

福岡行動医学雑誌

2021年

第28巻

第1号

目次

Contents

■巻頭言

Nothing about us without us 神庭 重信

■特集 より良い治療への挑戦 その2

トラウマインフォームドケア 西 大輔

Shared Decision Making (SDM: 共同意思決定) の概念と

精神科領域における現状、そして今後の可能性 渡邊 衡一朗

自殺のリスクを見落とさないために 河西 千秋

認知症ケアに必要な社会資源の知識 畑部 暢三

精神疾患の予防と回復に向けた早期介入の役割と実践 内野 敬ほか

妊産婦の治療ガイドの概説 小笠原一能ほか

ハームリダクションという方法とその有効性 湯本 洋介ほか

抗精神病薬の持続性注射製剤の安全で有効な使い方 八重樫 穂高ほか

■第一回精神医学研究奨励賞受賞報告

精神疾患と眼球運動異常 高橋 潤一

■寄稿論文

ルートヴィヒ・クラークスの生命主義的世界観再考

—対立原理としての精神と生命— 古城 慶子

「双方向性」を巡る雑連想 神田橋 條治

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と

最近の動向について 久我 弘典

■当事者は精神科医療に何を求めているか (シリーズ)

当事者の希望を知り実践するために、協働 (co-production) を活用する 杉浦 寛奈

■エッセイ

〈了解不能なもの〉に定位した精神病理学・精神療法覚え書き 加藤 敏

■講演録

認知症の行動心理症状 (BPSD) に迫る 池田 学

■私が気になった本

ロールシャッハ法の最前線 (小川俊樹編著) 黒木 俊秀

入会案内

編集後記 林 道彦

目 次

Contents

■ 巻 頭 言

Nothing about us without us	神庭 重信	1
-----------------------------------	-------	---

■ 特集 より良い治療への挑戦 その2

トラウマインフォームドケア	西 大輔	3
Shared Decision Making (SDM: 共同意思決定) の概念と 精神科領域における現状、そして今後の可能性	渡邊衡一朗	7
自殺のリスクを見落とさないために	河西 千秋	15
認知症ケアに必要な社会資源の知識	畑部 暢三	21
精神疾患の予防と回復に向けた早期介入の役割と実践	内野 敬 <small>ほか</small>	25
妊産婦の治療ガイドの概説	小笠原一能 <small>ほか</small>	29
ハームリダクションという方法とその有効性	湯本 洋介 <small>ほか</small>	35
抗精神病薬の持続性注射剤の安全で有効な使い方	八重樫穂高 <small>ほか</small>	41

■ 第一回精神医学研究奨励賞受賞報告

精神疾患と眼球運動異常	高橋 潤一	45
-------------------	-------	----

■ 寄稿論文

ルートヴィッヒ・クラークスの生命主義的世界観再考 —対立原理としての精神と生命—	古城 慶子	51
「双方向性」を巡る雑連想	神田橋條治	59
「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と 最近の動向について	久我 弘典	61

■ 当事者は精神科医療に何を求めているか (シリーズ)

当事者の希望を知り実践するために、協働 (co-production) を活用する	杉浦 寛奈	67
----------------------------------------------------	-------	----

■ エッセイ

〈了解不能なもの〉に定位した精神病理学・精神療法覚え書き	加藤 敏	71
------------------------------------	------	----

■ 講演録

認知症の行動心理症状 (BPSD) に迫る	池田 学	79
-----------------------------	------	----

■ 私が気になった本

ロールシャッハ法の最前線 (小川俊樹編著)	黒木 俊秀	101
-----------------------------	-------	-----

入会案内		103
------------	--	-----

編集後記	林 道彦	
------------	------	--

Nothing about us without us

福岡行動医学研究所所長 神庭 重信

“Nothing about us without us”（私たち抜きに私たちのことを決めるな）をご存じですか。これは、国連の「障害者の権利に関する条約（Convention on the Rights of Persons with Disabilities; CRPD）」策定の過程において、障害者の思いを表す標語でした。歴史的に、障害者が一般社会から保護される無力な存在とされ、自らが決定することが許されなかったという共通の経験を背景として、一般社会による保護的支配からの脱却と普通の市民としての権利をもつ人間であることを強く訴えるものでした。策定過程において障害をもつ当事者を始めとする障害関連団体が参画したCRPDは2006年12月に第61回国連総会で採択され、2008年5月に発効となりました。この条約の目的は保護の客体とされてきた障害者を権利の主体として位置づけ、インクルーシブな共生社会を創造することでした。日本は2014年に批准し、140番目の締約国になったのです。

“Nothing about us without us”は、patient and public involvement（PPI）あるいはco-production（CP）という用語として、多階層にわたって実現されてきました。以下に例を挙げてみます。shared decision making（SDM）は医療現場への当事者参加の一つの流れでした。また学会が主導し専門家がガイドラインを作成することがあたりまえだった当時、英国では当事者などのステークホルダーが参画してNICE¹⁾が設立され、当事者がガイドライン作成にじかに関わったことは実に印象的でした。日本政府も医療・保健・福祉政策の立案に当たって設置する検討会、審議会には必ずと言って良いほど、当事者とその関連団体の代表を構成員として加えています。さらに日本医療研究開発機構（AMED）は、研究への患者・市民参画を進めるガイドラインを作成し（2018）、医学研究の立案のプロセスの一環とし

て、研究者が患者・市民の知見を参考にすることを奨励しています。日本精神神経学会のパラダイムシフト調査班では、学会運営にもPPI/CPを導入することをめざして検討を進めてきました。詳細は紙面の関係で紹介できませんが、英国精神医学会やオーストラリア・ニュージーランド精神医学会では、すでに当事者が委員会の構成員として参画し、意見を述べるができる体制で学会運営が行われているようです。

精神医療は、ときに非同意治療を行わざるをえない父権的な医療としての側面をもち、当事者は保護が必要な存在であると考えがちです。そのため当事者が何を求めているかを見失うこともあったのではないのでしょうか。「にも包括」²⁾の検討会（厚労省）に続き、昨年設置された「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」においても、当事者・家族の代表が構成員として参加しており、検討会では、国連の対日審査を今夏に控え、隔離拘束の在り方をめぐる議論が盛んに行われました。隔離拘束を体験された当事者の体験をお聞きしましたが、彼らは生涯癒えないほどのトラウマを抱えていました。お聞きした体験は、隔離拘束をなくすというCRPDの理念には賛同するものの当事者の利益を考えるとやむをえない処置である、と割り切っていた僕に痛烈な反省をうながすものでした³⁾。当事者が抱えるトラウマを知り、介入することを身につけているはずの精神科医が、自らの治療行為によりトラウマを生んでしまいかねないことに改めて気づかされたのです。

精神疾患の研究はがんや免疫の研究のように、実験室から患者の元に、短期間で革新的な診断や治療法を届けることができいていません。しかし、そのような状況にあっても、きめ細かく当事者に

優しい治療は工夫を凝らすことで達成できるので、そしてその治療哲学は、他の医学に先駆けていることも少なくないと思います。

今年の特集では、昨年を引き続いて、若手精神科医が臨床で遭遇する諸問題を取り上げて、その分野の専門家に問題解決の要点をわかりやすく解説して頂きました。重度のあるいは急性期の精神疾患が紹介されてくる臨床現場にいと、対応に追われ、最新の精神医学の動向や技術に追いつく時間が確保しにくくなります。新たな精神医学の潮流を俯瞰して頂き、関心を惹いた問題についてさらに文献を読み進んで頂ければ嬉しく思います。

註

- 1) National Institute for Health and Care Excellence (国立医療技術評価機構、略してNICE)
- 2) 「にも包括」とは「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の略語。精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労など）、地域の助け合い、普及啓発（教育など）が包括的に確保されたシステムのこと。
- 3) WHOはCRPDが謳う当事者の権利擁護を実現するためのガイド資料QualityRightsを作成し（2019）、世界中で取り組みが進められています。またWorld Psychiatric Associationは、ワーキンググループ（“WPA Working Group on Implementing Alternatives to Coercion”）を設置し隔離拘束の代替方法の調査研究を開始しました。

第二回 福岡行動医学研究所 研究奨励賞募集

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

2022年10月14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

トラウマインフォームドケア

東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野
国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所公共精神健康医療研究部

西 大輔

1. はじめに

虐待に代表される子ども期の逆境体験（Adverse Childhood Experiences : ACEs）の頻度は高く、米国では52.1%が18歳以前に1つ以上の、6.2%は4つ以上の ACEs を経験していることが報告されている¹⁾。そして4つ以上の ACEs を体験している人は ACEs がない人に比べて、うつ病等の精神疾患や自殺企図等はもちろんのこと、肥満・喫煙をはじめとする不健康的な生活習慣、糖尿病をはじめとする多くの慢性身体疾患、性感染症など、非常に多くの精神・身体疾患および不健康関連行動のリスクが高くなることが示されている¹⁾。わが国のデータでも、ACEs の累積数が増えるほど精神疾患の発症リスクが高まることが示されている²⁾。

ACEs の頻度の高さとその広範な悪影響が明らかになったこと等から、近年注目されているものに「トラウマインフォームドケア（Trauma-Informed Care : TIC）」がある。TIC は PTSD に特化した治療ではなく、ACEs のようなトラウマ体験が個人にどのような影響を与えるかについて理解し、被支援者の過去のトラウマを体験の詳細が分かってもその可能性を念頭に置き、それを踏まえた対応を通常の医療やサービスの中に組み込んでいくことである³⁾。米国では、2014年に薬物乱用精神保健管理局（Substance Abuse and Mental Health Services Administration : SAMHSA）によって TIC のための手引きが出版されたほか⁴⁾、2018年には国会で TIC を推進するための法律が制定されており^{5,6)}、国や各州のレベルで TIC の実践が進められている。

著者らは2020年度から厚労科研の支援を受けて、わが国の精神保健医療福祉施設における TIC の実態把握と、精神科看護師を対象とした TIC ガイダンス開発および普及に関する研究を開始している。本稿では著者らの取り組みを簡単

に紹介し、TIC の今後の普及について考えたい。

2. 精神科医療機関の看護師向けの研修動画の作成

著者らは、先行研究およびエキスパートからの意見をもとに TIC のガイダンス試案とインタビューガイドを作成したうえで、精神科医療機関で勤務経験のある看護師（5人）および精神科医療機関に入院経験のある当事者（4人）にインタビューを行い、その内容を踏まえて試案を修正し、ガイダンスの内容をまとめた精神科看護師を対象とする研修動画（15～20分を4回分）を作成した。

研修動画では、架空症例について TIC の視点に立つとどのような違いがあるかについて説明した。研修動画中に用いた架空症例を以下に示す。なお、動画は研究班のウェブサイトアップロードされている⁷⁾。

架空症例 Aさん

Aさんは、統合失調症の診断があり、定期的な通院と薬物療法、精神科訪問看護を利用していました。

彼女は、治療に主体的に取り組んでいましたが、お正月に久しぶりに帰省した後から家の中に閉じこもり、カーテンを閉め切って眠れていない様子で予約していた受診にも行っていません。心配した訪問看護師が主治医に相談し、Aさんは精神科病院に入院することになりました。

入院時、呼びかけや質問に応じないAさんに対して、複数の男性看護師が病棟への移動を促しました。するとAさんは興奮状態に陥り、暴れました。そのため、複数の看護師でAさんを抑え、向精神薬を注射し、保護室に入室させました。

Aさんはこちらが何を言っても反応せず、壁をみつめて何も言いません。

この症例呈示を見て、Aさんは幻聴や妄想がひどくて辛い状態ではないか、といったことを視聴者に考えていただいた上で、次に同じ症例をTICの視点から見ていただく。下線部分はTICの視点に立ったとき、その可能性が念頭に置かれるものである。

架空症例 Aさん—TICの視点に立ったもの

Aさんには、子どもの頃に性的虐待と身体的虐待の経験がありました。それを誰にも伝えたことはなく、支援者も知りませんでした。

Aさんは、統合失調症の診断があり、定期的な通院と薬物療法、精神科訪問看護を利用していました。

彼女は、治療に主体的に取り組んでいましたが、お正月に久しぶりに帰省した時に、当時の虐待の加害者にたまたま遭遇してしまいました。帰省した後から家の中に閉じこもり、カーテンを閉め切って眠れていない様子で予約していた受診にも行っていません。心配した訪問看護師が主治医に相談し、Aさんは精神科病院に入院することになりました。

入院時、呼びかけや質問に応じないAさんに対して、複数の男性看護師が病棟への移動を促しました（本来、無害な介入である男性看護師による対応がAさんの文脈ではトラウマ的出来事の再体験となる）。するとAさんは興奮状態に陥り、暴れました。そのため、複数の看護師でAさんを抑え、向精神薬を注射し、保護室に入室させました。

Aさんはこちらが何を言っても反応せず、壁をみつめて何も言いません。

帰省後に家の中に閉じこもったこと、眠れていないこと、また最後の場面で呼びかけに反応しない状態は、それぞれPTSDで見られる回避症状、過覚醒症状、認知と気分の陰性変化かもしれない。もちろん、TICの見方がすべての症例・症状に当てはまるわけではないが、トラウマ体験は語られにくく、PTSD症状は見えにくいいため、TICの見方がないと重要な点を見落としてしまう場合もあると思われる。

現在、この動画研修を受けることで精神科看護師の知識・態度や患者の満足度等が変化するかどうかを検討する実証的な研究を実施中である。

3. TICの6つの主要原則

TICでは「3つのE」「4つのR」「6つの主要原則」が重要とされている。

「3つのE」とは、トラウマとなる出来事（Events）があったとき、出来事をどう体験（Experiences of Events）したか、それによって本人にどのような影響（Effects）が出ているか、について理解することが重要という意味である。TICでは、本人のトラウマ体験を聞き出すことは目的とは考えられていない。支援の現場では、トラウマとなる出来事や本人の主観的な体験は語られないことが少なくない。その場合は、目の前の被支援者の状態像を見て、過去にその人が体験したかもしれない出来事や、その出来事を思い出すきっかけとなった直近の出来事（リマインダー）を想像する必要があります。その想像ができるようになるために、トラウマ直後に起こりやすい反応やPTSDの症状を知っておくことは重要となる。

「4つのR」とは、トラウマの広範な影響と回復の可能性を理解（Realize）し、トラウマの影響で出現しているかもしれない症状のサインに気づき（Recognize）、トラウマに関する十分な知識を統合して対応（Respond）し、再トラウマ化を防ぐ（Resist re-traumatization）—という意味である。4番目の再トラウマ化については、精神科医療では隔離・身体拘束をはじめ、再トラウマやトラウマのリマインダーとなりうる出来事が少なくないことが知られている。

「6つの主要原則」は、1. 安全、2. 信頼性と透明性、3. ピアサポート、4. 協働と相互性、5. エンパワメント・意見表明・選択、6. 文化・歴史・ジェンダーに関する問題である。

安全は、なかでも最も重要なものである。これには、被支援者の安全だけでなく、支援者の安全も含まれる。物理的・身体的な安全はもちろん、傷ついたことを打ち明けても馬鹿にされない、本人の許可なく他言されない、といった精神的な安

全も重要になる。

また、情報の格差はパワーの格差につながりうる。支援者が必要な情報を必要なタイミングで相手に伝えることは信頼性と透明性を高める行為であり、また相互に協働作業をする上での土台の一つとなる。ピアサポートおよびエンパワメントは、被支援者が、自身のことについては一番分かっていること、ストレス体験を乗り越えるための力も持っているということを前提にした考え方である。

ここに挙げられた6つの要素は単独で存在するわけではなく、お互いに影響し合っている。たとえば、「身体的処置をする前に声をかけ、可能な範囲で患者さんと相談してやり方を決める」という実践を考えると、この中には患者さんの安全が守られること、様々な処置の方法について事前に説明すること（透明性）、患者さんに意見を表明してもらい、自分の意思で選択してもらうことを目指すこと（エンパワメント）、そのプロセスを支援者がサポートすること（協働）、などが含まれていることが分かる。研修動画やガイダンスでは、それぞれの状況における実践を考えると、この6つの主要原則を思い出すとTICの考え方をより踏まえた実践になると考えられることを伝えている。

このような原則をもつTICは、患者の症状緩和や再トラウマの予防だけでなく、支援者の燃えつきをも予防する可能性が指摘されている⁸⁾。

4. 今後の普及に向けて

著者らが全国の精神保健福祉センターを対象に行った実態調査では、スタッフの約半数は、担当ケースの10%~30%において病態の背景に過去のトラウマ体験があると感じており、センター長の約6割が対外的なTICの研修を行う必要性を感じていた。一方で、TICの内容について具体的に知っていると回答したスタッフは約4割にとどまった。

日本でも米国のようにTICが普及していくことが望ましいと考えられるが、そのためにはまず

精神保健医療福祉施設や児童相談所などTICのニーズが既に実感されている機関において、活用しやすいツールや仕組みを開発して実装につなげていくことが求められているように思われる。課題は山積しているが、今後も多くの方々と協働し、日本においてTICが普及していくことを期待しつつ取り組みを進めていきたい。

文 献

- 1) Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American journal of preventive medicine.* 1998 ; 14(4) : 245-58.
- 2) Fujiwara T, Kawakami N, World Mental Health Japan Survey G. Association of childhood adversities with the first onset of mental disorders in Japan: results from the World Mental Health Japan, 2002-2004. *Journal of psychiatric research.* 2011 ; 45(4) : 481-7.
- 3) 亀岡智美, 瀧野揚三, 野坂祐子, 岩切昌宏, 中村有吾, 加藤寛. ト라우マインフォームドケア—その歴史的展望—. *精神神経学雑誌.* 2018 ; 120(3) : 173-85.
- 4) SAMHSA's Trauma and Justice Strategic Initiative. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach 2014 [Available from : https://www.nasmhpd.org/sites/default/files/SAMHSA_Concept_of_Trauma_and_Guidance.pdf]
- 5) Congress Lo. H. Res. 443-Recognizing the importance and effectiveness of trauma-informed care [Available from : <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/house-resolution/443>].
- 6) Congress Lo. S. 774-Trauma-Informed Care for Children and Families Act of 2017 [Available from : <https://www.congress.gov/bill/115th-congress/senate-bill/774>].
- 7) 厚生労働科学研究費補助金（障害者政策総合研究事業）, 「精神保健医療福祉施設におけるトラウマ（心的外傷）への対応の実態把握と指針開発のための研究」研究班. Trauma Lens こころのケガに配慮するケア [Available from : <https://traumalens.jp/>].
- 8) Kuehn BM. Trauma-Informed Care May Ease Patient Fear, Clinician Burnout. *JAMA.* 2020.

Shared Decision Making (SDM：共同意思決定) の概念と精神科領域における現状、そして今後の可能性

杏林大学医学部精神神経科学教室 渡邊 衡一郎

The concept and current status of shared decision making

抄録：Shared Decision Making (SDM：共同意思決定) は、治療者が複数の治療選択肢の利点、欠点を説明した上で、当事者と治療者それぞれが意見を積極的に述べるという双方向性のコミュニケーションに基づく。慢性的に経過する疾患や、同程度の効果的な治療選択肢が複数存在する疾患の場合に導入が望ましいとされているが、国内外において様々な検証研究がなされ、その効果が示されている。コクラン・レビューによると、SDMを導入した方が治療に満足しやすく、うつ病に関する知識が増し、治療に積極的に関わるようになるという。わが国においては、各ガイドラインにも触れられ導入が推奨されているが、デシジョンエイドが整備不十分など未だ課題が残る。

今後 SDM が正しく浸透し、一人でも多くの当事者が、治療においても満足する“パーソナル recovery”を獲得して欲しいと願っている。

Key words : shared decision making, therapeutic alliance, adherence, decision aid, recovery

1. Shared Decision Makingとは

Shared Decision Making (SDM：共同意思決定) とは、当事者と治療者による双方向性の治療方針決定法である。

治療方針の決定法としては図1のように大きく3つに分類される。時代と共に、治療者の意見が100%採用されるパタナリスティックタイプから、インフォームド・コンセントを代表とするインフォームドタイプへとシフトしてきた。そして昨今、各国の精神科領域の治療ガイドラインにおいて推奨されているのが、3つ目のSDMである⁸⁾。

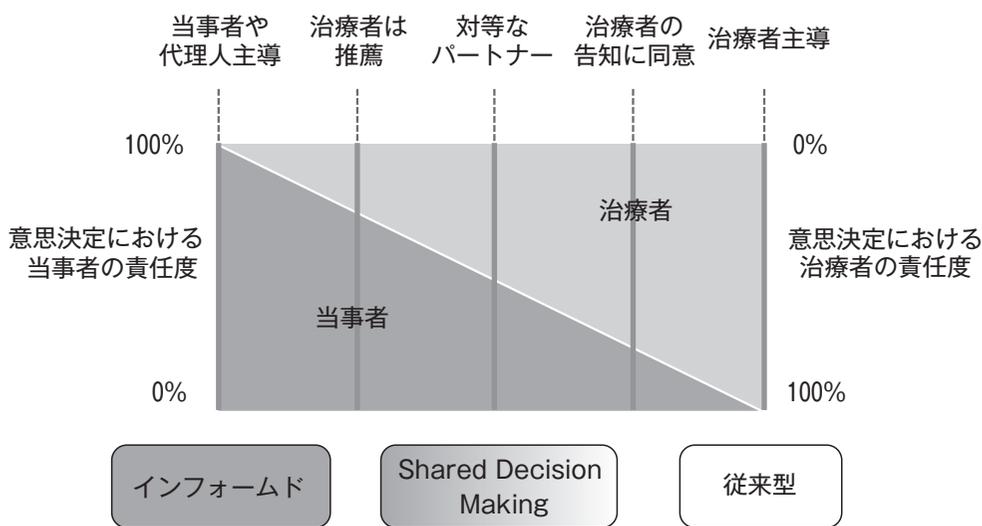
インフォームドタイプは、複数の治療選択肢の利点と欠点を紹介した上で当事者の意見を全面的に採用する。決定の主は当事者である。よって、とすれば「あなたの治療ですからあなたが決めましょう」という展開になり、時として当事者は決定に迷い、また治療者に対して突き放されたという印象を持つことがリスクとしてあった。他方、糖尿病や乳がんの治療から始まったSDMという意思決定法は、当事者はもちろん、治療者も自らの意見を積極的に述べるという双方向の

コミュニケーションに基づくことが大原則となる。これは、当事者に「治療者が自分の治療に対してより親身に関わってくれている」というプラスの印象を与えやすい。特に、慢性的に経過する疾患や、最善の治療が無く同程度の効果的な治療選択肢が複数存在する疾患の場合には、当事者の価値観によって治療方針も大きく変わりうることから、SDMの導入が望ましいとされている¹⁴⁾。

精神科領域におけるSDMの先駆者であるドイツのHamannら⁵⁾の調査によると、「うつ病、統合失調症」の当事者の治療への参加意思は、「救急外来を受診した軽度の外傷」、「慢性疾患である高血圧」、「悪性疾患である乳がん」と同程度に高く、精神科疾患の当事者は、身体疾患の当事者と同じように、自分の治療に積極的に関わりたいと思っていることが明らかとなっている。

その点において、慢性的に経過し、これしかないという治療法もさほどない精神疾患においては、SDMは非常に適していると言える。

2017年の米国のthe Predictors of Remission in Depression to Individual and Combined Treat-



Kon AA et al. JAMA. 2010 を改変して引用

図1 3つのデジジョン・メイキング

ments (PREdict) Studyでは、ランダムに抽出した344名のうつ病の当事者に、事前に「認知行動療法」と「薬物療法」の二択でどちらをどの程度希望するかを聞き、その後無作為に割り付けた治療を受けたところ、より好みとマッチした治療を受けた当事者で治療の完遂率が上がったことが報告された²⁾。アドヒアランスの観点から、治療には当事者の好みを反映させることが望ましいことが分かる。

2. 国内外の精神科領域における SDM への評価と期待

精神科領域における SDM の評価と期待をいくつか紹介する。

精神疾患における recovery は「精神疾患をもつ者が、たとえ症状や障害が続いていたとしても人生の新しい意味や目的を見出し、充実した人生を生きていくプロセス」と定義されている。統合失調症の当事者で心理士でもある Deegan は、『Recovery 実践のためには「ストレスが生じた際のコーピング」が大切であるが、何よりも重要なのは、治療者が当事者と共に治療同盟を組み、尊重し合い、情報、そしてゴールをシェア (share) していくこと』と述べている。そして『そのゴー

ル設定には双方が参加し、情報も共有しなければならない』とし、『Recovery のためには SDM が望ましい』と結論付けている。さらに recovery に向けて我々がどう取り組むべきかについて詳細に論じられた総説においても、薬物療法においてはやはり SDM を用いることが望ましいとし、『治療者は当事者とノウハウを共有し情報を交換すること、そしていくつかの選択肢を提示すること』を求めている。

これらの期待は、ガイドラインからも見て取れる。生物学的精神医学会世界連合 (WFSBP) の統合失調症治療ガイドラインでは、『統合失調症患者の‘安定期’ (維持期) には機能回復と recovery を達成すべきであり、治療、そしてゴールについて本人や家族と話し合うべきである。そして治療方針は SDM を用いて明確に説明され、ツールを与えて行われるべき、当事者のニーズや好みに合わせるべきである』としている。

我が国においては、日本うつ病学会によるうつ病治療ガイドラインの「序文」の中で、『治療方針の決定において、当事者や家族、専門家と共に双方向性に決定する手法、SDM が広まりつつあるが、本書はこの SDM をより円滑に進めるため

の情報提供の役割も担う。うつ病に関わるすべての方へ適切な情報提供が可能となることを願っている。』と記載されている。

また、日本神経精神薬理学会による当事者・家族のための統合失調症薬物治療ガイドにおいては、精神科医の立場から SDM を推奨しているのに加え、当事者や家族の立場からも、『SDM について当事者・患者家族は医師と相互理解を図って、治療計画に参画することが求められる時代となりました。そのためには、当事者や患者家族にも正しい薬の情報が重要です。』と記されている。SDM はこのように、我が国の当事者・家族からも求められているのである。

3. 海外での精神科領域における SDM の現状

a. 統合失調症において

2007年、ドイツで先述の Hamann ら⁴⁾ が行った SDM を用いた治療群と通常群の転帰を比較した調査では、服薬観 (Drug Attitude Inventory : DAI)、統合失調症に対する知識、治療決定における信頼感、心理教育の取り組み度のいずれにおいても SDM 群の方が高かった。さらに18ヶ月後では、通常治療群より SDM 群の方が再入院が少ない傾向にあった。

また、米国の米国国立精神衛生研究所 (National Institute of Mental Health : NIMH) 支援で行われた初発精神病の当事者を対象に recovery をゴールに据えた Recovery After an Initial Schizophrenia Episode (RAISE-ETP) 試験では、“NAVIGATE”方式と名付けられたプログラムを採用した。これは、昨今注目されているストレングスとレジリエンスに焦点を当てており、動機づけを強めることの大切さを認識させるための心理教育や認知行動療法に加えて、薬物選択の際には iPad を用いて選択肢を提示し、ビジュアルに訴える方法を取っている。これはまさに、SDM の手法と言える⁷⁾。そして、この NAVIGATE 方式をとる施設と通常治療を行う施設と施設毎に無作為に割り付けて比較したところ、NAVIGATE 群は通常群に比較して2年後 QOL が向上するだけでなく、精神症状がより改善し、就労・就学した当事者の割合もより上昇したとしている。さら

に、こうした介入によって当事者はメタボリック関連の副作用のより少ない薬物を選択し、その結果かアドヒアランスはより上がり、実際にそうした副作用が少なかったことが報告されている。

なお、実際に米国でどのように SDM が行われているかを調べた調査として、精神科医の統合失調症の当事者に対する通常診療を録画し、そのビデオテープを分析した米国での研究では、医師は陰性症状があると方針決定において当事者に参加を促していなかったこと、また女性の医師の方がより参加を促していたことが明らかとなっている。また、別の治療者と模擬患者 (SP) との診察場面において、SDM の程度を評価したところ、より高齢、さらにコスト第一とされる米国の保険維持機構 (Health Maintenance Organization : HMO) と契約を結んでいる施設でより SDM が行われていなかったことが分かった。

b. うつ病において

ドイツでのうつ病に対する SDM 実践例では、当事者はうつ病の外來でプライマリーケアの医師 (GP) と一緒に冊子を見ながら話し合い、方針を決定した。うつ病の薬剤選択用デシジョンエイドを用いて117名の総合診療医 (GP) が301名の当事者に実施した結果、SDM 群と通常群では、方針決定の診察時間は変わらなかったものの、SDM 群は通常群に比べて6~8週後の治療への関与度・満足度が高かった。

また、米国の研究では、うつ病の薬物治療選択に際してのデシジョンエイド (体重変化・中断方法・費用などについて表記) によってより迷わない治療方針決定が可能となり、知識も増し、さらに満足度もより高かったとしている。

なお、コクラン・レビューでは、SDM の効果について、SDM を行わない場合に比べて、満足しやすい、うつ病に関する知識が増す、治療に積極的に関わるようになることを挙げている⁹⁾。

実際にどのように SDM が行われるのかについては、米国のプライマリーケアの現場でのうつ病治療において、SDM の実践の程度を評価したところ、当事者が若年であればあるほど、また治療期間が6ヶ月以内と短いほど、SDM が実践されて

いると感じることが分かった。なお、SDM の実践は当事者の臨床的特徴とは関係なく、当事者が報告するケアの質と相関したとも報告されている。

なお、うつ病の当事者に対して SDM を実施した効果、当事者の好みのタイプの薬物は、低価格、経口、気分症状への効果が高い、寛解率が高い、体重増加の可能性が低いなどであった。

c. その他

他にも、妊娠例や児童思春期例に対しても、SDM は推奨されている。妊娠例では妊娠中に服薬を継続するか否か、また児童思春期のうつ病例では SSRI を投与するか否か、治療抵抗性うつ病に対してではケタミンやエスケタミン、あるいは通常の内服薬を用いるかなどについて、今のところ十分なコンセンサスが得られていない状況である。こうした例への対処は、当事者や家族の価値観によって治療方針が大きく変わりうることから、SDM が推奨されている。

4. わが国における SDM の現状

わが国においては、2017年に初回入院の統合失調症例24名に SDM と通常ケアに分けて比較した無作為化比較対照試験 (RCT) が行われたが、残念ながら SDM 群と通常ケア群との差は無かった⁶⁾。エントリーに時間がかかり、例数が少なかったことなど限界があったようだが、今後そうした点を改善させた追試が試みられ、わが国でも効果が証明されることを願う。

しかし、2020年、Aokiらが行った¹⁾、うつ病や双極性障害への調査では、通常群と比較して SDM 群で薬物以外の治療を選択した当事者が多かった。また、診療全体への満足度は両群とも概ね良好であったため有意な差はなかったが、SDM 群ではより会話が活発になり、決定に関する自信も高いという結果が示された。なお、うつ病学会による軽症うつ病治療ガイドライン (うつ病学会) では、『支持的精神療法と心理教育が全ての治療において行われるべきであり、その上で薬物療法か CBT が選択される』と記載されているが、本研究においては、SDM 群では初診時

には投薬せずに SDM のプロセスを行っている。それにも関わらず、疾患や治療法について1週間検討した後の当事者における抑うつ症状の程度は、治療開始前であるにも関わらず、初診時に比べて有意に改善していたと報告している。この報告から、SDM のプロセスは、ガイドラインに記載されている支持的精神療法と心理教育のプロセスを補完しているのではないかと考える。

5. SDM の実施方法

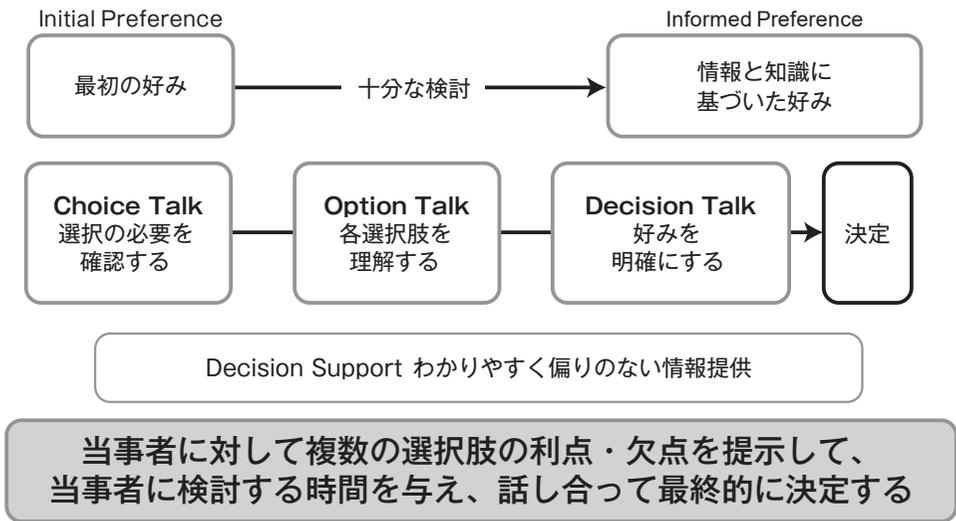
SDM では、方針決定に至るまで図2のような3ステップの対話を行う。当事者はまず選択の必要を確認し (Choice Talk)、次に各選択肢について理解する (Option Talk)、そして好みを明確にした上で (Decision Talk) 決定する。つまり、最初の好みから十分な検討を経て情報と知識に基づいた好みに従って方針決定を行うのである³⁾。

SDM を実施するタイミングとしては、理解ある当事者であればいつ行ってもよいだろう。ただ急性期や拒否的な当事者に対しては、最適な導入時期として図3のように、何か治療環境が変わる時がチャンスと考える¹¹⁾。その際、我々は当事者と話し合うことになるが、そのタイミングで薬剤や剤形、さらには心理社会的アプローチなどについて話し合うことが望ましいだろう。

加えて、筆者は何よりも当事者が情報をインプットし、自ら調べ、他者に相談する「時間」が大切と考えている。もし切迫している状況で時間が取れないならば、1時間でも良い。選択肢を与えて、希望を考え、述べさせることが重要なのである。外来や入院においても、亜急性期以降であれば、数日~1週間程度の時間を与えると、当事者は冷静に考えをまとめられるようだ¹²⁾。

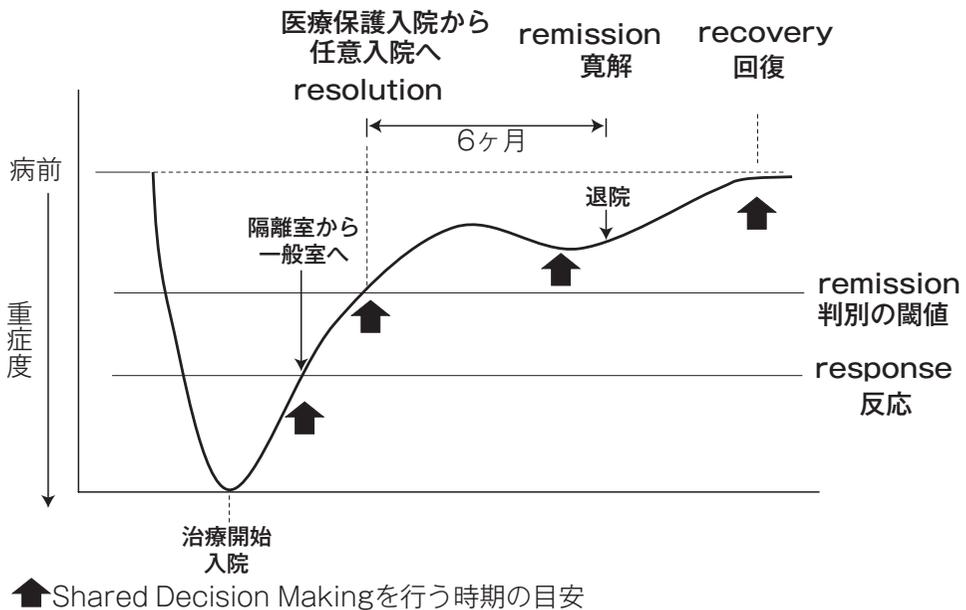
6. わが国でより SDM が普及するには

では、わが国で今後より SDM が普及するためには、どうすればよいか。まず必要なのは、デジジョンエイド (DA) である。これは、治療者が当事者へ説明する際、また当事者が理解する際の一助となる本やビデオなどの資料である。さらに、看護師や薬剤師といった医師と当事者以外の第3者による情報提供、そして当事者が DA を



Elwyn G et al. JGIM, 2012 を改変して引用

図2 Shared Decision Makingの対話における3ステップ



澤田, 渡邊, 精神科臨床リュミエール 25
向精神薬のリスクベネフィット 樋口・石郷岡編, 中山書店 2011

図3 拒否的な当事者におけるSDMの導入時期

- ◆我々が説明するのに知識が結構必要なのは？
→本や資料（デジジョンエイド：DA）を上手く使うとよい
 - ◆時間がかかるのでは？
→DAを上手く使うことで時間はさほど変わらない
 - ◆当事者に理解されないのでは？
→DAと当事者が考える時間を与えるとよい
 - ◆当事者が具合悪いと無理なのは？
→簡単な指示と当事者が考える時間を与えるとよい
 - ◆説明に使える資料（DA）が無い
→確かにそうであるが、徐々に開発されて来ている
 - ◆当事者は医師が決めると言う
→自身を多少謙遜し、当事者が考える時間を与えるとよい
- 渡邊衡一郎, 精神医学, 2019

図4 SDMに関する心配・誤解

見て質問し、理解し、希望をまとめる十分な時間である。そしてその前提として必要となるのが、当事者への病名告知である。この要素が揃うことで、SDMの導入は促進されると考えている。さらに、このSDMを活用して治療を行った場合は保険点数がつくなど、制度化が実現すれば大きな後押しとなり得ると考える。

SDM実践に関する有用性の知見がある中で、うつ病の当事者や治療者のSDMに対する意識として、うつ病、加えて不安症、強迫症の当事者や治療者のSDMに対する思いを調べたオランダの調査では、当事者は自律意思（autonomy）があるならば、SDMは一般的な方法であり、それによって自身の治療に責任を持つと感じるとした。一方、治療者はSDMについて、当事者の同意を得て、治療アドヒアランスを向上させ、良好な当事者-治療者関係を確立できるものと評価した。ただ、治療者は、当事者の決定能力や治療選択肢の利用可能性、治療者の好みなどが障壁となってSDMが不可能となることがあり、結局従来型の治療方針決定に至ることがあるとした。他方、当事者はこうした治療者側の困難について認識したものの、これらのいずれもSDM導入の妨げには

ならないとした¹⁰⁾。

実際に、SDMのメリットは理解したものの、いざ実践してみると困難を覚えるとの声を聞く。それらの心配や誤解に対して、筆者¹³⁾は図4のように説明している。まず、実践における懸念点の大きなものとして、「診療時間が長くなるのではないか」ということがある。しかしながら、前述のAokiら¹⁾の調査では、通常のアプローチ群とSDM群の治療時間は差が見られなかったと報告している。実は、筆者の実際の臨床においても、通常診療より時間がかかって大変という印象はない。加えて、「通常診療以上に医師の知識量が問われるのでは」と心配する声も聞くが、これはどちらも優れたDAを活用することで解決するのである。1から10まで治療者が説明するのではなく、このDAを活用し、「ここを読んでおいてくださいね」と伝える事で、時間と知識の問題はある程度クリアできると考える。また、当事者の具合が悪く、対話が難しい場合については、前述した通り、シンプルな指示と十分な検討時間を与えることで解決する場合もある。特に、当事者から理解を得にくい場合や当事者が医師に決断を委ねる場合においてもDAと考える時間を与え

ることが有効である。特に医師に委ねる場合は、医師自身が多少謙遜し、時間を与え、SDMに参加していただくよう促すことが大事である。これまで使えるDAがほとんどない状況であったが、近年徐々に開発されて来ている。是非活用していただけたらと思う。

7. おわりに

本稿では、改めて Shared Decision Making SDMの意義や現状、そしてわが国での実現可能性や導入のコツについて触れた。概説のみならず、明日からの臨床に役立つ情報をお伝えした。SDMは近年、わが国の精神科領域においても徐々に浸透してきているように思える。しかしながらよく見てみると、情報を提供して当事者に選んでもらうという単なる「インフォームドタイプ」となっているケースも少なからず散見される。SDMの最大のポイントは、当事者だけでなく治療者も積極的に意見を言うことである。治療方針を決定する過程で、治療者が自らの熱い思いを語り、また当事者が自らの希望を語ることで、コミュニケーションはより厚みを帯びる。日々の臨床において、新しい手法を取り入れるのはなかなか困難であるが、是非導入のコツを理解していただき、試行錯誤しつつも実践していただければと思う。

ただ、気を付けなければならないのは、SDMさえやればよいと言うものではない。治療者の、それに至る構えや姿勢が大切であり、そのことこそ当事者の納得や満足、そして治療成功につながるものと考えられる。パーソナル recovery が重視される今、我々治療者は当事者一人一人異なるであろう希望や目標について耳を傾け、それに向かい共に歩むような姿勢、それこそが求められている。

文 献

- 1) Aoki Y, Takaesu Y, Inoue M, et al : Seven-day shared decision making for outpatients with first episode of mood disorders among university students : a randomized controlled trial. *Psychiatry Research* 281 : 112531, 2019.
- 2) Dunlop BW, Kelley ME, Aponte-Rivera V, et al : Effects of Patient Preferences on Outcomes in the Predictors of Remission in Depression to Individual and Combined Treatments (PREdict) Study. *Am J Psychiatry* 174(6) : 546-556, 2017.
- 3) Elwyn G, Frosch D, Thomson R, Joseph-Williams N, et al. Shared decision making : a model for clinical practice. *J Gen Intern Med* 2012 ; 27(10) : 1361-1367.
- 4) Hamann J, Langer B, Winkler V, et al. Shared decision making for in-patients with schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2006 ; 114(4) : 265-273.
- 5) Hamann J, Neuner B, Kasper J, et al. Participation preferences of patients with acute and chronic conditions. *Health Expectations* 2007 ; 10(4) : 358-363.
- 6) Ishii M, Okumura Y, Sugiyama N, et al. Feasibility and efficacy of shared decision making for first-admission schizophrenia : a randomized clinical trial. *BMC Psychiatry* 2017 ; 17(1) : 52-57.
- 7) Kane JM, Robinson DG, Schooler NR, et al. Comprehensive Versus Usual Community Care for First-Episode Psychosis : 2-Year Outcomes From the NIMH RAISE Early Treatment Program. *Am J Psychiatry* 2015 ; 173(4) : 362-372.
- 8) Kon AA. The Shared Decision-Making Continuum. *JAMA* 2010 ; 304(8) : 903-904.
- 9) Légaré F, Adekpedjou R, Stacey D, et al : Interventions for increasing the use of shared decision making by healthcare professionals. *Cochrane Database Syst Rev* 7 : CD006732, 2018.
- 10) Rodenburg-Vandenbussche S, Carlier I, Vliet I, et al : Patients' and clinicians' perspectives on shared decision-making regarding treatment decisions for depression, anxiety disorders, and obsessive-compulsive disorder in specialized psychiatric care. *J Eval Clin Pract* 26(2) : 645-658, 2020.
- 11) 澤田法英, 渡邊衡一郎. II 薬物療法の到達点 A. 統合失調症 3. 目標達成のために必要なポイント. 樋口・石郷岡編. *精神科臨床リユミエール* 25 向精神薬のリスクベネフィット. 中山書店 2011 : 62-71.
- 12) 渡邊衡一郎. うつ病軽症例に対する対応の実際—シンプル SDM の導入のスズメ—. *臨床精神医学* 2014 ; 43 : 45-51.
- 13) 渡邊衡一郎. 【統合失調症の治療ゴールをめぐって】薬物療法の視点から—薬物療法を通して何ができるか. *精神医学* 61(4) : 365-373, 2019. 04.
- 14) 渡邊衡一郎. 精神科領域における shared decision making のこれまでとこれから. *精神科* 2020 ; 36(5) : 411-418.

自殺のリスクを見落とさないために

札幌医科大学医学部神経精神医学講座 主任教授 河西 千秋

1. はじめに

筆者は平成の始まりとともに医師となり、精神科研修を含む2年間のスーパーローテーション研修の後に横浜市立大学精神医学教室に入局した。臨床に携わってから30年以上経つが、当初はまだ今ほど精神科救急医療のシステムも技術も分化しておらず、また、国公立の病院には経営概念はほとんどなく、そして医療安全やリスク管理の概念も少なくとも私の周囲では未発達であった（その後、横浜市立大学附属病院で生じた患者取違え事件が、日本の医療において患者安全を大きく推し進めるきっかけとなってしまったことは、私も含めて同大関係者の気持ちに深く刻み込まれた）。

掲題の自殺に関しては、半ばタブー視されている感があり、例えば、外来患者さんや病棟に入院中の患者さんに自殺が生じた時に、ひそひそ話としてもカンファレンスでそのことが真正面から取り上げられることなかったし、そもそも誰も自殺行動学や予防学について教えて下さる先輩もいなかった。

しかし、特に精神疾患の急性期に対応する現代の精神科では、患者のリスク管理が、精神科医に

とっての日常的な生業となっている。精神科医療者は緊張の毎日であるが、自殺の防止も精神科医にとって重要なタスクとなっており、自殺予防にもエビデンスが導入され、自殺予防医療という概念も生まれつつある。その状況下で、本稿では、自殺のリスク管理に求められる要項を多面的に提示し解説をする。

2. 自殺のリスク

自殺リスクの評価法は二つに大別できる。一つは、既知のリスク因子を目の前の患者において確認する方法で、もう一つは、尺度を用いて評価する方法である。

1) 自殺のリスク因子

既知のリスク因子を表1に示した。エビデンスとして確立されている項目は必ずしも多くはないが、最近、がんと診断されて一年以内のがん患者がハイリスク者であることが、各国から多数、報告されている^{1,2)}。

臨床的なピットフォールの話となるが、因子が多いほど自殺リスクが高いとは言えないものの、自殺のリスクを抱えたひとは、ほぼ例外なく複数

表1 自殺のリスク因子

【表出】	絶望感、無力感、孤立無援感、自殺（希死）念慮
【イベント】	重要他者との離別・死別、喪失体験
【家族歴】	親族の自殺
【健康問題】	精神疾患、悪性新生物等の進行性の疾患
【既往】	自殺未遂、自傷行為
【環境】	地域の経済破綻、過剰な自殺報道

河西千秋 札幌医科大学医学部神経精神医学講座 主任教授

〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目291

代表電話：011-611-2111（講座内線3518）

講座ファックス：011-644-3041 教授室ダイヤルイン：011-688-9656

chiaki.kawanishi@gmail.com

の因子を抱えている。因子には、多少強弱があり、先に述べたように自殺念慮はすべての自殺の入り口であり、また、自殺未遂・自傷行為の既往があると、当事者は自殺により死亡する頻度が極めて高く³⁻⁶⁾、特に強いリスクだと言える。

2) 評価尺度

コロンビア自殺評価スケール (Columbia Suicide Severity Rating Scale : C-SSRS) とベック絶望感尺度 (Beck Hopelessness Scale : BHS) がよく知られている。

C-SSRS は、最近、治験でも用いられることがあるが、他記式評価尺度で、過去の特定の期間あるいはそれまでの生涯における、自殺念慮の分類、自殺念慮の頻度、自殺行動の分類、そして選んだ手段の致死性などを評価する。その信頼性や妥当性は複数の研究で実証されており、予測的妥当性については、将来の自殺関連行動に対する感度は67%、特異度は76%とする報告がある⁷⁾。しかしその一方で、これを臨床で用いるとなるとその使用法はやや煩雑である。

BHS は、その名の通り、絶望感を測定するために開発された自記式尺度であり、オリジナル版では、未来に関する肯定的か否定的かの評価に関する「はい」か「いいえ」の20の質問から成り、0点から20点の得点で評価する。Beckらによる207名の精神科入院患者を対象とした研究では、10点をカットオフ値とした場合、5～10年後の自殺予測について、感度90.9%、特異度50.6%であったと報告されている⁸⁾。BHSの予測的妥当性を検討したChanらのメタ解析では、将来の自殺関連行動に対する感度は80%、特異度は46%とされ、感度は中程度だが特異度が低いことが示されており⁹⁾、Runesonらのメタ解析でも同様の指摘がなされた¹⁰⁾。日本版の正当性や実行可能性はすでに検証されている。辻井、筆者ら¹¹⁾は、救急医療部門に入院した自殺未遂者において、BHSと将来の自殺再企回数、自傷行為数、およびそれらの総数が有意に相関することを報告した。BHSは、感度が高いことからリスクを確認することはできるが、難点は、その名の通りの質問項目が並ぶので、実施することで患者さんに悲哀を強く感じさせてしまう懸念がある。

このように、C-SSRSとBHSは、研究には有用であるが、外来やベッドサイドで簡便に用いられるものとは言えない。上述の尺度以外では、うつ病の診断補助や重症度評価を目的に使用されるPatient Health Questionnaire-9 (PHQ-9)、Beck Depression Inventory (BDI)に自殺念慮と関連する項目が設けられているほか、自殺念慮を測定する自記式尺度であるBeck Scale for Suicide Ideation、複合的な情報から自殺リスクを評価するためのSAD PERSONSスケールなどもあるが、これらの尺度は、将来の自殺関連行動に対する感度・特異度や陽性適中率が低いことが問題として指摘されている¹²⁾。

このように、日常の臨床現場において強く推奨できる評価尺度はないと言わざるを得ない。英国の国立医療技術評価機構 (National Institute for Health and Care Excellence : NICE) のガイドラインにおいても、自殺未遂者のその後の自殺再企回リスクの評価、治療の要否、退院の可否を判断する際、評価ツールや尺度の結果のみで判断すべきではないとしている。

3. 自殺念慮の確認とその周辺

自殺念慮は自殺企図の前提であり、自殺念慮の確認は、精神疾患を有する患者や、それが疑われる患者には必須であることは、現代の精神医療の現場では当然のこととなっているが、あらためて、このことについて言及しておきたい。ちなみに、筆者は、希死念慮ということばは全く使用しない。自殺企図行動の本質は、自殺によって抱えている苦衷、精神痛を無きことにしてしまいたいということであって、死を希求することではない。ちなみに、英語では、suicidal ideationと言いい、希死念慮に相当する医学用語はない。

あらためて、自殺念慮の確認は確実にしておきたいところであるが、しかし、だからといって相談対応や診察に際して、いきなり冒頭から自殺念慮の有り無しを確認したりはしないだろうし、また、「自殺念慮を尋ねてみた」→「あった／なかった」では自殺念慮を評価したことにはならない。順序としては、まず、相手がメンタルヘルス不調に陥った経緯と背景について傾聴し、しっか

り状況を把握することに努める。自殺念慮を抱える人の多くは、精神疾患の影響もあり、絶望感や無力感や孤立無援感を感じている。一部の人は、自分自身の苦衷を他の人に伝えることを端からあきらめてしまい、なかなか話をしてくれない。だから、相手の気持ちの在りように気を配りながら、相手に関心を持ち、受容し、労い、その人のこれから先のことについて心配や懸念を伝えながら話を聴いていく。そして、ある程度、相手が心を許して話をするようになり、経過と全体像が分かかってきたところで、控えめに、しかし言葉明瞭に自殺念慮を尋ねる。「自殺をしてしまいたいと考えたことはあったのですか？」が標準的な聞き方であるが、さらに慎重に尋ねるのであれば、「そのような辛いことがあって、あなたはそこからいなくなってしまうたいとか、もう終わらせてしまいたいなど考えたことはないのですか」などと尋ねてみるのもよい。

自殺企図直後の未遂者も、明らかに死を意図したであろう行為の直後であるのにもかかわらず、自殺念慮について尋ねても応えてくれないことが多い。患者さんが話さないのは、上記に書いた援助希求能力の低下だけではない。目の前の医療者が一体何者なのか、なぜ言わなければならないのか、そして、そのことをこの人に話すことに一体何の意味があるのか、など、そこを押し量ることができないこともその理由である。もしも医療者が、「ここは病院で」、「自分は医療者で」、「患者は医療者に聞かれた事に答えなければならない」と当たり前のように考えていたとしたら、その医療者はとんだ勘違いをしているか、傲慢である。相手から大事な話を聴こうとするのであれば、まず、自分は何者で、どのような立場でもって患者さんの目の前にいるのか、そして、自分が患者さんのことを心配し、患者さんの健康問題や諸事抱えている状況について懸念を持っていることを伝え、なぜこのような質問をしているのかということについて、まず丁寧に相手に伝えなければならない。言い方を変えると、患者さんの多くは、自殺にまで至ったつらい気持ちや状況について、他人が（それがたとえ医療者であっても）助けてくれるなどとは思っていない。だから、医療者は、

自分たちが支援者であることを口に出して、患者さんに説明することから始めなければならない。

筆者が運営している診療科では、上記を踏まえて自殺念慮を確認していくので、自殺念慮を確認できた患者の割合が高いのが特徴であり、他施設の割合が低いを見ると、きちんと自殺念慮の確認のプロセスが実践されているのだろうかと思念すら感じてしまう。

4. 情報収集とコミュニケーション

専門職者が専門職者である所以は、専門的な知識と技術の両方を保有していることに他ならないが、「自殺のリスクを見落とさない」ための最低限の知識は前述したとおりである。ただし、知識や技術を発揮して目指すべきところは何かといえ、それは当事者に十分なケアがなされて治療や改善に到達することであり、それを確かなものとするためには、事前の情報収集が必要である。情報が豊富であればあるほど、誤差の少ない確な介入（評価・ケア・治療）が可能となる。

情報については、大学病院精神科などであれば誰もが学ぶような、情報カテゴリーごと（主訴、既往歴・合併症、家族歴、家庭環境、成育歴、生活歴、現病歴、現症、検査所見）の詳細な情報を収集する。特に、家庭環境、成育歴、生活歴は重要であり、丹念な聴き取りを要する。話を聴く中で、特に当事者が、端折ったり、言い淀んだり、こちらからみて、「ん？」、「ストーリーの流れが不自然」、「文脈として不自然」、というところは要注意である。学生や研修医から、なぜそこまで？と驚かれたり、感心されることがあるが、詳しく聞くことは、過去の検証だけでなく、これからの支援体制構築の上でも大切なことである。

忘れられがちなのは、情報をどれだけ獲得できるかというところは、精神科医療者のコミュニケーション技術にかかっているということである。わかりやすく言えば、技術があればあるほど、当事者からより多くの情報を聴き取ることができるということである。良医や優れたメディカル・スタッフはそこからして違うということである。なお、精神科医は、少し臨床に通暁すると、自分がさも専門家になったように感じるようであ

る。しかし、当事者とのコミュニケーション技術は一朝一夕に深達するものではなく、常にその修養が求められるところである。

コミュニケーション法は、実際のところ、精神科医療者、特に精神科医にとっては注意が必要なところであり、多くは専門的なトレーニングを受けずに最前線で働いているのではないだろうか。私どもの所属は、特に自殺予防医療、地域自殺対策に注力をしているので、リスク・コミュニケーションやアサーションなどのトレーニングを取り入れた教育研修会^{13,14)}に多くが参加し学習を深めている。適切なコミュニケーション法をとりながら信頼関係を構築し、情報をできるだけ広く深く収集し、また、数回にわたる面接で自殺念慮を確認することで、自殺念慮を含む自殺のリスク因子を確認し得る割合が高く、自殺の切迫性のアセスメントを行うことができる。

5. まとめと展望

精神科病院常勤医の折に、慢性開放病棟の患者を多数退院につなげ、訪問診療とリハビリに注力した時期があった。患者さんが、一言でも「退院したい」と言えば、それを何とか実現するという、荒業のような場合もなくはなかったが、その時に感じたことは、患者さんが生きてくれさえすれば、どのような展開もあるということであった。また同時に、多職種協働で綿密に治療やケアを組み立てれば、なんとかならない患者さんはないという確信であった。

筆者の所属では、新人の精神科医や心理士に、通年でほぼ毎週、学習会を行うが、そのようなわけで、内科や外科、小児科、産婦人科では当たり前の、患者さんを死なせない医療がまず重要ということで特に入職直後に「自殺予防医療」の学習会を集中的に行う。読者の中にご存じの方も増えておられると思うが、国内で、自殺対策のための戦略研究・ACTION-J 研究¹⁵⁾が実施され、救急医療部門に搬送された自殺未遂者に対して、アサーティブ・ケース・マネジメント介入を実施することで、自殺再企図が有意に防止されることが多施設共同無作為比較試験で検証され、この介入プログラムが診療報酬化された(救急患者精

神科継続支援料)¹⁶⁾。筆者の所属では、診療報酬化される以前から、全教室員(教室に精神保健福祉士と心理士も配属されている)がこの介入を通常診療として実践していたことから、自殺未遂者ケア、ないしは自殺予防医療は特殊な診療ではない。

自殺対策に注力する筆者としては、自殺予防医療が全国に普及することが願いであるが、一方で、日本が高自殺率国であり、自殺対策が法律に基づいて行われているようになって早、15年も経つというのに、いまだに医療専門職の卒前教育カリキュラムに自殺予防学が取り入れられていないことに不道理な思いがする。卒前に、最低限の知識が専門職者に与えられていれば、掲題の自殺のリスク評価を含む自殺企図行動に関する知識・対応技術研修を、より高いレベルから開始することができるというものである¹⁷⁾。

文 献

- 1) Fang F, Fall K, Mittleman MA, et al. : Suicide and cardiovascular death after cancer diagnosis. 2012 ; 366, 1310-1318.
- 2) Yamauchi T, Inagaki M, Yonemoto N, et al. : Death by Suicide and other externally caused injuries following cancer diagnosis : the Japan Public Health Center-based prospective study. *Psychooncology*, 2014 ; 23 : 1034-1041.
- 3) Isometsa ET, Lonnqvist JK : Suicide attempts preceding completed suicide. *Br J Psychiatry*, 173 : 531-535, 1998.
- 4) Owens D, Horrocks J, House A : Fatal and non-fatal repetition of self-harm: systemic review. *Br J Psychiatry* 181 : 193-199, 2002.
- 5) Beautrais AL : Further suicidal behavior among medically serious suicide attempters. *Suicide Life Threat Behav*, 34, 1-11, 2003.
- 6) Da Cruz D, Pearson A, Saini P, et al. : Emergency department contact prior to suicide in mental health patients. *Emerg Med J*, 28, 467-471, 2011.
- 7) Mundt JC, Greist JH, Jefferson JW, et al. Prediction of suicidal behavior in clinical research by lifetime suicidal ideation and behavior ascertained by the electronic Columbia-Suicide Severity Rating Scale. *J Clin Psychiatry*. 74, 887-893, 2013.
- 8) Beck AT, Steerman RA, Kovacs M, et al. : Hopeless-

- ness and eventual suicide : a 10-year prospective study of patients hospitalized with suicidal ideation. *Am J Psychiatry* 142, 559-563, 1985.
- 9) Chan MKY, Bhatti H, Meader N, et al. : Predicting suicide following self-harm : systematic review of risk factors and risk scales. *Br J Psychiatry*, 209, 277-283, 2016.
 - 10) Runeson B, Odeberg J, Pettersson A, et al. : a systematic review evaluating the certainty of the evidence. *PLOS ONE*, 12 : e0180292, 2017.
 - 11) Tsujii N, Shirakawa O, Niwa A, et al. : Hopelessness is associated with repeated suicidal behaviors after discharge in patients admitted to emergency departments for attempted suicide. *J Affect Dis*, 272, 170-175, 2020.
 - 12) Bolton JM, Gunnell D, Turecki G : Suicide risk assessment and intervention in people with mental illness. *BMJ*, 351 : h4978, 2015.
 - 13) 河西千秋 : 院内自殺対策の現状と「院内自殺の予防と事後対応のための研修会」活動. 患者安全推進ジャーナル, 2013 : 32 : 52-56.
 - 14) 日本自殺予防学会 : 「救急患者精神科継続支援料」にかかる要件研修「自殺再企図防止のための救急患者精神科継続支援研修会」.
<http://www.jasp.gr.jp/seminar.html> (2021年10月20日閲覧)
 - 15) Kawanishi C, Aruga T, Ishizuka N, et al. : Assertive case management versus enhanced usual care for people with mental health problems who had attempted suicide and were admitted to hospital emergency department in Japan (ACTION-J) : a multicentre, randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry*, 1, 193-201, 2014.
 - 16) 日本自殺予防学会 (監修) : 救急現場における精神科的問題の初期対応 : 救急医療から地域へとつなげる自殺未遂者支援のエッセンス : HOPEガイドブック, へるす出版, 東京, 2018.
 - 17) 河西千秋 : 平成の自殺対策と令和以降の展望. *臨床精神医学*, 2020 : 49 : 157-164.

認知症ケアに必要な社会資源の知識

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 畑部 暢三

抄録：認知症になると、記憶、言語、遂行機能など認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる。そのため、長期的なケアが必要となり、認知症の人やその家族にとって、介護や医療の負担は大きなものとなる。その精神的負担や経済的負担を減らすために、予防戦略として認知症ケアは重要となってくる。認知症の人や家族を支える様々な社会資源には、介護保険サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等があり、これらの支援の多くは介護保険制度のなかで行われている。本稿では、認知症ケアの目的、認知症ケアに必要な知識の整理、利用できる社会支援について概説する。

Key word : Dementia care, BPSD (Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia), Long-term care insurance, COVID-19

はじめに

我が国は2050年まで高齢化が進むと報告されており、社会の急速な高齢化に伴い、認知症の人が増えると予測されている。65歳以上の認知症の人は2020年で約600万人であり、2025年には約700万人（高齢者の約5人に1人）になると推定され、認知症に向けた取り組みは喫緊の課題である¹⁾。また、認知症の人が急増すると、社会への負担が大きくなっていく。2014年では認知症の社会的費用は14.5兆円と推定され、2060年までに24.3兆円に達すると予測されている²⁾。認知症の社会的費用は非常に高いため、この影響を緩和するための介入が必要である。認知症は経済的負担に加えて、記憶、言語、遂行機能など認知機能が低下し、日常生活全般に支障が出てくる。認知症になると長期的なケアを必要とするため、その家族や介護者に精神的負担や心理的負担をもたらす。その負担を減らすための予防戦略を確立することは、認知症ケアの優先事項である。介護保険制度は社会支援制度のあり方に大きな変革をもたらし、地域が要介護高齢者を支える社会支援システムに貢献してきた。また、在宅ケアでは、老老介護などの家族への地域包括的支援、保健・医療・介護福祉の連携、在宅介護で問題となる行動・心理症状（BPSD）への対応など様々なものが存在

する。

本稿では、認知症ケアに必要な知識の整理をしながら、利用できる支援を挙げて、今後の課題と将来の展望について述べていく。

1. 認知症ケアの目的

認知症ケアの基本は尊厳の保持であり、その人らしい人生をまっとうできるように支えていき、その人の尊厳や希望を理解していくことである。認知症の人の視点に立って理解しようと努め、保たれている機能をうまく活用することが重要である。また、認知症の早期診断や早期介入により、早くから地域ケアや生活支援と連動することが可能となって、そこで提供される認知症ケアが認知症の人の生活をよりよいものにしようことができる。

認知症高齢者の特徴として、さまざまな認知機能低下により不安焦燥感が出現し、徘徊などの行動障害など問題がより複雑化しやすいことが挙げられる。このことが介護負担を増大させる要因となり、入院や施設入所が必要となる主な原因ともなりうる。認知症の臨床現場では、幻覚や妄想、興奮や無為・無関心などの周辺症状（BPSD）に遭遇し、その対処に困難をきたすことが経験される。BPSD に対しては適切なケアや環境調整など

が優先され、生活や行動全般を対象として、本人のペースに合わせた対応や接し方など心のケアが必要である。環境調整としては、介護保険サービスなどの利用を検討し、心地よく安心して暮らせるような環境や介護しやすい環境が必要である。

介護者としての家族は知識や理解の欠如によって、受容の困難性や虐待へとつながりやすい。その結果、家族の介護負担や医療スタッフの疲弊にもつながってしまう。そのため、馴染みの人間関係や居住空間といった関係性の重視や、認知症の症状に対応した専門的ケアや医療との適切な連携も求められる。認知症介護者の人道的負担は、生活環境や合併症に影響しており、介護者の負担を軽減するためにも、効果的なケアサポートの提供は不可欠である。

2. 社会資源について

認知症の人や家族を支える様々な社会資源には、介護保険サービス、自治体独自サービス、民間サービス、地域住民によるサービス等がある。これらの支援の多くは介護保険制度のなかで行われており、給付対象サービスは居宅サービス（訪問看護・訪問介護、通所介護・短期入所など）と入所サービス（特養・老健・療養病床など）が挙げられる。2006年の介護保険制度以降、我が国ではこの2つのサービスに加えて地域密着型サービス（小規模多機能型居宅介護・複合型サービスなど）など多様なサービスを提供している。

認知症の人の早期発見・早期対応のためには、地域の関係機関との連携が必要であり、地域の高齢者などの保健医療・介護等に関する相談窓口である地域包括支援センターの役割が重要になる。また、各都道府県には、認知症の人に対する鑑別診断や専門医療相談等の役割を担う認知症疾患医療センターなどの専門機関が整備されている。さらに、各市町村に認知症初期集中支援チームが設置されており、複数の専門職が、認知症の人及びその家族を訪問し、観察・評価を行った上で、家族支援等の初期の支援を包括的・集中的に行っている。

1) 介護保険制度

被保険者は要介護認定の結果に応じて、保険給付（在宅・施設での介護保険サービス）が受けられる。申請後、認定調査、認定審査会にて要介護度が決定される。審査・判定に必要な主治医意見書では、介護の手間や日常生活を送る上での留意点だけでなく、精神科医としての認知機能評価の記載も重要である。認定を受けると、要介護度は軽い方から要支援1～2、要介護1～5までの7段階あり、要支援の場合は介護予防サービス、要介護の場合は介護サービスを利用することができる。原則として65歳以上が対象であるが、特定疾病（初老期における認知症）と診断された場合は40歳以上で利用できる。居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）はケアプランを作成し、介護サービス事業者との連絡や調整等を行う。介護保険サービスの有用性がすべて検証されている訳ではないが、認知症対応型通所サービスである認知症対応型通所介護を利用することで、BPSDの消失もしくは軽減が期待される。

2) 地域包括支援センター

地域包括支援センターは2006年の改正介護保険法の施行に伴い、地域包括ケア推進の拠点として各市町村に設置されることとなった。認知症の人を支える①総合相談・支援事業、②権利擁護業務、③包括的・継続的ケアマネジメント支援業務、④予防給付・介護予防マネジメントの中核として重要な役割を担っている³⁾。高齢者や家族への総合的な生活支援の相談窓口であり、社会福祉士、主任介護支援専門員、保健師または地域ケアの経験がある看護師などの職種が相談に応じている。

3) 認知症初期集中支援チーム

本人が介護サービスの利用を希望しない等の理由により適切な医療サービス・介護サービスを受けていない場合には、認知症初期集中支援チームがある。専門医チームが認知症の人およびその家族を訪問し、地域での生活が維持できるような支援を早い段階で包括的・集中的（概ね6ヶ月）に提供している。早期診断・早期対応に向けた支援

体制を構築することを目的としている⁴⁾。

4) 障害福祉や社会支援制度

認知症の人が利用できる社会資源には、医療費の助成制度、生活を支援する制度、生活費などの助成制度などが挙げられる。具体的には、精神保健福祉手帳、障害年金（障害基礎年金・障害厚生年金）、成年後見制度、日常生活自立支援事業などが利用できる。

いずれも、日常生活を送りながら治療を続けるために必要な支援を選択し、上手に社会資源を利用していくことが大事である。

3. 社会資源の導入症例

日常診療で遭遇した症例について、プライバシー保護への配慮から一部改変して提示したい。

1) 70代女性 アルツハイマー型認知症

10年前に離婚後は長男と二人暮らしをしている。

数年前より物忘れが出現。近隣住民と物盗られ妄想に基づくトラブルが出現し、地域包括支援センターが介入を開始。被害妄想から警察に通報し、郵便職員や電気ガス水道職員とトラブルになることが増えた。お金を持たずに買い物に行き、店員とトラブルになった。近くの店に行って帰り道がわからなくなり、民生委員が対応していた。

X年8月に胸部症状や食思不振を訴えた。徐々に帰宅した次男が異常な痩せに驚いたため、地域包括支援センターの介入もあって、A病院を受診。血液検査や頭部CTで身体的な異常は認められず、精神科治療が必要と判断され、次男付き添いでB病院を初診して医療保護入院となった。入院後、食事摂取は良好で体重も順調に増えていった。家族からの情報によると、同居の長男とは親

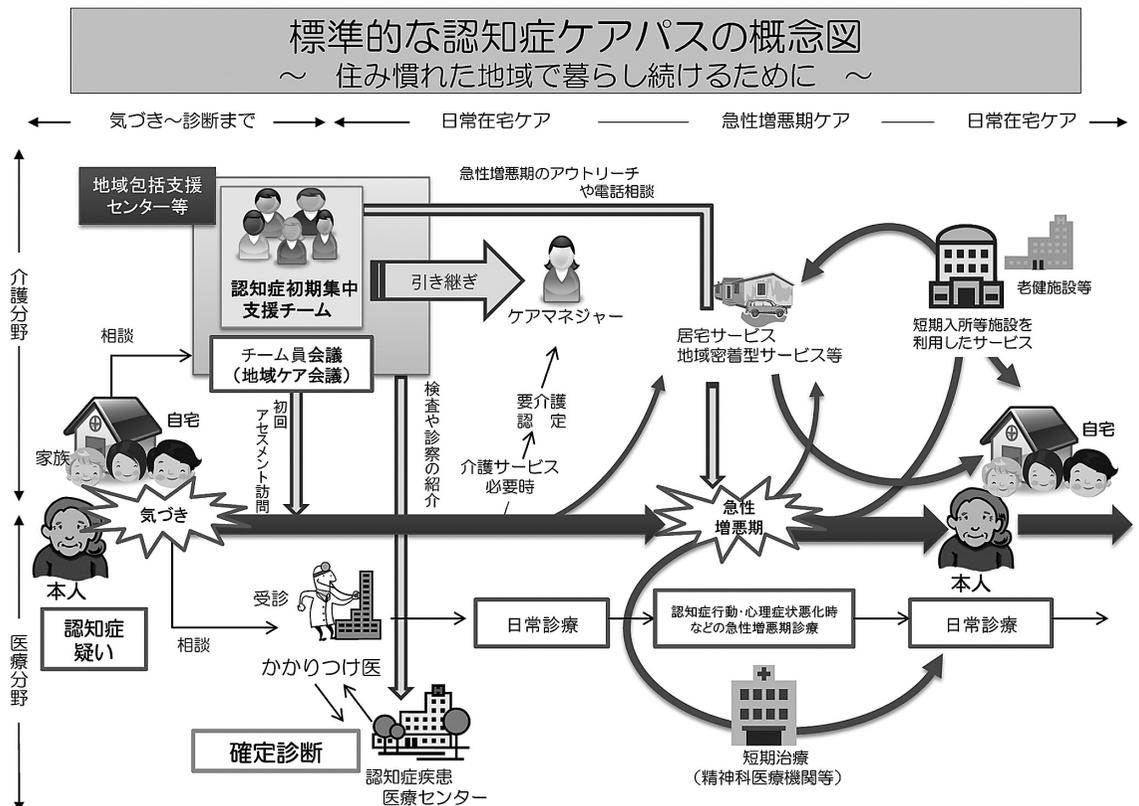


図1 標準的な認知症ケアパスの概念図⁵⁾

子関係が不良であり、長男による介護・世話の放棄・放任（高齢者虐待）の可能性が考えられた。神経心理検査で HDS-R 16点・MMSE 13点、頭部 MRI で内側側頭部の萎縮、脳血流 SPECT で後部帯状回の血流低下からアルツハイマー型認知症と診断。薬物療法としてドネペジル・メマンチンを開始し、介護保険の申請も行った。退院後は、長男のいる自宅ではなく介護付き有料老人ホームへ入所となった。

2) 80代女性 レビー小体型認知症

夫が死亡後は長女と二人暮らしをしている。

X年5月に虫や子供の幻視が出現した。近医で MMSE 20点、脳血流 SPECT で後頭葉の血流低下、心筋シンチで低値からレビー小体型認知症と診断した。アリセプト開始となり、他者との交流や生活リズムを整える目的でデイサービス利用を開始した。X+1年から新型コロナウイルス感染拡大が始まり、同年6月に微熱が持続した。このため、デイサービスが利用できなくなり、日中の傾眠が増えて幻視も増悪した。発熱で内科受診したが、PCR 陰性、胸部 CT で異常は認めなかった。しかし、感染リスクのためデイサービスが利用できず、代案としてヘルパー事業所を利用するように調整した。ヘルパーが身体的な介助や家事の支援を行うことで、日中覚醒し、夜間入眠できるようになり生活リズムが整った。

4. コロナ禍での社会資源への影響

2020年から新型コロナウイルスの感染拡大によって、認知症の人の生活は制限され、身体的・心理的に大きな影響を与えた。いくつかの施設で集団感染が発生し、家族あるいは介護現場の職員も感染症に対する不安がみられた。これにより、漠然とした不安に流され、介護サービスを中止する施設も出てきた。感染への警戒感から利用を控える認知症の人やその家族が増えたことで介護サービス事業者側も影響を受けた。また、デイサービスなどの社会資源を利用して介護家族は、在宅時間が増えることで介護の時間や負担が増して孤立感を深めることとなった。社会資源への利用が制限されることで、高齢者の体力低下や

認知症の症状悪化などを引き起こしてしまう。その結果、コロナ禍で生活が不活発になりフレイル（虚弱）になりやすくなる。そのため、介護サービスの縮小や利用が困難になった場合の柔軟な対策が求められる。①感染予防に気を付けながら生活リズムを保つこと、②他者（近所やケアマネ、介護医療機関等）との交流を継続すること、③十分な感染対策をした上で訪問看護・ヘルパーによるサービスの提供などが挙げられる。新型コロナウイルスの漠然とした不安に流され、全てから隔離したり、ただ不安を煽るような情報を鵜呑みにするべきではない。コロナ禍で直面した課題に向き合いながら、感染リスクなど感染防御に関する正確な対策を模索することで、超高齢化社会における社会資源の成長へつながることを期待したい。

おわりに

本稿では認知症ケアに必要な社会資源について報告した。認知症の早期に気づいて対応することは、適切な医療サービス・介護サービスへつながる。認知症の人やその家族にとって、介護や医療の負担は大きなものであり、認知症ケアのニーズは今後ますます増えてくるとされる。人間は社会的存在であり、他者との相互関係によって存在している。認知症ケアは社会的孤立を避けるだけでなく、認知症の進行を遅らせる効果も期待できる。更に、本人だけでなく家族の不安・困惑・疲弊の軽減にもつながる。今後も認知症ケアに対する環境の充実や整備が求められており、超高齢化社会を迎える我が国において、取り組むべき重要な課題である。

文 献

- 1) Ohno S, et al. J Med Econ. 2021 ; 24181-192.
- 2) Sado M, et al. PLoS One. 2018 ; 13 : e0206508.
- 3) 日本神経学会. 認知症疾患診療ガイドライン2017, p179.
- 4) 日本神経学会. 認知症疾患診療ガイドライン2017, p181.
- 5) 厚生労働省：標準的な認知症ケアパスの概念図 <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv80.pdf>

精神疾患の予防と回復に向けた早期介入の役割と実践

東邦大学医学部精神神経医学講座 内野 敬、根本 隆洋

抄録：精神疾患の予防と回復に向けた早期介入研究・実践は、当初はその主な対象として、統合失調症の早期発見・早期治療や、そのリスク状態を同定する試みに注目が集まっていた。近年では、その対象は統合失調症のみならず精神疾患全体へと広がり、さらには疾患の発症の有無を問わずメンタルヘルス全般に対しても早期の支援方法が模索されている。一方、精神疾患の好発年齢である若年者においては、医療機関への早期の援助希求に多くの障壁があるといえる。このような実臨床的な要請を踏まえた早期介入のサービスモデルとして、医療機関も含めた地域における早期段階からのワンストップの支援を目指す取り組みが始まっている。本稿では、精神疾患の早期介入に関するこれまでの歩みを振り返りながら、最新の臨床的な実践についても述べたい。

Keywords： early intervention, schizophrenia, at-risk mental state, clinical staging, one-stop care

・はじめに

統合失調症に対する早期介入の有効性が世界各国で示され始めたのは、今から30年近く前である。その後現在に至るまで、統合失調症の顕在発症を予防できる、あるいは発症後に完治できる、という確実な早期介入方法が確立したかと問われると、残念ながら、否である。疾患の予防と回復という最終目標を志向しつつも、臨床現場で援助希求をしている者たちを前にして「いま、何ができるか」という現実に目を向けて、早期介入研究・実践は歩を進めてきている。近年、その対象は、統合失調症のみならず精神疾患全体へと広がり、さらには疾患の発症有無を問わずメンタルヘルス全般に対しても早期の支援方法が模索されている。一方で、統合失調症も含め精神疾患全体の75%は25歳よりも前に発症するとされており、精神疾患の「早期」における対象の中心は若年層であるが、医療機関へ早期段階に援助希求をする若年者は限定的である。そのため、様々な理由から援助希求をできない、若しくはしない若年層にも目を向ける必要がある。このような実臨床的な要請を踏まえた早期介入のサービスモデルとして、早期段階から医療機関も含めた地域におけるワンストップの支援を目指す取り組みが始まっている。本稿では、精神疾患の早期介入に関するこ

れまでの歩みを振り返りながら、現在の臨床的な実践について述べたい。

・統合失調症に対する早期介入研究とその根拠

1980～90年代の Falloon らによるイギリスでのバッキンガム・プロジェクトや、McGorry らによる後の Early Psychosis Prevention and Intervention Center (EPPIC) に繋がる、オーストラリアでの初回エピソード精神病入院治療ユニット開設等に端を発し、統合失調症を中心とした精神病性障害に対して早期発見・早期治療を行うことで、発症後の転帰を改善させる可能性が示唆されるようになった。「早く治療を行えば、それだけ予後も良い」ということは、今では至極当然のようにも思えるが、この根拠を改めて確認したい。ここで重要となる概念が、精神病未治療期間 (Duration of Untreated Psychosis : DUP) と、治療臨界期 (critical period) である。DUP とは、幻覚や妄想など明らかな陽性症状に示される精神病状態が始まった時点から最初の治療開始までの期間とされ、すなわち、治療開始までのタイムラグを表す指標である。長期の DUP は、後の症状寛解率や社会機能の低下に関連することが繰り返し報告されており、重要な予後予測の指標であると同時に、その短縮が予後改善に向けた命題と考

えられた。また、精神病性障害の発症初期、特に発症後2～5年の間に社会機能の低下は生じやすく、以降は比較的安定化することが知られている。そのため、長期予後を左右するこの期間を治療臨界期と呼び、この間の集学的な介入が有用とされている。DUPの短縮は治療臨界期における早期の介入へとつながることが期待される。しかし、これらに注目が集まると同時に明らかになったことは、DUPの長さは世界的に極めて深刻であり、精神病性障害の顕在発症に至っても、適切な治療の開始までには長いタイムラグがあるということであった。本邦においても、DUPの平均値は、急性発症群で9.0ヶ月、潜行性発症群で33.7ヶ月（中央値はそれぞれ1.1ヶ月、9.0ヶ月）であった²⁾。

・ At-risk mental state と臨床ステージ分類

このような統合失調症に対する早期介入の流れは必然的に、顕在発症前の予防に対しても関心が集まるようになった。そこで登場した概念が、精神病性障害の発症に対するリスク状態 (at-risk mental state for psychosis : ARMS) である。ARMSの具体的な内容として、診断基準を満たすほどではない微弱な精神病症状を呈する一群 (Attenuated Psychotic Symptoms : APS) などが定義されることとなった⁸⁾。そして、精神病性障害の顕在発症に至る病態を、形態・機能画像、神経心理・生理、生体分子等の様々な生物学的指標を基にして解明しようとする、多くの研究が実施されてきた。しかし、ここで注意したいのは、ARMSは統合失調症の前駆期という後方視的概念ではなく、リスク状態という前方視的概念を規定する試みであるということである。つまり、「微弱な症状を呈して援助希求した者を、いかに定義して支援をするか」という、実臨床的な課題解決を含む試みであることを忘れてはならない。これまでのところ、ARMSの支援に関しては、予防的な抗精神病薬の投与は避け、重症度や緊急性の高さに応じた段階的ケアアプローチが原則とされている。また、ARMSを同定することによる、当事者の抱える不安の助長や新たなスティグマ (偏見) の惹起を避けるために、エビデンスに

基づく慎重な配慮が求められる。詳細は、近年本邦で公開された「早期精神病の診療プランと実践例—予備的ガイドンス2017—」を参照されたい⁶⁾。

その後、多くの調査・研究が進むにつれ、ARMSは当初想定されていたよりも、不均一かつ広汎な状態像や転帰を持つことが明らかになった。まず、ARMSと同定された者のうち、後の累積発症率は3年間で2～3割程度が上限となり、多くは精神病性障害へ移行しないということが挙げられる。しかし一方で、ARMSと同定された時点で既にその70～80%は、操作的診断基準を満たす何らかの併存症を認めることが報告されている。具体的には、約40%がうつ病、約15%が不安障害を有するとされている。さらに、ARMSの時点で既に、広範な社会機能の低下やQOLの低下を認め、精神病性障害の顕在発症に至らずともこれらの低下が持続する者は少なくない。これらのことから、ARMSはその時点で一定の疾病性を有し、様々な症状や様々な転帰を呈する、「多能性の多次元早期症候群」と捉える方が適切であるといえる³⁾。実際の臨床場面から考えると、ARMSを同定することのみに主眼を置くのではなく、当事者の呈している現在の精神科診断を適切に評価し、抱えている心理社会的困難を見立てる必要がある。

これらのARMSに関する多様性の議論の中で、精神疾患を顕在発症しているか否かという二者択一の考えではなく、精神疾患を「ステージ0：健常、ステージ1a：非特異的なメンタルヘルスの不調、ステージ1b：リスク状態、ステージ2：顕在発症、ステージ3～4：不全寛解・慢性期」とグラデーションを持つ次元構造と仮定する「臨床ステージ分類 (clinical staging)」の考え方が提案されている。さらに、精神病性障害のみではなく、精神疾患全体を一つの集合体と捉えて、臨床ステージ分類を定義する試みが始まっている⁹⁾。精神疾患の予防や回復に向けては、時に病的状態と正常を行き来する変動性の高い精神症状をとらえて、適切な支援や治療を行う必要がある。臨床ステージ分類は、早期段階から時宜に叶った支援や治療の枠組みを整理することにつな

がる可能性がある。また、これらの動きは、精神症候を中心にした従来の操作的診断基準のあり方を改めて問うような生物学的研究とも親和性が高いと思われる。

・早期介入の実践的取り組みとワンストップ・ケア

これらの背景を基にして、主に早期段階の精神病的障害や ARMS に対する早期介入サービスの有効性が各国で報告されてきた。本邦においても大学病院などの総合病院を中心にして、早期介入を目的とした専門外来などの医療サービスが実施されてきた。東邦大学医療センター大森病院では「イルボスコ」と称する専門デイケアを実施している⁴⁾。しかしながら、早期介入を目的とした医療機関内におけるサービスの設置により、地域住民全体へ十分な早期介入の意義や効果が伝わるかについては否定的な意見もある。この課題解決に向けた動きは様々な視点から議論が交わされている。例えば、一次予防的な視点では、顕在発症に関連するリスク要因（物質使用、周産期合併症、移民、地域特性など）に対する公衆衛生アプローチこそが効果的とする意見がある。一方、二次予防的な視点では、精神疾患の好発年齢である若年層が支援や治療に至るまでのパスウェイの改善を目指す動きがある。長期の DUP に代表されるように、若年者がメンタルヘルス不調を抱えた際、あるいは精神疾患を顕在発症した際に、医療機関へ援助希求をするには多くの障壁がある。この問題に対してオーストラリアでは、メンタルヘルス不調に限らず、若年者が何かしらの困難を抱えた際にどのような内容でもワンストップで受け付ける相談・支援窓口「headspace」を街の中に設置している。現在では、そのセンターは100ヶ所を超え全国内に広がっている。このほか、世界のいくつかの国で、地域特性や保険医療制度に合わせた社会実装の試みが始まっている¹⁾。

本邦における状況に目を向けると、平成29年より、今後我が国では、精神障害の有無や程度にかかわらず、誰もが地域の一員として安心して自分らしい暮らしをすることができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、社会参加（就労）、地域

の助け合い、教育が包括的に確保された「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築を目指すことが示されてきた。これに応じて、平成31年度～令和3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「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究（MEICISプロジェクト・研究代表者 根本隆洋）」が実施されている⁵⁾。この中で、東京都足立区の北千住に、対象を若者に特化した早期相談・支援窓口として、「ワンストップ相談センターSODA（Support with One-stop care on Demand for Adolescents and young adults in Adachi）⁷⁾」が開設された（研究分担者 医療法人財団厚生協会東京足立病院・メンタルクリニック三叉路 田中邦明）。前述の headspace を参考にして物理的・心理的なアクセシビリティを高める工夫を取り入れた窓口を地域に開き、若者が困りごとを抱えた際にはどのような内容でもまずは相談を受け付け、多職種専門チーム（精神科医、精神保健福祉士、公認心理師、保健師、看護師から構成）が状況を整理しつつ、包括的な見立てを行っている。その上で、精神保健福祉士などがケースマネージャーとなり、心理社会的支援を実施しながら、適切な専門機関への橋渡しを行い、地域におけるワンストップ・ネットワークの構築を目指している。これは特に、地域における課題である、精神科領域の医療サービスと保健サービスのギャップの解決策の一つとなり得る。現在、SODA においては、本邦の実情に合わせた早期相談・支援窓口の技術手法の確立や、サービスモデルとしての継続性や普及方法についても検討を行っている。

・おわりに

精神疾患の病態生理の解明や介入方法の確立は、慢性経過をたどる多くの身体疾患と同様に、未だ十分とは言えず、早期介入が目指す「精神疾患の予防と回復」は険しい道のりであるといえる。しかし今、早期介入研究は、実践的なサービスモデルとして、具体的な社会実装方法が論じられる段階に来ている。このモデルのあり方は、医療機関のみならず、地域社会全体で考えるべき課

題である。我が国では現在、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築が推進されており、早期介入が地域社会で果たす役割の充実と発展に向けて邁進したい。

・謝辞

本稿の執筆は、厚生労働科学研究費補助金研究「地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究」(研究代表者：根本隆洋；研究分担者：田中邦明)の補助によりなされた。

文 献

- 1) Hetrick SE, Bailey AP, Smith KE, et al : Integrated (one-stop shop) youth health care : best available evidence and future directions, *Med J Aust* 207(10), S5-S18, 2017.
- 2) Ito S, Nemoto T, Tsujino N, et al : Differential impacts of duration of untreated psychosis (DUP) on cognitive function in first-episode schizophrenia according to mode of onset, *Eur Psychiatry* 30(8): 995-1001, 2015.
- 3) 松岡洋夫 : DSM-5の減弱精神病症候群をめぐって—新たな早期介入の視点—, *予防精神医学*, 1(1), 4-16, 2016.
- 4) 根本隆洋 : 精神疾患の予防—20年の到達点と今後の展望—早期精神病に特化したデイケアサービスの取り組みと今後—, *日本社会精神医学会雑誌*, 27(1), 59-63, 2018.
- 5) Mental health and Early Intervention in the Community-based Integrated care System 地域特性に対応した精神保健医療サービスにおける早期相談・介入の方法と実施システム開発についての研究 (<https://meicis.jp/>), 2019.
- 6) 水野雅文, 鈴木道雄, 松本和紀ほか : 早期精神病の診療プランと実践例—予備的ガイダンス2017—, 2017.
- 7) 内野敬, 小辻有美, 飯田さとみほか : 若年者に向けたワンストップ相談センター「SODA」の試み—これまでの精神科早期介入から地域における早期相談・支援へ—, *精神神経学雑誌*123(3) : 126-137, 2021.
- 8) Yung AR, McGorry P, McFarlane CA, et al : Monitoring and care of young people at incipient risk of psychosis, *Schizophr Bull* 22(2) : 283-303, 1996.
- 9) Shah JL, Scott J, McGorry P, et al : Transdiagnostic clinical staging in youth mental health : a first international consensus statement, *World Psychiatry* 19(2) : 233-242, 2020.

妊産婦の治療ガイドの概説

名古屋大学医学部附属病院 卒後臨床研修・キャリア形成支援センター 小笠原一能
名古屋大学 大学院医学系研究科 精神医学・親と子どもの心療学分野 尾崎 紀夫

抄録：妊娠・出産の自己決定権（性と生殖に関する健康と権利）を支援する上で医療従事者の役割は大きい。妊娠・出産は精神疾患を持つ人を含め女性の身体・精神両面へ影響するため、産婦人科・精神科・行政その他の協働が望まれる。それを促進するツールとして日本産婦人科学会と日本精神神経学会は今般、『精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド』を公開したので、本稿ではその内容を紹介し、ガイド本文の参照を呼びかける。このガイドは新たなエビデンスや情報に合わせ将来的にアップデートされるものであり、今後の研究により我が国でのエビデンスが集積されることを通じて「ガイドライン」へ発展することが望まれる。

Key words : mental health, mental disorders, preconception care, perinatal period, clinical guide

はじめに～ガイド作成の背景と目的

妊娠・出産の問題を考える上で現在、「Reproductive Health and Rights」（性と生殖に関する健康と権利）の概念が欠かせない。これは1994年にカイロで開催された国連人口開発会議（ICPD）において初めて定義され、かつ採択文書（行動計画）に取り入れられたものであり、「すべてのカップルと個人が、自分の子どもの数や出産の間隔を自由にかつ責任を持って決め、それを行うための情報や手段が与えられるという基本的な権利」とされている¹⁾。この考え方に則り、日本の医療従事者も、精神疾患を含む疾患を有する女性とその家族が妊娠・出産を希望する場合、基本的に当該患者と家族の希望を尊重し、その実現に向けて情報と手段を提供し支援することが求められている。

妊娠・出産は女性の身体・精神両面へさまざまに影響するため、各種の配慮が不可欠である。その際に産婦人科・精神科の協働が望まれるため今般、日本産婦人科学会と日本精神神経学会により『精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド』（以下「本ガイド」）が作成され、2020年6月に「総論編」²⁾、翌年5月に

「各論編」³⁾が広く公開された。

本領域に関して国内のエビデンスが十分ではない点も多いことを踏まえ、現時点では「ガイドライン」（指針）ではなく、エキスパートコンセンサス中心の「ガイド」（解説）としてまとめられ、エビデンスレベルや推奨グレードの表示はない。あくまでも、新たなエビデンスや情報に合わせ将来的にアップデートされるべき流動的な「現時点でのひとつの目安」ではあるが、産婦人科医・精神科医・行政を含む多職種連携のツールとして利用されることを期待している²⁾。以下、その内容を概観していく。

総論編

この部分は5つの章から成り、各論編の前提となる事項が精神科・産婦人科双方から述べられている。

1 精神疾患合併または既往歴がある女性に対するプレコンセプションケア：Shared decision making を基本姿勢として

「プレコンセプションケア」とは妊娠に先立ち、当該患者が家族の支援も得て健康増進に取り組む

ことを意味する⁴⁾。自施設のみで対応困難な場合は他施設との連携も検討する。具体的には以下の1)～4)などを念頭に医療者と当事者が共同意思決定 (Shared decision making; 本号他項も参照) し、妊娠・出産・育児に向けた適切な環境を整備する。3～6ヶ月程度、精神状態が安定していることを確認した上での妊娠成立を目指す。

- 1) 生活習慣 (禁煙、禁酒、食生活改善など) を患者・関係者と検討
- 2) 妊娠に向けた薬の調整
- 3) 遺伝カウンセリングの検討 (必要に応じて実施)
- 4) 出産・育児サポート体制の構築

なお、妊娠前に介入ができず妊娠後の相談となった場合にも可能な範囲で実施する。

2 周産期抑うつエピソードに対するエジンバラ産後うつ病自己評価票 (EPDS) の使用方法

エジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) は産後うつ病のスクリーニング検査として開発された自記式評価票であり、日本国内でも妊産婦支援の領域で頻用されている。その概要は以下のようなものである。

- ◆国内では区分点は9点以上とされる。
- ◆区分点以上を示し、うつ病や双極性障害の抑うつエピソードの疑いをもたれた患者には精神科医の診察が必要となる。
- ◆わが国では産後2週間健診において一般的にEPDSを測定することが推奨されてきた。ただし現在は厚労省よりEPDSに限らず客観的なツールを用いて総合的に精神状態を把握することとされている。

またEPDS実施の際は当該産婦に結果を直接伝え、また支援が必要と判断される場合は子育て世代包括支援センターや市区町村に報告される旨を説明し、産婦のセルフケアに関する助言・指導のほか、精神科に関する情報提供を行う。EPDSの限界として、以下の点には注意が必要である。

- 確定診断や重症度評価のための検査ではなく、スクリーニング検査である。
- 翻訳表現・文化度・経済状況などにより区分

点の妥当性が左右されうる。

- 産後4週目で区分点以下でも、その後の状態変化で区分点を超える可能性があるためフォローアップが重要である。
- 産前のEPDS使用に関する国内データは未だ乏しい。

3 精神症状を呈した妊産婦への対応

過去に精神科的な診断・治療を受けていない妊産婦に新たな精神症状が出現した場合、あるいは以前に精神疾患の既往はあるが現在は無治療の妊産婦で精神症状が再燃した場合、対応する産婦人科医には以下のような点に留意しつつ、精神科医療への橋渡しを図ることが望まれる。

- ◆精神症状の検出と対応:〈それまでのその人らしさからの変化〉と〈生活の不具合〉に着目し、治療者自身の持つ〈違和感〉と患者の生活上の〈機能低下〉を重視して精神科との連携を開始する。
- ◆患者・家族への対応: 出産前後の精神症状の増悪リスクが予見できる場合は事前に対応可能な総合病院への転院を計画するが、重篤な精神症状を呈した際には速やかに精神科病棟を有する医療機関への搬送を検討する。
- ◆精神科受診の勧奨: 患者・家族が精神科受診に消極的な場合にはその苦悩を受容し、どのようなことから精神科の受診に抵抗を感じるか尋ねつつ、医学的見解を伝える。
- ◆精神科医療機関との連携の開始: 身体疾患に起因する (症状性)、あるいは脳神経疾患に起因した (器質性) 精神症状も少なくないため、可能な範囲で身体的異常を検索しつつ施設内外の精神科医との連携を図る。

4 自殺念慮のある妊産婦への対応

1. 危機対応と心理社会的評価

問診・面接の中で、妊産婦が自殺念慮を有していることが判明する場合もある。自殺念慮が自殺に直結するわけではないが、妊産婦に自殺念慮を認めた場合は自殺リスクを過小評価せず、心理社会的状況 (メンタルヘルス不調に至った事情を含む) を確認し、危機対応および保健機関などと連

携したケース・マネジメント（下記）を検討する。

可能なら精神科医療機関などと連携しながら対応する。自殺念慮のアセスメントをする上で自殺企図歴の有無の確認は重要である。EPDSの項目10（『自分自身を傷つけるという考えが浮かんできた』）の結果のみで自殺念慮の有無を判断することはできないが、自殺念慮を把握するきっかけとして利用しうる。

2. ケース・マネジメント

ケース・マネジメントとは当事者の個性に合わせて行われるケアであり、特に複雑事例に有効性が示されている。本人のみならず、可能であれば家族全体の状況に留意して他職種連携対応を含める。自殺念慮のある妊産婦に対するケース・マネジメントとしては、危機対応と心理社会的評価をした後の、下記のような対応を検討するとよい。

- 1) 心理社会的評価に基づく心理教育とプランニング
- 2) 精神科医療機関へ紹介・保健機関と連携
- 3) 保健機関と連携し社会資源の導入
- 4) 定期的なフォローアップとモニタリング

5 精神科医に知ってほしい妊娠・出産の知識

妊娠中は、母体循環血液量やホルモンの変化に伴って身体的状態が大きく変化し、これに伴って薬剤の血中濃度も変化しうることにも留意する。また医薬品等の児への影響は妊娠時期によって異なることにも注意する。

各論編

この部分では10個の精神疾患および3つの関連事項について解説されている。その要点をまとめて列記すると概ね次のようになる。

- 初産婦は経産婦よりもメンタルヘルスの脆弱で、より積極的な支援を考える。
- 妊娠前から処方薬は病状安定維持に必要な最小限なものへ整理し、服薬不要な患者には非薬物的対応を確立しておく（精神療法でのフォローなど）。その際、産後早期に薬物治療再

開を考慮する。

- 薬物療法について利益・リスクを適切に検討する。中等症から重症の周産期うつ病、統合失調症では安易な薬物療法中止を避ける。双極性障害でも、妊娠・授乳中に薬物療法を継続することが選択肢となる。また抗不安薬・睡眠薬のほとんどは通常用量において胎児に影響しない。なお、催奇形性が懸念されるバルプロ酸・炭酸リチウム（添付文書上は妊娠中の投与禁忌）の投与については特に要否を慎重に検討すべきである。
- 抗うつ薬・抗精神病薬・抗不安薬・睡眠薬のほとんどで母乳を介した曝露は一般的に低く、薬物療法は授乳との両立は基本的には可能である（早産児や基礎疾患がある場合には別途配慮する）。
- 妊娠中に体重増加が十分見られない、体重変動が大きい、あるいは過剰に体重増加している場合は食生活について聴き取る。摂食障害の存在が判明すれば精神科との連携を検討する。
- 妊娠中のアルコール使用や違法薬物、他の精神作用物質の使用は母子に各種の健康問題や社会的問題を引き起こす。物質使用中止を勧め、適切な医学的管理の元で解毒治療を提供または紹介する。アルコール使用障害のある母から生まれた乳児では、胎児性アルコール・スペクトラム障害の徴候を評価する。
- パーソナリティ障害のある妊産婦では現場の混乱や対立と、援助者・医療者の困難が生じやすいため、産科と精神科の連携が望まれる。
- 母親に発達障害特性がある場合は育児困難感の他、養育不全リスクがある。長期的にネガティブな対人ストレスを抱えている場合は育児困難のリスクが高いため、妊娠期から専門家の包括的アセスメントと多職種でのケアプラン構築と支援が望まれる。
- てんかんのある女性でも基本的に通常の妊娠・出産が可能である。ただ、転倒する発作や強直間代発作は胎児に高いリスクがある。てんかん患者の妊娠・出産の支援にあたって

は妊娠に先立つ準備が重要である。思春期頃から正しい情報提供で患者の不安を減らし、妊娠に最適な処方にあらかじめ調整する。妊娠後には必要に応じて薬物の用量を調整し、産婦人科と連携して支援する。

- 「ボンディング」とは養育者から子どもへの情緒的絆であるが、その形成不全があると不適切養育のリスクが高まる。「赤ちゃんへの気持ち質問票」⁵⁾や母子手帳の中の育児感情についての回答をチェックすることは有効なスクリーニング法である。母子保健スタッフと連携した見守り・支援とともに、重度の事例では精神科医などメンタルヘルスの専門家と連携する。
- 授乳と精神科薬物療法を両立する際には、患者の心情や心身の負担に配慮する。寝不足と過労を避けるため、母乳栄養だけにこだわらず人工乳との混合栄養も柔軟に考慮する。
- 親の養育態度から児童虐待や養育不全が疑われる際は、地域の児童福祉や母子保健と連携を取り、アウトリーチを含めて支援を図る。
- 妊産婦は心身障害者等とともに「災害時要援護者（災害弱者）」に含まれている。精神疾患を合併した妊産婦は災害時などにおいて特別な配慮が必要であり、重点的に支援を受けべき対象である。
- 妊産婦の著しい精神症状により精神科救急の必要性を検討する場合、まず緊急性・家庭状況・児の安全性確保に留意し本人・家族を総合的にアセスメントする。精神科救急対応が必要な場合、母子保健・児童福祉（保健センター、子ども家庭支援センター、児童相談所など）・精神科医療が連携を図る。

おわりに～子どもへの支援も視野に入れて

以上、妊産婦ガイドの概略を述べてきた。妊産婦に対し精神科・産婦人科の連携支援を検討される際には、ぜひガイド本文に当たって頂きたい。

若年女性患者を診療する際には、将来の妊娠・出産を視野にいれた診療を行い、事前に本人や家族に対し十分なプレコンセプションケアを行う重要性を改めて強調したい。また、全国的に適切な

支援が行われるよう全社会的に、精神保健と精神科・産婦人科・小児科医療へ一層の財源と人材の配分が求められる。

なお当然ながら、母親と子どもの健康は医療機関・医療従事者の努力のみによって達成・維持しうるものではない。例えば子どもへの養育的ケアには、親となる人々への初等・中等教育の確保、子どもへの就学前教育の機会提供、ネグレクトを含む虐待・不適切育児から子どもを保護すること、脆弱な家族の保護など、家族支援のための政策や各種分野からの介入が必要であるとされている⁶⁾。また日本では近年、低体重児の出生が増加しており、また0～5歳の低体重割合も高く、いずれも先進国の中で最も高い水準となっている⁷⁾など、新生児・幼児の健康面に関して必ずしも状況が芳しいとはいえない。これらの打開に向けても今後、行政などの包括的かつ積極的な施策が期待される。

さらに本ガイド作成を通じて、この分野に関わる我が国のエビデンスが不足している現状が明らかとなった。今後、研究により我が国のエビデンスが集積され、「ガイドライン」が発出されることが望まれる。

文 献

1. 国連人口基金・アジア人口・開発協会. 国際人口・開発会議行動計画要旨. 1994. http://apda.jp/pdf/p05_resource/resource_series_1995_2_jp.pdf Accessed 2021/10/31.
2. 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会. 精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：総論編. In:「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」作成委員会 ed. 東京：日本精神神経学会；2020. : https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_ver1.2.pdf Accessed 2021/10/31.
3. 日本精神神経学会・日本産科婦人科学会. 精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド：各論編. In:「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド」作成委員会 ed. 東京：日本精神神経学会；2021. : https://www.jspn.or.jp/uploads/uploads/files/activity/Clinical_guide_for_women_with_mental_health_problems_during_perinatal_period_ver1.2.pdf

- _perinatal_period_details_ver1.1.pdf Accessed 2021/10/31.
4. Dorney E, Black K. Preconception care. Australian Journal for General Practitioners. 47 : 424-429 2018.
 5. 鈴宮寛子, 山下 洋, 吉田敬子. 出産後の母親にみられる抑うつ感情とボンディング障害—自己質問紙を活用した周産期精神保健における支援方法の検討. 精神科診断学. 14 : 49-57 2003.
 6. Lancet. Advancing Early Childhood Development: from Science to Scale An Executive Summary for The Lancet's Series. 2016. https://marlin-prod.literatumonline.com/pb-assets/Lancet/stories/series/ecd/Lancet_ECD_Executive_Summary.pdf Accessed 2021/10/31.
 7. 畠山勝太. 子供の“最初の1000日”を守れ——不利な環境にある子供への早期支援が必要な理由. 2017. <https://wezz-y.com/archives/46429> Accessed 2021/10/31.

ハームリダクションという方法とその有効性

独立行政法人国立病院機構久里浜医療センター 湯本 洋介、樋口 進

抄録：ハームリダクションは、薬物使用や薬物政策・法律に伴う、健康被害や社会的・法的な影響を最小化する政策や実践を指す。その前提として薬物使用を止めることを必要とせずに働きかけることに視点が置かれる。薬物使用の害（ハーム）には過剰使用による死亡や注射器の回し打ちによる感染症の発症など多くの健康被害をもたらすが、多くの薬物使用者が薬物の害を認識して薬物を断つ急激な変化を受け入れられるわけではない。そのため、現在薬物を使用している人々や薬物依存症者に向けた、薬物使用の負の結果を小さくするための介入も併せて重要である。海外ではヘロインの使用及び依存症を中心にコミュニティベースで既にハームリダクションへの取り組みが行われ、効果を上げている。日本におけるハームリダクションの適用として、敷居の低い介入支援を提供することで物質使用者や物質使用障害者が支援に関りやすくなる点で応用が可能である。

1. ハームリダクションの定義

Harm Reduction International の定義によれば、ハームリダクションは、薬物使用や薬物政策・法律に伴う、健康被害や社会的・法的な影響を最小化する政策や実践を指す。ハームリダクションは公正さと人権に根差している。また、ポジティブな変化に注目することや、判断・強制・差別や支援の前提として薬物使用を止めることを必要とせずに人々と協働していくことに視点を置く。

ハームリダクションは違法薬物と合法薬物共に適用される幅広い健康支援、社会支援などを含む。これらは（以下に限ったものではないが）、drug consumption rooms（安全にドラッグを使用するための空間）や、注射針やシリンジの交換プログラム、断薬を基本としない住居や雇用支援、drug checking（ドラッグ使用のチェックシステム）、過剰使用の予防や対応、心理社会的サポート、安全な薬物使用の情報の提供等がある。これらのアプローチは費用対効果が良く、エビデンスに基づき、個人やコミュニティの健康に良い効果をもたらす。

ただし、ハームリダクションに普遍的に受け入れられている定義はなく、左記の定義は Harm Reduction International の、薬物使用、公衆衛生、人権に対する長年の取り組みや、協力機関と

の共同的な見地に基づいたハームリダクションについての立場を表明するものである (<https://www.hri.global/what-is-harm-reduction>)。

2. ハームリダクションが提示される背景

定義にあるように、ハームリダクションは、ドラッグ等の物質使用の有無に介入するよりも、物質使用から生じる害（ハーム）を減らすことに注目する。物質使用を断つことを強調せず、ハームリダクションプログラムにおいては物質使用の役割を認めている。このような基本概念を元とし、ハームリダクションは物質使用という危険なリスクを伴う行動によって生じ得る死亡や疾患、また怪我の発生を減らし、安全を保つことを目的とする実用的な取り組みである¹⁾。ハームリダクションという考え方が背景には、薬物使用の影響は薬物使用者のみではなく、家族や地域にも様々なリスクを生じる可能性があることが挙げられる。特に注射での薬物使用は、過剰使用による死亡のリスク、薬物依存症の再発、医療的ケアなどの治療困難かつ高いコストを使用者本人に生じる²⁾³⁾⁴⁾。さらに、注射での薬物使用は安全でない性交による、HIV やB型肝炎、C型肝炎ウイルスなどの疾患のリスクを生じる傾向があり⁵⁾⁶⁾⁷⁾⁸⁾⁹⁾、注射薬を使用する本人を越えて、地域の住民にも広がり得る健康リスクとなる。ま

た、家族内では薬物使用に起因する家庭崩壊、子供のネグレクトや虐待、失職、経済的・法的な問題、ホームレスの経験や、地域コミュニティでは注射針や薬物使用の器具が市中に廃棄されることでの危険が生じ得る。

このように薬物使用は様々なレベルでの影響を個人及び社会に及ぼすが、ではどのような解決策の設定が最良の方向性であろうか。そのアイデアとして、薬物使用を幅広い介入を必要とする健康問題として捉えることが提示される。

「幅広い介入」には薬物依存症あるいは薬物使用者への断薬プログラムも含んでいるが、治療的な介入において全ての薬物使用者が治療に取り組み、効果を上げると言えそうではない¹⁰⁾¹¹⁾。どうして人々が危険な行動に及ぶのかには多くの理由があり、全ての人々がこのような行動をやめる急激な変化を起こすことはできない。薬物使用の利点や必要性から薬物使用を断つ準備ができていない人々は現実に存在し、それぞれの薬物使用の結果、様々な問題を生じ得る。したがって、現在薬物を使用している人々や薬物依存を持つ人々に、薬物使用による負の結果を小さくするための介入、例えば安全で健康的な生活を送るためのスキルや知識、リソースを提供する等のプログラムも併せて重要である。この現在の使用者への負の結果を最小化することがハームリダクションの目的であり、薬物問題に対する包括的なマネジメントの必要不可欠な部分を担っているとされる。一方でハームリダクションの取り組みを入り口にしたその先の断薬に否定的な立場ではなく、依存症治療の断薬モデルに対して補完的な役割であるとも言える¹⁾。

3. ハームリダクションの具体的な取り組み

Harm Reduction International は2008年より世界各国のハームリダクションの取り組みの状況の情報を収集し、データを提示している。2020年には第7版が公開されている (<https://www.hri.global>)。このレポートによれば、世界中で1,130万人が注射での薬物使用を行っており、この中でHIVウイルスの罹患率は12.6%、C型肝炎ウイルスの罹患率は48.5%とそれぞれ推計されてい

る。ハームリダクションの取り組みは各地域で大きな差が見られており、代表的なハームリダクションの実践である注射針シリンジプログラムや、オピオイドアゴニスト治療は、ユーラシア、北米、西ヨーロッパで最も整備されているが、他の地域のほとんどの国ではハームリダクションの介入が行われていない。薬物政策に賛同を示さない環境が、アジア諸国などのハームリダクションの整備を妨げていると述べている。日本ではオピオイド系薬物の使用自体が少ないこともあり、同レポートに挙げられた代表的なハームリダクションの取り組みは行われていない現状である。

ハームリダクションの具体的な取り組みとエビデンスを挙げる。

・教育とアウトリーチ

ハームリダクションに基づいた薬物使用者に対する薬物教育は費用対効果が良いと言われていいる。これらの教育は薬物使用そのものへの介入よりも、どのようにして薬物使用の害を減らすか、特に感染症の害を減らすことを伝えている。教育資料には安全な注射のテクニックを伝え、過量服薬の予防、また正しいコンドームの使用法などが含まれる¹²⁾¹³⁾。

アウトリーチでは、薬物使用者のうち情報が手に届きにくい層に対して顔を合わせたコミュニケーションの元で情報や社会資源、健康サービスなどの提供を行い、孤立した薬物使用者と健康サービスを結びつける¹⁴⁾。

・支援者の主観や偏見を無くし、健康支援・社会支援につなげる

薬物使用者は、法的な責任を被ることの恐れや、支援者からのスティグマを押し付けられること、また社会権利の剥奪に直面し、支援や治療を求めない傾向がある。ハームリダクションは差別のないケアを提供することを基本としており、支援者側が差別や偏見から離れた姿勢でケアを提供し、健康支援・社会支援へのアクセスを構築する。

・敷居の低い支援の提供

敷居の低い支援提供は断薬を必要としない。そ

の代わりに現在薬物を使用している人々の参加に働きかけ、感染症などの薬物に関連した害を減らすことに効果的である。1980年代、スイスでは断薬が基本の薬物依存症治療システムが存在したが、このサービスは全ての薬物使用者の20%も参加することができなかった。1990年代初頭、スイスは広範なハームリダクションアプローチの元、断薬が絶対ではない敷居の低い統合された支援システムとして、依存症や健康面、また住居や雇用面へのサポートも盛り込んだ仕組みを開発した。今日では、現在の薬物使用者の65%以上が何らかの形で薬物使用の治療に関わり、残りの人々は注射針シリンジ交換や管理下の薬物使用環境などの他のハームリダクションサービスとコンタクトを持ち¹⁵⁾、支援を受ける人々をより広範囲に受け入れることが現実となっている。

・注射針交換プログラム

注射針交換プログラム（Needle Exchange Programs : NEPs）は、清潔な注射器具を配布し、使用済みの物を回収する取り組みである。不潔な注射器具の使用は、HIV、C型肝炎、治療困難また治療にコストのかかる細菌感染のリスクを増やす。注射ドラッグ使用者からの血液感染は、配偶者やパートナー、また胎児への感染など、他者に対する公衆衛生上の脅威でもある。

NEPsはHIVやC型肝炎のリスクを減らすために施行され¹⁶⁾¹⁷⁾、HIVの感染リスクを50~80%減らすことが示されている¹⁸⁾。さらに、NEPsは、使用済みの注射器具を回収する場を提供し、公園やグラウンド、学校の庭などで見つかる廃棄された注射器具の数を減らすことが可能である¹⁹⁾²⁰⁾²¹⁾。NEPsは、薬物使用者が健康支援・社会支援にアクセスすることの入り口としても機能する。希望時には薬物の解毒設備や治療プログラムなどに紹介もできる²²⁾。NEPsは犯罪の増加とは関連しない²³⁾。清潔な注射器具が手に入ることによって得られる利点により、NEPsの取り組みは国際的に評価されている。

・メサドン維持療法

メサドン維持療法は、ヘロイン依存治療の標準

策として捉えられる。メサドンは合法のオピオイド薬であり、医師によって処方され、コミュニティの薬剤師によって患者の手に渡る。単回量が経口薬で処方され、ほとんどのケースでは薬剤師の前で内服する。メサドンは脳内受容体のヘロイン結合部位に作用し、ヘロインの渴望を減らす。メサドンを内服することでハイになったり、行動上の変化を起こしたりすることはなく、比較的安いで副作用も少ない。

メサドン維持療法は他のオピオイドや健康リスクを生じる注射薬の使用を減らし、死亡率や薬物に関連した犯罪を減らす²⁴⁾²⁵⁾²⁶⁾²⁷⁾²⁸⁾。身体的・精神的健康を向上させ、社会機能やQOLを向上させ、他の医療や社会支援とのつながりを増やす。メサドン維持療法は費用対効果も良い²⁹⁾。過去にはメサドンの処方や配布には多くの規制があった。より敷居の低い形でのメサドン維持療法を支持するエビデンスのもと、支援に到達することの障壁は低くなりつつあるが、まだ規制が少ないわけではない³⁰⁾³¹⁾³²⁾。より敷居の低い方法として、メサドンの移動式の配布の方式は治療の継続を増やす。

・監督下注射施設（Supervised Consumption Facilities : SCFs）

監督下注射施設は合法的に許された、また医学的に管理された環境で、薬物使用者が違法な薬物の注射をしたり、吸入したりできる場所である。このような場では、過量服薬への緊急的な対処を提供する重要な機能を持ち、健康・社会支援への参加を増やし、市中での薬物使用に関連する害を減らす。また、注射薬を使用する薬物使用者と直接かつ持続的なコンタクトが可能となり、スタッフは利用者に支援を求めることを勧め、健康への懸念を話し合ったり、医療的ケアを速やかに提供したり、カウンセリングに結びつけることができる。監督下注射施設を利用する大多数の人々は最も孤立していて、社会的に不利益を被った注射薬使用者の傾向がある。調査では、監督下注射施設を利用する人々は、より長期の注射薬使用者で、不安定な住環境、低い収入、刑務所に入った経歴を持っており、健康支援や依存症治療のサー

ビスに辿り着けない層を結びつけるための重要な機会を提供する¹⁾。

4. 日本におけるハームリダクションの活用

日本ではヘロインに代表されるオピオイド系薬物の使用、依存の報告は少なく、上記に挙げたハームリダクションに基づくそれぞれの取り組みをそのまま活用することは現実的ではないだろう。一方でハームリダクションの理念に基づいた、物質使用者・また物質使用障害者への対応は日本の物質使用障害の医療にも応用可能である。

ハームリダクションに含まれる個人の健康支援の観点で、物質使用を止めることを必要とせず患者と関わる姿勢は治療のフィールドでも意識できる。2018年に日本で出版された新アルコール・薬物使用障害診断治療ガイドラインの、アルコール依存症の治療目標に関する推奨事項によれば「重症のアルコール依存症や、明確な身体的・精神的合併症を有する場合、または、深刻な家族・社会的問題を有する場合には、治療目標は断酒とすべきである」「上記のようなケースであっても、患者が断酒に応じない場合にはまず説得を試みる。もし、説得がうまく行かない場合でも、そのために治療からドロップアウトする事態は避ける。一つの選択肢として、まず飲酒量低減を目標として、うまくいかなければ断酒に切り替える方法もある」³³⁾との記載が新たに追加され、断酒を決意していなくとも患者と関わる姿勢が述べられている。ハームリダクションの応用として、物質使用障害者の断酒断薬は最良としつつも治療介入の敷居は下げておく支援者側の姿勢は日常臨床の場面で活用できると思われる。

アルコール使用障害の受診に対するハードルを下げる取り組みとして、当院では2017年に「減酒外来」と銘打った、減酒を許容することをアピールした外来診療部門を開設した。開設以降、年間およそ100名の新患を受け入れている。減酒外来を受診する患者はICD-10のアルコール依存症の診断に該当する者が全体の3割程度で、依存症の診断閾値下のケースが半数以上を占める。このようなアルコール使用障害の比較的軽症と言える層は飲酒量の目標設定やレコーディング、減酒スキ

ル訓練などの比較的低い強度のサポートで減酒の達成がなされるケースが多い。

一方で合併症が存在する、あるいは飲酒によって生じる問題が重く、アルコール使用障害の重症と言えるケースも減酒外来を受診している。この層の患者にハームリダクションの考え方が活かされる。断酒を希望しない重症例に対して、従来は「酒をやめる気になってから治療が始まる」と患者に“底尽き”を求める対応はよく行われていたが、やっとの事で受診につながった患者から治療支援につながるきっかけを奪ってしまう弊害が生じていたことも事実である。ハームリダクションは物質使用にこだわらず、今できる支援を模索し、その患者のQOLの上昇に寄与することを可能にする。それは身体のケアかもしれないし、家族問題の解決や住居や経済面での問題解決であるかもしれない。その関わりや支援を続けていく中で、飲酒の背景にある本質的な問題解決への援助がなされ、断酒の方向性に結びつくケースも存在する。減酒外来では半年後にはおよそ1割の人々が断酒の方向性へと進んでいた。

「物質を使っているかどうかよりも、まずその人の困っていることに対する支援を行う」。

この姿勢こそハームリダクションというコンセプトから生み出された物質使用障害臨床で重要視されるべきポイントであり、日本の臨床現場ですぐに活かすことができるだろう。

文 献

- 1) Harm reduction : A British Columbia Community Guide. Government of British Columbia, Canada, 2005.
- 2) Wilson, L. E., et al: Prospective study of infective endocarditis among injection drug users. *Journal of Infectious Diseases* 2002, 185: 1761-1766, 2002.
- 3) Brown, P. D. & Ebright, J. R.: Skin and soft tissue infections in injection drug users. *Current Infectious Disease Reports*. 4 : 415-419, 2002.
- 4) Palepu, A. et al: Hospital utilization and costs in a cohort of injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 165(4) : 415-20, 2001.
- 5) Des Jarlais, D. : The first and second decades of AIDS among injecting drug users. *British Journal of Addiction*. 87 : 347-53, 1992.
- 6) Lima, E.S. et al. 1992. : Injecting-drug users and the

- spread of HIV in Brazil. *AIDS and Public Policy Journal*. 7(3) : 170-174, 1992.
- 7) Hamers, et al. : The HIV epidemic associated with injecting drug use in Europe : geographic and time trends. *AIDS*. 11(11) : 1365-1374, 1997.
 - 8) Alter, M.J. (1997). Epidemiology of hepatitis C. *Hepatology*. 26(S3) : 62S-65S, 1997.
 - 9) UNAIDS Best Practice Collection. Prisons and AIDS : UNAIDS Point of View. Geneva : UNAIDS, 1997.
 - 10) National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Project MATCH monograph series, 1996.
 - 11) Roberts, G. and Osborne, A. (1999). Best Practices: Substance Abuse Treatment and Rehabilitation. Ottawa : Office of Alcohol, Drugs and Dependency Issues, Health Canada, 1999.
 - 12) Freeman, K. et al.: The impact of the Sydney Medically Supervised Injecting Centre (MSIC) on crime. *Drug and Alcohol Review*. 24(2) : 173-184, 2005.
 - 13) Wood, E. et al. : Changes in public order after the opening of a medically supervised safer injection facility for illicit injection drug users. *Canadian Medical Association Journal*. 171(7): 731-734, 2004.
 - 14) Hunt, N. et al.: A Review of the Evidence Base for Harm Reduction Approaches to Drug Use. *Forward Thinking on Drugs : A Release Initiative*, 2003.
 - 15) MacPherson, D. : Comprehensive Systems of Care for Drug Users in Switzerland and Frankfurt, Germany. A Report from the 10th International Conference on the Reduction of Drug-Related Harm and a Tour of Harm Reduction Services in Frankfurt, Germany. Vancouver : Social Planning Department, City of Vancouver, 1999.
 - 16) Huo, D. et al. : Drug use and HIV risk practices of secondary and primary needle exchange users. *AIDS Education and Prevention*. 17(2) : 170-184, 2005.
 - 17) David Satcher. : Evidence-Based Findings on the Efficacy of Syringe Exchange Programs : An Analysis of the Scientific Research Completed Since April 1998. Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, 2000.
 - 18) Gibson, D. R. et al. : Two to Sixfold Decreased Odds of HIV Risk Behaviour Associated with Use of Syringe Exchange. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 31(2) : 237-242, 2002.
 - 19) Doherty, M. C. et al. : Discarded needles do not increase soon after the opening of a needle exchange program. *American Journal of Epidemiology*. 145(8): 730-737, 1997.
 - 20) Doherty, M.C. et al. : The effect of a needle exchange program on numbers of discarded needles : a 2-year follow-up. *American Journal of Public Health*. 90(6) 936-939, 2000.
 - 21) Ksobiech, K. : Return rates for needle exchange programs : A common criticism answered. *Harm Reduction Journal*. 1(2), 2004.
 - 22) Hagan, H. et al: Reduced Injection Frequency and Increased Entry and Retention in Drug Treatment Associated with Needle Exchange Participation in Seattle Drug Injectors. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 19(3) : 247-252, 2000.
 - 23) Marx, M. A. et al. : Trends in Crime and the Introduction of a Needle Exchange Program. *American Journal of Public Health*. 12(90) : 1933-1936, 2000.
 - 24) Ball, J. C. & Ross, A. (1991). The effectiveness of methadone maintenance treatment. New York : Springer-Verlag, 1991.
 - 25) Joseph, H. & Woods, J. A. : A point in time : The impact of expanded methadone maintenance treatment on citywide crime and public health in New York City 1971-1973. *Belg Arch Public Health*. 53 : 215-231, 1995.
 - 26) Patterson. et al. : Methadone Clients, Crime, and Substance Use. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology* 2000. 44 : 667-680, 2000.
 - 27) Bell, J. et al. : Methadone maintenance and drug-related crime. *Journal of Substance Abuse*. 9 : 15-25, 1997.
 - 28) Sechrest, D. K. : Methadone programs and crime reduction : a comparison of New York and California addicts. *International Journal of Addiction*. 14(3) : 377-400, 1979.
 - 29) Barnett, P.G. : The Cost Effectiveness of Methadone Maintenance as a Health Care Intervention. *Addiction*. 94(4) : 479-488, 1999.
 - 30) Buning, E. et al. : The 'methadone by bus' project in Amsterdam. *British Journal of Addiction*. 85(10) : 1247-1250, 1990.
 - 31) Greenfield L. et al. : Patient retention in mobile and fixed-site methadone maintenance treatment. *Drug & Alcohol Dependence*. 42(2) : 125-131, 1996.
 - 32) Nuttbrock, L. A. et al.: Linking female sex workers with substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 27(3) : 233-239, 2004.
 - 33) 新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン作成委員会監修：新アルコール・薬物使用障害の診断治療ガイドライン。新興医学出版社，東京，2018.

抗精神病薬の持効性注射製剤の安全で有効な使い方

八重樫穂高¹⁾、竹内 啓善²⁾

抄録：抗精神病薬の持効性注射製剤（LAI）は統合失調症の薬物治療において重要な選択肢の一つであり、昨今そのラインナップが充実してきたことからさらに期待が高まっている。その安全で有効な使用においては医療者側の知識の向上、刷新も求められており、LAI という剤型の特徴、有効性、副作用、それにまつわるエビデンスなどについてよく知っておくことが大前提となる。また、LAI を導入しただけで患者の治療アドヒアランスそのものが向上するわけではなく、LAI を有効に使用していくためには治療に対する患者の受け入れ、そしてそれを継続していくための取り組みとセットでなければならない。そのような取り組みの中で患者の LAI 治療への動機づけを促しながら、治療チームとして関わっていくことが LAI の効果を最大限に引き出す方法である。

key words : acceptance, antipsychotics, depot, long-acting injection, schizophrenia

はじめに

統合失調症の薬物治療における、抗精神病薬の有効性や再発防止効果、死亡リスク低減効果には多くのエビデンスが存在する。しかし、病識欠如に代表されるような種々の原因のため、多くの患者において薬物治療の継続が困難となり、その恩恵を享受できずにいる。この問題解決への治療選択肢の1つとして、抗精神病薬の持効性注射製剤（LAI）が挙げられる。従来、LAI の適応は病識に乏しく、再発・再燃を繰り返している統合失調症患者であったが、近年では初回エピソードも含めたより早い段階での導入を検討すべきであるとの意見も出てきている。LAI を有する抗精神病薬の種類も増え、3ヶ月製剤も登場してきている昨今、LAI に対する期待はさらに大きなものとなってきている。もちろん LAI を導入しただけでは病識が改善したり、患者が治療に積極的になるわけではなく、治療アドヒアランス向上を狙っ

た介入を併せて行っていく必要がある。本稿では、LAI 治療にまつわる安全性、そして有効な使用方法について、患者の受け入れや継続という面にも焦点を当てながら紹介していく。

LAI の特徴

大前提として医療者側が LAI の特徴をしっかりと理解しておくことが、安全で有効に使用していくためには何より重要なことと考える。LAI に関する重要なエビデンスを整理し、患者に説得力のある説明ができるよう準備しておくことも大切である。治療効果に関しては、近年の Kishimotoら⁴⁾ によるメタアナリシスの結果で、無作為化比較試験（RCT）、コホート研究、プレ・ポスト（ミラーイメージ）研究といった研究デザインによらず、入院・再発において LAI のほうが経口薬と比較して有意に低リスクだったことが報告されている。また、Taipaleら⁷⁾ による

- 1) 医療法人社団永生会 永生病院
〒193-0942 東京都八王子市柵田町583-15
山梨県立北病院
〒407-0046 山梨県韮崎市旭町上条南割3314-13
- 2) 慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室
〒160-8582 東京都新宿区信濃町35

表1 LAI 治療のメリット⁹⁾

確実性
再発原因の明確化
簡便さ
中断から再発までの猶予

表3 最適維持投与量の検討のためのポイント²⁾

単純な処方による長期経過の追跡
正確な情報の把握
陽性症状の残存度
家族と患者の対処能力
治療チームの能力

表2 LAI 治療のデメリット⁹⁾

選択肢の少なさ
非柔軟性
注意すべき副作用
・注射部位反応
・Post-injection Delirium/Sedation Syndrome (PDSS)
・錐体外路症状、悪性症候群

スウェーデンの大規模コホート研究によれば、LAI は経口薬よりも死亡リスクが低かったことも報告されている。また、再発防止効果に関してはHogartyら³⁾の報告があり、古くからLAIと社会治療の組み合わせの重要性が証明されている。

LAI の剤型そのものによる代表的なメリット、デメリットは表のようにまとめられる(表1、2)⁹⁾。Misawaら⁶⁾が行ったメタアナリシスでは、LAI と経口薬の安全性については大きな差は認められておらず、安全性を理由にLAIを控える必要はないと結論づけられており、日頃から慎重な使用を心がけていれば、やはり統合失調症治療において大切な治療選択肢になることには違いない。しかし、LAIの持つメリットは、裏を返せば、経口薬のような症状や副作用に基づく臨機応変な用量調節が出来ないというデメリットにもなる。LAIの体内薬物量が定常状態となった場合、用量の少なさを感じて増量し、その効果が現れるまでにかかる時間や、その反対に、LAIを中止して体内から薬物が消失するのにかかる時間は数週間後から数ヶ月後ということになる。3ヶ月製剤ともなれば1年を超えることも考えられ、目の前の患者に対してより長期的な視点を持つことが求められることになる。

従来のLAIでは導入時において、その柔軟性

の乏しさを補うためにも、経口薬を併用しつつ、少量から徐々に増量していくのが基本であった(start low and go slow)。一方で、最近のpiperidoneやaripiprazoleのLAIでは添付文書上において投与用量に融通を利かせることができなくなっており、高齢者など副作用のリスクが高い症例や、維持量が少量で十分と考えられる症例などに関しては注意が必要である。この点は臨床現場の感覚との乖離があり、そういった症例では従来型のstart slow and go slowで導入していくなど臨機応変な対応が本来は望ましい。LAIを用いる上で、錐体外路症状や悪性症候群といった副作用に関しては特に注意が必要で、経口薬による治療期間中にしっかりとその評価をしておくことが求められる。統合失調症急性期の患者が拒薬しているからとか、全身状態が思わしくない患者で内服ができないからというような安易な理由でのLAI使用は避けなければならない。しかし、状態が安定した患者においても、急性期における治療用量と維持期の必要用量は等しいのか、また、忍容性についての評価に必要な期間をどの程度見なければいいのかなど、まだまだ明らかでない問題が多いのが現状であり、臨床現場では常にそのようなことに気を配り、患者の変化に敏感に反応できるように心構えが望まれる。この点に関しても、最適維持投与量を検討するためのポイントを紹介しておく(表3)²⁾。

また、LAIに独特の副作用として注射部位反応が挙げられ、第2世代抗精神病薬のLAIでは比較的少ないと考えられるが、その有無は治療アドヒアランスへの影響が大きいため注意が必要である。もう1つの特有な副作用に、投与直後に生じるPost-injection Delirium/Sedation Syndrome (PDSS)があるが、もともとolanzapine pamoate

に関して注目された副作用であり、同剤が本邦に導入されなかった大きな要因と考えられる。ほかのLAIではほとんど報告はないものの、LAI投与直後の薬物濃度の一過性上昇や副作用出現については以前から報告されており、そのような事象があるということは頭の片隅に置いておく必要がある。

受け入れの問題

以上のように統合失調症の治療において、適切に使用しさえすればLAIは非常に有効な選択肢となりえるが、そもそも患者に受け入れてもらい、継続してもらえなければ意味がない。受け入れが進まない理由としては、患者だけではなく、医療者側の消極的な態度が以前から指摘されてきている。その消極的な態度の根底には、経験不足、有害事象への過度な恐れ、自分の患者は薬をきちんと飲んでいるという服薬アドヒアランスの過大評価や、患者が注射剤による治療を嫌がるという思い込みなどが影響していると言われている。臨床医を対象にしたアンケート調査で、「もし自分自身が患者だったらLAIを選択するか」という問いに対して、「選択する」と答えたものはごく少数にとどまったという報告さえある⁵⁾。医療者側が治療に対してそのようなネガティブな考えを持っているとしたら、それが果たして患者に受け入れてもらえるだろうか。

藤井はLAI導入の前に医療者が心がけるべき10のポイントがあるとしている(表4)¹⁾。この

ようなポイントに日頃から注意を配りながら、LAI治療に臨んでいく必要がある。これまでに治療アドヒアランスの問題やLAI治療について取り組んでくる中で、「本当に患者はLAIを嫌がるものなのか？」という臨床疑問がわれわれの中にあり、それを実際に調べるためメタアナリシスを行った⁸⁾。それはLAIと経口薬における研究への同意撤回リスクについての比較をしたRCTのメタアナリシスであり、16のRCT、4,815例がその解析対象となった。結果としてはLAIと経口薬では同意撤回リスクについて有意な差が認められず(リスク比1.18、95%信頼区間0.96~1.45)、LAIが特別嫌がられているわけではないということがわかった。このメタアナリシスの結果からわかる大切なことは、患者がLAIを嫌がっているという思い込みは捨て、われわれ医療者がLAIを有効に使うために取り組むべきは、いかに患者にLAIを受け入れてもらい、継続してもらおう工夫ができるかということである。そのためには患者に対してLAIの説明を丁寧に行い、その有効性や、患者にとってどう役立つのかをうまく伝えていく努力が必要となる。そこで役立つツールとして活躍するのがGAINアプローチ(以下、GAIN)である。GAINについては別に論文や書籍の中で示しており¹⁾¹⁰⁾、そこに詳細が記載されているので参照いただきたい。GAINは半構造化された面接法になっており、その項目の通りに進めていけば治療歴の確認から目標の設定、LAIの導入、その後のフォローまで流れの中で

表4 LAI導入時に心がけるべきポイント¹⁾

1. 受け入れられないという思い込みから抜け出す
2. 過度に楽観的なアドヒアランス予測を排する
3. LAI恐怖症に陥らない
4. 偏見を乗り越える
5. 説得力ある説明
6. 患者のLAI体験を大切にする
7. 強制性に十分注意する
8. どの段階でLAIを導入すべきかをよく考える
9. 心理社会治療・支援と併せてチーム医療の中でLAI導入を行う
10. 知識向上と臨床研修の充実

行うことができる。GAIN のもうひとつの良い点が LAI 治療の教育ツールとしても役立つことが可能なことにある。LAI に慣れている精神科医は、多かれ少なかれ GAIN に含まれているような手法をすでに取り入れてきたものと考えられる。これらを他者にうまく伝えることはなかなか難しかったのだが、GAIN を用いれば要点を確認しながら、指導や研修に使用することも可能になる。さらに、このようなツールを紹介することで LAI 治療において医療者がチームとして患者に関わりやすい体制を作ることができ、LAI のメリットを最大限に引き出すことができるものと考えられる。

さいごに

本稿では LAI の安全で有効な使い方に関して述べてきた。LAI 治療にも新たな選択肢が増えてきている中で、それを安全で有効に使うためには、われわれも日々の研鑽を続けていくことが必要である。その上で、GAIN のような受け入れ促進のためのツールを用いつつ、患者に自信を持って LAI 治療を勧めていくことができれば、LAI の有効性を最大限発揮できることだろう。

文 献

- 1) 藤井康男 編：持効性注射製剤治療のすべて。星和書店、東京、2018。
- 2) 藤井康男、功刀弘 編：デポ剤による精神科治療技法のすべて。星和書店、東京、1995。
- 3) Hogarty, G. E., Schooler, N. R., Ulrich, R. et al. : Fluphenazine and social therapy in the aftercare of schizophrenic patients. Relapse analyses of a two-year controlled study of fluphenazine decanoate and fluphenazine hydrochloride. Arch. Gen. Psychiatry 36 : 1283-1294, 1979.
- 4) Kishimoto, T., Hagi, K., Kurokawa, S. et al. : Long-acting injectable versus oral antipsychotics for the maintenance treatment of schizophrenia : a systematic review and comparative meta-analysis of randomised, cohort, and pre-post studies. Lancet Psychiatry 8 : 387-404, 2021.
- 5) Mendel, R., Hamann, J., Traut-Mattausch, E. et al. : 'What would you do if you were me, doctor?' : randomised trial of psychiatrists' personal v. professional perspectives on treatment recommendations. Br. J. Psychiatry 197 : 441-447, 2010.
- 6) Misawa, F., Kishimoto, T., Hagi, K. et al. : Safety and tolerability of long-acting injectable versus oral antipsychotics : A meta-analysis of randomized controlled studies comparing the same antipsychotics. Schizophr. Res. 176 : 220-230, 2016.
- 7) Taipale, H., Mittendorfer-Rutz, E., Alexanderson, K. et al. : Antipsychotics and mortality in a nationwide cohort of 29,823 patients with schizophrenia. Schizophr. Res. : 2017.
- 8) Yaegashi, H., Misawa, F., Noda, H. et al. : Risk of withdrawal of consent for treatment with long-acting injectable versus oral antipsychotics: A meta-analysis of randomized controlled trials. Schizophr. Res. 229 : 94-101, 2021.
- 9) 八重樫穂高, 藤井康男 : デポ剤による治療のメリット・デメリット. 精神科 25 : 532-536, 2014.
- 10) 八重樫穂高, 藤井康男 : 持効性注射製剤の患者への受け入れ促進をめざして—GAINアプローチを用いた患者との共同作業の試み—. 精神科治療学 30 : 905-914, 2015.

精神疾患と眼球運動異常

九州大学大学院医学研究院 精神病態医学 高橋 潤一

この度は福岡行動医学研究所精神医学研究奨励賞をいただき、大変光栄に存じます。ご選考頂いた神庭重信先生、林道彦先生に深く御礼申し上げます。また、研究の遂行にあたり、日頃から熱心にご指導頂きました鬼塚俊明先生、中尾智博先生、ならびに関係者の方々に厚く御礼申し上げます。

私は表題にあるように精神疾患における眼球運動異常に対して興味を持ち、研究を行ってきました。眼球運動研究の歴史は長いですが、計測機器の開発もあり、現在では精神疾患のバイオマーカーとしての開発も試みられています。以下、精神医学における眼球運動研究および私が関わった研究の概要を記したいと思います。

眼球運動とは

私たちは、自分たちの周囲にある要素を認識・識別し、世界を正確に把握するために日常的に目（および頭）を動かしている。正確な視覚情報を得るためには、興味のある物体の像を網膜の感度の最も鋭敏な中心窩で捉える必要がある。眼球運動の目的は、体や頭が動いているときも対象の像を中心窩で保持し続け、且つぶれのない視覚像を得ることにある。例えば、私たちは、興味を持ったある対象へ急速に視線を移動させ、その対象物を認識・識別することができる。その際、全体像は歪んだりぶれたりすることなく、私たちは静止した世界を見ている。このように眼球運動は単に眼の動きだけではなく、視覚認知処理機構を含んだものと言える。

眼球運動研究の歴史

精神疾患における眼球運動異常に対する研究は歴史が長く、1908年にRaymond DodgeとAllen Ross Diefendorfがフォトクロノグラフを用いて、精神疾患患者の眼球運動を記録したことに始まる¹⁾。彼らは、“dementia preacox”の患者は、健常者と比べて、スムーズパシユートに障害があることを報告した。Hans Bergerが初めて人間の脳波を記録したのが1924年であり²⁾、Paul Lauterburが核磁気共鳴画像を報告したのが1973

年である³⁾。眼球運動研究がいかに古くから存在するかということが分かる。しかし、Dodgeらの報告後、精神医学の理論的ドグマは生物学的視点より心理学的視点が中心となり、眼球運動の研究は一時的にほとんど行われなくなった。それから抗精神病薬が発見された1900年代半ば、再び生物学的モデルに回帰し、眼球運動研究も盛んに行われるようになった。計測に使用される機器は、Electrooculogramや現在汎用されているvideo-based eye trackerなど開発され、さらに解析ソフトの改良により詳細な眼球運動を記録できるようになった。また、脳神経画像研究により、眼球運動の制御に関与する脳領域が明らかになり⁴⁾、精神疾患における眼球運動異常の神経基盤を明らかにするための研究が行われるようになった。Dodgeらの報告から100年にあたる2008年に精神医学における眼球運動研究のレビューが発表されている⁵⁾。

眼球運動の制御機構

眼球運動は、脳の多くの領域間の動的で複雑な相互作用により制御されている。眼球運動を生成するために必要なネットワークの研究は、脳の働きを調べるためのツールの一つになる。眼球運動は、サッケード、スムーズパシユート（滑動性追従眼球運動）、前庭動眼反射、視運動性眼振、開

散・輻輳運動に分けられるが、ここでは、精神疾患で多く異常が報告されているサッケードとスムーズパシュートの神経機構について概説する。

1. サッケード

サッケードとは、関心のある場所に視線を急速に移動させる眼球運動のことで、これにより対象物を最も解像度の高い網膜中心窩で捉えることが可能になる。ヒトは、読書、運転、パソコンでの作業などの活動中に、毎日何千回となくこの急速眼球運動を行っている。通常、ヒトはこれらの動作を意識することなく行っているが、サッケードをうまく行うには、一連の複雑な神経プロセスが必要である。サッケード生成に関与する神経回路は、ヒトでは脳画像技術を用いてよく特徴づけられており、ヒト以外の霊長類では生理学的記録により広範に研究されている。

サッケードは視覚誘導性サッケードと自発性サッケードに分けられる。視覚誘導性サッケードは、例えば対象となる刺激が視空間内に提示された場合に生じる。まず、網膜から視覚情報が、外側膝状体 (LGN) を介して一次視覚野に伝達される。後頭頭頂皮質 (PPC) は一次視覚野から伝達された視覚情報を受け取り、その情報を新しいサッケード対象に変換する。次に、この情報が上丘および脳幹の神経核に伝達されサッケードが行われるが、この経路は前頭葉の前頭眼野 (FEF) と補足眼野 (SEF) からの調整も受けている。自発性サッケードは、例えば視覚空間内の複数の対象の位置を記憶しているとき生じる。その目標位置は、PPCからFEFおよびSEFへ伝達される。このトップダウン制御は、FEF、SEF、背外側前頭前皮質 (DLPFC) から上丘への直接経路と、基底核 (尾状核、黒質網様部) を介して上丘と脳幹神経核への間接経路の2つの経路を介して行われる。小脳も眼球運動制御に重要な役割を担っており、サッケードの速度の調整を行っている (図1)⁶⁾。

精神医学では、プロサッケード課題 (視標が提示されたときに、被験者はその視標へ視点を移動させる) やアンチサッケード課題 (視標が提示されたときに、被験者は視標とは反対方向に視点を

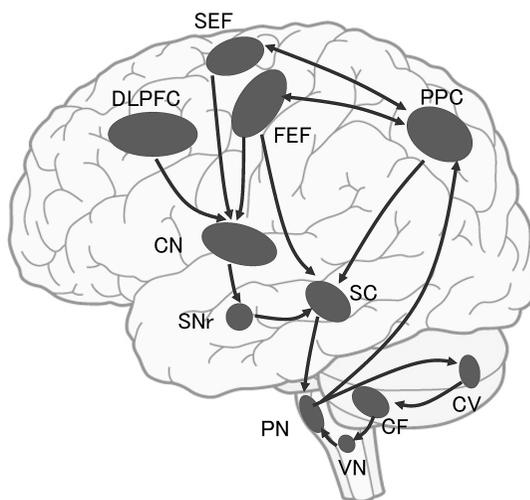


図1 サッケードの神経機構

CF:小脳片葉、CN:尾状核、CV:小脳虫部、DLPFC:背外側前頭前皮質、FEF:前頭眼野、PN:橋核、PPC:後頭頭頂皮質、SC:上丘、SEF:補足眼野、SNr:黒質網様部、VN:前庭神経核

移動させる)、記憶誘導サッケード課題 (視標が提示されたときに、サッケードを数秒間保留し、その後、記憶したターゲットの位置へ視点を移動させる) などが行われている。特に、統合失調症でのアンチサッケード課題のエラー率や反応潜時の延長が多く報告されている (例えば Fukushimaら⁷⁾)。これらの異常は、双極性障害、大うつ病性障害、自閉スペクトラム症などでも観察されているが、統合失調症において最も顕著である。

2. スムースパシュート

スムーズパシュートは、ゆっくり動く小さな視覚対象を、網膜中心窩付近に維持し、視覚入力を連続的に取り込むための随意性眼球運動である。視覚対象の動きに合わせて、その網膜像のぶれを防ぐ働きがある。スムーズパシュートは、網膜上での対象の像の微小な動き (retinal slipと呼ばれる) を検出することにより誘発される。

網膜上で検出された微小な動きは、外側膝状体 (LGN) を介して一次視覚野 (VC) に達し、

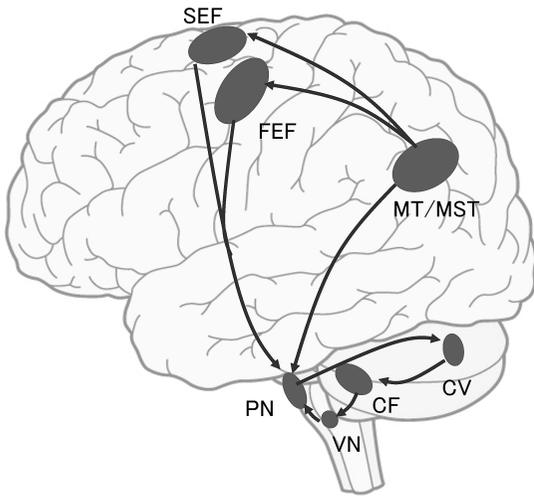


図2 スムースパシュートの神経機構
CF：小脳片葉、CV：小脳虫部、FEF：前頭
眼 野、MT/MST：Middle Temporal/Medial
Superior Temporal area、PN：橋 核、SEF：
補足眼野、VN：前庭神経核

Middle Temporal/Medial Superior Temporal (MT/MST) 野へ投射される。そこから前頭葉に信号が送られるが、そのうちの1つが前頭眼野 (FEF) で、ここでスムーズパシュートのための眼球運動指令が生成される。ヒトの前頭部のスムーズパシュート領域には、さらに補足眼野 (SEF) と背外側前頭前皮質 (DLPFC) があり、頭頂眼野 (PEF) と共に、反応の選択と監視を反映している。基底核と前頭眼野から、眼球運動と視覚情報信号の両方をコード化する橋被蓋網様核と橋核に投射している。そこから小脳、前庭神経核などを介して外眼筋を支配する神経核に伝わり、眼球運動が生成される (図2)⁶⁾。

精神医学の研究では、さまざまなスムーズパシュート課題が用いられてきたが、ほとんどの研究では、正弦波、三角形または台形に沿った連続的な標的運動が使用されている。スムーズパシュートのパフォーマンスの評価としては、RMS (Root Mean Square) エラー、SN (signal-noise) 比、サッケード率、ゲイン (視標の速度に対する眼の動きの速度) など、定量的な指標が導入されてきた。統合失調症では、これらのス

ムースパシュートのパフォーマンスが低下しているという報告が数多くある (例えばLencerら⁸⁾)。また、双極性障害、大うつ病性障害、自閉スペクトラム症、注意欠陥・多動性障害などさまざまな疾患でもスムーズパシュートの異常を示すことが報告されている。パフォーマンスの低下は統合失調症で最も顕著であるが、疾患特異性のあるものではない。

バイオマーカーとしての眼球運動

現代の精神医学は、精神疾患の診断や鑑別診断、疾患の経過や予後、さらに治療法の選択やその効果判定に用いることができる信頼性の高いバイオマーカーを欠いている。統合失調症や双極性障害をはじめとする精神疾患の病因には、遺伝的要因が大きな役割を果たしていることが想定されているが、全ゲノム関連研究において今のところ統合失調症の遺伝性の大部分を説明することができずにいる⁹⁾。遺伝子と表現型との間のギャップを埋めるものとして、エンドフェノタイプという概念が提唱されているが¹⁰⁾、代表的なエンドフェノタイプには、認知機能や脳神経画像、神経生理機能など挙げられる。眼球運動機能は神経生理機能の一つとして有望なエンドフェノタイプである。

眼球運動研究は、精神医学領域では、統合失調症において盛んに行われており、先述したようにアンチサッケードやスムーズパシュートの異常などが報告されている。それらの異常を用いて、バイオマーカーの開発も試みられている。Bensonらは固視安定性課題 (本質的にはアンチサッケード課題に同じ)、スムーズパシュート課題、フリービューイング課題から得られた眼球運動特徴量に対して機械学習を用いることで、98.3%の精度で健常者から統合失調症患者を識別できることを示した¹¹⁾。また、MoritaらはBensonらと同様の課題を用い、3つの眼球運動特徴量を抽出し、これらを統合した「眼球運動スコア」を算出し、それを用いることで、89.3%の精度で統合失調症患者と健常者を判別した¹²⁾。

このように統合失調症では眼球運動研究が多く行われ、バイオマーカーとしての有用性を検討し

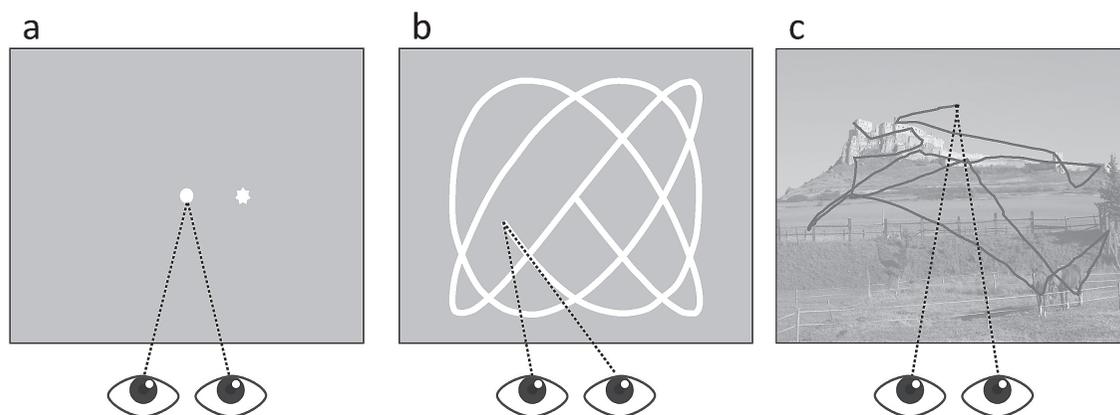


図3 眼球運動課題

たものもあるが、双極性障害や大うつ病性障害などの感情障害、自閉スペクトラム症などの疾患では比較的少ない。そこで筆者らは、Moritaらと同様の課題、検査機器を用いて大うつ病性障害の眼球運動異常およびバイオマーカーとしての有用性を検討した¹³⁾。まず、固視安定性課題（図3 a）では、健常者と大うつ病性障害患者ではどの眼球運動特徴量にも有意な差は見られなかった。次に、スムーズパシュート課題（図3 b）では、大うつ病性障害患者においてスムーズパシュート中に起こるキャッチアップサッケードのサッケード時間が延長し、サッケードのピーク速度が高くなった。最後にフリービューイング課題（図3 c）では、スキャンパス長（おおむね視点の総移動距離に相当する）が大うつ病性障害患者では短縮していた。この結果よりスムーズパシュート課題のサッケードピーク速度とフリービューイング課題のスキャンパス長を用いて判別分析を行ったところ、72.1%の精度で大うつ病性障害患者と健常者を区別できた。統合失調症だけでなく、大うつ病性障害でも眼球運動異常が見られることを確認し、且つバイオマーカーとしての有用性を示すことができた。

今後の展望

精神疾患における眼球運動異常と眼球運動のバイオマーカーとしての有用性について概説した。先述したとおり、眼球運動異常は統合失調症で多

く報告されているが、比較的少数ではあるものの、同様の異常は他の精神疾患でも報告されている。つまり、眼球運動異常は疾患特異性のあるものではない。また、眼球運動異常がどの程度疾患の特性を反映し、どの程度疾患の状態を反映しているかも不明である。バイオマーカーとして確立するためには、疾患横断的に、且つさまざまな状態で眼球運動を検討しなければならない。そのためにはさらに大規模なデータが必要になり、多施設での共同研究が重要になる。

また、精神疾患における眼球運動異常の神経生物学的基盤は不明な点が多い。眼球運動課題と機能的MRIの計測を同時におこなった研究はいくつかあるが（例えばLencerら¹⁴⁾、Keedyら¹⁵⁾）、統一した見解は得られていない。その原因として、これらの研究がすべて少数のサンプルで行われていること、投薬状況がほとんどコントロールされていなかったこと、患者の病期が一定していなかったこと、分析方法が研究によって異なっていたことが挙げられる。今後の研究では、標準化された眼球運動のパラダイムと手順を用いて、より大規模なサンプルサイズで行う必要があるだろう。

まだまだ課題は多いが、眼球運動検査は機器さえあれば簡便で非侵襲的に行えるものである。精神疾患の有用なバイオマーカーが確立していない現時点では、有望な選択肢の一つと言えよう。

文 献

- 1) Diefendorf AR, Dogde R : an Experimental Study of the Ocular Reactions of the Insane From Photographic Records. *Brain* **31** : 451-489, 1908.
- 2) Berger H : Über das Elektroenkephalogramm des Menschen. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten* **87** : 527-570, 1929.
- 3) Lauterbur PC : Image Formation by Induced Local Interactions : Examples Employing Nuclear Magnetic Resonance. *Nature* **242** : 190-191, 1973.
- 4) Rosano C, Krisky CM, Welling JS, Eddy WF, Luna B, Thulborn KR, Sweeney JA. Pursuit and saccadic eye movement subregions in human frontal eye field : a high-resolution fMRI investigation. *Cereb Cortex* **12** : 107-115, 2002.
- 5) Klein C, Ettinger U. A hundred years of eye movement research in psychiatry. *Brain Cogn.* **68** : 215-218, 2008.
- 6) Johnson BP, Lum JA, Rinehart NJ, Fielding J. Ocular motor disturbances in autism spectrum disorders : Systematic review and comprehensive meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* **69** : 260-279, 2016.
- 7) Fukushima J, Fukushima K, Chiba T, Tanaka S, Yamashita I, Kato M. Disturbances of voluntary control of saccadic eye movements in schizophrenic patients. *Biol Psychiatry.* **23** : 670-677, 1988.
- 8) Lencer R, Sprenger A, Reilly JL, McDowell JE, Rubin LH, Badner JA, Keshavan MS, Pearlson GD, Tamminga CA, Gershon ES, Clementz BA, Sweeney JA. Pursuit eye movements as an intermediate phenotype across psychotic disorders : Evidence from the B-SNIP study. *Schizophr Res.* **169** : 326-333, 2015.
- 9) Dennison CA, Legge SE, Pardiñas AF, Walters JTR. Genome-wide association studies in schizophrenia : Recent advances, challenges and future perspective. *Schizophr Res.* **217** : 4-12, 2020.
- 10) Gershon ES, Goldin LR. Clinical methods in psychiatric genetics. I. Robustness of genetic marker investigative strategies. *Acta Psychiatr Scand.* **74** : 113-118, 1986.
- 11) Matsushima E, Kojima T, Ohta K, et al. Exploratory eye movement dysfunction in patients with schizophrenia : possibility as a discriminator for schizophrenia. *J Psychiatr Res.* **32** : 289-295, 1998.
- 12) Morita K, Miura K, Fujimoto M, Yamamori H, Yasuda Y, Iwase M, Kasai K, Hashimoto R. Eye movement as a biomarker of schizophrenia : Using an integrated eye movement score. *Psychiatry Clin Neurosci.* **71** : 104-114, 2017.
- 13) Takahashi J, Hirano Y, Miura K, Morita K, Fujimoto M, Yamamori H, Yasuda Y, Kudo N, Shishido E, Okazaki K, Shiino T, Nakao T, Kasai K, Hashimoto R, Onitsuka T. Eye Movement Abnormalities in Major Depressive Disorder. *Front Psychiatry.* **12** : 673443, 2021.
- 14) Altered transfer of visual motion information to parietal association cortex in untreated first-episode psychosis : implications for pursuit eye tracking. *Psychiatry Res.* **194** : 30-38, 2011.
- 15) Keedy SK, Ebens CL, Keshavan MS, Sweeney JA. Functional magnetic resonance imaging studies of eye movements in first episode schizophrenia : smooth pursuit, visually guided saccades and the oculomotor delayed response task. *Psychiatry Res.* **146** : 199-211, 2006.

ルートヴィヒ・クラゲスの生命主義的世界観再考 —対立原理としての精神と生命—

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

抄録：今回、Klages, L. 独自の生の哲学的人間学の概念目録の意味内実を改めて規定することによって、彼の問題意識を再考した。これまで読者からの十分な納得が得られなかった彼の根本概念の邦語訳をめぐる読者の疑問にも回答しなかったからである。彼の問題意識は近代批判の立場から人間には生命 *Leben* (肉体 *Leib*・心情 *Seele*) vs 意志 (自我 *Ich*) という葛藤があることを痛感した点にあった。その実証のために筆跡学、表現学、性格学という方法論を開拓して、各分野の体系化を生涯の仕事とした。

成書『精神 *Geist* と生命』の中で *Leben* を X、*Geist* を Y と表記しても良いとしている。名より意味内実の理解を求めているのであろう。彼は形而上学的二元論の立場で「精神」と「生命」という対立原理を立てた。後者を「心情」としても変わらない。精神つまり存在 *Sein* (= 無 *Nichts*) と心情つまり意味 (*Sinn*)、要は無意味と意味の原理の対立である。根本思想の一つは「意味に満ちた生命過程としての心情」の解明にあった。この過程は心情と現実 (つまり性情 *Wesen*) とが融合と他者化とを繰り返す二相の継起であるとされ、そこに原意味 *Ursinn* が生まれる源がある。それを体験過程と呼び、心情の本質属性とされる。このような意味内実を持つ心情 *Seele* を読者が提起する「魂」の名での代替には無理がある。

精神は非時空的原理という意味で「存在即無」であるが、人間という個体生命を通して自我形態を実現している。精神の生命体への作用を Klages は否定神学の「積極無 *positives Nichts*」の概念を援用して説明する。このような意味で使われている *Geist* に、読者が提案する人間の *Spiritualität* の名である「靈性」を持ち込むことはできない。開祖をもつ宗教を認めず、個人崇拜を否定する彼は超越神を認めない。宗教学の重要概念である靈性や魂の名を Klages の中に持ち込むのは誤解を生む。「宇宙生成のエロース」に満ちた現実界を深く体験する心情の力に懸けていると言ってもよかった。世界観的要請の現代版ともいうべき、現代人への彼の呼びかけにも言及した。

Key words : 精神 (*Geist*) と生命 (*Leben*), 積極無 (*positives Nichts*), 現実 (*Wirklichkeit*), 現存 (*Dasein*), 存在 (*Sein*)

[目次]

序論

1. 精神と生命

- 1) 精神と生命の邦語訳について
- 2) 現実と現存と存在
- 3) 積極無について

2. 我の起源と無の起源としての精神

3. 世界観的要請の現代版としての現代人の生き方への呼びかけ

結論

序論

Klages, L. の問題意識と方法論的視座について、筆者は数十年来本誌¹⁸⁻²¹⁾を含む随所¹⁷⁾で述べてきた。しかし不十分で筆者自身にも納得がいかない、不消化な箇所があったことは否めない。今回、その箇所を補完する作業を試みたい。その前に、彼独自の生の哲学的人間学に未知の読者に向けても、最初に要約的に再説しておくべきであろう。その際、耳学問を含め長年の学兄である平澤の解説⁹⁾を参照することを予めお断わりしておく。

1872年ドイツ、ハノーバーで生まれる。織物業を営む親元からは実業への道を拒否して離れ、世紀末ミュンヘンで学業（化学）と詩作と時代の権威に刃向かう文化運動の青年期を送る。その中で生命主義的な世界観を育み、近代批判の立場から人間には生命（心情）vs 意志（自我）という深い葛藤のあることを痛感し、それを実証するために筆跡学⁴⁾、表現学¹¹⁾、性格学⁷⁾という人間研究の諸分野を開拓し、それぞれの体系化を生涯に亘って続けた。20世紀初頭からドイツで盛んになった「哲学的人間学 Lebensphilosophie」²¹⁾のパイオニアというべき成果をあげている。

彼が独自の哲学を積極的に発言し出すのは50歳頃からである。個人の中の生命 vs 意志の抗争の形而上学的源を追究するもので、『心情の敵対者としての精神』という主著⁹⁾¹⁹⁾の書題がその主題を集約し、全四巻の目次を追えば、ある程度全貌がわかるものとなっている。その問題提起は当時ドイツ哲学学会でも主テーマとして取り上げられた。意識の対象化作用にもとづく「事実界」と象徴によって開示される体験的「現実界」との対比を鮮明にしたことをもって、現代のグノーシストとその哲学を評する人もいる。つねに在野にとどまり続けたが、セミナーや講演活動、著作物などで共鳴者が増えていく。第一次世界大戦を前にスイスへ移住しチューリッヒに永住する。囚らざるも Klages を反理性主義者と激しく批判した Thomas Mann, P. と同じ教会の墓地に眠っている。

古代ギリシャでは人間を肉体 Leib・心情 Seele・精神 Geist の三領域からなると考えたが、それに対して上記のような哲学的人間学的背景から Klages は Leben 生命（肉体・心情）と Geist 精神の二元に分ける人間観を提出する。この点が「クラゲス学」の中核と思われる。人間における生命的性質（時空性・連続性・質性）¹⁰⁾と精神的性質（非時空性・間歇性・虚無）との対立を、その作品（筆跡や表現）と個人性格の研究から、そのときどきの相生と相克のさまざまなあり方を通して実証⁴⁾¹¹⁾し、人間の進むべき道を探ろうとした。

いわゆる心理学については性格学的側面と意識

学的側面を区別し、本来の心理学は性格学的研究であるべきだとした。性格学研究⁷⁾⁸⁾では個人的エゴイズムの体系的分析やヒステリー現象の研究から「自己欺瞞」（これは Nietzsche, F.¹²⁾を継承）という核心的葛藤に注目し、その本質を人間的に解明している。歴史的には「自我 Ich」という中心を得た人格が、生命性と精神性の抗争の場となり多彩な人間劇をくり広げ、性格研究の主戦場といえる。

一方の意識学⁶⁾の面では思考意識と体験過程との対立的性質を明らかにすることに尽力した。この対立の主要因は思考意識の非連続的性質（能作 Akt としてのみ働く）にあり、それは精神の非時空性（時空的には無であると「推論」せざるをえない）に由来するという認識を説く。それに対して体験過程は生物の心に固有の能力であることを強調し、従来の心理学体系とは異なる体験理論による基礎づけがなされた。特に「観得 Schauen」と「感覚 Empfindung」を区別したことは大きな功績である。そして体験された世界の本質とその豊かさを明らかにすることが Klages の重要な研究分野となる¹⁸⁾。言語の象徴性研究もその一環で、最近平澤と吉増によって邦訳された『心理学の源としての言葉』¹⁶⁾はその集大成といえる。

以上は Klages が取り組んだ主な問題領域である。その方法論の原則については彼自身が自分は Goethe, J. W. の「現象の背後を探すべきではない。現象そのものが学理である」の箴言³⁾に沿って、真の意味での「現象学 Erscheinungskunde」的方法²⁾を用いる、と述べている。人気を博した Husserl, E. 以降のアカデミズムの「現象学 Phänomenologie」については概念意識の分析にすぎないと批判的である。「現象発見は体験によるしかない。意識は何一つ体験しない。概念化しそれを精密化するだけである」という立場を貫いている。かといって概念形成をないがしろにしているわけでないことは、その哲学体系や専門諸学の基礎づけの業績を見れば明らかである。

最後に Klages の哲学的人間学の成果の一つがその古代的世界観の紹介にある。彼にとっては「逝きし生命的世界の面影」といえる。そこではいわゆるソクラテス以前よりもさらに遡り、横溢

する生命性に司られた「ペラスゲル的心性の世界」が描かれる (Bachofen, J. J.¹³⁾ が明らかにした古代母権制社会¹⁾) ののである。このテーマは筆者には不消化な分野である。また世界観的に重要な邦語訳もある『宇宙生成のエロース』¹⁴⁾ についても今回は触れない。世界観的要請の現代版というべき、現代人の生き方への呼びかけとしては、人間において生命性が発露する条件として、自己欺瞞の網の目からの自己解放を第一とすること、そして生命性の泉を枯らさず、豊かな水源との通路を保つこと、例えば自然環境の保護の運動が盛んだが、そのようなことより Klages は自然の本性を感受できる心を護持育成することこそが喫緊の課題だとする立場である。

以上を前置きの解説にかえて、目次に示す重要概念、特に、これまで棚上げにしてきた無の概念については詳しい検討を試みる。

1. 精神と生命

1) 精神と生命の邦語訳について

成書『精神Geistと生命』¹⁵⁾ の中で Leben を X、Geist を Y と表記しても良いとしている。名より意味内実の理解を求めているのであろう。彼は形而上学的二元論の立場で「精神」と「生命」という対立原理を立てる。後者を「心情」としても変わらない。精神つまり存在 Sein (= 無 Nichts) と心情つまり意味 (Sinn)、要は無意味と意味の原理の対立である。根本思想の一つは「意味に満ちた生命過程としての心情」の解明にある。この過程は心情と現実 (つまり性情 Wesen) とが融合と他者化とを繰り返す二相の継起であるとされ、そこに原意味 Ursinn が生まれる源がある。それを体験過程と呼び、心情の本質属性とされる。このような意味内実を持つ心情 Seele を読者が提起する「魂」の名での代替には無理がある。

精神は非時空的原理という意味で「存在即無」であるが、人間という個体生命を通して自我形態を実現している。精神の生命体への作用を Klages は否定神学の「積極無 positives Nichts」の概念を援用して説明する。このような意味で使われている Geist に、読者が提案する人間の Spiritualität の名である「靈性」を持ち込むこと

はできない。開祖をもつ宗教を認めず、個人崇拜を否定する彼は超越神を認めない。宗教学の重要概念である靈性や魂の名を Klages の中に持ち込むのは誤解を生む。「宇宙生成のエロース」¹⁴⁾ に満ちた現実界を深く体験する心情の力に懸けていると言ってもよい。

2) 現実と現存と存在

「存在 Sein」との関係において「現実 Wirklichkeit」とは何か。「現存 Dasein」との関係において両者は何か。このように問えば定義を与えることに何の困難もない、と Klages は言い切る (文献16の92頁)。要は「現実」とは現象界である。この規定は「現象の概念は現象するものの概念あるいは現象能力をもつものの概念を必要とする」という注釈で補うことができるとする。

その特徴とは、現象に必然的に付着しているが、名づけることによってはじめて繰り返し用いてきた術語が「顔」を持つようになるという。つまり現実の時空性のことである。「現実的なものはすべて時空性が認められる」と強調する。その反対に時空性を備えるものはすべて、現実的であり、我々がその際、確かに疑いなく現実的である心情過程を忘れてしまっているかのようにならなくても見えるとするなら、ただ次の事をあらかじめ述べておかなければならないという。つまり「われわれは、ほとんどすべての研究者とは反対に、情動的なもののただ時間性だけを認めるような見解には否定的であることである。このことから、非時空性というすでにわれわれには馴染みの存在の規定と、直接に時間的現実的なものと関係するという現存の規定が生まれる」と成書『心情学の源としての言葉』¹⁶⁾ の中でまとめられている。

3) 積極無について

Klages にとって、現実とは現象した世界であれ現象以前の未分極の形象 Bild の世界であれ一様であることはない。しかし絶対的な一様性、無差別性、ただ存在するだけでそれ以上の別異を持たない状態は、ただ「それでない」と否定でしか述べることができない。このような存在性は無と変わるところがないとされる。「存在は精神が現象

界に映じた影である。その正体は無、空無、虚無である。現実の絶対的否定をこのように見るのである。しかし人格的自我を介して無が侵入してきたことは現実に現象する作用から実証できる。そのような意味でこの無は「積極無 positives Nichts」であると、Klages は主張している。彼が引き合いに出す積極無の影響は幻像 Phantom としてこの世界のいたる所に立ち現われ、形象の現象世界を侵食する。幻像に支配されつつある地球の変貌を Klages は主著⁹⁾の随所で描写し続けている。昨今の環境問題を先取りした講演『人間と大地』は成書⁵⁾として刊行されてもいる。

積極無については、重要な概念でもあり、成書¹⁶⁾(93から99頁)の中で詳しく論じているので、参照しながら要約してみる。存在の規定の本質は、ただ現実の基準を否定することにある。そしてこの否定によって現象のあらゆる指標も完全に否定されるので、その結果ともかく哲学者たちの間で好まれる「それ自体 das Ansicht」を援用していえば、次の等式が得られるという。つまり「存在それ自体 das Sein an sich = 無 das Nichts である」、と。しかしこれで何か新しいことが明らかにされたわけではない。そうではなく反対に数千年来周知の、そしてしばしば公表された真実がただ繰り返されただけのことであり、中世において神概念の、ある規定に対して生まれた「否定神学 die negative Theologie」の名は、かつてあったし、今もあり、またこれからもあるであろう、あらゆる神学に当てはまるという。

そしてあらゆる哲学にも、それが絶対的存在を現実の代わりに据え、存在が現実の根源であることを確かめたと妄想する限りで当てはまるという。というのも弁証法のどんな手品も、最高存在から、つまり存在一般から、つまり無から、世界どころかたった一つの砂粒さえ取り出すことに成功しなかったし成功できないからであると述べている。しかし精神的に注目に値し、またお気に入りの思想の虜になっている人間の自己欺瞞の強さに対するこれ以上ない例証は、次のようないわば記念碑的事実であるという。つまり「非時空的存在(あるいは精神あるいはロゴス、一者に帰することを指すすべてのもの)に対して、神から

の流出、神の展開、造物主の力と考えられ、そしてその他なおあらゆるものが、そのうえさらにかの存在と無は全く同一のものであると徹底的に認識し表明した思想家たちによってさえ、そう考えられてきたという事実」であるとする。

Nichts [無] は言語学的には nicht [ない] の属格であるが、無存在 das Nichtsein [無であること] と規定することもでき、それによって存在と無存在との区別は解消される。また無存在についてはどのようにあるかということはまったく述べることができないので、絶対的存在の否定的特徴づけは、しばしば指されているものの不可知性という形を取って現れる。

絶対的存在 = 非時空性 = 無という等式は、太古²²⁾のものである。存在の発見者であるパルメニデス(紀元前515年生まれ)は初めて存在と存在の思考とは同一であるとした。彼にとって存在はなお形体性と一致しており、当然絶対的な現実であった。それにもかかわらず、なお同時にそれは生成されたものでもなければ変化するものでもなく、過ぎ去るものでもない。それとの関係では全現象界は現存せず、特にその弟子たちや後継者たちによって全現象界は感性を通してわれわれに押し付けられた錯覚であるとされた。プラトンは同じ存在から質量性を取り去って、存在を純粋な善として、物に変えられた概念(イデアと名付けられた)の彼の多少とも数学的に構造化された秩序体系の最高価値としたのである。同様の位置にあるのが、アリストテレスによって、非宇宙的なるものとして探求された動かすことも動かされることもない、つまり存在を最高段階の目的因といわゆる形体性をもたない「形相 Form」と融合させた概念である。

絶対的存在 = 非時空性 = 無という等式は、それゆえ古代のものである。しかしそれは、存在を用いて現実から力を奪おうと努めるあらゆる神学者と哲学者にとって、ヨーロッパではたいはいは現実が道徳的な完全性を欠いているという底意とともに、アジアでは現実が現存するという想定は徹頭徹尾思い違いの誤謬であるとすることによって、両者ともに言うところの非現実的現実を前提しなければならぬという致命的な傷を必然性に

伴っていると Klages は指摘する。なぜならその等価物である絶対的存在あるいは絶対的精神は現実のあらゆる属性を取り除いて考えることによってしか把握され得ないものであるからである。そのことからすでに、存在は存在の概念において時空的現実への「指示」が同時に理解されているのでなければまったく把握不可能であるということになる。言葉を変えて言えば、存在とは、「空虚な同一性」⁹⁾を意味し、したがっていわばわれわれが把握能作によって無延長の境界によって画定された思考対象を同一視するための道具なのである。能作を遂行する精神がわれわれの中に居合わせるのでなかったら、そうすることはできなかったであろう。またかの非時空的で属性を持たない存在が人間の中に入り込み作用することができていなかったら、精神もまたわれわれの中に居合わせることはなかったであろう。

このことと関係して「存在の無を「積極無」と呼ばなければならない」、あるいは言い換えるなら、「それ自体は非時空的であっても、しかしなお人間においては、時間的無延長の瞬間において体験内容を分割する（判断）能力によって作用を及ぼしていることが確かな何かと言ってもよい」と Klages は積極無を説明する。

2. 我の起源と無の起源としての精神

以上みてきたように、人間の判断能力を顧慮するとき、自分自身を欺くことのない形而上学であれば、一つとして積極無の概念を免れるものはないと言えるであろう。形而上学が何百回となく反駁された「感覚主義」でもって、判断を下すことを可能にした素地の中から精神を抹消しなければ、形而上学はまさに精神の中に存在に関して行ってきた証明をもっと簡単なほとんど知覚的な証明にできる何かを手にすると Klages はいう。つまり精神については、その担い手に強要された能作や自発的能作を遂行する権限を与えるという事実のほかには何一つ叙述することができないということである。というのもそれ、つまり、精神は重くもなければ軽くもなく、広くもなければ長くもなく、赤色でもなければ緑色でもないからである。それは容量をもたず、重さもなく、臭いも

味もしなければ、形体性も持たない。性格も持たなければ無性格でもない、それゆえ現象界と比べれば無である。それにもかかわらずそれは判断を下すための不可欠の共同条件としてある。

このことから帰結されるのは、特に判断内容と現象界とは全く異なるということである。

その例証¹⁶⁾として、次のように述べている。「机の上に同じ大きさ、同じ形、同じ性情をした3枚の吸い取り紙がある。しかし一枚目は白、二枚目は赤、三枚目は緑色をしている。そして我々の言葉を理解できる人であれば、赤い色の吸い取り紙を取って欲しいと言えばそれを手渡してくれるであろう。しかし生まれつき目の見えない人はそうすることができない。それゆえわれわれの判断は、判断内容である赤を伝えることができない。同様に空間も時間も、生起も今もここ等々も伝えることはできない。要するに判断内容は現象界ではないのである。判断はむしろ、判断が指示することができる現象的所与のすべてが体験されていることを前提にしているのである。それは生まれつき目が見えない人が（最も広い意味での）色を体験できない、少なくとも直接体験することはできないということである」。

続けて「無慈悲な人は愛を体験できないし、肉体的痛みや心情的苦悩も快樂あるいは法悦も、似たものに一度も出会ったことのない人は全く体験できない。それらについてはすべて、絶対に定義できない。というのも色や音や空間、時間の流れや愛、恐怖や至福等々の概念規定は、それぞれ把握不可能な現実要素を前提にしなければならないからである。現実要素を少なくとも似たように体験した人に対してしか、それを境界づけることはできないのである」と強調している。Klages は現実世界を深く体験する力に懸けていると言っても良い。ちなみに彼のいう生命 *Leben* とは体験過程 *Erleben* に他ならない。

3. 世界観的要請の現代版としての現代人の生き方への呼びかけ

世界観的要請の現代版というべき、現代人の生き方への呼びかけとしては、人間において生命性が発露する条件として自己欺瞞の網の目からの自

己解放を第一とすること、そして生命性の泉を枯らさず、豊かな水源との通路を保つこと、例えば自然環境の保護の運動が盛んだが、そのようなことより Klages は自然の本来を感受できる心を護持育成することこそが喫緊の課題だとする立場である。すでに繰り返し述べてきたことではあるが、精神と呼んでいるものに現代与えられている理性信仰のあの超越的な例外的地位や、人間の知覚装置の一要因あるいは一要素にすぎないとする一般的な唯物論的見解に比べると、Klages が精神に推定した人間外の非宇宙のあるいは非時空的勢力という見解は決して荒唐無稽な空想ではないことが明瞭になってきたことがわかる。

肉体と心情との極性連関からなる有機組織的生命体に、つまり本来一体的な「有」に、精神という非時空的な「無」が楔のように、外から入り込んだということである。この精神は場所も時間もたない「無」であるので、いわば生命に寄生して、場所を得て自我的働きをなすためには、生命の活動性の減弱を要求する取引しかないために、人間は生命に宿っていること、その生命における精神の座としての自我が生命性（肉体と心情）に依存していることも、心身の調整機能であることも忘れてしまう。そこで彼がその主著において、鮮明にそして強烈に、あるいは白井¹³⁾の言葉を借りれば、「毒々しい程に」記述した「精神は肉体に意味を与える心情の敵対者となる」というディレンマが発生するのである。というのも、心情は Klages および現代の自然科学的認識とも一致して、生命の質性として、生命の価値として認識させられ、体験され得る、あの生成の現実全体であって、個体の現存となって具体化されているからである。

彼の業績はことごとく生の哲学から認識を補充するものとして、精神が生命に寄生したがために宿命的に心情が乱された人間の、ここで強調した中心テーマを扱ったものである。

精神優位のもとに生じる環境破壊に対してすでに1913年に述べられた彼の警告の講演『人間と大地』（1920年に刊行⁵⁾）がロマン主義的進歩敵対主義から発したものではなかったことは明らかである。随意的な技術的理知と結託して、世界支配

を目指す意志の肥大つまり精神の肥大と表裏しての心情の萎縮の精神病理を指摘したのものである。そこに人間の現実、それは自然の現実的要因による以外には、十分に解明も測定もすることができない現実、この諸形象の現実からの背離が認識されるという確信から出たものであった。未来学の地平に心なきコンピューターとして機能転換され、格下げされた人類のモデルを予告したものであった。しかし「理知（脳）信仰によって破滅の快楽に酔いしれている同時代人は現実に対応しく心機一転することが破滅から人間種を救う手立てであることを躊躇している」⁹⁾¹⁹⁾とした一方で、Klages はこれに対して「心情に滋養物を与えること、その主食は驚嘆、愛そして手本である」という回答を与えている。この手立てを実践するには、ここでもまた現実世界を深く観得する心情の力に懸ける、つまり開放的関心を育み洗練するしかないと言えるであろう。

結論

以上みてきたように、心理学総論の根本問題に対する Klages の構えは、当時の要素主義的原子論的講壇心理学に対して新しい心理学を打ち立てるために、彼が心理学総論から離れた理由でもあった。今日でもその事情は変わらない。人生の指針として重要な人格の学（性格学）が大学にはないに等しいことを憂いたのであって、主著の表題から知られる通り、人格内部で精神と生命（肉体と心情の極性連関の一体）との相反する性能が結合したのはいかなることかという驚異あるいは骨太の問題設定に貫かれた諸研究が、彼のライフワークになった。精神という「無」と生命という「有」とが結合したこと、言い換えれば、無いものが有るものに闖入したという不可思議さに対する驚きで彼の諸研究は貫かれていたのであった。要は体験性能を持ち合わせないように遠隔操作（馴化）されることによって、心情が没価値の意識態の要素にされてしまう人類モデルが予見されている。それは荒唐無稽とは言い切れないほどに肥大した精神の下で進歩してしまった現代を明示もしている。現代はこのようなモデル実現に巨歩的に近づいている。それだけに世界の今に注目す

るとき、人間がどれほど心情を必要としているか、という問いが人類学的生存の問題としても精神病理学的問題としても切実に提出されるべきであろう。

世界観的要請の現代版というべき、現代人の生き方への呼びかけとしては、人間において生命性が発露する条件として自己欺瞞の網の目からの自己解放を第一とすること、そして生命性の泉を枯らさず、豊かな水源との通路を保つこと、例えば自然環境の保護の運動が盛んだが、そのようなことよりクラゲスは自然の本性を感受できる心を護持育成することこそが喫緊の課題だとした。この Klages の立場を強調して結びとする。

COI：本論文に関する利益相反はない。

文 献

- 1) Bachofen, J. J. (岡道男, 河上倫逸訳)：母権論 1 古代世界の女性支配に関する研究, みすず書房, 東京, 1991.
- 2) 千谷七郎：ゲーテと自然 ゲーテ近代現象学の興起一, 理想, 第8冊495号：10-19, 1974.
- 3) Goethe, J. W. (岩崎英二郎, 関 楠生訳)：エッセイ 箴言と省察, 「ゲーテ全集」第3巻, 潮出版社, p276, 東京, 1980.
- 4) Klages, L. : Problem der Graphologie. Barth, Leibzig, 1910.
- 5) Klages, L. : Menschen und Erde. Eugen Diederichs, Jena, 1920 (千谷七郎訳：人間と大地, うぶすな書院, 東京, 1986).
- 6) Klages, L. : Vom Wesen des Bewußtseins. Barth, Leibzig, 1921 (平澤伸一, 吉増克實訳：ルートヴィヒ・クラゲス 意識の本質について, うぶすな書院, 東京, 2010 [1955年の原著第4版改訂版の訳]).
- 7) Klages, L. : Die Grundlagen der Charakterkunde. Bouvier, Bonn-Berlin, 1926 (赤田豊治訳：性格学の基礎, うぶすな書院, 東京, 1991).
- 8) Klages, L. : Bemerkungen zur sogenannten Psychopathie. Nervenarzt, 1 : 201-206, 1928.
- 9) 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]).
- 10) Klages, L. : Vom Wesen der Rhythmus. Niels Kampmann, Heidelberg, 1933 (平澤伸一, 吉増克實訳：リズムの本質について, うぶすな書院, 東京, 2011).
- 11) Klages, L. : Grundlagung der Wissenschaft vom Ausdruck. Bouvier, Bonn, 1935 (千谷七郎訳：表現学の基礎理論, 勁草書房, 東京, 1964).
- 12) Klages, L. : Die psychologischen Errungenschaften Nietzsches. 3. Aufl., Bouvier, Bonn, 1958 (柴田取一, 平澤伸一, 吉増克實訳：ニーチェの心理学的業績, うぶすな書院, 東京, 2014).
- 13) Klages, L. (白井隆一郎訳)：パッハオーフェン. 白井隆一郎編, パッハオーフェン論集成, p52, 世界書院, 東京, 1992.
- 14) Klages, L. (田島正行訳)：L. クラゲス 宇宙生成的エロース, うぶすな書院, 東京, 2000.
- 15) Klages, L. (平澤伸一, 吉増克實訳)：ルートヴィヒ・クラゲス 精神と生命, うぶすな書院, 東京, 2011.
- 16) Klages, L. (平澤伸一, 吉増克實訳)：ルートヴィヒ・クラゲス 心情学の源としての言葉, うぶすな書院, 東京, 2020.
- 17) 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—Birnbäum, 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.
- 18) 古城慶子：精神医学の人間学論考—精神医学から人間をみるとは何を意味するか—, 福岡行動医誌, 15 : 60-74, 2008.
- 19) 古城慶子：生の哲学者 Klages, L. の現代的意義—「心情の敵対者としての精神」の意味について—, 福岡行動医誌, 21 : 50-57, 2014.
- 20) 古城慶子：変わるものの変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.
- 21) 古城慶子：「生の哲学的人間学」(ルートヴィヒ・クラゲス)の精神症状学への寄与について, 福岡行動医誌, 25 : 65-72, 2018.
- 22) Russell, B. : History of western philosophy. George Allen and Unwin, London, 1946 (市井三郎訳：パースランド・ラッセル 西洋哲学史(全3冊) 1. 古代哲学, みすず書房, 東京, 1975).

「双方向性」を巡る雑連想

神田橋條治

アスペルガー障害の一部の人に、論理の整いをやすらぎの基盤にする人がいて、理科系が向いています。ノーベル賞受賞者にアスペルガー障害の人が多く理由です。その人々は、言葉を数字のように使う傾向があります。ほくも若干アスペルガー障害なので、言葉の論理構造が気になる傾向が幼い時からありました。特に、文章の先頭と末尾が気になりました。その癖は、対話を仕事の場とする精神科臨床で有効な機能をします。「まず……」と聞いたら、次に出てくる話は重要でなく、本題はそのあとで出てくるはずだと予測したり、「……とも思います」と聞いたら、この意見は小部分であり他に反対の意見を秘めているのだ、と予測したりします。その姿勢の聴き方をしている、ちかごろ気分の悪い言い回しの増えたのが気になっています。そこからの連想をお話することが問題提起の作用を持つかもしれません。

「その点は改善したい」という言葉を聞くと、「他の部分は動かさないのね」「たい、けどできないの?」と心のなかでツッコミをいれていましたが、最近では「……の更なる発展を期待したい」というので「眺めていて自分では何もしないのね?」「期待だけはする、無理だろうけど、と言いたいのか?」とツッコミを入れていたのに、「したいと思います」が頻出します。「思うだけなのね?」と突っ込んでたら「思っております」ときた。「ああ、そうですか、ご報告ありがとうございます」としか、反応できません。

これは要するに、聴き手との「情緒を伴う関係」を極力減らす話法、入り込んだり、出過ぎたりの行いをせず、関わりを最小限にとどめる姿勢です。シングル・メッセージの技法です。もともとの「対話」の現場は情緒伝達を伴っており、その方法として、言葉の言い回しや声のトーンなどの非デジタル情報を添え、さらには表情・態度などの非デジタル情報をも添えたダブル・コミュニ

ケーションが普遍的となります。生きたコミュニケーションの世界、人類がいのちのために工夫して進化させた素晴らしい機能です。それを機能させず、話し手が情緒を閉ざして行う、この奇怪なシングル・メッセージの話法が、教育現場に持ち込まれ、それが汎化して教室・学校の雰囲気となると、「懐かしい思い出の小学校生活」は失われないまでも、薄味のものとなるだろうと危惧します。ひょっとしたら、「いじめ」や「不登校」の頻発は、「双方向性」を回復しようとする、幼い健全ないのちが発するレジリエンスかもしれない、それを無くそうとする施策は「香港の正常化」の施策と同質かもしれません。

「双方向性」が豊かであった昔の小学校では、担任の先生が「こら!馬鹿たれが!」と怒鳴ったりしていました。その言葉には、親しい・暖かい態度と雰囲気が伴っていました。時には悲しみさえも添えられていました。そうした相補的ダブル・メッセージは豊かな「双方向性」には不可欠です。それ無くしては健全な師弟関係は不可能と誰しも思っていた時代がありました。二歳児に「可愛いねえ!食べちゃおうかな」と言っても子どもは恐怖に震え上がったりはしません。逆に「まあお利口さんだこと」と言われても親しくないことが分かります。態度と雰囲気が真実を伝え、子どもはそれを受けとっているからです。

精神科臨床の現場で、多くの統合失調者は非言語的なメッセージを正確に受け取り、あるいは深読みして受け取ることが多く、それと「会話内容」との統合ができず混乱するようです。ずいぶん昔、「精神分裂病」と「精神統一病」とどちらが自分の体験にふさわしい診断名かを患者に訊いて回り、全員が後者の診断名を選択したので、「我が意を得たり」と満足したことがありました。「統合失調症」に替わったとき「いい診断名になりましたねえ」と納得した患者もいました。表

情・態度での「双方向性」のやり取りと、言葉での事務的な用件のやり取りとに分けて、つまりダブル・メッセージを別々のフィールドに封じ込めて面接するのが、統合失調症の外来診療のスタンダードです。統合機能の未発達が統合失調症の天性の弱点です。昨今のシングル・コミュニケーションの氾濫は、統合失調症の生来基盤を持つ人にとって破綻の起きにくい時代になったのかもしれませんが。他方、「発達障害」の人々は、種々個性的な脳機能の発育遅滞があり、しかしダブル・コミュニケーションの統合能力がおおむね十全であるので、言語系の遅滞部分を態度や雰囲気で補おうとしたり、あるいは態度と雰囲気機能の不器用を言葉で乗り越えようとするので、相手する人は戸惑ってしまいます。両者それぞれの「道具」の未発達には質の違いがあり、そこに注目すると誤診が減らせます。

本物の「双方向性」の関係が成り立つには「共に変化しうる」という暗黙の前提があります。これを欠いた「片方だけが変わる」を前提にした関係は「双方向性」と似て非なるコミュニケーション活動です。理論基盤の確立した「精神療法」の対話にはその危険があります。なお、「共に変化する」関係のコツは、「変化しよう」と意図しないことです。意図すると、表面的な変化への道を辿り、大切な「変化」の可能性を脇に置いてしまう結果になります。懸命な関わりの途中でふと「アレ変化した」と気づくのが望ましい経過です。そして「共に変化しうる」との前提とは、「基本的信頼感」と呼ばれるものです。そして、基本的信頼感は愛着体験に由来します。「人間だもの」という言葉の底に流れる確信です。

「基本的信頼感」の萌芽は「雌・雄」の別のあるすべての生物に認められ、その障害も普遍的です。それはともかく「ヒト」では、「胎児期の愛着障害」「育児期の愛着障害」に分けられます。『心身養生のコツ』にそれぞれへの「診断法・治療法」を書いていますので参照してください。ここでは別の視点からお話ししてみます。「発達過程での体験の欠損を後から修正することは難事である」がテーマです。

最近 SNS などの通信機器を使つてのメッセー

ジのやり取りが爆発的です。一見「双方向性」に見えるこの活動に熱中している人々をテレビ画面で視診すると、その多くは「育児期の発達障害」を抱えています。軽度の「境界性人格障害」「関係嗜癖」の氾濫です。基盤にあるのは「本物の双方向性」の欠如を「疑似双方向性」への熱中で処理しようとする哀しく空しい努力です。実生活の場が「情緒を伴う関係を極力減らす」風潮になっているので、「出会い」と呼ばれる従来の修復体験の機会が失われているのです。SNS を入り口にして真の「出会い」を求めた悲劇の結末も溢れています。

さらに悲劇的なのは「真の出会い」を求めている片方が「胎児期の愛着障害」を抱えているときです。この病理を持つ人は「内なる空虚」を埋めようと真剣に努力を続け、しばしば偉大な能力者となり、見かけ上の成功者となります。しかし内なる空虚は埋まるはずはなく、外に向かつては相手に「絶対の服従と完璧な奉仕」を要求します。子宮内の安らぎのシンボルです。パートナーが「育児期の愛着障害」を持っている人であると、それを「大きな存在からの熱烈な愛情」と誤解するのは無理のないことです。その悲劇もテレビニュースのトピックです。時間経過での発育を援助するしか方策のない発達障害と異なり、愛着障害は程度を軽くする方策があるのになあ、と気の毒です。

ところで、余談ですが、「産声」という新生児の鳴き声は、「安らかな子宮内環境から引き離された」人生最初の外傷体験「生・病・老・死」のスタートかもしれません。カンガルーケアはそれを和らげる方策でしょうが、若干のリスクもありそうです。そこでせめてもお母さんの手の指を赤ちゃんの両足に握らせたらどうでしょう。新生児は足指で物を握れることはよく知られています。恐らくお母さんの体毛にしがみ付いていたサルの名残でしょうが、それを活用して有用かどうかを試してみるは無害でしょう。ふと思いついて、布団の中で足指を曲げて拳の形にしてみると、頭の中に懐かしいような気分が漂います。「靴を履くのは、せっかくの心身健康法を封印して損だなあ」と連想します。試してみてください。

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」と最近の動向について

国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター 久我 弘典

抄録：精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組みを推進するために、本邦では、これまでに法制度の整備や見直しが行われてきた。その一つとして、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築が政策理念として掲げられており、本システムを構成する要素として、地域精神保健及び障害福祉、精神医療の提供体制、住まいの確保と居住支援、社会参加、当事者・ピアサポーター、精神障害を有する方等の家族、人材育成の7つの整備が求められている。また、厚生労働省では2021年度から、精神疾患や精神障害に対する普及啓発を推進するための「心のサポーター養成事業」を開始し、地域住民に対してメンタルヘルス不調等の正しい知識や応急的な対応法に関する普及啓発を行うことによって、自分や身近な人のメンタルヘルス不調に早期に気づき、適切なケアにつなげ、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築にも資することが期待される。

Key words：精神障害にも対応した地域包括ケアシステム、普及啓発、心のサポーター養成事業
Community based integrated care system for people with mental health problems,
Public awareness activity, Training project of mental health supporters

1. はじめに

精神衛生法が成立し約70年が経過した。1964年のライシャワー事件を始め、精神障害をもっている方が事件の加害者となれば、いわゆる精神病患者野放し論などが盛んになった。一方で、1983年の宇都宮病院事件や最近の精神科病院での虐待事案の発生により、精神障害者の人権を尊重すべきだという声が大きく上がった。このように、その時々の背景により、精神障害をもっている人を施設に収容すべきという議論と、そうした方々の人権を尊重し、地域の中でその方々の生活を支援していくべきという議論が沸き起こってきた。政策的には、2004年に行われた厚生労働省における検討会を経て、「精神保健医療福祉の改革ビジョン」が策定され、入院医療中心から地域生活中心へと新しいパラダイムが提唱された。これが「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」に繋がることとなる。精神障害「に」対応した地域

包括ケアではなく、精神障害「にも」対応した地域包括ケアとはどのような意味があるのだろうか。本項では、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の概要と最近の動向を概説したい。

2. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の概要

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」（以下、「包括ケアシステム」）を図に示した（図1）。このシステムは、誰もが安心して自分らしく暮らすことができるよう、医療、障害福祉・介護、住まい、就労などの社会参加、地域の助け合い、普及啓発が包括的に確保されたものとされている¹⁾。これはすなわち、精神障害に対応したシステム、発達障害に対応したシステム、認知症に対応したシステム、というように、1つの地域の中にそれぞれの疾患や障害に特異的に対応した複

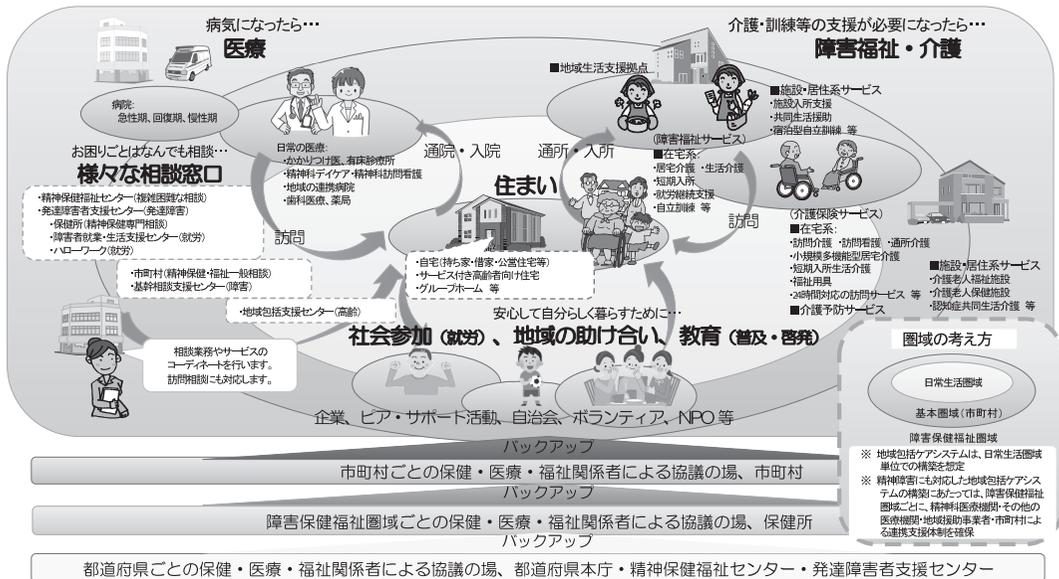


図1 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築
文献¹⁾より引用

数のシステムを構築しようとしているのではない、ということである。精神障害者を支援するための具体的な方策を構築するプロセスでは、精神障害や特定の精神疾患に特化した検討は必要であろう。しかしながら、包括ケアシステムとは、障害者や子供、高齢者、子育て中の親などを含む、その地域の住民全体を対象とするものであり、地域共生社会の実現に向けた地域づくりに包含されるものであるといえる。つまり、支援対象となるのは、精神障害の有無や程度にかかわらず地域住民全体であり、住民の生活や地域づくりの視点をもって推進することが重要であるとされている。したがって、包括ケアシステム構築にあたっては、まずは自治体を中心として住民全体のメンタルヘルスケア、普及啓発、総合的な相談支援などの一次予防にしっかりと取り組む必要があると考えられる。そのうえで二次予防として、精神疾患の早期発見と適切な介入、三次予防として、精神障害のために生じる地域社会の損失を減少させること、すなわち疾病・障害の増悪防止と社会復帰支援までを視野にいれた取り組みを行うことが求められる。

この一次予防、二次予防、三次予防のいずれの段階においても、精神医療の役割は非常に重要である。一次予防においては、自治体による保健活動が主となるであろうが、自治体の実施する相談支援ではメンタルヘルスケアの視点が不可欠であり、精神科医療によるアセスメントや治療が求められる場面も少なくない。二次予防では、精神科医療への適時適切なアクセスを確保することが重要となり、患者のニーズに応じた治療や支援の提供、身体科医療との連携も検討課題となる。三次予防の段階においても、多くの場合精神医療の継続が必要であり、障害福祉サービスあるいは企業、学校等医療福祉外の関係者との連携を視野に入れることも必要となる。包括ケアシステムを構築するにあたっては、精神科医療が保健、福祉、その他の関係者と有機的に連携し、その時々々のニーズに応じた医療サービスを提供できる体制を構築することが求められているのである。

3. 「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築」の最近の動向
包括ケアシステムは十分に整備されているとは

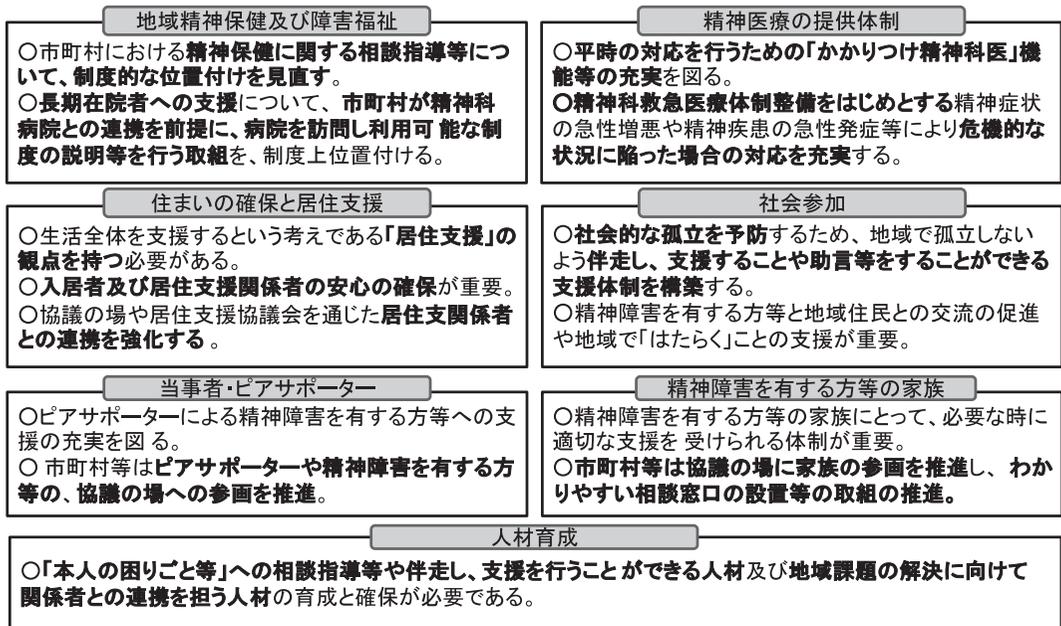


図2 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素
文献¹⁾より一部改編して引用

言い難く、今後、全国的に整えていく必要があろう。特に、三次予防という観点からは、精神病床からの退院患者の1年後の再入院率が36%であり、3人に1人は再入院を要している。この割合をいかに減らしていくかということが課題である。2020年から2021年にかけて行われた、厚生労働省の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書では、検討会の議論で得られた様々な課題や知見を踏まえ、全国的な体制構築にあたり一定の方向性を整備したものとなっている。精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素として7つが示されており(図2)、そのポイントをいくつか示したい。

まず、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムを構成する要素として、「地域精神保健及び障害福祉」が設けられており、支援体制については、日常生活圏域を基本として、市町村などの基礎自治体を基盤として進める必要があるとされている。住民の様々な「困りごと」に対する一次的な相談窓口としては、最も身近な自治体である市

町村の役割が重要であるのは言うまでもない。地域住民の「困りごと」には、多かれ少なかれ、メンタルヘルスの問題と関連している。最近のCOVID-19感染拡大によるメンタルヘルスの悪化が、貧困の度合いが高い地域ほど深刻であることなども、その一例として挙げられよう²⁾。さらに地域には、支援を必要としているがどこに助けを求めればよいかわからない人や、複雑で多重の問題を抱えた人、治療導入が困難な人等、さまざまな支援ニーズを抱えた人がいる³⁾。これらのいわゆる unmet needs を抱える人々は、既存の制度による支援のみでは不十分となりがちで、メンタルヘルスの視点からの介入が求められることも多い。しかしながら、多くの市町村は慢性的な人手不足であり、精神保健の専門職の配置も進んでいない。本検討会においては、市町村における精神保健に関する相談指導等について制度的な位置づけを見直すこととされた。市町村において精神保健業務を担うことのできる人材の確保を、地域共生社会の実現に向けた国の政策の一環として行っていく必要があるだろう。また、保健所や精神保健福

社センターによる市町村のバックアップ、地元の医療機関や地域援助事業者と自治体との連携強化も必要である。

また、生活全体を支援するという考えである居住支援の観点をもつ必要があるとされ、「精神医療の提供体制」の中で、対象となる方々の退院後の日常生活を、あらゆるリソースを活用して退院後支援を行っていくことが重要とされた。さらに、特徴的であったのが、「当事者・ピアサポーター」に関して言及されていることである。令和3年度の障害福祉サービス報酬等改定により、医療ピアサポーターの体制加算が新設された。本検討会の報告書に記載されているように、「当事者・ピアサポーター」と精神保健福祉士などの多職種との協働による支援の充実が期待される。

4. 効果的な普及啓発

「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」では、地域包括ケアシステムの構築を進めるためには、地域住民に対する普及啓発を効果的な方法で実施することの重要性が指摘されている。ここでいう、効果的な普及啓発とはどのように行うべきだろうか。

精神疾患や精神障害に関する地域住民等への普及啓発は、市町村をはじめ自治体等においてこれまで様々な手法を用いて取り組まれてきた。しかしながら、厚生労働省の調査によると、地域住民への普及啓発については、精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築推進事業を活用した普及啓発事業を行っている自治体は、わずか2割程度と低い⁴⁾。また、取組例においても、講演会形式等によるものが多く、例えば、地域住民と精神障害者との交流があるなど、双方向のものは少なかった⁴⁾。さらに、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築支援事業」では普及啓発に係るイベントの開催等は行われているものの、国民の理解が進んでいるとは言い難く、精神障害に対する差別や偏見は依然として課題である。実際に、「精神障害者に対する国民の理解の深化及び家族支援」に関する取り組みの実態調査では、保健所や地域施設のスタッフ、家族会のメンバーなどの約9割が、精神障害者に対する国民

の理解について「病気の認知度は進んでいると思わない」と答え、また、約4割が差別や偏見についても「以前と変わらない」と回答しており、精神疾患への理解は進んでいない状況であった⁵⁾。他方で、認知症サポーターの養成⁶⁾や、メンタルヘルス・ファーストエイド⁷⁾を活用した自殺対策におけるゲートキーパー養成・普及啓発の取組により、身近な人が専門家へ適切につなげることや意識の変容に、一定の成果を上げている政策もある。

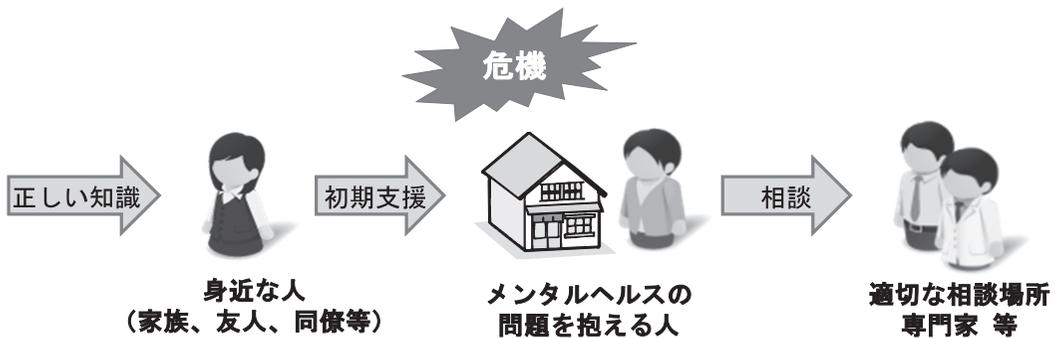
疾患のかかりやすさの認知向上だけでは態度・行動変容に結びつかない場合があるため¹⁾、行動変容に影響を与える要因を複数特定し、焦点を当てた効果的な普及啓発を設計する必要がある。

5. 厚生労働省による心のサポーター養成事業

本項では、精神疾患や精神障害に対する普及啓発のあり方、また普及啓発を推進するために令和3年度より開始された、厚生労働省による「心のサポーター（ここサポ）養成事業」⁸⁾に関して言及したい。本事業は、当国立精神・神経医療研究センターに委託され、精神保健研究所（公共精神健康医療研究部及び地域・司法精神医療研究部）と認知行動療法センターによって、厚生労働省と連携し展開されている。

心のサポーター（ここサポ）とは、メンタルヘルスや精神疾患への正しい知識と理解を持ち、地域や職域でメンタルヘルスの問題を抱える人や家族等に対してできる範囲で手助けをする人のことを指しており（図3）⁸⁾、各地域で心のサポーターが養成されていくことで、地域における普及啓発にも寄与するとともに、メンタルヘルス不調等の予防、さらには早期介入に繋がることが期待される。研修時間は概ね2時間程度とし、約1時間半程度をメンタルヘルス・ファーストエイドの考え方を参考にした共通プログラム、約30分程度を認知行動変容アプローチによるセルフヘルプの実践としている。初めの数年はモデル的にいくつかの自治体で心のサポーターおよびその指導者の養成を行い、その後、10年間で100万人のサポーター養成を目指す。

なお、メンタルヘルス不調等の予防は極めて重



例) 身近な人にメンタルヘルスに問題を抱える方がいた場合

- ・「弱い人だ」などと決めつけずに、声かけを行い、その人の話を聞く。
- ・メンタルヘルスの問題は珍しくないことを伝え、どこに相談したらよいかなどの安心につながる適切な支援と情報を提供する。
- ・自分でできる対処法（呼吸法やリラクゼーション、認知行動変容アプローチによるセルフヘルプ支援方法など）を勧める。等

図3 心のサポーター（ココサポ）のイメージ

要な課題であるが、不調にならないことや疾患を発症しないことが目的化されすぎると、既に発症している人へのスティグマを増やしかねない。そのため本事業では、予防の重要性とともに、精神疾患を持つ人との共生や多様性の尊重についても分かりやすく伝える必要がある。

本事業の最終的な到達点は、精神疾患の予防とともに、地域包括ケアシステム構築のための基盤となる、地域住民のメンタルヘルス不調等への理解促進と、精神障害に対する差別や偏見、スティグマの低減である。本事業により、地域住民に対してメンタルヘルス不調等の正しい知識や応急的な対応法に関する普及啓発を行うことによって、自分や身近な人のメンタルヘルス不調に早期に気づき、適切なケアにつなげることができるものと期待される。このような住民の理解と相互の支えあいは、地域共生社会の構築にも資するものである。

6. おわりに

精神障害者の方の地域生活への移行支援に関する取り組みを推進するには、「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の構築に係る整備が

喫緊の課題である。本稿で述べた心のサポーター養成などの双方向的な普及啓発は、ストレスへの対処方法を身につけ、メンタルヘルスや精神障害に関する理解の促進を図ることにより、他者に助けを求めていくことや早期発見・早期対応に向けた行動変容を促すこと等に資することも期待される。また、普及啓発は、医療のみならず、介護・高齢者福祉、生活困窮者支援、児童福祉や母子保健、労働、住宅等の各相談機関等においても重要である。「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム」の実践は「地域共生社会」を実現するために欠かせないものであり、今後、より一層の地域住民による精神障害者に対する理解促進および適切な初期支援の実践が求められよう。

文 献

- 1) 厚生労働省：「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会」報告書。令和3年3月〈<https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000755200.pdf>〉(2022.4.1)
- 2) Okubo R, Yoshioka T, Nakaya T, et al : Urbanization level and neighborhood deprivation, not COVID-19 case numbers by residence area, are associated with severe psychological distress and new-onset suicidal

- ideation during the COVID-19 pandemic. *J Affect Disord* 15 ; 287 : 89-95, 2021.
- 3) 藤井千代, 野口正行: 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムと自治体の精神保健. 第3回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 資料2, 2020. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000654238.pdf>) (2022. 4. 1)
 - 4) 厚生労働省: 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける地域精神医療と地域精神保健について. 第2回 精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会 資料1, 2020. (<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000632076.pdf>) (2022. 4. 1)
 - 5) 公益社団法人日本精神保健福祉連盟: 平成28年度障害者総合福祉推進事業「地域における精神障害者に対する国民の理解の深化及び家族支援の方策に関する研究」
 - 6) 厚生労働省: 認知症サポーター. (<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000089508.html>) (2022. 4. 1)
 - 7) B・キッチナー, A・ジョーム (著) / メンタルヘルス・ファーストエイド・ジャパン (編訳): 専門家に相談する前のメンタルヘルス・ファーストエイド: こころの応急処置マニュアル. 創元社, 大阪, 2012.
 - 8) 厚生労働省: 心のサポーター養成事業 (みんなメンタルヘルス総合サイト). 2021. (<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/edification/index.html>) (2022. 4. 1)

当事者の希望を知り実践するために、 協働（co-production）を活用する

横浜市寿町健康福祉交流センター診療所 杉浦 寛奈

はじめに

当事者は精神科医療に何を求めているか。それに応えるには、精神科医や精神科医療制度が当事者の希望を把握すること、そしてそれを実践することが必要であると考え。本稿では、当事者の希望を精神科医療が活用できる指針、当事者の希望を知るための研究手法、当事者の希望を実現するサービス提供法を考えてみたい。

臨床医学における患者の希望の取り扱い

臨床医学は長いこと医師と患者に権力格差がある父権的（パターナリスティック）な領域であった¹⁾。近年、そこに患者主体の考えが加わり、インフォームドコンセントなどが制度化された。そのため、現代の診察室では、患者の主訴をまず医師が聞き、医者が診察・診断をし、医師がそれらに基づく治療を患者に説明（インフォーム）し、患者本人の希望（任意同意・コンセント）があれば治療を実施するというのが一般的になっている。そして、これら全ての段階において、患者主体を尊重し、患者の希望に医師は敏感であることが求められている。

このようにインフォームドコンセントに基づき診療を行えば、患者が求めた医療が実践できそうであるが、様々な批判がある。例えば、医師は患者を一人の人間として捉えるのではなく、臓器や検査データに注目して診察しているという批判²⁾があったり、医師は医学的な説明を行うが、それは必ずしも患者の人生の文脈を汲まないため患者が実感を持って理解することは困難であると批判³⁾があったり、インフォームドコンセントとはいつでも与えられた情報に基づき患者だけで決めていくのは孤独で不安な経験であるとも指摘されたりしている⁴⁾。

精神科医療は、患者は保護が必要と考える傾向にあり、臨床医学の中でももっとも父権的であるといえる。したがって、精神科においてこそ当事者が何を求めているかにより敏感であることが重要であると考え。日常的な外来診療場面に加えて、精神科医療には措置入院、医療保護入院、成年後見人制度などの本人の意思を問わず代理人が介入できる制度があるため、制度の中で容易に当事者の希望は見失われてしまう。これまで患者の希望が日本の精神科においてどのように扱われてきたかは、精神科の法律の移り変わりや入院制度に見てとれる。まず、精神症状を患う者に対する初めての規則は「路上の狂癲人の取扱いに関する行政警察規則」（1875年制定）であり、1900年制定の「精神病者監護法」では私宅監置が導入された。これらから当時の精神症状を患う者は治安・取締りの対象であったと言える。その後、1950年に「精神衛生法」が制定され、強制入院（措置入院、医療保護入院）制度が導入され、続く医療法の精神科特例の発出により精神科病床数は増加に至り、非常に多くの精神症状を患う者が医療による保護の対象となった。1988年の「精神保健法」制定により、初めて任意入院制度や開放病棟が導入され、精神症状を患う者本人の意思や希望がやっと問われるようになった。1999年以降は、「精神保健及び精神障害者福祉に関する法律（精神保健福祉法）」（2014年改定）により、精神科医療が規定されているが、現在の日本の人口あたりの精神科病床数は世界最大で、さらにその入院の約半数は強制入院（任意入院52.1%、医療保護入院46.8%、措置入院0.6%）⁵⁾である。現在も強制入院に比重を置いた精神科医療制度であると言える。

当事者の希望を知り実践する指針：CRPD（障害者権利条約）

「当事者は精神科医療に何を求めているか」を考える際に指針となるのが障害者権利条約（CRPD）である。世界の障害者が“Nothing about us without us”（私抜きに私のことを決めないで）をスローガンに運動を続けた結果2006年に国連で採択されたものである。現在では日本を含む約180カ国以上がCRPDを批准している⁶⁾。CRPDの中核にあるのは、1）これまでの「医学モデル（障害を健康状態により直接生じた個人的な問題としてとらえ、医療など専門職による個別治療を必要とするものとみる）」の発想を「社会モデル（障害は個人に帰属するものではなく諸状態の複雑な集合体であり、その多くが社会環境によって作り出されるものである）」の発想にパラダイムシフトすること、2）当事者を保護の対象ではなく市民と捉え、彼らが有意義に社会参加できるように制度設計や環境形成するよう国に義務付けていること、3）障害者に関わる制度やサービスが検討される際には障害者がその設計や実施に関わることを推奨していること等が挙げられる⁶⁾。その中でCRPDは代理人による意思決定は禁止し、代わりに本人の直接意思決定もしくは支援付き意思決定を国が採用することを推奨している。CRPDの履行は各国で少しずつ進んでいるが難航する部分もあり⁷⁾⁸⁾、各国でパラダイムシフトの促進と具体的なサービスの開発を進める必要がある⁹⁾と考える。この際、WHOのガイドライン¹⁰⁾も活用できる。

当事者の希望を知るための研究方法：PPIとco-production

当事者の希望を汲み上げていくためには、診察場面での対話に加えて、それらを積み上げてエビデンスとして政策やガイドラインに反映されることが必要である。患者の希望を経験知としていく研究手法について考えてみたい。

元来の医学研究は、専門家が研究課題の設定および研究結果の活用を行うもので、患者は受け身な参加者であった。そこへ患者の主観（薬剤の使用心地やクオリティオブライフなど）が研究対象

に加わるようになり、近年では、研究の課題設定、デザイン、アウトカム設定、実施、結果のまとめ、結果の活用などの段階に公衆・患者が参加する「医学研究・臨床試験における患者・市民参画（PPI：Patient and Public Involvement）」¹¹⁾が導入されている。有名な例としては、英国のINVOLVE¹²⁾や米国のPCORI¹³⁾があり、大型予算のもとPPIがそれぞれの国の医療政策を決めるエビデンスの一部となっている。日本においてはAMED（日本医療研究開発機構）もPPIに対して研究費の拠出やガイドブック作成をしており¹⁴⁾、また研究課題としても「当事者と考える」「当事者との協働」を掲げるものが増加している。

PPIの手法は様々で、例えば当事者が主導のService user led Research（当事者主導研究）¹⁵⁾、専門家の知識「専門知」と当事者の経験「経験知」を同等に扱うCo-production（協働、共同創造、コプロダクション）などがある。また、精神医療に傷つけられたと感じる当事者のSurvivor Researchや自分の独特さは周囲に定義づけられるべきでないと感じる当事者のMad Studyなどの動きもある。当事者主導研究が「当事者は精神科医療に何を求めているか」を考えていく際に最も適した研究方法であると考えますが、精神医療サービス利用者で研究技術も持つ人材は非常に限られている。英国のようにこのような人材の育成を行い研究環境整備すると共に、まずは当事者の経験を専門知と対等に扱うCo-productionを導入するのは最低限必要であると考えます。

当事者主導研究の先駆けは英国のSURE（Service User Research Enterprise）¹⁶⁾である。初代教授のDiana Rose氏が電気けいれん療法（ECT）の効果について当事者の視点で系統的レビューを行い、従来の専門家が行ったレビューとは異なる結果に至った¹⁷⁾。それに基づき英国診療ガイドラインが変更され、当事者の経験を踏まえ内容となったことはSUREの功績である。

また、筆者は、精神科強制入院決定の経験を患者・家族・医師に尋ねるco-productionを精神科強制入院経験者と共に日本及びインドで行った。その詳細な結果¹⁸⁾¹⁹⁾や経験²⁰⁾は文献をそれぞれご参考いただければと思う。

当事者の希望を実施するサービス提供法：委員就任、ピアサポート、オンブズマン

上記のように研究を通じて当事者の希望を積み上げエビデンスとして政策に反映していく方法に加えて、当事者が直接制度やサービスの設計や実施に参加する方法もある。

例えば、前述の SURE の Rose 氏が英国診療ガイドライン（NICE Guidelines on the Service User Experience in Adult Mental Health Services）の共同議長に就任したように、当事者が政策策定段階に加わるのは当事者の希望を実現するのに有効である。日本でも CRPD に基づく委員会や薬物療法のガイドライン作成²¹⁾などに当事者が就任する動きがある。これらが全国の委員会にも広がり、また、就労支援の政策策定など当事者の日常に関わる全ての委員会でも行われるべきであると考え。このように当事者が参加することでサービスが co-production になると共に、当事者の視点や希望を他の委員が知る機会となることが期待できる。特に、専門家が自分たちが当事者の権限を制限していることを自覚する機会となり、CRPD が求めるパラダイムシフトにつながると考える。

また、当事者が自らの希望を表現し実現する支援法を考える際にしばしば有力候補に上がるのはピアサポート²²⁾である。経験した人にしか分からないことは多く、経験知を活用するピアサポートは不可欠であると考え。ピアサポートの具体的な活動として、例えば、不調時の相談相手、受診時の付き添い、入院当日の導入の案内、退院希望時の相談相手、日常生活における仲間などが考えられる。他にも、スウェーデンなどではオンブズマン制度を活用している。これは行政や福祉制度からは独立した個人を当事者がオンブズマンとして雇える制度であり、オンブズマンは当事者の希望を日常生活に反映させたり、医療や行政に対して本人のアドボケートとして主張したりする役割を担っている。筆者は、世界で取り込まれる他のサービスを文献⁹⁾でも紹介しているので、そちらもご参考いただければと思う。

終わりに

当事者の希望を知り実践するために研究やサービスデザインを工夫する方法を検討した。様々な取り組みが考えられるが、いずれの方法においても共通することは、権力格差を乗り越えて当事者・患者の言葉に耳を傾け対話することであると思う。その態度を持って臨めば、当事者が求める精神医療が必ず実現していくものと考え。

文 献

- 1) M. Hayashi *et al.*, "Respecting autonomy in difficult medical settings : a questionnaire study in Japan.," *Ethics Behav.*, vol. 10, no. 1, pp. 51-63, 2000.
- 2) N. Rose, *The Politics of life itself : Biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century.* 2009.
- 3) A. Kleinman, *The Illness Narratives.* Basic Books, 1988.
- 4) J. K. Walter and L. F. Ross, "Relational Autonomy : Moving Beyond the Limits of Isolated Individualism.," *Pediatrics*, vol. 133, no. Supplement, pp. S16-S23, 2014.
- 5) 国立精神神経医療研究センター, "630調査," 精神保健医療福祉に関する資料, 2021. [Online]. Available : <https://www.ncnp.go.jp/nimh/seisaku/data/>.
- 6) United Nations, "Convention on the rights of persons with disabilities," 2007.
- 7) M. C. Freeman *et al.*, "Reversing hard won victories in the name of human rights : A critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.," *The Lancet Psychiatry*, vol. 2, no. 9, pp. 844-850, 2015.
- 8) P. Gooding, B. McSherry, and C. Roper, "Alternatives to coercion in mental health settings : a literature review," Melbourne, 2018.
- 9) K. Sugiura, F. Mahomed, S. Saxena, and V. Patel, "An end to coercion: rights and decision-making in mental health care.," *Bull. World Health Organ.*, vol. 98, no. 1, pp. 52-58, Jan. 2020.
- 10) World Health Organisation (WHO), "The WHO Guidance on community mental health services : Promoting person-centred and rights-based approaches," 2021.
- 11) D. Rose, "Patient and public involvement in health research : Ethical imperative and/or radical challenge?," *J. Health Psychol.*, vol. 19, no. 1, pp. 149-158, 2014.
- 12) National Institute for Health Research, "NIHR INVOLVE.," [Online]. Available : <https://www.invo>.

- org.uk/.
- 13) Patient-Centered Outcomes Research Institute, "PCORI." [Online]. Available : <https://www.pcori.org/>.
 - 14) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構, "AMEDの「医学研究・臨床試験における患者・市民参画(PPI)」の定義や理念," 2018. [Online]. Available : <https://www.amed.go.jp/ppi/teiginado.html>.
 - 15) D. Rose, "Service user/survivor-led research in mental health: epistemological possibilities," *Disabil. Soc.*, vol. 32, no. 6, pp. 773-789, 2017.
 - 16) King's College London, "Service User Research Enterprise." [Online]. Available : <https://www.kcl.ac.uk/research/sure>.
 - 17) D. Rose et al., "Patients' perspectives on electroconvulsive therapy: systematic review," *Bmj*, vol. 326, p. 1363, 2003.
 - 18) 杉浦寛奈, "精神科強制入院と患者の意思決定に関する研究," 東京大学, 2020.
 - 19) K. Sugiura, "Users' involvement in decision-making : Lessons from primary research in India and Japan," in *Mental Health, Human Rights, and Legal Capacity*, 1st ed., M. A. Stein, V. Patel, C. Sunkel, and F. Mahomed, Eds. Oxford, England: Cambridge University Press, 2021.
 - 20) 杉浦寛奈, "精神科強制入院と意思決定支援 : 協働質的研究にアジアで取り組んで," *こころと文化*, vol. 18, no. 2, pp. 131-137, 2019.
 - 21) 日本神経精神薬理学会, *統合失調症薬物治療ガイドー患者さん・ご家族・支援者のために*. 東京 : 日本神経精神薬理学会, 2018.
 - 22) 澤田優美子, "ピアサポートとは何か?," *こころの元気+*, vol. 8月号, 2011.

〈了解不能なもの〉に定位した 精神病理学・精神療法覚え書き

自治医科大学 小山富士見台病院 加藤 敏

はじめに

21世紀に入り、科学のパラダイムの興隆がさらに際立ち、世界的に神の問題が正面から論じられることは非常に少なくなったように思う。コロナ禍に直面して「肉体への配慮」に人々の注意が向い、この動きに一層拍車がかかっているように見える。しかし、人間が人間として生きる以上、「魂への配慮」の重要性には変わりがないだろう。精神科臨床においても、病態、また治療について深く考えようとするなら、神のトポスを陰に陽に問題にすることは避けて通れない、と私は思う。

筆者はこれまで、狂気を内に取り込んだ精神病理学・精神療法を模索してきた^{10,11,12,13}。この狂気内包性精神病理学・精神療法は神のトポスを包摂している。イタリアの哲学者アガンベンは、『裸性』と題した著作のなかで「人間が重大な思考をする場が神である」¹と鋭い指摘をしている。実際、宗教が衰退した今日といえども、患者と接する際、神の次元は重要な準拠枠となると思う。「人間が重大な思考をする場が神である」という時の神は、人間存在にとって欠かせない〈了解不能なもの〉と理解できるだろう。しかし精神医学において、〈了解不能なもの〉をすべて身体的な事象に還元する動向が主流である。これは現代における身体神話であるだろう。

このような問題意識から、ヤスパース³における狂気内包性思想、ラカン¹⁵における神、また九大学派の松尾正¹⁷が提唱している「精神医学的神学」¹⁷などについて覚え書き風を書いてみたい。

I ヤスパースにおける狂気内包性思想と〈超越的なもの〉

1922年に刊行された創造性の精神病理学を本格

的に論じた『ストリンドベリとヴァン・ゴッホ』において、通常の見方では了解不能とされる病態に対し高次の了解を目指す試みがなされた。ここでは、ゴッホやヘルダーリンなど天才的な芸術家、思想家の精神の逸脱と作品の内的関係をつぶさに検討して、「精神疾患がはじまるとき」、「形而上学的経験の最高の深さが、すなわち絶対者の意識、恐怖と浄福の意識」が、「超感性的なるものの感得の意識の中で与えられている」というきわめて大胆な見解が提示された³ (p241)。この著作は以下のような言葉で締めくくられる。

「彼等（統合失調症）の実存からの呼びかけを聞き、その問題提起を経験するときに、……（中略）……ただ有形的な形態においてのみ可視的となるところの絶対的なるものへの、まなざしを見出すときに、それはわれわれにとっての恩恵となるのである」³ (括弧内筆者、p358)。

統合失調症において「形而上学的経験」がなされ、そこに医師は「絶対的なるもの」へのまなざしを見出すという見解は、統合失調症の病態に肯定的なものを聞きだす姿勢である。そうした考え方は『精神病理学総論』第5版でも述べられる。例えば、「精神病の事実は我々を驚かすものである。それは、人間存在自体の謎である」という言葉がそれである⁷ (下巻p332)。

ヤスパースは統合失調症をはじめとしたさまざまな疾患を持つ人でも、「精神 (Geist) は病むことが出来ない」³ (p245) と重要な事柄を述べている。この指摘からすると、精神疾患で病むのはこころ (Seele)、ないし身体 (Körper) であって、精神 (Geist) は保たれている。精神病においても、精神の次元が保持されているという考え方は、創造性の問題を考えるためだけでなく、いわゆる正常と異常の区別を一度棚上げする重要な問題提起である。

そこには、精神病を病む人と傑出人、また正常者を同一地平で光をあてる包括的な企てがみとれる。精神病に陥った人たち、あるいはその予備軍となる広義のパーソナリティ障害をもつ人の一部が、全般的なパーソナリティ機能においては優れた正常者に比べ、創造性は豊かであるというのは皮肉な現象であるが、そこにはしかるべき内的連関があることをヤスパースは明確にした。

筆者の関心からすると、『ストリンドベリとヴァン・ゴッホ』は人間存在に対する思索において狂気を不可欠の要素として取り込む試みがなされ、その意味でこの著作に、筆者^{11,13)}が説いている狂気内包性思想をみてとることができる。

ヤスパースは、『精神病理学総論』（第5版）において了解関連を考察する際、〈了解不能なもの〉として「自由」もあげている。

「了解不能なものは、一方においては生物学的に興えられた素質であり、他方においては可能な「実存」としての人間の自由である」「この自由は認識の対象や探求可能な対象ではない」⁷⁾（下線筆者、中巻p193）。

「可能な実存としての人間の自由」が〈了解不能なもの〉であるという時、〈了解不能なもの〉としての自由を肯定的に捉える姿勢を示していることは言うまでもない。そこで考えられている自由がいかなるものかを知ろうとするのは本来、哲学に属す問いであるだろうが、人間主体を評価する上で自由は決定的な事項となるだけに、その問いは精神医学においても不可欠である。

筆者が理解できる範囲でいえば、そこでの自由は精神（Geist）の次元にこそある。自由というとき、何をしても自由であるといった日常的な意味ではなく、カントが美的判断^{9,8)}や実践理性論⁹⁾で説いたように、美や善といった高い質の境地へと人間が開かれ、そこへと向かっていく構想力、また実践理性を意味する。その自由は了解不能であるというのである。確かに美や善へと向かっていく人間にそなわる自由は、通常を理解をこえる。精神病に陥るヘルダーリンやゴッホなどの傑出人において、創造性は精神における自由によってこそ、つまり自由が卓越した形で開花し、高い質をそなえた非凡な作品が浮き出されたと考え

えられる。

ヤスパースが説く、精神疾患がはじまる時、「絶対者の意識」「超感性的なるもの」が浮上する、それは「形而上学的経験の最高の深さ」³⁾（p241）にほかならないという洞察は、突き詰めると精神病は自由の所産であり、それゆえ了解不能であるということを含意しているようにも思える。このように人間に対する洞察を行う『ストリンドベリとヴァン・ゴッホ』は、哲学領域での名著『哲学』^{4,5,6)}特に『形而上学』（哲学3）⁶⁾での思索と連動する形で打ち出されていると考えられる。ヤスパースは『形而上学』のなかで、次のように語る。

「私は自分の所業のための最も深い衝動を経験し、私は超越的なるもの（Das Transzendenz）の暗号によって微かに触れられるのである」⁶⁾（p179）。

「この神性は、疎遠（他、fremd）なるものとしてこの世界へ入り来り」⁶⁾（括弧内筆者、p145）。

「了解のなかで、存在実体の本来的に了解不能なもの（Unverstehbares）に触れる」⁶⁾（p174）。

以上の言葉は、まさしくヤスパース自身の思索の歩みを叙述したものとみて間違いのないだろう。つまり、ヤスパースにあって、絶対的に他なる神性が世界の外から自分にもたらされ、〈超越的なるもの〉の暗号に接するといった出来事が生じる。それは〈了解不能なもの〉であると明言している。この了解不能な出来事は精神（Geist）の自由の所産といえる。そうした自らの思索を突き進めるなかでの体験は、ヘルダーリンやゴッホの体験と一定の並行性があり、ヘルダーリンやゴッホにおいて、絶対的に他なる神性が立ち現れ、この了解不能な出来事は精神（Geist）の自由由来するとヤスパースは捉える姿勢を示したといえる。

事実、『形而上学』では、〈了解不能なもの〉と自由との深い結びつきについて、以下のように明言している。

「了解不能なものは実存の中にある。即ち、了解においては自由性の根源に触れ、実在の諸可能性は開明によって掴まれ、人間は自分自身に気づかせられる」⁶⁾。

この言葉は、『精神病理学総論』で〈了解不能なもの〉として「実存としての人間の自由」を挙げた見解に対応するものである。「了解においては自由性の根源に触れる」という時の、「自由性の根源」とは「実存としての人間の自由」に繋がっており、〈了解不能なもの〉にはかならないことを言っている。〈了解不可能なもの〉に関するヤスパースの学説は、わが国の精神医学では一般に身体的な事象で説明する側面しか紹介されない傾向がある。しかし彼は、自由は〈了解不能なもの〉の最たるものであるとする考え方のもとに、人間の实存は、つきつめると〈了解不能なもの〉の地平にこそ顕現するという見方をしている。この事象こそ、ヤスパースが哲学的思索において主題的に論じようとした問題であったと考えることができる。

II 「実存的交流」(ヤスパース)

『精神病理学総論』第5版の最終章において、独自の精神療法といえる「実存的交流」が論じられる。

「医師対患者の関係の最終のものは実存的交流(Die existentielle Kommunikation)であり、これはすべての治療を、即ちすべての企画されたものや組織的に作られたものを凌駕する」⁷⁾(一部改訳、括弧内筆者、下巻p363、原書p668)。

「そのときには、すべての治療は、可能な実存(Existenz)に立って生きる理性的存在としての自己自身(Selbst)から自己自身(Selbst)への共同体によってとり入れられ、且つ制限される」⁷⁾(一部改訳、括弧内筆者、下巻p363、原書p668)。

「医師と患者は二人であり、それは運命をともにする伴侶である。医師は単なる技術者でも権威でもなくて、実存に対する実存であり、他者とともに移ろいやすい人間という存在であり、もはや究極の解決はない」⁷⁾(下巻p365、原書p668)。

このくだりは、治療者と患者がともに、一個のかけがえのない実存としての出会い(Begegnung)において自己自身と自己自身の交流(Kommunikation)が生じる局面を描いている。精神分析や(今日でいう)認知行動療法といった

各種の精神療法技法を超えた局面で、医師と患者がそれぞれ固有な実存者の限りでの対等なパートナーとして言語的かつ非言語的交流をする。そこで、患者だけでなく、治療者も高い境地へと生成する可能性をもつと考えられている。精神科での臨床実践の機会を与えられてはや46年が過ぎる私は、最近になって神経症や統合失調症と診断される患者等の面接において、このような実存的交流といってよい濃密な時をもつことが増えてきており、あらためてこの箇所を読み、「なるほど、そうだ」と納得した次第である。

このような患者との密度の濃い出会いは、病いから自由な「透徹した精神」に焦点をあてる面接の方向を指し示し、非常に意義深い。認知科学が優位になり、過剰な医学化と障碍化が進む現代の精神科医療の現場における精神科面接において、実存的交流は再評価してよいと考える。また、一筆者自身も経験しているが一、実存的交流は死を前にした痛を患う患者に取り組む緩和医療の現場でも求められているように思う。

認知行動療法、精神分析療法など一定の明確な手法をそなえた精神療法であろうと、その場その場の相談を簡単にする支持的精神療法であろうと、患者と医師はそれぞれ個別の主体である以上、暗黙の裡に実存的交流の一端が垣間見られることもあるだろう。

ヤスパースが提唱する実存的交流の背景には〈超越的なもの〉(Das Transzendenz)の思想がある。

「実存は、人間において……(中略)……もともと〈超越的なもの〉(Das Transzendenz)によって設えられたもので、実存は〈超越なるもの〉から授けられるのだ……」⁷⁾(一部改訳、下巻p366、原書p668)。

〈超越的なもの〉(Das Transzendenz)は、ヤスパース哲学の鍵概念の1つで、難解である。一言でいえば、〈超越的なもの〉は人間主体にとって欠かせない〈了解不能なもの〉で、暗号文字によって聴取可能である。

そうすると、実存的交流においては、個別の精神療法技法を超えたところで、あるいはその手前で、患者と医師それぞれにとっての〈了解不能な

もの〉に定位した精神療法過程が暗黙の裡に作動し、互いにそれぞれ高い質の自由な主体へと生成するという構想を看取れるのではないか。

ヤスパースは、正常な主体において、〈了解不能なもの〉の次元があることを強調する。それは人間主体に〈超越的なもの〉が顕現する実存のレベルがそなわっている限りにおいてである。それゆえにこそ、一部の人は「難破」し、狂気に陥る。こうしたヤスパースの見解に、正常な主体は狂気を内包しているという考え方をみることができよう。〈超越的なもの〉と狂気内包性は密接不可分で、人間が狂気を内包していることは、元を正せば、人間に〈超越的なもの〉の次元があるというあり方に求められる。

Ⅲ ジャック・ラカンにおける神

精神病理学において、神の次元を主題化した狂気内包性思想としてヤスパースに次いでジャック・ラカンが挙がる。

ラカンは、セミナー『精神分析の四基本概念』のなかで、神につき「神は死んだ」という定式は月並みの無神論のものであり、これに対し「真の無神論」は、「神は無意識である (Dieu est inconscient)」と定式化されるべきであると説く¹⁴⁾。そこで言われる神は無意識というより、厳密には無意識の裂け目にこそ位置すると考えることができる。実際、後期のセミナー『現実的なもの・象徴的なもの・想像的なもの』では、「宗教は、神は外-在 (ex-sister) する。神はこの上ない外-在 (ex-sistence) であると言っている」と指摘している¹⁵⁾。このことから、ラカンにあって、神自体は突き詰めれば〈象徴的なもの〉(le symbolique) の外部の〈現実的なもの〉(le réel) の際たる存在であるとみていることが推察される。そうすると、ラカンの見地からすると、神は無意識の裂け目にこそ位置づけられることになるだろう。

セミナー『現実的なもの・象徴的なもの・想像的なもの』において、ラカンは論を進め、「神は全になった女性」(Dieu est la femme rendue toute)¹⁵⁾ という規定を与える。この規定は、神が限定不可能な無限な存在であることを言い表し

たもので、〈現実的なもの〉に属すことに変わりはないのだが、神の基本的な在り方を女性の存在性格から定式化している点で重要である。神は主体の存在の核となるであろう、失われた〈もの〉(Chose) の場所で、呼び出された固有名といえる。ヤスパースのいう暗号文字 (Chiffre) によって指し示される〈超越的なもの〉⁶⁾、ヘルダーリンが体験する神の遠鳴り、後期ハイデガーが追い求める最後の神 (Der letzte Gott)²⁾ は、〈現実的なもの〉の顕現であり、失われた〈もの〉の場所で喚起された固有名であるとみると、理解が深まるのではないか。

Ⅳ 「精神医学的神学」(松尾正)

日本においては、神の次元に踏み込んで考察を進めた精神病理学として、九大学派の松尾正による自らの治療実践に基づいて書かれた『存在と他者』¹⁷⁾ がまずもって挙がる。

松尾は、統合失調症患者をパートナーにして、深い交流を果敢につき進める。その頂点で、次のような患者との交流が生起する。

患者は、「決して語りえぬ根源的な不安の中で、飛び抜けた他性を「そこに」暴露していた」。「眼前の鏡は、われわれに我々自身を贈りだすものとして、神の言葉を予言する絶対的な他者だったのである」「眼前の鏡として、われわれ自身の存在を我々自身へと反射する他者から、われわれは神の予言を聴く」¹⁷⁾ (p329)。

精神科医は「反省する自我を不安のまったただ中につき落とされそうになりながら」¹⁷⁾ (p294)、統合失調症患者に「神の鏡」をみ、「神の予言を聴く」¹⁷⁾ (p328、p329)。

患者も治療者ともに強い「根源的な」不安のなかにある。その中、患者が「飛び抜けた他性を「そこに」暴露していた」。治療者は、患者に「神の鏡」を見、「神の予言を聴く」とは、強度の高い「出来事」である。

この出来事は、ヤスパースからすればきわめつきの実存的交流 (Die existentielle Kommunikation) において生じたと捉えられるだろう。治療者は患者に〈超越的なもの〉が顕現しているのを看取する。こうして治療者は高次の存在へと生成

する。患者もまた、高次の了解の度量をもつ治療者と交流することにより、高次の存在へと生成する可能性がありはしないか、と筆者は考えるのだが、この点には『存在と他者』では触れられていないように思う。筆者の理解では、『存在と他者』では患者は神の次元を治療者に教える「師」の立場にあり、治療者は自らを神の次元に近づけて生成させることを目指す「臣下」の立場に一貫してある。このような強度の高い実存的交流は、狂気内包性精神療法の実践の可能性をもつことだろう。

松尾が問題にする神は、ヤスパースの意味での〈超越的なもの〉よりも、今少し述べた後期ラカンが説く、「この上ない外－在 (ex-sister)」として無意識の裂け目に位置する「神」に近づけてみる方が筆者には合点がいく。

松尾は「師」である患者と「臣下」である治療者との関係を次のような洞察を述べる。

「われわれは眼前の他者の「そこ」によってわれわれ自身の「底」を「底無し」にされてしまう。「われわれの「ここ」の底は、「そこ」の底無しの無からのみ。その「底」を贈り届けられる」¹⁷⁾ (p326)。

トポロジーを連想させるこの興味深い見解について、次のように理解できないだろうか。

治療者自身の「底」、また患者における「底」はいずれも無意識の裂け目とみると、患者において無意識の裂け目は開いており、その無意識の裂け目には世界の外部にある、つまり「外－在 (ex-sister)」する神が顕現している。他方、治療者自身の無意識の裂け目はもともと閉じられている。患者を前に、患者に触発されて、治療者自身の無意識の裂け目が開き、「外－在 (ex-sister)」する神が治療者に贈与されようとする。

誤解があることを承知での、ラカンの「神学」を援用しての筆者の勝手な解釈である。いずれにせよ、ラカンの見地からすれば、〈現実的なもの〉の地平で患者との交流が進んでいる。『存在と他者』は、フッサールやハイデガーによる現象学では及ばない事象・出来事に肉薄している点で意義深い。

統合失調症患者に「神の鏡」を見、「神の予言

を聴く」経験をふまえ、松尾は、「精神医学的神学」の地平が開かれると論じる¹⁷⁾ (p332)。神学の領域が精神医学にあるという問題意識は貴重である。主体を理解するための一つの座標軸に、神の次元を据えることは重要である。筆者の見地からすると、『存在と他者』は狂気内包性精神病理学の書だと思う。

V メイヤスーにおける神

筆者は比較的最近、神の次元に関し、これを正当なこととして認める論調がフランスで出されていることに注目している。ポスト構造主義以後の哲学に重要な一つの方向を打ち出した気鋭のフランスの哲学者メイヤスー¹⁶⁾ は、〈大いなる外部〉と称して現代において神学の問題につき卓越した論を展開する。彼はワイトゲンシュタインが『論理哲学論考』において説いた神秘としての神と・後期ハイデガーが追及した神学を評価し、神の次元を主題化して正面からその存在究明を試みる。

メイヤスーがふまえていると思われるワイトゲンシュタインの断章は次のようなものと思われる。「世界の意味は世界の外に求められなければならない。」「神は世界の中には顕れない」¹⁸⁾ (6・432)「言い表せぬものが存在することは確かである。それはおのずと現われ出る。それは神秘的なものである」¹⁸⁾ (6・522)。そこから、ワイトゲンシュタインにとって、言葉で言い表せない神秘的な神は、世界の外部に位置して自ずから現れ出て、人間に生きる意味を与えてくれる存在として語られていると考えられる。ハイデガーについて言えば、『哲学への寄与』で考察されている究極的な出来事としての「最後の神」²⁾ を念頭におけば察しがつく、存在 (Sein) に棒線がひかれた局面に入って思索がなされる否定的神学の響きをもった神がふまえられていると考えられる。

メイヤスーは、2人の哲学者が注目している神につき、有限性の彼方の「全き他なるもの」で、「絶対性への切望の表現」¹⁶⁾ (p85) であると捉え、「全き他なるもの」はそれ自体としては思考不可能なもので、形而上学によって基礎づけることは不可能であると述べる。

思考を進めていくなかで、カオス（裂け目）、それも「ハイパーカオス」こそが全き他なるものであるという見解が表明される。

「私たちが獲得した絶対者は、カオス（裂け目）の極端な形にほかならない」。この絶対者は「誠実な神とは反対に、科学的言説の絶対性を保証することはできないように思われる」「そこに発見されるのは、むしろ恐るべき力である」「それは秘められたなにかであり、あらゆる事物も世界も破壊できるものである。それは非論理的な怪物も生み出せる」¹⁶⁾ (p111)。神を裂け目そのものにほかならないとする観点から、神は不在の形でしか考えられず、基本的に否定神学の系譜の中で考察が進む。

メイヤスの高度な論述は筆者の理解を超えるところが多々あるのだが、今引用した範囲では、有限性の彼方の「全き他なるもの」の重要性を説き、その本体が言葉では言い表せない裂け目としてのカオスに求められ、しかもカオスは恐るべき力を秘めており、そこには狂気を引き起こす可能性もあるといった論述は、すぐさま、裂け目としての有限性の彼方の「全き他なるもの」はラカンのいう〈現実的なもの〉(le réel)に対応していることが推し量られる。このように思弁的實在論 (speculative realism) と呼ばれる現代哲学は、構造論的精神分析の理論に近いところで新しい展開をしており、メイヤスが、神は狂気を内包している存在として考えていることは、狂気内包性思想の観点からも興味深い。

おわりに

わが国では最近、精神科領域でも、患者に「寄り添う」、また「共感する」ことの重要性がよく説かれる。しかし、例えば精神病の急性興奮の渦中にある患者に、素人が「寄り添い」、「共感する」ことは非常に難しく、病態理解に必要な専門的な言語を多少とも育んでいる治療者自身で初めて可能になる作業だと考える。また、末期がんが進行し、死をまつ人を前に「寄り添う」、また「共感する」ことは大変難しい。死は誰にとっても不条理で、〈了解不能なもの〉の最も身近にある〈了解不能な〉出来事にほかならない。コロナ

禍で亡くなった人の死をすべてウイルス感染に帰しても、愛する人を亡くした家族同胞、友人にとっての心的現実にとっては、その人の死は〈了解不能なもの〉に留まり続ける。

個人的なことになるが、私は70歳をこえ、父や妹の死、親しい仲間の死をはじめ、死別体験の機会が増えた。いまだに、愛する人の死は、〈了解不能なもの〉であり続け自分自身で正面から受け取れない。〈了解不能なもの〉をいかに取り込んだ人間理解を進めるのか、この問題は従来から哲学や神学にとっての試金石だった。現代において、精神疾患および精神的逸脱を解明し、治療を進めることを目指す精神医学にとっては、〈了解不能なもの〉を実存の地平に留まって、〈了解不能なもの〉を裡に取り込んだ固有の人間学を導く作業が課されていると言えるだろう。

文 献

- 1) Agamben G : (岡田温司・栗原俊秀訳) 裸性. 平凡社, p11, 2012.
- 2) Heidegger M : Beiträge zur Philosophie (vom Ereignis). GA. Bd. 65. Vittorio Klostermann. Frankfurt-surasshu/M, 1989, pp. 409-417.
- 3) Jaspers, K. : Strindberg und van Gogh. Versuch einer pathographischen Analyse unter vergleichender Heranziehung von Swendenborg und Gogh. Ernst Bircher Verlag, Leipzig, 1922. (藤田赤二訳) 『ストリンドベリとヴァン・ゴッホ』ヤスバース選集36, 理想社, 東京, 1980.
- 4) Jaspers, K. : Philosophie 1, Philosophische Weltorientierung. Julius Springer, Berlin, 1932. (武藤光朗訳) 『哲学的世界定位 (哲学 I)』, 創文社, 東京, 1964.
- 5) Jaspers, K : Philosophie 2, Existenzerhellung. Julius Springer, Berlin, 1932. (草薙正雄・信田正三訳) 『実在開明 (哲学 II)』, 創文社, 東京, 1964.
- 6) Jaspers, K: Philosophie 3, Metaphysik. Julius Springer, Berlin, 1932. (鈴木三郎訳) 『形而上学 (哲学 III)』創文社, 東京, 1964.
- 7) Jaspers, K : Allgemeine Psychopathologie. Funfte Auflage, Springer-Verlag, Berlin, 1948 (内村祐之・西丸四方・島崎敏樹・岡田敬蔵訳) 『精神病理学総論』中巻・下巻, 岩波書店, 1955, 1956.
- 8) Kant I : (原佑訳) 判断力批判, カント全集第8巻, 理想社, 東京, 1965.
- 9) Kant I : (波多野清一・宮本和吉・篠田英雄訳) 実践

- 理性批判. 岩波書店, 東京, 1995.
- 10) 加藤敏：構造論的精神病理学—ハイデガーからラカンへ. 弘文堂, 東京, 1995.
 - 11) 創造性の精神分析 ルソー・ヘルダーリン・ハイデガー. 新曜社, 東京, 2002.
 - 12) 加藤敏：人の絆の病理と再生—臨床哲学の展開. 弘文堂, 東京, 2010.
 - 13) 加藤敏：狂気内包性思想の系譜と狂気内包性精神病理学. 精神医学史研究. 24 : 79-96, 2020.
 - 14) Lacan J : Le Séminaire, LivreX 1, ·Les quatre concepts fondamentaux de la psychanalyse. Seuil, Paris, p58, 1964.
 - 15) Le Séminaire (1974-75), Livre XX, RSI. 12/17, 1974.
 - 16) Meillassoux Q : (千葉雅也, 大橋完太郎, 星野大訳) 有限性の後で偶然性の必然性についての試論. 人文書院, 京都, 2015.
 - 17) 松尾正：存在と他者—透明で平板な分裂者現象の先存在論. 金剛出版, 1997.
 - 18) Wittgenstein, L. : (藤本隆志, 坂井秀寿訳) 論理哲学論考. 法政大学出版局, 東京, 1968, pp. 199-200, 1918.

認知症の行動心理症状（BPSD）に迫る

大阪大学大学院医学系研究科 精神医学教室 教授 池田 学

司会 お待たせしました。本日はお忙しい中、第2回福岡行動医学セミナーに参加いただき、ありがとうございます。

ただ今より第2回福岡行動医学研究所セミナーを開催します。開会のあいさつを九州大学大学院医学研究院 精神病態医学教授 中尾智博先生にお願いします。

中尾 皆さん、こんにちは。九州大学の中尾です。本日はお集まりいただき、ありがとうございます。行動医学研究所の第2回のセミナーで、共催がエーザイ株式会社様と九州大学の精神科神経科です。

私から、この会の経緯について説明します。福岡行動医学研究所は歴史が長く、1987年に開設しました。母体が医療法人うら梅の郷会で、林道彦先生の病院です。そして、今年4月に一般社団法人化され、福岡行動医学研究所になりました。初代所長が第5代教授の中尾弘之先生で、第2代所長は緒方良神経科クリニックの松尾正副院長先生です。そして、昨年より第7代名誉教授の神庭重信先生が所長を務めています。

非常に臨床的な活動を続けてきた会で、私も入局2年目頃の1996年か1997年に、この会でケースプレゼンテーションをして、神田橋先生から、コメントやアドバイスを受けたことを今でもはっきりと覚えています。最近では昨年に神庭先生が所長になり、行動医学研究所の充実した内容の雑誌が刊行されました。この会がますます発展していくことを期待し、若手の皆さんもぜひ、参加してください。

きょうの特別講演は大阪大学の池田学教授にお願いします。認知症行動心理症状、BPSDに迫るというテーマで、座長を福岡行動医学研究所の所長である神庭重信教授にお願いします。それでは池田先生、神庭先生、お願いします。

司会 中尾先生、ありがとうございます。それでは特別講演に入ります。座長を福岡行動医学研究所所長、九州大学名誉教授、神庭重信先生に務めてもらいます。神庭先生、お願いします。

神庭 皆さん、こんばんは。中尾先生から紹介がありました、福岡行動医学研究所の神庭重信です。今回の特別講演には大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室の池田学教授を招きました。池田先生は認知症を中心とする老年精神医学における日本での第一人者で、国際的にも活躍している先生ですので、皆さんも知っていると思いますが、恒例ですので、池田先生の略歴を紹介します。

池田先生は1984年に東京大学理学部を卒業し、1988年に大阪大学の医学部を卒業、1994年から兵庫県立高齢者脳機能研究センター研究員兼医長、1996年から愛媛大学医学部精神科神経科助手、2000年よりケンブリッジ大学神経科へ留学し、2007年より熊本大学大学院生命科学研究所神経精神医学分野の教授になりました。そして、2016年の5月から現職です。

先生は日本老年精神医学会の理事長、日本神経心理学会の理事長、日本精神神経学会の副理事長、International Psychogeriatric Association 国際老年精神医学会の理事長、Asian Society Against Dementia、アジア認知症学会の理事、日本認知症学会の理事など、数多くの要職を務めています。

先生は中公新書より『認知症』と題した本を2010年に出版しています。私もたまたま本屋でこの本を手に取り、その場で立ち読みをただけで買いませんでしたが（笑い）、非常に内容の濃い、さすが池田先生の書いた本だと感心しました。その他に新興医学出版社より2014年に池田先生が編著した『日常診療に必要な認知症症候学』を出版

されています。きょうは、認知症の行動心理症状、BPSD に迫ると題し、先生に話をお願いします。認知症の方が増えていく今後の日本において、私たち精神科医にとって、認知症の行動・心理症状は中核的な問題になっています。第一人者の先生から、行動・心理症状について、詳しく、最新の情報も盛り込んだ話が聞けることを大変、楽しみにしています。それでは池田先生、よろしくをお願いします。

池田 皆さん、こんばんは。ただ今、紹介されました大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室の池田です。神庭先生、過分な紹介をありがとうございました。このような貴重な機会を与えてもらい、神庭先生、林先生、中尾先生に心からお礼申し上げます。それから、エーザイ株式会社の皆さんにもお礼を申し上げます。先生がたに呼んでもらうと、5年ほど前の状況にタイムスリップしたようで、くつろいでいました。しかし、よく考えますと九州の先生がたには、さまざまな学会や講演会を通じて何回も話をしていますので、また、同じ話かと思われるのはつらいですので、少しだけ、新しい話も混ぜて話します。

それでは、スライドを共有します。ここは私がいる大阪大学医学部附属病院で、この横に臨床研究棟があります。これは岡本太郎さんが大阪万博のときに作った、有名な『太陽の塔』です。『太陽の塔』の背中を見ながら仕事をしています。講演の内容に特に COI はありません。BPSD は、Behavioral and psychological symptoms of dementia の略で、1995年の国際老年精神医学会で提唱され、医療分野だけではなく介護分野でも、瞬く間に広まった用語です。

ここにありますように、従来、先輩たちが認知症の周辺症状あるいは随伴症状と呼ばれていた症状とほぼ変わりはありません。イコールだと思ってもらって構いません。しかし、なぜ BPSD という名前が広がったかという、一つは、レビー小体型認知症や前頭側頭型認知症などのように、こちらのほうが主要兆候であるという認知症が分かってきたことです。もう一つは、BPSD は患者である当事者の QOL を下げるだけではなく、明

らかに介護者の QOL も下げるというエビデンスが多数出てきたことです。これは家族介護者だけではなく、プロの介護者でも激しい BPSD に直面すると、かなりストレスを受けるというデータもあります。それから、認知機能の程度が同じで、BPSD のある方とない方を比較すると、明らかに BPSD のある方のほうが入院・入所のタイミングが早まります。そうすると当然、医療や介護にかかるコストが増加します。

そして何より重要なことは、BPSD のマネジメントに失敗すると、認知機能の低下そのものが加速することです。認知症の疾患修飾薬がようやく出てきそうですが、それを手にしていない段階では BPSD の治療が最も優先されなければなりません。われわれ精神科医は、早期診断から進行期の寄り添い、あるいは当事者だけではなく介護者のケアなど、非常に多くの役割がありますが、その中でも特に社会からの期待は BPSD に対する専門性の高い治療だと思いますので、きょうはその話をします。

ここから、私の妄想かもしれませんが、BPSD に対する介入の原則と私が考えていることを順番に説明します。最後に時間があれば、私が個人的に関心を持っている、老年期におけるサイコースとの関係の話をしていきます。初めの介入の原則です。これも何をいまさらと思うかもしれませんが、BPSD を正確に評価することが重要です。先生がたも経験があるように、精神科医のところに BPSD 治療を目的に患者が来るときは、相当激しい精神症状・行動異常が出ていることが多く、家族は疲れ果てています。きょう入院できなければ、われわれが倒れそうだという状況で来ることがあります。そういった場合に冷静に BPSD を時間をかけて評価できない事態に陥ります。

そこで一歩、冷静に踏みとどまり、まずは BPSD の内容を確認します。先ほど見たように、さまざまな行動・心理症状がありますので、その中のどれがメインなのか、頻度はどの程度なのかを聞きます。1日中なのか、週に数回程度なのかなどは非常に重要です。それから、患者に対するリスクがどの程度あるのか、重症度を確認します。また、介護者の負担も非常に重要です。それ

から、診断にも関わることで、後でも説明しますが、出現様式はどうかを確認します。1、2カ月前から突然出てきたのか、それとも、年単位でゆっくり現れ、だんだん強くなっているのかを把握します。そして、疾患そのものによる症状なのか、環境因などにより二次的に出現している症状か、それとも両者の相互作用によるものかという見極めも大事です。

多くの場合は両者の相互作用によるものです。疾患そのもので出てくる症状にプラスアルファで、さまざまな環境因が影響を及ぼしていることが多いです。その中でも疾患特有の症状がメインなのか、環境因の比重が大きいのかという見極めは非常に重要です。BPSDの評価方法として国際的に最も使われているのは Neuropsychiatric Inventory、NPI と呼ばれる10項目ないし12項目の検査です。オリジナルは10項目で、さらに食行動異常と睡眠異常を加えて12項目のものもあります。これは現在、保険にも収載されていますので、ぜひ、若い先生がたはこれを自分で採る習慣を付けてください。

このように、主要な精神症状を順番にチェックできるようになっており、スクリーニングの質問がありますので、そこで引掛掛からなければスキップできるようになっています。ですから、BPSDの症状がほほない患者は、観察ができてい介護者がいれば、2、3分で評価できますので、非常に便利です。それから、施設版や外来で家族に記入してもらおうバージョンもありますので、これを使ってもらえればと思います。どうしても家族が訴える症状の評価に偏りますが、これを使用していると見落としがなくなるというメリットもあります。

それから、先ほども言ったように出現様式が非常に大事です。例えば、アルツハイマー病のような変性疾患では、今から振り返ると、いつ頃から様子がおかしかったですかと家族に聞くと、2年ほど前から同じことを繰り返し言うようになったと言います。当時は一般的な老化だと思っていたが、私がお金を盗ったと責めるようになったため、受診を勧めたが受診に結び付かなかったというケースが圧倒的に多く、2年ほど前からゆっく

り進行してきたことが分かります。あるいは、血管性認知症の場合は教科書どおりで、アパシーなどから始まり、小さなラクナ梗塞ができるたびに階段状に悪くなり、認知症の治療目的で受診するのは記憶障害や失禁、転倒が出てきてからです。

緊急対応が必要な典型例としては、2カ月前まではほぼ自立した生活を送っていて、転倒の既往がある場合があります。転んで頭を打ったけれども、病院で画像を撮っても何もなく、安心していたところ、1カ月前ほどから急に物忘れが悪化し始め、興奮や介護への抵抗が出て、だんだんと歩行がおぼつかなくなり、受診のときには車いすで傾眠傾向です。このパターンの場合には慢性硬膜下血腫が強く疑われます。

ですから、同じ BPSD でも、ゆっくり症状が現れ、記憶障害から始まり、物盗られ妄想が出てくるまでに2年ほどたっているようなアルツハイマー病のケースと比べると、慢性硬膜下血腫の場合には、1カ月ほどで坂を転がり落ちるように精神症状が悪化します。このような違いがありますので、出現様式と経過を捉えることが非常に重要です。

私が10年間、週1回、外来を受け持っていた、熊本にある認知症疾患医療センターの精神科病院で、1年間に4、5例はこのような状態の患者がいました。これは、ある講演で慢性硬膜下血腫の説明をしていたら、いつも手術をしてくれていた近所の脳外科の先生が、わざわざ私の患者でスライドを作って送ってくれたものです。

見ると分かるように、非常に大きな血腫ができて、シフトが起こってきて、いつ命に関わるような状態になっても不思議はないほどです。大体、私が午前中に初診で診断をして、すぐにこの脳外科の先生がいる病院に送り、昼過ぎには手術に入り、1週間ほどで退院をして、にこやかに歩いて報告にきます。初診のときは車いすで傾眠傾向です。これは見つけるかどうか勝負です。大学病院で診察をしても、1年間に数例はこのような状態での受診がありますので、この疾患を見逃さないことが非常に重要です。

2番目の介入の原則は、標的症状を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択することで

す。これも何を当たり前のことを言っているのだと叱られそうです。これは先ほど紹介した、疾患センターでの私のケースです。2、3カ月間で来た新患の、連続100例のデータを精査してみたら、実は成人の発達障害だった、あるいは老年期のうつ病、あるいはせん妄だけだったという患者を除くと84例が残りました。見てもらうと分かるように、何らかの BPSD が出ている例は90パーセント以上でした。これはもちろん、単科の精神科病院であるというバイアスと、認知症疾患医療センターの専門外来であるという、二つのバイアスがありますので高めには出ていると思いますが、非常に高頻度であることが分かります。

このグラフで強調したいのは、先ほどの NPI で見ると、出現している BPSD 全部合わせて300パーセント近くになることです。すなわち、BPSD は一つの症状が単独で出てくることは非常にまれです。例えば、ごく初期の若年性アルツハイマー病の方であれば、うつだけがメインで出てくることもあるでしょう。また、ごく初期の血管性認知症であれば、自発性の低下だけが出てくることもあります。多くの場合は複数の BPSD が同時に出てきます。

例えば、レビー小体型認知症であれば、ありありとした幻視があり、ベースには大抵、不安があります。ありありとした幻視に基づく妄想が発展し、異常行動に結び付きます。このように、あっという間に四つほどの BPSD が出てきます。しかし、発端になっているのは、幻覚ないし不安です。元になっている主要な兆候を標的症状に定めて治療することが大事で、全ての BPSD に対応しようとする、どうしても過剰投与になります。薬剤の種類も複数になり、投与量も大きくなりますので、この辺りを冷静に判断し、標的症状を決めることが重要なのです。

ここから、具体的な認知症を紹介しながら介入の原則の説明を続けます。まずは血管性認知症です。特に日本をはじめアジア諸国で多いのは脳小血管病に基づく血管性認知症です。大脳の白質の虚血性病変とラクナ梗塞の両方の組み合わせで、脳小血管の動脈硬化に起因して起こってくる認知症です。あるいは、こういった状態がアルツハイ

マー病やレビー小体型認知症といった変性疾患にも重なってくるのがしばしば見られます。

初期の血管性認知症の精神症状の特徴は、ここにありますように、アパシーです。意欲の低下と無関心です。先ほど見たように、大脳の深部に血管病変ができると、神経回路の関係で前頭葉の機能が落ちてきます。そうすると、無関心や意欲の低下が前景に立ち、認知機能の特徴としては、記憶障害や見当識障害はあまり目立ちません。目立つとすれば、実行機能の障害で、段取りが悪くなるなどです。

これは熊本大学の専門外来を受診した、CDR 1 という軽度認知症のかたがたの無為・無関心、すなわちアパシーを NPI で見たものです。アパシーは初期の認知症では最も頻度の高い精神症状であり、アルツハイマー病で60パーセントから70パーセント、血管性認知症も同じほどです。レビー小体型認知症は少し低くて、約50パーセントです。プライマリに前頭葉が障害される前頭側頭型認知症では85パーセントから90パーセントです。初期の認知症の方に関してはアパシーをきちんと見極め、さまざまな非薬物療法的な介入をすることが重要です。

もう一つ小血管病で注目すべき点は、変性疾患に合併したときに、せん妄を非常に起こしやすいことです。これも先ほどの単科の精神科病院における連続例の私の患者で、現在、神戸市で認知症の専門官として働いている長谷川典子先生が、神戸大学から大学院の研究で留学してきたときに一緒にした仕事です。これは教科書のとおりで、血管性認知症が一番せん妄を合併しやすく、34パーセントです。左の二つを見てください。血管障害のないアルツハイマー病の患者は、せん妄の有症率は10パーセントですが、小血管病を合併すると倍以上に跳ね上がり、21パーセントです。レビー小体型認知症も同じような傾向で、レビー小体型認知症はアルツハイマー病よりはせん妄を起こしやすいので、血管障害のないレビー小体型認知症の25パーセントで、せん妄の合併が見られます。血管障害を合併しているレビー小体型認知症の患者では40パーセントです。血管障害が変性疾患と合併したときに、せん妄を起こしやすいことを日

頃から予測しておくことが大事です。

それから、これは熊本大学大学院での小川雄右先生による学位の仕事です。こちらは大学の患者で、厳密に性別や認知機能の程度をコントロールした、小血管病があるアルツハイマー病と、小血管病がないアルツハイマー病を比較すると、小血管病を合併しているアルツハイマー病の患者で、軒並み BPSD が出やすいことが分かります。また、妄想とうつは有意差を持って、小血管病を合併しているアルツハイマー病の患者に出やすいです。変性疾患に小血管病が合併した場合は、せん妄が増えるだけではなく、妄想やうつなどのさまざまな精神症状が増えてくることを診察時点から予想しながら対応することが重要です。

次はアルツハイマー病の BPSD を見ていきます。三つ目の介入の原則も教科書のとおりです。まず、非薬物療法を検討し、効果が不十分な場合に薬物療法を検討します。当たり前のことですが、認知症の場合は高齢者が多いので、薬物療法の副作用に細心の注意を払う必要があることと、適用が得られている薬がほとんどないことが非薬物療法をまず検討する理由です。実は BPSD の種類によっては非薬物療法による介入のほうが有効なものが多くあります。

例えば、愛媛大学時代に、100例以上の連続例で見たデータでは、大体47パーセントのアルツハイマー病の患者に何らかの妄想が出ていました。その妄想の内容を NPI の下位項目で見ると、物盗られ妄想が75パーセント以上を占めていました。アルツハイマー病の初期に出てくる妄想では、物盗られ妄想が圧倒的に多いと言えます。この物盗られ妄想は非常に厄介な妄想です。特徴は、主たる介護者がこの妄想に基づく攻撃対象になることです。ですから、最もお世話をしている家族介護者あるいは、1人暮らしの方であれば、世話をしてくれる隣人やヘルパーに攻撃が向きます。そのため、非常に早くから在宅介護が破綻する要因になります。

妄想の内容は具体的・世俗的で、大体、財布や貯金通帳や印鑑など、身の回りの大事なものがなくなったと妄想します。そして、比較的病初期に出現しますので、ここでうまく介入できれば、長

く在宅で生活できる一方で、マネジメントに失敗すると ADL が自立している状態で長期の入院・入所になってしまう症状です。

この三つの対応法で90パーセントほど対応できるでしょう。まずは介護者に対する疾病教育です。現在は啓発活動が進んでおり、アルツハイマー病は海馬周辺にアミロイドや神経原繊維変化がたまり、MRI で萎縮が見られ、記憶や見当識の障害から始まることなど、家族はよく勉強しています。ただ、非常に初期から激しい妄想が出てくるといふ知識はほとんど持っていませんので、ごく初期に記憶障害で受診した段階で、数年後にはこのような症状が出るかもしれないが、しっかり対応できるので、そのような症状が出たらパニックにならずに、早めにかかりつけの先生に紹介状を書いてもらい、戻ってきてくださいという話をするだけで、かなりの家族は冷静に対応します。

ただ、きれい事だけでは済まないような激しい妄想に進展することもあります。例えば、暴力が出る、あるいは警察に何度も本人が通報するようなことが起こりますので、その場合にはデイサービスやデイケアをフルに使わせてもらいましょう。特に精神科病院の重度認知症のデイケアは非常に有効です。これを毎日のように使ってもらい、物理的に妄想の攻撃対象になっている息子の嫁や娘と接触時間を減らします。これで半分近くの妄想は散ってしまいます。最後の1割ほど、これでも対応できない方に関しては、われわれ専門医が慎重に薬物療法を導入します。なぜかリスペリドンがよく効きますが、リスペリドンを0.5ミリグラムから、多くても1ミリグラムを処方します。これで対処できますが、ここにありまように、疾病教育も含めて、まず、非薬物療法が重要です。

四つ目の介入の原則は、標的症状の治療効果を的確に評価できる尺度を慎重に選択することです。特に非薬物療法に関して、BPSD に関しても認知機能に比べるとエビデンスが非常に少ないです。ですので、自分が行っている介入方法の効果を冷静に評価する必要があります。もう一つはお願いです。先生がたと一緒に非薬物療法に関す

るエビデンスをつくっていく必要があると考えています。

次はレビー小体型認知症の BPSD を説明しながら話を進めます。レビー小体型認知症は、幻視をはじめとした幻覚や体系的な妄想、幻覚・妄想に基づく焦燥、興奮、異常行動、注意や明晰さの著明な変動、抑うつ、レム睡眠行動異常症や過眠などの睡眠障害など、非常に BPSD が前景に立ってくる認知症の一つです。これは2017年に改訂された国際診断基準です。この中核症状の中で以前からあった、繰り返し出現する具体的なありありとした幻視に加えて、レム睡眠行動異常症、RBD も加わり、四つの中核症状のうち二つが精神症状あるいは行動障害です。

もう一つ、診断基準の重要な点というか、革新的な点は、中核症状とほぼ同等の重みで、指標的バイオマーカーが出てきたことです。すなわち、大脳基底核でのドパミントランスポーターの取り込み低下、MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下、睡眠ポリソムノグラフィ検査で筋活動の低下を伴わないレム睡眠といったバイオマーカーが、研究用の診断基準ではなく、臨床の診断基準として出てきたことは非常に画期的なことです。軽度の認知機能の低下があり、ありありとした幻視があり、レビー小体型認知症を疑って MIBG 心筋シンチグラフィで取り込み低下を認めたとすれば、Probable DLB と診断できます。

最後の BPSD に対する介入の原則は、標的症状のスクリーニングと治療効果を的確に評価できる尺度を開発することです。これも、ある意味では先生がたに対するお願いです。精神症状、BPSD の治療は精神科医が責任を持つべきだと思いますが、標的症状のスクリーニングの検査や、先ほど言ったように、治療効果を的確に評価できる尺度が非常に少ないので、ぜひ、その開発を先生がたと一緒に進めたいと思います。

例えば、これは現在、私どもの寄付講座に来てもらい、兵庫の県立病院の、私のボスだった、東北大学の名誉教授で、神経内科の森悦朗先生のグループが開発した錯視誘発検査です。幻視と錯視は症候学的には完全に分けて考えるものですが、少なくともレビー小体型認知症の患者には、同じ

患者で同時期に頻回に出てくるのが分かっていました。幻視はなかなか短い診療時間ではキャッチできません。信頼できる介護者からの情報でしか確認できませんので、錯視を検査場面で誘発しようと彼らは考えました。

例えば、これはパンジーですが、レビー小体型認知症の患者は人の顔がたくさん見えると言います。これも、このような写真をよく見つけたと思いますが、3羽の鳥が飛んでいる写真です。これをレビー小体型認知症の患者は人が笑っていると解釈します。見ると分かるように、レビー小体型認知症の患者ではそのような解釈が起りやすく、アルツハイマー病やノーマルコントロールに比べると、正しく見分けることができないことを彼らは明らかにしました。こういった特徴をスクリーニングの検査として使おうと、現在はロールシャッハ検査のような、染みが付いたような図版に人の顔が見えるかどうかを聞くことにより、もっと一般的な錯視誘発検査が開発されています。

これは国際的にスクリーニングの検査として使われています。こういったカードを十数枚、人の顔が出てきたら教えてくださいと言って、見せていきます。ここに人の顔がありますが、レビー小体型認知症の患者は、このような染みの組み合わせで人の顔が見えると言ったり、黒い染み自体が人の顔だという解釈をしたりします。そして、誘発された錯視の出現数と、家族が報告した幻視の頻度が、相関することも明らかになっていますし、ドネベジル塩酸塩によって錯視の数も減少することも明らかになっています。このように BPSD を鋭敏に捉えることができるようになると、認知症の早期診断に結び付きますので、スクリーニングの検査になる可能性があります。これで疑いを持ち、比較的、高価な MIBG 心筋シンチグラフィやダットスキャン、患者にも負担を掛けてしまう PSG 検査を導入するという手順になります。

このグラフは、われわれが熊本大学で開発した寝言の検査の結果です。その当時は大学院生で、現在は熊本大学の助教をしている本田和揮先生の学位の仕事です。開発したと言うと大きいです。

受診前1カ月間で、寝言を介護者が認識したかどうかで、イエスであれば、さらに飛び起きるような大声の寝言だったかどうかを聞くだけです。質問だけなら2分もかからない検査です。

ただし、これを見ると1カ月以内に介護者が患者の寝言を認識している頻度は、他のアルツハイマー病、前頭側頭型認知症、血管性認知症、健常高齢者のパートナーに聞いてみても、レビー小体型認知症が圧倒的に多いのです。そして、介護者が飛び起きるような寝言を1カ月以内に認識した頻度を見ると、レビー小体型認知症の患者は、40パーセントの介護者が大声の寝言を聞いています。他のグループでは、ほぼ認識されていませんので、特異度も高いです。実際に患者の家族の3分の1は、自分の睡眠があまりにも侵襲を受けるので、別の部屋で寝ているというコメントをしています。たった2分ほどの寝言の確認ですが、スクリーニングの検査としては十分です。こういった精神症状や行動異常の特徴を捉えたスクリーニングの開発が非常に重要です。

これは幻視ではなく、幻聴の研究で、熊本大学の社会人の大学院生だった津野田尚子先生と、近畿大学の精神科の教授になった橋本衛先生が中心になり、行った研究です。レビー小体型認知症患者124例の連続例で、幻視と幻聴の出現を調べました。幻視が非常に多いですが、さらに幻聴が出ている患者も多くいることが分かりました。ただし、大部分は幻視と併存していました。もちろん、幻聴単独で出ている患者もゼロではありませんが、圧倒的に幻視と合併して出ていました。さらに関連がある因子としては妄想の合併、聴覚障害、女性であること、うつを合併していることなどが挙げられました。患者はしばしば、幻視を見ながら（サウンドトラックのように）幻聴が聞こえるとコメントします。ですから、この場合は幻視が消えれば幻聴も弱まるでしょう。ただ、一部の難治性の方は幻聴だけを呈しています。このかたがたは非常に治療に難渋していて、今でも有効な手段を思い付いていません。

もう一つ、BPSDとして紹介したいのは、うつ状態です。これは筑波大学の精神医学教室で、入院した後、例えば、MIBGやダットスキャンでレ

ビー小体型認知症を確定した患者が、初診のときに外来でどのような診断を受けていたかの報告です。メジャー・デプレッションという診断が35パーセントで、精神病性のメジャー・デプレッションは11パーセントで、46パーセントはメジャー・デプレッションという診断でした。それから、アルツハイマー病という診断が5パーセントで、老年期のサイコーシスが5パーセントで、最初からレビー小体型認知症と診断された方は22パーセントにすぎません。このようにレビー小体型認知症の初発症状として、うつが出てくる方も非常に多いのです。

もう少しレビー小体型認知症の精神症状や行動障害を紹介します。これは愛媛大学のときに東京慈恵会医科大学から学位の勉強に来ていた品川俊一郎先生と行った仕事です。レビー小体型認知症の患者の食行動異常を見ると、初期から嚥下障害が出やすいという特徴がありました。それから、食欲の変化も非常に頻度が高く、食欲の低下が目立ちました。この辺りはアルツハイマー病やその他の認知症では初期に非常ににくい症状です。前頭側頭型認知症は食欲の変化が出やすいのですが、ほぼ100パーセントで過食に傾きますので、レビー小体型認知症の特徴的な症状だと言えます。認知機能の低下が軽くても、嚥下障害が出ている患者には誤嚥性肺炎のケアが重要です。実際に嚥下障害が出ている患者はパーキンソンズムとの関連が非常に強いという結果です。

もう一つ、レビー小体型認知症の患者のケアで、嚥下障害と並んで初期から重要なのは転倒です。これは新潟医療福祉大学に移った、兵庫県立高齢者脳機能研究センター時代の同僚である今村徹先生のグループが行った仕事です。アルツハイマー病に比べると5倍ほどレビー小体型認知症の患者は転びやすいそうです。その要因は幻視に基づき、怖いものが見えて驚いて飛び起き、走って逃げようとして転んだり、あるいは認知機能の変動があり、せん妄状態のときに転んだり、さらには、パーキンソンズムによって転びやすくなるなど、さまざまな要因が重なって、レビー小体型認知症の患者で転倒が多いという結果でした。ですから、転倒予防はどのような要因で患者が転びや

すくなっているかを見極めた上での介入が重要です。

これは熊本時代に橋本先生が中心になって行った嫉妬妄想の研究です。われわれは嫉妬妄想がレビー小体型認知症で出やすいことに気付いていました。実際に橋本先生が自分が主治医である200例以上の患者で行った研究では、予想どおり、レビー小体型認知症の患者で圧倒的に嫉妬妄想が出やすいという結果でした。26.8パーセントの患者で嫉妬妄想が出ました。

ただ、非常に不思議だったのは、何年もほとんどの患者をフォローしていますが、嫉妬妄想が出ない患者が4分の3ほどいます。これはどういったことが原因かを調べました。嫉妬妄想が出現していたのは重篤な身体合併症を患っていた方が圧倒的に多かったのです。あるいはレビー小体型認知症のパーキンソニズムそのものが悪化していて、非常に活動が減っていて、家の中での生活が中心で、場合によっては毎日、デイサービスや病院のリハビリテーションに行く必要があるかたがたです。その一方で配偶者は非常に活発な方が多く、しかも頻繁に外出します。この夫婦間のギャップが広がったときに嫉妬妄想が出やすいことが分かってきました。

ここまで分かると介入は比較的、簡単です。この格差を埋めることです。例えば、活発で活動的な奥さんがいる場合には、患者のデイサービスのバスが迎えにくるまでは温かく接してもらい、デイサービスに行っている間に町内会の活動や友達とランチに行くなど、外出をしてもらいます。そして、デイサービスのバスが帰ってくる10分前に戻ってもらい、また、温かく玄関で迎えてもらいます。そのようなことをするだけで、薬物にはほぼ反応しない嫉妬妄想が、50パーセントほどは生活に支障がない程度まで減ります。ここでも非薬物療法が重要です。

次に薬物療法ですが、DLBの幻覚・妄想に対する治療戦略は、入院するかどうかという非常に緊迫した幻覚・妄想状態で受診した場合は、セロクエルなどの錐体外路症状を起しにくい抗精神病薬の治療から始めざるを得ないときは確かにあります。ただ、少し余裕がある場合は、例えば、

ドネペジル塩酸塩などのコリンエステラーゼ阻害薬で、注意覚醒の障害を改善することで、幻視を減らして妄想を減らす治療手段が取れるでしょう。さらに不安や、うつ、睡眠障害がベースで幻覚や妄想が悪化している場合には、抑肝散、抗うつ薬、または注意しながら抗不安薬を使って治療できることがあります。パーキンソニズムが悪化したときに不安を誘発し、幻覚・妄想が悪化する患者もいます。これは逆説的ですが、抗パーキンソン薬でパーキンソン症状を治療することによって、幻覚や妄想を減らせる場合もあります。ですから、理論的に背景を捕まえながら、治療戦略を取ることは非常に難しいことですが、レビー小体型認知症に伴う幻覚や妄想に対して、さまざまなアプローチができると思います。

前頭側頭型認知症についても少し話します。当然、前頭葉の機能低下がメインですので、今まで話した認知症とは全く違い、脱抑制や反社会行動、常同行動や食行動異常が中核症状です。病気が進むと自発性の低下やアパシーがメインになるという特徴があります。その一方で、幻覚や妄想は出にくいと言えます。これは私が留学中にイギリスの患者に行ったものです。行動異常型の前頭側頭型認知症の場合は、先ほども言ったように、食欲の増加が著しく、90パーセント以上の患者に見られます。それから、甘辛いものが大好きになります。また、食習慣が常同化してパターン化されます。例えば、同じ銘柄のアイスクリームを毎日5個以上、食べるなどの行動が出てきます。この三つが90パーセントほどの患者に出ています。

それから側頭葉中心に機能が低下してくる意味性認知症の場合も、これらの症状がかなりの頻度で出てきますので、極論を言うと、食行動だけを丁寧に観察しても、アルツハイマー病や、先ほど見た、レビー小体型認知症の食行動異常のプロフィールとは全く異なりますので、かなり鑑別ができるでしょう。

これは品川先生と行った仕事です。欧米人の食行動と日本人の食行動は大きく違いますので、本当に日本の患者で同じ結果が得られるのかを質問されましたので、愛媛大学の前頭側頭型認知症の患者たちで検討しました。そうすると、認知症の

重症度は若干違いますが、見てもらえるように、ほとんど同じ食行動のパターンです。こういった食行動異常は前頭側頭型認知症特有の症状であると言えますが、違いもありました。

この表は発症後の体重増加です。イギリスの患者の場合は、発症してから7.5キログラム以上、体重が増えた患者が行動異常型の前頭側頭型認知症で30パーセント、意味性認知症で36パーセント、いました。ところが日本の患者で肥満が問題になることは、ほぼありません。当時、品川先生が調べたら、イギリスの一般高齢者のカロリー摂取量そのものが、日本よりも1.6倍ほど多いことが分かりました。そういった文化的な要因が、さらに疾患特有の症状で増強されたという解釈をしました。このように文化的な影響も受けることは確かです。

次に紹介するのは常同行動です。軽いうちは常同行動が時間軸上に展開されます。これは時刻表的生活と呼ばれていますが、私の患者には毎回、宿題だと言って、このように1週間のスケジュールを書いてもらうように習慣づけています。1カ月に1度の受診では、これを4枚、書いてくれます。この方は比較的初期の患者ですが、ほとんどパターン化された生活になっています。これが乱されるとパニックが起こったり暴力が出たりしますので、この常同行動を正確につかみ、なるべく患者の行動パターンを尊重します。万引などの社会的に許容できない症状が出そうになると、早めにその時間帯に別の行動を、行動療法的に入れ込むという介入ができます。これは愛媛大学での繁信和恵先生による学位の仕事です。行動異常型の前頭側頭型認知症、意味性認知症で非常に常同強迫行動が出現しやすく、血管性認知症やアルツハイマー病や健常高齢者がほとんどオーバーラップしないことを明らかにした研究です。

もう一度、BPSD に対する介入の原則をまとめます。非常に緊迫した外来になることもしばしばありますが、まずは BPSD を正確に評価します。そして、標的症狀を厳密に定め、複数出ている BPSD の中で、何が原因で、どこに介入すればスムーズな治療ができるかという、理論的な仮説から治療方法を選択します。先に非薬物療法を検討

し、効果が不十分な場合に初めて薬物療法を検討します。そして、標的症狀の治療効果を的確に評価できる尺度を慎重に選択し、自分が取った介入方法が有効かどうかを見極めます。さらに標的症狀のスクリーニングと治療効果を的確に評価できる尺度の開発を、一緒に進められるよう、お願いします。

残りのわずかな時間で老年期のサイコーシスの話をしたいと思います。高齢者の非器質性の幻覚・妄想状態、例えば、老年期の妄想症や遅発パラフレニーと呼ばれているものに対して、聖マリアンナ医科大学の古茶先生が非常にうまくまとめています。非器質性とは、非特異的な老化性器質因を含む、病因としての器質因を厳密に除外したのではなく、横断面の状態像から見て、認知症あるいは意識障害の系列には位置付けられないもので、症候学的な意味での非器質性であると言っています。横断面であり、決して縦断的に器質性の要因があるかは見ていないことを強調しています。そして、そううつ病圏と見なされている病像は含まれず、内因性精神病の二分法に従うのならば、高齢発症の統合失調症圏の病状に位置付けられるという定義をしています。

現在、このような状態を国際的には very late-onset schizophrenia-like psychosis、VLOSLP という名前で、ロンドンのハワード教授がまとめています。60歳以上の発症で、女性に多く、感覚障害、例えば難聴や視力の低下があり、社会的孤立をしている人に多く、妄想が高頻度であるけれども幻視も認めます。重要な点は、思考形式の異常は少ないこと、感情鈍麻も目立たないこと、そして、統合失調症の家族歴は乏しく、気分障害や局所的または進行性の脳構造異常、すなわち器質性では説明できないという定義を提唱していますが、まだ議論は続いています。

日本から病理学的な検索が出ています。これは岡山大学の長尾先生と横田先生たちの研究です。老年期発症の統合失調症ならびに妄想性障害の背景病理を検討したもので、65歳以上で発症した11例によるものです。この赤色のレビー病理を持っている方、紫色の嗜銀顆粒病、すなわちタウオパチーを持っている方が、ノーマルコントロール群

に比べて非常に多いという検索結果を出しています。むしろアルツハイマー病の変化を持っている人は、レビー小体型認知症や嗜銀顆粒病に比べると少ないという結果を病理報告として出しています。この研究からも明らかのように高齢発症のサイコースとレビー小体型認知症の鑑別が最も重要です。

発見者である小阪先生は、DLBが誤診されやすいと言っていて、CTやMRIでは脳萎縮は比較的軽いため、機能的な精神障害、特に老年期精神病や遅発性パラフレニーと診断されることが少なくないと警鐘を鳴らしています。その一方で、これも非常に重要な指摘ですが、上田先生が、遅発性パラフレニーや退行期メランコリーは精神病症状による、みせかけの認知低下や薬剤性症状が正しく評価されにくく、DLBと誤診されてしまうことが少なくないという、逆方向の面からも警鐘を慣らしています。

少しだけレビーに踏み込んで紹介しますと、私も関与していますが、昨年、プロドローマルレビー小体型認知症の研究用の診断基準が『Neurology』に発表されました。そのサブタイプとして、アルツハイマー病のようなMCIのタイプが紹介されています。しかし、せん妄から発症してくるタイプや、本日紹介した難治性のうつ状態、あるいは幻覚・妄想状態から出現してくるPsychiatric Onsetのタイプがあることも強調しながら、診断基準を提唱していますので、研究用で、まだエビデンスが少ないですが、興味のある先生がたは見てください。

この診断基準にも関連して、私の友人でもある、北海道砂川市立病院の内海先生が非常に重要な研究を、ごく最近、発表しました。まだ印刷中です。プロドローマルレビー小体型認知症の精神病症状に注目して、中高年に入院治療を要する激しい精神症状を呈して、後にDLBに移行し、かつ、指標的バイオマーカーすなわち、きょう紹介したMIBGやダットスキャンによる取り込み低下、あるいはSPECTの後頭葉低下の一つで、DLBを示唆する所見を認めた21例の精神症状を検索しています。この仕事の素晴らしいところは、最初の激しい精神症状が出て、砂川市立病院

の精神科に入院した、平均年齢が62歳の患者を、その後、9年間フォローして、9年後にレビー小体型認知症が診断された患者群を検討している点です。

9例がカタトニア様の症状で発症しています。それから、デプレッションあるいはマニアで発症した方が7例です。幻覚・妄想状態で発症した方が5例です。ただし、カタトニアやデプレッションの場合も、しばしば幻覚や妄想を合併しているという研究成果です。精神症状をきちんと見極めることによって、もしかしたら、高齢発症のサイコースのかなりの部分が、いわゆる器質性の背景を持つものとして同定できる可能性があるのではないかと思い、私たちは研究を始めたところです。きょうは時間の関係で症例は紹介しませんが、ぜひ、先生がたと一緒に研究を進めたいと思います。

最後のまとめのスライドです。BPSDは認知障害や神経症状と比べると、きょう紹介したように、現在の医療のレベルでも十分、治療介入が可能な症状でしょう。背景疾患あるいは認知症の重症度によって、出現してくるBPSDは異なります。老年期に発症するサイコースの症状として出現してくる可能性も十分にあります。最後に、精神科医が取り組まずして、誰が取り組むのかということを書いて、まとめとします。ご清聴ありがとうございました。

神庭 池田先生、ご講演ありがとうございました。最後に参考文献を紹介してもらいましたが、私が先ほど紹介したのは上の二つです。

非常に豊富な先生の経験と研究の成果を盛り込んで、BPSDの介入の原則について、代表的な四つのタイプの認知症ごとに詳しく教えてもらいました。この話が全部、頭に入っているなら、明日からの認知症の、BPSDの診療は怖くないと思えるほど有用で、貴重で、先生ならではの講演だったように思います。

それでは、皆さまから質問を受けます。Q&Aに質問を入れてください。一つ、質問が来ています。レム睡眠時の行動異常があり、レビー小体型認知症を疑う患者の不眠で、オレキシン受容体拮

抗薬を処方する際、レム睡眠の増加に伴う症状の悪化が懸念されます。しかし安全性を考慮しますと、ベンゾジアゼピン系睡眠薬はためらいます。このような場合に先生は抗精神病薬やトラドゾンなどを検討しますかという質問です。

池田 指摘のように、トラドゾンとセロクエル等を検討することもあります。その場合は大抵、幻視や妄想が合併している患者で検討します。オレキシン受容体拮抗薬は、私自身も始めてみるまでは悪化させる可能性もあるかもしれないと思いましたが、意外と大丈夫でした。副作用は非常に少ないので、慎重にですが、使ってもいいのではないかと思います。ランドセン以外のベンゾジアゼピン系は禁忌に近いでしょう。紹介したように、レビー小体型認知症の患者は非常に転倒しやすいので、それは怖いです。ですから、よほどの不安症状がない限りは、抗不安薬あるいはベンゾジアゼピン系の睡眠薬は控えるべきでしょう。

神庭 時間は過ぎていますが、質問があればお願いします。次の方は、身体の衰弱が著しく激しいBPSDに対するmECTの是非について、先生の考えを聞かせてくださいという質問です。

池田 非常に重要な指摘で、これも先生がたとエビデンスをつくっていかなければいけないと思います。大阪大学でも特にレビー小体型認知症の場合に、サイコシスを伴ううつ状態で、衰弱して食べられなくなった患者は、比較的早めにmECTに踏み切るようにしています。治療効果が非常に良く、薬物療法に比べても安全だと思えます。それから、きょう紹介した、内海先生の最新の論文は治療のことにも少し触れていて、彼女たちの治療方法もメインはmECTです。激しい精神症状の場合にはmECTが安全で有効だと書いています。ただ、レトロスペクティブにまとめた報告ですので、ぜひ、先生がたと前向きに研究して、エビデンスを積み上げたいと思います。

神庭 全く素人のような質問をさせてください。先生は認知症という診断名を患者に告知します

か。その際、どのような形で伝えますか。場合によっては伝えないこともあるかと思いますが、それはどのような場合ですか。

池田 これも精神科医としては非常に重要な課題です。MCIの方には正直に話すことが多いです。今、あなたは軽度認知障害という認知症の予備軍を高頻度に含んでいるグループの状態像で、例えば背景としては、レビー小体病あるいはアルツハイマー病が疑われるというところまで、正確に伝えるようにしています。その段階ですと、さまざまな判断を患者自身がしますし、車の運転も含めた将来の生活設計ができますので、なるべく正確に伝えるようにしています。

認知証の段階になっても真っ向から告知するのは、若年性アルツハイマー病の方です。就労中の方が多くですので、やはりきちっと正確に、予後も含めて話さざるを得ません。慎重にメンタルをケアしながら告知することが多いです。それから、もし、疾患修飾薬が出てきますと、そのようなケースが、より増えるのではないのでしょうか。われわれも告知の技術を磨いておかなければいけません。

ただ、少し進んだ認知症の場合は、私はあえて、正確にレビー小体型認知症やアルツハイマー病という病名は言いません。これはさまざまな議論があるとは思いますが。例えば、「あなたの物忘れは平均的なレベルからすると明らかに病的ですので、この薬を飲んでください。このままでは病的な物忘れが進行するし、活動性も落ちてきますので、デイサービスは骨折の後のリハビリテーション、つまり歩行訓練と同じだと考えて参加してほしい。」と話します。その程度までは告知しますが、正確な病名までは言わないことのほうが多いと思います。一方で、家族には非常に詳しく、何度もしつこく病気の説明をすることが多いです。

神庭 最後に、私が今、非常に悩ましく思っているのは高齢者の運転です。今、私が住んでいる地方では、自動車がなければ自分の生活圏に限られてしまうので、どうしても自動車に乗りたいたいと言

います。運転免許の試験も通ってしまいます。例えば、前頭葉の症状の目立つ衝動性の高い人などは、危なっかしく見ていただけません。家族も止めたいたけれど、どうしたらいいでしょうという相談を受けます。先生はどのようにしていますか。

池田 非常に重要な課題で、私が愛媛大学のときから厚生労働省の班研究をつくって、高知大学精神科の上村直人先生と一緒に進めていました。先生が指摘するように、これは田舎にいるほど切実な問題で、大阪に戻ってきて唯一よかったのは、その問題が軽くなったというか、緊迫した場面が減りました。熊本の時も、その問題のときは外来にすごい緊迫感がただよっていました。

地方で公共交通機関の発達していない場所では本当に深刻な問題です。もちろん主治医としては、社会の安全や本人や家族の命を考えると、当然、止める必要があります。一方で、認知症の進行に関しては、安易に運転を止めて、社会生活が狭小化されてしまうと、明らかに認知症が悪化します。その辺りの環境整備を並行して行うことが重要でしょう。

恐らく、今年か来年から、われわれが主張してきた実車による能力判定が、一部の非常に危ない運転や違反をする高齢者に適用され始めます。先生がたから再検査等を免許センターの担当者に依頼したり、家族が依頼したりすると、実車で運転の可否を評価してくれるシステムが動き始めていますので、活用してもらえればいいでしょう。理想論は、先ほど言ったように、MCI のときに受診をしてもらい、何年もかかってゆっくりとソフトランディングをして、運転をやめていくことが、本人にとっても、周りにとってもスムーズでしょう。数年後に運転できなくなる可能性があるのを、それを念頭に置きながら、自分が運転しないで済む社会生活を今から組み立ててくださいと言うと、数年後ですので、患者も受け入れてくれます。きょうからやめてくださいと言うと反発があるのは当然です。ぜひ、MCI の受診をした辺りで、この問題を診療の場でディスカッションしてください。

神庭 誠に貴重な講演をありがとうございました。時間ですので、先生の特別講演はこれで終わります。ありがとうございました。

池田 ありがとうございました。

司会 講演した池田先生、座長の労を賜りました神庭先生、ありがとうございました。閉会のあいさつを福岡行動医学研究所会長、医療法人社団うら梅の郷会、朝倉記念病院理事長の林道彦先生にお願いします。

林 池田先生、本日は本当にありがとうございました。福岡行動医学研究所の一般社団法人として初めての講演会で、私個人としてはレビー小体型認知症の患者を抱えて困っているところでしたので、いくつもヒントをもらい、うれしく思いました。本日の講演はエーザイ株式会社、それから九州大学精神科の共催です。

福岡行動医学研究所は、中尾先生が先ほど紹介なされましたように、1987年11月、35年前の開設です。初代所長は中尾弘之先生です。中尾弘之先生が行動医学研究所と命名されました。そのときに、池田数好先生という、われわれの大先輩で、九州大学の学長をされた先生が精神科出身でした。ある時、池田数好先生から、行動医学という言葉はない、行動医学とはなんだ、と何回もしつこく聞かれて困った記憶があります。その話を中尾弘之先生にお話ししたところ、最初のシンポジウムは「行動医学とは何か」にしようと言われました。そしてご自分がシンポジストとして真っ先に話されました。そのときの話をかいつまんで紹介します。

中尾先生は、人間は生物的、心理的、社会的、そして文化的存在であると話されました。身体の内に関する学問は生物学である、個体とそれ以外との関係に関する部分は行動科学である、生物学と行動科学の考えには、良い・悪い、病気・健康などの価値観が入っていない、ここに価値観が入ると医学になる。生物学にすることが身体医学であり、行動科学にすることが行動医学であり、それで行動医学と提案したと言われました。

福岡行動医学研究所は心理的、社会的、文化的な問題を扱う研究所にしたいという話でしたので、そのような活動を続けてきました。

今年から一般社団法人となり、広く門戸を開放しています。中尾弘之先生が開設当初に言われたように、若い精神科医に支援をしたいという点、それから、精神科の教室だけではなく、同門を交えて広く活動することを志しています。これからもよろしくお願いします。あらためて、池田先

生、本日の講演会をありがとうございました。

池田 ありがとうございました。

司会 本日は参加いただき、誠にありがとうございました。以上で第2回福岡行動医学研究所セミナーを終了します。

(了)

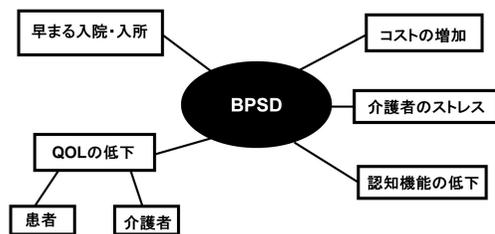
認知症の行動心理症状 (BPSD) に迫る

大阪大学大学院医学系研究科精神医学教室
池田 学

Behavioral and psychological symptoms of dementia (BPSD)

- 心理症状
 - 妄想
 - 幻覚
 - パラノイア
 - 抑うつ
 - 不安
 - 重複記憶錯誤
 - 誤認妄想
- 行動症状
 - 興奮(攻撃, 暴言・暴力)
 - 徘徊
 - 睡眠障害
 - 食行動異常
 - 性的脱抑制

BPSDの影響



(Finkel S. Int J Geriatr Psychiatry, 2000)

BPSDとは

- ✓ (認知障害, 神経症状と比べると) 十分治療介入が可能な症状である
- ✓ 背景疾患により, 認知症の重症度により出現するBPSDは異なる
- ✓ 老年期に発症するサイコシスの症状として出現している可能性がある
- ✓ 精神科医が取り組まずして誰が取り組むのか

BPSDに対する介入の原則

- BPSDを正確に評価する。

BPSDの評価

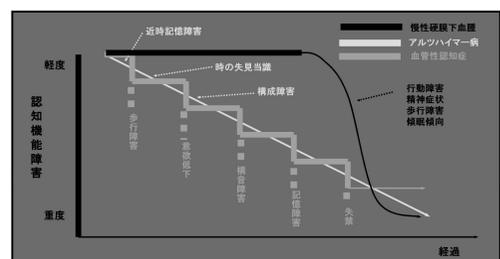
- ✓ BPSDの内容
- ✓ 頻度
- ✓ 重症度 (リスク)
- ✓ 介護負担
- ✓ 出現様式
- ✓ 疾患そのものによる症状か, 環境因などにより2次的に出現している症状か, それとも両者の相互作用によるものか。

The Neuropsychiatric Inventory (NPI)

(Cummings et al. Neurology, 1994; 博野ら. 脳と神経. 1997)

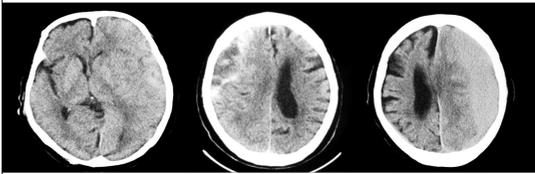
- 妄想
- 幻覚
- 興奮
- うつ
- 不安
- 多幸
- 無関心
- 脱抑制
- 易刺激性
- 異常行動

慢性硬膜下血腫の経過



慢性硬膜下血腫

頭部CT(単純)

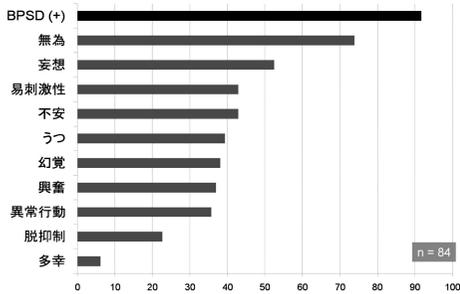


isodensity low densityと high densityが混在 均一なhigh density

(済生会みすみ病院藤岡正導先生のご厚意による)

BPSDに対する介入の原則

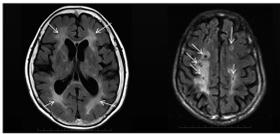
- ・ BPSDを正確に評価する。
- ・ 標的症状を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択する。



血管性認知症

脳小血管病 (Small vessel disease, SVD)

- ・ 白質高信号域 (white matter hyperintensities; WMH) 及びラクナ梗塞を包括した概念



WMH ラクナ梗塞

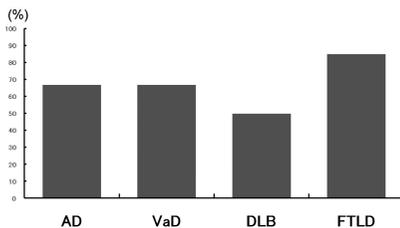
- ・ 高齢者の脳MRIにおいて、しばしば認められる
- ・ 脳小血管の動脈硬化に起因しており、年齢および血管危険因子に伴って増加する (Pantoni and Garcia, 1995)

初期 血管性認知症の精神症状と認知機能



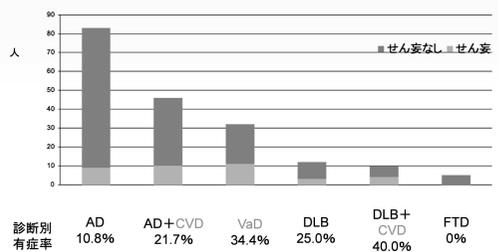
- ・ 無関心、意欲低下 (アパシー)
 - ・ 社会生活範囲の狭小化
- ・ 道具的機能の維持
 - ・ 記憶障害は比較的軽度 (想起は困難でも、再認は可能)

疾患別の無為・無関心の得点頻度 (NPIの下位項目「無為・無関心」で得点したものの割合)

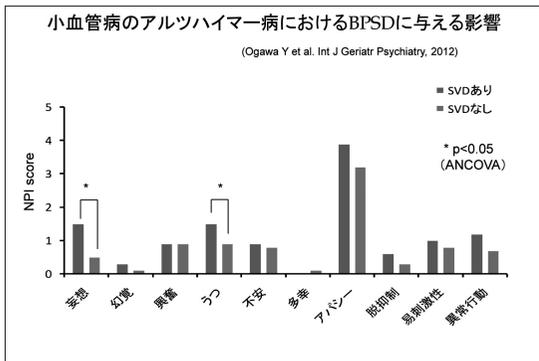


認知症の診断別せん妄併存有症率

(Hasegawa et al, Inter Psychogeriatrics, 2013)



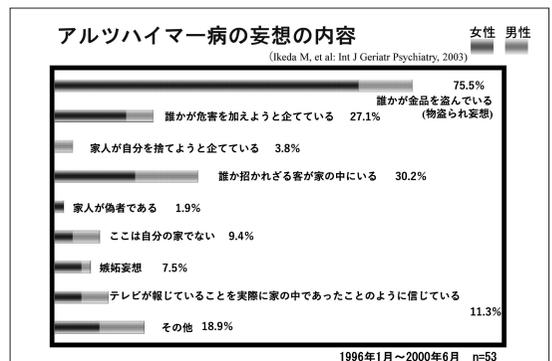
Fisher直接確率 $p=0.033$



アルツハイマー病

BPSDに対する介入の原則

- ・ BPSDを正確に評価する。
- ・ 標的症候を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択する。
- ・ まず、非薬物療法を検討し、効果が不十分な場合に薬物療法を検討する。



アルツハイマー病の物盗られ妄想の特徴

(痴呆性老人の心理と対応 西村健監修より)

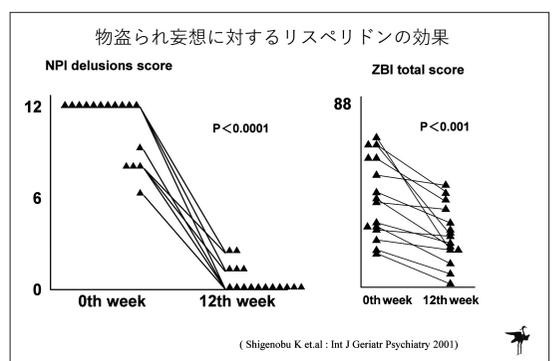
- 妄想の対象**
介護者・隣人
- 妄想の内容**
具体的・世俗的
財布
通帳
印鑑
- 比較的病初期に出現**

物盗られ妄想に対する介入

- ・ 介護者に対する教育
- ↓
- ・ デイサービス・デイケアの利用による物理的接触の減少
- ↓
- ・ リスペリドンによる薬物療法

BPSDに対する介入の原則

- ・ BPSDを正確に評価する。
- ・ 標的症候を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択する。
- ・ まず、非薬物療法を検討し、効果が不十分な場合に薬物療法を検討する。
- ・ 標的症候の治療効果を的確に評価できる尺度を慎重に選択する。



レビー小体型認知症

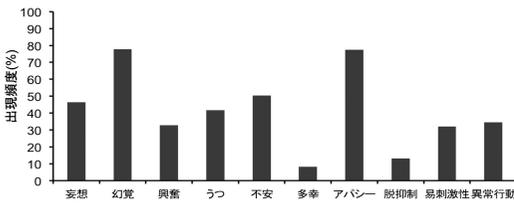
レビー小体型認知症のBPSD

- ・ 幻覚、とくに幻視
- ・ 体系化した妄想
- ・ 幻覚・妄想に基づく焦燥、興奮、異常行動
- ・ 注意や明晰さの著明な変動
- ・ 抑うつ
- ・ レム睡眠行動異常症、過眠

DLBの精神症状: NPI下位項目スコアの比較

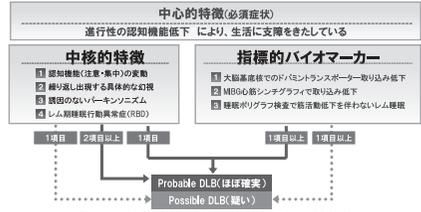
(Mori E, Ikeda M, Kosaka K et al. Ann Neurol, 2012)

N=126



レビー小体型認知症(DLB)の臨床診断基準(2017年改訂版)

監修 小坂 富司 先生 (横浜国立大学 名誉教授)
 監 査 松田 浩二 先生 (東北大学 名誉教授)
 池田 学 先生 (大阪大学大学院医学系研究科 精神医学分野 教授)

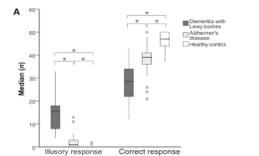
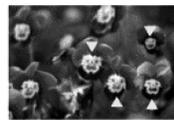


BPSDに対する介入の原則

- ・ BPSDを正確に評価する。
- ・ 標的症狀を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択する。
- ・ まず、非薬物療法を検討し、効果が不十分な場合に薬物療法を検討する。
- ・ 標的症狀の治療効果を的確に評価できる尺度を慎重に選択する。
- ・ 標的症狀のスクリーニングと治療効果を的確に評価できる尺度を開発する。

Pareidolias: complex visual illusions in dementia with Lewy bodies.

Uchiyama et al. Brain 2012 135: 2458-69.



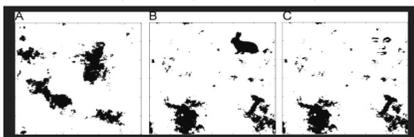
「DLB患者はAD患者よりも錯視を生じやすい」

(原因は?)

DLB患者はAD患者よりも視覚認知障害が強い
 DLB患者は意味づけをする傾向がある

錯視と誤認

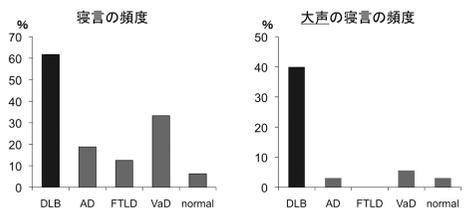
- ・ Hallucinators find meaning in noises: pareidolic illusions in dementia with Lewy bodies. (Yokoi et al. 2014)



- DLB患者は意味のない表象に意味を求める傾向がある
- 錯視の出現数と幻視の頻度が相関
- ドネベジルにより錯視の数が減少

DLB診断と寝言

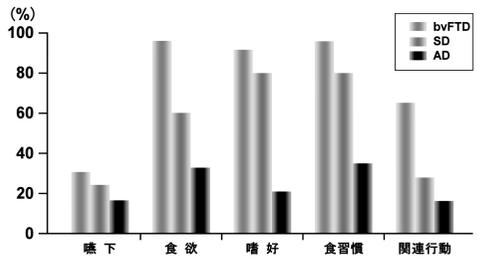
(Honda et al. Int Psychogeriatr. 2013)



前頭側頭型認知症のBPSD

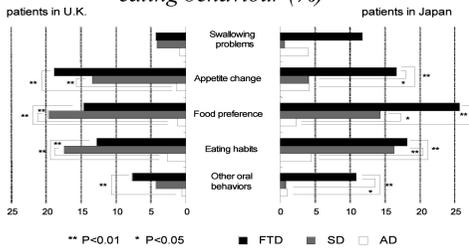
- ・ 病識の欠如
- ・ 感情・情動変化
- ・ 脱抑制・反社会的行動
- ・ 自発性の低下
- ・ 無関心
- ・ 常同行動
- ・ 食行動異常
- ・ 被影響性の亢進
- ・ 転導性の亢進

食行動異常の頻度



(Ikeda et al. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 2002)

Frequency of each eating behaviour (%)



(Shinagawa et al, JNNP, 2007)

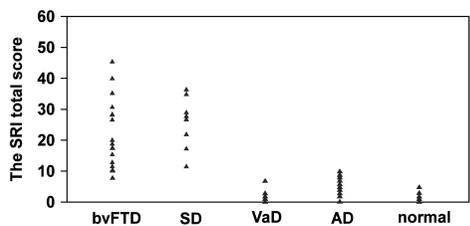
Weight gain

	U.K.	Japan
Weight gain of more than 7.5kg cases		
FTD	30%	5.6%
SD	36%	9.1%

時刻表的生活

時刻	11月	12月	1月	2月	3月	4月	5月
4:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
5:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
7:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
9:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
10:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
11:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
12:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
1:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
2:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
3:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
4:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
5:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
6:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
7:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
8:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
9:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
10:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床
11:00	起床	起床	起床	起床	起床	起床	起床

FTD, SD, VaD, AD, ならびに健常群の常同行動



(Shigenobu et al. Psychiatry Research, 2002)

BPSDに対する介入の原則

- ・ BPSDを正確に評価する。
- ・ 標的症候を厳密に定め、理論的な仮説から治療方法を選択する。
- ・ まず、非薬物療法を検討し、効果が不十分な場合に薬物療法を検討する。
- ・ 標的症候の治療効果を的確に評価できる尺度を慎重に選択する。
- ・ 標的症候のスクリーニングと治療効果を的確に評価できる尺度を開発する。

高齢者の非器質性幻覚・妄想状態

(古茶・妄想の臨床, 2013)

- ・ 非器質性とは、病因としての器質性(非特異的な老化性器質性を含む)を厳密に除外したものではない。横断面的な状態像からみて認知症あるいは意識障害の系列には位置づけられないもので、症候学的な意味での非器質性である。
- ・ 躁うつ病とみなされている病像は含まれず、内因性精神病の二分法に従うなら、高齢発症の統合失調症圏の病像に位置づけられる。

Very-late-onset schizophrenia-like psychosis (VLOSLP)

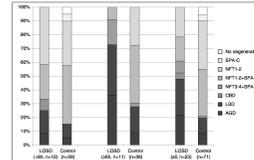
(Howard R et al, 2000)

- 60歳以降の発症
- 女性に多い
- 感覚障害
- 社会的孤立
- 妄想が高頻度
- 幻視が多い
- 思考形式の障害 (formal thought disorder) は少ない
- 感情鈍麻 (affective blunting) は目立たない
- 統合失調症の家族歴は乏しい
- 気分障害や局所的または進行性の脳構造異常で説明できない

老年期発症の統合失調症ならびに妄想性障害の背景病理

(Nagao S, et al, 2014)

- 65歳以上で発症した遅発性統合失調症ならびに妄想性障害群 (n=11) と年齢を統制した健常対照群 (n=36) の神経病理学的検索
 - Lewy body disease; 36.4% vs 19.4%
 - Argyrophilic grain disease (嗜銀顆粒病); 36.8% vs 8.3%
 - Moderate Alzheimer's pathology; 18.2% vs 2.8%



高齢発症のPsychosisとレビー小体型認知症

- 「DLBが誤診されやすい。CTやMRIでは脳萎縮が比較的に軽いため、機能的な精神障害、とくに老年期精神病とか変異性パラフェニーなどと診断されてしまうことが少なくない。」(小阪憲司, 2008)
- 「遅発性パラフェニーや退行期メランコリーは、精神病症状による見せかけの認知低下や薬剤性症状が正しく評価されにくく、DLBと誤診されてしまうことが少なくない。」(上田諭, 2011)

高齢発症のPsychosisとレビー小体型認知症

- Prodromal レビー小体型認知症の研究用診断基準 (McKeith I et al. : Neurology, 2020)
 - MCI
 - Delirium-onset
 - Psychiatric-onset
- Prodromal レビー小体型認知症の精神症状 (Utsumi K et al. J Alzheimers Dis, 2021)
 - 中高年期に入院治療を要する激しい精神症状を呈して、後にDLBに移行し、かつ3つのRt検査の少なくとも1つでDLBの陽性所見を認めた21例
 - 精神症状の発症年齢 62.2±6.3歳, DLB発症平均年齢 71.3±6.1歳
 - Catatonia (9/21), Depression and/or mania (7/21), Delusion・Hallucination (5/21)

症例2: 80代男性、妄想・幻覚

【現病歴】

X-1年より室内を盗撮・放映されている、盗聴器が仕掛けられている、神様の儀式が執り行われている、鶴瓶が家族と自分の生活に関わってくる、という妄想や、どこからか水や虫が落ちてくる、家の中に人がいつぱいいる、と訴え、誰もいないところに向かって話しかける様子が見られるようになった。物忘れは目立たなかったが、精査目的でX年に当科初診。

【既往歴】潰瘍性大腸炎【家族歴】特記事項なし

【内服薬】ベンタサ、マグミットのみ(抗認知症薬の内服歴なし)

【生活歴】

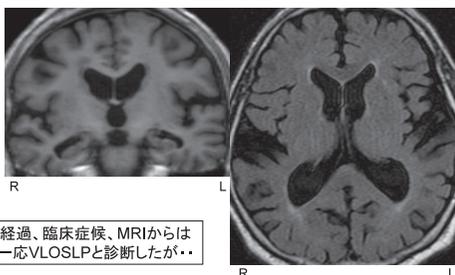
飲酒なし、喫煙歴30本/日×15年あるが、禁煙済み。妻と二人暮らし。出不精で買い物に単独ではいけませんが、ADLは自立。

認知機能検査、BPSD、神経所見

MMSE	29/30
時の見当識	5/5
場所の見当識	4/5
3単語記憶	3/3
Serial 7	5/5
遅延再生	3/3
呼称	2/2
復唱	1/1
3段階命令	3/3
読字	1/1
書字	1/1
描画	1/1

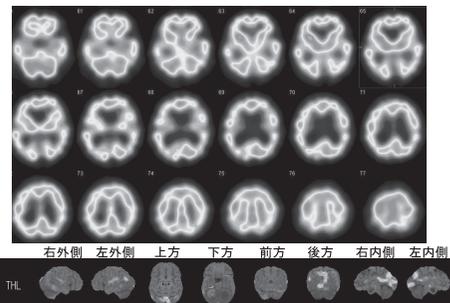
WMS-R 論理的記憶 I / II = 3/1
 NPI: 頻度×重症度
 妄想(物盗られ妄想、嫉妬妄想、被害妄想、幻の同居人): 4×1
 幻覚(幻視、幻聴): 4×1
 睡眠(中途覚醒): 1×1
 * 明らかなRBD様症状なし
 バイドリアテスト
 正反応9/40、パレイドリア反応39個
 UPDRS Part III 3/108
 検査上、軽度の近時記憶障害は認められるものの、本人、家族からは物忘れの訴えなし

頭部MRI

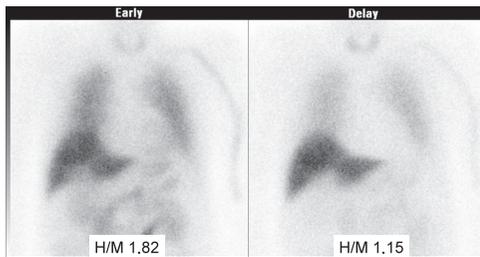


経過、臨床症候、MRIからは一応VLOSLPと診断したが・・・

脳血流SPECT



MIBG心筋シンチ



軽度の近時記憶障害+妄想・繰り返す幻視+MIBG陽性
→Prodromal DLB

治療経過

- LBDと診断後、アリセプト8mgで妄想の消失、幻覚の軽減
- その後、長期のフォローで著明な視空間認知障害及びパーキンソンズム出現、幻覚の再増悪
- 現在の処方方はアリセプト8mg、メマリー20mg

参考文献

- 池田 学: 中公新書 認知症, 中央公論新社, 東京, 2010
- 池田 学 (編集): 日常臨床に必要な認知症症候学, 新興医学出版社, 東京, 2014
- 池田 学: 高齢発症のpsychosis. (日本老年精神医学会 生涯教育講座)

ロールシャッハ法の最前線

(小川俊樹編著, 岩崎学術出版社, 2021年)

九州大学大学院人間環境学研究院 黒木 俊秀

本書のあとがきに編者の小川俊樹氏（筑波大学名誉教授）は次のように記しておられる。

「土居（健郎）に『精神療法に進歩はあるか』という所論があるが、ロールシャッハ法が誕生して100年を迎え、『ロールシャッハ法に進歩はあるか』を考えてみた。」

本書は、こうした問題意識を共有する十数名の研究者が小川氏のもとに集い、現代心理学（発達、文化、認知心理学等）におけるロールシャッハ法の位置づけ—ロールシャッハ図版を視覚課題とするfMRI研究！—、ロールシャッハ法のエビデンスをめぐる研究の現況、及びR-PASやロジカル・ロールシャッハ法と呼ばれる新しいアプローチの展開等々、文字通り、ロールシャッハ法の最前線を見通すことのできる好著である。いずれの著者もロールシャッハ法に深い愛情を寄せながらも心理学者たる批判精神の矜持を保っている点に好感が持てる。

実際、ロールシャッハ法はヘルマン・ロールシャッハが1世紀前に『精神診断学Psychodiagnostics』（1921年）を上梓した当初より幾度も消滅の危機に瀕してきたらしい。その毀誉褒貶たる論争の歴史は、時代的にも精神科診断学の歴史と符合していることに本書を読むうちに気付いた。いずれもアメリカ精神医学と心理学のダイナミズムの中で展開してきたことと無関係ではないだろう。

元々、動物実験と臨床治験くらいしか、精神現象を測定する科学的な方法論を学ぶ機会がなかった僕にとって、9年ほど前に迷い込んだ臨床心理学の世界で計量心理学（サイコメトリックス）の確固たる方法論を知ったことは僥倖であった。20世紀半ばに確立された古典的テスト理論（心理尺度の信頼性と妥当性の検証）がDSM-IIIの開発に大きな影響を与えたことが容易に理解できたし、その後の精神科診断学の発展にも計量心理学が極

めて重要な貢献をなしていることを知るに及び、初めて北村俊則先生が仰ることが理解できるようになった（『精神に疾患は存在するか』[星和書店、2017年]は名著である）。本当に、どうしてこんな大切なこと—例えば、あるDSM診断の基準項目の妥当性をいかに検証するのか—を精神科医になって30年近くも学ぶ機会がなかったのだろうか。

ところが、そうなる今回は臨床心理学における様々なアセスメントの信頼性と妥当性を疑うようになった。特に投影法、なかでもロールシャッハ法については、そのスコアリングの解釈を問う問題が臨床心理士資格認定試験における最高難度として知られているだけに—それだけ初心の心理職にとってロールシャッハ法をマスターすることはプライオリティが高いのであるが—、強い疑問を持った。それゆえ、本書のテーマに惹きつけられたのである。

本書のテーマとなるロールシャッハ法の「進歩」の経緯をごく簡単に紹介すると次の通りである。1920年代にスイスで生まれたロールシャッハ法は、37歳で夭逝したヘルマンと同じくオイゲン・ブローラーの門下であったルートヴィヒ・ビンズワングーやウジェーヌ・ミンコフスキーには評価されたものの、同じ言語圏であるドイツでは今日までほとんど受け入れられていないらしい。一方、米国に伝えられると、1940年代に急速に同国で広まった。折りしも、第二次大戦中の兵士の徴用に心理検査として大きな役割を果たした。ところが、1960年代になると、その科学的エビデンスの乏しさが厳しく糾弾され、ロールシャッハ法の専門家に占星術師や心霊治療師と同じような胡散臭そうな眼差しが向けられるようになった。その危機を救ったのが、1970年代に登場したジョン・アーネスト・エクスマーによる包括システムであり、北米におけるロールシャッハ法

の劇的な復活をもたらした。包括システムは、ロールシャッハ法の信頼性と妥当性を担保するものとして、医療や福祉、司法の現場で広く用いられるようになった。ところが、その包括システムさえも、1990年代半ばより、その科学的エビデンスの質が疑問視されるようになった。批判勢力の中心となったジェイムズ・ウッドらは、2003年に“*What's Wrong With The Rorschach?*”（邦訳『ロールシャッハテストはまちがっている』宮崎謙一訳、北大路書房、2006年）と題するモノグラフを出版し、包括システムの問題点をセンセーショナルに告発した。その批判を集約すると、ロールシャッハ法が「過剰病理化」、すなわち、特に大きな問題のない人が検査を受けると「病気」と判定される危険性が常にあるという点である（本書、198頁）。ウッド自身が包括システムに疑問を持った発端が、児童虐待が疑われた裁判において両親に対して行われたロールシャッハ法による心理判定であった点も興味深い。こうした批判を受けて、ロールシャッハ法を推進する心理学者の中から改めて計量心理学的基礎を強化する新たなアプローチとしてR-PASが提唱されるに至った。しかし、まだその歴史はようやく10年を

過ぎたばかりである。

なるほど、包括システムをDSM-Ⅲ、そしてウッドの批判やR-PASの登場をDSM-5の改訂作業において提起された従来のカテゴリー診断に対する批判とディメンショナル・モデルの勃興と対比すると、何やら面白い。いずれも、その背景にある精神医学と心理学の大衆社会への巨大な浸透が先駆者たちも予期しなかった顛末をもたらし、その限界を乗り越えようとまた新しい動きが始まるように感じる。

小川氏によれば、ヘルマンの『精神診断学』はわずか1,200部を刷ってほとんどが小さな出版社に残されたのであるという。にもかかわらず、ロールシャッハ法が1世紀を生き延びた理由は、「図版を作成したヘルマンの美的センスと、12枚から10枚に図版を削減した決断、そして陰影が生じるという印刷のミスという偶然の賜物である。しかし、あの10枚の図版がかくも人の心を何故に刺激するのかは不明である。」（本書、9頁）。

一体、この先には何が待つのだろうか。今宵、ロールシャッハの図版を眺めながら、未来を占ってみたい。

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

福岡行動医学研究所では精神医学研究奨励賞を設け、卒後10年程度の若手精神科医の中からその年活躍した人を人選し、奨励賞を授与することになっている。令和3年度受賞者は九州大学精神科大学院生の高橋潤一氏に決定した。氏の論文「精神疾患と眼球運動異常」は本誌に掲載されている。令和3年11月の九大精神科同門会総会において神庭重信所長より授与された。奨励賞が若手精神科医の励みになることを期待している。

一般社団法人移行後の第2巻目となる本誌特集は、より良い治療への挑戦 その2で、最新の精神科医療のエッセンスが満載されている。こうしてみると精神科医療の進歩が手に取るようにわかる。今回は神田橋先生にもご寄稿いただいた。読みごたえがある内容となった。

会員諸氏のご寄稿をお待ちしています。

(記 林 道彦)

福岡行動医学雑誌 第28巻 第1号 2021

発行 令和4年8月1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
