

北陸神経精神医学雑誌

The Hokuriku Journal of Neuropsychiatry

2022

Vol. 36 No.1-2

●北陸神経学会 巻頭言	菊知 充	1
巻頭言		
●第199回北陸神経学会特別講演		
安眠のための秘訣—睡眠障害と夜間多尿を中心に—	横山 修	3
●第200回北陸神経学会特別講演		
北陸神経学会の歴史と将来への展望	山口 成良	14
●北陸神経学会 会員の声		
総合病院精神科リエゾン医療：他診療科医師への提言	三邊 義雄	15
●原 著		
口腔内セネストパチーの1症例	山口成良・田村 悠	17
当院における児童青年期の初診患者の担当医		
棟居俊夫、下優太郎、土田航祐、石井奏、菊知充、和田有司、加賀良康武、喜多克尚、織田忠明		20
わが国の精神保健医療福祉はどこに向かうのか —若手医師に伝えたいこと—	北村 立	26
石川県内における新型コロナウイルス感染症流行による自殺への影響		
松原拓郎、長谷部憲一、木崎裕哉		38
プリンシパル・エージェント理論による屋根瓦式教育の改善事例：金沢大学精神行動科学教室での取り組み	亀谷仁郁、宮岸良彰、坪本真、内藤暢茂、佐野滋彦、奥田丈士、菊知充	43
両側自己眼球摘出を行った統合失調症の1例	宮下翔伍、坪本真、内藤暢茂、菊知充	56
●学 会 抄 録		
第199回北陸神経学会		62
第200回北陸神経学会		75
●学会だより		87
会 則		90
投稿規定		92
編集後記		94

-CONTENTS-

●Original Articles and Case Report		
・Nariyoshi Yamaguchi, Yu Tamura: A case of Oral Cenesthopathy		17
・Toshio Munesue, Yutarou Shimo, Kousuke Tsuchida, So Ishii, Mitsuru Kikuchi, Yuji Wada, Yasutake Kagara, Katsunao Kita, Tadaaki Ota : An exploratory chart review of attending psychiatrists who examine child and adolescent out-patients at their initial visit to a mental hospital		20
・Tatsuru Kitamura: Future directions in developing the Mental Health Care System in Japan		26
・Takuro Matsubara, Hasebe Kenichi, Yuya Kizaki: Impact of Coronavirus Disease 2019 Outbreak on suicide in Ishikawa Prefecture		38
・Masafumi Kameya, Yoshiaki Miyagishi, Makoto Tsubomoto, Nobushige Naito, Masuhiko Sano, Takeshi Okuda, Mitsuru Kikuchi: Reconstruction of Roof-Tile Education Using Principal-Agent Theory: An Approach at the Department of Psychiatry, Kanazawa University		43
・Shogo Miyashita, Makoto Tsubomoto, Nobushige Naito, Mitsuru Kikuchi: A Case of schizophrenia with bilateral autoenucleation		56

第三十六巻 第一一二号合併号

(通巻四十一号)

編集者 金沢大学医学類精神行動科学教室内
菊知 充
印刷所 株式会社イシダ印刷
book-hon事業部

発行所 金沢大学医学類精神行動科学教室内
振替 北陸神経学会
金沢七十六六五七番

北陸神経精神
Hokuriku

北 陸 精 神 神 経 学 会
The Hokuriku Society of Psychiatry and Neurolog

巻頭言

菊 知 充

北陸精神神経学会 事務局長

「医療の偏重」、つまり、「地域の医師数」「診療機関の数」「診療科ごとの医師数」の偏りについて議論されて久しくなりました。最初の「地域の医師数」の偏在について、厚生労働省は効果的な政策を実施してきました。皆さまもご存知と思います。医学部入学における「地域枠」制度をつくり、卒業生について一定期間は都道府県が、医師数の少ないエリアに医師を配置できるようにしました。北陸3県において、各県ごとに10～20人の入学枠があり、卒業後は一定期間都道府県の指示で勤務先が決まります。医師の少ないエリアで働く条件で運用されて地域医療の重要な存在となっています。素晴らしい制度でありましたが、全国でこの枠は徐々に減られていく予定のようです。この制度がなくなることは、北陸エリアにおいても少なからずマイナスになると思われます。次に「診療機関の数」の偏在についてです。この北陸のエリアにおいては実感がわからないのですが、関東のエリアでは精神科開業の制限が議論され始めています。これについては、地域ごとの精神科疾患別患者数など、正確なデータにもとづいた議論が必要で、今後どのように進められるのか注視すべき問題です。最後に、「診療科ごとの医師数」の偏在についてです。今後の精神科医師数の増減に関わる問題で、極めて重要な案件です。厚生労働省は新専門医制度で研修をうける医師の数に、毎年度シーリング制度（上限設定）を導入することで、診療科と県単位の医師数の偏在をまとめて解決しようとしています。厚労省の独自の計算により精神科医師数が多いと認定された東京、石川、岡山、福岡、佐賀、熊本、沖縄の7都道府県において、令和4年現在精神科専攻医のシーリングが設定されています。このシーリング設定の根拠については、日本精神神経学会も戸惑っています。まず、厚生労働省が算定の根拠にしている地域ごとの精神科医数が、医療機関で働いている専門性の高い精神科医師に限定しているわけではなく、計算方法が不明瞭です。この計算の根拠には神経科や心療内科で働く医師も含まれているかもしれません。

精神科医師の偏りについて、ある程度正確な資料があります。日本精神神経学会が、精神科医療の将来計画のために計算したデータがあります。2009年3月末における日本の精神科医師数とその分布を、当時の日本精神神経学会の専門医制度資料に基づき算出したものです（精神神経学雑誌 第114巻 第12号 2012年 1359-1375頁）。このデータもまた、必ずしも、医療機関で働く精神科医師の実数を完全に反映するとは言いきれません。しかし心療内科や神経科医師が合算されていないという点で、これまで活用されてきた「医師・歯科医師・薬剤師調査の概要」調査等よりも、実体を反映していると考えられます。このデータによると、人口10万人に対する精神科医師数は、全国平均が8.55であるのに対して、石川県が9.12人、富山県が7.56人、福井県が6.94人でした（2009年3月末時点）。石川県は多いように見えますが、それでも全国の都道府県では当時17位で、人口比率から見て、シーリング設定の対象になるエリアには見えません。さらに二次医療圏についての調査で、極端な精神科医過疎エリアが北陸には存在することが指摘されました。具体的には石川県能登北部1.20人、富山県砺波1.94人、福井県丹南

2.57人でした（2009年3月末時点で、現在の数字ではありません）。このような状況にもかかわらず、石川県にシーリング（採用の上限）が作られています。国が実質的主導権をもつ日本専門医機構は、日本の精神科医療の未来を見据えて尽力されていることに疑いの余地はありませんが、医師の充足数については現場との間に肌感覚の違いがあるように思われます。

現在、若手精神科医の多くは、この機構の専門医を目指しています。これからも、この北陸の地で専門医資格を安心して取得できる体制維持が大事です。そのためには研修施設において指導医を安定して維持できるように協力していくことが大事です。

安眠のための秘訣 —睡眠障害と夜間多尿を中心に—

横山 修

福井大学医学部泌尿器科学講座

要旨: 夜間頻尿は他の下部尿路症状の中で最も頻度が高く、泌尿器科以外の診療科横断的な背景疾患を有していることからその病態は複雑である。基本となる病態は「夜間多尿」「膀胱容量の減少」「睡眠障害」の3つ分類されるが、「夜間多尿」と「睡眠障害」に起因する夜間頻尿が多い。高齢者では深睡眠（徐波睡眠）の頻度や持続時間が減少し、睡眠の質の悪化がみられる。睡眠の質の悪化は高血圧や糖尿病の発生にも繋がり、その背景にはレプチン、グレリンなどのペプチドホルモンや、オレキシンニューロンが関与する。睡眠障害は夜間多尿の原因にもなる。夜間多尿の診断には排尿日誌を用いて夜間排尿回数や夜間尿量率を算出することが必要である。対策として、睡眠薬をうまく使って睡眠の質を向上させれば夜間多尿対策にも繋がる。また、夜間多尿には水分制限、塩分制限が有効であるのでまず積極的な生活指導が重要である。

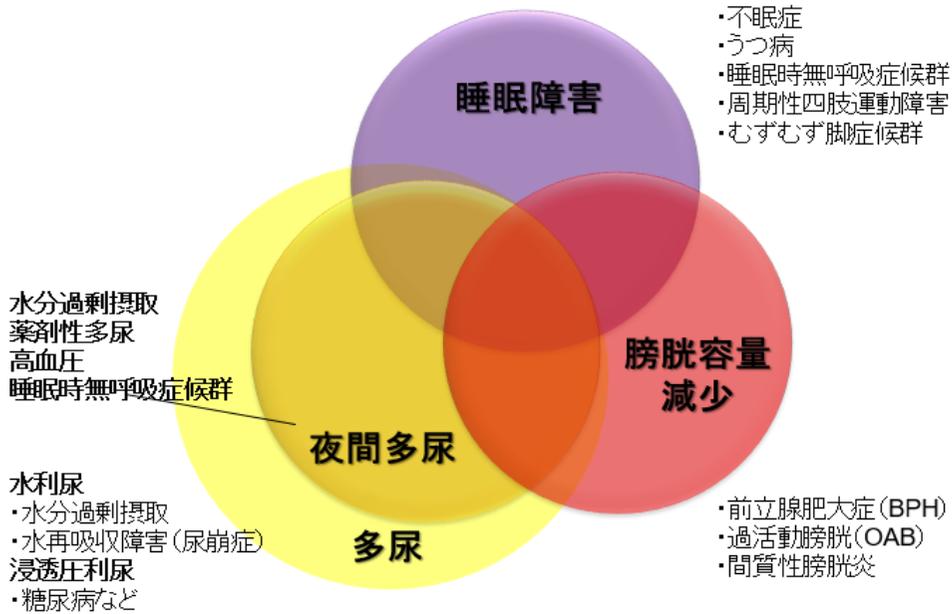
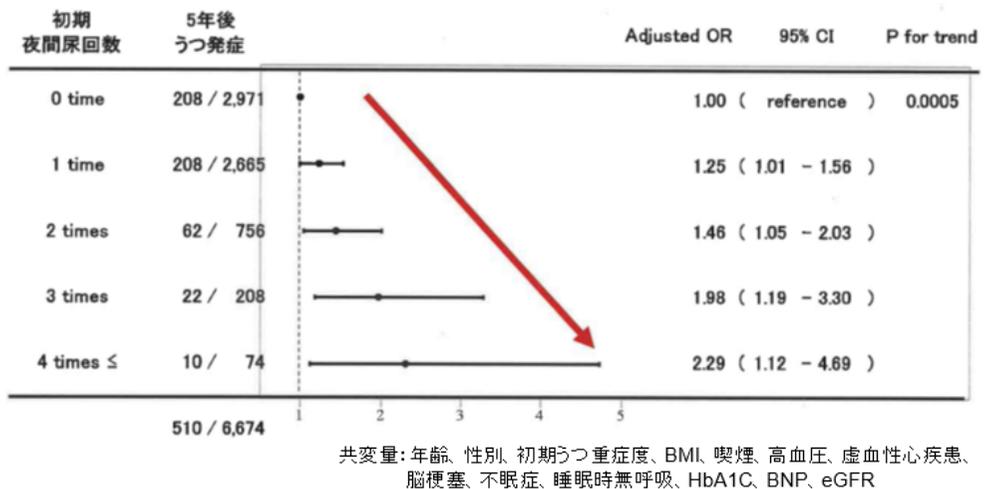
はじめに

夜間1回以上トイレに行く人の数は約4500万人と推定されている。夜間頻尿とは夜間に排尿のために1回以上起きなければならないという愁訴であり、QOLが障害されていなければ治療対象にはならない。しかし本人または介護者が治療を希望している場合、通常は2回以上を問題とすることが多い¹⁾。夜間頻尿の背景には多彩な疾患が存在し、前立腺肥大症や過活動膀胱、女性の膀胱瘤・子宮脱などの泌尿器科・婦人科疾患に始まり、睡眠障害や各種内科疾患もその原因となっている。夜間頻尿はその病態として多尿・夜間多尿、膀胱蓄尿障害、睡眠障害の3つに分類さ

れる。最初に睡眠障害に起因する夜間頻尿について解説し、次に頻度の多い多尿・夜間多尿の原因と対策について述べる(図1)。

睡眠障害と夜間頻尿

高齢者では、若年者と比較して深睡眠（徐波睡眠）の頻度や持続時間が減少し、睡眠の質の悪化がみられる。加齢とともに床上時間は延長するが、床上時間が長いと中途覚醒も増え、不眠の訴えにつながる。また浅い睡眠となるため少しの尿意でも容易に覚醒（中途覚醒）し排尿行為に及ぶ。また、一旦覚醒して排尿すると再入眠困難が生じ、また入眠できたとしても浅睡眠となり軽度の膀胱内圧の

図1 夜間頻尿の病態¹⁾図2 夜間排尿回数が多いほど「うつ」発症⁴⁾

上昇でも尿意を感じて排尿行為に繋がる。夜間頻尿と不眠は高齢者の転倒・骨折と関連し^{2, 3)}、また、平均 57.3 歳の 9764 名を 5 年

間追跡調査した長浜コホート研究の結果では、夜間排尿回数が多いほど 5 年後に「うつ」を発症するオッズ比も高くなると報告されている(図2)⁴⁾。

睡眠障害の1番の原因は加齢であるが、ストレス、うつ病などの精神疾患、睡眠リズムの乱れ、アルコール・薬の影響、生活習慣病なども原因とされている。逆に不眠があると様々な生活習慣病になりやすい。高血圧、糖尿病、肥満などである^{5, 6, 7)}。では睡眠不足がなぜエネルギー摂取を増やし、肥満や糖尿病、高血圧に繋がるのであろうか。

アディポサイトカインとオレキシニューロン

末梢の脂肪細胞は肥満に伴い様々なアディポサイトカインを分泌させ、動脈硬化、高血圧、性機能障害などを引き起こす。しかし善玉のアディポサイトカインもあり、アディポネクチンは抗糖尿病作用と抗動脈硬化作用などがある。レプチンには視床下部に作用して食欲抑制、エネルギー消費増強効果があり、内臓脂肪蓄積でその分泌は増加するが、肥満高度になるとレプチン抵抗性が獲得される⁸⁾。一方のグレリンは、ラット胃から抽出されたペプチドホルモンで、成長ホルモン分泌促進因子受容体に対する内因性リガンドである⁹⁾。成長ホルモン分泌刺激、食欲亢進・体重増加などのレプチンに相反する作用を持っている。グレリン受容体は排尿反射を司る腰仙髄副交感神経核に存在し反射を亢進するが、膀胱平滑筋には影響ないとも報告されている¹⁰⁾。健康成人を対象に、10時間睡眠2日間の後、4時間睡眠2日間を負荷すると血中レプチンは低下しグレリンが増えて空腹感が増し、食欲も増加傾向を示すことが報告されている⁹⁾。その後視床下部オレキシニューロンを介してそのシグナルが視床下部弓状核に伝わり食欲を亢進させ肥満に繋がる。ま

たオレキシンは覚醒もコントロールしていると考えられている¹¹⁾。オレキシニューロンは、情動、脳内時計、エネルギーバランスにかかわる情報を受け、睡眠覚醒、報酬系、摂食行動の制御に関与している。オレキシニン受容体拮抗薬の1つがスボレキサントで高齢者/非高齢者の転倒関連の有害事象はプラセボとほぼ同様とされている¹²⁾。また、オレキシニューロンは脊髄において知覚を制御しているとされ、オレキシンをラット脊髄腔へ投与すると排尿反射は亢進して頻尿となるが、その遮断薬を投与すると排尿反射は抑制されて排尿間隔が延長するので減少した膀胱容量を増大させる効果も報告されている¹³⁾。臨床的にも2回以上の夜間排尿回数を有する不眠患者35名にスボレキサント投与を行うと、1か月後夜間排尿回数は約1回の減少、QOLも改善傾向がみられた¹⁴⁾。

睡眠薬と膀胱機能・尿量との関係

われわれはこれまで非ベンゾジアゼピン系睡眠薬であるゾルピデムを用いて膀胱機能に対する影響について動物実験を行ってきた¹⁵⁾。ゾルピデムを経静脈的に投与するとラット膀胱は用量依存性に増大し(図3)、この膀胱容量増大効果はGABAA受容体拮抗薬であるビククリンによって拮抗されたので(図4)、GABAAを介していること、またゾルピデムは睡眠時の尿量を減少させることも報告した。一方、催眠・生体リズム調節作用を有するメラトニンをラット脳室内に投与すると、覚醒ラットの膀胱容量を用量依存性に有意に増大させ、ビククリンにより拮抗されることよりから脳GABAA受容体に起因するこ

図3 ゾルピデムはラット膀胱容量を増加させ尿量を減少させる¹⁵⁾

(n = 10)

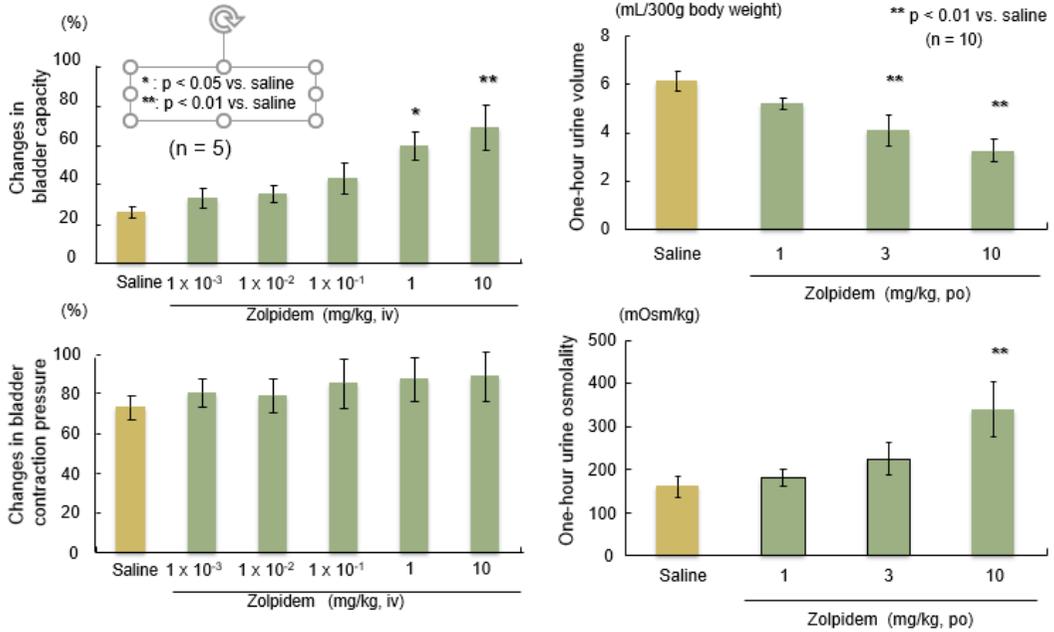
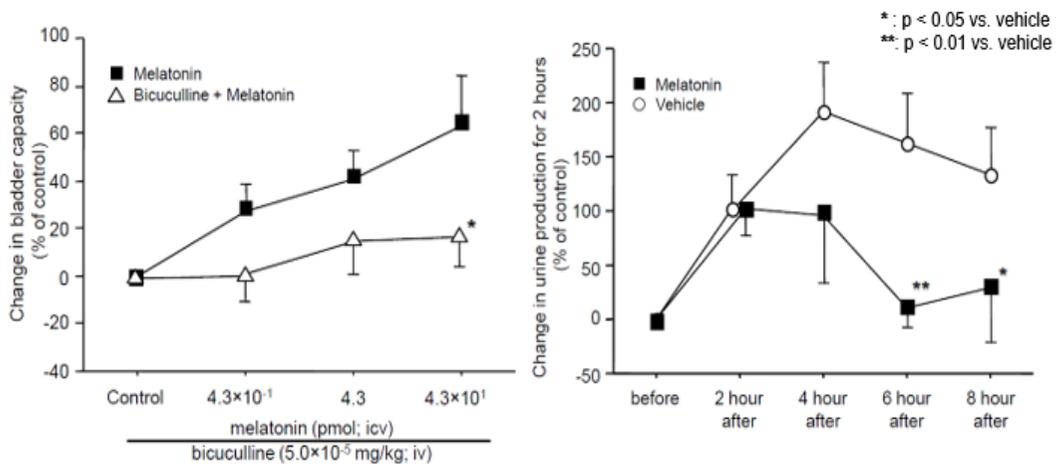


図4 メラトニンは脳GABA_A受容体を介して膀胱容量増大効果を発揮し、利尿ラットの尿量減少効果も有する¹⁶⁾



と、さらに利尿状態のラットに対しメラトニンを投与すると尿量を減少させることも解明した¹⁶⁾。したがって睡眠深度と夜間尿量とは相関があり、睡眠環境を調整するため膀胱容量を増やし、尿量を減少させている可能性がある。これらのリズムを調整する体内時計はメラトニン、バソプレッシン、connexin43などの蛋白を介して腎や膀胱を同調させていると考えられる¹⁷⁾。この体内時計には自立振動性とともな内在的な概日時計の時刻を外界の環境時刻に合わせる外部環境への同調性があり、概日リズムの乱れから生じる夜間頻尿には、光刺激による体内時計の同調性を期待してメラトニンの分泌量増加のために昼間に光を浴びることが大切である(表1)¹⁸⁾。不眠があるから夜間頻尿になるのか、あるいは夜間頻尿があるから不眠になるのかは患者背景により異なるが、両者が悪循環をきたすこ

とはどの患者においても共通している。したがって、夜間頻尿の主な原因に対する治療を行うとともに不眠の原因となっている疾患の診断や治療も重要である。また、睡眠障害に対する薬物治療は夜間尿量を減らす可能性もあり、薬剤の選択は重要であるが、転倒、骨折、せん妄の発生に注意が必要である。

夜間多尿の原因

夜間頻尿診療ガイドライン(第2版)によれば、夜間多尿の背景には、加齢に伴う抗利尿尿ホルモン(ADH)分泌異常、水分過剰摂取、食塩過剰摂取、薬剤、高血圧を代表とする心血管性などがあるとされている(表2)¹⁾。夜間頻尿(1回以上)を訴える過活動膀胱症例1,271名に3日間の排尿日誌と家庭血圧を記載させた調査(OASIS Project)では女性の高血圧は夜間多尿と関連が深く、夜間

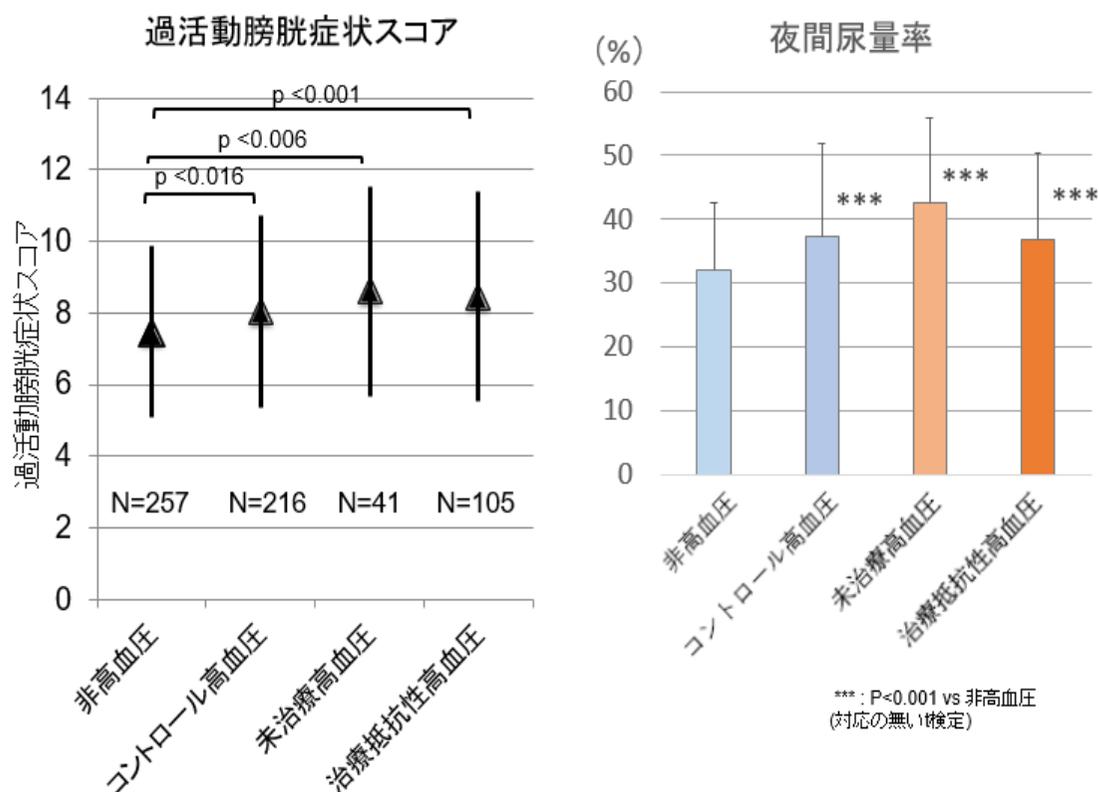
表1 睡眠の観点から見た夜間頻尿に対する生活指導¹⁸⁾

— 夜間頻尿改善10力条 —

1. 就寝前の飲水を控える
2. 就寝前3～4時間のアルコールやカフェイン類(コーヒー、紅茶、日本茶、炭酸飲料など)は避ける
3. 就寝前1時間、中途覚醒時の喫煙は避ける
4. 就寝1時間前から部屋の照明を暗くして、音楽、香り(アロマ)などリラックスできるような環境を作る
5. 昼間に光を浴びる(交感神経刺激による覚醒作用、夜間のメラトニン分泌量増加)
6. 朝一定の時刻に起床する
7. 規則正しい食事習慣、特に朝食が重要
8. 入床1～2時間前に入浴(40～41℃で約20分間)する
9. 昼食後に約30分の昼寝を行う(午後3時以降は行わない)
10. 夕方に軽い運動を行う

表2 夜間多尿の原因¹⁾

水利尿	浸透圧利尿
<ul style="list-style-type: none"> • 加齢に伴う抗利尿ホルモン(ADH)分泌異常 • 水分過剰摂取(食物からの摂取及び飲水) 脳血管障害、虚血性心疾患の予防で眠前飲水 • 食塩過剰摂取 • 薬剤 利尿薬の不適切な投与時間、降圧薬(Ca拮抗剤) • 心血管性 高血圧、特に夜間高血圧。心機能低下に伴う下肢への水分貯留とANP増加 • アルコール ADH分泌抑制 • 腎濃縮力低下 	<ul style="list-style-type: none"> • 糖尿病 • ネフローゼ • 利尿薬 など

図5 女性高血圧患者は過活動膀胱症状スコアも高く夜間尿量率も高い¹⁹⁾

尿量率が有意に高い結果であった(図5)¹⁹⁾。しかし、水分・食塩過剰摂取や薬剤の影響があっても多尿に対応できるだけの機能的膀胱容量があれば夜間頻尿は生じないはずである。しかし年齢とともに夜間の機能的膀胱容量は低下し、これに夜間多尿を伴っていると夜間排尿回数は増加することになる。OASIS Projectでも、高血圧患者は夜間多尿でしかも過活動膀胱症状スコアも高いという結果であった(図5)。

多尿(polyuria)と夜間多尿(nocturnal polyuria)の評価

多尿とは、1日の排尿量が40mL/kg体重を越える場合を言う。また、夜間多尿は24時間の尿排出量のうち夜間の割合が多い場合であるが、この夜間尿量には就寝前の最後の尿は含まれず、朝起床後の最初の尿は含まれ

る。夜間尿産生量の正常範囲は年齢によって異なり、また各年齢の正常範囲も確定されていない。そこで夜間に20% (若年成人) から33%以上(65歳以上)の尿が産生されれば、夜間多尿があるとしている。夜間排尿回数が2回以上の人では、アジアでも欧米でも76%から88%が夜間多尿であったとの報告もある^{20,21)}。

排尿日誌のつけ方

排尿日誌は夜間多尿の診断にも役立つが、患者が自分の排尿パターンや尿量を知ること、生活習慣の改善やセルフケアにつなげることもできる(図6)。計量カップは500mlくらいの容量があるものを用いる。記録用紙は日本排尿機能学会のホームページ

(<http://japanese-continence-society.kenkyukai.jp/special/?id=15894>) か

図6 排尿日誌

The image shows a screenshot of a '排尿日誌' (Urine Diary) form. At the top, it says '(43ページ参照)'. Below that are fields for '月 日 ()' and '起床時刻: 午前・午後 時 分' and '就寝時刻: 午前・午後 時 分'. There is a 'memo' section with the text 'その日の体調など気づいたことがあれば記録してください。'. Below the memo is a note: '※前1回目の尿量は、前日の尿量になります。'. The main part of the form is a table with columns: '時間', '排尿 (回)', '尿量 (ml)', 'もれ (回)', and '水分摂取量 (ml)'. The table has 12 rows for recording. At the bottom, there is a summary row with '計' and '回' and a field for '翌日 月 日 起床時刻: 午前・午後 時 分' and '排尿量 ml'. A small link '次のページへつづく' is at the bottom right.

らもダウンロードできる。まず、朝起きて最初の排尿からスタートし、その後も昼～夜と、排尿するたびに記入していく（図7）。排尿した時間が何時何分なのかを書き込む。5分単位で記入する。トイレに計量カップを置き、直接カップに排尿して排尿量を計測する。10 mL単位で記入、尿もれ・失禁尿失禁があった場合はメモをする。起床時間・就寝時間、昼間と夜間の排尿を区別するため、起床時間と就寝時間も忘れずに記載する。夜間尿量には就寝前の最後の尿は含まれず、朝起床後の最初の尿は含まれる。できれば3日～1週間、日誌を続けるのが理想的であるが、平日は忙しいという人は週末の2日間だけの記載でも評価はできる。1日尿量に対する夜間尿量の割合が33%を超えた場合夜間多尿となる。

夜間多尿の治療

夜間多尿があるとどのくらい夜間排尿回数が増えるのか、メタ解析の結果が報告されている。夜間多尿ありのヒトはないヒトに比べ0.59回排尿回数が多いとされ、また夜間頻尿がないヒトに比べ2回以上の夜間頻尿のヒトが夜間多尿であるオッズ比は4.99と報告されている²²⁾。2020年発刊された夜間頻尿診療ガイドライン第2版によれば、夜間多尿に対する幾つかの生活指導の提言があり、その中の1つ飲水制限については、夜間頻尿患者に対する行動療法の一環として夜間頻尿の改善に有効な指導であり推奨される（推奨グレードA）、と記載されている¹⁾。これにより夜間排尿回数は1～1.5回減少するが、体重の約2%以内の飲水制限とか、体重当たり30 mL未満に制限、カフェインの制限など

図7 排尿日誌の1例 夜間排尿回数と夜間尿量、夜間尿量率の求め方

排尿時刻	尿量 (mL)	
1. 07時00分 起床	200	昼間排尿回数 6回
2. 10時00分	100	
3. 13時00分	100	
4. 16時00分	100	
5. 20時00分	100	
6. 23時00分 就寝前	100	
7. 02時00分	200	夜間排尿回数 2回
8. 04時00分	100	
9. 07時00分 起床	200	

夜間尿量率
 $500 \div 1000 \Rightarrow 50\%$

昼間尿量
500mL

夜間尿量
500mL

様々である。塩分制限については、夜間排尿回数、夜間尿量、夜間多尿指数が減少することが示され、夜間多尿症例には推奨される（推奨グレード B）となっている。

薬物療法では、夜間多尿に対してバソプレッシン V2 受容体作動薬デスマプレッシンの投与は推奨されるかという CQ に対して「長期成績を含めて有用性の報告があり、推奨される。高齢者では低 Na 血症、頭痛など有害事象が懸念される。重篤なものは少ないが注意深い経過観察必要」として男性では推奨グレード A、女性は保険適応外となっている。低 Na 血症は、年齢 65 歳以上、高用量（50 > 25 μ g）、治療前の血清 Na 値 135mEq/L 未満、腎機能低下で頻度が増加するので注意が必要である。では女性ではどうすれば良いのか。推奨グレードは C1 と低いが、「午後早い時間に利尿薬を投与することで就寝前に体内に蓄積された水を尿として排泄させ、その後の夜間尿量を減少させるためその投与は推奨される」、となっている。利尿後は細胞外液減少から RAS 系が活性化され、集合管における Na⁺再吸収が促進して尿量が減少する。夜間頻尿改善 10 か条（表 1）にも就寝前の飲水制限、就寝前 3～4 時間のアルコール、カフェインの制限などが重要とされ、また夕方下肢の筋肉を使った運動は「むくみ」をとって夜間尿量を減少させる効果があり有効と考える。

最後に

夜間頻尿の原因には睡眠障害、夜間多尿、膀胱蓄尿障害がある。睡眠障害は肥満、生活習慣病を惹起するが、夜間多尿の原因にもな

る。そのため睡眠薬をうまく使って睡眠の質を向上させれば夜間多尿対策にも繋がる可能性がある。また、夜間多尿には水分制限、塩分制限が有効であるのでまず積極的な生活指導が重要である。

引用文献

- 1) 編集 日本排尿機能学会／日本泌尿器科学会 夜間頻尿診療ガイドライン第 2 版 リッチヒルメディカル、2020 年
- 2) Stewart RB, Moore MT, May FE et al. Nocturia: a risk factor for falls in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 1217-1220
- 3) 斎藤浩樹, 山中英壽, 今井強一 ほか. 高齢者における排尿障害と睡眠障害の実態調査. *泌外* 2001; 14: 858-860
- 4) Funada S, Tabara Y, Negoro H, Akamatsu S, Yoshino T, Yoshimura K, Watanabe N, Furukawa T, Matsuda F, Ogawa O. Longitudinal Analysis of Bidirectional Relationships between Nocturia and Depressive Symptoms: The Nagahama Study. *J Urol* 2020, 203: 984-990.
- 5) Suka M, Yoshida K, Sugimori H. Persistent insomnia is a predictor of hypertension in Japanese male workers. *J Occup Health*. 2003, 45: 344-350.
- 6) Mallon L, Broman J-E, Hetta J. High incidence of diabetes in men with sleep complaints or short sleep duration: a 12-year follow-up study of a middle-aged population. *Diabetes Care*. 2005, 28: 2762-2767.

- 7) Zimmerman ME, Bigal ME, Katz MJ, Derby CA, Lipton RB. Are sleep onset/maintenance difficulties associated with medical or psychiatric comorbidities in nondemented community-dwelling older adults? *J Clin Sleep Med.* 2013, 9: 363-369.
- 8) Hajer GR, van Haeften TW, Visseren FLJ. Adipose tissue dysfunction in obesity, diabetes, and vascular diseases. *Eur Heart J.* 2008, 29: 2959-2971.
- 9) Spiegel K, Tasali E, Penev P, Cauter EV. Brief communication: Sleep curtailment in healthy young men is associated with decreased leptin levels, elevated ghrelin levels, and increased hunger and appetite. *Ann Intern Med.* 2004, 141: 846-50.
- 10) Ferens DM, Yin L, Ohashi-Doi K, Habgood M, Bron R, Brock JA, Gale JD, Furness JB. Evidence for functional ghrelin receptors on parasympathetic preganglionic neurons of micturition control pathways in the rat. *Clin Exp Pharmacol Physiol.* 2010, 37: 926-932.
- 11) Sakurai T. The neural circuit of orexin (hypocretin): maintaining sleep and wakefulness. *Nat Rev Neurosci.* 2007 8:171-181.
- 12) ベルソムラ錠 添付文書、インタビューフォーム
- 13) 小林瑞, 大坪広樹, 藤本直浩, 松本哲朗, 上田陽一.膀胱機能の脊髄における制御とオレキシン A の役割.西日本泌尿器科 2011, 73: 601-604.
- 14) 末富 崇弘 他 夜間頻尿に対するオレキシン受容体拮抗薬スポレキサントの有用性.西日本泌尿器科 2019, 81: 17-22
- 15) Yokoyama O, Matsuta Y, Yanai-Inamura H, Watanabe M, Ohtake A., Suzuki M, Sasamata M. Zolpidem increases bladder capacity and decreases urine excretion in rats. *Neurourol Urodyn* 29:107-111, 2010
- 16) Matsuta Y, Yusup A, Tanase K, Ishida H, Akino H, Yokoyama O. Melatonin increases bladder capacity via GABAergic system and decreases urine volume in rats. *J Urol* 184: 386-91, 2010
- 17) Negoro H, Kanematsu A, Yoshimura K, Ogawa O. Chronobiology of micturition: putative role of the circadian clock. *J Urol.* 2013, 190: 843-849.
- 18) 内村直尚. 夜間頻尿と睡眠障害. 泌尿器外科 2013, 26: 1083-1089
- 19) Yokoyama O, Nishizawa O, Homma Y, Takeda M, Gotoh M, Kakizaki H, Akino H, Hayashi K, Yonemoto K; OASIS project group. Nocturnal polyuria and hypertension in patients with lifestyle-related diseases and overactive bladder. *J Urol.* 2017, 197: 423-431
- 20) Weiss JP, Jerry G Blaivas JG, Blanker MH, et al. The New England Research Institutes, Inc. (NERI) Nocturia Advisory Conference 2012: focus on outcomes of therapy. *BJU Int* 2013, 111:700-716.

- 21) Chang SC, Lin ATL, Chen KK.
Multifactorial nature of male nocturia.
Urology. 2006, 67: 541-544.
- 22) Hofmeester I, Kollen JB, Steffens MG,
Bosch JLHR, Drake MJ, Weiss JP,
Blanker MH.
The association between nocturia and
nocturnal polyuria in clinical and
epidemiological studies: a systematic
review and meta-analyses. J Urol. 2014,
191: 1028-1033.

第 200 回北陸精神神経学会特別講演

北陸精神神経学会の歴史と将来への展望

山口 成良

社会医療法人財団松原愛育会 松原病院

北陸精神神経学会という名前の学会は戦前にも 2 回行なわれていた。戦後、昭和 26 年第 1 回金沢精神医学談話会が行なわれたが、その学会の名前が、北陸精神神経科集談会、北陸神経精神科集談会とかわり、第 73 回から北陸精神神経学会となり、現在に至っている。昭和 62 年北陸神経精神医学雑誌という、学会の機関誌も発行されている。将来への展望についても述べたい。

会員の声

総合病院精神科リエゾン医療:他診療科医師への提言

三 邊 義 雄

厚生連高岡病院精神科

これまで、同様の趣旨で「一般救急の精神科対応」「緩和医療への精神科介入」「子どものこころ医療での小児科・精神科連携」について、本誌「会員の声」に、掲載させて頂いた。今回は、その他の主な課題について最近行った当院勤務全医師宛の私の提言を、掲載させて頂いた。高齢化や心身関連医学の発展で、「総合医療における精神科リエゾン医療」は精神科医療全体の中で重要性を増し、またそのことが今後の精神科医療発展の要であると考え。この機会に、北陸の精神科リエゾン医療に携わる同志有志からのコメントなどを頂けたら、幸いである。

1、せん妄の対応

①せん妄対応の重要性

興奮などを伴いやすく、その遷延は、原疾患の身体疾患にも悪影響がある。また、医療体制が弱くなる夜間に増悪することが多く、特に病棟看護師の負担が大きい、さらに、せん妄など精神的不安定は、他院や施設への転院に支障をきたす。

②せん妄を悪化する薬物を、できるだけ除去する。特にベンゾジアゼピン系(プロチゾラムなど)や Z 系(ゾルピデム、ルネスタなど)の

GABA 系睡眠薬は問題であるが、メラトニン系(ロゼレム)オレキシン系(デエビゴ、ベルソムラなど)は併用可と言われている。せん妄や精神症状を悪化する薬剤は多岐にわたっているため、せん妄発現時に、主治医で処方チェックをお願いしたい。ステロイドやパーキンソン治療薬など減らせない薬剤がある一方、医療効果自身が不透明である認知症治療薬など切りやすいものもある。

③薬物は、リスパダール 0.5mg1錠・夕食後投与で開始が原則だが、即効性の薬剤で効果の判定が容易あり、一日量 2-3mg を上限に1-2日毎に 0.5mg から 1mg ずつ増量可である。経口できない場合は、リスパダールの水液服薬か、セレネースー一日量 0.5A から 2A の範囲で点滴静注する。リスパダールは、効かないことより効きすぎることが圧倒的に多いので、過鎮静の場合は現場の判断で減量する。高齢者への全麻による手術など侵襲的医療行為後には、リスパダール 0.5mg での「せん妄予防投薬」の選択肢もある。

④入院中に強いせん妄を起こした方も、自宅に帰ると無投薬でも再発しないことが多いので、環境変化による認知機能攪乱がせん妄発症の誘因になると考える。よって、入院中の

照明調整や家族の面会などは、医療的効果が期待できる。

2、睡眠障害の対応

患者さんの睡眠導入剤に対する警戒感は何れも強く、その理由は、マスコミや医療関係者からの情報によることが多い。そのため、睡眠障害を放置し、深刻な状態を呈する方も少なくない。確かに睡眠導入剤はこの半世紀以上新規薬理機序の薬物が開発されず、課題の習慣性や認知機能低下作用は解決されなかったが、ようやくオレキシン系薬物が最近実用化され今後の展開が期待されている。睡眠障害が「脳機能の老化・劣化や背景精神疾患」のバイオマーカーであり、脳機能劣化や精神障害の出現→睡眠障害の出現→脳機能劣化や精神障害のさらなる悪化→の悪循環の医学的エビデンスは豊富である。最新の知見では驚くことに、GABA系睡眠薬が睡眠紡錘波賦活により記憶固定を強化する、という報告もある。つまり、睡眠誘導剤に副作用の問題があるとはいえ、睡眠障害のリスクが睡眠誘導剤のそれを上回ると考えるのが当然であろう。医療関係者は、マスコミ情報などに惑わされず、医学的エビデンスを冷静に患者家族に伝えることが責務であると考えている。

3、精神科紹介時の患者対応

毎日多くの患者さんを、他診療科から精神科に御紹介頂いているが、毎回私は「精神科に紹介されて、どう感じましたか？」と患者さんに聞いている。ちょっとショックだったのは、「精神科に行けと言われ、落ち込んだ」「精神

科だけは、受診したくなかった」という反応が、予想より多かったことである。その根底にあるのが精神疾患に対する偏見であるので、身体科主治医から「検査をしても異常がないので、精神的な原因かもしれない」と精神科受診を勧められると、患者家族には「精神科患者扱い」されたと感じとてもショックらしい。実際、本格的な精神疾患の患者さんは少ないので、その御気持ちは十分了解可能である。薬理作用機序は不明の点があるが少量の抗不安薬・睡眠導入薬・抗精神病薬が劇的に身体症状を改善することが少なくないので、身体科医が精神科受診を勧める時に「あなたは精神病ではないが、精神科の薬が身体症状にも効く場合があるので、一度専門医に見てもらったらどうだろうか?」、と説得するのがより適切な表現ではないかと考える。

原著

口腔内セネストパチーの 1 症例

山口成良・田村 悠

Nariyoshi Yamaguchi, Yu Tamura : A case of Oral Cenesthopathy

抄録:セネストパチーは体感症と訳され、身体の様々な部位に異様な体感を感じずる状態をいい、特に口腔内の奇妙な異常感覚を主症状とするものを口腔内セネストパチーという。ここに報告する症例は 60 歳代の女性で、X-7 年頃から口腔の異常感を訴えるようになった。その内容は、「米粒が口の中をぐるぐる回る感じがする」、「口に風船が入っていて、食事が充分とれない」、「上顎の後ろが動く感じがする」等であった。歯科口腔外科に紹介したところ、「口腔内に明らかな所見はなく、口腔ジスキネジアと考える。」との返書であった。WAIS-III 成人知能検査では、全 IQ80 で、平均の下の水準である。外来で、抗不安薬のクロチアゼパムを投与しながら、常に支持的に接する態度を通じて、患者との良好なラポールを形成してきた。現在、患者は特に訴えはない。

北陸精神神経学会 36(1-2) : 17-19, 2022

Key words : 口腔内セネストパチー、女性、初老期 oral cenesthopathy, female, presenium

はじめに

セネストパチー¹⁾⁷⁾は体感症と訳され、身体の様々な部位に異様な体感を感じずる状態をいい、特に口腔内の奇妙な異常感を主症状とするものを口腔内セネストパチー⁴⁾⁵⁾という。今回我々は口腔内セネストパチーを訴える 1 症例を経験したので、その経過を報告する。

症例

60 歳代、女性。

初診時主訴：某医でうつ病といわれ、セカンドオピニオンを求めて来診。

家族歴：母が胃癌にて死亡。

既往歴：子宮筋腫

生活歴：A 市で出生。短大を卒業後、商事会社に勤めたり、家業の農業の手伝いをしたりする。

現病歴:X-14 年頃から調子が悪くなり、全くする気がない、食欲もないということで、当院外来受診。外来で通院しながら、抗不安薬、抗うつ薬を服用していた。X-10 年、変形性膝関節症となり、X-9 年、吐き気、胸やけ、息苦しさを訴え、食事、水分もとれなくなり、当院に入院した。3 ヶ月程で退院。X-7 年頃から口腔の異常感を訴えるようになった。口腔の異常感の訴えの内容は表 1 のごとくであった。

表1 口腔の異常感の訴えの内容

「口の中にすじが入っている」

「歯肉がぐりぐり動き、肉を食べにくい」

「食べたものが口の中をぐるぐるまわる」

「上顎の後ろが動く感じがする」

「口に風船が入っていて、食事が充分とれない」

「米粒が口の中をぐるぐる回る感じがする」

「上顎がはねる感じがする」

その後の経過: B医療センターの歯科口腔外科に紹介したところ、以下の記載の返書をいただいた。「体の中からシューシューと上の歯に向かっている感じがあるとのことですが、口腔内明らかな所見はなく、口腔ジスキネジアと考えます。また咀嚼のしがらさを訴えておりますが、こちらも明らかな所見はなく、違和感による咬筋の自己使用制限による顎関節症咀嚼筋障害と考えます。心因的な要素が大きいように考えます。なるべく御家族と同じような食事を心がけ、柔らかいものに偏らないように指導致しました。」との返書であった。

検査所見:

血液検査: 著変なし。

脳波検査: 著変なし。

WAIS-III成人知能検査: 全検査IQ: 80で、「平均の下」の水準である。

MMPI 新日本版: プロフィールより、身体的愁訴は極端で、否認が強く、問題の原因が自分自身にあっても、自己の行動を省みるよう

な洞察に乏しく、自己中心的であることが示唆される。

診断: 口腔内セネストパチーと診断される。

治療経過: 外来で抗不安薬のクロチアゼパムを投与し、常に支持的に接する態度を通じて患者との良好なラポールを形成してきた。現在、患者は特に訴えなく、おいしいものを食べるようにしている。

考察: セネストパチーは、1907年に Dupré と Camus¹⁷⁾によって命名された用語であり、体感(セネステジー)の異常によって生じる奇妙な感覚を意味する。わが国では、保崎²⁾が「セネストパチーとその周辺」という展望で、セネステジー、狭義のセネストパチー、広義のセネストパチーについて述べている。ドイツでは Huber³⁾が“Die coenesthetische Schizophrenie”として、統合失調症との関連で述べている。しかし、英語圏では、ICD-10やDSM-5では、セネストパチーという用語はなく、あまり興味をもたれなかったのもと思われる。

特に口腔内の異常感覚を主症状とするものを口腔内セネストパチーというが、その臨床的特徴として、宮岡⁴⁾⁵⁾は、(1) 中年女性に多い。(2) 病前性格として几帳面、完全癖などの執着性格、内省的傾向、心気傾向が認められる。(3) 舌の異常感は強い痛みではなく、食事に支障はない。(4) 高率に癌恐怖がみられ、癌ではないという保証のみで自覚症状の軽快あるいは消失する場合もある。(5) 症状が活発な時期にも社会適応は比較的良好である。等をあげている。我々の今回の症例も、上述の(4)の項目をのぞき、その他の特徴を充たしている。最近、岡村ら⁶⁾は、高齢者の口腔内セネストパチーについて、後方視的調査を行い、転帰が比較的良好であると述べている。

まとめ

60歳代の女性で、50歳で口腔の異常感を訴える症状が発現し、口腔内セネストパチーと診断され、抗不安薬の投与と良好なラポールを保つことにより、症状が好転した1症例を報告した。

本論文の要旨は、2022年3月13日、第199回北陸精神神経学会で発表した。

本報告にあたり、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Dupré, E. et Camus, P. : Les cénesthopathie. *Encephale*, 2 : 616-631, 1907.
- 2) 保崎秀夫 : セネストパチーとその周辺. *精神医学*, 2 : 325-332, 1960.
- 3) Huber, G : Die coenesthetische Schizophrenie. *Neurologie*, 33 : 491-520, 1957.
- 4) 宮岡 等 : 口腔内セネストパチー. *臨床精神医学*, 15 : 29-36, 1986.
- 5) 宮岡 等 : 口腔内セネストパチー. *精神科治療学*, 12 : 347-355, 1997.
- 6) 岡村 毅, 杉下和行, 荒井仁美, 他 : 高齢者の口腔内セネストパチー. *精神医学*, 54 : 811-817, 2012.
- 7) 高橋 徹, 高橋 徹 : セネストパチーの原典 - Dupréらの論文 -. *臨床精神病理*, 29 : 345-358, 2008.

原 著

当院における児童青年期の初診患者の担当医

棟居俊夫¹⁾、下優太郎¹⁾、土田航祐¹⁾、石井奏²⁾、菊知充³⁾、
和田有司¹⁾、加賀良康武¹⁾、喜多克尚¹⁾、織田忠明¹⁾

Toshio Munesue¹⁾, Yutarou Shimo¹⁾, Kousuke Tsuchida¹⁾, So Ishii²⁾, Mitsuru Kikuchi³⁾,
Yuji Wada¹⁾, Yasutake Kagara¹⁾, Katsunao Kita¹⁾, Tadaaki Ota¹⁾

抄録 : 2018 年 4 月 1 日から 2022 年 3 月 31 日までの 4 年間に当院を初診した患者の年齢とその担当医を調べた。初診患者の総数は 3037 人であり、10 歳代後半から 20 歳代前半まで、および 70 歳代前半から 80 歳代後半までに多い二峰性の分布を示した。調査期間中に在籍した精神科医は 9 名であった。患者の年齢の中央値は、日本児童青年精神医学会認定医である一名の医師の担当患者では 21 歳と際立って低く、他の医師の担当患者では 50 歳前後であった。18 歳以下の患者については上記医師および同学会会員である医師の 2 名がほぼ限定して診療していた。しかし他の医師も診療した患者の 20%ほどは 19 歳から 30 歳までの、なお青年期としてよい年代であった。精神科医は全てのライフサイクルの患者の診療ができることが望ましい。それは児童青年精神医学の専門医の絶対数が極めて少ないこと、児童青年期患者の診療が他の年代の診療に比べて異質と言えないこと、生育歴を詳細に聴取する習慣がつくことなどに因る。

北陸神経精神医学 36(1-2):20-25, 2022

Key words : 初診患者、ライフサイクル、担当医、児童青年精神医学

New patient, life cycle, attending psychiatrists, child and adolescent psychiatry

1. はじめに

幼児から老人まで、ライフサイクルのほぼすべてにわたって、何らかの精神障害が発症しうる¹⁾。心身の不調のために受診を考え、地域の精神科医療機関を訪れる患者の年代は、幼児期から老年期までに及ぶ。ここで“児

童思春期外来”といった名をつけて、特に幼児期から青年期までの患者に対応していると標榜する医療機関がある。この年代の診療には専門性が必要であり、そのための専門家が在籍していると謳っている。

1:医療法人社団 長久会 加賀こころの病院, Kaga Mental Hospital

2:公立松任石川中央病院, Department of Psychiatry, Public Central Hospital of Matto Ishikawa

3:金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学, Department of Neuropsychiatry & Behavioral Sciences, Kanazawa University Graduate School Medical Sciences

ところで、この年代の診療にそれほどの専門性、つまり特殊性があるのだろうか。一般の精神科医に子どもや若者の診療はとても難しいのか。これは大いに疑問であり、検討する必要があるとわれわれは考えた。2つの理由がある。第一は日常診療における実際上の要請からくる。日本児童青年精神医学会の認定医は443人である(2022年6月12日現在)²⁾。例えば不登校の小学生中学生は約20万人、その要因が本人にあるとされるのは半数近くの約9万人である³⁾。このうち精神科医の診療を要する割合は分からないものの、ある研究によれば初診時に不登校を呈した患者のほとんどに何らかの精神障害の診断がつけられている⁴⁾。もし児童青年期の診療に一般の精神科医ができないほどの専門性、特殊性があるのならば、不登校児童生徒だけでさえも400人余りの認定医にはとても対応できない。精神科医はみな、子どもや若者を診ることを期待されている⁵⁾。

二つ目の理由は、子どもや若者の診療が他の年代とさほど変わらないという臨床経験からくる。日本の精神医学の歴史において、主に青年期の患者を対象とした、臨床において有益で重要な概念が一般の精神科医により提唱されてきた。例えば、「思春期妄想症」⁶⁾の主要な研究者である村上靖彦、「退却神経症」や「ステューデント・アパシー」⁷⁾の提唱者である笠原嘉、そして「若年周期精神病」⁸⁾を叙述した山下格、彼らはみな児童青年精神医学を専門にしていたのではない。ライフサイクルを通して患者を診療している精神科医だからこそ、重要な概念を生み出すことができたのかもしれない。

児童青年期患者は地域の精神科医療機関を受診する可能性がある。当院では日頃5~7名の精神科医が外来診療を担ってきた。また当院はホームページ上の「診療科目」の見出しの中で「児童・思春期外来」があると提示している。従って児童青年期患者の診療を受け入れており、しかしそれは一部の医師に偏っている可能性がある。ところで他の医師はどの程度この年代を診療しているのか、その実情を調べておくことは意義があると考えた。今回の報告の目的は、当院に在籍する精神科医が診療した新患者の年代別の割合を調査し、児童青年期患者を診療することの意義について考察することである。

2. 方法

2018年4月1日から2022年3月31日までの4年間に当院を受診した初診患者の年齢と診療を担った医師の氏名を調査した。医師毎に患者の年齢の中央値と範囲、および年代を求めた。なお初診患者を診療する医師を割り振る役割は、当院では相談課職員の保健福祉士と公認心理師が担っている。

青年期の年代をどこまでに設定するかについては一定の見解がない。ある教科書は17歳までを“思春期”、18歳から25歳頃までを青年期としている⁹⁾。ある文献データベースは18歳までを青年期、19歳から24歳までを“young adult”としている¹⁰⁾。若者の診療経験の豊富な笠原嘉は青年期の終わりを30歳前後としている¹¹⁾。そこで、本調査では児童青年期を便宜的に広く30歳までとし、年代を0歳から18歳まで、19歳から25歳まで、26歳から30歳まで、31歳から64歳

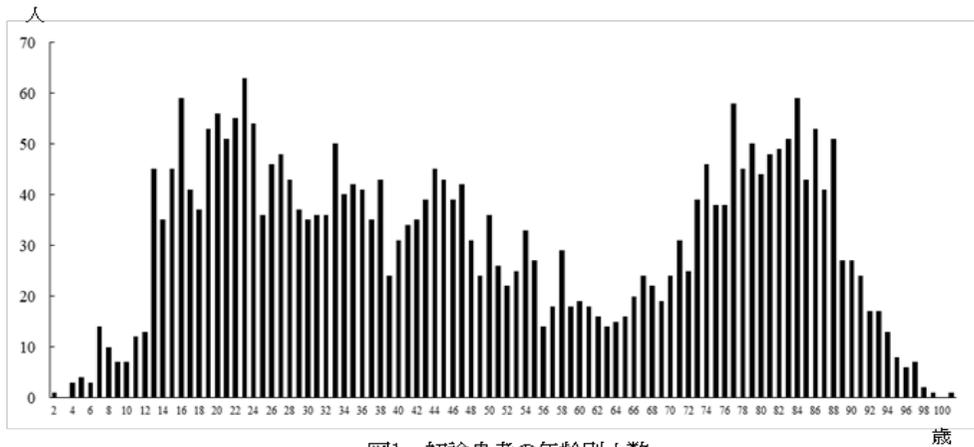


図1 初診患者の年齢別人数

まで、65歳以上の5つに分けた。そして30歳までの年代に注目した。

なお本研究が扱った患者の個人情報は年齢だけであり、倫理委員会に諮らずに、また患者や保護者の同意を得ずに、調査が行われた。

3. 結果

調査期間に受診した初診患者の総数は3037人であった。その年齢別の人数をみると（図1）、12歳までは少なく、13歳から急に増加し、10歳代後半から20歳代前半にかけて一つの峰を作り、その後はなだらかに減少し、60歳代に谷があり、再び増加し70歳代前半から80歳代後半にかけて二つ目の峰を作り、その後は減少していた。

調査期間に在籍した精神科医は9名であった。診療した初診患者の年齢をみると

（表）、すべての医師においてその範囲は学童期あるいは青年期から老年期までのライフサイクル全体に及んでいたが、中央値は医師Hが21歳と目立って小さく、他の医師は40

医師略称	中央値（歳）	範囲（歳）
A	45	13-96
B	65	19-98
C*	50	7-95
D	58	18-101
E	55	15-97
F**	48	17-95
G**	50	15-99
H***	21	2-94
I	61	10-98

表 各医師の診療した初診患者の年齢の中央値と範囲

* 日本児童青年精神医学会会員

** 後期研修医

*** 日本児童青年精神医学会認定医

歳代から60歳代であった。なお医師Cは日本児童青年精神医学会会員、Hは同学会認定医である。

そこで年代別に分けてみると（図2）、30歳以下の患者の割合は、医師H以外が13~33%（平均21%）であった。しかし18歳以下の患者の割合は、医師CとH以外の医師が0~6%であった。

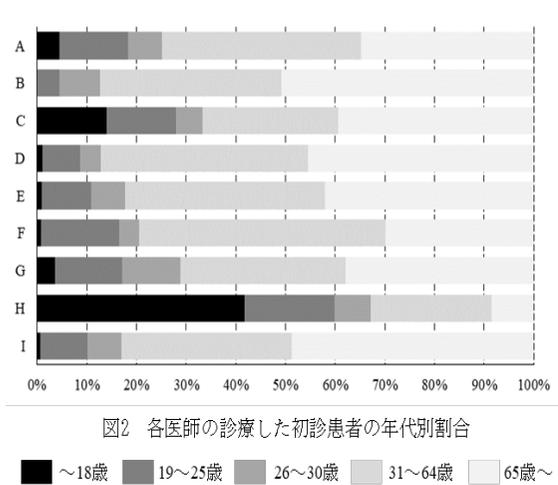


図2 各医師の診療した初診患者の年代別割合

■ ~18歳 ■ 19~25歳 ■ 26~30歳 ■ 31~64歳 ■ 65歳~

4. 考察

当院の初診患者は、10歳代後半から20歳代前半の青年期に、老年期と同じく、多かった。これはこの年代の診療の要請が大きいことを示している。児童青年期患者、特に18歳以下の患者を診療する医師はほぼ2人に限定されていた。児童・思春期外来の存在を謳っている当院の精神保健福祉士や公認心理師は、子どもや若者の診療希望があった場合、児童青年に係る学会に所属する医師に優先的に割り振っていることを伺わせる。しかし19歳から30歳までに注目してみると、この2人以外の医師であっても診療する患者の12~25%（平均18%）はこの年代に相当し、児童青年期精神科診療に全く無縁ではない。

当院におけるこのような現状は好ましくないとわれわれは考える。一般の精神科医であっても児童青年期患者を診療する機会を増やすことが望ましい。しかし成人や老人の患者を長年にわたって診療してきた精神科医から見ると、今になって子どもや若者の診療はなじめないかもしれない。ここで19歳から30

歳までの青年期とされる年代の患者は全ての医師が診療していたことに注目したい。まずこの年代の診療経験を増やすことが实际的だろう。次に16歳から18歳までの高校生年代を診療し、さらに会話のやり取りがかなり成立する6歳から10歳ころまでの小学生の診療をし、最後に会話が成立しがたい10歳ころから15歳までの主に中学生年代の診療をするという順序で経験を積むことが一つの方法かもしれない。さらに加えて、後期研修医の時期から子どもや若者の患者の診療を日ごろから行える仕組みを院内に位置付ける必要がある。

われわれは日頃の臨床経験から、児童青年期患者がその専門家である医師でなければ診療できない程に専門的とは考えていない。この点について以下に、叙述的ではあるが、検討する。第一に診断基準に年齢が含まれている精神障害は少ない^{1,2)}。反社会性パーソナリティ障害では「その人は少なくとも18歳以上である」、そして間欠爆発症では「暦年齢は少なくとも6歳である」と年齢の項目が診断をするうえで必須だが、このような条件の付されている精神障害は極めて少ない。児童青年期に受診が多いと思われる注意欠如・多動症では「不注意または多動性-衝動性の症状のうちいくつかは12歳になる前から存在していた」、そして自閉スペクトラム症では「症状は発達早期に存在していなければならない」と記載されているが、これはいわば確認項目であって、成人期になって初めて受診した場合も診断しうる。つまり、ほとんどの精神障害において、診断をするうえで、少なくとも形式的には、年齢は重要でない。ど

の年齢であってもその診断を付することが可能である。もちろん本当は精神障害の診断にあたって、患者の年齢は極めて重要なのだが、それは伝統的な診断方法においてあてはまるのであり、操作的な診断基準に準ずる限り、そこまでの配慮は一義的ではない。

第二に、それぞれの精神障害にはたいてい好発年齢があるが、その年代が児童期－青年期－成人期にまたがる場合がある。例えば、統合失調症は10歳代後半から30歳代半ばであり、大うつ病性障害は10歳代から増え、20歳代に最も多く、しかし老年期でも珍しくなく、パニック障害の発症は児童期や45歳以上ではまれであり、年齢の中央値は20～24歳である¹⁾。児童期や青年期にしか見られない精神障害があるのではない。これは小児科学と内科学の関係と著しく異なる。小児科学ではほぼ子どもにしか見られない、あるいは小児期にほとんど診断される病気がある。例えば種々の感染症、先天性の語が付される代謝性疾患、心奇形などである。小児科学が内科学から分かれるのは意味があるだろうが、同様のことは精神医学に当てはまらない。

もちろん、われわれは“児童・青年期外来”が不要と考えているのではない。中等症から重症の強迫性障害や神経性無食欲症、行動化の激しい注意欠如・多動症や自閉スペクトラム症、繊細な注意を払う必要のある10歳代発症の統合失調症などは、一般の精神科医や地域の精神科医療機関では治療が難しい。この年代に特化した専門施設が必要である。

最後に、一般の精神科医が児童青年期患者を診療する利点を示す。それは成人の患者であってもその人の生育歴に関心が向く習慣が

つくことである。幼稚園や保育所ではどのような様子だったのか、小学校で遊び友達がいたのか、勉強は遅れなかったのか、中学校でどんな部活動に励み、友人はいて、成績はどうだったのか、卒業後は何らかの方法で高校卒業の資格を得たのか、さらに進学したのか、アルバイトはしたのか、就職してからの様子はどうだったのか、など目の前の患者がどのような人生をたどってきたのか描くことができる。注意欠如・多動症の多くや自閉スペクトラム症は幼児期から中学生までに何らかの特徴的な所見がなければならない¹⁾が、生育歴を聞きとる習慣があれば診断の際に役立つ。また社交不安障害や強迫性障害では小学生や中学生の時に既に発症している場合がある¹⁾が、成人になって受診した患者が長い間の苦しい年月を過ごしてきたことを実感できる。子どもや若者の診療経験は精神科医の成長に大いに益するだろう。

5. 結論

当院に在籍した医師が診療した初診患者の年代を調査し、18歳以下の患者は日本児童青年精神医学会会員の2人の医師にほぼ限定されていた。一方、他の医師であっても青年期に含まれる19歳から30歳までの患者の割合は全年代の2割を占めていた。このことから一般の精神科医が児童青年期の患者の診療を行う方策を考察し、またその意義を示した。

本稿の要旨は第199回北陸精神神経学会(2022年3月13日)にて発表された。本報告にあたり開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) American Psychiatric Association:
Diagnostic and Statistical Manual of
Mental Disorders, Fifth edition, Text
revision. American Psychiatric Pub. Inc.,
Washington, DC., 2022.
- 2) 日本児童青年精神医学会ホームページ：
<https://child-adolesc.jp/nintei/ninteii/>.
- 3) 文部科学省初等中等教育局児童生徒課：
令和2年度児童生徒の問題行動・不登校
等生徒指導上の諸問題に関する調査結果
について. 文部科学省、東京、2021、
p.64、p.82.
- 4) 岸本光一、柳橋達彦、長沢崇、他：初診
時に不登校を呈した小中学生の登校再開
までの時間的経過. 精神医学、47：607-
614、2018.
- 5) 松岡孝裕、横山富士男、太田敏男：これ
から児童・青年期のADHD診療を始め
る一般精神科医のために. 臨床精神医
学、47：599-606、2018.
- 6) 村上靖彦：「思春期妄想症」30年間の研
究の流れ. 臨床精神病理、23：3-12、
2002.
- 7) 笠原嘉：アパシー・シンドローム. 岩波
書店、東京、2002.
- 8) 山下格：若年周期精神病. 金剛出版、東
京、1989.
- 9) 日本精神神経学会小児精神医療委員会：
臨床医のための小児精神医学入門. 医学
書院、東京、2014、p.3.
- 10) National Library of Medicine:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/68009273>.
- 11) 笠原嘉：青年期：精神病理学から. 中央
公論社、東京、1977、p.197-211.
- 12) 日本精神神経学会：DSM-5 精神疾患の
分類と診断の手引. 医学書院、東京、
2014.

原 著

わが国の精神保健医療福祉はどこに向かうのか —若手医師に伝えたいこと—

北村 立

Tatsuru Kitamura

抄録：令和4年6月に示された「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」の報告書と、令和4年9月に示された国連障害者権利委員会によるわが国への総括所見・改善勧告をもとに、今後の精神保健医療体制の方向性について考察した。全体としてはインクルーシブな社会に向かうのは必然であり、精神科病床の縮減、特に療養病床など慢性期の病床が減り、精神科救急・急性期病棟が高規格化されるとともに市町村を中心とした精神保健医療福祉体制の整備に向かうと思われる。しかしわが国の精神医療提供体制を考えると、非同意入院のあり方、長期在院者、入院患者のアドボカシー、身体的拘束や虐待など難題が山積しており、それらについては個別に意見を述べた。わが国の精神医療を変革するには、精神科病院の自助努力では限界があり、インクルーシブな社会を実現しようという国民意識が不可欠である。

北陸神経精神医学 36(1-2):26-37, 2022

Key words：アドボカイト、非同意入院、長期入院、コミュニティ・メンタルヘルス・チーム、障害者権利条約

Advocate, involuntary admission, long-term hospitalization, Community Mental Health Team, Convention on the Rights of Persons with Disabilities

はじめに

令和3年10月から4年5月にかけて「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」(検討会)が開催され、その構成員として計13回にわたり議論に参加した。検討会の主旨は、令和3年3月の「精神障害にも対応した地域包括ケアシステム(にも包括)の構築に係る検討会」の報告書(報告書)を受けて、より具体的かつ実

効的な体制を検討することであった。医療、福祉、法律、当事者などの代表24名がそれぞれの立場で意見を述べるので、議論は白熱し、時には4時間を超える長丁場となった。令和4年6月9日に検討会の報告書がまとめられ¹⁾、表1に示した8項目について対応の方向性が示された。「議論が後退した」との報道もあったが、全体としては前向きな議論が

表1 地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会

1. 精神保健に関する市町村等における相談支援体制
2. 第8次医療計画の策定に向けて
3. 精神科病院に入院する患者への訪問相談
4. 医療保護入院
5. 患者の意思に基づいた退院後支援
6. 不適切な隔離・身体的拘束をゼロとする取組
7. 精神病床における人員配置の充実
8. 虐待の防止に係る取組

なされたと考えている。

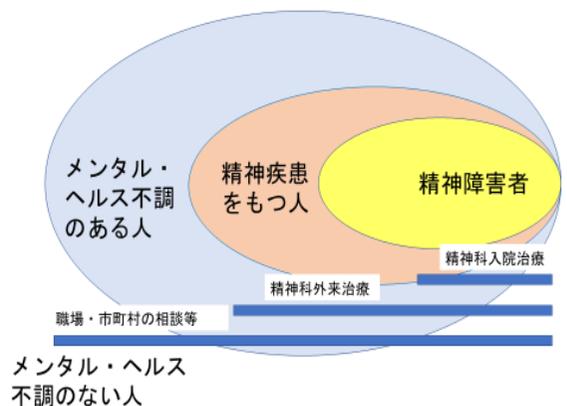
この検討会を含め種々の病院団体や学会での委員会や研修会を通じ、わが国の精神科医療は大きな曲がり角を迎えていると感じている。令和4年8月には、障害者権利条約について、国連の障害者権利委員会による日本政府に対する初めての審査が行われ、9月には厳しい内容の総括所見・改善勧告が公表された（総括所見）¹²⁾。われわれは今以上に障害者の人権というものに考えを巡らす必要がある。本稿では、検討会の話題をもとにして、筆者が考えるわが国の精神保健医療福祉体制の方向性について示したいと思う。あくまでも私見であり理解が足りていないことも自覚しているが、少しでも若手の先生方の参考になればと思う。

1. 誰のために体制整備が必要か

精神保健医療体制の整備というと、人によって対象者のイメージが異なり、障害者福祉のことを考える人もいれば、地域のメンタル

ヘルス対策を思い浮かべる人もいる。報告書では、その対象者を「精神保健医療福祉上のニーズを有する方」と明記した。図1に示した通り、対象は精神障害者や精神疾患をもつ人だけでなく、メンタル・ヘルス不調（メンタル不調）のある人も含まれる。つまり広く国民が対象となる。われわれ精神医療に携わる者は、メンタル不調を精神疾患にしないように、精神疾患のある人を精神障害者にしない

図1 精神保健医療福祉の対象



いように、そして精神障害者の入院期間をできるだけ短くするように励む必要がある。そして国民がメンタル不調に陥らないように、陥ったとしても相談窓口が簡単に見つかるような体制を、市町や学校、職場などで整備しなければならない。精神科医の活躍の場は、病院や診療所だけではなく、広く地域に存在することがわかると思う。地域の保健福祉課題は実に多様であり、子どもや子育てに関することも多いため、「子どもたちのこころを健全に育む」ことは国家の重大なテーマである。令和4年から高校の保健体育の授業で「心の教育」を扱うことになったが、こうした取り組みを通じ、国民全体のメンタルヘルス・リテラシーを高めることが当面の目標である。精神医療の後進性ということでは、一部のマスコミがいうような、日本精神科病院協会（日精協）の圧力のせいではなく、国民の多くが精神疾患やメンタル不調を他人事と考えているからだと考えている。20年30年前と比べ、認知症者の扱いが大きく代わったように、国民一人一人が精神疾患をわが事として考えるようになれば、意識が高まり、精神医療も必ず良い方向に変わるに違いない。

2. 市町村の役割

平成6年に保健所法が地域保健法に改正され、それまで保健所を中心に行われていた母子保健サービスや老人保健サービスを、市町村が主体となって行うようになった。このとき精神保健の分野は、措置入院が県（政令市）の業務であるため、県（政令市）に据え置かれたと聞いている。近年は、自殺対策、

児童・障害者・高齢者の虐待、生活困窮者・生活保護、母子保健・子育て支援、高齢者・介護、認知症、配偶者等からの暴力（DV）など、地域の精神保健福祉課題の多様化に伴い、すでに8割以上の市町村が地域住民の身近な相談窓口として対応せざるを得ない状況にある。しかし市町村においては、法的な裏付けのある母子保健や介護保険サービスなど他の領域が優先されるため、精神保健に関する相談支援体制に関しては予算も人員配置も乏しく脆弱な状況にある。だから精神保健に関する市町村の業務を法律に規定する、すなわち地域保健法を改正すれば良いと思うのだが、われわれが考える以上に法改正というのは難しいようで、一朝一夕にはいかない。法律に規定されれば、市町村はこの業務を民間に委託することもできるので、大きな前進が見込める。全国335の二次医療圏のうち、300以上に日精協の会員病院があるということなので、民間の精神科病院と市町村が協力して地域のメンタルヘルス対策を行うことも可能になる。

かほく市の要保護児童対策地域協議会（要体協）での議論などをみていると、家庭内で生じる問題は実に多様であり、相談窓口だけで解決するはずもなく、福祉関係者だけでなく、心理職や看護職など、多職種によるアウトリーチチームの必要性を感じる。検討会では、日本精神科診療所協会の上ノ山一寛構成員がコミュニティ・メンタルヘルス・チーム（CMHT）の必要性を説き、認知症の初期集中支援チームを参考に、各市町村にCMHTを整備すべきだと主張していた。アウトリーチ活動については項を改めて説明し

たい。

3. 医療保護入院について

可能な限り患者の同意で入院治療が開始されるのが理想である。しかし病識が得られない場合や意識障害がある場合など、非同意医入院の仕組みは必要であり、表2のとおり⁸⁾、諸外国でも法に規定されている。

精神保健福祉法（法）における非同意入院は、大きく分けると措置入院と医療保護入院の2形態ある。筆者の知る限り、非同意入院の根拠となる思想的背景は、ポリスパワーとパレンス・パトリエしかなく、いずれも国家が責任を持つものであり、家族の出番はない。いくら正当な医療行為だと言っても、病識の乏しい当事者にとっては、家族により精神科病院に入院させられるのも、怪しげなひきこもり治療施設に

入れられるのも大差はないだろう。だから個人的には非同意入院は措置入院だけにした方がわかりやすいと考えている。次に医療保護入院において「家族の同意」を要件にしているのは、「非同意入院が必要」とした精神保健指定医（以下、指定医）の判断を保証する者が必要という考えに則っているようだが、ほとんどの構成員はこれを問題視した。家族に替わる同意者として、市町村長、代理人、司法、病院外の精神保健福祉士などが検討された。ある法律家は同一医療機関に属さない指定医2人の判断が最も妥当と言っていたが、これは現行の措置入院と同じである。表2のとおり、アメリカ、イギリス、フランス、イタリアでも2名の医師が関与することになっている。今の状況を考えると実現は難しいが、諸外国の入院手続きを研究する価値はある。

表2 各国の非同意入院の要件や手続きについて

	法令の有無	要件					手続き（許可の方法・主体）
		自傷・他害の危険	精神保健上の問題があり、治療が必要	入院や治療の必要性を自ら判断できない	治療による改善が見込める	代替手段がない	
アメリカ	○	○	○	○	—	—	2名の医師による証明書
イギリス	○	○	○	—	○	○	2名の登録医の書面による推薦
ドイツ	○	○	○	○	—	○	医師による証明書と裁判所の許可
フランス	○	○	○	○	—	—	2名の医師による証明書
イタリア	○	—	○	○	—	○	2名の医師からの申請に基づく市長による決定
カナダ	○	○	○	○	○	—	医師による非同意入院証明
オーストラリア	○	○	○	△	△	○	精神科医による許可
韓国	○	○	○	—	—	—	後見人の同意及び医師の所見

令和3年度障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書（PwCコンサルティング合同会社）より抜粋・一部項目を追加

4. 長期在院患者を減らす方策について

治療的な側面では、治療抵抗性統合失調症患者にクロザピンを試みることや、過感受性精神病が疑われる患者の抗精神病薬を長時間かけて単剤化していくことが考えられるが、これらはすでに多くの医療機関で試みられているであろう。主治医や病棟スタッフは長期在院者の治療に行き詰まっていることが多いので、当院では病棟外のスタッフによる検討やケース・フォーミュレーションを考えているが、まだ実現はしていない。しかし長期在院者問題の多くの部分は福祉の問題であり、市町村は都道府県と連携しながら当事者やピアサポーターと協働できる体制の構築を進め、よりアクティブな支援を行うように、と報告書に記載された。日精協の山崎学会長も、「日本の精神病床 28 万床のうち、OECD の基準に当てはめると病院は 3 万床しかなく、25 万床は居住施設だ」と発言された。現在の精神病床の一定数を、早急に介護医療院などに転換すれば、世界的に評判の悪い日本の精神病床の多さと入院期間の長さは表面的には解決する。総括所見では、精神科病院に入院している障害者のすべてのケースを見直し、無期限の入院をやめ、インフォームド・コンセントを確保し、地域社会で必要な精神保健支援とともに自立した生活を育むことと、さらに踏み込んだ勧告がなされている。

長期在院者を減らす取り組みの中で、今後長期在院者を増やさないようにすることは重要である。令和 4 年秋の臨時国会では法改正が予定されており、医療保護入院の期間が 6 か月に限定されるようである。6 か月ごとに入院手続きが必要になるので、今以上に任意

入院に移行する患者は増え、早期退院する患者も増えるかもしれない。一方で家族への説明等も含めて事務量が増えるので、特に精神保健福祉士の業務過多が懸念される。中でも問題なのは認知症者である。認知症の場合、精神症状が落ち着いていても、介護施設の待機のため入院が長期化する例も少なくない。彼らは認知機能低下のために、入院に同意できず、医療保護入院を継続するしかない。石川県の情勢をみていると、長期入院患者の中で認知症者の占める割合が多く、これらが退院支援委員会の本来の業務の妨げになっているとさえ感じている。認知症者の扱いについても十分に配慮すべきと考えるが、厚労省の縦割り行政で認知症は老健局が扱うことになっており、議論が進むようには思えない。

5. 非同意入院の患者を減らす方策について

非同意入院を減らす方策として、検討会では包括的支援マネジメントの推進と、患者の緊急のニーズに対応するための受診前相談や入院外医療の充実が挙げられた。

当院では、ここ数年、精神科救急病棟入院患者に対し、包括的支援マネジメントを導入している。これは、さまざまな社会資源の間に立って、複数のサービスを適切に結びつけて調整を図り、包括的かつ継続的なサービス提供を可能にする援助方法であり、多職種によるアセスメントとプランニング、介入を包括した集中的なケースマネジメントを意味する³⁾。欧米で行われている集中型ケースマネジメントモデル (intensive case management: ICM) とほぼ同義であるため、包括的支援マネジメントを ICM と略し

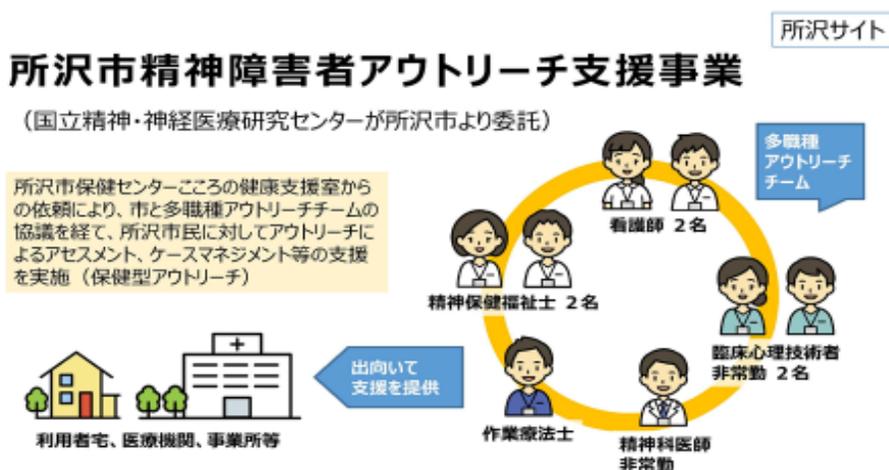
ている。令和4年の診療報酬改定では、このICMの外来での取り組みが「療養生活継続支援加算」として認められた。従来からの多職種での支援を、より系統的、具体的にを行うことで、支援者間の情報共有が図られ、患者にとっても支援の目標や手段が可視化され理解しやすい。治療が継続されやすい、重症化、緊急事例化が避けられるなど、多くのメリットがある。

患者の緊急のニーズへの対応については、訪問看護のさらなる充実が必要である。日本精神科看護協会の調査によれば²⁾、約60%の事業所で24時間対応体制加算が算定されており、電話対応などの負担も大きいため、診療報酬上の手当ても含め、体制を強化する必要があると思う。しかし一部で不必要な訪問看護を行い、荒稼ぎをしている事業所が問題となっている。また、精神科病院の偏在により、居住地と入院した精神科病院の距

離が離れているため、退院後の支援に苦慮している訪問看護ステーションもある。余談だが、精神医療の提供体制は都道府県ごとに大きく異なるので、ReMHRAD（地域精神保健医療福祉資源分析データベース）¹⁾を参考にすると良い。

受診前相談については、単なる窓口相談ではなく、先述したような市町村のメンタル・サポートチームがイメージされる。地域で生じる問題は、医療や福祉、教育など多方面に関わるので、課題を分析してそれぞれの専門職につなぐ取り組みが必要となる。これには相当な習熟が必要なので、市町村のチームが経験を積む間は、専門チームの支援が必要であり、図2に示した所沢方式が参考になる¹⁾。当院にもアウトリーチチームをつくり、市町を支援するモデル事業を行うよう、県に申し入れている。

図 2



6. 入院患者のアドボカシーについて

権利表明が困難な子ども、寝たきりの高齢者、障害者など、本来個々人がもつ権利をさまざまな理由で行使できない状況にある人に代わり、その権利を代弁・擁護し、権利実現を支援する機能をアドボカシー、代弁・擁護者をアドボケイトと呼ぶことは周知のとおりである。精神科病院入院患者のアドボカシーは以前から議論されており、平成24年の新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム「入院制度に関する議論の整理」⁴⁾において「代弁者」が提案されたが、「代弁者」の資格や役割が明確でないとされ、平成25年の法改正の際には制度化が見送られた。平成29年の「これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会」報告書⁶⁾では、「医療保護入院や措置入院は、疾患による判断能力の低下により、治療に結びつきにくい精神疾患のある患者について、本人の同意に基づかない入院により治療を行う制度であるが、こうした制度の特性上、医療機関以外の第三者による意思決定支援等の権利擁護を行うことを検討することが適当である」とされたものの、具体的な仕組みの整備には至らなかった。

この検討会でも、意思表示支援といったアドボカシーについて熱い議論が交わされた。医療においては患者と治療者は深い信頼関係にあり、そこに第三者が介入することは適切でないとといった反対意見もあって、議論の方向は当初の意図とは大きく外れ、市町村長同意による医療保護入院者への訪問相談事業が法に規定されることになった。厚労省としては何とか第三者を精神科病院に入れる仕組み

を作りたかったものと思われる。個人的にはアドボケイトの導入には賛成で、長期在院患者ばかりでなく、急性期の患者にもあってよいと考えている。最近ではネットに情報が溢れていることもあってか、入院時の治療導入に関し、患者本人ばかりでなく家族とも意見が対立することがある。入院はさせて欲しいが、薬は使わないで欲しいといったことである。家族がしっかりしている場合は、早期に外来に移行し時間をかけて服薬を開始することもできるが、家族の支援が乏しく、地域に生活の基盤もない患者を服薬なしに退院させることは難しい。当院では本人がどうしても服薬を拒む場合は、外部の委員を含めた倫理委員会を開催して強制治療（同意の得られない治療）開始の判断をしているが、段取りに時間がかかる。このような患者にはアドボケイトがあれば治療者側の負担も減る。しかしアドボケイトの資格や研修といった質の管理の問題と、事務をどこが行うのかという問題がある。精神保健福祉センター（精保センター）は現状でも人手不足が明らかであり、精保センターが取り仕切るなら、新たな制度を作るよりも精神医療審査会（審査会）の機能強化を先に行う方がよい。石川県の審査会事務局は患者からの電話相談を丁寧に聴取し、訴えの内容によっては病院側に確認し、聞き取り調査を行うなど、いくらか入院患者の人権に配慮した活動ができているように思う。

7. 行動制限や虐待防止について

身体的拘束（拘束）について、当院では「拘束は自殺・自傷の切迫時や患者の生命に危険

が及ぶ場合に行い、暴力行為など他害の防止は隔離で対応する」ことを原則としている。「拘束の要件に他害のおそれは拳がっていない。医師や看護師に対する危害のおそれも原則として理由にならない」といった法律家の解釈もある¹⁰⁾。夜勤者が女性だけの時、精神症状の激しい患者はやむを得ず拘束を行うこともあると聞いたことがあるが、病院側の都合での拘束はあり得ないだろう。一方拘束だけを問題視すると、過剰の薬剤を使った過鎮静（化学的拘束）の問題が生じ得ることを忘れてはいけない。表3に諸外国の身体的拘束や隔離の要件などを示した。現在問題なのは、拘束にしても隔離にしても、開始と終了

の手続きが規定されているだけで、途中の開放観察という発想がないことである。諸外国では拘束しても、それを1日も2日も続けることはあり得ないという。拘束中は常時誰かが付き添って、少しでも拘束の時間が短くなるように配慮しているのであろう。これには人手が必要である。わが国の精神科病院の看護配置は、精神科救急急性期医療入院料病棟の10:1がもっとも濃密だが、アメリカではニューヨーク州の精神科急性期病棟が4:1、カリフォルニア州の精神科病棟が6:1となっており⁵⁾、明らかに人員配置が異なる。隔離・拘束の問題を人手の問題だけにするのは慎むべきだが、病院管理者としては強調し

表3 各国の行動制限の要件や手続きについて

	法令の有無	要件				その他	手続き（許可の方法・主体）
		自傷・他害の危険	代替手段がない	実施目的が妥当	治療のために必要		
アメリカ	○	○	○	○	○	隔離は発症障害の診断のみでは行えない。併せて精神疾患の診断があり、かつ隔離時の様子が継続的に確認できる場合のみ実施可能	隔離・拘束とも医師による書面の指示（緊急時は看護師等の判断による実施も可能）
イギリス	○	○	○	○	○	化学的拘束は他の方法で抑制できなかった場合のみ実施可能	隔離：精神科医、認定臨床家、看護師による許可 機械的拘束：多職種チームへ諮問を実施した上で許可
ドイツ	○	○	○	○	—	化学的拘束は治療の可否について意思表示のできない急性期の患者に対してのみ実施可能	隔離・拘束とも精神科医による指示
フランス	○	○	○	○	—	隔離：非同意入院者に対してのみ可能 機械的拘束：隔離の際にのみ必要に応じて認められる	隔離・拘束とも精神科医による許可
イタリア	○	各州の規定による（内容は州によって大きく異なる）					
カナダ	○	○	○	—	—		拘束：医師または認定をうけた専門家による書面の指示
オーストラリア	○	○	○	—	△	一部の州では化学的拘束が認められていない	隔離・拘束とも精神科医による許可 緊急時には認定をうけた臨床家や看護師に権限を認めている州もある
韓国	○	○	○	—	○		隔離・拘束とも精神科医による指示

令和3年度障害者総合福祉推進事業「精神疾患にかかる社会的コストと保健医療福祉提供体制の国際比較に関する調査」事業報告書（PwCコンサルティング合同会社）より抜粋・一部項目を追加

たいところである。また、拘束についてはその是非を論じる前に、より科学的な方法を研究する必要がある。一言で拘束といっても、急性期の精神運動興奮や意識障害に対する場合と、転倒転落防止の場合は全く状況が異なる。さらに、精神科病院での拘束ばかり強調されるが、一般病院における点適時等の身体的固定についても、国民が真剣に議論する時期に来ている。ますます認知症者が増えることを考えると、現場の対応だけに任せておくのはいかかかと思う。

虐待については、精神科病院の都道府県への通報義務が規定されるよう法改正がなされるようである。児童・高齢者・障害者虐待防止法では市町村に通報することになっているが、病院と学校は除外されている。敢えて精神科病院での虐待防止を法に規定しなければならないのは、それだけ目に余るものがあったということである。虐待防止にしても、行動制限の最小化にしても、結局は管理者の姿勢がもっとも重要である。患者が安心して治療できる病院は職員も働きやすく、職員が生き生きと働く病院は患者も安心して治療を受けられる。管理者は自らの理想を掲げ、職員の研修、教育、待遇改善などに注力しなければならない。

8. あまり語られなかったこと

検討会では、総合病院精神科についてはほとんど話題にならなかった。地域で暮らす精神障害者の高齢化に伴い、身体合併症治療が重要になるのは必然であり、「にも包括」を構築するには総合病院精神科は必須である。厚労省社会援護局主催の検討会では医政局の

管轄である総合病院の話はしにくいのかも知れない。また公認心理師の話もほとんど出なかった。スクールカウンセラーが定着するように、心理職のアウトリーチも地域の精神保健活動には欠かせない。

精保センターと審査会については、議論の端々で機能強化が求められたが、現実的な動きはなさそうである。精保センターの運営要領は平成8年から改定されておらず、時代に見合わなくなっている。一方で他の自治体では精神科医のいない精保センターが複数あるので、まず人員の確保から始めなければならない。これは審査会にも言えることである。審査会の人員を増やし、より活発に活動できれば、入院患者の人権擁護は今以上に進むと思う。

9. おわりにかえて(精神医療の進化)

かつては統合失調症の治療が精神科病院の主な役割であったが、最近は発達障害、摂食障害、各種依存症など対象疾患が広がっている。単独の病院ですべてをカバーするのは難しいので、拠点化する必要がある。石川県では第7次医療計画で拠点病院が整備され、今のところ円滑に運用されている。

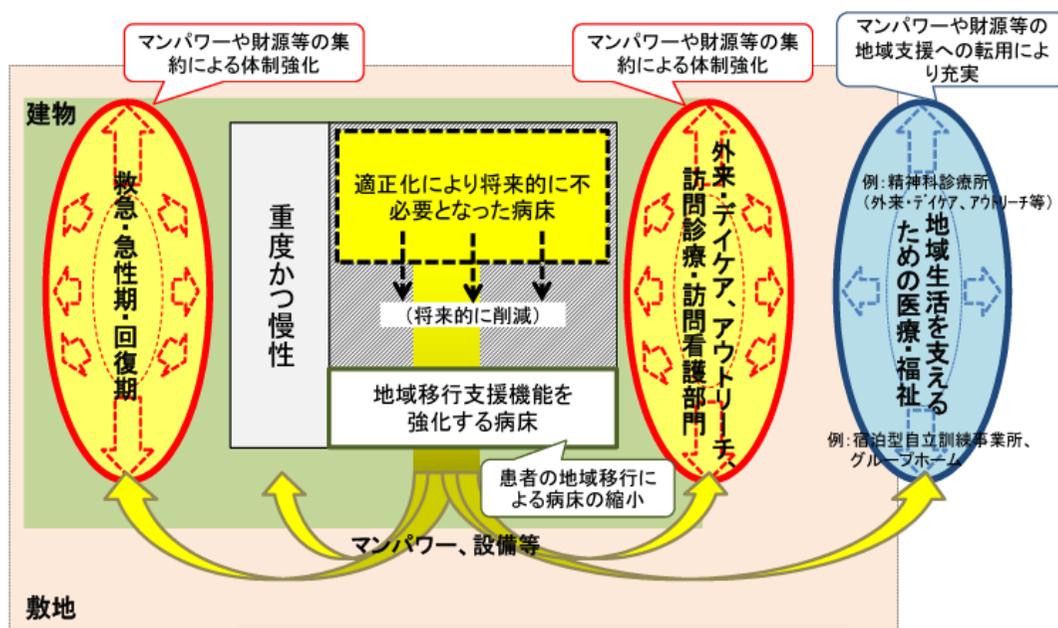
次に、2000年前後から第2世代抗精神病薬やSSRIなどの向精神薬が次々発売され、脳内伝達物質の異常を念頭に置いて治療するという「脳内科」的な発想がもてはやされた時期もあったが、薬物だけでは精神疾患を克服することはできず、最近では小児期のトラウマに焦点をあてた精神療法や認知行動療法、森田療法、さらにはオープン・ダイアログなどが注目されている。「Nothing About us

without us」が障害者基本条約の理念なので、オープン・ダイアログの思想は理に適っている。多職種協働による生活支援や、包括的支援マネジメントも一般的になりつつある。このように薬物治療から、人との関りを通じた治療や生活支援が重要視されるようになってきた。つまり「医療者の考えに基づく治療」から、「当事者の考えに基づく生活」が主たるテーマとなり、リカバリーが治療目標となった。

総括所見では、障害児を含む障害者が施設を出て地域で暮らす権利が保障されていないことから「脱施設化」が勧告され、精神科病院の非同意入院を障害に基づく「差別である」とし、自由を奪っている法令の廃止も求めている。これは精神科病院だけを批判して

いるのではなく、いつまでも精神科病院や障害者施設への収容で問題を先送りしている日本政府を批判しているのである。総括所見で強調されるのは、インクルーシブな社会の実現であり、これが実現されれば精神科病院の病床数は大幅に縮小する。図3は平成26年の「長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」⁹⁾で示された精神科病院の将来像である。財政的な問題があるので簡単にはいかないだろうが、1. 療養病床など慢性期の病床が大幅に縮減し、2. 救急・急性期病棟が高規格化され、3. 市町村を中心とした精神保健医療福祉体制の充実という方向に進むのは必然であろう。ただし精神医療を変革するには、精神科病院の自助努力では限界があり、インクルーシブな社会

図3 構造改革によって実現される病院の将来像（イメージ）



を実現しようという国民意識が不可欠である。

参 考 文 献

- 1) 藤井千代：「精神障害にも対応する地域包括ケアシステム」時代に対応する自治体による多職種アウトリーチ支援のあり方に関する研究. http://www.zaitakuiryoyuumizaidan.com/data/file/data1_20210125092146.pdf (2022.10. 5.)
- 2) 吉川 隆博：一般社団法人日本精神科看護協会：精神科訪問看護に係る実態及び精神障害にも対応した地域包括ケアシステムにおける役割に関する調査研究報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000798639.pdf> (2022.10. 5.)
- 3) 川副泰成：多職種連携による包括的支援マネジメントに関する研究. 厚生労働行政推進調査事業障害者政策総合研究事業(精神障害分野)精神障害者の地域生活支援を推進する政策研究, 251-280, 2019
- 4) 厚生労働省：新たな地域精神保健医療体制の構築に向けた検討チーム.
https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_141273.html (2022.10. 17.)
- 5) 厚生労働省：第8回「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」(参考資料3-1)「精神科救急・急性期医療における身体的拘束に関する基本認識」発表資料.
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_24930.html (2022.10. 20.)
- 6) 厚生労働省：これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会報告書.
<https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000152029.html> (2022.10.11.)
- 7) 厚生労働省：「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書について(報告書).
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26149.html (2022.10.11.)
- 8) 厚生労働省：「地域で安心して暮らせる精神保健医療福祉体制の実現に向けた検討会」報告書について(参考資料).
https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_26149.html (2022. 10.21.)
- 9) 厚生労働省：長期入院精神障害者の地域移行に向けた具体的方策の今後の方向性」とりまとめについて.
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokuyokushougaihokenfukushibu-Kikakuka/0000051135.pdf> (2022.10. 13.)
- 10) 國宗省吾、藤田圭祐、大須賀謙一ほか、損害賠償請求訴訟の最先端を考える会：精神科における損害賠償請求に係る諸問題. 判例タイムズ No.1465, 13-48, 2019.
- 11) 地域精神保健医療福祉資源分析データベース (ReMHRAD) :
https://remhrad.jp/facility_mapping (2022.10. 15.)
- 12) UNITED NATIONS HUMAN RIGHTS TREATY BODIES : UN Treaty Body Database.

https://tbinternet.ohchr.org/_layouts/15/reatybodyexternal/Download.aspx?symbolno=CRPD%2fC%2fJPN%2fCO%2f1&Lang=en (2022.10.21)

原 著

石川県内における新型コロナウイルス感染症流行による 自殺への影響

松原拓郎、長谷部憲一、木崎裕哉
Takuro Matsubara, Hasebe Kenichi, Yuya Kizaki

抄録: 本邦では新型コロナウイルス感染症流行後、自殺率の増加を認め、とくに女性、生徒、児童の自殺率の増加が示され、自殺動機の変化も認めるようになった。我々は石川県内においても同様の変化が生じていたのかを調査解析した。石川県では新型コロナウイルス感染症流行後、女性や生徒、児童の自殺リスクは増加していなかった。一方、石川県では新型コロナウイルス感染症流行後、会社に勤務する者や社会保障によって金銭的な支援を受けている者、自殺未遂歴のある者の自殺リスクが増加していた。さらに、自殺に至った動機については、新型コロナウイルス感染症流行後、警察の捜査のなかで動機が明らかではない動機不詳に該当する者が流行前に比べて増えていた。

北陸神経精神医学 36(1-2):38-42, 2022

Key words : 自殺、石川県、新型コロナウイルス, suicide, Ishikawa prefecture, COVID-19

【はじめに】

本邦では、新型コロナウイルス感染症（以下 COVID-19）流行後、2020 年 10 月をピークとした自殺率の増加を認め、特に女性、生徒、児童の自殺率が増加したことが知られている¹⁾。また、自殺に至る動機も流行後変化したことが示されており、男性では主に仕事上のストレスを動機とした自殺が多くなり、女性では家庭や健康の問題を動機とした自殺が増加した²⁾。一方、地域別での COVID-19 流行後の自殺数の変化や、性別や年齢層等の属性の変化、自殺に至る動機の変化についての報告はほとんど認めていない。本稿では過去 7 年間にわたる石川県内の自殺の状況を調査し、石川県における新型コロナウイルス感染

症流行がもたらした、自殺統計の変化を検証した結果を報告する。

【対象・研究方法】

石川県における 2015 年 1 月～2022 年 3 月の自殺者を調査の対象とした。対象者を 2015 年 1 月～2020 年 1 月の「COVID-19 流行前群」と、石川県で初めて感染者を認めた 2020 年 2 月～2022 年 3 月の「COVID-19 流行後群」の 2 群に分け、さらにそれぞれの群を男性群と女性群に分け調査解析を行った。「性別」、「年齢層」、「職業」、「方法」、「自殺未遂歴の有無」の各属性と「月」、「動機」のそれぞれの要因に該当する月別自殺者数を厚生労働省自殺統計より収集し、自殺者数を従属変

数、各属性、動機を因子としたポアソン回帰分析を行い、各々の因子が自殺を発生させる相対危険度を流行前後で比較検討した。解析には SPSS ver28 を使用し、 $p < 0.05$ を有意水準とした。本調査の開始にあたっては、松原病院内の倫理委員会の承認を得て行った。

表 1 属性の変化

	流行前				流行後			
	n	%	p	RR	n	%	p	RR
性別								
男性	625	70.9	<0.01*	2.44	235	69.3	<0.01*	2.26
女性	256	29.1	-	1.00	104	30.7	-	1.00
年齢層								
20歳未満	32	3.7	<0.01*	0.34	11	3.3	<0.01*	0.31
20-29歳	106	12.3	0.40	1.13	42	12.4	0.43	1.20
30-39歳	61	7.1	0.40	0.87	44	13.0	0.31	1.26
40-49歳	152	17.7	<0.01*	1.62	57	16.9	0.02*	1.63
50-59歳	143	16.6	<0.01*	1.52	54	16.0	0.05*	1.54
60-69歳	143	16.6	<0.01*	1.52	38	11.2	0.73	1.09
70-79歳	129	15.0	0.02*	1.37	57	16.9	0.02*	1.63
80歳以上	94	10.9	-	1.00	35	10.4	-	1.00
職業								
自営業	65	7.5	<0.01*	0.37	21	6.3	0.02*	0.53
被雇用・勤務者	272	31.5	<0.01*	1.56	121	36.3	<0.01*	2.69
学生・生徒	60	6.9	<0.01*	0.35	24	7.2	0.01*	0.53
主婦	45	5.2	<0.01*	0.26	20	6.0	<0.01*	0.44
失業者	30	3.5	<0.01*	0.17	9	2.7	<0.01*	0.20
年金・雇用保険	218	25.2	0.03*	1.25	93	27.9	<0.01*	2.07
その他	174	20.1	-	1.00	45	13.5	-	1.00
方法								
首つり	604	68.7	<0.01*	6.36	229	67.8	<0.01*	5.33
服毒	16	1.8	<0.01*	0.17	7	2.1	<0.01*	0.16
練炭	62	7.1	<0.01*	0.65	29	8.6	0.10	0.67
飛降り	85	9.7	0.456	0.90	28	8.3	0.08	0.65
飛込み	17	1.9	<0.01*	0.18	2	0.6	<0.01*	0.05
その他	95	10.8	-	1.00	43	12.7	-	1.00
自殺未遂歴								
あり	167	19.6	<0.01*	2.82	56	16.6	<0.01*	4.34
なし	471	55.2	-	1.00	243	71.9	-	1.00

* : $p < 0.05$ の有意水準

【結果】

1. COVID-19 流行後の自殺因子の変化 (表 1)

「COVID-19 流行前群」と「COVID-19 流行後群」の2つの群における属性と「月」それぞれの相対危険度を比較した結果を表 1 に示す。COVID-19 流行前群では、女性と相対し男性で自殺者が生じるリスク（相対危険度）が 2.44 と有意に高かった。これは、女性と比較して男性は 2.44 倍自殺するリスクが高いことを示す。80 歳以上の自殺者数と相対した 20 歳未満の相対危険度は 0.34 と低く、逆に 40~49 歳、50 歳~59 歳、60 歳~69 歳、70 歳~79 歳の相対危険度は 1.4~1.6 と高かった。職業では「職業（その他）」の自殺者と相対した自営業者の相対危険度が 0.37、学生は 0.35、主婦は 0.26、失業者は 0.17 といずれも低かったが、被雇用者・勤務者の相対危険度が 1.56、年金・雇用保険受給者が 1.25 と高かった。自殺の方法は「方法（その他）」の自殺者と相対した首つりの相対危険度が 6.36 と高く、逆に服毒、練炭、飛込みはいずれも低かった。自殺未遂の既往のない自殺者と相対した既往のある者の相対危険度は 2.82 と高かった。また、12 月と相対した 3 月の相対危険度は 1.50 (CI 1.08-2.08, $p=0.02$)、8 月が 1.40 (CI 1.01-1.95, $p<0.05$) と有意に高かった。COVID-19 流行後群においてもこれらの相対危険度の傾向はほぼ一致していたが、60~69 歳と練炭を用いた自殺者の相対危険度が有意ではなくなった。

表 2 男女別での属性の変化

	流行前 (男性)				流行後 (男性)				流行前 (女性)				流行後 (女性)			
	n	%	p	RR												
年齢層																
20歳未満	25	4.0	<0.01*	0.45	5	2.1	<0.01*	0.25	7	2.7	<0.01*	0.18	6	5.8	0.06	0.40
20-29歳	81	13.0	0.03*	1.45	31	13.2	0.13	1.55	25	9.8	0.10	0.66	11	10.6	0.44	0.73
30-39歳	59	9.4	0.78	1.05	33	14.0	0.08	1.65	23	9.0	0.06	0.61	11	10.6	0.44	0.73
40-49歳	120	19.2	<0.01*	2.14	44	18.7	<0.01*	2.20	32	12.5	0.47	0.84	14	13.5	0.85	0.93
50-59歳	97	15.5	<0.01*	1.73	34	14.5	0.06	1.70	46	18.0	0.38	1.21	20	19.2	0.40	1.33
60-69歳	100	16.0	<0.01*	1.79	31	13.2	0.13	1.55	43	16.8	0.58	1.13	7	6.7	0.10	0.47
70-79歳	87	13.9	0.01*	1.55	37	15.7	0.03*	1.85	42	16.4	0.66	1.11	20	19.2	0.40	1.33
80歳以上	56	9.0	-	1.00	20	8.5	-	1.00	38	14.8	-	1.00	15	14.4	-	1.00
職業																
自営業	53	10.1	<0.01*	0.55	19	10.2	0.64	0.86	4	1.7	<0.01*	0.07	8	8.4	0.64	0.80
被雇用・勤務者	200	38.2	<0.01*	2.08	78	41.7	<0.01*	3.55	42	18.3	0.11	0.72	24	25.3	0.02*	2.40
学生・生徒	38	7.3	<0.01*	0.40	14	7.5	0.19	0.64	11	4.8	<0.01*	0.19	9	9.5	0.82	0.90
主婦	0	0.0	-	-	0	0.0	-	-	41	17.9	0.09	0.71	16	16.8	0.24	1.60
失業者	22	4.2	<0.01*	0.23	3	1.6	<0.01*	0.14	4	1.7	<0.01*	0.07	2	2.1	0.04*	0.20
年金・雇用保険	115	21.9	0.19	1.20	51	27.3	<0.01*	2.32	69	30.1	0.33	1.19	26	27.4	0.01*	2.60
その他	96	18.3	-	1.00	22	11.8	-	1.00	58	25.3	-	1.00	10	10.5	-	1.00
方法																
首つり	379	70.7	<0.01*	7.02	118	71.1	<0.01*	7.38	150	65.2	<0.01*	4.69	49	59.8	<0.01*	3.50
服毒	5	0.9	<0.01*	0.09	4	2.4	0.01*	0.25	9	3.9	<0.01*	0.28	4	4.9	0.03*	0.29
練炭	42	7.8	0.22	0.78	12	7.2	0.45	0.75	11	4.8	<0.01*	0.34	8	9.8	0.21	0.57
飛降り	46	8.6	0.42	0.85	13	7.8	0.58	0.81	23	10.0	0.23	0.72	5	6.1	0.05*	0.36
飛び込み	10	1.9	<0.01*	0.19	3	1.8	<0.01*	0.19	5	2.2	<0.01*	0.16	2	2.4	0.01*	0.14
その他	54	10.1	-	1.00	16	9.6	-	1.00	32	13.9	-	1.00	14	17.1	-	1.00
自殺未遂歴																
あり	88	16.9	<0.01*	3.58	29	15.9	<0.01*	4.69	70	30.8	<0.01*	1.53	53	46.1	<0.01*	2.35
なし	290	55.7	-	1.00	136	74.7	-	1.00	107	47.1	-	1.00	54	47.0	-	1.00

* : p<0.05の有意水準

表 3 動機の変化

	流行前 (男性)				流行後 (男性)				流行前 (女性)				流行後 (女性)			
	n	%	p	RR	n	%	p	RR	n	%	p	RR	n	%	p	RR
家庭問題	64	10.3	<0.01*	2.91	14	7.2	0.55	1.27	34	12.6	<0.01*	3.40	8	8.7	0.59	1.33
健康問題	130	21.0	<0.01*	5.91	33	17.0	<0.01*	3.00	113	42.0	<0.01*	11.30	20	21.7	0.01*	3.33
経済・生活問題	79	12.8	<0.01*	3.59	15	7.7	0.44	1.36	9	3.3	0.82	0.90	1	1.1	0.10	0.17
勤務問題	59	9.5	<0.01*	2.68	11	5.7	1.00	1.00	11	4.1	0.83	1.10	3	3.3	0.33	0.50
男女問題	16	2.6	0.33	0.73	3	1.5	0.05*	0.27	6	2.2	0.32	0.60	1	1.1	0.10	0.17
学校問題	15	2.4	0.25	0.68	0	0.0	-	-	1	0.4	0.03*	0.10	1	1.1	0.10	0.17
その他	22	3.6	-	1.00	11	5.7	-	1.00	10	3.7	-	1.00	6	6.5	-	1.00
不詳	234	37.8	<0.01*	11.58	107	55.2	<0.01*	10.24	85	31.6	<0.01*	9.26	52	56.5	<0.01*	9.15

* : p<0.05の有意水準

逆に、被雇用者・勤務者の相対危険度が2.69、年金・雇用保険受給者が2.07、自殺未遂の既往のある者が4.34といずれも流行前に比べ高値となっていた。また有意な相対危険度を示す月は認めなかった。

2. 男性の自殺因子の変化 (表2)

COVID-19 流行前群では、20歳未満の相対危険度が0.45と低く、逆に20～29歳、40～49歳、50～59歳、60～69歳、70～79歳は1.5～2.1と高値だった。職業では自営業者、学生、失業者の相対危険度は0.2～0.6と低く、被雇用・勤務者が2.08と高かった。また、自殺未遂の既往のある者の相対危険度は3.58と高かった。COVID-19 流行後群では、男性は20～29歳、50～59歳、60～69歳の相対リスクが有意ではなくなった。職業では自営業者、学生の相対危険度が有意ではなくなったが、被雇用者・勤務者では3.55まで高くなり、年金・雇用保険受給者では2.32と有意となった。自殺未遂の既往歴のある者の相対危険度は4.69と流行前より高値となった。

3. 女性の自殺因子の変化 (表2)

20歳未満の相対危険度が0.18と低く、自営業者、学生、主婦、失業者は0.1-0.7と低かった。また、自殺未遂の既往のある者の相対危険度は1.53と高かった。COVID-19 流行後群では、相対危険度の高い年齢層は認めなくなり、自営業者、学生・生徒の相対危険度も有意ではなくなった。逆に被雇用・勤務者は2.40、年金・雇用保険受給者が2.60と有意なものに変化した。自殺企図

歴のある者の相対危険度は2.35と流行前より高値となった。

4. COVID-19 流行後の自殺動機の変化 (表3)

COVID-19 流行前群では男性は「動機(その他)」と比較して、家庭問題の相対危険度が2.91、健康問題が5.91、経済・生活問題が3.59、勤務問題が2.68、不詳が11.6と高かった。女性は家庭問題の相対危険度が3.40、健康問題が11.3、不詳が9.26と高く、学校問題は0.10と低かった。

COVID-19 流行後、男性は家庭問題、経済・生活問題、勤務問題は有意ではなくなり、健康問題は3.0まで低下し、男女問題は0.27となった。女性は家庭問題、学校問題は有意ではなくなり、健康問題は3.33まで低下した。また、警察の調査の中でいずれの動機にも該当しない「不詳」のカテゴリーに該当する自殺者がCOVID-19 流行後に増加しており、男性は17.4% ($\chi^2(1)=18.2$, $p<0.01$)、女性は24.9% ($\chi^2(1)=17.3$, $p<0.01$) 増加した。

【考察】

石川県では流行後女性の自殺リスクの上昇は認めず、全国統計とは異なる結果を認めた。COVID-19 流行前は3月と8月に自殺が生じる危険度が高かったが、流行後そのような傾向は消失した。これは年度替わりに起こる就職や異動、就学や進級、夏季の夏休みといった、過去に自殺に影響を及ぼしてきたであろうライフイベントによるストレスが、COVID-19 が流行したことによって変化した結果であると推測する。会

社に勤務している者の自殺は流行前より多かったが、流行後さらに増加した。これは会社の労働安全衛生のなかで、労働者の精神的なケアの質を高める必要性が切迫していることを示唆している。産業医だけでなく、各企業が精神的なケアの必要性を理解し努力することが必要であると考えた。

また、社会保障によって金銭的な支援を受けている者の自殺が流行後増加したことは、行政や自治体の支援が金銭的なものだけではなく、精神的なケアを含め、一人ひとりの受給者を包括的に支えていく必要性があることを示唆しているものと考えた。さらに、自殺企図を過去に行った者の自殺リスクも増加しており、現在県内の各自治体で行われている自殺未遂者支援や総合病院精神での自殺未遂者対応、精神科救急病院と総合病院の病病連携などをさらに強化していく必要があると考えた。

石川県では全国と異なり、COVID-19 流行前に自殺リスクとなっていた自殺の動機が、流行後有意なものではなくなった。一方、警察が捜査の中で自殺に至る動機が特定できなかった「不詳」の категорияに該当する自殺者の割合が有意に増加した。石川県では新型コロナウイルス流行後、人と人とのつながりが断たれ、社会的な孤立が高まるようになり、周囲の誰にも悩みを打ち明けることができずに突然亡くなる自殺者が増えていたことが推測される。一人で悩みを抱える者が精神的なケアを受けられるようにするため、様々な業種が協力し、多くの窓口を構築していくことが必要であると考えた。

【結論】

石川県内での自殺者の解析を行った。過去に報告されている全国の報告とは異なる結果を認めた。

【研究の限界】

本研究においては、COVID-19 流行後のサンプル月数が流行前に比べると少なく、有意差を検出する際の検出力の違いを生じていた可能性は否定できない。また、自殺動機の分析については、厚生労働省の自殺統計の基となった警察の調査過程が明らかになっておらず、定義の明確化に限界が存在していると考えられた。

引用文献

- 1) Tanaka, T., Okamoto, S.: Increase in suicide following an initial decline during the COVID-19 pandemic in Japan. *Nat Hum Behav*, 5:229-238, 2021.
- 2) Koda, M., Harada, N., Eguchi, A. et al.: Reasons for Suicide During the COVID-19 Pandemic in Japan. *JAMA Netw Open*, 5: 2022.

原 著

プリンシパル・エージェント理論による屋根瓦式教育の改善事例：
金沢大学精神行動科学教室での取り組み

亀谷 仁郁、宮岸 良彰、坪本 真、内藤 暢茂、佐野 滋彦、奥田 丈士、菊知 充

Masafumi Kameya, Yoshiaki Miyagishi, Makoto Tsubomoto, Nobushige Naito, Masuhiko Sano, Takeshi Okuda, Mitsuru Kikuchi: Reconstruction of Roof-Tile Education Using Principal-Agent Theory: An Approach at the Department of Psychiatry, Kanazawa University

抄録: 新型コロナウイルス感染症を契機に当教室では指導体制を見直すこととなった。金沢大学附属病院神経科精神科（以下、当教室）では、指導医 1 名に対し専攻医 2 名、研修医 1 名に student doctor（以下、医学生）がつく屋根瓦式教育を実施している。この指導体制における問題点の抽出と解決策の提示を行うため、経済学や経営学で発展した理論であるプリンシパル・エージェント理論を用いた。屋根瓦式教育で発生するプリンシパル・エージェント関係に対し、この理論で問題となる目的の不一致および情報の非対称性を検討した。これらの解決策にはインセンティブとモニタリングが有用であるが、当教室における参加型臨床実習の分析を最近の知見を交えて分析し、見直した内容を提示する。これらの見直しは医学生・指導医ともに高い評価を得ており、プリンシパル・エージェント理論が臨床実習の質向上に応用できる可能性がある。

北陸神経精神医学 36(1-2):43-55, 2022

Keywords: 医学教育, 卒前教育, 診療参加型臨床実習, プリンシパル・エージェント理論, medical education, undergraduate education, principal-agent theory

はじめに

2010 年、アメリカ Educational Commission for Foreign Medical Graduates (ECFMG) は「2023 年以降は Liaison Committee on Medical Education (LCME) あるいは World Federation for Medical Education (WFME) による国際的な基準により認証を受けた医学部の卒業生以外は、ECFMG 認定資格を与えない」

との通知を出した¹⁾。この通知を皮切りに、グローバル化に伴う日本の医学教育の国際化が議論された。その結果日本の多くの医学部で国際認証を受けられるよう、教育体制の再編が行われた。国際認証を受けるにあたり、授業時間の 3 分の 1 を臨床実習にする必要があり、かつ精神科を含む主要な診療科においては、4 週間以上の連続した臨床実

習が必要となった^{2,3)}。また令和5年4月より、改正医師法が施行されることになり、そこでは共用試験に合格した医学生が医師の指導監督の下で一定の医行為ができることが明記されることとなった⁴⁾。このように医学生の卒前教育を取り巻く環境は急速に変化しており、質的・量的の両面での向上が求められている。筆者の所属する金沢大学も例外ではなく、2019年度の臨床実習より診療参加型臨床実習（コア・ローテーション実習）が開始され、精神科では4週間の臨床実習が必須となった。金沢大学での精神科実習では、医学生に精神科の職域の広さを体験してもらえよう、単科精神科病院での実習と、リエゾン精神医学を含めた総合病院の実習を連続して2週間ずつ行うこととしている。筆者は2020年11月より金沢大学附属病院神経科精神科での臨床実習の担当者となったが、新型コロナウイルス感染症の影響により実習が満足に行えないことが多くあり、臨床実習のカリキュラムの変更を余儀なくされた。本稿ではまず参加型臨床実習の必要性について、従来の教育理論を紹介し、屋根瓦式教育を採用している当教室の指導体制を紹介する。そして教育理論での教育体制の分析に限界があることを提示し、カリキュラムの変更にあたり、当教室で従来まで行っていた精神科臨床実習の問題点を抽出し改善を試みたので報告する。

参加型臨床実習の必要性と問題点

医学教育の方法において、参加型臨床実習の重要性は国内外を問わず広く知られている⁵⁾。参加型臨床実習の有用性は、認知的徒弟制や正統的周辺参加論といった教育理論を用いて説明

される。正統的周辺参加論は屋根瓦式教育を支持する学習理論として挙げられている⁶⁾。参加型臨床実習は医学生の教育に必要不可欠なものであるが、従来行われてきた参加型臨床実習が医学生のニーズや指導者の問題に答えられていない可能性がある。国内においては参加型臨床実習の効果について調査した報告は少ないが、米国では学生の指導意欲が高い医師の採用や雇用維持が以前より困難になっているという報告があり⁷⁾、日本国内においても安定した指導体制の維持が今後困難になっていく可能性がある。そのため、医学教育のマネジメントを行うのにあたり、医学生と指導医の両者が、参加型臨床実習の実施にあたりそれぞれどのような問題を抱えているのかを分析する必要がある。

McCulloughらは、医師が医学生を教育する動機と問題点について記載された文献を収集しレビューを行った⁸⁾。この報告によると、指導医の指導動機は興味や関心を中心とした内発的なものと、成果や報酬、処罰といった外発的なものに分類されるとした。また問題点については、生産性の低下、報酬の不足、労働時間の増大、学生と指導医の間の信頼感の欠如などが挙げられた（表1-a, b）。このレビューでは、教育の内発的動機づけを強調し、医学教育に携わる医師は指導医研修を必須とすべきであるという結論を出している。指導医研修の必要性についてはこの論文のみならず、他の学生指導の文献に関しても強調されている事項である⁹⁾。

表 1-a 指導医が医学生を教育する動機

項目	例
内発的動機の向上	医師が学生の教育成果を観察することで満足感を得る 患者の治療やケアを学生と共有し、共感することで満足感を得る 教育を通じて指導医が自身のスキルを振り返る機会とする 医学教育を改善したいという強い願望がある 医学界に対し恩返しをしたいという思いがある
外発的動機の向上	報酬のため（報酬はわずかでも動機づけとなる） 教育に対する評価や報酬があれば動機となる 教育を通じ、大学との連携ができる
外発的動機の低下	少ない報酬で働いている指導医が否定的な評価を受けた場合、指導意欲が低下する

表 1-b 指導医が医学生を教育する際の問題点

問題点	例
生産性の低下	指導医が学生に教える時間がない 学生を指導すると、診察できる患者は平均で 1.4 人/日減少する
労働時間の増大	学生を受け入れると、労働時間は 46-51 分/日増大する
報酬の不足	89%の医師が教育に対する報酬が不適切と感じている
学生の知識や態度の問題	知識や興味、能力やプロフェッショナリズムが不足していると感じる
指導医の教育に対する自信の欠如	指導医自身が自分自身の能力に自身が持てず、自分は指導する立場にないと感じる 指導医が指導のトレーニングを受けていない 専門外の領域を教える自信がない 臨床を早く終わらせるテクニックが、教育にふさわしくないと感じている

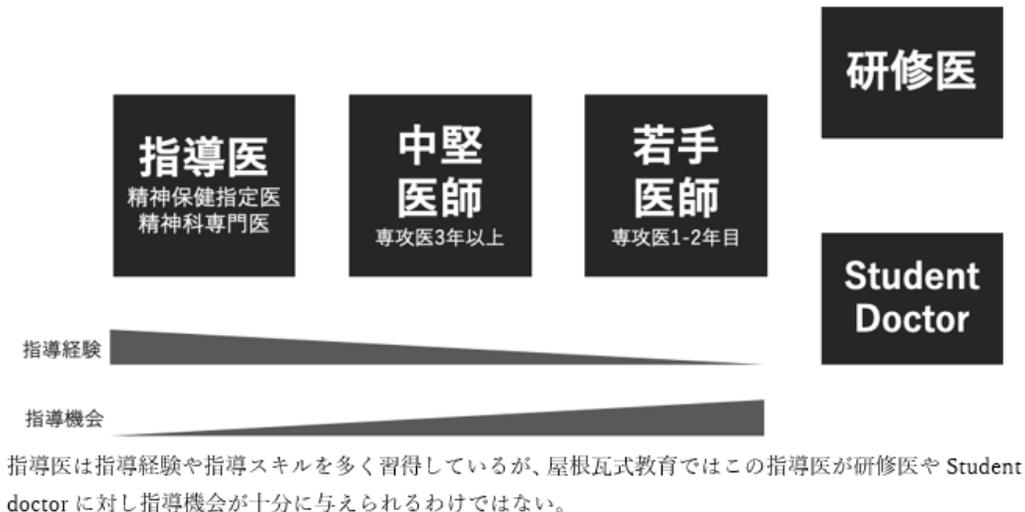
表 1-a, b は Ramnanan らのレビュー⁸⁾ で取り上げられた事項をまとめたものである。

屋根瓦式研修における指導医養成の問題点

金沢大学附属病院の精神科臨床実習では2週間毎に8人の学生が入れ替わりで実習を行い、他2週間は単科精神科病院である石川県立こころの病院で、精神科救急や認知症、医療制度や精神科福祉といった幅広い精神科医療の実習を行う場としている。現在、金沢大学附属病院神経科精神科では、病棟の主治医を指導医1名、中堅の専攻医1名、臨床初期研修終了後の専攻医1名の3人一組のチーム制で運営しており、チームごとに研修医指導や屋根瓦式教育を採用し臨床実習にあたっている。屋根瓦式教育において、学生実習の監督的立場にあるのは指導医としての研修や経験を受けた指導医である。一方で、学生が実臨床の学習を行う際に、一番身近にいて指導を行う機会が多いのは専攻医を中心とした若手の医師である(図1)。実習の指導は若手の医師を中心として行うが、若手医師の殆どは臨床研修指導医講習会などの指導医講習は受けていない。また当教室での専攻医は、精

神科専門医プログラムの研修病院を半年～1年でローテーションする体制となっているため、短期間で異動になる医師がほとんどである。そのため、仮に若手医師に個別に指導医のトレーニングを行っても、すぐに他院へ異動してしまい、指導スキルが定着する環境とはいえない。そのため現状の屋根瓦式教育で医学教育の水準を高めようとしても、若手に指導医のトレーニングが十分に行うことができないため、従来の学習理論に基づいた学習体制の構築が困難な状態にあった。さらに2週間といった短期間で多くの学生が実習する環境下では、そもそも認知的徒弟制や正統的周辺参加論の前提にある徒弟関係が構築する前に実習が終了してしまう可能性があると考えた。そのため、従来の教育的なアプローチではなく、経済学や経営学で広く知られている理論であるプリンシパル・エージェント理論を用いて既存の教育体制を分析し、再編することとした。エージェント理論を用いて既存の教育体制を分析し、再編することとした。

図1 金沢大学附属病院神経科精神科での病棟チーム制と屋根瓦式教育体制



指導医は指導経験や指導スキルを多く習得しているが、屋根瓦式教育ではこの指導医が研修医や Student doctor に対し指導機会が十分に与えられるわけではない。

プリンシパル・エージェント理論

プリンシパル・エージェント理論とは、1971年に Spence と Zeckhauser により提起された問題をもとに、1973年に Ross がすでに提起されていたいくつかの問題とをまとめ、発表された経済学の理論と言われる^{10,11)} (実際にはこれらのプリンシパル・エージェント理論の背景となる問題点は、理論構築前より指摘が多くなされており、プリンシパル・エージェント理論の起源は諸説存在する。ここではその説の一つを紹介した)。プリンシパル・エージェント理論はビジネス取引における契約関係を結んだ両者に起こる問題を明らかにし、その解決方法を考察していくもので、現在は企業組織における部下や従業員の管理監督問題や、コーポレートガバナンスなどで発生する組織の問題を抽出し、解決策を見出すために用いられるなど、経営学をはじめとしたさまざまな方面に発展・応用されている^{12,13)}。

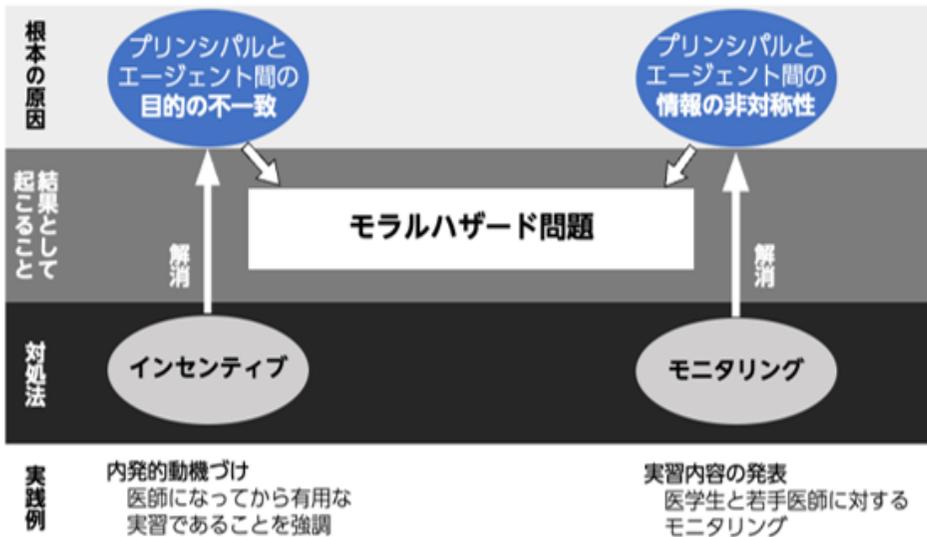
多くのビジネス行為はプリンシパル・エージェント関係にあるとされ、この関係により生じた問題をモラルハザード問題 (もしくはエージェンシー問題) と呼ばれる。なお、プリンシパル・エージェント理論はエージェンシー理論とも呼ばれるが、教育学や社会学で度々論じられるエージェンシーの概念¹⁴⁾ と本稿で扱うプリンシパル・エージェント理論は関係がないことに注意が必要である¹⁵⁾。本稿では、誤解を招かないよう以後プリンシパル・エージェント理論で統一する。プリンシパル・エージェント理論は、様々な方面に発展しており、その理論は一樣に述べられるものではない。そのため、本稿では入山が紹介しているプリンシパル・エージェント関係及びモラルハザードに限定して扱

うこととする。

プリンシパル・エージェント関係は管理職 (プリンシパル) と部下 (エージェント)、経営者 (プリンシパル) と管理職 (エージェント) といったように重層的に起こる問題である。人事経済学や管理会計の分野では一般的に、上司や管理職をプリンシパル、部下をエージェントとみなす¹³⁾。管理職は部署の目的を達成するため、部下に一生懸命働いてほしいため、「賢明に働く」という行為を部下に依頼していると考えられる。しかし安定した企業においては、部下は手を抜く方が「合理的」であるし、外勤先から直帰しなければならないところで、出先で「サボる」かもしれないが、管理職は部下一人ひとりの行動を把握できない。このように企業組織においてもプリンシパル・エージェント関係とモラルハザード問題が生じている。

プリンシパル・エージェント理論では、利害の不一致と情報の非対称性がモラルハザードを高める要因とされる。管理職と部下の例でいえば、部署の目的の達成は管理職の目的であるが、その目的が達成されても部下にはなにもメリットがなく、同じ給与でなるべく労働量が少ないことを目指しているかもしれない。このように置かれた立場によって目指すところが異なることを「目的の不一致」という。また、部下が外勤先でサボっていたとしても、管理職はそれを把握することができないために「賢明に働く」という依頼通りに部下が行動してくれなくなる。プリンシパル・エージェント理論では、この問題を「情報の非対称性」と呼ぶ (図2 上段)。

図2 プリンシパル・エージェント理論の枠組み



文献¹³⁾を元に著者が作成。根本の原因(上段)のためにモラルハザード問題を引き起こす(中段)。この問題への対処法にインセンティブやモニタリングがある(下段)。本論文での実践例もまとめた。

企業組織ではプリンシパル・エージェント理論で論じられる問題点が必然的に起こりうるため、大学においてもこれは例外ではないと考えられる。これまでに教育機関と教師にプリンシパル・エージェント理論を応用する試みがなされてきた¹⁶⁻¹⁸⁾ものの、これらは学生と教師の間でおこるものではなく、主に政府と高等教育機関の間に起こる行政的な関係を研究したものがほとんどであった^{19,20)}。学生と教育機関の進学や運営時に発生するプリンシパル・エージェント関係を探索した論文や^{21,22)}、北米の工学博士課程で行われている指導者のマッチングプロセスにプリンシパル・エージェント理論を応用した論文¹⁹⁾は存在したが、医学教育においてプリンシパル・エージェント理論を展開した論文は筆者が検索したところでは見つけられなかつ

た。筆者らは、医学教育における医師間や医師-学生間にはプリンシパル・エージェント関係が成立し、モラルハザードが発生していると考えた(図2中段)。

プリンシパル・エージェント理論でみる当教室における屋根瓦式教育の問題点
当教室で実施している屋根瓦式教育で、プリンシパル・エージェント理論で考えられる指導医と医学生間に生じる問題はどのようなものがあるだろうか。指導医は通常医学生に対し、実習を通じて医師としての知識や技術、プロフェッショナリズムを学んでほしいと考えている。そのため、指導医は医学生に様々な実習場面の経験機会を与えようとする。しかし、医学生で精神科を将来的に志望するのは、本学において

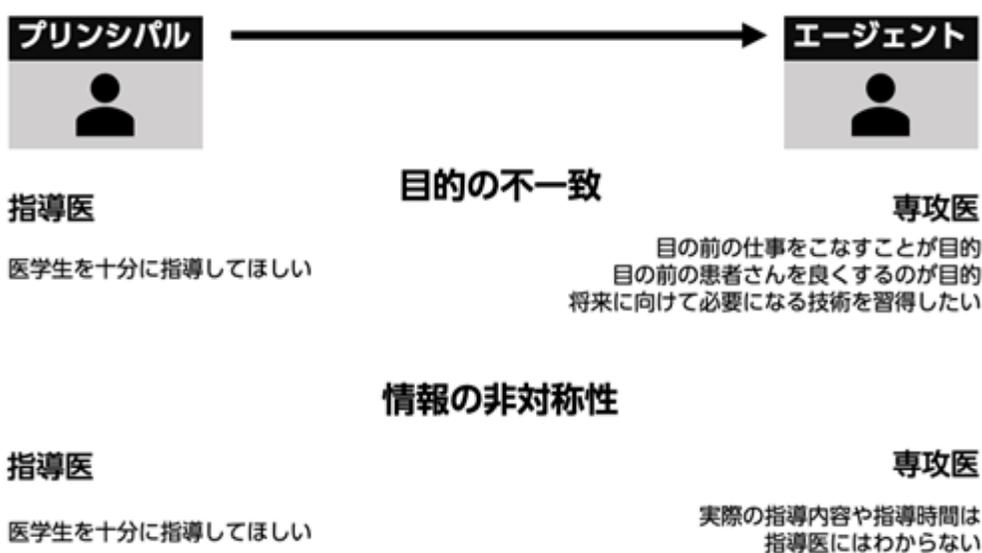
は多く見積もっても10%程度であることから、全員が精神医学に興味があるとは限らない。医学生が医学部を卒業しようと思う大きな目的の一つは、医師になるためである。過去数年間当教室で実習を行った学生全員に医師免許の取得と臨床初期研修を受ける予定があるか尋ねたところ、全員がそれらの予定があると答えていた。少なくとも当大学においては医学生の全員が医師免許を取得し、医師になることを目標としており、医学生はこの目的のために医学部に入学し卒業しようとしている。医学生にとって学生実習を行う一番の目的は「医師免許を取得し医師になる」ことであり、これはすなわち「実習評価で合格をもらうこと」である。ここに指導医と医学生の間で目的の不一致が生じていると考えられる。

さらに最近ではコロナ禍のために接触機会の減少として、オンラインミーティングやハイブリッド方式での指導を余儀なくされることがあ

った。オンラインミーティングでは対面授業と比較して学生がなにをしているかわかりにくいという問題がある。オンラインでの指導機会の増大は、指導医と医学生の間で情報の非対称性をさらに深めている。このように、指導医と医学生の間にはプリンシパル・エージェント理論におけるモラルハザードが発生している(図4)。

モラルハザードは指導医と医学生の関係のみならず、プリンシパル-エージェント関係にある2者の関係においてはいずれにおいても起こりうる問題である。まず、屋根瓦式教育において実習をともにするのは若手医師や中堅医師が多い。一方実習の評価を行うのは基本的に指導医である。指導医は若手医師や中堅医師に積極的に医学生を指導するよう求めるが、指導医と若手医師や中堅医師との間にプリンシパル・エージェント関係が生じる。つまり若手医師や中堅医師は日常診療をこなすことが主目的であり、

図3 指導医-医学生間で発生するモラルハザード



医学生を指導することに意味を見いだせないかもしれない。そうなると指導医と若手・中堅医師のあいだに目的の不一致が生じる。さらに若手・中堅医師が医学生にどのような指導を行ったかを評価するのは実際には困難である。状態の非対称性も生じており、指導医と若手や中堅医師の間には医学教育においてモラルハザードが発生している（図5）。同様の構造は指導医と研修医、若手・中堅医師と研修医、若手・中堅医師と医学生の間でも生じている。つまり屋根瓦式教育は、プリンシパル・エージェント理論で考えると多層的にモラルハザードが生じていると考えられる。

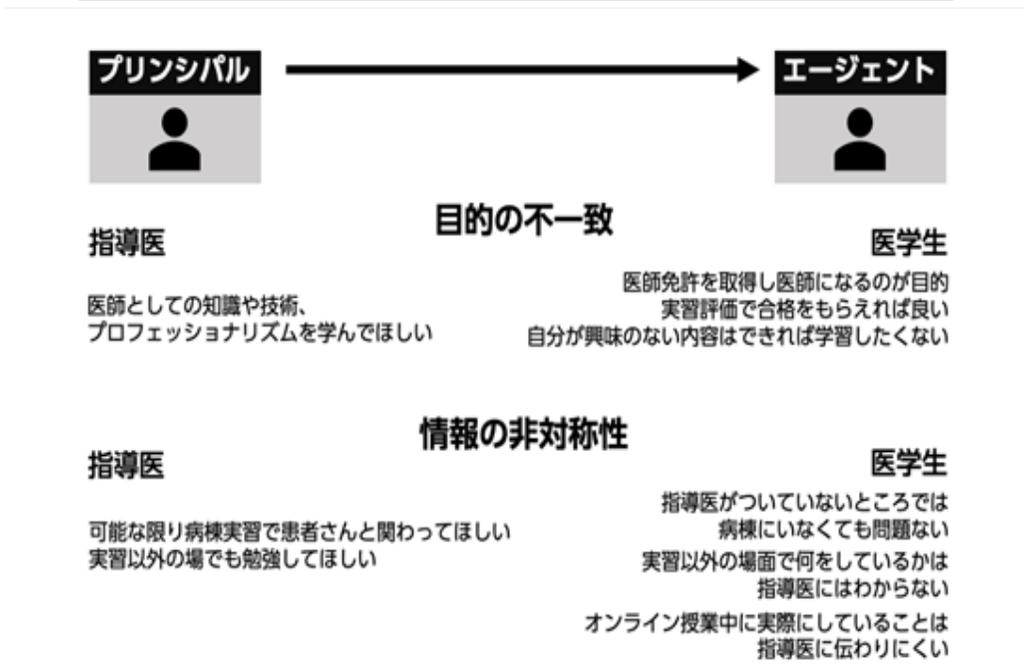
モラルハザードへの対処と臨床実習への応用

前項まではプリンシパル・エージェント理論で発生するモラルハザードを検討した。このようにプリンシパル・エージェント理論は臨床実習においても生じる問題であるが、国内外を問

わずプリンシパル・エージェント理論を用いた医学教育の問題点と解決策を論じたものはほとんどない。

プリンシパル・エージェント理論は長年の研究により、モラルハザードの解決策について議論を深めてきた。前提にあるのは、モラルハザードはエージェントが合理的に行動する結果として起こる行為であり、倫理面や精神論を問題にしているわけではないのが特筆すべきところである¹³⁾。モラルハザードの解消は、情報の非対称性と目的の不一致を解消する組織デザインやルールを作ることが重要とされている。医学教育においてこれがそのまま当てはめられるとする。すると医学生は「合理的」に目的を遂行しようとする結果モラルハザードが発生するが、例えば指導側が「臨床実習で手を抜くのは医師としての素質がない」「医学生としてのプロフェッショナリズムが欠けている」と指導しても、モラルハザードは解消されない。したがっ

図4 指導医-専攻医間で起こる医学教育についてのモラルハザード



て、モラルハザードを解消するには、医学生が倫理面や精神論的に問題があるかどうかは関係なく、モラルハザード問題が解消されるような指導方法を再構築しなければならないということをプリンシパル・エージェント理論は示唆している。

モラルハザード問題の解決策としては、目的の不一致および情報の非対称性それぞれに対する働きかけが有用と考えられている。目的の不一致にはインセンティブの付与が、情報の非対称性にはモニタリングが有用^{13,16,18,23)}であることが広く知られている(図2下段)。

インセンティブの付与とは、従来論じられてきた経済学的なプリンシパル・エージェント理論の立場では金銭的な報酬を与えることを指すことが多い。例えば Neal は教育委員会などの行政機関と教員に生じるプリンシパル・エージェント関係やモラルハザードの解消に行ったインセンティブの手法とその結果についての報告をまとめた¹⁸⁾。評価測定方法に改善の余地があるが、生徒の成績に応じた教員への報酬付与が生徒全体の成績向上につながる報告が複数あることを記している。また、日本国内の臨床実習では、実習中に医学生への金銭授受は通常発生しないため、報酬の付与をそのまま臨床実習の場に適用することはできない。ただ、この報酬の付与は実際のプリンシパル・エージェント関係においては必ずしも金銭の授与によるものではなくても良いという報告がある。Matsumura らは、プリンシパル・エージェント理論において従来の報酬を外部からの動機づけと位置づけ、内発的動機づけとして仕事の面白さや達成感を用いても、モラルハザードが減少することを数理的に説明し、従来の金銭面でのインセンティブは、内発的動機づけが十分になされた状況下で有用であることを指摘した^{24,25)}。

また、モニタリングとは情報の非対称性を減少させるよう、プリンシパルがエージェントの行動を監視する仕組みを構築することを指す。これは臨床実習では学生の行動を十分に監視したり、監視できる人物に監視を依頼することを指す。例えば多職種評価はモニタリングの側面があり、また患者に学生が十分に問診をしていたかを指導医が患者に聴取することでモニタリングを行えることもある。また、オンラインでのやり取りでビデオ画面を強制的にオンにすることも、モニタリングに該当する行為である。このように臨床実習においてはモニタリングの必要性と対策がすでに取りられており、監視という観点での改善の余地は少ないと考えた。

インセンティブやモニタリングがモラルハザードに有用であることは、経済学的に論じられてきた「エージェントが完全に合理的な判断を行う」という理想的条件下で理論的に考えられたものである。実際のプリンシパル・エージェント関係においてはエージェントが完全に合理的な判断や他のアプローチがあるとされる。

プリンシパル・エージェント理論に“theory of the agent’s mind”、すなわちエージェントに対する「心の理論」が関係するという指摘がある²⁶⁾。古典的なプリンシパル・エージェント理論は、情報経済学やゲーム理論の基礎となる仮定に基づいて成立する理論であるが、これはプリンシパルとエージェントがお互いに他人の行動を予測する能力があるという前提を含んでいる。しかし、実際のプリンシパルはこのような前提のように行動せず、支配的な戦略を取りがちであることが知られている^{27,28)}。この問題は、プリンシパルの心の理論が欠如することにより、情報の非対称性が起こるために進展していると指摘されている。これを言い換えれば、プリンシパルが心の理論に基づきエージェント

の内面が理解できる状態にあると、そうでない場合よりも情報の非対称性が改善されるということに繋がる。

プリンシパル・エージェント理論を用いた当教室における屋根瓦式教育の改善

このように、モラルハザードの解消としてインセンティブやモニタリング、心の理論が重要であることが指摘されてきた。筆者らは当教室における屋根瓦式教育にこれらの解消が適用できないか考えた。

まず、指導医-医学生間でのインセンティブの付与を行うため、内発的動機づけを意識したカリキュラム体制を構築することとした。実習初日に「この期間に行う精神科の経験と実習内容は、医師になるなら避けては通れない内容である」という臨床実習の目的を実際の事例を交えて提示し、精神科医にならない学生を中心とした実習であることを伝えることにした。

次に、指導医-医学生間でのモニタリングの強化に関して検討を行った。多職種での介入・評価や出席状況の確認強化、オンライン対応時でのカメラ機能の強制が考えられる。当教室では既にこれらの取り組みを行っていたため、この点においてモニタリングを強化することはできなかった。

当科では従来臨床実習時に講義を行っていた。これは系統講義の講義で十分に触れられなかったり、実習中に経験することが困難な症例を講義で補完することを目的としていた。しかしこれは講義の効果がモニタリングし難いことや、やや踏み込んだ精神科の内容を講義で伝えることは精神医学的には重要なことであるが、「医師としての経験として必須の事項を実習期間に学ぶ」という目的とはズレが生じてしまう可能性があり、この点で目的の不一致を増大さ

せる可能性があった。そのため2週間の実習中に10ほど講義を行っていたが、これを1つにまで減らし、空いた時間で新たな実習手法を導入することとした。

新たに開始した実習の手法の一つ目は、臨床疑問の調査と発表である。これは指導医が担当症例に対する臨床疑問を提示し、その臨床疑問について論文を検索し、医学生に発表してもらうというものである。これは次のような理由で、目的の不一致や情報の非対称性を改善できると考えている。まず、「臨床疑問について調べて発表する」というプロセスが、医師がEBMに基づいた診療を行う上で重要であることをチュートリアルで伝える。これにより医学生の内発的動機づけを高め、目的の不一致を改善する狙いがある。次に、発表を行うことで学習したことのモニタリングを行うことが可能になるため、情報の非対称性の改善が期待される。また、チームで担当している患者についての臨床疑問を扱うことは、指導医や専攻医で知識を共有する機会となる。さらに専攻医にとっては知っていることが前提となる臨床疑問の程度を、課題提示を通じて知ることができる。これは専攻医の内発的動機づけに繋がり、専攻医が臨床実習指導を行う際の目的の不一致を改善することができる。

また、新たな実習手法として、実習中に精神疾患簡易構造化面接法(M.I.N.I.)などの構造化面接や、改訂長谷川式簡易知能評価スケールやハミルトンうつ病評価尺度などの代表的な臨床評価検査を、若手医師の指導の下で必ず行い、その結果と実施した感想を発表する機会を設けた。これは医学生が精神科実習を行う際に、精神科患者にどのように接して良いかわからず、患者に関わることに躊躇してしまう学生が一定数いると想定し、それに対応するためにま

ずは構造化された状態で患者と関わってもらい、精神科面接の実践の足がかりにすることを目的とした。このことを明示し、目的の不一致の解消および医学生の心情を考慮した（すなわち、心の理論を考慮した）情報の非対称性の改善を狙った。また発表の機会に医学生の実習内容のモニタリングを行うことと、医学生の実習内容が患者の診断や治療経過の把握に役立ったことをすべての学生に伝えることで、内発的動機づけを行うことを狙ったものである。また実際に行ってみると、若手医師が十分に臨床評価検査を理解し指導できているかもモニタリングできることがわかり、若手医師の臨床評価検査の標準化に向けたフィードバックが行えた。さらに、臨床評価検査を行う機会が増えたことで、入院患者の精神状態の経過が明確になり、屋根瓦式教育の実施が患者の診断や治療に貢献できるようになった（図2 実践例）。

臨床実習の見直しによる変化

これらの教育手法の大幅な見直しを行って1年が経過した。発表内容は以前の実習より高いものが多くなり、以前より実習に対する意欲が低下した学生は減ったように感じられた。以前当教室の実習を行い、選択実習で再度当教室での実習を行った6年生2名に、当教室での改変後の臨床実習についてヒアリングを取ったところ、「以前より学生実習が明るくなったように感じる」「臨床疑問の発表は大変だったが、勉強になった」と好印象の感想を述べ、新しい実習形態を続けるべきだという意見があった。また、実習形態の変更による各病棟チームの負担は減少し、他の指導医からも指導形態の変更に好意的な意見が多かった。

プリンシパル・エージェント理論に基づいた当教室の指導体制の分析と見直しは医学生、指導

医双方の評価を得ることができた。さらにこの見直しは、単に医学生の教育のみならず、若手医師の教育や入院患者の診療の質に対し、以前より少ない労力で向上することができた。なお、これらの評価は定量的な評価を行っていないため、臨床実習の見直しの効果がどの程度あったのかを評価するのは困難である。プリンシパル・エージェント理論の臨床実習への有効性を検証するためには、今後さらに定量的な評価を含めた調査が必要と考えられる。

結論

屋根瓦式教育を採用した当教室では、プリンシパル・エージェント関係やモラルハザードが層状に形成されており、臨床実習での問題点を個別に抽出する必要があった。抽出された問題点は、内的動機づけや心の理論などの心理学的な視点をプリンシパル・エージェント理論に応用することで改善策を提示でき、臨床実習の質が向上し、教育にかかる負担が軽減した。本事例を通して、我々は臨床実習にプリンシパル・エージェント理論が有用という手応えを得た。

謝辞

プリンシパル・エージェント理論を勉強するきっかけとなった書籍、世界標準の経営理論を紹介いただいた子どものころの発達研究センター准教授廣澤徹先生に感謝する。同氏にはプリンシパル・エージェント理論のみならず、本書を通じて様々な知見をご指導いただいた。

引用文献

1. The Educational Commission for Foreign Medical Graduates: ECFMG to Require Medical School Accreditation for

- International Medical School Graduates Seeking Certification Beginning in 2023.
2. 米田博: 第 114 回日本精神神経学会学術総会 会長講演 精神科高度専門職医療人としてのプロフェッショナルリズム. 精神神経学雑誌. 121: 501-8. 2019;
 3. 日本医学教育評価機構一般社団法人: 医学教育分野別評価基準日本版 Ver.2.34. 2022 年 4 月 1 日.
 4. 令和 4 年 3 月 30 日官報号外第 68 号. 2022.
 5. 稲田悠, 三ッ浪健一, 本原理子, et al.: 参加型臨床実習は医学生モチベーションを高める. 医学教育. 41: 347-51. 2010;
 6. 菊川, 誠, & 西城卓也: 医学教育における効果的な教授法と意義ある学習方法(2). 医学教育. 44: 243-52. 2013;
 7. Quirk, M.E., Haley, H.-L., Hatem, D., et al.: Primary care renewal: regional faculty development and organizational change. Fam. Med. 37: 211-8. 2005;
 8. McCullough, B., Marton, G.E., & Ramnanan, C.J.: How can clinician-educator training programs be optimized to match clinician motivations and concerns? Adv Med Educ Pract. 6: 45-54. 2015;
 9. Rougas, S., Gentilesco, B., Green, E., et al.: Twelve tips for addressing medical student and resident physician lapses in professionalism. Med. Teach. 37: 901-7. 2015;
 10. Spence, A., & Zeckhauser, R.: Insurance, Information, and Individual Action. Am. Econ. Rev. 61: 380-7. 1971;
 11. Ross, S.A.: The Economic Theory of Agency: The Principal's Problem. Am. Econ. Rev. 63: 134-9. 1973;
 12. 宮島英昭: 日本の企業統治: その再設計と競争力の回復に向けて. 東洋経済新報社; 2011.
 13. 入山章栄: 世界標準の経営理論. ダイアモンド社; 2019.
 14. Campbell, C.M., & O'Meara, K.: Faculty Agency: Departmental Contexts that Matter in Faculty Careers. Res. High. Educ. 54: 383-480. 2013;
 15. Baxter Magolda, M.B.: Making Their Own Way: Narratives for Transforming Higher Education to Promote Self-Development. Stylus Publishing, LLC; 2020.
 16. Levačić, R.: Teacher Incentives and Performance: An Application of Principal-Agent Theory. Oxford Development Studies. 37: 33-46. 2009;
 17. Lane, J.E., & Kivisto, J.A.: Interests, Information, and Incentives in Higher Education: Principal-Agent Theory and Its Potential Applications to the Study of Higher Education Governance.
 18. Neal, D.: Chapter 6 - The Design of Performance Pay in Education. In: Hanushek EA, Machin S, Woessmann L (eds.). Handbook of the Economics of Education. Elsevier; 2011. p. 495-550.
 19. Artiles, M., & Matusovich, H.: Doctoral Advisor Selection in Chemical Engineering: Evaluating Two Programs through

- Principal-Agent Theory. *Studies in Engineering Education*. 2: 120–40. 2022;
20. Bastedo, M.N.: *The Organization of Higher Education: Managing Colleges for a New Era*. JHU Press; 2012.
21. Dill, D.D., & Soo, M.: *Transparency and Quality in Higher Education Markets*. *Higher Education Dynamics*. : 61–85. 2004;
22. Lozano, J., & Hughes, R.: *Representation and conflict of interest among students on higher education governing boards*. *Journal of Higher Education Policy and Management*. 39: 607–24. 2017;
23. Miller, G.J., & Whitford, A.B.: *Trust and Incentives in Principal-Agent Negotiations: The ‘Insurance/Incentive Trade-Off’*. *J. Theor. Polit.* 14: 231–67. 2002;
24. Matsumura, R., Kijima, K., Nakano, B., et al.: *An analysis of an incentive problem considering non - monetary utility*. *Kybernetes*. 32: 511–22. 2003;
25. 松村良平: *内発的動機付けと動機付けコスト概念について*. *経営論集*. 68: 17–33. 2006, 11;
26. Foss, N., & Stea, D.: *Putting a realistic theory of mind into agency theory: Implications for reward design and management in principal-agent relations*. *Eur. Manag. Rev.* 11: 101–16. 2014;
27. Singer, T., & Fehr, E.: *The Neuroeconomics of Mind Reading and Empathy*. *Am. Econ. Rev.* 95: 340–5. 2005;
28. Camerer, C.F.: *Behavioral Game Theory: Experiments in Strategic Interaction*. Princeton University Press; 2011.

原 著

両側自己眼球摘出を行った統合失調症の 1 例

宮下翔伍、坪本真、内藤暢茂、菊知充

Shogo Miyashita, Makoto Tsubomoto, Nobushige Naito, Mitsuru Kikuchi : A Case of schizophrenia with bilateral autoenucleation

抄録: 精神障害者では様々な自傷行為がみられ、合併症の治療のため、他診療科との連携を要する場合がある。そのため精神科では合併症を念頭においた初期対応や、自傷行為に至る動機となった症状への理解が望まれる。今回、慢性期の統合失調症例において両側自己眼球摘出という稀な自傷行為を認めた 1 例を経験したので報告する。金沢大学附属病院(以下、当院)初診時、38 歳の男性。他院での 12 年に及ぶ入院治療期間中に認めた侵害妄想を背景として、両側自己眼球摘出の自傷行為に至った。視神経、眼動脈を含めた眼球の摘出がなされ、当院転院時の頭部 CT では外傷性くも膜下出血の合併を認めた。眼科および脳神経外科と合同で診療にあたり、摘出された眼球の修復は不可能と判断された。保存的治療により外出血およびくも膜下出血はコントロールが得られ、眼球の自己摘出後に侵害妄想は消退し、前医へ転院となった。

北陸神経精神医学 36 (1-2) :56-61, 2022

Key words : 統合失調症、自己眼球摘出、autoenucleation, oedipism

はじめに

自己眼球摘出による自傷行為は 1846 年に Bergmann らによって初めて報告がなされた。眼球の自己摘出は 10 万人あたり 2.8-4.3 人の割合で見られる¹⁾。白人種における報告例が多く¹⁾、本邦での報告は数例のみと少ない²⁾³⁾。統合失調症の患者ではリストカットなどの軽微なものを含め、3-5 割に自傷行為がみられることがある⁴⁾。眼球自己摘出による自傷行為は重篤な合併症を引き起こし、致命的な病態につながることもある。今回、両側の自己眼球摘出という稀な自傷行為を認めた

症例を経験したので報告する。なお、本報告にあたって患者本人および家族に同意を得ており、プライバシー保護のため論旨に影響がない範囲で改変を行った。

症例

38 歳の男性

主訴: 眼の中に IC チップが埋め込まれている。**生活歴:** 精神運動発達の異常を指摘されたことはない。病前性格は口数が少なかったが、友人は多かった。高校 1 年時に中退し、職歴

はない。既往歴は特記事項なし。精神科家族歴なし。信仰する宗教は仏教である。

現病歴:X-23年(15歳時)に「目の前を光が飛んでいる」、「テレビから匂いがする」といった幻覚を認め、A病院を受診した。薬物療法が開始されたが、幻覚に加えて、外的刺激に因らない突発的な興奮、まとまりのない会話を認めるようになった。統合失調症と診断され、同院で計3回の入院歴がある。X-15年にB病院に転医し、入院加療が行われたが、退院後も雪の中を裸足で歩き回るなどするため、X-12年に再度B病院に入院し、以後長期入院となった。B病院入院中は、幻覚、連合弛緩、突発的な興奮を認めていた他、「眼の中にICチップを埋め込まれている」といった侵害妄想を認めていた。また、レクリエーションへの参加や対人交流は乏しく、陰性症状も出現した。X年10月20日に自室で両眼球を自己摘出した同患者を看護師が発見し、当院に救急搬送された。頭部CTで外傷性くも膜下出血の合併が認められ、ICUに入室し、同日当科紹介となった。

入院時処方:ハロペリドール 21mg、ゾテピン 10mg、ロラゼパム 1.5mg、ニトラゼパム 5mg、ラメルテオン 8mg、エソメプラゾール 10mg

現症:意識レベル GCS E1V5M6、体温 36.3°C、血圧 141/94mmHg、脈拍 69/分、SpO₂ 99% (room air)、両眼球は喪失している。会話内容は時にまとまりを欠くものの、穏やかな口調で話し、精神運動興奮は認めなかった。幻聴は認めず、思考伝播や注察妄想、「眼にICチップが埋め込まれていた」と妄想の訴えを認めた。来院後には「だんだん

と見えるようになってきた」といった発言を認め、何が見えているかは明言しなかった。「死にたかった、殺してくれ」と希死念慮を認めた。

血液検査：WBC 13.9×10³/μL、Neu 1.24×10³/μL、RBC 4.14×10⁶/μL、Hb 12.7g/dL、Plt 19×10⁴/μL、Na 132mEq/dL、K 3.2mEq/dL、Cl 97mEq/dL、UN 6mg/dL、Cr 0.58mg/dL、Fbg 334 mg/dL、FDP-DD 1.2 μg/mL、CRP 1.62mg/dL

胸部 X 線像:特記事項なし

12 誘導心電図：特記事項なし

頭部 CT：両眼球自己摘出後(図1左)。両側視神経は途中で離断しており、外眼筋は多くの部分が眼窩内に残存している(図1右)。くも膜下腔に高吸収域あり、眼動脈の引き抜きに伴うくも膜下出血の合併がみられる(図2)。

入院後経過

第0病日に眼科医師によって圧迫眼帯での両眼窩圧迫止血法が行われた。当院搬送直後は「死なせて」と訴え希死念慮を認めた。ICUに入室後には「冷凍庫にいれて」と叫ぶなど徐々に精神運動興奮を認めるようになったため、デクスメドミジンとミダゾラムによる鎮静が行われた。前医処方のハロペリドール 21 mg、ゾテピン 10 mgをはじめとした薬剤については継続とした。第2病日には眼動脈の止血が確認された。脳神経外科医師の診察の結果、くも膜下出血は保存的加療の方針となった。第3病日にデクスメドミジンおよびミダゾラムによる鎮静は中止されたが、不穏および精神運動興奮の再燃は認めなかった。

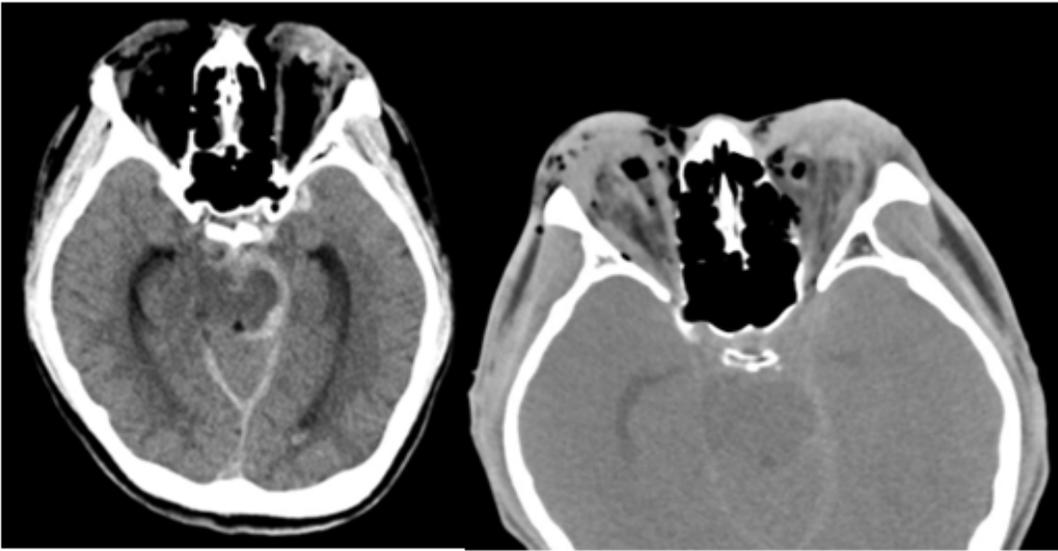


図 1 頭部 CT 画像



図 2 頭部 CT 画像

ICUを退室となり、精神科病棟へ転棟、当科へ医療保護入院となった。疼痛の訴えはなく、眼球摘出は用手的に行ったことが語られ、「やってよかった」と話し、行為を後悔する発言は認めなかった。自傷行為の動機については聞くたびに「ICチップが入っており怖かった」、「目を取らないと地獄に落ちると声が聞こえた」、「ラオウ（漫画“北斗の拳”に登場するキャラクター）に影響されたのかもしれない」などと述べ、一貫性はみられなかった。大仏や山、草原などの幻視の訴えが頻回に認められた。経過で希死念慮の消退を認め、眼窩からの出血およびくも膜下出血の安定が得られたことから、第28病日にB病院に転院となった。

考察

10代で統合失調症と診断され、10年以上続く入院生活の中で両側眼球を自己摘出する自傷行為に至った症例である。眼球摘出の自傷行為における男女比は5:2で男性に多くみられる。15-84歳の報告があり、年齢の中央値は35歳であった。人種による差としては、白人が約60%と最多であり、ヒスパニック・アジア系などは全体の約30%を占める¹⁾。人種による差については、キリスト教徒が多いことが考察されている。新約聖書のマタイ伝第5章29節に「もしあなたの右の目が罪を犯させるなら、それを抜き出して捨てなさい。五体の一部を失っても、全身が地獄に投げ入れられない方が、あなたにとって益である。」との記載があることなど、自傷行為の内容は文化的な背景の影響を受けるとされている⁵⁾。本症例では自傷行為の理由について漫画の登場人物に影響されたとの訴えが聞かれており、文化的な経験が動機づけとなった妄想の内容に影響したことも考えられた。

自己眼球摘出の背景疾患としては統合失調症、物質誘発性精神病、強迫性障害、双極性障害、心的外傷後ストレス障害、大うつ病性障害などの他、神経梅毒、Lesch-Nyhan症候群、ダウン症候群などの器質性精神障害の報告があり⁶⁾、そのうち、統合失調症は約50%を占めるとされる⁷⁾。特に、コカインやアンフェタミン等の使用は自傷行為のリスクを増大させることが報告されており⁸⁾、通院中の患者において重大な自傷行為が観察された際には精神作用物質の影響を鑑別する必要がある。また、本症例では侵害妄想が認められて

いたが、統合失調症患者が自傷行為に及ぶ動機としては、うつ状態の合併や、配偶者や親など重要な他者を失う経験の割合が各30%ほどと最も多い。精神病症状に悩まされる、または幻聴への反応は全体の10-20%ほどである⁹⁾。眼球に対する自傷行為を行った統合失調症患者において、自傷行為自体は無痛ではないものの、行為の後に満足を感じる患者が多く、痛みを積極的に訴える患者が少ないことも特徴とされる⁹⁾。そのため、患者の訴えが必ずしも自傷行為の程度に結びつかないことを考慮する必要がある。

本症例では両側の自傷行為であったが、約60%では片側のみの自傷であり⁶⁾、摘出に至らない場合でも交感性眼炎がみられることがあり、ステロイドの使用または病側眼球の外科的摘出が必要となる場合がある。また、血種や水腫による眼窩圧迫に対してもステロイドの使用が検討される。ステロイドの使用に際しては精神症状の悪化リスクがあることを念頭に置かなければならない¹⁰⁾。眼動脈をはじめとした血管損傷があれば、本症例でもみられたようにくも膜下出血を合併し得る。眼窩からの外出血が少ない場合には、特にくも膜下出血の合併を想定し診療に当たらなければならない⁶⁾。眼球への鈍的外傷がみられる際には網膜・硝子体出血や網膜剥離、水晶体脱臼のリスク、擦過傷がみられる際にはヘルペス感染などの感染症リスクについて特に気をつけなければならず、ボールペンなど5cm以上の道具を用いて自傷行為を行った際には、傷が頭蓋内に達することで血管、神経損傷の合併リスクが高まる⁹⁾。

本症例では、眼球を自己摘出した後に自傷行為の動機となった侵害妄想は消退し、希死念慮も改善を認めたため、薬物調整は行わなかった。一方で、自傷後も精神運動興奮や妄想といった症状が持続し、自傷行為の再企図予防が必要な場合がある。激越や精神運動興奮がみられた際には抗精神病薬や鎮静薬の使用、抑うつ状態や不安症状がみられた際には抗うつ薬を使用が検討される。また症例報告レベルであるが、電気痙攣療法が動機となる妄想を改善し、自傷行為の減少に有用であったとする報告がある。一方で、電気痙攣療法には眼圧を上昇させ、眼球損傷を増悪させるリスクがあることも言及されている¹⁰⁾。

まとめ

侵害妄想、希死念慮を認め、両側眼球摘出に至った症例を経験した。妄想に動機づけられる自傷行為は、文化的背景を踏まえて理解することが重要である。また、精神科医師は自傷行為への初期対応を迫られる場面が考えられる。眼球の自己摘出は眼動脈損傷による眼窩からの出血のみならず、くも膜下出血をはじめとした合併症を引き起こす。そのため、診療においては合併症に対する十分なリスク評価および他診療科との円滑な連携が必要とされる。動機となる精神症状に対しては薬物療法によるコントロールが優先されるが、薬物療法が有効でなかった場合、電気痙攣療法が有効である可能性がある。

本報告にあたり、開示すべき利益相反はない。

引用文献

- 1) Matthew Zhang, Sarah Tanaka, Michael Mercier, et al: Gender and Racial Disparities in Cases of Autoenucleation. *Seminars in Ophthalmology* 31:4, 415-425, 2016
- 2) 熊埜御堂隆、中西真美、味木幸 et al: 両側自己眼球摘出した1症例 *臨床眼科* 50(2), 157-160, 1996
- 3) 野々村咲子、菅原岳史、水野悟志 et al: 眼球を自己摘出した統合失調症の1例 *臨床眼科* 66(1), 85-88, 2012
- 4) Erlend Mork, Lars Mehlum, Elizabeth A. Barrett, et al: Self-Harm in Patients with Schizophrenia Spectrum Disorders. *Archives of Suicide Research* 16:111-123, 2012
- 5) Raj S. Shiwach: Autoenucleation A Culture-Specific Phenomenon: A Case Series and Review. *Comprehensive Psychiatry*, Vol. 39, No.5, pp 318-322, 1998
- 6) Alexander H. Fan: Autoenucleation: A Case Report and Literature Review. *Psychiatry* 4(10): 60-62, 2007
- 7) Krauss H, Robert D. Yee, Robert Y. Foos: Autoenucleation. *Survey of Ophthalmology* 29(3):179-87, 1984
- 8) Kimberly Clinebell, Robin Valpey, Teresa Walker, et al: Self-Enucleation and Severe Ocular Injury in the Psychiatric Setting. *Psychosomatics* 57:25-30, 2016
- 9) Jill M Jill M. Harkavy-Friedman, Kathleen Restifo, Dolores Malaspina, et al: Suicidal Behavior in Schizophrenia: Characteristics

of Individuals Who Had and Had Not
Attempted Suicide. *The American Journal
of Psychiatry* 156(8): 1276-1278, 1999

- 10) N Patton: Self-inflicted eye injuries: a
review. *Eye (Lond)*. Sep;18(9):867-72, 2004

一 学 会 抄 録

第 199 回北陸精神神経学会

日時：令和 4 年 3 月 13 日（日）

午後 1 時 30 分より

会場：オンライン開催

（主催：福井大学）

1. ロラゼパムが奏効した肺血栓塞栓症を伴った悪性緊張病の一例

○安本真衣¹⁾、奥田丈士²⁾、宮岸良彰²⁾、菊知充²⁾

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

2) 金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

【症例】64 歳 男性

【既往歴】統合失調症、脂質異常症

【現病歴】同胞 3 名第 3 子、実父と長姉に統合失調症の家族歴がある。15 歳で統合失調症を発症したが、通院と服薬を継続し、入院歴はなく、安定して経過していた。大学卒業後は公務員として従事し、28 歳で結婚し 2 子を儲けた。定年退職後は妻と二人で暮らしており、家族以外との交流は乏しかった。令和 X 年 10 月初旬より幻聴や被害妄想が出現し、易刺激性亢進や周囲への暴言、精神運動焦燥を認めた。10 月 20 日にかかりつけ医を受診し、抗精神病薬が追加されたが、症状の改善は乏しく、更に不眠や食事量減少を呈するようになった。10 月 23 日未明に自ら「調子が悪い」と警察に助けを求めて保護されたが、その後亜昏迷状態となり A 病院精神科に医療保護入院となった。10

月 26 日に昏迷、カタレプシーに加え、発熱や自律神経症状、クレアチニンキナーゼ上昇、凝固異常を呈し、悪性症候群が疑われダントロレンが投与されたが無効で、肝障害が増悪した。ジアゼパム投与で速やかに疎通性が改善したことから悪性緊張病と診断され、修正型電気けいれん療法での治療を目的に 10 月 28 日に当院転院となった。

【入院後経過】カタトニアの徴候に加えて発熱や自律神経症状が出現しており、悪性緊張病と診断した。治療の第一選択は修正型電気けいれん療法だが、入院後の検査で深部静脈血栓症や肺血栓塞栓症の合併が明らかとなり、速やかな実施が困難と判断した。そのためベンゾジアゼピン系薬剤で治療継続した結果、症状の軽快が得られた。

【考察】ベンゾジアゼピン系薬剤が奏効した肺血栓塞栓症を伴った悪性緊張病の一例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

2. 統合失調症患者の入院減少のための持効性注射剤(LAI)の効果

○藤田宗久、榎戸英佐子、谷野亮一郎

医療法人社団和敬会 谷野呉山病院

【目的】統合失調症患者の LAI（持効性注射剤）での入院予防効果について検討する。

【対象】2016 年 7 月から 2021 年 8 月の期間において当院外来（演者担当患者）にて LAI で治療した統合失調症患者 39 名のうち、1 年以上継続している 34 名（男性 19 名、女性 14 名、平均年

齢 48.2±12.0 歳)である。観察期間内における 1 年以内の中断者が 5 名、1 年以上継続後の中断者が 4 名であった。

【方法】単施設後ろ向き観察研究として、上記対象患者に対して LAI 導入前後における入院回数及び入院日数をミラーイメージ試験の手法を用いて比較した。なお入院日数の比較は全観察期間のうち入院していた日数割合(入院日数割合)で算出した。検定は、入院回数・入院日数割合ともに、Wilcoxon 符号付順位和検定を用い、統計学的有意水準は 5% (両側検定)とした。

【結果】全入院回数の平均は、3.1±2.6 回。LAI 導入 1 年での入院回数は導入前 0.79 回、導入後 0.26 回で有意に減少していた (p=0.005)。2 年では導入前 1.32 回、導入後 0.56 回 (p=0.001)。3 年では導入前 1.55 回、導入後 0.72 回 (p=0.003)。4 年では導入前 1.8 回、導入後 0.84 回 (p=0.011) とどの期間においても LAI 導入後は入院回数が有意に減少していた。入院日数割合は導入 1 年では導入前 23.4%、導入後 8.4% (p=0.001)。2 年では導入前 19.2%、導入後 7.7% (p=0.001)。3 年では導入前 15.4%、導入後 6.2% (p=0.001)。4 年では導入前 12.5%、導入後 4.8% (p=0.007) とどの期間においても入院日数割合は LAI 導入後に有意に減少していた。

【考察】LAI 導入により、再発再燃を抑制でき入院リスクが減少することは、患者が社会生活を中断しなくてすむというメリットに繋がる。

3. ゾピクロン過量内服後にメトヘモグロビン血症を生じた 1 例

○北市高之¹⁾、内藤暢茂²⁾、宮岸良彰²⁾、

菊知充²⁾

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

2) 金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

【はじめに】メトヘモグロビンはヘモグロビン中の鉄イオンが酸化されたもので、通常は赤血球内で還元酵素により 1%以下に調整されている。メトヘモグロビンは酸素と結合するものの酸素運搬能を有さず、血中濃度が高くなるほど重篤な低酸素症状をきたす。メトヘモグロビンの血中濃度が上昇した状態がメトヘモグロビン血症であり、原因として医薬品の副作用が圧倒的に多い。今回我々はゾピクロンの過量内服後にメトヘモグロビン血症を発症した症例を経験したため報告する。

【症例】48 歳女性。30 歳頃に幻聴や妄想が出現し、統合失調症と診断され A 病院精神科に通院を開始した。幻覚や妄想に対してオランザピン、不眠に対してゾピクロンで加療された。外来で長らく安定していたものの X-1 年 4 月春頃から COVID-19 拡大の影響で作業所の仕事が増え、自宅に籠るようになった。幻聴が増え、自殺目的にゾピクロン 600mg を過量内服したため X 年 1 月当科医療保護入院した。

入院時の診察で呼吸抑制はなかったものの SpO₂ は 89%と酸素化不良を認め、直ちに酸素投与を開始した。その他バイタルサインに異常は認めず意識レベルは JCS 1 桁、心電図や各種画像検査、血液検査でも酸素化不良の原因は同定できなかった。酸素投与開始後も SpO₂ は 90%前後で改善が乏しく血液ガス分析を実施したところ、動脈血酸素分圧および酸素飽和度は

いずれも正常範囲に保たれており、SpO₂の値とは明らかに乖離していた。また、メトヘモグロビン血中濃度が9.8%と高値であることからメトヘモグロビン血症と診断した。原因としてゾピクロンを疑い第1病日より中止した。原因薬の中止によってメトヘモグロビン濃度は低下し、第11病日には1%未満と正常化した。

【考察】過量内服後に酸素投与で改善しない原因不明の酸素化不良を認め、血液ガス分析の結果からメトヘモグロビン血症が明らかとなった症例を経験した。メトヘモグロビン血症は一般的な血液検査や画像検査等で異常を呈さないことから見逃される危険が高いと思われる。過量内服後に原因不明の酸素化不良を呈した際は、メトヘモグロビン血症の可能性を視野に血液ガス分析を実施すべきである。

4. 施設入所中に失語症を認めた高齢女性の1例

○姥浦一太、古谷直生、平松茂

公立能登総合病院 精神科

【症例】90代女性。X-4年に頸部脊柱管狭窄症で上下肢の麻痺、感覚障害が残存した。X-3年に歩行障害が出現し、X-1年より体動が不良となった。X年1月より非流暢性や呼称障害、復唱障害が出現した。X年3月には会話の内容をほとんど聞き取ることが困難となった。X年5月より不眠やまとまらない行動が続いたため当科に紹介受診となった。初診時現症では眼球運動の垂直方向で注視麻痺を認め、両上肢の筋緊張亢進も観察された。頭部MRIでは前頭側頭葉優位のびまん性脳萎縮を認め、脳血流SPECTでは両側前頭葉、側頭葉、左頭頂葉の血流低下を認めた。

【考察】発症早期に失語が前景に立つ神経変性疾患を原発性進行性失語(PPA)と呼び、特徴から非流暢性/失文法型(nfvPPA)、意味型(svPPA)、ロゴペニック型(1vPPA)に分類される。また、前頭側頭葉変性症(FTLD)は臨床症状から行動障害型前頭側頭型認知症(bvFTD)、意味性認知症(SD)、進行性非流暢性失語(PNFA)に分類される。そして、進行性核上性麻痺(PSP)や大脳皮質基底核症候群(CBS)などを含むFTDスペクトラム障害は病理診断ではFTLD-tauやFTLD-TDPなどに分類され、PSPやCBSはFTLD-tauと強い相関がある一方でnfvPPAはFTLD-tau、FTLD-TDPの双方と相関がある。本症例では非流暢性や復唱障害を認め、文や単語の意味は理解可能なことから非流暢性/失文法型原発性進行性失語が疑われる。FTLDとPSP、CBDはともに前頭葉機能が低下する疾患で、脳血流パターンは似たものになる。また、FTLDでも頻回の転倒や筋強剛などのパーキンソニズムを認めるため、パーキンソン症状からFTLDとPSP、CBDを区別することも困難である。さらに、頸部脊柱管狭窄症の影響や患者からの詳細な病歴の聴取が困難なため、初期症状や経過からの厳密な鑑別も困難である。そのうえで診断を推測するならば、パーキンソニズムが先行している点からはFTLD-tauの可能性がある。また、症状の左右差はないためCBDの可能性はやや低い。眼球運動障害の観点から、強いて言えばPSP-PNFAが最もそれらしい診断と思われた。FTLD圏内の疾患は臨床症状で診断を推定することはできるが、本症例のように難渋する場合も多い。確定診断は病理診断のため、臨床診断と異なることもある。現在根本的な治療薬はなく、タウ蛋白やTDP-43

蛋白など蓄積された蛋白に特異的に作用する治療薬がまたれる。

5. 多彩な精神症状を呈したウイルス性脳炎の 1 例

○大畑郁乃¹⁾、大久保裕章²⁾、木原 弘晶¹⁾、
長澤 達也¹⁾、上原 隆¹⁾、川崎 康弘¹⁾

1) 金沢医科大学精神神経科学

2) 医療法人敦賀温泉病院

症例は 56 歳男性。アルコール多飲歴があり、無職の期間が長く、両親や兄から金銭的援助を受けて生活していた。X-1 年まで 5 年間、ホテルの清掃会社で働いていた。

X 年 1 月 9 日に意識障害、左半身不全麻痺、けいれん発作を来し、ウイルス性脳炎が疑われ、当院神経内科入院となった。アシクロビル、デキサメタゾン、レベチラセタムで治療が開始され、アルコール離脱予防にジアゼパム 15 mg/日 が開始された。1 病日に採取された髄液内 HSV-DNA は陰性であったが、経過に一致する髄液 HSV 抗体価の有意な上昇を認め、単純ヘルペス脳炎が疑われた。脳波では右半球全体に PLEDs を認め、MRI 拡散強調像では右頭頂葉から側頭葉、前頭葉に高信号があり、SPECT でも同部位の血流低下を認め、いずれもヘルペス脳炎に矛盾しない所見であった。

脳炎に対する治療終了後も、左顔面や下肢のけいれんは持続しており、抗てんかん薬 5 剤(カルバマゼピン、ラコサミド、クロバザム、バルプロ酸、レベチラセタム)が併用された。けいれんは改善傾向にあったが、易怒性や焦燥感、つじつまの合わない言動、拒薬が続き、当科リエゾン外来にて抗精神病薬を調節するも効果乏しく、

43 病日に当科転科となった。

当科転科時は易怒性や焦燥感が強く、暴力行為を認め、拘束を要した。また作業せん妄様の訴えや、ドア叩きや持ち物確認等の常同行動を認めた。カルバマゼピンの中止とレボメプロマジンの増量を行い、オランザピン 20 mg とレボメプロマジン 175 mg にて常同行動は残存するも、易怒性はなく、静穏に過ごすことが可能となった。また、当科転科後も、意識消失を伴う眼球上転と口角のけいれんを認めてんかん発作を認め、最終的にはレベチラセタム 2000 mg とラコサミド 400 mg で、脳波では右後頭葉に散発する徐波は認めるが、明らかでないてんかん発作の出現は認めなくなった。精神状態、てんかん発作ともに安定し、状態が固定されたため、146 病日に自宅近くの病院へ転院となった。脳炎後遺症として易怒性や常同行動、てんかんに加え、半側空間無視、認知機能や前頭葉機能の低下、注意の変動も認めた。

同居者がおらず脳炎発症時期が不明なことや、アルコール多飲歴、MRI で広範囲な病巣を認めるなど転帰不良因子を有している症例であった。ヘルペス脳炎は記憶障害や人格障害、てんかんや運動障害など高度の後遺症をきたす可能性が高く、本症例でも高次脳機能障害、半側空間無視といった症状のために社会復帰困難であった。

6. 治療抵抗性強迫性障害に対してプレガバリンによる SSRI への増強療法が奏効した 1 例

○橋本靖也¹⁾、平尾直久²⁾、佐野滋彦³⁾、
橘博之²⁾

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

- 2) 高岡市民病院精神神経科
- 3) 金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

【症例】30 歳代，女性

【主訴】「便が怖い」

【現病歴】学生時代よりストレスに対する脆弱性があった。就職後は抑うつ症状のために A 病院精神科に通院していた。X-7 年 11 月に出産し、X-6 年 2 月頃より長男を清潔にしていなければならないと思うようになり、便を主とした排泄物に対する不潔恐怖が出現した。X-5 年 4 月より A 病院に強迫性障害 (OCD) の診断で通院を再開した。セルトラリンを主剤として治療されたが改善なく、他の SSRI や SNRI, クロミプラミン、抗精神病薬による薬物療法や認知行動療法 (CBT) も行われたが効果はみられなかった。X-1 年 B 病院に転医した後も改善はなく洗剤で自分の体を洗うなどの洗浄強迫や母への巻き込み行為もみられていた。X 年 8 月に潰瘍性大腸炎の診断で C 病院内科に入院した。入院環境で不潔恐怖が増悪し食事摂取が困難となったため、8 月 31 日 D 病院精神科を紹介初診し同日任意入院となった。

【臨床経過】拒食、拒薬を認め、9 月 16 日より修正型電気けいれん療法を施行した。食欲を含めた抑うつ症状や不安は改善したが、強迫症状は不変だった。入院下では食事が摂れないため退院とした。エスシタロプラム、アリピプラゾールによる薬物療法、暴露反応妨害法を主とした CBT も併用したが、強迫症状の改善はみられなかった。経過中希死念慮が出現し、X+1 年 1 月 18 日に医療保護入院となった。数日で希死念慮、抑うつ気分は改善がみられたが、排泄処

理ができず看護師による全介助を要していた。OCD に対しては適応外使用だが効果がありうることを説明のうえプレガバリンを追加した。経過中下腿浮腫を認め用量調整を要し、最終的には 150 mg/日で継続したところ強迫症状は改善が認められ、4 月 2 日に退院した後も家族への巻き込み行為はみられなかった。経時的な Y-BOCS による評価でもベースラインの 31 点から、12 週間後には 14 点へ改善が認められた。

【考察】OCD の病態仮説として、興奮性神経伝達物質であるグルタミン酸放出の亢進が考えられている。プレガバリンは電位依存性カルシウムチャネルの $\alpha 2-\delta$ サブユニットに結合し、神経終末における過剰なグルタミン酸の放出を抑制するため OCD に有効である可能性がある。プレガバリンの併用は忍容性や安全性も高く、OCD の新たな治療選択肢と考えられさらなる大規模な研究が望まれる。

7. 当院における児童青年期の初診患者の担当医

棟居俊夫¹⁾、土田航祐¹⁾、石井奏¹⁾、
和田有司¹⁾、喜多克尚¹⁾、織田忠明¹⁾、
菊知充²⁾

1) 医療法人社団長久会 加賀こころの病院

2) 金沢大学医薬保健研究域精神行動科学

2018 年 4 月から 2021 年 12 月までに当院を訪れた初診患者は 2824 名であった。彼らの年齢と初診担当医の氏名を調査した。本調査は倫理委員会に諮っていない。年齢は 2 歳から 101 歳までであった。調査期間中に初診を担当した医師は 9 名であった (専攻医 2 名を含む)。彼ら

が担当した患者の年齢の範囲はそれぞれ 0 歳代あるいは 10 歳代から 90 歳代以上までであった。30 歳までの患者の人数の割合はそれぞれ 17~67%であり、18 歳までの割合は同じく 1~41%であった。2 名の医師が 18 歳までの患者のほとんどを担当していた。筆者は児童青年期の患者を限られた医師が担当する現状は適切でないと考える。その理由と背景は、まず年齢にかかわらず診断基準は同じであること、次に年代によっても診察方法の形態は変わらないこと（90 度面接、問いの形式、丁寧語の使用など）、さらに主な精神障害は 10~30 歳に好発することである。ただし児童青年期は発達の途上にあり、相対した時の様子が年代により異なることへの留意が必要である。児童青年期患者を避けずに診療する利点は、一つには成人期や老年期の患者であっても、その人の発達歴に関心が向くことである。児童青年期を 30 歳までとすると（笠原嘉、1976 年）、人生の 1/3 を占め、しかも患者数が多い。精神科医は研修医の若い時から児童青年期患者になじんでおくことが重要である。

8. デキサメタゾン誘発性精神障害の再発

：症例報告

○ 藺田翔平、渡真利眞治、石橋知明、
上野幹二、大森一郎、小坂浩隆
(福井大学医学部精神医学)

【はじめに】ステロイド誘発性精神障害が改善し 1 年後に、ステロイドを再使用していないにも関わらず、同様の精神病症状が再発した女性例を経験した。なお、本発表は患者から発表につい

て同意を得た。症例の特定を避けるため論旨に影響のない範囲で病歴を改変した。

【症例】50 代女性。医療従事者。子育てと仕事を両立し、直近まで働いていた。生来健康で、精神疾患の既往はない。

X-1 年 6 月、悪性リンパ腫のため血液内科に入院。入院 3 日目から 2 日間のデキサメタゾンの経静脈投与を受けた。1 週間後、幻覚妄想が出現、徐々に悪化し、「霊媒師の力でがんを治した」と治療を拒否するようになった。当科紹介となり、7 月に当科に入院した。採血、MRI、脳波検査に異常はなく、MMSE は 30 点。ステロイド誘発性精神障害と考え、リスペリドンを開始したところ速やかに改善し、2 ヶ月後に退院。外来で経過を追ったが、寛解を維持しており、11 月にリスペリドンを中止し、当科診療は終診とした。経過中、原疾患の悪性リンパ腫も寛解しており、ステロイドの再使用もなかった。

しかし、X 年 9 月から幻聴が出現し、心配した家族に連れられ、10 月に当科を受診した。

「天女だから治療の必要はない」と病識はなく、医療保護入院とし、抗精神病薬により 4 週間程度で改善し、11 月に退院した。現在も外来で治療を継続しており、再発はない。

【考察】ステロイドの再開や原疾患の悪化がないにも関わらずステロイド誘発性精神障害が再発した症例報告は散見される。再発のメカニズムとして、ステロイド使用による発症脆弱性の形成が示唆されている。しかし報告の多くは気分障害の再発であり、精神病症状の再発についての報告はほとんどない。当日は詳細な経過、各種検査所見とあわせ、文献的考察を交えて報告

する。

9. 口腔内セネストパチーの 1 症例

○山口成良、田村 悠

(社会医療法人財団松原愛育会松原病院)

セネストパチーは体感症と訳され、身体のかなんな部位に異様な体感を感じずる状態をいい、特に口腔内の奇妙な異常感覚を主症状とするものを口腔内セネストパチーという。今回我々は口腔内セネストパチーを訴える 1 症例を経験した。60 歳代の女性で、X-7 年頃から口腔の異常感を訴えるようになった。その内容は、「口の中にすじが入っている」、「米粒が口の中をぐるぐる回る感じがする」、「口に風船が入っていて、食事が充分とれない」、「上顎の後が動く感じがする」、「上顎がはねる感じがする」等であった。歯科口腔外科に紹介したところ、「体の中からシューシューと上の歯に向かって感じるがあるとのことですが、口腔内明らかな所見はなく、口腔ジスキネジアと考えます。」との返書であった。WAIS-III 成人知能検査では、全検査 IQ80 で、平均の下の水準である。MMPI 新日本版では、プロフィールより、身体的愁訴は極端で、否認が強く、問題の原因が自分自身にあっても、自分の行動を省みるような洞察に乏しく、自己中心的であることが示唆されることのであった。外来で抗不安薬のクロチアゼパムを投与、常に支持的に接する態度を通じて患者との良好なラポールを形成してきた。現在、患者は特に訴えなく、おいしいものを食べるようにしている。

10. コロナ禍前後の当院における入院患者の動向について

○長澤達也、大畑郁乃、小出蓉子、

張田葉月、片岡謙、木原弘晶、新田佑輔、
上原隆、川崎康弘

(金沢医科大学精神神経科学)

【はじめに】新型コロナウイルス感染症は 2019 年 12 月に中国で集団発生が報告され、石川県でも 2020 年 2 月に感染が確認された。うつ病と不安障害の罹患率が増加したとの報告や、自殺率が女性と若者で 16%増加したとの報告もある。今回、コロナ禍前後の、当院の入院患者の患者動態について調査した。

【方法】2018、2019、2020、2021 年 1 月～12 月の各年毎の入院患者の平均年齢、性別、平均在院日数、入院形態、ICD-10 による疾病分類、再入院に至った日数を入院台帳より調査した。また、コロナ禍前を 2018 年、2019 年とし、コロナ禍後を 2020 年、2021 年として患者背景・入院形態・疾病・再入院期間に差がないかを検討した。

【結果】コロナ禍前後で平均年齢、性別、平均在院日数、入院形態、ICD-10 による疾病別患者数に男女別でも有意差はなかった。再入院までの期間に関しても有意差は認めなかったが、2020 年には 1 ヶ月以内に再入院する患者が 8 人、2021 年では 1 人認めた。

【考察】神奈川県立精神医療センターは本調査と同様の 2019 年と 2020 年の比較で、在院日数が短縮したことを報告している。当科においても、コロナ後は外泊、外出、面会が行えないことで在院日数が短くなっていることが予想されたが、結果は、コロナ前と変化がなかった。こ

れは、退院に慎重を期し、在院日数が変化しなかったとも考えられる。疾患別では、コロナ禍後、統合失調症圏での自殺関連事象の増加、女性入院患者において F2・F4 の割合の増加・F3 の割合の減少の報告もあるが、当科においては、有意な増減を認める疾患はなかった。2020 年には、統計的有意差はないが、1 ヶ月以内の再入院患者が 8 人おり、この時に、面会、外出、外泊が行えないことの影響を考え 2021 年 6 月よりオンライン面会を実施した。結果、2021 年の 1 ヶ月以内再入院患者は 1 人であった。2020 年 6 月時点で、石川県内の精神科医療機関において、オンライン面会実施施設は 33%で、70%以上の病院で外出、外泊を制限しているとの報告もあり、他院でも、入院動態や長期入院中の入院患者の精神状態などにも何らかの影響が出ていると思われ、何らかの調査も必要ではないかと思われた。

11. 病的賭博に対し STEP-G を実施することによるパッションの変化

○瀬下直史

所属機社会医療法人財団松原愛育会

松原病院

公益財団法人松原病院

【目的】パッションとは、個人が重要視している活動に対する傾倒の程度と定義され、特定の活動の基となる感情といえる。パッションは調和性パッション(harmonious passion)と強迫性パッション(obsessive passion)に大別され、賭博行為への強迫性パッションの強さは有害な賭博に関連すると報告されているが、病的賭博の

治療により強迫性パッションがどのように変化するかは報告されていない。また、STEP-G(Standardized Treatment Program for Gambling Disorder)は、病的賭博に対する集団精神療法であるが、STEP-G による心理面の変化についても報告がなされていない。本研究では、STEP-G に参加した患者を対象に質問紙にてパッションを評価し、治療の前後における強迫性パッションの変化、また発言にみられるパッションの質的变化を確認した。

【方法】当院にて病的賭博(F63.0)の診断がされた患者 2 名に STEP-G を行い、治療の開始前後でパッションの程度を評価する「ギャンブルパッション評価尺度」に回答いただいた。

【結果】2 名とも、治療の前後で強迫性パッションの得点が減少していた。また、治療前にみられた強迫性パッションが窺える発言も減少し、適応的な発言が目立つようになった。

【考察】STEP-G により、行動変化の基盤となる心理的な変化が生じていることが推測された。病的賭博の評価尺度として、行動面の評価を行うものは既に用いられているが、心理面の変化を評価する手段として、パッションは有用かもしれない。

12. 複雑部分発作を伴う Behavioral Variant of Alzheimer Disease が疑われた一例

○兒玉竜太郎¹⁾、松下有希子¹⁾、笹林大樹¹⁾、樋口悠子¹⁾、仲間佳子¹⁾、小林春子^{1) 2)}、中島英^{1) 2)}、立野貴大¹⁾、古市厚志¹⁾、高橋努¹⁾、鈴木道雄¹⁾

1) 富山大学附属病院神経精神科

2) 富山市民病院精神科

【はじめに】アルツハイマー病型認知症

(Alzheimer's Disease:以下 AD)の患者の中には、行動障害やパーソナリティの変化が早期に優位に出現するタイプがある。また認知症患者は、経過中にてんかんを合併することもある。今回はADが疑われる患者で、複雑部分発作を認めた一例を経験した。症例の発表に当たっては本人の同意を得て倫理面に配慮した。

【症例】症例は70代女性。X-5年から外出頻度が減り家で何もせず過ごす時間が増え、家族の話を無視したり、家事ができないようになった。X-3年から自動車事故を複数回繰り返すようになった。事故相手や警察に「相手の車が古かった」と言い、その場から立ち去ろうとした。警察が事故の詳細を聴取した時は、事故直前の様子や過去の事故を覚えていなかった。またこの頃から物忘れが目立つようになった。X-2年A病院を受診し、ADと診断された。X-1年頃から買い物に行く頻度は激減し無気力・無関心な様子が増え、物忘れが増悪した。X年4月2日意識がなく倒れているところを発見され、B病院へ救急搬送され経過観察入院となった。入院中に2度自動症を認め、精査加療目的で4月8日に当院で医療保護入院となった。脳波では右側頭葉で複数のspikeを認めた。頭部MRIで前頭葉、頭頂葉が軽度萎縮し、脳血流SPECTでは前部帯状回後方・前頭頭頂葉・外側頭頂葉の血流が軽度低下していた。MMSEは21.5点であった。脱抑制、アパシー、遂行機能障害、近時記憶障害が早期から認め、脳波所見、画像所見、心理検査から複雑部分発作を伴う

Behavioral Variant of Alzheimer

Disease (bvAD)が疑われた。抗てんかん薬は家族の希望で内服しない方針となった。入院後自動症は認めず、5月20日退院となった。

【考察】行動障害やパーソナリティの変化を早期かつ優勢に認めるADはbvADと呼ぶ。認知機能低下の原因の1つに非痙攣性てんかん重積がある。本症例は認知機能低下の原因にbvADがあり、複数回の複雑部分発作により認知機能の低下がより進んだと推察された。

13. トラウマ体験を持つ社交不安症の男性に対する自我状態療法: 症例報告-患者の自発的な描画表現で追う治療経過-

○眞田康雄、水野智之、藪田翔平、石橋知明、山本維生、上野幹二、小坂浩隆 (福井大学医学部精神医学)

【はじめに】社交不安症に対して、薬物療法や暴露療法のみでは効果がなく、自我状態療法を併用することで社交不安症の治療が進んだ症例を経験した。

【症例】24歳男性。両親と弟・妹と5人暮らし。幼少期に父より母へのDVを目撃してから、人に怒られることが怖くなった。保育士にパンを無理やり口に入れられてから、会食恐怖を自覚するようになった。会食恐怖を表出すると、担任に嫌な顔をされ父に叱責され、登校を渋ると、母に給食袋を投げ付けられ「自分の気持ちを分かってもらえない」という思いが強まった。友人に自分からは話かけず、話しかけられた時は緊張していると悟られないように対応していた。

X-2年4月、理学療法士として就職後、上司と

接する際に、緊張のためうち解けられず、次第に関係が悪化。X年5月、当院初診となった。現病歴と臨床症状から社交不安症が疑われた。X年6月、社交不安の症状に関連するトラウマがあると本人が述べたため、精査加療を目的に、当院入院となった。

診察時、緊張のため瞬目が多く、食事はカーテンをしめて摂取。「自分が苦しむ姿を見ることで、親が苦しめば良い」と発言し、両親に対する強い陰性感情がみられた。以上の経過から、トラウマ体験を持つ社交不安症と診断。社交不安を示すLSAS-J:79点と高値であった。社交不安に対して担当医が薬物療法と暴露療法を行い、トラウマに対しては心理士がEMDRを行った。しかし、症状は改善せず経過した。その後、「『こう思われてるぞ』って僕を悪く言うもう一人の自分がいるんです」という発言あり、解離（防衛機制）が症状改善を妨げている可能性を疑った。そこで、解離を軽減させるために自我状態療法を開始したところ、「鈍麻していた五感が鮮明になり、本来の感情を生き生きと感じられるようになる」など解離が軽減した。その後、EMDRを再開したところ、トラウマ処理がうまく進むようになった。また暴露療法を再開したところ、LSAS-J:29点まで低下、友人と話すことに緊張しなくなるなど、社交不安の症状が改善した。

【考察】トラウマ体験を持つ社交不安症の患者に対して暴露療法で効果が得られないときに、解離の存在に注意することの重要性が示唆された。

14. 卵巣がん術後に、精神病症状が出現し緊張病となった 1 例

○下優太郎¹⁾、亀谷仁郁²⁾、宮岸良彰²⁾、菊知充²⁾

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

2) 金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

【はじめに】緊張病は従来、統合失調症の一亜型として分類されていたが、現在は統合失調症以外の精神疾患や全身状態の悪化を契機に緊張病に至る症例が報告されている。今回、卵巣がん術後に初発の精神病症状が出現し、緊張病に至った症例を経験した。

【症例】66歳女性。精神科通院歴・入院歴なし。X-3月頃より腹部膨満が出現し、X-2月に精査され、癌性腹膜炎・右卵巣がんと診断され、当院婦人科入院し、X月Y-3日に手術となった。Y-1日より看護師に対し、「私のことを監視してますね」と興奮し、点滴を抜去したり、スマートフォンで医療従事者及び他患を撮影し「近づくな」などと怒鳴り手を挙げるなど、言動のまとまりのなさ、被害妄想、精神運動焦燥を認め、Y日に当科紹介受診し同日医療保護入院となった。

【経過】当科転棟後Y+2日より急激に精神症状が変動し、昏迷、カタレプシー、無言症が出現し、意思疎通が困難となった。器質的な異常を認めないことから、緊張病の特徴を伴う短期精神病性障害と診断した。ロラゼパム10mgの静注を行ったところ、速やかに昏迷、カタレプシー、無言症は改善し、疎通は良好となった。翌日に再度緊張病が再燃したが、ロラゼパム静注の継続で改善し、ロラゼパムを内服に切り替え、Y+5日にロラゼパムを8mgに減量した。ロ

ラゼパムの減量後も緊張病の再燃を認めず、ADLは改善した。同時期よりふらつきを認め、ロラゼパムによる筋弛緩作用と考えられた。そのため、ロラゼパムをY+8日に6mg/day、Y+15日に5mg/dayに漸減した。漸減後も緊張病、精神病の再燃なく、Y+18日に退院となった。退院後ロラゼパム5mg/dayを3ヶ月継続したが、緊張病、精神病の再燃を認めず、本人からも中止の希望があり、ロラゼパム漸減・終了し、終診となった。

【考察】卵巣がん術後に初発の精神病症状が出現し、緊張病に至った症例を経験した。全身状態と緊張病の関連について、ICU入室や高齢が緊張病のリスクであると示唆する報告がある。本例も高齢者の全身状態不良の患者であり、高齢者の全身状態不良患者は緊張病のリスクが高い事を念頭に治療にあたる必要がある。

15. 扶養照会によって自殺企図に至ったPTSDの一例

○澤崎伸志¹⁾²⁾、松原拓郎¹⁾²⁾

- 1) 社会医療法人財団松原愛育会松原病院
- 2) 公益財団法人松原病院

【抄録】今回扶養照会を契機に自傷行為に至った症例を経験したので報告を行う。生活保護の利用希望者から受給申請がなされた際、福祉事務所は申請者の子ども、兄弟姉妹等の親族に対して、仕送りや同居による扶養が可能かどうかを尋ねる「扶養照会」を行う。扶養照会が行われないケースとして相手方が未成年者、長期入院患者である場合、相手に借金を重ねている、扶養照会することで要保護者の自立を阻害

する場合、虐待等の経験がある場合がある。今回の症例では幼少期から実父による性的虐待を受け続けたことを契機としてPTSDを発症したケースであり、扶養照会は拒否したが回避症状から本人が外傷体験について述べるができなかった。そのため福祉事務所が虐待の事実をつかめずに扶養照会に至ってしまい、家族に発覚することを恐れた患者が練炭自殺を図った事例である。本邦では2021年4月に「生活保護問答集」（厚生労働省）が見直され、申請者が扶養照会を拒んだ場合、福祉事務所は扶養照会しない方向性を検討することが求められるようになった。生活保護の申請に際しては、本人の不利益にならないよう慎重な対応が必要である。

16. 性別違和感を契機に食事摂取量低下を呈した性同一性障害疑いの1例

○関 有里沙¹⁾、笹林大樹¹⁾、石黒幹也¹⁾、湯浅悠介¹⁾、古市厚志¹⁾²⁾、高橋努¹⁾、鈴木道雄¹⁾²⁾

- 1) 富山大学附属病院神経精神科
- 2) 富山大学附属病院ジェンダーセンター

症例は16歳女性。幼少期は明らかな性別違和感はなく、発達の問題もなかった。小学6年生の12月に風邪で学校を休んで以来、学校に行くのが何となく億劫になり不登校となった。同時期から、乳房が大きくなっていくことなど自分の身体が女性らしくなることに嫌悪感が生じてきた。中学1年時に初経があり、さらに自分の身体に嫌悪感を持つようになった。X年2月頃より「痩せたら女性的な身体にならない」と思い、食事摂取量を減らすようになった。X年

5月より月経も来なくなった。体重は29.2kg (BMI15)まで減少し、約10ヶ月間で15kg程度の減少を認めた。X年12月20日に当科初診、同日任意入院となった。入院後は本人の思いを少しずつ伺って不安感の軽減に努めるなど支持的な精神療法を行ううちに、食事摂取はおおむね良好となり、体重は30.0kgまで増加した。自分が男性であるとの認識や、男性に属したいとの願望は認めず、中性的でありたいとの訴えを認め、特定不能の性同一性障害が疑われた。体重増加に伴って月経が再開し女性らしい身体になることへの強い不安感から二次的な肥満恐怖を認めたが、明らかなボディイメージの障害は認めず、摂食障害の診断基準は満たさなかった。入院継続を勧めたが、本人より強い退院希望があり自宅退院とした。今回、性別違和感を契機に食事摂取量低下を呈した性同一性障害が疑われる症例を経験した。性同一性障害患者は摂食障害患者と同様に身体に対する不満が強く、身体を変化させるために食行動を変容しうるが、一方では摂食障害患者と比べて性同一性障害患者では精神疾患の併存率や不安・抑うつなどの全般的な心理的苦痛は少ないとの報告もある。また年齢を重ねるとともに身体的な違和感が減少し、情動面も安定してくるとの報告もあるため、今後も外来にて慎重に経過を見つつ、鑑別診断を進めていきたいと考えている。

17. 精神科病院におけるがん合併患者に対する終末期ケア

○黒川 勝、栃本真一、北村 立

(石川県立こころの病院)

【はじめに】2006年にがん対策基本法が策定され、わが国のがん対策は進展し、一定の成果を収めてきた。しかしながら、精神疾患を抱える者ががんを患ったとき、治療を受ける場も、終末期を過ごす場も、限定されているという印象を持たざるを得ない。われわれが単科精神科病院のなかで提供できる終末期ケアとはなにか、当院での現状を報告する。

【方法】2017年1月～2021年12月に当院入院中あるいはがんを併存しているが、ICD-10による「精神および行動の障害」で紹介入院となった患者27人を対象とし、がんと診断された年齢、就労経験、収入源、がん診断のタイミング、入院形態、がんの部位、患者へのがん告知の有無、家族へのがん告知の有無、キーパーソンの続柄、がん治療の有無、経過（転帰）、について診療録より調査した。

【結果】男性13人、女性14人、39歳～93歳、平均75.6歳。男性は女性よりも就労経験は多く、高齢者が多く、収入源は公的年金が男女とも圧倒的に多かった。入院時精神科診断名として、男性ではF0、とりわけ認知症が9人、女性では統合失調症が7人と最も多かった。がん病名の診断は、今回の入院前についている患者が10人、入院中に診断がついた患者が17人であった。入院形態はほとんどが非自発入院であった。がんの部位は、大腸、肺、乳房、胃の順に多かった。患者への説明は男性4人、女性5人と30%強の患者に行われていた。がん治療が行われたのは5人(19%)で、4人(80%)が入院中に診断がついた患者であった。がん治療をしなかった患者は22人(81%)だった。

主な転帰としてがん死が 17 人、63%と最も多かった。抗がん治療なし患者 10 人にオピオイドを含む鎮痛薬の投与されていた。また、1 人に苦痛除去目的のミダゾラムによる鎮静が行われていた。

【考察】精神症状が不安定な患者や認知症患者は身体的な異常に関してみずから積極的に不調を訴えることが少ない。医療者がより早く異常を発見することが最も重要である。がんの診断がついた場合、もちろん患者の意見が尊重されるが、意志の表出あるいはその受け止め方が困難であることが多いため、精神科医が主たる調整役となり、看護師、精神保健福祉士、臨床心理士など多職種と連携し、インフォームドコンセントの内容を含めた患者の治療と今後の課題に向けて積極的に緩和ケアを検討する必要がある。

— 学 会 抄 録 —

第 200 回北陸精神神経学会

日時：令和 4 年 9 月 4 日（日）

午後 1 時 30 分より

会場：ホテル日航金沢及び Web 開催

（主催：金沢大学）

— 一般演題 —

1. 急性一過性精神病性障害とせん妄との鑑別：症例報告

○西若奈、村田泰斗、幅田加以瑛、
上野幹二、水野智之、大森一郎、
小坂浩隆

（福井大学医学部精神医学教室）

【症例】生来健康な 42 歳女性。

【現病歴】絵本の創作活動をしながら、1 人暮らしをしていた。入院 1 か月前から「金星人バシヤールの声が聴こえる」という幻聴と「バシヤールと結婚した」という妄想が出現した。様子がおかしいことを心配した家族に連れられ、近医を受診した。幻覚妄想状態であり、身体的疾患の精査も必要と考えられたため、当科を紹介され受診し、同日医療保護入院した。

【入院後経過】入院初日からリスペリドン 2 mg/day を開始した。血液検査で潜在性甲状腺機能低下を認めたが、甲状腺抗体は陰性であった。頭部 MRI と腹部 CT では特に異常所見は認めず、SPECT 検査も明らかな血流低下はなく、脳波検査は基礎律動が 9 Hz

前後であった。MMSE は 30 点満点であり、明らかな見当識障害や注意障害はなかった。夜間は 7-8 時間入眠できていた。入院後 8 日目に幻聴が消失し、入院後 11 日目に「結婚したのは絵空事だった」と振り返るようになった。WAIS-IV では全検査 IQ 94 と知的水準の明らかな低下はなかった。入院後 30 日目に退院し、実家へ戻り、家事の手伝いをしている。退院後も幻覚妄想の再燃はなく、当科外来へ通院し、内服治療を継続している。

【考察】本症例では精神疾患の既往のない女性に急に幻覚妄想が出現したため、当初はせん妄状態が疑われた。しかし、見当識や注意は保たれており、睡眠覚醒リズムの乱れもなかった。橋本脳症や抗 NMDA 受容体脳炎を考慮し、身体的疾患の精査を行ったが、特に異常所見は認めなかった。抗精神病薬の内服と時間経過により、症状は軽快しており、現時点では急性一過性精神病性障害と診断した。

2. 新型コロナウイルスワクチン接種に関連して発症したうつ状態からレビー小体病が疑われた一例

○結城竜起¹⁾、坂本和巳^{1,2)}、
仲間佳子^{1,2)}、上野摩耶¹⁾、古市厚志¹⁾、
高橋努¹⁾、鈴木道雄¹⁾

1) 富山大学学術研究部医学系神経精神医学講座

2) 富山市民立富山市民病院精神科

【緒語】新型コロナウイルスワクチンは副反応疑いと

して多くの症状が報告されているが、抑うつ症状などはほとんど報告されていない。今回ワクチン接種後に認めた重症うつ状態を契機にレビー小体病の存在が疑われ、病歴の十分な検討からワクチン接種と抑うつ症状の間に因果関係は乏しいと判断した症例を経験した。症例報告に際して本人及び家族に同意を得、個人情報特定されないよう倫理的配慮を行った。

【症例】60 代女性。以前から注意力低下があり X 年 5 月には物がなくなると訴えることがあった。7 月から 9 月にかけて経営していた喫茶店を閉店し家財を業者に売却するなどのイベントがあり、同時期にワクチン接種を行った。それ以降その業者が自宅に盗みに入るなどの訴えが出現し、10 月頃からは抑うつ症状が出現し排泄障害や前述の窃盗被害の訴えに対して不安焦燥が強くなり生活に支障をきたした。重症うつ状態として 12 月に医療保護入院となり入院後精査で軽度認知機能低下を認め DAT スキャンで集積低下を認めた。窃盗被害について状況を鮮明に説明する事ができたため幻視が疑われ検査所見を踏まえるとレビー小体病の存在が疑われた。窃盗被害の訴えはレビー小体病の物盗られ妄想によるものであり、抑うつ症状はレビー小体病の前駆症状と考えられた。レビー小体病による認知機能低下は 5 月以前から存在していたことから抑うつ症状を含むレビー小体病はワクチン接種以前から存在していたと考えられ、ワクチン接種と抑うつ症状との間に因果関係は乏しいと考えられた。

【考察】本症例ではうつ状態が前景に立ち、ワクチン接種後に抑うつ症状が出現したため関連を疑われた。精査により背景にレビー小体病の存在が明らかになることで前景に立つ症状を説明することが可能となり、ワクチン接種との関連について検討することができた。ある事象と病態との因果関係について検討する場合、臨床症状の時系列や連続性を十分に検討する必要がある。

3. 修正型電気けいれん療法によって身体合併症が改善した重症うつ病の一例

○妹尾貴紀、張田葉月、大畑郁乃、小出蓉子、片岡譲、新田佑輔、木原弘晶、長澤達也、上原隆、川崎康弘

(金沢医科大学精神神経科学)

症例は 70 歳代の女性。病前性格は社交的で気が利く一方で心配性な一面を有していた。50 歳代まで洋裁業に従事し、退職後は夫と二人暮らしをしながら地域の行事に積極的に参加していた。X-5 年頃からお金の心配をするようになった。X-1 年 9 月に夫が本人に車を購入した事を契機に貧困妄想が出現した。徐々に悲観的な発言が増加し、意欲低下と食欲低下を伴っていった。その後 1 ヶ月間で 8kg 体重減少し、不眠と不安・焦燥感も出現し、落ち着かなくなった。このため X-1 年 11 月に当科初診し外来通院を開始した。ボルチオキセチンを処方していたが、改善乏しく X 年 2 月～6 月に当科入院した。ミルタザピン 45mg、ボルチオキセチン 20mg、アリピプラゾール 6mg で症状がやや改善し、外来通院が可能となり自宅退院した。しかし X 年 12 月

に意欲低下、食欲低下、不安・焦燥感が再燃し、緊張病症状も呈したため再度入院となった。入院時所見では血液検査、脳波検査、FAB(Frontal Assessment Battery)では大きな異常は指摘せず、頭部 MRI で側頭葉を中心とした軽度の脳萎縮を認めるのみであった。MMSE は 29 点でありハミルトンうつ病評価尺度 21 項目では 24 点/63 点で最重度であった。入院後、アリピプラゾールを流涎の原因として考え中止し、ボルチオキセチンをアモキサピンへと置換し漸増した。精神症状はやや改善傾向が見られたが、尿閉を生じたため中止した。入院 40 日目に食事摂取不良が改善しない事から胃管栄養を開始した。しかし誤嚥性肺炎を生じ胃管を抜去し、肺炎治療後にデュロキセチンを開始したものの、再び尿閉を生じた。薬物治療は困難と判断して修正型電気けいれん療法(mECT)を行う方針とした。耐術能の観点から体重増加を目指していたが、嚥下機能低下のため入院 90 日目に胃瘻造設を行った。入院 129 日目より mECT を 2 クール合計 13 回施行した。10 回目施行頃より悲観的発言が著明に減少し、2 クール終了後約 1 週間で症状寛解に至った。入院 167 日目に自宅退院となった。嚥下機能については胃瘻離脱に向け外来にてリハビリを継続している。

本症例は、抑うつ症状および緊張病症状が出現しており、低栄養状態にあったことに加え、薬物の副作用から嚥下困難もみられ、さらに全身状態が悪化していった症例であった。副作用が出現しやすく、十分な薬物療法が行えない点からも mECT の良い適応であった

と考えられる。

4. 当院で経験した痩せ願望のない摂食障害の症例

○米沢峰男、石黒幹也、兒玉竜太郎、齋藤隆晴、大口善睦、瀬尾友徳、野原茂(富山県立中央病院精神科)

【緒言】痩せ願望や肥満恐怖を伴わない摂食障害患者を複数例経験したので報告する。

【症例 1】20 代女性。(入院時体重 29.6kg、BMI 12.6) 高校時代はチアリーディング部で体重を 50kg 以下にする様、厳しく指導された。大学入学後、バイトや実習で多忙となり、食事を抜く様になった。高校時代 50kg あった体重が 29.6kg と減少し当科医療保護入院。入院後は向精神薬無しで加療し当初、食事は全量摂取した。痩せている自覚はあり、「他患を驚かせたくない」と一人での入浴を希望した。次第に腹痛や嘔気を訴え、摂食量と体重は横ばいになった。第 29 病日で本人、家族の希望あり、体重 31.4kg、BMI 13.4 で退院。

【症例 2】20 代女性。(入院時体重 28kg、BMI 10.7) 真面目で人に気を遣う性格。高校時に下痢をして以降、体重が緩徐に減少。大学に進学し一人暮らしを始めた。リモート授業を契機に「健康になろうとして」筋トレや食事量の記録を始めた。体重は更に減少し、勉強への意欲や活気がなくなった。同年 5 月には立ち上がることも困難になり、当科医療保護入院。入院当初、過剰に自責的で、低血糖による思考力低下もあり、退行や感情失禁もみられた。食事療法のみで向精神薬は用いなかった。食事はほぼ全量摂取しやせ肥満恐怖や拒食な

く、抑うつ症状も順調に回復した。第 48 病日体重 41.9kg、BMI 15.8 で退院した。

【症例 3】20 代女性（入院時体重 23.9kg、BMI 11.0）。幼少期より感覚過敏やこだわり傾向がみられた。小 6 頃、感覚過敏による食後の呼吸苦、嘔吐恐怖等から食事が減少し高 2 時に 24kg まで減少した。小児科病院で経口困難と判断され、当院外科に紹介転院され胃瘻を造設。在宅経管栄養を導入され 2 年ほどは安定した。その後嘔吐恐怖等から胃瘻使用を拒否し、栄養状態悪化。当科に医療保護入院。嘔吐・腹満の心配がない中心静脈栄養を導入し抵抗なく受け入れ、順調に体重や栄養状態は改善。反面、少量ながら胃瘻から与薬していた経腸栄養剤を、職員に隠れ胃瘻チューブから逆流させ棄てる等、経管経口栄養には抵抗した。約 3 か月で体重は 11.1kg 増加、BMI 15.6 となり退院。

【考察】症例 1-3 は全例とも高度低栄養の摂食障害として当科に紹介された。いずれもやせ願望や肥満恐怖を認めず、体重や他者の視線を気にする様子はなく、自傷等の衝動行為を認めない等、一般的な摂食障害に特徴的な行動は見られなかった。症例 2 はうつ病、症例 3 は自閉スペクトラム症の併存が考えられたが、いずれも DSM-5 で新たに加わった「回避・制限性食物摂取障害」に相当すると判断した。治療は、体重減少への問題意識や治療意欲があるため、神経性食思不振症と比較して容易な印象があるが、自閉スペクトラム症による感覚過敏に配慮する等、背景疾患や患者の特性に応じた診療が重要と考えられた。

5.当院における地域精神医療の実際 ～地域移行の促進に向けて～

○松原三郎

（社会医療法人財団松原愛育会松原病院）
精神病棟における入院患者の残留曲線を見ると、全国平均では、入院 3 ヶ月後で 41.9%、1 年後は 12.4%であった。（平成 23 年）。令和 2 年度の当院救急病棟を経た患者では、3 ヶ月後 21.4%、1 年後は 4.8%であった。入院治療をできるだけ短期集中的に治療を行って退院を促進し、退院後の医療と生活支援を充実することがわが国の精神科医療を改革することで、入院 3 ヶ月までの急性期と 4~12 ヶ月の回復期の治療は極めて重要である。入院患者の退院（地域移行）の促進では、いくつかの重要な要素がある。①薬物療法として、クロザピンの治療の導入である。当院では 2015 年以来 188 人に対してクロザピン治療を行い、中止・休薬となった 67 人を除くと、121 人（64.4%）が現在も服用を続けており、このうち 72.7%が退院している。②回復期治療は精神療養で行われているが、各病棟に 2 名の精神科医と 1 名の PSW を配置し、多職種（必要時には訪問看護師や相談支援専門員も加わる）による病棟内カンファレンスを繰り返して退院時には「アセスメント支援計画」を立てて地域医医療チームに引き継ぐ。③退院後の居住場所は多彩である。自宅（単身・家族同居）、宿泊型自立訓練施設、グループホーム（生活支援が整った通過型、長期滞在型）など。そして通所施設では、デイケア、就労 A/B 型など。最近ではグループホームでも朝夕の食事が提供され、日中はデイケアや作業所に通い、

さらに、自立支援医療（精神通院医療）によって通院支援が行われるサービスが行われるようになってきている。④当院では、アウトリーチを基本とする地域医療・生活支援チームが活動している。当法人が運営する訪問看護ステーションには OT や PSW が加わって機能を高めており、さらに、3名の医師（兼任）が月に 1~2 回の訪問診療を行い、「集中的アウトリーチチーム」として活動している。現在では、多くの訪問看護ステーション、居住と日中活動が pack になったグループホーム、そして、新たな精神通院支援（自立支援医療）など、地域支援サービスは充実してきており、入院患者の 97% が退院可能な状況になってきた。これらの各種サービスと病院医療との連携が重要となってきている。

6. 当院における刑事事件に係る司法精神医学：『捜査関係事項照会書』における責任能力の項への回答について

○棟居俊夫¹⁾、下優太郎¹⁾、土田航祐¹⁾、和田有司¹⁾、加賀良康武¹⁾、喜多克尚¹⁾、織田忠明¹⁾、菊知充²⁾

1) 医療法人社団長久会加賀こころの病院

2) 金沢大学医薬保健研究域精神行動科学

本調査は個人情報扱わず、倫理委員会に諮っていない。2016 年 4 月から 2022 年 3 月までに当院に送付された捜査関係事項照会書は 53 件であった。そのうち 31 件 (58%) において責任能力の照会があった（最終通院時の責任能力が 3 件、事件発生時が 1 件、責任能力一般が 27 件）。事件の概要の記載がなされている照会はなかった。責任能力について

何らかの判断がなされていた回答は 22 件 (71%)、責任能力は不明とされていた回答が 9 件 (29%) であった。論文として公表されている同種の先行研究はなかったが、今年の 7 月の日本司法精神医学会にて京都府立洛南病院からよく似た発表がなされた。そこでは責任能力の照会の割合は本発表と同じく 58% であった。一方、著しく異なるのは次の 2 点であった。事件概要の記載が約 62% においてなされ、情報開示の本人の同意が約 85% においてなされていた。責任能力、それを導く弁識能力あるいは制御能力、前提としての精神の障害はすべて裁判所による規範的評価に基づく判断であり、精神障害者による経験科学的には評価に基づく判断は精神の障害の有無、およびそれが弁識能力あるいは制御能力に与えた影響の仕方までにとどまると考えられる。しかし文献を参照すると、両者の判断の間には揺れ動きがあるよううかがえる。精神鑑定は責任能力を判断しないという見解がある一方、裁判の実務では鑑定医による責任能力判断が求められているという見解がある。今回の調査から、事件の概要および本人の同意取得の有無を捜査機関に問い合わせる工夫が考えられる。本人や家族に照会のあった事実を伝えるかどうかは、各医師が考えるべきことであろう。責任能力については、分からないと退けるのではなく、できる範囲で回答を試みる姿勢が重要かもしれない。ただし、責任能力の有無ではなく、精神症状が弁識能力あるいは制御能力に影響を与えていたのならば、どのような影響の仕方であったのかを記載の方が適切である。

7. 発達障害の診断に及ぼす被虐待歴の問題

○榎戸美佐子、角谷陽平、一林真理、
谷野亮一郎、藤田宗久、宮西知宏、
小林敬、島崎正夫、谷口園子、
柴田祐子、米本智美

(医療法人社団和敬会 谷野呉山病院)

当院では発達障害専門外来を開いている。今年になって、虐待歴が明白な患者さんの受診が急増したので、虐待が及ぼす影響について検討することにした。

2022年X月からの3か月間に専門外来を受診した142名中、虐待歴が明らかなのは9名(男6、女3)6.4%、診断は自閉スペクトラム症(ASD)2名、注意欠如多動障害(ADHD)4名、ASD+ADHD1名、発達障害の診断には至らなかった2名である。虐待の種類はネグレクト6例、身体的虐待5例、心理的虐待3例、性的虐待1例である。

被虐待歴があると発達障害に似た症状(落ち着きがない、注意散漫、衝動性、コミュニケーション能力が低い、空気が読めない、融通性がない)を現す。ASDの人は診療場面でも表情が硬く視線を合わせず会話が弾まない。これに虐待歴が加わると、オドオドし、いかにも自信なげな印象になる。ADHDの人はどこか開放的なところがあり虐待歴をも淡々と語るができる。虐待を受けてきた人は自らの体験を自発的に語ることはないので簡便にでもチェックが必要である。

今回、マルトリートメントは含まなかったため虐待の評価は不十分である。発達障害で現れる症状が虐待を受けた子どもたちの生き延びる術(常に緊張状態ある、表情を見誤らな

いように)にもあたるのは皮肉であり、将来への見通しのなさが更なる不遇(低学歴、低収入、若年結婚、薬物依存)を呼ぶことになる。幸い成人に達して(サバイバー)受診できたことを称え、今現在の生活を大切に(時間感覚、体感感覚の安定・適正化)よう働きかけることが治療に役立った。

8. 抑うつ状態とレベチラセタムによるアパシーの鑑別に苦慮したてんかん患者の1例

○山村優果¹⁾、武藤宏平¹⁾、細川由紀子¹⁾、
石井奏¹⁾、加賀良康武²⁾

1)公立松任石川中央病院

2)医療法人社団長久会加賀こころの病院

今回、抑うつ状態として加療の経過中にレベチラセタムによる薬剤性のアパシーが疑われ、レベチラセタム中止によりアパシーと認知機能の改善を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】60歳代男性。10歳代よりてんかんでA病院に通院していた。X-4年、フェニトインが漸減中止され終診となった。X-1年12月21日、歩行困難、意識障害、発熱、四肢硬直でB病院に救急搬送され同日入院した。高度の亀頭包皮炎のため12月23日に当院皮膚科に転院した。前医搬送時の状況からてんかんの再発が疑われ、転院後よりレベチラセタムが開始された。歩行困難改善のためリハビリが開始されたが、意欲がなくしばしば拒否した。歩行困難が続くため脳神経内科を受診し、フレイルと抑うつ状態に対し抗うつ薬が開始された。状態は変わらず、X年2月9日に当科を受診した。意欲低下、興味喜びの減退を

認め暫定的に抑うつ状態と診断された。抗うつ薬の調整がなされややりハビリへの拒否が改善し、歩行可能となり X 年 3 月 15 日に自宅に退院した。退院後も当科に通院していたが、食事以外はほぼ 1 日中自室で臥床して過ごした。改善がないため X 年 10 月 8 日に当科に任意入院した。活動性低下を認めるも罪責感、悲観的思考、希死念慮は認めず、抑うつ状態よりアパシーが疑われた。入院時の検査では認知機能低下がみられた。レベチラセタムの影響を疑い、過去に内服していたフェニトインに置換した。置換後に再評価したところ、認知機能の改善がみられた。また自ら髭をそるなど保清に関心を示すようになった。X 年 12 月 23 日に自宅退院後、レベチラセタム内服以前と同じような生活を送ることができている。

【考察】アパシーと抑うつ状態は、興味喜びの減退や活動性の低下など共通の症状がみられしばしば鑑別が困難であるが、アパシーでは罪責感や悲観的思考、希死念慮などがみられない。今回、レベチラセタムによる薬剤性のアパシーが疑われ、レベチラセタム中止によりアパシーと認知機能の改善を認めた。レベチラセタムを含む新規抗てんかん薬は認知機能障害が少ないとされているものの、薬剤性のアパシーや認知機能低下を念頭に診療にあたる必要があるかもしれない。

9. 抗精神病薬の投与で改善した終末期のオピオイド使用障害の一例

○坂口俊太郎¹⁾、亀谷仁郁²⁾、安本眞衣¹⁾

内藤暢茂²⁾、宮岸良彰²⁾、菊知充²⁾

1)金沢大学附属病院神経科精神科

2)金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

症例は 70 歳の男性である。X-1 年 6 月に線維形成性中皮腫と診断された。化学療法を開始されたが薬剤性肺炎のため中止され以降は緩和ケアが治療の中心となった。オキシコドンに対して依存的で繰り返し増量を希望していた。不眠、易怒性あり入院のたびにせん妄状態となることを繰り返した。X 年 5 月の内科入院中に徘徊、離棟、暴力を繰り返すようになり当科医療保護入院となった。

第 0 病日からリスペリドンの頓服を開始したが不穏時は拒薬も多く内服できないことが多かった。第 2 病日からブロナンセリン貼付剤を開始したところ次第に易怒性はなくなり第 4 病日から頓用のリスペリドンの内服にも応じるようになった。オキシコドンを頻繁に要求することもなくなり使用回数が転科前と比べて減少した。

オピオイド使用障害に対する抗精神病薬の投与がオピオイドの再使用欲求の減弱に寄与したと考えられる。

10. 仮釈放終了間際に受診したトルエン使用障害の一例

○松原拓郎^{1), 2)}

1)社会医療法人財団松原愛育会松原病院

2)公益財団法人松原病院

シンナーは塗料を薄めて粘度を下げるために用いられる有機溶剤である。シンナーにはトルエンが含まれており、乱用や依存につな

がり、シンナーの急性中毒は、多幸感や幻覚妄想をもたらし、長期の乱用は精神病性障害、抑うつ障害、不安症、認知症等の精神障害を誘発する。今回我々は、仮釈放となったトルエン使用障害のケースを経験したので報告する。

本例では帰住地が自宅であったが、自営で塗装業をしていたため、自宅には有機溶剤が存在しており、再乱用しやすい環境であった。また、1 か月という極めて短い仮釈放期間の中で、十分な治療の動機づけが困難であったことが経過の不良さにつながっていた。

再使用を予防するためには、帰住地の選定、医療や自助グループとの連携などによる動機づけの形成が重要であると考えた。一方、トルエン使用障害の場合、仮釈放の社会内処遇期間は極めて短く、保護観察所が医療や自助グループとの連携していくのには期間的に難しいところもあると考えた。

11. 石川療育センターにおける親子相互交流療法(PCIT)の導入—第 2 報—～PCIT が親子にもたらすもの～

○大橋真季、柳下杏子、柳下道子
(石川療育センター)

今回、PCIT により、発達障害としての強い癩癩を持つ児に対して、母親の対応と親子の関係性に大きな変化がみられた症例を経験したので、ここに報告する。

【症例】男児(5 歳、自閉スペクトラム症、知的障害)とその母親(40 代、うつ病、シングルマザー)。本児のコミュニケーションは一方的で、周囲は本児の意図を理解するのは困難な状態

だった。また、些細なことで癩癩を起こし、母親は対処できず子育てに疲弊していた。母親は、本児が年長になると就学への不安と将来への心配が大きくなり、PCIT を希望するに至った。PCIT の前半では、子どもの行動や発言に翻弄され、不適切な行動の対処に母親は苦勞したが、セラピストからのコーチングに支えられながら、徐々に本児との落ち着いた関りが持てるようになった。前半 20 回のセッションの後、次の段階である子どもが母親の言うことを聞けるようになるための練習に入った。当初は、本児の抵抗に怯み、必要な手順を完遂できなかった母親が、セラピストに誘導されながら少しずつ毅然とした態度が取れるようになると同時に、本児も徐々に落ち着いていった。本児が母親の言うことに従えるようになると、日常においても拘りや癩癩が落ち着き、入学という大きな環境の変化にもスムーズに移行することができた。

【考察】PCIT を導入したことで、母親がプログラムを通じて様々に支えられ、子どもとのやりとりに向き合えるようになったといえる。また、母親が安定した関係を子どもとの間で保つことができるようになることで、従来ならば「特性」とされていたこだわりや癩癩も変化しうることが明らかとなった。

12. 自傷行為で尿道損傷を認めた統合失調症の 1 例

○前田耀士¹⁾、姥浦一太¹⁾、宮岸良彰²⁾、菊知充²⁾

1)金沢大学附属病院神経科精神科

2)金沢大学医薬保健研究域医学系精神行

動科学

性器の自傷行為は稀であるが、患者の 6 割から 8 割は精神疾患を背景に自傷を行うと報告されている。今回我々は、幻聴に影響されて自傷行為で尿道損傷を認めた統合失調症の 1 例を経験したのでここに報告する。症例は 47 歳男性。20 代前半より幻聴や考想伝播を認め、希死念慮が生じた。統合失調症と診断され入退院を繰り返し、32 歳時に 3 回目の入院となり、クロザピンの投与が開始されたが症状の改善には乏しかった。入院中に突然「尿道に刺せ」と幻聴に命令され、箸を尿道に挿入し救急搬送された。泌尿器科で手術が行われ、当科に医療保護入院となった。統合失調症の自傷行為の危険因子として若年発症、アルコール乱用または依存、希死念慮、病識があること、服薬アドヒアランス不良、自殺の危険因子として自傷歴、過去の自殺未遂がある。本患者は若年発症で病識があり、希死念慮を認め自傷歴、自殺未遂もあるため今後の自傷、自殺のリスクがあると言える。一般的には SGA-LAI やクロザピンの適切かつ早期の使用により、統合失調症の死亡率や自殺率の低減が期待できるとの報告がある。本症例は適切にクロザピンが使用されており、今後の対応としては SGA-LAI への切り替えも考えられる。

13. 北陸 3 県における自殺リスクの比較

その 1 県レベルでの解析

○原賢人、佐藤菜乃初、松原拓郎

(社会医療法人財団松原愛育会松原病院)

令和 3 年における全国都道府県別の自殺率の

比較データが報告され、富山県が全国で 10 番目、福井県が 22 番目、石川県が 47 番目の自殺率であることが報告され、隣接する 3 県で自殺率が異なる現状が明らかとなった。一方、北陸 3 県のうちどの県が全国と比較し、統計的に有意に「自殺リスクの高い県」、「自殺リスクの低い県」であるかを明確に示した報告は認めていない。さらに、本邦の自殺では、サラリーマン、中年、男性、経済的問題がリスクを高める因子として知られているが、北陸でも同様の自殺因子が存在しているかを調査した報告は認めていない。今回我々は、北陸 3 県の自殺リスク、自殺因子を調査したので報告する。

対象者は北陸 3 県の 2011 年 1 月から 2021 年 12 月の自殺者とした。「年齢」、「職業」、「未遂歴」、「契機 (家庭問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題)」それぞれに該当する年別自殺未遂者数を厚生労働省の自殺統計より収集し、自殺率を従属変数、各属性を因子としたポアソン回帰分析を行った。

調査の結果、富山県、石川県は全国と比較し、有意な自殺リスクの変化は認めなかった。一方、福井県は全国と比較し、自殺リスクの低い県であった。また、自殺因子としては、富山県は 70 代の高齢者、福井県は失業等の勤務問題が有意な自殺因子であった。また、石川県は自殺の契機が不明の自殺者が有意に多かった。今後、市町村レベルでの解析を要すると考えた。

14. 北陸 3 県における自殺リスクの比較

その 2 市町村レベルでの解析

○高嶋祐大、佐藤菜乃初、松原拓郎

(社会医療法人財団松原愛育会松原病院)

過去 10 年間の自殺統計のデータから我々が解析した結果、富山県、石川県は全国と比較し、有意な自殺リスクの変化は認めなかった。一方、福井県は全国と比較し、自殺リスクの低い県であった。一方、北陸 3 県の市町村のうちどの市町村が全国と比較し、統計的に有意に「自殺リスクの高い市町村」、「自殺リスクの低い市町村」であるかを明確に示した報告は認めていない。さらに、本邦の自殺では、サラリーマン、中年、男性、経済的問題がリスクを高める因子として知られているが、北陸の市町村でも同様の自殺因子が存在しているかを調査した報告は認めていない。今回我々は、北陸 3 県の自殺リスク、自殺因子を調査したので報告する。

対象者は北陸 3 県の 2011 年 1 月から 2021 年 12 月の自殺者とした。「年齢」、「職業」、「未遂歴」、「契機(家庭問題、健康問題、経済・生活問題、勤務問題、男女問題、学校問題)」それぞれに該当する年別自殺未遂者数を厚生労働省の自殺統計より収集し、自殺率を従属変数、各属性を因子としたポアソン回帰分析を行った。

調査の結果、富山県では新川地区、小矢部市、南砺市、石川県では珠洲市、能登町、福井県では高浜町、若狭町、美浜町で有意に自殺リスクが高かった。自殺因子は、各々の市町村で異なる有意な自殺因子を認めた。各自治体は各々の自殺因子の傾向を把握し、個別性のある対応が必要であると考えた。

15. 当科を受診した妊産婦の後方視的検討

○竹内良太郎、山村香織、小坪有瑛、

木谷知一

(独立行政法人国立病院機構 金沢医療センター)

妊娠や出産を契機とした精神疾患の発症や増悪は以前から知られている。妊産婦本人の精神状態は、パートナーのメンタルヘルスや産まれてくる子供の社会的・情緒的発達や認知機能の発達に影響を及ぼす他、ネグレクトや虐待にも関連していることが報告されており、妊産婦メンタルヘルスの重要性が注目されている。当院は地域周産期母子医療センターに指定され、産婦人科、精神科の入院病床を併せ持つ総合病院であり、他医療機関から精神疾患合併妊婦の診察依頼を受ける頻度が比較的高い。

妊産婦に対する精神科的治療や産科との連携状況の検討を目的として、2019 年 4 月 1 日から 2021 年 3 月 31 日までに当科外来を初診または院内紹介された 76 症例の妊産婦を対象として診療録を後方視的に調査した。調査の結果、当科を初診した時の妊娠期は大きな偏りを認めず、症例数は F3 圏(気分障害)、F4 圏(神経症性障害)、F2 圏(統合失調症圏)の順に多かった。妊娠を契機に向精神薬の服用を自己中断した症例のうち、80%が精神症状の増悪に対する投薬治療が必要だった。入院症例は F3 圏が最多で、妊娠後期から産後の症例が多数を占めた。

これらの結果から、精神疾患の既往がある患者は妊娠中も継続的に治療する必要がある、特に妊娠を契機とした治療の自己中断に注意

を要することが分かった。また、妊娠後期から産後 1 年以内にかけては慎重に対応する必要があることが示唆された。今後も総合病院における精神科として産科や他院精神科病院と密に連携した対応を行っていききたい。

— シンポジウム —

1. 総合病院において求められる精神科外来の役割についての検討

○新田佑輔（金沢医科大学）

2020 年の新型コロナウイルス感染症（COVID-19）の流行は総合病院院精神科の診療にも大きな影響を与えた。今回、過去 5 年間に於ける当院精神科外来の外来初診患者について調査を行い、総合病院精神科に求められる役割について検討し、当科外来における臨床的取り組みを紹介した。当院精神科外来の傾向として 2017 年から 2021 年までの 5 年間で精神科初診患者数は増加傾向にあり、せん妄患者と未成年患者が増加していた。これらのニーズに対して当院における精神科リエゾンチーム活動と、児童思春期外来、COVID-19 流行下におけるメンタルヘルスの取り組みを紹介した。

性精神病性障害と診断した。

2. 「摂食障害の入院治療」

○宮岸良彰（金沢大学）

コロナ禍になり摂食障害の患者が増えていると報告されている。臨床場面においても、

中高生、大学生が休校によって生活リズムが乱れることや、自身の内面と向き合う時間が増えたこと、外出自粛による「コロナ太り」解消のためにダイエットを始めて歯止めがきかなくなることで、発症に至る例が散見される。

そのようなコロナ禍における 2020 年から 2022 年までの 2 年間で当院に入院となった摂食障害患者のデータを紹介するとともに、構造化された入院治療の取り組み、治療成績、今後の課題を提示した。また、当院が全国で 5 番目となる摂食障害支援拠点病院に指定されたことを報告した。

3. At-risk mental state への臨床的支援～ Consultation and Support Service in Toyama (CAST) ～

○笹林大樹

（富山大学学術研究部医学系神経精神医学講座）

これまでの精神病への早期支援の研究では、精神病未治療期間を短縮し、治療臨界期に効果的な治療を行えば、再燃率の低下や全般的な機能の改善が見込めることが示唆されている。近年ではさらに早期である前駆期に注目しており、精神病発症危険状態を同定して重点的な支援を行い、さらには発症を予防しようという試みが提案されている。精神病発症危険状態、At-Risk Mental State (ARMS) は、閾値下の精神病症状、家族歴、および社会機能の低下から定義され、構造化面接を行うことで診断する。一方で、ARMS の精神病発症率は 2 年間で約 30% であり、半数以上は将来

精神病を発症しない偽陽性である点に留意する必要がある。

日本精神保健・予防学会によって作成された早期精神病の診療プランと実践例 -予備的ガイドンス 2017- では、ARMS への支援の原則として、精神病の発症予防のみを唯一の目的とすべきではなく、現在の症状や問題に伴う苦痛を緩和し、社会的、学業的、職業的な機能障害の予防や回復を目指すことが強調されている。個々の事例の必要性に応じて認知行動療法や認知リハビリテーションを含む心理社会的支援を行うことが推奨されている一方で、抗精神病薬の使用に関しては、発症予防のみを目的とした投与は控えるべきで、急激な症状悪化や自殺リスクの高い場合にのみ少量の投与が考慮される。また、併存診断に対する標準治療も治療計画に含めることが必要である。

富山大学附属病院神経精神科では、富山県心の健康センターとも共同して、2006 年 10 月から ARMS や初回エピソード精神病が疑われる若者を対象とした専門的な臨床サービス (CAST) を提供している。2021 年 3 月までの累計で、CAST 利用者は 350 名、ARMS の基準を満たした方は 135 名、そのうち後に精神病を発症したのは 18 名であった。ARMS 症例については、平均年齢は 18.8 歳、男性が 66 名で女性が 69 名であり、気分障害や不安障害の併存が多く見られた。なお、本シンポジウム中には、薬物治療を行った 10 歳代女性の ARMS 自験例を提示する。

今後の課題としては、ARMS 概念の一層の普及やスティグマの軽減、心理社会的支援の

充実、および一般外来への「こころのリスク外来」機能の拡充が望まれる。

4. 多職種連携による病棟運営

○上野幹二 (福井大学医学部精神医学)

福井大学精神科における入院患者の年齢別割合は、2021 年度には 10 代以下が 33% と最も多く、2016 年度 (5 年前) と比較して 3 倍以上に増加している。この大きな要因として、子どものこころ診療部との連携が挙げられる。精神科と子どものこころ診療部との合同カンファレンスを毎週実施し、その中で児童思春期に該当する患者の症例検討を行っている。また子どものこころ診療部かかりつけ患者の入院治療を精神科で積極的に受け入れるなど、同診療部と密に連携しながら児童思春期症例の治療に当たっている。さらに、福井大学精神科の特色として、臨床心理士との連携が挙げられる。2022 年度から 2 名の臨床心理士が常勤として、病棟業務に積極的に携わるようになった。解離症状に対する自我状態療法、トラウマに対する EMDR (眼球運動による脱感作と再処理法) や認知処理療法、強度行動障害に対する行動療法、強迫症・社交不安症に対する行動療法、箱庭療法など、これまでできなかった心理療法が行えるようになった。シンポジウムでは、子どものこころ診療部や臨床心理士との連携について、具体的に症例を提示しながら述べたい。

— 学 会 だ よ り —

I. 役 員 (2020年3月～2023年3月)

名誉会員：山口成良、越野好文、三邊義雄

事務局長：菊知 充

幹 事：榎戸芙佐子、小俣直人、川崎康弘、
木谷知一、北村 立、小坂浩隆、
小山善子、坂井尚登、鈴木道雄、
武島 稔、橘 博之、玉井 顕、
角田雅彦、野原 茂、橋本隆紀、
古田壽一、村田哲人

監 事：佐野 譲、岡田淳夫、金田礼三

会 計：内藤暢茂

「北陸精神神経学会の歴史と将来への展望」

講師：金沢大学名誉教授、社会医療法人

財団松原愛育会松原病院

山口成良 先生

・第200回記念

外来医長・病棟医長シンポジウム

「新しいニーズに応えるための

臨床上の取り組み」

金沢医科大学 新田佑輔, 金沢大学 宮岸良彰,

富山大学 笹林大樹, 福井大学 上野幹二

2) 令和4年北陸精神神経学会 幹事会総会

日 時：令和4年3月13日(日)

場 所：オンライン開催

3) 機関誌の発行

北陸神経精神医学雑誌

第36巻第1-2号合併号(2022年12月)

V. 令和3年会計報告

別紙 表1の通り

VI. 令和5年事業計画

1) 学会の開催

(1) 第201回北陸精神神経学会

日時：令和5年3月5日

場所：オンライン開催

主催：金沢医科大学

(2) 第202回北陸精神神経学会(案)

II. 令和4年事業報告

1) 学会の開催

(1) 第199回北陸精神神経学会

日 時：令和3年3月14日(日)

場 所：Zoomによるオンライン開催

演題数：17題

・特別講演：

「安眠のための秘訣

—睡眠障害と夜間多尿を中心に—

講師：福井大学医学部泌尿器科学講座

教授 横山 修 先生

(2) 第200回北陸精神神経学会

日時：令和4年9月4日(日)

場所：ホテル日航金沢及びWEB開催

演題数：17題

・特別講演：

日時：令和5年9月（未定）

場所：未定

主催：富山大学

2) 幹事会および総会の開催

令和5年北陸精神神経学会総会（予定）

日時：令和5年3月5日（日）

場所：WEB開催

3) 機関誌の発行

北陸神経精神医学雑誌第37巻

（令和5年12月発行予定）

VIII. 会員の状況(令和4年12月)

総会員数：363人

1) 令和4年度新入会員：27人

上野 幹二	福井大学医学部附属病院
関 有里沙	富山大学附属病院
山本 維生	福井大学医学部精神医学
瀬下 直史	公益財団法人松原病院
藤田 宗久	谷野呉山病院
西 若奈	福井大学附属病院神経科精神科
垣内 知子	富山大学附属病院神経精神科
渡辺こころ	松原病院
石黒 真成	松原病院
村田 泰斗	福井大学医学部附属病院
野澤 唯	福井大学医学部附属病院
黒田 裕康	福井大学医学部附属病院
玉木 諒	福井大学医学部附属病院
福井 琢	富山大学附属病院神経精神科
村島 萌子	福井大学医学部附属病院

竹内 稜太	金沢大学附属病院神経科精神科
高山 英也	医療法人社団青樹会 青和病院
坂口俊太郎	北陸病院
前田 耀士	北陸病院
原 賢人	松原病院
辻井 農亜	富山大学附属病院
結城 竜起	富山大学附属病院
高嶋 祐大	松原病院
大橋 真季	石川療育センター
湯浅 悠介	富山大学附属病院
妹尾 貴紀	金沢医科大学病院精神神経科学
大畑 郁乃	金沢医科大学病院精神神経科学
渡真利眞治	福井大学医学部附属病院

（入会日順に掲載）

2) 令和4年度退会会員：30人

表 1

北陸神経学会2021年収支決算報告書

(令和3年1月1日～12月31日)

(単位：円)

収入の部

項 目	内 容	金 額
会 費	2021年正規会員会費	249,000
	2021年臨時会員会費	10,500
	正規会員過年度会費	87,000
	正規会員次年度会費	6,000
	入会金 (6名)	18,000
広 告 料	学会誌への広告掲載 35号 (9社)	270,000
	雑 収 入	
	預貯金の利息	17
	著作権料	4,150
繰 越	令和2年度繰越金	3,305,329
収入合計：A		3,949,996

支出の部

項 目	内 容	金 額
通 信 費	査読依頼・学会誌郵送等	60,325
事 務 費	B5用紙他	3,760
慶 弔 費	2名 (桃井文夫先生、鳥居方策先生)	56,465
197 回 学 会	197回学会費 (金沢医科大学 R3.3.17) WEB開催	686,630
198 回 学 会	198回学会費 (富山大学 R3.8.29) WEB開催	685,470
学 会 誌 34 号	印刷費用 2021年.5.8 発刊	427,240
学 会 誌 35 号	学会誌・会員名簿 印刷 2021.12.28発刊	232,853
支出合計：B		2,152,743

収入合計：A	支出合計：B	= 期末残高 (A-B)
3,949,996	2,152,743	1,797,253

上記を令和4年度に繰り越す

令和4年3月 4日

事務局長 菊知 充

会 計 内藤 暢茂

監 事 佐野 謙 ㊟

岡田 淳夫 ㊟



北陸精神神経学会会則

(名 称)

第1条 本会は北陸精神神経学会という。

(事 務 所)

第2条 本会は事務所を金沢市宝町13番1号金沢大学医学部神経精神医学教室内に置く。

(目 的)

第3条 本会は北陸地方の精神医学、神経学、およびその近接領域における医療ならびに研究の発展をはかるとともに、会員相互の理解、親睦を深め、もって斯学の進歩に寄与することを目的とする。

(事 業)

第4条 本会は、前条の目的を達成するために、次の事業を行なう。

- (1)研究発表会、講演会の開催
- (2)関連分野の機関、団体との交流
- (3)その他、本会の目的達成のために必要な事業

(会 員)

第5条 本会の会員は、次のとおりとする。

- (1)会 員 本会の目的に賛同し、会費年額 3,000 円を納める者
- (2)名誉会員 本会对し特に功労のあった者のうちから、総会の議決をもって推薦する者

(入 会)

第6条 本会に入会を希望する者は、姓名、現住所、所属機関名、職種を記し、年会費をそえて事務局長に申し込み、その了承をえたものとする。

(会員の権限)

第7条 会員は本会の主催する研究発表会、講演会、その他の事業に参加し、かつ研究発表をすることができる。

(退 会)

第8条 会員は次の場合は退会とする。

- (1)文書による退会の申出があった場合
- (2)会費を3年以上納めない場合

(役員の種類・員数)

第9条 本会に次の役員をおく。

事務局長	1 名
幹 事	若干名
監 査	2 名

(役員の選出)

第10条 (1)事務局長は総会において選出する。

(2)幹事ならびに監査は事務局長が委嘱し、総会の承認を得る。

(役員の任期)

第11条 役員の仕事は3年とする。ただし再任を妨げない。

(役員の仕事)

第12条 事務局長は会を代表し、会務を統括する。幹事は幹事会を組織し、庶務、会計、研究発表会、その他の事業の執行にあたる。監査は経理を監査する。

(会議の種類)

第13条 会議は総会、幹事会および研究発表会の3種類とする。

(総 会)

第14条 総会は事務局長が招集し通常年1回開く。総会は会員の10分の1以上の出席により成立する。総会は次の事項を審議・決定する。議決は出席者の過半数の賛成を必要とする。

- (1)本会の目的を遂行するための事業に関する事項
- (2)会計に関する事項
- (3)その他重要な事項

(幹 事 会)

第15条 幹事会は事務局長が招集し、本会の庶務、会計、研究発表会、その他の事業の審議ならびに執行にあたる。幹事会構成員(事務局長・幹事)の過半数とし、議決は出席者の過半数の賛成を必要とする。

(研究発表会)

第16条 本会は、その目的遂行のため、年2回研究発表会を行なう。その会の運営は、幹事が当番するものとする。

(資産の構成)

第17条 本会の資産は次のものから構成される。

- (1) 会 費
- (2) 寄附金および助成金
- (3) 資産から生ずる果実
- (4) その他の収入

(経費の支弁)

第 18 条 本会の経費は、資産をもって支弁する。

(会計年度および管理)

第 19 条 本会の会計年度は1月1日から12月31日までとし、資産の管理責任者は事務局長とする。

(会則の改正)

第 20 条 本会則の改正には、総会において出席者の3分の2以上の賛成を必要とする。

- 附 則：1. 本会則は、昭和 50 年 8 月 31 日より発効する。
2. 研究発表会の回数名は従来の北陸神経精神科集談会より継続するものとする。
3. 役員の「会長」を「事務局長」に変更する。

- 附 則：1. 本会則は、昭和 59 年 1 月 1 日より発効する。
2. 本会則は、昭和 61 年 1 月 1 日より発効する。
3. 本会則は、平成 31 年 3 月 3 日より発効する。

○研究業績発表者の資格に関する内規

1. 学術集会における研究発表者は全員、原則として本学会会員でなければならない。ただし共同発表者で本学会入会を希望しない者は、臨時会費（1,000 円）を納めなければならない。
2. 北陸神経精神医学雑誌への投稿者は全員、原則として本学会会員でなければならない。ただし、共著者で本学会入会を希望しない者は、会費の半額を納めなければならない。臨時会員へは論文掲載号のみを贈呈する。

- ・ 96. 1. 28 より内規として実施。

— 投 稿 規 定 —

1. 投稿は原則として、北陸精神神経学会会員に限ります。
2. 応募原稿は原著論文（研究論文、速報、症例報告）の他、海外だより、学会や研究会の紹介、会員の声などを募ります。
3. 原著論文の形式は、原則として緒言（はじめに）、研究対象（材料）および研究方法、結果、考察、結論、引用文献の順序を踏むようにしてください。
4. 謝辞を記載する場合は、本文の終わりに1行あけて、「謝辞」の見出しで書いてください（引用文献の前項になります）。
5. 速報は横書き、400字詰原稿用紙に、図や表を含めて、おおよそ10枚以内、会員の声は5枚以内をお願いします。原著論文の掲載料は原則として著者の負担とします。ただし、依頼原稿については無料とします。
6. 図、表がある場合、本文のどの辺りに入れたかを、原稿の欄外に図1、表1などで明記して下さい。
7. 図や表は墨か黒インクで明瞭に、印刷しやすい形にして書いて下さい。裏面に著者名と番号を記し、まぎらわしいものには、上下を明記して下さい。
8. 原著論文には、欧文の題名、所属、氏名および25字以内の略題（日本語）を必ずつけて下さい。原著論文には400字程度の和文抄録（結論とは別）と論文内容を表わす日本語および英語のKey-word（3-5個）をつけて下さい。欧文抄録を併載したいときは、400語以内にまとめて下さい。
9. 原稿は当用漢字を用い、新かなづかいに従って、はっきりした字体で書いて下さい。外国語はすべてタイプして下さい。ワード・プロセッサ使用の場合は20×20字詰とし、B5版に準じて下さい。
10. 投稿に当たっては、原稿およびコピー2部をそえて提出して下さい。コピーでは不鮮明になる写真および図表は、原図を3部提出して下さい。
11. 原著論文およびその他の原稿の採否と掲載順序は、編集委員会で決定します。
12. 引用文献は、本文の終わりに著者の姓を基準にし、本文での引用順に一括して、以下の要領に従って記載して下さい。
 - a. 雑誌の場合

著者名、題名、誌名、巻、記載ページ（初めと終り）、公刊年度（西暦）の順とする。雑誌名の省略は Excerpta Medica によるか、その雑誌の規定した省略名による。著者名は3名以下の場合には全員、4名以上の場合には3人目迄は全員を書き、4人目からは et al.（または他）として下さい。

例) 林 章、秋元波留夫：精神分裂病の予後及び治療、精神経誌、43：705-742、1930。
 Fahndrich, E. & Richter, S.: Zum Verlanf schizophrener Ersterkrankungen. Eine 5-Jahres-Katamnese. Nervenarzt, 57：705-711, 1986.
 Cloninge, C.R., Martin, R.L., Guze, S.B. et al.: Diagnosis and prognosis in schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 42：15-25, 1985.
 - b. 単行本の場合

著者名、書名、発行所、発行地、発行年度（西暦）、引用ページの順とする。ただし、編者と担当執筆者が異なる場合は、担当執筆者名を筆頭に記し、以下、執筆論文名、編者名、書名、発行所、発行地、発行年度（西暦）、引用ページの順とする。

例) 小川鼎三：脳の解剖学(第2版)、南山堂、東京、1953、p.108.

Martin,J.J.:Thalamic syndromes.In P.J.Vinken&G.W.Bruyn(eds),Handbook of Clinical Neurology,Vol.2(Localization in Clinical Neurology),North-Holland Pub.Co., Amsterdam, 1969, pp.469-496.

なお、本文中に引用する場合は、引用の箇所に必ず文献番号を、¹⁾、²⁾、³⁾、⁴⁾、⁷⁾、⁸⁾、⁹⁾のように明示して下さい。本文中の引用文献の著者が複数の場合は、最初の人名のみを書き、そのあとは“ら”とし、原則として年号は省いて下さい(例：Bland, R. C., Parker, J. H. and Orn, H. (1978) ¹⁾は……Bland ら ¹⁾はとする)。

13. 編集の都合上、字句の修正、図や表の体裁の改変を行なうことがあります。
14. 著者校正は原則として1回行ないませんが、誤植の修正のみに限ります。
15. 掲載論文の別冊はすべて有料とします。ただし、依頼原稿については30部まで無料とします。別冊の希望部数は30部単位でお願いします。
16. 原稿の送り先、その他に関するお問い合わせは下記へお願いします。

〒920-8640

金沢市宝町13-1 医学類A棟3F

金沢大学 精神行動科学教室内

北陸神経精神医学雑誌

編集委員長 菊知 充

Email:contact@hspn.jp

TEL:076-265-2307/FAX:076-234-4254

精神神経学雑誌投稿奨励賞(地方会部門)

北陸精神神経学会規程

(目的)

第1条 本賞は、北陸精神神経学会の一般演題の中から優秀な発表を顕彰し、精神神経学雑誌への投稿を促し、精神医学の発展に寄与することを目的とする。

(応募対象)

第2条 応募者は、北陸精神神経学会一般演題の筆頭著者とする。

(応募方法)

第3条 応募者は、北陸精神神経学会の定めに沿って応募する。

(受賞候補者の推薦)

第4条 北陸精神神経学会で各参加者に投票用紙を配り、最優秀と思われる発表の演題番号を1つ記入してもらい、最も高得点を得た発表の筆頭著者1名を受賞候補者として、日本精神神経学会へ推薦する。

申し合わせ事項

1. 発表の共同研究者などの利益相反のある委員は、当該発表の審査は行わない。
2. 受賞候補者は、1大会につき1名まで選出できる。
3. 応募者が一般演題を複数出している場合、複数応募することができる。
4. 受賞のいかんに関わらず、応募者は次年度以降も応募することができる。
5. 発表の筆頭著者で日本精神神経学会への推薦を希望しない者は、一般演題申込時に事務局に申し出ることとする。

付則

- 一 本規則は、日本精神神経学会理事会の承認を得て改訂できるものとする。
- 二 本規則は、2021年4月1日より施行する。

編 集 後 記

北陸神経精神医学雑誌第36巻をお届けします。ご投稿いただきました皆様に御礼申し上げます。

今号には第199回と第200回の北陸精神神経学会における特別講演の要旨を掲載いたしました。また6篇の貴重な原著論文をご投稿いただき、『会員の声』にも多数の原稿をお寄せいただきました。ご多忙の中、執筆の労を賜りました先生方に厚くお礼申し上げます。

令和4年度もコロナ禍の影響が続き、学会や研修会もweb開催が続く1年になりました。その中でも記念すべき第200回はホテル日航金沢にてハイブリッド形式で開催することができました。山口成良先生による特別講演では本会の歴史と展望が語られました。また新たな試みとして各大学の第1線で活躍する外来医長・病棟医長が揃い、各大学の新しい取り組みについてのシンポジウムが開催されました。まさに温故知新が体现された会になったと思います。1点心残りがあるとすれば当初企画していた懇親会を開催することができなかった点です。そろそろ5類へという話もあり、令和5年度は各種学会等での懇親会も復活するかもしれません。また皆様と食事をしながら交流できる日を楽しみにしております。

皆様のご健康とご多幸を心よりお祈り申し上げます。

(内藤暢茂)

編 集 委 員

菊知 充 (事務局長)

上原 隆 大森 晶夫 小林 克治 坂井 尚登

住吉 太幹 高橋 努 高橋 哲也 玉井 顕

橋本 隆紀 東間 正人 平松 茂 古田 壽一

松井 三枝 村田 哲人 内藤 暢茂

—北陸神経精神医学雑誌 第36巻 令和4年12月28日—

編集者 北陸神経精神医学雑誌編集委員会

発行者 北陸精神神経学会

〒920-8640 金沢市宝町13-1

金沢大学医学類精神行動科学教室内

TEL076-265-2307

FAX076-234-4254



メラトニン受容体作動性入眠改善剤

メラトベル® 顆粒小児用 0.2%

Melatobel® granules 0.2% for pediatric

処方箋不要

メラトニン

処方箋の記載・医師等の処方箋により使用する

- 「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む注意事項等情報」等については、最新の製品電子添文をご参照ください。

Nobelpharma

製造販売元
ノーベルファーマ株式会社
東京都中央区新川1-17-24

【資料請求先・製品情報お問い合わせ先】

ノーベルファーマ株式会社 カスタマーセンター
フリーダイヤル：0120-003-140

2022年6月作成

一緒に歩こう、笑顔へ続く道。



こころの健康情報局

すまいるナビゲーター



患者さんやご家族を対象に、統合失調症・双極性障害・うつ病・子どもの自閉スペクトラム症の治療、社会参加のために役立つ制度のことなど、知っていると役に立つ情報を発信するサイトです。

統合失調症

双極性障害

うつ病

子どもの自閉スペクトラム症

すまいるナビゲーター

<http://www.smilenavigator.jp/>

All for your
smile



Otsuka 大塚製薬株式会社

Otsuka-people creating new products for better health worldwide



VIATRIS



Sumitomo Pharma



セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 (SNRI) 薬価基準収載

イフェクサー[®] SR カプセル 37.5 mg・75 mg

EFFEXOR[®] SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

創薬 処方箋医薬品

注意—医師等の処方箋により使用すること

●効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む使用上の注意等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ヴィアトリス製薬株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門 5-11-2

文献請求先及び問い合わせ先：メディカルインフォメーション部

プロモーション提携

住友ファーマ株式会社

〒541-0045 大阪府中央区道修町 2-6-8

文献請求先及び問い合わせ先：くすり情報センター

EFX72K004D

EFX P-13327v03

2022年2月作成



患者様の想いを見つめて、
薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病氣とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病氣を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



PROGRESS
IN MIND |

精神・神経疾患をもつ人々のために

人が未来への希望や夢を持つことは、生きていく上でとても大切。けれど今日を乗りきることに精一杯の人たちもいます。私たちは、そんな苦しむ患者さんの1秒、1分、1日を支えたい。

「プログレス・イン・マインド」の理念を持って、患者さんとそのご家族のより良い生活のために寄り添って前進し続ける Lundbeck。

今日を明日へつなぐために、70年以上にわたり精神・神経領域で革新的な治療薬の開発に情熱を注いでいます。

これからも、少しずつ重ねる歩みの先の、未来を目指して。



ルンドベック・ジャパン株式会社
〒105-0001 東京都港区虎ノ門五丁目1番4号 東都ビル7階

Lwl-BB-201908



なんとかしたい。
だから、挑む。

人類の歴史にはさまざまな挑戦者がいた。どんなに失敗しても、彼らの熱意や想いが何度も立ち上がらせ、その結果、常識を打ち破り新しい世界を見せてくれた。医薬はどうだ。空を自由に飛び、宇宙にまで届く時代に、私たちの体の中には未解決の課題が山積している。私たちにはやるべきことがある。助けなければならない人がいる。だから、挑む。住友ファーマは、革新的な医薬品や医療ソリューションの研究開発をより加速させる。研究重点3領域の精神神経、がん、再生・細胞医薬に加えて、感染症、糖尿病、医薬品以外のフロンティア領域で存在感を高めるために、挑み続けます。

 **Sumitomo Pharma**
Innovation today, healthier tomorrows



詳しくはこちら

精神科医療の
真のパートナーを
目指して

 田辺三菱製薬グループ



吉富薬品株式会社
大阪市中央区道修町3-2-10
<https://www.yoshitomi.jp/>