

Psychiatria et Neurologia Japonica

精神神経学雑誌

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

2015 VOL. 117 Special Issue

第 109 回 日本精神神経学会学術総会 (2013 年) シンポジウム報告原稿 (電子版)

2015 年 10 月 25 日発行



日本精神神経学会

2015 第109回 日本精神神経学会学術総会(2013年) シンポジウム報告原稿(電子版)

メインシンポジウム

MS1 今後の医療計画の見取り図と連携——精神科医と地域連携

- MS1-1 医療計画策定指針の概要と精神科医への期待……………江副 聡…SS1
 MS1-2 長野県における医療計画策定経過と概要……………小泉 典章…SS2
 MS1-3 精神科医療における連携
 ——病院・診療所・障害福祉サービスとの連携——……………来住 由樹…SS4
 MS1-4 身体合併症に関する地域連携の取り組み
 ——愛知県の推進事業に向けて——……………山之内 芳雄…SS5
 MS1-5 総合病院精神科機能の充実と地域との連携……………小石川 比良来, 他…SS6

MS2 東日本大震災が精神医療に残したもの——二年が過ぎた今

- MS2-1 岩手県の活動を振り返って……………大塚 耕太郎, 他…SS7
 MS2-2 宮城県活動を振り返って……………松本 和紀, 他…SS8
 MS2-3 福島県における被災者支援事業の現状……………丹羽 真一…SS9
 MS2-4 外部支援のあり方を考える……………加藤 寛, 他…SS10
 MS2-5 効果的な災害時精神医療対応に向けて……………金吉 晴…SS11

MS3 児童から成人へのキャリアオーバーを見据えた精神医学の構築

- MS3-1 児童精神医学の研修システムにおけるキャリアオーバー……………山下 洋, 他…SS12
 MS3-2 精神医学の臨床研究における
 小児期から成人期への連続性と非連続性……………桑原 斉, 他…SS14
 MS3-3 司法領域における発達障害の問題からみた
 精神医学のキャリアオーバー……………十一 元三…SS15
 MS3-4 成人精神医学からみた児童精神医学の役割……………長尾 圭造…SS16

MS4 地域における統合失調症医療の新たな展開

- MS4-1 コミュニティ・ケアにおける ACT の位置づけと役割
 ——その理想と現実——……………高木 俊介…SS18
 MS4-2 精神障害者就労支援からみえてくるもの
 ——精神科医療は何を目指すのか——……………田川 精二…SS19
 MS4-3 多職種アウトリーチサービスと医療経済
 ——診療報酬上の課題と今後——……………吉田 光爾, 他…SS21
 MS4-4 地域における統合失調症治療に必要な構造と
 スタッフ技術……………伊藤 順一郎, 他…SS23

MS5 ICD-11 と DSM-5 の最新動向と国際的な診断基準の問題点

- MS5-1 ICD-11 の最新動向……………丸田 敏雅…SS25
 MS5-2 DSM-5 の最新動向……………松本 ちひろ…SS26
 MS5-3 ICD-11 プライマリケア版の動向
 ——新たな診断カテゴリ導入の可能性——……………中根 秀之…SS28
 MS5-4 国際診断基準は科学的か? ——診断学からの批判——……………北村 俊則…SS29

MS6 今後のうつ病医療はいかにあるべきか

- MS6-1 実地臨床における認知行動療法の発展的応用ならびに
 認知神経科学との架橋……………北川 信樹, 他…SS30
 MS6-2 ニューロサイエンスからみたうつ病診断・治療の将来……………竹林 実…SS32
 MS6-3 うつ病の薬物療法の現状と今後 ——均てん化から個別化へ——……………杉山 暢宏…SS33
 MS6-4 治療抵抗性うつ病をめぐる展開 ——症候学的観点から——……………吉野 相英…SS34

MS7 精神保健福祉法の今後を展望する——保護者制度の廃止を見据えて	
MS7-1	医療保護入院制度の今後……………福生 泰久…SS36
MS7-2	新しい非自発入院制度における入院患者の権利擁護……………井上 雅雄…SS37
MS7-3	新たな医療保護入院制度における権利擁護と早期退院……………大塚 淳子…SS38
MS7-4	保護者制度廃止後の非自発的入院制度の展望……………吉岡 隆一…SS39
MS8 これからの精神科病院	
MS8-1	精神科病床数の将来予測……………染矢 俊幸…SS40
MS8-2	多様化する精神科医療機能 ——医療政策・管理論的観点から——……………伊藤 弘人…SS41
MS8-3	これからの精神科入院治療 ——日精協将来ビジョン戦略会議報告書から——……………櫻木 章司…SS43
MS8-4	「これからの精神科病院」——地域移行の視点から——……………犬飼 邦明…SS44
MS9 他科からみた精神科医療の問題点——より適切な連携体制を目指して	
MS9-1	家庭医療（総合診療）の立場から……………竹村 洋典…SS46
MS9-2	内科・心療内科の立場から……………村松 芳幸, 他…SS47
MS9-3	救命救急サイドからみた精神科医療の問題点……………上條 吉人…SS48
MS9-4	精神科病院の内科医からみた精神科医療 ——よき協働作業へ向けて——……………志水 祥介…SS50
MS9-5	相模原市でめざす地域連携から……………大石 智…SS52
MS10 認知症診療システムの構築と精神医学の貢献	
MS10-1	認知症診療の枠組み……………粟田 圭一…SS54
MS10-2	認知症診療における精神科の役割……………齋藤 正彦…SS56
MS10-3	認知症患者を支える地域ネットワーク ——熊本モデルにおける実践を通して——……………池田 学…SS58
MS10-4	認知症の地域生活のための循環型医療介護システムへ向けて……………石井 知行…SS60
MS11 精神科医の産業精神保健への理解を深める	
MS11-1	今後の職場のメンタルヘルス対策の方向性……………椎葉 茂樹…SS62
MS11-2	臨床家からみる産業保健の特殊性……………浜口 伝博…SS63
MS11-3	リワーク再利用者・延長利用者・中断者の分析からみえる リワークの課題……………米沢 宏…SS64
MS11-4	精神疾患休職者の復職評価判定の数量化について……………徳永 雄一郎…SS65
MS12 精神疾患と自動車運転	
MS12-1	てんかんと自動車運転……………松浦 雅人…SS67
MS12-2	統合失調症と自動車運転……………松井 三枝…SS69
MS12-3	気分障害と自動車運転……………岩本 邦弘…SS70
MS12-4	認知症と自動車運転……………三村 将…SS71
MS12-5	自動車運転の法的側面……………田邊 昇…SS72

シンポジウム

S1 精神医学における疾病概念・操作的診断基準・病名呼称の諸問題	
S1-1	DSM-III, III-R, IVの変遷とDSM-5を巡る課題……………大野 裕…SS74
S1-2	英語病名「〇〇 disorder」中の disorder は「障害」か「症」か……………豊嶋 良一…SS76
S1-3	日本の精神医学におけるDSMの功罪……………北村 秀明, 他…SS78
S1-4	精神科診断学の基本問題……………太田 敏男…SS79
S2 コミュニティを見据えた急性期入院医療	
S2-1	地域医療を視座に入れた パーソナリティ障害の急性期入院治療……………林 直樹, 他…SS81

- S2-2 地域生活を重視した認知症の急性期治療……………繁信 和恵…SS83
- S2-3 統合失調症——急性期からのリハビリテーション——……………池下 克実, 他…SS85
- S2-4 アルコール・薬物依存症の長期予後のために……………長 徹二, 他…SS87
- S2-5 うつ病に対する包括的医療
——急性期入院治療から復職支援まで——……………森脇 久視, 他…SS89

S3 これからがん医療に携わる若手精神科医へのメッセージ

- S3-1 がん医療における精神科医への期待
——精神医学, 心理学, コミュニケーション——……………内富 庸介…SS91
- S3-2 精神科医ががん医療や緩和ケアに近づくために超えるべき壁……………上村 恵一…SS92
- S3-3 精神腫瘍医の自身の経験を振り返って……………清水 研…SS93
- S3-4 がん患者・家族とのコミュニケーションの実際……………大西 秀樹…SS94

S4 文化的視点による非定型精神病の解釈と方向性

- S4-1 非定型精神病と創造性
——病いの語りはいかにして文化となるか——……………大塚 公一郎…SS95
- S4-2 フランスにおける急性精神病……………濱田 秀伯…SS97
- S4-3 沖縄文化における非定型精神病——カミダリーを中心に——……………小林 幹穂…SS98
- S4-4 非定型精神病とは何か——アイヌのイムからの考察——……………大月 康義…SS100

S5 統合失調症の前駆期研究の最前線: At-Risk Mental State (ARMS) の縦断的経過

- S5-1 At-Risk Mental State (ARMS) の
サイコシス非移行例の縦断的経過……………桂 雅宏, 他…SS102
- S5-2 ARMS の薬物療法・心理社会治療と縦断経過……………辻野 尚久, 他…SS104
- S5-3 画像研究でみた ARMS の縦断経過……………高橋 努, 他…SS106
- S5-4 ARMS の生物学的指標は臨床場面に応用できるのか……………小池 進介, 他…SS107

S6 性同一性障害の包括的治療——各種治療の抱える問題点

- S6-1 職種間連携におけるケアマネジメントの役割……………上ノ山 一寛…SS108
- S6-2 多職種協働部門の専門性……………百田 功…SS110
- S6-3 受け持ち制を導入して……………吉村 美津子…SS112
- S6-4 多職種連携——PSW の視点——……………松永 宏子…SS114

S7 裁判員制度と精神鑑定

- S7-1 裁判員裁判における精神鑑定……………五十嵐 禎人…SS116
- S7-2 広汎性発達障害の事例について……………赤崎 安昭…SS118
- S7-3 アルコールと BZ を併用し, 健忘を主張したため,
酩酊度が争点になった鑑定例……………黒田 治…SS120
- S7-4 難解な疾患概念をどう説明するか……………安藤 久美子…SS122

S8 同意判断能力を問うべき時

- S8-1 同意判断能力評価の実際……………北村 俊則…SS124
- S8-2 児童・未成年の同意判断能力を問うべき時……………藤井 千代…SS125
- S8-3 治療抵抗性統合失調症において同意判断能力を問うべき時……………三澤 史斉…SS127

S9 性同一性障害の包括的治療——各種治療の抱える問題点

- S9-1 小児期・成人の診断と心理社会的介入……………松本 洋輔…SS128
- S9-2 二次性徴抑制を含む思春期のホルモン療法の課題……………中塚 幹也…SS130
- S9-3 大学・総合病院におけるジェンダーセンターと保険診療化……………難波 祐三郎…SS132
- S9-4 性同一性障害の包括的治療
——各種治療の抱える問題点, 地域の治療ネットワーク——……………織田 裕行…SS133

S10 精神疾患の克服に生物学的知見と仮説はどのように提唱できるのか

——最近の生物学的仮説の検証と応用

- S10-1 酸化ストレスと精神神経疾患……………布村 明彦…SS135

S10-2	炎症仮説に基づく精神疾患の研究	門司 晃	SS136
S10-3	小胞体ストレスと精神疾患	工藤 喬	SS138
S10-4	脳を制御するマイクロ RNA	古川 貴久, 他	SS139
S11 精神疾患の解明に貢献する脳科学技術の進歩			
S11-1	グリアからみた精神疾患	竹林 実	SS140
S11-2	脳画像の進歩が精神科臨床に与えるインパクト	高橋 英彦	SS141
S11-3	バイオマーカーはどこまで進歩したか	橋本 亮太, 他	SS142
S11-4	オプトジェネティクスと精神医学	田中 謙二, 他	SS143
S12 精神疾患患者の身体的ケアと治療			
S12-1	身体疾患の治療を受けている入院患者への精神的支援	寺岡 征太郎	SS144
S12-2	身体合併症対応を期待されて静岡市に設立された 無床総合病院精神科の状況	横島 孝至	SS146
S12-3	精神疾患患者の妊娠と出産, 産婦人科との連携	清野 仁美, 他	SS148
S12-4	精神疾患患者の訪問看護における身体的ケア	有田 麻理, 他	SS150
S13 認知症 (AD, DLB) およびパーキンソン病における認知障害と抑うつ症状			
S13-1	アルツハイマー病とうつ状態	水上 勝義	SS152
S13-2	DLB の抑うつ	阪井 一雄, 他	SS153
S13-3	パーキンソン病の抑うつ	北村 伸, 他	SS154
S13-4	パーキンソン病の認知機能障害	立花 久大	SS156
S14 過食症の入院治療の可能性を考える			
S14-1	過食症の治療における入院治療の位置付け	西園マーハ 文	SS157
S14-2	アディクションモデルによる過食症への教育入院	鈴木 健二	SS159
S14-3	大学病院における過食症教育入院の実際	野間 俊一	SS161
S14-4	精神科病院における過食症短期入院プログラムの試み	林 公輔, 他	SS162
S15 福島原発事故を語る			
S15-1	双葉病院の避難事件	石井 秀典	SS163
S15-2	福島第一・第二原子力発電所員のストレス ——職員として, 福島県民として——	重村 淳, 他	SS165
S15-3	県民健康管理調査 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」について	矢部 博興, 他	SS166
S15-4	原発事故がもたらしたもの ——とくに支援スタッフの疲弊を考える——	前田 正治	SS167
S16 アウトリーチによる多職種協働の実際とこれから ——精神障害者アウトリーチ推進事業の事例を通して			
S16-1	「見立てる」「つなげる」ために心理職としてできること	大御 均	SS168
S16-2	ピアサポーターの立場から	駿河 孝史	SS170
S16-3	アウトリーチ推進事業における行政と民間との連携について	岩松 広子	SS172
S16-4	精神保健福祉士の立場から	磯崎 朱里	SS174
S16-5	支援事例が伝えるアウトリーチ推進事業の意義 ——作業療法士の立場から——	渡邊 忠義	SS176
S17 統合失調症の脳画像・脳生理学的研究の進歩			
S17-1	統合失調症の脳生理学的研究の進歩	鬼塚 俊明, 他	SS178
S17-2	NIRS を用いた統合失調症患者の単一言語誘発課題時の 酸素化 Hb 濃度の変動について	小路 純央, 他	SS179
S17-3	近赤外線スペクトロスコピィを用いた 統合失調症の予後予測と状態像把握	小池 進介, 他	SS180
S17-4	統合失調症圏の MRI 研究の進歩	高橋 努, 他	SS181

S17-5	脳 MRI 画像を用いた統合失調症の connectivity 解析……………笹本 彰彦, 他…	SS182
S18 災害関連精神医学・医療の展望と課題		
S18-1	災害直後のこころのケアのあり方 ——東大病院災害医療マネジメント部の取り組み——……………荒木 剛, 他…	SS183
S18-2	災害後のゲートキーパーのあり方と自殺対策……………大塚 耕太郎, 他…	SS184
S18-3	災害後の精神疾患予防の取り組み……………内田 知宏, 他…	SS185
S18-4	避難地域周辺の精神医療の復興 ——新設講座のあり方を通じて——……………久村 正樹…	SS187
S18-6	災害救助要員のメンタルヘルス……………高橋 晶…	SS188
S18-7	災害精神医学に関する研究の課題……………富田 博秋…	SS189
S18-8	原発事故後の精神的負担の多様性について ——福島県南相馬市からの報告——……………堀 有伸…	SS190
S19 自殺未遂者支援対策の現状と課題——各地の実践を中心に		
S19-1	山梨県自殺再企図防止ケア事業の実施状況……………小石 誠二, 他…	SS192
S19-2	群馬県こころの健康センターにおける自殺未遂者支援の取り組み ……………生方 政子…	SS194
S19-3	司法書士による自殺未遂者対策 ——「ベッドサイド法律相談事業」の取り組み——……………濱田 なぎさ…	SS196
S19-4	堺市『いのちの応援係』による警察・消防を介した自殺未遂者支援 ……………森川 将行…	SS197
S20 精神障がいをもった人が「ホームレス」になる原因とは何か？ ホームレスとハウスレスについて考える		
S20-1	精神障害者がホームレスになるのは本当か？……………三井 敏子…	SS198
S20-2	重層的生活課題をもつ認知症高齢者の支援……………栗田 主一…	SS200
S20-3	「ひきこもり」と「ホームレス」の類似点 ——ひきこもり支援の考え方が必要——……………森川 すいめい…	SS202
S20-4	困窮・孤立者における精神・知的障がいの課題とその支援 ——伴走型支援による関係回復をめざして——……………奥田 智志…	SS203
S20-5	精神科病院が本当の意味での患者ニーズに応えるとは何か……………秋田 宏弥…	SS204
S21 これからの認知症医療介護		
S21-1	これからの認知症施策……………新美 芳樹, 他…	SS206
S21-2	認知症における精神科病院の役割 ——早期発見, 早期治療と地域連携——……………田口 真源…	SS207
S21-3	医療と地域包括支援のあり方を考える ——認知症の人と家族と共に——……………沖田 裕子…	SS208
S21-4	認知症地域ケアの向上を目指して ——かかりつけ医の立場から——……………玉木 一弘…	SS210
S21-5	認知症の医療と介護を考える ——厚生労働省 オレンジプランへの期待——……………水流 涼子…	SS212
S22 うつ病に対する精神療法の新たな展開 ——マインドフルネス/アクセプタンス認知行動療法と森田療法のクロストーク		
S22-1	マインドフルネス認知療法の立場から……………越川 房子…	SS213
S22-2	アクセプタンス・コミットメント・セラピーの立場から……………原井 宏明…	SS215
S22-3	うつ病に対する精神療法の新たな展開 ——森田療法の立場から——……………中村 敬…	SS216
S22-4	統合的立場から——思春期青年期のうつ——……………竹田 康彦…	SS218

S23 精神疾患の診断統計マニュアル（DSM）改訂による児童思春期精神医学へのインパクト	
S23-1	DSM-5における子どもの Depressive Disorders と Bipolar Disorders……………齊藤 卓弥…SS220
S23-2	DSM-5における ADHD 診断基準改定の根拠とそのインパクト……………岡田 俊…SS221
S23-3	DSM-5における Autism Spectrum Disorder……………飯田 順三…SS223
S23-4	DSM-5における Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders について……………田中 究…SS224
S23-5	DSM-5における attachment disorder と関連領域……………本城 秀次…SS226
S24 DSM-5の時代にあらためて考える——自閉症スペクトラム障害の感覚の問題	
S24-1	自閉症スペクトラム障害の感覚の問題 ——研究者・当事者の記述より——……………今村 明, 他…SS228
S24-2	自閉症スペクトラム障害の感覚面の問題への様々な対処法について ……………岩永 竜一郎…SS230
S24-3	自閉症スペクトラム障害の感覚問題の客観的把握と支援……………辻井 正次…SS231
S24-4	自閉症スペクトラム障害の感覚の問題 ——当事者の立場から——……………H. Lobin…SS232
S24-5	自閉症スペクトラム障害の性差とその感覚過敏について……………熊崎 博一, 他…SS233
S24-6	自閉症スペクトラム障害の体験世界……………杉山 登志郎…SS234
S25 災害と地域精神保健活動	
——石巻の経験をととして今後の地域精神保健活動について考える	
S25-1	からころステーションからの報告……………渋谷 浩太…SS235
S25-2	災害をととして石巻の精神保健活動からみえてきたもの……………沓沢 はつ子…SS236
S25-3	ふあつとの活動からみえる精神保健活動……………三島 武司…SS238
S26 重度精神障害の重度身体疾患治療への支援	
S26-1	日本における文献のレビュー……………藤田 博一, 他…SS240
S26-2	身体合併症を有する精神疾患患者への身体的治療 ——海外文献レビュー——……………松長 麻美…SS241
S26-3	重症精神障害と身体疾患症例を巡る諸問題 ——裁判例の検討をふまえて——……………今村 弥生…SS243
S26-4	重度の身体疾患・精神症状合併症例の治療に関する ガイドライン作成にむけて……………秋山 剛…SS245
S26-5	精神疾患を抱えた患者を包括的にケアする プライマリケア医の役割……………小嶋 一…SS247
S26-6	外科医からの提示……………山岸 文範…SS248
S27 精神鑑定の科学化を目指して	
S27-1	神経心理学的検査と精神鑑定……………村松 太郎…SS249
S27-2	操作的診断基準と精神鑑定……………古茶 大樹…SS250
S27-3	責任能力判断の構造と着眼点 ——8ステップと7つの着眼点——……………岡田 幸之…SS251
S27-4	裁判所への報告における諸問題……………大澤 達哉…SS252
S28 薬物依存をめぐる多様な変化と臨床	
S28-1	よくわかる脱法ドラッグ乱用・依存の臨床 ——新たな薬物問題の爆発的拡大——……………青山（上原） 久美…SS253
S28-2	よくわかる向精神薬乱用・依存の予防……………松本 俊彦…SS255
S28-3	誰にでもできる薬物依存患者に対する 認知行動療法的アプローチの展開……………小林 桜児…SS257

S28-4 楽しくできる「ごほうび療法」とモチベーション強化グッズの活用
.....成瀬 暢也...SS259

S29 ECTの進歩とTMSへの期待

- S29-1 ECTの有効性を高めるには
——効果と安全に不可欠な手技——.....上田 諭...SS261
- S29-2 ECTの安全性を高めるには.....鮫島 達夫, 他...SS263
- S29-3 経頭蓋磁気刺激(TMS)の現状と
磁気けいれん療法(MST)への期待.....鬼頭 伸輔...SS264
- S29-4 TMSの有効性を高めるには.....中村 元昭...SS265
- S29-5 電気けいれん療法の安全性を確保していくには
——麻酔管理と有害事象の現状——.....奥村 正紀, 他...SS266

S30 うつ病地域連携——各地のモデル

- S30-1 秋田県におけるうつ病の地域連携.....本橋 豊...SS267
- S30-2 大阪における一般科医・精神科医連携
——G-P ネット構築の経験より——.....渡辺 洋一郎...SS269
- S30-3 うつ・自殺予防対策「富士モデル事業」
——2007年からの紹介システムの実績——.....内田 勝久, 他...SS271
- S30-4 かかりつけ医と精神科医のうつ病治療連携
——久留米地区におけるうつ病ネットワークの構築——.....内村 直尚...SS273

S31 摂食障害の家族療法をめぐる

- S31-1 摂食障害の家族療法をめぐる
——家族関係をみためて介入する——.....中村 伸一...SS274
- S31-2 摂食障害の家族心理教育.....小原 千郷, 他...SS276
- S31-3 摂食障害の集団家族療法
——22年間の経験から——.....大森 美湖, 他...SS278
- S31-4 (日本の)家族の深みを問う
——摂食障害家族会14年の経験から——.....大河原 昌夫...SS280
- S31-5 小児の摂食障害における家族支援
——児童精神科医の立場から——.....高宮 静男, 他...SS282

S32 向精神薬の適正使用と副作用モニタリング

- S32-1 向精神薬の副作用モニタリング
——クロザピンをモデルとして——.....久住 一郎...SS283
- S32-2 向精神薬の循環器系副作用のモニタリング.....百村 伸一...SS284
- S32-3 非定型抗精神病薬/リチウム投与下の血糖/血中リチウム濃度
モニタリング.....稲垣 中, 他...SS286
- S32-4 臨床場面で新規抗うつ薬の適正使用の条件を考える.....仙波 純...SS288

S33 総合病院精神科病棟新設の意義と課題

- S33-1 市立札幌病院精神医療センター開設1年を振り返って.....高橋 義人, 他...SS289
- S33-2 総合病院精神科病棟開設5年の経過.....吉邨 善孝, 他...SS290
- S33-3 総合病院精神科病棟開設後20年の現況.....佐藤 茂樹...SS291
- S33-4 卒後臨床教育における総合病院精神科の重要性.....岸本 年史...SS292

S34 専門医受験者のための小児精神医療入門

——子どもの診方・出会い方

- S34-1 子どもの診察法——初診を中心に——.....齊藤 万比古...SS293
- S34-2 子どもとのコミュニケーション法.....小平 雅基...SS295
- S34-3 発達障害の基本的症候——自閉症スペクトラム障害の場合——.....館農 勝...SS297
- S34-4 幼児期の子どもの診察.....本城 秀次...SS298

S35 精神科救急医療の現状と課題

- S35-1 「スーパー救急病棟」のミッション
——24時間365日の救急診療——……………平田 豊明…SS300
- S35-2 身体合併症をめぐる課題
——連携のための具体的方策とは——……………杉山 直也…SS302
- S35-3 認知症のBPSDに対する救急対応……………清水 芳郎…SS303
- S35-4 精神科救急における診療所と病院の機能分化を提案する……………渡邊 治夫…SS305

S36 精神科医不足問題について考える

- S36-2 過疎地等における精神科医師不足の現状と課題……………伊藤 哲寛, 他…SS306
- S36-4 わが国の精神科医数と職域・地域分布について……………稲垣 中…SS308
- S36-5 英国における地域精神科医療の現状……………Kissane Lee Andrew…SS309

S37 日本精神神経学会が自殺対策に果たすべき役割とは

- S37-1 大綱見直しの経緯とその内容……………竹島 正…SS310
- S37-2 日本精神神経学会の取り組みと他の学会の取り組み……………大塚 耕太郎…SS311
- S37-3 精神科臨床からみた自殺総合対策大綱……………張 賢徳…SS312
- S37-4 自殺予防に関するWHOのポリシーと東アジア地域の現況……………高橋 祥友, 他…SS314

S38 いわゆる「現代型うつ」をどう考えるべきか

- S38-1 医原病としてのうつ病……………井原 裕…SS315
- S38-2 「現代型うつ」とパターンリズム
——正当化要件をめぐって——……………村山 賢一…SS316
- S38-3 メランコリー親和型と現代型うつの日本的ナルシズムという
連続性について……………堀 有伸…SS318
- S38-4 「社会的うつ病」の時代?……………斎藤 環…SS320

S39 私の初診面接

- S39-1 私の初診面接——患者のアンビバレンスに注目すること——……………池田 暁史…SS322
- S39-2 私の初診面接——特に診断面接のありかたについて——……………岡野 憲一郎…SS323
- S39-3 私の初診面接——共感のモードと介入のモード——……………清水 栄司…SS324
- S39-4 私の初診面接——来院の動機づけに基づいて——……………中村 伸一…SS325

S40 今すぐ役立つてんかん診療のこつ update

- S40-1 てんかんの診断の基本……………池田 昭夫…SS327
- S40-2 小児科領域におけるてんかんの治療……………小国 弘量…SS328
- S40-3 実はてんかん発作?それとも?……………兼本 浩祐…SS330
- S40-4 新しいてんかん薬物療法……………兼子 直, 他…SS331
- S40-5 外科手術でなおるてんかん……………亀山 茂樹, 他…SS333

S41 多機能型精神科診療所の実践から地域ケアを考える

- S41-1 多機能型精神科診療所の実践と課題
——ひきこもり, 外来ニートへの対応を中心に——……………三家 英明…SS335
- S41-2 多機能型精神科診療所の実践困難ケースを地域でみるための工夫
……………長谷川 直実…SS337
- S41-3 多機能型精神科診療所を, 民間の地域精神保健センターへ……………窪田 彰…SS338
- S41-4 自立支援事業所を併設した多機能型精神科診療所の実践……………原 敬造…SS340
- S41-5 多機能型精神科診療所の実践から地域ケアを考える(指定発言)……………松本 晃明…SS341
- S41-6 多機能垂直統合型精神科診療所が
地域精神医療向上・確保のための中核になる……………福田 祐典…SS342

S42 女性医師に未来はあるか——精神科医療のエンパワーメントの視点で

- S42-1 私が女性を診る理由——精神科臨床のミッシングリングを探して——
……………加茂 登志子…SS344

- S42-2 ユーザーが女性精神科医に求めるもの
 ——精神科診療所の視点から——……………佐藤 真弓…SS345
- S42-3 女性医師の精神科医療への貢献……………杉田 篤子, 他…SS346
- S42-4 女性医師に未来はあるか——行政の立場で地域を育てる——……………三井 敏子…SS348
- S43 強迫性障害の難治性——その病像や基準, 対応を考える**
- S43-1 OCDの臨床像, 治療, 予後
 ——難治例をどう判定し, 対応するのか?——……………松永 寿人…SS350
- S43-2 強迫性障害の認知行動療法の治療抵抗性の定義の検討……………清水 栄司…SS351
- S43-3 OCDの生物学的病態からみた難治性……………中尾 智博…SS352
- S43-4 強迫スペクトラムからみた難治例
 ——特に児童思春期精神障害が及ぼす影響——……………金生 由紀子…SS353
- S43-5 難治例に対する新たな治療法の可能性……………中前 貴…SS354
- S44 アウトリーチ支援活動の現状と課題——未治療者・未受診者に対する支援を中心に**
- S44-1 行政機関における多職種チーム訪問支援の取り組み……………小島 伸一郎, 他…SS355
- S44-2 短期宿泊施設を活用した大都市におけるアウトリーチ支援活動……………石黒 雅浩…SS356
- S44-3 政令市の精神保健福祉センターで行っている
 医療的アウトリーチ支援活動……………太田 順一郎…SS358
- S44-4 アウトリーチ支援活動の現状と課題——未受診者・未治療者を中心に——
 ………………西尾 雅明…SS360

ワークショップ

- WS1-1 映像で学ぶ初回面接……………岡野 憲一郎, 他…SS361
- WS2-1 災害精神医療のための基礎知識
 ——被災者の心の回復のために——……………加藤 寛…SS362
- WS2-2 災害支援チーム——支援に入る立場と受け入れる立場——……………松本 和紀…SS363
- WS2-4 支援者ストレスについて……………重村 淳…SS364
- WS3-3 神経学的サインを見逃すな! ——復習からソフトサインまで——……………林 雅晴…SS365
- WS4-1 支持的精神療法……………狩野 力八郎…SS367
- WS4-2 私の考えている支持的精神療法……………青木 省三…SS369
- WS4-3 支持的精神療法の技……………西村 良二…SS371
- WS5-1 体験的に学ぶ集団精神療法の基本
 ——「体験グループ」の紹介——……………加藤 隆弘…SS373
- WS5-2 グループ療法の基本と応用
 ——コミュニティ・ミーティングの例——……………相田 信男…SS375
- WS5-4 グループ療法の基本と応用
 ——依存症の家族のグループ——……………樋田 洋子, 他…SS377
- WS5-8 グループ療法の基本と応用
 ——外来発達障害のグループ——……………二之宮 正人, 他…SS378
- WS6-1 児童精神科臨床のABC……………飯田 順三…SS379
- WS6-2 家族支援・学校との連携……………太田 豊作…SS380
- WS6-4 児童精神科臨床のABC——薬物療法——……………岡田 俊…SS382
- WS7-1 コンサルテーション・リエゾンの理論と実践……………中嶋 義文…SS384
- WS7-5 コンサルテーション・リエゾン精神医学とその治療学……………清水 研, 他…SS386
- WS8-1 社会文化的視点からみた「新型うつ病」……………市田 勝…SS387
- WS8-3 精神科一般外来での精神療法的アプローチ……………藤内 栄太…SS389
- WS9-1 統合失調症ガイドラインから我々が学べること, 学べないこと
 ………………渡邊 衡一郎…SS391

WS9-2	大うつ病性障害	吉村 玲児	SS393
WS9-4	不安障害	稲田 健	SS395
WS10-1	てんかんの治療	本岡 大道	SS397
WS10-2	てんかんの診断	西田 拓司	SS399
WS10-3	てんかんの診断における脳波の有用性	田村 義之	SS401
WS10-4	てんかん患者の自動車の運転について	辻 富基美	SS403
WS10-5	高齢発症てんかん	伊藤 ますみ	SS405
WS11	まとめ 精神医学論文の評価と書き方	加藤 元一郎, 他	SS406
WS11-2	精神医学論文の書き方について	仙波 純一	SS408
WS11-3	症例報告の意義と書き方 —— 苦手だが辛うじて執筆した経験から ——	福田 正人	SS409
WS11-4	統計的手法について	田中 司朗	SS411
WS11-6	PCN の投稿について	小原 圭司	SS413
WS12-1	抗うつ薬の使用が困難な抑うつ状態の 1 例	河野 健太郎	SS414
WS12-2	就職の半年後にうつ状態を呈した青年男性の 1 例	高良 聖治	SS416
WS12-3	うつ状態を呈した高齢者の 1 例	館野 周	SS418
WS12-4	うつ状態でコンサルテーションを受けた前立腺がんの 1 例	松島 英介	SS420
WS13-1	精神科臨床研究で直面する統計的問題	渡辺 範雄	SS422
WS13-2	ランダム化比較試験——デザインとその医療統計——	中川 敦夫	SS423
WS13-3	混合効果モデル——欠測値の取り扱いとのリンク——	阿部 貴行	SS425
WS13-4	Multiple-Treatment Meta-Analysis	三浦 智史	SS427
WS13-5	統計の理想と現実——仮説と解釈臨床医が欲しい指標	加藤 正樹	SS428
WS14-1	行動療法にそった薬物療法	芝田 寿美男, 他	SS430
WS15-1	依存欲求の発現機構を“物質”と“物質によらない” アディクションで考える	宮田 久嗣	SS431
WS15-2	アルコール使用障害に対する節酒指導 —— ブリーフ・インターベンション ——	杠 岳文	SS433
WS16-1	双極性障害の適切な診断・治療とは？ —— “社会的後遺症”を防ぐために ——	加藤 忠史, 他	SS435
WS16-2	双極性障害の適正な薬物療法 —— 副作用被害救済制度における不支給事例から ——	山田 和男	SS436
WS17-1	認知症の危険因子・防御因子	小原 知之, 他	SS438
WS17-2	認知症の症候学 —— レビー小体型認知症と前頭側頭葉変性症 ——	橋本 衛	SS440
WS17-3	認知症診療における神経画像検査の有用性	数井 裕光	SS442
WS17-4	認知症高齢者に対する治療 —— 認知症疾患センターでの治療経験を中心に ——	宇田川 充隆, 他	SS444
WS18-1	抗精神病薬の減量試験における処方実態調査について	吉尾 隆	SS446
WS18-2	統合失調症の多剤大量処方を是正するエビデンス —— 減量の方法 ——	助川 鶴平	SS448
WS18-3	多剤大量投与の是正と健康関連 QOL	稲垣 中, 他	SS450
WS18-4	多剤大量投与の是正への認識 —— 臨床試験参加医療従事者へのアンケートより ——	山之内 芳雄	SS452
WS18-5	血清 BDNF 濃度, 血漿薬物濃度に関する検討	吉村 玲児	SS454
WS20-1	摂食障害の病態と治療 —— 外来治療と難治例治療のポイント ——	切池 信夫	SS456
WS22-1	性同一性障害を取り巻く課題	中塚 幹也	SS458

WS22-2	精神科における診断と介入・サポート	松本 洋輔	SS460
WS22-3	性同一性障害児への臨床心理学的かかわりについて	二宮 ひとみ	SS462
WS22-5	「性同一性障害に関する診断と治療」の臨床 ——性同一性障害に対する外科治療——	難波 祐三郎	SS463
WS23-1	精神鑑定の歴史と最近の動向	五十嵐 禎人	SS465
WS23-2	精神鑑定の実務における留意点	須藤 徹	SS467
WS23-3	精神鑑定の基礎と実践——鑑定事例——	八木 深	SS469

医療計画策定指針の概要と精神科医への期待

厚生労働省精神障害保健課

江副 聡

精神疾患は、症状が多彩にもかかわらず自覚しにくいという特徴があるため、症状が比較的軽いうちに精神科医を受診せず、症状が重くなり入院治療が必要になって初めて精神科医を受診するという場合が少なくない。また、重症化してから入院すると、治療が困難になるなど、長期の入院が必要となってしまう場合もある。しかしながら、精神医学の進歩によって、発症してからできるだけ早期に必要な精神科医療が提供されれば、回復または寛解し、再び地域生活や社会生活を営むことができるようになってきている。

精神疾患に罹患しても、より多くの方がそれを克服し、地域や社会で生活できるようにするため、患者やその家族などに対して、精神科医療機関や関係機関が連携しながら、必要な精神科医療が提供される体制を構築する必要がある。

このため医療計画に精神疾患を追加して平成24年3月30日に指針（医政指発0330第28号）を示した。また、認知症の医療計画については10月9日付けで、「精神疾患の医療体制の構築に係る指針の改正について」（医政指発1009第1号、障精発1009第1号、老高発1009第1号）として各都道府県に通知をした。今回、精神疾患の医療計画の概要を紹介した。

長野県における医療計画策定経過と概要

長野県精神保健福祉センター

小泉 典章

精神疾患が5疾患に加わり、本県でも平成25年度から5年間の「信州保健医療総合計画～「健康長寿」世界一を目指して～」が保健、医療分野の計画を一体的に策定されている。今回、医療計画に精神疾患が加わったことにより、治療のアクセスや均てん化などの問題が検討され、治療の標準化や可視性が高められ¹⁾、この計画は本県の地域精神保健を支えることに密接に関係すると思われる。医療計画の実効性を高めるために、精神疾患医療体制の構築、医療従事者の確保などを検討した長野県における医療計画策定の経緯を紹介した。

長野県は広大で盆地にそれぞれ市町村が散在し、当精神保健福祉センター（以下、センター）は県庁のある長野市に位置し、県全体の精神保健福祉のニーズにどう応えていくかが常に課題となっている。県内の医療資源、社会資源のリストは3年に1回、センターから発行している精神保健福祉ハンドブックにまとめられているが、今回の医療計画策定の調査結果も生かせる利点がある。

また、センターは複雑困難な事例の精神保健福祉相談に対応し、市町村を含めた県全体の相談対応の向上を図っていく必要がある。例えば、ひきこもり支援に関して、県内の全市町村にアンケート調査を平成21年に実施したところ、半分以上の市町村がひきこもりの相談や訪問に実績もあり、さらに保健所の嘱託精神科医師による相談の活用が可能ながわかった。そこで、平成22年度より県全体を対象とするひきこもり支援センターを併設した³⁾。

また、精神障害者の退院支援事業は長野県が平成19年度から県内4ヵ所に退院支援コーディネーターを設置して、平成23年度末までに230人の退院可能精神障害者の地域生活移行を目指した²⁾。センターでは、平成19年度から平成23年度末まで地域移行した1年以上入院した対象者182人中、176人（男性が3分の2）の退院支援コーディネーターに聞き取り調査を実施した（調査率96.7%）。平均退院時年齢52.0歳であった。在院期間は、1年以上5年未満58.5%であった（入院期間平均7年7ヵ月）。退院先はグループホーム・ケアホーム33.0%、自宅19.3%、民間アパート12.5%などであった。このように、目標値を決めた後、検証をしていくのもセンターの役割だと考えら

れる。

ところで、医療計画の観点から、自殺対策のアウトカムは自殺者数の減少であり、自殺対策のアウトプットがプリベンションからインターベンションへ力点が変わることで、アウトカムにつながることは自殺対策基金を用いた、介入的な強化モデル事業でも確かめられている。最近の自殺統計で、長野県の自殺者数は平成21、22、23、24年と4年連続で、アウトカムである自殺者数は減少している。しかしながら、若い世代の自殺は減ってはならず、これからも対策が大切である。

介入的な自殺対策であるゲートキーパー養成⁴⁾は、自殺の危険性の高い人の早期発見・対応を図るため、サインに気づき、見守りや、必要に応じて相談機関へつなぐ対応ができる人材の育成を意味するが、この3年間、県や市町村および職能団体である県薬剤師会や県理容師組合でも研修会が実施されている。

さらに、介入の入り口である自殺未遂者に対するケアに関して、未遂者は自殺のリスクが最も高いといわれており、再度の自殺を防ぐためにも適切な援助が求められており、救急病院と連携したモデル事業に、昨年度からセンターは取り組んでいる。

災害時の心のケアは今回の長野県の医療計画には入っていないが、平成23年3月の震度6強の県北部地震に被災した栄村の災害後の心のケアにセンターも協力し、保健所や村役場と連携し、精神科医による個別相談会の実施（今年度は2ヵ月に1回で継続）、村の保健師による全戸訪問のアウトリーチ活動、地震災害に伴うセンターの電話相談、自殺予防ゲートキーパー養成研修会などの心のケア活動などを実施した⁵⁾が、災害時の心のケア活動は自殺対策と共通点が多いことに気づかされた。今後、精神保健福祉法改正後、法定業務が増大するとしても、センターは市町村への支援、医療機関との連携、関係団体との協働を、していくべきではないかと考えられる。そこにセンターが医療計画に果たすべき役割がある。

1)Ito, H., Frank, R. G., Nakatani, Y., et al. : The regional health care strategic plan: The growing impact of mental

disorders in Japan. Psychiatr Serv, 64 ; 617-619, 2013

2)小泉典章、雨宮洋子：退院可能精神障害者の退院支援と地域生活支援について．心と社会，135；19-27，2009

3)小泉典章、大沼泰枝：精神保健福祉センターの役割 長野県の取り組みについて．臨床精神医学，40(5)；585-591,2011

4)小泉典章：保健師のゲートキーパー機能を活かした長野市の取り組み．地域における自殺対策の手引き（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター編）．ライフ出版社，東京，p. 56-58，2011

5)小泉典章、上島真理子：3.12長野県北部地震の経験を通して、新たな地域精神保健の構築を考える．精神科臨床サービス，12(2)；221-225，2012

精神科医療における連携 病院・診療所・障害福祉サービスとの連携

地方独立行政法人岡山県精神科医療センター

来住 由樹

人口200万人の日本における典型的な（プロトタイプとなりうる）地方都市である岡山県での精神科領域の地域医療計画を考えるために2つの視点から議論を提示した。

1つは実際の病院、診療所、障害福祉サービスとの連携の現状を確認し、そこから現状と課題を精査した。これは医療計画と障害福祉計画とが、縦系と横系のように連動させて面としたサービスを提供することにより、当事者が必要とする医療福祉体制が可能となると考えられる。この点について、基幹病院である岡山県精神科医療センターでの地域連携システムの現状を整理することから、現在の到達点と、これからの課題を整理した。

次に平成24年度に制定された岡山県での精神科領域での地域医療計画について紹介し、議論の経過と、残す課題について整理した。そしてこの地域医療計画の中での、医療機関ごとに努力すべき事柄について整理した。地域医療計画は、医療機関ごとに突きつけられる大きな羅針盤でもあると考えたい。さらには、医療機関レベルと、都道府県レベルで、医療の質の検討を行う上でどうしても必要であるであろうアウトカム評価のための指標の現状を整理し、典型的な地方都市である岡山県の立場で検討した。

身体合併症に関する地域連携の取り組み 愛知県の推進事業に向けて

国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部

山之内 芳雄

精神科医療における身体合併症、とりわけ救急側面におけるそれは、需要の高まりとは裏腹に多くの問題を抱えているとされている。気分障害患者などの自殺未遂による外傷、高齢精神疾患患者の肺炎・骨折などの合併症の発症が増え続けている現状の中、行政施策においても、一般医のうつ病対応能力の向上、精神科病床における合併症病棟の創設など、精神・身体双方からアプローチがなされているが、医療資源の配置、アクセスの問題といったハード面に加え、救急医療と精神科医療のコミュニケーションロスや相互の不安、精神科医療界と一般医療界の距離感もあり、いまなおタイムリーかつ機能的な連携が行われているとはいえないだろう。

藤田保健衛生大学病院は救命救急センターと精神科病床を有し、近隣地域から年間100例を超える精神科身体合併症救急入院をかねてより実践していた。精神科医などとの協働のもと、切れ目ない医療が実践されている。この実績を踏まえ、平成23年度から愛知県の地域医療再生計画において、精神科身体合併症救急事業を委託され、さらなる対応力向上に向けた施設整備を行っている。しかし、人口700万人を超える愛知県全県の合併症救急を受け入れることは不可能であり、また身近な地域での医療連携とはいえない。

このような中、平成25年度から始まる医療計画策定の議論の中で、精神科救急問題を取り扱う際、合併症の問題は1つの柱として取り上げられ、県内の救命救急センターなどを圏域とした、救急医療・精神科病院・一般科との連携について議論された。医療計画を推進すべく具体的な施策として、平成25年度から、救命センターと精神科病院との具体的かつ効果的な連携のためのモデル的なペアを作り、診療支援のシステムを構築し、それを運用していく仕組みを整えることとなった。地域の実情に合った精神科医療と一般医療の連携が推進されることを願ってやまない。

総合病院精神科機能の充実と地域との連携

亀田総合病院心療内科・精神科

小石川 比良来、大上 俊彦

2012年度から「国民の健康保持のため広範かつ継続的な医療の提供が必要な疾病」の中に精神疾患が追加され5疾病となり、各都道府県に医療計画の策定が求められた。「指針」では精神疾患の医療体制に求められる機能の1つとして精神科救急・身体合併症・専門医療が挙げられているが、施行には地域特性への配慮が求められる。亀田総合病院は千葉県鴨川市にある一般科865床、精神科41床の大規模総合病院で、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。また鴨川市は房総半島南部の安房地区に属するが、この地域は少子高齢化が極めて顕著な地域である。精神科医療では、精神科病院が多く精神科病床比は全国平均に比し極めて高い。その一方で山を越えた木更津以北千葉以南の地域に4つの精神科救急病棟があり、救急医療体制はかなり充実している。

この対照性は臨床活動にかなりの影響を及ぼしている。精神科病棟開設は2005年7月だが、運用の本格化と共に種々の問題点が顕在化し特に一般科との界面で生じる問題が大きかった。これに対して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が、精神的介入の質が安定すると共に多職種チームゆえの多角的なサポートが可能になり、精神科スタッフの達成感や効力感も向上した。チーム発足以前からの臨床心理室の拡充強化と合わせ総合病院精神科医療の充実に向けて果たした役割は大きく、外部の要請に柔軟に応じることのできる組織となった。これまでの活動からいえることは、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には多職種リエゾンチームの存在が極めて重要であるが、さらに医療のコーディネーター的な役割を重視することで病院外の治療諸機関との連携が円滑かつ迅速となり医療計画の実施につながると期待できることである。また、臨床心理士室の拡充強化は各人の専門性を高め各一般診療科と連携することで、総合病院内部での精神科臨床活動の裾野を広げることとなり、総合病院精神科の機能の充実に向けて果たす役割が大きいことを合わせて主張したい。

岩手県の活動を振り返って

岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座¹⁾
岩手医科大学医学部神経精神科学講座²⁾

大塚 耕太郎^{1,2)}、酒井 明夫²⁾、中村 光¹⁾
赤平 美津子¹⁾

平成23年3月11日の東日本大震災津波が発生してから2年が経過した。岩手県においても死亡者4,672名、行方不明者1,151名、負傷者209名の人的被害があり、さらに375名（平成25年3月31日時点）の震災関連死を認めた。平成25年4月4日現在、住宅など（公営、仮設、民間、病院を含む）や親族・知人宅への避難者は40,012名にのぼる。

発災直後から平成24年3月まで全国から30チーム以上の「こころのケアチーム」の派遣をいただき、県、市町村、地域の関係機関が密接に連携し、こころのケア対策を推進した。こころのケアチームは保健所、市町村との連携、指示のもとで避難所巡回、相談、診療が行われた。また、仮設住居への入居後も、継続して、保健師の訪問への同行や、困難ケースのスーパーバイズなどの後方支援の活動や市町村保健師からの依頼ケースの対応も行われた。

このような多職種専門職によるこころのケアチームによるこころのケアを中長期的に継続していくために、岩手県から岩手医科大学への業務委託により平成24年に「岩手県こころのケアセンター」が同大学内に、「地域こころのケアセンター」が沿岸4カ所に設置された。現在の岩手県こころのケアセンターの具体的な活動としても、訪問活動などを通じた被災者支援、震災こころの相談室による精神科医師、精神保健専門職による個別相談、市町村等の地域保健活動への支援、従事者支援、自殺対策、その他地域のニーズによる活動、を骨子として活動している。地域が再構築され、地域住民がこころの豊かな生活を安心して享受できる社会につながる取組を提供していくためには、長期的な視点で健康を大切にす地域づくりを通じた支援が提供されることが必須であると考えられる。

宮城県の活動を振り返って

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座¹⁾
みやぎ心のケアセンター²⁾
東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野³⁾
仙台市精神保健福祉総合センター⁴⁾
宮城県精神保健福祉センター⁵⁾
原クリニック⁶⁾

松本 和紀^{1,2)}、佐久間 篤^{2,3)}、桂 雅宏^{2,3)}
佐藤 博俊^{2,3)}、高橋 葉子^{1,2)}、内田 知宏^{1,2)}
林 みづ穂⁴⁾、小原 聡子⁵⁾、福地 成²⁾
原 敬造⁶⁾、松岡 洋夫³⁾

直後期から急性期の宮城県で大きな課題となったのは、精神科医療そのものへの被害とその支援のあり方である。多くの精神科病院がライフラインに著しい支障を来し、3つの精神科病院は直接津波被害を受けた。精神科病院への公的支援は乏しく、全くの孤立状況の中、患者の生命を守るための闘いが続いた。被災した病院からの移転は県内だけでは補うことができず、隣県山形県の助けを借りた。精神科救急システムは数日間破綻し、精神科のない災害拠点病院に精神科救急を要する患者が運び込まれた。公的な支援が行き渡るまでの直後期を乗り切るためには、自助と共助を強化する必要性が確認された。その後全国から様々な立場から支援者が被災地を訪れ、多数の専門家が沿岸の町々に配置された。過去の災害の経験を活かしたマニュアル、経験ある専門家による支援、インターネットを介した情報を活用することで、比較的統一された形で支援が行われた。宮城県では、官・民・学がそれぞれの立場でコーディネートを行い、連携し合う体制をとることができた。被災地における精神保健支援においては、地域保健における保健師の役割の重要性が再認識されたが、平時においても地域精神保健を強化するための取り組みが必要である。みやぎ心のケアセンターの活動は被災自治体との連携、協力のもとに行われている。多くの県民が、“こころのケア”に関心を寄せており、各地で精神保健にかかわる講話が多数開催されている。自治体や消防などの職場のメンタルヘルス対策も平時よりも手厚く行われており、児童精神科医が継続的に被災地の学校での支援を続けている。石巻ではからこころステーションが継続的な活動を行っている。多くの研修や実践を介して、トラウマや悲嘆に対する関係者の知識や対処スキルは向上していると思われる。今後は、被災後の支援を通して、中長期的な精神保健福祉の底上げへと橋渡しするための取り組みが必要であろう。

福島県における被災者支援事業の現状

福島県立医科大学会津医療センター準備室

丹羽 真一

東日本大震災に続いて起きた福島第一原発事故による放射能汚染は、幼い子供をもつ親の不安を掻き立てている。メンタルヘルスと精神科医療にとっても原発事故は大きな変化をもたらしている。

第一原発から30km圏内の5つの精神科病床をもつ病院は入院患者移送を命じられ休業ないし規模縮小を余儀なくされた。その地域の精神科医療サービスの機能回復が今後の課題の1つであるが、医師、看護師などの確保が重要な課題である。福島医大では災害精神科医療研修センターも設置し、医師による短期間の支援も受け入れられる体制を確保している。また相双地域の被災者などのメンタルヘルスを回復するためにNPO法人「相双に新しい精神科医療保健福祉システムをつくる会」が組織され、県や財団あるいは米国のJapan Societyなど多くの支援を受けてアウトリーチサービスや地域保健活動を行い、個人開業のメンタルクリニックなごみと連携して活動している。

メンタルヘルスを回復、増進するための事業として、「福島県こころのケアセンター」が平成24年4月から本格稼働し、現在は全国から支援に入った方を含め61名体制で、県内6方面のセンターに分かれて仮設訪問などの活動を展開している。

科学的には安全であると理性的に説明がなされても、低線量放射能被ばくについて人々は容易に安心しない。県外へ避難した人々の帰還を促す積極的な働きかけの工夫も必要である。15歳以下の小児の数は平成23～24年にかけて約24,000人減少した現実がある。児童精神科医は全国でも少ないが福島を含む東北では一層少ない。全国からの児童精神科医の短期派遣などリソース確保に知恵を絞る必要がある。

こころのケアには次のような課題があると考えられる。精神疾患患者の治療の継続と維持、新たに発生するうつ病やアルコール依存などへの早期介入、自殺の防止、放射能汚染への不安の問題に対応、小児のこころの問題に対応、高齢者の認知機能・身体機能低下の予防などである。

外部支援のあり方を考える

兵庫県こころのケアセンター

加藤 寛、亀岡 智美

大災害後は、外部支援を提供することがどの分野でも欠かせない。精神科医療、精神保健の領域においては、その必要性は阪神・淡路大震災で認識され、東日本大震災では大規模な支援が長期に行われた。その支援活動について特徴をまとめた。

第一の特徴は、コーディネートに関する問題である。事前準備のない状況で発生した本災害では、大きく分けて4つの系列から支援チームが現地入りした。各系列間の連絡は必ずしも十分でなく、受け入れ側の調整が機能するまでは、混乱を来した。また、派遣する側の問題として、大きな課題だったのは、人員、装備、スケジュール管理、連絡体制の整備などのロジスティック機能を誰が担うか、および事前トレーニングの必要性などであった。さらに、福島への支援が遅れたことに象徴されるように、チーム配置にアンバランスがあったこと、メーリングリストなどを介して個人情報を含む情報が無防備に取り扱われたことなどの問題があった。

第二の特徴は、活動期間が長期に及んでいた点である。最長は2012年3月末まで（宮城県南三陸町で活動した岡山県チーム、岩手県陸前高田市で活動した東京都チームなど）、約1年の活動をしており、これは過去の災害での外部支援と比較すると、きわめて長期間の活動になっている。このことは、地域内の保健システムが大きな被害を受け、深刻なマンパワー不足に陥った被災地の復興期での精神保健活動を、当初から入った支援チームが引き受けたことを意味している。また、兵庫県や大阪府チームの活動をみると、ケースへの対応は最初の1ヵ月でピークを過ぎ、その後の活動は、研修やコンサルテーションなどに軸足を移しており、もともとの医療ネットワークが復旧した後も、柔軟に役割を見だし、復興期への体制へ移行する支援をしていたといえる。

最後に、支援する側が留意すべき点として、受けた側が感じる心理的葛藤について指摘した。阪神・淡路大震災後のいくつかの報告では、現地の意向に沿わない外部支援者の態度に対する不快感、疲弊した中で方針やマニュアルを求められる困惑などが指摘されている。当時の状況と比較すれば、外部から支援する際に配慮すべきことの理解は進んでいると思われるが、今回の震災で支援を受け入れた側であ

る林は、外部支援者の心得として8つの点を挙げている¹⁾。その中でも、現地の設定の枠内で活動すること、専門性を追求しすぎない、熱意はほどほどに、現地支援者をエンパワメントする、などはとても重要な点であろう。多くのスタッフが参加する活動では、活動に入る前にこうした点を十分に共有しておく必要がある。

1) 林 みづ穂：大災害後のメンタルヘルス対策 仙台市の経験より。日本社会精神医学会雑誌, 21; 308-314, 2012

効果的な災害時精神医療対応に向けて

国立精神・神経医療研究センター

金 吉晴

災害時の精神保健医療対応は阪神・淡路大震災（1995）以降、今回の東日本大震災・津波被害まで、多くの工夫と進歩がかさねられてきた。以前には急性期のデブリーフィングがPTSD予防に有効であるという説が現場に混乱を生じたが、エビデンスはなく、国際的には否定されている。創始者の一人であるEverly教授は、2010年にモントリオールで開かれた国際トラウマティックストレス学会の討論会で自らの研究が不十分であったことを認めている。こうした適切な知識は厚生労働省の研修事業などを通じて精神医療関係者に周知されてきた。しかし心のケア活動が社会の各方面に浸透した結果、医療・行政的介入と人道支援の境界の曖昧な活動が拡大しているという側面もあり、社会全体に対する教育が必要のため、災害時こころの情報支援センターとしてWHO版PFAを各方面に周知する予定である。また災害時の精神保健医療は個々の被災者を対象とした治療および相談対応と、長期的な集団・地域の健康回復の2つの視点が重要である。いずれの場合も効果的な活動の展開のための基礎となるのは実際の相談、診療記録の集約であるが、従来の手書き記録では、書式も必ずしも統一されておらず、記入者とは異なる被災地の職員がそれを集約することには非常に困難があった。そのため、webなどを利用した情報集約システムの構築が進行中である。また住民の大多数は自らの回復力で健康を取り戻すと考えられるが、一部には精神健康が慢性的に悪化する住民も存在する。重度かつ慢性的なストレス反応の患者を日常診療で治療する機会是一般的な医師には乏しいと思われるが、PTSDを範例として、米国学会議のPTSD治療法検討委員会が唯一十分なエビデンスがあると認定した、持続エクスポージャー療法を通じて、こうした病態の理解と治療法を深化させることが望ましい。近年、患者の負担を軽減する改善がなされており、従来に比べると普及が容易となった。これらの検討を通じて、21世紀の災害精神医療のあり方を考察する。

児童精神医学の研修システムにおけるキャリアオーバー

九州大学病院子どものこころの診療部

山下 洋、吉田 敬子

【背景と目的】児童精神医学は子どものこころの問題を扱う重要な分野であり、国際的にも国内においても専門性をもつ人材へのニーズは高まっている。国内では児童思春期精神保健として地域のフロントラインで子どものこころの問題にかかわるスタッフの第1層、多職種・多機関の連携ネットワークをコーディネートして地域のフロントラインと連携できるスタッフの第2層、多職種の児童思春期精神保健の専門家が治療にあたる第3次治療・療育機関の3層構造のシステムが示された。なかでも地域のフロントラインや多職種連携をコーディネートできる第1層、第2層の人材の不足が喫緊の課題とされた。このことを受けて人材育成のための児童精神医学の教育研修システムが検討され、ガイドラインが構築されつつある。児童精神医学の臨床と研究は小児科学、発達心理学、教育学など幅広い領域と関連があり、とりわけ成人精神医学とは緊密な連続性がある。九州大学病院で開催された、「モズレー病院・ロンドン大学児童青年精神医学専門研修 九州大学病院セミナー」において、全国の児童青年精神医学の臨床研修ができる施設を招いてパネルディスカッションを行ったところ、多領域間での研修の場の確保が大きな課題として示された。その研修プログラムにおいて成人精神医学との連携・キャリアオーバーはことに重要な課題であり、そのあり方は検討を要する。

【方法】すでに確立されている児童精神医学の代表的な教育研修システムを調査し、特に成人精神医学との連続性の観点から概観する。欧米における代表的な児童精神医学の教育研修システムとして、九州大学病院子どものこころの診療部が、その研修の内容や方法について技術提携を行っている英国のモズレー病院・児童精神医学ディプロマコース（現マスター・コース）の研修内容の検討および研修コース開設時の構想について教育研修担当者への聞き取りを行った。そこで国内の研修システムとの比較検討を行うと共に、特にディプロマコースの成人精神医学との連続性について先行研究の文献レビューにより検討した。

【結果】教育研修システムの検討では、英国におけるチューター制では上級医の研修スキームに多様

性があることが問題となっていた。また基礎的訓練にかかる時間も2+3+3年と長く、社会的なニーズとの乖離が指摘されていた。また臨床実践の内容と必要な知識とスキルは文化的背景によって差があり、米国では医療保険制度を反映して薬理学が強調される一方、英国ではマネージメントスキルが重視されるなどの差がみられた。

研修内容としては児童精神医学研修に特徴的かつ重要な領域として発達学が挙げられた。またグローバルな変化としては児童精神医学と成人精神医学をつなぐ領域である発達精神病理学や発達脳科学の分野で新たなパラダイムとエビデンスが蓄積されており、これらに対応して児童・成人双方における教育研修内容を改定していく必要性が指摘された。英国のディプロマコースは多職種を対象としており、研修の前提として高度な精神医学の専門知識を要しない、臨床サービスの均てん化を目指す体系的な内容となっていた¹⁾。専門研修の受け皿は英国では一般精神科の3年間に続く3年間が児童精神科研修にあてられる一方、米国やEUでは精神科との統合トレーニングとして、5年間の研修のうちの2年間が児童精神科研修にあてられていた²⁾。一方、国内では専門性の高い知識とスキルの習得を前提とする研修プログラムの構築が目指され、児童精神科治療施設の主催や協力による運営が特徴であるが、系統的な講義の不足が課題となっていた。

成人精神医学の経験の必要性に関しては子どもの親との協働作業を円滑に行うために、成人の精神病理の理解と治療の経験が必要であること、統合失調症や気分障害など主要な精神障害の理解と治療の経験が必要であることが考えられる。また成人精神医学でも児童精神医学の経験の必要性があるという視点から、卒前教育の内容や、精神保健指定医の資格取得における児童思春期の症例報告などの機会を通じた臨床経験が挙げられる。また英国の現状を踏まえた提言として、精神科のサブスペシャリティーとして、精神科研修の医師は全員例えば6ヵ月間の児童精神の経験を積むといった研修システムも示唆された。

【考察および結論】国内では精神医学のサブスペシャリティーとしての児童精神医学研修システムが

構想・実践されており、より専門性の高い知識とスキルを前提としたきめ細かく実践的な研修プログラムの構築が期待できる。一方で児童と成人の双方の領域での人材育成と基礎となるエビデンスの共有を鑑みると、欧米のような臨床サービスの均てん化を目指した研修内容の統合性をもったプログラムも有効なモデルとなりうると考えられた。

1) A Competency Based Curriculum for Specialist Training in Psychiatry Specialists in Child and Adolescent Psychiatry Royal College of Psychiatrists, December 2010 (Updated March 2012)

2) Simmons, M., Barrett, E., Wilkinson, P., et al : Trainee experiences of Child and Adolescent Psychiatry (CAP)training in Europe: 2010-2011 survey of the European Federation of Psychiatric Trainees (EFPT) CAP working group. Eur Child Adolesc Psychiatry, 21 ; 433-442, 2012

精神医学の臨床研究における小児期から成人期への連続性と非連続性

東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

桑原 斉、川久保 友紀、金生 由紀子

脳の発達には長いプロセスである。受胎直後よりはじまり20代まで続くと考えられている。実際に何が起きているのか、遺伝子の働き（分子遺伝学的な水準）、シナプスの働き（生理学的な水準）、脳の構造（解剖学的な水準）から一部を知ることができる。そして、これらの総体として数百万の神経ネットワークが活動して、年齢に応じた行動（あるいは異常としての精神疾患）を形成する。

脳の発達の開始は比較的明瞭であるが、一方どの時点で脳の発達を終了とし、子どもと成人を分かつのかを明確にすることは比較的難しい。脳の表面の基本的な構造は生後数年で成人と類似した構造をとる。一方で、シナプス形成とミエリン化は、青年期まで続き前頭前野など一部の領域では、成人期まで続くと考えられている。これらの発達を促進するのが、遺伝子と環境であり、生後の経験が強い影響を及ぼすが、その影響は一部遺伝子の拘束下にある。青年期の変化は、幼児期同様に劇的である。詳細はいまだ不明確ではあるが、この変化は、ホルモン（pubertal hormone）のサージ（surge）によるものであると考えられている。統合失調症など、この時期に好発年齢を持つ疾患は多く、精神疾患で病理に性差が目立ち始める時期でもある。

このように、脳の発達は連続的な積み重ねではあるが、いくつかの水準の異なる非連続的な段階を経て達成される。今回、精神医学の臨床研究における小児期から成人期への連続性と非連続性に関して、上記の脳発達のプロセスを踏まえて、先行研究を参照し検討した。

司法領域における発達障害の問題からみた精神医学のキャリアオーバ

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系¹⁾
発達障害研究推進機構²⁾

十一 元三^{1,2)}

近年、少年事件、刑事事件を問わず広汎性発達障害（PDD）が鑑定例の中に一定の割合で見出されるようになり、関係者に大きな課題を提示している。第1に診断および障害の基本的性質に関する理解の問題がある。発達障害の診療になじんだ児童精神科医であれば、知的障害をもち福祉施設で暮らす自閉症の子どもから社会人として就労しているアスペルガー障害やPDDNOSの成人まで多彩な臨床像があり、それらが1つの発達的特徴でつながっていることを理解している。そのため、例えば、パニック症状が事件に及ぼしたであろう影響についても、縦軸（年齢）と横軸（下位診断）を手がかりに妥当な評価を目指すことができる。また、児童精神科医はPDDが統合失調症や境界性パーソナリティ障害などの従来型疾患とは性質が異なっており、単純なアナロジーを適用できないことを理解しているが、一般にはいまだ誤解がみられる。第2の課題は、通常の原因に加え、発達の要因により形作られたと考えられる臨床特性の把握という問題であり、家族関係者への児童精神医学的アセスメントが重要となる。不安障害などの二次障害もその一例であるが、発達の影響の評価は責任能力、更生可能性などの司法判断に少なからぬ影響を与える。さらに、二次障害とは別に生得的な併存障害を有することがあるため、その診断や鑑別には児童精神医学を踏まえた精神科診断が必要となる。第3の課題は、PDDの特異な病理が理解されづらいことである。例えば、“悪気なく加害行為する”“独自の論拠で迷惑行為を行う”“目的に合わなくなっても計画を変更しない”などのように、深刻な反社会的行動にもかかわらず動機が見出せず、関係者を困惑させることが少なくない。児童、成人を通じPDDの病理は現在なお解明途上といえる。以上のように、司法領域におけるPDDの問題は、妥当な司法判断にとどまらず、一般精神科臨床における精確な診断および病理の理解にとって、児童精神医学と成人精神医学が有機的につながる必要性を示唆していると思われる。

成人精神医学からみた児童精神医学の役割

長尾こころのクリニック

長尾 圭造

子どもはいずれ大人になる。このため、子どもの診察は将来の大人を診察することであり、将来を見越した診察姿勢が求められる。今回は、まず子どもの精神医学の特性を述べ、子どもから成人へのキャリアオーバーのいくつかのパターンを示し、成人精神医学における児童精神医学の存在意義を示した。子どもの精神医学の特性は、子どもを成人に発達成長させる時期に当たるために、発達成長を視野に入れること、子ども時期固有の臨床課題があること、成人期精神障害は、乳・幼・児・青年期にその端を発すること、このため臨床を進める際には、方法論、技術論、知識ともに別の視点から確立する必要があること、診断閾値に達しない精神障害の多さ、にある。

このうち、特に に関しては、わが国ではこの数年間以上、不登校児童生徒が年間約12万人、学校での暴力行為が6万件、いじめが8万件、中高校生の自殺が150人など学校場面、家庭場面での不適応行動の数が多し。この背景には子どもの感情面のコントロールのできなさや、気分変動、抑うつ、不安などによる精神的ゆとりのなさが背景にある。しかし、精神医学との連携で解決が図られている場合は少ない。

この背景には、子どもの行動上の問題を子どもの内面的な問題の表出とみなさない大人社会の気づきの悪さ、校医に精神科医がいないこと、医学部に児童青年精神医学講座が全国で1つしかないため人材が育っていないことなどが考えられる。

これに対して、現在の精神医学教室のシステム下でも、児童精神医学教育が可能とする意見が横浜市大から出された。しかし、私が実施した全国アンケートからは、この方法が可能で大学自体が乏しい。このため、先に児童精神医学教室ができ、その上で成人精神医学教室との連携が図られることが望ましいのではないかと考えた。

キャリアオーバーの多様性については以下のように整理した。

乳幼児青年期から始まるが必ずしも連続性を単純に予測できないキャリアオーバー

乳幼児青年期から残遺するが、予後は治療介入の影響を受けるキャリアオーバー

子ども時代から成人期へは異種障害となる連続性のないキャリアオーバー

子ども時代から成人期への連続性がはっきりしないキャリアオーバー

同種障害の異種経過となるキャリアオーバー

これらの特性に鑑み、以下の治療姿勢と治療戦略が考えなければならない。

子どもの精神医学の対象は、その子ではなく、その子が成人になった時のことを考えて治療計画を立てる。

発達障害に関しては乳幼児青年期から課題のある場合は、成人期に二次障害をキャリアオーバーしないための方策を考えておく。

児童青年期の精神障害が、成人期に大きく変わる可能性のある疾患に関しては、特に“その子ども時期”の疾患に対しての理解、対応を大事にする。

成人の精神障害とは異なる臨床経過をとるものがある。Multi Dimensional Disorderの概念で知られる臨床症状は時期により違う病像を示すことがある。このために、縦断的視点のある対応がいる。

児童青年期の精神障害のうち、気分障害、不安障害、物質使用、心的外傷後ストレス障害などは、成人期での再発が多い。このために、再発を見通した疾患理解と対応が必要で、疾患教育、再発・症状悪化時の対処法の原理原則の理解、レジリエンスの強化、自尊感情の強化は必須となる。

子どもの外来受診には特徴がある。予約はキャンセルが多い。予約をして来院しても、少なくとも予約診に1時間、質問紙回答に30分、診察に30分はかかるが、1ヵ月以内で約26%が来ない。しかし、将来の受診時を考え、敷居の低い印象を持ってもらえるように経済性を無視して、実施している。

このように高い理想のもとに治療を進めはしているが、限界は明白である。現在のところ、次のように児童精神医学を理解していただきたい。

成人精神医学の先生がキャリアオーバーの患者を診た時に、その人の子ども時代を思い描いていただければ、子どもの精神科医の努力のし加減がおのずとわかると思われる。

ところが、児童精神医学ではまだわからないことが多い。基礎神経医学（生化学、生理など）と精神

発達と発達期の精神障害の3つの関連知識・情報が必要であるが、理論化よりも経験の積み重ねをしている最中といえる。そのため、臨床姿勢としては applied scienceといわれる応用科学的な考え方を取っている。つまり、精神障害の成り立ちまでのメカニズムを、できるだけ蓋然性のある考えで知ようとしている。車もメカがわからないと直せない。

子どもの精神医学はこのような事情を抱えながら、成人期に送り出す準備を考え、奮闘中である。とはいえ極めて不十分な治療のまま成人期を迎えている。キャリアオーバーを、このような目でみていただきたい。

1) 長尾圭造：子どものこころの臨床 わが国の歴史とこれから . 小児精神神経学雑誌, 52, 333-343, 2012

コミュニティ・ケアにおけるACTの位置づけと役割 その理想と現実

高木クリニック

高木 俊介

20世紀後半の高度成長時代につくられた日本の入院医療中心の精神医療は、障がい者の地域包括ケアをめざす時代にそぐわないものになりつつあることを議論した。この状況を打破するには、ACTのような濃厚な支援を行う地域生活支援体制をつくりあげることが必要である。

精神障害者就労支援からみえてくるもの 精神科医療は何を目指すのか

くすの木クリニック¹⁾

NPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN)²⁾

田川 精二^{1,2)}

【はじめに】全国のハローワーク統計によると、精神障害者は2010年度に就職件数で知的障害者を上回り、2012年度には身体障害者就職件数の約9割まで近づいてきている。数年後には精神障害者の就職件数が身体障害者を上回り、三障害で最も多くなるのではないかとわれている。もはや、精神障害者の就労は難しいといえない現状がある。

【なぜ、精神障害者の就労支援か】筆者は、これまで33年間精神科診療所で臨床を行ってきた。初診時13歳の統合失調症の方が今は40歳。その方の人生を感じる。そうした中、遠慮がちに「仕事をしたい」「結婚して家庭をもちたい」という通院者の声を聞く。一人一人の患者には、一人一人のかけがえのない人生があるというあたりまえのことに気づかされる。

精神科医療は、それが行われる場によって大きく違ってくると思う。精神科診療所は「転勤」できない。「その場限り」の医療では通用せず、数年後に起こるであろうことを想定し、手を打たなければならぬことも多い。そして、生活が身近に、具体的にみえてしまう。様々な制約の中でかろうじて回っている生活を決して無視はできない。もう1つ、権威がなく、力もない。「薬を飲みなさい」「飲まないなら注射」「ダメなら入院」ではすまない。どう納得して治療を受けてもらえるかを考えなければならないし、もちろん入院も退院後を想定しながらのものとなる。精神科診療所という場合は、通院者の考えや気持ちを、多い少ないはあるとしても、当然にも尊重しないと成り立たない場と思っている。

精神障害者の働きたい気持ちが強いことは、様々な調査からも明らかであるが、十分な支援体制ができていない。2007年、大阪の精神科診療所医師が中心となりNPO大阪精神障害者就労支援ネットワーク(JSN)を設立、精神障害者の就労支援を開始した。働きたい強い気持ちをもつ精神障害者が、主治医に「働きたい」と伝え、主治医がそれを受け止め、JSNを紹介し、その後、しっかりと連携さえすれば、その「働く」が実現する仕組みを作りたいと考えた。そして今、JSNはその目的をそれなりにはたせているように思う。

【JSNの活動】JSNには4つの事業所がある。定員数はあわせて82名、いずれも就労移行支援事業を使った事業所である。障害開示～障害者就労関係の制度を利用するという意味でも、原則、精神障害者手帳を取得していただいている。

私たちは、所内で手作業をしていれば就労できるとは全く思っていない。JSNのトレーニングの中心は企業実習であり、まさに働く現場でのトレーニングが必須と考えている。ただ、就職してもそれはゴールではなく、仕事を続けていくことのスタート地点に立ったことに他ならない。「精神障害者は就職してもすぐやめてしまう」と言われている。いかに、職業生活を継続できるように支援していけるかが支援機関の腕の見せ所でもある。

2013年3月末までの約6年間に、JSNから154名の就職者が出ている。2013年度は、三事業所であわせて49名の就職者が出た。今後、毎年50名前後の就職者が出ると予想している。全就職者の病名別分類をみると、統合失調症圏が5割弱、気分障害が2割強、神経症圏が1割弱、発達障害が2割弱。また、就職継続率はおよそ8割。年齢別分布は、30歳代が最も多く約5割、次いで40歳代、20歳代の順。

【JSNをふり返って】JSNに関わり、驚いたことがいくつかある。1つは9割近い出席率である。JSNのメンバーは休まない。あたりまえのことではあるが、精神障害者も「やりたいこと」のためなら頑張れるのである。また、統合失調症のメンバーで、トレーニング中調子を崩す人が大変少なかった。中途半端な支援ではなく、しっかりとした支援をすればそれほど調子は崩れない。さらに、自分の「病気」「障害」「今の力量」などを知っているメンバーは強い。多少の負荷がかかっても大きく崩れない。そして、「仕事」のある人生である。顔つきが変わる。仕事を通して得た経験はその人を大きく変えたとあらためて感じさせられた。そして、トレーニング中、「何か、少し昔の自分を思い出してみたい」との感想をしばしば聞く。これまで、「まあまあ」「ぼちぼち」「焦らなくても」「無理をしないで」などと言われ続けてきた精神障害者が、「働きたい」と強く願い、自身の希望に向かって力を出

していく中で、ふっと昔の自分を感じるのだろうか。

【おわりに】精神科診療所で長く診療していて、思うことがいくつかある。まず、長い経過の統合失調症を中心とした精神疾患に対し、「その場限り」の医療を繰り返すだけでは決定的に不十分であること。例えば、統合失調症「治癒」は難しく、病状のコントロールが中心である。その先の目標をどのように設定するかが必要になってくる。

医療も単に症状の緩和・安定だけを求めるのではなく、精神障害者の「夢」や「希望」、そして「人生」などに目を向け、それを応援する存在を志向すべきではないか。医療にも本人の「夢」や「希望」を中心に据えたケアマネジメント「的」な考え方を取り入れるべきと考える。

多職種アウトリーチサービスと医療経済 診療報酬上の課題と今後

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
所社会復帰研究部

吉田 光爾、伊藤 順一郎

重症精神障害者に対する医療・生活支援を提供する支援として、多職種アウトリーチ支援への期待は高まっているが、今後の普及を考える上では、現行の診療報酬制度の運用との関係の中で「どの部分の活動に報酬があげられているのか/いないのか」という観点での問題把握や検討が必要である。今回こうした診療報酬上の課題を浮き彫りにし、今後の方向性について検討を行った。なお、以下の各研究は国立精神・神経医療研究センター倫理委員会の承認を受けている。

【内容1: Assertive Community Treatmentにおける診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究】全国のAssertive Community Treatment (ACT)の事業所における診療報酬上の実態調査について報告した。筆者らは、全国のACT事業所のうち診療報酬で運営される7事業所において全利用者の15%を無作為抽出し、支援者による利用者ならびに関係者への対面コンタクト・電話コンタクトについて平成23年11月半ば～12月半ばのサービス記録をもとに診療報酬の状況を把握した。結果、月に対面コンタクト857回、電話コンタクト407回が行われていたが、無報酬コンタクトの割合は医師13.3% (n=10)、看護師24.8% (n=75)、作業療法士19.7% (n=29)、精神保健福祉士38.0% (n=97)であり、対象事例に対する月の総臨床時間の40.9%である602時間21分が無報酬となっていることが明らかになった。

非報酬の理由としては、外部機関に入院している利用者への訪問に報酬がつかないこと、期間内・同日内に回数制限以上の訪問がなされること、本人以外の関係者とのコンタクト(ただし平成24年度の診療報酬改正で家族支援に対する訪問は報酬化された)、訪問ではなく事業所において支援を行う場合があることなどが本調査から判明した。

また精神保健福祉士は、訪問看護ステーションからの単独訪問については報酬がつかないため、ステーションの職員としては人件費が捻出できていないことが明らかになった。しかし、本調査では全コンタクト中、精神保健福祉士のコンタクトは看護師に次いで2番目に多く(30.5%)、その職務上の役割は大きいことがうかがわれる。特に多職種アウトリー

チチームではスタッフはジェネラリストとして全般的な支援をしており、業務内容によって職種間に報酬差をつけることが難しいとも考えられ、精神保健福祉士の非報酬問題を検討していく必要があると考えられた。(詳細は文献1を参照)

【内容2: 入院時からの多職種アウトリーチ支援活動の実態と医療経済的評価】現在筆者らが行っている入院時からの多職種アウトリーチ支援に関する診療報酬上の実態調査について報告した。これは厚生労働科学研究費補助金「難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業」『地域生活中心』を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』にて協力医療機関3施設において、多職種アウトリーチ支援を要すると判断されたキャッチメントエリア内の入院患者に対し、入院中から支援を行うものである。本研究は比較対照試験のモデルをとっており、介入群・対照群の臨床上的の評価と並行して、支援に関する人的コスト・医療コストに関して調査を行っており、その結果について中間報告(患者の退院後最大6ヵ月間フォローした内容の集計)を行った。

まず、多職種アウトリーチの対象となった53ケースに対する支援であるが、入院中にケア計画の作成や関係性作りのために入院期間中のコンタクトでは平均21.2回の実コンタクトをしていた。エントリー時の平均在院日数が75.2日であることを考慮すると、週あたり約2回の実コンタクトを行っていることがわかる。また退院後には1ヵ月4～5回程度の有報酬コンタクト、1ヵ月1回程度の非報酬コンタクトを行っており、その頻度は6ヵ月間あまり変わらずに推移していた。

こうした活動における総コンタクト時間を、診療報酬の状況で区分した場合、電話コンタクトに費やされる時間が8.1%、非報酬コンタクトの時間が33.2%、有報酬コンタクトの時間が58.7%となっていた。特に「退院までの入院中のコンタクト」において、全臨床時間の75.7%が非報酬となっており、その割合が高いことがわかった。

退院後は月400分程度の比較的インテンシブなコンタクトが継続して行われていた。介入群では入院中

に合計平均147,593円（うち約14万円分が診療報酬で対応されていない無報酬ケア）、退院後、報酬対応分・非報酬対応分を合算して平均42,745 ± 8,895円（月）のアウトリーチサービス費用がかかっていることがわかったが、入院費は平均9,914 ± 10,302円（月）に抑制されていた。他方で、対照群では初回の退院後、平均41,293 ± 23,126円（月）の入院費がかかっていた。現時点では追跡中のためアウトカムに関する評価は、十分な意味をなさないが、今後継続してフォローしていく予定である。（詳細は文献2を参照）

【内容3：まとめと今後に向けて】多職種アウトリーチ支援については、現行の診療報酬制度では十分にその活動全体をカバーできないことが明らかになったが、こうした問題に対応するには、以下の2つの方向性が検討される。1つは精神科訪問看護に関する個別訪問要件の緩和化である。現行の精神科訪問看護制度を変更し、訪問看護ステーションにおける精神保健福祉士の単独訪問、入院中の訪問、同日内の複数回訪問、重症度加算などを検討する方向性である。しかし、多職種アウトリーチ活動で必須となってくる医療拒否事例に関する支援については、医療上の契約前に訪問する形になり、有償化になじまないという議論がある。もう1つは包括型要件を設定する方向性である。個別に報酬単価をつけるのではなく、一定の要件をみたす事業所に「まるめ」でケースに対して報酬をつけ、各種非報酬部分も「まるめ」で対処する方法である。この場合、事業所の要件・期限の設定や従来の訪問看護との差別化が必要であり、また認定された事業所の訪問支援の質をどう高く保つのか、『要件の設定』と『モニタリング』という課題が出てくると考えられる。いずれにせよ「理想的な多職種アウトリーチチームとは何か」というモデルを検討したうえで、論ぜられる必要がある。

- 1)吉田光爾, 前田恵子, 泉田信行ほか: Assertive Community Treatmentにおける診療報酬の観点から見た医療経済実態調査研究. 臨床精神医学, 41(12); 1767-1781, 2012
- 2)吉田光爾: 重症精神障害者に対する多職種アウトリーチチームのサービス記述と効果評価支援研究～中間報告～ 厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業(精神疾患関係研究分野) 『「地域生活中心」を推進する、地域精

神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究』
平成24年度 総括・研究分担報告書 . p. 25-41, 2013

地域における統合失調症治療に必要な構造とスタッフ技術

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所¹⁾
国立精神・神経医療研究センター病院²⁾

伊藤 順一郎¹⁾、坂田 増弘²⁾、佐藤 さやか¹⁾

【はじめに】地域中心の精神保健医療福祉のシステムを作り上げるとは、単に、精神科病棟を削減し、スタッフや患者を地域に出すということばかりではない。治療やケアの現場を、精神障害をもっている人々や家族が生活し、働いている場に移していくということであり、そこでは、1つのシステムの中で包括的なケアが統合されて、息ながく行われる必要がある。

本稿では、1つのモデルケースとして、国立精神・神経医療研究センター病院の在宅支援室と、デイケアを統括する「地域精神科モデル医療センター」で進行中のリフォームについて記述し、必要な構造とスタッフ技術について検討する。

【センター病院地域精神科モデル医療センターのあゆみ²⁾】センター病院は、2010年9月に、新病院が竣工した。その際に慢性精神科病棟は閉鎖され、短期入院のための精神科病床160床（4病棟、全室個室）のみの体制になった。このような状況下、デイケア、作業療法室、在宅支援室の機能と病棟機能のつながりは長い間分断され、また、新病棟とリハビリテーション部門のつながりも不明瞭であった。また、心理社会的治療に関しての病院全体の関心も希薄であった。

そこで、伊藤らは、2010年に専門疾病センターの1つとして「地域精神科モデル医療センター」を立ち上げ、在宅支援室、デイケアの機能の再編成に着手した。

「地域精神科モデル医療センター」の長期目標は、極力入院しなくても、地域の中で重い障害をもった人を支えられ、地域精神保健医療福祉システムの一端として機能しうる、一モデルを構築することにある。

まず、病棟とリハビリテーション部門をつなぐ場として「退院調整会議」を設定した。ニーズのある入院者とリハビリテーションや在宅支援のサービスをつなぐためである。また、リハビリテーションの窓口を一本化し、利用者の利用までの流れをわかりやすくした。

在宅支援室では、ACT型の精神科アウトリーチチームの形成を目指した。具体的には、チーム精神科医を位置づけ、週1回のチームミーティング、グルー

プスーパービジョンに参加することとし、変更が可能な患者の主治医をひきょうけることとした。また、訪問用車両、携帯電話の整備を行い、スタッフも増員し、NS、PSW、OTあわせ、非常勤専従5名、常勤兼任4名の体制をとった。技術的にもストレングスマデルのケアマネジメントを導入し、チーム全体で支援する体制をとり、地域の社会資源を活用しながら包括ケアが行えるようにした。これらの改革のなか、登録者数も増加し、年間訪問件数は2,200件を超えるようになった。

デイケア部門では、デイケアと作業療法を統一し、スタッフルームも1つにした。サービス体系も、デイケア、ショートケアの2つに絞り、「就職できるデイケア、卒業できるデイケア」を体制の目標とした。非常勤スタッフ（心理1、就労支援スタッフ1、秘書機能1）の増員を行い、プログラムも含め、個別就労支援の体制を整えた。毎朝のスタッフミーティング、週1回の運営会議を常設し、多職種チームによるケア会議、個別の面接を推奨した。チーム精神科医には、会議参加とともに、インターク担当をチームリーダーとともに行うことをお願いした。チームにはストレングスマデルのケースマネジメントを導入し、職場や生活の場へのアウトリーチ活動を行うことも推奨した。

現在、毎月来所者数は200名を超え、毎日の参加者数も80名程度を維持している。一般企業への就労者数は一昨年度13名、昨年度は32名であった。

【考察】医療や精神科医療をめぐる状況は近年大きく変化し「治療は、生活の質（QOL）の増進という統合された目標への貢献という観点から評価される1つの手段の位置へとその役割を再定義される」¹⁾ようになった。

精神科医療も、その社会防衛的役割を離れ、一般医療に近づいていくとき、同じ文脈の中で、ありかたを見直さざるを得ない。すなわち、精神科医療は地域生活を支援する包括ケアシステムの一部として、役割をとることが求められる。そこで必要になるのが、在宅ケアやアウトリーチサービス、ケアマネジメント、そして、精神科医を中心とする階層システムを、多職種、地域住民間のネットワークへ移行させることである。

このような中、コメディカルスタッフばかりでなく、精神科医の行動規範も変化する必要がある。個々の患者を診ることばかりでなく、ネットワークの中で活動していくためのいくつかの技術を強化していくことが重要になるであろう。さらに、医療機関自体も、入院治療に依存せず、地域の中の包括ケアの拠点となるための構造変化を必要とする。多機能型の地域精神科診療所はそのためのサービスモデルとして今後検討に値しよう。

- 1)猪飼周平：病院の世紀の理論．有斐閣，東京，2010
- 2)『地域生活中心』を推進する、地域精神科医療モデル作りとその効果検証に関する研究 平成24年度報告書（研究代表者 伊藤順一郎）．厚生労働科学研究費補助金 難病・がん等の疾患分野の医療の実用化研究事業（精神疾患関係研究分野），2013

ICD-11 の最新動向

東京医科大学精神医学講座

丸田 敏雅

【目的】現在、世界保健機関（WHO）は、第11回国際疾病分類（ICD-11）作成に向けて作業を進めている。現在の予定では、2014年の世界保健総会の承認を得た後2015年から導入の予定である。今回、その進捗状況について報告した。

【方法】ICD-11の草案は2012年5月にweb上にて公開される予定であったが、作業が遅れその後公開が待たれている。現在までのところ、「神経発達障害」「統合失調症スペクトラムおよび他の原発性精神病性障害」「双極性障害とその関連障害」「うつ病性障害」「不安と恐怖関連障害」「特定のストレスと関連する障害」「強迫性障害とその関連障害」「解離性障害」「身体的苦痛障害」「哺育と摂食障害」「排泄障害」「破壊的、衝動制御および行為/非社会性障害」「物質使用による障害」および「行動面でのアディクション」などが大分類に含まれる予定である。一方、「睡眠障害」「性機能不全」「神経認知障害」「パーソナリティ障害」「性的倒錯」「虚偽性障害」および「他の精神および行動の障害」などをどのように扱うかは未定である。また、WHOはフィールドトライアルのため、臨床実践グローバルネットワーク（Global Clinical Practice Network）の構築を進めている。

【結果】上記のようにICD-11草案では、従来の「気分（感情）障害」という大きな枠組や「身体表現性障害」という名称がなくなるなどの大きな変化も認められる。

【考察および結論】ICD-11は「Clinical Utility」を高めるために改訂作業が行われている。今回、現在までに公開が許可されているICD-11草案について概略を報告し、改訂作業がなされた米国精神医学会のDSM-5との相違についても考察した。

DSM-5の最新動向

東京医科大学精神医学講座¹⁾
上智大学総合人間科学研究科心理学専攻²⁾

松本 ちひろ^{1,2)}

【はじめに】2013年5月18日から22日にかけて、第166回米国精神医学会議がサンフランシスコにおいて開催された。2008年より改訂活動が本格的に行われてきたDSMの第五版が本学会において発表され、それに発刊に際し、その前身であるDSM-IV-TRからの変更点や改訂作業のプロセスについて多数のセミナーやシンポジウムが開催された。筆者は第109回精神神経学会総会開催直前に、このAPA総会に参加しており、DSM-5に関する最新情報を紹介した。

【全体の構成】DSM-IV-TRまでDSMは多軸診断を採用しており、それに沿った形での構成となっていたが、DSM-5はSection I～IIIとAppendixから構成される。各Sectionの役割はDSM-IV-TRにおける軸のそれと大きく異なる。

まず、Section IIはDSM-5に関する基本的情報にふれる部分である。Section IIはDSM-5の本体部分にあたるものであり、DSM-IV-TRの第1軸、第2軸となっていた部分に相当する。疾患単位として扱う定義や診断基準が収録されている。Section IIIはEmerging Measures and Modelsと題されており、Section IIには収録しなかったものの、今後のさらなるDSM発展に向けた展望が記述されている。以下、当日発表した内容から各論にあたる部分を抜粋してまとめた。

【統合失調症スペクトラムおよび他の精神病性障害について】統合失調症においては、まず亜型の廃止が大きな変更点として挙げられる。また緊張病は、精神病性障害に限らず広くみられることから独立した疾患単位となり、統合失調症に伴って症状がみられる場合には特定用語 (Specifier) として記述されるようになった。診断基準に関しては、エビデンスが十分でないとの根拠からシュナイダーの一級症状が低格化された。早期発見と早期治療のメリットから診断カテゴリーへの採用が検討されていたAttenuated Psychosis Syndromeは、今回の改訂ではSection IIIへの収録が決定した。

【双極性障害とその関連障害について】今回の改訂で、双極性障害は、気分障害の枠を離れて独立した章となった。今回の改訂では双極性障害に限らず特定用語の多様が目立ち、I型については使用可能な特定用語は10にもものぼる (例: with anxious distress, with mixed features, with rapid cycling, etc.)。

【うつ病性障害について】うつ病性障害に関しては、Disruptive mood dysregulation disorder、持続性うつ病性障害、月経前不快気分障害の3つが新設された。Disruptive mood dysregulation disorderは児童思春期における双極性障害の過剰診断への懸念から、かんしゃくと抑うつ気分を臨床症状とする病態を扱う疾患単位として新設された。持続性うつ病性障害は、カテゴリーとしては新設であるが、DSM-IVまでの慢性大うつ病性障害と気分変調症に相当する病態を扱うものである。月経前不安障害はDSM-IV-TRまで今後さらに研究を要する病態として扱われていたが、今回の改訂で独立した疾患単位となった。その他、死別体験はうつ病性障害の除外基準ではなくなった。

【哺育と摂食の障害について】「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害」の章が解体され、発症時の年齢ではなく臨床症状によりの確な章への再編成が行われたことで、従来からの摂食障害が、より低年齢期の哺育の障害と同じ章内で扱われるようになった。DSM-IV-TRでは本体に収録されていなかったむちゃ食い障害は、DSM-5で診断カテゴリーとなった。

【神経認知障害について】認知機能障害の診断分類が、DSM-5では大きく変わる。臨床像の観点からの二段階評価 (Major, Minor) と、考えられる病因の特定 (例: アルツハイマー病、レビー小体病) で診断がなされることとなる。軽度認知機能障害 (Mild Cognitive Impairment: MCI) は近年概念として定着しつつも診断分類システムにおいて操作的診断基準が設けられていなかったが、今回の改訂に際し概念的な整理が行われ、Minor Neurocognitive Disorderとして扱われることになった。またコーディングの対象となる主な病因も、血管性とアルツハイマー型の2種から大幅に増え、前頭側頭葉変性症、レビー小体型、プリオン病、パーキンソン病、ハンチントン病なども加えられることとなった。

【神経発達障害について】従来、自閉症、アスペルガー障害、広汎性発達障害NOSなど複数の疾患単位に分かれていたものが、自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder: ASD) として扱われることとなった。これらはそれぞれ独立した疾患単位で

なくなり、上述の診断をこれまで受けていたほとんどの個人は、今後ASDと診断されることになる。スペクトラムの語が示す通り、ASDの診断を受ける患者はさらに、コミュニケーションと、限局的興味・関心と反復的行動の2つの領域における評価で、臨床像の記述がなされる。

【パーソナリティ障害について】最終的な見通しが昨年のAPA総会でも不透明であり、動向が注目されていたパーソナリティ障害であるが、結果としてはDSM-5におけるパーソナリティ障害は、DSM-IV-TRから一切の変更が加えられていない。しかしDSM-5への収載を目標に構築され、これまで提唱されてきたパーソナリティの機能と特性の評価からなる診断モデルは、完全に否定されたわけではない。ワーキンググループは、DSM-5発刊までにフィールドスタディの実施が叶わなかったため、Section IIではなくSection IIIへの掲載となった経緯を明かした。

【全体の傾向】今回の学会で印象的であったのは、多数の演者が語ったDSM-5.1への展望、つまり次回改訂の際に一気にDSM-6までに向かうのではなく、DSM-5.1、DSM-5.2とマイナーチェンジを重ねる構想である。これまで米国精神医学会は、米国の精神医学において絶大な影響力を誇っており、作成者の意図ではないにしろDSMは精神医学における聖書であるかのように称されることも多々あった。この点は、今回DSMの改訂にあたった実行委員会の誰もが自覚していたことであろう。この風潮をDSM作成者自らが否定し、今後もさらなる発展が期待される“living document”の、1つの区切りがついた形としてのDSM-5を強調していた、と表現できる。

ICD-11プライマリケア版の動向 新たな診断カテゴリ導入の可能性

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

中根 秀之

【目的】現在、2015年の総会での承認に向けてICD-11の改訂作業が進行している。医学のすべての分野を網羅し、世界の医療専門職や一般住民が利用できるよう整備するため、その作業の膨大さは想像に難くない。精神科領域においては、先ごろ米国精神医学学会によりDSM-5の出版が行われ、精神医学への影響は少なくはない。今後控えるICD-11の果たす役割もまた大きいことが予想される。ICD-11については、アルファ版の公開はなされているものの、いまだ全貌を把握することはできない。そのため、現在作成されているICD-11-PHCのドラフトについて注目し、その先に見えるICD-11について考察する。

【方法】ICD-10-PHCについては、WHOが1996年（日本語版1998年）に出版している^{2,3)}。26の精神医学診断カテゴリから構成されており、その後のフィールドトライアルにて、修正が加えられている。精神医療リソースの十分ではない中・低所得国などで限られた運用であり、残念ながら日本ではほとんど使用される機会はなかった。今見返してみても、診断アルゴリズムなど、比較的ユーザーフレンドリーなインターフェイスをもつなどユニークな部分もあった。

今回、ICD-11-PHCの改訂については、一般医療においてみられるコモンメンタルディスオーダーに密接に関連した分類であること、身体疾患と精神疾患の間における“co-morbidity”を検討すること、さらにコモンメンタルディスオーダーの治療を要する事例であるか否かあるいは、重症度の評価が行えることを目的にしている。その結果、28のカテゴリから構成され、それぞれに表面化している症状、臨床記述、診断に必要な症状、関連症状、重症度、小児期にみられる病態、鑑別診断が記載されている。2012年にLamらがICD-11-PHCに関連してanxious depressionとbodily stress syndromeの導入の可能性について報告している¹⁾。これらの新しい呼称をもった診断カテゴリを中心に、論文をもとに考察を試みた。

【結果】Lamらは、anxious depressionとbodily stress syndromeの新たな診断カテゴリについて、7カ所のプライマリ・ケアの専門家に対してフォーカスグループによる質的研究を行った。その結果、anxious

depressionについては、診断のための症状の持続期間が2週間では短いことが指摘されたが、診断カテゴリとしては受け入れやすいものであった。一方、bodily stress syndromeについてはmedically unexplained symptomsよりも良い診断カテゴリではあるが、診断基準の設定については統一した意見を得ることができなかった。ICD-11-PHCのドラフトで示される上記2つの診断カテゴリは、プライマリケアでみられるSAD (Somatization, Anxiety, Depression) triadを整理する概念といえよう。

【考察および結論】現段階のICD-11-PHCドラフトにおいて、神経衰弱、恐怖症性障害やパニック障害などの不安障害は削除されている。一方で、上記の新診断カテゴリに加え自閉症スペクトラム、PTSD、パーソナリティ障害などの新たな診断カテゴリの導入、健康不安や持続性精神病性障害などの呼称変更により、カテゴリ数が増加している。ICD-11-PHCについては、ドラフトをもとに今後国際フィールド・トライアルを実施することが計画されている。それらの結果を踏まえて、新しい診断カテゴリの導入の可能性が高いと考えられる。我々は、このような新たな診断概念について知り、今後現れるICD-11へ理解を深めていくことが必要であると思われる。

1) Lam, T. P., Goldberg, D. P., Dowell, A. C., et al: Proposed new diagnoses of anxious depression and bodily stress syndrome in ICD-11-PHC: an international focus group study. *Fam Pract*, 30(1); 76-87, 2013

2) 中根允文, 吉武和康: ICD-10プライマリケアにおける精神疾患の診断と診療指針. ライフサイエンス出版, 東京, 1998

3) World Health Organization: Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD—10 Chapter V Primary Care Version. WHO, Genova, 1996

国際診断基準は科学的か？ 診断学からの批判

北村メンタルヘルス研究所所長

北村 俊則

精神疾患の臨床と研究を実証的観点から先に進めるには、「とりあえずの約束事」として操作的診断基準を共有すべきという機運が1970年代に起こり、その結果Present State Examination, Feighner Criteria, Research Diagnostic Criteriaなどが次々と発表され、1980年のDSM-IIIの発表につながった。暫定的約束であるから、以降の実証研究の成果を基に漸次改訂していくという暗黙の約束もあった。しかし、いったんアメリカ精神医学会（APA）や世界保健機構（WHO）などが公式診断基準集として発表すると、それに過剰な権威がつくようになった。暫定基準が変更を許さない基準に変わっていったのである。「実証研究の成果をもって改訂する」から「よほどの実証の結果がなければ変更しない」（1本の論文では公式診断基準は書き直さない）という守旧派的態度に多くの精神科医の態度が変わっていった。そして、一臨床家や一研究者の自由な発想による診断概念（例：cycloid psychosis）が「異教」として否定される傾向さえみられるようになってきた。さらに1980年以降の診断基準の改定を振り返ると、学問以外からの強い影響があったかのように思える部分も存在する。これではあたかもDSM-IVやICD-10が「科学的に唯一最も正しい診断と病名集である」といった認識を研修医や一般国民に抱かせるだけでなく、専門家すらそのように確信するようになると危惧される。本シンポジウムでは上記の問題をうつ病と気分障害、パーソナリティとパーソナリティ障害、ボンディングの障害の診断をサンプルとして扱いつつ、検討した。

実地臨床における認知行動療法の発展的応用ならびに認知神経科学との架橋

北海道医療大学看護福祉学部臨床福祉学科医療福祉臨床学講座¹⁾
北海道大学大学院医学研究科神経病態学講座精神医学分野²⁾

北川 信樹¹⁾、清水 祐輔²⁾、久住 一郎²⁾

多様化し拡大する現代の気分障害臨床にあって、従来の急性期医療モデルに基づく薬物療法中心の対応が、もはや限界に来ていることは論を待たないであろう。その中で、近年認知行動療法（CBT）のエビデンスが積み重ねられ、治療の一翼として大いに期待されているのは周知の通りである。今後も実地臨床での適用はますます増していくものと思われるが、その際に考えられるいくつかの方向性について整理・考察を試みた。

まず、第一に挙げられるのは「治療技法の修正と工夫」である。現代の大うつ病の多様性に加え、不安障害パーソナリティ障害の合併、慢性化・難治症例への対応などが必要となっている。これに対しては、うつ病の病理モデルをさらに精緻化し、そのモデルに沿った介入をパッケージ化する方向（いわゆる第三世代CBT、CBASPなど）、および個別のアセスメントを重視し、診断を超えてアセスメント内容に基づいてCBTをカスタマイズする方向（認知的概念化の重視（Beck, J. S.）、問題解決アプローチ（Nezu, A.）、統一アプローチ（Barlow, D. H.）など）が考えられよう。いずれの方向も重要ではあるが、構造化された精緻なパッケージを実践するよりは、後者のように認知行動モデルによる詳細な概念化に基づいて作業仮説を立て、全体的治療プランを問題志向的に構築するというのが現実的であろう。これにより、心理教育がより確かとなるだけでなく、無用な薬物療法の抑止にもなり得ると考えられる。

第2に「CBTの実践レベルの多様化」が挙げられる。現状でCBTを実施するには時間的・経済的効率性の問題は避けて通れない。そのため、いわゆる低強度（low-intensity）CBTを様々な臨床セッティングで行い、より多くの人々に提供する試みが広がつつある。コンピューター支援型CBTから当事者グループ、職域や学校での予防教育プログラムなど様々な形態が考えられるが、中でもリワークを中心に広まっている集団認知行動療法（CBGT）は、回復期治療および予防の点から今後も注目に値すると考えられる。その効果はわれわれの実践においてもこれま

で報告してきた¹⁻⁴⁾。病院や地域で行うCBGTは、効率や経済性追求という側面だけでなく、地域への再参加というリカバリーの視点および予防的観点からも極めて重要な援助資源となり得ると考えられる。

第3は「治療反応性の予測」である。近年、気分障害における認知機能障害の存在が明らかにされてきている。認知行動モデルから考えると、状況の認知から感情、行動に至るまでの経路には、当然、複雑な認知機能が介在しているはずであり、その習得に際しても学習機能、記憶などが担保されている必要が考えられる。したがって、CBTにおいては情動・認知・行動の相互作用のモデルにとどまらず、その基盤となる神経科学的関連因の解明が必須である。また同時に、その機能評価は治療反応性の予測や治療効果増強への鍵となる可能性がある。北大精神科におけるパイロット研究では寛解期のうつ病においても実行機能、運動処理速度、短期記憶の障害があり、言語記憶はQOLと関連していた。さらにCBGTの実施により、これらが有意に改善していた^{2,4,5)}。また、CBGTの治療反応性（50%以上のBDI低下）と開始時の認知機能検査の検討（n=45）では、言語記憶の遅延再生が有意に治療反応性を予測していた。最近の画像研究では前帯状回低活性が治療反応性を予測するという報告もいくつかみられ、今後生物学的知見の応用可能性が広がるのが考えられる。

最後に「治療効果増強」の可能性が挙げられる。d-cycloserine（NMDA受容体部分作動薬）など薬物による効果促進なども報告されているが、先の見所からは、基礎的な神経認知機能を治療前に高めることによってCBTの効果がより増強される可能性も推測される。このことから北大では、主に統合失調症を対象に発展しつつある認知リハビリテーションを、気分障害に応用する試みを開始した。具体的には、認知機能に低下がみられる大うつ病症例にNEAR（Medalia, A.）を12週実施し、作業療法のみと群と比較した。10名の検討においては、認知リハビリテーション群でcontinuous performance testの反応時間、および言語記憶検査の遅延再生、全般的機能GAFが有意に改善していた。今後、認知リハビリテ

ーションを経ることでCBTの効果がどう変化するのか検討していく予定である。以上のように認知神経科学の知見を加えたCBTモデルの追求は、治療予測性または治療増強の可能性を秘めている。脳機能画像のみならず、神経認知機能の測定は臨床で容易に行えることから、治療効果を定量化し治療タイミングを知るのに有望と考えられる。

- 1)北川信樹，賀古勇輝，渡邊紀子ほか：うつ病患者の復職支援の取り組みとその有効性．心身医学，49(2)；123-131，2009
- 2)北川信樹，小山司：気分障害における神経心理学的認知機能検査と臨床応用の可能性．臨床精神医学，38(4)；437-445，2009
- 3)北川信樹，加藤ちえ，小山 司：うつ病に対する職場復帰プログラムにおける工夫と限界．精神科治療学，26(2)；149-156，2011
- 4)北川信樹：第3章各施設の実践例「北海道大学病院精神科神経科での実践」．さあ！やってみよう 集団認知行動療法 うつ・不安への支援のために（集団認知行動療法研究会監修）．医学映像教育センター，東京，p. 46-59，2011
- 5)北川信樹：うつ病の認知機能と社会復帰を目指した回復期治療．精神疾患と認知機能 最近の進歩（精神疾患と認知機能研究会編）．新興医学出版社，東京，p. 55-62，2011

ニューロサイエンスからみたうつ病診断・治療の将来

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター精神科

竹林 実

うつ病を含めた精神疾患の客観的指標（バイオマーカー）の確立は、科学的精神科医療の実現には重要である。脳形態画像、脳機能画像、脳脊髄液、血液、皮膚組織、遺伝子などが対象となる。この中で、脳機能画像の1つとして光トポグラフィ検査が先進医療として導入され、鑑別診断の補助としてのエビデンスが蓄積しつつある。前臨床のバイオマーカーとしては、血中BDNF濃度がうつ病の重症度や治療反応性に関して、HPA系の指標であるデキサメサゾン/CRHテストが亜型分類に関しての補助に役立つであろう。遺伝子情報はカルバマゼピンの重篤な副作用の予測に使用できつつあり、今後、他の気分安定薬などにも応用できるであろう。DNA化学修飾（エピジェネティクス）の1つであるDNAメチル化の状態が診断に応用できる可能性がある。さらに患者皮膚由来のiPS細胞はさまざまな疾患を含めて将来的にオーダーメイド医療として治療反応性や病態解明のツールとして期待されている。一方、身体治療についてはECTの効果を超越するものは今のところないが、ECTの副作用・負のイメージ、麻酔科医への依存状況を払拭するような次世代治療としてアメリカではTMS（経頭蓋磁気刺激法）とVNS（迷走神経刺激法）のうつ病への適応が近年認可され、DCS（経頭蓋直流刺激法）も注目されている。また、難治性の精神疾患に対して、DBS（脳深部刺激療法）に関する研究も進んできている。これらの治療法は技術的にも倫理的にも開発途上であるので、ECTを補う形で導入されると思われる。いずれにしても、いくつかの検査法や治療法は現在すでに有望であり、適切に使用すれば科学的診断および治療が補助的にはあるができるようなレベルに達しつつある。今後はこれらが実臨床で利用できる取り組みや働きかけがさらに重要であろう。

うつ病の薬物療法の現状と今後 均てん化から個別化へ

信州大学医学部附属病院精神科

杉山 暢宏

本邦におけるうつ病の薬物療法の問題点として、抗うつ薬の多剤併用の問題や安易なベンゾジアゼピン受容体作動薬（BZD）の多剤大量投与などがある。診療報酬の改定などを通して行政からの働きかけが始まっているが、こうした規制を受ける前に、精神科医自らの手で改善へ向けた努力を行うべきである。日本うつ病学会では2012年「大うつ病性障害の治療ガイドライン2012 ver.1」を公表した。その目的の1つは、全国どこにいてもエビデンスに基づいた適正な薬物療法が受けられるように、現時点で推奨される標準的な薬物療法を示しこれを普及していくことにある（うつ病薬物療法の均てん化）。本シンポジウムでは同ガイドラインが目指すうつ病の薬物療法の基準を概観し、その根拠となった最近の臨床研究の結果も交えながら、もう一度考察してみた。

臨床研究はうつ病の薬物療法の根拠となる重要な柱であるが、あわせて、臨床家は抗うつ薬の作用機序を、たとえそれが漠然とした仮説であっても、ある程度意識しながら薬物を使用している。いわゆるモノアミン仮説である。しかしながら生物学的研究が不十分な現在、薬物の作用機序から細い線をたどりながらうつ病の病態生理を探ろうという、逆さまの方向性が続いている。うつ病の病因論と抗うつ薬の作用機序の説明は循環論法にすぎない。循環論に陥っていることを反省し、うつ病は原因不明の病であるとの認識をはっきりと共有することが重要である。その素地の上に、生物学的研究の動機が生まれるからである。人類は血圧調節を理解するのに400年かかった。途方もない時間がかかるうとも、原因を探り、原因によってうつ病を分類する、という正しい方向性を堅持し、後世に恥じない仕事を残していきたい。

早急な課題は薬物療法の均てん化であるが、その先には、個々の症例に最適な薬物治療は何か、という重要な疑問命題がある。年齢・世代（児童思春期、青年期、中年期、老年期）や性差（月経周期との関連、周産期、閉経期）を意識した抗うつ薬選択に関する研究が、今後期待される。また個別の症例に最も治療反応性が高い薬物はなにか、投与前にある程度わかれば患者にとって大きな利益である。身体合

併症（たとえば認知症や緩和医療の現場）、併用薬剤（たとえばインターフェロン）に応じた抗うつ薬の選択についてもこれからの課題である。時系列で考えたとき、第一選択薬に治療反応性がない、ないし不十分であるとき、セカンドラインの治療法に関する知識はあまりにも不足している。

うつ病の治療成績をさらにあげるためには、（均てん化を前提条件として）今後はうつ病治療の個別化へ向けた研究が必要となる。個別化を可能にするためには、前述のとおり「原因不明のうつ病の原因を明らかにし、原因によってうつ病を整理分類する」というステップがどうしても越えなければならない壁である。時間をかけても、1つ1つのうつ病の原因を明らかにしていくべきである。特に重要と思われる領域として、性差と年齢という切り口が挙げられる。最近筆者らは、新規エストロゲン受容体（ERbeta）選択的的刺激薬が卵摘後のマウス中脳縫線核におけるセロトニン神経を保護することを示した¹⁾。近年のエストロゲン受容体研究の動向を紹介しながら、うつ病の原因論に迫るさらなる研究への期待を述べた。

1) Suzuki, H., Barros, R. P., Sugiyama, N., et al. : Involvement of estrogen receptor in maintenance of serotonergic neurons of the dorsal raphe. *Mol Psychiatry*, 18 (6) ; 674-680, 2013

治療抵抗性うつ病をめぐる展開 症候学的観点から

防衛医科大学校精神科

吉野 相英

うつ病の多くは初期治療に十分反応せず、寛解率は40%にも満たない。したがって、初期治療が奏功しなかった場合のnext stepの組み立て方が重要となる。しかし、STAR*Dのような周到に準備されたアルゴリズム治療を用いても33%は一度も寛解に至らなかった。このような治療抵抗性を示すうつ病にはなんらかの症候学的特徴があるのだろうか。治療抵抗性うつ病の定義にはさまざまなものがあるが、「作用機序の異なる抗うつ薬を2種類以上それぞれ十分量、十分期間用いても寛解に至らない」と定義するのが一般的である。この定義は臨床的にも理にかなっている。

たとえば、筆者らが実施したアルゴリズム治療では2種類の抗うつ薬によっても寛解しなかった患者の場合、それ以上アルゴリズム治療を進めても寛解率はほとんど改善しなかった⁴⁾。そこで、筆者らは治療抵抗性うつ病を「2種類以上の抗うつ薬を添付文書に記載されている最低維持用量以上で6週間以上用いても寛解に至らない」と定義し直した上で、その特徴を調査した。対象は6ヵ月以上通院している大うつ病患者199名。17項目版HAM-D得点が7点以下を寛解(123名)、8点以上を非寛解(76名)に分類した。この非寛解群の抗うつ薬治療を評価し、先の定義に該当するものを治療抵抗性群(31名)とし、寛解群とさまざまな臨床因子を比較した。その結果、自殺のリスク、メランコリー型、併発不安障害(既往および現症)が治療抵抗性うつ病の独立した予測因子として浮かび上がり、しかも、併発不安障害のオッズ比が5.7と最も高かった。ヨーロッパで実施された同様の大規模調査でもこの3因子が治療抵抗性うつ病の予測因子として同定され、最もオッズ比が高かったのはやはり併発不安障害(4.2)であった³⁾。さらに、筆者らの調査では複数の不安障害を併発していた12名全員が治療抵抗性群に属していた。このように不安障害の併発と治療抵抗性うつ病の間には明らかな関係性が存在する。

大うつ病に同時併発する不安障害に特定のものはなく、どの不安障害であっても併発率は10%を超える。そして、大うつ病の40~50%はなんらかの不安障害を併発していると考えられている。不安障害を同

時併発している大うつ病には治療抵抗性以外にも際立った臨床特徴があり、たとえば、うつ病単独よりも発病年齢が若く、エピソードが重症かつ長期化すること、自殺のリスクが上昇することなどが報告されている。

うつ病に併発する不安が抗うつ薬治療に対する反応性に重大な影響を及ぼしている可能性も指摘されている。一般に抑うつ症状が強いほど抗うつ薬の効果が見込めると考えられているが、Papakostasら²⁾は重症うつ病であっても不安の多寡によって治療反応性が大きく変化することを見出している。不安レベルの低い重症うつ病は抗うつ薬にきわめてよく反応するが、不安レベルの高い重症うつ病では反応性が著しく低く、プラセボの代わりにSSRIで治療した場合の寛解のNNTはそれぞれ4、22と見積られたのである。

次に不安と抑うつの関係を不安障害の視点から眺め直してみたい。筆者らは不安障害患者217名を対象として、不安障害の重複診断と大うつ病エピソードの併発および不安症状の重症度との関係性について調査したことがある¹⁾。その結果、不安障害の診断が単一、二重、多重と増えるに従って、大うつ病エピソードの同時併発率は20.1%、45.0%、87.0%と指数関数的に上昇し、単一不安障害に対する二重、多重不安障害の大うつ病併発リスクはオッズ比にして3.3、26.4に達していた、しかも、強迫性障害を除く不安障害の重症度は不安障害の重複、大うつ病エピソードの併発に伴って明らかに重症化していた。複数の不安障害を併発していると大うつ病エピソードを併発しやすいだけでなく、不安症状自体の重症度も増すということは、重複不安障害と大うつ病には特異な関係性が存在し、併発による「相乗効果」が存在することを示唆している。

DSM-5ではうつ病性障害の特定用語として「不安による苦痛を伴うもの」が付け加えられ、亜型診断が可能となった。その解説には、うつ病に伴う不安は自殺リスク、慢性化、治療抵抗性と関連し、「不安による苦痛」を正確に特定することは臨床上有用であると記されている。今後のうつ病診療においては抑うつ状態の評価にとどまらず、不安症状をも評

価することが新たなパラダイムとなるかもしれない。

- 1) Miyazaki, M., Yoshino, A., Nomura, S.: Diagnosis of multiple anxiety disorders predicts the concurrent comorbidity of major depressive disorder. *Compr Psychiatry*, 51; 15-18, 2010
- 2) Papakostas, G.I., Fan, H., Tedeschini, E.: Severe and anxious depression: combining definitions of clinical subtypes to identify patients differentially responsive to selective serotonin reuptake inhibitors. *Eur Neuropsychopharmacol*, 22; 347-355, 2012
- 3) Souery, D., Oswald, P., Massat, I., et al.: Clinical factors associated with treatment resistance in major depressive disorder: results from a European multicenter study. *J Clin Psychiatry*, 68; 1062-1070, 2007
- 4) Yoshino, A., Sawamura, T., Kobayashi, N., et al.: Algorithm-guided treatment versus treatment as usual for major depression. *Psychiatry Clin Neurosci*, 63; 652-657, 2009

医療保護入院制度の今後

厚生労働省精神・障害保健課

福生 泰久

厚生労働大臣政務官を主担当とする「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」(3R)では、保護者制度や医療保護入院などについて検討を行い、平成24年6月に「議論の整理」をとりまとめた。これを踏まえて、現在、法改正などの検討を行っているところであり、その検討状況などについて報告した。

新しい非自発入院制度における入院患者の権利擁護

岡山パブリック法律事務所

井上 雅雄

【入院制度に関する議論の整理】厚生労働省の検討チームが、平成24年6月28日に発表した「入院制度に関する議論の整理」における新しい非自発的入院制度の特徴は次のとおりであった。

保護者の同意を要件としない。

精神保健指定医1名による診察での入院開始とする。

入院当初から早期の退院を目指した取組（入院診療計画の策定など）を求める。

入院した人は代弁者（アドボケーター）を選ぶことができる。

入院に関する審査のあり方を見直す。

【精神保健福祉法改正法案】精神保健福祉法改正法案では、上記検討チームの意見は次のようになった。

保護者に関する規定の削除。

家族等の同意を医療保護入院の要件とする。

早期の退院を目指した取組は、病院の努力義務等で規定。

代弁者（アドボケーター）導入は見送り。

入院に関する審査の見直しは規定せず。

【権利擁護面からの検討】非自発的入院は、人身の自由等の基本的人権の重大な制約を伴うものなので、その制約は必要最小限で、かつ、適正手続が遵守されなければならない。新しい非自発的入院を認める場合、人権の制約が必要最小限となることおよび適正手続が担保される制度設計が必要である。

【今回の法改正の評価と課題】保護者制度の廃止は評価できるが、医療保護入院の抜本的見直しを行わず、家族等の同意を法律上の要件とし、代弁者制度の導入を見送り、審査会等によるチェック体制強化を法定しなかった点に問題がある。3年後の見直しに向けて、代弁者のイメージを共有して早期導入を求めたいと考える。

新たな医療保護入院制度における権利擁護と早期退院

公益社団法人日本精神保健福祉士協会

大塚 淳子

平成25年6月13日、第183回（常会）国会で精神保健福祉法の一部改正が成立した。

長年、精神障害者の家族に矛盾した役割を課していた保護者制度が廃止された。しかし家族等のいずれかの者の同意を入院要件とし、さまざまな課題や懸念を残す内容となった。

非自発的入院が必要となる者の多くは地域生活の維持が困難な状況に陥っているといえる。医療保護入院のみが解決の選択肢なのか、入院時には診察とあわせ地域支援体制などの確認作業が必要だが、なお、医療保護入院を選択せざるを得ない場合は、入院時から早期退院と地域生活維持のための支援体制の構築に向けた治療や取り組みが求められる。

入院時から適宜、多職種チームや地域支援関係者と連携を図っている医療機関では、明らかに早期退院に結びついている。法改正により全国的に同様な結果につながるような実行性と運用が望まれる。医療機関マンパワーの増強とチーム医療の文化の醸成、住まいや福祉資源、家族への支援など各種の地域保健福祉体制整備の推進も不可欠である。

保護者制度廃止後の非自発的入院制度の展望

公立豊岡病院精神科

吉岡 隆一

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の議論および今回精神保健福祉法改正案の検討を行った。

保護者制度であるが、検討チームにより「課題」とされてきた保護者と当事者の葛藤の問題、退院に保護者の同意が得られず入院が長期化する問題、入院させるべき時に適正な保護者の同意が得られない問題は、本来保護者制度の問題とはいえない。入院中の人権保障と適正な医療水準の確保によって医療者が当事者に非自発的入院の必要を伝えられるか、また、家族に依存しない地域精神医療によって退院と医療福祉が継続できるかという問題である。現在の改正案は、保護者制度を廃するというが、家族等の同意要件を残しており、形式的には保護者制度の抱えるという「課題」は温存されることになるし、公的・実質的に地域精神医療保健福祉資源等を確保する姿勢は打ち出されていない。

従来医療保護入院は、行政解釈上、民法上の契約に準ずるものと解されてきたが、法学者からは人身の自由を制限できるものは裁判所のみであるという批判も強かった。今時改正によって、入院には現行より指定医の判断が強まり家族の比重は低下する。すなわち医療保護入院は、国家のパレンスパトリエ権限にもとづく好意的な非自発的入院とらえ返されるべきである。精神病性障害の両親の高齢化、高齢・単身障害者の増加、核家族化など、疾病構造と家族構造の変化も、ますます地域精神医療保健福祉を公的にバックアップする必要性を高めているが、保護者のかわりに家族等の同意を文言上に置き換え、民法上の契約の外見を残すことで、公的責任を曖昧にしている。

入院優位地域劣位、医療優位リハビリ福祉劣位、単科優位総合劣位、民間優位公的劣位というわが国の精神科サービス供給体制のもとで、地域サービスが入院サービスの付属物に終わらず、独立して存続し入院サービスを代替するためには、ベッド数の絶対的削減、経営的優位、自己負担上の地域サービス選好優位が必要条件である。

また改正案は行政に、「良質かつ適切な精神科医療の提供の確保に関する指針」を示す権限を法律上書き込んだ。平成24年6月には「精神科医療の機能分

化と質の向上等に関する検討委員会」報告書が公表された。

現在の社会的入院者7万2千人を退院させる課題に向き合わず、彼らの入院サービスを安価なものに変更し、その資源を急性期入院者に振り向け、認知症の入院サービスに充当し、その残余を地域サービスにあてるとなれば、それは現在でも相当短期化している比較的若い入院者向けのサービスの付属物程度になり終わる可能性がある。

当面の政策的核心を見失わずに、ごく長期的には、障害者権利条約の批准や弁護士会の動向を見据えて、精神科に特殊な非自発的入院・医療の法制の問題も考える必要がある。身体科と共通する同意なき医療と入院中の自由の制限に関する法制を考察する必要がある。

精神科病床数の将来予測

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

染矢 俊幸

20世紀終盤、わが国の精神科医療は32万人を超える入院患者を抱えていた。世界的にみて突出した精神科病床数への批判から、国は72,000床の削減計画を打ち出し、10余年が経過した。一方、我々は2000年に、これとは全く別の経緯から、統合失調症在院患者数がその後20年間で25～40%自然減少することを予測した。この数値は全国で約5万～8万に相当するが、2001年以降現在にいたるまで、ほぼ我々の上方予測通りに推移してきたことを確認している。

推計の概要は以下の通りである。2000年3月当時、新潟県には7,090名の精神科在院患者があり、統合失調症は3,866名で55%、在院患者の過半数をしめていた。この統合失調症在院患者数の推移にはきわめて特徴的な動きが観察された。すなわち、ある年代に生まれた特定世代の在院患者数が、二十数年にわたっていつも多く、その集団の高齢化に伴って在院患者全体の年齢分布が右方偏移していること、このピーク世代は1940年代に生まれた人たちで、その後生まれた世代はピーク世代ほど在院患者が多くなく、10歳きざみで各世代の在院患者数はほぼ半減していること、などである。ピーク世代は2000年当時50代になっており、年下の世代がこの世代ほどの在院患者層を形成していないことから、この世代の高齢に伴う減少によって、統合失調症在院患者全体の数が減少することが予想され、上記の時系列的特徴をもとに「いつごろ」「どのくらいの」減少が起きるのか、について推計を試み、冒頭に述べた結果が得られた。

今回、この推計とその後の実数推移、そして2009年に厚生労働省に依頼されて行った全国データの解析について詳しく解説した。

多様化する精神科医療機能 医療政策・管理論的観点から

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社会精神保健研究部

伊藤 弘人

【病棟による精神科医療機能分化】精神科入院医療機能は多様化している¹⁾。精神療養病棟（1994年）の新設を皮切りに、急性期治療病棟（1996年）、精神科救急入院料病棟（2002年）と、入院期間や地域での役割などの要件を盛り込んだ特定入院料の包括病棟が整備されてきた。各医療機関では、診療報酬上は同じ包括病棟でも、統合失調症や認知症の治療病棟に特化し、また病棟編成を工夫した特色を出している。外来医療のメニューも増加し、さらに入院医療と外来医療をつなぐ地域連携の診療報酬も近年増加してきている。入院中心の医療体制から地域生活をベースとした精神保健医療福祉サービスへと移行している。精神疾患が、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病に続く5疾病目に加えられ、精神科医療機能の都道府県での整備が進むことが予想される²⁾。

【都道府県の特性をふまえた精神科医療機能】精神科医療機能の多様化は、別次元においても進みつつある。地域に根ざした医療機能がみられるようになってきた。山梨県の峡西病院が開発・運用している入院クリニカルパスでは、治療ステージを、「おちつけし」時期、「あせっちょし」時期、「いってみろし」時期、「がんばれし」時期と、山梨の方言を使って分類している。また、平成25年度から開始された医療計画において指標とすることが推奨されている「地域連携クリティカルパス」において、熊本認知症医療モデル（火の国あんしん受診手帳）では、身近になるように熊本県のイメージキャラクター「くまモン」が表紙をかざるバインダー形式のパスとなっている。

これらの活動は、他の地域における精神科医療関係者への評価も高い。その理由の1つに、医療機能の標準化の過程に、地域特性（locality）を積極的な意味で取り入れていることも関係していると推察される。精神疾患医療において、国際標準（ガイドラインなど）と各患者への個別治療の間に、地域特性を加味していると言い換えることもできる。都道府県による精神疾患の医療計画を策定することになり、各地域で医療計画を策定するという問題意識が、関係者に芽生えていることとも関係があるのかもしれない。医療計画上の5疾病目に精神疾患が加わったこ

とより、国際的な標準を踏まえた上で、都道府県ごとの「地域医療」を意識・工夫できるようになったことを示す事例と考えられる。

【地域連携会議を単位とした精神科医療機能】さらに一歩進めると、入院から退院、退院後の地域ケアを受けながらの地域生活を続けることを単位とする医療圏で、精神科医療機能を考えることも可能となってきた。その単位は、ゆるやかな医療圏で、公的セクターも関与する地域連携会議である。このコンセプトが日本に求められる根拠は次の通りである³⁾。

日本の医療体制は、公的医療保険で、民間主導の医療提供体制であり、かつ国際的な文脈で定義される「かかりつけ医（ゲートキーパー）」に関する公的制度がない。OECDの報告書の分類によると、同様な特徴が、オーストリア、チェコ、ギリシャ、韓国およびルクセンブルグなどでの医療体制にもみられる^{4,5)}。このような特徴を有する日本の医療体制の最大の課題は、「住民に必要な医療が継続的に提供されているか」をチェックする責任を担うゲートキーパーが公的に存在しないことである。かかりつけ医（家庭医・プライマリケア医）は、住民が最初に診察を受け、必要であれば適切な急性期医療機関を紹介する役割として一般に認識されることが多い。しかし同時に、治療方針が定まった慢性疾患患者への継続的な治療を行うという役割も重要である。フリーアクセスが制度的に担保されているために、予約時に来院しない患者の状況を確認することは求められていない。中には服薬を中断していたために再入院となる場合もあるが、その経緯を知ることができるのは、患者が再び診察に訪れて自主的に報告する場合のみである。

フリーアクセスを担保しつつわが国の医療体制を一層改善していくには、医療の継続が必要な患者が、受療・服薬中断していないかを地域で確認する方法を制度の中に組み込む必要がある。その最も現実的な枠組みが、公的セクターも何らかの形で関与し、複数の保健医療福祉サービス組織から構成される地域連携会議である。この地域連携会議で、医療の継続が必要な優先順位の高いグループの状況を確

認する必要がある。それには、都道府県以上に地域性を考慮する必要がある。

【おわりに】精神科医療機能はすでに多様化している。「日本にまだ存在しない新しいことを導入」する段階から、「すでにできることを再構築」し新しい文脈でとらえなおす段階に入っている。最新の国内外の動向をふまえた上で、地域色を地域の文脈でアピールする事例の発信が、各地域で始められている。

- 1) 伊藤弘人：参考資料．厚生労働省精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針等に関する検討会（平成25年7月26日）．2013
- 2) Ito, H., Frank, R.G., Nakatani, Y., et al. : Mental health care reforms in Asia: The regional health care strategic plan: The growing impact of mental disorders in Japan. *Psychiatric Serv*, 64 ; 617-619, 2013
- 3) 伊藤弘人、杉浦伸一、野田 広ほか：保健医療福祉サービスの連携を支える新たな情報通信技術システムの開発. *社会保険旬報* , 2531: 10-14, 2013
- 4) OECD : Health care systems: Getting more value for money. OECD Economics Department Policy Notes, No. 2. 2010 (<http://www.apha.org/NR/rdonlyres/7EE65F33-9F4E-4EBF-8554-DE29461A11F8/0/OECDhealthsystemscompare.pdf>)
- 5) Paris, V., Devaux, M., Wei, L. : Health Systems Institutional Characteristics: A Survey of 29 OECD Countries. OECD Health Working Papers, No. 50, OECD Publishing, 2010 (<http://dx.doi.org/10.1787/5kmfxq9qbnr-en>)

これからの精神科入院治療 日精協将来ビジョン戦略会議報告書から

日本精神科病院協会政策委員会¹⁾
医療法人桜樹会桜木病院²⁾

櫻木 章司^{1,2)}

平成16年「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が示され、国として「入院医療中心の治療体制から地域におけるケアを中心とする体制へ」との方針が明記された。このことについては、我々日本精神科病院協会（以下、日精協）を含めて、どこからも異論は唱えられないであろう。にもかかわらず、その改革の歩みは遅々として、今なお国民の精神疾患に対する理解は進まず、精神障害を抱える人たちの地域移行は、“日暮れて道遠し”と言わざるを得ない。こうした現状を踏まえ、我々日精協は、わが国最大の精神医療福祉サービスの提供者としての自負にかけて、将来に向けた改革の旗を掲げ、その実現に向けて「誰が何を行うのか」を明確にし、そのロードマップに従って実効性のある行動を起こすこと、に取り組むことにした。この「日精協将来ビジョン戦略会議」においては、わが国の精神医療・福祉に関する多岐にわたるテーマについての検討が行われたが、その最も重要なテーマの1つが「精神科入院医療の再構築」である。これまでも日精協では「入院中心の医療から、地域医療・ケアへ」との基本方針を掲げ、地域医療と福祉の環境を整備することによって、「必ずしも入院を必要としない」患者を地域に移行すること、そのことによって減少する病床相当の専門職の一部を再配置し入院医療機能を高め、多様化するニーズに応えうる精神科医療体制を再構築することを提言してきた（「今後の精神保健医療福祉のあり方に関する基本方針」2010年10月）。

今回の将来ビジョンにおいては、これまでの提言を踏まえつつ、治療の標準化、デイホスピタルや医療的アウトリーチといった新たな治療システムを提案することによって、入院医療と通院医療について、その機能を見直し再構築する具体案の検討を行っている。今回、日精協将来ビジョンにおける提言を紹介し、これからの精神科入院医療について私見を述べた。

「これからの精神科病院」 地域移行の視点から

社会医療法人ましき会益城病院

犬飼 邦明

20有余年精神科医・病院管理者・法人経営者としてかかわってきた経験をもとに、これからの精神科病院について地域移行という視点から発表を行った。長期入院者の地域移行は単に病床数削減にとどまらず、患者、医療スタッフ、家族、そして地域生活という多方面から検討する必要がある、その中で治療の継続性と安全な生活の場の提供を図らなければならない。

当院における過去20年間の外来、入院患者数の推移をみると数的にも質的にも著しく拡大した。その誘因として平成7年の病院施設リニューアルや、デイケア、デイナイトケアの導入に加え、アルコール依存症、認知症、児童思春期などの精神科専門医の採用が大きく貢献している。その結果患者属性をみると、入院、外来ともに統合失調症、双極性障害など古典的精神疾患が減少し、これに代わって専門医に応じた多様な疾患が増加し年齢層も各年代に分散している。このことは病棟単位で機能分化し配置されてきた従来の治療チームに戸惑いをまねく結果となり、グループ単位、ユニット単位での個別の対応を余儀なくされている。

20年間の職種別部門別配置状況の変遷をみると、患者数の増加や多様化の結果、職員の数や職種も拡大してきた。当初、基準アップにより病棟看護職が増加、次いで院内作業療法やデイケア部門の充実などによりOT、PSW、CPなどのコメディカルスタッフが増え、その後秘書・クラークなどの診療補助職員が増加してきた。さらに近年は介護、自立支援など医療以外の事業部門への職員配置が増えており、直近では全職員の約13%がこの部門に配置されている。今後地域移行支援など介護福祉保健部門にも多職種の採用が増えてくることが予想される。

医業収支の推移をみると平成10年頃から入院料収入はほとんど伸びておらず、外来患者数増による外来収入増に頼っており、これに近年介護報酬や自立支援事業報酬が若干加わりつつある。一方支出をみると人件費は確実に増えており、加えて研修費用などのソフト面、電子カルテ化のためのインフラ整備による経費増が目立つ。その結果、収支は横ばいかむしろ低下傾向を示している。このことは入院が

ら地域へという施策の流れに対し、各精神科病院が正面から受け止めることへのためらいにつながっており、今後診療報酬だけでなく、医療以外の福祉分野における事業報酬が施策実現に大きな影響をもつことを意味する。

これからの精神科病院に求められることについて3点述べた。まず入院治療プログラムの見直しが必要であろう。従来の社会復帰プログラムはあくまで疾病原則であり、再発予防、リスクファクターからの回避、QOLの改善など退院先が不明瞭なまま漠然とした生活復帰を目標としたものであった。長期入院者の地域移行では一定の症状を残したまま、より現実的な退院先を意識した生活訓練となり、これには生活能力に応じた支援や新たな能力開発が不可欠となり、従来の作業療法やSSTの目標が当然変わってくることになる。これまでに増して部門横断的な協力や情報共有化が必要となろう。

次に地域移行に必要なスタッフに求められるものについて考察した。在宅診療（デイケア、訪問看護など）と地域移行支援活動は全く異なるものである。前者は医療(医師)中心の病院を中心にした活動であり、後者は個人あるいは生活の場での支援である。当然状況に応じた速やかな対応が、自立的な判断や決定が要求される。24時間、精神科emergencyへの対応、合併症や身体的変調の気づきなど看護職を含めた多職種によるチーム医療が不可欠になる。これらのスタッフは精神科疾病特性に十分な知識と経験を積んでいることが必須であり、介護専門職にも新たな研修システムや資格認定が必要となろう。現在の日精協の精神科介護士養成コース（精神科生活指導員）の発展型は実績や経験からみて評価できよう。

最後に地域生活定着支援に必要な経費と財政規模について述べた。地域生活支援には従来の医療系サービスに加え、24時間生活支援のための福祉、介護サービスが必要となる。いわば病棟での生活の場が地域に移るわけであるから、現在の入院医療費に在宅診療費を加えた程度の費用は覚悟しなければならない。平成16年度の精神障害者医療福祉予算の内訳をみると医療費が1兆8,281億円（入院1兆3,699億

円、外来4,582億円)、福祉443億円(在宅75億円、施設368億円)、精神通院公費1,184億円となっている。自立支援法施行により3障害がまとめられたため最新データが入手できなかったが、仮に入院患者の半数15万人が入院から地域に移行した場合、入院医療費が1人あたり月額40万円程度として年間480万円、計7,200億円規模の医療福祉財源が必要となり現状では到底まかなえない。いずれにせよ地域移行促進には精神科医療機関に対するintensionが不可欠である。

家庭医療（総合診療）の立場から

三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座家庭医療学分野¹⁾
三重大学医学部附属病院総合診療科²⁾
三重大学医学部亀山地域医療学講座³⁾
三重大学医学部伊賀地域医療学講座⁴⁾
三重大学医学部津地域医療学講座⁵⁾

竹村 洋典^{1,2,3,4,5)}

身体疾患のみならず精神疾患もある程度対象とし、また、患者の考える世界の中で患者のニーズを探る家庭医（総合診療医）、そして精神科医を含める専門診療科とのよい連携も重視する家庭医であるからこそ、精神疾患をもつ患者を間にして精神科医との連携で問題になることが少なくない。

例えば、身体症状を主訴とする精神疾患患者は少なくないが、家庭医が精神疾患であると診断すれば患者の考えと合わず患者はその診断を拒否するし、実際、家庭医が精神疾患のみであると完全に断定することもできないことが多い。したがって、身体疾患と精神疾患の2つの可能性を保持しつつ診療することも多い。そして、精神科医は患者が身体疾患である可能性を残してほしくないだろう、と思うとある程度、精神疾患らしくなるまで紹介を控える傾向があり、その結果、精神科への紹介が遅れる場合がある。一方、明らかに精神疾患の患者と思える場合でも、患者が精神科には絶対にかかりたくない、という場合もある。診療が切れないようにしつつ、その患者が精神科にかかっていただけのようにお膳立てしているうちに時間がかかってしまうこともある。また、そのような患者の中に、双極II型障害など家庭医が薬物治療しにくい疾患の患者も含まれる場合があり、さらにストレスが高まる。さらに、自殺企図など患者の危険な行動に対して家庭医はできるだけ早く精神科受診につなげたい場合も少なくないが、精神科の緊急性に関する認識の度合いと家庭医のそれとのギャップがあり、家庭医の不安がさらに増大することもある。

以上のように、家庭医が精神疾患の患者を効果的にケアするためには、家庭と精神科医が各々の状況を理解しつつ、お互いのよい連携が必須といえよう。

内科・心療内科の立場から

新潟大学医歯学系保健学系列¹⁾
新潟大学医歯学系臨床医学系列²⁾
新潟大学医歯学総合病院医科総合診療部³⁾

村松 芳幸¹⁾、成田 一衛²⁾、鈴木 栄一³⁾

【はじめに】厚生労働省は、うつ病や認知症患者などの精神疾患の増加に伴いより効果的な治療対策が急務となっていることから、精神科医と一般かかりつけ医の連携強化を進めている。地域レベルでは定期的な連絡会議を開催し、精神疾患についての日常的な連携体制を構築することを推奨している。

私たちの調査では、一般内科受診患者1,164例中144例(11.9%)に大うつ病性障害またはその他のうつ病性障害の診断が認められた。基礎疾患によりその頻度は異なり、また身体症状を中心として訴えていることが明らかになった。うつ病や認知症などについて、一般かかりつけ医から精神科医療への受診へつながる体制を構築し、早期治療や連携を行うことが重要である。地域における精神科医療との連携体制を期待することなどについて、一般かかりつけ医におけるアンケート調査を行った。

【対象および方法】対象は新潟大学第二内科同窓会所属医師を中心とした内科医・心療内科医である。特定の地域に偏らず、より一般的な形で報告することを求められたため、新潟県外の医師を中心に調査を行った。精神科と内科・心療内科の連携体制に関するアンケートを作成し、郵送したアンケート調査表に無記名で回答する形式で行った。本調査は、新潟大学医学部倫理委員会の承認を得て行った。

【結果】201名に調査協力依頼書とアンケート用紙を送付し、135名から回答が得られた(回収率67.5%)。現在勤務している医療機関は、開業が64.4%、病院勤務(精神科あり)が15.6%、精神科のない病院勤務が15.6%、その他が4.4%であった。

診療している患者についての質問：精神的問題をもつ患者の割合についての質問では、5%以下が33.3%、5~20%が51.5%、21%以上が15.1%であった。また、精神的な問題をもつ患者を精神科に紹介したことがあると97%の医師が回答した。紹介した患者の身体疾患合併として、高血圧、糖尿病、脳血管障害が多かった。うつ病を紹介したことがある医師は80.9%と最も多く、認知症では42.0%、統合失調症では22.9%であった。

精神科医療との連携についての質問：紹介した

ときに精神科医療との連携に問題があったかの質問では、「あり」23.1%、「なし」36.9%、「どちらともいえない」40.0%であった。どのような問題があったかについての質問では、回答者の54.9%が「受診まで時間がかかった」、29.4%が「患者や家族が精神科受診を拒んだ」を選択していた。自由記載の欄には、「精神科に行きたがらない患者がいる」「精神科の先生とコンタクトが取りづらい」「精神科の対応が必要であっても、応じてもらえない」「一般医が考える入院適応と精神科医が考える入院(精神科救急)のずれがある」などがあつた。

精神科との連携体制の問題解決についての質問：問題解決の方法について、「個人的に相談できる精神科医をつくる」「精神科地域連携パスを作成する」が多く選択されていた。地域連携に問題ありの回答者は問題なしの回答者と比較し「精神科地域連携パスを作成する」を多く選択していた。コメディカルスタッフとの協力体制(協働ケア)は最も選択されていなかった。

【まとめ】内科・心療内科医201名に調査協力依頼書とアンケート用紙を送付し、無記名で回答を求めたところ、135名から協力が得られ、回収率は67.5%であった。精神的な問題を持つ患者を精神科に紹介したことがある回答者は、97.0%であった。精神科に紹介した患者の身体疾患は、高血圧、糖尿病などの生活習慣病が多かった。紹介した患者の診断名は、うつ病が最も多かった。精神科との連携に問題がないと考えている回答者は36.9%であった。連携の問題では、「受診まで時間がかかった」ことが50%以上の回答者に選ばれた。「連携に問題がある」とした回答者では、「どちらともいえない」の回答者に比べ、「患者や家族が精神科受診を拒んだ」を選ぶ傾向にあつた。連携体制の問題解決には、「個人的に相談できる精神科医をつくる」「地域連携パスを作成する」が多く選ばれた。「問題あり」の回答者は、「問題なし」の回答者に比べ有意に「地域連携パスをつくる」を問題解決としていた。コメディカルスタッフとの協力体制(協働ケア)については、関心が高いとはいえなかった。

救命救急サイドからみた精神科医療の問題点

北里大学医学部

上條 吉人

はじめに

救命救急センターに搬送される患者の10~20%は、自殺企図または自傷行為、すなわち自損行為の結果として搬送される。このうち、ほぼ半数は向精神薬の過量服薬患者である。筆者は救急医として20年以上にわたってこれらの患者を診療してきた。ここでは、筆者の自験例をもとに創作した症例を呈示しながら、救命救急医の立場から精神科医療の問題点を率直に述べたい。

問題点-その1: 過量服薬や自殺企図のリスクの高い患者に致死量の処方や危険な薬物の処方をしても責任は問われないのか?

過量服薬や自殺企図のリスクのある患者に1回で致死量の三環系抗うつ薬が処方されている、または比較的少量でも致死量となる短時間~中時間型バルビツール酸誘導体が処方されていることがある。

【症例1】30代女性。主婦。うつ病の診断で某精神科クリニックに通院していた。これまでに向精神薬の過量服薬の既往が3回ある。このところうつ状態で、“死にたい”と夫に繰り返し訴えていた。三環系抗うつ薬25mg錠を1日量100mgで30日分処方された日の夜に、自宅で昏睡状態であるところを帰宅した夫に発見されて救命救急センターに搬送された。現場には三環系抗うつ薬25mg錠、120錠分の殻が散乱していた。

<来院時現症>舌根沈下し下顎挙上にて気道確保、呼吸は20回/分、脈拍は120回/分、血圧は80/F mmHg、意識レベルはJCS 200、瞳孔は左右4.5mm同大、対光反射は緩慢、体温は39.2であった。心電図では心室頻拍が認められた。

<入院後の経過>電気的除細動を試みたが無効で、炭酸水素ナトリウム2mEq/kgを静注したところ洞調律となったが、心拍数は100回/分で心電図モニターではQRS時間は0.20秒と延長していた。その後は、気管挿管・人工呼吸器管理とし、炭酸水素ナトリウム1~2mEq/kgの静注を繰り返して動脈血ガスのpHを7.45~7.55に維持した。次第に心電図異常は消失し、意識レベルも改善したため、翌日に人工呼吸器離脱および気管チューブの抜管となり、入院3日目に退院となった。

【症例2】20代女性。主婦。境界性パーソナリティ

障害の診断で某精神科クリニックに通院していた。このところ情緒不安定で過量服薬を繰り返していた。自宅で昏睡状態であるところを帰宅した夫に発見されて救命救急センターに搬送された。現場には不眠時の頓用で処方されていたペントバルビタール・カルシウム50mg錠、50錠分の殻が散乱していた。なお、搬送中に呼吸停止が生じたためバグバルブマスクで換気された。

<来院時現症>舌根沈下し下顎挙上にて気道確保、呼吸は停止、脈拍は100回/分、血圧は80/F mmHg、意識はJCS 300、瞳孔は左右2mm同大、対光反射は緩慢、体温は36.2であった。

<入院後の経過>直ちに気管挿管・人工呼吸器管理とし、経鼻胃管より活性炭50gを投与した。翌朝は自発呼吸を認め、意識レベル改善したため、呼吸器離脱・気管チューブ抜管した。その後の経過は良好で入院3日目に退院となった。

【解説】イミプラミンなどの第一世代三環系抗うつ薬は、心筋のFast Na⁺-channel阻害作用を有し、過量服薬では心室頻拍などの致死性不整脈が生じる。また、第二世代三環系抗うつ薬であるアモキサピンは、メカニズムは不明であるが、過量服薬では難治性けいれん重積発作が生じる。いずれの薬物も、20mg/kg以上の過量服薬で死亡例の報告がある。本症例のように1日100mgで30日分処方すれば3gとなり十分に致死量である。また、短時間型バルビツール酸誘導体であるペントバルビタール・カルシウムおよび中時間型バルビツール酸誘導体であるアモバルビタールは呼吸中枢抑制作用があり、過量服薬では呼吸停止が生じる。いずれの薬物も、2~3g以上の過量服薬で死亡例の報告がある。ペントバルビタール・カルシウム50mg錠であれば、わずか40錠以上が致死量である。これらの症例のように過量服薬の既往がある、または希死念慮があり自殺企図のリスクの高い患者に、1回で致死量の三環系抗うつ薬を処方すること、または少量で死亡する可能性のある短時間型~中時間型のバルビツール酸誘導体を処方することは、われわれ救急医からみれば精神科医による『自殺の手段の提供』、すなわち『自殺補助』であると思われる。これらの薬物の過量服薬によって患者が死亡しても、患者の自己責任として、精神

科医は罪を問われなくてよいのだろうか。

問題点-その1：精神科医療は日本をベンゾジアゼピン系薬物の依存大国とした？

向精神薬の過量服薬患者は、ベンゾジアゼピン系薬物の依存・乱用やこれらの薬物による酩酊・脱抑制がしばしば認められる。

【症例3】20代女性。大学生。境界性パーソナリティ障害の診断で某精神科クリニックに通院していた。朝方に昏睡状態であるところを母親に発見されて救命救急センターに搬送された。現場には130錠分の薬の殻が落ちていた。なお、精神科クリニックから2種類SSRI、バルプロ酸ナトリウム、オランザピンに加えて、2種類のベンゾジアゼピン系抗不安薬と5種類のベンゾジアゼピン系睡眠薬が処方されていた。

<来院時現症>意識はJCS 30で、気道は開通し、その他のバイタルサインは安定していた。

<入院後の経過>直ちに経鼻胃管より活性炭50gを投与した。次第に意識レベルは改善したが、夕方より興奮状態となり、大声で“家に帰る”と言って立ち上がろうとしたがふらつき著明であった。また、制止しようとした看護師に暴力をふるった。ベンゾジアゼピン系薬物による酩酊・脱抑制と判断してプロポフォールの持続静注による鎮静を開始した。翌朝に鎮静を中止した後は落ちついて会話をすることができた。“嫌なことがあると、薬を飲み過ぎてしまう”“早めに薬がなくなってしまうから予約日より前に貰いに行く”“今回は、嫌な気分を鎮めたくて薬を多めに飲んだら、お酒に酔ったような気分になって、もうどうでもいいっていう気持ちになって薬をまとめて飲んだ”などと話していた。

【解説】向精神薬の過量服薬患者は、意識回復の経過の中で、酩酊・脱抑制が生じて、衝動性や攻撃性の亢進などがみられることがある。また、意識回復後に面談するとベンゾジアゼピン系薬物への依存・乱用が明らかになることがある。本症例のようにベンゾジアゼピン系薬物の乱用時の酩酊・脱抑制が過量服薬のトリガーとなっている場合もある。

われわれ救急医からみれば、日本ではベンゾジアゼピン系薬物の依存・乱用のリスクが過小評価されているように見える。ベンゾジアゼピン系薬物の処方量が他国を遥かにしのいで多いのは異常な状況である。精神科医療による安易な処方が、日本をベンゾジアゼピン系薬物の依存大国としているのではないか。

まとめ

精神科医療は、過量服薬や自殺企図のリスクの高い患者への処方内容の改善、および安易なベンゾジアゼピン系薬物の処方による依存・乱用に対する取り組みをすべきである。

精神科病院の内科医からみた精神科医療 よき協働作業へ向けて

医療法人財団青溪会駒木野病院内科

志水 祥介

【はじめに】 壮大な精神科医療全体を Macrocosmos (マクロコスモス) と、精神科病院での医療はそれに照応する Microcosmos (ミクロコスモス) と捉えることができ、精神科医療全体を概観する際に精神科病院について多面的に把握することは有用である。

今回、精神科病院にて身体管理を行っている内科医の立場から、精神科病院の医療から精神科医療全体への問題点を含めた考察を通して、解決の糸口を探求した。

【精神科病院の外的/内的側面】 精神科病院は全国病床数の約20%を占め、うち約75%が精神科病院病床であり社会における役割は大きい、とりまく現状は厳しい。特に对患者における医師、スタッフの配置人数の不足は深刻で、このままでは精神科医療全体のパワー減退にもつながる。

精神科病院内の機能やスタッフはいずれも精神科医療に専門特化した「専門家」であるが、反面、日常的に「身体管理の視点に立って考える」ことが不足し、「身体管理の提供不足」が表面化している。特に一般身体管理、救急処置、心肺蘇生についての標準基本的な知識やスキルが不足し、学ぶ機会も少ない。これは2次的に「自己流」を生み出すこととなり、身体管理にとって非常に危険な行為と化す。精神科病院の現場では多種多様な身体的問題に直面するが、総合病院のように身体科医師の迅速な協力を常に得られる環境にはない。だからこそ一般身体管理、救急・蘇生における標準基本的な知識やスキルについて、むしろ積極的に身につけておくことが求められる。今後、精神科医療者のための身体管理トレーニングプログラムの実施も必要であろう。基本的な身体管理の土台があってこそ、精神科医療に専念・特化できうするという認識が求められる。

【身体合併症への対応】 精神疾患患者の身体合併症の受入体制についてはこれまでも議論されているが、多くは精神科病院と総合病院が機能分担して互いの専門性をパズルのように結合すればよいといった、いわば「理論」が先行した単一的な視点に立っており、これでは真の身体合併症システムは構築できない。現実的に、日々の臨床現場で連携システム

が十分に機能しているとは言い難い。そこには「精神科病院」と「総合(救急)病院」という大きなポラリティを結び、両者をコーディネートすべく「行為」の存在が見落とされている。

この考察を深めるために、筆者の勤務する駒木野病院における内科へのコンサルテーションについて触れておく。コンサルト内容は各科を横断し、多種多様で重症度も様々だが大半は院内で対応している。なかで転院を要するケースは主に下記の3つで、その対応点を付記する。

発症時にコンサルトを受けた時点で専門医療機関へ救急搬送を要するケースで、早期発見と迅速な対応力を要する。

コンサルト後に初期治療を開始するも、何らかの理由で重症化し、転院をすすめるケースで、適切な初期加療の選択、症状経過の評価、的確な治療の見直しを要する。

主治医が診断・治療開始するも、コンサルトを受けた時点ですでに重篤化しており、急いで搬送準備するケースで、これは発症時と経過中の観察評価が不十分であることが多く、身体合併症は的確なトリアージが常に要求されていることを示している。

こういった精神科病院内で行うべきプライマリの身体管理やトリアージが事前に適切に実行されてはじめて、身体合併症システムは機能してくる。自前の身体管理の遂行が適切に行われていない環境下で、いくら立派な構想理論だけが先行しても機能はしない。そして、この「精神科病院内での適切な身体管理」こそが、先に述べたポラリティ間をコーディネートする「行為」に相当する。紙上の「理論」ではなく「行為」が重要であって、精神科病院の内科医はイニシアティブをもってこれを遂行することが期待される。

【ミクロコスモスからマクロコスモスへ】 精神科病院の医療から、精神科医療全体へと考察を拡張していきたい。ここまで述べてきた精神科病院内の「身体管理の向上(充実化)」を起点とし、次のステップが精神科病院の「環境改善」にある。これは1人の精神科患者に対して、精神科医と内科医が同じ目的意識をもって、相互理解に基づく「協働作業」

を通じて、合一した診療を構築できる環境の形成である。互いに「自分の専門のみ」へ固執することはこの環境形成の妨げとなる。いわばこの起点から次のステップへと医療の質向上というプロセスを踏むことで初めて、精神科医療全体における身体合併症対応にも熟をおびて、有機的に動き出すと筆者は考えている。ここでも単一的な介入は役には立たない。連続性のある行為の進展、プロセスこそが解決の糸口を見出す。つまり、いきなり「専門機能の分担によってつなげれば」といった単一的パズルの連携の発想は精神科医療全体における身体合併症対応を決して豊かなものにはしない。これらの観点が抜け落ちていることこそが、精神科医療全体における最大の問題点に相当する。

【まとめ】精神科患者に全人的医療を提供するために、ミクロレベルにおいては精神科病院内の適切な身体管理という「行為」があつてこそ、病院間の本質的な身体合併症システムは機能してくる。マクロレベルでは、そうした精神科病院内の「身体管理の向上」を起点に、一人の患者に対して、内科医と精神科医が相互理解に基づく「よき協働作業」を実行しうる「環境改善」のプロセスを踏むことによって、精神科医療全体の真の身体合併症対応が構築される。

この2重性への理解と、その核心は精神科医と内科医による「よき協働作業」にあることをあらためて強調しておきたい。

相模原市でめざす地域連携から

北里大学医学部精神科

大石 智

北里大学医学部精神科学は、人口約70万人の神奈川県相模原市にある北里大学病院、北里大学東病院を主たる精神科臨床の場にしている。そのうちの北里大学東病院は大学病院でありながら地域の精神科基幹病院であり、精神科地域医療のいわば「最後の砦」として機能している。

本シンポジウムの目的は「他科からみた」立場で精神科医療の問題点を論じ、より適切な連携体制を模索することである。筆者は精神科医である。だが、こうしたやや特殊な施設で精神科地域医療に関わっているからこそみえてくる問題点もある。求められる連携体制を検討するための参考となれば幸いである。

精神科基幹病院は地域の精神科医療機関から多くの紹介を受ける。その中にはそもそも診断に疑問を抱かざるをえない事例も少なくない。向精神薬の多剤大量処方を受けている事例も少なくない。短時間診療にならざるを得ないという現実はあるだろうが、そうした精神科医による結末の尻拭いをしている感すら抱いてしまうこともある。

訪問看護師やケアマネージャーからの相談の中では、「大量の残薬があるが、どう対応すべきか悩むことが多い」「主治医に連絡をしても電話にでてくれないことが多い」という話題が多い。多忙な診療の中で、電話対応が難しいのはわからなくもないが、せめて手の空いた時に連絡することくらいできないものだろうか。

我々が実践したい精神科医療は、精神科医のいわゆる御都合主義の、標準化に欠けた診療ではなく、患者に誠実な医療のはずである。なぜ精神科医療はここまで標準化不足になりやすいのだろうか。それは精神科診療が閉鎖的で患者と医師だけの関係にとどまりやすく、医師の裁量権が大きいという点由来だと考えている。

精神科医療の閉鎖性を解決するには、医療過程を可視化する策が必要になる。可視化のための策は、精神科地域連携バス活動である。精神科地域連携バス活動は、地域多職種のグループワークによる課題抽出、解決策の検討、地域連携バス開発、地域連携バス運用、地域連携バスデータの解析、解析結果を地域医療へフィードバックの5つの要素で

構成される。地域連携バス活動は、地域医療に標準化と質向上をもたらすPDCA cycle (Plan-Do-Check-Act cycle) 活動といえる。平成23年度から、我々は認知症を対象にこの活動を開始した。現在、手帳形式の地域連携バスが運用されている。

我々の地域連携バス活動の次なる標的はうつ病である。うつ病に限ったことではないが、精神科医療にクリティカルバスを導入しようとする、「精神疾患は個別性が強いからクリティカルバスはなじまない」という反論にぶつかることが多い。

認知症を対象に地域連携バス活動を開始した際にも、こうした反論はあった。「認知症の原因疾患は様々である」「認知症の症状は個別性が強い」などといった反論である。だが、実際に開発、運用してみると、原因疾患が様々でも、症状に個別性があっても、地域連携バス活動は可能のようである。結局のところ、地域連携バス活動は「患者・家族が、何らかの疾患をもっていても安心して暮らせる」地域医療体制のためのPDCA cycleを回す活動であり、疾患の種類を問わずその活動は可能のような気がしている。

我々のうつ病地域連携バス活動は開始されたばかりで、課題の抽出から行っている。超高齢社会の現状、かかりつけ医を地域医療の司令塔とする体制を念頭に、「身体疾患とうつ状態の併存」を想定しながら活動を開始している。抽出された課題の多くは認知症と同様であり、うつ病においても地域連携バス活動は可能だと考えている。

他科との連携が求められることが多い領域として、摂食障害、児童精神科領域が挙げられる。北里大学医学部精神科では、これらの領域にも力をいれている。この2つの領域には、専門医が少ない、専門医の診療に標準化が十分ではない、他科医、医師以外に教師やスクールカウンセラーが関与することが多いが、職種間情報共有が十分とはいえない、といった課題が共通している。ここにも地域連携バス活動が課題の解決に寄与する可能性がある。

医療計画に精神疾患が追加されたこともあってか、連携やバスという言葉を目にする機会が増えた。しかし医療計画に精神疾患が追加されたという事実は、「精神科医の裁量には委ねてられない」

という社会からの厳しい指摘のような気がしている。そもそも、患者からすれば、一人の有能な医師がいればいいし、患者にとって連携など面倒な話しかもしれない。連携というと好ましいイメージを抱かれやすいが、我々は「連携せざるを得ない課題を解決しなくてはならない」という自覚と責任をもつ必要があるのかもしれない。

認知症診療の枠組み

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究
チーム

粟田 主一

【はじめに】わが国の認知症高齢者数は2010年の段階で約439万人（高齢者人口の約15%）と推計されており、2025年までにその数は600万人に達するものと予測される。認知症は、その特性上、医療のみならず、住まい、権利擁護、日常生活支援、家族介護者支援、予防、介護、リハビリテーションなどの多様なサービスの一体的・継続的提供が求められる。すなわち、わが国の認知症診療の枠組みは、認知症高齢者600万人時代を視野に入れて、認知症の人の暮らしを支えることができる地域包括ケアシステムの構築という文脈の中で構想される必要がある。

【かかりつけ医】医療機関における認知症対応力を評価することを目的に「認知症のための医療サービス調査票」を開発した。本調査票には、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、周辺症状入院対応機能、身体合併症入院対応機能、在宅医療機能、地域連携機能に関わる項目で構成されている。本調査票を用いて、東京都の診療所1,877施設を対象に、「研修受講医がいない診療所」（かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいない診療所）、「研修受講医がいる診療所」（かかりつけ医認知症対応力向上研修に参加した医師がいる診療所、ただし、認知症サポート医がいる診療所を除く）、「認知症サポート医がいる診療所」を比較した。その結果、「研修受講医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」と比較して、かかりつけ医機能、鑑別診断機能、周辺症状外来対応機能、在宅医療機能、地域連携機能が有意に高かった。また、「認知症サポート医がいる診療所」は、「研修受講医がいない診療所」「研修受講医がいる診療所」のいずれと比較しても、上記のすべての機能が有意に高かった。しかし、それでも、認知症サポート医の「地域連携機能」の平均点は8点満点中の3点、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」の平均点は8点満点中の4点であった。これは、「地域の関係職への助言・指導」「認知症の鑑別診断」「外来レベルでの周辺症状対応」を通常の診療業務として実践できる認知症サポート医が一部に過ぎないことを示唆している。

【認知症疾患医療センター】

1) 認知症疾患医療センターの活動状況を把握する

ために、2012年8月7日現在で認知症疾患医療センターに指定されている172の医療機関を対象に郵送法によるアンケート調査を行った。調査期間中に118施設より回答を得た（回収率68.6%）。このうち2012年3月31日現在で認知症疾患医療センターに指定されている117施設を解析対象とした。その結果、今日の認知症疾患医療センターは、平成17年当時の老人性認知症疾患センターと比較して総じて良好な活動状況にあるが、活動水準の施設間格差は大きい、圏域が広すぎるために求められる機能が十分に果たせないと感じている施設が少なくない（予約待機期間の長期化など）、一般病院の認知症疾患医療センターの多くが身体合併症の救急・急性期医療に対応しているが、「基幹型」の指定を受けるセンターは少ない、精神科病院の認知症疾患医療センターの入院期間は長期化する傾向があることが明らかにされた。

2) 身近型認知症疾患医療センターの施設基準および事業内容の立案に資する基礎資料を得るために、身近型認知症疾患医療センター候補医療機関11施設の活動状況について、アンケート調査とヒアリング調査を実施した。その結果、候補医療機関は、周辺症状や身体合併症に対する入院対応機能は低いものの、「鑑別診断機能」「周辺症状外来対応機能」「地域連携推進機能」においては、認知症疾患医療センターとほぼ同等の機能を発揮していることが示された。また、「行政や地域包括支援センターと連携したアウトリーチによる専門医療支援」を行っている医療機関も少なくないことが示唆された。

【結論】

1) 厚生労働省によれば、2012年度末から2017年度末までに、認知症サポート医を2,500人から4,000人に、かかりつけ医認知症対応力向上研修事業受講者を35,000人から50,000人にするとされている。しかし、現在の認知症サポート医の認知症対応力を考慮すると、認知症サポート医の数をただ増やすということではなく、認知症の鑑別診断や周辺症状外来対応機能とともに、行政や地域包括支援センターと強力な連携体制を構築することができる診療所を適正数確保することが重要かと考える。

2) 認知症疾患医療センターの増設と適正配置：救

急医療機関における認知症支援体制の確立は不可欠である。精神科病院における長期在院化を防ぐためには、施設や居住系サービス、住宅施策の拡充とともに、認知症疾患医療センター自体が、行政や地域包括支援センターと連携して、地域包括ケアシステム構築の推進役を担う必要がある。

認知症診療における精神科の役割

東京都立松沢病院

齋藤 正彦

2012年、厚生労働省の認知症施策検討プロジェクトチームの報告書¹⁾は、このプロジェクトを、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考えを改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現であるという。この報告書を受けて作成された「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」²⁾は、早期診断・早期介入の実現、地域医療サービスの構築、総合病院における認知症対応力の強化などの施策を合わせ、認知症になっても在宅生活ができるような体制を構築するという。

プロジェクトチーム報告書、オレンジプランに共通してみえるのは、認知症に関する精神医療に対する否定的な姿勢である。オレンジプランの「地域で支える医療サービスの構築」は、薬物治療に関するガイドラインの作成、精神科入院が必要な状態像の明確化、退院支援・地域連携パスの作成による長期入院防止、一般病院の医療従事者の認知症対応力強化によって、BPSDを理由とした精神科病院への転院防止などをうたう。認知症に対する精神医療の役割を、BPSDへの対応に限定し、できるだけ短期間で済まそうというものである。こうした方向は正しいか、というのが本論のテーマである。

早期に「発見」し、早期に「介入」すればよいという主張は、認知症をきたす疾患の患者には病識がないということを無意識の前提としている。2001～2005年までの間に、筆者が東京都新宿区内のクリニックで診察した493人の認知症患者うち、313人は臨床的には軽度（一人で生活ができる）であり、その80%強が認知機能の低下を自覚していた。中度（同居は困難でも同居者がいれば日中一人で過ごすことは可能）では約45%に病識を認め、重度（常に介護者の目が必要）の患者37人についても10%弱が病識を保っていた。2009～2010年の2年間に埼玉県和光市の認知症専門病院を受診した初診患者1,283人のHDS-Rの得点を性別、年齢別にみると、65歳未満の男性患者の約40%、女性では約20%、65歳以上女性の約15%、男性の10%弱が26点以上の成績を示している。これらを含め、21点のカットオフポイントを超える状態で初診する患者が非常に多い。すなわち、

認知症患者の多くは、認知機能の低下が非常に軽度で病識を保っている時期に医療機関を初診している。

早期に受診した患者に共通する症状は、不安である。患者は、物忘れは年相応だと言うと言いながら、「馬鹿になった」「私が崩れていく」等々、様々な言葉で不気味な状況を訴える。遅延再生課題の障害に代表されるアルツハイマー病初期にみられる記憶の障害は、忘れていたという実感を伴わない。しかし、患者は、なぜだかうまくいかないということは十分感じている。あれほど楽しかった友人たちとの集まりで話についていけない、今まで通りやっているつもり調理の途中で何度も手が止まり、考え込んだ挙句に、でき上がった料理は塩を入れ忘れて間が抜けた味になっている、今日は何日だったかわからなくなり、大切な約束を忘れてはいまいかと、細かい字でたくさん予定が書きこまれたカレンダーを何度も何度も確認する。人は、この世界で多くの人とつながって生きている。目の前にいる人も、遠く離れた人もつながりあって互いを支えている。網目のように広がったつながりあった人間には、それぞれに過去があり、未来がある。現在という平面でつながった個々の人間を、縦に貫く時間軸がまた、一人一人の人の立ち位置を確実なものにしている。こうして人間は、あたかもジャングルジムの1つの交点が、四方に伸びる水平方向の鉄骨で隣の交点とつながり、個々の交点はまた、縦方向の鉄骨に支えられるように、しっかりと自己同一性を保つことができている。記憶力障害、時間見当識の障害は、人のごく近い過去をあいまいなものにし、未来を不確実なものにする。遠く離れた人との距離や関係が薄らいでいけば平面上のつながりを失う。それが進行すれば、姿が見えない家族を必死で追い求め、やがては、一緒にいる家族を認識できず、自分自身を認識できないという事態に陥る。ジャングルジムの鉄骨に支えられた交点が、虚空に浮かぶ点になって支えを失う。認知症に対する精神科治療の中核は、BPSDを抑制する介入ではなく、患者の感じるこうした存在不安や不全感への対応である。そこにこそ、早期介入の意味があり、精神科医でなければ果たせない役割があると私は思う。

- 1)厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム：今後の認知症施策の方向性について．2012
- 2)厚生労働省：認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）（平成25年から29年までの計画）．2012

認知症患者を支える地域ネットワーク 熊本モデルにおける実践を通して

熊本大学大学院生命科学研究部神経精神医学分野

池田 学

【はじめに】最新の認知症有病率調査では、本邦の認知症患者はすでに450万人を超えているともいわれ、これは従来の推計値の約2倍の患者数である。今後の人口動態を考えれば、喫緊の課題は、認知症にかかわる既存の社会資源は可能な限り維持した上で、その質を上げつつ当事者や家族の多様なニーズに十分応えることのできる社会資源をシステムとして整備することではないだろうか。

認知症の長い経過の中で、認知症患者とその家族を支えるためには、正確な早期診断・適切な治療、精神症状・行動障害（BPSD）への対応、身体合併症への対応など専門的医療の関与も節目節目で欠かせない。これらの専門医療を提供する医療機関として、平成19年度より一定の基準を満たす総合病院を中心に、全国150カ所を目標に認知症疾患医療センター（以下、疾患医療センター）が設置された。今回、熊本県で展開している疾患センターを中心とした認知症の医療ネットワーク（熊本モデル）を紹介した。

【熊本県認知症疾患医療センターの活動状況】熊本県の人口180万人では2カ所の疾患医療センター設置が想定されていたが、この方式ではBPSDや身体合併症への円滑な対応を地域で迅速に実施することは難しく、また少数の病院に早期診断などを求めて認知症患者が集中するという問題点が予想された。そこで熊本県とわれわれは、認知症の早期診断や地域の医療支援体制を充実させ、専門医療機関の地域偏在を解消することを目標に、地域の認知症医療（診療拠点ならびに地域連携）を担う7カ所の「地域拠点型センター」を精神科病院に（現在は9カ所）、人材育成や研修などを通して県全体を統括する「基幹型センター」を大学病院の神経精神科に設置し、2層構造による疾患医療センターのシステムを整備し、国に逆提案をして認められた。10カ所の疾患センターへの相談件数は月に550～600件、外来の新規患者数は月に200～250人、再来患者数も含めると3,500～4,000人である。

【熊本モデルにおける認知症疾患医療センターの連携機能】2009年度に熊本県認知症疾患医療センターが設置され、同時期より熊本モデルの特徴である

事例検討会がこれまで過去4年間に計24回開催されてきた。これは、各センターの認知症医療の質を均質化し10カ所が一体となって連携を図ることのメリット（各センターの現状把握、認知症医療レベルの標準化）を生かすために基幹型センターが中心となり定期的に開催し、各センターの担当医師、連携担当者（主にPSW）の参加を義務付けている。他に地域包括支援センター、認知症コールセンター、県内の精神科病院など認知症疾患医療センターと日頃から連携を図っている機関や施設のスタッフ、行政担当者など50～70名が参加し、事例検討や認知症講習を通じて各個人のスキルアップを図っている。また、2010年度からは各地域での連携体制を強化するために、地域拠点型センターが中心となり地域のかかりつけ医やケアマネージャーなどに参加を促し地域拠点型事例検討会を開催している。この事例検討会は各個人のスキルアップと各地域内での連携強化を目的に実施しているが、それぞれの認知症疾患医療センタースタッフや関係者が顔を合わせることで、より連携が図りやすく地域の現状も把握できるなど地域連携を図る上で重要な関係性が構築されつつある。年間30回以上実施している。

【かかりつけ医との連携】理想的な認知症診療の流れを考えると、認知症疾患医療センターなどの認知症専門医療機関で鑑別診断や初期対応を行い、確定診断後や病状が安定している患者については地域の病院や診療所でもかかりつけ医が中心になって診療を継続することが望ましい。しかし、認知症専門医や認知症専門医療機関の数は全国的に充足していない状況にあり、すべての認知症患者がこのルートをとることは難しいであろう。そのため地域で認知症患者を支えていくには、かかりつけ医の積極的な関与が必要不可欠であり、かかりつけ医の認知症診療の技術向上を図ることが重要である。熊本県では、かかりつけ医認知症対応力向上研修を受講した認知症に関心の高いと思われるかかりつけ医に対して、ステップアップ編を企画し、2010年度より研修会を開催している。毎年2回実施されるステップアップ編を受講した医師へは県知事名で修了証を授与し、県庁ホームページなどで修了者名簿を公表し広

く住民に周知を図っている。

【認知症サポート医との連携】認知症にかかわる地域医療体制構築の中核的な役割を担うべく連携の推進役として、2005年より認知症サポート医養成研修事業が開始されている。しかし、必ずしも地域の中でその役割を果たせていないことも多いことが指摘されている。熊本県では地域の核となってさらにより専門医に近い立場で地域連携を推進する人材を確保するために、2011年より認知症サポート医を対象とした熊本県認知症医療・地域連携専門研修を実施している。研修内容は地域連携に積極的に関与してもらう必要があるので、認知症対策についての行政説明、認知症疾患医療センターの概要説明など診療以外の活動にかかわる内容を設定している。さらに研修修了者の責務として、前述した地域拠点型事例検討会にアドバイザーとして年に数回以上参加するなど地域の認知症医療体制の一翼を担ってもらっている。かかりつけ医認知症対応力向上研修と同様に研修修了者名簿を公表している。

【今後の課題】地域拠点型センターでは90日以上入院が約25%あり、治療が長期化しているというよりはむしろ症状改善後の受け皿不足が原因であるので、さらなる連携を図り、地域の受け皿を増やしたり精神科病院から家族や施設へのアウトリーチを実施するシステムを確立していくことが必要であろう。

認知症の地域生活のための循環型医療介護システムへ向けて

医療法人社団知仁会メープルヒル病院

石井 知行

超高齢社会の進行による多様な医療・介護・福祉のニーズの増大のために、地域包括ケアシステムが提唱された。このシステムを提唱した山口³⁾は問題点として、マンパワー（専門職）の確保ができるか、健全経営が可能か、シームレスなサービス提供（医療と介護、施設ケアと在宅ケアの連携）が可能か、首長（市町村長）と住民の理解と協力があるか、を挙げ、これらの問題点がクリアできなければこのシステムは実現困難であると言及している。しかし、国家財政の悪化 社会保障給付の抑制、生産年齢人口の減少 地域の介護労働力の低下、高齢者夫婦のみ所帯・単独所帯の増加、家事を担ってきた女性の就労機会の増加 家庭の介護力の低下、認知症有病率調査データの不十分さ 推計以上の大量の認知症患者の増加などから、上記の

クリアは困難ではないかと思われ、在宅介護は極めて困難になることが予想される。

平成24年、「今後の認知症施策の方向性について」（以下、「方向性について」という）および「認知症施策推進5カ年計画（オレンジプラン）」が厚労省より発表された。ここにおいて、精神科病院への入院を不適切なケアの流れと断じ、地域の認知症ケアの拠点としての「グループホーム」の活用が謳われている。グループホームは高齢者虐待などの不祥事の多発、火事による死亡事故などからみられるように、ケアの質を担保する仕組みの構築とともに根本的な制度の見直しが必要である。また、精神科病院の入院機能は在宅ケアとのシームレスな連携を可能にする循環型の医療介護総合モデルの中核的機能を持つために、機能分化が必要である。

認知症入院病棟機能分化の私案を以下に示す。

認知症急性期治療病棟：BPSDの急性増悪や重度のせん妄などに対応できる緊急入院枠を設けた短期入院の急性期治療病棟。

認知症治療病棟：現行施設基準に追加してさらにリハビリ機能の向上を図る。

最重度認知症療養病棟：中核症状の進行が最重度・寝たきりでない、動ける認知症を対象とする。重度のIADL低下のため、介護が中心となるが、治療抵抗性のBPSDと軽度から中等度の身体合併症のため

に、より医療が必要な患者群が対象である。

身体-精神合併症認知症対応病棟（Medical Psychiatric Unit-Dementia：MPU-D）：重度の身体合併症対応に特化し、対象は認知症患者であるが、主病は治療を要する重度の身体合併症である。精神科医だけでなく内科・神経内科など一般科医の常勤配置を施設基準とする。

さらに、入院機能がほかの社会資源と有効に連携するために、認知症地域連携パスが重要である。「方向性について」において、近畿地方の4施設における少数例のデータから、認知症治療病棟の中央在院日数を2ヵ月にする数値目標を掲げているが、大学病院や総合病院を含む偏った施設からのデータであり、データの外的妥当性に疑問がもたれる。一般の精神科病床で本当にそうした目標を達成することが可能かどうか、入院期間を短縮するためには何が必要か、入院中のケアの質はどのようなのか、そうした疑問に答えられるデータはまだ得られていない。

こうした疑問に答える端緒とすべく、広島県において「精神科病床に入院した認知症患者の入院実態調査」をパイロットスタディ中である。

上記のように地域ケアのリソースに限界がある中で地域包括ケアシステムを現実化するためには、精神科病院への入院を不適切なケアの流れなどと誹謗に陥るのではなく、あらゆる社会資源の質の向上と効率化を図り、その連携を緊密化することが求められる。公衆衛生学的、統計学的な根拠の薄弱な¹⁾「方向性について」の施策により、今後、認知症の方々への適切な処遇が可能であろうか。科学的検証による長期展望を欠いた政策の失敗例を以下に挙げる。

戦後、政府の政策により、産児制限が行われ、これが現在の人口減少問題の主要因となっている。「日本は戦後、飢餓への転落を恐れて、「産児制限」を行った。優生保護法で墮胎を事実上合法化した結果、異常なまでに子どもの数が減り、当然この世代が生み出す「次世代」の数も減少した。日本の人口構造は「団塊」と「団塊ジュニア」の2つの山があるのではなく、両世代の間に「谷」があるのだ。自国民の人口構造を恣意的に変えた先進国は日本だけ。結果、20～39歳の女性は今後も減り、今後

50年で3分の1近くまで落ち込む。一方で英仏はこの間に、数%増加する。つまり、「女性が子を産まない」のではなく、「生む女性がいない」ことに気付くべきだ」と松谷²⁾は述べている。

「優生上の見地から不良な子孫の出生を防止する」「母性の生命健康を保護する」という見地から、優生保護法が3回改正され、中絶の適用条件に「経済的理由」などが導入され、さらに審査が簡略化された。貧困を理由とした中絶、精神病、または精神薄弱者の強制的優生手術が正当化された。さらに、家族計画運動として避妊が奨励された⁴⁾。1950年代を通して約1,000万人の人口が失われ、その後も現在に至るまで毎年当否についての厳密な議論なく高い人工妊娠中絶実施率が続き、特に、近年は未成年者の実施率が高くなっている。

現在の日本の人口減少・少子化の主要因は、このような政策の失敗にあると思われる。科学的手法によらない政策立案の失敗が再び繰り返されようとしている。不十分なデータや薄弱な根拠に基づいた認知症施策は国民に被害を与えるのではないかと危惧される。

地域包括ケアシステムを現実化し、認知症入院医療が地域生活を有効にサポートするためには、早期診断・早期介入からはじまる医療と介護、施設ケアと地域ケアをシームレスにつなぐ循環型医療介護システムの確立が必要である。医療と介護、施設ケアと地域ケアはそれぞれ不可分なケア相互の補完性があり、シームレスな医療と介護の連携が必要である。

1) 石井知行：認知症施策を踏まえた今後の認知症入院医療．Cognition and Dementia，12(2)；105-113, 2013

2) 松谷明彦：高齢化と人口減少の恐ろしさ．選択，2012年9月号；3, 2012

3) 山口 昇：地域包括ケアのスタートと展開．地域包括ケアシステム（高橋紘士編）．オーム社，東京，p. 12-37，2012

4) 山本起世子：生殖をめぐる政治と家族変動．園田学園女子大学論文集，第45号；1-18, 2011

今後の職場のメンタルヘルス対策の方向性

厚生労働省労働基準局安全衛生部労働衛生課

椎葉 茂樹

わが国における自殺者数は14年連続で3万人を超え、このうち、約8,200人が労働者であり、「勤務問題」を自殺の原因の1つとしている者は約2,700人に達している。また、職業生活などにおいて強い不安、ストレスなどを感じる労働者は約6割に上っており、このような状況を背景に、精神障害などによる労災支給決定件数は増加傾向にある。

一方、事業場でのメンタルヘルス対策の取組状況を見ると、対策に取り組んでいる事業場は、全体の約5割にとどまっており、心の健康対策に取り組んでいない事業場では、「必要性を感じない」(42.2%)、「専門スタッフがいない」(35.5%)、「取組み方がわからない」(31.0%)などの理由により取組が十分に進んでいない状況にある。政府の「新成長戦略」(平成22年6月18日閣議決定)においては、2020年までの目標として「メンタルヘルスに関する措置を受けられる職場の割合100%」が掲げられ、目標の達成に向けて、事業者に対するメンタルヘルス対策に関する支援の充実が求められている。

職場に求められるメンタルヘルス対策は、メンタルヘルス不調を早期に発見して対応する二次予防、監理監督者や労働者などに対する教育の実施(一次予防)、メンタルヘルス不調による休職者の職場復帰支援(三次予防)を総合的に行うことが求められている。メンタルヘルス不調の発生を未然に防ぐ方策として、職場でのストレスを健康リスクとして捉えたりリスクアセスメント手法の導入についても検討する必要がある。

事業者などに対するこうしたメンタルヘルス対策を推進していくための効果的な支援や、職場の産業医や産業保健スタッフの資質の向上を図るとともに、精神科医師の産業保健現場への積極的な関与が求められている。地域保健、地域医療との連携を図り、広がりと深さをもった職場のメンタルヘルス対策を進めていきたいと考えている。

臨床家からみる産業保健の特殊性

新日本有限責任監査法人

浜口 伝博

【特殊性1】産業医は適正管理を目的とする！ 産業保健（労働衛生）の目的は、「あらゆる職業に従事する人々の肉体的、精神的および社会的福祉を最高度に増進し、かつ、これを維持させること。作業条件にもとづく疾病を防止すること。健康に不利な諸条件に対して、雇用労働者を保護すること。作業者の生理的、心理的特性に適応する作業環境にその作業者を配置すること。つまり、仕事を労働者に適応させ、個々の労働者を仕事へ適応させることである」と定義されている（ILO/WHO合同委員会1950、1995にも再定義）。産業医は、作業環境、作業条件を評価し、同時に労働者の健康管理を行うことで、職場の安全と労働者の健康を確保する医学の専門家である。

【特殊性2】産業医は「事例」を解決する！ 労働に関わる諸因子に不整合があれば、やがてリスクとなり、顕現すれば職場問題として「事例」化する。当該「事例」に医学的な因子が含まれる場合には産業医は積極的にその解決にあたることになるが、その際の産業医の視点は、「疾病」の医学的な治療ではなく、労働の回復を目的とする諸因子（作業環境要因や本人の健康問題要因）の調整である。

【特殊性3】労働は就業規則に規制される！ 就業規則は労働基準法に準拠して、事業所ごとに労働時間や賃金などの基本的な労働条件や服務規律を定めたものである。規則文書は労働基準監督署に提出され、事業者および労働者はこの規則にしたがって指揮命令をし、かつ労働を提供することになる。既定外の労働指示は基本的に運用できない。

【特殊性4】事業者には「安全配慮義務」がある！ 職場における労働者の安全と健康を確保するためには、労働者に「自己保健義務」が課せられ、事業者には「安全配慮義務」が課せられている。労働者側の不実施は法的な処罰対象とならないが、後者の不実施は法的な処罰対象となる。

リワーク再利用者・延長利用者・中断者の分析からみえる リワークの課題

慈友クリニック

米沢 宏

当院では2009年9月に復職支援デイケア（リワーク）をスタートした。週5日1日6時間の精神科デイケアとして運用している。

主なプログラムは心理教育（上手な復職のコツ、ストレス、薬物療法、うつ病の治療など）、セルフ・モニタリング（認知行動療法など）、ストレス・コーピング（リラクゼーション、ストレッチなど）、コミュニケーション（アサーティブ・トレーニングなど）などであるが、すべてのプログラムは集団精神療法の場で実施され、参加者の相互作用、相互交流による気づきを重視したかわりを行っている。プログラムは1クール3ヵ月、原則として2クールまで利用できる。直近の2010年9月～2012年8月の1日の平均参加者は20.0名である。また当院の特徴として転院をしなくてもプログラム参加が可能なことが挙げられる。利用者の約8割は外部に主治医がいる。

2009年9月～2012年8月までの3年間に131名が参加、うちプログラムの終了者は112名、終了時に復職できた者が109名で復職率は97.3%であった。また全参加者131名から割り出した復職率は83.2%となる。復職率としては満足できる実績を上げていると考えられるが、一方で一度復職したもののまた調子を崩し休職し再度リワークを利用することになった者が9名、復職するまでに6ヵ月以上かかった者が29名、病状が思わしくなくリワークを中断した者が19名あり、その原因や背景について検討を加え、当院のリワークプログラムの課題を探った。

まずリワークの再利用者であるが、調子を崩すきっかけは「環境変化（異動、リストラなど）」4名、「身体症状（風邪、胃痛、頭痛など）」3名、「病状悪化」1名、「業務負荷」1名であった。再発の背景として考えられた問題は、「過剰適応」2名、「疾患の病状が悪い」2名、「発達障害」1名、「自己評価が低い」1名、「早期復職への焦り」1名、「復職の準備不足」1名、「仕事の不満」1名であった。そしてリワークを再度利用することで7名が復職、1名がリワーク中断、1名は3日間のみ参加で復職したため判定不能とした。2回目のリワーク利用時の振り返り作業から、調子を崩す原因となったのは体調が崩れ始めた心身のサインを読み

取れず、病状をさらに悪化させていた者が5名と最多であった。1回目の利用時の様子からスタッフが再発の可能性を感じていた者が6名おり、今後セルフ・モニタリング力の向上をどのように指導していくかが課題と思われた。

次に復職までに2クール6ヵ月以上かかった29名であるが、「本人の要因が大」17名、会社側の要因が大」8名、「家庭その他の要因が大」4名であった。内訳をみると「病状が安定せず」8名、「復帰先が決まらない」4名、「動機が低い」3名、「個人的理由」3名（転職の模索、自分探しなど）、「業務遂行の能力不足」2名などであり、リワーク参加中に調子を崩し出席が不安定となって長期化しているケースが最も多かった。これはプログラム中断者にも当てはまることで、19名中14名は脱落の原因が病状自体の問題であった。初診の際、病状がまだ十分に回復していないと思われるケースについては半日からの参加を勧めるなど配慮をしているが効果は十分でない。通常精神科デイケアよりも負荷が高いことを参加者や主治医に徹底すること、スタッフやデイケア担当医、EAPカウンセラーなどとの面談を強化し早期の対応に務めること、主治医との連携を密にすること、場合によってはストレスケア病棟への短期入院などで打開を図る必要があることなどを考えている。一方「復職準備には6ヵ月以上の時間が必要であった」と考えられるケースも6名あった。面談を密に行い方向性と回復状況を共有し、期間が延びていることを悲観せず、参加の意義を確認しながらサポートしていく必要があるだろう。医療者側が急かすことがあってはならないが、復職に期限がある以上、失職しないように周到に復帰準備を進める必要がある。

精神疾患休職者の復職評価判定の数量化について

不知火病院

徳永 雄一郎

勤労者における精神疾患の休職者は増加の一方であるが、メンタルヘルスの問題では、ストレスチェック法制化の議論が行われ、実施に向けての作業が進んでいる。一方、種々の啓発活動が行われた結果、患者層が精神科医や心療内科医といった専門医を受診することが多くなってきている。しかしながら、精神疾患休職者の職場復帰に関して、産業医の意見として精神科医の診断書の曖昧さを指摘する声は少なくない。その結果、一部では専門医の判断に対する不信感に近いことも現実起こり始めている。この原因については、職場復帰に関する厚生労働省の指針はあるものの、復職を可能と判定する評価で、数量化された基準のないことも一因となっている。

特に、第三次産業の時代に突入し、従来の復職の可否を決める要因は、体力や気力にとどまらず、集中力や判断力といった知的作業能力の回復が復職を決定する時代に変化していった。具体的には、ハミルトン症状評価尺度が寛解であっても復職が可能ではないことが多い。当院の復職支援プログラムにおいても、プログラム導入条件にハミルトン症状評価が10点以下を条件にしているにもかかわらず、復職率が50%にとどまっている現状からも同様の指摘ができる。また精神疾患休職者の過半数を占めるうつ病に関して、その再発率や慢性化率の高さから、復職への厳しい現実が横たわっている。さらに若年層では他罰的傾向を示すため、復職にあたって自己の問題点の内省に結び付きにくい点がある。そのような点から考えると、症状が寛解に至ったとしても、復職可能とは判断できない事実が存在している。

そこで、復職判定を目的とした知的作業能力の数量化の必要性が高まってきている。中村²⁾はSASS(自記式社会適応度評価尺度)を評価指標として提案しているが、不知火病院では、これに加え、患者負担が少なく計算力などの必要性がないブルドン抹消検査¹⁾を実施してきた。ブルドン抹消検査は一定の図表をチェックしていくもので、クレペリンテストに比較して計算力を必要としない分、患者負担のかかりにくいことが特徴である。

種々の検討から、ブルドン抹消検査が一定の基準

に達していれば、復職が可能と判断できる結果が認められた。具体的には、一往復の作業時間が20秒程度、誤数が6個以下であれば、知的作業能力が一定の基準に回復したと判断し、職場復帰可能と判断できる有意差が確認できた。

このテストの活用として、基準値以下であれば、復職を急ぐ本人や家族への復職不可能の説明にも利用可能となっている。特に、明らかに職場復帰困難と判断されながら、現実性がなく執拗に復職を求めてくる者に対して効果的となる。筆者はこのような患者に対して「当院では、復職判定にこのテストを実施して判断しています。検査結果が一定以下であれば復職可能との診断書は書けませんのであらかじめ了解ください」と説明するようにしている。状況によっては、患者を追い込むことにもなりかねないが、現実を直視してもらうことには一定の効果が認められる。そのために、復職不可との結果が出た患者に対しては、「復職支援プログラムなどの治療によって、自己の問題点や適応上の困難性について検討していき、一緒に考えていきましょう。復職しても継続して勤務ができる段階まで治療を行いましょう」といった対応をしている。特に、自己愛的で一方的に自己主張をする患者には、内省を促して治療につなげていく良い機会になることも多い。

さらに産業医の立場からは、主治医の記載した診断書との意見の相違にも活用できる。現在問題視されている、不十分な回復にもかかわらず患者の要望に応じて復職可能と判断された主治医の診断書に対して、復職不可能と指摘できる根拠にも用いることができる。このような場合においては、主治医と産業医の関係悪化の心配も予想された。しかし実際は、主治医もやや強引な患者サイドの意見に押された形で無理を承知で判断し、復職可能と記載した状況も多いようで、むしろ客観的な根拠のもとで復職不可との結果が出たことに安堵した反応が返ってくることも少なくない。

1)木場深志：ブルドン抹消検査の標準成績について
臨床心理学の諸領域・金沢大学臨床心理学研修室紀要，5：24-27，1986

2)中村 純：うつ病の薬物療法，第129回日本医学会

てんかんと自動車運転

東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究所生命機能情報解析
学分野

松浦 雅人

2002年に改正道路交通法が施行されて、一定の条件を満たせばてんかん患者が自家用車の運転免許を取得できるようになった。道路交通法には病名は記載されていないが、施行令にはてんかんなどの病名があり、運用基準にはてんかん患者に運転適性がある4条件が挙げられている。日本てんかん学会は定期的の実態調査を行い、これまでに1万人以上の患者が正規の手続きを経て免許を取得したと考えている²⁾。しかし、日本のてんかん患者数はおよそ100万人と推定されることからその数はいまだ多くない。2011年以降、てんかん患者が関係した悲惨な交通死傷事故が相次いで報道され、現行ルールが必ずしも守られておらず、運転適性のない患者による事故の可能性が指摘された。このような背景から、2012年10月には警察庁より病状の不正申告に対する罰則強化などを内容とする有識者会議の答申が出された。

日本てんかん学会は現行ルールの問題点について調査し、診断書に今後発作が起きるおそれがないと断定できない、すべてのてんかんに2年間の無発作期間を前提とするのは長すぎる、判断の保留期間が6か月であるのは短すぎる、などの問題点を指摘した²⁾。そして、2012年10月に事故リスクの低い多くの患者の生活を守りつつ、ごく一部のリスクの高い患者の不適正運転の潜在化を防ぐ目的で新しい運用基準を提言した。てんかん患者の事故率比は1.8で、17~19時間覚醒した状態での運転や70歳の人の事故率比2.0に相当し、25歳未満の若年者や75歳以上の高齢者よりも低い。また、無発作期間1年としてもてんかんに帰せられる事故リスク比（発作が1年間に起こる確率、1日の運転時間比率、事故にいたる運転中の発作率を乗じ、一般ドライバーの年間事故率で除したものは許容範囲（1%以下）にあるなどの根拠³⁾も提示した。

2013年6月には衆議院で改正道交法が可決・成立した。その内容は、病状申告書への虚偽記載には1年以下の懲役または30万円以下の罰金、交通事故を起こす危険性が高いと認められる患者を診察した医師は診断結果を公安委員会に届け出ることができる制度を設ける、などである。国会での審議では、病気を理由とした差別が生じないよう配慮する、一定の病

気に係る質問票や医師による届け出ガイドラインは医師会や関係学会に要請して国民にわかりやすくする、自己申告に関して安心して相談できる窓口を充実させる、該当する者が不利益を受けないよう医療、福祉、保健、教育、雇用などを支援する、該当する者の権利利益が侵害された際は迅速に救済する、科学的な調査研究を推進し最新の医学的知見を反映させて運用基準を見直す、本法を5年後に見直す、などの付帯決議がつけられた。関連規則を整備して1年ほどをめでに実施される予定であり、今後も学会がさらに積極的に関与していく必要がある。

また、2013年6月の衆議院法務委員会では交通死傷事故に関連する刑罰をまとめた刑事法新法が審議された。集中質問が行われ参考人招致があり審議は終了したが、委員会採決はなく、今後の臨時国会での成立が見込まれる。病気や薬物の影響で正常な運転に支障が生じるおそれがある状態で運転して人を死傷させた場合には、過失運転致死傷罪と危険運転致死傷罪の間に、懲役15年が上限の中間の刑罰が新設されることになるかもしれない。病気を理由に刑罰が加重される初めての法律であり、問題が大ききように思われる。厳罰化が抑止効果があるかどうかは疑問であり、場当たり的な飛びつき立法の感が否めない。5月には医薬品添付文書に記載されている運転禁止の患者説明を徹底するよとの厚労省課長通達が出されたことと相俟って、現場の混乱が危惧される。

医師は医学的状态や治療が運転に与える影響を患者に説明する責任があり、適切な指導を怠ることに責任が伴う。運転適性のない患者に対しては自らの病気を直視させ、運転することによって自分だけでなく社会をも重大な危険に巻き込む可能性があることを伝える必要がある。病気と関連した交通事故を減らすことはすべての人の願いであり、緊急の課題でもある。そのためには厳罰化だけでなく、改正道交法の付帯決議に述べられたような総合的な対策の推進と、そして運転免許がなくとも幸福に生きていける社会の実現が必要である。

1) Advisory Board to the Driving Licence Committee of the European Union: Epilepsy and driving in Europe. Final

Report, 2005

2) 日本てんかん学会法的问题検討委員会：てんか
のある人における運転免許の現状と問題点．てんか
ん研究，30；60-67, 2012

統合失調症と自動車運転

富山大学大学院医学薬学研究部

松井 三枝

【目的】統合失調症は道路交通法施行令において免許の拒否または保留の事由になる病気として挙げられているが、安全な運転に必要な認知・予測・判断または操作にかかわる症状がないものは除くとされている。しかし、統合失調症と運転行動との関連について検討した研究はまだほとんどない。そこで、我々はまず、統合失調症患者に対して、車の運転免許の有無、運転の必要性や運転の実際、事故の経験の有無など運転行動の実態調査を行った。さらに、運転シミュレーターを用いた運転行動特性と心理学的認知課題による認知特性との関連を明らかにする研究に取り組むこととした。

【方法】第1に研究の趣旨に同意された統合失調症患者に対して、自記式にて患者の運転行動（免許の有無、運転の頻度など）と日常的認知機能の水準（注意、記憶、遂行機能、運動/スキル）についての調査を行った。第2に運転シミュレーター課題および注意関連課題などを実施した。なお、本研究は富山大学倫理委員会の承認を受けている。

【結果】調査対象となった統合失調症患者の75%が免許保持者であり、日ごろの運転への関心も比較的高いことが示された。運転行動と認知機能との関連では、免許保持者のほうが非保持者よりも認知機能面での困難度が低かった。運転シミュレーター課題において、統合失調症患者は健常者と比較して反応速度が遅かったが、エラー率の差異は課題によって必ずしも認められるとは限らなかった。

【考察】調査に参加された患者の結果からは、統合失調症患者の免許保持率は高く、運転への関心が高い実態が明らかとなった。また、運転行動特性と認知機能との関連についての検討が重要であると思われる。運転は生活の質と密接に関わっており、統合失調症患者がいかなる運転行動特性を有し、それがいかにして認知機能や臨床症状などと関連しているか、今後さらに究明される必要がある。

気分障害と自動車運転

名古屋大学大学院医学系研究科発達老年精神医学分野

岩本 邦弘

自動車運転は、一部の大都市を除けば、日常生活や就労を含めた社会生活に不可欠である。しかしながら、十分な議論がないままに、ほぼ全ての向精神薬服用中の運転中止が注意喚起され、日常生活に大きな支障をもたらしている。再発予防上、気分障害患者は服薬継続しながら、職場復帰を果たし、日常生活を営むことになる。この自動車運転を気分障害において考える場合、治療薬である向精神薬の影響と疾患自体の影響との双方を考慮する必要がある。

これまで、向精神薬が運転技能に与える影響は、疫学研究と実験的研究によって検討されてきた。疫学研究では、ベンゾジアゼピン類（BZD）や三環系抗うつ薬（TCA）など古典的な向精神薬の使用で交通事故のリスクが高まる（特に高用量）ことを報告するものが多いが、近年では新規抗うつ薬の使用でも交通事故リスクと関連し、特に処方開始時や変更時にリスクが高まることが報告される。しかしながら、疫学研究では、単純に薬剤の影響だけでなく、投与量や投与期間、年齢、併用薬、原疾患など個々の臨床状況も考慮しなければならない。一方、実車や運転シミュレータ（DS）を用いた実験的研究では、TCAやBZD（特に半減期が長く、高用量の場合）など古典的な向精神薬が運転技能の指標（車体の横揺れの程度）に悪影響を与えるが、新規抗うつ薬については影響が少ないことを報告するものが多い³⁾。また、主観的評価や神経心理学的検査では、向精神薬の運転への影響は十分に予測できないことも報告されており、運転技能の評価は単純なものではないといえる。

気分障害自体と交通事故リスクの関係については、さらにエビデンスが不足している。最近、電話調査手法による疫学研究により、抑うつや不安を呈する者と交通事故との関連が報告されたが、物質使用とも重なる結果であり、気分障害診断上の問題を含め、いまだリスクは明確ではない。実験的研究では、未治療うつ病患者のDSによる運転技能は、健常者と比較して低下していたことが報告されている。また、未治療患者が抗うつ薬を短期間内服した場合、鎮静系抗うつ薬においても運転技能が改善することが複数報告されており、運転技能への影響は薬剤よりも病状の方が大きい可能性が示唆されてい

る。さらに、長期的に抗うつ薬治療を受けている、部分寛解のうつ病入院患者では、神経心理検査バッテリーで評価される運転適正は、使用している薬剤毎に影響が異なることが報告されている¹⁾。しかし、運転技能そのものの評価ではなく、社会復帰準備中にある気分障害患者の運転技能を系統的に評価した検討はない。

そこで、我々はDSを用い、まずは向精神薬が運転技能に与える影響から検討を行ってきた。アミトリプチリンは車線維持技能と追従走行技能に影響を与えるが、パロキセチンでは影響を与えないこと²⁾、アミトリプチリンの車線維持技能への影響は濃度依存性であること、ジアゼパムはブレーキ反応時間に影響するが、タンドスピロンでは影響しないこと、ミルタザピンは投与翌日の車線維持技能に影響するが、連続投与では元の水準に戻ることに、この投与翌日の影響は、減量して投与することで軽減できる可能性があること、また、睡眠不足ではブレーキ反応時間に影響すること、を明らかにしてきた。これらの結果を踏まえ、現在、多施設でうつ病患者の運転技能を検討中である。

気分障害と自動車運転に関するエビデンスは不十分であるが、これまでの知見を鑑みれば、向精神薬は種類により運転技能への影響が異なり、疾患自体も影響するが、治療薬と疾患との交絡は不明確である。社会復帰を目指した薬物療法を実践するためにも、治療薬と疾患の交絡や運転技能の評価法、法的判断も含めた、学際的な研究が不可欠である。

1) Brunnauer, A., Laux, G., Geiger, E., et al. : Antidepressants and driving ability: results from a clinical study. *J Clin Psychiatry*, 67; 1776-1781, 2006

2) Iwamoto, K., Takahashi, M., Nakamura, Y., et al. : The effects of acute treatment with paroxetine, amitriptyline, and placebo on driving performance and cognitive function in healthy Japanese subjects: a double-blind crossover trial. *Hum Psychopharmacol*, 23; 399-407, 2008

3) Ramaekers, J.G. : Antidepressants and driver impairment: empirical evidence from a standard on-the-road test. *J Clin Psychiatry*, 64; 20-29, 2003

認知症と自動車運転

慶應義塾大学精神神経科

三村 將

今日、交通事故死者数の半分以上を高齢者が占め、社会問題となっている。高齢者の自動車運転における最大の問題点は、認知症ドライバーへの対応である。現行の道路交通法において、認知症は運転の絶対的欠格事由であり、認知症と診断されると一律免許の取り消し・停止となる。警察庁は認知症ドライバーを見い出す方策として、平成21年より75歳以上で運転免許を更新する者には講習予備検査（認知機能検査）を義務づけた。このような法制化は世界的にも例がなく、一定の成果が得られている。しかし、認知症ドライバー推計数から考えると、実際に免許の取り消し・停止ないし自主返納となるケースはまだごくわずかである。

認知症は通常、日常生活に支障のない水準から徐々に進行していくのであり、その意味で、運転も支障のない状態から明らかに危険な状態に至るまでの間にグレーゾーンがある。このどこで線を引くかというのはきわめて困難な問題である。また、たとえばアルツハイマー病と前頭側頭型認知症とは危険運転の様相が異なっており、標準的な認知機能検査のみで一律に安全性を評価することはできない。免許の取り消しを行うのはあくまでも公安委員会であるが、認知症患者を担当する主治医は、公安委員会に対して、何らかの助言を行いうる立場にある。通常、中等度以上の認知症であり、明らかに危険であると判断した場合には、医師は速やかに運転中止を勧告すべきである。この際、本人や家族の心情や実情配慮、代替交通手段の検討を行うこともきわめて重要である。軽度の認知症～軽度認知障害の場合、十分な認知機能の評価とともに、実車による評価が推奨される。運転継続の場合でも、継続的に経過観察し、適切なタイミングで運転中止の勧告を行っていく。認知症の運転安全性を考えるには、地域社会のなかで、医療や行政、自動車工学、都市政策など、さまざまな職種間の連携が不可欠であろう。

自動車運転の法的側面

中村・平井・田邊法律事務所

田邊 昇

医療訴訟は、1970年代からの長いスパンでみると、継続して増加しており、ここ10年のスパンでは、2004年の史上最高であった（それでも1,000件強であるが）時期から比べるとサラ金に対する過払い金訴訟増加の影響で減少傾向にあった。しかし、大手サラ金が軒並み倒産し、関連法令の改正によって過払い金訴訟は激減して、医療訴訟の復活の兆しが見えている。また、1990年から急増し、その後減少傾向であった医療刑事事件も昨年からは反転増加している。

精神科は、外科諸診療科よりは訴訟リスクは低いですが、内科系の診療科の中では、内科や小児科より医師一人あたり訴訟リスクが高い。

民事の医療訴訟（損害賠償請求訴訟）は診療契約上の義務違反として医療法人など医療機関の開設者が民法415条で、医師個人の不法行為として民法709条が根拠とされ、民法709条の成立を前提に、医療法人などの使用者が民法715条で賠償責任を負う。これらの要件としての過失や義務違反の判断として、法令などの規定や医薬品の添付文書が重要である。

法令については、道路交通法で、統合失調症、てんかん、躁鬱病などで運転能力に支障がある場合は免許の欠格事由となっている。また、近時の改正で、刑法204条の2が特別法として改正され、運転能力に支障のある「おそれ」の程度でも自動車運転中に事故を起こした場合は、業務上過失致死傷（刑法211条）より重く処罰されるという案が国会に上程され、法制審議会の議論において日本精神神経学会やてんかん学会も意見書を提出している。

しかし、現行の診療において問題になるのは精神疾患の治療薬による運転能力の低下（impaired performance：IP）である。

IPについては、添付文書上、精神科で使用するのはほとんどの薬剤に自動車の運転が禁止されるべきことが記載されており、通院や通勤などの社会生活に自動車の運転が不可欠な精神疾患患者に対して重大な影響がある。

というのは、最高裁平成8年1月23日判決（判例タイムス、914号；106）は、虫垂炎の患者にジブカイン製剤で脊椎麻酔下で虫垂切除手術を行った際に、開始10分後に原因不明のショックが起こり、寝たき

りになったという事案であるが、原審までは病院側が勝訴していたにもかかわらず、最高裁は、添付文書に血圧を14分までは2分ごとに測定しろと記載しているにもかかわらず、5分ごとに測定しており、これは医療過誤であるとした。当時の、被告病院と同規模の医療機関は、おおむね5分ごとの血圧測定を行っていたにもかかわらず、最高裁は「医療水準は、医師の注意義務の基準となるべきものであるから、平均的医師が現に行っている医療慣行とは必ずしも一致するものではなく、医師が医療慣行に従った治療行為を行ったからといって、医療水準に従った注意義務を尽くしたとは直ちに言うことはできない...医師が医薬品を使用するにあたって添付文書に記載された使用上の注意義務に従わず、それによって医療事故が発生した場合には、これに従わなかったことにつき特段の合理的理由がない限り当該医師の過失が推定される」としているからである。

したがって、この最高裁の論によれば、精神科疾患で使用する薬剤のほとんどは、自動車運転をしなければ通院できない患者には処方すべきでないということになってしまう。

実際に、薬物の影響で眠気などが起こり、自動車事故が生じた場合には、どうなるであろうか。神戸地裁平成14年6月21日判決（判例秘書搭載）は、61歳男性患者に逆流性食道炎疑いで平成11年2月8日に上部消化管内視鏡検査を実施する際にミダゾラム製剤10mgを静注（半減期2時間）し、終了後拮抗薬フルマゼニル0.5mg（半減期50分）を静注したケースである。検査パンフレットには運転を避けるよう記載されず、看護師と医師は眠くなる薬を使うがさます薬も使うと説明し、看護師は「検査後ふらついていたので、目が覚めても、また、眠くなるので、後の内科外来の診察までの間、しばらく休んで」との話をしたが、患者は大丈夫と言って自動車で帰宅したが、運転中に意識を失い、電柱に激突して自動車事故を起こし、全身の骨折等を負った。神戸地裁は、医師や看護師は、場所等から患者が車で来ている認識があったし、眠くなると言っただけで自動車運転について意識した説明をしていないし、拮抗薬投与後も2～3時間は運転させるべきでないから違法であるとして、損害の全額を医師に賠償させた。

このように、精神科医は医師が統合失調症、認知症、てんかんなどの患者に対して自動車運転を許可した場合、その許可が過失として民事賠償責任等を問われる可能性がある。しかし、処方制限は、車が必要な生活環境にいる者に対する治療、ひいては社会生活への適応を閉ざすことになる。添付文書はエビデンスに基づいているとはいいがたく、学会においてエビデンスの構築は急務である。しかし厚労省は、本講演直後の平成25年5月29日に都道府県衛生主幹部局宛の厚労省通知（薬食総発0529第2号、薬食安発0529第2号）を出し、添付文書の使用上の注意に自動車運転等の禁止の記載のある医薬品を処方する際の医師による注意喚起の強化と、添付文書の自動車運転禁止規定の強化をすとしてしている。

DSM-III, III-R, IVの変遷とDSM-5を巡る課題

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター

大野 裕

本稿では、DSM-5のわが国への導入にあたって、DSM-5の問題点について論じた上で、病名の訳語に関する委員会が「障害」と訳すか「症」と訳すかの議論があるdisorderの訳語に関して私見⁴⁾を述べた。

DSM-IIIの背景には、精神医学を医学の中に位置づけようというアメリカ精神医学会の意向が強く反映されていた。1965年から米国のNIMH予算は削減されていたが、1978年、Carter大統領が精神医学研究を奨励した。しかし、精神疾患の診断の医師によるバラつきが大きく、臨床研究は極めて困難であった。2人の精神科医の診断の一致率の低さは、いわゆるUS/UK studyなどの研究で指摘された^{1,2)}。

また、薬物療法の発展に伴って的確な診断と治療方針の策定が要求されるようになり、精神病患者を装って入院した心理学学生が精神病症状が消失したと訴えても退院ができなかったという事件がスキャンダラスに報じられ、保険会社からは診断基準や治療効果の判定が曖昧で保険になじまないと批判され、医療経済的にも信頼性のある診断基準を策定する必要性が高まった。そうした背景の中、Spitzer,R.を中心にDSM-IIIが作られた。

DSM-IIIは、原因を想定しない記述的分類を採用したため、内的な葛藤を意味する神経症という用語が廃止され、精神分析学の離反を招いた。併存 (comorbidity) 概念が注目されるようになったのもそのためである。DSM-IVでは医学モデルを意識し、精神疾患も脳という身体器官の障害であるとして、精神疾患以外の身体疾患にgeneral medical conditionという用語を用いた。

DSM-IIIでは、信頼性を高めるために診断基準が設定された。また、精神疾患を単に症状だけで理解し治療するのは望ましくないとして多軸評価が導入されたが、米国内でもあまり一般化しなかった。精神疾患の治療にあたっては病気として医師だけがかわるのとは好ましくなく、他の多くの職種がかかわるべきであるという考えから、政治的な意味も含めて、病気を意味するillnessやdiseaseではなく、disorderという用語が採用された。DSM-IIIの作成にあたっては、当時力をもっていた新クレベリン学派の影響が強く、精神病圏を狭く、気分障害を広くとらえる傾

向が認められた。

その後、DSM-IIIが改訂されDSM-III-Rが作成されたが、変更が大幅すぎたことが批判された。そうしたことから、1994年に発表されたDSM-IVは、十分な根拠のあるもののみ変更して、議論のあるものは変更しないというconservativeな姿勢をとり、文献レビュー (特に変更に伴うリスク)、既存の世界中のデータの再解析、12疾患フィールド調査を行って、そのデータを元に作成された。DSM-III、DSM-III-R、DSM-IVでは、診断基準の中に、症状だけでなくimpairmentやdisabilityの基準も含んでいる。それが、「症状は臨床的に著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている」という項目であるが、実臨床であまり顧みられず、過剰診断につながった可能性が考えられる。

わが国でもうつ病をはじめとする精神疾患の過剰診断が問題になっているが、米国でも同様に過剰診断が急増した³⁾。大うつ病性障害の過剰診断の他に、ADHDでは当初15%上昇するとの予想が3倍に増加し、早生まれではリスクが70%高まることになった。childhood bipolar disorderは10年間で40倍に増加し、Autism (とくに、アスペルガー障害) は、米国ではそれまで2,000人に1人だったのが80人に1人が、韓国では38人に1人が診断を受けるようになった。双極型障害は軽躁状態の判断が困難なために診断が急増した。PTSDでは、退役軍人への保証が関連して診断が増えたといわれている。

こうした状況の中でDSM-5の作成が始まったが、エビデンスが不足したままパラダイムシフトをしてbiological markerをもとに診断分類しようとしたり、予防概念を導入しようとしたために批判にさらされた。極端な秘密主義も、透明性を担保できなくさせるとして批判された。しかし、アメリカ精神医学会の経済的問題のために2年以上遅れることが許されないため、field trialでの信頼性が十分ではないまま、DSM-5が2013年5月に発表された。

急いだ結果、過剰診断・過剰治療の危険性をはらむカテゴリーが残ることになった。それは、Disruptive mood dysregulation disorder、Mild neurocognitive disorder、Binge eating disorder、Adult

ADHD、Behavioral addiction、Somatic symptom disorderであり、大うつ病性障害のmourningの除外項目の削除などである。一方、Psychosis risk syndrome、Mixed anxiety depression、Hebephilia、Hypersexualityは採用されなかった。

このように診断分類には様々な思惑がかかわっていることを考えると、訳語の変更には慎重であるべきである。Diorderの訳語を「障害」から「症」へと変更するのは、患者の利益を考え、臨床的利点が明らかである場合にのみにすべきである。精神分裂病から統合失調症への訳語の変更は、当事者の発議、時間をかけた十分に外部に開かれた議論を経て決められた。

「症」への変更には、障害という用語に伴う偏見の解消、impairment、disabilityとの区別、疾病分類であることを明確にできる、といった利点もある。しかし、精神医療における疾病とはという疑問がわいてくるし、医学一般で使われることによる臨床現場の混乱や過剰診断の懸念などの問題点もある。

- 1) Ash, P.: The reliability of psychiatric diagnosis. J Abnorm Soc Psychol, 44:272-276, 1949
- 2) Cooper, J.E., etc.:Psychiatric Diagnosis in New York and London. London, Oxford University Press, 1972
- 3) Frances, A.: Saving Normal: An Insider's Revolt against Out-of-Control Psychiatric Diagnosis, DSM-5, Big Pharma, and the Medicalization of Ordinary Life. William Morrow, New York, 2013 (大野 裕訳：正常を救え。講談社、東京、2013)
- 4) 大野 裕：精神医療・診断の手引き DSM- はなぜ作られ、DSM-5はなぜ批判されたか。金剛出版、東京、2014

英語病名「 disorder」中のdisorderは「障害」か「症」か

埼玉医科大学精神医学¹⁾
精神神経学会・精神科病名検討連絡会委員²⁾

豊嶋 良一^{1,2)}

【英語病名に「 disorder」が選択された理由】ICDはInternational Classification of Diseasesの略号であることから明らかなように、「障害」の分類ではなく、Diseasesの分類である。しかし、DSM-以降、精神医学的疾患の英語病名名称の末尾部分に一律にdisorder が用いられるようになり、ICD-10もこれになっている。ある英英辞典（ロングマン現代英英辞典、研究社）によれば、disorderには元来、illnessという語義がある。そこで「病気として扱われるべき状態」を意味しつつ、正常・健全な状態からの連続線上に位置するものにも使え、否定的ニュアンスも少ない用語として、diseaseやillnessではなくdisorderが選ばれたものと推察される。ここで銘記しておくべきことは、DSMやICD-10の英語病名の末尾に置かれたdisorderという語の本質的役割は、この「 disorder」が「疾病の名称」であることを明示することにあることである。

【「障害」という日本語が元来有してきた語義】一方、「障害」という日本語が元来有してきた語義は、たとえば「大辞林」（第三版、三省堂、2006年）によれば、下記である。

ア 物事の成立や進行の邪魔をするもの。また、妨げること。

イ 身体の器官が何らかの原因によって十分な機能を果たさないこと。また、そのような状態。

ウ 個人の特質としての機能障害（impairment）、そのために生ずる制約としての能力低下（disability）、その社会的結果である社会的不利（handicaps）を包括する概念。

このように日本語の「障害」には、元来は「病気・疾病」という語義はない。

【疾病名称「 症（病）」と「 障害」の相互関係】障害の上記の語義イ、ウの意味での「障害」には、通常、その原因となっている「疾病」が存在する。その「疾病」の名称には、わが国では語尾に「症」や「病」を付けたもの（ 症、病）が多く用いられている。ここで「障害」と「疾病」の関係を整理してみよう。「 障害」はある種の疾病の結果生じた「生理的機能の機能低下」を意味し、さらにはその結果生じた「能力低下・社会的不利」を指すこともある。その機能低下の

おおもとは「 病（症）」という名前の「疾病」が存在するということになる。その病態の原因が不明な場合には、症状名である「 障害」がしばしば「病名代わり」に用いられているわけである。

【「disorder」を「障害」と和訳することの問題点】

英語病名中の「disorder」は「障害」ではない：英語病名中のdisorderはillnessという語義で用いられていること、そして、日本語の「障害」には本来、「疾病・病気」という語義はなく、「機能低下・能力低下・社会的不利」を意味することからすれば、英語病名中の「disorder」を「障害」と訳すことは誤りであることになる。

「障害」は一般市民、非専門家に誤解を与える：また、「 障害」という語を病名呼称とした場合、これは病名であるにもかかわらず、当事者・家族に「（半永続的な）機能低下・能力低下・社会的不利」を意味すると誤解されるおそれもある。たとえば「発達障害」という用語の場合には、これが「病名」なのか、それによる「機能低下・能力低下・社会的不利」を指すのか、きわめて紛らわしい。使用場面によって同じ用語の意味が異なってくることも問題である。

上記のことから、disorderの訳語として「障害」が適切だったかどうかについては再検討されなければならない。「すでに定着したからこのままでよい」ですまされる問題ではない。

【英語病名中の「disorder」は「症」が妥当】前述のようにわが国では、医学用語が疾病名称であることを示すには、末尾に「症」や「病」が付けられることが多い。このうち、「症」は、たとえば「高血圧症」「甲状腺機能亢進症」「認知症」などのように、正常（健常）とみなされる状態からの連続線上に位置する疾病の場合にも用いやすいように思われる。

英語病名中のdisorderは「健常とは異なる疾病」と、「正常（健常）とみなされる状態からの連続線上に位置するといえども疾病とみなされるべき状態」の双方を意味しているわけであるので、日本の病名の命名法における「症」を用いるのが妥当で

ある。

日本の精神医学におけるDSMの功罪

新潟大学大学院医歯学総合研究科精神医学分野

北村 秀明、染矢 俊幸

操作診断、特にDSMの功罪といったテーマは、実はこれまで何度も取り上げられたテーマであって、古くは1997年の当学会総会で「操作診断の功罪」がディベートされ、ごく最近では2011年に「精神療法」誌が「DSM診断体系の功罪」の特集を組んでいる。にもかかわらず、今回再びこのテーマを取り上げるのは、1994年に出版されたDSM-IVが、およそ20年を経て、2013年にDSM-5に改訂されたことが第一の理由であり、脳の世紀、そして心の世紀といわれる今、DSM-5によって、どのような新しい視点が精神医学診断にもたらされるのか、大きな期待が寄せられている。

その一方でわが国では、非常に多く診断されるに至ったうつ病や抗うつ薬処方 of 広範な普及、時に何度も行われる重大事件の精神鑑定などをめぐって、精神医学診断への疑問や不満が存在するように思われる。精神医学の基本である精神症候学が、以前ほど十分に教育されなくなったと危惧する向きもあるが、チェックリストのように機械的に行われると揶揄される操作診断の普及に、その原因があるのではないかとする言説もある。

筆頭筆者は、いわゆる従来診断や精神病理学を医師となって数年間勉強したものの、その後の精神科臨床の大半を、DSM-IVとそのテキスト改訂版であるDSM-IV-TRに準拠した精神科診断を行い、またマニュアルや関係書籍の翻訳作業に部分的に従事した。本シンポジウムでは、その使用経験をふまえて、DSMの功罪を論じたこれまでの先行論文を参考に、従来診断と対比する形で、わが国でDSM診断を臨床・教育・研究に活用する際の利点や困難な点を要約した。「精神科診断はいかにあるべきか」という精神医学の基本問題に、先達はどのような方法で取り組んできたか、また今後、どのような方向に我々は向かうべきか、若い世代の精神科医の関心を喚起できれば幸いである。

精神科診断学の基本問題

埼玉医科大学病院神経精神科・心療内科

太田 敏男

今回は「精神医学における疾病概念・操作的診断基準・病名呼称の諸問題」と3つのキーワードが連結されている。本稿で与えられた課題は、この3つのキーワードのとおり、病名呼称問題を意識しつつ、操作的診断基準に先立つ病気・疾病概念をハイライトし、関連する諸問題をレビューすることにある。

社会のさまざまな変化の中で、病名呼称のユーザーは、かつては精神科医のみであったが、昨今は当事者、一般人、ジャーナリズム、企業関係者、そしてプライマリケア医へと顕著な広がりを見せている。筆者は、そうした変化の中で、うつ病関連用語が混乱してきておりその整理が必要であること、そしてそれは単なる理論的・形式的意味合いからではなく、実際の・臨床的に重要な意義をもつのだということを、繰り返し述べてきた。

ところで、病名呼称などを整理するにあたって、そもそも病気・疾病概念とは何かという問題は重要であるが、筆者はこれまでの発表では、用語整理に重点を置く必要からこの問題については比較的簡単に述べるにとどめてきた。しかし、やはりこの問題をあらためて思い起こし、正面から議論をすることは、用語問題が「どうでもいい問題」と矮小化されることを避ける意味からも、必要だと考えられる。

Siegler & Osmond²⁾は、精神科における症状を解釈するモデルとして、道徳モデル、医学モデル、精神分析モデル、家族相互作用モデル、陰謀モデル、社会モデルなど、さまざまなものを挙げている。その中で、医学モデルは、定義と診断、病因、行動、治療、予後、自殺、病院の機能、入院の終結、診療スタッフ、患者・家族・社会の権利と義務など諸側面を有するものであるとし、各側面について簡潔に述べている。最後の権利と義務はParsons, T¹⁾の「病者の役割」に相当するものである。

筆者はこれらを比喩的・図式的に整理し、病因、病態生理、症候・経過、治療、転帰、病者の役割という6つの要素を団子に見立てた1本の串団子を病気・疾患と考える「串団子モデル」を提示した。

これによれば、症候・経過、すなわち症候群は1つの団子に過ぎず、症候はさらにまたその1つの要素である。したがって、例えばICD-10やDSM-IVの

disorderは症候群に過ぎないという言明は誤りだということになる。

診断基準によって定義される操作的概念の本質を理解しておくことも重要である。例えば、DSM-IVで、Schizotypal Personality Disorderは以下のようなプロセスで作成された。

まず、患者を担当している専門家と討論し、彼らの意見を聴取して診断基準を作成した。しかし、これは、ケースを判別するには不十分であった。

作成者自身が症例のカルテを系統的にレビューするやり方に切り替え、診断基準を作成した。

専門家が担当している患者群とコントロール群に診断基準を適用し、カットオフポイントと感度・特異度を検討した。

専門家が担当している別の患者群とコントロール群を対象に、交叉妥当性を検討し、良好な結果を得た。

その後、さまざまな統計的手法で検討を加え、最終版に至った。これからわかるように、操作的定義の前には必ずケースそのものがあり、それを自然的言語で記述したもの、すなわち自然的定義がある。自然的定義は、理論的に、概念の出発点という意味で重要であり、実際的にも、治療に役立っている。しかし一方で、他者との伝達には不十分なことがあり得る。そこで操作的定義が役立つ。

ただし、注意すべきは、記述的定義ができあがると、より患者そのもの、すなわちより自然現象に近い自然的定義が忘れ去られがちなことである。

概念的定義は十分な長さの時間軸を含んでいるという点も重要である。これについても、操作的定義を境界鮮明な半立体、概念的定義を境界がやや曖昧な楕円体とする模式図を示した。そして、我々は実際の臨床場面でケースの今後の経過予測をするうえで概念的定義を暗に使っていることを指摘した。

病名呼称や用語の整理にあたって、以上に述べた概念的定義を思い起こし、これを参照枠とすることはきわめて重要であることを強調した。

1) Parsons, T.: The social system, chap. X. Free Press, 1951〔佐藤 勉訳：社会体系論（現代社会学体系14）. 青木書店、東京、1974〕

2) Siegler, M., Osmond, H.: Models of madness. Br J
Psychiatry, 112 ; 1193-1203, 1966

地域医療を視座に入れたパーソナリティ障害の急性期入院治療

帝京大学附属病院精神科¹⁾
都立松沢病院精神科²⁾

林 直樹¹⁾、今井 淳司²⁾

【目的】パーソナリティ障害(PD)は、入院契機となる問題行動の発生にかかわることの多い精神障害である。PD患者では、入院すると問題が一時的に表面化しなくなり、退院後にその再燃をみることが稀ならず起きる。PDの問題行動は環境とのかかわりの中で生じるものなので、その解決は環境の中で目指される必要がある。それゆえ、PD患者の入院治療は、できるだけ短期間として、退院後の地域生活で機能できることを主要な課題とするべきである。わが国では、PDを対象とする入院プログラムが普及しておらず、通常一般的な入院治療モデルがPD患者に適用されている。本稿では、都立松沢病院におけるPD患者の入院治療の現状についての調査結果を示し、さらにそれに基づいてPDの入院治療のあり方について検討した。

【方法】都立松沢病院を3年間(2009～2011年度)に退院し同院の外来治療に移行した患者から、ICD-10によってPDと診断された患者(PD群)と、年齢・性別をマッチさせて無作為に選択された調査期間内もしくは既往においてPDと診断されたことがない患者(非PD群)の診療録情報を比較することによって、PD患者の入院治療や退院後1年間の経過などの特徴を明らかにする。

【結果】2009～2011年度の松沢病院の退院患者(合併症病棟からの退院を除く)4,423名のうちPDが診断されていた患者は336例であり、そのうち退院後同院の外来治療に移行したのは131例(73人)であった。次いで73人の非PD患者が選択された。年齢の平均(SD)、男女比は、両群とも33.5(9.0)歳、19%と81%であった。PD群、非PD群の職業、婚姻、家族同居の状況は、定職あり 10% vs 7%、無職 70% vs 66%、未婚 67% vs 58%、単身生活 42% vs 30%であった。PD以外の診断では、感情障害(F3) 10% vs 10%、うつ病性障害(F32-4) 10% vs 1%、精神病性障害(F2) 7% vs 52%、物質使用障害(F1) 16% vs 30%、発達障害(F8、F9) 1% vs 4%であり、PD群にうつ病性障害が多く、非PD群に精神病性障害、物質使用障害が多かった。PD群のPD下位分類は、情緒不安定性PD 81%(衝動型 3%、境界型 34%、未特定 63%)、非社会性PD 4%、強迫性、回避性、依存性PD 各1%、未特定 12%であった。下位分類未特定の患者が他と同じ分類構成であると仮

定すると、情緒不安定性PD境界型が大多数(82%)となる。両群の既往平均入院回数(SD)は3.4(4.3) vs 3.0(4.1)、治療開始時平均年齢(SD)は23.7(8.5) vs 24.9(9.2)であった。

入院時問題行動では、対人暴力 5% vs 14%、自殺関連行動 51% vs 21% (過量服薬 29% vs 8%、切創 19% vs 4%)であり、PD群に自殺関連行動が多かった。平均入院日数(SD)は、PD群で少なかった〔33(40) vs 44(36)、 $p=0.004$ 、U test〕。

PD群では、入院時に措置入院が多く(14% vs 4%)、退院時の家族のキーパーソンとしての治療協力が少なく(48% vs 73%)、入院前後で家族同居が増加していなかった(PD群で1例減り、非PD群で5例増加、 $p=0.023$)。つまりPD群では、非PD群より家族の協力が少なく、入院中にも家族の治療協力が増えないのが特徴であった。

退院時の医療・社会資源(訪問看護、病院デイケア、作業療法、作業所、地域生活支援センター、生活保護、保健師との連携)の導入には両群の差を認めなかった。

退院後1年間の3ヵ月ごとの4期における問題行動(対人暴力、自殺関連行動、物質使用、衝動行為)、治療中断、再入院の有無、適応レベルでは、いずれも経過中に両群に同様の改善が認められた。外来治療の転帰にも相違を認めなかった〔治療継続 53% vs 64%、治療中断 14% vs 14%、他院紹介・転医 25% vs 21%、死亡(自殺以外) 1% vs 0%、自殺 3% vs 0%、終診 4% vs 1%〕。

【考察および結論】本調査の対象は、大部分が情緒不安定PD境界型であった。これは以前の調査の結果²⁾と同様であった。本報告のPD患者群では、入院前後に自殺関連行動、衝動行為が多い、入院期間が短いことが認められた。また、家族とのかかわりが希薄であり、さらに入院中に家族とのかかわりが強まることがみられないことが特徴であった。これは家族関係に適切な距離の保たれていることがPD患者の安定に通じるという主張³⁾と相応するものであろう。

退院時に導入されていた治療・支援が非PD群と相違していなかったのは、PD患者に対して使用可能な治療・支援が積極的に導入されていたからだと考え

られる。この入院治療のPD患者に対する効果は、退院後の経過において問題行動の減少や適応レベルの改善などの変化が非PD患者と同様に認められていたことに表れていると考えられる。

わが国では、PDを対象とする入院治療プログラムが普及していないが、米国では境界性PDを対象とするプログラムが稼働している¹⁾。そこでは、短い入院期間の設定で精神療法や薬物療法はもちろんのこと、ケースワークや作業療法なども加えた手厚い治療が行われる。このような専門プログラムをわが国にそのまま移入するのは医療的、経済的理由から困難であるが、われわれは当面、一般的な入院治療の枠組みの中で、これらのPD治療プログラムに含まれる治療法の開発や治療の効率化を進めることが必要である。これらの結果は現状のPD入院治療の特徴を確認するものであり、今後の治療のあり方を検討する上で基本的な資料として役立てられるべきである。

- 1) Gunderson, J.G.: Borderline personality disorder: a clinical guide. American Psychiatric Publishing, Washington, D.C., 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)
- 2) 林 直樹: 人格障害の臨床評価と治療。金剛出版, 東京, 2002
- 3) 林 直樹: パーソナリティ障害診断の現状と問題点: 都立松沢病院病歴統計から。シンポジウム: ICD-11に向けての課題。精神経誌, 110; 805-812, 2008

地域生活を重視した認知症の急性期治療

浅香山病院精神科

繁信 和恵

【はじめに】大阪府堺市は大阪市に隣接する人口約85万人の政令指定都市である。高齢者人口は19万人、高齢化率は22.4%（平成23年9月末現在）である。堺市では平成20年12月に浅香山病院、平成22年7月に阪南病院の2施設を認知症疾患医療センターに指定された。現在はいずれも地域型認知症疾患医療センターとして指定されている。

【堺市の取り組み¹⁾】大都市においては連携する機関の数は膨大であり、さらにそこで働くスタッフの数はさらに大きな数になることは容易に推測できる。多数の機関で連携を進めていくにはそれぞれの属する機関が互いの活動を理解し、連携を進展させていく必要がある。

堺市の認知症疾患医療センターでは互いの活動を理解し、連携を進展させていくための会議の場として、認知症疾患医療センターの事業内容で開催が義務づけられている『認知症疾患医療連携協議会』を活用していくこととした。行政、高齢者担当の医師会理事、介護分野からは包括支援センターと堺市の老人福祉施設部会に参加を依頼した。そこでかかりつけ医を中心とした認知症医療連携ネットワークが提案された。

【入院患者の退院支援における連携】当院ではBPSDの入院治療を行っているが、平成24年において入院前居住地が堺市であった者は27.9%のみであった。他府県からの入院も3.6%あった。このように広範な地域から入院患者を受け入れていることも、大都市の特徴であると思われる。特に、独居の認知症患者においては入院前の生活状況や地域とのかかわりを知る者が乏しい。そのような患者で一番入院からの生活状況を知っているのはケアマネージャーであることが多い。しかしこれまで当院では、遠方から入院する患者ほど一旦入院すると、ケアマネージャーとの関係が途切れてしまうことが多かった。BPSDの症状が改善した後の退院支援を円滑に行い、かつ患者に合った地域の介護サービスや入所施設を検討できるようにするためには、入院前から患者の状況をよく知るケアマネージャーの協力が不可欠であると考えられた。そこで当院ではケアマネージャーの役割も記載されている入院療養計画書を作成し、本人や家族の理解を得てケアマネージャーに

も郵送している。加えて入院後1ヵ月時に行う今後の方針を検討するための面談に参加を依頼し、退院後の処遇の相談を行うようにした。

【低所得高齢者の問題²⁾】大都市の抱える問題の1つに低所得高齢者の問題がある。当院においても平成24年12月に認知症のBPSDの治療のために入院していた114名のうち72.8%が低所得者（非課税世帯ないしは生活保護世帯）であった。近年は認知症の進行により単身独居生活に破綻を来し入院に至る事例が増加している。そのような患者は精神症状が改善しても自宅に戻ることが難しく、施設入所が必要になる。地方に比べ大都市では施設費用が割高である。そのためBPSDの改善後も経済状況に合う受け入れ施設が見つかるまで入院を継続せざるを得ない場合も少なからずある。認知症が進行し入院入所が必要になってからではなく、初期に認知症の診断がついた時点から進行期を見据え経済状況を考慮した治療や、ケアプラン、支援制度の導入が必要である。特に経済的な問題が生じる可能性が高い患者には初期からの精神保健福祉士のかかわりが重要である。

【退院時看護サマリーの改善】当院の認知症専門治療棟では、BPSDの改善を目指し多職種で工夫しながらケアを実践している。退院時には看護サマリー（以下、サマリー）を作成して退院先でのケアの継続を図っているが、短期間での再入院もあり、ケアの継続を徹底するために、現在のサマリーを見直すこととした。当病棟からの患者を受け入れた経験のある23施設のケアスタッフにインタビューを実施した。施設側からサマリーとして必要な情報には薬剤の処方根拠、ADLの詳細（オムツの種類、食形態、など）、既往歴、詳細な家族関係、皮膚障害や感染症などの身体的問題、睡眠パターン、居住環境、BPSD出現時の様子や原因、などが挙げられた。施設別の主なニーズとして、特養では『BPSDが悪化した場合の対処法』、老健では『頓服薬の使用状況』、『薬剤処方の根拠』、『転倒歴』、『身体情報』、GHでは『集団活動』、『夜間の様子』、多機能では『家族との実質的なかかわり』があった。退院後のケアに入院治療におけるケアを活かすためには、提供していたケアの内容とその根拠の記載、また退院後の施設の種類の合わせて退院サマリーの内容を工夫す

る必要があると考えられる。

- 1) 繁信和恵：認知症疾患医療センターの役割．臨床精神医学，41(12)；1705-1714，2012
- 2) 繁信和恵，柏木一恵，比良美千代ほか：低所得者の認知症医療と施設介護の現状と課題．老年精神医学雑誌，23(5)；586-591，2012

統合失調症 急性期からのリハビリテーション

奈良県立医科大学精神医学講座¹⁾
大阪府立精神医療センター²⁾

池下 克実¹⁾、松田 康裕¹⁾、島本 卓也²⁾
岸本 年史¹⁾

【地域生活中心への移行と急性期入院治療の現状】精神保健福祉医療の改革ビジョンにおいて、「入院医療から地域生活へ」という基本方針が打ち出されて以降、精神科救急医療体制の整備や救急医療の向上が徐々に進められてきた。当施設も精神科救急入院料病棟と精神科救急・合併症入院料病棟の急性期を対象とした病棟を有しているが、近年こうした急性期を対象とした病棟運営において、良くも悪くも入院期間の短縮化が図られる。反面、退院後のマネジメントが不十分なまま退院に至るケースも少なくならず経験する。患者および家族の疾病理解が不十分、また地域支援との連携が不十分なまま退院となり、セルフスティグマや治療の動機づけが乏しいために服薬や治療の中断、地域支援の拒絶、その後の症状再発、再入院を繰り返すなどの問題は患者・家族のみならず治療者や支援者側も悩まされるところである。実際に統合失調症患者における退院後早期の再入院については「回転ドア現象」として問題視され、退院後3ヵ月以内の再入院は12%に及ぶという報告も認める。

昨今の精神保健福祉医療の変化に伴い、我々は限られた入院期間の中で患者に有効な働きかけをするために精神症状の評価だけでなく、生活背景を適切に捉えて退院後の生活を見据えた治療目標を速やかに見極める視点が要求されている。

【当施設における統合失調症退院患者の再入院の検討】(対象・方法)2011年4月1日～2012年3月31日の1年間に退院した統合失調症患者を対象に、診療録をもとに退院後1年間の追跡調査を実施した。ただし治験目的・身体合併症治療目的の入院、1週間以内の短期入院、転医や治療中断などで追跡不能となったものは対象から除外した。主要評価項目を「退院後1年以内の再入院の有無」とし、性別、年齢、罹病期間、退院時GAF、GAF変化、退院時薬剤用量、LASMI(対人関係)、入院歴、心理教育の有無、ケースマネジメントの有無などの項目について調査した。(統計解析)再入院を従属変数、その他の項目を独立変数としてロジスティック回帰分析で検定し、両側検定で5%未満の水準を有意とし

た。(結果)対象者77名のうち、退院後1年以内に28名(36%)が再入院し、3ヵ月以内の再入院は6.5%を占めた。また罹病期間が1年長くなると再入院が7.7%増加する〔Odds ratio=1.077、95% confidence interval(CI)=1.024～1.134〕という結果となった。

【統合失調症の再入院にかかわる要因】統合失調症患者の再入院にかかわる要因については、退院時の不十分な改善や薬剤の副作用、短すぎる入院期間、過去の入院歴など様々な報告がなされている。Keithらは1年間服薬アドヒアランスを保てるのは50%にとどまることを報告し²⁾、Kaneらは30日以上服薬中断した患者の20%以上が入院に至ると報告し、服薬アドヒアランスは再入院に影響する最も重要な要因の1つであることを示した¹⁾。

また再発防止のプログラムにおいては、アドヒアランス改善のための心理社会的介入として、心理教育や包括的生活支援プログラムや集中的なケースマネジメント、具体的な問題解決技法や動機づけ技術、認知行動療法などの有効性を示した報告がある¹⁾。

【急性期からの多職種による心理社会的介入】当施設では、看護師、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士など多職種が連携した心理教育、作業療法、退院前訪問指導、入院中からのショートケア参加など急性期の入院患者に対して退院後の生活を見据えた早期からの心理社会的介入を試みている。

・心理教育：急性期より患者の疾病理解度を把握し、患者および家族の疾病理解の促進と治療アドヒアランスの強化を目的とする。精神保健福祉士や臨床心理士が中心となり、統合失調症と気分障害を対象に4セッションの集団心理教育(5、6名)を実施している。

・作業療法：急性期から生活リズムの改善、集中力や達成感の獲得とそれに伴う情動安定化を目的とする。2012年度より初めて常勤採用となった作業療法士により、病棟内で個人および集団作業療法を実施している。2者関係の構築を重視し、まずは身の回りのこと(着替え、洗顔、化粧、髪をまとめるなど)を練習し生活リズムをつかむなど急性期患者に配慮

して対応している。作業療法が加わったことでより急性期から治療関係の構築や患者の自己効力感向上に重要な役割を果たしている。

・ケースマネジメント：精神保健福祉士を中心に、退院後の生活が円滑に運ぶように多面的な評価を実施する。入院時点より家族との相談を開始し、入院中は多職種でカンファレンスを実施し、地域の各種機関との連携や適切な相談窓口の案内を実施する。退院前訪問指導では退院後にかかわる多機関、多職種で家庭訪問を実施し、実際の生活場面をみてさらに支援の検討を行っている。

以上、当施設で取り組んでいる急性期からの心理社会的介入・リハビリテーションについて報告した。また長期的予後という視点を養うことによりスタッフの技術や意欲の向上に努め、再発・再入院を予防するための急性期からのより効果的な介入方法の検討、実践に努めたいと考える。

1) Kane, J.M. : Review of treatments that can ameliorate nonadherence in patients with schizophrenia. J Clin Psychiatry, 67 (Suppl5) ; 9-14, 2006

2) Keith, S.J. , Kane, J.M.: Partial compliance and patient consequences in schizophrenia: our patients can do better. J Clin Psychiatry, 64 ; 1308-1315, 2003

アルコール・薬物依存症の長期予後のために

三重県立こころの医療センター¹⁾
奈良県立医科大学精神医学教室²⁾
東大阪市立総合病院³⁾

長 徹二^{1,2)}、釜田 善和^{2,3)}、久納 一輝¹⁾
坂 保寛¹⁾、原田 雅典¹⁾、岸本 年史²⁾

アルコール・薬物依存症は飲酒や薬物使用をコントロールできない慢性疾患であり、急性期入院治療も重要であるが、その後の長期間にわたる維持療法が重要な位置を占めている。アルコール・薬物依存症者は外来受診の中断が多く、受診率が低いのが現状である。

平成20年に全国の精神保健福祉センターを対象に実施した我々の調査¹⁾では「違法薬物の依存症の相談にどのように対処していますか?」という質問に「医療機関に相談するべき」と回答したセンターは72%にとどまり、残りの28%は「法律で裁かれるべき」「わからない」と回答していた。このことを考えると、一般的なコミュニティに同じ質問をした場合の回答も予想はたやすい。「意志の弱い人になる病気で治らないのでしょ?」「自分で使用しておいて病気だなんて!」といった誤解や偏見に満ちたものであろうと予想される。もし、周囲にアルコール・薬物依存症の疑われる者がいた場合、どれほどの人が治療のために精神科への受診を支援するかは想像に難くない。

実際に一番困っているはずのアルコール・薬物依存症者の家族に「依存症の相談に関して困ったこと」を回答してもらった我々の調査²⁾を以下に紹介する。その結果は驚くことに「世間体や偏見が気になる」よりも「どこに相談していいかわからなかった」という回答が1番多かったのである。つまり、コミュニティにおけるアルコール・薬物依存症の知識や資源は極めて限られており、広く啓発する必要があることに気づかされる。既存の研究から推定される有病率から鑑みると、受診率は極めて低いのが現状である。特に薬物依存症者は「通報されたらどうしよう」と思うことが多く、受診をためらうことが多い。特に、急性期症状が激しい場合にはすぐに受診できる環境が望ましく、アルコールや薬物の影響下での安全な対応が重要である。現在の精神保健福祉法においてはアルコール・薬物依存症の診断に該当すれば、いずれの入院形態も可能となっている。そして、急性期が過ぎた後に本当の治療が始まるのである。

アルコール・薬物依存症は慢性疾患であり、再飲

酒や薬物の再使用は症状であり、喘息の発作や捻挫の反復と同様に理解する必要がある⁴⁾。つまり、依存症の治療経過で再飲酒・再使用は必ず起こると想定して治療にあたる必要があり、むしろ介入する絶好のチャンスであるともいえる。具体的にはどのような状況や心情で再飲酒や再使用に至ったかを分析し、今後の治療の中での対処スキルや行動計画を見直すきっかけとなりうる。ストレスによる渴望は再飲酒を予測する³⁾と報告されていることもあり、そのストレスにうまく対処することができれば、再飲酒は防げる可能性がある。そのため、当院ではストレス対処やシールを用いた強化を意識した外来治療ツールを作成し、試験的に使用している。ただし、単に飲むか飲まないか、使用するか否かという行動ばかりを重視しすぎて、人間としての尊厳や生き方の回復といった面を軽視してはいけない。

アルコール・薬物依存症の予後を左右するものは人のネットワークや自己効力感の高さ、そして治療期間の長さであるといわれている。そのため、救急受診・急性期治療の機会を大切にすることで、人とのネットワークを広げ、自己効力感を高め、外来受診継続率が高まり、予後改善が期待できる。また、アンチスティグマ運動として日本でも「リカバリーパレード」という取り組みがあり、アルコール・薬物依存症者は回復できるという認識を周知する活動を行っている。その結果、少しでも偏見を減らし、受診率を高め、アルコール・薬物依存症の長期予後の改善に寄与することを願っている。

1) 長 徹二、田上裕二、石本智子：精神保健福祉センター・保健所におけるアルコール・薬物依存症相談に関する実態調査・平成20年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 依存症者の社会生活に対する支援のための包括的な地域生活支援事業報告書・p. 129-138, 2009

2) 長 徹二：アルコール・薬物依存症の家族支援フォーラム in 三重・平成21年度厚生労働省障害者保健福祉推進事業 地域におけるサービス事業者等の連携のあり方に関する調査研究事業 アルコール・薬物問題 平成21年度家族事業総括事業報告書・p.

129-142 , 2010

3) Higley, A.E., Crane, N.A., Spadoni, A.D., et al.: Craving in response to stress induction in a human laboratory paradigm predicts treatment outcome in alcohol-dependent individuals. *Psychopharmacology (Berl)*, 218; 121-129, 2011

4) McLellan, A.T., Lewis, D.C., O'Brien, C.P., et al.: Drug dependence, a chronic medical illness: implications for treatment, insurance, and outcomes evaluation. *JAMA*, 284; 1689-1695, 2000

うつ病に対する包括的医療 急性期入院治療から復職支援まで

神奈川県立精神医療センター芹香病院¹⁾
東京女子医科大学神経精神科²⁾

森脇 久視^{1,2)}、岩間 久行¹⁾

従来、うつ病は比較的予後のよい疾患とされ、リハビリテーションの視点はあまり重視されてこなかった。しかし、うつ病を大部分とする職場のメンタルヘルス休職者の増大とともに復職支援(リワーク)の需要が高まっている。当院は、古くから地域の精神科救急医療の中核的な役割を果たしてきたが、平成20年度より、気分障害を対象とした専門病棟・ストレスケア病棟を開棟した。気分障害(特にうつ病圏)の急性期入院から回復期まで、医師・看護師・心理士・作業療法士・社会福祉士からなる多職種チームが、クリニカルパスを通して治療にあたっている。さらに、平成20年度からは外来通院者に対するリワークプログラムを提供している。

リワークプログラムは「集団療法」「復職準備」「セルフケア・再発予防」と定義づけられ、具体的には 職場での業務遂行の見直し、自己の健康管理、対人スキルの再構築を目標としている。当院ではうつ病、双極性障害、適応障害などのうつ状態の回復過程にあるものを対象とし、1クール4か月、定員12名としている。週4日午前中に、心理士、作業療法士らによって、以下のようなプログラムが行われている。

- (a) スキルアップ：主に疾患に関する知識を得るため書籍を読み、自分と照らし合わせてまとめを作成する。その過程で、集中力やパソコン技術の向上などを図ることを目的とする。
- (b) エクササイズ：体力の向上を図るためストレッチ、卓球、バドミントンなどの種目を行う。期間中2回体力測定を実施。コミュニケーションを練習する場としても利用する。
- (c) 集団認知行動療法：自分自身のストレス反応について理解し、同様のストレス反応に陥らないように認知行動療法の技法をはじめとする対処を身に付ける。
- (d) テーマトーク：疾患、薬、栄養、アサーションなどの再発を防止するために必要な知識を専門職から講義を受けることで習得する。他に、問題を解決するための具体的な対処を考え練習するロールプレイや、テーマを決めたディスカッションも行う。

1か月ごとに、担当者と本人で復職準備性評価面接

を行い、修了時主治医にフィードバックし、主治医が復職の判断をする。また、本人、リワーク担当者、主治医、職場関係者を含めた復職面接を行うこともある。

リワークプログラムを開始して約3年が経過し、これまで計74名が修了している。参加者の平均年齢は41.7±8.4歳、85%が男性、78%が休職者、22%が離職者であった。主診断はF3が88%、F4が11%、F1が1%であった。F3の内訳は、単一のうつ病エピソードが48%で最も多く、反復性うつ病性障害26%、双極性障害21%、気分変調症が5%であった。9%に併存疾患があり、アルコール関連障害、広汎性発達障害、強迫性障害、身体表現性障害などであった。修了時の転帰は、復職64%、就職15%、離職7%、休職1%、プログラム中断13%であった。アンケートによる1年後の転帰では通常勤務17%、残業・出張なしの通常勤務35%であり、約半数が通常勤務を続けていた。なお短縮勤務18%、アルバイト12%をあわせると9割以上が何らかの職に就いていた。職種は、事務職29%、公務員29%、教職員14%、専門技術職が14%、サービス業7%、管理職7%であった。

これまでのリワークへの取り組みから浮かび上がってきたのは、軽症例が必ずしも予後がよいとは限らないということである。リワーク参加者の中には、軽症の遷延例・慢性例が多く含まれ、症状回復が必ずしも復職へと結びつかないことや、休職と復職を繰り返すことが少なくない。このような例には、しばしば職場葛藤、パーソナリティの問題、発達の問題が包含しており、医療的にかかわりのみでは不十分で、心理・社会・職業的視点からの援助が必要である。時には、リワークを通じて成長を促すよう働きかけが重要となる。

質疑応答では、病診連携の問題、非正規雇用・無職の問題などが指摘された。当院のリワーク参加者の多くは、地域のクリニックから紹介されており、リワーク期間が終了すれば、もとのクリニックに戻ることを前提としている。そのため、スムーズな連携は今後の課題である。非正規雇用・無職の問題について、当院では離職者に対するオプションプログラムとして、ファースト・ステップ(就労活動を

促進するために履歴書、職務経歴書を作成の上、送付したり、面接の練習を行ったりする)を行っているが、十分とはいえない。リワーク対象者は、うつ病患者全体の一部であり、リワークだけではなく、うつ病全体のリハビリテーションを充実させてゆく必要があると思われる。

がん医療における精神科医への期待 精神医学、心理学、コミュニケーション

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科精神神経病態学教室

内富 庸介

時代とともに精神科医の仕事は変わる。私の研修医時代（1980年代）、受け持った進行麻痺やてんかんは激減し、20世紀初頭に確立した統合失調症と躁うつ病は今でも大きな課題だ。変わったのは、うつ病や不安障害、認知症が、成人病と同じく common disease として激増したことである。一方、身体疾病は1950年代以降、急速に結核や感染症は激減し、高齢化とともにがんは急増し、1981年、わが国の死因のトップに躍り出た。歴史上、類をみない疾病構造の激変に対して、有効な治療手段をもたない世界はがんをまず患者から隠蔽して、つまりがんを伝えない方針で対応した。1977年、インフォームドコンセントが導入された米国スロンケタリングがんセンター記念病院に精神科部門が開設され、心のケアとして、まず、がんをいかに伝え、いかに患者を支えていくかが課題となった。1992年の開院時よりがん告知を施設の方針とした国立がんセンター東病院で、小生は難治がんの告知後の支援策の開発に携わってきた。がんという事実を温かく伝え、予後を含む今後の生活や将来の見通しを伝え、患者の個別のニーズに沿った治療選択を支援するコミュニケーション技術法を開発した。もちろん、一方ではがん告知後のうつ病を含む精神症状対策や無力感や絶望感に向き合う心理的負担の軽減も大きな課題であった。6人に1人は大うつ病に相当するからである。がん患者の精神医学的・心理学的対策は、早期発見、早期治療をまさにチーム医療で実践することになる。インフォームドコンセントが前提とされるがん医療では、がんの診断時から精神医学的・心理学的対策を準備した上で、患者、家族の意向に十分配慮したコミュニケーションを促進し、適切な意思決定を支えることが、今、精神科医に求められていると思う。

精神科医ががん医療や緩和ケアに近づくために超えるべき壁

市立札幌病院精神医療センター

上村 恵一

精神科初期教育は、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拠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、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けら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。

総合病院精神科医が普段行っているリエゾン・コンサルテーションと、緩和ケアコンサルテーションはいくつかの異なる点があると思われる。医学的モデルでの疾患スクリーニングから介入の有無を選択するリエゾン・コンサルテーションに比べて、緩和ケアでの依頼に対しては患者、家族、依頼者それぞれのニーズを汲み取った介入方法が必要であり、時にはこれまでの医学モデルでは精神科医の役割とは思えない領域の調整が必要なこともある。包括的アセスメントにおいては、身体的、精神的アセスメントが中心のリエゾン・コンサルテーションに比べて社会的、心理的、実存的な問題にまで及ぶことが少なくない。マネジメントにおいても、緩和ケアコンサルトでは必ずしも薬物療法が必要であるとは思えないケースが散見される。何よりも精神腫瘍学分野が卒前教育、初期教育において扱われることは極めて稀であり、精神科医が専門医相当の経験を積んでから学ぶ機会が多いことが日常である。

緩和ケアチームと一緒に仕事をする緩和ケア医師は幅広いマネジメント能力を有している。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かもしれない。しかし、がん患者の包括的アセスメントの中で精神症状、心理的問題にかか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まれ

ではない。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、精神科初期教育は感情障害かそれ以外かという視点を重視する余りに、がん告知された、家族をがんで失った、友人を自殺で失った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。緩和ケア医が苦手と考える精神科医には、そもそも「グリーフ」を知らない、医学モデルに縛られている、病的でない「正常なもの」は扱わない（扱えない）、介入や治療を前提にしている（ケアは苦手）といった認識が卒後10年未満の精神科医師でよくみられる。

がん医療の中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。

精神腫瘍医の自身の経験を振り返って

独立行政法人国立がん研究センター中央病院精神腫瘍科

清水 研

筆者は2年間の内科研修ののちに一般精神科を3年間研修し、以降精神腫瘍学に携わってきた。初期研修医時代にがん患者の精神的ケアの必要性を実感したことと、がん患者にうつ病が高頻度に合併する現状を知り、自分ががん医療に携わることによって多くの患者を助けることができるのではないかと思った次第である。

しかしながら、精神腫瘍学の研修を始めた当初は大いに戸惑った。せん妄や重症のうつ病の患者に対しては、今まで学んできた精神医学の知識を応用することができたが、患者が抱える了解可能な苦悩に対してはどのように対応してよいのかわからず、強い無力感と居心地の悪さをしばらくは感じた。

続けているうちに、いくつかの糸口がみえてきた。最初にわかったのはチーム医療の隠れたかじ取り役になれることである。患者の語りを十分に聞き、個別的な意向をくみ取ったうえで、主治医や看護師などに翻訳して伝えることで、医療チーム全体がうまく機能できるようになった。また、他の医療者も無力感を感じていることが多く、精神科医のスキルを利用して個々に支持を行い、それぞれの役割が果たせるようにフォローした。

個人精神療法においては、当初あった「自分が何とかしなければならぬ、自分が患者を救おう」という気負いがなくなったときに、患者と向き合えるようになった。がん罹患という事実に向き合ったときに、患者は一度絶望を味わい、葛藤しながら、状況を受け入れ適応的な状態に移行する。うまく適応できるかは本人次第であるが、患者に共感的に接してくれる人が周囲にいることが、適応を促進することが明らかになっている。患者の語りをきちんと聞くことの大切さと難しさを実感しつつ、現在は試行錯誤している。本シンポジウムでは、個人精神療法における精神科医のあり方について、外傷後成長理論や、がん患者におけるストレスコーピング理論などを交えつつ、論じた。

がん患者・家族とのコミュニケーションの実際

埼玉医科大学国際医療センター精神腫瘍科

大西 秀樹

がん専門病院に勤務する精神腫瘍医として働いている。精神科医としてのキャリアの半分以上ががん患者および家族の診療である。

患者はがんという病気に罹患したことで生命の危機に直面し、不安と恐怖の極限状態にある。また、それに加えて仕事や家庭、そして実存面に関する問題を一度に抱えて苦悩している。家族も同様である。愛する家族ががんに罹患し不安や恐怖に苦しんでいる。その苦悩は患者より大きい場合もある。

このような状態の患者と家族を診察し治療して、がん医療が円滑に進むよう援助することが精神腫瘍医に課せられた仕事である。

診療で大切なことは患者と家族の話を聴くことである。医師が話を聴くことで、患者と家族は聴いてもらった、自分たちは一人ではないという安心感が出ると同時に、混乱していた自分たちの考えが整理できるようになる。医師も患者家族がどのような考えでいるのか、いかなる精神状態にあるのかを知ることができる。その後薬物療法が必要なレベルと判断すれば薬物療法を行う。このように話を聴くことは良好な医師・患者関係の構築にも役立つ。混乱の極みにある患者や家族は話がまとまらないこともあるが、現在の混乱ととらえればよく、それを訂正する必要はない。多くの場合、治療を重ねる間に回復する。怒りも置き換えなどの防衛機制のことが多いので、まずは冷静に受け止める。

患者の話を聴くためには、がん治療がどのような影響を患者に及ぼすか、がん患者の心が疾患に適応してゆくまでにどのような動きをとるかなど、精神腫瘍学に関連した知識を備えているとより理解が進むであろう。

今回、筆者が実際に経験した症例を交えながら、がん患者・家族とのコミュニケーションの実際について考えてみた。

非定型精神病と創造性 病いの語りはいかにして文化となるか

自治医科大学看護学部

大塚 公一郎

非定型精神病概念およびそれが示す状態の曖昧さは、非定型精神病と文化の関係を明らかにするにあたり妨げとなる。本稿では、この曖昧さを解決する1つの提案をするとともに、非定型精神病に罹患したと考えられる一女性教祖の病跡をたどりつつ、非定型精神病患者の語りが文化の創造に寄与する可能性について、近年の多文化間精神医学や構造論的精神分析からの知見をふまえて論じた。

明治初期、丹波地方に生まれた出口なおは、無口で辛抱強い平凡な女性だったが、57歳のとき、貧困、家族の病氣や死といった困窮のなかで、非常な努力を続け、疲労困憊のなか、突然、「神がかり」と表現される憑依状態に繰り返し陥った。その後も神がかりは自動書記とされる「お筆先」に交代し、持続した。その間に、憑依中の語りや筆先の解説を、娘婿の王仁三郎が行い、終末観と救済思想を趣旨とする独特の教義をつくりあげた。彼女が教祖となり、王仁三郎が組織した大本は、昭和の初めにはわが国の代表的な新興宗教に発展した¹⁵⁾。

なおの病いについては、宮本¹¹⁾によって「祈祷性精神症」¹²⁾、中井¹³⁾によって満田¹⁰⁾の非定型精神病との診断がつけられている。近年、メジャーな文化によるマイナー文化の吸収、抑圧がもたらす病いとしての文化結合症候群の新しい定義が注目されているが¹⁴⁾、なおの祈祷性精神症は、憑依が日本文化を古くから規定してきたこと、憑依を精神医学的現象としてとらえることがわが国の近代医学の導入後に始まったことなどを考慮すれば、この意味での文化結合症候群である。さらに、幕末から明治の初期にかけて成立した新宗教の勃興を、明治維新以降の西欧化、産業化に対する民衆の危機感の反映とその克服の試みであり、日本型の神話解放運動³⁾とみなすならば⁶⁾、祈祷性精神症はこの運動の発端となりうる。他方、なおの病いを、「標準化指向型・近代医学型精神医学」の一分科としての精神医学における診断体系のなかに位置づけられる普遍症候群¹³⁾としての非定型精神病というアスペクトで捉えることも可能である。

さらに、なおの病いは、「創造の病い」²⁾となった「個人症候群」¹³⁾としても理解できる。近年、注

目されている非定型精神病とその類縁病態の急性期やその後に出現する語りとその治療的意義についての諸研究（非定型精神病^{1, 5, 7, 13)}、産褥精神病¹⁴⁾、ヒステリー性精神病⁴⁾）を念頭におくと、これまであまり注目されていなかった精神分析の見地からの非定型精神病への接近に期待がもたれ、構造論的精神分析の見地から、症状性精神病を含めた非定型精神病類似の諸病態を、統合失調症と一線を画するという意味で、まとめて考える立場^{7, 8, 9)}を参照しつつ、出口なお（+王仁三郎）の語りの分析を試みた。その結果、彼らの語りとはヒステリー性妄想（+その解釈）との共通点として、自我神話化、家族神話化によって外傷的な出来事を妄想的な投影により、むしろ賛美すること、ヒステリー性の抑圧と違い、抑圧されたであろうものが透けてみえること、パラノイアの自我的誇大的昂揚、逆の性への同一化、エディプス的葛藤とその克服が見いだされた。出口なお（+王仁三郎）の語りは、ヒステリー性妄想のように、患者が「現実と直面している葛藤」の夢のような喻えというべき語りであった。

秘教的な小組織が、公的に認められる新宗教に発展するためには、病理性をもつ女性教祖に加えて、より健康な男性の組織者の存在が必要とされるが、非定型精神病患者の語りが宗教という社会的言説となるプロセスを、ヒステリーの女性と男性分析家との間の転移、逆転移をとおして生み出される社会的言説についての理論を参考にして明らかにしようと試みた。

非定型精神病患者の語りが普遍的文化となる要件の1つとして、夢幻・ヒステリー性妄想が、ヒステリー性の社会的言説としての共同幻想、集団神話として展開することを挙げた。

その前提として、ある時代を支配する権威ある言説が、患者にとって大きな意義をもつことが必要になるが、「大きな物語の凋落」というポストモダンの文化的状況のなかでは、非定型精神病患者の語りが、現代の個人神話、家族神話を生み出す形で、病者をとりまくごくマイナーな世界に影響を及ぼすにすぎず、その意味で微小文化の生成機能をもつにとどまる可能性を指摘した。とはいえ、広義のヒステリー

に属するとも考えられる「意識の病理」である急性精神病は、狂気の原型であり、狂気が文化創造のなくてはならない契機である限り、非定型精神病的文化的意義は、潜在的な形であれ今後もなくなると考えられた。

- 1) 江口重幸：比較文化精神医学「非定型精神病」の小民族誌 病いはいかに語られ、いかに聞き取られるか．精神科治療学，8(11)；1320-1328,1993
- 2) Ellenberger, H.F.: La Notion de Maladie creatrice. Canadian Philosophical Review . p.25-41,1964 (中井久夫,西田牧衛訳：「創造の病い」という概念．岩波講座精神の科学別巻 諸外国の研究状況と展望. 岩波書店,東京,1984)
- 3) Ellenberger, H.F. : Développement historiques de la notion de processus psychothérapeutique. Les Movement de libération mythique. Quinze, Montréal,1978
- 4) 藤谷興一，岩脇 淳：ヒステリー精神病に関する疾病論的考察．精神経誌，92；89-116，1990
- 5) 堀川 直史, 山崎 友子, 星 真由美ほか: 非定型精神病的日本永住外国人の1例「異文化ストレス」と宗教的問題.臨床精神医学，21(11)；1793-1799，1992
- 6) 加藤 敏：日本における新宗教の大量出現 文化間葛藤と文化的同一性のゆらぎ ．栃木精神医学，20；37-42，2000
- 7) 小出浩之：非定型精神病的理念型と位置づけ．精神経誌，94；1201-1205，1992
- 8) Maleval, J.C.: Folies hystériques et psychoses dissociatives. Payot, Paris, 1981
- 9) 松本卓也：症状精神病における錯乱と夢 フロイトのメタサイコロジー再考．臨床精神病理，33；189-203，2012
- 10) 満田久敏：精神医学における臨床と遺伝 - 非定型精神病の問題を中心にして - ．精神医学，10；185-190,1968
- 11) 宮本忠雄：憑依状態 比較文化精神医学の視点から ．臨床精神医学，8；999-1008，1979 (「妄想研究とその周辺」1982所収)
- 12) 森田正馬：余の所謂祈禱性精神症二就イテ．神経学雑誌，14；286-287，1915
- 13) 中井久夫：治療文化論 精神医学的再構築の試み．岩波書店，東京，1990
- 14) 大月康義：語る記憶 解離と語りの文化精神医学.金剛出版，東京，2011
- 15) 安丸良夫：出口なお．朝日新聞社，東京，1987

フランスにおける急性精神病

医療法人群馬会群馬病院精神科

濱田 秀伯

急性錯乱はMagnanとその学派により、19世紀末に成立した急性精神病である。慢性妄想と並ぶフランス独自の概念であるとともに、非定型精神病を形作る母体の1つをなすものである。急性錯乱が成立する背景として、体系的経過をとる慢性妄想病と変質の2つの概念がある。Magnanによると変質のない人に生じる妄想は進行性で、潜伏、被害、誇大、認知症の4つの病期を規則的に経過する慢性妄想病になる。一方、妄想が変質のある人に生じると、その影響を受けて規則性を失い、急性に発病し、体系化せず、突然に治癒する急性錯乱になる。妄想は変質の有無でまったく異なる形をとり、両者に移行はないというのがMagnanら³⁾の主張である。急性錯乱は一般に青年期に発病するが、時には小児期にもみられる。患者の小児期や家族にある種の知的脆弱性などの変質徴候を見出すことが、診断に重視されている。発病は急性、突発性であり、誘因として感情的なショックがしばしばみられ、被害、誇大、神秘、恋愛などあらゆる種類の妄想が一次性、多数性、多形性に生じる。幻覚は重視されていない。病勢の活発な時期には、不安、恍惚を伴う過剰興奮、躁的焦燥などの高揚状態が生じ、患者は夜も眠らず、滅裂なことをしゃべり続ける。一方、気分が悲しく、希望を失い、無気力で閉じこもりがちな抑うつ¹⁾の記載もみられる。経過は基本的に一過性、治癒性であり、発病と同じく突然に回復する。その期間は数時間ないし数日で、数ヵ月以上続くことはない。急性錯乱には、単純な急性発作が1回のみのも、一連の急性錯乱が次々に形を変えて続くもの、複数の急性錯乱が休止期をはさんで人生の異なる時期に生じるもの、慢性妄想の経過中に生じるもの、という4つの類型が区別されている。まれに治癒せず慢性化する場合があり、知的衰弱を有しているもの、高齢のものは予後不良とされている。変質理論は1890年代になると衰退し、病的素質ないし体質理論へと移行した。一方、サルペトリエール学派と呼ばれる精神科医たちは、KraepelinやBleulerの分類をフランスの分類とすりあわせて急性精神病的再編成を試みた。彼らは急性錯乱を解体し、慢性体系妄想との間に移行を認め、Magnanの考えから離れた。Chaslinは1895年に意識障害を前景とし今日のせん妄に相当する急性精神

障害を原発性精神錯乱の名で一括し、急性錯乱の一部はこの中に吸収されることになった。しかし急性錯乱に相当する状態は、フランスの分類から完全に消えることはなく、急性幻覚精神病(Ballet)、急性本態性空想妄想(DupréPullら⁴⁾)は、急性錯乱のフランスにおける経験的クライテリアを、48時間以内に出現する、主題とメカニズムが多数の多形妄想、不安から怒りへ、多幸から抑うつへ急変する情動反応、離人症、2ヵ月以内に消失し完全に病前に復する、脳器質障害、アルコール、薬物中毒、躁うつ病によらないなどと提案した。ICD-10、DSM-TRなど今日の国際分類に正しく該当する項目はない。Ey¹⁾は、急性錯乱を意識野の解体する病態の1つとみて、躁うつ病発作と錯乱・夢幻精神病の中間に位置づけた。彼によると、その陰性構造は不確かな思考、もうろう状態、体験空間の破綻であり、陽性構造は体験の劇的実現・象徴化・人工化にある。すなわち人格の解体する統合失調症とは一線を画することになり、慢性妄想病との移行を否定したMagnanと比較すると興味がある。筆者²⁾は、心身二元論ではなく霊・魂・体の人間学的三元論をもとにEyを発展させた霊的精神力動論ないし新Ey学説を構想し、急性錯乱、錯乱精神病を気分変調症から緊張病へ移行する精神病の急性相に位置づけている。

1) Ey, H. : Etudes Psychiatriques, T3. Desclée de Brouwer, Paris, 1954

2) 濱田秀伯：精神症状の層的評価 人間学的精神病理学の立場から 統合失調症（日本統合失調症学会監，福田正人、糸川昌成ほか編）．医学書院，東京，p. 388-397, 2013

3) Magnan, V., Legrain, M. : Les Degeneres. Rueff, Paris, 1895

4) Pull, M.C., Pull, C.B., Pichot, P. : Des criteres empiriques francais pour les psychoses. 2. Consensus des psychiatres francais et definitions provisoires. Encephale, 13 ; 53-57, 1987

沖縄文化における非定型精神病 カミダリーを中心に

富尾会桜が丘病院精神科

小林 幹穂

非定型精神病を精神医学の周縁である文化結合症候群と歴史に記された狂気の視点から見直し、さらに直接性、瞬間性、超越性という3つの指標を導入した上でエクスタシーという症状に着目しその記述および定義を試みた。

文化結合症候群としては沖縄のカミダリーを取り上げたが、これはニライカナイ、オボツカグラ、アマミヤシネリヤといった南島の伝統的な世界観を背景に、ノロ（祝女）やユタ（巫女）といった霊的職能者およびクライアントであるユターコヤーたちに担われ支えられてきた病の一形式である。宗教学的にはシャーマンになるためのイニシエーションである巫病であり、精神医学的には憑依を主体とする非定型病像を呈する精神病性障害の一種である。さらにカミダリーをよりよく理解するためにマリ（生まれ）、シラシ（知らせ）、チヂウリ（霊降り）、チヂアキ（霊開け）という土地の言葉を用いて説明し、実例としてカミダリーを克服しユタへと成巫した30代半ばの女性の事例を呈示した。

歴史に記された狂気の例としてはピンゲンのヒルデガルトと呼ばれた女性神秘家の体験を取り上げた。彼女は12世紀に実在中世最大の幻視者で、当時の教皇や皇帝にも認められた「ラインの巫女」であり、また薬草学の祖にして中世最初の女性作曲家としても知られている。「スキヴィアス」などの自伝によると彼女は5歳から81歳の死ぬ瞬間までヴィジョンを見続けたが、一方で薬草を用いた様々な病氣治療に従事し、さらには自らに悪魔を取り憑かせる跋扈式も行っている。

以上のようなカミダリーと神秘体験に共通するものとして直接性、瞬間性、超越性という3つの指標に注目してみた。直接性とは木村³⁾がてんかんや非定型精神病に際して述べた狂気の原因風景に通じる無媒介性や根源的自発性のことで、イントウラ・フェストゥムとしてよく知られる概念である。瞬間性は渡辺⁶⁾が宮古島のカンダリーから抽出した概念で祝祭性、動物性（反・反動物性）、神霊性ともいわれる。最後の超越性はエリアーデ⁴⁾がシャーマニズムの指標としたヒエロファニー（聖なるものの顕現）に通じる概念で何らかの方法で超越的存在と交流す

ることを意味する。

さて、一般的に非定型精神病の特徴とされるのは症状の多形性、急性発症急速寛解、意識混濁の存在、宗教的恍惚感、予後良好性、脆弱な人格などであるが、このうち前述の3つの指標を兼ね備えた症状として特にエクスタシーに注目してみた。これはかつてレオンハルト²⁾が不安至福精神病の中核症状としたものであり、彼の構想を受け継いだペリス⁵⁾の類循環精神病の診断基準の中にも明記されているものである。しかしながらその精神医学的定義は曖昧で、症状として採用することには反対する者も少なくなかった。

そこで今回はペリス⁵⁾とアンダーソン¹⁾の記述に從って症状としてのエクスタシーを3つの要素に分けてみた。その1つは情動障害であるが、これは躁病患者にみられるような気分や運動性の単なる亢進とは対照的に平静さと落ち着きがあることが特徴とされる。つまり静と動の際立った対照が目立つものである。次に知覚と自我意識の障害であるが、これは知覚の可能性が拡大し神と接する感覚を伴うもので、安永⁷⁾がウィリアム・ジェームズ型神秘体験と呼んだ自我拡大感を伴う自我意識障害のことを意味する。最後は忘れられない貴重な霊的体験として語られるということであるが、躁病患者のように忘れられるということは決してない。これはまさにヒエロファニーそのものであり極めて重要な要素であるが、一方であまりに主観的に過ぎ客観的なエビデンスを欠いているといわざるを得ない。こうした点を考慮しつつ、エクスタシーを非定型精神病の主要な症状として積極的に評価することを強調した。

以上、非定型精神病を地理的・時間的な周縁から見直すために、文化結合症候群であるカミダリーと歴史に記された狂気であるピンゲンのヒルデガルトの神秘体験について紹介した。それらに共通する指標として、直接性、瞬間性、超越性といった概念を取り出し、その上で非定型精神病の症状の中から最もよくそれらを体現するものとしてエクスタシーに注目した。さらにエクスタシーを動と静の際立った対照を呈する情動障害、知覚の変容や自我拡大感を伴う自我意識障害、貴重な霊的体験と

しての語りの3つの要素に分け、非定型精神病の主要な症状として認知することを提案した。

- 1) Anderson, E.W. : A Clinical Study of "Ecstasy" Occurring in Affective Disorders . J Neurol Neurosurg Psychiatry , 1;80-99,1938
- 2) Leonhard, K. : The Classification of Endogenous Psychoses(5th ed.) . Halsted , New York,1979
- 3) 木村 敏:直接性の病理 . 弘文堂 , 東京 , 1986
- 4) M・エリアーデ (堀 一郎訳) : シャーマニズム-古代的エクスタシーの技術 . 冬樹社 , 東京 , 1985
- 5) Perris, C. : A Study of Cycloid Psychoses . Acta Psychiatr Scand , Suppl;253,1974
- 6) 渡辺哲夫:祝祭性と狂気 故郷なき郷愁のゆくえ . 岩波書店 , 東京 , 2007
- 7) 安永 浩:分裂病症状の辺縁領域 (その1) 意識障害総論と神秘体験 . 分裂病の精神病理 7 (湯浅修一編) . 東京大学出版会 , 東京 , 1978

非定型精神病とは何か アイヌのイムからの考察

大月クリニック心療内科

大月 康義

【非定型精神病的病像】非定型精神病的の症状とはどのようなものなのだろう。満田²⁾によると3大精神病的の非定型群の症状の重なり合ったもので、急性に発症し意識障を前景として錯乱、夢幻様状態、せん妄などを経て回復し、周期性あるいは反復性であることも多い。

鳩谷¹⁾は1963年、非定型精神病的を意識野の構造解体的を軸にしたシェーマを発表している。横軸に意識野の構造解体的の速度の速いものから遅いものへ並べてんかん、躁うつ病、統合失調症の順となっている。縦軸に意識野の構造解体的の浅いものから深いものをならべている。エイの急性精神病的論を基礎においたものである。その後、非定型精神病的は意識野の構造解体的を基本モデルとして捉えられるようになった。

意識野の構造解体的を非定型精神病的の基軸において、人間=環界複合の破断で世界各地に同型の非定型精神病的がなぜ発生するのか、日本の近代化の波にさらわれたアイヌ民族のイムという精神現象から考察してみた。

【アイヌのイムについて】知里真志保³⁾によると、アイヌ文化の崩壊過程にそってイムの用語は3つの意義に区別される。その1つは、何かに驚いた拍子に飛び上がるとか、あらぬ文句を口走るとか、またその口走った文句とか、それらをイムというのである。イムの第二義は、今(当時日本人の榊や内村などの精神科医が調査していたころ)一般に学者が使っているものであって、何かに驚いた拍子に発作的に行動する特種の病的症状をさすのである。その病的症状に二種あって、1つは「命令的拒絶症」であり、もう1つはいわゆる「反響症状」で、それには相手の言語を反射的にそのまま繰り返す「反響言語」と、相手の動作をそのまま真似る「反響動作」とがある。

以上の2つが、現在までに知られているイムの意義である。しかし、イムには、その用語例から、さらに古いと思われる第三の意義が引出されるのである。イムは巫者が異常意識に入って太鼓の胴を打つ音から反射的に行う跳躍を意味している。これがイムの第三義であり、今まで挙げたイムの意義の内で

は最も原義に近いものと思われる。

【アイヌ社会の崩壊とイムの変遷】明治維新を迎えそれまでの狩猟漁労を中心とした精霊信仰を中心とした生活から数十年の間に近代社会へと組み込まれていき、それまでの精霊信仰の文化が急速に崩れていったことは、明治20年代から突然反響言語、反響動作を主とする知里の第二義のイムが報告されることと大きな関連があることが推測できる。

明治になり急激な近代化の波の中でアイヌ社会がアノミーになったとき、アイヌのイムを巧みに取り込んでいたシャーマニズムという文化装置が解体し驚愕反射としての口走りイムや、驚愕に触発されての解離状態と反響言語、反響動作、命令自動のようなイムの強固な部分が残存し続けたとみるのが無理のない解釈であると思われる。そして同化政策や生活の現代化に伴い驚愕に伴うイムも姿を消しつつあり、今では口走りイムや言葉のイムなどが残っているのみとなりつつある。そこからみえてくるのは文化的に構成されていた解離としての第3義のイムが西欧文明の侵襲により文化的構成の崩れたとき、非定型精神病的としての姿を現わすということである。

【解離から意識野の構造解体的へ】非定型精神病的における人間=環界複合の破断および解離から意識野の構造解体的への移行とはどのようなことなのか。まず人間=環界複合の破断はアイヌ民族において精霊信仰、言語、狩猟生活、原生林など身ひとつ以外すべてが破壊され収奪されたことを意味する。このとき、人間=環界複合が特に意味するのは民族固有の文化である。アイヌ民族固有の文化は精霊信仰とシャーマニズムによる解離のコントロールである。アイヌ民族固有の文化の破壊は解離のコントロール手段の喪失である。そのようにしてコントロールを失った解離は意識野の構造解体的へと移行する。

アイヌ民族においてシャーマン文化が崩壊するとき、驚愕反射から始まる解離、すなわち精神機能の統合不全は文化的枠組みの支えを失い、意識野の構造解体的、すなわち非定型精神病的が現出する。一般に非定型精神病的では満田、鳩谷らが指摘しているように誘因が明らかであることが多い。親密な人の死、仕事上の大きな失敗などそれまでの生活枠を脅かす

ほどの変化が誘因となる。そのような生活の変化から精神の疲憊が起り、解離が誘導される。日常生活では行動規範がかなり固定化し解離した状態で自動症的に行動をすることも多い。そのような解離は微小文化ともいえる生活世界の規範的枠組みが支えている。非定型精神病の誘因となるものは心的疲憊から解離の惹起をうながし、微小文化の破断を引き起こし、主体の精神機構は解離から意識野の構造解体へと雪崩れ込むといえる。

- 1) 鳩谷 龍：非定型的内因性精神病の精神-生理学的研究．精神経誌，57；144-166,1955
- 2) 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究．精神経誌，46；298-362，1942
- 3) 知里真志保：アイヌの神謡（1）北方文化研究報告第8報.1959

At-Risk Mental State (ARMS) のサイコース非移行例の縦断的経過

東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野¹⁾
東北大学病院精神科²⁾
東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座³⁾
東北大学医学部保健学科⁴⁾

桂 雅宏¹⁾、大室 則幸²⁾、小原 千佳¹⁾
菊池 達郎¹⁾、濱家 由美子^{1,2)}、内田 知宏³⁾
光永 憲香⁴⁾、松本 和紀³⁾、松岡 洋夫^{1,2)}

【はじめに】At-Risk Mental State (ARMS) は、統合失調症などのpsychosis (サイコース) を発症するリスクが高い精神状態として提唱された概念である。ARMSの経過研究におけるアウトカムは、サイコースを顕在発症する移行率で示されることが多く、メタ解析によれば平均31ヵ月の追跡期間で29.2%がサイコースに移行したと報告されている¹⁾。心理療法や薬物療法による一定の介入効果も示されているが²⁾、同様にサイコースへの移行防止が主たる目的とされてきた。しかし、ARMSはサイコースを発症するリスクが高い群である一方で、約7割は移行しないまま経過することになる。ARMSの臨床現場では、ARMSのサイコース非移行例に対する支援のあり方も重要な課題であり、近年、非移行例の特性や縦断経過に注目が集まっており、研究報告が相次いでいる。

【非移行例はARMS基準を満たし続けるか?】ARMSが多様な経過を辿ることは、日常臨床上の経験とも合致するところである。以下に、東北大学病院精神科内の専門外来であるSAFE (Sendai At-risk mental state and First Episode) クリニックにおける予備的調査の結果を示す。ARMSと診断された者のうち、一定期間追跡された時点で精神病に移行していない非移行例に注目すると、6ヵ月時点で78名中30名がARMSの診断基準を満たすのに対し、38名は状態が改善しARMS基準を満たさなくなった。その後の各々の人数は、1年時点で59名中14名対45名、2年時点で32名中6名対26名であった。

非移行例の経過については、2010年以降諸外国からいくつかの報告がなされており、インテイク後1~3年後には、非移行例の42~75%がARMS基準を満たさないという結果であった。過去の経過研究、介入研究の系統的レビュー³⁾によれば、6~40ヵ月の追跡期間で平均76% (46~92.6%) がサイコースに移行せず (31研究)、追跡時にもARMSの基準を満たしていた者の割合は15.4~54.3% (6研究) であった。

【非移行群の特徴】サイコースに移行しなくとも、機能低下が持続するケースは少なくない。北米NAPLSで1年以上追跡した非移行例111名では¹⁾、インテイクから1年後、2年後の社会・役割機能は改善を

みせるものの、健常群よりも有意に不良であった。

また、ARMSには非精神病性の併存障害が多く、経過中に新たに罹患する者も多いことが知られている。NAPLS研究¹⁾においてインテイクから1年後にSCIDを用いて併存症の診断を行ったところ、29%がうつ病性障害、38%が不安障害に該当した。

見かけ上“非移行例”とされている者の中にも、3年を超す長期経過で顕在発症する事例が存在し、サイコースの前駆期の段階にある者が含まれることがわかっている。豪州PACEでサイコースに移行した45名の機能予後を調査した報告⁴⁾では、機能予後不良群の前駆症状の始まりから発症までの平均期間は1,032日、受診から発症までの期間は803日と、予後良好群より長期間であることが示された。旧来報告されている2年程度の追跡期間では、潜在的な移行群、特に予後不良群の精神病移行を確認できない可能性がある。

【非移行例研究からの示唆】ARMSの半数以上がサイコースに移行せず、ARMS基準を満たさなくなる者も少なくないことから、ARMS診療においては、過度に悲観的な展望に立たない姿勢、スティグマ形成への注意が求められる。一方、ARMSがサイコース移行リスクを数年間以上保持していることは明らかであり、移行しない場合でも著しい苦痛や機能低下が持続する者も多いことから、ARMSに対して支援を行う臨床的意義は大きいといえる。経過観察においては、サイコース移行の有無だけでなく、非精神病性の症状、認知機能、生活機能などにも着目し、手厚い介入を行うことで、あらゆる精神疾患の長期予後の改善という観点からも一定の意義が期待できる。

治療にあたっては、単に一般的なサイコースの治療指針に準じるのではなく、非移行例であったとしても有用でかつ有害事象が少ない治療法を選択すること、また、症状やニーズに添った個別的な治療を行うことが望ましい³⁾。

1) Addington, J., Cornblatt, B.A., Cadenhead, K.S., et al.: At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry*, 168 (8) ; 800-805, 2011

- 2) Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A.R., et al.: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69 (3) ; 220-229, 2012
- 3) 桂 雅宏, 小原千佳, 松本和紀: 精神病アットリスク状態(ARMS)に対する早期介入. *臨床精神医学*, 41 (10) ; 1413-1419, 2012
- 4) Nelson, B., Lin, A., Wood, S., et al.: Length of prodrome and time to transition in ultra high risk cases who develop psychosis and have poor functional outcome. 8th International Conference on Early Psychosis, 2012
- 5) Simon, A.E., Velthorst, E., Nieman, D.H., et al.: Ultra high-risk state for psychosis and non-transition: a systematic review. *Schizophr Res*, 132 ; 8-17, 2011

ARMSの薬物療法・心理社会治療と縦断経過

東邦大学医学部精神神経医学講座

辻野 尚久、船渡川 智之、山口 大樹
根本 隆洋、水野 雅文

近年、統合失調症をはじめとするサイコースに
おける前駆期は、At-Risk Mental State (ARMS)と
して前方視的に捉えられるようになり、他の身体疾患
の前駆期と同様にこの時期から治療介入すること
で、発症後の予後の改善だけでなく、発症の予防が
図られるようになった。しかし、ARMSの場合は、心
血管障害のリスク因子である高脂血症のように健診
などで初めて発見される無症候性のもではなく、
苦痛をともなった症状があり、help-seekingしている
特徴がある。つまり、ARMSに対する介入の目的は、
単にサイコースへの発症予防だけでなく、出現し
ている症状の緩和が求められてくる。しかし、その
具体的な介入方法については議論が多く、一定の結
論は出されていない。議論的としては、薬物療法
、神経保護作用のある物質の使用、心理療法など
の種々の治療法の中で、どの治療法がより安全かつ
有効であるのかという点やARMSの種々のタイプに対
する介入方法の差別化、自然寛解する可能性がある
偽陽性に対する過剰な介入の問題が挙げられる。

Fusar-Poliら³⁾によるメタアナリシスの結果で
は、ARMSからサイコースへの移行率は、1年後で
22%、2年後で29%、3年以上で36%であった。しか
し、この数値はあくまでもサイコースを発症した
割合であり、予後を同定しているわけではない。残
りの発症しなかった群が必ずしも予後良好とは限ら
ず、症状が改善していない可能性も否定できない。
また、実臨床においても、発症しなかったとして
も症状が持続し、社会適応も悪く、予後不良の症例
を経験することは少なくない。

Addingtonら⁴⁾による報告では、111名のARMSの非
移行例を対象とした研究において、陽性症状が残存
した割合は、1年後で42.9%、2年後で40.8%であ
った。また社会機能などは健常者に比較して有意に低
かった。また、我々の研究⁵⁾においてもARMS症例の1
年後の転帰では、48%の症例において症状の改善が認
められなかった。以上の結果からも、ARMSからサイ
コースを発症しなかったとしても必ずしも予後が
良好ではないことが示唆される。

次にARMSに対して主な介入方法についてまとめ
た。国際的なガイドライン⁶⁾では、基本的には認知行
動療法 (CBT) や心理教育、コーピングスキルの獲

得などの非薬物療法が推奨されており、抗精神病薬
の使用は急激な症状悪化や自傷他害のおそれがある
場合などを除いては、「通常は使用すべきではな
い」とされている。これは、自然寛解する可能性の
ある偽陽性への抗精神病薬の投与といった倫理的な
問題だけでなく、若年者に対する抗精神病薬による
副作用のリスクの問題と関連する。

これまでに報告された薬物療法による介入研究の
多くは、抗精神病薬を使用したものである。結果と
しては、有効性は示されるものの有意差までには至
らないことが多く、一方で、体重増加などの副作用
が認められるなど、やはり、慎重な使用が示唆され
ている。また、向精神薬以外では、omega-3 fatty
acidsを使用したRCTも行われ²⁾、有意差をもって有効
性が示された。omega-3 fatty acidsは神経保護作用が
期待されるだけでなく、向精神薬と異なり、明らか
な副作用もないことから、ARMSへの治療介入におけ
る新たな方向性としてさらなる発展が期待されるこ
ろである。

非薬物療法による介入研究は、主にCBTによるも
のが多い。有意差をもって有効性を示した報告と有意
差がなかった報告とがあり、有効性が確立してい
るとは断定できないが、薬物療法と異なり、副作用
への懸念は少ない。

以上のように、ARMSに対しては薬物療法や心理社
会的治療による介入方法が試みられているが、いず
れの方法においても論文の発行年が新しくなるにつ
れて、縦断的経過における発症率が低下してきてい
る問題が挙げられている³⁾。

これは、早期介入がより広がっていくにつれて、
これまでには介入してこなかった単に偶発的に精神
症状を呈している一群 (incidental psychotic
experience) が組み込まれるようになってきている可
能性やlead-time biasの影響が示唆されている。一方
で、ARMSへの介入方法は発展し、向上していること
も事実である。本稿では、ARMSへの包括的な治療
介入として、東邦大学医療センター大森病院で展開
されているイルボスコを紹介した。イルボスコでは、
認知行動療法や認知機能トレーニングなどの心理社
会的アプローチを中心に包括的な治療介入を行い、
これまでにARMS症例の良好な転帰を示している。

- 1)Addington, J., Cornblatt, B.A., Cadenhead, K.S., et al.: At clinical high risk for psychosis: outcome for nonconverters. *Am J Psychiatry*, 168; 800-805, 2011
- 2)Amminger, G.P., Schäfer, M.R., Papageorgiou, K., et al.: Long-chain omega-3 fatty acids for indicated prevention of psychotic disorders: a randomized, placebo-controlled trial. *Arch Gen Psychiatry*, 67;146-54, 2010
- 3)Fusar-Poli, P., Bonoldi, I., Yung, A.R., et al.: Predicting psychosis: meta-analysis of transition outcomes in individuals at high clinical risk. *Arch Gen Psychiatry*, 69; 220-229, 2012
- 4)International Early Psychosis Association Writing Group : International clinical practice guidelines for early psychosis. *Br J Psychiatry*, 187; s120-124, 2005
- 5)Morita, K., Kobayashi, H., Takeshi, K., et al.: Poor outcome associated with symptomatic deterioration among help-seeking individuals at risk for psychosis: a naturalistic follow-up study. *Early Interv Psychiatry*, 8 ; 24-31, 2014

画像研究でみたARMSの縦断経過

富山大学神経精神医学

高橋 努、中村 主計、鈴木 道雄

近年、精神病の発症危険群であるAt-Risk Mental State (ARMS) の臨床概念が広く受け入れられつつあり、ARMSを対象とした生物学的研究が増加している。ARMSを対象とした磁気共鳴画像 (MRI) 研究においても、多施設共同研究や発症危険因子に注目したメタ解析などが行われ、将来的には精神病早期介入における脳画像所見の臨床応用が期待される。

脳画像を用いたARMSの臨床的な縦断経過 (将来の発症) の予想という観点からは、ARMS発症群のベースラインにおける所見が重要と考えられる。これまでのARMS研究から、統合失調症で報告される主に前頭葉や側頭辺縁-傍辺縁系構造の体積減少が精神病前駆状態においてすでにある程度存在すること、それらの少なくとも一部は同様の前駆期症状を示しながら発症しない (または発症までより長時間を要する) 者に比較して顕著であることが示唆されている。高危険群の精神病発症予測において、脳画像を用いた判別分析が各症例レベルで有用であるとする比較的少数例での報告があり、今後は多数例での追試が待たれる。

一方、ARMS発症群における精神病発症前後の脳形態変化を縦断的に調べたMRI研究はいまだに少なく、また少数例での報告が多い。しかし、初回エピソード統合失調症患者にみられる前頭前野や上側頭回の進行性の脳構造変化が、前駆期においてすでに生じていることが示唆されており、これらの進行性変化は病初期の治療標的となりうるかもしれない。

今回、これらの過去の研究結果を概説し、当教室における予備的なARMS研究についても紹介した。

ARMSの生物学的指標は臨床場面に応用できるのか

東京大学学生相談ネットワーク本部¹⁾
東京大学大学院医学系研究科精神医学分野²⁾
東京大学大学院医学系研究科ユースメンタルヘルズ講座³⁾
Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre,
Institute of Psychiatry, King's College London⁴⁾
山梨大学医学部精神医学講座⁵⁾

小池 進介^{1,2)}、岩白 訓周²⁾、里村 嘉弘²⁾
多田 真理子²⁾、夏堀 龍暢²⁾、永井 達哉²⁾
西村 幸香^{2,3)}、高野 洋輔²⁾、滝沢 龍^{2,4)}
管 心²⁾、笠井 清登²⁾

ARMS [at-risk mental state, 精神病発症超危険群; Ultra-high risk (UHR) , clinical high risk (CHR) ともいわれる] とは1990年代より提唱された概念であり、過去の統合失調症前駆期の臨床研究や遺伝的ハイリスク研究の結果から見出された複合的な症候群である。具体的には、微弱な陽性症状 (APSS)、一過性のごく短期の精神病症状 (BLIPS) が統合失調症発症前の症例に多く認められ、また、第一度親族の家族歴を有する中で社会的な機能が低下した者の発症率が高い (GRDS)、といった研究結果がある。こうした知見から、操作的診断が見出され、3つの要素のうち1つ以上を満たす例をARMSと定義している。ARMSについては、発症予測、治療方法を中心に多くの研究がなされ、一定の評価がある一方、限界点も多くの指摘がある。近年のメタ解析によると、操作的診断による発症予測は長期にわたっても半数を超えない。また薬物療法は否定的で、心理社会的支援や不飽和脂肪酸などの栄養補助療法を中心に研究が進められている。

神経心理検査やMRIなどの脳画像検査によって、統合失調症発症前より脳機能や構造に異常があることもARMS研究の中で数多く行われてきた。複数の出生コホート研究により、統合失調症患者は、出生時よりIQや運動機能が低く、特に言語機能は思春期前より低く、思春期にさらに低下することがわかっている。ARMSを対象とした神経心理研究においても、ARMSの認知機能は、初回エピソード精神病 (FEP) と健常対照 (Control) との中間程度の機能低下を認めるが、特に言語機能の低さは後の精神病発症を予測しうるとされている。また、ARMSの長期予後研究においても、言語機能の低さは7.3年後の社会機能の低さを予測するという。ARMSは複合的な概念であり、単一の病態が想定されているわけではないため、一定の知見を得ることは難しい。しかし、複数の測定手法 (マルチモダリティ) を縦断的に検討することによって、臨床病期や疾患分類の把握、予後の予測に有効な生物学的指標の開発ができる可能性がある。

本稿では、我々が行っている統合失調症発症前後を対象としたMRI、NIRS、事象関連電位など、マルチモダリティの縦断研究¹⁾を紹介し、ARMSにおける言語機能に関連した研究成果を発表し、臨床応用可能な生物学的指標を探るための議論を行った。神経心理研究においては予備的知見ではあるが、過去の研究と同様、ARMSにおいて、語流暢性課題成績の低さが12ヵ月後の陰性症状の重症度と相関することを見出した。また、構造MRI画像研究において、ARMS群およびFEP群では下前頭回三角部の体積減少があり、三角部、弁蓋部とも体積減少を認める慢性期統合失調症および広汎性発達障害とは異なることを見出した。近赤外線スペクトロスコピー (NIRS) を用いた、語流暢性課題中の前頭部血流変化を検討した研究では、左下前頭回の血流変化はARMS群、FEP群、慢性期統合失調症群すべてにおいて同程度に減少していることを見出した。下前頭回は、Broca野をはじめとして言語操作に関与する脳領域であり、マルチモダリティで言語機能を縦断的に計測することはARMSおよびFEPの脳病態を検討するうえで重要であり、現在検討を進めている。神経心理/MRI/NIRS間の結果の違いを利用して、脳機能の変化がどのように観測されるか、得られた値の違いが何らかの状態を示しているのか、検討することは今後の課題であるといえる。

1) Koike, S., Takano, Y., Iwashiro, N., et al.: A multimodal approach to investigate biomarkers for psychosis in a clinical setting: the integrative neuroimaging studies in schizophrenia targeting for early intervention and prevention (IN-STEP) project. Schizophr Res, 143(1); 116-124, 2013

職種間連携におけるケアマネジメントの役割

医療法人逢山会南彦根クリニック

上ノ山 一寛

精神科診療所では、個人精神療法以外にデイケア、訪問看護、心理教育、SST、グループワークなど様々な専門的な取り組みが行われている。

そこでは様々な職種が、それぞれ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、利用者のも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が求められている。

【NSSサービスの実施要件】そのような意味で日精診版ケアマネジメントモデルを作成し、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とおりである。

担当チーム（ケア）マネジャーを決める。

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。

利用者を含めたチーム（ケア）会議を開催する。

できるだけ家庭訪問をする。

利用申し込みの前段階から、関係作りを丁寧に行う。

終結を意識したかわりをする。

医療機関としてのかかわりとしてはエンドレスであるが、NSSサービスは期間限定の集中的なサービスによって「支援につなげていく支援」を行うというコンセプトで開発されている。

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、利用者主体の個別の支援計画を作成していく必要がある。デイケアにおいてもNSSサービスを活用し、チームアプローチとケアマネジメントを行うことができる。

【日常臨床の中のNSSサービス】NSSサービスを行うに当たっては、丁寧な関係作りをもとに、利用者のリハビリに向けた動機づけを重視する。NSSサービスシート作成にあ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や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。

日常の臨床の中で上記のNSSサービス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づけはないので、チームマネジャー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。

【多職種連携とチームマネジャー】全体として主治医、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、場合によって使い分けていく必要がある。利用者の夢・希望を受け止めそれを維持・発展させていく推進力はコアなチームの役割である。一方、それを実際の社会の中で生かしていくためには拡大チームの活動が必要である。デイケアにおいても院内スタッフだけのチームをこえた拡大チームを形成していくことが求められる。

リバーマン¹⁾によれば、チームマネジャーの資質として、臨床能力、関係作りの能力、連携と権利擁護の能力が必要とされているが、上記のような多様なチームをまとめていくためには、チームマネジャーのリーダーシップが何よりも求められる。多職種で構成される臨床の場においては「チームのようなもの」はいつも存在するが、それをチームとして成り立たせていくためには、絶えずチームを形成し、維持し、機能させていく普段からの意識的な努力が必要だろう。

NSSサービスが成立するには、チーム医療を推進し、アウトリーチを積極的に取り入れていくととも

に、チームマネジャーの役割と責任を保証する体制が求められる。制度的な見通しは必ずしも明るいものではないが、NSSサービスの実践を積み重ねていきたいと考えている。そのことが診療所内ではチームマネジャーのみならず診療所全体のチームでの臨床能力の向上につながるとともに、診療所外では関係機関との連携やネットワーク（チームワーク）の形成につながることを期待したい。

1) リバーマン,R.P.:精神障害と回復(西園昌久総監修).星和書店,東京,2011

多職種協働部門の専門性

浅香山病院デイケア室

百田 功

“多職種協働”について考える際に、特にデイケアなどの多職種が同時に同じ場所でケアにあたっているというような場合、それ以外の部門でみられるような多職種の協力関係とはまたちがう協働のあり方があるように思う。

例えば病棟のような場所での多職種の協力関係というのは、各職種が自分の持ち場で自分なりの専門性を持った関わりによって得た情報を、カンファレンスなどの場にそれぞれが持ち寄り交換などして、そこで自分の役割を確認した上で再び持ち場に帰ってケアにあたるといふ、いわば“情報交換”“役割分担”としてのいわゆる“多職種連携”のあり方である。

それに対してデイケアなどの多職種協働部門というのは、少なくともそこで起こっていることに関しては、基本的には自分も他職種も同時に立ち会っているわけで、その情報は交換するには及ばない（“情報体験”）。また、個々の職種の役割についても、固定的に決まっているわけではなく、その場その場の状況によって、時には別の職種の役割を担ったり、ケアする者とされる者が入れ替わったり、教えたり教えられたり、そういう場においてライブにうつりかわっていくものである（“役割交換”）。そうした中で様々な“できごと”が展開していくものである。

そういう場では、各職種の役割をあまりきっちりと決めすぎたり、今起こっていることに影響を与えるような、自分が立ち会ったことのない場面での情報を得たりすることは、今の“できごと”のダイナミックな治療的展開をいたずらに阻害してしまうこともある。

過去の情報からやり方やゴールを統一し、そのゴールを目指して役割分担するやり方では、そういうライブでダイナミックな場が死んだものとなってしまうかねない。それでは、せつかくの多職種協働の場がもったいないものになってしまう。

逆説的になるかもしれないが、各職種の役割を固定的に決めることなく、各職種が場や“できごと”に対して開かれているあり方が、デイケアの特長を最もいい形で反映するような多職種協働のあり方といえるのではないか。そして、こういう形での多職

種協働というあり方自体を1つの“専門性”と考えていいのではないか。

【質疑応答】他シンポジストに対する質問や他シンポジストからの応答もあったが、報告者に関する質疑応答部分だけをまとめた。

「デイケア通所メンバーの参加の形は様々で、デイケアに来ていていいという人からしっかりとした目標をもっている人、現実的な相談を繰り返す人もいればとんでもないような夢ばかり語る人もいます。関わりの上で、何か工夫していることがあるか？」

デイケア活動の中で、まさにそういう話をあえてもないこうでもないとしていく中から、メンバーの本当のニーズや希望がみえてくることもある。早急に答えを求めるのではなく、一緒に考えていく、一緒に求めていく、というような姿勢が功を奏することも多い。

「発達障害や知的障害のメンバーを仕事や社会復帰へどうつなげているか？」

当デイケアでは疾患別に特別なケアをしていないが、多様な疾患や多様なメンバー同士がかかわることで、いい影響を与え合うこともある。そうなるような働きかけを心がけたい。また、プログラムや雑談の中などで、面と向き合った関係としてではなく、疾患について普段から話をすることが、メンバーの障害に対するポジティブな理解につながることもある。

「年配のデイケアスタッフが、若い他職種を指導する際にうまくいかないことが多い。互いの職種のパワーをより引き出せるようにするにはどうすればいいか？」

職種の専門性にこだわりすぎると、やり方を統一せざるを得なくなったりして、デイケアのような場ではうまくいかないことが多い。“多職種連携”というのは、各職種の情報を持ち寄ることによって成り立つものなので、各職種の専門性がより問われるのに対して、デイケアなどの“多職種協働”部門においては、専門性を少し“ゆるめて”かかわることができるし、それによって各職種の良さが生きてくる。専門性を“なくす”のではなく“ゆるめる”というところが難しい。職種のアイデンティティクラ

イシスに安易に陥らないためにも、そのような“多職種協働”という専門性があるのだと考えて指導すればいいのではないか。

受け持ち制を導入して

医療法人優なぎ会雁の巣病院

吉村 美津子

【はじめに】当院デイケアは、平成5年に精神科デイケアの認可を受け、大規模デイケアとして開所した。現在は、精神・アルコール・重度認知症を対象とする3つのデイケアを運営し、平成23年より精神科デイナイトケアも実施している。

平成24年度の診療報酬改定により、大規模の精神科デイケアにおいては、患者の状態像に応じた疾患ごとの治療計画を作成することが必須となり、利用者(以下、メンバーとする)のニーズや目標に応じた利用目的・実施内容を明確にして、機能を強化することが求められている。

今回は、診療計画書の作成をきっかけに、多職種による多角的な評価・計画・実践をより効果的に行うシステムの充実を図るため、筆者が管理者として新たに取り組んだことで実感できた結果から、職種間連携と看護師の役割について再認識できたため、若干の考察を加え報告した。

【方法】

受け持ち制の導入

面接記録用紙の作成と個人面接の実施

診療計画書の作成

スタッフ間の情報交換の充実

【経過】当デイケアには、看護師3名、精神保健福祉士2名、作業療法士1名が専従している。まずは、スタッフに「受け持ち制」を導入することを説明し、80名程の登録メンバーの振り分けを行った。振り分けに際しては、退院直後の新規登録者や比較的安定して通所しているメンバーなど、個々の状態に応じて受け持ちスタッフを決定した。同時に、メンバーへも受け持ち制とすることをアナウンスした。このとき、メンバーからは、「これから受け持ちのスタッフにしか相談できないのか」という不安の声が聞かれたが、導入目的やスタッフとの関係が受け持ちに限ったものではないということを丁寧に説明し同意を得た。

また、精神科での臨床経験が浅く、個人面接に慣れていないスタッフからは、「何を訊いたらいいのか、どうやって面接していいのかわからない」という自信のなさからくる不安が表出された。そこで、「将来的にどうなりたいのか、どうしたいのか」「そのために何をしなければならぬと思っ

ているのか」など、計画立案に必要な情報収集ができるように、確認項目を具体的に挙げた面接記録用紙を作成し、それをを用いて各スタッフが個人面接を実施した。さらに、収集した情報を基に診療計画書の作成を始めた。

【結果と対策】受け持ち制の導入前後にスタッフの変化がみられた。

導入前の「掘り下げた情報収集が困難で、いわば浅く広くの状態把握であった」「どのスタッフがどのメンバーと関わっているのかわかりづかった」「丁寧な関わりや支援が十分でないメンバーがいたかもしれない」「自分に自信がなかったため、誰にどうかかわればよいのかわからなかった」という意見から、導入後は「多くの情報収集ができたことで、状態の変化を気付きやすくなりアプローチもしやすくなった」「ニーズを把握でき、細やかなかわりができるようになった」「様々な話をするので、今までより距離が近付いたような気がした」「かかわりや援助に対して責任感が持てるようになった」「個人面接を重ねるうちに、少しずつコツを掴んで自信がついてきた」など、受け持ちメンバーとのかかわりが深まり、きめ細やかな援助が行えるようになったとの報告がなされた。

反面、デメリットとして、メンバー自身が受け持ち制にこだわりすぎて、受け持ちスタッフが問題を抱え込んでしまうのではないかという問題点があがった。

診療計画書の作成状況として、全体的には以前に比べメンバーのニーズを踏まえた目標設定や、目的に応じたプログラムの選択ができるようになってきた。職種別にみると、看護師は比較的スムーズに計画立案でき、病気に関する予防的計画が多い。精神保健福祉士や作業療法士は、病状に対する具体的な計画は少ないが、メンバーのニーズを重視した目標設定をしている傾向にあった。

一部のメンバーからではあるが、「なんとなくデイケア通所していたが、通所の意味や目的を理解することができた」「今まで誰に話をしたらいいかわからない時があったが、まずは受け持ちのスタッフに相談すればよいことがわかり安心した」「受け持ちスタッフを信頼でき、今まで言えなかったことが

相談できた」とうれしい報告もなされたが、スタッフからは受け持ち制によるデメリットも指摘されたため、その対策として、スタッフ間の情報交換と共有の場が必要と考えた。職種を問わず日頃から業務内容や困っているケースの相談をしたり、専門的な支援方法をレクチャーしてもらうなどして、スタッフ間のコミュニケーションを図った。また、スタッフミーティング内では、異なる意見を出しても否定されず、自由な発言ができる雰囲気作りに努め、受け持ち以外のスタッフとも連携してかかわれるという安心感を持つことで、デイケア内でのスムーズな職種間連携につなげることができるよう働きかけた。

【考察】今回の取り組みのきっかけは、診療報酬の改定による診療計画書の作成が必須になったことに過ぎず、十分な検討や準備ができない状況下で進めたものであった。しかし、デイケアスタッフがメンバーに対する責任感や関心を深めようとする意識や行動の変化は、受け持ち制を導入したことによって、得られた効果であると考えられる。このことによって、メンバーのニーズに沿って現実的な目的や目標を設定し、地域生活における具体的な支援の充実を図ることができつつあるのではないだろうか。

さらに、受け持ちメンバーに対する個人面接時の面接記録用紙の活用によって、ポイントを押さえることができ、スタッフ自身のスキルを向上させることにもつなげることができたといえる。

精神科リハビリテーションでは、精神障害者が「その人らしい生き方」を再構築できるように、生活能力障害や社会での生活のしづらさに対する援助を行うため、「生活モデル」の視点が必要であるといわれている。しかし、「医学モデル」での視点も押さえながら支援することも重要であると考えられる。看護師は疾病や症状についてアセスメントし、そのことから起こる生活のしづらさに対してメンバーと協同して自己決定・自己実現に向けて支援することが求められる。そのためには、デイケアでの支援に多職種間との連携は欠かせないものであることが、今回の取り組みを通して再確認できた。

【おわりに】今後の課題として、今回デイケアで新たに取り組んだ受け持ち制を定着させ、メンバーの状況把握やデイケア通所目的の明確化、さらにはメンバーが目的意識をもって取り組めるように多職種・他部門とのカンファレンスの充実を図ること、各スタッフが疾病や障害に関する基本的な知識や、

評価に対する共通理解をもつ必要があるため、スタッフの知識や技術を向上させるべく立ち上げた部内勉強会での教育を強化することが挙げられる。

これらの課題に対し、今後も積極的に取り組んでいきたいと考えている。

【質疑応答】

Q：メンバー自身の目標が現実的ではない場合の目標設定はどうするのか。

たとえ達成困難な目標であっても否定せず、「その目標のために何が必要か」「今、何をすべきか」など掘り下げて、現実的で具体的な目標と一緒に考えていくようにしている。

多職種連携 PSWの視点

日本デイケア学会理事

松永 宏子

「精神科デイケアにおける職種間連携について考える」というテーマで、精神科医、臨床心理士、看護師、PSWの4人が話題提供を行い、フロアーからの質問を受けて、それぞれ、追加説明や確認を行いながら、多職種が一緒に働くデイケアでの連携で意識している点や工夫などについて意見を交換した。

各発表内容をまとめると、順に、上ノ山医師は、自分のクリニックで行っている多様な取り組みを紹介した後で、利用者がもてる力を最大限発揮できるように、ケアマネジメントを行い、利用者を含めたケア会議を、チーム会議と名付けて、かなり重視していることを述べた。二番目に発題した百田臨床心理士は、多職種が協働するデイケアにおける専門性について、従来の専門職の技法といわれるものを越えたもの、デイケアという特殊な構造の下での独特の専門性について、新しい視点からの連携について話題提供を行った。三番目に発表した吉村看護師は、平成24年度の診療報酬改定により求められている状態像に応じた疾患ごとの治療計画策定について触れ、多職種による多角的な評価・計画・実践を、より効果的に行うために導入した受け持ち制を紹介した。多様な職種や経験によるスキルの差や考え方の違いへの対応として、ケースカンファレンスによる情報の共有と評価に対する共通理解を重視し、目的達成に向けての連携を重視したかわりについて語った。四番目は私（PSW）で、長いデイケアとのかかわりの中で感じたこととして、長期入院や狭い社会との付き合いの結果、身に付ける機会をもてずにきた利用者たちが、社会経験を広げていくために欠かせないグループでの交流、デイケアでのグループワークの必要性と意義について触れた。私がかかわっていたデイケアでは、メンバーがいろいろな経験をできるように、やってみたいプログラムをみんな考えて、同じ時間帯に複数のサブグループに分けて、少人数で丁寧にかかわることを目的としていた。そのためには、他のグループがやっていることを理解し、グループワークをきちんと展開するために、ミーティングを重視していた。毎日、デイケアが終わってから、各グループでの出来事の報告と、スタッフが働きかけた時の意図や気になったこ

となどについて、意見交換を行いながら、スタッフがお互いに仲間の視点を知り尊重するよう心がけていた。また、日々の働きかけが効果的に生かされるために、家族や地域住民など周囲の人々との関係構築や協働に努力したことも報告した。

我々が重視している点を整理してみると、精神科デイケアを、地域社会の中での総合的援助サービスの1つと位置づけて実践している点である。デイケア内での取り組みだけに満足するのではなく、また自分の職場内のスタッフの連携や協働で満足するのではなく、外の世界・他の社会資源との連携協働を意識している点である。地域で暮らす人としての視点を重視するという事は、地域住民としてのあり方・利用者主体で、生活支援・QOLの向上・本人の希望やニーズに沿った支援を、一緒に進めていくということが大切にされなければならない。その点で、利用者が参加するチーム会議や、個別担当制によるより丁寧な本人の希望の把握、他スタッフとの情報交換によるより丁寧な本人理解に努力していることが報告されていた。複数の多様なスタッフたちが、さまざまな教育背景や経験や考え方などの違いを理解し合い、協働していくために、カンファレンスが不可欠ということである。単なる情報の共有ではなく、多様な職種がそれぞれの方法でかわる自由を保障し、理解しながら連携していくことの重要性が語られていた。

最後は、フロアーからの質問を紹介する。スタッフ側の意図や期待とは別に、「なんとなく来ているという人にどうかかわったらいいか」について、「夢や希望を重視するようにしている。ちょっと無理しても、長期目標と短期目標に分け、夢を叶えられるようにしている」「目標を細分化する」「一緒に考え、どうしたいのかを聞いて、一緒にやれることを引き出していく」「このままでいいと答える人も、本当にそう思って諦めているとは限らない。関係性を作り、本人が希望を語れるようにしていけば、デイケアという日常的なかかわりの中では本音が聞きやすいので、それが聞けるようになると思う」、発達障害の人の利用を断られる出来事や疾患別グループ分けの課題については、「いろ

いろいろな人が混ざり合って過ごすグループの方が、お互いに癒されることがあるし、いろいろな人の存在を知って、自分の問題に気づくこともできる。また、場に任せることで、変化につながることもある。「家庭訪問を含めたいろいろな所での本人を知り、またデイケアでの様子を理解してもらうことが連携につながる」などの、意見が交わされた。

裁判員裁判における精神鑑定

千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門

五十嵐 禎人

【裁判員制度とは】裁判員制度とは、一定の刑事裁判において、国民から事件ごとに選ばれた裁判員が裁判官とともに審理に参加する制度である。司法制度改革の一環として、2004年5月21日に「裁判員の参加する刑事裁判に関する法律」（裁判員法）が成立し、2009年5月21日から施行されている。最高裁判所の統計によれば、裁判員制度が開始された2009年5月～2013年2月28日の間に終局した裁判員裁判の対象人員は4,988人で有罪4,843人、有罪・一部無罪13人、無罪26人、家裁送致4人、その他102人（公訴棄却・移送）であり、97.1%が有罪であった。

【裁判員制度による審理の変化】一般市民が裁判員として参加する裁判員裁判では法廷における審理のあり方も従来とは大きく異なったものとなる。裁判員裁判では、原則として公判は連日開廷され集中した審理が行われる（連日開廷）。また、正式の審理が開始される前に公判前整理手続が必ず行われる。公判前整理手続には、裁判官、検察官、弁護人が出席し、検察・弁護双方から証拠の開示やそれに対する意見などが提出・協議され、最終的に公判で採用する証拠、証人、公判日程などを決定する。公判前整理手続終了後には、原則として新たな証拠請求はできない。最後に、口頭主義の徹底（「目で見て耳で聞いて分る審理」）が要請される。口頭主義自体は、従来の刑事裁判でも掲げられていたが、実質的には書面中心の審理となっていた。裁判員裁判では法廷の場で朗読される書面や証人の証言などをもとに裁判体の心証が形成されることになる。

【裁判員制度における精神鑑定の変化】裁判員制度による審理の変化に伴い、裁判所の依頼によって行われる精神鑑定の手続や結果の報告にも従来とは異なる変化がある。

裁判所の依頼による精神鑑定は、公判前整理手続の段階で行われる。この段階では、証拠に関する取り調べはまったく行われておらず、検察官、弁護人の同意・不同意の意見のみしか示されていない。公判前整理手続に関与する裁判官も、双方の提出する証拠の具体的な内容まではみていない段階である。つまり、鑑定の基礎資料とすべき被告人の供述調書や目撃証言などについても、法廷での吟味はなされず、鑑定の前提となる犯行に関する客観的な

事実についても確定していない状態で精神鑑定を行うことになる。実務では、争いのある証拠に関しては、検察官・弁護人の主張を含めて鑑定人に提供されることが多いが、鑑定人は鑑定資料の取り扱いにこれまで以上の注意が必要となる。

鑑定結果の報告についても、簡にして要を得たわかりやすい報告が要請される。証拠採用される精神鑑定書自体は簡潔なものが望ましいという観点から精神鑑定書の書式などが提案されているが、実際の公判では、精神鑑定書を証拠採用せず、鑑定人尋問でのプレゼンテーションで代替することも多い。

鑑定結果の報告に当たっては、可知論の立場に立ち、被鑑定人が罹患している精神障害の有無・重篤度と、精神障害が犯行に及ぼした影響の有無・程度・機序について、具体的に述べるのが鑑定人には要請される。2008年4月25日最高裁判所第2小法廷判決の指摘するように、適正な方法で作成された鑑定人の判定は裁判体でも尊重されるが、鑑定人は、心神喪失・心神耗弱・完全責任能力といった責任能力そのものに関する判断については述べるべきではない。

起訴前囑託鑑定の件数が増加しており、起訴前囑託鑑定の結果について、審理の過程で証人尋問を受けることもある。また、制度開始当初は、起訴前囑託鑑定の存在する事例に関しては、よほどの事情がない限り再鑑定は認められなかったが、最近では、弁護人の要請で裁判所が再鑑定を認める事例も増えている。

【裁判員裁判における精神鑑定の実施状況】裁判員制度開始から2012年5月31日までのデータに基づいて作成された「裁判員裁判実施状況の検証報告書」（最高裁判所事務総局、2012年12月）によれば、裁判員法50条に規定される公判前精神鑑定の行われた事例は105件であった。責任能力に関する主張の撤回された5件を除く100件について、公判廷において鑑定結果の報告が行われた。そのうち90件では、まず鑑定人が裁判員に口頭で説明する形式（プレゼンテーション方式）が採られており、また、95件について、鑑定結果の報告方法について鑑定人と法曹三者との事前打ち合わせ（カンファレンス）が行われていた。これらの統計にも示されるように裁

判員裁判においては、まずは鑑定人による鑑定結果に関するプレゼンテーションが行われ、その後当事者双方ならびに裁判員・裁判官による証人尋問による質疑応答という形式で行われることが定式化している。

【裁判員裁判での責任能力判断】裁判員制度開始以前は、一般市民の参加する裁判員裁判では、責任能力や精神障害に対する理解が十分でないために厳罰化がおこるのではないかと懸念が呈されてきた。実際の裁判員裁判ではどうであろうか。

大阪地裁2012年7月30日判決は、アスペルガー障害に罹患した被告人が自らの姉を殺害した事件に対するものである。判決では、「社会の受け皿が用意されていない」「十分な反省のないまま社会復帰すれば、意に沿わない者に同様の犯行に及ぶ心配がある。許される限り長期間刑務所に収容して内省を深めさせることが社会秩序の維持につながる」と述べて、懲役16年の求刑に対して懲役20年の判決をくださった。これに対して、京都地裁2013年2月26日判決は、統合失調症に罹患した被告人が、同居の弟を刺した殺人未遂事件に対するものである。鑑定人は、中～重度の妄想型統合失調症で、被害妄想が犯行に影響を与えたと述べたが、判決では、「弟から嫌がらせを受けて腹が立ったという犯行の動機は、男性の妄想だった」と認定して、刑事責任能力を認めることはできないとして、無罪の判決をくださった。

一般に裁判員裁判での裁判体の判断は、「疑わしきは被告人の有利」という刑事裁判の原則に忠実であること、また、裁判後の被告人の処遇に強い関心をいさぐ傾向があることが指摘されている。前記の判決でいえば、京都地裁の判決ではこの傾向が、大阪地裁の判決ではこの傾向が反映されているように思われる。裁判体の判断は個々の事例の特性によるところも多く、一概にはいえないものの、裁判員裁判になったことが必ずしも厳罰化につながっているわけではないと考えられる。

広汎性発達障害の事例について

鹿児島大学医学部保健学科・大学院保健学研究科

赤崎 安昭

2012年7月30日、大阪地方裁判所において、広汎性発達障害（pervasive developmental disorders : PDD）の下位分類であるアスペルガー症候群と認定された被告人に対して裁判官ならびに裁判員が下した判決は、検察側の求刑16年を超える懲役20年であった。この判決は、PDDの当事者、家族、支援団体のみならず、精神医療従事者にとっても様々な問題を投げかけることになり、「障害への偏見や無理解がある」といった指摘が相次ぐなど、社会的反応が大きく、日本精神神経学会からも声明文が発表された²⁾。結局この事件は、控訴審で争われ、翌年2月26日、大阪高裁は1審の判決を破棄し、懲役14年の判決を言い渡した。

このような例からもわかるように、PDDは司法精神医学領域においても課題が多いのが現状である。特に、高機能PDDの被告人が裁判員裁判で裁かれることになった場合、鑑定人の立場から裁判体に対してPDDという障害がどのように影響を及ぼしたのかということを知りやすく説明するのは容易ではない。

そこで、今回、筆者は、PDDの裁判員裁判について、さらなる議論を深めるきっかけになることを期待して、筆者自らが担当した2件の放火事件を起こしたPDDの精神鑑定および裁判員裁判における証人尋問の概要を提示した。

事例は20歳代の男性、専門学校生A。Aの成長発達について両親は、「特に異常はなかった」と述べていたが、鑑定資料には、幼少時期から「何を考えているのかわからないところがある」「孤立している」「不器用」などといった客観的な評価がなされていた。Aは成績は下位ながらも普通高校を経て情報処理関係の専門学校に進学したが、「自分に見下した態度をとり、精神的なダメージを与えた」とする人物をターゲットに2件の放火事件を起こしたため逮捕された。その後、約3ヵ月にわたる起訴前精神鑑定の結果、Aは特定不能のPDDに罹患していること、被害者および犯行手段の選択には少なからずPDDが影響していた可能性があるが、「心耗耗弱」に相当するほどに精神状態が障害されていたわけではないことが明らかになった。それを受け検察側は起訴しAは裁判員裁判で裁かれることになったが、公判前整理

手続においては、起訴前精神鑑定の結果に検察側も弁護側も異論はなかったため、精神鑑定は起訴前に行われたものを採用し、法廷では責任能力を争点にしないことになった。しかし、裁判員裁判を円滑に進めるために、筆者は証人として法廷に出廷することを要請され、PDDに関する一般的な説明と、PDDという障害がどのように2件の放火事件に影響を与えたのかということについての説明を行うことを求められた。法廷では、約20分のプレゼンテーションを行い、その後、約100分にわたる尋問が行われた。

その結果、被告人Aに検察側は懲役6年を求刑したのに対して、裁判体は、懲役4年の判決を言い渡した。その理由として、「被告人には、先天性である特定不能のPDDがあり、対人関係をうまく築けず、そのストレスが後に本件各犯行を決意させる遠因となっていることからすれば、犯行に至る経緯には一定程度同情の余地もある。しかし、上記障害が大きく被告人の規範意識や判断能力に影響を及ぼしたとは認められず、執行猶予は付さない」と説明されたことから、証人として述べたことが判決に少なからず影響を及ぼしたものと考えられた。

以上、今回提示したPDDの精神鑑定、裁判員裁判における証人尋問を経験して筆者なりに問題点を整理すると、PDDの場合、正常心理でも了解できる部分が多々あるために、例えば謝罪が十分でない、「反省をしていない」などと解釈され量刑はより重い方に傾く可能性を秘めていること、PDDの場合は特に生活歴も含めた緻密な精神鑑定を行わなければ、裁判体に「わかりやすい説明」「わかりやすい尋問」を提示することは不可能であるということなどが考えられる。さらに、これは鑑定人の心身への負担の問題であるが、裁判員制度が施行されて以降、精神鑑定の件数が増えており¹⁾、鑑定人は精神鑑定のみならず、法廷で“簡にして要を得たプレゼンテーション”を行うための準備にも時間をとられ、鑑定人の負担は増大していく一方にある。したがって、これを解消するためには、用語集³⁾のみならず、「精神疾患解説用スライド集」の作成も検討するべきである。そのためには、裁判員経験者の自由な意見が精神鑑定人にフィードバックされることは必要不可欠であり、今後、鑑定人、法曹関係者、裁

判員経験者が自由に意見を交わす場を設ける必要があると思われた。

1)五十嵐禎人：裁判員裁判における精神鑑定の実際と課題. 精神医学, 53 ; 937-945, 2011

2) 日本精神神経学会 理事長 武田雅俊：大阪地裁判決に関する日本精神神経学会声明文．平成24年9月15日

(https://www.jspn.or.jp/activity/opinion/2012/files/osaka_district_court.pdf)

3)日本司法精神医学会裁判員制度プロジェクト委員会：だれでもわかる精神医学用語集 裁判員制度のために. 民事法研究会, 東京, 2010

アルコールとBZを併用し、健忘を主張したため、 酩酊度が争点になった鑑定例

東京都立松沢病院精神科

黒田 治

【目的】飲酒酩酊中に犯罪を行い、後に犯行に関する健忘を主張する犯罪者は少なくない。たとえば、あるアメリカでの研究では、性犯罪者の約1/3が犯行時の飲酒による酩酊と犯行に関する健忘を主張していたとされる¹⁾。他方、アルコール摂取がヒトの精神や身体の機能に与える影響については、まだ不明な点が多く、健忘の主張を意識障害の徴候として解釈してよいかどうかについても論争のあるところである^{1,4)}。ひるがえって、わが国では従来、酩酊犯罪の精神鑑定において、Binderの酩酊分類が頻用されており、その枠組みの中では、記憶障害が意識障害の程度と一定の相関をすると主張されてきた²⁾。しかし、この分類は英米では全く知られておらず、ICDやDSMといった現代の標準的診断基準とは相容れない、EBMの洗礼を受けていない一種のジャーゴンに過ぎない。

本稿では、アルコールとベンゾジアゼピン系向精神薬（BZ）を併用し、健忘を主張したため、酩酊の程度が争点になった精神鑑定例を紹介して、裁判員裁判の時代において、非専門家である裁判員の理解や納得を得るために必要な要素について提案し、議論の素材を提供した。

【方法】筆者が実際に経験した事例を紹介し、裁判員裁判での精神鑑定を実施するうえでの問題点を指摘した。

【結果】事例の概要は以下の通りである：多数回の犯罪歴のある中年男性。過去に覚せい剤使用歴があり、幻聴が残存しているが、思考や行動への影響力は乏しい。アルコール、BZの乱用がある。本件犯行はアルコール、BZを使用した状態で強盗強姦未遂、強盗致傷、銃刀法違反などの犯罪を行ったというもの。逮捕、起訴されたが、被告人は犯行時の健忘を主張。過去に今回同様、アルコールとBZを使用した状態で強制わいせつ事件を起こし、鑑定で意識障害、複雑酩酊と診断され、公判で心神耗弱を認定されたことがあり、本件犯行時も心神喪失ないし心神耗弱であったと弁護側が主張したため、酩酊が刑事責任能力に影響する程度であったかが争点となった。

犯行時の酩酊の性質・程度を評価するために、以

下の8つの観点から検討を加えた：犯行時にアルコールが体内に存在していたか、存在した場合、アルコール血中濃度（blood alcohol concentration：BAC）はどの程度だったか、BAC以外に酩酊の性質・程度を評価する方法があるか、BZの酩酊への影響をどう考えるか、犯行後の追加飲酒の影響を排除できるか、犯行前後の健忘は犯行時の酩酊の性質・程度と関連するか、酩酊について、どの説明概念を採用するか、被告人のパーソナリティ、反社会的経歴を評価に反映させるか。

筆者が行った鑑定での診断はアルコールとBZの急性中毒などであった。本例では、被告人が完全健忘を主張しており、他の情報源からの情報も乏しいため、アルコールやBZの正確な摂取量や摂取時間が特定できなかった。また、逮捕後の呼気アルコール濃度検査が不完全で結果の信頼性が乏しく、BAC測定は検討すらされていなかった。これらのことから、犯行時のBACを直接的・間接的に知ることができなかったが、BACと感情・パーソナリティの変化と身体機能の障害の3要素が一定の相関を示すこと³⁾を前提として、被告人の言動に関する被害者を含む証人の供述や犯行現場の防犯カメラ映像に映った被告人の行動から、犯行時の被告人の精神状態と身体機能の障害の程度を推定した。その際に、防犯カメラ映像を法廷で供覧に付した。また、犯行前後の健忘の主張については、詐病、解離性障害、アルコール誘発性ブラックアウト⁵⁾、意識障害など、さまざまな可能性があることを指摘した。そして、酩酊に関する説明概念は、Binderの酩酊分類ではなく、アルコールが精神や身体の機能に与える影響に関する最新の知見³⁾を用いた。

【考察および結論】精神鑑定の報告が裁判員に対して説得力を持つためには一般に、評価のための説明概念が合理的かどうか、評価の根拠を伝える際の手段が効果的かどうかの2つの要素が重要であると筆者は考える。酩酊犯罪の精神鑑定についていえば、酩酊度を診断し、酩酊と犯行との関係を司法精神医学的視点から解釈するための、Binderの酩酊分類に代わる、より合理的で科学的な説明概念の新たな枠組みが求められる。酩酊度の診断に際しては、血中・

呼気中の物質濃度、逮捕直後の専門医による診察、犯行現場の防犯カメラ映像、証人の供述など客観的な情報に基づく評価が重要であり、このような情報が利用できるような環境整備が喫緊の課題である。また、評価の根拠を伝えるための手段としては、法廷での報告における、画像やイラスト、表など視覚情報（または音声情報）の積極的な活用が有効な場合も少なくないと思われる。

- 1) Granacher, R.P.: Commentary: Alcoholic blackout and allegation of amnesia during criminal acts. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32; 371-374, 2004
- 2) 影山任佐：酩酊（状態）. *精神医学事典*. 弘文堂, 東京, p.761-762, 2001
- 3) National Institutes of Health: Information about Alcohol. NIH Curriculum Supplement Series [Internet]. National Institutes of Health (US), Biological Sciences Curriculum Study, Bethesda, 2007
- 4) van Oorsouw, K., Merckelbach, H., Ravelli, D., et al.: Alcoholic blackout for criminally relevant behavior. *J Am Acad Psychiatry Law*, 32; 364-370, 2004
- 5) White, A.M.: What happened?—alcohol, memory blackouts, and the brain. *Alcohol Res Health*, 27 ; 186 - 196, 2003

難解な疾患概念をどう説明するか

国立精神・神経医療研究センター

安藤 久美子

2009年に裁判員制度が施行されて以降、裁判員裁判では、精神障害を理由に刑事責任能力が争点となるようなケースも数多く扱われており、今後も、起訴前あるいは公判前の段階で精神鑑定が実施されるケースは増加することが予想されている。裁判員裁判のなかで精神障害を理由に刑事責任能力が争われるような裁判については、法曹、精神医学の両分野からもすでにいくつかの重要な課題が指摘されてきた¹⁾。たとえば、法曹側の課題としては、刑法39条に関わる課題が挙げられる。これは、裁判官が、裁判員に対して、どのように刑法39条を説明し、理解を求めるのかという課題ではあるが、具体的な責任能力の判断方法は個々の裁判体によって異なるという点を考えると、刑法39条に関してどのような説示が行われ、どのような前提をもとに当該裁判体が議論を進めているのかについては、鑑定人もある程度は理解しておかなければ尋問の際に的確な議論を妨げてしまう可能性があるかもしれない。

次に、鑑定人の実務に直結した課題としては、精神の障害に関する課題がある。これは、鑑定人である精神科医が、裁判員に対して、どのように被告人の精神障害および精神障害と事件との関係について説明し、理解を助けるのかという課題である。われわれは「精神障害について説明する」という作業については、日常の臨床業務の中でも患者やその家族に対して繰り返し行っており、大きな違和感はないはずである。しかし、精神鑑定の場面では、ときに精神科医にとっても「難解」とされる疾患概念が登場してくることもあり、戸惑うこともあるだろう。たとえば、「妄想性障害」もその1つである。妄想性障害については、アメリカ精神医学会によれば有病率は0.03%とされており、さらにそうした疾患をもつ者が自ら診療の場面を訪れる頻度を考えると、一般臨床においては非常にまれな疾患といえる。しかし、司法精神医学の分野では想像以上に遭遇しうる診断であり、責任能力との関係で議論されることも多い²⁾。こうした精神障害の説明にあたっては、当事者間で診断に疑義がない限り、診断基準にある項目を1つ1つ挙げて説明をしていくような細かな診断プロセスは思い切って割愛し、その後の精神障害と事件との関係に重点をおいたプレゼンテーションにす

るなどの工夫も必要となるであろう。

また、裁判員法の51条には、裁判員の負担に対する配慮として「裁判官、検察官及び弁護士は、裁判員の負担が過重なものにならないようにしつつ、裁判員がその職務を十分に果たすことができるよう、審理を迅速で分かりやすいものとするに努めなければならない」とある。したがって鑑定人にもこうした姿勢が求められることになるが、わかりやすさを追求しすぎること、鑑定人が精神障害と事件との関係についての説明を過度に単純化してしまえば、裁判体の判断に大きな影響を与えてしまう可能性もある。そもそも精神障害の症状というのは、一般市民にとってはわかりにくいものであるし、そのわかりにくい症状を現実の事件と結びつけて考えていくことはさらに困難であることも当然である。したがって、ここで鑑定人に求められていることとは、こうしたジレンマを十分に意識したうえで、真摯に説明を尽くすことではないかと思われる。

加えて、精神障害の概念が難解であるがゆえに、かえって一般市民の不安や恐怖を煽ったり、よくわからない疾患=危険であるといった偏見が生じるような場合もありうるであろう。本来であれば、こうした一般市民が抱きやすい精神障害に対する誤解や偏見を解く作業というのは、鑑定人よりも法曹側がその審議を通して行っていくことが望ましいと思われるが、鑑定人においても、そうした一般市民の感覚というものを踏まえたくて、誤解や偏見を助長しないような慎重なプレゼンテーションを行う必要があるであろう。

筆者の経験からいえば、一見、難解と思われる疾患であっても、整理された丁寧で適切な説明であれば、裁判員は十分に正しく理解することができると感じている。裁判員制度の開始によって、鑑定書が証拠として採用されることが少なくなった現在、誠意を尽くし100ページに及ぶ長文の鑑定書を提出してきた鑑定人にとっては、一抹の寂しさを感じることもある。しかし、法廷尋問という限られた時間内に、より平易な言葉で、簡にして要を得た説明を行うことこそが、日常の診療にもつながる一臨床家としての実力を試されるよいチャンスであるのかもしれない。

- 1) American Psychiatric Association: DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-4th ed(Text Revision). p. 315-322, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 2000 (高橋三郎, 染矢俊幸ほか訳: DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2007)
- 2) 安藤久美子, 岡田幸之: パラノイア/妄想性障害と司法精神医学. 臨床精神医学, 42(1), 101-105, 2013
- 3) 岡田幸之: 刑事責任能力と裁判員制度. 責任能力の現在 法と精神医学の交錯(中谷陽二編). 金剛出版, 東京, p. 120-134, 2009

同意判断能力評価の実際

北村メンタルヘルス研究所¹⁾

名古屋大学大学院医学系研究科精神医学・親と子どもの心療
学分野²⁾

北村 俊則^{1,2)}

医療において患者の自己決定権を担保する手段としてインフォームド・コンセント（IC）の理念が導入されて久しい。ICの前提に患者が治療に同意する判断能力を有していることが挙げられる。治療同意判断能力が減弱している際に代行判断者の同意で医療の強制が許容される。医療保護法入院はその一態様である。したがって特に精神科医療において患者の治療同意判断能力を評価することが患者の自己決定権を守る重要な手段となる。

臨床において治療同意判断能力を評価する方法としてこれまで約15の手法が報告されている¹⁾（研究参加についての判断能力評価は本シンポジウムでは扱わない）。このうち日本で開発されたものに Kitamura ら³⁾による Structured Interview for Competency and Incompetency Assessment Testing and Ranking Inventory（SICIATRI）がある。SICIATRI はこれまでに信頼性・妥当性の検討が行われており、欧米で用いられている MacArthur Competency Assessment Tool-Treatment（MacCAT-T）²⁾と内容的に類似しているが、日本における医療風土に比較的適合していることが指摘されている。

SICIATRI は「告知の存在」「同意権限の理解」「同意不同意の選択の明示」「判断の他者への委譲がない」「期待できる利益に関する理解」「予測できる危険に関する理解」「代替手段に関する理解」「無治療の場合に期待できる利益に関する理解」「無治療から予測できる危険に関する理解」「回復願望」「病的決定要因の欠如」「病識・洞察」について評価を行い、最終的に下位尺度評価と総合評価を行うよう構成されている。今回、SICIATRI の使用の実際について具体的に紹介した。

1998（北村俊則，北村總子訳：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）

3) Kitamura, T., Kitamura, F.: Structured Interview for Competency and Incompetency assessment Testing and Ranking Inventory. National Institute of Mental Health, Ichikawa, 1993 (revised: Kitamura, T., Kitamura, F.: Structured Interview for Competency and Incompetency assessment Testing and Ranking Inventory-Revised ver. 2.3. Kitamura Institute of Mental Health Tokyo, Tokyo, 2011)

1) Dunn, L. B., Nowrangi, M. A., Palmer, B. W., et al.: Assessing decisional capacity for clinical research or treatment: A review of instruments. American Journal of Psychiatry, 163; 1323-1334, 2006

2) Grisso, T., Appelbaum, P. S.: Assessing competence to treatment: A guide for physicians and other health professionals. Oxford University Press, New York,

児童・未成年の同意判断能力を問うべき時

埼玉県立大学保健医療福祉学部

藤井 千代

【背景】児童・未成年者を対象とした医療においては、医療者側にも家族にも、子どもに説明しても理解できないだろうという思い込みがあり、従来から本人ではなく家族（保護者）の意向が重視されてきた¹⁾。しかしながら米国小児科学会のガイドライン²⁾では「両親と医師は、正当な理由なしに子どもを意思決定から除外してはならない」と規定されており、子ども本人の認知発達に応じてわかりやすく説明し、納得をしてもらうことの必要性が強調されている。このプロセスがインフォームドアセント(IA)である。近年では、日本の医療現場でも、子どもの認知発達に応じた方法での説明の重要性が目立つようになってきている³⁾。

【未成年者への説明と同意】子どもからIAを得る際に問題となるのが本人の同意判断能力である。認知能力の成長発達は個人差が大きく、医療行為の内容によって必要な理解力、判断能力は異なるため、子どもの同意判断能力を適切に評価することは容易ではない。

その子どもが自分の病気や治療について説明をどの程度理解できるのか、自分の受けたいと思う治療を選ぶ能力があるのかといったことについて判断する際には、年齢は絶対的な基準にはなり得ない。しかし子どもの認知能力は、個人差はあるものの年齢とともに発達するという事実は、同意判断能力を評価する際に考慮すべき点の一つである。いくつかの実証研究から判断すると、一応の目安として、14～15歳以上の子どもに関してはより自律性を尊重し、成人と同程度の情報提供を行っていくべきであろう。実際には、認知能力の成長発達は個人差が大きく、医療行為の内容によって必要な理解力・判断力は異なるため、状況に応じた判断となる⁴⁾。

【模擬事例】

・8歳、男子。診断：ADHD

半年間の行動療法とペアレントトレーニングを行ったが著効せず、学校生活に大きな支障が生じている。時にいじめの対象となることもあり、主治医は薬物療法が必要であると判断しているが、本人は拒否。

この事例においては、親から適切なインフォームドコンセントを得た上で本人に理解しやすい説明を

行うことで薬物療法の開始は容認されると考えられる。

・15歳、女子。主訴：注察念慮、不安、自傷行為

約半年前から注察念慮および漠然とした不安を自覚し、不安が強いときには軽微なアームカットをして紛らわすこともある。本人が精神科受診を希望して養護教諭および学校医に相談した。本人は母親と2人暮らしであり、母親は精神障害のため入退院を繰り返している。最近も自殺未遂があり、精神的に不安定であるため母親には内緒で受診したいという。

この事例の場合は本人が15歳であり、民法における成人年齢は満20歳であることから、準委任契約とされている医療上の決定に関する単独での決定権はない。母親は病状不安定な精神障害を有しているが、行為能力がないと判断されない限りは親権を有しており、わが国の法律上は学校側は母親に本人の状況を知らせなくてはならない。

しかし法的に正しいことが必ずしも倫理的に正当化されるわけではなく、倫理的妥当性を検討した上で法律が不適切であれば、法律を改正していくことも必要であるとの指摘もある¹⁾。臨床場面においてこのような事例への対応が求められる可能性はあり、本人の同意判断能力はどのように評価されるべきか、本人単独での精神科受診は可能か、本人へのインフォームドコンセントのみで向精神薬の使用は容認されるか、母親への情報提供の義務と本人への守秘義務はどちらを優先させるべきか、などの問題に関して臨床倫理的検討を行うことは、本人の最善の利益を提供するための法改正の必要性を検討する上でも重要である。実際の臨床場面では、関係者、関係機関が倫理原則の共通理解のもとで協働する必要がある。

【結語】児童・未成年者に対する精神科的介入を行う場合には、特別な場合を除いては、同意判断能力を有すると想定されている大人以上に複雑な倫理的ジレンマが生じうる。それらの倫理的ジレンマに対する絶対的に正しい解決策は存在しないが、職種を超えた臨床倫理的理論を積み重ねていくことが重要である。

1) 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)

2) Committee on Bioethics, American Academy of Pediatrics: Informed consent, parental permission, and assent in pediatric practice. *Pediatrics*, 95(2); 314-317, 1995

3) 厚生労働省: 小児集団における医薬品の臨床試験に関するガイダンスに関する質疑応答集(Q&A)について. 2011

4) Kuther, T.L.: Medical decision-making and minors: issues of consent and assent. *Adolescence*, 38;343-358, 2003

治療抵抗性統合失調症において同意判断能力を問うべき時

山梨県立北病院

三澤 史斉

クロザピンは治療抵抗性統合失調症に対して唯一科学的根拠が確立されている治療である。その一方で、無顆粒球症・好中球減少症、耐糖能異常などの代謝障害、心筋炎・心筋症などの重篤な副作用の危険性が他の抗精神病薬と比べて高い。

わが国では、2009年7月より治療抵抗性統合失調症治療薬としてクロザピンが上市された。その投与開始にあたっては、世界的にみても最も厳密な形でのインフォームド・コンセントが課せられている。具体的には、本人および家族（できる限り）に文書によって説明し、本人に文書にて同意を取る。また、本人に同意能力がないと判断される場合、代諾者（家族など）に文書によって説明し文書で同意を取る、とされている。

この文言に対して忠実にインフォームド・コンセントを行うのであれば、同意判断能力の評価を全てのクロザピン対象者に行う必要がある。しかし、実際の臨床現場では厳密な評価はほとんどされていない。そもそも、同意判断能力をどのように評価するのか、また、どの程度の同意判断能力が必要とされるのかなどは定められていない。そのため、クロザピンのインフォームド・コンセントにおける同意判断能力評価のあり方について議論を深めて整理していく必要がある。

また、クロザピンは統合失調症薬物治療において最後の砦のような役割を担っていることを考えると、患者が拒否するからといってその使用を断念することは、他の薬物治療より慎重に判断していかなければならない。適切な医療を提供する義務を果たすため、場合によっては強制的にでも使用していくことが必要かもしれない。しかし、重篤な副作用の存在や定期的な採血が義務づけられていることを考えると、強制的な使用についても他の薬物治療より慎重にならざるを得ない。この葛藤を整理していくためにも同意判断能力の評価は不可欠であろう。

小児期・成人の診断と心理社会的介入

岡山大学病院精神科神経科

松本 洋輔

当学会の発表している「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」では成人の性同一性障害の診断の確定にあたって、ジェンダーアイデンティティーの判定、身体的性別の判定、除外診断、（身体的治療を前提とする）診断の確定には2名の精神科医の意見一致が必要、という4つの項目を検討するよう推奨している。このうち、とが臨床場面における「精神科医」の診療行為になる。ジェンダーアイデンティティーの判定は、もっぱら本人の供述に頼る病歴・生活歴の聴取が根拠であるが、受診者は他の精神科領域の疾患と異なり「特定の治療を受けたい」というモチベーションをもつ者が多数を占め、病歴・生活歴に無意識的な記憶の歪曲や認知のずれが生じたり、場合によっては意図的な虚偽が混じりたりする可能性がある。この点に迷いが生じると、診断者が意図的な虚偽を見分けられるかどうかという問題だけでなく、本人にも無意識的な記憶の錯誤があるのかわからないこともあり得るため、簡単に結論が出せない状況となる。一方、性同一性障害は、一般的な意味で精神障害を起こすものではないため、診断者の判断を誤らせるほどの虚偽の話をして自分の思いを遂げるのも本人の生活能力の一部である、と考えることもできる。言葉は悪いが、「だます」のも健康な精神状態をもった個人の自己責任といえるかもしれない。さらに、本人が悩む性別違和は現在進行形であり、現実の過去がどうであれ「今」その過去をどうとらえているのか、「今」本人に何ができるのか評価することが重要であると考えれば、過去の脚色は大きな問題ではないのかもしれない。とすると、この問題に関する精神科医の責任は、あからさまな虚偽や矛盾を見逃さない程度でよいのではないかと個人的には考えている。

除外診断に関しては、統合失調症の妄想、広汎性発達障害のこだわりが外見や性別に向いているもの、性成熟障害、同性愛との混同、特別な性体験や社会的立場をもちたい人の詐病などが鑑別に挙げられるが、これらの鑑別にあたっては、性同一性障害そのものに関する知識よりも、統合失調症なり広汎性発達障害なり他の一般的な精神医学領域の知識が求められる。統合失調症の鑑別は、普通の臨床経験

をもつ精神科医にとってそれほど難しい問題ではないだろう。広汎性発達障害に関しては、変化する身体への違和感（性別への違和よりも加齢や成熟への拒否感が主体）やオンラインゲームなどの仮想現実との混同、日本の社会において social skill や duty をより多く求められる性別である男性からの逃避などが臨床現場では問題になる。最後の項目は、「男性だからうまくいかない、（保護される）女性ならすべてうまくいく」という全てか無かの思考法や、ファンタジーへの逃避が背景にあることが多い印象を受ける。このような状況で広汎性発達障害の特徴である限局した興味や活動が性別変更に向くと、現場での対処に苦慮することも多々ある。性別違和と広汎性発達障害が独立して存在すると思われる症例にも遭遇するが、周囲との関係を顧みず（言い換えれば人目を気にせず）、障害の特徴であるこだわりから身辺条件が整わないうちに性急な診断・治療を求めることがあり、早くから問題が顕在化しがちな印象を受ける。このような場合は、性別の変更が本人の社会参加状態の改善や生活の質の向上に結びつくよう、家族や地域の支援体制を整えるなど広汎性発達障害の問題にもアプローチしながら診療を進める必要があるだろう。

ガイドラインでは、精神科領域の治療として 精神的サポート（現病歴の聴取と共感および支持）、カムアウトの検討、実生活経験（real life experience）、精神的安定の確認を行うよう推奨している。の精神的サポートは、現病歴の聴取と共感および支持が具体的方法として挙げられている。性同一性障害の当事者は、前述のように精神的な健康度が高く、病歴を共感して聞くだけでも十分な精神療法になる。また、に関して、本人に問題解決能力が十分にあり、ロジャースに準じた支持的精神療法を行いながら、本人の意向を十分に聞いて一緒に考えるという姿勢に徹すれば、多くの場合十分であろう。逆に本人の問題解決能力に問題が生じた場合は、統合失調症やうつ病、広汎性発達障害（スペクトラムも含む）などの疾患の鑑別を含めて、本人の状態を再評価する必要があると考えられる。筆者は個人的に、生活する性別を変更するのは、結婚や就職と同じく人生の選択の一部といえる

のではないかと考えており、人生の選択にあたってハンディのある方に行う支援は、本来の精神科医の仕事ではないかと考えている。は本人のおかれた状態では十分行えないことがあり、その強要は慎むべきであると思われるが、は実際に望む性別で生活してみないと評価が難しいという面もあり、悩ましいところである。

小児例への診療は、わが国では緒に就いたばかりであり、十分な情報がない。思春期以降の介入については、国際的にほぼ一致した見解が出されているが、児童期の心理社会的介入については、まだ一定の見解は出されていない。海外での前方視的研究では、幼児期の性別違和感は思春期頃に軽減し、性別の移行が不要になる例が多数いるとされているが、成人当事者からの情報では、思春期に入る頃から身体的性別への違和感が強まり、希死念慮が最も高まるのは中学生時代という報告もある。いずれにしても、児童期に性別違和を感じる子どもを把握しておき、いつでも必要な介入が行えるようなシステムを社会の中に作ることが大切と考えられる。

二次性徴抑制を含む思春期のホルモン療法の課題

岡山大学大学院保健学研究科¹⁾
岡山大学ジェンダークリニック²⁾
GID(性同一性障害)学会³⁾

中塚 幹也^{1,2,3)}

2006年に「兵庫県の小児男児が女児として通学」していることが報道された。2011年には小学6年生となり、二次性徴が始まったことから、大阪医科大学ジェンダークリニックは二次性徴抑制のためにGnRHアゴニストの投与を始めた¹⁾。過去にも岡山大学ジェンダークリニックで、月経時に自傷行為を繰り返すFTM(性自認は男性、身体は女性)の生徒に対して、GnRHアゴニストの長期投与が行われた例があった⁵⁾が、MTFの子どもで、しかも二次性徴の発現に合わせて、それを抑制する目的で行われた最初の例である。

2012年、日本精神神経学会の性同一性障害の診療のためのガイドラインが改訂され第4版²⁾となり、思春期の性別違和感をもつ子ども達への二次性徴抑制療法や引き続いての性ホルモン療法の施行が可能になった。このため、性別違和感をもつ小学生や中学生のジェンダークリニックへの受診が増加している。

思春期に二次性徴を抑制することで、身体的な変化による焦燥感は軽減し精神的に安定するとともに、最終的容姿も希望する性に近づけやすくなる。このため、二次的精神疾患(うつなどの気分障害や対人恐怖症などの不安障害)を予防でき、学校生活の継続による学歴の確保にもつながる可能性がある。以前より二次性徴抑制療法が行われている海外をみると、思春期初期に二次性徴の発来を抑制したうえでホルモン療法や性別適合手術を行ったMTF(心は女性、身体は男性)の当事者は、成人期以降に初めてホルモン療法や性別適合手術を受けた症例に比較して、身体の男性化が進んでいないため社会適応度が高く生活の質がよいこと、また、FTM症例でも月経が停止し乳房の発育を抑制する一方で骨端線が閉じず身長が伸びるなど、身体的違和感を軽減することが可能であることも報告されている³⁾。

思春期のホルモン治療の問題点として、治療の適応の観点からは、性同一性障害の症状が思春期のため強調されておりovertreatmentとなる可能性が、また、身体への影響の観点からはGnRHアゴニストの長期使用による副作用の問題がある^{3,4)}。さらに、保護

者による精神的サポートのみではなく、保護者による医療費用の負担(自費でのGnRHアゴニスト使用であれば、毎月、約3万円)など経済的サポートが得られるかも大きな課題である。このためには、保護者への支援も必要となる場合もある。

思春期のホルモン療法を行うにあたり、性同一性障害が正確に診断されるように、通常より長期にわたる観察を行うこと、保護者の理解と精神的、社会的、経済的支援が得られること、本人と家族が定期的に通院できること、ホルモン療法に支障のある疾患がないことなどの条件が必要であり、治療の開始に際しては、メリットとデメリットを理解した上での本人、保護者のインフォームドコンセントおよび本人のインフォームドアセントが必要と考えられる。

子どもが治療対象となることもあり、医師には、医学的のみならず社会的な適切な判断が求められる。そのため、ガイドラインでも二次性徴抑制療法や18歳未満のホルモン療法の決定を行う医師に一定の要件を課し、さらに日本精神神経学会への報告を義務づけている²⁾。

岡山大学ジェンダークリニックで女性ホルモンを使用しているMTF当事者36例(20~63歳)への調査では、ガイドラインの今回の改訂内容を知っていたのは58.3%で、改訂については「良い」67.0%、「悪い」3.0%、「両面ある」30.0%との回答であった。「2年以上の観察」が「必要」との回答が65.6%、「自分なら二次性徴抑制療法を受けたと思う」との回答は93.8%であった。子どもがホルモン治療を受けるための課題としては、「周囲に言い出せない」67.7%、「お金がかかる」48.4%、「副作用が心配」41.9%、「性ホルモン療法を待つことが困難」16.1%などがみられた。

自身の状態が理解できず、性別違和感を言い出せない子どもが医療施設につながるためには、学校の役割が大きい。教員、保護者(計349名)への調査では、「学校で性同一性障害について教えるべき」と98.5%が回答したが、「『性同一性障害』について授業したことがある」との回答は、養護教諭5.2%、人権教育担当教員27.1%にとどまっていた。「授業でき

る」との回答は、養護教諭42.2%、人権教育担当教員62.2%、「授業したい」との回答は、養護教諭62.0%、人権教育担当教員78.3%であった。

今回のガイドラインの改訂を性別違和感をもつ子どもに役だてるためには、その生徒や周囲の生徒に正しい情報を提供する役割を果たす教員に対する医療スタッフによる支援も重要になると考える。

1) 康 純：シンポジウム3「子ども達への支援 医療と教育の連携」2. ジェンダークリニックの精神科医の立場から：性別違和を主訴として来院した子供に対する支援について．GID（性同一性障害）学会雑誌，5；171-175，2012

2) 松本洋輔，阿部輝夫，池田官司ほか：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第4版）．精神経誌，114（11）；1250-1266，2012

3) 中塚幹也：若年期の性同一性障害当事者への対応 G_nRHアゴニストの使用や手術・ホルモン療法適応年齢の引き下げをめぐって ．精神経誌，114；647-653，2012

4) 中塚幹也：性同一性障害診療の実際と子どもに関する課題：性同一性障害へのホルモン療法と子どもへの対応．小児保健研究，72；227-230，2013

5) 酒本あい，新井富士美，中塚幹也：思春期の性同一性障害（FTM）の子どもへのG_nRHアゴニスト使用経験．GID（性同一性障害）学会雑誌，5；65-69，2012

大学・総合病院におけるジェンダーセンターと保険診療化

岡山大学形成外科

難波 祐三郎

岡山大学病院では2010年に診療科の連携部門としてジェンダーセンターを設立した。同センターはGIDを中心とするジェンダー関連疾患に対し、各診療科と外部の学識者が連携して、メンタルケア、セックスチェック、ホルモン補充療法、性別適合手術（SRS）や外性器形成術などの治療を集学的に行うことができる診療部門である。またセンター設立に伴い、教育、研究、臨床の3部門におけるアカデミックなシステム作りが可能となり、後継者育成の環境を整えることができたと考える。性分化疾患（disorder of sex development : DSD）の中には割りふられた性別に違和を訴える者がいる。また矮小陰茎などの先天異常、悪性腫瘍切除後や外傷、炎症後の外性器変形を伴う患者は心に大きな悩みを抱えていることが多い。このようなジェンダー関連疾患に対しこれまで外科系単科で治療されることが多かった。当センターはこのような患者に対しても、4科連携のチーム医療を行うことを治療方針の1つとしている。また2013年にセンターは病院内の中央診療施設に移行し、バーチャルな診療科連携から独立した診療科へと移行した。センターのもう1つの利点は1施設で治療が完結できるシステムである。1人の患者に対し精神科主治医が軸となって、他3科が連携しながら診断を確定し、身体的治療を行い、戸籍変更の手続きや社会復帰まで関わっていくわけである。

センターの中核をなすのはジェンダークリニックである。毎月1回GID患者の診断確定や身体的治療についてガイドラインに従った適応判定を行っている。他にコアメンバー会議があり、精神科主治医、形成外科執刀医、担当看護師、医療事務員が参加し、GID治療患者についての問題点を検討している。

GID治療における問題点の1つに身体的治療に対する保険未適応がある。性ホルモン治療から性別適合手術に対し健康保険が使えず、全て患者の自己負担である。特例法の制定によりSRSが正式な医療行為であると公的に認められたと考えるが、同手術に保険が適応されないという齟齬が発生している。まして特例法での戸籍の性別変更の要件を満たすためにはSRSを行う必要がある。これを解決するために日本精神神経学会が中心となって、関連4科学会理事長の連名でSRSに対する保険適応の要望書を厚労省に提出し

た。また筆者らはSRSのうちK番号にのらない新手術法について外保連試案を作成し、すでに厚労省保険局に提出しているが、中医協からはいまだ保険適応の許可は受けていない。

SRSに対して保険が適応されないため医療費が高額になる、そもそもSRSが行える国内施設が非常に少ない、手術までの待機時間が長いなどの理由から、国内での治療をあきらめてタイを中心とした諸外国でSRSを受ける患者が多い。家庭裁判所に正式な書類を提出し、戸籍変更を行った患者の内訳を調査すると、タイでSRSを受けた患者は8割を超えると考えられる。タイにおける手術症例数は多く、SRSにおける技術は相当に高い。またタイでの手術を斡旋するような業者も数多くある。しかしながらタイでSRSを受けた患者が帰国後に合併症を発症して、タイでの救済手術を拒否された場合、国内でその治療を引き受けてくれる施設は非常に少ない。そのような患者は“ジェンダー難民”化して国内の医療施設をさまようことになる。諸外国でSRSを受けようとしている患者に対しては、術後合併症の対応のため、少なくとも出国前にかかりつけの病院を確保しておくことを助言したい。また一般的に、帰国後合併症を発症した患者に関して手術法や周術期の情報がないため救済手術法を計画することが困難である。このような状況では治療を拒否するのは致し方ないことかとも推察する。筆者らはこれらジェンダー難民の救済のため、タイの医療施設と医療情報提供システムの構築を計画しているが、そもそもSRSに対する保険適応が認可されれば、国内でSRSを行う施設が増えて海外で手術を受ける必要がなくなり、ジェンダー難民が減少するはずである。一日も早くSRSに対する保険適応が認可されることを望んでやまない。

性同一性障害の包括的治療 各種治療の抱える問題点，地域の治療ネットワーク

関西医科大学精神神経科学講座

織田 裕行

性同一性障害の包括的治療は、その実践において様々な困難が存在する。1つは多元的で多層性を伴う治療構造を継続的に構築することである。多元性については、精神科と泌尿器科、婦人科、形成外科が協働して治療に取り組むことはもちろんのこと、1つの病院内でこの医療を完結するためには地域医療連携室や看護部、医事課などとも十分な打ち合わせと協力を得ることが必要である。また、未受診者のみならず、性同一性障害が疑われる児童・生徒を抱える学校や他の医療機関などからの問い合わせが頻繁にあるが、これらのことに対して組織的に対応することも重要な業務であると考えてきた。多層性については、情報の管理が重要となる。性同一性障害の包括的治療の要諦は、「適切な治療を、適切な時期に開始し、適切に精神科領域の治療と並行して行う」ことにありと筆者は考えている。本学会の「性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン」（以下、ガイドライン）にも記されているように、診断や身体的治療の検討には意見書の作成が必要であり、この意見書の作成にあたっては泌尿器科、婦人科、形成外科から得た情報が必要である。受診者の多元的な情報は厳重な管理が必要である一方、身体的治療を検討する際には身体的治療をすべきかどうかの議論にとどまらず、開始するのであれば、いつ、どのような内容の身体的治療を精神科領域の治療と並行して開始するのが望ましいかを複眼的に検討する必要があり、そのためにはこれら受診者の情報を医療従事者間で共有できる必要がある。しかし、これらの労力は直接的に診療報酬の増加につながるものではないため、1つの病院内でこの医療を完結するために必要な、新たな人員を確保することは極めて困難な課題であった。結果として、これらの業務は担当者が息切れするまでのボランティア的位置付けとなり、この医療が医療従事者からさえも敬遠される要素となっている感が否めなかった。

もう1つは、ガイドライン第4版¹⁾にも記されているように性同一性障害をとりまく環境が刻々と変化していることである。我々が経験したことがない新たな問題を抱えて専門外来を訪れる受診者はいまだ

跡を絶たないため、ガイドラインの趣旨に沿いながらも現時点で何が提供できるかを診療場面で模索することが続いている。このことに対応するためには性同一性障害に関する最新の知見のみならず、医療や法律を含む様々な分野における経緯をも踏まえた検討のできる場が必要である。

先に挙げた最初の問題については第106回³⁾および第107回⁴⁾の本学会学術総会のシンポジウムで述べてきたように、地域の複数の医療施設が関西GIDネットワークとして協働し身体的治療の判定会議も開催するようになったことで、その業務の負担を分散かつ合理化したことによってある程度の解決が図られた²⁾。

2つ目の問題については、身体的治療の判定会議を開催するということが結果的に問題の解決につながっている。この判定会議は2010年11月から毎月開催し、2013年5月までに464件の判定を行ってきた。日々この医療に取り組んでいる精神科、泌尿器科、婦人科、形成外科の医師は勿論のこと臨床心理士、精神保健福祉士、弁護士、高校教員が出席しており、必要であれば判定の段階にない受診者の対応についても即応性の高い見解が得られる。

シンポジウムではこの判定会議の効用について、基礎的な研修の必要がなく所属する組織も異なる自立性の高い専門家の集まりであることから各々が独自の情報と視点を持っているため、判定に対してより公正さが保てること、毎月開催することで性同一性障害に関する情報の補完と理解を深めることができ、同時に立場が異なることから生じかねない相互の誤解を回避することができること、そして何よりも、「過去から学び、現在において共有し、未来に向かって伝えていくこと」を通して、性同一性障害に関する様々な誤解とこの医療に携わる者が少ないことから生じる自身の孤立感を払拭し、この医療に取り組み続ける勇気と希望がもてるという以上3点に重点をおいて述べ、本学術総会のテーマ「世界に誇れる精神医学・医療を築こう」に沿ったものであると考えた。

1) 日本精神神経学会・性同一性障害に関する委員

- 会：性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン（第4版）．精神経誌，114；1250-1266，2012
- 2) 織田裕行、片上哲也、山田妃沙子ほか：特集・性同一性障害（GID） 地域における医療連携．精神医学，53（8）；783-787，2011
- 3) 織田裕行：性同一性障害をめぐる諸問題 GIDクリニック運営の課題．精神経誌，SS175-180，2011
- 4) 織田裕行：性同一性障害を取り巻く諸問題 多施設連携の構築．精神経誌，114；661-665，2012

酸化ストレスと精神神経疾患

山梨大学大学院医学工学総合研究部精神神経医学講座

布村 明彦

脳は、体重の約2%の重量で全身の20~25%の酸素を消費するが、酸化されやすい不飽和脂肪酸に富む上に一部の酸化酵素の発現は低く、酸化ストレス(oxidative stress: OS)に脆弱である⁵⁾。適度なレベルのOSは細胞のシグナル伝達や生体防御機能にかかわっているが、過剰なOSは核酸酸化物、カルボニル化タンパク質、脂質過酸化物、最終糖化産物などの生成に関与し、生体を傷害する⁴⁾。

アルツハイマー病、パーキンソン病、筋萎縮性側索硬化症などの神経変性疾患では、病態にOSが密接にかかわっていることが以前から指摘されていた^{4, 5)}。近年、OSと関連する身体基盤から生じる症状性・器質性精神障害はもちろんのこと、統合失調症、うつ病、双極性障害、不安障害、自閉症、薬物依存など幅広い領域の精神疾患にもOSが関連するという知見が集積されてきた^{2, 3)}。

これら多様な精神神経疾患へのOSの関与は何を意味するのだろうか。一部の遺伝性神経変性疾患では、家族性筋萎縮性側索硬化症における活性酸素除去酵素*superoxide dismutase 1*遺伝子の変異や家族性パーキンソン病におけるOSセンサータンパク質*DJ-1*遺伝子の変異のように、OS防御系の遺伝子異常がプライマリーな病態と考えられる場合がある。精神疾患でも近年報告されたカルボニルストレス性統合失調症の一部に、カルボニル化合物分解酵素*glyoxalase 1*遺伝子のフレームシフト変異が見出されている¹⁾。

他方、多くの精神神経疾患では、ちょうど脂肪肝(ファーストヒット)にセカンドヒットとしてOSが加わって非アルコール性脂肪性肝炎が発症するように(ツーヒット説)、OSが発症の重要なトリガーになっている可能性がある。例えば、アミロイド 代謝異常やリーリンの異常があり(ファーストヒット)、これらにOS(セカンドヒット)が加わって、アルツハイマー病や統合失調症が発症する過程が推定される。

近年の神経画像・神経生理研究などの進歩によって、統合失調症、双極性障害、および大うつ病性障害における前駆状態から初回エピソード期、さらにその後の経過中の進行性脳病態が注目され、OS、炎症、およびミトコンドリア異常が、早期段階から相乗的に病態を進行させる可能性が示唆されている²⁾。

実際に、OSならびにOSと関連する炎症反応を標的にしたN-アセチルシステイン、ミノサイクリン、あるいは-3脂肪酸を用いたランダム化比較試験によって精神疾患に対する有効性が報告されている^{2, 3)}。

OSは、各種精神神経疾患の病態カスケードの上流で発症にかかわる重要な共通因子であると考えられ、今後、OSを指標あるいは標的にした診断マーカーの確立や予防・治療戦略の構築が期待される。これまでの神経変性疾患に対する臨床試験結果の集積から、外来性抗酸化物質の有効性の限界が示唆され、今後は内因性抗酸化物質の転写促進をめざした薬剤や非薬物的介入法の開発が重要であると考えられる⁴⁾。

- 1) Arai, M., Yuzawa, H., Nohara, I., et al.: Enhanced carbonyl stress in a subpopulation of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*, 67; 589-597, 2010
- 2) Dodd, S., Maes, M., Anderson, G., et al.: Putative neuroprotective agents in neuropsychiatric disorders. *Prog Neuro-psychopharmacol Biol Psychiatry*, 42; 135-145, 2013
- 3) Ng, F., Berk, M., Dean, O., et al.: Oxidative stress in psychiatric disorders: evidence base and therapeutic implications. *Int J Neuropsychopharmacol*, 11; 851-876, 2008
- 4) Nunomura, A., Hofer, T., Moreira, P.I., et al.: RNA oxidation in Alzheimer disease and related neurodegenerative disorders. *Acta Neuropathol*, 118; 151-166, 2009
- 5) Nunomura, A., Tamaoki, T., Motohashi, N., et al.: The earliest stage of cognitive impairment in transition from normal aging to Alzheimer disease is marked by prominent RNA oxidation in vulnerable neurons. *J Neuropathol Exp Neurol*, 71; 233-241, 2012

炎症仮説に基づく精神疾患の研究

佐賀大学医学部精神医学講座

門司 晃

画像診断法を含む脳科学の進歩に伴い、気分障害や統合失調症がその代表である「機能性精神疾患」にも、「器質的」障害の側面があることが次第に明らかになってきている。典型的なものが頭部MRIのVBM (voxel based morphometry) 法によって強調されている統合失調症における病初期の進行性の脳萎縮である。さらに神経線維の集合体である白質の病変の検出に有用なMRI拡散テンソル画像 (DTI) によって、統合失調症を中心に、気分障害、強迫性障害、自閉性障害でも異常所見が指摘されている。老年期うつ病は認知症との鑑別が問題になり、「うつ病性仮性認知症 (depressive pseudodementia)」と呼ばれることがある。老年期うつ病が認知症に移行していく危険性が高いことは従来から指摘されていたが、近年の研究は老年期うつ病のみに限らず、気分障害全体がアルツハイマー病を含む認知症のリスクファクターとなることを示している。さらに気分障害の適切な治療が認知症への移行を予防しうる可能性も大規模疫学研究から指摘されている。アルツハイマー病のような神経変性疾患では、慢性の炎症状態のためにミクログリアなどの免疫担当細胞からの炎症性サイトカインやフリーラジカルの持続的な産生亢進が認められるが、気分障害においても同様の状態が生じているとの報告が最近数多くなされている。炎症性サイトカインやフリーラジカルはそれ自体が神経細胞、神経幹細胞やオリゴデンドロサイトに対する組織障害性を有し、気分障害脳に認められるシナプス病変、神経新生抑制、白質病変などの組織学的変化をもたらす可能性がある。一方、炎症性サイトカインはserotoninの原材料であるtryptophan代謝経路の1つである、tryptophan-kynurenine pathwayの律速酵素である、indoleamin 2,3 dioxygenase (IDO) を活性化させる作用を有するために、serotoninの産生が減少する。また、炎症性サイトカインはserotonin transporterの活性も高めるために、さらにserotoninが不足する。ストレスに対する反応として、視床下部-下垂体-副腎皮質 (Hypothalamic-pituitary-adrenal: HPA) 系を介して、副腎皮質ステロイドであるグルココルチコイドの分泌が増加する。炎症性サイトカインはこのHPA系の活性化を惹起することも知られている。また、前述のtryptophan-kynurenine

pathwayの活性化の結果として、quinolinic acidのような、NMDA受容体刺激作用を持つ神経細胞障害性物質の産生が亢進する。これらのプロセスによって、慢性の炎症状態では脳の変性がゆるやかに進行することになる。このことは、炎症性サイトカインやフリーラジカルの神経細胞障害性ととも気分障害が認知症のリスクファクターとなることをうまく説明している。ミクログリアは神経免疫系、特に自然免疫系 (innate immunity) で最も重要な役割を果たす。最近の報告で、一部の抗うつ薬および抗精神病薬が活性化ミクログリアからの炎症性サイトカインやフリーラジカルの産生抑制効果を有することが明らかにされた。さらに、BDNFもミクログリアの活性化を抑制することが指摘されている。テトラサイクリン系の抗生物質であるミノサイクリンが気分障害や統合失調症を含む様々の神経精神疾患の治療に有用である可能性が近年指摘されている。ミノサイクリンの神経系への作用のうち、ミクログリア活性化抑制はその重要な作用の1つである。したがって、ミクログリア活性化抑制作用が精神疾患の治療に有効に働く可能性や、前述の抗うつ薬による認知症の長期予防効果に関連している可能性が示唆される。統合失調症の発症初期や薬物治療を行っていない自閉性障害では有意にミクログリア活性化が亢進していることが最近のPET研究で報告された。また、うつ病および統合失調症死後脳における組織学的検討では、生前診断に関係なく自殺者の死後脳においてのみ、ミクログリア活性化の所見が認められている。さらに、自殺企図者の血清あるいは脳脊髄液での炎症性サイトカインの有意な上昇も指摘されている。これらの報告から推測すると、ミクログリア活性化は各々の精神疾患の根本的な原因ではないかもしれないが、精神疾患のいわゆる急性期 (発病初期、再燃期、自殺企図時など) に顕在化し、各々の疾患の予後に重要な影響を与えている可能性が考えられる。精神疾患の炎症仮説に基づいて、前述のミノサイクリン以外にCOX-2阻害剤などの非ステロイド系抗炎症剤、抗サイトカイン抗体、抗酸化剤などの有効性もすでに指摘されている。一方、精神疾患が脳卒中、急性心筋梗塞、癌、糖尿病としばしば合併し、それらの疾患相互の予後に重要な影響を与えること

はよく知られている。興味深いことに、これらの重要な身体疾患の背景にも「慢性炎症」があることが近年報告されている。したがって、「炎症」をキーワードに精神疾患の病態生理をとらえなおすことは、その診断や治療に新たな視点を与える可能性がある。

1) Dantzer, R., O'Connor, J.C., Freund, G.G., et al. : From inflammation to sickness and depression: when the immune system subjugates the brain. *Nat Rev Neurosci*, 9 ; 46-56, 2008

2) Monji, A., Kato, T., Kanba, S. : Cytokines and schizophrenia : Microglia hypothesis of schizophrenia *Psychiatry Clin Neurosci*, 63 ; 257-265, 2009

3) Stuart, M.J., Baune, B.T. : Depression and type 2 diabetes: inflammatory mechanism of a psychoneuroendocrine co-morbidity. *Neurosci Behav Rev*, 36 ; 658-676, 2012

小胞体ストレスと精神疾患

大阪大学保健センター

工藤 喬

様々な細胞に対するストレスは小胞体（ER）に折り畳みが不正な蛋白unfolded proteinの蓄積をもたらす。この状態をER ストレスと呼び、細胞はその離脱方策として蛋白翻訳抑制、シャペロン蛋白誘導、小胞体関連分解という3つのunfolded protein responseで対応する。これらの反応でERストレスを凌駕できない場合には、ERを起源とするアポトーシスが発動されることになる。近年、虚血性疾患、ウイルス感染、糖尿病、あるいは神経変性疾患などがこのERストレスによって説明されるようになってきている。

精神疾患では、双極性障害の治療薬がERストレスの分子を誘導したり、ERストレスの分子の多型が双極性障害に関与したり、感情障害を1つのフェノタイプとした常染色体劣性遺伝疾患の原因遺伝子発現がERストレスによって変化するなどの事実から、双極性障害とERストレスの関連が注目されている。また、睡眠障害においてもERストレスのシャペロン蛋白誘導が関係しているとの知見も報告されている。近年、我々は精神疾患の発現と関連が深いシグマ1受容体がER ストレスによって発現誘導されることを見いだした。この知見を基にした精神疾患の病態解明および治療戦略について検討した。

脳を制御するマイクロRNA

大阪大学蛋白質研究所分子発生学¹⁾
JST CREST²⁾

古川 貴久^{1,2)}、佐貫 理佳子^{1,2)}

近年、非常に多種類のマイクロRNAが広い生物種にわたって発現していることが明らかになってきた。ヒト脳では500種類以上ものマイクロRNAが発現していると考えられている。マイクロRNAは18~23塩基の一本鎖RNAであり、一般に標的mRNAの3'側非翻訳領域に結合してタンパク質合成阻害やRNA分解を引き起こすことが知られている。マイクロRNAはゲノム中にコードされている遺伝情報の一部で、1993年に線虫の変異体解析から発見された。今日では、ウイルスや細菌からヒトまでマイクロRNAが存在することが知られており、マイクロRNAは生物種間に広く共通した転写後調節機構であると考えられる。我々はマイクロRNAの中でも、中枢神経系に特異的に高発現し、線虫からヒトまでその配列が完全に保存されているマイクロRNA-124a (miR-124a) に注目した。miR-124aについては、神経細胞への初期運命決定に関わるかどうか相反する矛盾した報告が存在し、マウス遺伝学的手法を駆使した解析が望まれていた。今回の我々の研究から、miR-124aが神経細胞の生成よりもむしろ標的遺伝子Lhx2の抑制を介した神経細胞の成熟や生存に機能していることが明らかになった¹⁾。

miR-124aは、ヒトおよびマウスのゲノム上に、それぞれ異なる染色体領域の3カ所にコードされており、miR-124a-1、-2、-3と呼ばれる。ヒトmiR-124a-1は8番染色体の短腕に存在し、この領域の欠損あるいは重複によってヒトでは自閉症やてんかんなどの症状が報告されている。マウスでは蛋白質非コードRNA遺伝子の網膜非コードRNA3にコードされている。ヒトでの神経系疾患との関連から、我々はRncr3、すなわちmiR-124a-1の欠損マウスを作製して、生体におけるmiR-124aの機能解析を行った。Rncr3欠損マウスの海馬歯状回顆粒細胞と網膜錐体視細胞においては、miR-124aの発現が消失していることが明らかとなった。

我々は、miR-124aの発現が消失していた海馬歯状回で、まず神経細胞が誕生しているか調べたところ、海馬でニッスル陽性の歯状回顆粒細胞が誕生していた。私達は歯状回顆粒細胞から伸びる苔状線維の終末部をTimm染色法で染色した。すると野生型の苔状線維はCA3領域のちょうど手前で止まっている

のに比べて、Rncr3欠損マウスの終末部はCA3領域内へ異常伸長していた。このような苔状線維の異常発芽は新生児期のおかんモデル動物に共通して観察されることが知られている。以上のことから、我々はmiR-124aは神経細胞の誕生よりも、むしろその成熟と維持に必須であることを見出した。

次に我々は、miR-124aの標的遺伝子を同定した。我々は転写因子Lhx2に注目した。我々がLhx2のmRNA 3'側非翻訳領域を調べたところ、種を超えてよく保存されているmiR-124aの標的配列が見出された。そこで我々は、Rncr3欠損マウスでLHX2の発現が異所的に増加しているか調べた。歯状回顆粒細胞マーカーであるPROX1とLHX2の共染色を行うと、Rncr3欠損マウスの顆粒細胞はLHX2の発現が抑制されず、異所的なLHX2陽性細胞が野生型に比べ顕著に多かった。

以上の結果から、我々はマイクロRNAのmiR-124aが神経細胞の初期分化ではなく、海馬の正常な回路形成といった神経細胞の成熟に機能していることを明らかにすることに成功した。これは生後の脳神経系における特定のマイクロRNAの機能を生体レベルで明らかにした初めての研究である。

1) Sanuki, R., Onishi, A., Koike, C., et al. : Rncr3, which encodes miR-124a, is required for hippocampal axon development and retinal cone photoreceptor survival through Lhx2 suppression. *Nat Neurosci*, 14 ; 1125-1134, 2011

グリアからみた精神疾患

国立病院機構呉医療センター・中国がんセンター精神科

竹林 実

グリアとは、「ニューロン（神経細胞）以外の細胞腫の総称」で、主に大型グリア細胞（アストロサイト、オリゴデンドロサイト）および小型グリア細胞（ミクログリア）からなり、ヒトの脳細胞の半数以上を占める。ニューロンの支持および脇役でしか考えられていなかったが、近年、ニューロンとの相互作用が脳の可塑的变化のカギを握ることがニューロサイエンスの分野において明らかとなってきた。グリアは発生学的に神経幹細胞から生じるので、神経新生の観点からも重要であり、グリアの研究なしでは脳の完全理解はできないと考えられている。

精神疾患においてはどうか？ モノアミンを中心としたニューロン学説を軸として発展してきたが、その考えだけでは、部分的にしか理解できないことは現在明らかである。一方で、分子生物学および脳画像研究の進展により、精神疾患死後脳のグリア関連遺伝子発現の低下およびグリア細胞数の減少、患者生体脳での特定のグリアの活性化異常などが報告されている。また、既存の抗うつ薬や抗精神病薬が、直接的にアストロサイトやミクログリアに作用して、各種神経栄養因子の発現増加や過剰なサイトカインの抑制作用を有することが明らかとなり、向精神薬そのものがニューロンとグリアへの協働作用を介して精神機能を調節している可能性がある。

ニューロンとグリアの相互作用に着目した視点が、今後、精神疾患の病態解明・治療開発の新しいストラテジーとして貢献すると考えられる。

脳画像の進歩が精神科臨床に与えるインパクト

京都大学医学部附属病院精神科・神経科

高橋 英彦

知・情・意と呼ばれる人間の「こころ」の精神機能の中でも、特に情（情動・感情）や意（意志、意思決定、意識）といった主観的体験を評価する研究は、医学、神経科学をはじめとする自然科学にはなじみにくい面もあり、伝統的には、心理学、経済学、哲学といった人文社会領域のテーマであった。昨今の脳イメージングの流布や認知科学の進展、解析技術や理論の向上もあり、人文社会系の研究者に加え、医学、神経科学、工学、ロボットの研究者などもこの分野の研究に着手している。基礎研究者が学際的に情（情動・感情）や意（意志、意思決定、意識）といったテーマを脳画像も利用しつつ客観的に評価し、さらには介入する研究を進めており、精神医学に携わる者も基礎研究者と互恵的に前進できる大きなチャンスが到来しているようにも思える。

精神医学はおおむね程度の差はあれ、情や意の障害を評価することになるが、精神医学の診断も伝統的に患者の主観的体験を問診などによって聞き出すといった方法に大きく依存してきた。問診の重要性は今後も変わりはないが、操作的あるいは伝統的診断にとらわれず、情（情動・感情）や意（意志、意思決定、意識）の障害と考えられる個々の症候を基礎的知見や理論をもとに科学的・客観的に評価する努力も必要になってくるであろう。今回、筆者が進めてきた脳画像（fMRIやPET）、認知科学などの手法を利用して情や意を評価する研究に加え、情や意の障害に介入する研究の一部も紹介し、臨床応用への可能性も議論した。

バイオマーカーはどこまで進歩したか

大阪大学大学院連合小児発達学研究所子どものこころの分子
統御機構研究センター¹⁾
大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室²⁾
大阪大学大学院医学系研究科分子精神神経学³⁾

橋本 亮太^{1,2)}、安田 由華²⁾、山森 英長^{2,3)}
大井 一高²⁾、藤本 美智子²⁾、福本 素由己²⁾
梅田 知美³⁾、武田 雅俊^{1,2)}

バイオマーカーとは、「通常の生物学的過程、病理学的過程、もしくは治療の介入に対する薬理学的応答の指標として、客観的に測定され評価される特性」のことである。医学・医療において、バイオマーカーは、治療に資する客観的な診断法と言い換えることができる。精神疾患を代表し、最も研究が進んでいる統合失調症におけるバイオマーカーを例にする。

統合失調症は、病因や病態が医学的に解明されていないが、症状や経過が似通っており、その生物学的な基礎がいずれは明らかになることが想定されている症候群の総称である。すなわち、その原因や病態が医学的に解明された時点（バイオマーカーの発見）で、その患者群は統合失調症ではなくなり、「××病」という新たな疾患となる。例えば外因性精神病である神経梅毒は、梅毒スピロヘータというバイオマーカーを発見することにより、統合失調症の中から分離し神経梅毒という新たな疾患概念ができた。このように、バイオマーカー研究は精神疾患の新たな診断法・治療法の開発には必須であるといえよう。

バイオマーカー研究手法としては、遺伝子解析、生体試料解析、認知機能解析、神経生理機能解析、脳神経画像解析、モデル動物解析、死後脳解析などがある。また、これらを組み合わせた研究もなされているが、統合失調症のすべてを説明するバイオマーカーは、いまだ見つかっていない。統合失調症は、異種性のある症候群であると想定されており、その原因・病態はまちまちであると考えられている。よって、統合失調症全体を対象にすることにより本来一部の統合失調症患者で認められるバイオマーカーを見つけにくくする可能性があり、適切なサブグループ化解析が必要と考えられている。そこを乗り越えるべく、巨大なサンプル数を用いて一部の患者を見出す物量戦略が欧米を中心としてなされている。本邦においては、研究費・マンパワーとも欧米よりも小さすぎて同様の戦略をとることができず、中間表現型を用いるなどの工夫を凝らしたサブグループ化解析を行っている。特に脳神経画像と遺伝子を組み合わせた Imaging genetics

consortium (IGC) や認知機能と遺伝子を組み合わせた Cognitive genetics collaborative research organization (COCORO) などの全国的な研究組織が構築されており、今後の発展が期待される。

オプトジェネティクスと精神医学

慶應義塾大学医学部精神神経科学教室

田中 謙二、高田 則雄、三村 將

【目的】脳科学における相関研究を因果研究へ発展させる。

【方法】光感受性蛋白、チャネルロドプシンを研究対象となる特定神経集団へ発現させる。光照射によって神経回路の活動を恣意的に変化させる。

【結果】海馬CA1錐体細胞、手綱核神経細胞、線条体中型有棘細胞、ブルキンエ細胞などの神経細胞、アストロサイト、オリゴデンドロサイト、ミクログリアなどのグリア細胞にチャネルロドプシンを選択的に発現できた。さらに、それぞれの細胞に光を照射したところ、内向き電流が流れることがわかった。神経細胞では光照射によって活動電位を惹起できた。覚醒下のマウスの片側線条体投射神経を光で興奮させると、マウスが回転することがわかった。これまで線条体投射神経の発火頻度の増加と運動の開始に相関があることが知られていたが、恣意的に線条体投射神経を興奮させると確かに運動が惹起されることが明らかになった。

【考察および結論】こころの動きにあわせてどのように神経細胞が興奮、抑制するか様々な方法で調べられてきた。ここで得られる結果はこころの動きと神経活動の相関関係である。両者にどのような因果関係があるか知るには、神経活動を恣意的に操作する必要がある。これまで神経細胞の発火頻度を操作する方法として、電気刺激が用いられてきた。電気刺激では複雑に絡み合う多種の神経細胞を同時に刺激することになるので、因果に迫ることは困難であった。しかし光とチャネルロドプシンを用いた神経活動操作技術（オプトジェネティクス）を用いると、これまで不可能であった特定神経細胞集団の活動を操作することが可能になった。オプトジェネティクスは脳科学における相関研究を因果研究へと展開するための必須のツールとしての立場を確立した。

身体疾患の治療を受けている入院患者への精神的支援

長崎大学病院看護部

寺岡 征太郎

身体疾患の入院治療を受けている患者にかかわっている医療スタッフが、患者の精神的な問題について理解を深め、介入スキルを向上していけるように側面から支援していくことが「精神科リエゾンチーム」（以下、リエゾンチーム）のめざすところである。

当院では平成23年4月からリエゾンチームを編成し、他診療科からの相談・依頼に対応してきた。筆者はこのチームにリエゾン精神看護専門看護師（以下、リエゾンナース）として参加し、精神科医や臨床心理士などと協働しながら、身体・精神面のアセスメントと直接ケア、多職種間の連携調整などを行っている。大学病院という特性から、紹介される患者の背景は多様で、臓器移植などの先端医療や高度ながん治療を受けていたり、最近では救命救急センターや国際医療センター（感染症や被ばく者医療に特化した病棟）からの相談・依頼も増えてきている。リエゾンチーム編成当初は、チーム内の合意形成に時間を要し、タイムリーな介入が難しい状況もあったが、最近ではチームメンバーが個々に求められる役割期待に応じた活動を実践することができるようになり、チームが少しずつ成熟してきているのではないかと感じられる。しかし、ケースによっては、身体的にも精神的にも複雑な問題や背景を抱えている場合もあり、リエゾンチームの介入も一筋縄では行かないのが現状である。それに加え、リエゾンチームの介入の意図が他診療科の主治医や看護師に十分伝わらず、効果的な治療やケアにつながらない、といった状況に直面することもある。おそらく、チームが実践している治療的介入や精神的支援の様相、さらにはその成果が目に見えにくいものであるからだろうと推測するが、それらを言葉にして身体科の主治医や看護師にフィードバックしていく必要性を日々実感している。そして、この多職種で構成される医療チームメンバー間をつなぐのが、リエゾンナースの役割だと認識している。

ここで、身体疾患の治療を受けている患者の精神的な問題への介入の実際と課題について述べた。事例に関しては、情報に加工を施して記載している。Aは30代女性で、自殺企図による多発外傷があり当院に緊急搬送となった。思春期に統合失調症を発症し

ており、精神科病院へ通院していたが、精神症状が悪化すると通院や服薬が不規則となり、これまでも多量服薬や出奔を繰り返していた。1年前に身の回りの世話をしていた母親が急逝し、Aは大きく調子を崩すようになった。今回は高所からのダイビングによる高エネルギー外傷のため、救命センターに入院となった。幸い命に別状はなかったが、入院数日後から奇声や独語、放歌が目立ち、身体の安静を守れないことが問題となった。リエゾンチームにコンサルトがあり、チームメンバーによる訪問を開始した。具体的には、希死念慮・精神症状のアセスメント、薬剤調整による精神症状悪化への対応、安全・安心感の提供と関係性構築、家族の不安軽減などに取り組んだ。身体疾患の治療を優先するため、薬剤調整に時間を要したが、身体科スタッフが期待するような精神症状の改善が認められず、Aへの対応の難しさだけが浮き彫りになっていく、というような状況に陥った。同時に、家族からのクレーム（精神面の支援が足りないのではないかと...）が聞かれたこともあり、リエゾンチームに対する身体科スタッフの不満も強くなっていった。背景には、身体科スタッフが精神疾患をもつ患者へのケアに気構えていることや、経験が少ないことを理由に苦手意識を抱いていることなどが関連しているように思われたが、いずれにしても、リエゾンチームには、そういった身体科スタッフの不満や不安にも向き合いながら、根気よく抜け道を探していこうとする姿勢が求められているように感じる。それに耐えうる「チーム力」を育み、リエゾンチームに求められている役割や機能を、チーム内で再点検・再確認し、現場のニーズに沿った活動を展開していくことが肝要であるだろう。そしてリエゾンチームがどのような役割をもって、どのように対応しようとしているのかということ、しっかり身体科スタッフに伝わるように説明する必要がある。それには、自施設の特性に応じた効果的なコンサルテーションシステムの整備が先決かもしれない。その後、Aは数回の手術を乗り越え、精神科病棟で療養できる状態まで回復したが、そこに至るまで、筆者は患者と家族の言葉に耳を傾け、身体科スタッフとリエゾンチームの見解にズレが生じないように配慮し、患者が病氣と生活と

いう視点でバランスを取り戻していけるように支援、調整を行っていった。筆者がリエゾンナースとして役割を果たすことができるのは、リエゾンチームというバックアップがあるからだともいえる。

身体合併症対応を期待されて静岡市に設立された 無床総合病院精神科の状況

静岡市立静岡病院精神科

横島 孝至

本稿ではまず当院の概要から導入し、静岡市内で第2の規模の総合病院で急性期医療を主な役割としており静岡市の身体科救急医療で中心的な役割を担っていること、循環器系疾患の治療に定評があること、地域がん診療連携拠点病院であることなどを説明した。平成17年に政令市へ移行した静岡市内には精神科病床を有する総合病院がないため静岡市内の精神疾患患者の身体合併症治療に困難が生じ、静岡市精神保健福祉審議会で議題として挙がり、当科の政策的な新設につながった。さらに、平成20年4月1日の当科新設後、コンサルテーション・リエゾン診療、外来診療、心身合併症病床（精神疾患と入院治療が必要な程度の身体疾患を併せ持つ患者の身体疾患治療目的の病床）での診療を順次開始した。現在の当科の概要は、スタッフ内訳（医師2名、精神保健福祉士1名、臨床心理士1名、外来看護師1名、外来クラーク1名）、業務内容（上記診療に加えて緩和ケアチーム関連の業務や病院職員のメンタルヘルスサポート、クロザピン関連合併症患者の受け入れ、看護学校での講義、など）である。

その後、コンサルテーション・リエゾン診療、外来診療、心身合併症病床での診療について業務内容の詳細と診療実績を示した。

コンサルテーション・リエゾン診療については、身体科医師からの依頼に応じて原則往診で対応し、他科からの了解を得た上で看護師からの依頼のみでも診察を行うようにし、可能な限り臨床心理士など他職種と一緒に診察を行うよう心掛けている。コンサルテーション・リエゾン診療の新患実人数は、平成20年度が123人、平成21年度が184人、平成22年度が338人、平成23年度が368人、平成24年度が342人であったと説明し、ICDコードによる精神疾患別分類ではF0（主にせん妄）が多いこと、平成24年度の依頼元診療科上位3科は整形外科、循環器内科、消化器内科であった。

外来診療については、週4回1診、原則予約制で診察を行い、当院身体科へ継続的に通院している患者のみを診療対象にし、主な業務であるコンサルテーション・リエゾン診療を圧迫しない程度の業務量を目指している。外来診療の新患実人数は、平成20年

度が36人、平成21年度が64人、平成22年度が136人、平成23年度が138人、平成24年度が79人であり、精神疾患別分類ではF4が最も多く、次いでF3が多かった。

心身合併症病床については、静岡市内の精神科病院入院中の患者の身体合併症に対応するために設置され、平成21年12月1日より一般病床内4床（消化器内科・腎臓内科病棟に3床、産婦人科・小児科病棟に1床）で診療を行い、主治医は身体科医師で精神科医師は副主治医として診療にあたり、病床利用手順を示した。心身合併症病床利用者数は、平成21年度が2人、平成22年度が13人、平成23年度が15人、平成24年度が19人であった。精神疾患別分類ではF2が多く、担当身体科としては消化器内科と産婦人科が多かった。当院心身合併症病床の課題・限界は、心身合併症病床としての利用がないときには病室は消化器内科・腎臓内科・産婦人科の患者が利用しているため、身体合併症患者受け入れ時に急に部屋を空けることができず、心身合併症病床以外の病床に身体合併症患者が入院することが多い、産婦人科以外の外科系合併症患者の受け入れができない、病床利用手順が周囲に十分理解されない、一般病床のため重症精神疾患患者の受け入れが困難、の4点であった。これらの課題・限界を検討した上で発想を転換、身体合併症患者を固定された個室である心身合併症病床で受け入れることにこだわらず、当院のあらゆる病棟・病室で可能な限り合併症患者を受け入れることにした。途中からこのような発想のもとで診療を行ったところ、心身合併症病床以外の一般病床で受け入れた身体合併症患者を含めると、平成24年度は当院へ少なくとも118人の身体合併症患者が入院したことになり、感覚的には当科は静岡市の身体合併症医療にある程度貢献していると考えられた。しかし、八田らの報告¹⁾から推測すると、当科のみで静岡市の身体合併症対応が十分できているとは考えにくく、その点に関する今後の調査・考察が必要と考えられた。

1) 八田耕太郎，小林孝文，黒澤 尚：身体合併症医療の実態と展望．東京都における前向き全数調査が

ら．精神経誌，112；973-979，2010

精神疾患患者の妊娠と出産、産婦人科との連携

兵庫医科大学精神科神経科学講座

清野 仁美、湖海 正尋、松永 寿人

近年、精神疾患患者の妊娠および出産は増加している。この背景には、若年女性の精神科受診率の上昇、精神科医療が長期社会的入院から通院治療主体へと変化したことによる妊娠機会の増加、うつ病をはじめとする精神疾患有病率の上昇、非定型抗精神病薬使用による高プロラクチン血症の改善などが挙げられる。周産期医療においては、生殖医療が発展する一方、産科医は常に過重労働を強いられ、訴訟リスクを抱えている。そのような中、精神疾患合併妊婦の周産期管理は、産科医にとって負担が大きく、結果として精神科との連携が可能な総合病院に集中化している。しかし、本邦において妊娠期～産褥期における精神疾患患者への治療的介入の明確な指針はなく、個々の医師の判断にゆだねられているのが現状である。このような状況下、本邦においても、周産期医療への精神科スタッフの積極的な介入や、総合病院を基点とした精神疾患合併妊婦に対する周産期ケアシステムの構築が求められている。周産期精神医学の先進国である英国では独立した精神科母子専用ユニットが設けられ、精神疾患をもつ母親と乳児が共に入院することが可能である²⁾。また、在宅の母親と家族に対し往診システムやデイ・ホスピタルなどが準備され、専門的な地域精神科看護師を含む地域医療チームの援助があるという¹⁾。

精神疾患患者は周産期において薬剤の減量や中断、心理的負担や生活の変化などにより既存の精神症状の悪化や再燃、産後精神障害の発症などが懸念される。一方、妊娠・授乳中の精神科薬物治療については、母体および児へのリスクとベネフィットを十分に検討し、薬剤の最適化を図る必要がある。しかしながら、国内外で薬剤の安全性についての評価は必ずしも一致していない。十分な理解のもと、治療方針を患者に自己決定してもらうためには、薬物治療のリスクとベネフィットに関する十分な情報提供や心理教育が必要である。また、周産期に携わる医療者、支援者の治療に対する意見の相違が患者の不安を助長し、結果として服薬アドヒアランスの低下や精神症状悪化を招いている。患者が自己決定した治療方針は精神科のみならず周産期に携わる産婦人科、小児科、地域保健スタッフとも共有して、統一した介入を行うことが望まれる。

当院では、精神疾患患者に対し、妊娠初期から精神科、産婦人科を含む多領域で連携し、情報や方針を共有しつつ包括的ケアを行っている。その中で、治療のリスクとベネフィットに関する情報提供、心理教育の実施により疾患への理解や自己管理を促し、情緒的および物理的支援状況の把握と確保、養育能力の評価と養育支援方法の検討を進めている。また、産婦人科との連携により妊娠合併症の予防と早期発見につとめ、分娩時の対応や母乳栄養の可否をあらかじめ検討している。また産褥期では、睡眠不足や、服薬アドヒアランスの低下が発病や増悪の契機となることから、家族教育を通して、家族の理解や協力を促し、支援基盤が脆弱な家庭に対しては医療社会福祉士が、福祉サービスの利用をコーディネートしている。さらに、母親および家族の養育能力を育むことを目的とし、育児指導や小児科による長期フォローアップも実施し、地域保健と連携しながら切れ目のない支援をめざしている。周産期において多領域で連携し包括的に精神疾患患者をケアすることは、精神科医療だけではなしえなかった新たなコーピングスキルの獲得や、社会生活スキルの向上につながっている。周産期は患者側も介入に対する心理的障壁が下がり、ケアを受け入れやすく、それにより放置されていた家庭内の諸問題が明らかとなり、解決への足掛かりとなることもしばしばみられる。

この包括的ケアの有効性については、2010～2012年、当院を基点としてケアを実施した精神疾患合併妊婦121例中、産後4週以内に新たに産後うつ病を発症した例は1例(0.8%)であり、産褥精神病発症例はみられなかった。産後4週以内に既存の精神障害が増悪したのは3例(統合失調症1例、大うつ病性障害2例)であったが、入院を要するには至っていない。今後、さらに大規模かつ長期的研究による評価が必要であるが、包括的ケアにより、産後の精神障害に対する予防的効果がみられるのではないかと考えている。

精神疾患患者にとって、妊娠～出産期はハイリスクではあるが、一方で自らの病態を改めて知り、薬物治療を最適化し、支援者の介入を受け入れ、自己管理の方法を学び得る貴重な時期であるともいえる。

る。この時期に適切なケアを行うことは、患者の母親としてのアイデンティティを育み、支え、成人期の発達課題である親密性や生殖性の獲得、母子関係の再構築を促しうる。さらには、これらが長期的な精神症状安定化の基盤になるものと考えられる。今後は、総合病院を基点に地域の精神科クリニック・産婦人科クリニックとも連携し、地域全体で精神疾患患者の妊娠・出産を支えるシステムの構築をめざしたい。

- 1) 岡野禎治：女性の精神医学 精神科母子ユニット・産科と婦人科, 67 (3) ; 375-380, 2000
- 2) 吉田敬子：英国における産後精神病研究の実態 . 周産期医学, 23 (10) ; 1405-1409, 1993

精神疾患患者の訪問看護における身体的ケア

訪問看護コスモサービス

有田 麻理、太田 由美

50歳代、男性、統合失調症の患者は、精神科医より心機能低下を指摘され、循環器科受診を勧められていた。しかし、「生きていてもしかたがない」と言って未受診のまま数ヶ月経過したある日、自宅で突然死していた。この事例をきっかけに、精神科訪問看護における身体的ケアについての再構築を考えるようになった。

精神疾患患者の特性が身体的問題に影響を及ぼすことがある。たとえば、注意・関心の幅が狭い、ということから自身の身体の異常の発見が遅れる。

段取りが付けられない、杓子定規、形式にこだわるという特性から、身体の異常が感じられたとしても手続きができず、受診行動につながらない。対人関係が苦手という特性から、新たな通院先で、うまく病状の説明ができないということがある。

受診行動が遅れた事例として、ある統合失調症の患者は深夜0時ごろ自宅内で転倒し、動けなくなっていたにもかかわらず、救急搬送されたのは早朝6時ごろだった。のちにすぐに救急車を呼ばなかった理由をたずねると「救急隊を夜中に起こすのは悪いと思った」と話していた。このようなさまざまな受診行動を阻害する因子を訪問看護師が認識し、個人の特性を考慮しながら対応することで、適切な身体的ケアをコーディネートすることができると私どもは考える。

当ステーションが担当している精神疾患をもつ方で7割以上が何らかの他科を受診していることがわかった。身体科の受診状況として、糖尿病5名を含む内科が15名と多く、整形外科、皮膚科と続く。整形外科受診のケースの一例を紹介すると、自宅で大量服薬して昏睡状態に陥り、3日後家族に発見されるまで同一体位だったため腓骨神経麻痺を起こし、通院になっているというものである。その他、糖尿病や高血圧、心疾患など身体合併症のサポートを必要とされることが多くある。身体的症状を観察し、運動、食事、清潔などセルフケアを支えることにより、症状改善に努めたいと思っている。

次に事例を紹介する。

【事例1】A氏、50歳代、男性、統合失調症。

訪問看護を4年間利用されている。本人にとって一番困っていることは、残尿感と頻尿、尿意時になか

なか排尿できない、夜間の失禁の症状である。自宅の近くの店には行けるが、受診となると付き添いを求める。受診先での手続きや病状説明が苦手で、一人で泌尿器科受診はできなかった。当面、訪問看護師が付き添うことにした。泌尿器科の医師の前で本人は言葉が出ず、診察はすぐに終了してしまう。訪問看護師が病状を説明したり、自ら訴えられるように介入したり、医師に今後の治療の方向性を伺ったりした。また、再診までに薬効を確認するため排尿状況表を作成した。本人へ説明し、記入方法については記号で記載できるよう工夫を重ねている。服薬カレンダーを用いて泌尿器科薬も管理し、自己服用を指導している。ヘルパーへも服薬介助や排尿状況表の記入を依頼し、協力を得て少しずつ身体的ケアの充足が図れるようになった。

【事例2】B氏、50歳代、男性、統合失調症。

若い時から対人トラブルがあり、精神科の入院を繰り返していた。糖尿病が徐々に悪化し、糖尿病性壊疽で右足関節下を切断した。精神科で入院しながら内科での糖尿病のコントロールと外科での断端治療を受けていたが、精神状態は安定しているということで自宅へ退院となった。独居で身内は疎遠であり、日常生活においては義足をつけての歩行も不安定で、全面的な援助が必要であった。身体的ケアは断端の創洗浄の処置、インシュリン自己注射など医療処置、薬剤管理など多岐にわたった。ヘルパーと協力しての日常の食事や排せつ、清潔の保持の世話、通院介助、環境整備なども追い付かない状況だった。

本人は病識に乏しく、断端を引きずってしまい、断端の傷は出血し、炎症を起こして足が腫脹した。予約外で創傷外科へ連絡し、一緒に受診したが、外来看護師から「以前、切断手術で入院した時にいろいろトラブルがあり大変だった。一般の病院での適応は難しいのではないかと」言われ、医師も「自宅で安静にしておいてください」という指示であった。内科での血液検査結果はWBC=13,200、RBC=264、Hb=7.6、CRP=10.89、BS=310、HbA1c=7.5。内科医は「原因は足からきているから、外科で診てもらってください」という指示であった。

徐々に傾眠していることも多くなり、全身状態の悪化が予測された。精神科へも薬剤の調整の相談のために通院したかったが、ヘルパーの通院介助は時間数が決められているため、予定外の通院はしにくい状況であった。

ある日、配食弁当業者が訪問したところ、心肺停止の状態で見送された。死因は食事中の誤嚥による窒息死とのことであった。在宅での身体ケアの限界を見極めることは難しく限界を予測したケアプランを立案できなかった。

以上のようなケースを通して、精神科訪問看護からみえてきた身体的ケアの課題を挙げる。

課題1：病状把握が困難。自ら身体症状を訴えることが少ない、あるいは多訴で身体に起っている問題の本質を見つけにくい、訴えの内容が精神症状と混在することがあるなどの問題がある。言葉の裏にある問題の本質をあぶり出すことが難しいと感じる。

課題2：身体科への受診行動のとりにくさ。前述の事例1の通りである。

課題3：在宅生活での限界の見極めと限界時の受け皿の少なさ。B氏のように、在宅生活が身体的問題で困難になり、身体科の治療が必要だろうと考えたが、入院には、至らないケースがある。

課題4：制度の壁。ヘルパーによる通院介助や身体介助については、精神疾患の場合、支給決定が下りにくいということがある。身体機能、下肢機能に問題はないので通院介助、身体介助は必要がないとみなされてしまう。支給申請をしてから決定までに1か月以上かかる上に支給時間数も決められているため緊急的な通院介助はしにくい。このような制度の壁もまた、生活のしづらさにつながっている。

課題についての解決策を少し考えた。受診行動のとりにくさについては、あらかじめ、患者さんとともにクライシスプランを立案しておく必要がある。訪問看護師が身体科への受診行動を迅速にすすめる上でのアセスメント項目や役割についてまとめた。

これらのことを訪問看護師が遂行できるよう看護技術として習得することが求められている。未熟ながら、精神科訪問看護の一端を担えたらと考えている。

アルツハイマー病とうつ状態

筑波大学大学院人間総合科学研究科

水上 勝義

アルツハイマー病 (AD) は進行性の記憶障害を中心とした認知機能障害のほかに、経過中さまざまな行動・心理症状 (BPSD) が認められる。うつ状態もADのBPSDのなかで主要な症状の1つである。ADのうつ状態の頻度は報告によってばらつきがあるが、経過中およそ2割の患者に大うつ病エピソードがみられると報告されている。病初期には自己の能力の低下に対する不安や自信の欠如に端を発したうつ状態が生じやすいが、一方進行とともにうつ状態の頻度が増加するとの報告²⁾や、重症度との関連に否定的な報告⁴⁾もある。ADのうつ状態の背景には、通常のうつ病と同様に生物・心理・社会的要因のいずれの影響も考えられるが、とくに生物学的な要因の比重が大きいと推察される。うつ状態を呈するADは、大脳皮質の神経原線維変化の発現が多いとの報告、アミロイド 蛋白とうつ状態との関連を示唆する報告、またADの扁桃体にレビー小体が存在するとうつ状態が出現しやすいなどの報告がみられる。ADにうつ状態が現れると、ADLや認知機能にさらなる障害を引き起こし、介護者の負担の増大や施設入所を促進することが報告³⁾されている。我々は、ADにみられた大うつ病エピソードと、年齢や重症度を一致させた大うつ病の臨床的特徴を比較検討した。ADに大うつ病エピソードが合併すると、大うつ病に比べて生活機能の障害がより高度であった。またうつ症状の比較では、両者ともに抑うつ気分、興味の喪失、不安が高くうつ状態の基本症状は一致するが、ADの大うつ病エピソードは抑制が強く、大うつ病は身体的不安や睡眠障害がより強かった。ADのうつ状態の対応に際しては、非薬物療法と薬物療法が用いられる。支持的に接しながら、能力を超えない範囲の活動を通して楽しみや達成感が得られるように支援することが基本的な対応である。このほか非薬物療法としては、心理社会的療法 (バリデーション、リクリエーション療法など)、運動、介護者に対する心理社会的介入の効果が報告されている。大うつ病エピソードに対しては、SSRIやSNRIを中心とした薬物療法が行われるが、現時点ではADのうつ状態に対する抗うつ薬の効果について評価は定まっていない。無作為比較試験では対照群の改善率が比較的高くなることが一因であるが、一方でこのことは周囲の対

応がうつ状態に対する改善効果をもたらすことを示唆している。またADのうつ症状に対してコリンエステラーゼ阻害剤の効果が報告¹⁾されている。倦怠感や食欲低下が前景にあり漢方医学的に気虚と呼ばれる病態に対しては補中益気湯などの補気剤も選択肢の1つである。

1) Gauthier, S., Feldman, H., Hecker, J., et al.: Efficacy of donepezil on behavioral symptoms in patients with moderate to severe Alzheimer's disease. *Int Psychogeriatr*, 14(4):389-404,2002

2) Mega, M.S., Cummings, J.L., Fiorello, T., et al.: The spectrum of behavioral changes in Alzheimer's disease. *Neurology*, 46(1):130-135,1996

3) Steele, C.I., Rovner, B., Chase, G.A. et al.: Psychiatric symptoms and nursing home placement of patients with Alzheimer's disease. *Am J Psychiatry*, 147(8):1049-1051,1990

4) Verkaik, R., Nuyen, J., Schellevis, F., et al.: The relationship between severity of Alzheimer's disease and prevalence of comorbid depressive symptoms and depression: a systematic review. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(11):1063-1086,2007

パーキンソン病の抑うつ

日本医科大学武蔵小杉病院神経内科¹⁾
日本医科大学大学院医学研究科神経内科²⁾

北村 伸¹⁾、永山 寛²⁾

パーキンソン病 (PD) は、振戦、筋強剛、動作緩慢などの運動症状を呈する疾患であるが、非運動症状を伴うことが指摘され、QOLに影響を与えていることが示されている。非運動症状には、知的機能障害、精神病様症状、アパシー、気分障害 (双極性障害、うつ病性障害)、不安、衝動制御障害、摂食障害、薬剤やアルコールの乱用などがある。

Aarslandらのレビュー¹⁾では、大うつ病は10~30%、小うつ病は10~20%の頻度であることが示されている。研究結果で頻度が異なる原因の1つは、うつ病の診断と診断基準にあると考えられる。例えば顔貌の変化がうつによる変化なのかPDの仮面様顔貌なのかの判断は難しいことがある。DSM-IVによる大うつ病の診断基準では、身体疾患の存在が除外されており、PDにおけるうつ病の診断には適していない。自己記入式スケールでは身体に関する項目が多いので、PDのうつ病の評価に影響がある。ノルウェーの住民を対象にした研究³⁾では、DSM-III-Rによる半構造的診断面接で、PD 235人のうち18人 (7.7%) に大うつ病が認められたことが示されている。Montgomery & Åsberg Depression Rating Scaleでは、PDの12人 (5.1%) が中等度から高度のうつ、106人 (45.5%) が軽度のうつであり、自己記入式スケールによる診断ではうつ病の頻度が高くなる。そして、Beck Depression Inventoryで18以上はPDで49/203人 (24.1%)、糖尿病で11/100人 (11%)、健常で4/100人 (4%) でPDではうつのある人が多いことも示されている。これまでの研究から、PDのうつ病は、気分変動症や大うつ病の部分徴候であるアンヘドニア (快感消失症) が主体で、自殺念慮、幻覚・妄想は少なく、疲労とアパシーは高頻度に認められることが示されている。

PDの特徴とされているアンヘドニアの診断には、Chapman Scales for Physical and Social AnhedoniaとSnaith-Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) があるが、前者は煩雑であり推奨されていない。後者については、非PD患者では妥当性や良い内的整合性が示されている。SHAPSによるアンヘドニアの評価について若い神経内科医のグループ (YJ-EXPANDS; The Young Japanese Expert Group for Parkinson's Disease and Movement Disorders) が行った共同研究²⁾がある。彼

らは、225例のPD患者を対象にしてSHAPSを用いてアンヘドニアを評価した。14項目について肯定的なら0点、否定的なら1点として、カットオフ値を3点とすると38例 (16.9%) がアンヘドニア陽性と判定された。原著での健常人の陽性率が0.049%であることと比べるとPD患者ではアンヘドニアの陽性率は高い。SHAPSの得点と年齢に有意差は認められなかった。罹病期間とSHAPSの得点には有意に相関をしていた。修正Hohen-Yahr stageとSHAPSの得点には有意な相関が認められている。SHAPSの得点は罹病期間、重症度と有意に相関していたことは、進行期の患者では罹患の進行により腹側被蓋野へと変性が進行し、そこから辺縁系/前頭葉皮質へ投射する線維が障害されたことが原因の一つと考えられる。

うつがPDの前駆症状であるかという疑問について文献的検討を行った。PDの運動症状発症前のうつについての検討がされている文献が16存在していた。危険因子検討の一環としての先行するうつ病の評価をした5文献においては、うつ既往のPD発症に対する危険率は1.2~3.4であった。先行するうつなどの精神症状の評価自体が目的である8の検討では、うつ既往のPD発症に対する危険率は1.5~3.13であった。うつ既往があるとPDを発症する危険が高いことが示唆された。PD発症前のうつ病の罹病期間を検討した研究においては、PDでないうつ病患者と比較して、PDではうつ病の罹病期間が短く、発症後4~5年に患者数のpeakがあり、半数が10年以内の罹患であったことが示されている。うつを伴うPDでは脳脊髄液中の5-hydroxyindoleacetic acid (5-HIAA) が低下しており、病理学的には、縫線核は黒質よりも先に障害されていることから、うつはPDの前駆症状である可能性も考えられる。

1) Aarsland, D., Marsh, L., Schrag, A.: Neuropsychiatric Symptoms in Parkinson's Disease. *Mov Disord*, 24; 2175-2186, 2009

2) Nagayama, H., Kubo, S., Hatano, T., et al.: Validity and Reliability Assessment of a Japanese Version of the Snaith-Hamilton Pleasure Scale. *Intern Med*, 51; 865-869, 2012

3) Tandberg, E., Larsen, J.P., Aarsland, D., et al.: The

Occurrence of Depression in Parkinson's Disease. A
Community-Based Study. Arch Neurol, 53; 175-179, 1996

パーキンソン病の認知機能障害

兵庫医科大学内科学総合診療科

立花 久大

パーキンソン病（PD）は従来は運動障害疾患と考えられていたが近年多彩な非運動症状も明らかになり注目されている。その中でも認知機能障害はPDの病初期においても比較的高率に認められている。PDの認知機能障害はアルツハイマー病（AD）と異なり最も高頻度に障害されるのは前頭葉機能に関連する遂行機能である。記憶も高度に障害されるがADほど著明ではなく失語がみられるのはまれである。他方、注意変換機能はより高度に障害され視空間機能、情報処理速度も障害される。

病期が進行するにつれ認知機能障害の段階から認知症という状態に至る。一般に発症後1～5年は認知症はあまりみられない。認知症の臨床症状は非認知症例でみられる認知機能障害と基本的に同じであるがさらに高度でより広汎である。PDの認知症に典型的な認知機能障害はしばしば動揺する注意障害を伴う著明な遂行機能障害、視空間認知障害、さらに視空間構成障害、再認は比較的保たれているが自由再生が障害されるという記憶障害である。PDでは視空間機能の低下がADより高度にみられる。PDの認知症を予知する因子としては高齢、高齢発症、運動症状が高度、罹病期間が長いこと、寡動優位型、うつとの併存、語想起障害などが報告されている。

PDの認知機能障害にドパミン伝達障害が関与していることに異論はないが、レボドパ治療により認知機能障害が必ずしも改善しないことは少なくとも一部は非ドパミン神経系の障害によることを示している。実際、PDの剖検例ではコリン系、ノルアドレナリン系、セロトニン系の変性も証明されており、PDの認知機能障害に関与しているものと考えられる。

認知機能障害は患者のADL、QOLを低下させるばかりでなく介護者の負担を増大させる深刻な問題である。薬物療法とともに介護を含めて非薬物療法を考慮し対処している必要があると考えられる。

過食症の治療における入院治療の位置付け

白梅学園大学子ども学部発達臨床学科

西園マーハ 文

摂食障害は、若年女性を中心に有病率の高い疾患である。地域レベルでの正確な有病率を知ることは難しい疾患であるが、女性では、生涯有病率は、神経性無食欲症0.9%、神経性大食症1.5%、むちゃ食い障害3.5%という報告もある⁵⁾。拒食よりも過食を中心病理とするタイプが多いことが示唆される³⁾。

近年、海外では、神経性大食症（以下、過食症）の治療法として、認知行動療法（CBT）が最も推奨されている。先進国では、治療効果エビデンスが示された治療法として、臨床心理士を中心に治療者の数も多い。CBTは基本的には外来で実施される。さまざまな治療エビデンスを包括したNICEガイドライン²⁾においても、自殺のリスクなど特別なケース以外は、外来で治療すべきとされている。

一方、日本においては、CBTの治療者の少なさ、外来診療時間の短さ、臨床心理士の治療が医療の中に十分活用されにくい状況にあるなどの要因により、過食症の治療は、薬物療法と簡単な生活上のアドバイスにとどまることが多い。NICEガイドライン²⁾では、薬物療法は「初期治療として、試してみてもよい」という扱いであるが、日本ではしばしば用いられ、これに対して、「薬が出ただけ」という当事者の不満も少なくない。

このような現状を考えると、日本においては、過食症に対して、入院治療という選択肢もあり得るのではないかと考える。海外の外来CBTは、単にその技法が効果をもつということにとどまらず、外来でも、必要に応じて、家族療法家など多職種の援助があるという背景をもっているが、日本の外来治療は、診察時間の短さだけでなく、主治医による診察以外の治療要素が少ないという問題もある。

過食症の入院治療の第1のねらいとしては、生活を規則的にすることが挙げられるだろう。Fairburnによる、摂食障害に特化したCBT（Enhanced cognitive behavior therapy for eating disorders：CBT-E）¹⁾では、治療第2～4週は週2回の通院とし、心理的問題に取り組む前に「食事の規則化」に焦点をあてる。食事時間をあらかじめ設定し、記録ノートを持ち歩くことを指導するなどである。この流れをみると、入院により生活を規則化しながら心理的働きかけを行うことは、CBT-Eの考え方と矛盾するものではないだ

う。

入院の第2のねらいは、過食症に関する知識や症状モニター法を学ぶなど、心理教育的働きかけを行うことである。海外では、本格的CBTの前に、簡便なガイドドセルフヘルプの技法を用いることが多い。これは、治療者の援助を受けながらワークブックなどを用いて症状記録を行い、自分の症状について知るという方法である。日本では本格的なCBTもあまり実施されていないが、簡便なガイドドセルフヘルプも行われていない。入院中に、症状や気分について観察し記録するセルフヘルプの練習ができれば、退院後、治療への取り組みがより積極的になることが期待される。上記の2つの目的は、教育入院的な入院とまとめることもできるだろう。糖尿病の教育入院で、適切な食事を体験しながら、さまざまな学習をするのに類似している。

第3は、栄養士、臨床心理士、精神科ソーシャルワーカー、作業療法士など多職種の援助を受けるという体験である。過食症は、生活面への諸職種のアプローチにより治療の突破口が開かれることが少なくない。これも、退院後の治療の質を上げるのに役立つだろう。

過食症の治療に関するさまざまなエビデンスを踏まえて検討する過食症の入院治療は、比較的短期とし、入院中にすべての問題を解決するのではなく、その後の外来治療を充実させることを目的とすることが重要だと思われる。

海外で入院治療が好まれないのは、治療費の問題も大きい。過食症という疾患単位について初めて取り上げた1979年のRussellの論文⁴⁾では、過食嘔吐の悪循環の断ち切りと、適正体重の受容を目標に、看護師のケアを中心とした数ヶ月間の入院治療を実施している。このような治療は、その効果に対する大規模のランダム化比較試験（RCT）が実施しにくく高額なため、今後も広く実施されることはないだろう。しかし、これは、入院治療の効果が無いことを意味するものではない。NICEガイドライン²⁾には、「過食症患者に対し、精神科病棟で入院治療をする場合は、この疾患の治療経験のある施設で実施するのが望ましい」とされているように、治療経験を蓄積しつつ新しい治療を提供することは、試みら

れてもよいだろう。

今後は、生活の規則化に必要な入院期間はどの程度か、経過中どのタイミングが良いか、デイケアで実施可能な部分はないかなど、さまざまな検証が必要であろう。

- 1) Fairburn, C.G.: Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. The Guilford Press, New York, 2008
- 2) National Collaborating Centre for Mental Health: National Clinical Practice Guideline CG9 Eating Disorders; Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders. 2004 (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29220/29220.pdf>)
- 3) 西園マール文：摂食障害は、「エビデンスフリーゾーン」にとどまるのか。日本社会精神医学会雑誌, 22; 82-91, 2013
- 4) Russell, G.: Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychol Med, 9; 429-448, 1979
- 5) Treasure, J., Claudino, A., Zucker, N.: Eating disorders. Lancet, 375; 583-593, 2010

アディクションモデルによる過食症への教育入院

鈴木メンタルクリニック

鈴木 健二

摂食障害は精神的問題と身体的問題が複合しており、本人が病気全体を自覚的に把握することは困難を伴う。また病気の経過の中で、神経性食欲不振制限型（AN/R）から回復せずに、何割かが拒食タイプから過食タイプに移行するが、意思の力で行動したつもりのやせ症、つまりAN/Rと、コントロール喪失の神経性過食症（BN）という全く正反対の状態について、これを1つの病気の変化として自覚的にとらえることも困難である。さらに、摂食障害患者は病気の否認を強くもっており、自分の病気を把握することを拒否している者もいる。この点から、摂食障害には教育入院が必要という考え方が生まれる。

精神科を受診する摂食障害は、AN/Rは少なく、BNが多く、BNの中でも過食・排出型（BN/P）、特に過食・嘔吐型が多い。筆者らはBNの中のBN/Pと、ANの中の過食・排出中心のタイプは、合わせて過食・排出型の摂食障害とみなすことができると考える。過食・排出型の摂食障害は、食べることのコントロール喪失であり、抵抗できない激しい渴望感による過食衝動は、意思の力ではやめることができない。抵抗できない渴望感、アディクション行動の基礎にあり、アルコール依存や薬物依存にも共通している。過食した後に、やせ願望と食べたことへの後悔から自己誘発嘔吐を行うことになるが、嘔吐するとまたそれが引き金になって過食欲求が出てくる悪循環になっている。すなわち、過食と嘔吐などの排出行動がセットになっていて、アルコール依存や薬物依存と同じアディクションの構造をもっている¹⁾。過食行動をもつ患者は、食欲をコントロールできない自分に対する強い恥の感覚をもっているが、過食も病気の症状として、アディクション構造についても学習する必要がある。

過食・排出型の摂食障害は、アディクションの構造があるために、自ら病気について学習し自分の回復の方向を知るために、集団療法を通して、自分の鏡像としての仲間をみることで自分の客観化が可能になる。そのために、集団療法の経験を積み重ねる必要がある。

筆者らは、久里浜医療センターに入院する若い女性のアルコール依存症の中に摂食障害の併存例が多く、アルコール依存症の集団療法とともに、摂食障

害の治療を並行して行ううちに、過食・排出型の摂食障害はアディクションの構造をもっているので集団療法に乗りやすいことを見出し、アルコールのプログラムを改変した集団療法を開発した。さらに、そのプログラムがアルコール依存症を併存していない過食・排出型の摂食障害にも適応できることを見出した。

アルコール依存症の治療プログラムを改変した摂食障害治療プログラムは、eating disorders education program（EDEP）と名付けた²⁾。このプログラムは教育ということに重点を置いているので、過食・排出型の摂食障害に限らず、摂食障害全般にも適応できる。EDEPは以下の構造を持っている。入院は、入院後1～2週間の食行動の正常化、体の機能の正常化の後にプログラムに入る、EDEPは2ヵ月間のプログラムで退院、入院中は過食-嘔吐は可能な限り減らす、教育プログラムは、摂食障害の勉強会、OBを含めたミーティング、集団認知行動療法、作業療法、エクササイズなどで構成される、EDEPのプログラムは集団療法を基本とする、などである。

過食・排出型の摂食障害は慢性化した摂食障害であり、回復には時間がかかる。筆者らは、慢性化した摂食障害に対する1つの積極的な治療的アプローチとして教育入院という方法があることを見出した。開放病棟に入院して、緩やかな制限と規則正しい生活の中で、食行動異常は一時的に減少する。その時に集中的に集団療法で病気についての勉強と、コントロール回復の方法を学ぶことは、その後の回復に生かしていくことができる。教育入院は、症状を消失するための入院ではなく、学ぶための入院である。

筆者らは、EDEP治療を受けた67名の追跡調査を行った。退院2年後において25%は症状の消失が続き、AN、BNも減少していた³⁾。この結果から、EDEPが慢性化した摂食障害の緩やかな回復を促進する力になっていると推定された。

1) 洲脇 寛：嗜癪行動障害の概念。依存（脳と心のプライマリーケア8，福居顯二編）。シナジー，東京，p. 396-400，2007

2) 鈴木健二：集団療法を中心とした過食症への治療

戦略. 精神経誌, 108; 736-741, 2006

3) 鈴木健二: 慢性期の摂食障害の病理と治療 (精神科臨床リュミエール 28. 西園マーハ文編). 中山書店, 東京, p. 106-116, 2010

大学病院における過食症教育入院の実際

京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座(精神医学)

野間 俊一

過食症状のある摂食障害の治療としては、薬物療法、外来での認知行動療法、その他の外来精神療法〔専門家による支持的臨床マネージメント(SSCM)、指導付きセルフヘルプ(GSH)、対人関係療法(IPT)、など〕、そして入院治療が挙げられるが、明らかなエビデンスがあるものは薬物療法と認知行動療法のみである¹⁾。過食症状に対する入院治療の有効性については確立されていないが、臨床現場では、過食嘔吐が習慣化しているため生活が乱れ改善のきっかけが見つけれない場合に、過食から解放され規則正しい食習慣を身につける目的で入院治療を希望する患者は少なくはなく、実際にこれまでいくつかの医療機関で過食症に対する入院治療が試みられてきた。

京都大学医学部附属病院(以下、京大病院)精神科神経科では2006年以降、過食症状のある摂食障害に対して4週間限定の入院治療(「過食症教育入院」)を行い、ある程度の成果を上げてきた。過食症教育入院では、第1週は病棟内安静で面会は週1回1時間のみ、第2週は病棟外の作業療法室における作業療法に参加し面会は週2回時間制限なし、第3週は外出を許可するが食事は病棟でとり面会は自由、第4週は外食および外泊を許可し、入院4週間後に退院とした。食事は全量摂取が可能な分量とするが大幅に体重減少が認められればその時点で退院とした。並行して、薬物療法、週1回の洞察的精神療法、作業療法、家族療法を施行した。

そこでこの治療法の有効性を検証するために、2008年6月~2010年11月にかけて京大病院で過食症教育入院を受けた患者6名(男性1名)に対して、開始時、4週後、12週後、24週後、48週後に、食行動(EAT-26、EDI、BITE)、精神状態(STAI、BDI-2)、生活の質(QOL; SF-36)について自記式質問紙法による測定を行い、最後には本治療に関するアンケートを施行した。また、同時期に京大病院精神科神経科外来にて認知行動療法を施行した同数の患者を対照群とした。

両群間を比較すると、治療期間のみ入院患者群が有意に長かった($p=0.041$)が、年齢、Body Mass Index、罹病期間には差は認められなかった。また、開始前の各種スコアに有意差は認められなかった。

結果としては、48週後のBITEの重症度スコアにおいて、入院患者群が外来患者群と比べて有意に高値($p=0.019$)、すなわち、過食の程度に関しては外来患者群の方が入院患者群より有意に改善した。QOLについて、48週後の各項目で両群に有意差は認められなかった。ただし、48週後の時点で入院患者6名のうち3名よりアンケートを回収したが、いずれも主観的な治療効果を認めており、全般的な印象として「この治療を受けてとてもよかった」との感想を得ることができた。すなわち、過食症教育入院について、入院患者群と外来患者群ではともに、食行動全体、過食症状、QOLについて統計学的に有意な改善は認められず、48週後の過食症状の重症度は入院患者群より外来患者群の方がより改善していたが、一方で、入院患者群の半数では、症状の改善はなくても入院治療に対する満足度は低くはなかった。また本調査研究の限界はサンプル数が少ないことであり、さらに入院患者群の方が外来患者群に比べて治療期間が長いことからより難治であり、そのために治療効果が十分に現れなかった可能性は否定できない。

2008年~2010年の調査研究の結果は、「過食症教育入院はあらゆる過食患者に有効というわけではないが、本人が強く希望するなどいいタイミングで施行すればそれなりの効果が期待できる」と要約できるだろう。入院治療を希望するが4週間という期間が長いと躊躇する患者が複数いたことから、京大病院では2010年以降、過食症教育入院の期間を2週間に短縮して行っている。その効果を定量的に確認してはいないが、印象としては4週間入院と大きな差はないようである。

以上の京大病院での経験から、2週間あるいは4週間と期間を限定し、食餌療法による食習慣の改善をベースとして疾病教育と個人の問題点の整理を積極的に行うならば、過食症教育入院は一定の成果を上げることが期待される。

1) National Institute for Clinical Excellence: Eating disorders. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. NHS, London, 2004

精神科病院における過食症短期入院プログラムの試み

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室¹⁾
特定医療法人群馬会群馬病院²⁾
(公財)東京都医学総合研究所³⁾

林 公輔^{1,2)}、橋田 昌也²⁾、西園マ-ハ 文³⁾
白波瀬 丈一郎¹⁾、濱田 秀伯²⁾、三村 将¹⁾

神経性大食症の治療は外来が中心である。海外のガイドラインにおいても特殊なケース以外は外来治療が推奨されている。しかし海外では外来治療が充実しており、入院は高額のために避けられるという事情がある。一方日本では外来での診察時間が短いため、薬物療法と一般的なアドバイスにとどまる場合が大多数である。これらの問題点を踏まえ、心理教育や生活リズムの正常化、病理のより詳細な評価などを目的とした短期入院プログラムを開発し、その効果検証を行いたいと考えている。

「過食症短期入院プログラム」を実施しているのは群馬病院という単科精神科病院である。プログラムの基礎には本人の治療の取り組みを治療者が援助する「ガイドドセルフヘルプ」という考え方がある。また、精神科病院がこれまでに培ってきた多職種による援助を、神経性大食症の入院治療にも役立てたいと考えている。精神科病院に負担の少ないプログラムを開発・実践することで、摂食障害に対するスタッフの苦手意識を変えることができるのではないかと考えている。

入院期間は4週間とし、1日1,800kcalの食事を原則全量摂取してもらう。嘔吐症状がある場合には食後に30分間の安静を促す。主治医による面接以外には、患者が自らの感情などを記載した「ワークブック」の振り返りを看護師が行い、家族関係などに関する面接をPSWが行っている。その他に栄養指導や作業療法、心理教育も行っている。

現在、書面で同意が得られた患者を対象に、各種質問紙を用いて治療効果を検証中である。プログラムを完了したケースは少数だが、過食嘔吐症状の有意な減少だけでなく、BDI-2では抑うつ症状の有意な低下、EDI-2においてはやせ願望や無力感の改善を認めた。長期的な予後については経過をみる必要があるが、過食嘔吐症状以外の改善を認め、当事者の満足度も比較的高いことから、効果がある程度持続することが期待される。

精神科病院であればどこでも実践できるようなプログラムを開発し、その効果を検証できれば、摂食障害患者の役に立てるのではないかと考えている。

双葉病院の避難事件

医療法人博文会双葉病院

石井 秀典

まず始めに、2011年3月に東北地方を襲った東日本大震災において、日本精神神経学会会員の方々からの多大なるご支援、ご協力をいただきましたことにこの場をお借りして感謝申し上げます。

日本は世界で3番目に多い原子力発電所を所有し、そのうちの10基が福島県にあります。今回の震災ではこの原発事故の影響が深刻な問題となりました。

このため、私が勤めていた双葉病院は現在まで立ち入り禁止区域となり閉院を余儀なくされています。病院は福島第一原子力発電所から4.5キロのところに位置し、今年創立51周年、定床350床で、福島県内で規模の大きい単科精神科病院でした。また近くには関連施設もありました。原発ができる以前から病院は設立され、治療が困難な方や寝たきりの患者を多く受け入れていました。震災当時はほぼ満床に近い状況で436名の患者がいました（病院には338名、関連施設には98名）。

震災当日の3月11日マグニチュード9.0の地震が襲い薬品棚、机など倒れ、天井の照明装置が落ちてきたりはしましたが、幸い、患者や職員と建物に地震による直接の被害はほとんどありませんでした。また、津波被害の影響もありませんでした。地震直後から水道、電気、ガスは使用不可能となり、電話もまもなくして使用不能となりました。病院の非常用電源も一時的に作動しましたがしばらくしてからこちらも使用不能となっています。そのため、患者ケアに関しては、医療モニター、輸液ポンプ、吸引装置が使用不能となり通常の医療提供が困難な部分がありました。当時の気温は最高気温5度、最低気温はマイナス2度で院内の気温は相当下がっていました。

震災当初、原発で重大な問題が起きていることに対しての情報はありませんでしたし、病院や町全体が避難することは全く予想していませんでした。ところが、震災翌日12日早朝、町役場の防災放送で原発から10キロ圏内の住民に対し避難指示が出ました。そのため一部の歩ける患者と職員は町役場へ移動し避難を待ちましたが、他の住民も多くかけつけていて現場が混乱し、すぐに避難が難しく寒い屋外で待ち続けるのは困難との判断から、町長と役場職員へ救助依頼をお願いし病院に戻って救助を待ちま

した。震災が起きた際のマニュアル(福島県地域防災計画原子力災害対策編)では原発事故などの有事が起これば県職員が避難などの必要な情報を病院側に提供し、病院患者の避難などを速やかに行うこととなっていました。そのようなことはありませんでした。

救助依頼してから約6時間後の昼過ぎに、救助用の観光バスが来ました。その際にバスの数が少なく全ての人の救助が難しいため、ADLが高い自分で歩ける患者を優先するようにと自衛隊員に指示を受けました。救助を待っていた自歩行できる209名の双葉病院患者と職員は必要物資とともに第一陣として避難を開始しました。避難できた患者は当院と姉妹病院であるいわき開成病院に約1、2週間過ごし、その後、第一陣で避難した患者全員は無事転院することができました。残念なことに、第一陣が避難した約1時間半後に福島第一原発の水素爆発が起こり、後続の救助が中断されてしまいました。この時点で院長、関連施設長、数名の職員、重症者、寝たきり患者129名の双葉病院患者、98名の関連施設患者が取り残されていました。第二陣として双葉病院患者34名と関連施設患者98名が避難できたのは、避難命令後約2日と5時間後で、搬送には普通の観光バスが使用され出発後約10時間以上かかり避難先の体育館に搬送されました。放射能スクリーニング検査を受けるため避難先まで長距離移動を強いられ、自衛隊員の判断が明らかになっていませんが搬送の妨げと判断されたようで、点滴、中心静脈栄養や経管栄養患者の処置は全て止められていました。第二陣の搬送先である体育館は普通の体育館で暖房設備はなく、搬送された患者は寒い中毛布だけで過ごしました。もちろん、点滴などの医療行為も何もできない状況でした。次の転院先が決まるまでの約18～24時間の間、体育館にいました。第三陣で救助された最重症の寝たきり患者90名は避難命令後3日と約12時間後によく救助されました。

まとめますと、第一陣の12日に避難した患者での死亡はなし。後続の救助が来る前に双葉病院内で13日夜から14日未明にかけ3名死亡、15日までに1名死亡、第二陣の14日に避難した患者では、避難搬送中のバス車中で3名(うち病院患者1名、関連施設患者

2名)と14日夜間から15日までに搬送先の体育館で11名死亡(うち病院患者7名、関連施設患者4名)、第三陣で避難した患者では搬送中7名の病院患者が死亡確認されました。その後3月31日までに転院先で25名死亡(うち病院患者21名、関連施設患者4名)確認されました。また救出前に1名が院内にて行方不明となっています。

一方、福島第一原子力発電所から5キロ圏内には双葉病院以外に2病院2施設が存在しましたが避難命令24時間後の3月13日朝までには救助が完了していました。原子力発電所周囲で当院と関連施設だけが3日以上救助が遅れたのは、県災害対策本部、町役場、自衛隊、警察などの連携不足と考えられますが、原因はこれだけなのでしょう。なぜ我々の病院と関連施設の救助が近隣地域で最後になりこれだけ遅れたのでしょうか。原発事故後の対応をまとめた国の国会事故調査委員会の報告書にもそのことに関しての考察はありませんし、話題にもなりません。これこそが震災時弱者となる精神科疾患患者に対する差別なのではないでしょうか。

さらに、県災害対策本部は震災で混乱さなかの3月17日に<双葉病院とその関連施設にはただちに救出のため自衛隊員が向かったが、病院関係者は一人も残っていなかったため、患者の状態が一切分からないままの困難な状況での救出となった>と発表しました。事実確認もせず、あたかも精神科病院スタッフが患者を置き去りにし、職務放棄したという情報をマスコミに流し、日本中では大きな問題となり関心が寄せられました。国の国会事故調査委員会の報告でその後訂正されていますが、いまだに反響は大きく残っています。県災害対策本部は1年半も経ってようやく誤発表のミスを認めましたが、事件が風化するのを待っている印象です。

二度とこのような悲劇を繰り返さないためにも震災時におけるマニュアルの作成、見直しに対して、この経験をもとに助言したいと思いますし、この事件が風化していく中であっても、今回経験した悲劇を伝え続けることが重要であると思います。

最後に、震災後の大混乱の中、当院および関連施設患者の受け入れにご協力いただきました全ての病院、施設、関係者の方々への感謝をもって結びにさせていただきます。

福島第一・第二原子力発電所員のストレス 職員として、福島県民として

防衛医科大学校精神科学講座¹⁾
愛媛大学大学院医学系研究科公衆衛生・健康医学分野²⁾
防衛医科大学校心理学学科目³⁾
防衛医科大学校研究センター異常環境衛生研究部門⁴⁾
埼玉県立大学保健医療福祉学部⁵⁾

重村 淳¹⁾、谷川 武²⁾、桑原 達郎¹⁾
佐野 信也^{1,3)}、佐藤 豊¹⁾、立花 正一⁴⁾
藤井 千代⁵⁾、立澤 賢孝¹⁾、戸田 裕之¹⁾
吉野 相英¹⁾、野村 総一郎¹⁾

福島第一原子力発電所（以下、第一原発）事故は、チェルノブイリ事故以来最悪の放射線災害となった。第一原発の復旧・廃炉作業が数十年かかると想定される中、復旧従事者たちのメンタルヘルス維持は重要な課題である。しかし、第一原発、隣接する福島第二原発（以下、第二原発）職員たちの多くは福島県民である。職員たちは震災後に猛烈かつ複雑なストレス、具体的には 惨事ストレス（発電所爆発、放射線被曝など）、被災者体験（自宅避難、財産喪失など）、悲嘆体験、社会から向けられる差別・中傷を体験してきた。中でも差別・中傷体験は、職員たちのメンタルヘルスに多大な影響を与え続けている。

原発事故2～3ヵ月後に実施した第一原発職員（ $n=885$ ）と第二原発職員（ $n=610$ ）の調査において、差別中傷体験を経験した者は、そうでない者と比べて、全般的心理的健康度とトラウマ反応（それぞれK-6とIES-Rで測定）での高得点が2.1～2.9倍生じやすかった¹⁾。

このような事態は、時間が経つにつれ深刻な中長期的影響を及ぼし続けている。多くの職員たちは燃え尽きやモチベーション低下に苦しみ、復旧作業に関する知識を持つ有能な技術者たちは減る一方である。

原発事故後の社会は、原発で働く人々の奮闘の上で成り立っている。社会には、その方々のメンタルヘルスを支える責務、具体的には「敬意とねぎらい」を与え続ける役割が求められるのではないだろうか。

本研究は平成24年度厚生労働科学研究費補助金（労働安全衛生総合研究事業）の研究助成を受けている（H24-労働-一般-001）。

本発表は筆者の見解に基づくもので、東京電力株式会社、防衛医科大学校、愛媛大学、埼玉県立大学、防衛省、日本国政府の公式見解ではない。

1)Shigemura,J.,Tanigawa,T.,Saito,I.et al.:Psychological distress in workers at the Fukushima nuclear plants.JAMA,308;667-669,2012

県民健康管理調査 「こころの健康度・生活習慣に関する調査」について

福島県立医科大学医学部神経精神医学講座¹⁾
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所²⁾
東京大学大学院医学系研究科³⁾
上智大学総合人間科学部心理学科⁴⁾
福島県立医科大学看護学部看護学科⁵⁾

矢部 博興¹⁾、鈴木 友理子²⁾、川上 憲人³⁾
堀越 直子³⁾、久田 満⁴⁾、中山 洋子⁵⁾
結城 美智子⁵⁾、國井 泰人¹⁾、板垣 俊太郎¹⁾
三浦 至¹⁾、増子 博文¹⁾

2011年3月11日の東日本大震災、津波とそれに続発した福島第一原子力発電所の事故によって、福島県には放射能汚染の深刻な問題がもたらされた。その結果、震災や津波の影響を受けなかった地域からも多数の人々が避難を余儀なくされ、平成23年1月1日に2,041,051人であった県人口は、平成24年1月1日には、1,982,991人にまで減少した。さらに、広野町、楢葉町、富岡町、川内村、大熊町、双葉町、浪江町、葛尾村、飯館村、南相馬市、田村市、川俣町、伊達市の一部からなる避難区域の210,189人の住民は、生活の基盤と安心な日常を奪われ、全県民が長期的な放射能汚染への不安の中で生活を強いられる状況となった。チェルノブイリ原発事故に関する2006年のWHOの報告書は「チェルノブイリのメンタルヘルスへの衝撃は、この事故で引き起こされた中で最大の地域保健の問題である」と述べている。今回の災害によって避難住民に生じたと考えられる心の問題は深刻で様々であるが、既存の精神疾患の悪化、新たに発生した心的外傷後ストレス障害（PTSD）・うつ状態・アルコール依存の増加、仮設住宅などで進む高齢者の認知機能低下、希死念慮の増加、精神医療・福祉サービスの不足、長期化する避難生活における避難児童のこころの問題、放射能汚染に対する不安・恐怖にかかわる問題、などが挙げられる。そこで、県民のこころの健康度や生活習慣を把握し、適切なケアを提供する目的で、「こころの健康度・生活習慣に関する調査」として、質問紙調査や面接調査を県からの委託事業として行っている。また、調査の過程で早急に支援が必要と判断された場合については、電話支援の他、市町村の保健福祉事務所、こころのケアセンターと連携して支援を行っている。この調査結果の一部と、今後の課題とその対応について報告した。

原発事故がもたらしたものとくに支援スタッフの疲弊を考える

久留米大学医学部神経精神医学講座¹⁾
ふくしま心のケア・センター²⁾

前田 正治^{1,2)}

福島第一原発事故は、福島県に住む住民に多大な困難をもたらしている。それは、自然災害に特有の瞬時性を奪い、あるいは地域性をも奪った。すなわち通常自然災害では、災害発生時にはもっとも衝撃性が高いが、程度の差こそあれ時間の経過とともに被災地は限局されていくものである。心理的問題が遅発的に現れることはよく知られた事態であるが、それについても多くは身体的あるいは物理的な問題に比すればこそその話である。福島においては、持続的で慢性的な問題が続いており、しかも「被災地」の境界が今なお明確ではない。福島における避難区域、あるいは補償問題は地域の分断化をもたらし、本来災害において発揮されるはずの地域の凝集力が発揮されづらい。このような行方が杳として知れない状況で被災者の援助に関わる支援職、とくに保健師などの行政職員の心理的問題について検討した。

そもそも災害時に支援要員が有する特有な心理的問題は、以下のような3つの職業特性から生じる。責務があること：責任性、業務であるがゆえに回避できないこと：不可避性、支援を求めづらいこと：支援閉鎖性。このような特性があるからこそ支援者が大きな心理的リスクを背負ってしまうし、災害時には（たとえば惨事ストレスとして）常に強調されることである。こうした問題に加えて、福島においては支援者自身もまた被災者であるという当事者性が極めて高い。しかも原発事故は紛れもなく人災であり、被災者の怒りがこのような支援職員に向かうこともしばしばである。筆者は日本トラウマティック・ストレス学会の支援事業として、また「ふくしま心のケア・センター」顧問として、数多くの行政支援職員と面談を持った。そこから浮かび上がった福島における支援者の様々な困難は、以下のよう

に3つに大別できる。発災時の「踏み絵的」状況：とくに原発に近く、避難指示が出された地域で支援に当たった人々は、発災時メルトダウンの恐怖に直面し、情報や補給の途絶などの極めて混乱した中にいた。そしてスタッフは現地にとどまって支援を継続するべきか、もしくは家族とともに避難すべきか、究極的な決断に迫られたのである。とどまっても地獄、避難しても地

獄という状況であったが、この時の自らの決断を、その後長く時間が経過しても責め続けている人が多く、またそうした自責感情が復興時の職員の大きなトラウマ感情になっている。

被災者が支援者かという役割葛藤：福島においては、とくに原発災害被災という観点からは、支援者のほとんどが被災者化していると言っても過言ではない。一般の被災者同様、支援者もまた家族が別居中であったり、借り上げ住居や仮設住居に住んでいたりと不安定な生活環境におかれていることもしばしばである。そのため、いつまで支援者の役割を取り続けることができるのか、いつまで取り続けなければならないのか、多くの支援者がそのような役割葛藤を抱えている。とくに復興への道程がまだ明白でないだけに、このような深刻な役割葛藤は支援者を苦しめている。

怒りへの暴露と無力感：言うまでもなく原発災害は人災であり、それゆえ被災者は東電や政府に対するやりきれない怒りがうっ積している。それはしばしば支援者にも向けられ、支援者もまたそれによって外傷化し、また無力感や自責感に陥ることも少なくない。このような怒りの発露はとくに行政支援職員に対して強く、彼らの自己効力感や自己評価の低下につながっていると考えられる。

以上述べたような支援者ストレスに加え、外部からの女性支援者はしばしば放射線スティグマに基づく無理解や非難にも晒されることがある。こうしたジェンダーの違いによるストレスの違いもまた、福島における大きな特徴と考えられる。これら支援者が直面している様々なストレス状況に関しては、すでに他誌でも報告しているが^{1,2)}、今後疫学的な調査も行いつつ、また必要な支援や介入が必要である。そのためにも今後も外部からの関心と、とくに支援者支援への共感が不可欠である。

1) 前田正治：原発事故被害に立ち向かう：南相馬市雲雀ヶ丘病院の苦闘。臨床精神医学, 41; 1183-1191, 2012

2) 前田正治：カストロフィー：その時精神科医は何を感じたか。精神医学, 55; 195-203, 2013

「見立てる」「つなげる」ために心理職としてできること

社会医療法人公徳会佐藤病院

大御 均

【はじめに】公徳会佐藤病院のアウトリーチ事業は平成23年10月に始まり、10名（専従1兼務9）のスタッフで平成25年3月までに18名の支援対象者に対して402回の支援を行ってきた。

支援対象地域である置賜地方は山形県内陸南部、農業や観光を主な産業とする東北の田園地帯である。人口は約16万人、精神科病床数406である。

佐藤病院が所属する社会医療法人公徳会は昭和54年の設立以来、地域に根ざした医療福祉保健が一体となったサービスを基本理念として活動を続けてきた。法人内には精神科デイケア、グループホーム、訪問看護ステーション、地域支援センター、就労支援センターなど退院促進、地域生活支援の各種資源を有し、訪問支援についても訪問看護ステーションはもとより、デイケア、外来などを通して多彩に展開してきた。今回のアウトリーチ事業受託はさらなる訪問支援の可能性を探る活動として法人内外から期待された。ケースは病院内の事例のフォローアップではなく、市町村や保健所など外部から寄せられた新規のケースが多かった。

筆者は昭和57年に入職し、常勤の臨床心理士として外来・入院の心理検査、心理面接を手がけ、平成7年からはスクールカウンセラーとして地域の学校にも出向く活動を続けてきた。平成22年からは病院のある南陽市から発達障がい児の相談支援事業の委託も受け活動している。このような経歴の中で心理技術職としてこの事業にどのような貢献ができたのかを報告した。

【心理アセスメント】事例の経験を通してまず明らかになったのは、心理アセスメントの有効性だった。アウトリーチによる支援を行うにあたっては、チームによる多面的なアセスメントを迅速に行う必要があるが、より詳細な心理アセスメントがケースの的確な把握や支援者自身のエンパワーメントにつながることもあることを経験した。中学時代から引きこもり状態を続けていた30代男性の事例では、心理検査により、精神的に安定しており知的にも優秀であるという結果を得て、より積極的なアプローチに踏み切ることができ、その結果外来治療が再開された。近所が自分に嫌がらせをしてくるという訴えで警察や行政に頻回の電話をかけ続けていた50代の

女性のケースでは、心理検査により知的な障害があることがわかり、この点を率直に話し合うことにより、行政からの支援を受けつつの生活に前向きに取り組むようになった。

【面接の技術】面接の技術はすべての対人援助職の基本的技能であるが、受容・共感を基本とする臨床心理的面接技術が事態を大きく動かす力となることも経験した。

重度の強迫行為から、長年、家に引きこもり状態に陥っていた30代の女性のケースでは、本人に面会することはできなかったが、唯一の同居者であった母親とは面接を重ねることができた。本人の強迫行動に巻き込まれ心身ともに疲弊した状態にあった母親の苦労をねぎらい、その心境を受容しつつも、危険な目にあったら外に助けを求めてほしいということを繰り返し話したところ、それまでは耐え忍んでいただけだった母親が、暴力を受けた際に警察に相談に駆け込む、という行動を取り、その結果、事態は大きく進展することとなった。

【児童思春期の問題】かかわったケースすべてで、不登校や学業の不振など、児童思春期に何らかのサインの出ていることが見出された。より早い段階からの支援や介入がなされていれば、ここまで困難なケースにならなかったのではないかと思えたケースも少なくない。

医療と教育の連携は精神科に限らず多方面でその重要性が指摘されているが、このアウトリーチ事業からも精神科医療と教育との連携の構築は大きな課題であることが示されたと考えられる。

【多機関との連携と協働】さらに家族との関係の複雑さ、根深さもまた、すべてのケースで経験した。家族関係やその経緯を踏まえた支援には医療だけではとてもまかないきれず、行政との連携が必須であると感じられた。当院のアウトリーチ事業は市町村や保健所からの紹介ケースが多く、当初から保健所や市町村の保健師や福祉担当者も巻き込んだ訪問支援を行うことが多かったが、行政の担当者には精神科医療の経験や知識に自信のない人も少なくなかった。このような場合、協働する他機関の担当者をも支援する、という視点で協働することが有効であった。

【支援する対象は個人でもありコミュニティでもある】このようなアウトリーチ事業の今後を考えていくと、そこに要請されるのは、病院内の多職種連携にとどまらず、他の多くの機関との連携によるチームアプローチであり、地域そのものを巻き込んだ包括的活動といえる。とすれば、アウトリーチ活動の目標は個人の症状の改善やエンパワーメントにとどまらず、地域を1つの有機体としてとらえ、地域のエンパワーメント、つまり地域の治療文化力、自己治癒能力と表現できるものを向上させていくことにあるのではないかと考える。実はこの視点は、児童思春期の事例をみるときに、また学校を支援する際にも必須の視点であると、これまでの経験で考えていたことでもある。そしてこの視点は、単に精神科医療にとどまらない、新しい地域社会と文化を作り上げようとする運動にもつながることであると考えている¹⁾。

1) 大御 均：急性期リハビリテーションにおける臨床心理士の役割．精神科救急，13；43-46, 2010

ピアサポーターの立場から

特定医療法人智徳会未来の風せいわ病院地域医療連携室

駿河 孝史

【未来の風せいわ病院アウトリーチチーム「晴風」について】当院アウトリーチチーム「晴風」は、結成して2年目を迎え、累計約90件の相談があり、うち23の対象を支援してきている。チームの特徴としては、専従のPSW1名、保健師1名に加え、当院のユーザーでもあるピアサポーターが3名（うち1名は精神保健福祉士有資格者）と、兼務で保健師・PSWのチームリーダーと医師に加え、臨床心理士、作業療法士、保健師、養護教諭といった実に多様な背景をもった多職種チームで構成されている。24時間365日の体制で対応している。チームアプローチで支援し、特にITT（Individual Treatment Team）を中心としたチーム編成は初期アセスメント終了時点でチームのメンバーが「どれだけその方とかかわりたいか」というモチベーションを重視しており、各自が責任をもってチームアプローチにあたり、直接や間接の心のケアや環境整備を行っている。

【ピアサポーターの位置づけ】中でもチームの大きな特徴は、専従にピアサポーターが3人おり、支援の中核を担っているところにある。ピアサポーターは疾患や障害、大きな挫折や喪失感を経験しており、現在も治療を継続しているため、再発の不安やストレスに対する脆弱さをもってはいるが、当院デイケアでの活動や自主的な社会活動を通してリカバリーの過程を実感しているところにストレンクスをもっている。また、服薬経験があることから、「飲み心地」や副作用を経験として知っているということから、ピアサポーターは対象者と似た所があるという「同質性」と、お互い様と思える「互恵性」を兼ね備えており、支援においてストレンクスを発揮できるケースも少なくない。以下にピアサポーターがケアの中心となり、対象がリカバリー志向へ舵を切ってきた事例を紹介する。

【ケース概要】40代男性。母と姉が統合失調症で母は包括支援中、姉は入院中。本人高校卒業後精神科に1度受診。父を殴って怪我させ24条通報された年の春ごろから仕事をやめて引きこもる。市保健師には「どこの病院にも行きたくない。余計なお世話だ。人と話をしたくない」と拒否。母をスリッパでたたいていたようだったという話もあり、市保健師

よりアウトリーチ支援を要請された。

【支援概要】訪問を重ねることにより、体の違和感（耳鳴り、過呼吸など）を調べたいということから受診につながる。CT、血液検査、心理検査実施。受診時「困ったことはない」と話し、薬に対しても拒否感を示すが、治療を継続する必要性を伝えた。ピアサポーターは自分も受診していることや薬を飲んでいることを話し、共感を得る。それが受診継続と抗精神病薬・安定剤処方へとつながったと考えられる。

処方された薬を飲んで9日くらいしてから、新聞の印刷のおいが気にならなくなった。耳鳴りもしなくなった。耳鳴りが治っただけで、考え方が変わったという。自立支援医療の手続きをするために、市役所へ同行。申請無事に終了。昼食にハンバーガーを注文。食べながら「うれしい」と話していた。対象者が心を開く瞬間でもあったように思える。

その後運動、喫煙、糖分摂取、食事、掃除、居場所、睡眠、母との会話において生活の変化が多くみられるようになった。そこでデイケアの散歩プログラムに参加してもらう計画を立てる。ピアサポーターはデイケア経験もあるため、デイケアのプログラムも熟知しており、散歩のプログラム参加を提案し、デイケア職員にも働きかけ参加の環境を整え本人のデイケア参加へとつながる。午後のショートケアで、散歩のプログラムに参加。病院周辺を散策。公園では上り棒に上ったり、懸垂をしったりと、かなり活動的で終始笑顔だった。散歩だったら、またデイケアに来たいと話す。後日車を修理して、車もよく運転するようになった。ボクシングジムによく行って練習の様子をみているとのこと。人と接することが大切だと思えるようになってきた。生活の再建について、障害年金など福祉制度の活用も検討する。主治医は、診断書の出せる状態であると判断し、PSWと話しを進めるように指示。本人と一緒に障害年金受給の手続きをする予定である。

【本人の変化】当初は精神科の受診は拒否していたが、市保健師と連携しチームの訪問により本人が検査をし、耳鳴りや体の違和感を調べたいという気持ちへ変化した。また、丁寧な説明と本人の気持ちへの寄り添い、不安を取り除いていく作業を通じて

チームへの信頼関係を築きあげていった。その結果、精神科の薬を飲むようになり、そのことで、本人のQOLがかなり向上した。今後は、本人が社会とどう結びついていくかが課題となる。

ピアサポーターの存在としては、

- ・受診や服薬経験があり、不安や期待の両方を理解できた上で話ができた（互恵性）
 - ・デイケア経験があり、院内スタッフとの働きかけ方を知っていた（同質性）
 - ・自身が自立支援医療や障害年金の利用者であり、利用について共に考えた（互恵性）
- ことから、「半歩先の先輩としての存在感がそこにあった」と考えられる。

アウトリーチ事業のこれからについては様々議論がされている。ピアサポーターとして支援の質の担保、自分の体調管理と勤務への不安など課題は多いと思う。しかしピアサポーターとして患者であったものがリカバリーの過程を経て当院に勤務できるようになったことに感謝し、「今」の積み重ねが次へのステップへとつながることを信じている。

アウトリーチ推進事業における行政と民間との連携について

医療法人友愛会田川療養所

岩松 広子

国が精神障害者の地域移行支援・定着支援を推進していた時期に県立保健所の保健師として病院PSWを窓口にも事業を展開していた。平成22年度から（医）友愛会田川療養所に勤務し、地域移行支援・定着支援の業務を担当し、平成24年2月からは当院が県の委託を受けて長崎県精神障害者アウトリーチ推進事業委託事業所「ゆうあい（You&I）」が設置され事業担当となった。今回、事業対象者の関わりを通して今後の行政に期待したいことについて報告する。

【事例1】措置入院歴がある男性で、高齢の母と2人暮らし。生活保護を受給されており、市担当者は母に受診勧奨するも切迫感はありません母の病気にに対する理解は乏しく、退院後は通院されていない。

【支援経過】支援目標を、医療への警戒心が強いいため、訪問を重ねて信頼関係の構築を図り、50代という年齢から生活習慣病の予防という視点で医療につなげることにした。介入時は生活保護担当者と同僚訪問したが、「今の生活のままでいい」と、訪問介入を拒否。しかし最初に行政と訪問していたので、行政に報告義務があるという理由で訪問継続する。

生活習慣病の健康診断を勧奨するも消極的だったため、毎日のウォーキングに着目し、健康チェック目的でウォーキングコース途中にある献血センターでの献血を提案したところ、「人の役にもち一石二鳥」とすぐ実行。その結果、貧血が判明し、内科受診を促し、鉄欠乏性貧血の治療開始。次第に体調良好となり内科医への信頼感が生まれ、信頼している内科の先生から紹介をいただき精神科受診につながり、その後も定期通院され事業終了。

【事例2】7回の入退院を繰り返す80歳の女性。精神疾患のある長女と2人暮らしで、隣にはひきこもりの長男がいる。退院すると治療中断し症状悪化となり家族からの入院依頼にて医療保護入院を繰り返している。

【支援経過】支援目標を訪問するも長女が介入拒否され本人と会えないため、介護の労いの声がけをしながら長女と信頼関係を構築し、次女にも協力してもらいながら本人の安否確認し医療につなげるとした。

次女は本人と半年前に電話で会話しただけが最後ということで安否が心配され、次女が訪問するも鍵が交換されており中には入れない状況。アウトリーチが訪問しても長女が「変わりありません、大丈夫です」と介入できず、長女との関係作りにも重点を置いて支援していったところ、長女から「本人が食事をたべないので入院させてほしい」と相談があり入院。入院したことで介入ができるようになり、治療中断の長女やひきこもりの長男の支援も併せて実施していった。長女が信頼している本人の主治医から社会資源の紹介をしていただいた結果、本人には介護保険が導入され、長男については生活保護が受給できるようになった。

今後は本人の施設入所をすすめ、長女と世帯分離し、長女の生活基盤として生活保護を提案し、関係機関と連携し医療へとつなげていく。長男も精神的に不安定で周囲の見守りが必要なので行政に支援依頼する。

【事例3】医療保護入院歴のある40歳代の女性で両親との3人暮らし。家業手伝いをされているが、客に暴言や高価な贈答品を贈ったり自ら警察へ通報したりする。父が入院し、看病と店番の負担が増え精神状態も不安定となるが、継母は頼れる親戚もおらず自らの受診を願っている状況。

【支援経過】支援方針として、「自分は精神科の患者ではない」と警戒心が強いいため、客として訪問し、馴染みの関係作りからはじめ、本人の相談相手から医療につなげる。継母は精神科治療の必要性は感じているものつなげる術がわからないため継母の相談相手としての役割も担う方針をたてる。

まず客として1ヵ月程度訪問し顔を覚えてもらった後に身分を明かすも「心配ないです、眠れています、相談相手は自分で決めます」と介入拒否。そして父の他界。その後の訪問からは被害妄想の対象にもなり拒否が強く介入余地なし。市の訪問も拒否され今後の精神科受診へのハードルを高くしてしまうことが懸念されることから支援を継母にシフトし、対応や疾病教育、情報提供などを実施。

今後は、本人の拒否は継続しており支援中止。継母は本人の対応できており、医療の必要性についても理解されているが精神的に不安定なので引き継ぎ

を丁寧に行い事業終了していく。

【行政への期待】

縦割り行政ではなく横の連携強化：生活保護担当
部署との連携

状態がよい時からの関係作り 予防にもなる

治療中断者の早期発見と防止のための体制整備
(入退院届けの活用)

医療への警戒心や不信感がある方の支援については行政との連携は不可欠

入退院を繰り返す事例へのアプローチ(安易な入院は自律の妨げになっていることも、福祉と医療とのタイアップ)

ストレングス視点で関わることの大切さ(関係づくりには不可欠)

精神保健福祉士の立場から

医療法人田村病院

磯崎 朱里

当チームは「アウトリーチチーム yui」として平成23年10月に和歌山県から委託を受けた。チームは、医師、看護師、作業療法士、臨床心理士、精神保健福祉士の計8名で構成されている。田村病院内に事務所を設置しているが和歌山県のチームとして位置付けており、対象者は圏域の保健所から紹介され、初回は必ず保健所職員と訪問する。平成24年12月現在の対象者は11名、そのうち田村病院の利用者は1名である。運営に関しては多職種チームや事業のあり方についてこだわり、従来の訪問看護と違い、生活支援を行うことを共有化した。「医療」前提の関係性ではなく、スタッフ個々との関係性を構築し、あらゆることを利用者が自ら選択していくことができる支援を目指した。

多職種チームの活動を事例で紹介する。なお、事例などの使用は対象者の承諾を口頭で得ている。対象者は30代の女性A、両親と同居している。事業における対象者類型は受療中断者である。X年を訪問開始時として表す。X-5年、就労していたが精神的な不調が出現し、医療機関を受診するが継続しなかった。X-1年、父が保健所へ相談し、保健所精神保健福祉士の訪問が開始された。X-7ヵ月、父が入院し母と2人暮らしになる。X年、保健所からの紹介を受け事業利用となり、週1回の訪問支援を開始した。

当時のAは不眠、昼夜逆転、頭痛、猫の声が子どもの声に聞こえてしんどいなど、イライラしていることが多く、物にあたることも少なくなかったが、医療は必要としていなかった。自宅や経験のないものに対し不安や恐怖感を持ち、追い込まれている感じがよく伝わったが、A本来の凛とした聡明な雰囲気も感じ取ることができた。Aは「安心して過ごしたい。家を出たい」と希望し、母は「何とか治療へ結びつけてほしい」と話した。支援開始から2ヵ月はAとの関係づくりを目指したが、母の都合に合わず支援に入れないことが続いた。そこで母の不安に寄り添いながら、定期的な訪問の必要性和強制的な医療導入を避けることの意味を説明した。2~4ヵ月の間はAと会えないものの、母を介して希望を聞くなど間接的にかかわる時期であった。4~6ヵ月にかけて、銭湯や買い物へ行くなどAと時間を共有できる機会が増えたが、母がAか、どちらの意向かわからないことも多

く、チームがAに直接希望を聞くことができるよう努めた。また時に母のペースになることについて、Aとの調整役も務めた。6~7ヵ月の間にAから海水浴の希望があがり、これをきっかけに中心にかかわっていたスタッフのうち、男性のスタッフを筆者へと変更し、女性スタッフ2名でのかかわりを開始した。関係性は良好になりつつあったが、頭痛や不眠、悪夢などの訴えは強まり危機的な状況も増加した。頭痛や不眠の原因が自宅にあるとの思いからホテルを転々としたり、帰宅せず行方がわからなくなり、母が警察へ捜索願を提出する場面にチームが付き添うこともあった。次第にAから「入院したい」との希望が聞かれるようになり、当院へ受診援助を行ったが病院を飛び出してしまふ。チームはここで初めて医療的なかかわりを強め服薬の説得をしたが、別の内科などの医療機関への入院を希望する。スタッフと共に何軒かの病院へ相談に行くが、全て断られ一旦帰宅する。その後ホテルで数日過ごし、母とB病院を受診し入院となった。入院後も面会で関係を継続、B病院のカンファレンスへも出席した。退院後も通院援助などの支援を継続している。

多職種チームの活動で利点と感じたことを述べる。ミーティングなどで多職種の視点を活かすことができるのはもちろんだが、何より、担当する限られたスタッフだけが対象者の支援を行うのではなく、チーム全体で検討・共有し、サポートされる形をとることが、担当スタッフに生じる不安感を軽減させると考えている。また、夜間休日の電話対応や予定外の訪問など、「今ここで」の支援が可能なのも利点と考える。

当然課題もあった。活動を始めた頃、スタッフによっては訪問や生活支援に慣れていないこともあり、専門性の活かし方がわからず、「いつもの感覚」が通じない戸惑いがあった。また、母体となる病院業務との兼務者が多い点では困難さを感じた。頻繁に訪問に出ることで、残された病院職員への負担が増加した。それがスタッフの気持ちを揺れさせた時期もあったが、関係者それぞれがその役割を理解することに努め、サポートし合える環境となったことに救われた。現在これらについては実践と共に解決している。

今後は、さらなるスキルアップの必要性と、地域との連携が課題となる。終結が前提の事業であり、既存の資源につなぐことが求められる。しかし、枠を広げて行ってきた支援を継続できる資源は乏しく、地域課題としても取り組む必要があると考える。

支援事例が伝えるアウトリーチ推進事業の意義 作業療法士の立場から

安積保養園附属あさかホスピタル

渡邊 忠義

【はじめに】あさかホスピタル（以下、当院）のアウトリーチ手法を紹介し、支援事例を通して本事業の課題や今後の方向性について、作業療法的視点から報告した。

【アウトリーチの戦略と戦術】当院のアウトリーチは、リカバリー、ストレングス、コミュニティを有機的に紡いでいくことを戦略とし、統合型地域精神科治療プログラム（OTP）²⁾の活用を戦術としている。OTPとは地域生活移行や定着の支援ツールで、認知行動療法と個別的援助を組み合わせた技法である。本稿で紹介する事例にも、積極的傾聴、問題解決と目標設定、気持ちを上手に伝えるための援助、正しい服薬、早期警告サインの見つけ方、幻聴への対応、個別的な薬物療法、目標をもつための援助など、OTPの技法を提供した。

【事例紹介】A、20歳代前半、女性、自宅で母親（病的体験あり、何らかの精神障害が疑われる）と二人暮らし。X-2年10月：連日「自分はジャンヌ・ダルクだ」と裸足で外に飛び出し、支離滅裂な言動など幻覚妄想状態、精神運動興奮、近隣への迷惑行為などで警察に保護され統合失調症の診断で措置入院。退院後、近隣クリニックに3回通院したが受診中断。X年2月、前職場に支離滅裂な内容の電話や手紙、迷惑行為。X年5月、保健所からアウトリーチ支援要請。

【支援経過】

「相互理解の時期」（4ヵ月間）：保健師同行訪問。母親同席面接で、Aは皮膚をかきむしるなどの常同行為や興奮状態出現。支援の場を地域活動支援センター（以下、センター）に変更（含む送迎）。センターでの面接は、Aの興味関心事を探り話題の共有に心がけ、信頼関係の構築や面接場面への慣れをめざした。Aの適応行為や努力行為を支持し、賞賛し、肯定的介入を続けた。母親は医療全般に強い不信任感、受診や服薬に著しい拒否の発言。

「つながり強化の時期」（3ヵ月間）：強迫的に求職活動を始め、訪問日程調整が計れず介入中断。パチンコ店3日間、イベントスタッフ1日、菓子店10日間さらに1ヵ月間の2回従事。求職活動や就労期間中も手紙や電話でつながりを確保。センターや病院の

喫茶コーナー、カラオケ店活用。ピアサポーターや医師も介入し受診につながる。しかし、すぐに受診中断。

「生活再構築の時期」（3ヵ月間）：職場からの診断書提出指示に受診再開。服薬に抵抗感あり怠業。疾患や服薬に関する心理教育実施。デボ剤導入。作業療法、デイケア、ナイトケア体験。幻聴増悪時、職場上司に休憩申告。テレビやCD、コスプレ衣装を購入。頭髪縮毛矯正、ニキビ治療などの関心事が行動化。自転車センターに単独来所。

「自分らしさを取り戻す時期」（2ヵ月間）：自転車通院。状況に応じバスも利用（時に受診支援あり）。デボ剤継続。1~2回/週デイケア利用。他者との言語交流は少ないが笑顔表出。ナイトケアの紹介に「夜だし、疲れるから利用しない」と自己判断。労働時間や作業内容に配慮され就労継続。支援者は職場担当者情報共有、支援方針確認。幻聴や注察妄想、夜間不眠は軽減。幻聴による興奮も減少。眠気や疲れやすさ、気分の落ち込みが出現。障害年金請求申請。障害者手帳申請検討。

【結果】

ケア内容と量：約1年間の支援で、ケア計画やケアマネジメントに54.4時間を要し、精神症状悪化防止のかかわりに47.8時間、対象者のエンパワメント醸成に35.6時間、対人関係の維持に24.1時間、その他の支援項目を合算すると約186.7時間の介入となり、月平均約15時間の介入。特に介入初期は信頼関係づくりによく時間を割いた。

アセスメント：Aの変化は、GAF、PANSS、SFS-j³⁾で適宜評価した。結果は、X年6月：GAF34・PANSS92・SFS-j 78、X年11月：GAF51・PANSS82・SFS-j 95、X+1年3月：GAF59・PANSS77・SFS-j 97。介入経過とともに精神機能や社会生活機能の改善が伺えた。定期受診の安定が図れた2回目の評価では、初回と比較し改善度が大きく現れた。

【考察】

本事例は病識をもちながらも就労への強い執着のため、治療への導入を困難にした。精神医学的には精神病未治療期間（DUP）が長くなれば、その予後も不良とされており⁴⁾、早期介入の必要性は高かつ

た。しかしアウトリーチの支援は「社会参加する」「傷つけない医療（支援）を行う」ことも求められ、仕事へのこだわりを許容しながら受診へのアクセスやプロセスを探り、治療と生活、仕事とのバランスを検証し、その情報共有は重要である。

作業療法では「人の生活は様々な作業（活動）の連続である」¹⁾という観点から課題分析し支援プランを設定する。アウトリーチでも作業療法の考え方を活かし、対象者理解や生活課題分析が可能であった。また介入困難事例であっても、趣味や関心事を話題に取り上げ、支援に介在させながら緊張緩和や対象者との距離を縮めることができた。つまりアウトリーチでも積極的に作業（活動）の利用を試みるのが重要であろう。

アウトリーチは家族が抱く対象者への陰性感情を軽減させ、対象者の良さを理解し、家族が最も身近な支援者として存在していることを気付かせる。また行政保健師には支援過程への参画、地域生活定着への協力などを通じ、地域のエンパワメントを醸成することができる。

支援者は対象者の変化を期待し、根気強く長期的に介入を続ける。そこには閉塞感や疲弊、挫折が隣り合う。支援者の介入意欲が損なわれないよう、多職種の自由な発想が許され、発想の場が確実に確保されることが必要である。

【おわりに】身近に支援者が存在していること、生活課題に対象者自ら気づく場面をつくること、対象者の新たな生活づくりへの挑戦に寄り添うことなど、アウトリーチは手間と時間を要するが、意味のある作業である。

今後、訪問看護ステーションによる訪問、医療機関の精神科訪問看護指導、アウトリーチ訪問等の役割分担や棲み分けが明示されることを期待する。

倫理的配慮として症例報告に関し本人の同意を得ており、また開示すべきCOI（利益相反）関係にある企業などはない。

- 1) 平成21年度老人保健健康増進事業「自立支援に向けた包括的マネジメントによる総合的なサービスモデル調査研究」報告書/日本作業療法士協会,2010
- 2) 水野雅文, 村上雅昭, 佐久間 啓: 精神科地域ケアの新展開. OTPの理論と実際. 星和書店, 東京, 2004
- 3) 根本隆洋, 藤井千代, 三浦勇太ほか: 社会機能評

価尺度（日本語版）の検討/ 日社精医誌, 17; 188-195, 2008

4) 精神疾患の早期発見・治療の重要性. e-ヘルスネット(<http://www.e-healthnet.mhlw.go.jp/information/heart/k-08-002.html>)

統合失調症の脳生理学的研究の進歩

九州大学病院精神科精神科

鬼塚 俊明、土本 利架子、小田 祐子
神庭 重信

1924年にドイツの精神科医Hans Bergerがヒトの脳波の研究を開始し、その後、多くの臨床医・研究者により脳波を指標として意識レベルの変化、睡眠、てんかんにおける異常な神経活動などが研究されてきた。現在では技術の進歩に伴い、脳磁図にて高周波を含む帯域(30~200Hz)の神経活動が記録できるようになり、世界的に注目されている。

皮質の抑制回路が脳波律動に関与していると考えられているが、帯域のneural oscillation発生に重要なのが、GABAを伝達物質とした抑制性の介在ニューロンである。Parvalbumin (PV)を発現する介在ニューロン(PVニューロン)は、錐体細胞へ抑制性シナプスを形成し、錐体細胞の発火タイミングを制御していると考えられている。PVニューロンが多数の錐体ニューロンにGABA抑制性に作用することで、錐体細胞の活動は同期し、neural oscillationが生じる。

Neural oscillationの1つにsteady state response (SSR)があるが、これは規則的な視覚や聴覚刺激呈示により得られる一定時間持続する安定した反応で、刺激頻度に同期して反応の周波数や位相は変化する。SSRは認知機能と直結するものではないが、ある頻度の刺激呈示に神経ネットワークがどの程度同調するかを指標となると考えられる。聴覚刺激で記録されるものはauditory SSR (ASSR)と呼ばれており、GABA機能を反映していると考えられている。近年、精神疾患の病態を興奮性・抑制性神経活動のバランス障害から考えるアプローチが注目されている¹⁾。本稿では、我々の統合失調症におけるneural oscillation研究を紹介した。

1) Uhlhaas, P.J., Singer, W.: Neuronal Dynamics and Neuropsychiatric Disorders: Toward a Translational Paradigm for Dysfunctional Large-Scale Networks. *Neuron*, 75: 963-980, 2012

NIRSを用いた統合失調症患者の単一言語誘発課題時の 酸素化Hb濃度の変動について

久留米大学医学部神経精神医学講座¹⁾
久留米大学高次脳疾患研究所²⁾

小路 純央^{1,2)}、森田 喜一郎^{1,2)}
森 圭一郎^{1,2)}、柳本 寛子^{1,2)}、藤木 僚^{1,2)}
石井 洋平²⁾、内村 直尚^{1,2)}

【目的】統合失調症患者における注意・遂行機能、表情認知機能など、様々な認知機能障害については多くの報告があるも、いまだ不明な点が多い。本研究は、事象関連デザイン下で多チャンネルNIRSを用いて、遂行機能を反映するしりとり課題および単一言語誘発課題として測定した（課題1）。さらに「生物（限定）しりとり」課題時の脳血流変動を情動の影響として赤ちゃんの表情写真賦課時に測定し（課題2）、統合失調症（Sc）患者および健常者において比較検討した。

【対象および方法】対象は、ICD-10を用い2名の精神科医師より診断されたSc群20名と年齢を一致した健常群20名である。精神症状はPANSSにて評価した。すべてのSc群は抗精神病薬を服用している。NIRS計測は日立ETG-4000を用いて記録した。（課題1）「通常しりとり」、「生物（限定）しりとり」および「単一言語誘発課題」として、1つの言語刺激によって1つの言語を遂行する課題を20回行い、（課題2）「生物（限定）しりとり」課題時の脳血流変動を「泣き」「中性」「笑い」赤ちゃん写真賦課時に20回測定した。各々レスト条件は、「あ・い・う・え・お」と12秒間ずつ繰り返した。データは酸素化Hb濃度（Oxy-Hb）を計測し20回の加算平均波形を求め、最大振幅、刺激から最大振幅までの時間（潜時）および刺激提示後7秒間の面積近似値を解析した。関心領域として前頭極領域（左19、右22）、背外側前頭前野領域（左11、右12）、連合野領域（左9、右5）のチャンネル（Ch）部位とした。本研究は久留米大学倫理委員会の承認を得て、すべての対象者に研究内容を書面にて説明し同意を得て実施した。

【結果および考察】すべての課題において健常群に比較して、Sc群では潜時が有意に遅かった。健常群に比較してSc群では有意にOxy-Hb変動量は少なかった。また健常群では最大振幅および面積はOxy-Hb「泣き」が「笑い」時より有意に大きかったが、Sc群では、「笑い」が「泣き」より有意に大きかった。以上より事象関連デザインによる情動関連

単一言語誘発課題時のNIRS計測は、統合失調症患者の認知機能を反映する精神生理学的指標として有用であると示唆された。

近赤外線スペクトロスコピィを用いた統合失調症の予後予測と状態像把握

東京大学学生相談ネットワーク本部精神保健支援室¹⁾
東京大学大学院医学系研究科精神医学分野²⁾
東京大学大学院医学系研究科コースメンタルヘルズ講座³⁾
Social, Genetic and Developmental Psychiatry Centre,
Institute of Psychiatry, King's College⁴⁾

小池 進介^{1,2)}、里村 嘉弘²⁾、西村 幸香^{2,3)}
滝沢 龍^{2,4)}、笠井 清登²⁾

近赤外線スペクトロスコピィ (NIRS) は、脳機能を比較的簡便に、客観的に測定できるため、精神疾患への応用が数多く進められてきた。我々は、語流暢性課題施行中の前頭側頭部血流変化を多チャンネルNIRSにて検討し、慢性期統合失調症では健常対照者と比して課題に即した血流変化が小さく、賦活のタイミングが遅れることを見出した。これらの知見と、うつ病、双極性障害との研究知見を総合し、「光トポグラフィー検査を用いたうつ症状の鑑別診断補助」として2009年に精神科初歩の先進医療として認可された。

NIRSの応用として、患者の予後を予測したり、状態像を把握するような生物学的指標にも注目している。過去の検討で、慢性期統合失調症の精神症状・社会機能が、賦活の大きさと相関していることを示した。また、精神病発症超危険群および初回エピソード精神病群の横断面での検討では、臨床病期の進行に応じて血流変化が減少するが、その変化パターンが脳部位によって異なることを見出した。今後、こうした血流変化が経時的にどう変化しているのか、またある時点での血流変化がその後の症状機能を予測しうるのでどうか検討を重ね、臨床応用可能な生物学的指標を開発していく必要がある。本稿では、我々がやっている統合失調症発症前後を対象としたMRI、NIRS、事象関連電位など、マルチモダリティの縦断研究¹⁾を紹介し、統合失調症発症前後における病態生理の解明と、臨床病期の判定、予後予測などの臨床応用にNIRSが担う役割を議論した。

NIRSの測定においては先進医療でも採用されている語流暢性課題を用いた。精神病超危険群 (UHR群) 24名、初回エピソード精神病群 (FEP群) 21名、および健常対照群 (Control群) 18名を対象とし、登録後0、6、12カ月の時点にて、NIRS計測および臨床指標を得た。本研究は、東京大学医学部倫理審査委員会の承認を得て、被験者には内容を十分に説明し、文書にて同意を得ている。予備的解析結果では、Control群では0、6、12カ月の繰り返し測定でも、NIRSによる血流変化は有意な差を認め

なかったのに対して、UHR群およびFEP群では、0～12ヵ月にて前頭葉広汎にわたり血流低下を認めた (uncorrected $p < 0.05$)。臨床指標との相関においては、FEP群において、12ヵ月後の計測におけるFPCの血流変化が、その時点での社会機能の全体的評定尺度 (SOFAS) 値と正の相関関係を示した。これは前述の横断面での検討や慢性期を対象とした研究と一致し、急性期から12ヵ月経過後 (発症後約2年経過後) のFPCの血流変化が、症状・機能を反映する可能性を示唆している。また、6ヵ月後の計測において、前頭極部の血流変化が12ヵ月後のGAFおよびSOFASと正の相関を示した。以上のことより、NIRSが統合失調症の予後予測、状態像把握において、臨床応用の可能性を示すことができると期待している。

質疑では、より長期の予後との相関、入院等の再発との関係、精神病未治療期間との関係といった統合失調症の病態にかかわる臨床的な側面からのご質問を多くいただいた。NIRSの臨床応用において、ご質問いただいた内容は検討すべき事項であり、今後被験者数を増やして検討していきたい。

1) Integrative Neuroimaging studies in Schizophrenia Targeting for Early intervention and Prevention; IN-STEP research project, <http://npsy.umin.jp/cp.html>

統合失調症圏のMRI研究の進歩

富山大学神経精神医学

高橋 努、鈴木 道雄

磁気共鳴画像（MRI）などによる脳形態画像研究が活発に行われた結果、統合失調症患者の脳に軽度の形態学的異常が存在することはほぼ確実な所見と考えられるようになった。多数のVBM研究を用いたメタ解析の結果などからも、統合失調症では特に前頭葉や側頭辺縁-傍辺縁系構造に体積減少が生じていることが示されている。これらの構造変化の成因や生じる時期などについては不明な点も多いが、その一部は胎生期を中心とした神経発達障害に由来する比較的固定的な変化と考えられる。一方、統合失調症にみられる脳形態変化は、初回エピソード患者と比較して慢性患者でより程度が強いことが報告されており、初回エピソード患者を対象とした縦断研究の結果などから、統合失調症をはじめとした精神病性障害では顕在発症の前後から初回エピソードにかけて比較的活発な進行性の脳体積減少が加わると想定される。

近年の統合失調症圏のMRI研究における大きな潮流の1つとして、初回エピソードに先立つ精神病前駆状態に対する脳画像研究の活発化が挙げられる。これらの研究の多くはAt-Risk Mental State（ARMS）という操作的な診断基準により定義された精神病的発症危険群を対象としており、将来の発症予測という観点からは後に精神病を発症したARMS症例のベースラインにおける所見が注目されている。またMRIなどによる神経生物学的所見を統合失調症の客観的補助診断に応用する取り組みも行われつつあるが、臨床的実用化の観点からは課題も多い。

今回は主に、早期精神病における最近のMRI研究の結果、統合失調症圏を対象とした当教室の縦断的MRI研究の結果、および脳形態画像所見の統合失調症への臨床応用の試みなどを紹介した。

脳MRI画像を用いた統合失調症のconnectivity解析

京都大学医学部附属病院精神科神経科

笹本 彰彦、宮田 淳、久保田 学
村井 俊哉

統合失調症は従来、「生物学的基盤が想定されるが、いまだ明らかでない」内因性精神病として分類されてきた歴史があり、その生物学的基盤の探索が精力的に行われてきた。統合失調症の脳画像研究はMRIの登場により飛躍的に発展し、統合失調症患者の脳における様々な異常が明らかとなってきた。

MRI 画像を用いた定量的解析手法は、これまで主に皮質・皮質下の灰白質の体積あるいは形態を評価するために用いられてきたが、水分子の拡散運動の大きさや方向を、MRI 信号に反映することのできる拡散テンソル画像 (DTI) の登場により、マクロなレベルの形態には現れにくい、白質線維の微細構造の異常を評価することが可能になった。DTI データを用いて、単位画素 (voxel) 毎の拡散指標の異常を全脳的・自動的に検出する手法が開発されており、これにより白質線維の異常を探索的に検討することができる。このような手法では従来、異なる被験者の脳を正確にマッチさせることが難しいことが問題であったが、それを解決するような手法も考案されている。またDTIを用いて、神経線維束を三次元的に再構成するトラクトグラフィでは、特定の白質線維の拡散指標の異常を評価することができる。トラクトグラフィは複数の線維が交差するような領域では行えなかったが、それを克服する方法も考案されている。

このような白質の線維連絡の定量評価法を用いることで、特定の脳領域の巣症状として帰着することができない統合失調症の病態を、connectivityの異常という観点から明らかにすることが可能となる。

本稿ではこれらの評価法を紹介するとともに、我々の研究室で行ってきた統合失調症における白質統合性についての研究成果を報告した。

筆者らは、これらの評価法を用いて統合失調症における白質線維の微細構造異常が、皮質厚に代表される灰白質の微細構造とどのように関連しているかを調べた。その結果、白質統合性の指標となる異方性比率 (fractional anisotropy: FA) は、統合失調症患者群で健常対照群に比べて広範な白質経路で低下しており、全脳の平均FA値も患者群で有意に低下していた。また患者群でのみ、全脳の平均FA値が両半球

における平均の皮質厚と有意な相関を示した。また局所レベルにおいても、従来統合失調症で病理的関連が示唆されていた視床-皮質経路の1つである右視床-眼窩前頭皮質経路においてFA値が患者群で有意に低下しており、患者群では、その部分の平均FA値が、関連する右前頭極、右前外側頭眼窩前頭皮質の平均皮質厚と有意な相関を示した。これらの相関は健常群では認められなかった。以上の知見は、統合失調症における白質と灰白質の微細構造異常が、疾患特異的に関連していることを示唆するもので、近年解明されつつある分子遺伝学的な知見にも矛盾しないものである。

災害直後のこころのケアのあり方 東大病院災害医療マネジメント部の取り組み

東京大学大学院医学系研究科コースメンタルヘルス講座¹⁾
東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野²⁾
東京大学大学院医学系研究科精神医学分野³⁾

荒木 剛¹⁾、桑原 斉²⁾、笠井 清登³⁾

【目的】2011年3月16日東北大学の緊急支援要請があり、東日本大震災に対して3月17日より東大病院が震災支援を開始した。震災直後から「こころのケア」の必要性が判明していたため、東大病院の支援チームには身体科医師、看護師、事務職員の他に、全てのチームに精神科医が必ず同行することとなった。3月17日からの「こころのケア」の診療支援は連日にわたって4月末まで継続され、さらに週末のみの支援が9月まで行われた。その後、2012年3月まで正式に東大病院の震災支援として、精神保健体制のアドバイザーや小中高生のこころのケアスクリーニングのために月1～2回の精神科医の派遣が行われた。さらに2012年4月から現在に至るまで同様の活動を継続して東大精神科として行っている。今回は、精神科チームは宮城県の石巻エリアの1つである東松島市において震災直後より継続した震災支援を行ってきた。その経験を基にして、震災におけるこころのケアのあり方、また、マネジメントの重要性などについて考察を行い、今後の災害医療の参考になればと考えている。

【方法】震災直後からのこころのケアチームが対応した事例の振り返りを行ったうえで、震災時のこころのケアのあり方について、いくつかの提言を行った。また、東松島市において、成人の健康調査、小児のメンタルヘルススクリーニングなどが行われており、その中で、こころのケアに関連する部分について、実際のデータを紹介した。なお、後方視的検証に関しては、「大規模震災後に発症する精神症状に関する臨床評価指標の後方視的研究」としてすでに東京大学倫理委員会にて承認されている。

【結果】現地の派遣スタッフのマネジメント、さらに現地活動のマネジメントなど、あらゆる局面で様々な次元のマネジメントの重要性に気づかされた。また、「ニーズに基づく支援」の原則を忘れてはならない、ということを感じた。

【考察および結論】東大病院は、震災直後から現在に至るまで、のべ150名を超える多職種スタッフ（内科医、外科医、救急医、小児科医、精神科医、看護師、薬剤師、臨床心理士、ケースワーカー、事

務職員など）を宮城県に派遣し、身体・こころのケアの活動を続けている。急性期における自己完結型支援、被災地スタッフとの連携、支援活動の医療チーム・地域・国レベルにおける指揮、長期的視野に基づく多職種協働支援、の重要性をあらためて認識した。大規模災害時の救急医療から中長期的な保健・予防活動を包括的にマネジメントする「災害医療マネジメント学」の確立、それを担う「災害保健医療マネージャー」の育成が今後の日本の災害医療学においては重要であると認識し、東大病院では、2012年4月1日より「災害医療マネジメント部」を設置した。中尾博之部長が就任し活動を開始している。東大精神科も密に連携を取り合い、「こころのケア」について、これまでの経験を今後活かせるように努力しているところである。

災害後のゲートキーパーのあり方と自殺対策

岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座¹⁾
岩手医科大学医学部神経精神科学講座²⁾

大塚 耕太郎^{1,2)}、酒井 明夫²⁾、中村 光¹⁾
赤平 美津子¹⁾

被災地のメンタルヘルスとしては、メンタルヘルス不調者への個別介入だけでなく、被災地住民のメンタルヘルスリテラシーの向上、住民の相互交流の再構築、生活支援との連携、従事者へのメンタルヘルス対策など包括的な対策が求められる。中長期には自殺対策事業の構築も重要であり、平成24年8月に改正された自殺総合対策大綱では、自殺対策としてあらたに「(4)大規模災害における被災者の心のケア、生活再建等の推進」が課題として提示された。

特に、中長期的視点では、地域の人材を育成していく人づくりの視点が最重要課題である。地域支援をひろげていくためには、地域の医療従事者、相談窓口担当者、メンタルヘルス関連の従事者などに対して、被災者の支援法を教育していくことが求められる。自殺対策と災害支援はそれぞれに困難を抱えた人を支援するというアプローチであり、方法論、システム、人材養成などで共役性がある。

メンタルヘルス・ファーストエイドはこころの健康の不調を来した場合の地域における早期対応の方法としてオーストラリアで開発されたプログラムである。筆者の研究班も作成に加わったメンタルヘルス・ファーストエイドをもとにした内閣府のゲートキーパー養成プログラムは、自殺対策のゲートキーパーに求められる知識やスキルを習得できる。平成23年度には同プログラムに被災地対応編も加え、避難所や仮設住宅での相談対応における危機対応法について習得できるような内容を開発した。また、このゲートキーパー養成研修プログラムを基にした内閣府主催のファシリテーター養成研修会が平成23年度より開催されている。本プログラムはテキストも内閣府HPよりダウンロード可になっており、被災者のケアに携わる従事者の教育として活用が期待される。

災害後の精神疾患予防の取り組み

東北大学大学院予防精神医学寄附講座¹⁾
東北大学大学院精神神経学分野²⁾

内田 知宏¹⁾、松本 和紀¹⁾、高橋 葉子¹⁾
越道 理恵¹⁾、佐久間 篤²⁾、桂 雅宏²⁾
佐藤 博俊²⁾、上田 一気²⁾、松岡 洋夫²⁾

東北大学精神医学教室は、東日本大震災の発災直後から、宮城県内の精神保健・福祉・医療の領域においてさまざまな形で支援活動を続けてきた。東北大学大学院医学系研究科に設置された予防精神医学寄附講座（予防精神医学講座）は、宮城県の寄附によって設立された講座であり、みやぎ心のケアセンターと連携しながら県内の精神保健福祉の底上げに向けて、精神疾患の予防と早期発見、早期支援にかかわる活動と研究を行うために2011年10月に設立された。

予防精神医学寄附講座では、災害時およびその後の復旧・復興期で支援者として働く人々のメンタルヘルス対策に力を入れており、これまでに、自治体、消防、病院、社会福祉協議会などに健康調査、個別相談、研修などの支援を行っており、精神的健康についての縦断的な調査も実施している。健康調査については、支援に入っている組織のうち協力が得られた複数の組織で実施しており、縦断的な評価が予定されている。調査では、Kessler Psychological Distress Scale (K6)、PTSD Checklist (PCL)、PHQ-9ことところからの質問票 (PRIME-MD TM PHQ-9) 日本語版に加えて、現在の業務や自身の被災の状況、健康状態、職業性ストレス、ソーシャルサポートなどについて調べている。これまでの結果では、自治体や病院の職員では、発災から1年経過した時点でのK6の得点は、宮城県の仮設住宅住民の得点よりも大幅に高く、また、震災前の宮城県の一般住民の得点よりも高い値を示している。こうした職場では、発災から1年を経過してもなお、強いストレスを感じている職員の割合が高い。こうした結果は、組織の担当者に伝え、組織としての対策を一緒に検討するようにしている。健康調査の実施に際しては、原則的にその後の個別相談と組み合わせることにしている。

また、震災後に亜症候性の精神的問題を抱える人々に対する心理的支援方法を確立するための研究や支援についても重要な領域として取り組んでいる。その1つは、Skills for Psychological Recovery (SPR) の普及と被災地での適用である。SPRは、2010年にアメリカ国立PTSDセンターとアメリカ国立子どもトラ

ウマティックストレス・ネットワークが開発した、災害復興期の心理的支援方法である。2011年6月に兵庫県こころのケアセンター研究班が翻訳し、日本語版を公表している¹⁾。災害の復興回復期に特化した支援プログラムであるSPRは、これまでいくつかの海外の災害後に用いられているが、わが国では本格的に適用されていない。東日本大震災の被災地において実際に支援にかかわっている精神保健医療の専門家がSPRのトレーニングを受け、これを実際の被災者に適用することは、被災地におけるメンタルヘルス対策として実践的な意義があると考えられる。もう1つは、被災地の一般市民に広く認知行動的アプローチを学んでもらうための研修会の開催である。認知行動療法はうつ病、不安障害などさまざまな精神疾患に適応があり、その有効性が報告されており、精神疾患に対する治療法としてだけではなく、疾患にまで至らない抑うつ症状に効果を示したり、精神疾患の予防にも効果があることが示されており、医療現場以外の領域にも広く応用されている。このアプローチを広く社会に普及していくことで、被災者の精神的な健康増進が図られることが期待される。そこで、国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターの協力を得て、「こころのエクササイズ研修会」という名称で、全6回から構成される研修プログラムを被災地で実施し始めている。

その他にも、東日本大震災による精神医療の被害と診療への影響を調べるための調査などを実施している。これまでの解析によれば、震災直後に、統合失調症圏の患者に著しい影響が生じ、とくに、かかりつけ医を受診できない患者が近隣の医療機関を新患として受診したり、被災による直接的な体験や、被災後の環境変化に伴い急性増悪し入院する患者も増えていたことがうかがわれる。一方で、震災後に急性ストレス障害や心的外傷後ストレス障害のために医療機関を受診する患者が限られていた。今回の宮城における経験からは、大規模災害後の精神科医療機関への支援体制は不十分であることが明らかとなっており、今後の災害に備えた支援体制の強化を検討すべきだと考えられる。

今後も、被災地では中長期的な視点から精神保健

・医療領域の支援を強化し、精神疾患の予防と早期介入に向けた取り組みが必要とされている。予防精神医学講座では、実践的な立場からこのための支援と研究を続けていく。

1) 兵庫県こころのケアセンター：サイコロジカル・リカバリー・スキル実施の手引き。(<http://www.j-hits.org/spr/index.html>)

避難地域周辺の精神医療の復興 新設講座のあり方を通じて

福島県立医科大学会津医療センター附属病院精神医学講座

久村 正樹

2011年3月11日に起きた東日本大震災を受け、被災地を中心に災害に備えた講座ができた。筆者は2012年4月より東京から福島へ移住し、福島県立医科大学災害医療支援講座という寄付講座に1年弱籍を置き、主に南相馬で仕事をさせてもらった。講座が復興に対して機能していくか否かの判断はこれからであるが、講座設置までの時間が短かったことなどから生じている問題もある。講座が今後どう機能してゆくべきか、講座のメリット、デメリットを検討し、復興へ通じる講座のあり方を論じた。

災害救助要員のメンタルヘルス

筑波大学医学医療系災害精神支援学

高橋 晶

2011年3月11日に東日本大震災が発生し、広範囲で甚大な被害をもたらし、死者・行方不明者数は計2万人弱にのぼった。さらに、福島第一原子力発電所で放射性物質の放出を伴う重大事故が発生した。

この大震災に対して、2011年5月21日に日本精神神経学会の声明が発表され、「災害精神支援学講座」を新設し、地域精神科医療の確保とこころのケアの長期的支援を実現し、その支援方法の妥当性の検証を行い、わが国の災害精神医学・医療を確保し、将来の大規模災害にも対応できる人材育成を推進すべきであると提言された。これに応じて当部門が2012年4月に新設された。

被災者に対するメンタルヘルス支援は最優先の課題である。その一方、警察官、消防官、自衛官、医療従事者など、災害時に前線に立つ人々に対する救援要員へのメンタルヘルスは従来等閑視されてきた。しかし、救援者が独自に抱える問題への対策を検討することは、より有意義な復興のためには欠かせないと思う。

またボランティアも重要な災害救援要員である。善意から被災地に駆けつけたが、あまりの惨状を目の当たりにして、燃え尽きてしまうボランティアも存在し、専門職の救援者以上に、メンタルヘルスの配慮が必要な領域と考えている。

今回は救援者支援について、概論と当部門の取り組みを紹介した。救援者は事前に災害教育がないまま、現場に行き、傷ついて帰還することも少なくない。このため、事前の教育、啓発は重要な点であると認識している。そして、災害時にネットワークを作るとはとても大変であり、平時のネットワーク作りが重要であると考えている。救急医療、他職種との連携が不可欠であり、精神科単体で動くことなく、チームで協働できることが理想的であると考えている。被災者支援は何よりも重要な事項である。救援者は救援して当たり前と考えられ、メンタルヘルスは自分たちでできて当然と考えられている風潮がある。

しかし実際にはまだ不十分であることが多い。悲惨な状況で最大限の努力を重ねている支援者に尊敬と感謝の気持ちを持ち、被災者と同様に、救援者支援を行い、復興の一助になればと考えている。

災害精神医学に関する研究の課題

東北大学災害科学国際研究所災害精神医学分野¹⁾
東北大学大学院医学系研究科²⁾
東北メディカル・メガバンク機構³⁾

富田 博秋^{1,2,3)}

災害精神医学の研究領域では、倫理的妥当性について十分に検討を行いながら、基礎医学、臨床医学、疫学、情報科学などの多角的な研究手法を用いて、災害が精神行動に及ぼす影響と回復に有用な要因を心理・社会・身体面から検証し、被災者の健康増進や被災地の精神保健福祉の遂行に有用な情報を集積すること、および、災害関連精神障害の病態の理解を深め、より効果的な予防、スクリーニング、診断、治療のあり方の研究・開発を進め、被災地の精神医療保健体制のさらなる向上につなげることが必要になる。東北大学では、東日本大震災からの復興・再生に貢献するとともに、国内外の大学・研究機関と協力しながら自然災害科学に関する世界最先端の研究を推進するための研究組織「災害科学国際研究所」が平成24年4月に新設された。理学、工学、人文科学、医学など幅広い領域を専門とする7部門37分野が学際的な連携協力を行う体制で、その中に「災害精神医学分野」が発足した。また、東北大学には同年2月、「東北メディカル・メガバンク機構」が新設され、被災地域における住民の長期健康調査とその結果の回付、地域の医療機関での勤務を組み入れた循環型医師支援システムの確立、二度と診療情報を失うことなく地域で共通した医療記録にアクセスできる医療情報ICTの仕組みづくり、バイオバンクの整備とゲノムコホート研究の推進による未来型の個別化医療体制の構築に取り組んでおり、災害精神医学分野はこれらの事業の精神医学に関するプロジェクト推進も行っている。今回、災害精神医学の領域に残されている研究の課題を検討し、「災害精神医学分野」の取り組みを紹介した。

原発事故後の精神的負担の多様性について 福島県南相馬市からの報告

福島県立医科大学災害医療支援講座¹⁾
雲雀ヶ丘病院²⁾

堀 有伸^{1,2)}

自然災害が地域社会に与える影響は甚大であるが、災害の内容がそれに限定される場合には、地域の各住人が抱える問題は可視化されて共有されることが比較的容易である。しかし、平成23年の原子力発電所事故を含む複合災害では、同一地域内でも各住人が置かれている状況に差異が生じやすい。震災前には地縁・血縁で結びつく関係にあった人同士であっても、放射能の低線量被ばくについての考え方や、受ける賠償の内容の差などによって、立場に違いが生じてしまっている。これは地域の分断につながるおそれがある。

福島県南相馬市は、平成18年に北から鹿島町・原町市・小高町が合併してできた市であり、東は太平洋に面し、西は阿武隈高地に接している。いわゆる浜通りに属し、福島第一原子力発電所以北で現在居住することが可能な、そこから最も近い土地となっている。

平成23年には、その発電所から20km圏内が警戒区域、20～30km圏内が緊急時避難準備区域に指定された。そして、南相馬市では小高区がほぼ20km圏内に属し、原町が20～30kmに位置し、鹿島区が30km以遠となるという形で、市内で震災後の生活のあり方に大きな違いが生じた。旧警戒区域内への一般人の立ち入りが許可されたのは、平成24年4月からであった。生活インフラは十分に整備されておらず、宿泊は現在も許可されていない。廃棄場の選定が遅れ、ガレキの処理は十分に進んでいないために、現在でも震災直後に近い状況が残されている場所もある。平成24年の5月と6月には、旧警戒区域内に一時帰宅していた住民がその場で自殺を遂げるというニュースが続いて2件報道され、地域住民に大きな衝撃を与えた。

30km圏内は平成23年9月まで緊急時避難準備区域とされ、「緊急時に自力での避難が前提となるため、自力での避難等が困難な状況にある子供、要介護者、入院患者」には避難が指示された。そのために学校を再開することや、病院が入院患者を受け入れることは許可されなかった。筆者が平成24年4月から勤務する雲雀ヶ丘病院も、全入院患者の避難が行われ、行政の援助を得て県内外の多数の病院で転入院

を受け入れていただいた。この経過は、熊倉によって報告されている¹⁾。また、野村は南相馬市の5つの高齢者施設を調査し、避難後の死亡率を避難前5年間の死亡率と比較して、それが2.68倍と高率だったという結果を報告した²⁾。震災時に市内の海岸部に暮らしていた人々には津波による被害が大きく、西の山に近い地域に暮らす人々の住居には放射能汚染の影響が深刻であるという体験の断絶が生じている。

震災後にこの地域では急速に高齢化が進行した。及川の報告によれば、南相馬市内の居住人口に占める65歳以上の高齢者の割合は平成23年3月1日には25.9%だったが、平成25年3月1日には32.9%にまで上昇した³⁾。高齢者は郷里への愛着が強く、避難生活を送っても帰郷することを強く求めるが、世代が若くなるほど他地域への移住を選択する傾向が強い。地域の高齢化への対応は十分になされておらず、高齢者施設や介護職員の不足が指摘されている。

勤労世代の負担も増している。労働に従事する人口は減っているが、震災前から継続していた業務に加え、震災後に新たに発生した復旧・復興のための事業にも対応する必要に迫られ、一部の住民には過労の状況が継続している。地域社会に余裕がないことは、小児・児童や育児を担当する母親たちの負担も大きくしている。極端な事例では、市内で育児を行っていることを、子どもを危険にさらしていると非難されることがある。逆に、復興を目指す地域の中で、放射能が子どもに与える影響への不安を表出することが難しくなる場合もある。

平成25年3月末の状況で、震災関連死と認定されたのは南相馬市で406人となっている。このように地域への負担が大きい状況では、積極的な精神衛生の向上への関与が行われるべきである。

1)熊倉徹雄：福島県原発事故と精神科病院入院患者避難 私たちの経験・臨床精神医学, 40(11); 1417-1421, 2011

2)Nomura, S., Gilmour, S., Tsubokura, M., et al.: Mortality risk amongst nursing home residents evacuated after the Fukushima nuclear accident: A retrospective cohort study. PLoS ONE, 8(3); 2013

3)及川友好：福島第一原子力発電所事故による地域社会と医療への影響．保健医療科学，62(2)；172-181，2013

山梨県自殺再企図防止ケア事業の実施状況

山梨県立精神保健福祉センター¹⁾
山梨県看護協会²⁾
山梨県立中央病院地域連携センター³⁾
山梨県立中央病院周産期・救急看護科⁴⁾

小石 誠二¹⁾、安藤 けいこ²⁾、三澤 みのり²⁾
手塚 満寿子³⁾、望月 理子⁴⁾

【目的】自殺の最大のリスク因子は最近の自殺企図の既往であるが、自殺未遂者への福祉・保健機関の介入については報告が少ない。この目的で行政が個別支援に取り組むことの実現性と留意点を検討した。

【方法】山梨県は関東地方西端に位置し人口は約85万。地域の特性は、山地が多く自然が豊か、地域住民の交流が濃い傾向、健康長寿に関するデータが良好、日本住血吸虫症を克服した歴史も関連して果物の生産が多い、人口あたりの保健師数が日本一で保健活動が活発な伝統などが指摘される。身体科二次救急は5圏域、三次救急は県内に1箇所。その病院に精神科医は当事業の開始当時1名のみで精神科病棟はない。自殺に関しては警察統計（発見日・発見地）の自殺率が高く「名所対策」の取り組みも行っているが、人口動態統計の県民の自殺率も近年は全国平均以上で推移している。平成21年に自殺未遂で三次救急に受診して入院した例の入院期間は平均2.2日で、1/3は院内の精神科に受診、2/3は通院中の医療機関への紹介状を作成して退院した。三次救急への自殺企図者の搬送は平成22年度実績99件で、うち16名が死亡、5名は外来のみで帰宅、2名が他院紹介、76名が入院した。平成22年度から山梨県看護協会に委託して企図者への個別支援を開始した。具体的には、自殺企図者が三次救急経由で入院すると、救急病棟スタッフが企図者本人に事業を説明し、同意を得た場合に病院ソーシャルワーカーを介してライフコーディネーター（LC）、すなわちこの事業における支援者に連絡が入り、LCが病院に出向いて本人と面接し、支援を開始する。今回はこの事業の実際の運営や、その中で未遂者へのかかわりの内容を振り返る。

【結果】取り組みの契機の一つは、地域自殺対策緊急強化基金が挙げられる。技術を要する個別支援は、平成21年7月から自死遺族相談窓口を精神保健福祉センターに設置していたが、最もハイリスクな「最近の自殺企図歴」への取り組みが必要、との判断で事業メニューから選択された。対象は、三次救急に搬送された未遂者のうち、精神科病院へ転院せず、しかし支援体制が不十分で再度、自殺企図に追

い込まれるリスクが高いと考えられる人とした。人員は1.6名体制で、担当者は山梨県看護協会から派遣された、精神保健や精神科医療の経験のある保健師2名。この事業での主な支援内容は、未遂者を適切な支援につないで保護因子を高めることとした。また当面は平日の日勤帯のみに限定し、担当者の心理的負担を軽減するため、各事例の経過はあえて追わないことにした。精神保健福祉センターに常駐とし、定期的な報告に加えて随時、所内での相談が可能な体制とした。県看護協会も事業推進のプロジェクト会議を立ち上げて下さった。平成22年4月から2年8ヵ月間での実績は、派遣要請受理73名（男30、女43）で20～39歳が31名と多かった。有職者40名、無職者33名だった。支援の手順は、自殺企図に到った背景について本人や家族との面接などで情報収集し、現時点での保護因子を確認した上で支援につないだが、その際に事前の連絡や同行、事後確認、さらに必要に応じて電話連絡などにより確実につながるようにした。相手先は市町村、医療機関、福祉事務所が多かった。支援手段は、初回は面接を行う。その後は電話連絡による調整などが多用され、支援行動723回中、電話などが344回、関係機関への連絡が230回を占めるが、医療機関への同行18回、家庭訪問9回なども要している。支援期間は大半が2ヵ月未満だった。支援開始時期については、入院中の方が退院後からの場合よりも関係が作りやすい、というかなり明確な印象が得られた。保護因子を本人・家族と共同で探る過程自体が心理的視野狭窄に陥りがちな企図者への支援として有用、支援につながる力が弱い状態の企図者が多くつなぐこと自体が問題解決に大きな比重を占める、企図後早期からの介入で家族などの動揺や不適切な対応を軽減できる、などの手応えが得られた。また病棟スタッフから、院内外の社会資源を再確認できて企図者に声がけしやすくなった、との感想もあった。事業2年目に各事例の支援経過を振り返り、つなぐ過程が進んだ際のLCの思考や実践の過程を文章化した手引き書を作成した。さらに自殺予防総合対策センター松本副センター長に「自殺しない約束」の前に死へと追い詰める問題への対処の方向性が大事で、相談する約束の方が重要

であること、との教示をいただいて完成した。二次救急の状況は、県障害福祉課によるアンケート調査で、身体救急の輪番34病院中、21病院が回答し、未遂者に何らかのケアを行っている、との回答は10病院だった。

【考察および結論】この事業では三次救急患者が対象で、男女比は既遂者と一般の未遂者の中間である。これまでにLCが過剰な不安を負うことなどはなく、このような形態での介入は実施可能と考えられる。基金終了後どのように地域へ引き継ぐか、二次救急でのニーズがどのような形で満たせるか、などが目下の課題である。

群馬県こころの健康センターにおける自殺未遂者支援の取り組み

群馬県こころの健康センター

生方 政子

【はじめに】群馬県の自殺者の状況は、平成23年の人口動態統計では476人、自殺死亡率は24.2で、全国平均よりもやや高い水準が10年以上続いている。

当センターは、平成16年1月に、精神保健福祉センターと精神科救急情報センターの機能を一体化し、電話相談や来所相談、家族支援、自殺対策の他、県内全ての精神保健福祉法による通報受理、事前調査、移送業務などの一連の業務を担当することとなった。そして、通報により入院した患者に対し、退院促進と地域定着を図るため、医療機関に退院前の個別支援会議開催を依頼している。平成23年度は、通報後の入院患者は202名で、115回の支援会議を開催するなど、支援会議開催を重視している。

【自殺予防対策の取り組み】当センターでは、他の精神保健福祉センターと同様に、自殺予防対策として、人材育成、相談体制の充実、普及啓発、自死遺族支援などに取り組んできた。近年、特に重点を置いているのが自殺未遂者支援であり、平成24年10月に自殺未遂者支援についての実態調査を県内の救急告示医療機関を対象に実施し、精神的ケアへの対応が十分に行われていないことが判明した。これを受け、平成25年3月には「自殺未遂者支援ネットワーク研修会」を行い、上記医療機関の相談支援従事者に実態調査結果を報告し、自殺未遂者支援への協力を依頼した。

【「自殺未遂者こころの支援事業」について】平成20年11月から、自殺未遂者の再企図を予防するため、救命救急センターなどと連携し、自殺未遂者および家族を支援する「自殺未遂者こころの支援事業」を開始した。この事業は、自殺未遂を繰り返す人、家族などの支援が得にくい人などについて、搬送先医療機関のスタッフから連絡を受け、退院前支援会議に保健所と当センターの精神科医師、保健師などが出向き、本人、家族、主治医と顔合わせをした後、退院後のアウトリーチなどの支援を行っている。支援会議により、本人が抱える問題を知り、本人や家族の気持ちや希望に添った退院後の支援につなげることができる。そのため、当センターでは、医療機関から情報を得ると、精神科医師と保健師が、支援会議開催の可否、対応方法、支援のために必要となる連携機関について話し合いを行い、連絡

調整を行っている。平成23・24年の実施状況は、医療機関からの情報提供が13件あり、6名は退院前に支援会議を行い、退院後、家庭訪問などを継続した。また、3名は、精神科への転院や、施設入所などとなり、残りの4名は、医療機関側から情報提供があったものの、本人が行政の関与を拒否し、地域支援につながらず、その中には、再度自殺を図り、亡くなった方も含まれている。再企図のリスク評価や本人・家族から地域支援へつなぐ同意を得ることは、医療機関が行うが、傾向としては、致死性の高い手段で自殺を図り、入院中の患者が対象となっている。

「自殺未遂者」に対し、「支援会議」を行うことに懸念の声が関係者から出ることはあったが、自殺未遂に及んだ経過や、入院後の状況の振り返りを行うことは、今後、同じような状況になったときの安全な対処行動の取り方について支援者も一緒に考え、共有することができ、退院後の地域支援につなげることができる。また、本人、家族が支援会議に参加することにより、治療や支援を受ける動機付けも行え、不安を抱えている家族に対し、退院後の相談先を明確にでき、不安を軽減する効果がある。

しかし、医療機関側にとっては、対象者を選定しにくいこと、医療機関が退院後の支援の必要性を感じても、本人や家族が行政の介入を拒否し、同意が得られなければ、地域支援につなげられないなどの問題があり、この事業における課題はまだ多いが、再企図の防止を目的とした自殺未遂者支援の体制づくりを推進するために当センターが窓口となり、保健所など地域相談機関とともに支援している。

また、群馬県では、平成25年4月から、前橋赤十字病院へ担当ソーシャルワーカーを配置し、自殺企図で搬送された患者情報調査と、自殺未遂者の退院、転院前後のソーシャルワークを行う自殺未遂者実態調査事業を開始した。今後、救命救急センター内での未遂者対応の充実と行政機関との連携強化、他の医療機関への波及効果が現れるよう、当センターもこの事業へ協力する。

【おわりに】自殺未遂者がハイリスク者と理解しつつも、対象者により自殺に傾く要因は異なり、支援を継続したことで回復した事例、支援を継続しな

がらも自傷を繰り返す方もあり、現在も、2ヵ月に1度、関係者により事例検討を行い、支援の振り返りや意見交換を行っている。今後も、医療機関や行政機関の各々の立場が連携し、未遂者が再企図に及ばないよう、自殺予防のための支援を継続したいと考える。

司法書士による自殺未遂者対策 「ベッドサイド法律相談事業」の取り組み

福岡県司法書士会

濱田 なぎさ

【目的】自殺対策としては、自殺未遂者というすでに問題が顕在化し自殺企図率の高い方に対し、きめ細やかな支援を行うことが重要である。また、借金などの経済的問題は精神面への影響が大きく、自殺行動を起こす危険因子の1つであり、その解決は自殺念慮を和らげる。しかし、多くの自殺未遂者は、精神的課題から自ら相談場所へ赴き問題解決を図っていくことが困難な場合が多い。そこで、福岡県司法書士会では、「ベッドサイド法律相談事業」を立ち上げた。

【方法】医療機関などからの要請を受けて、借金等の経済的問題を抱える自殺未遂者の入院先に司法書士を派遣し、債務整理などの法的支援を行う。派遣する司法書士はメンタルヘルス面での研修を受けたものとし、自殺未遂者の心身の状態に配慮するよう心がけている。また、法的支援にとどまらず、再度の自殺防止と退院後の自立支援のために、福祉など他の社会資源への橋渡しも行っている。

【結果】医療機関に出向くことで、医師・ソーシャルワーカーなどの同席のもと相談を受けることもでき、クライアントの病状・生活状況全般に配慮した支援が可能となった。また、入院中に問題解決またはその方向性を示すことで、クライアントの退院後の不安感を和らげることができた。

【考察および結論】自殺企図に至るには、社会的・経済的・身体的など複数の要因が絡み合って存在することが多く、再企図を防止するためには各々の問題を解決していかなければならない。ただ、自殺未遂者に緊急に対応している医療現場では、その要因、特に法的問題への対処は必要性さえ思いつかないかもしれない。そこで、各専門職間の緊密な連携が、自殺未遂者への効率的な支援につながり、また支援者である専門職の負担軽減ともなると考える。よって、「ベッドサイド法律相談事業」を今後さらに広げていくとともに、他の機関でも、このようなアウトリーチ支援行っていたらいい働きかけていきたい。

堺市『いのちの応援係』による 警察・消防を介した自殺未遂者支援

堺市こころの健康センター¹⁾
奈良県立医科大学精神医学講座²⁾

森川 将行^{1,2)}

【目的】堺市では、自殺対策基本法の成立を受けて、平成21年3月に堺市自殺対策推進計画を策定し、同年4月から再度の自殺未遂を防ぐ試みとして精神保健福祉士など5名からなる“いのちの応援係”（以下、係）を堺市健康福祉局健康部・精神保健課内に新設した。当初は1カ所の警察署からモデル的に実施し、同年11月には対象を全市に広げ、平成23年11月からは消防局（救急隊）が取り扱った自殺未遂者（以下、未遂者）に対しても、係のリーフレットを手渡し、支援の内容を説明の上、本人ならびに家族からの同意が得られた場合、抱えている問題を解決するために訪問や相談機関に係が同行し、孤立しないよう支援している。このことにより各種相談機関の連係が確実につながり、従来から縦割り行政と指摘されていた問題点を補った¹⁾。また、こころの健康センターからは係に対して定期的な支援カンファレンスでの精神医学的観点からのスーパーバイズや緊急対応の相談に応じている。今回、本事業の3年間にわたる支援の状況について報告した。

【方法】平成21～23年度に支援の同意が得られた91人（男性37人、女性54人）について、職業、婚姻歴、通院歴、未遂歴、推定診断、手段などの背景要因と支援の状況について調べた。データは匿名化し発表者が個人を特定できない状況で集計解析した。統計学的解析として、支援が継続している群と終了した群との2群に分け、それらの背景要因とのクロス集計をし、SPSS ver.20を用いて²⁾検定を行った。なお、推定として調整済み残差を参照した。

【結果】年齢は、10歳代から80歳代まで広範囲にわたっていたが、30歳代が26.4%と最も多く、次いで40歳代20.9%、そして20歳代の19.8%と続き、これらの世代で全体の3分の2を占めていた。手段では、薬物を用いた未遂32.4%、刃物16.2%、縊首13.3%、そして飛び降りが12.4%であった。薬物のうち26.5%は他の手段も併用していた。自殺未遂の原因としては、健康問題が34.3%、次いで家庭問題26.9%、そして経済・生活問題17.7%であった。無職者が63.7%を占め、推定診断ではF3が37.1%で最も多く、次いで適応障害を含む神経症圏のF4が34.8%で、未遂前に心療内科もしくは精神科への通院中が58.2%であった。ま

た、既婚者が38.5%、過去の未遂歴が41.8%、身体合併症が28.6%、そして精神疾患の家族歴が19.8%であった。連携機関数は1カ所が27.5%、そして2カ所と3カ所以上がおのおの15.4%であった。5回以上の支援を行った中では、5～10回が22%と最も多く、次いで11～20回と31回以上がおのおの17.6%であった。平成24年末現在39人に対して継続支援中である。支援が終了しない原因としては、支援者からの聞き取りから、対象者の精神症状の不安定、低いストレス耐性、問題解決能力の限界、家族の不和、そして健康問題が挙げられた。支援の継続の有無による解析からは、統計学的に有意を認めた要因として、精神疾患の家族歴、平時からの飲酒に関する問題、そして連携する機関数が多いと支援が継続する可能性が示された。また、身体疾患、離婚歴、そして自殺の危険度が中等度であると支援が継続する傾向（ $p < 0.1$ ）を認めた。

【考察】当支援は、保護的因子を高め、困難な要因を減らすために、各相談機関の支援が確実に未遂者に届くことを目的としたハイリスク者支援であり、積極的に連絡を取ることで孤立を防いでいる。しかし、支援の同意取得の困難さや、一度同意が得られても再度支援を拒否する場合や、支援が長期化する未遂者も多く、今後支援数が増加した場合、現在の人員体制で同様にきめ細やかな対応が継続できるかという課題がある。

【質疑応答】

質疑：この事業における未遂者の再度の未遂予防などの支援の効果について評価してもらい、他の自治体でも実施しやすいようにデータをまとめて欲しい。

応答：平成24年末現在、支援を行った対象者で把握できているものでは5.5%の方が既遂に至った（一旦、支援の同意した後に拒否した対象者も含む）。今後、評価を進めていきたい。

1) 森川将行, 豊坂民雄, 杉琢磨ほか：堺市「いのちの応援係」による警察署を介した自殺未遂者支援の実態と課題 平成21年度の支援から 堺市こころの健康センター研究紀要, 3; 9-16, 2011

精神障害者がホームレスになるのは本当か？

北九州市立精神保健福祉センター

三井 敏子

普段この問題は精神医療の中心課題ではない。典型的な精神医療の現場を精神科外来としてイメージする方は多いだろうが、その診断学の第一歩では「診察室に入ってきた方の全身、身なり、顔色などあらゆる外見上の特徴を観察することから始めること」を勧めても、「路上に患者がいる可能性があるので近づくこと」を勧めたりはしない。しかし、精神科医療の必要な路上生活者が、自ら精神医療を求める機会はほとんどない。普段接しない限り、ホームレス問題は、社会学の領域の困難な課題としてのみとらえられ、医学の実践とは遠い領域のように感じられているのではないだろうか？

しかし、我々精神科医は、路上生活者が心身ともに窮迫し急性錯乱状態になり24条通報・精神保健診察が行われる場合など、ホームレスの方々と出会うことがあることは知っている。私自身は精神保健福祉センターという地方行政の専門部署にいるため、こうした場面に立ち会うことは多く、保健と福祉が危機においてようやく交差する場面と理解するのだが、思いめぐらせば、昭和50年代、60年代の病院勤めをする精神科医は、24条通報になる以前に役所が「行路病人」として連れてきたホームレスの方がいたことを記憶しているのではないだろうか。

むろん、精神科病院が社会問題の顛末のすべてを入院という形で引き受けることには問題は大きく、また、そうすべきでもない。したがって、現在は、いわゆる「経済措置入院」といった運用はない。ただ、ここから、ホームレス問題そのものは以前から精神科医療と近接しており、今も変わらずあるが、保健医療のシステムが精密さを増すとともに距離をさらに遠くしていることが指摘できるのではないだろうか。

現在は、医療観察法により入院した方が、通院処遇の段取りになった時、住居確保の困難さによってこの問題と再会することもある。実情は、医療観察法のみならず、刑務所に精神障害者は多く、その方々が病のために保護観察処分も受けられず、出所の時になって、経済的にも治療的にも十分な補償がないまま社会に放り出される現実もある。彼らを慢性で重症な精神疾患を抱えた方々ととらえれば、彼らへの適切な対応は精神科リハビリテーションのシス

テムの中にきちんと位置付けられるべきだが、現実の多くは、法務省の定着支援や生活保護行政の枠組みだけの処遇が行われ、精神科において積み上げられている専門知識の知恵に到達しないまま、かかわる支援者に苦労と摩擦を生んでいるようにみえる。

精神疾患をもち、かつ家族などの援助者にも恵まれず経済的にも困窮すれば、精神疾患による能力制限のために、ホームレス状態という厳しい環境のスタート地点から新たな生活を創造するに至らず、負の連鎖を招くことは容易に推定できる。単純に言って、精神科病院に入院している多くの慢性・重症な精神疾患をもつ方々に、何の準備や支援もなく退院させれば、安定した地域生活を営むことが難しく、ホームレスに陥る可能性も大きいことには、誰もが無理なく同意するだろう。

問題の領域は、慢性・重症な精神障害者だけにとどまらない。アルコール依存症、薬物依存症、境界例、知的障害があつて精神疾患を合併するもの、発達障害者など、強制入院によって問題の解決を図れない人々が多くいる。精神科疾患が重症ではないということと、社会内での生活が安定するということは、必ずしも一致しない。このような対象にこそ、社会内における精神科治療・処遇についての細やかで専門的示唆や、医療と福祉のコラボレーション、システムティックな調整が要請されているのではないだろうか。ここでは、精神科の専門家が地域の処遇力を向上させてゆくことに一役買う必要があるのではないか。現在、それは、十分だろうか？

少しずつだが、ホームレス集団における精神疾患の実態調査もなされ始めた。森川⁹⁾は2008年、東京・池袋周辺のホームレスで精神疾患を抱えているものが62.5%と報告し、栗田^{1,2)}はNPO法人ふるさとの家で支援されている生活困窮者のうち精神疾患があるもの18%、認知症があるもの10%と挙げている。NPO法人北九州ホームレス支援機構³⁾における自立支援センター利用者にも、毎年、精神疾患のある者は、40~60%を数える。それぞれの立場からこのようなエビデンスを紹介していただきながら、物理的な家（ハウス）と精神の支え（ホーム）を巡って、これを精神保健医療の観点から考える機会を提案した。

1) 厚生労働省：生活困窮者・生活保護受給者の自立支援のための地域における包括的な支援体制の研究報告書．平成24年度厚生労働省,セーフティネット支援等事業費補助金,社会福祉推進事業,2013

2) 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（複数調査）結果について．報道発表資料，2012（<http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000027ptf.html>）

3) 奥田知志：第三の困窮と犯罪 ホームレス支援の現場から下関放火事件を考える．あんたもわたしもおんなじいのちNPO法人ホームレス支援機構会報,11；62-78,2011

4) 森川すいめい,上原里程,奥田浩二ほか：東京都の一地区におけるホームレスの精神疾患有病率．日本公衆衛生雑誌,58；331-339,2011

重層的生活課題をもつ認知症高齢者の支援

東京都健康長寿医療センター研究所自立促進と介護予防研究
チーム

粟田 主一

【はじめに】平成24年1月に実施された「ホームレスの実態に関する全国調査」によれば、全国のホームレス「都市公園、河川、道路、駅舎その他の施設をゆえなく起居の場として日常生活を営んでいる者」の数は9,576人（男性8,933人、女性304人、不明339人）であり、そのうちの25%が東京都、25%が大阪府、25%が他の政令市に暮らしているということである。また、そのうちの約1,300人を対象に実施された生活実態調査によれば、65歳以上の高齢者が全体の約30%を占め、路上生活者の高齢化と長期化が指摘されている。しかし、認知症に罹患している路上生活者の数は明らかではない。

東京都内でホームレス支援を実践してきたNPO法人ふるさと会によれば、平成24年9月の時点で、同法人で支援されている生活困窮者1,226人（平均年齢62.1歳）のうち、精神疾患がある者は215人（18%）、認知症がある者は120人（10%）、介護保険の要支援要介護認定を受けている者は278人（23%）であった。急速な人口の高齢化は、単に、「認知症・精神疾患/要支援要介護状態」にある高齢者の数を増加させるばかりではなく、それと同時に「経済的困窮」「住まいの喪失」「社会的孤立」に直面する高齢者（NPO法人ふるさと会はこれらを合わせて「四重苦」と呼んでいる）の数を増加させている。

平成24年度より施行されている改正介護保険法および介護保険事業計画においては、地域包括ケアシステムの実現が国および地方公共団体の責務として掲げられているが、認知症を含む重層的生活課題をもつ高齢者の暮らしを支えることができる地域包括ケアシステムとはいかなるものであろうか。

【地域に暮らす重層的生活課題をもつ認知症高齢者】井藤ら¹⁾は、東京都1区で行われているアウトリーチ型認知症高齢者専門相談事業の相談依頼内容の質的分析を行い、その内容は、家族の中の問題（キーパーソンが不在である、家族の疾患受容の問題・医療に不信がある、家族の介護力が弱い、家族に対する攻撃性がある）が最も多く、地域社会の問題（本人が近隣住民を攻撃する、近隣住民が本人を排除する）、虐待と財産管理の問題（身体的虐待、心理

的虐待、介護放棄、経済的虐待、金銭管理不能、経済被害、成年後見人とのトラブル）、身体医療の問題（せん妄、治療アドヒアランス不良、受療拒否、終末期医療の問題）がこれに次ぐことを示した。また、認知症のステージが高まるに従って、虐待と財産管理の問題の出現頻度が高まることを示した。わが国の高齢者福祉制度は、家族的支援が存在することを前提に設計されているが、単身高齢者世帯や高齢者のみ世帯の増加とともに、家族的支援がないために適切な医療サービスや介護サービスにつながらることができず、認知症の発症・進行とともに社会的に困難事例化し、行政や地域包括支援センターの窓口での対応が求められる人が増えてきている。

【自殺関連行動を認める生活困窮者】岡村ら²⁾は、NPO法人に支援されている生活困窮者のうち、自殺関連行動（最近の反復する自殺念慮、過去の自殺企図など）を認めた31人（64.5±14.3歳）について事例検討を行い、このうち64.5%は65歳以上高齢者で、32.3%に糖尿病、54.8%に精神疾患を認め、19.4%に認知症などの器質性精神障害が認められることを報告した。NPO法人ふるさと会の支援対象者は、住まいがなく、経済的に困窮し、家族的支援がなく、社会的に孤立している人々であるが、その多くが高齢者であり、高い頻度で認知症などの精神疾患や糖尿病などの身体疾患を抱えており、そして自殺関連行動に象徴されるような心理的苦悩を抱えている人々であることがわかる。

【日常生活支援とは何か】NPO法人ふるさと会は、こうした人々に、簡易宿泊所・自立支援ホームなどによる住まいの支援とともに、日常生活支援を提供している団体である。ここでいう日常生活支援の内容を可視化することを目的に、利用者339人（64.5±12.2歳）を対象に、11カテゴリー44項目からなる「求められている日常生活支援リスト」を用いた聞き取り調査を行った。その結果、社会サービスの利用・調整（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など）、健康の保持（体調が悪い時に相談に乗ってもらう、診療所などの連絡調整をってもらう、服薬管理など）、食事（食事の準備をってもらうなど）、安心生

活の保持（寂しいとき、困った時に相談に乗ってもらおうなど）、社会生活の保持（金銭管理をしてもらおうなど）が高頻度に認められた。これらの支援は医療サービスや介護サービスでは提供できない性質のものであり、通常は家族が行っているものであることから、“家族的支援”と呼び得る性質をもっている。

【結論】重層的生活課題をもつ認知症高齢者を支援するためには、認知症高齢者が暮らせる住まいを確保することが最初のステップとなる。この住まいには、社会サービスの利用・調整、健康の保持、食事、安心生活と社会生活の保持に関する「日常生活支援」（＝家族的支援）が付いていることが不可欠の要件となる。このような“日常生活支援付きの住まい”を確保することによって、保健、医療、介護などのフォーマルなサービス利用につながるができる。認知症の人が暮らすことができる“日常生活支援付き住まい”を確保することが、重層的生活課題をもつ認知症高齢者を支えることができる地域包括ケアシステムの必要条件となろう。

1) 井藤佳恵, 佐々木由香理, 櫻井千絵ほか: 地域において困難事例化する認知症高齢者が抱える困難事象の特徴: 認知症ステージによる検討. 老年精神医学雑誌, 24(10); 1047-1061, 2013

2) 岡村 毅, 井藤佳恵, 粟田主一: 自殺関連行動の見られる生活困窮者の生活課題と支援: ケースシリーズ研究. 第109回日本精神神経学会. 福岡, 5.23-5.25, 2013

「ひきこもり」と「ホームレス」の類似点 ひきこもり支援の考え方が必要

医療法人社団一陽会陽和病院精神科¹⁾
NPO法人TENOHASI²⁾
認定NPO法人世界の医療団³⁾

森川 すいめい^{1,2,3)}

ひきこもりの評価・支援に関するガイドラインによると、ひきこもりとは、「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おおむね家庭にとどまり続けている状態（他者と交わらない形での外出をしてもよい）を指す現象概念である。なお、ひきこもりは原則として統合失調症の陽性あるいは陰性症状に基づくひきこもり状態とは一線を画した非精神病的現象とするが、実際には確定診断がなされる前の統合失調症が含まれている可能性は低いことに留意すべきである」と定義されている。

調査によると、現在ひきこもり状態にある子どものいる世帯は、全国で約26万世帯と推計される。内閣府の調査では、「ふだんは家にいるが、自分の趣味の用事の時だけ外出する」人を含めたものを「広義のひきこもり」と定義し、約70万人であると推計している。新ガイドラインでは、その支援方法についても考察されている。

ホームレス状態の人への支援の現場では、ホームレス以前の生活で、上記の状態だった人に出会うことはまれではない。さらに、屋根のない生活ではあるが、ひきこもり状態としてホームレス状態を維持していると考えざるをえない人とも出会う。ひきこもり状態の人が、社会的参加を回避する様々な理由があるのと同様に、ホームレス状態の人が、路上生活以外の場所での生活を回避する様々な理由がある。本報告では、事例やいくつかの調査報告を提示しながら、ホームレス支援の中で、ひきこもり支援と同様の考え方が必要であると考察した。

困窮・孤立者における精神・知的障がいの課題とその支援 伴走型支援による関係回復をめざして

特定非営利活動法人北九州ホームレス支援機構

奥田 智志

2004年に開設した「ホームレス自立支援センター」におけるアセスメントの結果、入所者の約5割以上が精神・知的障がい者であることがわかった。しかも、ほぼ全員が自立支援センターに入所後、手帳や診断を受けるという現状であった。つまり、それまではその障がいに対して地域社会だけでなく、家族や自分自身も理解がないまま、生活をせざるを得ず、社会から排除されてきたという実情である。

そのことを踏まえながら、25年にわたるホームレス支援の現場からみえてきた、精神・知的障がい者の課題を分析し、また、その人たちに対する支援の実績の中から、地域社会のあり方、そして「伴走型支援」の必要を検討した。

精神科病院が本当の意味での患者ニーズに応えるとは何か

医療法人健全会明生病院

秋田 宏弥

【はじめに】最近、精神科病院の中には、病院の経営やアメニティを重視するあまり、著しくモラルを欠いた対応をするところが出てきたように感じられる。「触法患者お断り」「アルコール依存症お断り」「パーソナリティ障害お断り」などと公言している病院がある。切迫した精神症状があるにもかかわらず、「新患は2ヵ月待ちです」などと平気で断る病院が普通になりつつある。病床削減によって、一定の割合で生じる薬物反応不良例（長期の入院を余儀なくされる患者）、触法患者、薬物依存症患者や、パーソナリティに多少問題を抱えている患者の行先がなくなり、ホームレスが増加するのではないかと危惧している。また、入院中の患者で退院できる状態でも、触法患者などのように身内がかかわりを拒否し、保証人不在で住居を得られない者は多数存在する。両親兄弟は死去し、真に天涯孤独という長期入院患者も少なくない。彼らの住居を確保するための保証人を得ることは困難である。医療観察法のもと、重大犯罪を犯した者は手厚く処遇されるのに対して、微罪を繰り返すと精神障害があっても実刑に処せられることがしばしばみられる。医療刑務所には「なぜこのような病者が実刑に！」と驚くような精神障害者が多数存在する。実刑を受けると、それまで生活保護を受け住居を得ていた患者も、服役と同時に何もかも失う。出所しても住居はなく、生活保護は受けられず、再度犯罪に走るしか生きるすべはなくなる¹⁾。精神科医療に携わる者はこのような患者のニーズに応え、ホームレス化を防ぐことが必要ではないかと思う。

【明生病院における患者住宅確保】明生病院（以下、当院）は234床の普通の私立精神科病院である。医療観察法の指定通院病院であり、触法患者や暴力傾向のある処遇困難例をたくさん抱えていて、筆者の外来患者の約5分の1には前科がある。当院が現在のように触法患者を多く扱うようになったのは、3年前に急逝した故古賀靖人院長の働きに負うところが大きい。頼まれたら嫌といわない、困っている人を見捨てられない慈愛の人であった。警察、救急隊、行政から依頼され処遇困難例を多数引き受けていった結果、身内でさえも一切の関わりを拒否する患者を多数抱え込むことになった。保証人協会が

らも断られ、病状が改善しても退院先がない入院患者が多くなり、彼らの住居確保が必須となったため、様々な試みを行った。家賃支払いを病院（医事）が保証し、病状悪化時に医師、看護師が迅速な介入を行い、PSWが大家や不動産業者との個人的な信頼関係を築くことで、徐々に保証人不在でも賃貸契約が結べるようになった。このようなチーム医療の実践により、15年間で50人を超える患者の退院促進を行うことができた。実際に、築数十年の賃貸住宅は空室を多く抱え、大家は高齢化し家賃の回収に困っている²⁾。そこで確実な家賃支払いの保証と、問題が生じたときの迅速な対応を行うことができれば保証人不在の住宅確保は難しくない。近年は保証人がいないという理由で住宅確保に困ったという経験がない。

【危機管理対策】平成10年7月、他院からアルコール問題で処遇困難ということで（性犯歴情報を意図的に隠して）紹介された患者が、強姦未遂事件を起こした。この当時まではグループホームへの入居は主治医の指示で行っていたが、この事件への反省から、情報を共有し危機管理を徹底するために、「グループホーム共同住居等管理運営委員会」を設けた。この委員会は、院長、主治医、担当看護師、外来看護師長、デイケア主任（心理士）、OT主任、担当PSWなどによってなる。情報を共有し、職種を超えて対等な立場で意見を言い合い、多数決により方針を決定する。グループホームや共同住居への入所の可否に関する最高決定機関となっている。

【まとめ】触法例に対しては訪問看護を行い病状悪化を早めに察知することが必須である。看護師は定期的に、PSWは不定期に訪問する。問題のあるケースではデイケア参加を義務付け、デイケアからの情報で病状悪化の傾向を察知する。多職種（医師、外来看護師、病棟師長、PSW、OT、薬剤師、栄養士、事務職）で行う朝のミーティングで情報を共有する。訪問看護は昨年度1,800件行った。単なる安否確認や服薬状況確認を加えれば、訪問実数は4倍近くになる。本当に困っている患者のニーズに応えるためとはいえ、当院の手法はACTには程遠く、患者の社会化というより、地域へ触手を伸ばす管理に近いかもしれない。しかし、保証人不在の患者の住宅確

保のためには、現状ではやむを得ないと考えている。今後、患者の健康管理のための方法論の開発や、ACTの導入、依存症患者のためのデイナイトケアの導入などが課題であると考えている。

- 1) 岡田 尊司：統合失調症．PHP新書，2010
- 2) 竹島 正：平成20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）「精神障害者の自立支援のための住居確保に関する研究」総括研究報告書．2008

これからの認知症施策

厚生労働省老健局高齢者支援課認知症・虐待防止対策推進室¹⁾
国立長寿医療研究センター脳機能診療部²⁾

新美 芳樹¹⁾、堀部 賢太郎²⁾

認知症はわが国のみならず、世界規模の大きな問題となっている。2012年の世界アルツハイマー協会の報告書に、2010年の時点ですでに3,560万人の認知症者が存在し、毎年770万人ずつ新たに増えていることが示され、今後各国の保健上、そして経済上の課題であると示されている。わが国は世界で類をみないペースで高齢化が進行しており、認知症の最も大きな危険因子として加齢が挙げられることを考えると、わが国において認知症は今後も増加し続けることが想定され、迅速な対応が必要と考えられている。

わが国の現状に関して、このような状況をふまえ、日本の認知症者数の把握のため介護保険のデータをもとに、2012年8月に、「認知症高齢者の日常生活自立度」²以上の高齢者数を約280万人と推定した。この結果をもとに、仮の将来推計を行ったところ（日常生活自立度2以下の方などはふくまれていないので、実際の数よりは少ないと思われる）推計を行った時点で、2020年には400万人を超えると予測された。このような認知症者の増加をおりこんだうえで、様々な施策に取り組んできた。

2012年度の認知症者数推計の際に、これらの方の居場所についても推計したが、約5.2万人の人が精神病院に入院し、約半分は、居住先や支援が整えば、近い将来には、退院が可能と考えられることが示された。2011年11月に「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第2ラウンド（認知症と精神科医療）とりまとめの公表」¹⁾が行われ、これまでは、認知症の方が長期の入院も含め、施設や病院でみる、という状況があったと指摘された。

またこの中で認知症の人が暮らすべき場所は、住み慣れた環境である、という考え方が示され、これを受けて、認知症に対する対応に関するプロジェクトチームが立ち上がった²⁾。「今後の認知症施策の方向性について」のとりまとめののち、2014年6月に公表され、この方向性に基づいた「認知症施策5か年計画（オレンジプラン）」³⁾が出され、今後の施策の方針が示された。

「今後の認知症施策の方向性について」において、今後目指すべき基本目標は「ケアの流れ」を変える、と方向性が示されている。これは、上に述べ

たような現状の、「認知症の人は、精神科病院や施設を利用せざるを得ない」という考え方を改め、「認知症になっても本人の意思が尊重され、できる限り住み慣れた地域のよい環境で暮らし続けることができる社会」の実現を目指し、「ケアの流れ」を変えることを目指し、そのための標準的な認知症ケアパス（状態に応じた適切なサービス提供の流れ）を構築することを、基本目標とした。これまでのケアが、認知症の人が行動・心理症状などにより「危機」が発生してからの「事後的な対応」が主眼となっていたのに対し、「早期支援機能」と「危機回避支援機能」を整備し、これにより、「危機」の発生を防ぐ「早期・事前的な対応」に基本を置くことを主眼とした。このなかで7つの視点からの取り組みを挙げ、それぞれに応じて今後5年間の目標が示されている。本稿では、上記のような流れと、オレンジプランに関して、概説を行った。

1) 厚生労働省：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第2ラウンド（認知症と精神科医療）とりまとめの公表．平成23年11月29日

2) 厚生労働省：今後の認知症施策の方向性について．平成24年6月18日

3) 厚生労働省：「認知症施策推進5か年計画(オレンジプラン)」について．平成24年9月5日

認知症における精神科病院の役割 早期発見、早期治療と地域連携

大垣病院精神科

田口 真源

日本精神科病院協会では将来ビジョン戦略会議認知症医療検討チームおよび高齢者医療・介護保険委員会において従来から精神科の認知症医療標準化や透明化を図る目的でモデルパスの作成に取り組んだ。まず、将来ビジョン戦略会議認知症医療検討チームでは急性期認知症医療クリニカルパスや重度認知症デイケアパスを作成している。高齢者医療・介護保険委員会では将来ビジョン戦略会議認知症医療検討チームが作成した急性期認知症医療クリニカルパスの各職種に向けたサブパスを作成したほか、平成23年度厚生労働省障害者総合福祉推進事業指定課題番号26番「精神科病院における認知症入院患者の退院支援及び地域連携に関し、被災地支援につながるモデル連携パスの作成に関する調査について」（以下、26番事業）応募し、退院支援パス（A）、（B）と多職種の連携を目的とした地域連携パス「オレンジ手帳」を作成した。これらの成果物はそれぞれ「将来ビジョン戦略会議報告書」、26番事業報告書に掲載されており、日精協のホームページにもアップされている。時を同じくして筆者の地元の岐阜県が県医師会に「地域連携モデル事業」を委託しており、そのモデル事業でもオレンジ手帳の作成と普及を柱として取り組んだ結果、そのプロセスの中で地域連携の推進、深化を図ることができた。従来精神科病院の地域連携の取り組みは退院促進とほぼ同義語であったように思われるが、精神科における外来、入院医療を地域連携の枠組みの中でとらえるに至った。さらに認知症を疾患という枠組みでみると、早期発見、早期治療は欠かせないが、根治治療や生物学的な診断戦略が確立されていない現在、感情障害やRBDをはじめとしたなどMCI以前の前駆症状や合併症状にも精神科症候学を駆使して認知症の精神症状だけではなく「老年精神医学」の枠組みで診療にあたることが優位であることを提言した。

医療と地域包括支援のあり方を考える 認知症の人と家族と共に

NPO法人認知症の人とみんなのサポートセンター

沖田 裕子

【はじめに】在宅で暮らす認知症の人や家族の支援について、2012年6月に厚生労働省から出された「今後の認知症政策の方向性について」や、その後の「認知症オレンジプラン」により、「初期集中支援チーム」（以下、初期支援チームとする）が提案された。認知症の早期発見と、医療との連携を含めた認知症の地域包括ケア体制の強化、切れ目のない支援について考えられたプランである。この「初期支援チーム」について、在宅介護の認知症の人や家族を支えるために、より適切な支援体制のあり方を看護、介護の立場から考えてみたい。

【初期集中支援チームとは】この「初期支援チーム」は、認知症の地域包括ケアの中で大きな役割が期待されるものになると考えられる。地域包括支援センターなどに看護師、作業療法士などの専門職を配置し、早期支援機能、危機回避支援機能を発揮させようとするものである。

この支援チームがかかわる時期は、認知症の原因疾患としての初期のイメージではなくて、この時点では家族などの気づきとしての初期であった。

また、「かかりつけ医の認知症対応力が向上し、『認知症初期集中支援チーム』の取り組みが普及するまでの間は、主として『身近型認知症疾患医療センター』の医師が『認知症初期集中支援チーム』の一員として関与したり、ケアマネジャーやかかりつけ医などに対する専門的なアドバイスを行う役割を果たすものとする。」とされている。

【家族のもつ困難に対応した事例を通して】

事例1：認知症かどうかわからず悩んでいる家族。医療機関以外でも相談できる人や場が必要で、診断を受けるため判断を助ける必要がある。

事例2：診断は受けたが、BPSD（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia）にどのように対応したらよいかわからない家族。投薬だけでなく、生活の中で具体的にBPSDの解決にむけての対応や、変化していく状況に応じて相談できる人や場が必要である。

事例3：決断できない家族。家族が診断や、介護保険の利用、諸制度の手続きなどに対して、本人に代わって決断できない場合は、その原因を一緒に考

え解決していくことが必要である。必要があれば他の親族なども面談しながら、家族に代わって説明し同意を得ていく、あるいは他に決断できる家族を見つけていくことが必要となる。

【本人や家族へのエンパワメント】これらの事例への支援を通して、「初期支援チーム」が、認知症に家族が気づいた時からサポートしていくことや、BPSDで家族などが困った時に対応していくことは重要であると考えられる。しかし、医師がチームにアドバイスしていくことによって、「初期支援チーム」や家族等が自律性を損なわないかを案ずる。また、生活の中身まで忙しい専門医に頼る体制は、実現可能性に疑問がある。

本人や家族へのエンパワメントが必要で、それは医師だけに頼れるものではない。まず、病院という場でも、診療だけでなく、本人や家族同士で話をする場をもてると、ピアカウンセリングの場となり同じ立場の人同士が支え合い、励まし、情報交換の場となる。医療機関は、診療だけでなく認知症の本人や家族同士で話せる場をもつべきである。また、そこに介護保険のサービス事業所も参加し、本人や家族の気持ちを聴くべきである。実際に病院で本人や家族が交流する場をもちエンパワメントすることによって、適切な医療や支援につなげることができている。

【医療と福祉の連携】また、本人、家族が適切な診療を受けられるように、地域包括支援センターやケアマネジャーなどが、医療機関に情報を伝えるためのシート（福祉と医療との連携シート）や、医療機関同士が情報を伝えるためのシート（紹介状、退院時サマリー）が必要である。さらに、認知症の本人の状態の変化が医師に伝えられ、関係者が情報を共有していけるシートも必要である。現在、大阪では については、大阪市社会福祉協議会が、認知症の人の受診のための連携シート（http://www.osaka-sishakyo.jp/pdf/ninchi_taisaku_121113.pdf）を作成し活用している。

【まとめ】オレンジプランで構想されている「初期集中支援チーム」は、大変重要な役割を果たすも

のと期待されるが、どこにどのようなメンバーで構成されるかが重要であり、決して医師のアドバイスだけを頼るものでなく、自律性をもつチームを形成すべきである。加えて、本人や家族も力を発揮できるようにエンパワメントできる場が必要である。

一方、関係機関の連携には、情報を共有していくことが必要であり、そのためには共有する記録書式を一定の活動地域で統一することが重要である。

認知症地域ケアの向上を目指して かかりつけ医の立場から

医療法人社団幹人会福生クリニック

玉木 一弘

2004年暮れ、認知症への疾患名変更から国の包括的認知症対策が始まり8年余、かかりつけ医の立場から東京都における認知症対応力向上の道筋を振り返った。

都では国の指針を受け“認知症の人が地域で安心して暮らせる街づくり”を掲げ、地域での生活継続に関わる人的・社会的資源のネットワーク化、認知症サポーターの養成、生活の場における包括ケアの基盤としてのグループホーム整備、介護人材の育成研修、権利擁護拠点の整備などを進めた。特に医療分野では、認知症医療支援部会を立ち上げ、認知症医療機関実態調査、大都市東京の認知症医療の課題抽出と医療連携体制作り、医師研修などを実施した。

【認知症サポート医養成研修】都と東京都医師会では、多忙を極める専門医だけでなく、認知症の人の日常生活や健康管理に関わる“かかりつけ医機能”を担う医師群からの養成が重要と考えた。都が都内42地区医師会の推薦医師を選任し研修補助金を交付、区市町村毎にサポート医が配置されるよう調整し、平成17～23年度で全国2,153名中399名を養成した。

【かかりつけ医認知症対応力向上研修】同様に42地区医師会毎に実施し、非会員にも受講機会を設け、都知事の修了証書を発行し受講意欲を喚起、18～20年度全国21,444名中、都内2,556名が研修を修了し、おおむね医療圏域毎に偏りなく医師配置が達成された。

【研修事業から得られた地域認知症医療の課題】

医師の役割分担については「かかりつけ医」全体の認知症対応力の底上を図り、専門医と連携して診る体制の構築が重要。連携体制の構築には、地域の認知症専門医と身体合併症のある認知症の人に対応する連携医療機関の所在と機能についての情報共有、急性期医療従事者の対応力向上など、サポート医・医師会だけではなく官民挙げての計画的協力が必要。国研修後も「告知や権利擁護」「介護・福祉職との連携構築」「全人的健康管理」「非定型向精神薬を含む薬物治療」「周辺症状や身体合併症への対応」「地域自治体や他職種との連携」などへの

継続的スキルアップが必要などが挙げられた。

【当面の課題解決に向けた活動】「小地域・暮らしの場」「区市町村」「二次保健医療圏」の三層構造からなる地域認知症医療連携モデルの提案。認知症医療機関実態調査の実施。医療機関毎の認知症対応状況を、医療機能情報提供制度に則り都医療案内サービスネット「ひまわり」で公表。20年度に都と都医でサポート医（かかりつけ医）フォローアップ研修テキストを作成し独自研修を実施。そのテキストから「認知症・地域ケアガイドブック」を作成し全会員2万名へ配布等を行った。

【認知症医療機関実態調査】都内全病院と認知症関係3学会所属医師がいる診療所を対象に平成19年8月1日を基準日として行われた。当時、回答した病院550カ所（84%）、診療所214カ所（59.4%）、合計764カ所（75.3%）中、認知症診断・治療、身体疾患発症時の対応のいずれかでも可とした医療機関は53.4%（408カ所）で、専門外来の設置約20%、本人への病状の告知56.5%、周辺症状対応の利用病床は精神病床46.5%、療養病床35.4%、一般32.3%の順、身体合併症対応の利用病床は一般が66.1%、療養38.2%、精神17.2%の順であった。かかりつけ医との連携なしは37.7%だった。

【連携推進の情報共有のあり方】身体的・精神的主訴、認知機能評価、生活を脅かす中核症状や周辺症状の状況、家族介護上の負担と対策、ケアマネとの連携・介護保険利用状況、身体合併症などの状況と経過観察上の注意点、生活関連情報（職歴、生活環境、家族との関係など）、処方薬情報と観察点、予後の説明内容や受容状況、今後の療養計画などのやり取りが重視された。

【今後の方向性】医師の視点では、治療行為としての効果を主に考えがちだが、混乱や不穏を除き和やかな生活の場をもたらすことで、非薬物的なアプローチに取り組む地域の多職種との連携もさらに深めたい。さらに最近では認知症が在宅医療の主要疾患となり、レビー小体病など早期から身体や生活機能の低下を示す認知症群の早期診断と支援、糖尿病・高脂血症・うつ病など発症リスクの管理向上などが課題と認識している。

フロアから認知症疾患医療センターの役割や連携強化の方策について質問があったが、専門医とかかりつけ医が、診断・鑑別・告知、生活や介護の助言、進行抑制、周辺症状への対応、薬物療法の実際、副作用対応、周辺症状の増悪を防ぐ健康管理、合併症対応、看取などについて、地域全体の認知症対応力の向上に互いに寄与する視点から、事例と連携の経験を積み重ね合い、一步一步ステップを登ることに尽きよう。

認知症の医療と介護を考える 厚生労働省 オレンジプランへの期待

公益社団法人認知症の人と家族の会鹿児島県支部

水流 涼子

近年は、認知症の理解と社会の支援は急速に進展してきたといえる。しかしながら、認知症の人の増加著しい現状において、認知症の早期発見・早期治療の取り組みはまだまだ十分になされていない。その原因は、医療と介護の連携が不十分なことにありと考える。

2012年6月に厚生労働省が出した「今後の認知症施策の方向性について」の中では、新たなケアの流れとして「早期・事前的な対応」に基本をおくとされており、その後のオレンジプランにも早期診断と早期対応が挙げられていることは「家族の会」がこれまで主張してきたこととも一致することであり、「家族の会」としても支持し実現を願うものである。

オレンジプランの中では、地域での生活を支えるための医療サービスと介護サービスの構築を挙げている。治療薬の正しい普及や精神科病院と介護家族との相互理解は、認知症の人の尊厳を維持するために欠かせないことであり、さらに介護計画への反映に結びつけるための認知症ケアパスの作成と連携は当然必要であると考えられる。

とはいえ、認知症の人と家族が望む支援は、日常生活の中における認知症の人の生き方に配慮した介護サービスのあり方、介護家族の生活を考慮した介護サービスと地域社会の理解と支援の強化である。

また、近年増加している若年性認知症対策も忘れてはならない。若年期に発症した人の将来をどう支え、家族と共にこれからの人生をいかに希望あるものにしていくかは社会の大きな責任でもある。認知症の人と介護者は明日を待ってられない。

勿論、このような施策の実現には医療・介護に従事する人材が必要であり、資質の向上を目指した育成を充実させなければ望ましい対応につながらないことは誰もが承知していることであり、早期の取り組みを期待するものである。

オレンジプランの早期取り組みと「認知症になっても安心して暮らせる社会」の実現を期待してやまない。

マインドフルネス認知療法の立場から

早稲田大学文学学術院

越川 房子

【はじめに】マインドフルネス認知療法 (Mindfulness-based Cognitive Therapy : MBCT) は、うつ病の再発予防を目的としてシーガルらによって開発されたプログラムで、認知療法の原理や実践をマインドフルネスの枠組みに組み入れたものである⁵⁾。うつ病は再発率が高く、半数以上が少なくとも1回は再発し、過去に2回以上うつ病を経験している場合の再発可能性は70~80%とされている。MBCTのうつ病の再発予防効果について6つの研究、593人のデータを対象にメタ分析を行って検討した論文は、通常介入あるいはプラセボコントロール群に対する再発リスクは0.66であり34%再発リスクを減少したこと(3回以上の再発経験者では43%の減少)、1つの研究が抗うつ薬と同等、さらにもう1つの研究が抗うつ薬以上の再発抑止効果を示していることを報告している⁴⁾。こうした実証データに基づいて、英国国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Clinical Excellence : NICE) は、MBCTを費用対効果の望める介入として推奨している。また最近では、継続的なマインドフルネス瞑想の実習と脳の機能と構造における変化との関係についての研究も増え¹⁾、瞑想の効果に関して懐疑的であった人々の関心も集めるようになってきている。

【マインドフルネスとは】MBCTはマインドフルネス瞑想の実習を中核におく介入プログラムである。マインドフルネスはパーリ語の *sati* の英訳で、awareness、remembering、attentionの意味を含む言葉である。しかし、マインドフルネスを精神医学の領域に導入したパイオニアであるKabat-Zinnは、マインドフルネスを「意図的に、現在の瞬間に、そして瞬間瞬間に展開する体験に判断をせずに注意を払うことで現われる気づき」と定義している²⁾。このように介入技法としてのマインドフルネスには、現在の瞬間、意図的な注意、判断せずに、という意味を含む言葉が加えられていることが多い。この定義は *sati* を涵養する方法であるヴィパッサナー瞑想に近く、ヴィパッサナー瞑想はものごとをありのままに見ることを本質としていることから、介入技法としてのマインドフルネスは「物事をありのままに受け取るための技術」として定義されているともいえる。(マインドフルネスの効果機序に関しては文献

3)を参照されたい)

【MBCTの特徴と森田療法】MBCTはこれまでの認知療法と主に次の3つの点で異なっている。第一に、MBCTでは非機能的な自動思考あるいはスキーマを意図的に書き変えることはしない。身体を含めた広い文脈からの情報に、判断(良いとか悪いとか好きとか嫌いなどの価値判断)をせずに注意を向けることができれば、あるがままの情報にアクセス可能となり、クライアントがそれらをもとに創発的にスキーマを書き変えていくことが促進されると考えられている。第二に、症状をなくすべきものや軽減すべきものとしてではなく、好奇心をもって観察するものとしてとらえている。第三に、「あるがまま」を受容する心的態度を育成するためにマインドフルネス瞑想の実習を中核においている。

第一と第二の特徴は、森田療法と共通するものである。森田療法では「あるがまま」の態度で日常生活を送るように指導される。すなわち、症状を排除しようとするはからいをやめ、症状をもったまま物事に取り組むことが勧められる。MBCTでは、症状に対して自動操縦的(無自覚的)に嫌悪反応をとるのではなく、今、ここに起こっていることに良い悪いの判断をせずに注意を向けていくことが勧められる。両者は、こうした態度を養っていくことで、症状や問題を排除すべきものとしてとらえずに、それらを持ち続ける力(症状・問題の受容)やさまざまな情報を与えてくれる観察対象としてとらえる力や、症状・問題を持ち続けながら、今、ここでの課題に注意を向ける力、を育成していく点で重なりをもつ。

【フロアからの質問に対して】大野裕先生から、「マインドフルネス瞑想が回避行動となることはないのか」というご質問をいただいた。マインドフルネスは受容を基本とするものである。忍耐は、嫌だけれど我慢することであり、その状況に対する拒否がある。しかし受容は、今ここにそれがあることを認める態度であり、その状況に対する拒否はない。MBCTには、嫌悪の対象を無自覚的に(自動操縦状態で)回避することから離れて、今ここにある身体感覚の変化に良い悪いの価値判断をせずに注意を向ける、という実習が含まれている。身体感覚と

もにいるということは、嫌悪を感じている自分とともにいるということでもある。嫌悪を感じても大丈夫なのだとは意識的に体験することで、嫌悪を自動的に回避することから離れ、今ここにある情報にアクセスして、より適切な行動を選ぶことが可能となる。大野先生のご指摘のように、マインドフルネス瞑想を嫌悪に対する回避行動として用いることも可能であるため、指導者はそのように使っている場合を注意深く見極め、クライアントが嫌悪感を回避行動ではなく、情報を収集した上で、自覚的に次の行動を選べるようにサポートすることが大切となる。

- 1) Hölzel, B.K., Lazar, S.W., Gard, T., et al.: How does mindfulness meditation work? Proposing mechanism of action from a conceptual and neural perspective. *Perspect Psychol Sci*, 6; 537-559, 2011
- 2) Kabat-Zinn, J.: Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clin Psychol- Sci Pra*, 10; 144-156, 2003
- 3) 越川房子：日常生活におけるマインドフルネス瞑想の適用. *精神科*, 17(2); 167-172, 2010
- 4) Piet, J., Hougaard, E.: The effect of mindfulness-based cognitive therapy for prevention of relapse in recurrent major depressive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev*, 31; 1032-1040, 2011
- 5) Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D.: *Mindfulness-based Cognitive Therapy for Depression: A New Approach to Preventing Relapse*. Guilford Press, New York, 2002

アクセプタンス・コミットメント・セラピーの立場から

なごやメンタルクリニック¹⁾
独立行政法人国立病院機構菊池病院臨床研究部²⁾

原井 宏明^{1,2)}

【はじめに】アクセプタンス・コミットメント・セラピー(ACT)は応用行動分析学であり、応用行動分析学は徹底的行動主義に基づく。徹底的行動主義は方法論的行動主義と異なり、自己効力感や内発的動機づけ、スキーマ、パーソナリティなどの構成概念を排除する。自信ややる気、信念、性格のような日常的に毎日使われている用語を使って、心や行動を説明することを徹底的に拒むのである。行動からアプローチする行動分析学の“考え方”は科学的だが常識的な考えとはかけ離れている。もちろん認知モデルに基づく認知療法や認知行動療法とは同じバスに同じ乗り場から乗っているが、行き先がまったく反対の乗客のようなものである。ある仮想的なケースをもとにして、その違いを説明してみよう。

【症例とACT】最初に母親から相談があった。T大学大学院の息子が、最近、大学に行かなくなり、引きこもり状態であるという。下宿に母親が行ってみると、風呂にも入らず、掃除もせず、寝てばかりいる。母親は新型うつ病ではないか、入院させた方がいいのでは、と心配する。実際に、息子が母親につれられて受診した。親は非定型うつ病、発達障害ではないか、認知行動療法をして欲しい、新しい非定型向精神薬を出して欲しい、など息子の前で医師に求めてくる。息子本人は、ぼそぼそと「進路を間違えた、やり直したい、だけど、やりたいことなんか、何にもない」という。そのような気持ちがどういうとき強くなるかと尋ねると、大学の同級生と一緒にいるとき、そして、親といるときにも強く「自分は最悪の親不孝者」と感じるという。

認知行動療法を聞きかじったことがある普通の精神科医ならば、親がネットで偏った知識を仕入れ、息子にもまた医師にも押しつけていると感じ、そのような態度を心理教育で修正しようとするだろう。また息子に対しては、病歴を取り、うつ病だけでなく、双極性障害や広汎性発達障害傾向の存在についても知ろうとするだろう。過去を遡り、一時期でも診断基準に該当するようなことがあれば、診断を積極的に付与しようとする。そして、認知モデルにそって否定的・偏った認知、スキーマがあると判断することになる。判断した内容に応じて薬物療法やストレス軽減法、認知再構成、スキーマの同

定を試みるだろう。症状に応じた対応をする。

ACTは違う。親の行動を機能分析する。親はマンド(MAND)している。マンドとは行動分析学という要求の機能をもつ行動である。医師にあからさまに要求するだけでなく、息子や大学にも同じような要求をしているのだろう。そして要求がかなえられていたならばクリニックに来ることはない。満たされないことで大いに欲求不満を感じているはずだ。治療者はこの親の気持ちに共感することに力を注ぎ、一方でマンドに対しては弱体化、すなわちマンドに対しては何も反応せず、タクト(TACT, 行動分析学でいう陳述の機能をもつ行動)に対しては強化しようとする。息子は、不快さを感じないように、自分で刺激性制御している。その結果、何を何と感じているのか、それを言葉にすることも回避している。

ACTでいう刺激とは決して外部の客観的にわかる刺激だけではない。自分の頭の中で考えるだけのイメージや気持、観念も刺激である。頭の中で起こる特定のイメージや気持を経験することを避けているうちに、1人で考えることが増え、それがさらに不快さを高めていると考える。治療者は、息子に対しては徹底的に話を聞き、恐れたり避けたりしていることを増幅して聞き返すようにする。認知的エクスポージャーとでも呼べるような面接をするのである。

【おわりに】ACTの進め方について概要を説明した。ACTは知的な理解には畏があるとする。認知療法は知的な理解で解決できるとする。知的に理解することを重んじる人ならば、後者の方がわかりやすくても当然である。しかし、知的な理解を重んじる人でも、精神療法を実践できるようになるためには知的な理解だけではだめで陪席や実習など、実際の経験が不可欠であることはわかっているだろう。ACTはマニュアルに頼らない、実際の経験が必要な精神療法の1つである。

うつ病に対する精神療法の新たな展開 森田療法の立場から

東京慈恵会医科大学附属第三病院精神神経科・森田療法センター

中村 敬

【はじめに】本稿では、うつ病に対する森田療法の立脚点と実際について紹介した。また第3世代の認知行動療法との比較を通して、森田療法の特徴を浮き彫りにすることにした。

【うつ病の森田療法】患者の病前性格に由来する「かくあるべし」の姿勢は、うつ病の回復過程で焦りや無理を招来し、遷延化の一因になる。そこで、こうした「病に対する態度」を転換させ、自然な回復過程を促進していくことが重要な精神療法的課題になる。そのような方向性に沿って、中村は「あるがまま」という森田療法の立脚点をキーワードにした養生法を提唱してきた。ここでいう「あるがまま」とは、うつ病に罹っているという現実を患者自身が受け入れ、悪循環をもたらしないうつ病の回復の時期に相応しく生活を調整していくことである。そして回復期には徐々に休息から活動に移行し、心身の健康な働きを助長していくことである。そのような活動はさらなる自然回復を促す契機になるからである¹⁾。

このような養生指導は通常精神科外来でも実施できるが、入院環境を用い、作業を軸に据えて、養生の姿勢を実践によって身に付けていくことには一層直接的な効果がある。臥褥期はうつ病者にとっては心身の休息の意味が大きい。軽作業期には、回復途上にある自己の状態をそのまま認め、臨機応変に行動を調節することが要諦になる。一般にうつ病の場合、回復状態に即して各治療期の移行を弾力的に設定し、特に軽作業期は長めにとることが多い。作業期には生活リズムを整えながら、過去の後悔や先々の不安に流されず目前の作業に取り組む姿勢を養っていく。なお面接や日記指導においては、患者の生活の中に散見される「かくあるべし」を取り上げて修正を図り、「あるがまま」の姿勢を養うことに焦点がおかれる。

【森田療法と第3世代の認知行動療法】従来の認知療法は、患者の認知の歪みが、感情、行動と悪循環をなしてうつ病を進展させるという病因仮説に基づいている。この点はマインドフルネス認知療法(MBCT)も同様である。他方、行動療法の流れに位置する行動活性化法(BA)やアクセプタンス・コミ

ットメント・セラピー(ACT)は、不快体験の回避行動による負の強化をうつ病の基本的病因としている。認知行動療法はこのような心理学的うつ病モデルに基づき、投薬などの医学的治療とは別に、主として臨床心理士によって実施される。だがわが国では、医師が抗うつ薬を投与しながら広義の精神療法的アプローチを実施している場合が大部分であろう。このような治療状況においては、医学的モデルを踏まえ、薬物療法や休息という初期治療の原則と整合性のある精神療法的アプローチが求められてはいないだろうか。森田療法の養生法は、うつ病の医学的モデルを拡張した健康回復モデル(レジリアンス・モデル)に基づいている。ただし患者の「かくあるべし」の態度を回復の阻害要因として取り上げ修正を図るという点では心理学的モデルを部分的に取り込んだものである。

ここでは森田療法の比較の対象として、BAとMBCTを取り上げることにする。BAでは、患者に自らの回避パターンを自覚させ、そのかわりにより建設的な対処行動を実行し、それに伴う気分の変化を観察させる。気分依存せず、おっくうでも日課を実行するように促し、段階的に目標志向的な行動を増やしていく。森田療法も、うつ病の回復期に入ってから徐々に建設的な行動を増やしていくことを提唱している。ただし森田療法的な養生指導においては、患者が病相のどの時期にあるかを考慮して、行動の調整を助言することがポイントであり、「気分は気分として行動を整えるよう」指導するのは回復後期になってからである。BAでは、この点にはさほどの注意を払ってはいないようである²⁾。

MBCTは、うつ病の再燃・再発防止のためにSegalら³⁾が開発したアプローチである。MBCT、森田療法とも思考や感情をそのまま受容することに悪循環から脱出する契機を見出している。またMBCT、森田療法とも認知内容の修正を図るより、身体的、体験的な次元から認知との関係性を変化させることを企図している。とはいえ実際の治療方法には、かなりの隔りがある。MBCTでは呼吸や身体感覚に注意を集中(瞑想)するトレーニングによって、認知の脱中心化を図る。他方、森田療法ではこうした特別のト

レーニングによってではなく、日常生活（作業）の実践を通して注意を自己の内面から外界の事物へと自然に転換させるところに特徴がある²⁾。

【おわりに】うつ病の森田療法は、遷延性うつ病を対象にした、広義の医学的モデル（回復 = レジリアンス・モデル）に基づく精神療法である。日常の外來診療では、回復過程を促すための養生指導が行われる。また入院森田療法は、回復をリセットするための、よりインテンシブな治療である。

- 1) 中村 敬：うつ病の森田療法. 福岡行動医学雑誌, 9 ; 9-15, 2002
- 2) 中村 敬：遷延性うつ病の森田療法. うつ病治療ハンドブック（大野 裕編）. 金剛出版, 東京, p. 277-285, 2011
- 3) Segal, Z.V., Williams, J.M.G., Teasdale, J.D. : Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression. The Guilford Press, New York, 2002

統合的立場から 思春期青年期のうつ

福岡心身クリニック

竹田 康彦

近年うつで受診する思春期患者は、生活技術や対人関係での能力不足や学習の偏りがあり、思考・感情・身体感覚などの体験をつかむ力や不安を抱える力が弱く問題解決能力が低い。さらに発達特性や成長過程での対人トラウマが治療を難航させる。また理想を求め他者の評価に傷つき、衝動行為を繰り返すなど境界例水準の病態を示す。患者は、まず受容的な治療構造の中でほどよく依存し安心感を得ながら、情動調整・苦悩耐性の方法や生活技術を獲得する必要がある。その後症状や問題行動の行動連鎖分析・機能分析・解決法分析を生活拡大に合わせて行い、患者の願望や生活レパートリーを生かし生活しやすい方向へと治療することが大切である。筆者はショートケアで森田の根本的受容を行う家族的治療構造を保ち、治療は行動療法と森田療法を併用している。症状を直接扱い問題行動の変化を促す行動療法とあるがままに受容し気づきを促し生き方を扱う森田療法を統合することが、安定した回復・自立を援助しやすくする。行動療法から森田療法へ展開する過程で弁証法的行動療法（DBT）を取り入れることで変化と受容のバランスを保っている。

【症例】「自分がわからない、制御できない」主訴で通院。生活スキルが低く言語表出の少ない17歳、引きこもり女性。うつ状態で自傷行為・自殺未遂・暴力行為を繰り返していた患者の具体的な治療を提示し、行動療法にDBTを取り入れ森田療法に展開し統合する過程を報告した。

【治療概要】 DBTのマインドフルネススキルを用い、まず感情や思考をつかむために、複雑な感情を一次感情・二次的自動感情など流れとして観察・描写することで激しい感情を低減させ、混乱した思考を一次自動思考・二次的自動思考など流れとして観察・描写して整理した。悪循環となっている感情・身体反応や感覚・思考・外顕的行動を非判断的に認証し行動分析をした。そして「どうなりたいか」を確認し価値の明確化をして文脈に沿って細かなステップに分け治療の方向付けをした。患者の今もっている行動レパートリーを生かし取り組みやすい方法を考えながら行動療法を行った。思考中断法・暴露反応妨害法・モデリング・行動リハーサル

・オペラントコントロール・シェイピングなどを施行し生活しやすい方向へと変化させた。さらに生活レパートリー不足にはきめ細かく生活スキルを作り、DBTの苦悩耐性・感情調整・対人関係スキルを取り入れた。またショートケアでスタッフや他患者に常に受容された中で実践治療を行った。根本的受容された場でpositiveな気分の中で自然な強化が与えられることで、適応的な行動が生活に汎化され問題行動が消退した。自己効力感が形成され行動活性化後に、認知行動療法での自動思考・スキーマの修正が可能となった。DBTの中道を歩むスキルを併用することで従来の思考行動を癖として認証・受容したまま新しい思考行動へ修正するといった自己矛盾を混乱せずに行えた。さらに森田療法に展開した。一次感情と対性としての願望を「純な心」として把握し、感情・思考・人の評価など変えられぬことはあるがままに受容し、感情・思考へのかかわり方や外顕的行動といった変えられることは願望に沿う今ここの目的本意の行動を指導し変化させた。ショートケアでは、スタッフが「純な心」を掴むモデリングや患者の「純な心」への認証・受容や願望に沿った「今ここの」での目的本意の行動実践の指導をした。次第に「感じ-直観」が養われ、悪循環の打破が可能となり自分がわかるようになった。またDBTの改善のための受容から森田の生き方としてのあるがままの受容へと変化した。認知・行動療法やDBTと森田療法を主体的に方向性やタイミング・バランスを考え臨機応変に行うことが、悪循環に陥りにくくし、気分の揺れに強くなり回復・自立に役立つと考えられた。

【ショートケア】一貫して認証・受容を行い4段階から構成される。看護師が母親的役割でかかわり、呼吸法やマッサージを通して間身的受容する段階、心理士が兄弟的役割で寄り添い、楽器・ヨガ・作業をマインドフルに行うことやセンタリング・グラウンディングを意識して行う指導や生活に必要な行動をモデリングする段階、寄り添う関係を保ち、集団の学習会（行動療法・森田療法）に導入、さらに単独で過ごさせる段階、社会参加させ、必要に応じ利用させる段階からなる。また家族

会を定期的に行い、行動分析や情緒応答の練習などの行動療法そして森田療法の心理教育を行っている。思春期患者の治療全体を通し、「間をとり、タイミングを待ち、楽しく治療する」工夫や「具体的、簡潔に、見てわかるよう」にワークブックを駆使している。スタッフは定期的に森田療法、行動療法カンファレンスに参加している。

DSM-5における 子どものDepressive DisordersとBipolar Disorders

日本医科大学精神医学教室

齊藤 卓弥

精神疾患の診断・統計マニュアル第5版（DSM-5）は、2013年5月に改訂された。19年ぶりのDSMの全面改訂においては、子どもの精神医学の領域について特に大きな変化が認められる。本講演では、DSM-IV-TRにおける「通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害（Disorders Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence）」という年齢による枠組みが取り払われ、「Neurodevelopmental disorders」「Disruptive Impulse Control and Conduct Disorders」といった発達に関連した新たな枠組みが作られるとともに、子どもの時期に発症することから「子どもの疾患」とされていたものが成人における同種の疾患に分類上吸収されるという変更がなされた。まず、DSM-5全体のmega-structureの変更による子どもの診断への影響について概説した。

さらに、子どものdepressive disorders（DD）とbipolar disorder（BP）の改訂について述べる。今回の改訂では、以前は気分障害とまとめられていたものがDDとBPと分類上分けられ、さらにBPでは、DSM-IV-TRでは「特定不能の双極性障害」「混合状態」が臨床現場で実際に運用しづらかったのが今回の改訂でより明確に定義され使いやすくなった。このような変化が近年の子どものBPの頻度の増加傾向にどのような影響を与えていくかについても言及した。また、今回新しくDDの中に新設されたDisruptive Mood Dysregulation DisorderについてもSever Mood Dysregulationからの歴史的変遷を含めて論じた。

DSM-5におけるADHD診断基準改定の根拠とそのインパクト

名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科

岡田 俊

【はじめに】注意欠如・多動症（ADHD）は、1900年代初頭に道徳的抑制の病的欠陥として報告され、その後、脳損傷あるいは脳炎に関連した脳機能障害が想定されてきたが、DSM-II以降、もっぱら多動性-衝動性、不注意の一方または両方によって定義づけられてきた。しかし、多動性-衝動性が顕著ではなく、不注意のみが優勢なADHDの存在を認めたことで、DSM-IV以降、ADHDの有病率は上昇した。2013年5月にDSM-5が発表され、診断基準に複数の改変が加えられた。その根拠とそれがもたらすインパクトについて論じる。

【DSM-5における診断基準改正のポイントとその根拠】DSM-5においても、DSM-IVと同様にattention-deficit/hyperactivity disorderという用語が採用され、多動性-衝動性と不注意の一方または両方で診断されることは変わらない。それぞれの症状の項目も同一であるが、症状の具体例として年長の青年・成人例の記載が加えられていること、それぞれ6項目以上の該当で診断が下されるが、年長の青年・成人（17歳以上）では5項目で足りるとされている。

実際、経時的な追跡において成人例ではおよそ半数が診断基準を満たさなくなるが、その多くが診断閾値に近いADHD症状を有していること、また診断基準に非該当となった成人においても日常生活への支障が大きいことが指摘され¹⁾、成人期の診断基準の緩和が求められてきた⁴⁾。しかし、その一方、閾値下ADHDの成人における併存障害、記述的情報、機能障害、治療、親族の有病率のパターンは、ADHDの診断基準を満たす成人とはかなり異なるとして、診断基準の緩和に否定的な見解も提出された²⁾。そのため、17歳以上における項目数の緩和はいったんドラフトから消滅したものの、最終的に復活してDSM-5に採用された。

また、DSM-IVでは、ADHD症状が7歳以前から認められることが条件とされていたが、DSM-5では12歳に引き上げられた。集団行動などが要求されやすい7～12歳になって初めてADHD症状が確認できることが少なくとも、また、この年齢でADHD症状が認められた者の併存障害、記述的情報、機能障害、治療、親族の有病率のパターンが、7歳以前よりADHD症状の認められる患者群と類似しているという実証

的データ²⁾からこの基準が採用された。

もう1つの変化は、「社会的、学業的、または職業的機能において、臨床的に著しい障害があるという明確な証拠が存在しなければならない」という表現がDSM-5では「症状が社会的、学業的、または職業的機能を妨げる、または質を低下させているという明確な証拠が存在しなければならない」と改められ、現在の重症度について、障害の程度に応じて軽度、中等度、重度が区別されている。このことは日常生活への著しい障害のない、障害の程度が軽度なケースまでをADHDの診断に含める可能性を示唆している。

併存障害のパターンにおいては、自閉スペクトラム症との併存を認めること、従来の下位分類は年齢とともに下位分類が変化することがしばしばであったことから表現を改め、混合像、不注意優勢像、多動性-衝動性優勢像というcurrent presentationという表現が採用されたことである。

【DSM-5後の課題】ADHDの診断基準の変更においては、不注意、多動性-衝動性という枠組みは維持され、もっぱら成人ADHDへの対応に注力されて、生涯にわたる慢性疾患としてADHDを位置づけている。しかし、17歳以降のADHD診断における該当項目数の減少、ADHD症状発現年齢の引き上げ、自閉症スペクトラムとの併存の容認は、すべてADHDの有病率を上昇させる。DSM-IVに基づくADHDの有病率は、学童期で3～7%、成人期では2.5%とされる³⁾。DSM-5においても同様の数字が掲載されているが、DSM-5に基づく限り、その有病率はさらに増加すると思われる。

このことは、気分障害や不安障害など、その他の精神疾患のある患者にADHDを併存診断する機会が増加することを意味する。症状を確認する年齢が12歳以前にまで引き上げられたことは、成人期における診断を容易にすると思われるが、それは症状が顕在化する年齢をいっているのであって、実際には潜在的なADHD症状が就学以前から認められていると考えるのが妥当であろう。今回、ADHDは神経発達症群の1つとしてとらえられた。このことはむしろ日本ではなじみやすいものである。診断基準が拡大されたとしても、十分な発育歴の把握のもとにADHD

を診断する、また、ADHDの診断が該当するので直ちにADHD治療薬の対象とするのではなく、併存障害なども十分に考慮し、多面的な評価を行うことを軽んじてはならない。

- 1) Biederman, J., Mick, E., Faraone, S.V., et al. : Age-dependent decline of symptoms of attention deficit hyperactivity disorder: impact of remission definition and symptom type. *Am J Psychiatry*, 157 ; 816-818, 2000
- 2) Faraone, S.V., Biederman, J., Spencer, T., et al. : Diagnosing adult attention deficit hyperactivity disorder: are late onset and subthreshold diagnoses valid? *Am J Psychiatry*, 163 ; 1720-1729, 2011
- 3) Simon, V., Czobor, P., Bálint, S., et al. : Prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder: meta-analysis. *Br J Psychiatry*, 194(3) ; 204-211, 2009
- 4) Solanto, M.V., Wasserstein, J., Marks, D.J., et al. : Diagnosis of ADHD in adults: what is the appropriate DSM-5 symptom threshold for hyperactivity-impulsivity? *J Atten Disord*, 16(8) ; 631-634, 2012

DSM-5におけるAutism Spectrum Disorder

奈良県立医科大学医学部看護学科

飯田 順三

DSM-5において自閉症スペクトラム障害は大幅に改訂された。この背景には発達障害の概念が近年大きく変化してきたことがある。これまで発達障害は健常とは全く異なったもので、一旦その障害名がつけば生涯にわたって変わらないものとされてきた。しかし近年、知的障害のない発達障害がクローズアップされる中、発達障害は流動的なもので、その個人においても診断される時期もあるが、その特性が軽減し診断閾値下になるときもあることがわかってきた。また障害は健常と全く異なったものではなく健常からの連続上にありまさにスペクトラムであるという概念が定着してきたことがある。上記の背景のもとで改訂されたが、第一の改訂点はこれまでは広汎性発達障害（PDD）の中で区分されていた自閉性障害、レット障害、小児期崩壊性障害、アスペルガー障害、特定不能の広汎性発達障害（PDDNOS）がなくなり、レット障害を除く4つの障害がすべて自閉症スペクトラム障害としてまとめられたことである。これだけのheterogeneousな障害を一括りにしてよいものかという疑問がわく。特にアスペルガー障害という診断名が消えることについての正否はどうであろうか。これに関しては高機能自閉症とアスペルガー障害の差違に関する多くの研究結果で決定的な違いがみられなかったとされている。第二の改訂点はこれまでは 対人的相互反応における質的な障害、 コミュニケーションの障害、 行動、興味の限局、反復・常同的な行動（こだわり）の3点が大きな診断基準であったが、DSM-5では 対人的コミュニケーションおよび対人的相互交流の障害、 行動、興味の限局、反復・常同的な行動（こだわり）と異常な知覚行動の2点にまとめられたことである。コミュニケーションの障害と社会性の障害が1つになり、こだわりの中に感覚過敏の項目が新たに追加されたことになる。第三の改訂点はこれまでは3歳以前に症状が発現する条件があったが、DSM-5では症状が幼児期から存在し、ただし社会的に要する水準が能力を超える以前には症状がそろわないことがあると変更されている。このことから以前は3歳までには症状が明確でなかった高機能群においても診断が可能になった。第四の改訂点はdimensionalな視点を導入し、重症度を記載するようにしたことである。

今回の変更で臨床的に大きな問題になったことはこだわりの項目が必須になったことである。これまではこだわりがなくても社会性の障害やコミュニケーションの障害が認められればPDDNOSと診断できたが、DSM-5では診断できなくなる。そのことでMattilaら²⁾はDSM-5草案ではDSM-4でPDDと診断された子の46%しか診断できないと報告している。しかしその後DSM-5草案が改訂され、Huertaら¹⁾の報告ではDSM-4と比較してDSM-5は適正な感度を確保し、特異度においては改善されているとされている。アスペルガー障害の消滅に関してもさまざまな研究において高機能自閉症とアスペルガー障害の明確な差違を見出すことはできなかったとされている。

DSM-5の改訂にあたって我々が注意すべき点はこの診断基準を批判する前に忠実に診断基準にそって診断することである。そしてそのうえでDSM-5が最終、最良のものでは決してないことも認識する必要がある。

1) Huerta, M., Bishop, S.L., Duncan, A., et al.: Application of DSM-5 criteria for autism spectrum disorder to three samples of children with DSM-4 diagnosis of pervasive developmental disorders. *Am J Psychiatry*, 169;1056-1064, 2011

2) Mattila, M.L., Kielinen, M., Linna, S.L., et al.: Autism spectrum disorders according to DSM-4-TR and comparison with DSM-5 draft criteria: An epidemiological study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*, 50;583-592, 2011

DSM-5におけるDisruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders について

神戸大学大学院医学研究科精神医学分野

田中 究

【はじめに】DSMが第4版（DSM-IV-TR）から第5版（DSM-5）に改訂され、Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders（重篤な衝動制御と素行症群）が新たなカテゴリーとして設けられた。これはDSM-IV-TRではImpulse-Control Disorders Not Elsewhere Classified（他のどこにも分類されない衝動制御の障害）のカテゴリーが改組されたものである。本稿ではこの変更の内容およびその影響について論じる。なお、本稿でのDSM-5の訳語は、日本児童青年精神医学会の用語検討委員会が提案したものをを用いており、今後変更される可能性があることに留意された。

【分類の変更】DSM-IV-TRにおいてどちらかといえば残余のカテゴリーとされた“他のどこにも分類されない衝動制御の障害”には、間欠性爆発障害（Intermittent Explosive Disorder）、窃盗癖（Kleptomania）、放火癖（Pyromania）、病的賭博（Pathological Gambling）、抜毛癖（Trichotillomania）の5つの障害と特定不能の衝動制御の障害（Impulse-Control Disorder Not Otherwise Specified）を加えた6つのカテゴリーで構成されていた。

DSM-5ではこの大項目の名称が“重篤な衝動制御と素行症群”に変更になるとともに、反抗挑発症（Oppositional Defiant Disorder）、間欠爆発症（Intermittent Explosive Disorder）、素行症（Conduct Disorder）、放火癖（Pyromania）、窃盗癖（Kleptomania）の5つの障害と他に分類されない重篤な行動症（Disruptive Behavior Disorder Not Elsewhere Classified）、それにDSM-5で認められた重複分類となっている反社会性パーソナリティ障害（Antisocial Personality Disorder）を含めた7つのカテゴリーで構成されている。

DSM-IV-TRで“他のどこにも分類されない衝動制御の障害”に分類されていた病的賭博は“嗜癖および関連障害群（Substance Use and Addictive Disorders）”に、抜毛癖は“強迫および関連障害群”に抜毛症（Hair Pulling Disorder）として分類されることになった。他方、“通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害（Disorders

Usually First Diagnosed in Infancy, Childhood, or Adolescence）”の注意欠如および破壊的行動障害（Attention Deficit and Disruptive Disorders）カテゴリーに分類されていた反抗挑戦性障害と素行障害が注意欠如多動性障害（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder：ADHD）と分離されてこのカテゴリーに分類されることになった。

【重篤な衝動制御と素行症群の特徴】このカテゴリーは感情や行動の自己制御の問題をもつ状態にあって、他者の権利を侵害（他者の所有物を攻撃、あるいは破壊）、社会の規範あるいは権威者との重大な衝突に巻き込むことを特徴としている。なかでも、もっぱら行動の制御に問題をもつものは素行症、反抗挑発症であり、もっぱら感情の制御に問題をもつものは間欠爆発症、衝動の制御に課題があるものが放火癖、窃盗癖である。

DSM-5によれば、このカテゴリーの初発は児童青年期に多く、年齢経過によって割合は変化するが男性に多いとしている。下位診断の素行症と反抗挑発症について、思春期以前に素行症を発症している場合には、それ以前に反抗挑発症の診断基準を満たすことが多いなど、この2つの疾患に発達の関連はあると考えられている。しかし、反抗挑発症のほとんどが素行症に発展せず、むしろ不安症やうつ病を含む素行症以外の問題に発展するリスクが高いことから区別される。また、このカテゴリーで記述される感情や行動の自己制御の問題は、正常の成長段階の人たちにもある程度認められるものが含まれている。したがって、その問題の頻度、持続性、範囲、問題の程度を、年齢、性差、文化などに照らして診断することが必要である。さらにこのカテゴリーは物質乱用やパーソナリティ障害との関連を有する可能性があることを指摘し、反社会性パーソナリティ障害をこのカテゴリーに重複分類している。また、ADHDとの併存も認めている。

【各診断基準における変更】反抗挑発症ではDSM-IV-TRに示された8症状をそのまま踏襲したが、これらを怒り/易刺激的気分、論争的/反抗的行動、執念深さの3つのグループに分けている。とはいえ、このグループにかかわらず8症状のうち4つあるいはそれ以

上が、同胞ではない少なくとも1人以上の人との関係で認められ、少なくとも6ヵ月持続する場合に診断する。また、素行症との重複診断を認めることになった。さらに家庭、学校、仕事場、仲間など1つの状況だけで生じる場合には軽度、2つの状況で生じる場合には中度、それ以上の状況で生じる場合には重度と重症度の評価をすることが求められている。

間欠爆発症では、DSM-IV-TRで曖昧だった症状の定義や頻度について、DSM-5はより具体的となった。評価する行動は言語的攻撃、他人の所有物や動物、他者に対する物理的攻撃で、これが平均週に2回、3ヵ月間、1年間に3回の行動噴出がみられ、機能障害のある場合、6歳以上で診断することされた。

素行症では、評価すべき症状はDSM-IV-TRと全く同じであるが、DSM-5では特定子 (specifier) として向社会性感情 (prosocial emotions) 、対人関係や情緒機能の様式の評価、すなわち、自責感や罪責感の欠如、冷淡さ-共感性の欠如、ものごとを遂行することへの無関心、感情の薄情さ、情性欠如の有無を評価することになった。

放火癖と窃盗癖の診断基準の変更はない。

【まとめ】本カテゴリーは児童青年精神医学領域では矯正教育、司法関連領域で用いられることが多いが、重複診断を多く認めており発達障害臨床、虐待臨床でも用いられることが多くなることが考えられる。また、素行症の特定子はパーソナリティ障害との関連を推測させる。児童は特に変化し成長する存在であり、わが国においてもこれらの診断基準の慎重な検討と適用について議論が深められるべきである。

DSM-5におけるattachment disorderと関連領域

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター

本城 秀次

【Reactive attachment disorderの概念形成について】Reactive attachment disorder (RDC)は1980年に出版されたDSM-IIIに初めて掲載されて以来、幼児期、早期児童期に診断される精神障害として採用されている。しかし、これまでRDCに関する科学的研究はそれほど多くない²⁾。

【RDCのDSM-5 診断基準】DSM-5におけるRDCの診断基準を提示する¹⁾。

A. 大人の養育者に対し抑制され、情緒的にひきこもった行動パターンを一貫して示す。

以下の1)と2)の両方によって示される：

1) 苦痛なときに、めったにあるいは最小限にしか安楽を求めない。

2) 苦痛なときに、提供される安楽に対し、めったにあるいは最小限にしか反応しない。

B. 以下の少なくとも2つによって示される、持続的な社会的ならびに情緒的障害：

1) 他者に対する社会的ならびに情緒的反応性が極端に乏しい。

2) 肯定的な感情が乏しい。

3) 説明のつかないイライラ感や悲しみ、恐怖のエピソードが、脅威を引き起こさないような大人の養育者との相互作用中にも明らかに出現する。

C. 子どもは、極端な養育不全のパターンを経験している。少なくとも以下の1つによって示される。

1) 大人の養育者によって満たされる、安楽や刺激や愛情に対する基本的情緒的欲求をもつことが、持続的にないという形での社会的ネグレクト、あるいは社会的剥奪。

2) 一次的養育者が繰り返し変わることによって、安定した愛着を形成する機会が著しく制限される(たとえば、里親がしばしば変わること)。

3) 選択的愛着を形成する機会が極めて限られる異常な状況での養育(たとえば、養育者に対する子どもの割合が高い施設)。

(以下の項目は省略)

次に脱抑制的社会的かかわり障害の診断基準を挙げる。

A. 子どもがあまりよく知らない大人に対して積極的に近づき交流する、以下の少なくとも2つによって示される行動パターン：

1) あまりよく知らない大人に対して接近し、交流する際に遠慮が乏しかったり、欠けていたりする。

2) 過度になれなれしい言語的、身体的行動(文化的に是認され、年齢的に適切な社会的境界とは一致しない)。

3) あまりよく知らない環境の中でさえ、子どもは大人の養育者を振り返って確認することがあまりないか、全く欠如しており、どんどん離れて行ってしまう。

4) ほとんどあるいは全く躊躇なくあまりよく知らない大人に喜んでついて行く。

B. 基準Aの行動はADHDでみられるように衝動性に局限されておらず、社会的脱抑制行動を含む。

C. 子どもは不十分な養育の極端なパターンを経験している。以下のものの少なくとも1つによって明らかにされる。

1) 養育者の大人によって与えられる、安楽や刺激や愛情に対する基本的情緒的欲求を持つことが持続的に欠如しているという形での社会的ネグレクトや剥奪。

2) 第一次養育者が繰り返し変わり、安定した愛着対象を形成する機会が限られる(たとえば、里親における頻回の交代)。

3) 選択的愛着を形成する機会を著しく制限する異常な状況における養育(たとえば、養育者に対する子どもの割合が高い施設)。

(以下の項目は省略)

【反応性愛着障害のDSM-III からDSM-5における変化】ここでは、RADがDSM-III からDSM-5へとどのように変化したが、その概略を述べる。まず、RADの位置づけが大きく変化している。DSM-III では、RADは「幼児期、小児期または青年期の他の障害」の中に含まれ、名称も幼児期または小児期早期の反応性愛着障害となっていた。それがDSM-5では、Trauma-and-Stressor-Related Disordersに含まれることになった。Trauma-and-Stressor-Related Disordersは、外傷的あるいはストレスフルな出来事にさらされることが診断項目として明示されており、これにはRAD、Disinhibited social engagement disorder、PTSD、Acute stress disorder、Adjustment disorders が含まれている。この位置づけは、RADの

有する外傷的な側面を重視した結果であると思われる。

また、従来、RADの1サブタイプと位置付けられていた脱抑制型が1つの独立した障害、すなわち脱抑制的対人的かかわり障害として独立したことが大きな変化である³⁾。

【討論】Volkmar⁴⁾によると、RADに関する体系的な研究は乏しいが、その障害概念はDSM- において維持されてきた。その理由として、その障害には他の障害では説明できないような特有の徴候や症候が含まれているように思われたことが挙げられる。この障害が不適切な養育環境から生じ、2種類の臨床パターンを含んでいるということに対しては幅広いコンセンサスが存在している。すなわち、「感情的に引きこもり抑制されたタイプ」と「誰に対しても社会的/脱抑制的タイプ」の二つである³⁾。DSM-5で従来のRADが反応性愛着障害と脱抑制的対人的かかわり障害の2種類に分けられたのは、これまでの研究の流れに一石を投じるものである。今後さらにこの臨床的位置づけに対し研究が進むことが期待される。

1)American Psychiatric Association:DSM-5. American Psychiatric Association, Washinton, D.C., 2013

2)Boris, N.W., Hinshaw-Fuselier,S.S., Smyke, A.T., et al.:Comparing criteria for attachment disorders:Establishing reliability and validity in high-risk samples. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry, 43 ; 568-577,2004

3)Tizard,B., Rees, J.: The effect of early institutional rearing on the behavior problems and affectional relationships of four-year-old children. J Child Psychol Psychiatry,16 ; 61-73,1975

4)Volkmar,F.:Reactive attachment disorder. DSM-Sourbook;Volume 3 (ed. by Widiger,T.A., Frances,A.J.,et al.).American Psychiatric Association,Washington,D.C., p. 255-264, 1997

自閉症スペクトラム障害の感覚の問題 研究者・当事者の記述より

長崎大学医歯薬学総合研究科精神神経学¹⁾
尚時堂²⁾
長崎大学医歯薬学総合研究科作業療法学³⁾

今村 明^{1,2)}、中村 尚広²⁾、岩永 竜一郎³⁾

視覚の問題について

【はじめに】DSM-5で、DSM-IVでは記載のなかった自閉症スペクトラム障害 (Autism Spectrum Disorder : ASD) の感覚の問題が診断基準に取り入れられ、話題となっている。ASD者の感覚の問題は、ASDの存在が知られた当初から、三つ組の症状と同様に研究者から認識されていた。2007年のLeekamら²⁾の報告 (WingやGouldも共著者) では、90%以上のASD児が感覚の問題をもち、それは知性や年齢によっても変わらなかったことが示されている。

ASD児、あるいはその母が書いた著作をみると、感覚の問題の記述が多数みられる。最近の著作では「ぼくは考える木 (Strange Son)」¹⁾で、ASDの詩人Tittoは「感覚がカオス」の状態であり、感覚刺激に邪魔をされてその知性を出力することができないことが記されている。また精神科医であるLobin, H.氏は「無限振子 精神科医となった自閉症者の声無き叫び」³⁾の中で当事者の立場から、聴覚・視覚・触覚の問題からくる生活上の困難について詳しく記述している。

今回のシンポジウムでは、上記のような自閉症スペクトラム障害と感覚の問題についての様々な角度から論じた。筆者らは視覚の問題を担当し、視覚の過反応、低反応、感覚への没頭、症例について以下のような発表を行った。

【視覚の過反応】ASDの視覚の問題については、特定の光やパターンに対する耐性の低さ (蛍光灯を嫌がる、雑然とした部屋を見るのを嫌がる、たくさんの人が行きかうのを見るのを嫌がる。他者の目を見るのを嫌がる。普通だったら視野外の情報も拾ってしまう) が知られている。

視覚の過反応として、アーレン症候群 (暗順応感受性症候群) と呼ばれる光の過敏性が極端に強いタイプの児も存在する。このような児には、文字が見やすくなったり刺激が軽減して感じられたりするような色つきメガネを、オーダーメイドで作ってあげることが有効な場合がある。また周囲の情報が過剰に入力されて、落ち着きがなくなっている児に関し

ては、一番前の席にするよう学校側をお願いする場合もある。

【視覚の低反応】ASDの視覚の低反応については、奥行き感覚の乏しさ (両眼視の問題)、視覚-運動の連携の乏しさ、視覚追跡と輻輳の乏しさなどが指摘されている。視覚については、低反応が存在すると、学習に大きな影響をきたす場合が多い。

視覚の問題として輻輳や開散などの両眼視の問題、眼球運動のスムーズさの問題、目と手の協応の問題などで、本を読むのが苦手であったり、黒板と教科書を交互に見るのが苦手であったりする児もいる。さらにこのような児は、同時に2つ以上のことを行うことが困難であるという特徴を有していることも多いため、「先生の話聞いて、黒板を見て、ノートに写す」という3つのことを同時に要求される作業は極端に苦手である。このような場合には、先生の話聞くだけに、ノートは後で他の児にコピーを取らせてもらうなどの対応が必要となる。

視覚の問題が顕著な児には、オプトメトリスト (視力だけでなく様々な視覚機能、眼球運動などに対する検査を行う視覚の専門家) によるヴィジョン・トレーニングが有効な場合がある。

また、本の文字は読みにくいが、パソコン上の画面では文字が読みやすくなる、という児もいる。このような子どもに、教科書や配布プリントをスキャナーで取り込みiPadで表示して、輝度の調整、文字の拡大、上下のスムーズなスクロールなどの機能を活用して、その児に合った読字環境をつくるのが検討されている。読字の問題がある児はパソコンなどの文章読み上げ機能が活用される場合もある。また横書きは何とか読めるが、縦書きが読みにくいという児には、縦書きの文章を文字認識ソフトでテキスト化して、横書きに変換し、表示するという方法も使用される。

【視覚刺激への没頭】ある種の感覚にこだわりを示し、没頭する子どもたちもいる。視覚に関しては、よく知られているようにある種の光や回転する物質に引き寄せられることがある。たとえば、ちらちらする光、換気扇、床屋のサインボールを見続け

る、などである。自分の手のひらを目の前でひらひらさせるのも、不足した視覚刺激を補っている場合がある。

【症例】10歳、男児。診断はASD。

本児の訴えとして、社会性やコミュニケーションの問題以外に、「本を読んでいると、どこを読んでいるかわからなくなる」「黒板を写すのに時間がかかる」「球技が苦手」「漢字が覚えられない」「図形の問題が苦手」などがあった。漢字を書いてもらおうと、偏と旁のバランスが著しく悪く、筆算をさせると、下の段になるにつれて桁がどんどんずれていく。

オプトメトリストの検査の結果、両眼視がうまくできていないこと、輻輳眼球運動が過剰で目が中心に寄りすぎること、手と目の協応がうまくいっていないこと、などの所見が認められ、それぞれに対応するヴィジョン・トレーニングを1日5分程度行うことが推奨された。現在本児は、書字に関してはまだ十分な改善はないが、以前よりも黒板が見やすくなったと語っており、授業にも少しずつ参加できるようになっている。

【おわりに】ASDの視覚の問題について報告を行った。過反応については、場合によっては精神安定剤や気分安定薬、抗うつ薬などを少量使用するケースもあるが、色つきメガネなどを、感覚緩和ツールとして用いて感覚刺激を和らげる何らかの工夫を行うことが多い。

低反応に対しても、何らかのツールを用いてサポートを行ったり、視覚の問題であれば、ヴィジョン・トレーニングを行ったりする場合もある。

感覚への没頭は、本人の独自の世界にひたって安心できている感覚は、情緒の安定に有効であるため、基本的にはそのまま経過を観察するが、その行為が明らかに本人の健康状態を害している場合は、何らかの別の刺激へ誘導し、シフトを試みる。

上記のような様々な対応は、単独ではうまくいかず、必ず十分な心理的サポートを家庭、学校と連携して行う必要がある。今後、ASDの感覚の問題の理解が進み、適切な対応が行われるようになることが望まれる。

1) Iversen, P. : Strange Son: Two Mothers, Two Sons, and the Quest to Unlock the Hidden World of Autism. Penguin Books, New York, 2007

2) Leekam, S.R., Nieto, C., Libby, S.J., et al. : Describing

the sensory abnormalities of children and adults with autism. *J Autism Dev Disord*, (5); 894-910, 2007

3) Lobin H. : 無限振子 精神科医となった自閉症者の声無き叫び. 協同医書, 東京, 2011

自閉症スペクトラム障害の感覚面の問題への様々な対処法について

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科保健学専攻

岩永 竜一郎

我々が実践している自閉症スペクトラム(Autism Spectrum Disorder : ASD)児の感覚の問題への対処法について紹介した。

ASDの感覚の問題の原因については、まだはっきりわかっていない。以前は脳幹レベルの問題と感覚の問題の関係を示唆する研究が多かったが、近年では前頭前野が聴覚情報処理の問題と関係している可能性を示した報告¹⁾や中枢でのトップダウンの抑制の問題と聴覚情報処理の問題が関係しているとする報告²⁾などがある。我々の研究(徳永&岩永,印刷中)でも感覚過敏は0歳頃は親には気付かれず2歳頃になって気付かれることが多いことがわかっている。これから、ASD児が社会的情報と感覚情報の関係がわかるようになる時期になって感覚過敏が顕在化する可能性があるとも考えられる。このようなことから、感覚刺激に対する認知面、情動面の影響にも注目して支援、指導を行っていく必要があると考えている。

感覚過敏の治療法は確立されていない。これまでリスペリドンでASD児者の感覚運動行動、感覚反応のスコアが改善したことや³⁾、アリピプラゾールが自閉症児の感覚登録、聴覚処理などに効果があったこと²⁾などが報告されている。しかし、感覚過敏が完治したとする報告はない。そのため、感覚過敏のあるASD児には環境調整やスモールステップで感覚刺激の受け入れの改善を試みる人が多い。そこで、現在我々が行っている対応について説明する。

感覚過敏があるASD児の支援において、周囲の人に感覚の問題について正しく理解して対処してもらうことが重要となる。運動会のピストル音が耐えられない場合、旗に変えてもらうなど不快刺激を排除するなどの環境調整も必要である。また、聴覚過敏のあるASD児にイヤーマフなどの防衛手段を紹介することも必要である。

感覚刺激やそれをそれに伴う事象についての子どもの理解を促すことも重要である。例えば、歯科治療場で感覚過敏がみられる子どもに歯科医院に馴染んでもらうための通院機会を設けたり、視覚ツールによって治療器具の使い方や治療の流れを示したりするなど状況理解を促す支援が有効なことがある。

感覚過敏への対応として、不快な刺激から注意を

そらすように促す方法もある。例えば、べたべたしたものに触れないASD児にクッキーづくりをせよと、徐々に生地のみや形を作ることに注意が向くようになり、生地に抵抗なく触れるようになることがある。

過剰反応を起こす感覚刺激を能動的に取り入れることから始めることも1つの対応策である。例えば、歯磨きをされるのが苦手な子には、子ども自身に歯ブラシをもたせて磨かせ、その手を大人が動かす方法を使うと受け入れが良くなることもある。

感覚過敏には改善しにくいものがあり、感覚過敏全てを改善しようとすることは危険であるが、中には指導によって改善が可能なものもある。例えば、揺れ刺激への過敏反応は指導によって変わりやすいため、スモールステップで揺れの刺激を受け入れられるようにする指導を行うことがある。感覚過敏は、感覚系をまたがって現れることが多く、一方の感覚過敏が変化するともう一方も変化することがある。そのため、揺れへの過敏を軽減する指導を通して、他の刺激の受け入れ改善を狙うことがある。

1) Funabiki, Y., Murai, T., Toichi, M.: Cortical activation during attention to sound in autism spectrum disorders. *Res Dev Disabil*, 33 ; 518-524, 2012

2) Fung, L.K., Chahal, L., Libove, R.A., et al. : A retrospective review of the effectiveness of aripiprazole in the treatment of sensory abnormalities in autism. *J Child Adolesc Psychopharmacol*, 22 ; 245-248, 2012

3) McDougale, C.J., Scahill, L., Aman, M.G., et al. : Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology. *Am J Psychiatry*, 162 ; 1142-1148, 2005

4) 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

自閉症スペクトラム障害の感覚問題の客観的把握と支援

中京大学現代社会学部

辻井 正次

自閉症スペクトラムの感覚異常・感覚の問題に関しては、客観的な把握のためのアセスメントツールである感覚プロフィール (Sensory Profile; Dunn, W.ら) を用いた把握が最もよく用いられている。わが国においても筆者らの厚生労働科学研究の研究班が日本語版を開発し、公刊の予定となっている。従来、感覚の問題、なかでも感覚過敏性や過鈍性の把握は、臨床的に主訴に挙げられた段階で対応される形であったため、問題が顕在化し、二次的な困難が生じている段階でしか対応されなかったという実態がある。特にパニックなど、反応性の高い行動障害を示す場合、実は幼児期から感覚過敏性があり、特に聴覚や触覚の問題が幼児期にあった場合を多く経験している。

今回、感覚プロフィールでの自閉症スペクトラムの感覚問題の実際を示しつつ、感覚プロフィールでわかる諸問題に対する、臨床的な支援方法について報告した。

自閉症スペクトラム障害の感覚の問題 当事者の立場から

A病院

H. Lobin

【目的】カナリー型当事者としては数少ない自己の感覚についての発言を、より多くの人々に伝える。

【考察および結論】物心ついた頃から世の中との違和感を感じ続け、30代で「自閉症スペクトラム」の診断を受けた当事者。

『無限振子』（協同医書出版社）の著者。

今回は、著書の中でも散りばめられている自分自身の感覚の問題を、特にまとめて発表する。

なお、本人は音声言語に困難を抱えるため、当日は共同演者でもある辻井正次先生に、代読をお願いした。

自閉症スペクトラム障害の性差と その感覚過敏について

大阪府立精神医療センター児童思春期科¹⁾
慶應義塾大学医学部・精神神経科学教室²⁾

熊崎 博^{1,2)}、岩田 和彦¹⁾、木下 直俊¹⁾
柴田 真理子¹⁾、籠本 孝雄¹⁾、新村 秀人²⁾
村松 太郎²⁾、三村 将²⁾

精神科外来において女兒の高機能ASDが二次障害を来し受診となるケースをしばしば経験する。社会相互性の障害が一因となり、教育年齢ではいじめや不登校、青年期では職場不適応から暴力や犯罪などの様々な社会的破綻を来し深刻な問題となっている。ケースに遭遇するたびに“なぜもっと早く介入できなかったのか、健診ではなぜ指摘されなかったのか”と悔しさを感じる。女兒で高機能のケースは男児のケースと比べ幼少期には症状がみえづらいついわれており、女兒の高機能ASDをいかに早期発見するかは喫緊の課題となっている。感覚過敏はASDの患者にとって実生活の中で抱く困難性の本質に近く、そのコントロールは社会性の獲得や対人関係の学習に重要な影響を及ぼすことからASDの核心部分との関連が深いとの見方もある。感覚の問題は低年齢においても特徴的であるが現在まで感覚の性差についての報告は少ない。ASDの性差について主に感覚に注目して調査したので報告した。当院外来を受診した初診時年齢10歳未満のASD患者を対象とし診療録調査を行った。視覚・聴覚については男女の間で有意差は認めなかった。女兒では男児と比べ嗅覚の問題が目立つとの結果となった。現在までに女性のASDが男性と比べ嗅覚が過敏であることについて述べた報告は少ない。嗅覚については文化人類学的にも女性では男性と比べ敏感といわれており、ASDにおいて出生当初から嗅覚の問題は著明であると考えられる。嗅覚は嗅神経を通して直接大脳辺縁系に情報を送ることもあり嗅覚と情動の間には深いつながりがある。ASDにおいて嗅覚過敏が強いことがコミュニケーション能力や不適応行為の予後を示唆するとの報告がある。今後嗅覚に着目することが女性のASDの早期介入につながるかもしれないと考えている。今回、嗅覚過敏のある患者への対処法についても報告した。

自閉症スペクトラム障害の体験世界

浜松医科大学児童青年期精神医学講座

杉山 登志郎

ASDの感覚過敏性は不思議な問題である。その存在は、自閉症の記述の最初から気づかれていたのにもかかわらず、その重要さが認識されたのは、実に1990年代に至って、当事者の自伝が世界の様々な地域から発表をされるようになってからであった。自閉症が人を避ける。なぜか。怖いからである。感覚過敏性は、これほどASDの中核的な症状であるにもかかわらず、その診断基準にすらこれまで明記されてこなかった。ところが、この問題に焦点をあてた尺度「sensory profile」を用いてみると、ASDの的中率は有名なスクリーニング尺度であるAQをはるかに上回る。これも感覚過敏性がいかにASDの中核的な問題なのかを示すエビデンスである。

感覚過敏性は、その病理に関して、これまで十分な検討がなされてきたとはいえない。このシンポジウムではASDの感覚問題に焦点を絞って、これまでの研究を展望し、臨床的な視点からその意義と対応策を鳥瞰した。

からころステーションからの報告

一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ

渋谷 浩太

【こころのケアチームとして】2011年3月11日、私は石巻市にある精神科診療所に臨床心理士として勤務していた。M9の巨大地震と津波で石巻市内は大きな被害を受けている。勤務するクリニックも津波の影響によって約1mの浸水、私の家は港から200mのところにあつたので、2階まで浸水し全壊となった。

震災直後の石巻市内は約1週間は身動きがとれずライフラインも途切れ、食料品やガソリンも不足していた。避難所は人であふれかえり、見たこともない数の消防車やヘリコプターが動いており、市内は混沌としていた。

私は4月半ば日本精神神経科診療所協会（以下、日精診）のこころのケアチームとして活動を始めることとなる。日精診は、3月被災直後から災害対策本部を立ち上げ、宮城県内で活動を始めていた。仙台市でのこころのケアチーム活動を皮切りに、その後石巻市で活動を始め、山元町においては、福祉施設の復興を援助するための支援を行っていた。石巻における活動は、戸別訪問・医療生活支援活動であった。車に生活物資を載せ、一軒一軒回りながら様子や体調を聞き、必要とされる支援を提供するということを繰り返し行った。この活動は、4月半ばから9月頃までの約半年間続いた。

【からころステーションの開所】その後、日精診こころのケアチームを引き継ぐ形で「一般社団法人震災こころのケア・ネットワークみやぎ」が、石巻市と宮城県から事業委託を受け、こころのケア活動を始めることになる。その活動拠点として2011年10月に「からころステーション（からだこころの相談所）」が開所する。主な対象地域は石巻市・東松島市・女川町となっている。

以下が、こころのケアチームの頃から現在まで続いているからころステーションの活動内容である。

仮設住宅などのアウトリーチ支援（訪問）

こころの相談無料ダイヤル（電話）

ステーションでのこころの相談（来所）

ハローワークなどでこころの相談会

乳幼児検診への心理士派遣業務

保健師の業務サポート（石巻市・女川町）

医師などによる支援者研修会の定期開催

仮設住宅訪問支援員の個別面接

こころのケアに関する予防啓発活動

社会資源の開発と開拓

対象の3市町村は、三陸海岸の南側にある。津波は、入り江や狭い湾ほど大きくなる性質があり、甚大な被害がでた。石巻市は、東日本大震災では残念ながら1市町村単位では最大の死者・行方不明者となっており、女川町は死亡・行方不明者の割合が最も高く約9%に被害が及んでいる。震災前の人口は、3市町村合わせて約21万人、そのうちの約2.7%に当たる約5,700人が死亡・行方不明となっている。家族や親戚・友人、家、仕事や同僚、子どもにとっては学校や同級生・部活動など、これらの喪失体験は大きい。

【石巻地域の精神保健分野の課題】被災によって石巻地域の精神保健分野は大きく変化している。特に医療機関については人口約21万人の中に、もともと精神科病院が3つ、診療所が5つあつたが120床の精神科病院が被災し、後に閉院。また、東松島市にあつた精神科診療所が閉院となった。残った医療機関や各種相談機関の負担は増え、多忙となっている。

もともと、石巻地域は社会資源が十分とはいえない地域であった。そういった中で震災によってストレスを抱える方が増えたことが、からころステーションの活動の出発点である。ただし継続的な活動を続けていく中では、震災によって起こった問題に加えて、震災とは直接関連のないケースも見受けられるようになってきている。例えば、震災以前からのアルコール問題や引きこもりなどである。こういったケースは関係機関と連携をとり、本人の状況に即したケースマネジメントを行いながら支援をしていく必要がある。こういった支援は震災があつたから必要とされるものではなく普遍的な支援のあり方と考える。

私たちが普遍的な支援を必要とする方を対象とするようになってきたことは、私たちの活動が震災以前から地域にあつた精神保健分野の課題を含めたものに移行していると考えられることができる。今後もこれらの課題に取り組みながら、取り残されていく被災者の不安に寄り添える支援を続けていきたい。

災害をとおして石巻の精神保健活動からみえてきたもの

石巻市健康部健康推進課

沓沢 はつ子

東日本大震災は、本市に大きな爪痕を残した。死者（行方不明者含む）3,599人、避難者数は最大で50,758人、避難所の数は259カ所に上った(平成25年3月末現在)。

絶望の淵に立った私たちにとって、全国から駆け付けた心のケアチームは、心の安定と生きる力を与えてくださった。しかし、今もなお、あの時を思い出し苦悩する市民が多くいる。今回の震災による心の影響は、想像を絶するほど甚大なものである。この震災の精神保健活動からみえてきたものについて報告した。

【心のケアチームによるアウトリーチ活動の意義】旧市内の精神科医療機関は唯一被災を免れた1病院を除き、壊滅的な被害のため、震災直後からの心のケアチーム活動は心強かった。平時では、保健師が何度も訪問に行き受診勧奨をしなければならないケースも、医師や精神保健福祉士などが、その人に寄り添い的確な診断と治療方針を明らかにしていたことで如実に効果が現れた。病院から連絡された自殺未遂者は、医師らの丁寧な診療で自殺企図が薄れ数回の訪問後には地元の精神科へ通院するまでになった。また、うつやアルコール問題のケースについてもタイムリーに受診へと導いてくださった。現在も、なお地域保健活動にとって必要不可欠な活動と痛感している。

【地域精神保健活動で必要なもの 多職種連携】震災直後から継続開催している心のケアミーティングは、心のケアを推進する心臓部となっていた。現在も、市の委託を受けた震災こころのケア・ネットワークみやぎのからこころステーションを中心に、医療機関の医師やケースワーカー、地域包括支援センター、障害者相談支援事業所、心のケアセンター、行政などでミーティングを行っている。毎回、関係者が顔を合わせ事例検討することで、問題の共有と解決策が導きだされる。さらに、各関係者が電話一本で良好な連携が築けるきっかけとなっており、今後、中長期を見据えた活動を摸索する上でも心強い存在である。

【地域精神保健活動で必要なもの 住民と協働】地域で包括的な精神保健活動を行うためには、専門職だけではなく、市民の参加による地域ぐるみ

の心の健康づくりの視点を忘れてはならない。

平成21年度に自殺対策緊急強化事業の一環として、傾聴ボランティアを養成し月2回傾聴活動を展開していた市民が、震災から半年後、同じ被災者だから共感できると立ち上がり、2カ所の仮設住宅集会所で活動を再開した。「ひと時でも苦しみを忘れる」「歌を歌い心が軽くなった」「元町人会の人達に会うと話が弾む」と市民ボランティアによる傾聴活動が必要とされていることを実感した。

また、被災地では、アルコール関連問題がクローズアップされ、孤独死も懸念されていたため、仮設住宅の男性だけの集まり会「大橋メンズクラブ」を、運動普及リーダーや食生活改善推進員のボランティアの協力と、訪問支援員、看護師、からこころステーションなどと連携し、自治会長などとともに「飲んで、しゃべって楽しく健康づくり」といううたい文句で企画をしたところ、30人以上の男性が集まり、大変な盛り上がりを見せた。今年は、自主的活動も視野に活動中であるが、隣人とのトラブルが解決につながったり、アルコール関連問題やうつ病の方が生きる希望をもちイキイキ暮らせるようになったり、団結が強くなり、この仲間と復興住宅でも暮らしたいと市へ要望書まで提出するなど、地域づくりに大変有効であった。これらの活動は、私たち行政にとっても心の支えとなっている。

【地域精神保健活動で必要なもの 継続的な人的・財政的支援】被災から2年あまりが過ぎた今、心の問題は、多様化、深刻化しており、すぐに解決できる状況ではなくなった。また、復興住宅への移住による新たなコミュニティづくりなど、今後も心のケアの課題は尽きることがない。

しかしながら、現地では、心の復興を推し進めなくてはならないスタッフの疲弊が顕在化している。保健師も例外ではなく、退職も多く募集をしても応募が少なく頭を抱えてしまう現実がある。

どうか、今後とも、被災地を忘れず、息の長い温かな御支援御協力をお願い申し上げます。

最後に、震災当初から支援をいただきました東北大、石川県、国府台病院、宮城精神神経科診療所協会（のち日本精神神経科診療所協会）、三重県、名

古屋大，岐阜大，長野県（小諸高原病院），群馬県，大分県，香川県などの心のケアチーム，宮城県精神科病院協会，宮城県，石巻赤十字病院，地元精神科医療機関などの心のケア関係者の皆様に衷心より感謝申し上げます。

ふあっとの活動からみえる精神保健活動

出雲市役所

三島 武司

【概要】出雲の精神医療と精神障がい者の福祉を支援する会ふあっと（以下、ふあっと）は、精神に障がいがあっても普通に生きていける地域づくりを目指すインフォーマルな活動団体である。主たる活動範囲は島根県出雲市（面積624km²、人口17万5千人）であり、出雲保健所の所轄エリアとも一致する。島根県は、全国的にみても財政基盤の脆弱な、典型的な過疎高齢化の進んだ地域を多く抱える県である。出雲市における主な社会資源の現状は、精神科の病床を持つ病院4カ所：478床、病床を持たない病院・精神科クリニック数：12カ所である。障がい福祉関係の社会資源は、委託相談拠点9カ所（このうち、精神障がい者を主として支援する委託相談拠点は2カ所）、指定相談支援事業所15カ所、就労支援事業所24カ所、グループホームなどが12カ所である。ふあっとは、会の理念に共感する者は、誰でも参加できる開放的でインフォーマルな会であり、参加資格は「精神障がいがあっても地域で普通に暮らせる社会づくりを目指す」という同じ目標をもつことのみ。現在、100名を超える会員の顔ぶれは、精神科を中心とする医療関係者（医師・看護師・精神保健福祉士・作業療法士・臨床心理士など）、保健所・市役所などの行政職員、高齢者・障がい者福祉施設職員、弁護士など、職種やそれに伴う専門性や所属、年齢構成も幅広い。毎月の例会には多種多様な会員が集い、ひと時立場や肩書を外してともに学びあい、地域の精神保健福祉はどうあるべきかを本音で語りあう中で共通の理念を醸成してきた。

【経過】ふあっとの誕生は1987年10月。折しも精神衛生法から精神保健法に変わり、精神医療の流れが入院中心の治療から地域におけるケアを中心とする新時代へと移行した頃である。この法改正は、ふあっとの活動を明確に方向づけることになった。当時の出雲にあったのは精神科病床をもつ病院4カ所のみ。地域生活を支える社会資源の乏しい中、地域ぐるみの協働によって、共同作業所やグループホーム、地域生活支援センターなど社会資源づくりなどの活動を展開してきた。その一方で精神障がい者欠格条項の廃止運動などのソーシャルアクションも起こした。行政職として市の規則などを見直す中で、様々な不合理（例えば、精神障がい者に市民ホール

なや公衆浴場などへの立ち入りを制限することなど）を知ることができ、それらを解消していく作業に取り組んだことは得がたい経験となった

【活動内容】ふあっとの主な活動内容として、次のようなことが挙げられる。1つ目は、当事者主体の生活支援システムづくりである。共同作業所やグループホームなど社会資源の創設のほか、ピアサポーターやチーム支援など地域生活支援システムづくりにかかわっている。2つ目は、精神保健福祉に関わる人材の育成が挙げられる。毎月の例会や研修会などで実践に役立つ知識や情報を提供するとともに、学び合いの中から地域の精神保健福祉をめぐる共通理念を醸成している。3つ目は、精神保健福祉にかかる啓発活動である。地域の公民館などへ、自死およびうつ予防や思春期メンタルなどについての出前講座を提供している。ベテランと新人がペアで出かけ新人に経験を積ませるが、ベテランも新人ならではの新鮮な視点に驚かされることも多々ある。4つ目は、出雲成年後見センターなどをはじめとする他分野の活動団体との円滑な連携が挙げられる。異なる専門性をもつ団体と連携することで問題解決が早まったことも多い。こういった活動が一定の評価を受け、厚生労働大臣表彰や精神障がい者自立支援活動賞（リリー賞）などを受賞した実績をもつ。

【考察および結論】ふあっとのインフォーマルなネットワークは、各構成員の本来の仕事を通じてフォーマルな場にもつながっている。本音で語れる関係性と、行政が設置する協議会など公的な議論や意思決定の場とが表裏一体となったとき、それを土壌として組織の枠組みや利害を超えた協働が実現する。例えば、保健所が主体となって実施する「こころの健康づくり取り組み隊」。民間を含めた病院や施設の職員が名簿登録し、手弁当で地域での啓発活動を担っている。所属機関は、職員が勤務時間中に講演に出かけることを業務として認めている。こうした地域ぐるみの協働が可能になったのも、ふあっとで学びあう各機関のスタッフが力を付け、地域活動を行う人が増えてきたことを各機関のトップが理解し、支援してくれていることが根底にあると考えている。最近では、主に保健所を中心とした精神保健と市町村を中心とした障がい福祉が協働すること

で、障がいのある方の結婚・育児におけるつまずき、思春期の問題など様々なライフステージに応じた課題に対し、相談事業所や保健所・市役所、あるいは学校などがチームを組んで包括的に支えることが可能になってきている。島根県出雲市のような財政基盤の脆弱な地域では、ネットワークの中でそれぞれの機関が足りないところを補いあい、支えあうことなくして、精神に障がいがあっても普通に生きていける地域づくりを目指すことは困難である。ふあっとは、資源が乏しい環境の中で立ち上がり、そういう環境であるからこそ、人と人のつながりが持続できたといえるかもしれない。これは、出雲だけの話ではない。全国規模で少子高齢化の進行とそれに伴う社会保障費の増大が見込まれる中で、都市部においても限られた資源を有効に配分することがこれまで以上に求められることは間違いない。既存の諸機関が連携し、ネットワークを強化することの有効性は、検証していく価値があるだろう。また、このような仕組みづくりが、東日本大震災の苦境から立ち上がろうとしている地域の復興にほんの少しでも参考になれば幸いである。

日本における文献のレビュー

高知大学医学部神経精神科学教室

藤田 博一、下寺 信次

【目的】精神科の日常診療の中で、担当する患者が妊娠・出産することになったり、外科的な治療が必要になったりする場合は、身体科に協力を依頼することになる。しかし、うまく連携することができず苦労することは少なからず経験する。精神科、身体科それぞれの立場でいろいろな意見はあるだろうが、結果として患者の治療が遅れたり、不十分となったりすることは許されない。

一方、そういった精神疾患に身体疾患が合併している場合は、精神科を有している総合病院にお願いしたいところであるが、総合病院の精神科は縮小傾向であるため、各地域での受け入れが決して十分とはいえないのが現状である¹⁾。

精神科と身体科の協力関係が円滑に進むためには、どのような問題について考えていく必要があるのか検討する必要がある。精神疾患に対するスティグマや精神科医療に対するスティグマなど問題は多岐にわたることは容易に想像がつく。

ここでは、自ら経験した例や日本において過去に発表された文献例を紹介しながら、どのような問題が存在するのか整理することを主な目的とする。

【症例1】30代の女性。10年以上の統合失調症の病歴。妊娠を契機に抗精神病薬を中断したため妊娠中期に再発し、その後の検診なども受けることができない状態が続いていた。妊娠8ヵ月になり、ようやく産婦人科を受診したが、精神科医が不在のため大学病院の精神科へ紹介された例。この例では、出産方法について本人の意思の尊重が困難であったことに加え、統合失調症の症状が安定しないため、産後の育児も十分にできなかった。

【症例2】40代の女性。卵巣嚢腫茎捻転のため手術が必要となったが、本人が手術を希望しなかった。さらに独語などの症状があるため院内の精神科医に診察を依頼したところ、統合失調症であると診断された例。本人は手術を拒否していたが、生命の危険が生じていたため、家族の同意のもと手術を行わざるを得なかった。さらに本人は手術後の統合失調症の治療を受け入れなかったため、身体治療の終了とともに精神科医療も終了となってしまった²⁾。

【考察・結論】これらをまとめると3つの問題点が考えられた。

治療の同意に関して：インフォームド・コンセントが実際に成立しているかということが大きな問題点である。すなわち、本当に病状を理解して同意をしているのかどうか、昏迷状態など全く意思表示がなされない場合はどうか、積極的に治療を拒否している場合はどうか、などさまざまな場面が想定できる。いずれの場合でも、同意なき治療はどこまで許されるのかという点は大きな問題である。

治療の場に関して：一般病床で治療が可能なのか、精神病床が必要なのかという問題である。これは、有床の精神科がある総合病院でよく発生する問題である。筆者の経験では、精神病床の方が慌ただしく時間が流れる身体科の病床よりも、患者は落ち着いて入院生活を送ることができている印象はあるが、身体管理を行う精神科看護師など病棟スタッフの問題もあり、病院によって事情が大きく異なる。

精神科と身体科の連携に関して：病院内に精神科医が存在していれば、たとえ精神科無床の病院でも身体治療を受け入れが可能な場合が出てくるであろうが、精神科医が不在の病院ではかなり難しいことが容易に想像できる。逆に重篤な循環器疾患のある患者を精神科で受け入れることを想像するとかなり困難であることが理解できる。精神科医が不在の病院では、院外の精神科とどのような協力体制が築けるか大きな課題である。

1) 日本総合病院精神医学会医療問題委員会：2010年総合病院基礎調査からみた総合病院精神科の現状．総合病院精神医学, 24(1)別冊；68-69, 2012

2) 坂口 豪, 西村信哉, 石田美紀, ほか：卵巣嚢腫茎捻転の緊急手術に対する同意が得られず難渋した統合失調症患者の1症例．麻酔, 59(2)；228-230, 2010

身体合併症を有する精神疾患患者への 身体的治療 海外文献レビュー

東京大学医学部精神衛生・看護学教室¹⁾
北村メンタルヘルス研究所²⁾

松長 麻美^{1,2)}

一般集団と比べ、重症精神疾患を有する者の死亡率は2~3倍、平均余命は13~30年短いとされており、その死亡率の増加分の60%は身体疾患が原因との報告がある³⁾。死亡の主な原因疾患として、循環器系疾患、悪性腫瘍、感染症、糖尿病が挙げられている^{1, 6)}。

この背景として、認知機能障害により身体的問題に気づかないこと、身体的問題についてうまく伝えられないことなどの患者および疾患に関連する要因、金銭的な問題や治療が高コストであること、身体合併症の治療における責任の所在についての合意が得られていないことなどのサービスに関連する要因、向精神薬の影響といった治療に関連する要因の他、精神科医に関連する要因、他科医師に関連する要因が、身体合併症治療を阻んでいるとの指摘がある²⁾。精神科医に関連する要因としては、身体的な健康状態よりも精神的な健康状態によりフォーカスする傾向、患者やプライマリケアスタッフとのコミュニケーションの乏しさ、ガイドラインの不徹底や、重症精神疾患を有する者の身体管理に関する誤った信念が挙げられている。一方他科医師に関連する要因としては、精神疾患を有する者へのスティグマが指摘されている。さらに、精神科医、他科医師に共通する要因として、身体的愁訴を心因性的のものとみなすこと、身体的な健康状態に関するアセスメントやモニタリング、継続的治療の不足に加え、精神疾患を有する患者の行動上または心理的な問題に対処するチームの準備がないこと、が指摘されている。さらに、身体合併症の治療に及んだとしても、重症精神疾患を有する患者へのケアはそうでない患者へのケアより質が低い傾向があると指摘されており⁴⁾、この要因の1つとしてやはりスティグマが挙げられている^{4, 7, 9)}。

以上のように、精神疾患を有する患者の身体合併症の治療において、合併症治療へのアクセスの障壁、およびその後の治療の質の低下の双方にスティグマが関連している。スティグマを有する主体としては、精神医療専門職、他科の医療専門職、一般集

団が⁵⁾、スティグマを向けられる対象としては精神疾患患者本人だけでなく、精神科医療もまた挙げられている⁸⁾。

精神疾患患者の身体合併症治療上の困難に精神疾患および精神科医療へのスティグマが及ぼす影響は少なくない。しかし一方で、認知機能の低下などの精神疾患そのものに伴う要因、薬物療法の副作用などの精神科治療に伴う要因に比べ、現時点における介入、改善の余地が比較的に見込めるものであるとも考えられる。

1) Colton, C.W., Manderscheid, R.W.: Congruencies in increased mortality rates, years of potential life lost, and causes of death among public mental health clients in eight states. *Prev Chronic Dis*, 3 ; A42, 2006

2) De Hert, M., Cohen, D., Bobes, J., et al.: Physical illness in patients with severe mental disorders. II. Barriers to care, monitoring and treatment guidelines, plus recommendations at the system and individual level. *World Psychiatry*, 10 ; 138-151, 2011

3) De Hert, M., Correll, C.U., Bobes, J., et al.: Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. *World Psychiatry*, 10 ; 52-77, 2011

4) Fleischhacker, W.W., Cetkovich-Bakmas, M., De Hert, M., et al.: Comorbid somatic illnesses in patients with severe mental disorders: clinical, policy, and research challenges. *J Clin Psychiatry*, 69 ; 514-519, 2008

5) Kuey, L.: The impact of stigma on somatic treatment and care for people with comorbid mental and somatic disorders. *Curr Opin Psychiatry*, 21 ; 403-411, 2008

6) Nordentoft, M., Wahlbeck, K., Hällgren, J., et al.: Excess Mortality, Causes of Death and Life Expectancy in 270,770 Patients with Recent Onset of Mental Disorders in Denmark, Finland and Sweden. *PLoS ONE*, 8 ; e51576, 2013

7) Phelan, M., Stradins, L., Morrison, S.: Physical health of people with severe mental illness. *BMJ*, 322 ; 443-444,

2001

8) Ross, C.A., Goldner, E.M.: Stigma, negative attitudes and discrimination towards mental illness within the nursing profession: a review of the literature. *J Psychiatr Ment Health Nurs*, 16 ; 558-567, 2009

9) Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A.: Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry*, 19 ; 113-122, 2007

重症精神障害と身体疾患症例を巡る諸問題 裁判例の検討をふまえて

東京都立松沢病院精神科

今村 弥生

精神科病院に長期入院中の統合失調症の男性の大腸癌の合併が明らかになった。癌腫によって閉鎖性イレウスも併発し、直ちに手術をしなければ生命の危機に瀕すると判断され、同じ地域の中核総合病院の精神科病棟に転院した。この男性は外科医からの説明に対して、自らが手術を受ける必要性は理解されず、明確に手術を拒み、治療はそこで中断されてしまった。これは、ある地方都市で筆者が数年前に経験し、総合病院の精神科医として精神的苦痛を抱えつつ対処せざるを得なかった事例である。

この例のように、ある程度の重症精神障害と身体合併症を持つ患者の治療においては「患者本人の意志に基づき、本人の最良の利益につながる」治療方針を遂行することは、しばしば困難で、本人の同意が明確ではないにもかかわらず治療を遂行した場合、その正否にかかわらず、訴訟につながるのではないか？という、医療者側の不安が、合併症事例を受け入れる上での障壁となっている。

本シンポジウムでは、4人の弁護士諸氏の協力を得て、重症な精神疾患と身体疾患の治療の過程で訴訟となった2つの事例を提示した。

【裁判例1】57歳女性、統合失調症（平成17年判決）。11年間単科精神科病院に入院療養をしていた患者に子宮体癌が発見され、総合病院に転院後、外科医から子宮、卵巣全摘手術の方針を示された。最初の説明で、本人は手術という言葉聞いて著しい不穏状態となり、手術は一時中止となったが、数日おいて、患者本人と娘は手術に同意した。これと軌を一にして患者はS状結腸軸捻転症を発症した。子宮体癌と異なり、緊急手術を要する状況となったが、本人の手術への明確な同意はなかったため、娘への説明と同意のもと子宮・卵巣・結腸全摘術が施行され、患者は一命を取りとめた。周期的に左股関節化膿性関節炎も発症したが、患者の不穏状態のため、炎症が遷延し、左下肢の短縮が残った。この手術の2年後、患者は手術とは別の理由で死亡した。

この患者の死後、患者の娘は総合病院病院長を被告に、患者の同意なく子宮摘出術を実施したこと、術後の炎症のため下肢短縮が残ったことによる心身の苦痛への慰謝料を請求した事例である。

【裁判例2】45歳女性（平成8年判決）。統合失調症と糖尿病を合併している事例で、精神科単科病院に入院しつつ、腎臓内科専門クリニック医師の往診を受け、糖尿病性腎症の治療がなされていた。尿路感染症が契機となり、腎機能が急激に悪化したため、その地域の中核医療機関の総合病院へ、患者の転院と血液透析導入を前提に透析内科を紹介受診となった。しかし患者は自らの病態・治療の意義について十分理解できず、長期透析療法に患者も家族も耐えられないと透析内科医により判断し、本人両親に説明がなされた上で、精神科病院へ再入院となった。その数日後、家族は親族を呼び寄せ、治療に協力をする体勢を整えて、再度血液透析の導入を希望し、総合病院を受診したが、適応はないと判断され、その翌日腎不全にて患者は死亡した。

この患者の死後、患者家族が医師個人を被告とし、精神疾患を有することを理由に血液透析を断って患者が死亡したのは医師の過失であるとし、損害賠償請求がなされた。

判決は、裁判例1では、原告の訴えはほとんど棄却され、裁判例2では、ほぼ原告の要求が認められ、医師に過失ありとする判断された。

これら2判例の根拠となる説明文に、冒頭の筆者が抱いたジレンマに対する、1つの解釈を読み取ることができる。

裁判例1「家族からの同意があれば、患者本人からの同意を得ることは必須ではない。なぜなら、説明を受けて同意をした家族が、物心両面において患者の治療を支えるならば、それは患者本人にとっての利益となるからである」

裁判例2「医師は専門家としての知識、経験に基づき、患者とその家族へ、加療、あるいは断念した場合の判断材料を提供するのは当然であるが、患者本人及び、その家族が治療を希望し、かつ積極的医療行為を行うことへの客観的な反論がない場合、医師がこれを拒否することは違法と言わざるを得ない。最大限尊重されるべきものは、患者本人の意思、利益が何かということであり、患者本人の意思確認が不可能、または困難な場合、その介護に責任を有する配偶者、子、父母などの親族の意向が重視されるべ

きである」とある。

なお、この2例は地方裁判所による「裁判例」で、最高裁判所が出す「判例」と違い、他の裁判所を拘束するものではない。しかし我々が合併症症例のジレンマを考慮する上で、参照に堪えると考え提示した。予測不可能な状況が起こりうる状況だからこそ客観的事実を積み重ねる必要がある。通常の診療行為と同じく、小さなエビデンスの積み重ねが、裁判の結果を左右すると、法律家との対話から教示された。

謝辞：本報告にあたっては、新星総合法律事務所の伊東亜矢子先生、ひめしゅら法律事務所の中田雅久先生、渋谷パブリック法律事務所の高橋 将先生、田岡・佐藤法律事務所の田岡直博先生にご協力をいただき深く感謝いたします。

重度の身体疾患・精神症状合併症例の治療に関する ガイドライン作成にむけて

NTT東日本関東病院精神神経科

秋山 剛

【はじめに】重度の精神疾患のために判断能力が十分でない患者に、重度の身体疾患が発生し手術などリスクが高い治療を行う場合の対応については、現在国内だけでなく世界的にもガイドラインが存在しない。この問題は重度の精神疾患を有する患者が、重度の身体疾患に対する治療を受ける権利にかかわるが、解決には本質的な困難が存在する。

リスクが高い治療について、他科の医師は、想定される治療効果、治療効果の限界、起こりうる合併症、治療を行わない場合に想定されるリスク、代替治療、代替治療で想定される治療効果とその限界などについて説明し、患者が情報を理解していることを確認した上で同意を得なければ治療を施行できない。複雑な治療に関する情報を理解することは、精神疾患をもたない人間にとっても容易ではない。判断能力が十分でない重度の精神疾患をもった患者が、これらの情報を理解して同意しているかを確認することは、他科の医師には極めて困難である。

手術を施行するなど治療を開始した後に、患者が治療に協力しないまたはできない場合がある。この場合、他科の医師は立ち往生してしまう。「手術後に安静を守れるか」「生命に重大な影響を与えるラインを患者が抜去しないか」などについて、正確に予測することは他科の医師には不可能である。そのために、患者が治療に協力できず、治療を遂行することができないと他科の医師が判断すれば、「治療を引き受けない」と決定する。医療安全管理の観点からいっても、医師が応召義務（医師法第19条認）を負うのは、治療を遂行する能力がある場合に限られるのでこの決定は妥当なのである。

上記のような困難がある一方、重度の精神疾患をもった患者に、重度の身体疾患が合併する事例は現実には頻繁に発生する。重度の精神疾患をもっているも健常者と同じように重度の身体疾患が発生するし、精神疾患のために身体的な健康に関するセルフケアが十分でなくなり、むしろ重度の身体疾患が発生しやすくなることを考えれば当然ともいえる。

この問題が発生するのは他科の治療場面であって、精神科の治療場面ではない。そのため、精神科医が積極的な関心をもたなければ、この問題は対応

能力がない他科の医師に委ねられ、上に述べたように「治療が安全に行えるか確認できない」という理由で、治療が施行されないことになる。他科の医師のこういった決定を聞くと、精神科医は「精神疾患をもった患者に対する差別や偏見である」と考えるかもしれない。しかし、他科の医師が患者の判断能力、協力能力を評価できない以上、精神科医が協力しなければ、事態は改善しない。アンチスティグマを実現するには、精神科医が他の関係者を支援することが必要なのである。

【NTT東日本関東病院のガイドライン】上記の困難を解決するためにNTT東日本関東病院で作成されたガイドラインをひな形として提示する。

重度の精神疾患・重度の身体疾患が合併している症例が入院する場合、精神科病棟は身体疾患の治療に関する経験がなく、身体疾患担当病棟は重度の精神症状に対する治療経験がない。いずれにしても経験が乏しい治療を迫られるので、「押し付け合い」になる場合がある。ガイドラインでは、入院する病棟を精神科病棟、他科病棟のいずれにするかについては

精神科部長と身体疾患担当科部長が話し合う

部長同士の話し合いで結論が出ない場合は、医療安全管理室長が判断する

医療安全管理室長の判断で話がまとまらない場合は、院長が判断するとしている。

医療安全管理室や院長の関与を求めるのは、治療に関しては、最終的には「病院全体の責任」という側面があるからであり、重度の身体疾患・精神症状が合併しているハイリスク状況について、医療安全管理室や管理責任者と情報共有する目的もある。

患者が入院する病棟では、リスクが高い治療を行うことになるので、他科病棟に入院した場合は精神科医が、精神科病棟に入院した場合は他科医師が、毎日診察する必要がある。

身体疾患への治療について、患者がどの程度理解、協力できるかという評価は難しい。他科の医師には、この評価を行う能力がないことはすでに述べたが、精神科医も「他科の治療の必要性を理解し、協力できる能力の評価」は、日常行っている治療行

為でなくあまり経験がない。ガイドラインでは、他科の医師が治療の内容や必要な協力について説明し、患者にその内容を自分の言葉で言わせて、精神科医が「理解、協力能力の評価」を行うとしている。

【考察】NTT東日本関東病院のガイドラインは、1つのひな形に過ぎない。重度の精神疾患・重度の身体疾患が合併している症例の治療に関するガイドラインを、今後整備していく必要があると考えられる。

精神疾患を抱えた患者を包括的にケアするプライマリケア医の役割

手稲家庭医療クリニック

小嶋 一

精神疾患と身体疾患を抱える患者を精神科専門医とともに併診する身体科担当医の役割は、従来は精神疾患以外の身体科疾患の管理だけであった。その連携が理屈通りにスムーズに進まないことはよく経験されているが、医療提供者側の連携の問題、患者側のスティグマを含めた患者要因についてこれまで様々な議論がなされてきた。当院（手稲家庭医療クリニック）は内科疾患に限らず、年齢、性別、臓器にとらわれない幅広い診療を行っている。その中で精神科専門医によって精神疾患の加療を受ける患者の併診を行う機会が多い。我々が家庭医として精神疾患を抱える患者のケアを担当することで従来難しかった連携がうまくいく事例を数多く経験してきた。精神疾患と身体疾患を抱える患者のケアを様々な分野の専門医、看護師、介護関係者などが一体となって進めるには、当院のように精神科専門医だけでなく各分野の専門医の仕事を知り、他職種・多職種連携に慣れた総合医・家庭医が中心的な役割を担ってケア全体を調整することが今後の医療の中では重要となる。総合診療医・家庭医がもつ包括的なケアのコーディネーターとしての役割が、今後の精神科専門医と身体科担当医の理想的な関係を築くためには広く認知されるべきであり、シンポジウムでは様々な事例を提示しつつ、考察も踏まえて発表した。

発表した事例は年齢や性別を変え個人の特定ができない形で提示された。

入院当日に頸部を包丁で切ってきた肺がん末期患者における、救急から看取りに至るプライマリケア医の役割

腹痛に対して精査を行ったところ胃がんが見つかったが、認知症のために治療対象とならなかった患者の介護者に対するプライマリケア医の役割

糖尿病に対するインスリン注射で自殺を図った患者の精神科への紹介におけるプライマリケア医の役割

病院受診をかたくなに拒否する認知症疑いの患者に訪問診療を行い、認知症の診断と入院治療までのコーディネーターとしてのプライマリケア医の役割

上記の事例は精神疾患がプライマリケアの現場では頻度の高いものであること、「スティグマ」とい

う患者の烙印が本人からだけでなく家族・医療者などからは異なったものにみえることがあり、それを上手に媒介するプライマリケア医の役割がとても重要であることなどを示唆した。

その上でプライマリケア医の役割を以下のようにまとめた。

・医療従事者と患者の橋渡し：医療情報の翻訳、解釈の促進、意思決定補助にプライマリケア医が果たす役割。専門医を受診した場合に患者が医師の言葉をうまく理解していない場合は多い。また理解していたとしても解釈に誤りや偏りがあったり、正しい意思決定に至ることができなかつたりすることも散見する。このような場合にプライマリケア医は医療者の言葉を上手に患者のわかりやすい言葉に翻訳し、解釈の程度を確認しながら解釈を深めたり正したりすることができる。また意思決定に際しても中立的な立場での補助や、その患者の価値観や社会心理学的背景を考慮した意思決定のサポートを行うことができるのもプライマリケア医の得意とするところである。

・患者と家族との橋渡し：精神疾患に悩む患者が家族にうまく説明できない症状を、患者にかわってわかりやすく家族に伝えることもプライマリケア医にとって重要な役割である。疾患にまつわる家族の誤解を解いたり、病気をもつ患者と家族との付き合い方を一緒に考えることもプライマリケア医の役割である。

・医療従事者間の橋渡し：特に精神科と身体科の橋渡し。コメディカルとの橋渡ししも得意。プライマリケア医は「何でも屋」であり、何科ともなりえない側面がある。患者の医師に対するスティグマも精神科医や他の身体科医とは異なる場合が多い。そこをうまく利用して患者の味方として認識してもらうことがプライマリケア医の喜びでもある。

以上のように従来の子組みを超えた役割を果たす医療チームの潤滑剤としてプライマリケア医は存在意義があり、広くその役割が認知され、その数も増えることで精神疾患のケアにおけるスティグマを乗り越える鍵となるのではないかと期待している。

外科医からの提示

糸魚川総合病院

山岸 文範

筆者が外科医として勤務する総合病院は、人口約5万人を対象とするが、精神科常勤医はおらず、また域内の精神科医は1名のみである。近隣の都市まで距離があるため市内の救急搬送患者の91%を受け入れており、精神科疾患併存患者も断ることなく手術治療を行っている。しかし、知識、経験不足から来る精神科疾患へのステレオタイプな不安感はほぼ常にあり、それが原因となって積極的な治療を躊躇することがある。これは抗凝固薬を処方されている症例に対して外科医が抱く懸念と似ている。余計な出血をもたらす手術が障害されるのではないかと、逆に手術に向けて処方を中止すると血栓症が発生するのではないかと？ 手術のみを治療の目的とすると抗凝固薬は訴訟問題までもはらんだ阻害因子以外の何物でもなくなってしまう。こういった場合、外科医は手術を手控えるべきかどうかをまず考える。抗凝固薬を精神科疾患に置き換えて考えれば、外科医のもたらずスティグマを理解できるのではないかと思われる。抗凝固薬服用患者への手術遂行を可能にするには、薬効を調整する知識をもつことと、患者に健康な生活を送ってもらうためには手術とともにこの薬品が必須との認識が必要である。精神科疾患の手術に対しても、まず知識をもつことが必要であり、ついで患者個人を理解することで健康な生活を取り戻してもらいたいという思いをもつことが欠かせない。

今回、双極性障害患者の自殺企図による腹部刺傷の経験を示し、私たちの知識、経験不足から来る不安感を説明した。またアルコール性認知症患者で胆管癌を患った患者に膵頭十二指腸切除を行うに至った症例を提示した。この症例では初診時に「認知症患者にこのような困難な手術をすることにどんな意味があるのか？」と考えた。しかし後に患者個人の人生とその苦勞、家族の思いを知ることができ、自然とスティグマを払拭することができた経験である。

神経心理学的検査と精神鑑定

慶應義塾大学医学部精神神経科

村松 太郎

医師は臨床においては診断者であり、かつ、治療者であるが、鑑定医の責務は診断までであって、最終目標である判決は医師の手を離れた領域にある。したがって、診断結果を当事者や裁判所に適切に説明することが、医師の重大な任務となる。このとき鑑定医が言及する範囲は、医学的分野に限定すべきであることは当然であるが、精神鑑定においては、医と法に分野の境界が曖昧であり、何らかの形で法の領域に足を踏み入れなければならない場合がしばしばある。「精神障害の犯行への影響」というのが裁判所などから命ぜられる鑑定事項の定番だが、ここでいう「影響」とは責任能力を暗喩していることは明らかであり、すでに医学的分野から逸脱しているという事情もある。

神経心理学的検査は、医と法を橋渡しするツールとして期待され得るが、検査の本質に目を向けずに施行すれば、あるいは法の領域に入り込んでいることを看過すれば、その実施から説明までの中に、法律家に、ひいては社会に、大きな誤解を生むおそれがある。検査の不適切な適用によって生じ得る誤謬として、以下のものが挙げられる。

レッテルの誤謬：「はの検査」というような単純な適用は避けなければならない。「ギャンブリングタスクは制御能力の検査」などがこの誤謬にあたる。

時間の誤謬：鑑定時の検査結果から犯行時の認知機能を判定する時、推定という要素が大きく侵入し、科学性・客観性は減じることになる。一件記録中の検査所見の扱いにおいても事情は同じである。また、刑事事件でしばしば重視される元々の性格とは、検査時とは時間的に隔絶した時点のものであって、性格検査の結果には疾病そのものが大きく影響していることを考慮しなければならない。

次元の誤謬：責任能力の要素としての「善悪弁識能力」「行動制御能力」は、法的な認知機能であって、検査で測定できる科学的な認知機能とは次元が異なる。精神鑑定は科学化を目指すべきであるが、法は科学がいかに発展しても到達し得ない次元に存在する。これら誤謬を回避するためには、鑑定医自身が検査の本質を十分に理解して施行することは当然だが、それに加えて、施行する検査選択の時点か

ら細心の注意が必要である。これらを前提とすれば、神経心理学的検査は法廷における法曹らの判断を助けるきわめて有用な手技となろう。なお、以上のような問題は、刑事精神鑑定に限らず、成年後見や遺言能力鑑定などにも共通している。司法精神医学すべてに共通するともいえる。

操作的診断基準と精神鑑定

慶應義塾大学医学部精神神経科¹⁾
東京地方検察庁²⁾

古茶 大樹^{1,2)}

今日、精神鑑定においても、DSM- が使われるようになった。DSM診断が普及する以前は、同じケースの診断が鑑定医によって異なることがまれではなかった。そうすると、下された複数の診断のうち、どれが正しいのかということになる。ところがそのような診断の食い違いは、実は鑑定医の学問的な立場の違いを反映したものであったりする。残念ながらこの疑問に対する明確な答えはそもそも存在しない。しかも多くの法律家はそういった事情を知る由もなく、解決不能な精神医学上の問題が、法廷に持ち込まれてしまうことが少なくなかった。そのような無益な議論が精神鑑定そのものの信頼性を損ねる一因になったように思う。もちろん今日でも鑑定のたびに診断が違うということがなくなったわけではないが、それでも共通の分類体系・診断基準を使用することによって、診断の違いは少なくなったし、診断のプロセスをある程度は検証することもできるようになった。これは、グローバル・スタンダードの診断基準を使うことの大きなメリットである。しかし、これを精神鑑定に利用する場合のデメリットもある。DSM- は、司法精神医学にこの体系を使うことへの注意を促している。精神医学上の異なる学派の対立を越えて、共通の診断基準として確立するために、DSMが採った方法論は、どの学派にもよらないという無理論方針であった。たとえば従来の精神医学では重要な役割を与えられていた了解概念はここでは採用されていない。それでは精神鑑定にこの体系を使うためにはどうしたらよいのか。ドイツでは、この精神医学的分類体系を、責任能力判定の段階で、司法精神医学の参照枠に置き換えている。「病気である精神障害」「知的障害」「深刻な意識障害」「重いその他の精神的偏り」という4つの導入指標である。今回、精神鑑定におけるDSM診断のメリット・デメリットに加え、これら4つの指標についても説明をした。

責任能力判断の構造と着眼点 8ステップと7つの着眼点

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

岡田 幸之

筆者は、刑事責任能力の判断にあたっては、法律家と鑑定人が双方の役割分担について共通理解を持つことが必要不可欠であることを指摘し、そのために、責任能力判断の構造を8ステップ^{2,3)}に整理することを提言した。

8ステップとは、精神機能や症状に関する情報収集（精神機能や精神症状に関する多様な情報を収集、整理する）、精神機能や症状（健常部分を含む）の認定（を精神医学的に評価し、精神機能の評価や精神症状の特定をする）、疾病診断（に伝統的診断の「疾病概念」や操作的診断の「診断基準」をあてはめて診断を特定する）、精神症状や病理と事件の関連性の描出（（ではない）が事件にどのように影響したかを具体的な物語として描出する、鑑定という事実判断の核心部分であり、その要旨こそが鑑定主文となるべきものである）、善悪の判断や行動の制御への焦点化（のうち、善悪の判断や行動の制御に関わるような部分に注目して、例えば、動機のどのような部分に精神症状と正常心理がどう影響したのかなどに焦点をあてて整理をする）、法的文脈における弁識能力、制御能力としてみるべき具体的な要素の特定（に、あらためて法的な解釈とあてはめをして「弁識能力」「制御能力」として見るべき要素を具体的に特定する）、弁識・制御能力の程度の評価（の能力の減損の程度が「失われている」「著しい」あるいはそれらに達さないかについて法的に評価する）、法的な結論（を最終的な責任能力の法的結論、すなわち「心神喪失」「心神耗弱」「完全責任能力」の3分類をあてる）、である。

そして、刑事責任能力は（ではない）
（ではない）
という流れで決められること、ステップが鑑定意見の核であること、刑法39条の解釈と適用を要するステップ以降は精神医学の専門領域とはいえないということなどを指摘した。

このステップで描き出した精神障害と事件の関連性について法廷で解説する際に、いわゆる「7つの着眼点^{1,4)}」を利用することがある。7つの着眼点の誤用を避けるうえで、各項目の重要度は同等ではな

く、その比重は事例ごとに異なること、各項目は排他的に独立しているわけではなく、項目間に重なり合うことがらもあること、どれか1つの項目に該当したからとか、何項目あてはまるからというようなことで刑事責任能力を判断するようなものではない（つまり「基準」ではない）こと、例えば「動機が了解可能である」とか「行動は合目的である」などと決めることが目的ではなく、動機の了解可能性や行動の合目的性などに精神病理学的にみた要素がどのようにかかわるのかを示すべきであること、各項目について一方向だけからみるのではなく、ニュートラルな視点から評価する必要があること、例えば動機についてはその了解可能性と了解不能性の両面から、犯行時の行動についてはその合理性、合目的性、一貫性と非合理性、非合目的性、非一貫性の両面からとらえてみること、事件によっては全く検討の必要がないものもあること（着眼点が7つより少ないケースもある）、7つの着眼点は網羅的ではなく、事件によっては7つの着眼点には含まれていない点に注目すべき場合もあること（着眼点が7つより多いケースもある）、に注意すべきであることを指摘した。

1)平田豊明：起訴前簡易鑑定の現状と問題点. 司法精神医療（司法精神医学5巻，松下正明編）. 中山書店，東京，p. 11-20, 2006

2)岡田幸之：刑事責任能力判断の構造. 論究ジュリスト，2；103, 2012

3)岡田幸之：精神鑑定の実際 鑑定人が直面する難問とその解決のヒント. 日本社会精神医学会雑誌，22；287-293，2013

4)岡田幸之、安藤久美子、五十嵐禎人ほか：刑事責任能力鑑定に関する精神鑑定書作成の手引き ver.4.0.（平成18～20年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）他害行為を行った精神障害者の診断、治療および社会復帰支援に関する研究.他害行為を行った者の責任能力鑑定に関する研究）. 2009(<http://www.ncnp.go.jp/nimh/shihou/information.html>)

裁判所への報告における諸問題

東京都立松沢病院精神科

大澤 達哉

精神鑑定では結論を導くことのみならず、その結果とそれに至る過程を適切に説明することが必要となる。そして、説明においては、単に「伝える」のではなく、いかに「理解」してもらうかが重要である。精神鑑定報告では精神医学の専門家以外への説明のために「わかりやすさ」が求められる。このことは臨床における患者や家族などへの説明と大きくはかわらない。しかし、裁判という状況では、その説明対象は裁判員や法律家であり患者ではないこと、簡潔な書面や限られた時間内のプレゼンテーションなど提供できる情報量が制約されること、責任能力概念に関連した説明も求められることなどから臨床とは異なる点も多い。そして、その結論と説明は判決に大きな影響を与え、被鑑定人のみならず被害者の人生を大きく左右する。

しかし、精神医学においては診断が困難な場合が多々あること、その診断基準も生物学的に十分に確立されたものではないこと、責任能力判断基準も経験則に基づくものであることなどから、要求される「わかりやすさ」を具現化することを困難にする要素も存在する。それでも、裁判では1つ1つの事件で必ず結果が求められることから、精神科医は司法や社会の要請に応えなければならない。

裁判員などは精神医学の背景を知らないために鑑定人の説明次第でミスリードされる可能性もあり、それを回避するためには、鑑定方法がその時点で医学的に本質的、標準的であることやその限界を示すことなどが必要と考えられる。今回、東京精神鑑定研究会会員へのアンケート調査に基づいて、実際の精神鑑定報告での問題点を明らかにし、現在望まれる精神鑑定報告のあり方について考察した。

よくわかる脱法ドラッグ乱用・依存の臨床 新たな薬物問題の爆発的拡大

神奈川県立精神医療センターせりがや病院¹⁾
公立大学法人横浜市立大学附属病院・児童精神科²⁾

青山(上原) 久美^{1,2)}

【はじめに】神奈川県立精神医療センターせりがや病院(以下、当院)は80床の開放病棟を有する依存症専門病院である。物質乱用をやめるための動機づけを行い、外来や入院で解毒するとともに、精神的・身体的合併症を治療し心理的・社会的な諸問題への介入も行っている。教育プログラムの中では合法違法にかかわらず知識をつけ、乱用の引き金を探り、仲間の中で対処法を身につけていただく。

昨今、全国で合成ハーブやリキッド、パウダーと呼ばれる脱法ドラッグ(以下、脱法ドラッグ)が蔓延し、主に急性症状がメディアなどで取り上げられている。しかし当院では急性中毒だけでなく精神依存や耐性、コントロール喪失、有害な使用、仕事や学業より乱用を優先するといった「依存症」の患者が急増している。

【目的】当院の初診患者のうち脱法ドラッグの乱用・依存を呈した者の動向とその特徴を調査するとともに、教育入院しSMARPP(せりがや覚せい剤再乱用防止プログラム)¹⁾を導入した患者の背景や治療について覚せい剤依存症者と比較し、現状と課題を探る。

【方法】

初診患者：2010～2012年度に当院を初診した患者における薬物使用障害(以下、薬物患者)とその中の脱法ドラッグ使用障害(以下、脱法ドラッグ患者)の数をアルコール(以下、AL)や他の薬剤と比較して概観するとともに、2012年度の初診患者における脱法ドラッグ患者を他の薬物患者と比較し、特徴を述べる。

教育入院患者：2012年度当院に教育プログラム目的で入院し、SMARPPを実施した薬物患者のうち、脱法ドラッグおよび脱法ドラッグを含む多剤依存症患者(以下、脱法ドラッグ依存症患者)の人数、年齢、性別、経済的背景について覚せい剤依存症者と比較するとともに、プログラム中に語られた言葉を概観する。なお、本研究は神奈川県立精神医療センター倫理委員会の承認を得て実施している。

【結果】

初診患者：当院を初診した物質使用障害の患者は、2010年度は459人(AL：薬物=275：184)であ

り、その5人が脱法ドラッグ患者であった。2011年度は456人(AL：薬物=275：181)のうち脱法ドラッグ患者は25人であった。

2012年度には526人(AL：薬物=251：275)のうち、127人が脱法ドラッグ患者であった。2012年度に当院を初診した物質関連障害患者の平均年齢はALが51.7(±13.57)歳、脱法ドラッグを含まない薬物依存症患者37.2(±11.86)歳、脱法ドラッグ患者28.5(±8.25)歳と、薬物の中でも脱法ドラッグ患者の年齢が有意に若かった。また、薬物患者を脱法ドラッグ乱用の有無で比較すると、脱法ドラッグ患者は男性：女性=119：8、その他の薬物患者は101：47であり、脱法ドラッグ患者で有意に男性が多かった。

教育入院患者：対象期間に145人が入院し教育プログラムを受けており、多い順に覚せい剤49人、脱法ドラッグ42人、処方薬37人、ガス7人、鎮咳剤6人と続いた。覚せい剤患者49人(男性：女性=38：11)と脱法ドラッグ患者(38：4)を比較すると、薬物開始年齢は覚せい剤が38.0(±8.42)歳に対して脱法ドラッグは30.8(±7.83)歳と有意に若かった。なんらかの薬物を開始した年齢は、覚せい剤18.9(±6.53)歳、脱法ドラッグ20.8(±5.98)歳と覚せい剤患者の方が低年齢で薬物を開始していた。現在依存している薬物の乱用開始年齢は覚せい剤の22.0(±6.53)に対して脱法ドラッグ25.7(±7.49)歳であった。経済状態では、生活保護が覚せい剤46.9%に対し脱法ドラッグは7.1%であり、家族の援助で生活していた者は覚せい剤36.7%に対し脱法ドラッグ61.9%、自立は覚せい剤14.3%、脱法ドラッグ23.8%であった。平均就学年数は覚せい剤10.9(±3.24)年、脱法ドラッグ12.22(±2.81)年と脱法ドラッグは覚せい剤より教育年数が長かった。一方、SMARPPの継続回数や修了の有無に有意差はなかった。同じ内容でSMARPPを実施し、脱法ドラッグ患者からは「合法だから問題ないと思った」「『帰ったら、まず一杯』と同じ感覚だったと思う」と危機意識が少なかったことを示す発言も多く語られた。

成分が不明であるうえに日々変化するため、急性

期の治療は対症療法にとどまらざるを得ない。精神依存、コントロール喪失、集中困難、幻覚妄想などの精神病症状、衝動性、多幸感、健忘、希死念慮、自殺企図など様々な症状を呈した。急性症状は数日で改善する者が多いが、渴望期の不穏さを呈した者、数ヵ月健忘が続いた者など多彩であった。

【考察】脱法ドラッグ患者は他の薬物患者に比べ若く、男性に多く、長い平均教育年数、低い生活保護受給率を特徴とし、短い乱用期間で医療に至っており、脱法であることが薬物乱用への敷居を下げていること、より依存性の高い物質が含まれていることが推察された。依存症を発症した患者に対し、SMARPPなどによる包括的、継続的な支援が必要である。また、社会的には家族や職場との関係を保ちながら受診する例が多く、家族教室や家族会を活用して家庭など環境面の強化も同時に進めることが効果的であろう。

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・薬物医学会雑誌,42(5) ; 507-521, 2007

よくわかる向精神薬乱用・依存の予防

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

松本 俊彦

薬物依存臨床では、近年、睡眠薬や抗不安薬といった向精神薬の乱用が問題となっている。私たちが経年的に実施している「全国の精神科医療施設における薬物関連障害患者の実態調査」では、2010年の時点で、薬物関連障害患者の主乱用薬物として、睡眠薬や抗不安薬などの向精神薬がいまやわが国第2位の乱用薬物となった。2012年の調査では脱法ドラッグに僅差で追い越されて3位となったものの、依然としてわが国の代表的な乱用薬物の1つであることは変わりない。

しかし、最も重要な結果はそのことではない。私が衝撃を受けたのは、向精神薬乱用・依存患者の約75%が医師から「処方」という合法的な手続きでその「乱用薬物」を入手しているという事実に対してであった。このことは、向精神薬乱用・依存の発症には精神科治療そのものが無視できない影響を与えている可能性を示唆する。

それでは、どのような精神科治療が向精神薬乱用・依存を生み出すのであろうか？ そのことを明らかにするために、私たちは、2011年12月の1ヵ月間に東京、神奈川、埼玉県にある4ヵ所の薬物依存症専門医療機関外来に受診した、全ベンゾジアゼピン（BZ）使用障害患者87名を対象として調査を行った。本調査は調査実施施設の倫理委員会の承認のもと、患者の同意を得て行った。その結果、BZ使用障害患者の88.5%が精神科医療機関から薬物入手しており、83.9%が精神科における治療経過中にBZ使用障害を発症していることが判明した。

そこで問題となるのが、BZ使用障害患者が受けていた一般精神科医療機関における治療内容である。その結果、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した者の71.2%が、当該医療機関で「依存性の危険がある薬剤（患者の病態には不適切な高力価・短時間作用型薬剤や乱用者のあいだでブランド化されている薬剤）」の処方を受けており、68.5%の者が「薬剤を貯めている可能性を顧慮しない漫然とした処方」を受けており、さらに、47.9%の者は「多剤併用療法」や「大量療法」を、そして、43.8%の者は「診察なしの処方」を受けていた。

もちろん、以上の結果は慎重に検討しなければならない。しかし、いかなる事情があっても、「薬剤

を貯めている可能性を顧慮しない漫然とした処方」や「診察なしの処方」は問題である。この調査では、あくまでも「繰り返し認められた」処方行為に限っているため、これらの問題ある処方はいずれも常態化したものであったと理解すべきであり、こうした医師の処方行動が、患者のBZ使用障害の発症に促進的な影響をおよぼした可能性は容易に想像できる。また、本研究では、精神科治療経過中にBZ使用障害を発症した者が、治療開始当初に最も多く認められた診断カテゴリーは、物質関連障害（43.8%）であった。このことは、すでにBZ以外の物質関連障害に罹患している者は、将来におけるBZ使用障害発症リスクの高い一群である可能性を示唆する。なお、この診断名は、一般精神科医療機関での治療になされたものではなく、あくまでも本研究において後方視的に推測されたものであり、実際に一般精神科にて治療を受けているあいだは、気分障害や不安障害として薬物療法が行われていた点に留意する必要がある。

要するに、初診時に存在したであろう物質関連障害の大半は看過されていたと理解すべきなのである。すでに私たちは、一般精神科通院中のうつ病性患者の2割前後がアルコール使用障害を併存していることを報告し、相当数のアルコール使用障害患者が一般精神科医療機関において看過されている可能性を指摘している。こうした看過はアルコール使用障害だけに限った話ではなく、薬物使用障害にも当てはまるかもしれない。その意味では、精神科医の側が、物質関連問題が存在する可能性をたえず念頭に置き、評価と情報収集が大切であろう。

いま精神科医は医療者としての仁義を問われている。「治療薬を乱用するのはパーソナリティ障害の患者だけだ」などといった、患者の個人病理のみに責任転嫁する、よくあるタイプの弁明をする前に、極端な「薬物（療法）依存」に陥っている、これまでの精神科治療からの脱皮について真剣に考える必要がある。すでに10年以上前より、当時、薬物依存専門病院に勤務していた私は、ダルクの職員から、「なぜ精神科医は患者が何か訴えるたびに薬を増やすのか？ おかげでうちの施設利用者は、せつかく覚せい剤をやめられたのに、今度は処方薬でおか

しくなっている。精神科医は『白衣を着た売人』
だ」という耳の痛い批判を再三聞かされてきた。私
たち精神科医はなんとしてもこうした汚名を払拭し
なければならないだろう。

誰にでもできる薬物依存患者に対する 認知行動療法的アプローチの展開

神奈川県立精神医療センターせりがや病院

小林 桜児

MATCH研究とは、1989年から8年にわたりアメリカで実施された大規模多施設治療研究である。対象は約1,600人に及びアルコール依存患者で、認知行動療法、動機付け強化療法、12ステップ強化療法の3つの心理社会的治療の有効性を比較しようとした。巨額の費用とマンパワーが投じられた割には、結果的にどの治療法も有効性に大差がなく、どのタイプの患者にどの治療法が最適か、という疑問について明確な答えを導き出すことはできなかった³⁾。つまりそれだけ依存症患者は多様な病態を抱えているのであり、何か特定の治療技法が特に依存症に有効なわけではなく、患者の個別性に注目し、病態に応じて臨機応変かつ重層的な支援を提供し続けることが、依存臨床では重要なのである。

ところが従来の依存臨床では、患者は一律に「未熟で防衛的な人格」をもつと想定され、否認の打破と称して面接では直面化が、ケースワークでは突き放しと底つきが重視されてきた。1980年代からアメリカで増加したコカイン依存患者は身体合併症がまれで、底をつく前に、あるいは入院プログラムを終える前に早々に治療から脱落していった。以降アメリカではマトリックスモデルをはじめ、治療継続性を重視した外来プログラムが多数開発されるようになった。

マトリックスモデルは、認知行動療法など様々な心理社会的治療法を取り入れた外来グループ療法である。わが国でも同モデルを参考にしつつ、2000年以降、独自にワークブックを作成し、支持的グループ療法を依存症患者に提供する施設が徐々に増えている。神奈川県立精神医療センターせりがや病院で開発されたSMARPP¹⁾もその草分けとなる外来治療プログラムの1つである。

SMARPPでは、ワークブックを輪読しながら物質乱用の利点と欠点について話し合い、物質使用欲求の引き金を確認し、適切な対処行動の習得を促していく。ワークブックの内容は平易を旨とし、依存臨床に不慣れた援助者でも、患者とともに読み進めながら学べるように構成されている。ただし患者の脱落を防ぐため、堅苦しい勉強会の雰囲気は極力回避する。むしろセッション前半は、最近の患者の日常

生活を報告してもらいつつ、互いに本音を語るよう司会役のスタッフは積極的に促していく。全員の報告が終わるとワークブックの輪読を始めるが、話題の脱線を許容し、和気あいあいとした雰囲気重視している。セッション後、覚せい剤を検出する尿検査も実施するが、結果陽性でも司法対応は取らず、むしろ再乱用の要因分析と今後の対策について話し合う機会としている。最後に各自カレンダーに参加印を押すかシールを貼ってもらう。セッション最終回には修了証を渡している。

依存症患者をただ機械的にSMARPPにつなごうとしても効果は得られない。国立精神・神経医療研究センター病院で2009～2012年に専門外来を初診となった全薬物依存患者のうち、SMARPP参加者は15%にすぎない。同様に、せりがや病院でも、2012年度に初診となった全薬物依存患者のうち、外来SMARPP参加者は7%にとどまる。平日日中に週1回提供されるSMARPPに参加できるのは、併存精神障害が軽微で、就労しなくとも同居家族の支援などで生活可能な群である。つまりSMARPPは、従来の外来薬物療法だけでは脱落しやすく、自助グループにも拒否的だった比較的軽症の依存症患者を治療につなぎとめるための1つのツールなのである。それ以外の大半の患者はやはり従来の外来診察や、入院治療、依存症中間施設や自助グループ、あるいはワークブックを用いた個人面接など、他のツールを組み合わせさせて支えていくしかない。

治療への動機付けがなかなか高まらない患者は、根底に生きづらさや対人不信を根強く抱えているものである²⁾。頭ごなしに断酒断薬を要求するのではなく、まずは生活障害を少しでも減らす支援を提供すればよい。SMARPPも含め、支援ツールとは、患者が乱用物質ではなく、人を信頼する練習をくり返す場であり、援助者はその練習に寄り添うコーチなのである。

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学会誌

誌, 42(5); 507-521, 2007

2) 小林桜児: アルコール・薬物依存症の治療 解離という視点から. 精神科エキスパートシリーズ「依存と嗜癖」(和田 清編). 医学書院, 東京, p. 79-89, 2013

3) Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Studies Alcohol, 58; 7-29, 1997

楽しくできる「ごほうび療法」とモチベーション強化グッズの活用

埼玉県立精神医療センター精神科

成瀬 暢也

わが国の依存症治療に、新たに認知行動療法的アプローチが導入されるようになり、治療者の患者に対するスタンスは大きく変化してきている。依存症に否認があるのは当然であり、底つきを待つのではなく積極的に動機づけを行う。その際に、動機づけ面接法や随伴性マネジメントなどを使った介入を行い、治療の中心はリラブス・プリベンションである。患者のハイリスク状況を明らかにし、適切な対処法を身につける。「依存症は慢性疾患である」という認識に立って、患者が治療から脱落しないように配慮する。この治療法は、一貫して患者と対決することなく協動的に行われ、自尊感情を高める対応を基本とし動機づけを丁寧に行うことに特徴がある。このような治療手法を具体化した治療パッケージである米国のMatrixモデルを手本に、わが国で開発されたものがSMARPPである。これは、2006年に試行されて以来、医療機関、精神保健福祉センター、司法機関、ダルクなどでも実施され、薬物依存症治療の標準型となりつつある。

随伴性マネジメントとは、治療の脱落を防止して動機づけを維持するための行動療法的技法であり、有効性に豊富なエビデンスがある。治療に参加する度に報酬を与えるが、報酬がなくなると効果は消失する。そのため、内発的な動機づけを高めるための動機づけ面接法を同時に行う。埼玉県立精神医療センター（以下、当センター）では、随伴性マネジメントを積極的に取り入れているが、罰を排除して報酬に特化しているため、「ごほうび療法」と称している。修了証、努力賞、完歩賞などの賞状や自助グループ参加表、治療プログラム参加シール表などを実際に使っている。「子供だましたよ」と言っていた患者が熱心に参加シールを集めたり、途中退院を繰り返していた患者が全てのプログラムをやり遂げたり、自助グループ参加表でトップを争ったりするなど、患者の治療への取り組みに積極的な変化がみられるようになっている。

また、「補助介入ツール」として、当センターでは、断酒・断薬手帳、各種ワークブックなどを作成して治療に取り入れている。たとえば、外来薬物依存再発防止プログラム（全34回）の基本ワークブック（LIFE）、依存症のもとにある対人関係の問題を

家族の視点から考え、自助グループの意義について説明した読本（LIFE-recovery）、中毒性精神病で救急病棟に入院となった患者を依存症治療に導入するためのワークブック（LIFE-mini）、外来で断酒・断薬継続のための自己モニタリングを行い、日々頑張れたことを記録していく手帳（LIFE-note）、再発防止の対処スキル獲得に特化したワークブック（LIFE-CST）、LIFEをコンパクトにしてより関心をもちやすくしたワークブック（LIFE-Switch）、家族教室などで使用する心理教育用のテキスト（LIFE-family）などがあり、個々の患者や用途に応じて積極的に活用している。カラフルでイラストの多いワークブックや読本により患者の興味を引き、視覚的に情報が入るように工夫した。介入ツールに関心をもってもらうことにより、治療意欲の低い患者へのかかわりがやりやすくなっている。介入ツールがあることにより、言葉だけのやり取りよりも、患者に必要な情報が入りやすく、治療スタッフとのコミュニケーションを円滑にすることにも役立っている。

これまで、当センターでは、「ごほうび療法」と「補助介入ツール」の導入に伴って、治療環境に望ましい変化がみられるようになってきている。まず、治療の場が明るく楽しい雰囲気になってきたことが特筆される。治療関係が対決的ではなく協動的になった。ともに学ぶというスタンスをとることにより、治療スタッフは患者に寄り添うコーチ役となる。そして、治療者は患者のよいところ・健康なところを積極的に見つけて評価する習慣が身につけてきている。患者と対等な立場にあることを自覚し、患者の自尊感情を高めるかかわりを重視し、患者の変わりたい方向に沿った目標設定を行い具体化する。治療者が治療継続に配慮して長い目で回復を見守る態度を基本とするため、余裕ある対応ができやすい。

この中で最も重要なのが治療スタッフの患者に対するスタンスの変化である。「ごほうび療法」を展開するためには、患者のよい点・よい変化に目を向ける必要がある。依存症治療の場において、これまで患者の問題行動やルール違反にばかり目が向きがちであった治療者の視点が、意識せずに患者のよいところに向き、それを患者に指摘・評価すること

で、治療環境が肯定的な雰囲気になり患者の治療意欲が高まる。この変化が最も治療的に有効であると感じている。依存症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。「ごほうび療法」と補助介入ツールとを組み合わせた治療の実践は、依存症治療に何が大切であるかを示している。

ECT の有効性を高めるには 効果と安全に不可欠な手技

日本医科大学精神医学教室

上田 諭

パルス波無けいれん性ECTを有効とするには、施行の「方法」がきわめて重要である。いまだ国内では「方法」への意識が不足している。方法を問わずに効果や安全性を論じても意味は乏しい。施行には、刺激パラメータを的確に設定し、発作脳波の評価を行って次の刺激設定を行うことが必須である。主要な項目は、刺激用量設定、発作の有効性評価、麻酔薬と併用薬への配慮、の3つである¹⁾。

刺激用量設定：臨床効果につながる有効な刺激には、両側性電極配置の場合、発作閾値の1.5～2.5倍が必要である。その用量を「治療閾値」と呼ぶ。例えば40%まで上げて初めて発作が出るとしたら65%が「治療閾値」であり、65%以上が有効な刺激となる。現実的には、初回をhalf-age法で設定し毎回脳波評価を行い、不十分なら2回目以降は1.5倍の刺激に上げる必要がある。10%ずつ上げる方法や発作が出ればよいとか持続が長ければよいという考えは誤りである。発作閾値に近い弱い刺激用量では効果がないばかりか、遷延性・遅発性発作を生じやすい。逆に、発作閾値を大きく超える刺激は認知障害を生じやすく、発作閾値を早期に上げてしまい発作が生じにくくなる。

発作の有効性評価：発作の判定に発作持続時間は重要ではない。重要なのは、発作時脳波モニターで観察される対称性同期性の高振幅棘徐波と十分な発作時抑制である。血圧と心拍の急上昇がこれに伴う。これにより、発作が臨床効果につながる有効な発作かどうかを判定できる。それには、発作時モニターに注目することが不可欠である。発作中のモニター心電図をみれば、脈拍の急上昇を確認することができ、また不整脈などの心電図異常を発見することもできる。

麻酔薬と併用薬への配慮：麻酔薬は発作を大きく左右する。麻酔薬選択と麻酔用量を極力少なくすることが重要である。用量依存性に発作を生じにくくするbenzodiazepineの併用をやめることも必須となる。中止できない場合は、flumazenilの麻酔前投与が推奨される。

以上の方法を行うことが、ECTを有効にする第一歩である。

なかでも国内の現況では、発作時モニター記録への注目は最重要である。それは、最近発表された無けいれん性パルス波ECTによる初の死亡例論文²⁾についても教訓としていえることである。本例は、身体的になんら特記すべきことのない32歳女性が、ECT6回目終了後に脈の触れない心室頻拍から脳死となった症例で、「ECTでまれに生じるやむを得ない死亡例」として報告されている。しかしこれは、原因追及がほとんどなされないまま導かれたずさんな結論と言わざるを得ない。論文著者にも同誌編集委員諸氏にも、ECTの過程や方法に問題はなかったのかを探究する姿勢はうかがえない。これが国内のECT臨床の大きな問題点である。筆者らは、ECTが「どんなに注意しても最悪の事態は起きる」という「諦め医療」や「少しでも身体的に疑問や問題があれば行ってはいけない」という「萎縮医療」に傾くことを懸念し、原因と問題点を徹底的に検証することこそが今後のECT臨床に重要と考えた。論文著者から症例の発作時モニター記録の提供を受け脳波、筋電図、心電図を検討した。その結果、心電図異常が見出され、毎回異型狭心症を発症していた可能性が浮上した。それが致死的な心室頻拍の原因であると思われる³⁾。さらには、発作評価が十分でなく刺激用量設定も不適切で、それらが適切ならばより早く治療効果が出ていた可能性もあった。

効果的で安全なECTのために、発作モニター記録による発作の有効性判定、適切な刺激用量設定、治療経過中の異変の把握と対処が重要であることを改めて認識する必要がある。

1) Mankad, M.V., Beyer, J.L., Weiner, R.D., et al.: Clinical Manual of Electroconvulsive Therapy. American Psychiatric Publishing Inc, Washington D.C., 2010 (本橋伸高, 上田諭監訳, 鈴木一正, 竹林実訳: パルス波ECTハンドブック. 医学書院, 東京, 2012)

2) 野口剛志, 高崎英気: 修正型電気けいれん療法施行後に心室頻拍を生じ回復が困難だった1例. 精神医学, 55: 33-35, 2013

3) 上田 諭, 鈴木一正: ECT死亡例は発作により異型狭心症を毎回生じていた可能性 修正型電気けい

れん療法施行後に心室頻拍を生じ回復が困難だった1
例（本誌55: 33-35, 2013）の発作時モニター記録に基
づく検討．精神医学, 55; 673-676, 2013

ECTの安全性を高めるには

J R 東京総合病院メンタルヘルス・精神科¹⁾
東京都保健医療公社豊島病院精神科²⁾
順天堂大学医学部附属練馬病院メンタルヘルス科³⁾
多摩中央病院⁴⁾
群馬大学医学部付属病院麻酔神経科⁵⁾
山梨大学医学部精神医学講座⁶⁾

鮫島 達夫¹⁾、奥村 正紀²⁾、臼井 千恵³⁾
一瀬 邦弘⁴⁾、齋藤 繁⁵⁾、本橋 伸高⁶⁾

修正型電気けいれん療法 (modified ECT : m-ECT) は、かつて行われていたECTにおける患者の不安や恐怖感を除去する目的で静脈麻酔薬を使用すること、さらに強直間代性けいれんに伴う骨折の予防から筋弛緩薬を用いている。m-ECTの施行で以前より格段に安全性は確立されてきた。また、わが国においても、麻酔科医の協力のもと、m-ECTの実施設35%、実施率69%と最近10年で確実に普及しつつある。一方、循環器系、呼吸器系、脳疾患など致死的な有害事象の報告が散見される。これは、m-ECT中の麻酔管理は、他の全身麻酔と違い、精神症状により、身体の状況の正確な把握が困難な場合があるためと考えられる。さらにECT直後の高血圧、徐脈、不整脈など循環器への有害事象は症例毎に異なり、さらにその予測が困難であり、時に管理に難渋することも関与していると思われる。麻酔科におけるECTの麻酔は、多くの教科書で「手術室以外での麻酔」として扱われているが、循環器系の細かな管理については検証されていないのが現状である。最近では、高齢化や身体疾患の既往歴をもつ症例の増加とともに、その術前評価も重要となっている。これらの状況を、麻酔科医と相談し、麻酔科医は状態に応じた麻酔法を検討しなければならない。また、内科など身体科と協力して身体の評価を行っており、そのリスク評価を十分に行った上でのECTの施行が望まれる。患者や家族にはリスクと有害事象を最小化することのインフォームド・コンセントも行わなければならない。日本精神神経学会や日本総合病院精神医学会においては、2001年に作成された「ECTの推奨事項」を新たに改訂中であり、今後麻酔管理における基準化も望まれる。

経頭蓋磁気刺激（TMS）の現状と 磁気けいれん療法（MST）への期待

杏林大学医学部精神神経科学教室

鬼頭 伸輔

経頭蓋磁気刺激（transcranial magnetic stimulation：TMS）は、米国、欧州、オーストラリアなどでは、うつ病の治療機器として認可されており、国内でも、複数メーカーが、うつ病の治療機器として薬事承認の申請を行っている。今回は、TMSの現状を報告し、TMSを応用した磁気けいれん療法（magnetic seizure therapy：MST）を紹介する。

TMSは、薬物療法に伴う系統的な副作用は生じず、麻酔薬や筋弛緩薬などの前処置を行う必要がないため、忍容性や利便性において優れる。しかし、その抗うつ効果は、最近のmeta-analysisによっても、修正型電気けいれん療法（electroconvulsivetherapy：ECT）には及ばない。また、現在の標準的な刺激条件は、左前頭前野に10Hzの刺激を行い、1日に3,000発（40分弱）、週に5日、4週間から8週間のTMSを推奨するものであり、患者への負担も少なくない。実際の臨床では、TMSの効果を期待する患者の多くは、複数の抗うつ薬による薬物療法に反応しない、すなわち治療抵抗性の程度の高いうつ病患者であるが、このような患者ほど、TMSの抗うつ効果が期待できないとの報告もある。こうした観点からも、より抗うつ効果の期待できる刺激条件や刺激方法の探索を行っていくことが必要であろう。

MSTは、TMSを応用して意図的にけいれんを誘発する抗うつ療法である。方法論として、より有効性（けいれんを誘発するための効率性）や安全性を追求する過程で、カルジアゾールけいれん療法から、ECT、サイン波からパルス波を使用した修正型ECTが確立し、MSTの有用性が試みられるまでになった。MSTは、ECTと同等の抗うつ効果を示し、回復時間が早く、副作用が少ないとされ、今後、有力な抗うつ療法として期待できる。

TMSの有効性を高めるには

神奈川県立精神医療センター 芹香病院¹⁾
学校法人昭和大学附属烏山病院²⁾
公立大学法人横浜市立大学附属病院・神経科³⁾

中村 元昭^{1,2,3)}

1995年にGeorgeらが6例の薬物治療抵抗性のうつ病患者を対象として、反復性経頭蓋磁気刺激法（rTMS）の抗うつ効果を初めて報告し、1997年には無作為化対照試験（RCT）においてrTMSの抗うつ効果を報告した。刺激プロトコールとしては、左半球の背外側前頭前野（DLPFC）に対する高頻度rTMSが採用された。1999年にはKleinらが右DLPFCに対する低頻度rTMSも抗うつ効果をもつことを報告した。2006年にはFitzgeraldらが、左DLPFCへ高頻度rTMSと右DLPFCへ低頻度rTMSを組み合わせた両側rTMSのRCTを報告し、その抗うつ効果を示した。2009年にはLevkovitzらが深部刺激可能なHコイルを使用したdeep TMSによるRCTを報告した。現在に至るまでうつ病患者を対象とした高頻度rTMSのRCTが30以上、低頻度rTMSのRCTが10程度、両側rTMSのRCTが7程度、deep TMSのRCTが7程度報告されている。今回の前半においては、これまでのメタ分析の結果から治療プロトコールの最適化について検討し、治療反応性予測の研究結果についても議論した。後半では、技術的進歩としてdeep TMSとシータバースト刺激（TBS）、QPS（Quadro-Pulse Stimulation）について紹介した。さらに他技術とrTMSの組み合わせについては、次世代ナビゲーション技術、経頭蓋直流電流刺激法（tDCS）、ニューロフィードバック法についてその可能性を議論した。rTMSの治療的使用がFDAに認められた現在においても、治療プロトコールは経験則に基づいているのが実情である。したがって、治療プロトコールの最適化や個別化、サロゲート・バイオマーカーの創出、技術的進歩に関する研究は今後もさらにその重要性を増すものと思われる。

電気けいれん療法の安全性を確保していくには 麻酔管理と有害事象の現状

東京都保健医療公社豊島病院精神科¹⁾
J R 東京総合病院²⁾
順天堂大学医学部附属練馬病院³⁾
多摩中央病院⁴⁾
群馬大学医学部付属病院麻酔神経科学⁵⁾
国立大学法人山梨大学医学部付属病院⁶⁾

奥村 正紀¹⁾、鮫島 達夫²⁾、中村 満¹⁾
白井 千恵³⁾、一瀬 邦弘⁴⁾、齋藤 繁⁵⁾
本橋 伸高⁶⁾

電気けいれん療法 (electroconvulsive therapy : ECT) は、麻酔科の協力のもとで静脈麻酔薬と筋弛緩薬を用いたmodified ECT (m-ECT) を施行するようになり、格段に安全性が高まったとされている。ECTは精神科では安全な治療として考えられてきたが、通電による循環動態の変動が短時間に生じること考えれば、他の手術と同様に麻酔科医のもとでの厳密な管理が望まれ、精神科と麻酔科の立場でのギャップが存在する。しかし、一定の麻酔管理法としては確立されておらず、施設ごとや医師個々の裁量で調整が行われている。抗けいれん作用のある静脈麻酔薬を用いることによりECTの効果を弱める可能性もあり麻酔量には配慮が必要であるが、減量すれば循環動態の変動もそれだけ大きくなり、術中や術後の管理も重要となってくる。高血圧や頻脈、徐脈などといった降圧剤などの循環作動薬での対応で十分なものから、心室性頻拍などの不整脈、心停止などの重度の有害事象の報告もあるが、その実態は症例報告のみである。

そこで、安全な麻酔管理を検討していく上で、全国の麻酔科認定病院に対してECTの術前・術中・術後の管理や有害事象の実態についてのアンケート調査を行った。全国の麻酔科認定病院1,254施設を対象とし、586施設から協力を得られた。このうちECTを施行している施設は108施設 (18%) で、これらの施設全てで筋弛緩薬を用いたm-ECTが行われていた。ECT施行前の検査については採血、心電図、胸部Xpが90%以上の施設で行われていた。術前診察は、82施設 (76%) で麻酔科が直接行う、18施設 (17%) で診療録などでの確認のみ、7施設 (6%) で麻酔科は行っていなかった。麻酔のインフォームドコンセントは67施設 (62%) で麻酔科が、34施設 (31%) で精神科が担当していた。ECT施行中のモニターは、95%以上の施設で血圧計、心電図、パルスオキシメーターが装着されていた。ECT後の観察場所としては、67施設 (62%) が病室、27施設 (25%) が観察室であった。有害事象の経験としては、高血

圧、頻脈が約80%の施設でみとめられ、他に徐脈、不整脈、もうろう状態の順で多かった。致死的な有害事象の経験例としては、5秒以上の心停止、心室頻拍、たこつぼ型心筋症、心室細動、肺水腫、肺炎、血栓症などがあった。

また、頻度が高いとされている循環器系の有害事象の実態を調べるため、当院でのECT施行時における循環作動薬の使用頻度を調査した。対象は当院で2009～2012年の4年間で施行されたECT 1,904件で、サイン波治療器使用、記録漏れなどを除外した1,636件、302人について検討を行った。有害事象として、心室性期外収縮2件 (0.1%)、180秒以上のけいれん時間の遷延が7件 (0.4%) あり、循環作動薬の使用は450件 (27.5%) であった。また、302人のうちメンテナンスECTの症例を除外した218人について、ECTコース中の循環作動薬使用頻度 (循環作動薬を使用した回数/ECTの総回数) を検討した。ECT前に降圧薬を内服している、65歳以上の高齢者で有意に使用頻度が高かった。チオペンタールの使用量 (使用量/体重) と循環作動薬使用頻度の間には相関は認められなかった。このことからECT施行中の循環動態は静脈麻酔薬だけではコントロールするのが難しく、特に高齢者や循環器系の合併症のある症例では循環作動薬の使用が必要であると考えられた。

精神科医はECTを行う際に治療効果だけでなく、リスクを認識し起こりうる有害事象の把握や対処法などの知識も求められる。精神科と麻酔科、お互いの視点でのECTに対する認識の確認が必要と考えられた。今後、安全で効果的なECTの麻酔管理法が確立されることが期待される。

秋田県におけるうつ病の地域連携

秋田大学大学院医学系研究科公衆衛生学講座

本橋 豊

自殺高率県である秋田県は1998年の自殺の急増直後から自殺対策の推進に先進的に取り組んできた。全国に先駆けて条例に基づく自殺対策を実施し、官民学が連携した地域に密着したうつ病対策・自殺対策を実践してきた。うつ傾向のある高齢者を対象とした医療保健福祉の連携にもとづく家庭訪問、孤立化予防を目的としたサロン活動や交流会などが特色である。これらの対策の成果は着実に効果を現し、2003年には559人であった秋田県の自殺者数は2012年には315人に減少した（警察庁データ）。

秋田県におけるうつ病の地域連携は、このように自殺予防対策の一環として行われてきた³⁾。ここでは、うつ病の地域連携の具体的な事業例として、啓発活動（眠れてますか？キャンペーン）、秋田県医師会を中心とした自殺予防登録医制度²⁾、わらび座によるうつ病啓発ミュージカルの上演事業について紹介する。うつ病の啓発活動については、2000年に秋田県の自殺予防対策が開始された直後から精力的に行われてきた。はじめは、うつ病や自殺に関する知識を提供するリーフレットが主であったが、その後はテレビや新聞やDVDなどの様々な媒体による啓発活動が活発化された。地域自殺対策緊急強化基金が交付されてからは、テレビCMを用いた大規模な啓発活動が盛んになった。富士モデルで採用された「眠れてますか？キャンペーン」は秋田県においても実施され、広く住民に周知されることになった。秋田県自殺予防登録医制度は、地域の第一線で働く開業医などをうつ病の早期治療に関与させ、専門医へスムーズにつなげるために構築された制度である。うつ病対策・自殺予防協力医（地域の開業医など）とうつ病治療登録医（精神科専門医）を整備し、両者の連携を図ることを目的にしている。協力医が登録医に相談したい場合には秋田県医師会を通して、ファックス・メール・封書などで相談を行う。協力医および登録医の氏名などは公表されている。わらび座によるうつ病啓発ミュージカルの上演事業は、プロ劇団であるわらび座スタッフによる脚本（笑顔予報は晴れのち晴れ）による啓発劇を、住民に対して無料で上映する事業である。劇の内容は「家出・寝たきりなどで家族が孤立化していくが、のど自慢への出場を契機に人々が地域とのつながり

を取り戻していく」というものである。プロ劇団によるインパクトのあるミュージカルにより、うつ病や地域のつながりを理解できる内容となっている。この啓発劇は好評で住民に広く受け入れられている。

秋田県の自殺対策の特徴は、以下の5点に要約できる。普及啓発事業、人材育成事業、対面相談事業のいずれもが、全国的にみて高い水準にある、民間団体の活動が活発である（新しい公共モデル）、官民学の連携が緊密である、首長などを対象としたトップセミナーの開催により、自治体トップの自殺対策への理解が深まっている、自殺対策の地域介入モデルが有効であることを早期の調査研究で示した（3年間の介入により介入地域で47%の自殺率の減少を認めた）¹⁾。

秋田県の経験をふまえて、今後のうつ病・自殺対策の地域連携に求められることとして、以下の6点が挙げられる。地域レベルの実践的な取り組みを重視する（総合的な相談事業の推進、ゲートキーパー養成など）、多職種・多機関の連携を重視する（医療保健福祉の連携、一般医療機関と専門医療機関の連携など）、民間団体を巻き込んだ広範な地域活動の展開、うつ病だけでなく他の精神疾患を考慮した自殺対策の推進（統合失調症、アルコール依存症、薬物依存症など）、自殺未遂者に対する医療および地域ケアシステムの整備、多様な課題・背景を考慮した包摂的社会政策としての自殺対策の推進（生活困窮、児童虐待、いじめ、性暴力被害、ひきこもり、性的マイノリティーなど）

国からの自殺対策の補助金は持続しないことから、今後は各自治体が独自の予算を確保して、効率的・効果的な対策を継続していくことが望まれる。

1) Motohashi, Y., Kaneko, Y., Sasaki, H., Yamaji, M.: A decrease in suicide rates in Japanese rural towns after community-based intervention by the health promotion approach. *Suicide and Life Threat Behav.* 37(5); 593-599, 2007

2) 本橋 豊：家庭医（GP）と精神科～秋田県自殺予防登録医制度～. *Depression Frontier*, 8(2); 49-52, 2010

- 3) 本橋 豊、藤田幸司、金子善博：地域におけるうつ病予防教育. 精神科, 22(1) ; 33-37, 2013

大阪における一般科医・精神科医連携 G-Pネット構築の経験より

医療法人渡辺クリニック

渡辺 洋一郎

【はじめに】WHOによる自殺予防の手引き³⁾によると自殺した人の40~60%は、自殺する以前の1ヵ月間に医師のもとを受診しており、その多くは、精神科医ではなく、一般医のもとを受診しているという。自殺した人の大多数が精神保健の専門家に受診せず、最後の行動に及んでいることから、プライマリ・ケアの場において精神障害を早期に診断し、専門医に紹介し、適切な治療を実施することは、自殺予防の重要な第一歩となるとして、一般医におけるうつ病診療の重要性を強調している。しかし、一般医療においてうつ病の診断や治療は容易ではなく危険も伴うと考える。プライマリ・ケアにおいては、「うつ状態を見落とさないことが重要」であるが、正常反応、身体疾患、心因性障害などとの鑑別は難しい。また「軽症例はプライマリ・ケアでも治療可能である」と言われているが、重症度の判定は非常に難しく、軽症にみえても治りにくいタイプもある。さらに「家族、就労、現実問題への対処には原則がある」が、原則通り対応できない例が少なくない。

このような点を考えると、プライマリ・ケアにおけるうつ病診療は極めて困難で危険を伴う。したがって、専門医との、密接な「相談・連携システム」が構築されていることが必要条件と考える。

【一般科医と精神科医との連携の課題】筆者は平成10年にアンケート調査を行い、一般科医の精神科連携に関する課題を調べた^{1,2)}。その結果から、精神科連携における一般科医の不安が垣間見られた。具体的には、診断、精神科紹介の可否に関する自信のなさ、精神科医療、とくに薬物療法へのネガティブな感覚、精神科医へのネガティブな感覚、「患者・家族の反応」に対する不安、患者・家族への説明や説得に対する自信の乏しさ、治療関係の変化（二者関係から三者関係）への不安、紹介先（精神科医療機関）に関する情報の乏しさ、紹介にまつわる時間的・事務的わずらわしさなどが挙げられた。そしてその背景に、一般科医の精神科医療に対する不安や先入観、なじみのなさ、治療関係の問題などの存在が推測された。

このような課題の解決のために、次のような方向

が考えられる。第一に、一般科医にとって、精神科医はなじみのうすい存在で親近感が乏しいため、「精神科医自体を知ってもらう」こと。第二に、一般科医にとって精神科医療は学ぶ機会が少なく、正確な知識の乏しい領域であるため、「精神医学・精神科医療について正確な知識を知ってもらう」こと。第三に、精神疾患においては受診行動、服薬遵守など家族の影響が大きく、かかりつけ医と患者という二者関係から精神科医が加わり三者関係になることで治療関係が複雑化しやすいため、「一般科医・精神科医両者がチームとして機能する」こと。そして第四に、精神科医療機関の情報が乏しく、そのために患者と精神科医療機関とのミスマッチが生じ、通院の中断が生じうるため、「精神科医療機関の情報を提供する」こと。そして、これらの課題を具体化するためには一般科医と精神科医とのネットワーク構築が必要と思われた。

【「一般医-精神科医ネットワーク」(G-Pネット)の構築】大阪ではかねて心身医療に関心のある内科医が「内科医による心身医療研究会」を開催していた。この研究会にアドバイザーとして筆者が参加したのが「一般医-精神科医ネットワーク」(G-Pネット)構築の第一歩であった。その後、大阪精神科診療所協会の会員が参画するようになり、やがて、一般医の精神疾患に関する理解を深めること、一般医・精神科医お互いの紹介をスムーズにすること、連携と相互理解を深めることを目的としてネットワーク構想がもちあがった。大阪精神科診療所協会はすでに精神科病院協会や産業医のグループ、内科医会など他団体と親しい関係にあったことも幸いして、大学病院、精神科病院協会、労災病院、一般病院、内科医会、産業医会など非常に幅の広い医師、団体がこの構想に賛同し、平成17年7月G-Pネットが設立された。このようなネットワークは精神科医側にとっても、さまざまな身体症状を呈したり身体疾患を合併したりすることが少なくない精神科患者を、精神科医療に見識の深い一般医へ紹介できるメリットもあり、有用なものと考えられた。

【G-Pネット構築の意義】G-Pネット構築の最大の意義は、一般医と精神科医とが顔見知りとなり、顔

の見える関係になったことであった。顔の見える関係になると心理的距離が近づき、本音での会話が可能となる。本音での会話から、それぞれの立場や困難な点などがわかり相互の理解が深まった。そのことから一般医の精神科医、あるいは精神科医療への不安や疑念が軽減し、信頼関係の構築・連携関係の向上につながった。また、精神科医療は一般医にはなじみの薄いものであったが、正しい認識をもつことで患者への的確な説明と的確な紹介が可能になり、患者の不安を増大させることなく、スムーズに精神科連携治療へ導入できるようになったと思われる。さらに、連携関係が単なるバトンタッチではなく協働作業であるというチーム診療の認識が深まったことで、明確な役割分担に支えられた連携関係の向上につながったと考えられた。

これらから「顔の見える関係づくり」がG-Pネット構築の最大の意義であり、今後一般科医と精神科医との連携を深めていくためのポイントであると考えられる。

- 1) 渡辺洋一郎：うつ病診療における一般科医と精神科医との連携 その現状と課題・一般科医へのアンケート調査を通して、日本医事新報，3917；44-49，1999
- 2) 渡辺洋一郎，植月マミ：精神科診療所におけるコンサルテーション・リエゾン 精神医学の現状と課題，精神医学，42；1285-1292，2000
- 3) WHO による自殺予防の手引き，2000

うつ・自殺予防対策「富士モデル事業」 2007年からの紹介システムの実績

静岡県精神保健福祉センター¹⁾
富士市医師会「一般医から精神科医への紹介システム」運営
委員会²⁾

内田 勝久¹⁾、窪田 幸久²⁾

【目的】「富士モデル事業」の目的は、自殺と関係の深いうつ病の早期発見・早期治療システムの構築にあり、不眠症状からうつ病の気づきを高める「睡眠キャンペーン」と、不眠が継続している中年男性を一般医から必要に応じて精神科医につなげる「紹介システム」が事業の2本柱として構成されている。このモデルが2007年から始まり6年が経過した。

今回、紹介システムにより一般医から精神科医へ紹介された実績および受け入れ側（精神科医側）の状況について報告した。さらに富士市の医師の方々の本事業に対し抱く印象についても、併せて紹介した。

【方法】静岡県精神保健福祉センター（以下、センター）には、紹介システムを使って精神科に紹介された各事例について、個人が特定できる情報は除かれ、性別、年齢、診断などの情報が送られてくるようになっている。2007年1月～2012年12月までの6年間に於いてセンターが把握した事例について、事例数、紹介元診療科、自己評価式抑うつ性尺度（SDS）の得点などについて解析した。

また紹介先にあたる1つの精神科クリニックを観測定点とし、2007年4月から2012年3月までの5年間に於いて精神科側に紹介された158例についての前向き調査を行った。

さらに富士市の医師に対し、本年1月、紹介システムの運用に関するアンケート調査を行った。

【結果】調査期間内における紹介状発行件数は757件、精神科からの返書の発行件数は638件であった。紹介システムを介した精神科受診件数は、返書が発行されず受診した事例の可能性も否定できないため、最終的に638件以上と考えられた。年齢分布は、男性は40～50歳代が最も多く紹介されていたが、女性は30歳代と60歳代にピークが認められた。紹介元診療科では、内科55%、産科14%、外科などと続いた。紹介時の主訴は、不眠に加え、意欲低下、気分落ち込みなどの精神症状も認められた。SDSについては平均57点であり、49点と60点にピークのある二峰性がみられた。紹介事例の精神科受診時での診断名は、うつ病43%、抑うつ状態26%、適応障

害5%、他であった。

観測定点の精神科クリニックにおいて精神科に紹介された事例の平均年齢は49歳、紹介までの平均日数は約7日であった。紹介元はほぼ全科にわたっていた。発症契機は職場での心労、倒産による失業、債務問題、離婚・死別などの家族問題であった。うつ病の診断率はICD-10では77%、笠原・木村分類では1型が64%であった。いわゆる新型うつやパーソナリティ障害圏の紹介はごく少数であった。疾患重症度では中等症30%、やや重症36%、重症16%であった。全般改善度では、6ヵ月後ないし治療中断時の疾患重症度（CGI）を施行した結果、中等度改善以上が56%であった。希死念慮（精神科初診時）は42%に確認され、最重症の3%は精神科救急入院となった。本調査期間の自殺企図は7例（既遂1例）であった。精神科紹介後、適切な抗うつ剤の使用により、かかりつけ医から処方されていた抗不安薬や睡眠導入剤の減量や中止が可能となった。初発例で通院中断が危惧された患者において、高血圧、糖尿病などの慢性疾患をもつケースでは、かかりつけ医より治療継続の勧奨がなされていた。

紹介システムの運用に関するアンケートは、一般科医103名、精神科20名からの回答を得た。一般科医に対し、日々の診療の中でうつ病を気にするようになったかどうかの質問の結果、「なった」が42%、「変わらない」が41%であった。うつ病と診断する事例および精神科に紹介する件数が増えたかどうかの質問の結果、「増えた」がそれぞれ15%、16%、「変わらない」は共に57%であった。うつ病を気にするようになって、うつ病と診断する事例、精神科に紹介する件数が目立って増えたとはいえないようであった。

精神科医に、紹介件数が増えたかどうかについて質問した結果、「増えた」が45%、「変わらない」が30%であった。

精神科医との連携について、一般科医の回答は、「深まった」が21%、「変わらない」が53%であったが、精神科医の結果は、「深まった」が60%、「変わらない」が20%であった。

【結論】紹介事例の解析から、本事業の「睡眠キャンペーン」はうつ病の早期発見に有効であったといえ、紹介システム構築は、「かかりつけ医・産業医にうつ自殺対策の重要なゲートキーパーを担ってもらうこと」をめざした事業といえた。またその実績から、ある程度その目的は果たしてきたと思われた。しかしアンケートの結果などから、まだ一般科医と精神科医の連携が十分とはいえず、両者の連携が密になるような働きかけが今後も必要であると考えられた。

かかりつけ医と精神科医のうつ病治療連携 久留米地区におけるうつ病ネットワークの構築

久留米大学医学部神経精神医学講座

内村 直尚

久留米市では平成22年度から自殺対策事業の一環として、うつ病の早期発見、早期治療のため、かかりつけ医と精神科医のうつ病ネットワークを構築し、「顔の見える関係作り」を進めている。連携強化のためのフローチャートを作り、専用の紹介状も作成するなど、うつ病の疑いのある患者をかかりつけ医が精神科医に紹介しやすいように工夫し、また、紹介する前にファクシミリで受診予約を取り、一方、紹介を受けた精神科医は毎月保健所へ連携報告書にて連携件数や診断名を報告するシステムにして、毎月の連携状況を検証できるようにした。さらに、平成24年3月より3ヵ月間連携システムの普及・検証を行い、かかりつけ医と精神科医との連携を強化することを目的とした新たな試みを行った。久留米市内にある4つの医師会と精神科医がいる13病院が共同して、病院の精神保健福祉士に連携システムの推進員という立場になってもらい、市内425ヵ所の医療機関すべて割りあて、各医療機関を訪問し、連携システムの周知、うつ病患者の受診および紹介状況や患者背景の収集、転帰などの調査を行った。その結果、平成22年12月より24年2月までの連携件数が1,608件で、女性が63%を占めていた。年代別割合では30代が最も多く、70代、60代、40代、20代、50代、80代、10代の順であった。精神科診断では気分障害（F3）が51.2%、神経症性障害（F4）が29.7%であった。3ヵ月間の連携強化事業にて追跡調査が行えた連携患者149名中精神科を受診していない者は5名（3.4%）であり、その内の4名はかかりつけ医でうつ病に対する治療が行われていた。連携システムに、推進員としての精神保健福祉士が介在することで、医療につながったうつ病患者の治療を途切れさせることなく、見守り続けることが、より可能になったと考えている。

摂食障害の家族療法をめぐって 家族関係をみためて介入する

中村心理療法研究室

中村 伸一

【摂食障害と家族療法】摂食障害にたいする家族療法の効果は1993年の米国精神医学会（American Psychiatric Association）のガイドライン¹⁾に盛り込まれるほど実証性のあるものになった。このガイドラインが推奨している家族療法の適用は、アノレキシアに対しては年少もしくは青年の患者であること、プリミアに対しては青年の患者はもちろんのこと、親との葛藤が継続している年長の患者にも適用があるとされている。

【摂食障害の家族の3タイプと家族への接し方】

Perfect Family：文字通り失敗のない完璧な家族である。患者にとっては「失敗（挫折）の許されない完璧にふるまわなければならない家族」である。他者にどのようにみえるかに敏感で非現実的な完全無欠な自己イメージを追及し続ける結果、いつも前向きに果敢に物事に取り組むが自尊心は育たず、他者からの高い評価に比べて自己評価は低い。

3つのタイプへの対応としてすべてに共通することであるが、拒食症や過食症の知識を家族に供給することは、きわめて重要である。また、過食嘔吐の「効用」を強調し、家族に理解を求める必要がある。一時的にでも「うつ気分から逃れられる」「体重と食事のことでいっぱいになった頭が何も考えないすっきりした状態になれる」といった効用について、両親に理解をうながす必要がある。同時に「必ず良くなる」こと、過食から逃げようとするとかえって「過食が追いかけてくる（過食の外在化 externalization）」こと、嘔吐後の身体ケアの仕方など事細かに説明指導する。最終的な目標は、時間をかけて過食嘔吐と共存した穏やかな家庭生活を目指すことである。

Overprotective Family：母親主導で来院する。母親が患者にとって最良の世話役であるといった信念がある。過食や拒食は患者が思春期にさしかかり、心理的に親から離れようとする時期に始まる。

こうした家族に治療効果をあげたのはMinuchinら²⁾である。この家族には先に述べた心理教育ばかりではなく、家族関係を変えてゆくための直接的な家族への介入が必要となる。まずもって最重要なのは両親のそれぞれの不安と改善への努力を十分に聞き取

ることを通じて、彼らとの協働的治療関係を形成し維持することである。

多くの父親は患者と母親の密着しかつ葛藤的な関係からは距離をとっており、長らく患者の拒食や過食嘔吐行動には直接介入できないでいることが多い。治療者が求めることは両親が協力して患者に対応し、患者を自立に向けて援助することなのであるが、なかなか一筋縄ではゆかないことも多い。筆者はこの葛藤の多い母子関係を、葛藤の少ない安心できる依存関係に変化させることを初期には重要視する。むやみに母子の分離を図ることは治療が混乱し、症状の悪化や自殺の危険さえ伴うことになるからである。安全で永続的な母親への依存関係が保証されると、行きつ戻りつだが、おのずと母子の間に健全な距離ができてくる。父親がこうしたプロセスを辛抱よく支援してくれれば、患者は次第に回復に向かう。患者の症状の回復と母親の孤独感と抑うつ感は並行して起こることが多い。こうした母親を父親がサポートできるように援助することが最終的に必要となる。

Chaotic Family：この家族の他と異なる特徴は、家族のルールや信念に一貫性がなく混乱していることである。家族内の境界は極端に透過性が高い（enmeshed）かと思うと極端に低い（disengaged）ことがある。家族を統率する力を持つものがいないので無力感が漂う。

こうした家族にある患者には境界性パーソナリティ障害を併せ持っているときもみられる。こうした家族に接する時、治療者も大いに混乱してしまうことが多い。その結果、無力感に陥ったり、逆に家族の混乱を治めようと、がむしゃらに指示を出し続けたりする。これらの指示はことごとく無効化されることとなり、治療者は治療が進まない責任を感じすぎてしまうこととなり、ますます治療が膠着する。こうした家族に介入するにはかなりの家族臨床の経験が必要となる。合同面接だけでなく両親それぞれとの個別面接、両親面接、患者との個別面接などを自在に取り入れて、治療者の負担ができるだけ軽くなるようにアレンジする必要がある。

【おわりに】両親は治療者にとって最有力な協働

治療者であると述べたのは、下坂幸三^{3,4)}である。下坂は長年にわたり膨大な数の摂食障害の患者とその家族にかかわり続け、最終的に到達した介入の原則の1つが、この両親の立場と心情を擁護しつつ時間をかけて家族を援助するという一貫した姿勢であった。これは欧米流の家族療法が、われわれ日本人にとってはとかく性急とも思える家族関係の変化を目標むのとは異なった順当で安定した治療経過を生み出す。こうして彼は多くの(重症の)摂食障害を治療してきたのである。われわれもこうしたゆるぎない援助姿勢を家族に示し続けることで摂食障害を改善することができる。

1)APA: Practice Guideline for Eating Disorders. Am J Psychiatry, 150(2); 207-228,1993

2)Minuchin,S., Rosman,B.L., Barker,L.:Psychosomatic Families. Harvard Univesity Press, Cambridge, 1978

3)下坂幸三：アノレクシア・ネルヴオーザ論考．金剛出版、東京、1988

4)下坂幸三：心理療法のひろがり．金剛出版、東京、2007

摂食障害の家族心理教育

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター¹⁾
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所心身医学研究部²⁾
政策研究大学院大学保健管理センター³⁾

小原 千郷^{1,2)}、鈴木(堀田) 真理^{1,3)}
加茂 登志子¹⁾

心理教育とは、疾患に対する正しい知識や情報を心理面への十分な配慮をしながら伝え、疾患の結果もたらされる諸問題・諸困難に対する対処技能を高める技法である。心理教育を実施することで、家族の理解と協力が得られ、また家族の患者への対処技能が高まれば、家族は患者の回復のための有効なサポート資源となり得る¹⁾。本稿では、摂食障害の集団家族心理教育に関する当院における実践と、本邦における実態調査について報告し、家族心理教育の今後の課題について考察した。

我々は東京女子医科大学病院とその関連施設に通院する神経性食欲不振症の患者家族を対象に、家族心理教育を実施している。スタッフは内科医と心理士の2名で、料金は自費である。まず短記集中の導入プログラムとして、1回3時間、全2回、定員6名の心理教育を提供しており、このプログラムは違う参加者で年間4、5クール程度開催される。その後、継続希望者には、年に3、4回程度のフォローアップグループを提供している。

心理教育の内容は、大きく情報提供とグループでの話し合いの2つである。情報提供の内容は、疾患理解、治療について、回復までの見通し、家族のサポートのコツなどである。テキストを使用した科学的な説明とともに、患者の症状や家族の悩みを共有することで体験的理解を促している。グループでの話し合いでは解決志向のディスカッションを行っており、スタッフは家族のすでに行っている工夫や知恵を積極的に肯定し、家族の自己肯定感を高め、問題解決の選択肢の幅を広げるように援助している。

2003年の発足から2012年12月現在までに、52クルールの導入プログラムを実施し、296家族356名の参加があり、ドロップアウト率は1.4%と低率であった。参加者へのアンケート調査から、家族教室へ参加により摂食障害の知識と対処技能の自己評価が向上したことが確認された²⁾。また、2003年の発足時から2006年3月に参加した88家族について、2007年4月時点の患者の通院状況を調べたところ、治療継続が62.5%、回復による終結が20.5%、他院への紹介が11.4%で、無断での中断は2.3%であった。神経性食欲不振症患者は治療からのドロップアウトが問題と

なることが多いが、家族心理教育は医療機関と家族の信頼関係を深め、患者の治療からのドロップアウトの抑止力となっていると考えられた。

さて、このような摂食障害の集団家族心理教育は本邦でどのくらい実践されているのだろうか。我々は、2012年に摂食障害家族会の実態調査を実施した。その結果、本邦には約50の家族会が存在し、うち専門家が主催しているものが30件、心理教育を実践している会が23件存在した。心理教育を実施している家族会の枠組は、1回の平均開催時間が2.2時間(SD 0.8)、昨年1年間の開催回数が平均13.7回(SD 13.5)、1回の参加家族が10.2人(SD 8.0)であった。参加者した家族メンバーのうち、約82%が母親であり、約16%が父親であった。会を主催・運営する専門家は、多い順に心理士、医師、PSW、看護師、栄養士などであり、運営に関わる専門家の人数は平均4.6人(SD 3.3)、1回に参加する専門家の人数は平均2.9人(SD 1.4)であった。会の内容は、すべての会が学習や講義の時間を取り入れていたが、家族同士の話し合いの方法には多くのバリエーションがみられた。また、設立からの継続年数は平均9.6年(SD 6.5)で、5年以内に設立された会が9(39.1%)であった。

こうしたことから、家族心理教育の取り組みが少しずつ広まってきていることがうかがわれる。しかし、会の枠組みや話し合いの方法などには大きなばらつきがあり、現段階では家族心理教育の標準的な方法は定まっていないと考えられた。また、参加家族は母親が多く、父親の参加を増やす工夫が課題として考えられた。

まとめとして、集団家族心理教育は摂食障害の家族を支援し、患者の治療環境を整えるための効果的かつ有用なプログラムであるといえよう。そして、このような家族支援を促進するための課題として、有効かつ実施しやすいプログラムの開発とその効果の検証が必要であると考えられる。

1) 後藤雅博編：摂食障害の家族心理教育。金剛出版、東京、2000

2) 小原千郷、鈴木(堀田)真理：神経性食欲不振症心理

教育の患者家族に対する効率的なプログラムの開発
短期集中・情報提供型の家族教室. 家族療法研究,
27 ; 82-89, 2010

摂食障害の集団家族療法 22年間の経験から

自由が丘高木クリニック¹⁾
東京学芸大学保健管理センター²⁾
熊本県立第二高等学校³⁾
濱中禎子心理教室⁴⁾

大森 美湖^{1,2)}、伊藤 均³⁾、高木 洲一郎¹⁾
濱中 禎子⁴⁾、御園生 ゆり子¹⁾、吉田 結美¹⁾

【はじめに】摂食障害(ED)の発症には、文化的要因や生物学的要因、心理的要因などが複雑に関係し、症状も多岐にわたるため、治療は身体的治療、薬物療法、精神療法、家族療法、栄養療法などが組み合わせて行われる。一般に治療は長期にわたることが多いが、なかでも家族療法はとりわけ重要である。

集団で行う家族療法は、欧米で'50年代より始まり、その手法は今日まで体系化されておらず、それぞれの提唱者が独自に行ってきた²⁾。EDの集団家族療法または家族心理教育を行っている施設は、'93年は約8施設³⁾に過ぎなかったが、'12年の調査(小原/鈴木)⁴⁾では、約50施設に増えていた。集団家族療法や家族心理教育の重要性は認識され、普及してきている。

【集団家族療法の実際】自由が丘高木クリニックにおける集団家族療法は、'91年に国立病院機構東京医療センター(当時高木医長)で始まったものが継続され、現在22年になる。'88年からの5年間、同センターでは、全入院患者の約14%をED患者が占め、少ないスタッフで患者とその家族への対応に追われたため、月1回の集団家族療法が導入された。開始当時の参加者数は、平均7.3名で、1回のセッションは90分、参加者は母親のみであった。'01年に高木の開業とともに組織をクリニックに移転した。'06~'12年の間の平均参加者数は38.7人、1回のセッションは4時間で、近年は父親の参加も増えるなど発展し、内容もレベルアップした⁴⁾。スタッフは精神科医2名、心理療法士3名で、スタッフが司会を行う。患者の治療が終了した母親約8名が毎回参加し、体験に基づく貴重な発言をしてくれるのが特徴である。

集団家族療法の流れは、まず継続参加者が一人ずつ近況報告を行い、一通り終了した後、スタッフが実践的アドバイスを行う。続いて新規参加者に対しては、各々の内容に対しスタッフが細かくコメントし、最後は質問や討論の時間となる。経験を積んだ参加者は、患者の食行動よりも心理面やコミュニケーションに焦点をあてるため、話の中にすでに治

療的な言葉が多く含まれている。一方、新規参加者は、患者への受容共感ができていないケースが多く、スタッフはその重要性から説明し、よいコミュニケーションモデルを提示していく。時に心理教育的講義を行う。

伊藤均('05、未発表)は、われわれの集団家族療法に参加した家族の変化について調査を行い、4期に分類した。困惑期(参加以前):子供の症状に衝撃を受け、とても受け入れられず否認している。葛藤期(参加半年以内):受容の大切さを認識しながらも、大変な現実直面し、苦悩の日々が続く。

認容期(参加1年半まで):理解受容の認識が強化され、子供とよい関係が築けるようになる。統合期(参加1年以上):理解受容の認識は、さらに強化され、子供との強い信頼関係が生まれ、さらにはこの試練によって自分が成長したように思える。このように集団家族療法に継続的に参加することにより家族は明らかに変化がみられた。一方患者への調査では、参加前の親の養育態度は指示的で感情をそのまま出すことが多く、意志の疎通が難しかったと語った。患者全員が、親が会に参加した後、親が変化したと述べた。具体的には「理解・受容してくれた」「批判されなくなった」「対話ができるようになった」などである。その結果「楽になった」「嬉しい」「支えてくれる」という感謝および好意的な受け止め方に变化した。このように患者は親の変化を好意的に感じ、症状の改善も示唆されるなど、この治療の効果が示された。

筆者が'12年に参加者に行った「ヤーロムのグループの12の治療的因子」⁵⁾に基づいたアンケートでは(回答者24名、複数回答可)、参加者の多くが「悩んでいるのは自分だけでない(普遍性)」「参加により情報を得ることができる(情報の伝達)」「治るという希望がわく(希望)」「他の参加者のよいところを真似できる(模倣行動)」「感情を表現し、他者に受け入れられることで心のわだかまりを吐き出せる(カタルシス)」「グループの中で一体感を感じる(凝集性)」と答え、ほか愛他主義、社

会適応技術、実存的因子、対人学習、自己理解、葛藤修正の全項目を満たしていた。

【考察】患者の症状継続に親の養育態度の影響が大きい場合、個人精神療法のみでは限界があり、家族の治療参加は重要と考えられた。歴史的には、集団家族療法はそれぞれの提唱者が独自に行っており、体系化されたものではない。我々が行っている集団家族療法が、22年以上継続している理由は、熱心なスタッフや、患者の治療が終了した母親の存在が大きい。集団家族療法に継続参加することで、家族の疾患理解、親子関係の改善、患者の症状改善などにつながり、近年は母親のみならず父親の参加も定着している。ED治療における家族支援のニーズは非常に高く、またわれわれの経験から集団家族療法は極めて有意義であり、さらに普及することが望まれる。

- 1) 小原千郷, 鈴木 (堀田) 眞理 : 第16回日本摂食障害学会・学術集会プログラム・抄録集. p. 43, 2012
- 2) Philip, B.: Basic Family Therapy. Blackwell Scientific Publications, Oxford, 1981 (中村伸一, 信国恵子監訳 : 家族療法の基礎. 金剛出版, 東京, 2006)
- 3) 高木洲一郎 : 摂食障害の母親のグループ療法. 心身医学, 34(2) ; 183-189, 1994
- 4) 高木洲一郎, 濱中禎子, 伊藤 均ほか : 摂食障害の家族療法. 臨床精神医学, 42(5) ; 669-675, 2013
- 5) Yalom, I.D. : The Theory and Practice of Group Psychotherapy 3th Ed. Basic Books, New York, 1985

(日本の) 家族の深みを問う 摂食障害家族会14年の経験から

公益財団法人住吉借成会・住吉病院

大河原 昌夫

人口90万に満たない小さな山梨県の甲府の地で、摂食障害の家族の会「マーサウの会」をはじめ14年が経過した。摂食障害の回復援助には家族会という形での家族支援が強い力をもつと考えたゆえである。マーサウとは北米大陸の平和を愛する先住民族ホピ族の守護神の名前を借りた。

一時期30人近かった参加者も現在では10数人に落ち着いていた。近県からの参加もある。父と母はほぼ同数、月に2回の平日の夜、2時間ほどをともに過ごす。

私たちの家族会の主張と学び得た事柄を挙げたい。

民間病院の特権かも知れないが、14年間、司会者の交代はなかった。臨床心理士の女性と、男性医師(筆者)の二人である。

当然のことだが司会者は本人の生活、病像を把握している必要がある。そうでなければ、家族の発言を修正できないし、ときに必要な冗談、逆に大いなる賛辞も言えない。司会者の年齢は同世代に近い家族に対し、ときに率直に物申す機会を自由にした。

平日の夜に設定するのは、平日の昼間は司会者が多忙にすぎることもあるが、日本の父親の常套句である「仕事が忙しい」「平日に休めない」の言い訳を認めなくなかったからである。父親の参加と熱心さは、少なくとも私たちのみる日本の家族と本人に大きな影響を与える。江戸期の穂和な父を甦らせた、渡辺京二¹⁾『逝きし世の面影』の世界を想起したい。幸いに摂食障害の家族会は増えてきたが、仄聞するところ、母の参加が圧倒的に多く、それは私たちには大いに不満である。

私たちは決して安易な家族原因説に与しない。親の育て方を批判して無用な苦しみを重ねる方法にも賛成しない。だが、子どもの病気を軽蔑し、本人の性格傾向を批判し続ける親には異を唱えたい。もちろん、それは家族会の中で様々な発言を聞くうちに気がついてもらいたい。

境界性パーソナリティーの精神療法を唱える医師の中には「here and now」の流儀によって「原因を考えるよりも、いま何ができるかだ」と、患者に自らの生活史・過去をあまり詮索させない向きがある

が、私たちはむしろ「病気になった悔しさ」「誰かのせいにしたい悔しさ」を汲もうと唱えたい。汲まれて初めて自らの足で立ち上がるであろう。家族はそれまでの礎でありたい。

鶴見俊輔は「背中からいつ斬りつけられるか分からない空間で生きるのが家族だ」と昔から語ってきた。そもそも、家族とは決して安全な場所ではない。日本における、年間殺人事件の死亡者800人の約半数は家族同士の事件である。親子も夫婦もまったく安全ではない。むしろ、憎しみと親しさが激しく交錯する場所と考えて家族葛藤に対処したい。

家族会を続けていると、本人の症状が消えずとも、家族関係が大きく変容し、<楽な家族>に変化してくる姿を多数みた。症状は大切だが、それ以上に家族は深い問題を抱えているとの認識が14年を経過した私たちの家族会を支えている。病気は回復するにこしたことはないだろうが、なお風通しのよい、暖かな家族の再生を喜ぶたい。

そして14年の経験は、摂食障害という1つの疾患を舞台にした家族会が、日本の家族のありようを考える貴重な素材であったと考える。

決して家族会に参加しない親たち、一度か二度で来なくなってしまおう親たち。それは私たちの課題である。外部に対し、家族の秘密を頑なに守ろうとする親たち。子どもの葛藤に結局のところ、無関心である親たち。それは私たちの手の届かない地点にまだいる。

ただし、私たちは家族の協力を義務とは考えない。中井久夫が「精神科の服薬は患者の義務と勘違いをされている。そうではなく、権利なのだ」と語ったように、私たちは精神科の疾患に対処するにあたって、家族の協力は家族の義務ではなく、権利であると改めて主張したい。

なしえていないことは多い。東京で活躍される某先達の主宰される家族会に伺った折、忘年会の2次会、3次会まで、スタッフが参加され、ともに語りあう姿に心打たれた。

私たちは医療者と家族の間に不必要な壁を作っているのかも知れない。

- 1) 渡辺京二：逝きし世の面影．葦書房，福岡，1998

小児の摂食障害における家族支援 児童精神科医の立場から

西神戸医療センター神経科¹⁾
神戸市看護大学²⁾

高宮 静男¹⁾、磯部 昌憲¹⁾、植本 雅治²⁾
大谷 恭平¹⁾、石川 慎一¹⁾、上月 逢¹⁾

【目的】近年、小児の摂食障害は増加しているが、小児においては家族に対する支援が特に重要だといわれ、家族療法の有効性も報告されている。当院小児病棟に入院した摂食障害患児の家族に対して実施した家族支援に焦点をあて、実践状況とその意義を検討した。

【方法】小学生、中学生の時に当院小児病棟へ入院した患児75例の家族へ実施した家族療法の形式、内容、参加者、参加人数、転帰をカルテより後方視的に調べ考察する。

【結果】

ミニ家族療法：入院中その週の方針を決定するために患児、親参加方式を週1回ミーティングという形でとっている。ミーティングの最初は親との話し合いの場をもち、親の話を傾聴し助言をすると同時に親が提出した問題点をその後の患児を交えたミーティングで話し合っている。全例に実施している。

心理教育的家族療法：入院中週に1回、家族に対し、摂食障害の専門書やスライドを使って子どもの摂食障害に関する心理教育を実施している。最近では母親中心に時に他の家族も参加し、全例に実施している。

個人家族療法：患児担当の精神科医と別の親担当の精神科医が1～2週間に1回両親と面接し、摂食障害の理解の確認、児への対応方法、家族の問題、保護者自身の問題を話し合い、保護者の生きてきた歴史を振り返ることもある。保護者のカルテを作り、最低1回は実施しているが、半数以上は入院中継続している。

集団家族療法：親の会として、親のカルテを作り、年に10回、すでに160回以上開催している。毎回約10名の参加があり、その日のテーマを決め話し合っているが、年に2回は質問コーナーを設け質問と回答をテープ起こしをして小冊子として配布している。家族支援を受けることにより親の経時的変化がみられた。

小学生で入院し、退院後、5年以上寛解状態を保っている患児の保護者は上記の家族支援プログラムを4つとも受けており、退院後5年後もDSM-TRの診断

基準を満たす患児の保護者は支援プログラムを受けない傾向にあった。

【親の会参加者の語りの変化と治療者の役割】親の会への参加者は、参加初期には自身のことは語れず、むしろ自分が責められるのではないかという不安と防衛から、「どんなに子どもの行為が大変であるか」「いろいろやってきたが、全然変化がない」「うちは皆さんのところとは違う」など述べることが多い。参加中期には、参加者の発言を参考にし始めるが、自分自身が試みたこと、うまくいったことを述べることは少ない。否定的な語りは続くものの、周囲に責められているのではないかという疑念は緩和していく。参加回数が多くなってくると、参加者の話を深い点まで理解でき、取り入れることが可能になる。こどもの行動に合わせることへの抵抗感、否定感が軽減し、こどもの存在を認められるようになる。参加者、医療者の意見をただあてにするという発言は少なくなっていく。徐々に、参加者同士が語り合う場の要素が強くなり、家族、夫婦関係にも話が及び、自分自身の生きてきた歴史、摂食障害を親として経験する意味なども語れる。こども、自分自身、家族の成長へと話しが広がっていく。治療者は「親の変化に付き添う」という意識が重要であった。

【結論】摂食障害児の家族に対して実施した家族療養法は摂食障害児をもつ家族に対する支援となっており、多種のプログラムを展開していることに意義があると思われる。

向精神薬の副作用モニタリング クロザピンをモデルとして

北海道大学大学院医学研究科精神医学分野

久住 一郎

クロザピンは、治療抵抗性統合失調症治療薬として世界中で使用されているが、無顆粒球症や心筋症・心筋炎などの重篤な副作用が発現する可能性があるため、そのリスクを最小限にし、有用性を最大限に発揮させる必要がある。海外では無顆粒球症の予防または早期発見のために白血球数・好中球数モニタリングが必須とされている。わが国では、これに糖尿病発現予防のための定期的な血糖値測定を加えた、独自のクロザリル患者モニタリングサービス（CPMS）に準拠してクロザピンを使用することが義務づけられている。

いうまでもなく、クロザピンは上記副作用の他にも、便秘・麻痺性イレウス、けいれん発作、起立性低血圧・失神、流涎、嚥下性肺炎、過鎮静など多彩な随伴症状を伴う。これらの副作用が重篤化するのを防ぐためには、CPMSに定められた項目以外のモニタリングも日常臨床の中できちんと実施することが重要である。

クロザピンを1つのモデルとして向精神薬の副作用モニタリングのあり方について検討した。向精神薬の種類によって多少項目は変わるが、薬剤血中濃度、一般血・生化学所見、心電図、脳波、胸・腹部X線撮影、体重、体温・脈拍・血圧などの検査を定期的に行うことは、副作用の早期発見や重篤化を予防する上で重要である。しかし、それらの検査がどのくらいの頻度で最小限必要であるかのコンセンサスは、一部の項目を除いて得られておらず、今後の検討が必要である。われわれ精神科医は、単に精神症状を多次元的に捉えるだけではなく、身体症状にももっと関心を示す必要があるのではないか。そうすれば、治療薬によって生じる身体症状（副作用）に対して無関心でいられるはずはない。精神症状と身体症状をバランスよく診ることによって初めて人間を丸ごと診療していく精神科医としての本領が発揮できると考えられる。

向精神薬の循環器系副作用のモニタリング

自治医科大学附属さいたま医療センター

百村 伸一

各分野の治療薬によって様々な循環器系の副作用が引き起こされることは知られている。例えばアントラサイクリン系薬剤による心筋障害、向精神薬、抗アレルギー薬によるQT延長などが有名で、とりわけ向精神薬、抗精神病薬については多彩な循環器系副作用が報告されている。ここでは、薬剤によって起こりうる主な循環器系副作用の中でも、致死性イベントに結びつきうる心筋炎とQT延長症候群に焦点をあてて解説した。

【薬剤誘発性心筋炎】心筋炎は心筋を主座とした炎症性疾患であり、心膜まで炎症が及ぶと心膜心筋炎と呼ばれる²⁾。心筋炎には様々な原因があり主要な原因はウイルスであるが様々な疾患の治療に用いられる薬剤も心筋炎の原因となりうる。

心筋炎の症状はまずは、胸痛であり体位によってその程度が変化する。一般に頻脈となる。もっとも重症な病型である劇症型心筋炎では高度の心ポンプ機能の低下からショック状態に陥ることもある。心筋炎に特徴的な聴診所見はないが、高度の左心機能低下に伴う左室充満圧を反映し、III音ギャロップを聴取することもある。心不全を合併すればその程度に応じて肺にはラ音 (crackles) を聴取する。胸部X線写真では肺うっ血像、肺水腫像を呈する。心陰影の拡大は明らかでないことも多い。胸膜炎を合併すれば胸水を認めることもある。心電図所見では冠動脈支配と一致しない比較的広範囲のST上昇を認める。病期に応じて陰性T波もみられる。房室伝導障害を伴うこともある。

血液検査所見ではCRP陽性、白血球増多などの炎症所見がみられるがウイルス性、薬剤性では白血球増多を伴わないことも多い。心筋逸脱酵素 (トロポニン、CPKなど) の上昇を認め、心電図所見とともに心筋梗塞との鑑別が問題となる。心エコーでは心筋障害の程度に応じて左室収縮機能の低下を認める。左室壁は浮腫に伴い一時的に肥厚する。心膜炎を伴えば心膜液貯留を認める。MRIも心筋炎の診断に有用である。心筋梗塞との鑑別のため冠動脈造影やMDCTによる評価も必要である。急性期の心筋生検は確定診断のために必要であり、間質への細胞浸潤、間質の浮腫、心筋細胞の断裂、融解、消失などの所見が得られる。また特殊なタイプ的心筋炎 (例

えば好酸球性心筋炎) ではステロイド治療適応を判断するためにも生検は必要である。

治療としては薬剤性が疑われる場合にはその薬剤の中止が原則である。一般には心機能のサポートが中心となる。収縮障害が著明な場合にはカテコールアミンなどの強心薬、さらに左室機能障害が高度の場合にはIABPやPCPSなどの機械的補助循環も必要となる。ステロイドが有効な場合もある。

薬剤誘発性心筋炎の原因となる薬剤として精神科領域で最近注目されているものにクロザピンがある。1999年にKilianら³⁾が15例の心筋炎と8例の心筋症をLancetに報告して以来、オーストラリアを中心として症例が蓄積されている。ただし、ノバルティス社による米国、カナダ、イギリスも加えた4カ国、36万人の集計では心筋炎の発生頻度は0.13%と高くはない。またわが国での臨床試験77名の集計では心筋炎の発生はなく心膜炎1例、心膜疾患1例、心膜液貯留は4例に過ぎなかった。

【QT延長症候群】QT延長症候群 (LQTS) はわが国のガイドライン⁴⁾によると、心電図にQT延長を認め、torsade de pointes (TdP) と呼ばれる特殊な心室頻拍、あるいは心室細動などの重症心室性不整脈を生じて、めまい、失神などの脳虚血症状や突然死をきたしうる症候群であると定義される。

薬剤誘発性LQTSは薬剤投与後にQT時間が過度に延長し、それに起因するtorsade de pointesが生じることで診断され、様々な分野の薬剤で起こりうる。当該薬剤のみによって引き起こされるのではなく、それに危険因子が関与していることも多い。心筋炎と同様様々な薬剤がLQTSの原因となりうる。とくに向精神薬はLQTSをきたしうるものが多い。モーズレイ処方ガイドライン第10版⁴⁾では向精神薬をそのQTへの影響度によって作用なし、低度作用、中等度作用、高度作用、効果不明に分類しており、高度作用にはハロペリドール、メサドン、ピモジド、セルチンドールが含まれ、中等度作用にはクロルプロマジン、イロペリドン、メルベロン、クエチアピン、シプラシドン、ゾデピン、TCAが含まれている。

【治療】薬剤誘発性LQTSが疑われた場合には、当該薬剤を中止することが原則であるが、同時に上記の誘発因子のうち是正できるものは是正することも

重要である。モーズレイ処方ガイドライン⁴⁾ではQTc延長への対応としてその程度によって対応法を示している。それによると、QTc < 440ms (男性)、QTc < 470ms (女性)であれば非特異的T変化がなければ経過観察、QTc > 440ms (男性)、QTc > 470ms (女性)かつQTc < 500msであれば減量あるいは他剤への変更を検討、心電図検査を繰り返し施行し、循環器医への相談が推奨される、QTc > 500msであれば原因薬剤の中止および他剤への変更、速やかに循環器医へ相談する、非特異的T変化の出現の場合には治療を再考し、減量あるいは他剤への変更を検討、速やかに循環器医へ相談する、となっている。

QT延長からtorsade de pointesをきたした場合には循環器医による緊急対応が必要となる。

- 1) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2005-2006年度合同研究班報告)。QT延長症候群 (先天性・二次性)とBrugada症候群の診療に関するガイドライン (班長: 大江 徹) (http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2007_ohe_h.pdf)
- 2) 循環器病の診断と治療に関するガイドライン (2008年度合同研究班報告)。急性および慢性心筋炎の診断・治療に関するガイドライン (2009年改訂版, 班長: 和泉 徹) (http://www.j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2009_izumi_h.pdf)
- 3) Kilian, J.G., Kerr, K., Lawrence, C., et al.: Myocarditis and cardiomyopathy associated with clozapine. Lancet, 354:1841-1845, 1999
- 4) Taylor, D., Paton, C., Kapur, S (内田裕之, 鈴木健文, 渡邊衛一郎訳): モーズレイ処方ガイドライン第10版 (日本語版)。アルタ出版, 東京, 2011

非定型抗精神病薬/リチウム投与下の 血糖/血中リチウム濃度モニタリング

公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター¹⁾
公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター附属晴和病院²⁾
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
所精神保健計画部³⁾

稲垣 中^{1,2)}、竹島 正³⁾

【はじめに】わが国では非定型抗精神病薬による糖尿病や脂質異常症の発症リスクが特に問題視されているため、非定型抗精神病薬服用者の血糖値や血清脂質値を定期的に測定して、糖尿病や脂質異常症のリスクを適切に管理することが要求されている。また、血清リチウム濃度が中毒量レベルであった場合に腎障害を惹起するリスクがあるために、炭酸リチウムが投与されている患者でも2~3カ月に1回程度の頻度で血清リチウム濃度を測定することが要求されている。しかし、現在のわが国では必ずしもこれらのモニタリングが十分に行われてはいない。今回、われわれは2005年度に実施された「自立支援医療の給付のあり方に関する研究」（以下、自立支援医療研究⁴⁾）と呼ばれる研究で構築されたデータベースを利用して、わが国の非定型抗精神病薬服用者における血糖値および血清脂質値の測定頻度と炭酸リチウム服用者における血清リチウム濃度の測定頻度について検証した。

【対象と方法】自立支援医療研究データベースには全国47都道府県からおおむね人口に応じて抽出された精神科外来患者3,674名の医科レセプトが含まれていた。本研究は研究1と研究2より構成され、研究1では当時上市済みであった4種類の非定型抗精神病薬（olanzapine, quetiapine, perospirone, risperidone）のいずれかが投与されていた者のうち、2006年2月の1ヵ月間に血糖値、および血清脂質値がどの程度測定されていたかを、研究2では炭酸リチウムが投与されていた者のうち、2006年2月の1ヵ月間に血清リチウム濃度がどの程度測定されていたかを検証した。

【結果】研究1の対象者は男性228名、女性271名の合計499名で、平均年齢は45.1歳、対象患者の86.8%が精神病圏（ICD-10でF2）であった。研究2の対象者は男性70名、女性64名の合計134名で、平均年齢は49.9歳、対象患者の57.5%が気分障害（F3）、36.6%が精神病圏であった。研究1の対象者のうち、調査期間中に血糖値測定が1回以上行われていた者は28名（5.6%）、HbA1c測定が行われていた者は5名（1.0%）、尿糖検査が行われていた者は8名

（1.6%）で、これらのいずれかが行われていた者は32名（6.4%）であった。同様に、総コレステロール値測定は40名（8.0%）で実施されていた。研究2の対象者134名のうち、調査期間中に血清リチウム濃度測定が行われていた者は1名も存在しなかった。

【考察と結論】モーズレイ処方ガイドライン⁵⁾によると、血糖値測定をolanzapine投与下では4~6カ月に1回以上、他の抗精神病薬の投与下では年1回以上実施すること、血清脂質値測定は年1回以上行うことが勧告されており、わが国でもおおむねこれと等しい勧告がなされている。血液検査が勧告通りに行われているのであれば、血糖値および血清脂質値はそれぞれ1ヵ月あたり16.7~25%、8.3%程度測定されているはずである。しかし、今回得られた血清脂質値の検査頻度は月あたり8.0%とおおむね勧告通りであったものの、血糖値は5.6%しか測定されていなかった。Motsingerら³⁾の調査によると米国における血糖値測定頻度は13~68%/6ヵ月、HbA1c値の測定頻度は10%/6ヵ月とされているので、月あたりに換算するとわが国の血糖値の測定頻度が低いとはいえないが、今回の結果はわが国の精神科外来医療における血糖値や血清脂質値のモニタリング体制に改善の余地があることを示唆しているように思われる。

一方、今回の調査の結果、炭酸リチウム服用者134名のうち血清リチウム濃度が測定されていた者は1名も存在しなかったため、統計学的には月あたり測定頻度は2.2%未満と推定される。2005年1月~2010年12月のレセプトデータに基づく医薬品医療機器総合機構による調査²⁾によると、この6年間に炭酸リチウムが処方された2,309名のうち、血清リチウム濃度が1回も測定されなかった者が1,200名も存在した（月あたりの測定頻度に換算すると0.9~1.8%に相当）ことが報告されていることも考慮すると、わが国における血清リチウム濃度の測定頻度は2%未満であると考えてよさそうである。一方、英国では2,976名の炭酸リチウム服用者のうち1年間に1回も血清リチウム濃度測定が行われなかった者は273名にとどまっており（月あたりの測定頻度に換算すると18.1%に相

当)¹⁾、わが国の測定頻度の低さは際立っている。つまり、わが国における血清リチウム濃度の測定頻度は英国と比較して低いことは明らかであり、医療安全の観点からもわが国の精神科外来医療における血清リチウム濃度のモニタリング体制に改善の余地があることを示唆していると思われる。

今回の使用されたデータベースはやや古い上に、サンプルサイズも1,000人未満と小さく、調査期間が1ヵ月に過ぎないので、今回の結果の解釈には慎重を要する。したがって、今後はより新しい、長期にわたる大規模データを使用して血液検査の測定頻度について検証してゆく必要があるであろう。

1) Collins, N., Barnes, T.R.E., Shingleton-Smith, A., et al.: Standards of lithium monitoring in mental health trusts in the UK. *BMC Psychiatry*, 10 ; 80, 2010

2) 医薬品医療機器総合機構: 炭酸リチウム投与中の血中濃度測定遵守について. PMDAからの医薬品適正使用のお願い No. 7, 2012 (http://www.info.pmda.go.jp/iyaku_info/file/tekisei_pmda_07.pdf)

3) Molsinger, C., Slack, M., Weaver, M., et al.: Physician patterns of metabolic screening for patients taking atypical antipsychotics: A retrospective database study. *Prim Care Companion J Clin Psychiatry*, 8(4) ; 220-223, 2006

4) 竹島 正, 稲垣 中, 中川敦夫ほか: 通院医療費公費負担における処方の実態. 平成17年度厚生労働科学研究費補助金(厚生労働科学特別研究事業)・自立支援医療の給付のあり方に関する研究 分担研究 精神通院公費負担制度の給付実態, および自立支援医療における重度かつ継続の範囲と再認定の要件に関する研究 研究協力報告書 . p. 65-72, 2006

5) Taylor, D., Paton, C., Kapur, S. (内田裕之, 鈴木健文, 渡邊衛一郎監訳): モーズレイ処方ガイドライン第10版. アルタ出版, 東京, 2011

臨床場面で新規抗うつ薬の適正使用の条件を考える

さいたま市立病院精神科

仙波 純一

SSRIやSNRIなどの新規抗うつ薬は、発売後急速にその処方数を増加させている。しかしその一方で、抗うつ薬使用中の自殺関連行動や不安や衝動性の亢進などが、社会的にも問題となっており、医師には抗うつ薬の適正な使用が求められている。適正使用のためには、薬の使い方だけに注意を払うのではなく、患者への適切な情報提示と説明も必要である。抗うつ薬の使用以前に、うつ病の治療ガイドライン、薬物相互作用、副作用などへの知識が求められる。実際に抗うつ薬を使用するときには、薬物療法への過大な期待を避け、軽症例には非薬物療法を選択することも考慮する。抗うつ薬の適正な使用を行う上では、多剤併用を避けてシンプルな処方とし、投与初期には副作用、とくに不安や焦燥の悪化に留意し、効果判定には4～6週待つことが原則である。効果が乏しいときに、初めて抗うつ薬の変更や併用、増強療法などを考慮する。うつ病の薬物療法では、患者の訴えを常に尊重しながらも、医師としての知識や情報を適切に提示し、治療を進めていく必要がある。

市立札幌病院精神医療センター開設1年を振り返って

市立札幌病院精神医療センター¹⁾
北海道大学病院 精神科神経科²⁾
江別すずらん病院³⁾

高橋 義人¹⁾、上村 恵一¹⁾、白井 康之¹⁾
岩田 愛雄¹⁾、若槻 百美^{1,2)}、鹿野 智子¹⁾
菊地 未紗子¹⁾、安田 素次^{1,3)}

単科精神科病院であった市立札幌病院静療院の成人閉鎖に伴い、平成24年4月に総合病院である市立札幌病院内に精神医療センターが開設された。背景には、札幌市内に身体合併症を伴う精神科疾患患者を受け入れられる医療機関が不足していたことがある。

人員配置は常勤精神科医8名（うち精神保健指定医4名、後期研修医2名）、看護師33名、精神保健福祉士2名、臨床心理士非常勤1名で、病床は全38床（うち合併症ユニット8床と保護室5床を含む個室22床）、10対1看護体制の閉鎖病棟である。

平成24年4月1日～平成25年3月31日までの1年間に計253名の入院患者を受け入れたが、そのうち172名、68%が身体合併症を有していた。身体合併症で圧倒的に多いのは、薬物中毒やせん妄を含む意識障害で42%、次いで内分泌代謝性疾患10%、イレウスなどの急性腹症8%、外傷などによる手術目的7%、悪性腫瘍6%、膠原病6%、肺炎・肺気腫5%、骨折5%だった。また全入院のうち21.2%が自殺企図を契機としていた。

入院患者の由来は、院外からの依頼が39%、当科外来が36%、院内（リエゾン関連）が25%だった。また院内リエゾンのうち63%が救命救急センター（救急）経由からの依頼だった。このように、当院の特徴として救急からの搬入患者が多いことが挙げられるが、これは毎日2回開かれる合同カンファレンスの存在や、自殺企図患者の救急搬送に際して搬入と同時に精神科医が介入するシステムなど、救急との極めて密な関係による。

院外からの入院受け入れ要請は1年間で200件あったが、うち実際に当科入院となった患者は52%にとどまった。断る理由のほとんどは保護室・個室に空床がないことであるが、札幌圏内で受けられる医療機関に限られることを考慮すると、この受諾率の向上が今後の課題である。

実際に受け入れに至った症例を通覧すると、高所墜落による多発外傷例、BMI<10の最重症摂食障害例、縊首による一時的な心肺停止例、維持透析を要する統合失調症例など、重症度の高い身体合併症を有し、かつ治療に緊急性を有する症例が多いことが

わかる。精神科病院入院中や施設入所中の患者については、原則元の医療機関・施設に戻っていただいているため、在宅移行割合は67%であった。

ほか平成24年度の実績としては、病床利用率72.6%、平均在院日数48.3日、新規患者入院割合55.5%、時間外受診患者数279件、医療保護等入院割合77.8%、応急入院等受入件数33件、合併症ユニット入床者割合98.1%であった。これをもって平成25年4月に、全国10番目、東北以北で初の精神科救急合併症入院料を算定する病棟として認められた。

現体制を維持するために重要な要件として、積極的な後期研修医の招聘などマンパワーの充実、バックアップ体制の充実を含む成熟した診療・当直体制の確立、救命救急センターを主とする他診療科との密な連携、診療録記載・書類作成・データベース作成などを行う医療秘書の活躍、そしてクルズス・カンファレンスに代表される教育体制の充実が挙げられる。

一方、今後の課題として挙げられるのは、看護師ほかメディカルスタッフのさらなる充実、長期在院患者の受入機関の確保、精神科リハビリテーションの充実、そして外来患者の逆紹介の促進である。

総合病院精神科病棟開設5年の経過

済生会横浜市東部病院精神科¹⁾
よこやまメンタルクリニック鶴見²⁾

吉邨 善孝¹⁾、有井 浩一¹⁾、横山 正宗^{1,2)}

済生会横浜市東部病院は横浜市の長期計画に基づく地域中核病院構想の一環として横浜市鶴見区、神奈川区などの横浜市東部地域(人口約49万人)に平成19年3月に開院された。急性期医療を主体に運営され、病床数は554床から、現在では560床に増床されている。設立に際しては、横浜市からの要請に応え、横浜市東部地域精神科医療における基幹病院としての役割を担当することとなった。政策医療において、神奈川県精神疾患救急医療システムの基幹病院として精神科救急業務(3床)、神奈川県精神科身体合併症システムの担当病院として精神科身体合併症業務(2床)の役割も担っている。開院当初は、入院基本料として精神科病棟入院基本料(看護配置、平均在院日数の基準から15対1入院基本料を算定)で算定していたが、平成20年4月の診療報酬改定の際に新設された精神科救急・合併症入院料を平成20年9月より、成田赤十字病院とともに本邦で最初に算定開始した。平成24年12月現在、常勤精神科医師7名(精神保健指定医5名)で閉鎖病棟50床(保護室5室、個室13室、4床室8室)を運営している。看護人員配置から病棟開設時は42床、平成23年4月からは、38床を満床として対応した。病棟開設当初の平成20年度と5年目である平成24年度の入院患者を比較した。入院患者数は、平成20年度は362名(女性216名、男性146名)、平成24年度は281名(女性126名、男性155名)であった。平均年齢は、平成20年度は47.5(SD=18.1)歳、平成24年度は平均年齢51.0(SD=17.4)歳であった。平均入院期間は、平成20年度は34.8(SD=36.6)日、平成24年度は36.9(SD=31.7)日、病床利用率は、平成20年度は82.9%、平成24年度は78.0%であった。平成24年度は、平成20年度と比較して、入院患者数は減少、女性患者は著しく減少、男性患者はやや増加した。診断分類では、気分(感情)障害、神経症性障害、パーソナリティ障害は減少、統合失調症はやや減少、器質性精神障害、精神作用薬物使用による精神障害は増加した。入院形態では、任意入院の割合が低下した。政策医療に関しては、措置入院患者数、身体合併症対応人数に変化はなかった。救命救急センターよりの転棟患者数は減少、精神科病院から身体合併症治療目的の転院患者数は増加していた。特に、二次医療圏外から身体合併症対応に関連する入院依頼

が多かった。病棟運営に関しては、開院当初は横浜市からの要請で精神科病床が整備されたため、横浜市東部地域の精神科地域医療への貢献とともに、政策医療の遂行に重点がおかれた。しかし、病棟開設5年が経過した現在は、身体合併症対応に重点をおいた対応に移行している。これは、救命救急病棟から自殺企図後の患者受け入れと、地域医療機関から精神疾患患者の身体合併症対応を求められているためである。病床の2割(個室2室、4床室2室)は精神科救急・合併症入院料に規定される合併症ユニットとして運用せざるをえず、個室の多くも身体合併症対応病床として稼働している状況である。一般病院における精神科病棟の役割の1つである精神疾患患者の身体合併症対応に重点をおく必要性が増している。精神科医が不在もしくは、精神科医療機関との連携がとれていない一般病院では、精神疾患を有する傷病者への診療に苦慮することや治療終了後の対応に難渋することをおそれ、受け入れを拒むこともある。また、精神科病院では、身体疾患に十分対応できないことを事由に受け入れない。そのため、当院のような精神科病棟を有する一般病院に入院患者が集中してしまう。身体合併症を有する精神疾患患者への連携体制においては、精神疾患患者の身体合併症への対応可能な病床数を実際の対応必要件数を参考に設定し、精神疾患患者の身体合併症対応施設と指定された医療機関で、入院治療を実施していく体制の拡充が求められる。一般病院における精神科病棟の役割として、当院の今後5年間の運営を展望すると、政策医療(精神科救急、精神科身体合併症事業など)を担当する、身体合併症を有する精神疾患患者への対応で、地域連携を実践し、中核的役割を担う、精神科地域医療において、中核的医療機関として貢献する、救命救急センターの効率化に貢献するなどが挙げられる。

総合病院精神科病棟開設後20年の現況

成田赤十字病院精神神経科

佐藤 茂樹

当院精神科は昭和61年に外来が開設され、平成4年7月に50床の病棟が新設された。小規模な50床の総合病院精神科病棟でできることは何かと考え、精神科急性期治療と身体合併症医療に絞り臨床を展開してきたが、精神科急性期治療は次第に総合病院における精神科救急の実践という方向にシフトし、身体合併症医療は、精神科病院の受け皿から救命救急医療との連携へと重点が移動していった。

精神科救急に関しては、当院の救命救急センターの中で、24時間365日の精神科救急対応を行ってきたが、平成24年の当院救急受診者中の精神科受診者は443名1.9%であり、その内の132名(30%)が入院となっており、全救急受診者の入院率27%とほぼ同等であり、当院における全科にわたる救急医療の一環を構成している。また地域精神医療の観点からも、自圏域を中心に精神科救急を行っていることにより、次第に当該保健所圏域(人口約60万人)における精神科医療の基幹病院的な役割を果たすようになり、精神科救急事例のみならず、保健所からの対応困難事例にも積極的に応ずるようになっていく。また千葉県精神科救急システムにおける印旛圏域の基幹病院にも指定されている。さらに当院の診療圏内にある成田空港からの精神科救急といった特殊な地域的な課題への対応も可能となっている。

身体合併症医療については、精神科救急と融合し、救急外来を受診する自殺企図者に対して、救急部の救急病棟や集中治療室と連動し、身体治療が必要な場面ではまず救急部を中心に外来対応、入院治療を行い、ほとんど全例に精神科医が診察した後に、入院が必要な患者は精神科病棟に移して精神科治療に導入するという治療的トライアージュが可能となっており、自殺企図者のうち、真に精神科治療が必要な患者に適切に精神科治療を提供できるようになっているものと考えられる。すなわち自殺企図者に対して病院をあげて切れ目のない医療を行えているものと考えられる。

当科の運営については、当初より入院診療収入の他診療科との格差に悩み、当初は収入確保のために外来診療を重視せざるを得ず、外来診療がその後の医師の負担となつてのしかかった。医師数は病棟開設当初の2名から、平成11年には5名まで増員された

が、それ以上は診療収入の低さが壁となり、平成20年に精神科救急・合併症入院料の取得により収入が大幅に伸び平成21年に医師が6名に増員されるまで増員は認められず、過剰な診療の負担から医師確保に困難をきたした。精神科救急・合併症入院料は、低い入院収入に喘ぐ総合病院精神科にとって収入を増加させる手段となったが、それまでは多くの病院は、一般科の1/3程度の収入しか上げられない15対1精神科病棟入院基本料に甘んじていた。精神科救急・合併症入院料は平成14年に新設された精神科救急入院料の総合病院版であり、身体合併症ユニットを設定することにより、個室率の緩和が可能となり、医師要件も精神保健指定医5名から精神保健指定医3名を含む常勤精神科医5名に緩和されている。少しずつこの入院料を取得する総合病院精神科が増えているが、精神科病院から身体合併症治療のために転院した患者が算定できない(過去3ヵ月以内に精神科病棟に入院したことのある患者は対象外となるため)、高額な身体治療を行った患者は実際の医療費より低い、この入院料を取得しても一般科入院医療費に比べて格段に低いなどの問題が存在している。

総合病院においては精神科であろうと内科であろうと、検査、放射線、薬局、栄養課、事務などは共同であり、診療はその科だけで行うことはない。とすればホスピタルフィーに関しては他診療科と同じであるべきではないか。一般病棟入院基本料と精神科病棟入院基本料に分かれていること自体が不合理であり、精神科病棟も一般病棟入院基本料で算定できるようにすべきであろう。

精神科病院の歴史的役割は精神障害者の社会からの隔離・収容であったが、国際的にみればDeinstitutionalismからSocial Inclusionの時代に推移しており、わが国においても、5疾患5事業の時代に地域の医療計画を円滑に進めるためにも総合病院精神科の医療政策的な見直しが必要と思われる。

病棟開設後20年を振り返ると、当院における精神科病棟の設置は、当院における診療の幅を広げただけでなく、一般医療と精神科医療の連携を促進し、地域における精神科医療のシステム化に貢献したものと考えられる。

卒後臨床教育における総合病院精神科の重要性

奈良県立医科大学付属病院精神科

岸本 年史

奈良県立医科大学付属病院は、県下の中心的な精神科医療資源としての役割を担ってきている。2006年には精神科病棟を80床から110床に増床して新病棟を建設し、児童ユニットから老年期ユニット、合併症ユニットとケアミックスの概念によるフロアと閉鎖・開放病棟からなる救急急性期フロアとからなる病棟を稼働させ、精神科救急入院料および精神科救急合併症入院料も算定している。すなわち大学総合病院の役割として、地域精神科医療に貢献すべく、精神科3次救急と精神障害者および一般身体疾患患者における精神症状に対処し、また救命救急センターと連携し自殺未遂者の精神科的ケア、フォローアップを通じ、日常の自殺対策にも貢献している。治療プログラムとしては、統合失調症、うつ病についての心理教育、SST、作業療法、デイケアを行っている。また退院前訪問指導、つまり指導と同時に患者がどのような生活をどのような生活場面で送っているかを知ることであり、卒後教育としても重要だと考え、これを行っている。

研修医における総合病院での日常の臨床から学べる卒後教育については、せん妄などの身体疾患に伴う精神症状、生命の危機のある摂食障害、うつ病など総合病院で多くみられる精神症状についての知識技量、がん患者緩和医療に対する理解、統合失調症、双極性障害、パーソナリティ障害など専門的技量についての経験をもつことにより、精神障害について、患者やその家族の抱える本質的な問題についての理解をもつ医者を育てることにつながる。総合病院は一般的に専門分化し、患者の生活から離れたところにあるが、生活障害として現れる精神症状を診ることにより、患者を生活の場面で診ようとする視点を育てるものである。

後期研修・専門医教育においては、早期治療および精神障害の予防が重視される現状において総合病院精神科での教育が重要なのは論を待たない。

子どもの診察法 初診を中心に

恩賜財団愛育会総合母子保健センター愛育病院

齊藤 万比古

児童青年精神科臨床の魅力でもあり、同時に敷居を高くしている要因が「子どもとどのように接し、どのように診察を進めたらよいかのかわかりにくい」という点にあることは、年代を問わず成人を対象とする精神科医の多くから同様の質問を受けることでも明らかである。そこで、専門医試験を受験しようとする若い精神科医が児童青年精神科臨床に関する抵抗を少しでも減らし、より正確にこの年代の子どもの精神障害をとらえることができるようになる支援の一環として、最も基本的な子どもとの面接法を、初診時の面接に焦点を当て、特に中学生を中心とするいわゆる思春期（青年期前半期）年代の患者における心得について述べてみたい。

初診面接の目的は、第一に受診動機（親と子どもの各々の思い）を知ることであり、第二に問題の展開過程を知ること、第三に子どもの発達過程を知ること、第四に子どもと家族それぞれの第一印象をとらえること、第五に家族関係の質と量を知ること、第六に子どもの問題の質と量、そしてその発生要因をめぐる仮説を組み立てる見立てであり、最後にその見立てと治療・支援との橋渡しをすることである。次に初診面接の組み立てはまず診察室に呼び入れ挨拶することに始まり、主訴、現病歴、生育歴、家族歴の順に親から聴取を進める。その次の段階として子どもに水を向け、いまここでの気持ちを聞くことを忘れてはならない。最後に見立てを親子に伝え、次に会う約束を具体的に決め、別れの挨拶をして終了する。以上が標準的な初診面接の組み立てである。

初診面接には、親子同席で面接するのが別々にするのか、別にするとしたらどのタイミングで別にするのか、親と先に会うか、子どもを先にするかといった問題に答えを出さねばならない。これらいずれもが初診面接の内容を決定する重要な要因である。もちろんこれが王道という公式はなく、子どもの年代や、親子関係の様態、あるいは問題の質によっておのずから決まってくるものである。

聴取すべきテーマのうち欠くことのできないものが子どもの成育歴であり、小児精神医療の必須の情報であることから、初診面接での重要な課題とな

る。もちろん初診面接の枠だけで十分に聞き取ることには難しいが、初診面接で聞いた生育歴情報が後に情報の肉付けを行うための基本的骨格となることを忘れてはならない。生育歴は発達のマイルストーンを聞き取るだけでなく、その質を測る鍵となる具体的な内容や様式の聴取を忘れないことが大切である。例えば、「ごっこ遊びあり」という記述ですまざず、その内容を親から具体的に聞き取ることが肝要である。親の表現をそのまま記載し、その解釈や意味づけは成育歴の「まとめ」として記載する。

家族歴は、初診面接では子ども本人の同居家族について聞くのが精一杯であり、genogramを作成するのは2回目以降の面接における親面接の作業課題となる。その作成過程で親が「課題」を子どもの問題にみる姿勢から家族システムの機能不全とみる姿勢へと、すなわち子どもの属性に関する患者(P)から患者とみなされた人(IP)へのパラダイム・シフトが生じることは治療者が狙う初診面接以降の重大な治療目標である。

初診面接のここまでの病歴聴取は主に付き添ってきた親から行われている。その聴取の間にも子どもに声かけを適宜行いながら、主人公は子ども本人であることを示すべきだが、やはり病歴聴取は親が前面に出る営みとならざるをえない。そこで病歴聴取が一段落した機会に、治療者は子どもと正対して、病歴で取り扱われる話があるで子どもの悪い点を数え上げているように聞こえるかもしれないことをとりあげ、これは子ども自身がぶつかっている問題を治療者として、可能な限りありのままに理解するためのやむえない段階であり、そのことでは嫌な思いをさせたことを承知している旨を伝え、具体的に本人として何か思うこと、言いたいことはないかなどと水を向ける必要がある。

こうした初診面接の経過をたどった後にこの面接を通じて得られた見立てをコンパクトに伝えることになる。いうまでもなく初診面接ですべてがわかるはずもないし、面接の回を重ねるにつれ診断名が変化することも稀ではない。それでも何らかの形で初回の面接の終りに見立てを伝えるべきである。その際、初診面接で診断名を機械的に伝えることは推奨

しない。

初診面接の流れはおおよそ以上のとおりであるが、初診面接時に心得ておくべき注意事項は以下のとおりである。第一にいろいろなことを知りたいが、でもたまたみかけないこと、第二に「はじめに仮説ありき」は本質を見失うリスクが高いことを心得ておくべきであること、第三に治療・支援者は同伴者であり、患者やその家族を教え諭す対象とはとらえないこと、第四に患者とその家族は、治療者の万能感を支えるために治療に登場したのではないことをよくわかっていること、第五に発達過程や問題の出現と展開の過程については初回面接でそのアウトラインをつかむ努力をすること、「初回でなければみえないものとは何か？」という自問が大切であるということ、そして最後に受診を決意した親と子の両者をそれぞれねぎらうこと、特に子どもには初回面接では聞かれたくないことばかり聞かれたと感じている可能性に触れ、ねぎらう必要があることである。

子どもとのコミュニケーション法

総合母子保健センター愛育病院小児精神保健科

小平 雅基

「子どもといかにコミュニケーションをとっていくか？」というテーマは、児童思春期精神科臨床に携わる専門家が常に考え、悩んでいるものと思われる。しかしこのテーマの不思議さはそれらの専門家みなが強しくは意識せずに、自らの児童思春期は通り抜けているという点にある。よって若い医師らが臨床場面で子どもと出会った際は多少の混乱を見せつつも、個々の半生から得られた方法論へ執着することとなる。それら個々の方法の是非を論じることは難しいが、一方で専門家として最低限共有されていなければならないことを明確にしておくことは必要となってくる。

まず専門家としての面接技法の要素の前に、例えば「会った際に挨拶をする」「会話中に相手の目を見て会話をする」「相手が話し終わるまでは口を挟まない」「服装や髪型が不快感を与えないものである」といった基本的なコミュニケーション技法がなされていることの重要性は強調されるべきであろう。それらの技法の上に専門的なコミュニケーション技法や治療論が乗っていった初めて専門家の面接となる。医療的な専門家である以上、患者にとって「嫌なこと」を整理し、嘘をつくことなく応え、最終的に患者にとって資するものとしていくことが我々の負うべき責任であり、その行程が精神療法といえる。

個人的な経験から振り返ると、児童精神科臨床に携わる若い医師らが初期に直面する葛藤として、「いかにして患者である子どもと関係を作るか」ということと、「いかに守るべきルールを伝えるか」ということの間立ち葛藤することは少なくないように思われ、特にその傾向は児童思春期の精神科専門病棟をもつ機関で研修をしている医師に強くみられるように感じている。

しかし精神療法のコンポーネントは、患者との関係作り、患者の問題に気づく、患者に問題を気づかせる、介入作業を実施する、からなっており、児童思春期の患者でも結局は同様と考える。コミュニケーション技法がとりわけ必要となる作用点は上記のとおりということになるが、やはり関係性の構築なくして精神療法は進んでいかないことを理解しておく必要があるだろう。

そのため「患者との関係作り（ラポールの形成）」を重要視する必要がある。患者との関係作りに向けて論じられている技法は諸派様々あるが、大きくまとめると以下の3つが重要といえよう。患者の発言に対して、否定的な発言をしない、命令をしない、質問をしない、の3つである。この3つを繰り返すほど会話は支持的な趣を強めることとなる。よって例えば「死にたい」と述べる患者に対しては、「なぜ死にたいのですか？」と返すのではなく、「死にたい気持ちなんですね」といったように言い切りで繰り返すことを初期は意識する必要がある。また「コミュニケーションの深さのレベル」を合わせることも重要であり、そのズレが大きくなるほど「コミュニケーションがずれている」と相手に感じさせることとなるため、相手の訴えが「感情」のレベルなのか、あるいは「考えや信条」「事実・数字」「社交辞令・挨拶」のレベルか、といったことを大きく外さずに対応していくことも理解しておくべき技術である。

しかし上述したような内容は、特に児童思春期に特別なことではなく、成人の患者との間でも意識されることである。ではなぜ成人を診ている精神科医たちが子どもの患者とコミュニケーションが取りにくいと感じるのか。その答えとしては、各年代での発達課題が異なることが挙げられよう。乳児期および早期幼児期の発達課題は「母子の一体化、基本的信頼感の構築」といえる。幼児期の課題は「支えられながらの分離個体化」、学童期から青年期前期は「同年代の仲間関係における練習・訓練、保護されながらの自立」、青年期中期以降は「自己同一性の確立」ということとなる。よってそれぞれの年代ごとで、子どもの行動の規範となる対象は異なり、治療は常にその役割を担う必要が出てくる。すなわち、乳幼児からはほぼ母親的な役割を、学童期から青年期前期の子どもからは親的な要素を含みつつも同年代の仲間的な役割を、青年期中期以降の青年からは自身を映す鏡的な役割を、専門家は求められることとなる。その展開の軸を見据えておくことは、臨床をしていく上で避けては通れないものであるし、児童思春期の専門家の絶対的な資質ともいえる。

上述したことを全体で調整しながら、成人精神科医療に比べるとやりすぎと思われる程度まで診療の環境設定に手を加えていくことが、子どもの精神医療の専門家に求められていることと思われ、そういったエッセンスは共有されるべきだと考えている。

1) 堀越 勝, 野村俊明: 精神療法の基本 支持から認知行動療法まで. 医学書院, 東京, 2012

発達障害の基本的症候 自閉症スペクトラム障害の場合

特定医療法人さっぽろ悠心の郷札幌はな発達クリニック¹⁾
札幌医科大学附属病院児童思春期こころと発達外来²⁾

館農 勝^{1,2)}

近年、発達の不安やこころの悩みを訴えて医療機関を受診する子どもの数が増えている。受診に至る訴えは様々であるが、どの年齢群においても、広汎性発達障害(PDD)と診断される子どもの割合は少なくない。また一般精神科外来においても、PDDと診断される者の数が増えている。DSM-IVやICD-10におけるPDDの診断基準は、小児症例の診断を主たる目的に作成されているため、成人期に至って受診した症例の診断には悩むことも多い。しかし、PDDの特性は生下時より存在し、その症候は幼児期に観察されやすいといわれている。今回、専門医試験の受験予定者に、幼児期のPDDにみられる基本的症候について知っていただくために動画を交えて発表した。

DSM-IVにおいてPDDは、対人的相互反応における質的な障害、意志伝達の質的な障害、行動、興味および活動の限定され反復的で常同的な様式の3つの領域において、一定以上の症状を認めた場合に診断される。一方、DSM-5においては、PDDにかわり自閉症スペクトラム障害(ASD)との用語が使用されており、対人的コミュニケーション、および、対人的相互交流の障害、行動、興味、および活動の限局された反復的な様式の2領域に診断基準が変更された。特記すべき変更点として、項目に感覚過敏に関する記載が追加されている。また、症状は小児期早期に存在しなければならないとされているが、「社会的要求が能力の限界を超えるまでは完全に明らかとはならないかもしれない」「習得された対策により症状が隠されるかもしれない」(著者訳)との文言が付記されており、ある時期まで症状が目立たない可能性に言及している。思春期以降に初診した症例においては、様々な対処によりPDD特性に起因する困難さが他覚的に観察されにくい場合もあるので詳細な聴取が必要である。

PDDの基本的症候の有無について聴き取りを行う際には、広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)が有用である。PARSは、対人、コミュニケーション、こだわり、常同行動、困難性、過敏性といったPDDに特徴的な6領域57項目の質問から構成されており、対象者がPDDである可能性を把握するための「幼児期ピーク評定」と現在の

適応困難の状況を把握するための「現在評定」という2つの視点を持っている。PARSは、対象者の適応困難な状態がPDDを背景としたものであるかどうかを主たる養育者に面談して評定する尺度であり、幅広い知的水準の対象者の評定が可能である。PARSはあくまでPDDの支援ニーズを評価するためのものであり、診断を行うためのツールではないことに留意するべきであるが、その質問項目は、専門医試験受験予定者が、幼児期のPDDの基本的症候について理解するのに役立つ。今回は、個人情報保護の観点から、動画共有サービスYoutube[®]で公開されている幼児期の米国人自閉症児の動画を供覧しながら、PARSで評定されるPDDの症状について解説を行った。

DSM-5が公表され、前述した2領域の診断項目を柱としたスペクトラム診断の概念が導入された。DSM-5において、その他特筆すべきは、ASDの発生率に関し1%との記載がなされたことである。診察の結果ASDと診断される症例に加え、ASDの診断を求めて精神科を受診する症例が増えている。ASDの診断には、受診時の年齢によらず、幼少期にASDに関連した症候が観察されたか否かを十分に聴取することが必要であり、専門医試験受験予定者にとっては、PARSなどのスケールに基づき必要な情報を聴取する練習を繰り返すことが必要と思われる。また最近、ASDの診断のゴールドスタンダードともいわれるAutism Diagnostic Interview-Revised (ADI-R)の日本語版が発売された。90~150分を要するため、日常臨床でルーチンに施行することは困難であり、また、研究目的の使用には英語での審査を受ける必要があるが、ASD診断のための面談のトレーニングとして、数回、施行してみることは有益と考える。ADI-Rのマニュアルには、各評価項目についての詳細な記述があり、教科書としても活用可能である。

精神科医の数は緩徐ながら増加しているが、児童精神科医療の需要は急増する一方、児童精神科医の数は常に不足している。近年、精神科を受診する機会が増加しているASD症例の診療を窓口として、児童精神科に興味をもつ精神科研修医の数が増えることを願っている。

幼児期の子どもの診療

名古屋大学発達心理精神科学教育研究センター児童精神医学
分野

本城 秀次

【乳幼児精神医学の歴史】乳幼児精神医学の歴史は比較的新しく、1976年にRexfordらによってInfant Psychiatry: A New Synthesisという本が編集されたのがInfant Psychiatryという用語が使われた最初でないかといわれている。そして、1980年に第1回世界乳幼児精神医学会がポルトガルのカスカイスで開催され、その後も定期的に学会が開かれている。その過程で、名称も世界乳幼児精神保健学会と改称されている。機関誌としてInfant Mental Health Journalが定期的に刊行されている。わが国では、1991年に第1回日本乳幼児医学・心理学研究会が開催され乳幼児の精神医学的問題に関心が向けられるようになってきた。

【乳幼児精神医学の特徴】乳幼児精神医学の特徴についてLebovici(1980)は学際的(interdisciplinary)というより、超専門的(transdisciplinary)であると述べており、Emde(1990)は、その特徴を多領域的、多世代の(必然的に関係および家族指向的)、発達指向的、予防指向的であると述べている³⁾。

乳幼児の精神医学的問題は、大人の精神症状にみられるように、その人一人だけの問題として現れるものではなく、通常は子どもと養育者の間、すなわち母子間の関係性の障害として現れる。また、乳幼児の精神病理は、精神的なものとしてより身体的なものとして現れやすい。

【乳幼児期における母子の関係性に関する概念】このように、出生後早期の母子関係を測定する概念として、Bowlby²⁾によって開発された愛着概念が重視されている。愛着概念は、出生後1年以内という早期に乳児が特定の人物と強い結びつきを形成し、その人物に対して特有の行動をとるようになるが、それをAttachment(愛着)という言葉で表現したものである。子どもの示すAttachment行動は、定位行動、信号行動、接近行動の3つに区別されている。

子どもは、養育者にAttachment行動を示すことにより、養育者を自分の方に引き寄せ、養育者との距離を近くに保つことによって、外敵から身を守っていると考えられる。

Attachment行動は生後5,6ヵ月頃から明らかとなってくるもので、子どもと養育者の関係を評価する重要な概念である。

【Strange situation procedure】Strange situation procedure(SSP)はAinsworth¹⁾によって開発されたもので、実験室状況での2回の母親と子どもの分離、再会場面を含む8つのエピソードからなる検査方法である。通常は12~18ヵ月の子どもを対象に母親との分離再会後に子どもがどのような行動を示すかによって子どもの愛着スタイルを分類するものである。

SSPにおける母親との分離再会場面において、子どもが母親にどのような行動をとるかといった子どもの行動特徴から子どものAttachmentは次の3タイプに分けられる。安定的Attachmentタイプ(B型)、回避的Attachmentタイプ(A型)、抵抗的Attachmentタイプ(C型)である。

B型は安定したAttachmentタイプであり、それにに対しA型とC型は不安定なAttachmentタイプと考えられている。

さらにMainらは不統合タイプ(D型)を提唱している。被虐待児の80%がD型に所属していたという報告にみられるように、このタイプの母親は子どもに対して、適切なAttachment対象として機能していなかったと考えられる。このタイプの子どもは母親と再会した時に、一貫した行動をとることができないといわれている⁴⁾。

【Attachmentタイプのまとめ】安定的なAttachmentを示す子どもは早期から母親と他人を区別しており、それぞれ異なった反応を示していたが、不安定なAttachmentを示す子どもでは、そのような分化はみられなかった。

早期の母子関係と12ヵ月、18ヵ月のAttachmentタイプの関係を比較した研究では、安定的AttachmentであるB型の母親は子どものサインに敏感に反応し、養育技術に優れていたが、A型の母親は自信に欠けており、イライラして、母性に対して否定的な反応を示した。また、A型の母親は、必要以上の身体接触を回避し、子どもに対し、効果的な反応をすることができなかった。これに対し、C型の母親は、養育技術に優れた敏感な母親というわけにはいかなかったが、A型の母親よりはよい養育を行う傾向がみられた。

【まとめ】乳幼児期といった早期の発達段階にある子どもの精神病理を取り扱う上で重要な視点として、母子間の関係性に注目していくことが重要であ

ることを指摘し、それに関連した概念に触れた。

1) Ainsworth, M.D., Witting, B. : Attachment and exploratory behavior of one-year-olds in strange situation. Determinants of Infant Behavior,4 (ed. by Foss,BM) . p. 113-136, Methnen Press, London,1969

2) Bowlby, J. :Attachment and Loss. Vol 1 Attachment.Basic Books,New York, 1969

3) 本城秀次：乳幼児精神医学入門.みすず書房，東京，2011

4) Stevenson-Hinde,J.: Attachment with in family systems :An overview.Infant Ment Health J, 11;218-227, 1990

「スーパー救急病棟」のミッション 24時間365日の救急診療

千葉県精神科医療センター

平田 豊明

【わが国の精神科救急医療における救急入院料病棟の意義】精神科救急入院料病棟（以下、精神科救急病棟）は、2002年に精神科急性期治療病棟を大幅にグレードアップする形で診療報酬表に掲載され、千葉県精神科医療センターが最初の認可施設となった。以降、合併症型の新設（2006年）や入院料の増額（2008年など）を経て、2013年4月現在、108施設5,810床が認可されている（合併症型は7施設352床）。

精神科救急病棟の病床数は、わが国の精神病床全体の1.7%ほどにすぎないが、高い回転率で稼働しているため（2011年度は7.6回転）、わが国の精神科平均在院日数の短縮に寄与してきた。また、この病棟への入院の4分の1を精神科三次救急事例が占めるなど、国庫補助を受けて都道府県が運営する精神科救急事業においても、中核的な役割を果たしている。

【精神科救急入院料病棟の限界】しかし一方で、精神科救急病棟認可施設の中には、電話相談の時間帯が限られ、専任職員が配置されていないなど、精神科救急医療施設としての機能が不十分と目される施設が3分の1ほどある。また、認可施設の8割近くを精神科単科病院が占めるため、血液・生化学検査が常時可能な施設が約半数、放射線検査では約3分の1にとどまり、隔離室にパイピング設備のない施設が過半数あるなど、身体管理能力に大きな限界を抱えている。

【精神科救急入院料病棟の不均質性】さらに、精神科救急病棟間にも機能のばらつきがみられる。精神科領域では厳しい施設認可要件があるため、わが国の精神科救急病棟は、2011年度における66施設の平均では、46.4床の病床に専任医師4.1人、看護師25.8人、PSWなど4.8人を配して、年間308.8件の入院を受け（F2群47.8%、F3群24.8%、F0群9.6%、F1群7.6%など）、48.6日で68.3%を在宅ケアに移行させている。すなわち、「急性期患者を手早く治して社会に戻す」高規格病棟として機能しているといえる。

しかし、F2群比率は最小14.6%から最大71.6%、平均在院日数は21.8日から131.2日、転院率は0から30.5%までばらつくなど、同じ精神科救急病棟といっても、その機能には少なからぬ不均質が認められる。

【精神科救急入院料病棟における医療の問題点と改革案】以上を総括すると、精神科救急病棟もしくはその認可病院には以下のような問題点があると指摘できる。精神科救急事業（マクロ救急）で基幹的役割を果たしているとはいえない病院がある。診療圏で生ずる救急要請への自発的診療（ミクロ救急）が不十分な病院もある。身体管理能力に限界がある。精神科救急病棟における医療の質を担保するシステムが不十分である。

これらの問題のうち、の克服には、身体科との連携（同一病院内での並列モデルと他病院との縦列モデル）を追求するほかに、他の問題点は精神科救急病棟の質を向上させることによって克服可能である。ここでは、以下のような運用基準の追加を提案する。

精神科救急病棟への入院対象となる急性期患者の典型を、「精神疾患に基づく重篤な病態（BPRS 40点以上など）のために社会的な不利益が生じており、入院治療を開始しなければこの事態が遷延ないし悪化する可能性が高い患者」と定義し、これを満たす患者が新規入院の7割以上を占めること（この要件を現在の三次救急要件に置き換えてもよい）。

この定義を満たす患者の救急診療（マクロ救急、ミクロ救急とも）および入院要請には必ず応ずること。そのために救急用ベッドを毎晩1床以上確保できるよう、院内の調整システムを作ること。入院患者の特性、治療内容、治療成績などに関する全国共通データベース（eCODOなど）を導入すること。

他の精神科救急病棟との間で、定期的にピアレビューを実施すること。

今後は、こうした運用上の要件を基幹的な精神科救急医療施設の認可基準とし、診療報酬を加算すること、および、将来的には、急性患者の慢性化と長期在院（new long stay）を防止するために、の定義を満たすような重症患者の新規入院は、急性型の高規格病棟に限定することを提案したい。

1) 平田豊明, 杉山直也, 計見一雄ほか: 精神科救急医療からの医療政策に関する研究. 平成24年度厚生労働科学研究補助金「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」(主任研究者・安西信雄)研究報告書 . p. 73-108 , 2013

2) 日本精神科救急学会：今後の精神科救急医療に向けた提言(2012年12月18日)(<http://www.jaep.jp/>)

3) 国立精神神経医療研究センター精神保健研究所：eCODO 行動制限等最適化データベース(<https://www.ecodo.ncnp.go.jp/ncnp/>)

身体合併症をめぐる課題 連携のための具体的方策とは

公益財団法人復康会沼津中央病院

杉山 直也

精神疾患を背景にもつ傷病者の救急搬送では一般に比べより多くの時間を要することが知られている。このような課題に対し、昨年度の精神保健福祉法の一部改正に伴って厚生労働省で行われた精神科救急医療体制の整備に関する検討の中で、身体疾患を合併する精神疾患患者の受入体制確保についての討論がなされ、「連携モデル」の概念が提示された。

「連携モデル」は、かねてより精神科救急の領域でしばしば議論されてきたテーマである。わが国では、救急を含む医療体制が一般科と精神科で二分されており、その構造的問題は医療体制を管理する行政構造、搬送体制にも及ぶ。このため両者を合併した患者の診療体制が脆弱で、何らかの形で両者が協力する必要性があり、連携体制構築のための概念として示されたものが連携モデルである。

総合病院精神科が減少傾向となる中、両側面から同時に診療できる体制「並列モデル」は希少であり、主に重症者対応の役割が求められる。他方、現状の医療資源を考慮すると、多くを占める軽症～中等症に対しては、精神科と一般科の医療機関が連携して優先順位の高い問題から対応を行う体制「縦列モデル」を活用せざるを得ない。いずれのモデルでも相互の強力な理解と協調が求められる。

精神科救急医療体制整備事業を行う都道府県は、多くのユーザーに負担が生じている事実を直視し、現状を改善すべく、身体合併症医療体制を精神科救急医療圏域ごとに整備する必要がある。また、より実効的な連携モデルを実現するためには、各関係医療機関が高い見識によって重要性を正しく認識し、組織的に理解するとともに、関係機関同士が相互理解を深めて協力体制を築くことが求められる。さらには、より根本的な事項として医学や専門職養成など、専門教育過程から全人的医療の意識づけが必要と考えられる。

認知症のBPSDに対する救急対応

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室¹⁾
医療法人北斗会さわか院²⁾

清水 芳郎¹⁾

【背景】厚生労働省によると平成20年の時点で、精神科外来患者は290.0万人おり、そのうち認知症の精神科外来患者は30.6万人（10.5%）である。今後、認知症の心理・行動症状（behavioral and psychological symptoms of dementia：BPSD）を有する認知症患者は増加すると考えられ、それに伴い、精神科救急でBPSDを治療するケースも増加するものと思われる。しかしながら精神科救急医療体制や、緊急措置入院は原則的に精神病圏の患者を対象としているのが実情である。

【目的】大阪府下で夜間休日時間帯に、BPSDを主訴とする認知症患者を、どの程度医療機関が診療可能なのか、診療が不可能な場合はその理由を調査した。

【方法】大阪府下の認知症疾患医療センターの認可を受けている病院、精神科救急システムに参画している病院、大阪府こころの健康総合センター（大阪府の精神保健福祉センター）が発行している「認知症の医療ガイド（精神科）」平成22年度版に記載のある病院（物忘れ外来、認知症外来などを標榜している総合病院、精神科病院）に対してアンケート用紙を郵送し、記入後返信してもらう方式で調査をした。なお、本研究は医療関係者に対する調査であり、患者のプライバシーに関わるものではない。またアンケートは無記名で情報は匿名化され処理したので、回答者の不利益、危険性はない。

【結果】該当する病院は87あり、65病院より回答を得た（回収率74.7%）。内訳は一般病院（普通の総合病院、精神科の有無を問わない）が27、認知症疾患医療センターが8（うち6病院は精神科救急システムにも参画）、精神科救急システム参画病院が14、上記以外の精神科病院（精神科救急をしていない精神科病院）が16であった。病院群別に回収率の差は認めなかった。

一般病院27のうち、日常診療としてBPSDを治療していると回答したのは19病院であった。その19病院の、夜間休日時間帯にBPSDの診療をしているかとの質問に対する回答は、かかりつけ患者のみ入院も含めて対応可が1、かかりつけ患者のみ外来対応だけならば可が2、夜間休日時間帯にBPSDの対応はしていないが16であった。夜間休日時間帯にBPSDの診療が

できない理由は、「夜間休日に精神科医がいない」「処遇制限のできる精神科病棟がない」が上位を占めた。

救急をしていない精神科病院16のうち、日常診療としてBPSDを治療していると回答したのは14病院であった。その14病院の、夜間休日時間帯にBPSDの診療をしているかとの質問に対する回答は、かかりつけ患者のみ入院も含めて対応可が4、かかりつけ患者のみ外来対応だけならば可が3、夜間休日時間帯にBPSDの対応はしていないが7であった。夜間休日時間帯にBPSDの診療ができない理由は、「そもそも夜間休日時間帯は対応していない」がほとんどであった。

認知症疾患医療センターおよび精神科救急システム参画病院の計22病院のうち、日常診療としてBPSDの診療をしていると回答したのは20病院であった。その20病院の、「救急の当番日以外で」夜間休日時間帯にBPSDの診療をしているかとの質問に対する回答は、かかりつけ患者以外でも入院も含めて対応可が5、かかりつけ患者のみ入院も含めて対応可が6、かかりつけ患者のみ外来対応だけならば可が2、救急の当番日以外は夜間休日時間帯にBPSDの対応はしていないが7であった。この7病院のうち、認知症疾患センターの認可を受けているのが3病院もあった。救急の当番日以外で夜間休日時間帯にBPSDの診療ができない理由は、「当番日以外は、夜間休日時間帯の対応をしていない」が上位を占めた。

また、精神科救急システム参画病院と認知症疾患医療センターの22病院に、精神科救急システムでBPSDの対応をすることについて尋ねたところ、積極的に利用すべきは5、現状ではやむを得ないが12、あまり利用すべきではないが4、無回答が1であった。

【考察】大阪府において夜間休日時間帯に精神科救急システムの枠外で、かかりつけ患者以外でもBPSDを主訴とした認知症患者の診療ができるのは、わずか5病院に過ぎなかった。精神科救急システムでBPSDを診療することは、現状やむを得ないとの回答が半数を占める一方、積極的に対応すべきという回答と、あまり利用すべきではないという回答は拮抗した。また、認知症疾患医療センターも十分な役割を果たしていないことが判明した。その理由とし

ては、1989年に定められた老人性痴呆疾患センターの設置基準には、夜間休日の救急対応が明記されていたが、2008年から整備された認知症疾患医療センター（地域型）の設置基準には、「夜間休日の救急」の文言が一切なくなってしまうためと考える。

精神科救急における診療所と病院の機能分化を提案する

社会医療法人北斗会さわ病院

渡邊 治夫

筆者の勤務する“さわ病院”は、2011年1月から12月の1年間において1,746件の入院を受け入れ、その中の676件が時間外・休日の入院であり、同じく夜間・休日の外来診察件数も年間697件にのぼる。このような精神科救急に関わる精神科病院に勤務する精神科医師の立場で「精神科救急における診療所と病院の機能分化」というテーマについて「病院」の立場より以下のような意見を述べた。

【精神科救急における診療所と病院の機能分化】
現状では、「かかりつけの医療機関を有する患者は、当該医療機関での医療を優先して救急対応する」という原則が実行されていないため、夜間や休日に精神科救急対応は、“ソフト救急症例”と“ハード救急症例”が混在し「病院」への一極集中傾向である。筆者の勤務地である大阪府では現在、時間外を一部カバーする時間制限付きの一次救急精神科診療所が1施設だけ運営されているが、十分とはいえず時間外をフルにカバーできる複数の輪番制時間外全対応型診療所群の普及が望ましく、時間外の“ソフト救急症例”は当番精神科診療所群へ、“ハード救急症例”は入院施設を有する精神科病院へと機能分担することで両者の機能分化は可能となり、より効率的で質の高い精神科救急医療が可能となると考える。大阪府において平成24年10月から実施となった精神科診療所医師・常時対応電話番号登録システム（精神科診療所医師の常時連絡可能な電話番号を精神科救急情報センター、緊急措置鑑定を担当するこころの健康センター、精神科救急拠点病院へ登録し診療情報問い合わせが常時可能となるシステム）は、精神科救急対応の情報収集に有用と考えられるが、今後は電話問い合わせ症例の制限がより緩和され、同システムへ参画する診療所医師がより増加し、診療録が診療所主治医の面前にない場合などの診療情報提供内容の正確性などの問題が改善されることが望まれる。

過疎地等における精神科医師不足の現状と課題

北見赤十字病院神経精神科¹⁾
広域紋別病院精神科²⁾

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター³⁾

伊藤 哲寛^{1,2)}、吉住 昭³⁾

平成23年に医療法上で精神疾患が主要5疾病の1つとされた。それを受けて平成25年にはすべての都道府県において精神疾患のための医療計画が立てられた。これを契機にこれまで遅れがちであった精神科医療提供体制の整備が進み、どこに住んでいても身近なところで適正な精神科医療が受けられるようになることが期待される。

しかし、必要とされる精神科医療サービス網を全国各地にあまねく築くには、増え過ぎた精神病床を大幅に削減する一方で、病床配置の過疎過密を修正するという極めて困難な作業を成し遂げなければならない。国と自治体には相当な英断そして財政的な裏付けをもつ具体策の提案が求められる。

一方、私たち精神科医の側の課題として医師偏在の問題がある。厚生労働省の調査によると、平成23年には精神科を主たる診療科とする医師数は増えている。しかし診療所勤務医の増加に対して病院勤務医の増加は相対的に小さく、地方の精神科病院や一般病院に勤務する精神科医師は逆に減少傾向にある。特に過疎地に立地する精神科医療機関では医師確保が非常に困難な状況が続いている。このままでは、精神疾患にかかわる医療計画が画餅に帰すのではないかと心配される。

精神科医偏在の背景には、医師育成のあり方の問題に加えて、医師のワーク・ライフ・バランスを重視する傾向など、一筋縄ではいかない複雑な要因があると思われる。しかし、医師不足と偏在が地域医療のあり方を歪めてしまうことになっては、悪しきプロフェッショナル・フリーダムとの誹りを免れない。

筆者らは、地方の精神科医療機関の診療に携わっているが、医師不足の厳しい現実と直面し、このままでは地域の精神医療が崩壊するのではないかと危機感を抱いている。

本稿では、北海道における二次医療圏および精神科救急医療圏ごとの精神病床数、精神科専門医数、精神保健指定医数、精神病院実地指導の結果などを調べ、オホーツク医療圏の精神科医療供給体制の課題を、精神科医の不足と偏在という観点から報告した。

さらに、この問題が北海道の特定の医療圏に限ったことではなく全国共通の課題であることを、日本精神神経学会の「精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会」による調査、「日本医師会総合政策研究機構」による地域ごとの標榜精神科医の人口比動態調査、厚生労働省の「医師・歯科医師・薬剤師調査」、さらに株式会社ウエルネスの「精神科2次医療圏データベースシステム」による分析結果などを用いて明らかにした。

わが国におけるこのような精神科医不足と偏在の現状には次のような背景がある。

医療需要変化に伴った医師育成策の欠落

医師数が少なくても経営が成り立つ収容型精神医療を推進してきた政策の遺産（医療法上の差別）

地域精神医療という観点を抜きにした都道府県単位での医療計画

自由開業性のもとでの精神病床偏在と精神科医偏在の容認

地域精神科医療の重要性についての教育や啓発の欠落

地域の中核となる総合病院精神科の重要性の認識の欠落

都会の精神科診療所などへの立ち去り型サポータージュ

医師卒後研修制度の導入による過渡的な混乱

どこに住んでいても精神科医療を早期に、そして継続的に受けられるように精神科医療供給体制を改めようとするとき、上記の諸状況が厳しい壁として立ち塞がる。しかし、精神科医不足の解消と偏在を是正することは喫緊の課題である。

以下のような具体的な取り組みが急がれる。

医師（精神科専門医）の育成を強化する

地域医療の重要性、やりがいを医学教育や卒後研修で啓発する

精神保健指定医や精神科専門医資格取得の条件として過疎地での診療経験を組み入れる

医療圏ごとに必要精神科医数を含めた精神科医療計画を策定する

二次医療圏（あるいは精神科救急医療圏）に精神科中核病院を指定し、救急対応、過疎地への医師派

遣、臨床研究、精神科医養成などを可能とする十分な医師数を配置する（立ち去り型サボタージュの悪循環を断つ）

精神科専門医派遣システムを構築し、次のような事業を可能とする

- ・過疎地の市町村で巡回医療
- ・常設サテライトクリニック開設
- ・インターネットを介した遠隔医療システムの構築

チーム医療推進のために臨床心理士を含む精神科専門職を育成するとともに、その偏在を解消する

上記の諸提案を実現するために医療経済的な裏付けを行う

これらの解決策が実際にとられるまでには、さまざまな困難が予想され、相当な時間がかかることと思われるが、今後日本精神神経学会として精力的に取り組むべき重要課題であると考えます。

わが国の精神科医数と職域・地域分布について

日本精神神経学会精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会¹⁾
公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター²⁾
公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター附属晴和病院³⁾

稲垣 中^{1,2,3)}

【はじめに】精神科医不足問題とは精神科医の絶対数不足に関する問題と、特定の地域・職域・専門分野などへの偏在に関する問題が組みあわさったものである。日本精神神経学会精神科医・精神科医療の実態把握・将来計画に関する委員会は専門医認定試験の際に提出された願書に記載された情報に基づいて精神科医不足や精神科医の偏在の問題に関する調査（以下、本調査）を実施し、すでにその結果を精神経誌114巻12号に発表している^{1,2)}。本稿では本調査の結果に基づいてわが国における精神科医の地域別偏在と職域異動の実情について紹介した。

【対象と方法】日本精神神経学会には2009年3月31日の時点で第1～8回の専門医認定試験の際に提出された合計11,169名分の願書に記載された情報に基づくデータベースが構築されていた。本調査では専門医認定試験の出願要件を満たす者を「精神科医」と定義して、このデータベースと学会事務局に保存されていた会員情報を組み合わせ、願書提出時点における精神科医の地域・職域別分布と、願書提出時から2009年3月31日に至る精神科医の地域・職域の異動の実態を検証した。本調査は「調査1」と「調査2」に分けられる。調査1では全体の11,169名から本調査への情報提供に同意しなかった4名と保存されていた情報に不備がみられた246名を差し引いた10,919名を対象に人口10万人あたり、あるいは面積100km²あたりの精神科医数を都道府県別に集計することによって、精神科医の地域偏在の実態について検証した。一方、調査2では願書提出日が2006年8月31日であった第2回目募集における願書提出者6,881名を対象に2009年3月31日に至る31ヵ月の間に精神科医がどの程度地域・職域を変更したかを検証した。

【結果】

調査1：人口10万人あたりの精神科医数は茨城県が5.34人と最も少なく、この他に青森県、岩手県、埼玉県において10万人あたりの精神科医数が6人以下であった。面積100km²あたりの精神科医数は岩手県が0.54人と最も少なく、この他に北海道、青森県、秋田県の面積100km²あたりの精神科医数が1人以下であった。北海道、青森県、秋田県、岩手県における精神科医数を二次医療圏別に再集計したところ、札幌

市、および秋田市近郊のみは面積100km²あたりの精神科医数が4人以上であったが、他のほとんどの地域は面積100km²あたりの精神科医数が1人以下であった。

調査2：2006年8月末時点で35歳以下、36～45歳、46～55歳であった総合病院精神科に勤務する精神科医数は2009年3月末までにそれぞれ23.5%、7.9%、19.1%減少していた一方、精神科診療所に勤務する医師数はそれぞれ67.9%、26.5%、16.2%増加していた。また、2006年8月末時点で総合病院精神科に勤務していた36～45歳、および46～55歳の精神科医のうち、それぞれ10.3%、12.2%が2009年3月末までに精神科診療所に異動していた。

【考察】本調査によってわが国の精神科医の地域分布について検討したところ、札幌市周辺を除く北海道と北東北3県では精神科医療へのアクセスが著しく困難であること、2006年8月～2009年3月の間の精神科医の職域異動について検証したところ、おおむね11～30年目に相当する36～55歳の総合病院精神科に勤務する精神科医が精神科診療所に異動する傾向があることが明らかになった。

1) 水野雅文, 稲垣 中, 藤原修一郎ほか: わが国における精神科医・精神科医療の実態把握に関する調査結果(その1): 実数ならびに分布についての基礎資料. 精神経誌, 114 (12); 1359-1373, 2012

2) 稲垣 中, 水野雅文, 藤原修一郎ほか: わが国における精神科医・精神科医療の実態把握に関する調査結果(その2): 精神科医師の職域および地域の異動に関する検討. 精神経誌, 114 (12); 1374-1384, 2012

英国における地域精神科医療の現状

慶應義塾大学医学部医療政策・管理学教室

Kissane Lee Andrew

英国には精神科医が受ける研修内容を決定するのみならず、人口あたりの精神科医数を決定するプロセスに対しても強い影響力を有するRoyal College of Psychiatrists (RCPsych)という組織が存在する。RCPsychのガイドラインにしたがって各病院に配置された英国の精神科医には明確化された担当地域(あるいは担当業務)が割り当てられるのが一般的で、通常は日本のように同一の地域(あるいは業務)を複数の精神科医が共同で担当するというようなことは行われない。このような、精神科医の業務分担が明確化されているという習慣があるために、突然の退職や休職などといった事情によって精神科医に欠員が発生した場合に残りの精神科医が長期にわたって業務の穴埋めをすることは困難である。したがって、精神科医に欠員が発生した場合、病院のmedical directorは早急に医師の補充に動くことになるが、通常の医師より高い給与を取る臨時雇いの精神科医を医師紹介会社より紹介されて穴埋めせざるを得ないことが多い。また、地域によっては精神科医の来手がないために医師紹介会社に医師の供給を頼らざるを得ないことも少なくない。このように英国でも精神科医不足や精神科医の偏在に関する問題が存在することは日本と同様であり、これらの問題に対処するために病院は高いコストを支払うことを余儀なくされている。

学会当日は英国の精神科医療事情について紹介するとともに、演者の個人的経験に基づいて英国における精神科医不足問題について論じる予定である。

大綱見直しの経緯とその内容

国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

竹島 正

自殺死亡急増後のわが国の取り組みは、第1期（1998～2005）の厚生労働省中心期、第2期（2005～2006）の自殺対策に政府全体で取り組むようになる転換期、第3期（2006～現在）の自殺対策基本法の公布以降の3つに分けることができる。第3期である2007年6月には、政府が推進すべき自殺対策の指針である自殺総合対策大綱が示され、自殺対策は地方自治体に広く普及していった。自殺総合対策大綱は、おおむね5年をめぐりに見直しを行うこととされており、2012年8月に新大綱が示された。新大綱は2007年以降の5年間の経験を踏まえて、地域レベルの実践的な取り組みを中心とする自殺対策へと転換を図っていく必要があると述べている。

国立精神・神経医療研究センター（自殺予防総合対策センター）においては、新大綱の検討過程において、日本精神神経学会を含む29学会との協働により、大綱の見直しの提言を取りまとめた。そして、2013年2月には、大綱見直しの提言で生まれた学会などとの連携をさらに発展させ、わが国における自殺予防総合対策の推進に学術面から寄与することを目的として、「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」を設置した。

WHOの動きとしては、2013年5月の第66回総会において「精神保健行動計画2013-2020」（Comprehensive mental health action plan 2013-2020）が承認された。その中心原理は“ No health without mental health（精神保健なしに健康はない）”であって、精神保健における効果的なリーダーシップとガバナンスの強化、地域を基盤にした、包括的で統合された、鋭敏に反応する精神保健と社会ケアサービスの提供、精神健康増進と予防戦略の実施、精神保健に資する情報システム、エビデンス、研究の強化という4つの目標を掲げ、の数値目標には、自殺死亡率の低減も挙げられている。WHOはまた2014年9月の世界自殺予防デーに、はじめてのWorld Suicide Reportを刊行することとしている。

わが国の精神科医の大多数が会員となっている日本精神神経学会においては、わが国そして世界の自殺対策の発展に向けて、公益社団法人という立場も踏まえて寄与することが期待される。

日本精神神経学会の取り組みと他の学会の取り組み

岩手医科大学医学部災害・地域精神医学講座¹⁾
岩手医科大学医学部神経精神科学講座²⁾

大塚 耕太郎^{1,2)}

自殺総合対策大綱の重点施策である自殺未遂者ケアに関しては、日本精神科救急学会が2009年「精神科救急ガイドライン：自殺未遂者への対応」、日本臨床救急医学会が2009年「自殺未遂者への対応：救急外来（ER）・救急科・救命救急センターのスタッフのための手引き」（自殺企図者のケアにおける検討委員会）を刊行し、厚生労働省の主催により自殺未遂者ケア研修会が開催されてきている。さらに、日本臨床救急医学会ではこのプログラムを発展させ、教育プログラム「救急医療における精神症状評価と初期診療（Psychiatric Evaluation in Emergency Care：PEEC）」を日本精神科救急学会と日本総合病院精神医学会の協力により開発し、今後救急医療領域において推進していく予定である。このような学会の取組を代表に、精神科医療との連携領域においてさまざまな学会が自殺対策の取り組みを行っている。

自殺対策では精神科医療の担っている役割が大きいことはいままでもない。当学会においても精神保健に関する委員会ではこれまで電話相談会の開催や、学会の研修会、シンポジウムにおいて自殺対策を取り上げてきた。そして、2013年3月に本学会では国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所自殺予防総合対策センター、日本精神科救急学会、日本自殺予防学会の協力により「日常臨床における自殺予防の手引き」（精神保健に関する委員会編著）を精神神経学雑誌第115巻第3号付録として刊行し、会員に配布した。本手引きは精神科医療に従事する精神科医が用いることを想定して作成されたものであり、臨床場面において自殺の危険性があるものに対する総合的臨床判断を行う上で必要となる評価や対応について示している。今後、この手引きの活用が精神科医療において推進されていくことが重要であり、さらに精神医学における自殺対策領域の発展につながることを期待される。

精神科臨床からみた自殺総合対策大綱

帝京大学医学部附属溝口病院

張 賢徳

【はじめに】1998年から「年間自殺者3万人」時代が続く中、厚生労働省が2000年以降、自殺予防対策に乗り出したが、残念ながら短期で結果を出すことはできなかった。それが批判され、もっと広がりをもった自殺予防対策を実現させるために、2006年に自殺対策基本法が施行されるに至った。自殺予防のために自殺対策基本法が成立したことは誠に喜ばしいことだが、それまでの厚生労働省の取り組みについて、うつ病対策に偏っていたことと、2001年から開始されたにもかかわらず、効果的な対策が行われていないことが挙げられて、批判されたことは精神科医として誠に残念である。当時のうつ病対策は日常臨床に影響をもたらすほどのものではなかったし、自殺率低減の結果を短期間で求めることにも無理がある。

【精神科臨床からみた自殺総合対策大綱（2007年）の問題点】2006年の自殺対策基本法施行を受け、政府が推進すべき自殺対策の指針として、2007年に自殺総合対策大綱が策定された。これは、3つの基本認識、6つの基本的考え方、9つの当面の重点課題から成る。

3つの基本的認識とは、自殺は追い込まれた末の死、自殺は防ぐことができる、自殺を考えている人はサインを発しているであり、これらの中で精神科に関連する言及がなされているのは、の中で、自殺者の大多数がうつ病やアルコール依存症などの精神疾患を発症している」と書かれていることと、の中で、自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができると書かれている点である。

6つの基本的考え方とは、社会的要因も踏まえ総合的に取り組む、国民一人一人が自殺予防の主役となるよう取り組む、自殺の事前予防、危機対応に加え、未遂者や遺族への事後対応に取り組む、自殺を考えている人を関係者が連携して包括的に支える、自殺の実態解明を進め、その成果に基づき施策を展開する、中長期的視点に立って、継続的に進めるである。このうち「は精神科臨床に直結する。ほかに精神科に関連する記載は、の中で「うつ状態にある人の早期発見、早期治療を図るための取り組みが重要である」と書かれていることと、

の中で「精神科医療全体の改善を図っていくことが必要である」と書かれている点である。

9つの当面の重点課題とは、自殺の実態を明らかにする、国民一人一人の気づきと見守りを促す、

早期対応の中心的役割を果たす人材（ゲートキーパー）を養成する、心の健康づくりを進める、適切な精神科医療を受けられるようにする、社会的な取り組みで自殺を防ぐ、自殺未遂者の再度の自殺を防ぐ、遺された人の苦痛を和らげる、民間団体との連携を強化する、である。とは精神科臨床に直結する。広義の精神科臨床でいえば、とも関係するだろう。

以上、概観すると、自殺者の大多数に精神疾患がみられ、それに対する適切な治療で多くの自殺は防ぐことができる、という精神医学的見地のポイントは記載されている。しかし、全体を通して感じることは、精神保健の問題が中心におかれず、社会的な要因と対策が強調されている点である。

もう1つの問題点は、大綱にある自殺予防活動に、優先順位が書かれていないことである。また、記載された自殺予防活動の根拠に関する記述がない。どの活動でどの程度の効果が見込めるかという判断のための記述もない。

【自殺総合対策大綱改定版（2012年）の問題点】自殺総合対策大綱は予定通り2012年に改定された。その改定版の前文「第1 はじめに」の「1. 自殺総合対策の現状と課題」には、「これまで、特に自殺総合対策の草創期において、自殺予防に資すると考えられる対策は全て実施してみるということで、大綱に沿った対策を講じようとするあまり、ともすると全国で画一的な自殺対策が実施されることがあったのではないかと指摘、対策の有効性や効率性、優先順位などの視点が十分に認識されてこなかったのではないかと指摘や、効果的な自殺対策のためには対策の対象（全体的予防介入、選択的予防介入、個別的予防介入）を明確にしてバランスよく組み合わせることが重要であるとの指摘もある」との記述がある。

しかし、残念ながら、改定された大綱においても、自殺予防活動に優先順位が書かれていない。記載された自殺予防活動の根拠に関する記述もない。

さらに、どの活動でどの程度の効果が見込めるかという判断のための記述もない。これらは問題点として認識されながらも、改定に反映されなかったのは残念である。

【おわりに】自殺対策基本法の理念と、それに基づく自殺総合対策大綱の存在自体を批判するつもりは毛頭ない。しかし、精神科臨床の見地からは、精神的対策の比重が小さいことと、総花的に列挙された対策に優先順位がつけられていないことは、問題点として指摘しておかねばならない。総花的に網羅された対策を「世界に類を見ない日本の特徴」と肯定的に評価する見方もあろうが、実施にあたっては実行可能性と効率性を考える必要がある。本学会をはじめとする学術団体においては、自殺予防活動の背景となるエビデンスを整理し、いまだエビデンスがない領域については研究を進め、エビデンスが明らかな領域では活動の実践を支援するような行動を、学会の役割としていく必要があるだろう。

1) 本橋 豊：日本の自殺予防対策．本橋 豊ほか．STOP! 自殺 世界と日本の取り組み ．海鳴社，東京，p. 70-92，2006

自殺予防に関するWHOのポリシーと東アジア地域の現況

筑波大学医学医療系災害精神支援学

高橋 祥友、高橋 晶、山下 史良

【目的】WHOによる国のレベルにおける自殺予防ガイドラインの趣旨を紹介するとともに、現時点で東アジアに起きている自殺の現状と将来への方向性について発表した。

【方法】WHO発表の諸データと会議などで入手した東アジアの自殺の現状をもとに、東アジアの自殺の現状について分析した。

【結果】世界と比較して、わが国の高い自殺率が社会の注目を集めているが、近年では同様の傾向が他の東アジア諸国でも認められる。たとえば、大韓民国の最近の自殺率は人口10万人当たり30を超え、わが国の自殺率を上回っているほどである。この現状を直視して、さまざまな対策が進められつつある。

【考察および結論】1996年にWHOから国のレベルでの自殺予防対策立案のためのガイドラインが発表された。ガイドラインの冒頭で、これはあくまでも議論の叩き台であって、各国の必要性を十分に議論したうえで、その必要性に合った独自の自殺予防対策を立てるべきであると強調されている。わが国でも2006年6月に自殺対策基本法が成立し、2007年6月には自殺総合対策大綱が発表され、自殺予防は社会全体で取り組むべき課題であると宣言された。従来、自殺に関するデータは欧米諸国からのものが主であり、アジアやアフリカからのデータが十分に報告されてこなかった。しかし、近年、わが国を含む東アジアの自殺率の上昇が深刻な社会問題となっている。経済の急速な発展やそれに伴うグローバリゼーションが、人員整理、成果主義、貧富の格差拡大などをもたらし、従来の雇用体系が確保できなくなったことが大きな問題とされている。さらに、社会的・経済的変化が固有の地域・家族制度の変化をもたらしたことも大きな原因と見なされている。

医原病としてのうつ病

獨協医科大学越谷病院こころの診療科

井原 裕

1999年以降の「うつ病・躁うつ病」の不自然な増加（厚生労働省の患者調査）は、精神科医が製薬会社の疾患啓発に踊らされた結果にすぎない（「疾患喧伝」井原）。そこでは、本来「悩める健康人」にすぎない人に保険病名「うつ病」が付され、必要のない向精神薬が投与された例も含まれよう。その結果、常用量依存ないし中止後発現症状といった有害事象が発生し、治療は終わりなき薬物調整となる。この事態は「医原病」そのものである。

精神科医は、「こころの病気」について知っているが、「悩める健康人」については知らない。そのため、後者に属する人が受診したとき、それを強引に前者と見なし、躊躇なく薬物療法を開始する。精神科医の治療努力に比例して、疾患の範囲は広がる。疾患喧伝は斯学に内在する宿命であり、精神科医は医原性うつ病の主たる病因となっている。

しかし、私ども精神科医は、診断・治療権を恣意的に行使できるわけではない。それは、主権者から付託されたものにすぎず、その行使は国民全体のこころの健康に奉仕するかぎりにおいて許される。一方で、国民は言論を通して精神科医療の現状を批判する権利をもつ。市民運動を通じて批判を展開することも、憲法の保障する国民主権の原理にかなう。むしろ、国民は、権限を付託している以上、医療権の濫用をチェックする責任を負っており、批判は権利である以前に義務でもある。

すなわち、精神科医の活動は主権者の不断の審判を受ける。本学会も例外ではない。国民は私ども会員に第一義的には「こころの健康に奉仕せよ」と命じているのであって、「学問を進歩させよ」とも、「学会を発展させよ」とも命じていない。私どもが精神医学の進歩と本学会の発展とを望むのであれば、その際には国民の理解を得る努力が必要である。最低でも、私どもの活動をしてその医原病的側面を最小化させる方向へと向かわせなければならない。

「現代型うつ」とパターナリズム 正当化要件をめぐって

新潟大学保健管理センター

村山 賢一

内因性うつ病に対する小精神療法への反動か、「現代型うつ」に対して「病気ではない」あるいは「甘えだ」と突き放した対応が一部で見られ、「デタラメ」や「仕事でだけ『うつ病』になる人」という表現が商業出版の重要な部分においてなされているものがその一例として挙げられる。前者は、内因性うつ病とは異なり、休養の重要性が低かったり、性格的要因がより大きかったりということなどからの表現であると思われる、後者は仕事に対して選択的にパフォーマンスが低下する、という、それぞれ「現代型うつ」の特徴に対する表現と思われるが、このような表現が目立って用いられ、それが当事者の苦しみを理解する必要がないという態度につながり、早すぎる判断や個人的な価値観の押しつけになってしまう場合には、それが当事者の自立的対応を促すための動機に基づいたものであるとしても、当事者の自由を束縛するパターナリズムとの批判を受けかねないのではないだろうか。

パターナリズムは、その人の利益になるようにとはいえず「自由な意志に反してその人の行動に介入する」というその性質から、自由と人権という観点において批判的に議論されることの多い概念であるが、判断能力の減弱がある場合など、許容されるべき性質のものについて区別をするべきであるという議論がある。筆者は拙稿「個人情報保護法の『例外』における主体性を踏まえた判断と対応の工夫 青年期精神科領域の事例を通して」において、判断能力の低下している状態の当事者に対して、単に緊急避難的な援助にとどまらず、長期的な予後をよくするためには自己実現の可能性をサポートするための踏み込んだかわりが重要と考えた。Pope, T.³⁾によれば「ソフト（弱い）パターナリズム」が自由への介入を正当化できるのは、実際に情報を知らされないで判断した場合、適切に理解していないで判断した場合、強要されて判断した場合、またはその他、実質的に自主的にではなく判断した場合であるという。緊急避難的な状況における当事者はこれらの定義にほぼ該当することが想定され、自己実現の可能性をサポートする適切なかわりは「弱い」（許容されうる）パターナリズムと

もよいのではないだろうか。

「現代型うつ」に話を戻せば、その治療の遅延例に対しては一步踏み込んだ提案がなされている。例えば松尾²⁾は「部活の先輩」のようなスタンスで、「あなたにはこれが向いているのではないだろうか」という提案をしたり、「病者役割」とをとれない当事者にはそれを諭したり、といった試みが治療的であるとしている。また神田橋¹⁾によれば個人の物語の再生あるいは創生が治療の眼目であるという。これらの試みには当事者と寄り添い共に進むということと、当事者の可能性を広げるために必要な何かを選択し提供するという営為が含まれ、上記「弱い」（許容されうる）パターナリズムと通底する側面があると考えられるが、許容されうる条件として自主性の「実質的な」不足に関する判断がなされていることが重要となる。これら先達の示唆はいずれも当事者の生き方の方向性にかかわる重要な示唆であって、有力な方向性を示してはいるが、重要な点はその内容ではなく、援助者のスタンスにあるように思われる。上記の介入例がターゲットとする領域は、いわゆる一回性の領域であり、あえていえばエビデンスよりも価値観・人生観に依拠する領域でもあるのではないだろうか。このような介入においては、それらが主観的な仮説にすぎないことをわきまえつつ、当事者との信頼関係に基づく協働作業領域にそれを差し出し、当事者からのフィードバックを得ながら、ともに検討し修正していくという営みを繰り返していくことが、当事者の実質的に自主的な判断をサポートするためには有力なのではないだろうか。そのために定まった方法論は見いだせないが、援助の精度を高める考え方の1つとして、精神分析領域における逆転移の考え方は有力であり、そのような視点から援助者自身の内面が吟味され、それを用いることが実質的に当事者のためになるのかという判断がなされているかどうかということも重要なのではないかと考えた。

後で、診断についての議論なく治療論を論じるのは論外であるという意見があった。丁寧にそこを論ずるべきであったことについては指摘の通りである。しかし限られた時間では強調点が限られるのは

避けられず、今回の論点はその区分が難しい境界領域に関する議論ではなく、はっきりと従来のうつ病とは異なる領域に関する議論であったため、結果として治療論を論ずるのにさほど支障はないのではないかとも思われた。むしろ問題はそのような当事者についての援助に関する考え方の違いなのではないかと感じられた。

- 1) 神田橋條治：うつ病診療のための物語私案．現代うつ病の臨床． p.265, 創元社, 大阪, 2009
- 2) 松尾信一郎：「ディスチミア親和型うつ病」を通してみる現代うつ病医療．現代うつ病の臨床． p.147-149, 創元社, 大阪, 2009
- 3) Pope, T.M.: Counting the Dragon's Teeth and Claws: The Definition of Hard Paternalism. Georgia State University Law Review,20(3); 659-722,2004

メランコリー親和型と現代型うつ の日本的ナルシズムという連続性について

福島県立医科大学災害医療支援講座¹⁾
雲雀ヶ丘病院²⁾

堀 有伸^{1,2)}

「現代型うつ」と対比されるのは、古典的な内因性うつ病とその病前性格として想定された「メランコリー親和型」である。メランコリー親和型は、「几帳面」「対他配慮」などの特徴をもち、通常は肯定的に理解される。しかし提唱者のH.Tellenbachがすでに、「正義の基準を奇妙なまでに他者の手に委ねたがる傾向」という特徴を記載し、自我の確立が妨げられていることを指摘した⁵⁾。飯田はメランコリー親和型の発達論を構想し、「気分の変動性と対象希求性の強い循環気質」の持ち主が、希薄な愛情供給しか与えられずに、社会的権威との幻想的な一体化を行うことでメランコリー親和型が成立するとした²⁾。

木村は「精神病理学的日本論」という副題の『人と人との間』という著作で、「日本人がメランコリーをいかに病的とみなしたか」と論じ、「メランコリー」と日本社会との親和性の高さを指摘した³⁾。ここでのメランコリー親和型についての記述は、日本人論としての性質を帯びている。そして、メランコリー親和型が社会からの共感や同情を得やすいということは、それとは異なる性質をもつものに反発をもちやすいのが日本人と日本社会であると予想されるのである。

樽味の「ディスチミア親和型」は、「現代型うつ」から連想されるものの1つである。その特徴は、「役割抜きでの強い自己愛と漠然とした万能感を持ち、挫折に際しては他罰的傾向を示す。もともと仕事熱心ではない。社会的役割で成功する前に、回避的となり職場を移動しがち」なことで、青年層が中心である⁴⁾。メランコリー親和型が日本社会での役割への同一化を強く果たしていることと比べると、ディスチミア親和型はその同一化が果たされない姿であると理解できる。

「うつ」の臨床に「日本論」を導入することで、ディスチミア親和型のような臨床例についての共感的な視点を獲得することが可能となる。日本社会の変動は著しい。終身雇用が当然であった一昔前の日本社会であれば、社会的な役割に同一化することは安全で確実な生き方であった。しかし、若年層の非正規雇用のような問題が指摘される現代社会の背景

を考慮に入れるのならば、社会的な役割への同一化が果たされず、逆にそれへの漠然とした軽蔑の思いを抱くディスチミア親和型を、共感的に理解することが容易になるだろう。

もう一度メランコリー親和型に立ち返り、飯田の発達論を参照すると、役割への同一化以前に認められていたのは、「権威への幻想的な一体化」である²⁾。H.Tellenbachもメランコリー親和型について、「他者とのポジティブな共生関係を損なうすべてのものを、すなわち一切の攻撃性、一切の不潔さ、他人の承認を得られないすべてのものを排除しようとする傾向」があると論じた⁵⁾。そこで、(日本社会への)「一体化」を強く理想化し、「所属集団と一体化して献身的に働く自らの姿への自己愛的な惚れ込みを認める」ことが過度なまま修正されない病理性を、筆者は「日本的ナルシズム」と名付けることを提唱している¹⁾。この場合、次のような図式的な理解が可能となる。

メランコリー親和型：

日本的ナルシズム + 社会的役割への同一化
ディスチミア親和型：

日本的ナルシズム - 社会的役割への同一化

伝統的な「内因性うつ病」の治療論は、このような人格の問題に立ち入らず、「社会的役割への同一化」を再建するという方向性をもっている。それは、「ナルシズム」に治療的に取り組むことの困難さを考えるならば、可能であるならば妥当な選択である。しかし、そのような同一化すべき対象を持たない症例に対しては、どのように対応するべきであろうか。精神分析的な「ナルシズム」という用語を導入することで、「ナルシズムの成熟」と「自我の確立」という治療目標の設定が可能となる。ナルシスティックなパーソナリティーで理想化が損なわれた場合には、強い憤怒や羨望が生じる。そのことを治療者が理解しておくことは、行動化や治療中断のリスクを評価することに役立つだろう。また「社会的役割」について、それを完全に「良いもの」ととらえる傾向と「悪いもの」ととらえる傾向の分裂(split)した心が無意識的に共存していることも、「日本的ナルシズム」の特徴であ

る。憤怒や羨望のもつ破壊的な作用が弱まり、「社会には良い面も悪い面もある」ことを理解することを通じて分裂が緩和され、自我の機能が高まっていくのである。

また、今回は、疾病過程として「うつ病」の診断のための情報は、現状では症候論から得られるものに限定するべきであり（将来的には適切な生物学的な指標が開発されることを期待しつつ）、今回のような社会性などをめぐる議論はそこから除くべきであるという議論も展開された。

- 1) 堀 有伸：うつ病と日本のナルシズムについて．臨床精神病理，32；95-117，2011
- 2) 飯田 眞，横山知行，佐藤 新ほか：双生児研究からみた躁うつ病の発症モデル．Pharma Medica，15；27-34，1997
- 3) 木村 敏：人と人との間 精神病理学的日本論．弘文堂，東京，1972
- 4) 樽味 伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”．臨床精神医学，34；687-694，2005
- 5) Tellenbach, H. : Melancholie . Vierte Erweiterte Auflage . Springer , Berlin , 1983 (木村 敏訳：メラノコリー．みすず書房，東京，1985)

「社会的うつ病」の時代？

筑波大学社会精神保健学

斎藤 環

いわゆる「現代型うつ」に関する議論は、「うつ病の本質」を巡る困難な問いの周囲を迂回し続けているのではないかと。青少年のひきこもり問題を専門とする筆者にこのシンポジウムが委託された事実は、いわゆる「現代型うつ」の問題が、サブクリニカルな領域のものと認知されつつあることを意味するだろう。さらにその背景として、現代における精神障害の軽症化傾向と、DSM-5における「カテゴリーからディメンションへ」という思想的変化の存在も無視できない。

「現代型うつ」は治療対象か？という議論について検討してみよう。それが「うつ病とみなされるべきか否か」という問いであるならば、診断学的な議論が可能である。しかし「治療の対象か否か」という議論は、すでに一種の価値判断に踏み込んでおり、悪しきパターンリズムの徴候である。DSMの変遷史が如実に物語るように「何をもって治療対象とみなすべきか」を厳密に定義づけることは難しい。

若い世代の「現代型うつ」事例においては、「承認」の問題がしばしば前景化する。これは社会全体のコミュニケーション偏重の風潮と相まって、「うつ」発症の背景要因に見かけ上の複雑さと曖昧さをもたらす。「うつ」を自称しつつ外来にやってくる患者の中には、うつという病人役割を引き受けることで、無自覚に承認とコミュニケーションのモードチェンジを試みている者が多い印象がある。彼らの治療を単に拒否するだけでは、「ドクターショッピング」や「薬理学的彷徨」を促進する結果につながりかねない。この点からも、彼らを適切に支援するための新たな方法論が求められている。

古典的なうつ病患者に比べてリスクは少ないとはされるものの、「現代型うつ」にも自殺のリスクは伴う。ここで注目されるのは、自殺希少地域である徳島県旧海部町のコミュニティ特性に関する岡檀らの調査研究¹⁾である。この地域に自殺が少ない要因として「コミュニティがゆるやかな紐帯を有している」「身内意識が強くない」などに加え、「援助希求への抵抗が小さい（何か問題を抱えた時に周囲に助けを求めることへの抵抗感が小さい）」点が挙げられている。

「現代型うつ」に関しては、それが治療の対象か

否かという議論以前に、若い世代における「援助希求行動」の表現形式である可能性を考慮すべきである。かつて「援助希求」は「依存的行動」と批判的にみられがちだった。しかし現在は、成熟した人間のスキルと考えられている。ただしそこには自律的な援助希求と依存的な援助希求の二種類があり、依存的な援助希求は、受動性と自己効力感の欠如から生じる。援助希求への対応に際しては、こうした依存的援助希求を自律的なスキルへと成熟させるための、広義の治療論が要請されるであろう。

「現代型うつ」の治療を忌避したいという精神科医の心理には、従来型の「休養と薬物療法」だけでは改善しにくい患者への忌避感や徒労感も含まれているのではないかと。しかし、うつ病に限らず、軽症事例の治療に際しては、家族介入、職場介入をはじめとする環境調整の視点がもはや不可欠である。少なくとも希死念慮のない「現代型うつ」の患者に対しては、環境調整や生活習慣の改善などを積極的に支援する必要がある。

イギリスのNICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) ガイドラインにおける軽症うつ病への初期対応においては、「薬物療法はリスクベネフィット比が低いため推奨しない」とされている。精神療法もインテンシブなCBTやIPTは推奨されず、むしろパンフレットを渡して生活習慣の改善を指導することが推奨されており、とりわけ「睡眠習慣の確立」「過食、飲酒、喫煙習慣の改善」「睡眠に適した環境の調節」「運動習慣の推奨」が強調されている。

よって筆者のさしあたっての提案は、「現代型うつ」をひとまず非特異的な援助希求行動として捉え、治療的に支援することである。治療に際してはファーストラインから薬物療法を除外し、休養ならびに生活習慣の指導から開始し、家庭環境や職場環境への介入（ケースワーク）も積極的に検討する。面接場面では短時間で可能な外来での「小精神療法」（笠原嘉）の技法を取り入れる。以上の対応で改善がみられない場合のみ、薬物治療を開始するというものである。

そもそも本論の大前提は、精神医学を「ニーズの掘り起こし」のための支援手段とみなす立場であ

る。この場合、まず正確な診断を下し、その診断に対応した治療を行う、という旧来の診療モデルへの固執は時に反治療的な態度となりうる。むしろ軽症事例、サブクリニカルな事例にあっては、「診断的治療」の探索的な意義が再評価されることが望ましい。

1) 岡 檀、山内慶太：自殺希少地域における自殺予防因子の探索 徳島県旧海部町の住民意識調査から
．日本社会精神医学会雑誌， 20（3）；213-223,2011

私の初診面接 患者のアンビバレンスに注目すること

文教大学人間科学部臨床心理学科

池田 暁史

本発表で私は、精神科一般外来における初診面接について説明した。もちろん、私は力動的な精神科医であるため、一般外来での患者とのやり取りにおいても、そうしたスタイルが反映されていることは否定しようがない。しかし、ここで述べたいのは、そうした特殊な訓練の末にようやく獲得できるような妙技ではない。ある程度意識的に心がけさえすれば、誰にでも実行できる極めて一般的な初診の際の留意点である。それは、患者のアンビバレンスに注目すること、である。表現を変えれば、患者の中の「2つの自己」に注目すること、治療に後向きな部分の存在を想定すること、などということもできる。精神科の受診経緯は特殊である。通常の身体科では患者本人の苦痛が受診の動機となるのに対して、精神科では本人は全く困っていないのに、家族が困り果てて受診させるということが多々あるからである。このことは精神科医を半年でも経験すれば皆知っているであろう。非常にリジッドな態度と思考とで、自身の問題を否定し続ける患者の相手をするのは一筋縄ではいかない作業である。では、極めて協力的に自身の困難を語り、援助を求める患者が治療しやすいのかといえば、必ずしもそうではない。患者のこころの中には、いまの問題を解決し、先に進みたいという強い思いと同時に、現在の自分のありようを放棄し未知の世界に進まなければならないことへの強い逡巡も存在する。その際に、患者の治りたい側面にばかり焦点を当て、いまのままにいたい側面に触れずにおくことは、患者にとって自分の一部を無視され、軽んじられることとして体験されるおそれがある。患者の前向きな側面だけでなく後向きの側面をも視野に入れて面接することの重要性を、いわゆるヒステリー圏の症例を基に解説した。なお、個人情報保護のため、背景情報には本質を損ねない程度の改変を加えた。

私の初診面接 特に診断面接のありかたについて

国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻

岡野 恵一郎

精神科における初回面接には、さまざまな形式や目的があるが、筆者は診断を下すことに特化した場合の初回面接（診断面接）の進め方について論じた。理にかなった精神医学的な診断は、患者の理解に必要不可欠といえ、治療方針のありかたもそれに連動することになる。限られた時間内で患者とのラポールを維持しながら診断に必要な情報を得ることは、精神科医が会得すべきスキルの重要なものの1つといえよう。

ここでは30分の診断面接を考え、その構成の仕方を以下に示す。

【前半（0～15分）：ラポールの形成、主訴および現病歴の立体的な理解】この時間は、患者の現病歴のあらましを描き出すことに力が注がれるが、それに先立って重要なのが患者とのラポールの形成であり、面接構造の設定である。

主訴：面接の初期にはできるだけオープンクエスチョンにより患者がそのテーマを扱う様子を観察する。

現病歴：前半の残りの時間は、主訴に関連した現病歴を取り、その輪郭を立体的に把握することに費やされる。すなわち発症はいつか、発症に際してストレス因はあったのか、発症の仕方は緩徐か急激か、患者の機能レベルはどの程度損なわれたのか、身体疾患や器質因の関与はどうか、かつて同じような問題で治療したことはあるのか、などが問われることになる。

【後半（15～30分）：既往症、社会生活歴、精神症状検査】

併存症、および既往症：患者のもつ併存症や既往症を知るためには、患者にとってわかりやすい言葉で症状の有無を順次聞いていくという方法がある。しかし神経症圏の多種にわたる障害についてその有無を網羅的に尋ねる時間的な余裕はない。そこでそれらの症状に思いあたるとような質問、例えば「突然不安に襲われることはありますか、何度も繰り返してしまうことはありませんか」などの問いかけを行う。

社会生活歴、家族歴、医学的問題など：残された時間でこれらについての情報を得ることになるが、

もちろん詳細に尋ねるだけの余裕はない。そこで診断に関連する可能性のある内容について大まかに尋ねることになる。幼少時については「小さいころの思い出で、なにか心に深く残ったことがありますか？」と聞くことで、主観的な体験としてはすでに多くのことをカバーしていることになる。ことに虐待関係の問題については、「小さい頃に何かとてもつらい思いをしたりしたことはありますか？」と尋ね、相手の反応を見ながらさらに詳しい質問をすべきかを判断する。学童期については、養育者との関係はどうだったか、友達はいたか、成績はどの程度であったか、あるいはいじめや不登校の時期はなかったかはいずれも重要な問いである。思春期、青年期以降については、最終学歴やその後の職歴についても聞いておきたい。また異性との親密な付き合いや結婚の経歴にも触れる。

【終盤（最後の5分）】精神症状検査（mental status examination：MSE）を行う用意を常にもっていたい。ここで確認すべき項目の内容は、外見、言葉と会話、思考（過程と内容）、感情、知覚の異常（幻覚の有無）、認知機能、見当識、記憶、一般常識、知的レベル、抽象思考、判断力などである。

こうして診断面接を終了させるが、最後には「短い面接ではありましたが、だいたいご様子を伺えました。この面接の結果や治療方針については後ほどお伝えいたします」などの言葉で締めくくるとよい。ただし実際の診療場面では引き続き患者に対して診断的な理解や治療方針の説明を続けることになるであろう。

私の初診面接 共感のモードと介入のモード

千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・子どものこころ
の発達研究センター

清水 栄司

患者は、なぜ外来に訪れるのであろうか。何か困ったことがあり、それに対する解決法を知りたいと外来に来ているのであろう。困りごと（主訴）は何かを知るため、「どうしましたか？」という質問が必要である。一方、診察に入った時の患者の様子から、多くの情報（非言語的コミュニケーション）を受け取っている。憔悴しきっていたり、不安でたまらない様子であったり、怒っていたり、いらいらしていたりする様子など、主に「感情」のメッセージである。90度の角度で着席する90度法の着座位置で、医師として、患者の主観的体験を共感的にとらえようとするモードとそれを客観的に診断しようとするモードの双方が働くことになる。精神科の診療は、患者の主観を通してしかわかりえない症状をもとに診断を行う（外見や行動からわかることがあるにしても）。身体科、例えば、乳癌の患者の診療では、治療関係を構築する上で、患者の主観的体験（乳癌だったら、どうしようという不安な気持ち）を共感的にとらえることも大事であるが、患者が主観的には全く症状を感じていなくても、医師が触診をすることで客観的にしこりを触れ、精密検査を行い、治療方針を説明していくということが起こる。一方、精神科では、初診時間の前半は、患者の立場にたって（患者になったつもりで個別対応で、もっと極端な言い方をすれば、患者に憑依して）、話を聞いたほうが、患者の主観的症状がわかりやすいので、共感モードでいって、後半に、患者の来院動機として求めていたものに、医師として、プロフェッショナルとして、客観的に診断し、治療方針を説明する介入モードでいくことになる。介入モードは侵襲的である。精神科の初診で、「あなたは別に問題ないですから、もう来なくていいですよ」と言える機会になかなか恵まれないため、次回以降の治療関係の構築に入ることも必要である。

私の初診面接 来院の動機づけに基づいて

中村心理療法研究室

中村 伸一

【「なぜ」・「今」・「この人(たち)」が来院したのか】小さな子どもや意識不明の患者を除いて精神科以外の診療科では「主訴」が患者自身から述べられることが多い。この点でも精神科は特殊であるといえないだろうか。たとえば家族が、患者の理解できない言動や行動を心配して、何とか説得して患者をともなって来院する場合もあるだろう。このような場合は「主訴」が付き添ってきた家族からのものになる。

この項の表題である「なぜ」・「今」・「この人(たち)」が来院したのかを理解することは初回面接を構成する上で極めて重要であると考えられる。それは患者を取り巻く環境のアセスメントであり、直接来院のきっかけとなった事象の掌握であり、患者を含めた複数の来院者がある場合のそれぞれの来院への「動機づけの高さ」の違いのアセスメントである。

【成人患者との初回面接】

動機づけの高い患者：旧来の「神経症圏」にあるもの、睡眠障害、うつ病、過食症、「うつ病」であると訴えてくるものなどがいる。病歴聴取では「なぜ」・「今」を最終的に理解することで、たとえばその患者の性格や家族(夫婦)関係、さらには職場環境などをアセスメントすることができる。

動機づけの低い患者：統合失調症、成人の拒食症、重症の強迫性障害、反社会性パーソナリティ障害、薬物・アルコール依存症など。これらの患者は、家族や配偶者に「連れて来られる」か、もしくは保健所や司法関係からの依頼受診であったりする。初回面接では来院者全員の同席で面接を開始することが多いが、患者抜きでまず事情を話したいとする来院者もいる。この場合、患者の許可を得られるなら得てからそのようにする。だが、その後では、来院者と患者の同席面接が必要であることを伝え、同席者の心配を開示してもらう。

動機づけのあいまいな患者：身体症状を主訴に不本意ながら紹介され来院している患者に対しては、まずは主訴をあらためてじっくり聞き、前医がこちらを紹介したように精神的な誘因でも同じような症状が出る可能性があることを静かに伝える。境界性パ

ーソナリティ障害圏の患者への対応には、まずは主訴を中心に面接を展開しつつ、「具体的にどうなったら良いか？」といったある程度限局した治療目標を患者と共に作りあげること初回面接の目標を定めるべきである。

【小児・児童患者との初回面接】一般に小さい子の精神科受診に対する動機づけを推し量ることは難しい。したがって、はじめから親の同席が望ましい。ここではまず親の訴えを聞く。このとき同時に患者が親の心配にどのように反応しているかをつぶさに観察することがとても重要である。患者に語りかける時は同じ目線で柔和に「年はいくつ?」「あなたの(幼稚園/学校の)先生は男の人?女の人?」などClosed Questionから始めながら関係を築き、「困っていることはある?」といったOpen Questionに移行していく。

【思春期・青年期患者との初回面接】

動機づけの高い患者：最近ではこの年齢層が単独で来院することも多くなった。主訴が抑うつだったり、友人関係の悩みだったり、家族関係での悩みだったり様々である。基本的には動機づけの高い成人患者と同じ対応で良いのだが、この年齢特有の治療者に自分の苦悩を率直に開示することへの躊躇がみられる。治療者は、正確な診断をすることはこの次ぐらいの目標と考えて、良好な関係づくりを優先し、次の来院を歓迎する旨を伝えることが必要である。

動機づけの低い患者：代表的には不登校、家庭内暴力、非行、摂食障害(特に制限型)など。ほとんどが親がなんとか連れてきたということがすぐわかる。まずは同席で面接を開始し、この親の訴えを聴きながら、この葛藤的な親子関係をよく観察する。どちらにも肩入れしないのが原則である。語ることに抵抗を示す患者にはじっくりとClosed Questionから始めるのが良い。その後、再び親同席で「親子ともども苦しい状態にあるので、まずはそこをなんとか改善していきましょう。それが問題解決の近道だと思います」と述べ、あえて問題行動や症状に焦点づけしない面接が導入としては有効であることが多い。

動機づけのあいまいな患者：代表的には境界性パ

ーソナリティ障害が背景にある患者群である。当然のことだが、毎日生活を共にしている家族が疲弊しているのもこうした来院者の特徴である。まずは同席を勧めるが、患者がこれを拒否する場合には患者との個別面接を優先する。「なぜ個別の面接にしたかったのか」を聴くことで、患者にとっての家族との関係があらわになり、内なる動機づけを語ってくれる場合もある。

【患者であろうと推定される者が来ない初回面接】治療者は来院者の話から、推定診断をつける前に、まずは自傷他害などの危険をはらむ急を要する事態なのか、そうではないのかを判断すべきである。危険と判断すればそれに対応できるような方策を迅速に示すべきである。

てんかんの診断の基本

京都大学医学研究科脳病態生理学講座臨床神経学¹⁾
京都大学大学院医学研究科てんかん・運動異常生理学講座²⁾

池田 昭夫^{1,2)}

てんかんとは「慢性の脳の病気で、大脳の神経細胞が過剰興奮して、脳の症状（発作）が反復性（2回以上）に起こる。発作は突然に起こり、普通とは異なる身体や意識、運動や感覚の変化が生じる。明らかでない限り、あればてんかんの可能性は高い」²⁾。要点は、慢性、反復性、発作が主症状、大脳ニューロンの過剰活動が発生機構、である。診断は 詳細な病歴聴取による発作症状の把握と診察所見による臨床判断、脳波検査、MRI などの神経画像検査の3 基軸により、総合的になされる²⁾。

【病歴と症状】「病歴から得られる発作症状の情報は、発作起始の時点の生理学的意味を有する」¹⁾。厚い頭蓋骨で電位は1/7～10に減衰し、てんかん性放電が頭皮上から記録される場合は6cm²以上の脳表が同期する。感覚症状の単純部分発作中には50%以下しか頭皮上から脳波変化は出現しない。脳波変化が頭皮上に出現しなくとも、発作症状を詳細に検討することで、焦点局在を正確に推測できる（病歴・発作症候の記載は、臨床神経生理学を定性的に言語化したもの）。これにより発作症状からの発作型分類を試みる。現在はデジタルカメラや携帯電話などにも動画記録機能があり、自宅でも患者の症状のビデオを容易に記録できる。

【脳波】頭皮上ルーチン脳波の検査では、上述した限界を理解しててんかん性放電を検索するだけでなく、局所性のデルタ徐波により部分発作の焦点を抽出することも重要である。

【MRI】形態学的評価が主体であるが、その性状よりてんかん原性が高いことが示唆される病変として、海馬硬化、皮質形成異常、脳腫瘍、海綿状血管奇形、瘢痕組織などがある。

以上より、てんかん診断では、従来の単なる発作型診断から、病因・随伴症状・治療効果・予後も包括したてんかん症候群診断が可能となってきた。

1)Blume, W. : Plenary Lecture, 17th International Cleveland Clinic Epilepsy Symposium: Epilepsy Surgery, June, 2007

2)てんかん治療ガイドライン作成委員会：てんかん治療ガイドライン2010．医学書院，東京，2010

小児科領域におけるてんかんの治療

東京女子医科大学小児科

小国 弘量

てんかん発作治療の第一歩は、小児、成人を問わず正しいてんかん発作型診断とその後のてんかん型診断である。患者が初診時に来院する場合は、ほとんどがけいれんや短時間の意識障害発作を主訴とする。我々が発作そのものを目にすることはまれであり、問診よりその主訴がてんかん発作かどうか判断する必要がある。小児の場合、てんかん発作と鑑別を要する疾患は多岐にわたり、年齢毎に特徴ある疾患が存在する、例えば乳児期では 習慣性行動、身震い発作などが、幼児期では 息止め発作（チアノーゼ型、蒼白型）、夜驚症、自慰行為などが、学童期では 失神（起立性調節障害など）、片頭痛、チック、精神発作（不登校）などが鑑別に挙がる³⁾。この中で精神科医のかかわる可能性が高い学童期では、失神発作が最も重要と思われる。学童期後半では起立性調節障害によるものや、神経調節性失神のように迷走神経反射による一過性の低血圧までである。前者では、朝礼時に急に倒れる、後者では注射や大量の血液をみるなど失神直前に迷走神経反射を誘発する出来事が重要である。多くは、意識消失前に眼前暗黒や視野が狭くなるなど視覚前兆を伴う、発作は脱力もしくは強直で顔面は蒼白、発作後の意識回復は速やかである¹⁾。本人への詳細な問診が必要である。主訴とする発作がてんかん発作であると確信できれば、次はその成因の検討が必要である。一般的には頭部画像検査（部分発作の場合には頭部MRI検査が推奨される）、脳波検査、血液検査（けいれん発作と関連する血中Ca、Mg、糖、電解質などは検査すべき）である。

初回発作時に安易なてんかん診断、治療開始は避けるべきである。なぜなら、初回非誘発性発作の長期予後調査では、欠神発作やミオクロニー発作を除いて必ずしも発作の再発率は高くないからである⁴⁾。また2回目以降治療開始しても発作抑制率は変わらない、てんかん診断の不確実性による不利益などがある。たとえ投薬したとしても家族の抗てんかん薬の副作用に対する不安は、数ヶ月のうちに発作の再発に対する不安を上回るようになり、無断で断薬したりすることはしばしば経験することである。

精神科医が小児のてんかん治療に携わる場合、その多くは学童期以降で、知的障害や発達障害を併存

する場合もあろう。てんかん発作に関する問診では、まず発作が覚醒時か睡眠時に起こったか、眼球偏位を含めた焦点性要素の有無、発作後睡眠の有無、また小児といえども必ず本人に発作前兆の有無を確認することが重要である。嘔吐や吐き気が前兆の場合もありうるし、また視覚前兆などを確認できる場合もある。睡眠時脳波検査所見は、特発性部分てんかんの診断に有用である。

正常発達小児に発症するてんかん型の特徴としては 幼児期より学童期では、特発性部分てんかんが好発、学童期後半より思春期では症候性部分てんかんの特発性全般てんかんが好発、特発性部分てんかんでは睡眠時脳波で後頭部、中心側頭部棘波、多焦点性棘波、全般てんかんでは全散性2~4Hz棘徐波がみられるが、症候性部分てんかんではてんかん性異常が明らかでない場合もある、特発性部分てんかんは思春期までに軽快する予後良好なてんかんであり、特発性全般てんかんも治療反応性は良好である。

正常発達小児において日常よく遭遇する具体的なてんかん症候群としては乳幼児期には良性乳児けいれん（軽症胃腸炎、家族性、孤発性）、幼児期より学童期前ではPanayiotopoulos症候群、学童期では中心側頭部に焦点を有する良性小児てんかんが、また特発性全般てんかんとして幼児期より学童期前半で小児欠神発作てんかん、大発作てんかん、また学童期後半から思春期で若年ミオクロニーてんかんなどがある。これらの特異てんかん症候群は、てんかん発作の特徴とともに特異な脳波所見がそろえば診断可能であるので、初発発作時の検査時に診断がつく場合も多い。

またてんかん症候群によっては発作が難治で、知的退行や行動障害を引き起こすものもある。注意が必要である小児てんかんの特徴としては発達障害や脳性麻痺など併存する場合には、治療抵抗性になりやすい、覚醒時の複雑部分発作を主徴とし脳波検査で有意なてんかん波を認めない症例では、脳形成異常や海馬萎縮などの構造異常を伴う例も存在する（頭部MRI検査が必要）、また小児でミオクロニー発作や短時間の失立発作などが連日出現する場合には、てんかん性脳症の疑いがある。

次にてんかんと診断し、抗てんかん薬治療を行う場合、発作型を基に抗てんかん薬の選択を行う必要があるが、小児の場合も成人と同様に部分発作の第一選択薬はCBZかZNS、全般発作の第一選択薬がVPAである。小児の場合部分発作でもVPAを第一選択薬としてもよい。また小児・思春期発症のてんかんで、発作型が部分発作か全般発作か不明な場合には第一選択薬として何を使用すべきかという問いに対しては、CBZ、VPAの両者で部分発作、GTCSの治療に関して有効率に差はない（推奨度B）、しかし、GTCS以外の全般発作でCBZによる悪化の報告がある（推奨度D）、よってより悪化の少ないVPAが選択される（推奨度C）。また全般発作にVPA、部分発作にCBZを使用して有効濃度を治療域でも発作が再発した場合に次に何を使用すべきかという問いに対して、VPAで再発した全般性強直間代発作ではCBZ、欠神発作ではESM、LTG、ミオクロニー発作ではCZP、CLB、LTG、またCBZで再発した部分発作ではZNS、CLBが推奨される²⁾。小児の場合、抗てんかん薬の副作用があっても訴えることが困難な場合も多く、抗てんかん薬使用にあたり、精神・神経系への副作用に注意（眠気、興奮、多動、集中力障害）する必要がある。

以上、小児てんかんの治療にあたり、初回発作時に安易な診断、治療開始は避けるべき、発達正常な小児では予後良好な特発性てんかんが多い、睡眠時脳波検査は、特発性てんかんの診断に有用、

小児特有の注意すべき発作型ならびにてんかん症候群が存在するのでその場合には早めに小児神経科医に紹介、部分発作にはCBZ、全般発作にはVPA、不明な場合にVPAを試みる、投与前後で副作用の有無に注意である。

1) 伊藤 康、小国弘量、田宮さやかほか：てんかん発作が疑われた神経調節性失神8例の臨床的検討．日小会誌，112；489-493，2008

2) 日本神経学会監，「てんかん治療ガイドライン」作成委員会編：てんかん治療ガイドライン 2010.医学書院，東京，2010

3) 小国弘量：小児てんかんの診断と治療．日本医事新報，4499;45-51,2010

4) Shinnar, S., Berg, A.T., Moshe, S.L., et al. : Risk of recurrence following a first unprovoked seizure in childhood: a prospective study. Pediatrics, 85;1076-1085, 1990

実はてんかん発作？それとも？

愛知医科大学精神神経科

兼本 浩祐

てんかん発作に似て非なる発作、逆にてんかんであるのにてんかんであることを見過ごされることのある病態を具体例をいくつか挙げて概説する。てんかんに疑われて来院する発作で、てんかんでないものとして最も頻度の高いものは心因性非てんかん性発作であり、失神発作がこれに次ぐ。逆に非けいれん発作重積状態や特異な前兆、高齢発症の側頭葉てんかんは、てんかん性の機序で起こっているが見過ごされることも多い。精神科医が鑑別診断で会いえる様々のこうした病態を症例を通して論じた。

新しいてんかん薬物療法

湊病院北東北てんかんセンター

兼子 直、小笠原 久美子

【はじめに】2006年にgabapentin (GBP)、2007年にtopiramate (TPM)、2008年にlamotrigine (LTG)、2010年にはlevetiracetam (LEV)が本邦に導入され、抗てんかん薬 (AED) の選択幅が広がった。最近、rufinamideがLennox-Gastaut症候群に、stiripentolがDravet症候群に使用できるようになったが、本稿では幅広いてんかん類型に使用可能なGBP、TPM、LTG、LEVの4剤の特徴と臨床効果を検討した。従来のAEDと比較し、これら新薬の抗てんかん作用が強力であるという根拠は少ないが、副作用は穏やかになったという印象はある。本邦では、新規AEDは併用療法で使用されるが、幾つかのAEDは近く単剤使用が可能となるものと推定され、しかも従来のAEDとは異なった作用機序と臨床効果を持つ薬剤があり、併用で効果を上げつつある。【臨床薬理学的側面の特徴】新規AEDの内、GBP、LEVは腎排泄型であり、肝臓での薬物相互作用は受けにくい。しかし腎機能障害者、高齢者では腎機能に対応して投与量を調整する必要がある。両剤とも血清タンパク質結合はないか低く、服用後血中濃度は1~3時間でピークに達する。肝臓における薬物相互作用が少ないという観点から、最近増加している高齢者のてんかん患者にも使いやすいと期待されている。

TPMの60~70%は未変化体のまま尿中に排泄され、30~50%がCYP3A4で代謝され、CYP2C19を抑制する。TPM投与量が200mg/dayを超えるとCYP2C19で代謝されるAEDの血中濃度を上昇させる。LTGの蛋白結合率は50%で、グルクロン酸抱合により代謝されるため、バルプロ酸 (VPA) 服用患者にLTGを併用すると、LTGの血中濃度はLTG単剤投与時より上昇し、逆に酵素誘導作用薬、経口避妊薬併用によりLTG濃度は低下する。一方、GBPとLEVは半減期が短く、1日2~3回投与が必要である¹⁾。これら新薬の有効血中濃度は不明である。

【臨床的側面】LTG以外は部分発作に使用が限定されるが、薬剤併用に際しては処方中のAEDとは異なった作用機序を有し、同じような副作用がないAEDを選択するのが原則である。全般発作の第一選択薬はVPAであり、部分発作の第一選択薬はcarbamazepine (CBZ) もしくはzonisamide (ZNS) と

なる。これらのAEDで発作が抑制されない場合には次の単剤を選ぶか、併用投与する薬剤を選択することになる。国外のデータによれば、新規AEDの効果はTPM、LEV、LTG、GBPの順と報告され、GBPは認容性が最も高い¹⁾。

GBP以外の新薬は全般強直間代発作、LTGは欠神発作にも効果を示し、ミオクロニー発作にはTPM、LEVが効果的とされている。Dravet症候群にはTPM、LEV、stiripentolが、Lennox-Gastaut症候群にはTPM、stiripentol、rufinamideが併用療法で効果を示す。逆説効果としてGBPは欠神発作、ミオクロニー発作を悪化させるときがあり、LTGは重症ミオクロニー発作を、LEVはてんかん重積発作を誘発し、2次性全般化発作を起こすことがある³⁾。

【てんかん以外の神経、精神疾患に対する効果】てんかん患者にうつ病、不安障害、強迫性障害などの種々の精神疾患が高率に合併し、患者のQOLを低下させる。LTGは双極性障害に対する情動安定化作用をもち、GBPには抗不安効果が期待される。GBP、LTG、LEVには神経因性疼痛、片頭痛、本態性振戦への効果が知られ、VPAは片頭痛の予防薬としても使用される。LTGには統合失調症への効果も報告されている。LEVには双極性障害への効果が報告され、TPMにはここに記載した疾患すべてに効果があるとされている²⁾。

【新規AED処方の際の留意点】各AEDの逆説効果の有無、副作用、作用機序などの特徴を十分に把握し、処方する必要がある。LEVを除いて投与量は漸増が原則である。LTGによる発疹、TPMの認知機能への影響、LEVによる刺激性の高まりなどに留意すべきである。一方、アレルギー性の副作用が少ない (GBP)、薬物相互作用が少ない (GBP、LEV)、スペクトラムが広い (LTG、LEV、TPM)、全般発作に処方されるAEDの中でVPAに比較しLTGは催奇形性が低い、肥満患者の体重を減少させる (TPM) などの長所がある²⁾。てんかんに併発する精神疾患へもこれらのAEDは応用可能であり、今後注目されるべきと考える。

1) Brodie, M.J., Kwan, P.: Newer drugs for focal epilepsy in adults. *BMJ*, 344; e345, 2012

- 2) 兼子 直, 菅原貴征, 吉田秀一: これからの抗てんかん薬の使い方. てんかんの薬物療法. 新興医学出版社, 東京, p. 133-145, 2010
- 3) 兼子 直: これからの抗てんかん薬選択. てんかん教室, 改定第3版. 新興医学出版社, 東京, p.125-127, 2012
- 4) 猿渡淳二: 臨床薬理学的側面からみた新薬の特徴. てんかんの薬物療法, 新興医学出版社, 東京, p. 19-31, 2010

外科手術でなおるてんかん

国立病院機構西新潟中央病院

亀山 茂樹、増田 浩、村上 博淳
白水 洋史、伊藤 陽祐

【目的】難治てんかんのなかで外科治療が可能なたんかん症候群を明らかにし、外科治療の有用性について考察し、てんかん治療の有用なオプションの1つとしての外科治療について論じた。

【方法】日本てんかん学会ガイドライン⁵⁾やEngelの論文では¹⁾、5つのてんかん症候群を外科治療可能なてんかん (surgically remediable syndromes) として挙げている。われわれの施設では、2008年に視床下部過誤腫センターを設立して、国内外の患者に対して定位温熱凝固術を行い、視床下部過誤腫も外科治療可能な6番目の症候群と位置づけている³⁾ので、この6つのグループに対して、当院において2010年までに外科治療を施行された難治てんかん症例の術後発作転帰(術後2年以上の評価: エンゲル分類)を後方的に分析した。

【結果】6つの外科治療可能なてんかん症候群のうち、内側側頭葉てんかん110例に、器質病変を有する部分てんかん91例に、MRIで器質病変の明らかでない(病理学的にはほとんど皮質形成異常)は51例、半球性異常を有する部分てんかん2例、失立転倒発作を有する全般てんかん18例、笑い発作を有する視床下部過誤腫48例にそれぞれ最適な外科治療を行った。その結果エンゲルクラスI+II(発作消失とまれな発作)はそれぞれ、88%、89%、51%、50%、22%、81%であった。

【考察】各症候群に対する手術戦略はほぼ確定しており、手術適応を決めるには、多角的な方法論を用いた術前評価が必要で、MRI、ビデオ脳波記録、脳磁図、SPECT、PETによる焦点局在推定の精度が術後の発作転帰と合併症予防には重要である。われわれの施設の結果からも、海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかんやMRI陽性のてんかん原性病変を有する難治てんかん例の発作転帰がきわめて良いことが明らかである。機能野に焦点が関連し術後に機能障害が予測される症例やMRI陽性病変を認めない症例では適応を慎重に判断する必要がある。海馬硬化を有する内側側頭葉てんかんのように成人の難治てんかんの代表格である症候群⁷⁾では、外科治療成績が薬物治療より有意に勝るといふRCTのエビデンス(治療1年後の複雑部分発作消失率が薬物治療では8%で、外科治療では58%と有意に高かったが、それ以外にも

QOLスコアが外科治療群で有意に優れていた)があり⁶⁾、3剤以上の多剤治療の意義が少ないことも明らかになっており⁴⁾、薬物治療に固執すべきではない。MRI病変を有する症例の術後発作転帰は長期的にみても良好とされていることから積極的な外科治療が望ましい。しかし、器質病変の明らかでない難治てんかんの手術成績はどの外科施設でも同レベルであり、機能画像から焦点局在推定の精度をさらに高めることが求められている²⁾。乳幼児期に発症して薬剤抵抗性で精神運動発達停滞や退行が著しい破局てんかん(catastrophic epilepsy)の中でも早期の外科治療によって改善する可能性がある。難治な笑い発作を有する視床下部過誤腫は、以前は破局てんかんの代表格のような希少疾患であったが、われわれの開発した定位温熱凝固術の安全性と有効性はきわめて高く唯一の治療法として確立され、treatable epilepsyになったと認識されている。このような理由から、外科治療で治る難治てんかんに対する知識を高め、難治てんかんに対して漫然と薬物治療を続けるのではなく、二次性の機能障がいやてんかん性脳症、精神的負担による精神科的問題を生じる前に外科手術適応の有無を考慮すべきである。

【結論】MRIによるてんかん原性の器質病変が診断できれば、てんかん外科に紹介することをためらう理由はない。したがって、1年間の薬物治療で発作抑制困難な難治てんかん患者の場合であれば、まずMRIにより器質病変の有無を診断しなければならない。てんかんが手術で治る時代になっていることを理解し、MRI診断の自信がなければ、てんかん患者の一生を台なしにしないためにも、積極的にてんかん外科治療可能な三次てんかん専門施設(いわゆるてんかんセンター)に紹介すべきであると考える。

- 1) Engel, J.Jr., et al: Surgically remediable syndromes. Epilepsy: A Comprehensive Textbook 2nd ed (ed. by Engel, J.Jr., Pedley, T.A.). Wolters Kluwer/Lippencott Williams & Wilkins, Philadelphia, p. 1761-1769, 2008
- 2) 亀山茂樹, 藤原建樹, 食沼一宇ほか: 新皮質てんかんの外科治療ガイドライン. てんかん研究23; 167-170, 2005
- 3) 亀山茂樹: 視床下部過誤腫による笑い発作に対す

る定位温熱凝固術. 医学のあゆみ, 232 ; 991-997, 2010

4) Kwan, P., Brodie, M.J.: Early identification of refractory epilepsy. N Engl J Med, 342 ; 314-319, 2000

5) 三原忠広, 藤原建樹, 池田昭夫ほか: てんかん外科の適応に関するガイドライン. てんかん研究, 26 ; 114-118, 2008

6) Wiebe S, Blume, W.T., Girvin, J.P., et al: Effectiveness and Efficiency of Surgery for Temporal Lobe Epilepsy Study Group. A randomized, controlled trial of surgery for temporal-lobe epilepsy. N Engl J Med, 345 ; 311-318, 2001

7) Wieser, H.G.: ILAE Commission on Neurosurgery of Epilepsy. ILAE Commission Report. Mesial temporal lobe epilepsy with hippocampal sclerosis. Epilepsia, 45 ; 695-714, 2004

多機能型精神科診療所の実践と課題 ひきこもり、外来二ートへの対応を中心に

医療法人三家クリニック

三家 英明

【はじめに】精神疾患と障害を抱えて暮らす人た
ちを生活の場で支えたいとの思いで精神科診療所を
開設して32年が経った。地域にほとんど何もなかつ
た時代、診療所内に集い、憩える場所として談話室
を構え、精神保健福祉士（PSW）を配置してのスタ
ートだった。そして、今日まで、外来医療の形をで
きる限り医療や支援を必要とする人たちのニーズに
沿うことを心かけながら形作ってきた。その結果、
当院は大きく様変わりして多機能型精神科診療所と
呼ばれる現在の姿となった。当院では、生きづらさ
を抱える人たちの回復を支援していくために、ひと
り一人と丁寧にかかわり、彼らの夢や希望を共有し
て多職種でのチーム医療を展開している。回復への
道程を同伴する担当PSWの配置をしており、デイケ
ア・ナイトケアでは多くのプログラムを用意してそ
れぞれの利用目標を設定したステップアップ型のデ
イケア・ナイトケアを運営している。しっかりと育
み、利用者の希望を確認しながらデイケアを踏み台
にして次へ進めるよう準備しながら、就労や社会参
加に向けての「つなぎ作業」を積極的に行ってい
る。また、訪問看護ステーションのみならず、医師
をはじめ、多職種が積極的にアウトリーチ活動を行
っている。

こうした多機能型精神科診療所の今日的な役割は
何であろうか？ 地域にメンタルクリニックはどん
どん誕生しているが、地域ケアの観点からすれば、
外来精神科医療は脆弱であると言わざるを得ない。
ひきこもる未治療者や通院中断者、また通院する以
外にどこにもつながらず、社会参加の見通しももて
ないままに日々を送る外来二ート状態にある人た
ちの数は膨大である。診療所精神科医療はこうした人
たちに無関心であってはならないし、診療所の担う
地域ケアに課された先送りのできない宿題である。
ここでは、当院での多職種チームで展開している日
常の実践活動を報告し、多機能型精神科診療所の果
たすべき役割と課題について検討した。

【ひきこもり、外来二ート状態にある人たちへの
対応】当院の外来診療体制は、外来診療部門、医療
福祉相談室、デイケア、訪問看護ステーションの部
門に分かれているが、規模が小さいゆえに、部署間

の連携が容易で、職種ごとの強みを生かしながら、
協働して患者の支援に当たっている。一人の患者に
各部署からそれぞれ担当者がついていて、経過の中
で各担当者のかかわりの度合いが変わっていくこと
になる。医療福祉相談室では、現在は8名のPSWが活
動している。2013年3月時点で通院患者実人数2,114名
のうち、775名に相談室から担当者がつき、相談支
援、訪問、同行支援、また「つなぎ支援」を行って
いる。これらの人たちのうち、担当者がついた時点
での状態がひきこもりであった人は114名、外来二
ート状態にあった人は361名について、多職種で積極
的にかかわることで彼らの生活がどう変わったの
か、2013年3月末時点での生活状態を調査してみた。
なお、今回の調査時点で訪問看護ステーションのみ
でかかわっている24名、訪問診療のみでかかわる13
名について、ひきこもりや外来二ート状態にある人
についてもあわせて調査対象とした。まず、ひきこ
もり状態の人たちについては訪問看護ステーション
のみでかかわっている人も含む130名でみると変化の
ない人28名（22%）、訪問のみ継続の人が21名
（16%）いたものの、来院しての面接継続者24名
（19%）、デイケア通所者25名（19%）、作業所12
名（9%）、就労者9名（7%）と多くの人がひきこ
もり状態から脱しており、とくに最初は全くひきこ
もっていたため、医師の往診から始まり、その後各部
署から多職種でかかわったひきこもり群50名につ
いてみると、目立った変化のみられない人が4名、訪問
のみ可の人が7名いるものの、来院可能となり受診、
個別面談を行っている人8名、デイケアに通う人
7名、作業所に通う人8名、就労している人6名とな
っており、ひきこもり状態にある人についても、来院
を待つだけではなく、出かけていき、多職種で関わ
り、人の輪の中で見守っていくことで、ひきこもり
生活を脱出して、生活を変化させることができるこ
とが確認できた。

次にかかわりはじめが外来二ート状態にあった人
たちのその後の変化について調べてみた。診断別分
類では、統合失調症45%、気分障害19%、発達障害
11%、神経症性障害11%などであったが、発達障害
と診断される人が増加傾向にある印象である。

調査時点での相談室、訪問看護ステーションが抱える外来ニート状態の人は369名おり、102名(28%)の人が関わりはじめと目立った変化のない人であったが、来院して個別面談を継続している63名(17%)、デイケアに通所しているもの61名(17%)、就労継続B型、および就労移行作業所に通所しているもの39名(10.5%)、就労しているもの41名(11%)などであった。

デイケアでは、10数年前から就労準備ミーティングと称して就労準備性を高めるプログラムを実施してきた。また、就労しているデイケアOBを講師に招いて話を聞く機会を提供したり、就労者の体験談集を作成するなどしている。デイケア通所を経て就労移行作業所に通い、障害者就労を果たしている身近な仲間の存在を知り、その体験を聞くことで、利用者も見通し、希望をもってデイケアに通所することができるとともに、流れの感じられるデイケアともなっている。

また、デイケアの出口としてJSN(大阪精神障害者就労支援ネットワーク、大阪の精神科診療所医師有志が設立した就労移行事業所)や市内の社会福祉法人が就労継続B型作業所に併設した就労移行事業所が利用しやすい場所にあることも大きい。

【まとめ】精神科診療所において、ひきこもりや外来ニート状態にある人たち(未治療、未受診医療中断など医療につながっていない人たちや医療にしかつながっていない人たち)に対して、担当するPSWがつき、タイムリーに、ひとり一人の希望やニーズに焦点をあてた丁寧な援助がなされれば、彼等のリカバリーを促進させることが可能となることを示した。

多機能型診療所は、生活現場に存するため、関係諸機関とも連携しやすい立地条件をもっており、また、コンパクトで、多職種によるチーム医療が展開しやすいことから、ニーズに沿ったきめ細かな援助を提供しやすい。また、診診連携を強化することで、地域全体のひきこもり、外来ニート状態にある人たちにも手を差し伸べることが可能となる。

今日、地域に精神科診療所は増え続けてはいるものの、こうした援助を必要としながら、その手が届かず、自宅でひきこもり続け、また通院はしているものの回復のチャンスを得られないでいる人たちは、多数存在する。未来あるはずの彼らに対して何ができるかは、今日の精神科外来医療の最重要の課題である。

今後、多機能型精神科診療所が増え、地域ごとに基幹的なクリニックとなって、ひきこもりや外来ニート状態にある人たちを積極的にひきうけていく役割を担うことが求められるが、その際には、外来におけるチーム医療を保障して、手厚い外来医療を実現する施策が実施されることが不可欠である。

多機能型精神科診療所の実践困難ケースを地域でみるための工夫

デイケア・クリニックほっとステーション

長谷川 直実

ほっとステーションは札幌市の中心部のオフィスビル内に位置する大規模デイケア併設精神科診療所である。同法人で運営している生活訓練事業所、高齢者小規模デイサービス、近隣に当院が立ち上げ、運営にも関与している就労移行、就労継続A・B型事業所、市内にグループホーム2件などがあり、医療機関としては、就労支援、訪問看護を実践する多機能型診療所と称される。多機能型精神科診療所は、多職種で多機関との連携の中で地域ケアを担っているため、かかわりやすさと豊富な選択肢とニーズを提供できる。そして、地域の協力と工夫があれば、触法事例、入退院を繰り返したり、多問題を抱えているような困難事例の支援も可能である。

ほっとステーションのデイケア通所メンバーもしくは外来者で平成24年4月から平成25年3月までの期間で開催されたケア会議の72事例について調べてみると、最も多かったのは、就労支援のためのケア会議で、約3割を占めていた。また、環境調整のためのケア会議も約2割あり、再犯防止を目的とするケア会議も同じく約2割あった。

困難事例の支援では、ケア会議は必須といってもよい。関係者内での情報共有とそれぞれの役割確認、「応援団」としてのメッセージ、クライシスプラン作り、そしてケア会議の存在自体が逸脱行為のブレーキにもなりうる。連携先についても、ケースによって市内の自立支援事業所、ハローワーク、麻薬取締官、保護司など様々である。

危機介入としては、このようなケア会議でのクライシスプランが役立つ。安否確認の電話や訪問看護、往診なども実施するケースがある。アウトリーチについて、野口ら¹⁾はACTタイプのネットワーク型アウトリーチチームと内部完結型の民間医療機関アウトリーチチームとに分類している。ネットワーク型は、地域の社会資源をより幅広く使うことが可能だが、緊急時にネットワークよく対応できるのは内部完結型アウトリーチチームであり、ほっとステーションの訪問看護・往診も内部完結型に位置するだろう。

全国には約30カ所の医療観察法指定通院精神科診療所が存在する。その中にはサテライトクリニックで、バックに母体となる精神科病院をもつ診療所も

数カ所あるが、ほとんどは全くの無床診療所である。医療観察法の場合、社会復帰調整官がケア会議をコーディネートし、病状悪化時に入院治療を依頼する後方支援病院を探してあらかじめケア会議に参加してもらえるよう促している。

医療観察法対象以外の触法事例・困難ケースについても公的機関などでこのようなコーディネーター役を務めることができれば、地域での対応の幅が広がるだろう。つまり、公的機関の専門職員がケア会議でもコーディネート役を担い、連携を維持できるような役割をもつのである。第3者機関がコーディネートすることにより、入院したとしても長期化を防げるし、退院後の地域への移行も円滑に支援にのせることができる。もしも通院先が無床の診療所である場合は、後方支援病院をあらかじめ決めておきやすくなり、危機介入時の対応がやりやすくなり、また直接支援を担う医療機関の疲弊をふせぐこともできる。このような支援が制度化されると退院移行、地域定着はもっと発展すると考える。

1) 野口正行、守屋 昭、藤田健三：岡山県精神保健センターにおけるアウトリーチ支援．精神経誌，114；437-443，2012

多機能型精神科診療所を、民間の地域精神保健センターへ

錦糸町クボタクリニック

窪田 彰

日本の精神科診療所は、近年その数は4,000カ所に近づき診療実数も増加している。1988年には診療所も精神科デイケアを実施できるように診療報酬制度が改正され、外来診療にとどまらない機能をもつことが可能になった。諸外国と比較してみると、日本の精神科診療所は小さくともチームであり、欧米の「地域精神保健センター」に近い機能をもっている。さらに、デイケアやアウトリーチを実践している診療所は、多機能型精神科診療所としていっそう近づいてくる。現在日本には、約400件のデイケアを併設している精神科診療所があるが、これが多機能型に発展してきた。しかし、欧米の地域精神保健センターと比較すると未整備な面が多々ある。特に担当地域は決められておらず地域に責任をもっていない。緊急時の入院施設もっていない。アウトリーチ活動も制度的にまだ多くの制約がある。しかし、日本の精神科医療が入院中心から、地域ケア中心へと移行していくならば、地域に責任をもって対応できる「地域精神保健センター」的な役割を担える拠点が日本にも必要になってくると考えざるを得ない。欧米での人口6万~10万人に1カ所という規模で存在する地域精神保健センターを、これから日本全国に数百カ所も新設することは経済的にも困難であり、既存の施設を有効活用せざるを得ないと考え

る。自由な日本の医療制度では「来た患者を診る」という受け身のスタイルの「待つ姿勢」の外来医療が基本であった。また、現場では医療と福祉を分ける考えが定着し、生活支援を考えようとする「医療が生活まで口を出さなくてよい」と言われることもしばしばであった。しかし、実際は地域に福祉の支援は充実してきたが、医療チームの形成が不十分と言わざるを得ない現状がある。長期入院を続けてきた患者が地域へ帰ってくるとすれば、入院に代わる地域ケアを提供できなくてはならない。今後の多機能型精神科診療所には、精神科デイケアがあり、自立支援事業所と連携し、アウトリーチ支援ができて、24時間対応を可能にして、緊急時対応もできる態勢が求められる。

精神科地域医療チームの形成には、医療者の意識改革が重要だとわかってきた。「待っている」医療

を改め、自分たちが診ている患者のサポートに責任をもつことが必要である。このためには、緩やかな担当地域を想定する必要が出てくる。例えば筆者のクリニックの場合は、どこの地域からの患者もこれまで通り診療を受け入れるが、担当地域と決めた墨田区の南半分地域には、退院促進を含め責任をもってフォローするということである。これまでの日本の精神科地域ケアは、精神科診療所があり、近くに自立支援事業所があっても法人は別々で、職員同士は一緒のチームとしては機能していない場合が多い。外来医療機関の側からすれば、自立支援事業所に紹介すると後はそこに任せられた形になり外来医療の目からは消えてしまうのである。時々外来受診の時にお会いするだけで、その患者のケアプランを見据えた包括的生活支援にはなりにくいのである。病状の不安定な患者には、主治医も加わってケアマネジメントを行いケースマネージャーが担当する必要がある。頻回にチームミーティングを開く必要もある。また、個々の患者に必要な支援が行き届くために、クリニカルパスシステムも求められる。

以上のように、日本の精神科地域ケアをどのように作っていくかが今問われている。日本では人口約10万人毎にある福祉の「地域活動支援センター1型」には、1カ所当たり年間2千数百万円の補助金が支出されている。同様な補助金による「(仮)地域精神保健センター」を作り、外来医療機関に委託してはどうだろうか。そうすれば、外来医療機関において診療報酬にとらわれずに訪問やケア会議や個別支援や就労支援や24時間対応、そして軽い救急対応などを実施する人員が確保できる。補助金が出ることでその場に責任と権限が生まれる。既存の医療システムが有効活用されて、日本に本格的な精神科地域ケアシステムの可能性が生まれるのではないだろうか。すべての医療機関が実施するとは考えずに、全国の精神科診療所と精神科病院の外来の中から10~20%の外来医療機関が手を挙げてくれればよい。そして750カ所に届けば、かつての保健所の数と同程度になり全国をカバーできるのではないだろうか。国民皆保険制度と自由開業制の良さを失わずに、日本独自のスタイルで民間の地域精神保健センターを作り、緩やかな担当地域を形成するのである。日本の

診療報酬の利点は、やる気のある所には多くの医療費が支払われ、患者の少ない所にはそれなりの医療費ですむことである。さらに、日本の医療保険制度のもとでは、患者は自分の意志で医療機関も自立支援事業所も選ぶことができている。同様に、専門家の側も自分の仕事場と臨床スタイルを選ぶことができるのが、民間経営であることのよさである。結果としてロウコスト・ハイパフォーマンスな地域ケアが形成されるのが、日本の方式の利点だと思うのである。

自立支援事業所を併設した多機能型精神科診療所の実践

原クリニック

原 敬造

日本の医療制度は、自由開業医制とフリーアクセス、国民皆保険制度から成り立っている。患者は自由に医師、医療機関を選べる。諸外国がキャッチメントエリアという考え方をとり地域の医療資源をコントロールしているのとは状況は大きく違っている。しかしながら交通事情や移動範囲によっておのずから対象地域は限られたものになり、緩やかではあるが医療機関が受け持てる範囲（キャッチメントエリア）は限られてくる。その意味では日本はそのエリアの中で自由競争が行われ、質の担保がなされているという特徴がある。

原クリニックは、若年層を対象にした精神科デイケアとリワークを中心にした精神科ナイトケアという2つのリハビリテーションプログラムをもち、就労支援として就労移行支援と就労継続B型をもつ多機能型自立支援事業所を運営している。

精神科デイケアでは、主としてグループワークを軸としたプログラムを実践しており、その内容は多岐にわたっている。対象は若年者を中心としたものであり、病気の理解や治療についてのグループワーク、SST や認知行動療法に基づくグループワーク、就労準備のための実習を軸にした就労準備活動などを行っている。また生活習慣病の予防を目的に体質改善や、生活習慣が身につみにくい方への生活習慣を見直すプログラムにも取り組んでいる。こうした取り組みにより、症状の改善とともに対人関係の改善、ストレス耐性の向上、生活習慣の改善をはかり、就労・就学・本人の希望する社会参加実現に向けた基本になるものである。そうしたデイケアでの活動をもとに就労をめざす方は、デイケアでの直接支援や、当院のみならず他の就労移行支援に移行し就労に結び付く。また生活リズムが安定して、当院や各事業所の継続B型へ移行する方もいる。

実践にとって、ケースマネジメントは重要な柱である。常に次の目標が意識されていることが大事である。

多機能型精神科診療所の実践から地域ケアを考える(指定発言)

静岡県立静岡がんセンター腫瘍精神科

松本 晃明

最近の精神医療施策の方向性について、平成24年6月、厚生労働省の「精神科医療の機能分化と質の向上等に関する検討会」において取りまとめがなされ、「入院医療中心から地域生活中心へ」の理念の実現に向け、主に精神科病院の今後のあり方が具体的に示された。次の段階として、増加を続けている精神科診療所が、「地域生活中心」を促進するためにどのような役割をはたすべきかが検討課題となろう。

今後の精神科診療所のあり方の1つとして、多機能型精神科診療所は、「地域生活中心」を支える拠点として大きな期待がかけられている。

多機能型診療所は、外来診療に加え、精神科デイケア・ナイトケア、訪問診療・看護などの機能を持ち、さらには就労支援や相談支援サービスなどの障害福祉(自立支援)サービスを兼ね備えているところもある。多機能化は、患者に必要な支援の充実に図ってきた結果であるが、ただ単に選択可能な支援サービスを増やせばよいというわけではない。多機能化の要諦は、これらのさまざまな支援分野が一貫した支援理念のもとに協働し、効果的かつ効率的に患者支援活動を提供できるかどうかにある。各部門間で患者情報の共有化を進めながら、組織内の「横のつながり」をどう構築していくかが課題となろう。

そのためには、電子カルテの活用による各支援サービス間での情報の共有はもちろんのこと、各サービスのスタッフが支援理念を共有し、支援目標をすり合わせるための場をいかに確保するかがポイントになる。具体的には、各サービスに従事する多職種による包括的なミーティングの場を、定期的かつ頻回に実施することが重要となる。そうすることで、各スタッフどうしが「顔のみえる関係」となって、各サービス間で密接で有益な情報交換がなされ、支援の連続性が確保されていく。

実際、包括的な多職種ミーティングは、すでに先駆的な精神科病院のいくつかにおいて定着し、成果を上げつつある。多職種ミーティングの定期的な実施は、各分野で一貫性をもった効果的なサービスの提供につながるのみならず、スタッフ各々が自分の担当分野にとどまることなく、患者支援の全体像を

イメージ化することが可能となり、この積み重ねがスタッフの成長と意識改革をもたらしている。多機能型診療所においても、このような場を意識的にセッティングし、内容を工夫してミーティングを活性化することが、多機能化の意義を高めることにつながる。

多機能化のもう1つのポイントは、本シンポジウムで窪田(錦糸町クボタクリニック)が指摘しているように、地域全体の精神障害者へ責任をもって「地域生活中心」のためのサービスを適切に提供するという、支援者としての「地域への責任」の意識を育むことにある。つまり、地域の中で支援を必要とする精神障害者がどのくらいおり、どの分野のサービスが不足しているかを把握し、そこを強化するために診療所を多機能化することが、支援関係者の「地域への責任」の意識ということになる。

多忙な診療所の外来業務においては、どうしても目の前の患者の診療で手一杯になりがちであるが、地域の中で自分の診療所が担っている部分とまだ担っていない部分、さらには各医療機関などの地域内での役割分担について、客観的・大局的な視点から見直してみることが必要となってきた。

では、どのようにして“地域のニーズ”を把握していけばよいのであろうか。

総会のテーマは「世界に誇れる精神医学・精神医療を築こう：5疾病に位置づけられて」であるが、がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病の4大疾病に精神疾患が追加されて5大疾病となったことで、精神疾患についても医療計画が各都道府県の圏域ごとに策定されつつある。地域ニーズの把握には、本年度から始まった医療計画が参考となろう。

今後の精神科診療所の取り組みを考えるにあたり、患者個々について医師としての責任感をもって診療にあたるのは当然のこと、地域の精神障害者ニーズの全体像をにらみながら、「地域への責任」を精神科医が自覚しながら地域医療に取り組むべき時代に入ってきており、そのような姿勢が精神科診療所の「機能分化と質の向上」にもつながっていく。

まずは第一歩として、自分の都道府県の圏域の医療計画を知ることから始めてみてはいかがだろうか。

多機能垂直統合型精神科診療所が 地域精神医療向上・確保のための中核になる

(独)国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所

福田 祐典

【多機能垂直統合型精神科診療所検討までの経緯と背景】筆者は、平成21年7月～平成24年9月まで、3年強にわたり、厚生労働省精神・障害保健課長として、精神保健医療福祉行政とりわけ精神医療改革を当事者を含む関係者とともに考え実践してきた。精神科診療所の将来の姿として、多機能垂直統合型診療所という結論に至ったので、報告した。なお、筆者が「多機能垂直統合」に初めて言及したのは、第39回日本精神科病院協会精神医学会（平成23年7月）である。

【なぜ、診療所なのか】精神疾患は、変化しやすく、他者からもわかりにくく、必要なときに支援がとどきにくい、という特徴を有している。このことから、地域において、継続的に支援すること、すなわち、医療・生活支援サービスが地域のインフラとして恒常的かつ地理的にも心理的にも利用しやすいことが重要である。精神科診療所数は、市街地地域を中心に全国に数千カ所がすでに診療を行っており、そのうちで、デイケアなどの機能も併せ持つものもすでに数百の単位になっていることから、精神科診療所が有力の資源となると考えた。

【なぜ、多機能なのか】精神疾患患者は症状が揺らぎやすく、医療とともに様々なサービスを継続的に必要とする場合が多い。生活支援や雇用支援などにおいても、医療が常にセットで提供されていることが、地域生活を継続させ、また当事者の生活の質向上のためにも、また、地域住民や事業主からの理解と協力を得る上でも重要な要素である。

必要な機能は、医療の外来、デイケア、訪問看護など、医療生活就労相談、24時間対応、ショートステイ、GHなどの居住支援、就労・雇用支援など多岐にわたる。これに、入院治療が必要となった場合のバックベッドの確保が予め必要であることは、論をまたない。

【なぜ、垂直統合なのか】精神疾患の特色を踏まえれば、患者情報の共有、それも必要な情報が必要な早さで共有でき、適切に対応できることがまず基本となる。そして、その際には、支援哲学が共有され、支援手法や技術が標準化され優れたものが確実に提供される必要がある。情報共有、迅速対応、支

援哲学の共有化、支援手法の標準化を考えた場合に、それは、同一医療法人が行う垂直型である方が、はるかに有利で容易であるかは、説明の必要がないだろう。

もう1つは医業経営上の理由である。垂直型統合は、米国において医療の高度化と急性期入院医療の短縮化が推進力となり、従来の急性期特化型の医療提供だけでは、安定した医療、すなわち質の高い医療が経営という視点から提供が困難となり、その解決策の1つとして、急性期入院から、地域生活支援まで、同一の提供法人（グループ）が同グループ内の医療機関などの機能分化と連携をさらに進める形で成立した考え方であり、運用である。地域精神医療確保を考えた場合には、身近で24時間という場合には、おのずとカバーする人口やエリアに限りがあり、例えば、外来急性期だけ、とか、訪問だけというのでは、経営的には不安定になりやすいと考えられる。

【多機能垂直統合型精神科診療所が日本の地域精神保健の中核となるための条件】上記の多機能垂直統合型精神科診療所がその機能を発揮するためには、日本の医療制度、とりわけ診療報酬の考え方や運用方法に、変化が必要となる。家族支援や障害者が活動している場への訪問や支援、同一法人内での機能連携を積極的に認めることなどは、容易に思いつくところであるが、それ以外にも基本的な考え方の部分で精神疾患の特性を踏まえた制度設計が必要と思われる部分があることだけ、触れておきたい。

では、そのために多機能垂直統合型診療所がなすべきことは何か。精神疾患の特性を踏まえた診療報酬などにおける制度設計や運用の改革を求めるとすれば、そのためのエビデンスを精神科医療界がきちっと取り組んで行くことが必要となる。

もう1つは、単なる患者の囲い込みにならないようにする仕組みである。医療の質や利用者の満足度などについて、透明性を確保していく手法の開発が必要となる。医療計画や医療連携の動きと整合をとってすすめることで、説得力のある手法が開発可能であると確信している。

【まとめ】多機能垂直統合型精神科診療所が、そ

の特色とする広く厚い医療生活支援を、継続的な患者とのかかわりのなかで、地域において進めていくことによって、地域からはその医療機関への厚い信頼となり、医療機関は、結果としてその地域への面的な責任も 実質的には担っていくことになると確信する。

これこそが、まさに、平成25年度から新たに精神疾患が追加された地域医療計画を通じて、精神医療分野において達成が期待されているところの本質に違いないと確信している。

私が女性を診る理由 精神科臨床のミッシングリングを探して

東京女子医科大学附属女性生涯健康センター

加茂 登志子

摂食障害の精神病理と季節関連性うつ病から始まった筆者の精神医学の小さな旅は、リエゾン精神医学を中継地点とし、女性のうつに対する見立てと治療のストラテジーとともに、ドメスティック・バイオレンス（DV）被害や性被害に関する女性のトラウマ関連疾患にたどり着いたところである。しかし、この旅は当初から「女性」を研究しようという確固たる意思から始まったわけではなく、その都度臨床のミッシングリングを求めてのルート探索の積み重ねの結果であった。自身の旅を振り返りながら、精神医学における「女性」の立ち位置について考えたい。

同世代の精神科医がそうであったように、筆者もまた精神病理学と薬物療法を端緒として精神医学を学び始めたが、研究課題として出会った摂食障害と季節関連性うつ病へのアプローチは、まだ駆け出しの精神科医にとって守備範囲を大きく超えるものであった。彼らの診断と治療と格闘するなか、精神科臨床の幅を広げるためには「内分泌」「ストレス（トラウマ）体験」「家族（対人）関係」「ライフサイクル」「生体リズム」などの要素をさらに学んでいく必要があるということを知った。30代前半、私的な育児経験とともに自身の中心的課題であったリエゾン精神医学における活動は、これらの要素的な気づきをもとに、ストレス体験と精神健康のつながりの深さ、深刻な体験が内分泌機能や脳機能に与えるインパクト、家族の重要性を十分に実感させてくれるものであり、この実感とともに臨床家としての自信も同時に少しずつ積み上げられていった。しかし、30代後半に女性相談センターで出会ったDV被害女性たちの症状は、この淡い自信をまた完全に打ち砕くものだった。

精神医学において「女性」への探求はとりわけ臨床に新たなパースペクティブを与えるものである。「女性」というテーマに女性精神科医の生き残りの道の1つがあるのではないだろうか。

ユーザーが女性精神科医に求めるもの 精神科診療所の視点から

佐藤まゆみメンタルクリニック

佐藤 真弓

シンポジウムのテーマ「女性医師に未来はあるか？」はとりもおさず「精神科医の私に未来はあるの？」「精神科診療所に未来はあるの？」という2つの問いへの自問自答となる。一人前の臨床医になりたかった私は出身大学で研修終了後、自分で探した公立の単科精神科病院の常勤医になった。そこで精神科の患者と四つに組んで定年まで一緒に過ごすつもりだった。しかし牧歌的精神医療の時代は去り、病院改革と称する病院首脳部の意向に従うことを迫られた。譲れなかった私は「女性の先生がここで仕事を続けるのは酷でしょう」という表向きの理由で保健所へ転勤させられた。このことがのちの開業の契機とはなったが、悔しさは今もある。診療所には病院とは全く異なるニーズがあった。昨今「楽な診療で高収入」との診療所批判が強いが実情は全く異なる。行動化や情動不穏が強いが入院治療に向かない病態の人たちを、入院という後方支援がない形で何とか支えないといけない。逆に病院の外来ならまだ凌ぐことのできる精神科の患者を泣く泣く紹介せねばならない。大学病院、公立病院、保健所、民間病院を渡り歩いた経験をフルに生かし、私の診療所から精神医療の門をくぐった目の前の患者が良質の医療を受けられるよう、よきガイドヘルパーでありたいと思う。また大きな特色は女性と精神科以外のうつ・神経症圏の患者が主流を占めることである。その援助においては、家族や社会や歴史のなかで女性が被っている様々な困難に対して意識的であることが欠かせない。女医としての私の体験が大いに役立っている。開業前の「精神科の治療者」から「いつもそこにいるおばさんの精神科医」に自己規定が変わった。当日はその日常を点描してみた。今の実感は、これからの精神科医療の発展のために、女性精神科医の果たし得る役割は大きいだろうこと、また精神科診療所がその活躍の場となり得るのではないかということである。

女性医師の精神科医療への貢献

産業医科大学医学部精神医学教室

杉田 篤子、吉村 玲児、中村 純

近年、医学部入学者のうち女性が約3分の1を占め、女性医師の割合が2010年には18.9%となり、増加の一途をたどっている。わが国の労働力人口は、「25～29歳」と「45～49歳」を左右のピークとし、「35～39歳」を底とするM字カーブを描いているが、女性医師も類似している。女性医師が医師として就業している率は、医学部卒業後、年が経つにつれて、減少傾向となる。卒業後11年（おおむね36歳）で76%と最低になった後、就業率が回復していく。その背景には、出産や育児で休業や離職を余儀なくされることがある。

精神科医は2010年には1994年の約1.5倍になっており、医師数の増加率が大きい診療科である。女性医師のうち5.5%が精神科医であり、精神科医の約5分の1が女性医師である。水野らの調査¹⁾では、精神科専門医は男性8,790名、女性2,124名と報告されている。精神科医の働く場としては、単科精神科病院が48%と最も多く、精神科診療所（23%）、大学病院精神科（12%）、総合病院精神科（10%）、精神科以外の診療科（6%）、精神科臨床以外の職（1%）となっており、産業医は精神科臨床以外の職に含まれる。医師のうち産業医として勤務している者は0.3%とごくわずかである。

産業医は、常時50人以上労働者を使用する事業場において選任義務がある。その職務には、作業環境管理、作業管理、健康管理、労働安全教育、総括管理などがあり、具体的には、職場巡視、衛生委員会への出席・意見具申、健康障害原因調査、健康障害リスク評価、有害作業の点検・管理、健康診断事後措置、生活習慣病予防、長時間労働者への面接・事後措置指導などがあるが、メンタルヘルスケアも重要な職務の1つである。産業現場で、メンタルヘルス不調が生じる背景として、少子化・高齢化社会とそれに伴う世代間のギャップ、労働者の意識の変化によるコミュニケーションの問題、プライバシーの問題、女性の社会・職場への参画による問題（月経、妊娠、育児、恋愛、結婚、離婚、母子・父子・再婚家庭）、労働の場の変化、2008年9月に起こった世界同時不況による雇用問題、東日本大震災による失業やPTSDなどが挙げられる。専属産業医を選任すべき従業員1,000人以上の企業では、産業医の87.3%がメン

タルヘルスに関する相談に関与している。求められる業務として、主に、一次予防としての職場のメンタルヘルス向上、二次予防としてのメンタル不調者の早期発見、早期対応、三次予防としての職場復帰支援などがある。特に職場復帰支援においては、精神科医と産業医が密に連携することが重要である。しかし、精神科医側の課題として、精神科医が職場の現場、復職のシステムを知らないこと、産業医側の課題として、精神医学の素養不足による精神科医まかせの復職や精神疾患患者に対する偏見などもある。そうした中で、企業において精神医学的な素養を有する産業医のニーズが高まっている。

産業医科大学は唯一の産業医を養成する医科大学である。2012年度産業医大精神医学教室進路状況調査において、産業医科大学精神医学教室出身者の男性44名のうち73%、女性32名のうち69%で産業医経験があり、現在も産業医として就職している者が男性30%、女性47%であった。女性精神科医が産業医学分野で働くことでどのような貢献ができるのかを明らかにすることを目的に産業医科大学精神医学教室に現在または過去に在籍した女性医師34名を対象に2013年4月に調査票を配布し、無記名で記入後、24名より返信があり、解析を行った。このうち79%に産業医経験があり、46%は現在も産業医であった。働く上で性を意識する者は、37%であった。女性であるからこそ貢献できたあるいは喜ばれた経験のある者は58%であり、具体的には、親しみやすく、話しやすい。月経関連の相談をしやすい。働く女性の立場の理解がある。セクハラ相談ができる。などといった利点が挙げられた。職場において女性であることのデメリットを感じたことのある者は37%であり、職場の女性軽視、差別の風土、妊娠や体力面など性の特性上の問題、男性社会にとけこみにくいなどの意見が寄せられた。一方、女性医師にとっての産業医の職務の満足度が高く、その理由は、適正な労働時間、家事と勤務の両立のしやすさ、適正な仕事量などであった。

筆者も産業医として、メンタルヘルスに関する業務として、教育、ウォーキングプログラム、職場巡視、面談、職場復帰支援、フォローアップなどに取り組み、メンタルヘルス不全による休業者数の減少

に貢献した経験があるが、精神科医としてのスキルが産業医としての業務に役立った。現在、精神科医として大学病院へ勤務しているが、産業医の経験が精神科臨床に生きている。

これらのことから、産業医学分野は、精神科医としての経験や、女性としての特性（親和性、親密感、話しやすさ）を生かすことができる職域であり、さらに、女性精神科医にとって、長期休業や離職せずに精神科医療へ貢献できる選択肢の1つであると考えられる。

1) 稲垣 中，水野雅文，藤原修一郎ほか：わが国における精神科医・精神科医療の実態把握に関する調査結果（その1）：実数ならびに分布についての基礎資料．精神経誌，114；1359-1373，2012

女性医師に未来はあるか 行政の立場で地域を育てる

北九州市立精神保健福祉センター

三井 敏子

本シンポジウムの課題設定に対し「女性医師に未来はある」と応えよう。現在を切り開いてきた女性たちが過去にいて、我々はその遺産を享受していることを思えば、未来に引き継ぐべきものを考えていかなければならないと思う。

では、未来を問うほどに傷つき追い詰められているのか？と連想し、個人的な体験に戻れば、清々しい未来を信じることができないほどの向かい風を感じる瞬間は、過去、私にもあった。それは、マジョリティである男性医師の心無い言葉によって、自己の存在を無効化される体験であったこともあれば、女性同士の葛藤であったこともある。私が私であること、女性であること、医師であること、そのために摩擦の生じる事柄を単なる情緒の問題ではなく社会構造の問題でもあることを意識しながら、刻々の自分の判断がせめて中立であることを願いつつ、危うくバランスもとってきた。

ある時には、存在する問題が明らかであっても、見ないふり、聞かないふりをする、場面を押し量りながら発言を控える、そのような処世術も必要である。論語にもあるという「三猿の教え（見ざる言わざる聞かざる）」は、親が子を育て品格を守る「英知の秘密」ともいうが、同時に世間に礼を尽くすため、自らの精神的健康を守り生き延びる知恵でもある。問題をないことにするのはではない。多角的にものを見ることでもある。

あらためて、世界経済フォーラムによる男女格差報告や、総務省統計局の労働力調査、内閣府男女共同参画局の施策推進状況などに目を向けると、2012年、日本の男女格差は比較された135カ国中101位、女性には非正規労働者が多く、家庭とキャリアの選択による離職も多く、女性管理職の少なさも目立つ。どの資料からも、現在もなお、女性労働者は権力構造上のマイノリティであり、私たちの国が、被差別や虐待、マイノリティへの視線に不足のあることも明らかである。当事者である私たちからも、この現実を問題と捉え、どのような姿勢と態度を選択するか、意識的・持続的努力が必要だろう。

さて、近年、精神保健行政の課題の1つに自殺対策がある。私は、これにかかわりながら、自殺対策は

様々な精神保健上の課題を社会的な問題として押し広げ、様々な社会の事象を重ね合わせる視点を与えらるものと感じている。ここからデータをすこし紹介しておきたい。

まず、周知のように自殺率は中高年男性が断然多い。しかし、世界各国の自殺率の中で、中国は他国と異なり女性の方が高い。きわめて特異的な傾向である。そして、この影響要因を外婚制に求める議論があるのである。外婚制では、いったん嫁した後は夫側の家族関係を重視しなければならない、つまり、結婚した女性は孤独に陥りやすく、結果的に自殺に結びつくという可能性の示唆である。中国ほどではないが、日本、スリランカ、韓国といったアジアの国の女性自殺率が世界の中で上位にあるのはアジアの家父長制度における女性の立場を示す可能性がある。

では、ストレスの質やストレスへの対処に表れる男女の違いはどうか。北九州市で平成22年に行った「市民のこころの健康に関する実態調査」では、女性は「会話」をストレス解消法の第一番目に挙げている人が多く、ストレス解消の手段をもっている率が高く、ストレスや悩みを人に相談するのに抵抗がない。社会的弱者の立場に立たされやすうつ病、自殺未遂に及ぶ率も女子の方が高いのだが、だからこそ、ストレスに対処し、生き延びる手段としてのコミュニケーション・スキルに長けているのではないか。

こうした社会的・公衆衛生上のデータは、複雑な現象を説明する単一の決定因ではないのだが、影響する多要素の1つとして、大いに参考となりうると思う。

行政に身を置いて学び、考えることは、医療であれ精神保健であれ、様々な社会的な事象の一側面・一部分であるということである。医療的な個別のアプローチも重要だが、地域施策としてすべきことを同定し、できることから優先的に実行することが行政の醍醐味だ。特に、「全体への奉仕」を行う意識において、役割分担という共同作業、柔軟性と公平性を職務上求められることは、無理なく私自身の女性という特性に馴染む。特に、私の場合、行政

機関の中でも精神保健福祉センターという専門技術機関と出会ったことは、自らプロとして生きようとしてきた選択と合致して幸いだった。

マイノリティの立場からの発想としては、現場への想像力をもって、弱者への共感性・中立性を大事に、長期的な視野のもと、業務に向かいたい。目指すのは地域改造や改革以上に、現在存在する地域の潜在力を生かし会話によるネットワークを信じて、地域を守り、育てゆく支援を提供することである。

そのような行政における女性精神科医師の精神保健への貢献の可能性を主張したい。

OCDの臨床像、治療、予後 難治例をどう判定し、対応するのか？

兵庫医科大学精神科神経科講座

松永 寿人

強迫性障害（OCD）は、一般人口中の有病率が1～2%程度とされる不安障害の一型で、強迫観念や行為といった強迫症状を特徴とする。通常OCD患者は、これらを不合理で過剰と認識しながらも、不安に圧倒され自制困難な状態に陥っており、多くの時間や労力を、観念へのとらわれ、手洗いなどの繰り返し行為に費やす。その結果、うつ病を併存するなど日常、社会生活全般に多大な支障を来している。これが重症化すれば、不安や回避から外出自体が難しく、受診すら不可能なものも少なくない。さらに家族の巻き込みも多くでみられ、その影響は患者本人にとどまらない。選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）などの薬物療法、あるいは曝露反応妨害法などの、OCDに対する定型的治療の反応性の評価には、Y-BOCS改善率を用いることが一般的である。通常非定型抗精神病薬の付加投与を含め、現状適用可能な全ての治療オプションを用いても、Y-BOCSの改善率が25%に満たない場合を難治性と定義している。OCDに関する長期的予後調査をみれば、5～10年後の寛解率は50%程度にとどまっており、しかも再発が多いなど、難治例への対応が今後の課題となる。では難治な患者にはいかなる治療を行うべきか、まず現行の薬物、あるいはCBTを見直し、適切化を図るとともに、標準化を進めるべきである。その上で、精神病理や認知、環境など、難治性にかかわる臨床像や病態を多角的に検討し、その定義を明確化する必要がある。そして認知療法や入院を含め、それに則した治療選択がなされるべきである。中には、Tourette syndrome や自閉症スペクトラム障害との関連性が強いタイプが含まれるなど、生物学的病態の多様性も想定され、現行治療の限界、新たなアプローチの可能性も今後の検討課題である。加えて、発症早期の治療介入が重要となり、社会的啓発も有効な対策と考えられる。

強迫性障害の認知行動療法の治療抵抗性の定義の検討

千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学・子どものこころ
の発達研究センター

清水 栄司

1966年、Meyerにより、曝露反応妨害法（ERP）が導入され、強迫性障害（OCD）の治療にブレイクスルーが起こり、その後も認知行動療法（CBT）は、発展を続けている¹⁾。12週間以上、セロトニン再取り込み阻害薬（SRI）を十分量内服してもYale Brown Obsessive-Compulsive Scale（Y-BOCS）が16点以上あるOCD症例に対して、週に2回（90～120分）の17セッション（毎日1時間のホームワークを出し、週に2回の20分以内の電話がセッション間に入る、また、2回の自宅訪問セッションを含む）の合計26～34時間（別に電話が5時間程度）のERPを薬物療法に上乗せ（augmentation）して行くと、ストレスマネジメントの上乗せよりも、8週間で有意な改善（Y-BOCS平均値25.4が14.2へ低下）をみたという無作為割付試験研究は、以前に行われたintensive ERP（集中的ERP）ほどは、十分な効果ではなかったと考察されている⁴⁾。集中的ERPのプロトコル（12週間）は、最初の3週間の平日毎日2時間の曝露セッション15回と毎日2時間のERPの宿題に続き、4週目に2回の自宅訪問セッション（計4時間）で般化を行い、残る8週間で毎週45分のセッションで維持を行うという計40時間の内容で、clomipramine に比べ、有意な改善（Y-BOCS平均値24.6が11.0へ低下）を示している²⁾。ERPを実質的に20時間以上受け、Y-BOCSが25%改善しない症例を治療抵抗性と定義するという考え方がある³⁾が、CBTの質の担保、ホームワークの時間、自宅訪問セッションも重要であり、その定義について十分検討する必要がある。

4) Simpson, H.B., Foa, E.B., Liebowitz, M.R., et al.: A randomized, controlled trial of cognitive-behavioral therapy for augmenting pharmacotherapy in obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 165(5);621-630, 2008

1) Foa, E.B.: Cognitive behavioral therapy of obsessive-compulsive disorder. *Dialogues. Clin Neurosci*, 12(2); 199-207, 2010

2) Foa, E.B., Liebowitz, M.R., Kozak, M.J., et al.: Randomized, placebo-controlled trial of exposure and ritual prevention, clomipramine, and their combination in the treatment of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*, 162(1); 151-161, 2005

3) Mishra, B., Sahoo, S., Mishra, B.: Management of treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: An update on therapeutic strategies. *Ann Indian Acad Neurol*, 10;145-153, 2007

OCDの生物学的病態からみた難治性

九州大学大学院医学研究院精神病態医学

中尾 智博

OCDの治療はSSRIによる薬物療法と認知行動療法 (CBT) の普及により大きな発展をみせているが、それでも治療抵抗性の難治症例は存在する。近年、難治症例に対する非定型抗精神病薬によるSSRIの強化療法、あるいは深部脳刺激療法の有効性に注目が集まっている。前者はドパミン神経系の調節によって、後者は腹側線条体や側座核といった特定の脳部位に電気刺激を加えることにより、一定数の難治例に著効する。これらの知見はOCDの難治性はセロトニン神経系の機能異常にとどまらず、ドパミン神経系も含めた前頭葉-皮質下の広汎な神経回路の障害によって引き起こされていることを示している。今回筆者はOCDの難治性と関係すると思われる生物学的病態について以下の3つを示す。

1つめはうつ病の合併である。うつ病の合併は曝露法の実施を困難にするなど難治化の要因となる。OCDに大うつ病が合併すると海馬や視床の代謝に特有の変化が生じる可能性が示唆されており²⁾、より複雑な神経回路障害が発生する可能性がある。2つめはトゥレットや発達障害といった小児期発症の精神神経疾患の合併である。これらの疾患に伴う強迫症状は発達の偏りによるこだわりや“まさにびったり”といわれる感覚的要素の影響を受ける。小児精神神経疾患の合併は線条体機能の障害をより強め、難治化の原因となり得る。3つめはOCDの症状亜型の影響である。OCDは生物学的に異質である可能性が高く、確認、汚染、溜め込みといった各亜型にはそれぞれ特有の神経回路の障害が推定されている。特に溜め込みについては腹内側前頭前野に特有の機能障害が報告されており¹⁾、この亜型がより重篤かつ治療反応性不良であることとの関連が示唆されている。

今回、筆者らの研究結果も紹介しながら、OCDの難治化に関連する生物学的な要因について議論を行った。

1) An, S.K., Mataix-Cols, D., Lawrence, N.S., et al.: To discard or not to discard: The neural basis of hoarding symptoms in obsessive-compulsive disorder. *Mol Psychiatry*, 14:318-331, 2009

2) Saxena, S., Brody, A.L., Ho, M.L., et al.: Cerebral metabolism in major depression and obsessive-compulsive

disorder occurring separately and concurrently. *Biol Psychiatry*, 50:159-170, 2001

強迫スペクトラムからみた難治例 特に児童思春期精神障害が及ぼす影響

東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野

金生 由紀子

強迫スペクトラムは、強迫性障害（obsessive-compulsive disorder：OCD）を中心とする関連疾患をまとめたものであり、その中には代表的な児童思春期精神障害も含まれる。

OCDの過半数は早発OCDであり、その特徴としては、全般的な重症度が高いこと、チック障害をはじめとする強迫スペクトラムを併発しやすいことが挙げられる。早発OCDの中には強迫症状に加えて併発する強迫スペクトラムによって生活に支障をきたす場合も考えられる。

児童思春期精神障害の中でもチック障害はOCDとの密接な関連が指摘されており、トゥレット症候群（Tourette syndrome：TS）をはじめとする慢性チック障害を併発したOCDはチック関連（tic-related）OCDと特定される。チック関連OCDの特徴としては、不安を打ち消すためではなくて“まさにぴったり”感覚を求めて強迫行為を行う傾向があること、汚染に関する強迫症状を伴わない場合が多いこと、対称性に関する強迫症状を伴う場合が多いこと、注意欠如・多動性障害（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）の併発が多いこと、家族性である場合が多いこと、抗精神病薬の併用が有効な場合が多いことが指摘されている。TSでは自傷行為などをしてはいけなと思えば思うほどやってしまう傾向があり、チック関連OCDでは衝動統制の問題も特徴的と思われる。強迫症状をディメンジョン別に検討したところ、TSでは、対称性ディメンジョンが経過中で最も多かった一方で、攻撃ディメンジョンが経過中で最も軽快しにくく、チックや全般的機能の障害や“まさにぴったり”感覚を含めた感覚現象の重症度と密接に関連していた。この傾向は、チック関連OCDの特徴かもしれない。

自閉症スペクトラム障害（autism spectrum disorder：ASD）の主症状の1つであるこだわり行動と強迫症状との異同はしばしば問題になる。自我違和性や不合理性の認識が必ずしもOCDの診断に必須とはされない方向にあるとともに、高機能や非定型のASDが少なくないと判明し、OCDとASDの併発に関心がもたれている。ASDの児童青年におけるOCDの頻度が約20%との報告もある。OCDの成人にASDが

併発すると、“純粋な”OCDに比べて、Autism Questionnaire（AQ）では総得点に加えて下位尺度の中で注意の切り替えおよび想像力の得点が高かったが、強迫症状については強迫行為優位である以外に大差なかったとの報告がある。ASDに慢性チック障害を伴うことが少なからずあり、OCDにASDとTSの両方を併発すると、“まさにぴったり”感覚や衝動統制の問題を有していた。

TSは成人期までに軽快に転じる場合が多いが、一部では成人後まで重症であり続ける場合があり、難治性のTSではチックの改善を目指して脳深部刺激療法（deep brain stimulation：DBS）が行われることがある。難治性OCDを検討する参考として、DBSを受けた難治性TSの成人5名をみると、衝動統制の問題を伴うチック的な強迫症状と考えられる自傷行為を4名が有し、うち2名では著しい身体損傷に至っていた。DBS後にチックも自傷行為も軽快したが、1名では再増悪していた。

今後の難治性OCDの検討にあたっては、併発する強迫スペクトラムの考慮が必要である。

難治例に対する新たな治療法の可能性

京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学¹⁾
Department of Psychiatry, Academic Medical Center,
University of Amsterdam, Netherlands²⁾

中前 貴^{1,2)}

強迫性障害（OCD）には選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）による薬物療法と、曝露反応妨害法を中心とした認知行動療法（CBT）が第一選択の治療となるが、その有効性は40～60%程度であるといわれており、複数のSSRIを使用し、集中的なCBTを行っても十分な治療効果が得られない難治性の症例が少なからず存在する。

こうした難治例に対して、SSRIからclomipramine、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、mirtazapineなど他の抗うつ薬への切り替えも行われるが、その有効性は確立されていない。それよりも、SSRIに他の向精神薬を付加する増強療法の有効性についてのエビデンスが蓄積されており、特にチックを合併する症例に対して抗精神病薬による増強療法が有効であるとされている。ただし、どの抗うつ薬と抗精神病薬の組み合わせが有効であるかといったところまでは調べられてない。他の増強療法としては、セロトニン1A部分アゴニストのbuspirone、ブロッカーのpindolol、オピオイド系鎮痛薬のmorphine sulfate、ビタミンB群の一種であるinositolといった薬剤の効果が調べられてきたが、有効性は十分とはいえない。近年は、riluzole、topiramate、memantine、D-cycloserine、N-acetylcysteineといったグルタミン酸機能を調整する薬剤による増強療法についての臨床試験が数多く行われており、比較的良好な結果が得られている。さらに、あらゆる薬物療法、CBTにも反応しない場合には、経頭蓋磁気刺激法（TMS）や脳深部刺激療法（DBS）といったニューロモデュレーションによる治療が注目されている。

行政機関における多職種チーム訪問支援の取り組み

神奈川県精神保健福祉センター

小島 伸一朗、星野 美保

【はじめに】神奈川県では、精神障害者施策としてアウトリーチ支援について検討するため、2011年度に「精神障害者アウトリーチ支援に係る調査事業」（以下、「事業」という）を実施した。事業の概要とその後の本県の取り組みを報告した。

【目的】未治療や医療中断の精神障害者について基礎調査を行いアウトリーチ支援の方法を検討した。

【方法および結果】 保健福祉事務所の相談訪問データを分析し、未治療者および医療中断者の数や背景などを把握した。また当事者、家族および関係機関へのアンケート調査を行い、ニーズなどの地域の状況を把握した。3カ所の保健福祉事務所にアウトリーチ支援チームをモデル的に配置して支援を行い、多職種チームによる訪問支援の有効性を認めた。アウトリーチ支援研修を行い、関係者の関心の高さを認めた。

【事業実施後の取り組み】事業により、地域に多数の未治療者や医療中断者がいることと、アウトリーチ支援が有効であることを認めため、神奈川県は2012年度に次の事業を開始した。こころといのちを守る訪問支援（アウトリーチ）事業（国の精神障害者アウトリーチ推進事業に相当）。1カ所の民間病院に多職種チームを設置し訪問支援を実施している。本県では、未治療者、医療中断者ともに対象としている。保健福祉事務所訪問支援強化事業。3カ所の保健福祉事務所に多職種チームを設置し訪問支援を実施している。未治療者、医療中断者、医療につながっているが安定しない者など、保健福祉事務所が継続的な訪問支援の必要性を認めている者を対象としている。

【おわりに】2011年度の事業を皮切りに、本県ではアウトリーチ支援施策の模索が始まった。各事業の評価検討を通して、よりよい方策を見つけていくことが我々に求められている。

短期宿泊施設を活用した大都市におけるアウトリーチ支援

東京都立中部総合精神保健福祉センター地域支援科

石黒 雅浩

【はじめに】東京都では、東京都地方精神保健福祉審議会の意見具申を受けて、平成23年度より3つの全精神保健福祉センターにおいて「アウトリーチ支援事業」と、併せて、2つの（総合）精神保健福祉センターにおいて、アウトリーチ支援事業を補完する「短期宿泊事業」を開始した。両事業開始から2年間の当センターにおける実践内容を紹介し、東京という大都市において、公的な技術中核機関である精神保健福祉センターによる「短期宿泊施設（クライシスユニット）をバックに持つアウトリーチ支援」の有用性や課題を考察し、報告した。

【アウトリーチ支援事業・短期宿泊事業の概要と特色】東京都では、3つの都立の精神保健福祉センターがあり、このうち2つは入所機能も併せ持つ総合精神保健福祉センターとなっている。それぞれの総合精神保健福祉センターでは、アウトリーチ支援事業と短期宿泊事業の職員は同じ部門に所属し、両事業を一体的に運営している。中部総合精神保健福祉センターは、特別区23区のうち西部の10区を管轄し、この地域の人口は約453万人である。

アウトリーチ支援事業は、精神保健福祉センターの医師を含めた多職種チームが、未治療・医療中断などにより地域生活に困難をきたしている精神障害者に対し、保健所などからの依頼に基づいて区市町村・保健所などと連携して訪問型の支援を行い、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による支援ネットワーク構築と併せて、それら関係機関職員への技術伝達、地域人材育成を目的としている。

短期宿泊事業は、アウトリーチ支援対象者で、生活破綻・病状悪化の危機状態にある対象者などが、現環境から一時的に離れ、総合精神保健福祉センター内にある短期宿泊施設にタイムリーに短期入所し、医療的ケアを含めた包括的な支援を短期集中的に提供され、問題解決を図ることで速やかに地域生活を再開できるようにすることを目的とする。欧米などの地域精神保健福祉においてアウトリーチ活動が盛んな国・地域などでは、すでに“Crisis House”などの実践が報告されているが、わが国ではこうした実践はおそらく初の試みであろう。強制入院を予防する効果が期待できる支援の選択肢の1つとして今

後発展が期待できる手法ではないかと考える。

【当センターアウトリーチ支援事業の実績と支援の特徴】平成25年3月末までの2年間のアウトリーチ支援の対象者は、支援終了者も含め100名。男女比は、男性48%、女性52%、年齢構成は、50代が最も多く、40代から60代で、あわせて全体の65%を占める。診断では、全体の74%を統合失調症圏が占める。精神疾患ではないと判断された事例も2%あった。支援開始時の医療状況については、未治療27%、医療中断20%、定期的な受診や服薬をしていない不安定受診が4%と、これらをあわせると治療を確実に受けていない状況の対象者が51%と半数を超えている。2年間のアウトリーチ支援対象者のそれぞれの事例の特徴と求められる支援内容について整理・検討してみたところ、未治療・医療中断・不安定受診型、生活破綻・病状悪化の危機状態型、介護・支援機能急激低下型、要緊急避難型、強制入院頻回経験型の5つのタイプに分類でき、それぞれのタイプで、焦点をおく支援内容の特徴があることがわかった。

これらのタイプのうち、特に、未治療・医療中断・不安定受診の対象者の医療的転帰について調べてみると、医療に通院という形でつながった事例が22%、入院という形でつながった事例が24%、医療につながらない事例が54%という結果であった。医療につながるまでにはいかなくとも、しばしば認められる側面的効果もあることを経験した。訪問を繰り返し、関係性を作っていく中で、現実感が増し、問題行動が目立たなくなったり、自己コントロールがある程度きくようになることがある。また、周囲との緊張関係が軽減し、症状の軽減につながる事例もあった。さらに、フォーマル、インフォーマル双方の支援者の不安や孤立感、負担感などの軽減により、その後のより安定した見守り支援や支援体制作りにつながることもしばしば経験された。

【短期宿泊施設を活用したアウトリーチ支援の利点】生活の流れの中で、同じ担当職員がタイムリーに介入し、そのまま支援することで一貫した支援ができる、24時間の見守り・支援をすることにより、日中のみのアウトリーチ支援ではみえなかった精神症状や、生活の実情の把握が可能となる、医療施設のような管理的な空間ではなく、個室での生

活の場を提供することにより、本人の自由な意思や生活を尊重しつつ支援をすることが可能、地域生活に近い環境で過せることは地域生活を再開しやすくすることにつながる、多職種でかかわることで、多角的な視点での支援が可能、などの利点がある。

【まとめと今後の課題・方向性】アウトリーチ支援を継続していく中で、一時的に対応が困難になることや限界につきあたる状態になることもある。その場合も、入院という解決手段に頼らないで、なるべく地域生活に近い環境下で、短期集中的に、アセスメントや、治療・支援を提供できる短期宿泊施設をバックにもち、危機介入の有効な支援の選択肢の1つとして活用できることは、アウトリーチ支援の可能性を広げ、困難事例に積極的に取り組む上で、有効である。入院医療中心から地域生活中心へとシフトしていく中で、短期宿泊施設を活用したアウトリーチ支援のような取り組みが、新しい支援サービスのモデルの1つとして提示できるのではないかと考える。

また、東京都23区における現時点でのアウトリーチ・訪問支援型の支援提供機関、さらにその機能とネットワークについて、整理してみると、一次的アウトリーチ機能をもつ機関として、民間を中心とした、地域に密着した、基礎的な支援機関がある。これらには、病院や診療所、訪問看護ステーション、ホームヘルプサービス提供機関、その他自立支援法下のサービス提供機関などがあり、また、一次的アウトリーチ機能をもつ公的な機関として、区の保健センターの公的な精神保健システムとしてのアウトリーチ型の支援活動がある。さらに、これらの一次的アウトリーチをバックアップする機能をもつ広域的、専門的な二次的アウトリーチ機能をもつ機関として、都立の精神保健福祉センターがあるという体制である。精神保健福祉センターでは、短期宿泊施設機能を活用したアウトリーチ支援を実施している。これらの一次的、二次的アウトリーチが重層的に機能するような体制を強化していくことにより、また、それぞれの支援機関がさらに連携を深めていくことにより、東京という大都市での精神障害者の地域生活支援体制をさらに強化していくことにつながっていくと思われ、今後も、こういった機能・体制の整備・強化がさらに求められていくのではないかと考える。

政令市の精神保健福祉センターで行っている医療的アウトリーチ支援活動

岡山市こころの健康センター

太田 順一郎

【はじめに】岡山市こころの健康センター（以下、当センター）は、開設5年目の精神保健福祉センターであり、発足当初より訪問・往診活動を積極的にを行っている。

厚生労働省のアウトリーチ推進事業では、事業内容に少しずつ変更が加えられる中で、実施主体を民間医療機関に想定していることや、その医療機関がすでにかかっているケースを主な支援対象と考えていることが明確になってきており、今後のわが国の精神保健領域における公的機関の役割と民間医療機関の役割について、十分な検討が必要な時期にあると考えられる。

【往診ケース・例示】以下、筆者が医療的アウトリーチ支援を行っている5ケースを提示し、それぞれに関して支援内容、支援状況を検討する。なお、症例はプライバシーに配慮して改変し、本人または家族に説明し同意を得ている。

60歳、男性、統合失調症：8年前、近所の商店で器物破損におよび措置入院となった。退院前から筆者が病棟を訪れて治療関係を作り始めた。退院後の往診に対しては特に拒否はなく受け入れられた。現在筆者が月に1回往診しており、以前から関わりのあった地域の保健所保健師が月に1～2回訪問している。それ以外に現在は週2回ヘルパーが、週1回は訪問看護が入っており、地域活動支援センターが夜間対応を担当している。

60代、女性、統合失調症：約30年の長期入院の後、アパート退院となるが通院中断。病状増悪し、再入院となる。筆者と当センターPSWが病院を訪問して本人との面接を行い、退院後に向けて支援チームを構成した。約6ヵ月後に退院。退院後数日して、筆者が初回の往診をしたところ、「何か用？あんな注射でもするつもり？」とかなり攻撃的で拒否的。しかしその後週に1回の往診を継続し、一応拒絶はなし。4週間目にはどうにかデボ剤も受け入れてくれた。

20代、男性、統合失調症：3ヵ月前から独語が目立ち始め、自室から外に向かって大声で怒鳴り、怒気を含んだ独語を呟きながら近所を歩く。両親が保健所に相談し、保健師と筆者で訪問を開始した。初回

の訪問に対しては拒否的であったが、4回目の訪問から服薬を開始。すると明らかに独語は減り、攻撃性も減って、疎通性が改善してきた。心理教育も施行。訪問開始後2ヵ月経過したあたりで、チームに地域活動支援センターを加えた。

30代、男性、統合失調症：20代中頃の発症で、約10年間未治療。母親から保健所に相談があり往診を開始。初回往診時強い困惑状態で、幻聴・異常知覚・被支配体験著明であった。往診に強い拒否はなく、服薬も受け入れられたが病識はなくアドヒアランス不良で、往診時不在も多かったためデボ剤を開始した。異常体験は改善し、一方で連合弛緩、認知障害、遂行機能の障害などが残る。その後母親の往診拒否があり、一時往診不能になった。なんとか往診再開し、現在も往診とデボ剤を継続している。

50代、女性、広汎性発達障害：20歳頃から30年以上のひきこもり生活で、全面的に母親の援助で生活していた。2年前に母親が死亡。公立の地域活動支援センターを中心に単身生活の支援を開始したが本人は拒否。困った地域活動支援センターの依頼で初回往診となる。本人は診察を拒否し、支援センタースタッフが入室することも困難な状況であった。しかしそれ以降、粘り強く訪問支援を継続し、現在では数ヵ所の機関による生活支援はなんとか受け入れられている。筆者の往診もなんとか受け入れられたが、その後も何度も強い拒否が繰り返されている。

【考察とまとめ】以上5つのケースを検討すると、

は民間医療機関でも訪問可能で支援チームを組むことができるケース、は公的機関でなければ初期介入は困難だが、現在は民間でも対応可能なケース、はおそらく今後も公的機関でなければ支援継続が困難と思われるケースである。今後わが国の精神科医療におけるアウトリーチ支援活動は、民間の医療機関がこれまで入院医療に投入していた医療資源をそちらに振り向けることにより、民間医療機関によって担われることになると想定されている。一方、民間医療機関では実施困難で、公的機関が担わざるを得ないアウトリーチ支援活動も存在する。当センターのような政令指定都市の精神保健福祉センターでは、都道府県の精神保健福祉センターと違

って直接的な支援を行いやすく、当センターでも多くのアウトリーチ支援活動を行っているが、現状では担っている役割にはさまざまなものがある。今後、地域のアウトリーチ資源が充実してきたとき、公的機関の果たすべき役割は限定された、しかしきわめて重要なものとなるだろう。

アウトリーチ支援活動の現状と課題 未受診者・未治療者を中心に

東北福祉大学総合福祉学部

西尾 雅明

アウトリーチとは、相談機関や病院など援助提供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人たちに対して、サービスや情報を提供したり、助言をしたりする活動のことである¹⁾。

訪問型の支援は、「理念」「制度」「機能」の異なる3層で論じると整理がしやすい。理念も制度もともに大切であるが、ここでは機能に焦点をあてる。「機能」の領域では、訪問対象者の年齢や診断、サービスに対する意向、精神症状と生活障害の程度、などによって、様々な機能分化した訪問プログラムの体系を整備することが可能である。同じ診断でも、未受診例と急性期、安定期など病相の違いによって別々の訪問チームが対応を検討するシステムは、英国の精神保健で一般化している。必要とされるケアの濃密度により、チームケアか、医療にも重点をおくか、24時間体制か、就労支援やピアサポートも提供するか、などチームの機能や構造も変化する¹⁾。

東北福祉大学せんだんホスピタルのACTチームは、東北地方で初めてのACTチームであり、また全国の教育機関の附属病院としても初めての試みとなるチームである。チームが支援した未治療事例を以下に紹介する。

30代の女性で、統合失調症の診断がついている。幻覚妄想状態だがこれまで治療につながらずにいた。疲労困憊していた母親をコメディカルスタッフが訪問することから始め、徐々に自宅で顔をあわせるたびに本人と関係作りを行った。母親の初回相談の3ヵ月後に初めて、本人の外出に同行できた。また、この頃医師も自宅に訪れて本人と顔をあわせている。5ヵ月後に本人が自ら病院を受診。本人の同意での訪問を開始した。服薬は拒否し続けたが、疎通性や幻覚妄想に左右されることは徐々に改善していった。3年後には内服に応じたが、目に見える効果はなく、一方で本人は家事などをこなす状況は保たれている。

アウトリーチ活動の今後の課題としては、制度上の位置づけや経済的な裏づけはもちろんであるが、倫理面での課題も挙げておきたい。ACTでなくても、最近の日本の訪問支援やアウトリーチ活動は、

地域が「壁のない病院」とならないように、リカバリー・モデルやストレングス・モデルの援助理念を大切にしている。そこでは、利用者の希望や生活スタイルや自己実現を尊重するのが基本中の基本である。一方で、支援者側の幻想的な万能感や自己愛に基づく支援は、利用者の自殺や、結果として地域からの排除につながりかねない。地域からの排除は利用者の孤立感を深め、それがさらに自殺企図につながる悪循環を生み出す。こうした課題への倫理的な側面からの検討や、実践者間での議論が少しずつ行われるようになってきていると感じている。脱施設化を支える有力なツールであるACT利用者の死亡・自殺リスクを少しでも減らせるように、今後はもっと失敗例も見据えてその後の臨床に役立てること、理念が先行して現実が置き去りにされないようにすること、スキル以上にスタッフの態度・姿勢を大事にしていくことが肝要と思われる²⁾。

1) 西尾雅明：アウトリーチサービス/訪問看護/ACT/訪問型の生活訓練.精神科臨床サービス, 13(2)；218-219, 2013

2) 西尾雅明:脱施設化と統合失調症の死亡リスク.臨床精神薬理, 16；101-106, 2013

映像で学ぶ初回面接

国際医療福祉大学大学院臨床心理学専攻¹⁾
独立行政法人国立精神・神経医療研究センター認知行動療法
センター²⁾
中村心理療法研究室³⁾

岡野 憲一郎¹⁾、大野 裕²⁾、中村 伸一³⁾

精神療法作業部会の主催により、「映像で学ぶ初回面接」と題して、初回面接の進め方についての企画を行った。3人の異なる臨床スタイルをもつ演者が、ある同一の症例（モデルの演じる架空のケース）に対して個別に行った面接の映像を用いながら、初回面接の進め方について論じた。演者の臨床スタイルが、実際の面接にどのような違いとして反映されるのか、あるいはそれらにどのような共通点が見出されるかが一つの焦点となると考えた。最初にモデルケースに対していくつかの質問を行った映像（5分程度）を提示した。それは3人の面接者に対して最初に示された共通の情報であったがそれを見た会場の参加者も、同様の情報を予段階での情報として得た際に自分ならどのように初回面接を組み立てていくかを考えてもらうよう促した。

最初の岡野の面接では、初診の段階でおおよその診断ないしは患者の病態レベルについて知ることは重要であると考え、そのため患者の示す症状や、関係性のもち方の特徴に注目しつつ質問を行った。そしてその患者の関係性のもち方のパターンから病態水準を把握することに努めたが、やや急ぎ足の面接になったという印象もあった。供覧された症例では、過度に自己犠牲的な態度、その背後にボーダーライン心性がみられること、そしてそれが過去の外傷的な成育環境とも関連しているという点が明らかになされた。

次は大野による面接が供覧された。初回面接では、患者の苦悩に共感しながら、安定した治療関係を作ることを目的とする。そのために、今回はまず、受診に至った経緯を尋ねたうえで、症状について聞いていった。友だちに紹介されたという受診の経緯を知ること、治療関係の基礎の基礎となる人間関係をもつことができていることが類推された。さらに、症状について聞いていくことで、病状を把握しつつ、患者の苦しみに共感していくようにした。続いて、発症の契機を尋ねたが、それによって、症状の背景にある患者の問題についての理解を深めることができる。この患者の場合は、職場でも私的な生活でも心理的に孤立していたこと、とくに交際相手との関係がポイントであることがわかり、交

際相手との関係を振り返ることで、患者の悲観的な考えを浮かび上がらせることができた。

最後に、外来に来て話をすることが役に立ちそうだという患者の話をもとに、今後の治療の方向性を伝え、一緒に話し合いながら治療を進めていくことを確認して、面接を終えた。3番目に中村による面接の映像が示された。中村の面接では、来院動機について聞くことから始められた。長年の女友だちの勧めだという。さらに患者に受診を勧めてくれたこの女友だちが同じ郷里であることが判明し、患者とこの女友だちとの安定した関係が推察された。しかし、一方で男性との関係は、今までかなり不安定なものであることがわかった。ここまでの対話のスムーズさから重い精神障害はないと判断し、患者の実家での家族関係を含めた成育史を聞いていった。やはり、郷里を離れることなく、暴力的な父をなんとかしようと努力してきた患者の姿が浮かび上がった。上京してからの男性との関係の背後にこうした父親との関係があるが、時期尚早なので指摘せず、患者の苦境と努力を認め、治療者ができる援助法について話した。それらは、混乱に抑うつ感が混じった状態に対する薬物療法、今までの自分を整理して見つめられるようにするための個人カウンセリング、そして同棲男性を招き入れてのカップル・セラピーである。やや自己犠牲的かもしれないとの指摘をした。最後に、初診面接での感想を聞いた。良好な反応が返って来たので、次回の予約を入れることにした。

参加者はこのワークショップに参加することにより、初回面接の具体的な進め方について、そのスタイルの多様性も含めて学習することができたと考えられた。

災害精神医療のための基礎知識 被災者の心の回復のために

兵庫県こころのケアセンター

加藤 寛

「心のケア」という言葉は1980年代から散見されるが、当初は末期癌や神経難病患者への心理的支援、現在のターミナルケアと同じ意味で使われていた。災害に関して用いられたのは阪神・淡路大震災が嚆矢であり、それ以後は大災害後の被災者支援の重要な要素として、その必要性は広く認知されてきた。しかし、実際に被災者に提供しようとしても、簡単には受け入れられないことが多い。その理由としては、精神科に対する抵抗感以外にも、被災状況を想起するのを回避したいという心理機制が大きく影響している。そのため、心理的支援を提供するためには、現実的で被災者に受け入れやすいサービスと組み合わせる、心の問題を強調しない、などの工夫が必要になる。

被災によって生じる心理的变化の多くは正常な反応である。しかし、中には遷延し長期にわたって苦悩をもたらす状態がある。その1つが心的外傷後ストレス障害（PTSD）であり、大きく注目されるが、実際の支援活動の中で典型的なPTSD症状が訴えられることは意外に少ない。たとえば、阪神・淡路大震災後のこころのケアセンターが関与した事例の主訴として、PTSD症状が明らかにみられたのは、わずかに3%程度であった¹⁾。また、東日本大震災後に設置された「みやぎ心のケアセンター」の平成24年度の報告²⁾でも、不眠や身体症状などを主訴とした場合が多い。

PTSD以外の問題としては、遷延した悲嘆反応にも注目しておく必要がある。これは、死を受容することができず、強い悲嘆と自責感などが続く状態で、複雑性悲嘆という名称で呼ばれてきた。われわれが阪神・淡路大震災から15年目に、遺族を対象として行った調査では5%が提唱されている基準を満たしていた³⁾。

また、災害からの復興の時期には、被災者は生活の不便さ、生活再建の遅れ、コミュニティの喪失など、二次的なストレス要因に直面する。こうしたストレス要因によって、不安障害、うつ病、アルコール依存症などの問題が生じることがある。阪神・淡路大震災で社会的に注目された孤独死の主要な原因の1つは、中高年男性のアルコール依存症であった。

なお、今回の震災では、原発事故という特殊な要素が重なっており、健康不安、生活の場の長期的喪失などがもたらすストレス要因に、目を向け続けなければならない。

被災者の心理的回復は、個人の生活再建、地域コミュニティの再生、就労などの役割の回復などが基盤になる。過疎地域で産業の少ない地域で発生したために、今回の震災では、これらの要素が整わず、心理的回復も遅れることが懸念される。復興に向けたさまざまな施策が進展していくことこそが、被災者の心の回復に最も寄与することを認識しなければならない。

- 1) 兵庫県精神保健協会こころのケアセンター：こころのケアセンター活動報告書 平成11年度 - 5年間の活動を終えて、2000
- 2) 宮城県精神保健福祉協会みやぎ心のケアセンター：第1章 みやぎ心のケアセンター活動状況、平成24年度紀要第1号、2013
- 3) 宮井宏之、内海千種、大和田子子ほか：阪神・淡路大震災の遺族における心身の健康状態に関する縦断調査、心的トラウマ研究、7；15-23, 2011

災害支援チーム 支援に入る立場と受け入れる立場

東北大学大学院医学系研究科予防精神医学寄附講座

松本 和紀

大規模災害においては、被災地に外部からの支援チームが多数入り支援が行われる。平成23年に起こった東日本大震災においても、精神医療・保健にかかわる多数の支援チームが被災地での活動を行った。しかし、混乱した状況の中で複数のチームが効果的に活動を行うためには、災害支援のコーディネートの仕組み、支援に入る側と支援を受け入れる側の双方の立場を理解することが大切であると考えられる。

東日本大震災では複数県で広域な被害があり、特に、岩手、宮城、福島3県の被害が大きかった。このため、こころのケアチームの3県に対する配置については厚生労働省がコーディネートを行った。受け入れを行った県（仙台市の場合は政令指定都市）は、さらに被災地に状況に応じてチーム配置を行った。しかし、被災地には、厚労省を経由するこころのケアチーム以外にも、様々な経路で支援チームが入ったため、全体的なコーディネートが難しい地域もあった。こうした大規模災害時の精神医療・保健領域のコーディネートの仕組みは十分には整備されておらず、今後改善の余地がある。

被災地での支援において外部の支援者は重要な役割を果たすが、一方で、被災地を混乱させてしまうおそれがある。支援を受ける側の立場に立った上で支援を行うためには、災害支援についての基本的な知識を身につけた上で、被災地の立場に立った活動が必要とされる。

支援者ストレスについて

防衛医科大学校精神科学講座

重村 淳

災害発生時、災害支援者・救援者（以下、支援者）は膨大な業務を強いられる。社会的責務から逃れることができず、通常では経験しえない強烈なストレス（惨事ストレス）を業務の中で受け、惨状への無力感や罪責感を容易に感じやすい。支援者自身が被災していたり家族の安否確認ができなかったりする中、不眠不休の対応を求められるのは過酷極まりない。このような状態のもと、支援者のメンタルヘルスは一般被災者以上に深刻になりやすい。

外部から被災地に入る者は、このような現地支援者のストレスを理解し支援を行うことが求められる。また、医療者自身も支援者の一員であり、自分自身のメンタルヘルス維持のためにストレス対策を講じることが求められる。

神経学的サインを見逃すな！ 復習からソフトサインまで

公益財団法人東京都医学総合研究所

林 雅晴

【Soft neurological sign】協調運動（つぎ足歩行）、行為企画（舌運動）、静的姿勢保持などを含むが、あまり用いられない。

【神経学的診察の留意点】脳神経、運動機能（筋緊張、時に筋力、運動失調、歩行）、反射、感覚系（まれ）をチェック。発達障害では、検者からのcommandが受け取られない、感覚過敏・鈍麻、attention spanが短い、echopraxia（反響行為、意思とは無関係に検者手技を模倣させる）に留意する。

【脳神経】

1) 眼球運動

凝視（visual attention）、斜視を確認した後、眼前でペンライトをゆっくり動かしsmooth pursuitを観察（階段状 staircase）。運動範囲、眼振の有無、輻輳をみる。発達障害ではhead supportあり。

2) 三叉・顔面神経系

A. Glabellar tap：眉間をハンマーで軽く叩き続けると、三叉神経＋脳幹＋眼輪筋収縮により瞬目が生じ慣れにより数回で減弱する。前頭葉機能障害では瞬目が減弱、大脳基底核疾患では慣れの消失（Myerson徴候）。B. 下顎反射：口を半開き、頤に置いた指をハンマーで打つと頬筋・側頭筋が収縮（閉口様）。

3) 舌咽・迷走・舌下神経系

A. 咽頭反射：咽頭後壁を舌圧子で軽くこすると、舌咽神経＋脳幹＋迷走神経により咽頭が拳上する。迷走神経麻痺では咽頭後壁が健側に引き寄せられる。B. 舌運動：口を開け安静状態で萎縮・筋攣縮をチェック。挺舌させ患側偏倚の有無を確認、舌を左右に動かすよう指示し協働運動障害による拙劣さ（clumsiness）を確認。

【運動機能】

1) 筋緊張・トーヌス

筋を受動的に伸展し検者の受ける抵抗から判断。亢進にはinduced rigidity（対側運動時に亢進）、cogwheel rigidity、lead-pipe rigidity、spasticityがある。発達障害では筋緊張低下が多い。Gegenhaltenは診察部位に精神が集中し力を抜かずlead-pipe rigidity様になった状態で前頭葉徴候に含まれる。

2) 反射

A. 深部腱反射：上腕二頭筋・三頭筋、膝蓋腱（大腿四頭筋）、アキレス腱（下腿三頭筋）を確認。腱反射を出現しやすくするJendrassik手技もある。B. Palmo-mental reflex：手掌をハンマーの柄で軽くこすると同側頭筋が収縮。健常若年女性でもみられるが、前頭葉徴候に含まれる。C. 把握反射：手掌・足底の指趾付け根をこすると惹起され、前頭葉徴候に含まれる。D. 足底反射：足底外側を踵～小趾付け根～母趾付け根までハンマー柄でこすると健常では足趾が底屈する。E. Babinski徴候：足底反射により母趾背屈（dorsiflexion）、第2～5趾外転（fanning）が出現する。F. Chaddock徴候：外果後ろを上から下へ弧状にこすると母趾背屈が生じる。

3) 運動失調

A. 指鼻試験：被験者の示指で前方に提示した検者の示指と被験者の鼻との間を往復させる。行き過ぎ（dysmetria）、滑らかでない（decomposition）、振戦を確認。B. 発達障害では閉眼で上肢外転・鼻タッチを繰り返させる。Commandが入りにくい患者ではおもちゃなどへのreach・grasp・release動作でclumsiness、decompositionを確認。C. 踵膝試験：仰臥位で踵を高く上げ対側の膝～脛骨稜へ滑り下ろす。D. 変換運動（diadochokinesis）：上肢の回内・回外運動を行う。一側ずつ行い非運動側induced rigidity、鏡像運動（mirror movement）を確認。

4) 指さがしテスト

座位の閉眼状態で、検者が被験者の一側手首を持ちぐるぐる回し、元の位置、上・下、内・外側にとめる。回された手の母指を対側示指でタッチ。関節運動覚、位置覚、体部位認知が関与する。

【移動】

1) 閉眼ステップング

閉眼立位で上肢を振り足踏みをさせる。上・下肢＋左・右coordination、回旋（rotation）の有無をチェック。健常者でも大脳基底核左右差から回旋は生じる。発達障害では上肢を振らない、下腿の後方蹴り出し（back kick）、poor coordination、30度以上rotationがみられる。

2) 歩行

A. To and Fro test : 十分な広さの場所で普通に往復歩行させる。健常者では多くが左回り、強迫神経症では右回りを示す。B. つま先歩き・踵歩き歩行 : 自閉症スペクトラム障害 (ASD) では下肢の可逆的な筋緊張亢進からつま先歩きが上手。C. つぎ足歩行 : 踵を前の足のつま先につけ歩く。発達障害では clumsiness。

3) 四つ這い

ASDではしばしば足関節が背屈パターン。Down症候群では膝関節を伸展した高這い。

4) ASDでの下肢の可逆的な筋緊張亢進

Locomotionには脳幹モノアミン神経から脊髄歩行センターへの指令が必要、ネコでは下肢筋Ia神経から脊髄歩行センターへの直接入力で歩行が可能。ASDでは脳幹モノアミン神経障害に伴う歩行センターへの入力増強の可能性が推定される。

【発達障害で高頻度に見られる異常】

1) 失行 (apraxia) : Oro-facial apraxia (staircase pursuit、舌運動clumsiness)、Limb-kinetic apraxia (上下肢運動clumsiness、閉眼ステッピングpoor coordination)。

2) 前頭葉徴候 : Glabellar tap瞬目の減弱、Gengenhalten、Palmo-mental reflex、把握反射。

3) 下肢の可逆的な筋緊張亢進 : 閉眼ステッピングback kick、つま先歩行が得意、四つ這いで足関節背屈。

支持的な精神療法 その臨床実践

小寺記念精神分析研究財団

狩野 力八郎

【はじめに】このワークショップで取り上げる支持的な精神療法は、モデルとして毎週1回45～50分の構造設定を想定する。支持的な精神療法という技法には、洞察を志向する表出的な精神療法とは異なる精神療法を意味する場合と精神療法一般における支持的なアプローチを意味する場合があることをまず明確にしておきたい。

【支持的なアプローチの意味】精神療法において支持は、洞察とは対極にある機能であり、防衛機制の修復と強化を目的とする介入である。たとえば、「そんなつらいこと忘れなさい」という助言は抑制・抑圧を強化することを目的とした支持的介入である。ついで、支持は治療目標を達成することに役立つ良好な現実的治療関係の発展と持続を促す介入を意味する。このように概念的整理は可能だが、実践的に考えると治療者が防衛の強化目的に介入しても結果的には洞察に役立つこともあるし、洞察をめざして解釈してもそれがむしろ防衛の強化につながることもある。

【支持的-表出的な精神療法スペクトラム】かくして支持の意味を考えると、支持的な精神療法と表出的な精神療法とを区別することは大変難しいことがわかってくる。それゆえ、メニングガー研究グループは²⁾、この2つを分けるのではなく、一方の極に支持的介入を他方の極に解釈的介入をおくことによって支持的-表出的なスペクトラムという概念を提案した。つまりどの精神療法もこのスペクトラムのどこかに位置づけられるという考え方を採用した。

【さらに新しい捉え方 進化する力動的な精神療法

】治療関係を対象関係論から理解すると、支持は発達の動機の促進という意味をもつことがわかってきた³⁾。精神療法の一歩の特性は、精神療法を行いつつそれを絶対視しないで、常に再検討の俎上に載せることだ。この本質的視点に立ち戻ると精神療法は、個体心理学レベルだけでなく2者関係心理学として把握できる、つまり精神療法とは心と心との力動的な交流によって形成される2者関係そのものの出来事を記述しようという試みなのだ。つまり毎セッションの瞬時に事細かに検討すると、とくに2人で構成されるセッションがどこに向かっていくのかをみてみ

ると、2人はおそらく互いに理解しあうような関係に向かっているということである。何か特定のそして予測可能な理解の獲得をめざしているというよりも相互理解的な2者関係の積み重ねがあり、その結果何か新しい理解が生まれるということだ。現代的には、この出来事を間主観的アプローチとかメンタライゼーションと名づけている。重要なことは、この出来事がどの精神療法にも共通してみられるという事実であり、しかも支持的な精神療法の価値として述べられている出来事にも符合していることである。

【支持的な精神療法において必要な概念】

解釈・直面化・明確化・話を促す・共感の明示・助言（忠告・誉める）・妥当化（認める）といった介入はあるにしても常にその結果を把握して介入の意味を考察すべきである。

「一発的中」的な万能的な解釈があることを期待しない。

構造設定の作業と節度ある態度の維持は必須。

治療はすべからずチームあるいは他のスタッフの助けで行われていることを認識することが大切で、孤立した中で行う精神療法は百害あって一利なしといえる。

なにはともあれ、長所や建設的な能力を理解するように努める。

転移解釈をしない。

今ここでの状況をどのように体験しているかを丁寧になぞるように聞く。この作業の目的は、相互関係の文脈で他者には心があること、感情、思考、欲望、期待、希望など、を考えることができ、それらは自分にもあることを考えることができる能力を展開させることであり、そしてそのように考える時と所があることへの気づきを促進することだ。これは、患者が今ここにいる動機を理解することであってもよい。

そのためには役立つ概念はたくさんあるが、もっとも特徴的な概念としてここではバrintの自家製の病気と医家製の病気という対概念を挙げておく¹⁾。

【おわりに 治療の終結について】一般的に支持的な精神療法の終わり方は漸減法をとることが多

い。毎週1回から、月1回、あるいはフォローアップのため年2回、などである。良好な治療関係ができ、メンタライズするやり方を身につければ、後は自力でやってもよい。しかし、ひどく重い患者の場合は、10年以上続く場合もある。治療関係を支えに、現実適応がずいぶん改善することがある。そうすれば、面接の頻度は互いに話し合いで調整可能となる。

1) Balint,M., Balint, E. : Psychothepeutic Techniques in Medicine . Tavistock,London, 1961 (小此木啓吾監修、山本喜三郎訳 : 医療における精神療法の技法-精神分析をどう生かすか . 誠信書房、2000)

2) Gabbard,G.L:Psychodynamic Psyhiatry in Clinical Practice, The DSM-4Edition. American Psychiatric Press, Washignton D.C., 1994 (権成鉉訳 : 精神力動的 精神医学 その臨床実践〔DSM-4版〕理論編 . 岩崎学術出版社 , 東京 , 1998)

3) 狩野力八郎 : 方法としての治療構造論 . 岩崎学術出版社 , 東京 , 2009

私の考えている支持的な精神療法

川崎医科大学精神科

青木 省三

【はじめに 基本的な視点】人を護る人と地域が急速に失われ、人が孤立し孤独になりやすい時代になってきている。家族にも心理的・経済的なゆとりがなく、些細な出来事で家族が壊れやすい。このような時代の治療や援助は、その人の行動や心の中をみるだけでは不十分であり、その人の生活や取り巻く環境をみて、生活の中で困っていることを把握することが不可欠となる。すなわち、精神療法をはじめとする治療や援助に、人的・経済的な支持を含めたソーシャルワーク的な視点が不可欠となる。

【支持的な精神療法とは】井村恒郎³⁾は、「適応の仕方を根本的に変革しないで、相手の適応能力を支えることに主眼をおきながら、自然に再適応に導くのが支持療法である」としている。また山下⁴⁾は、「体系的な心理療法よりも、ごくふつうの臨床的配慮、あるいは常識的な診療が必要かつ十分であることが多い」と記しているが、この臨床的配慮というものが、支持的な精神療法に近いものではないかと考えている。

【私の支持的な精神療法】私は支持的な精神療法とは、その人の生き方・考え方を換えようとするのではなく、『今、一生懸命に生きている、その人を守る』ものと考えている。「大変ですね...でも、よく頑張っておられますね」などと受け止められ、「誰かに、自分の苦しみ分かち合ってもらえている」という体験を通して、人は支えられる。気持ちのゆとりができると、少し生き方、考え方を換えようという気持ちも出てくる。例えば、ケガをして血を流している人に、「大丈夫か」と声をかけ、ケガの手当をする。このような「人としての自然な心の動き」が、支持の基盤ではないかと思う。

【支持的な精神療法の内包するもの】

1) 「自然な心の動き」としての支持

医師・治療者以前に一人の人間である。困っている人に対する、人としての自然な心の動きが、支持の基盤である。

2) 「包帯」や「添え木」としての支持

患者の悩みや苦しみを、言葉や態度や雰囲気、和らげようとする。

3) 見守るという形での支持

見守っていてくれる人がいる、という感覚に支え

られている。

4) 元気づけ（指示、指導、助言など⁴⁾）としての支持

指示はしばしば支持となる。

5) 現実的な支持（日常生活への助言、環境調整など）

日常生活が少しでも、ゆとりや楽しみのあるものになるように助言する。

6) 精神療法に共通する基盤としての支持

出会いの瞬間から別れまで、治療に通底するものとして、支持的な精神療法はある。

7) 過去や未来からの支持

過去の思い出、そして将来の夢や希望が人を支える。

8) 一生懸命に生きている人からの支持

困難な状況にもかかわらず、絶望せずに、希望をもって生きようとしている人を見る。

【必要最低限の支持】支持してもらった、助けてもらったという感覚が強く残ることは、自尊心を損なうことがあり、好ましいものではない。特に、助けすぎることは、自分の力で乗り越えたという実感を損なうため注意が必要である。できる限り患者が自分自身の力で乗り越えたという実感の残る治療を心がけることが大切となる。それが、将来、何か困難なことに直面したとき、自分の力で解決しようとする力となる。また、何か困ったことがあっても、「何とかなる」といづから楽観的に考えられる契機にもなる。

支持は大切なものであるが、必要最低限の支持というものを心がける必要がある。

【支持的な精神療法についての誤解】支持的な精神療法は、甘い優しい言葉話す、ある種の気休めであり、患者を子ども扱いするものである、という誤解がある。しかし、少なくとも支持というものは単なる甘さや優しさではない。支持とは、個々の患者が、自分の現実を受け止め、患者なりに生きていこうとすることを応援するというものである。それは時には、叱る、禁止するというような厳しい態度も含むものである。

【おわりに 少し肩入れする姿勢】地縁血縁による支持が少なくなった現代社会では、家族ほど距

離は近くないが、近所のおじさん・おばさんという
くらいの距離の関係が大切になってくる。それは、
中立的というよりは、患者の側にいくらか肩入れす
るような存在ではなかろうか。冷静で親身な第三者
的な治療者による支持が求められているのではない
かと考えている。

- 1) 青木省三：精神科臨床ノート．日本評論社，東
京，2007
- 2) 青木省三，塚本千秋編：心理療法における支持．
日本評論社，東京，2005
- 3) 井村恒郎：心理療法．世界社，東京，1952
- 4) 山下 格：精神医学ハンドブック 第7版．日本
評論社，東京，2010

支持的精神療法の技

福岡大学医学部精神医学教室

西村 良二

【支持的精神療法とは】支持的精神療法とは、支持、受容、共感、助言、指導、説得、賞賛、環境調整などの技法を駆使し、患者の力添えをし、不安をやわらげ、もともと持っている患者の適応力をひっぱりだす技法であり、すべての精神療法がもつ基本的な技法である。日々の臨床の中で最も広く使われている精神療法であり、適応範囲が広い。しかし、支持的精神療法はつねに精神力動的な理解を伴うものであり、重篤な精神疾患、パーソナリティ障害なども扱うことができる技でもあることを忘れてはならない。

支持、共感といった技法を中心として精神療法を推し進めていったのはコフトであることは周知のことであろう。ここでは、思春期の自己愛的な患者や自己愛パーソナリティを例に挙げながら話を進める。自己愛の人は安定した自己評価を維持するのが難しい。そして、自己評価の不足をおぎなうために、他人から愛される、評価される、認められる、というナルシスティックな必需品のインプットを確保しなければならない。愛や評価のインプットは、たとえば言えば、糖尿病の人へのインスリンと同じように必需なものなのである。

【治療の進め方の実際】自己愛や思春期の患者は、治療の目標設定は重要である。病歴や生活史、家族史を聴くなかで材料を探し、「その生き方では生きづらさうな」と生きにくさを取り上げて、「治療の目標は本当の自分を取り戻すことでは？」などと話し合いながら治療目標をつくっていく¹⁾。目標設定では、治療者と患者の意見が一致しなければならない。

治療初期においても「わかってもらえた」「私の思っていた通りの先生だ」など、理想化された治療者イメージにぴったりという感じを患者が抱くと、自己愛のバランスが取り戻され、引き続いて自己愛のやすらぎがあらわれ、一過性に、漠然とした抑うつ、焦燥感、自意識過剰、羞恥傾向、身体的な不定愁訴などの改善がもたらされることがある。

挫折に直面すると、彼らは自己愛に傷つき、恥の感情、抑うつやひきこもりに舞い戻るといったパターンを知ることは重要である。治療者は患者が自分の病理を自分の目で見えるように導かなければならな

い。

治療者の態度は、転移の発生に気づき、転移の育成を邪魔しないことにある。技法としては、理想化転移や鏡転移などの自己愛転移が成立していく間、“干渉しないでおく能力”、ないしは“待つ能力”が必要となる²⁾。治療者は自分の自己愛緊張への耐えられなさに十分に気づいていなければならない。

治療の中でも自己愛が傷つく出来事があるが、こうした時は、治療にとってかなり重要な瞬間であり、患者の苦しみに対して治療者は忍耐力を要求され、長期間、共感的にかかわらなければならない。そうしているうちに、しだいに、そうした状況の力動に接近できるようになる。

より成熟した鏡転移のなかで、良い治療者の鏡映を受け、肯定的な自己イメージが内在化され、「自分は自分でよい」という安定した自己評価を得ていく。ほめてもらいたいと思っている時に、評価され、ほめてもらえる体験が必須といえよう。

安定した理想化転移に成熟すると、治療の中で生じる小さな失望を介して、しだいに変容性内在化が生じ、自己愛の調整がうまくいくようになってくる。

こうした過程の中で、現在の体験の力動的な原型にまつわる、意味のある記憶がしだいにあらわれてくる。多くは母親に愛されていないという自尊心の傷つく体験の記憶である。治療では、患者が自分の物語を理解し、それから母親の物語を理解するように進めていくと、行動化を抑え、自分の幻想の歪みを修正することができるようになるようである³⁾。

経過のなかで「何のために生きるのかわからない」と語りかけてくることがあるが、治療者はこうしたすべてを認識し、患者へそれを温かくわかりやすく示さなければならない。

治療の最後の山場は分離の段階である。「理想の母親は大人となった今は得られない」ということを治療の中で慎重に扱う。「つらいけれども、大人になるには母なるものから分離しなければならない」「今やあなたは無力ではない」などを話し合っていく⁴⁾。そして「母はああした形でしか愛せなかったのだ」と受け止め、「こんな自分でいいのだ」と

いう肯定的な自己意識が芽生えて、治療は終結を迎える。

【おわりに】精神療法の真の専門的技術を修得するには、長期にわたってスーパーバイズやコンサルテーションを受けながら経験を積む必要があるが、支持的な精神療法の基本的な技術は精神科後期研修中に身につけていくことができる。それを基礎力として、多くの患者と出会い、必要な診療技術を習得していくのである。

1)市橋秀夫：自己愛性心的構造と精神療法．日本サイコセラピー学会雑誌，11(1)；15-25，2010

2)Kohut, H.:The Analysis of the Self : a Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Disorders. International University Press Inc., New York, 1971(水野信義ほか監修,近藤三男ほか訳:自己の分析.みすず書房,東京,1994)

体験的に学ぶ集団精神療法の基本 「体験グループ」の紹介

九州大学大学院医学研究院精神病態医学分野

加藤 隆弘

【はじめに】集団精神療法に限ったことではないが、精神療法を身につけるためには、日本における学びの定番と信じられている読本による学習のみでは不十分であり、治療者が体験的に学ぶというプロセスが不可欠である。「グループ療法の基本と応用」と題された本ワークショップで、筆者は、グループ療法を実践するための、つまり、集団精神療法家になるための必要条件である「体験グループ」と呼ばれるトレーニンググループを紹介した。

【「体験グループ」とは何か？】体験グループに関して論じた池田の論文の一部を引用する；「集団精神療法を学ぶ者たちが、自らメンバーとなるグループを、『体験グループ』と称する。…体験グループとはどういうものか、どう有効なのかと問うてはみても、体験しないとわからない、…『体験グループでの課題は、患者になることである』⁵⁾…体験グループとは、患者が苦しみを克服する過程の追体験であり、その苦しみと戦う覚悟が、体験グループの参加に必要である…」²⁾。筆者自身が初めて参加した体験グループは、ある年の夏の週末2日間にわたって行われた。コンダクター（conductor）と呼ばれる治療者役が、「はじめましょう」と発すると、重苦しい沈黙が続き、ネームプレートのないメンバーの1人がようやく何か発言した。筆者は、「なんだ、この沈黙は？」「なぜ、自己紹介がないのか？」と日常のグループとの相違に大きく戸惑った。そして、様々な会話が飛び交う中、セッションの終了時刻になると、「終わりました」とコンダクターが告げて、セッションが終わった。こうした具合に、メンバーとして2日間で6セッション（各90分）ほどの濃厚な時間を過ごす中で、様々な感情体験をすることとなった。そこには、怒り・抑うつ・孤独感など、普段治療者である際には自覚的には体験しえないような類のものが多く含まれていた。こうした体験グループへの参加を通じて、Yalom, I.D.⁶⁾が掲げたグループ療法における11の治療要因や、Bion, W.R.¹⁾が提唱した基底的想定グループ（依存・闘争・逃避・ペアリング）/ワークグループという力動的グループ理解を深めてゆくことが可能となる。

【集団精神療法における治療者とは？】体験グル

ープにおいて、治療者役を引き受けることも訓練の中で重要である。治療者の最大の役割は、治療構造を設えること、例えば、時間を守ることである。開始時刻になれば「はじめましょう」と告げ、終了時刻になればいくら話の途中であっても「終わります」と告げる。集団精神療法における治療者は、「リーダー」「ファシリテーター」「先生」などと呼ばれてきたが、最近では「コンダクター」と呼ばれることが多い。「リーダー」というと「引っ張らないといけない…引っ張って欲しい…」という軍事的なヒエラルキー構造に基づく無意識が反映されやすく、「先生」というと「教えなきゃ…教えて欲しい…」という日本的なヒエラルキー構造が反映されやすいかもしれない。筆者は以前、「先生転移」という日本社会に内在しやすいであろうと思われる社会的転移構造に関して論じたことがあるが³⁾、日本集団精神療法学会では、お互いを「先生」と呼び合うことはあまりない。コンダクターとは、指揮者・車掌・ガイド、つまり、つなぐ人という意味を内在している。集団精神療法における治療者に求められているのは、ヒエラルキー構造の頂点にいてではなく、いわゆる「先生」でもなく、グループ間を、グループのメンバー間を、あるいは、意識と無意識の間を、という具合に、様々なものをつなぐという役割である。

【おわりに】集団精神療法の実践に必要なこととして、鈴木は以下の3つを掲げている；グループは一致団結する必要はなく、皆それぞれバラバラにいてよい、理屈より感情を大事に、ハイラルキー（ヒエラルキー）の問題に自覚的になること⁴⁾。治療者自身がこうした理解を得るための一助として、「体験グループ」がある。もちろん、「体験グループ」を、そのままの形で患者対象の治療グループに適用することはない。どのような患者がグループのメンバーであるのかを把握し、グループの特性（参加メンバーがもつコンテナー能力など）を十二分に配慮した上で、グループの構造（時間・場所・メンバー構成など）を設え、実践することが集団精神療法家の役割である。病院・病棟・デイケアといった精神医療の現場に限らず、国家・社会・コミ

ユニティーから身体・脳・細胞・無意識に至るまで、「グループはどこにでもある」わけで、「体験グループ」をはじめとする集団精神療法の訓練は、精神医療・精神医学の様々な分野で役立つと筆者は考えている。

1) Bion, W.R.: Experiences in Groups and Other Papers. London, Tavistock Publications, p.7-191, 1961 (池田数好訳: 集団精神療法の基礎. 岩崎学術出版社, 東京, 1973)

2) 池田真人: 「体験グループ」考事始め. 集団精神療法, 23; 109-113, 2007

3) 加藤隆弘: 『先生転移』に潜む罪悪感の取り扱い. 罪の日本語臨床(北山 修, 山下達久編). 創元社, 大阪, p. 202-216, 2009

4) 鈴木純一: なぜグループ療法か? 精神経誌, 107; 1225-1230, 2005

5) 高橋哲郎: 初期不安の取り扱い 訓練グループの視点から. 集団精神療法, 18; 29-34, 2002

6) Yalom, I.D.: The Theory and Practice of Group Psychotherapy 4th edition. Basic Books, New York, 1995 (中久喜雅文、川室 優訳: グループサイコセラピー 理論と実践. 西村書店, 新潟, 2012)

グループ療法の基本と応用 コミュニティ・ミーティングの例

特定医療法人群馬会群馬病院

相田 信男

この数年、本学会学術総会においてプログラム化されている精神療法関係の一分野だろうと理解して企画した今回のワークショップは、広義の集団精神療法がこのようにさまざまな場面で色々なやり方で行われているという紹介になれば、という考えから起こしたものだ。

私は、精神科病院入院病棟における統合失調症を主体としたコミュニティ・ミーティングを中心に沿った臨床活動を報告したが、タイトルを標記とした。この「グループのある病棟」に対して「グループのない病棟」というものが、あるいはそうした対峙概念があるという意味ではない。むしろ病棟にはさまざまな自然発生的なグループがあるのが現実だし、実際4人同室の患者たちがグループを構成しているのをはじめとして、他にもさまざまなグループがあり、つまりは病棟全体がグループなのだ、という認識を披露した。続けて列挙すれば、作業療法もしばしばグループワークとして行われ、スタッフもグループを作ってあり、病院自体が1つのグループだといえる。つまり病棟はグループだらけなわけだけでも、したがって実際の臨床活動は一定時間プログラム化したグループワークだけによるのではなく、むしろあちこちにグループがあるという認識に基づく病棟運営、あるいはそうした認識に基づく病棟の文化、グループという治療構造をもった病棟全体が基盤となって、その構造の中で患者に役立ち、スタッフを変えていくのだという点が私の主張したいところだった。

コミュニティ・ミーティングでは、病棟の患者全員を対象とし（参加不参加は自由、また隔離中の患者もこの時間は原則的に参加）、同時にスタッフ側もその日に勤務している全員が（それは、助手も含めた看護スタッフ、医師、PSW、OTR、時にCPやダンス・ムーヴメント・セラピスト、あるいは各種実習生など）がコ・コンダクターとして参加する。決まった曜日の決まった時間に開始し、仮に話が途中で定めた時間がきたら終わるというやり方のこのミーティングでは、他方話すテーマは全く自由であり、誰が話し出すのか、また誰が応じるのか（あるいは応じないのか）も、定められてはいないという

構造にしている。このように運営されるコミュニティ・ミーティングのある病棟で、患者たちが、またスタッフがどう変化したかという点について、私は「病棟が心理学的になった」と述べたことがある¹⁾のでこれを紹介した。なおこうした病棟の臨床的発達過程ではスタッフもつ毎回のレビュー・ミーティングが有意義だったと体験している。

先に述べたところと同じようなことになるが、コミュニティ・ミーティングが機能し始めると病棟の中にはその他のさまざまなグループが立ちあげられ、活動するようになる。あるとき、作業療法にも参加せず自発的に町に出かけるでもなく、終日自室にいるような人々を看護スタッフが集めて小グループを始めた。（繰り返すが、週一回のコミュニティ・ミーティングが「今週もまた」「決まった通りに、つまりはおんなじように」行われている病棟での話だ。）初めは昼間の閑散としたデイホールでプランターの土を入れ替え、花を植え替えて、翌日もほぼ同様の「作業」を繰り返した。が、やがて彼らは部屋からデイホールに、そして棟外の庭に出て行き、最後には植えたイチゴの収穫を見てみんなで食べた。

他にもいくつかの、さまざまなグループができ、患者たちはそれに参加し、これらの過程をスタッフは（おそらく）喜んだのだ。私は、これが「グループのある病棟」の特徴的機能の1つだと認識し、そう報告した。冒頭に述べた通り、私の発表意図は「広義の集団精神療法がこんな風にさまざまな場面で色々なやり方で行われているという紹介」を会場に伝えたいということにあった。おそらく「実例の1つ」としてのそれは機能できたのだと思った。そこで最後に、集団精神療法を行うに際して、グループセラピストとして心がけた3点について、最近自分が書いたもの²⁾に関連させてこう述べた。集団精神療法を行うについて、その治療者は、以下の3点の習得を心がけたらよい。すなわち、1)「（治療場面の）境界」、（治療上の）構造を守る感覚の醸成、2)（グループに参加している場面で）感じたことを短い言葉で表現するというやりかたの取得、3) グループの中で、そこにいる他の人々から（ものの

観方や、発言の仕方について)学ぶ態度をもつこと、である。

- 1) 相田信男：病棟におけるグループ精神療法, 31(4):417-422, 2005 (相田信男：実践・精神分析的な精神療法 個人療法そして集団療法．金剛出版, 東京．2006に収載)
- 2) 相田信男：集団精神療法家の「資格」 その現状と必要条件 . 精神療法, 38(6):771-777, 2012

グループ療法の基本と応用 依存症の家族のグループ

特定医療法人群馬会赤城高原ホスピタル¹⁾
特定医療法人群馬会群馬病院²⁾
北海道立精神保健福祉センター³⁾
九州大学大学院医学研修精神病態医学分野⁴⁾
医療法人社団翠会八幡厚生病院⁵⁾

樋田 洋子¹⁾、相田 信男²⁾、田辺 等³⁾
加藤 隆弘⁴⁾、二之宮 正人⁵⁾

最初に、臨床場面について述べた。私が勤め臨床活動に参加しているのは、依存症専門の、全病床数107床（急性期56、療養棟51/閉鎖病棟は保護室を含めて8）の単科精神科病院である。病院は群馬県中部の山奥にあり交通の便はひどく悪く、周辺はコンニャク畑と養牛場だが、おそらくはこの環境がある意味をもっていると認識している。

病院の中には日常的にグループがあって、プログラム表をざっと見ても1日に4~5コマのグループが行われている。それらには治療者（Dr, Nr, PSW）が入るグループが10コマ/週、2コマ/月の頻度で、「依存対象（物質、行動）」別に組まれ、それらはオープン形式もクローズド形式もあり、他に認知行動療法を取り入れた「SMARPP(Serigaya Methamphetamine Relapse Prevention Program)」また「サイコドラマ」、後に述べる「家族向けグループ（4コマ/週）」が行われている。他方、治療者が入らないグループ、すなわち回復者からのメッセージ形式のグループ（対象者別）、薬物、アルコール、AC、クレプトマニア、性被害、家族、自助グループからのメッセージグループがある。

ところで、以上のようなグループ形成の上で基本的視点としているのは、「患者-治療者関係」をめぐる次のような認識である。そもそも私たちの臨床的理解では、ある固定した「患者」がいるわけではない。私たちの相談窓口においでになった「クライアント」が語るどころから、その家庭での「依存症者（identified patient：IP）」が同定される。そして「IPの言動に悩み、不安を抱えているクライアント」の関係を同定する作業が「治療」への入り口なのだが、こうした入り口は最初に私たちを訪れたクライアントの動きから開始されることが多い。そこであえて言えば、こうしたクライアントもIPもともに「治療対象」なのである。

次に家族向けのグループの実際を報告した。クライアントたちは、さまざまな状況、回復に向かうさまざまな段階の参加である。例えば、IPを一刻も早く病院に連れてきたい、IPは今こそ断酒をして

いるがこの先が不安だ、IPとはすでに死別した、あるいは離婚しているが自分の問題として考え直したい、自分自身のAC（adult child）としての問題について考えてみたい、（実は背後に依存症問題を抱えて）子どもへの虐待に悩む母親、などその動機はさまざまである。こうした人々は、外来受診の初回インテークの直後にグループに参加することもあれば、他方クライアント自身が顕在化した症状のゆえに入院中で、その過程で上記の問題に気づいてグループに参加してくる場合もある。

さらに、実際のグループを臨床例として報告した。このグループの参加者は10~30名（平均25名）、オープン形式グループで、1回3時間、週に3回の設定に参加者は自由に選択して出席している。グループのコンダクター、コ・コンダクターともにPSWである。参加者には発言の機会を保障する上で、基本的に順番に発言することを促すが、同時にある人の発言をめぐる相互のやり取りも尊重している。ことにコンダクターとしては、クライアントの（今ここの）感情体験に注目しつつ、その上で相互交流を促すのが、働きかけの基本方針だといえよう。ただし、参加者の経験や理解度に応じて、ときには心理教育的にかかわることもある。

以上臨床活動を報告し、後の大グループでの討議で、具体的報告の深化と問題点の掘りさげを行った。ことに「グループをかき回してしまうようなまとまらない話をするメンバーをどう扱うか」というテーマをめぐる、臨床家の抱くそのメンバーについての印象というものが必ずしも他のメンバーにとっても同様のものだとは限らず、むしろグループとしてはその人を受け入れ、役立つ面を育むことさえある、という論議が興味深かった。

グループ療法の基本と応用 外来発達障害のグループ

医療法人社団翠会八幡厚生病院

二之宮 正人、山本 宙、小野塚 美和
仲田 ひろみ

【はじめに】発達障害ではないか、診断がつくのではないか、つけてほしいとそういう受診者が増えている。周囲が困って来院するケースなど、以前はわからないけど困っているから受診して発達障害がわかったというケースが多かった。しかし、最近は本人や家族が、発達障害があるのではないかとインターネットで検索して連絡してくるというケースが増えてきた。

ここ数年発達障害の診断のつく方や、受診者が急増している。このような事情を踏まえてグループを開始する経緯となった。そして1年が経過した。

【外来について】

- ・外来受診者数：1日平均98.7人（平成24年度）
- ・初診患者数：月平均54.9人（平成24年度）
- ・発達障害の診断：36人（平成24年度）
- ・発達障害で外来通院中の方：70人（平成24年3月31日）

【診療の経過の一例】家族・職場の勧め、本人からの問い合わせにより受診予約（役所・保健所、産業医の紹介、本人や家族からの受診予約はインターネットの検索が多い） 初回受診 必要時家族から成育歴問診 心理検査（2回程度来院、複数の検査）

外来再診（および継続通院） 心理面接（短期・長期） 外来リハビリテーション。

【外来リハビリテーションについて】平成20年1月週1回から開始、デイケア中断者や、既存の社会資源につながっていない訪問看護利用者のために集団の場として開設。

【発達障害のグループ】発達障害の通院が増えたこと、担当医もグループに意欲的、病院近辺に発達障害を対象としたミーティング形式のグループが存在していないこと、平成24年3月外来リハビリテーションの1枠に開設。

【グループの枠組み】

- ・月曜午後14時から1時間外来のミーティングルーム（15人程度の会議が可能な規模の部屋）
- ・スタッフは、医師、臨床心理士、作業療法士、保育士の4名
- ・毎回の参加人数（メンバー）は7名程度、条件は発

達障害であると告知され、グループの担当医から案内された対象者。参加が多く、グループ担当医の受け持ちの対象者にとどまっている

【まとめ】

- ・発達障害を抱える人が、特徴を知る場になっている。
- ・いままで知らなかったとか、ふつうというのがわからない。
- ・だんだん外を意識するようになっている。
- ・仕事などの動きが出てきた。生活や精神面が安定している人が多くなった。激しい希死念慮や行動化はなくなった。
- ・反面、グループに継続しているのはだいたい高機能の方である。緊張の強すぎる人や、ちょっとしたことに反応し気にしてしまう人は拒否的になり、参加しなくなった。遠ざかった人には別の曜日の別のグループに慎重にアプローチして別な方法を探っている。

児童精神科臨床のABC 子どもの心の発達

奈良県立医科大学医学部看護学科

飯田 順三

精神科臨床において子どもを診察する際には子どもの心の発達について理解しておく必要がある。例えば、生後2ヵ月で視線が合い、3ヵ月で定顎し、7ヵ月で人見知りが始まり、9ヵ月で共同注意がみられるようになり、1歳で始語、指さし、親の後追いがあり、1歳3ヵ月で始歩がみられ、2歳で2語文が始まり、3歳で大小の区別ができるようになるという発達のマイルストーン（里程標）は押さえておく必要がある。その上で母子関係の発達やアタッチメントの発達の理解は必要である。

母子関係からみた心の発達はマラーの発達理論がよく用いられる¹⁾。生後1ヵ月までは自閉期といって自己と外界現実を区別できないが、生後1~6ヵ月では共生期といって、自己と母親の境界の芽生えが現れる。そして分離個体化期（6~36ヵ月）の中の分化期（6~10ヵ月）では自己の身体像を母親の身体像から分化し、母親に強い関心をもち、他人と母親を区別できるようになることで人見知りが始まる。そして母親のみ微笑む選択的微笑がみられるようになる。次いで練習期（10~16ヵ月）では、よちよち歩きが可能になり探索行動に出かけるようになり、疲れると母親のもとに戻りエネルギーを補給してまた探索行動に出かけることを繰り返す。母親は安全な基地の役割を担っている。しかしある日、子どもがエネルギーを補給しようとして母親のもとに戻るとそこに母親がいない。そして自分の願望と母親の願望が必ずしも一致しないことに気づき、分離に対する不安が強化される。この時期を再接近期（16~25ヵ月）という。探索行動には出かけたがいし、母親のそばにもいたいという相反する気持ちが起こる。これを両価性（アンビバレンス）という。この時期をうまく乗り越えられれば思春期にやってくる自立と依存の葛藤をスムーズに乗り越えられると考えられている。そしてこの時期は母親は良い母親と悪い母親に分裂したイメージを持っている。これが対象恒常性の時期（25~36ヵ月）になると同じ母親で良い部分と悪い部分があるようにイメージが統合されて、心の内に自分を支えてくれる母親像を内在化でき、そのことで安定した母親離れができるようになる。そして両価性をうまく乗り越えられずに、母親

像を統合できないとその後境界性パーソナリティ障害になる可能性が考えられる。

アタッチメントは子どもが本能的に母親を求め、それに母親が応じるという母子のシステムであるが、この母と子の関係が子どもが生涯にわたってみられる他者との関係のありようの原型となる。アタッチメント行動は子どもが自身の安全を守るために親に近づいて親の保護を受ける行動であり、このために外界からのストレスを直接受けずに母親を緩衝帯としてストレスを軽減できるようになっている。しかしアタッチメントが十分でないとアタッチメント障害が起こる。母親にさえ助けを求められなかったのであるから誰にも助けてもらえないと思っている。自分のことは自分で守るしかないために些細なことでびくっとし、過度に警戒し、多動で落ち着きなく、攻撃的となる。

アタッチメント障害では上記の症状がみられ、発達障害の症状と類似している。一見発達障害のようにみえてもアタッチメント障害である可能性があり注意を要する。両者の鑑別で重要な点はアタッチメント障害では対人関係においてあまのじゃくであることが多く、支配するか支配されるかの関係でしか他人をみないということがある。しかしさらに事態を複雑にしているのは発達障害児においてアタッチメントが十分でないことが多いという点である。臨床医はこのことを十分に認識した上で診療する必要がある。

1) 飯田順三, 母子関係からみた心の発達, 子どもの発達と行動(脳とこころのプライマリケア4, 飯田順三編). シナジー, 東京, p. 15-23, 2010

家族支援・学校との連携

奈良県立医科大学精神医学講座

太田 豊作

ここでは、入院を契機に「母親の干渉が強く、父親がかまってくれないのがつらい。学校では友人ができないので居場所がなかった」と訴えた14歳の統合失調症の症例と、過去に保育士から「もう少ししつけはできないですか」と言われ、必死に子育てをしてきた母親との二人暮らしである6歳のアスペルガー症候群の症例を提示しながら家族支援や学校との連携のあり方を学ぶ。

心身ともに成長の途上にあり、社会経済的に自立していない児童思春期の患者の治療において親の協力は不可欠である。また、親の不安は子どもの不安を増幅し、そのことでさらに親の不安が増幅するという悪循環が形成される。そのために子どもの治療には親を中心とする家族を支えることが重要なこととなる²⁾。発達障害の臨床において、家族支援の1つとしてペアレント・トレーニング³⁾がよく知られる。ペアレント・トレーニングの目的は、子どもたちの行動をよく観察し、理解し、行動療法に基づく効果的な対応方法を学び、話し合い、練習して、より良い親子関係づくりと子どもの対人関係技能、主に友人との関係の向上であるが、この中で行動を3つに分けることがポイントとなる。子どもの行動を好ましい行動、好ましくない行動、破壊的で他人を傷つける可能性のある行動の3つに分け、好ましい行動には良い注目を与え、ほめる。好ましくない行動に対しては、無視して、余計な注目をせずにいることで子どもに今の自分の行動が良くないことを気づかせ、正しい行動に変われば直ちにほめるようにするというところが重要な点である。無視するというのは放っておくことではなく、好ましくない行動に対して過剰に反応せず見守るようにすることであるという点に注意すべきである。子どもの人格ではなく、行動をほめ、無視し、ときにタイムアウトを与えるという対応を一貫して行うことが重要である。これらの一貫した対応は子どもに自分の行動が良くないことを気づかせ、正しい行動が何かを身につけさせることとなる。

日常臨床においても、ペアレント・トレーニングの重要なポイントである「子どもの良いところを探し、良い注目をし、ほめる」ということを念頭におくことは有用である。治療者のもとを訪れて間もな

いとき、家族は混乱状態であり、子どもの良いところを探すことがうまくできない。また、気になること、心配になることが先行して、良いところは見過ごされていたり、日常に埋もれていたりする。“今できていること”に注目することで、子どもをほめることが増えることを診察で家族に伝える。加えて、治療者には、焦らず、家族を労い、共感し、家族が今できていることを認め、励ますということを繰り返して、寄り添っていく姿勢が必要である³⁾。

学校からの情報提供は、評価や診断の段階においては家族のみでは得られない学校生活の様子がわかるという意味で重要な連携の一部である。治療の段階においては、疾患や障害に関する基本的な知識や、診断までに知り得たその子どもの特性などについて学校に対して情報提供を行う。そして、学校と連携しながら学校においてどのように対応すべきかを教師とともに考え、時には家族と学校との橋渡し役になることが必要である。

学校との連携を行う上で重要なことは、医療、教育といった異なる立場で、異なる側面から子どもを見(診)ており、子ども自身を中心におき、様々な関係機関で、お互いの得意とする側面から子どもを支えあっていることを理解した上で、お互いを尊重することである。また、学校との連携に際して、子どもの個人情報保護することも留意すべきである。学校との連携はできるだけ積極的に行うが、保護者と学校との関係がうまくいっておらず、保護者が学校との連携に消極的(拒絶的)な場合にはひとまず連携は見送り、事態の改善や保護者の意識の変化を促してから連携していく。学校からの連携(面談)の求めに対しては、保護者の同席のもと行うことを伝える。保護者から教師との面談の求めがあった場合にも同様に伝える。

以上をふまえて家族支援・学校との連携が行われ、少しでも多くの子どもの心身の回復につながることを願う。

1) 岩坂英巳：ならAD/HD家族教室の実際・AD/HDのペアレント・トレーニングガイドブック(岩坂英巳、中田洋二郎ほか編)。じほう、東京、p. 17-65, 2004

- 2) 村瀬嘉代子：家族という営みを考える パラドックスを生きるために．家族の変容とこころ（村瀬嘉代子監修，伊藤直文編）．新曜社，東京，p. 3-6，2006
- 3) 太田豊作，飯田順三：私の発達障害臨床における家族面接．精神科，21；331-334，2012

児童精神科臨床のABC 薬物療法

名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科

岡田 俊

【はじめに】児童・青年期精神科臨床において、薬物療法が重要な治療選択肢の1つであることに違いはない。しかし、児童・青年期精神科臨床に特有の留意点がある。ここでは、その留意点について 児童・青年に対する説明と同意、親への説明と同意、児童・青年における薬物療法の手順について述べる。

【児童・青年期治療における説明と同意とは何か】児童・青年に対して、本人の理解を無視して、医師の言葉で診断と治療目的を告げ、治療薬の内容と服用方法を説明して同意したとしても、真の同意とはいえない。逆に、本人の理解力が不十分だから、「子どもだまし」の説明であってもいけない。子どもときちんと向き合い、子どもの主訴から出発して、子どものみかた（視点）にたち、子どもと一緒に考えて、子どものわかる言葉で、いまの状態の理解を共有しその解決法を探るなかで薬物療法が役立つことをストレート（誠実）に提案することが求められる。

薬物療法の実施は、医師の選択ではなく、児童・青年においても本人の決断が尊重されなければならない。医師は子どもとともに取り組まねばならない。そのためには必要な内容を子どもにわかるように説明する。そこで必要なことは、薬剤名ではなく、いつ、どのような味・形・大きさの錠剤を飲むのか、副作用名ではなく、どのような体の感じが起きるか、効果があれば、どのように感じられるかを伝えなければならない。実物大の写真などをつかって具体的に相談することが大切であるし、そのなかでは剤型の選択なども話し合う必要がある。

薬物療法において、医師は薬理作用、そしてそれに伴う有効性と副作用に目を向ける。しかし、服薬という行為は、本人の生活の一連の活動の一部であり、その効果や副作用も、身体の感覚や日常生活の変化として感じられる。本人の選択や感覚に立脚した「説明と同意」が求められる。

【児童・青年期治療における親への説明と同意】児童・青年との治療同盟がどれほど強固であっても、親の理解や納得なくして治療は継続できない。だからといって、親の望む治療を行ったとしても、

子どもは受け容れないばかりか、親も不安になるものである。また、親は診断されることを想定して来院していても、投薬を受けることは想定しておらず、常に戸惑いがある。そのような中、子どもが行った決断を尊重することの大切さをともに受け止め、服薬の援助などをお願いする必要がある。

調子が悪いときに増量とか、頓用薬の使用を勧めることもあるが、これはしばしば親を不安にさせたり、不安定になっている子どもに情緒面の安定を無視して、とにかく服用させることに専念することになりがちである。服薬量の調整は基本的に医師が負うべきである。また、頓用薬の使用についても、そもそも不安を自覚、言語化することも難しいこと、学校での対応にもなじまないことに留意すべきである。そもそも精神科治療は、一貫した診立てのもとに行われるものであって、対症療法の濫用は避けるべきものであろう。

【児童・青年における薬物療法の手順】薬物療法の実施にあたっては、治療そのものの枠組みが安定していることが不可欠である。受診に至るまでの経過、親と子の思いを十分に確認し、受け止める。「困ったこと」として語られる部分だけでなく、日々の生活の全貌を描き出す。いまなぜ受診したのかを明確にすることが大切である。

そのうえで、なぜいま医師は薬物療法を提案しようとしているのか、治療のターゲットは何なのかを明確にする。例えば、症状の軽減であるのか、他の治療効果を促進しようとしているのかということであり、少なくとも「問題行動の改善」などの不明確なターゲットは設定しない。また、治療を取り巻く状況はどうか、例えば、服薬管理が可能か、通院/治療へどのような思いを抱いているのか、家族はどのような情報に触れ、不安を抱えているのかを知る。そして、治療のアウトカムを何で評価するのか、症状評価なのか、適応状況なのか、家族の衝突や生活の質なのかを意識する。そして、その改善が、その他の取り組みや、この子の育ちにとって好影響をもたらすことが、当事者と医師が共通認識が持てる状況でなければならない。

薬が効くことは、ときに戸惑いをもたらすことも

ある。子どもは「僕は、病気だったんだ」「僕は変わった」と感じるかもしれないし、「薬が効いているときはやれる」という感覚をもたらすかもしれない。また、親も「この子らしくない」と感じることもある。症状が良くなったから良いと考えるだけでなく、効果のある薬剤ほど、丁寧な心理社会的な支えが必要になることを意識しなければならない。

【おわりに】薬物療法は、こと児童・青年期精神科治療では、本質的でない姑息的な治療と偏見をもたれることもあった。薬物療法への過度な不安も過度な期待も排し、医師はエビデンスを種々のバイアスの可能性も含めて批判的に吟味しつつ、子どもや親の視点に立ち、薬物療法を選択し、服薬し、その効果や副作用を感じる、そのことがもたらす心理的意味までも考慮できなければならない。薬物療法を行いつつ子どもの育ちを支えられるところに、子どもの心の診療医の専門性が存在する。

コンサルテーション・リエゾンの理論と実践

三井記念病院精神科

中嶋 義文

コンサルテーションとは、依頼（リファー）により専門知識を用いて相談に応じることであり、リエゾン = liaison（仏：関係、連携）とは多職種連携によってケアを実行することを意味するが、区別せずコンサルテーション・リエゾンと呼ばれる。コンサルテーション・リエゾンとは、総合病院において、身体科に入院している患者のメンタルケアを行うことが狭義の定義になる。対象となる病態は 身体疾患にともなう精神症状（薬剤性・器質性精神障害＝二次性精神障害を含む）、 疾病をもつこと、入院生活そのものに伴う心理的問題（適応障害）、 精神状態による身体治療の修飾の3種がある。患者のみならず、患者をとりまく治療環境（医師・看護師など医療スタッフ、患者家族）を対象とし、多職種によるチームアプローチ（multidisciplinary approach）を基本とする。リエゾンとは組織のために働くことといえる。不安・うつ・せん妄・認知障害などメンタルヘルスのリスクはゼロにはできないため、総合病院においては必ず必要である。

リエゾン・サービス活動（CLS）をClinical Indicator（CI）として病院内・病院間で評価する際には、年度別示標として リエゾンサービス提供率〔ケース数/入院数（%）〕、 リエゾン件数〔ピジット数(対病床数比)〕、 ケースあたり平均ピジット回数、週別示標として 病床数あたりケース数（%）〔新規+再診（フォロー）合計〕を用いることができる。われわれは CLSをCIとして半期毎に確認している。たとえば CLSについては対病床数比1未満は平均以下、1～2は平均的、2～3は優秀、3以上は非常に優秀と判断される。われわれはCLSの4象限モデルを提示し、ケースの医学的複雑さと心理・社会的複雑さによって4象限に分けると、CLSの展開は、第二象限（医学的には複雑ではないが、心理・社会的複雑さがあり病棟マネジメントでの実際的问题がある）へのニーズが強まること、第三象限（共に複雑でない領域）や、第四象限（医学的には複雑であるが、心理・社会的には複雑でない）への展開（ソフト・リエゾン）は、第一象限から第二象限へのCLSの展開の後に来ること、CLSの量の増加を生み出すこの過程は、心理・看護の協働による多職種リエゾンチームなしでは達成できないだろうことを強調した。

平成24年保険診療改訂によってリエゾンチーム加算が導入されたが、看護師資格要件の厳しさ、医師・看護師以外の専従者を必要とすること、必要書類の煩雑さなどからチームの登録は全国で50程度と拡がっていない。

チームワークはリエゾンの要諦である。機能的なチームには課題に即した目的、メンバーの健康、チームの活性、改革、チーム間協働が必要である。定期的にチームの方向性と進捗を見直し、メンバーが外的変化に敏感であり、討議を重ねて改善し、不確実でも機能でき、お互いの多様性を尊重できるチームの志向性が必要である。チームの質を落とす要因としては、集団思考、安楽を求める傾向、権威への盲従、日常的防衛などが挙げられる。日常的防衛への対策としては、よく討議すること、安請け合いしないこと、責めることなくミスについて話し合うこと、表面に現れていないことに目を向けること、対立を引き起こす可能性があっても隠されていることについて明らかにすること、日常的防衛を自覚することなどが挙げられている。Westによれば、チームワークには3つの基礎が必要である¹⁾。1つは共有メンタルモデルであり、メンバーにリエゾンのイメージが共有され浸透していなければならない。2つ目はclosed-loop communicationであり、これは言い放し、一方向的なopen-loop communicationと異なり反応を確認し確実に伝達されていることを保証する双方向的なコミュニケーションを意味する。3つ目は相互信頼である。チームワークを強化するためには、チームの課題が面白くなければならず、メンバーはチームの運命に重要な役割を果たしていると感じ、課題を楽しみ、貢献はかけがえのないものと評価されなければならない。

チームリーダーはチーム活動といいつつメンバーを個々に取り扱ったり、制御しなかったり、グループサイズだけを大きくしてしまい十分な支援を与えなかったり、メンバーの能力を過大評価しないように注意せねばならない。問題解決にあたってはメンバーのモチベーションや能力を評価するより先に行動上の問題の情報を集め、状況より人に原因を帰さないようにしつつ行動上の問題に対しフィードバックしながら矯正する。その際には端的に指摘し、結

果を説明し、感情的にならず冷静な態度を保つ必要がある。チームは改革を継続しながら成長できる。その際に、ビジョンが明確であり共有されていること、メンバーが積極的に参加し安心感をもっていること、課題志向で常にさらなる改善や挑戦を行う準備があること、改革への支援が提供されていることが必要である。

1) West, M.: Effective Teamwork: Practical Lessons from Organizational Research (3rd ed.). Wiley-Blackwell, 2012

コンサルテーション・リエゾン精神医学とその治療学

国立がん研究センター¹⁾
県立広島病院精神神経科²⁾
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³⁾
日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科⁴⁾
九州大学大学院医学研究院精神病態学⁵⁾

清水 研¹⁾、和田 健²⁾

本ワークショップはフロア参加型のケースディスカッションを2題行った。中嶋義文先生によるリエゾンワークの理論と実践に関する講義に引き続き、1題は清水 研先生よりせん妄の事例を提示していただき、その臨床診断ならびに治療選択に関する設問をフロアの小组グループで検討し、それぞれの回答につきパネリストからコメントを行った。2題目は和田 健先生より身体合併症を有する統合失調症の事例を提示していただき、1題目と同様に設問に関するコメントを行った。フロアからも活発な意見と現場での活動報告があり、事例それぞれを多面的に検討して臨床実践の方法を考える上で有意義な内容となった。

社会文化的視点からみた「新型うつ病」

名古屋掖済会病院精神科

市田 勝

いわゆる「新型うつ病」は、従来の「過労によるうつ病」とは異なった「職場不適應によるうつ病」の呼称として、おもにジャーナリズムで用いられるようになった。すでに精神医学においては、非定型うつ病、退却神経症³⁾、逃避型抑うつ²⁾、未熟型うつ病¹⁾、ディスチミア親和型うつ病³⁾、現代型うつ病⁴⁾などが提唱されてきており、これらと重なる総称的なものといえる。そこには、内因性うつ病であるかどうか、双極型との関係、適應障害やパーソナリティ障害との関係、などの問題が横たわっている。そうした問題があるにせよ、こうした「新型うつ病」が職場でも臨床の場でも増えてきていて、対応が求められているのはたしかである。そこに社会文化的な影響があるのも、たしかなことといえる。

「新型うつ病」の特徴を、「従来型うつ病」（メラニコリー親和型のうつ病）と比べて、列挙してみると以下のごとくである。職場（あるいは学校、家庭）不適應。発症が若年（20代、30代に多い）。軽度（抑うつ状態は軽めにとどまることが多い）。逃避傾向。他責傾向。ときに衝動的行動。公的生活（仕事、集団、役割、規範など）の軽視。私的生活（家族、友人・異性関係、趣味、遊びなど）の重視。自己愛的傾向、自己愛的脆弱性（自己愛が傷つきやすい）。対人過敏性（批判や非難に弱い）。病人役への同一化、病者としての権利主張。社会復帰が困難。

「新型うつ病」の社会文化的背景は、いくつかの領域に分けて考えるとわかりやすい。すなわち、成育歴、職場状況、価値観、うつ病の社会認知、の4つである。

成育歴：家庭での父親、学校での教師の権威が失われ、母親との関係が密着して強くなった。こうして、規範を厳しくしつけられることが減り、過保護にされることが多くなった。少子化により、同胞間での喧嘩が減った。塾や習いごとに通い、室内でゲームをすることが増え、友達と外で遊ぶことが少なくなった。ギャング的な小集団で遊ぶことが減り、子どもどうしでの喧嘩も減った。こうしたことから、対人関係で対立や葛藤を経験することが減り、挫折体験も少なくなった。パソコン、インターネットや携帯電話、メールが普及し、これらを用い

た間接的コミュニケーションが増え、対面での直接的コミュニケーションの機会が減った。こうして、コミュニケーション能力が低下し、ストレス対処能力が低下した。叱責や非難に弱く（打たれ弱く）なり、とくに自己愛的傷つきに脆弱となった。青年期モトリアムが延長し、「大人になる」ことが社会全体として遅くなり、性格的に未熟な傾向が残るようになった。

職場状況：世界的な経済の低迷、グローバル化から、終身雇用制が崩壊してきた。成果を重視するようになり、職場はより個人主義・能力主義的で競争的な雰囲気となった。こうした職場状況に適應していくために、集団への同一化は少なくなり、個人主義的で自己主張をするようになり、他責的な傾向が強まった。

価値観：規範を重んじて、仕事を重視するあり方が時代遅れとなって、多様な価値観が認められるようになり、家庭や異性関係や趣味や遊びなどプライベートを重視する風潮が強まった。

うつ病の社会的認知：うつ病が社会的に認知されるようになり、その療養において、休養や支持的対応がなされるべきだ、ということが社会通念として認められるようになった。こうして、自分うつ病だと主張し（「自称うつ病」）、患者の当然の権利として、休養や支持的対応を要求するようになった。

こうした新型うつ病であるが、適應論的視点から眺めると、プラスとマイナスの両面がみられる。

プラス面：新型うつ病は従来型うつ病より軽症のことが多い。これは、早めに仕事を休んだり、医療にかかったりすることで、ひどい抑うつ状態に陥るのを防いでいる、ともみさせる。「悪化予防」という面があるといえる。

マイナス面：挫折、とくに自己愛的傷つきに弱いことで、逃避傾向が強くなり、職場復帰がうまくいかず、長引くことが多い。他責的傾向や自己愛的傾向、病者としての権利の主張は、周囲の人々から反感を買いやすく、職場復帰にマイナスとなる。

社会文化的視点から治療への示唆としては、次のようなことがいえる。職場復帰のためには、挫折などの彼らの自己愛的傷つきをまずは癒し、その上

で、挫折などのストレスへの対処能力を伸ばし、脆弱な彼らをうまく支える職場環境を提供することが必要となる。自己愛的脆弱性は、社会文化的な変化に影響された彼らの成育歴を通して生じてきたものなので、非難や批判、叱責をするのではなく、ストレス対処能力を育てる、というかかわりが大事となるだろう。良い意味での兄・先輩的な「メンター」が職場や学校にいるとよい。彼らも自らの自己愛的脆弱性や他責的傾向を自覚し、それを乗り越えていくように「リハビリ」をする、という考えをもてるとよい。「集団・仕事重視文化」と「個人・プライベート重視文化」とでもいうべき異なる文化（価値観）の間における異文化交流という視点も有用である。まずは相手の社会文化的背景を知り、互いに違いを認め合ったうえで、折り合いをつけていけるとよい。精神分析的な精神療法は、彼らと治療者の間に生じる情緒的体験を話し考えていくもので、彼らの自己愛や対人関係を考えていくことを可能とする。

- 1) 安部隆明, 大塚公一郎, 永野 満ほか: 「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討 構造力動論 (W.Janzarik) からみたうつ病の病前性格と臨床像. 臨床精神病理, 16;239-248,1995
- 2) 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.61-86,1977
- 3) 笠原 嘉: 退却神経症という新しいカテゴリーの提唱. 思春期の精神病理と治療 (中井久雄ほか編). 岩崎学術出版社, 東京, p.287-319,1978
- 4) 松浪克文, 山下喜弘: 社会変動とうつ病. 精神医学, 14;193-200,1991
- 5) 樽味 伸: 現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学, 34;687-694,2005

精神科一般外来での精神療法的アプローチ

医療法人社団翠会成増厚生病院精神科¹⁾
福岡大学医学部精神医学教室²⁾

藤内 栄太^{1,2)}

【はじめに】うつ病の多くの症状が抗うつ薬によって改善されることは、一般社会でも広く認知されている。その一方で、患者の抑うつに関連した臨床症状が改善しても、患者の社会復帰や社会適応を支援することの難しさが精神科臨床に携わる臨床家によって指摘されている。そのような背景で、近年「新型うつ病」「現代型うつ病」という概念が提示されたと思われる。これらのうつ病は、従来のメランコリー親和型うつ病に比較して治療が一筋縄で行かず、治療者が難渋することも多いといわれている。この事実は、うつ病の一般的な精神療法の再考を促すものであろう。そこで今回、うつ病と診断され精神療法的介入が必要であった3つの症例を提示し、行った精神療法的介入について考察した。

【精神分析的観点からの治療方針】私見ではあるが、うつ病患者全般における精神分析的観点からの治療について述べる。1917年にS.フロイトは「悲哀とメランコリー」の中で正常の悲哀と病的抑うつを比較し、うつ病患者では喪失したということを考えることができないことを示した。これは今日でも最も重要な視点の1つだと思われるが、そこには患者が考えることができない喪失を治療者がまず考えて、その喪失を患者も考えることができるようにすることがうつ病の治療であるという示唆が含まれていると思われる。

うつ病患者は苦痛な感覚で苦しみ、思考制止といった症状もあるため適切に思考することができず、病的な考えを思考しやすい状態にある。そこで抗うつ薬を中心とした薬物療法によって適切に考えるための心の余裕を作ることが必要になる。多くの場合、双極性障害では抗うつ薬によって考える心の余裕がなくなり、行動量の増加に至るため双極性障害との鑑別が重要である。特に抑うつに関連した症状がそろっているかどうかということを慎重にアセスメントすることによって双極性障害の可能性を検討する。そして、表出される怒りが強ければ、抗うつ薬は慎重に使う。安易な抗うつ薬の使用によって、怒りや衝動性が高まることは、患者の考える能力や心の余裕を失わせる結果となる。適切な薬物療法と同時に、悲哀の過程を促進させる必要がある。それは患者が捕われている関係から抜け出ることを援助

することと重なる。例えば、仕事に支障をきたす病気になるれば会社を休むのは当たり前であるが、上司や会社との関係を考えると休めないという患者を主治医の介入によって適切に会社を休ませるとすることもこれにあてはまる。その後、適切な薬物療法と精神療法的介入が行われることで、患者がとらわれていた関係を俯瞰で見ることができるよう援助していくことになる。

【症例】1例目は、一見メランコリー親和型の患者のようで会社での出世も早く、通院態度も真面目だった。しかし、希死念慮が高まって入院したところ、環境の変化ですぐに症状が改善した。状況への高い反応性が認められ、メランコリー親和型というよりも職場結合型うつ病と思われた。本症例は、直接の上司と離れたい関係になっており、その関係を広げることによって患者の症状は安定し、患者の心の余裕も生まれた。私は、患者の前で受容的、共感的というよりも指示的で、示唆をするように機能した。分析的には、患者を厳格すぎる父親から引き離し、より適切な母親や父親の元に戻すという作業を行ったように思われた。

2例目は、ナルシスティックで回避的特徴がある青年期患者であった。患者の対人関係は、生活のほとんどで浅く安心できるものではなさそうであった。患者は自己を主張すると、相手からの報復が怖くなるということであった。また、患者は自分が偏った人間であると認めたくないため、さらに偏った主張をしなければならなかったということであった。

3例目は、結婚し葛藤があらわになった症例で、初診時は、神経症圏と診断していたが、経過の中で実はそこにうつ病もあったことが明らかになった症例である。患者は夫に、ある男性から性的嫌がらせがあったことを報告できず、夫に対する不信感があった。患者は夫との関係で依存関係と、性的関係を同時に持つことが困難であるため、患者の抑うつ症状は悪化したと思われた。抗うつ薬を十分量投与すると、患者のうつ症状はおおむね改善した。そこで患者は、幼い頃、両親の夫婦間以外の性的関係に曝されたという記憶があり、性的関係について嫌悪感をもち、苦しんでいる自分について表現することができなかったということを語るようになった。

【考察】すべての症例で抑うつの中にどこか被害感や不信感のようなものがあった。症例1の会社員は、病気でも会社を休めず、会社と直接の上司に被害感があった。症例2の青年は、対人関係の深いところで全般的に不信感があり、カウンセラーも信頼できないということだった。症例3は、夫との関係に不信感があった。薬物療法を行いながら、その被害感や不信感を明らかにして、そこを患者と考えることになったが、それらは考えるに値することだったと思われる。つまり、患者が示す、被害感や不信感にこそ、精神療法的介入の可能性があると思われた。

「新型うつ病」「現代型うつ病」の患者において、治療困難であるほど、治療者側の陰性感情が生じやすい。すべての生き生きとした感情がなくなって快楽を全く感じるできないメランコリー親和型うつ病の患者に比較して、「新型うつ病」では遊びには行けるのだが、仕事には行けないという中途半端な状態であり、それは治療者を含め周囲の人に嫌悪感を抱かせるかもしれないと考えられた。しかし、そのような中途半端な状態にある「新型うつ病」患者は、遊びには行けるが仕事には行けない「治りかけ」のうつ病患者として考えられ、その後の治療では遊びから一般社会への「社会化（socialization）」の課題が出現してくることが予想される。おそらくそこでは、社会を代表する治療者の自己愛と、患者の自己愛の衝突が起こりやすいことが考えられる。今後は、治療者に生じる陰性感情を治療者自身がどのように乗り越えられるのかという議論を深める必要があると思われた。

統合失調症ガイドラインから我々が学べること、学べないこと

杏林大学医学部精神神経科学教室

渡邊 衡一郎

【はじめに】統合失調症の治療ガイドラインは本邦ではないため、本稿では米国のPORTガイドライン¹⁾、そして英国のモーズレイ処方ガイドライン²⁾およびNICEガイドライン³⁾における推奨内容を紹介し、実臨床にどこまで応用可能かについて検討する。

【急性期治療】NICEでは、急性期（初発・増悪例）の治療選択に際して、抗精神病薬の経口投与が推奨されている。治療者は各薬剤情報を提供し、効果と副作用につき患者と話し合うことが求められ、注意が必要な副作用は錐体外路症状（EPS）、代謝系副作用、不快な主観的副作用とした。

一方興奮例の場合、PORTでは抗精神病薬の経口や筋肉内投与が推奨されるが、可能ならば投与経路は患者の嗜好を聞き入れるべきとした。興奮例における治療選択肢がわが国でも増えているが、各利点と欠点は以下のように考えられる。

まず従来のベンゾジアゼピン（BZD）系薬を静注し寝かせてからハロペリドール（HPL）の筋注か点滴静注を行う方法、あるいは寝かせないでHPLの筋注を行う方法の欠点はQT延長、そして何よりも患者に悪いイメージを与えるということであった。続いて液剤、口腔内崩壊錠が紹介されたが、利点としては注射離れをもたらし、効果発現が比較的速いことが挙げられるが、他方服用の意思が必要となる。2012年上市されたオランザピン（OLZ）筋注は、1～3回の筋注でそれなりの効果と鎮静が期待できるが、BZD系薬の非経口投与との併用が禁忌という欠点もあり、このようにゴールドン・スタンダードとなる急性期の選択肢はない。改めて個々の患者の状態や嗜好を考慮して選択すべきであることがわかる。

【維持期治療】

忍容性不良の場合：モーズレイでは、寛解せず忍容性不良の場合、体重増加や認知機能障害、EPSといった副作用はアドヒアランスに影響を与えるため、副作用に関する説明、そして出現した際には早期の適切な対応が必要とした。EPSに対しては、「抗精神病薬の減量、非定型抗精神病薬（非定型薬）への変更、抗コリン薬の使用といった対応が望ましい。ただし抗コリン薬は多くの症例では長期には必要とせず、少なくとも3ヵ月毎に使用の必要性を見直

すべきで、また就寝中には生じないため、夜には処方しない」とした。

なお不耐の際の変薬について急性EPSが生じた場合には、アリピプラゾール（ARP）、OLZ、クエチアピンへの変薬が、また遅発性ジスキネジアが出現した場合には、クロザピン（CLZ）への変薬が推奨される。体重増加、耐糖能障害が認められた場合にはARP、HPL、トリフルオペラジンへの変薬が、さらに過鎮静の場合もARP、そしてリスペリドン（RIS）、スルピリドへの変薬を推奨した。

アドヒアランス不良：寛解せずアドヒアランス不良の場合には、NICE、PORTの双方において持続性注射剤（LAI）の導入が有用とした。他にも、LAIは急性期後の治療として望ましい場合、経口薬よりも患者が希望する場合に有効であり、このことは非定型薬だけでなく定型薬のLAIに関しても同様に併記されている。

定型薬、非定型薬のRCTをまとめたメタ解析において、いずれのLAI、経口薬の両剤形間で再燃防止に関して差はないと報告されている一方、データベース研究における初回入院後のLAIと経口薬の比較では、定型薬、非定型薬のLAIは経口薬よりも中断と再入院を減じるとされた。これら2つの試験の結果から、RCTに参加可能な（病識があってさほど重度でなく拒絶性の少ない）患者には経口投与でも十分と考えられる。改めてガイドラインの記載に沿ってLAIが適応であるかをよく検討して使用すべきであろう。寛解に至らぬ場合：PORTでは「2種の抗精神病薬による十分な治療をもってしても、明らかな陽性症状がある場合には、CLZが提供されるべきである」とした。現在本邦でCLZを使用できる施設数は未だ少ないが、CLZを使用できない施設にいる場合にはどうすればよいだろうか。

Suzukiら³⁾は17名の2回の変薬無効例に対するRIS+OLZ併用の効果研究を行った結果、10週間後に30%改善した患者が41%であり、反応のなかった患者は35%であったとした。

またSuzukiら⁴⁾は、28名の治療抵抗例に高用量バルプロ酸（VPA）を付加（平均用量は1,907mg）した結果、部分反応以上が75%であったのに対し、悪化したのは7%のみであったと報告した。このように単剤

で2剤使用しても効果がない場合、2剤併用、高用量VPA付加など検討に値するかもしれない。

回復を目指して：NICEでは、「維持期に回復を目指すためには、認知行動療法や家族療法が重要であり、また就労支援も試されるべき」と記載されている。薬物療法に関する記載はない。

筆者らは、recoveryを可能とするのにふさわしい薬物としては、長期にわたって継続服用可能（良好なアドヒアランス）、つまり当事者自身が気に入るかどうか、そして飲み心地のよさが重要と考える。次に、社会復帰やその人らしい生活を送るに際して困る症状に十分な効果があり、あるいはそうした副作用が少ないということ、具体的には陰性症状や抑うつ症状に効果があり、不快な主観的副作用（過鎮静、ディスフォリアなど）が少ないことが求められる。そして心理社会的アプローチや就労支援の妨げになりにくいという特徴をもつものと考えている。

【おわりに】このように統合失調症のガイドラインにおける推奨記載は意外なまでに少なく、薬剤間の比較、具体的な推奨薬剤および投与経路に関する記載もほとんどない。推奨内容と実臨床との隙間を埋めるのは、各精神科医の臨床経験や患者の嗜好などとなる。我々はこうした要素を勘案し、正しく選択していくべきであろう。

1) Buchanan, R. W., Kreyenbuhl, J., Kelly, D. L., et al.: The 2009 schizophrenia PORT psychopharmacological treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull*, 36(1); 71-93, 2010

2) National institute for Health and Clinical Excellence: Schizophrenia Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care (<http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11786/43608/43608.pdf>)

3) Suzuki, T., Uchida, H., Watanabe, K., et al.: Effectiveness of antipsychotic polypharmacy for patients with treatment refractory schizophrenia: an open-label trial of olanzapine plus risperidone for those who failed to respond to a sequential treatment with olanzapine, quetiapine and risperidone. *Human Psychopharmacology*, 23 (6); 455-463, 2008

4) Suzuki, T., Uchida, H., Takeuchi, H., et al.: Augmentation of atypical antipsychotics with valproic acid. An open-label study for most difficult

patients with schizophrenia. *Human Psychopharmacology*, 24 (8); 628-638, 2009

5) Taylor, D., Paton, C., Kapur, S. (内田裕之, 鈴木健文, 渡邊衡一郎監訳): モーズレイ処方ガイドライン第10版. アルタ出版, 東京, 2011

大うつ病性障害

産業医科大学精神医学

吉村 玲児

【はじめに】うつ病は私たちの日常生活を障害する疾患の2番目に位置する病気であり（Lancet誌、2012）、うつ病による経済的損失も非常に大きい。うつ病の治療として、運動療法や認知行動療法の有効性に関するエビデンスも数多く報告されている。しかし、薬物療法はうつ病の治療の中心となる役割を担っている。今日、うつ病の概念が広がり、うつ病という病気の輪郭が曖昧になっている。うつ病という呼称も多用されているが、うつ病に感度・特異度の高い診断マーカーは発見されていない。本稿ではDSM-IV-TRの診断基準で大うつ病性障害（併存疾患なし）に該当する典型症例に対して、どのような薬物療法の戦略を立てるかを議論する。

【薬物療法以外の治療法】

運動療法：運動療法の大うつ病性障害に対する有効性に関するメタ解析論文がある³⁾。その対象者は軽症～中等症レベルのうつ病がほとんどである。また、推奨されている運動はwalkingやエアロビクスなどの有酸素運動である。

認知行動療法：中等度以上のうつ病や慢性うつ病に対しての有効性が証明されている。また、薬物療法と併用される場合も多い。精神運動制止や強い焦燥感を伴う場合には適応が難しい。

【薬物療法の投与量と期間】抗うつ薬投与は少量からの漸増が基本であり、漸増によりawakeningやjitterinessなどの有害事象を避けることができる。効果が不十分であり有害事象発現がない場合には最大投与量まで増量すべきである。最低4～8週間、場合によっては12週間後に効果が出現する。

【第一剤目の抗うつ薬に反応しない場合（switch or augmentation?）】例えば、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）に反応しない場合には同じカテゴリーの抗うつ薬の他剤に変更するのか？あるいは異なるカテゴリーの抗うつ薬、例えば、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）などに変更する方が有利なのであろうか？Papakostasら²⁾のメタ解析では、SNRIの方がSSRIよりもわずかではあるが反応率が高いという報告がある。しかし、同じSSRIといっても、構造式も薬理学的プロファイルも異なる。例えば、パロキセチンはノルアドレナリントランスポーターに対する作用を有している

（SnRI）。デュロキセチンはドパミントランスポーターに対する作用も有している（SdRI）。また、フルボキサミンは受容体のアゴニスト作用がある。したがって、SSRIから他のSSRIへの変更という選択も考慮に値する。抗うつ薬から他の抗うつ薬へ変更する場合には、効果発現までのタイムラグも問題になる。薬剤変更前にリチウムの追加投与という戦略があり、多くのエビデンスが蓄積されている。一般的に、リチウムの追加投与は単極性うつ病より双極性うつ病への有効性が高いといわれている。治療濃度と中毒濃度が近接しているため、治療的血中濃度測定を行う必要や非ステロイド系鎮痛薬との併用でリチウムの血中濃度が上昇する場合があるので注意する。リチウム追加投与以外には、甲状腺ホルモンの追加療法がある。三環系抗うつ薬への甲状腺ホルモン追加の有効性は確立されているが、SSRIやSNRIへの追加投与の報告は少ない。最近では非定型抗精神病薬の増強療法も試みられている。非定型抗精神病薬追加投与の有効性に関しては、RCTのみをメタ解析したNelsonとPapakostasの報告¹⁾がある。しかし、追加療法でうつ状態が寛解した場合に、リチウムや非定型抗精神病薬の併用をいつまで持続するべきかに関して明確な答えは出ていない。非定型抗精神病薬併用の場合にはメタボリック系副作用の問題がある。パルプロ酸やカルバマゼピンによる増強療法には強固なエビデンスはない。追加療法では、薬剤数増加・薬剤相互作用という短所がある。

1) Nelson, J.C., Papakostas, G.I. : Atypical antipsychotic augmentation in major depressive disorder: a meta-analysis of placebo-controlled randomized trials. *Am J Psychiatry*, 166 ; 980-991, 2009

2) Papakostas, G.I., Thase, M.E., Fava, M., et al. : Are antidepressant drugs that combine serotonergic and noradrenergic mechanisms of action more effective than the selective serotonin reuptake inhibitors in treating major depressive disorder ? A meta-analysis of studies of newer agents. *Biol Psychiatry*, 62 ; 1217-1227, 2007

3) Silveria, H., Moraes, H., Oliveira, N., et al. : Physical exercise and clinically depressed patients: a systematic review and meta-analysis. *Neuropsychobiology*, 67 ; 61-

不安障害

東京女子医科大学医学部精神医学教室

稲田 健

【ガイドラインの現状と臨床との乖離】不安障害についての治療ガイドラインは、各団体が不安障害のサブカテゴリーごとに発表している。その1つである米国精神医学会（APA）のパニック障害治療ガイドラインの薬物療法について抜粋すると以下のようになる。すなわち、SSRI、SNRI、三環系抗うつ薬（TCA）、ベンゾジアゼピン（BZ）の各薬剤がおおむね同等の効果である。個々の患者背景（副作用への忍容性、過去の治療歴、コスト、身体合併症、併存障害など）を考慮して選択する。安全性の面から、SSRI/SNRIが好まれる。TCAは、過量服薬時のリスクから適応は限られる。SSRI、SNRI、TCAは抑うつを併存している例や物質使用障害を併存する例に、BZ単剤よりも推奨される。BZの即効性に関しては、その後生じる副作用（鎮静など）と身体的依存による中止困難のリスク・ベネフィット評価を行うべきである。

このように、BZは第一選択とはなっていない。その根拠となる研究データを1つ紹介する。パニック障害治療において、Sertraline単剤療法とSertraline + clonazepamの併用療法を、比較した研究では、BZ併用群は治療開始期の反応は良好であるが、4週以降において差はなかった¹⁾。

これらを考慮すると、不安障害において、BZを積極的に使用すべきではないことは理解できるが、実臨床においては、BZは頻用されている。このガイドラインと実臨床とのギャップを埋めるべく、ワークショップではBZの問題点を確認し、対処法を検討した。

【ベンゾジアゼピンの問題点】 BZの問題点は、以下のような副作用に由来する。すなわち、もち越し効果、健忘、奇異反応、せん妄、脱抑制、ふらつき・転倒、依存性、などである。特に問題となるのは、依存性で、離脱症状による身体依存を中心とするが、離脱症状のために長期使用となり、長期間の使用中には、他の副作用を生じる機会も増加する。

事実として、日本は諸外国に比べて、BZ使用量が非常に高く、厚生省からは、すべての医療関係者に依存対策の協力を求める通達が出されている。

BZ依存の対策は困難であるが、短いレターを渡す

だけでもBZの長期使用は減ることがメタ解析により示されている²⁾。このメタ解析では、BZ減量を促すレターのカギとなる要素として、以下の項目を挙げている。BZ系薬剤（睡眠薬、薬の名称）の長期使用に関する懸念を説明する。長期使用において生じる可能性のある副作用を説明する。薬剤減量についての意向を尋ねる。うまく、ゆっくりと、安全に、減量・中止する方法を説明する。担当医と今後も話し合うことができることを説明する。

【BZ依存の危険因子と対策】

BZ依存の対策としては、すでに知られているBZ依存の危険因子を考慮し、回避することが望まれる²⁾。

依存形成の最大の要因は長期使用である。長期使用すると依存が形成され、依存が形成されると薬剤の減量・中止時に離脱症状を生じる。離脱症状のために中止が困難となり、さらに長期使用となる。

長期使用の要因としては、高用量使用、多剤併用がある。多剤併用は必然的に高用量になり、高用量からの中止は離脱症状を生じやすいことから、長期使用となりやすい。

ほかに、頓用使用は、医師は「どうしても必要な時に服用するもの」と考えているが、服用者は「いつでも好きな時に服用してよいもの」と考えがちであることに注意する。

薬剤の特性としては、短時間作用型のもの、最高血中濃度到達時間の短いもの、高力価のものなどが、依存形成リスクが高いことが知られている。

長時間作用型の薬剤では、服薬中止後の、薬物血中濃度の下降はゆっくりであるため、作用時間の短い薬剤よりも退薬症候を自覚しにくい。このため、超短時間作用型の睡眠薬で、退薬症候の自覚が強い場合には、等力価のより半減期の長い睡眠薬に置換してから漸減することが理論上適切である。

高力価ものや最高血中濃度到達時間の短いものは、不安に対して効果を自覚しやすいため、服用者は繰り返し内服することを望みややすく、高用量、長期間の内服となりがちである。

【まとめ】不安障害治療（薬物療法）のガイドラインでは、抗うつ薬が第一選択であり、BZの使用は限定的とされている。BZの問題点は、依存性を中心とした副作用であり、依存性については危険因子を

意識することが有用かもしれない。

1) Goddard, A.W., Brouette, T., Almai, A. et al.: Early coadministration of clonazepam with sertraline for panic disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 58 ; 681-686, 2001

2) 稲田 健: ベンゾジアゼピン常用量依存の治療 . *精神科治療学*第28巻増刊号 . 2013

3) Mugunthan, K., McGuire, T., Glasziou, P.: Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*, 61 ; e573-578, 2011

てんかんの治療

久留米大学医学部精神神経科¹⁾
医療法人信和会城ヶ崎病院²⁾

本岡 大道^{1,2)}

【てんかん診断が大事になる】“全身のけいれん”を主訴として患者が来院した場合、てんかん発作か否かという問題はクリアされたという前提の上で、特発性全般てんかんの全般発作か、症候性局在関連てんかんの二次性全般化によるものか、それぞれ第一選択薬が異なるため区別が必要になる。適切な治療のためには、適切な診断が重要である。

【治療のタイミング】1回だけの発作であれば、通常てんかんと診断できない。明らかでないてんかん発作が2回以上出現した時に治療開始を検討する。ただし、発作は1回のみでも条件次第(脳波上、てんかん性異常波がある、高齢発症、本人および家族の要望が強い)では、治療を開始することもある。なお、症候性局在関連てんかんでは、単純部分発作や複雑部分発作が先行して出現していることが多い。特に単純部分発作(発作性恐怖、胃部上行感、既視感など)は自覚症状のみであり、注意を要する。また、特発性全般てんかんの症例では、朝起床時のミオクロニー発作が先行して出現していることがある。

【治療薬の選択】症候性局在関連てんかんはカルバマゼピン(CBZ)、全般てんかんはバルプロ酸(VPA)が第一選択薬であることは今も昔も変わらない。兼本²⁾は症候性局在関連てんかんの場合、CBZ、レベチラセタム(LEV)、ラモトリギン(LTG)、トピラメート(TPM)を使用し、これら薬剤の効果が不十分な場合、ゾニサミド(ZNS)、クロバザム(CZP)、ガバペンチン(GBP)、VPAを追加することを推奨している。追加の際、任意2剤の組み合わせとなるが、のファーストラインの薬剤のうち、どれか1つを柱として選択することが望ましいとしている。特発性全般てんかんでは、VPA投与が基本であり、効果がなければ、大発作の場合、VPA + ZNS or LTG or TPM or LEV、欠神発作であれば、VPA + エトサクシミド(ESM) or LTG、ミオクロニー発作であれば、VPA + LEVとなる。

ガイドラインについては、日本てんかん学会¹⁾、日本神経学会⁴⁾、NICE³⁾(National Institute for Clinical Excellence)などがあり、参照されたい。

本邦では単剤使用未認可あるいは適応外使用となる。

【薬物療法の留意点】

相互作用の問題：抗てんかん薬(AED)同士あるいはAEDと他剤との相互作用を考える必要がある。例えば、VPAとPHTを併用した場合、遊離型PHTの血中濃度が上昇、クリアランスが亢進した結果、全PHT濃度(通常測定している値)が低下する。このような遊離型と全血中濃度の乖離は、測定した血中濃度(全血中濃度)は治療域にもかかわらず、ふらついて立ってられない...という奇異な現象を起こす。CBZ + マクロライド系抗生物質(CBZ濃度)、VPA + イミペネム系抗生物質(VPA濃度)、PHT + ミコナゾール(PHT濃度)の組み合わせも留意する。一般的に新規抗てんかん薬は従来薬と比較して、薬物相互作用が少ない。

特別な副作用(薬疹、精神症状)：新規抗てんかん薬の中で、LTGは薬疹の出現が高い。本邦調査では、6.2%、当科の調査では、125名中7名(5.6%)で薬疹が認められた。ただし、自傷行為や掻痒性湿疹の痕が薬疹様にみえることもある。必要以上に恐れて適切な薬物選択が阻害されるのは望ましくない。また、LEV、TPMは精神症状を惹起することがある。AED使用時の精神症状出現に関しては、発作減少によって出現した精神症状なのか(いわゆる交代性精神病)、薬剤そのものによる薬剤性精神病なのか、判別し難いことがある。いずれにせよ、対象薬物を中止せざるを得ないことが多い。

妊娠とてんかん治療：女性のとてんかん患者の場合、妊娠可能年齢(適齢期ではない)に達したら、神経管閉鎖障害の発症リスク低減のため、葉酸0.4mg/dayを追加する。妊娠時に最も重要なことは、多剤併用を避け、単剤化を図ることである。単剤化が困難であれば、1剤でも減らすよう努力する。AEDの中でもVPAは催奇形の高リスクが高いため、慎重に使用する。他剤への置換(LTG推奨)を図っていくが、使用せざるを得ない場合、併用を避け、やはり単剤化を図る。1日量1,000mg(可能なら600mg)、血中濃度は70 μg/mL以下を目標とし、急激な濃度上昇を回避するため、徐放剤を使用する。多剤併用の場合、VPA + CBZは絶対に避けなければならない。なお、PHT + 、PB + も留意する。CBZ + 、LTG + は比較的影響が少ない。

【治療終結(成人例)】成人てんかんの治療終結に対

して、明確な基準は定まっていないが、断薬可能である。ただし、終結が難しいケースもあるため、専門医へ相談した方が無難である。

【その他】

薬物療法以外の治療：内側側頭葉てんかん難治例では、外科手術可能な専門施設への紹介を検討する。迷走神経刺激療法は、薬剤抵抗性かつ手術適応のない難治性てんかんに対する治療方法であり、具体的には、左迷走神経を電氣的に刺激して発作頻度や強度を緩和する。

心理教育：2013年4月末から当科で開始している。てんかん患者に病気の情報を正しく伝え、正しく理解させることが目的である。その結果、服薬行動の改善や病気への認識だけではなく、抑うつ の改善、総合的なQOL向上も期待できると考えている。

1)藤原建樹：新規抗てんかん薬を用いたてんかんの薬物治療ガイドライン．てんかん研究，28；48-65，2010

2) 兼本浩祐：てんかん学ハンドブック．医学書院、東京、2012

3)National Institute for Health and Clinical Excellence: The epilepsies: the diagnosis and management of the epilepsies in adults and children in primary and secondary care. p. 1-115, 2012

4)「てんかん治療ガイドライン」作成委員会編：てんかん治療ガイドライン2010．医学書院，東京，2010

てんかんの診断

静岡てんかん・神経医療センター精神科

西田 拓司

てんかん診療で行う診断には、てんかんか否かの診断、てんかん発作型・てんかん症候群の診断、てんかんに伴う合併障害の診断がある。てんかんの診断には、てんかん発作およびてんかんの病因、病態生理、臨床症状の関係を熟知しておく必要がある。国際抗てんかん連盟および国際てんかん協会¹⁾によると、てんかん発作は「脳の過剰あるいは同期性の神経活動による一過性の兆候・症状」であり、てんかんは「てんかん発作を生じさせる持続性の素因、およびそれによる神経生物学的、認知的、心理的、社会的帰結により特徴付けられる脳疾患であり、少なくとも1回のてんかん発作がある」ということになる。てんかんは、神経細胞の過剰あるいは同期性の一過性の発射という共通の病態生理をもちながら、その病因は、海馬硬化、皮質形成異常、腫瘍、遺伝子異常など多岐にわたる。また、臨床症状としてのてんかん発作は、大きく部分発作および全般発作に分かれるが、それぞれはさらに細かく分類され、さまざまな臨床像を呈する。つまり、一部の特定の病因をもつ疾患としてのてんかんと、共通の病態生理をもつが特定の病因をもたないてんかん症候群としての両面がある。

てんかんの診断に用いる主たるツールは、てんかん発作の症状やてんかんの経過など臨床症状を聴取する問診、病態生理としての神経細胞の発射を検出する脳波検査、器質的脳病変を特定する神経画像検査がある。病因、病態生理ともいまだ解明されていない統合失調症の診断では臨床症状や経過に対する問診のみが診断ツールであることと比較して、てんかんの診断では脳波検査や神経画像検査が臨床上有用であることが特徴である。てんかん診断においても問診が基本であることは他の精神疾患と変わらないが、てんかんが発作性疾患であるため、普段の診察では実際に発作症状を観察できることは少ない。そこで、本人や家族から詳細な発作症状を聴取する必要があるが、そのためには基本的なてんかん発作症状の知識が必須である。最近は家庭用ビデオなどを用いることでより客観的な発作症状の情報を得ることができる。てんかんの共通する病態生理が神経細胞の過剰あるいは同期性の一過性発射であることから、脳の電気活動を検出する脳波検査はてんかん

診断に必須である。1回の脳波検査でてんかん性発射をとらえることができるとは限らない。そのため、脳波検査では過呼吸や睡眠賦活などを行っててんかん性発射をよりとらえる工夫が必要である。また、脳波検査は繰り返し行うことが重要である。精神科領域でてんかんと鑑別すべき病態として、転換症状、解離症状、パニック発作、精神病症状、睡眠障害などがある。てんかんとこれらの病態との鑑別に脳波は有用であり、特にビデオ脳波同時記録が役立つ。ビデオ脳波同時記録は臨床症状と脳波所見を同期して得ることができる重要な診断ツールである。てんかんの診断が確定すれば、てんかんの発作型と症候群の診断を行う。てんかん発作は部分発作および全般発作に二分される。てんかん症候群は特発性部分てんかん、症候性部分てんかん、特発性全般てんかん、症候性全般てんかんに大別される。脳器質性病変があるものは症候性、遺伝素因が推定されるものは特発性に分類される。成人てんかんで特に重要なてんかん症候群として、側頭葉てんかんと若年性ミオクロニーてんかんがある。側頭葉てんかんは症候性部分てんかんの1つであり、若年性ミオクロニーてんかんは特発性全般てんかんの1つである。いずれも成人てんかんでは出現頻度が高く比較的特徴的な臨床像、臨床経過を示す。側頭葉てんかんは抗てんかん薬に抵抗性を示し、てんかん発作が難治に経過する。また、さまざまな精神症状が合併することが多い。てんかん発作だけでなく、心理社会的、精神医学的対応が必要となり精神科医が関与すべき病態である。側頭葉てんかんの病因の1つに海馬硬化がある。海馬硬化を伴う内側側頭葉てんかんは外科手術の成績が良好であり、機を逃さない手術適応の判断が重要である。若年ミオクロニーてんかんは、バルプロ酸による治療が奏功することが多いが、不規則服薬や睡眠不足などの生活の乱れが発作を誘発する。薬物治療だけでなく生活指導が重要な病態である。また、知的に正常であり、成人期以降、運転免許や就労、結婚や出産などの社会的問題が出現する。てんかん診療を行ううえでは、これらの問題にも対応しなければならない。

てんかんに伴う合併障害のなかでも精神医学的合併症は頻度が高く、生活への障障が大きい。出現頻

度は、精神病状態2～8%、うつ状態～30%、不安状態15～25%、非てんかん性心因性発作10～30%などとされている。これはてんかん発作と関連して出現することも、直接関連なく出現することもある。

てんかん診療は包括的な性格をもち、てんかん発作のみならず精神医学的、心理社会的問題を明らかにし対応する必要がある。精神科医が果たす役割は大きい。

1) Fisher, R.S., van Emde Boas, W., Blume W., et al.:
Epileptic seizures and epilepsy: definitions proposed by the International League Against Epilepsy (ILAE) and the International Bureau for Epilepsy (IBE). *Epilepsia*, 46: 470-472, 2005

てんかんの診断における脳波の有用性

旭川医科大学医学部精神医学講座

田村 義之

てんかんの診断では、患者の自覚症状（例えば咬傷、失禁、筋肉痛など）、および目撃者からの客観症状についての情報をできるだけ収集し、これらを統合することが重要である。また、通常脳波検査において発作間欠時てんかん性発射がみられることは診断の参考になる。しかし、このような脳波異常は健常人の一部にもみられ、あるいは、てんかん患者の一部では脳波異常がみられないこともある。このため、てんかんの確定診断には、画像診断や通常脳波検査に加えて、長時間のビデオ・ポリソムノグラフィ（Video-Polysomnography: V-PSG）を施行し、発作症状と発作時てんかん性発射とを対応させてとらえることが重要である。

V-PSGとは、ビデオによる行動のモニタリングとともに、脳波、眼球運動、筋電図などを同時記録する検査法である。脳波だけでなく、眼球運動や筋電図を同時に記録することによって、睡眠段階の判定が可能になる。脳波電極は、通常、国際電極配置法（10-20法）に従うが、長時間にわたって記録するため、エレクトロキャップを使用することが多い。これは、10-20法に従って脳波電極が配置・固定されており、体動による電極はずれが少ないというメリットがある。さらに、必要に応じて、蝶形骨電極、上眼窩電極、頬電極などを配置する。発作時のV-PSGデータについては、筋電図などによるアーチファクトの混入が多く、発作症状に対応するてんかん性発射を明らかにするためには、refilteringやremontageを繰り返し行うことが重要である³⁾。

てんかんと睡眠には密接な関係があり、全般性強直間代発作を睡眠・覚醒の出現様式で分類すると、

朝方の起床直後と夕方起こりやすい覚醒てんかん（33%）、睡眠中である入眠直後と起床1~2時間前に出現しやすい睡眠てんかん（44%）、および、時刻依存性がなく、睡眠中と覚醒中のいずれにも出現する汎発性てんかん（23%）に分類される^{2,3)}。

覚醒てんかんには、若年ミオクロニーてんかん、欠神てんかん、覚醒時大発作てんかんなどが含まれる。一方、睡眠てんかんは、どの年齢でも発症し、その多くは前頭葉てんかんや側頭葉てんかんである。睡眠障害国際分類第2版では、睡眠てんかんは睡

眠関連てんかんと呼称され、てんかん発作の70%以上が睡眠中に出現するものと定義されている^{2,3)}。

てんかんの発作型では、全般発作の約80%は覚醒中に起こるが、睡眠中の発作も見逃さないよう注意する必要がある。例えば、レノックス・ガストー症候群では、ノンレム睡眠で10~12Hzの全般性律動波（脳波上の強直発作）に一致して、短時間の開眼、表情変化、呼吸変化のみの発射がみられることがある。一方、部分発作では、複雑部分発作が睡眠中（とくに睡眠段階2）に起こりやすく、前頭葉てんかん以外の症候性部分てんかんでは、二次性全般化も覚醒中より睡眠中に出現しやすい³⁾。

局在性発作発射は、一般にノンレム睡眠で増加し、レム睡眠で減少する。たとえ覚醒時に左右両側に独立した発作発射がみられても、ノンレム睡眠で一側性の場合には、その側が焦点である可能性が高い。また、真のてんかん原焦点からの発作発射は、ノンレム睡眠よりもレム睡眠において限局して認められやすいと報告されている。すなわち、てんかん原焦点の部位診断には、ノンレム睡眠ではなく、レム睡眠における発作発射の焦点部位がより重要といえる³⁾。

てんかんの鑑別診断では、偽発作（pseudoseizure）が重要である。偽発作とは、てんかん発作に類似しているが、てんかん発作に特徴的な突発性の電気生理学的パターンを欠く発作（非てんかん発作）と定義される¹⁾。

偽発作は器質性偽発作と心因性偽発作に分類され、器質性偽発作には、ナルコレプシー（睡眠発作、情動脱力発作）、閉塞性睡眠時無呼吸、睡眠時随伴症などが含まれる²⁾。とくに睡眠時随伴症では、初老期から老年期にみられる夜間の異常言動として、夢内容が行動化するレム睡眠行動障害が挙げられる。てんかんの複雑部分発作とは異なり、呼名などの刺激で速やかに覚醒し、また、V-PSGではてんかん性発射は認められず、骨格筋活動の亢進した異常なレム睡眠が認められるのが特徴である^{1,2,4)}。

心因性偽発作では、解離性障害や転換性障害が多い。心因性偽発作の出現頻度は、一般人口の1%であるのに対して、てんかん患者では5~20%、とくに難治てんかんでは30%と高率に認められる。すなわち、

てんかん発作と偽発作は合併して現れることが少なくない。てんかん発作との違いは、決して睡眠中に出現しない点である。ただし、心因性偽発作では、睡眠にみえる閉眼・無動状態が先行することがある。V-PSG上は覚醒であるため、発作前の偽睡眠（preictal pseudosleep）と呼称されている¹⁾。

長時間V-PSGは、てんかんの確定診断だけでなく、てんかん原焦点の同定、抗てんかん薬の治療効果の判定、および、てんかん患者に合併する種々の睡眠障害の診断にも有用である³⁾。

- 1) 千葉 茂：偽発作．別冊 日本臨床 領域別症候群シリーズ37 てんかん症候群．日本臨床社，大阪，p. 385-389，2002
- 2) 千葉 茂：睡眠時随伴症をめぐって．日本医事新報，4521；54-59，2010
- 3) 阪本一剛，千葉 茂：睡眠関連てんかん．睡眠医療，5；141-146，2011
- 4) 田村義之，千葉 茂：レム睡眠行動障害．臨床と研究，89；755-760，2012

てんかん患者の自動車の運転について

和歌山県立医科大学附属病院神経精神科

辻 富基美

【てんかんをもつ人による交通事故】2011年4月栃木県鹿沼市にて児童6名が死亡した交通事故がてんかんをもつ人により引き起こされた。被害者にご冥福を申し上げ、ご遺族にはお見舞い申し上げます。その後てんかんをもつ人が関与した交通事故があり、これを問題視する社会的気運が高まり、2013年の道路交通法の一部改正に至っている。

てんかんをもつ人は交通事故の頻度が高く、重大な事故を起こしやすいのだろうか。ヨーロッパおよびアメリカにおける疾病などによる相対リスク比の検討¹⁾によると、てんかんの1.33（重大事故は1.4）に比して、難聴1.19、脳血管障害1.23、糖尿病1.56、精神疾患1.72、アルコール依存症2.0、薬物1.58となり、てんかんによる交通事故が他に比べて多くはない。死亡事故について、1997～2010年の調査²⁾によると疾患や障害などに起因するものは、一般の事故に比べて平均6.5倍高かった。一方、平成22年度の事故全体で死亡事故率が高かったのは、酒酔い23.2倍、最高速度違反19.0倍、飲酒8.7倍、通行区分違反7.4倍である。つまり現時点では、てんかん発作による事故だけでなく、特別に危険であると示唆されない。

【2013年道路交通法改正について】2012年10月、警察庁は一定の病気等に係る運転免許制度の在り方に関する有識者検討会からの提言を発表した。提言を受けて警察庁は道路交通法改正法案を取りまとめ、2013年3月29日「道路交通法の一部を改正する法律案」が参議院内閣委員会に提出され、国会にて審議されている（6月7日衆議院本会議にて可決、成立した）。改正する道路交通法での主な改正点は、運転に支障を及ぼす症状について、免許の取得・更新時に故意に虚偽の申告をした場合の罰則と、交通事故を起こす危険性が高いと認められる患者について、医師が任意に届け出ることができる制度が導入される。一方で、適正な申告をして免許を失った人が、症状の改善後に再取得しやすいよう、取り消し後3年以内であれば再取得に伴う学科・技能試験が免除される。改正する道路交通法に合わせて、施行令、運用基準も改正されると思われる。

【てんかんをもつ人の免許の可否判断基準】改正される道路交通法による運用基準とは一部異なるが、2013年5月に適応されている、てんかんをもつ人

の免許の可否が判断される基準を示す。最終発作と診断書作成の期間が2年以上で条件付き許可、2年から1年6ヵ月で保留、1年6ヵ月未満で取消になる。具体的な内容は、5年間の無発作時期があり、悪化のおそれがなければ免許が許可される。発作が運転に支障のない単純部分発作、あるいは睡眠中のみ発作に限られる場合は、それぞれ1年間および2年間の観察期間で確認し、今後も悪化のおそれがない場合も許可される。発作消失期間が2年間の場合は、今後X年（1～5年）は再発のおそれがないと判断されれば、X年後の再判定を条件に許可される。申請時点では許可条件に該当しないが6ヵ月以内に運転可能な状態になることが予測される場合は、免許の保留または停止となり、6ヵ月以内に再判定を行う。

てんかんをもつ人は運転免許の取得・更新時には病状を正確に申告することが求められ、運転免許の交付・更新後に不都合となる発作が生じた場合には、すみやかに各都道府県警察の免許センターに申告する必要がある。

【運転免許についての説明のすすめ】我々医師が運転免許について説明し理解を得ることにより、患者やその家族だけでなく社会の利益を向上できる。しかし、医師から患者への運転免許の説明が消極的とのアンケート結果³⁾がある。その理由は、運転免許についての知識不足、余計な責任を負いたくないとの思い、説明の手間や時間がないことが考えられる。塩塚節夫弁護士は診断書に関連する医師の責任とは専門家としての識見と誠実に診断する義務を負うことであり、診断した内容に対して責任を問われることは原則ないと述べている⁴⁾。刑事責任が問われるのは、故意に運用基準に適合しない内容の診断書を書いた場合、民事責任が問われるのは単純明白な事実の誤認があった場合としている。法的な側面から、正確な知識と意欲をもった説明を行いたい。患者が医師に望むコミュニケーション⁵⁾を参考に「運転免許の説明」のポイントを列挙する。

誠実かつ真剣に説明する覚悟をもつ。運転免許を必要としている患者は、人生に直結する真剣さをもって聞くことになる。それに対応する態度や場所が医療者に求められる。通常の診察内であっても一定の時間と熱意をこの説明にかける覚悟が大切であ

る。

法律の内容、患者と社会の安全とその責任をできるだけ正確に説明する。

免許獲得までの治療方針も合わせて説明する。

運転の不許可の宣告によりショックを受けた方には、気持を受け止め事実を受け入れる準備ができる言葉など配慮が必要である。

こうした説明によって患者の利益や社会の安全につながり、治療関係が深まり治療が進展する機会となれば治療者としての喜びである。

- 1) Drazkowski, J.: An overview of epilepsy and driving. *Epilepsia*, 48(suppl 9) ; 10-12, 2007
- 2) 藤森麻衣子、内富庸介：がん医療におけるコミュニケーションスキル. サイコオンコロジー（専門医のための精神科臨床リュミエール24）. 中山書店，東京，p. 139-148, 2010
- 3) 伊予田邦昭：抗痙攣剤内服と運転免許 てんかんをもつ人と運転免許 法改正後の広島県での運用状況調査を中心に. *脳神経外科ジャーナル*，18(9) ; 660-665, 2009
- 4) 久保田英幹：てんかんと運転免許. *Epilepsy*, 6(2) ; 93-105, 2012
- 5) 塩塚節夫：診断する医師と患者の法的責任. *てんかん研究*，22(1) ; 65-66, 2004

高齢発症てんかん

上善神経医院

伊藤 ますみ

【諸言】高齢者人口の増加に伴い、高齢初発てんかんが増加している。従来報告では全年齢別のてんかん発作の発症率は乳幼児期に高く、年齢を追うごとに低くなるが、60代から再び上昇し、80歳以上では成人期の約2倍に達する高い発症率を示す²⁾。高齢者の発作症状は非定型的であり、的確に症状を表現できないことも多く、客観情報も不足しがちであるため見逃されやすい。記憶障害のみを主症状とする発作では認知症と誤診されることもある。したがって高齢者の診療に際しては、常にてんかんの存在に留意すべきである。

【高齢発症てんかんの特徴】高齢発症てんかんの要因として脳血管疾患、外傷、脳腫瘍、認知症などが挙げられるが、明らかな病因が見つからない例も少なくない³⁾。てんかん類型はほとんどが部分てんかんであり、発作型は意識消失、失語、健忘などの軽微で多彩な部分発作が多く、けいれんを伴う発作は比較的少ない。診断のポイントとして、詳細な病歴聴取が重要である。その際できるだけ周囲からの客観的情報を集める必要がある。また、症状の出現が急性から亜急性の経過をとり、突然始まり短時間で消失する特徴をもつ。疑わしい場合は積極的に脳波検査を行うべきである。誤診されやすいてんかん発作症状を以下に挙げる。

自律神経発作：自律神経発作は意識が保たれた状態で種々の自律神経症状を伴う部分発作である。突然のめまい、動悸、胸部不快感、発汗、顔面蒼白などを呈し、意識消失が引き続いて起こる場合もある。一方、本人は身体的愁訴のみを訴えるため心疾患やパニック発作などと誤診され、降圧剤や抗不安剤などで加療されることが多い。種々の治療で症状改善が得られない場合や、意識消失を疑わせる情報が得られた場合は、脳波検査を施行し、診断確定するべきである。

一過性てんかん性健忘発作：初老期以降に好発する記憶障害を主徴とするてんかんが知られている。臨床的には、明らかなけいれんや意識消失を伴わず、短時間から時に数日にわたる健忘が挿間性に反復出現する⁴⁾。健忘は前向きおよび逆向性健忘の両者がみられるほか、記憶力低下を呈することもある。発作以外の時期には無症状だが、一部の症例で

は記憶障害が持続することがある。抗てんかん薬にて症状が改善するが、認知症と誤診されがちなため鑑別診断が必須である。さらに近年、明らかな発作性出現様式をとらず、持続性進行性の記憶障害および日常生活能力低下を呈した例が報告されている⁴⁾。患者は記憶力低下および近時記憶を中心とする記憶障害に加え、日常生活の障害、自発性低下または易怒性を伴っていた。しかし、脳波検査にててんかん性異常波を認め、抗てんかん薬を投与したところ著明な記憶および精神症状の改善が得られた。このため、これらの症状がてんかん活動と関連があったと考えられる。

【薬物治療】治療は抗てんかん薬が主体となる。この際、若年者とは異なる特性に留意しなければならない。すなわち、身体合併症をもち、複数の薬剤を併用していることが多い。また、肝臓および腎臓機能低下を伴っているため、副作用が発現しやすい。したがって、副作用が軽微で、薬剤相互作用の少ない抗てんかん薬を単剤少量から開始し、漸増しながら効果を判定する必要がある。種々のガイドラインではカルバマゼピン、ラモトリギン、ガバペンチン、レベチラセタムが推奨されている。一般に発作抑制率は高く、予後は良好である。

1) Butler, C. R., Graham, K. S., Hodges, J. R. et al.: The syndrome of transient epileptic amnesia. *Ann Neurol*, 61;587-598, 2007

2) Hauser, W.A.: Incidence and prevalence. *Epilepsy: A Comprehensive Text Book* (ed. by Engel J., Pedley, T.A.), Lippincott-Raven, Philadelphia, p.47-57, 1997

3) 伊藤ますみ、中村文裕、武田洋司ほか：50歳以上のてんかん患者の現況．*精神医学*、43;39-44, 2001

4) Ito, M., Echizenya, N., Nemoto, D., et al.: A case series of epilepsy-derived memory impairment resembling Alzheimer's disease. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 23;406-409, 2009

精神医学論文の評価と書き方

慶應義塾大学医学部精神神経科¹⁾
さいたま市立病院・精神科²⁾
群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学³⁾
京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻薬剤疫学分野⁴⁾
杏林大学医学部精神神経科学教室⁵⁾
島根県立心と体の相談センター⁶⁾

加藤 元一郎¹⁾、仙波 純一²⁾、福田 正人³⁾
田中 司朗⁴⁾、田中 伸一郎⁵⁾、小原 圭司⁶⁾

『精神神経学雑誌』は、世界でも最も歴史のある精神医学雑誌の1つである。今年には115巻目を刊行し、medlineにも掲載されている。投稿論文に関しては、2名の査読者のプレゼンテーションをもとに、編集会議でのディスカッションを経て、より良い論文になるよう査読コメントを作成している。

一方、『Psychiatry and Clinical Neurosciences 誌』（以下、PCN誌）は、1933年に創刊され、本学会からの発刊（1952～1975年）を含め、67巻の歴史を誇る英文誌である。2008年から再び学会機関誌となり、American Journal of Psychiatry誌にPCN誌の目次掲載をするなどの努力によって、世界各国からの投稿論文が増えている。2012年にはImpact Factorが2.133となり、論文の質は著しく向上している。投稿論文に関しては、Field Editorとpeer reviewer 2～3人で行われ、Editor in Chiefの最終審査によって採択が決定されている。

さて、わが国の医学研究の一般的動向としては、論文投稿数が減少する傾向にあり、そのため研究基盤を整備することが求められている。とりわけ精神医学研究においても、臨床研修制度の発足に伴い、大学に在籍している臨床経験が10年未満の精神科医が減少し、研究から学会発表を経て論文作成までトレーニングを受ける機会に恵まれず、論文の評価方法、執筆の技術を十分に獲得することができない状況が続いている。論文が採択されるためには、独創性のある研究成果や臨床観察が第一であるが、専門的な論文の書き方を身につけることが大切である。このような状況を踏まえ、精神神経学雑誌編集委員会、PCN誌編集委員会では、若手精神科医、研究・論文執筆の指導にあたる中堅精神科医、日常臨床の成果をまとめようと考えている先生方を対象に、ワークショップ「精神医学論文の評価と書き方」を企画した。研究、論文執筆には先行研究のまとめと課題の整理を行う必要がある。そのためには、論文の質を評価する技術が必要となる。

加藤元一郎氏（精神神経学雑誌編集委員、PCN誌編集委員）は、多数の論文の査読をしてきた経験に

基づき、論文の評価の流れ、評価ポイント（論文の価値評価と限界など）について概説した。また、論文の執筆にあたって、「はじめに」「考察」において、まとめた先行研究をどのように利用するかを教示した。

仙波純一氏（精神神経学雑誌編集委員、PCN誌編集委員）は、論文の構成にそって執筆の要点を解説した。論文の趣旨が明確にされた「タイトル」、要領を得た簡潔な「抄録」、研究の意義、研究目的が明確な「はじめに」、「対象と方法」の記述での注意事項、図表を利用したわかりやすく研究成果が明確になる「結果」、研究成果の位置づけ、意義と限界が読者に伝わる「考察」についてまとめた。

福田正人氏（PCN誌編集委員）は、精神医学の基本となる症例研究の意義と執筆方法について、自身の論文を挙げて説明した。症例の背景、症状、経過、治療結果などをどのように記載すれば、臨床の事実を明確にできるか、症例から得られた知見の意義のまとめについて教示した。

田中司朗氏（PCN誌統計アドバイザー）は、多数例研究において必須である統計手法について解説した。統計ソフトウェアの普及により統計手法は身近なものになったが、統計手法には陥りやすい落とし穴（誤用）がいくつも存在する。精神医学でよく用いられる解析手法について、事例に基づいて解説を行った。

田中伸一郎氏（精神神経学雑誌編集事務局長）、小原圭司氏（PCN誌編集事務局長）は、論文投稿に際して、カバーレターを書くことの意義、投稿規定に従った記載の仕方、その他読みやすい論文の書き方などを含め、基本的に遵守すべき内容や、適確な文章、わかりやすい図表の作成などについて具体的に解説した。

なお、精神医学論文の評価と書き方の基本を習得できるように、ワークショップの参加者には、講演内容のまとめ、講演者の提示した参考とすべき論文集、論文執筆に関するマニュアルを提供した（日本精神神経学会の会員ホームページをご参照ください）

い)。

精神医学論文の書き方について

さいたま市立病院精神科

仙波 純一

本ワークショップでは精神科領域での医学論文の書き方について説明した。論文作成にあたってはまずどのような分野の論文にするかを考慮しなければならない。これは論文を投稿する上でも重要である。精神神経学雑誌のジャンル分けでは、本格的な学術論文である「原著論文」、文献を基にした「総説」、新たな知見や経験を提供する「症例報告」、おもに数値的なデータを提供する「資料」などに分類される。

論文の構成はこれらのジャンルごとに多少の違いはあるが、おおむね次のような順序である。表題、抄録(要旨)、本文、謝辞、引用文献、図表、図表の説明。このうち本文はさらに、はじめに(序論、序文)、方法、結果、考察(討論)の順に構成される。表題は読者の興味を引き、かつ内容を正しく表すようなつけ方をするとよい。適宜副題などを工夫して、もったいぶった表現とならないようにする。抄録は論文のはじめに置かれるために、しばしば「はじめに」と混同されるが、抄録は論文全体をまとめたものであり、それだけで独立したものでなければならない。文献データベースなどでは、抄録としてそのまま掲載されることがあることに注意したい。

「はじめに」ではこの論文の目的と意義を、いままで発表された文献を適宜引用しながら述べる。投稿する雑誌の読者層を考慮して、どの程度詳しく書くかを決めるとよい。よくできた「はじめに」は読者の興味を引き、最後まで論文を読んでもらえることになる。本文における方法や結果では、適切な小見出しや段落などを工夫する。段落のない文章は読者を疲れさせ、逆に小見出しがあると読みながら頭の整理がしやすくなる。原著論文と異なり、症例報告では本文のほとんどは症例提示に相当する。症例のプロフィールに始まり、生活史、現病歴、治療経過の順に、図や表などを適切に利用してわかりやすく提示する。結果には考察に相当する内容は書かず、主観を交えず(しかし強調すべきところは強調して)結果を述べる。

考察は論文の核となる部分で、もっとも注意深く記述しなければならない。著者が新たに見いだした事実や所見を、現在まで知られている情報や学説と対比しながら説明していく。そのためには適切に文

献を引用し、事実と著者の意見や解釈を混同しないような書き方が望まれる。論文の欠点については、最近の研究の限界として著者みずから明らかにする傾向にある。文献のリストは数を必要最小限とし、投稿誌の規定にきちんと合わせる。引用形式は雑誌ごとに異なるので細かな注意が必要である。図表はそれを並べるだけで、論文全体がある程度概観できるようなものが望ましい。図と表はそれぞれ別々に作成するのが印刷上のルールである。図はコンピュータによる作図が望ましいが、初期設定のままでは掲載に不適切なこともある。

以上の形式的な課題の他、倫理的な問題(施設内での発表の許諾、患者からの同意、個人情報の管理、企業などとの利益相反)にも留意する。また統計処理については、複雑なもの場合は専門家による助言を求める方がよい。

実際の執筆では論文の記載順に行う必要はない。書きやすいところから書き始め、部分をまとめ上げて全体を仕上げていく方が能率的である。しかしそのためには、論文全体の大筋をあらかじめたておく必要がある。生物学的な研究では文章よりも図表を先に作成しておく、論文の見通しがよくなる。「はじめに」と考察が呼応するような構成は論文のまとまりをよくする。この作業の途中に表題を推敲し、最後に抄録を作成する。論文作成後は同僚や指導者に査読してもらい、読みにくい部分などについて指摘してもらおうのがよい。思わぬ勘違いやワープロのミスは自分ひとりでは見つけにくい。

このようにして論文を仕上げた後は、是非とも精神神経学雑誌などを含めた専門誌に投稿し、(大袈裟かもしれないが)精神医学の進歩に1つでも貢献するようにしてもらいたい。

症例報告の意義と書き方 苦手だが辛うじて執筆した経験から

群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学

福田 正人

症例報告は、最近のエビデンス・レベルでは8段階の下から2番目の「5. 記述研究」に位置づけられる。しかしそれは、「所見の確実性の根拠として」というエビデンス・レベルとしての質を示したもので、症例報告の価値が低いことを表しているわけではない。未解明なテーマについての発見的な意義という点で、症例報告は高い価値をもつ。

症例報告の意義のひとつは、精神医療への寄与にあり、「責務としての症例報告」と呼ぶことができる。偶然に自分が遭遇した経験を専門家の間で共有する機会を提供することで、医療の質の向上に資することが目的となる。

筆者自身の経験として、日本脳炎の既往がある脳器質性気分障害患者がbromazepam 15mgの中止で離脱性の全般性強直間代発作を呈した経験¹⁾、リチウム中毒による意識障害の際に脳波に周期性同期性鋭波を認めた経験²⁾、体重26.5kgで妊娠した神経性食思不振症の母親の児に小脳回症を認めた経験³⁾を紹介した。

こうした症例報告においては、症状と経過そのものに価値があり、従来の考え方にとらわれずに事実を素直に記述することが重要である。そうした個別の経験に、普遍的な意義を認めようとする姿勢が望ましい。

症例報告のもうひとつの意義は、精神医学への貢献にあり、「発展のための症例報告」と呼ぶことができる。これまでに報告のない疾患や病態や検査結果を報告することで、医学の発展に資することが期待できる。

筆者自身の経験として、日本に多い疾患である発作性運動誘発性舞踏アテトーゼ (paroxysmal kinesigenic choreoathetosis : PKC)の脱力型と考えられる家族に高カルシウム血症を認めた経験²⁾、体重変動が激しい摂食障害においてその変動と並行する脳体積変動をMRIで確認できた経験⁶⁾、片側性の心因性難聴において病側の音刺激への事象関連電位のN1成分が保たれてP3成分が減弱をしていた経験³⁾を紹介した。

PKCのような日本に多い疾患、MRI検査のように日本が恵まれた条件にある方法論、研究で用いられる検査所見についての症例報告という考え方、などを生かす発想が重要になる。

症例報告をまとめるうえでは、いくつか留意すべき点がある。第一は、本人の書面での同意を求められるようになってきていることである。本人に原稿の一部を執筆してもらったり、原稿についてチェックを受ける試みも始まってきている。しかし一方で、司法や虐待などの分野においてはそのこと自身が難しい場合もあり、今後の検討が必要である。第二は、記載のうえで人権意識がより強調されてきていることである。従来の精神医学用語の中には、現在の人権意識からすると患者を否定的・侮蔑的・使役的に捉えていると受けとれる表現があるので、そうした点についての配慮が必要である。第三は、「症例」と呼ぶことへの躊躇である。適切な代替の用語を検討すべき時期にきているだろう。

症例報告の意義として、それがいつまでも古びない記録であることが最も重要である。診断基準が時代とともに改訂を重ね、研究の発展にともなって疾患概念が変化していくことを考えると、それらにもとづいた原著論文や総説やRCTは、古びて意味を失ってしまう可能性と常に隣り合わせである。これに対して、個別の症例における症状と経過という事実は、診断基準や疾患概念が変化しても揺るぎないものである。精神医学が心理学的構成概念である疾患概念にもとづいているという事実に立ち返り、精神医学において確実なものは何かということを常に考える必要がある。

発表者自身の経験として、「上野公園の桜をきれいだと思って見たことがない」という患者の言葉から、春型の季節性うつ病の再発時期が気温と関連していることに気付いた経験を紹介した⁴⁾。

日本精神神経学会は、2013年に公益社団法人となった。公益社団法人の法的な要件は、公益目的な事業比率が50%以上であることである。会員として

は、そうした要件を「学会員の利益以上に、当事者・家族をはじめとする国民の役に立つことを優先する」という意味に理解したいと思う。症例報告についても、国民にいかに関与できるかという視点から考える習慣をつけていきたい。

- 1) Fukuda, M., Nakajima, N., Tomita, M. : Generalized tonic-clonic seizures following withdrawal of therapeutic dose of bromazepam. *Pharmacopsychiatry*, 32;42-43,1999
- 2) Fukuda, M., Hashimoto, O., Nagakubo, S., Hata, A. : A family with atonic variant of paroxysmal kinesigenic choreoathetosis and hypercalcitoninemia. *Movement Disorders*, 14;342-344,1999
- 3) Fukuda, M., Hata, A., Niwa, S-I., et al.: Event-related potential correlates of functional hearing loss: reduced P3 amplitude with preserved N1 and N2 components in a unilateral case. *Psychiatry Clin Neurosci*, 50;85-87,1996
- 4) Fukuda, M., Yoshinaga, C.: Onset of depressive episodes in a woman with seasonal affective disorder of "spring type" coincident with atmospheric temperature, but not with sunshine duration. *Jpn J Psychiatry Neurol*, 47;777-782,1993
- 5) Suda, M., Kubota, F., Hiraoka, T., et al.: A case of lithium intoxication with periodic sharp waves. *Pharmacopsychiatry*, 42;122-123,2009
- 6) Suda, M., Narita, K., Takei, Y., et al.: Changes in grey matter volume with rapid body weight changes in anorexia nervosa: a voxel-based morphometry study. *Biol Psychiatry*, 70;e35-e36,2011
- 7) Takei, Y., Suda, M., Aoyama, Y., et al.: Micropolygyria in an infant born to a patient with severe anorexia nervosa: a case report. *Int J Eat Disord*, 45;447-449,2011
- 7) Takei, Y., Suda, M., Aoyama, Y., et al.: Micropolygyria in an infant born to a patient with severe anorexia nervosa: a case report. *Int J Eat Disord*, 45;447-449,2011

統計的手法について

京都大学大学院医学研究科社会健康医学系専攻薬剤疫学分野

田中 司朗

統計学はバラツキ (variation) を扱う学問である。精神医学領域の臨床研究では、患者の特徴、治療内容、診断を行う医師、環境など様々な要因でバラツキが生じ、それをコントロールすることが難しい。したがって、バラツキを、意味のある部分 (physical meaning) と誤差 (error) に分解し、誤差を考慮に入れて現象を理解しようとする、という統計学の思考法が必要になる。本稿では、統計学の思考法をQ and A形式で解説する。

質問「臨床研究では、有意差があるかどうか必ず問題になりますが、医師が知りたいのは、(例えば) その薬が本当に効くかどうかということです。統計学的に有意差があったら、医学的に効果があったということになるのですか？」この問いに対する回答は、「統計的有意性 (statistical significance) と臨床的有意性 (clinical significance) の2つが必要である」ということである。有意差やp値は、誤差を考慮に入れた下で、観察された差に意味があるかどうかを判断する道具に過ぎない。一方、臨床的有意性を判断するためには、効果の大きさが問題になる。例えば、認知機能得点が何点改善するか、有効率が何%改善するか、である。統計解析というとp値と思いがちだが、臨床研究の結果を正しく解釈するには、効果の大きさを表す推定値とp値の両方を考慮しなければならぬ。

質問「統計学的に有意差がなかったら、医学的に効果がないということになるのですか？」この質問を考える上で重要なのは、有意差があった場合となかった場合を区別することである。有意差があった場合には、誤差を考慮に入れた下で、観察された差に意味があると判断される。一方で、有意差がなかったとしても、必ずしも差がないと判断できない。なぜなら、有意差がない理由として、「真に差がなかった」と「真に差があるにもかかわらず検出できなかった」の2つがあり得るためである。統計学では、「真に差があるときにそれを正しく検出する確率」を検出力 (power) と呼んでおり、一般に対象患者の症例数が多いと検出力は高くなる。したがって、統計学的に有意差がなかったときに、正しく医学的に効果がないと判断するには、研究計画段階で必要症例数を見積もっておくことが重要である。

質問「臨床研究を計画しているのですが、対象患者の症例数は、何人くらい必要ですか？」統計学的な必要症例数の見積もりをサンプルサイズ設計 (sample size calculation) と呼んでいる。サンプルサイズ設計には、大きく分けて検定ベースの方法と信頼区間ベースの方法の2つがあるが、紙面の関係でこの話題は後述する教科書に譲る。

質問「両側検定と片側検定があると聞きました。どのように使い分ければよいのでしょうか？」ドネペジルとプラセボを比較するランダム化臨床試験の例でいうと、両側検定 (two-sided test) では、ドネペジルが有効という結果であっても、プラセボが有効という結果であっても、有意と判断する。一方、片側検定 (one-sided test) では、ドネペジルが有効という結果のみ、有意と判断する。正規分布など分布が対称な場合、「両側検定のp値=2×片側検定のp値」となる。このように、片側p値は両側p値に比べ必ず小さくなる。したがって、片側検定の方が有意になりやすい。そこで問題になってくるのが両側検定と片側検定の使い分けである。これは、その臨床研究でどのような研究仮説を調べたいかということに関係するため、統計学だけの問題ではない。統計学の観点から一番重要なことは、「データをみた後で、差がついた方向の片側p値を報告したくなるが、それは後付け解析という検定の誤用である」ということである。一般に、片側検定を行う場合には、事前に研究計画書で宣言しておかなければならない。実際の臨床研究では、慣習的に両側検定が用いられることが多い。

実践的でわかりやすい生物統計学の教科書を以下に挙げる。一般に、海外の定評ある教科書の訳本に、良書が多いようである。

- ・生物統計学一般
学会・論文発表のための統計学
(浜田知久馬著) (入門レベル)
医学研究における実用統計学
(Douglas Altman著) (修士レベル)
医学研究のための統計的手法
(Peter Armitage著) (博士レベル)
- ・生存時間解析
生存時間解析

(大橋靖雄他著)(博士レベル)

・疫学

疫学 医学的研究と実践のサイエンス

(Leon Gordis著)(入門レベル)

臨床疫学 EBM実践のための必須知識

(Robert Fletcherほか著)(修士レベル)

Modern Epidemiology

(Kenneth Rothmanほか著)(博士レベル)

・臨床試験

クリニカルトライアル

(Stuart Pocock著)(修士レベル)

米国SWOGに学ぶがん臨床試験の実践

(Stephanie Greenほか著)(修士レベル)

・サンプルサイズ設計

Sample Size Tables for Clinical Studies

(David Machinほか著)(博士レベル)

・メディカルライティング

わかりやすい医学統計の報告 医学論文

作成のためのガイドライン

(Thomas Langほか著)(修士レベル)

PCNの投稿について

島根県立心と体の相談センター

小原 圭司

論文の投稿に関しては、カバーレターの書き方、投稿規定に従った記載など、基本的に遵守すべきことが多数あるが、これらをおろそかにすると投稿の受付さえもできない場合がある。PCN誌の投稿に際して、遵守すべき事項、図表の作成などについて解説を行った。

【論文のカテゴリーと字数制限】論文のカテゴリーには、Review Articles、Regular articles、Letter to the editorの3種類がある。字数制限はそれぞれ7,500語、5,000語、500語であるが、Reviewは引用文献を除いての字数、RegularとLetterは引用文献まで含めての語数であるので注意が必要である。図と表はそれぞれ1枚あたり250語としてカウントされる。Review、RegularではAbstractが必要であるが、RegularではAbstractをAim、Method、Results、Conclusionに構造化することが求められる。また、Letterでは、図の掲載は認められないが、表は1枚まで認めている（ただし250語相当にカウントされる）。

【倫理面の配慮】論文の執筆に際しては、倫理面の配慮が重要である。患者の匿名性に注意を払うこと、また、必要な場合にはIRB、Ethical Committeeに承認を得ることが重要である。治験論文の場合は、Clinical trialの登録を必ず行っていたいただきたい。

【原稿のスタイル】綴りを米語綴り（例：colourでなくcolor）とすること、略語は初出時は書き下し、たとえば、autistic spectrum disorder (ASD)とし、一度略したら、テキスト全編で統一して使用すること、ワープロの設定は、double spaceとし、行間を2行空けることにご注意いただきたい。

【原稿の構成】Regularの場合を例に挙げると、title page、Abstractとkey words、text、tables、figuresから構成する。title pageには論文の種別、タイトル、著者名と学位、所属、correspondence、図表の数、投稿する分野名、running titleを記載する。Abstractとkey wordsについては、250語の字数制限、構造化、key wordsの個数（5個以内）に注意する。text（本文）については、Introduction、Methods、Results、Discussion、Acknowledgement（COI開示を必ず含むこと）、Referencesから構成する。Referencesについて

は、author guidelinesの記載例をよくみて、PCNの求める形式になっているか注意していただきたい。次に図と表についてであるが、いずれも本文中には埋め込まず、独立して用意していただきたい。表はtitle、table、footnoteから構成し、幅を最大で168mm以内、フォントは8ポイント以上とする。また、縦の罫線を使わないようにして頂きたい。図は、neuroimagingの分野以外ではできるだけ白黒とし、ファイル形式はjpgまたはbmpとする。figure legendは、text部分の最後尾に記載していただきたい。図は1枚ずつ独立のファイルとし、図の番号をファイル名に含めていただきたい。

【カバーレターの書き方】Editor in Chiefに向けて、投稿する論文で行われた研究の内容について簡単に紹介し、なぜ出版の意義があるかを明快に説明する。また、投稿する論文が他のどの媒体でも出版されたことがないオリジナルな論文であり、全ての著者が論文の投稿に関して同意していることを明示する。

【電子投稿について】投稿原稿が準備できたら、<http://mc.manuscriptcentral.com/pcn>より投稿する（投稿サイトは学会ホームページからリンクされている）。IDとパスワードを登録していただいた後、画面の指示に沿って、必要な事項を選択・記入したり、アップロードしていくことで投稿が完了できるようになっている。途中、査読を依頼したい査読者（Preferred Reviewer）と、査読をできれば避けたい査読者（Non-Preferred Reviewer）を挙げることもできる。途中、COIの質問が出てくるので、yesにチェックした場合は必ず開示すること。また、ヒトを対象とした臨床研究であるか、そしてその場合は倫理委員会の承認を受けているか、患者のインフォームドコンセントが取れているか、匿名性が確保されているかのチェックボックスや、治験の場合にはどのregistryに登録されているかのチェックボックスについては、特にきちんと記載していただきたい。一通りアップロードができれば、HTML形式とPDF形式で、自分のアップロードした論文がプレビューできるので、必ず確認してから、submit（投稿）ボタンを押すようにしていただきたい。

抗うつ薬の使用が困難な抑うつ状態の1例

大分大学医学部精神神経医学講座

河野 健太郎

近年、うつ病患者の中で双極性障害へ移行したり抗うつ薬によって躁転したりする症例が散見され、またうつ病経過中に軽微ながらも躁的な要素をもち、双極性障害として治療した方が有益な一群（双極スペクトラム）が存在することがわかってきた。双極III/2型障害は循環気質を、双極IV型障害は発揚気質を背景に持つ双極スペクトラムであり、これらの気質の同定には、The Temperament Scale of Memphis, Pisa, Paris and San Diego-Autoquestionnaire (TEMPS-A)を用いることになる。こういった気質に注目することでうつ病患者の治療において正確な病態把握、治療が可能になる可能性がある。

症例は50歳男性。元来、真面目でストレートな性格であった。大学卒業後、某企業の営業職となり、転勤を繰り返した。会社の将来性を考慮し30代前半で転職し、4年目に所長へ昇格した。X-2年10月から、食欲低下、不眠、全身倦怠感が生じ、Aクリニックを受診した。うつ病の診断のもとに、パロキセチン10mgが開始された。1ヵ月休職した後後に改善し復職した。X-1年5月、全身倦怠感や不眠が再燃した。8月より再度休職して帰郷し、Bクリニックを受診した。パロキセチンを30mgまで増量されたが便秘が増強したため20mgへ減量された。X年4月に希死念慮が生じベランダから飛び降りようとしたため、C精神科病院へ入院したが、病院の雰囲気が入らないという理由で退院した。5月にDクリニックを受診し、パロキセチン20 mgで維持されたが、不安感、緊張感、全身倦怠感が持続していた。家でじっとしてられず、イライラして子供をどなりつけることもあり、6月に当科初診した。

初診時にはきちんとした服装で入室し、自ら今までの経過について大きな声でハキハキと語り、礼節は保たれていた。興味・喜びの低下、不眠、意欲・集中力低下、不安感、焦燥感、倦怠感、食欲低下、性欲低下の症状が2週間以上持続し、DSM-IVで大うつ病性障害、単一エピソードの診断を満たし、Hamiltonうつ病評価尺度（HAM-D）で13点と軽度から中等度の抑うつ状態であった。なお、過去に明らかな躁病エピソード、軽躁病エピソードは認めなかった。TEMPS-Aで発揚気質得点が6点と発揚気質に該当した。

本症例の治療選択にあたり、「状態像としては混合状態に近いものであったが、過去に明らかな躁病エピソード、軽躁病エピソードが認められなかった」「SSRIで軽度の賦活症候群を起こし、抗うつ薬の切り替えが困難であった」「TEMPS-Aで、発揚気質得点が6点とカットオフ値に達していた」の3点が考慮された。「抗うつ薬の切り替えか、増強療法か」の治療選択であるが、本症例ではパロキセチンにて軽度の賦活症候群を起こしたため薬剤の増量は控え、他の抗うつ薬への変薬も困難であった。炭酸リチウム（Li）を抗うつ薬に追加した。その後、双極スペクトラム(Akiskal¹⁾の双極型障害：発揚気質者のうつ病）を考慮してLiの単剤治療（400mg/day）とした。

初診から2ヵ月後、安定した状態が続いているため職場の上司と患者をまじえて復職について話し合った。その結果、1ヵ月後から部分的に復職していく方向で検討していくことに決まった。さらに1ヵ月後、復職に至り、1年間経過は順調であった。Liは800mg（Li-TDM：0.73mEq/L）で維持していた。しかし、Liによる手指振戦が仕事の支障になるため、徐々にラモトリギン（LTG）へ置換し、その後は400mgまで漸増した（LTG-TDM：12 μg/mL）。その後3年間で内服継続している。自ら負荷を増やした後は一過性の疲弊状態になるものの、明らかな再発には至らず仕事も継続できている。

双極スペクトラムの治療では、気分安定薬での治療が基本となる。気分安定薬については、定期的に血中濃度を測定する必要がある。特にLTGは薬疹が出現しやすいため、注意が必要である。家族説明においては、定型的なうつ病ではないことを患者や家族に説明する必要がある。また、本患者は双極型障害（発揚気質者のうつ病）であったが、双極スペクトラムでは病気のみならず、気質への気づきが必要となる。発揚気質であれば、オーバーワークになりやすいことへの指摘と、オーバーワークにブレーキをかけるように促すことが、定型的なうつ病以上に必要となってくる。

なお、本発表は調査・研究上の倫理原則に則った発表であり、資料の目的外使用においては、責任者の許可を得ている。

1) Akiskal, H. S., Pinto, O : The evolving bipolar spectrum. Prototypes , , , and . Psychiatr Clin North Am, 22 ; 517-534, 1999

就職の半年後にうつ状態を呈した青年男性の1例

琉球大学医学部附属病院精神科神経科

高良 聖治

【症例】22歳、男性

【主訴】体がだるくて仕事ができない。

【現病歴】元来、内向的だが真面目な性格。X-1年4月にシステム・エンジニアとして就職し、仕事内容は主に仕様書作成とデータ処理であった。10月より仕事量が2倍に増え、残業を繰り返すも疲れがたまり、次第に作業能力が低下。上司からは「ほかの部下より君は仕事できていない。私の求めるレベルより低い」と叱責され、仕事のやり直しを何度も命じられた。12月より不眠・倦怠感を自覚し内科を受診。異常を認めなかったが、その後も1ヵ月以上改善がなく、X年1月に内科より精神科に紹介受診となった。

【生育歴】同胞2名中次男。出生時や発育に問題はなかった。勉強はできたが、運動は苦手であった。小学時にいじめに遭ったが不登校には至らなかった。中学時は部活に所属せず、高校時は弓道部に所属した。成績は中の上であった。高卒後は専門学校に進み、卒業と同時に現在の会社に就職した。【家族歴】両親・兄との4人暮らし。父は厳格な高校教諭で、患者との交流に乏しい。母は優しく、パートの仕事と祖母の介護を両立している。兄は大人しい性格で、公務員。

【既往歴/嗜好歴】特記事項なし。

【初診時所見】細身体型。年齢相応の服装。うつむき加減で伏し目がち。緊張のためか表情は乏しく、ぎこちない。「確かに皆より仕事できていないが、上司も自分に嫌がらせをしているような気がする。上司が何を考えているのかわからない。仕事はだるさが取ればできると思う」と述べた。

【症状】不眠、倦怠感、食欲低下、集中力低下、興味関心の減退を認めた。過去に躁エピソードはない。幻聴や明らかな被害妄想および思考障害は認めなかった。

【検査】血液検査、脳波検査や頭部CT検査で異常なし。知的機能の簡易評価検査 (Japanese Adult Reading Test) でIQ102。

この時点でうつ病と診断したが、仕事もうまくいかない原因をより正確に把握するため、さらに、下記質問を追加聴取した。

【仕事の内容と量の詳細やそれらのこなし方、職

場の人間関係、これらに対する自己解釈】(本人談) 仕事の量や内容は他の入社同期生と同じなのに、自分だけ仕事に時間がかかる。仕事の優先順位がよくわからない。気になるところがあると先に仕事を進められない。一度に2つのことを言われると混乱する。「適当にやれ」「そこをどうにかしろ」では曖昧でわからない。「空気を読め」とよく注意される。他人が本気で言っているのか、冗談なのかよくわからない。自分と他人は考えていることが違うとよく感じる。

上記悩みや違和感は小学時から感じていたという。このことから、本例には実行機能障害、対人的相互作用の質的障害、こだわりがあると判断した。参考までに自閉症スペクトラム指数(AQ-J)を施行したところ、30点であった。本例はうつ病であるが、その背景に“特定不能の広汎性発達障害”の合併があると強く疑った。

【治療方針と今後の対応】うつ状態に対して、休養(診断書作成)と薬物療法を開始。両親から客観的情報を得る(幼少期の発達歴の確認)。広汎性発達障害日本自閉症協会評定尺度(PARS)の実施。病状回復期に知能検査(WAIS)を施行。これは知的障害との鑑別や能力の凹凸(VIQとPIQのディスクレパンシーの有無や下位尺度の凹凸)が診断の参考になるためである。また、この検査プロフィールと群指数の結果を把握しておく、本例が職場復帰する際に本例に適した仕事内容を検討する上で役に立つことがある。職場への働きかけとして、産業医や上司に情報提供を行う。現場復帰にこだわらず、本例の特性に合った仕事内容や配置転換、職場環境を検討してもらう。

【診察時の注意事項】患者本人の病識と受容能力に配慮する。特性告知(治療上不可欠)と病名告知(制度・資源活用時)は区別する。特性を本人と周囲が理解していないと誤解が生じやすい。そのことを本人の生活や体験談からできるだけみつめて一般的解釈も交えて説明する。これは、本人が自身の特性を理解し自覚する1つの助けになる。言葉での伝達のみならず、啓発書などの視覚的情報も活用する。認知の修正を図るより適応行動を指示する方が動きやすい。シミュレーション・トレー

ニングを取り入れる。職場への働きかけには、本人の同意と職場の受容能力を吟味する必要がある。

【転帰】 後日、母から生育歴を聴取。PARSは幼児期ピーク7点、成人期9点といずれも閾値下であった。特性が薄いと親でも気づかないことがある。本例は特性告知に納得した。うつ状態改善後に病名告知も希望したため、病名を告知した。加えて、特性理解を深めるために広汎性発達障害の一般啓発書を読むように勧めた。職場の受容能力を吟味した上で、上司と面談し本例の特性の説明とそれに対する配慮や職場での生かし方を説明した。

うつ状態を呈した高齢者の1例

日本医科大学付属病院精神神経科

館野 周

【症例呈示】74歳女性。家族に勧められて来院。主訴は「おかしくなってしまった。嫌がらせをされてつらい」。

【生活歴】5人同胞第1子長女、最終学歴は高校、成績は中程度であった。4年程働いた後、結婚し2児をもうけた。夫の店を手伝い、45歳時に夫と死別後も仕事を続けたが、68歳時に廃業した。X-2年9月（72歳時）息子、娘が仕事で結婚で家を出て以降は独居している。

【診察時の様子】本人のみが入室した。落ち着かない様子で「助けて下さい」「何が何だかわからなくて。おかしくなってしまった」と語る。何がつらいかを尋ねても、「わかりません」「助けて下さい」と繰り返した。

【現病歴】家族からは以下の情報を得た。X年3月頃からふさぎ込むことや些細なことで心配して家族に電話をするようになった。「味がおかしい、面倒くさい」と食事を摂らなくなった。4月頃から日付の間違い、不眠や物忘れが目立つようになった。掃除の当番日を間違えて、ゴミが回収されなかった後に、「皆に迷惑をかけた」「だから隣人が嫌がらせをしてくる」と娘に訴えたことがあった。落ち着かず、家族の話も頭に入らないため、心配した家族に連れられてX年5月精神科初診となった。

【過去の情報】家族から、以前にも同様の状態があったとの情報を得た。X-2年10月頃より気分が沈み、孤独感を訴え、趣味も億劫で行かず、横になっていることが増えた。12月頃より改善し、X-1年2月には趣味も再開し、普段通りとなった。

【検査所見】

神経学的所見、血液検査、脳波検査：Hb11.0以外、特記事項なし

ハミルトンうつ病評価尺度：25点

ミニメンタルステート検査：24点

アルツハイマー病評価尺度認知機能下位尺度：8点

頭部MRI：軽度脳萎縮、微小な陳旧性脳梗塞、Voxel-based Specific Regional analysis system for Alzheimer's Disease（大日本印刷、エーザイ）では関心領域のz-score 1.2

^{99m}Tc-ECD SPECT：前頭葉の軽度血流低下、Easy Z-score Imaging System（富士RFファーマ）では常状

回、楔前部の軽度血流低下

【転帰】今回のエピソードはうつ症状が先行しており、妄想も気分一致したものと考えられた。過去の病歴も考慮し、「反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード」と診断し、セロトニン再取込阻害薬を中心とした治療を開始し、高齢者では副作用出現のリスクが高く、容易にせん妄が出現しやすい点などに注意しながら漸増していった。入院治療により、不安、焦燥感は軽減し、睡眠も改善した。入院後は妄想の訴えは聞かれなかった。うつ症状改善に伴い、見当識、物忘れは改善し、食欲も次第に回復した。しかし、退院後の生活に話が及ぶと不安感が悪化した。このため、娘が当面同居するなど生活環境を調整し、試験外泊を行い、以前と同様に過ごすことができたため第38病日退院となった。退院時に継続的な通院と薬物療法の継続が重要であることを説明し、デイサービスなどの公的支援を取り入れていくことを勧めた。

【鑑別診断について】見当識障害、健忘、意欲低下、理解力低下の存在は「せん妄」「認知症」を疑わせるが、症状は比較的一貫しており、うつ状態の先行が疑われる。抑うつ気分、意欲低下、不眠、食欲低下、思考抑制等の存在は「うつ病」を疑わせるが、認知機能低下が目立つ印象もある。妄想、焦燥感などの存在は「精神病性障害」の存在を疑わせるが、気分一致する妄想ともとれるし、出現が一過性である点が疑問として残る。

【初診の進め方】通常初診時には問診票などに加えて本人からの情報が大きな手掛かりとなる。しかし本人からの情報収集が十分に行えない時もあり、その際には家族などの情報を手掛かりに診察を行うこととなる。それらを基に症状評価と必要な検査を行う。経過も疾患や治療目標を考える上で重要な情報であり、病歴も重要である。

【検査結果について】重度のうつ状態、軽度認知障害と考えられる。MRIやSPECT所見はアルツハイマー型認知症とは矛盾しない結果であった。本症例ではアミロイドイメージングPET（¹⁸F florbetapir）を実施しており、アミロイド沈着陰性であった。このためアルツハイマー型認知症や脳血管性認知症は否定的と考える。

【質疑応答】

Q) PET検査がなければ、症状や経過からは認知症も合併している可能性が考えられるのではないか？

A) 本症例では アミロイドの病的な沈着もないため、否定され则认为。PET検査以外の所見ではMRIやSPECT所見の結果や、意欲低下などアルツハイマー型認知症などに関連するうつ症状とされる症状があるものの、治療によるうつ症状の改善とともに認知機能も病前程度に回復したと考えられ、現時点では認知症の診断はつかないと考える。

うつ状態でコンサルテーションを受けた前立腺がんの1例

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科心療・緩和医療学
分野

松島 英介

症例として挙げたのは、前立腺がんのため泌尿器科で通院治療を受けていた高齢の男性で、不眠や歩行障害など日常生活に大きな支障をきたすほどの強い腰痛が新たに出現し、がんの第二腰椎転移と診断されたため、疼痛コントロールを目的に大学病院に入院した患者である。この症例のうつ状態をめぐる診断・治療について、サイコオンコロジーの臨床では必須とされているがん患者の特徴を踏まえながら概説した。

一般に、がん患者に出現する主な精神疾患としては、適応障害や大うつ病などのうつ状態が20～40%、せん妄が5～25%といわれており、とくに高齢者やがんが進行して終末期になるとせん妄の出現は80%以上になるともいわれている。この症例も入院後、疼痛コントロールのためにオピオイドを増量していく過程で食欲低下や全身倦怠感、気力の減退、集中力の低下が目立ち始めたが、このような患者の診断としては適応障害や大うつ病とともに、せん妄とくに低活動型せん妄を念頭において鑑別しなければならないことが多い。鑑別の要点は、せん妄における認知障害はうつ状態におけるそれよりもはるかに幅広く、程度も重いことが特徴であり、この認知障害をいかに評価するかが目安となるため、こうしたことを確認するための問診とそれに対する患者の反応を十分見極めることが必要である²⁾。この症例も、認知障害は目立たず、その後に興味や喜びの喪失、制止、抑うつ気分、罪責感などが加わったため、大うつ病と診断した。この大うつ病の診断基準のうち、食欲減退、不眠または睡眠過多、易疲労感または気力減退、思考力や集中力減退は、がんそのものの症状やがん治療の副作用としても出現するため、大うつ病の症状なのか判断が難しいところがあり、診断に苦慮することがある³⁾。

がん患者のうつ状態に影響を与える要因⁵⁾については、生物学的要因として、若年、うつ病の既往・家族歴、がん以外の身体疾患、薬物（副腎皮質ステロイド、化学療法薬など）、がん関連要因（進行がん、低い身体活動性、疼痛や疲労感といった身体的負荷、臍臓や頭頸部といった腫瘍部位）が挙げられており、また心理的要因としては関係性の問題（支援の乏しさを自覚、心配性あるいは回避傾向）、負

の心的態度（楽観的傾向が少ない、否定的感情を表出できない）、低い自己評価が、さらに社会的要因として乏しい支援、低い社会的機能、最近の喪失体験、ストレスの多いライフイベント、心的外傷や乱用の既往、物質使用障害が挙げられている。この症例のうつ状態も疼痛が強くそれが身体活動性の低下につながって、うつ状態に影響を与えていると考えられたため、オピオイドによる疼痛コントロールをはかることで、うつ状態の改善に寄与すると考えられた。

がん患者のうつ状態の治療においては、一般のうつ状態の患者のそれと基本的には変わりなく、薬物療法と精神療法が2本の柱となる⁴⁾。なかでも薬物療法の注意点としては、抗不安薬、抗うつ薬の選択は副作用のプロフィールによる使い分けをすること、原則的に単剤で少量から開始し、副作用に注意しながら漸増すること、抗不安薬は、眠気（オピオイド使用時）、ふらつき（高齢者や全身衰弱者、骨転移患者）、全身倦怠感などに注意すること、抗うつ薬は、抗コリン作用（オピオイド使用時の口渇、便秘、排尿障害、眠気・せん妄）、抗ヒスタミン作用（オピオイド使用時の眠気）、セロトニン作用（抗がん剤使用時の嘔気・嘔吐、食欲低下）、ノルアドレナリン作用（オピオイド使用時の排尿障害）を増強するので注意すること、抗がん剤との相互作用（タモキシフェンは肝酵素のCYP2D6によって代謝され活性代謝産物になって効果を発現するが、阻害作用を持つパロキシセチンはタモキシフェンの代謝を妨げ、効果を減弱する。またシクロスポリンはCYP3A4の基質であり、阻害作用を持つフルボキサミンによってクリアランスが変化し、血中濃度が上がるなど）にも気をつけること、などがある。一方、がん患者の精神療法¹⁾については、支持的精神療法を基本的な治療技法として、心理的防衛機制としての否認を原則的に尊重し、治療者の逆転移に十分な注意を払いながらアプローチするが、認知療法も有用である。

1) 明智龍男, 鈴木志麻子, 谷口幸司ほか: 進行・終末期がん患者の不安、抑うつに対する精神療法のstate of the art. 精神科治療学, 18; 571-577, 2003

- 2) Breitbart, W., Alici, Y.: Agitation and delirium at the end of life. JAMA, 300; 2898-2910, 2008
- 3) Hollen, P.J., Gralla, R.J., Kris, M.G., et al.: Quality of life assessment in individuals with lung cancer: testing the Lung Cancer Symptom Scale (LCSS). Eur J Cancer, 29A(suppl 1); S51-58, 1993
- 4) 松島英介：女性のがんとうつ状態．日女性医学誌，20；215-219，2012
- 5) Miller, K., Massie, M.J.: Depressive disorders. Psycho-Oncology (ed. by Holland, J.C., Breitbart, W.S., et al.). Oxford University Press, New York, p.311-318, 2010

精神科臨床研究で直面する統計的問題

独立行政法人国立精神・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情報管理・解析部

渡辺 範雄

妥当性・信頼性のあるエビデンスは精神科領域の臨床においても不可欠である。さらに、強いエビデンスを形成するためには正しい方法で行われた臨床研究が必須となる。しかし、わが国の精神科研究者にとって心理・実務の問題となっているものの1つに、統計学的事項への懸念があると考えられる。

1990年代前半には、発表される精神科医学論文のうち43%に統計学的ミスユーズがあったという報告¹⁾もあるが、医療領域臨床研究に関する生物学的統計は、今や学問の1つとして確立し、関心も大きく高まっている。米国では統計修士課程卒業者がこの10年間に2倍に増加した²⁾が、これは関心の高まりを間接的に示すものであろう。さらに近年になって、より強いエビデンスを創出するために新しい統計的手法が用いられ、重要医学雑誌でこのような統計手法を用いた精神科臨床研究論文が掲載されるようになった。これには、STAR*D³⁾のような大規模かつ連続的な無作為割り付け対照試験(RCT)、また直接比較だけではなく間接比較も包含することでよりバイアスの少ないMultiple Treatment Meta-analysis(ネットワーク・メタアナリシスともいわれる)を用いたMANGA study⁴⁾など枚挙にいとまがない。さらにSTAR*Dでは全体の26%が医療とは関係のない理由で脱落したという報告⁵⁾もあり、欠測値の扱いに再び関心が高まるなか、混合効果モデルという洗練された方法を用いた研究も増加している。

このような状況下では、わが国の精神科臨床領域の研究者においても、近年の臨床研究によくみられる統計学的手法に明るくなることは不可欠である。また、臨床家にとっても統計学は重要な情報を正しく選択するうえで有用であろう。今後は、研究理解にとって不可欠な統計的手法の概要に関する教育が広く行われることで、臨床研究に携わる者が自身の今後の臨床研究をさらに洗練させること、また臨床家にとっては情報選択に利用できるようになることが望まれる。その結果として、今後のわが国発の世界でも広く利用される精神科領域エビデンス発信や、臨床のさらなる質の向上を期待する。

1) Cipriani, A., Furukawa, T. A., Salanti, G., et al. : Comparative efficacy and acceptability of 12 new-

generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*, 373(9665) ; 746-758, 2009

2) Keller, S. A. : Vital statistics. *Nature*, 467(7318) ; 914-2010

3) McGuigan, S. M. : The use of statistics in the British Journal of Psychiatry, *Br J Psychiatry*, 167(5) ; 683-688, 1995

4) Trivedi, M. H., Fava, M., Wisniewski, S. R., et al. : Medication augmentation after the failure of SSRIs for depression. *N Engl J Med*, 354(12) ; 1243-1252, 2006

5) Warden, D., Trivedi, M. H., Wisniewski, S. R., et al. : Predictors of attrition during initial (citalopram) treatment for depression: a STAR*D report. *Am J Psychiatry*, 164(8):1189-1197, 2007

ランダム化比較試験 デザインとその医療統計

慶應義塾大学医学部クリニカルリサーチセンター

中川 敦夫

【はじめに】ある症例に効果があった治療法を同様の患者にも有効であると断言してよいだろうか？

臨床精神医学における治療効果判定の難しさの1つは、自然に症状が改善することがあることである。このため、その治療が本当は奏功していなくても、その治療によって改善したと医師も患者も信じてしまうことがある。時間経過とともに症状が改善するという自然治癒力は普遍的な統計現象である「平均への回帰」とも説明される。また、治療効果の構成要素には「非特異的」な要素である心理的要因（例：プラセボ反応）も含まれる。さらに、ある医師が患者100名にある治療を勧めたとしても、100名全員がその治療を受け入れるわけではないことから、治療効果を検討する場合、選択バイアスの影響についても考えねばならない。

このような背景から、ある治療が有効なのかを検討する場合、科学的に妥当な方法にて検証する必要がある。すなわち、新しい治療法や現在広く行われている治療法でさえ、患者に有効なのか、また実際の臨床場面において十分に有用であるのかを検証する必要がある。今回のワークショップでは、治療の効果を確かめる科学的に妥当な方法の1つとしてランダム化比較試験を紹介し、その基本的な考え方について、そのデザインを含む臨床疫学とその統計学をできるかぎり数式を使わず、わかりやすく紹介することを試みた。

【ランダム化比較試験 バイアスと交絡に挑む

】米国医学会が出版するJAMA Users' Guide to the Medical Literatureでは、エビデンスの強さ（確からしさ）に関して、その強いものから以下の段階で示されている：N-of-1のランダム化比較試験(RCT) > RCTの系統的レビューとそのメタ解析 > 1つのRCT > 患者の重要アウトカムに関するコホート研究の系統的レビュー > 患者の重要アウトカムに関する1つのコホート研究 > 基礎・生理学的研究 > 非系統的臨床観察（エキスパートの意見など）。すなわち、結果の確からしさという観点から、いくつかの研究デザインの中ではRCTは高く評価されている。

RCTの結果の確からしさを研究デザインの観点から検討する。RCTの研究デザインでは、「平均への

回帰」の課題に対応するために、単群の前後比較ではなく、対照群を置くことが必須の構成要素の1つとなっている。対照群の参加者は、治療群の患者と同様の条件下、同じ期間で評価されることが重要であり、この並行に実施した比較によってバイアス・交絡の影響を少なくすることができるのである。また、割り付けられた治療以外の全ての要因を、治療群・対照群においてなるべく均質にする目的として、ランダム化という作業が行われる。これは主治医は、患者に対して可能な限り最良な手立てを行いたいという意志をもっていることから、主治医自身が交絡バイアスになってしまうからである（「適応による交絡」）¹⁾。例えば、主治医の判断に基づき、重症の患者を介入群に、軽症の患者を対照群に割り付ける可能性があり、患者自身も、好んで対照群を望むことは少ないといったものである。このような背景から、RCTにおいて「ランダム化」という統計学的手法は、既知・未知の交絡を確実にランダムにするという仮定を確保してくれるため、このデザインから得られたデータの解析結果はより確かとなるのである。治療群と対照群における臨床評価項目に意味ある違いが生じたかどうかを統計的に検討すること（検定）によって、治療の有効性を判断するが、RCTの計画段階では「患者を各群に何例組み入れたら妥当なのか？」という問題に出くわす。これは、サンプル数が小さく十分な検出力がないのに、治療法が「対照と差がない」と群間の差を見落とさないようにしなければならぬこととも換言できる。このため、研究者は、最も関心がある臨床評価項目を選定し、それを解析するのに使用する適切な統計的検定法を特定し、偶然の誤差によるデータのバラツキを考慮してサンプルサイズを計算することになる。一般的に、測定項目のバラツキが増すとサンプル数は大きくなり、治療効果が大きいとサンプル数は少なくてすむ。一方、差を見落とさないように、より高い検出力に設定するとサンプル数は大きくなるが、その分だけ研究を実施する労力が増えるという問題を生じる。

【ランダム化比較試験の結果と臨床判断】「エビデンスにもとづく医療(evidence-based medicine):

EBM)」という視点から考えると、確かにエビデンスのヒエラルキーでは、RCTが上位に位置するものの、その結果のみで臨床判断を行うと誤った結論が導かれる場合が時にある。これはRCTの実施場所は、実地の医療現場と必ずしも同じではなく、利益相反の問題などRCT実施上の不透明な疑義などである。David Sackettら²⁾は、治療に関する臨床判断をする場合、臨床医としての経験や技能などの専門性、患者の希望などの価値観、その時点で入手できる最も確かなエビデンス(RCT)の結果を統合して、より確かな判断を行うことの重要性を提唱し、これがEBMの実践であるといっている。その意味でも、臨床医としてRCTを総合的に吟味できる確かな目を備えていくことは、重要であろう。

【おわりに】今回のワークショップでは、交絡、バイアス、偶然過誤、検定などのキーワードを、研究事例をもとに説明しながらRCTのチェックポイントを振り返った。また、RCTの抱える限界や最近議論されている利益相反の話題、そして透明化の試みについても触れた。臨床医がより確かな臨床判断を行うためには、患者の希望をよく聞いた上で、これまでの臨床経験と確かなエビデンスの結果を吟味し、それらを統合して考える必要があるといえよう。

1) 樋口輝彦, 山田光彦監修, 中川敦夫, 米本直裕訳: ロンドン大学精神医学研究所に学ぶ精神科臨床試験の実践. 医学書院, 東京, 2011

2) Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., et al.: Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ, 312; 71-72, 1996

混合効果モデル 欠測値の取り扱いとのリンク

慶應義塾大学医学部クリニカルリサーチセンター

阿部 貴行

臨床研究での使用頻度が近年増えている混合効果モデル (MMRM、mixed-effects models for repeated measurementsとも呼ばれる) と臨床研究で生じる欠測データの対処法の関係性について概説した。臨床試験における欠測データの対処法については、2012年に *New England Journal of Medicine* (NEJM) に発表された special report での提言により、今後、ますます注意深い検討が必要になると思われる。

まず、MMRMは、経時測定データ (反復測定データとも呼ばれる) の解析に使用できる統計手法であり、「患者ごと」に、反応変数 Y (例えば、MADRSスコア) の経時推移をグループ化する点に特徴がある。経時測定データでは反応変数 Y が時点間で相関をもつため、通常の分散分析モデルは使えず、統計解析ではデータの相関を適切に考慮する必要がある。MMRMでは、患者固有の変量効果 (random effects) を用いる方法、直接的に患者間で共通の相関構造 (様々な構造がある) を指定する方法の2つの方法により時点間の相関をモデル化できる。そして、反応変数 Y の平均構造を通常の固定効果 (fixed effects: 治療群、時点、治療群 \times 時点の交互作用など) と変量効果 (random effects) の和 (混合) で表現する。これが名前の由来である。患者固有の変量効果 (高値を取りやすい患者など) を用いる場合、同一患者のすべての繰り返しデータは同じ変量効果を含むため、結果としてデータには時点間で一定の相関が生じる。通常、変量効果は正規分布のようなバラツキをもつ分布に従うと仮定する。一方、MMRM解析では、反応変数 Y をベースラインからの変化量とするかあるいは測定値自体とするかにより解析結果の読み方が変わる。それぞれ、治療群の主効果および治療群 \times 時点の交互作用の有意性により治療 (あるいは曝露) 効果を判定する。

次に欠測データの対処法について述べた。前述のNEJMのspecial reportは、米国FDAのガイダンス文書のために作成されたNRC (National Research Council) reportの要約であり、完了例のみの解析 (complete case analysis) や、従来から贅用される、ある時点の欠測値を直近の最終値で補完するLOCF (last observation carried forward) 法は、推定のバイアスや

推定精度の過大評価の問題から主解析として用いるべきでないと述べている。そして、多くの研究で後述のMARを仮定するequation-based methodsやmodel-based methods を主解析とすることは適切であるとしている。前者は一般化推定方程式モデルの重みつき解析 (本論の目的から外れるため詳細は割愛する) などで、後者はデータに完全な確率分布を仮定する尤度ベースのMMRMのようなものである。一方、欠測データの統計解析の枠組みでは、欠測が生じるメカニズムに Missing completely at random (MCAR)、Missing at random (MAR)、Missing not at random (MNAR) という3つを考える。ここで、は試験参加者の中のランダムな患者集団に欠測が生じるという非常に強い条件で、は例えば重症な患者において欠測が生じやすくてもよいが、欠測値は欠測のない他の患者のデータで説明できるという条件である。

は、MARが成り立たない一般的な場合である。前述のMMRMはMARを仮定する手法であり、MMRMと名前が似ているが別の統計手法である反復測定分散分析 (repeated measures ANOVA) はより強いMCARの仮定を要する。理論的には、この差は両者がそれぞれ最尤法と最小二乗法を用いてパラメータ推定を行うことに起因する。また、多くの統計解析ソフトウェアは反復測定分散分析において、1つ以上の時点で反応変数が欠測している患者を患者ごと解析から自動的に除外するため (この点においてもMCARを仮定している)、細心の注意が必要である。それに対して、MMRMは観察された反応変数のデータをすべて解析に用いる。

最後に、MMRMでは平均構造と相関構造の指定の仕方により多種多様なモデル化が可能であるため、研究者は研究 (症例数、時点数など) に応じて、適切なモデルを選択する必要がある。その際、生物統計家との共同作業は有用であると考えられる。そして、他の統計手法同様、MMRMもデータの正規性や指定した平均構造および相関構造が正しいという前提で治療効果のパラメータを推定する。このため、モデルの前提条件のチェックは必須である。また、MARの仮定の妥当性はデータから検証できないため (観察できない欠測した値に関する条件である

ため)、解析結果の頑健性を示すための感度分析も重要となる。

- 1) 阿部貴行, 佐藤裕史, 岩崎 学: 医学論文のための統計手法の選び方・使い方. 東京図書, 2013
- 2) Laird, N.M., Ware, J.H.: Random-effects models for longitudinal data. *Biometrics*, 38; 963-974, 1982
- 3) Little R.J., D'Agostino, R., Cohen, M.L., et al: The Prevention and Treatment of Missing Data in Clinical Trials. *N Eng J Med*, 367; 1355-1360, 2012
- 4) The Panel on Handling Missing Data in Clinical Trials; National Research Council: The Prevention and Treatment of Missing Data in Clinical Trials. National Academies Press, 2010

Multiple-Treatment Meta-Analysis

九州大学大学院医学研究院精神病態医学

三浦 智史

Multiple-treatment meta-analysis(MTM)とは、従来のhead-to-head meta-analysisを拡張した新しいメタ解析の方法である。従来のhead-to-head meta-analysisでは、介入2群間の直接比較のみを行っていたのに対して、MTMでは、直接比較に加え間接比較の結果も考慮することにより、直接比較試験のない介入群間の比較が可能となること、および計算に組み込む症例数が多くなるためより精度の高い推定が可能になることが有利な点として考えられている。本稿では、このMTMの基本的な概念およびその方法について、具体例を挙げながら説明を試みた。

まずは、間接比較の方法について、具体的に双極性障害急性期うつ病エピソードに対するクエチアピンとラモトリギンの効果を用いて説明を行った。間接比較とは、介入AとCを比較した試験と、介入BとCを比較した試験がある場合に、その2つの結果から、介入A対Bの効果を比較することである。双極性うつ病に対するそれぞれの薬剤のプラセボ対照二重盲検試験は、これまでに5試験報告されている。これらの結果を、MADRSもしくはHAM-Dでベースラインから50%以上の改善症例数をアウトカムとして、random-effects modelを用いてオッズ比として統合すると、プラセボ群と比較した場合ラモトリギン群でOR 1.39(95%CI: 1.06, 1.81)、クエチアピン群でOR 2.04(95%CI: 1.67, 2.50)であった (head-to-head meta-analysis)。いずれもプラセボ群と比較すると有効性が高いことが示されたが、ではラモトリギン群とクエチアピン群で有効性に差があるかどうかについては、これらの数値をみただけでただちに判断することは難しく、ラモトリギンとクエチアピンの有効性を直接比較した試験が行われていない以上、これら2つの結果から間接比較を行うことで有効性の差を推定するしかない。具体的な式は割愛するが、ログオッズ比およびログオッズ比の標準誤差を用いてこれらの結果から推定することが可能であり、ラモトリギン群に対するクエチアピン群のオッズ比が1.47(95%CI: 1.05, 2.06)という結果が得られる。これで、間接比較を考慮することによる第1の利点、つまり直接比較試験のない介入群間の比較が可能になることが示された。ただし、間接比較を行う場合には、共通する治療群が十分に類似していると判断さ

れる場合にのみ妥当であり、それを臨床的・疫学的に評価する必要がある。これをtransitivityと呼んでいる。

次に、直接比較と間接比較を統合する方法について、統合失調症に対するリスペリドンとハロペリドールの有効性を例として説明を行った。Songらの報告¹⁾によると、リスペリドンおよびハロペリドールのプラセボ対照試験はそれぞれ3試験および9試験であり、それらの結果を臨床的な改善がみられなかったエピソード数をアウトカムとしてオッズ比で統合すると、それぞれ0.40(0.26, 0.62)および0.18(0.10, 0.34)であった。この値からリスペリドン対ハロペリドールの間接比較結果を計算すると、OR 2.22(1.04, 4.72)となる。さらに、リスペリドン対ハロペリドールの直接比較試験も10試験行われており、これら直接比較試験の結果を同様に統合した結果は、OR 0.77(0.58, 1.02)と報告されている。ここで、リスペリドン対ハロペリドールの有効性について、直接比較の結果と間接比較の結果が得られたわけであるが、これらは分散の逆数で重みをつけて統合することが可能である。ただし、この例の直接比較と間接比較の結果は、ずいぶん異なっているようにみえる。直接比較と間接比較を統合する場合には、両者がconsistentであることが重要となる。実際にリスペリドン対ハロペリドールの例では、両者はinconsistentとなっており、それらを統合した結果は、OR 1.23 (0.44, 3.45)となっており、必ずしも分散が小さくなっておらず間接比較を考慮した利点が必ずしも得られていない。もしinconsistencyが認められた場合には、その原因に関する評価を行う必要がある。

実際のMTMでは、複数の介入群からなるネットワークについて、階層ベイズモデルに当てはめて計算を行っている。本稿では、MTMの実例として、第9回日本うつ病学会で勝木らとともに発表した双極性うつ病に対する急性期治療のネットワークメタ解析結果を提示した。

1) Song, F., Harvey, I., Lilford, R.: Adjusted indirect comparison may be less biased than direct comparison for evaluating new pharmaceutical interventions. J Clin Epidemiol, 61(5):455-463,2008

統計の理想と現実 仮説と解釈 臨床医が欲しい指標

関西医科大学精神神経科

加藤 正樹

【はじめに】抗うつ薬の無作為比較試験（RCT）のメタ解析によるランクづけがめざしているところは、いわゆる大うつ病性障害全般を対象として、すべての人にとってのベストドラッグは何か？という仮説への解答である。しかしながら、これまでのエビデンスでも示され、臨床でも実感するようである患者にとってのベストドラッグは、他の患者にはプラセボよりも効果が乏しいことがあるのが現実である。これら治療反応性の個人差は、重症度、エピソード数、幼少時の環境、気質、併存疾患、生物学的因子、特徴的な症状などが要因と考えられており、我々精神科専門医としては、うつ病全般に効果的な薬を処方するよりも、上記要因での見立てにより最適な治療薬を選択できるのが理想的である。DSM-5のResearch Agendaにも治療の最適化を目指した遺伝子多型、ニューロイメージングや認知機能、それらと関連する行動表出、環境因子、治療ターゲットによる多軸評価が推奨されている。このような理想的な個別化治療のエビデンスとしてメタ解析やRCTは有用なのか、どのように解釈すべきなのか？

【メタ解析の現実と理想】臨床的側面からのメタ解析の限界には、大うつ病性障害という広いスペクトラムをもつ疾患を全般的に対象とするしかない、重症度や罹病期間、エピソード数など治療反応に影響を与える因子で調整できない、治療反応に予測を与える可能性のある、バイオマーカー、環境、併存疾患でも調整できない、うつ病スケールでresponse、remissionなど報告されているアウトカムのみ対象とするしかない、副作用の報告は試験ごとに異なるため脱落率をもって指標とせざるをえない、副作用の詳細がある程度わかっていても、異なる副作用の質的検討はできない、統計学的有意と臨床的有意さらには、治療選択の根拠には大きな溝がありメタ解析からのエフェクトサイズだけでは解釈が難しい、パブリケーションバイアスなどが挙げられる。これら諸問題を乗り越える可能性のあるメタ解析として、解析の対象とする試験の生データをすべて使用して解析するPatient-levelメタ解析という方法がある。この解析法の利点としては、元となるRCTで評価しているのが前提となるが、重症度、

エピソード数、下位項目と各薬剤の治療反応の相関が評価可能、バイオマーカーや環境因子の評価も可能、ワンポイントでのresponseの評価だけでなく、治療の軌跡が評価できる、副作用の詳細、血糖やコレステロール値異常や発現時期の評価が可能であることが挙げられ、一方限界としては、質の上昇と引き替えに、解析対象となる試験数が減ること、パブリケーションバイアスに加え、これらのデータ提供の可否にはさらなる情報提供バイアス（availability bias）がかかること、多くの因子を検定することによる多重検定が挙げられる。ここ数年でこのPatient-levelメタ解析を使って、うつ病を下位分類した興味深い結果が報告されており、今後このメタ解析に対応すべく、RCTのプロトコルの統一化などが課題である。では、どのようなRCTが適切であろうか？

【RCTに求められること】まず仮説においては、“プラセボを含む対象薬に対してNumber Needed to Treat（NNT）が10以下程度は抗うつ効果がすぐれている”という、全般的なうつ病を対象とした仮説から、全般的なグループを下位分類し、“ある特定のグループにおいてはNNTで4程度の差がつくのではないか？”と踏み込み特徴を検出し、さらに、“ある特徴を評価すれば治療選択の根拠になるのではないか？”という仮説にもとづくRCTへと、ステップアップしていけたらいいのではないだろうか？アウトカムにおいても、一般的なRCTでの“試験終了時のresponse/remissionにおいて $p < 0.05$ の有意差をもってすぐれていた”という“統計学的有意”から、“HAM-Dで3点、改善率で12%程度”といった“臨床的有意”を指標とし、さらには、評価スケールでは評価できないような、“真の治療のゴールである、復職、寛解の維持、社会認知機能の改善、長期治療時の副作用などにおいてすぐれている”といった、“社会機能的有意”が評価できるようなRCTが必用なのではないだろうか。現在日本で臨床試験登録されている試験には、個別化治療を目指したものや、真の治療ゴールを評価するものが登録されており、近い将来それらの試験の結果が公表されるのが楽しみである。

【まとめ】膨大な情報やエビデンスに騙されないように、我々臨床家にも試験の結果を日々の臨床に正しく解釈するための統計学的な知識、賢い臨床家になる努力が必用である。一方で、臨床試験には真の臨床的な疑問と要求に答えられるようなデザインが求められている。個別化治療のためのサブグループ・多因子解析と多重検定における偽陽性の統計学的処理とのよりよい折り合いのつけ方も今後の課題であろう。さらに、個別化治療へとつながる将来のPatient-level メタ解析を可能にするための、臨床試験のプロトコールの統一化や共同研究の新たな形への発展を、オールジャパンで取り組んでいくのが理想的であろう。

1)Gueorguieva, R., Mallinckrodt, C., Krystal, J.H.: Trajectories of depression severity in clinical trials of duloxetine: insights into antidepressant and placebo responses. Arch Gen Psychiatry, 68 ; 1227-1237,2011

行動療法にそった薬物療法

福岡赤十字病院精神科¹⁾
筑後吉井こころホスピタル²⁾
九州大学大学院医学研究院精神病態医学³⁾

芝田 寿美男¹⁾、飯倉 康郎²⁾、実松 寛晋³⁾

行動療法を日常臨床に取り込むという場合、みなさんはどのようなイメージを抱くであろうか。日常臨床でもおこなえる強迫性障害の治療であるとか、曝露反応妨害法なりの治療技法を簡便に用いる方法とかを、一般的に期待するのではと想像する。しかしごく日常的な精神科臨床で強迫性障害の治療をおこなう機会は決して多くないと思うし、曝露反応妨害法などの行動療法の治療技法をワークショップに参加する程度で習得するというのは、たまたま効果が得られる場合もあるという程度の技術習得でよければ別だが、日常臨床で活かせる臨床技術として身につけるには無理がある。

今回われわれが提示したタイトルの「行動療法にそった薬物療法」を奇妙に感じられるであろう。行動療法というのは精神療法的一种であって、薬物療法とは対立や並列関係にこそなりうるかもしれないが、薬物療法が精神療法である行動療法にそっておこなわれるということは、理解しがたいのではないだろうか。一般の精神科医であれば、薬物療法は日常臨床で当たり前におこなう治療技術であって、それなりに習熟しておりなじみがあると思う。おそらくは改めて習得する必要性を感じない技術であって、むしろ行動療法という精神療法のほうになじみがなくて、習得してみたいと考えてワークショップに参加されるのではないだろうか。ここにいくばくかの誤解が存在していると思う。

行動療法という精神療法では、まず精神症状や臨床場面に存在する問題を行動分析、すなわち刺激反応の連鎖によって把握し理解する。その上で治療の対象と目標を具体的にしながら治療を進めていき、治療結果は可能な限り数値化できるレベルにまで明確にして、患者側と共有しながら治療をおこなっていく。この治療構造自体が行動療法という治療法であり、一般に行動療法と呼ばれた時にイメージされる曝露反応妨害法やオペラント技法などの治療技法は、具体的にされた治療対象目標を達成するのに必要な学習を手助けするための技術の一部に過ぎない。むしろ行動分析を的確におこなうことが重要視される。

行動療法においては、向精神薬を用いた薬物療法

もこの治療構造にそって用いられる。行動分析することで把握し理解された臨床場面での問題に対し、何がどうなれば問題が軽減するのかと、行動分析に基づいて具体的な治療対象と目標を決めておき、その目標が達成されるためにはどのような行動が学習される必要があるのかと考える。必要な学習の成立に、薬物療法によって生じる変化が利用できないかと考え、向精神薬を選択し用いていく。目標が達成されたかどうかを把握する指標の変化によって、期待された学習の成立具合がはかられるし、薬物療法によって生じた変化が治療目標の達成に寄与できているかどうかも考察できる。しかもこれらの過程は患者と共有されており、治療対象が目標通りに変化しているかどうかは、患者自身も具体的な指標の変化によって把握できる。このような構造の中で薬物療法をおこなうと、薬物療法の有効性が増してかつ、治療法としての再現性が高まる印象をもっている。行動療法の治療構造にそって薬物療法がおこなわれることで、精神療法も薬物療法も相互に有効性を高めあうことができるのだと思う。このことを「行動療法にそった薬物療法」と呼称することとする。

行動療法にそった薬物療法を知ることで、すでにみなさんが習熟している薬物療法という技術をさらに有効な技術として身につけ直してもらおうこと、精神療法としても機能する薬物療法を習得してもらおうことが、今回ワークショップの目的だと考えている。すなわちそれこそが、明日からの日常臨床に取り込むことができる行動療法なのだと思う。

ワークショップ当日は、具体的に症例を提示して解説することで「行動療法にそった薬物療法」がどういうことかを示した。

依存欲求の発現機構を“物質”と“物質によらない”アディクションで考える

東京慈恵会医科大学精神医学講座

宮田 久嗣

【依存とアディクション（嗜癖）の用語について】「依存」という用語は、精神作用物質を対象として「摂取欲求（精神依存）」を中核に「離脱症状（身体依存）」や「耐性」を伴う現象として、科学的に厳密に定義されたものである。これに対して、ギャンブル、インターネットなどの「物質によらない（以下、行動と記す）」場合には、現時点では「依存」の科学的な定義に合致しない。一方で、行動による場合でも、依存に類似した臨床像を呈し、また、共通の治療技法（認知行動療法など）を適用できることから、「依存」よりも概念の広い「アディクション（嗜癖）」という用語を用いて、物質と行動の両者を包括しようとする考え方がDSM-5の立場である。

したがって、物質と行動の両者を「アディクション」という用語で統一する方法と、物質の場合には「依存」、行動の場合には「アディクション」を用いる二種類の方法がある。本稿では、物質と行動が精神薬理学的に共通の基盤をもつのかどうかを検討することから、物質の場合には「依存」を、行動の場合には「アディクション」を用いることとした。

【物質依存の形成と維持のプロセス】物質依存の形成と維持のプロセスでは、まず、物質を摂取した場合に快感や不安・痛みの軽減など生体にとって都合のよい体験をした場合に、再びその効果を体験したいという欲求が生じる。このような物質の効果を報酬効果と呼び、この効果を求めて物質の摂取頻度が増加していく場合に、物質に（一次性）強化効果があるという。しかし、アルコールの酩酊効果にみられるように、物質の報酬効果には耐性（効果の減弱）が生じることから、摂取量や摂取頻度が増加していく。一方、物質を反復摂取するなかで、本来、中性刺激であったさまざまな環境刺激が、物質の報酬効果と結びついて、物質への欲求を引き起こすようになる。たとえば、“赤ちょうちんを見ると、酒を飲みたくなる”というような現象である。この現象は、環境刺激が二次性強化効果を獲得することによって生じるが、このプロセスでは、環境刺激と物質の効果との結びつきは増強していく（増感現象）。このように、二種類のプロセス（物質の一次

性強化効果と、環境刺激の二次性強化効果獲得）をへて、物質への強い欲求（精神依存）が形成されていく²⁾。

【欲求の精神薬理学的構造】それでは、このようなプロセスによって形成された欲求の精神薬理学的構造を考えてみたい。これまで述べてきたように、欲求形成の第一の要因として、物質が一次性強化効果をもつことが前提となる。一次性強化効果を最も妥当性高く評価できるモデルは、動物実験の物質自己投与実験であり、強化効果の強い順から、モルヒネ、コカイン、覚醒剤、アルコール、ニコチンとなる。欲求を形成する第二の要因としては、離脱症状による欲求の惹起もしくは増強が挙げられる。離脱症状には精神症状（イライラ、不眠、うつ、不安など）と身体症状（自律神経症状、吐気、振戦、けいれんなど）があるが、精神症状はほぼすべての物質でみられるのに対して、身体症状は精神抑制薬で生じる。欲求を形成する第三の要因は、前述した環境刺激が物質の報酬効果と結びついて、環境刺激が二次性に報酬効果を獲得する現象である。これらの三要因は、欲求の形成のみならず再発の誘因としても重要な役割を果たしている²⁾。

したがって、物質依存の治療（欲求の軽減）を考えた場合、これらの三要因に作用する薬物が求められる。第一の要因である一次性強化効果に対しては、ナルトレキソンなどが候補となるが決定的な治療薬は存在しない。第二の要因である離脱症状による欲求の増強に関しては、ニコチンパッチやアルコール離脱に対するジアゼパムのように、置換療法が用いられる。第三の要因については、環境刺激と物質の連合（条件づけ）を阻止するカンナビノイドCB1受容体阻害薬やドパミンD3受容体阻害薬が候補となるが、まだ実用の段階にはない¹⁾。今後、このような観点からの物質依存治療薬の開発が待たれる。

【行動のアディクションの場合】行動のアディクションにおいても、物質依存と同様の欲求の精神薬理学的構造が存在するか否かを検討してみたい。第二の要因の「離脱症状による欲求の増強」に関しては、ギャンブルやインターネットなどのアディクションでは、これらの行動を禁止されるとイライラ、

怒り、不安などが生じて、対象行為への欲求が増強することが報告されている。また、第三の要因に関しても、ギャンブルやインターネットを想起させる環境刺激によって欲求が生じることから物質依存と同様のプロセスが想定される。一方、第一の要因である一次性強化効果に関しては、物質にみられるような固有の効果を認めがたく、報酬効果発現には生体側の要因が大きい。すなわち、ギャンブル、インターネットに“はまる”ためには、生体側にリスク希求性の性格や、これらの行為がストレス緩衝剤として機能する状況が必要となる。このような相違が、物質依存と行動のアディクションの本質的な相違になるのか、二次的な違いにすぎないのか、今後の検討が必要である。

1)Itasaka, M., Hanasawa, M., Hironaka, H., et al.: Facilitation of intracranial self-stimulation behavior in rats by environmental stimuli associated with nicotine. *Physiol Behav*, 107; 277-282, 2012

2)Miyata, H., Yanagita, T.: Neurobiological mechanisms of nicotine craving. *Alcohol*, 24; 87-93, 2001

アルコール使用障害に対する節酒指導 ブリーフ・インターベンション

国立病院機構肥前精神医療センター

杠 岳文

【これまでのアルコール医療】わが国でのアルコール医療は、これまで長くアルコール依存症患者、とくにその中でもアルコール関連問題が重篤、あるいは動機づけが高い患者に対する断酒治療のみが行われてきた。また、治療者も「底つき」と呼ばれる状態、すなわち患者本人が身体的、家庭的、社会的に危機的な状況あるいは破綻した状態に陥るまでは介入が難しく、本人の「否認」を解きやすい「底つき」時が介入のチャンスと考えていた。こうした状況から、早期の治療につながらず、わが国のアルコール依存症患者が約80万人と推計される一方で、実際にアルコール依存症として治療を受けているものは4~5万人と少ない。最近では、飲酒運転のみならず、がん、脳卒中、心疾患などの生活習慣病、さらにはうつ病や自殺といった喫緊の課題とされる問題の背後にある多量飲酒対策が注目され、アルコール依存症の早期介入のみならず多量飲酒者に対する二次予防にも関心が集まってきている。

【飲酒量低減技法としてのブリーフ・インターベンション】ブリーフ・インターベンション (Brief Intervention) は、1980年代よりWHOの多国間共同事業として開発研究されてきたもので、これまでその効果を示す多数の研究報告がなされ、すでにその有効性は確立しているといつてよい。ブリーフ・インターベンションは、通常は1つのセッションが5~30分間 (多くは15分以内) の短時間で、2~3回の複数回のセッションで行われることが多い。ブリーフ・インターベンションを簡単に言い表すと「生活習慣の行動変容を目指す短時間でを行う行動カウンセリング」で、最近ではアルコール以外にも薬物乱用の予防的介入でもその有効性が確認され用いられている。ブリーフ・インターベンションの主な構成要素は「Feedback」「Advice」「Goal Setting」である。ブリーフ・インターベンションに定訳はないが、「簡易介入」や「短時間介入」と訳されることもある。平成25年度からは、わが国の特定保健指導プログラムの中でブリーフ・インターベンションが用いられることになり、「減酒支援」と呼ばれている。

【ブリーフ・インターベンションの有効性】1990年以後、多量飲酒者への飲酒量削減を目的にしたブ

リーフ・インターベンションの有効性に関する論文は海外では数多く出されており、ブリーフ・インターベンションの有効性を示す報告は多い。その中でもFlemingらの報告したTrEATプロジェクトでの介入研究は、大規模で質の高い研究と評価されている¹⁾。彼らの行った研究では、64人の一般科医師が無作為割付で選ばれた392名の対象者にブリーフ・インターベンションを行い、その4年後までの転帰を対照群と比較調査し、アルコール関連障害へのブリーフ・インターベンションの効果を検証している。彼らの報告では、ブリーフ・インターベンションの効果を4年後まで認めており、救急受診回数や入院日数、自動車事故などの調査から、利益/コスト分析では、医療面では4.3/1、社会的には39/1と、コストの面でも有効であることを示している。こうした、アルコール関連障害の早期介入でのスクリーニングとブリーフ・インターベンションの有効性を示す数々のエビデンスを基に、U. S. Preventive Services Task Forces (米国予防医療専門委員会) は、2004年のレポート²⁾で、「フォローアップを伴う行動療法的なブリーフ・インターベンションが、6ヵ月から12ヵ月間あるいはそれ以上の期間続く、少量から中等量の飲酒量の減少をもたらすこと」が確認できたとして、アルコール関連障害のスクリーニングとブリーフ・インターベンションを用いた早期介入に対して、プライマリケアでの実施を推奨するBランクの評価を与えている。

【これからのアルコール医療】先にも述べたように、長くわが国のアルコール医療は主に比較的重症のアルコール依存症に対して断酒を唯一の治療目標とするものであったが、アルコール依存症患者でも初期には少なくとも一定期間節酒可能な一群があることがわれわれの研究でも明らかになっており、節酒を治療目標に加え「節酒から始める」アルコール医療も始まりつつある。背後には、ハームリダクションの考え方の影響もある。これによって、初期のアルコール依存症や有害な使用のレベルの患者にも介入の対象が広がり、早期介入が本格的に始まりつつある。これからのアルコール医療は、一般医療あるいはプライマリケアに早期介入の場、従来のアルコール医療を補完する治療の場を見出していくこと

になろう。初期アルコール依存症～有害な使用者を対象に節酒指導を行うプライマリケアと、中等症以上のアルコール依存症患者に対し断酒治療を行う専門治療施設が有機的に連携するのが望まれる姿であろう。

1) Fleming, M. F., Mundt, M. P., French, M. T., et al.: Brief physician advice for problem drinkers: long term efficacy and benefit-cost analysis. *Alcohol Clin Exp Res*, 26(1) ; 36-43, 2002

2) U. S. Preventive Services Task Force: Screening and behavioral counseling interventions in primary care to reduce alcohol misuse: recommendation statement. *Ann Intern Med*, 140 ; 554-556, 2004

双極性障害の適切な診断・治療とは？ “社会的後遺症”を防ぐために

理化学研究所脳科学総合研究センター¹⁾
自治医科大学附属病院²⁾
東京女子医科大学東医療センター³⁾

加藤 忠史¹⁾、阿部 隆明²⁾、山田 和男³⁾

双極性障害は、躁状態・うつ状態を反復し、これらの病相はその度に改善するが、躁状態による逸脱行動、うつ状態による長期欠勤などによって、結果的に退職、離婚、人間関係の喪失などの社会的後遺症が蓄積していく疾患である。

この疾患の予後改善においては、発症初期における治療が重要である。昨今、以前に比して、双極性障害への関心は高まりつつあるが、当事者の間からは、双極性障害の専門医が少なく、適切な治療を受けられる場所がわからない、といった声もある。実際に、精神科専門医にかかっているにもかかわらず、適正な治療を受けられていない事例も少なくない。

こうしたことから、本ワークショップでは、双極性障害患者の社会的後遺症を防ぐための適切な診断・治療とは何かについて、講師と会場とのインタラクティブなやりとりを通して体験していただくことを目的として、3つの講演が行われた。

双極性障害の病態・診断と標準的な治療（加藤忠史）

双極性障害の適正な薬物療法 副作用被害救済制度における事例から（山田和男）

双極性障害におけるテーラーメイドの心理社会的治療（阿部隆明）

では、双極性障害の診断、治療のコツに加え、日本うつ病学会による治療ガイドラインの概略についても紹介された。

では、医師の不適切な処方により、副作用が生じて患者が救済されなかった事例の紹介を通して、適切な治療の必要性について、認識を深めていただくことができた。

では、双極性障害の精神病理についてレビューしていただいた上で、個々の患者の背景に即した精神療法についてのお話をいただいた。

本ワークショップの間、フロアからも積極的な質問があり、質疑応答が行われた。

双極性障害の適正な薬物療法 副作用被害救済制度における不支給事例から

東京女子医科大学東医療センター精神科

山田 和男

医薬品の投与により、入院や死亡にいたる副作用や、障害が残る副作用が出現したさいには、独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）の「医薬品副作用被害救済制度」が利用できる。本制度は、医薬品（一般用医薬品を含む）が適正に使用されたにもかかわらず副作用が発生し、それによる疾病、障害などの健康被害を受けた方を迅速に救済することを目的としている。救済給付される対象例としては、皮膚粘膜眼症候群（スティーブンス・ジョンソン症候群）、中毒性表皮壊死症（ライエル症候群）、薬剤性過敏症候群（DIHS）などの重篤な薬疹、悪性症候群、遅発性ジストニア・遅発性ジスキネジア、リチウム中毒などが多い。医薬品の副作用によるものであるという因果関係がはっきりしており、使用目的と使用方法が適正でありさえすれば、医薬品副作用被害救済制度の対象となる。しかし、不適正な薬物療法（不適正使用）による副作用に対しては、医薬品副作用被害救済制度が適用されない（不支給事例となる）ことが多い。不支給事例では、救済されなかった患者や家族の怒りの矛先が、不適正使用を行った主治医に向かう可能性もある。

不適正使用と判断されるものとして、必要な検査が実施されていないなどの検査未実施事例、承認された効能または効果、用法および用量によらずに使用された事例、「禁忌」や「使用上の注意」に記載された「重要な基本的注意」の項の記載によらずに使用した、使用上の注意を遵守しないで使用された事例、（患者の）自己判断で使用した事例などがある。医薬品による副作用は、適正な使用を行っていても出現するが、不適正使用を行った場合には、より出現しやすいようである。適正使用か否かの判断は、添付文書の記載内容に基づいて行われる。

近年では、ラモトリギンの不適正使用による不支給事例が、特にバルプロ酸ナトリウムとの併用例において、増加傾向にある。ラモトリギンの不適正使用の中で最も多いものが、高用量での開始、または早すぎる増量である。具体的には、「50mg/日から開始している（併用薬がない場合）」、「25mg/日から開始しているが、1週間後に50mg/日に増量している」

といった場合には不適正使用となり、かりに重篤な副作用が出現したとしても不支給事例となる。バルプロ酸ナトリウムとの併用時においては、「25mg/日の連日投与から開始している」「25mg/日の隔日投与から開始しているが、2週間を待たずして25mg/日の連日投与に切り替えている」といった場合である。なお、ラモトリギンとバルプロ酸ナトリウムとの併用例では、特に承認用量よりも高い用量でラモトリギンを開始したさいに、高率で皮膚障害を発現することが知られている。

何らかの理由により、ラモトリギンの投与が中断したさいには、ラモトリギンの消失半減期の5倍の期間、すなわち単独での使用時には約170時間（=7.08日）、バルプロ酸ナトリウムとの併用時には約350時間（=14.58日）、グルクロン酸抱合を誘導する薬剤との併用時には約65時間（=2.71日）の未投薬期間があった場合には、添付文書にしたがって、初回投与量から開始すべきである。

不適正使用に関して比較的好く受ける質問として、「添付文書に違反しているかもしれないが、これは医師の裁量権の範疇であり、“不適正”な使用とまではいえないのではないか」というものがある。しかし、ラモトリギンによって起こりうる重篤な薬疹に関しては、PMDAも、製造元のグラクソ・スミスクライン株式会社も、再三にわたって添付文書の用法および用量を遵守するように注意喚起を行ってきた。それゆえ、少なくともラモトリギンに関しては、添付文書に違反することは医師の裁量権の範疇外であると考えられる。また、「うつ病が重症であったので増量を早めた」というのは、添付文書の効能・効果に関連する使用上の注意として「双極性障害の気分エピソードの急性期治療に対する本剤の有効性および安全性は確立していない」という記載があることから、正当な理由とはならないので注意が必要である。同様に、「躁病エピソードを呈したので増量を早めた」「妊娠を希望していたので増量を早めた」「併用しているバルプロ酸ナトリウムが少量、または低い血中濃度であったので、連日投与から始めた」なども、不適正使用の正当な理由とはならないと判断されるため、不支給事例となる。

そのほか、炭酸リチウム製剤の不適正使用（血中濃度の非測定）や、抗精神病薬の不適正使用（高用量からの開始）による不支給事例も散見される。

これらの薬剤を含め、すべての医薬品は用量・用法を守って正しく使用する必要がある。

認知症の危険因子・防御因子

九州大学大学院医学研究院精神病態医学¹⁾
九州大学大学院医学研究院環境医学分野²⁾
九州大学病院腎・高血圧・脳血管内科³⁾

小原 知之^{1,2)}、二宮 利治³⁾、神庭 重信¹⁾
清原 裕²⁾

【はじめに】厚生労働省によれば、わが国における認知症高齢者の数は2012年で約305万人と推計され、人口の高齢化とともにその数は増加して2025年頃には470万人に達するとされている。認知症の根本的な治療法が確立されていない実状を考慮すると、認知症の予防対策を構築するには、疫学的に認知症の実態を把握し、その危険因子・防御因子を明らかにする必要がある。

【わが国の認知症有病率の時代的变化】福岡県久山町では、地域住民における認知症の実態を明らかにするために詳細な疫学調査が進行中である。この町では、1985～2012年までの計5回、65歳以上の全住民を対象とした認知症の有病率調査が実施され、各調査の受診率はいずれも90%以上であった⁵⁾。全ての年でほぼ同一の2段階方式の調査方法がとられ、スクリーニング調査で認知症が疑われた者に対して2次調査を行い、認知症の有無、重症度、病型を判定した。さらに、この有病率調査を受診した者を全員追跡し、非認知症例からの認知症の発症率および危険因子を検討している。

わが国の地域高齢者における認知症有病率の時代的变化を明らかにするために、前述した時代の異なる有病率調査の成績を比較した。その結果、認知症、特にアルツハイマー病（AD）の有病率は人口の高齢化を超えて（年齢調整しても）上昇していた⁵⁾。また、血管性認知症（VaD）の有病率は時代とともに減少傾向にあったが、2000年代に入り再び上昇に転じた。

【認知症の危険因子】ここでは、前向きコホート研究の成績を用いておもな認知症の危険因子を検討してみたい。

1) 高血圧

動脈硬化の最大の危険因子である高血圧と認知症の関係を検討した疫学研究の成績をまとめると、老年期高血圧と全認知症およびVaD発症との関係に一定した見解は得られていない。また、ほとんどの研究において老年期の血圧レベルとAD発症との間に明らかな関連は認めなかった。そこで久山町におけるコホート研究の成績より、日本人における老年期高血圧と認知症発症との関係を検討した。1988年の久

山町健診に参加した65～79歳の認知症のない住民を追跡開始時の血圧レベルで分けて17年間追跡した²⁾。多変量解析で他の危険因子を調整した結果、VaDの発症リスクは老年期血圧レベルの上昇とともに一貫して有意に上昇したが、老年期の血圧レベルとAD発症との関連は明らかでなかった。つまり、高血圧はVaD発症の危険因子であるがADとは直接的な関連がないことがうかがえる。

2) 糖尿病

糖尿病と認知症の関係を検討した欧米の疫学研究の成績によれば、糖尿病は半数の研究で全認知症の有意な危険因子であった。病型別にみると、ほとんどの研究で糖尿病はVaDの有意な危険因子だったが、ADとの関連については一定した見解が得られていない。そこで、1988年の久山町健診で75gOGTTを受けた60歳以上の認知症のない住民を15年間追跡した成績でこの問題を検討した³⁾。追跡開始時の耐糖能レベル別に性・年齢調整した認知症発症率をみると、耐糖能レベルの悪化とともにVaDおよびADの発症率は上昇し、VaDの発症率は耐糖能異常（IGT）のレベルから、ADの発症率は糖尿病レベルで有意に高かった。多変量解析すると、糖尿病はとくにADの有意な危険因子であった。

その他、海外の疫学研究では、脂質異常症、肥満、メタボリックシンドロームなど動脈硬化の危険因子と認知症発症との関係についてはいずれも結論が得られておらず、今後さらなる疫学的検討が必要である。

【認知症の防御因子】海外の前向きコホート研究のメタ解析において、少量～中等量の飲酒はADおよびVaD発症の有意な防御因子であった¹⁾。また、久山町研究を含めた前向きコホート研究のメタ解析では、運動習慣のある群は、運動習慣のない群と比べてADおよびVaDの発症リスクが有意に低かった。その他、認知症の予防につながる修正可能な因子として、食事が挙げられる。そこで、包括的に評価した食事パターンが認知症発症に与える影響を検討するために、60～79歳の認知症のない久山町高齢者を17年間追跡した⁴⁾。その結果、大豆製品と豆腐、緑黄色野菜、淡色野菜、藻類、牛乳・乳製品の摂取量が多

く、米の摂取量が少ないという食事パターンは、ADおよびVaDの発症リスクを低下させることが示唆された。

【おわりに】認知症を予防するには、食生活を含めた生活習慣の適切な遵守とともに、生活習慣病の厳格な管理が重要であるといえよう。

1) Anstey, K.J., Mack, H.A., Cherbuin, N.: Alcohol consumption as a risk factor for dementia and cognitive decline: meta-analysis of prospective studies. *Am J Geriatr Psychiatry*, 17 ; 542-555, 2009

2) Ninomiya, T., Ohara, T., Hirakawa, Y., et al.: Midlife and late-life blood pressure and dementia in Japanese elderly: the Hisayama Study. *Hypertension*, 58 ; 22-28, 2011

3) Ohara, T., Doi, Y., Ninomiya, T., et al.: Glucose tolerance status and risk of dementia in the community: the Hisayama Study. *Neurology*, 77 ; 1126-1134, 2011

4) Ozawa, M., Ninomiya, T., Ohara, T., et al.: Dietary patterns and risk of dementia in an elderly Japanese population: the Hisayama Study. *Am J Clin Nutr*, 97 ; 1076-1082, 2013

5) Sekita, A., Ninomiya, T., Tanizaki, Y., et al.: Trends in prevalence of Alzheimer's disease and vascular dementia in a Japanese community: the Hisayama Study. *Acta Psychiatr Scand*, 122 ; 319-325, 2010

認知症の症候学 レビー小体型認知症と前頭側頭葉変性症

熊本大学医学部附属病院神経精神科

橋本 衛

認知症にはそれぞれの原因疾患に特徴的な臨床症候があり、それらの症候を適切にとらえることは、鑑別診断のみならず治療やケアにも必要となる作業である。今回の発表では、レビー小体型認知症（Dementia with Lewy bodies：DLB）と前頭側頭葉変性症（frontotemporal lobar degeneration：FTLD）に注目し、その臨床症候について考察する。

DLBは、大脳皮質に多数のレビー小体（Lewy body）が出現し、認知症を主症状とする神経変性疾患であり、アルツハイマー病（Alzheimer's disease：AD）に次いで頻度が高いとされている。DLBでは中核となる進行性の認知機能障害に加えて、激しい精神症状・行動障害（BPSD）、パーキンソンズム、自律神経障害などの多彩な症状が病初期から出現する。その中でも幻視や妄想、うつ、睡眠障害などのBPSDはしばしば認知機能障害に先行して出現し、認知機能障害以上に介護者に負担を与える症状であるとされている。その一方で、適切な治療により改善が期待できる症状でもあり、DLB患者のマネジメントにおいてBPSD治療は極めて重要である。

DLBでは、物盗られ妄想、嫉妬妄想、カプグラ症候群などの多彩な妄想が出現する。その中でも“配偶者、恋人が不実を働いている”と確信する嫉妬妄想は、しばしば配偶者への暴力行為につながるため、早期に治療介入が必要となる妄想である。筆者の認知症専門外来に通院中の認知症患者209例を対象に実施した検討では、19例に嫉妬妄想が認められ、そのうちの10例がDLB患者であった。DLB患者における嫉妬妄想的有症率は26%にもおぼり、AD患者の有症率（5.5%）と比較して有意に高率であった（ $p < 0.01$ ）。この結果は、認知症患者ではDLBであることが嫉妬妄想のリスクであることを示している。嫉妬妄想を認めるDLB患者では“妻が知らない男と性行為をしているところを見た”“夫と浮気相手の間にできた赤ちゃんが家に中にいた”などの、嫉妬妄想と関連した内容の幻視を高率にともなっていた。膨らんだ布団を見て、“布団の中に女が隠れている”と確信する症例も少なくなかった。さらに“何もできない自分は夫に浮気をされても仕方な

い”とうつ症状を背景に妄想が生じている例もあった。DLB患者の幻視が不安によって誘発される現象は临床上よく経験され、また、DLB患者の幻視は視覚認知障害と密接に関連していることも数多くの研究で報告されている。これらの知見は、DLB患者が呈する幻覚、妄想、うつ、不安などの精神症状や、視覚認知障害や注意障害などの認知機能障害は、各々が別々に生じているのではなく、ある症状が別の症状を誘発するなどそれぞれが密接に関連して生じている可能性を示している。DLBの妄想の背景に幻覚やうつ、視覚認知障害などの他の症候が関与しているとこの仮説は、妄想の治療に抗うつ剤やコリンエステラーゼ阻害薬の併用が効果的である可能性を示しており、今後DLBの薬物療法を考える上で重要な手がかりとなるのではなからうか。

FTLDは、大脳の前方部に病変の主座を有し、著明な人格変化や行動障害ならびに言語障害を主徴とする変性性認知症であり、AD、DLBに次いで頻度が高いとされている。FTLDは臨床的に、行動障害を主徴とする行動型FTD（behavioral variant frontotemporal dementia：bvFTD）、非流暢性失語が全経過を通して優勢な進行性非流暢性失語（progressive nonfluent aphasia：PNFA）、ならびに意味記憶障害を中核症状とする意味性認知症（semantic dementia：SD）の3臨床亜型に分類される。FTLDは極めて特徴的な臨床症候や画像所見を呈する疾患であるにもかかわらず、頻度そのものが少ないこともありその正確な病態が臨床現場ではいまだ十分に浸透していない。そのためADと誤診され、コリンエステラーゼ阻害薬の投薬により行動障害が悪化したり、適切な疾患教育が行われなかったため家族の病態理解が進まず、誤った対応が繰り返されるうちに行動障害が悪化したFTLD例をしばしば経験する。FTLD診断において最も重要なことはFTLDの中核となる症候を適切にとらえることである。以下は2011年に提唱されたbvFTDの診断基準¹⁾の抜粋であるが、これらの症状が中核となる症状として位置付けられている。

早期からの脱抑制行動（反社会的行動やマナー違反など）

早期からの無為、無気力

思いやりもしくは共感性の早期からの喪失

早期からの保続的、常同的、強迫的/儀式的行動
(周遊や時刻表的行動など)

過食と食行動変化(甘いものを好む)

神経心理所見(エピソード記憶、視空間認知機能
は保たれ、遂行機能障害が前景に立つ)

上記の6つの臨床特徴のうち3項目を満たせば possible bvFTDと診断され、さらに脳画像検査で前方優位の脳萎縮もしくは血流・代謝低下を認めれば probable bvFTDと診断される。この診断基準を用いることにより、従来の診断基準よりも診断感度が飛躍的にあがることが報告されている。他の認知症疾患とは症状が大幅に異なるため、特別な対応が必要となるFTLDにおいて、臨床症候を適切に把握し正しく診断することが治療の第一歩である。

1) Rascovsky, K., Hodges, J. R., Knopman, D., et al.: Sensitivity of revised diagnostic criteria for the behavioural variant of frontotemporal dementia. *Brain*, 134 ; 2456-2477, 2011

認知症診療における神経画像検査の有用性

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室

数井 裕光

本稿では、アルツハイマー病（Alzheimer's disease：AD）、血管性認知症（vascular dementia：VaD）、特発性正常圧水頭症（idiopathic normal pressure hydrocephalus：iNPH）の3疾患をとりあげ、認知症診療における神経画像検査の有用性を概説した。

ADの新しい診断基準¹⁾が2011年に発表された。この診断基準では従来の臨床症状によるprobable AD dementiaという診断に加えて、probable AD dementia with evidence of the AD pathophysiological processという診断が加えられた。この診断は、測定可能な施設で臨床医によって必要とされた場合に用いると但し書きがついているが、髄液A_β42低下、tauとリン酸化tauの増加の項目と並んで、アミロイドPET陽性、FDG-PETでの側頭・頭頂葉の糖代謝低下、MRI統計画像解析による側頭・頭頂葉の萎縮という画像所見が加わっている。この診断基準の意図するところは、これまでの除外診断中心のAD診断から、検査データを用いた積極的な診断への方向転換である。この診断基準は、今後徐々に一般診療にも利用され始めるであろうから、AD診断における画像検査の重要性が増していくと考えられる。

その中でもPiBを用いたアミロイドPET検査は侵襲が少なく、また近い将来、半減期が110分と長い18Fで標識されるPiBが使用可能になるため有用性が増すであろう。アミロイドPET検査が役に立つ臨床場面は、類似疾患とADとの鑑別診断とADの早期診断である。例えば、アミロイド陰性ならADでないといえる。現在、比較的頻度が高く、AD類似の症状を呈し、アミロイド陰性の疾患として、嗜銀顆粒性認知症と神経原線維変化型認知症が知られている。逆にアミロイド陽性であっても、アミロイドーシスなどの可能性もあるため、全ての患者がADとはいえない。しかしADである確率は高いと考えられるし、さらにADにおいてアミロイド沈着は、臨床症状や脳萎縮が明らかになるより前から始まっているため早期診断に有用である。今後アミロイド治療薬が開発された場合、さらにその有用性が増すことは間違いない。

NINDS-AIRENのVaDの診断基準のポイントは、認知症(認知障害)がある、脳血管障害がある、両

者に関連がある、である。通常、脳血管障害はCTやMRIで検出されるが、CTやMRIで形態学的に異常を認めた領域以外にも遠隔効果による機能低下が生じ、それが症状形成に関与している場合がある。前頭前野、線条体、淡蒼球、視床の4領域が関与する前頭葉視床基底核回路が想定されている。これには外側前頭前野回路、内側前頭前野回路、下前頭前野回路の3種類があり、それぞれ実行機能、発動性、行動抑制の実現に関与している。本稿では線条体（尾状核頭部、被殻の前部）～内包前脚・膝部と視床に両側性の脳梗塞が生じた症例²⁾を提示した。この症例では、脳梗塞部位にとどまらず背外側前頭前野、眼窩前頭前野、前部帯状回・内側前頭前野に広範なブドウ糖代謝低下を認め、これを遠隔効果による機能低下と考えた。そしてこの症例の呈した、仕事が段取りよくこなせない、ウィスコンシンカードソーティングテスト、Verbal fluency test、トレイルメイキングテストでの成績低下を外側前頭前野回路の機能低下と関連づけた。また同様に、意欲低下（他の患者との交流はほとんどなし）を内側前頭前野回路の機能低下と、脱抑制（他人に馴れ馴れしくなった、賭け麻雀で大金を失った、たばこを盗んだ、性的逸脱行動）、常同行動（タバコの吸い殻を拾う）を下前頭前野回路の機能低下と関連づけた。

またMRIで左視床前核に梗塞を認め、言語性記憶障害とともに自発性の低下、喚語困難を呈した症例を提示した。脳血流SPECTでは左視床に加えて、左前頭葉、側頭葉前方部の血流低下を認め、これを遠隔効果による機能低下と考えた。そしてこの症例の自発性低下は前頭葉の、喚語困難は側頭葉前方部の機能低下が関与していると考えた。

iNPHは近年、治療可能な認知症として注目を集めているが、その中に脳室系の拡大に加えて、高位円蓋部・正中部のクモ膜下腔の狭小化を認めるdisproportionately enlarged subarachnoidspace hydrocephalus (DESH) というタイプがある。このDESHにおけるシャント術効果の度合いと術前の脳変形の程度との関連を検討した。脳変形の程度は、VBMを利用した髄液腔容積の半自動測定法³⁾を用いて、（脳室系とシルビウス裂の容積/高位円蓋部・正中部のクモ膜下腔の容積）比で表した。結果

は、脳変形の程度が小さい患者ほど術後の症状の改善の程度が大きかった³⁾。今後、脳変形の程度で術後の効果予測ができる可能性が示唆された。

1)McKhann, G. M., Knopman, D. S., Chertkow, H., et al.: The diagnosis of dementia due to Alzheimer's disease: recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement*, 7 ; 263-269, 2011

2)Nishio, Y., Nakano, Y., Matsumoto, K., et al.: Striatal infarcts mimicking frontotemporal dementia: a case report. *Eur J Neurol*, 10 ; 457-460, 2003

3)Yamamoto, D., Kazui, H., Wada, T., et al.: Association between milder brain deformation before a shunt operation and improvement in cognition and gait in idiopathic normal pressure hydrocephalus. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 35 ; 197-207, 2013

4)Yamashita, F., Sasaki, M., Takahashi, S., et al.: Detection of changes in cerebrospinal fluid space in idiopathic normal pressure hydrocephalus using voxel-based morphometry. *Neuroradiology*, 52; 381-386, 2010

認知症高齢者に対する治療 認知症疾患センターでの治療経験を中心に

宮崎大学附属病院精神科¹⁾
社団法人八日会大悟病院老年期精神疾患センター²⁾

宇田川 充隆¹⁾、三山 吉夫²⁾、石田 康¹⁾

【はじめに】原因的治療の開発や実用化が実現していない現在の認知症治療は、予防、早期診断や改善可能な認知症の治療、進行抑制、認知症に伴う行動・心理症状(BPSD)の治療、連携、身体合併症の対応と看取りが挙げられる。宮崎県にある大悟病院認知症疾患センターでの治療経験をもとに、現在そして今後求められる認知症高齢者の治療について発表した。

【薬物療法】

抗認知症薬：現在、本邦ではコリンエステラーゼ阻害剤3剤が使用可能であり、メタ解析で実質的な差はないといわれているが、作用部位の違いのため、効果や、BPSDの悪化などの副作用に多少違いがある印象を受ける。臨床データが豊富であるドネペジルを主に、ガラントミンはAPL作用を有し、焦燥や易怒性を悪化させにくく、リバスチグミンはコンプライアンスの改善が期待され、消化器症状も軽減されることがある。メマンチンは、BPSD改善効果がある薬剤で、抗精神病薬の使用量を減らすことも可能である。

BPSDの治療と副作用：BPSDの治療のうち、せん妄、幻覚・妄想や粗暴な言動には、抗精神病薬を使用せざるをえない場面が多いが、抗精神病薬の服用時間と骨折が発生した時間帯に関連を認めたと、重篤な副作用のリスクを常に考える必要がある。薬物療法には常に、非薬物的治療で改善可能な認知症の可能性を考え対処し、過量になると不利益になることを心に留め、漫然と使用せず、必要性を考え続けるバランス感覚が望まれる。

【あるべき非薬物的治療や対応】薬物療法に頼らない方法を模索する必要があるが、非薬物的治療は正負両方の結果があり、絶対的なものではなく、内容は施設に任されているのが現状で、非薬物的治療や介護保険の利用が適切に行われているのかなど検討すべき課題も多い。

介護保険のあり方：サービスの提供や効果を、誰もが信用できる形で評価し、検討されている施設がどの程度あるのか、ケアマネジャーは適切なサービスを検討し、提供できているのか、施設が乱立する一方で、質の低下が目立っている、など現在の

介護保険利用の問題点は多い。介護保険も税金であり、今後さらに若い世代に負担のしわ寄せがいく中で、介護保険の本質や利用方法について検討していく必要がある。また、医師は、医療のみならず、全体を見渡した認知症患者の治療を行う必要がある。

予防：認知症発症前の予防が大切で、介入可能な危険因子を減らし、指導することが望まれている。多くは80歳を過ぎてからの定義上認知症症例で、認知症にならないことや、BPSDを減らすことも含め、少しでもお金をかけない認知症予防・対策を行政とともに、高齢者自ら（むしろ60歳代から）意識してもらうことが大切であり、医療者もサポートしていく必要がある。

診療時間の取り組み：患者の人となりを総合的に評価し、BPSDの原因を探り、患者を取り巻く周囲の配慮を調整することで改善できる形が望ましい。家族は患者への日常の対応に不安や、疑問、時にストレスを抱えており、少しでも軽減することが重要である。地域により、対応する必要がある患者数が異なるが、一人一人十分に時間を掛けられる診療が、家族の安心や納得につながり、ひいては不必要な抗精神病薬投与を見直すことが可能となる。

連携について：今後の課題は、増加する高齢者数に、対応可能な数を増やす必要がある。認知症治療には、病棟の雰囲気（看護師の影響が大）や地域との連携や家族への対応（例えば、有能な精神保健福祉士）が重要で、意識改革も含め対応能力をあげていくことが望ましい。家族の理解度の向上には、ガイドブックや家族の会の利用が有効で、福祉やかかりつけ医との連携には、手帳や連携ファイルなどを用い、情報を共有し、連携を密に図っていくことが重要となる。地域での見守り体制、医療的な関わり、機能回復や維持を柱に、「効果」が最も大切だが、今後の日本社会を考えると財政が大きな問題となり、「経済」も無視できず、常に自らの医療や介護の妥当性を検討する必要がある。行政は、対象となる地域を、機能性を高めつつ統括することを意識して認知症患者・家族を支える社会作りを推進することが重要である。

在宅へ返す試みと、看取りについて：主著者の

前任地では、自宅から入院する患者の割合が60%の中で、入院患者の20%程度しか自宅に戻せていない。多くの患者の希望であり、介護保険を破綻させないためにも、いかに在宅に帰せるかが課題で、認知症患者や家族を地域社会でどう支えるか常に考え、試みていくことが、最も大切な認知症治療のゴールである。また、在宅死の環境作りが今後の課題であるが、合併症患者も積極的に受け入れたこともあり、約15%を病院で看取った。最期を看取るまで患者や家族と付き合っていくことは、家族にとって何よりもの安心となるが、医療者にとっても貴重な経験になる。ただ見ておくのが看取りでもなく、過剰な医療を最後までするのも看取りではなく、常に理想の看取りをスタッフ一同で悩み考えていくことが望まれる。

抗精神病薬の減量試験における処方実態調査について

東邦大学薬学部臨床薬学研究室

吉尾 隆

【背景と目的】国内の統合失調症患者における薬物療法は、多剤併用が大きな特徴である。現在、多剤併用に関する検討が行われているが、その割合は依然高く、大量投与を招いている。本研究では、抗精神病薬の多剤大量投与を受けている統合失調症患者の処方の減量・単純化を目的とした。本報告では、精神科臨床薬学研究会（PCP研究会）の処方実態調査と本研究参加施設における処方実態とを比較した。

【対象と方法】本研究参加の55施設の患者6,544名を対象とし、1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（クロルプロマジン換算:CP換算）を算出し、2010～2012年度におけるPCP研究会による処方実態調査と比較した。また、減量単純化試験にエントリーされた172名の患者に関するデータベースより、減量単純化が実施された群（A群）と対照群として減量単純化を行うことなく3ヵ月にわたって経過観察された群（B群）の間の処方実態の比較を行った。

投与量の算出にあたっては、稲垣、稻田の等価換算表を用いた。なお、患者データは全て匿名化し、個人情報保護に最大限の注意を払った。

【結果】

背景因子：本研究で処方実態調査が行われた患者は6,544名であり、このうち減量単純化試験にエントリーされた患者は172名であった。減量単純化が実施されたA群の患者は101名、対照群として減量単純化を行うことなく3ヵ月にわたって経過観察されたB群の患者は71名であり、58.7%の患者で減量単純化が実施された。

抗精神病薬投与剤数・投与量：処方実態調査が行われた6,544名の1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 1.9 ± 1.0 剤・ 803.1 ± 608.1 mgであった。また、減量単純化試験にエントリーされた患者172名における1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 2.6 ± 0.8 剤・ $1,010.6 \pm 283.9$ mgであり、投与剤数・投与量共に有意に多かった（ $p < 0.05$ ）。減量単純化が実施されたA群のベースラインにおける1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 2.5 ± 0.7 剤・ $1,027.1 \pm 293.7$ mgであった。また、対照群としたB群のベースラインにおける1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 2.7 ± 0.9 剤・

987.2 ± 269.7 mgであり。A群とB群とのベースラインにおける有意差はみられなかった。

減量単純化試験：減量単純化が実施されたA群において、12週目まで減量が行われた患者93名の1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 2.0 ± 0.8 剤・ 838.3 ± 275.1 mgであり、24週目まで減量が行われた患者74名では 1.9 ± 0.7 剤・ 793.7 ± 305.0 mgとなっており、ベースラインと12週目、24週目の間には有意な減少がみられた（ $p < 0.05$ ）。

中止された薬剤の特徴：減量単純化が実施されたA群の患者において、最も中止が多かった薬剤はリスペリドンの21名（処方人数50名）、次いでベゲタミン（A/B）®を含むクロルプロマジンの20名（処方人数28名）、レボメプロマジンの18名（処方人数26名）の順であった。

【考察】2010～2012年度にかけてのPCP研究会による処方実態調査では、1日平均抗精神病薬剤数は2.0剤で変化はなく、1日平均抗精神病薬投与量（CP換算）は802.8mgから794.7mgへと若干減少し、2005年度の調査開始以来、初めて800.0mgを割ったが、大きな減少はみられていない（PCP研究会news letterより）。

本研究に参加した施設の処方実態は、PCP研究会による過去3年間の処方実態調査と差はなく、現在の国内における処方実態と大きな乖離はなかった。減量単純化試験にエントリーされた患者172名では1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）共に参加施設における平均値を上回っており、多剤大量投与患者が選択され、このうち101名の患者において、ベースラインから12週目、24週目へと減量単純化が進展した。減量単純化された患者の24週目における1日平均抗精神病薬投与剤数・投与量（CP換算）は 1.9 剤・ 793.7 mgであり、PCP研究会による処方実態調査2012年度の数値とほぼ一致していた。一方、統合失調症の薬物療法では、効果的かつ錐体外路症状が出現しない用量は、ドパミンD2受容体の占拠率が70%を超えない用量であると報告されており、この用量は、CP換算量で約600 mg/日前後とされている¹⁾。したがって、今回の減量単純化試験では、適切な用量までの減量は達成できていない。しかし、A群の患者において、12週目まで減量された患者では、剤数で0.5剤、投与量で188.8mgまで、24週目まで減量された

患者では、それぞれ0.6剤、233.4mgの減量単純化が行われており、単純計算による減量速度はそれぞれ15.7mg/週、9.7mg/週であった。この減量速度は、助川による25mg/週以下に適合した減量速度であったが³⁾、できるだけ時間をかけて慎重に減量を行うことは重要であると考ええる。

中止された薬剤は、リスペリドンが最も多かったが、調査対象者における処方数が多いこと、他の抗精神病薬との併用が多いことなどがその要因として考えられる。また、クロルプロマジン、レボメプロマジンの中止が多かった要因としては、いわゆる“鎮静系”の薬剤の減量が重視されていることが推定される。

【まとめ】この数年の間に、国内における統合失調症の薬物療法は第2世代薬が中心となり、第2世代薬の処方による単剤、低用量での薬物治療が期待されるがいまだ十分とはいえない。さらに抗精神病薬の投与量は減少しておらず、1日平均抗精神病薬投与量は依然600mgを超えている。本研究による試験結果を踏まえた適切な抗精神病薬の減量手法の提案により、統合失調症の薬物療法が効果的で安全に実施されることが考えられる。

1) Farde, L., Wiesel, F.A., Halldin, C., et al. : Central D2-dopamine receptor occupancy in schizophrenic patients treated with antipsychotic drugs. Arch Gen Psychiatry, 45 ; 71-76, 1988

2) 稲垣 中, 稲田俊也 : 向精神薬の等価換算, 第22回 持効性抗精神病薬の等価換算 (その3) : Risperidone 長時間作用型注射製剤. 臨床精神薬理, 13 ; 1349-1353, 2010

3) 助川鶴平 : 抗精神病薬の減量単純化のための減量速度一覧表の作成. 臨床精神薬理, 14 ; 511-515, 2011

統合失調症の多剤大量処方をも是正するエビデンス 減量の方法

独立行政法人国立病院機構鳥取医療センター

助川 鶴平

【はじめに】わが国の抗精神病薬の剤数や投与量は諸外国に比較して多く是正する必要がある。

2002年の鳥取病院の統合失調症入院患者の処方調査では、79.8%が2剤以上の多剤であり、その平均投与量はクロルプロマジン換算投与量（以下、CP量と略す）863mgであった。薬剤数と投与量には相関があり、1剤あたりCP量で約400mg増加することがわかった。

2000年の鳥取病院の統合失調症入院患者処方調査を元に2005年までの患者の生死を調べ、生存分析を行うと抗精神病薬1剤あたり2.3倍死亡リスクが増大することが示された⁴⁾。この数字は、Waddingtonらの報告⁶⁾、Joukamaaらの報告¹⁾での1剤あたり2.5倍に近い数字であった。抗精神病薬はなるべく単剤で使用する事が好ましいことがわかった。

【単剤化】鳥取病院では2000年7月から、抗精神病薬の単剤化に取り組んできた。2002年2月までに32症例を単剤化した。2003年10月までの経過を追跡した。簡易精神症状評価尺度で、罪業感、誇大性、心気的傾向の全てが軽微以下の患者では、90%強が2~3年間にわたり単剤治療を継続できていた。情動的に不安定な患者では多剤になりやすいものと思われる。

【減量の方法】適正量への減量に関しては、減量速度で減量の可否が決まるのではないかと考えた。田辺⁵⁾、村杉ら²⁾の先行研究から減量速度を計算すると、減量が失敗した群ではCP量で100mg/週、成功した群では40mg/週で減量していた。

低力価抗精神病薬（以下、低力価薬と略す）の減量では抗コリン性離脱症状が出現することから低力価薬の減量速度は高力価精神病薬（以下、高力価薬と略す）の減量速度の半分とした。減量速度の上限を高力価薬はCP量で50mg/週、低力価薬は25mg/週とした。

この方法を自らの患者に試みると大きな問題なく適正量に減量できることがわかった。

【無作為割付試験】2005年7月から旧・国立精神療養所を中心にこの方法の有効性をみるための無作為割付試験が行われ³⁾、2007年12月にデータの集積が終了した。選択基準は、一年以上入院しており、抗精神

病薬をCP量で1,500mg以上、かつ、3剤以上投与されており、説明を理解でき文書で同意できる患者であった。39症例が登録され、減量単純化群は19症例、対照群は20症例であった。減量単純化群では6ヵ月減量した後、3ヵ月経過を観察した。対照群はなるべく同じ処方を保った。減量単純化群では11症例でCP量500mg以上の減量に成功した。3症例で幻覚妄想の再燃のために500mg以上の減量ができなかった。2症例が身体症状の悪化で脱落、3症例がプロトコル違反で逸脱となった。参加した症例の58%、脱落・逸脱の症例を除くと79%がCP量500mg以上の減量に成功した。対照群では、3症例が脱落、2症例が逸脱となった。500mg以上の減量に成功した群と脱落・逸脱症例を除外した対照群との比較では、自律神経系副作用評価尺度UKU-11が減量成功群で有意に改善していた。

2010年、抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究（Safety correction of antipsychotics polypharmacy with high dose : SCAP）が開始された。SCAPでは、登録症例数を多くすることに主眼を置いた。すなわち、入院でも外来でも登録可能、抗精神病薬数は2剤以上、投与量はCP量で500~1,500mgとした。CP量で20%以上の減量を成功として、減量期間は3~6ヵ月、後観察期間は3ヵ月、一方、対照群も3~6ヵ月の経過観察の後、減量することとした。この結果、169症例を登録することができた。5症例が選択基準外であり、1症例が同意を撤回した。163症例が割り付けられた。減量群は101症例、対照群は62症例であった。減量群の内一人が割り付け直後に同意を撤回、もう一人は登録にミスがありこの2症例を除いた101症例の減量群では、プロトコル違反18%、追跡不能2%、精神症状の悪化4%であった。20%以上の減量に成功したのは76%であった。プロトコル違反と追跡不能を除外すると減量成功率95%であった。対照群ではプロトコル違反5%、同意撤回5%、精神症状の悪化3%であった。対照群の方が精神症状の悪化が多かった。完遂できた対照群は86%であった。評価項目などに関して詳細な分析はいまだなされていないが、減量の成功率をみるだけでもこの方法の有効性・安全性を概観す

ることができる。

高力価薬でCP量50mg/週以下、低力価薬25mg/週以下というゆっくりとした減量法がわが国の抗精神病薬使用の是正に関して貢献することができれば幸甚である。

- 1) Joukamaa, M., Heliövaara, M., Knekt, P.: Schizophrenia, neuroleptic medication and mortality. *Br J Psychiatry*, 188 ; 122-127, 2006
- 2) 村杉謙次, 萩原徹也, 庄田秀志ほか: 統合失調症の慢性例に対する抗精神病薬の単剤化・減量化の試み. 厚生労働省精神・神経疾患研究委託費「統合失調症の治療及びリハビリテーションのガイドライン作成とその実証的研究」総括研究報告書.p.67-73, 2004
- 3) 助川鶴平, 伊藤寿彦, 長谷川恵ほか: 抗精神病薬の減量単純化. *鳥取臨床科学研究会誌*, 1 ; 169-181, 2008
- 4) 助川鶴平, 土井 清, 林 芳成ほか: 抗精神病薬多剤併用による統合失調症患者生命予後への影響. *臨床精神薬*, 12 ; 1825-1832, 2009
- 5) 田辺 英: 精神分裂病慢性例における抗精神病薬多剤併用処方剤数の削減の検討. *慶應医学*, 77 ; 231-239, 2000
- 6) Waddington, J.L., Youssef, H., Kinsella, A., et al.: Mortality in schizophrenia. Antipsychotic polypharmacy and absence of adjunctive anticholinergics over the course of a 10-year prospective study. *Br J Psychiatry*, 173 ; 325-329, 1998

多剤大量投与の是正と健康関連QOL

公益財団法人神経研究所臨床精神薬理センター¹⁾
公益財団法人神経研究所附属晴和病院²⁾

稲垣 中^{1,2)}、稲田 俊也^{1,2)}

【はじめに】以前よりわが国では統合失調症患者に抗精神病薬の多剤大量投与が広く実施されていることが問題視されてきた。多剤大量投与を行っても精神症状がより改善するという根拠は乏しい上に、副作用や死亡のリスクが大きくなるというデメリットがもたらされることから¹⁾、多剤大量投与を受けている患者に減量単純化、すなわち、抗精神病薬の剤数と全体の投与量をとともに削減することが近年試みられるようになった³⁾。しかしながら、これらの研究はいずれも対象患者数が少ないので一般化可能性の面で限界がある上に、臨床現場における実用性についても十分検討されているわけではないことも指摘されていた。今回紹介する『抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究 (Safety correction of antipsychotics polypharmacy with high dose : SCAP)』は減量単純化による治療転帰を検証するとともに、減量単純化を行うための指針策定を目的として平成22~24年度厚生労働科学研究補助金により実施された多施設共同オープン比較試験である。

【対象と方法】SCAPの対象患者は、a) 2剤以上の抗精神病薬が併用されており、かつ、b) 抗精神病薬の総投与量がケロルプロマジン (CPZ) 換算500~1500mg/日であった患者である。対象患者はA群、B1群、B2群の3群に無作為に割り付けられ、EuroQOL日本語版、マンチェスター尺度日本語版 (MS)、薬原性錐体外路症状評価尺度 (DIEPSS)、自律神経系副作用評価尺度UKU-11などによる評価を受けた。このうち、A群では即座に減量単純化が行われ、減量単純化完了後3ヵ月の経過観察が行われた。B1群とB2群では試験編入後、経過観察がそれぞれ3ヵ月、6ヵ月行われた後に減量単純化が行われた。減量単純化は臨床観察の結果に基づいて3~6ヵ月かけて、i) 全体の投与量を20%以上削減するとともに、ii) 2剤併用で、iii) CPZ換算1,000mg/日以下まで減量することとした。

2013年3月末日時点でSCAPはデータクリーニングを完了していなかったため、本稿では同年1月31日時点で治療転帰の評価を完了していたA群95名の減量単純化と3ヵ月の経過観察をとともに完了した時点における転帰と、B1群58名の3ヵ月の経過観察は完了したも

の、減量単純化が行われる前の転帰の比較を行った。

なお、SCAPの試験デザインの詳細については平成22年度総括研究報告書²⁾を参照されたい。

【結果】A群の性別は男性56名、女性39名で、B群 (36名、22名)と有意な差はなかった。平均年齢はA群56.7歳、B群56.2歳、平均入院期間はそれぞれ12.4年、12.0年で有意な差はなかった。

SCAPの主要評価項目であるEuroQOLの評点より換算された平均効用値は試験編入時点でA群が0.7629、B1群が0.7968であったが、観察期間完了までにA群で0.0099、B1群で-0.0055改善しており、有意な差はなかったもののA群の改善幅の方が大きかった。平均MS合計点は試験編入時点でA群が12.4点、B1群が12.5点であったが、観察期間完了までにA群では0.67点改善しており、有意差はなかったもののB1群 (0.02点)より改善幅が大きかった。DIEPSSについてもパーキンソン症状の重症度を示す項目1~5の平均合計点と錐体外路系副作用の概括重症度を示す項目9の平均評点がA群ではそれぞれ3.43点、1.11点、B1群ではそれぞれ3.03点、1.14点であったが、観察期間完了までにA群ではそれぞれ0.69点、0.18点改善しており、B1群 (-0.10点、0.02点)と比較して有意差はなかったもののA群の改善度の方が大きかった。

UKU-11については、「便秘」「多飲多尿症」「起立性めまい」の3項目の平均評点がA群ではそれぞれ0.67点、0.59点、0.25点、B群では0.67点、0.40点、0.29点であったが、A群ではそれぞれ0.29点、0.24点、0.10点改善しており、有意差はなかったもののB1群 (0.05点、0.05点、-0.12点)より改善幅が大きかった。

【考察および結論】SCAPの結果、減量単純化を行った群と行わなかった群の治療転帰の間に統計学的に有意な差はなかったものの、減量単純化を行った群の方が健康関連QOL (EuroQOLより換算された効用値)、精神症状 (MS合計点)、パーキンソン症状 (DIEPSS)、自律神経系副作用 (UKU-11)の面で数字上改善度が大きいことが示された。

1) 稲垣 中：抗精神病薬の多剤大量投与の妥当性。

Schizophrenia Frontier , 6 ; 134-138, 2005

- 2) 岩田仲生, 山之内芳雄, 古橋功一: 抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究. 厚生労働科学研究費(障害者対策総合研究事業) 抗精神病薬の多剤大量投与の安全で効果的な是正に関する臨床研究(主任研究者: 岩田仲生). 平成22年度総括・分担研究報告書 . p. 2-19, 2011
- 3) 助川鶴平, 伊藤寿彦, 長谷川恵ほか: 抗精神病薬の減量単純化. 鳥取臨床科学研究会誌 , 1 ; 169-181, 2008

多剤大量投与の是正への認識 臨床試験参加医療従事者へのアンケートより

国立精神・神経医療研究センター社会精神保健研究部¹⁾
藤田保健衛生大学医学部精神神経科学²⁾

山之内 芳雄^{1,2)}

【アンケートを取った目的】本研究班では、全国55の精神科医療施設の統合失調症患者を対象に「抗精神病薬の多剤大量処方のできる安全で効果的な是正」をするための臨床試験を行った。協力施設においては、医師・薬剤師をはじめ看護師・事務職員・臨床心理技術者など多くの医療スタッフに臨床試験に協力いただいた。協力いただいたスタッフには、臨床試験を遂行するにあたり様々な業務を行っていただき、臨床試験を終えることができた。

また、臨床試験においては、実臨床に即した研究デザインであるため、施設ごとで症例選択や薬剤減量方法に多くの裁量をもたせた。そのため、症例担当者の判断を要する場面が多く、本研究の目的である抗精神病薬の多剤大量処方の安全で効果的な是正のためには、それら裁量事象やその際の認識などについて調査すべきものと考えた。そこで、全協力施設を対象にアンケート調査を行い、上記傾向について調査を行った。

【アンケートの方法】平成24年11月に、「抗精神病薬の多剤大量処方の安全で効果的な是正に関する臨床研究」に参加協力いただいた全国55施設にて、本研究に携わった医療スタッフ全員を対象に別添アンケートを実施した。調査内容の概要は、職種・研究における役割・経験年数などの基礎的項目、多くの対象患者から対象症例を選択した理由に関する項目、症例に対して抗精神病薬を減量することへの不安とその要因、減量した後の所感、多剤大量処方の是正の必要性とその効果的な方法、について主に複数回答可能な選択式で尋ねた。

なお、の研究における役割に応じて、～については回答いただく対象を限定し、については全員に回答いただいた。

【結果】125名から回答があり、すべて有効回答であった。

回答を得た職種・研究における役割・経験年数について、各職種の研究における役割の数についても示した。医師が一人あたり2.5役割、薬剤師が2.1役割をしており、医師・薬剤師に負担を強いる結果であった。の症例選択理由の回答対象者は55名、

減量への不安・減量後の所感の回答対象者は73名であった。

症例選択理由を示した。それぞれの理由について、患者の状態が改善することを想定した「積極的理由」と、患者の状態が悪くならないだろう、あるいは患者に嫌がられないであろうという「消極的理由」に分類したところ、消極的な理由が102件(54%)と多数であった。の減量への不安に関する結果は、73名の医療スタッフのうち、減量への不安を感じたのは50名(68%)であり、多くの医療スタッフがすでに多剤大量処方されている患者の減量への不安を感じていた。次にその不安を感じた理由を示した。73名から84件の不安の理由が挙げられ、患者の過去に激しい症状がある、あるいは減量の経験がないため、現状にかかわらず減量に躊躇するという回答が多かった。不安を感じる理由についても、過去の経験や意見に基づいたものと、特にネガティブな意見や経験をしていないが予期不安だけのもの、の2つに分類したところ、未経験の予期不安の方が多かった(48件、58%)。次に、実際に減量介入した後に、減量をして大丈夫と認識したか、本研究のプロトコールに対する適切性を質問した結果である。減量前は50名(68%)が不安を感じていたが、減量後は46名(63%)が大丈夫だと認識し、さらに減量は良くなかったと感じた医療スタッフはいなかった。また、プロトコールの適切性に関しては、42名(57%)が適切と感じ、25名(34%)は減量速度が遅いと感じた。また、担当者の裁量に任された減量する薬剤の選択だが、5名(7%)が苦慮したと回答した。

最後に、多剤大量処方の是正の必要性については、114名(91%)が是正の必要性を感じており、その方法については「適切なガイドラインの発行」と「医療従事者の理解」が意見として多くみられた。

【結論】このアンケート結果から、多剤大量投与の是正について想定されるストーリーとして、「大丈夫そうであろう」患者に対して「未知の不安を抱きつつも「やや緩徐と思われるプロトコール」に従って減量を行い、結果「減量しても大丈夫」だと感じた。それを他の多くの患者に対して行うことにあたっては、「医師を始めとした医療スタッフが了

解できる適切なガイドライン」が必要である、というものであろう。しかし、本調査は本臨床試験に参加するに至った施設のみの意向を聞いたものであり、このストーリーのさらなる客観性や適格性について、多くの意見を聞きコンセンサスを得ていく必要があると思われる。

血清BDNF濃度，血漿薬物濃度に関する検討

産業医科大学精神医学

吉村 玲児

【背景と目的】世界の中でも日本は抗精神病薬の多剤大量療法に寛容な国である。東アジア6カ国(中国・香港・日本・韓国・シンガポール・台湾)共同研究の結果でも、日本の抗精神病薬の多剤大量療法の現実が明らかに示された³⁾。脳由来神経栄養因子(BDNF)は神経新生やシナプス可塑性を促進し、学習・記憶・認知機能と深く関連する。近年、統合失調症の病態との関係も想定されている。Greenら¹⁾のメタ解析結果では、統合失調症患者の血中BDNF濃度は健常者と比較して有意に低値であった。我々の知る限りでは、抗精神病薬の大量多剤の是正と血中BDNF濃度および血中薬物濃度との関連を詳細に検討した研究はない。今回 臨床症状と血中BDNF濃度との関連、抗精神病薬減量前後での血中BDNF濃度の比較、抗精神病薬投与量と血中薬物濃度との関連や薬物相互作用に関して検討した。

【方法】

血清BDNF濃度の測定方法

9~16時の間に採血を行い1時間の静置後の1,500gで遠心分離後、その上清を-80℃の冷凍庫に保存した。血清BDNF濃度にはサーカディアンリズムが存在するという報告もあるが、我々がこれまで健常者10例と統合失調症患者10例を対象に行った検討では、8、12、16、20時の4点で採血した場合に血清BDNF濃度には有意差は認められなかった(data not shown)。したがって、今回の研究では9~16時の任意の時間に採血を行った。今回の測定では冷凍と解凍は2回以上行わなかったが、我々の行った予備実験では少なくとも冷凍と解凍を4回繰り返しても結果に影響はなかった。測定キットにはR&D社(Minneapolis, USA)のQuantikine RSを用いた。CV値はintra-assay、inter-assay共に10%以下であった²⁾。

血漿中薬物濃度の測定方法

最終服薬13~15時間後のトラフ値の血中濃度を測定した。測定のために試料1mLをとり、固相カラム(Focus、アジレントテクノロジー)で抽出した。その後、液体クロマトグラム質量分析装置〔3200QTRAP(r) LC/MS/MSシステム、AB、SCIEX〕に注入し測定した。検定はpaired t-testを用い、2変数の相関の検定はSpearman's correlationを用いた。有意水準は $p < .05$ とした。

194例のエントリー患者中64例(33%)が採血を完了できた。Baseline 血清BDNF濃度とマンチェスター得点との間には、有意な関連は認められなかった($r=.188$, $p=.144$)。Baseline 血清BDNF濃度とUKU得点との間には、有意な関連は認められなかった($r=.019$, $p=.886$)。Baseline 血清BDNF濃度とDIEPSS得点との間には、有意な関連は認められなかった($r=.099$, $p=.0443$)。抗精神病薬減量前での血清BDNF濃度は 11.67 ± 7.64 ng/mL、減量後の血清BDNF濃度は 11.49 ± 8.81 ng/mLであり、両群間には有意差は認められなかった($t=.21$, $df=61$, $p=.84$)。抗精神病薬は同投与量が投与されても血中濃度は個体ごとに大きな差が認められた。

- a)アリピプラゾール：30mg/day投与(血中濃度34.9~1,430ng/mL)
- b)リスベリドン：6mg/day投与(血中濃度3.6~57.8ng/mL)
- c)バリペリドン：12mg/day投与(血中濃度24.3~39.3ng/mL)
- d)オランザピン：20mg/day投与(血中濃度0.9~102.0ng/mL)
- e)クエチアピン：300~600mg/day投与(血中濃度15.5~331.0ng/mL)
- f)ペロスピロン：48mg/day投与(血中濃度42.1ng/mL)
- g)プロナンセリン：16~26mg/day投与(血中濃度0.3~2.2ng/mL)

多剤大量投与群のクロマトチャートを確認すると多数のピークが認められており、各薬剤間のpharmacokinetic/pharmacodynamic-interactionが生じることが想定される。1つの例を示せば、オランザピンを主剤として治療とされている症例では、併用薬物の減量あるいは中止により、非常に大きくオランザピンの血中濃度が変動することが明らかになった。いくつかの具体症例を提示する。オランザピン(20mg/day)投与群では $44.9 > 1.5$ ng/mL、 $30.1 > 0.9$ ng/mL、 $25.5 > 12.0$ ng/mL、 $0.3 > 71.1$ ng/mLへと血中濃度が変化していた。

【まとめ】

1)血清BDNF濃度は抗精神病薬総投与量とは関連がなかった。さらに臨床症状とも関連がなかった。

2)抗精神病薬の総投与量を20%減量しても血清BDNF濃度は変化しなかった。

3)血清BDNF濃度が高い程、錐体外路症状発現のリスクが上昇する。

4)抗精神病薬の多剤・大量療法は薬物相互作用により、ある薬物の血中濃度が予想以上に変化することがある。そしてその現象が、有害事象発現や効果の低下と関連する可能性もある。

1) Green, M. J., Matheson, S. L., Shepherd, A., et al.: Brain-derived neurotrophic factor levels in schizophrenia: a systematic review with meta-analysis. *Mol Psychiatry*, 16 ; 960-972, 2011

2) Katsuki, A., Yoshimura, R., Kishi, T., et al.: Serum levels of brain-derived neurotrophic factor (BDNF), BDNF gene Val66Met polymorphism, or plasma catecholamine metabolites, and response to mirtazapine in Japanese patients with major depressive disorder (MDD). *CNS Spectr*, 17 ; 155-163, 2012

3) Yoshimura, R., Okamoto, T., Nakamura, J., et al.: Prescription pattern of antipsychotic drugs for schizophrenic inpatients in Japan: research on East Asia Psychotropic Prescription Pattern-Antipsychotics study. *Psychiatry Clin Neurosci*, 60 ; 778-779, 2006

摂食障害の病態と治療 外来治療と難治例治療のポイント

浜寺病院

切池 信夫

この30年間に於いて、神経性食思不振症（anorexia nervosa：AN）や神経性過食症（bulimia nervosa：BN）などの摂食障害が若い女性を中心に増加している。ANは身体像の障害、強いやせ願望や肥満恐怖などのために不食や摂食制限、またはその反動として過食などの摂食行動異常をきたし、体重減少や増加を防ぐために自己誘発性嘔吐や下剤乱用などの排出行動を生じる結果、著しいやせと種々の精神身体症状を生じる1つの症候群である。一方BNとは、過食しては嘔吐や下剤の乱用、翌日の摂食制限などにより体重増加を防ぎ、体重は正常範囲内で変動し、過食後に無気力感、抑うつ気分、自己卑下などを伴う1つの症候群である。最近の傾向として、前思春期の児童から働く女性、さらには既婚女性と広がりを見せて増加し、病態も非定型が増え、多様化している。

摂食障害の治療において²⁾、急性期であれ、慢性期であれ外来通院が可能な限り、本来の生活環境の中で治療することを原則として外来治療を行う。すなわち日常生活における困難に直面させ続けながら、たえず治療への動機づけを強化していくことが必要である。安易に入院を繰り返すことは、現実から退き、病者への退行を容易にしてしまう。入院治療はあくまでも治療上の1つのステップで、真の回復は退院後の外来通院における患者の歩みから始まる。したがって摂食障害の治療において外来治療が大きなウエイトを占める。

初診時の診察にて重症度を評価し、治療への導入を図る。そして身体的に生命的危険のある場合には内科系の病院に、自傷行為や自殺企図で生命的に危険な場合には精神科病院への短期間の入院治療が必要となる。生命的に危険でない、差し迫って入院治療の必要のない場合、本人が入院治療を望まない場合には外来治療の適応となる

AN患者は、強いやせ願望や肥満恐怖を有し、病的にやせている状態でもこれを認めようとしないため、自ら進んで受診することは少ない。やっとな親の懇請や叱責に応じて受診しても、医師の診察に対して非協力的で、無言の抵抗を示す場合もまれならずある。一方BN患者は、過食のエピソードに自ら悩

み、その対策に困り果てているが、自己嫌悪や無気力に陥り「意志が弱くて止められない」と自ら諦めて受診しない場合が多い。そして受診しても、羞恥心から自ら過食や嘔吐のことを打ち明けず、憂うつ気分や不安、身体症状の訴えに終始し、本当の悩みを言わない場合も少なくない。さらに本症に対する医師の理解不足や対応がまずければ、治療への導入を図れず治療から容易に脱落してしまう。したがって摂食障害患者が初めて外来に受診した時の対応が重要である。最初の出会いが、その後の医師・患者間の信頼関係を築き、治療に対する動機づけを形成する上においても大きな影響を与える。初診時には治療者は、この病気についてよく知っており、患者に対して温かい関心をもっていることが伝わればよい。さらに医師と親が共謀しているという印象を与えない配慮が必要である。

患者の治療に対する動機づけを強化するために、まず病気の身体症状や精神症状をわかりやすく説明する。そして病気を続けることの利害得失について考えてもらう。病気を認めて治療を望めば、AN患者の場合目標体重を患者が納得する形で設定して食事指導する。

そして摂食障害の精神病理を維持している過程の定式化（formulation）¹⁾を患者とともに作成し、摂食障害の永続機構を理解してもらい、治療目標の指針を与える。そして支持的療法にて、根底にある実存的問題に目が向けられ自己同一性の確立、すなわち自己の確立と個性化の達成を促す。BN患者の治療において、まず動機づけを強化して、認知行動療法的な治療を行う。病気についての心理教育を行い、食事指導を行う。さらに過食に陥らないように刺激統制法や過食の代替法を教える。

排出行動に対して、これの心身に及ぼす悪影響を理解してもらい、嘔吐に対して遅延法などを教える。下剤乱用には、下剤の錠数を少しずつ減らしていく漸減法を実施してもらう。嫌な気分に対して過食に陥る場合は、気分不耐性に対する対処法を練習してもらう。

さらに摂食障害の薬物療法、家族がしなければならないこと・してはいけないこと、家族が患者の看

護に疲れないために、などについて説明した。最後に既婚例やスポーツ選手例、自傷行為や自殺企図、薬物乱用などの自己破壊的行為などの問題行動を呈するパーソナリティ障害を合併する例、いわゆる難治性の摂食障害患者の治療のポイントについて紹介した。

1) Fairburn, C. G. : Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. The Guilford Press, New York, London, 2008 (切池信夫監訳：摂食障害の認知行動療法．医学書院，p. 53-57，2010)

2) 切池信夫：治療は難しい．摂食障害，食べない-食べられない，第2版．医学書院，東京，p. 151-220，2009

性同一性障害を取り巻く課題

岡山大学大学院保健学研究科¹⁾
岡山大学ジェンダークリニック²⁾

中塚 幹也^{1,2)}

1996年に埼玉医科大学倫理委員会が容認し、1997年に日本精神神経学会がガイドライン（第1版）を作成することで、1998年に埼玉医科大学にて公式の性転換手術が再開された。この年、岡山大学ジェンダークリニックが発足し、2001年に性別適合手術（GID研究会にて性転換手術から名称変更）を開始した。このように国内でも手術療法が可能となったが、健康保険の適用はなく、経済的に手術療法を受けることが困難な当事者も存在する^{1,4)}。また、国内の診療拠点が限られ、手術までの待ち時間も長い、タイなどの国外で手術を希望する当事者もいる。

2003年には、「性同一性障害者の性別の取り扱いの特例に関する法律」（いわゆる特例法）が成立（2004年7月より施行）したが、いわゆる「子なし要件」のため子どもを持つ当事者が取り残されることになった。このような要件は海外でもみられず、2008年には改正されたものの「未成年の子どもがいないこと」という要件が残っている³⁾。

2006年に兵庫県の小学生男児が、入学時から女兒として通学していることが報道された。2010年2月には、埼玉県の公立小学校に男児として通学していた性同一性障害の生徒が2年生の途中から女兒としての登校を認められたことが報道された^{2,4)}。同月、FTM（心は男性、身体は女性）の中学1年生が男子生徒として受け入れられるようになったとの報道（鹿児島県）もみられた。これらの報道を受けて、2010年4月には文部科学省から都道府県の教育委員会等へ「性同一性障害の生徒に対する教育相談の徹底と本人の心情に配慮した対応を」との通知がなされた。しかし、2010～2011年にかけて教員へ行った文部科学省の通知の認知度の私達の調査では、一般教員の約半数、養護教諭の約3割が「知らない」と回答していた⁵⁾。

私達の最近の調査では、養護教諭に比較して人権教育担当の教員の方が「性同一性障害」に関する知識をもち、授業などの学校活動の中で取り上げる機会が多く、話題として取り上げてみたいとの意識も高かった。養護教諭が授業で取り上げたくないと思える理由には「性同一性障害に関しての知識が不足している」が挙がった。人権教育だけではなく、医学的な視点も含めた性教育の中で「性同一性

障害」を取り上げてもらうためには養護教諭への支援が必要と考える。私達は、学校の教員のために「学校の中の『性別違和感』を持つ子ども：性同一性障害の生徒に向き合う」という冊子⁶⁾を作成し配布している。

2006年に報道されたMTF（心は女性、身体は男性）の生徒であるが、2011年には小学6年生となり二次性徴が始まったため、大阪医科大学ジェンダークリニックはGnRHアゴニストによる二次性徴抑制療法を開始した。しかし、性同一性障害当事者の子どもの頃に関する調査では、ほとんどが、誰にも打ち明けられず悩んでいることが知られている⁴⁾。二次性徴抑制療法という医療的な受け皿を準備したとしても、子どもが打ち明けられず医療とつながらないまま二次性徴が進んでしまえば実効を伴わない。この点でも、養護教諭など多くの教員が打ち明けやすい環境を作り、適切に医療施設へ連携してもらう必要がある。

政府の「自殺総合対策大綱」の改正に向けて、GID（性同一性障害）学会は、2011年に要望書を提出していたが、2012年8月の改正で「性的マイノリティ」への視点が入り入れられた。大綱でも「関連する分野との連携体制を確立して、より多くの関係者による包括的な生きる支援を展開していく」としており、性同一性障害に関する相談窓口など公的支援が期待される。このためには、日本精神神経学会やGID（性同一性障害）学会が協力して研修システムを作るなど、人材の育成に取り組むことが必要である。

性同一性障害当事者が結婚し子どもを持ちたいと思うことは自然なことであり、実行する事例がみられている。しかし、性別適合手術の後に戸籍の性別変更をしたFTM当事者と妻との法的夫婦の間に、非配偶者間人工授精で生まれた子どもに対して、法務省は「嫡出子とは認めない」との見解を示している³⁾。今後は生殖医療の応用拡大により性同一性障害当事者が子どもをもつ例は増加すると考えられ、生まれた子どもの地位を確保する法整備が必要である。

以上のように、性同一性障害を取り巻く課題は多い。学会、当事者グループなどの各団体間のさらなる連携、医療と教育と行政などのさらなる連携が求

められている。

- 1)日阪奈生，久井礼子，富岡美佳ほか：性同一性障害の社会的課題に関する意識調査：保険適用と特例法．GID(性同一性障害)学会雑誌，4；67-68，2011
- 2)中塚幹也：産婦人科に関わる法と倫理の現状：性同一性障害．産婦実務，59；2177-2183，2010
- 3)中塚幹也：性同一性障害の身体的治療とその課題．精神医学，53(8)；769-774，2011
- 4)中塚幹也：学校の中の「性別違和感」を持つ子ども：性同一性障害の生徒に向き合う．JSPS日本学術振興会 科学研究費助成事業 23651263 挑戦的萌芽研究「学校における性同一性障害の子どもへの支援法の確立に向けて」．2013
- 5)岡崎倫子，菊池由加子，新井富士美，ほか：性別違和感のある子どもに関する文部科学省通知の認知度と学校での対応への意識．GID（性同一性障害）学会雑誌，4；63-65，2011

精神科における診断と介入・サポート

岡山大学病院精神科神経科

松本 洋輔

性同一性障害の患者の多くは、身体的治療を受けたいと希望して医療機関を受診する。一方当学会のガイドラインでは、身体的治療の開始前に精神科による診断とサポートを必須のものとしており、身体的治療を求める当事者の前に精神科医がその可否を決めるゲートキーパーのように立っている観がある。性別違和そのものは精神障害ではなく、他の精神機能を直接障害するものでもないことを考えると、ゲートキーパーの役割を過度に演じるのではなく、当事者の能力を信じて思いを受け止める一歩引いた心構えが必要とされるであろう。

ただし、統合失調症、広汎性発達障害、性成熟障害などの精神症状が性別違和の形を取ることがあり、これらの精神疾患の有無を「診断する」ことと、もし他の精神疾患を合併しているとすればたまたまの合併なのか性別違和をきたす原因なのか「評価する」ことの2点が、精神科医が果たしうる重要な役割の1つである。例えば、統合失調症の妄想内容が性的な内容になることがあったり、躁状態に伴う性欲の亢進や誇大性が、元々持っていたフェティシズムや同性愛傾向と結びついて治療を求めたりすることもある。躁状態について少し説明すると、フェティシズムのため女性装する者が「性同一性障害」者として社会運動を始めたいと誇大的に訴えたり、性欲の亢進から逸脱した場所で女性装して性的パートナーを求めることを「自分は性同一性障害」者であるとして正当化しようとしたりした例を筆者は経験している。また、疾患ではないが同性愛、両性愛をもつ者がパートナーの性指向にあわせて性別の変更を求めたり、性指向の問題と性別違和感を混同したりして受診することもある。性指向の問題は、鑑別点を丁寧に説明すれば本人が納得することが多く、原則として治療は不要である。

これらの診断、評価にあたって生活歴を聴取するが、他の精神疾患と違い、スムーズに行えることが多い。高校卒業までの悩み事は、典型的なものがかかり決まっており、特に female to male (FTM) は均質性が高い。岡山大学病院では、予診の際に生活歴の聴取項目を列挙した半構造化面接を行っている。聴取にあたっては、語る内容に加えて「実感」を持って「具体的」に話せるかどうかにも注意を払って

いる。

病歴が不自然だったり、聴取がうまくいかなかったりするときは、他の疾患などの合併を疑うことになる。臨床現場で現在一番の問題は、広汎性発達障害 (PDD) 圏の問題を合併している場合である。偶然的合併もあるが、PDDの症状の一部として性別違和を訴えるものもある。これまでに、「加齢への嫌悪」「二次性徴で変化する身体への混乱」「身体を人為的に改造したい」などの身体へのこだわり、現実と仮想世界の混同、女性より (日本の) 社会での役割を求められる男性からの逃避などの例を経験している。障害特性からこだわりが強く本人の主張に沿わない説明が容易に受け入れられないこともしばしばあり、対応に苦慮しがちである。偶然的合併なのか、PDDの一症状として性別違和を訴えているのか、鑑別には時間をかける必要があることが多いが、PDDの特性のため、「待てない」「こだわる」「話が通じていない」などの問題から紛糾し、本人にとって不都合な治療者が取り替えられてしまうこともよく起きる。筆者は、PDDの一症状としての性別違和であったとしても、社会的に自立して生きていける力があれば、一般成人に準じてなるべく本人の意を汲むように治療方針を立てている。もし、援助者が必要なレベルのPDDの合併なら、必ず援助者の理解を取り付けてPDDの生きづらさを同時に支援しながら治療を行うようにしている。

ガイドラインでは、身体治療を前提とした性同一性障害の評価として、i) 精神的安定の確認、ii) カムアウトの検討、iii) 実生活経験の3つの観点を挙げている。興味深いことに、ii)、iii) は本人に「させる」「させ」という表現が5箇所もあり、評価にあたって本人に主体的に行動してもらうところに特徴がある。筆者は、「どこまで身体的治療を行うか」「社会的あり方をどうするか」を本人と考えるにあたって、性別違和の強さ、環境、本人の能力や持ち前 (容姿を含む) の3点を評価するようにしている。この3点を考えるにあたって、環境はある程度改善でき、本人の能力・持ち前も努力で変えられる幅があるが、性別違和の強さはあまり変わらないことにも留意している。

精神的サポートにあたっては、ガイドラインでは

現病歴の聴取と共感および支持を求めている。ため込んだ悩みを話すだけでもカタルシス効果があり、病歴を共感して聞くだけでも十分な精神療法になる。本人に問題解決能力があるため、環境調整やケースワークも多くは本人主導のもと、スムーズに進行することが多い。

今後は小児への対応も増えるものと思われる。小児は、本人の性別違和をどこまで診断者が把握できるのかという問題に加えて、悩んでいる小児を誰が見つけて、介入の場に連れてくるのかというシステムの問題もある。また、世界的にも思春期以前にはエビデンスの確立した治療法がない。さらに、日本ではエビデンスを云々する以前に、臨床経験が圧倒的に不足していることも問題である。現時点で比較的侵襲的でない選択肢として、性別を移行しなくても性別違和を刺激しない環境を学校など社会の中に整えること、高価ではあるが可逆的な二次性徴抑制の適応を積極的に検討することなどが挙げられるだろう。

性同一性障害児への臨床心理学的かかわりについて

大阪医科大学神経精神医学教室

二宮 ひとみ

約10年来、子どもの性同一性障害（GID）患者への心理的援助を行ってきた。初期の頃は手探り状態でGID患児への援助を行ってきたが、徐々に症例数が増えるにつれて、他の疾患の患児と同じように発達段階に応じた心理的援助を行う必要があると考え、実践を積んできた。このワークショップでは、心理的発達段階の視点からGID患児への援助について検討した。

発達段階は、リビドーの発達を示したフロイトのものや心理社会的危機で区分したエリクソンのものがあるが、ここではGID患児の援助を考えていく上で、性に関する発達課題を含めた理論を提唱したハヴィガーストの発達段階¹⁾を取り上げる。ハヴィガーストの発達課題は、個人が健全な発達を遂げるために各発達段階で習得、達成されなければならない課題である。課題が達成されれば幸福になり、次の発達課題の達成も容易になり、課題の達成に失敗した場合は不幸になり、社会から承認されず、次の発達課題を成し遂げるのも困難となるような課題であるとされている。

各発達段階でGID患児がつまずきやすいと思われる課題は次の通りである。乳幼児期は「性の相違および性の慎みの学習」、児童期では「男子（女子）としての正しい役割の学習」、青年期では「自分の身体に誇りをもち、社会的に承認されている男性的（女性的）役割を受け入れること」「結婚と家庭生活の準備」である。そしてこれらの課題に付随して他の課題についてもつまずきを生じる可能性がある²⁾と推測される。GID患児は、乳幼児期から青年期までの性に関する発達課題を完璧に達成することは難しいかもしれないが、これらの発達課題を達成するために、早くから身体的治療を希望する患児もいると推測される。

治療と診断のガイドライン（第4版）²⁾で示されている身体的治療の開始時期は、二次性徴抑制療法が二次性徴発来に著しい違和感を有する者、ホルモン療法ならびに乳房切除は18歳以上、性別適合手術は20歳以上である。これらの開始時期に達していても、ガイドラインでは本人によるインフォームド・デシジョンが求められている。理解力や判断力が不十分である子どものインフォームド・デシジョンを

扱う際には、単に発達課題を考慮するだけでなく、思考の発達についても注意を払う必要がある³⁾と考える。

ピアジェの思考の発達³⁾によると、思考の発達段階は感覚運動的段階（0～2歳）、前念的思考（2～4歳）の段階、直感的思考（4～8歳）の段階、具体的思考（8～12歳）の段階、形式的操作の段階（12～16歳）に分類されている。GID患児への二次性徴抑制治療の導入を検討する時期に個人差があるが、実際の事物を使えば論理的に考えられるようになる具体的思考の段階から実際の事物がなくても、表象や想像力、過去の経験を生かして論理的な思考ができるようになる形式的操作の段階にある患児が想定される。後者の段階はほぼ成人と同じ思考ができるようになるが、未完成であり、大人が期待するほどには論理的な思考ができていない場合がある³⁾と考えられるので、注意を払う必要がある。

GID患児への心理的援助の際には発達段階に応じた心理的援助が必要であり、身体的治療を希望する場合はGID患児自身によるインフォームド・デシジョンがなされるように、思考の発達を考慮した心理的援助が必要である。

1) Havighurst, R. J.: Human Development and Education. 1953(荘司雅子訳:人間の発達課題と教育.牧書店,東京,1958)

2) 松本洋輔,阿部輝夫,池田官司ほか:性同一性障害に関する診断と治療のガイドライン(第4版).精神経誌,114;1250-1266,2012

3) Piaget, J.: La Naissance de l'Intelligence chez l'Enfant. Delachaux et Niestlé, 1936(谷村 覚,浜田寿美男訳:知能の誕生.ミネルヴァ書房,京都,1978)

「性同一性障害に関する診断と治療」の臨床 性同一性障害に対する外科治療

岡山大学医学部形成外科

難波 祐三郎

各種性別適合手術の実際を供覧し、国内外の合併症を紹介した。また陰茎再建術後のアンケート調査についても紹介した。

【FTMに対するSRS】

乳房切除術：乳房切除術では乳房の下垂程度、皮膚の弾力に従って3グループに分類し、それぞれに合った手術法を選択している。合併症としては、血腫形成、乳輪・乳頭壊死がある。

子宮・卵巣摘出術：婦人科医により行われるが、最近では整容面に配慮して単孔式腹腔鏡下摘出術や経腔による摘出術も行われている。

尿道延長術：陰核陰茎形成術（ミニペニス形成術）と2期的な陰茎再建を前提とした尿道延長術がある。いずれも陰弁を用いるが、原則腔閉鎖は行わない。合併症としては、尿道皮膚瘻がある。 -1陰核陰茎形成術：立位排尿を目的とする手術であり、長期の男性ホルモン投与によって肥大している陰核を利用する。陰核堤靭帯を切離し、神経血管付き陰核を恥骨結節上部に移動する。腔前壁弁と円筒状にした大陰唇皮弁にて新尿道を作成する。 -2約5cmの矩形腔弁を反転し、小陰唇の内板とあわせて尿道を形成し、小陰唇外板でそれを被覆する。陰核の位置移動は行わない。

陰茎再建術：現在のところ前腕皮弁を用いた再建法がグローバルスタンダードであるが、我々は状況に応じて以下の3通りの陰茎再建を行っている。合併症としては尿道皮膚瘻、尿道狭窄、尿道結石、皮弁壊死などがある。

-1前腕皮弁：1枚の皮弁で尿道とシャフトの両方を形成するTube within a tube styleの再建を行っている。皮弁の皮神経を陰核神経2本と吻合するが、半年後には再建した陰茎に性的知覚が回復する。

-2皮弁の組み合わせ：前腕から尿道再建用に小面積の皮弁を採取し、シャフトの再建には各種穿通枝皮弁を用いる方法と前腕皮弁以外の穿通枝皮弁を2枚以上用いる方法がある。

-3有茎前外側大腿皮弁：前腕皮弁が使用できない場合のもう一つのオプション手術として、前外側大腿皮弁で陰茎を再建し、有茎で移植する方法がある。前腕皮弁で再建した陰茎に比較してどうしても太く

なってしまうのが欠点である。

【MTFに対するSRS】総称して造腔術と呼ぶが、これには陰茎切断術、精巣摘出術、陰茎亀頭を用いた陰核形成術、陰囊・陰茎皮弁を用いた陰唇形成術、腔形成術が含まれる。合併症としては、直腸腔瘻、コンパートメント症候群、皮弁壊死などがある。

各皮弁拳上・精巣摘出術：M型会陰陰囊皮弁、陰茎皮弁、残存陰囊皮弁を拳上する。精索を外鼠径輪レベル切離して精巣を摘出する。

陰核形成術：陰茎背神経血管束を付着させた陰茎亀頭の一部を切り出し、丸く縫合して陰核として利用する。それを取り巻くように陰茎包皮を縫合し、陰核包皮とする。陰核・陰核包皮は恥骨結節下部に固定する。

陰茎切断術：陰茎海綿体と尿道海綿体を剥離する。陰茎海綿体は脚部で切断し、両断端を吻合する。尿道海綿体は5cmほど残す。

外尿道口形成術：残した尿道海綿体腹側に約3cmの切開を加え、着物の襟状になった尿道海綿体・新外尿道口を先程の陰核包皮に連続させ、軟部組織に固定する。

造腔術：膀胱・前立腺と直腸との間隙（デノンピリ工筋膜）で腔を12cmほど作製する。M型会陰陰囊皮弁で囊を作製し、囊をポケット内に押し入れながらアンカー固定する。最近では腹腔鏡下S状結腸造腔術を行っている。

【術後アンケート調査】知覚皮弁を用いた陰茎形成術症例の11例に対して、排尿、性的感覚、陰茎の形態、皮弁採取部の合併症についてアンケート調査を行い、8例から回答を得た。

結果は、陰茎形態に関しての満足度は高かった。尿線の乱れはほとんどなく、直線状の排尿が可能であった。感覚については触覚、性的知覚についてはほぼ再生しており、尿が再建尿道内を通過する感覚があるため、残尿感を感じることもできている。マスターベーションも可能であり、性交渉に関しては尿道にカテーテルを挿入し、コンドームを被せることで可能であったと回答したものもいた。皮弁採取部の合併症については前腕部の創部癒着を全例が訴え、手指の浮腫や筋力低下、可動域制限を半数が訴

えた。FTMMSに対する陰茎形成術では単に形を男性器に似せるだけでなく、いかに機能的かつ、感覚的にも男性に近づけるかが重要である。最近では知覚皮弁を用いて陰茎形成術を行うようになり、整容面はもちろんのこと、触覚や性的知覚についても満足のいく結果を得ることができるようになった。

精神鑑定の歴史と最近の動向

千葉大学社会精神保健教育研究センター法システム研究部門

五十嵐 禎人

【責任能力とは】精神障害者の犯罪に関しては、通常の者が行った犯罪と同様には罰しないという概念は、古くから文化、時代を問わずに人類に共通するものであるとされる。

「責任なければ刑罰なし」という法格言に示されるように、その行為者の判断能力が、何らかの理由で一般人と比較して著しく低い場合には、その行為者を一般人と同様に非難することはできず、したがって、その責任を問うたり、刑罰を科したりすることはできない。

わが国の刑法では、こうした責任を問えない者として心神喪失者と刑事未成年者を掲げている。刑法第39条は「心神喪失者の行為は、罰しない」「心神耗弱者の行為は、その刑を減輕する」と規定し、第41条は「14歳に満たない者の行為は、罰しない」と規定している。刑事責任能力とは、「行為の善悪、すなわち違法性を認識・判断し、その認識・判断に従って自己の行為を制御する精神能力」である。

【責任能力判断基準の歴史の変遷】精神障害者免責制度は、法律学や精神医学だけの問題ではなく、広く社会一般の合意のうえに成立している制度である。James HadfieldやDaniel McNaughtonの事件の経緯は、専門知識をもった精神科医の診断によって初めて精神疾患に基づく犯行であることが明らかとされるような事件を起こした精神障害者を責任無能力者として免責するためには、社会一般がその免責に合意できるような明確な責任能力判断基準や免責後の特別な処遇制度が必要とされることを示している。

【心神喪失・心神耗弱者とは】心神喪失者、心神耗弱者とはどのような人であろうか。刑法の条文には、その具体的な内容や判断方法については、何も書かれていない。1931年の大審院（現在の最高裁判所）判決が、心神喪失・心神耗弱の具体的な内容・基準を示すものとして、現在でも使用されている。それによれば、「心神喪失とは、精神の障害により事物の理非善悪を弁識する能力またはその弁識に従って行動する能力のない状態」をいい、心神耗弱とは、精神の障害がまだこのような能力を欠如する程度には達しないが、その能力の「著しく減退した状態をいう」とされている。つまり、「精神の障害」の影響により、自分の行為が善いことか悪いことか

がわからない人、あるいはわかっているものの、その行為をやめることができない人が、「心神喪失者」であり、こうした判断能力が完全には失われていないが一般人と比較すると著しく低下している人が「心神耗弱者」であるということになる。

刑法学では、「精神の障害」の部分を生物学的要素と呼び、「事物の理非善悪を弁識する能力」を弁識能力（弁別能力と呼ぶこともある）、「弁識に従って行動する能力」を制御能力（統御能力と呼ぶこともある）、両者をあわせて心理学的要素と呼ぶ。

【可知論と不可知論】司法精神医学においては、責任能力の判定をめぐる、精神障害が人の意思や行動の決定過程にどのように影響するかを、判定することはできないとする立場（不可知論）と、できるとする立場（可知論）とが存在してきた。不可知論とは、弁識・制御能力とは自由意思であり、それは形而上学的、哲学的な次元の問題であるから、経験科学的に解答することは不可能であるとする立場である。不可知論の立場では、たとえば、統合失調症という精神医学的診断が確定すれば、その者は常に責任無能力と判定する（「真の精神病は常に責任無能力」）。精神医学的診断と責任能力の判定との間に、司法と精神医学の間であらかじめ合意を形成しておき、それに従って責任能力を判定するという意味で、「慣例」（Konvention）と呼ばれる。可知論は不可知論に対するアンチテーゼとして出てきた考え方で、弁識・制御能力というのは形而上学的、哲学的な能力ではなく、より実体的な能力であり、経験科学的な証明がある程度は可能であるとする立場である。可知論では、精神医学的な診断だけではなく、個々の事例の症状の質や程度、それらと触法行為との因果関係についての考察に基づいて、責任能力を判定することになる。

ノーマライゼーション運動の進展、精神医学の進歩による早期発見・早期治療の実現、社会復帰活動の活発化、操作的診断基準の普及、など現在の精神医学・精神科医療のおかれた状況を考えると、不可知論のように精神医学的診断と責任能力判断が1対1対応となるような責任能力判断は現実的ではない。

ただし、可知論を過度に重視することは、了解可能性や合目的性を過剰に評価することにつながり責

任能力の減免を認める範囲を狭くしすぎる危険性もある。その一方で、可知論では精神科診断による限定がないために、触法行為をしたこと自体が法的な制御能力の障害を意味しているなどという誤解から、責任能力の減免を認める範囲を広くしすぎる危険性もある。

人の意思決定の過程には不明な点も多い。可知論の立場にたつて精神鑑定を行うとしても、たとえば「統合失調症の急性期に行われた行為の場合には、被鑑定人の判断能力は全般的に低下している可能性が高く、心神喪失や心神耗弱に該当する可能性が高いと考えられる」というような、一定の臨床状態を前提とした司法との間の取り決めは必要である。

【精神鑑定における精神科医の役割】最高裁判所によれば、被告人の精神状態が心神喪失または心神耗弱に該当するかどうかは法律判断であるから専ら裁判所の判断に委ねられており、その責任能力の有無・程度は、被告人の犯行当時の病状のほかに、犯行前の生活状態、犯行の動機・態様などを総合して判定すべきであるとされている。また、しばしば精神医学的診断と混同されがちな生物学的要素の判断についても、究極的には裁判所の評価に委ねられるべき問題であるとされている。

最高裁判所は、「生物学的要素である精神障害の有無及び程度並びにこれが心理学的要素に与えた影響の有無及び程度については、その診断が臨床精神医学の本分である」と判示した。生物学的要素についてだけでなく、生物学的要素が心理学的要素に与えた影響の有無・程度についても精神医学の立場から意見を述べることは、精神科医である鑑定人の本分であることを最高裁判所は明確にしたといえよう。そして、心理学的要素に与えた影響についてまで踏み込んで、被告人の精神障害と犯行との関係を分析したうえで、医学的判定を行うところにこそ、一般の精神科臨床とは異なる司法精神医学の専門性が存在する理由があるともいえよう。

精神鑑定の実務における留意点

独立行政法人国立病院機構肥前精神医療センター

須藤 徹

現在の鑑定実務は、「疾病分類学による画一的判断 (= 不可知論) にも個別的心理学的判断 (= 可知論) にも、いずれにもある程度の過誤が含まれざるをえないことを知りながら後者を選び、なおかつこの過誤を最小にしようと努力し始めたのである」という立場を共通の土台としている。実際の鑑定における裁判所からの嘱託項目は、「被告人の犯行当時及び現在の精神障害の有無及び程度 精神障害があるとすれば、それが本件犯行に及ぼした影響の有無及び程度」というのが一般的である。鑑定で法曹界から求められているものは、「精神障害の有無」と「それが本件犯行に及ぼした影響の有無及び程度」ということになるが、いずれも抽象的な概念であり、その具体的な内容を理解することが鑑定実務には必要になる。法曹界における判例および多数説は、行為選択の自由という意味での相対的意思自由を前提とした規範的責任論に立ったうえで、責任能力を、精神の障害により当該行為の反道義性ないしは違法性を弁識し(弁識能力)、その弁識に従って道義的、適法な行為を選択する能力(制御能力)と定義する¹⁾。定義は、精神科医の思考枠の指針にはなるが、実務的ではない。

原点に戻って考えると、刑事精神鑑定が必要とされるのは、刑法39条に、「心神喪失者の行為は罰しない。心神耗弱者の行為はその刑を軽減する」との責任能力の規定があるからであり、この刑法39条の意味する内容は、Luthe²⁾によると「全く異論のない共通の認識として次のことが明らかになる。すなわち、3歳の童子、完全に呆けた老人、思考の概念的統一が失われた人には、責任能力が欠けているという明証が初めから存する。この明証は決して診断学的分類や精神医学的知識の水準に基づくものではない。この明証は、むしろこれらに先んじて与えられており、いわば“自然的に”存在するのである」という認識に基づいている。西山詮³⁾は「科学史的にみても、司法精神医学に課された課題は、精神障害を検査してそれが刑事責任を排除するか否かを明らかにすることではなかった。課題はまさにその逆であって、初めから明証的な刑事責任の阻却を出発点としてその精神病理学的前提を探究することであったのである。こうして、精神科医と法律家によって重要

なことは、責任無能力の明証を共通点とする精神状態に境界をつけ、自然的な概念把握を合理化し、整合化し、体系化するという仕事である。責任年齢で処理される児童の場合を別にすると、責任を排除するその他の状態は、経験的に確定可能な疾患として分類されるものと一致する」と述べており、この視座は広く受け入れられている。大審院の昭和6年判決²⁾も、この視座から読まれるべきである。すなわち、判決にいう「心神喪失と心神耗弱とは、いずれも精神障害の態様に属するものといえども、その程度を異にするものにして、即ち、前者は精神の障害により事物の理非善悪を弁識する能力なく、又はこの弁識に従って行動する能力なき状態を指称し、後者は精神の障害未だ上叙の能力を欠如する程度に達せざるもその能力著しく減退せる状態を指称するものなりとす」という文中の、「精神の障害」は、「責任無能力の明証を共通点とする精神状態に境界をつけ、自然的な概念把握を合理化し、整合化し、体系化するという仕事」に、寄与するものでなければならない。

実務において、「精神の障害」を記載する際、我々は、精神科医として、信頼性を担保するために、ICD-10などの操作的診断基準を用いる必要がある。しかし、こうした診断は、一種の症状の羅列であり、本来的に、弁識能力や制御能力判断に寄与するものではない。「幻覚」や「妄想」という言葉は、法曹の場に出された時には、耳を覆いたくなるほどに粗雑に扱われる。また、法曹界は、こうした症状と行為の関係を、因果関係で説明したがっているように思える。しかし、医者からの視点からは、いわゆる「幻覚」や「妄想」という言葉は非常に繊細なものであるし、また、症状と行為を因果関連で考えることには抵抗がある。症状が、行為へ、どの程度影響したかを推測するには、医師としての経験で培った診断によるしかないし、その推測の妥当性を検討するためには、鑑別診断をしていく過程がもっとも重要である。そうすると、「精神の障害」を、操作的診断で記述するとしても、伝統的診断で仮定された成因論的疾患概念から検証することが不可欠である。可知論の要請にそって、症候を重視するとしても、診断の妥当性が精神科医にとって本質的であ

ることに変わりはない。

精神鑑定には、能力の評価という本来的に困難な課題がある。鑑定実務は、こうした困難を自覚しつつ、精神疾患のスペシャリストとしての精神科医の知見により、「明証性」を導きの糸にして、ゼネラリストと対話を続けることにある。これは、まさに精神医学の本流であると考えている。

- 1) 青木紀履博：責任能力の法的基礎．臨床精神医学講座19巻（風祭 元、山上 皓編）．中山書店，東京，p. 22，1998
- 2) 大審院判決昭和6年12月3日：心神喪失と心神耗弱．大審院刑事判例集，10；682-688
- 3) Luthe,R.:Aktuelle Positionen in der forensischen Psychiatrie. Fortschr Neurol Psychiat 45;635-648,1977
- 4) 西山 詮：責任能力の精神医学的基礎．臨床精神医学講座19巻（風祭 元、山上 皓編）．中山書店，東京，p. 32，1998

精神鑑定の基礎と実践 鑑定事例

独立行政法人国立病院機構花巻病院精神科

八木 深

【目的】裁判員裁判では、裁判員に対して、疾患や症状自体の説明と、それが犯行にどう影響したかを、歪めることなく、わかりやすく、説明することが必要であり、そのための方法を例示した。

【方法】鑑定書は、2ページ程度の要約、別紙で15～30ページ程度の鑑定書本体、さらに、筆者は逐語的面接記録を最後につけている。裁判員裁判では、カンファレンスでの合意に従って、要約部分をもとにパワーポイントを作成することが多い。面接時間数は、提示する場合が多く、長ければ良いというわけではないが、筆者は、10数時間から20時間かけている。

筆者は、カンファレンスでの合意に従って、責任能力についての考え方の概略を説明することがあるが、これは、必須ではないだろう。通常は、裁判官が裁判員に説示すると考えられる。なお、筆者は、普通は完全責任と呼ばれる内容について、「完全」という言葉は、あたかも完全な人間がいるかのような誤解を招くので、通常責任能力と呼ぶのが良いという、刑法学者の提唱に従っている。責任能力を判断するためには、精神の障害が犯行にどの程度影響したか、通常の心理や状況・性格が犯行にどの程度影響したかを考える必要がある。

被告人に精神障害がある場合、素人にもわかりやすく、障害や疾患の説明をするよう求められる。

説明例「統合失調症の主な症状には、幻の声を聞くという幻聴、事実と異なったことを確信し訂正できない妄想、考えが途切れてしまう思考障害など普通にはみられない症状が出現する陽性症状、エネルギーがなくなって意欲低下や引きこもり自閉傾向を示し、社会機能が普通より低下する陰性症状があります。原因は不明で、人口の1%程度の人がかかりますが、最近では、薬物療法などによって、改善する例が多くみられます」。

診断にあたっては、どの診断基準を参照し、どの項目が合致するから診断できるのかなども説明する。筆者は、ICD-10を使用することが多い。理由としては、統合失調症について、明確な基準が示されていると思われるからである。

裁判員に対する事例提示では、精神的に変調をき

たず経緯、最近の状況、犯行に至る経緯を丹念に示すことにしている。その後、診断基準を示し、被告人が、診断基準に従って、どう診断できるかおよび重症度を提示する。

次に、精神障害が犯行にどう影響したかを考察する。この際、犯行動機がどれくらい理解できるかを検討するのが重要である。犯行動機がまったく理解できない場合は、精神の障害が犯行に圧倒的影響を与えたと考えられる。犯行動機に理解しづらい部分があっても、まったく理解できないわけではない場合、犯行時および犯行直後の状況などを考慮して総合的に判断する。

犯行動機に理解できる面と理解しにくい面がある場合、その両方を示し、精神障害の影響が著しいといえるかどうかの判断材料を示す。結論は、例えば、「本件犯行に、精神の障害は著しい影響を与えましたが、通常の心理状態も影響を与え、自らの意思で犯行を行った面を認めますので、精神の障害が本件犯行に圧倒的影響を与えたとまではいえません」という形になる。精神障害が犯行に著しい影響を与えたと考える場合には、なぜ圧倒的影響があるとは言いえないと思うのか、なぜ、著しくない影響にとどまるとは言いえないと思うのかの理由を示す必要がある。

【考察および結論】責任能力の判断は、法的判断であり、裁判員裁判では裁判官と裁判員の合議で評価される。鑑定人は、その評価にあたっての素材を提供するわけである。鑑定人が裁判官ではないことは肝に銘じておくべきだろう。

筆者は、犯行がなぜ行われたかは知ることができないという不可知論でなく可知論に立脚しているが、責任能力について考える場合、統合失調症が1つの標準型だと考える。統合失調症でない場合は、「法が要求していること、例えば、殺人はしてはいけないということ、の理解」への影響が、統合失調症と同等かどうかという判断は有用である。統合失調症の場合は、症状と犯行の結び付きの強さと重症度が、「法の要求の理解」への影響を考える際、重要な因子である。

精神鑑定での注意点を述べる。犯行の流れで、奇

妙な点はないか、言いかえるなら、犯行動機は理解できるか、に注意が必要である。一見、理解できる動機にみえても、よくみると奇妙な場合がある。奇妙な動機の背後には、精神症状が関与していることがある。

対話者をもつべきである。対話することで、自分の立ち位置がわかる。間違っているかもしれないという勘はたぶんあたっている。訂正する勇気をもつべきであろう。ただし、提出前に。