

# 一般診療科医と精神科医の メンタルヘルス連携ハンドブック

編集 水野 雅文 東京都精神保健福祉協議会 理事長  
東邦大学医学部 教授





# 一般診療科医と精神科医の メンタルヘルス連携ハンドブック

編集 水野 雅文 東京都精神保健福祉協議会 理事長  
東邦大学医学部 教授

## 執筆（執筆順）

---

水野雅文	東邦大学医学部精神神経医学講座 教授
田中哲	東京都立小児総合医療センター 副院長
西園マーハ文	財団法人 東京都医学総合研究所 「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト 臨床児童精神医学研究室 室長
中村敬	東京慈恵会医科大学附属第三病院 精神神経科 教授 森田療法センター長
大野裕	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター 認知行動療法センター センター長
松本俊彦	独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 薬物依存研究部診断治療開発研究室長 自殺予防総合対策センター副センター長
栗田主一	東京都健康長寿医療センター研究所 自立促進と介護予防研究チーム 研究部長
飛鳥井望	財団法人 東京都医学総合研究所 副所長 「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクトリーダー
安藤俊太郎	財団法人 東京都医学総合研究所 「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト 研究員
熊谷直樹	東京都福祉保健局 障害者施策推進部 障害者医療担当部長
井上悟	東京都立中部総合精神保健福祉センター 副所長
藤本豊	東京都立中部総合精神保健福祉センター 特命担当科長
仮屋暢聡	医療法人 KARIYA 理事長 まいんずたわーメンタルクリニック 院長
茅野分	銀座泰明クリニック 院長
岩下覚	社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 院長
後藤恵	医療法人社団 翠会 成増厚生病院 診療部長
渡辺象	医療法人社団 じゅんせいクリニック 院長 社団法人東京都医師会 理事
石橋幸滋	医療法人社団 実幸会 石橋クリニック 院長

## はじめに

この度、東京都精神保健福祉協議会では東京都からの事業委託を受け、『一般診療科医と精神科医のメンタルヘルス連携ハンドブック』を刊行することになりました。

その経緯は、国の平成23年度地域自殺対策緊急強化基金事業を受けて、東京都が一般診療科医と精神科医との連携等に関する普及啓発事業として当協議会に本書の企画・制作を委託したものです。厚生労働省は次期医療計画において医療計画に記載すべき4疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞、糖尿病）に精神疾患を追加して“5疾病”とし、精神疾患についても地域医療連携体制の構築を目指すことになりました。わが国の精神保健において自殺者の削減とうつ病対策をはじめとする精神疾患の早期発見・早期治療の推進は喫緊の課題です。それにはまず、地域・職域におけるゲートキーパーであるかかりつけ医をはじめとする一般診療科の先生方が、その存在に気づき、必要に応じて専門医との連携を速やかに進められることが重要な方略であると思われます。

そこで本書は、「精神保健福祉法」とそれによる診療システムなどの精神科医療の特殊性に加え、東京都ならではの地域特性にも目を向けたものとなるよう編集いたしました。一般診療科医自身が診療幅を広げてメンタルヘルスに関わる視点での類書は多数ありますが、精神科医との連携を前提として書かれたハンドブックは少ないように思われます。

東京都では本ハンドブックを利用して、「うつ等精神疾患早期発見・早期対応研修事業」として今後都内各地区医師会を通じて講習会等を開催し、医師を対象とした研修を開催していく予定とのことです。

先生方には日々の臨床にご多忙中誠に恐縮に存じますが、本事業の趣旨を御理解賜り、是非とも御一読の労をお取り頂けますようお願い申し上げます。

平成24年1月

東京都精神保健福祉協議会 理事長  
東邦大学医学部精神神経医学講座 教授  
水野 雅文

# 目次

## 第1章 精神症状の診かたと連携 水野 雅文

1. 一般診療科医師，特にかかりつけ医によるゲートキーピング…………… 7
2. 精神疾患発見のためのポイント…………… 9
3. 精神科受診の伝え方・勧め方…………… 10
4. なぜ精神科受診を拒むのか…………… 11
5. 精神科依頼のポイント…………… 11
6. 今後の課題…………… 12
- \* プライマリケアにおけるメンタルヘルスクリーニング …… 13

## 第2章 発達障害 田中 哲

1. 概要と病態…………… 15
2. 早期発見のポイント…………… 22
3. 問診のポイント…………… 23
4. 鑑別診断…………… 24
5. 家族への説明のポイント…………… 24
6. 治療…………… 25
7. 連携のポイント…………… 26

## 第3章 摂食障害 西園マーハ文

1. 概要と病態…………… 27
2. 早期発見のポイント…………… 31
3. 問診のポイント…………… 32
4. 鑑別・併存診断…………… 32
5. 家族への説明のポイント…………… 33
6. 治療…………… 33
7. 連携のポイント…………… 34

## 第4章 パーソナリティ障害 西園マーハ文

1. 概要と病態…………… 35
2. 早期発見のポイント…………… 39

## 第5章 統合失調症 水野 雅文

1. 概要と病態…………… 41
2. 早期発見のポイント…………… 47
3. 問診のポイント…………… 47
4. 鑑別診断…………… 47
5. 家族への説明のポイント…………… 48
6. 連携のコツ…………… 49
7. 治療のノウハウ…………… 49
- \* The PRIME Screen 日本語版 …… 52

## 第6章 不安障害 中村 敬

1. 概要と病態…………… 53
2. 病型と特徴…………… 55
3. 鑑別診断…………… 60
4. 家族への説明のポイント…………… 60
5. 連携のコツ…………… 61
6. 治療…………… 61

<b>第7章 うつ病</b>	大野 裕
1. 概要と病態	65
2. 問診と診断のポイント	70
3. 治療	75
4. 連携のポイント	84

<b>第8章 アルコール依存症</b>	松本 俊彦
1. 概要と病態	87
2. 早期発見と診断のポイント	90
3. 鑑別診断	91
4. 問診のポイント	92
5. アルコール依存症者の家族支援	93
6. 治療	93
* 飲酒週間スクリーニングシート	95

<b>第9章 認知症</b>	粟田 圭一
1. 概要と病態	97
2. 鑑別診断	103
3. 問診のポイント	105
4. 治療	109
5. 連携のポイント	111
* 日本語版 Mini-Mental State Examination (MMSE) チェックシート	113

<b>第10章 自殺とその予防</b>	飛鳥井 望, 安藤 俊太郎
1. 疫学と概要	115
2. かかりつけ医は自殺予防の主役の一人である	117
3. 自殺傾向の発見のポイント	118
4. 自殺予防のポイント	120

<b>第11章 精神科医療・精神保健福祉関係の制度</b>	熊谷 直樹, 井上 悟, 藤本 豊
1. はじめに	125
2. 主な精神保健福祉制度	125
3. 制度の利用事例 (架空)	132
4. 制度改正の動向	133

<b>コラム</b>		
精神科外来との連携のコツ 1 ～連携づくりのために、今できること～	仮屋 暢聡	14
精神科外来との連携のコツ 2 ～精神科と内科の連携の試み～	茅野 分	40
精神科への入院紹介と連携のコツ 1 ～顔の見える連携を～	岩下 覚	64
精神科への入院紹介と連携のコツ 2 ～地域連携の重要性～	後藤 恵	86
かかりつけ医の立場から 1 ～自殺の予感～	渡辺 象	96
かかりつけ医の立場から 2 ～かかりつけ医・かかりつけ薬局の重要性～	石橋 幸滋	114

<b>巻末</b>	
編集・執筆者略歴	134

<参考文献>

DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引 新訂版. 医学書院

ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン. 医学書院



## 第1章 精神症状の診かたと連携

### Key Points

- 一般診療科医師，特にかかりつけ医こそメンタルヘルスのゲートキーパーである。
- 学校医や産業医の立場も，メンタルヘルス領域の関わりは広く重要である。
- 疫学研究によれば，不安や不眠，抑うつなどのありふれた精神症状（common mental disorders）を呈する患者は1年間に地域人口1,000人あたり約300人おり，このうち230人がかかりつけ医を受診している。
- 上記230人のうち，精神症状を正診されている者は100人程度に過ぎない。
- 気分障害を発見できる医師の診察は，視線を合わせ，リラックスした雰囲気，相槌が巧く，急がせず，聴き上手な診察をしている。
- 多忙な外来では，自記式のスクリーニング表の活用も有効である。（章末13ページ参照）
- ギャンブル依存，ネットゲーム依存，買い物依存などや，違法薬物の乱用や自家栽培など，新たな社会現象にも医学的な関わりを要する状態が増加中である。
- 医原性の薬物乱用を生み出さない注意も求められている。特に，抗不安薬や睡眠導入剤の身体不定愁訴に対する安易な処方には厳に慎むべきである。

### 1. 一般診療科医師，特にかかりつけ医によるゲートキーピング

わが国の保険診療体制下では，国民は，いつでも，どこでも，保険証一枚あれば自由に選んで保険診療を受けることができる。わが国とは対比的に，英国の国民健康保険制度（National Health Insurance）では，全土が細かな診療圏に区切られており，住民は救急などの例外を除き，まずは予め登録した General Practitioner（GP）と呼ばれる家庭医を受診し，必要があれば専門医に紹介されるシステムになっている。従って受診経路などの診療実態の把握がしやすい仕組みである。

わが国のような自由アクセスシステムのもとでは受診行動に関する調査は困難であり，精神疾患に関する地域疫学データは極めて乏しい。そこで上述のような英国において，メンタルヘルスの受診行動を調査した結果を図1<sup>1)</sup>に示し，精神疾患の初期段階での受診行動について考えてみる。

不安や不眠，軽い抑うつなども含めたありふれた精神症状を common mental disorders と呼んでいる。

仮に2週間以上にわたり何らかの common mental

disorders を呈した人の数を地域で調査すると，地域人口1,000人の住民の中で，1年間に約300人が該当するという。このうち約80%（230人）が何らかの訴えを持って家庭医を受診しているものの，実際にその訴えが精神疾患に基づくものであると正しく診断できたのは102例に留まっていた。もちろん大部分は身体症状を主訴に受診した者であろうし，精神症状に関する問診時間はごく限られた中でのこととはいえ，家庭医としての臨床能力が相対的に高いとされる英国においても，精神疾患の正しい診断にはかなり限界がある（約4割強に留まっている）ことが示される。見逃された者や受診しなかった者が，自然に回復するほど軽症であったとは限らない。

英国の家庭医はごく日常的にSSRIなどの抗うつ薬を用いて，相当数の患者に対応している。その結果，102例のうち精神科専門医へ紹介された者は24例に留まっている。従ってこの時点で，何らかのメンタルヘルス上の問題を持つ約300人のうちの9割は，1年間に一度も専門家の診療を受けていないことにな

る。この中には家庭医の適切な治療により早期に回復した者もいるが、一方、軽症者ばかりではなく、統合失調症をはじめとする重度の精神疾患の前駆状態にある者も含まれていることだろう。これには多くの理由が挙げられる。まず受診者は身体的愁訴を訴えて来院し、第一線の医師は社会的な機能障害よりも、先ずは生命的危機に関するような疾患を発見することを役割と認識していることだろう。患者が身体症状を訴えているときに、その背後にある精神症状に素早く的確な診断を下すには相応の技術を要する。精神科医が診察したときでさえ誤診は生じるのである。

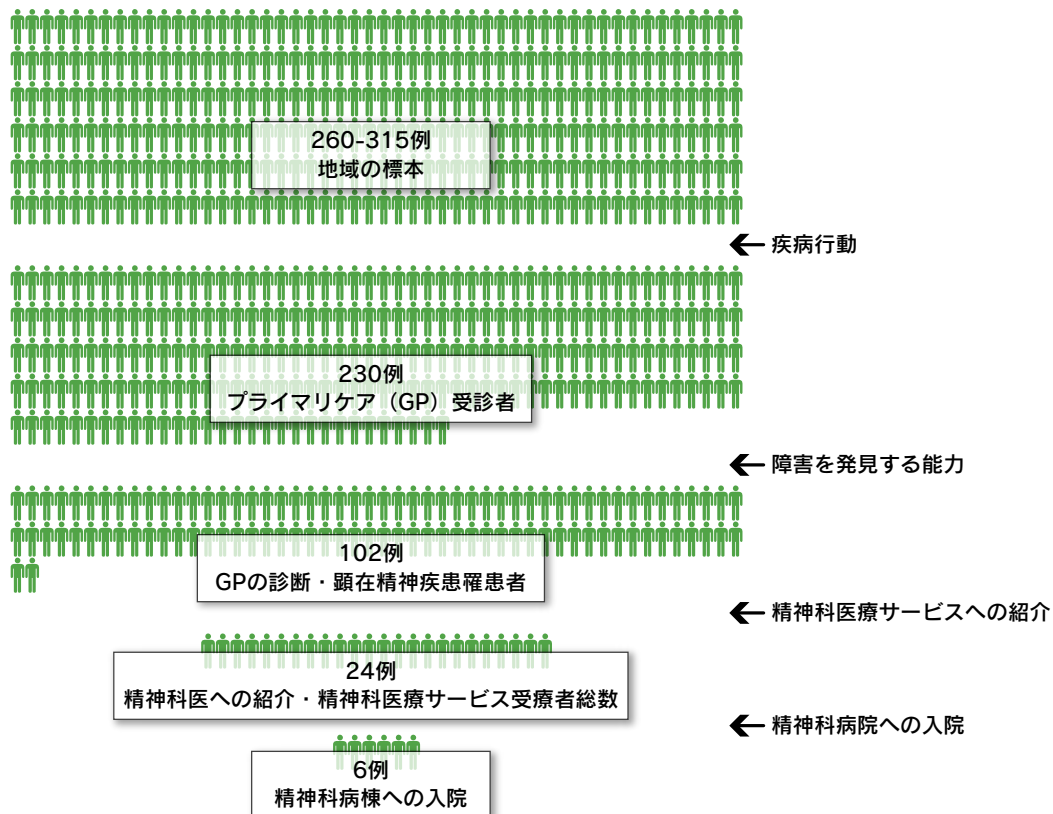
逆に、身体愁訴に相当する身体的所見が見出せないときには、精神疾患が存在していなくても、精神障害ありとみなされてしまうこともある。多くの場合は、慢性的な疼痛や神経学的な訴えのある患者で、従来の身体疾患や症候群の診断基準を満たさない場合である。このような場合、心気症と混同されることがしばしばある。こうした時にも精神科専門医がいる施設との連携が有効である。全ての精神疾患には身体症状がつきものであり、全ての疾患は気分の障害を伴うものであることを忘れられてはならない。

一般診療科医師がしばしば直面し困惑する場面と

して、明らかな生活上のストレスに対する心理的反応を、精神疾患の症状として捉えられるか否かが挙げられる。不眠、食欲不振、焦燥、集中困難、筋緊張亢進、不安、不快な気分、希死念慮などは、生活上の重大なストレス（ライフイベント）に遭遇した際に万人が呈する一般的な心理反応でもある。しかしこれらは、重篤な精神疾患の初期あるいは前駆期の症状の特徴とも共通する。前駆状態は、「疾患（障害）」の基準は満たしていなくても、本人や家族の負担はかなり大きい場合もあり、援助を求めていたりケアを必要とする状態である。これらの一般的な症状が前駆症状や初期症状となる症例を的確に診断する能力は、有効な治療を早期に開始することを可能とし、予後不良な疾患の転帰を良好なものにする可能性につながるが、精神科医にとっても容易な課題ではない。

図1で示したような common mental disorders と呼ばれる不安や抑うつに代表されるありふれた精神症状と、統合失調症や躁うつ病などの精神病の前駆症状、さらに精神病を発症する思春期における心性にともなう様々な行動変化の間には、それぞれ大きな重複がある。

前駆症状は、ある一時点において症状が急激に出



1年間で少なくとも2週間は持続する精神障害の症状を持つ患者の見積もり数、人口1000人当たりの年間罹患数

Goldberg & Huxley, 1992

図1 各レベルでの common mental disorders<sup>1)</sup>

揃うのではなく、主観的体験や行動が時々刻々と変化する過程であることが以前から多数の研究により指摘されている。

Yung らの検討<sup>2)</sup>による初回エピソード精神病にいたる前駆症状の特徴を表1に示す。Yung らの研究によれば、ここに示した順に出現頻度が高いという。

本冊子は一般診療科医を対象に、精神科医との連携を推進することを目指している。特に地域で一人医師で開業するかかりつけ医を想定しているが、かかりつけ医には診療施設での治療者としての役割の他に、学校医や産業医をはじめとする予防に力点を置いた役割も果たしている医師も多い。学校や職域では養護教諭、保健師、スクールカウンセラー、産業カウンセラー等、様々な職種との連携が求められている。

教育現場や企業においてもメンタルヘルス関連のニーズは急速に高まってきており、其々の職種が誰

にどう相談したらよいか判断がつかないままに困難な事例を抱えていることも多い。こうした場面でも学校医、産業医がゲートキーパーとしての役割を發揮し、精神科専門医との連携を的確に活用されることが期待されている。

表1 重篤な精神疾患の前駆症状（頻度順）

- ① 注意力・集中力の減弱
- ② 欲動、動機付けの減少、意欲減退
- ③ 抑うつ気分
- ④ 不眠
- ⑤ 不安
- ⑥ 社会的引きこもり
- ⑦ 猜疑心
- ⑧ 社会的役割機能の低下
- ⑨ 焦燥

## 2. 精神疾患発見のためのポイント

一般診療科における多忙な臨床場面で、精神疾患の有無を判断するために長時間にわたる面接をすることは実際上困難である。しかし身近に頼れる精神科医がいない時や、患者がどうしても精神科医の受診を拒む時など、にわかに詳細な面接をして患者の話を傾聴しなければならない時もある。

Power は発症早期の精神疾患が疑われる患者との面接のコツを次のように記している<sup>3)</sup>。

信頼関係の確立にはまず患者をリラックスさせることが重要である。そのためには、自己紹介や自分の役割について説明した上で、時間をかけて、注意深く耳を傾けて、患者の見解を尊重し、共通の地点を明らかにしようとする必要がある。同時にさまざまな徴候として、患者の外見、反応性、注意量の持続、感情、不安や興奮や敵意の予測不可能性がどれくらいあるか、さらには、患者の振る舞い、コミュニケーション能力、関わり合いをもたれることへの反応や同意の程度についても注意を働かせるべきである。向かい合わせに対座することは避けて隣り合って座り、患者にとって十分なスペースをとっておくこと、また自分にとっても突発的な事態に備えることが賢明である。

面接の準備が整ったら、まずは患者の近況から聞き始める。患者が自分のことを説明しやすいように質問はオープンエンド式で行い、思考形式、思路、思考内容、明らかな知覚異常への反応や病識の程度

についてアセスメントする。

共感を示すためにも患者の苦痛や疲弊感にフォーカスを当てた短い表現「それはさぞ大変でしょう、とても疲れていますね、よくわかります、なるほどそうですね」を用いて、治療に対して現在抱えている恐怖を取り上げるべきである。用心深く、ガードの固い患者から話を聞き出すには、こちらがナイーブで究めて率直な態度で質問していく“刑事コロポ風”の面接が薦めである。面接の最後には、次のステップへの選択肢を示しつつフィードバックを行い、例えば「眠れない、友達と一緒にいても楽しくない、仕事に集中できない」といった患者自身も自ら認めている問題点との関連をつけておくことが大事である。

身体症状を主訴に来院した患者の精神症状や心理的苦悩を正確に同定する医師の能力の評価に関しては、これまでいくつかのエビデンスが挙げられている。患者の診察中の振る舞いに医師自身の言動がいかに影響するかを調査した Davenport らによれば<sup>4)</sup>、同定能力の高い医師の面接を受けた患者は苦悩について言語的な信号を發し、声にも多くの苦悩を表現するために、医師にとってはさらに面接し易くなる。一方、認知度の低い医師から面接されると、苦悩にさいなまれる患者は自分自身を抑えて、苦悩のサインをあまり發しない、という。さらに Goldberg らは、気分（感情）障害を發見する上での重要な点を表2

のようにまとめている<sup>1)</sup>。

表 2 気分(感情)障害を発見する能力の高い医師の特徴

- ① 面接中に視線を合わせるが多い
- ② 回避的でなく、リラックスしている
- ③ 話を聞いている間、促すような相槌をうつ
- ④ 医師の側から駆り立てたり急がせたりしない
- ⑤ 面接の最初から言い聞かせるようなことをしない

限られた時間内に精神症状を的確に把握するために、本章末(13ページ)にプライマリケアにおけるメンタルヘルス評価に重要な質問事項とスクリーニング表を示す。こうした単純な問診をきっかけに、精神症状の存在を察知することができ、必要に応じて専門医の受診を勧めるきっかけとなる。

### 3. 精神科受診の伝え方・勧め方

メンタルヘルスの問題があることが明らかになり、それが自分の手に余る時、次の課題はどのように患者に精神科受診を勧めるかになる。

医療者側が患者に伝える情報の中には、当然のことながら患者にとって悪い知らせも含まれる。そのような告知を受けることが、患者にとって大きな負担であることは想像に難くない。告知をする医療者側の視点から悪い知らせを伝える方法として、「Breaking Bad News」という考え方がある。Breaking Bad Newsは、治療の難しい病気や予後の悪い病気などの診断や生死の問題を患者や家族に初めて伝え、その後さらにどのようにやりとりしていくかという問題も含まれる。答えの出ない問題であることには変わらないものの、告知に関して分かりやすくまとめられている。

Breaking Bad Newsでは、まず告知の形式について、以下の三つの基本的モデルを提示している<sup>5)</sup>。

#### A 非告知

診断内容など悪い知らせは責任の持てる家族のみ伝えられ、医師と家族は共同して患者さんにその情報を知らせないようにする告知モデルである。「患者にとって何が最良かもっともよく判断できるのは、専門的知識を持っている医師であり、患者は自分にとって都合の悪い情報は知りたくないと思っており、患者は外傷的な悪い知らせから守られるべきである」という仮説がこのモデルの背景にあり、いわゆる父権主義(パターナリズム)のモデルとされる。今時の医療場面ではすっかり少なくなったものの、認知症患者や精神障害者に対する診療場面では、本人に関わる医療情報の何をどこまでどのように伝えるかは常に深刻な課題である。このモデルの欠点としては、希望を持たせても最後にはそれが嘘であるとかかることや、医師や家族と患者との間の信頼関係を壊しやすいことが挙げられている。

#### B 全告知

すべての情報がわかり次第直ちに患者本人に伝える告知モデルである。「患者は自分自身についての全情報を知る権利があり、医師はまたそれを伝える義務があり、すべての患者は自分についての悪い情報をも知りたいと望んでおり、結果がどうであれそれに従って生きていかねばならないのは患者自身なのだから、どの治療法が自分にとって最良であるのかを患者自身が決定すべきである」という仮説が背景にある。患者がどの程度どれだけの量の情報をいつ知りたいのかという要望が考慮されない点では、このモデルも一面父権的なモデルと言える。

#### C 個別告知

医師と患者の相談の中で、明らかにする情報の量や程度を各患者の要求に適合させる告知モデルである。人はそれぞれ望んでいる情報の量と対処法とが異なっており、ほとんどの人にとって悪い知らせを受け入れていくには時間が必要なため、悪い情報は繰り返し段階的に知らされるべきであり、方針の決定に当たっては患者と医師のパートナーシップの関係が重要でそれが患者にとって利益になるという仮説が背景にある。このモデルは医師側の一方的な方針決定によることなく、互いに信頼のおける状況の中で患者といろいろな方法について段階を踏んで相談することを求めている。限られた時間の中で高い技術が必要となるモデルではある。

Breaking Bad Newsでは、3つの告知モデルのうち個別告知が最も理想的なモデルとされている。個別告知モデルが推奨されていけば、医師と患者の相互信頼に基づいて取り決めが行われるようになることが期待される。その際に医療者側が念頭に置いておかなければならないこととして、以下の要件が挙げられよう。

- ① 患者がどの程度の情報を望んでいるのか
- ② どのようにしてその情報を告げるのか
  - i) 医師の役割は何か
  - ii) いつ告げるのか
  - iii) どこで告げるのか
  - iv) 誰に告げるのか
  - v) どのように伝えるのか

医療現場における告知は、各患者の現在の生活に

も、将来にも、人生全般に関わってくる極めて重要な場面である。患者の自律や利益を考えたとき、個人個人のペースに合わせて行われる個別告知モデルが理想的である。

## 4. なぜ精神科受診を拒むのか

誰でも、一般診療科の再検査や精密検査を受ける際には、深刻な疾患に罹っていると診断されることへの潜在的な恐怖心があることは想像に難くない。精神科の受診を拒む心理の一部には、このように誰にも共通した部分もある。従って早期受診は、単に健康増進を目的としたスクリーニングや精密検査のシステムを整えれば促進されるものではない。加えて精神疾患に対する“スティグマ (stigma)”と呼ばれる偏見は、残念ながらその存在を否定できるものではない。

こうした恐怖心や回避的な行動を軽減し、安心して精査が受けられるように薦めるための方法につい

てのエビデンスに基づいた研究はまだ少ないので、結局一人一人の医師が臨機応変に臨むことが求められる。しかし患者にとって、例えば恐怖は乗り越えるという自身の体験と、それに付き合ってくれそうな医師の存在はとても大きなものであるに違いない。一般診療科の医師と精神科医の円滑で形にとられないコンサルテーションこそが重要になる。精神科医に相談して解決が図れる精神医学的な問題であるのか、精神障害とは無関係な、例えば住居や福祉に関連する社会・経済的困難であるのか、そうした鑑別眼も含めた幅広い視点を持ったアプローチが求められる。

## 5. 精神科依頼のポイント

かかりつけ医や総合病院における一般科からの精神科依頼に際して、過不足ない情報提供のあり方を示す。

### ① 精神症状の性状と持続期間

気分の障害といっても、最近のストレス状況に悩んでいるのか、あるいはうつ病を示唆するものであるのか、日頃の患者を知る立場からのコメントは初めて診察する精神科医にとって極めて有効な情報である。またそのような変化が他覚的にはいつから始まったものであるかも記録があれば記載する。

### ② 精神障害が高リスクに存在することを示唆する情報

一親等以内の家族歴の有無、発達障害、抗不安薬の長期使用歴、アルコール乱用の既往、持続的な社会・経済的ストレスの有無などの情報は、診断のみならず精神科的な治療関係を構築する上で有用である。

### ③ 身体疾患の治療歴

処方薬、特にステロイドほか向精神作用のある薬

物の処方、神経内分泌系の疾患の有無についての情報は必須のものである。

### ④ 家族や援助者の援助能力の程度

家族や同居者の状況や援助に対する姿勢、これまでの関わり方などの中で、今後のケアに有用な情報は、精神症状が改善した後の逆紹介の際にも役立つ。

### ⑤ 依頼医師やそのチームが精神科医の援助を受けながらケアを続ける機能の有無や可能性

急性期治療の終了後、地域におけるケアの状況について知らせる。慢性期においては、精神科的治療に常時専門医が必要なわけではない。受け入れ態勢の状況も逆紹介の際の判断材料となる。

### ⑥ 本人の承諾・病識

精神科受診について本人はどの程度了解しているのか、またケアの必要性への認識はあるのかを知らせれば、それに応じた対応をとることができる。

## 6. 今後の課題

一般診療科医師のメンタルヘルス領域への積極的関与が推奨される一方で、治療上特に注意を要する点として、向精神薬の処方に関する問題が挙げられる。平成22年に厚生労働省は精神・障害保健課長名で「向精神薬等の過量服薬を背景とする自殺について」注意を促す文書を配布している。さらに平成23年には自殺・うつ病等対策プロジェクトチームによる抗不安薬・睡眠薬の処方実態調査結果を受けて、抗不安薬や睡眠薬の処方に際しては、①残薬の有無や他の医療機関からの処方の有無について確認する

こと、②薬物依存の可能性に注意し、同種の薬剤の多剤併用をしないよう、注意を喚起した。

抗不安薬や睡眠導入剤など、常用による低用量依存の形成や不正流用の恐れのある薬剤の処方はくれぐれも慎重であるべきである。身体的な不定愁訴を訴える患者に治療標的を明確にしないまま、あるいは患者の求めるままに抗不安薬等を処方することには、慎重を期して頂き、適宜精神科専門医へご紹介頂きたい。

## 引用文献

- 1) Goldberg, D., Huxley, P.: Common mental disorders-A bio-social model. 1993 (中根允文訳 一般診療科における不安と抑うつ 創造出版, 2000)
- 2) Yung, A.R. & McGorry, P.D.: The prodromal phase of first-episode psychosis: past and current conceptualizations. Schizophrenia Bulletin, 1999, 22, 353-70
- 3) Henry, J. Jackson, Patrick D McGorry: The recognition and Management of early psychosis: A preventive approach, second edition (水野雅文他監訳, 早期精神病の診断と治療, 医学書院, 2010)
- 4) Davenport, S., Goldberg, D., Millar, T.: How psychiatric disorders are missed during medical consultations. 1987. Lancet 3, 439-442.
- 5) 古井博明: WHO がすすめる Breaking Bad News. 精神療法 23: 459-467, 1997
- 6) Falloon IRH & Fadden G: Integrated Mental Health Care. Cambridge University Press. 1993 (水野雅文, 丸山晋, 村上雅昭, 野中猛 監訳: インテグレイテッド・メンタルヘルスケアー病院と地域の統合をめざして— 中央法規出版 1997)

### 次ページのプライマリケアにおけるメンタルヘルスクリーニングシートの活用

「はい」の回答に対し、検討すべき疾患を挙げる。各章末のスクリーニングシートも活用されたい。

① うつ病【第7章】、不安障害【第6章】

② 摂食障害【第3章】、うつ病【第7章】

③ うつ病【第7章】

④ うつ病【第7章】、不安障害【第6章】

⑤ うつ病【第7章】、認知症【第9章】

⑥ パーソナリティ障害【第4章】、  
うつ病【第7章】、自殺とその予防【第10章】

⑦ 不安障害【第6章】

⑧ 不安障害【第6章】

⑨ 統合失調症【第5章】

⑩ 統合失調症【第5章】

年 月 日 氏名 様

## プライマリケアにおけるメンタルヘルスクリーニング

	質 問	答 え	
1	この1週間で、寝付きが悪かったり、朝の目覚めが早すぎることはありませんか？	はい	いいえ
2	食欲不振や過食がありますか？ 体重減少・体重増加はありますか？	はい	いいえ
3	この2～3カ月で、活動性や興味の減少はありますか？	はい	いいえ
4	日常的な問題に悩むことが多いですか？	はい	いいえ
5	読書やテレビを観るのに、集中できない、物忘れをしやすいなどがありますか？	はい	いいえ
6	将来についてどのように思いますか？ 人生は生きるに値しないと、全てを終わりにしたいと思うことがありますか？	はい	いいえ
7	他の人に比べて、確認する癖や清潔に関する奇妙な癖がありますか？	はい	いいえ
8	強い恐怖を伴う動悸や発汗、震え、めまいの発作がありますか？	はい	いいえ
9	あなたの言動が奇妙で理解しづらいと言われることがありますか？	はい	いいえ
10	誰もいないのに、他人の声が聞こえることがありますか？	はい	いいえ

## コラム

### 精神科外来との連携のコツ ①

## ～連携づくりのために、今できること～

まいんずたわーメンタルクリニック 院長  
仮屋 暢聡

忙しい中で、診療情報提供書（紹介状）を詳細に書くのは大変なことである。ことに、診療時間中、待合室で患者を何人も待たせている中、電話をかけ、さらに紹介状を書くのは本当に大変なことだろう。

「プライマリー・ドクター＝かかりつけ医」からそれだけの手間をかけて依頼されているのだと想像をすると、その信頼に応え、緊急性に対応するため、常に身を引き締めてあたらなければと思う。決して特別扱いをするわけではないが、こうした紹介状へのフィードバックを丁寧にするからこそ互いの信頼の継続につながり、ひいては、地域精神科医療のネットワーク構築の礎になっていくと考えている。

しかし現実には、「宛名のない紹介状」を持って精神科を訪れる患者も少なくない。率直に言えば、厄介払いされたと思わざるを得ないような事例に遭遇することも珍しくない。そこには、根深いさまざまな事情が存在していると思うが、「向精神薬の使い方」に対する情報不足も、そのひとつではないだろうか。

実際、かかりつけ医の先生から相談を受け、1～2種類の向精神薬の使い方をお知らせするだけで、感謝されることがとても多い。また、私の場合、向精神薬の使い方をお知らせする際は、診立て、治療方針、展開、予後などについて簡単に書き添えるようにしているのだが、「この症状は、精神医学的には〇〇〇〇というのか」「□□□を処方すると、このような結果になるのだな」「発見が早くて予後の改善がよかった」などと非常に感謝される。

多くのかかりつけ医は、辛抱強く患者の話に傾聴し、精神科医以上に丁寧な精神療法やケースマネジメントをすでに行っている場合が多い。しかし、精神障害の種類やその症状、治療法は時代とともにますます多様化しており、精神医学を専門としない一般診療科の先生方にとっては、「手探り」で対応せざるを得ないケースに遭遇するケースも多いことだろう。そんなときにこそ役立つのが、精神科医との連携ネットワークではないだろうか。

かかりつけ医が軽度のうつ病、ストレス障害や認知症等に対応できるようになれば、かかりつけ医の守備範囲が広がるだけでなく、地域精神科医療の底上げにつながる。さらには、うつ病による自殺予防へとつながり、精神に関する疾病・障害に対する偏見や差別なども軽減されていくだろう。

そのためにも、ぜひ本書をお役立ていただきたいと心から願っている。



## 第2章 発達障害

### Key Points

- 「発達障害」とは、広汎性発達障害（自閉症を含む）、注意欠如・多動性障害、学習障害といった個々の疾患ないし障害を包括する概念であり、精神医学の診断概念の中には、現代社会で認知されている意味での「発達障害」はいまだに概念化されていない。
- 発達障害者支援法では、「自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠如・多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であり、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。
- 発達障害のある子どもは、他人との関係づくりやコミュニケーションなどが苦手な一方、優れた能力が発揮されている場合もあり、周りから見てアンバランスな様子が理解されにくい。
- 発達障害を持つ子供たちが個々の能力を伸ばし、社会の中で自立していくためには、早期の「気づき」と、家族・学校・医療・福祉等の「適切なサポート」が重要である。

### 1. 概要と病態

精神医学の診断概念の中には、現代社会で認知されているような意味での「発達障害」という概念は存在しない。したがって、児童精神医学の中でも、「発達障害」はやや特異な位置にある。

現代社会には、広汎性発達障害（自閉症を含む）、注意欠如・多動性障害、学習障害などの疾患や障害が、必ずしもその診断基準に相当しないまでも、いくつも複雑に積み重なり、心の発達バランスに深刻な問

題が生じてしまうケースが多発している。このようなケースや現象を包括して「発達障害」と呼んでいる。

関連する疾患・障害には次項で述べるものがある。しかし、既存の診断基準にとらわれず、「発達障害」という概念を用いて理解することが大切であろう。

#### 1-1 歴史と概念

近年、知的障害はないのに学習がスムーズに進まない、人とうまく交われない、集団生活がうまくいかないといった子供たちが増えている。

このような社会状況をふまえ、2005年（平成17年）4月、発達障害者支援法が施行された。発達障害者支援法という発達障害とは、自閉症、アスペルガー症候群、学習障害、注意欠如多動性障害、その他これに類する脳機能の障害であり、その症状が通常低年齢において発現するもの」と定義されている。

この発達障害者支援法では、発達障害の領域に含まれる知的障害（精神遅滞）、脳性まひ、てんかんなどは掲げていないが、これはこれらの児童福祉法や知的障害者福祉法、身体障害者福祉法の対象としてすでに対応してきたという経緯があるためである。したがってこの発達障害者支援法が定義するところ

表1 診断名＜DSM-IV-TRによる分類より抜粋＞

精神遅滞	Mental Retardation
学習障害	Learning Disorders : LD
コミュニケーション障害	Communication Disorders
広汎性発達障害	Pervasive Developmental Disorders ; PDD
自閉性障害	Autistic Disorder (299.00)
	※ ICD-10 では自閉症
アスペルガー障害	Asperger's Disorder (299.80)
	※ ICD-10 ではアスペルガー症候群
注意欠如・多動性障害	Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder ; AD/HD (314)
	※ ICD-10 では多動性障害
発達性協調運動障害	Developmental Coordination Disorder ; DCD (315.4)
	※ ICD-10 では発達性協同障害

の発達障害としては、これまでの法制度による施策では対象外とされてきた障害が想定されている。

発達障害者支援法の意義は、法律として「発達障害」を定義づけ、国民的理解を促し、その早期発見による教育的・福祉的支援に関する国及び地方自治体及び国民の責務を示したことと言える。

しかし、人の心理的な成長発達の仕方には個人差があり、どの程度からどの範囲までを発達障害と捉えるかについては、今後の課題として残されている。特に、知的障害をまったく伴わない発達障害は、一般の人々に理解を促すのは難しい。また、治療やサポートも発達段階に則したものでなければならぬため、個々のライフステージを見据えた取り組みが重要な条件となる。

## 1-2 疫学

### (1) 病因と発症年齢

多くは原因不明だが、基本的には脳機能の発達に関係する生まれつきの障害であると考えられている。例えば自閉症に関しては一卵性双生児の自閉症の一致率が80～96%、二卵性双生児は2～10%、一般の発生率は0.2%程度であることから、何らかの遺伝的要因の関与も推測される。

従来までの自閉症の場合だと、1歳半健診、3歳児健診において、言葉の遅れと対人疎通性の悪さ（視線が合わない、呼びかけに反応しない）、異常なこだわりなどがすでに見られ、気づかれることも少ない。

しかし、近年問題にされることの多い発達障害の場合、障害が幼児期に気づかれることは比較的少なく、多くは、就学後、学校生活、社会生活において集団行動がスムーズにいかないことなどから障害が問題とされ始める。

また、発達早期すなわち乳幼児期の環境や生活リズムは、その後の脳の発達に影響する。従って、症状の出方や強さは、生まれつきの因子に規定されるころはあっても、小さいころからの対応や養育環境に影響を受けると考えられる。

極端に不適切な養育環境（とくに乳幼児期からの虐待）は、それだけでも情緒や行動面の障害を引き起こすともいわれている。

### (2) 社会における発症状況

現在の社会に存在しているのは、一群の子どもたちを『発達障害』の名でくくらざるを得ないような『状況』であり、そのような子どもたちがなぜか多発

しているという『現象』であるという考え方も可能である。

図1に示したのは、旧梅ヶ丘病院を受診した広汎性発達障害圏の子どもたちの受診数を機能別（具体的にはIQ別）に集計したものである。やや古い集計ではあるが、従来、自閉圏の子どもたちの受診は知的障害があるものが中心であったが、次第に高機能と呼ばれる知的な遅れのない子どもたちが増加し、2000年にこの比が逆転してからは高機能群が急増している傾向を読み取ることができる。伸びのスピードは鈍化したものの、この傾向は現在に至るまで継続している。

生得的な要因の強いある障害の発生の様相が10年の単位でここまで大きく変動することは、通常では考えられないので、ここには何らかの社会的な要因が関与していると考えられる。注目されるのは特別支援教育など教育的な施策との関連で、『発達障害』がその支援の対象と位置づけられたこととの関係であろう。グラフに上げた受診数の推移は特別支援教育の施行（2007年）に先んじているが、特殊教育の状況そのものに変化が生じていて、定型発達をとらない子どもたちが発見されやすくなったという状況が生み出されていた可能性は否定できない。

また、図2はADHDとPDDの受診が全新生患者に占める割合を示したものである。

ほぼ同率で併走していた両者は、1998年にいったんADHDが上回るが、その数年後にPDDが逆転する形になり、それ以降は両者の比率に大きな差が生じている。おそらくこの推移は、前者の時期にADHDが社会的な注目を集め、その診断を受けることが保護者によって承認されやすかったことと無関係ではない。そして2000年以降は高機能自閉症やアスペルガー症候群に社会的な注目が移行したのだと考えられる。（ただし、子どもがPDDの診断を受けることへの社会的な抵抗はADHDの時のようには減っていないようにも見える。）

これと表裏をなす問題として考えられるのが、精神科医の診断精度の問題である。小児の行動障害に対する定性的・定量的な診断システムはまだ不成熟なものではない。現在の操作的診断基準（DSMやICD）を用いて子どもたちを、とりわけ今日『発達障害』の名で注目を集める子どもたちを診断することには、診断基準が想定していない困難が付随するのである。すると主訴として多動・衝動性が問題にされる状況の中では、ADHDの診断基準にてらした臨床判断がされることが多いことは想像に難くない。その子どもたちは定型的PDDとは臨床像が全く異なる

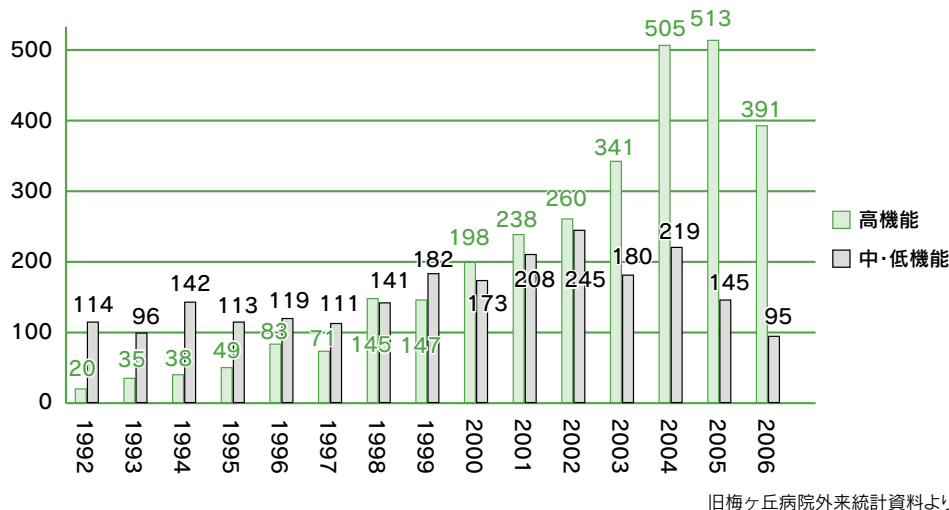


図1 機能別 PDD (実数)

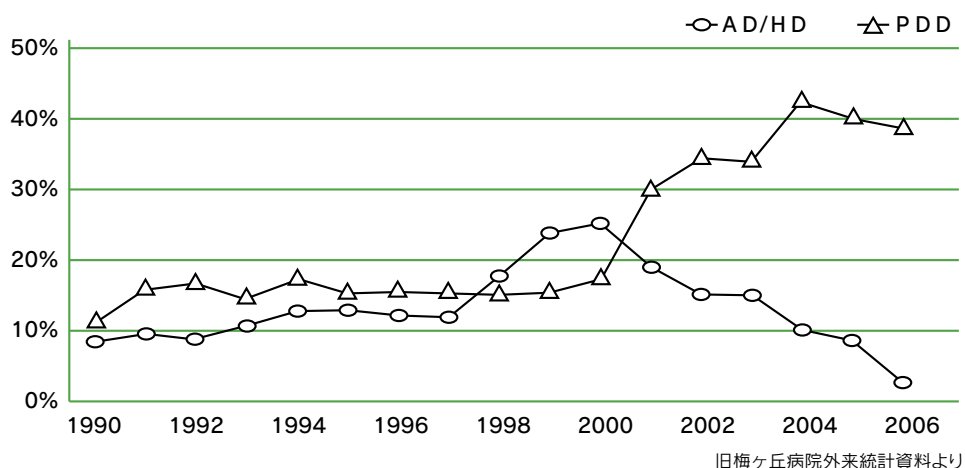


図2 AD/HD と PDD の年次推移

るのでこの判断を責めるわけにはいかない。

しかし後年、(順番はこの逆ではあり得ないのだが) そのような子どもたちが衝動性の陰に隠れたコミュニケーション機能や社会性の問題を抱えていることが、少しずつ明らかになる。ここにはさまざまな要因がある。アスペルガー症候群の概念の流布により、また短期間にありとあらゆるタイプの PDD を経験したことにより、われわれ児童精神科医たちの、児の対人交流の在り方からコミュニケーション障害を感知する精度に変化が生じた点を指摘することができる。

この点は、未だ意見の一致を見ていない問題でもあり、その結果として児童精神科医により PDD が過剰診断されているという批判を受ける要因ともなっている。典型的に PDD には見えないような発達障害症例の、コミュニケーション機能の障害をどのように診断していくかを含めて、『発達障害』の概念は今後さらに変遷していく可能性を秘めている。

### 1-3 主な疾患や障害の症状

#### (1) 広汎性発達障害

(PDD : pervasive developmental disorders)

コミュニケーション能力や社会性に関連する脳の領域に関係する発達障害の総称。自閉症、アスペルガー症候群のほか、特定不能の広汎性発達障害などを含む。(自閉症スペクトラムもほぼ同義と考えてよい)

##### ① 自閉症

自閉症は、言葉の発達の遅れ、コミュニケーションの障害、対人関係・社会性の障害、パターン化した行動、こだわりなどの特徴をもつ障害で、3歳までには何らかの症状が現れる。

また、自閉症の半数以上は知的障害を伴うが、知能に遅れがない例は特に高機能自閉症と呼ばれることもある。自閉症の場合、中枢神経に何らかの要因による機能不全があると推定される。

## ②アスペルガー症候群

広汎性発達障害に含まれる1つのタイプだが、知的遅れがなく、自閉症のように幼児期に言葉の発達の遅れがないため、障害があることが分かりにくい。成長とともに多くの側面での不器用さがはっきりしてくる。

しかし、反対に器用、敏捷と言われるケースもまれではなく、スポーツや楽器演奏で秀でる者も少なくない。また、独自の認知特性から、関心のあることには驚くほどの記憶力や技能を示すことも多く、「専門家顔負け」「天才」と注目される者も多いが、反面、関心から外れると常識的な情報が頭に入っていないことも多い。

このような傾向は成長するに従ってより専門的あるいはマニアックになるため、大人になってからその独自性が傑出し、自身や周囲がアスペルガー症候群であると気づくケースもある。

## (2) 注意欠如・多動性障害 (AD/HD : Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder)

集中できない (不注意)、じっとしてられない (多動・多弁)、考えるよりも先に動く (衝動的な行動) などの特徴する発達障害である。

その特徴は、通常は7歳以前に現れるとされている。多動や衝動性様子が目立つのは学童期前半で、思春期以降は目立たなくなることもある。

## (3) 学習障害 (LD : Learning Disorders)

基本的に知的発達に遅れはないのに、聞く、話す、読む、書く、計算する、推論するなどの特定の能力を学んだり、行ったりすることに著しい困難を示すさまざまな状態である。

原因として、中枢神経系に何らかの機能障害があると推定されるが、視覚障害、聴覚障害、知的障害、情緒障害などの障害や、環境的な要因が直接の原因となるものではないとされる。

表2 自閉症の診断基準 (DSM-IV-TRより)

- A. 下記 (1), (2), (3), から合計6つ (またはそれ以上), うち少なくとも (1) から2つ, (2) と (3) から1つずつの項目を含む。
- (1) 対人的相互反応における質的な障害で以下の少なくとも2つによって明らかになる。
- (a) 目と目で見つめ合う, 顔の表情, 体の姿勢, 身振りなど, 対人的相互反応を調節する多彩な非言語性行動の使用の著明な障害。
  - (b) 発達の水準に相応した仲間関係を作ることの失敗。
  - (c) 楽しみ, 興味, 達成感を他人と分かち合うことを自発的に求めることの欠如。(例: 興味のあるものを見せる, 持って来る, 指差すことの欠如)
  - (d) 対人的または情緒的相互性の欠如。
- (2) 以下のうち少なくとも1つによって示されるコミュニケーションの質的な障害。
- (a) 話し言葉の発達の遅れまたは完全な欠如。
  - (b) 十分会話のある者では, 他人と会話を開始し継続する能力の著明な障害。
  - (c) 常同的で反復的な言語の使用または独特な言語。
  - (d) 発達水準に相応した, 変化に富んだ自発的なごっこ遊びや社会性を持った物まね遊びの欠如。
- (3) 行動, 興味, および活動の制限された反復的で常同的な様式で, 以下の少なくとも1つによって明らかになる。
- (a) 強度または対象において異常なほど, 常同的で限定された型の1つまたはいくつかの興味だけに熱中すること。
  - (b) 特定の機能的でない習慣や儀式にかたくなにこだわるのが明らかである。
  - (c) 常同的で反復的な衝動的運動。(例: 手や指をばたばたさせたりねじ曲げる, または複雑の全身の動き)
  - (d) 物体の一部に持続的に熱中する。
- B. 3歳以前に始まる, 以下の領域の少なくとも1つにおける機能の遅れまたは異常。
- (1) 対人的相互反応, (2) 対人的コミュニケーションに用いられる言語, または (3) 象徴的または想像的遊び
- C. この障害はレット障害または小児期崩壊性障害ではうまく説明されない。

表3 注意欠如・多動性障害の診断基準 (DSM- IV -TR に加筆)

A. 下記の (1) か (2) のどちらか:

(1) 以下の不注意の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6ヵ月持続したことがあり, その程度は不適応的で, 発達水準に相応しないもの:

<不注意>

- (a) 学業, 仕事, またはその他の活動において, しばしば綿密に注意することが出来ない, または不注意な間違いをする.
- (b) 課題または遊びの活動で注意を持続することがしばしば困難である.
- (c) 直接話しかけられた時にしばしば聞いていないように見える.
- (d) しばしば指示に従えず, 学業, 用事, または職場での義務をやり遂げることが出来ない. (反抗的な行動, または指示を理解できないためではなく)
- (e) 課題や活動を順序立てることがしばしば困難である.
- (f) (学業や宿題のような) 精神的努力の持続を要する課題に従事することをしばしば避ける, 嫌う, またはいやいや行う.
- (g) 課題や活動に必要なもの (例: おもちゃ, 学校の宿題, 鉛筆, 本, 道具) をしばしばなくしてしまう.
- (h) しばしば外からの刺激によってすぐ気が散ってしまう.
- (i) しばしば日々の活動で忘れっぽい.

(2) 以下の多動性—衝動性の症状のうち6つ (またはそれ以上) が少なくとも6ヵ月間持続したことがあり, その程度は不適応的で, 発達水準に相応しない:

<多動性>

- (a) しばしば手足をそわそわと動かし, またはいすの上でもじもじする.
- (b) しばしば教室や, その他, 座っていることを要求される状況で席を離れる.
- (c) しばしば, 不適切な状況で, 余計に走り回ったり高いところへ上ったりする. (青年または成人では落ち着かない感じの自覚のみに限られるかも知れない.)
- (d) しばしば静かに遊んだり余暇活動につうことができない.
- (e) しばしば“じっとしていない”, またはまるで“エンジンで動かされるように”行動する.
- (f) しばしばしゃべりすぎる.

<衝動性>

- (g) しばしば質問が終わる前に出し抜けに答えてしまう.
- (h) しばしば順番を待つことが困難である.
- (i) しばしば人の話をさえぎったり, 割り込んだりする (例: 会話やゲームに干渉する).

B. 多動性—衝動性または不注意の症状のいくつかが7歳以前に存在し, 障害を引き起こしている.

C. これらの症状による障害が2つ以上の状況 [例: 学校 (または仕事) と家庭] において存在する.

D. 社会的, 学業的, または職業的機能において, 臨床的に著しい障害が存在するという明確な証拠が存在しなければならぬ.

E. その症状は広汎性発達障害, 統合失調症, または他の精神病性障害の経過中にのみ起こるものではなく, 他の精神疾患 (例: 気分障害, 不安障害, 解離性障害, またはパーソナリティ障害) ではうまく説明されない.

## 1-4 ライフステージ別の経過・特徴と対応ポイント

発達障害であっても、人としての精神の発達・成長があり、自尊心、自立したい気持ち、反抗したい気持ちなどは、多少遅れることはあるにしても年齢に沿った形で現れ、そのことによる葛藤もある。

育て方や対応の基本も、「固有の力をできるだけ伸ばし、自立させ、生き生きとした社会参加を果させる」といった普通の考え方でよい。現段階での発達水準や偏りを念頭におき、年齢相応の接し方、将来を見据えた接し方を心がけることが大切である。

### (1) 乳児期

自閉的なタイプは、おとなしい、手がかからないという児が圧倒的に多い。人見知りはないか乏しい。ときに刺激に過敏で泣いてばかりいる、寝が浅いといった児もいる。多動児では、ハイハイのころから落ち着きなく動き回る児もいる。この時期は、とくにスキンシップや視線を合わせての発声や表情でのやりとりが大切である。睡眠リズムがつきやすい環境をつくることが大切である。

### (2) 幼児期

自閉的なタイプは、歩行後、徐々に自分のペースで動きまわるようになる。視線は合にくい、呼びかけや、「あやし」に応じない、指差しをしないとといった特徴があり、言葉の遅れが明らかとなる。一時期出現した言葉が消失してしまうこともある。

視線を合わせること、身ぶりや簡単な言葉でのやりとりを心がけたい時期である。子どもに共感を求めるだけでなく、保育者が子どもに共感することも大切である。

しばしばビデオやテレビを見続けることを好むが、周囲もこれを容認して関わりをおろそかにすると、さらに言葉や社会性の発達が阻害されるので要注意である。

個々が持つ疾患・障害の特性によって、幼児期後期からは多動性、衝動性、不注意、パニック、言葉の遅れなども見られるようになり、叱責が多くなりがちであるが、つとめてほめることを心がけるとともに、やりとりすることを楽しむ力を高めることが大切である。

また、身辺自立をはかり、適切な食習慣、生活習慣を身につける大切な時期でもあるが、発達特性が強いとこれらの習得が遅れることも多い。

表3 学習障害の診断基準 (DSM-IV-TR より)

#### 読字障害

- A. 読みの正確さと理解力についての個別施行による標準化検査で測定された読みの到達度が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。
- B. 基準 A の障害が読字能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、読みの困難は通常それに伴うものより過剰である。

#### 算数障害

- A. 個別施行による標準化検査で測定された算数の能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。
- B. 基準 A の障害が算数能力を必要とする学業成績や日常の活動を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、算数能力の困難は通常それに伴うものより過剰である。

#### 書字表出障害

- A. 個別施行による標準化検査（あるいは書字能力の機能的評価）で測定された書字能力が、その人の生活年齢、測定された知能、年齢相応の教育の程度に応じて期待されるものより十分に低い。
- B. 基準 A の障害が文章を書くことを必要とする学業成績や日常の活動（例：文法的に正しい文や構成された短い記事を書くこと）を著明に妨害している。
- C. 感覚器の欠陥が存在する場合、書字能力の困難が通常それに伴うものより過剰である。

### (3) 学童低学年

自閉的なタイプでも人への意識が高まるが、関わり方がわからず、不適切な行動（いたずらやチョウカイなど）をとったりする。多動児では、とくに学校での落ち着きのなさ、注意集中困難、衝動的な行為、情緒の不安定さ、なくし物、忘れ物が問題となる。

前者後者とも、ルールを理解をすすめ、あるいはごく基本的なルールを守ることを実践させ、また、基本的な身辺自立を完全に自分のものにさせていく必要がある。また、自己コントロール力をつけるとともに、自信をつけていくような支援を続ける。

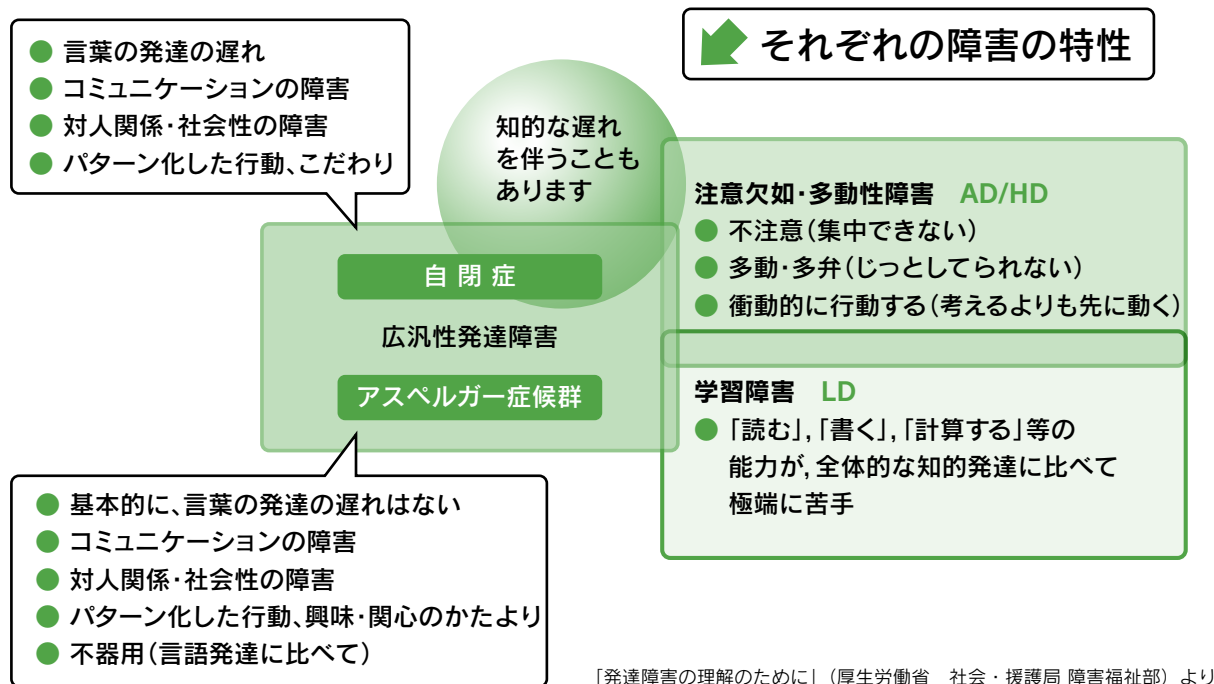


図3 発達障害の典型的な症状と特性

#### (4) 学童高学年

自閉的なタイプで、しばしば衝動性や興奮しやすさが目立ってくる。引き続き人との関わり方を教え、社会のルールを身につけさせなければならないが、より自我が尊重され、自信を持たせることが重要な時期でもある。

子どもによってさまざまだが、ある程度人と関わりたい、認められたい気持ちが育ってくるこの時期、人に対して被害的な意識が目立ってくるために、高機能自閉症やアスペルガー症候群で周囲との齟齬が起りやすい。実際、拒否やいじめの対象になることもあり注意も必要だが、不適切に被害的にならないように配慮することも大切。

多動児では、落ち着きを見せてくる子どもが多いが、そうでないと、ますます集団に適応できにくくなることが多い。自信や意欲をなくしたり、周囲の人への不信感が募ったり、二次的に心理的な障害を持ちやすくなる。スポーツその他、得意なこと、好きなことで、注意が集中できたり、フラストレーションを発散させたり、認められたりすると、自信をもち、多少なりとも安定して思春期を迎えられる。

#### (5) 思春期

一般の思春期同様、自己主張や反抗心が高まり、情緒は不安定な傾向がある。自閉的なタイプではパニックが目立つことが多い。この時期に知覚過敏が増したり、新たな過敏性を獲得したり(知覚変容現

象)、また過去の記憶が鮮明に甦る(タイムスリップ現象)などの症状が強く出たりして、さらに情緒の不安定さを助長することが少なくない。

このような時期であることを考慮しつつ、自主性を尊重しつつも社会的な枠組みが獲得できることを重視する。

また、母親へのまともなつきが度々見られるため母子分離の支援も、安定した青年期を迎えるために必要である。

#### (6) 青年期

青年期になってからの不適応の要因は、次の3点に整理できる。

##### ① 情緒や気分への対処の失敗

これは思春期以降の青年たちが、それまでと比較してはるかに多彩な、自らの情緒に対応しなくてはならないことによっている。その情緒や気分の多様性に見合う語彙を獲得する必要があるし、対処につきあってくれる第三者との関係を確立する必要がある。

この時期の親との関係は情緒の処理には利用しにくいだけでなく、「当然分かってくれるはず」という思い込みのゆえに不調に終わることが多い。この問題への対処があるとすれば、周囲からの情緒への対処のためのサポートを手厚くするほかない。これは

彼らを社会的にも孤立させないためにも重要な支援である。

### ② 自分の行動を内的な規範によって枠づけることの失敗

社会的に通用するだけの内的行動規範獲得の遅延も、青年期以降になって初めて表面化する。学童期までは周囲が設定する規範の方が優位であるため、自らの判断とそれが社会的に許容されるかを自ら問いつつ行動する場面は必ずしも多くないからである。つまり、自己規範の基礎を獲得するのは幼児期から学童期までなのだが、うまく獲得できなかったことが表面化するのには青年期になってからであるような事例があるということだ。

こうした事例への対処としては、青年本人が自ら行動する上での規範を意識できるような支援が重要と考えられる。経験的には、行動の枠組みに焦点をあてた心理療法的・行動療法的なアプローチにかなりの有用性が認められる。

### ③ 状況認知や自己認知の歪み

発達障害のある子どもや青年たちの多くは、現実適応に際して多くの失敗を体験しても、その失敗をフィードバックして自らの行動系を修正することが難しい。そして、これを合理化するために自分が置かれた状況や自分自身に対する認知の現実から逸脱した歪みを生じる。この歪みは放置すれば、妄想の水準で固定してしまう、つまり周囲からの修正が困難になることもありうる性質のものである。

状況認知の歪みは、例えば「自分に友達ができないのは、小学校のころに先生が自分をかばってくれなかったからだ」と考えることであり、自己認知の歪みは「どうせ自分はホームレスになるから、なか

なか友達ができなくても良いのだ」と考えることである。この歪みがさらに現実適応を悪化させ、ときには抑うつや社会不安などの副次的な症状を生み出す。

こうした認知の歪みに対しては、その認知の在り方そのものを焦点化し、総体としての行動変容を志向する認知行動療法的なアプローチが有用であろう。しかし認知の歪みが論理的な思考によっては修正が不可能な（つまり妄想の）水準であったり、副次的な抑うつなどが深刻であったりする場合には、精神医学的な手順に従った薬物療法が必要となる場合もある。

自我の確立や自立を求める気持ちが高まり、しばしば大きな葛藤を生ずる。ストレスから前述の知覚変容現象やタイムスリップ現象など様々な精神症状、心身症症状呈することも多い。理解やケアを受けながらもできるだけ自立を援助していく必要がある。

多動（ADHD）タイプでは、その特徴が残っていても、本人が自ら適した環境や適した職業を選ぶことができるようになれば、むしろ個性的な仕事で認められるようになる人も多い。衝動的な行動力、注意が移ろいやすい中でのひらめきや、興味のあることへの熱中は長所ともなりえ、事業家、芸術家、マスコミ関係の仕事を持つ方などは、ADHD的な特性をもつ方が少なくない。ただし、極端に自信をなくしたり、対人関係や自分の将来に大きな不安をもったり、人間不信に陥ってしまったりすると、さまざまな情緒面の問題を起こしてことがある。

青年期、成人期は、発達障害の重症度やそれまでの環境により状態が異なるので、できるだけ自立は目指したいが、様々な受け入れられ方があって然るべきである。

## 2. 早期発見のポイント

発達障害のある子どもは、社会への適応や協調、コミュニケーションが苦手なため、幼稚園や小学校などの集団に入ると、まわりには理解できない言動が目立ち始め、さまざまな問題や困難に直面する。障害が理解され、適切なサポートがされないと、学校に行くことがストレスとなり、不登校や引きこもり、社会的な逸脱行動などにつながる場合もある。

社会に適応する力を身につけながら、自分らしく成長できるよう支援するためには、できるだけ早い「気づき」と「理解」「サポート」が重要である。

### 2-1 幼児期～学童低学年における「気づき」のポイント

#### (1) 人との関わり方

- 一人遊びが多い、一方的でやりとりがしにくい
- 人への関心が薄く、おとなしすぎる、常に受動的
- 大人や年上の子、あるいは年下の子とは遊べるが、同級生とは遊べない

#### (2) コミュニケーション

- 話は上手で難しいことを知っているが、一方的に話すことが多い



- 保育士や指導員の指示が伝わりにくい
- 自分の気持ちをうまく表現できない
- 言葉の表面的な意味にとらわれてしまいやすい

### (3) イマジネーション・想像力

- 相手にとって失礼なことや相手が傷つくことをつい言ってしまう
- 友だちがふざけてやっていることをとらえ違えて、いじめられたと思ってしまう
- 急な予定変更時に不安や混乱した様子がみられる

### (4) 注意・集中

- ひとつのことに没頭すると話しかけても聞いていない
- 必要なことに集中を維持できず、いつもぼんやりとしている
- 忘れ物が多い、毎日のことなのに支度や片づけができない

### (5) 感覚

- ざわざわした音に敏感で耳をふさぐ、雷や大きな音が苦手
- 靴下をいつも脱いでしまう、触られるのをいやがる、手をつなぎたがらない
- 極端な偏食

- 揺れているところを極端に怖がる、すき間など狭い空間を好む

### (6) 運動

- 身体がクニャクニャとしていることが多い、床に寝転がることが多い、行儀が悪いと言われる
- 極端に不器用、絵やひらがなを書く時に筆圧が弱い、食べこぼしが多い
- 運動の調整が苦手なで乱暴に思われてしまう、大きすぎる声

### (7) 学習

- 話が流暢で頭の回転が速いことに比べて、作業が極端に遅い
- 難しい漢字を読むことができる一方で、簡単なひらがなが書けない
- 図鑑や本を好んで読むが、作文を書くことは苦手
- 失敗から学べない、同じことで何度も叱られる

### (8) 情緒・感情

- 極端な怖がり（不安が強い）
- ささいなことでも注意されるとかっとなりやすい、思い通りにならないとパニックになる
- 一度感情が高まると、なかなか興奮がおさまらない

## 3. 問診のポイント

発達障害は、障害の種類や程度によって、年齢や性格などによっても、生活の中で困難なこと、苦手とすることが一人一人異なる。そのことを理解し、よりよい対話ができるようにするためには、以下のような配慮が大切である。

### (1) 子どもと視線の高さを合わせ、できる限り対等な関係を

視線の高さを合わせることは、対等な関係を築き、子供が発言しやすくするための第一歩である。その子どもの相手への関心の持ち方、この場への集中の度合いなどを感じとる。

### (2) 自尊心を傷つけないアプローチ

発達障害があると、ほかの人が簡単にできることでも、うまくできないことがある。本人ができないことや失敗したことを責めたり、叱ったりすると、本人が「自分はだめだ」と思い込んでしまったり、

他の人や社会のせいにして批判的・攻撃的・反社会的行動傾向が強まる。注意をする場合は、その子どもなりに努力している点やうまく行っている点をほめたうえで、できなかったところは、どのようにすればもっとよくなるかを肯定的、具体的に伝えることが大切である。

### (3) 説明や指示は短い文で、順を追って、具体的に

発達障害があると、あいまいな表現を理解しにくい。言葉で説明するときは、短い文で、一つずつ順を追って、具体的にすると、話を理解しやすくなる。視覚情報が理解を助けてくれることもある。

### (4) 安心できる環境を整える

人混みや大きな音、光などの刺激を苦手とする人場合は、そのような刺激による不快感を大きくしないよう、安心できる環境をつくる。

### (5) 善悪やルールをはっきりと教える

発達障害がある場合、暗黙の了解や社会のルールが分からないことがある。注意したり、叱ったりするだけでは、どうしたらよいのか分からないので、具体的にどのようにしたらよいかを教えることが大切である。

### (6) 温かく見守る

子どもが騒いだり、パニックを起こしたりしているとき、「なぜ親は叱らないんだ」といら立つ場合があるが、発達障害の子どもの中には、少しの時間待つことで無理に叱るよりも早く混乱から抜け出せることもある。周囲の人にこうした知識があるだけで、本人も家族も楽になれる。

## 4. 鑑別診断

### (1) 愛着障害

愛着障害は、虐待など極端に適切さを欠く養育の結果としての情緒発達の障害である。子どもは、対人不信が強くコミュニケーションが取りにくかったり、抑制を欠いて逸脱行動が多かったりするため、表面的には発達障害と酷似する状態を呈することが少なくない。近年は、虐待の子どもの発達に対する直接の影響も指摘されているなど、実際に相互に関連し合っている事実も明らかになっている。

### (2) 気分障害

うつ病がもし学童期に始まると、イライラや学習能力の低下・トラブルの多発など、発達障害と重なる部分の多い症状で発現することが多いことが知られている。鑑別点はこれらの背景にある抑うつ的な気分変動を見分けることであるが、発達障害の子どもたちも不適応の反応として抑うつ的になることもあるため、状態像だけでは鑑別しにくい場合もある。

### (3) 統合失調症

急性の発症は幻覚・妄想などがあるため混同されることは少ないが、病型によってはそうした急性症状を欠き、空想の肥大や逸脱行動、ひきこもりなどによって気づかれにくい発症をする場合があり、鑑別を要する。

逆に急性発症の場合でも、背景に発達障害があるケースも珍しくない。その場合には、発達障害の子どもがパニックに際してみせる混乱としての幻覚・妄想との慎重な鑑別が必要である。

### (4) 行為障害・反抗挑戦性障害

それぞれの規準に従えば鑑別は困難ではないが、こうした障害の背景に発達障害がある可能性がないかを識別する必要がある。

## 5. 家族への説明のポイント

発達障害の子供を持つ親は、「育て方が悪い」「しつけができていない」といった周囲からの非難にさらされ、自ら自身を責めてしまうケースが多い。そこで、

- ①「育て方が悪い」のではなく、生まれつきの脳機能にかかわる発達障害であること。
- ②「心の発達バランス」に問題があること。
- ③何かができないのは「力が足りないのではなく、力のバランスが良くない」のだということ。
- ④発達障害の子どもの秘められた能力を伸ばすことを心掛けるとともに、その生きにくさに届いてあげようとする必要があること。

- ⑤適切な療育につなぐことで、社会に適応する能力を身につけ、さまざまな能力を伸ばしていくことなどを伝えることが大切である。

また、発達障害の療育には、医療・教育・福祉などとの連携が大切であり、以下をはじめとするさまざまなサポート体制が存在することを伝えることも大切である。

- 発達障害情報センター  
<http://www.rehab.go.jp/ddis/>
- 発達障害教育情報センター  
<http://icedd.nise.go.jp/>

## 6. 治療

発達障害は早期発見、早期介入することで改善率が高まる。治療は、症状の程度によって異なるが、数カ月～数年、数十年かかることもある。

### 6-1 心理療法

発達障害の心理療法では対話を重視する。臨床心理士、カウンセラー、医師と話をしていく中で、問題点を見つけて解決していく。例えば、子供の学校の成績、学校のいじめ、家庭内の暴力など、その現状とその現状にいたる問題がある。

心理療法には、グループで自由に話す場を作るグループ心理療法の他、もっと小規模な単位で行う家族療法などもある。メンタルヘルスの専門家（臨床心理士、カウンセラー、医師）が行う心理療法は、椅子に座り対面で月に1～3回行う。

#### (1) グループ心理療法

発達障害のある子どもたちで小グループ（3～10人）を構成し、複数のスタッフが介在して遊びや創作活動、学習を展開しながら個々の子どもの発達特性の修正をはかる。SST（社会技能訓練）などの手法も採用できる。

#### (2) カウンセリング

言葉によるコミュニケーションを中心に展開し、自分の思考や情緒に見合う言語表現を手に入れていくことで、自らへの気づきや自己抑制、的確な認知力を養っていく方法である。

#### (3) 家族支援

保護者が子どもを感情的に叱ってしまうと、子どもは正しい理解できずに同じ間違いを繰り返し、保護者が叱るという悪循環に陥りやすい。そのため、両親の訓練としてアメリカで開発されたペアレントトレーニング等がある。

### 6-2 行動療法

行動療法は心理療法に関連した治療法であり、臨床心理士、カウンセラー、医師が、誤った学習を修正するためにさまざまな介入を行う。

#### (1) 刺激の統制、構造化

日常的な刺激でさえも過剰となり混乱をきたしてしまう彼らに対し、入ってくる情報を制限しわかりやすくする環境を構成し、課題習得を容易にする。

#### (2) 行動療法的ルールの導入

現在の課題を明確にし、それを観察・評価する方法を確立し見えやすくする。

たとえば、忘れ物をしやすい特性に対し「きちんとしなさい」と叱責するかわりに、忘れ物の度数をカレンダーに書き込みながら、それを少しでも減らそうとする努力を評価し、ほめることを続ける。

こうしたルールの導入により、子どもは自分の特性と抵抗なく向き合い、無意識のレベルまで動員して行動の修正に継続的に取り組むことができるようになる。

### 6-3 薬物療法

薬物処方には医師しかできないため、医師のみが行う治療法となる。

#### (1) 自閉症の薬物療法

- ① ドパミン拮抗薬（リスパダール、セレネース他）  
攻撃性、多動性、常同行動、自傷行動などがある場合に使用。
- ② 中枢刺激薬（コンサータ、ストラテラ）  
異常な執着、常同行動、強迫行為、自傷などがある場合に使用。
- ③ セロトニン系薬剤（ルボックス、アナフラニール）  
不安、抑うつ障害がある場合に使用。フラッシュバック現象や強迫性に対する効果も確認されている。
- ④ 睡眠誘発薬（マイスリー、レンドルミン、ロゼレム）  
睡眠障害がある場合に用いる。

#### (2) てんかんの薬物療法

- ① 抗てんかん薬（デパケン、テグレトール、エクセグランなど）。

※脳波異常があると発作を起こす可能性があるため、脳波の異常がなくなるまで抗てんかん薬（抗けいれん薬）を使用するほか、周期的な気分変動に対しても抗てんかん薬が使用されることがある。

## 6-4 発達障害治療と平行して使える生活支援

発達障害者支援法によって、勉強したり社会で働くことが支援されることが明記されている。行政にも様々な支援があり、平成17年の発達障害者支援法の施行から、全国に発達障害者支援センターが設置されている。

発達障害児への支援として

- ・ 子供の将来の自立に向けた発達支援
  - ・ 子供のライフステージに応じた一貫した支援
  - ・ 家族を含めた一貫した支援
  - ・ できるだけ子供と家族にとって身近な地域における支援
- が挙げられている。

### (1) 療養手帳

知的障害児・者に対して、一貫した指導・相談等、援助措置を受けやすくするための手帳。市町村の窓口で申請する。さまざまな手当の他、税金の優遇などがある。知的な障害のない発達障害への交付を認めていない自治体もある。

### (2) 精神障害者保健福祉手帳

精神障害者が、一定の精神障害の状態であることを証明する手段。そのことで、精神障害者の自立と社会参加の促進を図るための手帳。市町村の窓口で申請する。さまざまな手当の他、税金の優遇などがある。

## 7. 連携のポイント

発達障害の医学的な診断・治療は医学領域で行われるが、教育・訓練は学校や家庭の教育活動で工夫して行われ、生活援助は行政機関の社会福祉政策によって実施される。

このように、発達障害は、単一の学問分野の研究調査や実践活動だけでは十分な理解と対処をすることが難しい、学際的で多分野にまたがる障害である。そこで、精神医療との連携の際には、以下のことをご理解いただきたい。

### (1) 現状を明確に示す

患者の病状、家族構成、家庭環境、学校・職場での状況、家族の状況、周囲の親、教師などの反応パターンはどうかなどをできるかぎり具体的な事象で例示する。

### (2) 精神科医等に紹介後も、患者のバックアップを

精神科を紹介した後も、精神科医とかけつけ医との連携は、順調な治療や対応、療育のために不可欠である。また、場合によっては、学校、福祉、行政などとの連携が必要になる場合もある。



## 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 市川宏伸, 鈴木俊介: 日常診療でであう発達障害のみかた. 中外医学社, 2009
- (2) 田中康雄: 軽度発達障害. 金剛出版, 2009
- (3) ウタ・フリス: 自閉症とアスペルガー症候群. 東京書籍, 1996
- (4) ラッセル・A. バークレー, 山田 寛, Russell A. Barkley, 海輪 由香子: バークレイ先生の ADHD のすべて. ヴォイス, 2000
- (5) 高山恵子: おっちょこちょいにつけるクスリ. ぶどう社, 2007
- (6) 杉山登志郎: 子ども虐待という第四の発達障害. 学習研究社, 2007
- (7) ジェド・ベイカー: 写真で教えるソーシャル・スキル・アルバム. 明石書店, 2007

## 第3章 摂食障害

### Key Points

- 摂食障害の場合、早期に患者本人が精神科や心療内科を受診するケースは少ない。身体科と精神科や心療内科との連携の工夫を必要とする。
- 治療動機が乏しく、治療関係が作りにくい面があるが、治療が中断しないよう、本人の力も生かしながら治療関係を作ることが必要である。
- 典型的な病型には、神経性無食欲症（拒食症）と神経性大食症（過食症）があるが、他の病型もある。どの病型も、心身両面に多彩な症状が見られる。やせ願望や肥満恐怖以外の心理面にも注意が必要である。
- 治療上も、身体だけ、心理だけに偏らず、バランスの良い治療が必要である。
- 低栄養が著しい時期には、ある程度強制的な治療が必要となる場合も多い。
- 学校保健と連携する場合、やせが病的かどうかは、ある一時点のBMIではなく、成長曲線から判断する必要がある。
- 家族に対する指導やサポートも重要である。家族が病気や治療に対して正しく理解すれば、治療が安定する。特に、家族と同居するケースについては、家族への指導は必須である。
- 医師だけでなく、栄養士や臨床心理士など、多職種での治療が有効だとされている。地域での連携方法の充実が望まれる。

## 1. 概要と病態

### 1-1 はじめに

摂食障害とは、神経性無食欲症（拒食症）、神経性大食症（過食症）など、心理的背景を持つ食行動の問題の総称である。精神医学や心療内科の範疇の疾患ではあるが、種々の身体症状が見られるため、内科、小児科、婦人科、整形外科、歯科など身体科を先に受診するケースも多い。長期化しながら、身体科だけを受診しているような場合もある。身体科を受診

した時が、精神面も含めた本格的な治療導入の良いチャンスであるが、これには抵抗が強い場合も多い。ここでは、摂食障害の特徴を示し、精神科や心療内科への紹介や連携方法について考察してみる。

### 1-2 疫学

表2に、オランダで報告された疫学データと受診状況の例を示した。日本は地域ベースの疫学データが得にくいのが、地域での患者数と受診者数のずれ、また病型による受診状況の違いについては、臨床的には日本でも類似の現象が観察されるので、参考になる。神経性無食欲症は、診断基準を満たすケースは、若年女性の1%未満である。1学年に1人いるかどうかという頻度ということになる。プライマリケア医を受診するのは、約半数で、その多くは、専門的治療に紹介されている。過食症は、神経性無食欲症よ

表1 診断名＜DSM-IV-TRによる分類＞

摂食障害 Eating Disorders	
神経性無食欲症	
Anorexia Nervosa (307.1)	
神経性大食	Bulimia Nervosa (307.51)
特定不能の摂食障害	
Eating Disorder Not Otherwise Specified (307.50)	

表 2. 摂食障害の 1 年間有病率

若年女性10万人あたりの人数 オランダの例

医療のレベル	神経性 無食欲症	神経性 大食症
地域	370	1500
プライマリーケア医	160	170
精神科専門機関	127	87

Hoek HW. The distribution of eating disorders. In: Brownell KD and Fairburn CG, editors. Eating Disorders and Obesity, New York: The Guilford Press; 1995. p207-211

りも多いが、受診しているものは、9人に1人程度にすぎない。過食症の場合は、一人暮らしも多い年齢で、また、外見上病気に気付かれることもないため、周囲に受診を勧められることもなく、未受診のままになりがちである。図1は概念図だが、ここに示すように、診断基準を満たすもの以上に、現在は、グレーゾーン人口が多いのが特徴である。グレーゾーンの方が、メディアのダイエットブームの影響を受けて、「やせ願望」がはっきりしている場合も多いものである。初期段階では、将来診断基準を満たすのか、グレーゾーンのまま経過する症例かは判断しにくい。定期的経過観察が必要である。グレーゾーンとは言え、長く続けば対人関係が狭まるなど社会適応上の問題が見られるような場合もあり、診断基準を満たさないケースでも、治療が必要となる場面は多い。グレーゾーンの摂食障害とうつ病の併存等も多い。(鑑別診断、併存診断の項参照)

摂食障害の有病率は明らかに女子に多い。神経性無食欲症の男子の場合は、運動強迫の傾向が特に高く、極端に低い体脂肪率を目指しているようなケースが多い。月経の乱れという症状がない分、発見が

遅れがちなので注意を要する。

### 1-3 症状

#### (1) 神経性無食欲症

摂食障害の代表的なものに、神経性無食欲症 Anorexia nervosa がある。神経性食欲不振と訳されることもある。「無食欲」症、「食欲不振」症という病名ではあるが、食欲が消失しているわけではなく、食物への強い興味を示す場合が多い。典型的な現代病と考えられがちだが、Anorexia nervosa という病名を作ったのは、19世紀の英国の医師 Gull である。症例報告は、さらにさかのぼって Gull 以前から見られる。現代は、ダイエットブームのために、やせ願望を背景に持つ症例が増えてはいるが、極端な節食、体重増加の勧めに対する強い抵抗、過活動などのコアな症状は、ダイエットブーム以前の症例にも見られるものである。現在でも、小児例などには、やせ願望が強くない、19世紀症例と類似の症例が見られることがある。次ページの「症例」にこのような典型例を示す。

神経性無食欲症の診断基準にはさまざまなものがあるが、現在は、他の精神疾患と同様、日本でも、アメリカ精神医学会による DSM IV がよく用いられている。DSM の説明文を改訂した DSM IV TR (Text Revision) も、診断基準としては同一である。この診断基準を表3に示す。診断項目 A と D が身体面の症状である。この診断基準では、体重が標準体重の 85% 以下になった場合、この診断項目を満たすとしている。しかし、臨床的には、ある体重を境に病理が明確に分かれるわけではなく、連続性がある。臨床的には、BMI が 17 から 18 で、月経周期に異常をきたすことが多い。BMI がこれ以下の場合、女性ホ

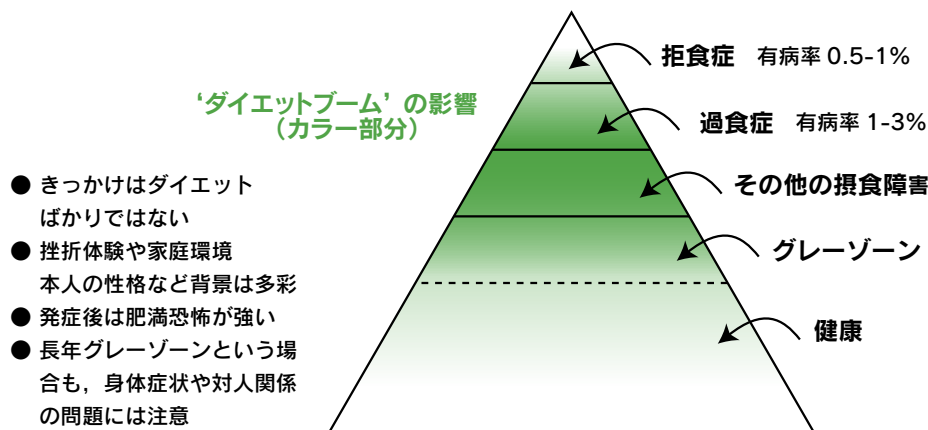


図 1 摂食障害関連の症状の広がりやダイエットブームの影響

## 症例 Aさん 中学3年生女子

生来健康、小学校の頃は勉強が得意で、第一志望の私立中学に入学した。入学後は、周囲に優秀な人が多くて圧倒される感じがあったが、勉強時間を増やすことで何とか成績を保っていた。まだ勉強が足りないという不全感が常にあり、勉強時間を毎日チェックして、時間の目標を達成することで不安を抑えるような毎日であった。

中3の初め頃、胃腸炎のために、3kgほど体重が減少した。クラスメートに、「やせてかわいくなった」と言われたため、体重がいつも気になるようになってしまった。元々は標準体重前後の体重であり、特にやせたいとも思っていなかった。しかし、一旦やせた後は、体重を今より増やしてはいけないという思いにとらわれ、食事の量、カロリーなどを厳しくチェックするようになった。これまでに、2回月経があったがその後は無月経である。予定していた以上に食べた日は、夜中でもジョギングに出て行こうとするので、家族との言い争いが増えた。養護教諭が体重減少に気付き、本人と家族に医療機関受診を勧めた。最初は強く抵抗していたが、体重以外のことに集中できないのは苦しいことを本人も認め、受診に同意した。

ホルモンの働きが弱まって、骨密度の低下も見られる。無月経を気にしない患者に、「このままでは子供が産めなくなる」などと言っても何も変化が見られないことが多い。女性ホルモンは、骨密度など全身の健康に必要であること、外部から女性ホルモンを投与すると、自分の卵巣は働かなくなりがちなので、女性ホルモンが自然に働くレベルの体重は最低限必要なこと、そういう意味で、月経は、女性ホルモンのサイクルができていくかどうかのサインと考えると良いということを説明する。小児の場合は、節食が続く場合、「やせる」という症状ではなく、「身長が伸びない」という症状が見られることに注意する。身長が伸びていないという判断は、ある一時点の横断面では難しいので、成長曲線上で成長を確認する必要がある。

心理面の特徴として、B項目とC項目がある。B項目の「肥満恐怖」はよく知られているが、症例Aさんのように、必ずしも病前に「太りたくない」心理が強いものばかりではない。多忙、ストレス、腹痛などの心身症症状のために食べられなくなり、気が付いたらやせていた、一旦やせた後には、100gで

表3 神経性無食欲症（拒食症）の診断基準  
(DSM-IV-TRより抜粋)

- A. 年齢と身長に対する正常体重の最低限、またはそれ以上を維持することの拒否（例：期待される体重の85%以下の体重が続くような体重減少、または成長期間中に期待される体重増加がなく、期待される体重の85%以下になる）
- B. 体重が不足している場合でも、体重が増えること、または肥満することに対する強い恐怖
- C. 自分の体重または体型の感じ方の障害；自己評価に対する体重や体型の過剰な影響、または現在の低体重の重大さの否認
- D. 初潮後の女性の場合は、無月経、すなわち月経周期が連続して少なくとも3回欠如する（エストロゲンなどのホルモン投与後のみ月経が起きている場合、その女性は無月経とみなされる）

も増えるのが怖くなった、というような展開が多い。

C項目には、低体重の重大さの否認と、自己評価に対する体重や体型の過剰な影響という2つが挙げられているが、いずれも非常に重要な心理的特徴である。「重大さの否認」は、単に「どこも悪くない」と主張するというだけではなく、極端な体重減少から当然生じるはずの疲労感を実感できないという問題が大きい。精神病理学的には、身体感覚に対する一種の離人症状と考えられる。本人が何も困っていない背景にはこのような病理がある。自己評価に対する体重や体型の過剰な影響というのは、例えば、体重を頻繁に量り、100gでも体重が増えると、「自分は価値のない人間」と思って抑うつ的となり、人前に出られなくなるような現象である。この症状のために登校できなくなるなど、社会適応には大きな影響がある。体重の数字や服の号数が増えると希死念慮が生じたりすることが多く、自己評価に対する体重や体型を表す「数字の」過剰な影響と言ってもよいだろう。低体重や無月経は、本人は気にしていないことが多いが、「体重で一喜一憂して気分が振り回されるのは苦痛」と思っているケースは多いので、治療への導入には重要な症状である。

診断基準に挙げられている症状以外にも、臨床的には重要な様々な症状がある。

身体症状としては、低栄養の結果として、さまざまなものが見られる。体重だけに注目しがちだが、低血圧、低体温、徐脈など、基本的な診察でも指摘できる異常は多いので、本人が「どこも悪くない」と主張しても、基本的な診察は行う必要がある。背中などが多毛となる場合もある。血液検査上は、貧血、白血球減少、血小板減少、低タンパク血症、低

血糖などが見られる。白血球は、顆粒球の割合が減って、リンパ球の割合が高くなっていけば、低栄養状態が長く続いている一つのサインとなる。症例によっては、肝酵素の値が上昇する場合もある。骨粗鬆症は、自覚症状はなく、転倒などの際に骨折したことで初めて、骨粗鬆症や過去の骨折の痕に気付かれることも多い。

診断基準に挙げられていない精神面や行動面の症状としては、過活動が重要である。過活動には、長時間のジョギングや水泳をする「運動強迫」や、夜中も掃除や片付けものをしたり、エスカレーターに乗らずに階段を駆け上がるなど、生活上の過活動がある。いずれも、気分良く運動しているというのではなく、極端な運動目標を設定して駆り立てられるように運動したり、「自分はゆっくりしている価値のない人間」という独特の罪責感があって、自分を罰するように動き回っていることが多い。周囲は、「やせようと思って、わざと動き回っている」と批判することが多いが、冷静に運動を計画してこなしているのではなく、自分ではコントロールできず、苦しい状況になっていることが多い。

このような場合、本人の頭の中にあることを書いてもらおうと、図2のように、ほとんど体重や、食事のカロリーの心配に占められており、体重や体型が精神病理学でいう支配観念（優格観念）になっていることが多い。やせ過ぎを指摘されても認めない人でも、このような図を書いて、「こういう状態は苦しいのではないか」と問いかけると、症例Aさんのように、困っていることを認める場合が多い。

## (2) 神経性大食症（過食症）

DSM IVでは、神経性大食症（過食症）は、表4のように定義されている。A項目は過食の食べ方の定義である。患者の周囲の人々は、「好きで食べているのだから、いつでもやめられるはず。やめられないのは

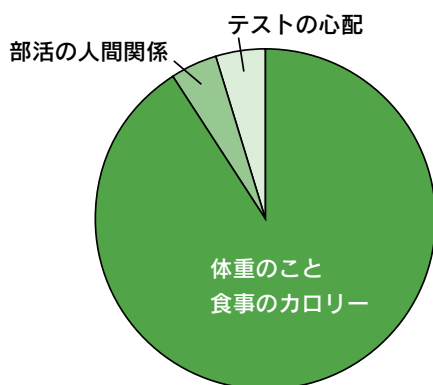


図2 頭の中で考えていること

意志が弱い」と思っていることが多いが、この項目に示すように、自分ではコントロールできないことが多い。慢性例の中には、一日中食べ続けているような「だらだら食い」という場合もあるが、多くの場合は、日ごろは避けている高カロリー食品を短時間で詰め込むような食べ方で、「失コントロール感」や無力感が非常に強い。

過食症の場合も、自己評価に対して体重や体型が過剰な影響を与えるという心理は神経性無食欲症と同様である。(D項目)過食症の場合は、過食後に、体重が増えるため、自己評価が低下しやすい。そして、過食後の自己評価の低下や嫌な気分を消すために、過食により増えた体重を減らす「代償行動」が見られる。最も多いのは、自己誘発性嘔吐である。指に「吐きダコ」ができている症例もあるが、指を使わなくても吐けるようになっている場合も多い。他には、下剤乱用、利尿剤乱用なども見られるが、自己誘発性嘔吐は、増えた体重をすぐ帳消しにする感覚が得られるので、過食とセットで癖になっている症例が多い。英語では、過食症の過食はbinge、嘔吐はpurgeと呼ばれることが多く、当事者グループなどでは、「ビンジ パージ」という表現がしばしば用いられている。

頻度の基準もあるが(C項目)、症状が激しい場合はほとんど毎日のことが多い。日中はほとんど絶食で過ごす、夜になって爆発的な過食になり、次の日ま

表4 神経性大食症（過食症）の診断基準  
(DSM-IV-TRより抜粋)

- A. むちゃ食いのエピソードの繰り返し。むちゃ食いのエピソードは以下の2つによって特徴づけられる。
  - (1) 他とはっきり区別される時間帯に（例：1日の何時でも2時間以内）、ほとんどの人が同じような時間に同じような環境で食べる量よりも明らかに多い食物を食べること
  - (2) そのエピソードの間では、食べることを制御できないという感覚（例：食べるのをやめることができない、または何を、またはどれほど多く、食べているかを制御できないという感じ）
- B. 体重の増加を防ぐために不適切な代償行動を繰り返す、例えば、自己誘発性嘔吐、下剤、利尿剤、浣腸、またはその他の薬剤の誤った使用、絶食、または過剰な運動
- C. むちゃ食いおよび不適切な代償行動とともに、平均して、少なくとも3ヵ月間にわたって週2回起こっている
- D. 自己評価は、体型および体重の影響を過剰に受けている
- E. 障害は、神経性無食欲症のエピソード期間中にのみ起こるものではない



た絶食というような経過が多い。

過食と嘔吐が見られる場合、そのバランスにより、体重は低体重、正常体重、過体重とさまざまである。一人の患者の中でも低体重の時期と過体重の時期が見られる場合が多い。

外見から明らかな異常は想像しにくい。過食症にも、さまざまな身体症状が見られる。まず、高脂肪の食品などを大量に摂取することから、肝機能異常が見られる場合がある。また、嘔吐や下剤乱用が長く続くと、胃液、腸液が失われることから低カリウム血症がしばしば見られるが、自覚症状はないことが多い。低カリウム血症は心機能に影響を与える。嘔吐や下剤乱用が見られる症例では、採血や心電図検査が必要である。

嘔吐が頻繁な症例では、歯のエナメル質の酸蝕など、口腔内のトラブルも多い。歯科的治療を繰り返し、最終的に義歯になることもある。歯の状態が悪いと、柔らかい食事しかとれなくなり、柔らかい食事は嘔吐しやすなど、悪循環を生じる。

### (3) 特定不能の摂食障害

以上の2つの典型にはあてはまらないが、食行動の問題があって、日常生活に影響がある場合がある。DSM-IVでは、特定不能の摂食障害という分類の中にさまざまな病理が含まれる。例えば、元々過体重で、体重が減少しても、標準体重の85%以下にはならず、神経性無食欲症の診断にはあてはまらない場合などがある。この場合、無月経の場合とそうでない場合があるが、心理的特徴としては、神経性無食欲症に近い状態となる。大量の食物を口の中には入れるが、飲み込まずに吐き出す「嘔み吐き障害」という型もある。特定不能の摂食障害の中で、最も多いのは、「むちゃ食い障害」である。これは、過食症に似るが、過食後の代償行動が過食症ほど激しくない。過食の後、嫌な気分にはなるが、自己評価が完全に体重だけで決定するわけではない。体重は過体重の場合も多く、海外では、肥満外来の患者には、むちゃ食い障害の患者がかなり含まれると言われている。

## 2. 早期発見のポイント

神経性無食欲症患者が、第一段階として、内科、小児科、婦人科などを受診した場合は、神経性無食欲症という見立てを本人や家族に的確に伝えること、また、治療により改善すること、精神科や心療内科と連携して治療したいことを伝えることが重要である。

中学生や高校生の場合、診断のきっかけは、学校の定期診断で体重減少に気付かれたような場合が多いだろう。このような場合、学校の養護教諭や家族の判断で、最初から精神科や心療内科を紹介される場合もあるが、第一段階として、小児科や内科の受診を選択する場合が多い。精神科というと、「薬漬け」とか、精神病院に即入院と誤解している家族も多い。家族が、診断に納得しない場合もある。身体科で、家族に対して摂食障害に対する的確な説明が行われると、家族が納得して治療に取り組む場合もある。精神科や心療内科に紹介された場合、どのような治療を行うのか、紹介元の方も程度イメージを持っている方が勧めやすい。日頃から、連携しやすい精神科、心療内科と連絡をとれるようにしておくのが理想的である。

もし、これから摂食障害の早期発見に取り組みたいという学校と連携する場合は、成長曲線から病状を判断するよう勧めるのが良い<sup>1)</sup>。ある横断面のBMIだけでは、成長の推移がわかりにくく、本人も「周囲には、もっと細い人がいる」などと主張しがち

である。体重の数字だけを人と比べるのではなく、自分の成長の歴史の中で、今どのような状況にあるかに目を向けるよう指導する。学校保健とのかかわりでは、スポーツ関係の部活などで、減量を強要されていないか、そのような部活で、困った時に生徒が専門家に相談をすることを止められていないか、相談のプライバシーが守られているか、なども早期発見には重要なポイントである。

発症後、長い間、精神科は拒否したまま、内科で利尿剤の処方希望するケース、あるいは、婦人科で無月経の治療のためにホルモン治療だけが続いているというようなケースは多いものである。このような状態が長く続くと、精神科受診は拒否という態度が固まってしまいがちである。神経性無食欲症が疑われたら、早い段階で、アセスメントだけでも精神科受診を勧めた方が良いだろう。主な受診先が精神科ということには納得しないケースでも、時々精神面のアセスメントを受けるなど、連携しながら治療した方が良い。

過食症の場合、「すぐ過食を止めてほしい」と期待して受診する場合もあるが、過食嘔吐など「恥ずかしい」症状について話さなくてはいけない負担感やどうせ治らないだろうという無力感から、やはり受診は遅れがちである。他の症状の精査のため、あるいは健診の採血の結果、たまたま低カリウム血症が

「発見」されるような場合もある。このような場合は、「このような低カリウム血症は、頻繁に下痢や嘔吐が見られる場合の所見。こういう症状はないだろうか」

と確認する。自分からは言いにくい、指摘されれば安心して話せるというケースも少なくない。

### 3. 問診のポイント

身体科では、神経性無食欲症を強く疑うケースにも、症状について聞きにくいという声をしばしば耳にする。本人の状況がわからないままに、「もうちょっと食べなくてはいけない」「いろいろ気にしないで食べやすいものから食べたら」など、一般的なアドバイスになってしまう場合も多いようである。

上記のように、摂食障害が疑われるという見立てと、治療すれば改善することを本人に伝えた上であれば、食の話題はタブーではない。ただし、尋問のように問いただしたり、食べなければひどいことになる脅すような対応は望ましくない。ぜいたく病、わがまま病、自業自得の病気と扱われたという当事者の不満もしばしば耳にする。基本的には、症状は「わざと」ではなく、本人はコントロールできない病気の症状として扱うのが重要である。

症状を正確に把握するには、本人自身に語ってもらえるような問いかけをすることが重要なことである。「はい」「いいえ」で答えが止まってしまうような、いわゆる「イエス・ノー」クエスションではなく、できるだけ本人が考えて答えるような質問が良い。たとえば、「朝ご飯は食べていますか」という質問は、「イエス・ノー クエスション」であり、「はい」「いいえ」でしか答えられない。ほとんどの場合、本人は「はい」と答えるので、詳しい情報は得られないままになってしまう。

一方、「朝、起きたら、いつ頃、どんなものを食べ

るんですか」のような質問は、本人からの情報を引き出すことができる。このような質問であれば、

「出勤時におなかが痛くなるのが怖くて、朝はお茶しか飲めない」あるいは、「食べるスピードが遅いので、食べる気はあるのに量は少しだけしか食べられない」などが語られることになる。

この方が、情報が得られるだけでなく、医師と患者との間で「困りましたね」という感覚を共有することができる。このような会話をしたからすぐ食が改善するというわけではないが、問題が隠されずに治療者との間で共有されることが、治療の基本である。

各診察の早い段階で、体重を量っておくのもポイントである。摂食障害の場合、食べる量を増やそうという前向きな気持ちになっても、すぐ体重が増えるとは限らない。実際に摂取カロリーが増えても、吸収が悪ければすぐに体重には反映しない。「頑張る気持ち」を強調しても、食べる量は増えていない場合もしばしばである。「今週はこんなに頑張ってお食べた」という話の後、診察終了間際に体重を量ると、前週よりもかなり減っているという場合も多く、このような時は、診察の流れが混乱する。各診察の早い段階で量り、今週は食べたつもりなのに体重が増えないのはどうしてだろう」ということを話す時間を確保しておくことが望ましいのである。

### 4. 鑑別・併存診断

いわゆる教科書的な「鑑別診断」としては、甲状腺機能亢進症や悪性疾患による体重低下と神経性無食欲症との鑑別、脳腫瘍による食欲の異常と神経性無食欲症や過食症との鑑別などが挙げられる。通常は、臨床像と諸検査により鑑別は可能であり、「摂食障害か身体疾患か」のどちらかという鑑別で迷うようなケースはあまり多くは無い。

I型糖尿病と摂食障害の併存はよく知られている。「インスリンを使うと太る」のを恐れて、糖尿病の治療に取り組みなくなってしまうというパターンであ

る。さまざまな不安を抱えていることが多いので、精神科や心療内科との連携が必要な病状である。

摂食障害と他の精神症状との鑑別や併存の判断も重要である。「拒食」「過食」というのはわかりやすい病状なので、本人や家族の自己診断としての摂食障害は非常に多いが、詳しく面接すると、うつ病、パーソナリティ障害など他の診断の場合もある。

一方で、過食症とうつ病の併存など、いくつかの病像が同時に見られることもあり、精神科の診断は1つ選ばなくてはならないというわけではない。例

えば、自己診断が「過食症」のケースで、過食だけに注目して治療をしていると、手首切りなどの自傷行為やアルコール乱用もあることがわかってくるなどが典型的な例である。体重が増えると気分が落ち込むという範囲ならば、過食症の範疇の気分変動だが、必ずしも体重には関係なく、ある期間、ほぼ一日中ほぼ毎日抑うつなのであれば、うつ病の併存と判断する。

また、気分が極度に不安定で、自傷行為や衝動行為が目立ち、対人関係の不安定性も強い場合は、境界パーソナリティ障害の併存と判断する。(第5章参照)

その他、発達障害と摂食障害の両方の症状が見られる場合などもある。併存診断も含めて全体像をよくつかんだ上で、治療計画を立てることが必要である。

なお、家庭での養育不十分のために、子どもの成長が遅れていることがある。ネグレクトと考えられる場合もあり、親に何らかの精神症状があつて、子どもに小食を強要しているような場合もある。これは、摂食障害とは別の病態ではあるが、成長曲線のチェックなどで、成長の遅れが発見されたら、積極的に対応すべき病態であるのは論をまたない。

## 5. 家族への説明のポイント

神経性無食欲症の場合、家族が病状に気付いて心配し、受診のきっかけとなっている場合が多いが、中には全く放任している家族も見られる。心配している家族の方は、家族の方も子育てに自信を失って抑うつ的になっていたり、強い不安を抱えている場合が多い。不安の強い家族の場合は、まず、今起きているのが、神経性無食欲症という病気であること、心理的背景はあるだろうが、必ずしも育て方のせいではなく、思春期の一定数には見られる病気であること、本人が治療に積極的でないのも症状の一つであること、このため、本人の意思を取り入れつつも、最初は周囲が毅然とした態度で極的に治療を進めなくてはいけないことなどを説明する。食べたといって、こっそり捨てるなどの問題行動も症状の一つであることも説明する。治療には時間がかかるので、焦らず取り組むよう勧める。「家に帰った方が食べられる」などの、本人の病的な主張に影響され、家族が、

入院中の患者を家に連れ帰るなど、治療者と敵対してしまう場合もある。治療早期から、家族への教育とサポートは重要であり、家族が治療を応援できれば、治療は安定する。摂食障害について知識がない家族であれば、解説書などを紹介するのもよい。

患者を放任したり、治療に拒否的な家族は、病気や精神科治療について誤解していることもあるので、粘り強く説明を続ける。育て方について、家族が責められるのだらうと思いついでいる家族も多いものである。検査結果など、具体的に病状を示す材料を活用し、治療すべき病気であることを説明する。

過食症の場合、同居していない家族は、症状にも気付かない場合が多いが、同居していると、買い置きの食物を食べられてしまうなど、家族の生活にも多大な影響が生じる。症状が家族にできるだけ影響しないよう境界線を意識し、症状のコントロールは本人が自分で取り組めるような環境を整える。

## 6. 治療

摂食障害の治療は、心身両面に対して行われることが重要である。時期によって、身体治療中心、心理面の治療中心という濃淡はあっても良いが、一方にしか注目していないと、「入院で体重は増えても、やせ願望はそのままで、退院後すぐ体重低下」、あるいは、「過去の親子関係については洞察が進んでいるが、体重は1kgも増えない」というような展開になりがちである。

低栄養の治療は、軽症であれば、食事指導、栄養剤(エレンタール、ラコールなど)の使用を行い、

栄養を補給する。体重を1kg増加させるのには、7,000kcalの追加エネルギーが必要であること<sup>2)</sup>、食べた物の吸収が悪いことも考慮し、一日約300kcalずつ追加していけば、一カ月で理論上は1kg増えるというような説明を行う。一日だけ限界まで食べ、本人はすごく頑張ったと主張するが、その後数日は食事が減るといったパターンを繰り返している場合も多い。規則正しく栄養補給することを勧める。一回に食べられる量が少ないので、夜食や軽食を足すなど、一日5食くらいのイメージで栄養補給する必要がある。

る場合が多い。再栄養症候群（低リン状態の時に高カロリーが投与されると心不全などが見られる）を来たさないよう、牛乳などリンの多い食品、またビタミンBも不足しないよう摂取を促す。自宅ではこのような対応が全くできない場合、あるいはすでに身体的に危機的状况にあれば入院とする。地域の医療資源により、入院は、内科の場合と精神科の場合がある。治療の必要性を全く理解しない場合、精神科病棟では、医療保護入院という手続きを取る場合もある。入院後は、行動療法（安静状態から、体重増加に応じて行動範囲を増やす）、中心静脈栄養、経鼻腔栄養などを組み合わせて治療する。高カロリーを投与するときは、再栄養症候群に十分注意する。

精神面は、本人に対する精神療法、家族療法などを行い、社会復帰に備える。栄養士の指導も活用する。

過食症の治療は、「過食を止める」ことだけに焦点を当ててではなく、生活リズム全体を規則正しくする必要がある。症状の全容が分かりにくいことも多いので、症状記録を促し、どのような状況で過食が出やすいか確認する<sup>3)</sup>。過食嘔吐の症状を軽減するには、抗うつ剤もある程度有効である。

生活リズムが外来では整えられない場合、併存する精神症状が強い場合などは、入院治療を行うこともある。あまり長い入院は社会復帰を難しくするので、入院目標をはっきりさせ、1～2カ月の入院とするのが望ましい。

## 7. 連携のポイント

本人は、治療初期は治療動機に乏しいことも多く、「ここでは診られないから他へ」というようなアドバイスを聞けば、そこで治療が中断することがほとんどである。「軽症なので、もっと悪くなったら来てください」というようなアドバイスも、本人は「医者にどこも悪くないと言われた」と解釈するので、治療を遅らせる。受診間隔は空いても、次の診察日を設定し、それまでの宿題を出すなど、次につなげることを明確に意識して対応する。

従来のような、大学病院の中の内科と精神科の連携というような場合でも難しさがあったが、最近では、地域生活をしながら外来治療をする中での連携ケースが増えてきており、さらなる工夫が必要である。

連携の方法は、その地域の医療資源にもよるが、精神科で病理の評価や全体的な治療方針を示しつつ、本人や家族へのアプローチを定期的に少し間をあげ

て行い、一方で、かかりつけ内科や小児科で、毎週の採血や心電図を行うというような、欧米での専門病院とプライマリケア医の連携のスタイルを活用できる場合もあるだろう。

食事増量を勧めてもらうことを期待して、精神科医が患者を内科や栄養士に紹介しても、依頼された方では、患者を不安にさせてはという懸念から、「食べられる範囲で食べた」というようなアドバイスになり、結局は精神科医がもっと食べるように強く言うなど、役割が逆転する現象もしばしば見られる。連携する専門家同士の意見交換ができる場があると良い。

地域で、学校、身体科、精神科あるいは心療内科、また心理療法カウンセラー（臨床心理士）などとネットワークが組めるのが理想的だと言える。

## 引用文献

- 1) 厚生労働科学研究（子ども家庭総合研究事業）思春期やせ症と思春期の不健康やせの実態把握および対策に関する研究班（班長渡辺久子）編：思春期やせ症の診断と治療ガイド。文光堂、2005
- 2) National Collaborating Centre for Mental Health. National Clinical Practice Guideline CG9 Eating Disorders; Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and related eating disorders; 2004 (NICE ガイドライン) <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/10932/29220/29220.pdf>
- 3) 西園マーハ文：摂食障害のセルフヘルプ援助～患者の力を生かすアプローチ～。医学書院、2010



## 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 西園マーハ文編：摂食障害の治療。専門医のための精神科臨床リユミエール 第Ⅲ期 28巻。中山書店、2010
- (2) 石川俊男、鈴木健二、鈴木裕也他編：摂食障害の診断と治療ガイドライン 2005。マイライフ社、2005

## 第4章 パーソナリティ障害

### Key Points

- パーソナリティ障害には、さまざまな種類がある。精神疾患との併存も多い。
- パーソナリティ障害のために、治療関係が難しくなることがある。パーソナリティ障害の存在に気付くことがまず重要である。
- 境界性パーソナリティ障害では、本人の病理のためにスタッフ間の人間関係が悪くなることもある。治療計画をスタッフ間で共有しておくことが重要である。
- 自傷行為については、行動より言葉で示すことを継続的に援助する。「限界設定」も有用である。

### 1. 概要と病態

#### 1-1 はじめに

精神医学の診断の中には、「うつ病」「統合失調症」などのいわゆる「精神疾患」以外に、その個人の対人関係や社会適応が特異で不適応をきたす「パーソナリティ障害」という大きなカテゴリーがある。

アメリカ精神医学会による診断基準 DSM-IV-TR では、精神疾患は第Ⅰ軸 (Axis 1)、パーソナリティ障害は第Ⅱ軸 (Axis 2) の障害と呼ばれている。英語では personality disorder で、以前は「人格障害」とも訳されたが、この訳は印象が悪いため、最近では「パーソナリティ障害」と訳すことが多い。DSM-IV-TR では、表 1 に示したような多彩なパーソナリティ障害診断がある。これらが第Ⅰ軸の精神疾患に併存する場合も多い。多くのパーソナリティ障害は持続的なものだが、境界性パーソナリティ障害など、いくつかについては、大うつ病、過食症など、第Ⅰ軸の精神疾患が激しい時のみ、その特徴が顕著であり、これらの疾患が落ち着くと、パーソナリティ障害の特徴も消失することがある。一方、第Ⅰ軸の精神疾患とパーソナリティ障害との関係として、パーソナリティ障害が思春期から持続し、ある時期は過食症、ある時期はアルコール乱用など、第Ⅰ軸は変遷するようなタイプも非常に多い。

精神疾患に先行しているケースにせよ、精神疾患に伴ってパーソナリティ障害らしさが現れたケース

表 1 診断名＜DSM-IV-TR による分類より抜粋＞

パーソナリティ障害	Personality Disorders
<A 群>	
妄想性パーソナリティ障害	Paranoid Personality Disorder (301.0)
スキゾイド (シゾイド、統合失調質) パーソナリティ障害	Schizoid Personality Disorder (301.20)
統合失調型パーソナリティ障害	Schizotypal Personality Disorder (301.22)
<B 群>	
反社会性パーソナリティ障害	Antisocial Personality Disorder (301.7)
境界性パーソナリティ障害	Borderline Personality Disorder (301.83)
演技性パーソナリティ障害	Histrionic Personality Disorder (301.50)
自己愛性パーソナリティ障害	Narcissistic Personality Disorder (301.81)
<C 群>	
回避性パーソナリティ障害	Avoidant Personality Disorder (301.82)
依存性パーソナリティ障害	Dependent Personality Disorder (301.6)
強迫性パーソナリティ障害	Obsessive-Compulsive personality Disorder (301.4)

にせよ、パーソナリティ障害が存在していると、治療の選択肢が狭まる場合が多い。例えば、パーソナリティ障害が併存しない大うつ病では、強い希死念慮がある場合以外は、外来でも、抗うつ剤を本格的に使用することができる。家族関係も良好な場合が多いので、希死念慮がある場合、薬の管理を家族に依頼することもできる。しかし、衝動性の高いパーソナリティ障害が併存していると、大量服薬の恐れがあり、薬物処方には慎重を要する。家族関係が悪く、本人をサポートできる人がいない場合も多い。

このように、精神科の診療において、いかにパーソナリティ障害の併存を見抜き、現実的な治療計画を立てるかは大きなテーマである。

## 1-2 病理の特徴

多数あるパーソナリティ障害について、その概略を述べる。表1にあるように、DSM-IV-TRでは、パーソナリティ障害は、A群、B群、C群の3つの群に大別されている。

### 【A群】

統合失調症に症状が類似し、統合失調症との鑑別が必要なものである。統合失調症のような病状の進行はないが、被害妄想に近い症状があったり、対人接触を好まないため、安定した対人関係を築くのは難しい。自分から積極的に身体科を受診はしないが、受診した場合、治療関係が困難になることがある。

#### (a-1) 妄想性パーソナリティ障害

他人はいつも自分を不当に扱う、攻撃するということのような思いが常にあり、病院でもこのように扱われると思っている場合がある。これらの思いを解消するのは困難だが、病気に対する説明を本人がきちんと理解していないと、「治療で悪くされた」と考えがちである。このような事態を避けるためには、説明を丁寧に行い、その記録を残して説明が一貫したものであること、もし家族がいれば家族にも説明すること等が重要である。妄想が激しかったり興奮する場合は、統合失調症などの可能性も考えて、精神科受診を勧める必要がある。

#### (a-2) スキゾイド(シゾイド)パーソナリティ

対人関係に乏しい。若いころからずっと独居の老人の診療場面などではこのようなタイプに遭遇することがあるだろう。「何かあったら気軽に相談して」というような呼びかけには応じにくいので、治療が必要な場合は、受診間隔、受診が必要な症状などを具体的に示す方が良い。

#### (a-3) 統合失調型パーソナリティ障害

対人関係には乏しく、また、他の人には理解しにくい「第六感」や奇異な考えを持っていることがある。身体症状や身体の違和感があっても、自分なりの解釈があり、受診はしない場合も多い。身体疾患があるのにこのような対応の場合は、治療が遅れる結果となる。身体症状に対して、明らかに説明が奇異な場合は、精神科との連携が必要である。

### 【B群】

激しい症状を持つものが多い。パーソナリティ障害は、「自分が悩むか周囲の者が悩む」と表現されるが、B群のパーソナリティ障害は、主に周囲が悩む場合が多い。

#### (b-1) 反社会性パーソナリティ障害

病院でもルールが守れない場合が多い。ルール違反には、違反としてきちんと対応する。

#### (b-2) 境界性パーソナリティ障害

気分不安定、衝動行為、対人関係の不安定などを特徴とする。「境界性」というのは、精神療法への反応性などの研究から、統合失調症との境界上の病理という意味で名付けられたものである。特徴の詳細については、後述する。

#### (b-3) 演技性パーソナリティ障害

従来は「ヒステリー性格」と呼ばれてきたものに近く、種々の身体症状を誇張して訴えることがある。

#### (b-4) 自己愛性パーソナリティ障害

他者に対する共感に極めて乏しく、自分は特別という意識が強い。自ら積極的に医療機関を受診することは少ないが、「このような特別の病気である」、あるいは有名病院、有名医師の患者であることがステータスになっている場合は、必要以上に長期に受診する場合もある。自己愛性パーソナリティ障害は、近年話題になっているドメスティックバイオレンス(DV)の背景として重要である。相手を殴ることに対し、「殴らせるような状況を作る方が悪い」、「食べさせてやっている。殴られても文句は言えない立場のはず」など、相手への共感を全く欠く言動がある様子であったら、このパーソナリティ障害の可能性が高い。受診するのは本人ではなく、暴力被害者の方なので、すぐに状況を改善するのは容易ではない。しかし、被害者が、「自分がいたらないから」と自責的になっていることも多いので、殴る方には、「パーソナリティ障害」という問題があるという認識を持つことが問題解決の第一歩である。

### 【C群】

本人が悩むタイプのパーソナリティ障害である。対人場面で極端に不安が強く、社会適応が悪いので、

結果的には、周囲のものも悩んでしまうことが多い。

### (c-1) 回避性パーソナリティ障害

わずかな批判にも耐えられず、受け入れられているという確信がなければ人間関係を持っていないために社会生活が難しい。極端な場合は、医療機関の受診も困難となる。

### (c-2) 依存性パーソナリティ障害

文字通り、小さなことも、周囲からの助言と保証がなければ決められないタイプで、同伴者がいなくでは医療機関の受診も困難である。

### (c-3) 強迫性パーソナリティ障害

日常生活上の細かい点に至るまで、予定表、一覧表などを作って管理したり、あらゆる面で完全主義となり、融通の無さから社会生活が困難となるものである。身体疾患の治療上は、強迫性が役に立つ場面もあるが、融通が利かなすぎるためにクオリティオブライフは悪く、全般的健康度が高いとは言えない。

## 1-3 境界性パーソナリティ障害の症状

衝動性の高さなどから、臨床場面で苦慮するパーソナリティ障害の典型が境界性パーソナリティ障害である。境界性パーソナリティ障害のケースは、大量服薬、手首切り（リストカット）など自傷行為のために、救急外来を受診するような場合がしばしばある。また、対人関係に問題があり、病棟で、医師と看護師を敵対させたり、看護師同士の間を分断させたり、医師のプライベートな生活にも関わりを持つとうとするような場合があるので、精神科以外でも知っておくべきパーソナリティ障害である。

DSM-IV-TRによる境界性パーソナリティ障害の診断基準を表2に示す。診断基準に挙げられた特徴を整理すると、自己像や感情の不安定性、対人関係の問題、衝動性の問題などにまとめられるだろう。

境界性パーソナリティ障害の人は、一見、個性的で強気に見えることも多いが、自分に自信がなく、自己イメージは非常に悪い。「空っぽ」「空白」を訴えることも多い。感情面では、気分が晴れることがなく、空虚感が強い。パーソナリティ障害を伴わないうつ病に見られる悲哀感や抑うつ感とは異なっている。一人でいるのも苦手で、見捨てられ不安も強い。一人で放置されないために、対人関係を持つとうとするが、その関係がいつも激しいものになる。本人の中から意欲や意思、行動が出てくるのではなく、他の人の言動への反応に終始する。しかし反応が激しすぎて、自分も周囲も破壊してしまうということを繰り返しがちである。

表2 境界性パーソナリティ障害の診断基準  
(DSM-IV-TRより抜粋)

- 対人関係、自己像、感情などの不安定性および著しい衝動性の広範な様式で、成人期早期までに始まり、種々の状況で明らかになる。以下のうち5つ(またはそれ以上)によって示される。
- (1) 現実に、または想像の中で見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない努力
  - (2) 理想化とこき下ろしとの両極端を揺れ動くことによって特徴づけられる、不安定で激しい対人関係様式
  - (3) 同一性障害：著名で持続的な不安定な自己像または自己感
  - (4) 自己を傷つける可能性のある衝動性で、少なくとも2つの領域にわたるもの(例：浪費、性行為、物質乱用、無謀な運転、むちゃ食い)
  - (5) 自殺の行動、そぶり、脅し、または自傷行為の繰り返し
  - (6) 顕著な気分反応性による感情不安定性(例：通常は2～3時間持続し、2～3日以上持続することはまれな、エピソード的に起こる強い不快気分、いらだたしさ、または不安)
  - (7) 慢性的な空虚感
  - (8) 不適切で激しい怒り、または怒りの制御の困難(例：しばしばかんしゃくを起こす、いつも怒っている、取っ組み合いの喧嘩を繰り返す)
  - (9) 一過性にストレス関連性の妄想様観念または重篤な解離性症状

対人関係は、理想化と蔑視の両極端の間を揺れ動く。例えば、主治医のことを「初めて自分のことを分かってくれた人」というように理想化するが、自分の期待通りにならないことがあると、手のひらを返したように、蔑視したり攻撃するなどである。相手に幻滅し、理想化していた自分にも自己嫌悪が強まって自傷行為に至る場合も多い。

これらの病理のために、社会適応は不安定である。仕事や学業など、うまくいっている時は、周囲から称賛されるような結果を残すが、うまくいかない時期には極端に機能が落ちる。不安定のきっかけは、対人関係の問題のことが多い。

衝動行為は、大量服薬、手首切りなどが代表的である。境界パーソナリティ障害のケースでは、上記のように、空虚感が強く、「手首を切っている時だけ、生きている実感がある」というような場合もある。大量服薬は、抑うつ感や不眠に対して処方してもらっていたものをまとめて飲んだという場合が多い。睡眠導入剤などを処方する際には、パーソナリティ障

害があるかどうか、注意しておく必要がある。他にも、薬物乱用、アルコール乱用、過食などの衝動行為や、家出、暴力その他の警察沙汰などが頻発する。

境界性パーソナリティ障害患者への対応としては、まず、このパーソナリティ障害に気付くことが第一である。病歴の中で、社会適応の不安定性が明らかな場合は、「悪い時はどういう状態になるのか」「どういうきっかけで調子悪くなるのか」を確認すると良い。

境界性パーソナリティ障害がある場合は、薬物の処方量には気を付ける。睡眠導入剤を処方しているのに、きちんと飲まずに貯めていることが推測される場合、あるいは、より多くの薬を要求する場合は、精神科へ紹介する方が良い。

#### 1-4 境界性パーソナリティ障害の治療と連携

治療関係としては、極度な理想化の対象になるのも、蔑視や攻撃の対象になるのも、治療を難しくする。患者と医師が異性の組み合わせの場合、理想化の病理のために疑似恋愛のような状況になることもあるので、注意が必要である。理想化していると、「すべてわかってほしい」「すべて委ねるのですべて治してほしい」というような要求になることがあるが、これは良い治療関係とは言えない。一般的な身体科の治療ならば、治療目標、治療手段、受診の仕方などをきちんと決めて、カルテに記載する。ある程度文章化して本人に渡すのも良い。時間外の診療など、患者の病理から来る要求に合わせる行動は極力避ける。

境界性パーソナリティ障害患者の対人関係は、個別の医師患者関係だけでなく、治療チームにも影響する。患者側が、自分が理想化する医師と蔑視する看護師、理想化する看護師と蔑視する看護師、というふうにスタッフを区別することにより、スタッフ間で葛藤が生じてしまうような場合がある。これは、スプリットティングと呼ばれる現象で、このような事態にならないよう、治療目標を明確にし、治療に関わる人全員が共有しておく。

#### 1-5 自傷行為への対応

自傷行為を減らすのは容易ではないが、気分の波を少なくしつつ、行動ではなく言葉で人とコミュニケーションすることを地道に援助する。このためには、治療の中でも「極端な理想化とその後の落胆」というような動きが激しく起きないように、現実的な治療目標を立て、また、治療者が「治す人」で、患

#### 症例 25歳 女性 アルバイト店員

幼少時から両親が不仲で、本人が小学校低学年の頃、母親は家を出た。その後はほとんど母親には会わず、父方祖母が主な養育者であった。高校生のころから気分は不安定。何とか卒業して、美容学校に入ったものの、興味が持てず、2ヶ月で中退。その後は飲食店のアルバイトを転々としている。気分不安定なので、職場の人に躁うつ病ではないかと言われる。心療内科受診。診断はむしろ性格の問題と言われる。気が向いたときだけ睡眠導入剤をもらいに行っていた。妻子ある店長と交際を始め、しばらくは安定していたが、別れ話が出た際に、希死念慮が生じ、アルコールと一緒に睡眠導入剤を大量服薬。店長に発見され、救急部受診。一旦落ち着き、転居。別の店で働き始めたが、他の女子店員との関係が難しく、気分不安定であった。その店の店員と付き合い始めたが、自宅で飲酒中に口論となり、「死んでやる」と言って、ベランダから飛び降り、両下肢骨折。救急部を経て整形外科に入院となった。入院中、男性主治医が、本人の生い立ちに同情してくれたのをきっかけに、主治医を理想化するようになった。退院と言われると、痛みを訴えて退院日が延びるということを何度か繰り返した。その後、男性が引き取ることに同意して、退院できたが、主治医の当直日に救急外来を受診したり、夜中にも電話するなどの行動が頻発し、精神科医に相談があった。

者が受身的に治療を「受ける人」なのではなく、本人にも治療の一端を担ってもらうことが重要である。

「限界設定」(リミットセッティング)という方法もある。これは、「自傷行為があったらこの治療環境では診られない。治療を続けたければ、この治療環境にとどまれるよう努力するように」というような「限界」を設けることである。具体的には、精神科外来で自傷行為が見られたら入院、あるいは、開放病棟で自傷行為があったら閉鎖病棟へというような限界設定をすることが多いが、身体科でも「自傷行為が見られたら、精神科に紹介する」という限界設定ができるだろう。「自分が治してあげる」という形で治療が始まり、自傷行為を見て、「やはり診られないから他所へ」というのは、見捨てられ不安や怒りを強め、精神状態を悪くする。境界性パーソナリティ障害の存在がわかった段階で、先の見通しは早めに伝えて治療計画を立てるのが良い。そして、実際に限界を



超える状況になったら、転院先を探し、約束通りに入院や転院を実行すべきである。本人は、「治療者は転院と言うが、言っているだけ」と思っている場合も多いが、実際に実行されることで、本人の中にも治療が本気で行われていることがわかり、生活全般に対する現実感が出てくる。

限界設定は、「自傷行為をする人は切り捨てる」という脅しではなく、「自傷行為で伝えたいことがあったら、言葉で言うべき。それが問題解決の一步。」「自傷行為よりは、死にたい、死にたいくらいつらいと言える方が、周囲の人は力になれる。」ことが明確に

伝わっていることが重要である。その上で、実際に死にたい気持ちが話されたら、自傷行為に走らず言葉で言えたことを評価する必要がある。このような対応により、否定的な気持ちを本人も抱えられるようになる。

精神科への紹介が、「言うことを聞かなかった懲罰」のように本人に受け取られてはあまり治療的でない。精神科治療は、本人の病理に対する専門治療であること、精神科の援助も受けた方が、身体科では、本来の役割である身体の治療に力を注げることを説明する。

## 2. 早期発見のポイント

通常の医師患者関係より、近すぎたり遠すぎたりする感じがしたら、パーソナリティ障害の一つのサインと見て良いだろう。実際の診療においては、近すぎる方が問題である。提示した症例のように、患者本人が一方的に寄りたがっている場合がほとんどだが、このような状態になると、医師のちょっとした言動が引き金で、気分の変動が起きてしまう。患者の紹介だけでなく、治療関係の作り方などについて、地域の精神科で身体科にコンサルテーション出来るのが理想的である。

パーソナリティ障害の人が身体科を受診する場面も多い。パーソナリティ障害の病理が主訴になっているわけではなく、治療の途中でその特徴が表れてくることから来る難しさもあると思われる。身体科での対応には、2つのテーマがある。1つは、従来から「ヒステリー」という用語で知られているような、身体疾患は無いのに身体症状を訴えるという問題と、パーソナリティ障害特有の医師患者関係の難しさである。身体症状につ

いては、現在の分類では、身体表現性障害（身体化障害、転換性障害、疼痛性障害、心気症など）となる場合が多く、必ずしもパーソナリティ障害だけでは説明しなくなってきているが、演技性パーソナリティ障害（従来のヒステリー性格に近い）などでは、身体化障害などが併存していることも多く、身体症状の訴え方が過剰で、対応に苦慮することは多いだろう。症状への説明はきちんと行い、本人の過剰な訴えの影響で治療が過剰にならないよう注意し、通常の対応では納得しなくなったら、健康への不安に対して精神科に相談してはどうかと勧めると良い。

パーソナリティ障害の人が、一般的な疾患で身体科を受診する場合でも、特有の対人関係様式のために、医師患者関係が不安定になりやすい。パーソナリティ障害の人の思考形式、反応様式は知っておく必要があるだろう。



### 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 林直樹：パーソナリティ障害—いかに捉え、いかに対応するか。新現代精神医学文庫，新興医学出版社，2005
- (2) クリーガー R，シャーリー JP（遊佐安一郎他訳）：境界性人格障害 = BPD 実践ワークブック～はれものにさわるような毎日を過ごしている方々のための具体的な対処法～。星和書店，2006
- (3) クリーガー R，メイソン P。（荒井秀樹訳）：境界性パーソナリティ障害 = BPD 第2版～はれものにさわるような毎日を過ごしている方々へ～。星和書店，2010

## コラム

# 精神科外来との連携のコツ ② ～精神科と内科の連携の試み～

銀座泰明クリニック 院長  
茅野 分

精神疾患，特にうつ病の早期発見・早期治療のためには内科との連携が欠かせない。うつ病の患者が医療機関を受診する割合は約3割であり，受診をしても，内科医がうつ病と正確に診断する割合は約2割であると報告されている（自殺対策白書）。そこで，当院では近医・内科と連携を取り，早期発見・早期治療に取り組んでいる。例えば，内科の医師・看護師と定期的に，勉強会・懇親会を行い，お互いの専門や新着の情報などを共有する。これにより知識や情報のみならず，治療困難な症例に対し，心身両面から診療する姿勢が得られる。

内科からの相談で多いのは，やはり身体症状を主訴としながらも，診察・検査で異常なく，訴えを聞いていると，心理・社会的に問題を生じている例である。過重労働，不適応など職場の問題，妻との不仲，子供の不登校など家庭の問題をよく聞く。このような例は精神科へ紹介していただき，精神科の診療へ導く。ただし，精神科への紹介に抵抗を示す患者もいるので，急ぐことなく，時には内科へ通院としながら精神的な対応も行っていたり，機が熟したところで紹介していただく。

また，内科の疾患がありながら，不眠・不安・抑うつ症状を併発している例も少なくない。高血圧・糖尿病・高脂血症・肥満症など，生活習慣病とも言われる身体疾患には，特に非定型うつ病の過眠・過食を認めることがある。さらに抗うつ薬の中には副作用で過食や肥満を生じることもある。このため，内科と精神科と併診し，栄養・生活指導を含めた認知行動療法のような心理・社会的な介入を行うことが望ましい。

具体的には，患者に毎日の生活・行動，認知・心理を記録してもらう。生活・行動記録には，体重・歩数・食事も記録してもらい，内科にて検証する。精神科では，そのような行動に至った心理的背景を振り返り，代替となる認知を一緒に考える。このような過程を繰り返すことで，患者は自分の生活や行動を主体的にとらえるようになり，自己効力感も経て，心理的に安定する。

最後に，診療情報提供料について付記する。患者の同意を得て文書にて紹介を行った際，月1回250点を算定できる。身体科から精神科へ紹介する際は「精神科医連携加算」200点も加算できる。しかし，患者の同意をすぐに得られない，文書では伝えきれないため，携帯電話や電子メールで相談する時もある。これらは保険診療の限界であり，個人情報に配慮した上で柔軟に行いたい。

## 第5章 統合失調症

### Key Points

- 統合失調症は、(躁)うつ病と並ぶ二大内因性精神病であり、精神病症状を主とする疾患の中でもっとも頻度が高く、発症危険率は約0.8%であり、およそ120人に1人が罹患する疾患である。関連する疾患を含めると、その割合はさらに増える。
- 青年期ないし成年前期(15～35歳)に発症することが多い。
- 思考障害、感情障害、知覚障害、意欲障害、自我障害が主としてみられ、幻覚、妄想、まとまりのない言動などを特徴とする疾患である。
- 発病からの2～5年程度の治療臨界期に十分な治療的介入を行わないと、進行性・慢性化の経過をとりやすく、長期にわたって治療を必要とし、再発を繰り返しやすい。そのため、早期発見・早期治療が重要である。
- 記憶や注意などの認知機能の障害や、脳構造の変化が注目されている。
- 精神症状が安定した高齢の統合失調症患者は、かかりつけ医が寛解を維持することもある。
- 統合失調症の治療目標は、患者の症状を改善するだけでなく、家庭や職場、社会における日常生活能力を回復させ、社会へ復帰させ、本人、家族にとって満足度の高い生活を送れるようにすることである。

### 1. 概要と病態

#### 1-1 統合失調症とは

統合失調症 schizophrenia (E), Schizophrenie (D) は、伝統的にいくつかの病型に区別される。しかし、鑑別が困難なものも多く、同一症例であっても経過の中で病型が変異・変遷することも少なくない。

WHOの国際疾病分類ICD-10では、活動期の1カ月間において、

- ① 考想化声、思考吹入または思考奪取、思考伝播
- ② させられ体験および妄想知覚
- ③ 注釈幻声、会話形式の幻聴など
- ④ 他の持続的な妄想
- ⑤ 持続的な幻聴
- ⑥ 思考の途絶やまとまりの悪さなど
- ⑦ 緊張病症状候群
- ⑧ 種々の陰性症状
- ⑨ 自閉

などのうち、①～④のうちの少なくとも1つ、あるいは⑤～⑨のうちの少なくとも2つあることが必要

表1 診断名< ICD-10による分類>

妄想型統合失調症	Paranoid schizophrenia (F20.0)
破瓜型統合失調症	Hebephrenic schizophrenia (F20.1)
緊張型統合失調症	Catatonic schizophrenia (F20.2)
鑑別不能型統合失調症	Undifferentiated schizophrenia (F20.3)
統合失調症後抑うつ	Post-schizophrenic depression (F20.4)
残遺型統合失調症	Residual schizophrenia (F20.5)
単純型統合失調症	Simple schizophrenia (F20.6)
他の統合失調症	Other schizophrenia (F20.8)
統合失調症、特定不能のもの	Schizophrenia, unspecified (F20.9)

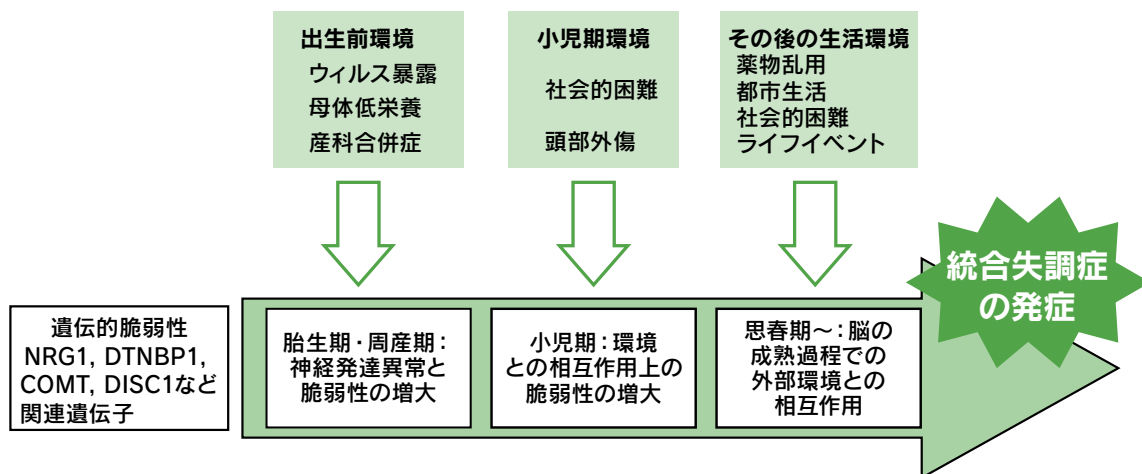


図1 統合失調症の発症モデルの理解  
遺伝的脆弱性と環境内での傷害の相互作用の結果、個体の脆弱性が増大する

とされている。持続期間が1カ月に満たない時は、急性一過性精神病性障害と診断される。

アメリカ精神医学会の診断分類であるDSM-IV(2013年5月にはDSM-5に改訂される予定)では、活動期の急性期症状として、**1** 妄想 **2** 幻覚 **3** 解体した会話 **4** 解体した行動や緊張病症状 **5** 陰性症状のうち、2つ以上が1カ月間存在することが必要とされている。症状の持続期間は急性期症状の1カ月を含め、少なくとも6カ月以上でなければならない。持続期間が6カ月未満の場合は統合失調症様障害、1カ月未満の場合は短期精神病性障害と診断される。

## 1-2 歴史と概念

統合失調症は、スイスの精神科医オイゲン・ブローラー Eugen Bleuler (1857～1939)によりSchizophrenieと命名された。

わが国では、長い間このSchizophrenia(ドイツ語)の直訳を病名として用いてきたが、治療技術の進歩や病態の軽症化、社会生活の維持可能性などから、実態に即した病名への変更を望む家族会の強い要望により、2002年からは「統合失調症」と呼称が変更された。

明確な原因はいまだに特定されていないが、臨床の現場において傾注された努力は、診断や治療レベルの向上をもたらしている。また、近年の神経化学、脳画像診断、分子遺伝学など生物学的研究の発展により、病態生理に関する理解が進みつつある。

近年、統合失調症については症状の軽症化を認める意見が多い。激しい興奮を示したり、意志発動が全く見られない重度の昏迷を呈するような典型的症例は少なくなったと言われている。しかし治療の遅れにより、社会的機能の低下が固定したり生活機能

が障害されることで、社会的に孤立している患者は地域の中に多数存在している。

## 1-3 疫学

### (1) 発症率

統合失調症の一般人口中における発症危険率 morbidity risk は、約0.7～0.8%であり、ほぼ120人に1人が罹患する疾患であると見込まれている。一方、生涯有病率は報告によりばらつきが大きく、発症危険率に比較して有病率が高い。これは、統合失調症が慢性に経過するケースが多いことを示している。

厚生労働省による平成17年患者調査によると、日本の広義の統合失調症患者は約75万人と推定される。

### (2) 発症年齢

一般に、初発年齢は15～35歳が大半を占め、55歳以降に初発する例はごくまれである。

発症のピークは男性で15～24歳、女性で25～34歳。平均発症年齢は男性で21歳、女性で27歳と、男性のほうが発症年齢が若い。

### (3) 男女比

発症率において明かな男女差は見られず、ほぼ1:1である。

また、統合失調症は都市部で有病率が高いが、これは都市部では利用できる精神科のおよび社会的支援がより多いため受診しやすいこと、地方から都市部への人口移動などが一因と考えられる。

表 2 妊娠・出産時合併症と

統合失調症発症の危険度（患者－対照研究）

	オッズ比	95% CL
糖尿病	7.76	1.37-43.90
出生時体重 2000 g 以下	3.89	1.40-10.84
緊急帝王切開	3.24	1.40-7.50
胎児仮死	1.74	1.15-2.62
出生時低体重 2500g 以下	1.67	1.22-2.29
子癇前症	1.36	0.99-1.85

Cannon 2002 より抜粋

### 1-4 病因

病因には不明な点が多い。現在では、遺伝的素因と環境の相互作用（gene environment interaction）により、閾値と脆弱性が決定されると考える立場が有力視されている。

遺伝的素因としては、連鎖解析により多数の連鎖領域が、また関連解析により関連候補遺伝子の同定がなされている。発症脆弱性を増す要因としては、周産期合併症や母体のインフルエンザを初めとするウイルス感染の影響、脳構造の変化（前頭葉、側頭葉の構造変化、体積縮小）や神経化学的变化、事象電位や眼球運動などの神経生理学的変化の知見などから、神経発達障害仮説やストレス脆弱性仮説などが生まれてきた。神経発達障害により小児期からの認知機能や行動特性が形成され、発症早期にも脳造の変化が加わり、ドーパミン伝達過剰、グルタミン酸神経伝達異常をきたしていると考えられている。

発症後は、急性のエピソードを繰り返すうちに慢性の経過をたどることも多く、初回エピソードでの治療を徹底して再発を阻止し、社会機能の障害をきたすことを阻止することが治療上重要な課題である。

#### (1) 遺伝的要因

統合失調症の発症を、単一の遺伝子によって説明するのは困難である。多数の遺伝子が脆弱性に関与しており、それらの累積効果によって、遺伝的脆弱性が閾値を超えたときに発症に結びつくという考えが一般的に認められている。

連鎖解析により、多数の染色体領域（1q, 5q, 6p, 6q, 8p, 10p, 13p, 22q）で統合失調症との連鎖が見出されている。また関連解析では数多くの遺伝子多型が見出され、関連候補遺伝子として、dysbindin (DTNBP1)、neuregulin-1 (NRG1)、Disrupted in Schizophrenia 1 (DISC1)、catechol-O-methyl transferase (COMT) などが広く研究されている。

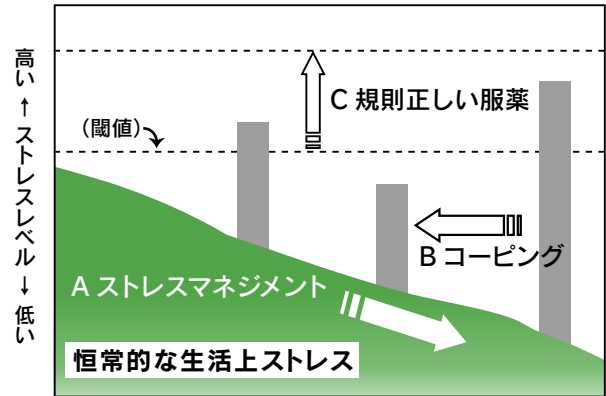


図 2 脆弱性 - ストレスモデル

恒常的な生活上のストレスにライフイベントが加わり、固有のストレスレベル(閾値)を超えると、発症・再発すると考えられる。そこで(A)ストレスマネジメントにより生活上のストレスを軽減する、(B)ライフイベントに上手に対処(コーピング)する、(C)規則正しい服薬によりストレスに耐える閾値を上げる、ことで再発を予防する。

#### (2) 環境的要因

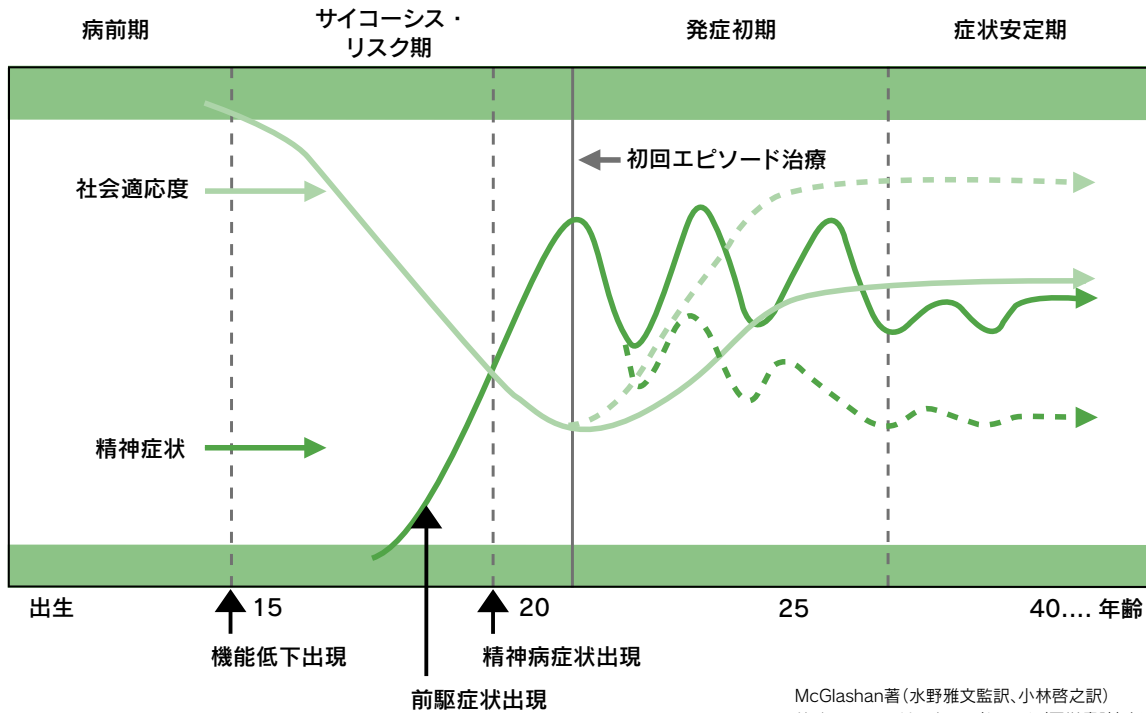
環境的要因は、統合失調症発症の素因となるほか、発症を助長したり、回復後の再発を誘発する。

胎生期の母体のインフルエンザ感染や極端な低栄養、周産期における産科合併症は神経発達異常をきたし、小児期における家庭環境や社会的困難、頭部外傷の既往などでも脆弱性の拡大、さらに思春期以降における薬物乱用や都市生活上のストレス、社会的困難、さまざまなライフイベントがストレス要因として働き、発症の促進要因と考えられている(表2)。

家族をはじめとする同居者の関わりについては、強い感情表現、特に患者の言動に対する批判的な言葉による感情表出(Expressed Emotion; EE)が再発との関連を指摘されている。高い感情表出は再発率を高めることにつながる可能性があるが、心理家族教育によって修正できる。

#### (3) 神経発達障害仮説、脆弱性-ストレスモデル

統合失調症では脳の進行性構造異常が、最近のMRIなど神経画像研究の進歩により特に側頭葉や前頭葉において強く認められていること、健常対照群に比べ、掌紋異常や軽度の神経学的兆候(soft neurological sign)が観察されること、死後脳研究では統合失調症患者の脳にグリオーシスはみられないことから、脳神経発達の初期段階に起きた障害である可能性が高いことなどが指摘されている(神経発達障害仮説)。こうした発達早期段階からの脆弱性に加えて、生活環境上の様々なストレスが重畳して発症に至るという考え方が受け入れられている(図2)。



McGlashan著(水野雅文監訳、小林啓之訳)  
サイコーシス・リスクシンドローム(医学書院)より引用

図3 精神病発症の初期段階

#### (4) 病態生理的要因

種々の精神症状特に幻覚・妄想などの抗精神病薬に対する反応から、統合失調症の症状には生化学的な基盤があると考えられている。たとえば、ドーパミン阻害作用のある抗精神病薬の有効性は、ドーパミン機能の障害を示唆している。しかしドーパミン機能の伝達機構の異常が統合失調症の原因であるという直接的証拠はほとんどない。

#### 1-5 典型的な経過、 症状と治療開始の遅れについて

経過には様々なパターンがある。多くは「前駆期」から「急性期」へと発展するが、適切な加療により寛解を得る。しかし治療中断やストレスへの暴露により、再発や再燃を繰り返すことも多い。

初回エピソード後の場合、およそ2年の治療経過では20～35%程度の症例で発病前の状態にまで回復可能であるとされている。発病後の当初2～5年を治療臨界期(critical period)と呼び、集中的な治療と十分な回復を目指す時期としている。

統合失調症の症状は、陽性症状、陰性症状に大別できる。

陽性症状は、健康な状態では一般に体験しえない症状であり、幻覚や妄想が典型例である。一方、陰性症状は、本来あるべき意欲や思考などが、機能低

下を来たした結果であり、意志発動の障害や集中した思考の障害などを来し、結果的に社会的コミュニケーションが障害されることがある。

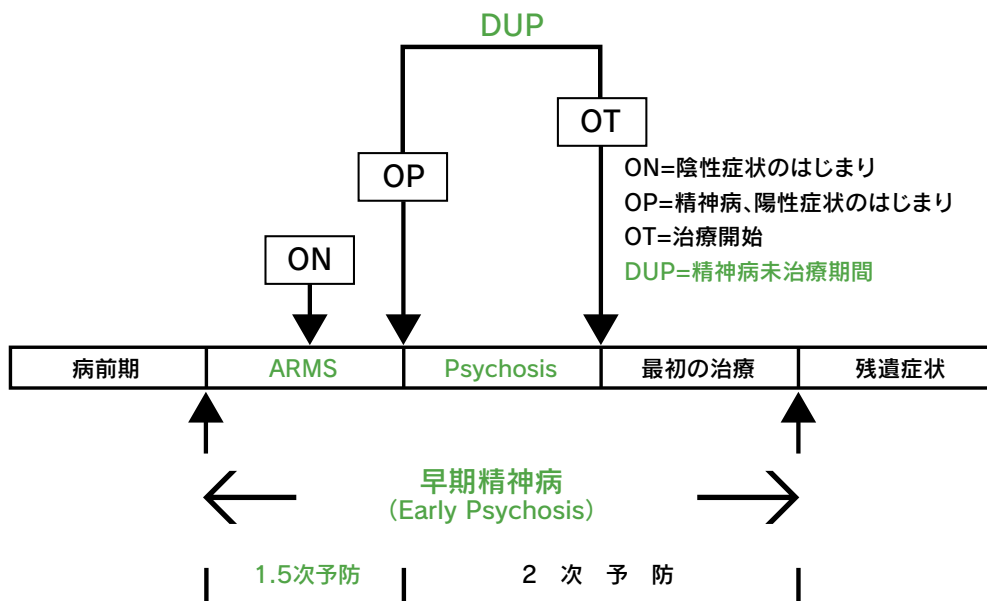
最近では、記憶や注意などの認知機能の低下も注目されている。

医療者はとかく精神症状に注意が向きがちであるが、友人関係などの対人技能や就学・就労・家事などの社会技能、衛生保持などの生活技能などの障害にも注意を向けることが重要である。長期の入院生活から退院した場合などでは、これら社会機能の低下のために生活支援が必要な場合も多く、医療のみならず福祉サービスとの連携が欠かせない。生活支援に関する情報は、地域の保健所や精神保健センター、地域活動支援センターなどが情報源となる。

#### (1) 前駆期 (ARMS)

精神病症状が出現する前に数ヶ月から数年にわたる前駆期があり、この間に症状が徐々に出現して特徴的な社会的機能低下がみられてくる。

前駆期には、不安、焦燥などのいわゆる神経症的症状から、抑うつ気分などの気分変調、意欲の変化、認知の変化、注意力や集中力の低下、食欲低下や不眠などの身体症状、社会的役割機能の低下、社会的引きこもりなど、幅広い徴候がみとめられる。これが統合失調症の前駆期であったということは、後に振り返ってみて初めて気づかれることが多い。そ



水野雅文、山澤涼子: Schizophrenia Frontier Vol.3 より

図4 早期精神病と精神病未治療期間(DUP)

のため、この時期をサイコーシス・リスク期、あるいはその状態を前方視的に at-risk mental state (ARMS) と呼んでいる。

#### <思春期心性>

一方、いわゆる反抗期をはじめとして、思春期には独特の「思春期心性」が存在する。あたかも病気を伺わせる態度や言動の変化にも、こうした思春期心性を読み取りながら関わる必要がある。

思春期心性として重要なもののひとつは、安心感や自己肯定感にかかわるものである。無邪気な子どもの世界から、大人への世界に立ち入る際には、さまざまな矛盾や葛藤を体験する。自立への焦りもあり、将来の見通しがたたない不安や自信のなさが、得体の知れない焦燥感となり、様々な精神症状となって生じることがある。

最近のこの年代の若者には、「目立ってしまった」体験を敬遠する傾向があり、なんとなく周囲から浮いてしまった、他人の視線が気になる、居場所がないと感じ、行動がぎこちなくなることがある。またメールやSNS（ソーシャル・ネットワーク・サービス）など仮想空間での人間関係を重視し、「つながり」や「絆」を現実社会以上に体感して喪失感をまともに受け止める傾向もある。

薬物乱用（アルコール、タバコだけでなく、大麻、覚醒剤などの違法薬物）や性の問題、ギャンブルやインターネット依存にも注意を要する。

#### (2) 急性期（陽性症状）

統合失調症は、前駆期（ARMS）を経た後、ストレスの多い生活上の出来事や、薬物乱用によって急激に発症に至る場合も多い。

初期には、非常に多彩かつ特徴的な症状が出現するが、代表的な陽性症状である幻覚と妄想について簡潔に説明する。

#### <幻覚>

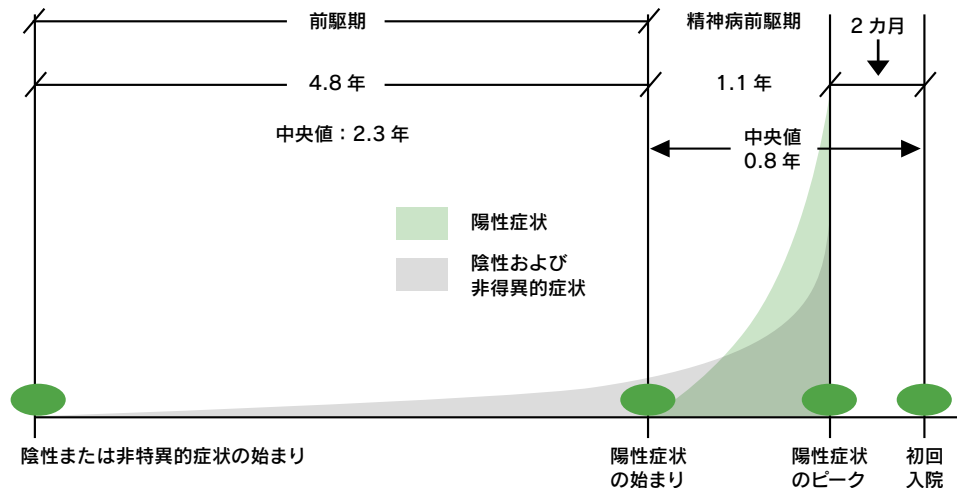
統合失調症ではしばしば幻覚が出現する。中でも幻聴が非常に多く、急性期に高頻度でみられる。しかし幻覚は統合失調症に特異的な症状ではない。むしろ、器質性精神障害や薬物乱用との鑑別が重要である。

多くは、他人の声が聞こえてくるという言語性幻聴（幻声）である。内容は、噂、悪口、批判、命令、脅迫など本人にとって否定的なものが多い。複数の声が患者のことを三人称で噂し合うという対話形式の幻聴、自分の考えや行動を批判する幻聴（幻声）、自分の考えていることが声になって聞こえる考想化声がある。直接話しかけてくる幻聴の場合、患者は幻聴の命令に従って行動してしまうこともある。

「脳が溶けて流れ出す」「性器をいたずらされる」といった身体の異常感覚をともなう体感幻覚も、しばしばみられる。

#### <妄想>

妄想とは修正不能な確心（思いこみ）のことである。



Häfner H. et al : Early detection and secondary prevention of psychosis : facts and visions. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 254 : 117-128. 2004 を改変

図5 初発徴候から初回入院までの経過

妄想気分，妄想知覚，妄想着想など，思考形式の障害に統合失調症に特有の特徴がある。

妄想は内容によっても次のように呼ばれる。

- ❶ 関係妄想：周囲の些細な出来事，他人の身振りや言葉を自己に関係づける。
- ❷ 被害妄想：嫌がらせ，当てつけをされている，危害を加えられる，苦しめられるなど被害感が強い。
- ❸ 注察妄想：監視されている，注目されていると感じる。
- ❹ 追跡妄想：跡をつけられていると感じる。
- ❺ 被毒妄想：食物や薬の中に毒が入っていると感じる。

### (3) 症状安定期

発症初期の陽性症状とは対照的に，安定期には陰性症状が主体となる。すなわち，不活発，欲動の欠如，社会的引きこもり，感情鈍麻，などである。ときに陽性症状も持続している場合があり，増悪することもある。

増悪期と増悪期の間症状が寛解したり，あるいは非常に軽くなったりすることもある。患者自身がリハビリテーションに取り組もうという意欲がより良好な予後につながる。

経過とともに，症状の増悪が比較的安定したときに，主として陰性症状が長引くこともある。この時期にこそ社会的機能の回復をめざしたりリハビリテーションが重要である。症状が消失しても再発の可能性があるため，治癒とは呼ばず寛解 remission という語を用いる。

### (4) 予後

統合失調症は症候群であるから，その転帰は多様である。患者自身や家族は，とかく悲観的な転帰を想像しがちである。しかし生涯1度のエピソードで寛解を維持している症例も多数存在することも忘れてはならない。

初回エピソードでの入院期間は短縮傾向にあり，精神科病院でも平均100日を切っている。一方，治療抵抗性統合失調症と呼ばれる薬物療法への反応の乏しさや副作用出現などによる治療困難例があることも確かである。また長期経過の中では，社会生活に多大な困難を伴い，安定した生活や就業を継続できないこともある。

発症後早期に治療したもののほど治療の効果はよく，遅くなるほど悪いことから，早期発見・早期治療が重要視される。

### (5) 精神病未治療期間 (DUP: Duration of untreated psychosis) と治療臨界期

陽性症状や一級症状の顕在化から抗精神病薬による薬物療法をはじめとする専門家による何らかの介入の開始までの期間を精神病未治療期間 (DUP) と呼ぶ。厚生労働省の班研究によれば，わが国におけるDUPの平均は17カ月におよんでいる。DUPがこれほどに長いということは，専門家間においてさえ，これまで意外に認識されて来なかったことである。この長さは，わが国のような医療先進国において由々しき事態であり，公衆衛生上の深刻な問題である。

DUPの長さが予後と密接な関連を示唆する報告は多数みられ，多くの論文でDUPが長いほど予後は不良であり，短いほど良好であるという結果が示され



ている。こうした未治療期間にも脳の器質的変性は進行していることが知られている。この治療開始の遅れが回復不可能性を高めている一因となっている可能性がある。

DUPの短縮は、長期予後への影響の大きい、いわば治療の成否をかける発病後およそ5年とされる治療臨界期（critical period）において、十分に有効な治療を行う上でも極めて重要なことである。若年者を中心とする新鮮な症例は、発症間もない時期にお

いてこそ、現実との接触を喪失したり、時には自傷も含めた衝動的で不適切な行動が顕在化する。病識の形成や治療関係の確立上重要なもの実はこの時期である。この時期にこそ、援助希求行動（help-seeking behavior）が活発になることが期待される。治療開始の遅延は、仮に治療が上手くいき生物学的障害を最小限に逃れ得たとしても、思春期や青年期の発達に決定的な影響を与えるに違いないし、心理社会的回復にも著しい影響を残す可能性が生じてしまう。

## 2. 早期発見のポイント

統合失調症の場合、より特異的な症状は主観的体験を中心とするものが多く、一般的臨床の中ではいわゆる不定愁訴や自律神経症状の中に紛れてしまうことが多い。かかりつけ医の立場は、日常のその人をよく知りうる立場にあり、その人らしさの変化に着目して早期発見につなげて頂ければ幸いである。

診察時における、会話の噛み合わなさを感じる疎通性の乏しさは、統合失調症をはじめとする精神病でしばしば体験される徴候である。表情の硬さ、冷たさ、態度のぎこちなさ、奇妙な唐突さなど、情緒的な交流が成立しにくいことを診察時に感じ取ることが大切である。

また家族は重要な情報源であり、日常生活の様子や社会生活態度が、元来のその患者に相応しくないものであったり、不登校や引きこもりなど急激な社

会機能上の変化があれば、精神疾患の始まりを疑って頂きたいところである。

また、若年における統合失調症患者の死亡率は一般人口の死亡率より非常に高く、その原因のひとつは自殺である。平均寿命も一般人口に比べて約10年短いとされているが、自殺だけでは説明できず、予防的な健康管理を受ける機会が少なく、喫煙率・物質乱用率が高いために身体疾患を併存して早期に死亡する可能性が挙げられる。

特に最近使用が増えている非定型抗精神病薬は、従来薬が持った錐体外路症状など運動系の副作用は減ったものの、糖尿病惹起や体重増加、心電図異常などの新たな身体的副作用はより高率に出現する。生活指導を含めた対応をして頂ければ幸いである。

## 3. 問診のポイント

＜問診の例＞

- 「一人でいるときに、誰かの声が聞こえたことはありませんか？」
- 「あなたの話は、意味がわかりにくいと、言われることはありませんか？」

その他スクリーニングテストの項目を参照のこと。家族や身近な人からの観察に基づく情報が重要である。症状安定期においては、本人の希望や興味を聴きだし、話題にすることが望ましい。

章末（52ページ）のThe PRIME-Screen日本語版もご利用いただきたい。

## 4. 鑑別診断

### (1) 器質性精神障害との鑑別

統合失調症の急性期は、せん妄と誤診されることがあるが、統合失調症ではいわゆる意識障害はないことが重要なポイントである。緊張型統合失調症における昏迷（意志発動の完全な欠如）と抗NMDA

受容体脳炎などによる軽度意識障害は特に区別を要する。

多くの神経疾患、膠原病、内分泌疾患、代謝性疾患などにおいて、意識清明の状態でも、統合失調症様症状を呈することがある。特にてんかんでは、幻覚

妄想状態や夢幻様状態が生じることがあり、統合失調症と誤診されることがある。ピック病やハンチントン舞踏病の初期も、性格変化などの精神症状が目立つことがある。

## (2) 精神作用物質による症状との鑑別

メタアンフェタミンなどの覚醒剤乱用では、統合失調症に類似の幻覚妄想状態を呈する。しかし、感情鈍麻などの陰性症状はなく、疏通性は保たれていることが多いとされている。

アルコール幻覚症、L-Dopaなどのドーパミンアゴニストによる幻覚妄想状態、ステロイドによる精神症状なども鑑別の対象となる。

## (3) 統合失調症と併存する一般身体疾患

統合失調症患者では、高率に糖尿病、高血圧、冠動脈疾患（COPD）、肺がんを併存する。これらの疾患の発見が遅れたり、十分に治療されなかったりする理由は、患者自身の認知機能、コミュニケーション能力、統合的な判断力や関心の低下の影響が大きいと考えられる。

そのため、統合失調症患者をプライマリ・ケアの現場で発見・治療する際には、本人の愁訴に頼らない一歩踏み込んだ探索的診察を要する。身体疾患を併存しているかどうか注意深いスクリーニングをして頂きたい。

# 5. 家族への説明のポイント

## (1) 病気への正しい理解を促す

統合失調症は専門家でも鑑別が難しい精神疾患であり、患者や家族などは正しい知識がないばかりに、得体の知れない不安に陥りやすい。そのため、早期治療の重要性はもちろん、疾患の経過や治療方法を含め、疾患の全体像を理解できるように説明し、無理解ゆえの不要な不安や焦りを取り除くのが先決である。

## (2) 紹介する診療科を率直に告げる

患者に対し、紹介するのが精神科であることを明確に告げることが望ましい。診療科や診療の目的を患者に告げずに紹介したり、「心療内科だから」と診療科を偽ったりすることで、患者と医師との信頼関係が失われ、その後の治療に悪影響をおよぼす可能性があるからである。

## (3) 紹介後もかかりつけ医としてバックアップする姿勢を示す

精神科に紹介することにより、「かかりつけ医に見捨てられた」と感じる場合も少なくない。そのような誤解が生じないように、専門なこと以外は従来通りかかりつけ医がしっかりとバックアップするという姿勢を示すことが大切である。

## (4) 社会的サポートの存在を示す

今日では、地域での治療や生活を訪問も含めて包括的に支援するアウトリサーチサービスや、退院後の社会復帰を目指す職業リハビリテーションなど、多くの社会復帰支援サービスが整えられつつある。

こうした地域社会でのサポート体制、社会資源を紹介することも、家族のメンタルケアにおいて重要なポイントである。

## (5) 家族のメンタルケアを重視する

統合失調症の場合、長期にわたる治療を必要とするため、患者の精神症状や身体介護によって家族が不安やうつ状態に陥ることも多い。特に、患者にも家族への被害的な発言、暴力的な言動は、家族を精神的に振り回し、疲弊させていく。

そもそも、統合失調症の場合、家族自身が患者と同様の遺伝的要因を備えている場合があること、家族の強い感情表現が発症のきっかけや症状の増悪、回復の遅延につながりやすいことなどから、患者のみならず家族のメンタルケアは重要である。

家族会に関する情報も役立てて頂きたい。

### 家族会について

障害を持つ家族のネットワークとして「家族会」がある。ここでは、東京都内の2つの団体を紹介する。家族が集まって、互いの困難や悩みを相談する例会や、機関誌の発行、ホームページなどがある。

- 新宿フレンズ（新宿区精神障害者家族会）

<http://www15.big.or.jp/~frenz/>

- みんなねっと（全国精神保健福祉会）

<http://seishinhoken.jp/>

## 6. 連携のコツ

### (1) 基本情報を明確に示す

患者の病状、病歴、服薬の内容、家族構成、家庭環境、職場環境などを明確に示す。生活の様子や発症前の様子、なども有用である。

### (2) 現状や主訴を明確に示す

専門医に対し、単に病状を伝えるだけでなく、患者や付き添いの人、もしくはかかりつけ医が何に困っているのかを明確にすることが望ましい。患者と家族などで主訴が異なることが多々あるためである。

### (3) 紹介後も患者のバックアップを

精神科を紹介した後も、かかりつけ医と精神科医との連携は順調な治療のために不可欠である。

安易に抗精神病薬の減薬を勧めるような言い方は厳に控えて頂きたい。身体と心の二人主治医というスタンスで協力して診察することが望まれる。

特に、かかりつけ医は、病気のみならず社会的問題も含めて患者を総合的にみる立場にあることから、患者や家族などが直面するさまざまなストレス、障害、問題を把握しやすい。必要に応じて、精神科治療薬の服用管理も含め、精神科医と連携して頂きたい。

## 7. 治療のノウハウ

今日の統合失調症治療の基本は、エビデンスに基づく医療の提供により、患者のQOL向上とノーマライゼーション（普通の社会生活を営めるようにすること）を目指すことである。また、薬物治療と家族、地域を巻き込んだ心理社会的な介入を長期間行うことが理想である。

まずは、医師が患者を全人的に理解しようと努め、忍耐強く接し、患者と医師との良好な信頼関係を築き、その上で診断を確定し、原則としては患者と家族に病名あるいは治療の必要性を告げて、病気や治療についてわかりやすく説明し、患者が医療スタッフと共通認識を持てるようにする（インフォームド Consent）ことが理想である。

一般的に、薬物療法と心理社会的治療との組み合わせにより、高い治療効果が得られる。

### 7-1 薬物療法

統合失調症患者では、服薬アドヒアランスが低いことが問題であるが、その理由は、体重増加、性機能障害（インポテンツ）、頭重・眠気や鎮静感など本人が不快に感じる副作用のためである。心理社会的治療が上手に組み合わせられると、服薬アドヒアランスは非常に高くなる。

従来はフェノチアジン誘導体、ブチロフェノン誘導体など、ドーパミン D<sub>2</sub> 受容体の遮断を主な薬理作用とする定型抗精神病薬 typical antipsychotics（第1世代抗精神病薬）が用いられてきた。しかし、今

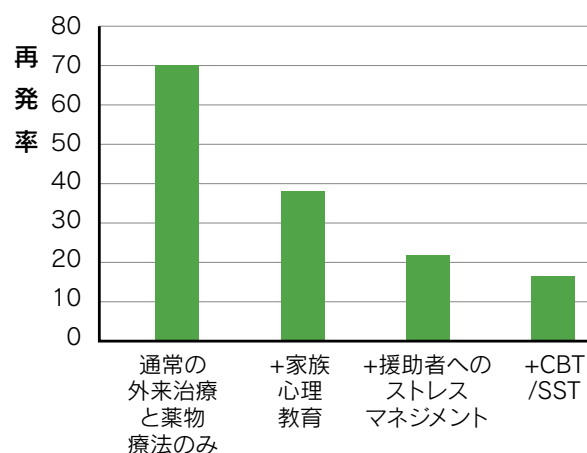


図6 包括的治療による再発率の低下

日ではドーパミン D<sub>2</sub> 受容体だけでなく、セロトニン 2A 受容体等に対しても強力な遮断作用を持つ非定型抗精神病薬（第2世代抗精神病薬）が、第一選択薬として使用されるようになった。

<初期治療の処方例> 下記のいずれかを用いる。

- ❶ リスペリドン（リスパダール）1～2mg 分1就寝前
  - ❷ アリピプラゾール（エビリファイ）6～12mg 分1朝食後
  - ❸ プロナンセリン（ロナセン）4～8mg 分1～2
  - ❹ クエチアピン（セロクエル）25～100mg 分1～2
  - ❺ オランザピン（ジプレキサ）5～10mg 分1～2
- ❶～❺のいずれにおいても副作用に注意しながら、効果不十分であれば至適用量まで増量する。当初は週1

表3 抗精神病薬と処方量

非定型抗精神病薬	
リスパダール	1~6mg
エビリファイ	3~24mg
ロナセン	4~16mg
セロクエル	25~600mg
ジプレキサ	2.5~10mg
定型抗精神病薬	
セレネース	1~10mg
コントミン	50~450mg
ドゲマチール	150~600mg

~2回の通院が望ましい。糖尿病の既往や家族歴があれば**4**、**5**は使用しない。

不安・焦燥、不眠がある場合には**6**、**7**のような抗不安薬や**8**のようなベンゾジアゼピン系睡眠導入薬を併用する。

**6** ロラゼパム（ワイパックス）0.5mg 3~6錠 分3  
あるいは不安時1回投与

**7** ジアゼパム（セルシン、ホリゾン）2mg 3~6錠 分3  
あるいは不安時1回投与

**8** プロチゾラム（レンドルミン）0.25mg 1~2錠 分1  
就寝前  
錐体外路系副作用（パーキンソン症状群、アカシジアなど）が出現した場合は、**9**のような抗パーキンソン薬を追加投与する。

**9** ビペリデン（アキネトン）1mg パーキンソン症状出現時に頓用処方、1日3回まで可。  
拒絶や強度の興奮のために内服を行えない場合には、やむを得ず**10**を用いる。

**10** ハロペリドール（セレネース）注（5mg/アンプル）  
1回1~2アンプル 静注、点滴静注、筋注のいずれか

以上の薬物療法に併用して、発症と関連するストレスを検討し、対処行動を教育したり、心理教育を行う。

なお、上記の抗精神病薬に治療抵抗性を示す統合失調症の患者が反応性不良または耐用性不良などの基準を満たす場合には、クロザピン（クロザリル）の使用を検討する場合がある。処方は、無顆粒球症等の早期発見を目的としたクロザリル患者モニタリングサービスに登録された医療施設に限られるので専門家への紹介を要する。

表4 抗精神病薬の副作用

非定型抗精神病薬
体重増加
耐糖能異常
性的機能不全
心電図異常
定型抗精神病薬
抗コリン作用および抗アドレナリン作用 (口の乾き、便秘、かすみ目、尿閉、頻脈など)
錐体外路系副作用（パーキンソン症候群、ジストニア）、 静坐不能（アカシジア）、悪性症候群
遅発性ジスキネジア
内分泌異常；乳漏症および過少月経
体重増加
性的機能不全

## 7-2 心理社会的治療

統合失調症は、高血圧や糖尿病などと同じく日常生活の中で治療を進める疾患の1つでもある。そのため、長期間にわたって治療に取り組んでいく必要があり、基本的には本人が治療の重要性について正しく理解していることが欠かせない。それが、服薬や治療に対する姿勢につながり、統合失調症の回復に大きく影響するからである。

そこで、本人の希望や趣味を傾聴し、自己実現のために本人自身が治療の重要性を理解し、治療方針や治療計画に参加する、アドヒアランスを高めるための心理社会的治療が重要となってくる。

### (1) 精神療法

患者のプライバシーを尊重した上で、率直、誠実、わかりやすい態度で、忍耐をもって受容的に接することである。幻覚や妄想についても、患者はそのような体験をしていることを尊重し、否定や安易な肯定を避け、中立的態度をもって、患者を理解しようと務めていることを伝える。

### (2) (家族) 心理教育

患者やその家族に、疾患についてわかりやすく伝え、理解を促すことにより、困難に対する対処能力を高める。実際には家族を対象に行われることが多く、患者と家族とのコミュニケーションの質を高めることを目指す。特に、感情表出（EE）が強い家族の場合、心理教育によって再発率が減少することが報告されている。

**(3) 社会生活技能訓練** social skills training(SST)

病気によって低下した社会技能や生活技能を回復されるための援助技法で、一般的にグループによるロールプレイ形式で行われる。

**(4) 作業療法**

作業療法士の指導のもと、手芸や園芸、料理、木工などの軽作業を通じて、充実感や達成感などを再体験し、日常生活や社会生活の回復を目指す。生きがいや楽しみを見出すレクリエーション性の高いものから、パソコン作業など将来の就労を目指した職業性の高いものまで、さまざまな作業療法がある。

**(5) 就労支援その他、社会参加の重要性**

精神病症状に対する認知行動療法 cognitive behavioral therapy や、認知機能障害の改善のための認知リハビリテーション、認知改善療法などが試みられる場合もある。

今日では、退院後の社会復帰へ向けた職業リハビリテーションなど、多くの社会復帰施設が整えられつつある。認知機能障害を補うために、一般的な訓練を行うばかりでなく、具体的な就労場面において必要な技能を身につける支援 IPS (Individual Placement and Support) が注目されている。

就労は患者の自尊感情を取り戻し、認知機能や社会機能を改善する。再発予防効果も知られており、可能性があれば積極的に取り組むべきである。

**参考図書** さらに理解を深めたい方に

- (1) 石郷岡純, 岡崎祐士, 桶口輝彦編集: 統合失調症治療の新たなストラテジー, 先端医学社, 2011
- (2) 野村総一郎, 桶口輝彦, 尾崎紀夫編集: 標準精神医学 第4版, 医学書院, 2009
- (3) 山内俊雄, 小島卓也, 倉知正佳, 鹿島晴雄編集: 専門医をめざす人の精神医学第3版, 医学書院, 2011
- (4) 水野雅文: ササッとわかる統合失調症, 講談社, 2010
- (5) 水野雅文責任編集: 統合失調症の早期診断と早期介入, 中山書店, 2009

**統合失調症前駆症状スクリーニングシート (The PRIME Screen 日本語版) [P.52] 診断基準**

- ① 6 (1年以上)が1つ以上あるいは6 (1年未満)が2つ以上ある
- ② 5 (1年以上)が2つ以上ある
- ③ 合計点が39点以上

のいずれかを満たす場合に「陽性」と判断する。専門医への紹介が望ましい。

**The PRIME – Screen 日本語版の出典**

Hiroyuki Kobayashi, Takahiro Nemoto, Hiroki Koshikawa, Yasunori Osono, Ryoko Yamazawa, Masaaki Murakami, Haruo Kashima, Masafumi Mizuno A self-reported instrument for prodromal symptoms of psychosis: Testing the clinical validity of the PRIME Screen-Revised (PS-R) in a Japanese population. Schizophrenia Research 106, 356-362, 2008

**The PRIME Screen**  
日本語版

この質問票は、こころの病の前駆症状を早期に自覚・発見し、健康管理に役立てることを目的としているものです。

あてはまる場合

記入の仕方： この1年以内の体験に基づいて、以下の各項目にどの程度あてはまるかを教えてください。各々の質問を良く読んで、自分自身の体験を最も良く言い表している箇所に○をつけてください。  4, 5, 6にあてはまる場合は、その期間を右欄に7, 8, 9で教えてください。  すべての質問にお答えください。	0	1	2	3	4	5	6	左欄で4~6と答えられた方は、それがどの程度続いていますか？ あてはまる期間に○をつけてください。		
	まったくあてはまらない	ほとんどあてはまらない	どちらかといえばあてはまらない	どちらともいえない	どちらかといえばあてはまる	かなりあてはまる	とてもあてはまる	1カ月以内	1カ月~1年	1年以上
a. 説明できないような奇妙で普通でない物事が自分の周りで起きていると感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
b. 将来を予見することができると感じている	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
c. 自分の考えや感情、行動が何かに干渉される、あるいは支配されるように感じる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
d. 迷信を信じて普段とは全く違う行動をとった経験がある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
e. 経験したり感じたりすることが、現実なのか、空想や夢の一部なのか、分からなくなって混乱することが時々ある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
f. 他人に自分の考えが自然に伝わってしまったり、自分に他人の考えが自然に伝わってしまったりすることは起こりえることだと思う	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
g. 誰かが自分に危害を加えることを企（たくら）んでいたり、あるいは実際にされかねないと感じることがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
h. 自分にはもって生まれた以上に特殊な才能や超自然的な能力があると信じている	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
i. 自分の心にいたずらされているように感じる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
j. 近くに誰もいないのに、誰かの発する音を聞いたり、誰かがぶつぶつ言っていたり喋っているのを聞いたりしたことがある	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
k. 自分が考えていることを他の人に声に出して言われたように感じる	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9

## 第6章 不安障害

### Key Points

- 不安障害は、不安を基底に有する精神障害の総称である。以前、神経症と呼ばれていた病態の一部に相当する。
- 心理・環境的要因と遺伝・生物学的要因の双方が関与している。
- うつ病と並んで頻度の高い障害であり、病型によって一般人口当たり数%から10数%の生涯有病率が報告されている。
- 思春期後期から成人期にかけて発症することが多い。
- パニック障害、広場恐怖、特定の恐怖症、社交恐怖、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、急性ストレス障害、全般性不安障害などの病型がある。
- 動揺性の経過を示すことが多いが、適切な治療なしには慢性化しやすい。
- 一般身体疾患や物質誘発性の不安症状との鑑別が重要である。また他の精神障害や不安障害同士の共存に注意を要する。
- 心理社会的療法と薬物療法を単独に、あるいは併用して治療が行われる。患者自身が治療へ主体的に取り組み行動を立て直していくことが、回復の推進力になる。

### 1. 概要と病態

#### 1-1 不安障害とは

不安障害 (Anxiety Disorders) とは、不安の感情を基底に有する精神障害の総称である。不安障害の範囲は診断分類によって相違がある。国際疾病分類第10版 (ICD-10) では不安障害は「恐怖症性不安障害」と「他の不安障害」とに二大別され、前者には広場恐怖や社交恐怖、特定の恐怖症などが、また後者にはパニック障害や全般性不安障害などが位置づけられている (表1)。他方、米国精神医学会が作成した精神疾患の診断・統計マニュアル第4版新訂版 (DSM-IV-TR) では、ICD-10 よりも範囲が広く、強迫性障害、急性ストレス障害、心的外傷後ストレス障害も不安障害に含まれる (表2)。

#### 1-2 歴史と概念

不安障害は比較的近年に誕生した診断名である。以前は心因性に生ずる心身の機能障害を総称して神

経症という呼称が広く用いられていた。神経症の基底には不安が存在し、強い不安の感情と、不安に対する当人の不適切な対処があいまって、一層不安がつのり、さまざまな神経症症状に発展すると考えられていた。

けれども過去30年あまりの間に、神経症には生物学的要因も関与することが明らかになるにつれて、心理的要因を病因仮説として前提する神経症という概念を見直そうとする動きが優勢になっていった。そのような背景のもと、1980年に米国精神医学会が刊行した精神障害の診断・統計マニュアル第3版 (DSM-III) では、診断名から神経症という用語が排除され、従来の神経症は不安障害、身体表現性障害、解離性障害 (いわゆるヒステリー性神経症、解離型) のグループに3分割されることになった。DSM-IIIの不安障害には、空間 (広場) 恐怖、社会 (社交) 恐怖、単一恐怖からなる恐怖性障害 (いわゆる恐怖神経症) と、パニック障害、全般性不安障害、強迫性障害、心的外傷後ストレス障害、非定型不安障害

からなる不安状態(いわゆる不安神経症)が含まれた。DSM分類のその後の改訂に際して、急性ストレス障害が追加されるなど、不安障害の分類、呼称、診断基準にもいくつかの修正が加えられて現在に至っている。なお2013年に発表される見込みのDSM-Vでは、強迫性障害が不安障害とは別のカテゴリーに位置づけられることが予想されている。ちなみに1992年に発表されたICD-10(国際疾病分類第10版)には、神経症性障害という名前が総称としては残されているが、下位分類は恐怖症性不安障害、身体表現性障害などの名称で呼ばれている。

### 1-3 疫学

不安障害の発症率は病型によって異なり、たとえば社交恐怖は調査によっては10%を超える高い生涯有病率が報告されているが、他の病型は1~数%程度である。たいていの不安障害は男性より女性に多くみられるが、強迫性障害の成人例では男女比に差はみられない。また社交恐怖は地域調査では男性より女性に多いことが示唆されているものの、臨床例については男女等しいか男性の方が多いと報告され

表1 診断名<ICD-10による分類>

恐怖症性不安障害	Phobic Anxiety Disorders (F40)
広場恐怖(症)	Agoraphobia (F40.0)
パニック障害をとまなわないもの	(F40.00)
パニック障害をとまなうもの	(F40.01)
社交恐怖(症)	Social Phobias (F40.1)
特定の(個別的)恐怖症	Specific (isolated) Phobias (F40.2)
他の恐怖症性不安障害	Other Phobia Anxiety Disorders (F40.8)
恐怖症性不安障害, 特定不能のもの	Phobic Anxiety Disorder, Unspecified (F40.9)
他の不安障害	Other Phobic Anxiety Disorders (F41)
パニック障害	Panic Disorder (F41.0)
全般性不安障害	Generalized Anxiety Disorder (F41.1)
混合性不安抑うつ障害	Mixed Anxiety and Depressive Disorder (F41.2)
他の混合性不安障害	Other Mixed Anxiety Disorders (F41.3)
他の特定の不安障害	Other Specified Anxiety Disorders (F41.8)
不安障害, 特定不能のもの	Anxiety Disorder, Unspecified (F41.9)

注：F40 恐怖症性不安障害、F41 他の不安障害とも、「F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害」という大項目に属する。

ている。不安障害はふつう思春期後期から成人期にかけて始まるが、特定の恐怖症や強迫性障害などのように小児期に発症することが稀でない病型もみられる。病型ごとの疫学データはそれぞれの項で述べることにする。

### 1-4 病因

今日、不安障害は心理的・環境的要因と生物学的要因の双方が関与する病態だと考えられている。

#### (1) 心理的要因

不安障害の心理的要因としては、元来の性格傾向が重要である。神経症になりやすい典型的な性格傾向には、森田正馬のいう神経質性格がある。神経質性格とは、内向的、小心、敏感、心配性、完全主義、理想主義などを特徴とし、内的な葛藤を招きやすい性格である。またEysenckの提唱した神経症傾向(ニューロティシズム neuroticism)も、森田の言う神経質性格と多分に重なり合い、神経症の患者に認められやすい性格因子である。

性格要因と共に、その人がどのような環境または

表2 DSM-IV-TRによる不安障害の分類

広場恐怖を伴わないパニック障害	Panic Disorder Without Agoraphobia (300.01)
広場恐怖を伴うパニック障害	Panic Disorder With Agoraphobia (300.21)
パニック障害の既往歴のない広場恐怖	Agoraphobia Without History of Panic Disorder (300.22)
特定の恐怖症(以前は単一恐怖)	Specific Phobia (formerly Simple Phobia) (300.29)
社交恐怖(社交不安障害)	Social Phobia(Social Anxiety Disorder) (300.23)
強迫性障害	Obsessive-Compulsive Disorder (300.3)
心的外傷後ストレス障害	Posttraumatic Stress Disorder (309.81)
急性ストレス障害	Acute Stress Disorder (308.3)
全般性不安障害(小児の過剰不安障害を含む)	Generalized Anxiety Disorder (Includes Overanxious Disorder of Childhood) (300.2)
一般身体疾患による不安障害	Anxiety Disorder Due to a General Medical Condition (293.84)
物質誘発性不安障害	Substance-Induced Anxiety Disorder
特定不能の不安障害	Anxiety Disorder Not Otherwise Specified (300.00)



出来事を体験するかということも重要である。ただし不安障害では、後に述べる急性ストレス障害と心的外傷後ストレス障害を除いて、日常生活ではふつう起こらないような1回の衝撃的な体験が誘因になることは少ない。むしろ、家庭や職場・学校などでの日常的なストレス体験の方が、不安障害に結びつきやすいのである。たとえばパニック障害の場合は、発症前の一年以内に喪失体験が多く認められるという報告がある。また発症に先立って心身の過労が続いたり、現実の生活が行き詰っていたという人もしばしばみられる。さらに環境因子としては、文化や社会のあり方も神経症の発症に影響を及ぼすことが知られている。

いま一つ不安障害の心理的要因として重要なのが、症状を発生させる心理的な機制(メカニズム)である。不安障害にどのような心理機制を見て取るかということについては、様々な精神療法の立場によって独自の仮説が提唱されている。例えば精神分析を創始したFreudは、幼児期に体験される無意識的な葛藤が神経症の原因だという仮説を提示した。中でも性的な衝動を重視し、神経症の根底に本能的な衝動欲求と自我との葛藤を想定したのだった。フロイト以降の精神分析理論では、本能衝動の内容よりも、自我が危険な衝動から自己を防衛する仕方が重視されるようになり、さまざまな神経症的防衛機制が論じられるようになった。一方、森田療法の創始者である森田正馬は、「精神交互作用」、すなわち注意と感覚とが悪循環的に作用するメカニズムによって、パニック障害などの機制を論じた。また森田は、神経質性格の人が「こうあるべきだ」とか「こうあってはならない」という心の構えが強いことから、自分にとって不快、不利益な感情を無理にコントロールしようとして、かえってそれを強く意識してしまう事態を「思想の矛盾」と呼び、精神交互作用と並ん

で患者が症状にとらわれていくメカニズムと考えた。認知療法の創始者であるBeckも、森田とよく似た悪循環機制を提示している。たとえばパニック発作は、息切れのような通常の身体感覚に対して「心筋梗塞ではないか」といった誤った認知的評価を下すことによって不安が募り、そのような情動反応に伴う身体感覚の増強が、一層誤った認知的評価を強化するといった悪循環から説明される。

## (2) 遺伝的・生物学的要因

多くの家族研究や双生児研究から、いくつかの不安障害には遺伝的脆弱性が認められることが報告されている。例えばパニック障害、全般性不安障害、強迫性障害には4～6倍の家族集積性があるといわれており、これらの病態の遺伝率はおよそ30～40%と算定されている。また脳の生化学的研究からは不安障害において、いくつかの神経伝達機能が変化していることが示唆されている。そのような研究に先鞭をつけたのが、パニック発作にイミプラミンという三環系抗うつ薬の有効性を示したKleinの報告である。またパニック障害の患者は健常者に比べ、より低濃度の乳酸ナトリウムの注射や二酸化炭素の吸入によって、パニック発作が誘発されることも知られている。これらのことからパニック障害の生物学的要因が注目されるようになり、ノルアドレナリン作動性ニューロンの活動異常説が提唱されている。また選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor; SSRI)といわれるタイプの抗うつ薬がパニック障害に有効なことから、セロトニン作動性ニューロンの神経伝達機能の低下とパニック障害との関係も推測されている。その他、強迫性障害については、SPECTやPETのような脳の機能的画像所見から、前頭葉一皮質下回路の機能異常が示唆されている。

## 2. 病型と特徴

不安障害には様々な病型が区別され、多様な症状が認められる。ここでは診断基準が操作的に定義されているDSM-IV-TRに沿って、主な不安障害の特徴を解説する。なおわが国では不安障害に関する大規模な疫学調査が行われていないため、ここではDSM-IV-TRのマニュアルから疫学データを引用することにした。

### 2-1 パニック障害 (Panic Disorder)

#### (1) 概要

パニック障害の基本的な特徴は、予期しないパニック発作が反復することである。さらに発作に続いて少なくとも1ヵ月間、もっと発作が起こるのではないかという心配(予期不安)、パニック発作の潜在的な意味や結果についての心配(コントロールを失う、心臓発作を起こす、“気が狂う”など)、あるいは発

作と関連した著明な行動変化が継続することが特徴である。パニック発作は強い不安・恐怖の情動と自律神経の緊張が突然に起こり、比較的短時間のうちに消褪するという症状であり、かつては不安発作とも呼ばれていた。表3に示したように、パニック発作に伴い種々の身体症状が出現するため、例えば胸痛から心疾患を懸念して循環器科を受診するというように、一般身体科や救急外来に受診する患者が多いことも特徴である。

DSM-IV-TRのマニュアルによれば、パニック障害の生涯有病率はほとんどの研究で一般人口当たり1～2%と報告されているが、一般臨床場面ではより頻度が高い。青年期後期から30代半ばまでに発症することが多いが、中には中年期以降に発症する場合もみられる。適切な治療を受けない場合、軽快増悪を繰り返しながら慢性的な経過を辿ることが多い。

パニック障害の約3分の1から2分の1は広場恐怖に発展する。DSM分類では広場恐怖を伴わないパニック障害と、広場恐怖を伴うパニック障害を区別することになっている。

## (2) 早期発見のためのヒント

突然の心悸亢進、胸痛、呼吸苦などが反復して出現し、身体的精査によっても異常が認められない場合、パニック障害を念頭に置いて以下のような問診をお願いしたい。但し後述するようにパニック発作

表3 パニック発作の診断基準 (DSM-IV-TR より)

強い恐怖または不快を感じるはっきり他と区別できる期間で、そのとき、以下の症状のうち4つ(またはそれ以上)が突然に出現し、10分以内にその頂点に達する。
1. 動悸、心悸亢進、または心拍数の増加
2. 発汗
3. 身震いまたは震え
4. 息切れ感または息苦しさ
5. 窒息感
6. 胸痛または胸部不快感
7. 嘔気または腹部の不快感
8. めまい感、ふらつく感じ、頭が軽くなる感じ、または気が遠くなる感じ
9. 現実感消失(現実でない感じ)、または離人症状(自分自身から離れている)
10. コントロールを失うことに対する、または気が狂うことに対する恐怖
11. 死ぬことに対する恐怖
12. 異常感覚(感覚麻痺またはうずき感)
13. 冷感または熱感

に類似した症状をもたらす身体疾患や薬物があるので、注意深く鑑別診断を行う必要がある。

## (3) 問診のポイント

「(心悸亢進、呼吸苦などの)症状は突然に始まりましたか？」

「発作はどのくらいの時間でピークに達しましたか？」

「発作が起こってから落ち着くまでにどれくらいの時間がかかりましたか？」

「発作が起こった時、どんな気持ちになりましたか？  
どうなりましたか？」

「また発作が起こるのではないかと心配していますか？ その心配のために避けるようになった行動や場所がありますか？」

## 2-2 広場恐怖 (Agoraphobia)

広場恐怖とは、逃げるに逃げられないような場所や状況、またはパニック(様)症状が生じた場合に助けを得ることができないかもしれない場所や状況にいることについての強い不安である。広場恐怖といっても恐怖される状況はいわゆる広場の空間に限らず、自宅で一人で居ること、電車やバスなど公共の交通機関や人ごみ、トンネルの中や橋の上などがしばしば対象になる。

臨床場面では広場恐怖を示す人のほとんどはパニック障害の既往があるといわれているが、地域調査を実施すると、パニック障害の既往歴のない広場

### 症例 広場恐怖を伴うパニック障害 35歳 女性

ある日、通勤途中の混雑した電車の中で、突然、動悸が激しくなり、息苦しさから倒れてしまいような恐怖感に襲われた。そのときには電車を途中で降り、駅のホームのベンチでしばらく休んでいたら回復したという。しかし、数日後、電車内で同じ症状が起こった。しかも、前回よりも症状が激しく不安も強かったので、途中下車をして、最寄りの病院に駆け込んだ。病院では、心電図など各種検査をしたものの、異常は見つからなかった。

そのとき以来、電車に乗らなければいけないというのを考えただけで、「また具合が悪くなるのではないか」という心配が起こってきた。なるべく混雑した時間を避けて、各駅停車に乗るようにしていたが、それでも同様の症状が出現するため、とうとう電車通勤ができなくなり、休職を余儀なくされた。

恐怖の人も少なくないという。パニック障害の既往歴のない広場恐怖とは、パニック発作の診断基準に挙げられている症状の一つまたはいくつかに合致するが、診断基準を満たさない程度のパニック様症状を有するか、あるいは人前での嘔吐、下痢、失禁などを恐れるような場合である。

### 2-3 特定の恐怖症 (Specific Phobia)

以前は単一恐怖 (Simple Phobia) とも呼ばれていた。この障害の特徴は、はっきり他と区別できるような、特定の対象や状況に対する顕著で持続的な恐怖である。地域調査による特定の恐怖症の生涯有病率は7.2～11.3%と報告されている。男性より女性に多く、また小児期から青年期早期に発症することが多い。

恐怖の対象や状況とは、クモ、ネズミなどの動物、地震、洪水、高所などの自然環境、血液や怪我を見たり、注射などの医学的処置を受ける状況、閉所、エレベーター、航空機などである。このうち血液・注射・外傷のタイプは、医療場面で遭遇する機会が多い。このタイプは恐怖刺激に暴露された当初は交感神経の緊張が優位になるが、途中から副交感神経の緊張が優位になるために徐脈、血圧下降を来とし、失神することも少なくない。それ以外の場合、一般に特定の恐怖症のみで医療機関を受診する患者は少ない。

### 2-4 社交恐怖 (社交不安障害) Social Phobia (Social Anxiety Disorder)

基本的特徴は、恥ずかしい思いをするかも知れない社会的状況または行為をする状況に対する顕著で持続的な恐怖である。我が国で伝統的に対人恐怖症と呼んでいた病態に概ね相当する。DSM-IV-TRでは、人前で行為をする状況だけでなく、同僚と雑談したり友人たちの集まりに参加するといった対人交流の場面など、ほとんどの社会的状況に関連する場合を「全般性」というサブタイプで記述することになっている。当然、全般性社交恐怖の患者は非全般性の患者よりも日常生活や対人関係に深刻な影響を来していることが一般的である。地域調査によると、社交恐怖の生涯有病率は3～13%と報告されている。10代半ばの発症が典型的であるが、子供のころから社会的制止や人見知りの形で現れることもある。経過は通常、持続性であり、不安障害の中でも自殺やアルコール依存の共存が起りやすいといわれる。

### 2-5 強迫性障害 (Obsessive-Compulsive Disorder)

強迫性障害の基本的特徴は反復する強迫観念または強迫行為であり、それは時間を浪費させたり、非常に強い苦悩を生じる、または著しい障害を引き起こすほどに重篤である。強迫性障害の人は、少なくとも経過のある時点では、強迫観念または強迫行為が過剰であるか、不合理であると認識している。にもかかわらず、強迫的に考えたり行為したりすることに駆り立てられるのである。

強迫観念とは持続する観念、衝動、心像であり、それは侵襲的で不適切だと体験されており、強い不安や苦痛を引き起こしている。強迫観念の内容としては、汚染した(させた)のではないかと、誤りや見落としがあったのではないかと、誰かに危害を加えたのではないかと、あるいは不吉なことが起こるのではないかとといった考えがよくみられる。特に汚染に関する強迫観念のバリエーションとして細菌感染への恐れが強い患者は、内科など一般身体科を頻繁に受診することがある。

強迫行為とは、ふつう強迫観念に伴う不安や苦痛を緩和するために、あるいは恐ろしい出来事や状況を防ぐために反復する行動や心の中の行為である。よくみられる強迫行為は、手を洗う、確認する、順番に並べる、あるいは心の中で祈ったり数を数えたりするといった行為である。

強迫性障害の生涯有病率は2.5%と報告されている。成人の有病率は男女に差がない。青年期または成人期早期に始まることが多いが、男性は女性より低年齢で発症する傾向にある。たいていは緩徐に発症し、軽快増悪を繰り返しながら慢性の経過を辿る。

### 2-6 心的外傷後ストレス障害 (Posttraumatic Stress Disorder)

#### (1) 概要

心的外傷後ストレス障害 (PTSD) は、実際に危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事、あるいは自分や他人の身体の保全に迫る危険を体験したり目撃し、強い恐怖や無力感、戦慄を覚えたことがきっかけになって生ずる。そのような外傷的出来事とは、例えば戦闘、身体的・性的暴行を受けること、誘拐されたり人質になること、監禁されたり拷問を受けること、自然災害や人災、激しい自動車事故に遭うことなどであり、日常生活でふつうに体験するようなストレス因子 (例：解雇される) とは明らかに程

度が異なる。PTSDはそもそも米国におけるベトナム戦争帰還兵の持続的適応困難に対する治療研究から導かれた診断概念であったが、我が国では1995年の阪神淡路大震災および地下鉄サリン事件によってこの診断名が知られるようになった。

表4に診断基準を示しておく。PTSDには3つの中核症状がある。第1に、心的外傷的出来事が、反復的な記憶想起、悪夢やフラッシュバックなどの形で再体験され続けることである。第2は、そのよう

な再体験症状への反応として、心的外傷に関連した刺激の回避と全般的な反応性の麻痺が続くことである。その結果、社会的活動から撤退したり対人関係から引きこもることも少なくない。第3は、不眠、苛立ち、集中困難などの覚醒亢進症状の持続である。これらの症状は通常、外傷的な出来事から3カ月以内に始まり、少なくとも1カ月以上持続する。約半数は3カ月以内に回復するといわれているが、数ヵ月から数年以上持続する症例もまれではない。

表4 心的外傷後ストレス障害の診断基準 (DSM-IV-TR より)

- A. その人は、以下の2つがともに認められる心的外傷的な出来事に暴露されたことがある
- (1) 実際にまたは危うく死ぬまたは重傷を負うような出来事を、1度または数度、あるいは自分または他人の身体の保全に迫る危険を、その人が体験し、目撃し、または直面した
  - (2) その人の反応は強い恐怖、無力感または戦慄に関するものである  
注：子供の場合はむしろ、まとまりのないまたは興奮した行動によって表現されることがある
- B. 心的外傷的な出来事が、以下の1つ（またはそれ以上）の形で再体験され続けている
- (1) 出来事の反復的、侵入的な苦痛を伴う想起で、それは心像、思考、または知覚を含む  
注：小さい子供の場合、心的外傷の主題または側面を表現する遊びを繰り返すことがある
  - (2) 出来事についての反復的で苦痛な夢  
注：子供の場合は、はっきりとした内容のない恐ろしい夢であることがある
  - (3) 心的外傷的な出来事が再び起こっているかのように行動したり、感じたりする  
(その体験を再体験する感覚、錯覚、幻覚、および解離性フラッシュバックのエピソードを含む。また、覚醒時または中毒時に起こるものを含む)  
注：小さい子供の場合、心的外傷特異的なことの再演が行われることがある
  - (4) 心的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合に生じる、強い心理的苦痛
  - (5) 心的外傷的な出来事の1つの側面を象徴し、または類似している内的または外的きっかけに暴露された場合の生理学的反応性
- C. 以下の3つ（またはそれ以上）によって示される、(心的外傷以前には存在していなかった) 心的外傷と関連した刺激の持続的回避と、全般的反応性の麻痺：
- (1) 心的外傷と関連した思考、感情、または会話を回避しようとする努力
  - (2) 心的外傷を想起させる活動、場所または人物を避けようとする努力
  - (3) 心的外傷の重要な側面の想起不能
  - (4) 重要な活動への関心または参加の著しい減退
  - (5) 他の人から孤立している、または疎遠になっているという感覚
  - (6) 感情の範囲の縮小 (例：愛の感情をもつことができない)
  - (7) 未来が短縮した感覚 (例：仕事、結婚、子供、または正常な寿命を期待しない)
- D. (心的外傷以前には存在していなかった) 持続的な覚醒亢進症状で、以下の2つ（またはそれ以上）によって示される
- (1) 入眠、または睡眠維持の困難
  - (2) いらだたしさまたは怒りの爆発
  - (3) 集中困難
  - (4) 過度の警戒心
  - (5) 過剰な驚愕反応
- E. 障害 (基準 B, C, および D の症状) の持続期間が1カ月以上
- F. 障害は、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている

米国の地域調査によれば、PTSD の生涯有病率は約8%と報告されている。その他の国や地域での詳細は不明であるが、政治的混乱や内戦の続く国、あるいは深刻な自然災害に見舞われた地域では、PTSD の潜在的な有病率はさらに高いものと推測される。

## (2) 診断の注意点

PTSD の患者のすべてが自発的に心的外傷的な出来事の体験を語るとは限らない。特に本人が出来事に強い恥辱や罪悪感を感じている場合は、医師にも語られぬままにおかれることが少なくない。それだけに、不眠などの訴えで来院した患者が、他の覚醒亢進症状も有している場合には、発端になった出来事がなかったかどうかを尋ねてみる必要がある。

但し、心的外傷体験後の早期に、出来事の詳細を語らせることは治療的ではない。したがって、外傷的な出来事が疑われた時は、問診の際に「無理に詳細を語らなくてよい」ことを保証すべきである。なお訴訟や賠償金の絡んでいる状況では、詐病との鑑別に注意を払わなくてはならない（表4）。

## 2-7 急性ストレス障害 (Acute Stress Disorder)

急性ストレス障害は、PTSDと同様、極度の心的外傷的な体験がきっかけになって生ずる。外傷体験の間やその後に、周囲に対する注意の減弱や非現実感、健忘などの解離性症状が認められるが、他はPTSDと重複する病像である。できごとから1カ月以内に発症し、1カ月以内に消失するという急性の経過によって、PTSDと区別される。

## 2-8 全般性不安障害 (Generalized Anxiety Disorder)

### (1) 概要

全般性不安障害の基本的特徴は、様々な出来事や活動に対する過剰で制御することの困難な不安と心配（予期憂慮）が持続することであり、診断基準（表5）によれば少なくとも6カ月間、それが起きている日の方が起きていない日よりも多いとされる。易疲労感、発汗、筋緊張、不眠などの身体症状を伴うことも多い。このためか、全般性不安障害の患者はし

表5 全般性不安障害の診断基準（DSM-IV-TRより）

- |   |
|---|
| <p>A. (仕事や学業など) 多数の出来事または活動についての過剰な不安と心配（予期憂慮）が、少なくとも6ヵ月間、起る日の方が起らない日より多い</p> <p>B. その人は、その心配を制御することが難しいと感じている</p> <p>C. 不安と心配は、以下の6つの症状のうち3つ（またはそれ以上）を伴っている（過去6ヵ月間、少なくとも数個の症状が、ある日のほうがない日より多い）<br/>注：子供の場合は、1項目だけが必要</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 落ち着きのなさ、または緊張感または過敏</li> <li>2. 疲労しやすいこと</li> <li>3. 集中困難、または心が空白となること</li> <li>4. いらだたしさ</li> <li>5. 筋肉の緊張</li> <li>6. 睡眠障害（入眠または睡眠維持の困難、または落ち着かず熟眠感のない睡眠）</li> </ol> <p>D. 不安と心配の対象がI軸障害の特徴に限られていない。例えば、不安または心配が、（パニック障害におけるように）パニック発作が起ること、（社交恐怖におけるように）人前で恥ずかしい思いをすること、（強迫性障害におけるように）汚染されること、（分離不安障害におけるように）家庭または身近な家族から離れること、（神経性無食欲症におけるように）体重が増えること、（身体化障害におけるように）複数の身体的愁訴があること、（心気症におけるように）重篤な疾患があること、に関するものではなく、また、その不安と心配は心的外傷後ストレス障害の期間中にのみ起るものではない</p> <p>E. 不安、心配、または身体症状が、臨床上著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている</p> <p>F. 障害は、物質（例：乱用薬物、投薬）または一般身体疾患（例：甲状腺機能亢進症）の直接的な生理作用によるものではなく、気分障害、精神病的障害、または広汎性発達障害の期間中にのみ起るものでもない</p> |
|---|

ばしば精神科よりもプライマリケアや一般身体科の医師のもとを受診する傾向にある。

地域調査によると全般性不安障害の生涯有病率は約5%である。男性より女性に多く、多くの人が、自分は生来ずっと不安で神経質だったと報告する。慢性、動揺性の経過で、ストレス状況下で増悪することが多い。

## (2) 早期発見のためのヒント

全般性不安障害の患者が示す不安は特定の対象に限局しない。身体症状の訴えも多彩であり、ひとつ

の疾患が否定されたとしても、別の症状や疾患の可能性に心配を抱きやすい。不定愁訴と共に、制御できない不安や心配が認められるようなら、診断基準を念頭に問診を進めるべきである。

## (3) 問診のポイント

「(主訴以外に)他に気になっている症状はありますか?」

「次から次に、いろいろなことが心配になりませんか?」

「心配を紛らわせることができますか?」

## 3. 鑑別診断

### (1) まず一般身体疾患による不安障害・物質誘発性不安障害との鑑別を行うこと

不安障害では精神症状のみならず、主として自律神経系の身体症状を呈することがしばしばある。そこで不安症状の基盤に身体疾患の存在や原因物質の摂取がないかどうかを慎重に検討することが重要である。

たとえばパニック発作と紛らわしい身体疾患としては甲状腺機能亢進症が代表的なものであるが、その他、副甲状腺機能亢進症、褐色細胞腫、前庭機能障害、心疾患(例:上室性頻拍)などでもパニック様症状が出現することがある。カフェインやアンフェタミン中毒、アルコールや鎮静剤からの離脱に際しても同様の症状が起こることがある。また全般性不安障害においても、パニック障害と同様、甲状腺機能亢進症などの身体疾患や大量のコーヒー摂取によるカフェイン中毒などとの鑑別が必要である。

したがって治療の早期に血液・尿検査のほか、必要に応じて心電図検査などの実施も考慮すべきである。また使用している薬物、アルコールや嗜好品などについての問診も忘れてはならない。当然のことながら、身体疾患や物質誘発性の不安症状に対して

は、原疾患の治療あるいは原因物質の中止が不可欠である。

### (2) 他の精神障害との鑑別診断を行うこと

一般に不安障害にはうつ病の共存が高率に見られる。なかでも全般性不安障害は不安を前景としたうつ病との鑑別がしばしば困難である。また強迫症状、全般性社交恐怖症状などは統合失調症の前駆期に出現することがある。強迫症状や社交恐怖様の症状は広汎性発達障害の患者にもみられることがある。

### (3) 不安障害の共存(コモビディティ)に注意を払うこと

上記のようにうつ病など他の精神障害との共存が多いだけでなく、複数の不安障害が共存するケースも少なくない(例、広場恐怖と社交恐怖が共存)。そこで適切な診断を下すためには、患者の臨床像の全体を把握するよう努力がなされなければならない。ちなみにDSM-IVでは、構造化された診断の手順(structured clinical interview for DSM-IV, SCID)が開発されており、これに沿って系統的に問診を進めるよう推奨されている。

## 4. 家族への説明のポイント

### (1) 病気に関する正しい知識を伝える

患者本人はもちろんのこと、家族にも不安障害についての正しい知識を伝えることが重要である。例えばパニック発作から、患者が恐れているような卒倒やコントロールの喪失、ましてや窒息や心停止などは起こり得ないことを明確に伝え、救急受診させ

るといった過剰対応は控えるよう指導すべきである。

### (2) 本人の不安や症状のつらさを理解する

不安障害の人たちの症状や不安は、正常な人間心理が誇張されたものではあるが、その程度は甚だしく長期に渡って持続することが多いので、本人は大

変な苦痛を感じている。そこで家族が本人に対して「気にするな」と助言したり励ましたりしても、あまり役に立たない。「気にするな」と言われても、あるいは本人が気にしないように努めても、つつい気になってしまうのが不安障害の不安障害たるゆえんである。

### (3) 休息させることが必要か

うつ病の場合、病初期には十分な休息を取ることが必要であるが、不安障害でも、例えば過労状況において発症したパニック障害のように休息が必要な場合がある。但し、休息の期間は一般にうつ病と比べて短期間でよく、1週間程度の休息ですむことが多い。休息の後は徐々に活動を再開して生活を立て

直していかれるよう、家族も必要な援助をしていくことが望ましい。

### (4) 本人との適切な距離を見出す

不安障害は、本人が治療に主体的に取り組んで、初めて本当の意味で回復に向かうことができる。例えばパニック障害から広場恐怖に発展した患者に、家族が行動を共にすることが常態化すると、一人での行動ができないままになってしまう。このような場合は、家族が徐々に患者との適切な距離を取っていく必要がある。そのためには、家族にも自分自身の生活に目を向け充実させるよう助言することが望まれる。

## 5. 連携のコツ

### (1) 検査所見を明示する

身体症状を訴える患者には、かかりつけ医が血液・尿検査や心電図などを実施している場合も少なくないと思われる。その場合には検査結果が紹介状に添付されていると、診断の参考になり、また患者に同じ検査を繰り返して余分な負担をかけなくてもすむ。

### (2) 背景情報の記載を

患者の心理・社会的背景や家族の状況など、かかりつけ医の知り得た情報については、症状と直接の関係があるかどうか不明であっても、可能な限り紹介状に記載願いたい。初対面の精神科医に対しては患者がこうした背景を十分語ろうとしないこともあるだけに、長年患者や家族の診療にあたっているかかりつけ医の情報は貴重である。

### (3) 「メンタルな問題」と断定しない

身体症状が前景に立ち、不安などの感情や心理的葛藤の自覚が乏しい患者が、身体科の医師から、異常所見が認められないから「メンタルな問題だ」と言われると、拒絶された、あるいは貶められたと受け止める場合がある。そのような患者が渋々精神科を受診したとしても、当初から受診自体にネガティブな感情を抱いているため治療の継続が難しくなりやすい。それを避けるには「不安障害という病気の可能性もあるので、念のため専門医の意見も聞いてみよう」「心身両面から原因を探るのが最善だと思うので、精神科医にも紹介したい」といった説明が望ましい。

## 6. 治療

不安障害の治療としては、心理社会的療法と薬物療法が単独かもしくは併用して実施される。

### 6-1 心理社会的療法

#### (1) 一般的な心理社会的療法

治療者は、まず患者の話に耳を傾け、それを受け入れ、不安の感情を汲み取ることが肝要である。時には励ましたり保証を与えることが必要な場合もある。こうした広義の精神療法的対応を支持的精神療

法と呼ぶ。それと共に、患者に対しては障害や症状の性質について正しい知識が教育されなくてはならない。たとえばパニック発作はそのままにおいても自然に消褪すること、患者が恐れているような卒倒やコントロールの喪失は起こり得ないことなどは初期の段階で明確に伝えられるべきである。過呼吸症候群を伴う場合には、ペーパーバッグ法などの対処法を指導することも必要である。また、ストレスの多い環境が患者の病状に影響を及ぼしている場合には、家族や職場のキーパーソンに働きかけることに

よって環境調整を行うことも考慮されるべきである。特に PTSD の患者には、真っ先に外傷体験の継続を断ち、安全に過ごせる環境を確保することがあらゆる治療に優先する。

薬物を投与しながら、こうした一般的対応を行うことによって改善に向かう場合もまれではない。ただし、不安障害の多くは慢性の経過を辿るため、さらに特異的な心理社会的療法（精神療法）を必要とすることも多い。特異的な心理社会的療法とは、不安障害の成因に関して一定の理論仮説と治療技法を有するものであり、認知行動療法、森田療法、精神分析的（力動的）精神療法などが主なものである。

## (2) 特異的な心理社会的療法（精神療法）

### ① 認知行動療法

行動療法は、不安障害の基盤に恐怖と回避反応の学習があるとみなし、学習された反応を消去することを治療目標とする。行動療法的アプローチとしては、不安を惹起するような状況に対して、不安の反応が弱くなるまで長時間直面させるという暴露療法（エクスポージャー法）がよく行われる。認知療法とは、不安を強化するような患者の誤ったものの見方（認知）に対し、「そう考える根拠は何だろう」、「その状況に対して別の見方はないだろうか」といった質問を投げかけることによって、より現実的な認知へと修正をはかる療法である。実際には認知療法的アプローチと行動療法的アプローチは併用して実施されることが多いため、認知行動療法と総称される。

### ② 森田療法

わが国の精神科医、森田正馬が創始した精神療法である。森田療法では、不安障害の患者が自らの不安や恐怖を排除しようとするあまり、かえってそれらの感情にとらわれて不安や恐怖が一層つのってしまふ悪循環に着目する。そこでこうした悪循環を打破するため、不安や症状があるがままにおきながら、不安の裏にあるよりよく生きようとする欲望を建設的な行動に発揮していくよう患者を導くことがこの療法の根本である。森田療法は入院治療が基本形であるが、最近は外来治療も広く普及している。

### ③ 精神分析的（力動的）精神療法

精神分析的（力動的）精神療法では、不安障害の症状の背後に無意識の葛藤が隠されているという見方が基本にある。したがって、治療者の解釈を通して患者がその葛藤に気づくこと、つまり洞察を得ることが治療の目標になる。精神分析的（力動的）精神療法は治療に長期間を要することから、最近では臨床場面で実施されることが少なくなったが、今日

でも自己探索を希望する患者にはこの療法が適用されることがある。

なお専門的な治療者が実施する心理社会的療法のほかに、不安障害の当事者が運営する自助グループも有効な方法のひとつである。森田療法を基盤にした自助グループ（「生活の発見会 [www.hakkenkai.jp](http://www.hakkenkai.jp)」など）は全国で活発な活動を展開しており、専門の治療者との連携体制も構築されている。また認知行動療法に基づく自助グループも複数存在する。

## 6-2 薬物療法

不安障害に用いられる主な薬物は、抗不安薬と抗うつ薬である。

### (1) 抗不安薬

抗不安薬の大部分は、ベンゾジアゼピン系の薬剤であり、脳内のベンゾジアゼピン受容体に結合し、抑制性の GABA の機能を高めることで、情動の興奮を鎮める働きを有する。副作用は少ないが、長期に用いると軽度の依存性が形成される。ことに半減期の短い抗不安薬を、不安を感じるたびに頻回に頓服すると依存を来しやすい。このため治療早期に抗不安薬を用いる場合は定期的服薬を指示し、なるべくなら頓用処方 avoided 方がよい。

### (2) 抗うつ薬

古くからある三環系抗うつ薬のうち、イミプラミン（トフラニール）はパニック障害に、クロミプラミン（アナフラニール）は強迫性障害に対して効果が認められているが、抗コリン作用や心毒性などの副作用に注意を要する。

今日では選択的セロトニン再取り込み阻害薬（selective serotonin reuptake inhibitor, SSRI）が、パニック障害、社交恐怖、強迫性障害など不安障害の治療薬として広く用いられている。SSRI は海外では全般性不安障害や心的外傷後ストレス障害にも適応を有している。

SSRI は三環系抗うつ薬に比べて抗コリン作用が少なく、また大量摂取しても比較的安全な利点がある一方、賦活症候群、セロトニン症候群、中断症候群などの出現に注意しなければならない。また服薬開始から効果出現までに通常 2 週間以上の期間を要することが特徴である。わが国で処方可能な SSRI の適応症と処方量を表 6 に示す。



### (3) 処方例

SSRIは上記のように効果発現までに時間がかかるため、治療初期には抗不安薬を併用することが一般的である。抗不安薬にはSSRIによる賦活症候群を

抑制する働きもある。但し抗不安薬の長期投与は依存形成の懸念があるため、なるべく早期に漸減中止することが望ましい(表7)。

表6 我が国で用いられるSSRIの適応症と処方量

SSRIの種類	適応症	1日投与量
フルボキサミン (ルボックス, デプロメール)	うつ病・うつ状態 強迫性障害・社交恐怖	25～150mg
パロキセチン (パキシル)	うつ病・うつ状態, パニック障害 強迫性障害, 社交恐怖	10～40mg
セルトラリン (ジェイゾロフト)	うつ病・うつ状態, パニック障害	25～100mg
エスシタロプラム (レクサプロ)	うつ病, うつ状態	10～20mg

注: 2011年11月現在、エスシタロプラムの適応症はうつ病・うつ状態のみであるが、今後不安障害にも適応の拡大が予測される。

表7 SSRIの処方例

パニック障害	パロキセチン (パキシル) 10～30mg またはセルトラリン (ジェイゾロフト) 25～100mg + ロフラゼパ酸エチル (メイラックス) 1～2mg / 1x 夕食後
社交恐怖	パロキセチン (パキシル) 20～40mg + ロフラゼパ酸エチル (メイラックス) 1～2mg / 1x 夕食後
強迫性障害	フルボキサミン (ルボックス, デプロメール) 150mg + プロマゼパム (レキソタン) 6～12mg / 3x 食後



参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 中村 敬: 神経症を治す. 保健同人社, 2008
- (2) 中村 敬: 精神療法/不安. 下田和孝編, 脳とこころのプライマリケア1, うつと不安. シナジー. 2010. P. 425-434

## コラム

# 精神科への入院紹介と連携のコツ ① ～顔の見える連携を～

桜ヶ丘記念病院 院長  
岩下 覚

筆者は長年単科精神科病院に勤務しており、この間、地域の一般診療科の先生方から数多くの入院紹介をお受けしてきた。一般診療科の先生から直接入院のご依頼を頂く場合は、患者さんの精神症状がかなり重篤で、自殺企図等の行動化が現に認められたか、或いはその可能性が切迫した状態であり、精神科の側から見ても直ちに入院治療に導入する必要がある場合が多い。それだけに、ご依頼をお受けした以上、我々も患者さんを速やかに且つ確実に入院治療に導入する責任があるものと理解している。殆どの場合、これら入院紹介への対応は概ね円滑に行われていると考えるが、時に様々な理由で迅速な入院治療への導入が困難で、以後の対応に苦慮する例もある。以下事例に即して、特に精神科病院への入院紹介に際して、どんな時にそのような事態が生じるかを考えてみたい。

まず、近年変わりつつあるとは言え、一般に、精神科、精神科病院に対する偏見は未だに根深いという現実がある。ご紹介頂いて受診されても、ご本人もご家族も「精神科病院とは聞いていなかった」と憤然とされ、入院治療の必要性を説明してもご理解頂けず、中には事前に病棟を見て頂いたところ「こんな鍵の掛かった所に家族を入院させるのは忍びない」と言って、そのまま患者さんを連れて帰られたご家族もおられた。

また、ご本人からは入院の同意が得られないことも多く、その場合、同行されたご家族の同意を得て医療保護入院という形態をとるのが一般的であるが、例えば実際に来院されてみたら友人しか同行していなかった、或いは配偶者が同行するという話であったが確認すると所謂“内縁”であった、離婚訴訟中であった、またご兄弟が同行されたが、以前の入院時に保護者の選任を受けた別のご兄弟が遠方におられることが判明した等々、精神保健福祉法で定められた要件が整わずに医療保護入院が成立せず、患者さんが言わば“宙に浮いて”しまう場合もある。

これらの事態を防ぐためには、我々精神科医療機関には、医療の開放性、透明性をより高め、施設のアメニティの改善を図り、精神疾患、精神科医療に対する誤解、偏見を軽減すべく地域での啓発活動に一層注力する等、更なる努力が要求されることは勿論である。また、日頃から、地域の一般診療科医師と“顔の見える”“実効性のある”連携の構築を目指す中で、例えば上記の精神科医療の法的な枠組みについても理解を深めて頂くとともに、家族状況等も含めて、より迅速、正確な診療情報の伝達、共有が実現出来るような工夫が必要であろう。筆者の勤務する病院では、当院の複数の医師が近隣の総合病院の精神科外来、リエゾン診療を担当し、また総合病院の一般診療科医師に、非常勤として当院に勤務して頂く等の人事交流を行うことで一定の成果を挙げてはいるが、上記の如く未だ充分とは言えない実状があり、今後一層の工夫と努力が必要であると考えている。

## 第7章 うつ病

### Key Points

- うつ病とは、気分がひどく落ち込む、何事にも興味を持たなくなる、といった精神症状のために、精神的に強い苦痛を感じたり日常の生活に支障が現れたりしている状態である。
- うつ病像を主要な症状とする精神疾患には、中核的なうつ病である「大うつ病性障害」のほか、軽症のうつ病である「小うつ病性障害」、比較的軽い症状が長期間続いている「気分変調性障害」、それまでの経過の中で躁状態が認められる「双極性障害」などがあり、全体をまとめて気分障害と呼ぶ。
- 本稿では、中核的なうつ病である「大うつ病性障害」について解説をする。
- うつ病は、年齢、性別、ライフイベントなど、対象集団の特性に基づいて対策の特徴を考えることが大切である。
- 一般身体疾患や薬物によって誘発されるうつ病性障害もある。
- 「双極性障害」ではうつ病とは違った治療が必要になるので、注意が必要である。
- うつ病の患者は、専門医療機関を受診しないことも多く、非専門医によるうつ病の治療は、まず患者教育や環境調整を行ってストレスを軽減しながら、薬物療法を基礎に置いた治療が中心になる。
- より本格的な治療が必要な場合は、専門医との連携を考える必要がある。

### 1. 概要と病態

#### 1-1 はじめに

うつ病とは、気分がひどく落ち込む、何事にも興味を持たなくなる、といった精神症状のために、精神的に強い苦痛を感じたり日常の生活に支障が現れたりしている状態である。

うつ病の治療をためらう非専門医は少なくないが、身体的不調を訴えてかかりつけ医を受診するうつ病患者が多いことから、初期治療は非専門医も対応することが期待される。そのときに、最初から精神科専門医を受診するように勧めると、見捨てられたように感じて治療をドロップアウトしてしまうことになりやすい。従って、うつ病が疑われる患者が一般診療科を受診した場合には、まず身体疾患の有無をチェックしたうえで、うつ病の初期治療にはいることが望ましい。

うつ病は、以前は内因が関与している内因性うつ病と、心因が強く関与している心因性うつ病ないしは神経症性うつ病とに分けて考えられていたが、現

表 1 診断名＜ DSM-IV-TR による分類に加筆＞

気分障害	Mood Disorders
双極性障害	
双極 I 型障害	Bipolar I Disorder (296.xx)
双極 II 型障害	Bipolar II Disorder (296.89)
気分循環性障害	
Cyclothymic Disorder	(301.13)
うつ病性障害	
大うつ病性障害	
Major Depressive Disorder	(296.xx)
小うつ病性障害	Minor Depressive Disorder
気分変調性障害	Dysthymic Disorder (300.4)

在は病因がはっきりとは解明されていないことや、いわゆる内因性うつ病でも初発の場合には誘因が存在していることが多いこと、心因性うつ病と呼ばれる病像を呈する場合でも脳内に変化が起きていることなどから、内因性、心因性という分類は国際的には使われなくなり、症状によって分類されている。つまり、うつ病は、単一疾患ではなく、病因論的には複数の疾患からなる症候群と考えられている。

うつ病像を主要な症状とする精神疾患には、中核的なうつ病である大うつ病性障害 major depressive disorder に加えて、軽症のうつ病である小うつ病性障害 minor depressive disorder、比較的軽い症状が長期間続いている気分変調性障害 dysthymic disorder や、それまでの経過の中で躁状態が認められる双極性障害などがあり、全体まとめて気分障害と呼ばれている。本稿では、中核的なうつ病である大うつ病性障害について解説をする。

## 1-2 うつ病の診断

うつ病は、その症状の重症度に応じて軽症、中等度、重症（精神病症状の特徴を伴わないもの）、重症（精神病症状の特徴を伴うもの）、部分寛解、完全寛解に、またその症状の特徴に応じて、慢性、緊張病性の特徴を伴うもの、メランコリー型の特徴を伴うもの、非定型の特徴を伴うもの、産後の発症、に分けられている。また、冬季などある特定の季節のみ症状が現れる場合には、季節型と診断する。

うつ病と不安が混在する「混合性不安—抑うつ障害」では不快気分、集中力困難睡眠障害、倦怠感、イライラ感、絶望感、不安、過敏性、自信喪失、などの症状が認められる。この他、著しい抑うつ気分、強い不安、不安定な情緒、興味の減退などの症状が12ヵ月以上、月経周期の黄体期の最後の週に定期的に現れ、月経が始まって2、3日で寛解し始める「月経前不快気分障害」、1ヵ月以上不快気分が続いて、集中力困難、睡眠障害、倦怠感、イライラ感、心配、涙もろさ、過度の警戒心、最悪なことが起こるという予測、絶望感、自尊心の低下などのうつと不安症状が認められる「混合性不安—抑うつ障害」、大うつ病性障害に匹敵する重症度と同程度の抑うつ症状が2日から2週間続く抑うつエピソードが12ヵ月間、毎月1回以上みられる「反復性短期うつ病性障害」、抑うつ気分を中心とした悲観的傾向の強いパーソナリティの偏りが認められる「抑うつ性パーソナリティ障害」、統合失調症の残遺期の25%にみられる抑うつ気分を伴う大うつ病エピソードである「統合失調

症の精神病後うつ病性障害」などの亜型も検討されている。とくに「反復性短期うつ病性障害」と「統合失調症の精神病後うつ病性障害」は自殺の危険性が高いので注意をしなければならぬとされている。

## 1-3 疫学

平成14年度に行われた厚労省の大規模疫学調査によれば、わが国の大うつ病性障害の12ヵ月有病率（過去12ヵ月間に診断基準を満たした人の割合）は2.2%、生涯有病率（調査時点までに診断基準を満たしたことがある人の割合）は6.5%、ICD-10（世界保健機関の分類）診断によるうつ病の12ヵ月有病率は2.2%、生涯有病率は7.5%とされている。わが国におけるうつ病の平均発症年齢は20歳代である。

これらの大うつ病の生涯経験者のうちこれまでに精神科を受診した者は18%、一般診療科を受診した者は8%、いずれかの医師を受診した者は25%であった。過去12ヵ月間の経験者では、11%が精神科を、3%が一般診療科を過去12ヵ月間に受診していた。

DSM-IV-TRによれば、うつ病の再発率は、初発後が60%、うつ病エピソードが2回の場合が70%、3回の場合には90%である。症状が完全に消失する人は大うつ病患者の3分の2とされている。

## 1-4 誘発因子

うつ病は女性に多くみられるが、これは女性ホルモンの増加、妊娠、出産など女性に特有の危険因子や男女の社会的役割の格差などが男女差の原因として想定されている。海外では低学歴、低収入・貧困、無職者にうつ病が多いとされているが、わが国の調査では社会経済要因との関連ははっきりと証明されていない。

そのほか、海外では、養育体験、最近のライフイベント（離婚、死別、その他の喪失体験）、トラウマになるような出来事（虐待、暴力など）、社会的支援、性格傾向（神経症傾向など）がうつ病の危険因子として報告されているし、急速な都市化が影響するという可能性も指摘されている。

一般身体疾患や薬物によって誘発されるうつ病性障害があり、神経変性疾患（例、パーキンソン病、ハンチントン病）、脳血管疾患（例、脳卒中）、代謝疾患（例、ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症）、内分泌疾患（例、甲状腺機能亢進症または低下症、副甲状腺機能亢進症または低下症、副腎皮質機能亢進症または低下症）、自己免疫疾患（例、全身性エリテマトーデス）、ウイ

表2 身体疾患のうつ病有病率 (%)

がん	20～38
慢性疲労症候群	17～46
慢性疼痛	21～32
冠動脈疾患	16～19
クッシング症候群	67
認知症	11～40
糖尿病	24
血液透析	6.5
HIV感染	30
ハンチントン舞踏病	41
甲状腺機能亢進症	31
多発性硬化症	6～57
パーキンソン病	28～51
脳卒中	27

ルス性または他の感染症（例、肝炎、単球増加症、ヒト免疫不全ウイルス [HIV]）、悪性腫瘍（例、膀胱癌）などはとくに注意を要する。

うつ病は気分障害は薬物などの精神作用物質によっても引き起こされることがあり、アルコール、アンフェタミンとその関連物質、コカイン、幻覚剤、アヘン類、フェンシクリジンとその関連物質、鎮静剤、睡眠剤、抗不安薬などがある。また、麻酔薬、鎮痛剤、抗コリン薬、抗痙攣薬、降圧剤、抗パーキンソン薬、抗潰瘍薬、強心薬、経口避妊薬、向精神薬（例：抗うつ薬、ベンゾジアゼピン、抗精神病薬、ジサルフィラム）、筋弛緩剤、ステロイド、スルフォンアミドなどのさまざまな治療薬で気分障害が引き起こされることがある。ガソリンや塗料のような揮発性の物質、有機リン系殺虫剤、神経ガス、一酸化炭素、二酸化炭素でも気分障害が引き起こされることがある。

## 1-5 年齢、性別、ライフイベント別のうつ病の特徴と対処

対象集団の特性に基づいてうつ対策の特徴を考えておくことも大切である。

### (1) 小児期・思春期、若者のうつ病

小児うつ病をはじめとして、この年代でも薬物療法の対象になる精神疾患があることが知られている。しかも、小児期や思春期のうつ病は、本人が自分の気持ちをうまく表現できなかつたり、イライラ感やいわゆる「ひきこもり」などの行動上の問題が前面にでたりするために周囲に気づかれにくい場合がある。従って、不登校やいわゆる「ひきこもり」、暴力、あるいは拒食や過食など思春期に問題とされる行動

がうつ病の表現型である場合も多く、医学的治療が必要な場合があることを、本人や家族・学校関係者に理解してもらうことが重要である。学校医として、学校関係者と連携しながら教育場面でストレスやメンタルヘルスについて教育・啓発活動をする用に助言することが、精神疾患に悩む子どもたちに対する援助のためにも、またそれ以外の子どもたちの心の健康の向上のためにも役に立つ。

近年、新型うつ病ないしは現代型うつ病が若者の間に増えてきているということがマスコミで話題になることがある。その典型的な病状として、会社に行けないが自宅では自由気ままに生活していて、他罰的な傾向があるとされているが、学問的裏付けがまったく不十分な概念である。精神疾患の背景は様々であり、このように先入観を持ってみるのではなく、個々人の背景を考えながら、医療的にも社会的にも、その人をどのように手助けするのが良いのかを考えていくことが重要である。

### (2) 中高年期のうつ病

産業保健との連携が重要である。失業や多額な負債など経済的な問題が自殺の危険因子であることが知られている。出社拒否やアルコール依存などはうつ病の表現型でもある。また、定年後は日常生活で孤独感を募らせる時期でもある。初老期うつ病あるいは更年期うつ病と診断されることもあり、注意を要する。治療に専念できるように環境調整を行うことが重要である。

### (3) 慢性疾患に伴ううつ病

慢性疾患や障害にうつ病を合併することがあり、特に悪性腫瘍への合併が知られている。そのような重症身体疾患の場合には、落ち込むのは当然であると思われて、うつ病が見落とされることがある。こうした患者群に対しては、うつ病の早期発見・早期治療は医療機関に期待されるところが大きい。患者会などのセルフヘルプ・グループやボランティアグループの理解と協力も重要である。一方、長期にわたる介護生活はうつ病の危険因子であり、介護者に対してもうつ病への基本的な対処を伝えるほか、ストレスを軽減するために、ホームヘルプ事業や施設の短期入所、デイサービス、入浴サービスなどの情報を提供することも重要である。

### (4) 離婚、死別、その他の喪失体験に伴ううつ病

喪失体験やトラウマとなるような出来事（虐待、暴力など）はうつ病の重要な危険因子である。これ

らの体験から何週間も憂うつな気分が続くのは、誰にもありそうなことではあるが、なんとなく寂しくなったり涙もろくなる、興味関心がわからない、疲れやすい、気力がなくなっている状態が長く続く時、うつ病の可能性もある。

### (5) 高齢者のうつ病

高齢者のうつ病は少なくない。わが国の65歳以上の高齢者におけるうつ病の有病率に関しては、時点有病率（調査時点で診断基準を満たしている人の割合）が0.9%、6ヵ月有病率（過去6ヵ月間に診断基準を満たした人の割合）が男性2.1%、女性で3.7%、12ヵ月有病率（過去12ヵ月間に診断基準を満たした人の割合）2.3%～4.8%と報告されている。

高齢者では、診断基準を満たさない閾値下のうつ病が多いとされている。症状的には、抑うつ気分がはっきりせず、興味、喜びの喪失が前景にたつことが多く、そのために見落とされることがあるので注意を要する。また、記憶力の低下が顕著で認知症と間違われやすいが、認知症では記憶力の低下に気づかず、気づいても言い訳をする傾向があるのに対して、うつ病では記憶力の低下を思い悩んでいることが特徴的である。

高齢者は、身体面では老化による身体の衰えを感じ、なんらかの病気を患うことも多く、死を差し迫ったものとして意識することもある。社会面では退職や老化に伴う仕事の喪失、家族や社会との交流の減少、家族内役割の喪失を経験している。今までできていたことができなくなり、他人に頼らなければならないことへの自己嫌悪や罪悪感をもつこともある。さらに高齢者は、配偶者との死別、友人や近隣者の死といった身近な人や親しい人の喪失を経験している。このような高齢者の老化やライフイベントに伴う身体的、心理的、社会的体験は、閉じこもりなど社会からの孤立につながり、うつ病の引き金となる。

高齢者のうつ病は、介護予防や自殺予防にとっても重要である。しかし、死や自殺を考えている高齢者がまわりの人たちに相談することは多くない。従っ

表3 高齢者の自殺危険性を疑わせる因子

死にたいと言っている（家族にほめかしている）
最近、配偶者や親しい人が死亡した
最近、医療機関を退院した
過去にうつ病の既往がある
最近、親族や近隣者が自殺した
家に閉じこもりがち
外出の機会や他者との交流が少ない

て、うつ病の普及・啓発活動やスクリーニングなどの保健活動は、高齢者自身のうつ状態に対する気づきを高め、相談や受診しやすい地域づくりのためにも重要であり、こうした活動にかかりつけ医が協力することが大切である。

### (6) 在宅要介護者及び療養者の家族介護者のうつ病

在宅要介護者及び療養者の家族介護者もうつ病のハイリスクの一つである。要介護者及び療養者を自宅で24時間介護することは身体的にも精神的にも非常に負担が大きい。介護者自身の生活や生き方も制約される。とくに、認知症をもつ高齢者の介護者の介護負担感は大きい。

### (7) 女性のうつ病

うつ病は女性に多いことは多くの研究から明らかになっている。これはひとつには、女性が社会的に不利な立場におかれることが多かったり、社会的な支援がなく孤独な立場になりやすくなったりするなど、社会心理的な要因が影響していると考えられる。また、それに加えて、エストロゲンをはじめとする性ホルモンの変化が強く影響している。以下に、女性に特有のうつ状態について解説する。

#### ① 月経

月経開始の数日前に抑うつ感や不安感が極度に強くなる月経前不快気分障害 Premenstrual Dysphoric Disorder と呼ばれる状態がある。月経前に情緒が不安定になったりイライラしたりするといったことは2割から5割の女性が体験していると言われているが、そのために強い精神的苦痛や生活への支障が一年以上続く場合に月経前不快気分障害と診断される。

月経前不快気分障害は月経のある女性の3～8%が体験していて、月経周期後半の黄体期の最後の週に定期的に現れ強い抑うつ気分や不安感、不安定な情緒、興味の減退などの症状が現れ、月経が始まって2、3日で消え始める。一般に、10代から20代にかけて発症し、徐々に症状が重くなり、閉経とともに症状がなくなる。なお、以前にうつ病や双極性障害などの気分障害や不安障害にかかったことのある女性は、月経前不快気分障害にかかりやすくなる。

治療は、軽症の場合にはSSRIなどの薬物療法、重症の場合には抗うつ薬に加えて運動療法を行ったり、利尿剤または非ステロイド系鎮痛消炎剤を用いて身体の痛み、膨満、水分貯留によるむくみを取ったりするようにする。この他に、食事療法としては、カルシウムを摂取し、アルコール、カフェイン、塩、

単純糖質、精製糖を制限するように勧める。

## ② 妊娠期

妊娠中は抑うつ的になることが少ないと考えられていたこともあったが、現在では必ずしもそうではなく、逆に比較的多いとさえ言われるようになっていく。

妊娠初期に抗うつ薬などの薬を飲むと胎児の成長に好ましくない影響が現れる可能性もあるが、薬を飲むのをやめてうつ病が悪化することも母体や胎児に好ましくない影響を与える。従って、病状を検討しながら抗うつ薬を使うかどうか検討し、使う場合には慎重に使う必要がある。

とくに炭酸リチウム（リーマス）、カルバマアゼピン（テグレトール）、バルプロ酸（デパケン）などの気分安定薬は妊娠中は避けるべきである。ちなみに、男性の場合に胎児への影響を心配する人がいるが、そうした危険性はないと考えられる。

## ③ 周産期

産褥期うつ病に代表されるように、出産後に抑うつ的になる女性は少なくない。妊娠中に上昇していたプロゲステロンやエストロゲンなどの女性ホルモンが出産と同時に低下してホルモンバランスが崩れるため、とくに出産後半年間はその危険性が高まる。

周産期は女性にとって期待と不安が交錯する時期である。心の健康状態の把握と対応はもとより、家族の理解と協力をはじめとする安心して妊娠・出産を迎えるための環境整備が重要である。

マタニティー・ブルースと呼ばれる軽度の抑うつ気分は半数以上の女性に現れ一週間以内に消失するが、出産した女性の10～15%は産褥期うつ病にかかる。その症状には、強い不安、パニック発作、自然に涙が出る、新生児に対する興味の喪失などがある。不眠も見られるが、早朝覚醒よりも入眠困難の方が多くとされている。また、こうした状態になると、月経前不快気分障害の抑うつ感や緊張感も強まる。

このほかにも、自殺念慮、子供に暴力を振るうのではないかという強迫的なとらわれ、集中力の欠如、精神運動性焦燥があることがある。

産後のうつ病にかかるとうまく子育てができなくなり、それを悲観して母子心中を試みることもさえある。そうした行動にまで走る場合には、赤ん坊が悪魔にとりつかれたという妄想や恐ろしい運命を背負っているといった妄想が存在していることや、子どもを殺すようにという幻聴が聞こえていることが

多いが、そうした精神病状態にない場合にでも気分が不安定になって子どもに危害を加えることがあるので注意しなくてはならない。

産後うつ病は早期に発見し、治療を開始することが大切である。産後うつ病の発見には出産した医療機関での入院期間中や、新生児訪問が最も重要な機会となる。その際、医師、助産師等との連携が重要である。産後のメンタルヘルスを評価する能力を養い、異常の早期発見に努める。子どもの乳児健康診査で把握することも大切である。

母親のうつ病の既往の有無も役に立つ。うつ病の既往のある場合には、産後うつ病のリスクが高くなるので出産後、特に注意して関わる必要があり、問題の早期発見に努める。母親が産後うつ病と診断され、治療を開始している場合には、母親の状態や治療状況、育児や生活状況を把握すると共に、家族に本人への対応の仕方を助言したり、育児の支援体制を整えるように勧めたりすなどの関わりが重要になる。

子育ての時期はやる事が多くなって母親の負担が増えていることに加えて、最近のように子育てにおける母親の役割が極端に強調されると、まるで母親失格のように感じてしまうからである。

ちなみに、妄想や幻聴を伴う精神病性のうつ病になる割合は、以前に双極性障害などの気分障害にかかったことがある場合や、家族に双極性障害を持つ人がいる場合に高くなる可能性がある。また、それまでの出産で精神病性のうつ病にかかったことがある場合の再発の危険性は30～50%と高くなる。

産後うつ病に対しては早めに抗うつ薬などを使って治療することが大切になるが、抗うつ薬は乳汁中に分泌されることから、服薬中は授乳を控える必要がある。

まわりからの精神的なサポートも重要である。とくに、出産後はまわりの人たちが喜んでいて、赤ん坊に対して優しい気持ちを持つべきだと考えるために、母親は憂うつな気分になったことや子どもに愛着が持てないことに罪悪感を抱きやすくなっている。従って、うつ病の時にはそうした気持ちを持つてもやむをえないということを、本人に伝えていくことが大切になる。

## ④ 子育て期

子育てのストレスは非常に大きい。子どもは自分の思い通りにはいかず、振り回され、母親である女性自身の生き方、生活ができずに、子ども中心の生活になる。子育てについて家族など周りからのサポートがない場合には、育児ストレスを解消できずうつ

傾向になる可能性もある。特に働きながら子育てをしているワーキングマザーの場合には、子育ても仕事も完璧にこなそうとして、それができないために抑うつ状態になる場合もある。

乳幼児健診や乳幼児相談の場で、母親の訴えに耳を傾けるとともに、母親の表情や子供とのかかわりを観察する。心配な場合は、保健師等と相談し、乳幼児健診の事後の相談の場で、また家庭訪問するなどして面接し、心の健康状態を把握すると共に、夫やその他の家族との関係、生活の困難さ、育児の支援状況などの生活状況なども把握し、うつ病の可能性がある場合には早期に受診につなげる。育児の負担を軽減し、安心感や楽しみが得られるように勧めることも役に立つ。

### ⑤ 更年期

女性は閉経の時期にうつ病にかかりやすくなる。閉経期によく見られる抑うつ症状には、抑うつ気分、自信喪失、決断困難、不安、不眠、倦怠感、記憶力や集中力の低下、性欲の低下などがある。めまい、耳鳴り、肩こり、便秘など多彩な身体症状を呈する場合もある。

閉経の時期にうつ状態になりやすい理由のひとつとして、子どもが思春期から成人になり自立していくし、夫も仕事が忙しいために既婚女性が孤立しやすくなるといった心理社会的な影響が考えられる。このように子どもが巣立って一人家庭に残された母親の心理を表わすために「空の巣症候群」や「白壁

症候群」といった表現が使われる。

こうした心理社会的要因に加えて、閉経期によるエストロゲンの低下もうつ病の原因になる。ホルモンの変化に対してエストロゲン補充療法が行われて効果を上げている、それ自体に抗うつ効果があるというよりはむしろ、うつ病の発症を予防する働きや、抗うつ薬と併用して抗うつ薬の効果を強める働きが効果につながっていると考えられている。従って、更年期障害のために抑うつ症状が現れている場合でも、抗うつ薬による治療は不可欠である。

その人の最近の生活の変化や出来事などを聞くとともに、

- 症状の記録をつける
  - 食事療法（少量で頻回のバラエティのある炭水化物や適量のビタミンと鉄分を摂取し、塩分、チョコレート、カフェイン、アルコールを制限する）
  - 適度な有酸素運動
  - ストレスマネジメント
  - リラクゼーション
  - 人間関係の改善
  - 自助グループへの参加（必要な場合）
  - 啓発書
- などを勧める。

また、婦人科検診や更年期に関する健康教室等で、心の健康やうつについての健康教育を行ったり、ストレス対処能力向上のための自治体等の活動等を紹介したりしてもよい。

## 2. 問診と診断のポイント

### 2-1 うつ病の症状と診断基準

うつ病の基本的な症状を表4に示したが、大うつ病性障害と診断されるためには、このなかのうつ気分または興味や喜びの喪失のどちらかの症状を含む5つ以上の症状が存在している必要がある。しかもそれに加えて、期間（ほとんど毎日1日中、2週間以上持続）と障害の強さ（症状のために精神的ないしは社会的な障害が生じている）の基準を満たしてはならない。個々の症状については後で詳しく記載する。

症状数が2から4の場合に小うつ病性障害、大うつ病性の基準を満たさないうつ病症状が2年以上持続している場合に気分変調性障害と診断することになる。

### 2-2 問診・診断の流れ

#### (1) 第1段階：症状の有無を評価する

①抑うつ気分、②興味・喜びの消失、③生活リズムの障害、④自殺念慮の有無、について評価する。具体的には以下のような質問をする。このとき、受診者の「表情や話し方、受け答え方、声の調子等」を観察し、表情が暗い、視線が合いにくい、受け答えが鈍い、服装に乱れがあるときには、うつ病の可能性を考える。

- ①抑うつ気分：「ひどく気分が沈み込んで、憂うつになっているということはありませんか？」
- ②興味・喜びの消失：「生活が楽しめなくなっているということはありませんか？」



表4 大うつ病エピソードの診断基準 (DSM-IV-TRより)

A. 以下の症状のうち5つ（またはそれ以上）が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化をおこしている；これらの症状のうち少なくとも1つは、(1) 抑うつ気分または(2) 興味または喜びの喪失である。

注：明らかに、一般身体疾患、または気分不一致の妄想または幻覚による症状は含まない。

- (1) その人自身の言明（例えば、悲しみまたは、空虚感を感じる）か、他者の観察（例えば、涙を流しているように見える）によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分。注：小児や青年ではいらいらした気分もありうる。
- (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日の、全て、またはほとんど全ての活動における興味、喜びの著しい減退（患者の言明、または他者の観察によって示される）
- (3) 食事療法をしていないのに、著しい体重減少、あるいは体重増加（例えば、1ヵ月で体重の5%以上の変化）、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加。注：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ。
- (4) ほとんど毎日の不眠または睡眠過剰
- (5) ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止（他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの）
- (6) ほとんど毎日の疲労感、または気力の減退
- (7) ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感（妄想的であることもある）、（単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない）
- (8) 思考力や集中力の減退、または、決断困難がほとんど毎日認められる（患者自身の言明による、または、他者によって観察される）
- (9) 死についての反復思考（死の恐怖だけではない）、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画。

B. 症状は混合性エピソードの基準をみたさない。

C. 症状は臨床的に著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

D. 症状は、物質（例、乱用薬物、投薬）の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患（例、甲状腺機能低下症）によるものではない。

E. 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛する者を失った後、症状が2ヵ月をこえて続くか、または、著明な機能不全、無価値観への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

③生活リズムの障害：「眠れなくなったり、食欲が落ちたりして、生活のリズムが乱れていることはありませんか？」

④自殺念慮の有無：「つらくて死にたいという気持ちになっていませんか？」

## (2) 第2段階：支障の程度を評価する

①～④のいずれかの症状がひとつでも存在している場合には、「今お話しいただいた症状のために、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしていませんか？」などと質問して、症状のためにどの程度の支障が出ているかを評価する。

その結果、ひどくつらいというわけでもなく、日常生活に支障が出ているわけでもない場合には、経過観察をすすめ、何かあればすぐに受診するように伝える。一方、ひどくつらくなったり、日常生活に支障が出たりしている場合には、うつ病症状の有無について尋ねるようにする。

## 2-3 うつ病症状の有無を調べる面接のポイント

次に、うつ病の9つの症状の特徴と質問例を挙げ

ることにする。

### (1) うつ気分

「気持ちが沈み込んだり、憂うつになったりすることがありませんか？」

「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありませんか？」

うつ病の基本的な症状である「抑うつ気分」は、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、沈み込んだ気持ち、といった形で報告される。しかし、患者によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともあるが、いまにも泣き出しそうな暗い表情や、憔悴しきった雰囲気から気づくことがある。つまり、全体のエネルギーが低下しているように見え、表情が暗く声に張りがなく、着衣に乱れがある、といった外見上の変化が現れてくる。こうした症状は、日内変動と言って、午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがある。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われてうつ気分

が気づかれにくくなることがあるので注意しなくてはならない。つまり、抑うつ気分が、イライラ感や衝動的な行為や他人に対する批判的で攻撃的な態度などの行動面の障害として症状が現れることがある。こうした症状は小児や思春期に多いが、成人でも認められることがある。その場合には、パーソナリティの問題と誤って判断されることがあるので注意しなくてはならない。一般論としては、ある特定の時点から行動の障害が明らかになってきている場合にはうつ病性障害などの精神疾患を、思春期などの発達早期から長期間行動の障害が続いている場合にはパーソナリティ障害をまず考えるようにする。

## (2) 興味や喜びの喪失

「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」

「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態である。何をしてもおもしろく感じられず、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってくる。友達と会って話すのが好きだったのに、会ってもおもしろくないし、かえってうっとうしくさえなってくる。運動が好きだったのに熱中できないし、テレビでスポーツ番組やドラマを見てもおもしろくない。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しない。性的な関心や欲求も著しく低下してくる。このように何をやってもおもしろくないので、自分の世界に引きこもるようになってくる。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろうと不思議に思えるほどである。

## (3) 食欲の減退または増加

「いつもより食欲が落ちていませんか」

「減量しようとしていないのに、体重が減っていませんか」

「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」

「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してくるし、体重が減少してしまうこともある。食欲がなくなった患者は「何を食べても、砂を噛んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくある。体重の減少は、食事をしていても起きてくることがある。そのために、体重が1ヵ月に4～5kg減少することがある。

成長期にある小児では、通常であれば増えてくる体重が増えないという形で現れて、体重減少が目立たないことがある。逆に食欲が亢進したり、甘い物など特定の食べ物がほしくなったりすることもあるので注意が必要である。

## (4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎晩眠れないということがありませんか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしませんか」

「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありませんか」

うつ病では睡眠障害もごく一般的な症状である。寝つきが悪くなる（入眠困難）だけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり（中途覚醒）、朝早く目が覚めて布団のなかでうつうつと時間を過ごしたりするようになる（早朝覚醒）、いつもよりずっと早く目が覚めてしまうことから、「午前三時症候群」と呼ばれることもある。いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのである。しかも、うつ病にかかっている人は、このように早く目が覚めたからといってすぐに起きあがれるわけではなく、布団のなかで悶々と思いを悩んでいることがよくある。逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいたりするという、過眠症状が現れることもある。

## (5) 精神運動の障害（強い焦燥感・運動の制止）

「話し方や動作が普段より遅くなっていて、それを人から指摘されるということがありませんか」

「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

精神運動制止と呼ばれる状態が現れ、横から見ていて明らかに刺激に対する反応性が低下したり行動が遅くなったり、話し方がゆっくりになって口数が減ったり、声が低く抑揚がなくなったりすることがある。

また、逆に、焦燥感が強まって落ち着きなく歩き回ったりするなど、無目的な動きが多くなったりする。イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたりするようになることもある。このように焦燥感が強くなっているときにはつらさを何とかしたいと焦って話し続けたりするので、表面的には元気そうに見えてしまい、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはならない。

## (6) 疲れやすさ・気力の減退

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありませんか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の一つである。気力が低下して何をやる気もおきなくなりますし、洋服を着るといった日常的なことにさえ時間がかかるようになる。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るが、それをするだけのエネルギーがわいてこない。

## (7) 強い罪責感

「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていませんか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去の些細な出来事を思い出しては悩んだりするようになる。一つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回もほかの人に確認をしたりするようになることもある。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思いこむようになってたりもする。

## (8) 思考力や集中力の低下

「なかなか物事に集中できなくなっていますか」  
 「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていませんか」  
 「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがある。深く考えたり決断したりすることができなくなり、新聞や雑誌を読んでも頭に入ってこなくなる。そのために仕事や家事、勉強が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになったりする。また、決断力が低下して、大したことでもあれこれ考えて何も決められなくなる。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりする。また、高齢者の場合には実際に認知症のように見えることがある。しかし、真の認知症と違って、抑うつ状態による痴呆様の症状は治療によって改善するために、仮性認知症と呼ばれている。

しかし、逆に、認知症状態がうつ病と間違えられることもあるので注意しなくてはならない。認知症の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのである。

また、高齢者の場合にはうつ病を契機に認知症を発症して徐々に症状が進んでくることがあるので注意が必要である。

## (9) 自殺への思い

「死について何度も考えるようになっていませんか」  
 「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありませんか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらないために死んだ方がましだと考えるようになってくる。欧米の研究では、入院が必要なほどのうつ病にかかった人の15%が自殺で命を落としていることがわかっている。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっているため、普通ときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなる。

自殺の危険性を高める因子としては、精神医学的障害の既往、自殺企図の既往、親密な関係にある人との別れなどの喪失体験、社会的支援の欠如や所属感の乏しさ、高齢、などが挙げられている。うつ病には不安障害やアルコール依存が併存することが多いが、その場合も自殺の危険性は高まるとされている。

うつ病が少し良くなったときにも自殺の危険性が高くなることもある。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえ出てこない。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちをすぐに行動に移せるようになる。

しかも、こうしたときには本人の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっている。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるのでまわりの人は安心してしまいが、抑うつ症状が強かったときのつらい記憶は簡単に消えないために、本人は良くなったという自覚をもてないことが多いからである。こうした食い違いがあると、本人は誰にもわかってもらえないと絶望的になり、自殺を考えやすくなる。

## (10) その他の抑うつ症状

### ① 身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがある。頭痛や腰痛などの症状は、とくによくみられるものである。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現

されている。このほかにも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてくる。こうした身体症状が存在すると、つい身体のことを心配するために精神的な面を見逃してしまいがちになる。身体症状のために、憂うつな気分が目立たなくなるのである。こうした状態は、抑うつ症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で「仮面うつ病」と呼ばれることがある。

## ② 症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善するという日内変動がみられることがよくある。人によっては夕方から夜にかけて元気になるために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつ病じゃなくて、気分の問題なんだ」と考えることもある。しかし、これはうつ病の日内変動で、気分の問題ではないので、軽く考えすぎないように、まわりの人たちに注意をうながすようにする。

## ③ 精神病症状

大部分のうつ病は精神病症状は伴わないが、妄想などの精神病症状を持つ場合などは精神病性うつ病とか妄想性うつ病と呼ばれ、病気の自覚がなくなるため、入院治療が必要になる。

自分が重大な罪を犯したと思い込む罪業妄想、貧乏になったと確信する貧困妄想、がんなどの重い病気になったと信じ、検査結果で心配ないと話しても訂正不能の心気妄想、何をしても無駄だと治療を拒否したり、拒食から衰弱する虚無妄想などがうつ病に特有な妄想で、躁病の誇大妄想に対して、微小妄想と総称される。それ以外にも被害妄想や自分が周りの人から避けられていると信ずる忌避妄想もある。幻聴は一般的には認められないが、時にみられることもある。

まれに昏迷といって、問いかけや刺激に反応しない、無言で動きの乏しい無反応状態が出現する。意識はあって、その間の記憶もあるが、意思や感情の表出ができなくなっているのである。ぼんやりとして、動きと反応が鈍い程度の軽いものは時々みられる。

## 2-4 双極性障害（いわゆる躁うつ病）

躁症状がある双極性障害でもうつ病と同じような抑うつ症状が現れる。しかし、双極性障害ではうつ

病とは違った治療が必要になるので注意が必要である。とくに重要なのが薬物療法で、双極性障害は気分安定薬をおもに使って治療する。双極性障害に抗うつ薬を安易に使用すると効果がないばかりか、うつ病相と躁病相を頻繁に（年4回以上）繰り返し治療が困難な急速交代型と呼ばれる状態になる危険性がある。

表5に躁病エピソードの診断基準を示すが、軽い躁状態の時にはただ元気が良いだけだと受け取られて見落とされやすいので注意しなくてはならない。いつも以上に元気で、そのために軽いトラブルが続いているようであれば双極性障害が疑われる。

表5 <躁病エピソードの特徴的症狀（DSM-IV-TRより）>

- |   |
|---|
| <p>A. 気分が異常かつ持続的に高揚し、開放的または易怒的ないつもととは異なった期間が、少なくとも1週間持続する（入院治療が必要な場合はいかなる期間でもよい）。</p> <p>B. 気分の障害の期間中、以下の症状のうち3つ（またはそれ以上）が持続しており（気分が単に易怒的な場合は4つ）、はっきりと認められる程度に存在している。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) 自尊心の肥大、または誇大</li> <li>(2) 睡眠欲求の減少（例えば、3時間眠っただけでよく休めたと感じる）</li> <li>(3) 普段よりも多弁であるか、喋り続けようとする心迫</li> <li>(4) 観念奔逸、またはいくつもの考えが競い合っているという主観的な体験</li> <li>(5) 注意散漫（即ち、注意があまりにも容易に、重要でない関係のない外的刺激に転導される）</li> <li>(6) 目標志向性の活動（社会的、職場または学校内、性的のいずれか）の増加、または精神運動性の焦燥</li> <li>(7) まずい結果になる可能性が高い快楽的活動に熱中すること（例えば、制御のきかない買い漁り、性的無分別、馬鹿げた商売への投資などに専念すること）</li> </ol> |
|---|

## 3. 治療

うつ病の患者は、医療機関を受診しないことも多い。平成14年度に行われた大規模疫学調査では、DSM-IV-TRによる大うつ病の生涯経験者のうちこれまでに精神科を受診した者は18%、一般診療科を受診した者は8%、いずれかの医師を受診した者は25%であった。過去12ヵ月間の経験者では、11%が精神科を、3%が一般診療科を過去12ヵ月間に受診していた。

非専門医によるうつ病の治療は、まず患者教育や環境調整を行ってストレスを軽減しながら、薬物療法を基礎に置いた治療が中心になる。より本格的な治療が必要な場合には、専門医にとの連携を考える。

以下に、治療のポイントを挙げる。

### 3-1 治療導入時に気をつけること

#### (1) 精神医学的マネジメント

精神医学的治療では、医師が治療の開始時から一貫して責任を持って治療に当たるべきである。その中心的な課題のひとつが、環境調整である。うつ病の発症には環境要因が影響していることが多いことがわかっており、治療に際しては地域や家庭、職場の人間関係やストレスなどマイナス要因を総合的な視点から評価して解決することが重要である。また、うつ病予防のためには、日常生活の中でも地域や職場における心の健康に関する日常の啓発活動も重要である。

#### (2) 安心できる治療関係

治療効果を高めるために治療関係が重要な役割を果たすことは様々な研究で指摘されている。従って、臨床家は、患者の希望や心配に耳を傾けながら、安定した治療関係を確立して、臨床家と患者が力を合わせて治療に取り組む環境を作る必要がある。

#### (3) 精神医学的評価

精神医学的評価を行うに当たっては、全人的な視点から患者の精神面と身体面の状態を総合的に評価する必要がある。とくにうつ病の原因となりうる身体疾患を除外するための検査を行うとともに、処方薬物の影響や違法薬物の使用の有無についても確認しておくようにする。

#### (4) 患者の安全の確保

患者の安全を確保することは臨床家が何よりも優先して取り組むべき課題である。自殺念慮や自殺の計画、とくに最近の自殺企図、自殺につながりそうなストレス要因の有無、また逆に、生きる理由や社会的サポートの存在など自殺を予防する因子、等について評価する。

この他に、栄養状態や全身状態など身体面で危険はないかどうか、自分を傷つけたり他人を傷つけたりする危険、失業や虐待など生活上致命的な問題等についても評価する。もしこのような危険性がある場合には、精神科専門医に紹介する。

#### (5) 治療場面

患者の心身の状態を考慮に入れながら、柔軟に治療環境を整える。こうした治療環境は病状や病気によって変化するものであり、必要に応じて精神科専門医への紹介を検討する。

#### (6) 患者の機能レベルと生活の質の評価

患者の機能レベルを、職場、学校、家庭、人間関係などの領域ごとに丁寧に評価しながら、患者が最も機能が発揮できるように、個々の患者に応じた治療目標を設定する。

#### (7) 多職種チームでの情報の共有

治療に参加している専門家がお互いに情報を共有して統合的な視点から治療に当たる。精神科専門医との連携は特に重要である。

#### (8) 患者の精神医学的状態の継続的評価

患者の個性性を尊重した治療プランを立てて、治療への反応性を含めて継続的に評価する。

#### (9) 精神医学的マネジメントの統合

それぞれの患者の希望や症状を尊重し、治療の効果と副作用を継続的に評価して、一貫性のある治療を提供する。

#### (10) 治療へのアドヒアランスを高める

患者や家族と協力しながら、うつ病に起因するモチベーションの欠如や過度な悲観主義、治療の副作用、治療関係の問題、経済的問題などの治療障害要因、等を評価してアドヒアランスを高めるようにする。

### (11) 患者及び家族への心理教育

患者や家族にわかる言葉でうつ病の症状や治療について説明したり、抗うつ薬などの治療に対する誤解を解いたり、再発の可能性、服薬を急に中断することの危険性等について説明したりする。また、運動や睡眠衛生の大切さ、アルコールやタバコなどの減量の必要性も伝える。こうした心理教育には、臨床家が直接説明するだけでなく、本やパンフレット、ウェブサイトなどを使うこともできる。

## 3-2 信頼関係を築くポイント

### (1) 時間も場所もゆとりを持ったところで話を聞く

うつ病にかかっている人の多くは、うつ気分、自責感、焦りなどを感じている。また、疲労感のため口数も少なくなり、集中力も低下している。外来診療はどうしてもあわただしくなりがちであるが、可能な限り、時間的にも、空間的にもゆとりをもって話を聞くようにする。座る位置にも配慮し、近すぎず、遠すぎず、安心して話ができるように配慮する。真正面ではなく、視線が少し斜めになる方が話しやすい。対応を焦って早口になったり、声が大きくなったりしないように気をつけて、間合いをゆっくりととりながら話すようにする。うつ病にかかっている人は言葉数が少なくなることがあるので、沈黙がちになっても気にしすぎないことも大切である。

### (2) プライバシーに十分配慮する

他人に聞かれるかもしれないところでは安心して悩みを話すことができない。また、精神科や精神疾患については今なお誤解や偏見が根強く残り、隠したいという気持ちが強いことも少なくない。「ここで話されたことは、あなたのご了解なく他の人に伝えることはありません。安心してお話しください。また、話したくないことは無理にお話しいただく必要はありません」などと説明して、プライバシーに配慮している旨を伝えるようにする。

### (3) つらい気持ちに共感しながら、話に耳を傾ける

まず、相手の気持ちに寄り添いながら話を十分聞くことに重点をおく。話を聞くうちに、「それは少し違う」「もっとこうした方がよい」「この患者はうつ病のことがわかっていない」など、様々な気持ちや考えが浮かんでくることもあるが、まず、聞くことに努める。患者は、他人に相談すべきかどうか、こ

んなこと言ったらどう思われるかなど、悩んだ末に相談している場合が多い。従って、「相談していただいたことそのことがとても大事なことです」など、相談しようと思ったことをポジティブに評価するようにする。患者の不安や悩みを十分に受け止めてから、こちらの考えやアドバイスを少しずつ伝えるようにする。患者は、心の荷物をある程度軽くしてからでないと、新しい知識を受け入れる余力はないものである。

### (4) 励まさないで、相手のペースで話を進める

うつ病の患者は、「家族に迷惑をかけて申し訳ない」「自分がしっかりしないからだめなんだ」「もっとがんばらないと」などと考えて、自責感や罪責感に苦しんでいることがよくある。そうしたときに励まされると、「やはり、がんばりが足りないんだ。もっともっとしっかりしなければ」と自分を追いつめることになりやすい。「これ以上がんばるなんて無理だ、自分はだめな人間なんだ」と思いつめ、「死ぬしかない」と考えてしまう場合さえある。そのようなときには、本人が十分がんばってきたことを認め、相手の気持ちにより添いながら話に耳を傾けるようにする。

### (5) 相手がいろいろな話ができるような形で質問をする

質問の仕方には、「はい」「いいえ」で答えられるような質問（クローズド）と、自分の言葉で答えるような質問（オープン）がある。「眠れますか」「落ちこんでいますか」というような聞き方（クローズド）は、どうしても詰問調になりがちである。従って、「気分はいかがですか」「食欲はどうですか」というような聞き方（オープン）で、できるだけ患者が自分の気持ちを話しやすいようにする。質問に対してすぐに返事が返ってこないこともあるが、そうしたときには少し間をおいてから、次の質問に移るようにする。

### (6) 不明な点を質問しながら、具体的な問題点をはっきりさせて解決方法を一緒に考える

うつ病の症状には「頭が重い、ボーっとする」「考えがまとまらない」など集中力の低下がある。このため、話をしても要領を得なかったり、話の内容がはっきりしなかったり、何を伝えたいのかがわかりにくかったりすることがある。こうしたときには、相手の言葉を言い直して「今お話しされたのは、〇〇ということですか」「それは、〇〇ということで

すね」「今一番困っておられるのは、〇〇ということですね」などと質問したり、確認したりしながら話を進める。抑うつ状態の人はどうしても、過去のことを後悔し続けたり、自分のちょっとした失敗をひどく責めたりしがちなので、できるだけ、過去のことよりも、今後どうしていくのがよいかということ、負担になりすぎない範囲で本人と一緒に考えていくようにした方がよい。

### 3-3 病気および治療法の説明のポイント

#### (1) 弱さや怠けではなく病気である

うつ病は「人間的な弱さ」、「気の持ちよう」、「性格的なもの」ではなく、病気であり、有効な治療法があることを伝える。また、うつ病は特別な人がかかるまれな病気ではないことを説明する。厚生労働省の患者調査によれば、現在、精神疾患で治療を受けている人は、200万人を超えており、国民約60人に1人が受診していることになる。受診歴のある人を含めるとさらに多くの人が精神科を受診していることになる。実際、厚労省の研究班の調査では、国民の4人に一人が、一生のうち一度は精神疾患にかかることがわかっている。こうしたデータを紹介しながら、うつ病などの精神疾患にかかることは決して特別なことではないことを伝えると良い。

#### (2) 脳の神経系の病気で、ストレスなどが関係している

精神疾患というと、遺伝病、治らないというイメージが今なお根強くある。脳の神経系の病気で、発症には心理社会的なストレスが関係し、薬物療法と精神療法、環境調整で回復する可能性が高いことを伝える。精神科の薬というと、特別な薬で、自分の精神を変えられてしまうのではないかという漠然とした不安を持っていることも少なくない。病気のメカニズムと薬の効果を説明することで、病気への理解を深め、治療へのアドヒアランスを高めることができる。

たとえば、人間の感情や思考は脳のなかの神経の働きで起こっていて、うつ病のときにはその神経のバランスが崩れているといった説明をしても良い。こうした説明は、「精神的に弱い人間がかかるものだ」といううつ病に対する偏見を和らげ、抗うつ薬などの精神機能に作用する薬剤に対する心配を軽くすることにもなる。

さらに、このような脳内物質の変化は、「ストレス因子となるようなきっかけがある場合が多い」とい

う話をする。こうしたストレス因子を理解しておくことは、環境調整などの社会的治療や、気持ちの整理など心理的な治療を行う上で重要である。もちろん、ストレス因子がある場合でも薬物療法は効果的ですから、治療はバランスよく総合的に行う必要がある。また、ときには、こうしたきっかけがない場合もあり、ストレスがないからといってうつ病を否定することはできないことも説明する。

#### (3) 誰でもがかかる可能性のある病気である

うつ病が、心理社会的なストレスによる、脳の神経系の病気であるとすれば、ストレス社会と呼ばれる現代社会においては、誰でもがかかる可能性のある病気だと言える。最近の疫学調査では、過去にうつ病にかかったことのある人は、15人に1人、過去1年間には、50人に1人がうつ病にかかっていると推定されている。

#### (4) うつ病のサインとは

うつ病には様々なサインが表れることを伝える。主なサインとしては憂うつな気分が続く、何事にも興味や喜びがわかない、疲労感が強くやる気が起らないなどである。睡眠障害、食欲や体重の変化、頭痛、頭重感、胃部膨満感など身体症状が中心に現れることが少なくないが、これも精神的変調による可能性があることを説明する。

#### (5) 休養と治療で楽になる可能性が高い病気である

うつ病の治療は基本的には通院治療で行われ、十分な休養と薬物療法、環境調整、精神療法（カウンセリング）などで回復する可能性があることを伝える。ただ、治療の経過は「人によってさまざま」なので、辛抱強く治療に取り組んでほしいということも話しておく。

改善後も、良くなったからといってすぐに薬をやめたり、自己判断で薬を調節したりしないで、何でも相談するように伝えておく。うつ病は再発する可能性があるが、ある程度改善した後も、ストレスを軽減するために、思考転換法やリラクゼーション、気分転換の方法を身につけることで、再発を防ぎやすくする。必要に応じて、一般向けの啓発書を読むように勧めることで、時間を効果的に使うことができる。

#### (6) アルコールに頼らない

薬なんかには頼らないでお酒（アルコール）で気分

を晴らすという人は少なくない。しかし、アルコールは一時的に気持ちが晴れたとしても、物質としてはうつ状態を悪化させ、眠りを浅くするなど睡眠の質を悪くさせる。しかも、向精神薬よりもはるかに依存性が強く、薬との相互作用で心身両面に様々な弊害をもたらす。患者にこのようなことを説明しながら、けっしてお酒に頼らないように話をする。とくに、うつ病とアルコール依存の併存は自殺の危険性を高めることから、アルコールのような依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導することが重要である。

### 3-4 病名を伝える際のポイント

日常臨床では、臨床家が把握した病名や問題点を患者に伝えて治療方針について話し合うことが一般的である。その際に臨床的には、病名や病気についての的確に説明すると同時に、ストレス要因や患者の強みを話題にして、臨床家と患者が協力して治療方針を立てていくようにする。

これが心理教育の第一歩であるが、そうした説明を受けた患者の頭の中には様々な考えが浮かび、それに伴って様々な感情が動く。これまでよくわからなかった悩みに名前がついたことで安心する反面、その「病名」に不安を感じる部分もある。そこで、そうした感情に配慮しながら、患者の自動思考について話し合うことで、患者の気持ちは安定してくる。そのようにお互いに話し合って治療課題を設定していく作業を通して患者のなかに治療者に対する信頼感が生まれ、その後の治療関係が安定したものになってくる。また、そのような形で患者が治療に参加できるようになることで、患者の治療意欲も高まってくる。

うつ病を例に取れば、患者は「うつ」という言葉から、憂うつでブルーな状態、つまり抑うつ気分をイメージすることが多い。たしかに、抑うつ気分はいわゆるうつ病エピソードの中核症状のひとつである。しかし、抑うつ気分が認められなくても、「興味や喜びの喪失」が存在していればうつ病エピソードと診断されることは十分考えられる。しかし、患者の立場に立ってみると、抑うつ気分を自覚していないときに「うつ(病)」と言われても、「自分は元気がないだけなのに」と考えて診断に疑問を持つ可能性がある。

また、患者は「うつ病」という病名に反応して、「病気にかかってしまった。自分は異常なんだ」と考えて、ますます落ち込むことがある。一般に、「病気」とい

う言葉は正常な状態の対極にある異常な状態と認識されやすいからである。そのときには、「病気」という言葉には、このような正常に対する異常という意味だけでなく、医学的な介入が役に立つという治療的な意味とがあることを伝えていく必要がある。

このように患者は、臨床家から伝えられる診断名に対しても独自の判断をしていることが多く、それがその後の治療関係に影響してくる。そうした問題を避けるためにも、的確な症例の概念化に基づく心理教育が重要になるし、それによって薬物療法を含むその後の治療がスムーズに進むようになる。

### 3-5 薬物療法

生物学的治療の代表が薬物療法であるが、一般には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)(デプロメール・ルボックス、パキシル、ジェイゾロフト、レキサプロ)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)(トレドミン、サインバルタ)を第一選択薬としたうえで、単剤で最小容量から投与するのが原則である。不眠傾向がある場合には、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(NaSSA)(レメロン・リフレックス)が効果的であることもある。

その後、抗うつ薬を1~2週間ずつ漸増し、1~2ヵ月で最大容量にまで増量して、1~2ヵ月様子を見るようにする。

薬物療法では、それぞれの薬剤の効果にはさほどの違いがないことから、非専門医は、自分が使い慣れた抗うつ薬をひとつだけ決めて、それを使って経過を見て、効果が認められない場合には精神科専門医に紹介するようにしても良い。

うつ病の治療になれてきた場合には、副作用、安全性、薬剤特性(半減期、チトクロームP450、薬剤相互作用)、過去の治療への反応性、費用、患者の希望を考慮しながら抗うつ薬を選択する。抗うつ薬の代表的な副作用としては、消化器系、心血管系、神経系、抗コリン作用、性機能障害などがあり、こうした副作用が出た場合には減量ないしは薬剤を変更する。

抗うつ薬による薬物療法の効果は、慌てて判断しないで4~8週かけて判断すべきである。効果が現れて症状が消失した場合には、その後4~9ヵ月間、投薬を継続する。

不安が強い場合には、抗不安薬を使用することもある。これまでのエビデンスからは、最初の4週間抗うつ薬に抗不安薬を併用することで効果があり、



それ以上の併用による効果の増強は認められないことがわかっている。なお、抗不安薬や睡眠薬を使用する場合には、依存の可能性を念頭に置いて注意深く経過を観察する必要がある。精神病症状が認められる場合には抗精神病薬を併用することがある。

薬物療法を行う場合、服薬遵守性を高めるためにも、以下に挙げたような点に注意しながら患者に対して丁寧な心理教育を行うことが重要である。

### (1) 薬を始めてすぐに効果が現れるわけではなく、一般に効果が現れるまでには1週間から3週間の期間が必要である

抗うつ薬は、飲んですぐに効果を感じないものである。そのため、薬を飲んでも効果が感じられないと患者が訴えることがある。そうしたときには、抗うつ薬は気づかない形で支える薬であり、アルコールのように飲んですぐに効果が現れる薬物は依存の危険があるので注意しなくてはならないと説明する。また、薬を変えたり増量したりすると、「薬が効かないんだ」「病気が重いからたくさん薬が必要なんだ」と考えて悲観的になる患者もいることから、薬の効果には相性があり、効果の出る量も人によって違うので、患者にあった薬の種類と量を医師と患者が一緒に探していくことが大事だと話をしておくが良い。

### (2) 薬物療法の効果を上げるためには十分な量をきちんと服薬することが重要である

うつ病にかかっているかなりの数の人が抗うつ薬などの向精神薬（精神疾患に使用する薬）を服用することに抵抗感を持っている。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまっている人が少なからず存在している。そうした人には、うつ病にかかっている人の脳内で起きている神経システムや神経伝達物質の変化について説明しながら薬の効用について話をするとアドヒアランスが高まる。「飲んでみないと、役に立つかどうかはわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、悲観的すぎるのではないのでしょうか」と話すこともできる。患者が悲観的な反応をするのは、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからである。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけるようになる。念頭においておくが良い。

### (3) 抗うつ薬に依存性はない

抗うつ薬を飲むと依存症になるのではないかと心配する人も少なくない。慣れがでて「どんどん薬の量が増えていってしまうのではないか」、クセになって「やめられなくなるのではないか」と心配するのである。そうした人には、依存の心配はないし、むしろ中途半端な量を飲んだり、飲んだり飲まなかったりすると症状が長引くことになるので、きちんと服用することが大事であるということを説明するようにする。

### (4) アルコールに頼らない

一般には、薬なんかには頼らないでお酒（アルコール）で気分を晴らすという人も少なくない。しかし、前述したようにアルコールはうつ状態のときには百害あって一利なしである。けっしてお酒に頼らないように話しをする。

### (5) 薬に頼るのではなく、薬を上手に利用する

「精神科の薬をのむと、自分の考えが変えられてしまうのではないか」と自分の精神機能までがコントロールされるように思われて不安を感じる患者もいる。そうした患者に対しては、薬は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で助言を行うとよい。薬を上手に利用するつもりで服用し、うつ気分、疲労感、睡眠障害、食思不振などの改善を図ることで、生活がしやすくなると説明するのである。

### (6) 薬を上手に利用して生活をしやすくなるように勤める

精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能を変えられて別の人間になってしまうかのような不安を感じて、「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいる。

こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をしてみても良い。脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって問題が大きくなるのと同じように、服薬をしないで自分の力だけで頑張ろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をする。そして、薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で説明し理解を得るようにするのである。

### (7) 薬に頼りすぎない

薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくない。薬に対する期待感が強すぎて、薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりして飲むのをやめてしまう人もいる。従って、抗うつ薬は飲んですぐに効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要になる。

うつ病の治療において、薬の役割は大きい。薬だけですべてを解決できないことも多い。認知療法（認知行動療法ともいう）や対人関係療法などの精神療法（カウンセリング）、環境調整などを用いてストレスを軽減することも役に立つ。また、患者が薬ばかりに頼りすぎると、自分の力で問題を解決できなくなるリスクがある。

### (8) 賦活症状群と中止後症状群

抗うつ薬の服用初期に賦活症状が現れることがある。SSRI では急激に中止するとインフルエンザ様の症状などの中止後症状群が現れることがあることを説明し、患者の自己判断でクスリを急に中断しないように注意を促しておくようにする。中止後症状群は、再投与で通常 24 時間以内に回復する。

表 6 賦活症状群と中止後症状群

<p>①賦活症状</p> <p>不安、焦燥、パニック発作、不眠、イライラ、敵意、衝動性、アカシジア（重篤な落ち着きのなさ）、軽躁状態、躁状態</p> <p>②中止後症状群（退薬症状）</p> <p>めまい、歩行不安定感、吐き気、頭痛、悪寒、知覚異常（電撃感）、遊泳、浮遊、酩酊、泣き、抑うつ気分、胃興奮性、情動不安定</p>
--

### (9) 症状が改善した後も服薬を続けることが必要である

うつ病の再発率は高く、1 回のうつ病エピソード体験者の 60% が再発するとされているが、効果が認められたときと同じ量の薬を服薬し続けていると再発率が低くなる。したがって、初発の場合にはうつ病改善後 4～9 ヶ月、同じ量の抗うつ薬を服用することが勧められる。また、3 回以上再発している場合などには、高血圧などと同じように、一生にわたって服薬することが望ましいとされている。

不安が強い場合には、抗うつ薬とベンゾジアゼピン

を併用することがある。併用群は、抗うつ薬単独群と比べ有意に脱落率が低いことがわかっている。また、治療開始 4 週目までは併用群の治療反応率（63%）が、単独群（38%）に比べ高い。しかし、前述したように、ベンゾジアゼピンには、依存性や脱抑制のリスクもあるので、慎重に投与することが望ましい。

### (10) 向精神薬の服薬に対する抵抗感

患者は、薬物療法に強い期待を示す場合もあれば、薬物療法に対して抵抗感を示す場合もある。強い期待を示す場合には、薬物療法ですべてが解決できるのではないかという理想化に近い考えを持つようになる。そのために、思うような効果が実感できないときには、薬物療法などの治療や治療者に対する不信感が芽生えて、治療の障害になることがあるので、薬物療法についての確かな情報を提供することが重要になる。

一方、薬物療法に対して抵抗感を示す患者は、副作用に対して恐怖を感じていたり、精神疾患に対して誤解したりしている場合が多い。

また、主治医から服薬を進められたときに「精神的な問題だから精神の力で治さないといけない」「薬に頼らないといけなくなって情けない」と考えたり、「心の病に薬が効くはずがない」と考えたりする患者もいる。いわゆる精神疾患に対する偏見を和らげようと考えてか、マスコミを中心に「心の病」という表現がよく使われるがかえって精神疾患に対する理解を妨げ、治療的に好ましくない反応をもたらしていることがある。従って、精神疾患や薬物療法に対する不安を軽くすることが治療的には重要になるし、それによって治療効果が高まる可能性がでてくる。

薬物療法に対する期待や抵抗感は、治療へのアドヒアランスに影響して、治療を妨げる可能性がある。世界精神医学会（WPA / WHO Educational Program on Depressive Disorder）は服薬遵守性に影響する因子として、

1) 無力感や悲観的な思考などのうつ病に特徴的な症状、2) 薬物療法の効果の発現の遅れ、3) 薬物の副作用、4) 精神疾患に対する偏見、5) 患者のパーソナリティをあげているが、それらの背景にある自動思考に注目し治療的に配慮することが服薬遵守性を高めるために有用である。

患者は、うつ病に特徴的な症状である無力感のために「何をやってもムダだ」と考えたり、薬物療法の効果がなかなか現れないために「やはり薬なんか効かないんだ」と考えたりする可能性があると言える。また、薬物の副作用が少しでも現れると「大変

だ、身も心もボロボロになってしまう」と考えるかもしれない。精神疾患に対する偏見は、前述したように「こんな病気にかかってしまうなんて情けない人間だ、他の人もダメな人間だと思うだろう」と考えて自分を責める。「細かいことを気にしてしまうがない」と考えるようなパーソナリティのために服薬が不規則になることもある。一般臨床ではこうした患者の極端な考えに目を向けながら、適応的で柔軟な考え方ができるように患者を援助し、アドヒアランスを高め、治療効果を高めるようにする。

アドヒアランスを高めるための具体的な方策については、防止策と回復策に分けて考えると良い。

### ① 防止策

- アドヒアランスについて話し合うために患者が安心できる環境を作る
- 遵守の障壁になるものを事前に予測する（例、忘れやすさまたは整理できないこと、気分が良くなること、副作用、薬物治療に対する否定的態度、他者による妨害、処方医師に対する不快感、など）
- アドヒアランスに関する問題を回避するための計画を作成する
- アドヒアランス状況を頻繁に確認する。

### ② 回復策

- 服薬に関する患者の自動思考および中核信念を評価する
- シンプルな行動的方略を用いる（例：薬の服用を患者が夜寝る前の準備の一環として組み入れることを提案する、服用を忘れないようにするシステムを用いる、行動契約を考案する、など）
- アドヒアランスについて、患者がその薬の処方医と話す手助けをする
- アドヒアランスの改善に向けた具体的な目標を設定する。

## 3-6 その他の身体面へのアプローチ

薬物療法以外の身体面へのアプローチとしては、電気けいれん療法（ECT）がある。ECTは、薬物療法や精神療法で手を尽くしても効果が認められない場合、精神病症状ないしは緊張病症状が認められる場合、自殺念慮が強かったり拒食のために栄養状態が悪化したりしている場合などに検討される。

## 表7 不眠への対処

うつ病では、不眠がよくみられる。不眠は、毎日、3週間以上継続している場合に問題として、医学的な介入を考える。不眠を訴える患者に対しては、睡眠の状態を尋ねるようにする。例えば、就眠困難か睡眠維持困難か、何時に床について何時に寝付くのか、何時に目が覚めて、何時に床から離れるのか、週日と週末での差はあるのか、自分の睡眠の質と量をどうとらえているか、日中への影響はどうかなどについて尋ねる。また、随伴症状（いびきや足のびくつき等）の有無、身体的要因（痛み、かゆみ、カフェイン、アルコール、薬剤摂取等）の有無、睡眠環境（音、光、温度、就床前の過ごし方）について尋ねる。

問題があると判断した場合には、まず、不眠を「症状」と捉えて患者の訴えをよく聞くようにする。そして、睡眠に対する正しい理解を促し、不眠恐怖の軽減をはかる。

例えば、加齢により睡眠時間が短縮すること、夏は冬にくらべて睡眠時間が短縮すること、8時間睡眠と健康には因果関係はないこと、昼間の活動性とペアで夜の睡眠を考えること、などと言った基礎的な知識について説明し睡眠前にはリラックスできるようにする、眠くなってから床に入る、朝は決まった時間に起きて太陽の光を浴びる、といった実際的な対応を教えるようにする。その際の治療目標は、連日続く不眠が、連続しないようになることである。

必要に応じて睡眠薬を使用するが、その際には、「きちんと使えば、ほげたり、止められなくなることはない」ことを保証し、服薬に対する不安を取り除くようにする。

## 3-7 精神療法（心理療法、カウンセリング）

とくに精神療法が検討されるのは、患者の希望が最も重要であり、その他に、明らかな心理社会的要因、心的な葛藤、対人関係の問題、提供可能性、パーソナリティ障害の併存が認められる場合である。薬物療法と精神療法の併用に関しては、中程度から重度の場合にとくに検討し、その効果については、継続的に評価していく必要がある。

最もエビデンスに裏づけられている精神療法として、アメリカ精神医学会の治療ガイドラインでは、個人認知療法・認知行動療法と個人対人関係療法が挙げられている。こうした精神療法の具体的な方法の詳細については成書を参照していただきたいが、

認知療法は、認知、つまり現実の受け取り方や考え方が私たちの情緒状態に影響を与えるという理解のもとについて、悲観的すぎる認知をより現実的なものに修正し、問題解決を手助けすることによってうつ病を治療しようとするものである。とくに、うつ病の場合には、自分自身に対して、周囲との関係に関して、そして将来に対して極端に悲観的になっており、その悲観的な考えがますます気分を沈み込ませることになっていることから、現実的な問題に目を向けながら悲観的すぎる考え方を修正するようにする。ただ、その際に、考え方が悲観的になるのは病気のためであって、患者の考え方が悪いというわけではなく、だからこそきちんとした治療が必要だということをきちんと伝えておくことが必要である。

認知療法・認知行動療法是熟練した医師が行う場合に診療報酬の対象になるが、現時点では専門家が少ない。そこで、そのアプローチを組み合わせる形で専門家の関わりを少なくした形で効果的な介入を行う方法が検討されている。

### (1) 当事者のサポートグループ・プログラム

当事者同士のつながりや支えあいを利用し、集団での心理教育や集団認知行動療法を提供する。

### (2) 読書療法

認知行動療法のスキルを紹介する一般向けの書籍やパンフレットを読むように勧めて、患者自身がセルフケアするのを助けていく。

### (3) 行動活性化

うつ病では引きこもりや回避が強まるために、ポジティブな体験ができなくなり、症状が持続することになることから、毎日の生活を振り返って (a) 日常的に行う決まった活動、(b) 優先的に行う必要のある活動、(c) 楽しめる活動ややりがいのある活動を、優先順位をつけて行っていく。とくに、負担にならない程度に楽しめる活動ややりがいのある活動を増やしていくことは効果的である。

### (4) 身体活動療法

無理のない範囲で、一定の身体活動や運動を用いて自信やコントロール感覚を取りもどし、他の人との関わり体験を持てるようにしていく。

### (5) 問題解決技法

症状の発症や維持に影響していると考えられる問題を解決することで気分を改善し適応的な行動がで

きるように手助けしていく。

### (6) コンピュータ支援型認知行動療法

独立したコンピュータもしくはウェブを用いるアプローチで、まず認知行動療法について説明した上で、ウェブ等を用いて思考の修正や行動モニタリングを行うように勧める。筆者もセルフヘルプ用の認知療法活用サイト「うつ・不安ネット」(アドレスはともに <http://cbtjp.net>) を監修している。

## 3-8 家族を通じた患者の支援

うつ病は様々な症状が現れるが、まわりの人には分かりにくいことが多い。例えば、体の症状が前面に出てうつ病のように見えないタイプ、性格的なものとされてしまうケース、児童などによく見られるイライラが強くなるタイプ等がある。また、患者自身が気を使ってつらい気持ちをまわりの人に気づかれないようにしている場合もすくなくない。そのためうつ病だと気づきにくい、口数が少なくなる、朝方や休日明けに調子が悪そうである、遅刻・欠勤が増える、だるさを訴えることなどから、まわりの人が気づける場合もある。

うつ病患者の家族は、日々の暮らしの中で、本人にどう接したらよいか苦慮しており、本人の対応について家族に対する支援は不可欠である。以下に、うつ病にかかっている人に対する対応のポイントを挙げる。

### (1) 心配しすぎない

うつ病の人を前にすると、気を使いすぎてかえって言動がぎこちなくなることもある。基本的には、今までどおり普通に接するように話す。

### (2) 励ましすぎない

ご家族はつい心配のあまり、本人を励ましてしまいがち。そのように励ましたくなるご家族の気持ちに共感しながら、しかし本人のペースを大切にしながら話をするようにする。

### (3) 原因を追求しすぎない

つらいことが続くと、本人はもちろんご家族もその原因を探しがちになる。それが問題解決につながればよいが、往々にして悪者探しになってしまう。「私の性格が悪いんだ」「親の育て方が悪かったんだ」と、誰か悪者を見つけて責めるようになる。こうなるとますますつらくなり、人間関係や家族関係がギクシャ

クして協力して問題を解決していくことが難しくなる。うつ病などの精神医学的障害は原因がないことも、わからないこともあるので、あまり原因について考え込みすぎないようにすることが大切である。

#### (4) 重大な決定は先延ばしにする

本人も、ときによっては家族も、あせりすぎてつい仕事をやめることを考えたり離婚を考えたりすることがある。しかし、落ち込んでいるときにはどうしてもマイナス思考が強くなっているので客観的な判断ができない。そのため、重要な決定は症状がよくなるまで先延ばしにするように本人に話してもらう。

#### (5) ゆっくり休ませる

疲れているときにはゆっくり休むことも大切である。まず、心身ともに休んでリフレッシュするように本人に話してもらう。本人の話をゆっくり聞いて、家族が手伝ってあげられることは手伝い、できるだけ本人を心身ともに休ませるようにしてもらう。

#### (6) 薬をうまく利用する

うつ病の治療には休養と周囲の人の温かい理解に加えて、薬による治療が役に立つ。薬としては抗うつ薬が用いられるが、周囲の人はその重要性を理解し、本人が医師の指示を守って薬を服用し続けられるようサポートするように話す。

#### (7) 時には距離をおいて見守る

うつ病の治療が長引くと家族など周囲の人にも精神的な負担がかかってくる。そのような時には距離をおいて本人を見守る環境を作る。

### 3-9 治療の継続

維持期では、再発予防が中心の課題であり、症状、副作用、アドヒアランス、機能レベルの評価を行いつつ治療を進める。再発予防に効果があることが実証されている認知行動療法などの精神療法を行うことも検討する。なお、初期治療で電気けいれん療法に反応した患者にも、薬物療法を継続する必要がある。

なお、3回以上のうつ病エピソードを体験した患者や慢性の大うつ病性障害患者、他の精神疾患や一般身体疾患が併存している患者に対しては維持治療を行う。残遺症状や心理社会的ストレス因子が存在している患者や早期発症の患者、自殺念慮など重篤

な症状のあった患者、気分障害の家族負因のある患者は、とくに再発に注意すべきである。患者が希望する場合にも維持治療を検討する。

### 3-10 治療の終結

薬物療法を中止する場合は、急に服薬を止めないように患者に説明した上で、数週間にわたって減量していくのが望ましい。精神療法も、必要に応じて、頻度を減らしていく場合がある。

この時期には、発症前後の状況を振り返って、引き金になった出来事と、それに対する対処法がなかったかどうかについて検討する。例えば、いくつかのストレス因子が重なったときに一人で頑張った患者には、物事の優先順位をつけることや、早めに周囲にサポートを求めてひとりで抱え込まないようにすることなど、適切な対処方法を身につけてもらうようにする。

### 3-11 長期的な治療が必要な場合

うつ病は症状が快復したとしても、糖尿病や高血圧などの生活習慣病と同じように、うつ病を繰り返したり、慢性の経過をとったりすることがある。再発の防止のためには、回復後も比較的長期間の服薬やフォローアップが必要となる場合もある。

また、経過が長期にわたると、家族も「怠けている」とか「甘えている」と誤解しがちであること、抗うつ薬に対する忌避感から早期の服薬中断を招く可能性があることから、家族に対しても正しい知識を提供することが必要である。医療機関における医師からの家族への助言の他、家族教室の開催なども一つの方法である。また、うつ病を体験し、そこから回

表 8 うつ病が長期化する要因

うつ病が長期化する要因としては、以下のようなものが考えられる。
①治療抵抗性のうつ病
②投薬量や治療期間が不十分
③再発を繰り返している
④コンプライアンスの低下（特に10-12w以降）
⑤双極性障害のうつ病相
⑥他の精神疾患が併存（治療抵抗性例の3/4はパーソナリティ障害、不安障害、物質使用性障害などの精神疾患が併存している）
⑦一般身体疾患の合併や一般身体疾患による気分障害

復した人、及び彼らを支えてきた家族からの助言を得られるうつ病経験者の会などのピアサポートの場があることも望ましい。

長期的な支援には企業など事業場との連携も重要である。仕事を持つ者がうつ病になった時には、病気休暇などの制度を利用して本人が安心して休養できることが必要である。また、職場への復職にあたっては、本人、家族、主治医、上司、人事・労務担当

者、産業保健スタッフ（産業医など）が事前に相談の機会をもち、本人を無理のない形でスムーズに出勤できるように配慮することが重要である。うつ病は、しばしば職場の周囲のうつ病に対する無理解（急な労働負荷を与える、薬に頼らず自力でがんばれなどの誤った励まし等）や、職場と主治医とのコミュニケーション不足のために再発することがあるので、職場との情報の交換も大切である。

## 4. 連携のポイント

7

### 4-1 精神科専門医を紹介するのは、こんなとき

精神科医が不足している現状では、うつ病治療の初期治療におけるプライマリ・ケア医の役割は重要である。ただし、以下のような場合には専門医を紹介することを検討することが望ましい。

#### (1) 診断に迷った場合

うつ病は抑うつ感や喜びの感情の消失など、精神的なエネルギーが低下している状態である。しかし、こうした精神状態は統合失調症（旧：精神分裂病）や不安障害など、さまざまな精神疾患でも現れる。また、うつ病とこれらの精神疾患が併存している場合もある。妄想や幻聴の存在が疑われる場合や、不安や焦燥感が強い場合、意識障害が疑われる場合、問題行動が認められる場合などには、鑑別診断のために一度専門医を紹介することを考えるようにする。

#### (2) 脳の器質的な障害が疑われる場合

鑑別診断に関しては、高齢者などで脳梗塞などの脳の器質的な疾患のためにうつ病様の症状が現れることがあるので注意を怠ってはならない。軽度の麻痺などの身体症状が存在する場合はもちろんであるが、うつ病の適切な治療をしても症状が改善しない場合には、脳の器質疾患が何らかの影響を及ぼしている可能性がある。とくに、診療所等で十分な検査ができない場合には総合病院の一般身体科経由で、専門医を紹介することを考える。

#### (3) 第一選択の抗うつ薬で効果が認められない場合

うつ病を疑って抗うつ薬による治療を始めても、なかなか治療に反応しない場合がある。抗うつ薬は、1～2ヵ月かけて最大容量にまで漸増し、その後1

～2ヵ月間経過を見るのが一般的であるが、当然初期治療に反応しない患者も出てくる。また、副作用の出方は患者によって異なるが、副作用のために患者の不安が高まって治療継続に抵抗感を示すことがある。こうした場合には、ほかの薬剤への変更を検討する必要があるが、このタイミングで専門医を紹介するとよい。

#### (4) 重症のうつ病場合

うつ病が重症の場合、もしくは治療の経過中に重症化してきた場合にも精神科に相談するように進めると良い。焦燥感が強くなっている場合や、妄想や幻覚が認められる場合、意識が混乱したようになって言動にまとまりがなくなってきた場合がそれである。

#### (5) 自殺の危険性がある場合

自殺の危険性があるかどうかを判断するのは困難な場合が多い。したがって、「死んだ方がましだと考えるほどつらくなることがありますか」と尋ねてみるとよい。なお、自殺企図の既往がある場合、パニック障害などの精神疾患が併存している場合、強い不安を訴えて落ち着きがなくなった場合、アルコールの多飲が認められる場合には要注意である。

表9 自殺の危険性が高いときの特徴

- ・自殺をほのめかす言葉を口にする
- ・遺書を書く
- ・自殺の道具を準備する
- ・身辺整理をする
- ・自殺未遂をする

このような場合、本人を一人にしないで、ナイフやヒモ類は本人の手の届かないところに置くように家族等に伝え、できるだけ早く誰かが同伴して精神科専門医を受診するように勧める。

### (6) アルコール依存が疑われる場合

うつ病のつらさをまぎらわせるために、自己治療薬としてアルコールを飲むようになる患者も多い。また、アルコールは、依存に加えて、向精神薬との相互作用や自殺の問題がある。したがって、アルコールを中止できない患者も専門医への紹介を考えた方がよい。

### (7) 入院が必要だと考えられる場合

入院が必要になるのは、前述したようにうつ病が重症の場合はもちろんであるが、自殺の危険性がある場合、外来治療に反応しない場合、患者が規則的に服薬しない場合、家族の支援が欠けている場合、などである。

### (8) 慢性化している場合

以前はうつ病は急性疾患のように考えられていたが、最近では慢性疾患と考えられるようになっていく。したがって、辛抱強く治療していくことが必要であるが、症状が長引いている場合には治療方針に関して専門家の意見を聞くようにするとよい。

### (9) 躁症状が出現した場合

うつ病の治療をしているときに改善してきたと喜んでいたら、躁状態になっていることがある。軽い躁状態の場合には気づきにくい、人間関係の問題

が出てきたり浪費傾向が出てきたりしていないかどうかをチェックして、軽躁状態を疑った場合には専門医に紹介するのがよい。

## 4-2 精神科専門医紹介時のポイント

専門医への紹介を検討した方がよい場合について説明したが、紹介をする場合には患者が見捨てられたという感覚を持たないように注意する。問題を具体的に取り上げながら、その問題を専門家に相談してみようことを勧め、問題が解決した後に患者の希望がある場合には再度治療を引き受けることを伝えると患者は安心して専門医を受診できるであろう。

うつ病と診断された患者のうち、症状が完全に消失するのは3分の2であり、6割以上が再発するとされている。それだけ長くかかる病気であることを考えると、診療科の枠にこだわらず患者中心の姿勢で医学的にも精神的にも支援していくことが必要なのである。

紹介に当たっては、患者が見捨てられたという感覚を持たないように注意することが大事である。例えば、問題を具体的に取り上げながら、その問題を専門家に相談してみようことを勧めるようにするとよい。また、患者の不安を和らげるためにも、問題が解決した後に患者の希望がある場合には再度治療を引き受けることを伝えるようにするのが望ましい。



## 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 大野 裕 (編集) : うつ病治療ハンドブック - 診療のコツ, 金剛出版, 2011
- (2) 大野裕 (監修) : うつ病の人の気持ちがわかる本, 講談社, 2011
- (3) Jesse H. Wright, 他 大野裕 (訳) : 大野 裕 認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編, 医学書院, 2011
- (4) 大野裕 : はじめての認知療法, 講談社, 2011
- (5) 大野裕 : 「うつ」を治す, PHP 研究所, 2000
- (6) 認知療法活用サイト「うつ・不安ネット」(<http://cbtjp.net>)

## 精神科への入院紹介と連携のコツ ② ～地域連携の重要性～

成増厚生病院 診療部長  
後藤 恵

近年、精神科治療へのアクセスは、かなり敷居が低くなっており、若い世代に多い新型うつ病では、積極的に入院を希望する人たちもいる。しかし、精神科入院には未だに抵抗感を持つ人たちも少なくない。中高年に多い従来型のうつ病では、甘えている、ふがいない、恥ずかしいと考えて躊躇する人も多い。あるいは統合失調症によって、現実感覚を失った患者が、悪いのは周囲の人や家族であり、自分が入院するのはおかしいと考えていることもある。それでも入院を希望するからには、本人も家族も切羽詰まった心境にあり、家族は（時には本人も）早急な入院を期待していることが多い。従って、紹介受診から入院までの時間を短縮し、早急な入院を確実にするために、紹介先にはなるべく詳細な情報を提供し、同時に緊急性も伝える。またスムーズな情報交換ができるよう、普段から地域の連携に気を配っておく心がけが重要である。

精神科疾患では、患者の意識や認識能力に問題が生じて、入院に同意が得られないこともある。そのような場合でも治療の必要があれば、家族の同意によって入院できる。従って、受診時に家族が付き添って行くよう指導すべきである。また病状については、診察時の状況ばかりでなく、病歴など家族からの情報も具体的に詳しく聞いて書き添えておく。すると入院の緊急性や閉鎖環境の必要性に関して、紹介先の判断精度が向上し、迅速に対応してもらえる可能性が高くなる。

当院は地域連携に力を入れており、医療機関ばかりでなく保健相談所や子ども家庭支援センターなどからの紹介も多い。地域連携にあたっては関係者が顔を合わせてコミュニケーションをとることが大切であり、入院時と退院時には、担当のPSWやNSを含めて合同会議を持つように心がけている。研究会などの機会をとらえて、医師同士が顔見知りになっておくのも有効である。次にその一例をあげる。

研究会で顔を合わせた産業医Aが精神科医Bに、うつ病で長期休暇を取っているCさんのことで相談。今回の休暇後も休むようであれば、降格させられる状況でありながら、今後の見通しが立たないと聞いて、B医師は集中的な入院治療を提案。集団による認知行動療法と、EAなどの相互援助グループを組み合わせて、短期で認知を修正し生活状況も一新した結果、Cさんは職場復帰を果たした。復帰後もA医師とB医師はたびたび連絡を取り合い、Cさんが働きやすい環境を提供できるよう、一緒になって取り組んでいる。

注：EA（Emotions Anonymous）感情に問題があると感じている人たちの、相互援助グループ。うつ病に効果があることで知られている。自発的な患者集団であり、相互援助を目的としている。



## 第8章 アルコール依存症

### Key Points

- アルコール依存症は、飲酒する者であれば誰もが罹患しうる病気である。
- アルコール依存症からの回復には、原則として断酒が必要である。
- 多量飲酒は、うつや自殺と密接な関連がある。
- 早期介入のためには、積極的なスクリーニングが必要である。
- アルコール依存症患者には、叱責や説教よりも、情報提供が必要である。
- 本人の回復のためには、家族を依存症家族教室につなぐことが重要である。

### 1. 概要と病態

#### 1-1 アルコール依存症とは？

「アルコール依存症」という診断は、米国精神医学会の診断分類 (DSM-IV-TR) では「アルコール依存」、WHO の精神障害の診断分類 (ICD-10) では「アルコール依存症候群」という名称となっている。さらに、アルコール依存症の基準は満たさないものの、すでに様々な心理的、社会的、あるいは医学的な問題を生じている飲酒行動に対しては、「アルコール乱用」(DSM-IV-TR)、「アルコールの有害使用」(ICD-10) という診断カテゴリーが存在する。

#### (1) アルコールは依存性薬物である

アルコールは、成人であれば世界中のほとんどの国で摂取することが認められている精神作用物質——中枢神経系に作用し、その結果として気分に影響を与える物質——である。繰り返し摂取しているうちにアルコールになれていき、「酒に強くなる」。これは、耐性獲得と呼ばれる現象である。さらに耐性獲得が進んでいけば、中枢神経系はアルコール（神経系の興奮を抑制する薬理作用を持つ）の作用下で本来の均衡を保つように新たな適応状態を作り出す。したがって、もしもアルコールの作用が突然なくなった場合には、中枢神経系は過剰な興奮状態を呈することとなり、それが離脱症状として現われる。アルコールの離脱症状としては、不眠、不安、焦燥、嘔気、

血圧上昇、発汗が見られ、重篤な場合には、手指の振戦（震え）、けいれん発作、幻覚といった症状を呈する。これらの事実は、精神作用物質としてのアルコールが医学的には覚せい剤や大麻、麻薬類と同じ依存性薬物なのである。

あえて違いがあるとすれば、アルコールは世界最古の精神作用物質であることから、共同体の様々な伝統行事や生活習慣に深く入りこんでおり、世界中の多くの国でその使用が容認されている、という点であろう。実際、世界中の多くの人が、社交や気晴らしのために、あるいは、伝統的儀式（冠婚葬祭）や祝祭の場で、アルコールを摂取している。適量のアルコール摂取は、その日の仕事の疲れを癒し、翌日も仕事が頑張れるという人は少なくないし、酒席での意気投合から新しい意義ある人間関係が発展し

表 1 診断名

< ICD-10 >による分類	
アルコール依存症候群	
Alcohol Dependence Syndrome (F10.2)	
アルコールの有害な使用	
Alcohol Abuse or Harmful Use (F10.1)	
< DSM-IV-TR >による分類>	
アルコール依存	
Alcohol Dependence (303.90)	
アルコール乱用	
Alcohol Abuse (305.00)	

ていくこともある。逆にアルコールを飲まない人は、社交の場で疎外感を味わったり、「つきあいが悪い」と非難されたりすることもある。

## (2) アルコール依存症は病気である

しかしその一方で、アルコールは適量を超えれば様々な弊害を来す。たとえば、前夜に飲み過ぎてしまい、朝起きられずに仕事を休んでしまう、あるいは、仕事には出たが酒臭がひどく接客の際に顧客からクレームがつく。酩酊状態で気が大きくなり、上司に暴言を吐いてしまったり、つい感情の抑えが効かなくなって粗暴な行動をとってしまったりする。あるいは、身体的健康を損ない、医者から注意されることもある。

度を越したアルコール摂取によって様々な弊害を体験することで、人は自分の飲酒パターンを反省し、自分なりのペースや節度を学習していくが、なかには、何度となく反省しながらも同じ失敗を繰り返す者がいる。「ほどほどでやめたい」と自ら誓い、また周囲とも何度も約束するのだが、飲み始めるとコントロールがつかず飲み過ぎて泥酔状態となり、同じ失敗を繰り返す。それどころが、飲んではいけない状況——仕事や自動車を運転する際など——でも、自分を律しきれずに飲んでしまう者がいる。

かつて社会は、度を越した酩酊を繰り返しては、健康を損ない、自らの社会的責任を放棄し、様々なトラブルを起こして周囲に迷惑をかけている者は、「不道徳」、「意志薄弱」、あるいは「反省が足りない」など非難され、叱責や処罰の対象であった。しかしアルコールで問題を起こしている本人自身とて、「これが最後の一杯」と何度も自ら強く誓い、あるいは、「今度こそ度を越さないように注意しよう」とかたく決意しながらも、失敗を繰り返しているのである。最初の一杯に手をつけなければ、ずっとシラフでいられるのだが、一杯を飲むとアルコール使用を制御できなくなり、酔いつぶれるまで止まらなくなってしまふのである。それどころか、酔いつぶれてしばしの眠りから覚醒すると、激しい嘔気や焦燥感といった不快感（実は離脱症状）に襲われ、再びアルコールを摂取しないではいられなくなる。このことは、この人たちはもはや自分の意志や根性ではアルコール使用をコントロールできない状態にあること、れっきとした「病気」に罹患した状態にあることを意味している。これがアルコール依存症と呼ばれる状態である。

いまや、上述のようなアルコール使用がコントロールできなくなった状態は、道徳的問題ではなく医学

的問題と見なされ、アルコール依存症という病名で呼ばれるようになった。そして、アルコール依存症には、次に述べる特徴があることも明らかにされた。

## (3) アルコール依存症の特徴

### ① 原発性の病気

このアルコール依存症の原因は、性格の問題でもなければ意志が弱いから、あるいは、親の育て方が悪かったからではない。性格や意志、あるいは、生育歴に問題があっても、アルコールを飲んだことのない者はアルコール依存症にならない。あくまでもアルコールを飲んできたことが原因なのである。その意味で、「原発性の病気」という。実際、日本人男性であれば、毎日日本酒換算で3～4合のアルコールを10年間摂取しつづければ、多くの人はアルコール依存症の状態を呈するといわれている。このことは、アルコール依存症が、健常者が日常的に行っている飲酒行動の連続線上にある病態であることを意味している。

### ② 慢性・進行性の病気

アルコール依存症は治癒しない病気である。ひとたびアルコール依存症の状態を呈した者は、たとえその後10年間完全に断酒しつづけたとしても、10年後に最初の一杯に手を出してしまえば、10年前、最後に飲んだときの飲酒パターンから飲酒が再開し、さらに病気は進行していく。つまり、断酒したからといって、体質がアルコール依存症に罹患する前の状態に戻るわけではない。したがって、今後の人生にわたって、「最初の一杯に手をつけない（＝断酒）」という習慣生活を維持しなければならない。このことは、裏を返せば、「最初の一杯」に手をつけない生活を続ければ、アルコールで失ったもの——仕事や健康、信頼——を取り戻すことができるという意味である。つまり、「治癒はしないが、回復できる病気」なのである。

### ③ 死にいたる病気

未治療のアルコール依存症罹患者の平均寿命は52歳といわれている。また、アルコール依存症専門病院で入院治療を受けた患者は、退院5年後には約3割が、10年後には約半数が死亡しており、その死亡事例の大半が飲酒を再開しているといわれている。アルコール依存症者は、断酒しないかぎり死亡する者が少なくないのである。

### ④ 否認の病

アルコール依存症はなかなか自覚しにくい病気である。そもそもわが国ではいまだこの病気に関する啓発は十分とはいえず、また、周囲から「意志が弱

い]「根性が足りない」と繰り返し叱責されているうちに、問題を抱えている本人自身もそう考えるようになっていく。自分の飲酒行動をコントロールしようとすればするほど、ますます自分の方がアルコールにコントロールされてしまうが、その事態を受け入れられず、かえって意固地になって「意志」や「根性」に執着する。

こうした努力のなかで、いわば空威張りのような具合で、「その気になればいつでも酒はやめられる」「俺は依存症ではない」といった事態を過小評価する態度が強まっていく。たとえ自分が依存症であることを認めた場合でさえも、「しかしそれでも軽症の依存症だ」とうそぶく。これが依存症者の特徴である「否認」である。

依存症からの回復には、治療過程のどこかで、自らの「否認」を克服し、自分の見たくない現実と向き合うことが必要となってくる。そのためには、家族を家族教室やアルコール依存症者家族の自助グループにつなげ、本人への対応方法を適切なものとする中で、家族内力動を変化させることが有効である。

## 1-2 アルコールに関連する社会的問題

### (1) 自殺

海外の自殺対策では、自殺に関連する精神障害としてうつ病に次いで重要なのは、アルコール依存症であることが知られてきた。事実、アルコール依存症への罹患は将来の自殺リスクを60～120倍に高めるという報告がある。わが国でも、40～50代の仕事を持つ中高年男性の自殺既遂者の多くがアルコール問題を抱えていたことが判明している。なかでも、自営業者・会社経営者で借金を抱え、不眠を飲酒することで紛らわせていた男性が、酩酊下で最後の行動におよぶというパターンが目立っている。

アルコールは様々なかたちで自殺のリスクを高める。前項で述べたように、多量飲酒は二次的なうつ病を誘発したり、すでに存在するうつ病を悪化させたりする。また、多量飲酒に関する様々な問題行動により失職や離婚、家族との別離が引き起こされれば、社会的な孤立が促進されてしまう。

しかし何よりも重要なのは、アルコールは人の衝動性を亢進させ、心理的視野狭窄（「問題解決には死ぬしかない」という思い込み）を悪化させるという点である。事実、フィンランドでは個人の年間アルコール消費量が1リットル増えると、その年の男性の自殺死亡率が16%増加するといわれており、他に

も多くの国で国内アルコール消費量と男性の自殺死亡率とは正の相関関係にあることが報告されている。このことは、依存症水準に達していなくとも、「飲むこと」自体が自殺と関連していることを意味する。したがって、「飲み過ぎないこと」、そして「悩みを抱えたとき、追い詰められたときに、飲みながら物考えないこと」を広く一般の人々に啓発していくことはきわめて重要である。

### (2) 飲酒運転

2002年から道路交通法の改正により飲酒運転は減少に至ったが、その効果は限定的なものといわざるを得ない。というのも、その対策の中にアルコール依存症に関しての予防・治療的介入が欠けているからである。米国では飲酒運転で検挙された者の60%前後がアルコール依存症であるといわれており、わが国でも、飲酒運転検挙経験者の男性47.2%、女性38.9%にアルコール依存症が強く疑われるという報告がある。アルコール依存症に罹患した飲酒運転常習者に対しては、厳罰化だけでは再犯抑止対策として十分とはいえない。飲酒運転を減らすには、アルコール依存症の予防と治療的介入を含んだ対策が必要である。

### (3) 児童虐待とドメスティックバイオレンス (domestic violence ; DV)

アルコール問題が家族に与える影響は大きい。その中でも、最も深刻なのは、アルコール問題と関連する家庭内での暴力行動や養育放棄である。代表的なものとしては、DVと呼ばれる配偶者に対する暴力、あるいは、子どもに対する暴力である児童虐待があり、いずれもその背景にアルコール問題が認められることが少なくない。こうした行動は単に身体的な暴力だけにとどまらず、性的虐待、心理的虐待、ネグレクト（養育放棄）、さらには、自分が直接暴力を受けなくとも、家庭内における暴力場面に子どもが繰り返し曝露される体験も含まれる。

アルコール問題と家庭内の様々な暴力が同時に認められやすいのには、いくつかの理由がある。まずアルコール自体の薬理作用が直接的に暴力に影響を与える可能性がある。すなわち、酩酊による抑制力や判断力の低下、飲酒欲求で頭が一杯になるために周囲に対する配慮ができなくなってしまうこと、あるいは、アルコール離脱症状による激しい焦燥感などが暴力行動に影響を与える可能性がある。また、長期的なアルコールの影響として、アルコール乱用・依存の進行とともに本人の自尊心が低下し、失職や

様々な職業上の失敗から家族に対する劣等感や被害感が高まり、感情調節が困難となったり、家族の弊弊により本人に対して攻撃的、挑発的な態度をとりやすくなったりするといった、アルコールによる間接的な影響も無視できない。

DV 被害者自身のアルコール問題も忘れてはならない。DV 被害者が精神的苦痛を緩和するためにアルコールを用いるようになることで、かえって暴力加害者を刺激し、夫婦間の葛藤を強化、複雑化させてしまうことがある。このような場合、被害者を安全な環境に保護するとともに、アルコール依存症に対する治療を提供する必要がある。

しかし、家族内のアルコール問題において最も深刻なダメージを受けるのは、誰よりもその家庭で育つ児童である。たとえ、児童に対する直接的な暴力のない場合でも、児童には深刻な心理的ダメージを残す。アルコール問題を抱える家庭で育った子どもは、青年期や成人後に、今度は自らがアルコール問題を呈するリスクが高いだけでなく、気分障害やパーソナリティ障害、摂食障害などの精神障害、さらには、

学校不適応、非行・犯罪、自傷・自殺、自尊心の低下など、広範な精神保健的問題を呈しやすい。

#### (4) 暴力犯罪

アルコールは、個人の脱抑制や攻撃性を増強し、各種犯罪、なかでも暴力犯罪のリスクを著しく高める危険因子である。たとえば、英国では対人暴力事件の加害者の約半数が、ロシアにおいては殺人事件の加害者の75%が、犯行当時にアルコールに酩酊していたことが明らかにされている。米国でも、傷害事件の20%、性犯罪の16%、暴力犯罪全体の19%が、いずれもアルコール酩酊下の犯行であったという報告がある。

アルコールは暴力被害にも関係している。海外では、暴力被害者の26～36%が飲酒状態下で暴力被害を受けていたことが明らかにされており、わが国でも、殺人被害者の55%で遺体からアルコールが検出されるという報告がある。酩酊によって気が大きくなり、挑発に乗りやすくなって、自身の安全を守りにくくなるのが関係していると考えられる。

## 2. 早期発見と診断のポイント

### 2-1 診断の決め手となる特徴

アルコール依存症の診断は、行動面・精神面・身体面という3つの次元からなる以下の症状を根拠にしてなされる。

#### ① 行動面の変化

飲酒量の増加、社会的許容範囲を超えた逸脱的な飲酒パターン、飲酒行動の単一化（平日と休日で飲酒様態の違いがなくなること）が認められる。

#### ② 精神面の変化

飲酒コントロールの障害、衝動的な飲酒欲求（渴望）、飲酒中心の思考（いつも酒のことばかり考えている）が認められる。

#### ③ 身体面の変化

離脱症状やそれを緩和するための飲酒、耐性が認められる。

以上の3つの次元における変化のうち、アルコール依存症と診断するうえで最も重要な症候は、「精神面の変化」である。これは、自分なりに「アルコールをやめよう（もしくは、控えよう、量を減らそう、トラブルにならない飲み方をしよう）」と努めながらも、それに失敗した経験がある、というエピソードから確認することができる。

### 2-2 スクリーニングツール

プライマリケアの臨床家が使用できる簡便なスクリーニングツールとしては以下の二つがあり、これらのツールでアルコール問題がありと判断された患者および家族に対して、専門医療機関・相談機関に関する情報を提供しなければならない。

#### (1) AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test : 本章末 95 ページに掲載)

この尺度は、WHO に加盟する6ヶ国の共同研究にもとづいて作成された、10項目からなる自記式評価尺度であり、健康への影響が懸念される水準（「危険な飲酒 hazardous drinking」）の多量飲酒を発見するのに優れた評価尺度である。日本語版では、10点以上を「危険な飲酒」、20点以上を「アルコール依存の疑い」とするカットオフが用いられることが多い。

#### (2) CAGE (表 2)

「飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか (Cut down)」、 「他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか」

(Annoyed by criticism), 「自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか (Guilty feeling)」、 「神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか (Eye-opener)」という4つの質問項目からなるスクリーニング尺度であり、各質問の英語による頭文字をとって「CAGE」と呼ばれている。これらの4項目のうち1項目でもあてはまれば、何らかのアルコール問題を生じている可能性があり、これまでの人生で2項目以上があてはまれば、アルコール依存症の疑い

が強いと判断される。

表2 CAGE

1. 飲酒量を減らさなければならぬと感じたことがありますか (Cut down)
2. 他人があなたの飲酒を非難するので気にさわったことがありますか (Annoyed by criticism)
3. 自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか (Guilty feeling)
4. 神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか (Eye-opener)

## 3. 鑑別診断

### 3-1 離脱期にみられる精神障害

アルコール依存症患者のなかには、急激な断酒や、内科疾患による飲酒量の極な減少により、以下のような精神神経症状を呈する者がいる。

#### (1) アルコール離脱てんかん

断酒後24時間で見られる意識消失を伴う全身けいれんであり、アルコールの離脱症状の一つである。真性のてんかんや各種の頭蓋内病変によるてんかんなどの鑑別が必要である。

#### (2) アルコール幻覚症

断酒後12～24時間、もしくは、飲酒間歇期において血中アルコール濃度が低下した状態で出現する精神症状であり、意識清明下で幻聴を呈する病態である。「壁の向こうで自分の悪口を言っている」といった域外幻覚や、「家の周囲をヤクザに包囲されている」といった、包囲攻撃妄想を伴うこともある。

#### (3) 振戦せん妄

断酒後24～72時間で見られる離脱症状であり、「昆虫」や「小動物」を主題とする幻視を伴う、独特の意識障害、ならびに、手指の粗大な振戦と著明な発汗、精神運動興奮を呈する。通常は、1週間以内に消失し、患者はこの間のことに健忘を残す。

### 3-2 その他のアルコール関連精神障害

低栄養状態でのアルコール多飲をつづけると、ウェルニッケ-コルサコフ症候群を呈することがある。まず、眼球運動障害、歩行失調、意識障害からなるウェルニッケ脳症という急性期病像を呈し、その後、

記銘力障害、失見当識、作話を3主徴とするコルサコフ型認知症という慢性病像へと移行するのが典型的である。なお、一部では、飢えるニッケ脳症を呈することなく、コルサコフ型認知症を発症する者もいる。

アルコール依存症の男性では妻に対する嫉妬妄想を抱く者がおり、アルコール多飲によるインポテンツという性的能力の低下がそうした妄想形成の心理的要因となっているという指摘がある。

### 3-3 アルコールが他の精神障害に与える影響

連日の多量飲酒は抑うつ状態を引き起こし、二次的にうつ病を発症させることがある。このような二次的なうつ病は、抗うつ薬による薬物療法に対する反応性が乏しい。治療法としては、まずは断酒が必要である。

また、うつ病に罹患している者が飲酒習慣を続けていると、たとえ正常範囲内の飲酒量であっても、症状の難治化・悪化、自傷や自殺企図のリスクが著しく高まることも明らかにされている。すでに精神科にて薬物療法を受けているうつ病患者の場合には、飲酒習慣があると抗うつ薬の効果が発現しにくいだけでなく、併せて処方されている睡眠薬や抗不安薬の依存を呈するリスクが高いことも知られている。精神科にて薬物療法を受けている患者は、原則として禁酒するように指導する必要がある。

なお、最近の調査では、40～50代の男性うつ病患者の3割強にアルコール問題が認められることが明らかにされている。中高年男性のうつ病患者の場合には、特にアルコール問題を看過しないように注意が必要である。

## 4. 問診のポイント

### 4-1 プライマリケア医にできること

以上、アルコール依存症ならびにアルコールに関連する精神障害に関する概要を述べてきたが、最後に精神科を専門としないプライマリケアや一般診療科の医師にできること、ぜひお願いしたいことを記しておく。

#### (1) 見逃さないでほしい

一般診療科を訪れる様々な内科疾患に罹患する患者のなかには、かなりの割合でアルコール問題を抱えている者が存在する。肝機能障害や膵炎はもちろん、高血圧、糖尿病といった非常にありふれた慢性疾患の背景には、しばしばアルコール問題が存在する。こうした患者に対して「ひょっとして?」という疑念が湧いたら、本章で紹介したスクリーニングツールを用いてアセスメントを実施してほしい。

#### (2) 叱責よりも情報を!

スクリーニングの結果、アルコール依存症もしくはアルコール問題が疑われる場合には、専門医療機関・相談機関の情報を提供してほしい。その際、「なぜ飲むのだ!?’などと叱責せずに、医学的な見地から懸念されることを穏やかかつ丁寧に伝えてほしい。間違っても、「お酒はほどほどにしてください」などと曖昧なことはいわずに、「やめた方がよいと思います」ときっぱりと伝えてほしい。

#### (3) 家族を支援につなげてほしい

当然ながら、こうした提案に対して本人は難色を示し、専門機関に行くことに抵抗をするかもしれないが、気にする必要はない。ムキになるということは、それだけ気にしていることを意味するからである。本人が提案を受け入れるかどうかは別にして、家族には確実に情報を伝えてほしい。多くの場合、本人が困っていないくとも、家族は困っている。紹介先としては、さしあたっては、東京都に3箇所ある精神保健福祉センターを紹介するのがよいであろう。

以上のかかわりだけでも、救われるアルコール依存症患者はかなりの数にのぼるはずである。

### 4-2 患者への告知と治療に関する説明

右に、プライマリケア医や一般精神科医が患者に

アルコール依存症専門医療機関への受診を勧める際の説明の例を提示する。

#### 告知と説明例

昔のあなたは、上手にアルコールを用い、仕事や仲間との交遊、家族との関係をコントロールできていました。しかしある時から、お酒を飲むと、疲れがとれるどころか、かえって仕事に行けなくなったり、家の中が暗い雰囲気になったりと、悪い結果ばかりが起きるようになりました。それなのに、飲まずにはいられない。いつしかアルコールはあなたをコントロールし、振り回すようになったわけです。

こうした状態は、全てアルコール依存症という病気によるものです。アルコール依存症になると、自分では飲酒をコントロールできなくなってしまいます。こうなった原因は、意志が弱いからでも、性格に問題があるからでもありません。仕事のストレスや家庭環境の問題でもありません。ただお酒が好きで、飲める体質で、たくさん飲んできたことが原因なのです。その意味でも、飲んでいるかぎり、誰もがなりうる病気です。

ただ、アルコール依存症になってしまった以上、もはや昔のように「ほどほどに飲む」ことはできません。飲まなければ、あなたは本来のあなたらしくあり続けることができますが、再び飲んでしまえば完全に元通りとなってしまいます。

アルコールは「死に至る病」です。未治療のアルコール依存者の平均寿命は52歳といわれています。多くは肝臓に障害を生じて肝硬変で亡くなります。あなたは、「自分は太く長く生きればよい」と考えているかもしれませんが、事はそう簡単ではありません。というのも、アルコールの害が肝臓にこない人もいますからです。そのようなタイプの方はもう少し長生きしますが、その代わりアルコールの害が脳にきます。アルコール依存症者の脳は、最低でも10歳は老けているといわれており、早くから認知症の症状がみられるようになる方も少なくありません。

でも、あなたは、「まだ自分はそこまでひどくない」と感じているかもしれません。しかし、ひどくなってからでは遅いのです。今からならば断酒することによって、あなた自身の未来を変えることができるでしょう。

ただ、ひとくちに断酒といっても、簡単ではありません。なにしろ日本は飲酒に寛容な国です。いろいろな行事にかこつけてお酒が出てきます。その意味では、一人で断酒するのではなく、専門家の助言を受けながらの方がよいでしょう。ですから、アルコール依存症専門病院に受診をお勧めします。

## 5. アルコール依存症者の家族支援

### (1) 家族は孤立し、恥の感覚を抱いている

アルコール依存症者の家族は、地域のなかでも親族のなかでも孤立している。というのも、家族のアルコール問題は、近隣はもちろん、親族にもなかなか相談できないからである。仮に相談したところで、「あなたが妻としていたらないから」、「だからあの人と一緒になるのは反対だったのよ」、「あなたの育て方が悪い」などといった説教をされ、深く傷ついてしまうことも少なくない。

家族のアルコール問題を誰かに相談するということは、たとえ相手が専門職の援助者であったとしても恥の感覚を伴う行動である。「今日こそは保健所に相談しよう」と決意しながらも、一日延ばしを重ねるうちに何年もの月日が流れていく。そして、連日のように家庭内で繰り返される酩酊時の暴言や暴力に何年間も曝され続けるなかで、家族の判断力は低下し、ますます援助希求能力を失ってしまう。

### (2) 家族を相談機関や自助グループにつなげる

その一方で、多くの家族に「共依存」と呼ばれる病理が存在するのも事実である。たとえば、本人のアルコール問題を隠蔽して世間体を取り繕う態度や家族の否認、あるいは、「転ばぬ先の杖」を出すような世話焼き行動が、結果的に本人の飲酒行動を支えてしまっている。このままでは、本人の否認を打破することもできない。本人の回復のためには、まずは病的な家族システムを変化させることが必要である。

このような家族に対し、援助者のなかには「夫を突き放しなさい」「家を出なさい」といった助言しかない者もいるが、家族の側にも様々な事情や躊躇があり、ただちにはその助言通りに変化することができない場合が多い。むしろ経済的不安や世間体、子どもの教育などに関する心配に拘泥しているうちに、いたずらに時間が経過してしまったり、家族が相談をやめてしまったりする危険がある。

大切なのは、ただちに共依存を解消することではない。むしろ、悩みながらその家族なりの対応のあり方を一緒に考えてくれる場所を確保することが重要である。そのような場所として、精神保健福祉センターで開催されている家族教室、あるいは、アルコール依存症者家族の自助グループ（アラノン Al-Anon や断酒会家族会）がある。

家族教室や自助グループには継続して参加することが重要である。1～2回の参加で何らの変化が得られることはまずないと考えるべきであろう。しかしそれでも、こうした場所に継続的に参加しているうちに、依存症者本人に対する過干渉や尻ぬぐい行動といったイネイブリングが徐々に減じ、それに伴って、間接的に本人の行動にも好ましい変化——本人自身の治療導入や治療継続、さらには、治療にはつながらないものの、飲酒量が減少するなどいった変化——が見られることが少なくない。

## 6. 治療

アルコール依存症の治療は、前提として身体疾患や精神症状に対する医学的治療は必要であるが、その最も本質的な部分は、これら疾患の基礎にある依存症からの回復を進めるための心理教育的治療である。心理教育的な治療プログラムは、依存症に関する心理教育プログラム、グループ・ミーティング、再飲酒防止のための認知行動療法、動機づけ面接、自助グループのメッセージなどから構成されることが多い。かつては、こうした治療プログラムは、「久里浜方式」と呼ばれ、開放病棟での入院治療のなかで提供されたが、近年では、こうした治療プログラムを外来治療として提供している精神科診療所も増

え、依存症の治療は入院から外来通院主体へとシフトしつつある。

専門施設で治療を行うことのメリットは次の3つがあげられる。第一に、長い間、問題飲酒によって家族からも社会からも孤立している依存症者が、同じ問題を抱えている仲間と出会うことで、孤独感から解放され、自分の人生に対して前向きになれる、ということである。第二に、同じ問題を持つ仲間との交流により、自分の問題への気づきが高まり、否認を克服しやすくなる、ということである。そして最後に、人前で話すこと、あるいは、他人の話に謙虚に耳を傾ける練習となり、自助グループ参加に対

する心理的抵抗感を減じることができる。

医療機関における依存症治療の役割は、自助グループへのつながりにある。断酒会やアルコホリクス・アノニマス (Alcoholics Anonymous; A. A.) といった自助グループは、医療機関のような費用は要さず、夜間や休日にも例会やミーティングを開催していることから、社会復帰後にも就労しながら、セルフケアの資源として継続して利用できる。実際、自助グループに継続して参加している患者は、そうでない患者に比べて明らかに治療予後がよい。

依存症専門医療機関では、上述した心理教育的治療に併行して、薬物療法も行っている。アルコール依存症の薬物療法には、「飲酒行動を抑止する方法」と「渴望を抑止する方法」とがある。前者としては、

抗酒剤があげられる。この薬剤を服用した状態で飲酒すると、全くアルコールを受けつけない体質の者と同様に、嘔気、動機、顔面紅潮といった苦痛を伴う身体症状が出現し、こうした嫌悪反応を通じて飲酒行動を抑止する効果を発揮する。もっとも、抗酒剤の服用は患者本人の断酒の意志が前提であり、患者自身が主体的に服用するものである。したがって、抗酒剤単独での治療効果はほとんどなく、援助者との信頼関係のなかで服用されてはじめて治療効果を発揮する。なお、後者の「渴望を抑止するための薬物療法」は、海外では様々な薬剤が実用されているものの、わが国ではまだ実用段階には至っていない現状である。



## 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 日本アルコール関連問題学会, 日本アルコール・薬物医学会, 日本アルコール精神医学会編: 簡易版アルコール白書. <http://www.j-arukanren.com/wp-content/uploads/file/al-hakusyo.pdf>
- (2) DonovanDM, KivlahanDR, DoyleSRetal: ConcurrentvalidityoftheAlcoholUseDisordersIdentificationTest (AUDIT) andAUDITzonesindefininglevelsofseverityamongout-patientswithalcoholdependenceintheCOMBINEstudy. *Addiction*101:1696-1704, 2006
- (3) 廣 尚典, 島 悟: 問題飲酒指標 AUDIT 日本語版の有用性に関する検討. *日本アルコール・薬物医学会雑誌* 31: 437-450, 1996
- (4) Ewing, J. A.: *DetectingAlcoholism*JAMA252:1905-1907, 1984
- (5) 松本俊彦: アルコール・薬物の乱用・依存と自殺予防. *日本精神科病院協会雑誌* 29: 251-257, 2010

## AUDIT (Alcohol Use Disorder Identification Test) [P.95] 診断基準

この尺度は、WHO に加盟する 6 ヶ国の共同研究にもとづいた作成された、10 項目からなる自記式評価尺度であり、健康への影響が懸念される水準（「危険な飲酒 hazardous drinking」）の多量飲酒を発見するのに優れた評価尺度である。

1～10 の合計点を計算し、

● 10 点以上……「危険な飲酒」

● 20 点以上……「アルコール依存の疑い」

とするカットオフが用いられることが多い。



## 飲酒習慣 スクリーニングシート

下の10の設問に対し、右のあてはまる答えの数字に○をつけてください。

	飲まない	1カ月に 1度以下	1カ月に 2～4度	1週に 2～3度	1週に 4度以上
1. あなたはアルコール含有飲料をどのくらいの頻度で飲みますか?	0	1	2	3	4
	1～2単位	3～4単位	5～6単位	7～9単位	10単位以上
2. 飲酒するときには通常どのくらいの量を飲みますか? ただし、日本酒1合=2.2単位、缶ビール大(500ml)2単位、缶ビール小(350ml)1.4単位、焼酎お湯割1杯(6:4)=2.2単位、ウイスキーシングル薄め1杯=1単位、ワイン1杯=1.2単位、(1単位=純アルコール9～12g)	0	1	2	3	4
	ない	1カ月に 1度未満	1カ月に 1度	1週に 1度	毎日 あるいは ほとんど毎日
3. 1度に6単位以上飲酒することがどのくらいの頻度でありますか?	0	1	2	3	4
4. 過去1年間に、飲み始めると止められなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0	1	2	3	4
5. 過去1年間に、普通だと思えることを飲酒していたためにできなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0	1	2	3	4
6. 過去1年間に、深酒の後体調を整えるために、朝迎え酒をせねばならなかったことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0	1	2	3	4
7. 過去1年間に、飲酒後罪悪感や自責の念にかられたことが、どのくらいの頻度でありましたか?	0	1	2	3	4
8. 過去1年間に、飲酒のため前夜の出来事を思い出せなかったことがどのくらいの頻度でありましたか?	0	1	2	3	4
	ない	—	あるが、 過去1年 はなし	—	過去1年 にあり
9. あなたの飲酒のために、あなた自身か他の誰かがけがをしたことがありますか?	0	—	2	—	4
10. 肉親や親戚、友人、医師、あるいは他の健康管理に携わる人が、あなたの飲酒について心配したり、飲酒量を減らすように勧めたりしたことがありますか?	0	—	2	—	4

## コラム

### かかりつけ医の立場から ① ～自殺の予感～

じゅんせいクリニック 院長  
東京都医師会 理事  
渡辺 象

研修医を1年終えてローテートとして最初に配属されたのが結核病棟だった。受け持ちの患者さんが12人いたが、その中で最初の退院の方がAさん（54歳、男性）だった。紳士的な穏やかな方で、半年間入院して退院に向けた試験外泊の土曜の昼に、それでは行ってまいります、と嬉しそうに病棟を出て行かれた。1時間ほどして自分も帰ろうかと準備していたところ、B警察署から電話があり、Aさんがビルから飛び降りたが診察券が有りそちらの患者さんか、との問い合わせだった。靴が屋上に揃えて置いてあり自殺のようです、とのことだった。あのAさんが、と全く信じられない思いだった。

その後、内科小児科を開業しているが、高血圧症で通院して安定していると考えていた患者さんが、自宅で首を吊っているとその息子から電話がかかってきて現場に駆け付けたこともある。また普段、風邪や些細なことでも家族ぐるみで当院に通っておられた25歳の男性が、小児期に受けた口唇裂の手術跡の外貌を気にして飛び降り自殺をしたと家族から聞かされた時にも、あの穏やかな青年がと驚いた。

毎年3万人以上もの自殺者がいるが、自分の身近な患者さんで経験をする、人を自殺に駆り立てるものは何か、と考える。絶望だけではないだろう。その当事者にとってまさに命をかけたものすごく重大な行為であるのに、直前までまわりに察知されないことが多々ある。我々かかりつけ医にとって、自殺の予感・予兆が見抜けなことが、自分の患者さんが関わった場合にはまことに残念である。一般的に「気づき」といわれる予兆を見逃さないことが重要であるとされている。しかし毎日の多忙な外来業務の中に埋もれてしまって、非常にデリケートな部分を気づくことができるか。患者さんも発信してくれているか。混雑している待合室を見て、発信を遠慮されていないか不安である。

我々内科医は、ゼブラカードという言葉を使う。馬が走っているとして目を閉じていると走る音だけが聞こえ、殆どは馬だが、たまにゼブラが走ってきても音だけでは判別は不可能である。しかし目を開ければその違いは歴然である。毎日の発熱や腹痛を訴える患者の中にとんでもない病気が紛れ込んでいる可能性がある。頭痛を訴える高齢者がいたが、白血病細胞の浸潤での頭痛であったケースを経験した。また、3日間高熱のみが持続した7歳児で、血球貪食症候群で危うく一命を取り留めた事例があった。疑わなければ、そしてしっかりと目を開いて患者の訴えに耳を傾けて一歩も二歩も先を予感しなければ、後日ゼブラと判明するものも見過ごしてしまうということだろう。

## 第9章 認知症

### Key Points

- 認知症は、何らかの脳の疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態である。
- 認知症の有病率は年齢が5歳増えるごとに約2倍増加する。認知症の性別年齢階級別有病率と「日本の将来推計人口（平成18年12月推計）」を掛け合わせて試算した認知症高齢者の数（65歳以上高齢者における有病率）は、2010年の段階で252万人（8.6%）、2035年で445万人（12.0%）と予測される。
- 都道府県別認知症高齢者数では、2035年の段階で認知症高齢者が最も多いのは東京都（42.5万人）と予測される。
- 認知症では、認知機能障害、生活機能障害、周辺症状、身体合併症、などの複合的臨床像が認められるために、認知症をもつ人も、その家族も、さまざまな社会的困難に直面しやすい。
- 認知症の人を介護する家族は、介護負担のために、精神的・身体的健康を害することがある。また、虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性も孕んでいる。
- 単身の場合には孤立状況におかれやすく、経済被害を生じたり、近隣トラブルを招いたり、身体疾患の発見が遅れて救急事例化したりしやすい。
- 認知症になっても、住み慣れた地域の中で、質の高い生活をしていくためには、認知症の人の尊厳を保持し、認知症の臨床像全体を総合的に評価し、本人や家族、医療や介護に関わる多職種間で情報を共有し、予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを一体的に提供できるような体制を構築していかなければならない。

## 1. 概要と病態

### 1-1 概念

認知症は、脳の病的変化（器質的障害）によって、一旦発達した知的機能（認知機能）が、日常生活や社会生活に支障を来たす程度にまで、持続的に障害された状態、と定義されている。つまり、何らかの脳の疾患（認知症疾患）によって認知機能が障害され、これによって生活機能が障害された状態が認知症である。このような「認知症疾患－認知機能障害－生活機能障害」の3者の連結が認知症概念の中核にある。

### 1-2 用語

従来、わが国では「痴呆」という用語が広く用いられて来たが、この呼称が認知症の人の「尊厳の保持」という姿勢と相容れないという意見が出され、呼称の見直しに関する要望書が2004年4月に厚生労働大臣に提出された。その後4回の検討会を経て「認知症」という用語が提唱されるに至り、同年12月に厚生労働省老健局通知によって「認知症」という呼称が行政用語として用いられるようになり、さらに関連学会においてもこの用語の使用が承認されて医学用語として使用されるようになった。

## 1-3 疫学

わが国の疫学調査データから推計した認知症高齢者の性別・年齢階級別有病率によれば、認知症の有病率は年齢が5歳増えるごとに約2倍増加する(表2)。この数値と「日本の将来推計人口(平成18年12月推計)」を掛け合わせて試算した認知症高齢者の数(65歳以上高齢者における有病率)は、2010年の段階で252万人(8.6%)、2015年で303万人(9.0%)、2025年で387万人(10.6%)、2035年で445万人(12.0%)であり、この間の増加率は1.8倍となる(表3)。また、都道府県別認知症高齢者数では、2035年の段階で認知症高齢者が最も多いのは東京都(42.5万人)、2010年～2035年間の認知症高齢者の増加率が最も高いのは埼玉県(2.3倍)となる。

21世紀の前半に、わが国の認知症高齢者の数はおよそ2倍となり、その勢いは大都市およびその周辺地域において特に著しい。認知症になっても安心して暮らせる地域社会をいかにして創り出すか、我々が暮らす地域のこととして、家族のこととして、自分自身のこととして考えていかなければならない時代である。

## 1-4 代表的な認知症疾患

### (1) アルツハイマー型認知症 (Alzheimer's Disease: AD)

#### ① 概念と歴史

神経病理学的に海馬や大脳皮質を中心とする広範な神経細胞の脱落とさまざまな程度の老人斑、神経原線維変化を認める認知症疾患である。

1906年にAlois Alzheimerが報告した51歳女性の一剖検例が最初の報告である。1980年代に老人斑の主要構成成分はアミロイドβ蛋白(Aβ)、神経原線維変化の主要構成成分はタウ蛋白であることが明らかにされ、その後、Aβの脳内沈着が契機となってタウ蛋白の異常リン酸化による神経原線維変化の形成が生じ、神経細胞死に至るというアミロイド・カスケード仮説が提唱された。今日では、この仮説に基づいた治療戦略の開発がADの根本的治療につながるものと期待されている。

#### ② 臨床症状と経過

発症は潜行性であり、進行は緩徐である。その経過は、病変が海馬に始まり徐々に側頭葉、頭頂葉、大脳皮質全体に広がっていく過程を反映する。

病初期(軽度認知症)には近時記憶障害が認められ、次第に時間の見当識障害や視空間構成障害が認

## 表1 診断名

< ICD-10 および DSM-IV-TR による分類に加筆 >

認知症	Dementia
アルツハイマー型認知症	Alzheimer's Disease: AD (ICD-10 F00) (DSM-IV-TR 294.1)
血管性認知症	Vascular Dementia: VD (ICD-10 F01) (DSM-IV-TR 290.4)
レビー小体型認知症	Dementia with Lewy bodies: DLB
前頭側頭葉変性症	Frontotemporal lobar degeneration: FTLD

められるようになる。注意・作業記憶障害や遂行機能障害を伴うことが多い。基本的日常生活動作能力(BADL)は保持されているが、手段的日常生活動作能力(IADL)の障害が目立つのがこの時期の特徴である。

中期(中等度認知症)になると場所の見当識障害や遠隔記憶障害も認められるようになり、聴覚性言語理解が不良となり、判断力の低下も顕著となる。着脱衣、入浴、食事、排泄、移動など、BADLに介助を要するようになるのがこの時期の特徴である。

後期(重度認知症)には、自分の生活史が想起できなくなり、人物の見当識も障害され、家族のことも認識できなくなる。自発性が著しく低下し、発語も少なくなる。運動機能も障害されて歩行困難になり、日常生活は全介助となる。

#### ③ 診断

DSM-IVなどの操作的診断基準が広く用いられている(表4)。診断の基本は、(i)認知症であること、(ii)発症が潜行性で、緩徐に進行していること、(iii)他の認知症疾患が除外できることである。ADに見られる認知機能障害の特徴を理解しておくことが診断に役立つ。

ADでは末期まで運動障害、自律神経障害などの神経学的所見が認められない。初期から神経学的所見を認める場合にはAD以外の認知症を疑う必要がある。CTやMRIで側頭葉内側面の萎縮が病初期から認められ、疾患の進行の程度とともにびまん性脳萎縮が進行する。SPECTやPETでは、頭頂側頭葉領域に局所脳血流低下や代謝低下が認められることが多い(表4)。

### (2) 血管性認知症 (Vascular Dementia: VD)

#### ① 概念と歴史

脳血管障害に関連して出現する認知症の総称である。その起源は、19世紀末から20世紀初頭に進行麻痺や老年痴呆から動脈硬化性精神障害の概念を独

表2 65歳以上高齢者の性別・年齢階級別認知症有病率：1985年推計（大塚らによる）

	65～69歳	70～74歳	75～79歳	80～84歳	85歳～
男	2.1%	4.0%	7.2%	12.9%	22.2%
女	1.1%	3.3%	7.0%	15.6%	29.8%
計	1.5%	3.6%	7.1%	14.6%	27.3%

立させた Binswanger や Alzheimer の業績に遡る。Kraepelin は動脈硬化に関連する精神障害の多様性を強調し、全人格が変化して認知症にいたる群と卒中発作をもって始まる群に分類した。その後さまざまな分類法が提唱されてきたが、ここでは国際的分類に準じた3類型について述べる。

## ② 分類と特徴

### (i) 多発梗塞性認知症（皮質性認知症）

大脳皮質に多発性の梗塞が生じた結果、複数の認知ドメインが障害された認知症。卒中発作によって急性に発症し、階段状に進行する。梗塞部位に一致して、失語、失行、失認、視空間障害、構成障害、遂行機能障害などの高次脳機能障害や運動麻痺が認められる。

### (ii) 戦略的重要部位の梗塞による認知症（局在病変型梗塞認知症）

高次脳機能に直接関与する重要な部位の小病変によって出現する。皮質性と皮質下性に大別され、前者には角回症候群、後大脳動脈症候群、中大脳動脈領域梗塞、後者には視床性認知症、前脳基底部梗塞がある。海馬、帯状回、脳弓、尾状核、淡蒼球、内包膝部・前脚なども重要である。

### (iii) 小血管病変による認知症（皮質下血管性認知症）

画像上、大脳基底核、白質、視床、橋などに多発性小梗塞（多発ラクナ梗塞性認知症）を認めるものと、高度の白質病変を認めるもの（Binswanger 病）がある。多くは緩徐に進行し、遂行機能障害、思考緩慢、抑うつ、感情失禁などを認めるが記憶機能は比較的保たれていることが多い。運動麻痺、偽性球麻痺、パーキンソニズム、腱反射亢進、病的反射、協調運動障害、過活動膀胱などが見られる。

## ③ 診断

(i) 認知症があること、(ii) 脳血管障害があること、(iii) 両者の間に病因論的関連があることを証明する。(i) については、認知機能障害と生活機能障害の存在を確認する。(ii) については、局所神経

表3 わが国の認知症高齢者数の将来推計

年	65歳以上高齢者人口(万人)		認知症高齢者数(万人)			認知症有病率(%)
	男	女	男	女	合計	
2005	1092	1484	66	139	205	7.96
2010	1257	1684	83	170	252	8.57
2015	1457	1921	101	202	303	8.96
2020	1546	2044	117	231	348	9.71
2025	1556	2079	131	256	387	10.63
2030	1564	2103	141	280	421	11.48
2035	1588	2137	147	298	445	11.95
2040	1651	2202	147	299	446	11.58
2045	1651	2190	148	294	441	11.49

症候（片麻痺、下部顔面神経麻痺、バビンスキー徴候、感覚障害、半盲、構音障害など）を確認するか、画像検査で多発性梗塞、重要な領域の単発梗塞、基底核や白質の多発性小梗塞、広範な白質病変、これらの組み合わせなどを証明する。(iii) について、時間的関連性（明らかな脳梗塞後3ヵ月以内の発症、動揺性経過、階段状の進行）と空間的関連性（病変の局在・性質から認知症の成立が説明できる）があることを示す。但し、皮質下血管性認知症は潜行性に発症することが多いので時間的関連性の証明は困難である。

## (3) レビー小体型認知症

### (Dementia with Lewy bodies: DLB)

#### ① 概念と歴史

認知症とパーキンソニズムを主症状とし、レビー小体が脳幹のほか到大脳皮質や扁桃核にも多数出現する認知症疾患である。1976年以降の小坂らの一連の報告によって初めて明らかにされた。その後、同様の症例が相次いで報告され、1995年にイギリスで開催された第1回国際ワークショップで疾患概念が提唱され、1996年に臨床および病理診断基準が Neurology 誌に掲載されてから臨床医の間で広く知られるようになった。1997年にはレビー小体の主要な構成成分が $\alpha$ シヌクレインであることが明らかにされ、現在では $\alpha$ シヌクレイン異常症といった包括点概念も提唱されている。

表4 DSM-IVのアルツハイマー型認知症の診断基準の要約

- A. 多彩な認知欠損で、それは以下の両方により明らかにされる。
- (1) 記憶障害（新しい情報を学習したり、以前に学習した情報を想起する能力の障害）
  - (2) 以下の認知障害の1つ（またはそれ以上）
    - (a) 失語（言語の障害）
    - (b) 失行（運動機能が損なわれていないにもかかわらず動作を遂行する能力の障害）
    - (c) 失認（感覚機能が損なわれていないにもかかわらず対象を認識または同定できないこと）
    - (d) 遂行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）の障害
- B. 基準 A1 および A2 の認知欠損は、その各々が、社会的または職業的機能の著しい障害を引き起こし、病前の機能水準からの著しい低下を示す。
- C. 経過は、ゆるやかな発症と持続的な認知の低下により特徴づけられる。
- D. 基準 A1 および A2 の認知欠損は以下のいずれかによるものでもない。
- (1) 記憶や認知に進行性の欠損を引き起こす他の中枢神経疾患（例：脳血管障害、正常圧水頭症）
  - (2) 認知症を引き起こすことが知られている全身性疾患（例：甲状腺機能低下症、ビタミン欠乏症）
  - (3) 物質誘発性の疾患
- E. その欠損はせん妄の経過中のみ現れるものではない
- F. その障害は他の第1軸の疾患（例：大うつ病性障害、統合失調症）ではうまく説明できない。

高橋三郎，大野裕，染谷俊幸：DSM-IV 精神疾患の分類と診断の手引き，医学書院より作成

## ② 臨床症状

進行性の認知機能障害を認めるが、ADと比較すると記憶障害の程度は軽く、遂行機能障害、注意障害、視空間構成障害など前頭葉・頭頂葉機能に由来する症状が目立つ。

注意や覚醒レベルの著明な変化を伴う認知機能の変動は、DLBの中核的特徴であり、日中の過度の傾眠や覚醒時の一過性の混乱がみられることがある。反復して現れる具体的な幻視もDLBの中核的特徴であり、人物、小動物、虫などが多い。幻視は、認知の変動と連動して、注意・覚醒レベルの低下時や夕方など薄暗い時期に起こる傾向がある。幻視以外にも、誤認妄想（「誰かが家の中にいる」「自宅が自宅でない」と主張する）「妻の顔を他人と見間違える」などなどの精神病症状や抑うつ症状もしばしば認められる。

パーキンソンニズムはDLB診断時の25～50%に認められる。DLBの運動症状はパーキンソン病で一般に見られるものと変わりはないが、対称性の筋固縮と寡動が主体で、振戦が目立たないことが多く、動作時振戦やミオクロヌスがときどき認められる。

レム睡眠時に筋緊張の抑制が欠如するため、夢内容と一致する異常行動（大声をあげる、隣で寝ている配偶者を殴るなど）が現れることがある（レム睡眠行動障害）。また、抗精神病薬に対する過敏性が見られ、少量の使用でもパーキンニズムの悪化や意識障害、悪性症候群を呈することがあるために注意を

要する。便秘、神経因性膀胱、起立性低血圧などの自律神経症状も認められ、転倒や失神の原因となるため注意を要する。

## ③ 診断

DLB臨床診断基準改訂版を表5に示す。進行性の認知機能障害（中心的特徴）を確認した上で、3つの中核的特徴（認知機能の変動、幻視、パーキンソンニズム）のうち2つ以上を確認するか、1つ以上の中核的特徴と1つ以上の示唆的特徴（REM睡眠行動障害、顕著な抗精神病薬の過敏性、SPECTまたはPETで脳基底核のドパミントランスポーターの取り込み低下）を確認することによって、“DLBはほぼ確実”と診断される。

## (4) 前頭側頭葉変性症

(Frontotemporal lobar degeneration: FTLD)

### ① 概念と歴史

大脳前方領域に原発性変性を有する非アルツハイマー型変性性認知症疾患の総称である。

歴史的には、1892年～1906年にArnold Pickが前頭・側頭葉の萎縮を呈し、特異な言語症状と精神病症状を示す一連の症例報告を行い、1911年にAlois Alzheimerが嗜銀性神経細胞内封入体（Pick球）を記載し、1926年にOnariとSpatzがPick病という名称を与えた疾患に端を発する。その後、神経病理学的な異種性が明らかとなり、1996年に前頭側頭葉変性症（FTLD）という包括的概念が提唱され、

1998年には詳細な診断基準が示された。①前頭側頭型認知症 (frontotemporal dementia: FTD), ②進行性非流暢性失語 (Progressive non-fluent aphasia: PA), ③意味性認知症 (semantic dementia: SD) の3垂型に分類されている。

## ② 臨床類型と特徴

FTDでは、前頭葉と側頭葉優位の病変が認められ、前頭葉損傷例に類似した性格変化と行動異常を中心とする臨床症状が潜行性に現れ、緩やかに進行する。早期から社会的対人行動の障害 (反社会的・脱抑制的言動, 考え無精, 立ち去り行動など), 自己行動の統制障害 (自発性低下, 不活発～過活動, 落ち着きなさ, 周遊行動など), 情意鈍麻 (無関心, 優しさ・共感・思いやりの欠如など), 病識欠如 (精神症状に対する自覚の欠如, その社会的帰結に関する無関心など) が認められる。

PAでは、優位半球のシルビウス裂周囲に比較的限局する病変が認められ、非流暢性の表出性言語障害が目立つ。発語は努力性でスピードが遅く、抑揚がない話し方、とぎれとぎれの発語、文法的に正しい文章で話すことができない失文法、「えんぴつ」を「せんぴつ」と言ったりするような音の言い間違いである音韻性錯誤、言いたいことを表す言葉が思い浮かべられない換語障害などが認められる。

SDでは、優位半球の側頭葉前方に限局性病変を認め、病初期に換語困難となり、失名辞が出現する。その後、徐々に語義失語を呈し、「鉛筆」のような誰でも知っているはずの物を見せても呼称ができず、いくつかの物品のなかから「鉛筆」を選ぶということもできない。発語は流暢性で、復唱も良好である。音韻性錯誤は少なく、意味性錯誤が認められる (例: 「みかん」と言いたいのに「りんご」と言う)。また、表意文字である漢字の書字・読字の障害が認められ、熟字訓ができなくなる (例: 海老→かいろう, 小豆→こまめ)。

## ③ 診断

FTDの診断基準の抜粋を表6に示す。病初期に記憶障害が認められるアルツハイマー型認知症とは対照的に初期には記憶障害が目立たないこと、上記で述べたような性格変化や言語症状が早期に認められるのが特徴である。

## (5) その他の認知症疾患

### ① アルコール関連障害

アルコール依存症候群では、低栄養, ビタミン欠乏, アルコールの直接的毒性によって認知症症状が出現する。ビタミンB<sub>1</sub> (チアミン) 欠乏では急性のウエルニッケ脳症をきたし、意識障害, 運動失調, 眼球運動障害を呈し、速やかなチアミン補充が必要であるが、後遺障害として認知症を来す場合がある。また、ウエルニッケ脳症を来さない場合でも、常習的なアルコール飲酒者は認知機能が低下する傾向があり、画像上の脳萎縮, 脳重減少, 神経細胞減少も報告されている。治療の基本は断酒の維持である。

### ② 甲状腺機能低下症

甲状腺機能低下症によって精神活動が緩慢になり、集中力低下, 傾眠, 記憶障害などが見られるが、ときに幻覚, 妄想などの精神病症状が現れることがある (粘液水腫性精神病)。血液検査で甲状腺ホルモンの低値と自己抗体などその原因に関連した異常がみられ診断を確定することができる。治療は甲状腺ホルモンの補充であり、早期に治療すれば回復する。

### ③ 正常圧水頭症

髄液が貯留して脳室拡大を来すが、髄液圧は基準値範囲内にある疾患である。くも膜下出血や髄膜炎などによる続発性と原因不明の特発性があるが、いずれも髄液の吸収・循環障害とそれに引き続く脳実質障害によって神経障害を来し、認知症, 歩行障害, 尿失禁を3主徴とする臨床症状が出現する。MRI (特に冠状断) で、脳室拡大とともに、高位円蓋部の脳溝・くも膜下腔の狭小化と不釣合なシルビウス裂の開大が認められる。髄液シャント術によって治療可能な認知症として重要である。

### ④ 慢性硬膜下血腫

頭部打撲に伴う脳の偏位によって脳表の bridging vein が破綻し、頭蓋骨硬膜と脳表の間隙に静脈血が徐々に貯留することによって血腫が発生し、これが次第に増大することによって頭蓋内圧亢進を生じて神経障害を惹起し、認知機能障害や神経症状が現れる。通常は受傷後3週間から3カ月を経て発症する。CTまたはMRIで脳の正中偏位や血腫の存在を確認することによって診断できる。血腫を早期に除去すれば認知機能障害や神経症状も速やかに改善するので、認知症の鑑別診断では常に念頭におくべき疾患である。

表5 レビー小体型認知症（DLB）の臨床診断基準改訂版

1. 中心的特徴：＜DLB ほぼ確実（probable）あるいは疑い（possible）に必要＞  
 正常な社会および職業活動を妨げる進行性の認知機能低下として定義される認知症。顕著で持続的な記憶障害は病初期には必ずしも起こらない場合があるが、通常、進行すると明らかになる。  
 注意や実行機能や視空間能力のテストでの障害が特に目立つこともある。
2. 中核的特徴（2つを満たせばDLB ほぼ確実、1つではDLB 疑い）
  - a. 注意や覚醒レベルの顕著な変動を伴う動揺性の認知機能
  - b. 典型的には具体的で詳細な内容の、繰り返し出現する幻視
  - c. 自然発生の（誘因のない）パーキンソニズム
3. 示唆的特徴（中核的特徴1つ以上に加え示唆的特徴1つ以上が存在する場合、DLB ほぼ確実、中核的特徴がないが示唆的特徴が1つ以上あればDLB 疑いとする。示唆的特徴のみではDLB ほぼ確実とは診断できない）
  - a. REM 睡眠行動異常（RBD）
  - b. 顕著な抗精神病薬に対する感受性
  - c. SPECT または PET イメージングによって示される大脳基底核におけるドパミントランスポーター取り込み低下
4. 支持的特徴（通常存在するが診断的特異性は証明されていない）
  - a. 繰り返す転倒・失神
  - b. 一過性で原因不明の意識障害
  - c. 高度の自律神経障害（起立性低血圧、尿失禁など）
  - d. 幻視以外の幻覚
  - e. 系統化された妄想
  - f. 抑うつ症状
  - g. CT / MRI で内側側頭葉が比較的保たれる
  - h. SPECT / PET で後頭葉に目立つ取り込み低下
  - i. MIBG 心筋シンチグラフィで取り込み低下
  - j. 脳波で徐波化および側頭葉の一過性鋭波
5. DLB の診断を支持しない特徴
  - a. 局所性神経徴候や脳画像上の明らかな脳血管障害の存在
  - b. 臨床像の一部あるいは全体を説明できる他の身体的あるいは脳疾患の存在
  - c. 高度の認知症の段階になって初めてパーキンソニズムが出現する場合
6. 症状の時間的経過  
 （パーキンソニズムが存在する場合）パーキンソニズム発症前あるいは同時に認知症が生じている場合、DLB と診断する。認知症を伴うパーキンソン病（Parkinson Disease Dementia：PDD）という用語は、確固たるパーキンソン病の経過中に認知症が生じた場合に用いられる。実用的には、臨床的に最も適切な用語が用いられるべきであり、レビー小体病のような包括的用語がしばしば有用である。DLB と PDD 間の鑑別が必要な研究では、認知症の発症がパーキンソニズムの発症後の1年以内の場合をDLB とする“1年ルール”を用いることが推奨される。それ以外の期間を採用した場合、データの蓄積や比較に混乱が生じることが予想される。臨床病理学的研究や臨床試験を含む、それ以外の研究の場合は、レビー小体病あるいは $\alpha$ -シヌクレイン異常症のようなカテゴリーによって統合的に捉えることが可能である。

第3回DLB国際ワークショップ（McKeith IG, Dickson DW, Lowe J, et al：Duagnosis and management of dementia with Lewy bodies：Third report of the DLB Consortium. Neurology 65：1863-1872, 2005）より。



表 6 前頭側頭型認知症の臨床診断基準の要約

<p>性格変化と社会的行動の障害が、発症から疾患の経過を通しての顕著な症候である。知覚、空間的能力、行為、記憶といった道具的認知機能は正常か、比較的良好に保たれている。</p>	
I. 中核となる診断的特徴（臨床診断にはすべて必要）	C. 身体徴候
A. 潜行性の発症と緩徐な進行（少なくとも6カ月以上）	1. 原始反射
B. 社会的人間関係を維持する能力が早期から低下	2. 失禁
C. 自己行動の統制が早期から障害	3. 無動、筋強剛、振戦
D. 感情が早期から鈍化	4. 低くて不安定な血圧
E. 病識が早期から喪失	D. 検査
II. 支持的特徴	1. 神経心理学的検査：高度な健忘、失語、知覚や空間的見当識障害がないのに、前頭葉機能検査で有意な障害が見られる。
A. 行動障害	2. 脳波検査：臨床的には認知症がみられるのにもかかわらず、通常の脳波では正常。
1. 自分の衛生や身繕いの低下	3. 形態的・機能的画像検査：前頭葉や側頭葉前方部での異常が顕著
2. 精神的硬直と柔軟性の欠如	
3. 易転導性と維持困難（飽きっぽい）	
4. 過剰接食と食事嗜好の変化	
5. 保続と常同的行動	
6. 道具の強迫的使用	
B. 発語と言語	
1. 発語の変化	
a. 自発語の減少、発語の省略	
b. 言語促迫（多弁で止まらない状態）	
2. 常同的発語	
3. 反響言語	
4. 保続	
5. 無言	

Nearly D. et al: Frontotemporal lobar degeneration: a consensus on clinical diagnostic criteria. *Neurology*. 1998; 51(6): 1546-1554 より

## 2. 鑑別診断

認知症を診断するためには、第一に認知症であることを診断し、第二に認知症の原因疾患（認知症疾患）を診断しなければならない。また、認知症の人の尊厳を保持し、その人の生活を支えていくためには、認知症の臨床像全体を総合的に評価し、本人や家族、医療や介護に関わる多職種間で情報を共有し、予防、医療、介護、住まい、権利擁護、日常生活支援等のサービスを一体的に提供できるような体制を構築していかなければならない。

### 2-1 認知症であることの診断

認知症であることを診断するためには、「認知機能障害」と、それに起因する「生活機能障害」の存在を確認した上で、以下の3つの病態を除外する必要

がある。

- ① 乳幼児期の発達段階で認知機能がすでに障害されており、そのために生活機能が障害されている場合は、“精神発達遅滞”または“発達障害”と呼ばれる状態であり、認知症とは区別される。認知症であることを診断するためには、生活歴を聴取して、知的機能や生活機能が以前は正常であったことを確認する。
- ② 意識混濁のために認知機能が障害されている場合は“せん妄”と呼ばれ、認知症とは区別される。せん妄は薬や全身疾患などが原因となる。急性に発症することが多く、注意障害が目立ち、幻覚や錯覚、睡眠-覚醒リズムの障害が見られ、1日の中で症状が変動する。通常は一過性で、原因の除去や全身状態の改善とともに回復する。

- ③ うつ病や統合失調症などの精神疾患によって認知機能や生活機能が障害されることがある。うつ病や統合失調症は既知の脳疾患にその原因を求めることができないが、認知症は、既知の脳疾患にその原因を求めることができるという意味で、“器質性精神疾患”に位置づけられている。

## 2-2 認知症の原因疾患の診断

認知症の原因となる疾患のことを認知症疾患と呼ぶ(表7)。認知症疾患の種類は多いが、この中でアルツハイマー病、脳血管性認知症、レビー小体型認知症、前頭側頭葉変性は、一般臨床において比較的高頻度に認められる。また、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、ビタミン欠乏症などは早期発見・早期治療によって回復可能な認知症疾患(treatable dementia)であり、鑑別診断時に特に注意が必要である。

## 2-3 認知症の総合評価

認知症では「認知症疾患—認知機能障害—生活機能障害」を中心にして、さまざまな「周辺症状」と「身体合併症」が認められる。これらの個々の障害や症状は相互に影響を及ぼし合いながら臨床像をより複

雑なものにしていく。特に、「周辺症状」と「身体合併症」は密接な関連をもち、周辺症状が悪化すれば身体合併症が悪化し、身体合併症が悪化すれば周辺症状が悪化するというような悪循環を形成しやすい。このような複雑さがあるために、認知症をもつ人はさまざまな「社会的困難」にも直面しやすい。認知症の診断では、こうした臨床像全体の総合評価を行い、包括的な支援を考えていく必要がある(図1)。

表7 代表的な認知症疾患

1. 中枢神経変性疾患：アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症、レビー小体型認知症、パーキンソン病、進行性核上麻痺、大脳皮質基底核変性症など
2. 脳血管障害：脳梗塞、脳出血など
3. 脳腫瘍
4. 正常圧水頭症
5. 頭部外傷
6. 神経感染症：クロイツフェルトヤコブ病、進行麻痺、脳炎後遺症など
7. 代謝性、内分泌性、欠乏性疾患：肝性脳症、アルコール関連障害、甲状腺機能低下症、ビタミンB<sub>12</sub>欠乏症、葉酸欠乏症、無酸素あるいは低酸素症など

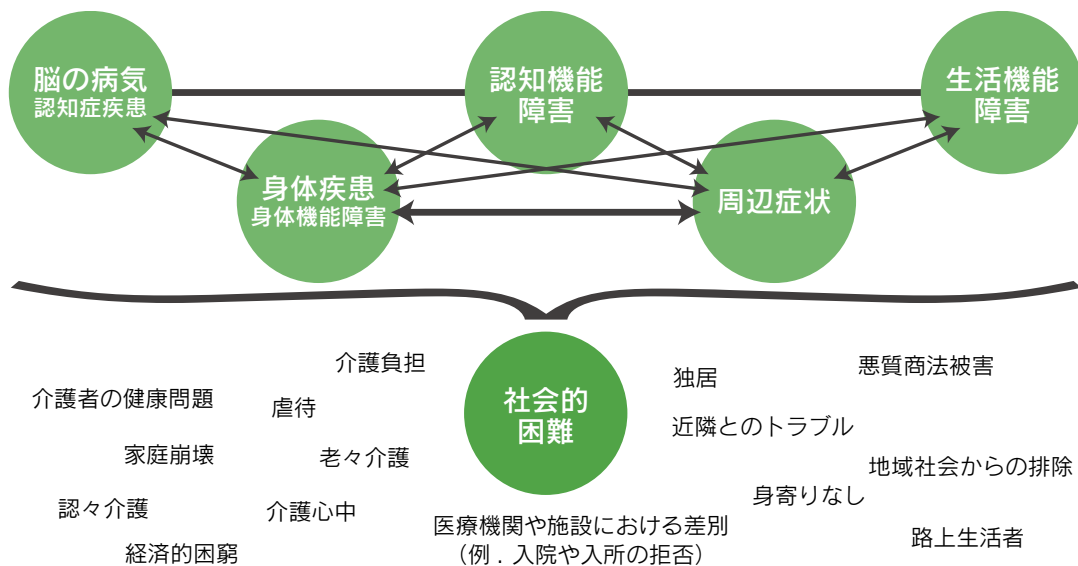


図1 認知症の全体像

### 3. 問診のポイント

認知機能障害は認知症の中核症状と呼ばれ、障害される脳部位と密接に関連している。

アルツハイマー型認知症では大脳後方領域の病変が優勢なため、側頭葉内側面に関連する近時記憶障害（少し前の出来事をすっかり忘れる）、側頭葉外側面に関連する聴覚性言語理解の障害（人の言っていることがよく理解できない）、頭頂葉に関連する視空間性知覚障害（距離感や方向感覚が悪くなる）や道順障害（道に迷って家に帰って来られなくなる）が現れやすい。また、それらに関連して、時間の見当識障害（今がいつかわからない）、場所の見当識障害（今いる場所がどこかわからない）も現れやすい。

前頭側頭葉変性症では大脳前方領域の病変が優勢なために、遂行機能障害（自発性低下、計画的・効果的・合目的行動が困難）、作業記憶障害（暗算などの作業が不得手）、発語障害（発語が緩慢になったり、とぎれとぎれになったり、努力を要したりする）、意味記憶障害（言語や概念の意味が理解できない）といった症状が現れやすいが、記憶や見当識は比較的保持されやすい。

一般に、認知機能障害は、観察法と質問法という2つの方法で評価される。観察法とは、本人のことをよく知っている家族や介護者などから本人の日常生活の様子について情報を聴取したり、本人の言動を面接場面で観察したりしながら、認知機能障害の有無を評価する方法である。質問法とは、特定の心理テストを用いて認知機能障害の有無や程度を評価する方法である。ここでは、観察法と質問法を組み合わせ、記憶障害、見当識障害、判断力・問題解決能力の障害を評価する方法を解説する。

#### 3-1 記憶障害の評価

アルツハイマー型認知症では、軽度認知症の段階で、日常生活に支障を来すような近時記憶障害が認められる。本人や家族に対する問診を通して以下のような具体的エピソードを聞きとることで近時記憶障害の存在を確認することができる。

##### 【観察法】

- ①財布や鍵など、物を置いた場所がわからなくなることが頻繁にある。
- ②いつも探しものをしている。
- ③同じことを何度も繰り返して話したり、尋ねた

りする。

- ④同じものを何度も買ってきたりすることが頻繁にある。
- ⑤電話に出ても、誰からの電話だったのか、どのような用件だったのかを忘れてしまう。
- ⑥5分前に聞いた話を思い出せない。
- ⑦約束や予定を忘れてしまうことが多い。

##### 【質問法】

- ①今日の午前中は何をしておりましたか（正解を家族に確認する）。
- ②ここまでどうやって来られましたか（正解を家族に確認する）。
- ③昨日は1日何をしておりましたか（正解を家族に確認する）。
- ④最近、誰かが家に訪ねて来られましたか（正解は家族に確認する）。

本人に、実際にその場で何かを記憶してもらい、数分後にそれを思い出してもらうという心理テスト（遅延再生課題）を行う。

「私が今から言う3つの言葉を同じように言ってみてください。しばらくしたらもう一度聞きますから、覚えておいてくださいね。」（例：桜、猫、電車）  
※2～3分経過したら「先ほど覚えた3つの言葉は何でしたか？」と言って回答してもらう。

認知症が中等度以上になると新しい出来事はすぐに忘れてしまい、遠い昔の出来事に関する記憶の障害（遠隔記憶障害）も見られるようになる。遠隔記憶障害を確認するために、自然な日常会話の中で本人の生活史について聞いてみる。

- ①お生まれはどちらですか
- ②最後に卒業された学校はどちらですか。
- ③ご兄弟は何人いらっしゃるのですか。ご兄弟の名前は覚えていますか。
- ④旦那様（奥様）が亡くなられたのはいつですか。
- ⑤お子さんの名前を教えてください。

#### 3-2 見当識障害の評価

以下のような具体的エピソードから「時間の見当識障害」を確認することができる。

## 【観察法】

- ①いつも日付がわからないということはありますか。
- ②午前か午後かわからなくなってしまうことがよくありますか。
- ③昼と夜を取り違えることはありますか。

## 【質問法】

- ①今日は何月何日ですか。
- ②今の季節は春夏秋冬のいずれですか。今は何時頃だかわかりますか。

中等度認知症になると、「時間の見当識障害」とともに、「場所の見当識障害」も認められるようになる。「場所の見当識障害」を確認するために、下記のような質問を本人にしてみることもできる。

- ③今いるところ（ここは）どこですか。今いるところ（ここは）何県ですか？
- ④ここは何階ですか。ここは誰の家ですか。

重度認知症になると「場所の見当識障害」とともに「人物の見当識障害」も認められ、親しい知人、家族や親戚を見ても、誰だか認識することができなくなる。

### 3-3. 判断力・問題解決能力の障害

軽度認知症では、日常生活や行動は概ね普通でも、所々に「問題解決能力の障害」が疑われるエピソードが認められる。以下のようなエピソードがあれば、問題解決能力の障害が疑われる。

## 【観察法】

- ①仕事上の失敗が多くなった。
- ②年金や税金の申告書が自分で作成できなくなった。
- ③預貯金の出し入れが自分でできなくなった。

認知症がさらに進行して中等度認知症以上になると、態度や行動から明らかにわかるような社会的判断力の低下が認められるようになる。

- ④季節や状況に合った服を自分で選ぶことができない。
- ⑤人が来ても挨拶もしなくなった。
- ⑥隣の人の食事をとって食べてしまう。
- ⑦家の中で一日中ぼんやりして、何もせずに過ごすことが多くなった。

### 3-4 生活機能障害の評価

生活機能は日常生活動作能力（Activity of Daily Living；ADL）と呼ばれる。ADLの中でも、自分自身の身の回りのこと（排泄、食事、着替え、身繕い、移動、入浴）を自立して行う能力は基本的日常生活動作能力（Basic Activities of Daily Living；BADL）と呼ばれ、社会生活（電話の使用、買い物、食事の支度、家事、洗濯、交通手段を利用した移動、服薬管理、金銭管理）を自立して営むために必要な能力は手段的日常生活動作能力（Instrumental Activities of Daily Living；IADL）と呼ばれる。一般に、認知症が軽度の段階ではIADLのみが障害され、中等度になるとBADLが部分的に障害され、重度になるとBADLが全面的に障害される。

#### （1）家庭外の生活を自立して行うためのIADL

軽度認知症の段階で、家庭外の社会生活（仕事、買い物、ビジネス、金銭の取り扱い、ボランティア、地域活動など）に支障が現れ、次第に活動範囲が狭まっていく。これらの障害は判断力や問題解決能力とも密接に関連している。以下のような質問を身近な人に尋ねることによって家庭外のIADLの障害を確認することができる。

## 【観察法】

- ①以前と同じように、仕事は支障なくできるか。
- ②地域活動やボランティア活動は師匠なくできるか。
- ③バスや電車などを使ってひとりで外出できるか。
- ④預貯金の出し入れはひとりでできるか。
- ⑤家賃や公共料金の支払いはひとりでできるか。
- ⑥年金や税金の申告書をひとりで作成することができるか。

#### （2）家庭内の生活を自立して行うためのIADL

軽度認知症の段階では、家庭生活にも支障が見られるようになる。また、趣味や社会的な出来事に対する関心も失われていく。このような家庭内のIADLの障害は、一人暮らしを独立して営むために必要な能力と考えられる。以下のような質問を身近な人にすることによって家庭内のIADLの障害を確かめることができる。

## 【観察法】

- ①エアコンをひとりで使えるか。
- ②電話番号を調べて、電話をかけることができるか。

か。

- ③薬を決まった時間に決まった分量飲むことができるか。
- ④掃除機やほうきを使って掃除ができるか。
- ⑤洗濯物・食器などをもとあった場所に片づけることができるか。
- ⑥これまで好きでやっていた趣味は今も続けているか。

### (3) 身の回りのことを自立して行うためのBADL

BADLは自分自身で生命を維持するための基本的な機能である。軽度認知症では、通常、BADLは障害されていない。中等度認知症ではBADLが部分的に障害されるために部分介助が必要となり、重度認知症はほぼ全介助が必要になる。

## 3-5 周辺症状の評価

認知症ではさまざまな精神症状や行動障害が認められる。こうした症状は、従来から、認知症の「周辺症状」「辺縁症状」「問題行動」などさまざまな名称で呼ばれてきたが、1996年の国際老年精神医学会「認知症の行動障害に関するコンセンサス会議」において、「認知症の行動・心理症状」(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)という呼称が提唱された。BPSDは「認知症患者に頻繁に見られる知覚、思考内容、気分、行動の障害の症候」と定義されており、認知症患者の施設への入所、医療機関への入院、救急医療の必要性を高め、機能障害を悪化させ、介護者の介護負担を大きくし、認知症患者本人と介護者のQOLを低下させ、医療・介護費用を高める重大な要因になることが明らかにされている。主なBPSDについて解説する。

#### (1) 妄想

「人が物を盗む」(物盗られ妄想)、「家の中に人が侵入する」(侵入妄想)、「私を家から追い出そうとしている」(被害妄想)、「毒を入れられる」(被毒妄想)、「配偶者は偽者である」(替え玉妄想)、「家に見知らぬ人が住んでいる」(同居人妄想)、「見捨てられる」(見捨てられ妄想)、「配偶者が浮気をしている」(不義妄想)など。

#### (2) 幻覚

幻視、幻聴、幻嗅、幻触など。幻視では、「現実にはいない人を家の中で見る」(すでに死亡している人

など)という体験が多いが、これは誤認に分類されることもある。幻視が目立つ場合にはレビー小体型認知症が疑われる。

#### (3) 誤認

代表的な誤認には、①カプグラ症候群：「人物がよく似た偽者に置き換わっている」、家、ペット、物体で認められることもある(重複記憶錯誤ともいう)。②フレゴリ症候群：「人が自分に影響を及ぼそうとして別の人間のふりをしている」などがある。

#### (4) 抑うつ状態

抑うつ気分はアルツハイマー病患者の40～50%に見られる。気持ちが沈み、悲観的になる。認知症が進むに従い、コミュニケーションの問題が増してくることや、アパシー、体重減少、睡眠障害、焦燥が生じやすくなることから、抑うつ状態の同定が難しくなる。

#### (5) アパシー

日常の活動や身の回りのことに興味をなくし、さまざまな社会的なかわり、表情、声の抑揚、情緒的反応、自発性を失った状態である。アパシーも抑うつ状態も意欲低下を生じるが、アパシーでは抑うつ気分は目立たない。

#### (6) 不安

経済状態、将来、健康についての懸念が繰り返し述べられる。例えば、これまではストレスと感じなかったちょっとした事(例：家を離れる)について心配したりする。将来の出来事に対して繰り返し尋ねるような不安はGodot症候群と呼ばれ、介護負担も大きい。

#### (7) 徘徊

人の後についていく、しつこくつきまとう、ぶらぶら歩きまたは探し回る(家の周りや庭を歩き回って、何か仕事をしようと無駄な試みをする)、目的なしに歩く、夜間に歩く、とんでもないところに向かって歩く、活動過多、さまよい歩き、家へ連れ帰る必要が生じる、繰り返し家を出ようとする、などがある。

#### (8) 焦燥

「その人の要求や困惑から直接生じた結果とは考えられない不適切な言語、音声、運動上の行動」という広い概念である。①身体的攻撃性のない行動(全般的な不穏、わざとらしいことを繰り返す、部屋の中

を行ったり来たりする), ②言語的攻撃性のない行動(拒絶症, ひっきりなしに注意を促す, 威張った言葉使用, 不平や泣きごと, 話に割り込む), ③身体的攻撃性のある行動(叩く, ひっかく, つかむ, 蹴る, 咬む), ④言語的攻撃性のある行動(大声で叫ぶ, ののしる, かんしゃくを起こす, 奇妙な音を出す)に分類される。

### (9) 破局反応

怒り反応とも呼ばれる。環境ストレスによる過剰な情緒反応。脳損傷のある患者に能力を超える形で何かをするようなストレスを加えた場合に生じる。①突然の怒りの爆発, ②言語的攻撃性(叫ぶ, ののしる), ③身体的攻撃性(叩く, 蹴る, 咬む)などがある。

### (10) 不平を言う

認知症患者にしばしば繰り返し見られる行動である。例えば、「私の物を盗んだな」「あなたっていじわるね」「家に帰りたい」などで、これによって介護者が傷ついたり、介護者との間で言い争いが起こったりする。

### (11) 脱抑制

衝動的で不適切な行動, 気を散らしやすく, 情緒的に不安定, 洞察や判断力に乏しく, それまでの社会行動レベルを維持できない, 泣き叫ぶ, 多幸感, 言語的攻撃性, 他者および物体に対する攻撃性, 自己破壊行動, 性的脱抑制, 精神運動焦燥, 衝動性などがある。

### (12) じゃまをする

要求が強く, せっかち, しつこい, 押しの強い行為で, そのために介護者が何かをいやいやすることになるような行為。じゃまをしがちな患者は, 招かれてもいない状況に無理やり入り込んだり, 他人が持っている物や楽しんでいる事柄のじゃまをしたりする。

### (13) 拒絶症

「協力するのを拒むこと」と定義される。ここには, 頑固, 非協力的な行動, 介護に対する抵抗などが含まれている。

## 3-6 身体合併症

認知症では, しばしば, さまざまな身体疾患や身体機能障害の合併が認められる。高齢者によく見ら

れる徴候のことを“老年症候群”と呼ぶが, 認知症では, 健常の高齢者よりも, 老年症候群がより強く現れる傾向がある。また, 認知機能障害や生活機能障害によって健康を保持するための自立的活動が障害され, 慢性の身体疾患を悪化させることも多い。

認知症によく見られる身体疾患として特に留意されるべきものには, 以下がある。

- (1) 全身疾患(脱水症, 低栄養, 電解質異常など)
- (2) 呼吸器疾患(誤嚥性肺炎, 慢性閉塞性肺疾患, 肺結核, 肺癌など)
- (3) 循環器疾患(高血圧症, うっ血性心不全, 虚血性心疾患, 心房細動など)
- (4) 消化器疾患(消化性潰瘍, 肝硬変, アルコール性肝障害, 癌など)
- (5) 腎疾患(腎硬化症, 高血圧症性腎症, 糖尿病性腎症, 慢性腎不全など)
- (6) 内分泌・代謝疾患(糖尿病, 甲状腺機能低下症など)
- (7) 泌尿器科疾患(下部尿路障害, 尿路感染症, 前立腺肥大症・癌など)
- (8) 整形外科疾患(骨粗鬆症, 骨折など)
- (9) 皮膚科疾患(褥瘡, 白癬, 疥癬など)
- (10) 眼科疾患(視力障害, 白内障, 緑内障など)
- (11) 耳鼻咽喉科疾患(難聴, めまいなど)
- (12) 神経・筋疾患(歩行障害, パーキンソン症候群, 脳卒中, 運動麻痺など)
- (13) 口腔疾患(う蝕, 歯周病など)

一般に, 身体疾患が増悪すれば周辺症状も増悪し, 周辺症状が増悪すれば身体疾患も増悪するという悪循環を形成しやすい。

## 3-7 社会的状況の評価

認知症では, 上記のような複合的臨床像が認められるために, 認知症をもつ人も, その家族も, さまざまな社会的困難に直面しやすい。

認知症の人を介護する家族は, 介護負担のために, 精神的・身体的健康を害することがある。また, 虐待や介護心中など深刻な事態に陥る危険性も孕んでいる。単身の場合には孤立状況におかれやすく, 経済被害を生じたり, 近隣トラブルを招いたり, 身体疾患の発見が遅れて救急事例化したりしやすい。このような困難な状況を回避するために, 現在の住まい, 家族状況, 経済状況, 介護保険サービスの利用の有無など, 社会的状況を評価しておくことは重要である。

## 4. 治療

### 4-1 一般医学的管理

患者・家族と協力関係を確立し、診断と総合評価のもとで、疾患の性質・症状・治療についての説明および助言を行い、安全を確保し（例：自動車運転の禁止など）、介護サービスとの連携、主治医意見書の記載、日常的な健康管理を継続することが認知症医療の基本である。高血圧、糖尿病、心房細動、虚血性心疾患、肥満、高脂血症などの生活習慣病は、VDのみならずADの危険因子でもあることから、その管理は特に重要である。重度認知症においては、水分・栄養の管理、排泄の補助、廃用症候群や褥瘡の予防と治療など、介護と密接に関連した医学的管理のニーズも高まる。また、介護者の負担を理解し、介護者の健康状態にも配慮することが認知症の医療に求められる基本的な役割の一つである。

### 4-2 非薬物療法

認知症の人は日々の暮らしの中で常に不安・混乱に陥りやすい状態に置かれている。認知症疾患とそれに伴う障害の性質をよく理解した上で、障害を補完するような日常生活の支援を心がけることが重要である。

本人の話を積極的に傾聴し、その人の体験を受容するアプローチ（支持的精神療法）は、障害を受け入れて環境に順応していくことに役立つ。その人の人生の歴史の回想に耳を傾けること（回想法）は、心理的な安定や認知機能の改善に役立つ可能性がある。

周辺症状が目立つ場合には、それがいつ、どこで、どのくらいの頻度で、どのようなことが引き金となって起こるのか、個々の患者を注意深く観察することから始める。引き金となる事象をできるかぎり回避すること、回避できないことであればそれを最小限にするために環境を整えることが重要である。軽い運動、レクリエーション、芸術療法などのさまざまなアクティビティは、周辺症状の改善に寄与する可能性があり、また人間的ケアの一部をなすアプローチとして支持されている。

### 4-3 薬物療法

認知症の薬物療法には、(1) 中核症状の改善や進行遅延を目的とするもの、(2) 周辺症状（BPSDやせん妄）の改善を目的とするものがある。

#### (1) 中核症状に対する薬物療法

認知症の中核症状に対する治療薬として現在保険適応となっているものは、ADに対するドネペジル（アリセプト）、ガランタミン（レミニール）、リバスチグミン（イクセロン・パッチ、リバスタッチ・パッチ）、メマンチン（メマリー）である（表8）。

#### (2) 周辺症状に対する薬物療法

##### ① 抑うつ症状

SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI（選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）が第一選択として使用されるが、不眠に対する鎮静効果を期待して、ミアンセリン（テトラミド）やトラゾドン（デジレル、レスリン）などの抗うつ薬を就寝前に投与することもある。FTLDに見られる常同行動や、食行動異常、興奮、焦燥、抑うつ、無感情に対してフルボキサミン（デジレル、ルボックス）やトラゾドンが有効であったという報告がある（表9）。

##### ② 幻覚、妄想、焦燥、興奮、攻撃性

環境調整などの非薬物療法を最初に検討した上で、症状が著しくかつ持続する場合に薬物療法を考慮する。錐体外路症状などの副作用発現の少なさから、非定型抗精神病薬が使用されることが多い（表10）。

##### ③ 睡眠障害

認知症では、レム睡眠潜時の延長、レム活動の減少とともに、昼夜逆転が生じやすい。日中はうとうとと過ごし、夕方から夜間にかけて覚醒して、徘徊や夜間せん妄に伴う異常行動が出現する。まずは非薬物的に昼夜のリズムをつけて、睡眠環境を調整することを考える。睡眠薬を使用する場合には、通常は、筋弛緩作用が少ない $\omega$ 1受容体作動薬や半減期の短い睡眠導入薬が使用される。ラメルテオン（ロゼレム）はメラトニン受容体作動薬であり、反跳性不眠や退薬症候群がないこと、転倒リスクが少ないことなどから安全性が高い薬物として期待されている（表11）。

表 8 アルツハイマー病の中核症状に対する治療薬

商品名	作用機序	適応重症度	剤形	用法	主な副作用
アリセプト	コリンエステラーゼ阻害薬	軽度～中等度	錠剤, 口腔内崩壊錠, 細粒, ゼリー	1日1回, 3mgで開始, 3～10mgで維持	消化器症状, 不眠, 不安, 焦燥, 易怒性
レミニール			錠剤, 口腔内崩壊錠, 液剤	1日2回, 8mgで開始, 15～24mgで維持	消化器症状, めまい
イクセロン・パッチ			貼付剤	1日1回, 4.5mgで開始, 18mgで維持	めまい
リバスタッチ・パッチ					
メマリー	NMDA受容体阻害薬	中等度～重度	錠剤	1日1回, 5mgから開始, 10～20mgで維持	めまい, 頭痛, 焦燥感, 眠気

表 9 抑うつ症状に対する治療薬

商品名	系統	用法	特徴・注意点
デジレル, ルボックス	SSRI	1日3回毎食後	開始時に悪心・嘔吐が出現することがある
パキシル		1日1回夕食後	
ジェイゾロフト		1日1回夕食後	
ミルナシプラン	SNRI	1日2回	尿閉が出現することがある
ミアンセリン	四環系	1日1回就眠時	眠気が強い, 不眠に対して鎮静効果が期待できる。
トラゾドン	異環系	1日1回就眠時	眠気が強い, 不眠に対して鎮静効果が期待できる。

表 10 幻覚, 妄想, 焦燥, 興奮, 攻撃性に対する治療薬

商品名	系統	用法	特徴・注意点
リスパダール	SDA (セロトニン・ドパミン遮断薬)	1日1～2mg	高用量で錐体外路症状出現, 水薬あり
ルーラン		1日8～12mg	セロトニン1A受容体に働くため, 抗不安効果あり, 錐体外路症状少ない。
セロクエル	MARTA (多元受容体作用抗精神病薬)	1日25～150mg	錐体外路症状の出現少なく, DLBで使用できる, 耐糖能異常出現, 糖尿病・糖尿病既往歴で禁忌
ジブレキサ		1日2.5～10mg	耐糖能異常出現, 糖尿病・糖尿病既往歴で禁忌
エビリファイ	ドパミン受容体部分作動薬	1日3～12mg	錐体外路症状少ない。

表 11 睡眠障害に対する治療薬

商品名	系統	用法	特徴・注意点
マイスリー	$\omega$ 1受容体作動薬	1回5～10mg	超短時間作用型, 筋弛緩作用が少なく, 脱力, 転倒, 記憶障害が少ないとされている。
アモバン		1回7.5～10mg	超短時間作用型, 筋弛緩作用が少ない。
ハルシオン	ベンゾジアゼピン系睡眠薬	1回0.125～0.25mg	超短時間作用型, 離脱症状注意。
ロゼレム	メラトニン受容体作動薬	1回8mg	デジレル, ルボックスとの併用禁忌



## 5. 連携のポイント

### 5-1 医療サービス

認知症の医療サービスには、診断と総合評価、中核症状に対する医療、周辺症状に対する医療、日常的な健康管理、身体合併症に対する医療、介護家族への支援、往診・訪問診療、デイケアやリハビリテーション、救急医療、終末期医療などがある。

#### (1) かかりつけ医

認知症に関する正しい知識と理解を持ち、地域で認知症の人や家族を支援する役割が期待されている。具体的には、①認知症の早期段階での発見・気づき、②日常的な身体疾患対応と健康管理、③家族の介護負担、不安への理解、④専門医療機関への受診勧奨、⑤地域の認知症介護サービス諸機関との連携などの役割が求められている（図2）。

#### (2) 在宅療養支援診療所

認知症が重度化し、ADLが低下し、外来通院の負担が大きくなった場合などに、かかりつけ医等が自宅や施設などに往診し、日常的な身体疾患対応と健康管理などの医療を行うものである。認知症をもつ高齢者が自宅や施設で長期的に生活が継続できるようにするための医療的支援と終末期医療（看取り）の役割が期待されている。

#### (3) 認知症疾患医療センター

平成20年度に創設された国の事業であり、専門医療機関としての機能（①専門医療相談、②鑑別診断と初期対応、③合併症・周辺症状に対する急性期医療）と地域連携機関としての機能（④かかりつけ医等の研修、⑤認知症疾患医療連携協議会の開催、⑥情報発信）が求められている。

#### (4) メモリークリニック（もの忘れ外来）

制度的に規定されている医療サービスではないが、認知症の診断、周辺症状への外来対応などを担う専門医療機関として広く普及している。精神科、神経内科、脳神経外科、老年内科などが、それぞれの専門性に応じて医療サービスを提供している。

#### (5) 一般病院

認知症に関連して発症・増悪する身体疾患の入院医療に対応している。転倒、脱水、発熱、誤嚥、意

識障害などのトリガーイベントを契機に救急搬送される認知症患者は多い。

#### (6) 精神科病院

精神病床に入院している認知症患者の約7割に入院治療または外来治療を要する身体合併症が認められ、約8割の患者にBPSDが認められている。わが国の精神科病院には、周辺症状と慢性身体疾患が併存する重度認知症患者が数多く入院している。

### 5-2 介護サービス

介護保険法に規定されている介護サービスには、居宅系サービス、地域密着型サービス、施設居住系サービスと、地域包括支援センターにおけるサービス調整がある。

#### (1) 地域包括支援センター

地域包括ケアシステムの理念を実現するための実践的な調整機関である。すなわち、「介護保険給付を中心に、保健医療福祉をはじめとする制度的サービスと地域住民の多様な支援活動を横断的に調整し、支援を必要とする人々に必要な支援を提供し、その人の権利を守り、尊厳ある生活を実現するために、地域社会を基盤として組織化された地域包括ケアシステムの構築を推進する」ことがその役割とされている。具体的な業務には、①地域ネットワークの構築、②実態把握、③総合相談、④権利擁護、⑤包括的・継続的ケアマネジメント、⑥介護予防ケアマネジメントがある。

#### (2) 居宅系サービス、地域密着型サービス

介護予防居宅サービスおよび地域密着型介護予防サービスは、居宅の要支援認定を受けた高齢者に対して予防給付によって提供されるサービスであり、居宅サービスおよび地域密着型サービスは、居宅の要介護認定を受けた高齢者に対して介護給付によって提供されるサービスである。

#### (3) 施設・居住系サービス

要介護認定を受けた高齢者に対して介護保険（介護給付）によって提供される施設サービスであり、介護老人福祉施設、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3類型がある。

### 5-3 地域連携の推進

認知症になっても、住み慣れた地域の中で、質の高い生活を維持していくためには、認知症疾患の診断と臨床像の総合的な評価に基づいて、適切な医療サービスと介護サービスを一体的に提供していく必要がある。そのためには、医療と介護が有機的に連

携する仕組みが必要である。地域包括支援センターにおける地域ケア会議、認知症地域支援推進員の配置、地域連携パスや情報共有ツールの作成、認知症疾患医療センターの設置、認知症対策推進会議や医療介護連携協議会の開催、専門職の研修や認知症サポーター養成事業などは、いずれも地域連携の推進をめざした事業と捉えることができる。

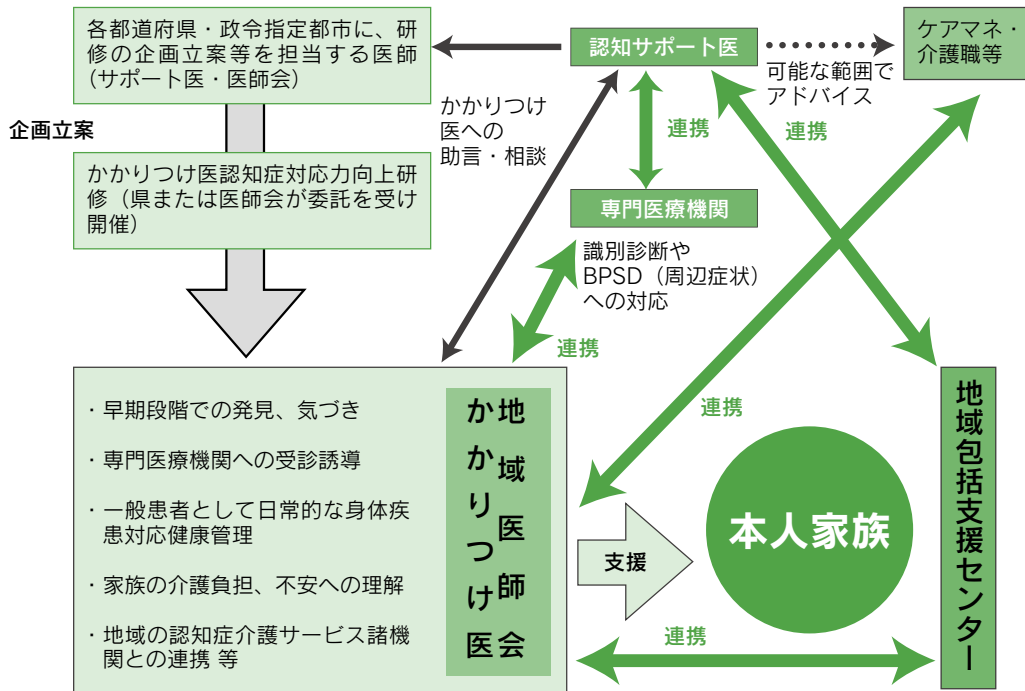


図2 かかりつけ医が参画した認知症高齢者の支援体制



参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 井藤 英喜・栗田 主一：スーパー図解 認知症・アルツハイマー病－予防・治療から介護まで、これで安心の最新知識・法研, 2010

### 日本語版 Mini-Mental State Examination (MMSE)[P.113] 診断基準

ミニメンタルステート検査 (MMSE) は、認知症の診断用に米国で1975年、フォルスタインらが開発した質問セットである。30点満点の11の質問からなり、見当識、記憶力、計算力、言語的能力、図形的能力などをカバーする。

24点以上……正常

20点未満……中等度の知能低下

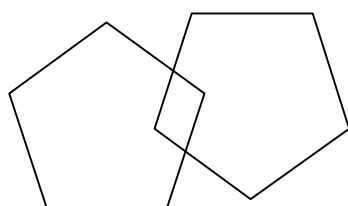
10点未満……高度な知能低下

認知症に見られる認知機能障害を簡便に評価するスケールには、このほか改訂長谷川式簡易知能評価スケールなどもある。

認知症の診断にあたっては、単に得点の数値を見るだけでなく、どのような認知機能が障害されているかを確認することが大切である。

日本語版 Mini-Mental State Examination (MMSE)  
チェックシート

	質問内容	回答	得点
1 (5点)	今年は何年ですか	年	
	今の季節は何ですか		
	今日は何曜日ですか	曜日	
	今日は何月何日ですか	月	
		日	
2 (5点)	ここは何県ですか	県	
	ここは何市ですか	市	
	ここは何病院ですか		
	ここは何階ですか	階	
	ここは何地方ですか (例: 関東地方)		
3 (3点)	物品名3個 (相互に無関係)。検者は物の名前を1秒間に1個ずつ言い、その後被検者に繰り返させる。正答1個につき1点を与える。3個すべて言うまで繰り返す (6回まで)。		
4 (5点)	100から順に7を引く (5回まで)。あるいは「フジノヤマ」を逆唱させる。		
5 (3点)	3で提示した物品名を再度復唱させる		
6 (2点)	(時計を見せながら) これは何ですか (鉛筆を見せながら) これは何ですか		
7 (1点)	次の文章を繰り返す。「みんなで力を合わせて綱を引きます」		
8 (3点)	(3段階命令) 「右手にこの紙を持って下さい」 「それを半分に折りたたんで下さい」 「机の上に置いて下さい」		
9 (1点)	次の文章を読んで、その指示に従ってください。 「目を閉じなさい」		
10 (1点)	何か文章を書いてください。		
11 (1点)	次の図形を書いてください。		
		得点合計	



## かかりつけ医の立場から ②

### ～かかりつけ医・かかりつけ薬局の重要性～

石橋クリニック 院長  
石橋 幸滋

ストレス社会と呼ばれる現代社会では、子供から老人まで全年齢層で心の病を抱える人が多く、かかりつけ医を訪れる患者の中にも情緒障害や不安障害の症状を示す人は少なくない。かかりつけ医としては、患者が抱える健康問題全てに対処したいと思っではいるが、忙しい外来で「眠れない」、「食欲がない」などよくある訴えの場合、じっくり話を聞いて心の問題を引き出したりするよりも、とりあえず睡眠導入剤を出したり、胃の検査を勧めてしまうことも少なくない。

必ずしもこのような対応が悪いというわけではないが、その時の対応次第で患者の精神状態が悪化したり、励ましが不幸を招くことがある。また、患者の中には、医師の前では何もないかのように振る舞って体調の悪さを隠す患者もいる。本来かかりつけ医であれば、ちょっとした仕草や話から心の病を見抜いて欲しいとは思いますが、これはなかなか難しい。

かかりつけ医として大切なことは、日頃から患者が何でも相談できる関係を作ると同時に、患者の心の状態に対しても常にアンテナを出しておくことである。その上で、地域の心療内科医や精神科専門医（以下専門医と略）との連携体制を構築し、必要な時に患者を紹介できる関係を作っておくことが重要である。また可能であれば、困った時にすぐ電話で相談できるくらいの顔の見える関係ができているとさらに良い。

また、このかかりつけ医と専門医との連携の輪に調剤薬局の薬剤師が加わることで、さらに患者を支える素晴らしい体制ができる。というのも、患者はなかなか医師に本音を話さないし、特に心の問題を一般医に相談しようとする患者は多くない。そんな時に敷居の低い薬剤師には悩みを打ち明けたり、日頃から健康相談役になっている薬剤師の一言が患者の本音を引き出すことがある。また、薬剤師が間に入ることで一般医と精神科医の連携がスムーズになったり、かかりつけ医への情報提供がなされることで患者を救うこともある。

東久留米医師会では、今年度より一般医と専門医だけでなく、かかりつけ薬局の薬剤師を加えた研修会を開催している。第1回目は精神疾患や自殺予防に関する専門医による講演会であったが、2回目は、症例にもとづいたグループワークを行い、各グループに専門医と一般医、そして薬剤師が混ざって有意義なディスカッションが行われた。年度内にもう1回これからの連携を考える研修会を開催する予定であるが、このような会を継続していくことが、患者の心の問題を解決し、自殺予防につながると考えている。

## 第10章 自殺とその予防

### Key Points

- 日本の自殺率は国際的にも高いレベルにある。ことに中高年男性の自殺者数が目立って多いが、近年は30歳代前後の男性の自殺率も上昇傾向にある。
- 自殺は、生活上の問題、喪失体験、身体の病気など、さまざまな要因が絡んで起きるものであるが、自殺者の多くが精神疾患を抱えており、なかでもうつ病は自殺の主要な危険因子である。
- 自殺はある日突然起こるものではなく、自殺念慮が徐々に強まって起こるものであるため、その過程の中で適切に発見・介入することが重要である。
- かかりつけ医は自殺予防の主役の一人である。うつ病など自殺につながる精神疾患を抱える患者の多くが、実際にかかりつけ医を受診している。
- 効果的な自殺予防対策として、医師は専門とする診療科にかかわらず、うつ病やアルコール依存症の診立てとプライマリケアレベルの対応に習熟することが望ましい。
- 患者に自殺念慮の存在が疑われるときは、ためらわず単刀直入に問診で訊ねるのがよい。自殺念慮に対しては、説教や叱責ではなく、共感的態度で患者の気持ちを受け止め、訴えに耳を傾ける。
- 自殺念慮が深刻なときは、患者を一人とせず、自殺手段から遠ざけ、精神科専門医に相談することを勧める。その場合も、患者が見捨てられたと受け取らないように、かかりつけ医として関わり続ける姿勢を見せるよう配慮する。
- 患者がどうにもならないと思い込んでいる問題に対しては、まずは対処可能な小さなステップに分けて解決を目指すよう助言し、役に立ちそうな地域の援助サービスを紹介することも自殺予防に有効である。

## 1. 疫学と概要

### 1-1 日本の自殺率は国際的にも高いレベル

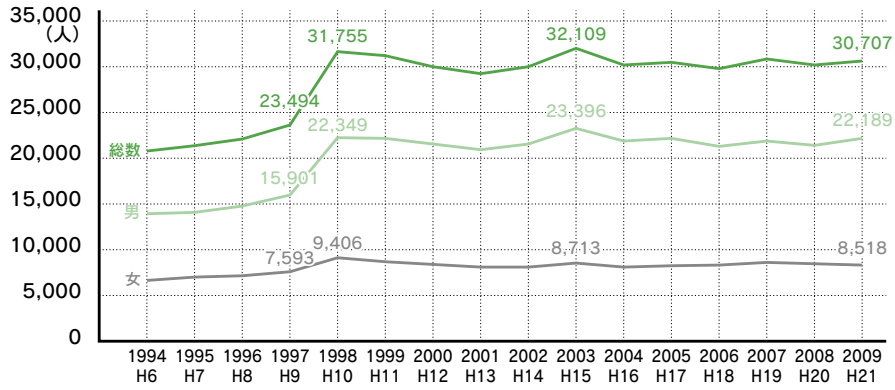
日本の自殺率は、世界で第6位と、国際的に見ても高いものであり、主要8カ国の中ではロシアに次いで高い。

日本の自殺者数は1998年に30%以上急増し、以降13年連続して年間3万人を超える高止まり状態が続いている(図1)。この自殺者数の増加は、主に中高年男性の自殺者数の増加によるものであり、女性の自殺者数は、比較的ゆるやかな増減はみられるものの、長期的にみるとほぼ横ばいで推移している。ただし、中高年男性の自殺率が、1998年の急激な上昇以降はゆるやかな下降傾向にあるのに対し、30歳代前後の男性の自殺率は現在も依然としてゆるやかな

上昇傾向にある。(図2～3)。

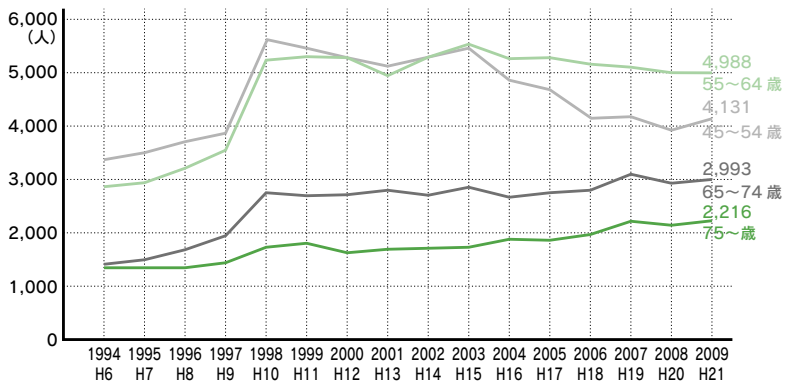
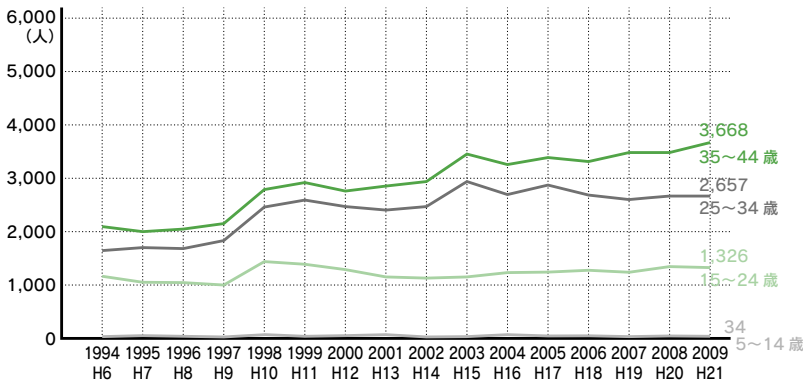
### 1-2 自殺の原因

自殺は心理、社会、生物、文化、環境といった多角的要素を背景とし、生活上の問題、喪失体験、身体の病気など、さまざまな要因が絡んで起きるものである。とはいえ、自殺者の多くが精神疾患を抱えており、なかでもうつ病が自殺の主要な危険因子である。自殺既遂者の90%以上が何らかの精神疾患を抱えていたことが明らかにされている(図4)。もっとも多いのはうつ病であり、自殺のおよそ30%～70%に関わっていることが報告されている<sup>1)</sup>。



厚生労働省「人口動態統計」より

図1 自殺者数の長期的推移 (人口動態統計)



厚生労働省「人口動態統計」より

図2～3 年齢階級別 (10歳階級) の自殺者数の長期的推移 (男性)

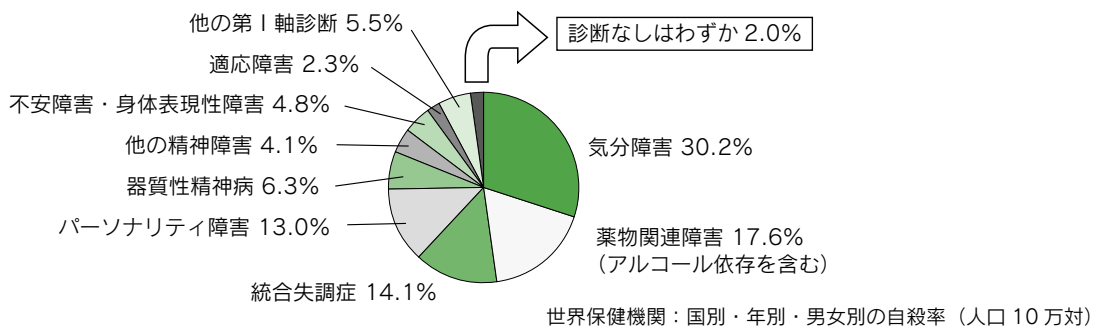


図4 自殺と精神障害

## 2. かかりつけ医は自殺予防の主役の一人である

### 2-1 身体疾患は自殺の危険因子である

自殺の危険性は身体疾患があると上昇する<sup>2)</sup>。また身体疾患を持つ人では、うつ病の有病率が高いことが分かっている。

#### (1) 神経疾患

てんかんは自殺の危険性の増大につながる。これは、てんかんにみられる衝動性、攻撃性の増加や、慢性の障害に起因すると考えられている。脊髄損傷、脳損傷も自殺の危険性を高める。脳卒中後には、19%の患者が抑うつ的となり自殺の危険性を示すことが報告されている。また、ハンチントン舞踏病、多発性硬化症などの変性疾患も、自殺の危険性を増大する。

#### (2) 悪性腫瘍

自殺の危険性は診断を受けた時が最も高く、進行性の悪性腫瘍で終末期の場合は、診断後2年間にリスクが高まる。また、癌性疼痛は自殺の危険因子となる。

#### (3) HIV感染/AIDS

HIV感染とAIDSは、若年者で自殺の危険性を高め、高い自殺率を示す。自殺の危険性は、診断が確定した時と病期の初期に高いことが報告されている。

#### (4) その他の疾患

その他、慢性の腎疾患、肝疾患、運動器疾患、心血管疾患、消化器疾患のような慢性疾患も自殺に関わることが分かっている。歩行障害や失明、難聴などの身体障害も自殺を促進する要因となる。慢性疼痛を伴う疾患も自殺の危険性を高める。

表1は、基本属性要因を調整した後の、身体疾患による自殺企図のリスクを調べた米国の研究結果である。AIDSは突出して高いリスクを示しているが、肺疾患、関節炎、高血圧、心疾患、腎疾患、潰瘍、ヘルニア、自己免疫疾患、胃部不調なども、自殺企図のリスクを有意に高めていることが分かる。ただし、うつ病やアルコール依存などの精神疾患の有無でさらに調整すると、肺疾患、潰瘍、AIDS以外のリスク上昇は有意でなくなることから、多くの身体疾患では、背景に精神疾患を合併していることによ

表1 身体疾患による自殺企図のリスク<sup>2)</sup>  
(オッズ比, 95%信頼区間)

身体疾患	自殺未遂なし N=5,581	自殺未遂 <sup>(a)</sup> N=290	自殺未遂 <sup>(b)</sup> N=290
肺疾患	1.0	2.6 <sup>*</sup> (1.8, 3.8)	1.8 <sup>*</sup> (1.1, 2.7)
関節炎	1.0	2.0 <sup>*</sup> (1.4, 2.9)	1.8 (0.9, 3.6)
高血圧	1.0	2.6 <sup>*</sup> (1.5, 4.6)	1.2 (0.7, 1.8)
糖尿病	1.0	1.1 (0.7, 1.6)	0.8 (0.3, 1.7)
心臓発作	1.0	2.9 <sup>*</sup> (1.1, 7.5)	1.9 (0.8, 4.6)
腎臓病	1.0	2.9 <sup>*</sup> (1.4, 6.1)	1.6 (0.6, 3.9)
脳卒中	1.0	2.6 (0.5, 14.8)	3.5 (0.3, 46.2)
潰瘍	1.0	3.2 <sup>*</sup> (2.0, 5.2)	2.1 <sup>*</sup> (1.3, 3.4)
AIDS	1.0	133.9 <sup>*</sup> (15.8, 1133.1)	44.1 <sup>*</sup> (10.5, 185.6)
ヘルニア	1.0	10.4 <sup>*</sup> (4.0, 27.4)	3.2 (0.99, 10.6)
自己免疫疾患	1.0	2.7 <sup>*</sup> (1.2, 6.3)	2.0 (0.8, 4.9)
胃の問題	1.0	2.6 <sup>*</sup> (1.5, 4.6)	1.2 (0.7, 2.0)

(a) 年齢、性別、人種、婚姻状態、教育、収入を調整

(b) 年齢、性別、人種、婚姻状態、教育、収入、大うつ病性障害、アルコール・物質依存、非感情性精神病性障害、社会恐怖、特定の恐怖症、パニック発作、反社会性パーソナリティ障害、双極性障害、全般性不安障害を調整

\*  $p < 0.05$

Goodwin RD, Marusic A, Hoven CW: Suicide attempts in the United States; the role of physical 2003. より

り自殺のリスクが高まっているものと考えられる。

### 2-2 自殺の直前にかかりつけ医を受診する人は多い

デンマークで行われた調査によれば、自殺既遂者のうち66%が自殺を実行する前の1ヵ月以内にかかりつけ医を受診していた。スウェーデンとスイスで行われた同様の調査でも、それぞれ41%、39%の自殺者が自殺直前の1ヵ月以内にかかりつけ医を受診していた。したがって、かかりつけ医がうつ病やアルコール依存症など自殺につながりやすい精神疾患を発見し、適切に介入することは、きわめて重要な自殺予防対策となる。

### 3. 自殺傾向の発見のポイント

自殺予防に関わる医師が心がけるべきことは、結果に責任を持つことではなく、自殺予防の過程に力を注ぐことである。

かかりつけ医は自殺予防に大きな役割を果たしうる。しかしながら、患者が自殺してしまうという結

果を恐れるあまり、関わり自体に後ろ向きになってしまうことも起こり得ることである。そこで大事なのは、目指すべき目標は「患者に関わり続けること」あるいは「支えてくれる周囲の人々と患者との関わりを促進すること」であり、「患者が自殺しないとい

#### 【自殺予防の有効な戦略】

2005年のJAMA<sup>3)</sup>に、自殺予防戦略の系統的レビューが掲載された。その中で、自殺率を下げる最も有効な戦略として紹介されたのは、自殺手段への接近制限、ゲートキーパー養成、ならびに医師を対象としたうつ病の認識・治療に関する教育である。

#### <ゴットランド島研究>

医師への教育プログラムが自殺予防に効果的であったことを示した研究として有名なものが、スウェーデンのゴットランド島で行われた研究である<sup>4)</sup>。1983年から84年にかけて、人口5万6千人の島で、一般医を対象としたうつ病に関する教育プログラムが行われた。島にいた18人の一般医の約9割が教育プログラムを受講し、残りの医師にも講義資料が配布された。教育プログラムの内容は、うつ病の疫学や発生要因、心理社会的背景に加え、治療方法、症例を用いた討議を含むものであった。患者の年齢層別に、児童・思春期患者についてのプログラム、高齢者についてのプログラムも提供された。この教育プログラムが施行された後、表2に示すように、ゴットランド島では有意な自殺率の減少を認めた。

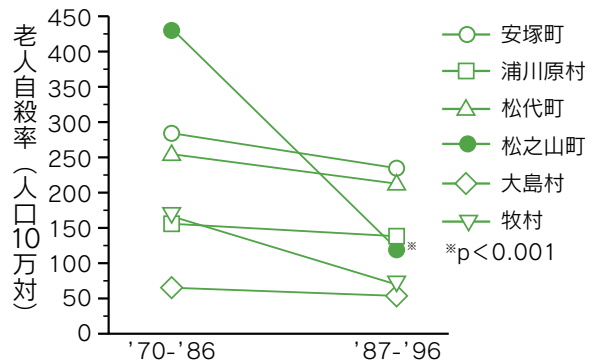
#### <松之山町研究>

上記のゴットランド島での研究を皮切りに、世界各地で一般医を対象としたうつ病教育プログラムの効果が検証されてきたが、日本でも類似の研究が存在する<sup>5)</sup>。1986年から1996年にかけて、人口4,345人(1985年)の新潟県東頸城郡松之山町において、65歳以上の高齢者873人を対象としたうつ病のスクリーニングが行われた。同地域は、以前より高齢化が目立ち、また自殺多発地域として注目されていた。スクリーニングには、自記式抑うつ症状尺度(SDS)が用いられ、60点以上の高得点者を対象として、精神科医による診断面接が施行された。自殺企図の危険が差し迫っていると判断された場合には、ただちに精神科専門医療機関に入院依頼がなされた。それ以外のうつ病の高齢者は、精神科医から診療所医師に対して具体的な薬物治療内容の提案がなされ、保健師が訪問を含めた地域ケアの計画を作成し実施した。その結果、自殺予防活動前17年間の同町の高齢者自殺率は435人/10万人であったのが、活動後10年間は123人/10万人と激減した。この減少は、他の東頸城郡の5町村では認められなかった(図5)。

表2 うつ病に対する教育プログラムによる自殺予防の効果(1982—1985)

年	スウェーデン全体		ゴットランド島		χ <sup>2</sup> 値	p 値
	自殺者数(人)	人口10万対自殺率	自殺者数(人)	人口10万対自殺率		
1982	2,124	25.5	11	19.7	0.73	NS
1983	2,078	25.1	14	25.0	0.00	NS
1984	2,208	26.5	8	14.3	3.17	NS
1985	2,068	24.8	4	7.1	7.06	< 0.01

Rutz W, von Knorring L, Walinder J: Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. 1989 より

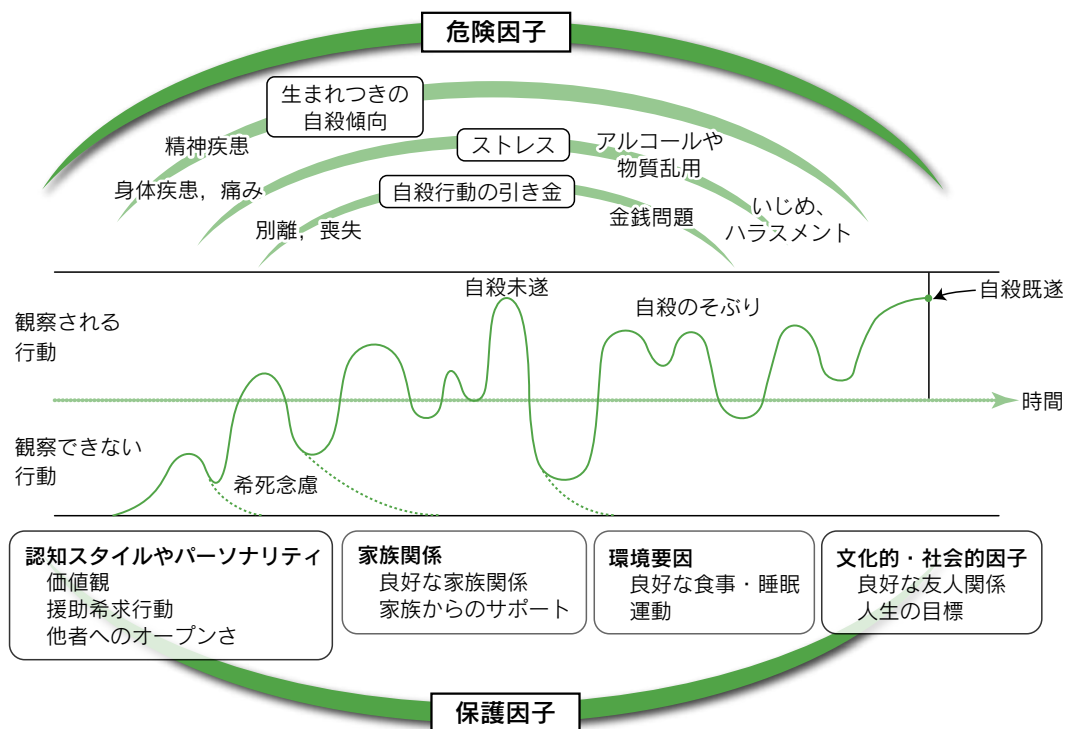


松之山町の老人自殺率は、自殺予防活動前(1970年～1986年)は434.6人/10万人であったが、自殺予防活動後(1987年～1996年)は123.1人/10万人に減少した(χ<sup>2</sup>検定, p<0.0001)。松之山町以外の東頸城郡5町村では有意な変化は見られなかった。

精神神経学雑誌 第100巻第7号(1998) 469-485頁より

図5 松之山町における自殺予防活動前後の老人自殺率の比較





Wasserman D(ed). Suicide: An Unnecessary Death. London. Martin Dunitz. 2001, p20. (編者の許可により引用, 改変)

図6 ストレス脆弱性モデルと希死念慮から自殺既遂に至る過程

う結果」ではないということである。

これまでの研究から、さまざまな自殺の危険因子が明らかにされてはきたが、残念ながらそれらの危険因子から個別の自殺を完璧に予測し阻止できるまでには至っていない。診察室から出て行った後の患者の行動をコントロールすることは困難であり、患者が実際に自殺を決行しようとした場合に、医師がそれを操作したり阻止することはできない。医師が関われるのは自殺予防の過程なのである。

### 3-1 自殺の起こり方

自殺は、ある日突然にひとつの事柄を原因として起こるというよりは、複雑な因子が絡み合って、徐々にその傾向が強まって起こることが多い(図6)。したがって、その過程の中で、自殺の危険性を発見し、適切な介入を行うことが重要である。

### 3-2 問診のポイント

#### (1) 自殺危険性の程度の把握

患者に自殺念慮の存在が疑われるときは、ためらわず単刀直入に問診で訊ねるのがよい。訊ねると、かえって寝た子を起こしてしまい、自殺に追いやる

のではというのは無用な考えである。共感的態度で真摯な対応をすれば、自殺念慮について話し合うことが自殺予防につながるのである。

自殺危険性には程度の軽重がある。それを踏まえて、問診では軽い程度から重い程度へと質問を進める。以下に、自殺念慮の存在が疑われる場合の問診例をあげる。

「もう生きている価値がないと感じることはありますか。」

「生きているのが嫌になることはありますか。」

↓

「もう死んだほうがましだとか、死んでしまいたいと思うことはありますか。」

「寝るときに、このまま目が覚めなければいいのに、と思うことはありますか。」

↓

「どんな風に死のうか計画を立てたことはありますか。」

「方法まで考えてしまうことはありますか。」

↓

「考えるだけでなく、何か方法を試してみたことはありますか。」

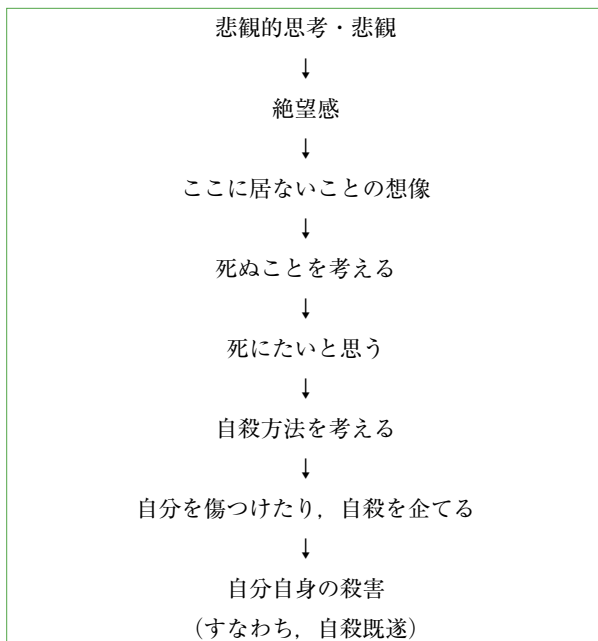
## (2) 自殺の計画の評価

自殺の計画を立てている場合、その致死性も評価する。一般により致命的と思われる自殺計画ほど危険性が高い。つまり、首吊り、高所飛び降り、電車への飛び込み、練炭（一酸化炭素）といった手段を考えている患者は、過量服薬、リストカットなどを考えている患者よりも自殺の危険性が高い。

計画の具体性も重要な要素である。たとえば、他人に発見されない場所や時刻に実行を計画している場合などは、自殺の危険性が特に高い。

また、自殺手段の入手可能性がより現実的な場合、自殺の危険性は高くなる。たとえば、向精神薬、農薬、毒劇物などを所有しているあるいは容易に手に入る場合である。

図7 自殺傾向のスペクトラム



Schneider RK, Levenson JL (井出広幸, 内藤宏監訳, PIPC 研究会訳): ACP 内科医のための「こころの診かた」—ここから始める! あなたの心療. 丸善出版, 2009 より

## 3-3 患者から自殺念慮を打ち明けられたときの対応

自殺を願う者のほとんどは、「死にたい」という気持ちと「生きていたい、助かりたい」という気持ちとの間で揺れ動いている。「生きていたい」という気持ちを支える働きかけを行うのがポイントである。

患者が、「もう死んでしまいたい」などと医師に打ち明けた場合、その患者は、誰でもよいから自殺念慮を打ち明けたというわけではない。「この人ならば、絶望的な気持ちを真剣に聞いてくれそうだ」との思いを持って、意識的・無意識的に特定の人物を選んでいるのである。

こうした時に、深刻な話を聞かされる不安から医師が話題をそらしたり、「死ぬ気があれば何でもできる」「命を粗末にしては駄目だ」などと、よくありがちな説教や叱責をすべきではない。患者は気持ちを言葉に出し、聞いてもらえることで、問題を冷静にとらえるきっかけになる。したがって、まずは時間をかけ共感的態度で患者の訴えに耳を傾け、その上で患者が抱えている問題を一緒に整理し、解決に向けた方法を考えていくことである。

こうした対処法は、カナダの自殺予防グループが「TALKの原則」としてまとめているものである。

Tell: あなたのことを心配しているということをはっきりと言葉に出して伝える。

Ask: 自殺のことをうすうす感じているならば、はっきりとその点について訊ねる。真剣に対応すれば、それを話題にすることは危険ではなく、むしろ自殺予防の第一歩となる。

Listen: 傾聴する。絶望的な気持ちを真剣に聴く。

Keep safe: 危ないと思ったら、その人を決して一人にせず、安全を確保した上で、必要な対処をする。危険だと考えられる人については、確実に精神科につなげる。

## 4. 自殺予防のポイント

### 4-1 精神疾患を見逃さない

日本では、中等症以上の精神疾患を抱えて何らかの助けを求める人のうち、少なくとも4人に1人が、精神科専門機関を受診せず一般医療機関を受診している。さらに軽症の精神疾患になると、精神科専門機関と一般医療機関を受診する患者の割合はほぼ

半々となる。また別の報告では、一般医療機関を受診した患者のうち、約9%にうつ病、約14%にアルコール依存症が認められた<sup>6), 7)</sup>。したがって、自殺予防の観点からは、診療科にかかわらず、医師はうつ病やアルコール依存症の診断と対応に習熟しておく必要がある。

各々の精神疾患の詳しい診断や治療の方法は各章

に譲るが、ここでは、自殺予防の観点から重要と思われる、うつ病とアルコール依存症の発見に役立つ質問を紹介する。

### (1) うつ病のスクリーニング

以下の2つの質問の両方に「はい」と回答した場合を陽性とする、感度95%、特異度90%でうつ病をスクリーニングすることができる。

- ①「憂うつですか（気分が落ち込みますか）。」
- ②「以前は楽しかった物事に対して興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがありますか。」

### (2) アルコール依存症のスクリーニング (CAGEテスト)

以下の4項目のうち、2項目以上あてはまる場合はアルコール依存症の可能性がある。

- ①「お酒の量を減らさなければいけないと感じたことがありますか。」

- ②「ほかの人からあなたの飲酒を非難されて気に障ったことがありますか。」
- ③「自分の飲酒について悪いとか申し訳ないと感じたことがありますか。」
- ④「神経を落ち着かせたり、二日酔いを治すために、「迎え酒」をしたことがありますか。」

## 4-2 うつ病への対処

診察の結果、はっきりと抑うつ症状を認めた場合は、「ストレスがたまつてつらそうですね。」「眠れないのが続くとおかしいですね」など、患者が感じているつらさに十分な理解を示した上で、精神科専門医療機関に相談することを勧める。また患者が見捨てられたと受け取らないように、かかりつけ医として関わり続けるという姿勢を示すよう配慮する。

患者が精神科受診をためらうような場合には、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）などの

### 【自殺の危険因子】

かかりつけ医における自殺傾向のスクリーニングが自殺予防にもたらす効果についての研究はまだ乏しく、ゴールド・スタンダードとなるような評価尺度もまだ存在しない。したがってここでは、1つの例として、自殺の危険因子について SAD PERSONS という記憶法を紹介しておく。

S : sex	男>女
A : age	特に中高年層
D : depression	うつ病の存在
P : previous attempt	自殺企図歴
E : ethanol abuse	アルコール乱用
R : rational thinking loss	合理的な思考法ができなくなっている状態
S : social support lacking	周囲からのサポートの不足
O : organized plan	具体的な自殺の計画
N : no spouse	配偶者がいない
S : sickness	慢性疾患

前述のように、精神疾患は自殺の主要な危険因子である。ことにうつ病患者は約15%が自殺で命を失う。精神疾患に伴う自殺の危険性は、症状が再燃・再発したときに増大する。うつ症状にパニック、強迫症状、極度の不安、躁症状などを伴う場合は、特に自殺の危険性が高い。またうつ病は症状がやや回復したときが、むしろ自殺の危険性が高まることもある。その理由は、抑うつ気分がいまだ十分改善していない中で、精神運動抑制が一部改善したために、行動化してしまうためであろうと言われている。

統合失調症患者も10人に1人は自殺に至るという報告があるが、統合失調症における自殺の60%は初回入院より6年以内に起こっており、治療初期の対応が特に重要である。また命令性の幻聴や強い迫害妄想がある時に希死念慮があると、自殺の危険性が高く危険である。物質依存、特に重症のアルコール依存症は自殺リスクが大きい。酩酊状態も自殺リスクのひとつである。したがってアルコール・薬物依存には十分注意を払うべきである。

自殺企図歴（自殺未遂歴）は、最も重大な自殺の危険因子である。自殺未遂者が、その後、自殺してしまう確率は、自殺未遂歴のない人に比べて、数十倍から数百倍高いといわれている。

上記のような自殺の危険因子に加え、自殺の促進因子（ひきがね）となりうる直前の生活上のストレスとしては、以下のようなものがある。自殺念慮が疑われる場合、こうした促進因子の存在にも注意すべきである。

- ・夫婦の別居 ・離婚 ・死別 ・家族機能の障害 ・職業上や経済上の状況変化（失業など）
- ・親密だった人からの拒絶 ・自分の犯した罪が露見する恥辱と脅威

抗うつ薬を少量より開始し、副作用に注意しながら増量する。抗不安薬や不眠に対して睡眠導入剤を併用することもある。SSRI投与に際しては開始時の賦活症候群（いらいらや攻撃性の増大）と中止時の退薬症候群（不安不穏）に注意する。また24歳以下の若年者では、SSRIの治療初期に希死念慮と自殺傾向が高まる可能性があるため、特に治療初期には、感

情や行動の変化に注意を払う必要がある。

### 4-3 問題解決アプローチ

自殺念慮の背景には、一つあるいは複数の生活上の問題が存在することが多い。問題解決アプローチとは、こうした問題を解決するために、直接的、実

#### 【WHOの提唱する9つの自殺予防に関するエビデンス】<sup>8)</sup>

##### (1) 精神神経疾患、アルコール・薬物依存のある人における自傷／自殺リスクの評価

保健医療従事者は、専門性にかかわらず、うつ病、躁うつ病、統合失調症、てんかん、アルコール性障害、認知症などを抱える人、精神疾患があると診断された子ども、および慢性疼痛や、最近の対人問題、喪失体験、他の大きな生活上の出来事による感情的ストレスを抱えている人に対し、最近1ヵ月間に自殺の考えや計画を持ったかどうか、最近1年間に自殺企図があったかどうかを、最初のアセスメントにおいて訊ね、さらに必要に応じて定期的のアセスメントすべきである。（推奨程度：強）

##### (2) 自殺の手段を遠ざける

自殺の考え、計画、行為などがある場合には、その本人、家族、その他身近な人たちに、自殺の手段（例：殺虫剤や他の毒物、薬物、刃物など）を遠ざけるよう指導すべきである。（推奨程度：強）

##### (3) 定期的な接触の有用性

非専門家による定期的な接触（電話、訪問、手紙、カード、簡易な介入や接触）は、最近1年間に自殺企図があった人に対し推奨される。接触は、最初のうちは頻繁にし、その人が回復してきたら頻度を下げる。接触は、状態や必要に応じて頻回としたり、時間を長くすべきである。（推奨程度：強）

非専門家による定期的な接触（電話、訪問、手紙、カード、簡易な介入や接触）は、自殺の考えや計画を最近1ヵ月間に持っていた人に対して考慮すべきである。接触は、最初のうちは頻回にし、その人が回復してきたら頻度を下げる。接触は、状態や必要に応じて頻回としたり、長くすべきである。（推奨程度：標準）

##### (4) 問題解決アプローチ

もし十分なマンパワー（例：スーパーバイズを受けた地域保健スタッフなど）があるならば、最近1年間に自殺企図がみられた人に対し、構造化された問題解決アプローチを考慮すべきである。（推奨程度：標準）

##### (5) 社会的サポートの利用

最近1ヵ月間に自殺の考えや計画を持った人、最近1年間に自殺企図があった人に対し、社会的サポート（公的その他の地域資源）の利用を促進すべきである。（推奨程度：強）

##### (6) 自殺企図による入院

自殺企図を防ぐために患者を一般病棟に入院させるのは通常勧められないが、自殺未遂後の医学的管理のために一般病院に入院することは必要である。このような場合、院内での自殺企図を防止するために、患者の行動を監視することが必要となる。（推奨程度：標準）

保健医療従事者が、深刻な自殺リスクを心配した場合（例：患者が暴力的である、極度に興奮している、コミュニケーションが取れないなど）、精神保健サービスへの緊急連絡を考慮すべきである。万一そうしたサービスが利用できず、リスクが続くときは、患者の行動を監視するために、家族、友人、関係者、その他の資源を活用すべきである。（推奨程度：標準）

##### (7) 自殺の手段を遠ざける

住民レベルで、自殺の手段（殺虫剤、刃物、高所など）を遠ざけることが勧められる。（推奨程度：強）

自殺による死亡、自殺企図、自傷行為を減らすために地域で実行可能な方法を見つけるため、保健関係と他の関連分野の協力を確立し、地域が積極的に関わる必要がある。（推奨程度：強）

##### (8) アルコールの入手を遠ざける

アルコール乱用の有病率が高い地域では、包括的な自殺予防戦略の一環として、住民レベルでアルコール乱用を減らす方策を実施すべきである。（推奨程度：強）

##### (9) 責任を持ち、落ち着いたメディア報道

責任ある自殺報道として、センセーショナルな言葉を用いない、自殺を正当化しない、写真呈示や自殺方法についての具体的描写を避ける、援助を求められる場所についての情報を提供する、といったことが、自殺を減らすために勧められる。保健担当部局は、メディアが自殺に関して責任ある報道を行うように援助・奨励すべきである。（推奨程度：強）

際的な解決法を提供するものである。それにはまず、援助者と患者とが一緒になって、患者の精神的健康にストレスとなって影響を及ぼしている問題を同定することから始まる。そして、できるだけその問題を、明確で扱い可能なレベルの課題に分けていく。その

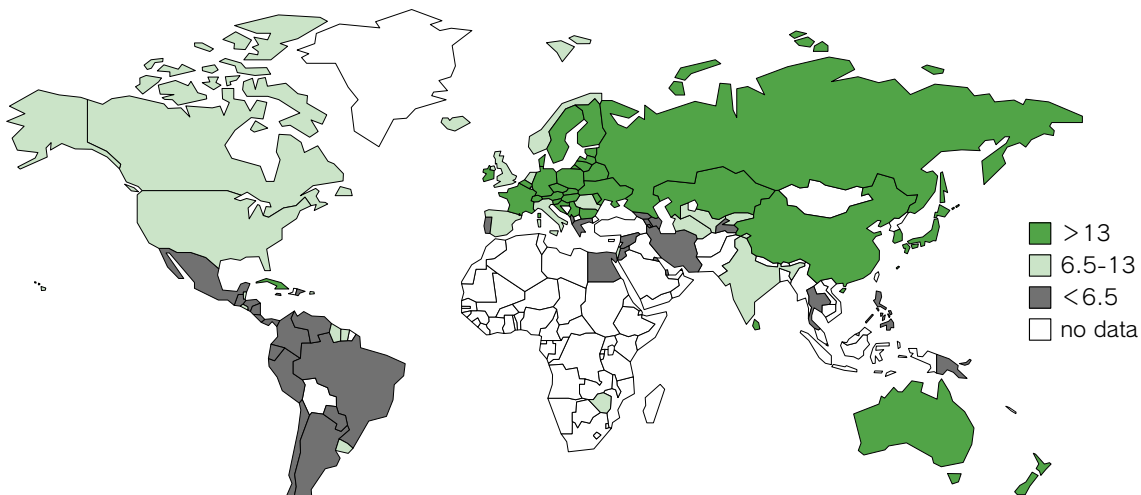
上で、分けられた個々の課題について解決し、対処戦略を立てていくというものである。この技法は、うつ病やアルコール依存症ならびに自傷行為に対処する時にも使うことができる。

### 【世界各国の自殺率】

世界では、毎年約100万人が自殺で命を落としている。人口10万人あたりに換算すれば16人となり、平均しておよそ40秒に1人が自殺していることになる。世界各国の自殺率を比較すると（図8）、北欧や東欧および日本や韓国などで高いことがわかる。

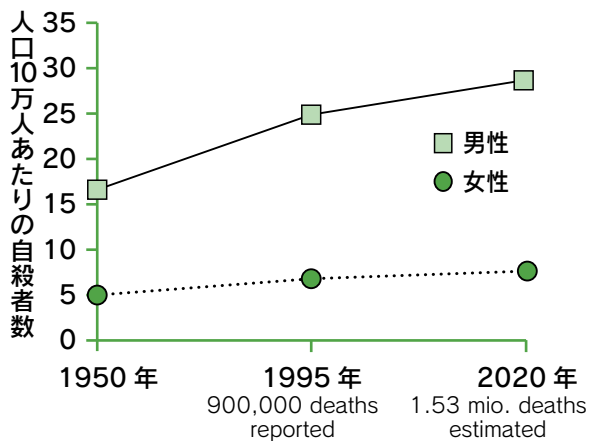
過去45年の間に、世界では自殺率が60%も増加した。自殺による負担が全疾患による負担に占める割合をDALYs（Disability-Adjusted Life Years：障害調整生命年）という指標を用いて測定すると、1998年には全疾患のうち1.8%であったが、2020年には2.4%にのぼると予測されている（図9）。なお、これらの数字は自殺未遂を含んでいないが、自殺未遂の件数は自殺既遂の件数の約10倍とも20倍以上とも言われている。

自殺と年齢の関係をもとみると、高齢男性の自殺率が最も高いが、44歳以下の若い世代の自殺率も上昇傾向にある（図10）。先進国および途上国の約3分の1の国々で、若者は自殺率の最も高いグループを形成しており、世界では毎年少なくとも10万人の思春期青年が自殺している。



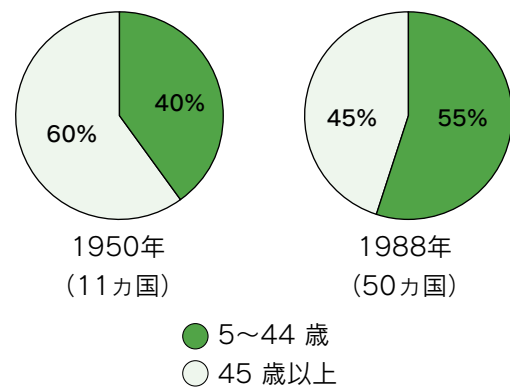
世界保健機関：Suicide Prevention～Live your life～より  
（10万人当たりの自殺者数/2002年3月現在）

図8 世界各国の自殺率



世界保健機関：Suicide Prevention～Live your life～より

図9 自殺率の推移と予測



世界保健機関：Suicide Prevention～Live your life～より

図10 自殺例において若い世代が占める割合の増加（1950-1998）

#### 4-4 各種機関とのつながり—ゲートキーパーとしての役割

自殺の危機にある人は、さまざまな生活上の問題を抱えていることがあるため、保健医療従事者だけでなく、いろいろな相談機関が協力して支える必要のあることが多い。たとえば、多重債務を抱えたうつ病患者は自殺のハイリスク者である。このような患者に対しては、医療や心理カウンセリングだけでなく、経済的問題に対して消費者生活センターや弁護士、福祉機関などが対応するといった幅広い支援が必要となる。こうした実際の支援を円滑に行うためにも、日頃から関連機関との連携関係を構築しておくことが必要になる。

目の前の患者に必要な援助者や相談機関を同定し、それらのサービスにつなげる場合、まずはサービス利用の有無を確認する。もしすでに利用している場

合は、実際にうまく相談ができているかどうかを確認する。必要があれば、本人の了解を得た上で、相談担当者に直接連絡する。サービス利用の経験がない場合は、同じく本人の了解を得た上で、相談担当者に連絡し、援助の必要性や状況を伝える。その上で相談予約を取るなど確実につながるようにする。また相談機関でどのような相談に乗ってもらうのか、あらかじめ患者と確認しておく。相談した結果については、患者から事後報告をしてもらう。

このように、患者が抱えている問題を同定して、適切な相談機関につなぐ役割をゲートキーパーと呼ぶ。上記のような丁寧な対応は、医師に限らず、看護師やソーシャルワーカーなどコメディカルが担うこともできる。ゲートキーパーとしての活動は、自殺行動を減らし、自殺予防にとって重要な役割を担うものである。

### 引用文献

- 1) 飛鳥井望. 自殺の危険因子としての精神障害—生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討—. 精神神経学雑誌. 1994. 96: 415-443
- 2) Goodwin RD et al. : Suicide attempts in the United States: the role of physical illness. *Social Science and Medicine*. 2003. 56: 1783-1788
- 3) Mann JJ et al. : Suicide Prevention Strategies A systematic Review. *JAMA*. 2005 (294) 16
- 4) Rutz W et al. : Frequency of suicide on Gotland after systematic postgraduate education of general practitioners. *Acta Psychiatr Scand*. 1989 (80) 151-154
- 5) 高橋邦明ほか : 新潟県東頸城郡松之山町における老人自殺予防活動—老年期うつ病を中心に—. 精神神経学雑誌. 1998. 100 (7) 469-485
- 6) Ohtsuki T et al. : Multiple barriers against successful care provision for depressed patients in general internal medicine in a Japanese rural hospital: a cross-sectional study. *BMJ Psychiatry*. 2010. Apr26; 10: 30
- 7) Yamada K et al. : Under-diagnosis of alcohol-related problems and depression in a family practice in Japan. *Asia Pacific Family Medicine*. 2008. Sep 29; 7 (1) : 3
- 8) World Health organization. : PREVENTING SUICIDE a resource for general physicians. 2000



### 参考図書 さらに理解を深めたい方に

- (1) 井出広幸, 内藤宏 : ACP 内科医のための「こころの診かた」—ここから始める! あなたの心療. 丸善, 2009
- (2) 杉山直也ら : プライマリ・ケア医による自殺予防と危機管理. 南山堂, 2010

# 第11章 精神科医療・精神保健福祉関係の制度

## 1. はじめに

精神保健および精神科医療、精神障害者福祉関係には、疾病の特徴や社会的背景をもとに特別な公的制度（以下、精神保健福祉制度）がある。ここでは、勤労世代の患者を想定して、一般診療科医や産業医と精神科医との連携において関係が深いものの概要

を、架空事例をまじえて紹介する。

なお、本章は2012年12月時点の情報に基づくものである。また、本章では、精神疾患患者のことを、精神保健福祉法での規定があることから、精神障害者と表記する場合がある。

## 2. 主な精神保健福祉制度

126ページの表に、主な精神保健福祉制度の要点を記載する。（表1）

### 2-1 精神通院医療に関する医療費自己負担の軽減

#### (1) 自立支援医療費（精神通院医療）

##### ① 概要

外来、往診、デイケア、訪問看護、薬代など、入院でない精神医療について自己負担を、原則1割（「世帯」所得に応じて月額上限あり）に軽減するものである。本制度での「世帯」とは、住民票での世帯のうち、本人と医療保険の種類が同じ人のことである。対象となる医療には、ICD-10のFコード「精神及び行動の障害」の疾患およびてんかんの治療のほか、薬の副作用の治療なども含まれる。利用できる医療機関は、病院、診療所、薬局、訪問看護ステーションで指定自立支援医療機関（精神通院医療）として都の指定を受けたものの中から本人が申請時に届け出たところである。東京都では、この制度を利用する人のうち非課税「世帯」人について、精神通院医療費自己負担がゼロになるように助成をしている。

※根拠法：障害者自立支援法

##### ② 利用方法

区市町村の障害福祉課等担当部署で本人が、次の

書類により申請を行う。

- (i) 所定の申請書
- (ii) 所定の様式の診断書（自立支援医療（精神通院医療）用のものまたは、精神障害者保健福祉手帳と同時に申請する場合は手帳用のもので兼用）
- (iii) 「世帯」構成のわかるもの（本人の医療保険の被保険者証の写しなど）、
- (iv) 「世帯」の区市町村住民税額を確認できる書類（国民健康保険の場合は全員のもの、それ以外の場合は被保険者のもの）

精神保健福祉センターでの判定を経て、自立支援医療受給者証（精神通院医療）が東京都から発行される。

申請時の届出に基づき受給者証に記載された指定自立支援医療機関（精神通院医療）で利用できる。利用にあたっては、受給者証を診療のつど提示する。

##### ③ 有効期間

1年（申請受理後満一年の前月末まで）

##### ④ 医療機関の指定

診療所等が「指定自立支援医療機関（精神通院医療）」の指定を受けるには、東京都福祉保健局障害者施策推進部計画課に申請を行う。都内の精神科を標榜する病院、診療所は殆どすべて指定を受けている。

表 1 主な精神保健福祉制度の要点

名称	主な内容	利用方法・手続き	問合せ先機関
自立支援医療 (精神通院医療)	精神科外来・訪問看護・薬代等の、入院でない精神科医療費の自己負担を原則1割に軽減。非課税「世帯」の利用者については自己負担なし(都独自助成)。	区市町村窓口にて、申請書・所定の診断書・「世帯」所得のわかる書類・「世帯」が確認できるもの。ここでの「世帯」とは、住民票上の世帯のうち医療保険が同一の者。	区市町村窓口 都立中部総合精神保健福祉センター 都福祉保健局精神保健・医療課
保護者制度	精神障害者に治療を受けさせ、財産上の保護を行う義務のある人。医療保護入院の同意を行うことができる。	次の順位で保護義務を行う。①後見人又は保佐人、②配偶者、③親権者、④扶養義務者のうちから家庭裁判所が選任した者	都福祉保健局精神保健・医療課
精神科の入院制度	①任意入院(本人の同意による入院) ②医療保護入院(精神障害のため入院の必要性が理解できず任意入院ができない場合) ③措置入院(精神障害のため自傷他人の恐れがある場合)などがある。	医療保護入院は指定医による診察後、保護者の同意により入院が成立。保護者がいない場合、扶養義務者の同意により医療保護入院ができる(保護者として家庭裁判所に選任されるまで4週間以内に限る)。	都福祉保健局精神保健・医療課
東京都の夜間休日精神科救急医療体制	精神科救急医療情報センターの電話受付とトリアージュにより受診調整。 ①精神科初期救急(外来対応レベル) ②精神科二次救急(医療保護入院等のレベル) ③身体合併症救急(身体合併症があり精神症状も入院相当なレベル)とがある。このほか、精神科緊急医療(警察官通報に基づき、緊急措置入院等で対応するレベル)も実施。	受診を希望する本人・家族は、所定の時間に、東京都保健医療情報センター(ひまわり)に、精神科救急受診希望の旨、電話相談。	都福祉保健局精神保健・医療課
精神障害者保健福祉手帳	支援が必要な精神障害者として公的に証明するもので、障害の重さに応じて1級から3級までの等級制。所得税等の減額免除、都営交通乗車証の発行、都内路線バス運賃の割引、都立施設の無料利用、携帯電話の割引などのサービスがある。手帳所持者は障害者雇用率の算定対象。	区市町村窓口にて、申請書「所定の診断書」または「精神障害による障害年金の証書の写し」写真を添えて申請。精神科初診から6ヶ月以上経っている必要がある。	区市町村窓口 都立中部総合精神保健福祉センター 都福祉保健局精神保健医療課
相談支援事業	障害者等からの生活に関する相談に応じ、必要な情報提供や助言、障害福祉サービスの利用支援などを行う。	区市町村の直営または委託、補助により、実施。都内ほぼ全ての区市町村で実施。	区市町村障害者福祉担当部署
障害福祉サービス	障害者自立支援法で定められた障害者向け対人的福祉サービス。精神障害者が利用するものに、グループホーム、就労継続支援B型、ホームヘルプなどがある。	区市町村障害者福祉担当部署に申請し、認定調査を経て支給決定がなされ、事業者と契約することで利用できる。ホームヘルプなどの介護給付では、申請にあたり主治医意見書が必要。	区市町村障害者福祉担当部署
障害年金	傷病のため一定以上の障害の状態となった人に対する公的な年金。	加入する年金の種類に応じて、所定の診断書等の申請書類を提出し、審査を上、支給について裁定。	加入する年金の窓口
成年後見制度	精神障害等で物事を判断する能力が十分でない場合、本人の権利を守る援助者(成年後見人)を選ぶことで法的に支援する制度。判断能力の程度により、後見、保佐、補助の3類型がある。	家庭裁判所に、診断書等を添えて申立て、選任審判がなされる。後見人、保佐人は医療保護入院の同意ができる保護者となる。	障害者の場合、区市町村や区市町村の委託相談支援事業者
リワーク支援	うつ病等精神障害者の職場復帰のための、主治医、企業側と連携した、計画的で総合的な支援。本人への訓練や心理的サポート等とともに、企業側への助言や援助を実施。	地域障害者職業センターに、本人が、主治医の了解を得て申し込む。	都内では、東京障害者職業センターおよび同多摩支所

注) 2011年12月時点のものである。要点を簡略に紹介したもののため、詳細は公式の説明文書ないし問合せ先に確認してほしい。



## 2-2 精神科入院に関するもの

精神疾患患者の入院医療においても本人の同意によることが原則である。しかし、入院医療が必要であるにも関わらず、精神疾患のために入院の必要性が理解できず、入院に同意ができないことがある。このため、人権に配慮しつつ、適切な入院医療を受けられるための特別の制度が定められ、入院にもいくつか種類（入院形態）がある。本人の意思によらない入院が必要との判断を行う法に基づく資格として精神保健指定医（以下、指定医）がある。また、本人に代わって入院の同意を行う保護者制度がある。

### (1) 保護者制度

精神疾患患者（精神障害者）に医療を受けさせたり、財産上の権利を守る役割を義務として担う人が保護者である。保護者には、①後見人または保佐人 ②配偶者 ③親権を行う人 ④扶養義務者となる。保護者に複数ある場合、順位づけが法に基づきなされ、①、②、③、④のうち家庭裁判所で選任された人の順となる。保護者がいない、もしくは、義務を行うことができない場合は、本人の居住地を管轄する区市町村長が保護者となる。

### (2) 本人の意思による入院（任意入院）

任意入院は、患者本人の同意に基づく入院であるが、本人から退院の申し出があっても指定医の診察によって医療及び保護のために入院の継続が必要と判断された場合は、72時間を限度として退院の制限がなされうる。

### (3) 本人の意思によらない入院

#### ① 医療保護入院

指定医の診察の結果、精神疾患にかかっており入院が必要だが、その精神疾患のために入院の必要性が理解できず任意入院ができる状況ではないと判断した場合、保護者の同意によって入院することができる。保護者がいない場合は、扶養義務者が家庭裁判所で保護者としての選任を受けるまでの間、4週間以内に限り、その扶養義務者が入院の同意を行うことができる。保護者がいない場合、保護者となりうる者がいてもその責務を果たせない場合は、区市町村長を保護者とすることができる。

一般診療科医が、患者を精神科に入院依頼する場合、保護者の有無や受診に同行できるかなどを把握し、伝達しておくとするスムーズである。

#### ② 措置入院・緊急措置入院

精神症状のため自傷他害の恐れがある事例については、知事の命令による強制入院である措置入院の制度がある。精神障害のため自傷他害の恐れのある事例に関し警察官、検察官、矯正施設、精神科病院、保護観察所等から通報等が都になされた場合、都は指定医による診察の必要性を調査したうえで、措置入院の必要性について指定した2名以上の指定医の診察を受けさせることができる。ここで、自傷とは、自殺企図等、自己の生命・身体を害する行為のことを指し、他害とは暴行・器物損壊等、刑罰法令に触れるような行為を指すものである。これらのうち最も件数の多い警察官による通報は保健所を経由して都になされる。

それらの診察の結果、入院させなければ精神障害のため自傷他害の恐れがあるとの判断が一致したなら、国立又は都立病院及び都の指定病院に措置入院させることができる。

ただし、急速を要する場合、精神保健指定医1名の診察に基づき精神障害による自傷他害の恐れが著しいとされた時には、72時間に限って緊急措置入院が行われる。緊急措置入院後72時間以内に、2名以上の指定医による診察がなされ、措置入院の必要性の判断がなされる。

一般診療科受診者においても、稀ではあるが、顕著な自殺念慮を伴う自殺企図や了解不能な暴力行為を契機として、警察が呼ばれて本人を保護し、都に上記の通報がなされる事例がある。

#### ③ 応急入院

応急入院は、本人及び保護者の同意が得られない（確認がとれない）が、指定医の診察の結果、直ちに入院させなければ患者の医療及び保護を図るうえで著しい障害があると判断した場合、応急入院指定病院に72時間を限って入院させることができるものである。この入院は、意識障害の疑いや昏迷状態など意思疎通が図れないが、医療に速やかにつなぐべき事例を想定している。

※根拠法：精神保健福祉法

## 2-3 東京都の精神科救急医療の仕組み

### (1) 概要

精神疾患をもつ人の夜間休日の救急受診のため、東京都では、病状や緊急度に応じて、精神科初期救急医療（外来）、精神科二次救急医療（入院）、精神科患者身体合併症救急医療（入院）、警察官通報に基づく精神科緊急医療を行っている。曜日ごとの対応

時間帯や確保している医療機関については図1を参照していただきたい。

## (2) 利用方法

夜間休日に精神科救急受診を希望する本人もしくは家族は、まず東京都保健医療情報センター（ひまわり）に電話をし、精神科受診を希望する旨を話すと、精神科救急医療情報センター相談員に転送され電話相談がなされる。病状等に応じたトリアージがなされ、必要に応じて、地域の医療機関の情報が与えられたり、初期救急や二次救急医療機関の受診の手配が行われる。受診先までの移動は本人・家族の確保した交通手段による（図1）。

## 2-4 生活を支える障害者福祉サービス

### (1) 精神障害者保健福祉手帳

#### ① 概要

精神疾患のある人が、一定の精神障害状態にあることを公的に証する手段となり、生活上の支援を受けやすくし、社会参加の促進に役立てるためのものである。精神障害者保健福祉手帳を以下、単に手帳と略す。

対象者は、精神障害のため、長期にわたり日常生

活又は社会生活への制約がある者と規定され、原因となる疾患としては、ICD-10のFコード（F7：知的障害、のみの事例は除く）の疾患とてんかんである。高次脳機能障害（F0：症状性を含む器質性精神障害）、発達障害（F8：心理的発達の障害、F9：小児期及び青年期にみられる行動および情緒の障害等）も含まれている。

※根拠法：精神保健福祉法

#### ② 手帳の等級

障害年金の等級に準拠し、以下の1から3級に分かれている。

- 1級：日常生活の用を弁ずることを不能ならしめる程度
- 2級：日常生活が著しい制限を受けるか、又は日常生活に著しい制限を加えることを必要とする程度
- 3級：日常生活又は社会生活が制限を受けるか、日常生活又は社会生活に制限を加えることを必要とする程度

#### ③ 手帳に基づくサービス（主なもの）

- (i) 税金の減額・免除：所得税，住民税，相続税，自動車税等
- (ii) 交通費の軽減：都営交通乗車証の発行（無料化），都内路線バスの運賃の割引（半額化）

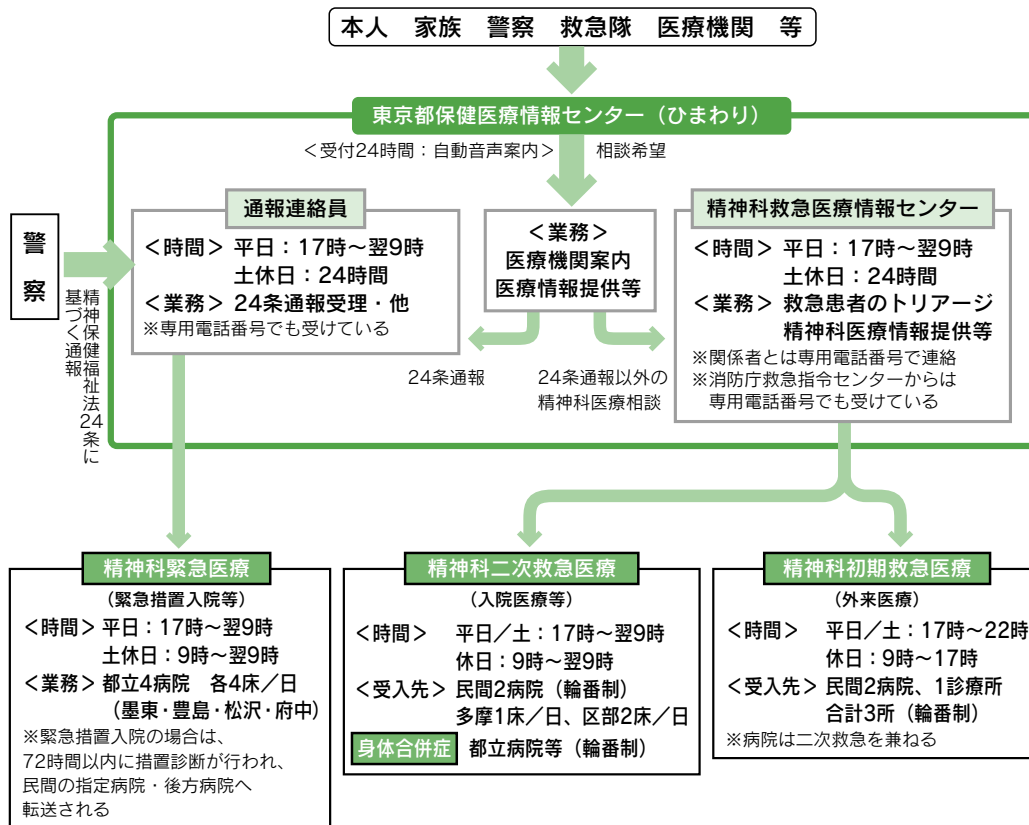


図1 東京都精神科夜間休日救急医療の流れ

- (iii) 生活保護の障害者加算（1・2級のみ）
- (iv) 都営住宅の優先入居
- (v) 都立施設の無料利用
- (vi) 携帯電話の料金割引、NHK放送受信料減免
- (vii) 障害者雇用として企業の障害者雇用率に算定できる
- (viii) その他、区市町村独自にサービスを行なっているところもある

#### ④ 有効期間

2年間

#### ⑤ 取得の方法

申請窓口は、居住地の区市町村担当窓口（障害福祉課等）。申請には、次の書類を提出する。

- (i) 手帳用申請書
- (ii) 診断書（手帳用）（精神障害に係る初診日から6か月を経過した日以後の日で作成され、作成日が申請日から3か月以内のもの）又は精神障害を支給事由とした障害年金もしくは特別障害給付金を現に受給していることを証する書類（年金証書等）の写し
- (iii) 本人の写真（縦4センチメートル×横3センチメートル、脱帽・上半身、申請日から1年以内に撮影したもの）
- (iv) 本人の住所と氏名を宛先として書いた葉書（引き渡し予定日を知りたい場合）

精神保健福祉センターで判定がなされ、等級が決まれば手帳が交付される。申請した区市町村窓口で渡される。この診断書を作成する医師は原則として精神科医であるが、一般診療科で精神障害やてんかんの診断や治療に従事する医師も作成できる。てんかんの患者について内科医が主治医となっている場合や、脳卒中後遺症の高次脳機能障害の診断や治療に脳外科医や内科医があたる場合などである。

## (2) 障害福祉サービス等

### ① 相談支援

精神障害者を含む障害者からの相談に応じ、必要な助言や情報の提供、障害福祉サービスの利用の支援などを行う。精神障害者の場合、自分の生活ニーズに対応したサービスに関する情報を得たり、正しく理解して適切に活用することに困難を感じる人が少なくないために、生活面の安心感が病状の安定に役立つ一方、日常生活上の悩みや不安が病状の悪化につながることも珍しくない。このため、相談支援は生活支援に留まらない意義がある。

都内各区市町村の地域生活支援事業の中で、直営、委託、補助の事業として実施されている。名称には「生

活支援センター」等のところが見られる。

### ② 障害福祉サービス

障害者自立支援法に基づき、区市町村からの個別給付の形で支給される、対人的福祉サービスである。ここでは、精神障害者がしばしば利用するものとして、グループホーム、就労継続支援B型、ホームヘルプを説明する。

#### (i) グループホーム（共同生活援助）

単身生活が難しい人を対象にした世話人付きの共同住居で、住居として借り上げたアパートの複数の部屋と、2DK程度の交流室と呼ばれる部屋から構成されるものが多い。交流室には世話人が主に夕方の時間を中心に待機し、利用者からの相談を受けたり日常生活の支援を行っている。週に1回～数回の夕食会を実施し、利用者同士の交流を図っている。対象は、精神障害者または知的障害者で障害程度区分1もしくは区分に該当しない人である。都では精神障害者のグループホームをアパートでの単身生活の準備段階と位置付けて通過型の整備を進めてきたこともあり、概ね3年の利用期限を定めているところが少なくない。グループホーム入居者のことでの相談があるときは、世話人が窓口となる。

#### (ii) ホームヘルプ（居宅介護）

単身生活で援助や介護を要する人に対して、自宅に出向いて家事援助や介護を行うサービス。調理や洗濯などの家事援助、入浴などの身体介護、単身での外出が困難な人への移動支援などがある。自立支援法では介護給付事業になるために、障害程度区分1以上の認定が必要となる。

#### (iii) 就労に関する支援

障害者の就労に関する福祉的支援のサービスは、機能に応じて、就労移行支援（雇用をめざす訓練等）、就労継続支援A型（雇用契約を伴う作業）、就労継続支援B型（雇用とは言えない働く機会提供）、に分類されている。もっとも利用者の多い就労継続支援B型事業所では、作業効率よりも、定期的な事業所への通所を通じた生活のリズム作りなどに力点が置かれているところもある。名称には「作業所」をつけているところも多い。

※根拠法：障害者自立支援法

### ③ 利用方法

申請窓口は区市町村障害福祉担当部署。申請書、世帯所得のわかるもの（区市町村民税額を証明するもの）、医師意見書（ホームヘルプ等の介護給付の場合）を提出。区市町村による認定調査、コンピュータ判定と審査会での二次判定による障害程度区分の決定（介護給付）などをへて支給決定がなされ、障

害福祉サービス受給者証が交付される。

障害程度区分とは、支援の必要量の目安となるもので、「非該当」ないし「区分1」～「区分6」までの6区分のいずれかに分けられ、数字が大きくなるほど必要なサービス量が多いとみなされる。障害程度区分に非該当でも、就労継続支援B型やグループホーム等の訓練等給付は利用できる。

支給決定に基づき、事業所と本人が契約を行うことでサービスが開始される。認定調査の項目は介護保険のものと共通点が多い。

#### ④ 費用負担

本人の利用者負担は、サービス費用の原則1割（世帯所得に応じた月額上限額が設定されている）であり、食費や水光熱費も自己負担となる。ここでの世帯の範囲は、障害者とその配偶者をさす。

※根拠法：障害者自立支援法

## 2-5 精神障害者の所得の保障(障害年金など)

### ① 障害年金制度の概要

公的年金加入者が精神疾患を含め傷病により障害をきたし、日常生活や就労で困難となった場合に受給できる。国民年金による障害基礎年金（1～2級）のほか、加入した年金保険者により障害厚生年金（1～3級）（船員保険による障害年金も同様）、障害共済年金（1～3級）があり、それぞれ窓口が異なる。加入および納付状況により年金額も異なる。20歳未満に初診日のある人はその後に年金未加入でも基礎年金を受給できる。障害年金制度は複雑なため、詳細は各年金保険者に問い合わせることが望ましい。

※根拠法：国民年金法、厚生年金法、共済年金法など

### ② 利用方法

加入する年金の種類に応じて、窓口在所定の診断書や申立書等の申請書類を提出。審査のうえ、裁定がなされる。

医師は、初診日の証明や、障害年金申請用診断書、現況届の作成で関与が求められる。

### ③ 特別障害給付金

国民年金が任意加入であった時代に未加入で基礎年金が受けられない人がかなりいる。特に統合失調症等の精神疾患は20歳前後に発症することが少なくなく、受診が遅れがちになることもある。1991年3月までに国民年金任意加入対象の学生だった人で障害基礎年金の障害状態が1、2級の人などを対象に、特別障害給付金（障害基礎年金の約半額）を受給できる。

## 2-6 精神障害者等の権利擁護 (成年後見制度)

### ① 概要

この制度の目的は、精神障害、知的障害、認知症により、適切な判断が出来ない状態にあり、十分理解できないまま本人に不利な契約を結ばされる等を防ぎ、法的権利を擁護するための援助をすることである。障害の重さにより「後見」「保佐」「補助」の3類型に分けられる。後見人や保佐人は、精神保健福祉法上の保護者となり、医療保護入院の同意も行える。

※根拠法：民法

### ② 手続きや相談

家庭裁判所に、4親等内親族や本人が診断書等の申立書を提出し、審判の上、後見人等が選任される。区市町村担当部署や区市町村社会福祉協議会で、成年後見制度の利用について相談を受け付け、助言等を受けられる。

## 2-7 就業や復職の支援

### (1) 地域障害者職業センター

#### ① 概要

障害者を対象に、ハローワークと連携して、職業指導、職業評価、職業準備支援、ジョブコーチ支援、職場適応指導等を行うほか、事業主（企業側）を対象に障害者採用や雇用管理、作業環境改善の助言等を行い、関係機関との連携や障害者雇用支援者の育成を行う。近年は、「精神障害者総合雇用支援事業」として、主治医、産業医等と連携しながら、精神障害者および企業に対して雇い入れや復職、雇用継続の支援を総合的に進める事業が注目されている。

#### ② 所在

都内には、区部に東京障害者職業センター（台東区）があり、多摩地域に同支所（立川市）が1か所ある。独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構が運営し、都道府県単位に設置されている。

#### ③ 利用方法

障害者は直接申し込みもしくは、求職登録者の場合はハローワークを通じて申し込める。

### (2) 精神障害者職場復帰支援

#### ① 職場復帰のコーディネーター

同センターがコーディネーター役となり、休職者（本人）・事業主・主治医との間でケース会議等を開催し3者の同意に基づいて、センターの支援期間、支援

目標、支援内容等を策定する。

## ② リワーク支援

前記のコーディネートに基づき、本人の体調や課題、事業所の状況等を把握して分析評価し、リワーク支援計画を作成する。そして、本人に対して基礎体力や集中力・持続力の向上、ストレス場面での気分、体調の自己管理や対人技能の修得をはかる通所プログラムを12～16週間実施し、事業主側にも復職に向けた職務内容や勤務条件のあり方、上司、同僚の理解の促進に関する助言や援助を行う。そして、リハビリ出勤支援として、復帰予定の職場での短時間の作業の体験をおこない正式な復職に向けて、不安の軽減、職場での適応性の向上をはかる。センター職員が事業所を訪問し、本人と事業主に指導や助言を行う。

※根拠法：障害者雇用促進法

## 2-8 精神科受診・精神障害者福祉について 相談できる公的機関

### (1) 保健所

#### ① 主な機能

心の健康問題や精神科受診に関し、患者本人・家族・医療機関職員を含む関係者から電話や対面で相談を行う。精神疾患が疑われるが受診を受け入れない人についての家族等の相談窓口ともなる。必要に応じて、保健師等による訪問指導も行う。区市町村、精神保健福祉センター等の関係機関と緊密に連携して問題の解決を図るほか、普及啓発活動を行う。

※根拠法：地域保健法、精神保健福祉法

#### ② 所在

区部では区ごとに、多摩地域では八王子市と町田市のほか各二次保健医療圏に1か所ずつ設置、島しょ地域では島しょ保健所のもとにいくつかの支所がある。

### (2) 精神保健福祉センター

#### ① 主な機能

精神保健福祉に関し、より専門性の高い相談指導を行う。電話や面接によるもののほか、アルコール問題、薬物乱用、ひきこもり等思春期精神保健について家族を対象とした講座も行う。精神科医、看護師、保健師、精神保健福祉士、心理職等の多職種の専門職員が配置されている。区市町村や保健所等と連携して、未受診等で地域生活に困難をきたしている事例への訪問型支援や認知症やその疑いのある事例で精神症状や問題行動のある事例の訪問診察も行

う。精神科デイケアを実施し、うつ病者の復職支援等に取り組んでいる。また、前述の、自立支援医療（精神通院医療）や精神障害者保健福祉手帳の判定も行う。精神保健福祉制度に関しても、都民や関係機関等からの問合せにも応じる。

※根拠法：精神保健福祉法

#### ② 所在

都内に3か所設置され、管轄地域は次の通り。

- 区部東部（千代田、中央、文京、台東、荒川、墨田、江東、北、板橋、豊島、足立、葛飾、江戸川の各区）と島しょ  
→都立精神保健福祉センター（台東区）。
- 区部西部（港、品川、目黒、世田谷、大田、新宿、渋谷、杉並、練馬、中野の各区）  
→中部総合精神保健福祉センター（世田谷区）
- 多摩地域  
→多摩総合精神保健福祉センター（多摩市）。

### (3) 区市町村障害者福祉所管部署

#### ① 主な機能

主に受診をしている事例について生活面での相談に応じ、自立支援医療（精神通院医療）、精神障害者保健福祉手帳、障害福祉サービスの申請を受け付ける。通常は保健師が配置されている。

※根拠法：精神保健福祉法、障害者自立支援法

### 3. 制度の利用事例（架空）

前節で述べた諸制度や公的機関の機能や利用方法を、事例を用いて理解をはかりたい。以下の事例は、複数の実際の事例を組み合わせた架空のものである。文中の下線部に、2. で述べた制度や機関を記した。

#### 事例1 うつ病と復職の支援

Aさん：40代、男性、会社員。家族は妻と中学生の娘。都内多摩地域P市在住。

Aさんは、大卒後約20年来B社に勤務。新設された課の課長に昇任し、馴れない管理業務に戸惑いながらも、連日の残業や頻繁な休日出勤をしていた。昇進から約1か月半後、頭重感、下痢と便秘の反復、不眠等が出現。近所の内科クリニックを受診したが、症状は改善せず。さらに食欲の低下や疲労感も加わり、出勤の苦痛を感じる用になった。業務への集中力の低下が上司からもみられ、心配した上司は本人と面接し、会社の産業医への相談を勧めた。産業医はAさんからこれまでの経過を聞いたうえで、「うつ病」の可能性のあることを伝え、Cメンタルクリニック（精神科）へ紹介した。Cメンタルクリニックを妻と受診したAさんは、精神科医から、診断はうつ病であり、通院治療・休業と自宅での休養が必要との説明を受けた。翌日から病気休暇となった。

Aさんは、通院加療と休養により改善し、1か月半後に復職した。復職後しばらくして、残業が増え、精神科通院を中断。その後、再び、不眠や疲労感が強まり、些細な業務上のミスから自分をひどく責めるようになった。感情不安定で死にたいとこぼすのを心配した妻が精神科の主治医に相談。結局、D病院精神科に、**保護者**である妻の同意で**医療保護入院**となった。約3か月の入院で自覚的には改善し退院し、Cメンタルクリニックへの通院治療を再開。本人は復職を望みつつ不安もみられた。妻や会社は、通院を自己判断で中断して病状再燃したことから、十分な治療を勧めた。

主治医は、本人に、①円滑な復職のための**地域障害者職業センター**（以下、職業センター）の**リワーク支援**の利用、②経済的な負担の軽減や公的なサービスの利用の便宜のために**自立支援医療（精神通院医療）**の利用および**精神障害者保健福祉手帳**（以下、手帳）の取得を勧めた。本人は、制度や公的な支援機関の利用にやや躊躇したが、妻とも話し合い主治医の勧めに従うこととした。まず、地元P市役所障害者福祉課で、自立支援医療（精神通院医療）と手帳を同時に申請した。

本人からの申し込みに基づき、職業センターは会社、主治医、本人の3者の合意のうえで、支援期間、支援目標、支援内容等を策定した。これに基づき、本人は、約4か月の同センターのリワーク支援のプログラムに通所し、リラクゼーション法の修得や対人関係の訓練などを行った。さらに、4週間の**リハビリ出勤**をへて、1日4時間の勤務から復職した。この間、職業センターは、会社に復職に向けての助言指導も行った。その後、Aさんは、通院を継続し、職務は変わったが会社で勤務を続けている。

#### 事例2 統合失調症と入院や地域生活支援

Mさん：（発症時）20歳、女性、大学生。両親と生活。都内区部に在住。

Mさんは、友だちから監視されていると言い、登校せず自宅に引きこもりがち生活となっていた。その後、早朝から近所の神社に参拝に行ったり、大学のノートを自分の部屋一面に張り付けるといった奇行が見られるようになった。心配した母親が、かかりつけの内科診療所から精神科のクリニックを紹介してもらった。母親は本人に受診を勧めたが、本人は「自分は病気ではない」との一点張りで受診を拒んでいた。

ある深夜に、「裸をする」と言ってお風呂に入った後で、自宅の仏壇を叩き壊し、大声をあげて裸のまま家を飛び出して、警察官に保護された。**警察官通報**によりE病院精神科に**緊急措置入院**となった。翌日、都から派遣された2名の**指定医による診察**の結果、「統合失調症」であり自傷他害の恐れがあるとして、**措置入院**が決まった。入院後は順調に回復し3か月ほどして退院し、**自立支援医療（精神通院医療）**の申請をして、週1回通院するようになった。しかし、家に戻ると以前のように部屋に閉じこもりがちになり、眠気を理由に精神科の薬をのまない日が続いた。一時登校した時期もあったが、再び早朝から神社に参拝するようになり、また自室に閉じこもりがちになった。

入院していた病院に家族が相談すると、「病院に連れて来れば入院はできる」といわれた。しかし、本人に

入院の話をして聞き入れず、ひきこもりと奇行が続いた。思い余って、以前保護された警察に父親が相談すると、保健所への相談を勧められた。そこで保健所に母親が相談すると、保健師が事情をよく聴いたうえで、自宅を訪問し本人に受診を勧めたが黙り込むばかりだった。

保健師は**精神保健福祉センター**に依頼し合同の事例検討会を行い、精神保健福祉センターの精神科医、精神保健福祉士等の多職種チームが訪問型支援（アウトリーチ支援）を行うこととなった。訪問した精神科医からは、本人や家族から丁寧に聴き取り、幻聴や被害妄想の再燃が明らかになり、速やかな受診が望ましいと判断した。精神保健福祉士からは、家族に入院の際の手続きなどを説明した。不眠や頭痛などの身体的な苦痛を手掛かりに、父親や保健師らの同行でなんとか精神科に受診させた。病院での指定医による診察を受け、**扶養義務者**である父の同意で**医療保護入院**となった。父親は3週間後に家庭裁判所で**保護者**として選任された。

入院後は徐々に病状が改善し、2か月後には**任意入院**に切り替え、数回自宅への外泊を行い、退院後は病院のデイケアに通所するという治療方針となり、約4か月の入院を経て自宅に退院した。バス代が無料になる乗車証や税金の軽減などのサービスの説明を受け、**精神障害者保健福祉手帳**を区窓口申請し、後日2級の手帳が交付された。

退院後、本人はデイケアに1年ほど定期的に通所し、順調に回復していった。**グループホーム**からデイケアに通っている他の患者と仲良くなり、本人もグループホームに入所して単身生活を希望するようになった。デイケアの職員の勧めで、区の保健師に相談すると、グループホームなどの**障害福祉サービス**を利用するには区への申請と認定調査が必要なこと、単身生活の準備は相談しながら計画的に行うのがよいと言われた。

両親は、単身生活について経済的な裏付けや金銭管理の経験の乏しさ、生活技術の乏しさを不安に感じていた。保健師との話し合いを通じて、**障害年金**を受給すること、当面小遣いの管理などから始め、どうしても金銭管理が困難な場合は、**成年後見制度**も考えられるとされた。グループホーム退所後の生活や病状管理について話し合わせ、生活や悩み事の相談に対応できる区の**相談支援**事業所や、**ホームヘルプ**や訪問看護も併せて利用することで、本人が望めば地域での単身生活は可能と両親も思えるようになった。

その後、本人は区への申請や認定調査を受け支給決定がなされ、グループホームに入所した。デイケアに約3年通所した後、**就労継続支援 B 型**事業所で働くこととなった。Mさんは、ゆくゆくは障害を開示して会社で働くことも考えている。

## 4. 制度改正の動向

次の制度改正が予定されており、公的機関のホームページ等で最新の状況を把握することが望ましい。

【制度改正が公式に検討されているもの】  
保護者制度、精神科の入院制度の見直し。

【障害者自立支援法改正（2010年）によるもの】

市町村の相談支援事業や利用者負担等（※施行：2012年4月から）。

## 5. 参考文献と Website

- (1) 東京都福祉保健局：2011 社会福祉の手引き。2011。
- (2) NPO 法人日本医療ソーシャルワーク研究会（編）：2011 年度版 医療福祉総合ガイドブック。医学書院、2011。
- (3) 精神保健福祉研究会（監修）：三訂精神保健福祉法詳解。中央法規、2007。
- (4) 厚生労働省みんなのメンタルヘルス総合サイト <http://www.mhlw.go.jp/kokoro/index.html>
- (5) 東京都福祉保健局 分野からのご案内 障害者 <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/index.html>
- (6) 都立中部総合精神保健福祉センター <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/chusou/index.html>
- (7) 独立行政法人高齢・障害・求職者雇用支援機構 <http://www.jeed.or.jp/ks.html>
- (8) 藤本豊、花澤佳代：よくわかる精神保健福祉。ミネルヴァ書房、2007。

## 【編集と執筆】

## 第1章 精神症状の診かたと連携 第5章 統合失調症

水野 雅文 (みずの まさふみ)

東邦大学医学部精神神経医学講座 教授

1986年 慶應義塾大学医学部卒業, 同大学院修了, 医学博士。イタリア政府給費留学生, パドヴァ大学心理学科客員教授, 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室専任講師, 助教授を経て2006年より現職。東京都精神保健福祉協議会理事長, 日本精神保健・予防学会理事長, 日本社会精神医学会副理事長, International Early Psychosis Association Board Member ほか。著訳書に、『統合失調症の早期診断と早期介入』(編著, 中山書店), 『精神科臨床倫理第4版』(監訳, 星和書店) など。

## 【執筆】

## 第2章 発達障害

田中 哲 (たなか さとし)

東京都立小児総合医療センター副院長

1979年 北海道大学医学部卒業, 同大学医学部精神科入局。北大医学部精神科山下格 (いたる) 教授門下で精神医学を学ぶ。1983年 市立札幌病院静療院児童部を中心に児童精神科医としての臨床活動を開始, 北小田原病院副院長, 東京都立梅ヶ丘病院精神科部長・副院長を経て現職。著書に『見えますか, 子どもの心』(いのちのこば社) など。

## 第3章 摂食障害 第4章 パーソナリティ障害

西園 マーハ 文 (にしぞの まーは あや)

財団法人 東京都医学総合研究所

「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト  
臨床児童精神医学研究室 室長

1985年 九州大学医学部卒業。1986年 英国エジンバラ大学留学, 慶應義塾大学医学部助手, 東京都精神医学総合研究所主任研究員, 同副参事研究員等を経て現職。2007年4月より慶應義塾大学医学部客員准教授。2008～2009年 ロンドン Institute of Psychiatry 客員研究員, 日本社会精神医学会理事, 日本摂食障害学会評議員。著書に『摂食障害のセルフヘルプ援助—患者の力を生かすアプローチ』(医学書院), 『産後メンタルヘルズ援助の考え方と実践』(岩崎学術出版社) など。

## 第6章 不安障害

中村 敬 (なかむら けい)

東京慈恵会医科大学附属第三病院 精神神経科 教授

森田療法センター長

1982年 東京慈恵会医科大学卒業。1986年 同大学院修了。1991年 プリティッシュ・コロンビア大学カウンセリング心理学科 客員助教授, 1995年より東京慈恵会医大附属第三病院精神神経科診療部長, 2002年 精神医学講座准教授, 2007年より東京慈恵会医大森田療法センター長。2008年より精神医学講座教授。日本森田療法学会理事長, 多文化間精神医学会, 日本サイコセラピー学会各理事ほか。著書に『神経症を治す—患者さんと家族, 同僚の方へのアドバイス』(保健同人社), 『不安障害—精神療法の視点から』(星和書店) など。

## 第7章 うつ病

大野 裕 (おおの ゆたか)

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

認知行動療法センター センター長

1978年 慶應義塾大学医学部卒業, 同大学精神神経学教室入室。コーネル大学医学部, ペンシルバニア大学医学部留学, 慶應義塾大学教授 (保健管理センター) を経て, 2011年6月より現職。日本認知療法学会理事長, 日本ストレス学会副理事長, 慶應義塾大学訪問教授・非常勤講師。著書に『はじめての認知療法』(講談社) のほか, 認知療法活用サイト『うつ・不安ネット <http://cbtjp.net>』監修など。

## 第8章 アルコール依存症

松本 俊彦 (まつもと としひこ)

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所  
薬物依存研究部診断治療開発研究室長

自殺予防総合対策センター副センター長

1993年 佐賀医科大学医学部卒業。神奈川県立精神医療センター, 横浜市立大学附属病院精神科などを経て, 現職。独立行政法人国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所, 薬物依存研究部 診断治療開発研究室長 (自殺予防総合対策センター副センター長兼任)。薬物依存の治療, ならびに中学高校でのアルコール・薬物や自傷行為についての調査や健康教育にも取り組む。日本アルコール精神医学会理事。著書に『薬物依存の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」症候群』(金剛出版), 『自傷行為の理解と援助—「故意に自分の健康を害する」若者たち』(日本評論社) など。

## 第9章 認知症

粟田 圭一 (あわた しゅいち)

東京都健康長寿医療センター研究所

自立促進と介護予防研究チーム 研究部長

1984年 山形大学医学部卒業。2001年 東北大学大学院医学系研究科精神神経学分野助教授, 2005年 仙台市立病院精神科・認知症疾患センター科長, 2009年 東京都健康長寿医療センター研究所研究部長, 仙台市立病院精神科・認知症疾患医療センター顧問, 東北大学大学院医学系研究科公衆衛生学分野非常勤講師を兼任。日本老年精神医学会評議員, 日本認知症ケア学会評議員, 仙台市認知症対策推進会議会長, 仙台市自殺対策連絡協議会会長ほか。著訳書に『スーパー図解 認知症・アルツハイマー病—予防・治療から介護まで, これで安心の最新知』(法研) など。



## 第10章 自殺とその予防

飛鳥井 望 (あすかい のぞむ)

財団法人 東京都医学総合研究所 副所長

「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト リーダー

1977年 東京大学医学部卒業。東京大学医学部附属病院分院神経科、東京都立墨東病院神経科医員、1987年 同医長。1992年 東京都精神医学総合研究所社会精神医学研究部門副参事研究員、2001年同社会精神医学研究分野長、2009年同所長代行、2011年4月より現職。日本トラウマティック・ストレス学会理事（初代会長）、日本社会精神医学会理事、日本精神科救急学会理事、(社) 被害者支援都民センター理事ほか。著書に『PTSDの臨床研究—理論と実践』(金剛出版)、『「心の傷」のケアと治療ガイド』(保健同人社) など。

安藤 俊太郎 (あんどう しゅんたろう)

財団法人 東京都医学総合研究所

「心の健康づくりのための予防・治療・リハビリ法」プロジェクト研究員

2003年 東京大学医学部卒業。東京大学医学部付属病院、東京都立府中病院等を経て、2010年ロンドン大学熱帯医学・公衆衛生学大学院にて公衆衛生学修士を取得。王立ロンドン大学精神医学研究所研究員を経て、2011年4月より現職。

## 第11章 精神科医療・精神保健福祉関係の制度

熊谷 直樹 (くまがい なおき)

東京都福祉保健局 障害者施策推進部 障害者医療担当部長

1981年 東京大学医学部保健学科卒業。1985年 同大医学科卒業。医師免許取得。東京大学医学部附属病院精神神経科、東京都立松沢病院精神科を経て、東京都立中部総合精神保健福祉センター広報援助課長、東京都立多摩総合精神保健福祉センター保健福祉部長を歴任し、2009年4月より現職。自殺総合対策東京会議遺族支援分科会会長、精神保健指定医、日本精神神経学会専門医、日本医師会認定産業医。著書に、『改訂新版わかりやすい SST ステップガイド』(監訳、星和書店) など。

井上 悟 (いのうえ さとる)

東京都立中部総合精神保健福祉センター副所長

1986年 昭和大学医学部卒業。同大学院修了。医学博士。東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立松沢病院、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、東京都立精神保健福祉センター、東京都立中部精神保健福祉センター広報援助課長、同保健福祉部長を経て、2011年4月より現職。昭和大学医学部兼任講師。著書に『障害者の職業問題～精神障害者編～』(日本障害者雇用促進協会、分担執筆) など。

藤本 豊 (ふじもと ゆたか)

東京都立中部総合精神保健福祉センター 特命担当科長

1977年 和光大学人文学部人間関係学科卒業。東京都立世田谷リハビリテーションセンター、練馬区立氷川台生活実習所、東京都立中部総合精神保健福祉センター、東京都立多摩総合精神保健福祉センター、東京都立北療育医療センター、東京都立中部総合精神保健福祉センター宿泊訓練科長を経て2011年より現職。立教大学コミュニティー福祉学部、明治大学文学部、兼任講師。編著に『コメディカルスタッフのための精神障害 Q&A—生活支援ハンドブック』(中央法規出版)、『よくわかる精神保健福祉』(ミネルバ書房) など。

## 【コラム執筆】

仮屋 暢聡 (かりや のぶとし)

医療法人 KARIYA 理事長

まいんずたわーメンタルクリニック 院長

1985年 鹿児島大学医学部卒業。東京都立松沢病院、東京都立中部総合精神保健福祉センター医療科科長・広報援助課長、東京都福祉保健局精神保健福祉課長を経て現職。社団法人ゼンコロ監事。東京コロニー評議員。著書に『危ない呑み方・正しい呑み方』(毎日コミュニケーションズ) など。

茅野 分 (ちの ぶん)

銀座泰明クリニック 院長

1997年 群馬大学医学部卒業。2006年 慶應義塾大学大学院医学研究科修了。群馬大学医学部付属病院、前橋赤十字病院、佐久総合病院、慶應義塾大学医学部 精神神経科学教室 社会精神医学研究室を経て現職。

岩下 覚 (いわした さとる)

社会福祉法人桜ヶ丘社会事業協会 桜ヶ丘記念病院 院長

1980年 慶應義塾大学医学部を卒業。同精神神経科学教室での研修を経て、1981年より568床、10病棟を擁する大規模精神科病院である桜ヶ丘記念病院に勤務。2008年2月より現職。

後藤 恵 (ごとう めぐみ)

医療法人社団翠会 成増厚生病院 診療部長

1985年 京都府立医科大学卒業。ロンドン大学精神医学研究所に留学。嗜癲行動科学部門、専門医の資格取得。成増厚生病院診療部長、翠会精神医学研究所副所長、日本アルコール薬物医学会理事、日本アルコール精神医学会評議員。著書執筆に『動機づけ面接法：基礎実践編』『動機づけ面接法実践入門』(星和書店) など。

渡辺 象 (わたなべ しょう)

医療法人社団 じゅんせいクリニック 院長

社団法人東京都医師会 理事

1978年 名古屋保健衛生大学医学部卒業。東邦大学医学部内科学第二講座で主に脳血管障害を研究・診療。1996年 医療法人社団じゅんせいクリニックを開設。日本内科学会認定医。日本プライマリケア学会認定医。

石橋 幸滋 (いしばし ゆきしげ)

医療法人社団 実幸会 石橋クリニック 院長

1980年 自治医科大学卒業。神奈川県立千木良診療所、米国ワシントン大学 Family Medicine 講座、神奈川県藤沢保健所、自治医科大学地域医療学講師等を経て、1993年 石橋クリニック開院。日本プライマリ・ケア連合学会副理事長、東久留米医師会副会長、東京医科歯科大学臨床教授。

一般診療科医と精神科医のメンタルヘルス連携ハンドブック

---

2012年2月1日 発行

登録番号 (23)336

編 集 水野 雅文  
東京都精神保健福祉協議会（連絡先）  
住所 〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1  
東邦大学医学部精神神経医学講座内  
電話 03-3762-4151(代表) 内線 6770

発 行 東京都福祉保健局障害者施策推進部精神保健・医療課  
住所 〒163-8001 東京都新宿区西新宿二丁目8番1号  
電話 03-5320-4464

編 集 協 力 株式会社メディアプロデュース  
レイアウト 株式会社フラットデザイン  
印刷・製本 社陵印刷株式会社

---

本書の著作権は、東京都に帰属します。



