特定の単語や言葉が出てこないことがしばしばある。
7. 話の脈絡をすくなく失う。
8. 質問を理解していないことが答えからわかる。
9. 会話を理解することがかなり困難。
10. 時間観念がない。
11. 話のつじつまを合わせようとする。
12. 家族に依存する様子があがる。  
(本人に質問すると家族の方を向くなど)。

● 4項目あればアルツハイマー型認知症を疑う。

### 認知症治療薬

<適 応> アルツハイマー型認知症  
<効 能> 認知症症状の進行抑制（完全ではない）  
<主な副作用>

- ドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）  
・・・悪心、嘔吐、下痢、便秘、興奮など
- リバスチグミン（リバスタッチ）  
・・・悪心、嘔吐、下痢、興奮、薬剤性皮膚炎など
- メマンタン（メマリー）  
・・・めまい、便秘、体重減少、頭痛など

<注 意>

- ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミンは作用機序が同じため併用できない
- リバスチグミンは粘着剤
- ガランタミン、リバスチグミンは軽度、中等度に限る
- メマンタンは中等度、高度に限る

図4 アルツハイマー型認知症の早期発見のために

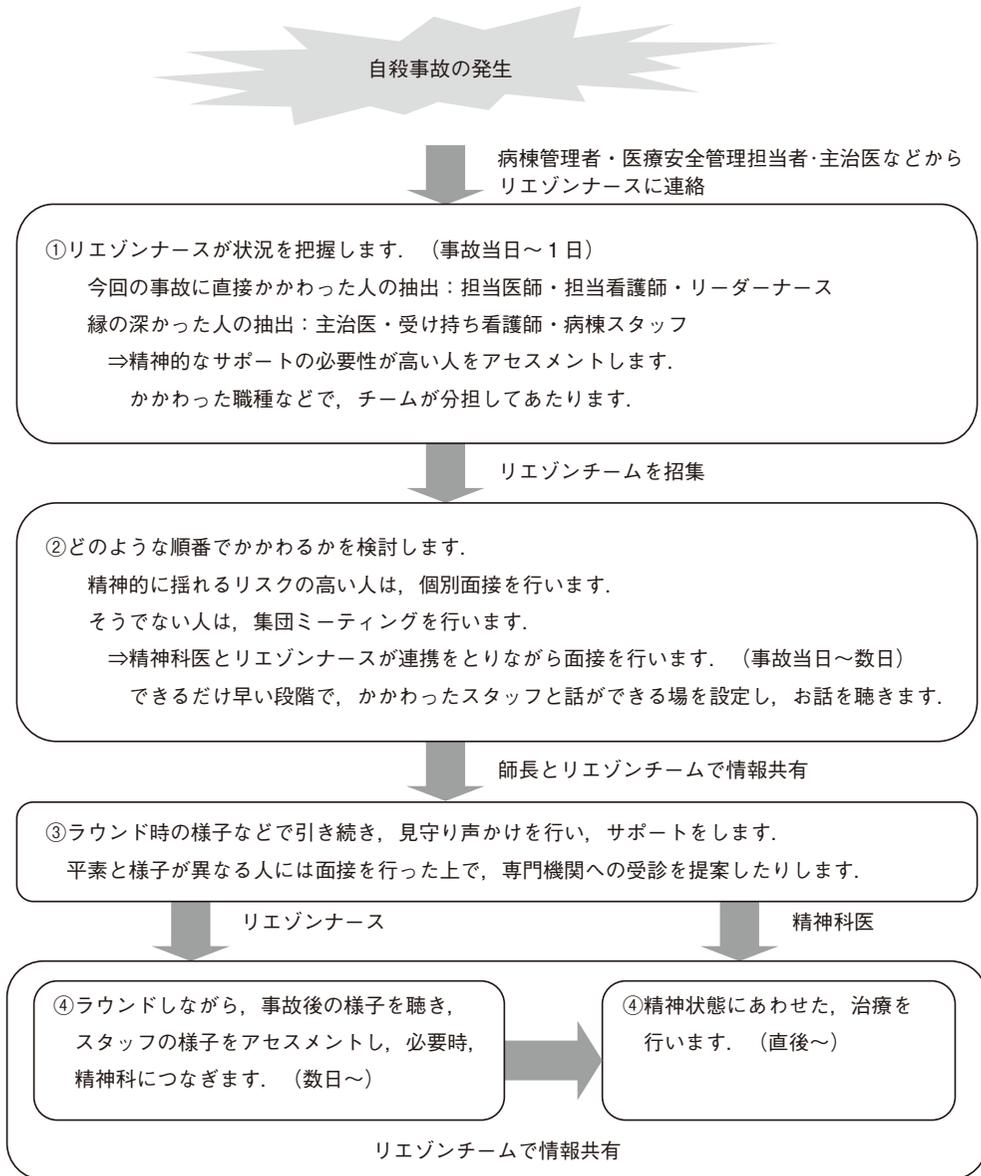


図5 自殺事故発生からのスタッフに対するメンタルヘルス活動の流れ

者ほど、何をしてあげられるのかと思っていたが、『安心感を与える』具体的な方法を学べて今後、病棟・家族に活かせられると思った」「技術面でどこまでできるかわからないが、やってみる」「認知症患者に接するときの気持ちが変わると思う」など、好意的な反応であった。

## 2. 「こころ通信」の発行

院内各部署の職員向けに発刊している新聞で、チームメンバーが中心となって原稿を作成している。各部署で好感を得た反響があり、忙しい業務の中で、スタッフ自身がホッとこころ温まるような内容にこころがけている<sup>9)</sup>。

### 3. メンタルケアアセスメントとケアマニュアルの作成

「自殺事故のメンタルサポートについて」を紹介する(図5)。自殺事故は医療事故であり、目撃あるいは対応したスタッフの心理に大きな影響を及ぼすため、発生当初から、リエゾンチームがサポートしている。

自殺事故が発生するとリエゾナーズに連絡が入り、状況を把握する。リエゾンチームを招集し、どのような順番でかかわるかを検討する。リエゾナーズラウンドやチーム回診時に、スタッフを見守り、サポートを継続していく。それぞれの立場の対応と連携をしっかりとっていくことになっている。

日頃、お互いを気遣い、支えあひながら仕事ができる雰囲気は何より大切であり、メンタルサポートは全員が担っていることで、身近なこととして考えてもらうことを願っている。

## V. 地域連携(院外リエゾン)の実際

### 1. オープンカンファレンス<sup>5)</sup>

認知症を考えるケース検討会を年3回実施、地域の医療従事者を対象にしている。回数を重ねるうちに各職種とフェイス・トゥ・フェイスのつながりができていく。連携してケースとかがわることができるともある。平成23年度の実績は、延べ92名だった。

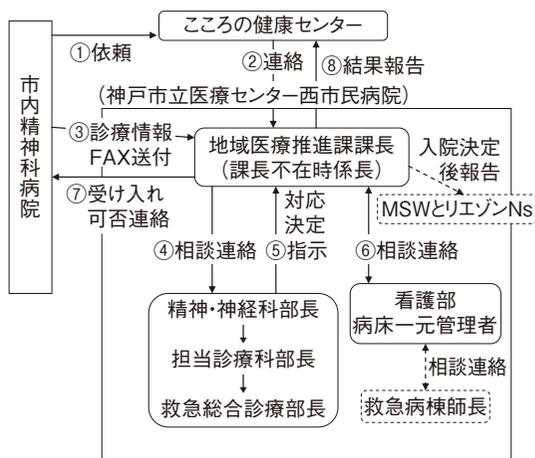
### 2. 身体合併症病床の運用(図6)

これは、神戸市独自のシステムで平成12年から運用されている<sup>3,7,10,13)</sup>。平成23年度は、20例の依頼があり16例が入院し、平均在院日数23.1日(全体13.2日)であった。

### 3. 認知症診断連携パス

平成20年より、チームメンバーが中心となって地域の認知症医療連携勉強会を開始し、地域包括支援センター職員、認知症サポート医らとケース検討会を行ってきた<sup>5,14)</sup>。その中で、長田区医師会と本院とが連携し、認知症診断連携パスシートを

身体合併症病床受け入れの流れ



- (1) 一般外来の診察予約について  
FAX 予約とし、地域医療推進課は依頼元にその旨連絡する。
- (2) 入院可否の決定について  
①入院可否は当院外来診察ののち、関係診療科が協議し最終決定する。  
②担当診療科部長または主治医は、入院可否を地域医療推進課に連絡する。
- (3) 入院決定の場合  
地域医療推進課は、依頼元と当院の精神・神経科医師、担当診療科部長、救急総合診療部長、看護部病床一元管理者、リエゾンNs、MSW、入院係に連絡する。
- (4) 入院不可の場合  
地域医療推進課は、依頼元と当院の精神・神経科医師、担当診療科部長へ連絡する。
- (5) 緊急入院の場合の対応について  
主治医より地域医療推進課に連絡、その後の連絡は依頼元を除いた入院決定に準ずる。(受け入れは一般の救急車受け入れと同様)

図6 身体合併症病床の運用

身体合併症入院受け入れの要件

1. 神戸市内の精神科病院に入院中の患者
2. 急性期身体症状を有する
3. 転院に関して本人と保護者の同意
4. 合併症治療終了後は依頼元病院へ転院措置入院患者、三次救急(心筋梗塞・脳外科的疾患・重度の熱傷・多発性外傷など)は不可

身体合併症病床の利用方法

精神科病院の「身体合併症担当者」から「ココロの健康センター」に電話連絡(平日8:45~17:15)。「ココロの健康センター」で身体合併症利用の適応があると認められ次第、「西市民病院地域医療推進課」に診療情報提供書と「身体合併症入院に際しての確認事項」をFAX送付医師および病棟で調整の上、入院治療の適否や入院日時などについて、精神科病院の「身体合併症担当者」に折り返し連絡

身体合併症病床への入院については、外来診察の上最終決定

西市民病院までの搬送手段は、各精神科病院で確保



が、算定できる病院はまだ少ない。総合病院精神科で地域の精神障害者を円滑に受け入れていく様々なシステムを構築していくべきである<sup>8)</sup>。各病院でのリエゾンチーム活動を均質化できるように精神科リエゾンチーム活動のガイドライン作成を検討している。試案を公表し研修会などを通じて、各リエゾンチームの現状を共有し連携を深めていくことが重要な課題であろう。

## 文 献

- 1) 秋元啓子, 奥田真紀子, 新田和子ほか：当院におけるコンサルテーション・リエゾンの現状と評価の試み。総合病院精神医学, 21 (suppl) ; S.103, 2009
- 2) 服部真歩, 秋元啓子, 新田和子ほか：当院におけるリエゾンチーム回診の取り組み。総合病院精神医学, 22 (suppl) ; S.127, 2010
- 3) 伊藤智子, 谷本直樹, 新田和子ほか：神戸市立医療センター西市民病院における身体合併症病床について。総合病院精神医学, 20 (suppl) ; S.85, 2008
- 4) 岩路かをり, 見野耕一：総合病院における臨床心理士兼ソーシャルワーカーでの勤務形態に関する考察。総合病院精神医学, 21 (suppl) ; S.166, 2009
- 5) 岩路かをり, 服部真歩, 秋元啓子ほか：総合病院の取り組みの一つとして認知症医療病診連携勉強会を開催して。総合病院精神医学, 22 (suppl) ; S.143, 2010
- 6) 岩路かをり, 服部真歩, 三宅啓子ほか：退院支援を見越したコンサルテーション・リエゾン活動の取り組み。総合病院精神医学, 23 (suppl) ; S.202, 2011
- 7) 見野耕一, 大山朗宏, 朴 孝貴：神戸市立西市民病院における精神科身体合併症病床について。病院・地域精神医学, 48 (1) ; 40-42, 2005.
- 8) 見野耕一：総合病院精神科における現状と課題—総合病院精神科のあるべき姿を求めて、総合病院の立場から—第7回兵庫臨床精神医学懇話会。2006.4.22
- 9) 見野耕一, 新田和子, 岩路かをりほか：神戸市立医療センター西市民病院精神神経科の現状と精神リエゾンチーム活動の取り組み。総合病院精神医学, 20 (suppl) ; S.55, 2008
- 10) 見野耕一, 秋元啓子, 奥田真紀子：無床総合病院精神科合併症医療の現状—神戸市立医療センター西市民病院における精神科身体合併症治療病床について—。日本精神科病院協会雑誌, 29 ; 95-101, 2010
- 11) 見野耕一, 中嶋義文：無床総合病院精神科の危機と課題。精神医学, 52 ; 211-220, 2010
- 12) 中嶋義文：無床総合病院精神科における精神疾患の診療。専門医のための精神科臨床リュミエール7。精神科プライマリ・ケア。中山書店, 東京, p. 13-23, 2008
- 13) 大山朗宏, 朴 孝貴, 見野耕一：神戸市立西市民病院における身体合併症病床について。総合病院精神医学, 15 (suppl) ; S.91, 2003
- 14) 谷本直樹, 岩路かをり, 伊藤智子ほか：神戸市認知症センターでの取り組みについて。総合病院精神医学, 20 (suppl) ; S.104, 2008

## Functions and Potential of Psychiatry Liaison Teams in General Hospitals without a Specialized Psychiatry Inpatient Unit

Koichi MINO<sup>1)</sup>, Keiko MIYAKE<sup>1)</sup>, Maho HATTORI<sup>1)</sup>, Kazuko NITTA<sup>1)</sup>,  
Kawori IWABUKI<sup>1)</sup>, Yuichi KAKIMOTO<sup>2)</sup>

1) *Department of Neuropsychiatry, Kobe City Medical Center West Hospital*

2) *Kobe City Mental Health Center*

The purpose of our psychiatry liaison team is, from a patient-centric perspective, to improve patients' psychoneurotic status, conduct a psychiatric evaluation of the treatment environment, and examine patients as a part of holistic joined-up care. From a staff-centric perspective, we support the mental and physical health of hospital staff and attempt to improve their motivation for work and prevent burnout.

In our hospital, we conduct liaison rounds and conferences to reduce patients' stress during hospitalization. We develop brochures to improve patients' and their families' awareness of their emotions.

We also develop programs to train staff in ways to prevent falls, particularly those triggered by delirium ; provide mental support after suicide and attempted suicide ; and deal with abusive language or physical violence in the workplace. We are also responsible for four pocket guides, which have been compiled as a compact manual.

Outside the hospital, we treat patients with physical diseases in 12 mental hospitals in Kobe City, in cooperation with these hospitals. Since 2012, we have helped develop certification for collaboration in dementia treatment, in cooperation with Nagata-ku Medical Association. Because our hospital has family doctors and closely collaborates with psychiatrists belonging to the Kobe G-P Net, we have helped improved the technology family doctors use to diagnose depression, and have developed interventions to combat stress, prevent suicide, and facilitate smooth introduction, in collaboration with the Kobe City Medical Association.

We work with patients, their families, medical staff, and regional alliances. In the case of an incident, we report the present conditions and actions our team takes. Through liaison rounds and conferences, we plan early remedial intervention and care, and develop a system of collaboration with the necessary specialists. Medical staff except psychiatrists cooperate with us. Initial intervention is performed at an early stage by developing a pocket guide of a correspondence manual and guidelines. We attempt to improve the staff's sensitivity and care for their own mental well-being, by offering cooperative mental support. We share our expertise with the local medical staff, and cooperation with them gradually increases as we spread awareness of mental care. Through the system to handle physical complications, patients of local mental hospitals who also have physical complications are treated.

<Authors' abstract>

<Key words : liaison team, liaison team round, liaison team conference,  
general hospital psychiatry, psychiatric practice without a psychiatric ward>

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 医療計画，診療報酬改定における精神科リエゾンチームの展望

吉邨 善孝<sup>1,2)</sup>，横山 正宗<sup>1,2)</sup>

1) 済生会横浜市東部病院，2) 北里大学医学部精神科学

本邦のコンサルテーション・リエゾン精神医学では，身体診療科患者が抱える様々な問題への対応が，必ずしも望ましい状況で十分に行えていない。この理由として，かかわり方の不明瞭さ，一般病院における精神科医不足，コメディカルの活動が適切に評価されないなどが挙げられる。精神科リエゾンチームは，多くの職業で編成される機能的な医療組織である。医療の可視化，標準化を実践していく上でも，マンパワー不足を補うためにも，多職種による精神科リエゾンチーム医療の可能性を検討することは重要である。今後は，精神医療の質の向上，可視化，標準化，情報の共通化，病診連携を重視する医療体制が求められる。診療実施計画に基づく精神科リエゾンチーム医療の推進は，新たな医療体制における精神医療の発展においても欠かせない活動と考えられる。

<索引用語：総合病院，医療計画，チーム医療，リエゾン>

## はじめに

コンサルテーション・リエゾン精神医学は，身体診療科患者が抱える精神的な問題に対して，関係する医療者間の相談と連携を実践する精神医療の一分野である。身体診療科の患者が抱える精神的な問題に対して，その身体診療科とのコンサルテーション (Consultation：相談)・リエゾン (Liaison：連携) をベースとして診療を行う精神医学と定義される。身体医療と精神科医の関係では，一般病院の身体診療科の患者が抱える精神的な問題に対して，精神科医は相談もしくは連携する。改善方法を模索し，身体医療が適切に行われるように個々に活動する。一方，緩和ケアチームのように，精神科医が身体医療チームに加わり，内部で活動することもある。海外では，精神医療の発展に伴い，一般医療において幅広く実践されている。本邦においても多くの医療機関で導入されている。しかし，一般病院で活動する精神科医の不足から，身体診療科患者が抱える様々な問題への精神科医による介入が，必ずしも望ましい状況で

十分に行えていない医療機関も存在する。コンサルテーション・リエゾン精神医学をさらに発展させるためには，新たな活動の仕方を模索する必要がある。

## I. コンサルテーション・リエゾン精神医学の現況，問題点

現況および問題点として，①精神科医が一般病院において十分に配置されていない。②臨床現場における個々の精神科医の負担が大きい。③精神医療の概念が一般医療と比較して，病態として認識されにくい。④精神医療のかかわり方が明確でなく，その流れが理解されにくい。⑤個別に活動するコメディカル（看護師，精神保健福祉士，臨床心理技術者，薬剤師ら）のかかわりが適切に評価されていない，などが挙げられる。一般病院における精神科医療に携わるマンパワー不足を補うためにも，医療の可視化，標準化を実践していく上でも，多職種による連携を基盤とした精神科リエゾンチームによる医療活動を推進することが重

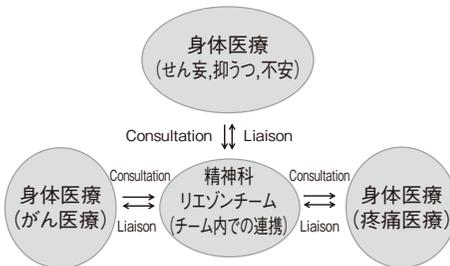


図1 精神科リエゾンチームのかかわり方

要と思われる。精神科医が単独でかかっている状況から多職種がかかわり、精神科リエゾンチームとして機能することができれば、より積極的に活動できることになる。

精神科リエゾンチームのかかわり方の模式図を図1に示した。精神科リエゾンチーム内においてもそれぞれの職種が役割を担えれば、チーム内でのリエゾン(連携)により機能は何倍にも増幅し、より効果的に発揮される。その結果、身体疾患患者におけるせん妄、抑うつや不安の合併、がん医療、疼痛疾患、アルコール医療、移植医療など多くの身体医療の分野において、精神科リエゾンチームが積極的にかかわっていくことも可能となる。一方、多職種で構成される医療チームでの活動が望ましいが、医療経済的問題からチーム医療の実施は困難な状況も存在する。チーム医療の活動を下支えする経済的な裏付けは必要であろう。

## II. チーム医療<sup>1)</sup>

チーム医療の推進に関する基本的な考え方として、以下の3点を挙げることができる。第一に、チーム医療とは、「医療に従事する多種多様なスタッフが、おのおのの高い専門性を前提に、目的と情報を共有し、業務を分担しつつも互いに連携、補完し合い、患者の状況に的確に対応した医療を提供すること」と一般的に理解されている。第二に、「チーム医療」は、これまでの、我が国の医療のあり方を変え得るキーワードとして注目を集めている。第三に、治療の標準化、情報の共有化を目的として、各医療スタッフの知識や技術を高度化する取り組み、ガイドラインやプロトコ-

ルなどを活用した治療の標準化の浸透などがチーム医療を進める上での基盤となり、様々な医療現場でチーム医療の実践が始まっている。チーム医療がもたらす具体的な効果として、①疾病の早期発見、回復促進、重症化予防などの医療や生活の質の向上、②医療の効率性の向上による医療従事者の負担の軽減、③医療の標準化や組織化を通じた医療安全の向上などが挙げられる。我が国の医療のあり方を変えていくためには、医療現場におけるチーム医療の推進のほか、医療機関間の役割分担や連携の推進、必要な医療スタッフの確保、総合医を含む専門医制度の確立、さらには医療と介護の連携などの努力を重ねていくことが不可欠と言える。

## III. 医療計画における精神医療

平成25年度より始まる都道府県の新たな医療計画の中で、4疾病(がん、脳卒中、糖尿病、急性心筋梗塞)に精神疾患が加わり5疾病となる。自殺者数の増加や精神疾患の患者数が300万人を超えていることなどから、医療における精神疾患の重要性が増している事実が社会に認められた証であり、精神医療にとって飛躍と言える。一方で、医療計画に精神科医療施設の診療機能が施設名とともに明示され、様々な指標とともに数値目標も示される。これまで精神科領域においては、他の分野と比較して、計画期間内に達成すべき明確な数値目標を設定した医療の推進は十分に行われてこなかった。今後は目に見える形で、数値目標を立てた精神医療の実施が求められる。精神医療が社会に認められるために、果たすべき役割、責任は大きいと言わざるを得ない。医療計画に精神疾患が取り上げられるのは、精神医療の重要性が認識された結果であり、喜ばしいことである。しかしその一方で、精神医療の質の向上、可視化、標準化、情報の共有化、病診連携を重視する医療体制の確立が求められる。

医療計画は、診療報酬にも反映される。平成24年度診療報酬改定において、5疾病としての精神疾患に対し精神医療が取り組むべき方向へ、新た

表1 個別改定項目（重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減）

|                                    |
|------------------------------------|
| 重点課題1-1 救急・周産期医療の推進について            |
| 質の高い救命救急入院に係る医療の推進                 |
| 精神疾患を合併する救急患者の受入のさらなる推進            |
| 救急搬送患者地域連携受入のさらなる推進                |
| 急性期後の患者や在宅患者の受入に対する評価              |
| NICU 入院患者等の後方病床の充実                 |
| 重点課題1-2 病院医療従事者の勤務体制の改善等の取組について    |
| 病院勤務医の負担を軽減する体制の評価                 |
| 病院勤務医の事務作業を補助する職員の配置に対する評価         |
| 看護職員の看護業務を補助する職員の配置に対する評価          |
| 重点課題1-3 救急外来や外来診療の機能分化の推進について      |
| 救命救急センターに患者が集中しない仕組みの推進            |
| 初・再診料及び関連する加算の評価                   |
| 特定機能病院等における初・再診料等の評価の見直し           |
| 重点課題1-4 病棟薬剤師や歯科等を含むチーム医療の促進について   |
| <u>多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進</u> |
| 周術期における口腔機能の管理等、チーム医療の推進           |

な加算が新設され、重要な項目に関しては点数が引き上げられた。「重点課題1 急性期医療の適切な提供に向けた病院勤務医等の負担の大きな医療従事者の負担軽減において」を表1に示した。重点課題1-4として「多職種が連携した、より質の高い医療（チーム医療）の推進」が挙げられ、多職種が連携したより質の高い医療の提供や、病院医療従事者の負担軽減に寄与するような取り組みが評価された。一般病棟における精神医療のニーズの高まりを踏まえ、一般病棟に入院する患者に対して精神科医、専門性の高い看護師、精神保健福祉士、作業療法士などが多職種で連携し、より質の高い精神科医療を提供した場合の評価として、精神科リエゾンチーム加算が新設されることとなった。一般病棟における精神科医療の効率化、標準化、可視化の実践のためには、チーム医療を基盤としたコンサルテーション・リエゾン活動が必要と言える。その際には、院内連携を重視した医療の推進、診療実施計画書に即した医療の実施、定期的に行われる再評価および治療計画の見直しを行っていくことが求められる。今回の診

療報酬改定で、精神疾患を合併する救急患者の受け入れのさらなる推進と多職種が連携したより質の高い医療（チーム医療）の推進が組み入れられたことは、非常に大きな意味を持つ。新たな医療計画の中で、精神医療の変革がもうすでに始まっている。

#### IV. 精神科リエゾンチームの編成<sup>2)</sup>

精神科リエゾンチームは、精神科リエゾンについて十分な（5年以上の）経験を有する専任の精神科医、精神科などの（5年以上の）経験を有し、精神科リエゾンにかかる所定の研修を修了した専任の常勤看護師、精神医療、精神科リエゾンについて十分な（3年以上の）経験のある専従の常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師、常勤臨床心理技術者から3名以上で編成される。専従要件は、常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師、常勤臨床心理技術者の中から選ばれることになっている。しかし、実際の活動においては、①事前訪問と情報収集、②患者への直接的な心理的支援、③病棟看護師への精神科治

表2 院内医療連携パス (案)

|       | 依頼時  | 活動開始時  | 退院時, 転院時  |
|-------|--|--|---|
| アウトカム | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リエゾンチームのかかわりを患者もしくは家人が納得できる</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リエゾンチームがかかわり, 病態診断を受け, 精神症状が改善する</li> <li>・家人が患者への接し方を理解できる</li> <li>・病棟スタッフが患者への接し方を理解できる</li> <li>・介護支援体制, 医療保健サービスの情報が得られる</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患治療を継続できる</li> <li>・治癒する</li> <li>・予防支援が受けられる</li> <li>・精神科診療が継続できる</li> <li>・必要時, 介護支援が受けられる</li> </ul> |
| 評価項目  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リエゾンチームの診療を受けられる</li> <li>・患者と家人と一緒にリエゾンチームの話聞ける</li> </ul>                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>・診療, 検査を受けられる</li> <li>・診断, 治療の説明を受け同意する</li> <li>・説明に対して, 患者, 家人が具体的な質問をする</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・定期的な受診をする</li> <li>・必要に応じて, 精神科を受診する</li> <li>・必要に応じて, 介護支援, 医療保健サービスを依頼する</li> </ul>                       |
| タスク   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・リエゾンチームの関与のメリットを説明する</li> <li>・患者と家人と一緒に受診するように説明する</li> <li>・リエゾンチームに診療依頼を行う</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・精神科医が病態診断を行う</li> <li>・検査を行う</li> <li>・(患者, 家人, 病棟スタッフに)病態, 治療計画, 接し方の説明, 必要な指導を行う</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・身体疾患診療を継続する</li> <li>・診療方針, 予防支援のインフォームド・コンセントを得る</li> <li>・介護支援体制, 医療保健サービスの情報の説明を行う</li> </ul>            |

療・介入に関する教育などの役割を担当することになる。したがって、基礎教育に加えて精神看護の専門教育を受けているか、精神科病棟におけるリーダーなどの経験を有し、精神科治療の知識があり、精神力動的な介入が可能である看護師が精神科リエゾンチームの中心として機能するのが望ましいと考えられる。精神科医が少ない一般病院でのリエゾンチーム活動では、看護師がチーム医療の要であり、精神科医とともに医療活動を行い、環境調整や心理的支援を日常的に行う役割があると言える。その意味において、専従要件に関しては、実際の活動状況を検証し、再検討することが望ましい。また医療の標準化を目指し、チーム構成メンバーの質を維持するために、適切な所定の研修を受けておく必要があるが、現時点で、看護師のみに研修要件の規定が明記されている。今後は、常勤精神保健福祉士、常勤作業療法士、常勤薬剤師、常勤臨床心理技術者の職種に関しても、研修内容を規定することが必要である。看護師の研修要件に関しては、6ヵ月以上かつ600時間以上の研修期間であって修了証が交付される国および医療関係団体などが主催する研修であることが求められる。しかし、基準が厳しいこともあ

り、研修を修了している看護師は数少ない。実際の活動に際しては、研修がどの程度の内容を網羅すればよいのかを再度検討する必要がある。

一般病棟に入院する患者のうち、せん妄や抑うつを有する患者、精神疾患を有する患者、自殺企図で入院した患者が対象となる。精神症状の評価、診療実施計画書の作成、定期的なカンファレンスの実施、心理療法、薬物療法、ソーシャルワーク、心理教育などの治療評価書の作成、治療内容の見直しを適切に実施し、退院後も精神医療(外来など)が継続できるような調整が求められる。これらのことを実施するには、チーム医療、連携医療および医療の質の向上が必須と言える。精神科リエゾンチームにおける活動能力を向上させるために、症状評価、総合的重症度評価、どのようにチームがかかわるか、治療目標、治療計画などを記載する医療実施計画書や症状評価、総合的重症度評価、どのようにチームがかかわるか、治療評価、治療計画の見直しなどを記載する治療評価書などの作成が必要である。また、院内医療連携パス(コンサルテーション・リエゾンパス)などによる可視化された医療の提供が重要となる。表2に院内医療連携パス(案)を示した。こ

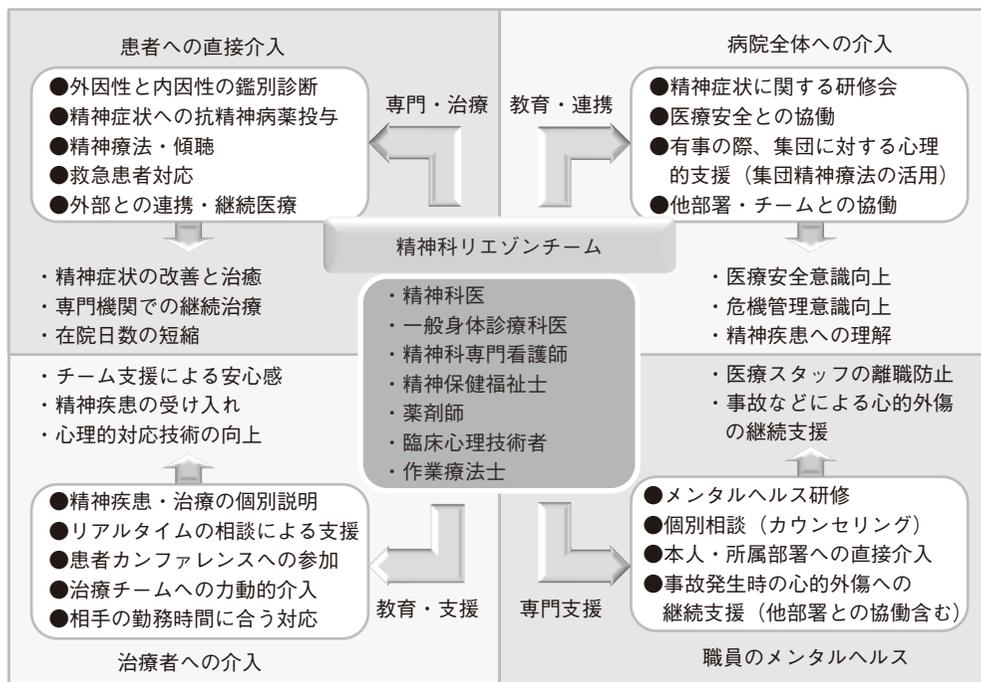


図2 精神科リエゾンチームの役割

ここでは、依頼時、治療開始時、退院時、転院時におけるアウトカム、評価項目、タスクが明記される。計画的な医療、医療の可視化、標準化を進めるためには、このような、院内における連携パスを作成し、運用していくことも求められる。

## V. 精神科リエゾンチームの役割<sup>2)</sup>

精神科リエゾンチームの役割は、患者への直接介入、病院全体への介入、治療者への介入、職員のメンタルヘルスに分類される。その概要を図2に示した。チーム医療活動の成果としては、精神疾患への早期対応と適切な治療、精神疾患を持つ患者の入院受け入れ促進、在院日数の短縮、医療職者の離職防止などが挙げられる。連携機能としては、外来・入院患者への対応、救急患者の対応、職員に対する精神科的治療への知識提供と教育、他部署と連携した患者対応、多職種でのケースワーク、他チームとの協働、医療安全との協働、職員の心理的支援、地域各機関とのケースワーク、研修会・相談会の開催などを担うことができる。

### 1. 患者への直接介入

治療的介入が主な役割である。外因性と内因性精神疾患の鑑別診断、精神症状への向精神薬による精神科薬物療法、支持的精神療法などの小精神療法の実施、救急患者の対応、外部との連携・継続医療などの役割を担い、精神症状の改善と治療、専門機関での継続治療、在院日数の短縮などの効果が期待できる。

### 2. 病院全体への介入

教育および連携が主な役割である。精神症状に関する研修会の実施、医療安全との協働、有事の際には、集団に対する心理的支援（集団精神療法の活用）、他部署・チームへの協働などの役割を担い、医療安全意識の向上、危機管理意識の向上、精神疾患への理解を促すなどの効果が期待できる。

### 3. 治療者への介入

教育および支援が主な役割である。精神疾患・治療の個別説明、リアルタイムの相談による支

援、患者カンファレンスへの参加、治療チームへの力動的介入、相手の勤務時間に合う対応などの役割を担い、チーム支援による安心感、精神疾患の受け入れ、スタッフにおける心理的対応技術の向上などの効果が期待できる。

#### 4. 職員のメンタルヘルス

専門支援が主な役割である。メンタルヘルス研修、個別相談（カウンセリング）、本人・所属部署への直接介入、事故発生時の心的外傷への継続支援（他部署との協働を含む）などの役割を担い、医療スタッフの離職防止、事故などの心的外傷の支援などの効果が期待できる。

#### おわりに

精神医療は、他の医療分野から、医療施設間の格差、不透明さ、わかりにくさ、受け入れにくさがしばしば指摘される。全国どこでも精神疾患の専門医療が受けられるよう、医療水準の格差を是正し、国際的にも高い水準を目指す必要がある。精神疾患が5疾病に取り上げられることによって、他の医療分野から適切に認知され、精神医療の発展につながることを望まれる。平成25年度より始まる新たな医療計画を踏まえて、平成24年度診療報酬改定により、精神科リエゾンチームが新

設され、新たな仕組みができた。一般病院精神科医療における質の向上、情報の共有化に向けた変革の好機と考えられる。可視化、標準化、情報の共通化を目的として、この新たなツールを適切に運用していくことが求められる。新たな医療計画の中で、精神科リエゾンチームは精神医療の重要な役割を担うことになると思われる。一般病院における精神科医療のさらなる飛躍のためには、精神科リエゾンチームによるチーム医療の実践が不可欠と言える。今後は、先行して運営している医療機関から情報を発信し、その有用性を実証し、精神科リエゾンチームを少しでも多くの病院に設置していくことが望まれる。それぞれの病院で、課題、問題点を抽出し、次の診療報酬改定につなげていくことが必要である。

#### 文 献

- 1) 厚生労働省 チーム医療の推進に関する検討会：チーム医療の推進について。厚生労働省、2010
- 2) 吉邨善孝：総合病院（一般病院）精神科医療からの医療政策。厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「新しい精神科地域医療体制とその評価のあり方に関する研究（研究代表者：安西信雄）」平成23年度研究報告書・分担研究報告書。p.357-389, 2012

## Clinical View of Psychiatry Liaison Team and Medical Treatment Fee Amendment

Yoshitaka YOSHIMURA<sup>1,2)</sup>, Masamoto YOKOYAMA<sup>1,2)</sup>

1) *Saiseikai Yokohamashi Tobu Hospital*

2) *Department of Psychiatry, Kitasato University, School of Medicine*

Consultation liaison psychiatry in Japan has not reached a high level because of its unclear activity, the shortage of psychiatrists in general hospitals, and the inappropriate evaluation of activities of medical personnel involved in consultation-liaison psychiatry. A psychiatry liaison team is a functional, medical entity composed of various professionals. Such a team can help in realizing standardization, facilitating medical visualization, and compensating for manpower shortages in a clinical setting ; thus, an examination of its potential is important. There is a growing need for medical organizations to focus on improving the ethical aspects of medical treatment, medical visualization, standardization, information-sharing, and cooperation between hospitals and clinics. The promotion of a psychiatry liaison team based on a medical examination implementation plan is considered indispensable for developing clinical treatments in new medical organizations.

<Authors' abstract>

<Key words : general hospital, medical scheme, team medical treatment, liaison>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 精神分析的臨床経験と訓練が精神科臨床にもたらすもの

藤山 直樹

(上智大学総合人間科学部心理学科)

精神分析は日本に根付いたことがなく、精神分析家の実践がどのようなものか、日本の精神科医は十分に知ることができない状況が続いてきた。そのため、精神分析的臨床経験と精神分析的訓練を経ることが、精神科医としての臨床実践にどのような影響を与えるのかが十分に日本では吟味されてこなかった。著者は自らの精神分析家としての体験と精神科医としての体験に基づいて、その問題を考えた。精神分析実践自体は医療経済的にも通常精神医療の枠の中に収納することは難しい。しかし、精神科医がそのキャリアの中で一時期精神分析的な臨床経験をもち、その訓練をある程度受けることは、①動機づけへの着目、②治療設定への着目、③過程のなかでパーソナルなところを使うことへの着目、④医学モデルの相対化といった認識論的な転換、もしくは視点の増大を生み、精神科医の臨床的構えをゆとりある豊かなものにする可能性がある。

<索引用語：精神分析，精神科臨床，動機づけ，治療設定，パーソナルなところ>

## はじめに

私のこのシンポジウムでの役割は、おそらく総論的なことであろう。日々の精神科臨床に精神分析という実践と知識の体系がどのように貢献できるのか、概括的に話す役目である。

シンポジストは私も含め、精神分析的な訓練を受けた経験を持つ精神分析家、精神分析的な精神療法家であり、かつ全員医師である。精神分析や精神分析的セラピーの実践を現在どれほどやっているかは、人によって違いがあるだろうが、誰もが精神分析的実践と訓練にエネルギーを傾けた経験をもち、自分の臨床家としての同一性の基礎を精神分析に置いている。そうした体験と同一性と

を前提に、それぞれが精神医療の様々な分野で取り組んでいることを話してくれるだろう。

私はシンポジストのなかではもともと精神分析プロパーの仕事が続いている人間だろう。自分の開業したオフィスで週25時間、精神分析もしくは精神分析的な精神療法を自費の枠組みで実践している。ただ、私は毎週1日6時間、知人の経営するクリニックで精神科保険診療を行っている。そこで初診もしている。主な臨床現場は精神分析のオフィスだが、精神科臨床とは縁が切れないと感じる。そして私は、自分が精神分析的臨床や訓練で得たものが、あきらかに精神科臨床を豊かにし、幅を広げ、楽にしていると感じている。端的に

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 日常臨床と精神分析 司会：松木 邦裕（京都大学大学院教育学研究科），狩野力八郎（東京国際大学人間社会学部・大学院臨床心理学研究科） コーディネーター：白波瀬丈一郎（慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室）

いって精神分析は精神科一般臨床に役立つのである。

このことは、私が保険診療の一般外来で1回45分の面接をやっている、とか、患者を寝椅子に寝せて面接している、ということではない。13時から19時の6時間で新患2人、再来25人くらいほどと会っている。精神分析的訓練が進むにつれて、どちらかという一般外来の1人当たりの診療時間は短くなってきた気がする。私は19時に外来を切り上げて自分のオフィスに移動するのだが、それが19時以降になったことは、この10年に2度くらいしかない。それも10分くらいなものである。分析的訓練を積むと、時間を患者に供給することのもつインパクトが実感されてくるので、それをみだりに与えることには用心するようになる。私はいま、そのインパクトを治療的に生かす機会がないのなら、できるだけ時間を与えない方がいいと考えている。それは患者の話を書くという面でもそうである。患者に内面を自由に語らせることがどれほど大きな揺らぎを患者に与えるかを知っているので、一般外来ではできるだけ患者に内面的な話をさせないようにしなくてはならないと感じることもしばしばである。

このように、私の精神科臨床は自分の分析的訓練や分析的臨床経験に影響を受けている。そしてそれは、私の感覚では、精神科臨床をよりスムーズに、かつより有意義にすることに貢献しているように思う。

本来、精神分析は精神医学や精神医療とは独立に生まれ、発展した。精神分析と精神医学・医療の関係は時代により、国によりまちまちであった。日本では現在に至るまで、精神分析家が極度に西欧諸国より少ないまま推移した。それは、精神分析が精神医学や医療に大きな影響を与えた時期がほとんどなかったことを意味している。それどころか、精神分析についての誤解は多くの精神科医にゆきわたっている。諸外国では精神分析は退潮しつつあると言われるが、日本ではまだ、精神分析は多くの精神科医にとって未知の存在にとどまっている。

日本にもう少し訓練を積んだ精神分析家が増えてくるなら、日本ではこれからその対話と交流が始まるのではないかと私は期待している。いや、始まるべきだろうと考えている。なぜなら、精神分析的な実践についてある程度の経験と訓練を積むことは、その人の精神科医としての臨床生活を豊かにし、精神科医としての仕事をよりパーソナルで生き生きした手応えのものに変え、そのことは医者自身だけでなく、患者にも大きな影響を与えるからである。

### I. 精神分析的実践とは

精神分析的実践というものがどういうものか、なじみのない読者もおられるだろうから、一応触れる必要があるだろう<sup>2,3)</sup>。

精神分析においては、カウチに横たわる患者と患者から見えない位置に座る分析家の2人によって、1回45分もしくは50分、週に4回から6回のセッションがもたれる。分析的訓練をもったセラピストにより、週1〜3回、場合によっては対面のセッションをもつ精神分析的治療法もしくはば行われてきた。セッションは原則的に有料である。

この外的な設定のなかで、患者はこころに浮かんできたことをできるだけ口に出して話すことを求められる。一方、分析家の仕事は、自分が患者といつしよにその場にいることがどのように体験され、感じられるかということから、患者のこころのなかの世界についての仮説的理解を紡ぎだし、それを適切なタイミングで患者に伝えること、すなわち解釈を与えることある。分析家はセッション中、現実的指示や助言や保証を差し控え、話題の転換や限定といったこともせず、「平等に漂う注意」と言われる開かれた心的態度を維持しながら、患者のそばにすることが求められる。分析家はそのようなことができるだけ円滑にできるように訓練されている。具体的には、自分が精神分析を受けることを中心とした訓練過程を5〜10年ほどもち、精神分析家が誕生する。そのように訓練を受けた精神分析家と患者とが形づくる一定の役割構造が精神分析実践の内的な設定とな

る。精神分析の実践はこうした設定に大きく依存した営みなのである。

さてこの設定のなかで、患者と分析家の2人のあいだには特殊な過程、独特の対人的な、間主体的なできごとが展開する。たとえば、分析家に対して患者がもつ、いくぶん非現実的な空想や態度やふるまい、患者の乳幼児的な側面の部分的活性化、変化を妨害しようとする患者の反復的行動や思考のパターンの出現ということが起きてくる。分析家もそれに反応して、患者に対してさまざまな情緒や考えを懐き、何かをしなくなったり、気づかずに微妙に態度や振る舞いを変えてしまったり、というようなことが起きてくる。分析家はそうしたできごとに必然的に参加しながら、そのできごとのなかで生起する情緒や考えを感じ、味わい、物思い、理解することを通じ、患者の内的な世界を理解し、解釈を生み出す。それはしばしば誤解されがちであるように、一定の理論に基づいて患者の言語内容を説明するというような平面的な営みではない。あくまでも、分析家にとって患者と一っしょにすることがどのように体験され、それがどのように分析家のところを動かすかという情緒的体験を基盤に患者の内部の何かが理解されていく必要があるのである。

精神分析、精神分析的な精神療法においてはこうしたセッションが数年積み重ねられる。週5回なら5年で1,000回、週3回なら600回、週1回でも200回といった回数セッションがもたれることになる。考えればすぐにわかるように、規則的にそうしたセッションを受けている生活は患者の人生のなかの特別な一時期となる。相当の金と時間を精神分析に注ぎ込むことは、精神分析の実践が必然的に患者の生活全体を巻き込んでしまうことを意味する。言いかえれば、患者の面接外でのふるまいやものの感じ方や考え方、患者の見る夢といったものが、精神分析的な営みの文脈によって組織化される。そうしたものが毎日のセッションに持ち込まれ、話し合われていく。このような生活全体を通して患者は変化する。つまり精神分析は一種の特別な生活体験を供給する生活療法の

ようなものである。

このような営みの末に何が起きるかということは、たとえば行動療法や認知療法などと比べて単純ではない。精神分析は、1つの問題を解決するための治療ではなく、それまで意識しなかった問題を他者の関与のもとに発見するという過程が含まれている。ある問題の解決は別の新しい問題を生む。言い方を変えれば、精神分析は、患者を楽にするため、苦痛を除去するための治療ではない。それは、患者が生産的に有意義に悩み苦しむ能力を生み出すための治療であるし、できるだけフルレンジで生きる体験をもつようになることを援助する治療である。

## II. 精神分析的な経験と訓練は日常臨床に何をもちこたすか

いまの日本で精神分析的な精神療法を精神科医がやろうとすると、1時間を1人の患者に割くことになるというこの実践の特質が経済的なネックになる。それは患者が1人で精神科医の1時間を買うということであり、通常の外来で5~6人の再診患者で精神科医の1時間を買っていることを考えると、大きな違いがある。通常保険診療ではおよそ1人当たり5,000円の収入があるから、1時間3万円で精神科医は働いていることになるが、自費の精神分析の実践の場合、精神科医が同じ収入を得ようとすれば、その3万円を1人の患者に請求することになる。1時間3万円の支払いを数年できる患者はほとんどいない。だから、どうしてもそれよりも安い金額、通常1時間1万円ほどでセッションが持たれるのが普通だが、それでは精神科医の収入は3分の1になってしまうのである。こうして自費診療で精神分析実践をやっても、明らかに保険診療の開業臨床より精神科医の収入は下がるだろう。精神分析を生涯の仕事にしようとするのが難しいのはそういう理由もある。

にもかかわらず私は、とりわけ精神科医のキャリアの初期に精神分析的なセラピーの治療経験をもち、一定の訓練を受けることは、精神科医としての発達にとって意味のあることだと考えてい

る。とくに精神科の外来保険診療の仕事を自分の職業とする医者にとっては、患者にとって満足な治療を行えるようになるだけでなく、精神科医自身も燃え尽きたり、感情を閉鎖したり、金儲けに走ったりといった、いくぶん不幸なありように陥ることなく、幸福な臨床生活を送れる基礎として有意義だと考えている。それは私だけでなく、私の同僚と話をしても強く実感できることである。

精神分析的な臨床経験と訓練が精神科医としての臨床生活にどのように意味をもつのか、いくつかの側面から検討しよう。端的に言えば、それは精神科医にとって自らの臨床について、以下に述べるような認識論的転換を生み、臨床に携わるときの心的ゆとりを増大することにつながると思われる。

### 1. 動機づけ、同盟への着目

精神分析においては患者が相当の切実な動機をもって、自分が変化することを求めていることを見立てないと治療を開始することはできない。通常の自費の個人開業で行う精神分析や精神分析的治療法においては、1セッション1万円程度、回数によって年間200万円から50万円程度の費用を患者が支払うことになる。一方、精神分析において患者に供給されるものは、きわめて一定の設定を除けば、精神分析家に関心と情緒と思考を帯びて患者のそばに居ること、言葉で与えられる解釈だけである。患者が時間とお金をかけて得られるものはそれだけである。解釈とは「私はあなたが……と感じていると思うんですが」といったタイプの弱い言葉であり、保証や助言や励ましのような見かけ上の強さがない。薬や手術もない。長期のやりとりの末に精神分析が有意義な成果をもたらすにしても、相当に切実な動機づけを保持していないと持続できない実践であることは明白であろう。精神分析家は動機づけにきわめて敏感にならざるをえない。

普通の身体科の医療では、患者が初診すればそれ相応の動機づけをもっていると自動的に考える。症状の苦しさの軽減や行動の異常の改善といった、形になりやすいものが患者の動機づけで

ある場合が多く、医師は患者の動機づけをそれほど吟味しなくてもいい。ところが、精神分析的実践をやっているとそうはいかない。分析に対して患者は、苦しみをとってもらえる、何かを教えてもらえる、代わりに考えてもらえる、気持ちのほけ口になる、慰めてもらえる、自分が正しいと言ってもらえる、支えてもらえる、自分が考える手伝いをしてもらえる、といった、さまざまな動機をもってやってくる。しかし、彼らが精神分析に入ると、彼らに隠された、ある意味では人間的により深い動機が潜んでいることがわかってくるが、当初はきわめて万能的で魔術的な期待を治療者に寄せていることが多い。治療者はそうしたことを絶えず吟味し、精神分析的実践で現実と与えられることとのギャップの程度や質を判断し、治療に導入する必要がある。つまり動機づけに絶えず気を配らねばならない。その上で患者の動機づけのうちの正常で合理的な動機づけの部分と同盟を組んで、分析家はことを始める。

精神科臨床の場合、身体科のような医療のモデルで動機づけを考えることが多いかもしれない。症状を楽にすればいいだろう、病気を治せばいいだろう、と考えがちである。だが、必ずしも患者たちはそうした動機で受診していない場合が多い。とくにパーソナリティ障害の患者たちはそうである。直線的に彼らが望むと言っていることを実現しても、彼らは満足しないことが多い。それは彼らには自分の人生のありようを何とかしたいという、無意識の動機があるからである。そうした彼らの動機をより一般的な医療的動機の説得によって収納することはできない。患者が何のためにもどのようなことをもとめて来院したのか、しているのかを判断することは実は臨床の質を左右することである。そのデリケートな判断をより正確になすということにおいて、精神分析的訓練はたいへん役に立つように思われる。

### 2. 治療設定への着目

精神分析の実践がその独特の設定に大きく依存していることは、分析家には日々実感されている

ことである。些細なスケジュールの変化によって、あるいは治療者がうっかり遅刻したり時間を延長したりすることによって、患者が想像以上に動揺したり、新しい治療的展開が生じたりすることが絶えず起きることを私たちは見てきた。

そもそも、すべての対人交流において、容れ物としての設定となかみとしての過程は、絶えず力動的に相互に影響しながら動いている。ふつうの社会的関係では、関係が深まるにつれて、会う場所が変わったり、会う頻度がふえたりする。お金を誰が払うかさえ変わる。ところが、専門的な援助、たとえば精神科臨床では過程が動いてもそれほどの変化はない。このことは、通常の社会的関係と専門的職業的関係を分けるきわめて重要なことである。

そしてその対人的設定によって、精神医療でおきる関係性や情緒の雰囲気は決定されている。しかし、精神科臨床ではそのことにあまり注意を払ってこなかった。しかし、注意してみると、パーソナリティ障害をもつ患者などでは、面接時間を規則的にしたり週の面接頻度を変化させたりするだけで、大きく状態も関係性も変わることがわかる。精神医療というものは、向精神薬や専門的な治療(ECTや専門的精神療法など)を供給する前提として、必ず、ある設定をもつ対人関係、面接を供給している。この単純な事実を認識し、精神科医の重要な仕事の1つがそうした設定(たとえば面接の頻度、時間)の決定と供給であることを考えておくことは、きわめて臨床的に重要である。私の考えでは、それは他のすべての仕事よりも臨床的インパクトの大きな仕事である可能性もある。

精神分析的訓練の経験はそうした領域への感性を鋭敏にし、設定供給という重要な治療の手続きについて意識的自覚的になることに役立つ。このことについての感覚を身につけるだけで、ある意味では、精神科医が診療場面をマネージしているという側面を治療に生かすことができるようになることを、私は後進の指導のときにいつも感じているのである。

### 3. 過程のなかでパーソナルなところをつかうことへの着目

えてして精神科臨床においては、患者の発する情報を感覚により受け取り、それを知的に組織化して診断する、という図式でものをとらえがちである。しかし、もちろんこれは本質的な誤りを含んでいる。不安には色も形も匂いもない、と言ったのはイギリスの精神分析家 Bion, WR である<sup>1)</sup>が、感覚器官としての「不安受容器」などというものを私たちはもっていない。通常言われる「患者の不安を感じる」というときの「感じる」という言葉は、「熱さを感じる」「明るさを感じる」といったときの「感じる」という言葉とは水準が違うのである。その「不安を感じる」際の「感じる」という体験には、さまざまな感覚情報、記憶からの情報、自分の体験している情緒などが関与していると思われ、そうしたものが総合的にはたらいと瞬時に直観的に生まれる体験なのである。

この患者の自殺のリスクがどれほど現実的か、ということを経験者が診察室のなかで感じ取るようなとき、患者の語りはある程度参考になるだろうが、それよりも、私たちが直観的に体験するおののき、不安のようなものがないまぜになった体験が、もっとも重要なセンサーになることは、ある程度経験のある精神科医ならわかっていることだろう。他者のところは自分のところが動いていることを通してわかるしかない。私たちのパーソナルなところは実は、そこに患者、他者のところが姿を現す場所なのである。そのとき、私たちのコントロールを越えて動く情緒というものがとりわけ重要になる。

フロイト以後の精神分析は、患者といっしょにいるときにある圧力としてしか体験できなかったような体験から、自分のなかの情緒を感じ取り、それを通じて患者についての自分のパーソナルな考えが現われてくるという過程を重視してきた。たとえば不安な状態にある患者に対して、「大丈夫だよ」と保証しそうになるとき、それを控えると、患者の強い不安をなだめたい自分自身の衝動を感じ取ることができ、その衝動が強い不安を万

能的に癒してほしいという患者の語られていないニードへの反応であったことを自覚し、そのニードの背後に、不安な事態に自力で対処することへの絶望と対処を放棄しようとする企てがあることを理解することにつながってゆく。つまり、精神分析家は「大丈夫だよ」と言うのではなく、そうしたニードを理解して「あなたは自分ではどうにもならないと絶望して、とにかく大丈夫だと私にいつてほしいくらい、追い詰められているのかもしれないね」と発言することで患者の気持ちに触れることになる。

このようなことは、患者のこのころの一部を分析家のこのころが収納し変形するという意味で「コンテニング」と呼ばれたり、分析家の患者に対する情緒や空想の総体である逆転移を使うという意味で「逆転移の利用」と呼ばれたりする。このようなことは、分析家が自分のパーソナルなこのころを使うことによってこそ、つまり自分を十分に体験し、味わうことを通してこそ、他者のこのころに触れることができるという機微に触れるものである。

私たちは自分の情緒、パーソナルな心的体験を使わないでこのころを扱う臨床をすることはできない。患者の主観は医師の主観を媒介にしてしか捕まえられない。その事実を目をつむり、あたかも客観的な臨床データが存在するかのように考えることは、精神科医が陥りがちな落とし穴である。そのとき、精神分析の実践を体験してスーパービジョンを受けたり、あるいは自分が患者となって精神分析を受ける主体となる体験をしたりすることは、自分のこのころのもっともパーソナルな部分をどれほど考えることができるか、いいかえれば他者に開くことができるか、ということをつきつめる経験になる。道具としての自分のこのころをどれほど使用できるのかに、挑戦することになるのである。

#### 4. 医学的モデルを相対化すること

精神科臨床に客観的臨床データがきわめて少ないという事実を、なんとか乗り越えるために、精神分析的訓練や臨床経験がある程度の力をもつと

私は思う。そしてこのことは、実証科学としての医学の一分科としてだけ、精神科臨床を考えることの危うさという認識に私たちを開いていく。

私たちは患者のこのころを認識するとき、私たちの主観的なこのころの動きを利用するしかなく、その主観的な心は、私たち自身の価値観や記憶や生活史などと独立ではあり得ない。

客観的データ、実証的データをもって情報とし、それを材料として診断し、治療方略を立てることは、精神科臨床では原理的に言って、厳密な意味では不可能である。私たちは医学モデルを私たちの実践のモデルとして、そのままに受け取ることはできない。

もちろん、私たちがもつ操作的な診断体系やエビデンスに基づく治療戦略などは臨床的に有用なものである。しかしその有用さは、あくまでメタファーとしての有用さにとどまる。医学モデルで他者のこのころを相手に臨床実践することはメタファーとしての有用性しかない。そこには限界があり、私たちは絶えずそのモデルを相対化しつつ、しかし、そのモデルを軽蔑したり無視したりすることなく利用していく構えを維持する努力を必要とされている。

精神分析的な臨床経験をもち、訓練を受けることは、このころについて、医学モデルとはまったく違ったパラダイムで考えるという体験になりうると考えられる。このことは臨床家に必要なこのころの自由、自分自身でものを考える自由に私たちを開いていくだろう。

#### おわりに

おそらく精神分析だけでなく、すべての専門的な精神療法の訓練を研修医や経験の少ない精神科医が受けることは、自分のなかに起きてくるものを自覚し、患者とのあいだの関係性を認識することに向けての訓練になるだろうと考えられる。そうしたことは、精神科援助の基礎となる基本的な治療関係の構築と維持に役立つだろうと思われるのである。

## 文 献

- 1) Bion, W. R.: Attention and Interpretation. Tavistock, London, 1970
- 2) 藤山直樹: 集中講義・精神分析 (上). 岩崎学術出版社, 東京, 2008
- 3) 藤山直樹: 集中講義・精神分析 (下). 岩崎学術出版社, 東京, 2010

---

## What Psychoanalytic Clinical Experience and Training Bring to Psychiatric Clinical Practice

Naoki FUJIYAMA

*Department of Psychology, Faculty of Human Sciences, Sophia University*

Psychoanalysis has never taken root in Japan and, thus, a situation in which Japanese psychiatrists can not learn enough about psychoanalysis has continued to the present. That is why it has never been sufficiently investigated what effects will be realized in the clinical practice of psychiatrists if psychoanalytic clinical experience and training are promoted.

The author has tried to answer that question, based upon personal experiences as a psychoanalyst and psychiatrist. It is true that psychoanalytic practice itself has restrictions as it is difficult to fit it into the framework of usual psychiatric treatments from the perspective of medical economics. However, the opportunity for a psychiatrist to have psychoanalytic clinical experience and receive training for a period of time in their career may lead to the following : 1) paying attention to motivations of patients, 2) analyzing settings of treatment, 3) focusing on using personal thoughts in the process of treatment and 4) realizing an epistemological shift such as relativization of the medical model or broadening of the perspective, both of which may develop and enrich psychiatry.

< Author's abstract >

< **Key words** : psychoanalysis, psychiatric practice, motivation, therapeutic settings, personal thoughts >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

精神分析的理解を視野に入れた日常臨床  
——働く女性を対象に——

高野 晶

(心の杜・新宿クリニック)

都市部の精神科開業クリニックでみられる働く女性という集団を対象に、日常臨床において精神分析的理解を視野に入れることの意義を検討した。高学歴の総合職3症例を臨床素材として提示し、自我機能がある程度成熟しており、適応的な防衛を身につけながらも、それがゆらいだときに抑うつ気分を伴う適応障害として発症するという特徴をとらえた。精神分析的なアセスメント面接、精神分析的精神療法導入の検討、精神分析的理解を背景にもつこと、など継続的な精神分析的精神療法には至らない方法で精神分析的理解が日常臨床に貢献することを示した。近年、性差を考慮した医療が目ざされ、精神医学においても女性に特有な問題がとりあげられているが、いまだ概論的にとどまり、臨床場面においては十分とはいえない。精神分析的な見地からは、個別の精神-性的発達やライフサイクルの観点、患者のパーソリティ全体へのアセスメントなどが有用であると考えられた。

＜索引用語：日常臨床、働く女性、性差を考慮した医療、精神分析的理解＞

## はじめに

「日常臨床と精神分析」という幅広いテーマについて語るにあたり、本稿では対象を絞ることにした。なぜなら、精神分析そのものを一般外来などの日常臨床で行うことは不可能であり、あくまでもどのような精神分析的要素を日常臨床にどう生かすのか、という議論が臨床的な貢献をもたらすと考えるからである。そのために均一な対象群をとりあげることによって論述の精度が上がることを期待したい。

その対象群は、次のように選ぶことにした。

都市部の精神科開業クリニックの患者層には、働く女性という1つの集団が存在する。私は5年前に臨床の場を郊外の総合病院から都心の開業クリニックに移してみて、そのような実感を強くしている。この間の私の一般外来患者の8割近くは女性で、多くは30代を中心とする勤労者層であ

る。そして病態は、記述的には抑うつ気分を伴う適応障害の範疇がおおむねであり、仕事や家庭あるいは恋愛における「がんばり」の頓挫といった様相を呈している。

近年、精神医学においても性差を考慮した医療、特に女性に特有の問題に関する提言がしばしば行われる<sup>1,4,7-9)</sup>。それらを概観すると、①～③の問題設定となっている。

- ①生物学的：内分泌学的見地から
  - ②ライフサイクルとアイデンティティの見地から、結婚—妊娠・出産—子育て—一家のラインと仕事の葛藤および自己実現をめぐる煩悶
  - ③産業ストレス分野における構造と現実の軋轢—男女機会均等法成立後のスーパーウーマンシンドロームほかさまざまな構造の関与する問題
- しかし、これらの見地だけでは実際の臨床現場で向き合うさまざまな問題にきめ細かな対応を考

えることは難しい。そこで本稿では、精神分析的理解を視野に入れることの意義を、女性のうちの勤労層、なかでも総合職に的を絞って述べてみたい。

### I. 精神分析的理解と日常臨床

先にあげた患者群は部分的には生物学的な要因も伴いつつ、心理社会的な要因の比重が大きく、この側面からの吟味を必要とする。すなわち、彼女らがそれぞれどのように育ち、生きてきて、どのような関係を築くのかを何らかの形でふまえないければ、十分な理解をもった援助になりにくいといえる。その方法論として、精神分析領域の概念のなかでも、精神一性的発達 (psychosexual development)<sup>3,6)</sup>\*1やライフサイクルの観点<sup>2)</sup>、そして患者のパーソナリティ全体へのアセスメント<sup>5)</sup>などが有用であると考えられる。

これらは精神分析的に構造化された面接の特権的な取り組みというわけではなく、そのエッセンスは一般外来の場でも生かすうる。こうした患者群には、標準的な精神分析的精神療法が適応となる症例がときどき見受けられる。しかし患者側の時間的経済的理由、および精神療法への抵抗感など、また治療者側の受け入れ態勢の不十分などにより、実際に精神分析的精神療法の導入に至るのは一握りである。とはいえ、精神分析のトレーニングを経験した臨床家であれば、精神分析的な理解様式は精神医学的思考の背後に並行して流れているので、一般外来において精神分析的な理解が加味されることは程度の差はあれ常である。本稿では、3通りの症例を用いて、精神分析的理解を視野に入れた日常臨床の一端を紹介する。なお症例の記述は、個人を特定されないような倫理的配慮のもとに行われている。

## II. 症例呈示

### 1. 症例 A (20代後半女性, 会社員)

【主訴】気分の落ち込みと不安感、希死念慮

【初診時診察】

1年前からうつ病として薬物療法を受けていたが十分な改善がなく、主治医はうつではなくパーソナリティ障害かもしれないといって当院を勧めたとのことである。

A は小児期から父親に脅威を感じ、現在につながる自覚症状があったとのことである。高校以降は自宅を離れた環境を選んだが、抑うつと不安が顕著になって治療が開始された。その後再燃してはその時々で生活圏で短期間のカウンセリングをふくむ治療を受けて改善し、しばらく治療から離れることを繰り返した。今回は1年前に結婚した夫との信頼関係のゆらぎが発端になっているという自覚があった。

症状の特徴は抑うつ気分であり、精神運動制止は目立たず、軽い睡眠障害と食欲のむらが見られた。これまでのアリピプラゾール<sup>\*2</sup>少量とエチゾラム中等量の投薬は一応の効果をもたらしていた。A は薬物の有効性を認識しつつ、抑うつ気分に陥ることなく過ごせるようになりたいと希望していた。

私は、パーソナリティと生物学的な要素の両方が関与している可能性を考え、A に伝えた。そして薬物療法と並行して、パーソナリティの問題についてはまず診断面接をして理解を深める方法を提案した。診断面接は、45分の時間を設定した精神療法枠で4回かけて行うことを示した。するとA は長期にわたり精神療法を継続することについて現実的な事情による限界を述べ、診断面接だけ受けてみることを夫とも相談して決めてきた。

【診断面接】

自由連想的にA が語りだしたのは、依存と自らよぶ状態についてであった。人と親しみにくくてもかかわらず、親密な男性との分離に耐えられな

\*1フロイト (Freud, S.) は人間の性衝動の発達は一定の順序の段階をたどると考えた。各段階に相応する対象との関係の持ち方が想定され、性格にも関与するとされた。

\*2健康保険の適用外。

くなることは自分でも逸脱を認めている。最も顕著だったのは学生時代の遠隔地に住む恋人で、電話に執着して生活時間の大部分を拘束しあうことになった。そのような状態はやがて破綻し、Aは過量服薬に至った。また夫はA以外の対人交流に熱心であり、Aは夫への疑心暗鬼にとらわれて探索をやめられなくなるのであった。こうした悶着に悩んだ末に、こちらの治療を求めることになっていた。Aは過剰な依存を求めてしまいながら、選ぶ相手はそれを満たしにくい対象であった。性的関係には依存的になることはなかった。

対照的にこども時代は、家庭に居場所がない感じがして、早く家を出たい、早く誰にも頼らず一人で生きていけるようになりたい、と早すぎる独立志向を持っていたようで、高校から自宅を離れることになっていた。

家庭の居心地悪さの要因として、Aは父親の厳しさとかんしゃくへの恐れをあげた。とはいえ、父親の厳しさは古典的なきちんとした生活という準拠からあまりはずれることはなく一貫していたようである。そしておそらく水面下で影響していたのは、Aがずっと知らされていなかった家族の歴史である。両親の結婚の複雑な経緯は家族の最年少のAだけが知らされていなかった。Aが顕在的な発症をしたことが契機となり、高校生の頃にその事情を聴かされたのだという。こども時代の印象が腑に落ちたが、なぜ早く教えられなかったかという疑問は残っていた。

大学卒業後数年間仕事に没頭している間は男性とは没交渉で安定していたが、夫と親密になり、また不調に陥ったという経過であった。

#### 【アセスメント】

Aの描く自己像や対象像は極端に分割されたものではなく、しがみつき局面では境界性パーソナリティ障害のような様相かもしれないが、積極的にパーソナリティ障害ということが生産的な意味をもつようには思えなかった。退行すると衝動統制がやや悪くなる傾向はあるとみえた。

そこで、以下の点を伝えた。「中心にあるのは、依存の問題だけではなく、依存と分離の問題であ

るといえる。幼少期に誰にも頼れないと思ったことと依存とは両極端のようであるが、十分に依存が満たされないことの反動形成として、何でも自分でできるようになりたいと思うようになったと推測される。相手は男性であっても、母親的な対象に求めるような関係であるようだ。これらは薬物療法だけでは解決しないと思われ、精神療法の適応がある」

#### 【反応】

Aはある現実的な状況を理由に今は精神療法をしないという選択をした。そして目下安定しているの、さしあたりは薬物だけでやってみると述べた。

#### 【その後】

1年あまりの間、仕事はタムごとに多忙を極めたが、疲れによる不調はあっても、抑うつには陥らなかった。一度夫の不貞が発覚して落ち込んだものの、夫の反省後、投薬量は変えずに回復している。その後育児を希望したため、薬物を減量、中止して経過観察した。

#### 【考察】

精神分析的観点を加味した治療が従来の治療と異なるのは、Aの人生の困難に関して精神分析的な仮説を提示し、それが取り扱い可能であることを示した点である。Aはそれに取り組むことはこの時選ばず、仕事に没頭することや、次にはこどもをつくらうと邁進することによって、ある程度適応的な防衛を敷いている。Aの症状軽減の様子には、いくぶん自覚しつつもあわせの適応的防衛を駆使して日々を前に向かっていこうとする姿勢がわりあいよく見えたし、その意志は尊重すべきものと思われた。これがゆらぐならば本腰をいれた取り組みは手をのばせば届くところにあるといえよう。すなわち、精神療法開始の回避にはある現実的理由があげられていたが、Aのライフスタイルを垣間見るところでは、それは相対的な理由と推測され、本人の動機づけしだいで治療も可能になりうると考えられた。

## 2. 症例 B (30 代後半女性, 会社員)

【主訴】仕事に前向きになれず, 自信がない

【初診時診察】

前年度に遠方から引き抜きにより転職してきた。しばらくすると, 企画アイデアを出しても上司の厳しく冷たい言動が返ってくるばかりに感じられ, 能力不足と思われているようで萎縮し, ついに無断欠勤してしまった。これまでもその上司に耐えられずやめた人は少なくないそうだが, 淡々とつきあう人は続けられているとのこと。もともと B 自身は仕事人間で今の仕事内容には不満はなく, こんなことに負けてやめたくないと思っており, 受診したという。

睡眠障害, 体重減少, 軽度の集中力や意欲の低下がみられた。またうつ病の遺伝要因があった。

この時 B は, 離婚した夫に, 愚痴がいやだったと言われて傷ついたと言いつつ添えた。親しい人との交流は少なくないが, 女性上司もあてにならず, 本音を言える人はあまりいないかもしれないと言った。私はこの時に, B が考え深くものを語るという印象をもち, 精神療法の適応を考えた。そして, 診断的には抑うつ気分を伴う適応障害と告げ, 薬物療法と精神療法の可能性を伝えた。

【経過】

B は薬物療法を希望し, フルボキサミン少量とロフラゼパ酸エチル開始となった。症状はいくぶん改善したが欠勤がちなため, 休職にて立て直しをはかり, 抗うつ剤を増量して, ようやくゆっくりできるようになった。その時点で B は, 一念発起して上京したのにこうなったのは, 頼ったり弱音を吐けるところがなかったからかもしれない。元夫の愚痴を巡る苦言も整理がつかず, 精神療法がやはり必要だろうかと言った。その一方では, 精神療法を始めると甘えてしまうという懸念もお寄せた。私は B には, こういった依存をめぐる葛藤, すなわち頼りたいが頼りすぎて相手を疲弊させてしまうのではないかとこの不安が根底にあると感じつつ, B の動機がまとまるまで見守ろうと考えた。そして, 精神療法の適応はあると思われるので, クリニックのホームページの精神分析・精神

療法に関するガイダンスの項目を参照して考えるようにと促した。その後 B は, 精神療法は保留する結論をだした。休職の間に, B は上席の上司に相談して受容され, 復帰後の仕事のビジョンを具体的に描けるようになった。また, 順調に意欲や集中力が回復し, 親しくなった女性上司から感性を支持されて意を強くして無事復職となり, 同時に問題の直属上司は異動し, B は脅かされる気分をもつことはなくなった。薬物は順調に減量していくことができ, もとの B らしい仕事ぶり, つまり, 仕事を抱え込んで多忙をきわめる状態もみられたが, 新しい上司の指示によりそれは緩和されているようだった。初診後 1 年 2 ヶ月で終診となった。

【考察】

B も内因性の気分障害の要素はもっていたようである。一方, 精神分析的な観点から見れば次のようになる。これまでは年上の男性からの受容や評価を実感できる状況で, いわば頼もしい父のよくできた娘のようなありかたで, 最も実力が発揮できていたと推測できる。転職後には上司のもとでその図式が破綻して危機に陥ったといえる。また, そういうときに不安を抱えて他者に依存することの困難も改めて自覚していた。今回 B はもとの適応と防衛の様式を立て直して回復したといえよう。そうして立て直すことは B のよりどころであり, ある意味誇りにしているところでもあるように見える。それがゆえに B のあり方は窮屈ながら変容が難しい。B がいつまでもこの「娘」のありようでいられるのかどうかは定かではない。では今後は「娘」から父親的なものに同一化していくのか, あるいは父親をあきらめて母親的なものに同一化していくのか, といった変遷がまだがあるように思われた。そして, 精神療法が必要な時期がまたくるのではないかと考えられた。

## 3. 症例 C (20 代半ば女性, 会社員)

【主訴】抑うつ気分, 過眠, 情緒不安定

【初診時診察】

母親に伴われて来院。前年度就職後, 先輩の女性から仕事から身なり態度まで細々と気まぐれに

叱られるパワーハラスメントを受けるようになり、抑うつ的になって仕事にもミスをしがちのこと。その先輩は男性上司に優遇されており、Cには解決の糸口が見いだせていなかった。そういったパワーハラスメントは過去にもたびたび生じていたらしいが、うまく対応できた人もいたという。この時点では遅刻や欠勤はしていないが、Cは明らかに行き詰まっており、実家から母親が上京して受診を勧めたという。Cは、学生時代は大きな身体疾患に苦しんだが自分で解決したのにとくやしそうに言った。

抑うつ気分を伴う適応障害と伝え、少量のイミプラミンとクロチアゼパムの投薬を開始した。

#### 【経過】

症状レベルではすみやかに回復し、4ヵ月でイミプラミン中止となった。一方、社内の状況は変わらず、先輩への対応に難渋が続いた。Cは上席の上司に相談を試みてもいるが、しだいにこのような構造を温存している会社に対して理不尽な思いが強まり、転職を考えるようになった。その一方で、会社からは相応の仕事を与えられ続け、Cは積極的にこなし続けた。外来では毎回会社をやめるといい、Uターンも視野にいれた転職活動をしながらも仕事を続ける期間は思いのほか長く続いた。Cは仕事そのものについては生き生きと語り、成果はそこそこ認められつつあり、賞与に反映されたり、発表を勧められたりしている。初診から1年半ほどの頃、出張で見聞を広めた結果、発想が転換したと語った後は、しばらく受診がなかった。

その後1年余りして、ミスが増えて上司から受診を促されたという事で再初診した。先輩とは接点がなくなり、今度は担当顧客の要求が過大で参っているということだった。再び投薬を開始し、C

はその顧客の仕事を2ヵ月ほどで終了させ、再び転職を画策するようになった。内服は必要なくなったが、Cは、定期的に自分のことを話すほうがいいようだといって、月1回程度の受診を約8ヵ月続けた。仕事は海外出張を含めかなり過酷な様子で、ときどきCは余裕のなさに危機を感じつつも、状況を見失うことなく目の前の仕事に取り組んでいるようだった。

そしてある時から、会社への視線が少し距離をもったものになっていった。つまり、5年勤めているうちに視野が開け、仕事で成果を認められつつも、女性総合職のいわゆるガラスの天井を感じるようになっていた。そして、例の先輩はいろいろなものを犠牲にして奮闘していると見ることもできると述べたのだった。さらに、Cは会社ですべてとは思わなくなり、学生時代に専攻していた領域に関するある組織にかかわるようになり、そちらで何らかの自己実現を考えているとのことだった。このような報告をして、Cは受診を卒業してもよいと思うと言った。

#### 【考察】

Cは、学生時代に実感していた、努力によって何事も切り開くことができるという青年期の万能感を、会社という社会によって砕かれた、すなわち去勢<sup>\*3</sup>を受け入れることを迫られたということではなかったかと思う。男根期的な自己愛<sup>\*4</sup>の破綻が抑うつ症状をもたらしたということが出来る。限界も認識しつつ男性優位が否めない世界に残り続けるが、仕事だけを自己実現のすべとはしなくなる、という生き方の再選択をしつつあった。このような内的なワークの報告の場として一般外来は使われていたと考えられる。

また先輩が男性上司に理不尽に肩をもたれているといったエディプス的な葛藤<sup>\*5</sup>の側面をとらえ

\*3精神分析における去勢は、対立により挫かれ、それを受け入れることを意味する。

\*4フロイトは精神一性的発達の段階を特徴的な身体部位（口唇・肛門・男根・性器）により説明した。男根期はペニスに象徴される力への自己愛的価値が高まり、対立により挫かれる不安（去勢不安）をまねく。

\*5男根期には同性の親を退けて愛情対象として異性の親を独占する欲求によるエディプス葛藤が生じる。  
なお\*3~5について女性の発達に関してはフロイト以後諸説が説かれた。

ることもできるだろう。

こうした仮説をゆるやかに持ちながらの診察においては、一般外来の枠におさまる程度の診察時間にとどめつつも、ひとりの青年期女性の成長の一端を見守ることになった。

### ま と め

今回は、働く女性の患者のなかでもさらに分化した1つの集団、すなわち高学歴の総合職の女性たちを抽出した。この群をみると、自我機能評価という側面では、達成の力は高く、自律性や統合機能も基本的には備わっている。自分で頑張ることはいとわれないが、頼ることは不器用ともいえる。観察自我が保たれており、外界に対しても自己に対しても、葛藤や苦悩とは離れた視点を保ちうることで、彼女らが適応を回復していくための重要な要素であった。こうした人々は、ある程度適応的な防衛をもっており、治療の短期目標としては、その防衛を立て直すことをまず念頭におく必要がある。一方、精神分析的な治療はこれらの防衛の背後に及んでいくものであるために、治療を導入する準備が治療者側にあっても、患者への促しや誘いは慎重に行っている。長くて10分余りの一般外来では、医学的検討を能動的に行い、自我支持に役立つようなことは伝えるものの、精神分析的な理解はおおむね治療者のなかに止まって、彼女らの生きるストーリーを想像しながら短い語りを聴くという対応になっている。

精神分析的な理解をもった日常臨床の有用性を実証的に語ることは容易ではない。ここでいえるのは、個人のなりたちを知ることによって、レディメイドの医療ではなく、カスタムメイドの医療により近いものを提供することになるのではないかということである。そこに、精神分析的な理解の準拠枠を持つことや、訓練を受けることの波及的貢献があるように思う。そしてまた、医療者として、日常臨床を味わいのあるものと経験しているという実感も持つ。今回とはまた別の群においても、展開の手触りは異なるかもしれないが、

同様な貢献があるのではないかと私は考えている。たとえば、フリーランスの専門職などの群はクリニックの臨床において現実的に思い浮かべることができる。

フロイトはインタビューで「人間に重要なことは」と問われて、「愛することと働くこと」と答えた。それから100年近くたち、我々は愛することや働くことに葛藤する人々に～特に女性たちに～日常臨床で向き合っている。ここには精神分析のエッセンスが加えられて得られるのみりがあるといえよう。

### 文 献

- 1) 荒木葉子：女性と産業ストレス。こころの科学，141：49-54，2008
- 2) Erikson, E. H.: Identity and the Life Cycle : Selected Papers on Psychological Issues, Monograph, Vol.1. No. 1. Int Univ Press, New York, 1959 (小此木啓吾訳編：自我同一性—アイデンティティとライフ・サイクル。誠信書房，東京，1973)
- 3) Freud, A.: Normality and Pathology in Childhood : Assessments of Development. Int Univ Press, New York, 1965 (黒丸正四郎，中野良平訳：児童期の正常と異常。アンナ・フロイト著作集9。岩崎学術出版社，東京，1981)
- 4) 倉林るみい：働く女性とうつ病。治療者のための女性のうつ病ガイドブック (上島国利監修，平島奈津子編著)。金剛出版，東京，2010
- 5) McWilliams, N.: Psychoanalytic Diagnosis : Understanding Personality Structure in the Clinical Process. Guilford Press, New York, 1994 (成田善弘監訳：パーソナリティ障害の診断と治療。創元社，大阪，2005)
- 6) McWilliams, N.: Psychoanalytic Case Formulation. Guilford Press, New York, 1999 (成田善弘監訳：ケースの見方・考え方：精神分析的ケースフォーミュレーション。創元社，大阪，2006)
- 7) 中山和彦：女性の精神医学。精神医学，49：216-228，2007
- 8) 岡野禎治：産後うつ病と育児支援。精神経誌，111：432-439，2009
- 9) 岡本裕子：女性のライフサイクルとこころの危機。こころの科学，141：18-24，2008

## Everyday Clinical Practice with Background Psychoanalytical Understanding : Treating Working Women

Aki TAKANO

*Kokoronomori Shinjuku Clinic*

The study examines the meaning of psychoanalytical thinking in treating working women at a private psychiatric clinic located in a metropolitan area. Three women with a strong academic background in general management positions were analyzed. They all had an adjustable defense mechanism since their ego function had matured to a certain extent. However, when their defense was shaken, they suffered from adjustment disorder with a depressed mood. It was found that psychoanalytical assessment sessions and discussions on the possibility of psychoanalytical treatment were helpful. The study describes how the psychiatrist's psychoanalytical understanding contributes to everyday clinical practice without the patient actually undergoing regular psychoanalytical treatment.

Gender-specific medicine has attracted considerable attention in recent years. This trend is evident in psychiatry, and disorders peculiar to women have been discussed. However, they tend to be general and rather vague for actual clinical practice. From a psychoanalytical viewpoint, individual psychosexual development, overall personality assessment, and consideration of the patient's life cycle can be said to be useful.

<Author's abstract>

<Key words : everyday clinical practice, working women, gender-specific medicine,  
psychoanalytical understanding>

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

一般外来におけるパーソナリティ障害の診療について  
——「純金」から「合金」へ——

岡田 暁 宜

(南山大学人文学部心理人間学科)

精神分析はパーソナリティ障害の治療に大きく貢献してきた。精神分析の実践には、精神分析療法や精神分析的な精神療法などの臨床実践が含まれる。スペシャリティとしての精神科の中でサブスペシャリティを掲げない精神科一般外来の多くは、標準的な精神分析的な治療構造をもたない。今日、そのような一般外来において、パーソナリティ障害の診療に携わる機会は少なくない。精神分析と一般外来診療は本来全く異なる臨床実践である。だがこの異なる2つの臨床実践を結びつけるのも精神分析である。前者の精神分析は「方法としての精神分析」であり、後者の精神分析は「理解としての精神分析」といえる。フロイト<sup>1)</sup>は、精神分析の「純金」に暗示という「銅」を混ぜ合わせて「合金」にすることで精神分析の応用可能性を高めることができると考えていた。藤山<sup>2)</sup>のいう「文化としての精神分析」や「生活療法としての精神分析」を精神分析の「純金」として捉えれば、一般外来診療は、これらの精神分析の「純金」に現実という「銅」を混ぜ合わせることであり、と著者は考えている。その過程は一般外来診療という「合金」の中に精神分析の「純金」を発見する過程であり、それ自体が精神分析の「純金」ともいえるだろう。また一般外来診療にも1つの治療文化があり、そのような文化の中で患者の生活を支えることがパーソナリティ障害の一般外来診療では重要である。

<索引用語：精神分析，パーソナリティ障害，精神科外来，治療構造，治療文化>

## はじめに

## —— 一般外来診療と精神分析 ——

本シンポジウム『日常臨床と精神分析』に向けて、一般外来診療と精神分析について論じる。本シンポジウムでいう「日常臨床」という言葉には「通常の」「普通の」「一般の」などのニュアンスがある。そこには精神科医が精神医療の中で日々実践している一般外来診療から、職場や学校の精神保健やプライマリケアやセカンドオピニオンまで、幅広い活動が含まれている。本稿でいう「一般外来」とは、スペシャリティとしての精神科外来の中で、特にサブスペシャリティを標榜しない一般的な精神科外来を指している。具体的には、保険診療において通院精神療法の算定可能な5分

以上で、多くは30分未満の診察時間の比較的柔軟な時間枠の中で行われる精神科外来診療を指している。一般外来では、一般精神科医として患者の診療に当たるので、生物的-心理的-社会的な次元に向けた幅広い視点が求められる。今日、このような一般外来診療は、精神科病院、総合病院精神科、精神科診療所など、様々な臨床現場において日常的に実践されている。一口に一般外来診療といっても、施設や地域などによって、その実際はおそらく様々である。経験的に一般外来診療では、1日に診察する患者数や処方箋や診断書などの文書作成業務が多く、患者の家族だけでなく、患者の学校や職場の関係者と会う状況もあり、そこでの時間の流れは慌ただしい。そのような外来

では、洞察などの内的体験よりも、患者の精神症状の軽減や社会適応の向上など、現実的な治療目標が求められるだろう。

精神分析の臨床実践には、寝椅子と自由連想法を用いて50分週4回以上の頻度で行われる国際基準に則した精神分析療法、対面で50分週3回以下の頻度で行われる精神分析的な精神療法、さらに精神分析的集団療法や精神分析的遊戯療法などがある。ここでいう精神分析は「方法としての精神分析」といえる。「毎日分析」という言葉で表されるように、そもそも精神分析は日常的な臨床実践であり、その意味において、精神分析は「日常臨床」といえる。その特徴は、人間の心に無意識というものを想定し、治療関係の中で展開する転移を扱うことである。著者は、これまでに国際基準に則した精神分析療法と標準的な精神分析的な精神療法の訓練を受けて、日本精神分析協会の精神分析家の資格と日本精神分析学会の精神療法的な精神療法の認定を取得しているが、治療目標、治療構造、治療過程の視点から、一般外来診療と精神分析は全く異なる臨床実践であると考えている。だがこの全く異なる2つの臨床実践を結びつけるのもまた精神分析である。ここでいう精神分析は「理解としての精神分析」といえる。

一般外来診療と精神分析を結びつければ、一般外来診療とはどのような臨床実践なのかなど、精神分析的に一般外来診療を捉えることができるかもしれないし、無意識や転移などの精神分析の基本概念をどのように一般外来診療に活用できるのかなど、精神分析的に一般外来診療を実践できるかもしれない。本シンポジウムの司会者の1人である松木は、精神科医としての日常臨床を精神分析的に体験している<sup>5)</sup>。このような臨床実践は「精神分析的な一般外来診療」と呼べるかもしれない。著者は、おそらく松木と同じく、精神分析や精神分析的な精神療法とは呼べない、一般外来診療や精神保健の実践においても、基本的に精神分析的な理解をもとに患者やクライアントに接している。それは精神分析的な臨床医の日常といえるかもしれない。

## I. 一般外来におけるパーソナリティ障害の診療

本シンポジウムのもう1人の司会者である狩野とシンポジストの高野と白波瀬は、日常診療の中で遭遇するパーソナリティ障害への対応について既に論じている<sup>3)</sup>。一般外来診療におけるパーソナリティ障害の診療は、現在の精神医療における重要なテーマである。著者は、初診から治療に入る過程で、記述的診断や症状形成の精神力動的な理解を含む力動的な診断に加えて、精神分析的な精神療法の適応などを吟味して、治療方針を患者に提示している。その際、必ず診療施設における様々な外的現実や治療構造について丁寧にそして具体的に説明している。これまで著者は精神分析的な精神療法の適応があると思われるパーソナリティ障害の患者に対しては、薬物療法や集団療法など他の治療と並行して、50分週1回以上の治療構造で精神分析的な精神療法を行うことが望ましいと考えて、精神療法医や管理医の立場で可能な限りそれを実践してきた。だが患者側の要因（適応など）のみならず、医療側の要因（治療枠など）により、パーソナリティ障害患者の中で実際に精神分析的な精神療法が行われる症例はそれほど多くはない。

さらに精神分析的な精神療法が開始された後、患者の病態水準やその治療過程によって、精神症状の悪化や様々な破壊的行動化のために入院や転院に至り、他科や他領域との連携が必要になることも稀ではない。さらに患者の病状が安定して、進学、就職、結婚、出産、転居などのライフイベントを契機に一応の治療関係の終わりを迎えるまでには、年単位の作業を要することも稀ではない。

著者の臨床経験でいえば、主に治療構造の観点から、精神科一般外来において標準的な精神分析的な精神療法を実践することは難しく、一般外来におけるパーソナリティ障害の患者に対しては、マネジメントと呼ばれる治療実践が主に行われているように思われる。そこには、環境調整、心理教育、薬物療法、認知行動療法、家族療法、さらに学校や職場の関係者との面接を含む幅広い診療行為が含まれており、患者の必要に応じてそれらを柔軟に取り入れていると思われる。そこには「会

う」「居る」「支える」「伝える」「教える」「導く」「示す」「抱える」「与える」「補う」などの言葉で表されるような、現実的で具体的な診療行為が含まれるが、それらはパーソナリティ障害の診療において重要な意味をもつと著者は考えている。本稿では、精神分析的精神療法との比較という文脈で、治療者や患者が一般外来診療をどのように体験しているのかという観点で、1つの症例を提示する。なお、本人を特定できないことように症例記述について十分な倫理的な配慮を行った。

## II. 症例

症例は、初診時10代後半の女性Aである。Aは中学時代より誰とでも仲良くなりたいと強迫的に人間関係を求めていた。だが少しでも相手の嫌な面をみると、すべてが嫌になり、相手との関係を避けてきたという。そのため安定した友人関係をもつことができず、高校に入学した後、不登校になり、高校を中退し、通信制高校を卒業した。その後、Aは不眠、不安、家庭内暴力、光過敏性発作などを主訴に総合病院の脳神経外科と大学病院精神科を経て、自己愛性および境界性パーソナリティ障害の診断で、精神科病院のB病院に紹介された。そこで非常勤医をしていた治療者が精神療法医としてAの精神療法を担当することになった。父親は慢性精神疾患があり、現在は退職していて、姉も他の精神障害で治療中である。初診時のAは、ハキハキと明るく元気な様子で、治療者との精神療法に大きな期待を寄せているようであった。

### 【治療経過】

保険診療において、管理医による薬物療法に並行して、著者による週1回50分の対面による精神

分析的精神療法が開始された。Aはいつも完璧な助言や処方の治療者に求めて、治療者を理想化していた。治療者がAの期待に応えられない時には「先生は、自分よりもっと経験のある先生からちゃんと助言を受けていますか」などと治療者を脱価値化し、その都度、家族内で暴れたエピソードを語り、それらを治療の失敗のように治療関係の中に持ち込んだ。Aが治療者を完璧に支配できない時や治療者がAの期待に応えられない時には、Aは治療者の代わりに家族を支配することで自分自身の万能感を維持しようとしているように思われた。治療者は患者の期待に応えられない時のAの怒りの体験に共感的な介入を続けた。主に支持的-共感的介入の中で治療関係が安定し始めると、Aの破壊的行動化は徐々に軽減していった。

ところが治療が2年を経過した頃、治療者は諸事情によってB病院から関連施設のCクリニックの非常勤医として勤務することになった。Cクリニックの一般外来では原則として1人の患者に10分程度の診察時間しか提供することができなかったので、Cクリニックへの転院は、治療者が精神療法医としてではなく、1人の精神科医としてAの診療を担当することを意味していた<sup>注)</sup>。Cクリニックへの転院は、ようやく安定し始めた治療を治療者側の要因によって治療を破壊することになり、その意味で治療者は加害者で、Aは被害者の立場にあった。治療者の転勤をめぐるAの気持ちに触れながら、治療者の交代も含めてAと様々な治療設定を模索したが、結局、AはCクリニックの一般外来で治療者との毎週の診察を希望した。そこには治療者について行きたいというAの気持ちがあった。

Cクリニックに転院した後、それまでの精神療

注) Cクリニックでは、複数の非常勤医が二診体制で一般外来診療を行っており、毎日1~2名の臨床心理士が勤務しているが、デイケアはなく、精神保健福祉士はいない。各外来診療の内容については、担当医のサブスペシャリティや臨床スタイルなどによって様々である。外来患者は、児童期から老年期、統合失調症から適応障害やパーソナリティ障害、さらに家族相談からセカンドオピニオンに至るまで幅広く、その多くは地域の住人である。Cクリニックは予約制で「X時~X時30分」というような幅のある予約枠であり、診察状況によって診察時間の長短があり得る柔構造である。

法に比べて明らかに短い診察時間の中で、治療者から話を打ち切られるので A にとっては「話したくても話せない」という状況が続いた。そのため A はしばしば嫌みや皮肉を述べて治療者への不満を表した。治療者は治療構造の変化に対する様々な気持ちを受容しながら、一方で診察時間を管理する必要があった。治療者には C クリニックへの異動に伴う罪悪感があり、A の様々な陰性感情を当然の気持ちであると理解して現実的に受け止めていった。次第に A の気持ちは短い時間の中で話せないことへの不満から、話すことへの不全感へと変わっていった。一方で C クリニックに転院した後、治療者の中では「診察の時間を管理すること」と「患者の話を聴くこと」の2つの診療行為をめぐる葛藤状況が続いていた。次第に、治療者は一般外来診療では患者の話を「聴きたくても聴けない」という現実と直面し、精神科医と精神療法医の葛藤とそれらの両立の不全感を感じるようになった。その頃、精神療法枠から一般外来枠に移っても、精神科医と精神療法医の2つの役割をこなせるという万能感が自分の中にあったことに治療者は気がついた。治療者の万能感は、精神療法枠から一般外来枠への変化に対する防衛であり、そこには精神科医としての現実の否認を伴っていた。

その後患者と治療者の双方において、精神分析的な精神療法から一般外来診療への変化をめぐる様々な外的および内的な現実と直面することによって、一般外来診療という治療状況が1つのやむを得ない現実であることが患者と治療者の間で共有されていった。すると、一般外来診療の中で共有された現実をもとにして、10分程度の診察時間の中で、何をどのように話し、何をどのように聴くのがよいか、という共有された治療目標が新たに生まれた。

#### 【その後の経過】

一般外来に移ってから10年が経過しているが、A はその1週間の中で経験した出来事の中で、自分が最も話したいことを診察室で語り、A から助言や意見を求められた時には、必要に応じて治療

者が助言するという診療状況が続いている。この長期に渡る毎週の診察は、A にとっては規則的な通院行動であり、安定した通院習慣となり、1つの通院生活を形成していた。つまり毎週の通院は A の日常生活の一部になり、同時に A の日常生活を支えているようである。一方で長期に渡る毎週の診察は、治療者にとっても一般外来診療の規則性の一部を形成していた。この10年(精神療法の期間を含めて12年)の間に、A の親への暴力は減少し、自分の思い通りに親を動かそうとする支配的な言動は減少している。A は少しでも自立したいとアルバイトを始めたが、今までは日単位でしかアルバイトは続かなかったのが、最近では月単位で継続できるようになり、心的成長と社会適応への兆しがみられる。

### Ⅲ．考 察

#### 1. 精神分析的な精神療法から一般外来診療へ

提示した症例は、2年間の精神分析的な精神療法(週1回50分)を経て、一般外来診療(週1回10分程度)に移った後、10年間が経過した自己愛性および境界性パーソナリティ障害の症例である。精神分析的な精神療法から一般外来診療への変化の経験から、この2つの臨床実践について検討できると思われる。

精神分析的な精神療法から一般外来診療に変化した後、本患者は10分程度の診察時間では「話したくても話せない」という言語化をめぐる不全感や「話を聞いてもらえない」という治療者や治療構造に対する陰性感情を抱くようになった。これは治療構造の変化に対する陰性転移であると考えられる。治療者のこれまでの臨床経験の中で10分程度の一般外来診療に対して本当に満足している患者は少ない。特にパーソナリティ障害の患者は、激しい衝動と自我機能の低下によって、しばしば時間の管理が困難になるために10分程度の診察時間に収まらないことが多い。一般外来診療では、前の患者の診察が長引いて、患者を待たせて患者の怒りを喚起させることもある。そのような場合、患者の怒りは、前の患者、治療者、診療施設

などに向けられることになる。患者のこのような陰性感情は、一般外来診療の治療構造に起因する陰性転移といえるかもしれない。

また精神分析的な精神療法から一般外来診療へ移行した後、治療者は「患者の話を聴くこと」と「診察時間を守ること」の葛藤から、精神療法医として精神療法の作業ができないという不全感を抱くようになった。加害者-被害者という治療関係が主に展開していた頃は、治療者の不全感と患者の不全感はつながることはなかった。治療者は一般外来診療の中では、患者の陰性転移を患者の現実の感情として受容していた。その後、長期に渡る一般外来診療の中で治療における現実をめぐる、治療関係に変化が生じたと考えられる。

つまりCクリニックの一般外来における10分程度の診察時間は、その経営方針に基づいた治療構造によるものである。それは治療者にとっても患者にとってもやむを得ない現実である。もし治療における現実が受容され、それが治療関係の中で共有されるなら、現在の一般外来診療の中で「何ができるか」「何をするのがよいか」などの問題は、治療者の問題でも、患者の問題でもなく、患者と治療者の2人の問題になるだろう。一般外来診療における共有された現実に基づいて共有される治療課題に取り組むことが重要であると著者は考えている。

だが一般外来診療の中に収まらない状況や患者に遭遇することは稀ではない。そのような場合には、患者の適応や病態水準を評価した上で、精神療法や入院治療や集団療法やデイケアなどの治療を取り入れることになるし、アセスメントの段階で他院を紹介することもある。なぜならパーソナリティ障害の治療として一般外来診療は万能ではないからである。それも1つの一般外来診療における現実である。よって一般外来診療におけるパーソナリティ障害の診療の実際は、チーム医療や様々な連携が不可欠であることはいままでもない<sup>3)</sup>。

## 2. 一般外来におけるパーソナリティ障害の診療

標準的な精神分析的な精神療法では、治療者が受動性、中立性、匿名性、医師としての分別などの分析的態度を保ちながら、そこで展開する転移をワークスルーすることが1つの治療目標になる。しかしこのような分析的態度で一般外来診療にそのまま臨むことは難しい。著者は一般外来診療では現実関係を基盤に治療関係を形成し、退行を促進しない現実検討的な態度で診療を行っている。パーソナリティ障害の一般外来診療では、治療構造に対する陰性転移を治療者が心的現実として受容し、できるだけ診察時間を構造化し、当面の治療目標は、診察時間の中に収まるように支えることが重要であると著者は考えている。これらは精神分析的な支持的アプローチといえるだろう。

パーソナリティ障害の診療において「構造化すること」は特に重要である<sup>3)</sup>。パーソナリティ障害に対する一般外来診療の治療構造として著者が最も重視していることは、できるだけ患者と毎週会うということである。たとえ10分程度の時間であっても、治療者と患者が毎週診察室で会うことによって、それがお互いの1週間の生活リズムの中に内在化されるかもしれない。本シンポジストの1人である藤山は、精神分析の営みを「文化」に喩えている。それは精神分析の実践が分析者と被分析者の間で何かを育成 (cultivate) することであり、それ自体1つの治療文化を形成していることを示唆している<sup>4)</sup>。また藤山は精神分析の営みを「生活療法」にも喩えている<sup>2)</sup>。それは精神分析の実践が患者の人生の一時期における覚醒時から睡眠時に至る患者のすべての生活に大きな影響を及ぼすからである。「文化」や「生活療法」という概念は、精神分析の重要な要素であると著者は考えている。

フロイトは、精神分析の技法を大衆に適用する時には、分析という「純金」に暗示という銅を混ぜ合わせて「合金」にするような技法の修正の工夫が必要であると述べている<sup>1)</sup>。精神分析を一般外来診療に応用するのであれば、精神分析の「純

金」を一般外来診療という現実の中に混ぜ合わせて「合金」にすることであろう。ここでいう精神分析の「純金」とは、藤山のいう「文化」や「生活療法」であると著者は考えている。つまり一般外来診療の中にも、精神分析の「純金」は存在するということである。言い換えれば、精神分析の「純金」とは、一見精神分析的とはいえないものの中に精神分析の「純金」を探そうとする精神分析的態度といえるだろう。

### 3. 一般外来診療における治療文化

精神分析が1つの治療文化を形成しているならば、一般外来診療も1つの治療文化を形成していると思われる<sup>4)</sup>。本稿において著者が一般外来の実践を「治療」ではなく、「診療」と表現したのは、そこに精神療法やマネジメントなどの専門用語では表現できない1つの治療文化を感じるからである。それは、かかりつけ医、一般医、家庭医などの治療文化に近いかもしれない。患者は生活に密着してかかりつけ医の診療施設を受診するし、慢性患者であれば、通院すること自体を日常的なことのようには体験するだろう。精神科一般外来診療の中にもそのような治療文化を垣間見ることができる<sup>4)</sup>。地域や診療施設によって異なるかもしれないが、今回提示した症例のように、長期に渡って毎週のように精神科一般外来を受診する患者はおそらく少なくないだろう。そのような患者は、通院することを日常的なことのようには体験していると思われるし、そのような場合には、治療者もまた患者と毎週会うことを日常的なことのようには感じている。

精神科慢性患者の多くは精神科一般外来診療に対して日常生活を転移しているだろうし、多くの治療者はそのような転移を一般外来診療の中で現実的に受容しているように思われる。特に一般外来診療においてパーソナリティ障害患者の診療に携わる際には、このような転移を受容することが臨床的に重要である。標準的な精神分析精神療法と精神科一般外来を対比すれば、前者では転移のワークスルーが目標であり、後者では症状軽減や

適応向上など支持自体が目標である。前者において転移の現実的な受容が一過程であるならば、それは精神分析的精神療法の支持的要素になるだろうし、後者において転移の現実的な受容の意味を理解していれば、それは分析的要素になるだろう。

補遺：本稿で述べた内容は、あくまで著者の実践している一般外来診療の一側面であり、すべての一般外来診療の実践を代表するものではない。医療機関の種類（精神科病院か総合病院か診療所かなど）、精神科医の専門性や訓練、精神科医の勤務形態（常勤か非常勤かなど）、予約制の有無、診察時間、地域性などによって、一般外来診療の臨床実践はおそらく様々である。また精神分析や精神分析的精神療法の実践について、著者はスーパーヴァイジーとスーパーヴァイザーの双方の立場でスーパーヴィジョン経験があるが、精神科一般外来診療についてのスーパーヴィジョン経験はない。よって今回提示した症例は、症例検討会や治療連携の他にスーパーヴィジョンなどを受けていないので、本稿の内容は極めてパーソナルな経験といえるかもしれない。

### おわりに

本稿において、著者は精神分析的精神療法から精神科一般外来診療に移行したパーソナリティ障害の症例を提示し、その体験的比較を通じて、精神分析と一般外来診療の違いについて論じた。著者は、精神分析の「純金」を一般外来診療の「銅」に混ぜて「合金」にすることによって精神分析の一般外来診療への応用を試みた。その過程は、一般外来診療という「合金」の中に精神分析の「純金」を見出すことでもあった。ここでいう精神分析の「純金」とは、「文化」や「生活」であり、いずれもパーソナリティ障害の治療において重要な要素だと考えられた。

## 謝 辞

本シンポジウムの企画の過程でご尽力下さった満岡義敬先生、今回発表の機会を与えて下さったコーディネーターの白波瀬丈一郎先生に感謝いたします。また発表当日に貴重な助言を下さった司会の狩野力八郎先生と松木邦裕先生、御討論下さったシンポジストとフロアの先生方に御礼申し上げます。

## 文 献

1) Freud, S.: Lines of Advance in Psycho-Analytic Therapy, SE-17, 1919(小此木敬吾訳: 精神分析療法の道, フロイト著作集9, 人文書院, 京都, 1983)

2) 藤山直樹: 精神分析的実践における頻度—「生活療法としての精神分析」の視点—, 精神分析研究, 56 (1); 15-23, 2012

3) 狩野力八郎, 山岡昌之, 高野 晶編著: 日常診療でみる人格障害—分類・診断・治療とその対応, 三輪書店, 東京, 2004

4) 岡田暁宜, 権 成鉉編著: 精神分析と文化—臨床的視座の展開—, 岩崎学術出版社, 東京, 2012

5) 松木邦裕: 精神科臨床での日常的冒険—限られた風景の中で, 金剛出版, 東京, 2001

## General Outpatient Treatment for Personality Disorders : From “pure gold” to “alloy”

Akiyoshi OKADA

*Department of Psychology and Human Relations, Nanzan University Faculty of Humanities*

Psychoanalysis has greatly contributed to the treatment of personality disorders. Psychoanalysis comprises clinical practices like psychoanalysis treatment and psychoanalytic psychotherapy. General outpatient psychiatry (unlisted as a subspecialty in psychiatry), itself a specialty, often lacks a standard psychoanalytic therapy structure. Today, in such general outpatient treatments, there are quite a few opportunities to engage in the diagnosis and treatment of personality disorders. Psychoanalysis and general outpatient treatment are inherently entirely different clinical practices. However, psychoanalysis also allows these two distinct clinical practices to be combined. The former psychoanalysis is “psychoanalysis as a method,” while the latter psychoanalysis is called “psychoanalysis as an understanding.”

Freud (1919) believed that the copper of suggestion could be mixed with the pure gold of psychoanalysis to make an alloy that would enable an increase in the applicability of psychoanalysis. If what Fujiyama (2012) calls “psychoanalysis as a culture” or “psychoanalysis as a life therapy” is understood to be the pure gold of psychoanalysis, then the author suggests that general outpatient treatment is established by mixing the copper of reality with the pure gold of these forms of psychoanalysis. This process is for discovering the pure gold of psychoanalysis within the alloy of general outpatient treatment, which, itself, could also be called the pure gold of psychoanalysis. General outpatient treatment also has a therapy culture, and supporting the patient’s life in such a therapy culture is important in the general outpatient treatment of personality disorders.

< Author’s abstract >

< **Key words** : psychoanalysis, personality disorder, general outpatient psychiatry,  
therapy-structure, therapy culture >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 産業精神保健への精神分析の活用 ——KEAP (Keio Employee Assistance Program) の実践——

白波瀬 丈一郎

(慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

世界保健機関 (WHO) の健康の定義によれば、働くことは健康の重要な構成要素である。したがって、産業精神保健活動の真のゴールは単に精神疾患の予防や寛解に留まらず、働く能力の再生および回復にあるといえる。しかしながら、わが国の産業精神保健の現場では、働くことによってもたらされる健康障害の側面を過剰に重視する傾向がある。その結果、産業精神保健における支援は過度に保護的になり、長期休業から職場復帰に取り組む労働者の働く能力の再生回復を却って阻む障壁となっている側面がある。筆者はこの障壁を生み出す要因を、精神分析学の知見から、不安およびそこから派生する固定観念と基底的想定集団として抽出した。さらに、適応論的観点も加えた新たな支援モデル (KEAP) を研究開発中である。それは、既存の EAP の多くが外部 EAP の形態であるのとは異なり、複数の臨床心理士が企業内に常駐する内部 EAP の体制をとる。また、働く能力の再生を目標として職場に戻った後の支援に力を入れていることもその特徴の 1 つである。メンタルヘルス不調をもつ労働者だけでなく、彼らを取り巻く職場管理監督者、人事担当者、そして健康管理従事者などの不安を緩和し、彼らが固定観念に支配されるのを防止する。このようにして、職場の精神保健に関わる全ての人々が主体的に活動できる、産業精神保健活動を実現し実践している。

<索引用語：精神分析，産業精神保健，EAP，適応論的観点>

### はじめに

世界保健機関 (WHO) によれば、健康とは、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とされている。その意味で、働くことは健康の重要な構成要素であるといえる。働くことは社会的活動そのものであり、さらに自らを価値ある存在として認識する源泉でもある。したがって、産業保健活動の真のゴールは単に精神疾患の予防や寛解に留まらず、働く能力の再生および回復にあるといえる。

Erickson<sup>2)</sup>によれば、精神分析学の創始者であるフロイトは、ある時正常な人間にできなくてはならないことは何であろうかと問われ、「愛する

ことと、働くこと (lieben und arbeiten)」と答えたという。すなわち、フロイトは働くことを人間にとっての重要な成長課題として捉えていたと考えられる。

一方、産業精神保健の現場に目を転じてみると、働くことによってもたらされる健康障害の側面を重視するあまり、健康の構成要素としての働くことの側面は少なからず看過されている観がある。精神疾患により休業した労働者が職場復帰する際に、職場管理監督者や産業医は精神疾患の再発や悪化を恐れるあまり、業務割当を増やせないままに経過している場合がある。こうした配慮が精神疾患をもつ労働者が働く上で適切に機能していれば、それは望ましい対応である。しかし、そ

の配慮の結果、労働者本人の自尊心の低下や、職場の労働意欲や生産性の低下が生じていることがある。いつまでも一人前の役割を任せてもらえないという思いは、周囲の同僚に対する引け目をもたらすことがある。また、ある労働者だけがいつまでも特別扱いされていれば、周囲の労働者たちの労働意欲は下がり、その職場の生産性の低下という結果となることがある。このような状況の場合、精神障害をもつ労働者への配慮それ自身が健康障害になっているという側面から検討するべきである。

本論では、精神分析学の知見を用いて、働く能力の再生と回復とを目指す産業精神保健の実践について検討してみたい。

## I. 不安に彩られた固定観念 ——基本的視座 その1——

働く能力の再生と回復を目指した産業精神保健の実践に取り組もうとするとき、その前には、精神科医を含めそこに関わる人々が抱く不安とそれに基づく固定観念が立ち塞がる。

精神科医の仲間と産業精神保健について話すとき「いわゆる、企業の本音は精神障害者の切り捨て」とか「どんなに一所懸命に取り組んでも、結局企業に利用されるだけ。頑張るだけ損をする」といった反応がしばしば返ってくる。精神疾患を有する部下への対応方法について職場の管理監督者と話し合っているとき、彼らの発言には「下手に業務割当を増やして、もしまた社員が調子を崩したら、上司である自分の責任が問われることになる」という不安が見え隠れする。人事担当者の態度は少なからずリスク回避の視点に立脚している。また、産業医からは「精神科主治医の判断を覆すのは難しい」という発言が聞かれることがある。これらの発言や考えは的を射たものである場合がある。しかし、ここで問題なのは、これらが正しいか間違っているかではない。そう発言したり考えたりする人々に、それを唯一無二の結論だと頭から信じて、批判的に自らの考えを検討する姿勢がみられないことが問題なのである。結果、

彼らは固定観念に囚われ、目の前の問題を解決するために創造的に思考する作業を怠り、未来のさまざまな可能性に心を閉ざしてしまうことになる。「精神を病んだ労働者は結局働けるようにならない」という新たな固定観念の再生産にもつながることになる。

## II. 集団力動——基本的視座 その2——

職場復帰には病状悪化の危険性だけでなく、雇用継続に関する問題が伴っている。「いつまでも休んでいると、会社を辞めさせられるのではないか」という労働者側の不安であったり、「こんな状態で戻ってきても、任せられる仕事がない」という使用者側の懸念や「かといって、強引なことをしたら、不当解雇で訴えられたり、自殺につながったりするのでは」という不安であったりする。職場復帰に際しては、このように労使間の利害対立が惹起されやすく、両者は緊張と不安を伴った疑心暗鬼に陥りやすい<sup>6)</sup>。心理的重圧が加わったときに、集団に生じる心理的影響を研究したのがBion<sup>1)</sup>である。

Bionによれば、すべての集団には課題集団(work group)と基底的理想集団(basic assumption group)という2つの側面が存在している。課題集団とは、その集団が担っている課題の解決に向けてメンバーが主体的に取り組むことができている状態をさす。職場復帰であれば、働く能力の再生と回復という目標に向けて労使が協力して、主体的にその作業に取り組んでいる状態をいう。一方、基底的理想集団とは、メンバー同士が一切打ち合わせていないにもかかわらず、集団全体を非合理的な理想が支配している状態をさす。心理的重圧に曝されると基底的理想集団の側面が活性化する。この状態に陥った集団のメンバーたちは自分たちに課題解決はできないという思いに支配され、みな受動的になるという特徴がある。基底的理想集団の例として、依存集団、闘争-逃避集団などがある。職場復帰に関する場面でしばしば目にする光景はこの基底的理想集団によく当てはまる。依存集団では、課題はリーダーにしか解

決できないという想定があるかのように、メンバーはみなリーダーに依存的となり盲目的に従属する。職場復帰の是非の判断の際に、職場管理監督者や人事担当者が精神科専門医に復帰希望者の処遇を決めてもらおうとする状況である。闘争-逃避集団とは、課題が解決しない原因を誰かに負わせて、その人を非難したり攻撃したりする集団である。そこには、原因となっている人がちゃんとすれば、課題は解決するという想定が存在するかのようである。それが「犯人探し」という形で表面化すると、集団内の軋轢が強まる。健康管理組織のスタッフの「人事は、産業衛生を何たるかを何もわかっていない」という発言や、人事担当者の「健康管理組織のスタッフは個人情報を守る盾にとって、何も協力しない」という発言がそれにあたる。一方、「犯人」を集団の外側に見出す場合は、「本人はわがままばかりいつている」とか「主治医は会社の状況を何もわかっていない」といった議論がおり、集団は偽りの団結力を示す。いずれにしても、基底的理想集団の側面が活性化した集団では、課題解決に向けて生産的な取り組みを行うことができなくなる。

したがって、産業精神保健の実践において、当該集団の課題集団としての側面を如何に活性化するか重要な課題となる。

### Ⅲ. 適応論的観点——基本的視座 その3——

適応とは、人が環境や状況の中で、その要請に応じつつ、同時に自らの要求をも生かして、著しい葛藤や不安などのストレスを経験することなしに生活することをいう。換言すれば、人と環境の間には齟齬をきたす可能性が常に存在しており、齟齬防止のために、人は環境に働きかけたり自らを変化させたりするよう努力することを前提としている。

適応論的観点では、適応過程、すなわち不適応状態から新たな適応に向けて人が努力する過程を想定する。この適応過程には大別して、人が環境に働きかけて環境を人に適合するように変化させていく対象可塑的 (alloplastic) な適応過程と、人

が自分自身を環境に適合するように変化させていく自己可塑的 (autoplastic) な適応過程が存在する<sup>5)</sup>。すなわち、適応とは単純な因果関係の結果ではなく、常に変化し互いに影響し合う人と環境との間で動的に形成され続ける平衡状態であるといえる。不適応は単なる結果ではなく、それは新たな適応のための出発点でもある。不適応状態から、新たな適応のための課題を見出し、その課題達成に向けて努力することこそが適応過程である。

近代化、あるいは便利になるということは、環境側が人の要望に応じて変化することであり、適応過程において人の側に求められる努力を免除することにつながる可能性を含んでいる。近年の権威の失墜や価値の多様化という風潮も加わって、現代社会では自己可塑的な適応過程を促進する仕組みが弱体化しているといえる。こうした傾向に対しても、適応論的観点は一定の批判的視点を提供する。

以上の適応論的観点から、新たな職場復帰支援モデルが提起される。それは精神疾患による休業を不適応エピソードと考え、職場復帰プロセスを新たな適応に向けての適応過程と捉える。この支援モデルでは、職場復帰にあたって精神疾患が働く上で支障がない程度に改善していることだけでなく、何故不適応に陥ったかを振り返り、今後同じことを繰り返さないための再発予防を行うことが求められる。支援者は、不適応に陥った労働者自身に加え、彼らを取り巻く人々から情報収集を行い、それらをもとに労働者と不適応の要因について詳細に検討する。そこから、新たな適応のための課題をも見つけ出し、その課題達成に向けて彼らと協働しつつ、職場復帰プロセスを支援する。

### Ⅳ. 産業精神保健の対象と多職種チームによる実践——基本的視座 その4——

適応論的観点は、産業精神保健の実践の対象が狭義の精神疾患に留まらないことと、その実践は多職種のチームによって担われるべきであることもまた提起する。働くことにおける適応の失敗の結果として精神疾患が生じる危険性が存在する。

表1 KEAP 勤務体制

|          |    | 月    | 火    | 水    | 木    | 金    |
|----------|----|------|------|------|------|------|
| 臨床心理士 3名 | 午前 | 慶 應  | 契約企業 | 契約企業 | 契約企業 | 契約企業 |
|          | 午後 | 契約企業 | 契約企業 | 慶 應  | 契約企業 | 契約企業 |
| 精神科医 A   | 午前 | 慶 應  |      |      |      |      |
|          | 午後 |      | 契約企業 | 慶 應  |      | 契約企業 |
| 精神科医 B   | 午前 | 慶 應  |      |      | 契約企業 |      |
|          | 午後 | 契約企業 |      | 慶 應  |      |      |

しかし、働くことへの適応の失敗が常に精神疾患という結果に至るわけではない。むしろ、精神疾患という結果に至るのは不適応のごく一部であり、多くは勤怠問題（遅刻欠勤）、生産性の低下、事故頻発、職場の対人関係問題や士気の低下などのより広い問題を呈する。また、不適応と精神疾患の関係は、不適応の結果精神疾患が発生するという関係性だけでなく、精神疾患が要因となって種々の不適応が生じてくる場合もある。すなわち、適応論的観点により産業精神保健の実践は、狭義の精神疾患だけでなくより広範な問題もその対象として捉えることが可能になる。これに伴い、以下「精神疾患をもつ労働者」を「メンタルヘルス不調者」と呼ぶことにする。

対象が狭義の精神疾患にとどまらないという意味で、その実践は精神科医のみによって担えるものではなく、産業医、保健師、看護師、臨床心理士、精神保健福祉士、さらに人事・労務担当者や職場管理監督者など、多職種からなるチームによって担われるべきものであることをも示している。

## V. KEAP

慶應義塾大学病院では精神・神経科が中心となって、働く能力の再生と回復とを目指す産業精神保健プログラム KEAP (Keio Employee Assistance Program: キープ) を、2009 年度から従業員数 1 万人規模の企業と委託契約を結び、協同開発中である。

KEAP では、精神科医 2 名と臨床心理士 3 名が 1 つのチームを構成している。精神科医は各々週 2 コマ (1 コマは 3 時間) 契約企業に勤務し、臨床心理士は契約企業に常駐する、内部 EAP (employee assistance program) 型の体制をとっている (表 1)。こうした体制をとることで、臨床心理士が契約企業の状況をきめ細やかに把握すると共に、人事担当者、産業保健スタッフ、そして職場の管理監督者との緊密な連携基盤を作り上げている。その連携基盤を活用して、精神科医と臨床心理士が、職場復帰に取り組むメンタルヘルス不調者、および彼らに関わる人々の不安を緩和し、彼らが固定観念に支配されるのを防止する。その上で、職場復帰過程に関わる全ての人々が主体的に関われる産業精神保健活動を実践している。

KEAP は上記のような基本的視座に基づいており、職場復帰支援のパラダイムシフト、職場復帰プロセスの標準化と可視化、そして目標設定型の職場復帰プロセスという 3 つの特徴を持っている。

## VI. 職場復帰支援のパラダイムシフト

リスク回避偏重の現在、産業精神保健の現場では、復帰後に精神疾患を悪化再発させないことが非常に重視されている。この考え方自体は、職場復帰に取り組むメンタルヘルス不調者が過剰な負担を感じることなく職場復帰を果たせるという意味では大変望ましい。しかし、こうした重視により働くことがなごりにされることが少なくな

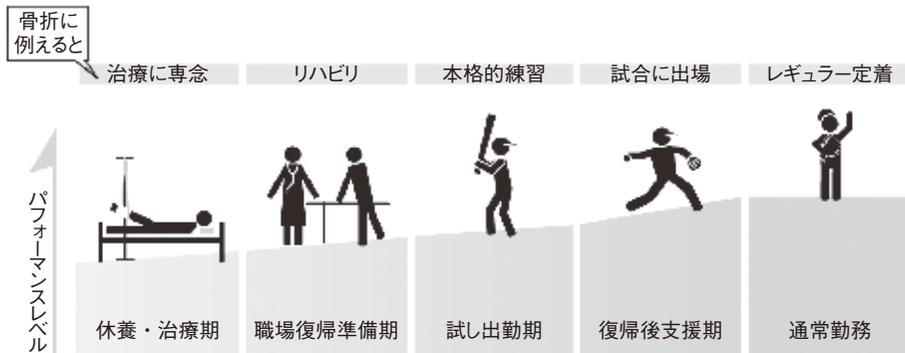


図1 4つの支援フェーズ

い。その場合は、こうした職場復帰支援のあり方は、メンタルヘルス不調者の働く能力を再生することにならず、長期的には彼らが社会から脱落するという顛末につながる危険性を孕んでいる。

KEAPでは、職場復帰支援においてメンタルヘルス不調者に過剰な負荷をかけないと同時に、働く能力を再生させていくという側面を強調する意味で、職場復帰プロセスを「故障者リスト入りしたスポーツ選手がレギュラー復帰を目指す取り組み」というアナロジーを用いている。さらに、このアナロジーにより、ともすれば会社側がメンタルヘルス不調者を職場に戻してあげることと捉えられがちな職場復帰支援のパラダイムシフトを目指している。職場復帰の主役はあくまでもメンタルヘルス不調者本人であり、彼らに関わる人々の役割はあくまでも、その彼らの取り組み（挑戦）に対する支援であることを明確化している。

また、メンタルヘルス不調による休業を不適応エピソードと捉え、KEAPの臨床心理士と精神科専門医とが連携しながら、職場復帰を希望する労働者と原則週1回の面談を4週間（必要に応じて延長することもある）実施し、その中で次の事柄について確認、評価を行う。①メンタルヘルス不調者が医学的に業務に復帰するのに問題がない程度に回復していることの確認、②日常生活リズムが整い、活動性および作業能力が職場復帰に足る状態になっていることの評価、③今回の不適応エピソードの振り返りに基づく、再発予防策の作

成。この再発予防策は、職場復帰時に人事担当者および職場管理監督者とも共有し、彼らの協力も得ながら、KEAPの臨床心理士と精神科専門医は再発予防策がしっかりと実行されることを支援する。

さらに、臨床心理士が契約企業に常駐していることにより、労働者や職場管理監督者、人事担当者からの相談や問い合わせに対して、従来のEAPに比べて迅速かつ細やかな対応が可能である。医療的介入が必要な場合は、慶應義塾大学病院精神・神経科と連携する体制も整えられている。

## Ⅶ. 職場復帰プロセスの標準化と可視化

KEAPでは、故障者リスト入りからレギュラー定着までを5つのフェーズに分類し、通常勤務を除く4つのフェーズ（休養・治療期、職場復帰準備期、試し出勤期、復帰後支援期）を職場復帰プロセスと位置づける（図1）。各フェーズを終了するための基準を定めると共に、フェーズ毎にクリティカルパスを作成した。そうすることで、メンタルヘルス不調者をはじめ彼らを取り巻く人々が全員で目指すべき目標の共有と、各フェーズで担うべき役割の明確化を可能にした。この共有と明確化により職場復帰プロセスに関わる人々の不安の軽減を図り、その集団において基底的想定集団が活性化するのを防止する対策を行っている。

## Ⅷ. 目標設定型の職場復帰プロセス

KEAPでは、使用者が当該のメンタルヘルス不調者に求める業務役割を職場復帰後6ヵ月間で達成できるようになることを目指している。その達成を確実なものにするために、厚生労働省「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」<sup>4)</sup>に則り、職場復帰に際して元の就業状態に戻るまでにいくつかの段階を設定し、それぞれの段階に応じた内容と期間の設定を行っている。具体的には、職場復帰準備期にメンタルヘルス不調者に復帰6ヵ月後の目標管理シートの作成という課題を与える。その目標の妥当性（内容の妥当性や、設定目標が過剰に高すぎないか過剰に低すぎないかなど）を職場管理監督者と検討する。不調者本人と職場管理監督者で同意に達したら、その結果を人事担当者、KEAPスタッフも加えて共有し、さらに6ヵ月後の目標までのプランを作成する。そのプランは、6ヵ月後の目標から遡る形で、復帰時に達成すべき課題、復帰2ヵ月後に達成すべき課題、復帰4ヵ月後に達成すべき課題という具合に具体化していく。

## おわりに

かつて産業精神保健の現場では、精神疾患への無理解のために、精神疾患を持つ労働者は偏見の目で見られたり必要な配慮を受けられなかったりした。これらの問題は、1988年に公示された「事業場における労働者の健康保持増進のための指針」<sup>3)</sup>などをはじめとしたさまざまな取り組みにより、徐々に改善されつつある。その一方で、現

在新たに問題になりつつあるのが、メンタルヘルス不調者の働く能力を如何に再生回復させるかである。

本論では、メンタルヘルス不調者の働く能力の再生回復を阻む障壁を生み出す要因を、精神分析学の知見から、不安およびそこから派生する固定観念と基底的想定集団として抽出した。さらに適応論的観点も加えて、メンタルヘルス不調者の働く能力の再生を目的として現在研究開発中の新たな支援モデル（KEAP）について述べた。

## 文 献

- 1) Bion, W. R.: Experiences in group and other papers. Routledge, 1961
- 2) Erickson, E. H.: Childhood and society. Norton, New York, 1950 (仁科弥生訳: 幼児期と社会 I. みすず書房, 東京, p.340, 1977)
- 3) 厚生労働省: 事業場における労働者の健康保持増進のための指針 (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei12/pdf/10.pdf>, 1988)
- 4) 厚生労働省: 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き (<http://www.mhlw.go.jp/bunya/roudoukijun/anzeneisei28/dl/01.pdf>, 2009)
- 5) Rappaport, D., Gill, M. M.: The points of view and assumptions of metapsychology. Int J Psychoanal, 40; 153-162, 1959 (鹿野達男訳: 超心理学の観点と仮説. 精神分析研究, 7 (3); 85-89, 1960)
- 6) 白波瀬丈一郎: 企業におけるうつ状態—主治医と経営者は何故手を結べないのか—. 治療, 93 (12); 2443-2446, 2011

## Application of Psychoanalysis to Occupational Mental Health : The Keio Employee Assistance Program (KEAP)

Joichiro SHIRAHASE

*Department of Neuro-psychiatry, Keio University School of Medicine*

According to the World Health Organization, work is an important factor contributing to people's health. The true goals of occupational mental health programs, therefore, should be to not only prevent mental illness and/or achieve remission, but also to rebuild and restore the motivation and ability to work. However, there is a tendency, at actual sites of occupational mental health services in Japan, to unduly stress the aspects of health problems brought about by work itself. This leads to an overly protective culture within these assistance services that can actually obstruct the progress of individuals who wish to return to the workplace after an extended leave of absence.

In this paper, I use psychoanalytic knowledge to identify the factors that create this obstacle : namely, anxiety, fixed notions derived from anxiety, and the basic assumption group. A study is currently under way to create a new support model, the Keio Employee Assistance Program (KEAP), which is designed by incorporating an adaptive point of view. While many existing employee assistance programs (EAPs) are based outside the corporate organization, the KEAP adopts an internal EAP setup, in which multiple clinical psychologists work full-time within the corporation. Another characteristic of the KEAP is the emphasis it places on the provision of support to returnees to help rebuild their skills and work capabilities. The program eases the anxieties not only of workers with mental health problems, but also of the workplace managers and supervisors who work alongside these individuals, employees in charge of personnel affairs, and individuals engaged in health management, thus preventing the latter groups of people from being obsessed with fixed notions associated with mental health. The KEAP adopts occupational mental health practices that allow everyone involved with workplace mental health to carry out their responsibilities both spontaneously and proactively.

< Author's abstract >

< Key words : psychoanalysis, occupational mental health, EAP, adaptive point of view >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

我が国の精神医療におけるコンプレックス・インターベンションの可能性  
——複雑な臨床要素を疫学研究に生かす, Shrinking Shrinking “役割を失う精神科医”  
時代の新たな方法論——宗 未来<sup>1)</sup>, 山口 創生<sup>2)</sup>

- 1) ロンドン大学キングス・カレッジ精神医学研究所心理学部,
- 2) 国立精神神経科医療研究センター社会復帰研究部

現実の臨床場面は、“複雑”である。一方で、現状の大半の無作為統制試験 (RCT) は、介入や評価を単純化することで内的妥当性を高める効能研究が中心である。その結果、臨床場面における重要な寄与因子である“複雑”な要素まで削られることで外的妥当性がトレードオフされ、事実上は効能研究を系統化して作成される治療指針と実地臨床の間に生じるユーザビリティ・ギャップが問題化している。近年、この“複雑”を介入（および評価）因子として研究デザインに考慮したコンプレックス・インターベンション (CI: 複雑介入) という概念が、特に“複雑”要因の多いとされる精神医療において、WHO の介入研究を中心として国際的に重視されてきている。本稿では CI の概要を紹介するとともに、英国 MRC (Medical Research Council) による “Developing and Evaluating Complex Interventions: the New Medical Research Council Guidance” に基づいた CI の研究上の留意点や今後の課題を挙げる。

CI の定義は、“多様な相互関連要素を持ち、非直線的な経路の因果関係を有する介入” とされる。例としては、サービス提供者の質や動機付けが問われるリハビリ、健康教育や心理療法、サービス提供能力の有無の影響が大きな介入チームや組織の構造、多面的な要因を考慮する必要がある地域／グループ介入やコスト評価などと多岐にわたる。“複雑”を介入や評価対象に含めることで既存の研究枠組みから、より発展的な方向を目指す目的で 2000 年に作成、2008 年に改訂された英国 MRC 指針が有用とされる。特に、CI の研究プロセスの進展や評価において、しばしば研究者が介入の明確化や進展に難航したことから提唱された、段階別に研究進展プロセスを定義したフレームワークの有用性が注目されている。加えて改訂版では、柔軟性の高い双方向のプロセス・モデルの提唱が強調された。CI における留意点として、デザイン面、プロセス評価などが挙げられる。

また、CI は定量研究と定性研究の混合研究の手法としても期待されている。一方で、限界としてコスト面、理論面の相対的軽視、準備期間長期化による弊害などが挙げられる。複雑な現実の臨床に即した臨床研究は時代の要請である上、精神科医からコメディカルへのタスク・シフト（権限移譲）などの国際的なトレンドに対する建設的な対応策としても我が国においても期待される。その際には MRC 指針も有用であると考えられる。

<索引用語：コンプレックス・インターベンション、複雑介入、MRC (医学研究会議)、効能研究、タスク・シフト>

第108回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012年5月24～26日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 若手が質の良い臨床研究を行うために：英国の臨床疫学に学ぶ新しい研究方法論 司会：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），中川 敦夫（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臨床研究教育研修室）

## はじめに

EBM (Evidence-based medicine) の重要性が叫ばれる昨今、推奨される治療ガイドラインやアルゴリズムと、実地臨床におけるユーザビリティとの間のギャップが問題視され、それを乗り越えるために Complex Intervention (CI: 複雑介入) の概念が英国で注目されている。今後の我が国における精神医療においても参考になると考えられ、CI の精神医療への導入可能性について言及するとともに導入に際して若干の考察を加えた。

## I. 背景

現在、精神医療では薬物療法に加え、心理社会的介入においても国際的に EBM の重視が叫ばれており、大きなパラダイムシフトを迎えている。しかし、精神医療における EBM 発展の中で、疫学的に洗練された既存の治療ガイドラインやアルゴリズムはその存在感を高めた一方で、実地臨床との違いに戸惑う臨床家の声も少なくない<sup>13,25)</sup>。その理由は、現在の EBM におけるエビデンスは、介入効果を最大化するために可能な限り介入を単純化し、臨床場面を理想化した実験的空間での研究、いわゆる効能研究の蓄積が主であることから、その結果が“複雑”な臨床場面にそのまま適用されにくい点にあるとされる。この対策として提唱されているのが、本稿にて紹介する CI である。さらに、政策決定者も従来のような効能研究の集積結果からだけでは単純に政策決定できないと判断するようになり、医療経済的観点や適切なセグメンテーション、ターゲティングおよびポジショニング、さらに専門家のクオリティー・コントロールといった複雑性を考慮した研究を求めていることも CI が注目される理由とされる<sup>4,28)</sup>。近年、この“複雑”を研究デザインに考慮した CI という手法が、“複雑”要因の多いとされる精神医療においても WHO プロジェクト (Mental Health Gap Action Programme: mhGAP) などで運用されたことから英国内からより国際的な場面で注目されだしている。本稿では、従来型の無作為統制試験 (randomized control trial: RCT) からのエ

ビデンスの限界を整理した上で、英国 MRC (Medical Research Council) による “Developing and Evaluating Complex Interventions: the New Medical Research Council Guidance”<sup>8)</sup> に基づいた CI の概要や研究上の留意点、今後の日本導入の是非を議論する。

## II. 既存の RCT の限界

言うまでもなく RCT は現代医学のゴールド・スタンダードである。例えば National Library of Medicine<sup>18)</sup> は「既存の研究手法の中で介入とアウトカムの因果関係を判断する最も厳密かつ正確性が高い」と明言している。近年は介入の費用対効果研究においても RCT の有用性に評価が高まっている。

しかし、現在主流の RCT は<sup>23)</sup>、内的妥当性を高めるために、その結果がどこまで広く一般化できるかという外的妥当性が犠牲にされる傾向にある。Gray が「臨床現場には、交絡因子しかない」<sup>12)</sup> と指摘するように実際の臨床現場は介入の効果に影響する多くの外的要因がある。例えば、RCT における介入施行者は典型的な治療者に比べて高い動機、専門的な能力、特に際立った介入への興味や関心を有する (professional atypicality) ことから、実際の臨床場面より効果が大きくなることが知られる。英国では通常外来に比べて、治験環境は対応が丁寧で手厚くなることから「治験に参加して、初めて医師とゆっくり話せた」といったロールス・ロイス現象といわれる治験参加者の言葉さえ報告される<sup>5)</sup>。これらはホーソン効果など<sup>1)</sup>のバイアスとして外的妥当性の低下へとつながる。また、治療者側だけの問題ではなく、被験者である患者側の問題も挙げられる。精神科における頻度の高い要因として、併存症 (comorbidity) や物質乱用、性差をはじめとして、それ以外にも多彩な条件が挙げられるが、多くの RCT 被験者はそういった交絡要因を把握しきれないため、介入結果に代表性の問題が生じる。そのため RCT の結果から効果があるとされる介入においても、実験的空間で行われた研究 (効能研究) の

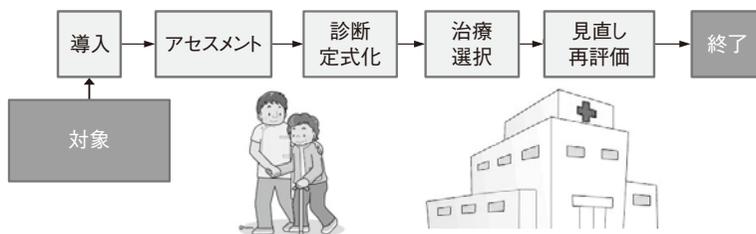


図1 一般に想定される単純な患者パスウェイの例  
(文献10より引用)

ため、その結果が臨床場面には適応できない可能性が高まる。我々は効能研究型のRCTの限界を認め、より臨床に即した効果研究的手法を現実化するためのCIのような方法論を必要としている。

### Ⅲ. CIの定義

CIを一言でいえば、介入を効能研究のように単純に設定せず、介入が種々の“複雑さ”を伴うという前提で扱うモデルである。そして、実際にはその「複雑さ」をどのように研究デザインに反映させるか？」に取り組む研究が広義のCIとして捉えられている。具体的に「何が複雑か？」という点については、英国MRCガイダンス<sup>8)</sup>は、①介入において相互作用を持つ要素が多い、②介入の提供・受診側の両者の行動上に多くの結果規定要因が認められる、③介入ターゲットとなるグループ数が多い、④対象組織レベルが多様である、⑤測定アウトカム数が多い、⑥アウトカム自体の不確定要素が多い、⑦許される介入の柔軟性や裁量的運用の程度に関する規定の必要性がある、などを挙げている。Haweら<sup>14)</sup>は、基本的にCIにおいて介入施行者の裁量性の自由度の設定や介入標準化の困難さという問題を特に焦点を当て特徴付けている。その他にもさまざまな定義が多様に提唱されているが、それらの多くを分析したPetticrew<sup>24)</sup>は、CIの定義として、“多様な相互関連要素を持ち、非直線的な経路の因果関係を有する介入”とまとめている。具体的な例としては、サービス提供者の質や動機付けが問われるリハビリ領域、健康教育や精神療法、個々のサービス提供者の能力が影響する介入チームや組織の構造、

多面的要因を考慮する必要がある地域／グループ介入や医療経済的評価など多岐にわたる<sup>6)</sup>。典型例としては英国では脳卒中専門病棟が挙げられる。脳卒中の治療あるいは介入の効果を考える際には、精査、薬物療法、採用する治療ガイドライン、退院やフォローアップの調整といった多様な要因に加えて、それぞれの専門家の専門性や成熟度の程度といった問題まで考慮を要する<sup>6)</sup>。そして、心理社会的介入が多い精神医療領域においてもこのアプローチの有用性が高く期待されている。精神医療においても、一般的な臨床パスウェイとしては図1のようなシンプルな前提でRCTが組まれることが多いが、現実の臨床は図2のように複雑であることは理解できるであろう。本稿では、後述するがより整理してわかりやすくするため、介入の複雑さと評価の複雑さという2点に分けて説明を加える。

### Ⅳ. CIにおける2つの複雑化

「複雑化とは何が複雑なのか？」という観点は、定義だけではやや理解しにくいですが、筆者らはCIを①評価の複雑さと、②介入の複雑さに分けることが理解の助けとなると考える。例えば、ある介入が効能研究型のRCTで効果あり(なし)だったとして、そこで2つの疑問が生じる。i) 介入の“何”が有効(無効)だったのか? ii) 現場で、どういう形で施行しうのか? という点である。前者はプロセス評価を軸として、評価の複雑化を研究に組み込むことでより緻密な介入機序の分析が可能となり治療の効率化などを可能とする。後者では、介入の現実臨床場面における複雑的要

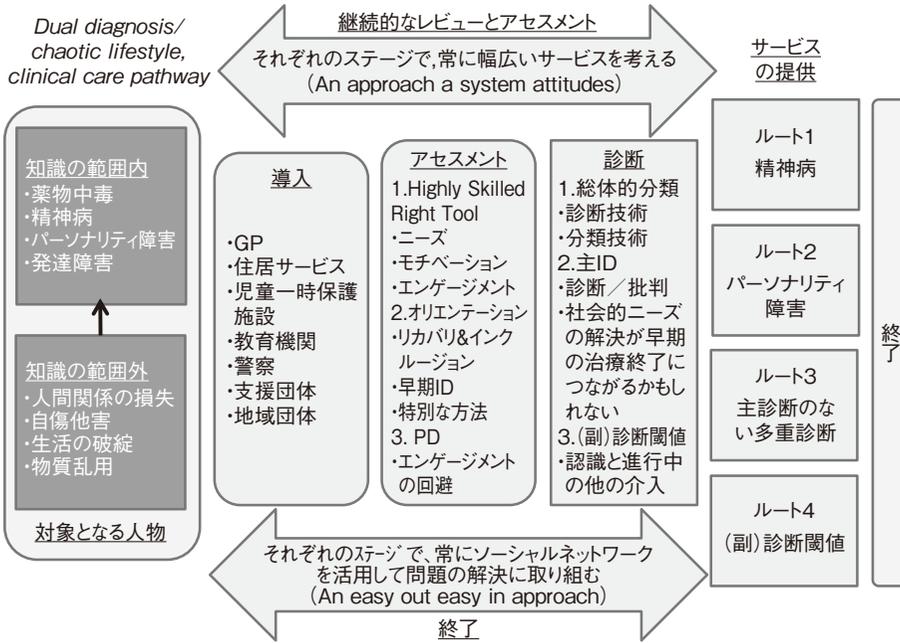


図2 現実の複雑なメンタルヘルスサービスの例

(文献10より引用)

素を統合的に分析することで、介入をサービス・システム全体の中でどう位置付けるかで運用の最適化につながるかといった介入の意味付けの検証が可能になる。以下、おのおのをさらに解説する。

1. 評価の複雑化

評価の複雑化として、CIでは結果だけでなくプロセス重視の意識がより求められる<sup>15)</sup>。従来の介入効果において重視されてきたアウトカム（計測可能な効果や優位性）も重要である一方で、CIでは介入研究としては軽視されてきたどれだけの実効性（Workability）が得られるか？ や、介入を巡る人々（介入者や患者など）がいかに効果的に組み合わせられるか（Integration）？ を評価として考慮すべきと考えられている<sup>3,11,27)</sup>。これは具体的には、介入実施プロセスにおける介入を巡る人々の個々の意識や動機といった a) 心理的な側面と<sup>2,9,21)</sup>、介入組織全体の集成的相乗作用や連動性といった b) 社会的な側面を評価に含むべきであると提唱されている<sup>7,26)</sup>。

May らは CI のプロセスとしては、介入を巡る人々における集成的な相互作用や相乗効果が主に 4 因子の影響を受けており、介入のプロセス評価として考慮されうると分析している<sup>15)</sup>。

(1) 介入を巡る人々の相互作用で影響を受ける介入実効性（Interactional workability）

これは、介入を巡る人々の連携でどのように介入活動がうまく行われるかという要因である。CI のプロセス評価により、介入に伴い生じるチームワークによる作業への協力的相互作用（調和性）や通常の作業パターンでどのくらいの成果を生みだせるか（処理適切性）？ の評価が可能になり、介入効果の増強に生かされる。

(2) 人間関係性の統合（Relational integration）

これは、どのように介入を巡る人々のネットワークの中で作業が共有理解されているかを意味する。CI の採用するプロセス評価では、患者に適切に理解してもらっただけでなく（アカウンタビリティ）、介入を巡る人々同士が互いの行動の意味を適切に理解することで生まれてくる安心感（信

頼性)も評価対象として利用される。

### (3) 介入技術に裏打ちされた実効性 (Skill-set workability)

これは、介入活動における個々の作業分担の質・量的な適正化の要因と言い換えられる。CIによるプロセス評価では、明確に定義された作業が質・量とも作業スキルに沿って妥当な配分がなされているか(作業割り当て)や、その結果としての適切な作業遂行の評価(パフォーマンス)も可能にする。

### (4) 組織合目的な統合 (Contextual integration)

これは、組織による介入へのサポートやガバナンスを意味する。CIは、介入作業を既存の組織構造や手続きに柔軟に結び付けるメカニズム(作業遂行性)や、組織による資源の配分や手配(作業実現性)も評価対象とする。

以上、4つの視点も含めた介入評価の複雑化は、機序をより深く理解し、介入の作用点を明確化することで、効能研究のポジティブ・データを現実の臨床応用の際に過大評価しすぎることを防ぐ。反対に、主要アウトカムがネガティブ・データであっても介入自体がすべて無意味とといった過小評価を避けることにも寄与する。実際のプロセス評価としては、詳細な①観察データ、②サービス内容をカテゴリー化して量的に把握するサービス・コード調査からのデータ、③介入施行者へのインタビューによる質的なデータ、あるいは④コスト・データが分析ではよく使用される<sup>17,20)</sup>。

## 2. 介入の複雑化

Petticrewは<sup>24)</sup>、多くのRCTの中で実施されている単純化された介入に比べて、現実の臨床場面は、より①非直線的、②多様な相乗効果を有し、③多くの好(悪)循環といったフィードバック経路の存在を示唆している。現在のEBMにおいては、個別のRCTで効果を示された介入が推奨されることが多く認められている。しかし、実際の臨床においては、単一の介入だけで済む可能性は少なく、多様な介入の組み合わせを効果的に組み

合わせる必要がさまざまなレベルで生じる。逆に、CIにおいては、臨床現場はさまざまな効果的介入を持った複合的なサービス供給体として捉え、それぞれの介入が「どこで、どのように使われればいいのか？」という疑問に取り組む。

例としては、英国でのコミュニティーでの実践統合が挙げられる。統合失調症への介入としては薬物療法以外に、認知行動療法(Cognitive Behaviour Therapy)、包括型地域生活支援(Assertive Community Treatment)、就労支援(Individual Placement and Support)、家族心理教育(Family Psycho-education)などが知られるが、これらはそれぞれのRCTの上に、パッケージとしての有効性もCIとして評価された。英国型のCI理論ではそれぞれの介入の治療忠実性を高めるプログラム理論型だけでなく、明確な効果を持つ介入を内包したサービス・システムをどう組み立てるかという複雑性を介入研究に反映させようとする。

## V. CIの発展と英国MRC指針

CIは狭義のヘルスサービスだけではなく、公衆衛生領域や健康に重大な影響を与える社会政策的な場面、例えば教育、交通、住宅といった領域でも広く注目されてきた。CIは、いくつかの相互作用的な要素を持つ介入であるがゆえに付随する問題点を抱える。例えば、その介入効果における評価上の適切性が問われる上に、加えて、複雑な要素が多いがゆえに標準化した研究デザインや、また介入方法自体の標準化もどこまで可能かといった問題も挙げられる。また、地域風土の違いにも対応が迫られる上、サービスや政策の妥当性を問うような社会実験的な研究をする際の組織の抵抗やその実現を支える体制の問題、複雑がゆえにその介入効果とそのアウトカムの関連性をどこまで見れば捉えられるかという問題も生じうる。

CIの重要性は認められてきた反面、具体的にどのように研究デザインにその複雑性を反映されるかという方法論については非常にわかりにくく、しばしば介入の明確化や研究の進展に支障を生じがちであった。そのため、段階別に研究進展プロ

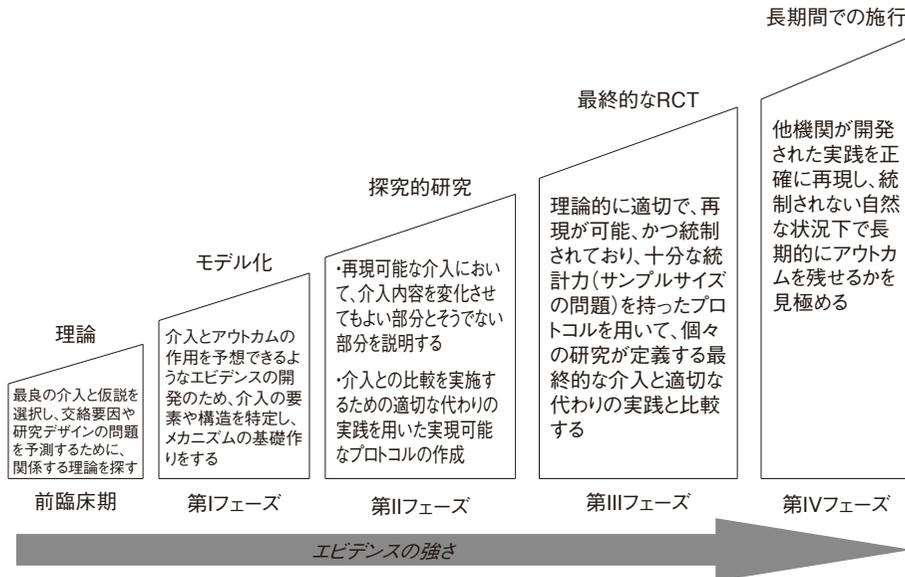


図3 コンプレックス・インターベンションにおける RCT の発展や施行のためのフレームワーク

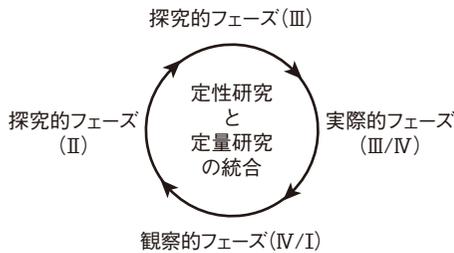


図4 2008年改訂の英国 MRC 指針双方向的プロセス・モデル

セスを定義したフレームワークの有用性が重視された。2000年に発表された英国 MRC 指針では薬物開発を参考にした直線的な連続フェーズ・モデルが提唱された(図3)<sup>17)</sup>、2008年改訂版ではより複雑要素の多い CI における相互作用的なプロセスを反映可能にする非直線的できめ細かい双方向のプロセス・モデルが提唱された(図4)<sup>8)</sup>。従来の直線的モデルでは RCT を中心とした定量研究偏重の傾向が強くなりがちで、自由度の高い研究を可能にする定性研究との相性の悪さが懸念となっていた。2008年改訂版で紹介された双方向のプロセス・モデルでは、定性研究と定量研究を系統的に統合可能にした点で高く評価されている。

## VI. 今後の課題

複雑な臨床現場の実態に即した臨床研究は時代の要請であり、国際的な流れの点からも、CI は発展的研究手法として我が国でも期待される。その際に MRC 指針も有用であろう。脱施設化や ACT などの地域精神保健福祉サービスの積極的導入は、我が国が直面化している喫緊の課題であり、その実証的導入には英国に習って CI の手法を用いた有用性の評価が期待される。

同時に、筆者らは CI が今後の我が国の精神科医が存在意義を失わないためにも不可欠な 1 つの軸にさえなりうると考えている。英国 NHS では原則的に外来レベルのうつ病や不安障害の治療に精神科医の出番はない<sup>19)</sup>。なぜなら精神科医のタスク・シフト(権限移譲)が進んでいるためである<sup>16)</sup>。これは医療経済的なメリットや専門的に高強度な介入を行うために精神科医の権限を制限し、コメディカルなどに権限や財源的裏付けを与えることでより細分・専門化された多様な介入をリーズナブルに実現し、精神医療における治療機会を増やし、介入効果を高め、それがスティグマ軽減にもつながるというコンセプトである。元々は、精神科医供給量が足りない途上国への WHO

イニシアティブであったが、先進国モデルとしても事実上このタスク・シフトが進んでいるのが現状である。英国 NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) では、すでに軽～中等度のうつ病や不安障害といった日常精神障害 (Common Mental Health Disorders)<sup>19)</sup> においては SSRI などの薬物療法単独では限界を認め、認知行動療法を中心とした精神療法や運動療法といった介入が通常治療として推奨されている。そして、現実の英国精神医療では、心理療法士や看護師、社会福祉士、作業療法士、スポーツジムの有資格インストラクターといったコメディカルなどが中心となって介入を提供し、プライマリケアにおける日常精神障害治療には精神科医の役割は基本的には不要とされている。薬物療法も、指針に従う処方だけならば精神科専門医である必要はなく GP (家庭医) で十分であり、精神科医の仕事は統合失調症や双極性障害、重度の障害や治療抵抗例が中心という状況である。他の主要欧州諸国もこの流れを追う。筆者らは、医療制度や治療文化の異なる日本においてこの流れに無条件に賛成するほど楽観的ではないが、昨今の医療費高騰により強まる財政的圧力に加え、認知行動療法などでうつ病や不安障害が著明に回復に至る例が多々認められる英国精神医療の現状を見てみると、消費者である患者ニーズを軸にタスク・シフトを求める声は我が国でも徐々に高まってくると予想される。

タスク・シフトの過程では、精神科医の役割がより介入的業務から管理的業務にシフトするが<sup>22)</sup>、従来一部に認められてきたような心理社会的介入の十分な理解なく、実質的な介入をコメディカル任せにしたかのような形骸化したチーム管理では、徐々に精神科医のアイデンティティ喪失が英米のように進む可能性は懸念される。精神医療的介入が細分・専門化してきた現状ではその傾向は顕著になり、他領域の専門家に対する質的評価に基づいた適切な管理は一層困難になるであろう。そのような中、コメディカル個々の活動やチーム医療の機能的アセスメント、およびマネ

ジメント・ツールとして CI のプロセス評価は、短絡的な結果論ばかりにとらわれない建設的な管理的業務を主に求められていく精神科医には有用なツールになりうると期待される。また、診察室で精神科医により完結していた従来の診療スタイルは今後、より他職種・多様な介入による治療へとシフトする中、複雑な介入のベストミックス模索の過程で、その妥当性を検証する点でも CI の役割は我が国でも期待されるかもしれない。

CI の限界として、①コスト面の増加、②準備期間長期化による弊害、③現場の複雑性を重視する代償としての理論面の軽視化などが挙げられる。例えば、①、②については複数の介入を考慮するほど時間的・金銭的コストは当然、増大する。研究の長期化は、大きなバイアスにもつながる。また、③に関しては多くの既存研究は仮説を単純化して研究デザインに組み込むことで、その仮説の妥当性検証も容易化されるのに対し、CI は介入が複雑化した結果として仮説理論も単純化されにくくなる。そのため、単純なほど説得力を持たせやすい仮説の妥当性が検証されづらくなり、仮説モデルに基づいた理論展開も困難になりがちだからである。

## おわりに

CI は評価・介入の複雑化を研究デザインに反映するもので理想的条件での介入を検証する効能研究から、現実臨床に近い条件により一般化して適応しやすい効果研究への橋渡しに寄与しうると期待される。既存研究の枠組みで定量的評価が困難な要因に対しても、プロセス評価を含めた系統的評価を可能とし、その際に、フレームワークを中心とした英国 MRC 指針が有用と考えられる。限界もあり、適応妥当性はさらなる検討を要するものの、我が国のこれからの課題であるタスク・シフトも念頭に置いた適切なチーム医療の実現、より多様な介入の選択肢拡大に寄与しうると考えられ、我が国の精神医療領域でも発展的導入が期待される。

## 謝 辞

本稿をまとめるにあたって、ロンドン大学キングス・カレッジ精神医学研究所公共医療・人口調査部のスチュワート・ランカシャー氏に大変貴重なご指導・ご助言をいただいた。ここに特に記して感謝の意を表したい。

なお、本発表に関連して開示すべき利益相反はない。

## 文 献

- 1) Adair, J. G.: The Hawthorne effect : a reconsideration of the methodological artifact. *J Appl Psychol*, 69 ; 334-345, 1984
- 2) Ajzen, I.: The theory of planned behaviour. *Organ Behav Hum Decis Process*, 50 ; 179-211, 1991
- 3) Berger, P.L., Luckmann, T.: The social construction of reality : a treatise in the sociology of knowledge. Penguin, London, 1966
- 4) Blume, S., Lehoux, P.: Technology assessment and the sociopolitics of health technologies. *J Health Polit Policy Law*, 25 ; 1083-1120, 2000
- 5) Booth, S.: Home palliative care services. *Prog Palliat Care*, 18 ; 2-3, 2010
- 6) Campbell, M., Fitzpatrick, R., Haines, A., et al.: Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ*, 321 ; 694-696, 2000
- 7) Coleman, J. S., Katz, E., Menzel, H. (eds) : Medical innovation : a diffusion study. Bobbs-Merrill, Indianapolis, 1966
- 8) Craig, P., Dieppe, P. A., Macintyre, S., et al.: Developing and evaluating complex interventions : the new Medical Research Council guidance. *BMJ*, 337 ; a1655, 2008
- 9) Eccles, M., Grimshaw, J., Walker, A., et al.: Changing the behavior of healthcare professionals : the use of theory in promoting the uptake of research findings. *J Clin Epidemiol*, 58 ; 107-112, 2005
- 10) Evans-Lacko, S. E., Jarrett, M., McCrone, P., et al.: Clinical pathways in psychiatry. *Br J Psychiatry*, 193(1) : 4-5, 2008
- 11) Flyvbjerg, B., Sampson, S.: Making social science matter : why social inquiry fails and how it can succeed again. Cambridge University Press, Cambridge, 2001
- 12) Gray, J. A. M.: How to build healthcare systems. Oxford Press LTD, Oxford, 2011
- 13) Hawe, P., Shiell, A., Riley, T., et al.: Methods for exploring implementation variation and local context within a cluster randomized community intervention trial. *J Epidemiol Community Health*, 58 ; 788-793, 2004
- 14) Hawe, P., Shiell, A., Riley, T.: Complex interventions : how "out of control" can a randomised controlled trial be? *BMJ*, 328 ; 1561-1563, 2004
- 15) May, C. R., Mair, F. S., Dowrick, C. F., et al.: Process evaluation for complex interventions in primary care : understanding trials using the normalization process model. *BMC Fam Pract*, 8 ; 42, 2007
- 16) McInnis, M. G., Merajver, S. D.: Global mental health : global strengths and strategies : task-shifting in a shifting health economy. *Asian J Psychiatr*, 4 ; 165-171, 2011
- 17) Medical Research Council : A framework for development and evaluation of RCTs for complex interventions to improve health. Medical Research Council, London, 2000
- 18) National Institutes of Health : U. S. National Library of Medicine. National Institutes of Health, Bethesda, 2013. Available from : <http://www.nlm.nih.gov/> (Last access : 20130217)
- 19) National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE). Behaviour Change at Population, Community and Individual Levels. NICE, London, 2007
- 20) Oakley, A., Strange, V., Bonell, C., et al.: Process evaluation in randomised controlled trials of complex interventions. *BMJ*, 332 ; 413-416, 2006
- 21) Ogden, J.: Some problems with social cognition models : a pragmatic and conceptual analysis. *Health Psychol*, 22 ; 424-428, 2003
- 22) Patel, V : The future of psychiatry in low- and middle-income countries. *Psychol Med*, 39 ; 1759-1762, 2009
- 23) Pell, J. P., Smith, G. C.: Parachute use to prevent death and major trauma related to gravitational challenge : systematic review of randomised controlled trials. *BMJ*, 327 ; 1459-1461, 2003
- 24) Petticrew, M.: When are complex interventions 'complex' ? When are simple interventions 'simple' ? *Eur J Public Health*, 21 ; 397-398, 2011
- 25) Rifkin, A.: Randomized controlled trials and psychotherapy research. *Am J Psychiatry*, 164 ; 7-8, 2007

26) Rogers, E. M.: The diffusion of innovation 4th edition. Free Press, New York, 1995

27) Suchman, L. A.: Plans and situated actions : the problem of human-machine communication. Cambridge University Press, Cambridge, 1987

28) Tanenbaum, S. J.: Knowing and acting in medical research : the epistemological politics of outcomes research. J Health Polit Policy Law, 19 ; 27-44, 1994

---

## The Application of Complex Intervention in the Field of Japanese Mental Health

Mirai So<sup>1)</sup>, Sosei YAMAGUCHI<sup>2)</sup>

1) *Department of Psychological Medicine, Institute of Psychiatry (IoP), King's College London,*

2) *Department of Psychiatric Rehabilitation, National Institute of Mental Health, National Center of Neurology and Psychiatry (NCNP)*

Clinical mental health is highly complex. However, the majority of randomized control trials (RCTs) currently being conducted almost entirely consist of efficacy studies mainly aimed at increasing internal validity by simplifying an intervention or evaluation. Whilst efficacy studies are justified as highly reliable clinical research, it has been pointed out that complex elements that play significant roles under actual clinical conditions are likely to be underestimated or ignored. Thus, the higher the internal validity, the greater the risk that external validity is lost as a trade-off. This can lead to a departure from treatment guidelines and decreased clinical usability. Recently, there has been a particular focus in the field of mental health on Complex Intervention (CI), a concept reflecting these complex elements in research design, such as in the anti-stigma project by the WHO, in which there many complex factors.

In this paper, in addition to giving an introductory overview of CI on the basis of “Developing and Evaluating Complex Interventions : the New Medical Research Council Guidance”, published by the Medical Research Council (MRC) in the UK, we would like to discuss several issues to be considered or overcome in Japan going forwards.

A recent consensus definition of CI is “intervention that has both a variety of interacting components and non-linear causal pathways”. In fact, the possible range of CI application is very broad. One typical example is in fields where intervention depends on the quality or motivation of service providers, such as in rehabilitation, health education, or psychotherapies. Another is in areas such as those where intervention teams are significantly influenced by the competency of service provision. Others are intervention in a community/group, or economic evaluations, such as on cost-effectiveness, where various aspects have to be considered. The MRC guidelines published in 2000 were regarded as being useful for further developing the CI research framework by taking advantage of the complexity of intervention and evaluation, and

they were revised in 2008. Since it had been reported that researchers tended to have difficulties clarifying or encouraging intervention in the process of evaluation and advancement, the 2000 version advocated the use of linear frameworks that clearly define the process of making step-wise progress in research. Furthermore, in the version revised in 2008, an interactive model with a more flexible process was also added. Moreover, this new model is expected to enable both qualitative and quantitative studies to be systematically integrated, although both used to be considered incompatible in a single study. On the other hand, CI may have several limitations such as a higher cost, longer preparation time, and theoretical underestimation.

Despite these setbacks, CI is still worth considering as a useful research approach reflecting the complexity of actual clinical situations. In particular, considering the current trends in global mental health, task-shifting from psychiatrists to other health professionals may be inevitable even in Japan in the near future. Therefore, CI could play a significant role in more specialized, labor-divided, and innovative mental health practice, as either a useful management tool for psychiatrists to evaluate paramedical experts or for the functional assessment of activities by healthcare teams or organisations. In such a case, MRC guidance could also be applicable.

<Authors' abstract>

<Key words : complex intervention, medical research council, MRC, efficacy study,  
task shift>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

臨床研究における経済評価  
——費用対効果分析を中心に——

佐渡 充洋

(慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室)

医療における経済評価の目的や結果の解釈の仕方に関しては、多くの誤解が存在し、その真の目的、具体的な解析手法に関して十分な理解が得られているとはいえない。そこで、まず最初に、経済評価にまつわる数々の誤解について説明し、経済評価が単なるコストカットのための手法ではなく、限りある資源から最大のアウトプットを引き出し、それを広く社会に還元するための手法であることを強調した。次になぜ医療において経済評価が必要とされているのか、その理由について説明を加えた。さらに、様々な経済評価について概略を説明し、最後に費用対効果分析、その中でも費用対効果分析に焦点を絞って、その結果をどのように解釈するかについて例を提示しながら説明を行った。

<索引用語：経済評価，費用対効果研究，費用対効果分析，臨床研究>

## はじめに

残念ながら、経済評価の目的や結果の解釈の仕方は随分と誤解をされている。本稿は、臨床研究における経済評価について述べるが、その最大の目的は、少しでも経済評価にかかわる誤解を解消して、正しい目的やその結果の解釈の仕方をきちんと知っていただくことにある。そして、その上で、経済評価、特に費用対効果研究というものがどのような研究で、結果をどのように解釈すればよいのかについて説明できればと思っている。そこで、まず最初に、経済評価にまつわる誤解の数々について述べる。次に、なぜ、医療において経済評価が必要とされるのか、その理由について述べる。さらに、どのような経済評価があるのか、いくつかの例を示し、最後に、医療政策上、最も利用されている費用対効果分析、その中でも費用対効果分析について、その結果をどのように解釈すればよいかについて、例を示しながら説明を加えたい。

## I. 経済評価にまつわる誤解の数々

まず、最初に医療における経済評価にまつわる様々な誤解について述べる。残念ながら、経済評価が何を指すのかについては、十分な理解が得られていない面がある。経済評価と聞いて、どのようなことをイメージされるだろうか。よく聞かれるものに、「結局は、コスト削減が目的だ」「せっかく効果の高い介入があっても無視される」「効果に関係なく安い介入が選ばれる」といったようなものがある。しかし、これらはすべて誤解である。

まず、最初の「経済評価はコスト削減が目的だ」という誤解について、経済評価が政策決定に最も利用されている国の1つにイギリスが挙げられるが、経済評価が積極的に利用され始めたのは、1999年にNational Institute for Clinical Excellence (NICE) が設立されてからである。では、NICE が設立され、経済評価が政策立案に積極的に利用されるようになって、医療費が削減されるようになったかということと全くそんなことはない。

NICE は、当時の労働党ブレア政権の目玉政策の1つであったが、この政権では、フランス、ドイツ、イタリアなど他の EU 諸国と比べて、対 GDP 比で見た場合、約7%と最低水準にあったイギリスの医療費を、5年間で、これらの国々の平均値(約10%)に引き上げることを目標に掲げてこれを実行している<sup>3)</sup>。すなわち、医療費は50%も増加しているのである。経済評価は、これら増加させた医療費をどのように有効に利用するかを検証する方法として利用されていることがわかる。

「効果が高い治療法が無視される」といった意見もよく聞かれる。しかし、これも誤解である。費用対効果研究といった経済評価が対象にするのは、主に効果の高い介入法である。費用対効果研究が実施されるのは、基本的に効果研究で効果の高いことが確認された介入法についてのみで、逆に効果の低い治療法は、費用対効果研究の対象にすらなり得ず、こちらの方が「無視」されることになる。

「効果の高い低いに関わらず、費用の安い方が選ばれる」という批判もよく聞かれるが、これも大きな誤解である。先にも述べた通り、費用対効果研究が対象とするのは基本的に効果の高い介入法である。効果が高い介入法の費用が従来の介入法の費用より安いに越したことはないが、残念ながらそのようなことはほとんどない。新たな介入法は、効果は高いが費用も高い、ということがほとんどなのである。すなわち、効果の高い介入を研究の対象としている時点で、必然的に費用も高い介入法が研究対象となり、費用対効果研究の結果、費用対効果的であると判断される介入法の費用は、ほとんどの場合、従来の介入法の費用に比べて高いことになる。

このように考えると、費用対効果をはじめとした経済評価は、闇雲にコスト削減を目的としているわけではないことをご理解いただけるのではないかと考える。

## II. なぜ経済評価が必要か

それでは、なぜ、医療において経済評価が必要

なのだろうか。それは、「我々が医療に使える資源に限りがあるから」である。もしも、資源に限りがないのであれば、その資源の使い方にそれほど神経をとがらせる必要はないかもしれない。しかし、限りある資源が無駄に使われてしまえば、より多くの生命を犠牲にしてしまうことも起こり得る。そのようなことがないように、限りある資源を有効に利用するための一助として経済評価がある。

さらなる理由としては、「その資源が社会のものだから」ということが挙げられる。資源に限りがあるとしても、その資源が個人のものであり、その個人の資源で医療を受けるのであれば、どのような治療にどれだけの資源を投入するかは、その個人が医師と相談して決めればよいことである。しかし、日本では、大半の医療は、保険診療の枠組みで提供されている。保健医療の財源はどこからきているかということ、一部患者負担があるものの、その8割以上が、保険料、税金などの「公的資金」からである。すなわち、医療資源の大半は、社会のものであるために、その資源の利用法については社会に対する説明責任が生じるのである。そのためにも、経済評価を行い、資源の利用法についてきちんと社会に説明していく必要がある。

ところで、社会に対する説明責任について、わざわざ経済評価を用いなくても、効果研究による説明で十分ではないかという考えもあるかもしれない。限られた資源を有効に活用するために、効果の高いものをきちんと検証し、それに資源を投入していくことで十分ではないかという考えである。もちろんこれにも一理ある。しかし、限られた資源の有効な利用という観点からは、効果だけでは、十分な判断ができないこともある。図1のように同じおいしさと大きさの異なるりんごがあったと仮定する。もし、どちらも無料であったとしたら、おそらく大半の人は大きなりんごを選ぶと思われる。ところが、もし、小さなりんごが100円、大きなりんごが1,000円だとしたら、どうだろうか。余程のりんご好きか、大金持ちは別

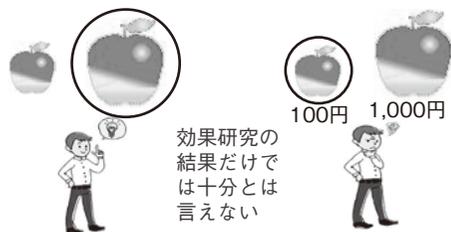


図1 なぜ経済評価が必要か

にしても、所持金に制限のある大半の人は、1,000円出してまで大きなりんごはいらぬという判断をすることだってあり得るわけである。このように、「費用」のデータが加わると、「効果」だけの判断と資源の有効な利用法が変わる可能性が出てくる。これらの理由から、資源の有効利用を考える際、効果研究だけでなく、費用対効果研究などの経済評価も必要になるのである。

### Ⅲ. どのような経済評価があるか

それでは、医療分野で利用される経済評価には具体的にどのようなものがあるだろうか。経済評価には、費用対便益分析、費用対効果分析、費用対効用分析といったものがある<sup>2)</sup>。これらは、いずれも異なる2つ以上の介入法について、それぞれの費用と効果のデータを比較して分析を行う手法である。それぞれの手法について簡単に説明する。

#### 1. 費用対便益分析

費用対便益分析とは、異なる2つ以上の介入について、効果と費用のデータをとるが、効果も金銭価値に換算し（便益）、便益と費用の差を計測し、その大きさを異なる介入間で比較する方法である。便益も費用もどちらも金銭という同じ尺度で計測できるので、分析が容易であるというメリットがあるが、医療の領域では、ほとんど利用されていないのが実情である。その理由として、生命的価値を金銭価値に換算することが技術的にも極めて困難であることが挙げられる。

#### 2. 費用対効果分析

費用対効果分析とは、効果の指標として、通常の効果研究と同じように、血圧やハミルトンうつ病評価尺度（Hamilton Depression Scale：HAM-D）、陽性・陰性症状評価尺度（Positive And Negative Symptom Scale：PANSS）といった臨床尺度を用いて評価を行う。そして、例えば新たな抗うつ薬が従来の抗うつ薬に比べて効果が高い場合、新薬が従来の薬に比べてHAM-Dのスコアを1改善させるのに追加でいくらの費用が必要なのか（これを増分費用対効果比という。詳細は後述）を推計し、その費用対効果を評価する。臨床尺度を効果の指標として用いるため、その分野の専門家にとっては理解しやすいのが特徴であるが、異なる疾患群では、増分費用対効果比の計算に使用する臨床尺度の単位が異なるため、費用対効果が比較できないという問題が生じる。そのため、費用対効果分析の結果を政策決定のプロセスに利用する場合には、以下に述べる費用対効用分析を実施することが推奨されている。

#### 3. 費用対効用分析

費用対効用分析は、費用対効果分析と基本的な手法は同じだが、効果の指標として、疾病特異的な臨床尺度を用いるのではなく、質調整生存年（Quality Adjusted Life Years：QALYs）を用いるものをいう。よって、費用対効果分析と異なる手法というより、費用対効果分析の1つの特殊な形であると考えることができる。

QALYとは、効用値で重み付けされた生存年のことをいう。効用値とは、死亡を0、完全な健康を1として、健康状態を0～1で表したときの数値になる。この数値で、実際に患者が生存した期間を重み付けした値がQALYになる。例えば、ある患者が、効用値0.3の状態でも10年生きたとすれば、QALYは、 $0.3 \times 10 = 3$ になり、同様に効用値0.7で5年生きた場合には、その値は、3.5になるわけである。

このように、QALYを効果の指標として用いることで、異なる疾病でも同じ効果尺度を用いるこ

表1 費用対効果分析の実際

|            | Intervention | Control | $\Delta$ (Intervention-control) |
|------------|--------------|---------|---------------------------------|
| 費用 (£)     | 1,000        | 2,000   | -1,000                          |
| 効果 (QALYs) | 0.75         | 0.55    | 0.20                            |
|            | Intervention | Control | $\Delta$ (Intervention-control) |
| 費用 (£)     | 3,000        | 2,000   | 1,000                           |
| 効果 (QALYs) | 0.75         | 0.55    | 0.20                            |

異なる2つ以上の介入の費用、効果の両方を比較して分析を行う

とができるため、費用対効果の比較が容易になるというメリットがある。これらのことから、経済評価においては、効果の指標としてQALYを用いることが強く推奨されている。

以下では、実際に費用対効果分析がどのように実施されるのか、またその結果をどのように解釈すればよいのかについて、費用対効果研究の例を提示しながら説明していきたい。

#### IV. 費用対効果分析の実際

ここでは、費用対効果分析の中でも費用対効果分析に焦点を当てて、その結果をどのように解釈すべきかについて説明する。

先ほど、すでに述べたように、費用対効果分析では、異なる2つ以上の介入の費用と効果の両方を比較して分析を行う手法である。

表1の上の段に2つの介入法が提示されている。介入群は費用が£1,000で、効果が0.75 QALYsである。一方、対照群の方は、費用が£2,000で、効果が0.55 QALYsである。このことから、介入群の方が、効果が高く、費用も安いので、対照群に比べて費用対効果的であることがわかる。

次に下の段では、上の段と同じように、介入群の方が、効果が高いのがわかるが、費用も介入群の方が、£1,000高いことがわかる。このように、一方の介入が効果も高いが費用も高い場合、その

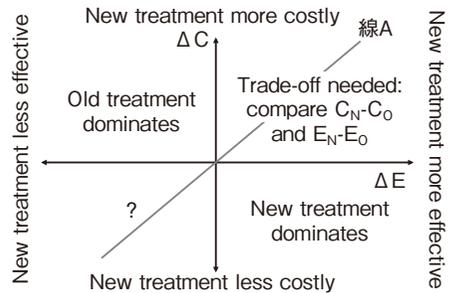


図2 Cost effectiveness plane (Sassi : LSE lecture's slide, 2006 より引用)

費用対効果はどのように判断すればよいのだろうか。

このような状況で費用対効果を判断するには、図2に示すような cost effectiveness plane(plane) を使って考える。

これは、対照群に比較して、介入群の効果と費用の差がどれくらいであるかを計算し、その値を、縦軸(効果の差)、横軸(費用の差)としてプロットするものである。

これまでの治療法に対して新しい治療法が、効果が高く費用も低い場合、plane では、右下の領域にプロットされることになる。この場合は議論の余地なく、新しい治療法の方が費用対効果的ということになる。また、新しい治療法が、効果が低く費用が高い場合は、plane 上では、左上の領域になり、この場合、議論の余地なく、従来の治療法の方が費用対効果的であるということになる。

それでは、新しい治療法が、効果が高く費用も高い場合(plane 上、右上の領域)は、どのように判断すればよいのだろうか？

常識的に考えれば、効果の差が非常に大きく、費用の増加が少ない場合(少しの追加費用で、大きな効果の追加が得られる場合: 右上の領域の中の右下の領域の場合)は、新たな治療に投資する価値はありそうだが(費用対効果的)、効果の差が小さく、費用の差がとても大きな場合には(追加費用がかなり必要だが、効果の追加が小さい場合: plane 上、右上の領域の中の左上の領域)、新たな治療法に投資するのはためらわれるはずであ

る（費用対効果的でない）。そして、この境界を決めるのが、図2の第3象限から第1象限へと伸びる直線Aである。すなわち、第1象限において、この直線より下の領域であれば、追加的な効果の大きさに対して、追加的な費用の大きさが許容範囲であるため費用対効果的と判断することにし、この直線より上であれば、効果は高いものの、それに伴う費用増加があまりにも大きいため、費用対効果的ではないと判断することになる。そしてこの境界線が、後述する増分費用対効果比 (Incremental Cost Effectiveness Ratio: ICER) の閾値になる。この閾値をどれくらいにするかについては、それぞれの社会や組織が決定していくことになるが、例えばイギリスの公営医療においては、£30,000/QALYを1つの基準としている。

それでは、例を挙げながら、どのようにICERを計算し、費用対効果を判断するか説明する。

先述の通り、ある治療が別の治療と比較して費用対効果的かどうかを判断する際には、ICERの数値を用いる。

表2では、介入群の費用、効果が£3,000, 0.75 QALY, 対照群のそれらが、£2,000, 0.55 QALYとなっている。この場合、増分費用 ( $\Delta C$ ) は£1,000, 増分効果 ( $\Delta E$ ) は、0.20 QALYとなる。ICERは、 $\Delta C/\Delta E$ によって求められるので、この場合 $ICER = \Delta C/\Delta E = £1,000/0.20 \text{ QALY} =$

£5,000/QALYとなる。これを先ほどのイギリスの公営医療のICERの閾値 (£30,000/QALY)と比較すると、その値より低いことがわかるので、少なくともこの閾値で検討した場合、この介入法は費用対効果的であるという判断ができる。

表3は、筆者が以前行ったうつ病に対する薬物療法（対照群, AD）および薬物療法と認知行動療法の併用療法（介入群, COMBI）の費用対効果研究の結果である<sup>4)</sup>。この研究からは、介入群を対照群と比較した場合（重症うつ病について）、 $\Delta C=27,411$ 円,  $\Delta E=0.08$ であり、 $ICER=342,638$ 円/QALYであることがわかる。

日本では、まだICERの閾値は特に設定されていないが、仮にイギリスの£30,000/QALYと比較してみると、この数値は十分に費用対効果的であることがわかる。

表2 費用対効果はICERで判断する

|            | Intervention | Control | $\Delta$ | ICER  |
|------------|--------------|---------|----------|-------|
| 費用 (£)     | 3,000        | 2,000   | 1,000    |       |
| 効果 (QALYs) | 0.75         | 0.55    | 0.20     | 5,000 |

$$ICER = \Delta C / \Delta E$$

\*ICER=Incremental Cost Effectiveness Ratio

ICERのthreshold=£30,000/QALY gained

表3 費用対効果研究の結果の一例

|             | 介入群 (COMBI) | 対照群 (AD)  | 差        | ICER (JPY)  |
|-------------|-------------|-----------|----------|-------------|
| 保険医療の立場     |             |           |          |             |
| 総費用/患者あたり   | 449,655     | 422,244   | 27,411   |             |
| 寛解患者の割合     | 0.29        | 0.14      | 0.15     | 182,740     |
| QALY 重症うつ病  | 0.59        | 0.51      | 0.08     | 342,638     |
| QALY 中等症うつ病 | 0.74        | 0.71      | 0.03     | 913,700     |
| 社会の立場       |             |           |          |             |
| 総費用/患者あたり   | 3,106,484   | 3,800,342 | -693,858 |             |
| 寛解患者の割合     | 0.29        | 0.14      | 0.15     | -4,625,720  |
| QALY 重症うつ病  | 0.59        | 0.51      | 0.08     | -8,673,225  |
| QALY 中等症うつ病 | 0.74        | 0.71      | 0.03     | -23,128,600 |

AD: antidepressant therapy alone, COMBI: combination cognitive behavioural therapy and antidepressant therapy, ICER: incremental cost-effectiveness ratio, QALY: quality-adjusted life year.

(文献4より引用)

以上、費用対効果分析の結果をどのように解釈するかについて説明をした。実際には、ICERを計算した後、この結果がどの程度確度が高いかを評価するために、様々な感度分析が実施されることになる。しかし、ここでは、費用対効果分析の結果の基本的な解釈の仕方を理解していただくことが主な目的であり、ここでは説明を省く。ご興味がおありの方は成書をご参照されたい<sup>1)</sup>。

### ま と め

以上、臨床研究における経済評価について概説した。まず最初に、経済評価にまつわる数々の誤解について説明し、経済評価が単なるコストカットのための手法ではなく、限りある資源から最大のアウトプットを引き出し、それを広く社会に還元するための手法であることを強調した。次になぜ医療において経済評価が必要とされているのか、その理由について説明を加えた。さらに、様々な経済評価について概略を説明し、最後に費用対効果分析、その中でも費用対効果分析に焦点を絞って、その結果をどのように解釈するかにつ

いて例を提示しながら説明した。

今後、高齢化や医療技術の進歩といった要因が原因で医療費が伸びる一方、それに見合った財源の確保はそれほど期待できない。そのため限られた資源の有効利用のために経済評価が活用される場面が増えてくると思われる。本稿が、経済評価の目的や結果の解釈法の理解の一助になれば幸いである。

### 文 献

- 1) Briggs, A., Claxton, K., Sculpher, M.: Decision Modelling for Health Economic Evaluation. Oxford University Press, Oxford, 2006
- 2) Drummond, M. F., Sculpher, M. J., Torrance, G. W.: Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes. Oxford University Press, Oxford, 1987
- 3) 近藤克則:「医療費抑制の時代」を超えて—イギリスの医療・福祉改革。医学出版, 東京, 2004
- 4) Sado, M., Knapp, M., Yamauchi, K., et al., Cost-effectiveness of combination therapy versus antidepressant therapy for management of depression in Japan. Aust N Z J Psychiatry, 43 (6); 539-547, 2009

## Economic Evaluation in Clinical Research

Mitsuhiro SADO

*Department of Neuropsychiatry, Keio University, School of Medicine*

There are many misunderstandings regarding the purpose and methods of economic evaluations of healthcare, and so an adequate understanding of the true purpose and specific methods of analysis has not been achieved. We first clarified the many misunderstandings of evaluations and emphasized that the evaluations are not simply a method designed to cut costs, but a method to maximize output using limited resources. Next, we explained the reasons why economic evaluations are considered necessary in healthcare. We also gave an outline of various economic evaluations, focused on cost-benefit and cost-utility analyses among them, and explained how to interpret the results by giving examples.

<Author's abstract>

<**Key words** : economic evaluation, cost-effectiveness analysis, cost-utility analysis, clinical research>

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Treatment for Chronic Major Depressive Disorder using Mindfulness Therapy : Two Case Report

Pholphat Losatiankij

(Somdet Chaopraya Institute of Psychiatry, Thailand)

Objective : This report presented the effectiveness of mindfulness therapy in two patients with chronic major depressive disorder (MDD).

Method : Mindfulness practice in this report was based on the teaching of Pra-Ajahn Pramote Pamotecho. The 3 steps of modified mindfulness techniques were applied to the patients : awareness of their own mind and body, distraction techniques, and bare attention.

Results : The first patient had been diagnosed with MDD 5 years previously. His Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) scores decreased from 36 prior to practice to 12 and 6 after 3 months and 3 years of practicing, respectively. He was able to stop taking medication for 3 years, and had not relapsed since then. The second patient had been diagnosed with MDD more than 20 years previously. Her MADRS score was 48 prior to mindfulness practice and decreased to 12 and 7 after 3 months and 8 months of practicing, respectively. She was able to decrease medication, and showed an improved quality of life.

Conclusion : Modified techniques of mindfulness practice in this report helped these 2 patients with MDD improve and have a better quality of life. One of them was able to stop taking medication for 3 years.

<Key words : depression, mindfulness, psychotherapy>

Major depressive disorder (MDD) is a biological-based disorder which can be improved by several medications. However, there are cases in which medication alone cannot lead to significant improvement or prevent relapse, so psychotherapy has been combined for a more effective treatment<sup>7)</sup>.

This report shows the effectiveness of mindfulness therapy in two patients with chronic MDD. Both patients had been on long-term medications, one for 5 years and the other for 20 years, but had not improved, until they were treated with mindfulness therapy.

Chronic MDD is diagnosed when the full set

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム Current Topics Among Young Psychiatrists 司会：Soichiro Sato (Zikei Hospital, Okayama, Japan), Daisuke Fujisawa (Psycho-oncology Division, National Cancer Center East, Chiba, Japan)

of criteria for major depressive episodes have been met continuously for at least 2 years<sup>1)</sup>. One of the causes of depressive symptoms (and cause of relapse) is “negative thoughts<sup>9)</sup>.” This is an important factor that mindfulness can directly tackle.

Mindfulness practice is rooted in Buddhism. In Buddhist teachings, mindfulness means “to remember, to observe, or to watch<sup>4)</sup>.” Venerable Phra-Ajahn Pramote Pamotecho, a follower of Buddha, has given an extended explanation for a simpler understanding, which is “to be aware of the body and mind—as they truly are—moment by moment and non-judgmentally<sup>5)</sup>.” Mindfulness therapy in this report was designed based on this definition.

Mindfulness Therapy in practice consists of 3 steps: (1) “Awareness”—the patient is coached to be aware of what is happening in their mind. This refers to their thoughts and feelings. (2) “Distraction”—this technique is applied when thoughts and feelings are too overwhelming for the patient to be aware of. This normally happens during the beginning of the practice. (3) “Bare Attention”—after the patients have become more skillful with steps 1 and 2, they are coached to simply observe thoughts and feelings non-judgmentally, and without any intervention.

Let us examine each step a little closer.

Step 1 : Awareness- Simply be aware of what is happening in the mind, regarding both thoughts and feelings. For example, observe yourself now. What are you thinking at the moment? Some might be wondering about what is for lunch. Some might be thinking where to go in Sapporo after the conference. Some might be wondering what I am talking about. What about your feelings? Some might be feeling good. Some might feel bored. Some may be confused. Or,

some might be happy as I am talking. Whatever thought or feeling is occurring in the mind, simply observe it as it arises.

Step 2 : Distraction- At the beginning of practice, thoughts and feelings are usually still overwhelming and difficult to be aware of. Therefore, the distraction technique is applied by shifting the attention from negative thoughts or feelings to other objects of attention before one sinks into depression. This technique helps prevent identification with thoughts and feelings.

The object of attention to shift to is, for example, a body part, such as “body posture,” sitting, standing, walking, and lying down. Another effective technique is “deep breathing.” Every time the patient is aware of thoughts or feelings, they are coached to take a deep breath 3-5 times. If the thoughts and feelings are still bothering them, the patients are advised to remove themselves from the current situation and “do some other activities” instead, such as, washing their faces, talking to friends, or taking a walk.

Step 3 : Bare Attention- Once steps 1 and 2 have been practiced sufficiently, the mind will be strengthened, and patients can observe thoughts and feelings truly non-judgmentally. This means to observe what is arising the way it truly is, with no distraction and no other intervention.

### Case Report

The 3 steps of mindfulness therapy were applied in two patients with MDD. The treatment was effective for both patients, as illustrated as follows.

#### Case 1

The first patient was a Thai male, 32 years old. He had been suffering from depression for 5

years, with symptoms of tiredness, insomnia, low self-esteem, fear of a gloomy future, and rumination. Despite being under medication for 5 years, his depression had not improved. He was diagnosed with MDD—chronic type with Montgomery Asberg Depression Rating Scale (MADRS) score of 36.

The core symptom that perpetuated his depression was his negative thoughts, and he could not escape from his thoughts.

Therapy was conducted with a 1-hour visit every week for 8 sessions. The key advice was to be “aware” of each rising negative thought, and to learn to “distract” overwhelming thoughts with the deep breathing technique. In addition, to strengthen his mindfulness, the patient was requested to do some exercise with mindfulness regularly.

As a result, the patient could notice the pattern of his thoughts, feelings, and behavior. He could also notice that the negative thoughts led to depression. He learned to distract thoughts and feelings with the deep breathing technique and practice awareness with jogging and daily walking. He also eventually learned that thoughts ‘come and go’ naturally, realizing that if he simply observed them, non-judgmentally, they would be gone automatically, and, therefore, he could be less depressed.

After 8 weeks of treatment, the patient had clearly regained self confidence and was living a happier life. He could stop all medications after 1 year of therapy, with no relapse for 5 years. His MADRS score was reduced from 36 to 12 after 3 months, and 6 after 3 years.

## Case 2

The second patient was a Thai female, 54 years old, married without children. She had been suffering from depression for over 20

years. She cried easily, was not independent, did not do any housework, showed poor self-care, and frequently argued with her husband as she thought that her husband was sick of her for being so dependent on him. She had been taking high doses of medications for 20 years, and relapse always occurred whenever she stopped the medications. Her MADRS score was 48.

The core symptom that perpetuated her depression was her negative feelings.

Since the patient’s home was far from the hospital, the therapy was conducted every two weeks with a 1-hour visit for 6 sessions. The key advice was to observe her thoughts and feelings at each moment, and when she tended to sink into depression, to perform another activity, she chose to take a walk or do some mild exercise.

As a result, the patient could notice her depressed feelings and their consequences. She learned to distract depressed feelings with walking or doing housework. She noticed that a wandering mind brought on her depression, learning that if she was aware of it, and returned to her walking or house work, she would not sink into depression. Lastly, she noticed that bad feelings were not always with her; they would just ‘come and go.’

After 6 sessions of treatment, all of her symptoms improved significantly. She became more independent and stopped crying irrationally. She became more active, helping her husband with housework, and no longer arguing with him. She was able to take less medications after 8 months. Her MADRS score decreased from 48 to 12 after 3 months, and was only 7 after 8 months.

### Discussion

Negative thoughts perpetuate depression. Even a small negative thought can easily grow into a larger one. Furthermore, the more negative thoughts are generated, the deeper the depression. For example, a small negative thought such as “I’m a loser” could grow larger into a stream of “nobody likes me,” “I always make mistakes,” “I’ve never accomplished anything,” and “my future is doomed,” with deeper depression. Patients with MDD usually struggle with this negative thought and depression loop<sup>7)</sup>.

However, with mindfulness practice, at the moment mindfulness arises, thoughts will discontinue instantly<sup>6)</sup>. Nevertheless, another thought will pop up again shortly. If the patients can notice those thoughts quicker and quicker, they can be discontinued, causing the stream of negative thoughts to be interrupted every now and then so they cannot grow, and so not lead to depression.

With continual practice of “awareness” and “distraction” techniques, the mind will be strengthened. The patient can then observe thoughts and feelings truly without intervention. This is called “bare attention,” which is “to see things as they truly are.”

By this, the identification process with thoughts and feelings will decrease<sup>2)</sup>. Patients can also see the interaction between their thoughts and feelings, helping them to understand themselves better, and eventually can make a better choice by themselves<sup>3)</sup>. Finally, “bare attention” leads the patients to see the truth that thoughts and feelings just ‘come and go.’ This gives them a greater ability to ‘let go’ of what they used to hold on to<sup>5,8)</sup>.

### Conclusion

Both patients were improved with mindful-

ness therapy, as the 3 steps were applied : awareness, distraction, and bare attention. They could notice the pattern of thoughts and feelings that caused depression, and distract their attention from thoughts and feelings before sinking into depression.

The MADRS scores of both patients markedly reduced. Both of them now lead a happier life. One patient could go back to work with confidence and stop taking medication after one year of the therapy, with no relapse for 5 years. The other patient has become more active, not crying irrationally, is independent, argues less with her husband, and takes less medication.

### Limitations and suggestions

As this report consists of only two cases, it is recommended that a clinical trial be conducted in order to prove that mindfulness therapy is effective for patients with chronic MDD. In addition, and importantly, in mindfulness therapy, the therapist is just a guide and supporter. To achieve the maximum benefits of mindfulness therapy, the patient must be willing and committed to practice by themselves continuously.

### References

- 1) DSM IV diagnostic criteria of major depressive disorder. Retrieved from <http://www.psychologynet.org/dsm/major.html>. [25 Aug 2010]
- 2) Mark Epstein.: Thought without a thinker : psychotherapy from a Buddhist perspective. New York : Basic Books ; 1995
- 3) Nilchaikovit, T., Chandrasook, A.: The Art of Managing Learning Process for Change. 1st ed. S. P. N. Publishing, Bangkok, 2009
- 4) P. A. Payutto. sati.: Retrieved from ([http://www.84000.org/tipitaka/dic/v\\_seek.php](http://www.84000.org/tipitaka/dic/v_seek.php))
- 5) Phra-Ajahn Pramote Pamotecho.: The Path to Enlightenment. 25th ed. Bangkok : dhammada publishing,

2009

6) Phra-Ajahn Pramote Pamotecho.: Pramoutam-dhesna. 2nd ed. Bangkok : dhammada publishing, 2009

7) Sadock, B. J., Sadock, V. A.: Synopsis of psychiatry. 9th ed. Lippincott Williams and Wikins, USA, 2003

8) Sati-suttra. Tipitaka. Retrieved from <http://>

[www.larndham.net/cgi-bin/kratoo.pl/005009.htm](http://www.larndham.net/cgi-bin/kratoo.pl/005009.htm)[25 Aug 2010].

9) Segal, Z. V., William, J. M. G., Teasdale, J. D.: Mindfulness-based cognitive therapy for depression : A new approach to prevent relapse. The Guilford Press, New York, 2002

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Prevalence of Anxiety and Depressive Symptoms and QOL in Newly Diagnosed HIV Outpatients in Singapore

Tan L<sup>1)</sup>, Dhaliwal JS<sup>1)</sup>, Ho MJ<sup>2)</sup>, Chew WM<sup>3)</sup>

- 1) Associate Consultant, Department of Psychological Medicine, Tan Tock Seng Hospital, Singapore
- 2) Research Coordinator, Department of Psychological Medicine, Tan Tock Seng Hospital, Singapore
- 3) Senior Consultant, Department of Psychological Medicine, Tan Tock Seng Hospital, Singapore

**Background :** HIV and its complications and comorbidities not only increase the risk of anxiety and depression, but also markedly affect patients' health-related quality of life (HRQoL). The aim of this study was to screen for the prevalence of anxiety and depressive symptoms in newly diagnosed HIV patients at the Communicable Disease Centre in Singapore and examine correlations between these symptoms.

**Methods :** Patients were recruited prospectively from consecutive patients on their first visit to the HIV outpatient clinic of the Communicable Disease Centre, Singapore between July 2009–June 2011. Baseline clinical and demographic information was obtained. The study participants were asked to complete the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and EQ-5D questionnaire.

**Results :** A total of 187 patients participated in the study : 92.0% were male ; the mean age was 37.4 years (SD : 11.5) ; 71.7% were Chinese ; 39 (20.9%) had a total HADS score of >14. Of those with a total HADS score of >14, 12 (30.8%) patients agreed to be referred to a psychiatrist for assessment. Females and patients with a past history of depressive disorders were more anxious and/or depressed based on the total HADS scores. Patients who were unmarried (single) had lower total HADS scores. With regards to the HRQoL as measured with the EQ-5D, patients with a higher total HADS score had significantly more problems conducting everyday activities, and problems with anxiety/depression ( $P < 0.001$ ) on the EQ-5D.

**Conclusion :** These data suggest that anxiety and depressive symptoms in individuals with HIV in Singapore are related to a lower patient-reported generic health status. The data suggest that assessment and treatment for anxiety and depression should be considered for all HIV/AIDS patients, not just those with more severe clinical levels of disease. The potential of the EQ-5D<sub>VAS</sub> as a screening tool for anxiety and depression in primary care HIV patients also merits further study.

<Key words : anxiety, depression, HIV, HRQoL>

### INTRODUCTION

Since 1981, 21 million people worldwide have died of AIDS. The UNAIDS Report on the global AIDS epidemic published in November 2010 estimates that 2.6 million people across the

globe were newly infected in 2009, and there are 33.3 million people worldwide living with HIV/AIDS<sup>32)</sup>. There were 373 new HIV infections reported in Singapore in 2010, bringing the total to 4,777 HIV-infected individuals diagnosed in

Singapore since the first person was diagnosed in 1985<sup>29)</sup>.

With major advances in antiretroviral therapy and prophylaxis for some of the initially fatal complications, disease progression to AIDS can be slowed and patients infected with HIV are now living longer and healthier lives as a result of better medical care<sup>28)</sup>. However, impairment in functioning and distress due to symptoms such as pain, fatigue, insomnia, anxiety, and depression continue to be experienced by many.

Psychiatric disorders among people with HIV/AIDS may have an impact on health outcomes, adversely affect the need for and use of health services<sup>5)</sup>, and compromise adherence with complicated medication regimens, but proper treatment of the psychiatric disorder can reverse this effect<sup>13,17,30,33)</sup>. Undiagnosed and untreated mental illness may lead to HIV risk behaviours and, therefore, contribute to the infection and spread of HIV<sup>14,24)</sup>. In addition, psychiatric disorders cause a marked social burden and can increase health care costs<sup>6)</sup>. Underdiagnosis of anxiety and depression in HIV/AIDS patients may also have a negative impact on patients' quality of life and result in disparity between prevalence and the recognition and treatment of these symptoms. Hence, the aim of this study was to assess the prevalence of anxiety and depressive symptoms and the associations of these symptoms with the health-related quality of life (HRQoL) using the EQ-5D in individuals infected with HIV in Singapore.

## I. METHODS

Newly diagnosed HIV outpatients attending the Communicable Disease Centre Clinic, Tan Tock Seng Hospital in Singapore during 1 July 2009–30 June 2011 were asked to complete the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)

and the Singaporean English and Chinese EQ-5D<sup>20,21)</sup>. Relevant demographics and clinical data were obtained from the clinical records by trained research assistants.

Patients completed the HADS, which is a self-report screening instrument for negative moods, developed specifically to assess anxiety and depression in people with physical illness<sup>34)</sup>. A cut-off score of 7 or greater for anxiety or depression and 15 or greater for the total HADS score has been used to indicate significant distress in HIV populations<sup>8,27)</sup>. The HADS has been shown to be a highly effective screening tool for clinical depression in the context of HIV infection<sup>27)</sup>.

A frequently used generic HRQoL instrument is the EuroQoL EQ-5D<sup>4)</sup>, which has been shown to be valid and reliable in general populations and various patient groups, including HIV patients<sup>7,22)</sup>. The Singaporean English and Chinese EQ-5D were adapted from UK EQ-5D using EuroQoL group guidelines and had previously been validated in Singapore<sup>20,21)</sup>. This study was approved by the National Healthcare Group Institutional Review Board in Singapore.

## II. RESULTS

A total of 187 subjects were recruited for the study: 92.0% were male; the mean age was 37.4 years (SD: 11.5); 71.7% were Chinese; 89.3% had attained at least secondary school education; 63.6% were employed. Table 1 shows the baseline demographics of the subjects. Of those with a total HADS score of >14, 12 (30.8%) patients agreed to referral to a psychiatrist for assessment; 97.3% were referred to a medical social worker for emotional support and/or financial assistance.

Responses to the HADS are summarized in Table 2. The median anxiety score was 5 (inter-

Table 1 Characteristics of study subjects (n=187)

|  | N (%)              |
|--|--------------------|
| Mean age in years (SD, range)              | 37.4 (11.5, 18-70) |
| Male                                       | 172 (92.0)         |
| Ethnicity                                  |                    |
| Chinese                                    | 134 (71.7)         |
| Malay                                      | 29 (15.5)          |
| Indian                                     | 9 (4.8)            |
| Other                                      | 15 (8.0)           |
| Marital Status                             |                    |
| Unmarried                                  | 142 (75.9)         |
| Married                                    | 34 (18.2)          |
| Widowed/Separated/Divorced                 | 11 (5.9)           |
| Educational level                          |                    |
| No formal education                        | 2 (1.1)            |
| Primary                                    | 18 (9.6)           |
| Secondary/Vocational                       | 64 (34.2)          |
| Tertiary and above                         | 103 (55.1)         |
| Employment status                          |                    |
| Employed                                   | 119 (63.6)         |
| Unemployed/Student/Homemaker               | 64 (34.2)          |
| Retired                                    | 4 (2.2)            |
| Alcohol                                    |                    |
| Yes  | 52 (27.8)          |
| Risk factor for HIV transmission           |                    |
| Sexual contact-homosexual                  | 94 (50.3)          |
| Sexual contact-heterosexual                | 53 (28.3)          |
| Sexual contact-bisexual                    | 25 (13.4)          |
| Sexual contact-heterosexual+IVDU           | 5 (2.7)            |
| Blood transfusion/products                 | 1 (0.5)            |
| IVDU                                       | 2 (1.1)            |
| Unknown                                    | 7 (3.7)            |
| Past personal history of depression        | 17 (9.1)           |
| Past personal history of anxiety disorders | 10 (5.3)           |
| Family history of psychiatric disorders    | 9 (4.8)            |

IVDU=Intravenous drug use

quartile range : 2–8). The median depression score was 2 (interquartile range : 1–7). The median total HADS score was 8 (interquartile range : 3–13). Responses to EQ-5D dimensions are summarized in Table 3. The dimension reflecting the highest level of problems was anxiety/depression, followed by pain and discomfort and problems with conducting their usual activities. Figure shows the distribution of EQ-5Dvas scores.

The univariate analysis of clinical factors and total HADS scores are summarized in Table 4. Gender, marital status, and a past history of depressive disorders were found to be significantly associated with total HADS scores ( $p < 0.05$ ). Patients with higher total scores were more likely to be female, widowed/separated/divorced, and have a past history of depressive disorders than those with lower scores. Factors not significantly correlated with total HADS

Table 2 Summary of HADS score

| HADS             | Response (%) |            |           |
|------------------|--------------|------------|-----------|
|                  | Score 0-7    | Score 8-10 | Score >10 |
| Anxiety score    | 137 (73.3)   | 28 (15.0)  | 22 (11.8) |
| Depression score | 151 (80.7)   | 23 (12.3)  | 13 (7.0)  |
|                  | Score 0-14   | Score >14  |           |
| Total score      | 148 (79.1)   | 39 (20.9)  |           |

Table 3 Distribution of responses to EQ-5D dimension

| EQ-5D Dimension    | Response (%) |                   |                 |
|--------------------|--------------|-------------------|-----------------|
|                    | No Problems  | Moderate problems | Severe problems |
| Mobility           | 178 (95.19)  | 9 (4.81)          | 0 (0)           |
| Self-care          | 186 (99.47)  | 1 (0.53)          | 0 (0)           |
| Usual Activities   | 163 (87.17)  | 21 (11.23)        | 3 (1.6)         |
| Pain/Discomfort    | 146 (78.07)  | 39 (20.86)        | 2 (1.07)        |
| Anxiety/Depression | 125 (66.84)  | 56 (29.95)        | 6 (3.21)        |

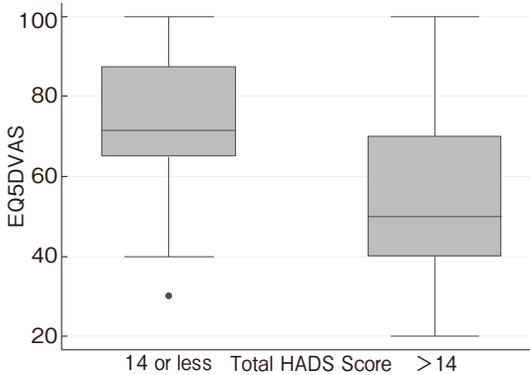


Fig Boxplot of EQ5DVAS scores

scores were age, ethnicity, employment, educational level, alcohol intake, a past history of anxiety disorders, and a family history of mental illness ( $p > 0.05$ ).

Table 5 shows the univariate analysis of the 5 dimensions of the EQ-5D and the total HADS score. Patients reporting problems with conducting their everyday activities, and problems with anxiety/depression ( $p < 0.001$ ) were significantly associated with a higher total HADS score.

### III. DISCUSSION

This outpatient sample of 187 HIV-infected individuals showed a relatively high prevalence of being significantly anxious (26.7%) or depressed (19.3%) based on the HADS (scores of more than 7). A total of 20.9% of the patients had total HADS scores of 15 or more. Most of the patients were male, Chinese, unmarried, had attained at least secondary school education, and were currently employed. In comparison, the National Mental Health Survey (NMHS) conducted in 2004 reported a lifetime prevalence of depression of 5.6% and that of anxiety disorders of 3.4% among the general population in Singapore<sup>16</sup>. It is important to note that the prevalence of anxiety and depressive symptoms in HIV-infected individuals is almost 4 times that of those in the general population in Singapore.

In the literature, the prevalence of depression and anxiety among people living with HIV infection and treated with antiretroviral therapy varies from 4 to 51%<sup>1,2,19,25,26,31</sup>. This wide range is likely due to the variation of settings evalu-

Table 4 Univariate analysis of clinical factors and total HADS scores

|   | HADS total<br>0-14<br>(N=105) | HADS total<br>>14<br>(N=27) | P value |
|---|-------------------------------|-----------------------------|---------|
| Age, Mean                               | 37.2                          | 38.1                        | 0.675   |
| 95% CI                                  | (35.4-39.1)                   | (34.1-42.1)                 |         |
| Gender                                  |                               |                             | 0.01    |
| Female                                  | 8 (53.33%)                    | 7 (46.67%)                  |         |
| Male                                    | 140 (81.40%)                  | 32 (18.6%)                  |         |
| Ethnicity                               |                               |                             | 0.495   |
| Chinese                                 | 105 (78.36%)                  | 29 (21.64%)                 |         |
| Malay                                   | 22 (75.86%)                   | 7 (24.14%)                  |         |
| Indian                                  | 8 (100%)                      | 0 (0%)                      |         |
| Other                                   | 13 (81.25%)                   | 3 (18.75%)                  |         |
| Marital Status                          |                               |                             | 0.001   |
| Unmarried                               | 118 (83.10%)                  | 24 (16.90%)                 |         |
| Married                                 | 26 (76.47%)                   | 8 (23.53%)                  |         |
| Widowed/Separated/Divorced              | 4 (36.36%)                    | 7 (63.64%)                  |         |
| Educational level                       |                               |                             | 0.149   |
| No formal education                     | 2 (100%)                      | 0 (0%)                      |         |
| Primary                                 | 14 (77.78%)                   | 4 (22.22%)                  |         |
| Secondary/Vocational                    | 45 (70.31%)                   | 19 (29.69%)                 |         |
| Tertiary and above                      | 87 (84.47%)                   | 16 (15.53%)                 |         |
| Employment status                       |                               |                             | 0.510   |
| Employed                                | 95 (79.83%)                   | 24 (20.17%)                 |         |
| Unemployed/Student                      | 49 (76.56%)                   | 15 (23.44%)                 |         |
| Homemaker                               |                               |                             |         |
| Retired                                 | 4 (100%)                      | 0 (0.0%)                    |         |
| Alcohol                                 |                               |                             | 0.742   |
| No                                      | 130 (78.79%)                  | 35 (21.21%)                 |         |
| Yes                                     | 18 (81.82%)                   | 4 (18.18%)                  |         |
| Past history of depression              |                               |                             | 0.005   |
| No                                      | 139 (81.76%)                  | 31 (18.24%)                 |         |
| Yes                                     | 9 (52.94%)                    | 8 (47.06%)                  |         |
| Past history of anxiety disorders       |                               |                             | 0.945   |
| No                                      | 140 (79.10%)                  | 37 (20.90%)                 |         |
| Yes                                     | 8 (80.0%)                     | 2 (20.0%)                   |         |
| Family history of psychiatric disorders |                               |                             | 0.461   |
| No                                      | 140 (78.65%)                  | 38 (21.35%)                 |         |
| Yes                                     | 8 (88.89%)                    | 1 (11.11%)                  |         |

ated, questionnaires used, and to the diversity of mental disorders studied, from mild to severe.

Within Asia, similar rates of depression and anxiety were found in 251 HIV-infected individuals in Thailand, where 16.3% reported anxiety symptoms, and 7.2% reported depressive symptoms using the HADS<sup>23)</sup>. Au et al. conducted a

study involving 55 HIV patients in Hong Kong, and classified 27.27% as either mildly or clinically anxious and 32.72% were classified as either mildly or clinically depressed using the HADS<sup>3)</sup>. In Malaysia, a study of 271 HIV-infected patients identified a slightly lower prevalence of symptoms : 8.9% showed anxiety

Table 5 Univariate measures of association of EQ-5D dimension and total HADS score

| EQ-5D Dimension    | total HADS score, N (%) |            | p value (Pearson Chi <sup>2</sup> ) |
|--------------------|-------------------------|------------|-------------------------------------|
|                    | 0-14 (N=148)            | >14 (N=39) |                                     |
| Mobility           |                         |            |                                     |
| No problems        | 142 (79.8%)             | 36 (20.2%) | 0.345                               |
| With problems      | 6 (66.7%)               | 3 (33.3%)  |                                     |
| Self-care          |                         |            |                                     |
| No problems        | 148 (79.6%)             | 38 (20.4%) | 0.051                               |
| With problems      | 0 (0.0%)                | 1 (100%)   |                                     |
| Usual Activities   |                         |            |                                     |
| No problems        | 136 (83.4%)             | 27 (16.6%) | <0.001                              |
| With problems      | 12 (50.0%)              | 12 (50.0%) |                                     |
| Pain/Discomfort    |                         |            |                                     |
| No problems        | 120 (82.2%)             | 26 (17.8%) | 0.053                               |
| With problems      | 28 (68.3%)              | 13 (31.7%) |                                     |
| Anxiety/Depression |                         |            |                                     |
| No problems        | 116 (92.8%)             | 9 (7.2%)   | <0.001                              |
| With problems      | 32 (51.6%)              | 30 (48.4%) |                                     |

symptoms, 9.2% showed depressive symptoms, and 20.3% showed possible anxiety and depressive symptoms based on the HADS<sup>12)</sup>. Even studies using a reference standard to diagnose psychiatric disorders also reported similar results, such as the study by Gaynes et al. in 2008<sup>11)</sup> on 152 HIV-infected individuals in the United States using the Structured Clinical Interview for DSM-IV<sup>10)</sup> administered by a trained psychiatry research interviewer, who identified 21% mood disorders (mostly accounted for by depressive disorders) and 17% anxiety disorders within the past 1 month.

As these symptoms add to the burden of disease experienced by patients with HIV, and affect medication adherence, other self-care skills, and increase the risk of morbidity and mortality<sup>15,18)</sup>, it is vital that HIV clinicians keep in mind the need to screen for such symptoms.

With the advent of highly active antiretroviral therapy (HAART), there has been a marked decrease in mortality from HIV/AIDS and this has increased the importance of assessing HRQoL from a patient's perspective. HRQoL

measures are becoming increasingly important as an aid to detect clinical problems, monitor disease, and assess treatment effects<sup>9)</sup>. As the patient sample in this study was from an outpatient clinic population, most of the patients are likely to have a more favorable condition, and it is expected that they would not have as many problems with mobility, self-care, or everyday activities. This is reflected in the study results, which revealed that patients had the most problems in the anxiety/depression domain (33.2%), followed by pain and discomfort domain (21.9%). Fewer patients had problems in conducting their everyday activities (12.8%), mobility problems (4.8%), and only 0.5% had problems with self-care.

Two of the 5 domains of the EQ-5D were significantly correlated with HADS scores, and 2 other domains (pain/discomfort and self-care) of the EQ-5D showed correlations which were near significance. Those with lower EQ-5D<sub>VAS</sub> scores and those who reported more problems in the 5 domains had higher HADS scores. This suggests that a lower quality of life on the EQ-

5D may predict higher scores on the HADS and vice versa. Patients may have a poorer quality of life for several reasons such as the progression of illness leading to poorer physical health, financial worries, stigma, and the patient's own perception of illness. All of which may possibly be translated into higher-level distress and higher total HADS scores.

As shown in this study, anxiety and depressive symptoms are closely correlated with the quality of life of HIV patients. Hence, it may be postulated that adequate treatment of such symptoms may also help to improve the quality of life of these patients. In addition it is possible that the EQ-5D and/or the visual analogue scale of the EQ-5D, which are easy and quick to administer, may even be a useful alternative as rapid screening tests for symptoms instead of the longer HADS in busy outpatient clinics. However, this should be further evaluated in future studies.

### CONCLUSION

In summary, the results of this study suggest that anxiety and depressive symptoms in individuals with HIV in Singapore are related to a lower patient-reported generic health status. The data suggest that assessment and treatment for depression and anxiety should be considered for all HIV/AIDS patients, not just those with more marked clinical levels of disease, as this may help to improve the quality of life of HIV/AIDS patients. The potential of the EQ-5D<sub>VAS</sub> as a screening tool for anxiety and depression in primary care HIV patients also merits study.

The HADS and EQ-5D are brief questionnaires that can be readily used for every patient newly registering at an outpatient HIV clinic. Easy access to psychiatric care in the HIV clinic

setting is important, as can be seen by the marked prevalence of significant levels of distress in HIV outpatients.

### References

- 1) Alciati, A., Starace, F., Scaramelli, B., et al.: Has there been a decrease in the prevalence of mood disorders in HIV-seropositive individuals since the introduction of combination therapy? *Eur Psychiatry*, 16 (8) ; 491-496, 2001
- 2) Ammassari, A., Antinori, A., Aloisi, M. S., et al.: Depressive symptoms, neurocognitive impairment, and adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *Psychosomatics*, 45 (5) ; 394-402, 2004
- 3) Au, A., Chan, I., Li, P., et al.: Stress and health-related quality of life among HIV-infected persons in Hong Kong. *AIDS Behav*, 8 (2) ; 119-129, 2004
- 4) Brooks, R.: EuroQol : the current state of play. *Health Policy*, 37 (1) ; 53-72, 1996
- 5) Cabaj, R. P.: Management of anxiety and depression in HIV-infected patients. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*, 2 (6) ; 11-16, 1996
- 6) Chandra, P. S., Desai, G., Ranjan, S.: HIV & psychiatric disorders. *Indian J Med Res*, 121 (4) ; 451-467, 2005
- 7) Clayson, D. J., Wild, D. J., Quarterman, P., et al.: A comparative review of health-related quality-of-life measures for use in HIV/AIDS clinical trials. *Pharmaco Economics*, 24 (8) ; 751-765, 2006
- 8) Cohen, M., Hoffman, R. G., Cromwell, C., et al.: The prevalence of distress in persons with human immunodeficiency virus infection. *Psychosomatics*, 43 (1) ; 10-15, 2002
- 9) Detmar, S. B., Muller, M. J., Schornagel, J. H., et al.: Health-related quality-of-life assessments and patient-physician communication : a randomized controlled trial. *JAMA*, 288 (23) ; 3027-3034, 2002
- 10) First, M. B., Spitzer, R. L., Gibbon, M., et al.: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders—Research Version. Patient Edition (SCID-I/P). Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York, 1990

- 11) Gaynes, B. N., Pence, B. W., Eron, J. J., Jr., et al.: Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosom Med*, 70 (4) ; 505-511, 2008
- 12) Hasanah, C. I., Zaliha, A. R., Mahiran, M.: Factors influencing the quality of life in patients with HIV in Malaysia. *Qual Life Res*, 20 (1) ; 91-100, 2011
- 13) Himelhoch, S., Moore, R. D., Treisman, G., et al.: Does the presence of a current psychiatric disorder in AIDS patients affect the initiation of antiretroviral treatment and duration of therapy? *J Acquir Immune Defic Syndr*, 37 (4) ; 1457-1463, 2004
- 14) Hutton, H. E., Lyketsos, C. G., Zenilman, J. M., et al.: Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *Am J Psychiatry*, 161 (5) ; 912-914, 2004
- 15) Ickovics, J. R., Hamburger, M. E., Vlahov, D., et al.: Mortality, CD4 cell count decline, and depressive symptoms among HIV-seropositive women : longitudinal analysis from the HIV Epidemiology Research Study. *JAMA*, 285 (11) ; 1466-1474, 2001
- 16) IMH: IMH spearheads world class national epidemiological study on mental health- Media Release. ([http://www.imh.com.sg/uploadedFiles/Newsroom/News\\_Releases/24Nov09\\_Singapore%20Mental%20Health%20Study.pdf](http://www.imh.com.sg/uploadedFiles/Newsroom/News_Releases/24Nov09_Singapore%20Mental%20Health%20Study.pdf))
- 17) Kempainen, J. K., Levine, R., Buffum, M., et al.: Antiretroviral adherence in persons with HIV/AIDS and severe mental illness. *J Nerv Ment Dis*, 192 (6) ; 395-404, 2004
- 18) Leserman, J., Jackson, E. D., Petitto, J. M., et al.: Progression to AIDS : the effects of stress, depressive symptoms, and social support. *Psychosom Med*, 61 (3) ; 397-406, 1999
- 19) Lima, V. D., Geller, J., Bangsberg, D. R., et al.: The effect of adherence on the association between depressive symptoms and mortality among HIV-infected individuals first initiating HAART. *AIDS*, 21 (9) ; 1175-1183, 2007
- 20) Luo, N., Chew, L. H., Fong, K. Y., et al.: Validity and reliability of the EQ-5D self-report questionnaire in Chinese-speaking patients with rheumatic diseases in Singapore. *Ann Acad Med Singapore*, 32 (5) ; 685-690, 2003
- 21) Luo, N., Chew, L. H., Fong, K. Y., et al.: Validity and reliability of the EQ-5D self-report questionnaire in English-speaking Asian patients with rheumatic diseases in Singapore. *Qual Life Res*, 12 (1) ; 87-92, 2003
- 22) Mathews, W. C., May, S.: EuroQol (EQ-5D) measure of quality of life predicts mortality, emergency department utilization, and hospital discharge rates in HIV-infected adults under care. *Health Qual Life Outcomes*, 5 ; 5, 2007
- 23) Nuesch, R., Gayet-Ageron, A., Chetchotisakd, P., et al.: The impact of combination antiretroviral therapy and its interruption on anxiety, stress, depression and quality of life in Thai patients. *Open AIDS J*, 3 ; 38-45, 2009
- 24) Perdue, T., Hagan, H., Thiede, H., et al.: Depression and HIV risk behavior among Seattle-area injection drug users and young men who have sex with men. *AIDS Educ Prev*, 15 (1) ; 81-92, 2003
- 25) Poupard, M., Ngom, Gueye, N. F., Thiam, D., et al.: Quality of life and depression among HIV-infected patients receiving efavirenz- or protease inhibitor-based therapy in Senegal. *HIV Med*, 8 (2) ; 92-95, 2007
- 26) Rabkin, J. G., Ferrando, S. J., Lin, S. H., et al.: Psychological effects of HAART : a 2-year study. *Psychosom Med*, 62 (3) ; 413-422, 2000
- 27) Savard, J., Laberge, B., Gauthier, J. G., et al.: Screening Clinical Depression in HIV-Seropositive Patients Using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *AIDS and Behavior*, 3 (2) ; 167-175, 1999
- 28) Selik, R. M., Chu, S. Y., Ward, J. W.: Trends in infectious diseases and cancers among persons dying of HIV infection in the United States from 1987 to 1992. *Ann Intern Med*, 123 (12) ; 933-936, 1995
- 29) Singapore MoH: M. O. H., HIV Statistics. (<http://www.moh.gov.sg/mohcorp/statistics.aspx?id=246>, 2010)
- 30) Starace, F., Ammassari, A., Trotta, M. P., et al.: Depression is a risk factor for suboptimal adherence to highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr*, 31 (Suppl 3) ; S136-139, 2002
- 31) Starace, F., Bartoli, L., Aloisi, M. S., et al.: Cognitive and affective disorders associated to HIV infection in the HAART era : findings from the NeuroICONA study. Cognitive impairment and depression in HIV/AIDS. The NeuroICONA study. *Acta Psychiatr Scand*, 106 (1) ; 20-26, 2002

- 32) UNAIDS.: Report on the Global AIDS Epidemic 179-186, 2003  
2010. p.16-25, 2010
- 33) Wagner, G. J., Kanouse, D. E., Koegel, P., et al.:  
Adherence to HIV antiretrovirals among persons with  
serious mental illness. AIDS Patient Care STDS, 17 (4);
- 34) Zigmond, A. S., Snaith, R. P.: The hospital anxiety  
and depression scale. Acta Psychiatr Scand, 67 (6) : 361-  
370, 1983
-

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 蝕まれゆく在留邦人の心 ——日中間の経済関係に佇む光と影——

小澤 寛樹

(長崎大学医学部精神神経科学教室, 同精神保健に関する研究・訓練のための WHO 協力センター)

日本と中国 2 国間の関係は、'90 年代以降特に経済面において深い絆が形成されてきている。バブル経済以降の停滞する日本経済にとって、また衰えない円高や東日本大震災以降の電力事情の悪化などにより、日本企業の中国への拠点移転は今や中小の企業にとっても、不可避な状況となりつつある。しかし中国は日本と文化や習慣、社会的価値観などが大きく異なる環境下であり、また業務実態の無知・無視による日本側からの過度なノルマなど、経済活動や家庭生活の場面において日本では想像できないような事態、またそれに伴う強度のストレスが発生しやすい。中国でうつや不眠、腰痛などの身体化、極度のアルコール依存や事故傾性、自殺企図・突然死などメンタルヘルスを大きく損なうケースの多くは、以上のような構造化された要因を背景とする心身相関での病態像と考えられ、筆者はこれを「上海症候群」と呼称する。日本あるいは日本の経済にとって在留邦人による経済活動がこれからも重要な位置づけであるならば、この状況を座視することなく国家的な課題として、在留邦人のメンタルヘルスを適切にサポートする体制の構築が急務であるだろう。

<索引用語：海外在留邦人，メンタルヘルス，産業精神保健，EAP，産業の空洞化>

## はじめに

経済的側面における日本と中華人民共和国（以下、中国と表記）との関係は、かつてないほど緊密になっている。'80 年代の“改革開放”以来、中国政府は社会主義路線の下で計画的に資本主義的な経済運営を実施するようになり、沿岸地域を中心に諸外国からの投資を積極的に導入しつつ、経済的發展を着実に進めた。2010 年、中国が日本を抜いて GDP 世界第 2 位を達成したことが大きく報道されたのも記憶に新しい。

かつて——筆者が十代の頃——は、「日本の最大貿易相手国はアメリカである」と学校で教えられていたものである。しかし今では、アメリカが占めていた地位は中国に取って代われ、すでに 10 年近い歳月が経っている。マクロ的な統計からもこの状況が逆転することは当面起こりえない模様だと思われる。

次にデータを示してみよう。財務省の「貿易統計」によれば、1990 年、輸出入額を合計した日本の対中貿易額は 5 兆円未満程度であるのに対し、

第 108 回日本精神神経学会学術総会＝会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たな連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 日本・中国，グローバリゼーションの影にある邦人の精神保健 司会：小澤 寛樹(長崎大学大学院医歯薬学総合研究科展開医療科学講座精神病態制御学)，鈴木 満(外務省・岩手医科大学神経精神科学講座)

対米貿易額はその4倍の20兆円強であった。その後、この較差は次第に縮まる傾向となり、2007年には対中額：27兆円に対し、対米額25兆円と逆転した。前述した中国のGDP額が世界第2位となって以降は、対中額は30兆円超の大台に乗る一方、対米額はおおむねその半分となっている。これから見ても、日本経済がバブル崩壊の時期から現在に至るまで、いかに中国の経済力に依存せざるを得なかったかが見て取れよう。

このような日中間の経済的紐帯とは、日本企業の対中進出数の加速ぶりにも如実に表れている。国内産業の空洞化への懸念を抱きながらも、いまや中小規模の事業所までもが、その選択肢を取らざるを得ないという事態となった。2011年に入っている日本企業の対中投資の再燃傾向は、欧米企業の投資撤退の傾向とは対照的であると言えよう。(2011.11.17付日経新聞朝刊記事「日本の対中投資熱再び、1～10月65%増。車部品進出や統括会社設立、欧米勢の存在感低下」など)。

2011年7月に帝国データバンクが国内企業2万社強を対象として、国内産業の空洞化に対する意識調査を実施したところ、約77%が「産業の空洞化を懸念する」と答え(有効回答数約1万社)、さらに全体の2割程度が「今後も空洞化は加速する」としている。移転実績先としては中国が6割とトップを占めており(※複数回答あり)、移転の要因としては、円高が49.2%と最も多く、次いで高い人件費(39.5%)、電力などエネルギーの供給問題(37.9%)、法人税や優遇税制などの税制問題(28.3%)などと続いている(※複数回答あり)<sup>3)</sup>。

このような日中間の経済的状況は、中国における在留邦人のメンタルヘルスを考える上で無視することはできない。本稿では、中国、殊に経済的に最も興隆する上海での事象を主に、在留邦人のメンタルヘルスを取り巻く状況を、疫学的な視点をも取り入れつつ事態の本質を捉えることを試みる。精神医学の一臨床家として側聞した経験を通じて、社会＝精神医学的側面からの報告となることをご承知置きいただければ幸いである。

## I. 臨床＝疫学的観察～上海市と近郊に居住する邦人のメンタルヘルスを中心に

筆者は、2008年より中国・上海市内にある上海市精神衛生中心の一室において、在留邦人を対象とした精神科外来を月に1度ウィークエンドの日程で実施している(なお現在は同じ上海市内の別病院へ診療室を移転した)。この開設までの経緯については、別の機会にすでに概略を述べたため<sup>1)</sup>、再度の詳述は控えたいと思うが、勤務校と同様に精神医療に関する中国側のWHOコラボレーションセンターである上海市精神衛生中心が、在留邦人のメンタルヘルスに関する現地調査(『中国在留企業における日本人及び中国人従業員のメンタルヘルスに関する共同研究』)という目的に理解を示していただき、診療室の開設に至れたことは、改めて感謝の念と共に特記しておきたい。

さて受診に訪れる邦人の具体性またその個人の持つ背景事情などに関して、いくつかの共通性が認められる。

### 1. 「過剰適応型(over-adjustment)」の性格タイプ

自分以外の上司や同僚も多少なりとも同様な性格型であり、そのような数人の日本人幹部で、指揮下に数百～数千人の中国人従業員を率いなければならない社内事情にある。

### 2. 現場の実状を無視した要求を押し付ける日本本社の存在

中国市場こそが自社の最後の砦であるという位置づけを理解しているだけに、本社に従わねばならないと思うが、現場の事情もある。日本人幹部と、それ以外の従業員との間に、日本本社を含めた形で微妙な三者関係が生起する。

### 3. 中国人従業員の扱いや接し方についての悩み

日本人とは異なる、ある意味で日本人以上に複雑で多面的な中国人の心理のあや、接した際に見える表情と本心のギャップに惑わされる。上海出

身者と地方出身者との心情面の差異も大きく、対応が難しい。

#### 4. 日中でのビジネス習慣の差異

営業成績を上げるため、取引先やオーソリティとの交渉・交遊などで日本とは全く異なる要求や習慣などを求められるが、日本本社へそのまま報告すれば現地での事業展開が行き詰まるという、コンプライアンス遵守の局面でジレンマに陥ることがある。

#### 5. アルコール問題

上海はナイトライフの面でも大変魅惑的な街であり、日本の高い所得水準で様々な歓楽を容易に満喫できる(してしまう)。高強度のアルコールなどの常飲による、極度のアルコール依存、それによる高い事故傾性、あるいは突然死なども起りうる。

#### 6. 帯同家族の問題

知見や世界が狭い中に押し込められがちな主婦や、防犯上の問題などから、外で自由に遊ぶのが難しくなり鬱屈した気分を抱える子供たちにも、メンタルヘルスの面で問題が起りやすくなる。

#### 7. 家族の機能不全

家族それぞれがストレスを抱えた結果、相互を支援できるような家族機能がほとんどあるいは全く機能しなくなり、両親の不和、それから派生したDV、育児放棄なども発生しうる。育児は家庭に来る中国人のお手伝いさんに一任されるなどのケースもある。

#### 8. パワーハラスメント・セクシュアルハラスメント

近年、モラル面での行動規制の拡がり、自分自身への行動規制の結果「今のはパワハラと訴えられないだろうか？」などという、自己・自己の行動への不安、自信の喪失などがみられる。

そしてこの中国・上海(とその周辺地域)にお

表 上海シンドローム

---

|                         |
|-------------------------|
| ・過剰適応タイプでいつも緊張している      |
| ・怒りの表出に問題を抱えている         |
| ・夫婦関係の亀裂、家族機能破綻、子捨て心理   |
| ・発症2～6ヵ月目に持病が悪化、身体症状出現  |
| ・心気状態(男>女)、             |
| めまい、疲れやすい、身体表現化         |
| ・持続的な睡眠障害とアルコール摂取量増加    |
| ・最終的に大うつ病、パニック障害、自殺のリスク |

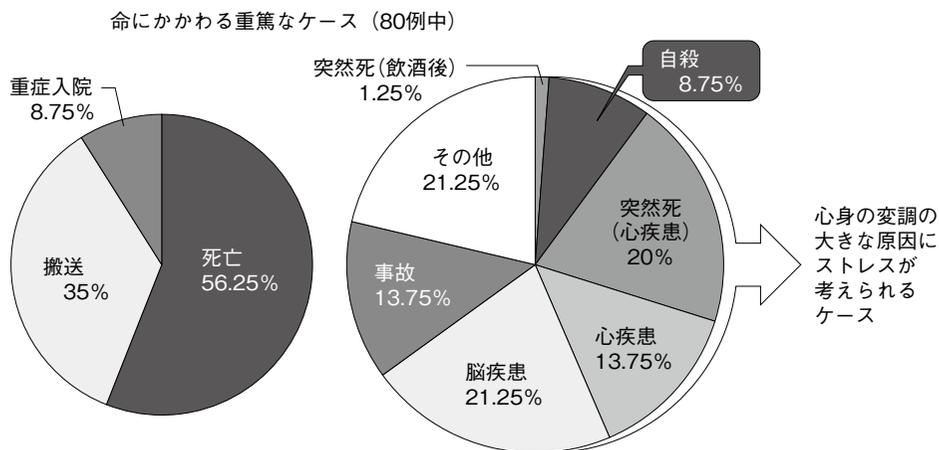
---

ける一定数の症例を臨床経験後に、以下のような病態像を持つ症例について、筆者は「上海シンドローム」と仮称し、先に述べた中国という日本とは異なる文化・社会構造下において経済活動や日常生活の局面で、構造化された社会的病因を背景に持つ特有な精神疾患ではないか、との仮説を持つに至った(表)。

## II. 異国・異文化下でのメンタルヘルス・ケア～強度のストレスとの心身相関

前述した「上海シンドローム」が中国に渡った邦人中にみられる特有の精神疾患であるとして、我々はこれにどう向き合うべきなのだろうか。個別の症例に対しては、もちろん個々に臨床例として治療・対応を行う以外にないであろう。しかし現状では、中国全土を見た場合、公式な数字だけで14万人超(2011年秋、外務省の統計による)居住するという在留邦人に対して、常駐する精神保健指定・専門医が皆無という状態である。また精神医療の現場においては、医師と受診者間での母語によるコミュニケーションの醸成がまず必要とされるということを考え併せれば、中国での邦人を対象とした精神医療体制の不十分さは否めないと思われる<sup>\*1</sup>。

メンタルヘルスに限らず、中国の在留邦人の健康を極度に悪化させる最も大きなファクターが、異文化下で生活の様々な局面で受ける強度のストレスである点は、臨床の側面から観察しても疑問の余地はないところであろう。中国において展開する医療サービス会社ウェルビーの統計によれば(図1)<sup>4)</sup>、生命の維持が困難になるレベルの重篤



ストレスが、働き盛りのビジネスマンを追い込む？

ウェルビー危機管理情報部 2012

図1 中国における邦人の重大事故

なケースが2011年1年間だけを取っても80例あり、その中で死亡に至ったケースは約60%。最も大きい数字として心疾患による突然死が20%に上ることは注目しておくべきであろう。自殺が10%未満、また心疾患そして脳疾患についても、それぞれ決して小さい数字であるとは言い難い。

そしてこれらの事象は、心身の不調をきたす大きな原因としてストレスが挙げられるケースだと考えられる。上海における経済活動や家庭生活は、日本と異なる文化や習慣・社会的価値観の中で実績や成功を収めることが求められるという、強いストレスを醸成する構造が背景化しているためである。私見によれば、このような突然死に至るケースには、現地企業の董事長・総経理といった業務における責任の大きい、経営トップの地位に近い人物らに多くみられるようである。

1つには、“中国でのビジネスは、仕事の幅がイヤでも広がる”と言われるように、赴任者数と担当部署の少なさのため従業員が1人で何人もの職

務を兼ねることも珍しくない。例えば、これまで営業の職務一筋であった人物が中国に赴任した途端、多数の中国人スタッフの労務管理や経理業務まで処理せねばならなくなり、ミスを犯せないとの強いストレスから心疾患となったケースも、決して数的に少なくない。

これは1つの具体例であるが、上海のある日本企業では土曜・日曜といった会社関係者との接触がない休日には、自社の董事長や総経理ら有力幹部の生存を確認するために、会社のセクレタリーが自宅へ電話をかける社内ルールがあるという話を聞いたことがある。事の真偽は不明であるが、このエピソードはいかに中国国内において経営トップの日本人に心身の不調が起りやすいかということが、実感されているということの証左ではないか。その意味においても、メンタルヘルスを含めた心身相関の症状に対する早期のスクリーニングは、中国の在留邦人にとって非常に大きな意味を持つと考えなければならないであろう\*2。

\*1しかし逆にこの医療面での条件が整えられた場合には、ある種の精神疾患に関しては特に治療手段が投薬である場合に、日本よりも一歩進んだ治療効果を得られる場合もあることは特筆すべきだと思う。いわゆる“ドラッグラグ”により、日本で未承認の精神疾患治療薬を服用できた結果、寛解へと向かう例も決して少なくない。

\*2米国心臓協会(AHA)はCHD患者に早期かつ定期的なうつ病スクリーニングを推奨する声明を2008年に公表している。

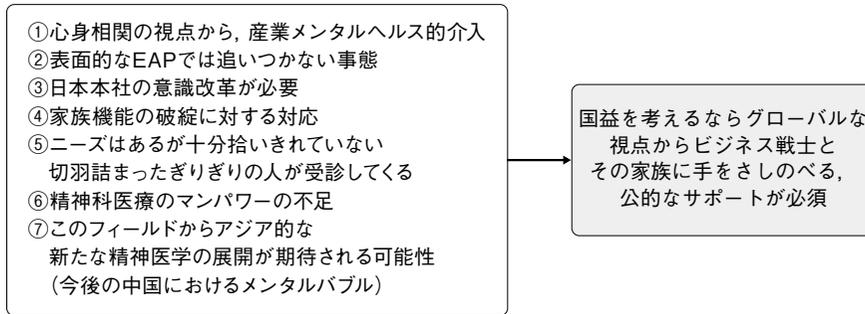


図2 上海からの提言

さらに敷衍するならば、このストレス——心身相関の関係性を捉えて適切なメンタルヘルス面での治療手段を構築していくために、バイオロジカルな視点の導入が今後不可欠になるのではないかとと思われる。

### Ⅲ. 上海からの提言～

#### “上海メンタル・クライシス”を防ぐために

以上見てきたように、中国における在留邦人のメンタルヘルスは極めて厳しい状況にあり、もはや上海にある一医療機関・一医療従事者だけの個人的努力だけでは事態に十分対応することができない段階にあると思われる。『上海メンタル・クライシス』——この状況を日本で初めて紹介する拙著に、筆者は前述した危急性を喚起する意味を込めて書名をつけさせてもらった。在留邦人のメンタルヘルス問題に対しては、国家的なレベルでの早急な対策が望まれる。以下にこの点をも含め、中国・上海の在留邦人のメンタルヘルスに関する論点となる、point of viewを挙げておきたい(図2)。

最後になるが、一言付け加えておきたい。2011年の東日本大震災が起きた後、筆者は福島県に派遣されそこである光景を見た。それはある町の外れを流れる川に掛かった橋の欄干に、大きな木が丸々1本引っ掛かっている風景であった。案内をさせていただいた方に伺うと、実はこの木が引っ掛かっている場所、すなわちこの橋より先と手前とで、原発事故に伴う避難措置が実施されるか否かが決まったのだという。その先は行くことができ

なかったが、震災前には同じ地域の住民という実感を隣りの地域とも共有していたであろう。しかし震災はそんな一体感をも損壊し、同じ被害のなになぜ自分達は向こう側同様に扱われないのかという不満を高めたのではないかと、話を聞いてそのように考えた。

同様なことは上海と日本との間にも言えるだろう。同じ同胞で、自分達は本国・本社のために身を粉にして働いている。にもかかわらず、なぜこのような酷い有様にならなければいけないのか、と。在留邦人の方々にそのような考えさせては決してならない。我々は彼らを見捨てるような真似をしてはいけないのだ。そのために1日も早い、在留邦人への国家的な医療支援体制の構築が急がれる。諸賢のご明察を期待し、本稿を閉じたいと思う。

文 献

- 1) アンド・メンタル編集部編著：上海メンタルクライシス～海外ビジネスマンの苦悩(小澤寛樹監修)．長崎新聞社，2012
  - 2) Lichtman JH, Bigger JT Jr, Blumenthal JA, et al.: Depression and coronary heart disease: recommendations for screening, referral, and treatment: a science advisory from the American Heart Association Prevention Committee of the Council on Cardiovascular Nursing, Council on Clinical Cardiology, Council on Epidemiology and Prevention, and Interdisciplinary Council on Quality of Care and Outcomes Research: endorsed by the American Psychiatric Association. *Circulation*, 118 (17):1768-1775, 2008
  - 3) 帝国データバンク産業調査部：TDB 景気動向調査 2011 年 7 月特別企画「産業空洞化に対する企業の意識調査」．2011, 8, 3
  - 4) ウェルビー危機管理情報部：ウェルビー取り扱い 2011 年重大医療対応ケース (1 月～12 月)．ウェルビー株式会社，東京，2012
-

WHO Collaborating Center for Research and Training in Mental Health  
Deteriorating Mental Health of Japanese Living Overseas  
— The Bright and Dark Sides of Economic Relations between Japan and China —

Hiroki OZAWA

*Nagasaki University Graduate School of Biomedical Sciences, Unit of Translational Medicine,  
Department of Neuropsychiatry*

Japan and China have been working to strengthen their relations. In particular, the two countries have forged strong economic ties since the 1990s. Amid the economic stagnation after the bubble economy, Japanese firms, including small- and medium-sized enterprises, have become increasingly aware that it is almost inevitable to transfer some of their Japan-based manufacturing to China, due mainly to the yen's unabated strength and worsening power generation situation as a result of the Great East Japan Earthquake. However, China has a distinct culture, customs, and social values that are markedly different from those of Japan. Japanese expatriate employees in China need to deal with unfamiliar situations in terms of economic activities and everyday/family life that are hard to imagine in a Japanese context, while their Japanese headquarters fail to acknowledge, or take no notice of, such local conditions and make unreasonable demands on them, such as unrealistic quotas. Thus, they are likely to suffer from intense stress associated with such situations. We consider that many cases of mental health deterioration that Japanese expatriate workers experience in China (e. g., depression, insomnia, somatization disorders such as back pain, severe alcohol dependence, accident proneness, suicide attempt, and sudden death) are the manifestation of psychosomatic symptoms attributable to the above-mentioned factors. We refer to this as "Shanghai syndrome". Given that economic activities of Japanese living overseas continue to be of vital importance to Japan and its economy, it is necessary to look at this situation as an issue of national concern, and develop systems to provide them with appropriate mental health support.

< Author's abstract >

< **Key words** : Japanese living overseas, mental health, occupational mental health, EAP (Employee Assistance Program), deindustrialization (hollowing out of domestic industry) >

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## 中国におけるEAP活動

楠本 優子<sup>1,2)</sup>，南 達元<sup>3,4)</sup>，小澤 寛樹<sup>1)</sup>1) 長崎大学大学院医歯薬総合研究科医療科学専攻展開医療科学講座精神神経科学，  
精神保健に関する研究・訓練のためのWHO研究協力センター，2) アンド・メンタル，

3) 上海市精神衛生中心，上海WHO研究協力センター，4) 不知火病院

近年精神障害による労災認定数が増加の一途をたどり，精神保健への対策は公のアジェンダとして広く認識されている。雇用形態は多様化し，世界でも非常に高い自殺者数を抱える日本において，メンタルヘルス対策は大きな関心事と言えるだろう。同時に企業はグローバル化し，日本の場合は特に中国への生産拠点の布陣がなされ，2010年には同国は日本の貿易総額1位の相手国となった。そういった情勢の中，筆者は産学官連携事業の一環として中国に駐在する企業人のメンタルヘルス検診を行った。対象者は，製造業，営業，技術専門職，管理職などで，GHQ-12，職業性ストレス簡易調査票，バウムテストなどを用い，その得点と職種，残業時間，半構造化面接から得られた心理社会的要因との関連を分析した。近年では海外勤務など予想だにできなかった技術職までもが突然海外勤務を言い渡され，業務の幅が広がると同時に慣れない土地で不適應を起こす例や，単身赴任による社会的孤立，言語化が困難で身体化しやすい傾向などが海外赴任者の心理的ストレスの背景や要因として挙げられる。

<索引用語：EAP(Employee Assistance Program)，在中駐在員，GHQ-12，バウムテスト，身体化>

## はじめに

教育・経済・芸術・産業・科学など人間の生活において，今やグローバルな要素を含まないものがあるだろうか。グローバル化には貨幣や物品だけでなく人的交流を伴い，異文化に派遣される者への医療サービスも必要になってくる。言語・文化は当然のこと，医療制度の違う国や地域において，本国と同じような医療を受けられる保証はなく，母語での受診の機会が国際社会と言えどもまだまだ少ない。そこで，在中駐在員を対象として，EAP(Employee Assistance Program)を提供したのでその活動を報告したい。

## I. 背景

1996年の有名な電通事件以降，精神障害による

労災認定数が増加の一途をたどり，「心理的負荷による精神障害の労災認定基準」はそういった情勢に合わせて改正が繰り返されている。また，2008年に施行された「労働契約法」において，安全配慮義務が明文化され，企業や事業所側に要求される安全配慮は，努力義務ではなく法的義務として課せられるようになった。サービス残業，労働や雇用形態の多様化，世界でも非常に高い自殺者数を抱える現代において，メンタルヘルス対策は，従業員の安全配慮義務を担う企業の人事担当者のみならず，労働者自身にとっても大きな関心事と言えるだろう。

一方，働く場を巨視的にみると，企業はグローバル化し事業の海外展開力が問われる時代にある。3.11以降の当該地域における産業が大きな打

撃を受けたこと、長期にわたる円高傾向、M & A 促進も追い風となり、日本の製造業は海外へその活路を見出すべく動いている。特に隣国・中国への生産拠点の布陣がなされ、2010年には日本の対世界貿易に占める中国のシェアは20.7%となり、輸出シェアは19.4%と過去最高を更新した。また中国は、貿易総額、輸出額、輸入額共に日本の相手先で第1位となった<sup>7)</sup>。また海外資本をいち早く取り入れた中国一の大都市・上海は2011年の外務省統計<sup>1)</sup>によると、長期滞在の邦人数で世界一に躍進した。

## II. 在中駐在員と精神衛生

国内では何となくやり過ごしている“ストレス”であったとしても、言葉・文化などの異文化による影響や単身赴任による孤独感、また物理的にも見解的にも遠く離れた本社の無理解など<sup>2)</sup>により、その閾値は下がり、これまで水面下でくすぶっていた問題が表面化するとも言われている<sup>9)</sup>。

また、中国は地理的には22の省、5つの自治区、4つの直轄市に分割され、総人口の92%を占める漢族と55の少数民族から成る多民族国家である。日系企業が拠点を置く都市や地域には、政治都市と言われる北京、技術開発部門が多い大連などの環渤海湾地域、大都市上海を含む長江デルタ地域、アジアの工場と言われる珠江デルタ地域、重慶・武漢など発展目覚ましい内陸部などがあり、生活環境から経済環境、共に働く中国人の気質まで地域による多様性に配慮した対応が必須となる。

## III. EAP サービスの普及

従業員へのEAPサービスは、フォーチュン誌が挙げた上位100社では100%の企業が導入し、上位500社では90%の導入率を誇ると言われる<sup>5)</sup>。EAP先進国のアメリカを手本に日本でもEAP導入が進んでいるものの、心の健康対策に取り組んでいる事業所の割合は2007年統計で33.6%で、事業所規模別にみると、1,000~4,999人および5,000人以上の規模の事業所では9割を超え、100人以上のすべての規模で6割を超えて

いる<sup>4)</sup>。

従業員への安全配慮が法的に義務化されたことと企業の海外進出の増加といった気運の中、筆者が所属する、産学官合同プロジェクトによるメンタルヘルス支援企業が平成19年度長崎県医工連携拠点形成支援事業で採択され、発足した。

## IV. 在中日系企業におけるメンタルヘルス検診

上記事業の一環として在中企業2社においてメンタルヘルス検診を行った。期間は20XX年1月~10月で、GHQ-12、職業性ストレス簡易調査票を用い、企業によってはバウムテスト、半構造化面接などを行った。対象者は142名(男性141名、女性1名)で、職種は製造業、営業、技術専門職、管理職などであった。GHQ-12では、専門科受診が推奨されているGHQ法4点以上は全体の23%で、業種別では製造・工場従事者に高得点者が多い割合でみられた(図1)が、営業職には7点以上の者がいない結果となった。また、GHQ法1点をマークした質問項目のうち、その割合が多かった順にみると、「問題を解決できないと感じる」が37%、「いつも緊張している」33%などであった。

2社のうち、主に中国国内の4事業所を展開する企業Zでは54名の駐在員(男性53名、女性1名)に対して、GHQ-12、職業性ストレス簡易調査票、バウムテスト、半構造化面接を施行した。

GHQ-12では全体の4割弱が精神衛生の不健康な群に相当した(図2)。日本国内での4点以上の割合は16.5%と言われており<sup>6)</sup>、この値はその値を上回った。また、GHQ-12と残業時間との相関では、事業所ごとに異なる相関で、技術専門職では $r=0.69$ と強い相関がみられた。一方、営業・管理職では残業時間が短くGHQ-12との間に $r=-0.69$ と負の相関がみられた(表1)。職業性ストレス簡易調査票では、「仕事の量的負担」「仕事の裁量度」「上司の支援」「同僚の支援」の4軸で各事業所/職種ごとに特徴的な結果がみられた(表2)。製造部門1では、仕事のコントロールが低く量的負担も全国平均を上回っていることがわ

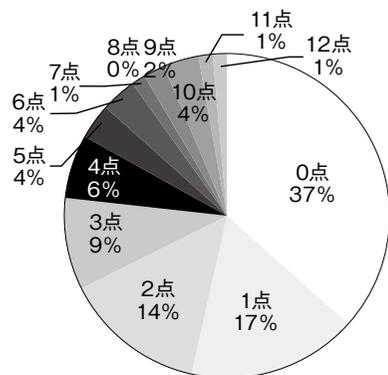


図1 GHQ-12 得点分布

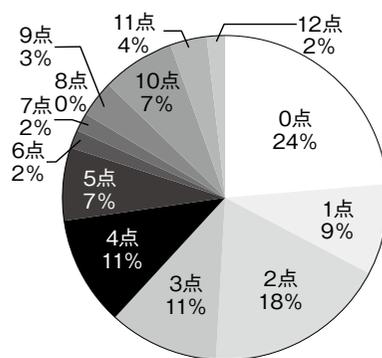


図2 企業AにおけるGHQ-12得点分布

表1 企業YにおけるGHQ-12と残業時間の相関

|     | 相関係数 r |         |         |
|-----|--------|---------|---------|
|     | 近似曲線 r | Pearson | 有意差     |
| 製造1 | 0.24   | 0.241   | ns      |
| 製造2 | 0.26   | 0.263   | ns      |
| 技術  | 0.69   | 0.693   | p=0.013 |
| 営業  | -0.69  | -0.692  | p=0.057 |

かる。また、上司の支援が得られにくい一方、同僚の支援は全国平均より充実していることが示唆される。他方、裁量権があるものの、仕事の量的負担が多いのは、営業／管理部門となった。この部門は日本人単独事務所勤務するものが多かったため、同僚の支援は得られにくいが直轄の上司の手厚い支援があり、全国平均より上司の支援は充実している結果となった。技術開発部門は4つの部門の中で最も上司の支援が充実しており、部門内の人間関係が良好なことが示唆される。製造部門2は全国平均より仕事の質的量的側面、上司と同僚の支援の側面でも、全国平均より同じか上回る結果となった。

同じ企業母体でも事業所や職種ごとに変化に富んだ職場のあり方が示唆された。仕事の量が過多で仕事の裁量権が低い部門の場合、業務過多で予定が立ちにくく、想定外の統制不能な事態が発生しやすい職場環境で、現地企業との合弁支社であるなど異文化の境を跨ぐ職業環境であった。しかし、職場の支援により心の健康リスクが低くなる

ことが示唆された。こういった労働環境の場合、人員増員や配置転換、タスクのアウトソースなどの調整が提案された。また、言うまでもないが、仕事の量がたとえ多くとも、仕事の裁量権があり、職場の支援が充実している場合は、部門内のチームワークが機能しており、労働者同士のフォロー体制が整っていると考えられた。

Siegristが提唱した努力報酬不均衡モデル<sup>11)</sup>に当てはめると、努力に見合う報酬にはキャリアや金銭が挙げられているが、加えて人の心理に影響する‘評価’があり、職場内の上司・同僚の支援も努力に見合う報酬の1つになることが、職業性ストレス簡易調査票の結果から示唆された。

## V. 心の検診と心理尺度

上海で在中駐在員と家族向けのメンタルヘルスクリニック受診者の精神健康上の質的背景に、“言語化が困難なゆえの身体化”や“否認が伴いやすい依存症関連障害”、“エネルギー的なタイプA性格”などが挙げられており<sup>9)</sup>、産業領域で用いられる心理尺度はもっぱら質問紙が多い中、より重層的で本質的な問題の抽出と対応を行うため、臨床場面でも多く用いられているバウムテストを半構造化面接にて用いた。GHQ-12とバウムテスト施行ができた49例のバウムに特徴的だったのは、樹冠が描かれていないバウム、枝と根が鋭く尖った刀形枝／根であった。

まず樹冠のないバウムについて考察してみた

表2 企業Yにおける職業性ストレス

|       | 仕事の量的負担 | 仕事のコントロール | 上司の支援 | 同僚の支援 |
|-------|---------|-----------|-------|-------|
| 製造1   | 9.2     | 6.8       | 6.8   | 8.9   |
| 製造2   | 9.2     | 8.4       | 8.4   | 8.6   |
| 技術開発  | 9.1     | 8.2       | 7.4   | 8.4   |
| 営業・管理 | 9.8     | 8.6       | 8.4   | 7.6   |
| 全国平均  | 8.7     | 7.9       | 7.5   | 8.1   |

い。教示は「実のなる木」だったことから、樹冠のないバウムには直接枝に実がくっついているようなバウムや葉が全く描かれていないバウムであった。実がなっていることから、枯れ木ではないが、葉のないバウムはエネルギーの欠乏や自己保護と好奇心低下などを表し、外界との緩衝剤が不在であることの表れ、樹冠のなさは内と外のつながりや境界が不明瞭で、自我境界の弱さが示唆される<sup>3)</sup>。GHQ-12との関連をみると、樹冠のないバウムは40.8%であった(表3)。

#### バウムテストから見えた怒りと身体化

また、樹冠のないバウムの枝もしくは根は空や地に刺さるように描かれており、強い攻撃性を有していることが窺える<sup>12)</sup>。数枚、一部枝先直で描かれたバウムもあり、心的エネルギーの流れが急に分断されていることや挫折のサインとも考えられる。加えて、樹冠のあるバウムにも枝の先が尖っているものもあり、攻撃性の方向性は様々にしる。駐在員のバウムには攻撃性の高いサインがみ取れた。

今回EAPを提供した駐在員らは男性がほとんどであった。男性と怒りの関連性は、虚血性心疾患<sup>10)</sup>、高血圧の発症<sup>8)</sup>に発展することがこれまでの研究で示唆されている。実際、中国に滞在する日本人への医療保険を提供している保険会社のデータによると(図3)<sup>13)</sup>、突然死、心疾患、脳疾患が死亡原因の上位に挙げられている。

#### おわりに

この在中駐在員へのEAP提供を通して得られた知見としては、質問紙に加えて投映法を用いた

表3 GHQ-12とバウムテストの特徴

|          |      | バウムテスト     |            |
|----------|------|------------|------------|
|          |      | 樹冠なし       | 樹冠あり       |
| GHQ-12 値 | 3点以下 | 12 (24.5%) | 20 (40.8%) |
|          | 4点以上 | 8 (16.3%)  | 9 (18.4%)  |
| 計        |      | 20 (40.8%) | 29 (59.2%) |

心理検査を導入したことにより、駐在員のこころの健康状態を広く深く得られたと考えられる。今後は言語化や明確化が困難な駐在員に向けて、紋切型に偏りがちな質問紙のみならず、半構造化面接や投映法の導入など柔軟な対応にてニーズを幅広く掬い上げる取り組みを続けていきたい。

また、精神的ストレスの身体化も示唆されたため、身体科医師や保健師との連携やストレスマネジメントの講演開催など予防医学やポジティブ心理学の要素を導入することも必要と考えられる。

加えて多文化の側面からは、価値観の狭間における葛藤には、在中国が原因であるばかりでなく、実際には本社との軋轢も葛藤の要素になっており、特に管理職へのコンサルタントなども必要となった。こういったコンサルタントや信念対立の解決にはチーム医療の多職種連携で得た知見が有効であった。

昨今取り沙汰されている在外邦人支援のベースとして、医療的支援、特に母語で受診できる精神科医療・心理カウンセリングサービスの充実を図っていくことは、グローバル化する世界においては国家的に取り組むことが必要であるとする。

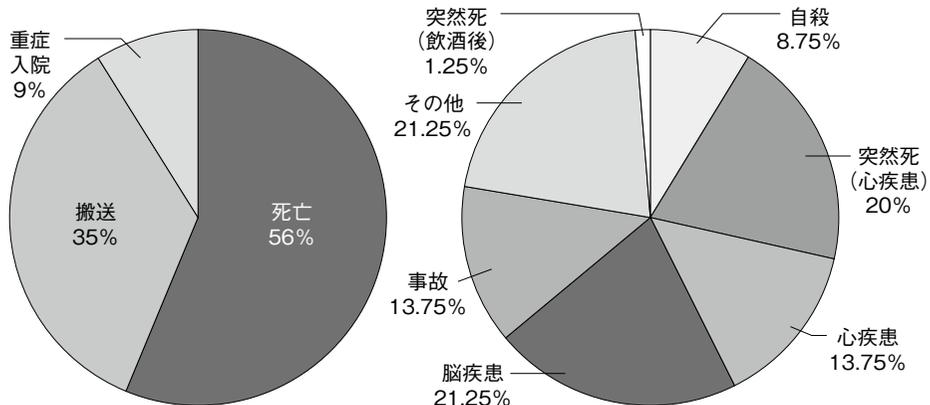


図3 在中日本人の重大事故-命にかかわる重篤なケース (80例中)

### 文 献

- 1) 外務省領事局政策課：海外在留邦人数調査統計(平成23年速報版)。2011
- 2) 勝田吉彰：中国駐在員を取り巻くストレス状況の最近の変化—駐在員・家族への聞き取りから—。臨床精神医学, 37 (3) ; 323-325, 2008
- 3) カールコッホ (岸本寛史, 中島ナオミほか訳)：バウムテスト第3版。誠信書房, 東京, 2010
- 4) 厚生労働省：職場における心の健康づくり～労働者の心の健康の保持増進のための指針～。2012
- 5) 小杉正太郎, 齋藤亮三：ストレスマネジメントマニュアル。弘文堂, 東京, 2006
- 6) 中根允文, 田崎美弥子, 宮岡悦良：一般人口におけるQOLスコアの分布—WHOQOLを利用して。医療と社会, 9 ; 123-131, 1999
- 7) 日本貿易振興機構 (JETRO)：プレスリリース「2010年の日中貿易」。2011
- 8) 大平哲也, 磯 博康, 谷川 武ほか：不安, 怒り, うつ症状と循環器系疾患との関連についての前向き疫学研究。心身医, 44 ; 335-431, 2004
- 9) 小澤寛樹監修, アンド・メンタル編集部編：上海メンタルクライシス。長崎新聞社, 長崎, 2012
- 10) Siegman, A. W., Townsend, S. T., Blumenthal, R. S., et al.: Dementions of anger and CHD in men and women: Self-rating versus spouse ratings. J Behav Med, 21 (4), 315-336, 1998
- 11) Siegrist, J.: Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. J Occup Health Psychol, 1 (1) ; 27-41, 1996
- 12) 高橋雅春, 高橋依子：樹木画テスト。北大路書房, 京都, 2010
- 13) ウェルビー危機管理情報部：在中日本人の重大事故。ウェルビー株式会社, 東京, 2012

## The Status of EAP (Employee Assistance Program)-related Activities in China

Yuko KUSUMOTO<sup>1,2)</sup>, Dayuan NAN<sup>3,4)</sup>, Hiroki OZAWA<sup>1)</sup>

- 1) *Division of Neuropsychiatry, Unit of Translational Medicine, Nagasaki University Graduate School of Biomedical sciences, Nagasaki University, Nagasaki WHO Collaborating Centre for Research and Training in Mental Health*
- 2) *& mental Co., LTD., Nagasaki, Japan*
- 3) *Shanghai Mental Health Center, Shanghai WHO Collaborating Centre, Shanghai, Republic of China*
- 4) *Shiranui Hospital, Oita, Japan*

In recent years, the number of workers' compensation claims due to mental disorders has steadily increased, consequently increasing the recognition of approaches and strategies to maintain workers' mental health as a public agenda. With diversified forms of employment and a high number of suicides compared to those in other countries, mental health promotion is a major concern in Japan. On the other hand, firms have become globalized, while creating production bases particularly actively in China, which became Japan's largest trading partner in 2010.

Under these circumstances, the author screened the mental health of business persons stationed in China as part of an industry-academia-government collaborative study. The participants were engaged in manufacturing or sales, technical professionals, or managers, and underwent the GHQ-12, the Occupational Stress Questionnaire, and the Baum Test. Subsequently, the correlation between their scores and occupations, overtime hours, and the psychosocial factors extracted through semi-structured interviews was analyzed.

As a result, it was suggested that maladjustment in technical professionals due to unexpected transfer to an unfamiliar area with wider and broader range of work, social isolation due to temporary dispatch without family, and frequent somatization due to difficulty in verbalizing emotions may be the backgrounds or the factors mutually related with psychosocial stress.

<Authors' abstract>

<Key words : EAP(Employee Assistance Program), Japanese expatriates, GHQ-12, Baum test, somatization>

---

## 第108回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

パルス波治療器で十分な治療は行われているのか？  
——全国アンケート調査から——

奥村 正紀

(東京都保健医療公社豊島病院精神科)

ECTは、その有効性は確立されているが、有効な治療効果やけいれんを得るため、あるいは副作用の出現を少なくするための方法についての検討は十分に行われていない。また、パルス波治療器から、以前より使用されているサイン波治療器へ変更せざるを得ない症例も散見され、パルス波治療器の出力不足も指摘されている。しかし、サイン波治療器は今後の継続的な使用が困難である。今回、パルス波治療器を使用しているECT実施施設にアンケートによる全国調査を施行し、わが国での今後のパルス波治療器使用における課題を検討した。今回の結果では、パルス波治療器のみを使用する施設とサイン波治療器も使用する施設を比べて、薬物調整などは同様に行われており、安易にサイン波治療器を使用しているのではないことがわかった。12～13人に1人の割合でサイン波治療器が使用されており、わが国での現状ではパルス波治療器のみでは十分なECTが行われていないとも考えられる。今後、安定した治療としてECTが行われることが望まれる。

<索引用語：電気けいれん療法、パルス波治療器、サイン波治療器、薬物調整>

## はじめに

電気けいれん療法(electroconvulsive therapy: ECT)は、さまざまな精神・神経疾患に対して行われ、その有効性は確立されているが、有効な治療効果やけいれんを得るため、あるいは副作用の出現を少なくするための方法についての検討は十分に行われていない<sup>1,3)</sup>。

さらに、治療器が従来使用されていたサイン波治療器から最大出力の小さいパルス波治療器が中心となるにつれて、ECT施行中に100%の出力で有効なけいれんが起こらない、もしくはけいれんは起こったものの治療効果が得られないなどの理由から、サイン波治療器へ変更せざるを得ない症例も散見され、パルス波治療器の出力不足も指摘されている。しかし、サイン波治療器は2004年から製造を中止し、2005年には薬事法上の医療機器製造番号を返上、さらに2014年までには補修も終

了するとの意向である。医療機器としての使用は今後も可能であるが、保守ができなくなると今後の継続的な使用も困難が考えられる。出力に関しては、海外ではエネルギーを高出力にできるパルス波の治療器が導入されているところもある。

わが国のパルス波治療器を使用している施設では、有効なけいれんを得るために、けいれん閾値を上げないようにするためのベンゾジアゼピン系薬物、抗てんかん薬などの調整をいつどのように行うのか、また麻酔薬の変更や減量、それに伴うレミフェンタニルなどの薬物の使用、けいれんを起こしやすくするためテオフィリンやフルマゼニルなどの薬物の使用も、医師個々の裁量で調整が行われている<sup>4)</sup>。

このような状況から、パルス波治療器を使用しているECT実施施設にアンケートによる全国調査を施行し、わが国での今後のパルス波治療器使

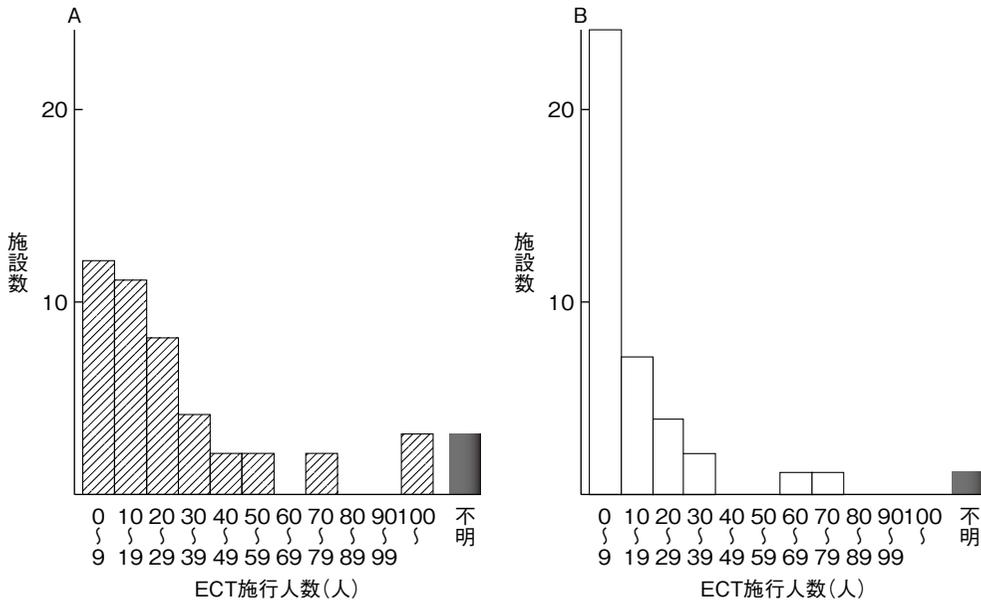


図1 パルス波治療器のみの施設の患者数とサイン波治療器へ変更する施設の患者数の比較 (2011年)  
 A: サイン波群 (平均 35.7±70.2人), B: パルス波群 (平均 12.1±15.5人)

用における課題を、パルス波治療器の出力の増量も含めて検討した。

### I. アンケート調査

2009年に日本精神神経学会 ECT 検討委員会の実施した「ECT 実施状況」に関するアンケート調査でパルス波治療器を使用している施設、および大学病院、計 209 施設に対してアンケート調査を行った<sup>2)</sup>。サイン波治療器の使用状況と使用理由、けいれんが不十分な時の薬物調整(麻酔薬の調整、けいれん閾値を下げる薬物の投与)、ECT 治療時の抗てんかん薬・ベンゾジアゼピン系薬物の調整について質問した。

209 施設のうち 91 施設 (44%) から回答を得られた。うち、4 施設は、現在 ECT を施行しておらず、今回の結果から除外し、87 施設から得られた回答をまとめた。

#### 1. サイン波治療器の使用状況

「サイン波治療器へ変更もしくは最初からサイン波治療器を使用するか?」は、パルス波治療器

のみを使用する施設 (以下、P 群) が 40 施設 (44%)、サイン波治療器も使用する施設 (以下、S 群) が 47 施設 (52%) であり、半数の施設でサイン波治療器も使用することがわかった。

「2011 年の ECT 施行患者数」は全体で 2,023 人、そのうち P 群が計 470 人、S 群が計 1,553 人であり、施設数あたりの人数は、P 群が 12.1±15.5 人 (平均±標準偏差)、S 群が 35.7±70.2 人で、サイン波治療器も使用する施設の方が各施設数あたりの ECT 施行患者数が多かった (図 1)。S 群 1,553 人のうち、サイン波治療器を使用した患者数は 167 人 (11%) であり、全体の 8%、12~13 人に 1 人の割合でサイン波治療器が使用されていた。167 人のうち、パルス波治療器からサイン波治療器へ変更したのが 101 人 (60%)、最初からサイン波治療器を使用したのが 66 人 (40%) であった (図 2)。

「サイン波治療器への変更理由 (複数回答可)」は S 群 47 施設のうち 2 施設が未回答であり、45 施設のうち 44 施設 (98%) が「けいれんが起らない・不十分」、12 施設 (27%) が「効果が不十分

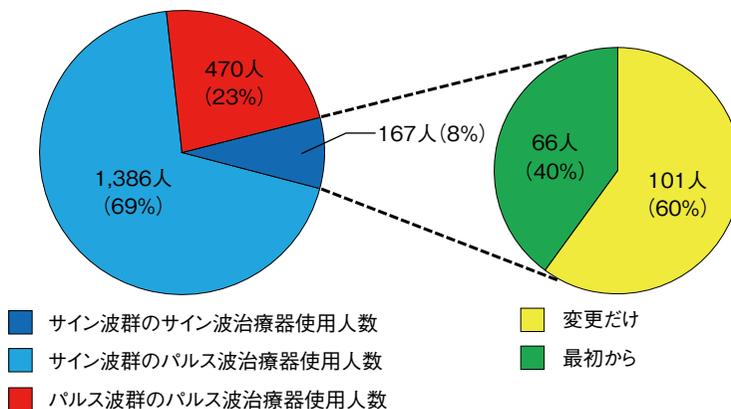


図2 サイン波治療器の使用状況 (2011)  
全体の8% (12~13人に1人) がサイン波治療器を使用

分」という理由であった。また、「最初からサイン波治療器を使用する理由（複数回答可）」は、S群で最初からサイン波治療器を使用する33施設のうちの28施設(85%)が「前回パルス波出力100%でけいれんが起こらない・不十分」、14施設(42%)が「前回サイン波治療器を使用」、12施設(36%)が「前回パルス波出力100%で効果が不十分」、2施設(6%)で「精神症状が切迫しており、確実にけいれんを起こしたかった」という理由であった。

## 2. 麻酔薬の調整・けいれんを起こしやすくする薬物の使用

「けいれんを起こしやすくする薬物の使用」については、87施設のうち18施設(21%)が使用していた(図3)。P群とS群とに分けると、P群40施設のうち4施設(10%)が使用する、S群47施設のうち14施設(30%)が使用するという結果であり、サイン波治療器を使用する施設の方がけいれんを起こしやすくする薬物を使用することが多かった。使用する薬物は、テオフィリン、フルマゼニルなどであった。

「麻酔薬の用量の減量」については、減量する施設が52施設(60%)であった(図4)。P群とS群とに分けると、P群40施設のうち24施設(60%)が減量する、S群47施設のうち28施設(60%)

が減量するという結果であり、P群S群とも同じような傾向を示した。また、麻酔薬を減量した際に「循環動態を安定させるための薬物使用」については麻酔薬を減量する52施設のうちの6施設(12%)が使用、P群で減量する24施設のうちの3施設(13%)が使用、S群で減量する28施設のうちの3施設(11%)が使用という結果であり、循環動態安定のための薬物使用に関してもP群S群とも同じような傾向を示した(図4)。使用する薬物は、レミフェンタニル、ランジオロールなどの $\beta$ -blocker、ジルチアゼムなどのCa-blockerであった。

「麻酔薬の変更」については、変更する施設が26施設(30%)であった(図5)。P群とS群とに分けると、P群40施設のうち12施設(30%)が変更する、S群47施設のうち14施設(30%)が変更するという結果であり、P群S群とも同じ傾向であった。変更内容としては、プロポフォールからチオペンタール、ケタミン、チアミラールなどであった。

「けいれんを起こしやすくする薬物の使用、麻酔薬の減量・変更、どちらを優先するか？」については、けいれんを起こしやすくする薬物の使用を優先するが6施設(7%)、麻酔薬の減量・変更を優先するが56施設(64%)、どちらも行わないが23施設(26%)であった(図6)。P群とS群

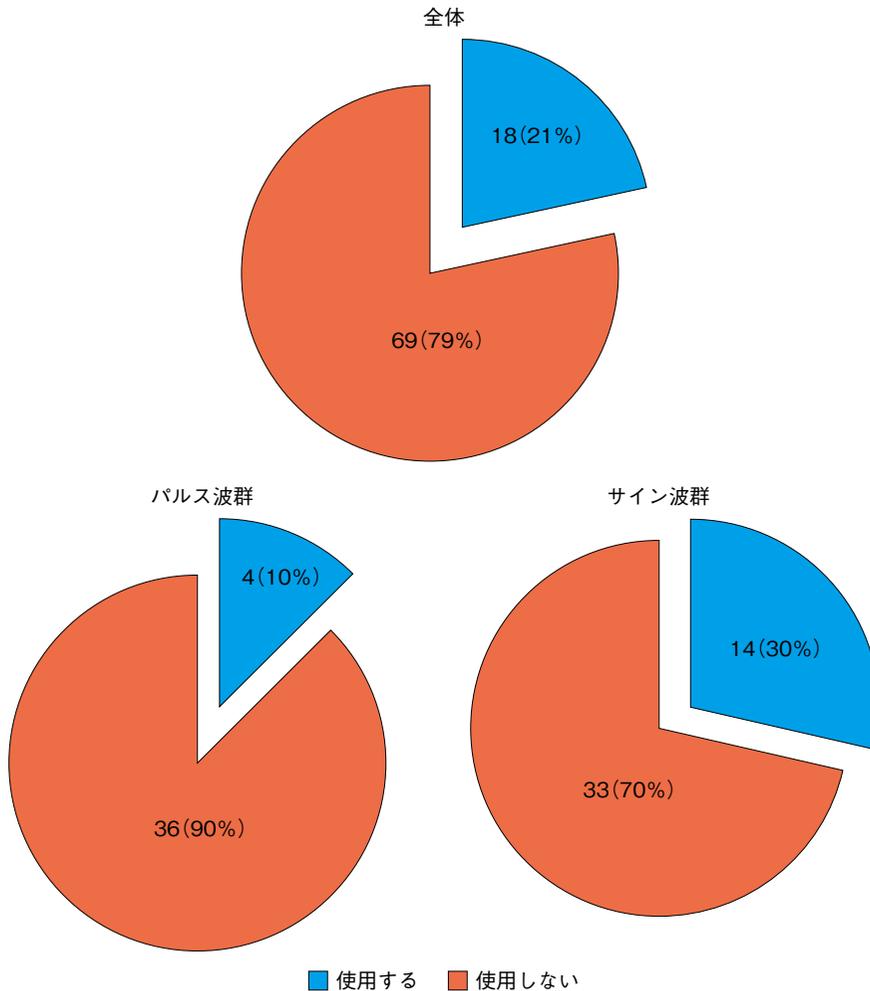


図3 けいれんを起こしやすくする薬物の使用  
使用薬物：デオフィリン、フルマゼニル

とに分けると、P群40施設のうち、けいれんを起こしやすくする薬物の使用を優先するが1施設(2%)、麻酔薬の減量・変更を優先するが25施設(63%)、どちらも行わないが13施設(33%)、S群47施設のうち、けいれんを起こしやすくする薬物の使用を優先するが5施設(11%)、麻酔薬の減量・変更を優先するが31施設(66%)、どちらも行わないが10施設(21%)であり、S群の方がけいれんを起こしやすくする薬物の使用を優先する傾向にあり、またS群に比べてP群の方がどちらも行わないことが多かった。

### 3. 向精神薬の調整

#### (1) 抗てんかん薬

「ECT治療開始前の調整」については、中止が58施設(67%)、減量が13施設(15%)、前日夜から中止が11施設(13%)、初回は現在量のままが2施設(2%)であった。P群とS群に分けると、P群40施設のうち、中止が26施設(65%)、減量が5施設(13%)、前日夜から中止が4施設(10%)、初回は現在量のままが2施設(5%)であった。P群で減量、前日夜から中止、初回は現在量のままでECTを行う11施設において、パルス波出力100%でけいれんや効果が不十分であっ

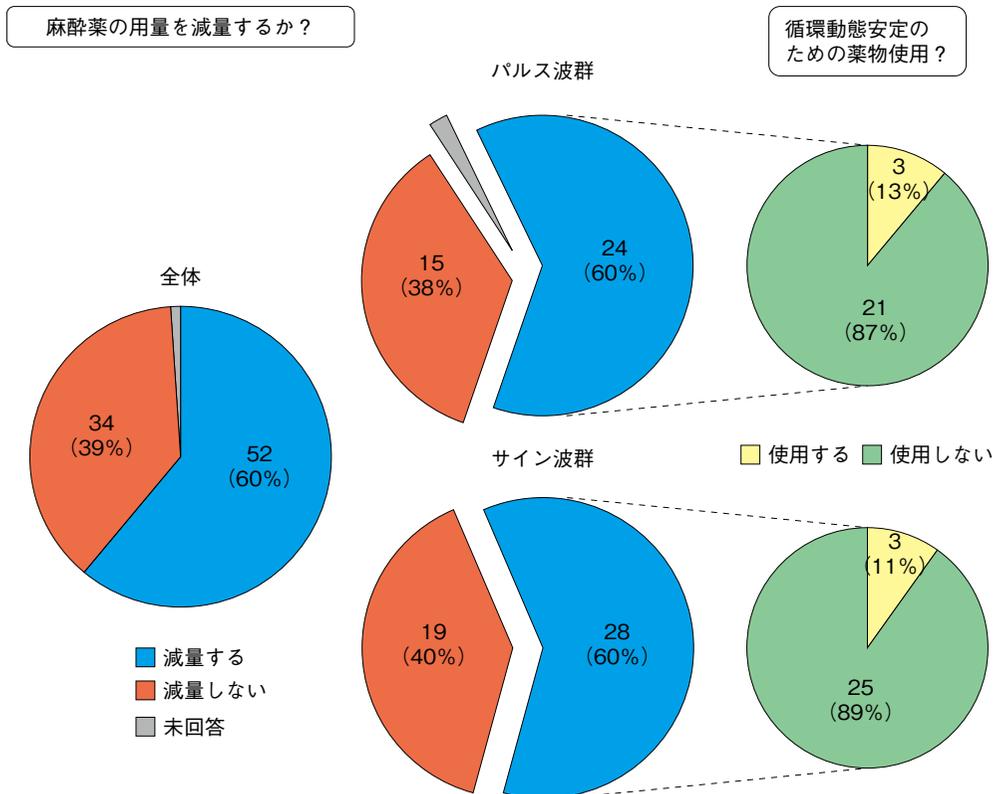


図4 麻酔薬の調整

使用薬物：レミフェンタニル，ランジオロール（ $\beta$ -blocker），ジルチアゼムなど（Ca-blocker）

た時には、5施設が中止、1施設が減量、2施設が前日夜から中止に変更していた。また、S群においては、47施設のうち中止が32施設（68%）、減量が8施設（17%）、前日夜から中止が7施設（15%）であった。P群で減量、前日夜から中止してECTを行う15施設において、パルス波出力100%でけいれんや効果が不十分であった時には、8施設が中止、1施設が減量、2施設が前日夜から中止に変更し、サイン波治療器に変更する施設は3施設であった。P群とS群どちらでも、ECT前に中止する施設が多く、同じような傾向であった。

#### (2) ベンゾジアゼピン系薬物

「ECT治療開始前の調整」については、中止が16施設（18%）、減量が50施設（57%）、前日夜から中止が3施設（3%）、初回は現在量のままが16施設（18%）であった。P群とS群に分ける

と、P群40施設のうち、中止が9施設（23%）、減量が18施設（45%）、前日夜から中止が2施設（5%）、初回は現在量のままが10施設（25%）であった。P群で減量、前日夜から中止、初回は現在量のままでECTを行う30施設において、パルス波出力100%でけいれんや効果が不十分であった時には、14施設が中止、12施設が減量、2施設が前日夜から中止に変更していた。また、S群においては、47施設のうち中止が7施設（15%）、減量が32施設（68%）、前日夜から中止が1施設（2%）、初回は現在量のままが6施設（13%）であった。S群で減量、前日夜から中止、初回は現在量のままでECTを行う39施設において、パルス波出力100%でけいれんや効果が不十分であった時には、16施設が中止、16施設が減量、2施設が前日夜から中止に変更し、サイン波治療器に変

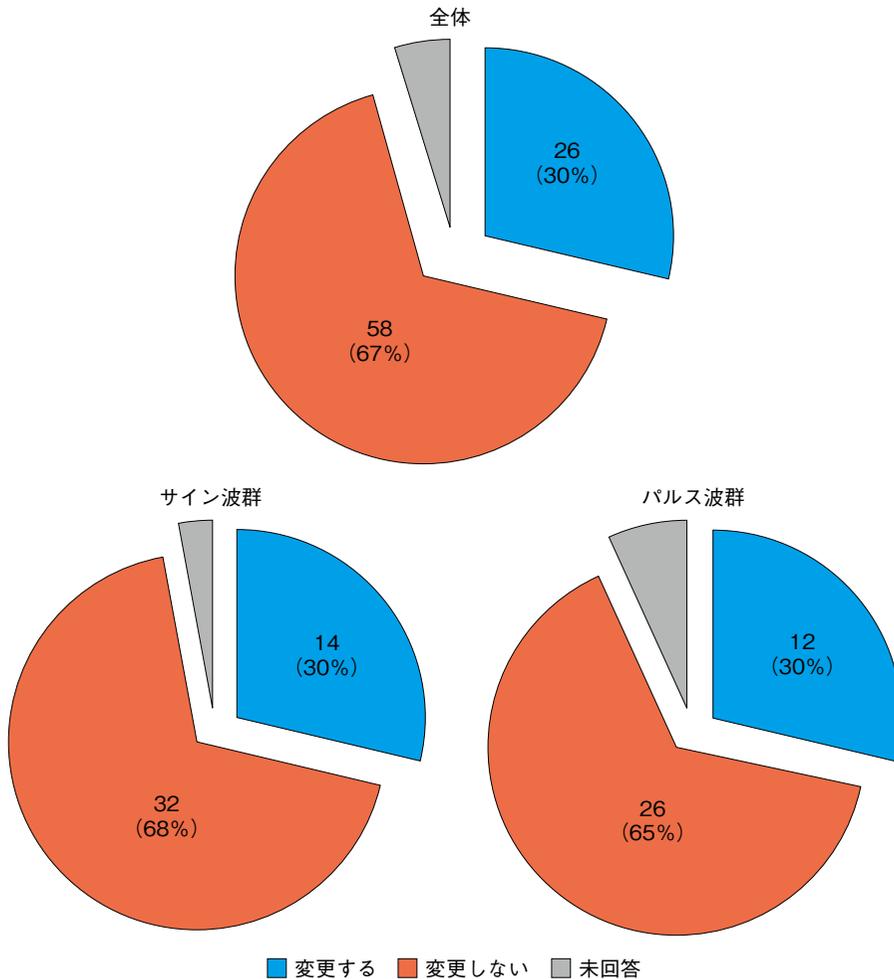


図5 麻酔薬の変更  
 変更薬物：プロポフォール⇒チオペンタール，ケタミン，チアミラール

更する施設は3施設であった。抗てんかん薬に比較してベンゾジアゼピン系薬物は中止されることが少なく、減量するが半数以上を占めており、P群に比べてS群の方がECT治療開始前に調整されることが多かった。

## II. 考 察

### 1. サイン波治療器の使用状況について

パルス波治療器が導入されて約10年経過しているにもかかわらず、パルス波治療器を導入している施設の半数以上でサイン波治療器が必要となっているのが現状であった。使用理由としては

サイン波治療器に変更・最初から使用ともに、「けいれんが起こらない・不十分」が多かった。2011年のECT施行患者数をみると、パルス波治療器のみを使用する施設P群が平均12.1人/年、サイン波治療器も使用する施設S群が平均35.7人/年であり、ECTの症例数が多いこともサイン波治療器が必要となっている要因かもしれない。また、サイン波治療器を使用した人数は、2,023人中の167人で、S群の11%、全体の8%であり、12~13人に1人の割合でサイン波治療器を使用していたことになる。この数字から考えると、現在のところではパルス波治療器のみでのECTは十分に

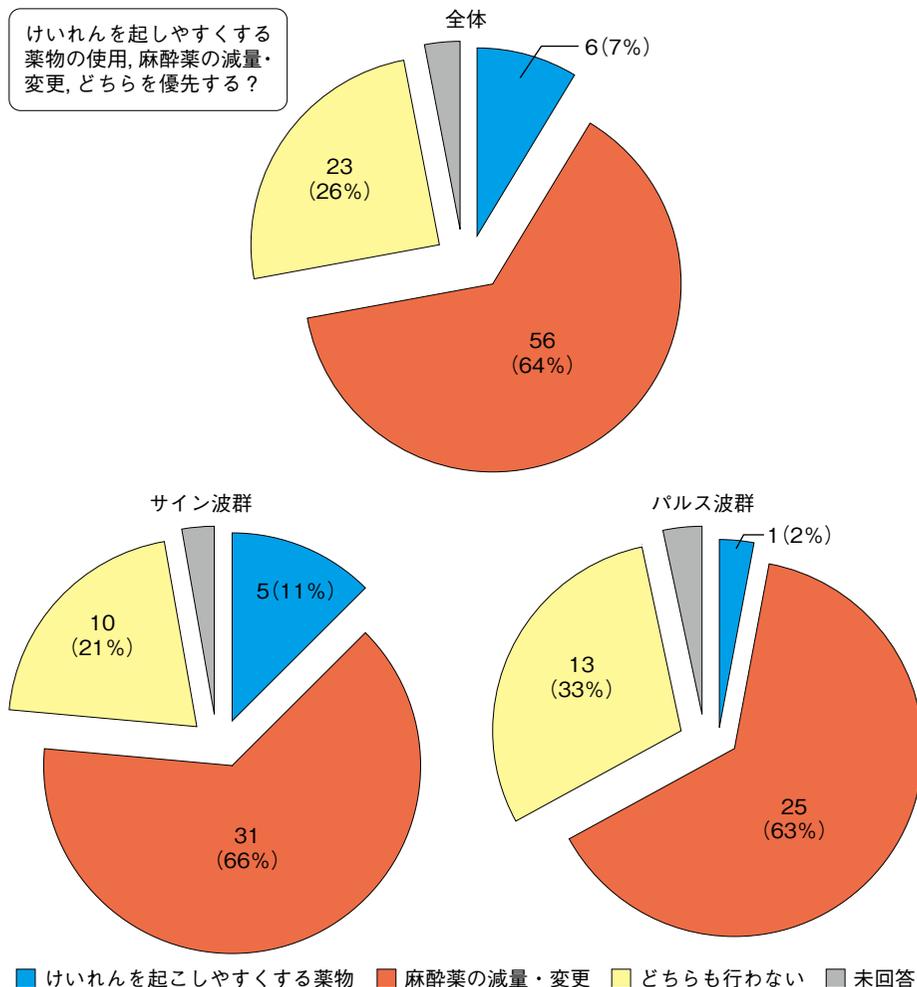


図6 薬物調整・使用の優先順位

行われていないのではと思われる。

## 2. 麻酔薬の調整・けいれんを起しやすくする薬物の使用

テオフィリンやフルマゼニルなどのけいれんを起しやすくする薬物の使用に関しては全体では21%、S群の方が使用頻度は多かったが、それでも頻度としては30%であり、使用しない施設の方が多かった。一方、麻酔薬の減量に関してはP群とS群ともに60%であり、けいれんを起しやすくする薬物の使用に比較して、頻繁に行われている。ただし、減量後の循環動態安定の薬物使用に

関してはP群とS群ともに10%台であり、ECT施行時の急激な循環動態の変化を考えると少ないのではと思われる。精神科医が麻酔科医に任せているために把握していなかったということも考えられるが、ECTにおいてけいれんを起こすことだけでなく循環動態の変化について注意する必要があり、循環動態を安定させる薬物を使用することによって麻酔薬をさらに減量することも可能であるため、循環動態の安定を図ることによってサイン波治療器の使用も減るのかもしれない。それには麻酔科医との連携が重要となってくる。どちらを優先するかについては、S群の方がけいれんを

起こしやすくする薬物の使用を優先する傾向にあり、S群に比べてP群の方がどちらも行わないことが多かった。サイン波治療器の方はパルス波治療器に比べてけいれん閾値を上げるという報告もあり、その結果がけいれんを起こしやすくする薬物の使用が多いことにつながっているのではないかと。

### 3. 抗てんかん薬・ベンゾジアゼピン系薬物の調整

抗てんかん薬に関してはP群とS群ともに約2/3の施設で中止されており、パルス波治療器の出力100%で有効なけいれんが得られない時には、最初に中止しない施設でも半数が中止している。ベンゾジアゼピン系薬物に関しては、抗てんかん薬に比較して中止することは少なく、P群とS群ともに減量することが多かった。ベンゾジアゼピン系薬物の調整に関しては、S群の方が減量することが多かった。両方の薬物調整の結果からはサイン波治療器も使用する施設で薬物調整が不十分ということはなく、ベンゾジアゼピン系薬物に関してはむしろパルス波治療器のみを使用する施設に比べてけいれん閾値を上げないように調整されることが多く、けいれんが起らないために安易にサイン波治療器を使用していないということがわかった。

### 4. 限界

今回のアンケート調査では、いくつかの限界がある。まず、「パルス波治療器のみを使用する施設」というのが、サイン波治療器があるにもかかわらず使用していないのか、もしくはサイン波治療器がなく、やむを得ずパルス波治療器のみを使用しているのか、どちらも含まれてしまっていることである。薬物調整などを行ってもパルス波治

療器で十分なけいれんが得られず、ECTを中断していることもあるかもしれない。

また、今回の調査は各施設単位での薬物調整などを比較しているため、サイン波治療器も使用する施設では、パルス波治療器を使用している時とサイン波治療器を使用している時とで薬物調整も異なっていることも考えられる。サイン波治療器を使用している際には、パルス波治療器使用時に比較して薬物調整も多少緩くなっていることも考えられる。

### おわりに

今回の結果からは、パルス波治療器のみを使用する施設とサイン波治療器も使用する施設を比べて、薬物調整などは同様に行われており、安易にサイン波治療器を使用しているのではないことがわかった。課題としては、循環動態を安定させる薬物の使用によって麻酔薬のさらなる減量が可能であり、麻酔科医との連携によって今後もっと多くの施設で使用されればサイン波治療器の使用頻度も少なくなるのかもしれない。ただし、このような処置を行っている施設でさえもサイン波治療器が使用されている現状があり、循環動態安定のための薬物使用の問題を考慮しても、12~13人に1人の割合でサイン波治療器が使用されているのは、わが国での現状ではパルス波治療器のみでは十分なECTが行われていないのではないだろうか。さまざまな課題はあるのかもしれないが、今後サイン波治療器が徐々に使用できなくなるのは確実であり、パルス波治療器のみで十分な治療を行うには、高出力のパルス波治療器というのも選択肢の1つかもしれない。いずれにせよ、治療器の種類や薬物調整などによってECTの治療効果が異なるというのは避けたいことであり、安定した治療としてECTが行われることが望まれる。

文 献

- 1) American Psychiatric Association : Practice of Electroconvulsive Therapy : Recommendations for Treatment, Training, and Privileging, 2<sup>nd</sup> ed. A Task Force Report of the APA, Washington, DC, 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）
- 2) 奥村正紀，鮫島達夫，粟田主一ほか：電気けいれん療法（ECT）のわが国での現況：全国実態調査の結果から総合病院精神科に求められること。総合病院精神医学，22（2）：105-118，2010
- 3) Scott, A. I. F.: The ECT Handbook Second Edition, Royal College of Psychiatrist, 8, London, 2009
- 4) 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（2）：153-161，2010

---

Is The Electroconvulsive Therapy with a Pulse Wave Device Done Enough?  
—Questionnaire Survey in Japan—

Masaki OKUMURA

*Tokyo metropolitan health and medical treatment corporation Toshima Hospital, Department of Psychiatry*

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## 麻酔深度と施行のタイミングについて ——BIS による検討——

落合 亮一

(東邦大学医学部麻酔科学講座)

無けいれん性電気けいれん療法 (mECT) の麻酔管理に際して、強力な抗けいれん作用を有する麻酔薬を使用するために、けいれんの誘発が抑制される可能性がある。mECT に伴う侵襲を軽減するための全身麻酔が治療効果を減弱させないためにも、麻酔薬の使用方法が議論されている。麻酔薬の抗けいれん作用が中枢神経系の抑制作用、つまり鎮静作用と関連することから、処理脳波として意識レベルを定量化可能な BIS モニターが有用な情報を提供可能と考えられる。実際、mECT 施行時の BIS 値がけいれん誘発閾値を示すことが確認されている。以上のことから、mECT の麻酔管理に際しては使用する麻酔薬の種類や用量ではなく、通電時の BIS 値が重要であることが示されている。

<索引用語：無けいれん性電気けいれん療法，麻酔薬，処理脳波，BIS モニター，けいれん閾値>

### はじめに

無けいれん性電気けいれん療法 (modified electroconvulsive therapy : mECT) は、大うつ病をはじめとした重症例に対して、その有効性が注目されている。1938 年、イタリアの U. ツェルレッティ (Ugo Cerletti) とルシオ・ビニ (Lucio Bini) によって創始された治療法で、統合失調症に対する特殊療法として考案されたものである<sup>3,9)</sup>。本邦では 1939 年に安河内と向笠によって創始されたが、その後、他の疾患にも広く応用されて急速に普及し、精神科領域における特殊療法中、最も一般化した治療法である。

mECT に際しては、脳内でてんかん発作様の電気活動を起こすことで治療効果を得るのが本質とされる。しかし、mECT に伴う全身性けいれんは、血圧上昇、頻脈などの循環状態への影響、ならびに骨折などの危険を伴う可能性があり、循環器疾患を基礎疾患として有する患者や、高齢その他の理由で骨折するリスクがある患者には全身麻

酔下に筋弛緩剤を用いることで mECT による合併症を防ぐ試みが行われている。

mECT の麻酔管理に際して用いる全ての全身麻酔薬は、抗けいれん作用を有することで mECT の治療目的と矛盾した医行為といえる。つまり、全身麻酔に伴う麻酔深度によっては治療の有効性を失う可能性もあり、mECT 施行のタイミングが問題とされている。

本稿では、薬物動態および薬力学を理解するうえで標準的なアプローチである 3 コンパートメント・モデルを用いて mECT の麻酔管理に際して考慮すべき問題点、つまり施行のタイミングについて整理する。

### I. 薬理学的基本について

現在、一般的に用いられる麻酔薬には吸入麻酔薬と静脈麻酔薬があり、前者にはセボフルランやデスフルランなど、後者にはプロポフォールやチオペンタールが代表的薬剤として挙げられる。こ

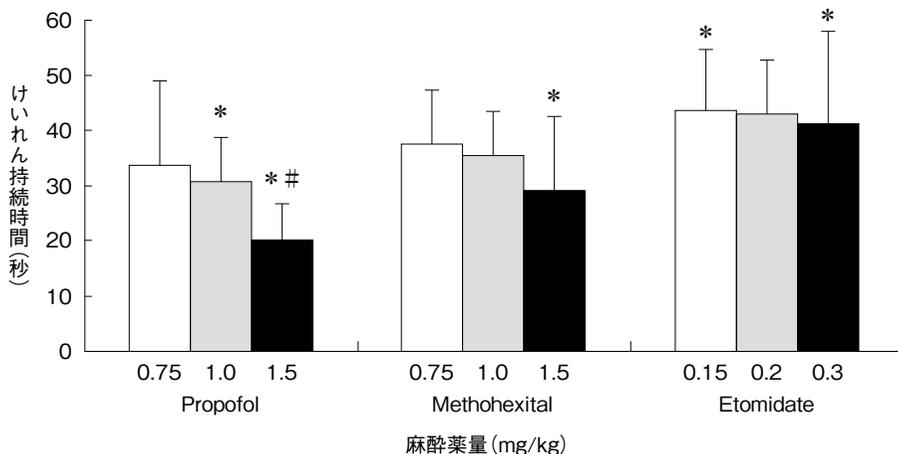


図1 mECTに際して使用した麻酔薬の用量と motor seizure 持続時間（秒）の関係<sup>2)</sup>

\*他の麻酔薬との有意差（ $p < 0.05$ ）

# 同一麻酔薬との有意差（ $p < 0.05$ ）

うした麻酔薬はすべて抗けいれん作用を持つことから、mECTの麻酔管理に際しては多くの矛盾を含むこととなる。つまり、十分な麻酔深度を得た状況では、非常に強い抗けいれん作用を生じることになる。図1に示したのは、代表的な麻酔薬であるプロポフォール、メトヘキantal、そしてエトミデートについてmECTによって誘発された motor seizure の持続時間を検討したもので、前述の抗けいれん作用が用量依存的であることが明らかである<sup>2)</sup>。つまり、mECTの麻酔管理に際しては、mECTの侵襲に対して十分な麻酔深度を維持しつつ、抗けいれん作用が最小の麻酔薬濃度を見いだす必要がある。では、そうしたタイミングを見つけることは可能であろうか？

## II. 単一薬剤で単回投与した際の薬理学的基本について

単回投与時の薬剤がどのような効果を生体に生じるのか（薬力学；pharmacodynamics：PD）そして、薬剤の分布、代謝、そして排泄がどうなるのか（薬物動態；pharmacokinetics：PK）を理解する必要があり、標準的なアプローチの1つとして、3コンパートメント・モデルを用いた解析が麻酔科領域では利用されている。

### 1. 3コンパートメント・モデル

血流分布と組織移行性が臓器ごとに異なるモデル。つまり、臓器ごとに平衡に達するまでの時間が異なり、モデル化した臓器ごとの反応を検証する必要がある。例えば、麻酔薬の作用については、処理脳波（例えば、BIS値）を用いて定量化が可能と考えられる。図2左に示したのは、静脈麻酔薬であるプロポフォールを単回投与した際に、血漿濃度（Plasma concentration）と3つのコンパートメント濃度がそれぞれどのような変化を示すかをシミュレーションしたものである。血漿濃度は速やかに立ち上がりピークを迎えた後に、各コンパートメントへとプロポフォールが移行する結果、速やかに低下している。中枢神経系が効果部位（作用部位）となるが、血流が豊富であることから、他のコンパートメントよりも速やかに立ち上がり、100秒後にピークを迎えた後に速やかに低下している。

こうした濃度変化は、薬剤によって異なり、特に脂溶性の高い薬剤ほど移行が速やかなため、変化が著しい。図2にはプロポフォール以外に、静注で用いられる代表的な薬剤として、ミダゾラムとチオペンタール、フェンタニルの血漿濃度の変化を示した。

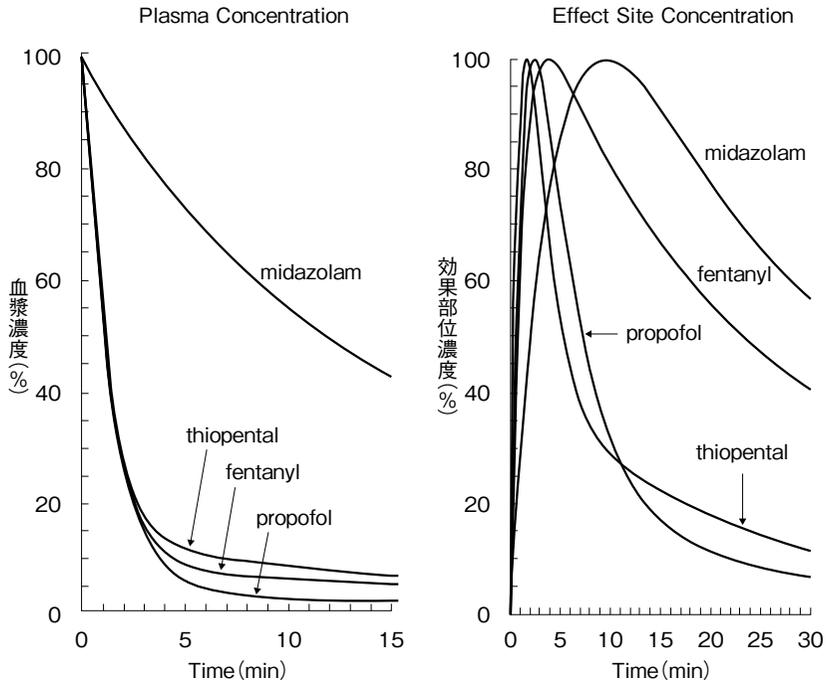


図2 単回投与時の血漿濃度(左図)と効果部位濃度(右図)の推移  
各薬剤についてのシミュレーション結果を相対値として示す。

ミダゾラムのみが水溶性の薬剤であり、組織移行性が小さいために、ピークを迎えた後の血漿濃度の低下スピードが遅い。一方、図2右に示したのは、各薬剤の効果部位濃度の変化であり、薬剤ごとに特徴のあることが理解できる。ここでも、水溶性のミダゾラムの変化が最も遅い。

このように、静注で単回投与した場合には、血漿濃度がピークを迎える時間はほぼ共通であるものの、その後の効果部位濃度の変化は薬剤によって様々であり、よってその効果も多くのバリエーションを示すこと、効果を定量化するためには投与量ではなく効果部位濃度を測定することが必要ではあるものの、特に中枢神経系については不可能である。

では、効果部位濃度をどのように検証するのか。

## 2. 効果部位濃度の推定

例えば、図3に示すように、昇圧剤の場合、血圧の変動から効果部位濃度を推定可能と考えられ

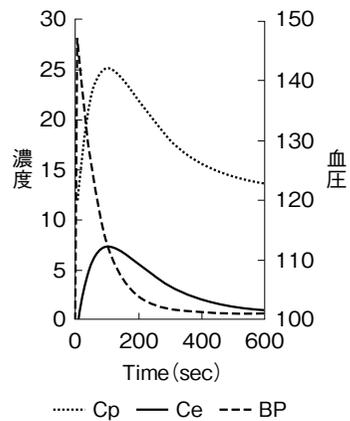


図3 昇圧剤の血漿濃度(Cp)ならびに効果部位(Ce)濃度の推移と血圧(BP)の関係をシミュレートしたもの。血圧の変動は効果部位濃度に依存するため、血圧を測定することで効果部位濃度を推定することが可能。

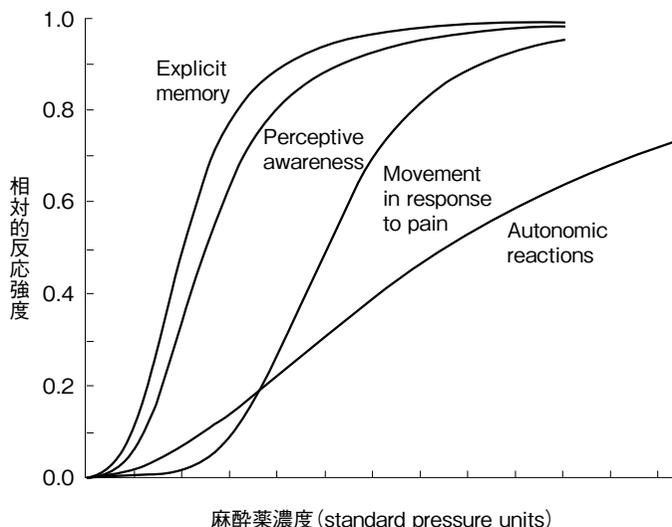


図4 麻酔薬濃度と中枢神経系抑制の程度<sup>3)</sup>

記憶 (explicit memory), 意識 (perceptive awareness), 侵害刺激に対する体動 (movement in response to pain), そして交感神経系の反応 (autonomic reactions).

る。では、麻酔薬の効果部位濃度を推定するには何をを用いるべきであろうか。

中枢神経系抑制薬である麻酔薬は、様々な薬理作用を持つが代表的なものとして、意識消失、健忘、不動化が挙げられる。この3点が全身麻酔の構成要素として考えられているが、それぞれの薬理作用を生じる麻酔薬濃度は異なる<sup>4)</sup>。つまり、記憶の障害が最も低濃度で生じ、続いて意識消失、そして痛み刺激（侵害刺激）に対して不動化が生じる。交感神経反応が完全に消失するためには非常に高濃度の麻酔薬を必要とすることが理解できる（図4）。

こうした全身麻酔の持つ複数の要素の中で、mECTによる侵襲に対する生体反応のどの部分を抑制することがゴールになるのが重要である。頻脈や血圧上昇あるいは頻呼吸といった交感神経系の反応を完全に抑制するためには、かなり深い麻酔深度が必要であり、けいれんは完全に抑制される可能性がある（つまり、mECT無効）。一般的には、mECT中の意識消失をゴールとして麻酔管理を行っているため、脳波でのモニタリングが有効となる。

いわゆる処理脳波によって意識レベルを定量化する試みの歴史は長いですが、現時点では bispectral analysis という処理法を用いた BIS<sup>TM</sup>モニターが一般的である。BIS<sup>TM</sup>モニターで得られる BIS 値は、統計学的に処理された無名数で、意識清明が 100、軽い鎮静・入眠・覚醒が 80、全身麻酔として至適レベルが 60、深鎮静が 40、burst suppression の見られるのが 20、平坦脳波が 0 とされている。PET scan との対比で脳代謝を反映することや<sup>1)</sup>、脳血流量を反映すること<sup>8)</sup>などが確認されている。また、薬理力学的モデルで求めた予測血中濃度が実測値と大きく隔たっているのに対して<sup>7)</sup>、RASS score で判定した鎮静レベルを BIS 値が客観的に代表することから<sup>5)</sup>、その臨床的価値が確立されている。

そこで、静脈麻酔薬単独の単回投与という最も単純化された薬理学モデルにおいて、図5に示されるように、効果部位濃度（つまり、脳内濃度）は BIS 値によって代表されると仮定することは妥当であると考えられる。

例えば、静脈麻酔薬の効果部位濃度が 3.5 mcg/ml 以上では、抗けいれん作用によって mECT に

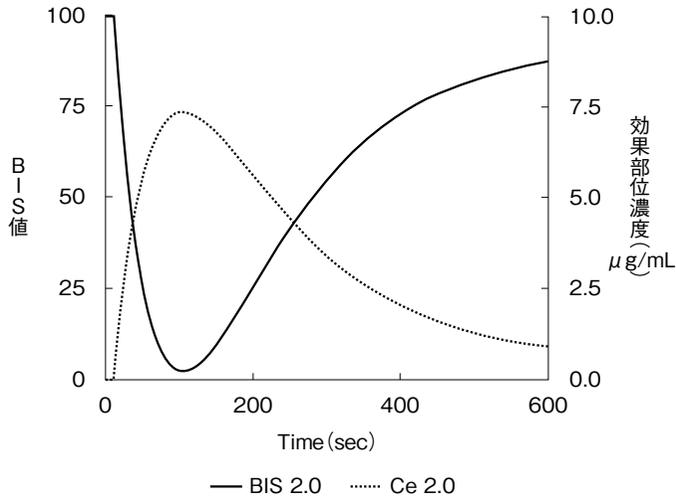


図5 静脈麻酔薬単回投与におけるシミュレーション・データ  
 時間0で静脈麻酔薬を単回投与した際に、効果部位濃度 (Ce) の経時的変化とそれに伴う BIS 値の変化を算出したもの。

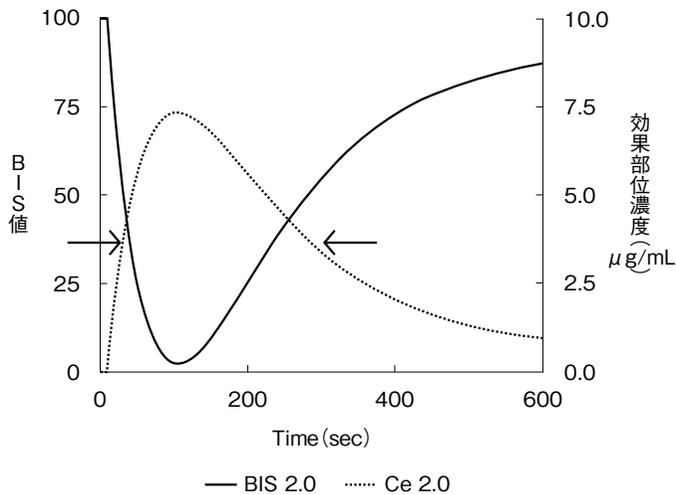


図6 効果部位濃度と BIS 値のシミュレーション  
 単回投与時には、効果部位濃度が速やかに変化するが、それに伴い BIS 値も変化する。  
 重要な点は、同じ効果部位濃度が、2回訪れることに注目。

よるけいれん誘発が難しいと仮定する。図6に見られるように、単回投与時には、最初に効果部位濃度が上昇する段階でも、ピークを迎えた後でも同じ効果部位濃度をとることになる。

この時、前者でmECTを行えば意識はないものの通電中に、より抗けいれん作用のある効果部位

濃度へと上昇することとなり、けいれんの誘発は難しくなる。一方、同じ意識レベルであるが、効果部位濃度が低下しつつある後者の場合には、けいれん誘発がより容易となる効果部位濃度といえる。そこで、このタイミングについて検証を加えた。

表 mECT 時における BIS 値

| Timing                | BIS        |
|-----------------------|------------|
| Pre-anesthetic        | 89.8± 6.0  |
| Pre-ictal             | 58.3± 13.6 |
| Spontaneous breathing | 62.5± 20.0 |
| Recovery room         | 76.8± 13.7 |

上から麻酔導入前，通電前，自発呼吸再開時，回復室での BIS 値

では，実際に ECT 施行時に BIS 値によってどのようなことがわかるのであろうか。

### 3. mECT 時の BIS 値

うつ病で mECT を施行した成人 16 例を対象として，延べ 100 回の mECT について検討を行った<sup>6)</sup>。用いた麻酔薬はチオペンタールで用量は麻酔担当医の判断とした。同時に意識消失後の mECT 通電のタイミングは精神神経科担当医の判断とした。本臨床研究のゴールは，mECT 直前の BIS 値は，けいれんの誘発を推定できるかであり，けいれん持続時間（motor seizure duration）>30 秒を有効とした検討である。

mECT 治療前に処方されていた薬物は中止せず，内服を継続した。麻酔導入前，通電前，自発

呼吸再開時，回復室でのそれぞれの BIS 値を見ると表の通りである。

一方，PK/PD モデルで算出された血漿濃度ならびに効果部位濃度と mECT によるけいれん持続時間には相関が見られなかった（図 7）。

通電直前の BIS 値とけいれん持続時間の関係は図 8 に示すように高い相関を示した。

通電直前の BIS 値を観察するとけいれんを誘発可能な BIS 値の閾値が存在する可能性が予想できる。そこで，ROC 曲線を用いて検討したのが図 8 である。図 8A が通電直前の BIS 値を用いた検討で，図 8B が麻酔導入前の BIS 値による検討である。けいれん持続時間が 10 秒以上，20 秒以上，そして 30 秒以上についてそれぞれ検討した結果，以下の結論が得られた。

- ①麻酔導入前の BIS 値では，けいれん持続時間に関係なくけいれん誘発の閾値は見いだせなかった。
- ②通電直前の BIS 値を用いた場合，けいれん持続時間に関係なく BIS 値 55 以上でけいれん誘発が容易であることが示された。

以上のことから，PK/PD モデルで推定される効果部位濃度はけいれんの誘発を予測できないこと，そして通電直前の BIS 値はけいれんの誘発を

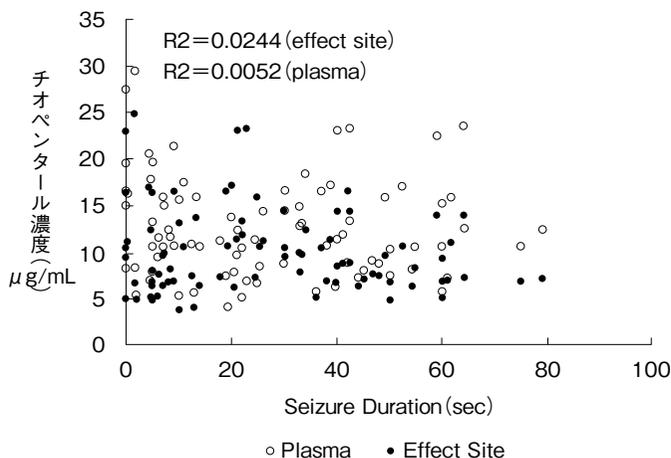


図 7 mECT で誘発されたけいれん持続時間と推定されたチオペンタール濃度との関係<sup>8)</sup>

血漿濃度ならびに効果部位濃度の推定値とは相関は見られない。

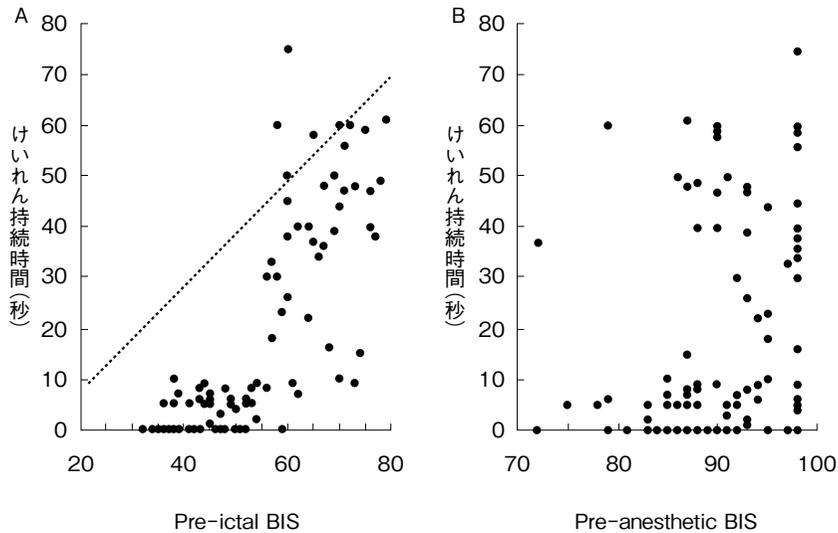


図8 通電前 (Pre-ictal) BIS 値あるいは麻酔導入前 (pre-anesthetic) BIS 値と誘発されたけいれん持続時間との関係<sup>8)</sup>

予測可能で、その閾値は55である。ただし、麻酔薬を単回投与の場合には、効果部位濃度が低下するタイミング、つまり BIS 値が上昇するタイミングで通電することが重要である。

### おわりに

麻酔薬は強力な中枢神経抑制作用を持つことから抗けいれん作用も強力である。つまり、麻酔深度が深いほど、電気けいれん療法におけるけいれん誘発は困難になる。一方、こうした薬理作用は効果部位濃度に依存するが、特に中枢神経系についてはその濃度を実測することは不可能である。

そこで、効果部位濃度を推定することが可能であれば、けいれんを誘発可能なレベルでありながら意識や記憶のない麻酔状態を維持することが可能となる。現時点では、こうした中枢神経系の活動性のモニターとしては、処理脳波である BIS モニターが最も一般的に用いられ、効果部位濃度との相関も高い。

そこで、mECT 通電直前の BIS 値を基にけいれん誘発閾値を検討すると、その BIS 値 55 が重要なキーになることが明らかとなった。

以上のことから、当然の結果ではあるが以下の

ことが明らかとされた。

- ①麻酔薬の単回投与においては、その効果部位濃度は速やかに変化すること。
- ②効果部位濃度は投与量の絶対値とは関係なく、投与後の経過時間に影響されること。
- ③効果部位濃度を実測することは不可能であり、麻酔薬については BIS 値によって推定できること。
- ④mECT によるけいれん誘発については、麻酔薬の効果部位濃度に依存する可能性が高いため、BIS 値を用いたモニタリングが必要なこと。
- ⑤mECT 通電においては、BIS 値 55 以上となるタイミングがその閾値と考えられること。
- ⑥ただし、BIS 値 55 という閾値は、BIS 値が上昇するタイミングであることが重要であること。

### 文 献

- 1) Alkire, M. T.: Quantitative EEG correlations with brain glucose metabolic rate during anesthesia in volunteers. *Anesthesiology*, 89 (2) ; 323-333, 1998
- 2) Avramov, M. N., Husain, M. M., White, P. F.: The comparative effects of methohexital, propofol, and etomidate for electroconvulsive therapy. *Anesth Analg*, 81

(3) ; 596-602, 1995

3) Berrios, G. E.: The scientific origins of electroconvulsive therapy : a conceptual history. *Hist Psychiatry*, 8 ; 105-119, 1997

4) Campagna, J. A., Miller, K. W., Forman, S. A.: Mechanisms of actions of inhaled anesthetics. *N Engl J Med*, 348 (21) ; 2110-2124, 2003

5) Karamchandani, K., Rewari, V., Trikha, A, et al.: Bispectral index correlates well with Richmond agitation sedation scale in mechanically ventilated critically ill patients. *J Anesth*, 24 (3) ; 394-398, 2010

6) Ochiai, R., Yamada, T., Kiyama, S., et al.: Bispectral index as an indicator of seizure inducibility in electroconvulsive therapy under thiopental anesthesia.

*Anesth Analg*, 98 (4) ; 1030-1035, 2004

7) Swinhoe, C. F., Peacock, J. E., Glen, J. B. et al.: Evaluation of the predictive performance of a 'Diprifusor' TCI system. *Anaesthesia*, 53 (Suppl 1) ; 61-67, 1998

8) 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

9) 安河内五郎：電気ショック，カルジアゾールショック，その他（痙攣療法）。現代精神医学大系 5B 精神科治療学 II（懸田克躬他編）。中山書店，東京，p.11-34，1997

---

## Does the Anesthetic Depth Affect the Seizure Threshold during Modified Electroconvulsive Therapy? ——Feasibility of BIS Monitoring to Evaluate the Seizure Threshold——

Ryoichi OCHIAI

*Department of Anesthesiology, School of Medicine, Toho University*

During anesthetic management in modified electroconvulsive therapy (mECT), the timing of electrical stimulation to induce seizures is of marked interest in terms of successful mECT, since all anesthetics have an anti-convulsant effect, thus compromising the efficacy of mECT. It has been well-established that bispectral analysis of EEG provides quantitative information regarding the depth of anesthesia, enabling the estimation of seizure inducibility during mECT. In a clinical study to evaluate the usefulness of BIS monitoring during mECT to predict seizure inducibility, it was confirmed that a BIS number greater than 55 prior to mECT stimulation is the seizure threshold. The BIS number should be monitored during anesthetic management of mECT independent of the choice of anesthetics.

< Author's abstract >

< **Key words** : modified electroconvulsive therapy, bispectral analysis, BIS number, BIS monitor, seizure threshold >

---

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## mECT における麻酔薬の選択 ——鎮痛薬 remifentanyl を中心として——

中島 祐史<sup>1)</sup>, 井上 哲夫<sup>1)</sup>, 坂本 篤裕<sup>2)</sup>

1) 日本医科大学千葉北総病院麻酔科, 2) 日本医科大学付属病院麻酔科

mECT (修正型電気けいれん療法) における麻酔管理の薬剤は鎮静薬を中心に行われ, その選択には様々な検討が行われてきた. 現在 propofol が多く用いられるようになりつつあるが, 一方で鎮静麻酔薬の副作用としてけいれん閾値上昇によるけいれん不発症例が問題化してきた. 全身麻酔の要素には鎮静, 鎮痛, 不動化, 自律神経反射の防止が挙げられ, 鎮痛の欠如が循環動態の不安定化をもたらす. remifentanyl を併用した麻酔管理では循環動態の安定をもたらすだけでなく, 鎮静作用を増強し propofol 投与量を減量できるため, けいれん不発症例にも十分対応できることが可能となった. 一方で propofol を減量することにより遷延性けいれんのリスクも高まり, remifentanyl の適応にはけいれん誘発時間と循環動態の変動が重要な規定因子になる. 筋弛緩薬の rocuronium とその回復薬 sugammadex は suxamethonium に伴う合併症のリスクを低下させるが, コストなどの問題があるためその使用は一部の合併症患者に制限されると思われる.

<索引用語: mECT, 麻酔, レミフェンタニル, プロポフォール, ロクロニウム>

### はじめに

mECT における麻酔は, 電気刺激前の窒息感などの不快感を消失させるための鎮静, 体動に伴う脊椎, 四肢骨折, 術後筋痛などを防止するための不動化, けいれん出現に伴う循環呼吸状態の安定化, 自律神経反射の抑制などを目的として施行されてきた. これらのため鎮静麻酔薬と筋弛緩薬を使用することが一般化した, 一方で鎮静麻酔薬の副作用としてけいれん閾値上昇によるけいれん不発症例が問題化してきている.

### I. 鎮静薬について

多くの鎮静薬の有効性の検討が行われているが, いまだ解決されていない問題である. propofol では回復時間の短縮や血行動態の安定化が認められ, 現在 mECT における鎮静麻酔薬は徐々に methohexital, thiopental に代わり propofol へ移

行しつつあるようである<sup>10)</sup>. また鎮静薬の治療効果への影響評価は不明であったので, Vaiclya らは<sup>15)</sup> propofol と methohexital で両者の治療効果に対する比較検討を行っている. 後向き研究における 155 回の ECT コースにおける 1,314 回の治療において propofol では再刺激頻度上昇, 刺激エネルギーの上昇やけいれん時間の短縮が認められた. しかし MADRS (Montgomery-Åsberg Depression Rating Scale) や MMSE (Mini Mental Status Examination) などで治療効果を検討したところ両薬剤においては有意差が認められなかった. 鎮静薬単剤では methohexital に利があるように見えるが, 一方でこの結果は propofol のけいれん抑制作用を減少させればどちらの鎮静薬も有用であり, いずれの使用でも可能と捉えることもできる.

## II. 鎮痛薬との併用について

全身麻酔の要素には鎮静、鎮痛、不動化、自律神経反射の防止が挙げられる。循環動態の大きな変動（特に鎮静剤を減量することに伴うものなど）は、mECTにおける鎮痛薬の欠落の帰結であると考えられる。そこで鎮静薬は鎮痛薬による anesthetic sparing 効果を利用して減量し、循環動態の安定化は鎮痛薬を使用すれば、就眠も血行動態定常化も安定的に得ることができる。このように薬物相互作用評価におけるアイソボログラムの考えを利用した麻酔管理に戻ることが特にけいれん誘発困難症例には重要となる。本邦では methohexital の使用が不可能であることも合わせ、けいれん閾値が上昇傾向にあるような患者には propofol に remifentanyl を併用することが望ましい。

このような想定のもといくつかの臨床研究が行われている。Andersen らは<sup>2)</sup> methohexitone 0.75 mg/kg 群と methohexitone 0.5 mg/kg に remifentanyl 1  $\mu$ g/kg を追加した群を比較した。motor seizure は 27 秒と 38 秒 ( $p=0.001$ ) となり remifentanyl 群で有意に延長し、回復時間、血圧、脈拍数に差は認められなかった。Smith らは<sup>13)</sup> methohexitone 1.9 mg/kg 群と methohexitone 1.2 mg/kg に remifentanyl 1  $\mu$ g/kg を追加した群を比較した。motor seizure 31 秒および 45 秒 ( $p<0.01$ )、EEG seizure 42 秒および 58 秒 ( $p<0.01$ ) となり remifentanyl 群で有意に延長していた。Sullivan らは<sup>14)</sup> methohexitone を平均 1.1 mg/kg 使用して刺激最大設定においてもけいれん誘発時間 25 秒以下であった患者に対し remifentanyl 4~8  $\mu$ g/kg を単独で使用して mECT を行ったところ、motor seizure は 32 秒および 56 秒 ( $p<0.0001$ )、EEG seizure は 50 秒および 74 秒 ( $p<0.0001$ ) となり remifentanyl 群で延長した。また remifentanyl 群では mECT を繰り返し施行してもけいれん閾値上昇を認めなかった。Akcaboy らは<sup>1)</sup> propofol 0.75 mg/kg 群と propofol 0.5 mg/kg に remifentanyl 1  $\mu$ g/kg を追加した群を比較した。motor seizure 38 秒と 53 秒 ( $p=0.001$ ) となり remifentanyl 群で延長し、さらに刺激強度

の低下が認められた。Rasmussen らは<sup>11)</sup> thiopental 2.6 mg/kg 単独群と propofol 1.7 mg/kg に remifentanyl 平均 1.06  $\mu$ g/kg を加えた群を比較したところ、motor seizure 45.1 秒と 52.1 秒 ( $p=0.0514$ ) となり remifentanyl 追加群で延長傾向にあった。以上のように remifentanyl はけいれん時間を延長させる効果をもたらした。また同様に Recart<sup>12)</sup>、Locala<sup>6)</sup>、Nasseri<sup>9)</sup> らは remifentanyl 併用群で血圧、脈拍数が減少し、循環動態が安定することを示した。

## III. remifentanyl の特徴

remifentanyl は通常 100  $\mu$ g/mL になるように生理食塩水、あるいは 5% ブドウ糖液で溶解し使用することが勧められている<sup>17)</sup>。その時の溶解 pH はおよそ 3 前後となり、また容易に脳内に移行するため血液と脳内濃度平衡時間が速い特性を持つ。オピオイド受容体への親和性は  $\delta$ 、 $\kappa$  受容体に比較し  $\mu$  受容体に高い親和性を持っている。また血中の非特異的コリンエステラーゼによって代謝されるため、長時間持続投与後でも代謝が速く、血中消失速度は投与方法、肝腎機能、性別、薬物相互作用などに大きく依存していない。さらに代謝産物であるレミフェンタニル酸はほとんど活性を持たないとされる。また小児（2~12 歳）における薬物動態は成人とほぼ同等とされるが、65 歳以上の高齢者は分布容積が小さくかつ感受性が亢進しているため、成人の半量程度から投与開始すべきであるとされている。妊婦においては胎盤を容易に通過し、胎児に対する安全性は確立されていない。

薬理作用として remifentanyl は fentanyl のおよそ 1.2 倍の力価を持っている。2  $\mu$ g/kg 程度の単独投与であれば血圧や脈拍に大きな影響を与えないが、propofol との併用では大きく低下させることがある。さらに濃度依存的に呼吸抑制を生じることがあるため注意が必要となるが、投与中止後数分で十分な自発呼吸を得ることができる。副作用としての筋硬直の程度と頻度は濃度依存性である。急速投与では筋硬直とそれと同様な換気不全

を引き起こす声門閉鎖および眼球上転を引き起こすことがある。体温と無関係な原因不明のシバリングを起こし、さらには大きな体動を生じることがある。

#### IV. remifentanil の就眠作用

remifentanil は鎮静効果の弱い麻酔薬であるため、単独でmECTの麻酔に用いる際には相当高用量必要となる。Jhaveri らは<sup>4)</sup>意識消失に必要な remifentanil の ED 50 (50%の患者で開眼と深呼吸の指示に応じることが不可能となるための remifentanil 有効投与量) は 12  $\mu\text{g}/\text{kg}$  であるとし、高用量が必要であることを示唆した。さらに Bouillon らは<sup>3)</sup>意識消失時の remifentanil 単独での Cr50 (50%の患者で体を揺する、または大きな声で名前を呼び掛けても反応が不可能な remifentanil の血中濃度) は 19 ng/mL であるとした。Kern らは<sup>5)</sup> remifentanil 単独での EC50 (50%の患者で鎮静 OAA/S スコアが3以下になるための有効血中濃度) は 12.5 ng/mL であるとした。

一方、propofol 単独においては、95%の患者に意識消失を生じさせるために必要な Cp95 は 8.6  $\mu\text{g}/\text{ml}$  であるが、remifentanil 血中濃度 6 ng/mL 併用時には propofol の Cp95 が 0.88  $\mu\text{g}/\text{mL}$  と著明に減少した。このように remifentanil は propofol との併用時にはその就眠作用に強く相乗作用的に働くことが明らかであり、propofol を大きく減量させてもその就眠効果が維持されることが示唆された。

#### V. remifentanil の適応

全身麻酔の概念や薬物相互作用におけるアイソボグラム、循環動態の安定などを考慮すれば remifentanil は mECT 施行症例に全例必要であると考えられる。特にけいれん誘発困難症例には鎮静薬 (propofol) を減量できるため最も良い適応であると考えられる。一方で遷延性けいれんとそれに伴う覚醒時に見られるもうろう状態の出現は remifentanil による propofol の減量が影響している可能性がある。また過剰な電気刺激は記憶障害

を増長するので、remifentanil を使用することで電気刺激量をむやみに増加させないことも重要である。自発呼吸の回復時間や覚醒時間の延長による麻酔時間の延長、手術室、人的資源の占拠、remifentanil 自体のコストによる医療費増大、製剤を希釈するための時間、麻薬伝票記入処理の煩雑さによる業務増大などが remifentanil の使用に対する制約となる。現在のところけいれん誘発時間と循環動態の変動が remifentanil 使用における重要な規定因子になると考えている。

#### VI. 遷延性けいれんに対する対応

上述のように remifentanil は遷延性けいれんを助長する可能性があり、そのためには propofol などの鎮静薬を増量させなくてはならない。そこでけいれん中途に propofol を投与する方法が検討された。Warnell らは<sup>16)</sup>電気刺激後 15 秒たった時点で propofol を 0.5 mg/kg を投与した群と投与しないコントロール群を比較した。EEG seizure は 63 秒と 52 秒となり propofol 追加群で短縮する傾向を示した。Hamilton rating scale for depression (HRSD) は両群で有意差なく、auditory delayed, verbal paired associates recall などの認知機能評価では有意差が認められた。認知障害の既往、6 回以上の mECT 予定者、わずかな認知障害も避けたい場合 (外来でのメンテナンス mECT など) ではこの propofol interruption の適応になるのではないかと考察されている。

#### VII. 不動化に対する筋弛緩薬

筋弛緩薬には、損傷回避のための十分な筋運動の減少、けいれん活性への最小限の干渉、残存筋弛緩作用を伴わない自発呼吸の迅速な回復などが求められる<sup>8)</sup>。現在のところ脱分極性筋弛緩薬の suxamethonium が優れていると考えられている。投与量は 0.5~1 mg/kg とされることが多く、90%筋弛緩回復に 5~10 分程度の時間が必要となる。筋弛緩薬の効果は意識が回復する前に消失しているべきである。

suxamethonium の副作用として、高カリウム

血症，徐脈，眼圧上昇，筋痛，悪性高熱症が挙げられる。これらのハイリスク患者には *suxamethonium* を使用しない。また悪性症候群の既往のある患者にも悪性高熱との鑑別に苦慮するため使用を避けるべきである。このような患者に対しては現在のところ *rocuronium* のような中時間作用型非脱分極性筋弛緩薬（0.3 mg/kg 程度）を使用する。以前用いられていた *vecuronium* よりもさらに作用時間が短い，術中には筋弛緩モニターを併用することが望ましいとされる。*rocuronium* 使用時には，十分な筋弛緩状態からでも筋弛緩効果を回復させることができる。とされている *sugammadex* を使用することが2010年より可能となった。筋弛緩モニターにおける *post tetanic count* (PTC) が1～2であるような深い筋弛緩状態においても，2 mg/kg の投与で十分筋弛緩作用の回復が可能となる。

#### Ⅷ. 薬剤のコストについて

以上のように *remifentanil*, *rocuronium*, *sugammadex* は mECT における麻酔管理に新しい局面を展開している。以下に各薬剤のコストを提示する。頻脈治療として  $\beta$  ブロッカーである *esmolol* や *landiolol* を使用する方法よりは，*remifentanil* を用いて頻脈を予防する対策が安価となる。高血圧治療として降圧薬のみ使用するのであれば，やや高価となるが *diltiazem* が *nicardipine* よりも徐脈作用があり，麻酔管理に有用である可能性が高い。筋弛緩拮抗薬としては *sugammadex* を用いるほどの深い筋弛緩状態でなければ，*neostigmine* および *atropine* を用いてリバースすることも可能であり安価となる。各薬剤のコストはその自由な使用に制限をもたらすことも事実であり，患者の状態により必要な薬剤を選択するための1つの指標となる。

#### おわりに

mECT の麻酔は多くの利益を患者にもたらしてきたが，一方で鎮静薬によるけいれん抑制作用の弊害（けいれん不発など）は，多くの *augmen-*

表 薬剤のコスト

|               |                   |         |
|---------------|-------------------|---------|
| オピオイド         | レミフェンタニル (2 mg)   | 2,495 円 |
| $\beta$ ブロッカー | ランジオロール (50 mg)   | 6,486 円 |
|               | エスマロール (100 mg)   | 4,015 円 |
| Ca 拮抗薬        | ニカルジピン (2 mg)     | 193 円   |
|               | ジルチアゼム (10 mg)    | 416 円   |
| 筋弛緩薬          | スキサメトニウム (200 mg) | 195 円   |
|               | ロクロニウム (2.5 mg)   | 587 円   |
| 筋弛緩拮抗薬        | スガマデクス (200 mg)   | 9,947 円 |
|               | ネオスチグミン (0.5 mg)  | 92 円    |
|               | アトロピン (0.5 mg)    | 92 円    |

各薬剤は最小の規格で表示した（2012年1月現在）

*tation strategy*<sup>7)</sup>が検討される重大な問題であった。*remifentanil* によって鎮静を増強させるという *anesthetic sparing* 効果の積極的な利用は，この問題を解決できる重要なポイントを担うと思われる。現在，手術麻酔の多くは安定した管理を行えるようになり麻酔法による予後の違いが明確になり難くなりつつある。mECT の麻酔はそもそもけいれんを必ず誘発させなくてはならないという目的が存在し，術後認知障害を減少させるように少ない電気刺激量でけいれんを誘発させることも求められる。疾患の予後および術後の状態を最も左右する麻酔は mECT の管理であると再認識すべきであると考えられる。

#### 文 献

- 1) Akcaboy, Z. N., Akcaboy, E. Y., Yigitbasli, B., et al.: Effects of remifentanil and alfentanil on seizure duration, stimulus amplitudes and recovery parameters during ECT. *Acta Anaesthesiol Scand*, 49 ; 1068-1071, 2005
- 2) Andersen, F. A., Arslan, D., Holst-Larsen, H.: Effects of combined methohexitone-remifentanil anaesthesia in electroconvulsive therapy. *Acta Anaesthesiol Scand*, 45 ; 830-833, 2001
- 3) Bouillon, T. W., Bruhn, J., Radulescu, L., et al.: Pharmacodynamic interaction between propofol and remifentanil regarding hypnosis, tolerance of laryngoscopy, bispectral index, and electroencephalographic approximate entropy. *Anesthesiology*, 100 ; 1353-1372, 2004
- 4) Jhaveri, R., Joshi, P., Batenhorst, R., et al.: Dose

comparison of remifentanil and alfentanil for loss of consciousness. *Anesthesiology*, 87 ; 253-259, 1997

5) Kern, S. E., Xie, G., White, J. L., et al.: A response surface analysis of propofol-remifentanil pharmacodynamic interaction in volunteers. *Anesthesiology*, 100 ; 1373-1381, 2004

6) Locala, J. A., Irefin, S. A., Malone, D., et al.: The comparative hemodynamic effects of methohexital and remifentanil in electroconvulsive therapy. *J ECT*, 21 ; 12-15, 2005

7) Loo, C., Simpson, B., MacPherson, R.: Augmentation strategies in electroconvulsive therapy. *J ECT*, 26 ; 202-207, 2010

8) Mirzakhani, H., Welch, C. A., Eikermann, A., et al.: Neuromuscular blocking agents for electroconvulsive therapy : a systematic review. *Acta Anaesthesiol Scand*, 56 ; 3-16, 2012

9) Nasserri, K., Arasteh, M. T., Maroufi, A., et al.: Effects of remifentanil on convulsion duration and hemodynamic responses during electroconvulsive therapy : a double-blind, randomized clinical trial. *J ECT*, 25 ; 170-173, 2009

10) Ottosson, J. O., Odeberg, H.: Evidence-based electroconvulsive therapy. *Acta Psychiatr Scand*, 125 ; 177-184, 2012

11) Rasmussen, K. G., Imig, M. W., Varghese, R.: Remifentanil/Thiopental combination and seizure length in electroconvulsive therapy. *J ECT*, 25 ; 31-33, 2009

12) Recart, A., Rawal, S., White, P. F., et al.: The effect of remifentanil on seizure duration and acute hemodynamic responses to electroconvulsive therapy. *Anesth Analg*, 96 ; 1047-1050, 2003

13) Smith, D. L., Angst, M. S., Brock-Utne, J. G., et al.: Seizure duration with remifentanil/methohexital vs. methohexital alone in middle-aged patients undergoing electroconvulsive therapy. *Acta Anaesthesiol Scand*, 47 ; 1064-1066, 2003

14) Sullivan, P. M., Sinz, E. H., Gunel, E., et al.: A retrospective comparison of remifentanil versus methohexital for anesthesia in electroconvulsive therapy. *J ECT*, 20 ; 219-224, 2004

15) Vaidya, P. V., Anderson, E. L., Bobb, A., et al.: A within-subject comparison of propofol and methohexital anesthesia for electroconvulsive therapy. *J ECT*, 28 ; 14-19, 2012

16) Warnell, R. L., Swartz, C. M., Thomson, A.: Propofol interruption of ECT seizure to reduce side-effects : A pilot study. *Psychiatry Res*, 175 ; 184-185, 2010

17) 山藤道明, 並木昭義: 待望の超短時間作用型麻薬性鎮痛薬レミフェンタニル. *臨麻*, 29 ; 1739-1753, 2005

**Selection of Anesthetics in mECT**  
**—Mainly Concerning Remifentanil—**

Yushi NAKAJIMA<sup>1)</sup>, Tetsuo INOUE<sup>1)</sup>, Atsuhiko SAKAMOTO<sup>2)</sup>

1) *Department of Anesthesiology, Nippon Medical School Chiba Hokusoh Hospital*

2) *Department of Anesthesiology, Nippon Medical School*

Anesthesia during modified electroconvulsive therapy is mainly achieved with hypnotics and muscle relaxants ; however, the optimal choice remains undetermined despite extensive research. Propofol use is increasing, but the increase in the convulsion threshold with this drug is a cause for concern in patients refractory to seizures. Components of general anesthesia include unconsciousness, anesthesia, muscle relaxation, and reflex blockade. It is known that a lack of analgesia causes alterations in hemodynamic instability. Remifentanil not only stabilizes the hemodynamics but also reinforces sedation and decreases the required dose of propofol. On the other hand, we should also pay attention to the risk of lengthy seizures that depend on a decrease in the propofol dose. The main factors determining the use of remifentanil depend on the duration of seizures and alterations of the hemodynamics. Rocuronium and sugammadex decrease the risk of complications associated with suxamethonium. However, their use is restricted to a few complicated cases because of their high cost.

<Authors' abstract>

<Key words : mECT, anesthesia, remifentanil, propofol, rocuronium>

---

## 修正型電気けいれん療法 (mECT) における有効性と安全性について ——サイン波治療器とパルス波治療器の比較——

高橋 晶<sup>1,2)</sup>, 太刀川 弘和<sup>2)</sup>

1) 筑波大学医学医療系臨床医学域災害精神支援学, 2) 筑波大学医学医療系臨床医学域精神医学

修正型電気けいれん療法 (mECT) は、精神科臨床において近年利用が広がっている治療法である。特に難治性の大うつ病に対して用いられることが多い。けいれん誘発を行う治療器には従来、サイン波とパルス波の2つのタイプの治療器がある。近年後者が普及しつつあるが、この両者の間で有効性と安全性の差異は不明確である。そこで今回、サイン波治療器とパルス波治療器の有効性と安全性の差異について文献的検討を行った。サイン波治療器、パルス波治療器での有効性、有害事象の差を検討している報告は少なかった。欧米では、サイン波治療器研究は過去の報告が多く、2群間で検討している近年の報告は稀だった。有効性については、適切ないれんが誘発されている場合、サイン波治療器とパルス波治療器で抑うつ状態に対する有効性は同等であった。しかし、パルス波治療器では不発例が問題となっていた。不発も有効性の範疇と考えると、パルス波治療器では有効性が低下するので、不発にならないよう工夫が必要であった。例えば、パルス波治療器を用いた不発時には、エネルギーを必要十分に上げることが大切であると考えられた。有害事象については、サイン波治療器で一般的に報告が多かった。一方パルス波治療器は安全性が高いとする報告が多かったが、サイン波治療器に比べ少ないものの心停止が起こっている事例があった。パルス波治療器においても、循環器系の有害事象には十分注意する必要がある。また低酸素状態や血圧、頻脈などの循環器系の有害事象は、麻酔薬や呼吸管理の影響もあり、麻酔科との緊密な協力体制で対処できる可能性もあると考えられた。認知障害に関しては、サイン波治療器で障害が多い傾向であった。以上の文献的考察を踏まえて、今後、さらに自験例での検討結果を報告していきたいと考える。

<索引用語：修正型電気けいれん療法 (mECT), サイン波, パルス波, 有効性, 有害事象>

### はじめに

修正型電気けいれん療法 (modified ECT: mECT) は、薬剤抵抗性、緊急性を要する気分障害、統合失調症などにおいて、有効な身体療法である。

歴史的には統合失調症に対する樟脳誘発性けいれんの治療効果に端を発してけいれん療法が生まれ、Cerletti と Bini により 1937 年電気けいれん療法 (ECT) が初めて行われた<sup>7)</sup>。その後、サイン波での ECT、麻酔下で全身けいれんを抑制した修正型電気けいれん療法 (mECT) に変遷を遂げた

ことは周知の通りである。

ところで、mECT の刺激装置は、近年サイン波治療器からパルス波治療器に移行しつつある。その理由として、パルス波治療器はサイン波治療器に比較して、より少ない電流量で効率的なけいれん発作を誘発するため、一般的に副作用が少ないと考察されていることが多い。

一方、2010 年の奥村らの全国調査では、サイン波治療器を使用している精神科医療施設は 76.4% に上ると報告されている<sup>24)</sup>。この中には、サイン波治療器のみを使用している群や、一般的にはパ

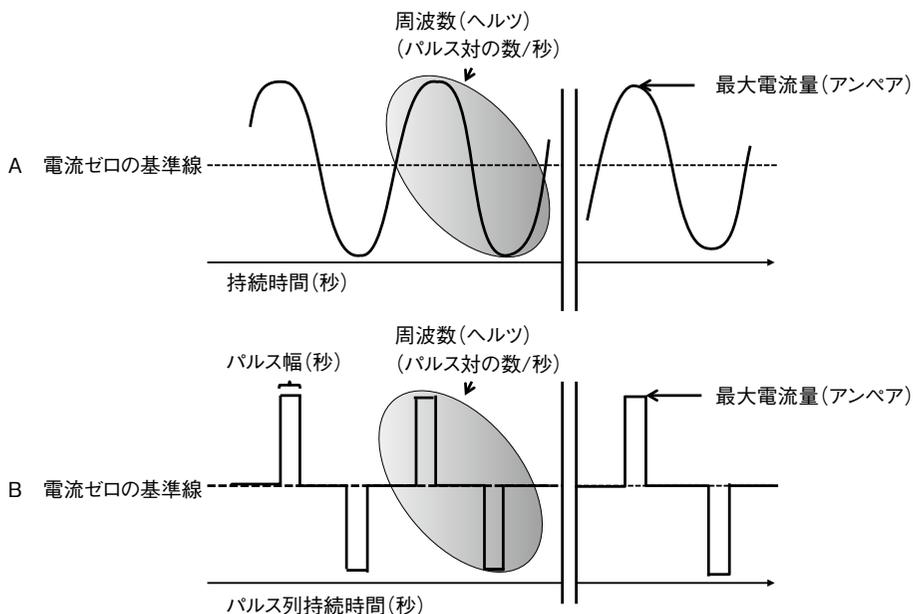


図 サイン波, パルス波の波形

(文献6を改変)

ルス波治療器を使用し、パルス波治療器難治例にサイン波治療器を使用している群がある。本来であれば、より効率的な後発のパルス波治療器に移行していくはずだが、パルス波治療器でてんかんを誘発できない例があること、パルス波治療器の購入コストの問題、さらに欧米のようにサイン波治療器の使用制限がなく、自由に使用できることなどの点から、実際には現在もサイン波治療器は使用されている。

そこで本報告では、ECTの有効性と安全性について述べ、さらにサイン波治療器とパルス波治療器の比較研究を紹介して両者の有効性と安全性の差異につき文献的に考察する。

### I. サイン波治療器とパルス波治療器の違い

電気刺激はその波形の種類で分けることができる。サイン波、パルス波の波形について図1に示す(図1)<sup>6)</sup>。現在利用されている2つの波形はサイン波とパルス波である。CerlettiとBiniが電気だけでけいれん誘発実験を開始した際に、利便性の問題から壁コンセントからの電気を利用した。これ

がサイン波であった<sup>20)</sup>。

向きを変えながらゆっくり上昇、下降をするサイン波電流は、位相幅が広く、けいれん閾値下に多量の電気刺激を与えるため、けいれん発作誘発の目的に照らしていえば、非効率的な電流である。過剰な電流量は発作強度や全般化に寄与せず、治療効果に影響しない。むしろ健忘の副作用に影響するといわれる<sup>26)</sup>。

一方、パルス波は立ち上がりが早く、発作を誘発するためにより効率的で生理学的な刺激であると認識されている<sup>21)</sup>。パルス波のパルス幅はサイン波のパルス幅に比べ、大変短く、立ち上がりが急である。神経細胞は電流の立ち上がり急であるほど脱分極を起こしやすい。したがってサイン波の方がパルス波に比して同じけいれん誘発に、2~3倍のエネルギーが必要である。このような点から、パルス波の方がより効率的な電気刺激といえる。

また、刺激のエネルギーについては、パルス波では皮膚のインピーダンス(抵抗)を測定しているが、サイン波では測定できない。エネルギー(J)

=電圧×電流×時間である。オームの法則から電圧=電流×抵抗であるから、これを当てはめるとエネルギー=(電圧)<sup>2</sup>×抵抗×時間となる<sup>10)</sup>。すなわち、頭部の皮膚抵抗が影響する。電流は動的インピーダンスによって変化するので、毎回同じ刺激ではない。パルス波治療器では測定した動的インピーダンスにより電圧を調整し、電流を一定化させている。このため、またパルス幅、周波数も調整可能であるので、細かい刺激用量を調整することができる。サイン波治療器では電圧と時間でしか調整できない。

しかしこれは理論上の話であり、臨床的にはけいれん発作を誘発するに十分なエネルギー量を治療器が発生しうるかどうか重要である。現在日本に導入されているパルス波治療器は、ヨーロッパなどに輸出されている高用量機器ではなく、FDA(アメリカ食品衛生局)の規制によって低用量化されたアメリカ国内用機器が輸入許可物とされている<sup>16)</sup>。このため、サイン波治療器で仮に100V、5秒で動的インピーダンスを220Ωとするとエネルギー量は227Jとなるが、パルス波治療器においては100%設定のサイマトロン<sup>®</sup>でもエネルギー量は100Jが限界である。この結果どの施設でもパルス波治療器で最大出力でもけいれん発作閾値に達しない患者がおり、治療上問題となっている。すなわち現時点では、サイン波治療器がエネルギー量の点ではパルス波治療器より優位ということになる。

## II. けいれん誘発(発作持続時間)について

短パルス波 ECT において有効性を得るには、脳波上最低 25~30 秒間の持続けいれん発作が必要とされている。けいれん発作閾値の差は患者群間で非常にばらつきがあり、年齢、性、治療電極配置、発作持続時間の判断基準と計測方法、電気刺激パラメーター、滴定スケジュール、服用している向精神薬、麻酔薬などによって変化する<sup>10)</sup>。

Frey らは刺激用量と発作持続時間が反比例の関係にあるという報告をしている<sup>10)</sup>。単純にサイン波がパルス波よりも刺激用量が多いと考えれ

ば、逆に発作持続時間は短くなることも考えられるが、個体差もあり、明言はできない。有効なけいれんが誘発されている場合のサイン波群、パルス波群での持続時間の比較に関する報告はない。

## III. 有効性について

有効性については、サイン波、両側性刺激で治療された群 21 例での検討では治療前後でハミルトンうつ病評価スケール(Hamilton rating scale for depression: HAMD)が平均 28 点改善したという Gregory らの報告<sup>13)</sup>や、パルス波による ECT 治療の前後で HAMD が 19.7 点改善したというパルス波治療群の Devanand らの報告<sup>9)</sup>がある。

うつ病に対するサイン波治療器とパルス波治療器の二重盲検無作為化比較試験では、ECT 後、うつ病評価尺度である HAMD が 75% 以上減少し、改善を認めた例がパルス波群では 60% であったが、サイン波群では 93% であった<sup>4)</sup>。しかし、パルス波群はサイン波群の 1/3 以下のエネルギー量である点を考慮すると、結果に対して批判的な意見もある<sup>40)</sup>。

さらに Scott らが報告したサイン波 17 例、パルス波 14 例での有効性比較では、2 群間で HAMD 得点の改善率は変わらなかった<sup>34)</sup>。

Kho らは、サイン波治療器とパルス波治療器の 2 群間で Depression に対する有効性を比較する従来研究のメタ解析を行った結果、パルス波治療群はサイン波治療群に比べ、効果が劣ることはない<sup>18)</sup>と報告した<sup>18)</sup>。

以上をまとめるとサイン波治療群とパルス波治療群で、2 群間での有効性の差はあまりないという報告が多くを占めていた。

## IV. 有害事象について

### 1. 死亡率

ECT は全身に影響を与える侵襲的な治療と見られるが、ECT による死亡率は 10 万人当たり、2~10 人 (0.0001%) と推定されている<sup>35)</sup>。また 50,000 回に 1 回といわれ、これは全身麻酔の危険率に相当している<sup>1)</sup>。このためけいれん直後や回

復期の心循環器系の合併症が主な死因と考えられている<sup>3,19</sup>。死亡例の報告は少なく、サイン波、パルス波のいずれで起きやすいか、その死亡率の差を呈示している報告はなかった。

## 2. 循環器系

当院では、2001年10月～2004年の3年間にサイン波治療器を用いてmECTを施行した70例（総施行回数585回）に対して、有害事象を後方視的に調査した。頻度の高い事象として、血圧上昇、低酸素血症、頻脈、徐脈、不整脈を認めた<sup>23</sup>。

またECT後の最も一般的な死亡原因は心筋梗塞、不整脈であるといわれる<sup>25</sup>。ECTによる心臓の収縮不全の報告もある<sup>22,27</sup>。サイン波治療器を用いたECT施行中に、心静止が起こっているという報告もある<sup>14</sup>。

真田らは、サイン波とパルス波の治療器による心拍動への影響を検討するため、入院例41例を対象に、ECT治療中の心エコーを用いた心拍動変化を調査した。結果、サイン波治療器では、症例18例の心拍変化は、変化のないものが17.9%、徐脈波26.3%、心静止55.8%であった。パルス波治療器では、症例23例の心拍変化は、変化のないものが86.6%、徐脈波6.4%、心静止7.0%であり、サイン波治療器に比較してパルス波治療器の方が心拍変化を起こさないことが示唆され、パルス波治療器はサイン波治療器に比べて心臓血管系への副作用が少ない治療器と結論している<sup>32</sup>。

## 3. 呼吸器系

呼吸器関連の有害事象の報告としては、けいれん時に胃内圧が上昇し、けいれん後には一過性の無呼吸が起こるとする報告<sup>25</sup>や、肺水腫の報告<sup>15,33,37</sup>、また無気肺の報告がある<sup>31</sup>。低酸素状態の原因は様々な要因があると考えられるが、遷延性無呼吸の原因としては、サクシニルコリンの代謝の遅い患者に稀に起こることがある<sup>17</sup>。また誤嚥性肺炎、気管支けいれん、低酸素状態の報告もある<sup>36</sup>。誤嚥性肺炎で死亡した例もあった<sup>36</sup>。これらに関して、サイン波、パルス波での比較検討

はなかった。

## 4. 脳神経系

ECT後には脳血流が7倍に増加し、けいれんに伴い酸素消費量は増大するといわれる<sup>12</sup>。また、相対的禁忌として最近の脳血管疾患、頭蓋脳圧亢進、脳動脈瘤があるとされる。またECTによる脳出血の報告がある<sup>41</sup>。

## 5. 精神症状

もうろう状態は一般的に見当識障害を含んで用いられるが、ECT後に意識を回復した患者は、記憶障害、理解力の低下、自動運動などの異常を来す。Valentineらはサイン波、パルス波2群間での発作後の見当識回復に対する影響を正確に分けることはできなかった<sup>38</sup>。しかし、見当識の回復は常に短パルス波の方がサイン波よりも早かったと報告した。またDanielらの検討では、見当識の完全に回復するまでの時間はサイン波よりもパルス波の方が有意に早かったと報告している<sup>28</sup>。Sackheimらは刺激用量が大きいと見当識障害からの回復時間が有意に長くなると報告しており<sup>29,30</sup>、刺激用量が大きいサイン波治療器ではより見当識障害からの回復時間がかかると推察される。

通電後の見当識障害、前向き健忘や逆行性健忘は、老人に頻度が高く、多くは時間とともに回復する。このうち見当識障害や前向き健忘は比較的短時間に回復し、逆行性健忘は回復が緩徐である。一方、認知機能の低下が6ヵ月後も遷延するという例も少数だが報告されている<sup>2</sup>。

Fujitaらの報告では、難治性大うつ病患者にサイン波治療（9例）とパルス波治療（9例）を行い平均8.2日後に認知機能を測定したところ、抗うつ効果に差はなかった一方、サイン波群では注意障害、遂行機能障害が悪化し、パルス波群では視覚記憶、dual taskが改善したとされている<sup>11</sup>。

記憶障害に関しては、サイン波群の有害事象がより多い報告が目立つ。サイン波治療器の有害事象として、認知機能障害は大きな問題の1つと思

表 サイン波, パルス波の文献

|                              | 発行年  | 比較項目   | 結果                                 |
|------------------------------|------|--------|------------------------------------|
| Weiner RD CC <sup>40)</sup>  | 1989 | 有効性    | サイン波の方がうつ病評価尺度が改善した。               |
| Scott AI <sup>34)</sup>      | 1992 | 有効性    | HAMD で差がなかった。                      |
| Kho KH <sup>18)</sup>        | 2003 | 有効性    | メタ解析では有効性に差はなかった。                  |
| Fujita A <sup>11)</sup>      | 2006 | 有効性    | 2 群間に差はなかった。                       |
| 真田正美ら <sup>32)</sup>         | 2008 | 心拍変化   | サイン波の方が心拍変動が多かった。                  |
| Valentine M ら <sup>38)</sup> | 1968 | 見当識障害  | 見当識障害回復の影響はわからなかった。                |
| Daniel WF ら <sup>8)</sup>    | 1986 | 見当識障害  | 見当識障害が完全に回復するまでの時間はパルス波の方が有意に早かった。 |
| Fujita A ら <sup>11)</sup>    | 2006 | 認知機能障害 | サイン波群では注意障害, 遂行機能障害が悪化した。          |

われる。

その他精神症状の有害事象として ECT 後の躁転も重要な問題である。mECT 後の躁転の発生率は 6~12% と報告されており<sup>5)</sup>, 単極性うつより双極性障害の方が躁転しやすいことが知られている<sup>39)</sup>。サイン波とパルス波の 2 群間で躁転率を比較した報告はない。

## 6. その他

頭痛は, ECT 後 45% 程度の患者が自覚するとされている<sup>28)</sup>。拍動を伴う前頭部痛を示すことが多い。電極配置や刺激強度などとは関連しないといわれる<sup>17)</sup>。

発熱に関しては術後一過性に上昇し, その後平熱に戻るものがほとんどである。悪性症候群の既往を持つ患者では発熱に注意すべきかもしれない。嘔気は麻酔薬, 通電による胃内圧の上昇, けいれん発作, 換気による胃への空気の流入などの影響と考えられる。歯科的問題に関しては, 修正型でも咬筋の収縮は起こるので事前の歯科診察でリスクを把握し, 材質の柔らかいバイトブロックの使用が望まれる。頭痛, 発熱に関して, サイン波とパルス波での比較検討の報告はない。上記の文献を表にまとめた。

## おわりに

サイン波治療器, パルス波治療器での有効性, 有害事象の差を検討している研究は少なかった。特に欧米では, サイン波研究は過去の報告が多く, 最近の研究は非常に少なかった。

有効性について, 報告の多くは, サイン波治療器, パルス波治療器で抑うつ状態に対する有効性は同等としていたが, これは適切でない場合があり, エネルギー量がサイン波より少ないパルス波では不発例が問題となろう。不発も有効性の範疇と考えると, パルス波では有効性が低下するので, 不発にならないよう創意工夫が必要である。パルス波治療器を用いている場合の不発時には, エネルギーを必要十分に上げることが大切である。しかし見方を変えれば, エネルギー量の小さいパルス波治療器でも同等の効果が得られるということは, 一度発作が得られれば理論上パルス波がサイン波より有効性が高い可能性も否定できない。

一方, 有害事象については, サイン波治療器で全般的に有害事象が多かった。しかしパルス波治療器においても, サイン波治療器に比べ少ないが心静止が起こっている事実があり, 循環器系の有害事象には十分注意する必要がある。また低酸素状態や血圧, 頻脈などの循環器系の有害事象は, 麻酔薬や呼吸管理の影響も少なからずあり, 麻酔

科とのより良い協力体制で対処できる可能性もあると考えられる。認知機能障害に関しては、サイン波治療器で報告が多く、一定のエビデンスと思われた。

文献渉猟の結果、パルス波のサイン波に対する優越性は意外にもそれほど大きくないことが示唆された。有効性と有害事象についてこれらの点を踏まえて、今後、当院自験例でさらに検討し、報告したい。

#### 文 献

- 1) Abrams, R.: The mortality rate with ECT. *Convuls Ther*, 13 (3); 125-127, 1997
- 2) Abrams, R.: *Electroconvulsive Therapy*, 4 ed. Oxford University Press, USA, 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, p.145-166, 2006)
- 3) Ali, P.B., Tidmarsh, M.D.: Cardiac rupture during electroconvulsive therapy. *Anaesthesia*, 52 (9); 884-886, 1997
- 4) Andrade, C., Gangadhar, B.N., Subbakrishna, D.K., et al.: Double-Blind Comparison of Sinusoidal Wave and Brief-Pulse Electroconvulsive Therapy in Endogenous Depression. *Convuls Ther*, 4 (4); 297-305, 1988
- 5) Andrade, C., Gangadhar, B., Swaminath, G., et al.: Mania as a Side Effect of Electroconvulsive Therapy. *Convuls Ther*, 4 (1); 81-83, 1988
- 6) Beyer, J.L., W.R., Glenn, M.D., editor.: *Electroconvulsive Therapy: A Programmed Text*. 2nd ed. American Psychiatric Press, Washington, DC, 1998
- 7) Cerletti, U. BL.: Un Nuevo metodo di shockterapia "L'elettroshock". *Bollettino Accademia Medica Roma*, (64); 136-138.
- 8) Daniel, W.F., Crovitz, H.F.: Disorientation during electroconvulsive therapy. Technical, theoretical, and neuropsychological issues. *Ann N Y Acad Sci*, 462; 293-306, 1986
- 9) Devanand, D.P., Fitzsimons, L., Prudic, J., et al.: Subjective side effects during electroconvulsive therapy. *Convuls Ther*, 11 (4); 232-240, 1995
- 10) Frey, R., Heiden, A., Scharfetter, J., et al.: Inverse relation between stimulus intensity and seizure duration: implications for ECT procedure. *J ECT*, 17 (2); 102-108, 2001
- 11) Fujita, A., Nakaaki, S., Segawa, K., et al.: Memory, attention, and executive functions before and after sine and pulse wave electroconvulsive therapies for treatment-resistant major depression. *J ECT*, 22 (2); 107-112, 2006
- 12) 合谷木徹, 西川俊昭: 無癱瘓性電気ショックの麻酔. 麻酔科学スタンダードII. 臨床各論: 克誠堂出版, 東京, 2003
- 13) Gregory, S., Shawcross, C.R., Gill, D.: The Nottingham ECT Study. A double-blind comparison of bilateral, unilateral and simulated ECT in depressive illness. *Br J Psychiatry*, 146; 520-524, 1985
- 14) 長谷浩吉, 吉岡 齊, 中村尊子ほか: 電気けいれん療法中の心静止. 麻酔, 54 (11); 1268-1272, 2005
- 15) Hatta, K., Kitajima, A., Ito, M., et al.: Pulmonary edema after electroconvulsive therapy in a patient treated for long-standing asthma with a beta2 stimulant. *J ECT*, 23 (1); 26-27, 2007
- 16) 一瀬邦弘: 【電気けいれん療法】従来型電気けいれん療法 その歴史と教訓. *精神医学*, 47 (11); 1165-1171, 2005
- 17) 日域広昭, 佐々木高伸: 電気けいれん療法の有害事象. *精神医学*, 47 (11); 1209-1217, 2005
- 18) Kho, K.H., v Vreeswijk, M.F., Simpson, S., et al.: A meta-analysis of electroconvulsive therapy efficacy in depression. *J ECT*, 19 (3); 139-147, 2003
- 19) Levin, L., Wambold, D., Viguera, A., et al.: Hemodynamic responses to ECT in a patient with critical aortic stenosis. *J ECT*, 16 (1); 52-61, 2000
- 20) Mankad, M.V., Beyer, J.L., Weiner, R.D., et al.: 監訳: 本橋伸高, 上田 論: パルス波 ECT ハンドブック. 医学書院, 東京, p.43-53, 2012
- 21) Merritt, H.H., Putnam, T.J.: A new series of anti-convulsant drugs tested by experiments on animals. *Arch Neurol Psychiatry*, 39; 1003-1015, 1938
- 22) Nagler, J.: Absence of asystole during bifrontal stimulation in electroconvulsive therapy. *J ECT*, 26; 100-103, 2010
- 23) 中村大介, 堀 孝文, 片野綱大ほか: 修正型電気けいれん療法 (mECT) における有害事象について 70 例の検討. *精神科治療学*, 20 (7); 727-736, 2005
- 24) 奥村正紀, 鮫島達夫, 栗田圭一ほか: ECT における地域連携 電気けいれん療法 (ECT) のわが国での現況

全国実態調査の結果から総合病院精神科に求められること. 総合病院精神医学, 22 (2); 105-118, 2010

25) 大島正行: 電気けいれん療法 (ECT) の標準化 ECT の安全な環境作りを目指して ECT の麻酔と重篤合併症 麻酔法とその特殊性, 一般的な合併症, 重篤な合併症の報告. 精神経誌, 110 (8); 672-677, 2008

26) Ottoson, J.O.: Experimental studies of the mode of action of electroconvulsive therapy: Introduction. Acta Psychiatr Scand, Suppl 35 (145); 5-6, 1960

27) Robinson, M., Lighthall, G.: Asystole during successive electroconvulsive sessions: a report of two cases. J Clin Anesth, 16; 210-213, 2004

28) Sackeim, H.A., Ross, F.R., Hopkins, N., et al.: Subjective Side Effects Acutely Following ECT: Associations with Treatment Modality and Clinical Response. Convuls Ther, 3 (2); 100-110, 1987

29) Sackeim, H.A., Prudic, J., Devanand, D.P., et al.: Effects of stimulus intensity and electrode placement on the efficacy and cognitive effects of electroconvulsive therapy. N Engl J Med, 328 (12); 839-846, 1993

30) Sackeim, H.A., Prudic, J., Devanand, D.P., et al.: A prospective, randomized, double-blind comparison of bilateral and right unilateral electroconvulsive therapy at different stimulus intensities. Arch Gen Psychiatry, 57 (5); 425-434, 2000

31) 鮫島達夫, 一瀬邦弘, 奥村正紀ほか: 修正型電気けいれん療法 (mECT) 地域連携・麻酔科との連携をどのように行うか ECT における身体疾患の術前管理—麻酔科との連携において—. 精神経誌, 113 (特別号電子版); SS251-SS255, 2011

32) 真田正美, 蟹川節子, 宮島萌子ほか: 修正型電気

けいれん療法に用いられる通電波形の違いによる心拍動への影響. 埼玉県立精神保健総合センター研究紀要, 18; 6-7, 2008

33) Sargent, P., Reeves, J.: Pulmonary edema after electroconvulsive therapy. J ECT, 24 (4); 283-285, 2008

34) Scott, A.I., Rodger, C.R., Stocks, R.H., et al.: Is old-fashioned electroconvulsive therapy more efficacious? A randomised comparative study of bilateral brief-pulse and bilateral sine-wave treatments. Br J Psychiatry, 160; 360-364, 1992

35) Shiwach, R.S., Reid, W.H., Carmody, T.J.: An analysis of reported deaths following electroconvulsive therapy in Texas, 1993-1998. Psychiatr Serv, 52 (8); 1095-1097, 2001

36) Tecoult, E., Nathan, N.: Morbidity in electroconvulsive therapy. Eur J Anaesthesiol, 18 (8); 511-518, 2001

37) 堤 紀子, 藤堂ゆりゑ, 川名 信ほか: プロポフォル麻酔下の頭部通電療法 (ECT) 施行後に肺水腫をきたした 1 症例. 麻酔, 50 (5); 525-527, 2001

38) Valentine, M., Keddie, K.M., Dunne, D.: A comparison of techniques in electro-convulsive therapy. Br J Psychiatry, 114 (513); 989-996, 1968

39) 和田 健, 佐々木高伸, 吉村靖司: 【電気けいれん療法の新展開 その可能性と限界】電気けいれん療法の禁忌と副作用. 精神科治療学, 18 (11); 1283-1289, 2003

40) Weiner, R.D., Coffey, C.E.: Comparison of Brief-Pulse and Sine Wave ECT Stimuli. Convuls Ther, 5 (2); 184-185, 1989

41) Weisberg, L.A., Elliot, D., Meilke, D.: Intracerebral hemorrhage following electroconvulsive therapy. Neurology, 41 (11); 1849, 1991

## The Efficacy and Safety of Electroconvulsive Therapy (Sine- and Pulse -Wave ECT Methods)

Sho TAKAHASHI<sup>1, 2)</sup> Hirokazu TACHIKAWA<sup>2)</sup>

1) *Department of Disaster Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tsukuba*

2) *Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Tsukuba*

Modified electroconvulsive therapy (mECT) has become a common therapy for psychiatric illness, depression in particular, and both sine- and pulse- wave ECT methods are available at present. It has been suggested that the latter is superior to the former in efficacy and safety, although little evidence has been reported comparing the efficacy and safety between the two methods. Here, we reviewed the differences in the efficacy and safety of these methods.

The efficacy of ECT for depression with these two methods was the same with adequate convulsion. The problem is that non-adequate convulsion was frequently observed with the pulse-wave ECT method. More effort is needed to prevent this problem and verify the energy setting in the pulse-wave method.

In general, adverse events were observed with the sine-wave method. However, cardiac arrest was observed more easily with the pulse-wave method. So we may have to pay more attention to the pulse-wave method regarding adverse cardiac events. Cognitive dysfunction with the sine-wave method was highlighted.

In the future, we will combine our results with those of previous studies to evaluate the safety and adverse effects of the sine- and pulse-wave methods.

<Authors' abstract>

<Key words : modified electroconvulsive therapy (mECT), sine-wave, pulse-wave, efficacy, adverse event>

---



## 修正型電気けいれん療法 (m-ECT) の現況とサイン波治療器の行方

鮫島 達夫<sup>1)</sup>, 一瀬 邦弘<sup>2)</sup>, 奥村 正紀<sup>3)</sup>, 中村 満<sup>3)</sup>, 平山 貴敏<sup>1)</sup>,  
朝長 章子<sup>1)</sup>, 梅田 恵里子<sup>1)</sup>, 村木 健郎<sup>1)</sup>, 大久保 善朗<sup>4)</sup>

1) JR 東京総合病院メンタルヘルス・精神科, 2) 多摩中央病院,

3) 東京都保健医療公社豊島病院精神科, 4) 日本医科大学精神医学講座

電気けいれん療法 (ECT) は, 2010 年に行った ECT 実態調査では, 2009 年 1 年間で, ECT 実施施設のうち修正型 ECT (m-ECT) のみを実施している施設は 37.9%, 従来型 ECT (u-ECT) のみを実施している施設は 44.9%, m-ECT と u-ECT の両 ECT を実施している施設は 13.2%, 無麻酔 ECT (s-ECT) を実施している施設は 3.7% であった。以前の調査と比較すると, m-ECT は普及しつつあるが, 欧米に比べるとその普及率は低い。ECT の重篤な有害事象の報告もあり, その安全性の確立にも努めなければならない。その使用機器は, 2010 年の調査では, サイン波のみが 51.4%, パルス波のみ 23.6%, サイン波とパルス波両方は 20.8% であった。サイン波の製造は, すでに中止され, その保障も 2016 年までとされている。サイン波の使用が困難となる状況も踏まえ早急な対策も必要である。

<索引用語: 電気けいれん療法, 実態調査, 日本, サイン波>

### はじめに

電気けいれん療法 (Electroconvulsive Therapy: ECT) は, 当初は無麻酔にて行われていたが, 患者の不安や恐怖心の軽減, 骨折などの防止から, 静脈麻酔薬および筋弛緩薬を用いた, 修正型 ECT (modified ECT: m-ECT) が 1980 年代から行われている。しかし, 麻酔科医の不足などから, 欧米に比べ普及率は低い。

使用機器は, その刺激波形によりサイン波, パルス波が採用されている。欧米では 1960 年代より使用されていたパルス波機器が 2001 年よりわが国でも導入されたが, パルス波機器は, 全身麻酔下で行われることが原則とされており, 麻酔器をはじめ設備投資が必要となることも, その普及の妨げとなり, サイン波機器の使用を継続せざるを得ない要因であることも示唆される。

サイン波機器の製造メーカーは, 生産を 2004 年

にすでに中止し, 修理対応も 2013 年までとしている<sup>4)</sup>。今回, 2010 年に日本精神神経学会 ECT 検討委員会で行ったわが国での ECT の現況から, m-ECT のわが国での状況とサイン波の使用が困難となる状況での課題を述べる。

### I. わが国での m-ECT の施行状況

2010 年に日本精神神経学会 ECT 検討委員会で専門医制度研修 1,483 施設に ECT の実施状況を調査した<sup>5)</sup>。有効回答を得た 875 施設のうち, 356 施設 (40.7%) であった。ECT 実施施設の中で, 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-

表1 ECTの本邦での有害事象の報告

| 有害事象       | 報告者（報告年）                                 |
|------------|--|
| 誤嚥性肺炎（死亡例） | 平石（'11）                                  |
| 心停止        | 長谷（'05）<br>久良木（'12）                      |
| 心室頻拍       | 古賀（'11）<br>高橋（'11）<br>久保（'11）<br>野口（'11） |
| 徐脈         | 竹内（'12）                                  |
| WPW 症候群    | 小田切（'12）                                 |
| 肺水腫        | 八田（'08）<br>鮫島（'09）<br>高橋（'12）            |
| 脳梗塞        | 鈴木（'10）<br>八倉（'11）                       |

WPW: Wolff-Parkinson-White syndrome

ECT) を実施している施設は 13 施設 (3.7%) であった。

今回の実態調査以前のわが国での ECT の実態調査では中島らの報告がある<sup>9)</sup>、これによると、1991 年 11 月に、地域別層化系統抽出法によって抽出された日本精神神経学会に所属する精神科医 500 名を対象に、郵送法によるアンケート調査を実施した。その結果、41.4% の精神科医が現在 ECT を実施しており、15.6% が「無けいれん性 ECT」(1.0% が「無けいれん性 ECT」のみ) を実施していることを報告している。

これら 2 つのアンケートの調査結果は異なり、単純に比較はできないが、1991 年に比較し 2010 年では、m-ECT は全国に普及しつつある。

一方、施行していない施設の現状として、麻酔科医の確保ができないこと、麻酔器など設備面での経済面などを挙げており、施設によっては m-ECT の施行が困難である状況がうかがえた。今後は m-ECT 実施施設との連携も重要になると考えられた<sup>5)</sup>。

## II. ECT の有害事象

ECT の有害事象としては、日域らは、認知性障

害 (29.7%)、血圧上昇 (35%)、頭痛 (21.7%) と報告している<sup>6)</sup>。

心不全、呼吸不全など重篤な有害事象はわが国での近年の報告を表 1 に示す。

Beyer らは、ECT における心血管系の反応を以下のように述べている<sup>1)</sup>。まず、通電直後に脳幹への刺激により副交感神経が活性化し、血圧低下、徐脈、心停止が起きる。この後、交感神経が活性化し、徐脈や血圧の上昇が起き、この頻脈は間代性けいれん終了まで続き、その後、再び副交感神経が活性化される。このときの副交感神経の活性化で再び徐脈が起きる場合がある。その後、患者の覚醒とともに交感神経が活性化される (図 1)。ECT での心停止は、ECT 直後またはけいれん後の 2 点で起こりうるが、心停止の報告はけいれん直後が多いとされる<sup>2)</sup>。

死亡例については、平石が胃がんの手術の既往があるうつ病での術後の誤嚥性肺炎により、敗血症となり死亡した症例報告がある<sup>3)</sup>。米国では、Kramer らが、1977 年から 1983 年において 10 万件あたり 2 例であったと報告している<sup>7)</sup>。

ECT には、絶対禁忌はないとされるが、稀に重篤な有害事象を来すことがある。

精神疾患患者においては、精神症状により十分な全身疾患の把握が困難な症例や、毎回の ECT における循環器系、呼吸器系などへの影響の予測がつかない場合もあり、その術前管理や術中管理はより厳密にしなければならない。さらに、有害事象に関しては、日本精神神経学会などを中心とした各症例で十分検討し、対策を検討していく組織作りが必要であると考え<sup>6)</sup>。

## III. ECT の麻酔管理<sup>6)</sup>

ECT の麻酔法は、静脈麻酔薬（プロポフォール、チオペンタール）と筋弛緩薬（スキサメトニウム、ロクロニウム）で導入する。気道管理は、大部分がマスクによる呼吸管理となる。麻酔科医は、徐脈や頻脈、高血圧などに対する管理を行う。

これらの生体監視モニターとして、心電図、血

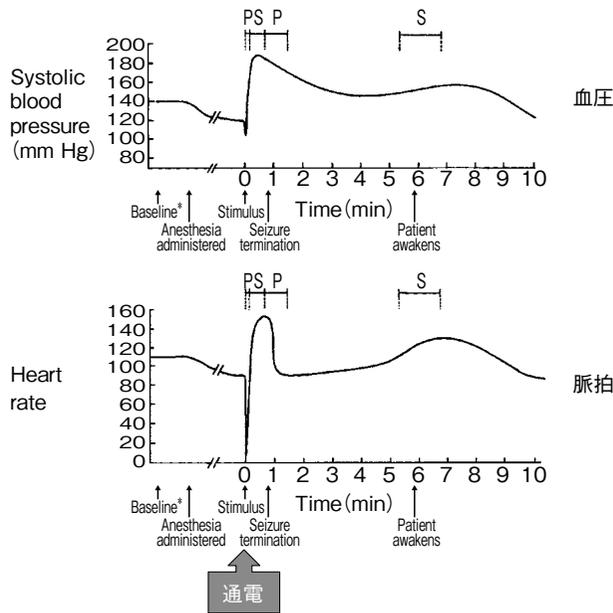


図1 ECT中の循環器系変化

- 刺激直後に迷走神経反射  
徐脈性不整脈、収縮不全、極度の徐脈、一過性心停止 (asystole) など
- 刺激10~20秒後より交感神経優位の状態  
頻脈、高血圧 (収縮期圧 200~250 以上)

表2 麻酔管理法別に見た ECT 実施施設の類型とモニタリング実施の割合 (%)

| 麻酔管理法別に見た ECT 実施施設の類型 | 心電図計 | 血圧計   | 脈拍数  | 経費的酸素飽和度 | 脳波計  | 筋電図  |
|-----------------------|------|-------|------|----------|------|------|
| m-ECT                 | 99.3 | 99.3  | 99.3 | 91.9     | 75.6 | 68.9 |
| m-ECT と u-ECT         | 85.1 | 97.9  | 95.7 | 76.6     | 42.6 | 44.7 |
| u-ECT                 | 53.8 | 88.8  | 88.1 | 61.9     | 5.0  | 1.9  |
| s-ECT                 | 53.8 | 100.0 | 84.6 | 46.2     | 7.7  | 0.0  |
| 全体                    | 75.0 | 94.1  | 93.0 | 74.4     | 36.8 | 32.9 |

m-ECT：修正型 ECT (modified ECT)  
 u-ECT：従来型 ECT (unmodified ECT)  
 s-ECT：無麻酔 ECT (Straight ECT))

圧計、パルスオキシメーターなどが使用される。口腔内分泌物のための吸引器、運動性けいれんの確認のためのカフ法に用いるターケット、急変時における、除細動器や挿管器具などが必要である。

2010 年のわが国での ECT 実態調査からの生体モニターの麻酔管理法別の装備状況は表 2 に示す<sup>5)</sup>。

m-ECT では術中の循環変動の管理が必要とさ

れるため、心電図計、血圧計など 90% 以上で装着されており、管理が厳重に行われていることが明らかになった。u-ECT では、心電図計が 53.8% と ECT 後の頻脈や不整脈の管理に十分とは言えない状況であった。

今後、m-ECT の普及の上では、これらの装備の充実が不可欠である。

モニター装着の問題と同様に、麻酔の管理担当

表3 施設形態別の m-ECT の麻酔担当医の配置状況の施設数

( ) は各施設別に占める割合

|       | 常に配置する     | 配置する場合としない場合がある | 配置しない    | その他     | 無回答     |
|-------|------------|-----------------|----------|---------|---------|
| 大学病院  | 54 (98.2)  | 1 (1.8)         | 0        | 0       | 0       |
| 一般病院  | 63 (91.3)  | 4 (5.8)         | 1 (1.4)  | 0       | 1 (1.4) |
| 精神科病院 | 41 (70.1)  | 6 (10.3)        | 8 (13.8) | 1 (1.7) | 2 (3.4) |
| 計     | 158 (86.8) | 11 (6.0)        | 9 (4.9)  | 1 (0.5) | 3 (1.6) |

施設形態別の m-ECT 実施時の麻酔担当医の資格の施設数

|       | 麻酔科医 | 麻酔科標榜医・<br>専門医・指導医 | 麻酔科の<br>経験がある医師 | 資格の<br>定めなし | その他 | 無回答 | 計   |
|-------|------|--------------------|-----------------|-------------|-----|-----|-----|
| 大学病院  | 33   | 21                 | 0               | 0           | 0   | 1   | 55  |
| 一般病院  | 28   | 26                 | 9               | 2           | 0   | 2   | 67  |
| 精神科病院 | 8    | 24                 | 11              | 3           | 1   | 0   | 47  |
| 計     | 69   | 71                 | 20              | 5           | 1   | 3   | 169 |

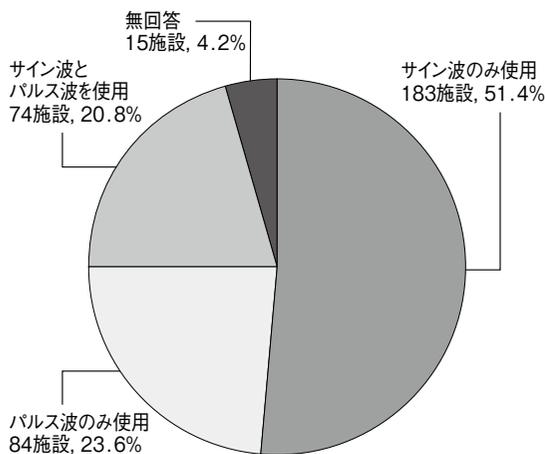


図2 ECT 治療器の使用機器について

医師も重要である。わが国での麻酔担当医の現況を表3に示す。大学病院、一般病院では90%以上で麻酔担当医を配置しているが、精神科病院では約70%である。施設形態別にみた状況は、麻酔担当医の資格が、「麻酔科医、麻酔科標榜医、専門医、指導医」が大学病院では、98.2%、一般病院80.6%、精神科病院68%であった。これらは、麻酔科医の確保の困難であることがうかがえる。その安全性の確立から考慮しても、学会レベルでの連携も必要である<sup>9)</sup>。

#### IV. サイン波機器の行方

わが国での ECT 波機器の使用状況は、2010年の調査では、サイン波のみが183施設(51.4%)、パルス波のみ84施設(23.6%)、サイン波とパルス波両方74施設(20.8%)であった(図2)<sup>5)</sup>。

欧米では、パルス波のみである。Worrawat らは、2001年9月1日から2003年8月31日までの日本、バングラデシュ、中国、インド、タイ、中国などアジア45カ国、977施設を対象にECTの実施状況の調査をしている<sup>11)</sup>。23カ国(51.1%)、324施設(33.1%)から回答を得た、アジア全体でサイン波41.6%、パルス波52.3%、日本では、サイン波69.6%、パルス波は採用されたばかりでこの調査では明らかでなかった。パルス波導入は、欧米と比べまだ少ない。機器が高価であることも、その普及に影響しているかもしれない。

サイン波機器の今後の状況について、製造メーカーA社に、2010年に問い合わせを行った。

それによると、2005年の薬事法の改定で、医療機器分類で透析器、人工骨・関節、人工呼吸器などと同じく、不具合が生じた場合、人体へのリスクが比較的高いと考えられるものをクラスⅢとの指定を受けた(表4)。

クラスⅢとなると特定保守として保守点検が必

表4 医療機器分類 (独法医薬品医療機器機構による)

| 国際分類    | リスクによる医療機器の分類  | 分類       | リスク   | 製造販売規制      |
|---------|--|----------|-------|-------------|
| クラス I   | 不具合が生じた場合でも、人体へのリスクが極めて低いと考えられるもの (例) 体外診断機器、鋼製小物、X線フィルム、歯科技工用品                | 一般医療機器   | 極めて低い | 承認・認証不要     |
| クラス II  | 不具合が生じた場合でも、人体へのリスクが比較的低いと考えられるもの (例) MRI、電子式血圧計、電子内視鏡、消化器用カテーテル、超音波診断機器、歯科用合金 | 管理医療機器   | 低い    | 登録認証機関による認証 |
| クラス III | 不具合が生じた場合、人体へのリスクが比較的高いと考えられるもの (例) 透析器、人工骨・関節、人工呼吸器、バルーンカテーテル                 | 高度管理医療機器 | 中・高   | 大臣による承認     |
| クラス IV  | 患者の侵襲が高く、不具合が生じた場合、生命の危険胃に直結するおそれのあるもの (例) ペースメーカー、人工心臓弁、ステント                  | 高度管理医療機器 | 中・高   | 大臣による承認     |

要となり、業者には、修理、管理に専門的知識や技能が必要となる。これは、厚生労働大臣が許可するものであり、それまでより保守、管理がより厳重になった。このクラスの製造を行う事業者には、高いランクの指定(1種)取得が必要となった。

A社は特定保守、設置管理に関する取得が必要となったため、同社での対応が困難と判断し、2004年から製造を中止し、2005年には薬事法上の医療機器製造番号を返上とし、2014年までには補修も終了するとの意向である<sup>4)</sup>。

医療機器としての使用は今後も可能であるが、保守ができないとなると今後の継続的な使用も困難と考えられる。

## ま と め

- ①m-ECT実施施設は、m-ECTのみ実施施設37.9%と増加しつつある。
- ②大学病院、総合病院の90%以上、精神科病院では50%以下でm-ECTが実施されており、施設間でその管理が異なった。麻酔科医の不足や施設確保の問題があると考えられる。
- ③使用機器はサイン波のみの施設は51.4%、パルス波のみは23.6%であった。使用機器、設備面での困難さが考えられる。
- ④サイン波機器の保守は2014年までとしている。その後は機器保全の保証のないまま使用される

状況になる可能性があり、その安全性の確保への対策が必要である。

## おわりに

電気けいれん療法は、精神疾患以外にも、パーキンソン病や一部の慢性頭痛にも用いられ適応が拡大されてきている。さらに、高齢化や身体疾患の既往歴のある症例などが増加している。これらの状況の変化を踏まえ、日本精神神経学会ECT検討委員会や日本総合病院精神医学会ECT委員会を中心として、2001年に作成された「ECT推奨事項」の改訂版を作成した<sup>8)</sup>。

各施設においては、ECTの情報を共有し、有害事象についての検討を行い、その安全確保により努めていかなければならない。

## 文 献

- 1) Beyer, J.L., Weiner, R.D., Glenn, M.D.: Seizure monitoring: The cardiovascular response. Electroconvulsive therapy. A programmed text. 2<sup>nd</sup> ed. American Psychiatric Press, Washington DC, p.111-117, 1998
- 2) 長谷浩吉, 吉岡 齊, 中村尊子ほか: 電気けいれん療法中の心停止. 麻酔, 54; 1268-1272, 2005
- 3) 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. 日臨麻会誌, 31; S293, 2011
- 4) 平川淳一: 電気けいれん療法について一木箱の行

方一. 日精協誌, 30; 775, 2011

5) 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 ECT 検討委員会の全国調査から—, 精神経誌, 113; 939-951, 2011

6) 日域広昭, 佐々木高伸：電気けいれん療法の有害事象, 精神医学, 47; 1209-1217, 2005

7) Kramer, Ba.: Use of Electroconvulsive therapy in California, 1977-1983. Am J Psychiatry, 18; 1190-1192, 1985

8) 本橋伸高, 栗田主一, 一瀬邦弘ほか：電気けいれん療法（ECT）推奨事項改訂版, 精神経誌, 115; 586-600,

2013

9) 中島一憲, 山崎久美子, 守屋裕文：「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

10) 鮫島達夫, 一瀬邦弘, 奥村正紀ほか：修正型電気けいれん療法（m-ECT）の麻酔法の現況と今後のあり方, 総合病院精神医学, 24; 110-117, 2012

11) Worrawat, C., Barry, A.K., Grish, K., et al.: A Survey of Practice Of Electroconvulsive Therapy in Asia. J ECT, 26; 5-10, 2010

## The Condition of ECT Practice in Japan and the Problem of Sine Wave Device

Tatsuo SAMEISHIMA, Kunihiro ISSE, Masaki OKUMURA, Mitsuru NAKAMURA, Takatoshi HIRAYAMA, Shoko TOMONAGA, Takeru MURAKI, Yoshiro OKUBO

1) *Department of Psychiatry, JR General Tokyo Hospital*

2) *Department of Psychiatry, Tama Hospital*

3) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Health and Medical Treatment Corporation Toshima Hospital*

4) *Department of Psychiatry, Nippon Medical School*

According to a survey on electroconvulsive therapy (ECT) conducted in 2010, 135 (37.9%) health institutions conducted only modified ECT (m-ECT), whereas only unmodified ECT (u-ECT) was implemented in 160 institutions (44.9%); 47 institutions (13.2%) provided both m-ECT and u-ECT, and 13 (3.7%) implemented straight ECT (s-ECT). A comparison of these results with those of earlier surveys suggests that m-ECT is provided in a small number of institutions, although it has been promoted in recent years. As severe adverse events caused by ECT have been reported, it is necessary to establish its safety. According to the 2010 survey, devices that generate only sine or pulse waves were used in 183 (51.4%) and 84 (23.6%) institutions, respectively, and 74 (20.8%) institutions had adopted equipment that generates both sine and pulse waves. The production of devices that generate sine waves has already been discontinued, and the warranty for those previously made will expire in 2016. Since it will be difficult to provide treatment using sine waves, it is necessary to implement appropriate measures as soon as possible.

< Authors' abstract >

< Key words : electroconvulsive therapy, status survey, Japan, sine waves >

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会

## シンポジウム

## パルス波 ECT における最大出力必要症例の現状

諏訪 浩<sup>1)</sup>, 猪狩 温<sup>1)</sup>, 鮫島 達夫<sup>2)</sup>, 木村 元紀<sup>1)</sup>

1) 東京都保健医療公社荏原病院, 2) JR 東京総合病院メンタルヘルス・精神科

電気けいれん療法 (ECT) 治療経過中に最大電気量による刺激にもかかわらず発作不発 (MS) すなわち有効な発作誘発が不可能となった症例について検討した。当院における 2007 年から 2011 年までの入院患者 (2,949 名) における ECT 施行患者 (204 名) のうち, うつ病エピソード患者 (75 名) でパルス波刺激 (73 名) を行い, 治療途中で刺激電気量を最大出力とする必要が生じた症例 (10 名) における背景因子および最大電気量刺激後の治療法について調査を行った。サイン波刺激へ移行したものは 6 例, パルス波最大出力刺激で継続したものは 4 例であった。最大出力必要時に麻酔薬およびその量の変更があったものはない。抗うつ薬服用は 9 例, ベンゾジアゼピン系薬剤服用も 9 例であったが, けいれん薬服用例はない。インピーダンスについては全例全回過大な値はなかった。最大出力到達は平均 3.9 回目であった。パルス波刺激からサイン波刺激への変更を要したものは約 8% であった。初回治療時の発作波および筋電図持続時間の短かさはパルス波治療器での発作誘発の限界を予測する因子かもしれない。パルス波治療器の出力不足が問題となっているが, パルス波治療器の能力を評価するには, 単に刺激の有効性を高めるだけでなく治療全体の中で ECT のあり方を再考することも必要であろう。

<索引用語: 電気けいれん療法, 発作不発, パルス波刺激, サイン波刺激>

## はじめに

わが国の ECT にパルス波治療器が導入されて 10 年が経過した。従来盛んに用いられてきたサイン波治療器は間もなく医療機器としての終焉を迎える。発作不発 (missed seizure: MS) は治療効果の減弱や自律神経系の副作用の誘因となることから本治療にとって忌避されるべき事象であり, その対策として有効刺激を得るための模索は盛んに行われている。発作波の誘発法として麻酔薬の選択の工夫や過換気あるいは, けいれん閾値を低

下させる薬物の併用など種々の方法が試みられ, また諸外国と同様にパルス波治療器の出力を向上させる考えもある。本稿ではこれらの議論以前に, MS に至った症例について検討を行い, 刺激無効化例の実態の一部を明らかにすることで有効刺激にかかわる以後の議論に資することを意図した。

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期: 2012 年 5 月 24~26 日, 会場: 札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ: 新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム 電気けいれん療法 (ECT) におけるパルス波治療器における検討課題 司会: 大久保 善朗 (日本医科大学医学部精神医学教室), 本橋 伸高 (山梨大学医学部精神科)

## I. 目 的

### 1. 対象および方法

荏原病院精神科での2007年から2011年までの5年間の入院患者（2,949名）におけるECT施行患者（204名）のうち、うつ病エピソード患者でパルス波刺激（73名）を行ったものを対象とした。このうち治療途中で刺激電気量を最大出力とする必要が生じた症例を抽出し、背景因子および最大電気量刺激後の治療法について調査を行った。最大電気量到達群と非到達群について、年齢、BMI（Body Mass Index）、イミプラミン換算抗うつ薬服用量、フルニトラゼパム換算ベンゾジアゼピン系薬剤服用量、リスペリドン換算抗精神病薬服用量、治療前の脳波基礎活動について比較を行った。また両群について、初回クール初回治療時の刺激電気量、発作波持続時間、筋電図におけるけいれん持続時間、サイン波刺激へ移行した場合も含めた総治療回数について比較を行った。

### 2. ECTの手法

麻酔について、導入薬と筋弛緩薬の標準はチオペンタールナトリウム2~4 mg/kg 適宜増減、サクシニルコリン0.8 mg/kg 適宜増減となっている。パルス波刺激について、刺激周波数は70 Hz、パルス幅は0.5 msecを標準としている。刺激電気量の決定は、用量（%）を患者の年齢の半分とするhalf age法で開始し、MS時の再刺激は1.5倍の電気量としている。サイン波刺激は旧来の方法で、100~110 V 5 secの両側前頭部通電が標準となっている。

## II. 結 果

全対象症例のうち特別な意図を持って刺激量を設定したものを除き69名について解析を行った。治療途中で刺激電気量を最大とする必要が生じた患者は10名〔男性：女性=1：1、平均年齢68.5歳（68.3±11.3）、標的症状（重複あり）は精神病症状5名、昏迷1名、激越2名、自殺念慮4名〕であった。MSでサイン波刺激へ移行したものの6例（移行群：うちサイン波刺激でも有効刺激が得

られず中止1例）、パルス波最大電気量刺激での継続4例（継続群：うち有効刺激が得られず中止2例）であった。刺激前の静的インピーダンスについては全例全回過大な値はなかった。抗うつ薬服用は9例、ベンゾジアゼピン系薬剤服用も9例であったが、抗けいれん薬服用例はない。最大刺激到達は平均3.9回目であった。最大電気量必要時に麻酔薬およびその量の変更があったものはない。サイン波刺激移行群では最大電気量到達は平均3.4±2.5回目、サイン波刺激への移行は平均5.6±2.3回目であった。移行後の施行回数は平均3回であるがサイン波刺激での治療回数は1~8回とばらつきが大きい。パルス波刺激継続群では最大電気量到達4.5±2.3回目、総治療回数は8.5±2.5回、最大電気量継続回数は4.3±3.7回で最終回治療の1回のみ最大刺激例もある。安定的に発作波と発作後抑制を認めたものは3例で、発作波の持続時間には変動があった。

最大電気量到達群と非到達群について比較すると、年齢、抗うつ薬服用量（mg）、ベンゾジアゼピン系薬剤服用量（mg）、BMI、抗精神病薬（mg）、脳波（Hz）に関してもいずれも有意差を認めなかった。初回治療時の発作波持続時間および初回治療時の筋電図持続時間については最大電気量到達群で有意に短い値を示した。電気量および総治療回数に有意差は認められなかった（表1）。

## III. 症例呈示

### 1. サイン波刺激移行症例

#### 1) 症例A（60歳、女性、うつ病性昏迷）（図1）

初回から最大電気量刺激を必要としたが、4回目にMSとなった。昏迷という緊急性から治療を急ぐため早期にパルス波からサイン波に切り替えた。しかしサイン波でもMSはありパルス波刺激も万全ではない。一方、サイン波刺激中に健忘が目立ち、治療間隔を1週間とするなどした上で治療終了までに8回を要しており、治療難度は高い症例であった。このような症例ではECTの副作用を低減するための治療期間の延長は避けられず、その間の全身管理能力が問われることになる。

表1 最大電気量到達群と非到達群の比較

|                 | 非到達群 n=59 |      | 到達群 n=10 |      |         |
|-----------------|-----------|------|----------|------|---------|
|                 | Mean      | SD   | Mean     | SD   |         |
| 年齢 (歳)          | 62.4      | 13.5 | 68.3     | 11.1 | n.s.    |
| BMI             | 21.3      | 4.3  | 22.3     | 4.4  | n.s.    |
| 抗うつ薬 (mg)       | 150.6     | 72.7 | 107.9    | 69.3 | n.s.    |
| ベンゾジアゼピン (mg)   | 2.7       | 1.7  | 1.7      | 1.1  | n.s.    |
| 抗精神病薬 (mg)      | 2.6       | 2.3  | 1.2      | 1.1  | n.s.    |
| 脳波 (Hz)         | 9.1       | 1.2  | 9.1      | 1.0  | n.s.    |
| 初回電気量 (%)       | 40.4      | 13.0 | 49.5     | 20.9 | n.s.    |
| 初回発作持続時間 (sec)  | 42.8      | 18.9 | 28.1     | 16.0 | p=0.037 |
| 初回筋電図持続時間 (sec) | 32.4      | 14.7 | 20.9     | 11.7 | p=0.047 |
| 総治療回数 (回)       | 6.4       | 2.6  | 7.9      | 2.4  | n.s.    |

Analysis, Mann-Whitney U test ; n.s., no significant difference

2) 症例 B (75 歳, 男性, 精神病症状を伴ううつ病エピソード, 自殺企図) (図 2)

half age 法で初回 MS により 60% で再刺激し, その後継続した. 発作波持続時間が短縮しはじめ, 6 回目では 25 秒を割ったため電気量を増加させた. 最大刺激として 2 回目には MS となったため最終回はサイン波刺激に切り替えたが, 見当識障害と意識混濁のためここで終了とした. 最終 1 回のみサイン波刺激の意義については明確にできないが, 総じて ECT としての有用性を重視した.

## 2. パルス波刺激継続症例

1) 症例 C (77 歳女性, うつ病エピソード, 自殺企図) (図 3)

half age 法で開始, 初回は約 50 秒の発作波持続を見たが, 2 回目には著しく短縮したため, 3 回目からは 1.5 倍刺激を行った. これにより一旦発作波筋電図とも回復したが, 再度短縮化を見たため毎回の発作波と筋電図の持続時間を確認しながら再度電気量を増加させた. 7 回目で最大刺激に到達したが, この間に自殺念慮は消失しうつ状態全般にも有効性を確認できたため終了とした. この症例では刺激量は漸次増大したがそれまでに効果も認められた.

2) 症例 D (74 歳女性, うつ病エピソード, 強い不安, 焦燥) (図 4)

認知機能の脆弱性を考慮して 15% で開始したが, 初回 MS であり, 2 回目も脳波上は発作波は確認できなかった. その後も発作波と筋電図の出現は不良であり, 連続して刺激用量を高めたが 1 回ごとに MS を繰り返した. その一方で症状は徐々に改善に向かった. しかし見当識障害・意識混濁が見られたため 7 回で中止となった. 有効刺激に至らなくても治療効果は得られた症例であるが, 副作用も呈している点は注意を要する.

## IV. 考 察

1. 発作波持続時間と筋電図持続時間について  
結果に示したように, Mann-Whitney Utest の検定ではパルス波刺激で最大電気量に到達した群では非到達群と比較して初回治療時の発作波および筋電図持続時間が有意に短い結果が得られた. これらの指標はパルス波治療器での発作誘発の限界を予測するものかもしれないが, 初回治療の結果から必要に応じて治療計画の修正を見越す柔軟性が求められる.

2. サイン波治療器の消滅は不利益となるか?  
わが国にパルス波刺激装置が導入されて間もなくから, 有効な発作が得られずサイン波治療器に

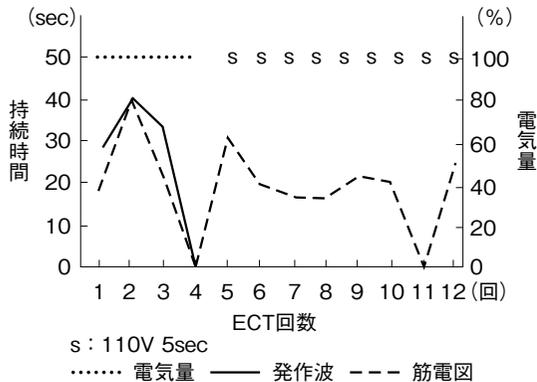


図1 症例 A (60 歳女性：うつ病性昏迷) における ECT 経過

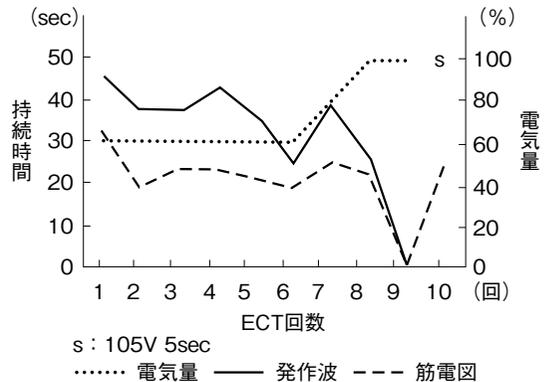


図2 症例 B (75 歳男性：妄想自殺企図) における ECT 経過

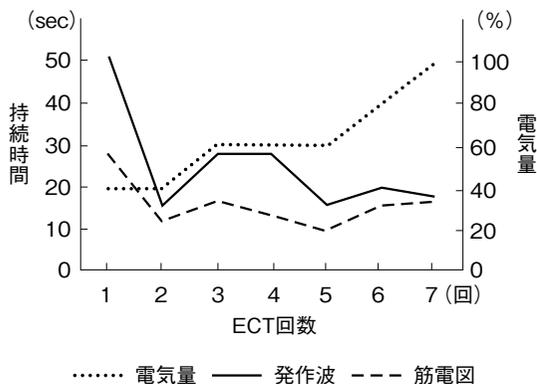


図3 症例 C (77 歳女性：自殺企図) における ECT 経過

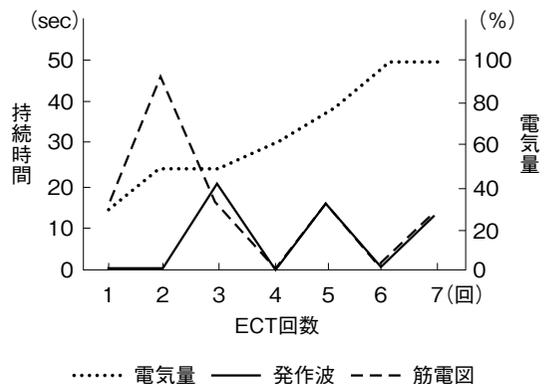


図4 症例 D (74 歳女性：不安焦燥) における ECT 経過

よる刺激に変更する症例が存在し、2004年に小林ら<sup>2)</sup>、2005年に木村ら<sup>1)</sup>による報告がある。三澤ら<sup>3)</sup>はパルス波 ECT を施行した 18 症例中、途中で有効な発作波が得られなかった症例は 10 例としており、これを見るとパルス波治療器での無効例の比率は高い。柴崎ら<sup>5)</sup>は修正型電気けいれん療法のパルス波治療器およびサイン波治療器の使用調査で、けいれん閾値が上昇して 100% エネルギーを超えた結果、サイン波への切り替えが必要な症例が約半数存在し、切り替え症例の方がセッション数と副作用の出現が有意に多かったと述べている。さらに柴崎ら<sup>6)</sup>はパルス波治療器の刺激用量設定に関する検討の中で、サイン波治療器への切り替え率について、有効な発作が得られない場合の刺激用量の設定法を検討し、徐々に増やす

漸増法で 22 症例中 9 症例 (40.9%)、急速増加法で 16 症例中 10 症例 (62.5%) にサイン波切り替えを要したと報告している。これらの報告を見ると ECT ではパルス波刺激からサイン波刺激への切り替えは相当数必要とする考えがあると受け止められる。一方で 2009 年の CORE レポート<sup>4)</sup>の中では、402 例全例けいれん閾値は 80% 以下となっており上記の様相とは大きく異なっている。今回の調査結果ではパルス波刺激からサイン波刺激への変更を要した例は 75 名中 6 名 (約 8%) で、先行研究報告における切り替え率とは諸条件が異なるため比較できない。この数値が大きいか小さいかの捉え方に影響するのは ECT に対する治療者の期待度であろうが、各医療機関において実際に切り替え症例が多い場合はサイン波治療器の消滅

は死活問題となろう。

### 3. ECT への期待と治療上の位置づけ

緊急性や薬物療法無効などの ECT 適応条件から必然的に ECT への期待度は高まりやすいが、ECT とて完璧ではないことはよく理解されているはずである。ECT の限界を念頭に入れ、次の治療手段を考慮できれば ECT の効果が不完全であったとしても狼狽はしないだろう。そのような視点に立った場合、発作波誘発は重要であるが、ひたすらこれを追求すべきであるのか悩ましいところでもある。パルス波治療器の出力不足が問題となっているが、その能力を評価するには、単に刺激の有効性を高めるだけでなく治療全体の中で ECT の位置づけを再考することも必要であろう。

### まとめ

うつ病エピソード患者 75 名でパルス波刺激を行った 73 名のうち 6 名 (約 8%) でサイン波刺激への切り替えを要した。初回治療時の発作波および筋電図持続時間の短かさは、パルス波治療器での発作誘発の限界を予測する因子かもしれない。パルス波治療器の出力不足が問題となっている

が、パルス波治療器の能力を評価するには、単に刺激の有効性を高めるだけでなく治療全体の中で ECT の位置づけを再考することも必要であろう。

### 文 献

- 1) 木村元紀, 梶 達彦, 武田充弘ほか: パルス波治療器で十分なけいれん発作がえられずサイン波治療器に変更した三例. 総病精, 17 (suppl); S-168, 2005
- 2) 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, 19; 905-910, 2004
- 3) 三澤 仁, 加藤 温: パルス波 ECT 無効例の検討. 臨精医, 35; 1297-1300, 2006
- 4) Petrides, G., Braga, R.J., Fink, M., et al.: Seizure threshold in a large sample: implications for stimulus dosing strategies in bilateral electroconvulsive therapy: a report from CORE. J ECT, 25; 232-237, 2009
- 5) 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, 51; 841-848, 2009
- 6) 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. 臨精医, 39; 355-360, 2010

## The Present State of Brief-pulse Stimulus ECT with Maximum Electric Charge

Hiroshi SUWA<sup>1)</sup>, Yutaka IGARI<sup>1)</sup>, Tatsuo SAMESHIMA<sup>2)</sup>, Motonori KIMURA<sup>1)</sup>

1) *Department of Psychiatry, Tokyo Metropolitan Health and Medical Treatment Corporation Ebara Hospital*

2) *Department of Psychiatry, JR Tokyo General Hospital*

We examined patients who presented with missed seizure (MS) during electroconvulsive therapy (ECT) despite stimulation with the maximum electric charge. These consisted of 73 inpatients treated with brief-pulse stimulus ECT for depressive episodes between 2007 and 2011. Ten patients required stimulation with the maximum allowable charge during the course of treatment. They were examined for extraneous factors, and the therapeutic processes after maximum charge were assessed. Nine patients were taking an antidepressant and another nine were taking benzodiazepine. Across all treatment sessions for all patients, none were taking anticonvulsants, and no patients presented with an excessive static impedance value. Approximately 8% of patients converted from brief-pulse to sine-wave stimulation due to MS. Shortness of the seizure discharge and the EMG duration in the first session might be predictive factors for MS. The output shortage of the brief-pulse stimulation device is discussed. To evaluate the performance of brief-pulse stimulation, it is necessary to not only improve the effectiveness of stimulation, but also reconsider the present state of ECT in treatment therapies.

< Authors' abstract >

< Key words : electroconvulsive therapy (ECT), missed seizure (MS), brief-pulse stimulation, sine-wave stimulation >

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Postgraduate Psychiatric Training in Thailand : Revision of General Psychiatry Training Curriculum and a Young Psychiatrist's Perspective

Woraphat Ratta-apha, MD.<sup>1,2)</sup>

- 1) Instructor, Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Siriraj Hospital, Mahidol University, Bangkok, Thailand
- 2) PhD student, Department of Psychiatry, Kobe University Graduate School of Medicine, Kobe, Japan

According to updates in Thailand's postgraduate psychiatric training, The Royal College of Psychiatrists of Thailand formed the curriculum revision committee to revise the training curriculum in general psychiatry in 2008, and released the revised version in 2009. The revised version of the curriculum focused on the arrangement of general competencies for residents. Using evidence-based and epidemiological data, competency in medical knowledge in psychiatry was also revised, and each topic was categorized according to its priority. These have led to the rearrangement of learning experiences, as well as clinical rotation of the training program.

Even though there is a limitation on the number of training institutes and positions of residents, this unified collaboration will promote the nurturing of qualified young psychiatrists to ensure the mental health of Thais.

<Keywords : General psychiatry, Postgraduate psychiatric training, the Royal College of Psychiatrists of Thailand (RCPsychT), Diploma of Thai Board of Psychiatry, Curriculum>

### I. Introduction : Mental health problems and psychiatric training program in Thailand

According to the World Health Organization (WHO)'s recent report and report from the Bureau of Health Policy and Strategy, Ministry of Public Health of Thailand, psychiatric problems significantly contribute to the global burden of disease (GBD)<sup>3,4)</sup> and tend to increase continuously. Regarding the 2004 survey of GBD of Thailand, alcohol dependence/harmful use, depression, and schizophrenia were the top three causes of disability burden in the male population. Depression was the leading cause of disability in the female population<sup>3)</sup>. Compared to the survey in 1999, psychiatric problems

tended to increase continually. We need an effective psychiatric services system to care for people suffering from psychiatric disorders, including the need for effective education in psychiatry involving both under- and postgraduate training<sup>8)</sup>. According to the number of mental health care staff, the current number of psychiatrists in Thailand is quite low (approximately 700 psychiatrists, including child and adolescent psychiatrists)<sup>5)</sup>. The proportion of psychiatrists is around 0.9 per 100,000 of the population. The distribution varies with the region. The highest proportion is in Bangkok and metropolitan areas (4.4/100,000 of the population), while the lowest is in the north-east region (0.28/100,000 of the

Table 1 Revised objectives of general psychiatry curriculum

| Objectives <sup>1)</sup>   |   |
|--|---|
| 1. Rearranged the objectives of training into six general competencies, and each competency was composed of knowledge, skill, and attitude | 1) Patient care<br>2) Medical knowledge<br>3) Practice-based learning and improvement<br>4) Interpersonal and communication skill<br>5) Professionalism<br>6) System-based practice |
| 2. Medical knowledge was divided into fourteen topics, and each topic was categorized into two groups                                      | 1) Must know<br>2) Should know  |
| 3. The topics regarding knowledge of major psychiatric disorders were categorized and classified by ICD-10 into three different levels     | 1) Common disease ; must knowledge<br>2) Common disease ; must know<br>3) Less common disease ; should possess a least basic knowledge  |

population)<sup>6)</sup>. One strategy for improving the psychiatric services system is to increase the number of psychiatrists. Currently, there are nine postgraduate psychiatric training institutes throughout the country, with 36 positions for the recruitment of general psychiatric residents and 14 positions for child and adolescent psychiatric residents in one academic year. The Royal College of Psychiatrists of Thailand (RCPsychT) is in charge of monitoring all of the training institutes' psychiatric training programs to guarantee the quality of new psychiatrists.

## II. General Psychiatry Training Curriculum Revision in 2009

After the survey by the RCPsychT committee in 2008, there were some issues to resolve in order to realize a common standard for all institutions, including the revision of the general psychiatry curriculum which had been used since 2001. The curriculum revision committee was set in 2008 to revise the psychiatric training curriculum. The revision depended on evidence based data on psychiatric problems, feedback and comments from each institute, and the consensus of the committee. Finally, the revised version was

presented to the Board of Education of the RCPsychT and released in 2009. The main objectives were revised, as summarized in Table 1<sup>7)</sup>, and the learning experiences as well as evaluations were also rearranged, as shown in Table 2<sup>7)</sup>.

### III. Young Psychiatrist's Perspective

As a young psychiatrist, in my opinion, the revision of the postgraduate general psychiatry curriculum yielded both advantages and opportunities.

Advantages :

- The revised curriculum based on the current epidemiological data and feedback from all institutes' representatives encouraged all psychiatric institutions to progress with the same mission and direction. The six core dimensions of curriculum competencies provided the framework for training institutions to focus on and organize their own training programs, e. g., clinical rotation, academic activities, and evaluation processes.

- A concrete and easily understandable curriculum encourages residents to focus on the significance of psychiatric problems and diseases

Table 2 The main points regarding learning experiences and evaluation of the General Psychiatry 2001 curriculum compared with the revised curriculum

|  | The 2001 curriculum <sup>2)</sup>  | The revised version curriculum <sup>1)</sup>   |
|--|--|--|
| <b>Learning experiences</b>  |  |  |
| 1. Clinical rotation   | Compulsory, 31 months<br><br>Elective, 3 months  | Compulsory, 32 months Add<br>- Community psychiatry<br>- Forensic psychiatry<br>Elective, 2 months |
| 2. Academic activities (required activities)   | - Supervision<br>- Case conference<br>- Journal club<br>- Psychotherapy seminar, Psychotherapy case conference<br>- Grand round, Inpatient conference<br>- Book club, book reading, topic discussion, lecture<br>- Medical audit, Morning/Noon report, Chart review<br>- Report writing, Inpatient medical record, Progress note, OPD record | Add required activities<br><br>- Group psychotherapy<br>- Research seminar                         |
| <b>Evaluation</b>  |  |  |
| Requirement to apply for the Board Certified Examination for the Diploma of Thai Board of Psychiatry | 1) Recommendation letter from institutes<br>2) Thesis or research article  | Add the submission of two psychotherapy case portfolios  |

related to that country's situation. Moreover, the prioritized diseases and topics can facilitate intensive studies on common mental health problems. Residents can follow the curriculum competencies as a guide when preparing for evaluation and examination.

- Regarding the evaluation process, the committee emphasized psychotherapy as one of the requirements in applying for the board examination. This encourages residents to emphasize psychiatry's unique treatment procedures and motivates them to improve their skills.

**Opportunities :**

- The revised curriculum may cause problems in some institutes with limited resources and services in some categories of psychiatric subspecialties, such as forensic, community, and addiction psychiatry. However, some institutes have the resources for residents' clinical rota-

tion. Thus, institutes can recommend their residents to other institutes for training. This may encourage each institute to evaluate themselves and develop their own units for support services, as well as serving residency training programs.

- The reduction of the elective rotation period may reduce opportunities to practice in fields of interests. However, residents have opportunities to freely request elective rotations in other training institutes, including international institutes.

- Specific diseases and updated knowledge, including the new DSM-5 and ICD-11, challenge institutes' staff to enhance their subspecialty research. Furthermore, this may promote preparation for sub-board training in the future.

Acknowledgement : I would like to thank Prof. Pichet Udomratn and Assist. Prof. Nantawat Sitdhiraksa for their kind help, suggestions, and discussions. I would also like to thank the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN), Japan Young Psychiatrists Organization (JYPO), and Prof. Manote Lotrakul (Chairman of the Curriculum Revision Committee) for their support.

### References

- 1) Board of education of The Royal College of Psychiatrist of Thailand(RCPsychT), Curriculum : Residency Training in Psychiatry for Diploma of the Thai Board of Psychiatry, 2009
  - 2) Board of education of The Royal College of Psychiatrist of Thailand(RCPsychT), Curriculum : Residency Training in Psychiatry for Diploma of the Thai Board of Psychiatry, 2001
  - 3) Bundhamcharoen, K., Odton, P., Phulkerd, S., et al. : Burden of disease in Thailand : changes in health gap between 1999 and 2004. BMC Public Health, 11 ; 53, 2011
  - 4) Global Burden of Disease (GBD) [database on the Internet] 2012 [cited 18 June 2012]. Available from : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html).
  - 5) List of specialists : General psychiatry, child and adolescent psychiatry [database on the Internet] 2012 [cited 19 June 2012]. Available from : <http://www.tmc.or.th/statistics>.
  - 6) Mental Health Resources [database on the Internet] 2009 [cited 4 April 2012] Available from : <http://www.dmh.go.th/report/report2.asp>.
  - 7) Ratta-Apha, W., Sitdhiraksa, N., Saisavoey, N., et al. : Postgraduate psychiatric training in Thailand. Psychiat Neurol Jap, 111 (10) ; 1238-1243, 2009
  - 8) Udomratn, P. : Teaching of psychiatry : customising the curriculum of medical students for ASEAN. ASEAN Journal of Psychiatry, 9 (2) ; 114-117, 2008
-

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Postgraduate Training in Psychiatry in Ireland

Norbert Skokauskas MD PhD.<sup>1,2)</sup>

1) Department of Psychiatry, Trinity College Dublin, Ireland

2) Department of Psychiatry, Children's University Hospital, Dublin, Ireland

Background : In the European Union, each Member State is responsible to organise the training of psychiatrists. In the Republic of Ireland The College of Psychiatry of Ireland is responsible for all aspects of postgraduate training in psychiatry.

Methods : The aim of this paper is to review the current system of post-graduate training in psychiatry in the Republic of Ireland.

Results : The Basic Specialty Training (BST) component is up to 4 years in length and the Higher Specialty Training (HST) component three (or four) years in duration. More prolonged training is required for dual certification. At present the Irish Medical Council recognises four psychiatric specialties : Psychiatry, Psychiatry of Old Age, Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatry of Learning Disability.

Conclusions : The current postgraduate training system in Psychiatry in Ireland aims to be in line with best European and International standards.

<Keywords : Ireland, postgraduate training in psychiatry, problem based learning>

### I. Introduction

The Republic of Ireland is a country in North-western Europe, in the British Isles located on the island of Ireland. The Republic of Ireland occupies about five-sixths of the island of Ireland, which was partitioned into two jurisdictions on 3 May 1921. The Republic of Ireland is bordered to the northeast by Northern Ireland, which is a part of the United Kingdom, and is otherwise surrounded by the Atlantic Ocean. On the 1st of January 1973, the Republic of Ireland joined the European Economic Community, now known as the European Union (EU)<sup>2,3,5)</sup>.

In EU, each Member State is responsible to organise the training of medical doctors. For this purpose, national training programs, specific

training centers and national assessment of medical competence have been set up in order to ensure that medical doctors are appropriately trained and able to provide the highest quality of care to the citizens<sup>1,4,6)</sup>.

In the Republic of Ireland The College of Psychiatry is responsible for all aspects of post-graduate training in psychiatry. The College of Psychiatry of Ireland is an Irish only body since it emerged as an organisation in 2009 when three former bodies merged-The Irish College of Psychiatrists (a division of the Royal College of Psychiatrists UK), The Irish Psychiatric Association and the then training body for psychiatry, The Irish Psychiatric Training Committee. The College of Psychiatry of Ireland pro-

vides training for qualified doctors at both basic and higher ‘Specialist’ level. Starting with July 2011 the new Irish Curriculum forms the basis of the training. Workplace Based Assessment Programme is one the key components of this new Curriculum<sup>7~9</sup>).

The College of Psychiatry of Ireland has adopted the UEMS (European Union of Medical Specialists) Competency Framework Model as the basis for developing its postgraduate training programme. The European Union of Medical Specialists (UEMS) is the oldest medical organisation in Europe as it celebrated its 50th anniversary in 2008. With a current membership of 34 countries, it is the representative organisation of the National Associations of Medical Specialists in the European Union and its associated countries. Its structure consists of a Council responsible for and working through 39 Specialist Sections and their European Boards, addressing training in their respective Specialty and incorporating representatives from academia (Societies, Colleges and Universities)<sup>4</sup>).

The Irish training programme was guided by the UEMS model but was ultimately focused on developing a programme suitable for training demands and objectives in Ireland.

## II. Methods and Aims

The aim of this paper is to review the current system of post-graduate training in psychiatry in the Republic of Ireland. This paper is based on the information provided by the College of Psychiatry of Ireland, as the College is the main body responsible for the development and for the provision of all aspects of postgraduate training and is the sole body recognised by the Medical Council for Competence Assurance and Training in Psychiatry. This paper reflects the current situation (as of June 2012).

## III. Results

The Irish Psychiatric Training Committee in the near past was responsible for the post-graduate training in Psychiatry in Ireland. At present The College of Psychiatry of Ireland is responsible for the training at both Basic and Higher Specialist levels in Psychiatry. If a trainee satisfactory completes Specialist Training he or she is eligible for inclusion on the Specialist Division of the Irish Medical Register. At present The Irish Medical Council recognises four psychiatric specialties : Psychiatry, Psychiatry of Old Age, Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatry of Learning Disability<sup>7~9</sup>).

The Basic Specialty Training (BST) component is up to 4 years in length and the Higher Specialty Training (HST) component three (or four) years in duration. The Basic Specialty Training component has a Foundation Year (FY) at programme commencement which aims to identify and retain trainees with suitable potential as future. The new curriculum is centered on the acquisition of core competencies at 3 major levels : Foundation Year, remaining BST and HST levels. Trainees will be expected to avail of their clinical experience during rotations to acquire core competencies. Please see below this list of core competencies<sup>7~9</sup> :

Each psychiatry trainee is allocated a trainer who is responsible for ensuring that the trainee follows the training programme and avails of appropriate opportunities to develop their core competency base. Trainers need to help highlight and develop their trainee’s training requirements and to facilitate their trainee’s acquisition of these competencies where feasible. Formal reviews of trainee progression occur at the mid-point and approaching the end of each rotation/clinical placement.

There is an opportunity (at approximately 3

Table Irish Core Competency List

| Core Clinical Skills and Competencies :   |
|---|
| 1. Basic History Taking, Interviewing Skills, Mental State Examination and Psychiatric Diagnosis. |
| 2. Physical Examination and Basic Resuscitation   |
| 3. Advanced History Taking and Interviewing Skills (Not included in FY)                           |
| 4. Collateral History Taking  |
| 5. Communication Skills   |
| 6. Formulation  |
| 7. Psychopathology  |
| 8. Risk Assessment and Management   |
| 9. Care Planning and Case Management  |
| 10. Pharmacotherapeutics and Physical Treatments  |
| 11. Basic Psychotherapeutic Skills—The Therapeutic Alliance                                       |
| 12. Psychosocial Interventions  |
| Professionalism and Professional Attitudes :  |
| 1. General Professional Attitudes   |
| 2. Clinical Governance  |
| 3. Ethical and Legal Issues in Psychiatry   |
| 4. Team Working   |
| 5. Research and Audit Skills  |
| 6. Medical Informatics and IT Skills  |

months) during Foundation Year to allow for early recognition and potential remediation of new entrants into the specialty. A typical progression cycle for a trainee rotation would consist of 3 elements, namely an initial (formal) placement meeting to agree or review an ongoing training plan, regular (weekly) meetings to review ongoing progress/complete Workplace Based Assessments, and two formal review of progress meetings, the first scheduled for the mid-point and the second at the end of the training placement.

In Ireland assessment of training is continuous and based predominately around feedback from trainers during weekly meetings with trainees. Self-assessment by the trainee also occurs. The more formal assessment of training is broken down into 3 major phases, the first occurring during Foundation Year, the second occurring during BST and the third occurring

during HST. The overall assessment system for training consists of both Performance Assessment and Structured Review of Experience. Within Foundation Year, an initial judgment on a trainee's performance and predicated suitability will need to occur within the first 3 months of commencing training<sup>7~9)</sup>.

Common to both the BST and HST programmes is a continuous progression pathway which will lead to sign-off of both basic and higher training components and to the award of a Certificate of Completion of Specialist Training (CCST). Progression from BST to HST is not automatic but is by competitive interview<sup>7~9)</sup>.

#### IV. The Basic Specialty Training (BST)

Basic Specialist Training in Psychiatry requires a minimum of 12 months in Foundation Year and a further 36 months in an approved training scheme. In general it is most satisfactory for a trainee to be able to complete Basic Specialist Training within one scheme. Smaller schemes which can only offer a limited range of training are normally approved by the College of Psychiatry of Ireland for shorter periods (i. e. 12 months or 18 months) in which case trainees will have to move to an alternative scheme to complete their Basic Specialist Training<sup>9)</sup>. To receive full accreditation (i. e. for Foundation Year plus three years), a training scheme must include broad experience in Psychiatry and experience in at least two of the following recognized psychiatric specialties : Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatry of Learning Disability, Psychiatry of Old Age. The scheme must also provide suitable training to meet the learning outcomes in the fourth specialty and in the psychiatric sub-specialties ; Forensic, Liaison, Psychotherapy, Social & Rehabilitation, and Substance Misuse. Every training scheme has a

Scheme Co-ordinator who is responsible for running the scheme.

Basic Specialist Trainees must have experience in participating on a first-on-call duty rota, at a minimum of an average rate of 1 in 10 over a four-year period. Trainees working part time or on flexible training must have equivalent experience. Psychiatric trainees should not provide cross specialty cover for other medical specialties. Where daytime on-call rotas are necessary, participation must not prevent trainees attending training, except in occasional exceptional circumstances i. e. emergencies. Progressive teachings methods (Problem Based Learning and etc.) play an important role in educating Basic Specialist Trainees.

#### V. The National Higher Training Scheme in Psychiatry

NHTS (The National Higher Training Scheme) provides Higher Specialist Training in Psychiatry in the Republic of Ireland. At present the Postgraduate Training Pillar of The College of Psychiatry of Ireland is the body with overall responsibility for the organisation and administration of the NHTS. It monitors the quality of training available, approves applications for new senior trainees (who are called Senior Registrars in Ireland) posts, Educational Supervisors and Research Posts and regularly assesses the Scheme. The typical higher training period is three years leading to a single Certificate of Completion of Specialist Training (i. e. Psychiatry, Psychiatry of Old Age, Child and Adolescent Psychiatry, Psychiatry of Learning Disability). More prolonged training is required for dual certification<sup>7~9)</sup>. One year of Research, spent prior to appointment to a Higher Training Post, may be granted prospective approval as time spent in Higher Training.

Each Senior Registrar has a designated Educational Supervisor for each clinical placement. Each Senior Registrar must receive one hour session of personal supervision weekly from the Educational Supervisor. The primary responsibility of the Educational Supervisor is to ensure that the Clinical Placement provides high quality, supervised exposure to : Clinical Experience, Management Experience, Teaching and Supervision Experience, Research and Audit Experience.

According to the NHTS programme the skills, which Senior Registrars must possess before becoming consultants in clinical psychiatry include<sup>8)</sup> :

- ① Clinical Skills for the assessment and management of mental illness.
- ② Management Skills to enable the competent management and development of services.
- ③ Supervision and Teaching Skills to become involved in the training of future Psychiatrists, General Practitioners and other Mental Health Professionals.
- ④ Personal Learning Skills to prepare for a professional lifetime of continuing education.
- ⑤ Research Skills to increase knowledge and to facilitate audit and improvement of clinical care and services.

The central vehicle for acquiring these skills is the Clinical Placement. While protected time is provided during Clinical Placements for activities such as research, special interest sessions and attendance at academic programmes, the Clinical Placement is the core component of Higher Training. It provides the opportunity to continue to develop the skills that all Consultants must possess. It also provides an insight into the realities of life as a Consultant and the challenges that this role brings.

Number of Required Training Objectives

(RTOs) must be completed during Higher Training. Some Required Training Objectives are common to all specialties, while some relate to particular specialties and sub-specialties.

The following is a summary of Required Training Objectives<sup>9)</sup>.

There are five blocks of Required Training Objectives :

- ① Required Training Objectives related to the Core Clinical Placement ;
- ② Required Training Objectives related to Personal Learning ;
- ③ Required Training Objectives related to Research ;
- ④ Required Training Objectives related to Special Interest Time ;
- ⑤ Required Training Objectives related to Academic Programme.

The Training Objectives must be completed at the start of each new Clinical Placement, following consultation with the relevant Supervisor-Educational Supervisor, Research Supervisor and Special Interest Supervisor. To help focus on service issues SRs are required to carry out an Annual Service Project during each Clinical Placement. This project may be in the area of service audit, service management, service development or risk management<sup>9)</sup>.

Three months of Higher Training may be spent in a formal Locum Consultant post in the final year of training. Approval of the Scheme Coordinator must be received to do a Locum Consultant Post as part of Higher Training.

## VI. Discussion and conclusions

- ① The current postgraduate training system in psychiatry in Ireland aims to be in line with best European and International standards.
- ② The length of postgraduate training is at least seven years, which is longer than in the USA

or other Western countries.

- ③ The program content and structure are relatively well defined, however taking into account that the field is changing so rapidly-regular reviews and updates are most likely to follow in order to improve the current programme.
- ④ The College of Psychiatry of Ireland will continue to be responsible for the training at both Basic and Higher Specialist levels in Psychiatry for the foreseeable future in Ireland.

## References

- 1) Farthmann, E. H., Mappes, H. J. : Harmonizing European medical education, continuing and postgraduate education. *Langenbecks Arch Chir Suppl Kongressbd*, 114 ; 711-713, 1997
- 2) Johnson, A. : *Home Rule : An Irish History, 1800-2000*. Weidenfeld & Nicolson, London, 2001
- 3) Johnson, P. : *A History from the Twelfth Century to the Present Day*. Academy Chicago Publishers, Chicago, 2010
- 4) Lotz-Rambaldi, W., Schäfer, L., ten Doesschate, R., et al. : Specialist training in psychiatry in Europe-results of the UEMS-survey. *Eur Psychiatry*, 23(3) ; 157-168, 2008
- 5) Masaud, T., McNicholas, F., Skokauskas, N. : Overcoming the challenges of managing mental health in migrant children. *Pediatric Health*, 4 (6) ; 603-611, 2010
- 6) Skokauskas, N., Guerrero, A. P., Hanson, M. D., et al. : Implementation of problem-based learning in child and adolescent psychiatry : shared experiences of a special-interest study group. *Acad Psychiatry*. 35 (4) ; 249-251, 2011
- 7) Skokauskas, N., Doody, B., Moran, T., et al. : PBL in Psychiatry at Trinity College Dublin, Ireland *Acad Psychiatry* 2012 (in press)
- 8) The College of Psychiatry of Ireland : *The Higher Specialist Training Handbook*. The College of Psychiatry of Ireland, Ireland, 2010
- 9) The College of Psychiatry of Ireland : *Basic Specialist Training : blue print*. The College of Psychiatry of Ireland, Ireland, 2011

第 108 回日本精神神経学会学術総会

シンポジウム

## Postgraduate Training in Japan : The Road to Subspecialty

Hiroshi Fukushima<sup>1)</sup>, Tomohiro Shirasaka<sup>2)</sup>, Atsuo Nakagawa<sup>3)</sup>, Hironori Kuga<sup>4,5)</sup>, Masuo Tanaka<sup>6)</sup>, Takeshi Yamasaki<sup>7)</sup>, Takashi Nakamae<sup>8)</sup>, Yoshio Hirayasu<sup>1)</sup>

- 1) Department of Psychiatry, Graduate School of Medicine, Yokohama City University
- 2) Department of Neuropsychiatry, School of Medicine Sapporo Medical University
- 3) Translational Medical Center, National Center of Neurology and Psychiatry
- 4) Department of Child and Adolescent Psychiatry, National Hospital Organization Hizen Psychiatric Center
- 5) Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University
- 6) Department of Psychiatry, Koryo Hospital, 7) Tama Chuo Hospital
- 8) Department of Psychiatry, Graduate School of Medical Science, Kyoto Prefectural University of Medicine

In April 2004, a new internship program for postgraduate training was started. After graduating from medical schools, junior residents must complete a 2-year internship program. They must work in the following 7 departments for 16 months : internal medicine, surgery, emergency medicine, or anesthesiology, pediatrics, community-based medicine, obstetrics and gynecology, and psychiatry. Moreover, they have an 8-month optional training. So, they can choose the psychiatry department for 9 months, 1-month regular and 8-month optional training, at most.

After six years, or in 2010, the internship program was “revised” as follows. Compulsory departments were reduced from 7 to just 3 primary medical departments, which consisted of internal medicine, emergency medicine, and regional medicine. In the first half of the internship program, junior residents must join 3 primary medical departments for 10 months, and choose 2 departments from the following 5 selective specialties for 2 months : surgery, anesthesiology, pediatrics, obstetrics and gynecology, and psychiatry. In the second year, they have 12-month optional training. That is, psychiatry was excluded as a primary department and is now a selective specialty. Psychiatry is NOT a primary department?

Along with the internship program, psychiatric residents must take the Psychiatric Specialist Accreditation Program for at least three years, which was put into practice by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) in 2006. At hospitals and under supervisory doctors accredited by the JSPN, they must undergo all of the following training : general clinical psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, psychiatric emergency, consultation-liaison psychiatry, psychiatric rehabilitation, and medical ethics, among others. At the same time, they must use the handbook of specialists by JSPN and check whether they can meet given criteria one at a time with their supervisors. In addition to the above-mentioned course, they have to submit a minimum of 10 case reports and take a multiple-choice exam and interview.

Only in doing so, will they be granted certification as psychiatric specialists. Moreover, after that, they proceed to subspecialties that they are interested in. It has not been long since that the Psychiatric Specialist Accreditation Program came into force, so it naturally has some agenda.

In this symposium, first of all, I want to talk about the schema of postgraduate training in Japan. Next, I would like to shed light on some problems in both the internship program and Psychiatric Specialist Accreditation Program. Finally, I will talk about my personal experiences in these programs.

<Keywords : postgraduate training, internship program, psychiatric specialist accreditation program, subspecialty >

### I. Internship Program

Figure 1 shows the transitions of Internship Programs before 2003, from 2004 to 2009, and after 2010.

In the Internship Program before 2003, if residents selected psychiatry as a specialty, many of them used to start with psychiatry directly from the beginning of their postgraduate training. However, in a system like this, it is natural that they had difficulty curing various kinds of diseases except psychiatric ones. Moreover, it was said that it did not meet the needs of society, and that doctors should have the ability to provide primary care practice.

In order to improve this circumstance, from 2004, a new 2-year Internship Program was launched, which was in line with a law-enforcement guideline by the Ministry of Health, Labour and Welfare. It became more systematic and made goals of training and cases to be encountered clearer. Its fundamental principles are for residents to acquire basic medical or primary care techniques regardless of their specialty, and to become able to cure both patients' physical and mental symptoms. Moreover, by

ensuring funding, it offers residents a chance to concentrate on treatment and maintain medical care quality.

This program had 7 compulsory departments for 16 months and an 8-month option where they could select departments freely, which enabled residents to experience as many and wide ranging clinical scenes as possible. However, it was "revised" in 2010.

Compulsory departments and their period were decreased from 7 to 3 departments and from 16 to 10 months.

With regard to surgery, anesthesiology, pediatrics, obstetrics and gynecology, and psychiatry, we choose 2 selective specialties from the above for 2 months, that is, residents may go through training without experiencing 3 specialties.

Since 2010, the number of residents not experiencing psychiatry has been increasing. They only have to submit three cases about schizophrenia, mood disorder and dementia, and encounter psychiatric symptoms, for example, hallucination, delusion, depressed mood, and insomnia.

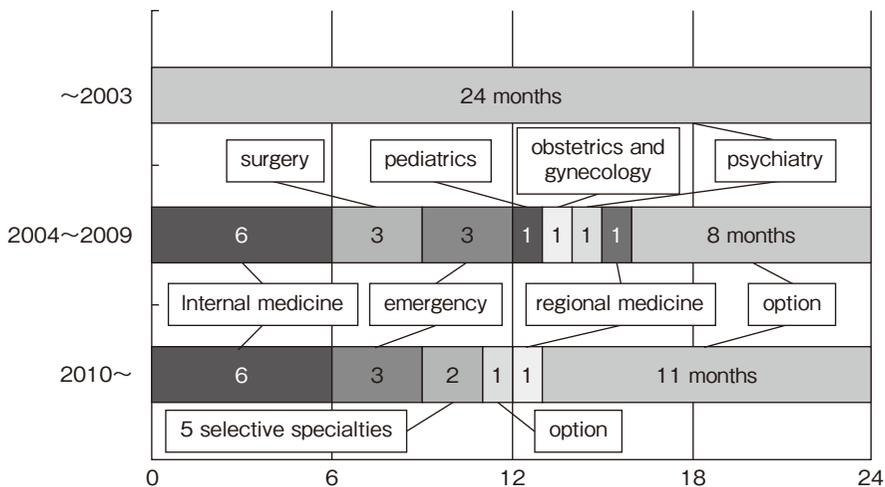


Fig. 1 Transitions of Internship Programs before 2003, from 2004 to 2009, and after 2010

Table 1 Contents of cases to be encountered

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

## II. Psychiatric Specialist Accreditation Program

Along with the Internship Program, psychiatric residents must take the Psychiatric Specialist Accreditation Program, which was put into practice by the Japanese Society of Psychiatry and Neurology (JSPN) in 2006 in order to provide high quality psychiatric medical care to the public.

Residents must work for at least 3 years at hospitals and under supervisory doctors accredited by the JSPN. It is essential to experience general clinical psychiatry, psychopharmacology, psychotherapy, psychiatric emergency, consultation-liaison psychiatry, psychiatric rehabilitation, and medical ethics, among others.

In order to be granted certification as a psychiatric specialist, residents must use the handbook of specialists by the JSPN and check whether they can meet given criteria with their supervisors.

It contains criteria for specialists, guidelines for each psychiatric disease, the number of cases to be encountered (Table 1), and A, B, C, and D evaluations of both residents and instructors. There are 62 general items and 266 items for each disease. Finally, we submit a minimum of 10 case reports and take a multiple-choice exam and interview.

## III. Subspecialty Program

After the Psychiatric Specialist Accreditation Program, there are many ways to pursue one's own targeted subspecialties. There are at least 70 associations related to psychiatry.

So, subspecialty programs vary among individuals. It is important for us to create original courses for each, so we need to select the field we are interested in, focus on it, continue activities for our aim, and never give up.

## IV. Problems of Each Program

Each program of postgraduate training has some problems. Firstly, those of the internship program are as follows :

- Compulsory departments were decreased from 7 to 3 and its period was also decreased from 16 to 10 months, contrary to the principle of nurturing primary care doctors.
- Residents may go through training without experiencing the following 5 specialties : surgery, anesthesiology, pediatrics, obstetrics and gynecology, and psychiatry.
- The number of residents not experiencing psychiatry is on the increase.

There are also some problems in the Psychiatric Specialist Accreditation Program.

- The handbook of specialists by the JSPN is not being made full use of regularly by many of the residents and supervisors.
- Contents of the handbook of specialists need to be revised regularly. For example, although Japan is prone to natural disasters, it does not include disaster psychiatry.
- There are disparities among facilities and supervisors in many respect.
- There is less incentive to acquire this qualification at this time.

As mentioned above, there are many difficult problems, but we must develop a better way to overcome these problems for the future.

#### **V. Personal Experiences in Postgraduate Training**

As a matter of fact, I was in the first batch

of residents in both the Internship Program (2004–2006) and Psychiatric Specialist Accreditation Program (2006–2009). Through postgraduate training, I could acquire primary care techniques for physical disease and encounter wide-ranging psychiatric diseases at several facilities. The details are omitted here because of space limitations.

#### **VI. Conclusion**

There are three steps in postgraduate training : the Internship Program, Psychiatric Specialist Accreditation Program, and Specialty Program. Characteristics and problems of each program were discussed and issues relating to the future were clarified. We must put more effort into sophisticating postgraduate training based on continuous feedback for the future.

## 第 108 回日本精神神経学会学術総会



## Postgraduate Psychiatric Training in Taiwan : Clinical Practice, Research, and Related Areas

Chou Po-Han, MD.<sup>1)</sup>

(Department of Psychiatry, Taichung Veterans General Hospital, Taiwan)

The purpose of this lecture is to introduce the psychiatry training system in Taiwan and compare it with those in other countries throughout the world. The outline of this session contains an introduction to the educational system of medical schools, psychiatry training programs, and subspecialty training programs, including child and adolescent psychiatry, geriatric psychiatry, and addiction science in Taiwan. Moreover, a special system, the “Graduate Institute of Clinical Medicine”, for psychiatrists in clinical practice is introduced. Hopefully, through this symposium, we can learn from educational systems from different countries and make ours even better.

<Keywords : postgraduate psychiatric training, Taiwan, Taiwan society of psychiatry>

In Taiwan, we have to spend 7 years in medical school to complete our training as a general physician (GP)<sup>2)</sup>. For the first 5 years, we take basic curricula like anatomy, biochemistry, internal medicine, surgery, etc., at school. We then begin our clerkship in the 6th year and internship in the 7th year<sup>3)</sup>. In the internship in Taiwan, we can perform some basic procedures like appendectomy, central venous catheterization, and endotracheal intubations under supervision. After 7 years of medical education, we have to join the National Board License Board Exam to get the license of GP.

Before the beginning of psychiatric training, we have to finish postgraduate year (PGY) training in the first year, under the guidance of the Taiwan Joint Commission on Hospital Accreditation<sup>4)</sup>. Junior resident doctors must work in 4 primary departments, internal medicine, surgery, pediatrics, and gynecology and obstetrics, for 8 months, as well as 2 months in community medicine, 1 month in an emergency department, and 1 month on an elective course. Doctors can begin psychiatry training only when they have passed the PGY training.

In Taiwan, currently, there are 27 psychia-

---

第 108 回日本精神神経学会学術総会=会期：2012 年 5 月 24～26 日，会場：札幌コンベンションセンター・札幌市産業振興センター

総会基本テーマ：新たなる連携と統合—多様な精神医学・医療の展開を求めて—

シンポジウム Psychiatry Training：Atsuo Nakagawa (National Center of Neurology and Psychiatry, Translational Medical Center, Japan), Tomohiro Shirakawa (Department of Neuropsychiatry, School of Medicine Sapporo Medical University, Japan)

try training hospitals for 32 new residents. Regarding postgraduate psychiatric training, the Taiwanese Society of Psychiatry (TSP) is in charge of formulating teaching guidelines and monitoring the quality of training programs in those training hospitals<sup>3)</sup>. Every year, the TSP revises the guidelines and releases the latest version of the Psychiatry Training Curriculum. All training hospitals should arrange their own training programs based on the guidelines. According to the guideline published in 2012<sup>3)</sup>, psychiatry residents are required to receive 42 months of compulsory courses (i. e., general psychiatry, psychotherapy, psychopharmacology, neurology, rehabilitation psychiatry, community psychiatry, consultation-liaison psychiatry, addiction science, child and adolescent psychiatry, and forensic psychiatry) and 6 months of electives. Only when all of the required courses are finished can residents take the Board Certified Exam, that comprises both a written exam and oral exam. The written exam consists of 100 questions with multiple choices, and a pass requires a score higher than 60 points. The oral exam is much more difficult, including 40 minutes of interviews with real patients with various diagnoses, 10 minutes of organization, 10 minutes of reporting, and 30 minutes of Q & A by the examiners. After passing both of the tests, a license of a general psychiatrist is received.

As for postpsychiatric training, there are several options, like being clinical practitioners, enrolling in a Master's or PhD program, subspecialty training, and attending a graduate institute of clinical medicine. With regard to subspecialty training, there are three officially approved organizations, covering child and adolescent psychiatry<sup>6)</sup>, geriatric psychiatry<sup>7)</sup>, and addiction science<sup>5)</sup>. In Taiwan, we also have a special system of further study for those psychiatrists who can not afford to be fulltime students, named the Graduate Institute of Clinical Medicine<sup>1)</sup>. Doctors spend at least one year getting a Master's degree and 2 years getting a PhD degree in the Graduate Institute of Clinical Medicine. Whatever we chose, all psychiatrists in Taiwan are required to take several mandatory courses regulated by the TSP every year to continually learn of the latest developments in psychiatry<sup>3)</sup>.

#### References

- 1) <http://icm.web.ym.edu.tw/>
- 2) <http://www.edu.tw/>
- 3) <http://www.sop.org.tw>
- 4) <http://www.tjcha.org.tw>
- 5) <http://www.tsas.org.tw/>
- 6) <http://www.tscap.org.tw/>
- 7) <http://www.tsgp.org.tw/>
- 8) <http://www.ym.edu.tw>