

福岡行動医学雑誌

2020年

第27巻

第1号

目次

Contents

■巻頭言

精神医療のパラダイムシフト..... 神庭 重信

■特集 より良い治療への挑戦

都立松沢病院における拘束削減—現場からの実践報告— 今井 淳司ほか

せん妄についての最近の話題 大橋 綾子

患者さんのためのクロザピン療法 木田 直也ほか

統合失調症患者に対する精神療法:

九大精神科におけるメタ認知トレーニングの試み 平野 羊嗣ほか

治療抵抗性うつ病に対する rTMS 療法の現状と課題 野田 賀大ほか

成人期 ADHD を正しく診断するための面接法 山下 洋

インターネット・ゲーム障害 (DSM-5)、ゲーム行動症 (ICD-11) 松崎 尊信

ひきこもり相談を受けたら:

社会的ひきこもりの多面的理解に基づくより良い支援 加藤 隆弘

■寄稿

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における

メンタルヘルス対策について 國井 泰人

精神症状学の基本問題

—方法論としての全体論、構造分析そして単一精神病— 古城 慶子

■当事者は精神医学・医療に何を求めているのか (シリーズ)

当事者・家族が望む精神科医療とは?

当事者・家族・精神科医の3つの立場を持つ私から伝えたいこと 夏莉 郁子

■エッセイ

『金閣を焼かなければならぬ』補遺 内海 健

■講演録

不安症領域の今日的理解と治療

～気分障害や自閉スペクトラム症の関連も含めて～ 中尾 智博

■私が気になった本

読書と日々 本村 啓介

入会案内

編集後記 林 道彦

目 次

Contents

■ 巻 頭 言

精神医療のパラダイムシフト	神庭 重信	2
---------------	-------	---

■ 特集 より良い治療への挑戦

都立松沢病院における拘束削減—現場からの実践報告—	今井 淳司 ^{ほか}	3
せん妄についての最近の話題	大橋 綾子	9
患者さんのためのクロザピン療法	木田 直也 ^{ほか}	15
統合失調症患者に対する精神療法：		
九大精神科におけるメタ認知トレーニングの試み	平野 羊嗣 ^{ほか}	25
治療抵抗性うつ病に対する rTMS 療法の現状と課題	野田 賀大 ^{ほか}	31
成人期 ADHD を正しく診断するための面接法	山下 洋	37
インターネット・ゲーム障害 (DSM-5)、ゲーム行動症 (ICD-11)	松崎 尊信	43
ひきこもり相談を受けたら：		
社会的ひきこもりの多面的理解に基づくより良い支援	加藤 隆弘	49

■ 寄 稿

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下における メンタルヘルス対策について	國井 泰人	57
精神症状学の基本問題 —方法論としての全体論、構造分析そして単一精神病—	古城 慶子	63

■ 当事者は精神医学・医療に何を求めているのか (シリーズ)

当事者・家族が望む精神科医療とは？ 当事者・家族・精神科医の3つの立場を持つ私から伝えたいこと	夏莉 郁子	69
--	-------	----

■ エッセイ

『金閣を焼かなければならぬ』補遺	内海 健	77
------------------	------	----

■ 講演録

不安症領域の今日的理解と治療 ～気分障害や自閉スペクトラム症の関連も含めて～	中尾 智博	81
---	-------	----

■ 私が気になった本

読書と日々	本村 啓介	105
-------	-------	-----

入会案内		107
------	--	-----

編集後記	林 道彦	
------	------	--

精神医療のパラダイムシフト

福岡行動医学研究所所長 神庭 重信

最近手にした雑誌で、若手の精神科医の次のような記述を読み、考え込んでしまいました。「精神科医になろうと志したときには、ここまで当事者や家族や市民の立場の人たちから、この職業の批判を聴くことになるとは、想像もしていなかった」(熊倉陽介、現代思想49-2, 2021)。これから精神医療の担い手として活躍してほしい世代にこのような思いを抱かせていることは慚愧の念に堪えません。

精神科医療が批判を招く理由はさまざまでしょう。本誌に論考をお書きくださった夏苺郁子先生が訴えていらっしゃるように、医師の診療姿勢や技能への当事者からの批判には率直に耳を傾け、医療現場では共同意思決定(shared decision making)をめざす。このハードルは決して高くないはずです。

かたや、精神医療が構造として抱えている難問もあります。その最たるものが、非自発的治療です。本人の意に沿わない処遇を強いるのにもかかわらず、精神医学は病気の本態を解明できておらず、的確な診断法や効果サイズの大きな治療法を提供できていません。また精神医療にしても、当事者に優しく治療促進的な治療を均てん化できているとは必ずしもいえません。これらのことが、当事者に精神科への不信感を生み、心的トラウマを与える温床となっているのではないのでしょうか。これを難問と呼ぶわけは、この問題の最終的な解決には、精神医学の格段の進歩とともに、医療・保健・福祉の質の向上と三者間の相互連携の強化が共にそろそろ必要があるからです。

当事者が可能な限り住み慣れた地域で、自分らしく暮らせることを目的とした、医療・保健・福祉の連携ケアを提供するための設計図が、筆者が座長を務め、家族会やピアサポーターを含む多職種の方が参加してまとめた「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムに関わる検討会報告書」です(厚生労働省、2020年3月)。このシステムには、症状の悪化を早期に食い止め、非自発的治療が必要にならないための工夫も盛り込まれてい

ます。しかしながら、この計画を実現するためには、法改正、診療報酬や保障制度の格段の強化をはじめ、あまたの壁を乗り越えなければなりません。

話は非自発的治療に戻りますが、かつて東京巣鴨病院(のちの都立松沢病院)の病院長を務めた呉秀三先生は、着任早々に幾つもの病院改革を掲げました。その筆頭には、「拘束具の使用を禁止し、これをすべて焼却する」とあります。そのスピリッツを受け継ぐ松沢病院では、医療を工夫することで拘束削減を実現させました。現場からその様子を報告してくださった今井淳司先生、針間博彦先生の論文は参考になる智恵で溢れています。

本誌で書評欄を担当してくださった本村啓介先生は、精神科医は「二重機能」をもつという現実、すなわち優しく思いやりに満ちた母性的な治療者の姿と、当事者の意に沿わないことを強いる強権的、父性的な姿とを使い分ける職業であることに触れています。私たちはこの「二重機能」にもっと敏感でいる必要があります。良かれと思う治療的関わりが、当事者に心的トラウマ体験をさせてしまう可能性をつねに念頭に置いて治療にあたる必要があるのです。このような治療姿勢を、「トラウマインフォームドケア=こころのケガに配慮するケア」と言い、日本では西大輔先生(NCNP、東大)が先陣をきって取り組んでいますので、是非ご参照ください(<https://traumalens.jp/>)。

最後になりますが、今年、福岡・行動医学研究所(福岡行動研)は一般社団法人となりました。今後さらに若手精神科医を後方から支援したいと思います。その企画の一つとして、若手精神科医の研究を支援するために、研究奨励賞を設けました。多くの方に応募して頂きたいと思います。

会員の皆様と共に、精神科医であることを誇りに思える医療を築くために、福岡行動研としてできることを考え、実現に向けて微力ながら貢献して参りたいと思います。

令和3年7月15日

福岡行動医学研究所 研究奨励賞

1. 趣 旨

精神医学・医療の分野において優れた独創的研究を行っている研究者に対して「福岡行動医学研究所 精神医学研究奨励賞」を贈呈します。

2. 褒賞金

原則として、贈呈件数は1件とし、賞牌ならびに副賞30万円を贈呈します。

3. 応募条件

- ・当研究会に所属している者
- ・精神科臨床経験10年以内の者

4. 推薦締切日

2021年10月8日（金）

5. 推薦者

候補者の業績についてよく知る人。

6. 推薦方法

所定の推薦書に必要事項を記入のうえ、主要論文（学会発表の場合は抄録）リスト（3編以内）及び主要論文（抄録）のコピーとともに当財団に提出してください。

推薦書は下記のリンクから表示、印刷できます。

リンク：一般社団法人 福岡行動医学研究所

<https://f-koudoigaku.org/>

郵送先：一般社団法人 福岡行動医学研究所

〒838-0825 福岡県朝倉郡筑前町大久保500

都立松沢病院における拘束削減

—現場からの実践報告—

東京都立松沢病院 今井 淳司、針間 博彦

抄録：東京都立松沢病院では、2012年には18.9%あった身体的拘束率を2019年には約3%にまで削減（約84%減）した。身体的拘束削減の過程で、不穏患者、自傷や自殺企図を行う患者、身体状態が不良で点滴が必要な患者、転倒リスクのある患者などケース毎に講じた現場の工夫を、とくに医師の視点から論じた。身体的拘束削減の秘訣があるわけではなく、そのために行われた工夫は多岐に渡り、患者1人1人の特性に合わせて「ありとあらゆる方法」を模索した結果、身体的拘束削減は実現したように思う。身体的拘束削減の要因をさかのぼれば、処方傾向や接遇の問題にたどり着く。その意味において身体的拘束率は、病院の患者への向き合い方を表す指標でもある。

Key words : mechanical restraint, reduction, suicidal attempt, involuntary admission, psychiatric hospital

1. はじめに

筆者らが勤務する東京都立松沢病院（以下、当院）では、数年前から精神科医療における身体的拘束の削減に取り組んでおり、2012年には18.9%あった身体的拘束率は、2019年には約3%にまで削減（約84%減）された減少率（1日平均身体的拘束人数の変化）を病棟群別に見ると、急性期病棟群で88%（13人→1.6人）、慢性期病棟群で99%（45.3→0.5人）、身体合併症群で69%（56.3人→17.4人）、認知症病棟群で93%（15.7人→1.1人）であった⁶⁾。当院のこうした取り組みに関する総説的報告¹⁾や看護師からの実践報告⁴⁾はあるが、医師の視点からの身体的拘束削減の実践報告はこれまでなかった。本稿では、身体的拘束削減の過程に実際に関与した医師の視点から、実践報告を行いたい。

2. 不穏患者に対して

1) 16時薬の設定

従来、当院での眠前薬の内服時間は20時だった。抗精神病薬の多くはこの眠前に内服することが多いが、拒薬傾向がある患者に対して説得が必要なことや、日中に行われた医師からの薬剤変更に関する説明に十分納得できていない患者が服薬をめぐって不穏となることが、頻繁だった。その

ような過程で不穏になった患者への身体的拘束や、夜間の対決を回避するために、予防的な身体的拘束がしばしば行われていた。

こうした事態を回避するため、夜勤と日勤の看護師が揃っていて人手が潤沢であり、かつ担当医による介入も可能な16時の内服を設定した。このことにより、人手的にも時間的にも説得に十分な時間をかけることができ、「説明がない」「医師と相談したい」といった患者のニーズに対して担当医が応じることもできるようになった。その結果、患者の服薬率の向上につながった。また、どうしても服薬を拒む患者などに対しても、十分な人手を割いて安全に筋肉内注射などの治療を行うことが可能となった。眠前には睡眠薬のみを処方しておき、眠前薬の拒薬があった場合でも、患者の自律性を尊重してスキップ対応することにより、夜勤帯に無用な対決が生じることを回避できるようになった。

2) 患者の不安に対する手当と自律性の尊重

不穏を理由にした身体的拘束を可能な限り回避しようとする中で、身体的拘束の原因となる不穏そのものを制御するための手法も、様々な場面で開拓された。

その一つに、了解可能な理由のため不穏が生じ

ている場合に、そのコントロールが積極的に行われるようになったことがある。例えば、入院前に「仕事を休むための電話がしたい」「友人にメールを送りたい」など入院にあたっての要望を述べる患者は少なくない。以前は、このような要望に対しても、「強制入院ですから」「入院して休む方が優先です」などと言って患者の入院に対する不安への手当を行わず、患者が不穏を呈すると経静脈的注射による鎮静後に身体的拘束を行うという場面も多かった。しかし現在は、入院前に職場へ電話させたり、友人にメールを送ってもらったりすることにより、患者の了解可能な不安へ可能な限り対応するようにしている。そのような患者の人として当然の不安に対応することにより、不穏の芽を未然に絶つことができるようになった。

加えて、可能な限り患者の自律性を尊重するよう努めた。人間は、ある選択を強制されれば強制されるほど抵抗したくなる、という心理的リアクタンスを有している。非自発的入院はただでさえこの心理的リアクタンスを惹起しやすい。このような場合、少しでも自分に選択権があると思うことができれば、この種の抵抗は和らぐ³⁾。当院では、時間をかけた説明を行い、それによっても入院に同意することができない患者に対しては、自ら協力して歩いて入院するか、あるいはやむを得ず向精神薬の注射（しばしば徒手の抑制を伴う）を行い、それによる鎮静後に入院するかという選択肢を提示したうえで、その範囲内での自律性を尊重し、患者に選択してもらうことが増えた。そうすると、思ったよりも多くの患者が自ら歩く方を選択するものである。患者が自ら協力する選択をすれば、「力づくで抑えられて、説明もそこに眠らされた。目が覚めたら保護室だった（拘束されていた）」といった患者のトラウマ体験を回避できる。また、医療者は協力した患者を是認することができ、両者の関係性の向上にも寄与する。この手法は、保護室の入室の説得の際にも用いられることが多い。

3) 接遇の向上

身体的拘束を避けるために患者の不穏の芽を絶つという姿勢は、日常的な接遇にも反映される。

不穏となりやすい患者であっても、対応ひとつ、言葉使いひとつで不穏を回避することが可能である。過去数年間で、看護師を中心として当院職員との接遇は飛躍的に向上した。身体的拘束削減に努める中で、「患者を人として扱う」という姿勢が職員に浸透していった結果のように思う。医療者側の対応が丁寧かつ迅速になればなるほど、了解可能な不穏はもちろんのこと、精神病性の易刺激性に基づく不穏も、制御可能になりやすくなる。こうした普段からの地道な試みが、良好な医療者—患者関係の基礎を構築し、身体的拘束を検討しなけばならない不穏そのものの頻度を下げるように思われる。

3. 自傷や自殺企図を呈する患者に対して

1) 自傷や自殺企図を可能にする保護室内の物品撤去

隔離を要する患者の場合、保護室内での自傷や自殺企図の方法は、リストカットや過量服薬や異物摂取、縊首などがある。リストカットについては刃物類、過量服薬や異物摂取については、内服管理や異物の撤去により、大方のリスクは低減できる。身体的拘束削減の過程でその回避に時間がかかったのは、縊首による自殺企図である。

まず、縊首を含む自殺企図のおそれのある患者は、縊首の道具となりうるベッドを撤去して処遇するようにした。しかし、それでも枕カバーやタオルをちぎってクビにきつく巻き付ける患者もいた。そのような患者に対しては、止むを得ず枕カバー、シーツ、タオルといった縊首時に致命的となりうる物品の除去に努めた。そこまでくると、あとはスウェットをクビに巻きつける、などといった致死性の低い行為が残った。そのような行為に対して、身体的拘束削減の過渡期では、「この方法では死ねないだろう」という意見と、「間違えば命を失うだろう」という意見が対立し、結果的に身体的拘束を選択することがしばらく続いた。しかし、それらもいつしか、「やはりこれでは死ねない」「身体的拘束の要件に当たらない」という判断に変わり、身体的拘束をしない対応を行う例が増えていった。万一のことを考える医療者の不安が、身体的拘束の閾値を下げていたもの

と思われる。希死念慮の背後にあるうつ状態への薬剤調整、環境調整や心理療法による手当を同時に行ったことはいうまでもない。

4. 身体的治療のため点滴が必要な患者に対して

かつて、点滴イコール身体的拘束という対応だった。患者が点滴を抜くかもしれない、点滴ルートを引っ張って点滴台が倒れるかもしれないといった危惧からだったと思われる。

1) 「壁点滴」の活用

夜間休日の緊急措置入院を受け入れる病棟から、「壁点滴」と呼ばれる手法が広まった。精神運動興奮による高CK血症や脱水による急性腎不全を呈することの多い夜間の緊急措置入院患者は、持続点滴が必要になることが多い。その場合、かつては身体的拘束下に点滴を行うことが一般的だったが、現在では、患者が経静脈的注射により入眠している、あるいは協力的である間に、壁に点滴ボトルをガムテープで貼り付け、短期間で500ml~1,000mlの輸液を行うのである。軽度の高CK血症や脱水程度であれば、この手法で増悪の進行を防ぐことが可能である。この方法では点滴台が倒れて患者が怪我をする心配もない。ガムテープで点滴ボトルが壁に貼り付けられている様子は、決して美しいものではない。だがその手作り感は、患者の個別性に応じた臨機応変さや優しさの現れだと考えている（図1）。



図1 壁に貼り付けた点滴（文献6を改変）

2) 患者の不穏度に応じた距離による観察と介入

興奮はないが言動にまとまりがないために点滴を抜去するかもしれない患者に対しても、身体的拘束ではなく看護師の観察と早期介入により自己抜去を防止するという発想に転換した。まず、言動がまとまらない患者には保護室で点滴する、という固定観念を捨て、興奮がないのであれば、ホール内で点滴を行おうという試みから始まった。ホール内で点滴を行えば、担当の看護師はもちろん、担当ではない看護師、医師など職員の誰かが通りかかった時に、患者が点滴を抜きそうになれば声をかけて止めることができる。時には、他の患者が該当患者の点滴自己抜去のおそれを知らせてくれることすらあった。それでも自己抜去を防止できない患者に対しては、次にナースステーション内で車椅子に座ったままの状態点滴を行った。ナースステーション内には大体の時間に誰かしら職員がいて、点滴を抜こうとするとホールより近距離で即時の介入が可能である。さらにそれでも自己抜去のリスクがある患者には、担当の看護師などがナースステーションで記録を書いている間に真横に車椅子で座らせ、手の届く距離で観察を行いながら自己抜去を防いでいる。

5. 転倒リスクのある患者に対して

1) 個別的補強

患者の転倒の仕方は、実に様々である。過鎮静のため膝から崩れて倒れる患者、緊張病状態のため弓なりの姿勢を保ったまま後方に転倒する患者など、画一的な環境整備ではとても対応できない。かつて、画一的な対応では対応困難な患者は、身体的拘束で対応されていた。身体的拘束の削減の過程で、個別的なアセスメントを行い、患者の特性に応じた室内の補強を適宜行うことにより、身体的拘束を回避できるようになった。拘束削減の過渡期には、保護室内の補強を病院の担当部署に依頼しても、対応に時間がかかった。そのため、病棟職員が独自に近隣の100円ショップや某通販サイトで緊急購入したクッション材などで居室の補強を行うなどした。その後、拘束削減のための補強の重要性が認識されたのか、次第に担当部署の対応は迅速になった。このように、患者



図2 様々な補強を行った居室（文献6を改変）

を変えようとするのではなく、医療者側が柔軟に対応を変え、患者の特性に合わせていくという姿勢は、転倒防止に限らず重要である（図2）。

2) 処方最小化

かつて当院の処方は、「松沢処方」などと揶揄される多剤併用療法が目立った。しかし、身体的拘束が削減された時期と一致して、処方の単剤化および最小化も推進された。現在、重度かつ慢性の基準を満たす患者も含め、当院の全入院患者における抗精神病薬のCP換算の中央値は、600mgである⁵⁾。また、八田ら²⁾により行われた全国 of 精神科救急病棟12施設が参加したJAST STUDYグループでは平均単剤化率は62.1%であったが、この研究に当院から参加した救急病棟の単剤化率は約75%であった。かつての「松沢処方」はすでに淘汰されたといつてよい。転倒のリスクのある患者に対しては、より少量の薬剤による治療が心がけられ、転倒のリスクの最小化に努めている。

3) 身体的拘束を行わないことの同意書

身体的拘束削減の過程で、最初にそれが減つていった認知症病棟において、身体的拘束を行わないことの同意書が用いられ始めた。これは後に精神科救急病棟でも使用されるようになった。こうした同意書に法的な効力などない。家族が同意していても、医療者側の過失が大きければ、責任を問われるだろう。ゆえに、同意書があれば観察や

対策を怠ったりできるといったものでは決してない。他方、同意書は医療者側の不安を大きく低減させ、家族も我々の方針を支持してくれているという安心感のもと、正しいと信じる医療を行う自信を高めた。

この同意書を用いることの最大の効果は、家族への丁寧な説明を行う際の補助ツールとしての機能である。身体的拘束による様々な不利益、また患者の尊厳のためにそれを行わないことの説明は、患者を人として扱うという姿勢の再確認の作業でもある。こうして家族との治療共同体が形成されれば、二次的に訴訟リスクは低減するというメリットもあるが、それはあくまで副次的なものである（図3）。

4) 「ホール番」の設置

認知症病棟では、受け持ち患者を持たずにホールで勤務する「ホール番」を設置することにより、患者の転倒や患者同士のトラブル防止に努めた。常にホールで見守る職員がいることにより、転倒しやすい患者への早期介入が可能となった。

6. 退院患者アンケートを用いた意識改革

当院では、退院患者アンケートを中心とした「患者の声」を重視している。自分達なりに懸命に働いている状況を批判されるのは、耳の痛い作業である。だが、患者の声に耳を傾け、批判を受け止め、改善に努めることは、医療の質の向上につながる。かつて身体的拘束が多かった時期は、身体的拘束が行わなれた患者からは、「拷問だった」「獣になった気分だった」「逆に死にたくなった」などと悲鳴のような記載が多く見受けられた。こうした患者の思いを医療者が共有することが、身体的拘束削減の動機づけに役立ったように思う。身体的拘束の削減に伴い、こうした悲鳴のような記載は少なくなったが、その他の強制的介入には、依然として強い不満の声も多数残っている。これらの自由記載は半期に一度、病棟別にまとめられて医師や看護師にフィードバックされることにより、自分たちが行っている行為を振り返る機会とし、それを克服することによって医療の質の継続的な向上に努めている。

当病棟での転倒対応に関して

当病棟は、高齢者や身体合併症をはじめとした転倒の危険性の高い患者さんも入院される病棟です。

当院では、患者さんの強い苦痛を伴い、生活の質を損なう可能性のある転倒を理由にしての身体拘束は、生命に危険性の及ぶ緊急の場合を除いて極力行わない方針としています。そのため、歩行中の転倒、ベッドやイスからの転落による骨折事故が起こる可能性があります。

病院としても可能な限りの事故防止策を講じ、職員も注意を払っておりますが、こうしたリスクについてあらかじめご承知いただきたくお願い申し上げます。

令和 年 月 日

東京都立松沢病院 ○○病棟

説明者氏名 _____

「当病棟での転倒対応に関して」に同意いただけましたら、次の署名欄にご署名ください。

「当病棟での転倒対応に関して」に同意します。

患者氏名： _____

同意者氏名： _____ (続柄： _____)

図3 拘束をしない同意書

7. どうしても身体的拘束が必要な患者に対して

以上のような身体的拘束削減のための試みを行っても、体格が大きく著しい不穏を呈する患者や身体状態の不良な患者など、どうしても身体的拘束が必要な患者はやはり存在し、その場合は当院でも身体的拘束をやむをえず行っている。だが、以前とは異なり、漫然と身体的拘束を続けることはない。状態に一定の改善が見られれば、ひとまず日勤帯で身体的拘束を解除してみる。それでもだめなら、夜勤帯が来る前に再び身体的拘束を行う。こうした「とりあえず開放してみる」という試みによって、身体的拘束の継続時間の削減

にも努めている。

不穏が強く経口摂取が全くできない患者であっても、必ずしも終日の持続的な身体的拘束を行う必要はない。拘束時間を夜勤帯か日勤帯かのいずれかに限定し、拘束中に必要な輸液やビタミン剤、場合によっては抗精神病薬の点滴治療を行い、その他の時間は身体的拘束を行わずに開放観察を試みることは可能である。「食事や飲水量が少ない」といった漠然としたアセスメントではなく、栄養状態や腎機能など血液検査の結果をモニタリングしながら慎重に評価すれば、2～3日に一回、時間を限定した身体的拘束と点滴で十分で

ある患者も少なくない。こうした対応をするうちに精神状態は徐々に改善し、身体的拘束は不要になっていく。

医療者のアセスメントはともすると防衛的になりやすいが、「ダメもと」で開放してみると適応してくれる患者は思いのほか多い。また、そのようなギリギリのケースを拘束せずに処遇できた時は病棟スタッフの頑張りを労い、成功体験を共有することを病棟医長や看護師長は忘れてはならない。それがまた次の困難事例の身体的拘束削減へと繋がるのである。

8. おわりに

以上、当院における身体的拘束削減の過程を、医師の視点からまとめた。当院の身体拘束削減はこれまで多くの報道機関から取材された。その際に取材者たちが口を揃えて述べた感想は、「身体的拘束を削減する秘訣なんてないっていうことですね」というものだった。確かに、そうした秘訣などない。患者1人1人の特性に合わせ、「ありとあらゆる方法」を模索し、その結果として身体的拘束の削減が実現したように思う。拘束削減の要因をさかのぼれば、処方傾向や接遇の問題までたどり着くことになることは、前述した通りであ

る。その意味において身体的拘束率は、病院の患者への向き合い方そのものを表す指標でもあると言えよう。

文 献

- 1) 針間博彦, 中田信枝: 松沢病院における身体拘束の削減, 心と社会, 172: 111-118, 2018.
- 2) Hatta, K., Hasegawa, H., Imai, A., et al: Real-world effectiveness of antipsychotic mono therapy and polytherapy in 1543 patients with acute-phase schizophrenia. Asian J Psychiat, 40: 82-87, 2019.
- 3) Miller, R. W., Stephen, R.: Motivational Interviewing: Helping People Change, Third Edition, New York, Guilford Press, 2012 (原井宏明, 岡嶋美代, 山田栄治ほか訳: 動機づけ面接 (第3版) (上) (下), 星和書店, 東京, 2019).
- 4) 中田信枝, 大場直樹, 佐伯昌彦ほか: 松沢病院が身体拘束最小化を実現した25の方法 させられ感からやりがいへ, 精神看護, 22(3): 228-255, 2019.
- 5) 東京都立松沢病院: 病院紹介 臨床指標 (https://www.byouin.metro.tokyo.lg.jp/matsuzawa/wp-content/uploads/2020/11/08_yakuzai_2019.pdf).
- 6) 東京都立松沢病院編: 「身体拘束最小化」を実現した松沢病院の方法とプロセスを全公開. 医学書院, 東京, 2020.

せん妄についての最近の話題

九州大学病院 精神科神経科 大橋 綾子

抄録：せん妄についての最近の話題3点を取り上げた。せん妄発症の機序として、神経炎症仮説が注目されている。身体に何らかの炎症が存在する際に、血液脳関門の遮断機能が保てなくなること、結果的に脳内に炎症の影響が波及し、せん妄の発症につながる事が示唆されている。新規機序の睡眠薬、オレキシン受容体拮抗薬は脳の覚醒スイッチをオフにすることで睡眠作用をもたらすもので、臨床ではせん妄に伴う不眠対応にも使用できることが多い。ベンゾジアゼピン系による薬剤性せん妄を避ける意味でも、精神科以外の一般病棟で使用しやすい薬剤といえる。最後に、2020年度よりせん妄ハイリスク患者ケア加算が創設された。看護師、薬剤師、医師が協働してせん妄予防にあたること、特に看護師が非薬物的な環境介入を行うことを評価し加算に反映できる事となった。

キーワード：delirium, neuroinflammatory hypothesis, orexin receptor antagonist, DELirium Team Approach (DELTA) program

1) はじめに

この稿では、大学病院の臨床現場で毎日せん妄対応に向き合っているリエゾンチーム医師の立場から、せん妄について最近の話題を3点取り上げた。まず、せん妄の機序として神経炎症仮説、次にオレキシン受容体拮抗薬の登場、最後にせん妄ハイリスク患者ケア加算について述べる。

せん妄とは、軽度の意識障害をベースとし、睡眠覚醒リズム障害や、幻覚妄想など、様々な精神症状が生じる病態である¹⁾。意識障害の原因となる身体疾患もしくは原因薬剤が存在し、それらの原因が取り除かれると、通常一過性で完全に回復する。総合病院では、身体治療病棟の入院患者が色々な疾患悪化や手術に伴って、夜間の不眠や幻視・妄想、興奮等を生じ、点滴や身体から出ている重要な管類の意義を理解できなくなって自ら抜去してしまう、もしくは安静を保てず動き出してベッドから転落するなどがせん妄の典型例である。一方、癌や臓器不全の終末期など身体疾患を取り除くことが不可能な病態であれば、せん妄は遷延し、終末期せん妄と呼ばれることもあり、緩和ケア病棟などではよくみられる。一過性の症状

であっても、治らず遷延する場合でも、せん妄患者は苦痛を感じているし、医療安全上も大きな問題になるため、何らかの治療やケア対応は必要である。

この稿を医師・看護師以外の医療関係者がご覧いただいていることを想定し、せん妄についても少し分かりやすく述べるため、架空のせん妄典型例を提示させていただく。

〈典型症例〉80代後半の女性Aさん、骨折の手術のため総合病院の外科病棟に入院した。入院当日のAさんの言動から、認知機能は年齢相応と思われた。(注：一般的に、特に問題なく自宅生活をしている高齢者であれば認知機能検査を受けたことのある人は少なく、入院時に正確な認知機能が判明している場合は少ない。手術であれば特段の認知機能検査もなされない。)入院翌日に全身麻酔下で手術を受けた。麻酔から覚めるのを待って、Aさんは当日の夕方外科病棟に戻ってきた。その日の夜Aさんは「眠れない。退院はまだか。暑い。寒い。」などとナースコールを5分おきに連打して看護師を呼び、看護師は同じことを繰り返

返し説明する必要があった。深夜になっても不眠が続くため、Aさんは病棟配置薬のベンゾジアゼピン受容体作動薬を飲んだ。午前2時、看護師が訪室すると、Aさんはベッドの上に立ち上がり、ふらふらになりながら天井に手を伸ばしていた。点滴は腕の根本から外れ大量に輸液がこぼれていた。驚いた看護師が慌てて寝させようとする、Aさんは大声で「助けてー！殺される！」と叫び看護師を平手で叩いたり蹴ったり、噛み付いたりし、そうこうしているうちにAさんはベッド横に転倒してしまった。

Aさんは朝方になってやっと1時間程度眠り、翌日の昼に起きた際には、昨夜のことはまったく覚えていなかった。

せん妄になると患者自身の精神的苦痛も大きいばかりか、身体的にも危険な事態にさらされる。事前に薬剤でせん妄予防ができればよいが、かろうじていくつかの候補薬の報告はあるものの現在確実といえる予防薬はない。多職種で環境面から非薬物的ケアを行うことの有効性は示されており、後に述べるせん妄ハイリスク患者ケア加算につながる。

2) せん妄の神経炎症仮説

せん妄の発症に身体の上炎症の存在が関わっていることは経験的によく知られている。例えば、肺炎や、敗血症の患者には、非常にせん妄が生じやすい。しかしなぜ身体の上炎症の存在が、せん妄に繋がってしまうのだろうか。

J. R. Maldonado の総説⁵⁾では、せん妄とは、加齢による神経系の変化、主に脳内のグリア細胞が関連する神経炎症、酸化ストレス、副腎皮質ホルモン等を含む神経内分泌の障害、概日リズム障害、神経伝達物質の異常等が総合的に絡み合った病態として示されている。

中でも神経炎症仮説では、身体に何らかの上炎症が存在する際に、血液脳関門の遮断機能が保てなくなることで、結果的に脳内に炎症の影響が波及し、せん妄の上発症につながることを示唆されている。

血液脳関門とは、血管と脳の実質を隔てている硬い結合で、基本的に血液中の物質が容易に脳に入らないようにブロックしている仕組みのことである。身体の上どこかで炎症があると血液中の白血球やサイトカイン等の炎症関連物質が増加する。これらが血液脳関門を形成している血管内皮細胞に作用し、普段は硬い結合が弱まってしまい、脳内に炎症の上シグナルが入ってしまう。

その結果脳内の炎症反応に関与しているミクログリアが異常に活性化し、様々なサイトカインや酸化ストレスを介して神経細胞に傷害を与える。同時に、神経伝達物質のバランスにも影響を与え、睡眠障害や認知機能障害、幻覚等のせん妄の上症状につながる。

以上の上ような機序がせん妄の上一因として想定されておりごく簡単に紹介したが、せん妄は神経炎症だけでなく様々な要因が複合的に合わさった脳機能障害が現れたともいえるものであり、基礎研究を含め様々な病態解明の上研究の成果が待たれる。

3) オレキシン受容体拮抗薬の上登場

2014年に世界初の上オレキシン受容体拮抗薬であるスボレキサントが発売された⁶⁾。オレキシンは、脳の上視床下部外側野に存在する神経ペプチドで、通常は脳の上覚醒を維持する作用をもつ。オレキシン受容体拮抗薬は脳の上覚醒スイッチをオフすることで睡眠作用をもたらし²⁾。

それ以前は、睡眠薬の上中心はベンゾジアゼピン受容体作動薬であった。この種の睡眠薬は、脳全体に分布している GABA 受容体の上作用を強めることを通して、結果的に神経活動を全般的に抑制する。睡眠薬、抗不安薬として使われる薬剤ではあるものの、一方で依存性、筋弛緩作用による転倒、呼吸抑制などのいろいろな副作用に加え、薬剤性せん妄を生じやすいことも知られていた⁹⁾。そのため、入院患者や高齢者などせん妄発症リスクが高い人に睡眠障害がある場合、ベンゾジアゼピン受容体作動薬は使用ができずに患者さんは不眠の上苦痛が続き昼夜逆転もしてしまう、もしくは安易に薬剤を使用してしまつて薬剤性せん妄を

症してしまう、という非常に対応が難しい問題となっていた。

筆者の個人的な経験では、研修会でせん妄や不眠の講義をした際に、身体科の医師から「結局不眠には何の薬を使ったらよいのか。ベンゾジアゼピンは、睡眠薬と名がついていても危なくて使えないではないか。安全な薬はないのか」と問われ、しどろもどろに適応外使用の薬についてコメントを述べるしかなく、立つ瀬がない思いをするということもあった。

オレキシン受容体拮抗薬であるスボレキサント発売当時は、私は個人的には単科精神科病院に勤めており、精神疾患の患者さんにはまあ選択肢としてはあるかな、という程度に思っていた。ところが発売2年後にあたる年より大学病院でのリエゾン診療を中心に行うこととなり、このオレキシン受容体拮抗薬の使いやすさに大変驚くこととなった。

何が使いやすいかというと、精神科以外の身体診療科で不眠症状があるときに最初に使ってもらえる薬、ルーチン投与薬として非常に適しているということである。ゼロとはいえないが以前のベンゾジアゼピン受容体拮抗薬にくらべてはるかにせん妄を生じにくく、せん妄発症中の不眠に使用しても、特にせん妄を悪化させるといった点が無いからである。

スボレキサントの欠点といえば、薬の代謝に肝臓の CYP3A4 を使用するの、同じ代謝酵素を使う薬との相互作用が発生し、併用できない薬があること（一部の抗真菌薬や抗 HIV 薬、抗菌薬、抗不整脈薬など重要な薬剤が多い）、機序不明ながら自験例では無効の患者さんがいること、稀に夢が多くなっていわゆる「悪夢」となって患者さんの睡眠満足度を下げることがある、という点が挙げられる。しかしこれらは事前に併用薬剤をチェックすることで対応でき、副作用の悪夢はせん妄とは異なり夢であるため患者さんが夜に点滴を抜去して暴れてしまうことはなく、少なくとも術後の安全はある程度保たれる。夢で困っているという患者の訴えがあれば変更を検討する。

また、あまり教科書等には出てこない現実問題

として、身体診療科の夜勤医師も看護師も、軽度のせん妄と普通の不眠を見分けることは意外に難しく、薬剤の使い分けは精神科病棟のようにはいかないという点を挙げておきたい。

せん妄状態の患者は、手術直後であっても「今すぐ家に帰る」と言うなど状況理解力が低下し辻褄の合わないことを述べるが、これを夜勤者がせん妄であると即判断して不穏時薬（抗精神病薬）を投与するのか？単なる不眠として睡眠薬で様子を見るのか？は意外に身体診療科にとっては難しいのである。身体病棟では幻視や妄想などを自信をもって見分けることができないため、結果的に不眠に注目してせん妄患者さんへベンゾジアゼピン受容体作動薬が投与されてしまい、ますますせん妄が悪化するという状況が度々あったと思われる。その点、オレキシン受容体拮抗薬は、不眠という症状だけに注目して投与しても、大きく問題を悪化させないので安全という面では非常に有用である。

スボレキサントが使いやすい要因のもう一つは、せん妄予防の可能性が示唆されていることである。順天堂大学の八田らの研究にて、ICU 入室者にスボレキサント使用群、プラセボ使用群を無作為割付を行い、スボレキサント群で有意にせん妄発生が少なかった、という結果が示されている³⁾。日常臨床の自験例では、もともとスボレキサントを内服している人はせん妄にならないかという、必ずしもそうでは無いが、今後のさらなる使い方の工夫などの知見が待たれる。

4) せん妄ハイリスク患者ケア加算について

多職種によるせん妄予防、早期発見・早期対応が、せん妄の発生率低下・ルート類自己抜去インシデントの減少・日常生活動作の回復・ベンゾジアゼピン受容体作動薬処方減少・在院日数の短縮に有効であることが、小川らの国立がん研究センター東病院の作成した Delirium Team Approach program：通称 DELTA（デルタ）プログラムの結果から示されている⁸⁾。

この DELTA プログラム自体は、教育ツールとスクリーニングツール等がすべてセットでパッ

せん妄予防の取組の評価

せん妄ハイリスク患者ケア加算の創設

- 一般病棟入院基本料等を算定する病棟において、入院早期にせん妄のリスク因子をスクリーニングし、ハイリスク患者に対して非薬物療法を中心としたせん妄対策を行うことについて、新たな評価を行う。

(新) せん妄ハイリスク患者ケア加算 100点(入院中1回)

【算定要件】

施設基準に適合しているものとして届け出た保険医療機関に入院している患者について、せん妄のリスク因子の確認及びハイリスク患者に対するせん妄対策を行った場合に、入院中1回に限り、所定点数に加算する。

【対象となる入院料】

急性期一般入院基本料	特定集中治療室管理料
特定機能病入院基本料(一般病棟)	ハイケアユニット入院医療管理料
救命救急入院料	脳卒中ケアユニット入院医療管理料

【施設基準】

- (2) せん妄のリスク因子の確認のためのチェックリスト及びハイリスク患者に対するせん妄対策のためのチェックリストを作成していること。

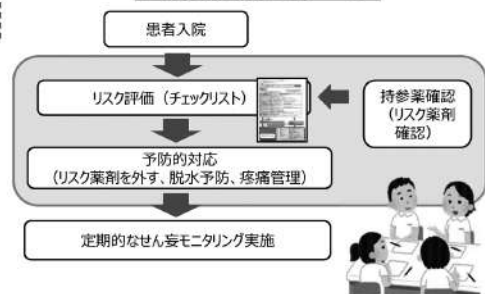
【せん妄のリスク因子の確認】

- ☐ 70歳以上
- ☐ 脳器質的障害
- ☐ 認知症
- ☐ アルコール多飲
- ☐ せん妄の既往
- ☐ リスクとなる薬剤
- ☐ 全身麻酔の手術

【ハイリスク患者に対する対策】

- ☐ 認知機能低下に対する介入
- ☐ 脱水の治療・予防
- ☐ リスクとなる薬剤の漸減・中止
- ☐ 早期離床の取組
- ☐ 疼痛管理の強化
- ☐ 適切な睡眠管理
- ☐ 本人・家族への情報提供

せん妄対策のイメージ



10

図1 令和2年度診療報酬改定せん妄ハイリスク患者ケア加算

テージ化されているため、色々な病院でほとんどそのまま使用可能なものであり、すでに取り入れている医療機関もある⁷⁾。また DELTA プログラムに関する研修会も多数行われており、筆者も2018年に同研修へ参加した際には、臨床に即しておりそのまま現場で使えるような内容になっていると感じた。

こうしたせん妄への多職種による取り組みは、多大な労力がかかるものの診療報酬への反映がないものであったが、2020年より待望の「せん妄ハイリスク患者ケア加算」が新設された⁴⁾。内容は上記の DELTA プログラムに沿ったものであり、看護師、薬剤師、医師が協働してせん妄予防にあたること、特に看護師が非薬物的な環境介入を行うことを評価し加算がとれるものとなっている。

内容は図1の通りである。入院時にせん妄発症のリスクが高い患者を抽出し、看護計画を立てて、非薬物的な環境介入や患者家族教育を行うこ

とが、加算で評価される。

せん妄発症高リスク患者として挙げられているのは、高齢者(各病院にこの線引きは任されているが、筆者の勤務する病院では70歳以上)、認知機能低下、せん妄の既往、脳卒中など脳の器質的な異常の既往、アルコール多飲、今後の全身麻酔手術の予定患者、である。リスクに合致するすべての入院患者に、入院時1回のみ100点の算定が可能である。介入の点で注目すべきなのは「非薬物的」な看護介入を重視しているという点であり、ここにはせん妄予防に有効な薬剤が依然として存在しないことが現れていると思われる。

対象患者数が多いために、病院全体としても収入の面からも取り組み意識を高めてもらいたいと筆者は願っている。

おわりに

せん妄に関する最近の話題として、神経炎症仮

説、オレキシン受容体拮抗薬の登場、せん妄ハイリスクケア加算について、現場の感想を交えながら述べた。

文 献

- 1) American Psychiatric Association. : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Fifth Edition. ; 2013.
- 2) Beuckmann CT, Yanagisawa M. : Orexins : From neuropeptides to energy homeostasis and sleep/wake regulation. J Mol Med, 80 : 329-342, 2002.
- 3) Hatta K, Kishi Y, Wada K, et al. : Preventive effects of suvorexant on delirium : A randomized placebo-controlled trial. J Clin Psychiatry, 78 (8) : 970-979, 2017.
- 4) 厚生労働省保険局医療課. : 【入院医療】令和2年度診療報酬改定の概要. Published 2020. <https://www.mhlw.go.jp/content/12400000/000691039.pdf>
- 5) Maldonado JR. : Delirium pathophysiology : An updated hypothesis of the etiology of acute brain failure. In : International Journal of Geriatric Psychiatry. 33 : 1428-1457, 2018.
- 6) MSD株式会社. : ベルソムラ®錠 添付文書. https://www.pmda.go.jp/PmdaSearch/iyakuDetail/ResultDataSetPDF/170050_1190023F1024_1_12
- 7) 野村優子, 木下裕子, 武村尊生, et al. : 都立駒込病院における「せん妄ケアプログラム」の導入. 薬事, 58(16) : 3474-3480, 2016.
- 8) Ogawa A, Okumura Y, Fujisawa D, et al. : Quality of care in hospitalized cancer patients before and after implementation of a systematic prevention program for delirium : the DELTA exploratory trial. Support Care Cancer, 27 : 557-565, 2019.
- 9) Soyka M. : Treatment of Benzodiazepine Dependence. N Engl J Med, 376(12) : 1147-1157, 2017.

患者さんのためのクロザピン療法

木田 直也¹⁾、村上 優²⁾

抄録：琉球病院（以下、当院）ではこれまでに延べ329人の治療抵抗性統合失調症患者に clozapine (CLZ) 治療を行った。簡易精神症状評価尺度での総点の平均点は、投与開始時に61.1だったが、3か月後には44.0となるなど大幅な低下を示し、少なくとも24か月後まで改善が続いた。2年間のCLZ 治療継続率は78.6%と高い。CLZ 治療をベースに多職種チーム医療を行うことで多くの症例で問題行動も消失し、行動制限も解除でき、半数以上がすでに退院した。退院後には約5割の患者が就労型事業所などで就労し、約4割の患者がデイケアなどに通所していた。当院はクロザピン治療病棟を有し、他施設から患者紹介を受け、CLZ 導入を行い、退院後には紹介元病院に通院するという地域連携「沖縄モデル」の拠点である。CLZ 治療の国内の地域差は大きく、各施設での多職種での院内体制作りと各地の実情に合った地域連携体制の整備が必要である。

キーワード：clozapine, treatment-resistant schizophrenia, CPMS, BPRS, SDM.

I. はじめに

Clozapine (CLZ) は治療抵抗性統合失調症の治療薬として認可されている唯一の抗精神病薬である。治療抵抗性統合失調症とは、2種類以上の抗精神病薬を十分量・十分期間投与しても反応が見られない（反応性不良）か、もしくは錐体外路症状などの副作用の出現等により十分な治療効果が得られないもの（耐容性不良）と定義される（クロザリル[®]錠25mg、100mg 添付文書）。

琉球病院（以下、当院）は、専門のクロザピン治療病棟を有し、治療抵抗性統合失調症例に対して積極的に CLZ 治療を行い、CLZ 地域連携「沖縄モデル」の拠点病院となっている。CLZ の治療効果は高く、CLZ 治療を基礎にして、多職種による手厚いチーム医療を行うことで重度の精神症状を持つ患者の症状が改善し、社会復帰をする例が増えている^{1,4,5,6,7,8,10)}。本稿では、これまでの臨床経験を踏まえ、当院での CLZ 治療についてまとめた。症例提示にあたっては患者から同

意を得た上で個人が特定されないように十分な倫理面での配慮を行った。なお本稿は日本精神神経学会利益相反基準に照らして開示すべき企業がないことを明記しておく。

II. 当院での CLZ 治療

1. CLZ 症例の概要

当院は2009年に県内初のクロザリル患者モニタリングサービス（Clozaril Patient Monitoring Service：CPMS）登録医療機関となり、2010年2月から2020年10月までに延べ329人の治療抵抗性統合失調症患者に CLZ 治療を行った。これらの症例の概要は表1、2の通りである。性別では男性が198例（60%）と多く、開始時年齢は16歳から74歳であり、40歳代が104例（32%）と最も多かった。治療抵抗性の分類では反応性不良が303例（92%）、耐容性不良が26例（8%）であった。開始時病棟は一般精神病棟が278例（84%）であり、医療観察法病棟が51例（16%）であっ

1) 国立病院機構 琉球病院

〒904-1201 沖縄県国頭郡金武町字金武7958-1

2) 国立病院機構 さいがた医療センター

〒949-3193 新潟県上越市大潟区犀潟468-1

表1 当院でのCLZ症例(延べ329例)の概要①(2020年10月)

性別	男 女	198例 (60%) 131例 (40%)
開始時年齢 (16～74歳に分布)	15～19歳 20～29歳 30～39歳 40～49歳 50～59歳 60～69歳 70～79歳	5例 (1.5%) 56例 (17%) 88例 (27%) 104例 (32%) 63例 (19%) 11例 (3%) 2例 (0.6%)
治療抵抗性の分類	反応性不良 耐容性不良	303例 (92%) 26例 (8%)
開始時病棟	一般精神病棟 医療観察法病棟	278例 (84%) 51例 (16%)
他の医療機関からの紹介	20医療機関から187例 (57%)	
開始時に隔離・身体拘束を行っていたもの	91例 (28%) (そのうち紹介例51例)	

た。CLZ 治療目的での紹介は県内の20医療機関からの187例 (57%) であった。転帰については64例 (19%) が入院中であり、183例 (56%) が通院に移行し、CLZ 治療を継続している。91例 (28%) が暴力行為、多飲水、迷惑行為などの問題行動のために CLZ 治療開始時に隔離や身体拘束などの行動制限を要したが、開始後には CLZ 治療継続例では、5 例を除いて行動制限を解除できた。CLZ 治療をベースにして、多職種によるチーム医療を行うことで精神症状が改善し、病的体験に支配された問題行動が消失もしくは軽減し、ほとんどの症例で隔離や身体拘束などの行動制限も解除できた。中止例は60例 (18%) であり、その中止理由は有害事象 (CLZ との関連の有無を問わない) が45例、同意撤回が12例、主診断名の変更が2 例などであった。

2. CLZ 治療の効果

1) 簡易精神症状評価尺度 (Brief Psychiatric Rating Scale ; BPRS) による評価

当院では BPRS の尺度を用いて、CLZ 症例についての開始前、3 か月後、6 か月後、12 か月後、18 か月後、24 か月後の時点での精神症状の評

価を行っている。CLZ を3 か月以上継続投与した症例の BPRS 総点の平均値は、投与開始時61.1、3 か月後44.0 [投与開始時からの改善率 (計算時には BPRS 総点の最低点18点を加味) ; 40%]、6 か月後37.8、12 か月後34.5 (同 ; 62%)、18 か月後32.5、24 か月後30.9 (同 ; 70%) であった (図1)。一般に効果判定は BPRS 総点で20%以上の低下があるときに効果ありと判断できるため、3 か月の時点でその基準を上回っていた。24 か月を通してみると、初めの3 か月の改善率が最も大きく、その後も緩やかに24 か月まで改善が続いた。24 か月の時点では70%の著明な改善となった。いずれの期間においても統計学的に有意な低下を認めた。CLZ の効果は一時的なものではなく、治療を継続している間は長期間持続することが確認できた⁵⁾。

2) 治療継続率による評価

治療継続率についての調査期間は治療開始から24 か月とし、Kaplan-Meier 法を用いて算出した。その結果、当院での CLZ の治療継続率は治療開始後3 か月90.5%、6 か月84.4%、9 か月82.4%、12 か月81.7%となった。治療開始後3 か

表2 当院でのCLZ症例（延べ329例）の概要②（2020年10月）

開始後の経過	CLZ継続／入院 ^{*1}	64例（19%） （うち隔離もしくは身体拘束中；5例）
	CLZ継続／通院移行 ^{*2}	183例（56%）
	CPMS再登録	22例（7%）
	CLZ中止	60例（18%）
中止理由	有害事象 （CLZとの関連の有無を問わない）	45例
	白血球減少症・好中球減少症	10例
	無顆粒球症	13例
	反復性肺炎	1例
	心嚢液の少量貯留	1例
	ミオクローヌス	1例
	てんかんの悪化	1例
	腎機能障害	2例
	肝機能障害	1例
	その他	15例
	同意撤回	12例
	主診断名の変更	2例
	効果不十分	1例

*1他院への転院を含む

*2他院への転医（通院先変更）を含む

月の中止例が最も多く、有害事象だけでなく、多くの同意撤回も含まれた。治療継続期間が1年を超えると中止数はさらに少なく、15か月81.5%、18か月80.2%、24か月78.6%となり、高い継続率を示した⁵⁾。

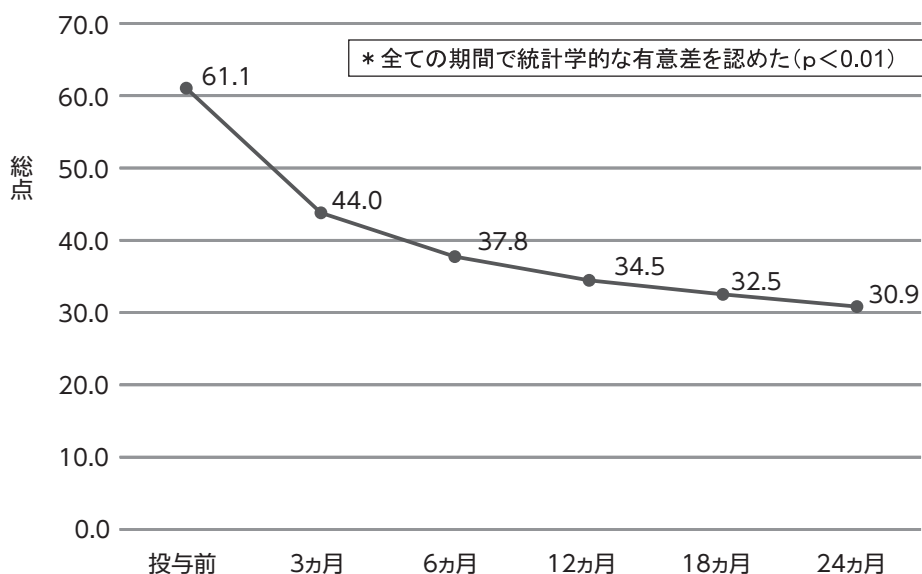
3) 通院移行後の通所先調査

CLZを導入した患者では入院中に病棟スタッフ同伴での作業所等への施設見学と体験通所を行い、退院後は速やかに通所サービスに繋がるようにしている。当院通院中の患者の通所先を調査したところ、一般就労もしくはA型就労事業所が7%、B型就労事業所（週1日以上）が41%、就労移行事業所が1%、生活訓練事業所が15%、デイケアが18%、地域活動支援センターが5%であった。つまり約5割の患者は就労して、毎月の賃金や工賃を得ており、また約4割の患者が事業所やデイケアに通所しながら就労を目指していた（図

2）⁷⁾。CLZ治療の対象となる患者では、導入前には重度の精神症状を有し、長期入院や入退院を繰り返していた患者が多く、行動制限も要した患者も約3割と多かったことを考慮すると、退院後に約9割の患者が事業所やデイケアに通所し、地域での生活を送っていることはCLZによる効果と考えられる。

3. 安全性

CLZ治療が中止となった有害事象（CLZとの関連を問わない）を見ると、無顆粒球症が13例、白血球減少症・好中球減少症が10例であり、その他では反復性肺炎が1例、ミオクローヌスが1例などであった。これらの有害事象はCLZ中止後に改善している。無顆粒球症例ではCPMS規定に従い、連携先の総合病院血液内科医の指示の下で、顆粒球コロニー形成刺激因子製剤（granulocyte-colony stimulating factor；G-CSF）等の



木田直也 他: Clozapine の治療継続性と有効性. 臨床精神薬理 20; 59-66, 2017. より引用.

院内集計 (2017年)

図1 当院症例でのBPRS総点の経時的な推移 (平均値)

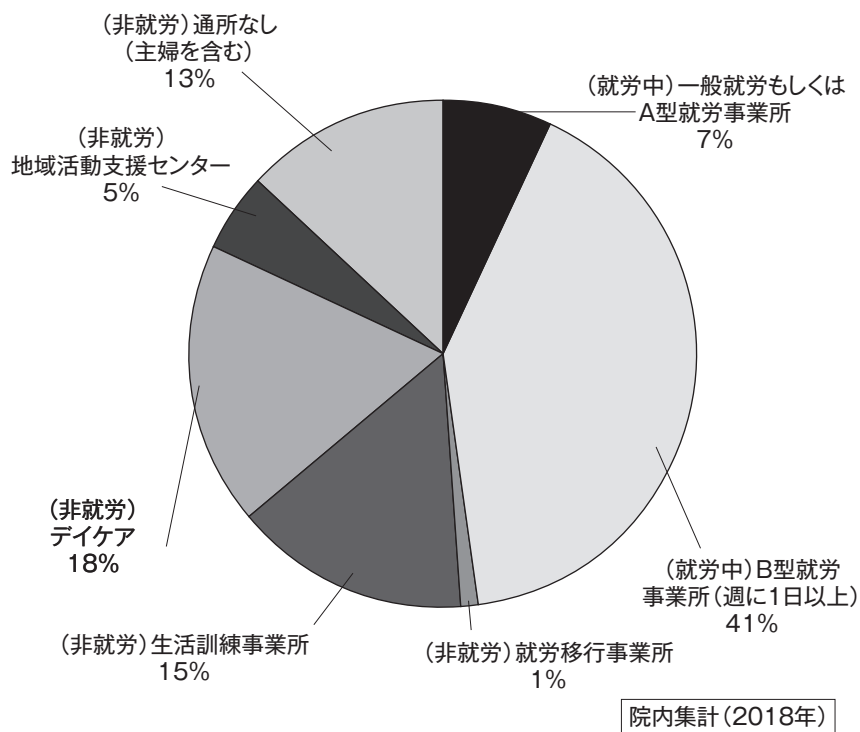


図2 当院通院中のCLZ患者の通所先 (%)

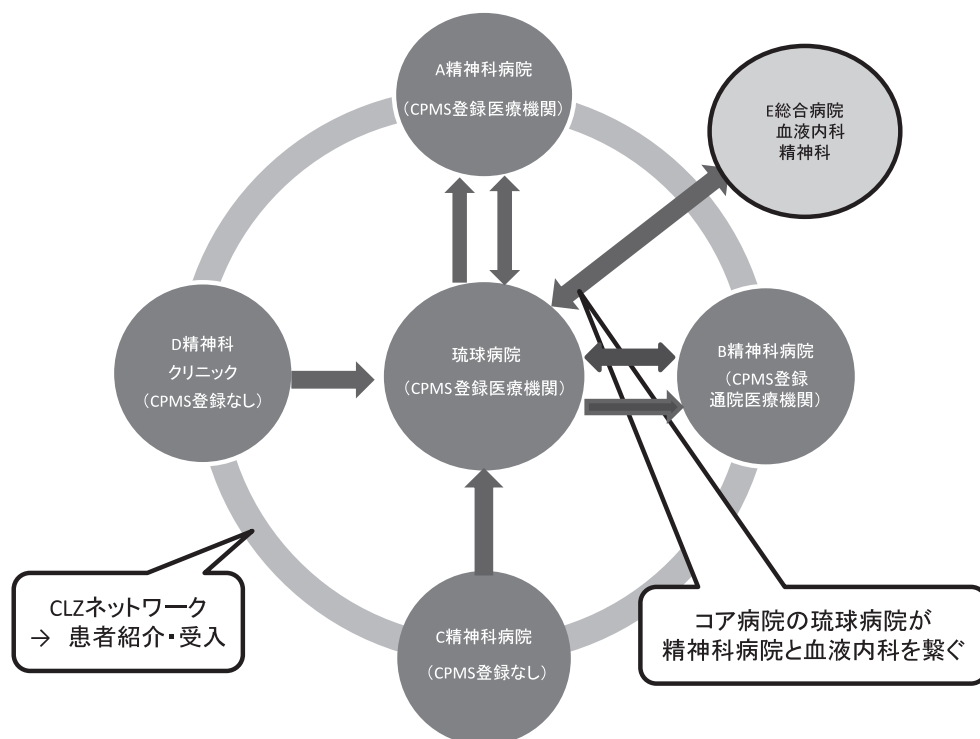


図3 CLZ地域連携「沖縄モデル」

投与を行い、数日～1か月程度で白血球数・好中球数とも正常値となった。CPMS 規定を遵守すれば CLZ は安全に使用できる。2015年までに当院で発現した無顆粒球症・白血球減少症・好中球減少症の詳細については先行論文を参照していただきたい^{2,3)}。

Ⅲ. CLZ 地域連携「沖縄モデル」（以下、沖縄モデル）

1. 沖縄モデルの概要

2014年7月に CPMS 登録通院医療機関という施設基準が新たに設定され、これは精神科の病院やクリニックが CPMS 登録医療機関と連携することで CPMS 登録通院医療機関となり、通院移行後の患者に CLZ 治療を継続することができる仕組みである。30例を超える紹介患者への当院での治療実績を踏まえ、同年9月に県内の精神科病院および血液内科を有する総合病院と連携して沖縄モデルを正式に立ち上げた。当院は56床のクロ

ザピン治療病棟を有しており、沖縄モデルでは当院が拠点病院となり、県内すべての精神科病院・クリニックからの適応症例の紹介を受けて、CLZ 導入のための入院治療を行う。退院後は CPMS 登録施設からの紹介例であれば、その施設に通院し、CPMS 未登録施設からの紹介であれば、患者の居住地などに合わせて、退院後に通院先を変更する。通院先変更後に精神症状が悪化し、再入院や薬剤の調整などが必要な場合は、再び当院のクロザピン治療病棟で入院治療を行うか、当院の専門外来への通院治療を行う（図3）。県内では CPMS 登録医療機関も9病院となり、当院と治療連携の契約をしている CPMS 登録通院医療機関も5病院に増えている^{4,7,8,9)}。

2. 当院での CLZ 導入目的の紹介患者数・割合の推移

CLZ 導入目的での他施設からの紹介例数は2014年が11例（年間導入数23例）であったが、同

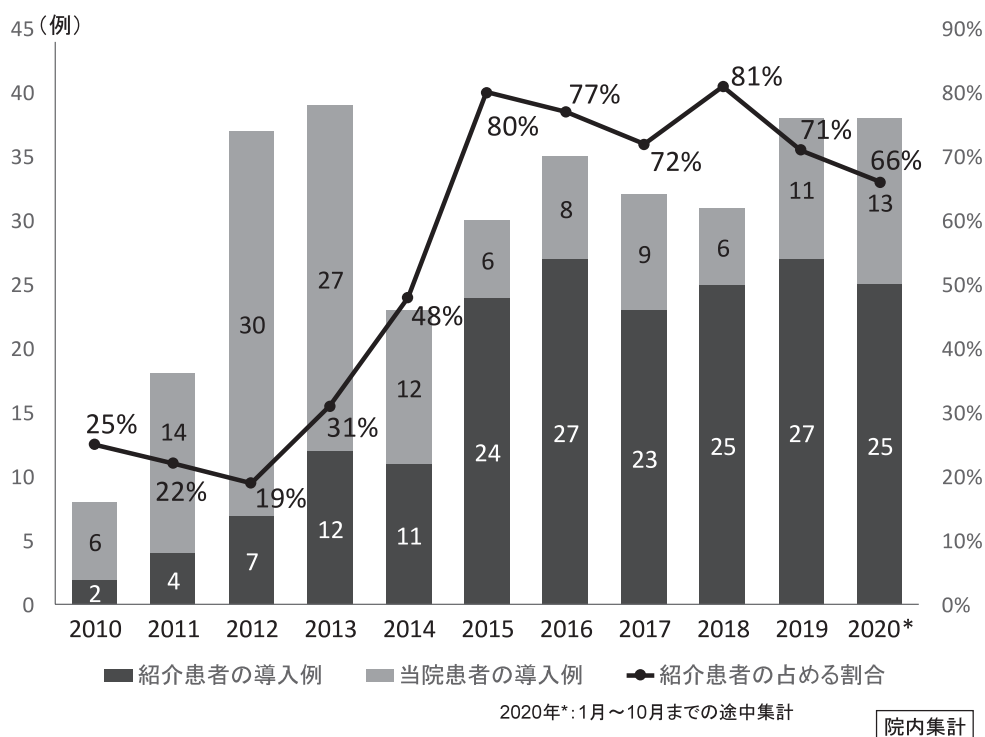


図4 当院への紹介の患者数と割合の推移

年9月の正式な地域連携立ち上げによる効果で、2015年は24例（同30例）、2016年は27例（同35例）、2017年は23例（同32例）、2018年は25例（同31例）、2019年は27例（同38例）、2020年（1月～10月）は25例（38例）と多くなり、2015年～2019年までの年別の紹介例の割合は7割以上となっている（図4）。

IV. CLZ導入症例

1. 40代の男性－導入前に長期入院であった一例

学生であったX-23年に独語・空笑出現し、A病院を初診となり、統合失調症の診断で薬物療法が開始された。X-12年8月に幻覚妄想状態のため、同院に任意入院となった。病的体験に支配されて器物を壊すなどの粗暴行為や衝動行為があり、隔離も要した。入院中に家族の同意を得て医療保護入院への変更が行われ、退院もできず、約12年の長期入院となった。X年7月14日にCLZ治療目的で当院に転院（医療保護入院）した。

「右脳と左脳が入れ替えられている」「バカにされている」などの被害妄想は活発であった。前医からの転院時処方抗精神病薬だけでもリスペリドン12mg/日、ハロペリドール30mg/日、ペロスピロン48mg/日、オランザピン20mg/日、クエチアピン500mg/日の5剤であり、クロルプロマジン（CP）換算で4,858mg/日と多剤大量となっていた。その他に気分調整薬、抗不安薬、抗パーキンソン病薬、睡眠薬も併用されていた。7月17日よりCLZの内服を開始し、400mg/日まで漸増した。CLZ以外の抗精神病薬、気分調整薬、抗不安薬、抗パーキンソン病薬は漸減後に中止した。幻聴や妄想も軽減し、問題行動はなく、作業療法や心理教育への参加も良好であった。10月に任意入院に変更し、11月から当院デイケアへの体験入所とデイケアバスを利用した自宅への外泊訓練を開始した。1週間分の内服薬と金銭の自己管理もできるようになった。本人もCLZの効果を実感され、家族の評価も良好であった。長期入院中であ

り、同居予定の家族の不安も当初は大きかったが、外泊訓練を繰り返すことで軽減された。当院に転院して6か月後のX+1年1月に自宅退院となった。A病院がCPMS未登録の病院であったことから、退院後は当院に通院し、週3回のデイケア通所と週1回の訪問看護も利用している。CLZは400mg/日を内服しており、CP換算では800mg/日となり、CLZ導入前と比較すると約4,000mg/日の抗精神病薬の大幅な減量をすることができた。退院後5年以上経過し、精神症状も安定し、入院することなく、地域で過ごすことができており、就労を目指した取り組みを継続している。

2. 40代の男性－導入前に入退院を繰り返し、多飲水もあった一例

高校卒業後に給油所などで働いていたが、同X-17年1月に多弁やまとまりのない言動が出現し、B病院を受診した。統合失調症と診断され、入退院を繰り返した。精神症状が悪化し、X-6年8月にB病院に医療保護入院となった（6回目の入院）。同院に入院中のX-3年9月には多飲水のため、体重が1日に10kg増え、水中毒による意識障害があり、総合病院へ転院し、10日間ほどの入院治療を受けた。B病院に再度転院し、入院治療を継続した。多飲水のため起床後は病棟内のリカパリアルームに入り、1日2Lの水分制限が厳しく行われた。退院は困難であり、X年6月23日にCLZ治療目的で当院に転院（医療保護入院）した。6月28日よりCLZの内服を開始し、300mg/日まで漸増した。多飲水は消失し、問題行動も見られなくなった。9月から院内単独散歩を開始。10月に任意入院に変更し、内服薬の自己管理も開始した。自立を目指す目的で施設入所の方針とし、グループホーム（GH）への体験入所を行った。GHの空室が出るまで待ち、X+1年6月に退院し、GHに入所した。入所後はGH併設の事業所で2年間の生活訓練を受け、X+3年からはB型就労事業所に週4～5回通所し、弁当作りなどの作業をしている。病状は安定し、当院での通院治療を継続している。

V. CLZ治療の普及に向けて

1. CPMS登録患者数における目標値との乖離と大きな地域差

国内ではCLZが上市されて11年が経過し、2020年6月30日時点でCPMSの登録医療機関数は全国で500施設を超え、登録患者数も10,451人に増えている。厚生労働省では2017年2月17日の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」等で2025年までに治療抵抗性統合失調症患者の25～30%にCLZを処方することを目標値として設定した（精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に向けての入院需要および基盤整備量の目標値④；<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougai-hokenfukushibu-Kikakuka/0000154190.pdf>）。これは、統合失調症の生涯罹患率を0.7%、治療抵抗性統合失調症患者の割合を30%として概算すると、人口10万人当たりでは52.5～63人のCLZの処方目標値となるが、全国平均は8.2人であり、目標値との大きな乖離を生じている。また都道府県別の人口10万人あたりのCPMS登録患者数（2020年6月30日時点）を見ると、最も多いのは宮崎県40.5人、次いで沖縄県36.3人、岡山県27.2人となっている。福岡県は全国平均よりも少し高い9.7人である。逆に最も少ないのは埼玉県2.5人、次いで宮城県2.9人、群馬県3.1人となっている（図5）。そうすると、人口比で登録患者数の最も少ない埼玉県と最も多い宮崎県の比は約16倍となり、大きな地域差がある（都道府県別CPMS登録医療機関；http://www.clozaril-tekisei.jp/shared/pdf/iryokikan_todoufukuken.pdf）。日本精神神経薬理学会の薬物治療ガイドラインでもCLZは治療抵抗性統合失調症への第一選択薬であり、使用を強く推奨されているにも関わらず、このような大きな地域差が存在していることは問題であろう⁹⁾。

2. 各医療機関が取り組むべき課題

各医療機関ではどのようにしたら、CPMSの登録を行い、登録症例を安全に増やすことができるのであろうか。私たちの研究班〔平成29～30年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研

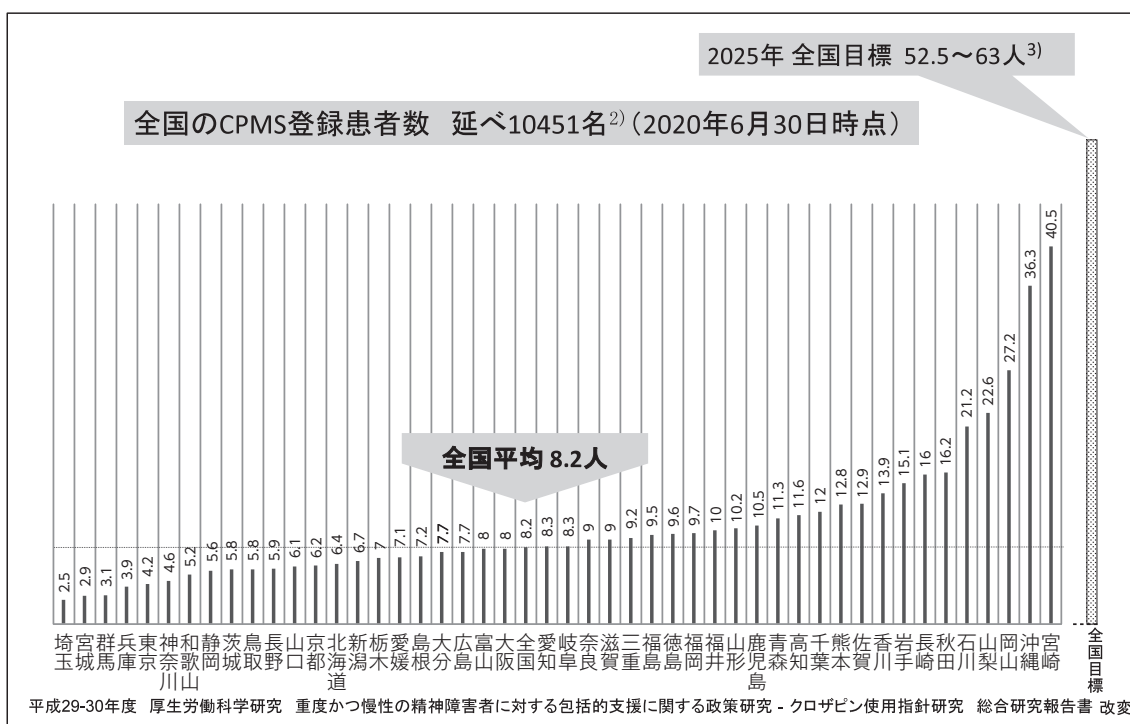


図5 CLZ使用の地域差—都道府県別のCPMS登録患者数 (人口10万¹⁾対)

¹⁾総務省統計局 (2017.10.1), ²⁾クロザリン適正使用委員会ホームページ(2020.6.30), ³⁾厚生労働省「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」(2017.2.17)

究事業 (精神障害分野)「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—クロザピン使用指針研究」(研究代表者:木田直也)]では全国のCPMS登録の441医療機関に対するアンケート調査を2018年6月に実施し、222施設から有効回答を得た。それによると、施設毎のCPMS登録患者数は、1例も登録がなかったのは7.7% (17施設)、1例～9例は48.6% (107施設)、10～19例は19.0% (42施設)であった。100症例以上の施設はわずか2.3% (5施設)であった。このようにCPMS登録の医療機関でも10症例未満が55.9%、20症例未満が74.8%となるなど、多くのCPMS登録施設ではCLZ治療が積極的には行われていない状況であった。

この研究班でのアンケート調査や好事例病院への調査結果を踏まえ、登録症例数により、CPMS登録の医療機関の成熟レベルを0～4bまでの6段階に分け、それぞれのレベルで達成すべき課題

を表3に挙げた。登録症例の少ない施設はこのような課題をひとつでもクリアしようとする姿勢が求められている。すなわち、CPMS未登録のレベル0施設は、まずCPMS登録の要否について検討する。検討の結果、施設としてはCPMS登録をしない場合やCPMSの施設登録に時間を要する場合は地域のCPMS登録医療機関に適応症例の紹介を行い、CLZ導入を依頼する。CPMS登録を目指すレベル1施設は、職員にCPMSの資格を取得させるなど基礎となる院内基盤を順次整備することが課題である。レベル2施設は、1から数例のCLZ治療を経験した施設であり、CLZ症例の処方計画立案や治療を経験しつつ、レベル3以上の施設から助言などを受けられる体制を整備することが課題である。20例程度のCLZ症例を経験するようになると、レベル3施設として他施設からの患者紹介も受けることが課題である。レベル3施設は、二次医療圏に1つ以

表3 CPMS 登録の医療機関の成熟レベルと課題

レベル	説 明	このレベルに相当する施設の課題
0	CPMS 未登録の施設	CPMS 登録の要否について施設として検討する。CPMS 登録病院へ適応の症例を紹介する。
1	施設として CPMS 登録を目指す	CPMS に登録するため、内科などの連携施設を確保する。 職員（医師、看護師、薬剤師、作業療法士、臨床心理士等）に CPMS 資格を取得させる。 連携施設とシミュレーションを実施する。 院内に CLZ をスムーズに処方できる体制（ネット環境など）を整備する。 所定の手続きにより、CPMS登録の医療機関としての承認を得る。
2	施設として1～数例の CLZ 症例を経験	文書による同意取得、CLZ 導入前検査、処方計画立案（前薬との切り替え）、eCPMS 入力、投与開始後の有害事象のモニタリングを含めた CLZ 治療を経験する。 レベル3以上の施設から助言などが受けられる体制を整備する。
3	施設として20例程度の CLZ 症例を経験	院内に CLZ 治療を支える体制を整備する（CLZ 委員会など）。 有害事象への対応についての経験を積む。 クロザピンパスの導入を検討する。 他施設から CLZ 導入目的の入院（転院）依頼を受け入れ、導入後の患者の紹介・逆紹介もする。
4 a	施設として CLZ 経験例数をさらに増やす	症例数を増やし、医師を問わず、必要な症例に CLZ を処方できる体制を充実させる。
4 b	施設として CLZ の経験例数が多く、地域の拠点病院として機能	地域への CLZ 普及をはかるため、主にレベル0からレベル3までの施設に対して教育（講義）活動を実施する。 地域の CLZ 治療ネットワークの拠点として、困難例の入院対応などを含めて CLZ 治療の普及に貢献する。 外部からの CLZ 治療についての問い合わせに対応する相談窓口がある。 所轄地域の CLZ 症例データをまとめ、報告できる体制を整備する。 拠点病院としての機能は、自治体所轄部局との連携により実施し、永続的に実施できる体制を整備することを目指す。

平成29-30年度 厚生労働科学研究 重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—クロザピン使用指針研究 総合研究報告書 改変

上あることが望ましいであろう。レベル4a施設では、CLZの経験症例数をさらに増やし、必要な症例にCLZを処方できる体制を充実させることが課題である。都道府県に1つ以上のレベル4の施設があることが望ましい。レベル4b施設は、地域の拠点病院として機能するものであり、他施設に対して教育・研修活動をしたり、困難例の入院対応などを含めてCLZ治療の普及に貢献することなどが課題である。CPMS登録の医療機関は、まず症例数としては20例（登録症例数が多い上位25%の施設が含まれる）、成熟度としてはレベル3を目標とし、各レベルの課題を達成した施設は次のレベルへステップアップすることが望ましいであろう⁹⁾。CLZ治療の普及のためには、各施設で多職種チームによる院内体制を作り、各都道府県での実情に合った地域連携体制を整備することが必要である。

VI. 患者さんのための治療とは

本稿では、当院での治療経験を踏まえ、CLZ治療について述べた。「患者さんのための治療」では、治療方針の決定に際して、医療者が専門家として十分な情報提供を行い、「自分や家族や友人が当事者であれば、どの治療を選択するか」という視点に加えて、患者のバックグラウンドを理解し、患者の立場で共に考え、最終的には患者の意思決定を尊重するというSDM（Shared Decision Making）が重要であろう。CLZは国内外の多くの治療ガイドラインでも治療抵抗性統合失調症患者への第一選択薬となっており、多くのエビデンスも蓄積されている。国内でもCLZ治療が普及し、重度の精神症状に悩まされている人が希望すれば、どこに住んでいてもCLZ治療を受けることができる社会になることを強く願っている。

利益相反：本稿に関して、日本精神神経学会利益相反基準に照らして、他者との利益相反はありません。

参考文献

- 1) 木田直也, 大鶴卓, 福田貴博 他: クロザピンの有効性とその臨床的意義. 精神医学54: 1145-1150, 2012.
- 2) 木田直也, 大鶴卓, 高江洲慶 他: Clozapineによる無顆粒球症6例の報告. 臨床精神薬理 17: 1189-1196, 2014.
- 3) 木田直也, 大鶴卓, 村上優: Clozapine投与中に生じた6例の無顆粒球症, 10例の白血球減少症・好中球減少症—Clozapine開始時年齢の重要性. 臨床精神薬理 19: 1015-1025, 2016.
- 4) 木田直也, 大鶴卓, 高江洲慶 他: Clozapine治療の現在と将来—Clozapineの有効性と地域連携「沖縄モデル」への取り組み—. 精神科治療学 31 (増刊): 133-138, 2016.
- 5) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: Clozapineの治療継続性と有効性. 臨床精神薬理 20: 59-66, 2017.
- 6) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: Clozapineの最適治療用量と維持治療用量の選定—琉球病院での臨床経験から—. 臨床精神薬理 21: 1037-1045, 2018.
- 7) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: 地域におけるclozapine治療ネットワーク—琉球病院を拠点とした沖縄モデル—. 臨床精神薬理 21: 1439-1449, 2018.
- 8) 木田直也, 村上優, 大鶴卓 他: クロザピン療法の実際の運用—クロザピン専門病棟を中心とした琉球病院での取り組み. 精神医学 60: 1339-1347, 2018.
- 9) 木田直也, 村上優, 宮田量治 他: 平成30年度厚生労働科学研究費補助金 障害者政策総合研究事業 (精神障害分野)「重度かつ慢性の精神障害者に対する包括的支援に関する政策研究—クロザピン使用指針研究 (研究代表者: 木田直也)」。平成29-30年度総合研究報告書, 2019.
- 10) 木田直也, 大鶴卓, 久保彩子 他: 心神喪失者等医療観察法医療とclozapine—琉球病院での臨床経験から—. 臨床精神薬理 23: 43-52, 2020.

統合失調症患者に対する精神療法： 九大精神科におけるメタ認知トレーニングの試み

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 平野 羊嗣、田中 裕記

要約：妄想的思考には、「認知バイアス（認知の偏り）」が影響していることが近年明らかになってきた。メタ認知トレーニングは、妄想的思考における認知バイアスに焦点を当てた精神療法として提唱された。8つの基本モジュールで構成された集団精神療法で、認知的バイアスへの気づきを促すことやそれによる問題解決方略の改善を意図して作られている。今まで妄想に対する確立された精神療法はなかったが、メタ認知トレーニングは、侵襲性が低いなどのメリットも多く、その効果は持続的で抗精神病薬を上回るという研究結果もあり、妄想に対する効果が期待できる優れた精神療法であると言える。九大精神科では入院患者及びデイケア参加者を対象にメタ認知トレーニングを実施しており、一定の効果が得られている。数多くある精神療法の中でも、メタ認知トレーニングは妄想的思考に対する有用な精神療法ではあるが、今後さらなる発展と研究が待たれる。

Key words： Schizophrenia・Delusion・Cognitive Bias・Metacognitive Training・Psychotherapy

はじめに

「隣人が私を見張っている」「すれ違う人に『お前はバカだ』と言われる」という様な訴えは、統合失調症を診ている精神科臨床において日常的な場面である。このような訴えに対して中井は「一般に幻覚や妄想は『中立的な態度』がよく、『ふしぎだね』という感じで対するのがよく、『私は経験していない』とつけ加えてもよい」と述べている¹⁾。この対応は幻覚・妄想に対して一般的なものと考えられる。診療場面での「中立的な態度」の内在化が診療場面以外での効果を生んでいると考えられ、精神療法・心理療法（以下、精神療法）の意味合いがあると捉えることができるだろう。

近年の研究では妄想的思考には認知バイアス（認知の偏り）が影響していることが、明らかになってきている²⁾。認知バイアスに対する精神療法は様々なものがあるが、「どのような認知バイアスが自分にはあるか」に気づくことはそれぞれの精神療法に共通する構成要素である。このような背景から、患者自身が認知バイアスに気づき、その気づきが記憶に残るように構造化された集団

療法、「精神病に対するメタ認知トレーニング（Metacognitive Training for psychosis: MCTp）」を Moritz らが開発した³⁾。現在では精神病に対する集団療法のみでなく、急性期精神病状態、境界性人格障害、うつ病、強迫性障害に対するものや個人療法、個人で実施するためのアプリケーション（現在はドイツ語と英語のみ対応）なども公開されている⁴⁾。MCTp については37言語に翻訳されており、日本では MCT-J ネットワークが立ち上げられ、研修と臨床研究が行われ、一定の効果を上げている⁵⁾。本稿ではメタ認知トレーニングについて概観し、九州大学病院精神科・神経科（以下、九大精神科）で行われているメタ認知トレーニングの取り組みについて紹介したい。

メタ認知とは

メタ認知（Metacognition）は1970年代にアメリカの心理学者であるジョン・H・フランベルによって提唱された概念であるが、プラトンによる「認知についての認知（cognizing about cognition）」やタルヴィングによる「知識についての知識（knowledge about knowledge）」など、哲

表 メタ認知トレーニングのモジュール構造

モジュール	タイトル	対 象 領 域
1	帰属（自分のせい、他の人のせい）	失敗への外的一個人的帰属：原因的推論
2	結論への飛躍 I	結論への飛躍バイアス：反証への抵抗バイアス
3	思い込みを変える	反証への抵抗バイアス：結論への飛躍バイアス
4	共感すること I	心の理論：情動知覚
5	記憶	誤った記憶への過度な確信
6	共感すること II	複雑な心の理論、あるいは社会的認知：完結欲求
7	結論への飛躍 II	結論への飛躍バイアス：無批判の受け入れ
8	気分	否定的スキーマ、低自尊心

学や心理学の分野では古くから言及されている。「今にも思い出せそうなのに出てこない、しかし、覚えているという強い感じだけはある」というような「のどまで出かかる現象（Tip of the Tongue）」がメタ認知の存在を確認できるわかりやすい例であろう⁶⁾。メタ認知は、認知科学や教育、最近ではビジネス分野に至るまで、幅広い分野で注目されてきた。「メタ（高次の）」という言葉が指すように、メタ認知とは、「自分の認知のあり方を客観的にとらえること」であると定義される。メタ認知は「客観的な自己」「もうひとりの自分」などと形容されるように、現在進行中の自身の思考や行動そのものを対象化して客観的に認識することにより、自分自身の認知行動を把握することができる能力である。冒頭に述べた中井の引用を考えてみると、幻覚や妄想を感じている患者自身が、「幻覚や妄想に対して中立的に接することや不思議だと感じることを認識すること」がメタ認知となる。メタ認知トレーニングではメタ認知について、「適切な反応を選択する能力」「情報への注目と評価」「自らの認知的限界の理解とその対処法の実践」などを含む幅広い概念で捉えている。

メタ認知トレーニングの概要

統合失調症や妄想性障害の認知の特徴として、①勘違いしやすい、②あわてて結論を出す、③他人のせいにしやすい、④思い込みが激しい、⑤極

端な解釈をする、⑥ネガティブな解釈をする、といった項目が挙げられる。メタ認知トレーニングでは、このような「認知バイアス（認知の偏り）」を段階的なトレーニングを通して修正していく。メタ認知トレーニングの概要について「統合失調症のための MCT 日本語版マニュアル 第6. 1 版」より抜粋・要約する。

メタ認知トレーニングは統合失調症スペクトラムでよくみられる認知的なエラーや問題解決のバイアスに焦点を当てた8つの基本モジュール（表）と、2つの追加モジュールで構成されている。基本モジュールの狙いは、認知的バイアスへの気づきを促し、問題解決の方法を増やしたり変化を促したりすることである。妄想への潜在的寄与因子として考えられている認知バイアスとしては、「帰属のゆがみ(1)」「結論へ飛躍するバイアス(2,7)」「思い込みを生じさせるバイアス(3)」「『心の理論』の欠如(4,6)」「記憶への過信(5)」「自尊心と気分(8)」がある（カッコ内は表と対応するモジュール番号）。追加モジュールでは「自己肯定感」「先入観・ステイグマ」が取り上げられる。モジュールはグループで実施する様にデザインされており、グループサイズは3人～10人程度が想定されている。各モジュールは心理教育的な要素と「誰でも体験することだから、自分の体験は特別なことではない」という意識を持つための「ノーマライゼーション」から始まる。その例としては、「結論へ飛躍すること」のような一般

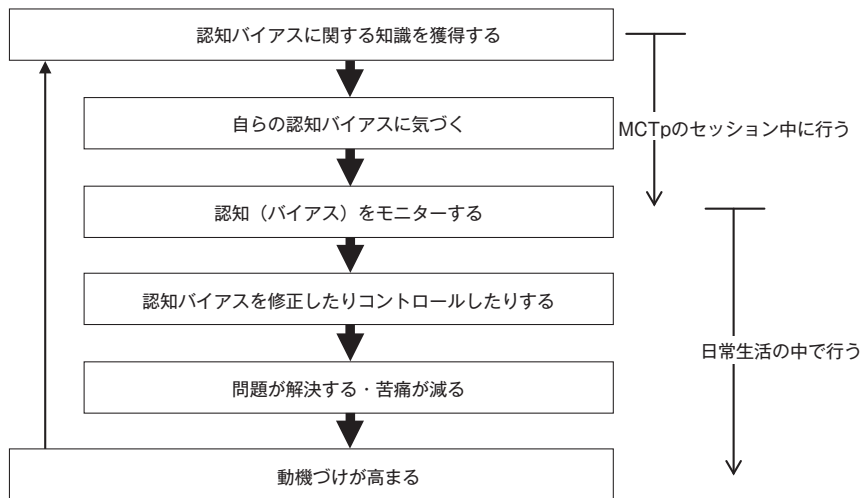


図1 メタ認知トレーニングが想定している流れ（文献6より引用・改変）

的な認知バイアスが紹介され、それに対する多くの事例と問題が提示される。参加者の課題としては自身の認知バイアス（認知の偏り）を見つけ、修正できるようになることである。それぞれのモジュールには専用のスライドセットが用意されており、特に参加者の注意を引いて効果を持続させるために、相互的でクイズゲームのような要素が組み込まれている。

以上がメタ認知トレーニングの概要の抜粋・要約である。前述の①～⑥の統合失調症や妄想性障害の「認知の偏り」を、図1の流れで段階的にトレーニングすることを目的としている。つまり、「自身の認知バイアスに対する気づき→モニタリング→修正とコントロール」のループがメタ認知トレーニングの根幹となる。実際のセッション中には、まずそれぞれの参加者にどのような認知バイアスが生じているかを共有し、終了後にはモジュールで取り扱った認知バイアスについて、日常生活内でどのようなことが想定されるかを探していくというようなホームワークが課され、次のセッションで振り返ることとなる。この一連の流れを行っていくことで、幻覚や妄想のきっかけとなる認知に対するメタ認知が意識・獲得され、再燃・再発を防ぐことが、報告されている⁷⁾。

メタ認知トレーニングの効果とそのメリット

メタ認知トレーニングの効果に関しては、開発者でもある Moritz らの論文の結果が興味深い。彼らの RCT（メタ認知トレーニング群 vs 対照群 [標準的認知機能トレーニング群]）によると、メタ認知トレーニング群では長期間にわたり妄想が改善し、その効果は抗精神病薬の効果を上回るものであった（図2）。さらに、メタ認知トレーニング群では、トレーニングの3年後も、妄想に加え、自尊心と生活の質の両方が改善していたことから、長期的なスリーパー効果も示された⁸⁾。最新のメタ解析においては、メタ認知トレーニングによって統合失調症患者の治療直後の認知的洞察力が改善することがわかっている⁷⁾。

メタ認知トレーニングには特筆すべきメリットがいくつかある。1つは、スライドの例題を用いて『患者の妄想は直接扱わない』ので、侵襲性が低く、急性期や混乱が激しい状態でなければ導入が比較的容易である。次に、患者のみならず医療従事者も含め参加者全員で、例題を見ながら考えるため、「他の皆も勘違いするんだな」と知ること、孤立感や疎外感を感じることなく自身の認知のクセ（偏り）に気づくことができる。また、患者自身の『認知のあり方』に働きかけることによって、前述のようにトレーニング終了後もその効果が持続するため、長期的な予後が改善するこ

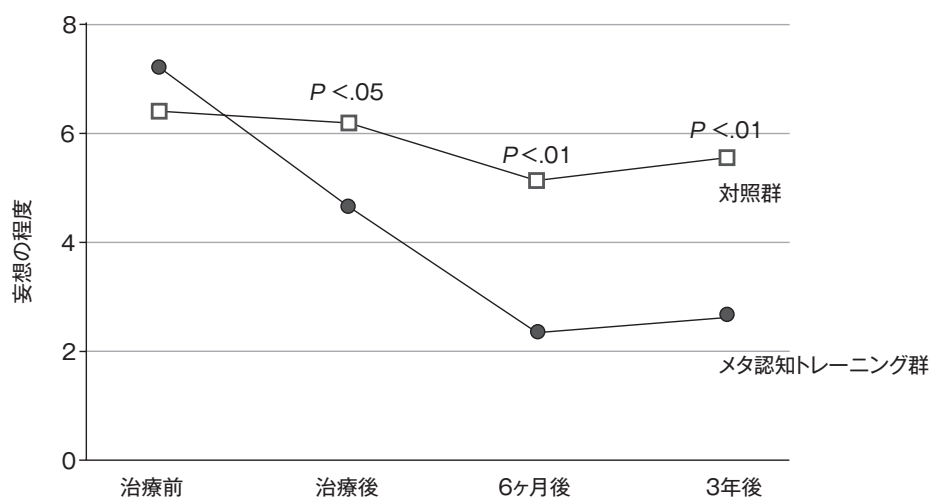


図2 妄想に対するメタ認知トレーニングの持続的効果 (文献8より引用・改変)

とが期待できる。さらに、統合失調症以外の気分障害や発達障害における認知の偏りに対しても、一定の効果を示す点も重要である。最後に、医師以外のコメディカルチーム（心理師・作業療法士・看護師）で、かつ病棟以外のデイケアなどでも実践可能な点、つまりその汎用性の高さも注目に値する。

古典的には、統合失調症の妄想の治療は困難であるとされてきた。事実、ほとんどの治療書に「妄想は（妄想を強化するため）決して肯定も否定もしてはならない」と書かれており、我々も先輩医師からそう習ってきた。つまり妄想は触れてはならない症状として扱われ、今まで妄想に対する確立された精神療法はなかったが、メタ認知トレーニングは、侵襲性が低いなど上記のようなメリットも多く、妄想に対する効果が期待できる優れた精神療法であると言える。

九大精神科でのメタ認知トレーニングの実践

九大精神科では、主に精神科病棟入院患者とデイケア参加者に対して実施している。まずは、対象者に対してメタ認知トレーニングについて当院で作成しているスライドを用いて、主治医や担当医、デイケアスタッフが説明を行い、患者本人に参加の可否を検討してもらう。その後参加となれば、1週間で1セッション、1モジュールを取り

扱うことを原則としている。当院当科におけるグループサイズは2人～5人となることが多い。また、マニュアル上のセッション時間は45分～60分とされているが、実際には参加者の集中力が持続する範囲内での実施となる。メタ認知トレーニングの参加は基本的にオープン・グループで実施されるため、どのモジュールからでも参加することができる。

入院患者に対しては、後期研修医が主体の病棟担当医がグループのファシリテーションを主に担うが、病棟看護師や作業療法士、心理職が同席することも多い。デイケアではデイケア担当の作業療法士や心理職がファシリテーションを担う。対象者として、顕著な思考障害のため理解力が著しく損なわれている患者や、混乱の激しい急性期の患者でなければ、可能な限り参加を促すことにしている。現在まで初発例も含め多くの統合失調症患者に導入してきたが、数人の離脱者が出た程度で、患者の多くが全セッションを終え、一定の効果が得られている。興味深いことに、Moritzら⁸⁾の論文同様、ひと通りセッションを終えた患者に、数年後にその効果を確認すると、多くの患者が「メタ認知トレーニングで学んだことが今もためになっている」と話し、日々の生活の中で、何か気になることがあったとしても、妄想的にならない、もしくは妄想に発展しないコーピングが出

来ようになっている。

おわりに

本稿では統合失調症患者に対する精神療法として、近年注目されているメタ認知トレーニングを取り上げ、九大精神科での実践をとりあげた。『自身の考え方の偏りに気づき、それを修正し、冷静かつ柔軟に判断できるようにトレーニングすること』が、メタ認知トレーニングの本質である。メタ認知トレーニングは、今まで治療は困難であるとされてきた妄想に対して、その侵襲性の低さや汎用性の高さに加え、実施してみると実際に手応えを感じることが多い効果的な精神療法で、その効果検証研究もなされている^{3,7)}。

PubMed で“(schizophrenia) AND (psychotherapy)”と幅広い検索語を用いて検索すると、2020年だけでも540編もの報告がある(2021年1月20日時点)。「名称のついた介入方法だけで200は降らず、関連する技法となると400を数える」⁹⁾と言われる精神療法において、どのような介入方法や技法を選択するかは、薬物療法などの他の療法よりも困難な作業かもしれない。エビデンスに基づいた選択はもちろんであるが、そもそもエビデンス化が困難な面もある。精神療法をどの症例にどの様に適用していくかについては、現時点では臨床家のアートに依る部分も大きい。近年、脳機能画像の技術革新に伴い、統合失調症の治療抵抗性症状に対する、fMRIや脳波を用いたニューロフィードバックによる治療も一定の効果を示すことがわかってきた¹⁰⁾。薬物療法や精神療法に加え、このようなニューロフィードバックやニューロモジュレーション(mECT・TMS)といった革新的治療法も今後は発展していくであろうが、やはり精神療法は精神科治療の要である。今後、メタ認知トレーニングの更なる発展はもちろんだが、メタ認知トレーニングのみならず、精神療法全般について様々な側面から研究が進展し、統合失調症患者に対する精神療法の最適化やその有用性の検証がなされ、それらが臨床現場に還元されることが望まれる。

備考：メタ認知トレーニングについてより詳細に検討したい場合には、文献5のMCT-J Networkのページが入口となる。また、日本語版のスライドセットは文献4のページよりダウンロード可能である。なお、メタ認知トレーニングの日本語版を実施するには、MCT-J Network への入会が必要であり、文献4のURLよりアクセス可能である。

引用文献

- 1) 中井久夫、山口直彦：看護のための精神医学 第2版、医学書院、東京、2004。
- 2) Garety P. Hemsley D : Delusions ; Investigations into the psychology of delusional reasoning, Oxford University Press, 1994.
- 3) Moritz S. Woodward TS : Metacognitive training in schizophrenia : from basic research to knowledge translation and intervention. *Current Opinion of Psychiatry* 20 : 619-625, 2007. (doi : 10.1097/YCO.0b013e3282f0b8ed.)
- 4) University Medical Center Hamburg-Eppendorf Department of Psychiatry and Psychotherapy Clinical Neuropsychology Unit : Metacognitive Training (MCT) and Individualized Metacognitive Therapy (MCT+). https://clinical-neuropsychology.de/metacognitive_training/ (2021/1/20時点)
- 5) MCT-J Network : <http://mct-jpn.org/> (2021/1/20時点)
- 6) 石垣琢磨：メタ認知トレーニング(MCT)の理論と実践。花岡大学心理カウンセリングセンター研究紀要 10 : 5-10, 2016.
- 7) Lopez- Morinigo J-D et al : Can metacognitive interventions improve insight in schizophrenia spectrum disorders? A systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine* 50 : 2289-2301, 2020. (doi : 10.1017/S0033291720003384)
- 8) Moritz S. et al : Sustained and “sleeper” effects of group metacognitive training for schizophrenia : a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 71, 1103-1111, 2014. (doi : 10.1001/jamapsychiatry.2014.1038)
- 9) 菊池俊暁：精神科疾患の治療における精神療法の立ち位置。臨床精神医学 49(1) : 5-10, 2020.
- 10) Hirano Y. Tamura S : Recent findings on neurofeedback training for auditory hallucinations in schizophrenia. *Current Opinion of Psychiatry*. 2021. in press (doi : 10.1097/YCO.0000000000000693)

治療抵抗性うつ病に対する rTMS 療法の現状と課題

慶應義塾大学医学部 精神・神経科学教室 野田 賀大、三村 将

うつ病に対する経頭蓋磁気刺激療法 (transcranial magnetic stimulation: TMS) は、2008年に米国食品医薬品局が「1 剤以上の抗うつ薬に反応しない成人のうつ病」に対する新しい治療法として承認して以降、北米を中心に積極的に臨床応用されてきている。本邦では2017年に NeuroStar TMS 治療器が薬事承認され、2018年の反復 repetitive TMS (rTMS) 適正使用指針作成を経て、2019年に漸く保険承認された。現在本邦においても治療抵抗性うつ病を対象に NeuroStar 治療器を用いた保険治療やその他の rTMS 治療器を用いた自由診療が徐々に展開されるようになってきている。本稿では、近年脚光を浴びている新規ニューロモデュレーション治療の1つであるシータバースト刺激療法に焦点を当て、その有用性や効率性について、実際のケースデータも交えて概説し、今後の展望について述べる。

Key words: comparative advantage, neuromodulation, theta-burst stimulation, transcranial magnetic stimulation, treatment-resistant depression

治療抵抗性うつ病とは

治療抵抗性うつ病 (treatment-resistant depression: TRD) とは、一般的には一定期間の適切な抗うつ剤治療を実施しても、十分な治療効果が得られないうつ病のことを指すが、TRD を定義する基準に明確なコンセンサスはまだ十分形成されていない。ただし、通常の TRD は抗うつ剤 2 剤以上、rTMS の場合は 1 剤以上の抗うつ剤に反応しない症例を指すことが多く、心理療法に対する治療抵抗例は TRD には含まれないことが多い。

TRD に関する精神科臨床上的の問題として、治療抵抗例と考えられている患者の多くが、実はうつ病としては薬物治療 (抗うつ薬の用量・期間・アドヒアランス) が不十分であったり、誤診されていたりするケース (双極性障害など別の疾患に伴ううつ状態を TRD と誤診してしまう) が多いことが挙げられる。したがって、TRD に対する rTMS 療法の是非について議論するには、そもそもの前提として、うつ病における「治療抵抗性」が精神科臨床的にどのような性質のものなのかをきちんと見極める必要がある。そういった意味において、TRD を適切に診断することは臨床上、

極めて重要である (Souery et al., 2006)。

rTMS 療法とは

経頭蓋磁気刺激 (transcranial magnetic stimulation: TMS) の磁場は、8 の字コイルに短時間、交流電流を流すことによって生成され、さらにその磁場が瞬間的に変動することで微弱な渦電流が誘導される。TMS で生成された磁場は、頭皮や頭蓋骨に対して安全かつ無痛で貫通し、脳の特定領域に電流を誘導することができる。反復 TMS (repetitive TMS: rTMS) は、一連の短い磁気パルスを特定の脳部位に当て、その磁気パルスから誘導される微弱な電流を神経細胞に印加することで、脳の電気活動を神経生理学的に修飾する技術である。その結果、rTMS 療法はうつ病に関係する神経回路の機能を正常化させる可能性があり、そのことが rTMS 療法の治療メカニズムに関与すると考えられている (Lefaucheur, 2019)。ただし、rTMS 療法の生物学的な治療メカニズムには、刺激部位における神経細胞内の遺伝子発現をはじめとした分子レベルでの変化から、神経生理学的変化、さらには核医学検査や MRI 画像による神経画像上の局所的・ネットワーク上の変化ま

で、様々なレベルでの神経生物学的機序が関与しており (Noda et al., 2015)、その全貌はまだ十分には解明されていない。また、rTMS 療法の刺激パラメータには様々なものがあり、典型的には、1) 脳の刺激部位、2) 刺激パルス数、3) 刺激強度、4) 刺激時間、5) 刺激間隔の長さ、6) 治療回数、などが挙げられる。このことは、rTMS 療法が本来的には各患者に合わせてカスタマイズできる可能性を示唆している。

rTMS 療法は覚醒下で実施することが可能であり、麻酔の必要はなく、安全な治療技術である。したがって、適応があれば、外来でも入院でも実施可能である。施術直後にリハビリ室などで安静にする必要もなく、施術後直ぐに自動車の運転を含め通常の日常生活に戻ることが可能である。典型的な治療期間は約4～6週間である。一方、以下に該当するケースは、原則 rTMS 療法の適応にならない。1) てんかんやけいれん発作の既往歴がある、2) 頭蓋内に金属製 (特に磁性体金属) の医療機器 (クリップ、インプラント、デバイス) が埋め込まれている、3) 過去3～6ヶ月以内に薬物乱用の既往歴がある、4) 病状が不安定である、5) 妊娠している、などである。

rTMS 療法の副作用は、一般的に軽度から中等度のもが多く、個々のセッション後すぐに改善し、セッションを重ねるごとに減少することが多い。典型的な副作用には以下のものが挙げられる。1) 頭痛、2) 刺激部位の頭皮の違和感、3) 顔の筋肉の収縮による違和感。非常に稀ではあるが重篤な副作用として、4) けいれん発作、5) 躁転 (双極性障害に多い)、6) TMS のクリック音による聴力障害、などが知られている (George et al., 2013)。

rTMS 療法の現状

本邦では、NeuroStar TMS 治療装置が2017年9月29日に厚生労働省からうつ病の新医療機器として薬事承認され、適応条件として「抗うつ薬治療歴のある中等症以上の成人のうつ病」という文言が付加された。同治療器の具体的な使用目的・

効能・効果としては、「パルス磁場を用いて脳皮質の局所領域に電流を誘導し、ニューロンを刺激することによって、成人のうつ病患者 (既存の抗うつ剤治療で十分な効果が認められない場合に限る) の治療に用いる」と定められた。さらに、厚生労働省は日本精神神経学会 (Japanese Society of Psychiatry and Neurology : JSPN) に対して、同 rTMS 治療装置が適正使用されるように当該指針の作成を求め、JSPN は厚生省から「反復経頭蓋磁気刺激装置に関する使用要件等基準策定事業」に関する委託を受け、rTMS 適正使用指針を作成し、その内容を2018年4月に学会ホームページに掲載した。適正使用指針の中では、適応患者基準・施設基準・実施者基準等を定め、特に実施者には学会主催の「rTMS 実施者講習会」および企業主催の「実技講習会」の両方の受講を課すようになった。同指針による主な留意事項としては次の内容が定められた。

本治療を実施する場合は関連学会の定める適正使用指針を遵守すること。本治療は、精神科を標榜している病院であって、うつ病の治療に関し、専門の知識及び少なくとも5年以上の経験を有し本治療に関する所定の研修を修了している常勤の精神科の医師が1名以上配置されている病院で実施すること。その後、厚生省はさらに限定的な留意事項 (※本治療は、認知行動療法の施設基準及び以下のいずれかの施設基準に係る届出を行っている病院で実施すること) を付加した上で、2019年6月1日にNeuronetics 社 NeuroStar 治療装置に限り、上記の適応患者に対して、左背外側前頭前野・高頻度10Hz 刺激による治療プロトコルを保険仮収載し、その適応とした。

【留意事項としている施設基準】

- イ 精神科リエゾンチーム加算
- ロ 精神科救急搬送患者地域連携紹介加算
- ハ 精神科救急搬送患者地域連携受入加算
- ニ 精神科急性期医師配置加算
- ホ 精神科救急入院料
- ヘ 精神科急性期治療病棟入院料
- ト 精神科救急・合併症入院料

さらに、厚生省は同治療器を用いた市販後調査として、計300例・20施設における使用成績に関する評価の実施を求めた。現在の状況としては、施設基準を満たした十数か所の医療機関（大学病院や単科精神科）が、NeuroStar 治療器を用いた保険診療を実施している。今後は本邦における NeuroStar 治療器を用いた rTMS 療法の市販後調査を本格的に実施し、日本人を対象とした同治療法の有効性と安全性を確認していく必要がある。

他方、本邦では Brainsway TMS システム（Deep TMS）が、NeuroStar 治療器と同じ適応内容で、治療抵抗性うつ病に対する新医療機器として、2019年1月21日に厚生労働省から薬事承認を取得している。しかしながら、Brainsway TMS システムに関しては、rTMS 適正使用指針の中にまだ盛り込まれていないといった理由から、保険収載には至っていない。また、最も市場に出回っている Magventure 磁気刺激装置マグプロシステム（MagPro R30）に関しては、まだ薬事承認を得ていない状況である（下図参照）。



左から NeuroStar TMS Therapy（Neuronetics 社）、Deep TMS system（Brainsway 社）、MagPro R30（MagVenture 社）

現行の rTMS 療法の課題

とりわけ NeuroStar 治療器による保険診療には以下に述べるように様々な条件や制約があり、それらが本邦における rTMS の保険診療の普及にとって大きな足枷になっている。1つ目は、本治療による1セッション辺りの技術料が、保険点数で1,200点という非常に安価な設定になっている点である。当該治療を受ける患者の立場からす

ると福音ではあるが、この保険料は米国の rTMS 1セッション辺りの治療費が平均 \$250 という価格帯からすると半額以下の設定になっており、医療機関としては採算を取るのが困難である。2つ目は、技術料とも関連することだが、セッション毎に使用する消耗品の SenStar トリートメントキットが約 \$100 もかかる点である。したがって、rTMS 実施による治療1回辺りの利益が技術料との差額の2,000円程度という厳しい状況になっている。3つ目は、rTMS の保険診療を実施するための施設基準が非常に厳しい条件になっている点である。そのため、精神科クリニックでの NeuroStar 治療器を用いた保険治療の実施は事実上不可能となっている点がある。4つ目は、rTMS の保険診療を実施する上での実施者基準もやや厳しい条件になっている点である。現行のシステムでは、学会主催の「rTMS 実施者講習会」および企業主催の「実技講習会」の両方を受講する必要がある、さらに、本保険診療では2つの講習会を受講しても、全ての治療過程に単独で関わることができるのは精神科専門医に限るという厳密な条件になっている。特に「rTMS 実施者講習会」は、現在年に2回東京でしか開催していないため、全ての受講希望者がタイムリーに受講できる体制になっていない。さらに、本保険診療に関して、精神科専門医以外の医療従事者にはフルライセンスの実施者資格を付与する仕組みになっていないため、本保険診療の普及を妨げている要因となっている。現実問題として、NeuroStar 治療装置を用いた保険治療は、セットアップから治療実施までを含めると約1時間かかる治療法であるため、日常の臨床業務等で時間のない精神科専門医のリソースに大きく依存する形になっている現在の rTMS 保険診療の立て付けは、早急に見直していく必要がある。

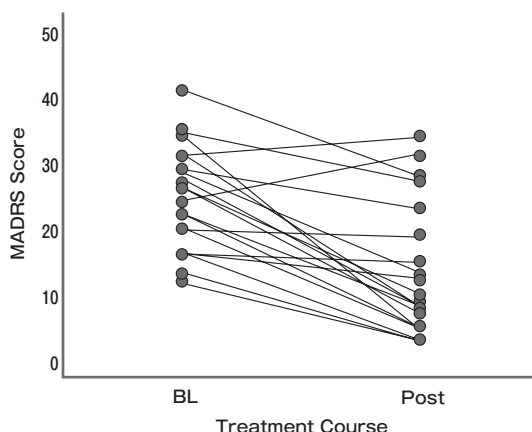
このように NeuroStar 治療器を用いた保険治療には、①採算に関する経営上の問題、②マンパワーや実施時間を含めた医療リソースに関する運営上の問題があり、これらが本邦における本治療器を用いた保険治療の普及にとって大きな妨げになっているのが実情である。このような背景によ

り、大都市をはじめとしたクリニックでは、自由診療の枠組みで rTMS 療法を提供している施設が徐々に増えてきており、皮肉なことに、上記の非常に排他的な条件により、薬事承認を受けていない磁気刺激装置が専ら用いられるようになってきている。

シータバースト刺激療法による抗うつ効果—リアルワールド・ケースデータを通して—

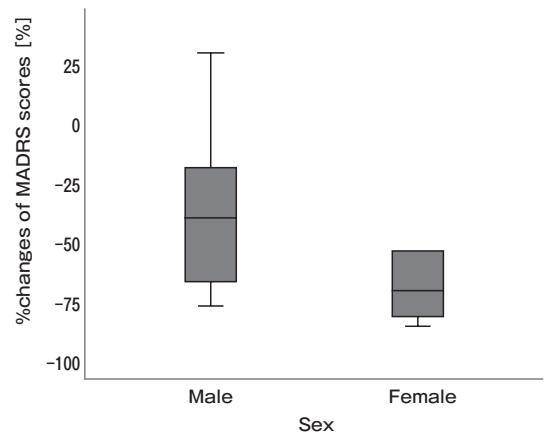
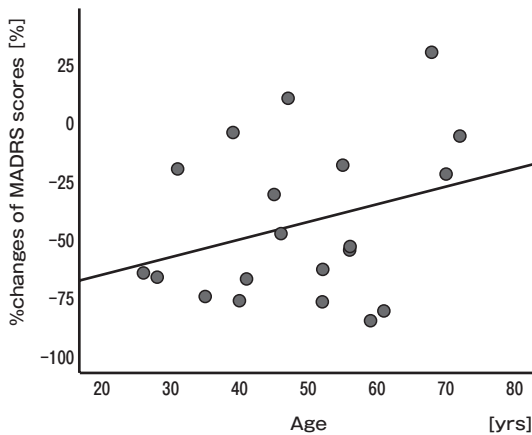
著者は前記の様々な制約を克服するために、一種の社会実験モデルとして、rTMS 療法に関する患者にとっての「ニーズと利便性」および医療提供者側の同治療の有効性や安全性を十分に考慮した「専門医療の提供」のマッチングを最適化すべく、同士らと共に新宿駅近郊に新宿・代々木こころのラボクリニックを開設した。同クリニックでは、治療抵抗性うつ病に対してシータバースト刺激を用いた最新の rTMS 療法 (theta-burst stimulation療法：TBS 療法) を安価な料金で提供している。ちなみに、TBS 療法は、FDA に承認された従来の標準的な rTMS療法 (治療時間 37.5分) と比べ、1 回辺りの治療時間が約 3 分と非常に短く、仕事を続けている会社員や家事育児で時間がない親にとっては、日常生活に大きな支障を来さない、非常に現実的な治療選択肢であると考えられる。また、著者らが実施した従来の rTMS 療法と新型の TBS 療法の有用性を比較検証した多施設共同無作為化非劣性試験 (THREE-D study) では、両治療法の有効性および忍容性が同等であることが示されており (Blumberger et al., 2018)、2018年 8 月に TBS 療法も FDA に認可された。

今回提示する同クリニックのケースデータは、研究目的としてではなく、個人情報保護法に則ったオプトアウトによる臨床データの集計として、対象者の個人情報の保護に十分留意し、倫理的な配慮を行った上で紹介する。同クリニックにて既に TBS 療法を受けた計 20 名の TRD 患者の集計データを以下に報告する。同患者群の平均年齢は 49.0 歳 (標準誤差 ± 13.6 歳) であり、内訳は男性 14 名 (47.1 ± 15.3 歳)、女性 6 名 (53.2 ± 7.8 歳)



であった。TBS 療法導入時点での MADRS スコアによるうつ症状の重症度は平均 24.6 ± 7.9 点であり、1 クール 30 回の TBS 療法終了時点での MADRS スコアの平均は 14.1 ± 9.8 点であった (右上図参照)。また、1 クールの TBS 療法前後での MADRS スコアの平均改善率は、 $-44.1 \pm 33.5\%$ であり、反応率は 55%、寛解率は 45% であった。本リアルワールド・ケースデータは、臨床研究ベースではないが、先行研究結果と比べるとかなり良好な治療成績とあり、平均スコアで 10 点以上の改善を認めていることから臨床的には実質的なうつ症状改善効果が得られていると判断できる。上記の MADRS スコアの変化図において、2 名の患者においてうつ症状が悪化しているが、これらのケースの背景にある要因として、TBS 療法の経過中に家庭や職場における心理社会的要因の悪化があり、また、うつ病のタイプとしても、いわゆる内因性というよりも非定型性 (あるいはパーソナリティ面) の側面が強いケースや加齢に伴う脳の器質性変化が想定されるケースでは、薬物療法と同様に TMS 療法も奏功しにくい傾向がある。

一方、患者の年齢と TBS 療法によるうつ症状改善率 (%) との関係に関しては、統計学的に有意な関係性は認められなかったが、次頁図に示すように高齢になるほど TBS 療法の奏効率が低下する可能性が示唆された。また、性別による TBS 療法の改善率の差異に関しては、性差による統計学的差異は認められなかったが、女性の方



が、TBS 療法による改善率がより大きい可能性が示唆された。

最後に、本邦において rTMS 療法が治療抵抗性うつ病をはじめとした精神疾患に対する新たな有望な治療法として確立していくためには、同治療法に関するデータベース・レジストリの構築とそれらのリアルワールド・データを用いた有用性と安全性の再確認および生物・臨床疫学的な rTMS 療法の治療反応予測因子の検証と同等が重要となってくる (Silverstein et al. 2015 ; Noda. 2019)。そのためには、今回のコロナ禍を契機にその重要性が改めて再認識されるようになった各種医療データのデジタルライゼーション、そして、それらのデータへのシームレスなアクセスと処理を可能にする、社会インフラおよび医療システムのデジタルトランスフォーメーションの実現が必要不可欠である (Noda. 2020)。

文 献

- Blumberger DM, Vila-Rodriguez F, Thorpe KE, et al. Effectiveness of theta burst versus high-frequency repetitive transcranial magnetic stimulation in patients with depression (THREE-D) : a randomised non-inferiority trial. *Lancet*. 391 : 1683-1692. 2018.
- George MS, Taylor JJ, Short EB. The expanding evidence base for rTMS treatment of depression. *Curr Opin Psychiatry*. 26 : 138. 2013.
- Lefaucheur JP. Transcranial magnetic stimulation. *Handb Clin Neurol*. 160 : 559-580. 2019.
- Noda Y, Silverstein W, Barr MS, et al. Neurobiological mechanisms of repetitive transcranial magnetic stimulation of the dorsolateral prefrontal cortex in depression : A systematic review. *Psychol Med*. 45 : 3411-3432. 2015.
- Noda Y. Toward the establishment of neurophysiological indicators for neuropsychiatric disorders using transcranial magnetic stimulation-evoked potentials : a systematic review. *Psychiatry Clin Neurosci*. 74 : 12-34. 2019.
- Noda Y. Socioeconomical transformation and mental health impact by the COVID-19's ultimate VUCA era : Toward the New Normal, the New Japan, and the New World. *Asian J Psychiatr*. 22 : 54 : 102262. 2020.
- Silverstein W, Noda Y, Barr MS, et al. NEUROBIOLOGICAL PREDICTORS OF RESPONSE TO DORSOLATERAL PREFRONTAL CORTEX REPETITIVE TRANSCRANIAL MAGNETIC STIMULATION IN DEPRESSION : A SYSTEMATIC REVIEW. *Depress Anxiety*. 32 : 871-891. 2015.
- Souery D, Papakostas GI, Trivedi MH. Treatment-resistant depression. *J Clin Psychiatry*. 67 Suppl 6 : 16-22. 2006.

成人期ADHDを正しく診断するための面接法

九州大学病院 子どものこころの診療部 山下 洋

はじめに ―健康問題としての ADHD―

注意欠如多動性障害（以下ADHD）は幼小児期から成人期までを通じてみられライフステージの各時期で高い有病率を示す Common Mental Disorder の一つである。神経発達症（以下NDD）の一類型に位置付けられ注意および行動の制御システムの発達過程で生じる機能不全状態として定義される。注意と行動の制御に寄与する多様な遺伝および環境要因の相互作用により発症し臨床表現型は成育の過程で複数の特徴的な発達経路を辿る。神経発達特性の一つとして位置づけられると共に、ニューロ・ダイバーシティや発達の少数派など社会的視点から当事者の権利運動としてのセルフ・アドボカシーの実践も導入されるようになり、インクルーシブ教育や就労支援の場では「障害ではなく特性である」といったノーマライゼーションにつながる議論も台頭している。しかしながら後述するようにライフステージごとに生物・心理・社会環境要因との相互作用から精神および身体健康上の課題や障壁を生じやすいという事実（Fact）にもとづき、障害として医学モデルの中に位置づけることもまた、本人や家族の健康のニーズに医療の仕組みで応える道筋を創出し、QOLを向上することにつながる。成人期ADHDの治療と支援を行うためには、このような神経発達症モデルを念頭に置いた生物・心理・社会的な発達経路にもとづく統合的な病態理解と包摂的（インクルーシブ）な臨床実践が要請されている。

1. 多様な臨床表現型の把握

ADHDの操作的診断基準は行動レベルの症状で具体的に定義・記述されているため構造化された診断手続きに基づけば均質な疾患単位が得られることが想定される。しかしながら臨床例の症状

構造、併存症、関連要因、経過、病因を検討するとライフステージを通じ異種性の高い病態であることが明らかになる¹⁾。

1) 成人期ADHDの症状構造と特有の補償戦略

現行の診断基準は小児期と同じく不注意および多動衝動性の2因子モデルに依拠し、診断に必要な症状数の閾値設定を成人期では各因子9項目中6から5へと下げるように調整しているが、成人期ADHDの包括的評価尺度CAARS（Conner's Adult ADHD Rating Scale）²⁾では感情易変性—情緒不安定性および自己概念の問題の次元を含めた4因子モデルの妥当性が示されている。感情易変性や情緒不安定性など情動の次元の症状（symptoms）や特性（trait）をアセスメントすることは、児童思春期における重篤気分調節症で示される持続的・反復的な不機嫌・怒り・かんしゃくなどの病態、青年期以降では気分症（反復性うつ病、双極性障害）の併存やパーソナリティ形成の問題としてのBorderline patternとの関連からも重要である。症状構造に対する次元のアプローチとしてResearch Domain Criteria（RDoC）モデルがあるが、ADHDでは2因子モデルに対応する認知（実行機能・ワーキングメモリー等）および快の感情価（報酬予測・遅延や学習過程の反応性）のドメインに加え、回避的な動機付けなど負の感情価のドメインを含めた複数の経路（multiple pathway）が考えられる。特に怒りやかんしゃく、なだめにくさなどの負の感情の調節不全は乳幼児期における気質特性から成人期のパーソナリティ形成の問題までをつなぐ重要な発達経路である³⁾。

診断面接における注意点としてADHDは神経発達症として幼小児期から持続する特性を前提とするが、ライフステージによる症状の表現型の発

達的变化にも留意する。不注意症状は一貫してみられるが、学業における競争など達成目標やアジェンダが明確な場合の過集中や限界を超えた没頭の傾向により成人期までは高い達成を成してきた人も多い（提出物は一度も出さなかったが試験でいつも上位であったなど）。他者に気づかれやすい身体運動の多動症状は減少する一方で静座することの困難感や自覚されていることが多く、言語面での多動衝動性や思考の過活動（マインドワンダリング）は持続している。遅延報酬障害は待つことや退屈の嫌悪や「面倒くささ」の回避や先延ばしという形で受療態度（時間管理の困難）や診察場面のコミュニケーションのあり方（相手が話し終わるのを待たず自分勝手にまとめる、思いついた順番に多くの言葉を費やす）でも観察されやすい。成人期 ADHD では成人期発症という神経発達症モデルから逸脱する事例の妥当性が議論されている。これらの事例を分析すると、縦断調査で小児期に閾値下であったが、成人期に診断閾値となった事例では高い知能をもつ事例が多かった。その多くは特性を持ちながらも補償戦略として不適応を起こしやすい状況を回避できるような境遇の選択をしてきた結果、生活機能障害が表面化しなかった場合も多いと考えられる。

2) 併存症のプロフィールも含めた臨床表現型

近年の診断学においてカテゴリー診断を補完する Hierarchical Taxonomy of Psychopathology (HiTOP) などの広汎な精神症状に対する診断閾値下も含むディメンジョナルな評価方法は、ADHD のように異種性があり高率に併存症がみられる Common Mental Disorder において臨床的意義のあるサブグループを見出す上でも有用である。

児童思春期では Child Behavior CheckList（以下 CBCL）などの情緒・行動に関する Broad-band の症状チェックリストを用いたクラスター分析によるサブグループの検証がなされている。113項目からなる CBCL は8つの症状群尺度と不安抑うつ、ひきこもり、身体的訴えの症状群の上位尺度である内在化尺度と、攻撃的、反社会的行動の上位尺度である外在化尺度からなる高次の階

層（Spectra）を含む多因子構造が示されている。香月ら⁴⁾は ADHD の臨床診断を受けた子どもの CBCL の症状群尺度および上位尺度の T-score にもとづくクラスター分析を行ったところ、高内在化・外在化、攻撃性・外在化、不注意・内在化、低精神症状群の4つの特徴的な症状プロフィールをもつクラスターが明らかになった。関連要因の検討により各群で治療反応性や要請される治療のモダリティーが異なることが考えられた。他の報告でも内在化と外在化の両方が高い群があり特にこの群においては情動制御の障害が併存症のリスクを高め治療強度の強い介入につながることを示されている⁵⁾。成人期 ADHD においてもサブグループの検証がなされ情動制御の障害を伴う群が指摘されている⁶⁾。

内在化障害では多動衝動性の低く不注意症状が優勢な事例が多く失敗体験の蓄積による自尊心の低下にマインドワンダリングが加わり、否定的または逃避的な内容の反芻思考がエスカレートし極端な回避行動をとっている場合がある。成人期 ADHD で高率に全般性不安症や社交不安症、気分障害がみられることを前提に診断のプロセスで不安・抑うつ症状をスクリーニングし否定的な認知と回避的行動に対する治療を検討する必要がある。外在化障害では多動衝動性の高い事例が多く失敗体験の蓄積が反抗挑戦的な行動として表出される悪循環が見いだされる。特性を踏まえた環境調整により成功体験や肯定的な感情の共有による関係強化と感情調整や問題解決スキルの獲得を目指す。外在化と内在化が併存する例が情動制御の障害がもっとも高い群でありハイテンションや怒りの感情、攻撃性が高い場合双極性障害の併存を考慮した治療が必要となる。

情動制御の障害と並んで覚醒水準の調整の困難も成人期 ADHD にしばしばみられる問題である。結果として生じる併存症状としては朝の覚醒困難や日中の眠気などを特徴とする睡眠障害がある。ADHD の診断項目では学業や就労などのオンタスクの活動における症状がほとんどであるが、実際には休養時や余暇活動時も含む「24時間の障害」であることが提唱されている⁷⁾。オンタスクとオフタスクの切り替え困難のため先延ばし

と言われる「始めにくさ」と過集中と呼ばれる「終わりにくさ」による生活リズムの乱れが QOL を低下させるが、切り替えの困難さの背景には注意や集中の制御という実行機能の障害に加えて覚醒水準のオンタスクおよびオフタスクモード双方への円滑な移行の困難もみられる。社会生活では朝の始業時間までに覚醒できないことが就労支援においてしばしば課題となる。受動的で即時強化のない条件下での課題への取り組みや注意の持続を妨げる刺激のなかで集中を強制される等の状況下で生じる不快をシャットダウンするように眠り込む「寝逃げ」が学校や職場でしばしば問題となる。不快な感覚を回避し覚醒水準を維持する対処行動としての新奇刺激を追求する感覚行動や習癖が問題行動と見なされている場合もある。

3) 神経発達症群の中での重なり合い

神経発達症の臨床診断においてスペクトラム概念が浸透する過程で DSM-IV まで採用されたカテゴリー診断の相互排他的な診断手続きが見直された結果、自閉スペクトラム症（以下 ASD）と ADHD の重なり合いの実態が明らかになった。重なり合いの背景にある病態メカニズムについて幾つかの仮説とその根拠が検証されている⁸⁾。ヴィトゲンシュタインがカテゴリー的思考に対抗する観点として提唱した家族的類似（Family Resemblance）という緩やかなつながりの概念を援用すれば、ASD と ADHD は「双生児」ではないにしても「いとこ同志」か、場合によっては「兄弟姉妹」のような関係性であろうと総括している。

ASD と ADHD が区別されなければいけない病態から併存しうる病態となったことの臨床実践に与えた影響は思いのほか大きい。症状リストの閾値設定にもとづく操作的診断では ASD の 40~70% に ADHD が、ADHD の 15~25% に ASD がそれぞれ併存する⁹⁾。治療のための臨床アセスメントの観点からは両者の見かけ上の類似 Epiphenomenon の切り分けという課題がある。例えば ADHD のある人の制御し難い活動欲求や活動量の高さとしての「多動」と ASD のある人が静座と傾聴が求められる社会的場面で社会的キューや

文脈への気づきの乏しさから、常同行動や感覚行動、特定の事物への興味関心に没頭し動き回っている状態とは見かけ上の行動としては同じである（Epiphenomenon）。また「不注意」の症状項目にある「呼びかけに答えない」についても ASD のある人の社会的キューへの応答性の低さと ADHD のある人のマインドワンダリングによって社会的情報への注意が向きにくいこととの両方の可能性が考えられる。これらの ADHD と ASD の見かけ上の表現型の一致をある程度除外できる ADOS などの対人反応の行動観察も含めた診断手続きを行った研究を含めても高率に併存が認められチャンスレベルでは説明できないことから、サブグループの存在、病因またはリスク要因の共有の可能性が考えられている¹⁰⁾。また一連の社会認知研究により ADHD のある人にも社会性の障害が見られることが注目されている。不注意や多動衝動性の症状によって社会的交流における同調性（Synchrony）が乏しくなることにより縦断的な成育過程でメンタライジング機能の形成不全が生じる可能性がある。横断面でみても衝動性は相手の発話を遮る、思ったことをつい口にしてしまうとかたちでコミュニケーション行動の問題（やりとりや会話の相互性の欠如）としても現れる。また ASD のある人のみならず ADHD のある人にも感情に関連する情報処理の遅れがみられる。特に ADHD のある人の一部には他者の苦痛な感情への無関心さ Callousness の特徴を持つ場合があり、搾取的・加虐的な特徴をもつ素行症の併存のリスク要因として想定されている。

トゥーレット症や発達協調運動症など運動制御の領域の神経発達の問題との併存もしばしばみられる。Sluggish Cognitive Tempo と呼ばれるようなワーキングメモリーシステムを中心にした神経心理学的機能異常や限局性学習症などの学習スキルにおける障害との併存も読み書き障害を中心に高率に認められ ADHD 症状による学習や職業上の困難に加算的、相乗的な影響を与えている事も多いため WAIS-IV など包括的な知能検査による神経心理学的プロフィールの評価と共に学習および職業スキルの観点を加えることが望ましい。

2. 心理社会的ストレスと発達経路にもとづくフォーミュレーション

他の神経発達症と同様に ADHD の遺伝率は 75% と高く生得的要因が主な病因である。同時に臨床表現型においては早期発達における逆境体験（小児期逆境体験：ACE）の影響の大きさも明らかになっている。ACE の有無や程度などの成育環境要因によって状態像と経過が大きく異なることから Teicher ら¹¹⁾ が提唱した Eco-phenotype という概念は、ADHD の臨床アセスメントに発達精神病理学的定式化を導入する重要な視点である。

1) 剥奪環境 (Severe Deprivation) とアタッチメントの問題の影響

1989 年のチャウシェスク政権崩壊時に明らかになった重篤な剥奪的環境におかれた施設収容児の実態と共に 1990 年代にスタートした国際的里親支援プロジェクトによる縦断的研究では、認知発達のおくれ、自閉スペクトラム様症状、不注意・多動、無差別な親密さ等の神経発達症の状態像を示す子どもが高頻度でみられることが報告された。さらに近年、成人期までの追跡調査の結果が公表され、先の諸特徴のうち不注意・多動のみが成人期にかけて頻度が高まっていることが明らかになった¹²⁾。脱抑制的な対人交流パターンもまた里親養育プログラムによる介入では改善しにくいことが示されており成人期 ADHD においても剥奪環境への曝露との関連は看過できない。

発達早期の剥奪環境はアタッチメント形成のあり方にも否定的な影響を与え、重篤な場合は反応性アタッチメント障害や脱抑制型対人交流障害や無秩序型のアタッチメント・パターンを示す子どもが増加する。乳幼児期の無秩序型のアタッチメント・パターンは小児期の破壊的行動障害や ADHD のリスク要因となると同時に思春期以降の解離や自己組織化の障害などの精神病理とも関連がある。発達障害とアタッチメント障害との鑑別がしばしば議論されているが両者は必ずしも相互排他的ではなく解離や複雑性 PTSD における自己組織化の障害が実行機能に与える影響を媒介して両者が併存する相互交渉過程が考えられる。

2) 養育環境との相互作用と発達経路

発達早期のみならず学齢期以降も ADHD の併存症の発展と養育環境のあり方には関連が見られる。過度に懲罰的で否定的なペアレンティングは反抗挑戦症や素行症への発展という外在化障害の発達経路に関連する。同様に不安症から気分症へ発展する内在化症状の併存の経路があり外在化と内在化のいずれも否定的な自己概念を媒介要因とすると共に、両者への分化には性差が見られる。佐竹ら¹³⁾ は学齢期の ADHD における反抗挑戦症や素行症の併存について調査を行い反抗挑戦症の併存群では父親の ADHD 症状が有意に高く母親のメンタルヘルスの問題も高率にみられた。破壊的行動障害の併存の発達経路には養育者の要因および派生する否定的な養育環境-親子相互作用が関与する。成人期 ADHD においても生育歴聴取に際して自己概念および被養育体験に関する問診は治療支援関係の形成のためにも必要である。

3) ADHD とパーソナリティー形成の問題

これまでの発達経路を通じた病態として感情調整の障害とオフタスク・モードにおけるマインドワンダリングや覚醒水準の調節の困難を挙げてきたが、これらはいずれもパーソナリティー形成の過程に重要な影響を与える。衝動性と感情調整の障害は ADHD と Borderline Pattern のパーソナリティー形成を持つ人の双方に共有される特徴である¹⁴⁾。他者との交流に際して相手の感情や意図を想像、推測し共感的に応答するメンタライジング機能は怒りなどの否定的な感情の調節において重要な役割を果たす¹⁵⁾。成人期 ADHD の社会生活の困難に不安定な対人関係が関わっている場合、Borderline Pattern の併存を考慮し生育歴の聴取に際して否定的な被養育体験やアタッチメント形成における困難のエピソードに留意し弁証法的行動療法などの心理社会的介入を準備する必要がある。

3. 臨床ケースにもとづくプロトタイプの呈示

成人期 ADHD では生得的な認知行動特性と直接に関連する ADHD 症状よりも、それまで特性に対処してきた方略が環境変化などにより非機能

的となったことによる不適応状態－併存症が主訴となっている場合が多い。小児期では ADHD 症状については親や教師などの第3者による評価が中心となるが成人期では主に自己評価にもとづくため不適応状況に注意が向けられるバイアスも考慮して家族や学校・職場での情報を含めて診断と治療・支援のフォーミュレーションを行う必要がある。以下に併存症も含めたプロトタイプ事例として複数症例を組み合わせた架空症例の診断の過程を提示する。

1) ADHD と気分障害（双極性障害）の併存例

20代男性 受診時の主訴は「単位取得が出来ない、睡眠リズムの乱れ、人前での緊張、希死念慮」であった。

現病歴：高校の頃に疲れやすさを自覚し心療内科受診。大学2年時にも「易疲労感、希死念慮、不安」を訴えクリニックを受診したが2回でドロップアウトした後に転医し抗うつ薬・抗不安薬を処方された。

精神現症：学生相談のカウンセラーの面談ではずっと座っているのがつらい、履修届を何度も忘れ同伴で事務手続き、約束の時間など時間管理、電話でのやりとりの苦手がみられた。数など色々な考えが頭に浮かんで独り言を言う、人が笑うと自分の事かと思うなどの訴えがあった。何もしないと気分が落ち込む、疲れやすさ、周囲と喧嘩しやすい、入眠困難がみられた。

心理検査：CAARS（ADHD症状尺度）不注意および衝動性・情緒不安定性が臨床域。AQ（自閉症尺度）32点 臨床域 WAIS-IV（知能検査）平均以上だが有意な個人内差があり、言語理解が高く知覚推理とワーキングメモリーが低いプロフィール。

生育歴：乳幼児期に発達の遅れなく小学校では落ち着きのなさを指摘、中学に入って色々なことをするとき頭にゴチャゴチャして忘れる、提出物を出し忘れるなどが増えていた等の経過が通知表など学校の記録と本人・母親の回想より確認された。

注意欠如多動性障害（不注意優勢型）、自閉症スペクトラム障害、双極性障害Ⅱ型と診断。抗不

安薬への依存傾向を認めたため気分安定薬を主な薬剤として変更し抗 ADHD 薬を追加していった。

2) 被虐待歴のある ADHD と気分障害（うつ病性障害）の併存例

40代女性 受診時の主訴は「イライラする。日によって、やる気が出ない」であった。

現病歴：夫は短気で切れやすく ADHD で治療中の子どもに手を上げる。子どもと夫の板挟みとパートタイムの仕事のストレスで気分の落ち込みや身体の痛みが続くため受診となった。

精神現症：仕事は潔癖症なくらい出来るが家事が先延ばしで家の中が散らかって大変な状況と表情豊かに語る。仕事を断ったり切り上げることができず、家事や睡眠、休養を取れない悪循環がある。婦人科疾患の検査治療も先延ばしになっている。子どもに足元が見えていないと指摘されるが電話予約が面倒くさいという。

心理検査：CAARS 不注意、衝動性/情緒不安定性、自己概念の問題が臨床域 AQ 17点 臨床閾値下。WAIS-IVは平均下限で知覚推理とワーキングメモリーが有意に低く、処理速度は高かった。

生育歴：父は短気で暴力をふるっていた。本人も小学校の頃から短気でよく男児と喧嘩していた。小学校6年で母親が家を出た。思春期は意味がないと思うとすぐ辞めてしまうことを繰り返し専門学校を中退した。18歳で前夫と結婚し5児を出産。35歳のとき金銭トラブルで離婚後、現在の夫と結婚し2児をなしたが長女を心疾患で亡くすなど多くの逆境体験に対処してきたことが明らかになった。

注意欠如多動性障害（混合型）、うつ病性障害と診断。前医では抗うつ薬に加え鎮痛剤に依存傾向であった。抗 ADHD 薬に変更後、生活リズムが改善するとともに鎮痛剤の使用量が減り婦人科受診も出来た。

おわりに

最近の中年期における一般人口での ADHD 症状の調査ではディメンショナルな分布を示し、小

児期ほど性差も大きくないことが示された¹⁶⁾。普遍性を持つ心身の健康の問題として ADHD へのライフステージを通じた包括的な支援の仕組み作りが求められるとともに、医療機関には一人ひとりの発達経路の理解にもとづいた個別性に基づく治療が要請されている。成人期 ADHD の治療のフォーミュレーションでは、先延ばし行動、時間管理、対人関係での意気阻喪、非（反）社会行動をめぐる社会生活や家族など親密な関係性における悪循環など共通する課題がみられ心身の健康を妨げている。リカバリーと問題解決に向けて当事者と多職種の支援者とのコラボレーションを促進する第一歩として過不足のない包括的な診断手続きが求められている。

引用文献

- 1) Luo Y, Weibman D, Halperin JM, Li X. A review of heterogeneity in attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD). *Frontiers in human neuroscience*. 2019 ; 13 : 42.
- 2) Someki F, Ohnishi M, Vejdemo-Johansson M, Nakamura K. Reliability, Validity, Factor Structure, and Measurement Invariance of the Japanese Conners' Adult ADHD Rating Scales (CAARS). *Journal of Psychoeducational Assessment*. 2020 ; 38 (3) : 337-349.
- 3) Nigg JT, Karalunas SL, Gustafsson HC, Bhatt P, Ryabinin P, Mooney MA, et al. Evaluating chronic emotional dysregulation and irritability in relation to ADHD and depression genetic risk in children with ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2020 ; 61 (2) : 205-214.
- 4) Katsuki D, Yamashita H, Yamane K, Kanba S, Yoshida K. Clinical Subtypes in Children with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder According to Their Child Behavior Checklist Profile. *Child Psychiatry & Human Development*. 2020 : 1-9.
- 5) Zenglein Y, Schwenck C, Westerwald E, Schmidt C, Beuth S, Meyer J, et al. Empirically determined, psychopathological subtypes in children with ADHD. *Journal of attention disorders*. 2016 ; 20 (2) : 96-107.
- 6) Hirsch O, Chavanon ML, Christiansen H. Emotional dysregulation subgroups in patients with adult attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) : a cluster analytic approach. *Scientific reports*. 2019 ; 9 (1) : 1-11.
- 7) Becker SP. ADHD and sleep : recent advances and future directions. *Current opinion in psychology*. 2020 ; 34 : 50-56.
- 8) Antshel KM, Russo N. Autism spectrum disorders and ADHD : Overlapping phenomenology, diagnostic issues, and treatment considerations. *Current psychiatry reports*. 2019 ; 21 (5) : 1-11.
- 9) Antshel KM, Zhang-James Y, Wagner KE, Ledesma A, Faraone SV. An update on the comorbidity of ADHD and ASD : a focus on clinical management. *Expert review of neurotherapeutics*. 2016 ; 16 (3) : 279-293.
- 10) Sinzig J, Morsch D, Lehmkuhl G. Do hyperactivity, impulsivity and inattention have an impact on the ability of facial affect recognition in children with autism and ADHD? *European child & adolescent psychiatry*. 2008 ; 17 (2) : 63-72.
- 11) Teicher MH, Samson JA. Childhood maltreatment and psychopathology : A case for ecophenotypic variants as clinically and neurobiologically distinct subtypes. *American journal of psychiatry*. 2013 ; 170 (10) : 1114-1133.
- 12) Kennedy M, Kreppner J, Knights N, Kumsta R, Maughan B, Golm D, et al. Early severe institutional deprivation is associated with a persistent variant of adult attention-deficit/hyperactivity disorder : clinical presentation, developmental continuities and life circumstances in the English and Romanian Adoptees study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016 ; 57 (10) : 1113-1125.
- 13) Satake H, Yamashita H, Yoshida K. *Child Psychiatry and human development* 2004 ; 34 (3) : 219-235.
- 14) Calvo N, Lara B, Serrat L, Pérez-Rodríguez V, Andión Ò, Ramos-Quiroga JA, et al. The role of environmental influences in the complex relationship between borderline personality disorder and attention-deficit/hyperactivity disorder : review of recent findings. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*. 2020 ; 7 (1) : 1-7.
- 15) Perroud N, Badoud D, Weibel S, Nicastro R, Hasler R, Küng A-L, et al. Mentalization in adults with attention deficit hyperactivity disorder : comparison with controls and patients with borderline personality disorder. *Psychiatry Research*. 2017 ; 256 : 334-341.
- 16) Das D, Cherbuin N, Butterworth P, Anstey KJ, Eastaugh S. A population-based study of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms and associated impairment in middle-aged adults. *PLoS one*. 2012 ; 7 (2) : e31500.

インターネット・ゲーム障害 (DSM-5)、 ゲーム行動症 (ICD-11)

国立病院機構久里浜医療センター 松崎 尊信

抄録

2000年前後からのインターネットの普及およびスマートフォンの生活への浸透とともに、インターネットコンテンツに過度に依存するという医学的な問題が世界中で注目されている。世界保健機構 (WHO) の診断基準である ICD-10では、インターネット依存という疾患は存在しなかったが、様々なエビデンスを踏まえ、2019年に、改訂版である ICD-11において、様々なインターネットコンテンツのうち、ゲームのみが「ゲーム行動症」として精神疾患に位置づけられた。ゲーム行動症の臨床的な特徴は、ゲームのコントロールができない、他の生活上の関心事や日常の活動よりゲームを優先する、様々な問題が起きているにも関わらずゲームを続けたり、より多くゲームをしたりする、等である。ゲーム行動症について、標準的な治療法はまだ確立されていない。今後、効果的な治療法の開発など医療だけでなく、家庭や教育現場などでの啓発など、包括的な対策が求められている。

ゲーム行動症の疾患概念

2000年前後からのインターネットの急速な普及によって、様々なサービスが提供されるようになり、インターネットはいまや日常生活に欠かせない重要なインフラとなった。インターネットは、当初はパーソナルコンピュータ (以下、PC) で利用されていたが、2007年 Apple 社が開発したスマートフォン (以下、スマホ) によって、我々は時間や場所を選ばずインターネットを利用できるようになり、スマホは瞬く間に生活に深く浸透した。一方、「いつでも」「どこでも」インターネットにアクセスし、LINE や Facebookなどの Social networking services (以下、SNSとする)、YouTube 等の動画視聴やゲームに過剰に没入するなど、インターネットを過度にやりすぎて日常生活に支障が出ている症例が、世界中で多数報告されるようになった。このような症状は、アルコール依存症、あるいはギャンブル依存の症状と同様に、インターネットに過度に依存している状

態にみえる。しかし、インターネットの急速な普及に対して、このような症状を示す医学的診断は、インターネットが本格的に普及してきた2000年頃にはまだ存在していなかった。また、アルコールや薬物の「依存」と同列に、「インターネット依存」と分類するには、医学的なエビデンスがまだ十分ではなかった。

医学的に、「依存 (dependence)」は「嗜癖 (addiction)」とほぼ同義に使用される。2013年アメリカ精神医学会が発表した「精神疾患の診断と統計の手引き第5版」(DSM-5)では、「嗜癖」が精神疾患のひとつとして定義された²⁾。嗜癖は、アルコールや薬物などの物質使用障害 (substance use disorder) と、ギャンブルや窃盗、買い物などの行動嗜癖 (behavioral addiction) に分けられる。インターネットの依存は行動嗜癖にあてはまるが、DSM-5の発表時には、エビデンスが積み重ねられていたゲームのみを「インターネット・ゲーム障害」として、診断項目 (今後の

Takanobu Matsuzaki, M.D., Ph. D.
National Organization Kurihama Medical and Addiction Center
神奈川県横須賀市野比5-3-1
5-3-1, Nobi, Yokosuka, Kanagawa, Japan

研究のための病態の項目)に追加した。一方、SNS や動画などその他のオンラインコンテンツは、まだ研究報告が少ないとして、診断項目に含まれなかった。世界保健機関 (World Health Organization : WHO) による国際疾病分類 (International Classification of Diseases : ICD) の改訂に際し、インターネット依存についての専門家会議が2014年東京を皮切りに、世界各地で毎年開催され、2018年6月発表の改訂版 (ICD-11) において、ゲーム行動症が、ギャンブル障害と同様に、嗜癖行動による障害 (disorders due to addictive behavior) に分類され、2019年5月 WHO 総会で承認された。

診断基準

ゲーム行動症では、ゲームを過剰にやりすぎてしまい、様々な問題が出現する。にもかかわらず、やりたいという衝動や誘惑を抑えることができない。ICD-11におけるゲーム行動症の臨床的特徴は、

- ゲームのコントロールができない。
- 他の生活上の関心事や日常の活動よりゲームを選ぶほどゲームを優先する。
- 問題が起きているがゲームを続ける。またはより多くゲームをする。

重症度は

- ゲームのためにひどく悩んでいる。または個人の家族の社会における学業上または職業上の機能が十分に果たせない。

期間は

- 上記4項目が12ヶ月以上続く場合に診断する。しかし4症状が存在し、しかも重症である場合にはそれより短くとも診断可能である。となっている。

また、DSM-5によるインターネット・ゲーム障害の診断基準は、「臨床的に意味のある機能障害や苦痛を引き起こす持続的かつ反復的な、しばしば他のプレーヤーとともにゲームをするためのインターネットの使用」と定義される。そして、「(1)インターネットゲームへのとらわれ、(2)インターネットゲームが取り去られた際の離脱症状、(3)耐性、すなわちインターネットゲームに費やす

時間が増大していくことの必要性、(4)インターネットゲームにかかわることを制御する試みの不成功があること、(5)インターネットゲームの結果として生じる、インターネットゲーム以外の過去の趣味や娯楽への興味の喪失、(6)心理社会的な問題を知っているにもかかわらず、過度にインターネットゲームの使用を続ける、(7)家族、治療者、または他者に対して、インターネットゲームの使用の程度について嘘をついたことがある、(8)否定的な気分を避けるため、あるいは和らげるためにインターネットゲームを使用する、(9)インターネットゲームへの参加のために、大事な交友関係、仕事、教育や雇用の機会を危うくした、または失ったことがある」のうち、5つ (またはそれ以上) が、12ヶ月の期間内のどこかで起こることによって示される、とされる²⁾。

疫学

総務省情報通信白書によると、情報通信機器の保有状況では、スマホは右肩上がりで見られ、2018年79.2%とPCの74.0%を上回っていた。同年のインターネット利用率 (個人) は79.8%で、端末別のインターネット利用率は、スマホが最も高く (59.5%)、PC (48.2%) を上回った。一方、内閣府の「青少年のインターネット利用環境実態調査」では、青少年のインターネットの一日平均使用時間は、青少年全体で182分だった。高校生男子が268分と最長で、次いで高校生女子が229分だった。小学生 (男子141分、女子117分)、中学生 (男子186分、女子167分) とも、男子が女子より長かった。青少年が利用するスマホコンテンツは、動画 (78.6%)、SNS などのコミュニケーション (77.0%)、ゲーム (72.4%)、音楽 (67.1%) となっているが、小学生に限るとゲームが最多 (70.9%) であった。

わが国の中高生の飲酒及び飲酒状況等について横断的に調査した厚生労働科学研究では、インターネットの過剰使用について調査している⁷⁾。2012年と比較して、2017年では、インターネットの病的使用が疑われる割合は中学、高校男女ともに上昇しており、中学男女計では12.4%、高校男女計では16.0%であった。この結果をもとにイン

ターネット依存疑い者数を推計したところ、2012年52万人が2017年93万人へと増加していた。インターネットの普及とともに、小中高校生のインターネットの利用時間の増加、及びインターネットの病的使用が増えつつあることが推測される。

また、オンラインゲームに関する37の横断研究によると、有病率は0.7~27.5%と幅がみられた³⁾。多くの研究では女性より男性、高齢者よりも若年者の有病率が高い傾向にあった。研究により有病率は様々であるが、調査対象年齢、依存の定義や地理的要因が結果に影響していると考えられる。

症例

13歳男子（中学1年生）

本人の主訴：親がゲームをやらせてくれない。だから学校にも行かない。

両親の主訴：ゲームの時間や約束を守れない。学校に行かなくて困っている。親がゲームをやめさせると暴れる。

家族歴：会社員の父と専業主婦の母、2歳年下の弟の4人家族。

現病歴：正常経膈分娩。3歳時健診は異常なかった。幼稚園をへて、地元の公立小学校に進学した。小学2年生の頃、友達に手を出す問題が学校から指摘された。自宅で、親からテレビ視聴を妨げられるなど、自分の思い通りにならないことがあると、学校を休むことがしばしばみられた。次第に登校を嫌がるようになったため、パートをしていた母が仕事を辞めて、毎日学校まで一緒に登校するようになった。同時期、小学校でWISC-IIIを実施し、FIQ=111、VIQ=108、PIQ=113と評価された。近医の小児科を受診し、自閉症スペクトラム症と診断され、同院への通院を開始した。衝動性、家族への暴力に対してリスパリドン0.5mgを処方されたが、特に大きな変化はなく、本人も飲み心地が悪いと内服を拒否したため、薬物療法は中止した。言うことを聞かない本人に対して父が厳しく怒るようになり、父との関係が悪化した。小学5年生時、弟と喧嘩をしてつばを吐きかけたり、寝ているところをわざと起こしたりするなどの嫌がらせをしたため、父から注意され

た。その時、ひどく怒られたため、本人は「殺される」と思いこみパニックになり、自分から警察に110番通報することがあった。その後、暫く学校ではおとなしく過ごすようになったが、同時期にゲーム専用機を買ってもらい、「マイクラフト」にはまった。小学6年生で「フォートナイト」にはまり、放課後自宅に友人を誘ってゲームをして遊ぶようになった。学校の勉強はよくできたため、塾に通い、中学受験をして地元の私立中学に進学した。X年4月中学入学後、新型コロナウイルスの感染流行の影響で学校が休校となり、全てオンライン授業となった。PCを使用して自宅で授業を受けるようになったが、母が見ていないところで、ゲームをしたり動画を視聴したりすることがあった。同年6月学校での授業が再開されたが、次第に、1日のゲーム時間など親と約束したことを守れなくなり、放課後に帰宅するとすぐにゲームをする、家族と一緒に食事をとらない、入浴しない、学校の宿題をしない、テスト前でも勉強しない、学校の提出物を出さない、などの問題行動が出現した。ゲームの使用時間は平日4時間、休日12時間となり、見かねた家族がインターネットを強制的に切断してゲームをできなくすると、大暴れしたり、家族に対して攻撃的となったり、衝動的に警察に110番することがあった。ゲームができないと、「学校に行かない」と両親を脅して、家族が振り回されるようになったため、同年9月当院を初診した。検査および臨床症状より、ゲーム行動症及び自閉症スペクトラムと診断した。

治療と支援

ゲームに依存する者は、もともとゲームが好きであったり、自らすすんでゲームを行っていたりするケースがほとんどである。ゲーム内で人間関係が強化されていることも多い。また、不登校により時間を持て余し、退屈しのぎにゲームを行っていたり、不安な気持ちをやわげるためゲームに没頭したりしている場合もある。そのため、敢えてゲームの時間を減らす、ゲームをやめるという動機付けに乏しく、治療の導入が困難である場合が多い。ゲーム行動症の治療において最も重要

なことは、患者自身がいかにして「ゲーム時間を減らす」「ゲームをやめる」という動機付けをもてるかという点である。動機付けが難しい場合でも、「ゲーム以外の時間を増やす」という目標を立て、別の活動に少しでも興味・関心を移していくと、依存からの回復が期待できる。

現在、ゲーム行動症に関する標準的な治療法が確立しているとはいえず、世界（特にアジア）には、ゲームに過剰に浸る生活サイクルを強制的に断ち切るために、「軍隊式矯正プログラム」に若者を送り込むという治療を試みている国もある¹⁾。しかし、ギャンブル障害などこれまでの行動嗜癖の知見を参考に、世界各国でゲーム行動症に対して様々な治療法が試みられている。サンプル数が少ないなど研究上の限界はあるものの、治療に関するメタ解析では、認知行動療法や家族療法などの心理社会的治療の有効性が認められている⁴⁾。以下に、久里浜医療センターで行われている治療を述べる⁶⁾。

当院では2011年7月よりネット依存治療研究部門を立ち上げ、専門診療にあたっている。当初は外来診療のみであったが、個人カウンセリング、デイケア、家族会、入院治療と、患者や家族のニーズに合わせて診療の幅を広げている。

外来診療では、身体的・精神的問題、学業や仕事への影響、経済的問題、家族や対人関係の問題等について詳細に問診を行い、ゲーム行動症に関連してどのような問題が起きているかを把握する。検査では、血液検査、視力、骨密度、肺機能検査、頭部MRI、脳波、体力測定、および心理検査（IAT、DQ、MINI、WISCあるいはWAIS、L-SASJ、ADHDスクリーニング、STROOP Test等）を行い、身体的、精神的問題について評価する。

治療は、精神療法、個人カウンセリング、個人や集団を対象とした認知行動療法、社会生活技能訓練（Social Skills Training ; SST）、デイケアを組み合わせで行っている。精神科医による精神療法を中心に、心理面でのアプローチが必要な場合には、臨床心理師による個人カウンセリングを導入する。進級、進学、受験等のプレッシャー、家庭内不和、学校での居場所のなさなど、ゲームに

のめりこみたくなるような現実生活上の問題が背景にあるケースも多いため、なぜそれほどゲームにのめりこまなければならなかったのか、どれほどゲームの世界が大切だったかという点を十分に理解し、その気持ちに寄り添うことが、患者-治療者関係を築くうえで重要である⁵⁾。また、合併精神疾患や衝動性亢進などの精神症状がみられる場合は、薬物療法を試みている。例えば、ADHDを合併している症例では、環境調整やペアレントトレーニングなどの心理社会的治療法を行いつつ、効果不十分の場合は、メチルフェニデートやアトモキセチンを少量から投与している。

治療対象者は、インターネットやゲームへの使用渴望が非常に強く、動機づけが持ちにくく、葛藤を伴いやすい。年齢も様々で、発達段階も異なるため、デイケアでは、場を和ませるためのウォーミングアップやゲームの要素を取り入れるなど、動機づけを持ちやすくなるような様々なアプローチを試み、治療目標の設定、インターネットやゲームがなくても過ごせるような生活を具体的にイメージしてもらう。

生活習慣の著しい乱れ、身体合併症の悪化、家族への暴力等により在宅療養が困難、遠方で外来通院が困難、などの条件を満たす場合には、2か月間の入院治療（原則として開放病棟での任意入院）にて、スマホ等の電子機器から離れた環境下で、生活習慣の確立および集中的な治療を行う。

2014年から、文部科学省より委託を受けた国立青少年教育振興機構と共催で、毎年8月下旬に8泊9日の治療キャンプ（Self-Discovery Camp : SDiC）を開催している。この治療キャンプは、認知行動療法、レクチャーなどの治療的アプローチと、トレッキングや野外調理など自然環境を生かしたアクティビティなどを組み合わせたものである。キャンプには、教育学部・心理学部の大学院生やゲーム行動症の回復者がメンターとして参加し、プログラム進行のサポートを行っている。また、メンター自身が、キャンプ参加者の身近な目標となることによって、具体的な回復像をイメージしてもらう効果も期待している。

まとめ

ゲーム行動症については、発症機序や症状の進行、脳への影響など、いまだ不明な点も多く、標準的な治療法は確立しておらず、医療的支援も十分とはいえない。しかし、患者や家族の治療へのニーズは非常に大きく、今後、効果的な治療法の開発、効果検証、治療法の普及といった実践的な対策が求められている。また、ゲーム行動症を予防するため、家庭や教育現場での普及啓発などによるメディアリテラシーの獲得など、より包括的な対策も重要である。

COIについて

申告すべき COI はありません

参考文献

- 1) Aarseth, Espen et al. "Scholars' Open Debate Paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming Disorder Proposal." *Journal of Behavioral Addictions*. 6, 267-270. 2017.
- 2) American Psychiatric. "The Fifth Edition of Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5." : 795-798. 2013.
- 3) Satoko Mihara and Susumu Higuchi. "Cross-Sectional and Longitudinal Epidemiological Studies of Internet Gaming Disorder: A Systematic Review of the Literature." *Psychiatry and Clinical Neurosciences* 71 (7) : 425-444. 2017.
- 4) Winkler, Alexander et al. "Treatment of Internet Addiction : A Meta-Analysis." *Clinical Psychology Review* 33(2): 317-329. 2013.
- 5) 三原聡子. "ゲーム障害の認知行動療法." *医学のあゆみ* 27(6) : 591-595. 2019.
- 6) 中山秀紀, 樋口進. "ゲーム障害の治療." *医学のあゆみ* 27(6) : 587-590. 2019.
- 7) 尾崎米厚. 2017. "飲酒や喫煙等の実態調査と生活習慣病予防のための減酒の効果的な介入方法の開発に関する研究." , 2017.

- 1) Aarseth, Espen et al. "Scholars' Open Debate Paper on the World Health Organization ICD-11 Gaming

ひきこもり相談を受けたら： 社会的ひきこもりの多面的理解に基づくより良い支援

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 加藤 隆弘

抄録：社会的ひきこもり（以下、ひきこもり）は、6ヶ月以上にわたり、就労・学業など社会参加を回避し家庭内にとどまっている現象であり、文化社会的影響が示唆される一方、多くに何らかの精神疾患の併存が示唆されている。ひきこもりは日本社会にユニークな現象と思われていたが、最近では国外でもひきこもりに類する症例が様々な国で報告されており、ひきこもりは21世紀における新たな世界レベルの精神保健問題になりつつある。コロナ禍によりひきこもりの爆発的增加も懸念される。筆者は大学病院に専門外来を立ち上げ、ひきこもりの多面的評価に基づく具体的な支援法の開発をすすめてきた。本稿では、こうした活動による成果の概要を紹介し、最後に、拙著『みんなのひきこもり』に登場する架空のひきこもり症例O君を題材として具体的な支援アプローチを紹介する。

Key words : hikikomori, pathological social withdrawal, family intervention, shame, COVID-19

はじめに

社会的ひきこもり（以下、ひきこもり）は、6ヶ月以上にわたり、就労・学業など社会参加を回避し家庭内（自宅）にとどまっている現象であり、文化社会的影響が示唆される一方、多くに何らかの精神疾患の併存が示唆されている⁵⁾。内閣府の調査では110万人以上のひきこもり者の存在が推定されており、8050問題と呼ばれるように長期化・高齢化も社会問題になっており、ひきこもり打開は喫緊の課題である⁵⁾。従来、ひきこもりは日本社会にユニークな現象と思われていたが、最近では国外でもひきこもりに類する症例が韓国、スペイン、フランス、米国、ブラジルなど様々な国で報告されており、ひきこもりは21世紀における新たな世界レベルの精神保健問題になりつつある⁴⁾⁵⁾。コロナ禍によりひきこもりの爆発的增加も懸念される⁷⁾。筆者は大学病院に専門外来を立ち上げ、ひきこもりの多面的評価に基づく具体的な支援法の開発をすすめてきた。本稿で

は、こうした活動による成果の概要を紹介し、最後に、拙著『みんなのひきこもり』に登場する架空のひきこもり症例O君を題材として具体的な支援アプローチを紹介する。

「ひきこもり」の多面的側面

まず肝心な点であるが、ひきこもり者には何らかの共通基盤がある一方、ひきこもり者といっても一人一人異なる側面を有しており、それぞれのひきこもり者の特性を適切に評価することが適切な支援のためには何より重要である。筆者らは、図1のようにひきこもりの多面的な病態モデルを提唱している⁵⁾。

ひきこもりの文化社会的背景

ひきこもりの精神病理学的側面として、土居武郎が提唱した「甘え」や北山修が注目してきた「恥」「見るなの禁止」といった日本社会・日本文化に内在する因子が日本でのひきこもり発生に大

Takahiro A. Kato, MD, PhD

Associate Professor

Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University

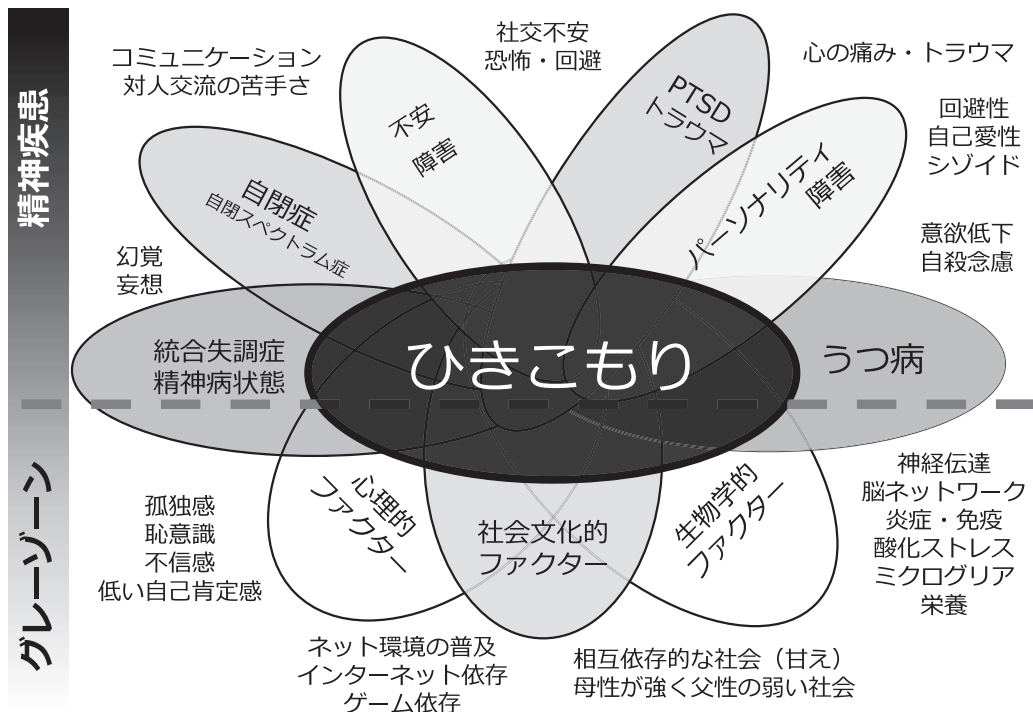


図1 ひきこもりの多面的病態モデル

(Kato, Kanba, Teo : Psychiatry and Clinical Neuroscience 2019より引用・改変)

きな影響を与えている可能性がある³⁾。他方、ひきこもりが日本以外に広がっている要因として、インターネットの普及が想定される²⁾。子供の遊びから大人のビジネス現場に至るまで、従来はface-to-faceの直接的なコミュニケーションによってなされていた多くのことがインターネットを介して間接的に行われるようになってきている。こうしたネット社会はひきこもりやすい社会を生んでいるといっても過言ではない。

精神疾患の併存

筆者らの調査では、ひきこもり者に、大うつ病性障害、回避性パーソナリティ障害、妄想性パーソナリティ障害、社交不安障害、気分変調性障害、心的外傷後ストレス障害 (PTSD) といった様々な精神疾患を併存していた。近藤直司らの300名規模の調査でも、ひきこもり者の多くが精神疾患を併存しており、3割ずつが統合失調症圏・気分障害圏・不安障害圏であり、その他、

パーソナリティ障害および広範性発達障害の併存も認められている⁹⁾。

なお、以前からひきこもりの定義に精神疾患を含むかどうか議論がなされており、混乱した状況にあった。最近、筆者らは国際的に通用しうる「病的ひきこもり (pathological social withdrawal)」の定義 (診断評価基準) を新たに作成した⁵⁾⁶⁾。この定義では、物理的撤退を必須項目とし、それ以外は補足項目とし、併存疾患の有無を問わないとすることで、これまでの混乱の解決を図った。筆者らの新たな定義の要点を以下に記す。

「病的な社会的回避または社会的孤立の状態であり、大前提として自宅にとどまり物理的に孤立している状況にある。こうした状況に対して本人が苦悩しているか、機能障害があるか、あるいは、家族・周囲が苦悩しているということが必要条件である。6ヶ月以上を「ひきこもり」とし、3ヶ月以上を「前ひき

ひきこもりのステージ分類

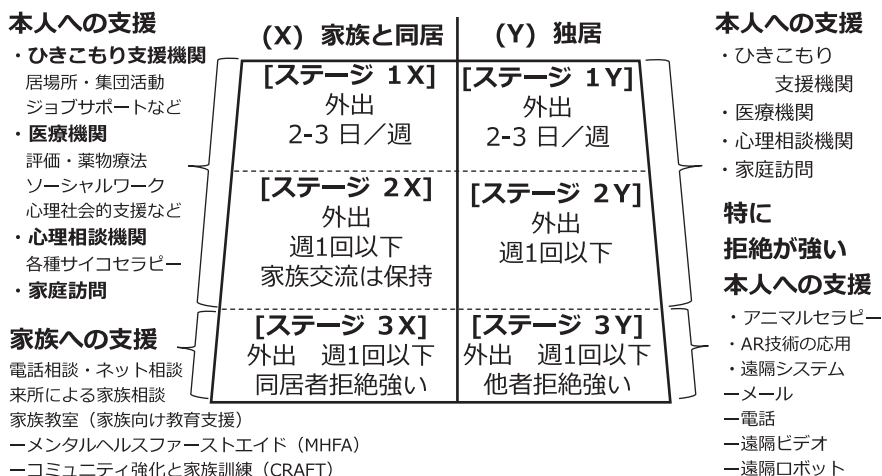


図2 ステージに応じたひきこもり支援・治療的アプローチ

（Kato, Kanba, Teo : Psychiatry and Clinical Neuroscience 2019より引用・改変）

こもり」とする。外出頻度が週2～3回を軽度、週1回以下を中度、週1回以下でかつ自室からほとんど出ない場合を重度とする。併存症の有無は問わない。必須ではないが、社会的参加の欠如、直接的な交流の欠如、間接的な交流の有無の評価は重要である。」

この新しい定義が、これからのひきこもり臨床や研究において、活用されることを期待している。なお、コンビニに行く程度の短時間の外出は「意味のある外出」に含まないという項目を加えることも現在検討中である。

生物学的特性

ひきこもりの生物学的特性は全く解明されていないが、何らかの生物学的基盤が想定される。筆者らは、ひきこもり者の血中物質を測定し健常者と比較したところ、男性ひきこもり者では尿酸値が、女性ひきこもり者ではHDLコレステロールが低い傾向を認めた¹⁾。尿酸もHDLコレステロールも酸化ストレスを制御するため、酸化ストレスや炎症がひきこもり病態に関与している可能性があり、今後の検証が望まれる。

ひきこもりの治療的アプローチ

筆者らは、図2のような新しいひきこもりのステージ分類を提案している。ひきこもり者が来談・受診した場合、前述の多面的側面を評価し、ステージに応じた支援が必要である。支援の典型的な流れを図3に呈示する。

家族支援

ひきこもり臨床において、最初に相談に訪れるのは主としてひきこもり者の家族（特に親）であるが、精神疾患やひきこもりに関する適切な知識がないために、あるいは、精神疾患に対する偏見や誤解があるために、ひきこもる当事者に対してどう対応して良いか分からずに一切介入できずに「見て見ぬ振り」をして年月を費やしてしまうというケースが稀ではない。そうした家族がひきこもり者本人に早期にかつ適切に対応するための知識やスキルを身につけることで、ひきこもり状況の早期打開につながる事が期待される⁴⁾⁵⁾。筆者らは、こうした仮説の元で、家族にひきこもりや精神疾患への理解を促し、本人の来談・受診がスムーズに進むように具体的なスキルを習得するための家族向け教育支援プログラムを開発中である。

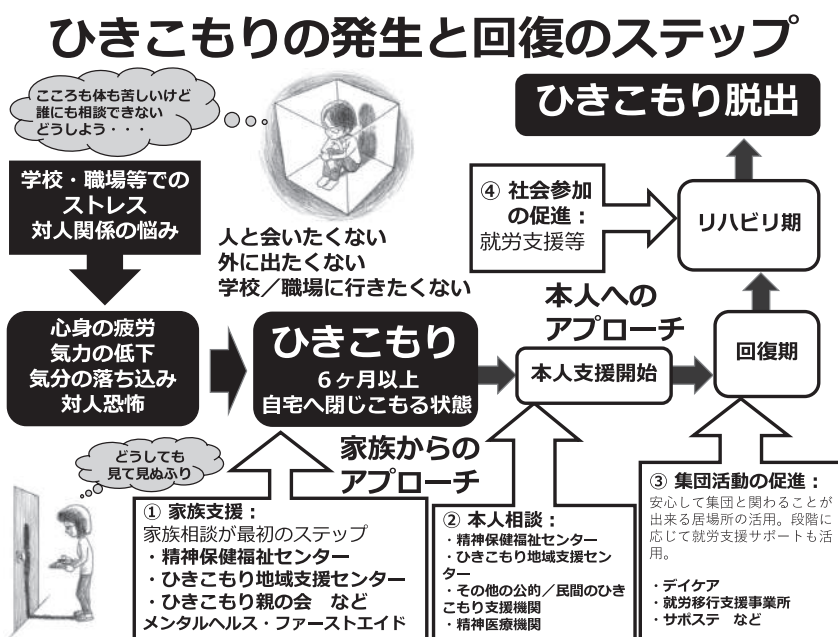


図3 ひきこもりの発生と回復のステップ
(加藤隆弘「みんなのひきこもり」2020より引用・改変；イラスト おがわさとし)

こころの不調や精神疾患をもつ者に対する応急対応法を習得するメンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) と認知行動療法に基づくコミュニティ強化と家族訓練 (CRAFT) を中心に構成される3～5日間の直接来所を要するプログラムで、講義に加えてロールプレイなどの演習を通じて体験的にひきこもり者への対応法を身に付けてもらう。毎週1回5日間の受講と6ヶ月間のフォローアップによるパイロット試験では、6ヶ月後に2～3割程度が本人の受診に繋がるなどの効果を萌芽的に見出している¹⁰⁾。今後、さらに改良を重ね、全国のひきこもり支援機関で活用できるプログラム開発をすすめている。

精神医学的治療 (医療介入)

併存する精神疾患が明らかになった場合、それぞれの疾患の治療ガイドラインに則して薬物療法が導入されることがある。特に、精神病圏や気分障害圏のひきこもり者には抗精神病薬や抗うつ薬の投与により劇的にひきこもり状況が改善されることがあり、薬物療法は有用である。しかしなが

ら、ひきこもり状況の打開のためには、薬物療法のみでは困難な場合が稀ではなく、下記の心理社会的介入との併用が望まれる。

ソーシャルワーク

日本ではひきこもり者およびその家族への支援に関して、全国の精神保健福祉センターおよび公的・民間のひきこもり支援機関を中心として電話相談や訪問など様々な取り組みがなされており、一定の効果を上げている。ひきこもり支援機関では、ひきこもり者が安心して他者と過ごすことが出来る居場所を提供していることが多く、対人交流を活性化しコミュニケーションスキルを向上させるためのグループワークなどが盛んになされている。パソコン技能訓練など就労支援を行っている機関もある。

カウンセリング・サイコセラピー

様々な専門機関で、ひきこもり者へのカウンセリングや専門性の高いサイコセラピーが実践されている⁵⁾。

ひきこもり者の中には自己肯定感が極端に低く、理想の自分（例えば、エリート会社員であるべしという理想像）と現実（就職に失敗して何もしていない現状）とのギャップに苦悩している者が少なからず存在しており、こうした認知によって引き起こされる苦悩を修復するために、認知行動療法的アプローチが有用である。

ひきこもり者の根底にある回避傾向や依存傾向に関しては、精神力動的（精神分析的）観点に基づく個人精神療法や集団精神療法も効果的である⁵⁾。精神力動的な精神療法は薬物療法や認知行動療法のような即効性は期待できないが、人生早期からの経験により形成されたパーソナリティに働きかけるという点で長期的な効果が期待される。

こうした個人精神療法に加えて、集団精神療法は、ひきこもり患者同士が相互にひきこもり者を観察しながら自らを理解できて対人交流の訓練になるという点で有用である。

架空の症例O

本特集号では、編集長より「症例を加えて欲しい」とのリクエストがあった。匿名性に鑑みて、今回は実在の症例を呈示する代わりに、コロナ禍の2020年秋に上梓した拙著『みんなのひきこもり』に登場する架空の症例O君を巡る多面的な治療アプローチを紹介する（出版社の許可を得て引用改変した）⁸⁾。

一人っ子として会社員の父と主婦の母に溺愛されて育てられたO君。地方都市で生まれ育ったO君にとって、家族、そして、地元は、人間関係が濃厚すぎて窮屈な場所そのものであった。O君は、親や教師といった周りの期待に応えようと必死で受験勉強に励み、現役で超一流大学に合格し、晴れて大学生としての一人暮らしを始めた。（中略）超一流大学の受験、そして親元から離れるという大きな目標を達成し終えたO君であったが、幼い頃から将来の具体的な夢を抱いていたわけではなく、ただなんとなく与えられたレールに乗り、一流大学に入学し卒業さえすればそれなりの人生のレールが用意されていると漠然と信じていた。大学生活は自由ではあったが、独りアパー

トで暮らしていると、寂しさのようなものを漠然と自覚してきた。自由の先に孤独感が待ち受けているとは思ってもいないことで、文化系サークルの勧誘のチラシを目にして、さっそく入部した。（中略）サークルで知り合いになった同級生と付き合うようになったが、数ヵ月後、「つまらない」と言われ、失恋した。

失恋を契機に、アパートの部屋にこもるようになった。結局、O君は留年を重ね、大学を中退した。親からの仕送りもストップされ、やむなく、実家に帰った。（中略）実家の両親としては、期待の星であった息子の挫折にどのように対応してよいか途方に暮れていた。「近所にあわせる顔がない」と、息子の挫折した姿を悲しむ（哀れむ・恥じる）母は、次第に心身の不調を呈して情緒不安定になり、時には「あんたのためにどれだけのことをしてきたと思っているのよ!!」と、ついつい罵声を浴びせてしまうことも。O君は、地元の友達との付き合いを再開するでもなく、誰とも直接的には交流せずに自室でインターネットばかりして過ごしていた。

結局のところ、O君のひきこもり状況は一向に変わらず、母親は逡巡の末、回覧板でみた公共機関での「ひきこもり無料相談」という案内を目にして、意を決して電話をかけたのである。電話相談を経て、「ひきこもり無料相談」の私（拙著『みんなのひきこもり』のスタイルのまま「私」と表記）のもとへ母親が訪れたのは、O君が三十歳になるのを数ヵ月後に控えた春の日のことであった。

まず私は、母親の話を一時間ほどかけてゆっくりと聴取した；数年来、息子のことで誰にも相談できずにいたこと、最近では暴言がエスカレートし、いつ暴力を振るわれるか冷や冷やしていること、いまでも毎食かかさず食事を作って時には部屋まで配膳していること、などなど。「息子から『おまえの育て方が悪かったんだ!』と言われて……たしかにそうかなって……」こうしたエピソードを涙ながらに語る母親に、「あなたが支えてくれたからこそ、いままでO君はひきこもりながらも生き延びてきたのでしょう」と、O君を抱え続けてきた母親を私は労った。

初回の「ひきこもり相談」において、私は、家族がひきこもるこどもを理解し向き合うための幾つかの要点を初回に伝えている。まず、来談した家族を労い、「ご家族自身が元気を取り戻すことがなにより大事ですよ」と伝える。家族向けのひきこもり教室やひきこもり親の会といった社会的資源を紹介する。そのうえで、「一言でひきこもりといっても多種多様です。精神疾患を患っている人もいますが、グレーゾーンの方もいます。病気があってもなくても、それぞれの方の特性・状況に応じた支援が必要になります。そのための専門外来がありますから、どこかのタイミングでO君に、私の外来を紹介してもらえればと思います」という具合に、A4一枚のメールアドレスの記された案内パンフを渡す。

O君の母親は、ひきこもり支援のための家族教室に通い始め、親の会の方々との交流も始まった。市民向けのひきこもり講演会に両親で参加したこともあった。『ミイラ取りがミイラになってはいけません。息子さん、娘さんのために、ご自身の人生をすべて犠牲にしていませんか？ 子どもにばかり目が向いていませんか？ お母さん！ たまには、お父さんと一緒にデートにでもいってみてください。きっと、ひきこもっている息子さん、娘さんにポジティブな変化が現れますから』と、フロアに向けて私は語りかけた。『ひきこもっている子どもにとって、両親が自分のためにすべてを犠牲にしていると感じることは、子どもたちにさらなる苦悩を与えかねません。ひきこもる子の苦悩をねぎらいつつ、自分の幸せを捨てないことも大事ですよ』とメッセージを送っている。(中略) こうしてO君の母親は、ひきこもる息子と新しい形で向き合いはじめ、家庭以外に緩やかなつながりの場を育み始めた。

こうした両親の変化が起爆剤としてO君に届いたのか、それから数ヶ月後、O君が私の外来に姿を現した。両親に連れられてきたO君は、『ほくはどこも悪くありませんから。ただ、ちょっと昼夜逆転しているくらいです』と、ぼそりと語り、黙り込んだ。(中略) 心理検査を含むアセスメントをかねた外来に通院してもらった。幻覚、妄想、抑うつ、不安はなく、いわゆる精神疾患の診

断基準は満たさず。強いて挙げるとすれば、回避性・シゾイドパーソナリティ障害の傾向をもつ人で、心理検査からは自己肯定感の低さが際立っていた。孤独感をみずから訴えることはなかったが、どこかO君の瞳の奥には、哀しみのようなものが感じられた。

私は、主治医として、まずは昼夜逆転の改善をめざす薬物療法を行うとともに、O君の社会復帰をスムーズにするために、ひきこもり支援センターや就労移行支援事業所などを紹介した。こうした活動を通じて、O君はビジネスマナーを一から学び、日本の会社で適応するための最低限のマナーを習得したようである。O君にはパーソナリティに働きかけるサイコセラピーが有効であろうと、アセスメント時点で判断しており、ある段階で、外部機関の臨床心理士による週一回ペースの精神分析的精神療法を導入した。サイコセラピーのなかで、親子関係、理想の自分、周りから求められる自分と現実の自分とのギャップをみつめる機会となり、ありのままの弱い自分の姿に向き合い始めた。集団精神療法にも一時期、参加した。多くのメンバーが最初は沈黙を苦痛に体験するが、O君は、沈黙でいることが平気なようであった。(中略) 結局、O君はどんな一流企業だって就職できるほどに回復したが、企業には就職せず、自宅でインターネット関連のサービスをときどき請け負うという仕事をするようになった。O君は今でも直接的な人づきあいが多いわけではなく仕事も自宅で可能なため、物理的にはひきこもっているが、昔のように母親に暴言を吐くO君ではなく、母親の誕生日にはプレゼントをするO青年になった。社会と関わることで少しずつ自信がつき、ひきこもりという自分の生き方を肯定的に捉えることができるようになり、「ポジティブなひきこもり青年」として自分の人生に輝きを見出すことができるようになったのである。(以上『みんなのひきこもり』より引用・改変)

おわりに

本稿では、ひきこもりの多面的評価に基づく具体的な支援法を紹介した。架空のO君の症例のように、個別性の高い支援を多職種・多機関の連携

により実践できるような体制が日本中に広まることで、ひきこもりの抜本的解決に繋がることを願っている。コロナ禍でニューノーマルと呼ばれる生活様式が新しい標準になるかもしれず、外出しないひきこもりはそれ自体では病的と呼ばれない時代に突入しようとしている。架空の症例O君はいまでもひきこもりがちであるが生きがいをもって働いている。精神医療はその時代社会の価値観に大きく揺り動かされる。ひきこもり臨床に限ったことではないが、より良い治療の実践に際して治療者は既存の価値判断にとらわれすぎない柔軟な態度を持つことも重要であろう。いまのコロナ禍は私たち臨床家にひきこもり治療のあるべき姿の再考を迫っているのかもしれない。

文 献

- 1) Hayakawa, K., Kato, T.A., Watabe, M., et al. : Blood biomarkers of Hikikomori, a severe social withdrawal syndrome. *Sci Rep*, 8 ; 2884, 2018.
- 2) Kato, T.A., Shinfuku, N., Sartorius, N., et al. : Are Japan's hikikomori and depression in young people spreading abroad? *Lancet*, 378 ; 1070, 2011.
- 3) Kato, T.A., Tateno, M., Shinfuku, N., et al. : Does the 'hikikomori' syndrome of social withdrawal exist outside Japan? A preliminary international investigation. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 47 ; 1061-1075, 2012.
- 4) Kato, T. A., Kanba, S., Teo, A. R. : Hikikomori : experience in Japan and international relevance. *World Psychiatry*, 17 ; 105-106, 2018.
- 5) Kato, T. A., Kanba, S., Teo, A. R. : Hikikomori : Multidimensional understanding, assessment, and future international perspectives. *Psychiatry Clin Neurosci*, 73; 427-440, 2019.
- 6) Kato, T. A., Kanba, S., Teo, A. R. : Defining pathological social withdrawal : proposed diagnostic criteria for hikikomori. *World Psychiatry*, 19 ; 116-117, 2020.
- 7) Kato, T.A., Sartorius, N., Shinfuku, N. : Forced social isolation due to COVID-19 and consequent mental health problems: Lessons from hikikomori. *Psychiatry Clin Neurosci*, 74 ; 506-507, 2020.
- 8) 加藤隆弘 : みんなのひきこもり. 木立の文庫, 京都, 2020.
- 9) Kondo, N., Sakai, M., Kuroda, Y., et al. : General condition of hikikomori (prolonged social withdrawal) in Japan : psychiatric diagnosis and outcome in mental health welfare centres. *The International journal of social psychiatry*, 59 ; 79-86, 2013.
- 10) Kubo, H., Urata, H., Sakai, M., et al. : Development of 5-day hikikomori intervention program for family members : A single-arm pilot trial. *Heliyon*, 6 ; e03011, 2020.

新型コロナウイルス感染症（COVID-19） 流行下におけるメンタルヘルス対策について

東北大学災害科学国際研究所 災害精神医学分野 國井 泰人

抄録：今般の新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）パンデミックは、これまで経験したいかなる自然災害よりも甚大な社会的混乱を引き起こし得る未曾有の公衆衛生上の危機である。我が国においても、今後長期的ストレスや急速な景気の悪化に伴う失業などの経済問題により、うつ病、適応障害、アルコール関連障害などの発症や再発・悪化及び自殺者数の増加、子どもの精神発達への影響などが懸念されており、現在直面しているメンタルヘルスの問題は極めて深刻である。COVID-19は今後も長期にわたる対策が必要と考えられ、いわゆる「With/Post コロナ」の社会におけるニューノーマルなメンタルヘルス対策を整備するためには、我が国が強みとしており、近年急速に発展している脳科学や人工知能（AI）、デジタルセンシングやバーチャルリアリティ等によえられるスマートヘルスの実装が欠かせない。本稿ではそれらを踏まえ、今後のメンタルヘルス対策の方向性について論じたい。

Key Word：COVID-19、メンタルヘルス、うつ病、自殺、スマートヘルス

はじめに

新型コロナウイルス感染症（以下、COVID-19）パンデミックは、これまでの自然災害と比して、より甚大な社会的混乱を導き、人々の日常生活に広範な影響を及ぼす未曾有の公衆衛生上の危機である。我が国では、現在第三波の真ただ中にあり、今なお終息が見えない現状において、我々が直面しているメンタルヘルスの問題は極めて深刻である⁷⁾。この感染症自体に対する恐怖や不安に加え、就労、就学や日常生活への影響と事態の進展予測の困難さは人々に極めて強いストレスをもたらす。また、社会的、身体的接触低減が要求される自粛的生活の長期化はメンタルヘルスの維持にとって重要な対人交流を阻害し、強い孤立感、孤独感を生むとともに、種々のストレス解消の機会を奪っている。世界各国でも、不安、抑うつ、ストレス関連症状、不眠、自傷、自殺企図等メンタルヘルスへの影響が多数報告されており¹⁾³⁾、長期的には心的外傷後ストレス障害（posttraumatic stress disorder: PTSD）、うつ病、適応障害、不安症、自殺の増加、既存の精神疾患の悪化等が懸念されている。

COVID-19パンデミックについては、今後も長期にわたる対策が必要と考えられ、そのことから我々は新たな生活様式や価値観を創出することを迫られており、メンタルヘルスの問題はそうした社会の転換と密接に関わる問題として検討する必要がある。この社会の転換は不可逆である可能性があり、「With/Post コロナ」の社会におけるニューノーマルなメンタルヘルス対策システムを早急に構築、整備しなければならない。コロナ後のニューノーマル社会がメンタルヘルスに配慮した社会であるためには、近年急速に発展している脳科学や人工知能（AI）、ロボット工学、情報通信技術を基盤とした在宅でのデジタルセンシングによる生体情報取得と評価やバーチャルリアリティ等による支援によえられるスマートヘルスの実装が欠かせない。本稿では、COVID-19に係るメンタルヘルス危機の状況及び現在のメンタルヘルス対策の状況と課題を踏まえた上で、今後のメンタルヘルス対策の方向性について述べる。

1. COVID-19流行のメンタルヘルスへの影響

今回の COVID-19 パンデミックは CBRNE

表1 自然災害と COVID-19の特徴とメンタルヘルスの対比

	自然災害	COVID-19
原因	地震・津波・台風など	新型コロナウイルス
五感での脅威の認知	容易	困難
災害の範囲	局地的	広域
災害の持続	一定期間、予測可能	長期間、予測困難
災害対策	避難	3密の回避、外出自粛、在宅勤務、休業等
社会経済への影響	限定的	甚大
ストレスの種類	急性ストレス>慢性ストレス	急性ストレス<慢性ストレス
スティグマ	ほとんどない	生じやすい
メンタルヘルスへの影響	被災した人々を中心に、不安、抑うつ、不眠などの急性ストレス反応、後に心的外傷後ストレス反応（PTSR）	罹患者・医療従事者を中心に一般市民まで広範囲の人々に影響。ストレスの長期化により、うつ病、依存症、DV、自殺など急増や子どもの発達への影響など、メンタルヘルス危機への発展
メンタルヘルス対応	時限付きの心のケアセンターを中心にアウトリーチ支援やサロン活動	遠隔メンタルヘルスを含む、脳科学やAI技術を活用した科学的根拠に基づくメンタルヘルス対応

(chemical, biological, radiological, nuclear, high-yield explosives ; 化学・生物・放射線物質・核・高性能爆発物)に起因する緊急事態を総称する特殊災害に分類される。これらの特殊災害は、地震や水害、台風等の自然災害に比し、五感で感知できず不確定な要素が多いため、不安や恐怖が強まりやすく、はるかに多くの社会的混乱を及ぼしていることが示唆されている（表1）。国連によれば、感染拡大後のアンケート調査で精神的苦痛を感じる人の比率が中国で35%、米国で45%、イランは60%に達したという。COVID-19パンデミックがもたらした社会経済への深刻な影響や段階的に状況変化する外出制限等の長期化で、今後はメンタルヘルスがさらに悪化する可能性が高い。これまで、COVID-19パンデミックのメンタルヘルスへの影響の特徴として以下のことが報告されてきている。

(1) 不安・恐怖

感染にまつわる不安・恐怖、経済・生活面での

不安、将来に対する不安等広範な不安恐怖が生じやすい。

(2) イライラ・落ち着かなさ

普段より落ち着かず、焦燥感や怒りを感じやすくなる。外出自粛や家族内ストレスの高まりを背景に、家庭内暴力（domestic violence : DV）や児童虐待の悪化や増加が懸念される。

(3) 睡眠への影響

感染予防のために外出を自粛し屋内で過ごす時間が長くなると、睡眠の問題が起こりやすい。

(4) 身体化、身体不定愁訴、健康不安

自身の健康状態に関する過度な不安から身体化、身体不定愁訴、健康不安等が生じやすい。

(5) うつ病・適応障害・不安症

感染症流行による経済・生活面への甚大で長期的な負の影響は抑うつ傾向を増悪させる要因となり、適応障害、うつ病の発症に繋がるリスクが大きいと考えられる。実際、米国の COVID-19 パンデミック中のうつ症状有病率の調査では、パン

デミック前と比し、3倍以上高いことが示唆されている²⁾。

不安と関連した精神疾患としては、汚染・洗浄に関する過剰な不安や恐怖（強迫症）、他者と対面することや交流することに関する過剰な不安や恐怖（社交不安症）、生活場面でのあらゆることに関する過剰な不安や心配（全般不安症）等を引き起こしたり、増悪させたりする可能性がある。

(6) 自殺（自死）

2000年代は3万人を超えていた我が国の自殺者数は2006年の自殺対策基本法制定により、相談・サポート体制が整備され2万人まで減少してきたが、COVID-19がもたらす経済面への甚大な悪影響による失業率の増加等で自殺者数の再増加が懸念される。実際、2020年7月以降4か月連続で、前年と比し自殺者数の増加が報告されている。

(7) アディクション問題

不安やフラストレーションを長期にわたって抱き続けたり、生活環境の変化に伴い目標や関心の対象を見失うことは、アルコールや喫煙、薬物等への物質関連障害、インターネットゲーム障害やギャンブル障害などの嗜癖性障害を誘発したり、増強したりする要因となるため、アディクションの問題には注意を払う必要がある。

(8) 精神疾患の発症・増悪

平常時は閾値下であった多数の人々が精神疾患を発症したり、精神疾患を患っていた、あるいは寛解状態にあった人が再発・悪化したりすることが指摘されている。また、強烈な社会不安が蔓延するパンデミック状況下において、突然で破局的な出来事として重篤なCOVID-19感染症罹患を体験あるいは目撃したり、感染症に関連する暴力的な迫害を受けたりする等その程度が顕著である場合、PTSDを発症することも想定される。

(9) その他

今回の感染症をめぐる状況は、期せずして感染症に罹患したことや限られた資源や情報の中で感染症の診療や対策に当たることで道徳的負傷（moral injury）⁸⁾を引き起こしやすく、また漏れ伝わる情報に暴露される医療従事者や市民における代理受傷（vicarious traumatization）⁴⁾の問題も懸念されている。

(10) メンタルヘルスへの影響を受けやすいハイリスク者

COVID-19パンデミックによってメンタルヘルスへの影響が大きいと考えられるハイリスク者として、1) 罹患者とその関係者 2) 医療従事者等 3) 子どもとその保護者 4) 高齢者 5) 女性、特に妊産婦 6) 学生 7) 既存の精神疾患を有する人 8) 収入減が著しい人 9) 外国人等、等が挙げられる⁵⁾⁶⁾⁹⁾。個々のハイリスク者の詳細については、日本精神神経学会を含む関連5学会のメンタルヘルス対策指針⁶⁾及び日本脳科学関連学会連合の緊急提言⁵⁾を参照されたい。休業要請及び営業時間短縮の要請の影響で、特に宿泊業、観光業、飲食業等の経営者・従業員を中心に収入減は深刻である。先述した、米国のCOVID-19パンデミック中のうつ症状有病率の調査でも、収入の少なさがうつ症状のリスクの高さと関連していた²⁾。

2. 日本におけるメンタルヘルス対策の現状と課題

このように、うつ病患者及び自殺者数の急増、アルコールなど物質関連障害及び嗜癖性障害の増加、DVや虐待、不登校の増加、精神疾患患者の状態悪化、子どもの精神発達への影響などが予測されており、すでに実際、我が国の医療現場においても、収入減や失職からうつ状態を来した例や、長期にわたる自粛生活によりストレス解消ができない状況への疲弊からうつ状態を来す例、既存の精神疾患の悪化から入院したりする例が増えている。また、コロナ禍の状況が直接的に原因とならずとも、コロナ禍以前より複数のストレス因を有し、心の問題を抱えながらも耐えていた人が、コロナ禍の状況によってうつ状態への閾値を超えてしまったというケースも目立つようになった。米国のCOVID-19パンデミック中のうつ症状有病率の調査でも、ストレス要因の多さがうつ症状のリスクの高さと関連しており²⁾、我が国でも同様の状況がうかがえる。したがって、受診していない人を含めると、想像以上にメンタルヘルス面の実害は拡がっている可能性がある。

これに対して日本政府は、感染対策、経済対策

表2 日本精神神経学会等による新型コロナウイルス感染症
(COVID-19) 流行下におけるメンタルヘルス対策指針の内容

I. 本指針の目的
II. COVID-19パンデミックがメンタルヘルスに及ぼす影響
III. 感染症流行の影響下にある地域社会への支援
IV. 罹患者や検疫対象者とその関係者へのメンタルヘルス支援
V. 感染症診療・感染症対策従事者への支援
VI. 子どもと、その保護者への支援
VII. その他のハイリスク者への支援
VIII. その他の諸問題
IX. 緊急のメンタルヘルス対応要請への対応
X. 遠隔メンタルヘルス・心理支援
XI. COVID-19とメンタルヘルスに関する研究動向
XII. 現在利用可能なメンタルヘルスサービス
XIII. 用語の解説
XIV. Appendix

には補正予算を組み対応しているが、COVID-19によるメンタルヘルスに関しては十分な対策ができていないといえない。従来からある保健所や精神保健福祉センター等の相談事業について予算化されているものの、予算枠は現在のメンタルヘルスの問題に対応し、状況を改善に向かわせるに足るものではない。これまでに、COVID-19に関するメンタルヘルス対策の方針は、日本精神神経学会を始め各学会等から提言、ガイドラインなど⁵⁾⁶⁾が多数発出されているものの、日本全体で系統的に取り組むべき方針が示されてきているとは言えない。そもそも、従来、本邦のメンタルヘルス対策は、各自治体や大学などの研究教育機関、公私の医療保健福祉機関、企業、NPO等が個々独自に行ってきたり、産官学が一体化して、地域とメンタルヘルスに関連する提供団体とを繋ぎ、地域の現状やニーズ、科学的な情報の集積・分析、最新の技術開発と実装化を結びつけてメンタルヘルスに取り組むという体制はほとんどなかった。東日本大震災後の心のケアセンターを中心とするメンタルヘルス対策においても、前記のような連携が被災社会でなされた実績は非常に限定的であった。

3. 今後のメンタルヘルス対策の方向性

個々のハイリスク者への支援の詳細について

は、日本精神神経学会を含む関連5学会のメンタルヘルス対策指針⁶⁾を参照されたい(表2)。COVID-19のメンタルヘルス対策を考える上で、我が国が経験した災害後のメンタルヘルス対策が参考になる。新潟中越沖地震、東日本大震災、熊本地震などの大規模災害後のメンタルヘルス支援として、時限付きの組織として設置される心のケアセンターを中心にアウトリーチ支援やサロン活動等のコミュニティ内での支援や地域のメンタルヘルス支援者に対する支援者支援等の活動が展開され、心理・社会的サポートにより一定の効果を示してきたが、精神保健関係者のマンパワーにも限界があり、科学的根拠に基づく評価法や予防、ケア、治療などの確立が求められている。さらにCOVID-19のような従来の災害とは異なり感染症流行下においては物理的距離を保つことが必要となる等新たな対応が必要となる。研究教育組織や民間組織が早々に遠隔支援や遠隔の情報意思交換のシステムを導入したのに対し、行政や既存の公的精神保健センターでは遠隔システムの導入が進んでいないところが多く、精神保健サービスの提供が停滞している。

我が国では今まさにCOVID-19の第3波の最中にあり、今後ますますその影響は社会の多層に及んで多様に出てくると考えられ、従来の精神保健福祉行政の体制や方法論では対応が困難と考え

られる。近年、急速に発展を遂げてきている情報科学技術、自覚・他覚が困難な COVID-19 流行の心身への影響を捉えるバイオセンシング技術、複雑な情報から支援に有効な情報を識別する人工知能 (artificial intelligence: AI) 技術などを効果的に導入することは、現状を打開し、今後の本邦の精神保健福祉の体制を構築する上で重要と考えられる。その過程で、様々な情報 (心理検査、神経生理、脳画像等) をデータベース化する体制を整備し、近年、急速に進展を遂げてきている脳科学領域の知見を反映し、科学的エビデンスに基づくメンタルヘルス対策を講じることが可能になると考えられる。そのためには、従来のように、地方行政や各地域の精神保健センターのみで閉じた精神保健施策を企画・実施することなく、産官学が一体となって、大学などの教育研究機関、企業などを巻き込んだ施策の企画・実施を行うことが望まれる。今般の COVID-19 によるメンタルヘルス問題に迅速に対応するためには、まずはバーチャルな体制を構築することで、従来のような受動的な相談業務中心の支援ではなく、地域社会の実情に即して、最新技術や知見を活用した有効な支援を提供することなどこの領域におけるスマートヘルスの実現が求められる。

おわりに

COVID-19 流行下におけるメンタルヘルス対策の概要について報告した。我が国では現在 COVID-19 流行第 3 波の真ただ中にあり、その終息はいまだ見えず長期化が予測される中、メンタルヘルスへの広範な影響が懸念される。我々は新たな生活様式や価値観を創出することを迫られており、メンタルヘルスの問題はそうした社会の転換と密接に関わる問題として検討されるべきだろう。今後 With/Post コロナ時代のニューノーマル社会において、精神医学へのニーズはかつてないほど高まると考えられ、それに対応するべく、情報技術、脳科学を効果的に活用し、遠隔メンタルヘルスの加速など精神医療の構造を変革する好機であるともいえる。

謝辞

本稿は、2020 年度三菱財団自然科学研究特別助成「新型コロナウイルス等感染症に関する学術研究助成」「新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下におけるメンタルヘルス実態に関する包括的検討」の取り組みの一環として執筆された。

文 献

- 1) Brooks SK, Webster RK, Smith LE, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it : rapid review of the evidence. *Lancet*, 14 : 395 (10227) : 912-920, 2020.
- 2) Ettman CK, Abdalla SM, Cohen GH, et al. Prevalence of Depression Symptoms in US Adults Before and During the COVID-19 Pandemic. *JAMA Netw Open*, 3(9) : e2019686, 2020.
- 3) Gunnell D, Appleby L, Arensman E, et al. Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiat*, 7(6) : 468-471, 2020.
- 4) Li Z, Ge J, Yang M, et al. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun*, 88 : 916-919, 2020.
- 5) 日本脳科学関連学会連合. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) に係るメンタルヘルス危機とその脳科学に基づく対策の必要性 (2020 年 6 月 25 日 公開) <http://www.brainscience-union.jp/wp/wp-content/uploads/2020/06/55efa57a57fa6425faeccea99e9a7527.pdf>
- 6) 日本精神神経学会, 日本児童青年精神医学会, 日本災害医学会, 日本総合病院精神医学会, 日本トラウマティック・ストレス学会. 新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 流行下におけるメンタルヘルス対策指針第 1 版 (2020 年 6 月 25 日 公開) https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/COVID-19_20200625r.pdf
- 7) Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *N Engl J Med*, 383(6) : 510-512, 2020.
- 8) 重村淳. 道徳的負傷 (moral injury). *トラウマティック・ストレス*, 16(2)94-95, 2018.
- 9) Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, et al. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan : Mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci*. 74(4) : 281-282, 2020.

精神症状学の基本問題

—方法論としての全体論、構造分析そして単一精神病—

国際医療福祉大学小田原保健医療学部 作業療法学科 古城 慶子

Three methodologies to understand human mind : holism,
structural analysis and unitary psychosis

Keiko KOJO

Department of Occupational Therapy, International University of Health
and Welfare School of Health Sciences at Odawara

抄録：提出した主題は精神医学の基本問題の最重要課題の一つとして、今回改めて「人のこころがわかる方法を探求する」という精神症状学の基本問題に立ち戻った。それによって従来の精神症状学のあり方を見直し、精神症状学が入り込んでいる迷路からの脱却を試みた。精神症状とは何か、精神症状（現象）の特質に即した精神症状学のあり方とは何か、という問いに答えるために、現象学的取り扱い方と存在論的取り扱い方との相違を区別し、現象自体を扱う現象学的観点の重要性を強調した。この観点のもとで現象の特質を時空的变化性、連続性、全体性と構造として特徴づけた。精神症状学の独自の課題は人間という現象（対象）の特質をどのようにして見出すか、それが臨床精神科医の第一の課題であり、対象の特質である連続的变化性を見出す方法論として全体論的構造分析の重要性を改めて確認した。全体論的構造分析の研究の今日までの展開が単一精神病論者であることは、単一精神病論が精神病的生起を全体的構造の時間的展開としてみえていく立場にほかならなかったからであった。

全体論的構造分析の観点は横断面病像だけに適応されるものではなく、精神医学の対象の特質が現象学的連続性を有していることから、縦断面での構造分析が必然的に要請されることに論及した。「連続的变化の精神病理学」という要請であった。それを「経過の精神病理学」と命名しておいた。筆者らはこれまで症状学的3次元（生命と自我とから成るとするKlage, L.の人格の概念に依拠した感情推進面としての生命学的次元、自我機能の側面としての自我意識障害の次元、自我反動的側面としての性格学的次元）設定による長期経過研究を通して、内因性精神病的症状学の横断的あるいは縦断的脈絡での「経過の精神病理学」の試みを症例へと適応してきた。それによって変わるものの変わり方の方法論的基礎に3つの鍵概念（全体論、構造分析、単一精神病論）が重要な役割を果たしていることを確認してきた。今後も資料（症例）の蓄積を通じて、経過の精神病理学へ3つの概念がどのように寄与できるか、その展開可能性を検証していく必要性に言及した。

Key words : psychiatric symptomatology, holism, structural analysis, unitary psychosis, psychopathological issues

[目次]

序論

1. 精神症状学における3つの方法論再考

1) 全体論

2) 構造分析

3) 単一精神病

2. 3つの観点に通底する精神病理学的意味の探求とその今日的意義について

3. 3つの方法論の「経過（変化）の精神病理学」に向けての展開可能性について

結論

序論

ここで扱うテーマは精神医学の大きな課題であり、特に副題に示す「全体論」、「構造分析」そして「単一精神病」をめぐることは、筆者には精神症状学の方法論の鍵概念ともいえるべき重要な観点として、それぞれについては繰り返し言及してきた。今回改めて「人のこころがわかる方法を探求する」という観点に立ち戻って、従来の精神症状学のあり方^{32,35)}を見直し、批判的展望をも含めて精神症状学が入り込んでいる迷路からの脱却の道を求めたい。

精神症状評価のあり方についての過去の対立を含む2つの立場、それは症状の取り扱いの上からは「要素主義」と「全体論」、現象への態度の上からは「存在論」と「現象学」との対立である。「全体論と現象学的認識方向」とは、全体性あるいは変化性といった現象そのものの特質に沿って現象それ自体の内実を明らかにしようとする立場を指す。「要素主義的と存在論的認識方向」においては、現象の背後あるいは基盤に、変わらないものとしての存在論的基体を要請することが第一の課題になる。現象（症状）自体は基体研究のための、要素的に規定された標識として扱われるだけである。これら全体論的現象学と要素主義的存在論との2つの立場が精神医学の領域で具体的にどのように実現されているか、それには歴史的に根深い「単一精神病論」と「疾病単位論」との論争を取り上げることが包括的視点を与えてくれるように思われる。

単一精神病論の基本的観点²⁷⁾は、精神病的生起を特定の生物学的基体に還元することが不可能であるとし、それをいくつかの基本的状態像の連続的継起、変化する状態像としてみていくというものであった。それに対して疾病単位論⁹⁾は、精神病的現象の基盤を成す生物学的基体を求め、現実には満たされない疾病単位への要請を、その代理物としての臨床類型（病像経過複合）に置き換えて、それを精神病的諸現象の基体とみなしている。

ここで明らかになるのは2つの立場における状態像と経過の関係の違いである。単一精神病論では個々の基本的状態像はその後の推移を規定する

ものとして出されているわけではない。疾病単位論あるいは類型診断は状態像とともにその経過（さらには変化の動因）をも常に基体的なるものの特質の現れと見ようとする。つまり一定の状態像は基体の特質の結果現象として、同時に経過を予測させるものでなければならない。しかしそのような期待を満足させてくれる臨床類型は現在まで見出されていない。実はこの2つの方向の差は、すでに基本的状態像の評価あるいは精神症状の評価において明らかになっているのである。

以上を前置きして、目次に示す3つの論点に沿って検討する。まず第1に副題に示す精神症状学における3つの方法論的観点を再考する。第2に3つに通底する精神病理学的意味を探ることによって、精神症状学の方法論としてのそれら3つの観点の今日的意義について言及する。第3に3つの方法論の「経過（変化するもの）の精神病理学」に向けての展開可能性について論及する。

1. 精神症状学における3つの方法論再考

1) 全体論

基本的状態像、精神症状そのものの特質を明らかにしようとする現象学的観点から見出された事実として、次の所見が挙げられる。病因（基体的疾病単位）の非連続性に対して、諸状態像、諸精神症状が連続的なものであること、個々の状態像が全体性を有すること、それが一定の構造を持つこと、そしてそれら状態像の病因非特異性である。

心理学における全体論的観点^{6,7)}は、心的事象を要素に分析し、それを結合し構成しようとする要素心理学的研究によっては、心的事象の全体性を解明できないという反省から生まれたものである。それはまた、「構造連関」という言葉で、心的生命の基本的事実固有する事態、その全体性性格を表示しようとした Dilthey, W.³¹⁾の構想を受けてのことであった。彼の構想は自然科学とは独立した精神（人文）科学を確立することを目指していた。

2) 構造分析

構造心理学としてまとめられるゲシュタルト心理学、発生論的全体心理学はそれぞれ精神科領域

へと援用されつつ発展してきた。そこで共有される心的事象の最も基本的な認識は、Krueger, F.^{29,30)}によれば次のようにまとめられる。

- a) 生命的体験としての心的事象は直接的一次的所与としての全体的性格を有する（この全体は部分の総和とは異なるか、それ以上のものである）。
 - b) 部分は全体の特殊性格を反映する（体験の全体の特殊性質が初めにあり、これらの性質は常に部分自体の性質として明瞭に知覚される）。
 - c) この部分や相異なる側面は、構造として互いに組織された一全体を成し、それぞれがこの全体に直接連係している（構造とは存在するものの分節された内的にまとまりを持った全体である）。
 - d) 構造は発展する（Dilthey³¹⁾にとって発展とは成長する構造的なものを意味する）。
- 心的事象の全体性とその構造の展開という全体論の心理学を精神医学の領域へ援用展開しようとする試みは、精神病理学の領域を中心に進められてきた。

精神症状に構造を求める試みは、晩年のKraepelin, E.²⁸⁾の外的資料の収集と整理から、内的連関の理解へ向かう展開に現れている。様々な精神病像を、人格に内在する進化論的既製装置の成層構造が、種々の原因によって解体の段階に応じて露呈された非特異的なものとして理解しようとした。しかし「構造分析」という視点を初めて明瞭に提示したのはBirnbaum, K.²⁾である。彼はKaepelinの時代の臨床記載の研究の一つの発展として構成論をとらえ、力動的発生論の方向を持つ臨床的構造論、連関論を提出した。「精神疾患構成上本質的なのは、これらの諸成分や諸部分がその折毎の臨床的価値と疾病学的意味に相応しつつ全体の枠内で一定の秩序におかれていることである」という全体論的観点を示しつつ、病態発生因子Pathogenetikと病像賦形因子Pathoplastik、人格と精神疾患との絡み合いとして精神病をみていこうとする¹⁹⁾。

全体論的構造分析的研究のその後の展開としては、Conrad, K.⁶⁾のゲシュタルト分析、Janzarik, W.^{11,12,21)}の構造力動論、Huber, G.¹⁰⁾の基底障

害に基盤を置く精神症状学、本邦での千谷の躁うつ病の病態学³⁾とうつ病の構造分析⁴⁾、柴田の躁状態の症状構造論³³⁾、赤田の内因性精神病の病態分析¹⁾が代表的である。これらの研究者が多かれ少なかれ単一精病論者^{5,7,26)}であることは偶然ではない。

3) 単一精神病

単一精神病論^{8,27)}とは、精神病的生起を「全体的構造」の時間的展開としてみていく立場にほかならない。ここで残される問題は、全体論的構造分析的な共通の接近方向にありながら、構造として取り出されてくるものは、きわめて多様な形態を示しているということである。構造は任意の思考可能性ではない。「構造は体験される」（Dilthey）のである。ここに、体験に基づいて体験構造のあり方を検討するという方法が、共有可能な体験構造の現実に向ける道として示されるのである。

2. 3つの観点に通底する精神病理学的意味の探求とその今日的意義について

精神症状学の対象、つまり現象としての人間は、全体性と構造型性を有し、時空的なものとして発展変化するものである。

精神症状学の基本的観点は、最も全体的な観点、つまり世界の中で世界と交流しつつ、外的内的動因の影響下に変化する人間のあり方をみていくところに求められる。内的外的動因の交流的体験のあり方をみることによって、やがて変化の動因の評価も精神症状学の課題となり得る。状態像、精神症状の病因非特異性は、精神症状が体験変化の現れであるという立場からみると、容易に理解される。あらゆる動因は、それが人格にとっての体験になり得る限りで、精神症状を現し得るものだからであり、人格の体験構造の共通性に基づいて、基本構造を共有するものだからである。精神症状は無論、動因の直接的表現ではあり得ない。そこで原型ともいふべき、展開された人格の基本的あり方を明らかにしなければならない。

このような包括的問題に対する経験的要請と、原理的要請との双方には「生命性の中核層にまで

透徹する人間性情の分析」(Klages, L.¹⁴⁾)。によってのみ応え得ると思われるために、筆者らはこれまで、Klages の生命論的人間観と世界観^{13, 14, 20)}によって、明らかにしてきた。

Klages の生命論的人間観と世界観(生の哲学的人間学²⁵⁾)によると、人格には、世界、現実時空の変化とともに変わる部分と、その変化に抵抗し、それを何か変わらないものにしようとする二つの働きが、時に協調的に、しかし基本的には当然対立するものとして備わっている。前者を生命と呼び、後者を自我(生命に闖入した精神)と呼ぶ。

人間はまず生きて体験し、その上で判断し行動しているのであって、その逆ではない。判断も行為もしていない(自我の働きとは無関係な)人間の生、体験過程は存在する(例えば睡眠中も体験過程は働いている)。生命的事実は自我の働きに間違いなく先行する。自我は生命に依存している。生命としての人間は現実という全体の部分であり、その限りで全体の持つ性質を共有している。

現実とは分割不可能な時空的全一性である。現実の時間と空間は分けることはできない。時間と空間とは一つの現実の極性的分化の現れである。極性分化とは、一つのものが分化する場合、一方がなければ他方も成立しないという連関におかれた分化のあり方であり、無論、時間のない空間も空間のない時間もあり得ない。極性分化こそ全体の諸部分の連関の基本的あり方であって、この全体の中での諸部分の連関のありようを構造²⁹⁾と呼ぶのである。

現実是一个の全体として相互連関的な諸部分—それは体験可能な質的形体性として極性分化している一からなり、構造を有し、それは唯一一回限りのものとして、絶え間ない、しかしリズム的な変化の中に置かれ生成発展する過程である。

Klages の人間学によれば、人間の「生命」は心情と肉体の極性連関にある体験過程である。現実が体験過程と体験内容に極性的に分化しており、元来一つのものとして部分の連関を同時体得して含んでいるという事実に基づいて、個体生命たる人間は、現実を現実として認知する。心情的体験過程は観得(Schauen)と造形推進に、肉体

的体験過程は感覚と運動推進に極性分化している。

生命に対して、それ自体は非時空的で質を持たない空虚な一様性、無であるところの「精神」は、生命としての人間の肉体と結びつくことによって現象体としての「自我」となる。自我は生命を前提にして生命なしには自我は働かない。それも肉体の覚醒状態において初めて作用可能になるに過ぎない。自我自体の作用は理解(把握)作用としての判断と意志行為として現れるが、その作用はすべて反現実的な働きとして示される。判断とは、それ自体は理解作用とは異質で体得されるよりない現実を、理解可能なものとしようとする意志であり、それは体得の内実、意味単位を概念化し不変なものとして固定する。しかし概念の内実は体得されていない限り伝達不能である。自我自体は体験不能である。

人格における生命的体験構造と自我作用の特質を対比させてまとめると、次のようになる。

生命的体験構造は、現実それ自体の一部であり、質的に同質のものとして現実の諸特質を体得する。それは時空的連続性、変化性、全体性と構造連関、質性(情動的牽引を伴う意味性)、唯一性と一回性などである。

それに対して自我は、反現実的作用として現実に働きかけ、現実を理解可能、利用可能なものと変化させようとする。自我の作用は判断(把握)と意志行為を通じて発揮され、現実を変化しない存在的なものとして対象化し、連関を奪って、要素として孤立させる。現実の生起を因果律として説明する。自己同一的反復が実現される。

このようにみえてくると、要素主義と全体論、現象学と存在論として挙げた精神症状学の2つのあり方が、生命的体得と自我の理解作用という人格の基本的あり方と密接に関連していることがわかる。

3. 3つの方法論の「経過(変化)の精神病理学」に向けての展開可能性について

論点1および論点2を通じて、精神症状とは何か、精神症状(現象)の特質に即した精神症状学のあり方とは何か、という問いに答えるために、現象学的と存在論的な取り扱いを区別し、現象自

体を取り扱う現象学的観点の重要性を強調してきた。この観点のもとで現象の特質を時空的变化性、連続性、全体性と構造として特徴づけることができた。

この現象の特質の由来とその認知可能性、さらに存在論的取り扱いを根拠づけるために、人格は、現実界の分化した一部としての個体生命と、反現実を特質とする自我とからなるという Klages の人間観を呈示し、生命的体得過程と自我の理解作用とをこれらの認識の基盤として示した。

精神症状学が現実的なものであるためには、全体論的構造分析的なものでなければならないことを、現象の体得的認識を指示的に概念化する精神症状学の唯一のあり方として示してきた。

実地临床上は、全体論的構造分析的観点は、横断面での病像（状態像）だけに適応されるものではなく、精神医学の対象の性質が現象学的連続性を有していることから、諸状態像（諸病像）つまり症状学的カテゴリー間の差異性（非連続性）を貫く意味の探求が必然的に要請される。その要請とは「連続的变化の精神病理学（経過の精神病理学）」である。

経過の精神病理学に向けても、生命と自我とから成るとする Klages の人格の概念¹³⁾に依拠して、それに基づき、自我的機能障害（自我意識障害の次元）と感情推進（情緒行為）障害（生命学的次元）との2つの側面、それに自我反応的側面（性格学的次元）を加えた症状学的3次元を設定することによって縦断面での構造分析^{16,18,34)}を試みてきた。

筆者らの症状学的3次元設定による長期経過研究を通して、内因性精神病の症状学の横断的あるいは縦断的脈絡での「経過（変化するもの）の精神病理学」の試みを発表あるいは論文化^{23,24)}してきた。そこでは、全体論、構造分析という方法論が織り込まれ、単一精神病の立場を傍証^{15,17,22)}する結果にもなった。

ここでもまた「変わるものの変わり方の方法論的基礎」に3つの鍵概念（全体論、構造分析、単一精神病論）が重要な役割を果たしていることを改めて確認できたように思われる。

これまで筆者らの症状学的3次元設定の試みを症例に適応してきたが、今後も資料の蓄積を通じて経過の精神病理学へどのように寄与できるか、あるいは批判的展望も含めて、その展開可能性を検証していきたい。

結論

精神症状学の独自の課題は人間という現象（対象）の特質をどのようにして見出すか、それが臨床精神科医の第一の課題であり、対象の特質である連続的变化性を見出す方法論として、全体論的構造分析の重要性を改めて確認した。

全体論的構造分析的研究の今日までの展開が多少とも単一精神病論者であることは偶然ではなかった。単一精神病論とは精神病的生起を全体的構造の時間的展開としてみていく立場にほかならなかったからである。経過の精神病理学の方法論に全体論、構造分析、単一精神病の観点が寄与している理由はこの点にあった。

ここで残される問題は、全体論的構造分析的な共通の接近方向にありながら、構造として取り出されてくるものは多彩な形態を示しているということであった。構造は任意の思考可能性ではなく、構造は体験されるのであり、ここに体験に基づいて体験構造のあり方を検討するという方法が、共有可能な体験構造の現実に迫る道として示された。精神症状とは何か、精神症状の特質に即した精神症状学のあり方とは何かという問いは、ここに糸口をみいださなければならないことを強調して結びとする。

本稿の要旨については第40回日本精神病理学会（2017年、仙台）において発表した。

COI：本論文に関する利益相反はない。

文 献

- 1) 赤田豊治：Klages 性格学による内因性精神病の構造試案. 精神医学研究, 2: 54-59, 1982.
- 2) Birnbaum, K.: Der Aufbau der Psychose. Grundzüge der psychiatrischen Strukturanalyse. In: Bumke, O. (Hrsg.) Handbuch der Geisteskrankheit. Bd. V/1.

- Springer, Berlin, pp1-8, 1928 (千谷七郎訳:「古典紹介」Der Aufbau der Psychose. 精神医学, 17: 975-991, 1975).
- 3) 千谷七郎: 躁鬱病の病態学. 精神神経誌, 60: 1164-1183, 1958.
- 4) 千谷七郎: うつ病像の構造分析. 精神医学, 3: 252-266, 1961.
- 5) Chidani, Shi.: Umkehr zur endogenen "Einheitspsychose". Schweiz Archiv. f. Neurol. Neurochir. u. Psychiatr. 112: 314-322, 1973.
- 6) Conrad, K.: Ganzheitspsychologie. Fortschr. Neurol. Psychiatr., 15: 131-162, 1942.
- 7) Conrad, K.: Das Problems der "nosologischen Einheit" in der Psychiatrie. Nervenarzt, 30: 488-494, 1959.
- 8) Griesinger, W.: Vortrag zur Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Berlin am 2. Mai 1867. Arch. Psychiat. Nervenkr., 1: 143-158, 1868/1869.
- 9) Hoff, P. (那須弘之訳): クレペリンと精神医学. 星和書店, 東京, 1996.
- 10) Huber, G.: Psychiatrie. Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. 5. Aufl., Schattauer, Stuttgart-New York, 1994.
- 11) Janzarik, W.: Dynamische Grundkonstellationen in endogenen Psychosen. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1959.
- 12) Janzarik, W.: Strukturdynamische Grundlagen der Psychiatrie. Enke, Stuttgart, 1988 (岩井一正, 古城慶子, 西村勝治訳: 精神医学の構造力動的基礎. 学樹書院, 東京, 1996).
- 13) Klages, L.: Die Grundlagen der Charakterkunde. Bouvier, Bonn-Berlin, 1951 (赤田豊治訳: 性格学の基礎. うぶすな書院, 東京, 1991).
- 14) Klages, L.: Der Geist als Widersacher der Seele. Bouvier, Bonn, 1929-1932 (千谷七郎, 吉増克實, 平澤伸一訳: 心情の敵対者としての精神. 全3巻4冊本. うぶすな書院, 東京, 2008 [1954年の原著第3版の訳]).
- 15) 古城慶子, 山崎友子, 加茂登志子ほか: 長期経過観察に基づく精神分裂病におけるうつ状態の検討. 精神医学研究, 6: 106-117, 1986.
- 16) 古城慶子: 慢性化病像における恋愛妄想主題の構造分析—陰性構造と観念情動性妄想作業との相互連関について—. 臨床精神病理, 19: 147-162, 1998.
- 17) 古城慶子, 平澤伸一, 加茂登志子ほか: 精神分裂病の縦断的研究からみた認知障害 (BSABS). 精神医学研究, 11: 172-185, 1998.
- 18) 古城慶子: 構造力動論の精神病理学総論への寄与 第2部 構造力動論からみた精神分裂病症候群の諸水準—診断学的、症状学的そして精神病理学的水準での精神分裂病. 臨床精神病理, 22: 147-162, 2001.
- 19) 古城慶子: 構造力動論の精神病理学総論への寄与 第3部 精神症状群の症状構成論的観点からの構造力動論—Birnbbaum, K., 千谷七郎, Janzarik, W. の構造分析の視点—. 臨床精神病理, 22: 201-218, 2001.
- 20) 古城慶子: 精神医学の人間学論考—精神医学から人間を見るとは何を意味するか—. 福岡行動医誌, 15: 60-74, 2008.
- 21) 古城慶子: Janzarik の構造力動論からみた統合失調症. Schizophrenia Frontier, 10: 95-99, 2009.
- 22) Kojo, K., Sakamoto, K., Ishigooka, J.: Comparison of symptoms, medications, and outcomes between post-psychotic and monopolar/bipolar depression in a long-term follow-up study. J. Tokyo. Wom. Med. Univ., 83: 29-37, 2013.
- 23) Kojo, K., Iwai, K.: How does chronicity occur? The psychopathology of classic defect schizophrenic syndromes. J. Tokyo. Wom. Med. Univ., 86 (Extral): E10-E14, 2016.
- 24) 古城慶子: 変わるものの変わり方の探求法への関心—変化するものの精神病理学への道. 福岡行動医誌, 24: 23-29, 2017.
- 25) 古城慶子: 「生の哲学的人間学」(ルードヴィヒ・クラエゲス)の精神症状学への寄与について. 福岡行動医誌, 25: 65-72, 2018.
- 26) 古城慶子: 追悼・Werner Janzarik 教授 (1920～2019). 臨床精神病理, 40: 255-262, 2019.
- 27) 古城慶子: 単一精神病学説の歴史. 精神医学, 62: 847-854, 2020.
- 28) Kraepelin, E.: Die Erscheinungen des Irreseins. Zschr. f. Ges. Neur. u. Psychiatr., 62: 1-29, 1920.
- 29) Krueger, F.: Der Strukturbegriff in der Psychologie. 2. Aufl., Jena, Leipzig, 1923.
- 30) Krueger, F.: Zur Philosophie und Psychologie der Ganzheit. Springer, Berlin-Göttingen-Heidelberg, 1953.
- 31) 西村皓, 牧野英二, 舟山俊明編: デイルタイと現代—歴史的理性批判. 法政大学出版局, 東京, 2001.
- 32) Schneider, K.: Klinische Psychopathologie. 13. unveränderte Aufl. mit einem Kommentar von Gerd Huber und Gisela Gross, Thieme, Stuttgart-New York, 1987.
- 33) 柴田収一: 症状構造論. 飯田眞編: 躁鬱病. 国際医書出版, 東京, pp231-243, 1983.
- 34) 内出容子, 古城慶子: 急性精神病で始まった35年経過の女性症例—病像変化の縦断的構造分析. 東女医大誌, 86 (臨時増刊1号): E109-E119, 2016.
- 35) 吉増克實: 精神医学における純粋症状学の役割—方法論の提唱—. 東女子医大誌, 58: 1256-1269, 1988.

当事者・家族が望む精神科医療とは？ 当事者・家族・精神科医の3つの立場を持つ私から伝えたいこと

やきつべの怪診療所 夏莉 郁子

和文抄録

筆者は、統合失調症の母親を持つ家族であり、自身も精神科に通院していた当事者である。現在は児童・思春期を専門とする開業医をしているが、自身の来歴を公表するまでに30年余の時間を要した。精神科医療の専門家こそが精神疾患への偏見を持っていることを、自身の行為から実感する。

家族・当事者としての体験は筆者に精神医学へのルサンチマンを形成したが、公表後、多くの方が筆者の話聞いてくれたことで、筆者は「承認された」と感じる事ができた。2015年に筆者が実施した全国調査「当事者・家族は精神科医の診察態度をどのように評価しているか」について、7,234人の回答があった。調査では精神科医の診察態度について8割近くが「良い」と評価していたものの、「話を聞いてほしい」という希望が多く人手や時間がない中での一層の努力が求められる結果であった。当事者・家族が望む精神科医療の実現には何が必要か、自由記述の結果も合わせて紹介する。

Key words : clinical attitudes of psychiatrist, communications skills, patient-doctor relationship, stigma, self-reported questionnaire

はじめに

筆者は統合失調症の母親を持つ家族であり、自身も医学生時代から7年間、精神科に通院し薬物療法を受けた当事者である。紆余曲折を経て、現在は精神科クリニックの開業医として児童・思春期の方々の診療に当たっている。

筆者は自身の来歴を30年間伏せてきたが、9年前に公表した。公表した理由は2つある。1つは、筆者と同じ統合失調症の母親を持つ漫画家中村ユキに触発されたからだ。中村の「わが家の母はビョーキです」²⁾は、統合失調症患者との具体的な生活を家族が実名で書いた本邦では初めての書籍だろう。筆者は偶然手にしたこの本を読み、涙が止まらなかった。すぐ出版社に手紙を出し、作者に会わせてほしいと懇願した。中村との出会いにより、筆者の中で頑なに閉ざされてきた「誰かに話したい」「承認されたい」という思いが一気に解放された気がした。中村に会ったその数か月後に、第50回日本児童青年精神医学総会で、筆者は母親のことを事例とした症例報告を発表し、

それは論文³⁾として精神神経誌に掲載された。この論文を読んだ筆者と同じく統合失調症の母親を持つ精神科医、糸川昌成から筆者に手紙が送られてきた。この流れは、筆者が中村と出会った時の再現とも言える。筆者と糸川はともに精神科医であるが、母親が亡くなってからやっと公表できた。2人に公表のきっかけを作ったのは、精神科医療の専門家ではない中村だった。「精神疾患に最も偏見を持っているのは、精神科医療の専門家ではないだろうか」、よく聞かれる話が全くの見当違いではないことを、筆者や糸川の行動から実感する。

公表した2つ目の理由は、筆者の年齢の影響である。筆者が恩師と仰いでいる本邦の終末期医療の先駆者、柏木¹⁾は「人が安らかに死ぬためには、3つの和解が必要である。1つは自分自身との和解、2つ目は親や身近な人との和解、3つ目は超越者との和解である」と述べている。筆者は適切とは言い難い精神科医療を受けてきたことに「恨み」に近い感情を持っていた。親や精神医学

へのルサンチマンである。最近まで自分の活動の目的は『精神科医療を良くしたい』という普遍な理由だと思っていたが、当事者活動や自助グループに参加したことで、自身の活動のエネルギーの根底にはルサンチマンがあることを認められるようになった。公表時56歳だった筆者は人生の終わりが見える年齢となり、墓場まで恨みの感情を持っていきたくないと思うようになっていた。公表という行為の中に、自身や親・精神医学との和解を望む気持ちがあったのかもしれない。筆者がもっと若い頃に中村と出会ったとしたら、中村の存在がこれほど筆者を動かすことはなかっただろうと考えている。

本稿では、前記のような経緯を経て「当事者・家族・精神科医」の3つの立場を公表した筆者から皆様へ、「当事者・家族が望む精神科医療とは何か」をお伝えする。

1. 筆者の個人史から

1) 精神医学へのルサンチマン

筆者の母が治療を受けたのは、50年前（昭和40年頃）である。筆者自身も、医学部5年から精神科にかかり長期に薬物療法を受けた。詳細は拙書⁴⁾を参照されたい。

昭和40年当時は現在よりはるかに精神疾患への偏見が強く精神科病院が大量増産された時代であり、当事者・家族の人権も軽んじられていた。治療は第一世代の抗精神病薬だけで、心理社会的治療や家族支援など全くなかった。現在は薬物療法も進歩し認知行動療法などの心理社会的治療も増え治療選択肢も広がっているが、本当に精神医学・精神科医療は変わったのだろうか。

筆者が、公表後によく聞かれる質問がある。「夏苺さんが子ども時代にしておしかった支援は何ですか？」という質問だが、これに対する筆者の答えは、現在の精神医学を前にしても50年前と同じである。統計上の数字ではなく一人の当事者・家族の体験であり一般化はできないが、体験は事実である。

質問に対する筆者の答えは「一番の願いは、母を治してくれる1錠の薬が欲しい」である。「病

気だと言われ何度も入院して毎日薬も飲んでいるのに、どうして母は治らないのだろうか？」「医者には、どうして治る薬を出してくれないのだろうか？」、筆者と同じ疑問を現代に生きる当事者・家族も持っているのではないだろうか。筆者の二番目の願いは「生活支援」である。強迫症状のあった母は物を捨てず家の中はごみ屋敷同然だった。清潔な部屋、洗った衣服、偏りのない食事、学校に行く持ち物などを援助してほしかった。きれいな診察室で何度話を聞いてもらっても、空腹は解決しない。洗濯していない服で学校へ行けばいじめられる。母は診察の前日だけは入浴して服も着替えて病院へ行くので、担当医は母の実際の生活には気づかなかった。気づかないというより、患者の日常生活や家族の様子には全く関心を持たなかった。

筆者は青年期になり、自身が精神科に通院する患者となった。

処方された薬の副作用が酷く医師国家試験の勉強が全く頭に入らないため、薬を駅のゴミ箱に全部捨ててしまったことがあった。何とか卒業し、担当医だった教授の温情で精神医学教室の医局員にさせてもらったが、そこでも外来診療の日に大量服薬をして倒れたことがあった。現在なら、そんな筆者を雇ってくれるところはないので本当に感謝している。しかし、いつも言われるのは「薬を飲んでいるか？」だった。薬を捨ててしまった経緯があるので仕方ないが、何をやっても「薬」と言われるのは不本意だった。自分は薬が一番先に来る人間なのかと哀しくなり、治療意欲は低下した。「なぜ、薬を飲まなくてはいけないのか？」「もっと、副作用の少ない薬に変更できないのか？」…こうした、当たり前の質問を筆者は担当医に聞けなかった。医師に質問など、考えられない時代だった。筆者の活動の根底にあるルサンチマンは、このような家族・当事者としての経験から生まれてきたことを知ってほしい。

一方で、全く嬉しかった思い出がないわけではない。強制入院となった母が、保護室に入れられていた時のことである。子供だった私を父が1度

だけ、母が入院している精神科病院へ面会に連れて行ってくれた。屈強な男性看護助手に脇を抱えられて面会室に入ってきた母は、私を見て泣き崩れた。面会に同席していた医師はじっと母を見つめ「無理もないね」と一言、静かに言った。たったそれだけの言葉だったが、今も鮮明に覚えている。私にとって50年前の精神科病院は、尿臭漂う畳敷きの大部屋や無資格の看護人、作業療法と称した無償労働、薬の重篤な副作用など悲惨な記憶ばかりだったが、この医師の示した態度のおかげで一条の光が射している。少なくとも母の流した涙に対してこの医師が何らかの反応を示したことが、子供の私にも伝わったからである。患者の示す行動に医師が「なるほど」「無理もない」と認める「妥当性の承認」(Validation of Perception)⁹⁾は、患者だけではなく家族にも有用である。

医師の言葉・態度は良くも悪くも「医師が思う以上に」当事者・家族の心に響き、長く記憶に残ることを知ってほしい。

2) 環境と遺伝の関係

拙書⁴⁾を読まれた方から「私も、夏莉さんと同じ境界性パーソナリティ障害です」と書かれたお手紙をいただくことがしばしばある。実際には、筆者を良く知っている方々からは、筆者は「境界性パーソナリティー障害」BPD (Borderline Personality Disorder) と言われたことはない。ここに、BPD 診断、或いは症状だけで診断をする精神医学診断体系そのものの落とし穴があるように思う。

以前の精神医学は「遺伝か環境か」の二者択一の観点からの診断が多く、BPD もその延長線上にあった。成因には生育環境の影響が大きいとされ、特徴的な「見捨てられ抑うつ」は養育期における分離不安の問題と捉えられていた。しかし近年は、神経科学やゲノム科学を通して「遺伝と環境」の双方での研究が進んでいる。BPD の臨床的特徴は「感情の不安定性」「衝動性」「対人関係の障害」だが、症状の発現には脳のストレス反応系(視床下部—下垂体—副腎皮質系)が大きな役割を果たしている⁸⁾。

青年期の私はリストカット、自殺未遂、摂食障害、大量飲酒と喫煙、性的逸脱、一過性の知覚変容を呈していた。これらは BPD の診断基準に概ね当てはまるが、私は BPD なのだろうか？

担当医は、私にどれがメインの薬なのかさえわからないくらい大量の向精神薬を処方した。強烈に覚えているのは、レボトミンという抗精神病薬を飲むと体が鉛のように重く何をするのも億劫になった一方で、対照的な飲み心地だったのはベンゾジアゼピン系抗不安薬だった。飲むと「心が解放された」ようになり、身軽に行動できた。私は担当医に「これを飲むと元気になります」と報告し、処方量はどんどん増えていった。

そんなある日のこと、大事件が起きた。風邪をひいた私は近所の内科クリニックに常用している精神科薬と市販の風邪薬と一緒に飲んで車を運転して行ったのだが、クリニックの駐車場の塀に思いっきり車をぶつけてしまった。大音響に驚いて飛び出してきた院長は私の身元を聞くと、私から車のキーを取りあげた。「医学生のアナタの将来のために、キーは私が預かります。なにか、薬を飲んでいますか？」…これだけの薬を飲んでいると伝えると「あなたが何科の医者になるか知らないが、こんな大量の安定剤(向精神薬を称したと思う)を出す医者にはだけではないように」と諭された。私は軽傷ですみ、車は父により廃車にされた。以後私は現在に至るまで、ハンドルは握っていない。

事故を知った担当医は薬を減量した。私はその後も回復には時間がかかったが、少なくとも他人の命を巻き込むほどの危険な行動はそれ以降はしていない。

小心者だった私は、なぜ上記のような行動をしたのか？

BPD 類似の状態として「ベンゾジアゼピン系薬物による奇異反応」がある⁸⁾。奇異反応は、葛藤の多い環境やもともと衝動コントロール不良な人、中枢神経に特性のある人にベンゾジアゼピン系の薬物を投与すると脱抑制が起こり、衝動性・攻撃性や興奮が遷延する可能性があると説明して

いる。

考えてみると私は子供のころから忘れ物や不注意が多く、中学生の時に受けたクレペリン検査は最下位に近い点数だった。未だに自分でも情けなくなる不注意が多い。注意欠如多動症の範疇に入る私の特性は、中枢神経系に起因する。このような素因の人にベンゾジアゼピン系の抗不安薬を大量に投与するとどうなるか。奇異反応が起こっても不思議ではない。私の青年期の大胆な行動は、ベンゾ系薬物と脳の特性との相互作用により奇異反応を起こしたのだと30年ぶりに謎が解けた。

BPDの本質は「他者との関係性」と言われている。実際の私を良く知る人が私をBPDとは思わない理由は、この「他者との関係性」がBPDらしくないからだろう。子供時代に虐待などの過酷な養育体験を受けると、これらの外傷体験がストレス反応系の遺伝子の働きを修飾する。つまり環境だけではなく、遺伝子と環境の相互作用の結果、ストレス耐性が低い状態ができあがる。扁桃体は知覚した内容と記憶との照合から価値判断をする機能を持っている。BPDの人が他人の表情から根拠のない「怒り」を読み取ってしまいがちなのは、現実を過去のマイナスの記憶と照合して扁桃体が過剰に興奮するためだと考えられている。他者に「怒り」を読み取ってしまったら、他者との関係性が破綻するのは当然である。BPDが「心と脳」の接点と考えられるのはこうした背景による。

私の対人関係の基礎は、幼児期に私を育ててくれた伯母に依るところが大きい。2歳から5歳までの3年間、私は伯母から安定的に愛情を与えられて育った。この経験が私の対人面を司る遺伝子を修飾し価値判断の元となり、成人した私の他者との関わりに影響しているのだと思う。

5歳から母の元に戻った私は、幻聴と独語を繰り返す母との生活で身の危険を感じながら育った。私の対人関係で特徴的なのは、その時々で自分にとって必要と思える人が「直感的にわかる」点である。相手の性別や年齢、学歴、地位などは全く判断基準にはならない。ほとんど動物的な勘で「この人は、今の自分に必要な人だ」とビビッと来る。そして、その人から必死で吸収しようと

努力し全幅の信頼を寄せる。私の人生で大きな役割を果たした在日韓国人の親友は、高校中退の事務員だった。後付けでいくらか彼女と親しくなった理由は言えるが、実際には初めて会った瞬間、ビビッと来たのだ。帰る巢のない私は、自分の勘だけを頼りに生きてきたように思う。

伯母による安定した養育体験が私のもともとの素因・遺伝子（好奇心旺盛で知りたがり屋）に作用し、その後の実母との生活から他者への強い援助希求が形成されるが、BPDの防衛とは反対に新規開拓という形での援助希求になったように思う。平素は対人関係には淡白な私なので、これぞと思った人への親密さは周囲には突飛な行動に映るかもしれない。しかし相手への理想化も幻滅もなく、依存とは反対に私は相手と関わることで以前よりずっと多くを身に付けずと強くなり、もはや依存は必要ではなくなっている。結果的には対人関係は淡白となり、ここが、極めて濃密な対人関係を形成するBPDとの大きな違いだと思う。

BPDは合併症も多く、正確な診断は容易ではない。だからこそ神経科学も念頭に、現在の症状だけではなく、病前の適応度や経過を慎重に追って診断していただきたい。また、薬剤による医原性の情動不安定化状態をBPDと見做することがないようにお願いしたい。病気になっただけでも辛いのに、「医原性」の症状を上乗せされるのは酷である。また、BPDと診断しても「やっかいな患者」と思わないでほしい。「心と脳」「環境と遺伝」の双方から捉えることで対人関係の障害や衝動性を「それは無理もない」⁹⁾と承認して、共感的な治療的対応をしていただきたい。

2. User-researcherとして：精神科医の「診察態度」についての全国調査

ルサンチマンを源流とした筆者の活動だったが、少しずつ健康を取り戻し遅まきながら医師である資格を活かして何かできないだろうかと考えるようになった。公表後10年を経て、筆者は大きく方向転換した。そのように考えられるようになったのは、10年間、当事者や家族・支援者が筆

者の話を何度も聞いてくれた事が大きい。人は他者から承認されないと前には進めない。

筆者は全国を廻る講演と、当事者・家族との対話を重ねた。そこでは「主治医と、うまくコミュニケーションがとれない」という訴えを多く聞いた。筆者の体験と重なるこれらの声から、当事者・家族と医師とのコミュニケーションはどうなっているのか、現代の当事者・家族は精神科担当医の「診察態度」をどのように評価しているのかを明らかにしたいと考えた。これが、User-researcher としての筆者の出発点である。

詳細は、論文⁵⁾、ネット⁶⁾を参照されたい。ここでは概略を報告する。

1) 調査の方法・概要

2015年に、全国の当事者・家族に「現在の精神科担当医の診察態度」を評価してもらう全国調査を実施した。無記名自記式質問紙調査で、同様の質問でウェブ調査も併用した。質問内容は当事者・家族・支援者から意見を聞きとり共同で作成した。全国精神保健福祉会連合会「みんなねっと」・地域精神保健福祉機構「COMHBO」・全国精神障害者団体連合会や問い合わせのあった各地のNPO法人・作業所等へ、2015年6～8月の間に調査票を郵送した。

7,234人（質問紙回答 6,341人・ネットでの回答 893人）から回答を得た。本調査の特徴は、①当事者・家族が担当医を評価するという点、②特定の地域ではなく全国調査である点、③回答数7,234人という規模などで、本邦初の調査と考える。結果を当事者・家族に還元するため、論文に掲載された内容を分かりやすく図解したものを冊子にして、全国の当事者・家族団体に配った。日精協・日精診から協力を得て、全国の主な医療機関へも郵送した。費用はクラウドファンディングを利用して集めたが4日で100%の達成となり、「精神科医の診察態度」に対して多くの方が関心を持っていることを実感した。

2) 回答者の背景

質問紙では統合失調症62.9%、うつ病12.0%、双極性障害9.2%、不安症5.5%、男性52%、

40代が32.9%であった。Web 回答ではうつ病28.8%、統合失調症6.3%、不安症16.1%であった。ネット回答者は質問紙調査より年齢が若く、一人暮らしやクリニック通院者が多い、担当医変更が少ないなどの違いがあった。

3) 結果

「診察態度」「コミュニケーション能力」とともに、当事者・家族とも8割近くが「良い」と評価した。これは先行研究⁷⁾と比較しても高い結果であった。高く評価された理由として、いくつか考えられる。

第1は、「現在の担当医」についての質問だった点である。過去に4人以上も医師が代わった人が5割以上を占め、それだけ医師を代わって現在の担当医にたどり着いている現状を理解すべきであろう。第2は質問内容がこれまでの薬や治療法の説明だけではなく「きちんと顔を見て、目を見て話をしてくれる」「頼りがいがある」など、一対一の人との関わりも含めた質問内容だったことである。客観的な指標には現れにくい要素を問うたことが高い評価に繋がった可能性も考えられる。「診察態度」「コミュニケーション能力」という客観的な評価が難しい事柄は、より多くの質問から評価されるべきだと本調査の結果から考えられる。第3は、回答者が地理的に広い範囲にわたっていたため、特定の地域に偏らない傾向を抽出できた可能性がある。第4は、回答の時点では外来通院の方が多く入院している方に比べ状態はよいと思われ、それが回答に反映した可能性が考えられる。

注意喚起を促された項目は、診察態度では「早く診察を切り上げようとする雰囲気がある」「待ち時間が長すぎる」「身体的なケアをしてくれない」「作業所やデイケアなど医療以外のことを教えてくれない」「他の専門病院を紹介してくれない」、コミュニケーション能力では「何を質問していいかわからない」「何を聞いてもはっきりした答えがない」「説明の後で、わかったかどうか確認してくれない」などであった。また、本人の方が家族より医師への評価が若干高い傾向があった。

4) 調査から分かったこと

診察態度・コミュニケーション能力について、ある程度は評価された一方で、「信頼できる医師」に辿りつくために、4人以上も医師を変え苦労している。「信頼できる医師」が見つかってでも交代となることも多く、仕方なく「薬の処方」に頼っている。「医師と話す時間」は満足という結果には至らず、人手・時間不足の問題が再認識された。

筆者は結果について当初は悲観的な予想をしていたが「精神科医よ、自信を取り戻せ!」と当事者・家族から励まされた思いであった。

悲観的な予想をしてしまうのは、精神科医個人の力ではどうにもできない現在の医療制度に負う所が大きい。人手・時間・質の高い医療への制度的な保証が乏しい中で、医師は本調査の結果に示されたような「専門性と人間性の双方を兼ね備えた精神科医像」を患者・家族から求められる。精神科医となった初心を貫こうにも、現状では日々の無力感に圧倒されがちである。

精神科医療における人手不足は、喫緊の問題である。社会問題となっている身体拘束も十分な人手があれば解決できるはずが、当事者・家族の精神科医療への不信感の元となっている。

すぐには解決できない人手不足に直面し無力感に陥った際は、1. で述べた筆者の「嬉しかった思い出」や、調査に寄せられた以下の自由記述「医師から言われて嬉しかった言葉」を読んでほしい。

「自分の子供だと思って、治療するからね」「この状況を、よく乗り越えましたね!」「あなたは心を開いて話をしてくれる、いい患者さんです」「出来ない事でも、少しでもできればいい」「一緒に頑張れるよう、良くなるイメージを共に持ちましょう」と言った医師の言葉が並んでいる。

こんな一言で当事者・家族は喜んでくれるのかと思うかもしれないが「この言葉は、一生忘れません」という手紙も添えられていた。

我々の日常でも、信頼できる友人が笑顔で言った何気ない言葉に、それまでの鬱屈した気分が晴れやかになった経験は多々あるだろう。医師・患

者関係も「人と人との関係」の一つである。そうであるなら、学術的な意味以前に、相手を「心配しています」という思いが相手に伝わるような話し方は、当たり前に必要なはずである。「時間のない中で、医師も一生懸命やっていて大変なことはよく分かる。体に気を付けてください」と、医師の体調を気遣う記述も多くあった。当事者・家族は、当たり前の「人としての」会話を医師に求めているのである。

一方で、「医師に言われて辛かった言葉・態度」も反面教師として挙げておきたい。「失礼な言い方ですが、治せないのに治せるふりをしている」「アウトリーチをしようしないのは、日本の精神医療の根本的誤ち!」「『あなたは、一生治りません。将来をあきらめてください』と言われた」「精神科医が一番この病気に偏見を持っている」「当事者や家族の話を途中で遮らずに、最後まで聞いてほしい」「浮足立った態度はひかえてほしい」「今生きる事で精一杯の当事者に対して『将来はどうしたいのですか』と問わないで欲しい」「自分は精神科のことでは何でも知っていて、他の病気との薬の副作用は全くわからないと平気で言って、自分が一番偉いと思っている」など、耳の痛い言葉が並んでいる。

現行の医療制度を変えなくても予算や時間がなくても、小さな気遣いや声掛けの積み重ね・工夫により「担当医の診療態度」への当事者・家族の評価は良くも悪くも変わり得る。

なお自由記述については現在、三菱財団から助成金を受け結果を解析中である。論文化して改めて報告したい。

3. 最高の精神科医と、最悪の精神科医

全国の当事者会・家族会に仲間として参加して感じるのは、同じ当事者・家族でさえ互いの痛みは計り知れないということだ。立場の異なる人を理解することは、なおさら「できない」のだと思う。専門家であっても、知識だけではわからないことがある。できないことはできないと認識してほしい。日々の臨床で当たり前に薬を処方している精神科医は、服薬を拒否する当事者の内面を本

当に理解できているのだろうか。いつ終わるかわからないまま、何十年と服薬をしている当事者の忍耐と努力を想像したうえで、処方してほしい。

臨床的リカバリーは研鑽により知識を得ることができるが、パーソナルリカバリーは当事者・家族の「経験知」と「実践知」から真摯に教えるを乞うべきである。当事者・家族が望む診療姿勢を知るためには「専門家だから理解できると思わず、謙虚に教えるを乞う姿勢」が、まず必要ではないだろうか。

皆様へ、筆者の調査を通して当事者・家族が精神科医を尊敬し頼りにしていることが伝わったと思いたい。原因も解明されていない精神疾患を診療対象に選んだことを精神科医は誇りに思うべきだと、調査の結果は教えているのではないか。

最後に、至極当たり前のことを付け加えたい。

筆者の調査では、最高の精神科医とは「薬の処方が適切で、人柄もコミュニケーション能力もある人」という結果となった。これに異議を唱える人はいないであろう。それでは「最悪の精神科医」とはどんな医者なのだろうか。ある家族は「最悪の精神科医は、最高の精神科医の真逆ではない。最悪の精神科医とは、『薬の処方がずさんで、人柄が良くコミュニケーションの取れる人』です。なぜなら、酷い薬を出されても、情にほだされ他の医者へ替わることができないから」と言った。

薬の処方や身体管理は、医師という資格がないとできない。当然のことだが、薬物療法も含めた医学知識の取得に生涯研鑽を積みなさい、と教示をしていただいた気がした。

終わりに

日々、臨床や研究に苦勞されている皆様へ、筆者の心情を最後に伝えたい。

「巨人の肩に立つ」という言葉がある。公表後の10年の間に筆者が得たものは「他者からの承認」だけではなかった。指導してくださる多くの方々と出会えたことで、「医師として研鑽し勉強を続ける意味」を知った。医学は先人の絶え間のない努力のおかげで今があり、進歩を続けてい

る。これまでの筆者は「当事者・家族の立場なら何でも言えるんだ。それを、医療者は黙って聞くべきだ」と、故意にはないが恐らく無意識に思ってきた。10年を経て、これまで黙って聞いてもらっていたのは「対等」ではないからだと感じた。これからは「同情」の上に座って意見を言うのではなく、「対等」という言葉を使えるように、今までやってこなかった勉強を取り戻し、先人の築いた知恵の上に立って意見を言えるようになりたい。それが当事者・家族・精神科医の立場を持つ筆者の、本当の在り方だと思えるようになった。

皆様のご指導をいただきながら、前に進みたい。

なお、本論文に関して、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) 柏木哲夫：死にゆく患者の心に聴く—末期医療と人間理解，中山書店，東京，1996.
- 2) 中村ユキ：わが家の母はビョーキです，サンマーク出版，東京，2008年.
- 3) 夏莉郁子：「人が回復する」ということについて—著者と中村ユキさんのレジリエンスの獲得を通しての検討，精神誌，113(9)：845-852，2011.
- 4) 夏莉郁子：人は，人を浴びて人になる，ライフサイエンス出版，東京，2017.
- 5) 夏莉郁子，夏莉直己，金原明子ほか：「精神科担当医の診察態度」を当事者・家族はどのように評価しているか— 約6,000人の調査結果とそれに基づく提言，精神神経誌第120巻第10号，2018.
- 6) 夏莉郁子：精神科医の診察能力・態度・コミュニケーション能力についてのアンケート（natsukari.jp/result/）（参照 2019-10-20）.
- 7) 西田淳志：早期支援・家族支援のニーズ調査，思春期精神病理の疫学と精神疾患の早期介入方策に関する研究，29-41，平成21年度厚生労働科学研究こころの健康科学研究事業（岡崎班）総括・分担報告書.
- 8) 尾崎紀夫：境界性パーソナリティ障害の病態理解から共感的対応へ—「心と脳」の観点より，精神医学対話，編者：松下正明，加藤敏，神庭重信，東京，弘文堂，2008，pp.792-808.
- 9) 尾崎紀夫：精神医学的面接，今日の治療指針1019 医学書院，2019.

『金閣を焼かなければならぬ』補遺

東京藝術大学保健管理センター 内海 健

三島由紀夫が東京市ヶ谷の自衛隊駐屯地で自決してから、昨年の11月25日で半世紀が経った。私が高校一年生の時である。その日帰宅してみると、夕刊に彼の生首が転がっている写真が掲載されていて、言葉を失った。

事件後にどのようなコメントが発信されたのだろうか。今回あらためて調べてみたところ、文筆家は意外に同情的であった。少なくとも、容易には語り得ぬものへの敬意を持っていたことがわかる。思想や行動には決して同調できぬものの、その透徹した認識についてはどこかで共感するものがあつたのだろう。むしろ三島の方が、あれほどの名声を手にしながらも、世に流されることなく、率直に時代を捉えていたのではないかという負い目があつたかもしれない。

昨年（2020年）、私は『金閣を焼かなければならぬ』という本を出版した。昭和25年に起きた金閣放火事件の犯人であり、のちに分裂病を発症した林養賢と、この事件に着想を得て不朽の名作『金閣寺』（昭和31年刊）を書いた三島由紀夫という二人の男の精神が交錯するさまを描いたものである。二つの出来事は、私の中で特権的なものとして、禍々しい光を放っている。構想は二十年近く前からあり、ずるずると先送りになっていたのだが、迫りくるコロナ禍を前に、ようやく擱筆した。そして、望外なことにも、第47回大佛次郎賞を受賞した。今回は、三島について書き残したことを書いておきたい。

アナクロニズムの逆説

三島の割腹は、私の人生の中で唯一の「事件」といってもよいようなものである。いつまでたってもそれは歴史に回収されぬまま、歳月が流れた。我が身にはそれなりの波瀾はあつたものの、社会に関していうなら、こんなに何事も起こらなくてよいのかというほど鼻歌まじりの時代が続い

たように思う。それゆえ1995年の阪神・淡路大震災とオウム真理教事件が起きたとき、「来るべきものが来た」と感じた。震災の方は自然現象ではあるが、偶々私の誕生日であり、また私が少年時代を過ごした街が壊滅的なダメージを受けたこともあつて強いインパクトを与えた。しかしその後もなお、本来噴出してしかるべき深刻な問題は棚晒しになったまま、歳月が流れた。

先ほど、三島が「率直に時代を捉えていた」と言ったが、これには怪訝に思われた方もおられるだろう。なぜなら、切腹はもちろんのこと、自前の民兵組織「楯の会」の結成や天皇をめぐる発言など、三島ほどアナクロニズム（時代錯誤）の権化もいないように思われるからである。まさにその通りである。

三島のアナクロニズムの源泉は、彼自身の現実との離隔にある。戦時下の青年時代、彼の関心はもっぱら自分の作品を残すことにあり、高揚もなければ、死に対する恐怖もなかった。むしろ死が間近にあつて、離隔から一時解放されたかのようなどころがあり、敗戦後の廃墟から日常が回復するにつれて、むしろ虚無に襲われるようになる。三島が死んだのは70年だが、60年安保の時には、彼はまだ野次馬でしかなかった。

離隔は自伝的小説『仮面の告白』の中でも随所で語られている。最も印象的なのは、交際していた園子（級友の妹）との接吻のシーンである。「私は彼女の唇を唇で覆った。一秒経った。何の快感もない。二秒経った。同じである。三秒経った。——私には凡てがわかった」。彼が惹かれたのは「接吻」という言葉であつて、実際に唇を合わせたときに実感はやってこない。『金閣寺』の冒頭でも、離隔は主人公の溝口の苦しむ強い吃音に託して現れる。溝口がもがきながらようやく言葉が出たときには、現実はずでに色褪せたものとして与えられるのである。

三島はリアルタイムに実感が得られない。だが、それは遅れてやってくる。それもかなり遅れてのことである。逆説が起こるのはここである。人が事件に遭遇する時、そこで一定の加工がなされる。心が受け止めやすいように変形される。これが通常のリアルである。こうしたデフォルメを三島の場合はこうむっていない。人々がもう忘れようとしているときに、あるいはすでに忘れてしまっているところに、リアリティが到来する。

たとえば二・二六事件や天皇の人間宣言に対する晩年の憤りは烈士のそれに他ならない。いかにも純真であり、詐術や欺瞞といった操作を免れている。だが、時はすでに高度成長期である。いかにも時代錯誤的である。にもかかわらず、それはどこかで人の心をうつものがある。なぜなら、われわれは詐術や欺瞞を通して作られた歴史を生きているからである。

三島のナルシズムについて

三島由紀夫の精神世界を一言で表すなら、ナルシズムというのがもっとも適切であるように思われる。ただし、それは精神分析のいうナルシズムや自己愛パーソナリティ障害とは趣を異にする。むしろ本家のギリシア神話におけるナルキッソス、つまり湖面に映った自分の顔を自分とはわからない少年に似ている。

このナルシズムの苦悩は、彼に遅ればせに「自分」というものが芽生えてから、終生彼につきまとった。それまでの彼は、言語空間というゆりかごのなかで、自在に世界を操っていた。言葉と現実世界の関係、つまりはそれが何を意味しているか、何を指しているかについてはさしたる関心もなく、経験によって言葉が彫琢されるなどとは思ってもみなかった。

だが戦後になると、彼の属していた日本浪漫派は、文壇からまったく評価されなくなった。苦悩した末に、彼が選んだのは、古典主義である。鵑外の規矩の正しい抑制の効いた文を一つの理想とした。つまりゆりかごの外に出て、そこから言語世界を構築するスタイルへと転回したのである。そして『仮面の告白』によって、一躍文壇の寵児となる。ところが、このスタイルによって、彼は

つねに作品から疎外される。作品を、作家を映し出す湖面とすれば、そこに映った自分を自分とは思えないのである。実際、三島は『仮面の告白』について、「すべては事実に基づいているとしても、すべては仮構であり、存在し得ない」と述懐している。

このナルキッソスの問題は、自分の視線が行ったきりになることにある。折り返して来ない。鏡の中の自己像を、自分とわかるのは、形が一致しているからではない。われわれは自分自身の顔をみることはできない。原本は知らないのである。写真と照合すればよいといわれるかもしれないが、写真もまた原本のコピーである。仮に鏡像が自分の顔と一致しているかを検証して確かめたところで、これが私の顔だという実感は得られない。実感は向こうからやってくる。

三島の世界は外へと開かれていない。自分の外側という次元がない。幼い頃から、彼は兇事がやってくるのを期待していた。何かがこの閉鎖した意識宇宙をぶち破ってくれるのを待ち望んでいたのである。

三島が求めていたのは、それは自分の中に「死の次元」をもたらすものである。通常、われわれは自分が死ぬことを知っている。しかし、他人の死はわかって、自分の死に際しては、自分は居合わせない。それゆえ知りようがない。にもかかわらず、われわれは自分が死ぬことを切実なものとして知っている。もちろん、三島も自分が死ぬことは頭ではわかる。知っているのだが、その知が実感をともなわないのである。

死の次元を言い換えるなら、有限性の刻印を与えるものである。それによって、どこまでいっても限界に突き当たらない世界は、その外側へと、そして他者へと開かれたものとなる。

狂言回し

三島は自分の作品に内在することができない。そこに自分が映し出されないのである。書くたびに、彼は失望を繰り返すことになる。

彼が得意としたジャンルは、小説よりもむしろ戯曲や評論であったといわれる。戯曲には『近代能楽集』や『サド侯爵夫人』など、評価の高い作

品が多い。作家は役柄を設定し、それを自在に操る。そして最後の決め台詞へと向かって筋書きが展開する。この手法は、小説でもおおむね踏襲される。こちらに作者がいて、向こうに舞台がある。そして戯曲では、この場面は笑うところ、あの場面は悲しむところ、という感情表現のためのコードが明確である。

戯曲においては、登場人物は主体というよりも役柄、あるいはキャラクターである。たとえば『サド侯爵夫人』では、主人公であるはずのアルフォンス・サドは一切舞台には登場しない。侯爵夫人のルネ、その母であるモントリュユ夫人、ルネの妹アン、シミアヌ男爵夫人、サン・フォン伯爵夫人、家政婦シャルロットという六人の女性がその役柄を繰り広げる。つまりこの六人で一人のサドという人物像が結ばれる仕掛けになっている。

劇の終盤、サドはヴァンセンヌの監獄から釈放され、いよいよ夫人のもとに帰還しようとやってくる。すると、それまで夫の救出のために長年奔走していた夫人は一転して会うことを拒絶し、そして幕が下りる。なにゆえだろうか。サドは獄中で『美德の不幸』を執筆したが、その中では、悪徳の限りを尽くす姉が富み栄えていくのに、ひたむきに誠を貫く妹ジュスティースが雷に打たれて死んでしまう。ルネ夫人は、そのとき、自分がアルフォンス（サド）にとってジュスティースであったことを悟る。それまで夫人は、どのような放蕩に際しても忠節を尽くし、サドと気心が通じていると信じていた。だが、急転直下、自分が小説の中に閉じ込められたと感じたのである。あれほど連帯を信じ、二幕の最後には母に向けて「アルフォンスは私です」と啖呵を切ってみたが、結局サドは、生身の自分には関心がないのだ。そして舞台は次のように結ばれる。「お帰ししておくれ。そうして、こう申し上げて。「侯爵夫人はもう決してお目にかかることはありませんまい」と」。痛ましい認識であるが、これは生身の人間に実感を持ってぬ三島の苦しみの裏返しでもある。

小説空間の壊滅

分割の手法は小説の中でもしばしばとられる。

たとえばドッペルゲンガーのモチーフは、いたるところで出没する。最も顕著な分割は、観察者と行為者の分割である。前者は書き手の三島がかろうじて小説の中へと身を滑り込ませたものであり、後者は前者の代行者としてふるまう。

この構図が如実に現れた作品としては、『禁色』と『豊饒の海』がある。『禁色』は『仮面の告白』の次に書かれた長編小説である。主人公の一人、醜男の老作家檜俊輔は、三度の結婚に失敗し、女を深く憎悪している。今一人の主人公、絶世の美男子、南悠一はゲイである。第一部では、裕福な俊輔が悠一を使って、女に復讐を果たしていく。ここでは俊輔が観察者、悠一が行為者として分割されている。

三島の最後の長編となった『豊饒の海』は四部構成からなり、輪廻転生がそのテーマとなっている。第一巻『春の雪』では、主人公松枝清顕が、皇族と婚約していた綾倉聡子と勅許を犯して逢瀬を重ねる。聡子は妊娠、墮胎し、そして出家する。清顕は聡子と会うべく尼寺に日参するが峻拒された末に死ぬ。その間際、清顕は友である本多繁邦に再会を約するのである。第二巻以降は、清顕の転生の物語となる。本多は輪廻の証人として設定されており、全巻を通して登場する。

興味深いことに、この二つの小説ともに、観察者と行為者の分割が、ある時点で破綻する。『禁色』の第二部では、悠一は「僕はなりたいです。現実の存在になりたいんです」と言い、俊輔の傀儡であることをやめて勝手に振る舞うようになる。他方、俊輔は同性愛に目覚め、あろうことか南悠一を恋するようになる。二人がともに主体となるとともに、小説は一転してバタバタとした展開となり、最後はあまりぱっとしない結末に終わっている。

『豊饒の海』では、第四巻（最終巻）の『天人五衰』において、清顕の転生とされた安永透は、養父として自分を引き取った本多に反抗するようになり、さらには服毒自殺を図り、失明してしまう。他方、本多は覗き屋として摘発され、晩節を汚すことになる。そして結末では、訪ねていった聡子に、清顕の存在を知らぬと言われ、茫然自失のうちに、小説は閉じられる。この二つの小説

は、観察者はその位置から滑り落ちた途端に、三島の言語空間には收拾困難な事態が招き入れられ、作品が破綻することを物語っている。

これは単に文学上の問題ではない。『天人五衰』は、「何もないところに来てしまった」と結ばれる。そして原稿に記された摺筆の日付は、昭和45年11月25日、すなわち自決の日となっているのである。

その三島が、一貫して一人の主体を描き切ったのが『金閣寺』である。『仮面の告白』を除けば、主人公が「私」と語りだす唯一の作品である。この小説の創作ノートには、金閣放火のさまざまなパロディのプランが記されているが、それらはすべて棄却された。そして三島は、「芸術家の行為を代行する男の話は「禁色」で沢山だ」と書きつけている。つまり『金閣寺』は三島が例外的に主人公の主観に内在した作品であり、それゆえに恐るべき筆致で分裂病前夜の状況に迫りえたのである。

おわりに

拙書『金閣を焼かなければならぬ』の着想が生まれたのは、弁護士から死刑囚の再審請求について相談を受けた時のことである。その囚人は、あ

る高名な精神科医が接見して、統合失調症との診断を受けていた。それゆえ、弁護士としては、犯行時も責任能力が問えないのではないかということであった。持ち込まれた資料に目を通してみると、おそらくは未発の状態から動機なき犯行にいたった典型例であることが読み取れた。だが、弁護士としては、なにゆえ症状がないときに犯罪に至ったのかが、どうにも納得でいないようだった。そこで、私は金閣寺の放火僧を例にとって説明したのである。

弁護士が帰った後、私は、実際の金閣放火事件について調べたことがなかったことに気づいた。三島の『金閣寺』しか知らなかったのである。裏返せば、小説だけで犯人が未発の分裂病と直感していたのである。資料を取り寄せてみたところ、犯人の林養賢は、公判ののちに、分裂病を発症していた。私の中で三島の魔的な才が最も妖しく輝いた瞬間だった。

林も三島も、俗世へ帰る橋を切って落として、向こう岸に旅立った。私はいつまでもこちら側でうろろ遠巻きにするばかりである。それでもあれから二十年たって、少しは彼らの魂に触れることができたのかもしれない。

不安症領域の今日的理解と治療 ～気分障害や自閉スペクトラム症の関連も含めて～

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 中尾 智博

林 2席目は特別講演です。九州大学で4月から第8代九州大学精神科教授になられた中尾智博教授にご講演いただきます。不安症領域の今日的理解と治療という演題です。遠くから参加されている先生がいます。鹿児島からは神田橋先生、千葉からは中川先生が参加されています。会場にも先輩の先生がた、西園先生をはじめ、多数、参列していただきました。皆さま、ご存じのとおりですが、慣例なので簡単に紹介します。中尾先生は平成7年に九州大学医学部を卒業し、入局後、肥前療養所等を経て平成18年から助教、平成20年から大学院講師を兼任しました。平成22年から平成23年にかけて、ロンドン大学精神医学研究所に客員研究員として留学しています。平成23年10月から九州大学精神科の講師、平成27年4月から平成30年3月までは、6年間におよび医局長をされ、そのとき以来皆様ご活躍はご存知かと思います。平成29年10月から講師、診療准教授、令和2年4月1日に、九州大学大学院医学研究院精神病態医学の教授に就任しました。ご承知のとおり、不安障害、強迫性障害から認知行動療法を専門とする臨床の教授です。中尾先生、よろしくお願いします。

中尾 林先生、ご紹介ありがとうございます。皆さん、こんばんは。九州大学の中尾です。今ご紹介をいただいたように、4月に精神科の教授を拝命しました。コロナの問題もずっと続いており、その対応に追われて、このような機会にお話しすることもままならない状況が続き、本日はこうして皆さまの前でお話しできることが非常にうれしいです。

先ほど先生からもありましたが、控室で西園先生ともお話しして、また、リモートで神田橋先生ともお話ししました。久しぶりに、このように広い会場で偉大な先輩方とお話しして、私の緊張が

どんどんと高まっています。自分自身が社交不安になりそうだと思っていますが、本日の話のテーマである不安症領域のことについて、お話しできたらと思います。しばらく、お付き合いをよろしく願います。

今お話ししましたが、いろいろなストレスがあると感じています。代表は、この新型コロナウイルス感染症の問題で、これは実には大変なことです。感染症そのものですが、亡くなる方も多くいるという恐怖や、ソーシャルディスタンスをとらないといけないことで、孤独や孤立することに対する不安、あるいは経済的なダメージや将来に対する不安が、非常に高まった状態になっています。このような世の中なので、そうした不安あるいは抑うつへの対応が、非常に大事になってくると思います。ここから内容ですが、初めにオーバービュー的なことを話し、その後に社交不安症、強迫、ためこみの順番で話します。COIは特にありません。出典のないスライドについては、私のほうで作りました。

この領域で、最近どのようなことが話題になっているかということで、一つは2013年に『DSM-5』が刊行され、この中で、不安症から強迫が、一つの独立したカテゴリーとして分けられたことがあります。これは本邦のことですが、2016年にうつ病に続く形でパニックや社交不安など、不安症領域に対する認知行動療法が、診療報酬で点数が認められるようになりました。それと時を同じくして、厚生労働省で認知行動療法のマニュアルも作られました。私どもでも研修会を行っています。それを受けることで、診療報酬の申請ができるようになるという基準があります。

また、後ほど少し触れますが、2年前の2018年からは、治療ガイドラインを作ろうという話が不安症学会や精神神経薬理学会であり、そのワーキンググループが立ち上がっています。これまでエ

キスパートの意見のようなものはありましたが、日本におけるガイドラインはありませんでした。同じ2018年に ICD-11が公表され、これは近日、発行予定です。

今、触れた、強迫関連症が『DSM-5』で新しくつくられたということです。ためこみ症が新しい疾患として制定され、また、チック関連 OCD の特定など、病識の程度を評価することなども項目に盛り込まれています。強迫症 (OCD) は不安症とどのように違うのかということですが、一番、大きいのは、OCDのほうが、よりバイオロジカルな基盤が強いことが、これまでの研究で示唆されています。これは、これまでに行われた OCD や不安障害の脳構造解析の研究結果を、さらにメタ解析したデータです。これで見ると、ここに示すように基底核領域の脳構造は、OCD は体積が増加する方向であるのに対して、不安症は減少する方向です。このようなデータを見ても、OCD と不安症は分けて考えたほうがいいのかということですが、考えられるようになっていきます。

もう一つ、OCD の基盤になる考え方として、強迫スペクトラム障害というものがあります。これは、ここに示したように、醜形恐怖や心気症、拒食症、トゥレット、あるいは病的賭博やボーダーラインパーソナリティーなどは、不安症とは全く関係のない疾患群ですが、こういった疾患群は、ここに示す強迫あるいは衝動、このようなものを軸に持つ疾患群で、これが一定の共通した生物学的基盤を持っているのではないかとということで、強迫スペクトラム障害という概念を、エリック・ホランダーという人が1995年に提唱しました。これが、『DSM-5』でつくられた強迫関連症群の、基になった考えといわれています。OCD は、不安症と強迫スペクトラム障害の両方にまたがった疾患であり、この疾患を中心にして強迫関連症候群が形成され、そこに新たにためこみ症も加えられました。このような理解でいいと思います。

ICD-11 は、ほぼ出来上がっていると思いますが、基本的には『DSM-5』と同様に足並みをそろえた構成になるといわれています。不安と恐怖

に関連する障害が、いわゆる元の不安症です。強迫関連症群もできるし、心気症と自己臭症は『DSM-5』では含まれていなかったのですが、ICD-11 では強迫の中に入れ込まれます。体や自己臭に対する強迫的なこだわりです。同じテーマ性があります。また、あまり評判の良くなかった身体表現性障害というカテゴリーが消滅し、新たにストレス関連症、解離症、身体的苦痛症群ができていくことが記されています。

以上で、ざっとした、最近の不安症領域の話をしました。ここから、疾患について少し話します。まず社交不安症 (SAD) です。ここに示すように、人前での発表や会食、文字を書くといった、いろいろないわゆるソーシャルシチュエーションで赤面や動悸、発汗などがあり、かつ相手にそれを見られて、悟られて、非常に恥ずかしい思いをするのではないかとという恐怖と不安が疾患のコアにあります。

このような症例を 1 例出します。20 歳代の男性で、小学校 5 年生のときに、授業中の発表でしろもどろになりました。中学校では教師から目つきが悪いと言われ、人前で話すにも恐怖感がつきまとい、対人関係にも苦手意識が出てきました。就職活動もできず、アルバイトも続かず、自宅に引きこもりがちになっていきました。特に若い女性の前では、自分が気持ち悪いと思われてしまうと思い、顔を見ることができません。家族からは考え過ぎと言われるけれども、近くのコンビニに行くのでさえ苦痛だということです。これは、一つの SAD の例だと思います。

ただし、これを提示していて、少し SAD としては重たいと思います。日本にはもともと、対人恐怖症という概念があります。皆さまもご存じだと思いますが、緊張型や確信型、あるいは恐怖症段階から関係妄想性段階という形で、SAD に比べると含まれる水準がかなり広いものが、対人恐怖症の特徴かと思っています。確信型の対人恐怖症に対応するものは、SAD というよりもむしろ身体醜形障害や妄想性障害になるのではないかとされており、先ほどのケースも視線恐怖のような症状も出ていて、この辺りに存在するケースかと思っています。

SAD のいくつかの特徴を述べると、一つは、このような併発疾患が非常に多いといわれています。アルコール依存や薬物依存です。また、気分障害は非常に高率で、他の不安障害を併発することも多いということで、SAD そのものよりも、むしろこのような併発症のほうが臨床的には大きな問題となり、かつ、受診につながると思います。最も典型的には、うつ病を発症して、病院やクリニックに受診した方の背景を詳しく聞いていくと、実はうつ病発症のかなり前から SAD の症状があり、それが続いているけれども受診にはつながりません。しかし、それが背景にあることによって二次的にうつを引き起こし、このことで病院にかかり、初めて SAD の存在が分かってくるという方が、非常に多いと思います。

脳の話を少しだけすると、もともとフィアサーキットといわれる、扁桃体を中心とした情動回路である恐怖回路が、SAD の病態の核になっているものだといわれています。しかし、最近の resting-state、fMRI など脳のコネクティビティを見るような研究で、さらに頭頂、後頭領域の過剰活性や、辺縁系を含んだ遂行機能ネットワークの結合低下といったものも、SAD の病態に関係しているのではないかとされています。

これは、先ほどのガイドラインの話とつながりますが、SAD については、ここの下に書いている北海道大学の朝倉先生がリーダーとなり、現在、ガイドラインの作成を進めています。これは、2014年のネットワークメタアナリシスというもので、薬物療法、精神療法の RCT を含め、サンプルサイズでいうと1万を超える非常に大きなサンプルを集めた中で、どの治療が有効であるのかを調べたものです。私たちのガイドラインでは、その後6年ほどたっているのですが、ここにさらにシステムチックレビューを加えて、必要な再解析を行うことにより、日本におけるガイドラインを作ろうということを、現在、行っています。

私が朝倉先生に教えていただいた話では、SAD の薬物治療をどのようにするのかということであると、SSRI は、これまでの研究の結果をまとめると、最も推奨されます。そして、益と害のバランスを考慮すると、次に推奨される薬物療

法としては、SNRI となる予定です。精神療法については、認知行動療法が推奨されることが想定されています。

認知行動療法（CBT）で SAD をどのように考えるかですが、これが CBT で行うケースフォーミュレーションという方法です。例えば対人場面において、人前で自己紹介をすると、相手に不安なところを見せて嫌われるのではないかと不安になっているのを気付かれるのではないかとということで、自己イメージとして、ひどく赤面して赤鬼になったような自分が、頭の中に出来上がります。ここで、不安に関連する体の症状、汗がびっしょりとなったり、頭が真っ白になる、話が止まったり、手の震えなどです。あるいは、こうした症状を人に悟られないようにする安全行動というものがあり、顔を伏せて見せないようにしたり、頭の中でリハーサルをして一気に話すなどです。どもりを防いで震えを抑えるために、SAD の人はこのようなことを行いますが、実はここがバイアスになっています。このようなことを繰り返すことで、行動のバイアスや注意のバイアスが掛かり、さらに自己イメージが大きくなっていくのではないかとされています。

社交不安を維持する三つの要因と、認知行動療法による介入です。これは、自己注目、否定的な自己イメージ、安全行動の三つが挙げられると思います。自己注目は、とにかく自分の思考や不安、体の感覚といったものに注意が集中し、そのことによって余計に身体反応が高まる、あるいは対面している方が自分にポジティブな反応を示してくれていても、全くそこに目が行かないといったことが起こります。否定的な自己イメージにも、他者から否定されているという認知が含まれます。先ほども話しましたが、安全行動も、例えば目を合わさずに会話して、結局、相手になんだこの人とはというような悪印象を与えてしまうということで、これらの要素が、社交不安症を余計に増悪してしまうことが考えられます。

介入方法です。認知行動療法では、注意シフトトレーニング、あるいはビデオフィードバック、行動実験といったものを、それぞれ対応して用意されています。簡単に説明します。注意シフトト

レーニングは、自分の内部情報に極度に注意が行き、緊張や赤面をします。この状況から、まずは外部に注意を動かそうということで、一般的には、視覚や聴覚など、ある一つの感覚に注意を向けます。部屋に存在する、あらゆる種類の色を数えることや、それぞれの色の濃淡、光の反射、治療者の洋服の色などに注意を向けることにより、まずは自分の内部情報に注意が行かないようにします。これがうまくできるようになってくると、次に交互に内部と外部の情報に注意を向ける練習をします。そして次に、自分が話している相手に注意を向ける練習をします。このようなことをすることで、徐々に自分の内部に注意が集まることを減らしていきます。植物が元気だとか、絵が飾ってあるとか、そういった情報を取れるようになると思います。

ビデオフィードバックというものは、次にセッション内でスピーチ等の課題を行い、それをビデオ撮影して、自分が思っている印象とビデオを見たときの印象を評価し、比較して認知を検討します。恐らく SAD の方は、自分はビデオの中で非常に赤面して震えて映っているのではないかと考えますが、実際にビデオを見ると、そこまでってはいないと、違いが分かります。そのことで、自身の評価が見る前と見た後で変わり、考えや注意の偏りに気付くことを意図した方法です。

もう一つは行動実験です。予測と現実の観察です。実際に自分が予想したものと、現実はどうかということ、体験によって見てもらおうというものです。結局 SAD の患者は、間違った予測を立てて観察もしておらず、だから予測と現実とは全く違うことが分からないままに過ごしていたことを分かってもらいます。そして、実は結構、ありのままでも受け入れられるのではということに気付いてもらおうということが、この行動実験の肝です。これはマニュアルから持ってきています。

例えば、喫茶店の席に座り、注文を取りに来たウェイトレスに、カフェオレって何ですかと聞くとすると、SAD の患者は、当然、迷惑そうな顔をされてメニューを読んでもくださいと言われるだろうと予測を立てます。この実験を実際に行い、ウェイトレスの反応はどうか、周りの人はどのよ

うに反応するかを見てもらいます。そうすると、現実とは丁寧に説明をしてくれたし、周りの人たちは自分のことで一生懸命で、全くこの人に注意など向けていないということで、この人は、ウェイトレスが客の質問に怒ることはあまりなく、人は他の人の行動をそれほど注目していないことに気付くことが、とても大事だと思います。

しかし、話していて難しいと思うのは、カフェオレって何ですかというこの質問が、なかなか絶妙かなと思います。例えばここが、コーヒーって何ですかとなってしまうと、あまりにも誰でもそんなことは知っているだろうということで、下手をすると性格の悪いウェイトレスだと、あなた何を言っているのという感じで怒りだすのではないかと思います。結局、やはり怒られるとなってしまいます。例えばここが、フラペチーノって何ですかという質問だとします。実は、僕もよく知らないのですが、スターバックスなどに置いてあります。難し過ぎると、質問されることもよくあると思うので、答える側も割と普通に答えてくれます。ですから、これは皆が知っていそうだけれども、聞いてもいいのかなぐらいのラインを見つけて、かつ、その人が何とか聞けるぐらいの質問を設定することが、非常に大事かと思います。このようなことをするときには、そこに注意しながらする必要があります。

症例をもう一例です。次は、スピーチ恐怖という、より限局的な症状です。こちらは、私が昔に診た大学の先生です。リサーチャーで、国際学会などでも発表して業績も積んでいる方が、口頭発表で、思ったより聴衆も多くて緊張してしまい、頭が真っ白になって言うことが全て飛んでしまったということです。これは、私も非常によく分かります。特に英語で発表するときは、このようなことが起こっても、全く不思議ではないと思います。幸いにも原稿も用意していて、何とかそれでしどろもどろでもやり過ぎましたが、その体験がきっかけとなり、学会発表で全く同じように緊張が出てきて、これは駄目だと発表を回避するようになっていきました。そうするうちに大学での講義で、大学の学生もいろいろで、結構、寝ていたりしますが、それでも緊張してできないとい

うことで、紹介で受診となりました。

この人を診ました。このような不安階層表を作ります。学会での講演、学生の講義、発言のある会議、発言を求められない会議、研究室の4、5人の小さなミーティング。このようなもので、不安は少しずつ違うということが分かってきました。私は、まず SSRI を出して少し不安を下げた後、研究室のミーティングでごく簡単な発言をあらかじめ準備して、その発言をまずしようという提案を行いました。これは台本がある話ですが、それをするので、これも一種の行動実験だと思います。そうしてみると、緊張するけれども何とかできたということです。それでは、次はポスター発表からいきましようということで、ポスター発表をしてもらいました。ポスター発表とは、皆さんも経験があるかもしれませんが、国際学会などでも、いざとなったら貼り逃げといって、ポスターを貼ってそこから逃げだすこともできるので、実をいうと安全弁のようなものを付けた状態でしてもらいました。限局型の SAD に関しては、このような方法は非常に効果的で、もしかすると薬も要らないかもしれないと思います。

SAD については、基本的には初期は SSRI から入ると思います。しかし、本日はあまり触れていませんが、抗不安薬の連用依存は、非常に注意が必要です。また、今、示したような限局型と初めに示した全般化したものは、反応性が大きく違ってきます。さらに、先ほど示したように対人恐怖の重い病理も含めて、病理水準を見極めてする必要があります。インテンシブな CBT も、かなりその辺りをしっかりと判断する必要があると思います。ここまでが SAD の話でした。この後、強迫、ためこみの話をします。

これも時々、出しますが、基本的にはこのような洗浄強迫や確認強迫、対称性のこだわり、ためこみは、ためこみ症になりましたが、こうしたものがあります。発症のパターンについて、一般的にはこの1に示すような、10代後半から慢性経過があります。少なからず見受けられるのが、自閉スペクトラム症（ASD）やチックをベースに OCD の症状が乗ってくる方は、非常に大事だと思いますか、九州大学で診る方は、どちらかという

とこちらの人が多いという感じを受けています。そして、青年期以降にうつ病や不安障害と併発する形で起こってくるものは、イメージとしては、女性が結婚や出産を機に育児不安や子どもに対する加害不安のようなものから OCD を発症するような方です。より不安の関与が強い群が考えられると思います。今、示したパターン2の ASD の併存は、実は多いことが分かっています。成人 OCD 患者の27パーセントは ASD の診断を満たしたことや、ASD の17パーセントは OCD を併存するというように、ASD のこだわりが、強迫症状や OCD に非常に移行することが考えられています。

これも私の患者で、患者が自分で書いてくれたリポートです。非常によくまとまっていて、ASD ベースの OCD の方です。基本的意識として、何事もきちんと細かく完全を念頭に、納得が得られるまでやめたくない。確認作業中に、物、人、音などの邪魔が入って意識の集中が途切れると、初めから全てやり直す。出勤時は各部屋の確認を行い、自分で決めたポイント順に10回ずつ触れるスイッチを決めて、号令のように数を唱えながらクリアする。このように、ここに示された症状はあまり不安の関与はなく、この方の決めたルール、こだわりが OCD の症状の中心になっています。このような方も結構います。

これが臨床的にどのように重要かという点、強迫観念で不安が生じて、手洗いなどで一生懸命に不安を下げることは、不安の学習が起きているとされています。この状態には、曝露反応妨害法といわれる、あえて不安な状態にして、そこから不安が自然に下がることを体験することが有効です。しかし、発達障害ベースのこだわりは、例えば、物の位置にこだわったり、今の方のように入浴、手洗いなど過剰な儀式化をしたりということで、ここは、あまり不安は介在していません。感覚的な納得のいく、いかないが症状をつくっているということで、これが ASD ベースの OCD の方の特徴です。これは ERP、曝露反応妨害法が効きにくいのです。ですから、この弁別が非常に大事で、私たちは臨床的に OCD の患者を診るときは、ここをよく診ます。中には、確認の症状は

不安が介在しているけれども、手洗いの症状は儀式が中心になっている、ミックスしたような方もいて、その場合は、症状によってどこに ERP を入れるかどうか変わってきます。そのようなことも考えながら、治療をしています。

もう一つ、嫌悪という考え方があります。ここを読んでいただきたいのですが、新品のハエたたきでかき混ぜたジュースを飲むか、洗浄消毒された使用済みのくしでかき混ぜたジュースを飲むか、あるいは、プラスチック製の大きなゴキブリが浮いたジュースを飲むかという、これを読むとどれも嫌ですね。非常に嫌な感じが浮かんでくると思いますが、これがいわゆる嫌悪感情といわれるものです。これが実は、強迫の鍵を握る概念だと最近いられています。これを出した後に、ここの空間に、ものすごくよくできたおもちゃのゴキブリが10匹ほど集まっている写真を出して、皆さんから、嫌という悲鳴が上がっていきまいました。あまりに皆さんが引いているので、最近はこのようにかわいいゴキブリの絵で、あまり自分自身が嫌がられないようにしています。

これは、このようにいくつかの概念があります。2番目です。共感呪術といって、汚染されたものに触ると、それだけで汚れがこちらに伝染する、接触をやめても汚れが残ったままだと感じられる、汚れが100で移っていくという考え方です。これも嫌悪の考えが影響しているといわれています。ただ、これについては最近、新型コロナでは、本当にそのよううつり方をしていくのかという感じがしています。エレベーターのスイッチを棒で押したり、つり革につかまらないうといったことがいろいろといわれており、私も最近よく患者に、「先生、私たちはあのようなことを昔からしています。間違っていなかったのですね」と言われて、返答に窮しています。それは、新型コロナに関する特別な状況だと思いますが、そのような考えが OCD の人にはあります。

ここにあるように、ある女性 OL が年配異性上司の叱責をきっかけに、上司の触れるもの全てが汚いと感じ始めました。このようなもの、人を対象とした嫌悪感情です。これも、しばしば汚染恐怖に発展していくということで、特に、汚染恐

怖型の OCD では、不安や恐怖よりもこの嫌悪という概念がキーになるのではないかということが、最近の考えの一つです。もう一つ、嗜癖という考え方があります。アディクションです。この真ん中のジャコモ・グラッシさんという方が、一緒にシンポジウムをしたときに話してくれたのですが、OCD は、初めのエンド・フェノタイプ・ステージは認知的な不具合です。抑制の欠如や認知の非柔軟性です。このようなものが、まず初めに現れてきます。次の段階では OCD の症状が顕著になってきて、不安が高まり、いわゆる OCD の状態になります。これはアラーム不安ステージです。

ただ、その先に行ってすることは、例えば、手洗いをしても不安は取れません。しかし、手洗いをする行為はやめられないということで、その人は手洗いが汚れを落としたり不安を下げたりする目的は満たさずに、その行為そのものがその人にとっての目的になってきます。いわゆるこれが、報酬系の障害を起こした状態といわれています。OCD が、このステージまで行き着く可能性があるのではないかということがいわれています。このような考え方も最近、知って、なるほどと思いました。

今、示した認知機能の問題です。これも、例えば融通が利かないとか細部にこだわるといったようなことは、遂行機能の問題や、恐怖の対象に注意が偏る注意機能の問題であるなど、このようなものが OCD の症状のバックグラウンドになっているのではと、最近いられています。これは、先ほど示した生物学的な基盤です。前頭眼窩面から神経基底核を回り、視床に下りてくるループが、OCD では抑制と促進のバランスが崩れて、その結果として前頭眼窩面と背内側視床の間で相互活性が起こります。これにより、強迫の症状が維持されているといわれています。それは、いろいろな症状により関与する部位が違うことが示されたり、あるいは、先ほど早期発症の ASD ベースの OCD と、20代、30代、それ以降発症の OCD では臨床的に違うということを言いました。これは画像研究でも示されました、late-onset です。ブルーのラインを見てください。このような人々

は、海馬領域の加齢性の体積減少が、早期発症やコントロールに比べて非常に大きいことが分かっています。これは、私たちの研究所のイカリ君の報告です。世界的なコンソーシアムで、数千人のサンプルでも同じ結果が出ており、これは一つ、確からしいといわれています。

治療のことに移ります。第一には SSRI と CBT が来ると思いますが、それ以降のオプションも最近はいろいろといわれているので、簡単に紹介します。これについても、治療ガイドラインの、兵庫医科大学の松永先生と私や九州大学の村山先生などと一緒に作成を行っているところです。SAD と同様です。一つは、どのような治療が有効なのかということで、OCD に関しても2016年に、非常によくできたネットワークメタ解析というものが行われていて、これをベースにシステムチックレビューを行いました。その結果として、SSRI は基本的にはどれも同じということです。有効性に差はありません。クロミプラミンに関しては、臨床的にはより効くのではないかと思います。その有効性の差は SSRI と優位差をつけるまでではなく、忍容性、副作用の問題を考えると、SSRI を先に使うことが妥当だろうということが一つの結論となっています。

もう一つ、これは OCD 特有の治療オプションです。SSRI が効かないときにどうするのかということで、皆さんも抗精神病薬を用いた付加療法をすることがあると思いますが、それについてもメタ解析が既に行われています。その結果と、システムチックレビューも行った結論として、どのような推奨をするのかという議論の一つですが、私の発表は本日、大塚さんと全く関係ない内容で、初めて抗精神病薬という言葉が出てきて、結果も割と納得がいくしよかったのです。ですから、出そうとしていたら、適応外使用について話すのはやめてくださいと言われました。推奨される薬は二つです。一つはリスペリドンで、一つはO社の薬剤Aです。このように、昨日、書き換えました。残念ですが、何となく想像してもらえたらいいと思います。私たちは臨床的にも、いろいろな非定型を試しました。ハロペリドールも試しましたが、恐らくこれは妥当な結果だと思っています。

ます。

この他、グルタミン酸を使った治療も、海外では盛んに RCT が行われています。有効性もある程度、示されていますが、なかなか国内ですることできないため、村山先生が非常にまとまったレビューをしてくれているので、よろしければ読んでみてください。また、ディープ・ブレイン・スティミュレーション（DBS）は、側座核という場所、あるいは視床下核に電極を入れて、それに電圧を掛けることによって強迫症状をコントロールすることで、ある程度、侵襲性の高い治療ですが、難治例に対する有効性は非常に強いと思います。私も驚くほどデータはそろっています。ただし、侵襲性が高いことと、この研究が始まってまだ20年もたたない状況なので、長期的な安全性がどうかということは、まだ担保されていません。日本ではまだ導入されていない治療法です。

それからディープ TMS です。うつ病に対する TMS が適応になっていると思いますが、通常の TMS では、OCD のメカニズムに関わる深部の領域までなかなか届かないといわれています。ただし、H1コイルというものを使った磁気の掛け方をを行うと、内側前頭前野や前帯状回など、いわゆる OCD の病態に関わるような部位まで磁気を掛けられるため、これが有効ではないかということで、先ほどの DBS よりこちらのほうがまだ可能性はあると、個人的には思っています。認知行動療法については、曝露反応妨害法がメジャーな方法だと思います。ここに示すように、薬物療法とアプローチは違いますが、治療効果ではより高く、副作用の点では、ない、あるいは少ないです。また、治療終結が可能など、いろいろなメリットが多い治療だと考えます。

これは、私たちが15年ほど前に行った RCT です。薬物療法と比べても、認知行動療法は優位に OCD の臨床症状を改善したというデータが出ています。これは、この後、他の国でも繰り返し示された結果です。曝露反応妨害法は、先ほども少し話しましたが、強迫行為をすればするほど、不安はより高まっていきます。あえて不安を高くして、自然に不安が下がることを繰り返すことで症

状が逆に軽くなっていくという、不安の学習を逆に利用した治療の進め方です。

OCD の症例です。確認強迫で車の運転ができません。これは先ほど示した加害不安です。このようなことがずっと続くことで、繰り返し確認をするので、運転すらできないという状況になった方がいます。この方の治療が、10年近く薬物療法を中心に行われましたが効果がなく、行動療法のことでこちらに来ました。このような方についても、先ほどの SAD と同じようにケースフォーミュレーションで、なぜ不安になるのか、強迫観念はどのようなものか、どのような強迫行為をするのか、そういったことを分析して介入していきます。この方も、このような不安階層表を作りました。この方は運転はとてもできない状態だったので、歩くときにどこで誰とすれ違うかで、このように不安が違ってきます。橋や歩道の上、横断歩道などで不安が高いです。赤ちゃん連れのお母さんや、小学生の小さな子どもなどとすれ違うときは、より不安が強いということで、このような分析を行った上で曝露法をしていくということです。この方は、家の近くにいろいろなコンビニがあり、そのコンビニに向かう道が道によって不安の程度が違うので、それを利用しながら、振り向かず歩く練習をしたということです。そのときにどの程度不安になったのかということをモニターしながら、行なってもらいました。これを毎日、繰り返すことで、治療を進めていくという方法になっています。

実際の面接の場面は、患者に出ていただくわけにはいきません。これは2分程度の模擬面接動画です。

(A-) 課題もしっかり行っているし、記録も付けています。頑張りましたね。

(B-) ありがとうございます。初回は、コンビニの中におじいさんがいたので、入れなかったのです。

(A-) まずは、そこまで思い切って行っただけでも成功です。

(B-) 初めは怖かったのですが、やってみると思ったよりできました。

(A-) これは、時間がたつと不安が下がっていくか、繰り返していくとすれ違ったときの不安が小さくなってきます。そういったことが実感できているみたいです。

(B-) 記録に書いてあるとおり、何回かしていると不安が柔らくなってくる感じがありました。

(A-) 4日目は、コンビニの中であえてお客さんの横を歩いていますね。

(B-) 行く道中ですれ違わなかったもので、このままでは治療にならないと思い、思い切って横を通ることをしました。

(A-) 素晴らしいです。思い切って横を歩いてみたらどうでしたか。

(B-) 意外と思ったより不安にならずにできました。

(A-) 今は避けているけれども、このようにしてみるとそれほど不安ではなかったということが、他にもあるかもしれないですね。

(B-) あるかもしれません。

(A-) このときに、このままでは治療にならないと思い、あえて客の横を歩くことを選択したのは、治療のことをよく分かっている証拠だと思います。この調子で進めていきましょう。

中尾 このような感じです。患者がしてきたホームワークを見ながら説明をしているふりをしていますが、原稿を読んでいるだけです。このように面接をしています。模擬患者ですが、実際の診療風景に近いと思います。OCD の治療についてまとめると、このような形で、SSRI も高用量が必

要です。抗不安薬が効かないということです。抗精神病薬の付加療法は、難治例に対していいのではないかということ、また、認知行動療法は適応を選んですれば、非常に有効性が高いことと、ASD を基板とした OCD が結構おられるので、そのような方については特性を考えた上での治療が必要になってくるのが、いえると思います。

最後に、ためこみ症について簡単に紹介して、終わりにしようと思います。2013年の『DSM-5』で設定された疾患です。このように、いわゆるごみ屋敷の状態になってしまう方です。なぜ、このような状況が起きるのかということがまだ分かっていないので、今、一生懸命に調べているところです。OCD との違いをごく簡単にお伝えすると、基本的には OCD の症状は、強迫観念による不安などを下げる、苦痛から逃れるために、強迫行為をします。そういうことを、負の強化が起きているといいますが、ためこみの方は、捨てるのはとにかく苦痛ですが、それとは別に、ためることについては、かなり重症になるまでは、快の感情、ためることに対する愛着が続くといわれています。ここが、OCD よりさらに治療が難しくなる要因ではないかと思っています。

このような鑑別診断ですが、私のほうで作りました。二次的にいろいろな器質疾患でためこみを起こすこともあるため、それは除外する必要があります。また、OCD や ASD、ADHD でもためこみが起こってきますが、これが二次的なものなのか、それとも並列しているのかも慎重に判断しながら診断を行っている最中です。一応、文化的に違いがあるのかについても調べました。4カ国の調査で、私たち日本のデータも入れました。もしかすると、日本は狭いからそれも影響しているのではないかと思いましたが、実際に私は、イギリスでもためこみの人の家に行きましたが、日本と似たようなものでした。ブラジルにためこみ症はないだろうと思うのですが、ブラジルにもありました。ということで、国の差、文化の差は今のところ否定されています。

また、もう一つは、高齢者の病気という感じがしますが、あれは行き着いた状態としてそのようになっているのであり、私たちの調査では、ため

こみがスタートするのは10代の方のほうが圧倒的に多いことが分かっています。これは、途中のデータがなく、ずっと未治療、あるいは介入がなく、パートナーがヘルプすることもなかった方が高齢化して、ごみ屋敷化するという可能性があります。ここは調べないとよく分かりません。画像も調べました。これは、2年前に山田先生が出したものです。これも、私たちが世界で初めてのデータでした。ためこみ症の人は、ためこみ症を外した OCD と比べて、前頭葉の体積に有意な増加がありました。これは面白いと思いました。今までの OCD のデータは、ためこみの人も全て混ぜ合わせていたので、ここの前頭葉の所見が、結構、分かれていました。それは、恐らくためこみ症とためこみ症以外の OCD では違うのではないかということ、初めに報告した論文で、価値があるのではないかと考えています。

この方は、恐らく ASD がベースで、しかしそれだけでは説明がつかないため、ためこみの状態がこのように生じています。幼少期からの強いこだわりとためこみ症です。高校から不登校で引きこもりとなりました。OCD の症状も合併しています。しかし、OCD とは別に、明らかに空き容器や雑誌、テープなどを全て集めるなどします。見切れないほどの番組を録画していく、デジタルホーディングといわれる症状もありました。このような方を、何十例か私たちの所で診ています。このように、けがをしないように準備をした上で、実際に患者の家に行きます。部屋に全く入れないほどの、物があふれた状態です。これは、診察室で聞き取るだけでは、なかなかこの実際の状態は分からないことが多いからです。ほとんどの場合は、行ってみると、よりひどいことが多く、このようなことを調べています。

本日は、症例をもう一つ用意していましたが、時間がちょうどなくなったところです。私のほうで考えている精神療法の捉え方ということで、いくつか最後に紹介して終わりにします。治療者は、患者の症状、生活、人生を理解している。助言を与え、患者が自立的に歩んでいくのを援助すべきである。これは当たり前のことではないかと思われそうですが、同行二人、弘法大師が、お釈迦様

がずっと見守っているという形で、お遍路さまに付き添うように行っていく姿勢が大事ということや、臨床では困難に出会いますが、そこでいろいろな現実を受け入れて病気と折り合いをつけて、何とかしていくしかないというところで援助していくというときに、ネガティブケイパビリティという言葉が、とても大事だと思います。初めにこれは、昔、八幡厚生病院に勤めている頃に、森山成樹先生から教えてもらい、最近もまた本を読み返しています。また、精神分析の松木邦裕先生にも、以前、臨床でご一緒したときに、この言葉を教えてもらいました。最近では、前任の神庭先生もこの言葉がお好きで、よく使われているということで、非常に大事なキーワードかと思っています。症状に引っ張られてその人自身をネガティブに捉えたり、安易にパーソナリティに落とし込まないということです。症状が、その人のパーソナリティを侵害しているというような捉え方をしていくということです。では、どうしていくかということ、私は行動療法の人間なので、患者が困っていてできそうなところから治療していきます。これが、山上先生や、本日も聞いてくださっている中川先生から教えていただいた、治療のコツと考えています。

新型コロナの問題が続いて大変な状況ですが、何とかこれ乗り越えていけたらいいと思います。本日はどうもご清聴ありがとうございます。

林 中尾先生、ありがとうございました。認知行動療法の専門の話が多かったですが、認知行動療法をよく知らない先生にも、非常に有益な話だったように思います。時間はオーバーしましたが、ぜひ、質問したい方がいたら、一つ、二つ、受けたいと思います。いらっしゃいますか。恐らく、神田橋先生は、ぜひ、質問なり感想なり講評をいただけたらと思います。神田橋先生に伺いたいと思います。

神田橋 神田橋です。認知行動療法を、自分の臨床に採り入れたいと考えている聴衆の方が随分いると思うので、一つだけ伺います。普通の精神療

法は、行方を定めない旅のようなところがありました。認知行動療法も含めた行動療法は、一つの流れというもの、終点までの段階を想定して行われますが、その場合に当然こうなる、このようなプロセスで進むだろうと想定している、受診者の想定を全貌をあらかじめ患者に説明して、共有した形でスタートするのが定石なのか、それとも次の段階、その次の段階という形でしか説明をしないでするのが定石なのでしょう。本を読んでもよく分からないので、それを教えてくださると、皆さんが実際にするときに役立つかと思います。お願いします。

中尾 神田橋先生、ありがとうございます。大変、難しい質問でどうしようかと困っています。私の個人的な考えになりますが、おおよそこのようになっていけたらいいというような、それほどピンポイントではないけれども、おおよそのゴールは共有するようにしている気がします。ただ、そこに行くまでの道のりは、恐らく、患者それぞれによっても違うし、私と患者の関係によっても違ってくると思います。ですから私は、例えば、スタートがあってゴールがあれば、いろいろな人生ゲームのようなすごろくのポイントがあり、まずは近いところでこの目標に行こうという話をして、進めてみている気がします。しかし、これがうまくいかないことも結構あります。そのときには一回、戻り、あるいは一回、休んで、また次の手を選ぶようにしています。大きいゴールと、近いところでのステップとして小さいゴールをつくり、繰り返して行きつ戻りつしながらしている気がします。今、思い付いたのはそのようなことでした。

神田橋 少し援護するように質問します。山岳ガイドのプロと似ている感じですか。

中尾 今、先生に言っていたき、そのような気がしました。

神田橋 どうもありがとうございます。

中尾 ありがとうございます。

林 だいぶ時間が押しましたが、千葉の中川先生は聞いていますか。

中川 中川です。聞こえますか。

—— 聞こえます。

中川 中尾先生の話聞いて、非常にいろいろな考えがこみ上げてきました。これからの認知行動療法は、だんだんと形を変えていくといいますか、進化していくところをこれからの中尾先生たちが担い、より患者に添った、そして新しい知識

を動員しながら発展させてくださるのではないかと思います。どうぞよろしくお願いしますということです。失礼しました。

中尾 ありがとうございます。

林 最後に締めさせていただき、ありがとうございます。それでは、もう一度、拍手をお願いします。

中尾 ありがとうございました。

司会者 座長の林先生、講演をいただいた中尾先生、誠にありがとうございました。

精神科医療セミナー
2020.9.24
ホテルオークラ福岡

不安症領域の今日的理解と治療 ～気分障害や自閉スペクトラム症との関連も含めて～

九州大学大学院医学研究院精神病態医学
中尾智博

1

現代社会で私たちは多くのストレスに晒されています



AFP通信より引用

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）
感染症・死の恐怖、孤独・孤立、将来の不安
…不安症への対応がより重要になってきます

2

本日の講演内容

- ❖ 不安症領域の今日的理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症

COI開示：今回の発表に関連するCOIはありません
出典のないスライドは全て演者が作成したものです

3

本日の講演内容

- ❖ 不安症領域の今日的理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症

COI開示：今回の発表に関連するCOIはありません
出典のないスライドは全て演者が作成したものです

4

不安症・強迫症に関する最近の話題

- 2013年 DSM-5刊行、不安症から強迫関連症群が独立し、ためこみ症が新たに定義される
- 2016年 パニック症、社交不安症、強迫症に対する認知行動療法が診療報酬として点数化される（30分以上、480点、16回まで）
- 2016年 厚労省作成の認知行動療法マニュアル発表 認知行動療法研修会の定期開催始まる
- 2018年 不安症・強迫症の治療ガイドライン作成ワーキンググループが立ち上がる（近日公開予定）
- 2018年 ICD-11の公表（2022年発効予定）

5

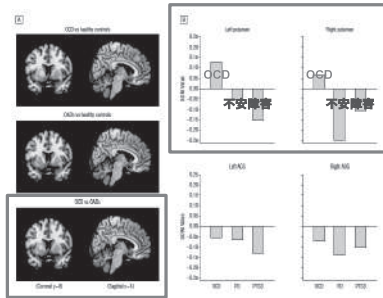
不安障害から“強迫関連症”の新カテゴリーへ

- ❖ 強迫症(OCD)が不安症群から独立し強迫関連症群を構成
- ❖ ためこみ症状は、ためこみ症として1疾患単位に
- ❖ チェック関連OCDが特定項目に
- ❖ 病識(洞察)の程度を3段階で評価

2013.5改訂

6

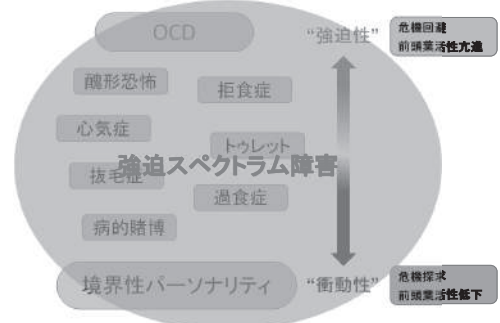
OCDと不安障害の脳構造の違い（メタ解析）



OCDではレンズ核・尾状核の体積増加、不安障害では両領域の体積減少を認める
Radua et al, 2010

7

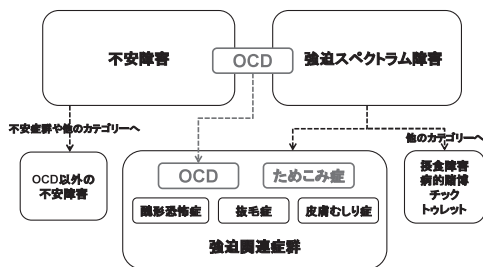
OCDと強迫スペクトラム障害



Hollander E, 1995を元に作成

8

DSM-IVの不安障害・強迫スペクトラム障害と DSM-5の強迫関連症群



中尾, 2017

9

ICD-11における変更点

- ❖ 不安・恐怖を基盤とする障害は新設の『不安と恐怖に関連する障害群』のグループに含まれる
- ❖ 強迫症を中心としてDSM-5同様に『強迫関連症群』のカテゴリーが作られ、『心気症』、『自己臭症』も本カテゴリーに含まれた
- ❖ 新カテゴリーとして『ストレス関連症群』『解離症群』『身体的苦痛症群』が作られた(F45 身体表現性障害は消滅)
- ❖ 同時に2つ以上の診断をつける際、広場恐怖症、パニック症、全般性不安症、抑うつ障害などにおける併存をより認める方向へとルール変更される

10

本日の講演内容

- ❖ 不安症領域の今日的理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症

11

社交不安症 (Social Anxiety Disorder: SAD)



DSMの定義より、社交不安症とはイラストのような社会的状況や行為する状況で、他人に理解できない程度の恐怖や緊張が日常的に6ヵ月以上継続し、日常に支障を来たす状態と考えられます。

DSM-5を元に作成

12

【SAD症例①】20歳代男性 無職

現在、無職。小学5年時に授業中の発表時にじどろもどろになってしまったことがある。中学では教師から目つきが悪いといわれた。その後、人前で話すことに恐怖感がつきまとい、高校や大学でも対人関係に苦手意識を感じるようになった。面接が怖くて就職活動ができないうちに大学を卒業。アルバイトも長続きしないため自宅にひきこもりがちとなった。

特に若い女性の前では自分が気もち悪いって思われてしまうと思い顔を見て話しができない。家族からは考え過ぎだと言われるが、最近では、近所のコンビニの買い物ですえ避けたくなくてきている。

13

SADと対人恐怖症の関係

对人恐怖症



対人恐怖症はSADより広い病態を含む

14

SAD患者における他の精神疾患の生涯併発率

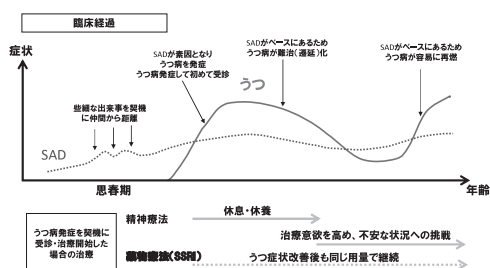
【方法】 2001年から2002年の間に18歳以上のアメリカ在住者に対し面接インタビューを行った調査症例43093例をもとに算出。

精神疾患	併発率(%)
アルコール依存症	48.2
薬物依存症	22.3
ニコチン依存症	33.0
気分障害(うつ病を含む)	56.3
いずれかの不安障害	54.1
パニック障害	22.0
全般性不安障害	23.3
特定の恐怖症	38.1
人格障害	55.4

Grant BF et al, 2005を一部改変

15

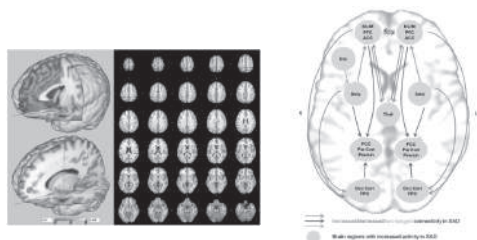
うつ病の背景に潜在するSilent SAD



永田 利彦 臨床精神薬理 2010;13:723-30

16

メタ解析に基づくSADの脳病態モデル

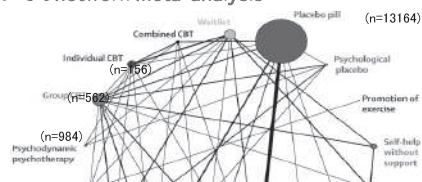


扁桃体、島、前帯状回、前頭前野を含むfear circuitと頭頂後頭領域の過剰活性、辺縁系を含んだ遂行機能ネットワークの結合低下が確認されている

Brühl et al. 2014

17

社交不安症 (SAD) に対する薬物療法、精神療法の効果についてのnetwork meta-analysis



本邦でのSAD治療ガイドライン（案）

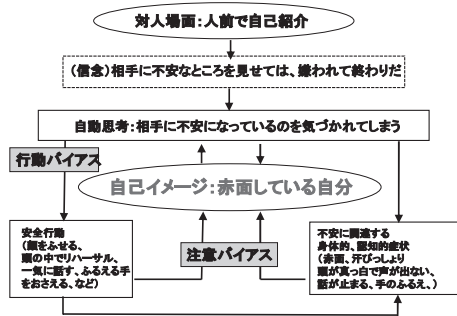
CQ: 成人の社交不安症に推奨される薬物療法は何か？

- 成人の社交不安症に推奨される薬物療法はSSRIである
- 益と害のバランスを考慮すると、次に推奨される薬物療法はSNRIである

Mayo-Wilson E et al, 2014
(朝倉先生ご提供)

18

SADの認知行動モデル(ケースフォーミュレーション)



SADの認知行動療法マニュアルより

19

社交不安を維持する3つの要因と
認知行動療法による介入

① 自己注目

自分の内的な情報(思考や不安感情、身体感覚)に注意が集中
:より身体反応と不安が強まる、他者の情報を見落とす

注意シフトトレーニング

② 否定的な自己イメージ(認知)

否定的な自己イメージや他者から否定されているという認知

ビデオフィードバック

③ 安全行動(回避行動含む)

本人が安全だと考えているが結果として悪循環につながる行動
:目を合わせずに会話し、相手に悪印象を与える、など

行動実験

厚生労働科学研究推進団体の「社交不安障害(社交不安症)の認知行動療法マニュアル(診療報酬)より改定

20

注意シフトトレーニング

注意の焦点を外部(非社交状況や相手)に向ける練習をする

- (例)視覚:部屋に存在するあらゆる色の種類を数える、それぞれの色の濃淡、光と影、反射、治療者の洋服の色、壁の色やツヤ、など

- 外部注意に続いて、内部と外部の情報に交互に注意を向ける練習



21

ビデオフィードバックとは

セッション内でスピーチ等の課題を行い、それをビデオ撮影して自分が思っていた印象(ひどく赤面しふるえているなど)とビデオを観た時の印象を評価を比較して、認知を検討する方法です。

自身の評価の変化や考えや注意の偏りに気づくことが大事です!



22

行動実験

- ・予測(他人自分を嫌い、拒絶する)を「現実」の観察(他人はどう反応しているか)によって検証
- ・予測と「現実」の観察の違いを発見
- ・自分が間違った予測をたて、観察もしないでいたので、予測が現実の違いに気づけなかったことを発見
- ・「ありのままでも受け入れられる」という気づきの獲得

実験の状況	予想	実験のやり方	実験の結果	学んだこと
喫茶店の席に座り、注文をとりについたウエイトレスに「カフェオレってなんですか」と聞く	迷惑そうな顔をされて、「メニューを読んでください」と言われる	実際にやって、ウエイトレスの反応と周りの人の反応を見る	丁寧に説明してくれた。周りの人は、気にしていない様子だった。	ウエイトレスが客の質問に怒ることはない。人は他の人の行動をそんなに注目していない。

SADの認知行動療法マニュアルより

23

【SAD症例②】40歳代男性 スピーチ恐怖

- ❖ もともと真面目な性格、成績優秀であった。大学卒業後、大学院に進み、研究者となった
- ❖ 順調に業績を上げていたが、38歳時にアメリカで行われた国際学会のoral presentationで、聴衆も多く緊張が高まり最初1分近く頭が真っ白になって言葉が出なかった。なんとか発表を終えたが内容はしどろもどろであった
- ❖ その後の学会発表でも、再度強い緊張、動悸、発汗がおこり、次第に発表を回避するようになった
- ❖ 学生への講義などにも支障が出るようになり、40歳代になり精神科初診した

24

【SAD症例②つづき】

- ❖ 自己記録（場面ごとの緊張感の程度）をつけてもらいハイラキー（不安階層表）の作成を行ったところ、学会での講演、学生の講義、会議（発言あり）、会議（発言なし）、研究室でのミーティング（発言なし）の順に不安が高かった
- ❖ SSRIを投与し薬物の効果が出て不安が軽減した後、研究室でのミーティングでごく簡単な発言をあらかじめ準備して毎回発言する課題を出したところ、発言時いくら緊張したものでも問題なくでき徐々に緊張しなくなった
- ❖ 国内の小さな学会で緊張の少ないポスター発表を繰り返してもらい、発表恐怖も徐々に克服ができた
- ❖ 限局型（人前でのスピーチ恐怖）のSAD症状を呈していたがSSRI投与と段階的曝露法によって改善が得られた

25

SADの治療（個人的意見）

- ❖ 初期治療としてはSSRIから入る
- ❖ 薬物・アルコール依存の併発例が多く、抗不安薬の運用依存に特に注意を要する
- ❖ 限局的か、全般化しているかにより治療反応にも大きな差が生じる
- ❖ 病理水準の見きわめがとても重要であり、intensiveなCBTの導入についても慎重な検討の下に行う
- ❖ 病理の深い症例では抗精神病薬の投与も検討
- ❖ 社会資源の援用が大事であり、保護的な環境設定を行った上で、徐々に社会復帰できるように導く

26

本日の講演内容

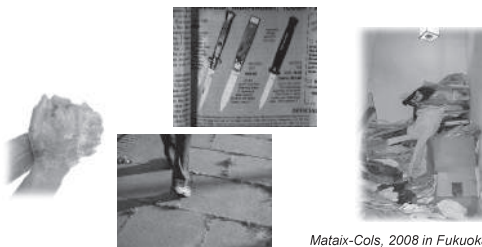
- ❖ 不安症領域の今日的理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症

27

強迫症

(Obsessive-Compulsive Disorder: OCD)

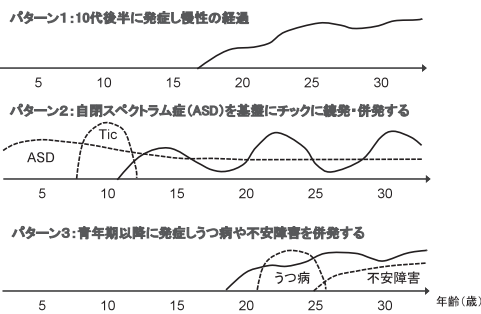
患者自身が不合理だと感じているのにも関わらず、繰り返し生じる不快な思考（強迫観念）とそれを和らげるために行われる過剰な繰り返しの行動（強迫行為）で構成される



Mataix-Cols, 2008 in Fukuoka

28

OCDの発症と経過の代表的なパターン



中尾 2014

29

OCDとASD（自閉スペクトラム症）の併存

- ❖ ASDの1/4はOCDの診断基準に当てはまる
(Russell et al 2005)
- ❖ 成人OCD患者の27%はPDDの診断を満たした
(山下 2010)
- ❖ 若年ASDの17%はOCDを併存(メタ解析)
(van Steensel 2011)
- ❖ OCD患者の15%はAQスコアが33点以上
(九大 未発表データ)

ASDのこだわりは強迫症状/OCDへと移行しやすい

30

【OCD症例①】 40歳代男性 ASD+OCD (セルフレポート)

- ❖ 基本的意識として何事もきちんと細かく“完全”を念頭に、納得が得られるまでは止めたくない。確認作業中に、モノ・人・音などの邪魔が入って意識の集中が途切れると最初から全部やり直す。
- ❖ 出勤時は各部屋ごとの確認を行い、自分で決めたポイント順に10回ずつ触れるスイッチなど決め、号令のように数を唱えながらクリアする。
- ❖ 風呂で洗う際も上から下まで決めた順序で丁寧に徹底的に行う。歯磨きも同様である。
- ❖ たまってくる書類、チラシ、包装紙などは、ひとつひとつ手にとって「問題なく要らないモノ」と自分に認識させないと捨てられない。

31

OCDと発達障害のこだわりの違い

中核的（神経症的）OCD

- 強迫観念に伴う不安を、強迫行為によって減じようとするがかえって不安と強迫観念が強まる悪循環「不安の学習」が生じている
- 曝露反応妨害法(ERP)による不安低減体験が有効

発達障害のこだわり

- 物の位置へのこだわり、入浴や手洗いなど生活行為の過剰な儀式化、特定物品の収集、といった症状は不安はほとんど介在せず、感覚的に納得いく・いかないで、症状が強まったり弱まったりする
- 不安低減体験を目的とするERPの効果は得られにくい

- OCDと発達障害によるこだわりは鑑別が難しいことも多く、また両者の要素を併せ持つものもいて、治療を始める前にまず十分に症状を把握することが必要になる

中尾智博, 精神科臨床サービス, 2015

32

嫌悪と強迫

新品のハエたたきでかき混ぜたジュースを飲むか、洗淨消毒された使用済みのクシでかき混ぜたジュースを飲むか、あるいはプラスチック製の大きなゴキブリが浮いたジュースを飲むか

(Woody & Tolin, 2002)



オラタンジ・マツケイ, 「嫌悪とその関連障害: 理論・アセスメント・臨床的示唆」, 2015

33

嫌悪と強迫

- ❖ ルーミング脆弱性: 嫌悪を喚起する刺激が動いたり近づいたり、拡散、拡大するのではないかと感じるダイナミックな心的シナリオ
- ❖ 共感呪術: 汚染されたものに触るとそれだけで汚れがこちらにも伝染し、接触をやめても汚れが残ったままだと感じられる
→ 汚れが100→100→100と伝わりそれぞれに固着するイメージ
- ❖ 「ある女性OLが年配の異性上司による叱責をきっかけとしてその上司の触れるもの全てを汚いと感じるようになった」といったように、人を対象とした嫌悪感情もしばしば汚染恐怖へと発展する
- ❖ 嫌悪感情は、特に汚染恐怖型OCDにおいて不安や恐怖よりも強迫症状の発症・維持に重要な関与をもつ可能性がある

34

New conceptualizations of OCD: The behavioral addiction model

～嗜癖行動モデルとしてのOCD～
“認知・不安・嗜癖”

Giacomo Grassi, M.D.
University of Florence

35

A clinical staging perspective



First stage: in this stage the patient present only subthreshold symptoms, but show endophenotypic abnormalities such as motor disinhibition and cognitive inflexibility.

Second stage: in this stage the patient has the OCD onset and the anxiety dimension is prominent.

Third stage: in this stage the patient becomes addicted to compulsions.

←このステージでは強迫行為はもはや行為そのものが目的となる

Grassi G., ECNP congress Berlin 2014

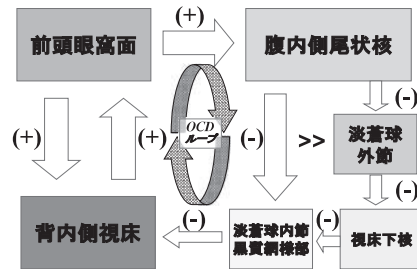
36

高次認知機能とOCD

- ✧ 融通がきかない、細部へこだわり → 遂行機能
- ✧ 恐怖の対象(例: 血液・赤いシミ)への過剰な注意の偏り → 注意機能
- ✧ なんと確認しても自信が持てず、記憶があいまいになる → 記憶機能
- ✧ 不潔の対象のそばを通っただけで触れた様な感覚に陥る → 空間機能
- ✧ 運転中の音、振動に敏感で何かを嫌いと感ずる → 知覚機能

37

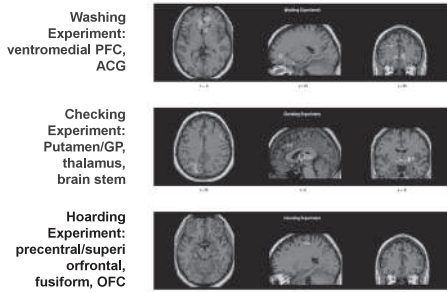
OCDの眼窩前頭-線条体-視床間ニューロン回路 (OCDループ) 仮説



Saxena et al, 1998

38

OCDの症状亜型と脳画像

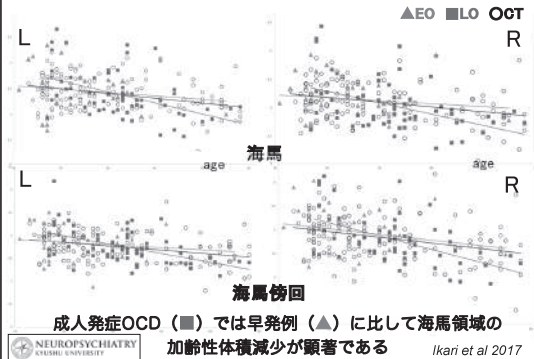


洗浄、確認、ためこみの各脳発課題によってOCD患者は異なるパターンの脳賦活を示した

Mataix-Cols et al, 2004

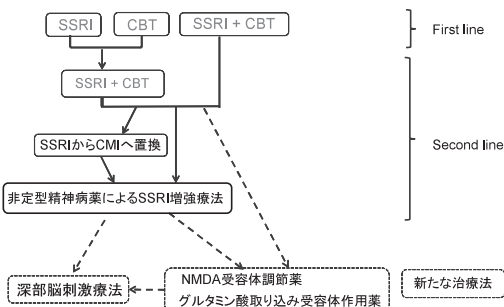
39

発症時期と脳構造の変化



40

OCDの標準的治療法と今後期待される治療法



41

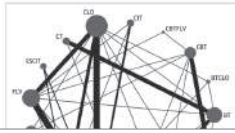
OCD治療ガイドライン作成ワーキンググループ

- 松永寿人 兵庫医科大学精神神経科学講座
- 中尾智博 九州大学大学院医学研究院精神神経医学
- 中前貴 京都府立医科大学大学院医学研究科精神機能病態学
- 久能勝 千葉大学大学院医学研究院認知行動生理学
- 吉田賢一 兵庫医科大学病院 臨床心理部
- 村山桂太郎 九州大学大学院医学研究院精神神経医学

日本不安症学会
日本精神神経薬理学会

42

OCDへの治療介入の有効性についてのネットワークメタ解析



- 2016年までに発表された54本のRCTを対象にネットワークメタ解析を実施
- 介入の内訳 (主なもの)
SSRI : 37
clomipramine : 13

本邦におけるOCD治療ガイドライン (案)

CQ : SSRIはOCDに対して、他の薬剤に比し有意に有効か？

- 全てのSSRI (Fluoxetine, Fluvoxamine, Paroxetine, Sertraline, Citalopram, Escitalopram) は、OCDに対して等しく、有意に有効である
- SSRIとClomipramineとの間に有意な有効性の差は確認されず、認容性を考慮するとファーストラインの薬物療法としては全てのSSRIが推奨される

Skapinakis et al 2016

43

成人OCDに対する抗精神病薬を用いたRCTのSRによる検証

Comparative efficacy and tolerability of antipsychotics as augmentations in adults with treatment-resistant obsessive-compulsive disorder: A network meta-analysis

Dong-Dong Zhou¹, Xiao-Xin Zhou², Zhen Lu³, Xiao-Rong Chen⁴, Wo Wang⁵, Gao-Mao Wang⁶, Chuan Liu⁷, Da-Qi Li^{8,9}, Li Kuang^{10,11}

本邦におけるOCD治療ガイドライン (案)

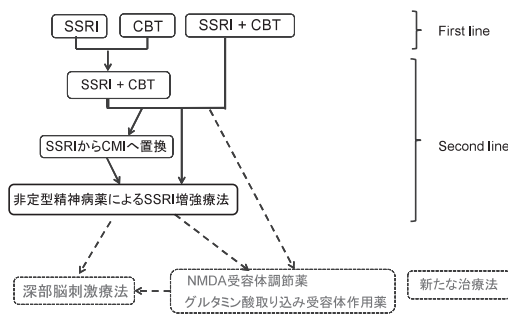
CQ : SSRIによる治療に十分な反応を示さないOCDに対して、薬物療法の対応 (第二選択) は何か？

- SSRIを十分量、十分期間使用した後、薬剤A (O社), quetiapine, risperidoneの追加による増強療法は有効とのエビデンスは得られている
- このうちquetiapineは有意に忍容性が低いことから、第二選択としては、薬剤A (O社) と risperidone が候補に挙げられる

Zhou et al, 2019

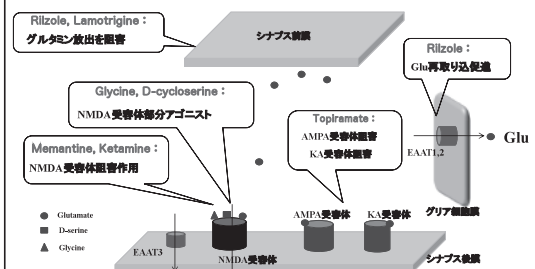
44

OCDの標準的治療法と今後期待される治療法



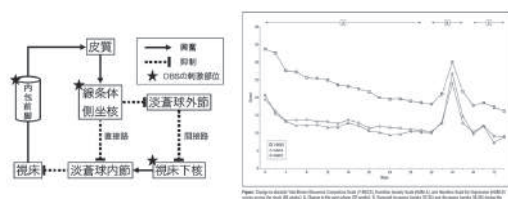
45

グルタミン酸系シナプスにおける各薬剤の作用



村山他, 2015

46

脳深部刺激療法
(Deep Brain Stimulation: DBS)

MRI画像を用いた定位脳手術により、側坐核や視床下核に刺激電極を設置し通電する治療法。難治例に対する有効性が報告されている

Denys et al, 2010

47

深部経頭蓋磁気刺激法 (Deep Transcranial magnetic stimulation: dTMS)

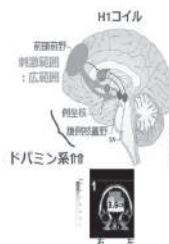
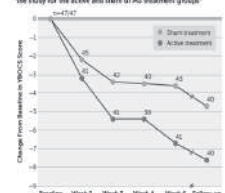


FIGURE 2. Change from baseline in mean YBOCS score through the study for the active and sham dTMS treatment groups^a



^a dTMS: deep repetitive transcranial magnetic stimulation. YBOCS: Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale. Each data point includes the patients with non-evaluable YBOCS scores at that time point.

内側前頭前野と前帯状回に対する高頻度dTMSはOCDの症状を有意に改善した

Carmi et al, 2019

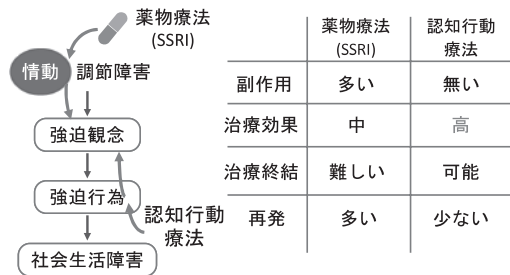
48

認知行動療法：曝露反応妨害法 (ERP: Exposure and Response Prevention)

- ❖ 曝露法は、不適応的な不安反応を引き起こす刺激に持続的に直面することにより、その不安反応を軽減させる方法
- ❖ 反応妨害法は、不安を一時的に軽減するための強迫行為を行わずにすませる方法
- ❖ 曝露法と反応妨害法を組み合わせる実施するOCDの治療技法の一つ

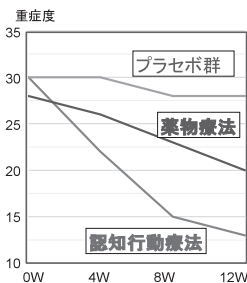
49

認知行動療法？ 薬物療法 (SSRI)？



50

認知行動療法はSSRIよりも症状を改善する



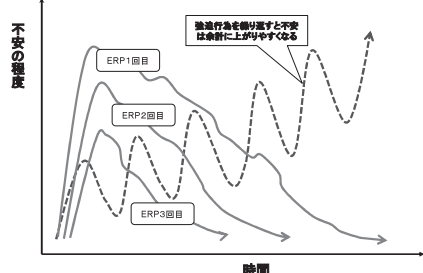
九大行動療法グループが実施した強迫症患者を対象としたRCTにおいて認知行動療法は強迫症状評価尺度Y-BOCS (40点満点) における点数を重症 (30点) から軽症 (15点以下) に大幅に減少させた

Nakatani, Nakao, et al, Psychother Psychosom, 2005

51

行動療法における曝露反応妨害法の治療イメージ

曝露反応妨害法: exposure and relapse prevention (ERP)



不安に取って対峙し、自然と下がる体験を重ねることで強迫症状は軽減していくことを説明する

中尾, 2016

52

【OCD症例②】 30歳代男性 確認強迫

【主訴】本人「車の運転ができない。就職できない。」

【生活歴・現病歴】(本人より聴取)

幼少期特記すべきことなし、定型発達。高校1年の時、自転車で通学中に「誰かに当たって怪我をさせたかもしれない」と頭に浮かぶようになり、度々後ろを見て誰も倒れていないか確認するようになった

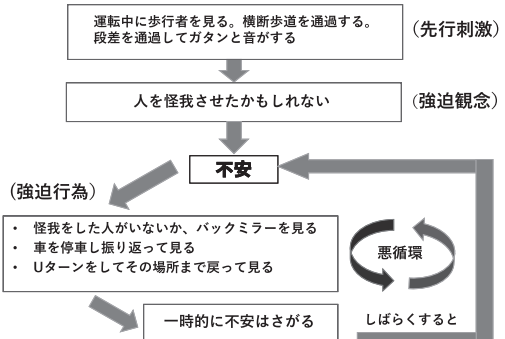
X-12年(20歳)専門学校卒業、歯科技工士として就職。しかし運動で自動車を運転中、普通ならば30分のところ確認で何度もUターンし60分以上かかり遅刻を繰り返してX-11年退職

X-8年(24歳)、地元総合病院A病院精神科を受診、強迫症の診断にて薬物療法を受けたものの症状改善はなく確認行為は続いていた。以後職業訓練、就職を繰り返すも症状のため長続きせず X-5年からは無職

X年11月(32歳)行動療法のことを知り、当科初診

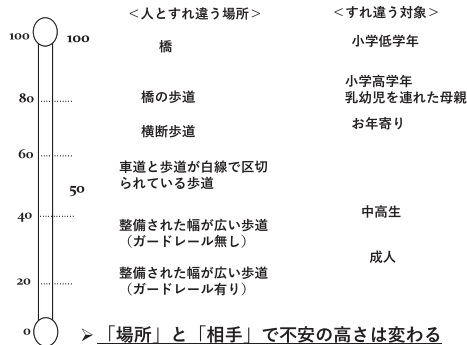
53

症例の行動分析



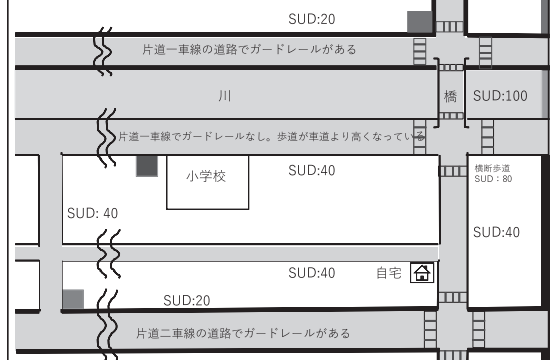
54

歩行時の不安階層表



55

自宅周辺の地図(成人とすれ違う時のSUD)



56

本日の治療ターゲット（初日）

曝露する内容：コンビニへの道を歩き、人とすれちがう。
反応妨害する内容：振り返って確認せずに、コンビニで買い物をして帰ってくる。頭の中ですれ違ったときの事を思い出して確認しない。

経過時間	不安や不快の程度 0 (最弱) ~ 100 (最強) の点数をつけましょう	その時何をしましたか？
開始	40	成人男性とすれ違った。
5分	30	道路歩行。
10分	30	コンビニの前を通過した。
15分	15	道路歩行。
20分	10	自宅に帰った。
30分	5	自室でじっとしていた。
1時間後	0	
1時間半後		
自己採点感想	初めての課題。コンビニに老人がいたので、怖くて入れなかった。家に帰るころには不安が下がっていることが実感できた。	
反省点		

57

面接場面

58

OCDの治療（個人的意見）

- ❖ SSRIは高用量が必要ながが多い
- ❖ 抗不安薬はほぼ無効
- ❖ 難治例の一部は抗精神病薬の付加療法に反応する
- ❖ 認知行動療法、特に曝露反応妨害法は適応例には高い有効性（＞薬物療法）を示し、再発率も低い
- ❖ ASDを基盤としたOCDの割合は低くなく、薬物療法戦略、行動療法の治療技法選択についても発達特性を考慮する必要がある

59

本日の講演内容

- ❖ 不安症領域の今日的な理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症

60

ためこみ症：Hoarding Disorder

- ものの過剰な収集、整理ができない、捨てられない、の3要素で構成される
- 本/チラシ/衣類/文具など様々なものが家中にあふれ、生活障害を来す疾患
- DSM-5 (2013～) で新たに独立・定義された

九大行動療法研究室ホームページより

ごみ屋敷問題との関連など社会的関心が強まっている

61

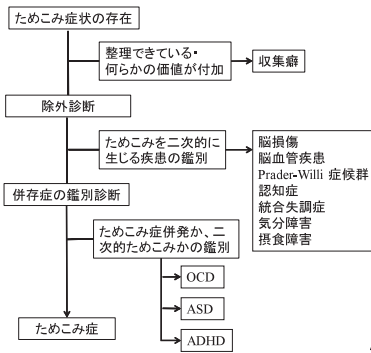
OCDとHoardingの違い

	OCD	Hoarding
OCDの診断	必要	20%程度合併、必須ではない 気分障害、不安障害の合併が多い
強迫観念・強迫行為の存在	ほぼみられる	遺失の不安は強迫観念に近いが、侵入的で不快な思考はない 過剰な収集行為と捨てる行為の両方は強迫行為に近い
臨床的に顕著なため込みの存在	まれ(5%程度) 多くは強迫性障害と独立して存在	常にある
洞察	様々だが一般的には良い	不良、特に初期は自我観和的
助けを求める行動	数年を要するものの助けを求める	問題を生じるまではとらない 周囲が助けを求める
症状の持続性	増悪、消長を繰り返す	安定的で長期かけて悪化する
強化のパターン	苦痛を避けるための負の強化あり 強迫行為としての正の強化はない	遺失を避ける負の強化と、獲得、所有、による正の強化がある
治療反応性 (薬物/心理療法)	中等～良好、多くの所見	不良～中等、知見が乏しい

Mataix-Cols et al, 2010を改定

62

ためこみ症状の鑑別診断の流れ



中尾, 2017

63

A transcultural study of Hoarding Disorder: Insights from the United Kingdom, Spain, Japan, and Brazil

Ashley E. Nordsletten^{1*}, Lorena Fernández de la Cruz¹, Elena Aluco, Pino Alonso, Tomohiro Nakao, Masumi Kuwano, Satoshi Yamada, Leonardo Fontenelle, André Luís Campos-Lima, and David Mataix-Cols¹

ためこみは狭い日本特有？→イギリス、スペイン、ブラジル、日本の4カ国合同調査で病態には大きな差がなかった

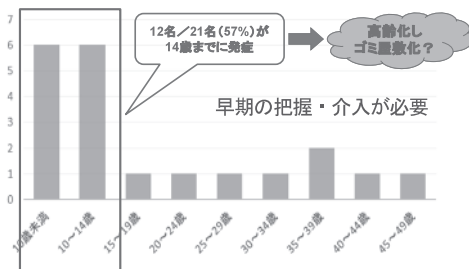


Nordsletten, 2018

64

ためこみ症は若年発症の割合が高い

ためこみ症の疫学調査 (九大)

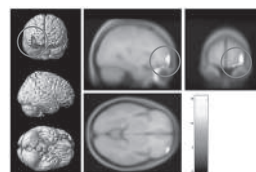


Kuwano et al, 2020

65

A unique increase in prefrontal gray matter volume in hoarding disorder compared to obsessive-compulsive disorder

Satoshi Yamada¹, Tomohiro Nakao^{1*}, Keisuke Ikarashi¹, Masumi Kuwano¹, Keitaro Murayama¹, Hirokumi Tomiyama¹, Suguru Hasuzawa¹, Osamu Togao¹, Akio Hiwatashi², Shigenobu Kanba¹



ためこみ症患者はためこみ症状のないOCD患者や健康者に比して前頭葉の体積が有意に増大している

NEUROPSYCHIATRY
KYUSHU UNIVERSITY

Yamada et al, 2018

66

【ためこみ症症例】 30歳代女性 ためこみ症状

- ❖ 幼少期から強いこだわりあり、ためこみ症状出現
- ❖ 高校から不登校、仕事に就いたが長続きせず引きこもり状態となる
- ❖ 洗浄強迫、確認強迫も合併
- ❖ 母と二人暮らし、空き容器類や雑誌、テープなどが部屋中に堆積している
- ❖ 情報をすべて知りたいという欲求があり、1日に数10本の番組をデジタル保存

ASD・OCDとためこみ症の併存

67

訪問によるためこみ症の実態調査

「ためこみの実態は、診察室では分からない」

医師協TIMES, 2020

68

本日の講演内容

- ❖ 不安症領域の今日的理解
- ❖ 社交不安症
- ❖ 強迫症
- ❖ ためこみ症
- ❖ エピローグ

69

長期間治療しているOCDの1例

【症例】 40歳代 女性 主婦

【主訴】 縁起恐怖、不吉な数字へのこだわり

【生活歴・現病歴】

元々生真面目、頑固な性格。短大卒業後会社OL、歯科助手など勤めるも人間関係で悩むことが多く転職を繰り返した

30歳頃から友人関係、母親との関係も上手くいかなくなり、同時期より道端の花束、墓地などに強い恐怖を抱くようになった

強迫性障害、気分変動症、社交不安障害などの診断でいくつかの病院で薬物療法を受けた

70

【演者の行った治療】

32歳時、患者は強い不安焦燥・興奮・解離を呈した状態で演者の勤務する病院に紹介されてきたが、前主治医の治療である程度落ち着き、強迫の治療のため演者が引き継いだ

患者はしかし、縁起恐怖の治療にはなかなか乗らず、母親との確執、これまでの職場での確執を口にし、演者の対応にも徐々に攻撃的となり、時に一切口をきかず、診察はしばしば殺伐としたものとなった

あまり治療の進展はないまま1年が経過し、その間も患者は新しい職場や転居先マンションで対人トラブルを繰り返す状態が続いた

71

【演者の行った治療・転換期以後】

演者は無力感に苛まれつつ治療を続け、初診から1年半後、その病院での勤務を終えることとなった

治療を継続することの意義について悩んだが、終診前に演者は病院を移ること、患者が希望すれば次の勤務先で引き続き治療にあたりたいことを伝えた。患者は少し驚いた顔をしたが了承した

以後、新しい病院での治療を10年近く重ねているが、治療場面での刺々しさは次第に消失し、対人関係のトラブルは徐々に質的にも量的にも小さくなり、近年の勤務先では自分のペースで安定した勤務を続けている

強迫症状も軽減し、薬物治療は終了、2年ほど交際していた相手と結婚、現在一児の母である

72

【本症例における対応のポイント】

- ❖ 診たてと病態把握の不足、不十分な対応
 - …振り返ればパーソナリティや発達の問題があり、対人関係の障害が強く表出されていたと考えられ、演者の病態把握や対応が不十分であったと考えられる
- ❖ 折れない心で治療をあきらめず患者の人生に向き合う
 - …結果論ではあるが＜自分ができるところをすべて行い、治療をあきらめない＞＜可能な限り、この患者の人生に向き合っていく＞という気持ちで、転勤後の経過により影響を与えたように思われる

73

困難に対峙し、人生に寄り添う精神療法

- ❖ 治療者は患者の症状、生活、人生を理解し、助言を与え、患者が自立的に歩んで行くのを援助すべきである…「同行二人」
- ❖ 精神科臨床で出会うさまざまな困難に患者とともに対峙し、現実を受け入れ病氣と折合をつけ生きることを援助する…
そこで求められるのは、“ネガティブケイバビリティ”
- ❖ 症状に引っ張られて、その人自身をネガティブに捉えたり、安易にパーソナリティに落とし込まず、症状がその人のパーソナリティを侵害している、と捉える
- ❖ 患者が困っていて、できそうなところから治療する

74

コロナに負けない新しい生活を

ご清聴ありがとうございました

75

読書と日々

国立病院機構肥前精神医療センター 本村 啓介

ブエノスアイレスの監房で、二人の男がめぐりあう。一人はバレンティン、革命を志す活動家。もう一人はモリーナ、同性愛者であり、未成年者の猥褻幫助罪のために収監されている。やがてモリーナは、夜毎に映画の話を語り始めた。「キャットピープル」(1942)、「私はゾンビと歩いた」(1943)といったB級ホラー映画の細部が鮮やかに語られるうちに、バレンティンは次第に引き込まれていくが、そこには罠が仕掛けられていた。モリーナは刑務所長から、釈放と引き換えに、バレンティン一味の秘密を聞き出す密命を帯びた、スパイだったのである——「蜘蛛女のキス」(1976)という対話形式で書かれた小説は、そのように始まり、進んでいく。作者のマヌエル・プイグ(1932-1999)はアルゼンチンに生まれ、映画監督を志してイタリアに渡ったが、助監督としての現場での仕事に耐え切れず、挫折して小説家に転向した。ペロン政権から弾圧され、亡命者として後半生を送りながら、映画への夢を色濃く映す作品を残している。

数年前、精神鑑定というものに携わるようになった頃、須藤徹先生から貸していただいた西山詮の本に、こんなことが書いてあった。「精神鑑定は、被告人にとって随意的でなければならず、適切な説明のもとに行われるべきである」、「鑑定人は被告人に対してまず自己紹介をすべきである。ここでいう自己とは単に所属と職名と氏名を意味するのではない…鑑定事項や、鑑定事項が被告人の問題とどういう関係にあるか、鑑定は法的目的のためであって治療のためでないこと、鑑定人は守秘義務がないことを告げなければならない」。鑑定は治療とは違う。けれども求められているのは、精神科医が治療の経験を通じて得た知識であり、鑑定の際にも「治療的な」態度を払拭できるわけではない。「Venzlaffによると、鑑定

人の面接は緊張のない中立的な雰囲気、信頼に満ちた雰囲気の中で行われなければならない。Nedopil はさらに一步進める。信頼のおける会話が可能になり、被告人が進んで自分の弱点や不安、あるいは内密のことや苦痛なことについて、話せるような雰囲気を精神科医は作り出す必要がある。鑑定人に守秘義務はないということを明確にして、なおかつこうした雰囲気が成立しなければならないというのである…精神科医の二重機能を、鑑定においてあえて引き受けようというものである。いうまでもなく微妙な問題が生ずる」。二重機能をめぐって、例えばこんな問題が起きることもある。「アメリカ連邦最高裁判所はやはり画期的な事件において、鑑定に対し厳しい批判を加えていた。精神科医が少年の被疑者に対し、自分が援助のために来たとみせかけ、巧妙な説得技術を用い、不正な方法で自白を引き出したとしたのである。とりわけこの精神科医は次のようにいっている。“I want you to recollect and tell me everything…It’s entirely your benefit to recollect them because, you see, you’re nervous boy…Tell me, I’m here to help you.” 鑑定人が自分を単なる援助者であるかのように思わせたのが適切でないと判断されたのである」。こんな話を読んでいるうちに、若いころに親しんだプイグの小説を思い出した。

けれども、二重機能をめぐる葛藤が生じるのは、司法精神医学に限らない。「精神鑑定は通常の臨床的な仕事とかなり異なると感じている人は多い…ところが、治療関係においてさえヒポクラテスの誓いの厳守、すなわち二者関係の特権は今日もはや主張できない。治療者・患者の二者関係が制度的に広汎に侵害されつつあるからである。司法精神医学のみならず、大学精神科医(学生の復学が可能かどうかを診察する)、産業精神科医

(労働者が復職可能かどうかを診察する)、軍隊精神科医(兵士が戦線復帰可能かどうかを診察する)、矯正施設精神科医(受刑者の施設に対する危険性を管理する)たちは、自分が第三者に対して果たしている役割をクライアントに説明して自分の倫理性を明確にするか、さもなければ社会統制の密かなエージェントとなるであろう。症例報告をはじめとする臨床研究もまた、複雑な三者関係を作り出すだろう。「Tarasoff 判決などを見ていると、治療者・患者の二者関係というものが果たして今どこにあるだろうかと疑問に思われる。むしろ三者関係こそ今日の医療の普遍的な状況を構成していると考えなければならないであろう」、「以上、要するに、今日では純粋な二者関係はむしろ例外であり、三者関係が医療を支配しつつあることを指摘した。その意味では、いわゆる臨床精神医学と司法精神医学などとの間に、明快な境界線は存在しないのである」——碩学はそう断じる。そもそも、(Szasz T のような)リバタリアン流に考えれば、国民皆保険制度の下では、医師と患者の関係にいつも国家が介入しているのであり、医師は患者に仕えて、苦しみを和らげるよう努めているのか、それとも国家に仕えて、国民の健康を管理するよう努めているのか、考えるほどわからなくなっていく(職場の健康診断後の受診がよい例である)。

精神医療のなかで出会う、治療者と患者の二者関係は、多かれ少なかれ幻想が入り込んでおり、しばしばそれに支えられてもいる。治療者としても、患者に寄り添い、患者を中心に考え…と行きたいところであるが、しばしばそうは行かないのが精神医療である。精神科医は患者だけでなく、

家族や地域に対しても責任を負っている。半身を、治療者として、幻想に満ちた二者関係の世界に置きながら、残りの半身を、対立する利害関係の調停役として、錯綜する社会のなかに置いている(精神科医の労働とはディレンマを抱えることではないだろうか)。そのような二重性が私たちを、潜在的な裏切り者になっている。任意入院でさえ、72時間以内の退院制限の可能性を告知するよう義務付けられているが、あれは「私は豹変することもありますよ」という意味である。精神科医は、子ども=患者に仕えながら、父親=国家権力にも仕える、母親のような存在である、といった文句も浮かんでくるが。ジェンダーバイアスの是正が叫ばれるなか、そのような蒼古的な比喩の枠組みとももうじきお別れだろう。

モリーナはいつしかスパイの役割を踏み越えて、バレンティンへの想いは真の愛へと変わっていったが、結局そのために破滅したモリーナは、二者関係の不可能性に殉じたのかもしれない。亡くなった冨永邦男先生は、天才的な臨床家と言われながら、論文をいっさい書かないことで知られていたが、何かのときに「治療というのは夢みたいなものだと思っているんですけどね」と言われていた。二者関係はいつも、明け方に見る夢のように、消えつつあるものとして経験されるのかもしれない——医療観察法病棟で働く今も、時々そんなことを考えている。

マヌエル・ブイグ「蜘蛛女のキス」, 1976 (野谷文昭訳, 集英社, 1983).
西山詮「刑事鑑定の実際」新興医学出版社, 2004.

入 会 案 内

福岡行動医学研究所では若い精神科医の方々、さらにはメンタルヘルスの活動にたずさわる多くの方々をも対象として、皆様の活動に役立つ情報を提供して参ります。

本研究所の活動の一環として「福岡・行動医学研究会」を主催しております。会員の皆様には次のようなご案内をさせていただきます。

- ・ 本研究所主催の研究会のご案内
- ・ 「福岡行動医学雑誌」の配布及び雑誌への投稿（無料）

会費は年間4,000円です。ご入会ご希望の方は、本研究所宛ご連絡下さい。

編集後記

2021年3月をもって、福岡行動医学研究所は医療法人うら梅の郷会併設機関としての活動を終了して、4月から一般社団法人福岡行動医学研究所として新たな展開をすることになった。

研究所は、1988年4月より九州大学名誉教授中尾弘之先生が初代所長に就任され活動が続けてきた。研究会、講演会の主催、福岡行動医学雑誌の発行のほか、会員主催の小グループの研究会にも利用をしていただいた。2003年から、松尾正先生が所長に就任され、「福岡行動医学雑誌」は精神病理学関係の雑誌として異彩を放ってきた。全国の精神病理学研究者からの投稿も多かった。

2020年から、九州大学を退官された神庭重信先生が研究所所長に就任され、最新の精神医学の臨床と研究の紹介をしていただくようになった。

2021年4月発足した（一社）福岡行動医学研究所の目的は下記のとおりである。

- (1) 精神医学の基礎的、臨床的分野及びその関連領域に関する研究の主宰
- (2) 精神疾患に関する行動医学的研究
- (3) 精神医学関係の雑誌、書籍等の出版物の発行
- (4) その他前各号に掲げる事業に附帯又は関連する事業

実は、事業目的は研究所開設当時とほとんど変わっていない。初代所長中尾弘之先生が開設当時に話しておられた、若い精神科医、研究者の支援をしたい。若い人が夢をもって臨床・研究に取り組めるようにしたい、というご希望をかなえられるようにしていきたいと考えている。

引き続き、一般社団法人福岡行動医学研究所会員としてご指導ご鞭撻のほどお願い申し上げます。

(記 林 道彦)

福岡行動医学雑誌 第27巻 第1号 2020

発行 令和3年7月15日

編集者 神庭 重信 九州大学名誉教授
林 道彦 医療法人うら梅の郷会理事長

編集アドバイザー 中尾 智博 九州大学精神科神経科教授

発行者 一般社団法人 福岡行動医学研究所
〒838-0825 福岡県朝倉郡筑前町大久保500
電話 0946-23-8087

印刷・製本 大同印刷株式会社
佐賀市久保泉町大字上和泉1848-20
電話 0952-71-8520
