公益財団法人豊郷病院附属

臨床精神医学研究所年報

第８巻

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 8

２０１７年（平成２９年度版）

公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所
Toyosato Institute of Clinical Psychiatry

目　次

巻頭言
「お客様さまは神様です」　公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所　林　拓二…… 1

ご挨拶　公益財団法人豊郷病院代表理事　佐藤公彦…… 4

公益財団法人豊郷病院基本理念…… 6
公益財団法人豊郷病院精神科沿革…… 7

原著論文・総説など
1. 長期の引き籠りを経た統合失調症圏の症例について（林　拓二）…… 8
2. 自閉スペクトラム症と強迫症状（義村さや香）…… 17
3. 精神医療と司法との狭間（林　拓二）…… 21
4. 日本の自殺の時代性と季節性について―厚生労働省の人口動態統計から―（林　拓二）…… 27
5. 精神病発症の季節性について－豊郷病院精神科病棟への入院者数の月別推移から－（林　拓二） 34
6. 双極性障害（白井隆光、村井俊哉、伊藤芳久）…… 43
7. 解離に関係する精神疾患（木津賢太）…… 48

講演記録
8. 体内時計と精神疾患（山田尚登）…… 51
9. 睡眠についてもう一度考えてみませんか？（白井隆光）…… 59

看護研究など
10. 多職種連携に向けた協業（岩田夏彦、嶋川昌典、福山勝広、田中英世、上田雅俊、杉山更紗）… 63
11. アスペルガー症候群が併存する統合失調症の看護困難事例
（西川真未、藤野恵子、柴田美恵子、飯山龍一）…… 67

エッセイなど
12. 五月病（林　拓二）…… 72
13. やはり、えび天が一番（林　拓二）…… 74

研究計画書
14. 精神疾患における情動的表情認知に関する研究（義村さや香）…… 77

研究業績（平成 29 年度）…… 83

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…… 85

編集後記　…… 86

表紙写真：ヒメジョオン（近江鉄道豊郷駅にて．H30. 6. 3）

巻　頭　言

「お客様は神様です」

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林　拓二

私が医師になったばかりのころであるから、半世紀ほど前のことになる。私が勤務していた精神病院では毎年1回、外勤者（夜間は病院にいるが、日中は病院近辺の工場に勤務する、いわゆるナイト・ホスピタルの患者）とともに､温泉地へ1泊2日のバス旅行をしていた。もちろん医者1名を含め職員が4-5名付き添っていく。20-30名となるとやや異様な雰囲気を醸す集団ではあるが、精神的にはおおむね安定した患者さんが選ばれていて、一人一人を見ただけでは幻覚や妄想が存在しているとは思われない。数回、この旅行を引率したが、宿に着くと患者さん一人一人に「ご主人、疲れたでしょう、どうぞこちらに」と仲居さんに声をかけられて案内され、ゆったりと風呂に入り、部屋に帰ると冷蔵庫からビールを出してみんなで飲んだ。ここでは、患者がご主人さまで、お客様であり、一般のお客と変わらぬサービスを受けた。ただ、仲居さんが「今日のお客さん、あの有名な○○脳病院の患者だって」とひそひそと話をしているのを聞いた時、宿屋では少なからぬ緊張感（多少の差別感）を持ちながらも「お客さまは神様」とのおもてなしをしてくれていると感じたものである。ここでは、社会経済的な関係（金銭の授受）から、われわれはサービスを提供される側であって、サービスを提供する側は多少の違和感を持ちながらも笑顔で応対し、まさに「お客様は神様」としてもてなしていたのであろう。

☆　　☆　　☆　　☆　　☆

昭和も終わりになる頃、精神科医の間でも医師-患者関係について、「医者は所詮、サービス業」、「患者さんはお客さま」と自嘲的に語られることもあった。その後、平成に入った頃から、一般の医療現場においても「患者を診てやる」という患者さんを見下したかのごとき医師の態度がマスコミで批判され、「患者本位の医療」や「サービスの向上」が社会的に要請されるようになる。この頃、バブルが崩壊し医療費が削減され、病院が生き残りをかけて競争しなければいけない時代となり、病院経営者もまた医療はサービス業であると認識し、接客の基本をわきまえることが必要と考えるようになっていた。そこで、「患者」の呼称も「患者様」に変更されるようになったようである。そもそも、この「患者様」なる言葉は、ホテルマンや客室乗務員などの接遇のプロが提唱し、医療の現場に導入されたもののようである。この頃からか、製薬会社のプロパー（今では、MRと言われているが）さんが、医師に薬剤を宣伝する際に腰をかがめ、医師を見降ろすような格好では喋らないように心掛けるようになったかと思う。おそらくは会社の命令でそのような格好をするようになったのであろうが、当時若かった私は、年取ったおじさんに傅（かしず）かれた感じがし、「こそばゆさ」を感じたものである。この頃から、日本の社会全体に「お客様は神様」と言う商習慣が一般化し、定着したように思われる。

☆　　☆　　☆　　☆　　☆

その後、「患者様」の呼称は、各メディアのアンケート調査によって、医療者からは「違和感がある」との声があり、患者側からは「お客さん扱いされている」、「馬鹿にされている感じがする」という意見が多数寄せられるようになる。そして、「患者様」から「患者さん」に変更する病院も次第に増えてきたようである。平成18年には、京都大学病院の院内掲示板で「患者様」が「患者さん」、あるいは「患者の皆さま」に変更されている。その際に病院内で議論されたのは、「患者様」という呼称が使用されたことによって、患者による医療スタッフへの暴力や暴言が多発するようになったのではないかという意見であった。精神科はともかく、一般科でも相当深刻な問題が生じていたようで、かなりの出費を覚悟してまでも患者の呼称を変更するべきとの意見が多かった。確かに、マスコミを含め社会全体が医療に対して厳しい目を向け、医療ミスや病院の不祥事が厳しく糾弾される昨今の状況の中で、医師や病院に対して個人的な恨み・つらみを直接的にぶつけてくる患者も少なくない。「患者様」との呼称によって、その傾向に拍車がかかっていると考えられぬこともなかった。近年、厚生省の医療費削減に協力した病院が高収益を約束される構造が定着し、国公私立を問わず、病院間で熾烈な競争が行われるようになっている中で、何かと「病院は金もうけ主義やんか」とあげつらい、「わしらがお前らを喰わせてやっているんやで」と言う声まで聞くと、まさに、これが病院経営の現実であると苦笑せざるを得ない。しかし、医療が過度の商業主義に陥っているとの批判には、「病院は商売とは違うで」と反論せざるを得ない。このような患者との口論は昔もあったように思われるが、最近は、些細なことを口実に理不尽な言動をとる患者さんが少し増えているように感じるのは、私が年を取ったせいであろうか?

☆　　☆　　☆　　☆　　☆

医療は、「お客様は神様です」という商売の世界とは根本的に異なった次元で行われる。医療もサービス業であることを認めるにしても、医師は患者さんが嫌がることや避けたいことでも行わなければならないことがあり、時には説得し、叱責することも必要である。頻回に病院に電話し、再三タクシー代わりに救急車で来院しては診察を希望し、必要とは思われない入院治療を要求し続け、入院すると「自分は患者なんやで」と看護師の態度がけしからんと訴える患者も少なくない。このような患者では、その要求をきっぱりと拒否することも必要であろう。「患者に寄り添った医療・看護」が重要であることを否定はしないが、ただ単に患者のわがままな要求を受け入れることは、将来的には患者のためにならない。医師（医療者）-患者関係は、上下の関係ではなく、対等な関係であるべきであり、専門家としての医療者が、適切な助言や指導をするというのがあるべき姿であろう。

コゴメイヌノフグリ

―誰にも愛でられないが、賑やかに咲いている―

（京都府立植物園にて、H30.3.25）

ご挨拶

公益財団法人豊郷病院代表理事
佐藤　公彦

日常診療が多忙を極める中、このような充実した内容の年報を発刊され続けておられる精神・神経科の先生方に、心から敬意を表したいと思います。精神医療の知識がない私にとって、おこがましいのですが、この機会に豊郷病院精神科・神経科のあゆみを振り返ってみます。

豊郷病院は大正14年（1925年）に創立されましたが、当初は18床のベッドで内科、外科、耳鼻咽喉科、X線科の4診療科で出発しました。当時の病気の対象は主として感染症でした。なかでも結核症は若い命と未来を奪い去る難病で日本全体が苦しんでいたといえます。診断技術が未開発の時代、結核治療は、比較的観察のしやすい耳鼻咽喉科から始まり、レントゲン撮影が普及するにつれ呼吸器科へ替わっていきました。豊郷病院のあゆみも昭和27年、結核隔離病棟を併設した伝染病棟開設、呼吸器科新設と時代の流れに沿うように発展してきました。昭和17年に眼科が加わりました。太平洋戦争のさなかでもあり、衛生状態は悪化し、トラコーマなど失明に至ることもある感染性眼病が、子供から大人まで蔓延しておりました。豊郷病院で早くに眼科診療が始まったのは当然の事だったのでしょう。それでは昭和32年の精神科・神経科の新設はどのような意向があったのでしょうか。

我が国は昭和30年代に入ると戦後復興を成し遂げ経済復興が高まって行きました。丸紅・伊藤忠商事を日本有数の企業に育て上げ、日本でも有数の財界人であった伊藤忠兵衛翁は、病院創立から監事としてサポートしていましたが、精神疾患患者の増加に心を痛めていたといいます。経済発展に取り残される人々を思ってのことでしょう。滋賀県の主婦の自殺率も高かったといいます。当院の精神科開設には忠兵衛翁の強い意志が働いていました。昭和32年の精神科病棟の落成式には、滋賀県知事 森幸太郎氏、京大病院長 山本俊平氏　京大精神科教授 村上 仁氏、京大精神科前教授 三浦百重氏の臨席を仰いでいます。この地の精神科医療に最大の期待が寄せられていたことが想像できます。三浦百重先生にはその後も格別に当院に心を寄せていただき指導をうけました。忠兵衛翁の不安は、日本の急速な経済発展とともに現実となり、精神疾患患者が急増していきました。豊郷病院でも120床のフロアに150人も入院しているような事態だったそうです。昭和40年には精神科許可病床372床に増床しています。

昭和40年代の半ばになると精神医療は医局講座制の解体、患者の社会復帰など潮流が変わってきます。当院も長い混乱があり、そのあとの医師不足にも見舞われました。それでも運のよいことに、平成21年に京大名誉教授である林　拓二先生をお迎えしました。先生は非定型精神病の研究者であり、臨

床医であり、登山愛好家であり、またこの豊郷病院附属臨床精神医学研究所を主宰しておられます。経営面ではボランティア活動と思われなくもない精神医療ですが、当院にとっては2本柱の大切な1本です。これからも患者本位の医療、効率の高い医療、善意の医療を安定して経営できるよう努力したいと思います。

ヒオウギ（京都府立植物園にて、H30.7.25）

公益財団法人豊郷病院
基本理念

豊かな郷で心と体の健康を　家族のように

1. 郷土愛と博愛の創立精神に基づき、地域の医療・保健・福祉を支える。
2. 医学の進歩に同調し、わかりやすく信頼される医療を行う。
3. 温もりと心をこめたサービスで、快適な療養環境を築く。
4. 患者さまの権利を尊重し人権をまもる。
5. 職員の労働環境に配慮し、効率よい安定した病院経営を行う。

日本医療機能評価機構認定病院
一般病棟・精神科病棟・長期療養型病棟の複合病院
創立 1925 年（大正 14 年）4 月

豊郷病院は大正14年に当地の篤志家、伊藤長兵衛翁の浄財で開院しました。丸紅株式会社の前身である丸紅商店の初代社長として経営に成功した伊藤長兵衛翁でしたが、幼少で仏教に帰依するほど信仰心が深く、純農村、過疎であったこの地で、多くの人が貧困のため医療をまともに受けられないことを憂えていました。当時は結核症、伝染病など感染症で亡くなる人が多く、お産は常に危険を伴い、生まれたての嬰児が亡くなることも少なくない時代でした。当初、内科、外科、耳鼻科、レントゲン科および避病舎（隔離病舎）から始まった診療でしたが、当時としては医療設備が整っていたため、湖東はもとより県内から広く患者が訪れ、生活困窮者には無料で診療が行われたそうです。間もなく産婦人科、眼科が加わり、昭和27年には整形外科、呼吸器科が開設されて、以来、感染症、産科、救急を含めた総合病院としてこの地の医療を支えました。昭和32年には社会的弱者、身体的弱者であった精神疾患患者のために精神・神経科が開設されました。精神科開設にご尽力を賜った京都大学名誉教授、三浦百重先生は、「精神医療はむやみに利潤を求めてはならぬ」「よくなったらできるだけ早く退院させる」と指導され、その高潔な教えは現在まで脈々と受け継がれています。

近年、疾患の多様化、医療の高度化、医療制度改革、介護保険制度の発足、超高齢時代など急激に医療を取り巻く環境が変化しました。私たちは医療環境の変化や地域のニーズに応えるべく介護事業を展開、病院近代化の一端として、平成14年10月に新館を竣工しました。なかでも、新館５・６階に精神病棟を移転し、総合病院精神医療の特徴を最大限に発揮できるようになったことは豊郷病院の誇りです。

病院には医学の発展、医療環境の変化に追随できるように、人材、医療機器、設備を整える責任があ

ります。私たちは医療安全管理体制、医療情報の中央化、密接な地域の医療・介護連携を推進してきました。その結果、平成18年９月、日本病院機能評価機構から三複合病院（一般、療養、精神）として認定されております。また平成22年４月には、豊郷病院の中に臨床精神医学研究所を設立しました。豊郷病院に培われてきた精神科医療の真髄を再発掘して、これからの精神医学の発展に寄与すると同時に、優秀な精神科医を育成することを目的にしています。

良い医療は治療を受ける側と医療する側が心を通じ合い、安心、安全、かつ安価でなくてはなりません。そのために、私たちは個人の資質を高めること、チーム医療の確立を重要な目標と設定しております。同時に患者・家族の方にも治療に参加していただき、医療事故のない、家庭のぬくもりと悲しみや喜びを共感できる病院作りを目指します。このような気持ちから職員一同が一層切磋琢磨して、地域の皆さまから信頼されるよう努力してまいります。

公益財団法人　豊郷病院

公益財団法人豊郷病院精神科沿革

□ 昭和32年（1957）　4月 1日　精神科・神経科新設（精神科病床110床）
（京都大学名誉教授三浦百重先生指導）
□ 昭和42年（1967）　8月30日　精神科病棟増築（精神科病床209床）
□ 平成 7年（1995）　6月 1日　老人性認知症疾患センター開設
□ 平成12年（2000）　7月 1日　精神科デイケア開始
□ 平成14年（2002）10月 1日　新館５・６階に精神科病棟移動（精神科病床120床）
□ 平成22年（2010）　4月 1日　臨床精神医学研究所設立

湖東三山・西明寺本堂（H30.11.3）

長期の引き籠りを経た統合失調症圏の症例について

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林　拓二

1．はじめに

最近、地域の精神保健福祉の関係者から相談されることが多くなったのは、いわゆる長期の引き籠りの症例である。「病気なのかどうかもわかりませんけど」、というようなきわめて曖昧な情報の場合が多いのだが、経過から判断して統合失調症の疑いが強い場合は、ともかくも病院まで来てもらい、診察のあと今後の方針について相談しましょうと伝えることにしている。

現在、日本で引き籠っている青少年は平成28年に公表された内閣府の調査[3]では54万人を超え、中高年者を合わせると100万人を超えるのではないかとも言われている。この中には、精神科医による診断がまだ下されてない精神障害者や、また将来発病する可能性のある人達も含まれていると思われる。以下に報告するのは、最近われわれが経験した、長期の引き籠り状態を示した5症例であり、いずれも統合失調症圏の疾患と考えられる。

われわれは、統合失調症圏の疾患が大きく2つの疾病群、すなわち定型分裂病群と非定型精神病群とに分けられると考え、その差異を検討してきた[3]が、定型分裂病群の中には家族や親族の支援によって辛うじて自宅での生活が維持されている症例が含まれているのではないかと思っていた。すなわち、いわゆる引き籠りの人たちの中に見られる症例は、統合失調症の中でも自閉症状を主とした定型分裂病群の症例であろうと考えているが、古くは単純性痴呆[2]（単純型統合失調症）や児戯性荒廃[2]（破瓜病[4]、破瓜型統合失調症）と分類され、近年では対人恐怖症や強迫神経症、あるいは発達障害[1]などと診断されるかも知れない患者もいる。そこで、長期の経過を踏まえた診断学的な考察を行なうとともに、現在、このような引き籠り症例が問題となってきた時代的背景や対処方法についても検討しておきたいと思う。

2．症例

症例1（52歳、男性、引き籠りの経過は35年）

患者は母親との二人暮らしであった。兄は結婚して遠方に居住する。

幼少期は育てにくい子供で、反抗的で両親の言うことを聞かなかった。小学校時代は兄について歩いた。中学校の時は遅刻勝ちで成績は中の下であった。高校では野球部に入った。高校2年から外出しなくなり、登校せずに退学。それ以降、51歳まで引きこもりの生活を続けている。8年前に父親が死去し、6年前には母親が勤めを辞めたため、患者は母親との生活を続けている。4年前に母が肺炎で入院した時には、食事を弁当の宅配に注文して生活していた。

2年前の12月に、母が近所の某精神科クリニックに相談している。当時、患者は「人が怖い、人が鬼だ」と怖がり、家から一歩も出ず、自閉的な生活を続けていて、母親に対して反抗的で、時に怒りだすこともあった。しかし、概ね緘黙状態であり、時々、腕を振り回して何か喋っていることがあり、夜間に

ワーと奇声を上げることもあった。母親は、本人の様子から幻覚や妄想があるようだと感じていた。患者は外出を拒否するため、クリニックを受診することは出来なかった。そこで、母親は往診を依頼したが、クリニックの診療体制から定期的な往診は困難であった。そこで、とりあえず、慢性の統合失調症を疑ってリスパダール液1日1ml～2mlが処方され、母親が患者の飲むコーヒーに入れるようにした。リスパダールを服用するようになって、患者は「自分の部屋が汚い、ごみ袋はない？」などと母親に話すようになり、自分で料理を作るようにもなった。その後も少し落ち着き、急に怒りだすことはなくなった。食事も少しずつ増え、歩き方もしっかりしてきた。しかし、自宅での閉居しがちな生活は続き、患者本人がクリニックを受診することはなかった。

1年前、母親から居住地の障害福祉課に電話があり、患者の尿が混濁しているが内科への受診を拒否しているのでどうしたらよいかとの相談があり、翌日に担当職員が自宅を訪問した。福祉課職員が「身体が悪そうだから、○○病院の予約をとります」と伝えたところ、患者は同意し、受診を拒否しなかった。そこで、福祉課職員と母親に付き添われ、民間の救急車で○○病院の救急部へと搬送された。

母親は息子の身体状態を診てもらうとともに、精神科病棟への入院を希望した。診察では、酒やたばこは嗜まず、血液・尿の検査に問題なかった。彼は食べ物へのこだわりが強く、パンとコーヒーのみを摂取する極端な偏食を続けていた。入浴・洗顔はせず、髭は伸び放題の蓬髪垢面であり、とりわけ両足には垢が厚く付着して取れなかった。質問にはほとんど声を出さず、幻覚妄想などの病的体験は不明と言わざるを得なかったが、その時点では奇異な言動を認めず、病的体験は存在しないであろうと思われた。しかし、病歴や現在の自閉的な生活態度から慢性統合失調症と考えるのが適当であり、リスパダールの少量投与がある程度の効果を示していると思われたために、やや長期の入院治療を考慮しながら、より自立した生活を目指す試みが必要と考え、精神科病棟に入院した上で治療が始められた。

症例2（30歳、男性、引き籠りの経過は18年）

出生時に特別な問題はなく、幼稚園までは普通の生活を送る。幼稚園時は口数の少ない単独行動の多い子供であったが、先生は個性だからと無理に集団の中に入れようとはしなかったという。小学校1-2年生では口数がますます少なくなったが、学校には行っていた。小学校3年になると登校しなくなり、人とはほとんど話さず、うなずきや顔の表情で意思を示していたため、○○小児センターで診てもらったことがある。中学校には入学式の日だけ登校したが、その後は不登校を続け、ほとんど毎日を家で過ごしていた。しかし、休日には外出して図書館に行ったり、家電の量販店などに行ったりしていた。

17－18歳時は通信制高校に編入させて貰い、数日間登校した。家でレポートを書いて数単位を取ったが、途中でそれもしなくなった。27歳まではほとんど家から出ず、会話もほとんどすることが無かった。たまに、洋服、靴、携帯などを買いに外出した。

25歳頃に、時に部屋の壁や物に体当たりして、壊すことがあった。

28歳の春に近所の方が誘ってくれて、子どもや大人の数人で田植え見学やビニールハウスでの作業に参加した。

29歳の秋には市の福祉センターに相談し、市の職員の方と面談したり、センターでの行事に数回参加したりしたことがある。

現在は30歳である。アルコールやタバコは嗜まない。毎日を家で過ごし、洗濯物の片づけはしている。特別な問題行動はないものの、母親が息子の将来について不安を覚え、福祉関係職員に相談、病院を紹

介されて受診した。

診察室では、患者はほとんど緘黙状態であり、両耳に耳栓をしている。ネットで買ったとのことである。何故耳栓が必要なのかを尋ねるも全く話さない。幻覚や妄想について質問するも返答は全く無い。

コース立方体検査によるIQは114であり、積み木をゆっくり、ミスなく正確に積み上げ、知的レベルに問題はない。おそらく統合失調症であろうと思われたため、患者には外来通院を勧め、抗精神病薬を処方した。

症例3（32歳、女性、引き籠りの経過は21年）

幼少時、発育に問題はなかった。

6歳時に母親が他界、父親との2人暮らしとなる。小学校3年の時に引っ越して現住所に居住している。小学校5年頃から自宅に引き籠り、全く外出しなくなった。中学生時に、心配した父親が居住地にある引き籠り対象の会に参加したことがある。

1年前に父親が死亡したため、それ以降、本人は自宅で独居していた。伯母が食事を運んでいるが、自室から出て来ない。食事が無くなっていることから生きていることを確認していたという。しかし、父親の葬儀の際にも、トイレに籠って出てこなかったため、親戚の人たちは誰も小学3年生の時から本人の顔も姿も見ていないとのことである。そこで、叔父、伯母が集まって相談し、本人の将来のことを考えるとこのままの状態を続けることはよくないだろうとのこととなり、保健所に相談して精神科の医師に診断してもらうこととなった。本人は自分の部屋から出るのを嫌がり、病院を受診するのも頑強に拒否したが、親戚の人たちが粘り強く説得して○○病院を初診させた。しかし、本人は顔を毛布で隠し、医師はもちろん親戚の誰にも見られないようにしていた。会話は可能であり、知的レベルは低くないと考えられた。やや被害的な念慮を訴えるが、明確な幻覚・妄想については答えない。なぜ顔を隠すのかについて質問するも返答は無い。自分が外出せず、食事を運んでもらっていることに対しては、迷惑をかけていると述べる。

長期の引きこもり、自閉的で閉居を続け、親族の助けがなければ生活が不可能であるにもかかわらず、入院については頑強に拒否した。しかし、自立した生活ができるようにするには社会的な支援が必要であり、どのようなことが可能なのかを入院して考えていこうと説得した。診断としては統合失調症の破瓜型の可能性が強く疑われたが、あるいは重症対人恐怖症との診断が適当かも知れない。しかし、いずれにしろ医療保護入院が適当と判断し、親族は伯母・叔父しかいないため、市町村長の同意による入院とした。

入院後、顔を隠していた毛布は被らなくなったものの、他の患者との交流はなく、食事を運んでいた伯母が面会に来てもトイレに隠れて出てこず、主治医が面接しようとしても、すぐに逃げ出して隠れてしまう状況が続いていた。

症例4（51歳、男性、引き籠りの経過は34年）

15才頃より不登校となる。学校には行かないが、電車に乗って名古屋に出かけることはあった。しかし、17才頃に突然公民館のガラスを割るなどの衝動行為が見られ、親戚のいる岐阜の病院（詳細不明）に入院したという。退院後は治療を中断したが、対人恐怖を自覚して外出が出来ず、母親と祖母とのみ会話する生活を送る。30歳頃からテレフォンクラブを利用し、33歳以降はインターネットを使うようになった。43歳ごろより同居していた母親が認知症となり、入院後間もなく死亡したため、以降は独居生活となっている。外出はほとんどせず、帽子を目深にかぶって顔を見られないようにし、食事は宅配で済ませていたため、近隣の住民は誰も本人と顔を合わすことはなく、話をすることも無かった。

45歳時、幻聴に左右されて近隣の道路を這いながら歩行した。そこで、警察官に保護されたが、地域住民の誰も本人の顔を知る者がおらず、保護された者を特定するのに時間がかかった。漸く、岐阜在住の親族が現われ、○○病院に入院した。

入院後は、自分を責める幻聴や自分の考えていることが外部に伝わるという思考伝播体験が認められたが、次第にこれらの病状は軽減し、3ヶ月後には退院した。その後は自宅で独居しながら、定期的に外来通院を続けている。ただ、周囲の人の視線や声に対して被害関係念慮を抱きやすく、周囲が自分を見ているとの不安・恐怖感があり、集団の中や人前に出る事を極力避けて生活している。対人交流はほとんどなく、特定のいくつかの施設へは必要に迫られて出掛けることはあるが、引き籠りがちな生活に変わりはない。

症例5（48歳、男性、引き籠りの経過は16年）

大学卒業まで特別な問題はなかった。大学卒業後ホテル勤務を11年間続けている。

32歳頃より独り言や、音に過敏な状態が認められた。34歳時に仕事を辞め、家に引きこもるようになった。母親に対しての暴言、暴力があり生活リズムも乱れた。37歳時に保健所に相談したところ、統合失調症の疑いがあるとして家庭訪問が続けられた。しかし、精神科を受診することはなかった。

46歳頃から、近くの集積場からゴミを持ち帰り、近隣にばら撒くなどの奇異な行動がみられ警察に苦情が次々に寄せられるようになり、注意しても聞き入れなかった。47歳時に警察官が自宅を訪問し、問いただそうとしたところ興奮したため直ちに保護され、警察官通報により○○病院を初診、緊急措置入院となった。

初診時の衣服には悪臭が漂い、髪は伸び放題で髭も剃ることはなく、茫洋とした表情のまま、質問には返答はあるものの的外れで、時に独語も見られて会話は成立しなかった。何らかの病的な体験が窺われ、発症後の経過が長い統合失調症と判断された。治療の必要があると判断されたが、患者に治療意欲がなく、家庭では放置されていたことから療養環境として自宅は適切ではないと考えられ、近隣とはゴミの収集で長らくトラブルを抱えているために、入院での治療が適当であると判断された。しかし、奇異な言動や近所への迷惑行為はあるものの興奮することは無く、自傷他害の恐れもないと判断されたため措置入院とはならず、父親の同意による医療保護入院となった。

入院後は、まず看護師の勧めに従い入浴・洗髪などが行われ、身体の清潔さは維持された。治療により、幻聴などの病的体験は次第に消失した。しかし、口数は少なく、表情は乏しく、意欲・自発性に欠ける状態が続いた。入院後約1年が経過し、他の入院患者とも最小限のコミュニケーションがとれるようになったため退院した。自宅では自閉的で引き籠りがちな生活を続けている。しかし、退院後に近所とのトラブルは生じていない。

3. 考察

ここに報告した5症例は、発症年齢などが若干異なるにしても、長期の引き籠り（16年～35年）を続けた点で共通している。一般に、引き籠りとは「自宅にひきこもって、社会的参加をしない状態が6カ月以上持続しており、精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」と定義され、平成28年9月に内閣府が公表した調査[5]では、15歳から39歳のひきこもりの人だけでも、全国に54万1千人いると推計されていて、家族会や地方自治体の調査では、40歳以上の中高年齢者の引き籠りを含めると100万人を超えるのではないかとも言われている。しかし、精神障害があるかどうかの判断は、本人が引き籠っているために精神科医の診察を受ける機会もなく、また、引き籠りの初期には何ら精神症状が見られないこともあるために、精神科医の診察を受けたとしても、その判断が困難であろうことは容易に察することができる。

症例1は、高校2年（17歳時）から引き籠り、49歳になって初めて精神科医が関与するようになっている。それまでは母親と2人で暮らしており、家庭では自閉的ではあるが粗暴な問題行動はなく、家族や社会に迷惑を掛けることも無いために、精神科の医療を必要とせず（精神障害者とは見做されず）に生活していた。しかし、いかなる精神科医であっても、このように著しい無気力、会話の貧困、および情動的な反応の鈍麻あるいは不適切さが認められる患者を見れば、幻覚や妄想が本人から語られることがないにしても、単純型、あるいは破瓜型の統合失調症と診断するであろう。この患者は、入院してすでに1年以上が経過している。他の患者との交流はほとんどなく、自閉的な病棟生活を続けていて病状に大きな変化はない。時にはカタレプシーが見られ、病棟内の廊下で茫然と奇異な姿勢のまま立ち尽くしていることもあるために､統合失調症の亜型に分類するとすれば､最近ではあまり見ることが無くなった緊張 - 破瓜型（ICD-10では鑑別不能型[8]であろうか）とされる病型なのであろう。もちろん、われわれはこのような急性増悪が見られず潜行性に発症し慢性化するタイプの統合失調症を定型分裂病と呼称しているのである。母親は「せめて一人でコンビニに買い物に行けるようになってほしい」と希望していたが、入院後間もなく療養病棟に転棟、作業療法、レクレーション療法や生活指導を続け、病棟外にある売店には一人で外出し、必要なものを買って帰ることはできるようにはなっている。今では、母親が希望したひとまずの目標は達成されたかと思われるが、老齢・病弱な母親が一緒に生活し、患者の介護を続けるのにはなお多くの困難が予想される。そこで、今後の生活については、訪問看護などの自立に向けた長期の支援体制を整えていく必要があろう。

症例2もまた、多くの精神科医は、患者の醸し出す冷たく、他者を拒否するような雰囲気（いわゆるPräcox-Gefühl）を感じ、さらに耳栓の使用から幻聴の存在を強く疑うために統合失調症（破瓜型）と診断され、われわれもまた、定型分裂病との診断が適当と考えて治療を開始したが、質問してもほとんど返答が無く、彼が体験する心的内容を窺い知ることはできない。そのために、陽性症状の存在をもって統合失調症の診断を確定しようとするのは極めて困難である。確かに、耳栓の使用から統合失調症性の幻声の存在が疑割れるが、短絡的とも思われ、聴覚過敏による行動と考えられないこともない。さらに、この症例は幼稚園時（3歳から5歳）からすでに自閉的な傾向を示し、口数が少なく単独行動の多い子供であったとされ、担当の先生も個性だからと無理に集団の中に入れなかったとされている。このような生育歴を考慮すれば、通常の発達が見られた後に、主として思春期に発病するとされる統合失調症とは異なった生来性の発達障害（自閉症）と見做しうるのかも知れない。しかし、統合失調症の発症は確かに思春期が多いものの、小児期発症から晩発性のものまで幅が広く、発症時期をどこまで遡ること

ができるかは自閉症との関連で議論になるであろう[1]。この症例では、引き籠りが小学3年時より始まり、すでに18年が経過する。そして、自閉的な生活にほとんど変化がなく、感情面での動揺も見られない。そこで、小児期発症の統合失調症と考えることも出来るであろう。ここで問題になるのは、発症年齢によって症例を自閉症か統合失調症かに分類することではなく、共通な病因を有する可能性のあるグループを見出すことである。本症例を統合失調症圏の定型分裂病に含めようとする立場は、この点にあるのであり、今後の経過を見れば、ある時点で幻覚などの病的体験を自ら述べる時期が来るかも知れない。しかしながら、外来通院での治療を開始した後もなお、病状の変化はほとんど見られない。

症例3は、小学校5年頃から自宅に引きこもり、それ以降の約20年間、親族も顔や姿を見たこともないと言う例である。伯母が訪問するも部屋から出てくることはなく、ただ、食事を部屋の前に置いておくと無くなっているので、生きてはいるようだと言う。しかし、このまま食事を運び続けるのが、彼女のために良いのかどうかを考えると不安になって伯母が相談に来たというのが、彼女が精神医療と接点を持った契機になっている。

父母は既に死亡し、兄弟はいない。ただ叔父・伯母が彼女のことを心配していたが、食事を運ぶのが苦になっているわけではない。もちろん、社会に迷惑を掛けているわけではなく、ただ引き籠っているだけである。そのため、このまま放置する選択もあったのであろうが、親族としては、このままの状態を続けていては彼女が自立できないままになるのではないかと心配している。相談を受けた精神科医は、ともかく外来に来てもらい、場合によっては、強制的な入院もやむを得ないだろうと助言した。そこで、親族が集まり自分の部屋から出ようとしなかった患者を説得して病院に連れ出したのである。

入院後は、主治医や親族はもちろん、他の患者とも話をすることはなく、自閉的な生活をつづけた。しかし、同年齢の女医さんに主治医を変更すると、次第に打ち解けた会話が成立するようになっている。彼女の訴えによれば、小学生の時くらいから嫌なイメージが浮かんできて、それを振り払うのに疲れると言う。そうしないと何か悪いことが起こるような気がして、儀式のようなことをしていた。最近も繰り返し頭の中で行なっていて疲れる[6]などと言う。引き籠りは、子供の時から人と接するのが苦手だからであり、自生思考と考えられる体験とは関係がないと言う。彼女の苦痛は小学校時から始まる嫌なイメージの出現であり、不登校から引き籠りを続けた21年間、誰かに話を聞いて貰いたかったという。この点からも、入院の決断が治療の契機になったと考えてもよいだろう。彼女は、現在のところ明らかな幻覚や妄想などの病的体験はなく、重症の対人恐怖症、あるいは統合失調症型障害（ICD-10）とせざるを得ないが、中安の初期統合失調症[7]とするべき症例かも知れない。いずれにしても統合失調症圏に包含される疾患と考えられ、われわれの立場からすれば定型分裂病に含められるものである。もちろん、このような症例は引き続き症状の変遷に注意しながら、経過の観察を要することは間違いない。

症例4は17歳の思春期の発症の統合失調症で入院歴もあり、症例5は32歳の発症で若年発症とは言い難いが、どちらも34年間と16年間という長期間の引き籠り生活を続け、無為・自閉的な生活を送っている。そして、他者との交流もほとんど見られず、時に幻覚妄想状態となって警察に保護されたことが、入院加療の契機となっている。この点で症例1～3とは異なり、症例4～5はいかなる診断基準においても統合失調症との診断に異論はない。これらを亜型に分類するとすれば、発症年齢に大きな差異があるにしても、破瓜型[4]あるいは単純型[2]の統合失調症として分類されることになろう。単純型はともかく、破瓜型の統合失調症はすべてがわれわれのいう定型分裂病と診断されるわけではなく、感情面での動揺を示す破瓜型統合失調症は非定型精神病に分類されているが、そのような症例は稀にしか見られず、こ

れらの症例も病状・経過に変化の乏しい定型分裂病と考えられる。ただ、症例5においては、比較的遅い発症と遺伝負因（母親が周期的な昏迷状態を呈する精神病に罹患する）により、診断としては定型分裂病が適当であるとしても、非定型的なタイプと捉えておくべきであろう。

症例4と症例5は、幻覚妄想状態の出現によって警察に保護されたことがきっかけとなって入院治療が開始されたが、症例1～3の場合は、長期の引き籠り状態が続くものの、さほどの大きな問題もなく過ごせるために、入院の是非について判断するのは殊のほか難しいものである。近年では、慢性患者は地域での生活援助の方向が全世界的に主流となっており、とりわけ、日本では精神科病院が過大なベッドを抱えていることから、精神病者の入院に関する風当たりには厳しいものがある。それ故、引き籠りについても、たとえ精神病に罹患しているにしても、積極的な入院治療を避ける傾向があるように見受けられる。現今の日本では、宅配サービスもあって、自動的にお金を支払う段取りさえできれば、生活にさほどの支障を来たすことはない。そこで、出来る限り地域で生活出来るような支援を行なうことが原則になっているが、そのことが、長期の引き籠りをさらに引き延ばす結果となり、自立を阻害する結果にもなりかねない。本人の希望を入れて、在宅で作業所への通所を開始した症例2にしても、近い将来の破綻は避けられないと思われる。このまま経過観察とするべきか？それとも本人の希望とは異なるものの、一時的に強制的な処置をとることで治療のきっかけを作るべきか？判断がとりわけ難しいのは、このような患者の治療においては、現在でもなお必ずしも劇的な改善が期待できないことにある。しかし、何もしなければ、同様な状態が延々と引き延ばされるだけであろう。多少の時間がかかるにしても、入院の環境が他者との接触の機会を増やし、自閉の殻から抜け出すきっかけになる場合も少なくない。症例3の場合は、頑なに入院を拒み続け、自分の部屋から出ることを嫌がっていたものの、入院によって初めて、自分がこれまで悩んできた精神症状を相談する機会が得られている。この例を見ても、強制的な入院によって彼女が変わるきっかけとなっており、彼女もまた心の中ではそれを望んでいたのではないかとも考えられ、強制的な処置を必ずしもネガティブに捉える必要はないと思われる。

私がここで長期の引き籠り症例を紹介したのは、近年、統合失調症圏の症例の中でも、幻覚・妄想が活発で派手な行動異常が頻繁に出没する非定型精神病と較べ、無為・自閉・好褥を主たる症状を示す定型分裂病患者が、精神医療の前面から後退し、姿を隠して引き籠っているのではないかと思われるからである。ここに提示した5症例の精神医学的診断は、明確な統合失調症の症状が見られず、発達障害（自閉症スペクトラム障害）や重症対人恐怖症、あるいは初期統合失調症とも考えられる症例2や症例3を含めて、概ね統合失調症圏の疾患と考えられ、寡症状性で、基本症状は情意鈍麻を主にした自閉であることから非定型精神病とは対極に位置する定型分裂病と見做される。定型分裂病の発症年齢は概ね思春期とされているが、32歳発症の症例5を除き、高校2年、小学3年、小学5年、中学3年時と児童期から思春期であり、引き籠り状態が10数年から35年の長期に及んでいる。症例5は発症年齢が他の4症例と若干遅く、家族負因の存在などもあって非定型的ではあるが、活発な精神病症状が出現する急性増悪のエピソードを確認することが出来ず、著しい無気力、寡言、感情的反応が鈍麻した状態であり、何らかの病的過程が疑われるであろう。そこで、われわれはこれらの症例がすべて統合失調症の定型群（定型分裂病）と類別している。従来の亜型分類、あるいはICD-10での分類によれば、いわゆる破瓜型あるいは単純型の統合失調症（F20）、あるいは統合失調症型障害（F21）とされるのであろう。

私は精神科医として約50年近くを臨床の場で過ごしてきたが、数年間は保健所の嘱託医として家庭訪問をし、未治療の統合失調症例の治療相談をしたことがある。しかし、そこで問題となる症例はパラ

ノイヤあるいはパラフレニーなどの妄想性精神病が多かった印象がある。しかし、近年福祉職員からの相談が多いのは引き籠り型の統合失調症であり、社会の中でひっそりと棲息する精神病者が多くなったように思われる。近年、若年発症の統合失調症が少なくなったとする精神科医も少なくないが、現実は精神科医の前に患者が現れなくなったと言えるのかもしれない。幻覚や妄想の活発なエピソードを繰り返す非定型精神病群と較べ、このような定型分裂病群は引き籠り勝ちで問題行動はあまりない。そこで、家族は医療に助けを求めず、自分達だけで患者を支え続けているのが現状なのかも知れない。そこで、これまで引き籠っていた患者が高齢化し、患者の面倒を見てきた家族がさらに高齢化して看護が困難となった結果、助けを求めてくるケースも多くなっているのであろう。症例2を除き、ここに提示した症例のいずれもこのような症例であるが、症例2にしても近い将来、このような結果を考えなくてはならない時期が来るのかも知れない。このような、陰性症状を主とする精神病者が社会での生活を維持するには、なんらかの支援が無くてはならず、デイケアや作業所、福祉施設などの充実が必要となり、幻覚妄想や興奮などの派手な症状を中心とした急性期治療病棟とともに、慢性期の入院や外来治療を保証する施設面での充実が重要となってくるであろうと思われる。

4. おわりに

長期の引き籠りを経た、統合失調症圏の5症例を報告した。

統合失調症は大きく2つのグループに分けられるが、ここに取りあげた症例は、潜行性に経過し、寡症状性で、陰性症状が主であり、病状の変化は乏しく、遺伝負因は少ない病型である。これらの症例は、急性発症で派手な幻覚妄想が主たる症状で動揺性の経過を示す非定型精神病群とは明らかに異なっており、定型分裂病とされるグループに含められるであろう。これらの症例は、興奮したり暴力行為が見られたりすることは少なく、必ずしも入院治療の対象ではないが、慢性化し易く、自立した生活を維持することが困難であり、多くの支援が必要である。この点で、外来治療を続けるか、入院治療を行なうかの判断が難しい場合が多い。そこで、発症が早くても両親が存命であれば自宅での看護が可能であるが、両親が高齢となったりあるいは亡くなったりすると、彼らを看護するものがなくなり、社会的な支援が必要となってくる。

日本での引き籠りの数が100万人を超えるのではないかと言われる現在、その中には狭義の精神病者がある程度存在すると考えられる。家族あるいは彼ら自身が高齢になった時に、初めて精神医療の対象として浮上してくるのであろうが、その場合には、療養病棟や介護施設、あるいはデイケアや作業所などの充実によって、対処していかなければならないであろう。

参考文献

1） 石坂好樹：自閉症についての考え方．専門医のための精神科臨床リュミエール19、広汎性発達障害－自閉症へのアプローチ－（市川宏伸編）、pp. 10-17、中山書店、2010

2） Kraepelin E: Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8 Aufl. Verlag von Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1913（西丸四方、西丸甫男訳：精神分裂病．みすず書房、1986）

3） 林　拓二（編・著）：非定型精神病－内因性精神病の分類と診断を考える－．新興医学出版社、2008

4） Hecker E: Die Hebephrenie - Ein Beitag zur klinischen Psychiatrie -. Virchow's Archiev. 52, 1871（渡辺哲雄訳：破瓜病．星和書店、1978）

5） 内閣府：平成30年版 子供・若者白書．2018

6） 中安信夫：分裂病症候学－記述現象学的記載から神経心理学的理解へ－（増補改訂）．星和書店、2001

7） 中安信夫、関由香子、針間博彦：初期統合失調症（新版）．星和書店、2017

8） WHO: 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－（融道雄、中根允文．小見山実監訳）．医学書院、1993

（本稿に取り上げた症例については、プライバシーの保護の観点から内容の一部を改変している）

桜花（京都府立植物園にて、H30.3.25）

自閉スペクトラム症と強迫症状

京都大学大学院発達障害支援医学講座
義村さや香

1．はじめに

自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder; ASD）は、「対人相互反応の障害」と「限定された反復する行動様式」を診断的特徴とする神経発達症である。この２番目の診断的特徴は、Leo Kanner、Hans Aspergerによる最初期の報告から、同一性保持や固執傾向をはじめとする、“強迫”を示唆する様々な特徴的行動として記載されてきた。ASDと強迫性障害（obsessive-compulsive disorder; OCD）の双方の診断基準には、類似した行動を指す箇所があり、DSM-5ではOCDに類似した臨床症候、併存症などの相互関連、遺伝性、神経生物学的背景を持つ疾患群をまとめた概念である強迫スペクトラム障害[1]（obsessive-compulsive spectrum disorder; OCSD）に組み込まれている。本稿では、ASDに伴う強迫症状について、OCDと比較しながら論じる。

2．ASDに伴う強迫症状の特徴とOCDによる強迫症状の違い

ASDに伴う強迫症状には、同一性の保持、常同行為、衒奇症、過度の没頭、規則の極端な遵守、字義通り性、正確性や整合性の追求といった症状が含まれる（詳しくは、十一による報告[2]を参照されたい）。

半構造化面接や自記式質問紙を用いた近年の研究からは、ASDとOCDの強迫症状は異なるものであることが示唆されている[3, 4]。OCDの強迫症状には前頭眼窩野などの皮質が中心的な役割を担う[5]とされるのに対して、尾状核、被殻といった基底核、すなわち衝動制御に関わる脳領域の体積が、自閉症成人の常同行動の重症度と関連するといった報告[6]がある。また、OCDの強迫症状に対する薬物療法ではセロトニン再取り込み阻害薬（serotonin reuptake inhibitor; SRI）の有効性が高い[7]とされるのに対し、ASDに伴う強迫症状では抗精神病薬の有効性が高い[8, 9, 10]。これらの所見は、両者が別の病態を持つ可能性を示唆する。

ASDにみられる強迫症状とOCDの強迫症状を区別するうえで重要と考えられるのは、強迫症状にともなう自我違和性、すなわち自らの行動に対する過剰性・不合理・苦痛等の認識である。子どもの場合を例外として、OCDの強迫症状についてはこれらの認識を伴うことが多いのに対し、ASDに伴う強迫症状では、成人期においても、当人が過剰や不合理の認識を持つことは稀である（ただし、言語能力が十分でない場合や知的障害のあるケースではこういった判断が困難となりやすい）。

ASDの強迫症状の病態には、「自己」の特殊なあり方も関係している可能性がある。これまでにASDでは、自他の方向性（すなわち対人的方向性）の未分化が関与していると考えられる所見が報告されてきた。例えば、自己と他者を区別することの難しさ[11, 12]、自己意識の低発達[13, 14]などである。また、ASDにおいては時間的不安定性（身の回りの状況が変わるたびに気分が容易に変化しやすい）や解離的体験様式（遭遇する状況が変化するにつれ体験主体も異なる「自分」となりやすい）といった所見がしばしば見られるが、これらは、次々に変化が起こる知覚的世界に翻弄されて、同一性を保持しにくい

不安定な自己を表わしていると考えられる。ASDに伴う強迫症状には、常同行為や感覚刺激への没頭といった症状で顕著なように、自己の統一性・安定性を担保するために外界をなるべく不変に保つという側面を有する可能性がある。もしそうだとすれば、不安定な自己という観点からは、ASDの強迫症状は、対人相互性の障害と表裏一体の関係にあるものなのかもしれない。

3. 強迫性障害の併存

ASDとOCDの強迫症状が異なるものであるとされる一方で、ASDがOCSD概念に組み込まれていることからも分かるように、ASDとOCDの親和性はかねてより指摘されている。相互の併存率の高さもその根拠の一つであり、van Steenselらによるメタ分析[15]によればASDにおけるOCDの有病率は12.5%と報告されている。知的障害を併存している場合には、有病率が14倍高い[16]など、さらに併存率が上昇することが示唆されている。

ASDに併存するOCD症状について、OCD単独例との症状の相違を報告した研究が複数存在する。症状プロファイルの相違に関する結果は一致していないが、併存例では強迫観念よりも強迫行為が多いとする研究が若干多い。本邦では、併存例で「溜め込み」の症状が多いこと、OCD単独例では明確な不安や恐怖を感じて強迫行為を行うのに対し、併存例では「しっくりこない感じ」が強迫行為の原動力となっている点が特徴的である、といった所見が報告されている[17, 18]。OCDにおいて「溜め込み」の症状は単独で出現することが多く、「溜め込み」のある場合では、遺伝要因、治療反応性が他のOCD症状の因子と異なり、神経基盤も異なる可能性[19]が示唆されていることから、溜め込みとASDとの関係については、今後詳細に検討していく必要がある。

また、ASDと強迫性障害との関係は密接ながらも一様ではないことが複数の報告から示唆される。崎濱ら[20]は、知的障害のないASDと診断された6〜37歳までの105名（男性84：女性21、自閉性障害6名、アスペルガー障害58名、PDD-NOS41名）を対象に、自我違和感の有無などDSM-IVを厳密に適用してOCDの併存を調査した。その結果、12名（自閉性障害2名、アスペルガー障害10名）に強迫性障害の併存が認められた。強迫の内容については、強迫行為、強迫観念とも同様に見出され、前者については洗浄、掃除、後者については汚染が目立った。また、併存に至る経過を分析した結果、もともと存在したASDのこだわり症状が強迫性障害に移行したケースと、途中から新たな強迫症状が出現して強迫性障害と診断されたケースの2通りがあることも明らかとなった。Y-BOCSを用いてOCDの併存と強迫症状を評価した我々の調査[21]においては、自閉性が強いほど（すなわち自閉性障害、アスペルガー障害、特定不能型広汎性発達障害の順に）併存率が高く、OCDではない群にも強迫観念様の症状が見られた。また、併存群では、ASDの強迫的傾向と無関係なOCD症状も見られた。これらの知見は、ASDのサブタイプによっても併存するOCD症状は異なること、ASDの強迫的行動には、OCDの強迫症状に該当しないもの、強迫症状へ移行する可能性があるもの、ASDにもとから存在する傾向とは別個に出現する強迫症状の3通りがあることを示す。この不均一な関係性は、ASDにおける併存症としてのOCDと、不安やストレス負荷などにより発症が促進された合併症としてのOCDが存在することに一部由来すると考えられる。

OCDにおいては認知行動療法（cognitive behavioral therapy: CBT）が有効性の実証された治療法として推奨されている。ASD併存例でのOCD治療については、CBTである程度の改善は認められるが、定型発達者におけるOCDの改善ほどではない[22]との報告がある。この報告については、ASDに伴う強

迫症状をOCD症状と区別しておらず、ASDに伴う強迫症状を治療の対象としている可能性があるため、続く研究ではこの問題を考慮して治療効果を判定する必要がある。また、ASDとOCDを併存した成人について、ASDに伴う強迫症状との区別を厳密に行なった上で、OCD症状に対する薬物療法とCBTの効果を比較した研究では、薬物療法群に比べCBT群で有意な改善が認められたが、40%はCBTに反応しなかった[23]。この研究の著者らがASDの認知的特徴が治療反応性の乏しさに影響すると指摘しているように、併存例では、自己を客観的に捉えることが難しい、自我違和感に関する洞察に乏しいなどの問題が認められる[17]ため、自己意識の低発達に関連した認知的特徴を考慮した介入も重要であろう。

4. 結語

ASDに伴う強迫症状について、OCDの強迫症状との異同、類似の観点から論じた。ASDでは、不安をベースとするOCDの強迫症状と連続性を持ちながらも、衝動制御や自己の特殊なあり方に影響を受けていると考えられる独自の症状が認められる。一方、知的発達や言語能力の程度、サブタイプによってもASDの強迫症状は異なり、OCD併存例の強迫症状についてもそういった個人差が反映されていると考えられる。

参考文献

1. Hollander E, Kim S, Khanna S, et al.: Obsessive-compulsive disorder and obsessive-compulsive spectrum disorders; diagnostic and dimensional issues. CNS Spectr 12: 5. 2007
2. 十一元三. 広汎性発達障害における強迫関連現象 児童青年精神医学とその近接領域47: 127, 2006
3. Cadman T, Spain D, Johnston P, et al.: Obsessive-compulsive disorder in adults with high-functioning autism spectrum disorder: what does self-report with the OCI-R tell us?. Autism Res 8: 477, 2015
4. Ruzzano L, BorsboomD, Geurts HM: Repetitive behaviors in autism and obsessive-compulsive disorder: new perspectives from a network analysis. J Autism Dev Disord 45: 192, 2015
5. Maia TV, Cooney RE, Peterson BS: The neural bases of obsessive-compulsive disorder in children and adults. Dev Psychopathol 20: 1251, 2008
6. Hollander E, Anagnostou, Chaplin w, et al.: Striatal volume on magnetic resonance imaging and repetitive behaviors in autism. Biol Psychiatry 58: 226, 2005
7. Ackerman DL, Greenland S: Multivariate meta-analysis of controlled drug studies for obsessive-compulsive disorder. J Clin Psychopharmacol 22: 309, 2002
8. McDougle CJ, Holmes JP, Carlson DC, et al.: A double-blind, placebo-controlled study of risperidone in adults with autistic disorder and other pervasive developmental disorders. Arch Gen Psychiatry 55: 633, 1998
9. McDougle CJ, Scahill L, Aman MG, et al.: Risperidone for the core symptom domains of autism: results from the study by the autism network of the research units on pediatric psychopharmacology: Am J Psychiatry 162: 1142, 2005
10. Hollander E, Wasserman S, Swanson EN, et al.: A double-blind placebo-controlled pilot study of olanzapine in childhood/adolescent pervasive developmental disorder. J Child Adolesc Psychopharmacol 16: 541, 2006
11. Jordan RR: An experimental comparison of the understanding and use of speaker-addressee personal pronouns in autistic children. Br J Disord Commun 24: 169, 1989
12. Lee A., Hobson RP, Chiat S: I, you, me, and autism: An experimental study. J Autism Dev Disord 24: 155, 1994
13. Toichi M, Kamio Y, Okada T, et al.: A lack of self-consciousness in autism. Am J Psychiatry 159: 1422, 2002
14. Yoshimura S, Toichi M: A lack of self-consciousness in Asperger’s disorder but not in PDDNOS: Implication for the clinical importance of ASD subtypes. Res Autism Spectr Disord 8: 237, 2014
15. van Steensel FJA, Bogels SM, Perrin S: Anxiety disorders in children and adolescents with autistic spectrum disorders: A meta-analysis. Clin Child Family Psychol Rev 14: 302, 2011
16. Dekker MC, Koot HM: DSM-IV disorders in children with borderline to moderate intellectual disability. II: child

and family predictors. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42: 923, 2003

17. 山下陽子：広汎性発達障害を伴う強迫性障害の特徴についての研究 精神神経学雑誌 112: 853, 2010
18. 中川彰子：広汎性発達障害と強迫性障害. 精神療法 35: 34, 2009
19. Leckman JF, Denys D, Simpson HB, et al.: Obsessive-compulsive disorder; a review of the diagnostic criteria and possible subtypes and dimensional specifiers for DSM-V. Depress Anxiety 27: 556, 2010
20. 崎濱盛三, 井上有史, 臼井桂子 他：広汎性発達障害と側頭葉てんかんにおける強迫症状の合併とその特徴. 第48回日本児童青年精神医学会総会（口頭発表）, 盛岡, 2008
21. 崎濱盛三, 義村さや香, 岡田俊, 十一元三：自閉スペクトラム症における強迫性障害の合併とその特徴（準備中）
22. Murray K, Jassi A, Mataix-Cols D, et al.: Outcomes of cognitive behaviour therapy for obsessive-compulsive disorder in young people with and without autism spectrum disorders: A case controlled study. Psychiatry Res 30: 8, 2015
23. Russel AJ, Mataix-Cols D, Anson MAW, Murphy DGM.: Psychological treatment for obsessive-compulsive disorder in people with autism spectrum disorders: A pilot study. Psychotherapy and Psychosomatics 78: 59, 2009

姫踊り子草（近江鉄道豊郷駅にて、H30.4.14）

精神医療と司法との狭間

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所
林　拓二

1．はじめに

私が駆け出しの精神科医の頃、一人の精神薄弱の患者さんを受け持った。彼はご近所の住民を理由もなく叩いたり、また迷惑な行動が続くとの苦情があり、たびたび警察に保護されたのだが、何度言い聞かせて帰しても同じ行動を繰り返し、終に、私が勤務する精神科病院に連れてこられた。警察から事情を聴いた院長は、しばらく入院して貰いましょうと言い、「林君、こういう事情の患者だけど主治医になってくれないか」と指示され、私が彼を担当することになったのである。担当と言っても、患者は普段は何の問題もなく、他の患者さんとトラブルを起こすこともないために、とりあえず、経過観察とするしかなかった。しかし、その後まもなくご近所の方という人から電話があった。その方は高名な精神科医であり、「あの患者は私の家の隣に住んでいるのですが、私の家内をたびたび叩くのです。その都度、私が捕まえて説教するけど、同じことをして困っていたのです。私は社会防衛論に加担する者ではないのですが、できるだけ長く入院させておいて貰えないですかね」とのことであった。

その後、先輩や同僚の精神科医からは、「彼のお隣りには、大変な人が住んでいるのだね～」と患者さんに同情する声も聞かれたが、被害を蒙っている者の感情を理解できないこともなく、釈然とはしなかった。しかし、彼を長期に入院させたところで大きな変化が見られるわけでもなく、早々に退院して貰った。その後、隣家の精神科医は引っ越されたとのことである。その20数年後、警察に保護されて私が勤務する大学病院に連れてこられたのが、先程の精神遅滞の患者であった。その後も、新しいご近所さんとのトラブルが続いていたようである。

精神医学は、精神病のみならず、神経症や性格異常、それに精神遅滞や依存症、近年では認知症までを含む幅広い領域を守備範囲としてはいるが、精神医療が社会から期待される役割は、その能力をはるかに超えて過大なものとなっている。これまで、精神遅滞や性格異常などへの対応を精神医療が引き受けていたものの、たとえ入院治療を行なうとしても根本的な治療法があるわけでもなく、社会から一時的に隔離していたに過ぎない。

精神科医は、精神科病院が社会的に迷惑を掛けるものを排除し、社会から隔離する施設ではないとして、彼らを収容することに対して拒否的、あるいは消極的である。しかしながら、現実の社会において、精神科病院にそのような役割を期待する社会の圧力はなお強いようである。ここでは症例を提示しながら、このような患者に対して如何なる対処が可能なのかを考えてみたいと思う。

2. 症例1.

現在○○歳の女性患者で、軽度精神発達遅滞（IQは60）および発達障害の診断である。健診にて言語発達の遅れを指摘され児童相談所に通所。小学校は保健室登校、中学校は特殊学級に通い、○○高校を卒業して就職したが、研修期間に不適応となって退職する。その後、自宅への放火未遂事件を起こして、○○病院精神科を初診する。その後は、薬物が処方され、洋裁学校や作業所に通ったが長く続けることが出来なかった。

その後、生活支援センターに通所するが、自傷行為や暴力行為を伴う衝動性が改善せず、精神科病院には計16回の入院歴がある。

退院後はいつも施設に通所するが、他の人と同じように接してほしいと言って職員に詰め寄ったり、気を引くような態度をとり、緊急な対応をせざるを得ない危険な行為が意図的に行われるために、施設が困り果てて通所を断る事態となる。そこで、両親と自宅で過ごす時間が長くなり、家族のなかでの軋轢から家族内での暴力行為が頻繁にみられ、しばしば駐在の警察官が介入せざるを得なくなった。しかし、警察の対応にも限界もあり、家族は精神科病棟への入院を要請するが主治医から入院を要する事態ではないとして断られることもたびたびであった。しかし、家族は市役所に相談して、市役所からの要請によって患者を入院させざるを得ないこともあった。その後も、父親が飲む焼酎に洗剤を混入したり、自殺を予告して部屋を閉め切り、ガス栓の前で座り込むなど、自殺する意志はないものの迷惑な行動が繰り返されるため、精神科病棟にたびたび入院を繰り返している。

症例2.

現在○○歳の女性患者。軽度精神発達遅滞（IQは72）およびアルコール依存症の診断である。出産時は仮死状態、保育園時から協調性に乏しい子と言われていた。小学校4年時より不登校となり、5-6年時は特殊学級に通学、中学も特殊学級に通った。卒業後は作業所に通所するも、気分が替わり易く、根気なく、作業所の仕事が続かず、かっとすると食器を投げ、柱を鋸で切ることさえした。42歳時に本人の粗暴な行為を抑える役割をしていた父親が死亡したが、その後、次第にわがままな行動が多くなり、酒量も次第に増えて、パチンコに行かないときは1日中酒を飲み続け、お金がなくなると母親に暴行してお金を巻き上げるなど粗暴な行為が頻発するようになった。また、胸痛、腰痛、頭痛などの身体的愁訴が頻回となり、自宅近くの病院に通院し、循環器科、呼吸器科、消化器内科、整形外科などを頻繁に受診し、本人の希望により頻回に入院を繰り返している。外出中に倒れた、歩けなくなったと言っては、頻繁に救急車を要請、救急診療を希望するが、診察した結果は問題なしとされることがほとんどである。医師が見ていなければ歩行障害などはなく、特別な身体疾患も見出されない。そのために、ヒステリーであろうと考えられている。

精神科病棟にはじめて入院したのは42歳の時である。彼女は酒を飲んで母親に暴力をふるい刃物を突き付けたために、家人は警察に助けを求め、○○病院に医療保護入院となった。その後、一時、飲酒を止めた際に、死んだ父親の姿が見えるとか声が聞こえるなどと訴えていたこともあるが、アルコール離脱によるせん妄と解釈されている。しかし、間もなく再飲酒し、パチンコやゲームセンターに入り浸ってお金を費消し、行きつけの酒場で飲んではお金が無くなると母親に金銭を要求し、聞き入れられないと母親に刃物を突き付け、暴力をふるった。病身の母親は大柄な娘を怖がり、娘の要求を拒否できず、娘の言いなりにお金を渡すようになっている。そこで、患者は夜遅くまで酒を飲み、駅の周辺で通

行人に迷惑な行為を繰り返し、時には通行人の首を絞めるなどの粗暴な行為も見られた。そして、警察にしばしば保護された。警察は患者を保護すると毎晩パトカーで自宅に送り届けたが、患者が自ら救急車を呼んで病院での診察を要求することもあり、精神科病棟には10数回の入院歴がある。

精神科病棟では、酒さえ我慢すれば長くても3ヶ月で退院ができる。それも快適な病室での療養生活である。嫌酒剤を飲んで飲酒テストを経験した後、「酒はもう絶対に飲まんです」と宣言する娘を引き取って帰っていく年老いた母親の姿を見ると、痛々しく感じる。もちろん、退院したあとには外来に通い、嫌酒剤を飲み続けながら、作業所に通いますという約束はしているのだが、約束が長く守られることはない。

3. 考察

ここに取り上げた2症例は、臨床的には別段珍しいものではない。症例1は、ご近所が困る症例ではなく、家族が困り果て、地域の支援者が精神科医に相談し病院に連れてきた患者である。小さい時から悪さが過ぎる、言うことを聞かない、時には興奮して暴力を振るうことが多いために、父親は仕事場の柱に彼女を紐でつないでいたこともあったと言う。このようなことから、ご近所や町の支援者が家族の相談に乗っていたようであるが、彼女が成長するにつれ、わがままな要求が多くなり、両親は力で彼女を抑えることができなくなり、父親が彼女を押さえようとするも、反対に馬乗りになられて殴られる。母親は、注意するのも諦めて彼女の言いなりになってしまっている。そして、更なる暴力的な行動が頻繁に生じ、カーテンに火をつけるなどの悪戯が生じた時に、彼女を精神科に受診させ、入院させるという判断に至っている。しかし、患者は幻覚や妄想が持続する精神病ではない。ただ、軽度の精神発達遅滞、あるいは発達障害と考えられなくもないが、これらの場合、入院治療によって改善が期待されるとは思われない。この時の判断は、緊急避難的な措置としての入院が選択されたのであろう。精神科病棟への入院は、確かに一時的には彼女の問題行動の抑止にはなっていた。

放火未遂であるならば、警察は犯人を逮捕し取り調べるはずである。家庭内暴力で家族が困り果てているならば、警察が彼女を保護することもあり得る。また、家族が被害届を出せば、警察はたとえ肉親の娘であっても逮捕し、拘留することもあり得るであろう。ただ、家族にとっては警察に捕まえてもらうよりも、精神病院に入院させてもらう方を選ぶ。とりわけ田舎では、世間体を考えてこのような選択がなされることが多いようである。しかしながら、当然、病院は病気を治療する場であって、悪さをするものを罰する場所ではない。

この患者の場合、家人への暴力や悪戯、それに周囲の人たちへの迷惑行為（職員の車を壊す、無言電話をする）が顕著であるが､自らはコンピューターに熱中し､強迫的な確認行為が見られ､こだわり（100個以上の質問をノートに書き主治医に説明を求める）などの訴えもあり、単なる精神遅滞だけではなく、いわゆる発達障害とされる症状も認められ、彼女の問題行動の改善や自立への取り組みには多くの支援者が関わっていた。しかし、そのような取り組みにもかかわらず、わがままな言動を押さえることができないために、患者の行動を規制し社会的な規範を教育する場として、精神科病棟への入院治療が要請される状況が続いている。彼女には、単純明快な約束事を遵守するよう繰り返し注意し、「人に怪我させない、自分の体を傷つけない、人のものを盗まない」ことを約束させた。また、悪いことをしたら警察に捕まえてもらうとも繰り返し伝え、家族に暴力を振るうと警察に被害届を出して捕まえて貰うことを説明し、納得させている。これらはある程度効果があったと思われ、悪さを抑止する力になったよう

に思われるが、効果が長期に持続することはなかった。

そもそも、精神遅滞、性格異常に加え発達障害とされる病態は、正常とは質的に差異がある精神病とは明確に異なり、正常と明確に区別されない連続したスペクトラムと考えられ、「正常からの偏倚」と考えられるものである。これらはDSM-III以降のアメリカ診断学ではII軸に配置されるべきカテゴリー（発達障害については異論がある）と考えられている。これらはもちろん精神医療の守備範囲ではあるが、基本的に治癒を目的にするものではなく、矯正・教育、あるいは共生を目指すべきものと考えられる。これらの病態は、精神医療だけで対応できるものではなく、社会全体で考えるべきであり、行政や警察と密接に協力しながら対処するべきであろう。

われわれが子供の頃は、「悪いことをすればお巡りさんに捕まえられるよ」と言われ、「悪戯をすれば脳病院に連れていかれるよ」とも言われて育ったものである。しかし、警官がソフトにイメチェンして、悪いことをしたら捕まえられるよと言われても誰も怖がらず、ましてや脳病院はもともと悪戯をすれば入院させられるようなところではない。犯罪への抑止力は、以前とは格段に弱くなっているのを認めざるを得ないが、放火や暴行・傷害事件が発生すればまず警察官が介入し、犯罪を起こせば罰を受けさせるという社会的規範を守らせるのは、本来、警察の役割である。しかし、精神疾患の可能性があれば精神科医の関与が要請され、責任能力があると判断された時に、事件は司法の場に移行する。責任能力が無いと判断されれば、医療観察法での処遇が検討されよう。これが現在の日本における司法の仕組みである。悪戯や家庭内暴力、あるいはご近所への迷惑行為を防止するために精神科への入院が期待されることがあっても、精神科病棟は犯罪の防止機関ではなく、矯正や教育のための施設でもない。あくまでも精神疾患の治療の場であることは、基本的に認識されていなければならないことである。

症例2も軽度の精神発達遅滞であるが、この例はアルコール依存症でもあり、酒を飲んでは酩酊状態で迷惑行為を繰り返している。しかし、酒を飲んでいないときでも、お金が無くなると窃盗、万引き、そしてタクシーの売上金の詐取などを行っている。時々、警察に捕まってはいるがほとんどの場合はすぐに釈放され、精神科病院に入院することで決着が図られているように見える。聞くところによれば、彼女が逮捕されるとすぐに親戚が示談に動き、被害届を取り下げてもらい、事件そのものがなくなっているとのことである。このような犯罪は被害届の提出がなければ表面に出てこない。加害者は精神科の病気にかかっているので精神科の病院に入院させますと約束すれば、被害者は納得して被害届を取り下げる。そして、患者は精神病棟に入院し、医者の指示を守っておとなしくしておれば長くても3カ月以内で退院し、「娑婆」に出られるのである。

昔、警察が保護したアルコール依存症の患者（アル中と称された）の多くは精神病院に収容され、数カ月の身体的な治療を経て退院していた。酒を飲んではいつも社会で迷惑なことを引き起こすアル中患者の多くは警察が保護し、その後の処置は精神科病院に委ねられた。酒を止める意志のないアル中を引き受けるのも、当時は、精神科病院の社会的な義務であったともいえる。患者が入院している数か月間、患者のみならず、家族も、そして社会もがしばしの平穏な時間を過ごすことができた。しかし、患者は早期の退院を希望し、家族と社会はできる限り長期の入院を希望する。社会の厄介者を長期に収容して社会の安寧と秩序を守ろうとする力は、いつの時代にも強く働いていた。このような圧力には、精神科医は当時も今も精神科病院の役割ではないと主張して抵抗してきたのである。

近年のアルコール依存症の治療は、断酒の意志を有する患者を対象にしていて、酒を止めようとする気持ちが無い場合は、断酒の意志が固まるまで待つと言うことを原則にしているようである。症例2の

場合のように、家人が患者の暴力に耐え、患者の犯罪の尻拭いを続ければ、患者は自らの行動を反省する機会もなく、酒を断たなければならないと思うこともない。たとえ、強制的に精神科病棟へ入院させるにしても、快適な空間で数カ月間を我慢して過ごす覚悟をさせるに過ぎない。精神科病棟は基本的に矯正・教育の施設ではなく、少なくとも罪を犯せば罰を受けなければならないと教育し、矯正し、社会復帰の訓練をするのは警察であって、司法の役割であろう。

症例2では、母親が患者の暴力に耐えかねて、警察に被害届を出すから娘を逮捕してほしいと訴えたようだが、母親に対して、警察は患者から離れたところに引っ越すように助言したとのことである。行政の職員は、母親が患者を看ることができる範囲を超えているがために、患者を母親から離れた施設に入所させて生活させようとしている。母親を引っ越しさせようとする警察の提案は、冒頭の精神科医の例を想起させるものであるが、患者の自立をはかる方法としては意味のあることかも知れない。しかし、母親としては、老齢になって住み慣れた家を離れることは耐え難いことであろう。現実には、患者を施設に入所させる方向で考えていくことになるのかと思われる。

ここにあげた２症例に見られるように、精神医療に対し過度な期待がなされても、医療として出来ることと出来ないことがある。患者からの期待に添うように努力するのが我々の基本ではあるが、患者の要求に従うだけでは精神医療は成り立たない。同時に、家族の立場にも理解しなければならない。患者の立場と家族の立場は、時に一致し、時には対立する。そして、ご近所の視点も無視できず、複雑に利害が絡む場合もあり得るのである。これら３者の立場を理解した上で、問題の解決をはからなければならないのだが、ややもすると、一方に加担しすぎて他方の立場を無視することにもなりかねない。

精神医療に課された役割は引き受けるにしても、司法や行政が果たすべき役割までをも医療が肩代わり出来るものではない。悪いことをすれば罰を受けねばならないという原則は司法がしっかりと守っていくべきことと思われるが、日本では、いつの間にかこのような常識が崩れ始め、社会全体がゆるくなってしまったと感じるのは私だけであろうか？

4. おわりに

精神発達遅滞の女性患者2名を報告し、精神医療と司法との役割について論じた。

精神遅滞や性格異常、あるいは発達障害などのいわゆる「正常からの偏倚」とされる障害群について精神医療が果たしうる役割は、社会から期待されしばしば要請されるにしても、限定されていると言わざるを得ない。これらの障害では、精神科的治療よりも教育・矯正、あるいは共生が目指されるべきものであり、当然ながら、行政や司法との連携が欠かせない。ここで報告した症例のように、社会で迷惑な行為を繰り返す例や、あるいは法に触れる行為をしばしば行う場合などでも精神医療の関与が要請されているが、事情によっては柔軟に対処することもあるが、精神科病院は医療の場であるという原則を揺るがせにしてはならないと思う。

（本稿に取り上げた症例については、プライバシーの保護の観点から内容の一部を改変している）

賀茂川で佇むアオサギ（H30.2.25）

日本の自殺の時代性と季節性について

―厚生労働省の人口動態統計から―

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林　拓二

1．はじめに

自殺は精神医学の問題にとどまらず、広く社会文化的な病理現象である。しかし、自殺者の90％になんらかの精神障害が認められるとされ、研究者の中にはほぼ全例が自殺直前にはうつ病に罹患しているとする者さえいる。状態像から判断する現今の診断基準を用いれば、このような結果になるのであろうが、自殺の生涯リスクは気分障害で4％、アルコール依存症で7％、双極性障害で8％、統合失調症で5％と推定される[9]ことからも、自殺の重要な要因が精神障害であることは否定できない。

しかし、自殺には社会・経済的要因が大きく関与していることも見逃せない[3]。日本では自殺者数が3万人を超えた平成10年以降、連続して3万人を超える状態が続いたために、政府は平成18年に自殺対策基本法を制定し、心の健康づくり対策を進め、適切な精神科医療が受けられるようにする自殺対策に取り組んだが、自殺者が3万人を下回ったのは、日本が戦後最長の不況から回復に向かった平成24年であった。精神科医による取り組みが全く意味をなさなかったとは言えないにしても、自殺者数の減少に最も大きく寄与したのは、不況による経済的苦境（リストラ、失業、そしてサラ金などの過酷な取り立てなど）が改善した結果であろうと思われる。

そこで、警察庁生活安全局や厚生労働省のデータ[6]をもとに、自殺者が年間3万人を超えた時代を、失業率のデータと比較して検討してみた。また、この時代の自殺者数の月別発生数を調べ、一般的に春に多く冬には減少すると言われる季節性に変化が見られたかどうかも検討した。

2．日本の自殺の時代性

厚生労働省の人口動態統計による自殺者数の長期的な推移（図1）をみると、第二次世界大戦後の昭和30年前後（昭和29年～35年）に自殺者が増加し、昭和33年に2万3千人をピークとする最初の山を形成している。その後、昭和40年代の前半に見られた高度成長期には、自殺者は１万４千人台にまで減少しているが、その後は増加傾向となり、昭和50年以降は自殺者数が2万人前後で推移していた。その後、2つ目の山が昭和60年前後（昭和58年～平成元年）に出現し、ピークは昭和61年の2万5千人となっている。平成3年には2万人を切るまで減少したものの、平成10年には前年の2万3千人台から急激に増加して3万2千人近くとなり、それ以降は、３万人前後の状態が続いていた。しかし平成22年以降は減少を続け、平成24年になり初めて3万人を下回り、平成29年には2万1321人となっている。なお、自殺者は女性と較べ男性に多く、自殺者が増加した場合のほとんどが男性の自殺者の増加によるものであり、女性の自殺者の数はほぼ一定している。

自殺者数の統計に見られるこれら３つの山を見ると、昭和30年前後の最初の山は戦後の社会の混乱が残っていた時期であり、自殺者数が最も多かったのは15～24歳、次いで25～34歳の若者であった。戦前の価値観から戦後の体制へと急激な大転換を迫られた時代に、政治的社会的な混乱の中で、今後ど

のように生きるべきかという「実存的な」悩みを抱えざるを得なかったのが、とりわけこれらの青年層であったと思われる。昭和60年前後の二つ目の山については中高年男性の自殺が多く、プラザ合意（昭和60年）以降に生じたいわゆる円高不況によって中小企業が続々と倒産に見舞われ、経済的な問題を抱えた人が多くなったことが、自殺者の増加に影響を与えたと考えられている。

すなわち、グラフに見える第1の山と第2の山とはその内容がかなり異なっていて、前者は青年層の実存的悩み（実存うつ病？）が大きく関与しており、後者は中高年男性の経済的要因が主たる要因となっているように思われている。

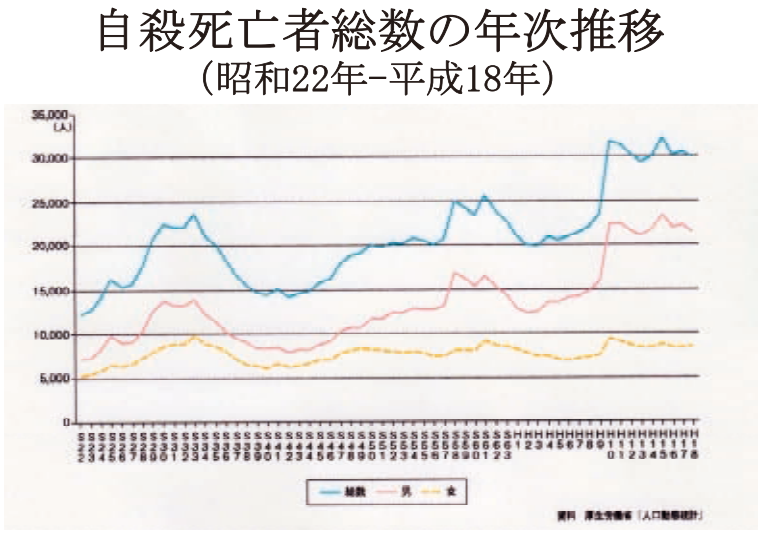


図１

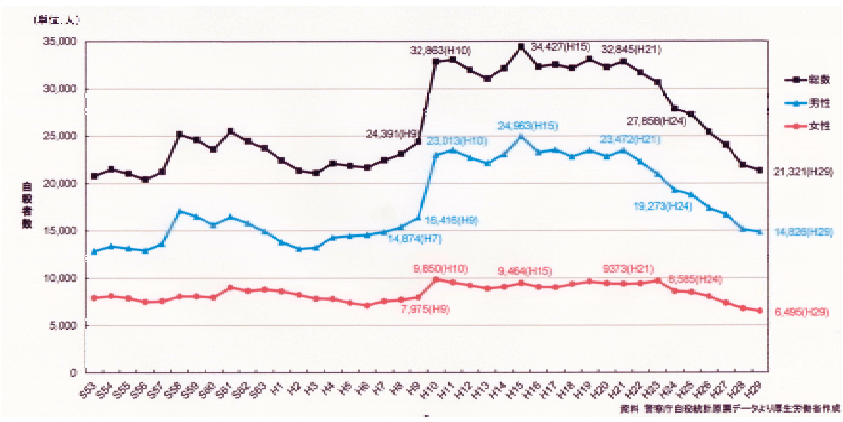
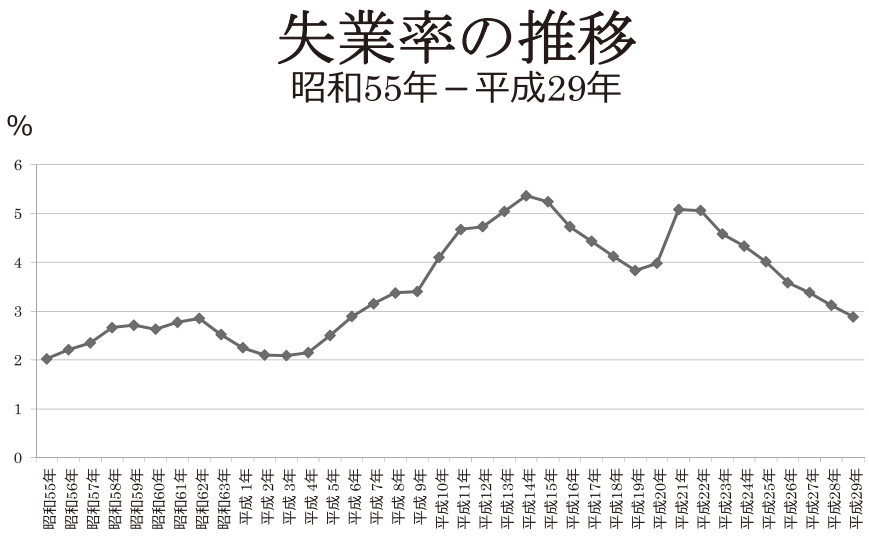


図2

さて、第3の山についてはどのように考えられるのであろうか？

図2は、図1と同じく、厚生労働省による平成30年版自殺対策白書[6] から引用したものであるが、昭和53年から平成29年までの自殺者数の年次推移が示されている。このデータを見れば、日本では平成10年に急激に自殺者数が増加し、年間3万人を超える状態となり、平成22年から徐々に減り始め、平成24年になって漸く年間自殺者が3万人を切り、その後も緩やかに減少を続けて平成29年には、昭和53年とほぼ同数の約2万人の水準に戻っている。

この間､厚生労働省は自殺防止対策に取り組み､精神医療の関係機関や民間団体に対して支援を行なってきた。それ故、その事業が功を奏してきたとされるかも知れないが、自殺者が3万人を超えたこの14年間は日本経済が極度に冷え込んだ時期であり、自殺者数の増加は経済的な苦境と密接な関連があるのではないかと疑われよう。すなわち、日本でバブルが崩壊したとされるのが平成3年であるが、その時の失業率[5]はまだ3%台だったものの､平成10年になって初めて4%に上昇し､一時は5%を超える時もあった。そして4%を切ったのはやっと平成26年になってからである（図3)。この16年間の高失業率は、自殺者が3万人を超えた14年間と重なっており、両者の相関関係は明らかである。図3を見れば、戦後に見られる自殺者の第2の山である円高不況時（昭和58年から平成1年）においても、失業率はそれまでと較べて若干上昇しており、自殺者数と失業率には明らかな相関関係が認められる。自殺には様々な要因が関与していることは言うまでもないが、このようなデータを見れば、この時期に自殺が増えた最も重要な要因は経済的な問題であることは明らかであり、高い失業率によって引き起こされた時代の閉塞感の中で中高年男性が心理的に追い詰められた結果であろうと考えられる。当時、精神科医の間では経済が好調になれば自殺者は3万人を下回るだろうと話されていたが、予想通りの結果になったと言えるだろう。自殺者が3万人を超えて急増したことは、経済的な問題を解決すべき役割のものに大きな責任があると考えてよいが、自殺者数が減少したとはいえ、なお2万人を超えており、精神保健あるいは精神医療が果たさねばならない役割はなお大きいことは否定できない。



IMF-World Economic Outlook Database
（平成30年4月17日）より改変

図 3

3. 自殺の季節性

自殺者数の増減を時代的背景から見てみると、プラザ合意に続く円高不況からバブル景気を経て平成大不況に至る失業者数との相関が認められたが、厚生労働省の統計資料による自殺者の月別発生数の推移を見ると、経済的な問題とは異なった季節性の要因に関する興味深い傾向が認められる。

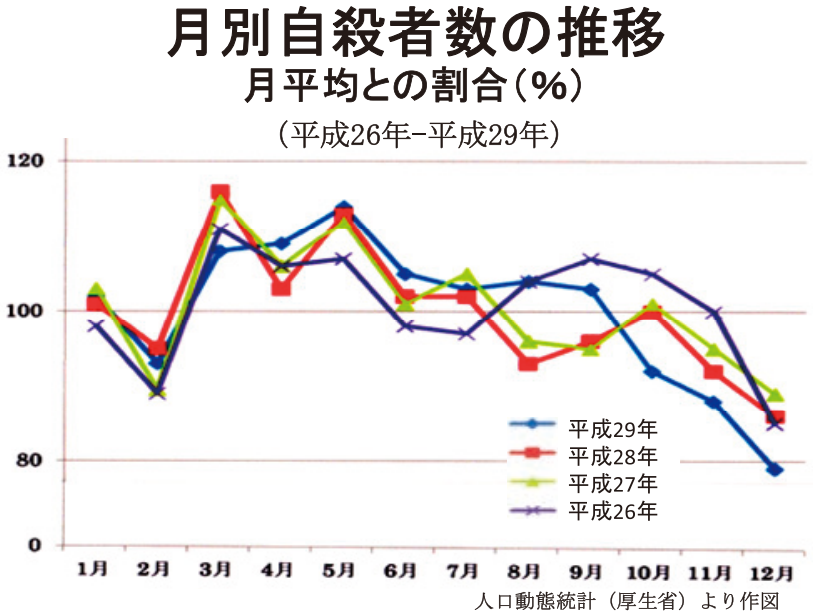


図4

図4は平成26年から29年までのデータを、月平均を100%として月別の推移をグラフにしたものであるが、毎年ほとんど同じような傾向を示している。すなわち、3月と5月にピークがあり、9-10月の秋口に少し高くなる傾向が見られる。このデータが示す年代は、既に長期の不況を脱して経済的には落ち着きが見られるようになり、自殺者数もまたバブル期以前の年間2万人の状態に戻っていることから、失業などを含む経済的な問題の影響は大きくないと思われる。このグラフは、自殺に至る原因としてどのような要因が考えられるのかを検討する資料となるかも知れない。

春から初夏に自殺者が増えるという現象は日本だけの現象ではなく、19世紀にすでにヨーロッパの医師がこのような季節性を発見し、その後も「自殺の季節性」については多くの研究者が関心を示してきた[1,2,4]。しかし、残念ながら、この問題の明確な答えはいまだに見出されていない。秋口から冬季に抑うつ的な傾向が見られるのは、「冬季うつ病」や「季節性うつ病」と呼ばれる特殊なうつ病の亜型[7,8]が見られ、日照不足でメラトニンの分泌量が減ることが原因と考えられている。この状態は北欧諸国で顕著であると言われるが、春から夏にかけて自殺者が増える原因については、一致する回答がまだ得られていない。

自殺という現象は、環境面や心的なストレスによって大きな影響を受けるほかに、内因性の精神疾患などを含む身体的な要因の関与も疑われる複雑なものであろうことは容易に想像されるが、自殺者数のピークが毎年、ほとんど同じパターンで示される点はきわめて興味深い事実である。

しかし、長期不況で自殺者が3万人を超えた時代、自殺者数の季節的変動は認められたのであろうか。

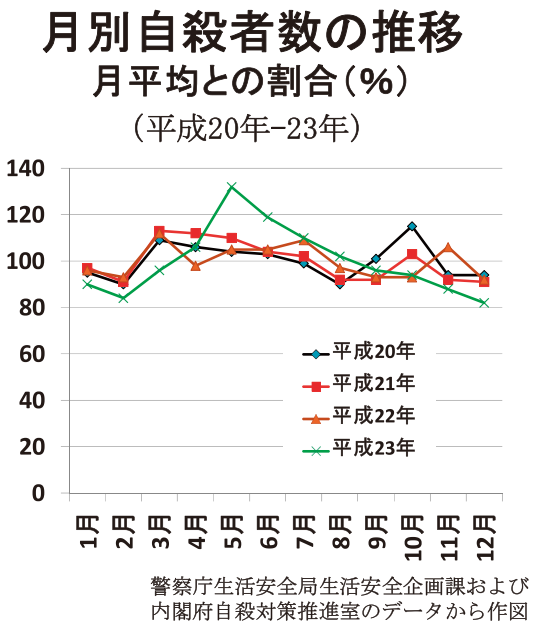
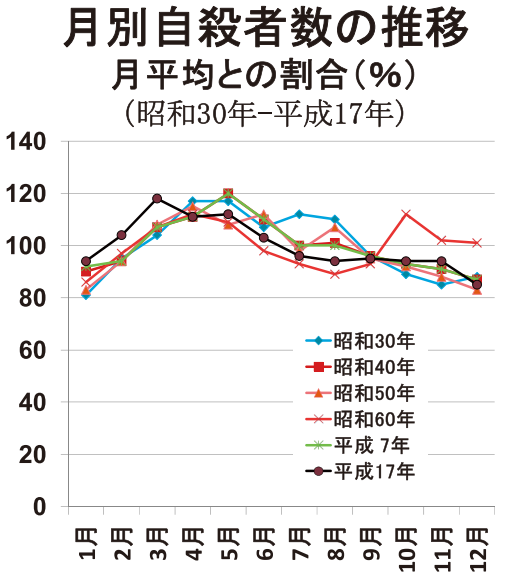


図5

図5は警察庁生活安全局と内閣府自殺対策推進室から公表されているデータに基づき作図したグラフである。平成20年から23年までの月別自殺者数の推移を示しているが、もちろん、図4と同じく月別平均を100とした割合で示している。

ここでは、図4とは明らかに異なるパターンを示している。すなわち、景気がよくなり失業率が改善に向かいかけた平成23年には自殺者数は5月に最も多くなっていたが、不況時の平成20年から平成22年では、自殺者数のピークは春（3月）とともに秋（10月あるいは11月）にも見られ、2峰性とも言える結果となっている。これらのパターンは、平成26年以降に見られる春に多く冬に少なくなるという自殺者数の傾向とは明らかに異なる結果であった。



厚生労働省「人口動態統計」を修正

図6

さらに、昭和30年から10年毎に検討したグラフが図6である。ここでも、自殺者数は3-5月に多い傾向を示しているが、不況時の昭和60年だけは10月にもピークが認められ、通常とは異なるパターンを示している。しかし、昭和30年と平成17年は不況時ではあったが秋から冬にかけての自殺者の増加は見られなかった。ただ、昭和30年は青年層の自殺が多かった年であり、中高年齢者が自殺の主体であった円高不況や平成大不況とは異なったパターンを示したのかもしれない。平成17年は失業率がやや下降し始めた頃であるが、翌年の平成18年には10月から11月に自殺者が増加するパターンに戻っている。今回示したデータを見れば、不況時には春だけではなく、秋にも自殺者が増えるのではないかとも考えられる。その原因としては、不況時の経済的問題が明らかになるのは年の後半、秋から年末にかけての頃と考えられることかも知れない。この問題については、さらに長期の資料に基づいて検討する必要があろう。

もとより、自殺者数の季節的変動については、多くの要因が関与していると考えられており、何故3月から5月に何故自殺者が増えるのかについても未だに一致した見解は得られていない。私は今回、自殺との何らかの関連を考えられる感情病（双極性障害と単極性うつ病）について、その発症の季節性を調べて検討したが、3-5月の発症は少なく、夏から秋にかけて入院するものが多かった。この結果は、春から初夏にかけて多発し、秋から冬にかけて減少する自殺とは対照的なパターンであり、両者の間に類似点を見出すのは困難であった。

4. おわりに

日本における自殺者3万人時代（平成10年-平成23年）を、厚生労働省のデータによって検討し、不況による失業率４％超（平成10年-平成25年）との相関関係を指摘し、不況によって自殺者が急増し、経済の好転によって自殺者が減少し、不況以前の状態に戻ったのではないかと考えられた。

自殺者の季節性変化について検討すると、経済が回復し自殺者が減少した時代（平成25年-平成29年）では、自殺者は3月と5月にピークがあり、9月から減少して12月に最も少なくなるパターンが見られるのに対し、自殺者3万人時代（平成20年-平成23年）では、秋から冬にかけても自殺者が減らず高いままで持続し、10月から11月にかけてピークが見られる場合もあることが特徴的であった。

自殺者の季節性については多くの要因が関与していると思われるが、経済的な要因によってこの季節性のパターンが変化するかも知れないことは興味深い。

今回、自殺者の月別データをまとめるのに平成20年以降しか入手できなかったが、平成19年以前の詳細なデータが使用出来れば、さらに詳細な検討も可能であろう。

参考文献

1） 江頭和道、他：日本各地の月自殺率と月間日照時間．精神医学 29: 735-40, 1987
2） 江頭和道、他：自殺の季節変動の各国間、年代間の比較研究．日生気誌 25: 97-109, 1988
3） 金子能宏：経済的問題（社会的問題）から見た現代日本の自殺．専門医のための精神科臨床リュミエール29、張賢徳編：自殺予防の基本戦略．中山書店、東京、pp14-23, 2011
4） 玄　東和、張　賢徳：季節、時刻による自殺の変動．臨床精神医学 37,299-304, 2008
5） IMF: World Economic Outlook Database April 2018
6） 厚生労働省：平成30年版自殺対策白書．2018
7） 坂元　薫：気分障害の季節性．臨床精神医学 26: 1281-93, 1997
8） 高橋清久：気象病・季節病とその臨床．日本医師会雑誌 107: 1978-83, 1992
9） WHO: Preventing suicide, a global imperative. 2014

ヒルガオ（近江鉄道豊郷駅にて、H30.6.3）

精神病発症の季節性について

－豊郷病院精神科病棟への入院者数の月別推移から－

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

林　拓二

1．はじめに

精神病発症の季節性については、これまでに多くの研究がある。精神疾患との直接の関連はないが、厚生省のデータによる自殺者数もまた例年3月と5月にピークを示し、明らかな季節性を示すように、精神的な変調は木の芽どきの春さきや季節の変わり目に生じ易いと言われる。私は愛知医科大学で精神疾患の発症年齢などの統計的研究[3]を行なったものの、発症の季節性についての調査はしなかった。ただ当時、精神科病院に入院する患者数が多かったのは2月と8月であり、前任の大阪の精神科病院でも同じ傾向であったと記憶している（大阪での昭和29年から昭和35年までの統合失調症データ[1]では、2月と7月にピークがあった)。しかし、この10年ほど滋賀県の湖東地区で臨床に携わっているとその傾向が少し変わってきているようにも思われたため、とりあえず最近の5年間の豊郷病院精神科病棟への入院患者数を月別に調べてみた。

本稿の表題は「精神病発症の季節性」としているが、もちろん、精神病の発症時期と入院時期との間には若干のタイムラグがあり、入院時期をもって発症時期に代替できるものではない。今後、更に正確な調査をするならば一例一例の詳細な検討が必要であるのは言うまでもない。また、季節性を検討するには、統計的な処理のための相当な数の症例を必要とし、それぞれ初回発症や再発時期などを調査し、統一した基準で診断し分類するための厖大な労力と時間が必要となる。このような研究から季節性精神疾患とその治療方法が見出されるかも知れず、今後の研究によって更なる発見と展開が見られる可能性もありうるが、本稿は、地域の総合病院精神科病棟での予備的な調査であって本格的な研究とは言い難い。しかし、入院患者の季節的変動についての大略の傾向が示されてはいるために、ここに報告することとする。

2．豊郷病院の現況

豊郷病院は滋賀県湖東地域にある中核的な総合病院であり、精神科病棟はこの地域唯一の入院施設として多様な患者が来院され、内因性精神病を中心に老人性疾患、アルコール依存症、思春期疾患、さらには精神遅滞の患者も受け入れている。病棟は入院病棟（閉鎖）と療養病棟（一部開放）の2病棟で、定床はそれぞれ60床の計120床であるが、100床前後で運用されている。常勤医師数はここ数年6名でメンバーの変更はなく、病棟体制に大きな変化は無かった。しかし、近年の精神科医療の趨勢を踏まえて、平成29年9月頃より入院病棟を精神科急性期治療病棟に変換するための準備を始めたため、それ以降は入退院患者数が急激に増加している。

3. 豊郷病院精神科病棟の入院患者数の季節性

今回の調査では、平成25年から平成29年までの全入院患者を検討したが、前述のごとく、平成29年は、入院病棟を精神科急性期治療病棟に編成し直したことから、9月頃から入院者数が急激に増加して、月別の推移が例年とは明らかに異なるパターンとなった。それ故、精神疾患の発症の季節性を考える際に平成29年のデータは不適と考え、これを除外して検討した。

豊郷病院精神科病棟
疾患別入院者数

	平成25年	平成26年	平成27年	平成28年	平成25-28年
統合失調症圏	50	65	54	54	223
躁うつ病圏	13	11	10	4	38
うつ病圏	14	31	24	21	90
認知症圏	7	13	11	15	46
アルコール依存症	2	3	4	1	10
発達障害圏	3	3	1	1	8
精神遅滞	2	7	6	3	18
てんかん圏	13	12	18	9	52
神経症圏	11	9	6	16	42

表1. 疾患別入院者数

豊郷病院の精神科病棟への入院患者のデータは表1に示すとおりである。4年間の全患者の延人数は527名（平成25年：115名、平成26年：154名、平成27年：134名、平成28年：124名）であった。診断は各主治医の判断を尊重したが、状態像による診断は生涯診断を考慮して訂正した。統合失調症圏には定型分裂病および非定型精神病が含められ、うつ病圏には、内因性うつ病や神経症性うつ病の区別はされず、精神病症状を伴ううつ病も含められている。人数は延べで数えているため、数日間で入退院を繰り返す人格障害の患者（てんかん圏に含めている）や軽度知的障害の患者などの頻回リピーターは、数字上では実数より多くなっている。

次に掲げる図1は、平成25年から平成28年までの入院患者の総数を、年ごとに月別で示したものである。なお、毎月の日数を合わせるため基準を30日と定め、31日の月は30/31を、28日の2月は30/28（平成28年は閏年のため30/29）を掛けて換算した人数を示した。

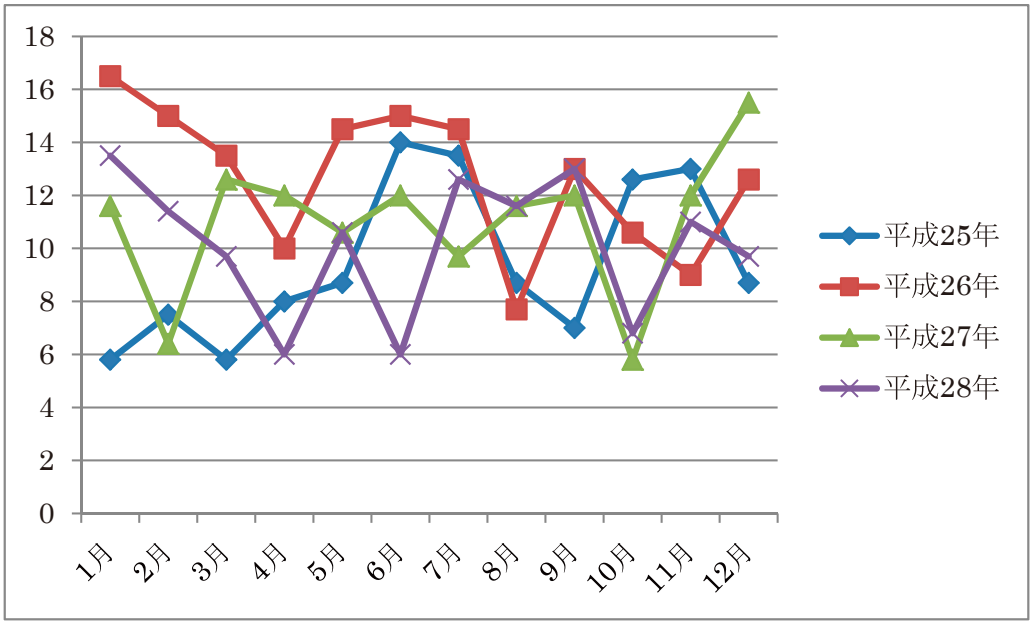


図1. 入院患者数の年毎の月別推移

この4年間のグラフを見ると、入院患者数の月別パターンは一定の傾向があるとは言えず、季節性があるとは言い難い。ただ、年毎に詳しく見れば、平成25年は6-7月と10-11月に入院者数が増え、平成26年には5-7月と1月に入院者の増加が認められている。平成27年は12月にピークがあり平成28年には1月と7-9月にピークが見られている。この結果から、5-7月の初夏と12-1月の初冬に入院患者数が多くなる傾向が認められると言えるかもしれない。

図2は平成25年から28年までの入院総数を月別にグラフにしたものであるが、初夏と年末年始に若干入院者が増加する傾向が認められた。前述したように、20-30年ほど前に私が関係した東海地区の大学病院や大阪の精神科病院のデータでは、入院患者数が2月と8月にピークを示していた印象がある。今回のデータを見れば、1月と7月にピークが見られ、時期的に1-2ヶ月ほど早くなっていると言えるのかも知れない。

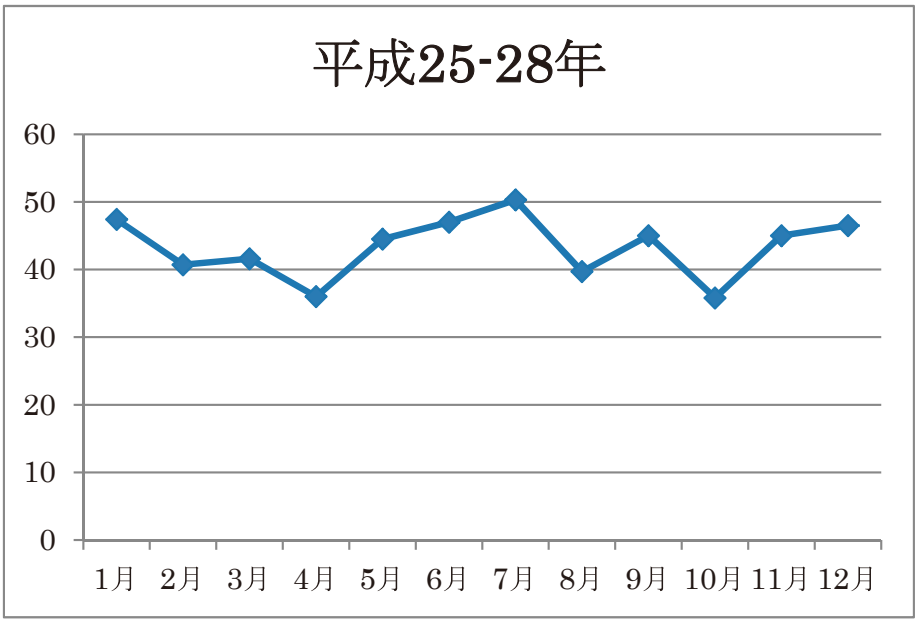


図2.入院患者総数の月別推移

言うまでもなく、延べ527名の入院患者総数の中には様々な患者が含まれており、内因性精神病圏の患者だけでなく、精神発達遅滞や認知症も含んでいて、均質な患者ではない。また、入退院を頻回に繰り返す患者もいて、中には3年間に26回も入院し数日で退院している患者（内因性精神病とは考えられない）も含まれている。これらの患者によって発症の季節性が曖昧となっている可能性も考えられるため、疾患別の発症の季節性を、とりわけ統合失調症圏と感情病圏について検討してみた。

4. 統合失調症圏の診断で入院した患者数の季節性

平成25年から28年までに、統合失調症圏の診断で入院した患者の総人数は223名（平成25年：50名、平成26年：65名、平成27年：54名、平成28年：54名）であった。各年毎に、月ごとの平均数を100とした割合をグラフにしたのが図3である。この図を見ると4月と9月に入院数の減少があり、5-6月と12-1月に入院数が増加する傾向を認めると言えよう。ただ、毎年同じ傾向が見られるわけではなく、ここでも明確な季節性があるとは言い難い。

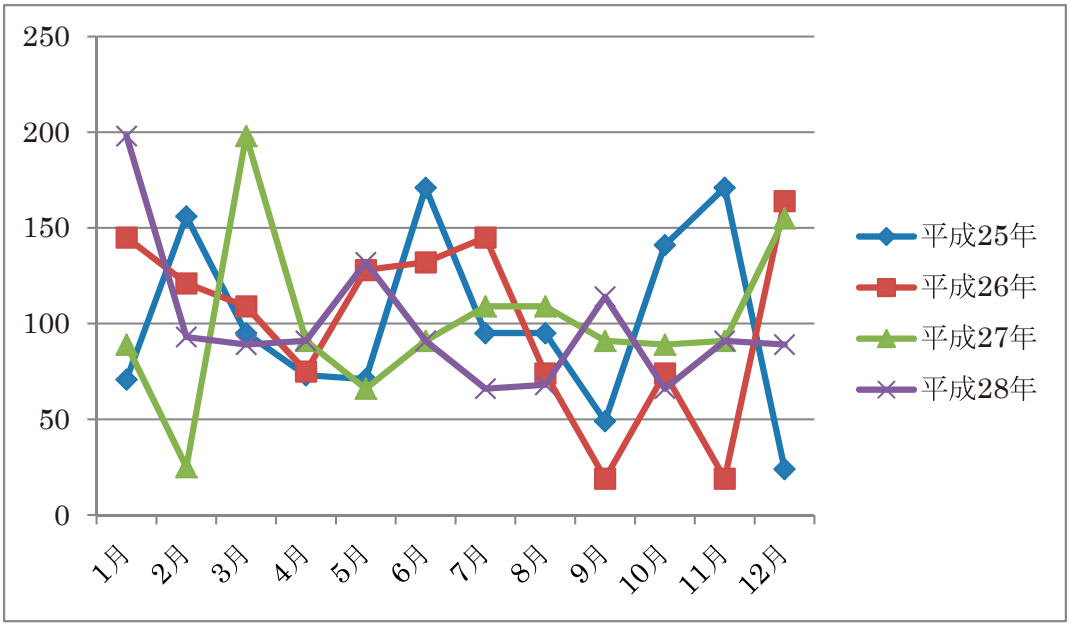


図3. 統合失調症患者の入院月別推移（月平均入院数との割合）

図4は、平成25年から平成28年までに入院した統合失調症圏患者の総数を月別に、年平均を100とした割合で示したグラフである。ここでも、4月と9月に入院数が落ち込み、1月と3月と6月にピークが見られる。図3で明らかなように、3月の入院数増加は平成27年だけのことであり、2月に入院数が減少した反動として3月に入院数が増加したと解釈されるため、統合失調症圏の入院患者数も初夏と初冬、あるいは夏至と冬至ごろに多くなる傾向を示すとは言えるのかも知れない。

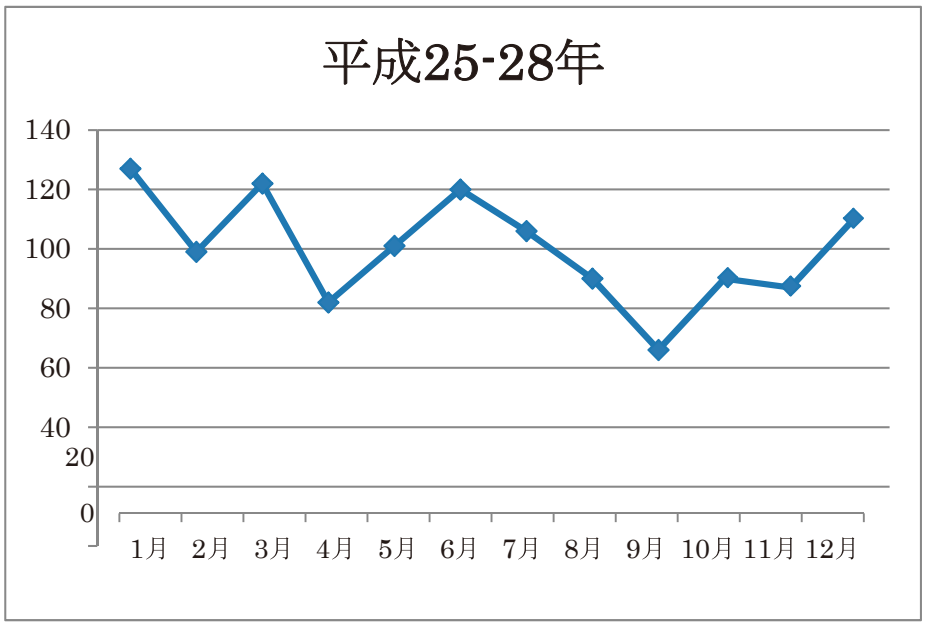


図4. 統合失調症圏患者の入院月別推移（月平均入院数との割合）

5. 感情病圏の診断で入院した患者数の季節性

次に感情病圏の患者の月別データを見てみる。

平成25年から28年までの、感情病圏として入院した患者の総人数は128名（平成25年：27名、平成26年：42名、平成27年：34名、平成28年：25名）であった。ここでは、内因性・神経症性の区別や双極性・単極性の区別はせずに感情病圏として一括したために、疾患としてはかなり異種なものが混在していることを認めておかなければならない。図5は平成25年から平成28年までに入院した患者を月ごとに合計し、月平均を100とした割合で示したグラフである。このグラフを見ると、7-9月に入院数が増え、10月にいったん減少するも11-12月にまた入院者数が増加している。すなわち、感情病圏の患者が入院するのは、夏から秋にかけての年の後半に多く、年の前半、すなわち1月から6月にかけての入院は明らかに少ない。このデータで見る限り、感情病圏の入院患者には明らかな季節性が認められ、統合失調症圏でのパターンとは明確に異なると言える。

感情障害の季節性に関する報告では、躁病の発症は夏に多く、うつ病では春と秋に発症するが、内因性うつ病は春に、神経症性うつ病は秋に後発するとされている。今回の結果では、感情病圏全般の症例を含めたために春-夏と秋の2峰性のパターンが見られることが予想されたが、春から夏の発症が見られなかった。今回の結果を踏まえ、感情病圏の疾患については、躁うつ病、単極性躁病、内因性うつ病、それに神経症性うつ病に分類した上で詳しい検討を行なう必要があろう。

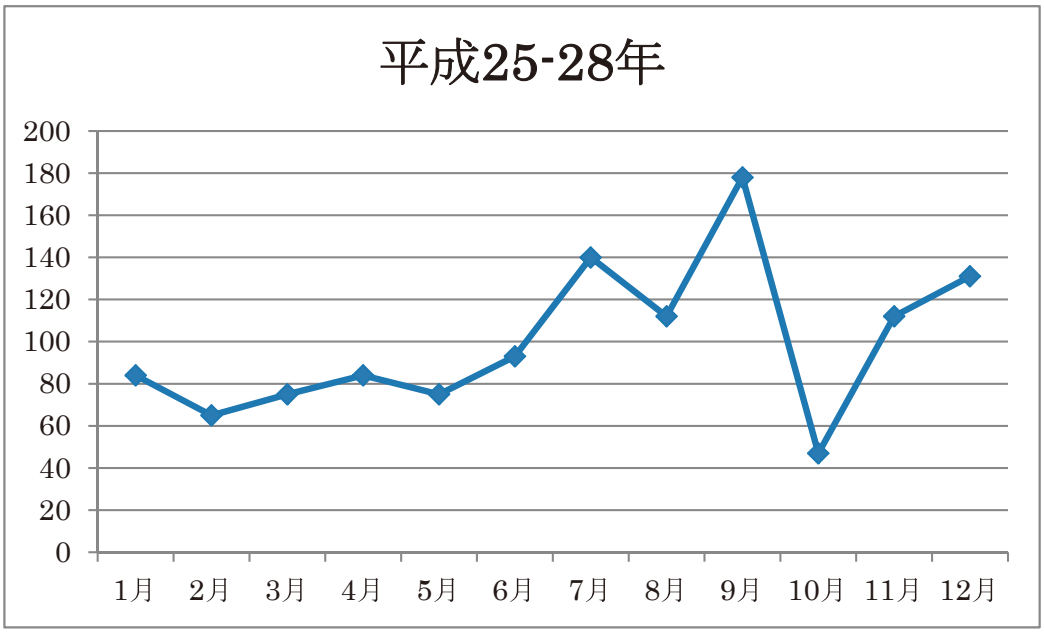


図5. 感情病圏患者の入院月別推移（月平均入院数との割合）

6. 考察

精神疾患の発症や季節性については、古代ローマ時代にもすでに「メランコリーは秋に生じ、マニアは夏に起こる」という記載が見られるとのことである[12)]が、近代でもフランスのサルペトリエール病院の院長であったエスキロールが1838年に「狂気」の入院は春に上昇し6-7月にピークとなりそれ以降は減少すると記載している[1)]。その後、ドイツ、スイス、イタリア、アメリカにおいても入院患者のデータではほぼ同様な季節性が報告され、入院が夏に多いことや月別では6月と7月に多いという、おおむね一致した結果が示されている。これらの原因としてはこれまでも多くの仮説が提示されてきた。Westphal H [13)]は社会的な原因を指摘し、6-7月にかけては農産物の収穫期であり、農家では家族が患者の面倒をみることができなくなるために入院患者数が多くなるのではないかと考えたが、このような解釈には反論がすぐにみられ、Kollibay-Uter H [6)]は収穫期の影響を受けない都会の患者もまた農村の患者と同じような入院の季節パターンを示すと報告し、この季節変動の原因は社会的な因子によるものではなく、季節的な因子が関与しているとしている。そして、春から初夏にかけての気温の上昇との関連を示唆するものが多い。

Abe K [1)] は厚生省統計局の資料をもとに、昭和30年から昭和36までの北海道、東北3県（青森、岩手、宮城)、京都、佐賀、鹿児島の7県のデータを用いて、精神病院への月別入院患者数の調査をしている。そして、入院患者数がピークとなる月と緯度との関連を検討し、ピークの月と緯度が相関することを見出している。すなわち､緯度が高い北海道（ピークが8-9月）から緯度が低い鹿児島（5月がピーク）まで、緯度が低くなるほど入院のピークも早く（ちなみに､この研究における京都のピークは6月）なっている。このような結果もまた、精神疾患の発症の季節性は、社会・経済的な要因によるものではなく、気候的な要因によるのであろうと考えられる。

今回の豊郷病院での調査では、入院時期に顕著な季節性があるとは言い難かったが、精神科への入院は1月と7月に多く認められた。20-30年前に一般的に言われていた2月と8月のピークは若干早くなっていると言えるのかも知れない。単純に発症と入院の間のタイムラグを考慮すると、木の芽立ちの頃に発症した患者が5-7月頃になって入院し、季節の変わり目で寒くなる時期に発症した患者が12-1月頃に入院すると考えれば、昔から一般に言われている「精神疾患の木の芽立ち、季節の変わり目発症」説が裏付けられたと言って良いデータなのかも知れない。

統合失調症の患者は総入院患者数の4割を超えているために、統合失調症圏に限った結果においてもほぼ同様な傾向を示している。相違としては、入院患者数のピークが1月と6月となり、4月と9月に谷が見られることであり、入院患者の季節性がより鮮明になったと言える点であろう。また、今回の結果では5-7月の夏期の発症とともに12月と1月にも多くの発症が見られていて、統合失調症の発症が夏に最も多いとする諸外国やわが国での従来の報告とは若干異なる結果となっている。しかし、阿部による大阪のデータでも最も多く入院するのは7月であるが2月にも若干多くの入院がみられている。武井によるイングランドとウェールズのデータでも6-7月の入院が最も多いものの、2-3月にもピークが見られていて、今回の報告に類似した結果と言える。武井のデータで興味深いのは、統合失調症を男女別に検討した時には、夏には女性の入院が多いのに比べ、冬には男性が多いと言う結果が示されていることである。そして、女性の統合失調症のパターンが感情障害のパターンと類似し、周期性の傾向を示し、病前には良好な社会適応を示し、知的能力はよく、経過も良好で抗精神病薬によく反応し、脳の形態的な異常も少ないことなどから、多くの女性の統合失調症は、神経発達障害と考えられる統合失調症よりも感情障害

と密接な関係があるとし、共通の病因を有するかもしれないとしている。われわれの立場からすると、このような議論は女性の統合失調症には非定型精神病が多く含まれ、感情障害、なかでも双極性障害（躁うつ病）には、非定型精神病に近縁な疾患が含まれることに起因するのではないかと考えられる。武井らはICD-9で統合失調症の亜型分類をしているが、統合失調症を定型分裂病と非定型精神病とに類別した研究が行われれば、如何なる結果が得られるのか、興味深いところである。

しかし、南半球のブエノスアイレスでは、北半球での報告と類似して、入院が最も多いのが10月（北半球の4月）で、最も少ないのは5月（北半球の11月）であると報告[1]されていたが、近年のオーストラリアからの報告では、統合失調症の発症は8月（南半球の冬）がピークの季節性を認めたり[4,7]、男性の統合失調症や統合失調症型障害のみに季節性(ピークは冬)が見られたり[7]、また、統合失調症には季節性は見られず、統合失調感情障害にのみ季節性(ピークは冬)が見られたとの報告[3]もあり、北半球の報告とは異なって、一致した結果は得られていない。

今回の報告では、感情病圏の入院患者に症例数が少なかったため、躁うつ病とうつ病とをまとめて検討した。その結果、統合失調症と較べて明らかな季節性が見られるも、従来の多くの報告とは若干異なり、春のピークは見られず、夏から秋にかけて入院する患者が多かった。これまでの報告[8,9]によれば、双極性障害では夏に発症することが多く、単極性うつ病の場合は春と秋、もしくはいずれかに入院のピークがあるという報告が多い。今回の結果を見ると、感情病圏の患者でも異種性の問題を考慮し、少なくとも双極性障害と単極性うつ病に分類し、さらに内因性うつ病と神経症性うつ病とを類別した上で検討する必要があろうと思われる。

うつ病との関連性でしばしば取り上げられる自殺[10]については、明確な季節性が認められ、3月と5月にピークがあり夏から秋にかけて徐々に減少する傾向が認められる。このことは今回の感情病圏の入院月別パターンと大きく異なる結果であり、自殺とうつ病とを単純に結びつけることができないことを示している。

7. おわりに

豊郷病院精神科病棟に入院した患者の平成25年から28年までの月別割合を調査し、次の結果を得た。

1）入院患者総数では、5-7月と12-1月に入院が多い傾向が認められる。従来、2月と8月に多いと言われていた傾向と較べて、1-2ヶ月早くなっていると言えるのかも知れない。

2）統合失調症圏患者に限ると、顕著な季節性は見られなかったが、4月と9月に入院数の減少があり、5-6月と12-1月に入院が増加する傾向を認めた。

3）感情病圏の患者では、1月から6月までは入院は少なく、夏から秋にかけて入院数が増加する顕著な季節性を認めた。

今回の調査は、精神疾患の発症の季節性を調べるために行ったものであるが、統合失調症圏患者と感情病圏患者とはその発症の季節性に差があるように思われた。今後、各病圏の症例をさらに詳しく細分した上で比較すれば、各疾患圏内の亜型に相違が見出されるかも知れず、診断に関する議論の重要な資料となるかも知れない。

参考文献

1. Abe K: Seasonal fluctuation of psychiatric admissions, based on the data for 7 prefectures of Japan for a 7-year period 1955-1961, with a review of literature. Folia Psychiat Neurol Jap 17: 101-12,1963
2. 阿部和彦、吉村玲児：精神分裂病の季節性．臨床精神医学 26: 1275-79, 1997
3. Daniels BA, Kirkby KC, Mitchell P et al: Seasonal variation in hospital admission for bipolar disorder, depression and schizophrenia in Tasmania. Acta Psychiatr Scand 102: 38-43, 2000
4. Davies G, Ahmad F, Chant D et al: Seasonality of first admissions for schizophrenia in the Southern Hemisphere. Schizophr Res 14: 457-62, 2000
5. 林　拓二（編・著）：非定型精神病－内因性精神病の分類と診断を考える－．新興医学出版社、2008
6. Kollibay-Uter H: Über die Jahreskurve geistiger Erkrankungen. Z Neurol 65: 351, 1921
7. Owens N, McGorry PD: Seasonality of symptom onset in first-episode schizophrenia. Psychol Med 33: 163-67, 2003
8. 坂元　薫：気分障害の季節性．臨床精神医学 26: 1281-93, 1997
9. 佐野奈々、大坪天平：統合失調症・気分障害患者における出生日・（初回）入院の季節性．臨床精神医学 37: 283-90, 2008
10. 高橋清久：感情障害とその臨床．日本医師会雑誌 107: 1978-1983, 1992
11. Takei N, O'Callaghan E, Sham P et al: Seasonality of admission in the psychoses: effect of diagnosis, sex, and age at onset. Br J Psychiatry 161: 506-11, 1992
12. Wehr TA, Rosenthal NE: Seasonality and affective illness. Am J Psychiatry 146: 829-39, 1989
13. Westphal H: Geisteskrankheiten und Jahreszeiten. Rudolph Müller und Steinicke, MÜnchen, 1911

ホトケノザ（豊郷病院デイケア棟　H30.3.27）

双極性障害

Bipolar Disorder

疾患の解説　白井隆光（豊郷病院）・村井俊哉（京都大学）

薬の解説　伊藤芳久（日本大学）

疾患の解説

【定義】

感情と欲動の障害を主徴とする原因不明の精神疾患の中で、①躁病エピソードまたは②軽躁病エピソードおよび現在または過去の抑うつエピソードの基準を満たすものを双極性障害といい、前者①を双極Ⅰ型障害、後者②を双極Ⅱ型障害という。双極Ⅰ型障害の最初の躁病、軽躁病、または抑うつエピソードの発症は平均18歳であるが、人生のすべての年代で起こりうる。ただし、中年期以降において躁症状が発症する場合、前頭側頭型認知症などの器質性疾患や違法薬物など精神作用物質の摂取・離脱との鑑別は重要である。双極Ⅱ型障害は青年期後期と成人期全般において発病し、発症時の平均年齢は20代半ばと一般的に双極Ⅰ型障害より少し遅く、うつ病よりも少し早い。また、多くの場合、抑うつエピソードから始まるため、ときに当初診断であるうつ病のまま治療が継続され、難渋するケースもある。生涯有病率は統計データによりかなりばらつきがあるのでは一概にいえないが、数％程度といわれている。

【成因・原因】

双極性障害の成因はいまだに明らかではないが、これまでの研究により、遺伝、環境などの複合要因により発症する疾患であると考えられている。最近では、細胞内情報伝達系の研究などにより，生物学的病態解明が進められている。仮説の段階ではあるが、ミトコンドリアの機能異常やグルタミン酸作動性神経伝達亢進が関与しているという研究報告もある。

【臨床症状】

1. 躁病エピソードあるいは軽躁病エピソード

気分は異常かつ持続的に高揚（気分高揚）し、気分は爽快（爽快気分）となるが、一方で自分の行動を妨げられると易怒的、攻撃的になる。加えて、活動または活力が亢進する期間が躁病エピソードの場合は1週間以上、軽躁病エピソードの場合は4日間以上、1日の大半において持続する。その期間中に、以下の臨床症状の複数が認められる。

1）自尊心の肥大・誇大：思考内容の異常、誇大的になり、自己評価が上昇して過大評価をするようになる。

2）睡眠欲求の減少：短時間の睡眠で十分な睡眠をとったと感じる。

3）行為心迫：意欲や行動の異常の1つ。活動欲が亢進して、切迫的で、多弁、多動、何かをしようと絶え間なく動き回る状態。

4）観念奔逸：思考形式の異常。観念が次から次へと湧き出し、話題が飛躍し逸れていってしまう状態。

その他注意散漫や、焦燥、散財、性的無分別などの破滅的な行動が認められる。

2. うつ病エピソード

気分が滅入って沈んだ状態（抑うつ気分）、および（または）、ほとんどすべての活動における興味または喜びの著しい減退がほとんど1日中、2週間以上継続する。その期間中にその他も含め、以下の臨床症状の複数が認められる。

1）思考制止：考えるテンポが遅くなり、判断力決断力が低下する状態。

2）睡眠障害：早朝覚醒や中途覚醒などの不眠のみならず、過眠を呈することもある。

3）無価値感や罪責感：過剰または不適切に自身を責める状態。ときに妄想的であることもある。

4）希死念慮：死にたい、消えてしまいたいという気持ちにとらわれること。または、実際に自殺を試みること。

その他、体重減少、食欲低下、疲労感、焦燥感などが認められる。

【検査所見】

あくまでも双極性障害は、問診や病歴聴取による臨床評価に基づいて診断するのが原則であり、現時点では確定診断に至る検査所見はない。ただし、うつ病、双極性障害、統合失調症など抑うつ症状の鑑別診断の補助として、近赤外光を用いて脳内のヘモグロビンの濃度変化を測定する、光トポグラフィー（near-infrared spectroscopy: NIRS）検査が2014年から保険適用となっている。

【予後】

気分エピソードの反復出現という観点から長期予後は必ずしもよいとはいえない。また、生命予後としては、双極性障害を持つ人の自殺の生涯発症危険率は一般人口の少なくとも15倍高いと見積もられている。さらに、不安障害やアルコールなどの依存性物質使用障害などほかの精神疾患を併発しているケースも多い。メタボリックシンドロームや片頭痛を合併する割合も多い。

【治療指針】

臨床経験のある精神科医が参考にすることを想定し、日本うつ病学会から「日本うつ病学会治療ガイドラインⅠ．双極性障害」（http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/）が出版されており、参考にされたい。

1. 薬物療法

軽躁病エピソードも含む躁病エピソードに対する治療、抑うつエピソードに対する治療、再発予防治療、いずれの場合においても、双極性障害治療の中心は薬物療法であり、治療薬として、従来より炭酸リチウムをはじめとした気分安定薬の単剤治療が第一選択である。ただし、気分安定薬の単独使用では特に躁病エピソードが重度な場合、即効性が期待できないこともあり、近年、非定型抗精神病薬の単独使用や、気分安定薬と非定型抗精神病薬との併用をすることも多い。このような併用療法の場合、3－4週間経過をみて、状態が安定した時点で抗精神病薬の漸減中止を行い、その後は気分安定薬単独で維持していくという方法が一般的である。なお、双極性障害の抑うつエピソードに対する治療で、抗うつ薬の使用については、賛否両論あるが、躁転するリスクがあり、抗うつ薬（その中でも特に三環系抗うつ薬）を単独で用いることは推奨されないという見解が多い。

2. 修正型電気けいれん療法（modified electroconvulsive therapy:m-ECT）

薬物治療抵抗性の場合、施行されることがある。ただし、同療法施行中、併用するとけいれんに拮抗したり、せん妄が遷延するリスクがある気分安定薬は原則使用しない。

3. 心理社会的治療

薬物療法に合わせて、病識を深め、治療に対するアドヒアランスを確立するために、疾病教育をはじめとした心理教育は重要となってくる。特に再発の初期徴候に気づき、こうした徴候があれば受診するようにと促すことは、再発防止に重要である。対人関係－社会リズム療法、家族療法、認知行動療法などは双極性障害の再発予防に有効だとの報告もある。

4. その他

できるだけ早く休息をとらせるなどの生活指導、日常生活上のあらゆる精神的負担を軽減させるための環境整備を行うのはこれまでに述べた治療をするにあたり前提となる。

処方例と処方意図

【処方例１】

炭酸リチウム錠200mg　１回１錠　１日２回　朝夕食後

【処方意図】

双極性障害の薬物治療として、気分安定薬の炭酸リチウムが一般的に推奨されている。

なお、リチウムの有効治療域の血中濃度（0.4～1.0mEq／Lを目安）と中毒域の血中濃度（1.5mEq／L以上）が近いため、定期的に血中濃度を測定する必要がある。開始用量としては1日400～600mg、1日2～3回に分割経口投与、以降，症状に応じ、漸増し維持量にする（最大1,200mg／日まで）。また同剤は腎排泄されるため、腎不全の患者には注意が必要である。さらに、薬物相互作用もあり、例えば非ステロイド性消炎鎮痛剤（NSAIDs）を内服した際、リチウムの血中濃度が上昇することもある。

【処方例２】

アリピプラゾール錠24mg　l回1錠　1日1回　朝食後

【処方意図】

双極性障害の躁症状の治療薬として、アリピプラゾールやオランザピンなどの非定型抗精神病薬も選択肢の1つとしてあげられる。アリピプラゾールは開始用量としては、24mgで1日1回、症状により適宜12～30mgの範囲内で調整する。

【処方例３】

バルプロ酸ナトリウム錠200mg　l回2錠　1日2回　朝夕食後

オランザピン錠10mg　l回2錠　1日1回　就寝前

【処方意図】

躁症状が強いとき、パルプロ酸ナトリウムや炭酸リチウムなどの気分安定薬とオランザピンなどの非定型抗精神病薬を併用して用いることがある。パルプロ酸ナトリウムは開始用量については、特に定めはないが、一般的に400～600mgを1日2～3回に分けて開始し、症状に応じて、適宜400～1,200mg間で調整し、1日2～3回に分けて投与する。なお、パルプロ酸ナトリウムは有効血中濃度（40～100

μg/mL）以上になると、血液凝固系異常、高アンモニア血症、過鎮静などの中毒症状が出現することがあり、定期的な血中濃度の測定が望ましい。また同剤徐放製剤錠もあり、その場合、通常400～1,200mgを1日1～2回投与が可能である。一方，オランザピンの開始用量としては通常10mgを1日1回投与して、症状に応じて適宜増減するが、最大量は20mgとなる。また、オランザピンは単独で双極性障害におけるうつ症状にも有効で、その場合、開始用量は5mgを1日1回投与、その後、適宜調整となっている。なお、オランザピンは脂質や糖などの代謝異常の副作用を認めることがあり、糖尿病患者には禁忌である。

【処方例４】

ラモトリギン錠100mg　l回1錠　1日2回　朝夕食後

【処方意図】

気分安定薬のラモトリギン錠は、双極性障害における気分エピソードの再発・再燃抑制に用いられる。再発予防のための維持療法として、その中でも、うつ病エピソードの再発予防効果において顕著に有効である。ただし同剤には、全身症状を伴う重篤な皮膚障害の副作用があり、副作用出現を減らすために、開始用量は通常25mgl日1回で2週間以上あけて漸増していく必要がある。また，他剤との薬物相互作用があり、併用薬によって開始用量や漸増量が大きく異なるので注意が必要である。

薬の解説

炭酸リチウム：抑えることのできない感情の高まりや行動を抑える薬剤

【作用機序】

リチウムは中枢神経系における、ノルアドレナリン作動系、ドパミン作動系、セロトミン作動系において、きわだった作用機序になるものはなく、多くの作用が複合的に関連して作用するものと推測されている。

【適応】

躁病および躁うつ病の躁状態

【用法・用量】

炭酸リチウムとして．成人では通常１日400～600mgより開始し、1日2～3回に分割経口投与する。以後3日ないし1週間ごとに、1日通常1,200mg までの治療量に漸増する。

改善がみられたならば症状を観察しながら、維持量1日通常200～800mg の1～3回分割経口投与に漸減する（適宜増減）

【禁忌】

てんかん等の脳波異常（増悪)、重篤な心疾患（増悪)。リチウムの体内貯留を起こしやすい状態（腎障害、衰弱または脱水状態、発熱、発汗または下痢、食塩制限（毒性増強）

【重大な副作用】

リチウム中毒、悪性症候群（Syndrome malin)。洞不全症候群、高度徐脈、腎性尿崩症、急性腎不全、間質性腎炎、ネフローゼ症候群、副甲状腺機能亢進症、認知症様症状、意識障害

【特記事項】

過量投与による中毒を起こすことがあるので、投与初期または用量を増量したときには維持量が決ま

るまでは1週間に1回を目処に、維持量の投与中には2 ～3カ月に1回を目途に、血清リチウム濃度の測定結果に基づきトラフ価を評価しながら使用すること。なお、血清リチウム濃度を上昇させる要因（食事および水分摂取量不足、脱水を起こしやすい状態、非ステロイド性消炎鎮痛剤などの血中濃度上昇を起こす可能性がある薬剤の併用など）や中毒の初期症状が認められる場合には、血清リチウム濃度を測定すること。

（本稿は、アークメディアから2017年に発刊された、「わかりやすい疾患と処方薬の解説」で発表されたものである）

セツブンソウ（京都府立植物園にて、H30.3.4）

解離に関係する精神疾患

公益財団法人豊郷病院臨床心理士
木津賢太

1．はじめに

心理カウンセリングの場面では、解離性障害、境界性パーソナリティ障害、慢性疲労症候群、線維筋痛症の患者を目にする機会が多い。彼らには共通する特徴がある。それは、普段は与えられた役割を完璧なまでにこなす真面目さがある一方で、何らかの拍子に不快感情が引き起こされると人格が変わったかのように激しい感情を表し、その間の記憶が曖昧になることが多いのである。また、彼らは過酷な幼少時代を過ごしてきたにもかかわらず、それらについて感情を伴わず語ったり、ある一部分の記憶が残っていなかったりすることもある。つまり、彼らは不快感情を解離させることに共通の特徴があるのだ。こうした解離を特徴とする精神病理のメカニズムやその対応について理解しておくことは不可欠であるといえる。そこで本稿では、解離に関する現代の研究を概観していくこととする。

2．解離理論とその展開

解離理論は、フランスの精神科医であるPierre Janetが1880年代に提唱した概念である。解離とは極度のストレスに曝されたときにその体験の記憶や意識の一部分が切り離されてしまう心理的な現象をいう。この解離理論は、精神分析の席巻により影をひそめることとなった。しかし、1970年代以降のベトナム戦争帰還兵のPTSD治療に役立てられることとなった。

van der hartらは構造的解離理論を唱え、解離理論を発展させた。これは心的外傷が原因の精神障害全体を、解離を軸に捉え直そうというものである。この理論では、解離性障害だけでなくPTSDや境界性パーソナリティ障害までもその範囲に含めている。

構造的解離理論では、人は心的外傷を受けると、あたかも正常に見える人格ANP(Apparently Normal Part of the Personality)と情動的な人格EP(Emotional Part of the Personality)に解離すると考える。解離している人は、ANPが日常生活の大部分を担っている。しかし、何らかのきっかけで不快感情が起こると、不快感情とともに切り離されていた外傷記憶が活性化し、EPに交代するのである。このことから、冒頭に述べた患者達の普段の真面目な人格はANPに相当すると考えてよいだろう。一方で、不快感情が引き起こされたときに激しい感情を露わにするのはEPに相当するであろう。構造的解離理論では、こうした激しい感情を露わにするフラッシュバックや憤怒発作をもEPとしてみなしている。ANPからEPに交代することによって、普段の人格（ANP）の記憶があいまいになると考えられる。

構造的解離理論では、解離の度合いを3段階に区別する。繰り返される心的外傷体験は、次第に解離の壁を厚くし、EPは一つのまとまった人格として成長し、さらにはEPの数が増えていくこととなる。第一次解離ではANPが１つ、EPが1つ存在し、病名としてはPTSDや解離性障害がそれに該当する。第二次解離ではANPが１つ、EPが複数存在し、複雑性PTSDや境界性人格障害が該当する。第三次解

離ではANPが複数、EPも複数存在し、解離性同一性障害が該当する。このように、構造的解離理論では、今まで別のカテゴリーと考えられたPTSDや境界性パーソナリティ障害が解離の病理として捉えられている。

Herman JLは境界性パーソナリティ障害の81%が虐待的な被養育体験をしていたという研究結果から、心的外傷体験と境界性パーソナリティ障害が強く関連していることを指摘している。また、彼は、境界性パーソナリティ障害という診断名はその点がよく考慮されず“難しい患者”というような侮辱的なレッテルとして使われがちであると指摘し、複雑性PTSDという診断名を使用することを提唱している。このことからも、今後は境界性人格障害への捉え方に大きな転換が必要となるだろう。

3. 解離の生物学的仕組み

生物は恐ろしい経験をすると、「闘争か逃走か（fight or flight）」の過覚醒状態になる。しかし、戦っても勝ち目がなく、逃げることもできないと判断すると、不動化状態（freeze）となる。不動化状態とは、感情や身体感覚を麻痺させることである。感覚をシャットダウンし、痛みを感じないようにすることで自らの生命を守ろうとするのだ。これは、動物でいうところの死んだふりに相当する。死んだふりをするのは、何とか隙ができるのを待ち、窮地から逃れようとする生物の知恵である。窮地ではない場面においても、容易にfight/flight/freezeが引き起こされてしまう状態が、解離が常態化した状態である。

人の場合も、不動化状態（freeze）に陥ると、精神面と身体面の双方に症状が現れる。精神面では痛みや感情の感覚を切り離し、魂が抜けたようになる。身体面では息がしづらくなり、心拍数や血圧が低下して、頭痛やめまい、吐き気が起こる。パニックが起きたり、おなかの調子が悪くなったり、動けずに寝たきりになる人もいる。このように、不動化状態になると、心だけでなく体も麻痺するのである。慢性疲労症候群や線維筋痛症、自己免疫疾患は原因不明の疾患とされるが、Bessel van der Kolkはこれらの疾患を解離の一つだと主張している。そのため、彼は解離治療には心的外傷記憶を扱うだけでなく、ヨーガなどの身体面のアプローチも有効だと唱えている。

4. 解離と外傷的被養育経験の関係

解離は、乳幼児期に学習することが明らかになっている。母親と子の安定的な愛着関係は、不快感情をコントロールする力を発達させる。子は不快を感じると泣いて知らせる。泣くという行為は、不快感情がおさまっていくために必要な行為である。この時に、母親は、子が求める安心を与える行動を起こす。例えば「よしよしよし」「ミルク欲しかったね」「眠たかったんだね」などと、子に同調した声かけと行為を母親が行うことで、子は不快感情を制御する力を発達させる。しかし、母親が子の不快感情に同調しなければ、子は不快感情に対処できなくなる。子にとって不快感情は命に関わる大きなインパクト（心的外傷）だと捉えられるため、解離の対処を身につけざるを得なくなる。

身につけた解離の対処は、子のその後の人生に大きな影響を与える。学童期には多動性の行動障害、解離症状として現れ、青年期には解離性障害及び非行、うつ病、最終的には複雑性PTSDに移行する。杉山登志郎は、解離を身につけた子が、大人になって様々な精神疾患の病名をつけられていく現象を、“精神疾患の出世魚現象”と名付け、警鐘を鳴らしている。

患者の状態を理解するためには、症状をみるだけではなく母子関係を中心とする成育歴にも注目しなければならない。そうでなければ、その後の対応に大きな間違いを犯すこととなる。

5. 解離への対応

心的外傷性の精神疾患に対する効果的な治療法の１つとして注目されているのが、EMDRである。EMDRは、1987年にFrancine Shapiroによって開発されたセラピーである。不快な記憶の想起とともに、眼球運動やタッピングなどの両側性刺激を利用して、心的外傷記憶の再処理を行う技法である。重篤な心的外傷記憶の再処理を行うためには、治療者は安心感を抱けるような治療者－患者関係を築くこと、そして、患者自身も安心感を得られるスキルを身に着けることが必要である。それによって、解離していた情動や身体感覚などが、元の記憶のネットワークとしてひとまとまりに戻ることができるとされている。特に、乳幼児期に、不快感情を同調されなかった患者は、安心感を得ることが難しい。安心感を得られないままに、困難に向き合うことのできる者がこの世にいるだろうか。安心感をベースとして、患者は現実の出来事の何が危険で何が危険ではないのかを再学習し、fight/flight/freeze状態を解除していくことが可能となる。

6. おわりに

本稿では、解離に関する現代の研究を概観してきた。解離の治療は心的外傷記憶の再処理が必要とされる。しかし、その技法の習得は困難であり、また、研修機会が少ないのが現状である。今後はこれらの理論を身に付け、安全に実践できるようにしていくことが課題と考える。

参考文献

1）van der Hart, O., Nijenhuis, E.R.S., Steele, K.：構造的解離：慢性外傷の理解と治療、上巻（野間俊一、岡野憲一郎監訳）．星和書店　2011

2）van der Kolk, B.：身体はトラウマを記録する-脳・心・体のつながりと回復のための手法（柴田裕之 訳）．紀伊國屋書店　2016

3）大河原美以：子どもの感情コントロールと心理臨床．日本評論社　2015

4）崔　炯仁：メンタライゼーションでガイドする外傷的育ちの克服．星和書店　2016

5）嶺　輝子：ホログラフィートークワークショップテキスト．2018

キキョウ（京都府立植物園にて、H30.7.25）

体内時計と精神疾患

山田尚登

滋賀医科大学精神医学講座
睡眠行動科学講座

Ⅰ　はじめに

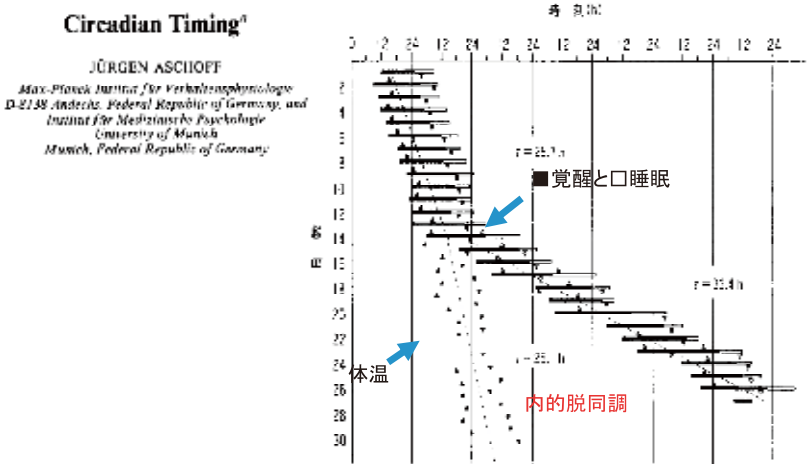
2017年度のノーベル生理学医学賞は、米国の3名の研究者に与えられた。栄誉ある受賞者は、ブダンダイス大学のマイケル・ロスバッシュ(Michael Rosbash)、メイン大学のジェフリー・ホール(Jeffrey Hall)、ロックフェラー大学のマイケル・W・ヤング(Michael Warren Young)である。その３人の受賞理由は、サーカディアンリズム発現の分子機構の発見であった。

近年、サーカディアンリズムの障害が、様々な身体疾患の病因や病態生理に関連することが明らかにされた。ここでは、人の生体時計について概説し、その乱れと精神疾患との関連性に関して述べる。

Ⅱ　生体リズム

地球は24時間の周期で自転しており、昼と夜を繰り返している。そして、この外的リズムとほぼ一致したリズムで人は行動している。このおよそ24時間のリズムのことをサーカディアンと呼ぶ。明暗や温度変化など外的環境の一定のところで人が暮らしたら人の様々なリズムはどうなるのであろうか？或いは、人のリズムはバラバラになってしまうのであろうか？その様な疑問を解決するために、人のサーカディアンリズムの研究は、1970年代に活発に行われた。即ち、人を時間の手がかりのない環境、例えば洞窟で長期間に渡り過ごさせる実験である。このような実験環境では外的環境は一定であるし、いつでも食事が用意されている。これらの実験から、人は時間の手がかりのない環境でも一定の周期で睡眠覚醒を繰り返すこと、体温やその他の生理機能も一定のリズムを刻むことが明らかになった。また、その周期は24時間より少し長いことが明らかになった（図1)。さらに、体温などのリズムと睡眠のリズムが解離して動く現象も明らかになった（内的脱同調)。これらのことから、人では生体時計が生体内の何処かに存在し、その時計の周期は24時間より少しだけ長いことが明らかにされた。

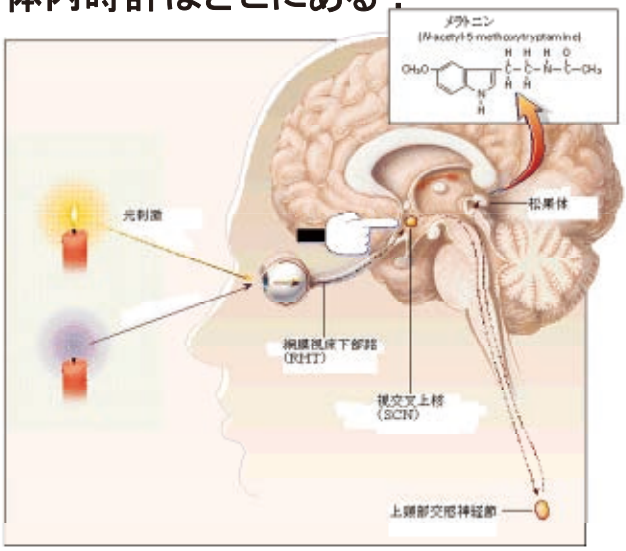
図1 洞窟での実験
睡眠・覚醒は一定のリズムを示す



（JURGEN ASCHOFF Circadian Timing “**ANNALS NEW YORK ACADEMY OF SCIENCES**”より）[1]

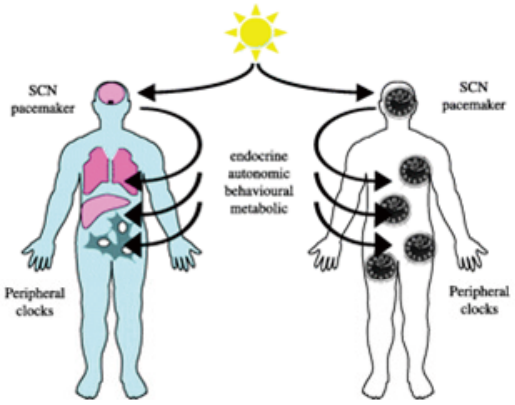
次に、生体時計の所在が問題となった。様々な動物の様々な器官の様々な部位が破壊され、睡眠覚醒リズムや様々な生体リズムが測定された。生体時計のありかを探る気の遠くなるような膨大な研究から得られた結果は、齧歯類では、視交差の直上にある視交差上核がリズムのセンター、即ち、生物時計であることがわかり、数々の実験から確かに生物時計であることが確認された。人でも同様に、事故による外傷や腫瘍などで視交差上核が破壊された場合に生体リズムが消失することから、この部位が生体時計であることが確認された（図2）。生体時計は高照度の光により影響を受け、朝方の高照度光は生体時計を前進させ、夕方の高照度光は生体時計を後退させることが示された。さらに、齧歯類では視交差上核を破壊し生体リズムが見られなくなった動物に、別の個体から得た視交差上核を脳室内に移植することで、再び生体リズムが獲得できた研究からも、視交差上核が生体時計であることが示されている。さらに、近年、肝臓、腎臓、心臓、脾臓、筋肉、皮膚などそれぞれの末梢の器官もそれぞれの細胞が時計機能をもつこと、そして、それをマスタークロックである視交差上核がコントロールしていることも明らかになった（図3）。様々な研究成果の結果24時間のサーカディアンリズム生成機構も解明され、哺乳類ではいくつかの時計遺伝子がフィードバックループを作り、その結果24時間リズムが作られていることが明らかにされた（図4）。

図2　体内時計はどこにある？



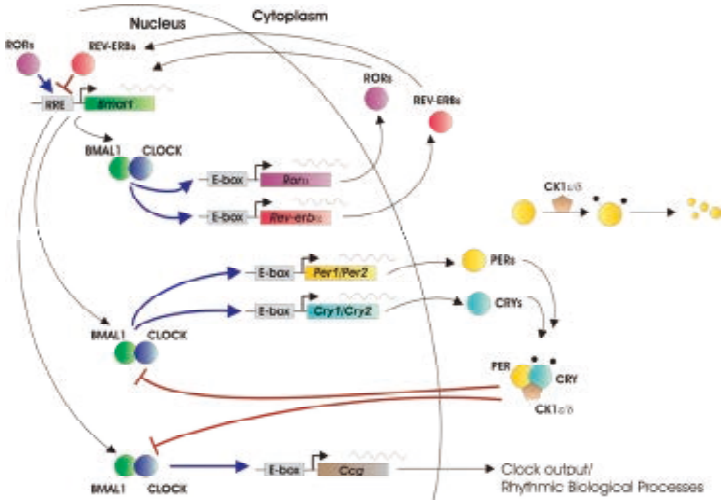
（**MELATONIN IN HUMAN**　The New England Journal of Medicine　BRZEZINSKIより）

図3　　体内時計と抹消の時計



Ko, C. H. et al. Hum. Mol. Genet. 2006 15:R271-277R;
doi:10.1093/hmg/ddl207

図4　哺乳類の時計

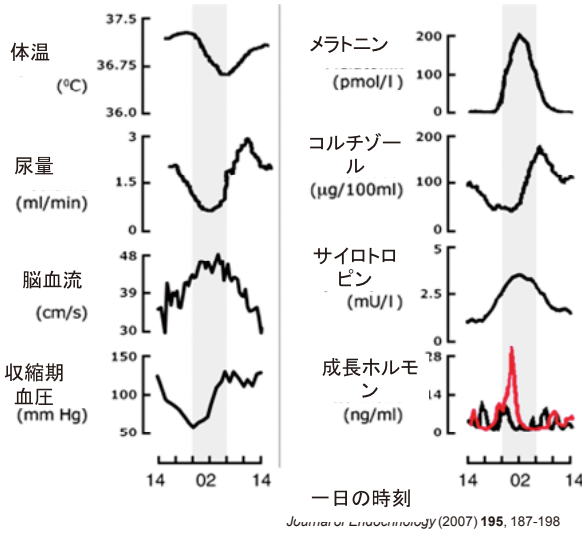


Ko, C. H. et al. Hum. Mol. Genet. 2006 15:R271-277R; doi:10.1093/hmg/ddl207

Ⅲ　生体リズムの調整

生体時計は、人の様々なリズムを作り出している。体温、尿量、脳血流量、メラトニン、コルチゾール、甲状腺ホルモンなど様々な生理機能やホルモンはサーカディアンリズムを刻んでいる。一方、成長ホルモンなどのように、睡眠に依存して放出されるホルモンも見られる（図5）。

図5　一定状況に置かれた人の様々なリズム

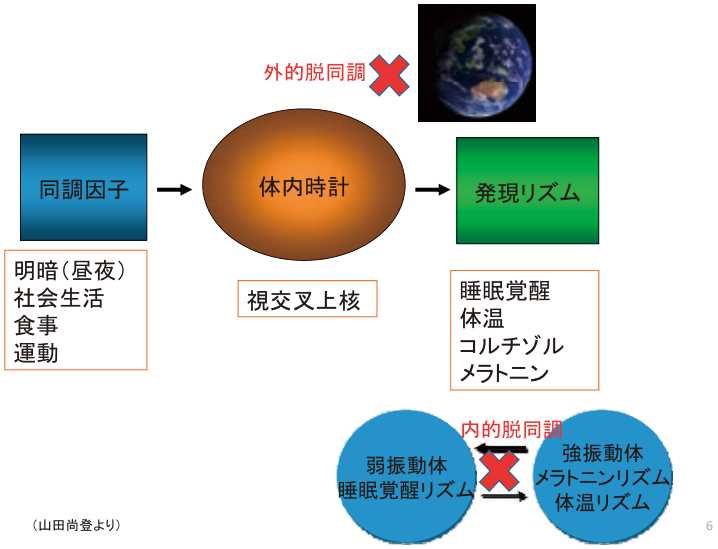


Journal of Endocrinology (2007) **195**, 187-198

睡眠覚醒リズム、体温リズム、メラトニンやコルチゾールなどのホルモンリズムなど人の生体リズムの発現は、視交差上核に存在する生体時計に支配されているが、その生体時計は様々な同調因子により調節されている。明暗サイクル、食事や運動、社会生活などの時間の手がかりにより、外的環境の24時間に同調している。何らかの理由で、外的環境と同調しない状況を外的脱同調と呼び、生体内の様々

なリズムの関係がバラバラになることを内的脱同調と呼んでいる。交代勤務時には、夜の時間帯に覚醒していることにより、外的脱同調が生じ、さらにそれを継続していると、様々な体内リズムの同調速度が異なることから内的脱同調が生じる（図6）。

図6 生体リズム発現のメカニズムと脱同調

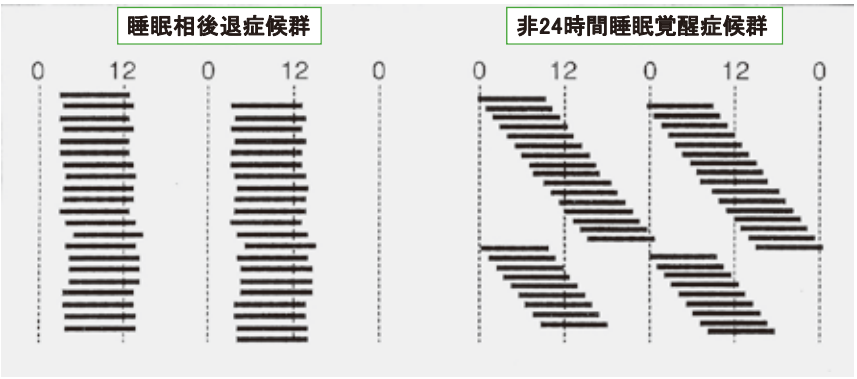


最も強力な同調因子は光であり、朝方の光は体内時計の位相を前進させ、夕方の光は体内時計の位相を後退させることが知られている。また、逆に朝方のメラトニン投与は生体時計の位相を後退させ、夕方のメラトニン投与は位相を前進させることが知られている。

Ⅳ　概日リズム睡眠障害

生体時計は、およそ25時間の周期であり、人は毎日時計を1時間ほど進めている。光、食事、社会的活動によって、25時間を24時間にリセットしている。社会的に孤立し、これらの時間的手がかりから隔離されている自閉症や統合失調症などでは、時間の手がかりがないために本来の25時間のままで睡眠覚醒リズムを繰り返している場合が有り、それらを非24時間睡覚醒症候群と呼ぶ。一方、周期は24時間ではあるが、睡眠覚醒リズムが遅れたままで固定している場合、睡眠相後退症候群と呼ぶ（図7）。一般臨床において、これらの概日リズム睡眠障害は時々遭遇する睡眠障害である。

図7

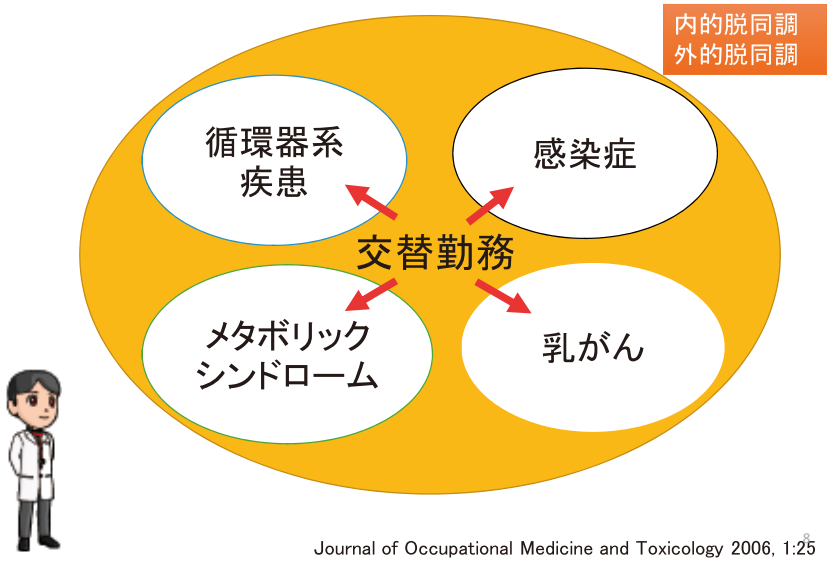


（山田尚登より）[7]

Ⅴ　生体リズムの乱れと身体疾患

生体時計の乱れは様々な身体疾患の原因や病態生理に関連することが知られている。例えば、外的脱同調や内的脱同調を引き起こす交代勤務では、循環器疾患、感染症、メタボリックシンドローム、乳がんなどが起こり易いことが知られている（図8）。

図8　交替勤務と病気



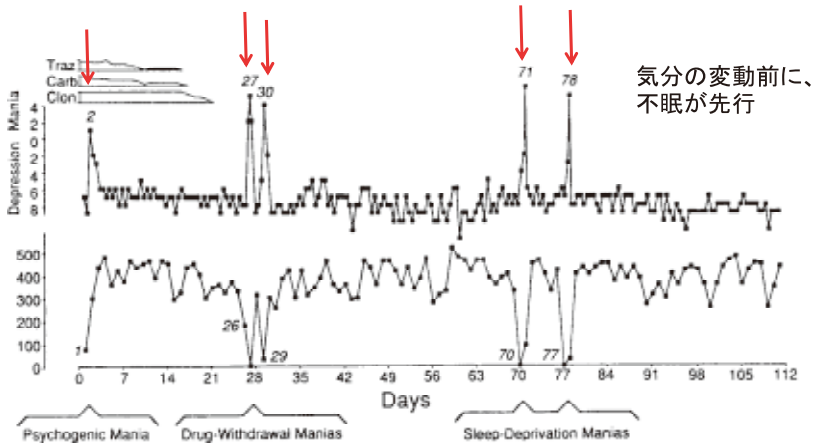
Journal of Occupational Medicine and Toxicology 2006, 1:25[8]

Ⅵ　生体リズムの乱れと精神疾患

生体リズムと精神疾患の関係は古くから論じられている。Wehrらは双極性障害の患者において、睡眠時間の減少が躁状態と、睡眠時間の増加が鬱状態と関連することを報告している（図9）。Tujimoto

らは、入院中の様々な疾患の患者の生体リズムを、深部体温を指標として測定し、気分障害では生体リズムの位相が通常より大きく変動しており、特に、双極性障害では他の疾患と比してその乱れが大きいことを指摘している。気分障害のうち、典型的には毎年秋から冬にかけて発症し、春には自然に軽快するタイプのうつ病で、冬には抑うつ気分となるが夏は正常気分あるいは軽躁状態となる季節性感情障害がある。過眠や過食（特に炭水化物の過剰摂取）などの非定型症状を特徴とし、緯度と有病率との間に有意な関連が認められ、日照時間と有病率との間には負の相関が認められる。興味深いことに、季節性感情障害では一般的に三環系の抗うつ薬は無効で、高照度の光が有効であり、特に、朝方の高照度光療法が有効であるとされており、生体リズムの障害によっておこっている可能性が指摘されている(図10)。

図9　睡眠時間と気分の関係



躁うつ病では、睡眠と気分は密接に関連し、
不眠が気分の変動に先行する

Wehr, Br J Psychiatry　1991

9

図10

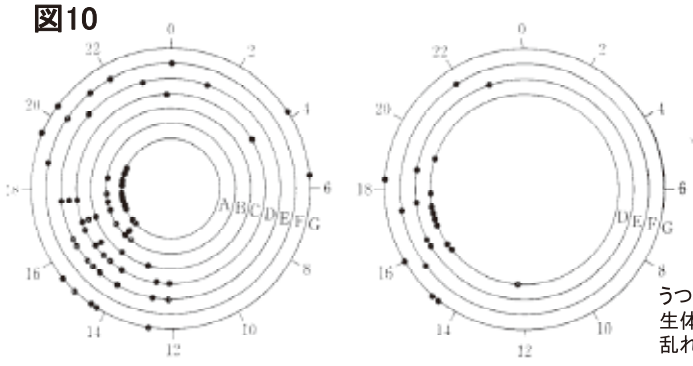


図 1-6　種々の精神疾患における深部体温の頂点位相．A：健常対照者，B：精神分裂病，C：躁病症，D：大うつ病，メランコリーを伴うもの，E：大うつ病，メランコリーを伴わないもの，F：双極性感情障害，うつ病性，G：双極性感情障害，そう病性．数字は時刻を，陰影は頂点位相の正常範囲を示す．左図はうつ病期，右図は症状改善期の結果を示す．(山田，辻本，1990)

Circadian rhythms in depression. Part II: Circadian rhythms in inpatients with various mental disorders.
Tsujimoto T, Yamada N, Shimoda K, Hanada K, Takahashi S.
J Affect Disord. 1990 Mar;18(3):199-210.　より

10

Ⅶ　まとめ

サーカディアンリズムの研究が開始されてから、およそ50年が経過し、その形成機序の発見によりノーベル賞という形で結実した。サーカディアンリズムの障害は、身体的にも精神的にも様々な障害を引き起こすことが知られるようになった。これらのサーカディアンリズムに関する知見を踏まえ、精神疾患の治療がさらに進んでいくことを期待している。

（本稿は、平成30年2月22日に開催された臨床精神医学研究所主催の新春学術講演会における講演要旨である）

シロツリフネ（京都府立植物園にて、H30.6.13）

睡眠についてもう一度考えてみませんか？

― 睡眠についての基本的事項を中心に ―

公益財団法人豊郷病院精神科

白井隆光

平成29年11月11日、筆者は豊郷病院にて病院周辺地域の皆様を対象に公開セミナーということで掲題講演を行った。今回、ここに当日発表した内容をまとめ記載する。

１．睡眠は大切

最初に、睡眠は、心身の健康の保持や事故防止に関連するということです。睡眠時間の不足と質の悪化は、肥満や高血圧、血中コレステロール高値、循環疾患、メタボリックシンドロームの危険を高めます。睡眠問題の早期発見・適切な対処は、生活習慣病の発症や重症化の予防につながります。又、不眠が継続すると心の健康を害します。不眠とうつとは関係があり、不眠でうつになることもあれば、うつで不眠になることもあり注意が必要です。更に、日中の眠気は事故との関連もあります。睡眠不足は結果的に仕事の能率を低下させます。人間が十分に覚醒して作業ができるのは、 起床後12から13時間程度で、睡眠不足が連日続くと、作業効率は低下します。しかも眠気の自覚もなくなることがあります。それらによって、作業効率（生産性）が低下し、事故・ヒューマンエラーのリスクが高くなるといった結果になります。つまり、自分の睡眠に関心を持ち、自ら健康づくりをすすめていくことと、適切な睡眠の量の確保、睡眠の質の改善、睡眠障害の早期発見と早期対応によって事故を防ぐことは重要です。

２．不眠≠睡眠薬（不眠ならばいきなり睡眠薬ではない）

不眠の時でもいきなり睡眠薬というのは止めて頂きたいということです。睡眠薬希望で医者の診察を受ける前に、控えてほしいこと、やって頂きたいことが幾つかあります。

良い睡眠のために寝る前にやめてほしい３つのこと

１．酒やビールなどのアルコールを飲むこと

２．コーヒー、お茶などのカフェインをとること

３．タバコをすうこと

良い睡眠のためにやってほしい６つのこと

１．決まった時間に起きて、朝日を浴びること

２．朝食を食べること

３．適度な運動をすること

４．昼寝をしても15時前に30分以内に

５．眠くなってから布団に入ること

６．睡眠のための環境を整えること

先ず、寝るためにアルコールというのは避けてください。確かに一時的に眠たくなりますが、短期間だけです。そもそも睡眠の質が悪くなります。しかも連日飲酒をすると浅い睡眠はさらに増します。最終的に飲酒で睡眠時間が減少します。つまり飲酒は長期的に睡眠の質、量ともに悪化させます。参考までに、日本人で寝酒をする人の割合は諸外国に比べて高いですし、睡眠に問題があっても病院受診しないという報告もあるようです。とにかく、睡眠の質の観点でも量の観点でも寝るためにお酒を飲むことは絶対にお勧めできません。

次に夕方以降にカフェインが入ったものを飲んだり食べたりするのはやめましょう。カフェインには覚醒作用があり、寝る前にカフェイン摂取した場合、寝付くまでの時間が長く、総睡眠時間も短かったという報告もあります。カフェインを飲んでどのぐらい効果があるかというものも個人差がありますけれど、一般的には、カフェイン入りの飲み物を飲んで30～60分後、血中濃度が一番高くなり、それが半分になるのが、3～5時間と言われています。従って、寝る５時間前からはカフェインを飲むのは避けた方がいいです。

あとは、煙草です。これも寝る前や夜中に起きた時、一服とかはやめた方がいいでしょう。勿論、煙草はそれ以前に癌などのリスクが高くなるので勧められませんけど、睡眠の観点からもニコチンに覚醒作用が有るため、避けた方がいいです。一般的に喫煙者は寝つきが悪く、浅い睡眠も多いといわれています。

一方、良い睡眠のためにやってほしいこととしては、①決まった時間に起きて、朝日を浴びること、②朝食を食べること、③適度な運動をすること、④昼寝をしても15時前に30分以内に、⑤眠くなってから布団に入ること、⑥睡眠のための環境を整えることです。

①　決まった時間に起きて、朝日を浴びること

光を浴びることにより、体内時計のリズムがリセットされます。一般的に朝に光を浴びてから15～16時間後に眠気が出現します。参考までに、寝る前にやめてほしいことは先程、３つに絞りましたが、４つめに入れようと思ったやめてほしいことは、寝る前のパソコンです。夜間、明るい光を浴びるので眠れない環境になります。

②　朝食を食べること

日本人の成人を対象とした研究で、朝食をあまり食べない人の方が有意に睡眠覚醒リズムが不規則になっている報告もあります。参考までに、朝食を欠食する頻度の高い生徒ほど不眠を訴える割合が多いという報告もあります。余談ですが、子供について言えば、睡眠も含め規則正しい生活をするように大人も協力してください。今日は敢えて取り上げませんが、(1)　就寝時刻が遅い子どもは、その後、体重が増加するという米国の小児を対象とした縦断研究、(2)　就寝時刻が遅い生徒にメンタルヘルスに所見のある割合が多いという、日本の中高の生徒を対象とした横断研究、(3)　就寝時刻、起床時刻が遅い生徒は学業成績が低いという米国の思春期を対象とした研究、(4)　布団に入った後に携帯電話の使用頻度が高い生徒に睡眠の問題を抱えている割合が高いという日本の研究等もあります。

③　適度な運動をすること

1日30分以上の歩行を週5日以上行っている人では、眠りにつき易く、途中で目が覚めてしまうのを自覚する割合が低いという報告もあります。但し、運動は大切と言っても、寝る直前に激しい運動をするのは止めてください。却って眠れなくなります。

④　昼寝をしても15時前に30分以内に

午後の早い時間、短時間の昼寝は日中の業務効率が改善するし夜の睡眠への影響は殆どないといわれています。但し、注意点としては、必要以上に長く寝すぎると目覚めの悪さが生じるので、30分以内が望ましいとされていますし、夕方以降の午睡は夜の睡眠に影響するので、15時より前にとるのが望ましいといわれてます。

⑤　眠くなってから布団に入ること

寝床で長く過ごしすぎると熟睡感が減ります。健康な人の生理的な睡眠時間は一定の範囲内ですから、健康な成人を長時間布団に入らせると、寝付くまでの時間が延長し、途中で起きてしまう時間・回数が増加する結果が出ます。つまり、必要以上、長い間、寝床に就くのは、中途覚醒が出現し、熟睡感が損なわれ、不眠につながります。必要な睡眠時間については日中の身体活動量や季節によっても異なるし、個人差もありますが、一般的に、年を取ると睡眠時間は短くても問題にはなりません。重要なのは、日中に過剰な眠気がなければ睡眠時間は足りているということです。眠れない人の多くは、睡眠時間を確保しようと寝床に就く時刻を早めに設定しがちです。眠りたくても眠れない人の多くは、こうした不適切な睡眠習慣や環境、睡眠に対する誤った理解によって、かえって自らの睡眠を悪化させています。眠気が出始めるまで寝床に就かないのが基本です。高齢者では、むしろ積極的に遅寝・早起きにして寝床で過ごす時間の適正化を図りましょう。又、眠ろうとする意気込みが頭を冴えさせ寝つきを悪くするので注意してください。又、寝床で眠れずに苦しむ体験が続くと、寝床と眠れないことが関係づけられ、床に就くとかえって目がさえてしまうようになります。

⑥　睡眠のための環境を整えること

自分に合った寝具を選び、心地いい温度や湿度、音や光等の環境を整えリラックスすることが重要です。

３．困ったら悩まず専門家に相談

いつもと違う睡眠には、要注意です。睡眠中の心身の変化には、専門的治療が必要な病気が隠れていることがあります。例えば、寝つきが悪い、早朝覚醒、睡眠による休養感欠如などの症状が有ったら抑うつの可能性もあるなど、不眠の原因が他の疾患であるということもあるので注意が必要です。眠れずに悩むと孤独感を感じるものです。困ったら専門家への相談をお勧めします。

参考文献

1）健康づくりのための睡眠指針2014、厚生労働省健康局、2014

2）尾崎章子、巽あさみ：健康づくりのための睡眠指針2014～睡眠12箇条～に基づいた保健指導ハンドブック．厚生労働科学研究費補助金（循環器疾患・糖尿病等生活習慣病対策総合研究事業）、健康日本21（第2次）に即した睡眠指針への改訂に資するための疫学研究、2016

キクザキイチゲ（京都府立植物園にて、H30.3.14）

多職種連携に向けた協業

～当事者を交えた研修会の紹介～

豊郷病院リハビリテーション科・作業療法士…… 岩田　夏彦
滋賀医療技術専門学校…… 嶋川　昌典
ピアサポートWISH …… 福山　勝広、田中　英世、上田　雅俊
障害者相談・生活支援センターやすらぎ…… 杉山　更紗

1．目的

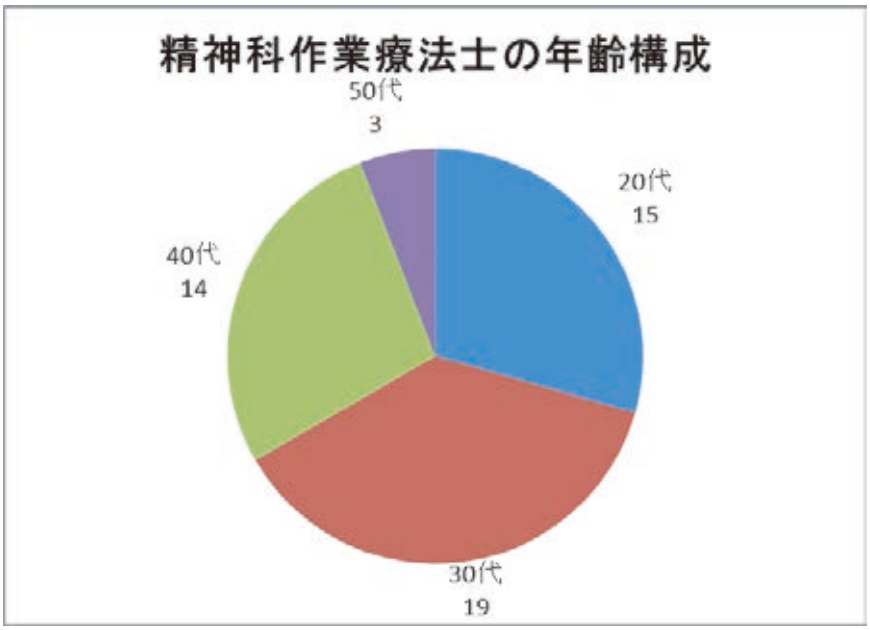
本報告の目的は、精神科領域での多職種連携に向け、筆者、その所属する滋賀県作業療法士会の取り組みを紹介することである。

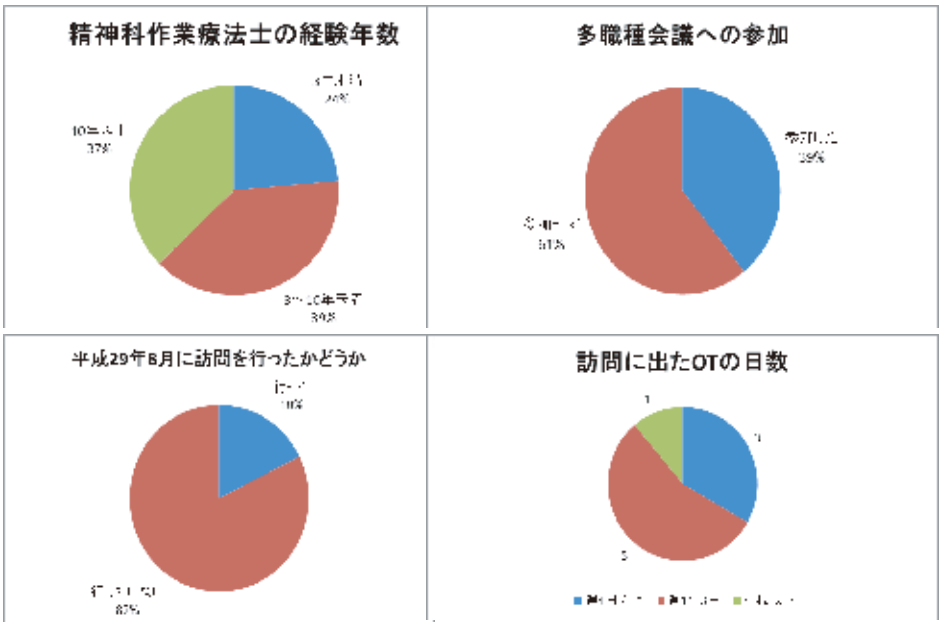
2．滋賀県の精神科作業療法士の現状

本報告にあたり事前に滋賀県で精神科のリハビリテーションに従事している作業療法士（認知症の対象者は除く）を対象とした現状調査によれば、次のようなことがわかる。多職種でのカンファレンスには約1/3の作業療法士が定期的に参加している。しかし、地域での訪問支援には全体の1/5しか行けていないという現状である。

滋賀県の精神科作業療法士の現状

- 事前調査（質問紙法）を実施
- 調査概要
  精神科作業療法（認知症の対象者を除く）従事者の年齢，経験年数，訪問への参加頻度，対象者の地域移行会議（多職種会議）への出席率を問う無記名のアンケート
  回収率は，100%（11施設）





3. 研修会設立の経緯

このような県内の状況、筆者自身が自施設での作業療法のあり方で悩んでいたことから、約2年前に本報告でとりあげる研修会の母体を設立した。研修会の内容は、事例検討を中心とした。29年には、滋賀県作業療法士会の学術研修会としての承認の手続きをし、現在に至っている。その中で、支援者だけでは独りよがりな意見が出ることを鑑み、当事者の意見を汲みいれる形で当事者を交えた研修会を定例化することとなった（年4回実施予定、現在2回実施済み）。

4. 当事者を交えた研修会の内容とそこでの意見

（1回目）

養成校教員が作業療法の歴史的な経緯、作業療法が目指す支援についての講演を行った。

当事者からは、作業療法士が自身の経験の中でも献身的に関わってくれたこと、自らの意見をよく聞いてくれる職種であるという意見が聞かれた。また、治療的介入として、対人支援を基軸として欲しいことを話し、これらは作業療法の治療的視点と合致することが多かった。

（2回目）

経験3年目の作業療法士が事例発表を行った。

当事者からは、「当事者の中でも出来のいい人と出来の悪い人がいる。結局は、能力でみられている」、「社会復帰とは、もとあった社会に障害者を戻すこと。そうではなく、社会が拡がり、障害者を包み込むようにすることが必要ではないか」といった意見が出た。また、自身が作業療法を受けた時のことを振り返り、作業療法に対しての批判的な意見も出るようになった。

5. まとめ

作業療法士から見れば、このような会を継続していくことが、専門性を培っていく上で重要となることが示唆された。

当事者から見れば、作業療法士の職種の理解、そして自分達の声を聞いて貰える機会となっていると思われた。

（本稿は、平成30年2月16日(金)、栗東芸術文化会館SAKIRA（さきら）で開催された第2回滋賀県多職種連携学会研究大会で発表された原稿である）

イヌゴマ（府立植物園にて、H29.10.7)

アスペルガー症候群が併存する統合失調症の看護困難事例

公益財団法人豊郷病院3-6病棟
西川真未、藤野恵子、柴田美恵子、飯山龍一

Ⅰはじめに

今回、私たちが事例研究に選んだA氏は、統合失調症ではあるが行為障害・アスペルガー症候群の特徴が見られる患者である。病棟で幻聴に聞き入っていることが多く、大きな声で独語したり、空笑が見られる。A氏の聞いている幻聴の大半は「死ね」とか「殺すぞ」というものである。時には担当の看護師と話をしている時にも独語が見られる。

私たちは他の患者での対応の経験や、これまでに読んだ資料や文献から得た知識をもとに、A氏には曖昧な表現を避け、伝わりやすいように話をしたが、彼は暴言を吐き、「ウザイ」、「死ね」、「殺すぞ、こら！」と言って指示に従わないことが多かった。しかし、時には暴言がみられず、看護師の注意を落ち着いて受け入れることもあった。

これまでの看護記録を振り返って読んでみると、他の多くの看護師にも暴言を吐いている。このような場合に行われた経験豊富な看護師の対応の仕方などを参考にして、彼との関わりを実践しようとしたが、A氏はなぜ、暴言を吐く時と吐かない時があるのだろうか？と考えざるを得なかった。暴言を吐かざるを得ない原因は、看護師にあるのだろうか？それとも彼の生い立ちや疾患が原因になっているのだろうか？

私たちは、A氏の暴言にストレスを感じながらも、もっとA氏を理解したい、知りたいと思った。そして、A氏の暴言の真相を知るために、入院時からの患者の状況を調べ、考えてみた。その結果を彼の今後の看護に活かすことができればと思い、ここに報告する。

Ⅱ研究目的

看護師が患者との関わりの中で、患者への理解を深めること。

Ⅲ研究方法

調査期間：201X年５月から201X年10月までの２年５ヶ月間。

対象者： A氏は、20歳代男性。統合失調症であるが、発症前から注意欠陥多動性障害の傾向がある。家族は両親・兄・妹・弟の６人暮らしであるが、母親からの虐待的な環境のもとで育っている。

幼児期より多動が目立ち、保育園では自分や友人の服からボタンをすべてちぎり取ったり、暴力的な行為も見られ、また、他人の物を盗ったり、いじめをしたりすることもあったが、注意しても聞かなかった。中学時代に集団で万引きをして補導され、高校では教師のクレジットカードを盗んで鑑別所に入った。退所後は、友人との交流を断ち図書館通いや音楽を聴いて引きこもるようになっている。自立センターに入所するが、集団行動ができずに退所する。自宅に戻ってから、幻聴や妄想・粗暴行為が見られ、201X年５月に入院となった。

Ⅳ倫理的配慮

患者のプライバシー保護を厳守すること、院内発表を行うことを書面と口頭にて説明し、署名で同意を得た。そして、当院看護倫理委員会にて承認を得た。

Ⅴ結果

1）患者の育った環境：

母は潔癖症で、外から帰ってきたら足を洗い、靴下を履き替えることを子どもに躾けていた。言う通りにできないとA氏は食事抜きの罰を与えられた。A 氏は、母から「死んでくれたらいいのに」といつも言われていたと言う。A氏は同胞４人であるが、末弟は重度の身体障害者であり、母は弟の世話に忙しい生活を送っていた。

2）入院初期：

入院当初は保護室に入室する。幻聴に左右され集団での生活ができない状況で、結局、６ヶ月間入室していた。入院後に母の面会はなかった。食事の際に「これ食べていいんですか」と問い、空腹を訴え食事は大盛りであった。「僕、ここにいつまで居るんですか」とも質問していたが、内服薬を調整して病状がやや落ち着き、保護室から開放観察になり、一般病室でも過ごすことが出来るようになった。

3）安定期

「早く食後薬を飲みたい」と、しばしばA氏は訴えた。A氏の薬はナースステーションで管理し、服薬カレンダーで薬の必要性の理解と自己管理を目指していた。その為、A氏に対して曖昧な表現を避け「看護師は今、他の患者さんに対応しているので、今はあなたの対応はできません」とA氏に伝わりやすいように話した。しかし、A氏は「なんで？早く仕事してください。あなた、仕事が遅いですよ、性格、悪いですね」、「貴方の怠慢です。あなたって、役に立ちませんね！」などと執拗に訴えた。

院内散歩では、時間・曜日・歩き方・独語をしない等の約束事を決めた。しかし、ルールを破り、他者に迷惑をかける事もあった。その際には注意し、ルールを再確認していった。

4）地域移行期

退院可能な時期となったが、母の強い拒絶があり自宅への退院はできず、父も母の反対に逆らうことができずに施設への入所を希望した。本人もそのあたりの事情は理解し、「自宅には帰りたくない、どこか施設に入りたい」と希望された。いくつかの施設の見学や体験を行ったがタイミングが悪く入所できなかった。この頃になると、スタッフから評価されたり、ねぎらい・同意などがあったり、また他者から感謝されたりすると、かなり素直な子どもらしい反応も見られた。

入院が長期化する中で、父親にももっと協力してもらう必要があった。家族とのつながりが希薄とならないように、また本人のストレス発散のために、父との外出を定期的に依頼したが、忙しさや体調の不良を理由に外出することがなかった。また、患者が病棟内の物を壊した時に弁償してもらうことを父親に伝えると、納得ができないと言い、入院している限りは病院の責任ではないかと言われた（入院時には、全患者に病院の物品を破損したときには弁償してもらう書類を提出してもらっている）。

父親は、すべてを病院や行政・支援員に任せきりで、何かあるとそのせいにした。そこで、現状の報告や今後のことについて､父親としての役割を果たしてもらうために､個別支援会議に参加してもらった。そして､「病院での治療が終了して退院可能であるが、家族が施設を希望されたために施設を探している。しかし、なかなかみつからない」と伝え、退院支援を行うにあたっての同意書（ストレスを少なくするために定期的な訪問や外出をしていく。退院についての最終的な判断は父親にしてもらう。トラブルなどが起こった際の保障もしくは連帯責任の役割を担ってもらう）をとった。以後、定期的な外出の時間を設けてもらった。

年齢が若いこともあり、環境を整えながら経験を重ねていけば社会的に適切な行動が期待でき、本人も退院したいと希望しているので、出来るだけ早期の退院を考えていたが、退院の調整はなかなか進まなかった。

暴言や幻聴がみられる時間帯を見てみると、食事の後などの時間であった。本人にも１日の病棟での過ごしかたを紙に書いてもらうと、何もしていない空白の時間が存在した。そして､「この時間は何をしたらいいかわかりません。暇です」と言い、この時に、独語・幻聴・暴言が多く発生していた。そこで、病棟内にあるパソコンを朝食後から眠前まで開放することにした。約束事として精神科作業療法（以下OT）に仕事として参加しないとインターネットの使用はできないことをルールにした。インターネットが使用できるようになってからは、趣味の音楽鑑賞をするようになり、独語も減ってきた。また自分の居場所を見つけ、穏やかに過ごせる時間も増えた。その後は休まずOTにも参加している。

また、月２回の夜間サロンを開催し、アロマオイルを炊き軽い運動などを実施した。A氏の参加率も高く、夜間サロンを実施する日の眠前は独語も少なくなり、入眠がスムーズとなった。

Ⅵ考察

１）患者の育った環境

Ａ氏は、幼児期より周りの状況とは関係なく、衝動的な悪戯や暴力行為が見られていて、保母からは母親に注意しても聞かないと報告されていた。これらはアスペルガー症候群の特徴とも思われるが、その後の万引きや窃盗の背景になっていて関連性があるのかもしれない。このような幼児期からの性格に対しては、なんらの有効な対処がなされることはなく、患者にとって生きづらい状況であったと思われる。そして、母からの虐待も重なって、統合失調症の発症にも影響が見られたのではないかとも思われる。

私たちは、A氏の入院当初にみられた腹立たしい悪口雑言や独語に対して、冷静な対応ができず、彼のマイナス面ばかりが頭に残り、患者自身の生い立ちや疾患に対して理解しようとする余裕が持てなかった。冷静に考えてみれば、母にとっては重度の身体障害を持つ子どもの世話が大変であり、A氏に愛情を注ぐことができなかったとも考えられる。A氏は常に愛情を求めていて、人との関わりを必要としていたのかも知れない。

2）入院初期

患者は、母の前で問題行動をおこすと食事を与えられなかった。入院になった時にも自分が悪いことをしたと思い、食事は与えられないと思っていた。それ故、「これ、食べていいんですか？」と看護師に確認をしたと思われる。そして、いつもお腹をすかせていたことが万引き等の犯罪行動の原因であったのかも知れない。A氏にとっては、幼児期の環境から母親の躾も当然のことと考えていたのであろう。入院後、A氏は保護室への隔離と規則正しい精神科薬の服用により、幻覚や妄想などの精神病症状がおさまってくると、精神的な落ち着きを取り戻した。しかし、アスペルガー症候群の性格特徴は逆に表面に現れてきたようである。そこで、次の段階として、その性格特徴への対応が重要となってくる。患者が他人と交わり、コミュニケーションをとりながら生活するために、約束事を作ってそれを守るように指導することが大事であった。

3）安定期

隔離が解除された後、患者が保護室から出た時に患者とどのように関わっていくかについて、私たち病棟スタッフの間での意思統一ができていなかった。私たちスタッフは、その後も患者の言動に左右されて腹を立てたり、呆れたり、また無力さを嘆いたりしたものである。A氏もまた、そのような周囲の雰囲気を敏感に感じたのであろう。入院が長期化する中で、A氏はますます周囲の状況に対して不満を発散し、社会復帰への目標を見失ってしまった。そして、周りの人たちに暴言を繰り返し、威嚇的な態度をとるようにもなったかと思われる。私たちは、患者が育ってきた背景や病気の影響などを深く考えて対処すべきであったと痛感した。

4）地域移行期

A氏の入院が長期化した中で、父親にもなんらかの協力を得ようと考えた。その１つとして、個別支援会議を開いて参加して頂いた。そして、家族の繋がりが希薄にならないように、定期的に一緒に外出して貰えないかと相談した。その結果、A氏は家族から見放されていないと言う安心感が得られ、前向きに退院を考えることができるようになった。父親も定期的に息子と月１回の外出を行ない、看護師から病棟でのA氏の状況を聞いたり、外出中の息子の変化を感じたりすることができた。この試みは、その後、引き続き行われることとなった。また、幻聴や暴言が見られる時間帯を調べると、食後など、何も予定が無い空いた時間が多かった。そこで、この時間帯にパソコンが使用できるようにしたところ、A氏はその時間にパソコンで好きな音楽を聴き、自分の居場所を確保することができるようになった。このように、人間関係でトラブルが多く、空気が読めないことが特徴的なアスペルガー症候群の患者の場合、約束事を作り、ルール化することによって、その生活のしづらさがかなり軽減し、周囲に迷惑をかけることが少なくなったのではないかと思われる。

A氏はパソコンで遊ぶことが好きだったために、作業療法(OT)としてパソコンを導入し、退院して仕事に就くためには、OTに週３回、参加することをルールにした。このことが、A氏にとっては生活のリズムを規則正しいものにしたと考えられる。このようにしたことで、退院したいという目標が現実に持てるようになった。そして、院外での生活を考えて、他職種や地域の人たちを含めたカンファレンスを開催して話し合った。そこで、グループホームへの入所の話もされるようになった。

A氏が熱心に趣味に取り組んだり、OTを仕事と捉えて休むことなく参加しているのを見ると、ア

スペルガー症候群の特徴である特性を活かした関わりを持つことによって、本人のモチベーションを保つことができることが分かった。私たちはA氏の活動を見守り、支持的に介入することで、A氏も意欲的に取り組んで喜ぶ姿を見て、私たちの陰性感情が少しずつ軽減していくのを感じることができた。

Ⅶ結論

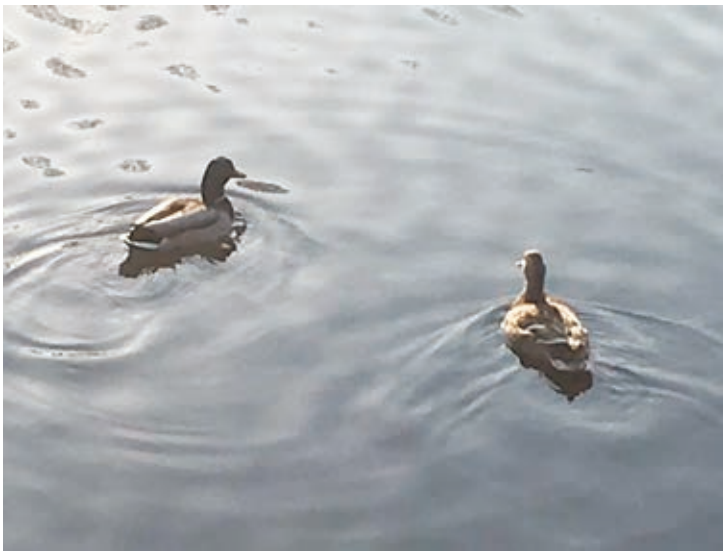
1．統合失調症でアスペルガー症候群の特徴を持った患者を通して、家族関係などが複雑に絡み合った背景を理解することで、問題行動（暴言・粗暴行為）に対してネガティブな個人的感情を持ち込まないことが重要であることを知った。
2．カンファレンスを行うことで、自分の気持ちの再確認・視点の捉え方や他業種の考え方が理解できるようになり、患者の理解が深まった。
3．患者に合った環境を提供することが、精神的な安定に繋がることが分かった。

Ⅷ謝辞

研究にご協力・ご指導いただいた方々に深く感謝いたします。

引用・参考文献

1）菅原大輔：精神科看護師と患者間に生じた対立場面の解決についての考察、弘前学院大学看護紀要、第6巻：11-22、2011
2）広沢正孝：統合失調症を理解する．彼らの生きる世界と精神科リハビリテーション．医学書院、2006
3）精神看護：精神看護出版、知的障害をもつ人への理解とケア．42巻、269号、2015
4）坂田三充（編）：思春期・青年期の精神科看護．精神科看護エクスペール15、中山書店、2005
5）坂田三充（編）：こどもの精神科看護．精神科看護エクスペール 12、中山書店、2005
6）ジュディス M.シュルツ、シェイラ L.ヴィデベック：看護診断にもとづく精神看護ケアプラン． 医学書院、2007



賀茂川のマガモ夫婦（H30.3.17）

五月病

公益財団法人豊郷病院精神科
滋賀県医師会
林　拓二

以下の文章は、五月病について解説記事の要請を受け中日新聞の健康欄に寄稿（H30.5.2）した記事である。

☆　　☆　　☆　　☆　　☆

毎年この時期（5月）になると「五月病」が話題となります。しかし、この病名は「五十肩」と同じく日常会話でよく使用されているものですが、厳密に定義された医学的な病名ではありません。

この状態は、新入の大学生や若い新入社員にしばしば見られ、5月のゴールデンウィーク明け頃から気分が落ち込み、眠れない、食欲がない、身体がだるいなどの症状が現われ、やる気がなくなり、人に会うのもおっくうになります。そこで、彼らが4月に希望に燃えて入学（入社）して新しい生活に適応しようと頑張ったものの、5月の連休明けには緊張がゆるみ、疲れがどっと出てしまうからであろうと考えられています。しかし、近年では、転勤や転職などで新しい環境に適応しなければならなくなった中高年の社会人も、このような状態に陥ることがあります。ただ、その症状の出現は1ヵ月ほど遅れることが多く六月病とも言われています。このように、「五月病」は5月に発症するとは限りません。そこで、医学的には「ストレスによって引き起こされた抑うつ状態」、あるいは生活環境の変化に対する「適応障害」とされます。

予防としては、悩みを抱え込まずストレスを溜めないことが大事です。もし、このような状態になれば、昔の仲間などと気楽に話をしながら悩みを打ち明けたり、カウンセリングなどによって新たな目標を見出すことができれば一番いいのですが、ほとんどの場合、新しい環境に慣れ始めると、ほどなく自然に治ってしまうものです。しかし、時には、この状態が「うつ病」や統合失調症の初期状態である場合もあります。厚労省の統計でも例年3月と5月には自殺者が多く見られる傾向がありますので、回復が思わしくなく長引くようであれば、精神科受診が勧められます。

☆　　☆　　☆　　☆　　☆

原稿用紙1枚半程度と字数が限られる中で、一般に「五月病」と言われる病態をコンパクトにまとめただけのものであるが、精神病の発症の季節性については以前から気になるところではあった。自殺の既遂数が3月と5月に多く見られるのは毎年の厚生白書で公表されて明白であるが、その原因は上記に記載したように心因や環境因のみで片付けられるものではない。うつ病の発症の季節性や、他の精神疾患、すなわち躁うつ病や統合失調症の発症に季節性があるのかどうか？また、統合失調症を定型分裂病群と非定型精神病群に分けると、どのような結果が得られるのか？今後検討すべき課題が多いテーマではある。

月見草（京都北山にて、H30.5.18）

やはり、えび天が一番！

公益財団法人豊郷病院
林　拓二

観一の同窓会に出席した時、京阪神ではえび天がなかなか手に入らないという話をしていると、「最近では梅田の阪神で買えるよ」と教えてくれる人がいた。会のあと、参加者のほとんど全員が連れだって阪神デパートの地下食料品売り場に行くと、数は少ないものの確かにえび天が陳列されていた。われわれは残り少ない貴重な品をそれぞれに分け合い、ほっこりとした気持ちで家路についた。えび天でこれだけ盛り上がるところをみると、えび天に格別な思いを抱いているのは私だけではなく、観音寺近辺で生まれ育ち郷里を離れた人の多くがそうなのだと思って嬉しかった。私も思いがけず好物の品を大阪で買うことが出来、我が家で久しぶりのえび天を噛みしめ、味わったものである。

えび天は、観音寺にゆかりのある人には馴染みの品である。瀬戸内海の燧（ひうち）灘で取れる小海老（エビジャコ）を殻付のままミンチにしてしぼり、豆腐とスケソウダラのすり身とですりあげて油で揚げた長方形の練り物で、エビの風味がかすかに漂い、エビ殻のシャリシャリした舌触りが特徴と言えよう。そのまま食べてもおいしいが、薄く切って醤油を落とせば丸々2枚くらいはぺろりと食べられる。酒好きにとっても酒の肴として最高であるらしい。このえび天には、薄味でピンク色をしたものと、濃い味で少し赤みがかったものの2種類があり、それぞれ製造・販売店が異なっている。私は薄味を好んでいるが、子供の頃から濃い味の方を食べていた人は「えび天は濃い味に限る」とも言う。人間の好みは、生れ育った環境が多分に影響しているようである。

田舎を離れて京阪神で合計35年、途中名古屋で17年を過ごしたが、観音寺以外でえび天を入手するのは難しかった。かつて大阪の堺市に住んでいたのは45年ほど前のことだが、近くの鳳（おおとり）商店街で売っていたと家内が買ってきたので驚いたことがある。そこでは月に1回、観音寺から行商に来て店先を借りて販売しているということだった。しかし、他のどこでも見かけるものでは無かったので、他府県の人にえび天の話をすると「海老の天麩羅」と勘違いされ、その違いを説明するのが難しくもどかしくもあった。そこで、えび天の現物を味わってもらおうと、田舎に帰った時に買ってきて、職場で振る舞ったことがある。彼らがえび天を口に運ぶのを見て、一瞬、称讃への期待が心をかすめたが、「おいしいですね」とは言われるものの、どこかお座なりな様子で、「もうひとつ」という表情だった。家内もまたえび天を土産にと渡した時、同じ様な感じを受けたようで、あのジャリっとした感じに慣れないせいなのかなあと言う。確かに、子供のころから食べつけている者には気にならない舌触りではあるが、少し違和感を持つ人がいるのかも知れない。しかし、何度か食べるうちにあの食感にも慣れ、そのうちに病みつきになる者もいるのではないかと思う。

そもそも、魚肉の練り物の蒲鉾には、蒸したり焼いたり、また茹でたり揚げたりなどの様々な製法がある。「えび天」が含まれる揚げ蒲鉾は、九州地方の薩摩揚げがどこでも売られており、いわゆる「てんぷら」の代表的な製品となっているが、愛媛県の宇和海沿岸でとれた小魚を丸ごとミンチにした「じゃこ天」や、宮崎県の日向灘でとれた小魚に豆腐などを混ぜ込んだ飫肥（おび）地方の「おび天」なども、

それぞれの特徴をうりに地域のブランドとして宣伝しているようである。これら「揚げもの」の中でも、えび天は海老を素材にしているだけあって見た目も鮮やかで独特の食感があり、豆腐が入っているために日持ちはしないものの、薩摩揚げよりはふわりと柔らかく、お年寄りから子供まで食べ易い。高級（？）と考えられている蒲鉾のしこしこ感はないが、値段もほどほど、きれいで、柔らかく、そして美味しい。まさに蒲鉾界の逸品と言え、「えび天」が全国的にはあまり知られていないのを残念に思う。

以前、観音寺駅の構内にうどんを食べさせてくれる店があった。メニューには月見うどんやきつねうどんもあったが、私がいつも注文するのは、大きく斜めに切ったえび天が2切れ、少し器からはみ出し加減に載った「えび天うどん」であった。田舎に帰った時の楽しみにしていてよく立ち寄ったものである。ところが、いつの頃からかこの店が無くなり、その後もうどん屋は次々に開店してはいるが、あの「えび天うどん」が見つからない。セルフ店ではうどんに載せる具材は種々様々に揃えているが、海老の天麩羅はあるもののえび天が置かれていない。注文店でも「海老天うどん」と書かれたメニューを見て注文すると、海老の天麩羅が載って出てくる。かつて駅で食べた「えび天うどん」は、今や、幻のメニューとなっているようである。思えば、駅では急ぐ人が多いためにすぐに出せるえび天を用意した駅店ならではのメニューだったのかも知れない。しかし、「えび天」のファンとしては、相性の良いうどんと組み合わせた「えび天うどん」を出す店が田舎にあっても良いのではないかと思っている。

かねがね、私は「えび天」が観音寺発祥のブランド品となり、全国にその名を知られてほしいと願っているが、愛媛県の自治体が宣伝する「じゃこ天」や「じゃこ天うどん」などと較べると知名度はまだまだ低いのではないかと思う。えび天の名が知られにくい理由は、「海老の天麩羅」と紛らわしい名前のせいではないかと考え、「観音寺天ぷら」、「有明天ぷら」、「琴弾天ぷら」と考えてはみたが、しっくりとくる名称がなかなか浮かんでこなかった。えび天はやはり「えび天」で通すしかないのかなと思う。観音寺市は「えび天」をふるさと納税の返礼品の一つにしているようであるが、これも知名度を上げるための良策ではあろう。さらに効果的な方法としてどのようなものがあるのか、いろいろ考えてみるのもまた楽しいものである。だが、あまり有名になりすぎるのもどうかと思う。今や全国区となった讃岐うどんは、腰が強くて「いりこだし」でおいしいうどんとしてもてはやされているうちに、どこの土地に行ってもただ硬いだけが讃岐うどんとして通用するようになってしまった。今では、「讃岐うどん」という作られたイメージが独り歩きしている感がして仕方がない。「えび天」もまた、あらたな顧客が増えてくると生産や輸送の面で工夫が必要になり、これまでの味、風味、食感が変わっていくのではないかとも危惧される。そう考えると、むしろ郷土の味として知る人ぞ知るというものでもよいのかなと思わなくもない。

私としては昔ながらの「えび天」が月に1度くらい、京都で手に入るようになれば御の字である。全国どこのスーパーでも並んでいる薩摩揚げや、それぞれの地方の特産の練り製品もそれなりに美味しいものではあるが、故郷の味は懐かしく、無性に食べたくなる時がある。単なるお国自慢の類と言われるかも知れないが、私にとってはやはり、「えび天が一番！」なのである。

上記の文章は、私の母校である観音寺第一高等学校の同窓会誌（京阪神支部）：巨麓21号（H29年10月発行）に寄稿したものである。

下が「えび天」、上が「えび竹輪」
（観音寺市ふるさと納税ホームページより）

観察研究

「精神疾患における情動的表情認知に関する研究」研究実施計画書

研究代表者：義村　さや香（京都大学大学院医学研究科発達障害支援医学講座）

平成30年9月8日

0.シェーマ

0.1.シェーマ

精神疾患患者を対象として、表情刺激を提示し、視聴中の表情反応を記録し、情動経験および情動認識をあわせ、健常群と比較して評価する。また、顔および表情の知覚・認識に問題がないか健常群と比較して評価する。

0.2.研究デザインの要約

クロスセクショナル研究。

表情模倣課題については、表情反応の生起頻度と表情反応から受ける印象について各群（各疾患群・健常群）×情動刺激（怒り・幸福）で比較する。他の課題については課題成績について群間比較を行う。

1.研究の目的・意義

いくつかの精神疾患では対人相互作用における情動のやりとりの欠如が指摘されている。情動的刺激に対する表情の反応は相互的な情動交流に大きな役割を果たし、精神疾患での障害が予想される。表情刺激を呈示された時の表情反応、情動経験、情動認識を比較検討し、対人相互的な情動反応の欠如、各疾患群で異なる反応があるのかどうかを検証する。

2.研究の背景・根拠

対人相互作用における情動的交流について、統合失調症や自閉スペクトラム症をはじめとするいくつかの精神疾患では情動的交流の欠如や質的異常が臨床的に指摘されてきた。「分裂病者との出会いにおいて面接者は一種の奇妙なためらいと自分がよそ者であるという感じを持つが、これは、二人の個人が出会う時の正常な相互関係が破断されていることと関係がある」とRümke[1)]が述べた[2)]ように、統合失調症ではその欠如が（面接者に）プレコックス感として感受されるとされ、実証的研究において、Kringら[3)]が、情動的フィルムを用いて統合失調症患者の表情応答を検討し、患者の表情は健常群と比較してパターンは同じであるものの、頻度が減弱していることを明らかにした。自閉スペクトラム症では対人相互反応の欠如・質的異常が診断基準の一部となっており[4)]、対人交流中の表情変化の乏しさは診断項目を満たす上でひとつの指標となりうるが、それを実証した研究は少ない。また、対人交流における表情反応は疾患ごとに異なっている可能性があるが、それを実証した研究はない。Satoらは健常者を対象として、情動的フィルムより対人的刺激である表情刺激を提示中に被験者の表情反応を記録し、表情模倣が起こることを示しており[5)]、本研究では、同様のパラダイムを用いて、統合失調症や自閉スペクトラム症だけでなく他の精神疾患における表情模倣の障害の有無を群間もしくは健常群と比較して

確認すること、また、情動経験および情動認識をあわせて評価することで、疾患ごとの反応の違いも検討したいと考えている。

3.研究対象

豊郷病院において治療中の、アメリカ精神医学会の診断基準であるDSM-5[4]により精神疾患と診断された患者のうち、文書により同意のとれた者で、かつ知的障害、精神疾患および神経疾患の併存障害のある者や抗精神病薬の投与がクロルプロマジン換算で1000mg以上の者を除く。健常群は疾患群と年齢、性別、知能を合わせた成人を対象とし、精神疾患や神経疾患のある者を除く。

4.観察・検査項目と方法

4.1.観察・検査項目

- **背景情報**

  疾患群からは、生年月日、性別、既往歴、併存症、投薬量、精神病症状の評価尺度である陽性・陰性症状評価尺度（PANSS）、薬原性錐体外路症状評価尺度（DIEPSS）、Socioeconomic status（SES）評価尺度の得点を取得する。

  健常群からは、生年月日、性別を取得し、精神疾患や神経疾患の有無を判断するために医師との面接を行う。

  知能は両群でJapanese Adult Reading Test（JART）を用いて推定する。

- **実験課題**

  表情模倣課題[5]と顔や表情の処理そのものに問題がないか調べるための表情知覚課題[6]、表情認識課題[7]、ベントン顔認識課題を行う。

- **自記式質問紙**

  状態特性不安尺度、短縮版の自閉症スペクトラム指数、トロント・アレキシサイミア尺度、対人反応性指標への回答を求める。

4.2.観察・検査方法およびスケジュール

研究協力者の疲労に応じて、適宜休憩を取りながら行い、複数回での実施も検討する。実験課題は以下の順に行う。①表情模倣課題では、参加者は最初にプロンプタ上に呈示された怒り・幸福表情を受動的に観察し、続いてプロンプタ上に呈示された表情を正確に模倣するよう求める。２つの条件での参加者の表情反応を記録して表情模倣の生起頻度を算出し、表情応答の正確さや表情応答があらわす感情価の評価を行う。また、記録された表情反応については、臨床医が印象語にどの程度当てはまるかの評定を行う。次に、研究協力者は各表情刺激の人物の感情とそれを見ているときの自身の感情について快―不快とその強さ（覚醒度）の次元から評価する。②表情知覚課題では、参加者は表情を変化させることのできるスライダを使用して、短時間呈示された表情と同じ表情をモニタ上で再現する。モニタ上に再現された表情と実際に呈示された表情との表情強度のずれを算出し、表情知覚の正確さを測定する。③表情認識課題では、参加者はモニタ上に呈示された表情写真があらわしているものとして最も適切な感情ラベル語を選択し、④顔認識課題では選択肢の中からサンプルと同じ人物の顔写真を選択する。これらの課題では正答率および正答数から認識能力を測定する。実験課題の前後に知能検査、自記式質問紙への回答を行う。

5.症例数と研究期間

５年間で各群30名ずつ施行する。２×２の分散分析で検定するため各群30名は必要と考える。研究期間は、対象者登録期間、対象者追跡期間ともに承認日より平成35年３月までとする。

6.評価項目

コントロール刺激としてモザイク刺激の動画を用い、Facial Action Coding System（FACS）[8]により、表情刺激注視中の眉下げ、口角広げについてコード化し、怒り、幸福の表情模倣、The Facial Expression Coding System（FACES）[9]によってコード化した快、不快の表情模倣の頻度を算出する。また、記録された表情反応を、表情解析ソフトウェアを用いて解析する。副次評価項目として、顔認識検査、表情知覚検査、表情認識検査や情動認識、情動経験、印象語の評定値を算出する。

7.統計学的考察

主要評価項目である表情模倣の生起頻度については、疾患および呈示された表情による表情模倣の差はないとの帰無仮説をたてて２（群）×２（表情）の分散分析を行う。有意水準を0.05とする。表情刺激の認識や表情刺激に対する情動経験についても同様のデザインで検討し、模倣課題の成績とPANSSおよび自記式質問紙のスコアについては相関分析を行う。顔認識検査、表情知覚検査、表情認識検査の成績の群間差についても分散分析及びｔ検定を用いて検討する。すべての解析で有意水準を0.05とする。

8.データ収集・管理方法

PANSS、自記式質問紙、知能テストについては実験課題の前後１ヶ月以内に施行する。施行直前の調査票やカルテ情報より生年月日、性別、既往歴、併存症、服薬量、SESなどの情報を得る。また、FACS、FACESを用いた表情応答の評価は熟練した２人の評価者で行い、評価者間の信頼性に関してクロンバッハの α 係数が0.8以上の一致率であるものを有効なデータとする。

9.倫理的事項

9.1.遵守すべき諸規則

本研究は「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を遵守する。

9.2.倫理審査委員会での審査と承認

本研究は、倫理審査委員会において研究実施計画書および説明文書・同意書などの承認を受けた後に研究を開始する。

9.3.倫理審査委員会への報告

本研究は、研究実施状況報告書を３年ごとに倫理審査委員会に提出する。

9.4.インフォームド・コンセント

「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」に従い、研究対象者に対し研究参加に関する説明を書面及び口頭でしたのち２枚の同意文書に署名をもらうことで、インフォームド・コンセントを取得する。説明文書は研究対象者に交付し、同意文書は１部を対象者、１部を研究責任者が保管する。表情反応を記録していることを事前に知らせることは研究対象者の反応にバイアスをかけることになってしまうため、事後に研究目的とデータの利用方法について説明した上でデータ利用の同意を得る。

9.5.説明文書・同意書の作成と改訂

研究責任者は研究対象者から研究参加の同意を得るために用いる同意・説明文書を作成し、倫理委員会において承認を受けた後に使用する。また、同意を得た後に同意に関連しうる新たな情報を入手した場合など、同意・説明文書を改訂する必要があると判断した場合には速やかに改訂を行い、倫理委員会の承認を得る。その後改訂となった文書を用いて再同意を得る。

9.6.研究内容の公開

資料を公開する場合には、この研究の意義、目的、方法、研究機関名を公開する。個人情報に関しては、個々の研究対象者を特定できないようにし、対象者に対して利用目的の通知、個人情報の開示、内容の訂正など、個人情報の利用の停止または消去、個人情報の第三者への提供の停止に関する求めに応じる手続き、また保有する個人情報に関して、問い合わせ、苦情などの窓口の連絡先に関する情報の公開も行う。

9.7.個人情報の保護

研究対象者の個人情報を研究協力機関に提供する場合、当院で連結可能匿名化を行い、個人情報の保護に努める。利用する個人情報は性別、生年月日、疾患名、既往歴、併存症、知的水準に関する情報などの背景情報であり、共同研究者が利用者である。その他の機関への提供は行わない。

１０.研究費用および補償

10.1.スポンサーおよびCOI（利益相反）

日本学術振興会科学研究費補助金および京都大学大学院医学研究科発達障害支援医学講座運営費を使用する。記載すべき経済的な利益関係や利益相反はない。

10.2.研究に関する経費

研究期間中の研究対象者負担費用は、特に発生しない。外部から健常群の研究対象者を招く場合には交通費と謝礼、機材運搬費、データ収集費が研究に際し必要となる経費である。

10.3.健康被害に対する補償

健康被害の発生する可能性は低いと考えられるが、有害事象が発生した場合、保険診療による対応とする。また研究責任医師および研究分担医師は賠償責任保険に加入する。

１１.研究実施計画書の改訂

研究実施計画書に改定があった場合は、その内容と理由を倫理審査委員会へ報告し、説明文書もあわせて改訂する。

１２.研究の終了と早期中止

12.1.研究の終了

各施設において目標数を達成した後研究終了とする。各施設での試験終了時には、研究責任者または分担者は速やかに研究終了報告書を病院長に提出する。

12.2.研究の早期中止

研究対象者が中止基準に該当する場合には、同対象者の試験を中止し、中止手順に従い対応する。

● **中止基準**

①研究対象者が同意を撤回した場合

②研究対象者が中止を希望した場合

③対象疾患または併存症の悪化により、研究責任者または分担者が試験継続不可能と判断した場合

④有害事象の発現により研究責任者または分担者が試験継続不可能と判断した場合

⑤研究開始後、本試験の対象者として不適格であることが判明した場合

⑥研究開始後、必要な検査または調査ができないことが判明した場合

⑦研究全体の中止または中断、研究実施医療機関での中止または中断に該当する場合

⑧その他、研究責任者または分担者が研究の継続を好ましくないと判断した場合

● **中止手順**

①研究責任者または分担者は、期間中に研究を中止する場合、当該者に速やかにその旨および理由を説明する。また､研究対象者から中止の申し出がなされた場合､可能な限り理由を確認する。

②研究責任者または分担者は、病状の悪化や有害事象の発現など安全性上の問題により研究を中止する場合には、当該者に適切な処置を施す。

③各施設での試験の終了時には、研究責任者は速やかに試験終了報告書を病院長に提出する。

１３.研究に関する資料等の利用と保存

研究に用いられる資料に関しては、利用目的および利用者が研究対象者に伝えられ、対象者の同意が得られた後、内容の正確性を保った状態で用いられる。資料は研究責任者および研究分担者の管理により、当院および研究協力機関の施錠された部屋の施錠もしくはパスワード管理可能な保管場所にて研究結果公表後10年間保管し、廃棄の際に紙媒体はシュレッダーにかけ、電子ファイルは復元不可能な状態で廃棄する。

１４.特記事項

特になし

１５.研究成果の帰属と結果の公表

研究責任者、および分担者が５年以内に学会や投稿論文などでデータを公表する。

16.研究組織

データ取得は豊郷病院精神科および京都大学（健常群のみ）において行われる。

＜研究責任者＞

義村さや香　京都大学大学院医学研究科発達障害支援医学講座　特定助教　075-751-3966

＜研究分担者＞

岡田俊　　名古屋大学医学部附属病院 親と子どもの心療科　准教授　052-744-2282

佐藤弥　　京都大学こころの未来研究センター　特定准教授　sato.wataru.4v@kyoto-u.ac.jp

魚野翔太　京都大学大学院医学研究科発達障害支援医学講座　特定准教授　075-751-3966

林拓二　　公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所長　0749-35-3001（病院代表）

17.文献

1）Rümke HC: Signification de la phénoménologie dans l'étude clinique des délirants. De betekenis van de phaenomenologie voor de kliniek van waanvormende ziekten, 4 -42, 1953

2）中井久夫：中井久夫著作集 1 巻－精神医学の経験 分裂病. p342、東京、岩崎学術出版社、1984

3）Kring AM, Kerr SL, Smith DA, Neale JM: Flat affect in schizophrenia does not reflect diminished subjective experience of emotion. J abnormal Psychol 102; 507-17, 1993

4）American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5 th Edn, Arlington, VA, American Psychiatric Publishing, 2013.

5）Sato W, Yoshikawa S: Spontaneous facial mimicry in response to dynamic facial expressions. Cognition 104: 1 -18, 2007

6）Uono S, Sato W, Toichi M. Reduced representational momentum for subtle dynamic facial expressions in individuals with autism spectrum disorders. Res Autism Spectr Disord 8:1090-99, 2013

7）Sato W, Kubota Y, Okada T, Murai T, Yoshikawa S, Sengoku A: Seeing happy emotion in fearful and angry faces: qualitative analysis of facial expression recognition in a bilateral amygdala-damaged patient. Cortex 38: 727-42, 2002

8）Ekman P, Friesen WV: Facial Action Coding System. Palo Alto, Consulting Psychologists Press, 1978

9）Kring AM, Sloan D: The Facial Expression Cording System（FACES）; A user's guide. Unpublished manuscript, 1991

サンゴの海に遊ぶ熱帯の魚（モルジブにて、H30.1.20）

研究業績

平成 29（2017）年度業績

豊郷病院精神科の特色、治療、および実績

精神科の医師スタッフは、常勤医師6名（指定医4名、専門医2名、指導医2名）、非常勤医師の3名である。

豊郷病院精神科は、滋賀県湖東地域における中核的病院として多様な患者を診る必要があり、外来・病棟とも内因性精神病を中心に老人疾患、アルコール、思春期、さらに精神遅滞の患者も受け入れ、措置入院の患者も年間に数名を引き受けている。

精神科の病棟は、平成14年竣工の新病棟の5階と6階の２フロアを占め、3-6病棟(6階)は入院・閉鎖病棟であり、保護室4床と観察室2床を備え、3-5病棟（5階）は療養病棟で一部開放の閉鎖病棟である。いずれも男女混合で、定床はそれぞれ60床の計120床であるが、100床前後で運用されている。しかし、近年の精神科医療の趨勢を踏まえて、平成30年1月より入院病棟は精神科急性期治療病棟として運用し、近隣の精神科クリニックや病院との連携を深めながら新規入院患者の確保し、救急を含め地域の精神医療に果たすべき役割を引き受けている。

治療としては通常の精神科治療のほかに、修正型電気けいれん療法（mECT）を施行しており、難治性の統合失調症の治療剤であるクロザリルの使用も開始している。

精神科の外来は3診体制で、一日平均の外来患者数は65名である。当科は医療観察法指定医療機関として通院患者の診療を担当しているほか、大津地方検察庁長浜・彦根支部管内の刑事精神鑑定も引き受けている。

原著論文など

1. 林　拓二：急性期治療病棟と慢性期病棟．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、1-4, 2017
2. 林　拓二：非定型精神病研究と単一精神病．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、8-16, 2017
3. 林　拓二：記憶に残る私の症例-類循環性精神病の症状を示した特発性副甲状腺機能低下症．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、17-21, 2017
4. 林　拓二：Huntington舞踏病を疑われた急性精神病の一例．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、22-28, 2017
5. 木津賢太：罪業妄想を伴ううつ病患者の入院での心理面接．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、29-35, 2017
6. 白井隆光：クロザピン（クロザリル®）について．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、36-38, 2017
7. 成田　実：認知症と運転について．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、46-53, 2017
8. 林　拓二：長男の憂鬱．豊郷精神医学研究所年報、第7巻、78-79, 2017
9. 杉原玄一、中神由香子、藤本岳、川端美智子、吉原雄二郎、村井俊哉、稲葉啓通、岩田和彦、白井隆光、林拓二、佐藤晋一、簑島豪智、高橋幸利：統合失調症における抗グルタミン酸受容体抗体価の検討．大和証券研究業績集、41：88-91, 2018
10. 白井隆光、村井俊哉：双極性障害．わかり易い疾患と処方薬の解説．pp72-75, アークメディア、東京、2017

11. Yoshimura, S., Sato, W., Kochiyama, T., Uono, S., Sawada, R., Kubota, Y., & Toichi, M.: Gray matter volumes of early sensory regions are associated with individual differences in sensory processing. Human Brain Mapping 38: 6206-17. 2017
12. 義村さや香、十一元三：診発達症を持つ少年の司法鑑定の実際と問題点．児童青年精神医学とその近接領域59: 177-186, 2018
13. 志澤美保、義村さや香、ZHAO Shuo、十一元三、星野明子、桂 敏樹：幼児期の子供の食行動と養育環境との関連．京都府立医科大学看護学科紀要　27: 35-44, 2017

講演

1　義村さや香：小児期自閉スペクトラム症における言語発達のための介入戦略を考える．第１回小児ニューロリハビリテーション研究会、特別講演２、2017.6.17、大阪
2　成田 実：認知症という病気について－症状・診断・治療についての基礎知識．認知症連続講座、2017.9.29、天秤の郷文化学習センター
3　成田 実：徘徊ケースの診療の進め方．認知症の問題を考える講演会2017､2017.10.19､彦根キャッスルリゾート＆スパ
4　白井隆光：睡眠についてもう一度考えてみませんか－睡眠についての基本的事項を中心に．豊郷病院公開セミナー、2017.11.11、豊郷病院
5　木津賢太：不眠は“こころ“のメッセージ．豊郷病院公開セミナー、2017.11.11、豊郷病院
6　成田　実：実行機能低下と認知症について．2017.11.11、甲良町保健福祉センター
7　義村さや香：成人の発達しょうがい～発達しょうがいの概要～、平成29年度京都大学総長裁量経費事業、教育シンポジウム「成人の発達障がいと学習」教育と医療の現場のブリッジングを目指して．2017.11.26、京都
8　岩田夏彦、嶋川昌典、杉山更紗、福山勝広：多職種連携に向けた協業－当事者を交えた研修会の紹介－．2018.2.16、第2回滋賀県多職種連携学会研究大会、栗東芸術文化会館SAKIRA、栗東
9　成田　実：認知症の薬学的管理「基本編」･「対応編」．薬剤師認知症対応力向上研修、2018.2.25、ビバシティー彦根
10　成田　実：認知症の人の今を知る～認知症の人のこれからを見すえた対応～．2018.3.24、豊郷病院

サンシュユ（京都府立植物園にて、H30.3.14）

公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所　所員

（平成30年３月１日現在）

所長　林　拓二（京都大学名誉教授）
顧問　山田尚登（滋賀医科大学精神科教授）
顧問　村井俊哉（京都大学精神医学教授）
所員　成田　実
所員　中江尊保
所員　世一市郎
所員　上原美奈子
所員　高橋英彦
所員　義村さや香
所員　白井隆光
所員　堀川健志
所員　小林恭子
所員　木村千江
所員　古田成年
所員　岩田夏彦
所員　木津賢太
所員　上野志保
秘書　森　香織

豊郷病院精神科病棟より雪の伊吹山を望む（H29.12.14）

編集後記

豊郷臨床精神医学研究所の年報も第８号となりました。

今年は、大阪北部地震（6/18、7:58 a.m.）、逆走台風12号（7/28）のあと、関空閉鎖台風21号（9/4）、ほぼ同じコースの列島縦断台風24号（9/30）が立て続けに関西を襲い、通勤電車が山科－大津間のトンネルの中で止まってしまい、懐中電灯の明かりに導かれて線路の上をテクテク歩いたり、京都から新幹線・米原駅を経由して近江鉄道・豊郷駅への通勤を余儀なくされたりすることがたびたびありました。本年報の発刊の遅れを異常気象の影響に帰するつもりはありませんが、ここに漸く本誌を皆様にお届けすることができました。今後ともよろしくお願い致します。

太陽の黒点の増減と精神疾患の発症との関係を長期にわたって研究されている先生もおられますが、自殺や精神疾患の発症における季節性は否定し難いように思われます。そこには、人間の小さな営みを超えた大きな自然の力を感じざるを得ません。現今、癌の研究には華々しい成果が得られているように見えますが、精神病研究はまだ入り口にすら至っていないように思われます。われわれはこれからもなお、その入り口を求めて様々な努力を続けなければならないように思われます。

最後になりましたが、本年も本誌出版には豊郷病院法人統括本部長種村氏に大変お世話になりました。ここに厚くお礼を申し上げます。

（H30.10.31.　編集委員　林拓二・堀川健志・岡村恭子・森香織）

京都醍醐寺にて（H30.3.31）

豊郷病院

内科・外科・消化器外科・整形外科・消化器内科・呼吸器内科・呼吸器外科・循環器内科・脳神経外科・眼科・泌尿器科・耳鼻咽喉科・歯科・歯科口腔外科・小児科・婦人科・皮膚科・麻酔科・精神科・心療内科・神経内科
リハビリテーション科・放射線科・血液浄化センター
TEL 0749(35)3001　FAX 0749(35)2159

認知症疾患医療センター
オアシス
TEL.0749(35)5345
TEL.0749(35)3003（夜間・日曜・祝日）

介護老人保健施設
パストラールとよさと
〒529-1169　滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
TEL.0749(35)3002　FAX.0749(35)3122

居宅介護支援センター
MAX マックスひこね
〒522-0086　滋賀県彦根市後三条町520-1
TEL.0749(21)4800　FAX.0749(21)2810
（レインボウひこね内）

訪問看護ステーション
レインボウとよさと
〒529-1169　滋賀県犬上郡豊郷町石畑199-7
TEL.0749(35)3035　FAX.0749(35)4799

訪問看護ステーション
レインボウはたしょう
〒529-1234　滋賀県愛知郡愛荘町安孫子1216-1
TEL.0749(37)8181　FAX.0749(37)8182

訪問看護ステーション
レインボウひこね
〒522-0086　滋賀県彦根市後三条町520-1
TEL.0749(21)2855　FAX.0749(21)2810

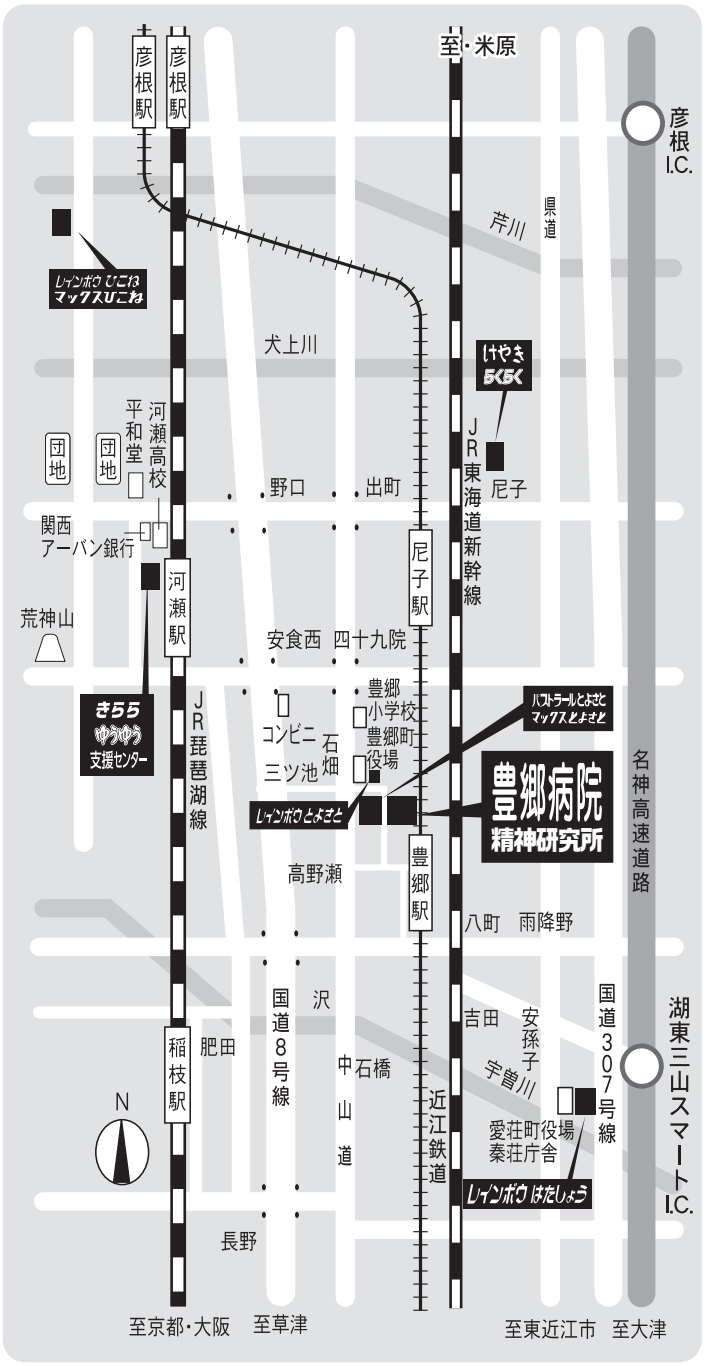
訪問リハビリテーション
アイルとよさと
〒529-1168　滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL.0749(35)3001　FAX.0749(35)2159
（豊郷病院内）

彦根市デイサービスセンター 彦根市地域包括支援センター **きらら**
彦根市グループホーム **ゆうゆう**
〒522-0223　滋賀県彦根市川瀬馬場町1015番地1
TEL.0749 デイサービス (28)7353　FAX.0749(28)9322
支援センター (28)9323　(28)9322
グループホーム (28)7662　(28)7662

甲良町デイサービスセンター **けやき**
甲良町グループホーム **らくらく**
〒522-0244　滋賀県犬上郡甲良町在士625番地
デイサービス TEL.0749(38)8181　FAX.0749(38)8180
グループホーム TEL・FAX.0749(38)8182

認知症初期集中支援チーム
オレンジファイブ
〒529-1169　滋賀県犬上郡豊郷町石畑212
TEL.0749(35)3117　FAX.0749(35)3122
（パストラールとよさと内）

グループ施設



交通アクセス

■電車利用の場合

JR河瀬駅または稲枝駅から車で10分
JR彦根駅から車で20分
近江鉄道 豊郷駅から徒歩1分

■車利用の場合

湖東三山スマートI.C.から10分、名神彦根I.Cから20分
国道8号線　高野瀬交差点を東へ5分

2017（平成29年度版）

公益財団法人豊郷病院附属

臨床精神医学研究所年報

vol. 8

2018年11月30日　発行

発　行　公益財団法人　豊郷病院
〒529-1168 滋賀県犬上郡豊郷町八目12
TEL（0749）35-3001　FAX（0749）35-2159

編　集　公益財団法人豊郷病院附属
臨床精神医学研究所　編集委員会

印　刷　近江印刷株式会社
滋賀県愛知郡愛荘町川原771-1
TEL（0749）42-8400（代）