

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所年報

第 11 卷

Bulletin Toyosato Institute of Clinical Psychiatry
Vol. 11

2020年(令和2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

豊郷病院に勤めて（阪上悌司）

公益財団法人豊郷病院基本理念

公益財団法人豊郷病院精神科沿革

原著論文・総説など

1. 非定型精神病の40年以上の長期経過－豊郷病院の病歴調査より－（林 拓二）…………… 6
2. 内因性精神病の分類と診断について－豊郷病院の病歴調査より－（林 拓二）…………… 16
3. 現代のうつ病論（阪上悌司）…………… 32
4. 自閉スペクトラム症と診断された14歳男児への治療的関わりについて（岡村恭子）…………… 48

看護研究など

1. 自閉スペクトラム症の障害特性を活かした、生活スキル獲得への取り組み
～自分の意思で生きる時間づくり～（西川由希子 能美峰子 村越紀子）…………… 52
2. 精神科での「うつ病のためのメタ認知トレーニング」実施－経過報告（木津賢太）…………… 62

エッセイなど

1. コロナ後の世界（阪上悌司）…………… 68
2. 精神科医として50年(2)（林 拓二）…………… 72
3. 精神科医として50年(3)（林 拓二）…………… 79
4. 精神科医として50年(4)（林 拓二）…………… 85

研究業績（令和2年度）…………… 91

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所所員…………… 93

編集後記…………… 94

表紙写真：八日市・赤神山（太郎坊山）頂上より、蒲生野を望む（H21.2.7 撮影 林拓二）



豊郷病院に勤めて

公益財団法人豊郷病院精神科部長

阪上悌司

今年度号は、林顧問に替わり阪上が巻頭言を担当させていただくことになった。この手の文章には慣れておらず、2回原稿を書いて林先生にお見せしたところ2回とも没になった。「ある程度の品格を維持したい」「もう少し短く」「力が入りすぎている」などのお言葉を頂いた。そこで、この第3稿は品格と簡潔と脱力、いや軽快さを旨とする。

さて、筆者が豊郷病院に赴任したのは2019年8月。一身上の都合で前職を辞すことにしたものの、行き先のなかった筆者に救いの手を差し伸べてくださったのが林先生だった。湖東地方にはそれまで縁がなく、ひたすら遠い印象があった。しかも、地図で豊郷町を見ると近江八幡と彦根の間の非常に小さい町。否が応でも不安が募った。実際に見学してみると、古い町並みに調和した古い建物と温泉旅館の如き複雑な構造に若干の衝撃を受けた。しかし林先生のお人柄、後ろ盾に加え、スタッフ、とくにコメディカルの士気の高さが決め手となって、お世話になることにした。その決断は間違っておらず、以後2年余り、これまでの医者人生で未曾有のやりがいを楽しませていただいている。豊郷病院は今まで働いたどの病院とも違うダイナミズムがあるように思われる。田園地帯の中規模病院とは思えない、ワンストップサービス可能な診療科と設備の充実ぶり。スタッフのバリエーション豊富さと質の高さ。338床という微妙な規模にも拘わらず、黒字経営という競争力の強さ。一般科精神科双方の救急対応力の高さ。そして地域住民からの信頼も厚く、事実上のブランド病院と見なされている。規模は違うが奈良県の天理よろづ病院のような特異性を感じる。それらの美点は、豊郷病院の歴史に根差しているのだろう。

総合商社丸紅のホームページによると、豊郷病院について「丸紅商店の初代社長である九代 伊藤長兵衛の巨額の寄付により、1925（大正14）年に設立。現丸紅商店専務の古川鐵治郎も1940（昭和15）年に病棟や職員宿舎建設の費用を寄付しました」とある。ウィキペディアの「伊藤長兵衛」のページには「（本店）近隣に診療所が皆無であったことを懸念した長兵衛は、1925年（大正14年）に私財と自宅敷地の大部分を寄付し、豊郷病院を開設した。第二次世界大戦後は伝染病棟を併設し、滋賀県下における伝染病患者の隔離・伝染防止の拠点を受け持っていた。現在は滋賀県湖東地区の総合病院として運営されている」と書いてある。伊藤忠と丸紅はもともと同じ企業で、その起源は1858年（安政年間）、初代伊藤忠兵衛が、近江国八目村（現・豊郷町大字八目）で創業した麻の行商だった。その九代目当主が豊郷病院を寄付したわけだ。戦前に両社は分かれ、また合併したが、戦後の財閥解体で再び別れた。そして現在、伊藤忠商事は三菱商事、三井物産を抜き去って日本一の総合商社である（丸紅は4位）。近江商人の流れを引く大企業は数多いが、トヨタ自動車と並んで伊藤忠、丸紅はその筆頭格であろう。その両社の発祥の地で、戦前までは本社機能もあったと言う旧家が「伊藤忠兵衛記念館」として現存している。豊郷病院から徒歩2分、見える距離である。ちなみにトヨタ自動車の初代社長、利三郎

も伊藤忠出身で豊田家に婿養子に入り、豊田グループの総帥となった。今も丸紅の新人研修は豊郷町で行われているし、伊藤忠の新人研修もそうだ。このように、豊郷町は日本資本主義の揺籃の一つと言って過言ではない。



豊郷病院のリハビリ棟、玄関棟、新館（手前より）

筆者がなぜこのように企業にこだわるのかと言うと、株式投資しているからである。株をやっている者にとって、伊藤忠商事は燦然と輝く金字塔のようなものであり、売り上げ12兆円、純益7000億円（2021年度）という数字以上に、世界に例のない総合商社という業態で、江戸時代から現在まで世界で活躍する日本の誇りである。世界一の投資家ウォーレン・バフェットも日本の総合商社に注目し、2020年より伊藤忠、丸紅を含む五大商社に投資して莫大な利益を上げている。豊郷町が伊藤忠、丸紅の発祥の地であり、丸紅創立者の寄付で豊郷病院が設立されたと知って、個人投資家として興奮せずにはおれなかった。そのような病院の設立の経緯をみれば、豊郷病院が滋賀県、とりわけ湖東地区の医療の中心的な役割を担ってきたことは当然かもしれない。

伊藤忠商事が企業理念として採用する「三方よし」は「売り手よし」「買い手よし」「世間よし」を意味する。それにちなんで、豊郷病院が「病院よし、患者よし、世間よし」のサステナブルな医療を展開すれば、日本の医療を革新しうるのはではないか。医療が投入資金以上の付加価値を産むならば、それは自立した産業であり、医療費が国民経済の負担になることはない。経済成長の重荷ではなくて駆動力になりうる。福祉に頼らねばならない人々を納税者に変えたり、要介護者を介護提供者に変えたり、健康寿命を延ばすなど高い付加価値を産めば決して不可能ではない。そのような持続可能な医療は、有力な輸出産業にもなる。今よりも過疎の寒村だった江戸時代に、この地から巨大なビジネスを創始した伊藤忠兵衛に倣うべきだ。…と、そのような夢を見られるだけでも、豊郷病院に来て良かったと思う今日この頃である。

2021年12月26日



豊郷病院新館5階の精神科病棟より
雪の鈴鹿連峰（霊仙山）・新幹線・近江鉄道を観る

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、生まれたての嬰兒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従できるように、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



近江八幡・水郷

非定型精神病の40年以上の長期経過 —豊郷病院での病歴調査より—

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長

林 拓二

I. はじめに

周知の如く、非定型精神病は満田による臨床遺伝学的研究^{1,2)}によって導き出された概念であり、クレペリンによる内因性精神病を躁うつ病かそれとも早発性痴呆（精神分裂病、最近では統合失調症と名称を変更）かという2分法に異を唱え、新たに第3の精神病群としての非定型精神病群を仮定したものである。そして、（真性）てんかんとのかんとの関係を考え、躁うつ病、統合失調症、てんかんの3つの遺伝圏の中間にある疾患群であると考えられている。この疾患群を躁うつ病と統合失調症の混合と考え、混合精神病³⁾という名称で捉えるクレッチマーの見方（日本では関東地方の医師に多いようである）もあるが、クライストやレオンハルト⁴⁾は満田と同じく、独立した疾患群と主張している。

これらの疾患の特徴⁵⁻⁶⁾は1. 発症が急激で周期性の経過をとり、予後が概ね良好であって著しい欠陥を残さない、2. 病像は、意識、情動、精神運動性の障害が支配的であり、幻覚は感覚性が著しく、妄想は浮動的、非系統的である、3. 病前性格は易感性、几帳面、頑固といった面が見られ、4. 発症には、精神的・身体的なストレスが引き金となることも多いとされる。

しかし、非定型精神病群が必ずしも良好とは言えない転帰を取ることはよく知られており、満田もその特徴として、「時には段階的に、おおかれ少なかれ、重篤な状態に至る」と記載している。これは、彼が研究の初期に、「中間型」として病相を繰り返しながら慢性化することもある病型を取り上げながら、家族内の遺伝負因の類似性から、それらを非定型精神病に含めたからと思われる。このことから、非定型精神病と統合失調症とは異なるものではなく、経過をみれば同じ疾患と考えられるのではないかという意見も根強く見られたのである。

これまでも、非定型精神病の経過研究は三重大大学の藤井⁷⁾が行い、われわれもまた愛知医科大学で非定型精神病の包括的研究の一環⁸⁻¹¹⁾として行ってきたが、病気の発症時とその経過を後方視的に調べていたものの観察期間が若干短いらいがあった。今回、ここに40年以上の経過が追える患者の記録を調べたので、非定型精神病の長期の経過研究として報告したいと思う。

II. 目的と方法

豊郷病院に入院、あるいは外来通院していた患者、約15000名のカルテを調査し、40年以上の罹病期間を有する503症例を検討した。その中で、非定型精神病と診断された病相を示す症例は86例あった。男女比は26:60、結婚歴は60名（69.8%）にあり、平均発症年齢は25.0歳（14-44）、罹病期間の平均は47.5年（40-64）、最終観察時の平均年齢は72.6歳（54-94）であった。この86名のカルテを更に詳しく調査して、発症状況と経過、そして転帰を検討した。すなわち、本稿では非定型精神病とされた症例が長期の経過によりどのような病像を示すようになったのかを調べたものである。

まず、われわれはこれらの症例の発症状況を調べた。そして、精神的な異常を自覚、あるいは他者に気付かれてから医療機関を受診するまでの期間を、最急性、急性、亜急性、潜行性と4型に分類し、それぞれの期間を1週間以内、1か月以内、6か月以内、6か月以上と規定した。なお、発症状況は他院での入院から不詳とせざるを得ない症例が1名見られたが、本患者群の発症状況は最急性か急性とされる者がほとんどで、亜急性や潜行性の発症が10名見られたに過ぎなかった。

次に、入院回数を調べたが、6-7割の症例に5回以上の入院歴があり、10回以上の入院を約3割の症例が経験している。

最後に、これらの症例の転帰を調べている。そして、豊郷病院で最後に診察した医師の記載を参考に、3か月間を目途にした期間の病像から、転帰を6型に分類した。すなわち、完全寛解、意欲低下傾向、幻覚妄想あるも安定、そして精神病症状の動揺、情意鈍麻傾向と欠陥状態の6型であるが、完全寛解した後も認知症が出現したり、情意鈍麻の傾向を示しながら認知症が見られたりする場合もあり、認知症の出現がかなり多いことが予想されることから、長谷川式認知機能検査（HDS-R）を参考に認知症の出現を調べている。もちろん、精神症状により認知症が疑われる仮性認知症の名称もあるように、認知症か精神症状かの判別は臨床上かなり困難であり、症状の経過を注意深く見て判断している。

なお、精神病症状が出没しながらも認知症も出現する場合に、情意の鈍麻傾向が存在するかどうかとも判定した。

Ⅲ. 患者資料

豊郷病院は大正14年に設立された総合病院であるが、昭和32年に精神神経科が110床の入院病床を持って開設され、滋賀県湖東地域の中核施設として運営されている。精神科が併設されて以降、豊郷病院の診療録には三浦百重、村上仁、加藤清など京大との関係が深い医師の記録が残っているように、診療の中心となってきた医師は満田の非定型精神病に親和的であり、非定型精神病と診断する医師も少なからず見られたようである。昭和55年にDSM-IIIが登場して以来、操作的診断基準に基づいて診断をする医師が多くなり、内因性精神病の分類は単純化したが、診断に関しては何ら解決せず一層複雑化した状況になったと言ってもよいが、本研究は発症から40年以上の症例を扱っているため、初回発症時の診断にDSM-IIIの影響はなく、その後の経過観察時に、「幻覚妄想を伴う躁うつ病」などの記述が見られるようになるも、繰り返される病相の記載は明確で判断に苦しむことはなかった。

今回の研究において、患者資料とされたのは初回発症時だけでなくその後に繰り返された病相において、一回だけでも「非定型精神病」と診断された症例である。その中で、非定型精神病が疑われた者が1名いるが、認知障害の基盤の上に気分の動揺や精神症状が発症したと考えられ、「身体に基盤を持つ精神病」として今回の資料から除外し、結局、全資料は86名となっている。精神科医師の診断にはかなりの幅があり、所属した大学や学派によりその診断の意味を同一と判断することは出来ないが、症例の経過及び転帰の確認はすべて私がカルテを見て判断した。それゆえ、本論考の責任はすべて私にある。

全資料86名の初診時診断名は、以下の通りである。



非定型精神病と診断された 症例(86名)の初診時診断

非定型精神病:22名	産褥性精神病:3名
うつ病・うつ状態:14名	緊張病:2名
心因反応:7名	錯乱状態:2名
変質性精神病:7名	急性精神病:1名
精神分裂病:7名	予後良好分裂病:1名
躁うつ病:7名	精神衰弱:1名
躁病・躁状態:6名	反応性うつ状態:1名
神経症・強迫神経症:4名	ヒステリー:1名

当然ながら、初診時にすでに非定型精神病との診断がついている症例が最も多く、変質性精神病や緊張病、錯乱状態、急性精神病、予後良好分裂病などを、非定型精神病と類似する疾患群と捉えれば35名となり、40%を超えるようになる。変質性精神病は、当時、非定型精神病と同一である疾患名として使用されていたようで、本来の意味である変質（精神身体的低格化）の意味は無くなっている。このように発症当初から、予後良好な精神病として統合失調症とは異なる疾患と考えられていたようである。

次に多いのは、うつ病・うつ状態であるが、類似の感情病である躁病・躁状態や躁うつ病を含めると27名、30%に達する。満田も「発病の初期などには、うつ病ないし躁病のような感情障害が前景にある場合も少なくない」と記載している。

2番目に多いのは心因反応であるが、この病名も各大学・学派により非定型精神病と同一病名として使用されていることがある。本来はストレスに対する反応として、内因、器質因に対する用語として用いられていたが、非定型精神病が何らかのストレスを契機に発症しやすく、体質的にストレス脆弱性を基盤に持つと考えられることから、同様な病像を異なる診断名で表すようになっていく。これを神経症と診断された者と併せれば15%近くなる。

最後に残ったのが精神分裂病（近年は統合失調症と改称）である。躁うつ病か分裂病かという従来からの2分法を用いれば、明らかにシュナイダーの一級症状が見られる場合は症状学的には問題なく分裂病と診断されるのであり、これらの症例では、初回発症時の診断として、どのような分裂病なのか、非定型精神病と診断すべきかどうかの判断はとりあえず避け、病相が繰り返されるかどうか（すなわち、周期性があるかどうか）を、経過を観ながら判断しようとしているのではないと思われる。

なお、産褥性精神病が3名見られるが、毎回の病相に発症の契機が産褥にあれば、「身体に基盤のある精神病」として分類されるのであろうが、繰り返される病相の契機に産褥が必ずしもなっていないため、その後の病相では内因性（原因のいまだに分からない）の非定型精神病とされたのであろう。

非定型精神病と診断された86名の症例の臨床データを表に記しておく。



非定型精神病と診断された症例の臨床データ

	非定型精神病 (86名)
男女比	26/60
最終診察の平均年齢	72.6歳
平均発症年齢	25.0歳
平均罹病期間	47.5年
精神障害負因(%)	39名(45.9)
一級親族負因(%)	30名(35.3)
痙攣発作の既往(%)	10名(11.6)

精神障害負因には1名に負因の記載はなく、統計処理から除外している。

すでに記載したように、非定型精神病とされた病相を示す症例は、圧倒的に女性に多い。平均発症年齢は25.0歳、罹病期間の平均は47.5年であり、平均年齢は72.6歳であった。

ここでは、精神障害負因、中でも親子・同胞に限った一級親族の負因を調べている。また、痙攣発作の既往も調査しており、これらのデータを追記した。そして、同時期に調査した「内因性精神病的分類と診断について」の論考¹²⁾における慢性精神病（定型分裂病）のデータと比較した。

非定型精神病的男女差は、慢性精神病が男性にはるかに多いのとは逆に、女性が多く認められ、慢性精神病的平均発症年齢が21歳と若いのに比べて25歳と高く、家族にみられる精神障害/一級親族の負因は慢性精神病的の16%と比べて35%と高く、痙攣発作の既往は慢性の統合失調症の6%と比べると12%と多くみられた。家族に見られる負因や痙攣発作の出現は、カルテに記載されたものを数えたに過ぎないが、これらのデータは、非定型精神病には遺伝の関与が強く疑われ、この一群の疾患群には痙攣閾値が低いと考えられる。このことは、われわれが以前から主張しているように、非定型精神病的発症には、生物学的な要因の関与が疑われ、今後の病因研究の突破口になる可能性がある。

これらのデータは、われわれが従来から報告^{8,9)}している非定型精神病的特徴とされるものと大きな変化はなかった。

IV. 結果

これら86名の、非定型精神病と診断された症例の発症状況と入院回数をまとめたのが次の表である。

発症時の状況は、フーバー¹³⁾に倣って最急性（1週間以内）、急性（1ヶ月以内）、亜急性（6ヶ月以内）、潜行性（6ヶ月超）の4型に分類して調査した。当然ながら、非定型精神病群ではほとんどと言える75名（87%）が最急性か急性の発症であり、初診時から急性精神病として発症したと言える。しかし、発症時が潜行性と判断される者も7名（8%）にみられた。これらの症例を詳しく見ると、初診時の診断名は2名が非定型精神病、2名がうつ病で、変質性精神病が1名、躁病が1名、強迫神経症が1名となっているが、長らく抑うつ状態が持続していた症例が4名おり、その中には長期に強迫症状が見られたものや、毎年同じ時期に同様な悩みで抑うつ的となるものがいた。また、被害関係念慮が長く持続していた症例もある。これらは、その後に幻聴などの病的体験も生じた病相が繰り返されていることから、初診時には急性発症ではないものの、その後の病相には急性発症を繰り返しており、非定型精神病と診断されている。

非定型精神病の特徴として周期性に病相が繰り返され、入院を余儀なくされることが多いことから、入院回数を調べた結果は、当然ながら、5回以上の入院が57名と多く、全体の66%を占めていた。しかし、入院なしとされている症例も2名あり、入院が1回と少ない症例も4名見られた。これは、幻覚妄想状態であれば入院治療が必ずしも必要であるとは限らないことを示している。家庭での療養・看護が可能であれば、外来通院で服薬をしながら、病的体験が消退するまで3か月間ほど我慢すれば入院せずとも軽快する場合も少なくない。しかし、非定型精神病の場合は一般的に急激な病状の悪化が見られ、幻覚・妄想に左右されて問題行動が頻発し、家庭での看護が困難となることも多い。そのため、よほど条件が良くなければ、入院せずに外来だけで治療を続けることは難しい。



非定型精神病と診断された症例の 初発状況と入院回数

	非定型精神病 (%) (86名)
最急性発症	12名 (14.0)
急性発症	63名 (73.3)
亜急性発症	3名 (3.5)
潜行性発症	7名 (8.1)
不詳	1名 (1.1)
入院: なし	2名 (2.3)
1-2回	12名 (14.0)
3-4回	15名 (17.4)
5-9回	33名 (38.4)
10回以上	24名 (27.9)

現在まで入院せずに通院を続ける症例は2名いて、初診時は独語や空笑、幻覚や妄想が見られた。いずれも家庭の主婦である。2人とも結婚して子供もいる。本人は家事や育児に追われてとても入院を考えるとどころではなかったし、夫も本人を入院させようとは考えなかったのではないだろうか。好条件だったのは、幻覚に左右されなかったことであつたし、幻覚・妄想が早く消退して完全寛解したこと、それに、頻繁に発症が繰り返されなかったのも入院しなかった理由ではあろう。時々精神的に不安定となることもあるが、外来では軽い精神安定剤の変薬で乗り切れている。

この86名の症例の転帰と認知症の出現者数を調べた結果を次の表に掲げている。



非定型精神病と診断された症例の 転帰と認知症の出現

	非定型精神病 (%) (86名)
完全寛解	31名 (36.0)
意欲低下傾向	10名 (11.6)
幻覚妄想あるも安定	7名 (8.1)
精神病症状の出没 (内、情意鈍麻を伴う)	16名 (18.6) (6名)
情意鈍麻傾向	3名 (3.5)
欠陥状態	3名 (3.5)
認知症の出現 (内、情意鈍麻を伴う)	16名 (18.6) (3名)
(内、意欲低下を伴う)	(2名)

転帰は、完全寛解、意欲低下傾向、幻覚妄想あるも安定、精神病症状の出没、情意鈍麻傾向、欠陥状態の6型に分類したが、さらに認知症の出現を調査した。そして更に、精神病症状が持続している者や

認知症が出現している症例に精神病症状の影響と考えられる情意鈍麻が認められるかどうかを調べた。

その結果は40%近くに完全寛解が見られたものの、何らかの意欲低下傾向が見られたり、幻覚妄想が持続するも精神的には安定していたりするものがそれぞれ約10%見られた。「精神病症状の出没」には、40年の経過を経てもなお再発や寛解を繰り返しているものが含まれており、数か月の病相を経ればおおむね寛解すると思われるが、情意鈍麻を伴うものが6名あった。このほか、情意鈍麻傾向が3名、欠陥状態と判断したものが3名見られた。

このように、情意鈍麻傾向や欠陥状態が見られたものを含めて、精神病症状の出没や認知症の出現に加えて、情意鈍麻傾向などの精神病状態の影響が強く認められるものは合計15名、20%近くとなり、非定型精神病と診断される症例の少なからぬ数が、病相を繰り返すにつれ情意鈍麻などの不可逆的と思われる残遺状態に陥ったことを示している。

認知症の出現については、一般には、65歳以上の老年者でその10%に認知症が認められるとされる。本研究では、65歳以上の者は74名で、その中で認知症を発症したのが16名であった。すなわち、22%が認知症を発症したことになり、相当高い値を示している。従来、私たちが報告した値は非定型精神病群では30%を超える値であったが、それは、病院の診療録に記載された認知症の診断名をそのまま症例数として計算していたためであり、今回の報告ではHDS-Rの検査結果を確認したことによって、数値が大幅に低下したものの、それでも一般人口と比べて高い値を示していた。認知症の診断には臨床医の判断が大きく作用することは承知しており、HDS-Rなどの検査値をどの程度に評価するのは実際難しい場合もあるが、今回のデータを見ても、非定型精神病は認知症になり易いと言えるかもしれない。

本研究では、痙攣発作の出現率もカルテに記載されたものを数えたに過ぎない。しかし、約12%になんらかの痙攣発作が見られ、この一群の疾患は痙攣閾値が低いと考えられ、痙攣を起こしやすい生物学的な要因の存在が疑われる。今後の生物学的な病因研究によって、内因性と言われている疾患群の一部が「身体に基盤のある精神病」へと変わる可能性があるだろう。

最後に、非定型精神病と診断された症例の中で、情意鈍麻の有無に基づき症例を2分してその差異を調べた結果を提示しておこう。

両群の間の差異で注目されるのは、情意鈍麻のある群に精神病の負因が多く見られ、痙攣発作の出現頻度も多いように見受けられることである。ただ、すでに記載したように、本研究はこれらを厳密に調査したものではなく、比較する症例数も少ないために、両者にはこのような差異があるらしいと言えるに過ぎないだろう。



非定型精神病と診断された者の中で 情意鈍麻の有無により2分した症例の 臨床データの相違

	情意鈍麻の ない精神病 (69名)	情意鈍麻の ある精神病 (17名)
男女比	17/52	9/8
最終診察の平均年齢	72.9歳	71.7歳
平均発症年齢	25.2歳	24.1歳
平均罹病期間	47.5歳	47.6年
精神障害負因(%)	30名(43.5)	9名(56.3)
一級親族負因(%)	23名(33.3)	7名(43.8)
痙攣発作の既往(%)	7名(10.1)	3名(17.6)

情意鈍麻のある精神病1名に負因の記載はなく、統計処理から除外している。



非定型精神病と診断された者の中で 情意鈍麻の有無により2分した症例の 初発状況と入院回数の相違

	情意鈍麻のない 精神病(69名)	情意鈍麻のある 精神病(17名)
最急性発症	11名(15.9)	1名(5.9)
急性発症	50名(72.5)	13名(76.4)
亜急性発症	2名(2.9)	1名(5.9)
潜行性発症	6名(8.7)	1名(5.9)
不詳	0	1名(5.9)
入院:なし	2名(2.9)	0
1-2回	11名(15.9)	1名(5.9)
3-4回	11名(15.9)	4名(23.5)
5-9回	25名(36.3)	8名(47.1)
10回以上	20名(29.0)	4名(23.5)



非定型精神病と診断された者の中で 情意鈍麻の有無により2分した症例の 転帰と認知症の出現の相違

	情意鈍麻のない 精神病(69名)	情意鈍麻のある 精神病(17名)
完全寛解	31名(44.9)	0
意欲低下傾向	8名(11.6)	0
幻覚妄想あるも安定	7名(10.1)	0
精神病症状の出没	10名(14.5)	6名(35.3)
情意鈍麻傾向	0	5名(29.5)
欠陥状態	0	3名(17.6)
認知症の出現	13名(18.8)	3名(17.6)

レオンハルト⁴⁾は、満田と同じく臨床遺伝学的調査に基づき、躁うつ病と系統性（定型）分裂病との間に「類循環精神病」と「非系統性分裂病」と名付ける疾患群を記載している。類循環精神病群は満田の非定型精神病と類似して、統合失調症の中で予後が良いものを指しているようであって、躁うつ病（循環病）に近く、非系統性分裂病は予後が良いとは言えず、類循環精神病の悪性の親戚と呼んで区別している。私は、本稿の経過研究から非定型精神病を2分してそれぞれを別個の疾患に分類しておくことが妥当であろうと思っている。予後があまり良くない非定型精神病の一群、それは、満田が研究の当初に「中間型」として分離していたのだが、家族内遺伝負因の類似から非定型精神病に含めたものである。非定型精神病の概念は、「理念としての疾患」の分類を目指していて、病型を取り出して分類しようとするものではない。すなわち「typology」ではなく、「nosology」を志向しているのである。しかし、生物学的な原因がはっきりとはしない現在、経過や転帰も考慮した類型を取り出して研究することも必要であろう。非定型精神病群はあくまでも複数形で示されるのが妥当なように、さらに細かく分類される疾患群である。非定型精神病を「周期性精神病群」と階段状に増悪する「シュープ性精神病群」の2群に分けて研究していくことは、実り多い結果が得られるのではないかと考えている。

しかし、発症時から、これらの症例がどのような経過を辿るかを予測するのは困難である。内因性精神病の研究に、経過や転帰を見ながら分類・診断する必要があるのはこのような理由からである。

V. 考察

私が大学を卒業した1970年は「反精神医学」の時代であった。精神医学が100年かけて精神病の原因を明らかにしようとしたにもかかわらず、なお原因は見つからなかった。そこで、精神病は存在せず、ただ精神科医が患者にそのようなレッテルを貼っているに過ぎないと言う者もいた。私は大学で何の教育も受けずに、先入見なく患者を見ようとして実際の臨床現場に飛び込み、大阪の精神病院で働き始めた。臨床を始めて数年後、「原因はいまだに不明であるが、精神病は確かに存在する」と確信した頃、大阪医大の満田教授の論文を紹介されて読み、ようやく私が求めていたものに出会った感じがした。それが、私の今に続く「精神病の分類と診断」の問題に取り組む契機になったのである。それ以来、私は非定型精神病の研究を続けている。

私の勤務先は大阪では単科の精神病院、名古屋では新設の大学と、勤める場所は変わったが、非定型精神病を取り出して定型分裂病と比較検討してみた時、データの差はほとんどなかった。私の興味の対象は内因性と言われる精神病であり、生物学的な病因が見つかるに違いないと確信するが、未だにそれが見いだされなかったものである。名古屋の大学で、私は非定型精神病について初めての論文⁸⁻¹⁰⁾を書いた。それは、新設の大学が精神科病棟を開いてより、10年間に入院した内因性精神病351名の患者を、診断病名ごとに性差、発症年齢、家族負因、契機、症状、経過について再調査して考察を加えたものである。しかし、長期経過を経て転帰を検討するには観察期間があまりにも短かった。これまでに、非定型精神病などの長期経過を調べたいと思っていたが、豊郷病院に勤めるようになり、古いカルテを取り出して外来と入院の調査をすることが出来た。定年後という時期も幸いして、ここに私は、発症してから40年以上を経過した症例をまとめることが出来た。

われわれは、これまでに計3回の内因性精神病の経過研究を報告してきた。1回目は、2010年に本研究所年報の第1巻に「内因性精神病の長期経過について」と題する報告¹⁴⁾を行ない、2回目は翌年の2011年に「感情病圏疾患の診断と長期経過について」と題する報告¹⁵⁾を本年報第2巻に掲載しておいた。そこでは、急性精神病圏の患者が40名と若干少なく、観察期間も35年以上と短かったが、非定型精神病が感情病と定型統合失調症の間に独立した疾患として存在する可能性を示し、その病像は長期の経過中にも姿・形が変化し易いことが特徴であって、ひとつの病相における横断的な一面を捉えるだけでは、内因性精神病の疾病学的な診断を行なうことは出来ない、DSMの操作的診断を暗に批判したものであった。3回目は、本年報の第10巻（前号）に「精神疾患の40年以上の長期経過についてー豊郷病院カルテの調査よりー」と題して報告¹²⁾している。ここでは、いわゆる統合失調症が、周期性精神病、階段状増悪精神病、それに慢性緩行性精神病の3型に分けられるかどうかを検討している。「周期性精神病」と呼称したものは、従来われわれが非定型精神病と呼んでいるものとほぼ同じであり、その経過の特徴（周期性）を病名にしたものである。「階段状増悪精神病」なる耳慣れない名称は、発症の初期には病相性に経過するが、次第に階段状に増悪（シュープ状に悪化）する疾患群に、私が名付けたものである。レオンハルトはわれわれの言う非定型精神病を「類循環性精神病」と呼称したが、その悪性の親戚と考えて、これらを非系統性分裂病と呼称しているようである。われわれは、これらの症例をシュープ状に悪化するのが特徴として「階段状増悪精神病」と名付けたが、日本語としては定着しがたい命名と思い、「シュープ性精神病」と新たに命名したいと思う。満田が研究を始めた当初、これらの症例を定型分裂病と非定型精神病の間の「中間型」と呼んで別個に分類していたが、既に行ったように研究の進展に従って、結局これらを遺伝様式の類似から非定型精神病群に含めている。そのため、非

定型精神病には不可逆的な情意鈍麻の傾向を示したり、欠陥状態ともいうべき状態にも陥ったりする症例も含まれることになった。非定型精神病は臨床遺伝学に基づき、単なる類型学的分類ではなく疾病学を目指していることからして、このような結果になるのは当然ではあるが、このような事情から、非定型精神病は必ずしも経過が良好とは言えず、満田門下がしばしば口にする「非定型崩れ」の欠陥状態は、荒廃状態とも呼び得るほどになる。このことから、非定型精神病は経過を見れば統合失調症と変わらないと言う精神科医も少なからず存在するのは確かである。最後の「慢性緩行性精神病」は、われわれが言うところのいわゆる定型分裂病（統合失調症）であるが、これらの病名も簡単に「慢性精神病」と呼称したいと思う。すなわち、前回の報告ではいわゆる統合失調症が、周期性精神病、シュープ性精神病、それに慢性精神病の3型に分けられるかどうかを検討したのである。われわれはこれらを検討する前に、40年以上前に非定型精神病と診断されていた症例の中で、シュープ性の経過をとって情意鈍麻や欠陥状態に陥った症例がどのくらいいるのかを調べておくべきと思い、本稿の経過研究で調べている。

今回の研究の症例は、再発を繰り返す病相の中で一度でも非定型精神病と診断されたものである。86名の症例を見ると、発症は概ね急性であり、病像は多彩で変化しやすく、数か月での寛解と再発を特徴としている。すなわち、周期性がその特徴であると言え、予後は概ね良いと言える。症例は圧倒的に女性が多く、精神障害の負因を有する者が多く見られ、痙攣発作の既往が少なくない。これらは、これまで繰り返し報告されたわれわれのデータと異なるものではない。ただ、初回発症時の状態はほとんどが最急性か急性の発症であったが、亜急性や潜行性の発症も見られる。これらも、症状の出現前の前駆症状として不安や不眠が現れることは以前から指摘されていて、初回の病相からこれらの精神病を急性精神病か、あるいは慢性精神病かに分類するのは困難を伴う。これらの症例は経過を見ながら、病相が繰り返されるかどうかを観察し、すなわち周期性があるかどうかを見極める必要がある。そして、これらの病相がファーズとして完全寛解に至るのか、あるいはシュープ性に階段状に悪化してゆくのかを見なければならぬ。現在に至るまで、病因がまだ解明されていない内因性精神病の研究では、このように緻密な臨床的記述が必要であり、症例を生涯にわたって観察し、疾患の転帰をも考慮した診断が必要になってくるであろう。

今回の非定型精神病の調査では、転帰として欠陥状態や情意鈍麻傾向を示すものが7%あり、精神症状の出没や認知症に伴う情意鈍麻の傾向を示すものを含めると非定型精神病と診断された者の20%近くに上っている。この数字は、極めて少ないとして無視できるものではないので、これらの症例を情意鈍麻の有無で2分して比較してみた。すると、家族負因やけいれん発作の既往などに差異が見られ、情意鈍麻の有無で2群に分けておくことに臨床的・診断的にも意味があるように思われた。情意鈍麻が見られた群は、元来、満田が「中間群」と呼び、レオンハルトが「非系統性分裂病」と呼称した症例に類似するものであろうが、非定型精神病と定型分裂病の間にある1つの疾患群が仮定されることにより、非定型精神病と定型分裂病は、その両群ともそれぞれの純型に近づくことになろうと思われる。しかし、それらも純型ではなく、あくまでも非定型精神病群や定型分裂病群であり、病因を異にする疾患を含むものであって複数形で用いられるべき疾患群であることには変わりはないと思われる。

最後に、われわれの非定型精神病の研究についてまとめた書籍^{16,17)}をここに挙げておく。

VI. おわりに

今回の研究の結果は以下のようにまとめられる。

1. 豊郷病院の外来通院あるいは入院治療を受け、その間に一度でも非定型精神病と診断された症例を調査し、発症後40年以上経過している症例は86例見られた。
2. これらの患者は、症状的には感情病圏と慢性精神病圏の間にあり、急性の発症で、病像は多彩で変化しやすく、数か月での寛解と再発を特徴としていた。しかし、発症時から急性とは限らず、亜急性・潜行性の発症も少なくはなかった。
3. 転帰をみると、認知症の出現が多く、病相が繰り返されるに従い次第に情意鈍麻の傾向を示して欠陥状態と判断されるものも見られた。これらを情意鈍麻の有るものを「シュープ性精神病」、情意鈍麻の無いものを「周期性精神病」と呼称して両者を比較すると、家族負因やけいれん発作の既往などに差異が見られた。

謝辞

本研究は、山本陽一郎先生およびこれまで豊郷病院に勤務された多くの先生方による病歴記載に基づくものであり、ここに深く感謝する。また、1万5千人以上の患者カルテを整理し、本研究を支えて頂いた精神医学研究所の秘書、森香織氏に感謝したい。

参考文献

1. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 46: 298-362, 1942
2. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55: 195-215, 1953
3. 西丸四方（編）：臨床精神医学事典. 混合精神病. 南山堂. 1974
4. Leonhard K: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波明・林拓二 監訳：内因性精神病的分類)、医学書院、東京、2002
5. 満田久敏：非定型精神病の概念. 精神医学 3: 967-969, 1961
6. 松本雅彦：非定型精神病. 現代精神医学事典、弘文堂、東京、2011
7. 藤井洋男：非定型精神病的臨床的研究－長期経過と予後. 三重医学26: 150-176, 1982
8. 林 拓二、須賀英道、安藤琢弥、松岡尚子：分裂病と非定型精神病（満田）の発症年齢と性差について. 精神医学 37: 1255-1263, 1995
9. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道：分裂病と非定型精神病（満田）の負因と誘因の相違について. 愛知医大誌 23: 321-331, 1995
10. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道：分裂病と非定型精神病（満田）の精神症状と経過について. 精神医学 38: 27-35, 1996
11. 須賀英道：非定型精神病的長期経過・転帰研究－20年以上の経過観察より. 臨床精神医学：34:53-1461, 2005
12. 林 拓二：内因性精神病的分類と診断について－豊郷病院での40年以上の長期経過調査より－. 豊郷病院臨床精神医学研究所年報11：2021（投稿中）
13. Huber G: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. (林拓二 訳: 精神病とは何か－臨床精神医学の基本構造)、新曜社、東京、2005
14. 林 拓二、成田 実、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：内因性精神病的長期経過について. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第1巻、5-9、2010
15. 林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：感情病圏疾患の診断と長期経過について. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第2巻、5-10、2011
16. 林 拓二（編）：非定型精神病－内因性精神病的分類と診断を考える、新興医学出版社、東京、2008
17. Hayashi T. (ed): Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009

内因性精神病の分類と診断について —豊郷病院での40年以上の長期経過調査より—

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長

林 拓二

I. はじめに

昨年の年報第10号に、われわれは豊郷病院での調査に基づき外来及び入院で40年以上の長期経過を追える症例についての報告¹⁾を行った。今回の報告はその後に追加した21例を加え、内因性精神病の新たな分類、診断、そして名称を提案するものである。

原因がいまだに不明である内因性精神病においては、発症時の病像と最終段階である転帰の状態が大きく異なり、その間、再発するたびに異なる病像を呈することも多い。また、一般には非定型精神病とされる症例は予後良好とされるものの、必ずしも良好とは言えない転帰を取ることも少なからず見られる²⁾。一方、定型の統合失調症でも経過は慢性であるものの必ずしも転帰が不良と言えるものではなく、幻覚妄想が消退したあとに独特な性格の変化を残すものの家業を継承している者も居り、幻聴が存在するにも関わらず、自宅から作業所への通所を継続し、軽作業を続けている者もいる。このような多様な経過を示す内因性精神病は、長期の経過観察が極めて重要であるのは当然であるが、人間を対象にする限り、一人の研究者が疾病の一連の経過を観察することは難しかった。それは、患者とともに研究者も老いていくという生物学的問題を無視できず、観察できる時間があまりにも少ないためである。われわれは、内因性精神病の診断を考える時、病気の発症から経過、そして転帰を考慮した生涯診断の重要性を常に指摘して来たが、これまでに時間をかけた十分な精神疾患の経過研究を行なう機会が無かった。しかし、後方視的にはあるが、40年以上の経過を追える300症例のカルテを調べることが出来たので、ここにその結果を報告するとともに、内因性精神病の分類と診断の問題を検討したいと思う。

II. 目的と方法

ここで、精神科疾患の分類と診断に対する私の立場を明らかにしておきたい。

私は臨床精神科医として、まず精神科病院で勤務し、その後大学に勤務して、さまざまな精神疾患を主治医として経験している。私はこのような臨床経験から、K. シュナイダー³⁾や、その弟子であるG. フーバー⁴⁾らの「精神医学の3分体系」を自明なものとして理解している。すなわち、精神医学の対象を、原因が明らかな身体に基盤のある精神病（症状性や器質性の精神疾患）、身体的な原因がなお不明な精神病（内因性精神病）、それに正常からの変奇と見なされる神経症などの疾病（K. シュナイダーは心的資質の異常な偏倚と称している）の3つに分類するものである。しかし、原因がなお不明な精神病に関しては、臨床にきわめて忠実、かつ抑制的な姿勢で循環病（感情病）と統合失調症とを区別しようとしたシュナイダーらとは異なり、臨床遺伝学的方法によってこの中間領域に非定型精神病と称する一群を仮定する満田の精神医学^{5, 6)}に親近感を抱いてきた。そして、この領域でどのような分類、診断が可能かを常に考えてきたのである。

大学を定年で退職して勤めたのが、滋賀県の農村地帯にある豊郷病院という田舎の病院であった。豊郷病院は大正14年に設立された総合病院であるが、昭和32年に精神神経科が110床の入院病床を持って開設され、滋賀県湖東地域の中核施設として運営されている。精神科が併設されて以降、これまでに精神科で診察された患者は15000名を超えている。診療を中心となって担ってきた医師は満田の非定型精神病に親和的であったが、さまざまな学派の影響を受けた精神科医も多く、アメリカ医学会によるDSM-III⁷⁾の登場以降は操作的診断基準に基づく診断をする医師が少なくない。

私は平成22年4月に豊郷病院に附属臨床精神医学研究所を設立し、主な研究課題として精神疾患の経過研究を行なうこととした。まず、最初に行なったのは豊郷病院に保存されている外来・入院のカルテをすべて調べることであり、症例の発症年齢や状況、家族負因、痙攣発作の既往や罹病期間などのデータを研究専用のパソコンに記録した。このパソコンは、セキュリティを考慮してインターネットには接続していない。膨大な数の症例を調査したため多くの時間と労力を要したが、研究所の秘書が手伝ってくれた。この研究は、豊郷病院に計画書を提出し、倫理委員会の承認を得ている。

Ⅲ. 患者資料

われわれが調査した約1万5千人のカルテから、40年以上の長期経過が観察された患者は503名いた。全患者資料の診断名は、下記の表に記している。

全症例(503名)の診断名			
診断名	総人数	男性	女性
知的障害 (うち、知的障害に精神症状が発生)	55名 (11名)	36名 (6名)	19名 (5名)
てんかん性疾患	76名	41名	35名
てんかん性精神病	13名	9名	4名
神経症	42名	24名	18名
性格異常	1名	1名	0名
薬物嗜癖	12名	11名	1名
老人性疾患	3名	1名	2名
内因性うつ病群	31名	12名	19名
躁うつ病群	23名	13名	10名
非定型精神病中核群(周期性精神病)	90名	29名	61名
非定型精神病中間群(シュープ性精神病)	59名	29名	30名
定型統合失調症群(慢性精神病)	97名	70名	27名
分類困難な精神病	1名	0名	1名

その中で、内因性精神病患者は301名であった。感情病圏精神病は内因性うつ病と躁うつ病との合計が54名、いわゆる統合失調症圏精神病は周期性精神病、シュープ性精神病、それに慢性精神病の合計246名である。男女比は153:148、平均発症年齢は23.9歳(12-48)、罹病期間の平均は48.7年(40-71)であり、最終観察時の平均年齢は72.6歳(54-94)であった。この中の1名は、19歳で他院に統合失調症にて入院歴があり、その後結婚して2児をもうけているも、49歳時に脳梗塞で内科に入院、その後は失語症などの高次脳機能障害をきたして豊郷病院の関連施設で生活することが多い。発症時の病状は不明であり、おそらくは非定型精神病であると思われるが、詳細が不明であるため分類困難な精神病として、本研究の統計から除外した。そこで、本稿での内因性精神病の合計は300例となっている。

ここで、私が使用した病名について簡単に説明しておく。

幻覚妄想などの精神病症状を示す知的障害者は、これまで、知的障害に破瓜病(統合失調症の一型)が接ぎ木されたと考えられ、接枝破瓜病などと呼称されてきたが、今回の報告では、内因性精神病では

なく「知的障害に精神症状が発生」として知的障害に分類された。しかし、内因性精神病との関連もあり参考のため、人数を括弧に入れて記載しておいた。確かに、これらの症例に見られる精神症状は、慢性精神病（定型の統合失調症）に見られる幻覚・妄想と類似するもやや趣が異なる。被害・関係妄想が出現する際の対象には身近の具体的な人物になるようであり、幻覚も曖昧な表現で、質問すると「聞こえてくるような」と答える場合が多い。時に幻視などの訴えもあり、精神症状から見ても他の内因性精神病とは異質なものであらうと思われる。なによりもまず、彼らには知的障害があり、知的障害者にはあらゆる精神障害が発生しうるとされている。

感情病圏ではうつ病の分類がしばしば問題になる。私は精神科医になった当初、うつ病を診たことがなかった（当時、精神科病院にうつ病で入院する者はなく、ほとんどが大学や総合病院の精神科で診察されていたのではないかと思う）。大学での経験がなかった私にとって、臨床で見られるうつ病のほとんどが神経症性（心因性）のものであらうと思っていた。しかし、名古屋で大学に勤務するようになると、私もうつ病を見る機会が多くなる。うつ病には神経症性うつ病と内因性うつ病とがあると教科書に記載されていたが、初診では明確な心因が見いだされて神経症性うつ病と思われた症例が、はっきりした心因もなく再発を繰り返す例もあり、単に神経症性と判断することは出来なくなった。このような時、（内因性の）周期性うつ病と考えるしかなかった。このような例がしばしば観察されると、「内因性うつ病は無い」などと言ってはおられない。今回の調査では、内因性うつ病は31例見られた。このうち入院したのは18名であり、症例の半数近くが外来治療のみで軽快していた。

躁うつ病は躁状態とうつ状態が繰り返されることが特徴であり分類に支障はないが、近年のDSMなどの操作的用いた診断傾向⁷⁾などによれば、幻覚妄想などの精神病症状を伴う躁うつ病や緊張病症状を伴う躁うつ病などと診断されることも多く、最近のDSM世代の精神科医には、本稿での躁うつ病の症例数が幾分少ないと思われるかもしれない。しかし、本稿では、シュナイダーの一級症状が出現すれば、躁うつ病から統合失調性精神病へ、おそらくわれわれの言う非定型精神病へと診断を変更しているからである。

統合失調症圏の精神病は、非定型精神病中核群（周期性精神病）、非定型精神病中間型群（シュープ性精神病）、それに定型統合失調症群（慢性精神病）と3群に分類して、呼称も若干変更している。本年報の第10号では、シュープ性精神病を「階段状増悪精神病」、慢性精神病を「慢性緩行性精神病」と呼称していたが、日本語としてはあまりに説明的で長ったらしい病名であったため、簡略で短い病名の方が良いと思い、このような病名に変更したものである。なお、周期性精神病とシュープ性精神病とは、満田が非定型精神病と呼称した一群であり、混乱を避けるため、非定型精神病的名称をそれぞれに残して使用している。

周知の如く、満田は彼の臨床遺伝学的研究から、感情病圏と統合失調圏との間にある多くの疾病を、感情病と統合失調症の遺伝的混合と捉えず、第三の独立した遺伝圏を考えて非定型精神病を取り出している。非定型精神病の特徴は、急性発症であり、周期性の経過をとり、予後は比較的良好であり、著しい欠陥を残さない²⁾とされる。しかし、彼は研究の初め、非定型精神病と定型統合失調症の間にシュープを繰り返しながら欠陥状態にも陥る「中間型」なる病型を取り出して研究を進めたが、家族内遺伝負因などの類似から、最終的にこれらの病型を非定期精神病に含めている。このことから、予後は「比較的」良好、「著しい」欠陥を残さないという表現になったのであらう。

満田と独立に遺伝研究から内因性精神病的分類と診断の研究を行なったのはドイツのレオンハルト⁸⁾

であるが、彼は躁うつ病（MDI）と系統性統合失調症との間に、類循環精神病と非系統性統合失調症を取り出している。類循環精神病は満田の非定型精神病、非系統性統合失調症は満田の「中間型」に類似していると思われるが、レオンハルトは非系統性統合失調症を類循環病の悪性の親戚であると記載している。

私は本年報で「非定型精神病の40年以上の長期経過」と題する報告⁹⁾をしたが、満田と同じ世代が非定型精神病と診断した症例が、その後どのような経過を辿ったのかを調査したものである。その結果は、おおむね予後は良いと思われたが、統合失調症性の情意鈍麻傾向を示したり、また少数ながら欠陥状態に陥ったりするものもいた。そこで、私は情意鈍麻の有無で2群に分けて両者を比較し、両者が独立した疾患であるとは言えないが、とりあえず別々な病気として分類して今後の研究を行った方が、良い結果が得られるのではないかと結論しておいた。

このような事情を踏まえ、満田の非定型精神病の中核群を「周期性精神病」と呼び、満田が中間型と考えたと思われる一群を「シュープ性精神病」と呼称することにした。「シュープ」という用語には適当な日本語訳がなく、再発を繰り返しながら階段状に増悪する意味¹⁰⁾であって、昨年は日本語でのつたない翻訳そのままに病名として使用したが、今回は原語のドイツ語のままで使用した。それは、精神科専門の医師であれば、ファーゼ（病相）とシュープの違いは熟知していると思うからである。ちなみに、病相とは再発しては症状が完全に消退する病期のことであり、一定の長さで繰り返される時に周期性とされるのである。

慢性精神病は、従来から定型統合失調症とされてきたものを指している。ただ「慢性」を特徴として潜行性発症や寡症状性、無為や自閉などいわゆる陰性症状を特徴とする統合失調症であり、今後、その異種性を含め、本当に疾患なのかどうか、それとも正常からの偏倚（性格？）に過ぎないのかの議論がなされるようになるのかも知れない。

ここで、これらの内因性精神病患者資料のうち、調査時点で当院に入院している症例数、作業所などに通所している患者数、既に死亡している症例数を表にしておく。

慢性精神病群やシュープ性精神病群は慢性に経過する患者も多く、長期に入院を余儀なくされて現在もなお入院している者もいる。一方、感情病圏の疾病や周期性精神病で現在もなお入院している者もいるが、頻回に病相が繰り返されていて、概ね短期間の病相を経て寛解し退院が可能となるものである。ただ社会的条件から入院を継続している場合もある。ここで注目すべきは、慢性精神病群でも作業所に通所したり、いわゆる欠陥治癒であるが家業を継いでいたりする者が10%程度見られることである。

なお、患者資料中の死亡者の数をここに掲げておいたが、全例で自殺の記載はなかった。われわれの臨床経験では、少なからぬ自殺者がとりわけ感情病群に見られるが、発症から40年以上の長期経過を観察する本研究では、観察年数が少ないこれらの自殺者症例は研究の対象から外れてしまうのであろう。



患者資料中の現在入院者数、 作業所通所者数、過去死亡者数

診断名	現在 入院者数	作業所など で就業	死亡者
内因性うつ病群(31名)	0名	0名	2名
躁うつ病群(23名)	2名	2名	3名
周期性精神病群(90名)	8名	6名	14名
シュープ性精神病群(59名)	13名	2名	14名
慢性精神病群(97名)	17名	9名	18名

*死因に、全例で自殺の記載はなかった

続いて、今回の患者資料の発症年齢、結婚、及び調査時の最終年齢、また、カルテ上に記載された家族負因や痙攣発作の既往歴などのデータを表にしておく。



内因性精神病の発症年齢、結婚、 及び調査時の最終年齢

	平均 発症年齢	結婚歴 (%)	平均 最終年齢	平均 罹病期間
内因性うつ病群(31名)	28.5歳	25名(80.6)	77.2歳	48.6歳
躁うつ病群(23名)	25.7歳	19名(82.6)	74.1歳	48.5歳
周期性精神病群(90名)	25.4歳	67名(74.4)	73.0歳	47.6歳
シュープ性精神病群(59名)	22.4歳	14名(23.7)	71.2歳	48.8歳
慢性精神病群(97名)	21.0歳	19名(19.6)	71.3歳	49.7歳



内因性精神病の家族内負因と 痙攣発作の既往歴の相違

	精神障害負因 (%)	一級親族負因 (%)	痙攣発作 (%)
内因性うつ病群(31名)	16(55.2)	14(48.3)	1(3.2)
躁うつ病群(23名)	10(43.5)	8(34.8)	1(4.3)
周期性精神病群(90名)	35(40.7)	24(27.9)	9(10.0)
シュープ性精神病群(59名)	24(42.1)	17(29.8)	5(8.5)
慢性精神病群(97名)	29(31.2)	15(16.1)	6(6.2)

内因性うつ病で2名、周期性精神病で4名、シュープ性精神病群で2名、慢性精神病群で4名に、負因の記載はなく、統計処理から除外している。

上記の表に見られるように、感情病性疾患や周期性精神病群の平均発症年齢は他のシュープ性精神病群や慢性精神病群より若かった。また、結婚歴がある割合も、他の疾病群より明らかに低かった。また、家族内負因（一級親族）のある割合は内因性うつ病群で48%と高い一方で、慢性精神病は16%となり、

感情病圏の各疾病群と較べて著しく低い値を示している。

IV. 結果

まず、感情病圏の疾患から結果を示したい。下に掲げる表に、感情病の発症時の診断名を記載しておく。ここでは、発症時に主治医が考えていたと思われる病名を診断名とした。それ故、単に保険病名と考えられた診断名は除外している。

内因性うつ病では、神経症や神経衰弱、仮面うつ病などの病名が8名（26%）見られるもほとんどが最初からうつ病・うつ状態とされていて、病状に大きな変化はなかった。躁うつ病でも、躁うつ病や躁病と診断されていた症例は13名（57%）あり、最初はうつ病やうつ状態で発症し、その後に躁病のエピソードが見られる場合が8名（35%）に見られている。初回発症時に、統合失調症（精神分裂病）を疑われた者が1名いる。この患者は罪業妄想が見られ、そのために自殺未遂で入院を余儀なくされたためであるが、その後たびたび軽躁状態となって外来通院を続けている。ただ、父親が精神病で入院歴があり、統合失調症の初発を疑われたのであろう。しかし、この症例とその父親は同じ疾患で表現型が異なるだけである可能性は否定できない。この症例はその後、結婚して子供もいるが、早くから認知症を患っている。産褥性うつ状態とされた症例は、その後産褥期ではなくとも、うつ状態や躁状態の病相を繰り返しており、産褥期が発症の原因とは思われなかった。

感情病圏精神病の初診時診断

内因性うつ病群 (31名)	躁うつ病群 (23名)
うつ病:20名 うつ状態:3名 神経症:3名 神経衰弱:2名 周期性うつ病:1名 反応性うつ病:1名 仮面うつ病:1名	躁うつ病:8名 うつ病:5名 躁病:5名 うつ状態:1名 産褥性うつ状態:1名 反応性うつ病:1名 神経衰弱:1名 精神分裂病(うつ状態):1名

次に、感情病圏精神病の発症状況と入院回数、および転帰を調査した結果を表にして掲げておく。

感情病圏精神病の発症状況と入院回数、転帰の相違

	内因性うつ病群 31名(%)	躁うつ病群 23名(%)
急性発症	15名(48.4)	21名(91.3)
亜急性発症	15名(48.4)	2名(8.7)
潜行性発症	1名(3.2)	0
入院なし	14名(45.1)	3名(13.0)
1-4回	11名(35.5)	10名(43.5)
5-9回	3名(9.7)	7名(30.5)
10回以上	3名(9.7)	3名(13.0)
躁うつ症状の動揺	4名(12.9)	3名(13.0)
抑うつ症状あるも安定	0	0
意欲低下傾向	0	2名(8.7)
完全寛解	15名(48.4)	13名(56.5)
認知症の出現	12名(38.7)	5名(21.7)

内因性うつ病の9名、躁うつ病の1名が電気痙攣療法を受けている

内因性うつ病では、ほとんどの症例が急性あるいは亜急性の発症であり、入院せずに外来通院のみで

病相が改善している者が半数近くを占めるが、数回の入院を繰り返したり、10回以上の入院を必要としたりした症例もある。しかしほとんどの症例で病相は完全に寛解している。しかし、調査時でもなお、4例にうつ病相が見られた。ここで特記しておくべきことは、認知症の出現したものが12名おり、その割合は40%近くと高いことである。

躁うつ病でも同じ傾向がみられる。ほとんどの症例が急性あるいは亜急性の発症であり、病相は数か月で完全寛解する。入院せずに外来通院のみで病相が改善しているものも若干いるが、内因性うつ病に比べその数は明らかに少なくなる。躁状態になると家庭看護が困難となり、入院が必要となるのであろう。ここに、意欲の低下傾向のものが2名記載されているが、次第に抑うつ状態が遷延していると思われる症例と、表情は乏しく、外来では一方通行の会話のみで感情的疎通が取れず、一見して、統合失調症と思われるものの幻覚妄想を生じたことがない症例である。彼女は23歳で発症し躁病相を繰り返しているが、最近病相の再燃なく、外来に通院して服薬（リーマス）を続けている。躁うつ病にしても、次第に人格水準が低下することもあると言われるが、この症例は、父母が共にうつ病に罹患し家族には別に精神病を患う者もいて、純粋な躁うつ病とは言えないのかもしれない。

次に、統合失調症性精神病群の初診時診断を下表に示している。

統合失調症性精神病の初診時診断		
非定型精神病中核群 周期性精神病 (90名)	非定型精神病中間群 シュラブ性精神病 (59名)	定型統合失調症群 慢性精神病 (97名)
非定型精神病 18名 精神分裂病 15名 うつ病・うつ状態 15名 心因反応 8名 変質性精神病 7名 躁病・躁状態 6名 躁うつ病 4名 神経症・強迫神経症・心気症 3名 産褥性精神病 3名 破瓜病 2名 緊張病 2名 精神分裂病の疑い 1名 精神衰弱 1名 反応性うつ状態 1名 錯乱状態 1名 急性精神病 1名 予後良好分裂病 1名 ヒステリー 1名	精神分裂病 28名 非定型精神病 4名 躁うつ病 4名 心因反応 4名 破瓜病 4名 精神衰弱 3名 反応性うつ状態 2名 うつ病 2名 精神分裂病の疑い 1名 変質性精神病 1名 神経症 1名 緊張病 1名 陳旧性分裂病 1名 錯乱状態 1名 敏感関係妄想 1名	精神分裂病 61名 破瓜病 20名 精神衰弱 4名 心因反応 3名 強迫神経症 3名 敏感関係妄想 2名 うつ病 1名 軽うつ状態 1名 変質性精神病 1名 産褥性神経症 1名

われわれの一連の研究では、対象の症例はほぼ同じであり、1年後に対象が若干増えたにもかかわらず、本年報10号で報告した周期性精神病の症例が94名で、今回の報告では症例が90例と少なくなっているのには若干の説明が必要かもしれない。私は対象の症例を再度詳しく検討した時、他院で発症した曖昧な症状の症例を周期性精神病から除外して診断の困難な精神病としたり、やはり他院で発症した症例が非定型精神病を疑われたとされているものの、その経過を見ると神経症と判断されて周期性精神病から除外したりした者もいる。このような再検討の過程で、周期性精神病とされた一群の数が若干名減ったのである。

上の表に示されたように、周期性精神病には非定型精神病という初診時診断が多いものの、ほとんど同数の症例が統合失調症や、あるいは躁うつ病などの感情病の病名がつけられていたことが注目される。このことは、これらが統合失調症か躁うつ病かと診断するのに迷った結果だと思われるが、変質性精神病（Degenerationspsychose、K.クライストやP.シュレーダーにより、変質という体質的特異性を基盤に発症すると考えられる病型。今日の非定型精神病とほぼ同じ概念）や心因反応とされたり、また産褥性精神病、緊張病、錯乱性精神病、あるいは急性精神病や予後良好な統合失調症などと診断されたりす

るのを見れば、症状的には統合失調症と診断されるものの、予後の良い循環・周期性の疾患が予想されたのであろう。しかし、初診の時点でその症例の経過や転帰を考えるのは難しいものである。前回の報告でも指摘したように、様々な病像と経過をとるのがこのような急性精神病の特徴なのであろう。

シュープ性精神病は、初診時から統合失調症と診断されている症例が半数を占めるが、非定型精神病、躁うつ病、あるいは心因反応などがそれぞれ4名（7%）見られる。初診時に破瓜病とされた者も4名いるが、慢性精神病では破瓜病と考えられた者が20名（20%）見られたのに較べて数は少なく、ここに見られる統合失調症とされた症例は、クレペリンによる「統合失調症かそれとも躁うつ病か」との2分法の中で、シュナイダーの一級症状などの存在から、統合失調症という選択をした主治医が多かったのであろう。

最後にあげた慢性精神病の場合では、61名（60%以上）が初診時から統合失調症と診断されていて、破瓜病（この病名は、主治医が「定型」統合失調症と診断したい症例と考えられ、統合失調症という曖昧な診断は避けたいとする主治医の意思が読み取れる）と診断された症例も20%を超えている。その他の診断名には、精神衰弱や強迫神経症などの慢性精神病への発展が予想される病名が見られ、初診時にすでにそれぞれの主治医は慢性の経過を予想していたように思われる。

最後に掲げる表は、統合失調症性精神病における発症状況と入院回数、それに転帰を調べたものである。

周期性精神病の90名を見ると、74名が最急性あるいは急性の発症であり、潜行性の発症は10名に過ぎなかった。これらの症例は、長らく抑うつ状態が続いていた6名、被害関係念慮が出没していた2名、それに心気妄想を訴えていた者や家庭内暴力が続いていた患者が各1名含まれている。一方、慢性精神病では症例のほとんどが潜行性の発症であり、亜急性発症の症例が若干名いるに過ぎなかった。

入院治療を行なった回数は、周期性精神病が頻回の病相の出現により10-20回の入院歴が多く見られるのに対し、慢性精神病では数回の入院歴を示す症例が多く、入院期間は長期化する傾向も見られる。ただ入院せずに外来通院だけが続いている症例も9名（約10%）見られた。これらの症例は、幻聴などの病的体験が見られるもののそれに左右されず、また、無為・自閉的な生活を送り、他人との交流が少ないためにトラブルもないという、破瓜病性のいわゆる寡症状性統合失調症であった。

最終診察時の病像を調べた結果では、周期性精神病は、40%の症例が完全寛解を示していたが、12%に意欲自発性の低下傾向が見られた。幻覚や妄想などがあるも精神的には安定している者は5%程度に見られる。しかし、症例の15%ほどが、発症して40年以上を経てもなおまだ不安定な症状の動揺を示していた。シュープ性精神病では、完全寛解を示すものは見られず、精神状態がなお不安定であるものが約35%に認められた。幻覚や妄想などがあるも精神的には安定している症例が10%に見られるが、意欲低下傾向を示す者は24%と周期性精神病の2倍見られ、欠陥状態と判断される者も7名、約10%に見られた。慢性精神病の症例では、約60%の者が意欲低下傾向や病的体験はあるも精神的には安定しており、約20%が欠陥状態かあるいは性格の浅薄化、すなわち欠陥治癒と称された統合失調症独特の性格変化が示されていた。精神病状態がなお不安定で精神症状の動揺が見られた者は他の2型と較べて少なかった。

統合失調症性精神病の 発症状況と入院回数、転帰の相違

	周期性精神病 90名(%)	シュープ性精神病 59名(%)	慢性精神病 97名(%)
最急性発症	11名(12.2)	4名(6.8)	0
急性発症	63名(70.0)	39名(66.1)	0
亜急性発症	5名(5.6)	11名(18.6)	4名(4.1)
潜行性発症	10名(11.1)	4名(6.8)	90名(92.8)
不詳	1名(1.1)	1名(1.7)	3名(3.1)
入院:なし	3名(3.3)	0	9名(9.3)
1-4回	32名(35.6)	25名(42.4)	63名(64.9)
5-9回	30名(33.3)	23名(39.0)	22名(22.7)
10回以上	25名(27.8)	11名(18.6)	3名(3.1)
欠陥状態	0	7名(11.9)	15名(15.5)
性格の浅薄化	0	0	7名(7.2)
精神病症状の消退	13名(14.4)	21名(35.6)	7名(7.2)
幻覚妄想あるも安定	4名(4.4)	6名(10.2)	27名(27.8)
意欲低下傾向	11名(12.2)	14名(23.7)	32名(33.0)
完全寛解	36名(40.0)	0	0
認知症の出現	26名(28.9)	11名(18.6)	9名(9.3)

周期性精神病の8名、シュープ性精神病の10名、慢性精神病の9名が電気直撃療法の治療を受けている。シュープ性精神病の2名にロボトミーの既往歴がある。

ここでは、認知症の発症の割合も調べている。老年になり認知症症状を呈する患者は、内因性うつ病で約40%、躁うつ病で約20%と多くの感情病で認められた。周期性精神病では、約30%の26名に認知症が見られ、感情病とほぼ同じ割合を示していた。シュープ性精神病は約20%に認知症が出現しているが、慢性精神病の患者で認知症が見られたのは約10%であり、他の2型と較べると明らかに少ない。

一般人口では、65歳以上の老年者でその10%に認知症が認められ、80歳から84歳までは15%に認知症が見られるとされる。今回の報告では、周期性精神病では約30%に、シュープ性精神病で約20%に認知症の出現が認められたが、慢性精神病で認知症が出現したのは症例の約10%であり、明らかに少なかった。しかし、一般人口と較べるとほぼ同じ割合となっているようである。古くから、われわれ精神科医の間で「統合失調症の患者さんは歳をとらない」と言われてきたのだが、これは、「感情病や非定型精神病（周期性精神病やシュープ性精神病）の患者さんは、統合失調症の患者さんと較べて、歳をとったら認知症となり易い」と言うべきかも知れない。

V. 考察

精神医学では、精神疾患の原因を内因、外因、心因の3つに分ける方法が一般的である。外因、心因は分かりやすいが、内因については著者によって意味することが異なることがあり、少し説明を要するであろう。

1. 内因性精神病はいまだに原因が明らかにならない精神病を意味する。

内因性精神病に何らかの遺伝的要因が関与していることは、これまでの研究でも一般的に認められている。われわれの研究においても感情病圏疾患や非定型精神病に家族内負因が多く見られ、諸家のデータに若干の相違はあるにしても、双生児研究などで明らかにされているとおりである。しかし、「内因性＝遺伝性」と短絡的に考えることは出来ないことは、一卵性双生児で100%の一致率が見られないことから明らかで、遺伝的要因とともに養育など環境性の要因の関与も考えられている。そもそも、内因性なる用語はギリシャ語の「内部から発生する」という言葉を語源として、ドイツ語圏でメビウス(Möbius PJ)が精神医学に導入した用語であり、クレペリンは早発性痴呆を内因性鈍麻(endogene Verblödungen)であるとして、それを内的な原因(代謝異常などが脳に影響?)から生じる疾患と考えた。K.シュナイダー³⁾は、臨床にきわめて忠実であり、精神異常を「正常からの変倚(神経症など)」

と「疾病（および奇形）の結果」に分け、後者をさらに「身体に基盤のある精神病」と「身体的な原因がなお不明な精神病」との2つに分けたのであるが、このうちの後者を、内因性精神病として統合失調症と循環病（躁うつ病）とに分類したのである。このような経緯から、ほとんどの精神科医は、内因性精神病を「原因がなお不明な精神病」として、「外因性」に対する「内因性」なる用語を今なお使用している。

2. いわゆるうつ病は最近急激に増加しているが、内因性うつ病は？

疾病は常に身体病であるとするシュナイダーは、生気悲哀（bitale Traurigkeit）を基本として漠然とした身体面の不調や重苦しさとして現れるうつ状態と、反応悲哀（reaktive Traurigkeit）を基本として感情面の症状を呈するうつ状態とを区別した。すなわち、前者を疾病としての内因性うつ病、後者を正常からの偏倚としての（心因・反応性の）神経症性うつ病として類別しようとしたのである。DSM-IIIが登場した1980年代以降、仮説を排するとして内因性や神経症などの用語が使用されなくなった頃から、日本ではうつ病・うつ状態が急激に増加してきたように思われるが、（うつ病の有病率が1969年ごろは0.4%程度であったのが、1992年には14%であった¹¹⁾）これは、DSM-IIIなどの操作的診断が導入され、近代的（？）な疫学研究がなされるようになったことや、精神科受診への敷居が低くなり、多くの患者さんが精神科を受診するようになったことも関係するであろうが、青年期や壮年期の働き盛りの者が社会的状況の変化から環境的なストレスに晒されてうつ状態となることも多くなったことが大きな要因なのであろう。うつ病の増加は、従来から神経症性うつ病とされていたもので、内因性うつ病ではないと思うがどうであろうか。うつ病のインフレーションは、あらためて内因性と神経症性とを区別する必要を促したように思われる。

本稿では、内因性うつ病が31名に認められた。発症の原因に明らかな外因もなく、時には社会的な契機が原因と考えられることもあったが、毎回、発症の契機に明らかな心因が認められることはなかった。何ら原因はなく自然に発症し、周期性に病相が見られるものもある。もちろん、うつ状態は外来で多く見られ、ほとんどは神経症性のうつ病と判断されるが、40年以上も外来通院を続けている患者も少なくない。しかし、このような患者は本稿の研究対象からは除かれている。

一般に、内因性精神病ではうつ病・うつ状態で発症することが多い。40年以上の経過を見てみると、引き続き幻覚や妄想が出現した時には他の内因性精神病に診断が変更になるため、症例数が少なくなる。ちなみに、うつ病・うつ状態で初発し、のちに他の内因性精神病に診断が変更になった症例は22名がみられ、予想していたように、その数は少なくない。

3. 純粋な躁うつ病の症例は少ない。

本稿では、躁うつ病の症例は23名であった。内因性うつ病の場合と同じく、初発時は躁病・躁状態や躁うつ病とされるが、長期の経過を追うと途中の病相で幻覚や妄想が出現して、他の内因性精神病、とりわけ非定型精神病（周期性精神病）へと分類が変更される者は10例あり、シュュープ性精神病に変更したものが4例あった。これらの症例は、初診時には確かに躁・うつ状態ではあったが、その後の病相によっては錯乱状態や幻覚妄想状態を呈し、自我障害（幻聴など）や妄想知覚などの一級症状（シュナイダー）が見られるため、統合失調症圏の疾病へと分類が変更されたものである。

シュナイダーは、純粋に心理学的立場から、彼の言う自我障害などの一級症状が明らかに認められ、

かつ、身体的基礎疾患が見いだされなければ、ごく控えめに、統合失調症であると言える、としている。すなわち、一級症状が了解不能な体験として、原発性に出現するならば、統合失調症に特異的なものとみなし得るとした。統合失調症や躁うつ病は、現在なお病因が不明と言わざるを得ない状況で、診断し鑑別することは出来ない。そこでは、病像や経過の特徴を観察し分類することで満足するしかない。われわれ臨床精神科医は、これまでシュナイダーの言う一級症状が統合失調症に特別な精神病理学的症状であることを認め、躁うつ病との類別に関してもその臨床的な価値を認めてきた。そして、幻覚・妄想があればとりあえず統合失調症としてきたのである。しかし、DSM-IIIの登場以降、「幻覚妄想を伴う」躁うつ病なる呼称をたびたび耳にするようになり、それを躁うつ病に分類しておくのが妥当なのか、それとも統合失調症と考えるべきかの判断に、今なお迷う症例があることも事実である。われわれは、このような病態の場合、とりあえず統合失調症圏として類別しておき非定型精神病群などの両者の中間にある疾病群を想定している。本稿では、従来の分類を踏襲したため、予想通りに幻覚妄想のない純粋な躁うつ病は少なくなり、躁うつ病の症例は20名を若干超えるに過ぎなかった。

DSM-IIIが登場する前、満田先生が「最近、アメリカでは診断基準の作成が試みられ、シュナイダーの一級症状に焦点を絞った研究発表が多くなっている。林君、われわれの立場から一級症状に関する研究をしてみないか」と話され、関係するいくつかの論文を手渡されたことがある。そこで、私は関連の文献に目を通していたのだが、1980年にDSM-IIIが出版され、瞬く間に世界はアメリカの一極支配と同様、DSM一色に変わってしまった。そこには、一級症状が統合失調症の診断基準として取り入れられたが、躁うつ病に関しては、感情病症状が重視されて躁うつ病の範囲が広がってきたように思われる。一級症状は、内因性精神病の分類に際して大変重要な症状であることは間違いないが、統合失調症の診断基準となるかどうか、今後も研究される課題ではあろう。

4. シュナイダーの一級症状は、非定型精神病に多く見られる。

精神障害を分類し疾患単位を求めようとしたクレペリンは、その分類に予後を重視し、予後が良好なものを躁うつ病とし、予後が不良な症例を統合失調症とした。そこで、躁うつ病とされる範囲は広がっていた。一方、シュナイダーは横断面の精神病理学的症状から躁うつ病と統合失調症の相違を検討し、とりあえず、一級症状の有無を重視して分類したように思われる。そこで、彼が統合失調症とする範囲はクレペリンよりも広がって捉えられるようになっている。

躁・うつ状態で発症しても、幻覚妄想が出現すれば統合失調症に含められる。これは精神病理学者であるシュナイダーの見解であり、彼は統合失調症も躁うつ病（彼は循環病と言い換えている）も疾患単位とは考えておらず、原因がなお不明ながら、身体的な原因が見いだされるに違いない精神病であるとしている。彼は主として精神病理学的症状によって統合失調症を躁うつ病から区別しようとしたために、統合失調症がそれまでよりも経過や予後を異にする多種多様な疾患の集まりと考えられるようになった。満田がドイツに留学してシュナイダーに会った時、このように言ったという。「あなたの言う一級症状は、非定型精神病にこそ多く見られる」と。確かに、一級症状は統合失調症と躁うつ病との間にあると考えられる中間群にこそ多く見られるのであろう。われわれの調査¹²⁾でも、一級症状は急性期に多く見られ、慢性精神病よりも急性精神病的病相が多く見られる非定型精神病に見られることが多かったのである。

5. 非定型精神病の経過研究

このように、一級症状の有無から内因性精神病を類別すると、躁うつ病は症状的には純粋なものとなり、症例数は少なくなった。一方で、統合失調症圏の疾病がその範囲を広げて多様な疾病を含むようになっていた。私が精神科医となった頃は、このような状況だったようである。私は精神病の存在そのものに疑問を持つ「反」精神医学の風潮の中で、精神科病院に勤めながら、受け持った患者さんを一例一例詳しく診察していた。そして、症状の多彩さ、経過・転帰の多様さをみて、これらの疾病が同じ病名の統合失調症（分裂病）と呼ばれることに違和感を抱くを得なかった。これらの患者の中には、急性に発症し病相性に経過して完全寛解を示すものや、潜行性に発症し慢性の経過を示すものがあり、それらの群の間には多くのバリエーションが見られるものの、少なくとも大きな2つのグループに分かれるのではないかと思われたのである。そこで、大阪医大の満田先生の論文を読む機会があり、私は臨床遺伝学を基礎にして内因性精神病の分類と診断の問題に取り組む満田先生に弟子入りをした。それ以来50年間、私は非定型精神病の研究を続けている。

内因性精神病は症状を詳しく検討しなければならないことは勿論大事なことであるが、その経過を追いつつながら最後の病像を観察することによって、病気の全貌はよりはっきりと把握出来ると思われる。そこで、私は出来れば一つの病院に腰を落ち着け、精神病の長期経過研究を行ないたいと思っていたのだが、やむを得ない事情もあり、残念ながら勤務先を変えざるを得なかった。その後、高槻、名古屋と勤務先は変わったが、内因性精神病の長期経過についての研究をいつか機会があれば行ないたいと思っていた。愛知医科大学に就職して非定型精神病の研究を始めた時に、まず初めに取り組んだのは新設医大の精神科に10年間入院した患者の臨床的・統計的な調査¹²⁻¹⁴⁾であったが、長期の経過研究とは程遠いものであった。そこで、京都大学を定年退職して総合病院の精神科に就職した時、ここで精神病の経過研究を行おうと思った次第である。

そこで、まず報告したのが豊郷臨床精神医学研究所年報の1巻と2巻に掲載した「内因性精神病の長期経過について」¹⁵⁾と「感情病圏疾患の診断と長期経過について」¹⁶⁾という論稿である。これは、40年以上の罹病期間を有する症例を調査し、その発症から転帰までの病像の経過を検討したものである。症例は102名と少なかったが、ここには、入院歴がなく外来通院だけの症例も含まれていることは特記されて良いだろう。ここに報告した結果を簡単にまとめると、初診時の精神症状及び発病状況によって65名が統合失調症圏に、19名が急性精神病圏に、そして18名が感情病圏に分類された。これらの症例の経過をみると、診断に変化がなかった症例が統合失調症圏で59例、急性精神病圏で9例あり、感情病圏では5例であった。すなわち、統合失調症圏とされた症例は破瓜病とされるものが多く、診断の変更は少なかったが、急性精神病圏や感情病圏の症例では症状の異なる病相の出現により診断が変更される例が多かった。もちろん、統合失調症圏とされた症例でもその後の経過から6例が非定型精神病に変更されているが、初診時に急性精神病圏とされた症例では、2名がその後の経過から妄想型や破瓜型の定型的統合失調症とされ、6名が統合失調症とされたものの満田の言う中間型と考えられ、シュープを繰り返しながら欠陥状態に陥った非定型精神病症例であった。このような症例では、併発症として脳血管性の障害が認められ、けいれん発作の既往も多く、欠陥状態か認知症かを判断することが困難な症例も少なくなかった。感情病圏の12例は抑うつ症状で発症しながら、幻覚妄想状態や錯乱状態を繰り返す症例であり、年齢を経るにつれて認知症を疑わざるを得ない症例も認められた。これらは生涯診断として非定型精神病群に分類されている。

この研究でも、一級親族に見られる家族負因（精神病、てんかん、うつ病、自殺者）をカルテ上で調査したが、われわれが非定型精神病と判断した症例で負因が認められる割合は約50%と高く、定型分裂病群の約10%との間に大きな差異が認められた。このような遺伝負因の差異からも、非定型精神病と定型分裂病とは生物学的に異なる疾患である可能性が高いと判断される。また、最終的に感情病群とされた症例は少なかったものの、家族負因には自殺者やうつ病者が見られただけであり、非定型群に認められる多種多様な精神病負因とは異なっていた。ここでは、非定型精神病が感情病と定型統合失調症の間に独立した疾患として存在する可能性が示され、その病像は長期の経過中にも姿・形が変化し易いことが特徴であって、単独の病相における横断的な一面を捉えるだけでは、内因性精神病的な診断を行なうことは出来ない、と思われた。

6. 慢性精神病は破瓜病を中心とした原因を異にする疾患群であろう。

内因性精神病の大多数（約80%）は、統合失調症圏の疾患である。これらの疾患は多種多様な疾患を包含すると考えられるため、出来る限り細分類しようとしたため、私が慢性精神病（97名）と呼称した症例は内因性精神病の1/3に少なくなった。その特徴は、潜行性に発症し、幻覚妄想などが背景に見られることは少なく、無為・自閉が主たる症状である。そして、緩慢に経過することが多く、情意鈍麻などの人格水準の低下を来すことが多い。これらの症例は、満田が定型分裂病（統合失調症）と呼んだものとほぼ同じである。

慢性精神病群は、初発時の診断から精神分裂病や破瓜病といった診断名が選択され、その病名が変更されることは少なかった。このことが、他の統合失調症性精神病とは異なる点と言えようか。破瓜病という診断が多かった点は、ある程度予後の予想をしながら診断がなされているようにも思われる。たしかに、転帰を調べると、長期に入院を余儀なくされている症例も多く、調査時点でもなおわれわれの病院に入院しているものは17名いて、既に亡くなった18名を除いた全慢性精神病患者の79名と較べても20%と高い値となっている。ちなみに、現在なお入院しているものの比率が高いのは、シュープ性精神病であり、急性に発症するも慢性の経過を辿りやすいからであろう。周期性精神病でも6名が現在入院しているが、病相が現在でも短期間に繰り返されているためである。

本研究でもカルテに記載された家族（一級親族）負因を調べているが、他の非定型疾患群が約30%に見られるのに較べて、慢性精神病は約15%と少ない。認知症の出現を調べた結果は、他の感情病群や非定型精神病群が20-40%になるのに較べると、慢性精神病は約10%と少なかった。慢性精神病の患者は認知症になり難いと考えられていたが、他の非定型精神病群の患者が認知症になり易いと考えられるも更なる詳細な研究が必要であろう。

7. 非定型精神病は周期性精神病とシュープ性精神病の2群に分けて研究を進めれば、成果が見られると思われる。

本稿では満田の非定型精神病を、良好な経過を示す周期性精神病と、経過が必ずしも良好とは言えないシュープ性精神病の2つに分けて検討した。シュープ性精神病とは私の造語であるが、周期性・循環性の経過で次第に増悪して、欠陥状態に陥ることも珍しくない病型である。これは、本年報に「非定型精神病の長期経過研究」⁹⁾と題して報告しているように、非定型精神病はその経過によって2群に分けられそうであり、両グループは類縁関係にあるとしても、別個の疾病群として研究すれば、将来の病因

を巡る研究にも有用と考えられたからである。

本研究の結果、シュープ性精神病（59名）は周期性精神病（90名）と異なり、何らかの情意鈍麻の傾向を示して、完全寛解となる症例はなく、欠陥状態と判断せざるを得ない症例も見られる。発症は最急性あるいは急性であることが多く周期性精神病と類似している。入院回数は周期性精神病より少なくなるが、精神症状がなお出沒している症例が多い。そして、認知症の出現は周期性精神病よりも少なく慢性精神病よりも多かった。これらの結果から、家族負因などのデータが周期性精神病と大きな相違がないのを見れば、シュープ性精神病と周期性精神病とが独立した疾患群とは言い難いものの、独立した疾患群の可能性も考えられなくもなく、今後の生物学的研究のためにはあえて別個の診断名を使用しておくことも必要であろう。

確かに、発症時に両者を診断し別々な疾患であると判断することは困難である。しかし、シュープを繰り返すうちに、経験のある臨床家は周期性精神病とは異なりそうだと判断は出来る。もちろん、転帰を見れば、慢性精神病との差異を見出すことは難しいが、発症からシュープ性の経過を見た時、その差異は明確である。精神病の分類と診断にはその人の生涯を通じた観察が必要であること、とりわけ、経過と転帰が重要であることは、クレペリンの時代から指摘されていることである。

言うまでもなく、内因性精神病的生物学的研究では均質なグループによる検討が必要である。そのため、さらに精緻な症状記載や長期経過などによる分類と診断が求められている。現在、内外の多くの研究機関から発表されるデータは統合失調症と躁うつ病との間の差異を認めず、躁うつ病から統合失調症への連続的な移行を示唆するものが多くなっている¹⁷⁾。DSMの診断によれば、伝統的な診断で統合失調症とされる症例や、我々が非定型精神病と呼ぶグループの中に、躁うつ病（双極性障害）と分類されるものが含まれているように思われる。この点からも統合失調症と躁うつ病の差異が見られなくなるのは当然な結果であると言える。DSMを用いた研究によって予期した結果が得られなかったとしても、それはDSMの診断が妥当性を欠くものだからであって、その結果を無批判に受け入れ、統合失調症と躁うつ病との差異を量的な偏倚であるとするのは、短絡的な判断と考えられないであろうか。

8. 今後の研究について

私はこれまでに非定型精神病の研究をしながら内因性精神病的分類と診断の問題に関わってきた^{18,19)}が、非定型精神病という疾患が確固として存在することを証明することは出来ず、ただ、統合失調症性精神病が大きく定型統合失調症（群）と非定型精神病（群）とに分けられることを示したに過ぎない。定型統合失調症（群）は発症前から存在する脳器質性所見を含めた性格構造が深く関わっていることが疑われるが、非定型精神病とされる疾患群は遺伝負因が多く認められ、その病因を解明し得る可能性はるかに高い。もちろん、非定型精神病もまた均質な疾患であるとは考えられず、精神・反応性に生じる心因性精神病や妊娠・出産などの女性の性に関連した（身体因性）精神病、さらには、病相性または周期性に経過しながら時にはシュープ様に悪化し、多かれ少なかれ重篤な状態に至る中間型（満田）が類別されるであろう。本稿では、この中間型（これまで私は非定型精神病遷延型²⁰⁾とも呼称していたが）を、シュープ性精神病として非定型精神病中核群とは別個に分類されている。それは、レオンハルト学派によって行われた双生児研究²¹⁾で、類循環精神病とその悪性の親戚とされる非系統性統合失調症を別個に類別し、注目すべき研究成果が得られているからであるが、残念ながら他の研究グループで同様な結果を得たという発表はまだ耳にしていない。われわれは、内因性精神病的をさらに細分することによっ

て病因・病態がそれぞれに究明されると期待している。まずは、非定型精神病の中核群、あるいは中間型の一群に焦点を絞ることによって、統合失調症性精神病の数パーセントに遺伝性の神経変性疾患に類似する疾患が見出されるかも知れず、あるいは共通な病態による診断が可能となるかも知れない。われわれは今後、非定型精神病の研究が内因性精神病の病因・病態研究の突破口となるに違いないと考えている。

私はこれまでの研究のまとめとして、「仁明会精神医学研究」誌に寄稿した論考²²⁾の最後の文章をここに再掲しておこう。これは、ホッヘ (Hoche AE)²³⁾が、原因、症状、経過、そして病理所見の一致した疾患単位を模索していたクレペリンに対し、「機能性精神病に疾患単位は存在せず、それを求めるのはあたかも幻を追うようなものだ」と辛辣に批判していたことに対する、50年にわたる精神科医としての私の変わらぬ感想でもある。

「我々は現在（もなお）、深い霧の中で白い兎を狩ろうとしているのかも知れない。しかし、白い兎は決して幻ではない。霧が晴れば必ず目の前に現れる。焦らず、慌てず、諦めずに、兎の存在を信じながら追い続けるならば、労苦は必ず報われると、信じよう」

VI. おわりに

今回の研究結果は以下のようにまとめられる。

1. 豊郷病院の外来通院あるいは入院し、発症後40年以上経過した精神疾患患者は503名いたが、その中の内因性精神病患者300例が今回の研究対象である。感情病圏は内因性うつ病31名、躁うつ病23名であった、統合失調症圏は定型の統合失調症群（慢性精神病患者）97名と、非定型精神病群を中核群と中間群の2群に分け、周期性精神病患者と呼称した90名、シュープ性精神病患者と名づけた59名の3つのグループに分類した。
2. この5つの群を精神病発症状況、経過、転帰、家族負因、けいれんや認知症の発生について調査した。感情病の2型には家族負因が多くみられ、シュープ性精神病患者、周期性精神病患者に比較的負因が多く見られたが、慢性精神病患者には負因が少なかった。転帰の調査では、感情病圏や周期性精神病患者の症例は完全寛解を示すが、慢性精神病患者の症例は何らかの意欲低下を示し欠陥状態を示すものが多く見られた。シュープ性精神病患者は、急性での発症が多かったが、転帰を調べると完全寛解と言えるものはなく、欠陥状態となる症例も少なくなかった。認知症の出現は、感情病や周期性精神病患者の症例で多く見られたが、慢性精神病患者では明らかに少なかった。
3. 非定型精神病を2群に類別して比較した時、臨床的な差異から別個な疾患群の可能性があり、それぞれに分類して研究を進める方が良い結果を得られるかも知れない。

謝辞

本研究は、山本陽一郎先生およびこれまで豊郷病院に勤務された多くの先生方による病歴記載に基づくものであり、ここに深く感謝する。また、1万5千人以上の患者カルテを整理し、本研究を支えて頂いた精神医学研究所の秘書、森香織氏に感謝したい。

参考文献

1. 林 拓二、岡村恭子、堀川健志、中江尊保、阪上悌司、上原美奈子、武本一美、西嶋泰洋、坂口恵美、成田 実、世一市郎：精神疾患の40年以上の長期経過について－豊郷病院カルテの調査より－. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第10巻, 6-17, 2020
2. 満田久敏：非定型精神病の概念. 精神医学 3: 967-969, 1961
3. Schneider K: Klinische Psychopathologie (針間俊彦訳：新版 臨床精神病理学原著第15版)、文光堂, 2007
4. Huber G: Psychiatrie, Systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte (林 拓二 訳: 精神病とは何か―臨床精神医学の基本構造)、新曜社、2005
5. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神神経学雑誌, 46 : 298-362, 1942
6. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神神経学雑誌, 55 : 195-216, 1954
7. The American Psychiatric Association: Quick reference to the diagnostic criteria from DSM-III (高橋三郎 監訳: DSM-IV精神疾患の診断・統計マニュアル)、医学書院, 1982
8. Leonhard K: Classification of endogenous psychoses and their differentiated etiology (福田哲雄・岩波明・林拓二 監訳: 内因性精神病の分類)、医学書院, 東京, 2002
9. 林 拓二：非定型精神病の40年以上の長期経過－豊郷病院での病歴調査より－. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第11巻 (投稿中).
10. 西丸四方 (編)：臨床精神医学事典、増悪. 南山堂、1974
11. 大熊輝雄：現代精神医学 (改訂11版). 金原出版、2008
12. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道: 分裂病と非定型精神病 (満田) の精神症状と経過について. 精神医学、38: 27-35, 1996
13. 林 拓二、須賀英道、安藤琢弥、松岡尚子: 分裂病と非定型精神病 (満田) の発症年齢と性差について. 精神医学、37: 1255-1263, 1995
14. 林 拓二、安藤琢弥、松岡尚子、須賀英道: 分裂病と非定型精神病 (満田) の負因と誘因の相違について. 愛知医大誌、23: 321-331, 1995
15. 林 拓二、成田 実、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：内因性精神病の長期経過について. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第1巻, 5-9, 2010
16. 林 拓二、成田 実、世一市郎、中江尊保、上原美奈子、義村さや香、壁下康信：感情病圏疾患の診断と長期経過について. 豊郷臨床精神医学研究所年報、第2巻, 5-10, 2011
17. 菊山裕貴：統合失調症と躁うつ病、再発性うつ病は同じ病気？－スペクトラムが違う病気か、それとも…－. 日本外来臨床精神医学会誌、10: 136-168, 2013
18. 林 拓二 (編)：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、東京、2008
19. Hayashi T. (ed) Neurobiology of Atypical Psychoses. Kyoto University Press, Kyoto, 2009
20. Hayashi T, Hotta N, Suga H, Andoh T, Ohara M: Are protracted-type acute psychoses really schizophrenia? Neurol, Psychiatr Brain Res 6 (4): 167-176, 1999
21. Franzek E & Beckmann H: Die genetische Heterogenität der Schizophrenie. Nervenarzt 67: 583-594, 1996
22. 林 拓二：非定型精神病研究－これまでに分かったこと、これから明らかにすべきこと－. 仁明会精神医学研究 13: 3-20, 2016
23. 内村祐之：精神医学の基本問題. 医学書院、1972

現代のうつ病論

豊郷病院精神科部長

阪上 悌司

1. はじめに、うつ病とはなにか？

精神疾患の定義、分類は混乱し続けており、DSMなどの人為的分類はあっても科学的な定説は存在しない。哲学者の石原孝二¹⁾は「精神医学は200年以上にわたって妥当な疾患分類を求め続け、またそれを得ることに失敗し続けてきた。精神医学の歴史は精神疾患の分類の歴史でもあり、その失敗の歴史でもある」と述べている。とくに単極性うつ病に関しては概念の混乱が著しい。伝統的に、外因性でも心因性でもない内因性（遺伝性）うつ病が真のうつ病だと考えられてきたが、いまやその内因の実在を疑う臨床家も多いのではないか。ちなみに外因性うつとは、頭部外傷やアルツハイマー病や甲状腺機能低下など器質性疾患に伴う鬱のことを言う。心因性うつとは、適応障害などの神経症に伴う鬱、つまり日常的な悲嘆や気分の落ち込みの事だ。外因でも心因でもない、そして躁うつ病の鬱でもない、生まれつきの遺伝要因によって生じた単極性の鬱のことを内因性うつ病といい、上記のようにこれこそ真のうつ病だとされてきた。そして心因性の鬱は真のうつ病ではないとされてきた。その根拠は何なのか、そもそも内因を仮定する意味はあるのか、歴史をさかのぼって検討しよう。

（なお現代においては、内因性とは心因でも外因でもないと言う意味であり、遺伝性というニュアンスが強いものの、原因不明という意味も込められている。この論考では、「遺伝性もしくは原因不明の何か」という二つの意味を持つ「内因」を、単極性うつ病に関しては二つまとめて否定することを意図している。以下、簡明にするため内因の「原因不明の何か」という形而上学的な意味は省略し、内因性＝遺伝性という前提で議論を進めさせていただく。）

2. うつ病は脳の病気か？

現代の精神医学は、基本的にドイツの精神病理学を引き継いで、精神疾患が「生まれつきの脳の病気」ということを前提としている。その発端は、ドイツの精神科医ヴィルヘルム・グリージンガー（1817～1868）が「精神病は脳病である」“Geisteskrankheiten sind Gehirnkrankheiten”と述べたことだとされる。このテーゼが、現在に至るまで精神医学のセントラルドグマとなっている。しかしこれが真だとしたら、精神疾患の原因解明が進めば、神経梅毒や甲状腺機能低下症のように身体疾患になってしまつて、精神医学の対象となる疾患が消滅してしまう。本気でそう心配している精神科医は実在しており、たとえば躁うつ病の研究で有名な理化学研究所の加藤忠史²⁾は、「（精神疾患が）『それは神経疾患です』と定義されてしまうと、（精神医学は）もう未来はない方向、消えていく方向に向かうのではないかと思うのですけれども、いまは本当に、その岐路にあるような気がします」と述べている（自由討論サイエンスとしての精神医学を考える：精神医学の科学的基盤 2020）。しかし同じ討論の中で加藤は「しかし問題は脳科学の進歩が精神医学に何一つ生かされていないということでしょうか」とも言っている。

加藤は、精神疾患の科学的解明は100年以上「何一つ」進んでいないが、いつか必ず解明されて、神経梅毒のように神経疾患に回収されるはずであり、今がその岐路である、と強く信じているのだ。これはエビデンスも何もない宗教的信念としか言いようがない。彼は、「精神疾患が生まれつきの脳病であることは自明であって、それ自体議論の余地はない」と思っているのである。ことほど左様に、グリーンジンのテーゼは、現代の主流派精神科医の心を深くむしばんでいると言えよう。ただしグリーンジンの名誉のため付け加えると、彼はフランスのピネルやエスキロールに学び、ドイツにおける精神病患者解放運動の先鞭をつけた。当時の後進国ドイツでは、精神疾患が宗教的な罪や堕落と見られがちだったので、患者をそのスティグマから救うため、「精神病は脳病であって神罰ではない」と宣言したのであろう。臨床家としてのグリーンジンは、単一精神病の見地に立ち、脳器質因だけでなく心因や社会因も同等に重視した。現在のバイオ＝サイコ＝ソーシャルアプローチと同じである。問題なのは彼ではなく彼の後輩たちであった。精神科医・精神医学史家の小俣和一郎³⁾によると「ただし、グリーンジン以降のドイツ精神医学は、この脳病論を足がかりとして、もっぱら精神病を脳病として捉えようとする傾向を強めていく」（『精神医学の歴史』P131, 2006）。

グリーンジンから少し後のエミール・クレペリン（1856～1926）は、精神疾患を外因、心因、内因に分け、内因性精神疾患こそが狭義の（真の）精神疾患であるとした。そして内因性精神疾患を早発性認知症（現在の統合失調症）と躁うつ病に二分した。これを二大精神病と言う。当時、躁うつ病と単極性うつ病は区別されておらず、後者も前者と同じく内因性であって心因や外因ではないとされた。20世紀初頭、細菌学の進歩により、当時代表的な精神疾患だった進行麻痺の原因が神経梅毒と判明し、サルバルサンやマラリア高熱療法による治療が可能になった。そのことが精神疾患の内因（脳病）説の勝利につながった。しかし進行麻痺の原因がスピロヘータだからと言って、統合失調症や単極性うつ病の原因が内因（生まれつきの遺伝）とは全然限らない。そのような推論は全く無効である。内因説は時流に乗ったイデオロギーに過ぎず、現在に至るまで科学的裏付けを欠いている。にもかかわらずクレペリンの内因説はその後生き残り、現在のDSMやICDにも多大な影響を与えている。そして、単極性うつ病を含む精神疾患は遺伝性の脳病だと広く信じられている。しかしその根拠は、つまるところ「クレペリンがそう言ったから」でしかなく、要するに神話である。ちなみに内因性精神疾患の二分法はすでに崩壊しており、統合失調症と躁うつ病はリスク遺伝子を多数共有していること、どちらも同一家系に生じること、相互移行例が稀でないことが分かっている。

3. 内因性うつ病の衰退

内因性うつ病というものが全く未解明なのに、なぜ内因性うつ病の診断を下せるのか。この鬱は心因だから偽物で、こっちは内因だから本物だ、などどうやって見分けるのか。心因の有無は鑑別点にはならない。後述の通り、病気や加齢を含めれば、心因や状況因が全くない鬱などというものは存在しないからだ。実際のところ、内因性うつ病は内因や心因の有無ではなくて、病前性格や自責性などの周辺情報によって診断されてきた。日本（とドイツ）では「典型的には35歳から50歳ごろの男性で、仕事熱心、他人のために尽くし、規則を重んじ、まじめで几帳面なメランコリー親和型性格者が、引越しや昇進など些細なストレスで、自責性の強い中等度以上のうつ状態となった場合、それは内因性うつ病である」とされてきた。そのような症例が内因性である証拠はない。ただなんとなく伝統的にそう診断されてきたのだ（ちなみに英米ではそのような考え方は全くない。この点は後述する）。ところが困ったことに、

この本物のうつ病がこの30年で激減し、すっかり絶滅危惧種になってしまった。30年で日本人のうつ病の遺伝子頻度が変動するとは思えないので、うつ病が遺伝疾患だとすればこれは説明困難である。うつ病の遺伝子頻度は変わらなくても、発症のトリガーとなる環境要因が減ったのだ、ということもできない。なぜなら、この30年でうつ病自体は急増したからだ。内因性と思いきうつ病は減ったが、内因性じゃなさそううつ病が大波となって日本に襲い掛かったのだ。

4. 新型うつ病の台頭

内因性と思いき旧来型うつ病が減って、別のタイプが増えているという報告は、我が国で1990年ころから出始めた（「現代型うつ病」松浪⁴⁾,1991、「未熟型うつ病」阿部⁵⁾,1995など）。樽味伸⁶⁾が2005年に報告した「ディスチミア親和型うつ病」は、病前性格としては自己自身への愛着、規範に対してストレスであると抵抗する傾向があり、症状としては不安全感と倦怠、回避と他罰的感情、衝動的な自傷の一方で“軽やかな”自殺企図があり、どこまでが生き方でどこからが症状経過か不分明、とされた。これは氷河期初期の、まだ日本が衰退しないとタカをくくっている、危機感と想像力に乏しい2005年ごろの若い日本人のメンタリティーそのもののようには筆者には思われるが、そういう人たちが「うつ病」として大挙して精神科の門をたたいたのは事実である。2008年、香山リカ⁷⁾著の『私はうつ』と言いたがる人たちで初出した「新型うつ」はさらに社会のフリーライダーの性格を強め、ほとんどパーソナリティー障害と変わりが無い。2012年のNHK特集「職場を襲う新型うつ」では、次のように描写されている。「職場を離れると気分が回復し、趣味や旅行など好きなことには活動的になり、うつになった原因は自分ではなく、職場など他人にあると考える自己中心的な性格がよく見られ、従来の抗うつ薬が効きにくいとされ、対応が難しいのが現状」。

筆者の外来にもたくさん来たが、社会的予後は旧来型うつ病より悪く、病気ではないと突き放すわけにはいかなかった。明らかに病気なのだが、旧来型（内因性とされていたタイプ）とは病態が全く異なっており、おそらく遺伝的背景も全然違うと思われた。さらに言えば、2021年現在はこの新型うつも減ってきており、新・新型うつにとって代わられている。最新のうつ病は「私は発達障害」と言いたがる人たちである。フリーライドすべき企業、官庁などの組織に最初から所属していないので、香山の新型うつ病ほど詐欺的な行動は見られない。職歴自体があまりなく、コミュニケーションが下手というよりも他者との対話の訓練をしたことがない。本当に自閉症スペクトラム障害なのかもしれないが、幼少時の発達発育には問題ないことが多い。それに自閉症性のこだわりが見られない。終日ゲームや動画を見ていることが多いが、無教養な無職なら全員がそうなるので診断材料にはならない。だいたい自閉症は遺伝疾患なのにこんなに俄かに急増するはずがない。もっと問題なのは、10年単位でうつ病の病態がコロコロ変わることである。操作的診断基準では確かにみんな大うつ病性障害なのだが、旧来のメランコリー親和型、香山リカの言う新型うつ病、そして昨今の自閉症スペクトラム障害もどきのうつ病が、共通した遺伝基盤を持っているとは信じがたい。うつ病は遷延した（あるいは構造的な）適応障害にほかならず、構造的な不況業種が社会情勢によって異なるように、構造的適応障害に陥る層は時代背景、社会情勢によって異なり、遺伝的には決定されていない、と考えた方がよほど臨床実感に合致する。

5. 英米圏のうつ病論

思弁ではなくて、疫学研究に支えられた英米系のうつ病論では、もともと心因と内因の区別にこだわ

らない。事実、アメリカ精神医学会の診断基準ではDSMⅢ（1980）から内因性のカテゴリーは削除されている。そもそも、大して根拠もないのに最初から脳病だの内因性だの決め打ちするのは科学的ではない。勿論すべての鬱が心因と決めつける根拠もないが、心因性の気分の落ち込みは全人類が経験しているので、内因などという思弁とは違って、実在することは確かである。何かを説明する場合は、なるべく確実に存在する要因で説明すべきであり、安易に未知のファクターXを導入してはいけない。英米圏では、日本やドイツとは違って、幼少時における虐待や両親の機能不全、青年期における行動上の問題や薬物依存、そして現在における生活上の問題といった「逆境型」の症例が、うつ病のプロトタイプの一つとなっている（本村啓介, 2016）。つまりPTSDや愛着障害、適応障害などの神経症性障害が、うつ病と同一ないし非常に関連が深いと考えられている。疫学を見ればまさにその通りであって、過去と現在の逆境がうつ病と相関しているのは明らかだ。崩壊家庭で虐待やネグレクトの被害にあった児童が、将来高率にうつ病を発症する事には極めて堅牢なエビデンスがあり、それを「環境要因だから内因性ではないので、本物のうつ病ではない」などというのは、悪しき先入見に他ならない。ちなみに、ナチスの絶滅収容所から生還したユダヤ人には、高率でうつ病の発症が見られた。西ドイツで1953年に議会を通過した連邦補償法により、ホロコーストの死亡者や生き残った人たちが補償されることになったが、生還者が補償を受けるには医療機関で健康被害を認定されねばならなかった。しかし、彼らに重大な精神的後遺症が認められたにも拘わらず、「強制収容所体験によって惹起されたうつ病であれば、それは心因性であるので、内因性うつ病とは呼べないはずである」と鑑定されたそう。彼らは、当時の精神科医によって神経症、それも災害神経症のようなヒステリー性反応とされ、仮病扱いされることも少なくなかったという（「精神医学の歴史」小俣和一郎、P220）。ホロコーストの生き残りを鑑定した戦後間もないドイツの精神科医と言えば、ナチスに協力して精神疾患の患者を最低でも20万人殺害したT4作戦の関係者であった可能性が高い。「精神病は脳病である」というドイツ精神医学の基本理念は、医者をして鬼畜に変える魔法の力があると考えざるを得ない。

6. DSM5 大うつ病性障害

ここでDSM5の大うつ病性障害の診断基準を確認しよう（一部簡略化）。

- ① ゆうつ気分
- ② 興味または喜びの喪失
- ③ 体重、食欲の減少または増加
- ④ 不眠または過眠
- ⑤ 精神運動焦燥または制止
- ⑥ 易疲労感、気力の減退
- ⑦ 無価値感、罪責感
- ⑧ 思考力や集中力の減退、または決断困難
- ⑨ 死についての反復思考、自殺念慮または企図

A：以上9項目の内、①、②どちらかを含む5項目以上が同じ2週間の間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。

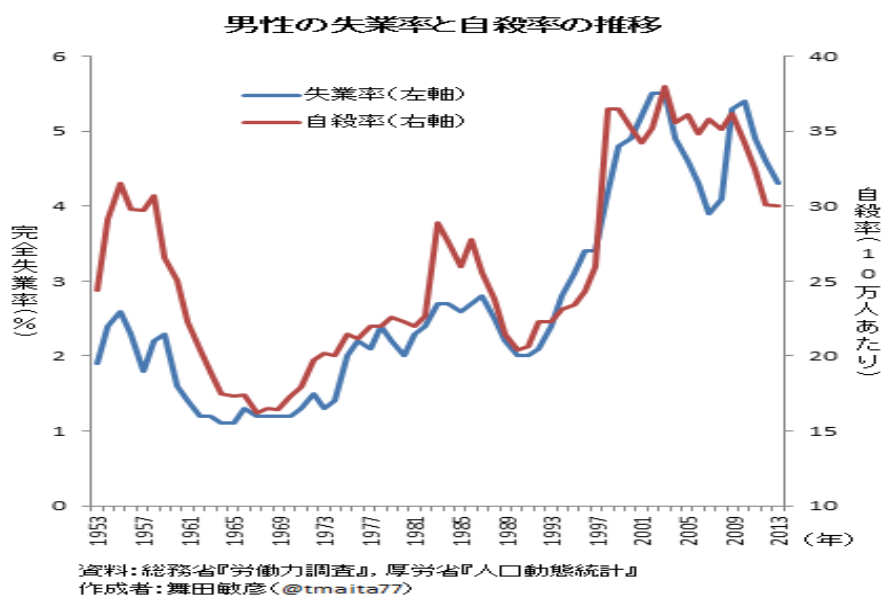
B：症状は臨床的に著しい苦痛または社会的・職業的・他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

C：エピソードが物質や他の医学的状態による精神的な影響が原因とされない。

世界標準の診断基準であるDSM 5の大うつ病性障害の記載を見ると、原因不明の疾患に対する病因論は論じないという立場から、内因のことなど一言も書いておらず、心因を除外するとも書いていない。DSM 4までは、死別反応は心因だからという理由で大うつ病から除外されていたが、DSM 5になってその除外規定が廃止された。公言はしていないが心因大歓迎ということだ。そして一見してわかるように、メンタルが弱った時なら誰でもクリアしてしまう程度の「凹んだ状態」が、大うつ病の診断基準となっている。これは、うつ病を通常の気分の落ち込みと区別しないと言っているに等しい。ここまで来たら「うつ病は正常心理であって、病気ではない」という立場と紙一重である。

7. 日本の男性の失業率と自殺率

次のページに日本の男性の10万人当たりの自殺者数＝自殺率（赤線）と失業率（青線）のグラフを示す。自殺率は時代によってかなり大幅な変動が見られ、失業率と非常によく相関している。他の説明変数は不要と思えるほどに。1950年～2020年の間に3つのピークがあるが、左から順に戦後の混乱期、円高不況、バブル崩壊後の失われた20年の時期に重なる。失業率と自殺率を見る限り、2012年から始まるアベノミクスは明らかに成功している。なお自殺率は、重症うつ病の有病率の最も信頼できる指標とされる。精神疾患の縦断的疫学調査は行われていないからだ。ここから言えることは、少なくとも日本男性において、失業または不況という環境因（＝心因）が重症うつ病の最大の原因ということ。うつ病のパンデミックが先行し、失業と不況を引き起こしている、という逆の因果関係はありえないからだ。また、「うつ病とはストレス脆弱性のことであって、失業などのストレスはトリガーに過ぎない」とするストレス脆弱性仮説は、突き詰めれば身体疾患を含むすべての病気に当てはまり、反証可能性がなく科学的ではない。「〇〇病は遺伝と環境の複合要因である」というような常に正しい超一般論は無意味である。またストレス脆弱性自体も、幼少期の逆境体験（Adverse Childhood Experiences :ACEs）の数に比例して増大するという説が有力であり、全てが環境因かもしれない。少なくともこのデータに関して、内因説（遺伝説、脳病説）の出る幕はない。



8. 臨床的実感

臨床的実感として、うつ病はほとんど心因性である。

社会心理学的に了解不能なうつ病は診たことがない（外因性を除く）。心身ともに健康なごく普通の人が、何もないのに青天の霹靂の如くうつ病に襲われるような症例は皆無。実際の臨床では、青天の霹靂うつ病は実在せず、次のような症例が多い。

- ①現在困難な状況に置かれている。仕事や家庭や学校などの日常問題だけではなく、身体疾患や加齢そのものが困難に含まれることに注意。人間にとって究極の困難は死なのだから。
- ②未熟、自己中心的、依存的なパーソナリティー。このタイプの人があどこに行っても不適応になりやすく、うつ病になりやすいことに異論はないだろう。
- ③過去、特に幼少期にトラウマ体験（ACEs）を重ねている。そのため自己肯定感が低く、また世界が自分に敵対的で冷酷であるという認知の歪みを持っている。この手の認知の歪みは自己実現性がある。すなわち自己肯定感が低いと他者からも尊重してもらえず、また必要なリスクが取れないので成果に恵まれず、ますます自己肯定感が低くなる。世界と敵対的だと、他者の協力が得られず、被害的、他罰的となり、それによって実際に敵ばかり増えてしまう。そのため適応障害から鬱になりやすい。またこのタイプはPTSDを合併しているので、そもそもストレスに弱く鬱になりやすい。さらに、いわゆる虐待の連鎖のメカニズムにより、秩序破壊的・衝動制御・素行症候群（DSM5）を高率で合併し、社会からドロップアウトしがちである。知能も低いことが多い。
- ④上記①～③の問題の対処が間違っている。間違ったストレスコーピングでかえってストレスが増大しても、まだ努力が足りないのだと思って一層頑張り、ますます泥沼化するケース。悪循環の果てに破断界に達し、緊張病性昏迷、解離、妄想幻覚、時には認知症に陥ることもある。

以上を大胆に総合すると、うつ病とは適応障害である。正確に言うと、適応障害がこじれて構造化したものである。「こじれる」とは、もともとの認知の歪みやPTSDのために、誤った現実対処に病的に固執し、どんどん傷口を広げて破局に至ること、または過去に成功した対処行動にしがみつき、状況が変化してもやり方を変えられず、どんどん傷口を広げて破滅することを指す。いずれにせよ、うつになるだけの十分な心理的理由があり、全く内因性ではない。また、あらかじめ病気の経過や予後が決定されておらず、悪循環を断ち切れば治癒可能なダイナミックな過程でもある（そもそも内因説ではなぜうつ病が治るのか説明できない）。さらに一般化するならば、「うつ病とは、誤った世界認識に基づく誤った現実対処を改められないために、現実適応に繰り返して疲弊した状態」と言うことができる。

そしてうつ病の回復とは、誤った世界認識を改めることで、正しい現実対処が可能になることである。従って、うつ病が治った人はもとの地点に戻るのではなく、病前とは違う境地に至っているはずだ。うつ病の罹患と回復は認知的、人間的成長を必然的に伴う。

9. うつ病と不安障害、適応障害とのオーバーラップ

DSM5では「抑うつ障害群」は「不安障害群」と「心的外傷およびストレス因関連障害群」とは別カテゴリーになっているが、不安障害、適応障害、PTSDで抑うつを合併しない例はなく、うつ病で不安症状のない例はない。うつ病と不安障害は合併例と相互移行例が多いので、臨床的には両者は厳密に区別されていない。使う薬もSSRI+少量の非定型抗精神病薬+BZDと大体同じ。統計上も「うつ病および不安障害」とひとまとめにされていることが多い。うつ病は（躁鬱）混合状態が本来の姿であ

り、その中核症状は憂鬱気分と意欲低下ではなく、不安焦燥と易刺激性だという説も有力。とくに高齢者のうつ病はそうである。そもそもうつ病をICD-10で言う神経症（心因性精神疾患）と区別する根拠は、内因という正体不明の仮想的遺伝因子であったが、それはクレペリン以降100年以上検索しても発見されなかった。また上述の通り、内因性うつ病（と考えられていた病態）は最近30年間で絶滅危惧種並みに減り、どう見ても心因性のうつ病ばかりになった。そして英米圏ではそもそも内因性うつ病に懐疑的。DSMも内因に言及せず、事実上うつ病を心因と見なしている。そして自殺統計は環境因（経済要因）を強く支持している。失業やその他の経済的苦境により、最終的に死を選ぶような人たちを、何の科学的根拠もなく「うつ病」「適応障害」「急性ストレス反応」「不安障害」など様々な病名に呼び分けるのは、恣意でしかなく、同一疾患と考えたほうが科学的だ。疫学的にも、統合失調症の有病率は世界中でほぼ一定なのに、うつ病と不安障害の有病率は世界的に同じカーブを描いて上昇している。これは両者が共通の環境・社会因によって起こっていると考えるのが自然だ。少なくとも同程度の環境／遺伝寄与度が想定され、うつ病が内因で不安障害が心因として峻別する根拠はない。世の精神科医は、腹の底では同一疾患だと思いつつ、例えば障害者年金はうつ病でしか出ないからうつ病と診断しておこう、会社への診断書はライトな印象の適応障害にしておこう、という風に使い分けているに過ぎない。他の例を挙げると、眞子内親王のケースは複雑性PTSDではなく、うつ病と診断するのがまともな精神科医だと思う。

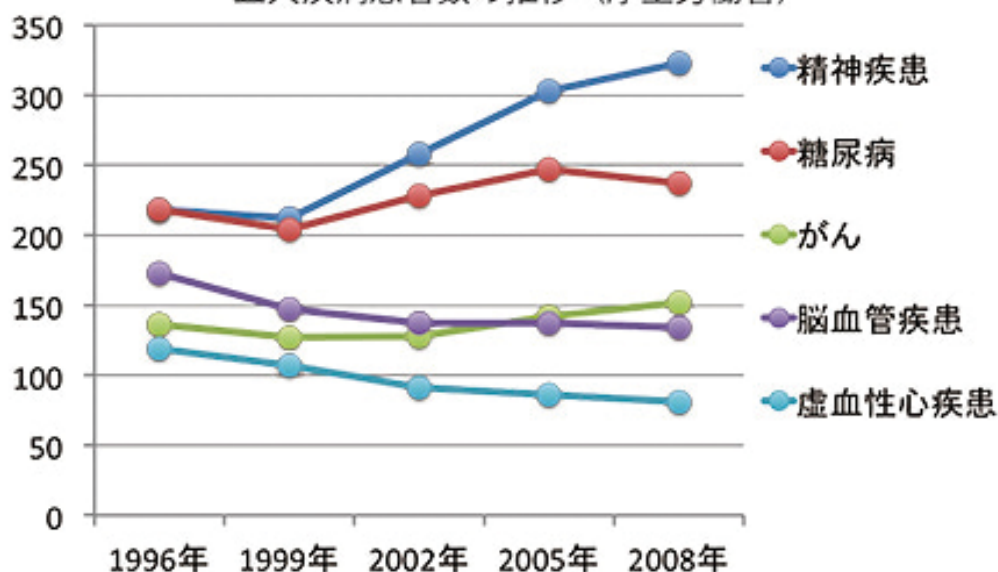
10. うつ病は多すぎないか？

米国では2001～02年WHOの疫学調査（WMHS）の一環としてNational Comorbidity Survey Replication（NCS-R）が実施された。NCS-Rでは、DSM-IV診断基準による大うつ病性障害の生涯有病率が16.9%、12か月有病率が6.8%と報告されており、うつ病が高頻度で見られることが示された。WHO-WMHSによると、世界各国のDSM-IV基準による大うつ病性障害の生涯有病率が3.3～14.6%、12か月有病率が1.1～10.1%であり、国によって大きなばらつきがあった。日本でも2013～15年WHO関連の疫学調査World Mental Health Japan 2（WMHJ2）が行われ、大うつ病性障害の生涯有病率は5.7%、12か月有病率は2.7%であった。その他の疫学調査により、うつ病の有病率は、東南アジア地域とアジア太平洋地域で低いことが示唆されている。日本は米国の1/3程度であるようだ⁸⁾。

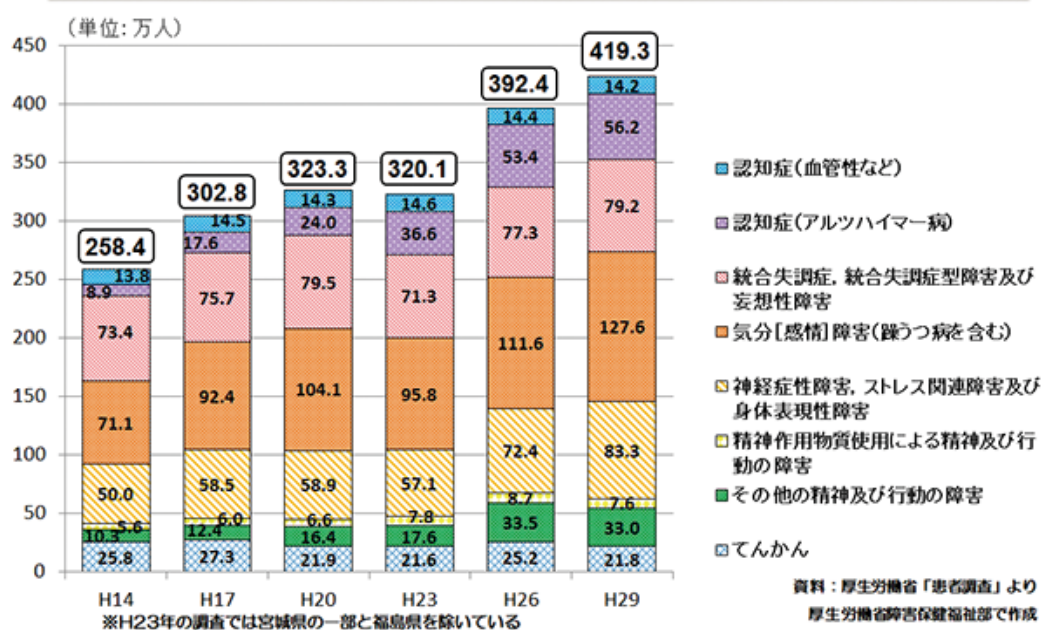
重要なのは、世界的に見ると、うつ病の有病率は他のコモン・ディジーズに比べても異様に高く、そのピークが20～30代と若いことである。生殖可能年代に最も多発していることが、高血圧や糖尿病や認知症など他の有病率の高い疾患との顕著な違いとなっている。もしうつ病の遺伝子が生存及び生殖に不利に働いていたとしたら、決してそのようなにはならない。うつ病が疾患であるにせよないにせよ、人間に起こる現象である以上、遺伝基盤があるのは自明だが、その遺伝子頻度がこれほど高いことと発現時期がこれほど若いことは、人類の存続にとってその遺伝子がポジティブであったから積極的に選択され拡散されたと考えざるを得ない。

以下に参考として日本のデータを示す。3年に1度行われている厚労省の外来・入院患者調査によると、5大疾患のうちがんと精神疾患だけが増えている（下図）。

五大疾病患者数の推移（厚生労働省）



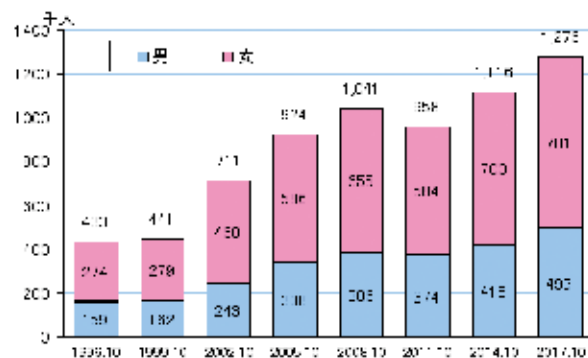
また同じ厚労省の患者調査で、精神疾患の内訳を見ると次の図のようになる。年々増えている精神疾患のうち何が増えているのかというと、主にうつ病と神経症と認知症である。統合失調症はほとんど増えていない。高齢化によってがんと認知症が増えるのは当然として、うつ病と神経症は「増えすぎ」ではないだろうか。単に受診率が上がったかとの説もあるが、うつ病と神経症が心理社会因であることと、そもそもそれらの病気の本質が「私はこんなに困っているから助けて」というアピールであることを物語っているのではないか（後述）。

精神疾患を有する総患者数の推移
(疾病別内訳)

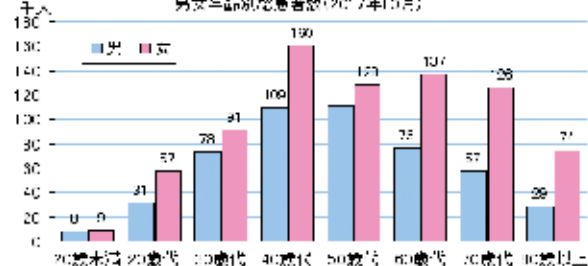
11. うつ病の疫学上の謎。

次ページに再び厚生労働省の患者調査のグラフを示す。気分障害（ICD-10：F30～39）の外来および入院患者数の年次推移である。すでに述べたように年々増えている。女性の方が男性の2倍ほど多い。有病者のピークが女性40代、男性50代である。世代別人口は若いほど少ないので、それを考慮すると発症のピークはもう少し若いと思われる。そして欧米ではもっと若く、20代～30代に発症のピークがあると言われる。上述の通り、コモン・ディジーズで生殖可能年代にこれほど多発する疾患は、他に統合失調症くらいである。そして20代未満の有病率が非常に低い。なぜ子供はほとんどうつ病にならないのか。また、グラフには示されないが、世界的に自殺企図は女性の方がはるかに多いのに、自殺既遂は男性の方が多い。なぜ女性はうつ病になりやすいのか。そして自殺企図は多いのに既遂は少ないのか。だいたい遺伝疾患だとすると年々増えているように見えるのはおかしい。ここまでさんざん述べたように、うつ病は、特に生育環境に恵まれなかった人を中心に、状況次第で誰にでも起こる身近な病気、というか心身反応であるのに、これほど謎が多いのは、今までの定説がいかに的を射ていなかったかの証左である。すでに内因説はDSMによって棄却されたが、中途半端に不安障害だのストレス性障害だの似たような病気が乱立しており、イケていないことおびただしい。何もわかっていなさすぎる。大きな見取り図（ビッグピクチャー）がなさすぎる。うつ病とは何かについて大まかな理解すら存在しないので、治療の見通しもゴールも設定できない。できるのは統計的にかろうじて有効とされる薬を処方するだけ。それにしても、抗うつ剤単剤の奏効率は最良でも30パーセントに届かない。そして薬物療法はうつ病の長期予後を改善せず、サステナブルな治療とは言えない。これではうつ病の医療が成立しない。今は、蛮勇を振るって、人間とうつ病に関する新しい仮説を大胆に提出すべき時期に来ていると思われる。

うつ病・気分障害の総患者数



男女年齢別総患者数(2017年10月)



(注) 男は1,000人、女は1,000人(各々)の単位で示されています。うつ病と気分障害(双極性障害)の患者が中心で、気分障害と気分障害以外の患者は含まれていません。また、入院患者数は、入院患者数(入院患者数)と外来患者数(外来患者数)の合計です。2019年度は日本医療統計の発表により宮城県(2019年度)のデータを基に作成されています。

(資料) 厚生労働省患者調査。

12. うつ病は本当に病気か？

既述の通り、うつ病に内因などというものはなく、外因性以外は心因と考えるべきである。ただし明らかな心因でも、遷延すれば当初の心因は関係なくなり、固定化する。PTSDや拘禁反応で明らかなように、人間は無限に打たれ強くはなく、心が折れる時は折れる。だからと言ってその人の遺伝子に生まれつき瑕疵があったと考えるのは早計だ。「私にはうつ病の内因はないから、うつ病にはなりえない」というクレペリンのような人は、ぜひ1938～1945年の間アウシュビッツに収容されて、自分の妻子を含む大量の同胞の死体の処理を強制され、毎日餓死とガス室送りの恐怖に曝されて頂きたい。ナチスの強制収容所やルーマニア・チャウシェスク政権下の孤児院収容者の研究から、うつは誰でもなることがほぼ明らかになった。そして心因とは、正常な心の動きの一環という事であり、日常的な悲哀や気分の落ち込みと連続しているということである。それはもう病気ではなく、人生の苦しみのようなものではないか。そして人生の苦しみには積極的な意味がある。快とともに不快を感じない生物はおらず、もしいたとしたら危険や飢えに対処できず滅亡する。現実が過酷なときは不快と苦痛を感じたほうが、その現実を回避したり打開するための契機となる。躁病の患者を見れば、現実在即した気分の落ち込みや意欲の低下を感じないことが、いかに致命的であるかが明白である。なにが言いたいのかというと、うつ病は病気ではなく、厳しい現実に適応するために進化した「機能」ではないかということである。



白花曼珠沙華

13. うつ病への進化論的アプローチ～うつ病の適応的合理性

うつ病は誰でもなりすぎるので、正常な心理現象と見るべきだ。130年間探してもうつ病のバイオマーカーが見つからないのは「全員持っているから」だ。うつ病は適応的合理性があるので、その遺伝子が全人類に広がったのだ。うつ病の有病率の高さと若年発症傾向を説明するにはそう考えるほかない。うつ病の適応的合理性については多数の仮説があるが、そのうち代表的なものを以下に紹介する。

- ①精神的な痛み仮説。うつという痛みがあるからこそ、危険や失敗を回避できる。この機能に欠けている人がサイコパスであろう。映画や小説とは違って、サイコパスの大半は知能が低く、社会適応が悪く、短命である。
- ②行動停止モデル。誤ったコピーングスタイルを強制終了することで危機を回避する。または対処不能なストレスに対処しないことで貴重なエネルギーを節約する。人間はしばしば、現実に適応する

つもりで不適応な行動をとり、上手く行かないのは努力が足りないせいだと思って、さらにその行動を強めることがある。ブレーキとアクセルを踏み間違えたことに気付かず、車を止めようとしてさらにアクセルを踏みこんでしまうように。こういう場合、うつ病の精神運動制止がサーキットブレーカーとして働く。

- ③分析的反芻仮説。深刻かつ重大な問題に集中し、分析及び解決を可能にする。深刻かつ重大な問題に関しては深く悩み、解決するまでこだわったほうが適応的である。「嫌なことは何も考えないほうが良い」という人もいるが、そういう人に限って大成していない。失敗から学ばない人間に成長はない。他人の努力と決断にただ乗りしている人は成長しなくていいかもしれないが、そういう寄生的立場を失った途端にうつ病になり、自殺か成長の二者択一を強いられるだろう。
- ④ランク理論。支配者や秩序に挑戦しないことや世間を恐れることが社会的生命を救う。この機能に欠陥のある人は、反抗挑戦性障害から素行障害、さらに反社会的パーソナリティー障害になり、自傷他害の末に天寿を全うできないことが多い。
- ⑤援助希求シグナル仮説。「ただ泣く」と言った低コストのアピールではなく、「うつ」という高コストのアピールをすることで、本当に困っていることを周囲に信じさせ、援助を引き出す。とくに女性にとってこの機能は必要不可欠と思われる。ヒトは二足歩行動物なので母体の産道が狭く、他方で胎児の頭は大きいため、出産のリスクが非常に高い。またヒトの子供は大人になるまで20年近くかかり、社会文化的教育にも多大なコストを要する。このようにヒトの妊娠、出産、育児はリスクとコストが高すぎるので、母親は配偶者を始め他者の援助を効果的に獲得せねばならない。うつ病はそのために役立っているのかもしれない。例えば産後うつ病は、他者の育児援助を引き出すことに役立ち、人類特有の共同哺育を促進しているのかもしれない。集団内の大人が非血縁の子供の世話をする共同哺育は、ヒト特有の行動であり、母子の死亡率低下と多産（毎年出産）を可能にしたと言われる。チンパンジーには共同哺育の習性がないので、メスは5年に1回しか妊娠出産ができない。

14. 再び筆者のうつ病理解について

筆者の見解では、うつ病の本質的な機能は、上記①～⑤の仮説よりも高次の働きと思われる。すなわち、「環境の変化により不適応に陥った古い行動パターン（自我）を一旦壊し、新しい適応的なパターンに更新すること」ではないか。かつて適応的だった自我も、時代や状況の変化により無効、または有害になることがある。そのような場合、旧来の自我のまま現実に対処しても有害無益であり、頑張れば頑張るほど傷口を広げることになる。どうしてもいったん活動を休止し、旧来の自我（価値観、世界観とそれに伴う行動パターン）を大々的に組み替える必要がある。自我の創造的破壊、構造改革である。精神的な死と再生である。こうして新しい現実在即した新しい自我に生まれ変わることを「うつ過程」と呼びたい。うつ病の発症は旧来の自我の停止と破壊段階であり、回復（レジリエンス）は新しい自我の生成過程であり、この2つを合わせたものがうつ過程である。当然うつ過程の前後で、自我の在り方やライフスタイルや対人関係は大きく変化する（そうならない人はすぐに再発する）。自我の破壊と創造がうつ過程であり、これによってヒトは遺伝的進化を待つことなく、個体の一生の中で何度でも環境の変化に応じて変わることができる。微視的に言えばこれは脳の神経回路の組織的再編にほかならず、うつ病の神経可塑性仮説と矛盾しない。また認知行動療法（CBT）は、不適応な認知や行動パター

ンを消去し適応的なものを学習させる方法だが、これがうつ病に非常に有効なことは、上記のうつ過程が実在することを強く支持する。さらに電気けいれん療法（ECT）の機序はいまだ明確ではないが、既存の神経結合をテタヌス刺激によって抑制し、結果的に新しい神経回路の生成を促すことだと言われている。少なくともニューロンの機能的結合パターンを変えることで効果を発揮しているのは確実だろう。そうでなければ、1回の施行で「スイッチが切り替わるように」うつが改善することが説明できない。ECTの劇的な効果も、うつ病が生まれつきの内因性精神病ではなく、「頭の切り替えの問題」であることを強く示唆している。

15. うつ病の謎を解いてみる。

これまでの議論を踏まえうつ病の謎を解いてみよう。うつ病が高血圧や癌と違って若者にも多いのは、彼らが社会で自立するために、自我を作り替えなければならないからである。家庭や学校に適応するだけの自我から、社会で生きていける自我への変革を迫られるからだ。これは上記のうつ過程に他ならない。つまりうつ過程は非連続な認知行動的成長であって、病気ではないので、成人病とは好発年齢も意味合いも全く異なる。

若者よりさらに若い子供にうつ病が少ないのは、彼らの脳が可塑性のピークにあることと、破壊されるべき古い自我をそもそも持っていないからだ。ゼロからの自我構築なので、自我のスクラップ＆ビルドを必要としない。だからうつ過程は生じない。ただし思春期初期には、自我を変えるのではなく現実を変えることで現実適応を達成しようとする子供もいる。子供にとっての現実とは親か、せいぜい先生であり、彼らを打ち負かせば自我を変革することなく、つまり子供のままで現実を渡っていけるという幻想に囚われる。これが反抗期である。言うなれば心理的親殺しであり、フロイトはエディプス・コンプレックスと呼んだ。反抗期とは、子供が、大人へと成長する代わりに、現実（親）を破壊して自我と現実の矛盾を解消する試みであり、いわば外在化されたうつ過程である。

若者だけでなく中高年にもうつ病は多い。終身雇用制（日本的雇用慣行）が揺らぎ、若いころに身につけたスキルやノウハウでは定年まで安泰ではなくなった。多くの日本人がぬるま湯から放り出され、生き残りのために自己変革を強いられるようになった。グローバリズムの波が日本に到来したことが、1997年の金融危機、そして1998年から2012年まで続いた年間自殺3万人時代の背景にあることは疑いない。しかし世界の状況はもっとシビアであり、30年前のノウハウやスキルで年収3万ドル以上稼げる職種など、日本以外にはほとんど存在しない。日本よりアメリカのほうが2～3倍うつ病の有病率が高いのは、人種差というよりも社会の変化のスピードの差であろう。アメリカはchangeに取りつかれた国であり、企業や都市の栄枯盛衰の激しさは日本の比ではない。人々はダイナミックに学び、離婚し、転職し、起業し、移住する。常に変わり続けないと生き残れない。このような社会では、人々は常に自我の書き換えを迫られる。これはうつ過程を繰り返すという事であるから、日本のようなスタティックな社会よりもうつ病の有病率が高くなる。日本もそのうちそうなるだろう。さもないと30年続いたゼロ成長がさらに続き、経済的、社会的、軍事的に国家を維持できないからだ。

そしてうつ病と不安障害や適応障害が臨床的に区別できないのは、それらの区別が人為的であり、実際は全て自我と現実との対立のことだからだ。自我が現実打ち負かされてしまった状態がうつ病、その手前の敗色濃厚の状態が不安障害、自我と現実が目下戦闘状態なのが適応障害と言えよう。それゆえ、適応障害→不安障害→うつ病と進むことが多く、その逆の移行はあまりない。少なくとも、エビデンス

もないのにそれらが「生物学的に相互に独立した疾患単位」と主張するよりはるかに合理的である（相互移行・合併や共通の薬剤反応性・家族集積性を説明できる）。

高齢者のうつ病は、アルツハイマー病や成人病などの外因の寄与が大きいですが、それ以上に「自分が死ぬということを真剣に考え準備してこなかった人」の適応障害の側面がある。アメリカの精神科医エリザベス・キューブラー＝ロスの言う死の受容プロセスの5段階（否認・怒り・取引・抑うつ・受容）は、死病の人だけに起こる現象ではない。いうまでもなくすべての人が死ぬまでに通過せねばならない過程である。不幸にして急に死に直面させられた人は、キューブラー＝ロスが描くように死の受容に苦しむだろうが、そうではない人には十分な準備期間がある。遅くとも初老期から死を意識しておれば、死ぬまでに余裕でゴールの受容に到達できるだろう（キューブラー＝ロス自身はできなかったと言われているが）。ところが、普通に老いて死ぬ人の中にも、直前になってあわてて上記の5段階を最初からやり始める人たちがいる。否認→怒り→取引→抑うつ…といった具合に。今まで一体何していたんだという話だが、高齢者のうつ病の多くが残念ながらそのタイプである。彼らはもともと現実を否認し頭を使ってこなかった人たちなので、認知予備力が低く、うつ過程を完遂（死を受容）することができず、うつ病や心因反応的なせん妄から回復せずに認知症に移行することが多い。中高年のうつ病は認知症のリスクを劇的に上げると言われる。厳しい言い方になるが、その年まで自分が死ぬことを真剣に考えてこなかった人が中高年でうつ病になりがちであり、そのような人が最後まで死を受容せず現実否認や錯乱に逃避し続けることを認知症と呼んでいるだけではないだろうか。

最後に、女性にうつ病が多いのは前章の「援助希求シグナル仮説」で説明される。うつ病の本質的な機能は男女ともに自我の再構成だが、女性の場合は同時に救助アピールとしても機能する。前述の通りヒトの妊娠、出産、育児は生物学的にコストが高く、多人数の協力が必要なため、女性のうつ病に救済動員シグナルとしての性質が備わったと考えられる。実際に、男性にとって若い女性の「涙」ですら抗い難い援助誘発効果がある。まして、男性が彼女らの抑うつ、困憊、自殺企図を目の当たりにしたら、スルーすることはできない。そして彼女らの失望や怒りを恐れない男性はいない。男にとって若い女性のうつ病は、援助行動の無条件刺激になっていると思われる。女性はうつ病になりやすいことで、効果的に男性の援助を得、妊娠出産育児のハンデを埋めるとともに、配偶者の裏切りを防止しているのかもしれない。それ自体は合理的なのだが、しばしば女性のうつ病は正当な援助を得るための手段ではなくそれ自体が目的化する。うつ病が自我革新という本来の過程に進まず、他者操作と責任転嫁という自我防衛の手段となり、嗜癖化することがある（男性でもそういうことはあるが、男のうつ病はアピール力が低いので限界がある）。女性のうつ病が、当人の意図とは関係なく「生の戦略」となり嗜癖化しやすいことが、女性のうつ病有病率が高い一因であり、また境界型パーソナリティ障害が女性に多い原因でもある。精神科的既往歴のないうつ病が、長年の濃厚な治療の末に境界例化（モンスター化）する例は圧倒的に女性に多い。精神科医に男性が多いせいかもしれないが、うつ病に惜しみない援助をして悪い結果に終わるケースは、残念ながら女性例に多い。また自殺企図は男女ともにアピール的要素が強いものだが（一般的に発見されるようにするものである）、世界的に女性が男性より自殺企図が多く既遂が少ないのは、当人の意図とは無関係ながら、女性の自殺企図にはより多量のアピール性が含まれているからと考えざるを得ない。

16. レジリエンス

うつ病が誰にでも起こりうる生理現象であるならば、うつ病になりやすさ（脆弱性＝vulnerability）よりも治りやすさ（復元力＝resilience）のほうが臨床上重要である。筆者の言う「うつ過程」は完遂することに意味がある。自我の創造的破壊がただの破壊に終わってしまったら意味がない。もはや現実に適応しきれなくなった旧体制を打破するのは良いのだが、それに代わる新体制を立ち上げなければ混乱状態に陥る。うつ病が自我体制の革新という真価を発揮するためには、とにかく治らなくてはならない。アメリカ心理学会の「レジリエンスを築く10の方法」によると、親類や友人と良好な関係を維持し、自信を失わず、冷静に状況を見て現実的な目標を立て、それに向かって進むこと等が大切だそうだ。しかし筆者の意見では、日々「小さなうつ過程」を積み重ね、現実と自我との矛盾を蓄積させないことがより重要である。ギリギリまで旧体制を保持して、破綻の瀬戸際になって大改革するのではリスクが高すぎる。それよりも常に現実と向き合い、毎日上手くいったりいかなかったことをレビューし、細かく自己革新を重ねていく方が良い。毎日小さく落ち込んだり反省したり後悔すること、毎日小さくリスクを取ってカイゼンすることが、最善のレジリエンスであろう。治療より予防ということである。なお、ドイツの精神病理学者ミンコフスキーは、統合失調症の中核病理を「現実との生ける接触の喪失」と述べた。「現実との生ける接触」とは、筆者の理解では、常に現実に働きかけつつ自己革新を続けていくことである。ビジネスの世界でいうPDCAサイクルを回すということである。この姿勢が精神の健康を保つために必須であり、統合失調症において失われているというのはその通りであろう。

17. 再び「新型うつ病」について。

今までのやりかた（現実対処）が通用しない状況では、やり方そのものを変えなければならない。やり方のやり方、すなわち思考の前提や中核的信念のレベルで自分のやり方が通用しなくなれば、自分そのものを変えなければならない。繰り返しになるが、生き残りのために、自我の破壊的イノベーションを強制する生得的システムがうつ病である。すなわち「今までのやり方」が通用しなくなると誰でもうつ病になる。誰がどのようなうつ病になるかは、遺伝的に決定されておらず、時代や社会や立場によって異なる。どの時代でもその時代に不適応なタイプがうつ病としてあぶりだされるので、うつ病は常に「新型」であり「現代型」である。時代によって構造不況業種が異なるのと同じだ。かつて主産業だった農業が衰退し、次に主役となった製造業にも陰りが見え、将来的には精神科医を含む多くのサービス業がAIにとって代われ、新衰退産業となるように。かつて内因性うつ病とされていたメランコリー親和型のうつ病は、仕事熱心、同調的、几帳面などを特徴とするが、このタイプの出現率がピークであった高度成長時代～バブル期には、既に時代遅れの生き方だったのだ。戦後経済史を振り返ると、1968年に日本のGNPは西ドイツを抜いて世界第2位となり、1970年代後半からバブル期までの円高不況期には、日本は既に欧米のキャッチアップを終えて成熟経済となっていた。がむしゃらに欧米のコピー商品を作っていればいい時代は過ぎ、新しいモノやサービスを開発して需要を創造せねばならなくなった。そのような時代には、メランコリー親和型は徐々に使い道のない人材になっていった。彼らの努力が空回りしてオーバーヒートしたのは必然だった。メランコリー親和型うつ病は、内因性などではなく、上記の時代における、しかも日本とドイツだけで見られた新型うつ病に他ならなかった。三共製薬（当時）が1988年に発売した栄養ドリンク「リゲイン」のCMソングに使われた「勇気のしるし」が、メランコリー親和型を自嘲的に揶揄しているのは象徴的である。「24時間戦えますか？」というのは、要するに

馬鹿にしているのである。ちなみにその後日本経済そのものが、キャッチアップの次の絵図を描くことができず、土地バブルとその崩壊を経て衰退に向かっているのは周知のとおり。また精神科医香山リカのいう狭義の新型うつ病は、社会と会社に甘えられるだけ甘えるというフリーライダーだが、香山が提唱した2008年の時点ですでに時代遅れであった。彼らは日本が衰退局面に入っていることに気付かず、甘えがいつまでも通用すると思い込んで、社会の底辺へ、さらには精神病院へと沈んでいった。2021年現在、2012年のNHK特集「職場を襲う新型うつ」で描かれたような新型うつ病は既に姿を消している。少なくとも今の若者の中にはあんな馬鹿はほとんど生き残っていない。新型うつが旧型うつになってしまったわけだが、時代が移り変わる限り、これからも様々な新型うつ病が現れては消えてゆくだろう。

18. うつ病が合理的であるならば、何を治療すべきか。

またまた同じことの繰り返しになるが、「有効性を失った古い自我を運用停止し、壊し、新しい自我を再編する」という「うつ過程」を最小の摩擦で完遂させることが治療の要目となる。第一に重要なのは展望のない現状維持を捨て、変革に移行させること。次に重要なのが創造的破壊がただの破壊にならないようにサポートすることである。とくに自殺などのハードランディングを防止せねばならない。そのためには出口戦略が必須である。目標もなく暗闇に向かって跳躍させるわけにはいかない。病前の無理のあるライフスタイルから、サステナブルで現実的な自己実現に向かう道にソフトランディングさせる。その道が就労であるか就学であるか結婚であるか、または放浪であるか引きこもりであるかは人それぞれであり、あらかじめ正解は決まっていないし、当事者や医師が最初から分かっているわけでもない。治療の中で、当事者と治療者と家族友人など支援者の三者が議論と試行錯誤の末にひねり出すものである。または自然に機会や僥倖が訪れるのを待つべきである。ただし必ず出口があると保証し続けること、当事者はともかく治療者が決してあきらめないことが死活的である。この過程を安全にクリアするために、睡眠、食事、運動、住環境、学習などの生活指導と、時にCBTが必要となる。そして改革の痛みをやわらげるための薬物療法も。こうしたグランドデザインや出口戦略なしに、機械的に薬物療法に依存するのは危険である。既述の通り、抗うつ剤はプラセボよりちょっとマシという程度しか効かない。そして長期予後を改善せず、自殺率をむしろ悪化させる。

英ランセット誌の抗うつ剤の有効性と忍容性に関するメタアナリシス⁹⁾によると、最も良く効くアミトリプチリンでさえ、プラセボと比較した治療反応性のオッズ比は2.13 (1.89-2.41 : 95%CI)である。他の抗うつ剤はもっと悪い。抗うつ剤の治療判定は投与後だいたい8週間程度の反応性をみる。うつ病には短期的にはプラセボが良く効くことが知られており、8週間程度ならプラセボでも20%くらい反応がある。最強の抗うつ剤アミトリプチリンにして、プラセボでも20%反応するところが33~35%になる程度なのだ。しかもアミトリプチリンはプラセボに比ベドロップアウト率が高い（忍容性に劣る）。つまり、うつ病の薬物療法は失敗する可能性が高い。その場合に善後策がないのは致命的である。

19. おわりに

筆者のうつ病論には実証的な裏付けはない。だから全部でたらめかもしれない。ただしでたらめであっても、患者の人権と尊厳を損なわない限り、全体的な見取り図や説明理論があったほうがないよりはるかにいい。精神疾患、とくにうつ病や神経症は、「病気を説明する物語」自体に治療効果があり、そのような物語を投与することを精神療法という。これはプラセボではなくて本質の効果である。病気の

機序、概要、治療の方向性、治癒像を可能な限りの知恵をもって語ることが、患者の士気を高める以上の利益をもたらす。そもそも人間の精神の恒常性（自己肯定感とか自己効力感などと呼ばれるもの）は物語によって支えられている。筆者や読者の自尊心、明日も来年もその先も生き抜いて行けるだろうという自信は、実は自分勝手な楽観論に依存しており、つまり幻想である。そのような生を支える物語、自己神話が破綻してしまった人に対しては、なぜ破綻したか、どうすれば再生するかを包括した新たな物語を処方すべきである。これは気休めではなくて、精神的クライシスに対するファーストエイドである。2019年8月に筆者が豊郷病院に赴任してから、気分障害圏の患者を90名入院させたが（ほぼ医療保護か措置入院）、9割軽快退院させている。寛解終診例も3割くらいはいる。その成績が全国平均以上なのか以下なのか、データがないのでわからないが、そう酷くはないと思われる。なぜなら筆者自身が長年のうつ病から生還したサバイバーだからだ。非経験者や非サバイバーの医師が、うつ病というほとんど未解明の現象に対し、筆者と同等以上の対処ができるとは思えない。また本論考は、うつ病サバイバーである筆者の当事者研究に他ならない。クレペリンやヤスパースらの、非当事者による客観的（と彼らが自称する）記述精神医学に比べ、はるかに優れているのは自明である。成功した経営者の経営論は傾聴に値するが、大学の経営学教授の理論はしばしばそうではない。自転車に乗れない人が「自転車に乗るという体験」について百万言費やしても無意味である。

（2021年9月30日）

参考文献

1. 石原孝二：診断と精神医学. 臨床精神医学 50: 681-686, 2021
2. 加藤忠史（編）：[自由討論]サイエンスとしての精神医学を考える. 精神医学の科学的基盤に関する総論／POWERMOOK 精神医学の基盤 4、学樹書院、2020
3. 小俣和一郎：精神医学の歴史. 第三文明社、2005
4. 松浪克文、山下喜弘：社会変動とうつ病. 社会精神医学14: 193-200, 1991
5. 阿部隆明、大塚公一郎、永野満 他：「未熟型うつ病」の臨床精神病理学的検討-構造力動論（W. Janzarik）からみたうつ病の病前性格と臨床像. 臨床精神病理 16: 239-248, 1995
6. 樽味伸：現代社会が生む“ディスチミア親和型”. 臨床精神医学 34: 687-694, 2005
7. 香山リカ：「私はうつ」と言いたがる人たち. PHP研究所、2008
8. 石川華子、川上憲人：世界と日本のうつ病の疫学. 精神科治療学 34: 5-9, 2019
9. Cipriani A, Furukawa T, Salanti G, et al: Comparative efficacy and acceptability of 21 antidepressant drugs for the acute treatment of adults with major depressive disorder: a systematic review and network meta-analysis. Lancet 391: 1357-66, 2018

自閉スペクトラム症と診断された14歳男児への 治療的関わりについて

豊郷臨床精神医学研究所

岡村 恭子

1. 【症例】14歳 男性

注意欠如・多動症（ADHD）（F90.2）/自閉スペクトラム症（ASD）（F84.0）

主訴は、対人トラブルが多く学校から受診を勧められた。

家族歴に、特記事項なし。

既往歴には、心室中隔欠損症（出生時より経過観察のみ）とアレルギー性鼻炎がある。

2. 【生育歴・現病歴】

同胞2人中第1子。満期産で出生。出生時に仮死などの異常はなく、出生時体重は2995g。始語は8か月。眠っていても抱っこから降ろされると泣き出してしまうことが多く、ほんの少しの物音でも目が覚めるなど音に敏感で眠りが浅かった。また昼寝をするとすっきりと目が覚めることはなく毎回1時間程ぐずった。幼稚園では、自分の居場所や所有物にこだわり、他児に譲れず相手を叩いたり物を投げたりすることがあった。ブランコが好きで、母に長時間背中を押させた。ブランコから落ちた瞬間も他児にブランコを取られることを気にした。母の買い物について行く時、おもちゃは買わないことを予め伝えられておくが我慢できたが、伝えられていないと我慢できず癇癪を起こした。母は幼稚園から集団適応が悪いため療育を勧められて利用し始めたが、療育の他の子供と比べて問題ないと感じたとのことで、母の判断で終了している。

小学校入学後、教科書や文具が散乱してしまうため、担任の教師は男児の座席の隣に段ボール箱を置き、そこに荷物を入れるように指導していた。授業中に思いついたことをすぐに口にしてしまうため教師からたびたび注意された。同級生に手が出てしまうこともあり、身体が大きく力が強かったため周囲への影響が強かった。X-2年両親が離婚し母と弟と3人暮らしとなった。

中学入学後、制服のカッターシャツ数枚を学校に放置してしまうことや、通学カバンを自宅に置き忘れて登校したことがあった。自宅では宿題に取り掛かるのに時間がかかり、ようやく始めても気が散りやすかった。ゲームをめぐって弟との喧嘩が多く、手を出すこともあった。学校では自分が守っているルールを破る同級生に腹を立てて注意することがあり、それがきっかけとなり小競り合いが度々起きた。場を盛り上げようとして発言することもあったが周囲からは浮いた。休み時間に本を読み始めると授業が始まってもなかなか終えられなかった。指摘する教師に対しても反論した。母は学校から報告を受け、反抗期特有のものであると認識しており、学校側のとらえ方が大げさだと感じていた。そのため精神科受診を学校から勧められても拒否した。ところがその後、塾の教師から多動や不注意を指摘され、「本人の力の及ばないところでそうになっている」と説明されたことがきっかけとなり、母は受診を考えるようになった。X年11月に母が付き添い男児は精神科を初診した。

3. 【診断】

初診時、男児は着席後も何度も姿勢を変えて座り直したり、小刻みな動きがあったりして落ち着かなかった。しかし、母がしばらく話していると突然うとうと居眠りし始めた。

母親に対してDSM-5に基づきADHDについての半構造化面接を行った。細部の見落としが多いこと、興味や関心を抱けない授業へは集中を持続させられないこと、課題を始めるのにも時間がかかり、始めても持続できないこと、気が散りやすいこと、整頓できず物を失くしてしまうことなど基準6項目以上の不注意症状を確認できた。また、興味のない活動においてじっと着席しておくことができずそわそわとして、静かに過ごすことが求められる場所では苦痛を伴うこと、喋りすぎたり出し抜けに答え始めてしまったりすること、弟とのゲームでは待てずに手が出やすく、喧嘩っ早いことなど6項目以上の多動・衝動性を確認できた。それらのうちいくつかは12歳前から認めており、自宅や幼稚園、小学校、中学校でもしばしば確認された。「子どもの日常生活チェックリスト（QCD）」では一日を通してその特徴を有することが確認できた。また多動や不注意、衝動性が影響した問題は学校のみならず家庭や塾でも確認できた。母や患者に対する面接を通して統合失調症やその他精神病性障害、精神疾患は除外できたことからADHDと診断した。症状が多く、周囲との関係に支障を来すものもあるなど、いくつかは重度であると判断でき、機能の全体的評定（GAF）尺度について45程度と評価した。

その他の発達症についても以下のように評価した。他者の考えや意図、言外の意味を想像することの苦手さがあり、中学生以降は同級生との関係に影響した。授業中に衝動的に教師をからかうような発言をしてしまうこともあり、場や立場に応じて適切に振る舞えず発言の影響を想像できなかった。それらは「相互の対人的、情緒的関係の欠落」と判断した。また、診察時の様子としては、会話のタイミングを推し量れなかったり、情動に対応した表情の変化が少なくぶっきらぼうな様子から「対人相互の反応で非言語的コミュニケーション行動を用いることの欠陥」と判断した。さらに、部活動のように明確な目的が共有されている場では同級生と過ごしていたが、それ以外では特定の友人はおらず、趣味の会話の相手は専ら祖父との一対一で、同世代と共通の話題は持ちにくかった。そのような点は、「人間関係を発展させ、維持しそれを理解することの欠陥」と判断した。よってDSM-5の自閉スペクトラム症診断基準A「複数の状況における社会的コミュニケーションおよび対人的相互反応における持続的な欠陥」の下位3項目に該当した。

また、取り掛かっていた作業を止められたり口出しされると我慢できなかったり、マイペースで柔軟性に欠けた。洋楽や洋画、けん銃に対しては強い興味や関心がありそれらについての知識は大人を凌ぐものがあるなど、特定の趣味に対しての関心や没頭の度合いは顕著で、関連した記憶は秀でていた。幼少期からの音への反応の異常は感覚過敏によるものと考えられた。以上は診断基準B「行動、興味、または活動の限定された反復的な様式」の下位4項目のうち3項目に該当した。

上記のような特徴は発達早期から存在しており、学校での知能検査では異常は指摘されておらず、発達遅延は認めなかった。以上より自閉スペクトラム症（ASD）と診断した。その他、ADHDとの併存の可能性が高いとされる反抗挑発症、間欠爆発症、素行症、重篤気分調節症については診断基準を満たさず除外できた。

4. 【治療】

ADHDの診断・治療ガイドラインに基づき、適応上深刻な問題が生じている重度の状態と判断し、

積極的に薬物療法を検討して、併せて心理社会的な治療・支援を組み合わせる方針とした。当初母は服薬について、性格を変えてしまうのではないかといった不安を持つなど懐疑的であった。そのため、主な薬剤の作用機序や特徴、副作用を細かく説明し、薬物療法によって興味関心の対象自体が変わることではないと強調した。そして、集中力が改善して周囲に気が逸れにくくなることで男児本来の力を発揮しやすくなることが目的であると説明し母からの同意を得た。男児に対しては、日々の困難やトラブルの一因にADHDの特性が影響している可能性を丁寧に説明した上で、薬物療法についてかみ砕いて説明したところ男児は内服に同意した。母はメチルフェニデートの依存性や消化器症状などの副作用を懸念して、アトモキセチンの使用を希望した。患者の体重50kgに合わせてアトモキセチン25mgの処方を開始した。なお、初診時の心電図検査と採血検査では異常は指摘されなかった。

内服開始直後は軽度の嘔気が出現したが、内服を続けることが可能であり、しばらく続けると嘔気は消失した。その他明らかな副作用は認めなかった。男児に内服開始後の変化を問うと、「バスケのプレーが消極的になる」と否定的な発言をしたが、バスケ部の顧問からは、「周囲の状況をよく把握できるようになった」という評価があった。また、担任教師からは、授業開始時の切り替えに時間がかかりにくくなり、授業前から教科書を準備していたとの報告もあった。自宅においては、母から入浴を促された時に、以前なら1時間程度ぐずぐずとしていたがすぐに行動に移せるようになった。また、消しゴムのかすを集めて捨てるようになり、母は大きな変化を感じた。弟と一緒にテレビゲームをする姿もあり喧嘩が減り、弟は兄（男児）について「近づきやすい」と感じるようになった。その後、副作用がないことを確認して、X年12月に40mg/日へと増量した。

心理社会的治療として主に以下のように取り組んだ。患者に対しては、それぞれの疾患の特性について否定的な面に偏らないように配慮して伝え、生活上の困難を共有して対策について話し合った。同級生とのトラブルや喧嘩について振り返ると、同級生らが状況によってルールを柔軟に読み替えて行動するようなことが許容できなかったり、同級生の過去の発言にこだわって撤回を許せずいつまでも執拗に指摘するような面が一因と考えられた。そのため、患者なりの解釈については否定せず確認した上で、同級生と一定の距離をとることやその方法を提案したり、同級生の行動をパターンとして理解するよう促した。また、教師への相談や報告方法についても指導した。

母に対しては、感情に任せた叱り方を避けてできるだけ冷静に伝えること、スケジュールをパターン化してそれを可視化して共有すること、自宅学習の場所の設定、時間設定にゆとりを持たせることを提案した。ただ患者が口答えするようなこともたびたびあったため患者の思春期心性を考慮し、最低限のスケジュールを把握する以外は、患者だけの場所や時間を確保して対立を避ける工夫についても話し合った。

また、学校に対しては教室における構造的配慮として、座席の配置方法、ルールや指示を視覚的にもわかりやすく提示することを提案した。そして、注意する時には頭ごなしに怒るのではなく、患者の注意をまず引き寄せてから冷静な口調で端的に伝えるよう依頼した。

その後も不注意症状は完全には消失していないが、学校や家庭での評価は向上している。また、母に対する反発や弟への暴力、学校での対人トラブルは軽減傾向を認めていた。そのため、患者と母双方と話し合い、X+1年1月以降はアトモキセチン40mg/日の内服継続とした。

5. 【考察】

当男児の場合、幼少期からASDの特性が確認でき、小学校入学以降はADHD特性による困難さが顕著となっていた。その後、仲間関係など複雑なコミュニケーションスキルが要求されるようになる小学校高学年から中学校にかけてはASD特性のために周囲への馴染みにくさや、対人トラブルが目立つようになったと考えられた。

男児の医療受診や発達症の診断は遅れたが、母は初めての子育てであり一般・平均例を知らないため、落ち着きのなさや強引さを「男の子だから」という理解で見逃していた可能性がある。また、周囲からの指摘に対して母に否認があるように思われたが、塾講師が「男児の責任ではない」という点を強調したことで母は受容するようになったと思われ、スティグマに対する配慮が治療関係でも重要だと考えられた。

今後は進学や就職などライフステージの変化によって自立的な自己管理や計画性が求められる場面は増える。また、異性関係や上下関係など対人関係がより複雑になり要求されるコミュニケーションスキルも高まる。さらに、ルールや価値観が多様化していく中でアイデンティティの形成も課題となる。そしてこのような時期、発達特性故のレジリエンスの低さから不適応が起こりやすい。抑うつを中心とした内在化障害、攻撃性や反社会的行動として露呈する外在化障害、さらに心身症などの多様な精神疾患（二次障害）が多く見られるようになる。そのため、ライフステージに応じた課題を共有しながら適応を支え、二次障害を防いでいけるよう診療を通して介入を続けたい。

6. 参考文献

- 1) 斎藤万比古（編）：注意欠如・多動症ADHDの診断・治療ガイドライン（第4版）。じほう、2016
- 2) アメリカ精神医学会（高橋三郎, 大野裕 監訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル。医学書院、2014
- 3) 精神科治療学編集委員会：児童・青年期の精神疾患治療ハンドブック。精神科治療学vol.35、増刊号、星和書店、2021

（本稿は、児童青年精神医学会の認定医のために作成したレポートに若干の加筆をしたものである）



コバノミツバツツジ

自閉スペクトラム症の障害特性を活かした、 生活スキル獲得への取り組み ～自分の意思で生きる時間づくり～

豊郷病院3-6病棟

西川 由希子、能美 峰子、村越 紀子

キーワード：自閉スペクトラム症　こだわり　自傷

I. はじめに

前年度、当該患者を対象に行った研究では、排泄行動の退行したA氏が看護介入によってトイレで排泄できるようになった行動変容を取り上げている。その結果、「A氏の発達段階と発達課題をとらえて自己肯定感を高めることで健康的な発達を促すことが効果的であった」¹⁾と導き出されている。現在、A氏は生理的欲求がある程度満たされ、安全の欲求を欲している段階であろうと推測できる。また、エリクソンの発達段階においては自我同一性の確立と同一性の拡散に当てはまる時期である。

A氏は自閉スペクトラム症と、それに併発した二次障害によって、かかわりを強く求め、何をしていたか不安になった時に、自傷行為を繰り返している。何かすることを他者に求め、提供してもらうスピードや量が伴わなかったときにも自傷行為が発生し、学びたいと求める学習課題を提供しても、結果としてそれは学びや成長には繋がらなかった。看護師は、自傷行為が起きないように試行錯誤し、自傷行為の有る無しに一喜一憂する状態であった。自傷を見るたびに「また」、「どうしたらいいのかわからない」という発言が看護師間で交わされていた。

松本は、「人々は、自傷を繰り返す人や『死にたい』とつぶやく人に苛立ち、ともすれば叱責や説教でそうした言動を禁止して、表面上の解決に躍起となる傾向があります。これでは、自傷的な人たちは心を閉ざして孤立を深め、ますます人に助けを求めなくなるだけです」²⁾と述べている。

A氏には、退院して一人暮らしがしたいという自己実現欲求がある。「発達障害のある人が社会人として生活していくためには、『自律スキル』と『ソーシャルスキル』という二つのスキルを身につけることが重要になります」³⁾と本田は述べており、A氏にも生活に欠かせないスキルが不足している現状がある。そこで、一日をどう過ごすかを考えるにあたり、スタッフから課題を与えるのではなく、本人の意思で短期目標を立ててもらった。そこから「少し頑張ればできそうな事」、「してみたい事」の課題を考え、それに沿って一日をどう過ごすかを本人が実践できるよう支援した。今の自分が少しでも頑張れば出来そうな短期目標を自分の意思で設定することで、それが新しいルーチンの行動パターンとなり出来る事が増える。それによって、生活スキルが身につき、自己肯定感や自信につながる。結果、思考や行動が変容するのではないかと考えた。看護師は自己設定した目標に向けて、具体的な行動を可視化する方法を提示した。

青年期の自閉スペクトラム症患者が、こだわりやルーチンという障害特性を活かして、自分で考えて設定した1か月毎の短期目標に取り組んだ結果、取り組み以前のA氏の言動と比較して内外的な変化を振り返り、自閉スペクトラム症患者にとっての有用性を検証したので報告する。

II. 研究目的

自己設定した目標に向けて、具体的な行動を可視化する方法は、自閉スペクトラム症患者に限らず漠然とした不安を抱える患者にとって有用性があるか検証する。

III. 用語の定義

自閉スペクトラム症の症状：スケジュールやルーチンが決まっていて、それにこだわる。ルールにこだわる。予定の変更に弱い・臨機応変にできない。興味の偏り。特定の音・光といった刺激が苦手。共同注意が乏しい。同音異義語の理解に困難を伴う。

IV. 研究方法

- 1) 対象：A氏、10代、女性、自閉スペクトラム症。20xx-1年より入院。感覚過敏やパニック発作や破壊行動があり、大部屋での入院が困難であり個室を使用。父・専業主婦の母・6歳下の妹とA氏の核家族。幼児期より勝ち負けに固執すること、奇異行動や相手の気持ちを読みとれないことがあった。幼稚園では、かわいいかわいい、と周囲からの関心が高かった。その後転居。小・中学校は普通学級に通学したが衝動性やパニックを頻回に起こすようになり高校を機に養護学校へ入学した。しかし一層こだわりが強く周囲との調和も保てず、自傷行為や他害が出現し家庭での対応が困難となったため入院となり現在に至る。幼児期は言語による意思疎通が可能であったが、A氏は友達とは違う『何か』をこの時期から感じていたという。そして学童期より急激に退行し、発語・食事・排泄面の日常生活ができなくなり、入院、身体拘束、経鼻栄養を受けた時期もあった。50音表やタブレットを用いれば字の読み書きは可能。「中の人」と表現する別人格の存在が男女合わせて5人居る。それぞれの役割があり、名前もある。A氏に指示を与えたり、支えてくれる存在だといい、対話をしている。その対話は日本語ではない言語。一人暮らしを希望しているが、感覚過敏（光、音、他者等）と感覚鈍麻（暑さ寒さ、痛み等）や、時計や数字が理解できない、こだわり（清涼飲料水のみを大量に飲み続ける、同じ足から靴を履けないと、朝起きた時からの全ての行動をやり直すよう家族に求める、通ら道の角や壁を毎回同じ順番で触らないと部屋に入らない、同色の服以外を着ない、決まったスプーンでないと食事を摂れない等）、車のタイヤに飛び込んでいく、発語によるコミュニケーションが図れない、限度が分からない、自傷行為の自制ができない等、生活への支障を来す問題点が山積している。
- 2) 研究期間：20xx年11月～20xx+1年5月
- 3) 調査方法：自己目標と、そのための小目標を月初めに記載してもらう。小目標は、「一人で頑張る」と、「助けを借りて頑張る」とし、それぞれ「これができるように」「そのためには」「工夫する事」と、「これができるように」「どうやって」「誰と」と具体的な行動目標にできるようにした。毎日、それができたかうまくいかなかったかを顔文字で書き込む用紙を別に用意し、壁に貼って自己評価ができるようにした。
- 4) 研究方法：自己の立てた目標の到達とそれによる反応をカルテより抽出しA氏の評価と比較しながら内容を分析した。
- 5) 倫理的配慮：同意を得る前に、本研究を進めるにあたり、本人に説明することによって予測される反応を、病棟スタッフ内でカンファレンスを用いて共通認識した。本人に研究目的と意義、研究方法、

プライバシー保護、看護研究中研究後の対応等書面で説明し同意を得る。漢字が読めないため、ひらがなに書き換えた同意書を添えた。また、研究の途中で中断・拒否しても不利益がない事、いつでも中止出来る事を併せて説明した。また看護研究で集めたデータは研究以外使用せず終了後シュレッターにて処分をする。当院の倫理審査委員会の承諾を得た。

V.研究結果

(11月 目標設定実施前)

- ・自傷行為：10回、パニック0回。
- ・FOCUS記載数：52件。
- ・言動、出来事：高校の卒業式に出たい、でも無理かも知れない。退院したい、一人暮らしがしたい。そのために、具体的に何を頑張るかを聞いた結果、「頑張る」。

(12月 目標設定開始)

- ・自傷行為：2回、パニック2回（地震速報の音に反応1回、火災報知器の音に反応1回）。
- ・FOCUS記載数：58件。
- ・関連因子：3月上旬の卒業式に出る事を決意、学校の先生にも協力を得る。
- ・言動、出来事：制作活動、訪問授業（通学できない生徒の為に養護学校教師が月に1回～数回、生徒の所へ個別訪問）。
- ・目標：刺激に慣れる。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
お薬の水を入れに行く	コップを取りに行く	周りを気にしない	31	0	0
うるさくてもキーってならない	我慢する	寝んねする	28	3	0

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
暴れない	なる前に助けてと言う	周りの誰かと	31	0	0
刺激いっぱいの中でじっとする	椅子から立たない、じっとする	OTさん（※OTのある日に）	3	0	28

(1月/目標2か月目)

- ・自傷行為：6回（内、他患者の訪室で3回）、パニック0回。
- ・FOCUS記載数：109件。
- ・関連因子：他患者入院のため慣れた病室から転室。そこに慣れず引きこもる（月末に元の病室へ転室）。他患者の訪室を防ぐため、内側から施錠できるようにした。
- ・言動、出来事：訪問授業、布団に包まっている事が一日の大半を占める。
- ・目標：困った時に駄目なことをしないようにできる。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
周りがうるさくてもキーってならない	ドア閉める	とりあえずのゴン（※頭突き）しない	31	0	0
キヤーキヤー言いすぎない	なりそうになったら寝る	自分に気づく	31	0	0

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
噛まない（※腕を自傷しない）	「困っている」と詰所に行く	誰かに	27	4	0
ファンファン暴れない	布団を被せてもらう	来てくれた人	31	0	0

（2月/目標3か月目）

- ・自傷行為：4回（内、他患者の奇声に反応して2回）、パニック0回、異食11回。
- ・FOCUS記載数：104件。
- ・関連因子：翌月、人生初めての卒業式に参加。
- ・言動、出来事：訪問授業、自傷の代替行動として異食（ビニールや紙）が目立った。
- ・目標：最高の卒業式ができるように向けて。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
綺麗な手で卒業証書を貰う	傷を治して作らない	「半袖の服だぞ」と思う	28	1	0
刺激のある所の練習をする	緊急事態と違う時は帽子とイヤーマフを取って過ごす	卒業式にイヤーマフと帽子をつけていたら刺激をちょっと感じる	29	0	0
途中でパニックにならないようにできる	昼間起きてできるだけ寝ないようにする	でも休みたいときは自分で休める	29	0	0

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
「はい」と卒業生の言葉を練習して言える	頑張って練習する	S Tさんと	29	0	0
落ち着いて卒業証書を貰える	いっぱい練習する、想像して練習する	学校の先生と	29	0	0
ドキドキしすぎて調子悪くならない	大丈夫なように準備して一緒に行ってもらおう。ありがとうと言う	周りの人と	29	0	0

(3月/目標4か月目)

- ・自傷行為：11回（噛む・掻く10回、抜毛1回）、パニック1回（火災訓練）、叩く4回。
- ・FOCUS記載数：200件。
- ・関連因子：尿閉が出現し、導尿実施。精神科薬を含め内服全て一時中止。
- ・言動、出来事：制作活動、「怒られるのが嫌、どうやったら怒りませんか」「良くなる事で別人格の自分が消えるかもしれない事が不安、怖い」
- ・目標：今よりできることを増やして素敵な大人になるために。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
傷のない綺麗な人になる	噛まない、掻かない、 ゴンゴンしない	早めに休む	30	1	0
暇ならイジイジしないで制作活動をする	頑張る	仕事として（制作活動が）できるようになる！と思う	31	0	0
周りの刺激とうまく付き合える	場所を変えたりドアを閉めたりして回避できる	素敵になるぞと思う	31	0	0

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
今よりお話できるようになる	言葉のリハビリを一生懸命する	S Tさんと	31	0	0
うるさいと言われたら静かにする	静かにする、できないならドア閉めて我慢する	周りの人と	31	0	0
お風呂を手伝ってもらわないでできるように、一緒にしてもらう	「こうして」と言われたら自分でそれができるようにする	風呂担当の人と	31	0	0

(4月/目標5か月目)

- ・自傷行為：12回、パニック0回。
- ・FOCUS記載数：90件。
- ・関連因子：目標用紙は他スタッフから本人へ渡す（翌月も同様）。
- ・言動、出来事：制作活動、「噛んでも血がでてないからいい」「することが無いから噛む」、自室ではなく、公衆電話の前で食事を摂取している姿が何度もあった。
- ・目標：レベルアップ A（本人の名前）。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
病棟一周	携帯のビデオ（録画）を見ながら一人で	周る→帰る→休む	11	1	18
みんなとご飯	一日一食以上	お盆をひっくり返さない、逃げない	30	0	0
自傷（キズ）撲滅	理由（痒い、気持ち悪い、パニック）が何であれ傷はキズ	自分に厳しく	17	13	0

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
落ち着いて過ごす	分からない時は言うことを聞く	周りの誰かと	30	0	0
エレベーターホールに出る	砂時計、椅子に座る、落ち着く	O Tさんや他の人と	6	1	23
刺激に適応	苦手を補って社会と合わせる	中の人と	30	0	0

（5月/目標6か月目）

- ・自傷行為：6回（噛む3回、ゴンゴン3回）、パニック0回。
- ・FOCUS記載数：101件。
- ・関連因子：感染症に関連させて、本人だけで無くみんなも頑張っている前提を目標用紙へ書き込んだ。他スタッフからA氏へ渡した。
- ・言動、出来事：公募ガイドへの応募作品を作る。「怒りに来るときか用事がある時しかみんな来ない。それなら放っておいて」、「一人暮らしだったら誰にも怒られない」、「心配していない。仕事だから来ているだけ」、「静かなパニックは気づいてもらえない。何をしたいのかわからない。自傷をしないでおこうとやめているけどどうしていいのかわからない」。
- ・目標：良い活動推進、悪い活動自粛しよう運動。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
マスクをする	帽子をつけて、苦手だけど頑張る	目をきれいにする	29	0	2
不要不急の刺激を避ける	ドアを閉めて過ごす	だからと言って噛まない	29	0	2
一人で過ごす、いらん事しない	落ち着いて、怒られない	駄目なことをしない	29	0	2

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
噛まない	何をするか聞く、答えてもらった事をする	誰かと	26	3	2
話せる事に近づく	言葉のリハビリ	S Tさんと	29	0	2
血を出さない	怒られる前にやめなさい	誰かと	26	3	2

(6月/目標7か月目：身体拘束開始になり途中で終了)

- ・自傷行為：12回、パニック0回。
- ・FOCUS記載数：107件。
- ・関連因子：目指していた一人暮らしではなく施設入所へ一時的に方向転換の迷い・言動、出来事：便槽が詰まって困惑。「4月5月は目標の紙も西川さんから渡して貰えなかった」、「今まで一人暮らしに向けて頑張ったから、やっと施設に行けるくらいになった（今までは、受け入れ可能な施設を探すのも困難な状態だった）」、「10年後も、一人暮らしって言い続けてまだ退院できていないかもしれない」。以後、自傷行為が止まらなくなり身体拘束となった。目標の評価用紙には、実施していない日にもすでに評価が書きこんである状態。
- ・目標：ホップステップジャンプ、はばたけA（本人の名前）。

〈一人で頑張る〉

これができるように	そのためには	工夫する事	達成	未達成	未実施
途中で置いておく（※一旦中断をする）	OTさんの宿題はご飯が来たらやめてご飯の後からまたする	やりたいけど抑える	19	6	5
伝わらなくても怒らない	違う方法を使ったりしてみるか、置いておく	粘り強く頑張る	24	1	5
「ありがとう」以外に伝わるものをもう一個増やす	練習する、S Tさんをお願いする	頑張る	15	0	15

〈助けを借りて頑張る〉

これができるように	どうやって	誰と	達成	未達成	未実施
刺激を受ける練習	部屋のドアを一日、タイムタイマーの半分開ける、時間を分けても良い	周りの刺激と	5	0	25
エレベーターに乗れる為の方法を毎日1つ考える	考えた事をOTさんに会った時報告する	iPad、iPodを使って	21	0	9
トイレトペーパーを使ったらどうしてもカラカラしたくなるから、今は見るのも駄目だけど見るだけならできるようになる	タイムタイマーの半分の半分、カラカラしないで見続ける。終わったら貰った時のそのまま返しに行く	トイレトペーパー 詰所に居る人	2	2	26

(身体拘束終了後の状況)

自傷行為自体はほとんど無いが、一日中布団を被って動かない、トイレは言われるまで行かない、食事でも促されるまで食べない、無為自閉かつ全ての行動において指示を待っている状態。隔離対応であった為、私物は全て回収。OTには参加可能であるが促されても参加せず。

VI. 考察

実施の前後を比較して、一番変化があったのは、FOCUSの記載数の増加である。目標の実施を取ってスタッフに周知していなかったにも関わらず。周知しなかった理由は、目標の評価にばかりスタッフが意識をフォーカスしてしまっただけで、それ以外の状況を今までのように観察できなくなる事を懸念したためである。それにも関わらず、FOCUSとして記載された数が多いのは、良いことも問題点も含めて、本人の変化や反応があった為だと考えられる。

自傷行為の頻度の変化は、開始前の月10回と比較して3か月は2回、6回、4回と明らかに減少している。以後は11回、12回、6回、12回と増加。ただしこの数は、本人が認識している回数とスタッフが自傷と判断している数に多少のズレがある。また、自傷に関する項目は毎月何らかの形で、目標の中に組み込まれている事から、常に「自傷」という行動が、A氏の中に意識づけられている事が読み取れる。おおよそ、「自傷」という言葉に関して日々意識している人間はさほど多くないが、A氏にとっては、それが頭の中に常在する、離れたくても離れがたい事柄である。自傷によって得られる痛み刺激によって、脳内麻薬(エンケファリン)が分泌されるため、自傷行為に依存してしまう原因となる。好ましくないと知りながらも、他の方法では一時的に自傷から逃れたとしても、不安から逃れるためや快感を得るため再び依存してしまう。しかし、少なくとも、卒業式というイベントに向けて、目標を立てて意図的に自傷行為を避けようとした行動は抑止する効果があったといえる。

一般的には、発達障害児に対してトークンエコノミー(トークン=ご褒美を活用して、子どもの好ましい行動を自発的に引き出す心理学の行動療法。処置を自発的に頑張れたら「褒める」というトークンを与える事によって、頑張ったら良い事があるという体験を増やす)が効果的であると言われている。が、自我同一性の確立をする時期である事と、常に他者の評価を非常に気にするA氏にとっては、自身が「できた」と評価できる事が重要な段階であると考えた。結果、本研究では、他者からのフィードバックを実施しない事とした。幼少期にかわいいと高い注目を集めてきた事や、6歳まで兄弟が居ない家庭で愛情を独り占めできてきた事などの背景が、自分だけを周りが大事にしてくれるか、いつもいつも、関心を自分に向けてくれるか、という事がA氏にとっての言動の源となっている可能性がある。その葛藤が、卒業式後の実施後半の段階で、目標を高く設定していくに従い、自傷行為の回数増加や、病院スタッフが仕事だから自分に関わってくれているだけの存在と捉えてしまう反応として現れていると考えられる。

また、4月5月は、当該看護師の勤務の都合にて、他スタッフから目標用紙を渡してもらう事となったが、それに対して「渡してもらえなかった」と発言している事から、目標用紙は当該看護師と繋がる為の、手段の1つとして捉えていた可能性がある。目標をやめてしまう事によって繋がりが断たれ、見捨てられてしまうような不安を持ち、目標設定が辛くなっても続けなければと考えるようになった可能性もある。

しかし、身体拘束終了後の、自発性の低下と比較すると、目標を自ら考え、それに向けて行動する意欲は、例え相手の評価を意識していたとしても、自分のために行動する時間として有意義であったと考

える。

和田は和田式モチベーションを高める法則として、「仕事に対して好奇心を持つことによってこれだけできるようになった、と自分の成長が感じられると、やる気がより高まります。そのとき、become（～になりたい）とbeing（こんなふうでありたい、こんなふうに生きていきたい）という目標の両方を持たせるのがいいでしょう。そして、ノルマを外から与えるのではなく、自分で作らせること。意思決定に部下も参画させることで、自己責任の意識も高まります。『やらされている』という意識から、『自分で決めたからにはやり遂げる』という意識に変わるのです」⁴⁾と述べている。この場合は、上司から部下に与える方法を述べているが、職場以外でも自己実現に至るには自分で目標を設定する事が有益だと考えられる。今回の取り組みによって、自分のために自分の意思で生きていく時間を作って行動できる時間を提供することができたと言える。

Ⅶ. 結論

- ・退院後の一人暮らしという目的があるが、具体的に何をすべきか自分で考える事ができず漠然とした不安がある場合に、短期目標の設定という可視化は効果的である。
- ・目標設定は、漫然と行わず短期的に実施する事で自己肯定感を高め、次に何をすべきか自らが考える力を養う事ができる。
- ・医療者は患者の問題点に目を向けがちであるが、目標設定は、できている事、できるようになった変化を見出せるきっかけとなりえる。また、患者単独では、自活する事に達成可能な部分は限界がある。どんな支援体制や介入が必要になってくるかが、今回の取り組みによって具体性が高まった。

謝辞

今回、研究を行うにあたりご協力いただきました患者様、ご家族様、ご指導いただいた皆様に深く感謝いたします。

参考文献

- 1) 林こず恵 他：発達障害患者の青年期における排泄行動変容～看護師のかかわりと発達段階における退行現象の意味と理解～，豊郷病院院内研究、2019
- 2) 松本俊彦：自傷・自殺のことがわかる本－自分を傷つけない生き方のレッスン，講談社、2018
- 3) 本田秀夫、植田みおり：最新図解 女性の発達障害サポートブック，ナツメ社、2019
- 4) 和田秀樹：心と向き合う臨床心理学，朝日新聞出版、2012

（本稿は、令和3年2月27日に豊郷病院看護院内研究会にて発表された原稿である）



フジバカマの蜜を吸うアサギマダラ

精神科での「うつ病のためのメタ認知トレーニング」実施 (経過報告)

豊郷病院 医療技術部

公認心理師

木津 賢太

I. はじめに

当科の心理社会的介入を充実させるための試みとして、うつ病のためのメタ認知トレーニングを2020年3月から開始した。当科の先生方、及び作業療法士の皆様のご協力のもと、これまでに7クール実施した。この場を借りて、その報告をしたい。

II. うつ病のためのメタ認知トレーニングとは

メタ認知トレーニングとは、2007年にドイツのハンブルク大学のMoritz教授が考案した心理学的介入方法の一つである。その内容は、誤った物事の捉え方の癖を減らすためのトレーニングで、元々は統合失調症者に向けて作成されたプログラムである。うつ病のためのメタ認知トレーニングは、うつ病に焦点を当てたメタ認知トレーニング（石垣2019）となっている（表1）。

このプログラムの特徴は、ゲーム要素を取り入れている点である。そのため、集団でのやり取りがあり、楽しめる。筆者はこの研修会に参加したのだが、研修講師が特に強調していたのは「参加者に参加してもらいながら、楽しく進めていくこと」を強調していた点である。その考えのもとに、当科でのプログラム実施においても、参加者に多く話してもらえるように工夫をしている。

当科では、うつ病のためのメタ認知トレーニングの内容に加え、うつ病の疾患教育と認知モデル説明・認知再構成法技法を付け加えた全12回の内容を実施した（以下、当プログラムとする）。

表1 うつ病のためのメタ認知トレーニング内容

番号	モジュール名	中心的テーマ(扱われる認知の歪み)
1	考え方のかたより1	メンタル・フィルター、過度の一般化
2	記憶力の低下	歪んだ記憶
3	考え方のかたより2	すべき思考、ポジティブなことへのダメ出し、白黒思考
4	自尊心の低下	完全主義、自己価値の感覚
5	考え方のかたより3	拡大しすぎと値引きしすぎ、うつ病に特徴的な帰属スタイル
6	不具合な行動	非機能的な対処行動=社会的ひきこもり、反芻、思考抑制
7	考え方のかたより4	結論への飛躍=マインド・リーディング、運命占い
8	感情の誤解	感情的な認知と感情的な推測

III. 実施状況

今回の報告は、2020年3月から2021年9月までに当プログラムに参加した抑うつ症状を主症状とする患者22名である。そのうち、6名が途中参加及び、ドロップアウトしたため、最初から最後まで参加

した参加者は16名（男性4名、女性12名、平均年齢 43.56 ± 11.56 歳）であった。

IV. 主な反応

当プログラムの参加前後で、うつ・不安症状の低減と、認知統制の向上が認められた（木津2019）。

これらの反応が認められたのは、メタ認知トレーニングが、自分を上から見ることを目標にするためだと考えられる。筆者はその目標のもと、メタ認知トレーニングに追加して、次の3つの要素を取り入れている。

1つ目は、疾患の特徴を心理教育することである。特に反すうの心理教育は有効と感じる。反すうとは、物事を何度も繰り返し考え続けることと定義されている（石垣2019）。特に抑うつ反すう（depressive rumination）は、自己の抑うつ気分や、その気分状態に陥った原因・結果について、消極的に考え続けることであり、抑うつ気分を持続させる要因である。疾患の特徴を知ることは、終わりのない反すうの泥沼にはまる前に抜け出す助けとなる。この反すうの説明は、ほとんどの参加者が「はっとさせられた」と感想を述べていたことから、抑うつ気分を低減させることにつながると考えられる。それと同時に、このように考えること自体が疾患によるものであり、症状が自らの性格とは“ちがうもの”として距離を取りやすくなるのではないかと考えられる。

2つ目は、苦しくなった時の考えを記録することである。当プログラムでは、毎回のホームワークを参加者に出す。ある出来事に対して、どのように考えて苦しくなったのか記録してもらう。これによって、自分がどのような出来事に反応しやすいのか、どのように考えるパターンがあるのか、を目に見える形にしていく。そのため、参加者は苦しい感情に巻き込まれる自分を一步引いて、客観視しやすくなる。他者から見ると、当人が同じ考えで悩んでいると分かるが、自身では気が付かず、指摘されても受け入れることが難しい。しかし、自分の手で書いてそれを目にすることで、「私はいつも同じ考え方をして悩んでいる」と気づきやすくなる。

3つ目は、自身の苦しくなる考えについて、他の参加者にさまざまな意見を聞くことである。苦しくなる考えは、事実に基づいた内容ではないことが多く、他の参加者から矛盾する点にツツコミを入れてもらう。それより、複数の視点で物事をとらえるきっかけになり、説得によらない考えの変化が起こりやすくなる。また、多くの参加者は、似たような考え方で自分を苦しめている。同じ悩みに対して、他者にはやさしい考えがもてるにもかかわらず、自分には厳しい考えをすることが多い（図1、図2）。したがって、このワークによって、他者にやさしい言葉かけをすることにより、自分にもやさしい言葉かけができるようになる。ある参加者は、自分の苦しくなる考えを他の参加者と検討していく中で、「あらゆる失敗を自分のせいだと考えていた」と気づく場面が見られた。このように、同じ悩みを持つ仲間がいる環境は、リラックスを促し、冷静に物事を振り返る大きな手助けになるようだ。

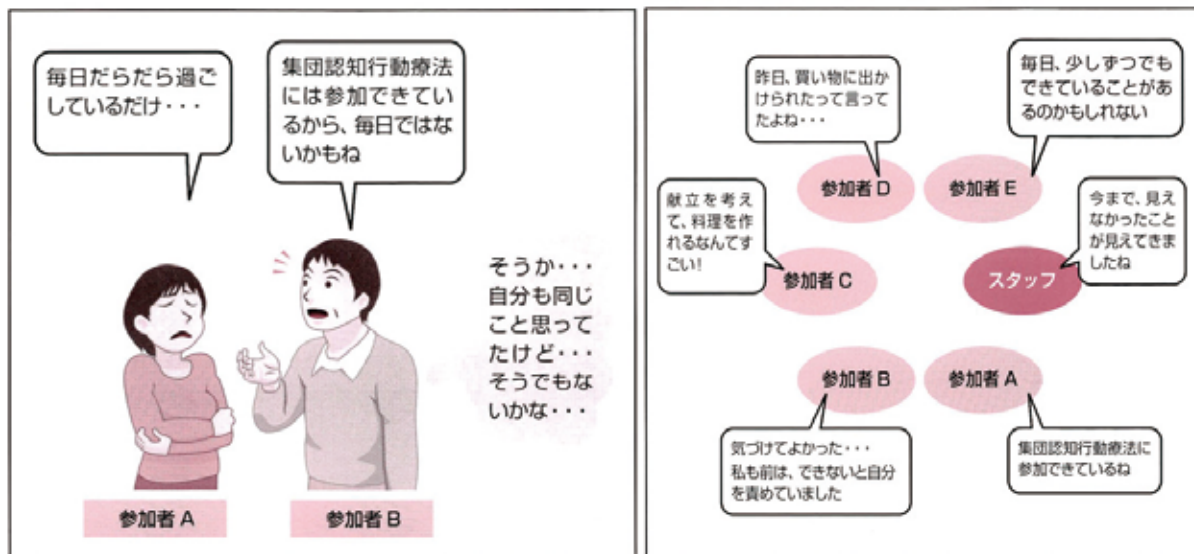


図1、2 変化を促すコミュニケーション（岡田ら2008より抜粋）

V. その他の反応

1. 療養生活からの第一歩

当プログラムは療養から社会復帰への1つのステップを担う。ある参加者は、断続して入院しており、参加当初は継続参加できるのかを心配していた。しかし、実際に、継続して参加することができた自身に驚いていた。また、ある別の参加者は、人前に出るのが恐くて通院以外に外に出るのを躊躇していた。参加当初は手が震えていたが、プログラムに参加していく中で、人前で発表したり、参加者同士で話したりするうちに、最終的には震えなくなっていく。集団での継続したプログラムに参加することは、ほどよい刺激をもたらすようだ。当プログラムは、複数の参加者と一緒に集団活動を行う。こうした活動に継続して参加することによって、社会復帰の前段階の練習となる（図3）。我々でも長い休みから仕事を始める際には、慣れるまでに時間がかかる。当然、患者にとって、長い療養を終えてすぐに仕事を復帰し、継続的に業務を遂行するのは現実的でない。そんな患者にとって、一般の人の前に出るのは自分を受け入れてもらえるかどうか不安である。しかし、同じ疾患を抱えた人々と会うのはまだ安心して会いやすいのである。また、うつ病患者は認知機能の低下が認められている（日本うつ病学会2018）。気分が改善したからといって、それは疲れが取れただけで、うつ症状が改善したわけではない。すぐに復職しても低下した認知機能や体力を回復しなければ、継続して業務遂行することが出来ず、再発しやすくなる。したがって、リハビリすることが必要となる。このプログラムはより高度な認知機能のリハビリとなり、再発予防の役割を担うことが予想される。

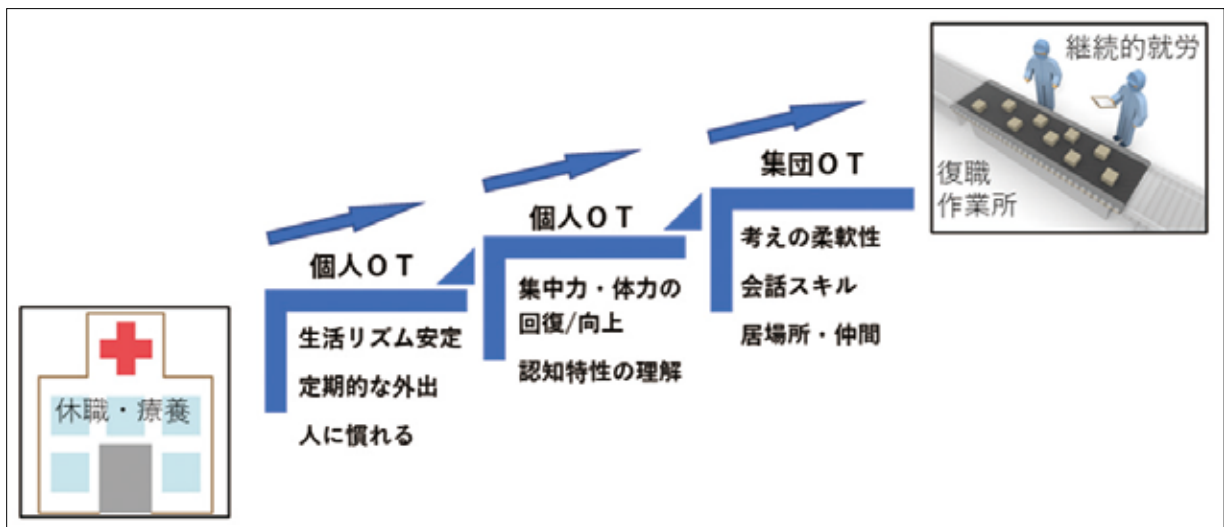


図3 療養から継続的就労のステップ

2. 社会的スキルの練習の場

当プログラムは社会的スキルの練習の場となる。当プログラムに参加することで、社会的スキル得点が向上していた（木津2019）。当プログラムでは、はじめの回で参加のルールを参加者に示す（図4）。これは社会復帰後に、他者と持続的な関係を持つための社会的スキルであるとも考えられる。参加者は、プログラムに参加しながら、社会的スキルも練習することとなる。このことから、集団活動の中で、他の参加者と上手くやっていくことは、「自分のはうまくやるスキルがある」という自信になるようだ。また、自身の話をし過ぎる参加者や他人を批判する言葉を発することに気づいていない参加者に対しては、参加のルールを示しながら、社会的スキルを練習していくきっかけとなることもあった。

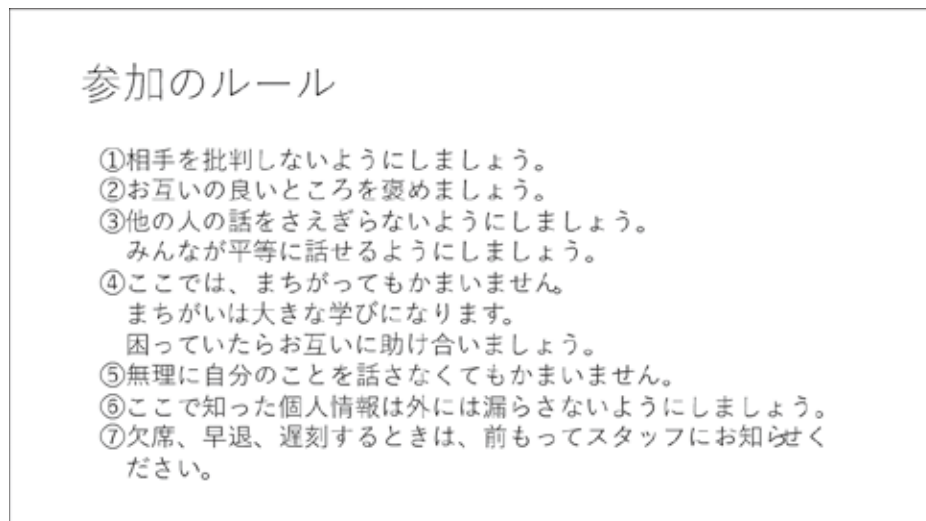


図4 当プログラム参加のルール

3. 社会復帰の道筋を考えるきっかけ作り

当プログラムは自分の特徴に気づき、今後の社会復帰の道筋を考えるきっかけとなる。当プログラムに参加して、ある参加者は「私は、ずれたことを言っているかな？」と自らの特性に気づき、復職後の自分に合った部署を考えるきっかけとなった。また、別の参加者は「今の発言は周りにどうやら厚かましく感じたかもしれない。」と、自らの課題に気づく場面も見られた。さらに別の参加者はプログラム内で特技の茶道を披露したことで、それを生かしたボランティアを始めた。ほかの参加者がいることに

よって、プログラム内が小さな社会となる。その中では自分と他者との違いが浮き彫りになるのである。このように参加者のそれぞれが自分に適した今後の進むべき道を考える場所としても機能するようだ。

4. 居場所機能

当プログラムは居場所機能を果たす。これは女性の参加者に特徴的である。プログラムの回を重ねるごとに、休憩中やプログラム終了後に、参加者同士で子育てや夫への困りごとを共有する場面が見られた。また、「自分の苦しみを知ってもらいたいの自分の背景を話したい」という参加者もいた。また他の参加者は、趣味で練習したオカリナや手芸作品を披露したり、メッセージ入りの折り紙で他の参加者を応援したり、お菓子を配ったりすることで、交流を深めていた。こういったやり取りが生まれるのは、集団で行うプログラムの特徴と考えられる。体調を崩すことをきっかけに普段話している知人と疎遠になるのを筆者はよく患者から耳にする。一人で病気と向き合うことは心細いと思われる。プログラム内で仲間ができることは、我々が考える以上に参加者のストレスが低下するのではないかと考える。

VI. 当プログラムの課題

1. 対象者の少なさ

当科は、周辺地域からの患者が集まるため、複雑な問題（自傷、衝動制御障害、依存症などの合併症）を抱えた患者が多い。当プログラムはうつ病や不安症のリハビリ期の患者を対象とするため、対象者が少ない。今後、プログラムの内容自体を変える必要があるかもしれない。感情調節困難の症状に焦点を当てたプログラムであれば、当科に集まる複雑な問題を抱えた患者のニーズに合うのかもしれない。

2. 参加者のミスマッチ

まだ症状が落ち着いていない患者が参加することで、集団での行動にペースを合わせられず、ドロップアウトすることとなった参加者もいた。そのため、参加の際にアセスメントが必要である。我々は、参加の条件として、個別OTが安定して通えること、新聞記事をまとめることが出来るぐらいの認知機能が回復していること、の2つを設定している。それが難しい患者に対しては、まずは落ち着いて治療に専念するように促している。

3. ASD（自閉スペクトラム症）の傾向がある参加者

これまで当プログラムに参加した患者は、シンプルなうつ病患者が少なく、ASDの傾向を持つ患者が多いように思える。ASDの傾向として、抽象概念の扱いにくさがある。当プログラムは、認知という目に見えない抽象概念を取り扱うためか、参加者から「難しい」という意見が出ていた。ほかにもASDの特徴によるものなのか、自分の考えを認識することが難しかったり、こだわりから認知が変わりにくかったりする参加者も見られた。また、内容を取り違えて的外れな回答をしたり、他の利用者の意見を聞かずに思いついたことを話したりする参加者もいた。したがって、ASD患者を想定したプログラム作りが必要と考えられる。補足資料やパワーポイントによる視覚化と具体化を行ったり、個別フォローを入れたりする必要がある。

4. 参加目的が明確でない参加者

自発的に参加する者と、家族や治療者に促されて参加する者では、参加の様子に違いが見られた。他者に促されて参加する者は、あまりホームワークをしてこなかったり、途中でドロップアウトをしたりする患者が多かった。何を目的に参加するのか定かになっていないのであれば、やらされている感が強くなるのは当然と考えられる。したがって、参加を促す際には、治療の意味付けが必要となる。社会復帰のためであったり、集団活動の練習のためであったり、認知機能を鍛えるためであったり、認知を柔軟にするためであったり、開始時に何を目的に参加するのか、患者と話し合いながら設定する必要があると考えられる。

5. 個別の課題に合わせた介入を行うことの難しさ

当プログラムは、集団で行うプログラムである。集団の場で、ある程度の個々の悩みを扱うことはできるが、さらにプライベートな悩みについて扱うことが難しい。本来の個別で行う認知行動療法では、個別の課題にケースフォーミュレーションを行い、それを患者と共有しながら介入を行っていく。現状では、時間的な制約や筆者の技量によってそれができていない。今後は、個別に面談を数回行い、個々の課題に合わせた介入を行っていきたいと考える。

VII. 今後の方向性

当プログラムに参加した後に、抑うつ・不安症状低下が維持できているか、また、社会復帰につながっているか、についてはまだわからない。一時的な抑うつ・不安症状低下ならば、当プログラムの目的を果たせていないといえる。そうであれば、プログラム内容を見直したり、フォローアップの機会を用意したりする必要がある。したがって、今後の調査が必要と考える。

当プログラムは当初予定していたよりも、応募参加者が少なかった。当科は地域の患者が集まってくる性質上、多様で複雑な課題を抱えた患者が集まると思われる。そうであれば、このプログラムを受けられる状態になるまでにいくつかのニーズがあるのかもしれない。したがって、今後は当科の状況やニーズに合わせたプログラム作りをして、当科の治療の一つとして役割を果たしたいと考える。

参考文献

- 1) Lena Jelinek, Marit Hauschildt, Steffen Moritz. (監訳, 石垣琢磨 森重さと)：うつ病のためのメタ認知トレーニング. 金子書房、2019
- 2) 木津賢太：精神科での心理社会的介入の充実化の試み. 豊郷臨床精神医学研究所年報第10号、2020
- 3) 岡田佳詠, 田島美幸, 中村聡美：さあ！はじめよう うつ病の集団認知行動療法. 医学映像教育センター、2008
- 4) 日本うつ病学会：うつ病治療ガイドライン-精神科作業療法-. 2018

コロナ後の世界

豊郷病院精神科部長

阪上 悌司

2019年末から始まったコロナ禍もまる2年になろうとしている。まだ終わってもいないので総括はできないが、間違いなく歴史的な大災害であり、世界と日本の姿を不可逆的に変えるであろう。社会が変われば人間の行動パターンは変わり、それにより意識も変わるだろう。K.マルクスは「経済学批判」の序言で次のように述べている。「人間の意識がその存在を規定するのではなくて、逆に、人間の社会的存在がその意識を規定するのである」。彼の史的唯物論はほぼすべて間違いだが、このフレーズだけは永遠の真理と言える。つまり存在が意識を規定するのだ。だとすれば、コロナ後の人々の意識（精神）は、社会の地殻変動を受けて大きく変わるはずだ。人心が変われば心の病も変わり、精神科の対象患者も対象疾患も様変わりする可能性がある。すでに我が国において子供の不登校率と自殺率は過去最高となった。国立成育医療研究センターによると、2019年度と比べて、2020年度の神経性食欲不振症の初診患者は1.6倍、新入院患者は1.4倍に増加した。しかし、コロナ禍が日本の経済社会に与えた最大のインパクトは、一斉休校と子供のメンタルヘルスの悪化ではない。そして経済へのマイナスインパクトでもないと思われる。

日本の新型コロナによる感染者数・死者数は欧米諸国に比べ桁違いに少なく、その点で日本政府のコロナ対策は成功だったと言う人もいる。しかし東アジア人は新型コロナに対する抵抗力があるので欧米より少なくても当然であり、たとえば日本とはほぼ同人口のベトナムでは、2021年10月30日時点で感染者92.7万人（日本172万人）、死者22000人（同18000人）と日本と大差ない。また台湾、韓国、香港、シンガポールなど近隣先進国の中では、日本の人口当たり死者数は最悪である。さらに日本の人口当たり検査数はキプロスの1/160、イギリスの1/34、カンボジアの1/4以下と世界最低レベルであり（Coronavirus(COVID-19)Testing, Oxford Martin School, 29. Oct. 2021）、しかもそのうち1/4が大阪府で行われているので、大阪以外は「検査していないに等しい」。従って海外で常々言われているように、日本の感染者/死者数は実数を把握していない可能性が高い。2021年7月～8月の第5波の最中、東京都の検査陽性率は20～40%だったので、検査漏れの感染者/死者が多数いたのは確実である（全体を捕捉するには陽性率5%以下でなくてはならない）。

その第5波の最中、東京オリンピックパラリンピックは強行開催された。安倍、菅政権を通してPCR検査体制の拡充が叫ばれてきたのに、東京都の1日の検査数は最大で2万5000件にとどまる一方、五輪関係者の検査は1日3万件であった。「オリンピックのために検査を抑制し見かけの感染者数を抑えた」、「五輪のために都民国民の命を犠牲にした」と言われても仕方がないと思う。そして、検査体制が今に至るまで世界最貧国レベルである理由は説明されないままである。情報公開が貧弱なのは五輪の運営に関しても同様で、国家の威信がかかっているはずの開会式、閉会式が国辱的結果になってしまった理由も、経済効果を謳ったコンパクト五輪が4兆円以上の損失に終わった理由も説明されず、責任者は誰一人処分されていない。東京五輪は経済的にも政治的にも歴史に残る失敗で、近代オリンピック終わ

りの始まりになった可能性が高い。

そして五輪とコロナの蔓延は無関係だと政府と東京都は強弁したが、常識的に見てそんなはずはない。大会中、東京都がコロナ患者の入院を制限したため、自宅待機・入院調整中の人が入院中の患者の6倍にもなり、しかも救急医療は機能不全に陥っていた。救急車を呼んでも来ず、来ても搬送先がないので患者は自宅に戻されていたのだ。にもかかわらず入院患者以外のコロナ死はほとんどカウントされなかった。また都の死者数、重症者数は都道府県で唯一「独自基準」で算定され、実態よりも大幅に過少に発表された。こうして東京都の医療崩壊は起こらなかったことにされ、コロナ死の総数は大阪より少ないことにされた。実際は病院の外で膨大な独居者がコロナ死したと思われる。超過死者の分析を待つが、これも情報操作されるであろう。

これが単なる陰謀論ならいいのだが、政府のコロナ対策と五輪強行開催への不満が、実際に菅内閣を崩壊させてしまった。オリパラをするならするで、世界に先駆けてワクチンを打ちまくり、国民皆PCR体制を確立し、万全の医療体制で臨むべきだった。無観客開催なら巨額の赤字が出るので、知恵を絞って国内外の客を安全に迎え入れる体制も構築せねばならなかった。そんなことは小学生でもわかる理屈だが、日本政府にはそれができなかった。何のために1年延期したのかわからない。中学生が文化祭に際してこれほど無為無策であったならば、担任の先生に「まだお前らに任せるには早すぎた」と言われること必定である。一方、都道府県市町村の首長は政府や厚労省よりよほど有能、かつ国民のためによく働いた。東京都のような例外もあるが、国ではなく自治体の活躍によって日本は救われた、という印象がぬぐいがたい。むしろ中央政府がなかった方が、都道府県レベルでより迅速にワクチンを輸入し、認可し、接種できていただろう。少なくとも今年初めに空輸されたファイザー製のワクチンが関西空港の冷蔵倉庫で何か月も寝かされることはなかっただろう。

つまり中央集権体制の弊害と、地方政体の実力が明らかになったことがコロナ禍の最大のインパクトだと思われる。その証拠に、永遠に続くと思われた東京一極集中がついに終焉を迎えたようだ。最近25年間ずっと年10万人のペースで増加していた東京都の人口が、2021年4月より前年同月比マイナスに転じ、10月1日現在前年比マイナス3万6000人を超えた。これは全都道府県で最大の減少幅だ。神奈川県は、この10月1日で統計開始以来、初めて前年同月比マイナスに沈んだ。東京都心のオフィスビル空室率は19か月連続で上昇し、主要都市では仙台市に続いてワースト2である（2021年9月。三鬼商事調べ）。東京一極集中は東京に政府があるから生じていた現象だが、政府が無能だとわかったら終わって当然である。すでに10年前から官僚養成学校である東大の卒業生が霞が関を目指さなくなっていた。国民の間でも、有能で慈悲深い「お上」に頼っておれば安泰であるという幻想が徐々に崩れてはいたが、コロナ禍はその最後の一撃になったように思われる。

そもそも日本政府の施策は1931年の満州事変以降、ほぼ失敗の連続である。まず無意味な戦争で300万人の国民と、解放するはずだったアジアの民を1000万人以上殺した。しかもその具体的な政策責任者はほとんど処分されず、戦後も顕職に就いて天寿を全うした。戦後の奇跡の復興は、敗戦によって政府の影響力が減じたすきに民間主導で実現したものだ。戦後30年ほど経って政府が影響力を取り戻した途端、日本経済の奇跡は幕を閉じた。こういうろくでもない政府のコネを求めて、人と企業が東京に集まる国民性自体が不健全と言わざるを得ない。敗戦に何も学んでいない。政府の思い付きのような戦争で、国土と家族を焼かれてもまだ政府を神格化しつづけるメンタリティーが日本の癌だ。事実、過去30年間で他の先進国の経済規模は2～6倍になったが、日本だけがゼロ成長である。こんな国は途上

国を含めてもほとんどない。世界中が第4次産業革命の好況に沸いていた中で、この30年間日本政府は何をしたかという、東京以外ではビジネスできないように経済社会を統制し、ひたすら企業や人を東京にかき集めていた。それで成長したのならまだしも、世界に類を見ない30年間ゼロ成長。しかも首都圏は一極集中にもかかわらず日本の地域の中で最も経済成長しなかった。日本政府が日本全体ではなく、自分達とその関係者の利益しか考えていなかったからだ。彼らは基本的に東京の地主であり、富の源泉は不動産なので、東京の地価と家賃を上げることしか眼中になかった。そのために東京に総動員された人や企業は、何の価値も生まない高い地代や家賃を払わされ、消耗していった。他方で人と企業を召し上げられた地方は空洞化し、結局日本全体がだめになった。おかげで日本の一人当たりGDPは世界3位から30位まで落ち、韓国にも抜かれ、いずれ東欧や東南アジアにも抜かれると言われている。このようにベネズエラやレバノン並みに拙劣な東京政府の統治が、今まで大して問題にされなかったことが、驚きを通り越して異常である。

今回のコロナ禍が第2の敗戦となり、東京政府の異常な無能と無責任はついに国民の知るところになった。改めて見れば、東京政府には将来の青写真が何もない。少子高齢化をどうするのか、社会保障費をどうするのか、すでに破綻した財政をどうするのか、急降下する国際競争力をどうするのか、中国の軍事的圧力にどう対処するのか、まともなプランを聞いたことがない。こんな国は滅びる。75年前にも滅びかけたことがあるので杞憂ではない。滅びないためには国の形を変えるか、国にたよらずに生き延びるしかない…。このような自然な危機感が、コロナ禍において一気に加速したように思われる。政権を変えても意味がないことは旧民主党政権が証明した。東京というシステムをそのままにして看板だけ変えても腐敗は続くので、システムごと取り換えないといけない。首都利権を根絶するには、首都を解体して複数の州都に権限を委譲し、互いに競わせるしか方法はない。戦後の改革で唯一成功した国鉄の分割民営化に倣うのである。事実、大半の先進国は連邦制を採用している。すぐにではないだろうが、国民が滅亡を欲さないのであれば、日本は他の多くの先進国と同様に連邦制（道州制）に移行するだろう。

ここまで書いたところで令和3年10月31日の衆議院選挙の結果が明らかになった。結果は新時代の幕開けというには今一つインパクトに欠け、財源なき分配を謳う岸田自民党内閣の続投が決まった。しかしあえて名は秘すが、道州制を党是に謳った某地方政党が躍進した。マスコミはれいわ新選組や都民ファーストの会のようなイロモノ扱いして黙殺したがっているようである。しかし現状維持では日本に未来がないことは明らかであり、かといって共産主義革命は問題外である。現実的な打開策は、米国もカナダもスイスもドイツも採用している連邦（道州）制以外にありそうにない。しかも上記政党が13年間統治した大阪府は、東京の妨害とネガキャンをしのぎつつ、瀕死の状況から見事なV字回復を果たした。ウソだと思うなら13年前の大阪駅前や西成区の画像を検索し、現在と見比べてみてほしい。某地方政党は、無能な自民党や、統治実績すらないその他の政党とは違い、実際に結果を出した戦後唯一の政党なのだ。東京の補助金にすぎる乞食暮らしに見切りをつけて、大阪に倣う他地方が続出するのは時間の問題である。だいたい滅びつつある日本は藁をもつかむ立場であり、贅沢は言っておれないのだ。この政党（＝地方の自立）以外に選択肢があるとは思えない。したがって今回の選挙は、北朝鮮型統制国家から米国型連邦国家への第一歩となるだろう。

コロナ禍を契機に、少なくとも大阪や関西では、人民の人民による人民のための政治が実現するであろう。これは、納税者の税金が圧力団体ではなく納税者のために使われる政治のことである。自分たち

の手の届くところに統治者がおり、正体不明の「社会的弱者」のためではなくて自分たちのために働いてくれることである。自分たちが声を上げれば、街や社会がそれなりに良くなっていく。そして本当の弱者にはむしろより行き届いた配慮がなされる。このダイナミズムを味わったらもう他所では満足できない。

だいたい精神医学から話が外れてしまったが、つまり、日本は落ちるところまで落ちてしまったので、コロナ後は上に行くしかないであろう。25歳の女性が老後の不安を語るような世の中が長続きするわけがないのだ。きたるべきポストコロナ時代には、政府と言う既得権益の親玉が解体されるので、他の既得権益も総点検され、不要なものは廃止されるだろう。医療者の特権はその最たるものである。そしてその裏返しである患者の特権も。医療なのかどうか定かでない（治療のアウトカムを定量化していない）精神医療の将来は特に厳しい。世の中そうになっているから、業界の常識だからといった理由で不条理や不合理がまかり通ることはなくなる。そしてベルリンの壁崩壊後の旧東ドイツのように、人々の意識も変わって行く。旧東ドイツにて育ち東ベルリンで物理学者をしていた女性が、統一ドイツの首相になるような現象が日本でも起こるだろう。なんでも既存の決まりや「上」の言うとおりにしておればよいのではなく、自分の頭でうまくいくように考えて行動せねばならないことが、常識として定着する。そして既存の決まりや「上」の言うことは是々非々で判断されよう。そうなったときに精神疾患とその患者はどのように変わるだろう。精神医療はどうなるだろう。精神科医は職業として生き残っているのだろうか。ここからが本題なのだが、それを論じるには未だ筆者の力量が不足している。次号に持ち越すことにするので、乞うご期待

(2021年11月3日)



タツタナデシコ

精神科医として50年 (2) 四国の田舎から憧れの京都へ

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長

林 拓二

「田舎は観音寺です」と言ってもピンとこない人が多く、たいていの人が弘法大師の出生地や自衛隊のある善通寺と間違えるのであるが、香川県の西部にある人口4万人の田舎町である。丸亀藩の殿様が視察に来た時、何も見せるものがないので地元民が白砂青松の海岸に寛永通宝の砂文字を掘って観てもらったという大きな砂絵を写真で見た人もいるかも知れない。近くにある琴弾八幡の山から見ると確かに絶景であり、毎週テレビで放送された銭形平次捕り物帖のオープニングに使用されたのも頷ける。それに郷土の英雄であった琴ヶ濱を記憶されている人もいよう。私は小学校時代から大相撲のファンであるが、琴ヶ濱が登場した時は、かならず香川県観音寺市出身、二所ノ関部屋とアナウンスされ、観音寺の名前が全国に放送されているのが誇らしかった。その頃は千代の山や大内山など大柄な力士が全盛であったが、栃錦や若乃花らと同じく小兵と言われた琴ヶ濱が横綱や大関を見事に内掛けで倒していたのに熱狂したものである。その後大関まで昇進した琴ヶ濱が巡業に来たとき、南海の黒豹との異名通り、実際に土俵で鍛えた黒光りの身体を観て圧倒された記憶がある。

私が進学した観音寺第一高等学校（略して観一）は、旧制の三豊中学校と三豊女学校が終戦後の学制改革で新制の高校となったもので、故友吉唯夫先生（滋賀医大泌尿器科名誉教授、豊郷病院前代表理事）はよくご存じで、「ああ、玉尾皓平先生が観音寺一高の出身ですね」と仰り、愛用の手提げカバンから京都新聞の切り抜きを取り出されたのにはびっくりした。先生は大相撲もよく観ていて琴ヶ濱もご存じだった。先生は私より10歳年長であるが、身体はともかく、記憶力など臨床に必要な能力に問題はない。年齢を重ねても幅広く何ごとにも興味を持ち続けることが大事と思った次第である。玉尾先生は、高校の3年先輩になり、京大工学部の名誉教授で、化学の世界ではクロスカップリング反応の研究に先鞭をつけた研究者である。彼はこの分野の有名な賞はすべて貰っていて、あとはノーベル賞だけと期待されていたが、2010年に同じ分野で他の3人（日本人2人を含む）が受賞したため、残念ながらノーベル賞は逃してしまった。

観一高の先輩では哲人宰相と言われた故大平正芳元首相がいる。ある日、田舎に帰った大平さんが観一で学生に話をするというので運動場に集められたことがある、その頃は官房長官であったように思うが、テレビで見るように訥々と喋り、内容はよく分からなかった。しかし、堂々として体躯が立派だったことは記憶に残り、その時、郷土の英雄である琴ヶ濱に似ているなどと思ったのが正直な感想である。

私の高校生活の思い出というと、残念ながら不思議に何も浮かばない。田舎で観一は唯一の進学校であり、ほとんどの生徒は大学を目指していたように思う。私も何処の大学に入って何になろうかと進路を早く決め、その方向での勉強をしていたように思う。いわゆるガリ勉で過ごしていたのであろう。

私が大学に入学する年は、親父が定年になる時に当たり、両親から大学は4年で卒業してくれとも頼まれていた。自分も理系ではなく、文系の人間であると思っていた。親父が教師で歴史を専門としてい

たようで、子供時代は親父の蔵書を見ながら遊ぶことも多く、歴史を扱った本を読むのが好きであった。政治などにも興味があったのは確かであるが、ただ、小学校でも中学校でも生徒会長に立候補しては落選した。「拓ちゃん（私のこと）は学校の成績は良いけど、演説ができないな～」というのが、周囲の一般的な評価であり、生徒会長の落選はその後ずっと私のトラウマになっている。

長姉が薬剤師だったので、自分も医療系に進んで医者になろうという気持ちは早くからあった。奨学金を貰って6年で卒業するということ（浪人はしない、留年はしない）を約束し、両親も自分の進路に強く反対することはなかった。高校2年の時にはすでに京都大学の医学部に行こうと決めていた。クラスの友達にも自分の進路の話をしていたので、お前が京都に行くと誰も東京に行けないと言われたが、私は東京や大阪のように騒々しくなく、静かな京都という町に憧れていた。



同級生と受験のため京都に向かう列車の中で

高校3年になると、大学受験を考えて数学の勉強ばかりしていた。できるだけ難しい問題集を買って、次々に問題を解決して印をつけていくのが面白かった。学校での試験は難しい順に解答していたので、最初につまずくと0点になった。高校の数学は蘊奥を極めたと自負しているが、入学試験では解答できない問題があり、時間があればこのようにすれば解けるはずであると記載しておいた。補助線などのひらめきがあれば、解答出来たのかも知れないと思うが、試験の後、模範解答を見る気はしなかった。もう、高校の数学は卒業したと思った。数学は全く新しい領域を極める興味深い学問ではあるが、私にとっての数学は所詮、受験のための数学でしかなかった。

しかし、60歳、70歳になって、日本百名山や、関西100名山、四国88カ所、西国33カ所などを巡っていると、高校で数学の問題集を解いていた頃と似た気分になってくる。登頂した山、あるいは巡拝して寺院に印をつけていくのは、この上ない喜びであり、10代の高校生のころと気分はあまり変わらないなあと思う。

私が大学に入学したのは、昭和39年だから東京オリンピックの年である。受験の時に途中下車した大阪の騒々しさに比べ、京都の町は市電が走り、のんびりと動いていた。京都に住むのは憧れであったが、友達はほとんどおらず最初は少し寂しい思いがした。しかし、大学生になったのだからとまずパイプを買って、「桃山」という銘柄の刻みたばこを吸ってみた。しかし、手足が冷たくなり、しびれて気持ちが悪く、嘔吐もした。そこで、通常の紙巻たばこに変えてみたが同様な症状があり、何回か試みたもののやはり

自分の体質に合うものではないと分かった。酒もあまり飲めず、同じ下宿生と連れ立って銭湯に行った際、立ち飲み屋に寄って1合升で一杯引っかけようと思って注文はしたが、下宿に帰るまでにふらふらになってしまった。学生になったら許されるものと憧れていたのだが、早々に自分の身体の限度がわかり、以来、酒で大きく失敗することはない。

下宿生活は経済的な面から、慎ましいものにならざるを得なかった。大学には母親が合格祝いに新調してくれた学生服を着て市電で通学したが、その後まもなく自転車を買った。田舎からは毎月7000円の仕送りがあった。それに文部省の特別奨学金が月に8000円入ったので、月に1万5000円の生活費であった。下宿代は5000円だったから、食事代は1日約200円でやりくりした。うどんが15円、カレーが45円の時代であるから、なんとかやりくりしていたが、貧しい学生生活だったのは確かである。医学部構内の掲示板に、厚生省が月20000円の奨学金を出しているのを知り、いざとなれば厚生省に身売りしても良いなあと思ったりしたこともある。高校の時は、医者になって社会の役に立ちたいと漠然と考えていたから、この奨学金は魅力的でもあった。しかし、実際に大学に入ってみると、あらためて自分の将来を考えてみるようになる。医学部に入ると自分が知らない世界をはじめて知り、将来にはいろいろな選択肢があることがわかった。大学を卒業すれば生活はなんとかなるように思え、留年しないように真面目に勉強して、基礎か臨床かはともかくとして、大学院には進もうと思っていた。

大学では教養の科目をたくさん履修して必要以上に単位をとった。田舎出の学生にとって、学校には出席するのが当然と思っていた。余った時間に油絵を始めたが、あまり才能がないのがわかったのでしばらくしてやめた。2年になったころ、同じ下宿にいた農学部の学生が吹く尺八の音色に惹かれ、自分も同じ様に吹きたいと思って習い出したが、これもリズム感がないのが災いするのか、なかなか上達しなかった。尺八はその後、医師になってから練習を再開し、ずいぶん遅くなって準師範の免状を貰った。その後、流派内で宗祖の跡目相続を巡っての内紛があり、どちらの側からも連絡が来なくなった。ともかく、教養部の2年間は、遊ぶ金もなく、授業には真面目に出席していた。

級友に京大相撲部で活躍していた者がいる。彼から、相撲部が主催する素人相撲大会があるので出場しないかと誘われた。もちろん、まわしだけをつけた本格的なものである。3名ずつの団体戦で優勝すればビールを貰えると言う。彼が言うには、相撲部に10日間入門して、ぶつかりと摺り足を充分に稽古すれば、相手は素人なのでびっくりして逃げる。そしたら優勝の目もあるよと言う。そこで、医学部生3人でチームを作り参加した。みっちり稽古に励んで本番に臨んだが、相手は猛者のチームが多く、ぶつかっても跳ね返されることが多かった。残念ながら、我々の努力もむなしく、優勝したのは確か柔道部OBチームだったかと思う。ただ、私は柔道3段のいかにも強そうな者を「上手投げ」で破っている。行司は私の勝ちを認めてはくれていたのだが、決まり手は相手の「勇み足」と発表した。私にとっては、多少の不満の残る結果ではあった。次の写真は、その相撲大会のスナップの1枚である。



京大相撲部の大会に出場（左端が筆者）

このような「普通」の学生生活が変わるのは、昭和41年4月に医学部の本科に入ってからである。

医学部での最初の授業は人体の解剖から始まる。編入試験を経て医学部に入ってきた者や留学生などを含め、20人ほどが新しいクラスメートになり、100名ほどが2人一組で1人の遺体を毎日少しずつ解剖していく。私の相棒は、教養の時に全く面識がなく、聞けば教養部で留年していたようである。自治会活動で忙しく授業にはあまり出られなかったとのことであるが、再び医者になろうと思ったのか、解剖実習には熱心に参加していた。年齢不詳？であるが、私よりずっと年上であるのは確かであり、田舎育ちの私にとっては頼りになる「おじさん」であった。解剖実習に疲れてくると「コーヒー飲みに行こうか」と誘われ近くの喫茶店によく行った。そこで、彼のこれまでの生活や、自治会活動、そして医者になったら精神科に進むつもりだという希望などを聞いたものである。その後、大学が騒然となったため、彼は忙しくなり、「わしが医者になったら革命が10年遅れる」と嘯いて(?)大学は卒業せず、12年間の学生生活を続けた後に放校となっている。私が医者になってからだが、京都の路上で彼と偶然に出会ったことがある。相変わらず元気で、「お前、医者しているな、カンパ！カンパ！これから三里塚に行く」と言っていた。その時、「死ぬなよ」と彼の後ろ姿を見送ったのだが、彼はすでに鬼籍に入っている。

この相棒とは一緒に自治会の用事で大阪に出かけた折り、「腹が減った、ウナギでも喰うか」と言うので、食堂に入って鰻丼を食べた。田舎の川で捕ったウナギを真っ黒に焦がして食べたことはあるが、店の鰻丼を食べたのはこの時が初めてで、世の中にこんなにおいしいものがあるのかと驚いたものである。割り勘と思って食事代を心配していたが、彼が全部支払ってくれた。



医学部最初の解剖学実習で（右が筆者）

今では、医学部を卒業したらすぐに医師国家試験があり、合格すれば医師としての資格が得られるようになっている。しかし、当時は、医学部卒業後に1年の「実地修練（インターン）」を経なければ国家試験を受けられず、さらにインターンの間は「学生でも医師でもない」という中途半端な身分のまま、ほぼ無報酬で医療行為を行わねばならなかった。そこで、自治会はこのインターン制度の撤廃を求めて運動をしていた。70年安保を控え、世情が次第に騒然としだす頃である。医学部卒業生は昭和41年から毎年、青年医師連合（略して青医連）を結成し、インターン制度及びその後に出された登録医制度案への反対運動を繰り広げ、全国的に大規模な国家試験のボイコットが行われた。京大では昭和43年2月から青医連と医学部自治会が無期限ストライキに入ったが、3月の大学院入試で受験しようとした学生1名に対し暴行を加えたとの容疑で、4月7日に警察が医学部構内を捜索に入り、青医連幹部数名を逮捕する事件が起こった。私が医学部3回生（通算5回生）になったときである。その後の京大総長との団交により、京都府警への申し入れと卒後研修の方式をめぐって合意し、6月には医学部のストライキは解除された。この年、戦後より続いた医師養成制度であるインターン制度は、医師法が改正されて廃止された。

しかし、時代は医師養成制度の改革を越えて、政治の季節へと大きく動いていた。東大でも紛争の発端は医学部であるが、大学側の誤認処分もあり紛争が拡大、日共系と反日共系学生が暴力的な衝突を繰り返しながら、昭和44年1月の東大安田講堂を占拠した反日共系の学生を機動隊が強制的に排除、学生を大量に検挙することで東大闘争は幕を閉じることとなるが、反戦平和、反安保、反体制運動がますます激しさを増していった。

この頃、私が京大正門の楠木（くすのき）の前を通りかかると、角材を持った1人の学生が逃げ回る学生を追いかけ、したたかに打ち据えて嬉々としていた。このような暴力が大学の構内で白昼堂々となっていたことが信じられず、その場面がいまだに忘れられない。東大闘争の過程での学生間、セクト間の反目・憎悪の激しさ、対立の厳しさは新聞などの報道で知っていたが、東大と同様な展開が、その後も京大で生じるようになっていったのである。私は、今がまさに時代の変わり目なのかも知れないと思い、この歴史の変わり目を自分の目で見ておこうと思った。私は運動に対しいつも「斜に構えていた」と言われる。熱心に活動する者の周りで、ただ冷静に状況を観察していたと言って良いのかも知れ

ない。

京大では、機動隊によって東大安田講堂の学生が排除された前日、学生寮の闘争委員会が学生部の建物を封鎖した。そこで、政府の強硬姿勢で大学の存立を恐れた日共系学生を中心にした勢力が実力（暴力）で封鎖を解除したのだが、あくまでも話し合いを続けようとする大学の姿勢に対して、各学部の学生自治会は相次いでストライキに入り、昭和44年2月4日に医学部も無期限ストライキに入った。私達の医学部6回生はその期間をほとんどストライキで過ごしたのである。

田舎の高校を出て大学に入学してからの2年間は、とにかく大学院に入るという目標があり、教養の成績も大事だと思って授業にも出ていたのだが、医学部の本科に入ると編入生も加わって一挙に世間が広くなり、同級生となった年配の学生から多くの刺激を受けることになる。現役で大学に入った「青い」学生と思われるのを嫌ったのか、私の交流範囲も年配の学生に広がっていった。世情は騒然としていた。ベトナム戦争への反戦運動が続き、ヨーロッパではフランスの学生反乱、中国では文化大革命が起こっており、われわれの時代は、ただ、医学の勉強を続けているだけではいけなかった。ストライキ、デモに参加し、東京での反戦集会に参加し、まさに革命前夜ともいべき高揚感を抱いたりもしたが、東京大学と同じく京都大学でも時計台の封鎖は機動隊によって9月22日に解除され、12月22日に医学部授業が再開、昭和45年1月8日に医学部の無期限ストライキが解除された。全員留年の噂も流れたが、とにかく大学としては学生を卒業させるとの方針でもあったのか、授業、臨床実習、そして卒業試験が慌ただしく続くことになる。

ストライキがあまりにも長期に続いていたら、友達数人と共に行く先を決めず近畿の山野を歩き回ったことがある。ある時、奈良の巻向山近くを歩き三輪山の方角に下ったところで日が暮れてきた。森のなかでテントを張って寝るかと思っていると古びた建物が一軒あり、薄暗がりの中でイガグリ頭の男が数人、縁側に並んで座っていた。声をかけても答えない。変なところに来たなあと思っていると、奥から頭を丸めた年齢不詳の女性が出てきて、ここはお寺で私はこの寺を守っていますと言い、もう暗くなってきたから、ここに泊まって明日に山を下りたらと言ってくれる。さっきまでの男たちはいつの間にか家の中に入っている。6畳くらいの部屋に通されて、屋根のある部屋で寝られるのは有り難いと思い、そこで夜を明かした。一人では、ここに泊まることはなかっただろう。あの男たちはどんな人だろう。明日、眼が覚めることはあるのだろうか、中国の小説にあるように朝食にされるのでは、と心配しながら夜を明かした。しかし、無事に朝になった。蕨（わらび）がたくさん取れているからとご馳走になり、小さな祠の前で、庵主さんから「ここに住んでいる人たちは、両親が若い頃の不始末でこのようになった。あなたたちの子供は、このようにはしないでくださいね」と説教された。それから、一夜の宿を貸してもらったお礼を言って、そのお寺（？）を辞した。あの男たちの姿は何処かで見た写真に似ていると思ったが、西丸四方先生の書いた「やさしい精神医学」の精神病院に入院している慢性の患者さんに似ていることを思い出した。この山中のお寺は、今様の言葉では社会復帰のための施設として機能していたのであろうが、これが私の初めて観た精神病の患者さん達である。

その20年後、精神科の医師として愛知医大に勤めていた時に、巻向山での出来事が気になり、名古屋から巻向山の山中に自動車を走らせた。辛うじて自動車が通れる道があり、ぬかるみにタイヤがとられたりしたが、目的地らしき所にお寺があった。20年前の学生時代にわれわれが泊まった建物はなく、小さな祠も見出せなかったが、新しくお堂が再建されていて、線香の匂いとともに読経の聲がして何人かの信者さんがお勤めをしていた。私が昔に下ってきた山道を確認したり、昔あった祠を探したりして

いると、住職らしい男の人が酒の匂いをぷんぷんさせながら出てきて、どこから来たと訊く。「昔ここで泊らせてもらって」と答えると、「ああそうか、庵主さんは桜井の老人ホームにいる、あんたたちの仲間は、それぞれ別なところに行った、わかったか」と言い、とっとと帰れと言わんばかりの剣幕である。ここで生活していた人たちにはあまりいい感じは持っていない、その仲間かと思われていると思ったが、私が小太りの風体だった（現在の体形とはずいぶん異なっている）ことから考えても、そう思われてやむを得ないと納得し、詳しい説明もせずに早々とそのお寺を退散した。

学生時代の巻向山中での出来事は、夢の中でのことかとも思っていたが、そうではなかった。

参考文献

1. 京都大学医学部100周年記念誌刊行委員会、近衛町無番地、2000
2. 西山 伸、京都大学における大学紛争、京都大学文書館研究紀要 10：1-18,2012



石楠花

精神科医として50年 (3) “大学紛争の時代”を経て、臨床精神科医に

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長

林 拓二

大学を卒業したら何科に進むかははっきりとは決めていなかったが、以前より精神科に興味があったのは確かである。あまり授業には出席していないが、ヤスパースの精神病理学総論（日本語訳）は買っていた。20歳過ぎに不眠が続いた時がある。その頃、布団の中で目を覚ましていると、上から誰かがのしかかり、助けを呼ぼうにも声は出なかった。やっと布団を撥ねのけ、その人物を追いかけたが階段で見失ってしまった。そのような出来事が続いたため、下宿で一人夜を過ごすのが辛かった。病気かも知れないと思ったが、あるいは夢の中での出来事かも知れないと思っていた。ぐっすり眠れた時は問題がなかったので、誰にも相談せず病院にも行かなかった。ある時、買っていたヤスパースの本を開くと入眠時幻覚の記載があり、正常とされる人の3割ぐらいがこのような体験をしていると知り、自分がとりわけ異常な経験をしているのではないと知って胸をなで下ろした。誰でも自分は正常であって病気ではないと思いたいものである。その時、私は精神的な病気とはどのようなものであろうと思い、どのように正常と異常とを判断するのか、精神医学は底知れない魅力を持った領域であると思ったものである。

その後、精神科を志望している同級生が、京大の精神科に入るのならフランス語を知っていなければいけないと言うので、NHKのフランス語講座を聞いて勉強したことがある。しかし、臨床に進むとすれば精神科かなと思ってはいたが、自分が社会的ではなく、人と話をするよりもコツコツと一人で仕事をするのが向いているのではないかと思い、身体的な医学の研究も考えていた。そこで、油絵を一緒に習ったことのある先輩の勧めでウィルス研究所の勉強会に参加したことがある。しかし、長いストライキが影響したのか、自分が学者としてやっていくのに自信がなかったので、途中でやめてしまった。その後、ウィルス研究所に進んだ先輩と医学部構内で出会ったとき、「どこに行くことにした？」と聞かれ、精神科に決めたと答えたが、自分のこの選択が良かったのかなと不安に覚えた。それを見透かしたかのように、先輩がどこか寂しげな顔をされたのを覚えている。私はいつも明確な結論は出さずにあいまいな形で決断し、その不安を振り払いながら、己の決断を正当化して振り返らないようにしてきた。あるいは、別な人生があったかもしれないが、それが良かったのか、結局、誰にも分からないのである。

昭和45年4月に私たちの1級上のクラスが1年遅れて卒業し、私のクラスは卒業試験をクリアすれば9月に卒業ということになった。そこで、卒業の予定が立ち、4月から医師の免許はないが病院の当直を手伝うというアルバイトで経済的に自立することも見通せ、家庭教師のアルバイトを続ければある程度の生活はできると思われた。そこで、昭和45年4月1日に付き合っていた女性と結婚した。妻は同郷の観音寺一高出身の同級生である。田舎の公民館で叔父・叔母に仲人を頼んで式をあげたが、「優秀な成績で大学を卒業した」と紹介されるも本当の身分はまだ学生であった。新婚旅行といえば、観音寺から京都に帰る途中に山陰の鳥取を回って関金温泉に泊まっただけである。確か京都に帰るとすぐ、4月の10日に内科学の卒業試験があったと記憶する。

最初に住んだところは妙心寺の前で、山陰線花園駅裏である、倒産した会社の独身寮の一室で、台所と4畳半一室があるだけでトイレは共同であった。銭湯には2人で行き帰りしたが、その様子は数年後にヒットした流行歌「神田川」の歌詞そのままである。田舎で結婚式を挙げたので嫁入り道具がたくさんあった。その一部を京都に運んでもらったが、トラックの運転手が「お届け先は、お医者さんだと聞いていたが、…」とあまりの狭さに驚いていた。しかし、荷物は4畳半の部屋にうまく納めてくれた。部屋の中央に食卓を置き、食卓は食事の他に卒業試験の勉強に使った。夜はその下に布団を敷いて寝た。近所の人から息子の勉強を見てくれと頼まれたので家庭教師もしたが、たとえ子供でも一人加わると4畳半は狭すぎた。その後しばらくして、家賃が多少高いがトイレ付きで6畳の部屋があり、銭湯がすぐ近くにあるという好条件のアパートが見つかり、一乗寺に引っ越した。

妻は農学部非常勤助手（実験の手伝い）として働き、私は家で卒業試験の勉強をしていた。この時期、同級生とは試験の時に顔を合わす程度になっていたが、その時には「あいつが結婚したらしい、そういえば最近太ってきたなー」との話が交わされることも少なくなかった。結婚するとまず食事が規則的となって肥えるようで、私も例外ではなかった。私が家で勉強していると、時に御用聞き of 兄さんが「コンチワー」と戸を叩く。顔を出すと「何や、兄ちゃんかいな、お母さんいる？」と言う。「今出かけているわ」と答えていたが、われながら変な生活をしているなと思った。しかし、この頃が私の人生の中で、一番幸せな時期だったのかも知れない。相変わらず貧乏学生には違いなかったが、生活に困窮しているわけではなかった。私は卒業だけを考えて勉強をすれば、後はなんとかなると思え、妻は医学部の学生と結婚していることを冷やかされていたようだが、教室のメンバーは良い人ばかりで「出来るだけ長く勤めてや」と言われ、職場が気に入っていた。



妻と立山から薬師岳を縦走した

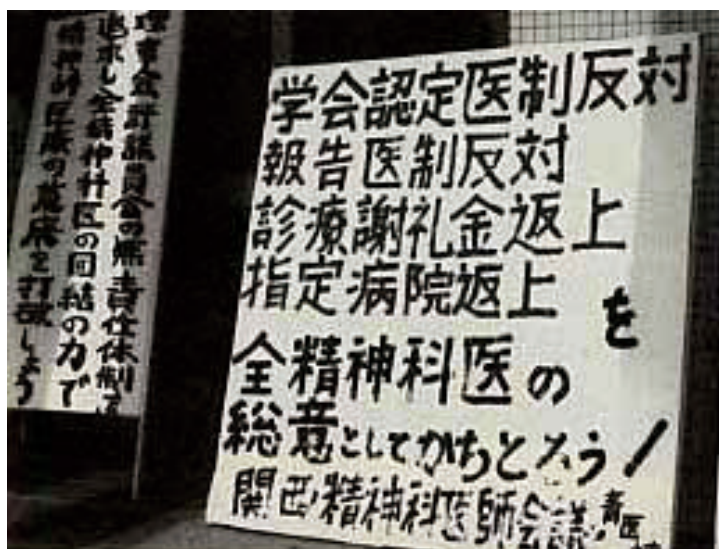
その年の夏休み、大学の非常勤職員と最終年の学生(?)である私たちは、立山から薬師岳を縦走した。五色ヶ原と太郎の山小屋で2泊したが、妻よりも私の方がバテ気味だった。妻はミカン農家の娘であり、子供の時から両親の手伝いに山に登っていたと言い、さすが山の娘だと感心した。山を無事に降りて京都に帰ったが、その後まもなく長男の妊娠が判明した。長男は母親の胎内で、両親と一緒に立山から薬師岳を縦走したことになる。父親(私)もまた、祖父母が引き揚げる途中に朝鮮の山野を歩き続け、生まれてきたことを思い出した。

私たちの同期生は予定通りに9月に卒業した。事務室に卒業証書を取りに行くだけで、卒業式はなかった。成績表も貰えると聞いたので評価表を見たが、見事に「可」ばかりであった。そして10月に医師国家試験を受けた。国家試験は既出問題集を見直すぐらいで良かった。最終日の面接では、試験官から「何科に進むつもりかね」と聞かれ「精神科に進みます」と答えただけである。「大変難しい科だね、まあ、頑張りたまえ」と言われて、この試験も無事に終わった。

われわれのクラスで精神科を希望していたのは7-8人いた。しかし、京大の精神科では教授の村上仁先生が定年になり、助教授や講師はいたが、反教授会、一人1票を主張する精神科評議会が医局の主導権を握り、精神医療改革の旗を掲げていた。そこで、全国から活動家が集まり、精神病院を告発する運動を展開していた。そのためもあり、最初から精神科に入ろうと希望していた者は3-4名であった。私が同級の横山君からの情報で、精神科の希望者は自分で仕事を探さなければならないと聞き、先輩の勤務する病院に見学に行き、早々と就職を決めたのは、この連載の冒頭で述べたとおりである。

国試の合格発表後、新しく就職した七山病院に顔を出して患者さんを20人ぐらい受け持った。そして、ぼちぼちと仕事を始めようとした時、大学から精神科を希望する者に招集がかかった。参加すると、まず「大学闘争との関係を踏まえ、何故、精神科を選んだかを一人一人述べよ」と言われた。その時、どう答えたかは今でもよく思い出せない。大学闘争の経過から精神科を選んだわけではなく、精神病がどのようなものかがよく分かっていないが、精神科は面白そうだというのが正直な私の選択の動機である。その頃、大学に残ろうとする医者が少なく、新しく精神科希望の私たち2人が勝手に七山病院に就職を決めたのはけしからんという声があり、評議会では2人の内の一人は大学に残れという話があった。評議会の議長は会の運営が難しいとこぼしていたが、様々な政治的背景を持つ活動家の意見を調節するのが難しかったようである。私たちは、受け持ちの患者さんまで決まってすでに診療しているのに、今更、病院を辞めるわけにはいかないと言って断った。議長は「みんな、わしの言うことを聞かない。わしも辞めた!」と怒って教室を出て行った。「精神科は大変難しい科だね」と国家試験の面接官が言ったのは、精神科では学問以上に政治的な争いが問題になっていることを知っていたからであろう。

その頃、助教授だった加藤清先生から「分裂病に興味があるのだったら、実際に精神病院で患者と格闘しながら新しい自分の精神医学を作ることだね」と勧められた。講師であった高木隆郎先生は、「あんたたちが大学に来て教えることは何もないよ。ただ、カタコトのドイツ語くらいかなあ」と言われ、われわれが大学に出入りするのが嫌なのかなと思った。それ以来、私は京大の精神科に顔を出さなかった。



日本精神神経学会（金沢）会場前

精神科では、昭和44年に金沢での精神神経学会が大学における無給医の問題、患者を犠牲にした研究体制の問題、そして博士号による人事支配を中心にする医局講座制や社会防衛に重心を置く精神医療体制などが批判され、学会もまた、製薬資本や関連病院との癒着に対して痛烈な批判にさらされていた。その衝撃は大きく全国の主要な精神医学教室の研究・教育体制が、ほとんど機能不全に陥ってしまっていた。精神医学の領域では、「反精神医学」の運動が世界を席卷し、「精神医学の100年の歴史にもかかわらず、精神病の病気の原因を見出しえないのは、精神病が医学的な疾患とは異なるからである」とも言われ、精神病の存在そのものが議論されていた。そして、劣悪な精神病院の状況を改善するために、若手精神科医の多くが、病棟の開放と精神病患者の解放を目指す運動に参加し、時代のスローガンは、「精神医学より、精神医療を！」、あるいは、「精神病院解体」、「病院から地域へ」というものだった。その頃、精神病院での管理的な生活指導に対する異議申し立てを行った医師たちは、「鳥は空に、魚は水に、人は社会に」と唱え、精神病院における管理や抑圧の機構に対する根本的な批判を展開していた。また、群馬県での地域活動は生活臨床という精神病患者を地域で支える運動に発展し、栃木県での地域活動からは「小坂理論」なるやや異形の分裂病論が登場し、少なからざる影響を若手精神科医に及ぼしていた。家族会運動からその破綻に至る過程は、ただ関東での出来事にとどまらず、様々な地域で、次々に繰り返され、70年代は、精神医学・医療を改革しようとする熱気が、国の内外に満ち溢れていた時代であったかと思う。

このような状況の中で、私は大学での経験を積むことなく、精神医療の現場を先入見なく見ることが出来た。私が勤めた七山病院では、入院患者のほとんどが慢性の分裂病患者であり、デフェクト（いわゆる欠陥状態）と表現するしかない患者だった。先輩の医師に案内され、説明されたことは「ここにいる患者さんは前時代の治療の失敗者である。我々はこのような患者を作り出してはいけない」ということだった。しかし、私は率直にこれらの説明に同意出来ず、このような病態がロボットミーや電気ショック、そしてクロルプロマジンの大量療法などに代表される侵襲的な治療の結果なのか、それとも生物学的な疾患の悪化、進行する病態の結果なのか、簡単に判断できるものではなかろうと思っていた。私はその時、10年あるいは20年、あるいはさらに長期の間、一箇所に腰を降ろし、病気の自然な姿を観察してみたいと思っていた。

七山病院では女性の慢性病棟の病棟主治医として40人ほどの患者さんと、男性の入院病棟（病棟主治医は医局長の山崎先生）で10人ほどの患者さんを受け持った。アルコールで入院している患者もいて、「先生！歳いくつ？」と聞く。24歳と答えると「若っかいなあ」と小馬鹿にしたように喋るので、それからは年齢を聞かれると「30歳」と答えることにした。また、診察室に患者さんが入ってきた時、大変な剣幕で怒り出して、最近の若い医者態度はけしからん！と言う。私が診察室には誰もいないと思って机の上に足をのせていたのを見つけたらしい。私はただ謝るしかなかったが、そのうちに「すまんなあ、怒ってしまって。最近の若い医者には、最初はガツンと一発かましておかんといかんてなあ」と言って笑う。

このように、コミュニケーションがとれる患者さんは2-3ヶ月の短期間に退院していくのだが、まもなく再発して入院になることが多いのが問題である。精神科医になった当初、私は自宅の電話番号を患者さんに教えて何でも気楽に相談するようにしていた。しかし、電話が夜昼となくかかってくる。特に精神状態が不安定になると、電話は深夜、明け方を問わずかかってきて、流石に患者さんに大声で叱ったことがある。その朝、病院に出勤するとその患者さんが入院していた。聞けば、主治医に叱られた後、夜道をはだかで走り周って警官に保護されたという。患者さんは急性の幻覚・妄想状態となり、この時も病状が改善するのに約3ヶ月かかった。確かに入院の切っ掛けを作ったのは私であるが、早かれ遅かれ、患者さんは入院治療が必要だったのであろう。就職して3年くらい自宅の電話番号を患者さんに教えていたのだが、妻が「こんな生活はもう嫌！」と音を上げていたのは確かである。それで自宅の電話を教えることは止めた。最近、スマホの電話番号を患者さんに教えている若い医師もいるが、その意図は良しとするも、「自分の家庭は壊さないようにしなよ」と忠告している。



大阪府堺市鳳にあった医師住宅にて

当初、七山病院への勤務には京都から乗り換えを繰り返して通勤していたが、病院の医師住宅が堺市の鳳（おおとり）にあり、空き家になっていたので引越しすることにした。住宅は田舎の農家風の平屋であったが、病院の勤務から帰った後などに少しずつ土間に床を張るなど自分で改修したので住み心地

はよかった。庭には小さいながらも池があり、鯉も飼うことが出来た。鳳の町は昔の宿場町の風情が残っており、商店街も近くて買い物にも便利で住みやすかった。長男・長女はこの家で出生し、お宮参りは日本武尊（ヤマトタケルノミコト）の伝説が残る近くの大鳥神社で行なった。しかし、今は公害対策もなされて空気もきれいになっているが、当時の堺は沖合いを埋め立てて臨海工業地帯が造成され、工場からの煙がモクモクと出て夜も明るく、風向きによっては悪臭が漂い始めていた。そして、数年後には長男が喘息の発作を起こし始めたので、住むのは生駒山脈を越えたところの方がよからうと思って奈良に引っ越しを考えた。近鉄奈良線の学園前駅は北部がすでに住宅地となっていて交通の便は良くなっていたが、駅の南側にはまだ住宅の開発は及んでいなかった。われわれの家族は駅の南口から歩いて5分くらいの所に手頃な家賃のアパートがあったので、そこに転居することにした。駅の南側には釣り堀があって、ヘラブナを釣る人が集まって来ていた。のどかな山村の風情がまだ残っていた。休日になると、私は長男を連れてすぐ近くの里山の雑木林を散策し、初夏には蕨（わらび）を取って家に持って帰り、あく抜きをして夕食のおひたしにして食べた。その後、新阿武山病院に勤務を移したことで大阪の南千里に引っ越したのだが、今では学園前の南側も開発されて新興住宅地となっているようである。蕨は七山病院の裏山でもよく取れ、昼休みには看護婦さんらとよく取りに行ったが、学園前と同じように、蕨がよく取れた里山はすでに無くなって住宅地になっているのであろう。



学園前南のレンゲ畑で子供達（長男・長女）と遊ぶ

結局、結婚してからドイツに留学するまでの13年間に、勤務先の病院を2度変えてはいるが、転居は5回もしたことになる。

精神科医として50年 (4) 大阪医大に通い、満田教授に師事する

公益財団法人豊郷病院附属臨床精神医学研究所

所長

林 拓二

精神科医として最初に勤務した七山病院で、今でも、なお私の記憶に残っている患者さんが数名いる。当時の患者資料は、10年ほど前に定年で京都大学を辞めた折りに、もう必要なだろうと思って処分してしまった。しかし、その中に、今頃どうしているのかなと気がかりな患者さんもいて、ここで思い出すまでに3名を短く紹介しておこう。

最初の症例はSAさんで、私が主治医であった期間は30歳前後の男性患者であった。自衛隊に入ることがあるが、演習に参加せず、奇異な訴えを続けるために除隊、自宅で閉居することが多かったという。精神科に入院してからは閉鎖病棟で他の患者さんと話すことなく、週に数回、主治医と診察室で話すだけであった。退院したいとの訴えはない。聞けば、病院の外は放射線に汚染されていて家では生活が出来ないという。微量の放射線を気にしていると地球上で安全なところは何処にもなく、この病院はもちろん汚染されているから食事でも食べられないのではと聞くと、家よりここで生活する方が安全だという。幻聴などの幻覚や明らかな妄想と言えるものはない。小さな声で淡々と自分の主張を繰り返すだけで、感情の表出なく無表情で、周囲に関心なく、病棟で何らの問題はない。われわれ4人の若い医者は定期的に集まって症例の検討会をしていたが、他の医者は、無為・自閉・好癖の典型的な破瓜病の患者だろうと言い、それ以上の関心を示さなかった。幻覚や妄想の活発な患者さんにはどうしても対応せざるを得なくなるが、このような患者さんには社会にどのように適応させるかが課題になる。当時は社会復帰施設もなお十分でなかったが、今でも十分であるとは言い難いであろう。このような患者さんは、今でも引き籠りとして多く見られると思うのだが、当時と比べると社会復帰施設がはるかに多くなっているとはいえ、精神医療の今後の課題ではあろう。この患者さんは、今もなおどこかの病院に入院したままであろうか？

2例目はIKさんで、50歳前後の女性である。詳細不明であるも分裂病と診断され、戦後に姉に連れられ新しい治療法とされたロボトミーを九州の大学病院で受けている。その後、大阪府の南部にあった正しい食事を実践するという断食団体に入所する。しかし、グループ内で死人が続出したため、警察によりグループは解散させられたとのことである。そのため、彼女は身寄りがなく言動にまとまりがないとして精神病院に収容されたという経緯である。彼女は一貫して、正しい食事をすれば病気が治ると主張し、自分は病人ではなく、患者さんを治す医師であると言う。そして、患者さんはもちろん医師にも正しい食事を説き、自分の主張の正しさを世界的にも有名な(?)桜沢如一氏の出版物を参考に力説する。

彼女は精神科の薬は毒であるとして絶対に飲まない。他の患者さんにも飲まないように勧める。通信販売で正食の材料を購入し、暗がりでもポリポリと玄米を齧っていて、他の患者からはネズミというあだ名を付けられていた。私が主治医になった時の第一印象は相当に変わったお婆さんだが、この人の主張を妄想と言えるのか？という疑問があった。薬は毒であり信仰により病気が改善するというのは、世の

なかでかなりの人たちに受け入れられている新興宗教の一般的な教えの一つである。ある看護師が彼女の主張に近い宗教を勧めて熱心な信者になったが、基本的な病棟での生活に変わりにはなかった。薬は絶対に飲まないで、彼女には薬を処方していなかった。しかし、他の患者さんにも薬を飲まないようにと説得するので、看護師や他の患者さんからも嫌がられていた。自分は本当の医師であって患者ではないと言って退院を希望し、私のあとを追いつけ、私はほとんど毎日1時間以上、彼女と話を続けなければならなかった。そして、不当にも入院させられているという手紙を人権擁護委員会に出し続けていた。そこで、同委員会から弁護士が来院して面接したが、帰り際に「先生、あの人は病気ですかねえ？」と質問する。「イヤー、私も分からないで困っています。あなたが病気でないと思うのなら、連れて帰って欲しいのですがねえ」と答えておいたが、結局、彼女の希望は応えられなかったようである。病院の内には、彼女の訴えに賛同するものがすぐに見つからないから、病院の外でじっくりと彼女の主張に耳を傾ける人を探した方がよいと説得して、婦人相談所から施設を紹介してもらい退院したのだが、そこでも自己の主張を性急に訴え続け、そこでも受け入れられないと病院に戻されてしまった。まずは社会に適応して、その上で少しずつ仲間を増やし、社会の中での存在感が見られるようになったら教団として自立出来るかも知れないと説得したのだが、そのような策略を弄することは彼女には困難であり、彼女はただ真っ直ぐに自分の主張をし続けたのであろう。残念ながら、彼女には自分の経験を生かして次の策を考えるということが難しい様である。それが、若い頃に分裂病に罹患したのが影響するのか、治療としてのロボトミーが影響しているのか判然としないが、私が彼女の主治医になって10年以上の時間が過ぎたように、同じ時間がその後も繰り返されたのであろうか？



七山病院医局旅行・種子島にて（右端が筆者）

3例目はBUさんと呼んでおこう。年齢は50歳前後である。この患者さんの主治医は医局長の山崎先生だったが、私の受け持ちの患者さんが同じ入院病棟でいたため、よく相談に乗ったり、また、自分の受け持ち患者が被害を蒙ったりしたために、駆け出しの医者である私にとっては強烈な印象を残した患者である。

この患者さんは、いわゆる統合失調症ではないと思う。私が七山病院に就職した時はすでに問題患者とされていた「特別な」患者であった。最初はその理由を知ろうとして病室を探したがそれらしい患者さんがいない。夕方になり棟外から帰ってきた患者が、向こうから声をかけてきて「今日は、タン

ポポを沢山採ってきたからおひたしにする。おいしいから先生も食べたら」と誘ってくれ、「自分の田舎ではよく食べたものでね」と包丁を取り出し、料理を始める。閉鎖病棟で出入りが自由、包丁の所持も自由なのに驚き、「これで措置入院？ 法律に違反しているのではないか」と思ったが、「特別な」患者であることは了解した。

臨床経験のなかった私は、彼が幻覚・妄想などの病的体験はなく、人あたりも良かったので、退院して社会復帰も可能だと判断したものである。主治医の山崎先生も同じ判断で、措置入院であるまま、行動の自由を認めて退院先を探させているようであった。この患者が特別である理由は七山病院に入院してきた経緯にある。彼は最初、刑務所で拘禁反応かと思われる状態となり、精神病院に収容された。その後、その精神病院内で殺人あるいは傷害致死に問われるべき事件を起こし、別の精神病院に転院させられたが、この病院でも同じような事件を起こし、大阪府の公立精神病院に転院となった。そこでも処遇困難患者とされ、その病院に勤務する医師達が院長に患者の転院を要求したという。今では考えられないのだが、転院が認められなければ医師全員が退職すると申し入れたとのことである。そこで、困り果てた院長が私の勤める病院に相談し、この患者さんが転院してきたとの事である。主治医の山崎先生は府庁に対し次のような話（密約？）をしていたようである。すなわち、この患者は入院の継続の必要はないと判断するが、今までの経緯から措置入院として閉鎖病棟に入院させる。しかし、出来るだけ早く退院させるため、自由に仕事探しに外出させる、とのことである。

当時、措置入院は自傷他害という本来の目的ではなく、経済的な問題で措置になった（公費負担）患者も多かったが、外出・外泊など行政への報告義務も多かったため、退院に向けた取り組みには支障が多かった。そこで、われわれ七山病院に勤める若手医師 4 人は連名で措置入院制度の問題点を挙げ、大阪府に対して公開質問状を提出したことがある。その回答として、大阪府は電話で病院事務に対し「公開での回答はできない。若い先生方に宜しく」との返事があったとのことである。

この患者はなかなか退院先が決まらず、私はその後も数年間付き合うことになった。患者は些細な事柄から看護職員や同室患者とのトラブルになり、時には、入院しているお年寄りの患者さんに暴力をふるい、しばらく経ったあとで、その患者さんが亡くなることもあったが、死亡の原因が彼の暴力か、それとも被害者の持病なのかどうか判断できなかった。ただ、就職先が決まりそうになると、社会生活への不安が嵩じて焦燥感が強くなり、周囲の者に当たるようになっていた。主治医の山崎先生との診察では、看護師に「中でどんな音がしても絶対に入ってくるな」と言って診察室に入ることがある。診察後に山崎先生が言うところでは、「彼は突然に形相が変わって怒り出す。まあ、シュナイダーの爆発性人格障害としか言えんね」とのことであった。

彼の退院がほぼ決まりそうになった時、私のところにやって来て「先生の患者の某が病院に来たら必ず殺す。先生は受持ち医だから先に言っておく」と言う。どうも私の患者が入院中に彼と賭け事をして負けたが、負けを認めずに退院したという。取り立てに彼のところに行ったが、警察署に逃げ込んで出てこないとのことである。私の患者は、たびたび窃盗で警察の厄介になり、逮捕される際には「俺、何してたんだろう」ととぼけ、「白々しい嘘つくな！」と一喝されることを繰り返していたてんかんの患者である。愛嬌があるので警察も彼の味方をするらしい。身長が180cmと大柄で若く、サシで勝負したらどっちが勝つのか分からないが、このような物騒な話を持ち込まれるとは思ひもしなかった。結局、私の患者は外来に現れず事件は起こらなかった。ある時は、ヤクザの親分がヤク（不法薬物）の売人として使えると言って病院にリクルートにやって来たこともある。本人も最初は気に入っていたようであ

るが、彼のような一匹狼はヤクザ組織ではうまくやっていけないと思ったのであろう。結局、この話は自分から断ってしまった。われわれ関係者は、その結果にずいぶんと落胆したものである。

彼にとっては、病院の生活は極めて快適な環境であったのかも知れない。措置入院で閉鎖病棟に強制入院中ではあるが、規制はなく、自由な病棟生活が保障されている。入院患者は彼の暴力を恐れ、彼に反抗する者はいなかった。ただ、アルコール中毒の患者が5人位入院すると、彼らが示し合わせると自分の身が危ないと恐れたのか、「おれを保護室に入れてくれ!」と希望し、「但し、外から鍵をかけるな」と要求することもあった。しかし、彼が「仕事を探しに少し遠くに行くので金が足りんのや」と相談に来ると、良い仕事が見つかったらいいな、と金は工面してくれる。しかし、なかなか就職先が決まらず、なにかと理由をつけて決断を渋るので、「ここに居続けると、いつまでも若くはないよ。歳を取ったら逆にあんたの方が被害者になる」と言って、一体どうするつもりなのかと迫ると、「あんたたち精神科医は、われわれを精神障害者として差別し、外国人だと言っては差別してきた。そして、強制入院・転院を繰り返したうで、今度はわしを病院から追い出そうとするのか!」と怒り、「あんたが精神科医である限り、ワシの敵や!」と怒鳴る。また、「わしはキチガイやから、人を殺しても罪にならんのだ」と嘯くので、「もし病院で事件を起こせば、今度は警察に通報する」と何度も忠告していた。しかし、退院が具体化しそうになった時、彼は同室の患者に暴行し、死亡させてしまった。この結果、約束通り警察に通報、裁判で有罪となり、彼は精神医療から司法へと処遇が変わることとなった。彼としては、これまでと同様に殺人の罪を免れ、退院することなく別な病院での入院継続が可能であると考えていたのかも知れない。彼は数年間をわれわれの病院で過ごしたが、入院当初から退院に至るまで精神症状は見られなかった。殺人の罪は十分に責任を問われるべきであり、診断は精神病ではなく、性格異常が妥当であるのだろう。

拘置所に収監中、彼に面会に行った七山病院の医師が「差別される者たちの中で、一番弱い者を殺したことを自己批判すれば、われわれの出来る限りの支援をしよう」と話をしたが、全く反省の言葉は聞かれなかったという。その後、刑を終えて出所したとき、保護司がどこに行きたいかと尋ねると、「七山」と言うので病院の前まで車で送り、保護司はそのまま帰ったという。病院では雑談して何処かに帰ったようだが、数日後、大阪梅田の駅前のある銀行に押し入り、持っていた麻袋の中に現金を入れろと要求、銀行員らに取り押さえられると、「声が聞こえる、命令されてやった」と言う。その数年後、刑務所から出所してすぐ商店街で突然消火器を開けて放水、駆け付けた警官に取り押さえられたと新聞で報じられている。

私はこの患者と出会うことにより、精神医療の現実に触れ、多くのことを学び、考えさせられた。駆け出しの医者だったこともあり、精神科医を続ける自信をなくした時期もあったが、このことが、医療と司法の谷間にある困難な問題に関心を持つきっかけになったのも確かである。患者に「精神障害者は人を殺しても罪に問われない」と思わせたのは、現実には「人を殺しても罪に問われなかった」からであり、言うまでもなく、司法が処理すべきものを医療の枠内で解決しようとした当時の精神病院の体質に問題があったのであろうが、その後も、大阪池田小学校事件の犯人のように、精神病患者を装って精神病院への逃げ込みを図ろうと考える者が少なからずいるようで、新聞報道などを見ていると腹立たしく思うことも稀ではない。われわれ精神科医から見れば、免責されるべきは精神病患者であって精神障害者一般ではない。



七山病院医局長の山崎先生と私（立山にて）

七山病院では、医局長の山崎先生が実質的な院長としての役割を務め、われわれ4人の若手医師は医局長の指示のもとに臨床を行っていた。慢性病棟の開放も医局長の指示とサポートによって行なうことができた。私はこの山崎先生から実に様々なことを学んだ。われわれ若い精神科医の将来を心配して、それぞれの進む道を考え、私には臨床を続けながら大阪医大の満田先生のもとで勉強することを勧めてくれた。山崎先生は、満田先生の弟子にあたり、戦後間もない頃、満田先生とともに患者さんの自宅や入院先の病院を訪ね歩いたことを、折に触れて聞かせて頂いた。そして、昭和17年に書かれた満田先生の論文を紹介していただいた。私はこのときに初めて医学の本格的な論文を読んだ。そして、この論文が私の将来を決めることになったと思う。精神神経学雑誌に掲載されたこの論文は、一冊の本のように重厚なものであり、当時、私は漢和辞典を引きながら読んだ記憶がある。そして、その調査研究の徹底性、厳密性に魅せられた。さらに、臨床遺伝学的調査によって、精神分裂病の概念を解体しようとする革新性に惹かれた。すなわち、内因性精神病を、早発性痴呆かそれとも躁うつ病かの2つに分ける「クレペリンの二分法」が、少しでも経験をつんだ精神科医ならば、臨床の現実に合っていないことに気付くのだが、満田先生は自分の足で集めたデータを用いて、このクレペリンの精神医学に真正面から異議を唱え、第3の精神病群の存在を主張していたのである。当時、我々の目にするものの多くが翻訳精神医学、あるいは輸入精神医学とでも言われる中で、日本が誇れる国産の概念はあまり多くはなかった。森田による森田療法、下田による執着気質などの概念は日本独特なものであったが、満田による非定型精神病もまた、精神医学の体系を根本的に書き換えようとした日本独自の概念であり、この研究の発展に、私もなんらかの形で関わることが出来ればと思った次第である。

私は昭和48年から、七山病院で週に4日間の常勤医師の仕事を継続しながら、満田先生にお願いして大阪医大に週2日通うことにした。ただ、教室が主催する大阪医大精神科開講20周年記念の国際会議（KCCBP）が終わってからにしてくれとのことであった。われわれ京大卒の医師はずいぶん警戒されていたようで、この会議をつぶすために大阪医大に来るのではと勘ぐる者もいたようである。その会議も何事もなく成功裏に終わった後、その意図を疑われることもなく、私は満田先生の外来診察を見学

し、病棟の回診について回った。それが終わったあと、毎週の研究会と抄読会に参加した。抄読会は同志社大学の福田先生が主催し、レオンハルトの内因性精神病の分類を読んでいたもので、自分の受け持っている患者がどのような分類になるのかを検討した。そして、家族歴の調査などから、満田先生の調査結果とほぼ同じ様に、分裂病は大きく2つのグループに分けられるであろうという印象を強く抱くようになった。満田先生からは、学位について心配していただいた。先生は、「七山脳病院に勤めていても研究歴にはならない。学位を取るには研究歴が必要で、そのためには毎月大学に《税金》を納めて研究生にならないといけない」と言う。しかし、私は、「つまらない論文は書きたくないので、10年に一つ良い論文を書きます」と言い、「学位はタダならもらいますが、お金を払ってまで欲しくはありません」と言って断った。満田先生はうなずいて、「本当の学者は学位を欲しがらないものだ」とおっしゃり、「林君は偉い」と言われたことを記憶している。当時の私は、その後の人生に学位がなくて困ることなどは全く考えてもいなかったのである。

参考文献

1. 満田久敏：精神分裂病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 46: 298-362, 1942
2. 満田久敏：内因性精神病の遺伝臨床的研究. 精神経誌 55: 195-215, 1953

以下、次号（本年報12号）に、

精神科医として50年（5）新阿武山病院でのことなど、

精神科医として50年（6）ドイツ留学から帰国し、愛知医大に、

精神科医として50年（7）愛知医大の教授となる、の3篇を連載予定である。

研究業績

令和 2（2020）年度業績

豊郷病院精神科の特色、治療、および実績

精神科および認知症担当の医師スタッフは、常勤医師 6 名（精神保健指定医 3 名、専門医 2 名、指導医 1 名）と非常勤医師 2 名である。

当精神科は、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、措置入院も今年度は 1 名を引き受けている。

精神科病棟は、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）は入院病棟（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（一部開放の閉鎖病棟）で、いずれも男女混合であり、定床はそれぞれ 60 床の計 120 床であるが、100 床前後（令和 2 年度平均:101 名）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、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を確保し、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。

治療としては通常精神科治療のほかに、今年度は修正型電気けいれん療法を 3 名施行し、難治性の統合失調症の治療剤であるクロザリルも 2 名使用している。

精神科外来は 3 診体制であり、一日平均の外来患者数は 80 名であった。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、大津地方検察庁長浜・彦根支部管内の刑事精神鑑定も随時引き受けている。

なお、年間患者数は外来が 19577 人、入院は 36804 人、手術件数（電気けいれん療法）が 25 件であった。

原著論文など

1. 林 拓二：精神疾患の分類と診断について．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、1-3, 2020.
2. 林 拓二、岡村恭子、堀川健志、中江尊保、阪上悌司、上原美奈子、武本一美、西嶋泰洋、坂口恵美、成田 実、世一市郎：精神疾患の40年以上の長期経過について－豊郷病院カルテの調査より－．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、6-17, 2020
3. 阪上悌司：現代精神医学批判．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、18-31, 2020
4. 木津賢太：精神科での心理社会的介入の充実化の試み．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、36-44, 2020
5. 伊藤優里：箱づくり法の事例検討．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、45-54, 2020
6. 林 拓二：私の趣味の世界－歩き続ける－．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、55-56, 2020
7. 武本一美：思い出すこと－髑髏（ドクロ）とメモリー・モリ（死を忘るな）世界は救いに満ちている－．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、57-62, 2020
8. 林 拓二：精神科医として50年（1）．豊郷精神医学研究所年報、第10巻、63-67, 2020

講演など

1. 西川由希子：自閉スペクトラム症の障害特性を活かした、生活スキル獲得への取り組み～自分の意思で生きる時間づくり～. 看護院内研究発表会、豊郷病院、2021.2.27、豊郷



京都・三千院の紅葉

公益財団法人豊郷病院附属 臨床精神医学研究所 所員

(令和3年3月31日現在)

所長	林 拓二（京都大学名誉教授）	所員	上原美奈子
顧問	尾関祐二（滋賀医科大学精神科教授）	所員	坂口恵美
顧問	村井俊哉（京都大学精神医学教授）	所員	木村千江
所員	成田 実	所員	古田成年
所員	阪上悌司	所員	岩田夏彦
所員	中江尊保	所員	木津賢太
所員	堀川健志	所員	上野志保
所員	岡村恭子	秘書	森 香織
所員	世一市郎		



湖東三山・西明寺

編集後記

豊郷臨床精神医学研究所年報は第11号となりました。

当研究所が発足から10年が過ぎ、非定型精神病研究のまとめを考えていましたが、まだまだ時間が必要です。今回の報告は内因性精神病の長期経過報告となります。若く新しい先生がこれまでの研究を継続、発展させてくれればと思っています。

阪上氏の論考は「内因性＝遺伝性」を前提に議論していますが、ほとんどの精神科医は内因性を「原因がまだ分からないもの」と理解しています。私の本号での調査でも、少なくない症例を内因性うつ病に分類しており、「内因性うつ病はない」という意見にはなかなか承服できません。しかし、従来から神経症性うつ病と呼称していたものが、現代型うつ病などと名を変えて流行し、今でもうつ病の大半を占めると断じることには首肯できます。精神医学はいかなる仮説を発表するのも自由ですが、すべては臨床に裏打ちされた事実によって検証していかななくてはなりません。今後の臨床での成果を期待しています。

今号も阪上医師の他、岡村医師からの寄稿、看護・心理からの研究報告がありました。少しでも皆様のお役に立てればと思っています。

新型コロナの感染は第5波がやっと終息したかに見えましたが、海外での再感染の状況や、南アフリカ発のオミクロン株の流行が懸念され、来年には第6波の流行が危惧されています。皆様にはくれぐれも健康に注意して御活躍されることを願っております。

最後になりましたが、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。

(R3.12.15. 林 拓二)



京都府立植物園の秋

2020(令和2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.11

2022年3月14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)