

# 5

## 章

# トピックス

## 1 治療の展開

### 認知行動療法

大野 裕

認知行動療法は、認知、つまり脳の情報処理過程に働きかけて心を軽くし、問題解決できるように手助けする構造化された精神療法である。最初はうつ病に対する精神療法として開発され、その後、不安症や強迫症、PTSD、摂食症<摂食障害>、統合失調症などさまざまな精神疾患の治療法の一つとして、そして慢性痛などの身体疾患のアプローチの一部として、さらには職域や地域、学校でのストレス対処法として活用されている。

認知に焦点を当てるといふと、認知行動療法は単に考えを切り替えさせる方法だと誤解されることがある。しかし、決してそうではなく、現実の問題に直面したときに、問題解決を妨げている認知や行動に働きかけることで問題に対処する力を伸ばしていくアプローチである。

認知行動療法では、まず全人的な理解(概念化、定式化)に基づいて温かく信頼し合える関係を築き、核となる心理的課題に関連した問題に患者と一緒に取り組む。そして、患者自身の体験を通して(協働的経験主義)問題解決能力を高めていく。

その過程では、患者が、問題に直面したときのとっさの判断(自動思考)から距離をとって(ディスタンシング)、今に目を向け(マインドフルネス)、情報を収集して自分の考えを検証し(認知再構成)、問題に対処するために必要な行動をとれるように手助けする。著しい気力の低下や不安のために回避行動が起きている場合には、喜びややりがいを感じる健康行動を徐々に増やしたり(行動活性化)、不安な状況に足を踏み入れて自分の考えを検証したりする(曝露)。

近年は、定型的(高強度)認知行動療法だけでなく、書籍などの資料や集団(集団認知行動療法)を活用したり、インターネットやチャットボットなどのITを利用したり(インターネット支援型認知行動療法、ブレンド認知行動療法)するなどして、より簡便に、しかも効果的に実施できる簡易型(低強度)認知行動療法も開発されている。

## 1 治療の展開

# アウトリーチ

伊藤順一郎

精神科アウトリーチは、地域精神医療においては欠かせない方法論である。

入院中心の精神医療を進めてきたわが国においては現在発展途上であるが、精神医療の世界基準においては「当たり前」といってもよい方法である。

定義をざっくりと述べれば「精神科医療従事者が患者の生活圏におもむき、彼らが生活を維持できるように、治療・支援を行うこと」である。

これを積極的に提供することで、人々は地域の中で危機を乗り越えることができ、不必要な入院や長期の未受診を避けることができる。

対象者は多様であるが、大きくは次の二つである。一つは、今まで精神医療にかかっていたが、精神症状や身体の状態のために、通院を続けることが難しくなってしまった人々で、長期入院や頻回入院などのために生活能力が落ちて、定期的な通院が独力では難しくなっている人々である。もう一つは、受診歴がなく、あるいは中断しており、いわゆる「ひきこもり」の状態に陥っており、精神疾患の存在が疑われる人々である。

このような人々への支援は、病棟で行われる支援と全く異なる。第一に強制力を働かせるということはない。全ての始まりは関係づくりであり、そのためには患者を生活する一人の人間として認め、彼らの苦悩に耳を傾け、病を彼らの人生の歴史の文脈から理解しようとする姿勢が必須である。そのうえで、精神療法、薬物療法にとどまらず、さまざまな支援が提供されるが、基本は彼らが安心感、安全保障感のある環境で過ごせる場づくりを丁寧に行うことである。

支援の目標は、治癒よりもまず、「病がありながらも生活が維持できること」が優先される。そのためには、症状にとらわれることなく、彼らの能力、生活をするうえでの希望に焦点を当て、それらを活かすケアが肝要である。また、家族、友人など患者の周囲の人々も視野に入れ、協力関係を作ることもポイントである。

人は社会的存在であることを忘れてはならない。

## ニューロモデュレーション (m-ECT, rTMS)

中村元昭

m-ECT(modified electroconvulsive therapy, 修正型電気けいれん療法)は、交流電流を用いて経頭蓋的に脳内に電流を流し、全身けいれん発作を誘発する治療技法である。人命救助としての位置付けであり、精神科救急では必須の治療である。修正型は、静脈麻酔薬と筋弛緩薬を用いて麻酔科医の全身管理下を実施することを意味する。週に2~3回実施して、計6~12回で終了するのが標準的である。速効性が高く、効果量(0.9程度)や反応率の高さ(7~8割)は精神科治療の中で最大である。適応症はうつ病、双極症<双極性障害>、統合失調症と広範囲にわたるが、適応となる病態は切迫した重症例に限定される。m-ECTの一次的適応は、①昏迷などのカタトニア、②切迫した希死念慮、③切迫した症状(激しい焦燥など)、④気分症<気分障害>の精神症<精神病>症状(微小妄想など)、⑤切迫した身体合併症のため精神科薬物療法が困難な状況などが挙げられる。m-ECTの副作用として、一過性ながらも健忘(逆行性、前向性)は比較的出現頻度が高く、最小化の工夫が重要となる。かつて使用された定電圧式のサイン波刺激装置と比較して、現行の定電流式の矩形波刺激装置は脳への影響を最小限に抑えることで健忘などの副作用を軽減している。迅速で確実な改善が望まれる切迫した状況では、両側性の電極配置が選択され、健忘などの副作用軽減を重視する状況では、右片側性の電極配置や超短パルス波が選択される。

rTMS(repetitive transcranial magnetic stimulation, 反復経頭蓋磁気刺激)療法は、変動磁場を用いて大脳皮質を効率的かつ局所的に電気刺激する治療技法である。人工的なけいれん誘発は不要であり、安全性・忍容性に優れている。わが国では2019(令和元)年6月に保険収載され、うつ病治療の選択肢の一つになろうとしている。保険医療におけるrTMS療法の対象は「既存の抗うつ薬による十分な薬物療法によっても、期待される治療効果が認められない中等症以上の成人(18歳以上)のうつ病」とされている。刺激プロトコールは、左背外側前頭前野に対して高頻度(10 Hz)で3,000回の刺激を行う。薬物療法による効果が不十分なために社会復帰が困難で、残存する抑うつ症状のために認知行動療法や精神科リハビリテーションを継続できないが、m-ECTを実施するほどに重症ではない、という状況においてrTMS療法が選択される可能性が高い。有効性に関しては、効果量が中等度(0.5程度、抗うつ薬と同水準)で、治療反応率(3~4割)と寛解率(2~3割)はm-ECTに比べると控えめである。頻度が高い副作用としては、刺激中の頭痛が3~4割認められ、運動閾値の高い症例では対策が必要となる。重篤な副作用としてけいれん発作があり、危険率は0.1%未満であるが、リスク最小化のための事前対策が必要となる。rTMS療法は神経回路選択的に可塑性を誘導するニューロモデュレーション技法であり今後の技術発展も期待される。m-ECT同様に、脳の神経細胞に生じる変化がどのように臨床効果に結びつくかについては、さまざまな仮説が考えられている。

## 1 治療の展開

# 精神疾患の予防

鈴木道雄

精神疾患の予防は、一般に、一次予防(発生の予防)、二次予防(早期発見・早期治療)、三次予防(再発予防)に分けられるが、ここでは主として二次予防について述べる。統合失調症、気分症<気分障害>、不安症、食行動症<食行動障害>など多くの精神疾患が思春期に発症するため、若年者に対する取り組みが特に重要である。

統合失調症においては、明らかな精神症<精神病>症状が顕在化してから必要な治療が開始されるまでの未治療期間が長いと、さまざまな臨床転帰や社会的転帰が不良となるため、早期診断・早期治療の重要性が広く認識されている。これは精神疾患全般に当てはまることであり、早期に充実した医療資源を投入し、包括的な治療を提供することが効果的である。

若年における精神疾患のごく早期には、臨床症状は軽度で未分化であり、同様の症状を示していてもその後の経過は多様であるため、特異的な診断は困難な場合が多い。また、疾患と正常な反応との境界も曖昧であることが少なくない。そのため、診断においては、援助希求性や生活機能への影響に着目して治療や支援の必要性を見極めること、病名にこだわらずに疾患横断的に病状を把握することが重要である。治療においては、症状・状態に応じて、必要な薬物療法、心理社会的治療、生活支援などを個別的に提供する柔軟な対応が求められる。症状の変化に早期に対応して、悪化・進行や社会機能の低下を防ぐ視点も重要である。

2022年の高等学校学習指導要領改定において「精神疾患の予防と回復」が含まれることになった。精神保健リテラシーが向上し、精神保健に配慮した社会環境の実現やストレス対処スキルの向上、早期の適切な援助希求行動が促され、精神疾患の一次予防・二次予防が進展することが期待される。

## 2 社会的な側面

# 自殺

河西千秋

### 自殺の危険因子

日本は先進国有数の高自殺率国である。自殺者や自殺未遂者のほとんどが、受診の有無に関わらず精神疾患を有していることから、精神科医療に携わるものは、自殺予防対策に習熟していなければならない。とはいえ、自殺の危険を予測し得る評価尺度は存在しない。代わりにおさえておくべき「自殺の危険因子」を表1に提示する。危険因子を踏まえたうえで精神保健福祉モデルを多職種協働で丁寧に実践することが、すなわち自殺予防につながる(図1)。

### 自殺対策のトピックス

医療において実装化されている自殺対策、国内外で注目されている対策について紹介する。

#### 自殺未遂者への治療的対応

わが国で実施された多施設共同無作為比較試験(ACTION-J研究)が、世界で初めて自殺未遂者の自殺再企図抑止のエビデンスを明らかにした。未遂患者に対する正確な精神医学的評価を実施したうえで、自殺念慮の有無や切迫性を確認し、ケース・マネージャーの助けを借りながら精神科治療へのアドヒアランスを堅持し、社会資源を有効に活用しながら自殺企図に至った生活問題などの解決を図ることで自殺の再企図は抑止されることが明らかとなった<sup>1)</sup>。この介入法は、2016(平成28)年度から「救急患者精神科継続支援料」として診療報酬項目化され、診療報酬要件研修会(日本自殺予防学会主催)で修得することができる<sup>2,3)</sup>。

表1 自殺のリスク因子

表出	絶望感、無力感、自殺(希死)念慮
出来事	離別・死別、喪失、経済的破綻、心的外傷体験
家族歴	親族の自殺
健康面	精神疾患、慢性・進行性の疾患、疼痛、病苦
既往	自殺未遂、自傷行為
環境	自殺手段が身近にある、自殺を促す情報への曝露、孤立・支援者の不在

- 精神状態のアセスメント
- 自殺念慮の確認と危険度のアセスメント
- 支援の約束、支援継続の約束
- 物理的保護、危険因子の低減と保護因子の量的・質的強化
- その患者さんが「いま・ここで」必要としている支援の導入とそのためのコーディネート
- 患者自身のセルフ・ケア能力の涵養
- 支援の有効性のチェックと支援内容の見直し

図1 自殺予防のためのアセスメントと介入

### 病院内の自殺予防と事後対応

一般病院・精神科病院内で自殺事故が生じることがある。一般病院で最も多いのはがん患者の自殺事故であり、その多くに、直前に身体や精神状態の不安定、自殺念慮の表出や精神疾患の発症を疑わせる持続的な睡眠の障害が認められていた<sup>4)</sup>。他の調査により、がんの診断後1年以内の患者の自殺の相対リスクが著しく高いことも報告され、2017(平成29)年に改訂された第3次がん対策推進基本計画(厚生労働省)の中で、初めてがん患者の自殺予防対策の必要性が明記された。計画では、がん拠点病院のがん相談支援センターを中心とした取り組みが提示され、具体的な自殺予防のための介入方略の開発が進められている。

- 文献
- 1) Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al : Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J) : a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 1 : 193-201, 2014
  - 2) 日本自殺予防学会 Web サイト (<http://www.jasp.gr.jp/>). 最終アクセス : 2020年2月
  - 3) 日本自殺予防学会(監修) : 救急医療から地域へつなげる自殺未遂者支援のエッセンス—HOPEガイドブック. へるす出版, 2018
  - 4) 河西千秋, 井上佳祐, 大塚耕太郎, 他 : 病院内の入院患者の自殺事故調査. *患者安全推進ジャーナル* 45 : 83-91, 2016

# 産業精神保健・リワーク

井上幸紀

精神疾患での労災認定が増加するなど、職域でメンタルヘルス対策が重要となっている。うつ病など頻度の多い精神疾患への職場理解は増しているが、幅広い精神疾患への理解は十分ではない。精神科医は職域とどのように関わるのであろうか。

まず主治医と産業保健スタッフなどの職域の立場の違いを理解する必要がある。職域問題にはアブセンティーズム(病欠・休職による損失)とプレゼンティーズム(出勤しているが生産性低下)があり、後者の影響が極めて大きい。医師は病気(疾病性)に注目するが、職域では適正就労できない状態(事例性)に注目する。復職でも主治医は疾病性から判断するが、職域は安全配慮義務から事例性で判断するため、時に判断が異なる。判断補助として復職時に試し出勤制度を利用する場合もある。職場協力で模擬出勤(勤務時間帯で在宅軽作業など)・通勤訓練・試し出勤(職場にリハビリ出勤)なども行うが、制度がない場合など、医療機関のデイケアとして認知行動療法を含めた復職トレーニングを数か月受け、適応を上げる「リワーク」なども注目されている。さらに、精神疾患の知識が限定的である職域は国の出している指針や手引きを重視するという理解も必要である。「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針〔2000(平成12年)〕」「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き〔2004(平成16年)〕」などの共通理解は精神科医と職域の連携に役立つ。

最近では精神科医が産業医をする場合も出てきた。その場合、通常の産業医業務の中で専門性を活かし、ストレスチェックなどでメンタルヘルス不調の一次予防、早期発見・対応の二次予防とともに、再発防止で主治医と連携する三次予防にも関与する。働き方改革など常に職域は変化し、それに伴い国から対策が出され、時に労働者の病態やその対応にも影響が及ぶ。精神科医も社会環境の変化と精神面への影響に常に注意することが必要である。

## 2 社会的な側面

# アンチスティグマ

秋山 剛

アンチスティグマとは、「(精神疾患への)偏見を和らげる」という意味である。スティグマは、社会からの偏見と精神疾患経験者自身もつセルフスティグマの二つに分けられる。社会からの偏見を和らげるには、地域、産業、教育、メディアなどの分野で、「精神疾患は治る」というメッセージを伝えることが重要である。

一方、精神疾患を経験している人が、「自分は精神疾患に罹ったからもうダメだ」と思い込むセルフスティグマは、その人の人生により深刻な影響を与える。精神科医は、社会からの偏見はすぐに改善できないが、自分が治療している人が、セルフスティグマをもたないように働きかけることは可能である。むしろ可能というよりも、主治医としての責務である。診断、予後について説明するときは、科学的に平均の状態について説明するのではなく、平均より一標準偏差くらいよい状態について説明すべきである。なぜなら、精神疾患を経験している人は、心理的なショックを受けているために、医師の説明を割り引いて理解するからである。一標準偏差くらいポジティブな情報を伝えて、ようやく科学的に平均の状態として理解してもらえる。

また、服薬継続の必要性を説明するときにも、「ずっと薬を飲んでください」と言うだけでは、相手は「一生治らない病気に罹った」と思い込んでしまう。「適切に服薬をしてもらえば、かなり普通の生活が送れます」「自分の努力で、薬の量を少し減らすことも不可能ではありません」などと励ましを与えるべきである。重要なことは、「精神疾患はよくなる病気であり、よくなるための努力が可能であり、あなたは決して無力ではない」と伝えることである。

偏見が生じるのは、「精神疾患はよくなるらない」というイメージをもたれるからである。何よりもよいアンチスティグマは、精神科医が精神疾患をよくすることである。アンチスティグマのために、精神科医が臨床的にできることは多い。



## 2 社会的な側面

### ひきこもり

斎藤 環

「ひきこもり」は診断名や臨床単位ではなく、一つの「状態 condition」を指す言葉である。厚生労働省研究班は、その状態を以下のように定義した。①6か月以上社会参加していない、②非精神症性<非精神病性>の現象である、③外出していても対人関係がない場合はひきこもりと考える。

2016(平成28)年と2019(令和元)年に発表された内閣府の調査結果は、日本全国で100万人以上の人がひきこもっている可能性を示唆しつつ、青年期の問題とされてきたひきこもりが、すでに全世代の問題となっている現状を明らかにした。ひきこもり期間の長期化と、当事者や家族の高齢化も深刻な問題である。

ひきこもりの原因や契機としては、学業成績の低下や受験の失敗、不登校や退職など、さまざまな挫折体験が挙げられる。典型的な経過としては、いじめを契機に不登校となり、学籍を失って自宅にひきこもり続けるうちに対人恐怖や強迫症状、抑うつ気分などが出現してひきこもり状態が遷延化していく、といったものがある。

ひきこもりは診断的には「自閉スペクトラム症」や「パーソナリティ症<パーソナリティ障害>」と誤診されやすいが、生活歴を慎重に聴取すれば鑑別はそれほど困難ではない。被害妄想を訴えるような事例が統合失調症と誤診されやすい点にも注意が必要である。

ひきこもり支援においては、精神医療も有力な選択肢の一つである。厚生労働省のガイドライン<sup>1)</sup>にもある通り、段階的な支援策が有効である。ただし、最初に相談窓口に来るのは本人ではなく家族であることがほとんどであり、家族会参加や家族相談は極めて重要である。これ以降の段階は、家族相談→個人療法→集団療法→ソーシャルワークという流れになる。その詳細についてはガイドラインもしくは成書<sup>2)</sup>などを参照されたい。

- 文献**
- 1) 厚生労働省：ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン。2010
  - 2) 斎藤環、畠中雅子：ひきこもりのライフプラン。岩波書店、2012

# 在日・居留外国人

岸本年史

在日・居留外国人への精神科医療は、訪日観光客の急増だけでなく、在留カードを有するもしくは特別永住者などの中・長期労働者、医療目的で日本を訪れる外国人などさまざまな背景があり、中でも精神科医療機関を訪れる外国人で最も多いのは中・長期労働者である。厚生労働省による「外国人雇用状況の届出状況まとめ」では、日本で働く外国人労働者の国籍は中国、ベトナム、フィリピン、ブラジルの順に多かった。これらの国籍からもわかるように、英語だけでなく、中国語やベトナム語、タガログ語、ポルトガル語などさまざまな言語への対応が求められており、これら全てに個人単位で対応することは困難を極める。このような状況の中で、翻訳アプリなどのモバイル機器や24時間365日対応の電話・ビデオ通訳サービスなどさまざまなツールを利用し対応しているが、精神科医療としてはこのような翻訳だけでは十分とはいえない。また、宗教的・文化的な背景の違いにも配慮が必要であり、食事(イスラム教ではハラールフードなど)や入浴(人前で裸になるなど)といったことから、精神疾患に対する患者の態度や理解の違い、薬物治療に対する考えの違いも常に頭に入れておかなければならない。

次に、日本の精神科医療システムは他国と異なるため、同意書や告知文書の説明が難しい。都立松沢病院のWebページ(<https://www.byouin.metro.tokyo.lg.jp/matsuzawa/formedical/admissionform.html>)には英語、中国語、韓国語、フランス語、スペイン語とタガログ語に翻訳された入院告示や行動制限に関わる様式が掲載されているので、必要なときには利用できる。しかし厚生労働省の承認を得たものではないこと、日本語も並列しているため外国人には「日本語では何を書かれているのか」とストレスを抱かれる可能性があることに注意すべきである。また、精神保健福祉法の日本語の書面に、医療保護入院の家族等の署名や任意入院の本人の署名が入院に際して求められていることは、人権上の問題があることを指摘したい。日本は外国人への対応といった観点では、世界からみると遅れをとっているため、精神科医療機関への外国人の受診を含めた現在の課題や問題点を明確にし、今後の取り組みを進めていかなければならない。

## 2 社会的な側面

# 処方薬依存

成瀬暢也

近年、処方薬の乱用・依存が深刻な問題となっている。現在の主たる問題薬物は、覚せい剤に次いでベンゾジアゼピン系鎮静薬であり<sup>1)</sup>、わが国は欧米諸国に比べ、その処方量の多さと多剤処方、長期処方の問題が指摘されている。自殺との関連、高齢者への使用問題への配慮も要する。鎮痛薬、特に強オピオイド鎮痛薬は、がん性疼痛に限った適応から慢性疼痛に拡大された。今後はがんサバイバーの依存問題も懸念される。興奮系では、ADHD 治療薬であるコンサータ<sup>®</sup>、ビバンセ<sup>®</sup>などの流通管理が課題となる。処方薬患者は、薬以外の対処方法を試みようとはせず、即効性の高い薬を過量に服用する。急性中毒による種々の問題の他、ストレス耐性が低下し生活が困難になっていく。

依存症の背景には対人関係の問題がある。虐待や性被害など深く傷ついている患者も多い。依存症患者の薬物使用は、「人に癒されず生きにくさを抱えた人の孤独な自己治療」といえよう。回復には、「安心できる居場所」と「信頼できる人間関係」が必要である。処方薬依存の治療には、患者を責めることなく、乱用の有無ばかりにとらわれず、背景にある「生きづらさ」「孤独感」「安心感・安全感の欠如」などを見据えた関わりが必要である<sup>2)</sup>。

処方薬の大半は医療機関で入手される。「正当な治療」として医師から処方されているため患者の問題意識は低い。依存症患者の治療の困難さを考えると、処方薬依存を作らないことが重要である。医師は安易に処方薬を出すだけの治療に陥ることなく、患者と信頼関係を築き、薬物療法以外の方法も提供する姿勢が求められる。患者は人に癒されないから薬に向かうことを忘れてはならない。

- 文献**
- 1) 松本俊彦, 宇佐美貴士, 船田大輔, 他: 全国の精神科医療施設における薬物関連精神疾患の実態調査. 平成 30 年度厚生労働科学研究費補助金医薬品・医療機器等レギュラトリーサイエンス政策研究事業総括一分担研究報告書, 2019
  - 2) 成瀬暢也: 薬物依存症の回復支援ハンドブック. pp93-106, 金剛出版, 2016

# 医療観察法

五十嵐慎人

医療観察法(「心神喪失等の状態で重大な他害行為を行った者の医療及び観察等に関する法律」)は、心神喪失などの状態で殺人、放火などの重大な他害行為を行った者(対象者)に対して、継続的かつ適切な医療の実施とその確保のために必要な観察および指導を行うことによって、病状を改善し、同様の他害行為の再発防止を図り、社会復帰を促進することを目的とした法律である。

心神喪失・心神耗弱者と認定され刑を免れた対象者について、検察官は、地方裁判所に対して審判の申立てを行う。対象者を鑑定入院医療機関(精神科病院)に入院させ、医療観察法による医療の要否に関する精神鑑定(医療観察法鑑定)が行われる。処遇の決定は、地方裁判所に設置される裁判官と精神保健審判員(精神科医)各一名からなる合議体によって行われる。合議体は、医療観察法鑑定書を基礎とし、社会復帰調整官作成の生活環境調査報告書、精神保健参与員(精神保健福祉士など)が選任されている場合にはその意見などを総合したうえで、決定を行う。決定には、入院決定、通院決定、本法による医療を行わない(不処遇)の3種類がある。

入院決定を受けた対象者は、指定入院医療機関に入院する。指定入院医療機関では、多職種協働チームによって、対象者自身が疾病および疾病と対象行為との関連を理解し、必要な医療および援助を自ら求め、同様の他害行為を行うことなく、安全に地域社会生活を営むことを目的として、種々の治療が行われている。なお、退院・入院継続については、裁判所による決定が必要である。

通院決定を受けた対象者は、保護観察所による精神保健観察に付され、指定通院医療機関に通院する。保護観察所は、指定通院医療機関の管理者などと協議のうえ、処遇の実施計画を策定し、社会復帰調整官が対象者の観察・指導などを行う。精神保健観察の期間は原則3年間であるが、裁判所の決定により2年を超えない範囲で延長することが可能である。

## 2 社会的な側面

### てんかん

渡邊さつき，渡辺雅子

てんかんは大脳神経細胞の過剰興奮により発作症状を呈する神経疾患である。神経疾患なので精神科とは関係ないと考えられがちだが，診断や治療において精神科領域とオーバーラップする部分があり，精神科医が主体的に対応すべき分野である。

診断場面においては，非けいれん性てんかん重積の軽い意識障害，辺縁系を焦点とする意識保持焦点発作（パニック発作様症状，情動発作など）などが，精神疾患の症状と判断されて精神科に紹介されてくることがある。その一方で，不十分なてんかんや脳波の知識に基づき，非てんかんをてんかんと診断したケースも見受けられる。その代表例が変換症/転換性障害（ICD-11では解離症群の亜型）である。てんかんと脳波判読の正しい基礎知識をもつことが重要である。

てんかんと診断された患者にはさまざまな心理社会的な変化が生じる。例えば，いつ発作が起こるかわからない不安，社会の偏見，セルフスティグマに基づくショック，一時的に運転が制限されることによる不利益（時に退職せざるを得ないことも），結婚・妊娠・出産への不安，抗てんかん薬の副作用への不安，などが挙げられる。患者や支援者に正しい知識を伝え，必要に応じて精神療法や支援制度の紹介を行う。将来的に妊娠の可能性のある女性には胎児への影響が少ない薬剤を選択する。

てんかんの治療というと，発作に注目しがちであるが，てんかん患者には精神疾患が合併しやすいことや抗てんかん薬の副作用として精神症状が出現することがあることから，精神科の知識が必要になる場面が少なからずある。難治例や専門性の高いてんかん治療が必要なケースに関しては他科やてんかん専門医との連携を行う。運転免許に関する法制度や諸手続き，てんかん患者が利用できる社会資源（自立支援医療，精神障害保健福祉手帳，障害年金など）とそれらの診断書作成の留意点なども理解しておくべきである。

## 画像研究

村井俊哉

精神科臨床では MRI (magnetic resonance imaging), PET (positron emission tomography) などの脳画像機器が広く用いられているが、精神疾患の病態研究においても、これらの機器は重要な役割を果たす。これらは実験動物、人のいずれにも適用可能であるが、人を対象にその生体情報を幅広く収集できることが、脳イメージングの強みである。臨床用機器を研究用にも利用することが多いが、撮像法や解析においては、臨床では用いない先端的方法を用いる。

画像研究は主として、①形態イメージング、②分子イメージング、③機能的イメージングに分けられる。

- ①形態イメージングでは主に MRI を用いる。3次元方向に 1 mm 前後の空間解像度で全脳を撮像できるため、局所脳体積や脳回・脳溝構造の高精度の計測が可能となる。また、個人差の大きい脳の形態を標準化する技術が開発されており、精神疾患群としての特徴の解析や、多施設共同での大量データの解析が可能となる。加えて、拡散イメージングという MRI 撮像法を用いることで、白質走行の計測が可能となる。
- ②分子イメージングは、主に PET を利用する。ドパミン、セロトニンなどの各種神経伝達物質の受容体などを、標的分子への結合能をもつ放射性リガンドを用いることで画像化する。
- ③機能的イメージングは、主に functional MRI (fMRI) と呼ばれる方法を用いる。何らかの認知・心理的課題を実施中の脳活動を可視化できるため、精神疾患における脳機能の病態を評価することが可能となる。また、安静時 fMRI という手法では、被験者は特別な認知・心理課題を実施するわけではないが、複数の脳領域の共同での活動を可視化できる。精神疾患の多くでは、脳領域間の連絡の異常、連動しての活動の異常が想定されている。そのため、安静時 fMRI は、上述の拡散イメージングとともに、今日、精神医学領域の画像研究において極めて有力な方法となっている。

## 3 研究の展開

 遺伝子研究

加藤忠史

精神疾患の多くには、遺伝的要因が関与することが双生児研究などから明らかにされている。特に遺伝的要因の関与が大きな疾患としては、自閉スペクトラム症、双極症<双極性障害>、統合失調症などがある。これらの疾患について、頻度の高い多型との関連を網羅的に調べるゲノムワイド関連研究、まれながら効果の大きな変異を網羅的に調べる全エクソーム/全ゲノム解析、コピー数変異(CNV)解析などが盛んに行われ、過去10年の間に大きな進歩を遂げた(20世紀までは、少数例の患者で候補遺伝子の多型を調べる研究が盛んに行われたが、こうした研究には再現性がないことが明らかとなり、現在では、数千人以上でゲノム全体を網羅的に調べる研究が主流となっている)。

その結果、精神疾患の遺伝的要因には、頻度の高い多型、CNV、まれな点変異、デノボ変異(両親にはなかったいわゆる突然変異)、全身に存在するモザイク変異、脳組織特異的な体細胞変異など、さまざまなゲノム要因が全て関与していることがわかってきた。こうした多様な遺伝的要因が総体として精神疾患のリスクに関わることを、遺伝的構造(genetic architecture)と呼ぶ。

精神疾患と関連する多型は、多くの場合、一つひとつの効果量は小さく、数千の関連遺伝子が総体としてリスクとなっていると考えられている。関連している多くの遺伝子多型から計算した、その疾患への遺伝的リスクの程度の指標は、ポリジェニックリスクスコア(PRS)と呼ばれる。PRSと臨床指標との関連が盛んに研究されており、例えば双極症患者のうち統合失調症のPRSが高い者は炭酸リチウムが効きにくいといったような、これまでの臨床研究の結果を支持する知見が多く得られている。

一方、まれな変異やデノボ変異は、動物モデルや細胞モデルを作ることにより、病態解明につながるものと期待される。

## ケースレジストリ

中込和幸

ケースレジストリとは、「患者が何の疾患でどのような状態で存在しているかを集めたデータバンク」と定義される。がん領域では産学連携全国がんゲノムスクリーニング SCRUM-Japan が構築され、ゲノム解析の結果をもとに企業・医師主導治験への登録の推進や、質の高いコントロールデータによる開発試験や新薬承認審査の効率化に活かされている。

精神科領域では、精神症状に依拠した操作的診断基準が汎用されているが、その妥当性は低い。同一診断内に多様な病態が混在し、そのために病因・病態解明研究は停滞している。米国では、診断を超え、特定の神経回路に関連づけられた機能ドメイン(症候)を中心に据えた研究手法が取り入れられている。すなわち、各機能ドメインに関わる遺伝子、分子、細胞、神経回路、生理、行動の各解析ユニットから、その生物学的基盤を解明する方向へ転換している<sup>1)</sup>。そうした研究を進めるには、幅広い診断カテゴリーにまたがる機能ドメインの異常をきたす生物学的病態を明らかにすることが求められ、大規模なケースレジストリによる研究基盤が必要となる。

2018(平成30)年度に「精神疾患レジストリの構築・統合により新たな診断・治療法を開発するための研究」が日本医療研究開発機構 障害者対策総合研究事業(精神障害分野)に採択され、国立精神・神経医療研究センターと日本精神神経学会が中心となって、オールジャパン体制でその準備が進められている。レジストリデータとして、人口統計学的情報や基本的な臨床情報(診断、病歴、治療歴、既往歴、処方など)に加えて、神経回路に関連づけられた機能ドメインに基づく臨床情報を収集し、生体試料・情報と連結するため、生物学的に均質な対象を抽出しやすい。また、縦断的な経過を追跡することで、治療反応性や転帰に影響を及ぼす臨床・生体情報を特定できる。均質な集団の病態を解明することで、医薬品や医療機器、再生医療等製品などの新規医療技術の開発につながる。その実現のためには、臨床情報、生体試料・情報の質の担保が重要であり、精神科医師の診療能力は成功の鍵となる。

- 文献** 1) Insel T, Cuthbert B, Garvey M, et al : Research domain criteria(RDoC) : toward a new classification framework for research on mental disorders. Am J Psychiatry 167 : 748-751, 2010

## 3 研究の展開

## 症例報告

久住一郎

症例報告は、あらゆる形式の論文の基本であり、通常、臨床研修医が初めて論文を執筆する際に必ず通る関門の一つである。また、個人情報保護法<sup>1)</sup>の観点に立つと、精神医学領域の症例報告には、通常、詳細な生育歴、生活歴や病歴などの要配慮個人情報が含まれるため、十分な倫理的配慮が必要である。

日本精神神経学会(以後、当学会)から発出された「倫理審査が必要な『研究として扱う症例報告』についてのガイドライン」では、①所属施設・機関における規定等が審査を求めている場合、②症例を集積するために診療録等の臨床情報を用いる場合、③通常の診療の範囲を超えた治療、検査その他を行う場合については、当該機関における倫理審査を受けることを求めている。

また、「症例報告を含む医学論文及び学会発表における患者プライバシー保護に関するガイドライン」では、特定の患者の症例を当学会学術集会で発表したり、当学会の機関誌で報告したりする場合は、原則として、その目的・意義、発表する内容とその方法を本人が理解できるように十分に説明して、本人から同意を得るとともに、患者プライバシー保護への配慮(氏名、実年齢、住所など個人を特定し得る情報は記載せず、年号、地名、固有名詞などは機械的なアルファベット表示にするなど)を十分に行わなければならないとされている。当学会の Web サイト(<https://www.jspn.or.jp/>)には、これらのガイドラインの詳細や同意文書の書式例、患者プライバシー保護ガイドラインの Q & A も一般公開されているので、参照していただきたい。

**文献** 1) 個人情報の保護に関する法律([https://www.ppc.go.jp/files/pdf/290530\\_personal\\_law.pdf](https://www.ppc.go.jp/files/pdf/290530_personal_law.pdf))。最終アクセス：2020年2月

**Further reading** ・久住一郎，栗原千絵子：症例報告における倫理的配慮—本人同意をめぐる議論と課題，精神神経学雑誌 121：843-849，2019(「症例報告を含む医学論文及び学会発表における患者プライバシー保護に関するガイドライン」の概要とその作成過程における議論が紹介されている)

# 心理テスト

津川律子

心理検査(psychological test)とは「知能, 特定の心的能力(推論, 理解, 抽象的思考など), 特定の適性(機械的作業への適性, 手先の協調性, 器用さなど), 学業(読み, 書き, 算数など), 態度, 価値, 関心, パーソナリティとパーソナリティ症<パーソナリティ障害>, その他, サイコロジストが関心を寄せる特質を測定する際に使用される標準化された手法(すなわち, 検査, 目録, 尺度)」と定義される<sup>1)</sup>。

日本で医科診療報酬点数の対象として認められている「臨床心理・神経心理検査」は, 次の三つに大別される。D283「発達及び知能検査」, D284「人格検査」, D285「認知機能検査その他の心理検査」である。この三つはそれぞれ「1. 操作が容易なもの」(80点), 「2. 操作が複雑なもの」(280点), 「3. 操作と処理が極めて複雑なもの」(450点)に分類されている。2018(平成30)年4月時点で, 医科診療報酬点数に収載されているだけでも107種類以上の心理検査があり(2年ごとに改定), 全ての心理検査の実施や処理に医師が精通することは現実的に困難であり, 「医師の指示により他の従事者が自施設において検査及び処理」を行っている。

昨今, 発達障害の診断の参考のために, ウェクスラー系心理検査を一つだけ実施する場合が散見される。しかし, 発達障害に限らず, 通常たった一つの心理検査から複雑な人間を科学的に理解しようとすることは困難である。そのため, 検査目的に応じて, いくつかの心理検査を組み合わせる。これを検査(テスト)バッテリーという。実際の臨床では, 主訴, 症状, 家族歴, 生活史, 既往歴, 第三者からの行動観察情報などを総合して精神医学的な判断がなされることになるが, その一環として検査バッテリーが存在することになる。自己記入式の簡易スクリーニング検査のみで確定診断に至ることはない。

**文献** 1) VandenBos GR: APA Dictionary of Psychology. p753, American Psychological Association, Washington, D. C., 2007

**Further reading** ・津川律子, 遠藤裕乃(編): 心理的アセスメント. 遠見書房, 2019(公認心理師を目指す心理学科の学生向けの教科書. 代表的な心理検査の内容がわかる)  
・高橋依子, 津川律子(編著): 臨床心理検査バッテリーの実際. 遠見書房, 2015(年代や領域に応じた検査バッテリーの考え方や実践を, 多様な事例を通して解説している. 臨床現場の実践家向け)

## 4 人を知る

 精神鑑定

岡田幸之

精神科診断の中でも、さまざまな法律の判断材料を提供するために行われるのが精神鑑定である。刑事事件で責任能力を判断するための鑑定(刑事責任能力鑑定)、医療観察法制度の処遇決定のための鑑定、事件や事故の被害者の精神的損害を評価するための鑑定、成年後見制度における意思能力を判断するための鑑定などがある。特に成年後見制度の鑑定は精神科医に限らず主治医であれば依頼される可能性がある。ので、他科に進む場合にも知っておくとよい。

鑑定の中でも最もよく知られているのは刑事責任能力鑑定である。検察官が起訴/不起訴の判断をするための起訴前鑑定と、裁判官・裁判員が判決の中で有罪/無罪や量刑を決めるための公判鑑定に分けられる。さらに起訴前鑑定には半～1日で行う簡易鑑定と2～3か月で行う本鑑定がある。公判鑑定も2～3か月で行う。中心的作業になる面接を警察署や拘置所に出かけて行う。検査のために病院を受診させ、短期間入院させることもある。

刑事責任能力鑑定は疾病診断に終わらず犯行に精神疾患がどのように影響したのかを明らかにすることが肝要である。それをもとに鑑定の依頼者が法律判断をする。つまり刑事責任能力(心神喪失/心神耗弱/完全責任能力)は鑑定人ではなく、検察官や裁判官・裁判員が決めるのである。

精神鑑定をするためには精神疾患全般の鑑別ができなければならない。どのような疾患の者が来るかわからないし、無病の者も少なくないからである。詐病もそうした知識と経験によって見抜くことができる。まずは臨床研修で精神医学の基本を身につけて専門医資格をとり、さらに精神鑑定を専門としている先輩医師のもとで鑑定助手として研鑽を積んだ後に、鑑定人として独り立ちをするのが一般的なキャリアパスである。裁判所で鑑定人尋問を見学するのもよい勉強になる。

なお鑑定ケースには社会の関心が高いものも多いので守秘義務には一層注意が必要である。

## 病跡学

小林聡幸

病跡学とは芸術家などの傑出した人物の創造性と病理を論ずる学問，というのが狭義の定義である。1907年，ドイツの精神科医メビウスが最初にパトグラフィーの名称を用い，それが「病跡学」と訳されて今日に至っている<sup>1)</sup>。英語圏ではこの術語はまず用いられず，medical biography や psychobiography が概ねこれに相当するだろう。ただしこうした関心はギリシャ時代からの狂気と創造性の議論に遡ることもできる<sup>2)</sup>。

イタリアのロンブローゾはメビウスに先立ち「天才は変質という一種の病的状態である」という考えから研究を行った<sup>1)</sup>。変質という遺伝する劣化現象を想定した仮説で，ロンブローゾの説では常習犯罪者もまた変質であり，天才と犯罪者は同じカテゴリーにおかれていた。これに対してヤスパース(1926)は統合失調症において時として「形而上学的深淵が啓示される」ことがあるとし，疾病ゆえに深遠なる創造性に到達しえるという観点を提示した<sup>1,2)</sup>。英語圏では双極症<双極性障害>の，特に軽躁状態において創造性が発揮されるという見方がポピュラーである。エランベルジェ<sup>3)</sup>は偉大な創造がなされる前に種々の精神疾患を呈し，それが創造にとって必要欠くべからざるもの，すなわち創造の病いであるとした。最近では自閉スペクトラムの創造性に注目が向けられている。また，宮本<sup>1)</sup>は身体疾患が創造に及ぼす影響についても注意を促している。

他方，直接本人が病気ではなくとも，心理的に近い近親者などの精神疾患が創造性を駆動する可能性があることを宮本<sup>1)</sup>はエピーパトグラフィーと呼んで論じたが，これを思想的系譜関係に拡大し，精神疾患を病んだ思想家の影響で深遠な思想を展開する可能性があることを論じたのが加藤<sup>4)</sup>である。松本は統合失調症患者が特権的に創造性を発揮するとともに病気によって減んでいくといったクリシェを，統合失調症中心主義・悲劇主義的パラダイムとあって批判しており，病気と創造ではなく，健康と創造を見ていこうという潮流<sup>5)</sup>も生まれている。

- 文献**
- 1) 福島章，中谷陽二(編)：パトグラフィーへの招待。金剛出版，2000
  - 2) 松本卓也：創造と狂気の歴史—プラトンからドゥルーズまで。講談社，2019
  - 3) エランベルジェ，H. F.(中井久夫編訳)：「創造の病い」という概念。エランベルジェ著作集2，pp142-161，みすず書房，1999
  - 4) 加藤敏：創造性の精神分析—ルソー・ヘルダーリン・ハイデガー。新曜社，2002
  - 5) 小林聡幸：音楽と病のポリフォニー—大作曲家の健康生成論。アルテスパブリッシング，2018

### Further reading

- ・福島章：天才の精神分析—パトグラフィの冒険。新曜社，1978(斯界第一人者の論文集。文学者と作曲家の病跡のさまざまなアイディアとともに，理論的総説も収録)
- ・宮本忠雄：病跡研究集—創造と表現の精神病理。金剛出版，1997(ムンクと太陽体験をはじめ，高村光太郎と智恵子のエピーパトグラフィーなど古典的研究を取めた論文集)