

# 北陸神経精神医学雑誌

The Hokuriku Journal of Neuropsychiatry

2023

Vol. 37 No.1-2

北陸神経精神医学雑誌

令和六年二月十三日印刷  
令和六年二月十四日発行

第三十七巻 第一―二号合併号

(通巻四十三号)

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  
b o o k | h o n 事業部

発行所

金沢大学医学類精神行動科学教室内

北陸神経精神学会  
振替 金沢七一六六五七番

●北陸神経学会 巻頭言	
巻頭言	菊知充 1
●第201回北陸神経学会特別講演	
アルツハイマー病:疾患修飾へのアプローチ	小野賢二郎 3
●第202回北陸神経学会特別講演	
思春期心性と思春期にみられる精神疾患	辻井農亜 7
●北陸神経学会 会員の声	
総合病院精神科リエゾン医療で、私が頻用する精神科処方ベスト5	三邊義雄 13
●原 著	
・『捜査関係事項照会書』の責任能力の項への回答 棟居俊夫、下優太郎、土田航祐、川尻良太、菊知充、和田有司、加賀良康武、喜多克尚、織田忠明	16
・地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究 -かかりつけ医は精神科医に何を求めているのか- 北村立、遠田大輔、田中いずみ、山崎智可	20
・摂食障害支援拠点病院 その活動と、地域としての今後の課題 佐野滋彦、宮岸良彰、水上喜美子、菊知充	31
●学 会 抄 録	
第201回北陸神経学会	39
第202回北陸神経学会	49
●学会だより	60
会 則	63
投稿規定	65
編集後記	67

## -CONTENTS-

●Original Articles and Case Report	
Toshio Munesue, Yutarou Shimo, Kosuke Tsuchida, Ryota Kawajiri, Mitsuru Kikuchi, Yuji Wada, Yasutake Kagara, Katsunao Kita, Tadaaki Ota: Clinicians' judgment about criminal responsibility in the investigation relative inquiry from the police	16
Tatsuru Kitamura, Daisuke Toda, Izumi Tanaka, Chika Yamazaki :A Study on the Cooperation between Family Physicians and Psychiatrists in the Community: What Do Family Physicians Want from Psychiatrists?	20
Masuhiko Sano, Yoshiaki Miyagixhi, Kimiko Mizukami, Mitsuru Kikuchi:Eating disorder support base hospitals: their activities and future challenges for the region	31

北陸神経精神医学  
Hokuriku J.Psychiatry

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

令和6年1月1日に発生した石川県能登半島地震により、犠牲となられた方々に哀悼の意を表し、被災されたすべての皆様に心よりお見舞い申し上げます。また、被災地域の皆様の安全を心よりお祈り申し上げます。奥能登では、数多くの家屋が倒壊し、機能がマヒ寸前に陥った病院では、被災者である医療スタッフが懸命に人命救助に尽力されました。1月2日以降、ヘリ輸送などを通じて被災者が石川中央や南加賀エリアに移送され、さらには、富山県、福井県をはじめ、県境を越えた被災者の医療機関への移送が行われました。1月4日には、当学会主催で東北大学医学部精神科教授の富田博秋先生による「災害時の精神医学」についての緊急ウェブ講演を開催いたしました。

令和6年1月2日には県庁に災害派遣精神医療チーム(DPAT)の調整本部が設置され、数日後には全国から集まったDPAT先遣隊が奥能登に到達し、被災地での支援が2月5日現在も石川県を中心としたLocal DPATに移行すべく、石川県こころのケアセンターが中心となり活動しています。少しでも早く、被災地の皆様が普段の生活に戻るためには、今後も継続的な支援が必要であり、全国の皆様からいただくご支援に、心より感謝申し上げます。

今年度は北陸3県において、県と精神科医療の連携に関する進展が2つありました。一つは、石川県と福井県において摂食障害支援拠点病院が設置されたことです。拠点病院の役割は「摂食障害患者に対する地域の治療や支援の体制を整備し、地域で患者を支えていく方法を充実させること」です。国と県が共同で予算措置するので、相談を受ける専属スタッフ(心理あるいは看護等)のパート雇用が可能です。富山県も設置に向けて活動していると伺っています。今後、北陸3県の足並みが揃うことで、啓発活動を3県合同で実施するなど、効率的な運用が期待できます。金沢大学は一足先に拠点病院に指定されましたので、開設後1年が過ぎた現在の状況を簡単に説明します。2023年12月末現在で10名以上の摂食障害患者が入院加療中です。在院日数ですが皆さん2-3カ月以内に退院しています。入院治療には治療パスが導入されていますので、大きな混乱もなく治療が進められています。外来治療には今後も工夫が必要になります。退院後そのまま拠点病院が外来フォローすると、すぐに外来の許容力を超えてしまうので、軽症の外来に対応してくれる連携施設が重要になります。石川県の場合、重度(例: BMI < 14)になれば、拠点病院が入院治療を速やかに行う事から、連携施設は安心して治療にあたれるはずですが、それでも、治療経験の乏しい医師は、重症化すると生命に関わる摂食障害の外来治療を敬遠しがちでもあります。そこで、石川県の場合ですが「連携医療機関には、治療経験のある医師支援」という考え方も必要かもしれません。

もう一つは、子どものこころの診療科の寄付講座についてです。児童精神科医は全国的にも不足しており、その養成は社会的にも重要であるという観点から、福井県に続いて富山県にも県の財源で設置されました。石川県も現在検討中です。馳知事が先日「石川県にも寄付講座の設置を検討」と県議会で答弁したことが新聞でも大きく報道されました。不登校が増加し、カウンセリングのみならず、医療や福祉の介入も必要と思われるケースが多く、児童精神科医の養成は急務でもあります。2023年の秋に金沢大学が独自に「予約から診療までの待ち期間」を調査した結果では、小学生で13.3週間、中学生で10.3週間でした（石川県中央エリア）。児童の場合は、精神科になかなか受診できないという状態が長年続いているのです。そして、医師としても、幼児期から成人まで縦断的に人の発達を見てきた経験豊富な児童精神科医の観察力は重要です。専門医にとどまらず、多くの精神科医が専攻医時代から児童のケースに関わり、可能であれば10年間以上、成長を見届けることができると良い臨床経験になります。

まずは、災害からの復興が北陸の当面の課題であり、この災害に負けずに、北陸3県が連携し、近年北陸でも充実しつつある、子どもの心の診療や摂食障害への対応力が地域全体で向上することを期待しています。最後になりますが、当学会は70年以上にわたり北陸における精神科医療・研究・教育の社会的使命を果たすべく、世代や行政区画を超えて議論が続けられてきました。北陸の精神医学の若手教育システムとして、当学会の存続は不可欠です。これからも生涯学習の場として活用していただけることを願っております。

令和6年2月

## アルツハイマー病：疾患修飾へのアプローチ

小野 賢二郎

金沢大学大学院医薬保健研究域 脳神経内科学教授

## 1. はじめに

認知症とは、一度獲得された知的機能が、後天的な脳の器質的障害によって全般的に低下し、社会生活や日常生活に支障をきたすようになった状態をいう。AD をはじめとする認知症の症状には中核症状と周辺症状がある。中核症状は、認知症の原因となる疾患の影響により、脳の機能に障害を来し、その結果として現れてくる症状を指し、記憶障害、見当識障害、実行機能障害などがあげられる。周辺症状は、認知機能障害を背景とし、身体的要因・環境的要因・心理的要因に伴って出現する症状で、暴言・暴力、徘徊、妄想、幻覚、うつなどがあげられる。周辺症状のことを行動・心理症状(Behavioral and psychological symptoms of dementia: BPSD)ともいい、一般的に、BPSD の増悪が介護負担の増大につながりやすいと言われている。

認知症疾患で最も頻度の高いアルツハイマー病 (Alzheimer's disease : AD) の研究・治療の方向性は、神経伝達物質からのアプローチと病理学、生化学 (蓄積蛋白) からのアプローチに大別される。今までは前者のアプローチが中心であり、現在、日本では AD 治療薬として、コリンエステラーゼ阻害薬であるドネペジル、ガランタミン、リバスチグミ

ン、そして NMDA 受容体拮抗薬であるメマンチンの 4 剤が使用されている。しかしながら、これらの薬剤は投与を続けても対症療法にとどまるため、後者のアプローチである投与によって AD の進行そのものを修正できる疾患修飾療法 (disease-modifying therapy : DMT) の開発が期待されている<sup>1)</sup>。

AD の病理学的特徴としては、アミロイド  $\beta$  蛋白 ( $A\beta$ ) から成る老人斑、タウ蛋白 ( $\tau$ ) から成る神経原線維変化、さらに神経細胞死があげられる。なかでも病態生理においては、 $A\beta$  が  $\tau$  に先行して異常凝集して神経細胞を傷害する過程が重要な役割を果たすと考えられている (アミロイド仮説)<sup>1-3)</sup>。また、 $A\beta$  凝集過程の中で特に早期・中間凝集体である、可溶性オリゴマーやプロトフィブリルの毒性に注目が集まっている (オリゴマー仮説)<sup>1-3)</sup>。

## 2. DMT を見据えた AD 診断

我々は、金沢大学附属病院もの忘れ外来を受診された軽度認知障害および AD 患者 207 名における検査陽性率を検討したところ、頭部 MRI と脳血流 SPECT 検査はそれぞれ、77.4%、81.6%であった<sup>4)</sup>。この報告から、臨床的に AD と診断された患者の約 20%は病

態学的に AD ではない可能性が示唆され、この大きな要因の一つは、嗜銀顆粒性認知症<sup>5)</sup>、神経原線維変化型老年期認知症<sup>6)</sup>といった高齢者タウオパチーや limbic-predominant age-related TDP-43 encephalopathy (LATE)<sup>7)</sup>などの存在が考えられる。

よって、より正確に AD と診断して DMT を介入していくには、 $A\beta$ 、tau、神経変性・細胞死といった病態に基づいた診断の確実度が重要になる。つまり、 $A\beta$  (A) は、脳脊髄液中の  $A\beta$  1-42 の低下やアミロイド PET 陽性、tau (T) は脳脊髄液中のリン酸化 tau の低下や tau PET 陽性、そして、神経変性・細胞死 (N) については頭部 MRI での萎縮、FDG PET での低下、脳脊髄液中の総 tau の上昇で判断することで ATN の組み合わせによる認知症のステージングが行えるようになった<sup>8)</sup>。

### 3. $A\beta$ 免疫療法

2000 年代に期待された  $A\beta$  ワクチンの臨床試験は脳炎の併発により開発は中止されたが、一部の患者に抗体価の上昇が見られ、それら患者の脳組織で老人斑の減少を認めた<sup>9)</sup>。その一方で老人斑の減少と認知機能の改善が相関しなかったことから<sup>9)</sup>、アミロイド仮説のみで AD での病態を説明するのは難しくなり、神経原線維変化の構成蛋白である tau が病態の主役をなしているという考え方が出てきた。その後、抗  $A\beta$  抗体薬は多数が開発されているものの、開発の中止・中断が相次いでいたが、2016 年にヒトモノクローナル抗  $A\beta$  抗体であるアデュカヌマブが第 1b 相試験において軽度認知障害 (mild cognitive

impairment: MCI) 段階を含む早期 AD 患者における臨床試験の結果では、認知機能低下の進行を抑制させるだけでなく、アミロイド PET 画像においてアミロイド斑の減少も確認された<sup>10)</sup>。第 3 相試験は一時中止されたが、追加解析にて高用量投与群がプラセボと比較して有意な臨床症状の悪化抑制を示し、CDR-SB スコアの主要評価項目を達成したことが発表され、2021 年 6 月にアメリカ食品医薬品局 (Food and Drug Administration: FDA) から条件付きではあるが迅速承認された<sup>11)</sup>。日本では同年 12 月の薬事・食品衛生審議会で審議されたが、1. 2 つの国際共同第 3 相試験の結果に一貫性がない、2. アミロイド斑減少の臨床的意義が確立していない、3. アミロイド関連画像異常 (amyloid-related imaging abnormalities: ARIA) の存在などが議論となり、継続審議となっている<sup>11)</sup>。

抗プロトフィブリル抗体であるレカネマブは、第 2 相試験にて脳内アミロイド蓄積の減少と共に認知機能の一部に改善が認められたことが報告された<sup>12)</sup>。2022 年 11 月末に 1,795 人の MCI および軽度 AD 患者を対象とした第 3 相試験において、投与 18 カ月時点での CDR-SB スコアの平均変化量は、レカネマブ投与群がプラセボ投与群と比較して 27% の悪化抑制を示し、主要評価項目を達成したことが発表された<sup>12)13)</sup>。また、ARIA-E の発現率は、レカネマブ投与群で 12.6%、プラセボ投与群で 1.7% であり、ARIA-H は、レカネマブ投与群で 17.3%、プラセボ投与群で 9.0% であった<sup>12)13)</sup>。2023 年 1 月に FDA はレカネマブを迅速承認し、日本と欧州でも承認申請が行われた<sup>12)</sup>。

#### 4. おわりに

ADのDMTとしての抗A $\beta$ 抗体療法の開発に関しては、有効性を示せない抗体の報告が相次いでいた中で、2021年ついにアデュカヌマブが条件付きではあるが米国で承認された。アデュカヌマブの日本での承認は継続審議となったが、2022年に抗プロトフィブリル抗体であるレカネマブも第3相試験において統計学的に有意な臨床症状の悪化抑制を示し、主要評価項目を達成したことが報告され、2023年1月に米国、同年9月に本邦で承認され、12月に使用可能となった。脳血管関連異常の問題だけでなく、薬価や点滴投与に必要なスペースなど解決すべき課題はまだ多いものの、上記抗体の登場によってADをはじめとする認知症診療が大きく変わる可能性がある。

#### 引用文献

- 1) 小野賢二郎:将来の認知症医療を見据えて 認知症領域におけるプロテノパチーの病因解明 up to date. 老年精神医学 31 (増刊号-I) : 39-45, 2020.
- 2) Ono K: Alzheimer's disease as oligomeropathy. *Neurochem Int* 119: 57-70, 2018.
- 3) Ono K, Watanabe-Nakayama T: Aggregation and structure of amyloid  $\beta$ -protein. *Neurochem Int* 151: 105208, 2021.
- 4) Morinaga A, Ono K, Ikeda T, et al: A comparison of the diagnostic sensitivity of MRI, CBF-SPECT, FDG-PET and cerebrospinal fluid biomarkers for detecting Alzheimer's disease in a memory clinic. *Dement Geriatr Cogn Disord* 30: 285-292, 2010.
- 5) Saito Y, Ruberu NN, Sawabe M, et al. Staging of argyrophilic grains: an age-associated tauopathy. *J Neuropathol Exp Neurol* 63: 911-918, 2004.
- 6) Yamada M. Senile dementia of the neurofibrillary tangle type (tangle-only dementia): neuropathological criteria and clinical guidelines for diagnosis. *Neuropathology* 23: 311-317, 2003.
- 7) Nelson PT, Lee EB, Cykowski MD, et al: LATE-NC staging in routine neuropathologic diagnosis: an update. *Acta Neuropathol* 145: 159-173, 2023.
- 8) Jack CR Jr, Bennett DA, Blennow K, et al: NIA-AA Research Framework: Toward a biological definition of Alzheimer's disease. *Alzheimers Dement* 14: 535-562, 2018.
- 9) Holmes C, Boche D, Wilkinson D, et al: Long-term effects of A $\beta$  42 immunisation in Alzheimer's disease: follow-up of a randomised, placebo-controlled phase I trial. *Lancet* 372: 216-223, 2008.
- 10) Sevigny J, Chiao P, Bussière T, Weinreb PH, et al: The antibody aducanumab reduces A $\beta$  plaques in Alzheimer's disease. *Nature* 537: 50-56, 2016.
- 11) <https://www.alzforum.org/therapeutics/aduhelm>

12)<https://www.alzforum.org/therapeutics/leqembi>

13)van Dyck CH, Swanson CJ, Aisen P, et al:  
Lecanemab in Early Alzheimer's Disease.  
N Engl J Med 388: 9-21, 2023.

本稿に関連し、開示すべき COI 状態にある  
企業・組織や団体は以下の通り。

小野賢二郎 講演料 エーザイ株式会社、  
興和株式会社

## 思春期心性と思春期にみられる精神疾患

辻井農亜

富山大学附属病院こどものこころと発達診療学講座

**要旨:**思春期のこころの発達には直線グラフ的な経過で進むわけではなく、発達の過程における足踏み（停滞）や、ときには発達の退行がみられることが特徴である。発達退行と同時にさまざまな機能障害がみられ進展する場合には精神症の発症である可能性を念頭おく必要がある。思春期年代のこころは、親と家庭外の世界の自分という3者のバランスのうえに成り立ち、これらの均衡が崩れる過程で様々な問題行動や精神疾患が発現することになる。思春期心性の特徴は、その病態の「とらえがたさ」にあり、どのような心理的成長を示すのかは子どもによって異なるものである。たとえ停滞していたりペースが遅かったりしたとしても、その背景にある思春期心性について知り、ひとりひとりの患者の心理的成長を期待するという姿勢も必要であろう。

### 1.はじめに

精神科医になると「思春期心性」という言葉にはさまざまなタイミングで触れることになる。特に若手精神科医の頃に精神保健指定医や精神科専門医の資格申請のためのレポートを作成するなかで、思春期年代に特有の心性をどのように記載したら良いかと悩まされる経験を有する精神科医も多いのではないだろうか。思春期の病態はとらえがたさが特徴であるため、思春期年代に対する交流の難しさや支援の届かなさを感じていたり、治療者として関わりたくないと感じたりしてもおかしくはない。本稿では思春期心性について、まず思春期心性のとらえ難さについて述べ、次に思春期年代の心理的発達の特徴について

概説し、最後に思春期心性と精神科臨床について筆者の考えを述べたい。本稿では思春期年齢としておおよそ10歳から18歳前後までの年代を取り上げる。なお、本稿の内容は新たな思春期心性に関する理論を提唱するものではなく、ブロスの青年期の心理的発達理論<sup>4, 10)</sup>や齋藤の青年期論<sup>5-7)</sup>を基礎として、筆者の臨床経験を述べるものである。

### 2.思春期の病態のとらえ難さ

思春期年代は、生物学的に大脳の容積がピークに達する時期であり<sup>1)</sup>、精神科臨床においては大部分の精神疾患が発症する時期でもある<sup>3)</sup>。このことは精神疾患の病態解明、診断や治療法の新規開発、そして予防におい

て、思春期が重要な年代であることを示唆する。この年代にみられる心性の特徴にはどのようなものがあるのかを表1に示す<sup>8)</sup>。しかし実際にはこのすべてが同時にみられるわけではない。思春期年代のひとりひとりに異なった様式で現れては消え、またある種の連続性を有しながら繋がっていくという動的な性質があることが、この年代の病態のとらえ難さの1つの要因であろう。

また精神科臨床においては、思春期年代にDSMやICDといった現在の診断システムを適用する難しさもある。上述の動的な性質ゆえ、時期によって診断が異なったり、様々な精神症状が同時多発的に現れることから数多くの併存症が存在するとされたりすることも起こりうる。また、診断基準を満たさない閾値下の症状が存在したり、診断基準に定められた必要項目数を満たさぬまま比較的長い時間を経過したりすることもある。現在の診断システムには思春期心性を踏まえ心理的発達の観点にたった診立て、つまり精神病理学の発達の視点が欠けているとして、近年は症状や機能障害に焦点を当てる病態モデルから多能性閾値下症状に焦点を当てる連続体モデル、さらには発達の視点を組み入れたモデルも提唱されている<sup>9)</sup>。しかしこれらの概念に関して筆者は、これまでわが国の児童青年精神医学が概念化してきた精神疾患の病態の多様性モデルと多くの部分で重なると感じている(図1)。神経発達症から精神疾患を神経発達連続体として概念化することで、精神疾患の病態解明やその診断、ひいては治療法の開発や予防に繋がることが期待される。

表1

思春期心性の特徴(文献8より)

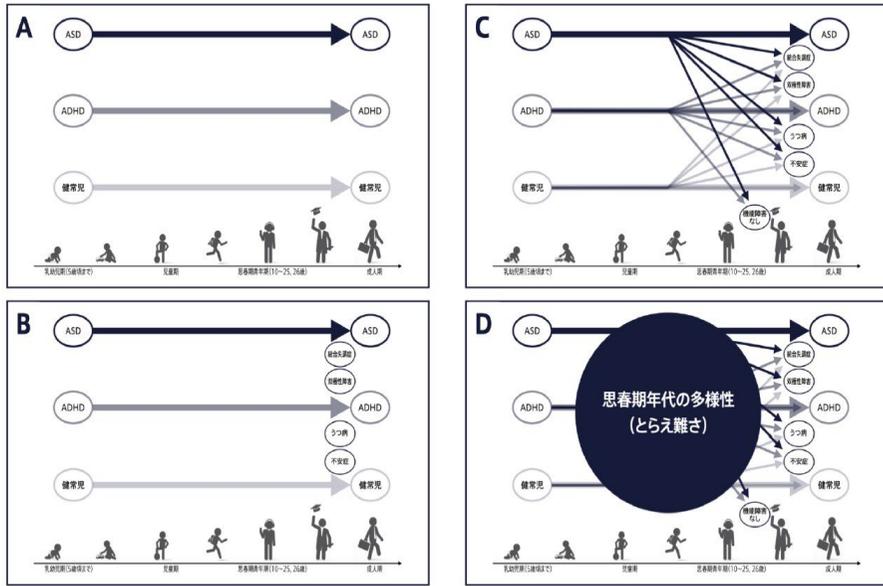
自己中心性
強い主観性
可塑性に乏しい
両極性
激しい情動変化
精神視野狭窄
群居性と排他性
攻撃・依存・自立・反抗
他者評価優先
自他の比較
多面性
守秘
脆弱性と柔軟性
即行
刹那的(現在>将来)
反応安全性の狭さ
低い耐性
被影響性(模倣・取り入れ・共生)
共感性に乏しい
他罰性

### 3.思春期の心性

#### 1)思春期年代のこころの発達の特徴

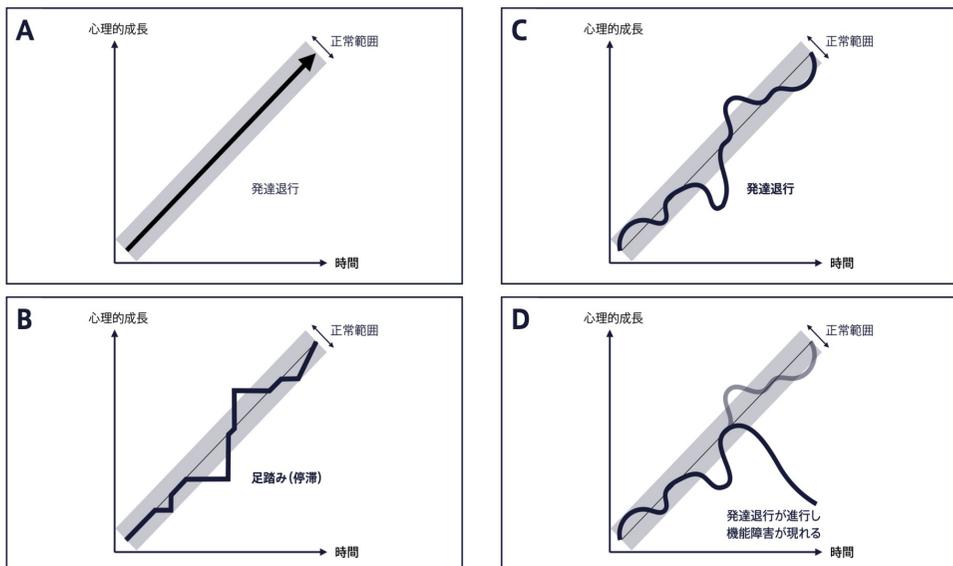
思春期年代のこころの発達の特徴を図2に示した。こころの発達は直線グラフ的な経過で進むわけではなく、発達の過程における足踏み(停滞)や、ときには発達の退行がみられる。停滞を示している時期自体が大切な発達課題に取り組んでいる段階でもあり、来る発達加速期の準備段階である<sup>6)</sup>。ときには年齢相応の言動と、幼児的な甘えの欲求や自己中心性が同居する発達退行を示すこともあ

図1 神経発達連続体としてみた思春期年代の多様性



(A) 乳幼児期から学童期、思春期青年期、そして成人期というライフステージに渡って、注意欠如多動症（ADHD）や自閉スペクトラム症（ASD）などの神経発達症が一貫してみられるとは想定しやすいが、(B) 実際には思春期年齢を中心として様々な精神疾患の併存があり、(C) 神経発達症から様々な精神疾患の発症（連続体）として捉えることができる。(D) 重要なことは、どのように連続するのかが未だ解明されておらず（ブラックボックス）、これが思春期年代の多様性、つまり病態のとらえ難さであろう。

図2 思春期のこころの発達の特徴



(A) こころの発達は直線グラフ的な経過で進むわけではない。(B) 発達の過程における足踏み（停滞）がみられることが特徴であり、この停滞を示している時期自体が重要な発達課題に取り組んでいる段階でもある。(C) ときには発達退行を示すこともある。(D) 発達退行と同時にさまざまな機能障害がみられそれが進展する場合には精神病発症の可能性を念頭に慎重な経過観察を行うことが求められる。

表 2

思春期年代にみられる精神疾患

症状の現れ方	症状の種類	代表的な疾患
身体化	1. 不定愁訴、身体疾患の増悪（腰痛、気管支喘息 など）	身体症状症、心身症
	2. 解離・転換症状、離人症状	変換症、解離症
行動化	3. 不登校・引きこもり	社交不安症、妄想性障害
	4. 問題行動	
	a. 自己に向かう攻撃性（自傷行為、拒食、過食など）	摂食障害、境界性パーソナリティ障害
	b. 家族に向かう攻撃性（反抗、家庭内暴力など）	反抗挑発症
	c. 社会へ向かう攻撃性（反抗、非行、少年犯罪など）	反抗挑発症、素行症
主観体験化	5. 強迫症状（不潔恐怖、手洗強迫、確認強迫など）	強迫症
	6. 抑うつ症状（無気力、悲哀、自己否定、自殺願望など）	うつ病、気分変調症
精神疾患	7. 不安・恐怖（分離不安、予期不安、パニック発作など）	全般性不安症、パニック症、PTSD
	8. 精神病症状（自我障害、幻覚・妄想、躁状態など）	統合失調症、双極性障害

る。健全な範囲の発達退行は 2～3 歳あたりの心性がみられ<sup>6)</sup>、それ以前の水準にまで大綱を示すときには何らかの病理が存在していると仮定することになる。また、思春期年代では親と同じ体力や迫力を持つようになってから発達退行を経験することになり、このことは親子関係におけるアンバランスを生じさせることも知る必要がある。発達退行と同時にさまざまな機能障害がみられ進展する場合があります。精神病発症の可能性を念頭に慎重な経過観察を行うことが求められる。主治医にとっては思春期年代は、いずれ成長するものだと楽観的になると同時に、精神病の前駆

段階である可能性をも感じさせる難しい年代である。

## 2) 思春期年代の自己愛性

齋藤（2014）によると、思春期年代のころは、親と家庭外の世界の自分、つまり幼児的親子関係への退行的な依存、友人関係や教師との良好な結びつきから得られる心理的な支え、そして子どもの内面にある自己愛という 3 者のバランスのうえに成り立つとされる<sup>5)</sup>。特に、母親離れと自己の確立（自分探し・自分作り）という発達課題に取り組んでいくために友人関係や学校活動に適応するこ

との意義は大きく、母親離れをめぐる不安や葛藤を支えてくれるとともに、自己形成上の目標ともいえる理想を提供してくれるものとなる。

自己愛は生涯にわたり人を支える内的な力であるが、思春期にとりわけ亢進することが知られている<sup>5)</sup>。思春期前半(10~14歳)の自己愛性は、幼児が母親から離れて探索行動に没頭しているときの万能感に根をもち、仲間集団で孤立したり、失敗をして自己愛を傷つけられると強い無力感や空虚感を感じたりして、母親との一体感に基づく幼児的な自己愛性に退行して防衛しようとする。思春期後半(15-19歳)には、より母親から分離した状況で同一性の確立(自分探し・自分作り)という発達課題に正面から取り組むための自己の独立性をめぐる過敏性が現れる。

#### 4. 思春期心性と精神科臨床

思春期は3種類の支えのバランスの上に発達するが、これらの均衡が崩れる過程で様々な問題行動や精神疾患が発現する。思春期年代にみられる精神疾患を表2に示した。目標ともいえる理想を提供してくれるものとなる。1) 児童期

思春期の変化に対応する力を身につける段階であり、この時期に知能、特に言語による表現力が発達している必要がある。また論理的思考が芽生え、過剰に規則に重きを置くようになると強迫行為の出現につながり、一方、価値規範に対して抵抗するようになるとわがままで反発的であるようにみえるようになる。

#### 2) 前思春期(10~12歳)

母親離れと同時に、退行的な幼児期心性の部分的再現の時期とされ、この年代に特異的な危機的心性を一貫して支える仲間関係は“gang”と呼ばれる。メンバーの均一な質を追求する集団を形成するため、毛色が変わった仲間に対して苛烈となる。自分自身や他人の考え方を吟味するようになるため、人目を気にした行動をとるようになりだす時期でもある。

#### 3) 思春期前期(13~15歳)

友人や教師といった家庭外の関係性を理想化することで親の切り下げを進めていこうとする時期であり、忠誠を誓う仲間といった形で親離れの進んだ無力感を防衛しようとするため、仲間集団の利害が何よりも優先されるようになる。親友を通じて自分を客観視する能力が発達することは社会性の発達に繋がるが、同時に、仲間からの孤立に敏感になるため、対人恐怖、視線恐怖、赤面恐怖、自己臭恐怖などといった不安症の形で現れることがある。友人関係の構築が上手くいかない場合には、母親への関心の優勢な家族内関係に戻るか、家族的な関係性を提供する家族外のグループに接近しようとすることで、ときに非行集団や性風俗の問題が現れることがある。

#### 4) 思春期中期(16~18歳)

親から分離しようとする傾向は、その対象である親だけでなく大人達全体を低く見積もろうとする考え方につながり、父親や母親の否定、または教師やその他の権力者への抵抗がみられる。自己愛性が高まる一方で、他者からの自己への影響に非常に敏感であり危機が高まれば容易に自己への引きこもりを選択

する。性同一性の確率がみられる時期でもあり、親対象からの分離が十分に進んだことの反映として、家族外の異性に性愛化させた愛着対象を求めることが可能になる。

#### 5) 思春期後期 (19~22 歳) 並びに後思春期 (23~30 歳)

思春期後期には自分探し・自分作りである自己同一性がほぼ確立し、職業生活や結婚も視野に入った社会参加の予行演習が進む。

#### 5.さいごに

これまで述べてきた思春期心性には、普遍的な部分と時代的な傾向が色濃く反映される部分がある。例えば、家族関係の希薄化は安定した成長の難しさに繋がり、新型コロナウイルス感染症パンデミック下に発展したオンラインを通じた友人との密着が思春期年代の心の成長にどのような影響を与えるのかは未知数である。さらに現代では同一化したり取り入れたりするための対象が極めて不安定なままでの自己形成を強いられることも特徴的である。思春期の心性の特徴は、その病態の「とらえがたさ」にあり、どのような心理的成長を示すのかは子どもによって異なるものである。治療的対応としては、達成すべき課題は達成すべき年齢で目指すという考えもあるが<sup>2)</sup>、たとえ停滞していたりペースが遅かったりしたとしても、その背景にある思春期心性について知り、ひとりひとりの患者の心理的成長を期待するという姿勢も必要であろう。

#### 参考文献

- 1) Bethlehem, R.A.I., Seidlitz, J., White, S.R. et al.: Brain charts for the human lifespan. *Nature* 604: 525-533, 2022.
- 2) 笠原嘉: 再び「青年期」について: 笠原嘉臨床論集. みすず書房, 2011.
- 3) McGrath, J.J., Al-Hamzawi, A., Alonso, J. et al.: Age of onset and cumulative risk of mental disorders: a cross-national analysis of population surveys from 29 countries. *Lancet Psychiatry* 10: 668-681, 2023.
- 4) ピーター・ブロス: 青年期の精神医学. 金剛出版, 1995.
- 5) 齊藤万比古: 【ひきこもりからみた思春期の精神医療】ひきこもりと発達障害. *医学のあゆみ* 250: 263-267, 2014.
- 6) 齊藤万比古: 【思春期のこころと体】総論 現状 思春期のこころの発達とその問題. *小児科診療* 68: 989-998, 2005.
- 7) 齊藤万比古: 『重要論文との対話』へのリプライ 現在の思春期心性を考える いま学校に伝えたいこと. *思春期青年期精神医学* 32: 62-71, 2022.
- 8) 田中恭子: 【思春期を再考する】思春期のメンタルヘルス. *HORMONE FRONTIER IN GYNECOLOGY* 27: 205-210, 2020.
- 9) Uhlhaas, P.J., Davey, C.G., Mehta, U.M. et al.: Towards a youth mental health paradigm: a perspective and roadmap. *Molecular Psychiatry*: 2023.
- 10) 山本晃: 青年期のこころの発達: ブロスの青年期論とその展開. 星和書店, 2010.

## 会員の声

## 総合病院精神科リエゾン医療で、私が頻用する精神科処方ベスト5

三 邊 義 雄

厚生連高岡病院精神科診療部長/顧問

最近、勤務先の医局会で他診療科の先生方を前にしたセミナー要旨を、この場で紹介し会員の御意見など適宜伺えれば幸いです。今回の主旨は、当然総合病院精神科リエゾン医療の骨格となる薬物療法の、他診療科医師への現状紹介である。その背景には①主に高齢化などで総合病院身体科医療における精神科医療の重要性の増大とともに、②この約1世紀、睡眠薬など一部を除き新規薬理機序/化学構造を有する精神科治療薬の開発が遅々として進まず、今後の有望な展望も乏しいことに対する「失望感、苛立ち」がある。②に関しては個人的にも「製薬会社やその資金援助を受ける医師達の過剰で空虚に感じるPR」に飽食気味となり、また我が国の臨床薬理エビデンスが引き続き欧米依存であり、最近MRさんの営業説明はほとんど聞かず直接最新海外文献にエビデンスを求める毎日である。この「薬物療法への大きな期待の裏返しとしての失望感」からか、最近の精神科先端治療研究は、非薬物療法すなわち心理療法や脳外科領域を含む脳活動操作療法のエビデンスを求めるものが多い印象がある。しかし前者はあくまで「比較的軽症例

に対する補助療法」であり、後者は「効果の安定性や手技の簡便性に劣る傾向」があり、やはり依然として薬物療法への期待は大きい。以下に述べる5つの薬剤は、全く私の独断と偏見に因るものかもしれないが、番外として「ロナセンテープ」を挙げたい。これは新規薬理機序/化学構造を有する精神科治療薬ではないが、その薬物力動的な新展開は、経口投与不可/拒薬傾向が多い総合病院リエゾン精神科医療にとっても有益であることを最近実感している。

第5位 レクサプロ 5mg-20mg/day

初期量は5mg(10mg錠の半分)・夕食後投与であり、セロトニン再取り込み阻害作用の抗うつ剤である。同系統の薬剤は非常に多くあり薬効は大同小異で、製薬会社の「重箱の隅をつつく」望ましくない現状だが、本剤は権威ある学術誌の比較検討レビューでトップに評価された。抗うつ剤は効果発現に時間がかかり、先行して悪心や眠気などの自律神経症状が出現し、悪心の予防のため後述するオランザピン1.25mgを併用するのが普通である。抗うつの他に抗不安の作用があり、ベンゾジア

ゼピン系抗不安薬の代用になる。

#### 第4位 リスパダール 0.5mg-2mg/day

ドパミン受容体拮抗薬で、通常は統合失調症に使用されるが、当院ではほとんどがせん妄に用いられている。せん妄は夜間に多く、夕食後投与が通常で、初期量は 0.5mg(1mg錠の半分、原則 80 歳以上)・夕食後投与から 1mg(原則 80 歳以下)・夕食後投与である。効果は即効性で確実で、不十分な薬効より、過鎮静を伴う過大な薬効が問題になることが多い。そのため、本剤を処方する時は「過鎮静の場合は、現場(看護科)の判断で減量するように」という指示を添えることが望ましい。もっと低用量から開始する方法もあるが、①患者の鎮静化を早期に図り、身体症状の悪化を防ぐ②手薄な夜勤看護体制の過重ストレスの防止などの理由で、鎮静化を早期に図ることを優先したい。副反応は、錐体外路症状(パーキンソン症状)や静座不能(アカシジア)に、特に留意すべきである。特に後者は興奮状態悪化とまぎらわしく、その苦痛感から自殺自傷行動への引き金になるので、専門医へのコンサルトが早期に望ましい。

#### 第3位 デエビゴ 5mg-10mg/day

初期量は 5mg・眠前投与である。睡眠は、全世代に渡りメンタルヘルスで最も重要なキーワードで、「睡眠が取れていればメンタルヘル스에 深刻な問題はない」と思い私も毎日診療を継続している。また、「睡眠薬を服用し睡眠を確保することは、不眠状態より脳機能へのダメージが少ない」という科学的エビデンス

が示されている。この 1 世紀近く、睡眠薬は GABA 受容体 作動薬であるベンゾジアゼピン系やゼット系(ゾルピデムやルネスタ)のみの選択しかなかったが、最近デエビゴを筆頭にオレキシン受容体作動薬が登場し変革がみられる。実際、オレキシンを発見した筑波大国際睡眠研究機構の柳沢正史教授と桜井武教授は、ノーベル賞候補と聞いている。私は、デエビゴを第1選択に据え、GABA 系薬物は第2選択以降にしている。デエビゴの催眠効果は強くないが、せん妄惹起作用や依存性がないことが長所である。ただし、小児の場合は、メトニオン受容体作動薬物のロゼレムが第1選択である。

#### 第2位 リーゼ 2.5mg-20mg/day

不安症状は、精神科医療の中でも、最も多い訴えである。本剤は、その対応薬であるベンゾジアゼピン系薬物の中で最も作用がマイルドで、使用しやすい。初期量は 2.5mg(5mg 錠の半分)・夕食後か屯用投与であり、その 10 倍量・毎食後か屯用投与までの範囲で、使用可能である。その効果は即効性であるが、通常数時間以内に効果は減退する。もし、長期安定の効果を希望すれば、メイラックス 1mg-2mg・夕食後投与がお勧めである。効能は、不安症状以外に、「原因不明の痛みなどの身体症状」に著効する場合がある。身体科とのリエゾンで、「身体症状の原因を説明する検査所見がないので、精神的要因が疑わしい」と御紹介頂くことが多いが、これは患者さんみると「精神科の患者扱いされた」と落ち込む原因になることが多い。できれば、「精

神科の処方が、原因不明の身体症状に効果があることがある」と、患者さんに御説明頂ければ幸いです。ベンゾジアゼピン系薬物の依存性が言われているが、国際的基準によると、実は抗精神病薬や抗うつ剤など精神科治療薬全般にも依存性が指摘されている。にもかかわらず、実際的には、精神科処方長期投与せざるをえない現実がある。

#### 第1位 オランザピン 1.25mg-2.5mg/day

オランザピンは統合失調症の治療薬で5mg/day以上の使用になるが、うつ病や食欲減退の場合は、使用量はより少量で初期量は1.25mg(2.5mg錠の半分)/夕食後で効果は切れ味が良く目立つ副作用もないが、糖尿病患者への使用は禁忌になっている。オランザピンはリスパダールと同じドパミン受容体拮抗薬であるが、薬理作用はより多彩で抗コリン作用や抗ヒスタミン作用などがある結果、錐体外路症状の出現は抑制されるが血糖値への影響が大きくなる。注意すべきは、抗精神病薬(=ドパミン受容体拮抗薬)には押しなべて血糖値上昇の副反応があることであり、オランザピンは特に顕著であるということである。さらに、抗精神病薬(=ドパミン受容体拮抗薬)には押しなべて内分泌系攪乱による血中プロラクチン上昇作用があり、若年女性への使用には特に留意すべきである。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、薬物療法の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。

**原 著**当院における『捜査関係事項照会書』の  
責任能力の項への回答の状況

棟居俊夫<sup>1)</sup>、下優太郎<sup>2)</sup>、土田航祐<sup>3)</sup>、川尻良太<sup>1)</sup>、菊知充<sup>4)</sup>、  
和田有司<sup>1)</sup>、加賀良康武<sup>1)</sup>、喜多克尚<sup>1)</sup>、織田忠明<sup>1)</sup>

Toshio Munesue<sup>1)</sup>, Yutarou Shimo<sup>2)</sup>, Kosuke Tsuchida<sup>3)</sup>, Ryota Kawajiri<sup>1)</sup>, Mitsuru Kikuchi<sup>4)</sup>,  
Yuji Wada<sup>1)</sup>, Yasutake Kagara<sup>1)</sup>, Katsunao Kita<sup>1)</sup>, Tadaaki Ota<sup>1)</sup>: Clinicians' judgment about  
criminal responsibility in the investigation relative inquiry from the police

**抄録** : 2016 年 4 月から 2022 年 3 月までの 6 年間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。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。事件の概要および患者の同意の有無の記載がなされている照会はなかった。筆者の調べ得た範囲で、論文として公表されている先行研究はなく、学会発表が 1 つだけである。精神科臨床における刑事事件に係る業務には、公判鑑定あるいは公判前鑑定、起訴前鑑定、簡易鑑定、医療観察法に基づく鑑定、精神保健福祉法に基づく鑑定、そして捜査関係事項照会書がある。このうち一般の精神科医が、少ないとはいえ、経験する業務は石川県においてはほぼ捜査関係事項照会書への回答に限られる。この業務に従事する中で司法精神医学について学ぶことは重要であろう。

北陸神経精神医学 37(1-2) : 16-19, 2023

Key words : 司法精神医学、責任能力、捜査関係事項照会書、Forensic psychiatry, criminal responsibility, investigation relative inquiry from the police

**1. はじめに**

精神科臨床における刑事事件に係る業務には、公判鑑定あるいは公判前鑑定、起訴前鑑定、簡易鑑定、医療観察法に基づく鑑定、精神保健福祉法に基づく鑑定、そして捜査関係事項照会書がある (表)。このうち公判鑑定から医療観察法に基づく鑑定までは、一般の精神科医にはなじみの薄い業務であり、医師

人生において一度も携わらなかったという場合も多いだろう。また精神保健福祉法に基づく鑑定を行政当局から依頼されることがあるが、日常業務の中でその時間的余裕がなく断らざるを得ない場合があり、また筆頭筆者の近年の経験によると依頼は年 1 回あるか、ないかというほどに少ない (石川県ではこの業

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

2: 市立砺波総合病院精神科, Department of Neuropsychiatry, Tonami General Hospital

3: 独立行政法人国立病院機構 北陸病院, Department of Psychiatry, NHO Hokuriku National Hospital

4: 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 of Medical Sciences

表 精神科臨床における刑事事件に係る業務

公判鑑定・公判前鑑定
起訴前鑑定
簡易鑑定
医療観察法に基づく鑑定
精神保健福祉法に基づく鑑定
捜査関係事項照会書

務に携わっている精神科医がごく一部に限られているという話を耳にする)。

一方、主に警察署から捜査関係事項照会書(以下、照会書)への記載を求められることがある。これは病院長宛の公文書として送付されてくるが、文書への回答は主治医が行う。筆頭筆者の印象では年に数回の要請があり、一般の精神科医が日ごろ携わる機会のある司法精神医学的な業務とすることができる。

本照会に関する学問的研究は、他の業務と異なり極めて少ない。筆者の調べた範囲で論文として公表された先行研究は見つからなかった。第18回日本司法精神医学会(2023年)にて、京都府立洛南病院からの演題発表がある<sup>1)</sup>。ただし抄録には対象者数および対象者から同意が得られているかについて以外の具体的な情報は記されていない。

照会書にて回答すべき項目はたいてい初診年月日、病名、病状、治療状況など基本的な臨床所見であり、公表されている書式マニュアル<sup>2)</sup>を参照して、回答文書を作成していくこともできる。

しかし、時に責任能力の回答を求められることがある。前述のような臨床的な事実の回答をすればよい問いとは異なり、回答者の司法精神医学的な判断が求められている。しか

しいつ、どこで、どのような状況で、どのような出来事が起こったのか、つまり被疑事実は経験上、ほとんど不明と思われるが、その場合に、責任能力への記載はどのようにするのか、これは興味をひく、重要な事柄である。

2022年のある日の当院医局会にて、照会書への責任能力への記載の話題がたまたま出た際に、各医師の見解は、分からないので答えられないから、推測して回答するまでさまざまであった。そこで、当院における本照会書の依頼状況、責任能力についての回答の状況を検討する意義は十分にあると考え、本調査を行った。

## 2. 方法

当院の文書管理簿から2016年4月から2022年3月までの6年間に受付された照会書を抽出した。2016年3月までの照会書は保存されていなかった。調査項目は、依頼件数、責任能力に係る照会の有無、有りの場合の回答の内容の2点である。内容は、何らかの判断がなされている場合と判断がなされていない場合に分けた件数を求めた。また患者本人の同意が得られているか、被疑事実の具体的な内容が記されているかについても併せて調べた。

本研究では患者の個人情報扱っていないため、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

抽出された照会書の総数は53件(1年あたり平均約9件。医師一人あたり年平均約1.5

件)であった。このうち責任能力の照会があったものは31件(58%)であった。判断すべき責任能力の時点は最終通院時が3件、事件発生時が1件、責任能力一般が27件だった。何らかの判断がなされている回答が22件(71%)、責任能力は不明という回答が9件(29%)であった。

事件の概要が記載されている照会、また本人の同意が得られているかどうか記載されている照会はなかった。

#### 4. 考察

本照会は警察署、検察庁、裁判所、弁護士などからなされ得るよう<sup>2)</sup>だが、日常臨床は警察署からの求めがほとんどであろう。照会の法的な根拠は刑事訴訟法第197条2項である(「捜査については、公務所又は公私の団体に照会して必要な事項の報告を求めることができる」)。患者本人の同意が得られていなくても回答が可能な根拠は、個人情報保護法第27条第1項である(「個人情報取扱事業者は、次に掲げる場合を除くほか、あらかじめ本人の同意を得ないで、個人データを第三者に提供してはならない。1 法令に基づく場合(以下略)」)。本照会への回答義務はないようだが<sup>3)</sup>、公文書による要請であり、回答することが原則であるとされる<sup>2)</sup>。

当院における依頼件数は年平均約9件(医師一人あたり年に1.5回に相当)であった。京都府立洛南病院では年平均約53件<sup>1)</sup>であるが、両者の差は都道府県立の精神科病院と小都市の精神科病院の違いであろうし、また医師一人当たりの件数に換算すると約4件以下対1.5件であり大差はない。しかし異なるのは本人の同意が得られているかについてで

ある。当院では同意を得られている場合は全くなかったが、京都では約1/3の照会において同意が得られている<sup>1)</sup>。前述のように同意は必須ではないが、事後的に本人や家族に説明すべきなのか、法律の専門家の意見を聞きながら考える必要があるかもしれない。

今回の調査では、被疑事実の具体的な内容が記載されている照会はなく、また問われているのも特定の時点の責任能力は4件

(13%)と少なく、責任能力一般がほとんどであった。その中で責任能力は判断しない、つまり不明という回答は3割にとどまり、残りの7割は何らかの判断がなされていた。前述のマニュアルではこの点について、「容易に答えられる問題でもないし答えるべきでもないが(略)相応の対応をすべきである。ただし、この点は当然ながら慎重であった方がよい」と記され<sup>2)</sup>、明示はなされていない。何らかの判断をするのは不適切と言えないと読むこともできる。

ここで責任能力の判断について、筆者が理解できている範囲で示す。まず重要な点は、心神喪失、心神耗弱といった責任能力、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、これらはすべて裁判所による規範的評価に基づく判断である。精神医学者による経験科学的な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。しかし成書や文献にあたると、裁判所の規範的評価と精神医学者の経験科学的評価の間で揺れ動きがある。例えば、鑑定人に求めるべき専門的判断の領域は心理学的要素そのものや責任能力に関する判断は含まれな

い、ということが実務上も厳密になってと言えらるるとして、精神鑑定は責任能力を判断しないという見解がある<sup>4)</sup>。他方で責任能力が法的事項である以上、医学者である鑑定医には決して到達できない。しかし刑事裁判の実務では、鑑定医による責任能力判断が明に暗に強く要請されるのが現状であるとして、実務上は責任能力の判断が求められているという見解がある<sup>5)</sup>。

一般の精神科医が司法精神医学的な業務に携わるのは、本照会書に回答する時に限られると言ってよい。そこで司法精神医学の教育の観点から、責任能力は法的事項であるので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のが望ましいかもしれない。

## 5. 結論

当院の医師は一人あたり年平均 1.5 回、照会書への回答を行っていた。責任能力の照会は 58%であり、そのうち 7 割において具体的な回答がなされていた。一般の精神科医が司法精神医学的な業務に携わるのは本照会書への回答にほぼ限られる。この現状の中で本照会書は法学と医学の接点にある事柄を考える機会となりうる。

本稿の要旨は第 200 回北陸精神神経学会（2022 年 9 月 4 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) 吉岡隆一：臨床家による鑑定によらない責任能力評価の実際（抄）. 司法精神医学、18：73、2023.（第 18 回日本司法精神医学会、2022 年 7 月 9 日～10 日、Web 配信）
- 2) 坂口正道：捜査関係事項照会書. 臨床精神医学、52 増刊号：333-339、2023.
- 3) 一般財団法人情報法制研究所：捜査関係事項照会対応ガイドライン. 2020 年 4 月 11 日第 1 版.
- 4) 田口寿子：裁判員裁判は精神鑑定をどう変えたか？ 法と精神医療、28：59-72、2014.
- 5) 村松太郎：裁判員裁判の功罪. 精神誌、123：32-37、2021.

## 原 著

## 地域におけるかかりつけ医と精神科医の連携に関する研究 —かかりつけ医は精神科医に何を求めているのか—

北村 立<sup>1)</sup>、遠田大輔<sup>2)</sup>、田中いずみ<sup>2)</sup>、山崎 智可<sup>2)</sup>

Tatsuru Kitamura, Daisuke Toda, Izumi Tanaka, Chika Yamazaki: A Study on the Cooperation between Family Physicians and Psychiatrists in the Community: What Do Family Physicians Want from Psychiatrists?

**抄録**：わが国における精神疾患の患者数は激増しており、メンタルヘルス対策は喫緊の課題である。精神疾患への対応は、精神科医だけでは限界があり、かかりつけ医等の一般科医にも積極的に関与してもらう必要がある。しかしかかりつけ医にとって精神医療は敷居が高く、両者の関係が円滑とは言えないように日ごろから感じている。今回われわれは、全国 12 名のかかりつけ医に対し、精神科紹介の目安、精神科医との連携で困難なことや期待することについて、半構成的インタビューを行い、質的記述的に分析した。結果として、アルコール依存症に対するトリートメントギャップや、精神科医療機関の紹介から受診までのタイムラグの問題が改めて明らかとなった。またかかりつけ医は精神科医との連携に前向きであり、精神科関連の社会資源の情報を求めていることが明らかとなった。これからは市町村における精神保健相談支援体制の充実が求められており、行政も一体となった、かかりつけ医と精神科医の「顔の見える関係」づくりを行うことがまず必要だと思われる。

北陸神経精神医学 37(1-2): 20-30, 2023

**Key words**：かかりつけ医、精神科医、地域連携、顔の見える関係、市町村の精神保健相談支援  
Family Physicians、Psychiatrists、Regional Cooperation、Visible Relationship、Consultation and Support for Mental Health in Municipalities

### 1. はじめに

わが国における精神疾患の患者数は今世紀に入ってから激増している。厚生労働省（厚労省）のデータによれば<sup>4)</sup>、精神疾患を有する総患者数は令和 2 年（2020）には約 614.8 万人であり、集計方法は異なるものの平成 14 年（2002）の 258.4 万人から大幅に増え、約 20 年間で約 2.4 倍となってい

る。疾病別では、認知症が 15.4 万人から 92.9 万人と約 6 倍になり、気分障害は 68.5 万人から 169.3 万人に、神経症性障害やストレス関連障害は 49.4 万人から 123.7 万人にと、いずれも約 2.5 倍に増えている。また、アルコール依存のみならず、ゲーム依存やギャンブル依存といった行動嗜癖の問題、発達障害や逆境的小児期体験<sup>3)</sup>

などによる生きづらい人々の増加<sup>2)</sup>、この問題を抱える子供たちの増加<sup>5)</sup>に、コロナ禍が拍車をかけ、女性や若年者の自殺数の増加<sup>1)</sup>や高齢者の孤独や孤立の問題<sup>8)</sup>など、全世代においてメンタルヘルスに関する課題が山積している。精神疾患への対応は、精神科医だけでは限界があり、産科医や小児科医も含めた一般科医や、いわゆるかかりつけ医にも興味をもってもらい、積極的に関与してもらう必要がある。

わが国のメンタルヘルス対策は、将来的には保健所や市町村の対応力の向上や、国民のメンタルヘルス・リテラシーを高めるための教育や啓発活動が不可欠であり、ゆくゆくは精神科専門職が地域で活躍できる機会を増やすことが必要であろう。しかし現時点では、まずは精神医療へのアクセスを円滑にするために、かかりつけ医と精神医療の間にある溝を埋める努力をすべきである。わが国の精神医療は精神科病院の入院治療を中心に発展しており、扱う疾患も統合失調症、双極性感情障害、中毒性精神障害、器質性精神障害などの重症例が多く、かかりつけ医には敷居が高い。他方、近年急増している精神科クリニックも、ほとんどが予約制で休日夜間の対応は難しく、気軽に利用できないのが実際のところである。

今回われわれは、かかりつけ医と精神科医の連携を考える第一歩として、かかりつけ医に対し半構成的インタビューを行い、これを質的記述的に分析した。今回の結果が、メンタルヘルス不調を抱えた人に対し

る地域連携システムの構築や、かかりつけ医に対するメンタルヘルス研修などに役立つことを期待する。

## 2. 対象と方法

### 1) 研究対象者

かかりつけ医の明確な定義はないので、今回は地域で5年以上の開業経験があり、内科か総合診療科を標榜しており、かつ精神科及び心療内科を標榜していない医師を対象とした。金沢市医師会の推薦を受けた6名と、機縁法で選ばれた6名（青森、埼玉、千葉、大阪、京都、大分に居住）の計12名に対し、研究者が研究の概要について説明を行い、同意を得たうえで調査した。

### 2) 調査方法

2020年11月～2021年3月の期間に、対象者にインタビューガイドを用いた半構造化面接を行った。質問内容は、主な精神疾患の精神科紹介の目安、精神科医との連携で困難に感じていること、精神科医との連携に期待することの3点である。インタビューは対象者と面識のない、精神科勤務経験のある看護師がZoomを用いてオンラインにて行い、1人につき1回、30～60分程度で実施した。対象者の了承を得て、インタビュー内容をICレコーダーに録音した。

### 3) 分析方法

Krippendorff<sup>6)</sup>の内容分析の手法を参考に、以下の手順で質的帰納的に分析を行った。まず記述内容を精読し、全体を把握し

た。精神医療との連携における困難、および連携に期待することについての記述に記録単位を付し、文脈を熟慮した上で類似した記録単位を集め、その意味内容を損ねないよう要約し、コード化した。それぞれの示す内容から各コードをサブカテゴリー、カテゴリーに類型化した。また、カテゴリー、サブカテゴリーからコードへの帰属性を研究者間で繰り返し検討し、帰属性が認められない場合は、再度記録単位から分類し直した。上記の方法で内容の妥当性を高めた。

(倫理的配慮) 本研究は石川県立高松病院(現石川県立こころの病院)倫理審査委員会の承認を得て行った(承認番号:20-02)。

### 3. 結果

#### 1. 研究対象者の概要(表1)

対象者は50歳代が11人、60歳代が1人で、全員男性であった。面接時間は33~74分で、平均47.4分であった。医師歴が平均 $32.3 \pm 2.0$ 年、開業歴は平均 $16.3 \pm 5.5$ 年で、精神科への紹介頻度は、

表1 対象者の概要

	年齢	医師歴 (年)	開業歴 (年)	専門診療科	紹介頻度	疾患・状態	紹介先
A	50代	32	17	消化器内科	月に4~5件	認知症、うつ、適応障害、不安、睡眠障害	GH、PH
B	50代	30	20	内科一般	年に5~6件	認知症、うつ、統合失調症、睡眠障害	C、PH
C	50代	29	10	腎臓内科	月に1件	認知症、睡眠障害、うつ	C、PH
D	60代	35	16	消化器内科	年に2~3件	認知症、睡眠障害	PH
E	50代	33	15	内科・消化器内科	月に1件	認知症、気分障害、統合失調症、不安障害、アルコール依	GH、PH
F	50代	30	21	総合内科、消化器内科、内視鏡専門医	年に2~3件	認知症、うつ、せん妄	C、PH
G	50代	30	5	内科、外科、救急科	月に1~2件	認知症	GH
H	50代	34	14	総合内科	年に3件	認知症、気分障害、統合失調症、適応障害、アルコール依	GH、PH、C
I	50代	33	24	総合診療	年に10件	認知症、気分障害、統合失調症、不安障害、アルコール依	PH
J	50代	34	12	一般内科	月に2~3件	認知症、うつ、睡眠障害	C、PH
K	50代	34	17	一般内科	月に1~2件	うつ、不安障害	C
L	50代	34	25	整形外科、内科	月に2件	うつ、不安障害	C、PH

GH: 総合病院精神科 PH: 精神科病院 C: 精神科クリニック

月に4~5件から年に2~3件とばらつきがみられた。紹介する患者の疾患や状態について、認知症を紹介する医師が10人(83.3%)、うつ・気分障害が8人(66.7%)、睡眠障害が5人(41.7%)などであった。主な紹介先は、精神科病院が10人(83.3%)、クリニックが7人(58.3%)、総合病院精神科が4人(33.3%)であった。

## 2. 精神科紹介の目安 (表2)

### 1) 認知症

認知症者の精神科紹介の目安に関して、「BPSDの治療のため患者に入院が必要と

表2 患者を精神科に紹介する目安

<p><b>【認知症】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・BPSD(徘徊、自傷他害、他者への迷惑行為、帰宅願望)の治療のため患者に入院が必要と判断したとき (7)</li> <li>・かかりつけ医が認知症専門医に認知症の診断や検査をしてほしい (7)</li> <li>・かかりつけ医で治療しても患者のBPSDをコントロールできない (6)</li> <li>・家族が認知症専門医による診断・診察を求めている (5)</li> <li>・患者のBPSDへの対応について家族が困っている (3)</li> <li>・患者のBPSDのため施設スタッフの介護負担感が大きく手に負えない (3)</li> <li>・患者のBPSDに対してかかりつけ医が行った薬物療法の効果が出るまで待てない (1)</li> <li>・認知症のスクリーニングで引っかかったら紹介する (1)</li> <li>・患者に嚥下困難や脱水、食欲低下があり、身体管理が必要なとき (1)</li> </ul>
<p><b>【睡眠障害】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医で処方している睡眠薬の種類・量で治療しても患者の症状が改善しない (9)</li> <li>・ナルコレプシーや若年者、高齢者、ドクターショッピングをしている患者などかかりつけ医で対応しきれないと判断したとき (3)</li> <li>・患者が睡眠薬を処方した以上に飲むなど治療協力が得られないとき (1)</li> <li>・睡眠障害の患者は精神科に紹介せずかかりつけ医で診れている (2)</li> </ul>
<p><b>【不安・うつ】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医で処方している薬で治療しても患者の症状が改善しない (9)</li> <li>・患者に希死念慮、自殺企図が認められ、自殺のリスクがあるとき (8)</li> <li>・症状があればすぐに紹介し、診断をつけてもらう (5)</li> <li>・双極性障害が疑われる (4)</li> <li>・患者が精神症状によって日常生活・社会生活に支障をきたしている (3)</li> <li>・患者の症状が身体疾患によるものでないことを否定できたら紹介する (3)</li> <li>・症状が長期化したとき (2)</li> <li>・家族が入院での治療を希望するとき (1)</li> <li>・患者の会社から精神科紹介を要請される (1)</li> <li>・患者がカウンセリングなど専門的な治療を求めている (1)</li> <li>・患者に社会資源の調整などのケースワークが必要なとき (1)</li> </ul>
<p><b>【アルコール依存症】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肝機能障害や神経症状、栄養障害など患者に身体症状が出ており、かかりつけ医では診られない (4)</li> <li>・患者が専門的な治療を望んでいるとき (2)</li> <li>・独居老人など患者に支援者がいない場合 (2)</li> <li>・患者がアルコールへの依存によって日常生活・社会生活に支障をきたしている (2)</li> <li>・家族が対応に困り精神科受診を希望するとき (2)</li> <li>・かかりつけ医で禁酒指導などを行ってもうまくいかない (1)</li> <li>・アルコール依存症の患者を紹介したことがない (3)</li> </ul>

括弧内の数値は回答した人数。

判断したとき」と回答した者が7人  
(58.3%)、「認知症専門医に認知症の診断  
や検査をしてほしいとき」が7人  
(58.3%)、「かかりつけ医で治療しても患

者のBPSDをコントロールできないとき」  
が6人(50.0%)などであった。

## 2) 睡眠障害

睡眠障害の患者については、「治療して  
も症状が改善しないとき」が9人

表3 精神科医との連携において、かかりつけ医が感じる困難

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	
心理的な抵抗 と病識の乏し さ	患者や家族が精神科受診に対して 心理的抵抗を持っている (22)	患者が精神科受診を嫌がる (8)	
		患者が精神科への受診を「垣根が高い」、「敷居が高い」と思っている (3)	
		総合病院の待ち合いで精神科の前に待たないといけないことに抵抗がある患者がいる (2)	
		患者はクリニックや総合病院(精神科)よりも精神科病院に行きたがらない (6)	
患者に精神疾患の病識が乏しく、 精神科受診につなげにくい (6)	精神科受診につなげにくい (6)	精神疾患の病識が乏しいため、患者が精神科受診を拒む (4)	
		患者に精神科受診を納得してもらうのに時間を要する (2)	
		精神科医に紹介する際、患者を押し付けるかんじがする (1)	
迅速な対応・ サポートの不 足	精神科に紹介してもすぐに受診・ 入院をさせてもらえない (18)	精神科医に紹介する際、患者を押し付けるかんじがする (1)	
		クリニックの予約がとりにくく、すぐに診てもらえない (9)	
		精神科病院の予約が取れない (1)	
		入院を受け入れてもらえる病院を探し回らないといけないときがある (2)	
		精神科に紹介してもすぐに入院の受け入れをしてもらえない (2)	
	精神科受診の予約を待つ間のサ ポートがない (7)	精神科に紹介してもすぐに受診・ 入院をさせてもらえない (18)	かかりつけ医が精神科医に頼み込んで患者を診てもらおうことがある (1)
			夜間や休日などの時間外に患者を受け付けてもらえないときがある (2)
			精神科医が内科合併症のある患者を受け入れてくれない (1)
			精神科受診を待つ間、自分で患者を診るのが不安になる (3)
			精神科の受診予約を待つ間の患者への対応に関する相談先がない (3)
かかりつけ 医-精神科間 の連携に関 する知識・協 力・システム の不足	精神科医の在宅診療への参加・協 力が不足している (13)	精神科の予約待ちの期間を明確に示してもらえない (1)	
		精神科医の在宅診療への参加が少ない (5)	
		精神疾患の診療で困ったときに相談できる窓口がない (4)	
		精神科を含む多くの科の疾患をかかりつけ医が診るのは大変 (2)	
		精神疾患患者の診療情報の共有が難しい (2)	
	患者の緊急受診や紹介に関する連 携のルールが確立していない (9)	精神科医の在宅診療への参加・協 力が不足している (13)	患者が紹介後どうなったか精神科からの知らせがない (4)
			患者が緊急に紹介状なしで精神科を受診してその後どうなったかわからない (2)
			かかりつけ医が知らないうちにケアマネジャーが精神科を探して患者を入院させることがある (1)
			ケアマネジャーから精神科医に連絡し連携することがほとんどない (1)
			かかりつけ医で患者をどこまで診るかの線引きが難しい (1)
精神科医とつながる機会がない (8)	精神科医の在宅診療への参加・協 力が不足している (13)	紹介先の精神科医と患者の相性が合わないときがある (1)	
		精神科医と知り合う機会があまりない (4)	
		精神科医の考え方を理解できていないと連携して患者を診るのが難しい (1)	
精神科領域の社会資源に関する知 識が乏しい (5)	精神科医の在宅診療への参加・協 力が不足している (13)	精神科医の講演会や勉強会、事例検討会などに参加する機会がない (3)	
		精神科領域の社会資源に関する情報をあまり知らない (3)	
地理的な要因 やCOVID-19 により生じる 困難	地理的な要因から患者の精神科への 移送や通院継続が難しい (9)	臨床心理士や精神保健福祉士、訪問看護師など精神科医以外のサポートを得る方法が分からない (2)	
		近隣に精神科が少ない (5)	
		患者の状態が悪いとき精神科まで移送するのが難しい (3)	
	COVID19が精神科医療との連携 に悪影響を与えている (7)	COVID19が精神科医療との連携 に悪影響を与えている (7)	遠方のため紹介後に精神科への通院を継続できない (1)
			COVID19感染拡大の影響で懇親会や新年会、会食など精神科医との交流がなくなった (2)
		COVID19感染拡大の影響で精神科医と会う機会が減り、会話の時間も限られる (2)	
		COVID19感染拡大のため、患者を精神科に紹介することをためらう (2)	
		COVID19感染拡大のため、患者が感染を恐れて精神科に行きたがらない (1)	

括弧内の数値は記録単位数。

(75.0%)、「ナルコレプシーや若年者、高齢者、ドクターショッピングをしている患者など」が3人(25.0%)であった。一方、「睡眠障害は精神科に紹介せずかかりつけ医で対応可能」との回答が2人(16.7%)あった。

### 3) 不安・うつ

不安・うつの患者については、「治療しても症状が改善しないとき」が9人(75.0%)、「自殺のリスクがあるとき」が8人(66.7%)、「症状があればすぐに紹介し、診断をつけてもらう」が5人(41.7%)であった。

### 4) アルコール依存症

アルコール依存症の患者については、「肝機能障害や神経症状、栄養障害などのため対応困難な場合」が4人(33.3%)であった。「アルコール依存症の患者を紹介したことがない」が3人(25.0%)いた。

## 3. 精神科医との連携で困難に感じていること(表3)

以下のように、4つのカテゴリーと11のサブカテゴリーが導き出された。(括弧内の数値は記録単位数)

### 1) 心理的な抵抗と病識の乏しさ

- ・患者や家族が精神科受診に対して心理的抵抗を持っている(22)
- ・患者に精神疾患の病識が乏しく、精神科受診につなげにくい(6)
- ・かかりつけ医が患者の紹介に対して心理的抵抗を持っている(1)

### 2) 迅速な対応・サポートの不足

- ・精神科に紹介してもすぐに受診・入院をさせてもらえない(18)
- ・精神科受診の予約を待つ間のサポートがない(7)

### 3) かかりつけ医-精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足

- ・精神科医の在宅診療への参加・協力が不足している(13)
- ・患者の緊急受診や紹介に関する連携のルールが確立していない(9)
- ・精神科医とつながる機会がない(8)
- ・精神科領域の社会資源に関する知識が乏しい(5)

### 4) 地理的な要因やCOVID-19により生じる困難

- ・地理的要因から患者の精神科への移送や通院継続が難しい(9)
- ・COVID19が精神科医との連携に悪影響を与えている(7)

## 4. 精神科医との連携に期待すること(表4)

以下のように、3カテゴリーと11のサブカテゴリーが導き出された。(括弧内の数値は記録単位数)

### 1) 迅速・確実な精神医療

- ・精神科に紹介したらできるだけ早く対応してほしい(9)
- ・患者が不調になった際の精神科の再受診や入院の保証をしてほしい(5)

### 2) かかりつけ医と精神医療との連携の強化

- ・精神疾患をかかりつけ医で診て、困難が生じたら精神科医を頼りたい (13)
  - ・相談できる窓口がほしい (8)
  - ・精神科医に遠隔で療や相談支援を行ってほしい (3)
  - ・精神科医に在宅医療に参加してほしい (7)
  - ・精神科医と顔見知りの関係をつくりたい (5)
  - ・精神科医から専門的な知識を学ぶ機会がほしい (5)
  - ・精神科領域の社会資源について知識・情報を得たい (3)
  - ・精神科医以外のスタッフと連携する (10)
- 3) 併診システムの推進
- ・患者の精神疾患は精神科、内科系疾患はかかりつけ医でそれぞれ診る (10)

表4 精神科医との連携において、かかりつけ医が期待すること

カテゴリー	サブカテゴリ	コード
迅速・確実な精神科医療	精神科に紹介したらできるだけ早く対応してほしい (9)	患者を精神科に紹介したら早く診てほしい (6)
		患者を24時間、休日も含めて受け付けて対応してほしい (2)
	患者が不調になった際の精神科再受診や入院の保証をしてほしい (5)	患者が不調になったときの精神科再受診・再入院を保障してもらえ (4)
		患者が不調になったときに精神科を再受診できる体制をとっておくと患者は安心できる (1)
かかりつけ医と精神科医療との連携の強化	精神疾患をかかりつけ医で診て、困難が生じたら精神科医を頼りたい (13)	精神科に情報や助言をもらいながら薬の処方などを行い、かかりつけ医が患者の精神疾患を診る (7)
		精神科医には精神症状が強く手に負えない患者に対応してほしい (4)
		患者の精神疾患をかかりつけ医が自分の判断で診れるところまで診る (2)
	相談できる窓口がほしい (8)	診療で困ったときや緊急時に相談できる窓口があるとよい (6)
		受診の予約がとれない時にどうしたらいいか治療について相談できるシステムがほしい (2)
	精神科医に遠隔で診療や相談支援を行ってほしい (3)	精神科医がITなどを使った遠隔診療を行ってほしい (2)
		精神科医に遠隔での相談支援を行ってほしい (1)
	精神科医に在宅医療に参加してほしい (7)	在宅医療に精神科医が積極的かつ継続的にかかわってほしい (4)
		精神科医にフィールドワーク、往診、アウトリーチをしてほしい (2)
		精神科医に在宅医療に入ってもらい、精神疾患やがん緩和など専門領域についてアドバイスしてほしい (1)
	精神科医と顔見知りの関係をつくりたい (5)	精神科医と顔の見える関係していると相談、紹介がしやすい (3)
		精神科医と地域のイベントなどでの交流の機会を持つ (2)
	精神科医から専門的な知識を学ぶ機会がほしい (5)	精神疾患や薬などについての勉強会、セミナーはかかりつけ医の診療に役立つ (4)
		精神科医にWeb等を用いて遠隔で研修会を行ってほしい (1)
精神科領域の社会資源について知識・情報を得たい (3)	精神科訪問看護など精神科領域の社会資源について知識・情報を得たい (2)	
	精神科領域の社会資源について情報入手の方法を知りたい (1)	
精神科医以外のスタッフと連携する (10)	病院の地域連携室が患者への対応、受診までにかかる期間などについて相談に乗ってくれる (2)	地域連携室がかかりつけ医から患者の状態や患者・家族の意向等の情報を把握し、精神科の受け入れまでの方針について話し合える (1)
		臨床心理士、精神保健福祉士などの職種が専門分野について医師の代わりに対応してほしい (2)
		臨床心理士や看護師、薬剤師などに患者の話を聞いてもらいたい (2)
		訪問看護が入ることで患者の状態が安定したり、精神科医との連携がとりやすくなる (2)
		ケアマネジャーが精神科医や内科医などをつなげて患者を診るようにすれば早期介入できる (1)
併診システムの推進	患者の精神疾患は精神科、内科系疾患はかかりつけ医でそれぞれ診る (10)	定期的に精神科を受診してもらい、内科系疾患はかかりつけ医で診る (9)
		精神科への定期的な受診は安心につながり家族が喜ぶ (1)

括弧内の数値は記録単位数。

#### 4. 考察

精神科に紹介する目安として、認知症とうつ・不安、睡眠障害については、まずかかりつけ医が初期治療を試みて、改善が乏しければ紹介するという意見が多く、紹介の目安についても精神医学的に適切と考えられた。これは厚労省と日本医師会により、平成19年(2007)に開始されたかかりつけ医認知症対応力向上研修や、平成20年(2008)に開始されたかかりつけ医うつ病対応力向上研修の成果と考えられる。一方で、アルコール依存症については患者の病識の低さもあって紹介する割合は少なかった。重度の依存症状態となり、神経症状や栄養障害が生じなければ精神科に紹介しにくいという、いわゆるトリートメントギャップの問題が明らかとなった。最近精神科で盛んに行われるようになった、節酒指導やハーム・リダクションの概念を広くかかりつけ医に知らせることで、より早い段階での精神科受診が期待でき、アルコールによる健康被害も減弱させることができる。岡山市では平成22年度(2010)から「岡山アルコール依存症早期支援ネットワーク(GPネット)」が活動しており<sup>9)</sup>、精神科医・精神科コメディカルと内科医・内科コメディカルとの「顔の見える関係」づくりから始め、コアメンバーによる定期的な会議に加え年4回の研修会を10年以上にわたり継続している。石川県においても、岡山市の取り組みを参考にすべき時期だと考える。

精神医療との連携で困難に感じていることについて、抽出された結果は日ごろから予測されたものであった。まず「心理的な抵抗と病識の乏しさ」については、患者やその家族が抱く精神医療、特に精神科病院に対する偏見や敷居の高さは年々薄らいでいると感じるものの、まだ根強く残っていることを示していた。内藤<sup>7)</sup>も一般科医師のうつ病患者への対応として、いきなり「精神科を紹介」という文言は持ち出さずに、「信頼できる良い精神科の先生がいるので、一度意見を聞いてきてください」など、相談という形での精神科受診を推奨している。他方、統合失調症など病識のない患者が、かかりつけ医の勧めを拒む場合もある。そのような時は、家族に保健所や市町村の相談窓口を紹介して、保健師等に受診方法を相談してもらうのが良いかもしれない。「かかりつけ医－精神科間の連携に関する知識・協力・システムの不足」のサブカテゴリーに「精神科領域の社会資源に関する知識が乏しい」が上がっていたように、かかりつけ医にメンタルヘルス関連の情報を提供し、医療だけではなく保健や福祉と連携することも考えてもらう必要がある。このことは地域包括ケアシステムを充実させるために、欠かせないことである。ところで、令和4年(2022)の精神保健福祉法改正で、市町村等が実施する精神保健に関する相談支援について、精神障害者のほか精神保健に課題を抱える者も対象となり、すなわち市町村における相談支援の対象が拡大された。これらの相談支援は政令

市・保健所設置市以外の市町村においては、精神保健福祉法上の「努力義務」となっており、法的には現時点で義務づけられてはいない。わが国においては、福祉・母子保健・介護等の分野と精神保健分野の複合的な支援ニーズが増大しており、市町村における精神保健相談支援は重要である。しかしながら、公衆衛生医や精神保健福祉相談員が配置されている自治体は全体の10%未満であり<sup>10)</sup>、市町村におけるマンパワーの不足は深刻である。現在、厚労省において「町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム」が設けられ<sup>1)</sup>前向きの議論が行われているが、要は「人」と「金」が不足しているものであり、地域保健法改正など、もっと抜本的な改革が必要なのではないかと考える。

「迅速な対応・サポートの不足」は重大な問題である。受診患者が多いため、新規患者の受け入れを停止している精神科クリニックがあるとも聞いている。サブカテゴリーの「精神科受診の予約を待つ間のサポートがない」については何らかの対策をとるべきかもしれない。精神科救急医療システムは20年余の年月を重ね地域で定着しているが、これは主に緊急性のある、重症患者を対象にしている。今問題にするのは、そのようなケースではなく、まず精神科医に見立てて欲しいということなので、初期対応を行う医療機関を決める仕組みを作れば解決できる可能性がある。石川県の場合、精神科救急システムを参考に、常時対応型の医療施設を定めたり、輪番制で対応

したりするシステムを作ることはそれほど難しくないように思うので、検討すべきかもしれない。

それぞれの地域において精神科医療施設と地区医師会が良好な協力関係にあれば、クリニックの予約待機時間が長すぎるといった問題は生じにくいはずである。患者や家族の地域の精神科病院に対する偏見はその原因の一つだろうが、これまで精神医療と一般医療を同じ土俵で考えて来なかった影響もあると考える。これは、厚労省の組織で、精神疾患だけは医政局から切り離され、社会・援護局の担当となっていることが大きい。今回の調査で、精神医療に期待することとして「かかりつけ医と精神医療との連携の強化」が挙げられ、サブカテゴリーとして「精神科医と顔見知りの関係をつくりたい」、「精神科医から専門的な知識を学ぶ機会がほしい」があげられているように、かかりつけ医は精神科医との連携に前向きであることが明らかになった。このことは精神科医も認識すべきであり、両者が協働できる体制を作ることはこれからの日本の医療にとって、望ましいことである。

かかりつけ医が望んでいる「併診システムの推進」は的を射ている。認知症疾患医療センター事業では、紹介患者の初期対応が終わったら、紹介元の医療機関に返すことを基本としているが、当院では併診を基本としており、身体疾患のためかかりつけ医に通いながら、3か月ごと、半年ごとに当院で認知症の経過を観察しているケース

は多く、かかりつけ医にも家族にも評判が良い。また「精神科医に在宅医療に参加してほしい」という意見については、精神科病院は一般病院に比べて医師数に余裕がないこと、精神科クリニックにおいては診療報酬面での裏付けに乏しくスタッフ数に余裕がないことなどから、現状では難しいかもしれない。しかし、将来的に必要なのは間違いない。特に石川県においては交通アクセスの悪い能登北部において、親なきあと通院困難となっている精神障害者が増えていると聞く。能登北部に対する精神科の訪問診療やオンライン診療の整備は喫緊の課題である。

最後に、令和4年(2022)診療報酬改定で新設された、「こころの連携指導料」はきわめてタイムリーなものと期待したが、自殺対策に特化していることと、研修要件が厳しいこと、かかりつけ医に施設基準の届け出が必要なことより、全国的に伸び悩んでいるのが実情と思われる。

## 5. さいごに

今回の研究により、アルコール依存症のトリートメントギャップや、精神科紹介から受診までのタイムラグの問題が改めて明らかとなった。また、かかりつけ医は精神科医との連携強化を望んでいることや、精神科関連の社会資源に関する知識を求めていることが明らかとなった。これからは、今以上に市町村における精神保健福祉相談支援体制の充実が求められるが、これに精神科医もかかりつけ医も関与しつつ、お互

いの「顔の見える関係」を深めていくことが重要であろう。

本研究は、令和2,3年度厚生労働行政推進調査事業費補助金(障害者政策総合研究事業)持続可能で良質かつ適切な精神医療とモニタリング体制の確保に関する研究(研究代表者:竹島正)の助成を受けた。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

## 参考文献

- 1) Horita, N, Moriguchi, S : COVID-19, young people, and suicidal behaviour. *Lancet Psychiatry*. DOI :[https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00159-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00159-1)
- 2) 北村俊則, 岡田俊, 友田明美 : 児童期の体験と成人期の不安・抑うつ. *DEPRESSION JOURNAL* 7(2) : ; 47-51, 2019.
- 3) 小橋孝介 : #子ども虐待 #子ども家庭福祉 「逆境の小児期体験と保護的小児期体験」. *日本医事新報* (5184) ; 61-61, 2023.
- 4) 厚生委労働省 : 市町村における精神保健に係る相談支援体制整備の推進に関する検討チーム : [https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai\\_442921\\_00003.html](https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-syougai_442921_00003.html) (2023.11.15.)
- 5) 古荘純一 : 小児精神神経医学からみたこの24年間の子どものこころの変化.

- 子どもの健康科学 24(2) ; 13-18,  
2023.
- 6) Krippendorff, K. (1980) /三上俊治,  
椎野信雄, 橋元良明訳 (1989). メッセ  
ージ分析の技法—「内容分析」への招  
待. 67-111. 東京: 勁草書房.
- 7) 内藤宏: 勤労者のうつ病・うつ状態:  
一般科医師に望まれる初期対応. 現代医  
学 69(2) ; 23 - 25, 2022.
- 8) 新村秀人: 高齢者の社会的孤立・孤独  
と不安・抑うつ. 老年精神医学雑誌  
34(2) ; 122-128, 2023.
- 9) 太田順一郎: アルコール関連問題 GP  
ネット. 日本アルコール関連問題学会雑  
誌 24(1) ; 7 - 10, 2022.
- 10) 山本賢: 市町村行政による精神保健福  
祉業務の実践から. 日社精医誌 28 ;  
378 - 384, 2019.

**原 著**

## 摂食障害支援拠点病院 その活動と、地域としての今後の課題

佐野滋彦、宮岸良彰、水上喜美子、菊知充

Masuhiko Sano, Yoshiaki Miyagixhi, Kimiko Mizukami, Mitsuru Kikuchi: Eating disorder support base hospitals: their activities and future challenges for the region

**抄録:** 当院は 2022 年 10 月 3 日、日本で 5 箇所目の「摂食障害支援拠点病院」として指定され、その活動を開始した。活動開始から 1 年が経過し、改めて摂食障害支援拠点病院の活動をご紹介します、今後の摂食障害診療における地域の課題を提示する。

北陸神経精神医学 37(1-2):31-38, 2023

Key words : 摂食障害、摂食障害支援拠点病院、地域支援

Eating disorder, Support Base Hospital for Eating Disorders, Community support

**はじめに**

当院（金沢大学附属病院）は 2022 年 10 月 3 日、日本で 5 箇所目の「摂食障害支援拠点病院」（以下、拠点病院）として指定され活動を開始した。本稿は「拠点病院の役割」「拠点病院となってからの治療面での変化」「地域からの相談業務と未治療・未受診症例への対応」の 3 部構成で拠点病院の活動やその影響をご紹介します、その上で「地域の摂食障害診療における、今後の課題」を述べて締めくくる形としている。拠点病院の具体的な役割や目標を地域の医療機関にご理解いただき、今後の目標を共有していくのが本稿の主たる目的である。

なお、本稿は「精神医学」誌 2023 年 9 月号に掲載された「摂食障害支援拠点病院となること」を一部改稿したもので、同稿と重複する部分が多くあることをお詫し頂きたい。

**拠点病院の役割と要件**

拠点病院の役割は「摂食障害の患者に対する地域の治療や支援の体制を整備すること」である<sup>1)</sup>。拠点病院は、全国の拠点病院を統括する「摂食障害全国支援センター」（国立精神・神経医療研究センターに設置）と連携し、上記の役割を達成するために活動する。

拠点病院の具体的な活動は、摂食障害（DSM-5 TR では摂食症）に対応するための

1 : 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

地域協議会の設置と運営、摂食障害に対する専門的な相談・治療・回復支援、治療者および支援者に対する講習会、摂食障害に関する知識の普及啓発活動などである。地域からの相談を受けるため電話やEメール等による相談窓口を設置することが必須で、この窓口の設置と運営に必要な人件費および物品購入等に用いる予算が国と自治体より支給される。医療機関が拠点病院になるための要件は「摂食障害の治療を行う外来がある」「救急医療と連携している」のみであり<sup>1)</sup>、入院環境は必須ではなく、「摂食障害を年に〇〇人治療している」「摂食障害の専門外来を有している」などの要件もない。必要な設備投資も、相談や相談内容の記録に用いる電話、パソコンなど市販の機材の購入と、拠点病院の活動を周知するためのWebサイトの開設費用くらいである。以上より、拠点病院の第一の役割は自分たちで重点的な治療を行うことではなく、相談業務や講習会、啓発活動を通じて地域全体の摂食障害診療体制を充実させることなのだろうと、筆者らは解釈している。

### 拠点病院となったあとの治療の変化

とはいえ、拠点病院に指定されることで「それなら摂食障害は拠点病院で診てもらおう」という地域のニーズが喚起されるのが自然であり、少なくとも一時的には、指定前より多くの摂食障害患者を引き受けることになる。また、地域の摂食障害診療を充実させる役割を担うということは、自分たちの行っている摂食障害治療の改善と定式化に努め、更にそれを地域に伝達可能な形にしていくという必要が生じる。よって、当院の摂食障害治

療は、拠点病院になったことを契機に変化した。この変化について受診患者、入院治療、外来治療の3項に分け、当院の診療データを基に述べる。

なお、当院精神科は2020年3月から8月まで一時的に入院治療を停止していた。この期間の影響を除外したいことと、収集できたデータ量の限界から、本稿では2020年9月1日から2022年9月30日までを「拠点病院指定前」、2022年10月1日から2023年10月31日（本稿執筆時点）までを「拠点病院指定後」と呼称し、拠点病院指定前後でのデータ比較を行った。比較のための統計学検定は、性別などの質的変数に対してはカイ二乗検定、年齢などの量的変数に対してはWelchのt検定を用いた。両検定の有意水準は0.05とし、統計ソフトはStata/MP16を用いた。

#### 1. 受診患者の変化

摂食障害を主診断とした初診患者の人数、年齢、性別、Body Mass Index（以下、BMI）、摂食障害の病型分類等につき、表1に示す。現時点では、拠点病院指定後に初診患者の人数が単純に増えており、一方で患者の性別、身体的重症度（BMIを指標とする）、摂食障害診断の下位分類につき統計学的に有意な変化は認めない。摂食障害診療に携わる筆者らの実感としても、患者が増えたという一方、今までと大きく異なる対応を求められるようになったという印象はなく、実感を裏づける結果であった。

一方、患者の初診時年齢は拠点病院指定後に、統計学的に有意な差をもって上昇している。また、初診時点での罹病期間について

は、統計学的な有意差は認めていないが増加する傾向を認めている。つまり、初診時点で罹病期間が長く、治療を受けていない or 受けたが改善に乏しい患者が増加している可能性がある。こうした患者は Severe and enduring eating disorder (SEED) と呼称され<sup>2)</sup>、特別な治療対応を要するという意見もある<sup>3)</sup>。SEED に対する対応は全国的にも課題となっており、当院でも試行錯誤していくことになると思われる。

## 2.入院治療の変化

当院で入院治療の対象となる摂食障害患者の大半は低体重となっており、その改善を第一の目的として入院されるため、以下は低体

重症例についての記載となる。当院は浜松医科大学が作成した治療マニュアル<sup>4)</sup>に基づく入院下での再栄養・行動制限療法を10年ほど前から実施しており、拠点病院指定の際に全国支援センターよりご指導いただいたのも同一の治療法であったため、指定後も入院治療に大きな変化は生じていない。本マニュアルは緩徐な栄養投与により refeeding 症候群の危険を回避しつつ、すべての患者に統一化された治療を行うことで anorexic debate を回避できるという点が優れている。ただしこのマニュアルに記載されている再栄養のカロリー投与量は「600kcal/day から開始して400kcal/週で増量」という比較的緩徐なペースで、近年こうした緩徐な再栄養には体重増

表1 拠点病院指定前後での初診患者の人数・特性比較

	拠点病院指定前 (n=63)	指定後 (n=53)	t or $\chi^2$	p
初診患者数 (人/月)	2.4	4.1		
性別 (%女性)	90.5%	96.2%	1.482	0.223
初診時年齢 (歳)	20.7 (9.7)	24.6 (11.7)	-1.983	0.050*
初診時BMI (kg/m <sup>2</sup> )	14.6 (2.7)	14.6 (4.1)	-0.055	0.956
初診時診断 (人)				
神経性やせ症 摂食制限型	34	26	5.083	0.0650
神経性やせ症 むちゃ食い・排出型	12	8		
神経性過食症	4	7		
むちゃ食い症	1	2		
回避・制限性食物摂取症	11	8		
摂食症,他の特定される	0	1		
摂食症,特定不能	1	1		
初診時罹病期間 (月)	36.9 (59.6)	65.3 (101.5)	-1.874	0.064

初診時年齢、初診時BMI、初診時罹病期間は平均値(標準偏差)で記載 初診時診断はDSM-5-TRに準じて記載  
 BMI: Body Mass Index, \*p<.05.

加の鈍りやそれに伴う入院の長期化という弊害があり、一方でより早いペースで再栄養しても安全な治療が可能であるという知見が積み重ねられている<sup>5)6)</sup>。これを踏まえ、当院では拠点病院の活動開始と同時に入院治療のカロリー投与を速め「原則的に 1200kcal/day から開始し、平日に 200kcal/day で増量」とした。この効果を検証するため、入院時の BMI が 15.0kg/m<sup>2</sup> 以下であった患者の入院治療データにつき拠点病院前後での比較を行った。結果は表 2 の通りであり、新規入院患者が倍増した一方で入院期間が平均 20 日以上も短縮され、Refeeding 症候群による他科コンサルトや、あらゆる理由による治療からの脱落が増加することもなかった。拠点病院指定に伴い増加したニーズに対し、入院治療の改善で十分に対応できたと言える結果だと考えている。このデータを基に、地域の他の病院でも同様の治療が実施できるよう働きかけていく予定である。

### 3. 外来治療の変化

外来治療については、入院と比べ元々の専門性が低く、定式化も行われていなかったため、大きな変化を求められている。これまで当院の摂食障害に対する外来治療は他の疾患との区別が特になく、通常の外來患者割り振りの規則に則って担当医を決定し、治療方法も各担当医の裁量に任せる形をとっていた。しかしこの体制では「担当医ごとに治療の方法が異なってしまう、治療の定式化ができない」「一人の患者に割ける診療時間が短くなり、ガイドラインで推奨されるような定式化された心理療法が実施できない」「医師の異動が多い病院のため各担当医の治療に対する責任意識が芽生えにくく、また担当医が頻繁に変わることで患者の安心が損なわれやすい」などの問題があった。

これらの問題を解決するため、2023 年 4 月以降は摂食障害の専門外来を設置した。専門外来担当医は原則的に佐野を含む 2 名のみと

表2 拠点病院指定前後での入院治療の比較 (BMI 15.0以下の低体重患者)

	拠点病院指定前 (n=28)	指定後 (n=33)	t or $\chi^2$	p
新規入院患者数 (人/月)	1.1	2.5		
入院時年齢 (歳)	22.5 (12.3)	24.7 (13.0)	-0.665	0.509
入院時BMI (kg/m <sup>2</sup> )	12.6 (1.7)	12.5 (1.5)	0.224	0.824
入院期間 (日)	75.8 (30.2)	52.6 (23.0)	3.240	0.002*
退院時BMI (kg/m <sup>2</sup> )	15.9 (1.4)	16.2 (1.2)	-0.839	0.405
入院治療からの脱落 (人)	3	5	0.583	0.445
Refeeding症候群による 他科コンサルト	0	0		

入院時年齢～退院時BMIは平均値 (標準偏差) で記載  
BMI : Body Mass Index. \*p<.05.

し、この2名が Enhanced Cognitive Behavior Therapy (CBT-E) や Maudsley Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) などの定式化された、治療効果のエビデンスのある心理療法を可能な限り実施する体制としている。また入院治療を行っている患者についても入院中からこの2名が可能な限り関わり、病歴や家族背景等の把握に務め、外来で行う心理療法への導入を実施している。摂食障害に対する心理療法の多くはBMIが一定以上の患者に対してのみ有効性が証明されているため、まず入院治療で体重を増加させ、しかる後に外来での心理療法につなげていくという形で有効性の高い治療が実施できると期待している。外来治療の変化の効果検証については、開始時期および治療の性質からしばらくは実施困難と思われるが、1年程度の経過で検証を行い、その結果や治療者の実感を踏まえて地域の医療機関に伝達し、地域全体の外来治療の充実に繋げていければよいと考えている。

また、専門外来の患者が増加していくことで担当医の負担が過大となりつつあり、今後の持続可能性を担保するためにも地域連携の充実が喫緊の課題となっている。これについては後の項で改めて述べる。

### 地域からの相談業務と未受診例への対応

厚労省が全国の保健所・保健センターに対し実施した調査<sup>7)</sup>において、摂食障害に関する相談者のうち医療機関受診中のものは39.6%に留まり、受診歴があるが現在中断しているもの、受診歴のないものを合計すると43.0%であった。摂食障害患者が「医療につ

ながりにくい」という実情を反映した調査結果であると考えられる。相談業務などを通じ、この実情に対応していくのが摂食障害支援拠点病院の大きな役割の一つである。

摂食障害患者の援助希求を妨げる要因について、Ali らのレビュー論文<sup>8)</sup>においては疾患に対するスティグマや恥の感情、疾患の重症度を認識できていないこと、受診のための費用・移動手段・時間など実際的な障壁、変化への抵抗、治療への不信感、周囲からの援助の不足、などが主たる要因として同定されている。また、このレビューの後に日本の摂食障害患者を対象として行われた菅原らの調査研究<sup>9)</sup>においては、患者を未受診/受診中断/受診中の3群にわけて支援ニーズ等についてWebアンケートで調査を行い、未受診となる理由は通院への抵抗感や意欲のなさ、専門医がみつからないことなどが多く、受診中断する理由は通院において改善がない、医師と相性が合わない、医師の疾患に対する知識がないなどが主であった。一方で、未受診群においては「摂食障害の専門医ではないけれど、近くの精神科や心療内科の情報」を欲する患者の割合が大きいという結果も示されており、必ずしも全ての患者が最初から専門的な治療を求めているわけではないということも示された。

以上を踏まえると、地域からの相談業務を適切に行って未受診例を受診に繋げていくためには、1.患者のスティグマや恥を軽減し、疾患の性質と危険性について理解してもらえようような啓蒙活動を行う、またそれにより周囲の（医療機関以外の）援助者へのつながりやすさを向上させる、2. 受診のための移動や

時間のコストを軽減し、情報提供も行き、患者の望む形態の医療機関へのアクセスを容易とする、3. 治療への期待や信頼を獲得するため治療者のレベルを向上させる、といった対応が必要と考えられる。これらを達成するのが拠点病院の大きな目標となると考えられ、そのため当院が現在行なっている具体的な取り組みにつき、以下に記載する。

### 1. 啓蒙活動

まず最初に、石川県摂食障害支援拠点病院の Web サイト (URL : <https://ishikawa-ed.w3.kanazawa-u.ac.jp/>) やリーフレットを作成した。どこの拠点病院でも行なっていることだが、当院が特別に意識したこととして、一般の方でも理解しやすく、また親しみやすいような情報量・デザインとするよう心がけた。その一方で、「AED 医学的ケアのためのガイド第 3 版〈日本語版〉」<sup>10)</sup>に記載されている SCOFF questionnaire<sup>11)</sup>日本語版を作成者の許可を得て引用し、サイトやリーフレットをみた方がある程度のセルフチェックを実施できるようにした。リーフレットは関連医療機関の他に保健所や学校にも配布し、なるべく多くの人の目に留まるようにしている。

援助者を増加させつながらやすさを高めるための方策として、研修会や講演会なども順次企画している。2023 年 10 月には石川県立図書館で一般向け・支援者向けの二部制の講演会を実施し、どちらも 100 名程度の参加者があった。地域の摂食障害に対する関心の高さが示唆され、今後も継続的な啓蒙活動を行なっていく意義があると考えられた。また上

記講演会以外でも石川県内の学校の教員や、他県の養護教諭会からの依頼で事例検討会、研修会を実施してきており、教育関係者の知識獲得・医療との連携へのニーズが特に大きいと実感されている。来年度は当院の側から積極的に教育関係者に働きかけ、研修会や事例検討会の実施回数を増やしていく予定である。

### 2. 患者の医療へのアクセス向上

できることは限られるが、電話相談への対応に可能な限りの柔軟性を持たせるようにしている。患者の病状（主に体重と過食・排泄行動の有無を指標とする）と居住地域、受診したい医療機関の性質（設置地域、入院の可否、一般科/精神科/専門性のある精神科）などをなるべく詳細に聴取し、相談者のニーズに最大限適し、かつ医療側としても適当と判断できる受診先を紹介するようにしている。これにより患者の最初の受診先については多くの選択肢が発生し、近医内科の受診から専門治療にスムーズに接続できた例もみられている。ただしこれは初期の受診先の幅を広げられたというだけで、中長期的な治療を行う医療機関についてはまだ選択肢が乏しく、その拡大が今後の課題である。

また、相談業務自体へのアクセス向上のため、2023 年 10 月からインターネットによる相談対応を開始している。活動開始当初は週 3 日（月曜、水曜、金曜）の日中に限定して電話で相談対応を行なっていたが、インターネット対応を導入することで常時相談への応需が可能となり、多忙である、あるいは電話

をかけることに抵抗のある相談者にも対応できるようにになっている。

### 3.治療への信頼獲得と、治療レベルの向上

これについては、ひとえに地域の医療者の摂食障害およびその治療に対する理解を深め、適切な応需が可能な医療機関を増やしていくしかないと考えている。活動開始以後、地域の精神科医療関係者向けの治療研修を5回ほど実施してきており、今後も継続予定である。加えて今後は「より広く」あるいは「より深く」の両面の研修が必要と考えている。具体的には、医師会などに働きかけていわゆる一般科の医療関係者向けの研修を実施したり、一つの医療機関に対し出張研修を行なって実臨床での患者との関わり方につき医師間、看護師間などで伝達することを予定している。

### 地域としての、今後の課題

外来治療の項でも触れたが、拠点病院が重症患者への治療を十分に実施できるように、また患者の利便性の向上のために、地域連携の充実…具体的には、「ある程度治療が進んだ摂食障害患者を、当院以外の精神科に、紹介しやすくすること」が急務である。

摂食障害全国支援センターは地域連携の指針として、BMIにより患者を3段階に分け

「BMI 14未満は拠点病院で入院、14以上～16未満は連携病院で入院、16以上はかかりつけ外来で通院」という連携モデルを提示している。これは、先に（当院より5年以上前に）拠点病院が設置された他県での成功例をベースに構築されたモデルと伺っている。石

川県でも長期的にはこれを目指したいが、今すぐここまでの連携を構築するのは現実的ではない、というのが現在の筆者らの実感である。まずは当院の入院、外来治療を経てある程度の改善と安定が確認できた患者を少しずつ地域の精神科医療機関に紹介し、病状悪化時のフォローアップ体制も予め約束し、摂食障害患者への治療に「安全を確保しつつ、慣れて」いただくのが適当と考えている。

これを目指すにあたり、地域の精神科医療機関に対し一斉アンケートを行い、どのような条件であれば摂食障害の患者を外来紹介可能かについて聴取していく予定である。当初は2024年1月にこれを実施する予定であったが、令和6年能登半島地震の発災により延期せざるを得なくなった。本年度内には行いたいと考えている。

### 結語

石川県摂食障害支援拠点病院の活動開始から1年が経ち、その役割と活動内容について改めて紹介し、現時点での主たる課題についても提示させていただいた。課題の達成には地域の医療機関の協力が不可欠であり、今後のご協力を願ってやまない。

### 引用文献

- 1) 国立精神・神経医療研究センター.“摂食障害の治療と支援の体制づくり 好事例集”.  
[https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/pdf/research/mhlw/mhlw\\_r2\\_2.pdf](https://www.ncnp.go.jp/nimh/shinshin/edcenter/pdf/research/mhlw/mhlw_r2_2.pdf)

- 2) Robinson, P. Severe and enduring eating disorders: Recognition and management. *Advances in Psychiatric Treatment* 20:392-401,2014. doi:10.1192/apt.bp.113.011841
- 3) Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. *Int J Eat Disord* 45:467-475,2012. doi:10.1002/eat.20978
- 4) 栗田大輔：精神科医もできる！拒食症身体治療マニュアル.金芳堂, 2014
- 5) Garber AK, Sawyer SM, Golden NH, et al:A systematic review of approaches to refeeding in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord*. 49(3):293-310, 2015. doi:10.1002/eat.22482
- 6) Garber AK, Cheng J, Accurso EC, et al. Short-term Outcomes of the Study of Refeeding to Optimize Inpatient Gains for Patients With Anorexia Nervosa: A Multicenter Randomized Clinical Trial. *JAMA Pediatr*. 175(1):19-27, 2021. doi:10.1001/jamapediatrics.2020.3359
- 7) 厚生労働省 障害者政策総合研究事業（精神障害分野）「摂食障害の診療体制整備に関する研究」分担研究報告書「地域保健の場における摂食障害への対応に関する実態調査に関する研究」（2017）
- 8) Ali K, Farrer L, Fassnacht DB, Gulliver A, et al:Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *Int J Eat Disord* 50:9-21,2017. doi:10.1002/eat.22598
- 9) 菅原 彩子, 小原 千郷, 関口 敦, 他:医療機関を受診していない摂食障害患者の支援ニーズに関する調査研究. *心身医学* 63: 241-250, 2023
- 10) 日本摂食障害学会. “AED レポート 2016 第3版<日本語版> 摂食障害：医学的ケアのためのガイド” [http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2019/03/AEDGuide\\_JP.pdf](http://www.jsed.org/wp-content/uploads/2019/03/AEDGuide_JP.pdf)
- 11) Morgan JF, Reid F, Lacey JH. The SCOFF questionnaire: a new screening tool for eating disorders. *West J Med* 172:164-165,2010. doi:10.1136/ewjm.172.3.164

## — 学 会 抄 録 —

## 第 201 回北陸精神神経学会

日時：令和 5 年 3 月 5 日（日）

午後 1 時 30 分より

会場：Web 開催

（主催：金沢医科大学）

## — 一般演題 —

## 1. 副腎皮質ステロイドホルモン剤によりうつ病を呈し、エスシタロプラムが奏効した皮膚筋炎の 1 例

○北村浩司 1), 佐野滋彦 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) 金沢大学医薬保健医学系精神行動科学

【症例】30 歳代 女性

【主訴】眠れない、頭がまわらない

【生活歴】成長発達歴に異常なし。夫と子と 3 人暮らし。

【現病歴】X-9 年に抗 MDA5 抗体陽性の皮膚筋炎を発症し、ステロイドパルス療法とプレドニゾロン（以下、PSL）40mg/日の治療導入時に、ステロイド誘発性うつ病を発症し、炭酸リチウム 400mg/日により治療開始され、PSL の減量もなされ、症状の改善があり、X-8 年に当科は終診となった。PSL 5mg で減量後維持されていた。

X 年 Y-1 月に血液所見で皮膚筋炎の増悪があり、PSL が 5mg から 20mg に増量された。その数日後より、不眠、抑うつ気分、意欲低

下、不安が出現し、X 年 Y 月に当科紹介受診した。

【臨床経過】紹介時は、不眠が症状の中心だったが経過で、抑うつ気分や意欲低下などがつよくなり、セルトラリンを開始したが、嘔気など認容性がわるく、継続できなかった。PSL が 15mg に減量されたが、徐々に家事など日常生活ができなくなり、行動も予測困難となったために当科任意入院した。入院後にエスシタロプラム 10mg の投薬を開始した。不安焦燥感や不眠が顕著であったが、2 週間経過後よりそれらの気分症状は改善した。退院後も外来でフォローし、薬物療法を継続した。皮膚筋炎の病勢にあわせて PSL が 10mg まで減量された。それと時期を同じくして気分症状も改善していった。

【考察】ステロイド治療中のうつ病発症例については内因性うつ病、薬剤性うつ病、原疾患による症状の 3 つの可能性がある。皮膚筋炎治療中の患者が、うつ状態となり、鑑別に苦慮した 1 例を経験した。内因性うつ病としては、発症までの経過が急なことや皮膚筋炎の治療強化との因果関係が強い経過であることより否定的と考えた。原疾患そのものを原因とする観点からは病勢の指標となる抗 MDA5 抗体価と気分症状が連動しなかったため否定的と考えた。今症例は PSL の減量とエスシタロプラムが症状改善におおきく寄与したものと考えられた。以上、ステロイド治療中のうつ病発症例の鑑別には、治療

経過の精査が有用であったこと、および、ステロイド誘発性のうつ病にエスシタロプラムも有効な治療選択であることを経験した。

## 2. 電気けいれん療法時に心停止となった一例 演者

○小浦佑真<sup>1)</sup>、安本真衣<sup>1)</sup>、亀谷仁郁<sup>2)</sup>、  
宮岸良彰<sup>2)</sup>、菊知充<sup>2)</sup>

1)金沢大学附属病院神経科精神科

2)金沢大学医薬保健医学系精神行動科学

**【症例】**57 歳 女性

**【生活歴】**大学卒業後は銀行員として勤め、結婚後は専業主婦となった。現在は夫と 2 人暮らしである。

**【現病歴】**X-6 年、まとまらない行動、支離滅裂な言動と被害妄想を認め、A 病院に医療保護入院となり、統合失調症と診断された。以降、再発のため同院に 5 回の入院歴がある。X 年 6 月 6 日、統合失調症の薬物療法で治療抵抗性を示し、自傷行為が目立ち電気けいれん療法目的に 7 月 1 日に当科に医療保護入院した。電気けいれん療法で症状に改善が得られたため、7 月 1 日に A 病院へ転院した。クロザピンが導入されたが、X 年 10 月下旬から便秘や手指振戦などの副作用を理由に拒薬するようになり中止となった。12 月 2 日頃より四肢振戦の増悪、排尿障害、発熱、昏迷、無言症、拒絶症が出現し、緊張病が疑われた。ジアゼパム 20mg の開始で解熱し排尿障害も改善したが、昏迷が持続するため X 年 12 月 13 日に当院転院となった。**【入院後経過】**発熱や自律神経症状を伴うカタト

ニアを認め、悪性緊張病が鑑別に挙げられた。ベンゾジアゼピン系薬剤の反応性が不良であり、電気けいれん療法を行う方針とした。X 年 12 月 19 日に電気けいれん療法を施行したところ、刺激直後に 10 秒程度の心停止を認めた。覚醒後に胸痛を訴えたため、当院循環器内科で心電図と心臓超音波検査が行われたが明らかな異常は認めず、血液検査ではトロポニン T の軽度高値を認めた。1 回の電気けいれん療法で疎通性に著明な改善を認め、緊張病は消失した。電気けいれん療法を中断しロラゼパム 2mg の内服に切り替え、X+1 年 1 月 6 日に A 病院に転院となった。**【考察】**電気けいれん療法時に心停止となった一例を経験した。電気けいれん療法後の主要な心臓の有害事象、死亡は患者 50 人に 1 人の確率で生じる。心臓の有害事象出現後の電気けいれん療法の継続について、アトロピン投与で継続できる可能性はあるが、現時点で明らかなコンセンサスは得られていない。

## 3. 非けいれん性てんかん重積状態に伴い、 統合失調症様症状を呈した一例

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

1)加賀こころの病院

2)金沢大学医薬保健医学系精神行動科学

今回「非けいれん性てんかん重積に伴い統合失調症様症状を呈した一例」を経験した。本例は 17 歳女性の意識変容を伴う急性発症

の被害妄想、考想伝播、カプグラ症候群、空笑などの統合失調症様症状を呈し、脳波所見から前頭葉起源の非けいれん性てんかん重積が疑われた。頭部 MRI 検査、脳脊髄液検査から器質因は否定的であり、抗てんかん薬を開始した。その後脳波の正常化を認めたが、統合失調症様症状が残存したため抗精神病薬を開始しその消失を認めた。本例はてんかん発作の既往がなく統合失調症様症状の発現に伴い、非けいれん性てんかん重積を認めたことから、発作関連性精神病であることが推測された。今回、脳波検査を施行することで精神症状の基盤を知る手掛かりとなり、治療方針の決定につながった。これより日常診療における脳波検査の重要性が示され、非けいれん性てんかん重積は急性精神病の鑑別診断の一つとなることを経験した症例となった。

#### 4. 精神症状を呈し血中抗体定量、髄液検査にて判明した神経梅毒の一例

○横山理菜、瀬下直史、澤崎伸志、  
茶谷圭祐、田村悠

(社会医療法人財団松原愛育会松原病院)

**【症例】**60 歳、男性

**【現病歴】**X-4 年頃より貧困な状況にあり車中生活をしていた。X-1 年 9 月、市職員により落ち込んだような様子や集中困難が確認され精神科を初診し、適応障害と診断されたが、定期受診はしなかった。X 年 4 月、「大魔王に襲われて放射能を浴びた」「餃子と財布を盗まれた」等と話し、面識のない人の家に行き、「〇〇さんはいるか」と尋

ねた。住民が「いない」と返答したところ、カッターナイフを取り出したため住民が警察に相談した。警察署にて支離滅裂で質問に返答できない状態であり、当院を受診し、応急入院となった。

**【入院後経過】**入院翌日からリスペリドン 2mg を開始し、4mg に増量したところ症状はやや落ち着いた。身体診察ではバラ疹やゴム腫、瞳孔の異常所見等は認められなかったが、入院時の血液検査にて血清 RPR、TPHA 抗体定性が陽性であり、抗体定量を実施したところ RPR64 倍、TPHA20480 倍であった。髄液検査を実施し、髄液中の細胞数、蛋白の増加ならびに髄液中の RPR、TPHA 抗体が陽性であり神経梅毒と診断した。ペニシリン G カリウム 2400 万単位/日の点滴を 2 週間行い、精神状態は改善し、リスペリドンを中止しても安定していた。しかし依然として血中抗体定量、髄液検査のいずれも抗体が残存したため、追加加療の目的で他院に転院となった。

**【考察】**身体所見を認めないが精神症状を呈し、血中抗体定量、髄液検査にて判明した神経梅毒の症例を経験した。入院時のスクリーニング検査で梅毒抗体定性陽性であったことから精査につながり、神経梅毒の診断ならびに治療に至ることができた。2022 年の梅毒の症例報告数は感染症法が施行された 1999 年以来初めて 1 万人を上回り過去最多となっており、本症例のように精神症状を呈する患者が増える可能性がある。

## 5. 抑うつ症状で発症した神経梅毒の一例

○妹尾 貴紀、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】**40 歳代の男性。

**【病前性格】**大人しく人懐っこい性格。

**【家族歴】**精神科的遺伝負因はない。

**【既往歴】**10 歳代で糖尿病を指摘されて内服治療中。

**【生活歴】**独身で独居。高専卒業後は建築系の企業に従事し、現場やデスクワークを行っていた。

**【現病歴】**X-2 年 6 月、仕事内容がデスクワーク中心となり能率の低下を自覚した。X-1 年 1 月に「会社に迷惑をかけたので警察に行く」と罪業妄想出現し、上司とともに近医受診したところ、うつ病と診断されプロマゼパム 8mg で症状は改善した。しかし X-1 年 2 月に「上階の住人に音を立てられる」という幻聴や被害関係妄想が出現した。統合失調症に診断変更され実家へ帰省した。ルラシドン 40mg を処方され症状は軽減し再度独居可能となった。しかし、その後、家財を投げる、食事が待てないなど被刺激性が次第に亢進したため、アリピプラゾール 3mg 開始されたが効果不十分で X-1 年 12 月には再び独居不能となった。ブレクスピプラゾール 2mg に変薬されたが、発語が徐々に減少し、食事や排泄に介助を要する状態となっていった。X 年 6 月にはパーキンソニズムが出現したため抗精神病薬を中止しプラミペキソール 0.5mg を開始するも効果は乏しかった。この

ため X 年 9 月に精査加療目的に医療保護入院となった。

**【入院後経過】**血液検査および髄液検査でいずれも梅毒定性反応陽性であり、症状からは実質型神経梅毒診断した。治療としてペニシリン G カリウム 1800 万単位点滴投与合計 14 日間を開始した。治療 1 日目に発熱、発疹、血圧低下を生じたが、Jarisch-Herxheimer 反応であると判断し治療続行した。2 ヶ月後の髄液検査による効果判定では IL-6 を指標とし、髄液中の炎症所見の改善が示された。しかし被刺激性の亢進や排泄の要介助状態は改善乏しくクロルプロマジンを開始した。100mg から漸増し 300mg としたところ静穏となった。X+1 年 2 月に療養型の病院に転院とした。

**【考察】**本例は当初は気分障害や統合失調症が疑われていたが、亜急性に精神症状が進行し実質型神経梅毒と診断した症例である。実質型神経梅毒は認知機能低下、精神運動興奮、抑うつ、幻覚妄想と多彩な症状を呈し、しばしば他疾患に酷似することが知られている。梅毒感染者の増加に伴い、今後臨床での診察機会も増加していくことが予想され注意が必要であると思われた

## 6. S 状結腸癌に対する化学療法中に、神経性やせ症の入院治療を行なった 1 例

○渡辺優磨<sup>1)</sup>、姥浦一太<sup>1)</sup>、宮岸良彰<sup>2)</sup>、  
菊知充<sup>2)</sup>

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

2) 金沢大学医薬保健医学系精神行動科学

**【症例】**43 歳 女性

**【主訴】**歩くとしんどい

**【現病歴】** X-26 年、17 歳頃の体重は 45kg(推定 BMI20.2kg/m<sup>2</sup>)ほどであった。その頃より、自身の体型をぽっちゃりしていると感じ、食事量を制限するようになった。X-24 年、19 歳時に前夫と結婚したが、前夫や義両親と不和が生じるようになった。その頃より過食、自己誘発性嘔吐を認めるようになった。その後離婚し、現夫と結婚し 2 子をもうけ、保育所で給食調理員として勤務していた。食事制限、過食・嘔吐を認めていたが、長らく体重は 35kg 程(推定 BMI15.7kg/m<sup>2</sup>)を維持していた。X-9 年、精神科クリニックを初診し摂食障害と診断されたが、数回の受診で通院は自己中断した。X-3 年に S 状結腸癌、多発肺転移が発覚し、手術後より化学療法が開始となった。化学療法の副作用による嘔気、嗅覚障害で食欲低下を認めたことに加え、食事制限、自己誘発性嘔吐から、X-1 年 11 月には体重は 25kg 程(推定 BMI11.2kg/m<sup>2</sup>)まで低下した。同月、低栄養状態のため化学療法は中止となった。以後も食事制限、自己誘発性嘔吐を繰り返すなど、衝動性のコントロールができなくなったため、X 年 1 月に当科を受診し医療保護入院となった。 **【入院後経過】**食事療法として 1200kcal/day から開始し、リフィーディング症候群に留意しながら徐々にカロリーアップを行った。体重は徐々に増加し、身体的な ADL も回復してきたため、第 21 病日から化学療法を再開し、2 週間ごとに施行した。嘔気や嗅覚障害など、化学療法の副作用で食事量が低下し、体重増加が伸び悩む期間もあ

ったが、食事療法と化学療法を併行して行うことができた。

**【考察】**安定した治療動機が得られていなかったが、癌の発覚と家族の支援が契機となり入院治療に結びつき、それらの重要性を学んだ 1 例であった。直腸癌患者においてのい瘦は予後不良因子の 1 つであるため、適正な体重まで栄養療法を行うことが重要である。神経性やせ症の治療を優先し、体重増加が得られることで、化学療法の副作用が軽減することが示唆された。

## 7. 気分障害が前景に立った Wilson 病の一例

○片岡譲、小出蓉子、張田葉月、長澤達也、上原隆、川崎康弘  
(金沢医科大学精神神経科学)

Wilson 病(以下、WD)は肝細胞、脳、腎、眼球などの組織に過剰な銅が沈着するために発生する疾病である。臨床症状は非常に多彩で、初発症状として肝障害や神経・精神症状、その他血尿、結石、関節炎などを呈するものがある。今回、我々は気分障害が前景に立った WD の一例を経験したので報告する。

症例は 40 代男性。X-7 年(32 歳時)に抑うつ症状が出現。その後、躁状態と抑うつ状態を繰り返し、X-5 年に当科初診。3 度の医療保護入院歴がある。最終入院は X-2 年 10 月 7 日～同年 11 月 29 日で、バルプロ酸ナトリウム(VPA) 800mg/日とオランザピン(OLZ) 10mg/日で改善し、以後当科外来を継続的に通院していた。X-2 年頃から手指振戦を認めるようになり、当院神経内科にて本態性振戦

と診断され、クロナゼパム (CPZ) 0.5mg/日  
が処方されていた。X 年 2 月より、振戦の増  
悪に加え、意欲低下、動作緩慢が出現した。薬  
剤の影響を考慮し、OLZ を漸減中止したが改  
善せず、精査加療目的で同年 7 月に当科に任  
意入院となった。

入院時、抑うつ気分は目立たなかった。食  
事やサインの記入などの行動を伴う際に振戦  
が大きくなり、誰もいないときやリラックス  
時は減弱していた。採血では、クレアチニン  
の軽度上昇 (1.37mg/dl) を認めるほか特記事  
項なし。甲状腺ホルモンは正常範囲内。VPA  
の血中濃度は 64.5  $\mu$ g/ml、血中アンモニアは  
57  $\mu$ g/dL と正常範囲内であった。神経学的所  
見では脳神経系に特記事項なし。安静時およ  
び姿勢時振戦あり、両上肢の筋固縮あり。  
MMT は左右共に正常、腱反射は左右共に亢  
進・減弱なし。協調運動は左右ともに拙劣で  
あった。感覚系および立位・歩行は正常であ  
った。心理検査では、ウェクスラー式知能検  
査 (WAIS-III) で FSIQ:73 と低かったが、同  
時期に施行した Japanese Adult Reading Test  
(JART) では予測 FSIQ:93 であった。Mini  
Mental State Examination (MMSE) では、  
26/28 点であり、見当識・口頭指示で失点し  
た。書字・模写は振戦のため施行しなかった。  
Frontal Assessment Battery (FAB)では、15/18  
点であり、知的柔軟性で失点した。頭部 MRI  
像では、年齢不相応な萎縮像と、T2 像におい  
て左右対称性に被殻外包に円弧状高信号域を  
認めた。このため、脳萎縮の副作用が報告さ  
れている VPA を漸減中止とし、7 月中旬より  
クエチアピン (QTP) を開始し、300mg まで

増量した。このとき、特段の副作用は認めな  
かったが、X 年 8 月下旬から突然、振戦の増  
悪に加え、運動失調、自律神経症状 (尿失禁、  
便秘) を認めるようになり、常時介助が必要  
となった。このため、器質因の影響を考慮し、  
X 年 10 月 6 日に神経内科転科となった。

神経内科にて精査された結果、血清銅およ  
び血清セルロプラスミンの低値と、尿中銅の  
高値が認められた。また、眼科にて Kayser-  
Fleischer 角膜輪が確認された。このことから  
本症例は WD と診断した。

WD は症状発現から診断までのタイムラグ  
が長い患者がしばしばみられている。2008 年  
の報告では、WD 患者 137 例での発症から診  
断までの平均期間は、肝型で 14.4 か月、神経  
型では 44.4 か月で、22.5%は発症から 3 年後  
でも診断がついていなかったとされている。  
神経症状は言語障害、構音障害、不随意運動  
などの Parkinson 病様症状として発症する。  
発症年齢は 6~40 歳と幅広い。精神症状とし  
ては、意欲低下、集中力低下、気分変調、性格  
変化、ヒステリー様症状で発症することがあ  
り、うつ病や統合失調症と誤診される場合  
がある。Denning らは、195 例の WD 患者のう  
ち、39 例が WD と診断される前に精神科を受  
診していたと報告している。久米井らは我が  
国の精神症状で発症した 16 歳以上の WD9 例  
をまとめ、8 例は統合失調様症状、1 例は躁う  
つ病症状で発症したと報告している。これら  
の報告から、何らかの精神症状を呈する 10 代  
以上の患者は WD を鑑別診断する必要がある  
と考えられる。

今回、我々は気分障害が前景に立った

WD の一例を経験した。当初は躁うつ病と診断していたが、神経症状や画像所見から一元的に説明がつかず、器質因を疑い、診断につながった。WD は、約 3~4 万人に 1 人と稀ではない遺伝性疾患であるため、常に鑑別診断として念頭に置いておく必要があると考える。

## 8. 頭部 MRI T2 FLAIR 像で両側海馬に高信号を認め、ウイルス性脳炎や自己免疫性脳炎の鑑別を要した Wernicke-Korsakoff 症候群の一例

○福井琢也<sup>1)</sup>、笹林大樹<sup>1)</sup>、上野摩耶<sup>1)</sup>、関有里沙<sup>1)</sup>、林智宏<sup>2)</sup>、古市厚志<sup>1)</sup>、樋口悠子<sup>1)</sup>、高橋努<sup>1)</sup>、野口京<sup>3)</sup>、鈴木道雄<sup>1)</sup>

1) 富山大学学術研究部医学系神経精神医学講座

2) 富山大学附属病院 脳神経内科

3) 富山大学附属病院 放射線科

本症例を報告するに当たって本人の同意を得たことを付記する。症例は 40 歳台女性。X-2 年結婚後に退職し専業主婦として生活していたが、1 人の時間が増えたことで飲酒頻度が増え、酩酊まで必要な酒量も徐々に増加した。X 年 8 月より頭痛・倦怠感が出現して臥床傾向となり、炊事・洗濯等の家事ができなくなった。9 月からはふらつきのため手すりなしで歩行困難となり、時折手の震えを指摘されることもあった。10 月上旬には起立も困難で、ぼーっとする様子が多くなったが、冷蔵庫まで這って行

き飲酒は続けていた。10 月 19 日夜に全身痙攣をきたし当院へ搬送された。搬送時も痙攣は遷延し、高度アシデミアを呈していたため、痙攣重積と判断され救急科に入院した。入院後は痙攣再発なく経時的に意識レベルが改善したが、第 2 病日から上下肢振戦と「ここ病院じゃない！救急車呼んで！」等の失見当識・精神運動興奮を呈したため、アルコール離脱せん妄と判断されジアゼパム静注で対応され、その後ロラゼパム内服が開始された。せん妄から回復後の第 5 病日当科へ転科した。

転科後痙攣や興奮なく経過したが、日付・場所の見当識障害、近時記憶・自伝的記憶の障害が遷延しており、Wernicke-Korsakoff 症候群と診断された。頭部 MRI T2FLAIR 画像で両側海馬の高信号が認められたため、脳神経内科へコンサルトされた。血液・髄液検査を再検されたが、脳炎を示唆する所見は明らかでなかった。高信号所見は経時的に不明瞭化したが、一方で海馬の萎縮傾向を示し、てんかん重積後変化と判断された。WMS-R では全般的な記憶機能の低下が認められ、また JART での IQ に対し WAIS での IQ が大きく低下していたが (FSIQ JART50 107, WAIS 73)、入院生活は支障なく送られていた実績から本人・夫とも自宅退院を希望し、第 56 病日に退院した。

海馬を含めた両側側頭葉に高信号を来す病態としては、脳炎、てんかん重積、アルツハイマー型認知症等の神経変性疾患などが知られている。てんかん重積後の高信号は

大脳皮質 や海馬にきたしやすいとされる。高信号所見は可逆的だが重積状態が長いほど萎縮傾向を示しやすいと報告されており、本例の画像所見はその特徴に合致しているものと考えられた。

## 9. 日本に残りたい」うつ病発症後、帰国を迫られた未成年のウクライナ避難民: 症例報告

○村田泰斗<sup>1)</sup>、福元進太郎<sup>1)</sup>、森下美智<sup>2)</sup>、上野幹二<sup>1)</sup>、水野智之<sup>1)</sup>、大森一郎<sup>1)</sup>、小坂浩隆<sup>1)</sup>

1) 福井大学医学部精神医学講座

2) 福井大学医学部附属病院地域医療連携部

**【症例】**10代のウクライナ避難民

**【現病歴】**X年5月、ウクライナから日本に避難し、身元保証人Aのもとで、福井での生活が始まった。日本の高校への進学希望があったため、高校への編入が決まっていた。

X年7月、母のもとに帰りたいと訴え、抑うつ気分、興味・喜びの減退、食欲・食事摂取量の低下、10kg以上の体重減少、不眠、易疲労感、集中力の減退が出現し増悪した。X年8月、当科外来受診したところ、うつ病の診断でミルタザピン7.5mg、六君子湯が開始された。しかし、同日帰宅後に自殺目的で処方薬を大量内服し、翌日当科、任意入院となった。

**【入院後経過】**重度のうつ状態と判断し、ミルタザピン7.5mgを継続再開したが、入院4日目に病室の窓のカーテンを使い縊頸

した。身体的に別状はなかったが、依然として希死念慮を訴え重度うつ状態にあり自殺企図の恐れが極めて高いと判断し、隔離を開始した。ミルタザピンを22.5mgまで漸増し、支持的傾聴を継続し様子観察した。結果、うつ症状は他覚的に改善し、自覚症状についてはロシア語のPHQ-9で17点から7点と改善した。退院後今後の生活についての意向を本人に改めて確認すると、「日本に残って高校に進学したい。親の元に帰ると生活が終わる。今より悪くなる」と述べた。しかし身元保証人Aは「未成年で、自殺未遂もあったため、親が来日できないのであれば身元保証人の継続はできない」と帰国の方針としていると述べた。医療者としては、帰国による病状悪化も懸念され、本人の意向に沿うことが良いと考えた。本人がSNSを利用し自力で身元保証人候補Bを見つけ、紆余曲折はあったものの、結果的に身元保証人の変更ができ、入院93日目に退院の運びとした。現在も精神症状の悪化はなく日本での生活を続けている。

**【考察】**本症例では、幸い本人が自力で新しい身元保証人を探し出し、結果的に本人の意向に沿う形で退院となったが、ソーシャルワークに大変苦慮した。今後もこのような症例に出会う可能性は増えてくると考え、我々医療者も身元保証人、避難民などに関する知識を持つ必要があることは非常に有用であると感じた。本症例の経過を提示することで医療者の立場から身元保証人の変更に関しても含め、医療者がどのように対応すればより良かったのか検討がしたい。

## 10. 緊急に非自発的入院を要した外国人の 1 例

○湯浅 悠介<sup>1)</sup>、樋口悠子<sup>1)</sup>、松下有希子<sup>1)</sup>、  
 笹林大樹<sup>1)</sup>、関有里沙<sup>1)</sup>、石黒幹也<sup>2)</sup>、  
 福井琢也<sup>1)</sup>、古市厚志<sup>1)</sup>、高橋努<sup>1)</sup>、  
 鈴木道雄<sup>1)</sup>

1) 富山大学学術研究部医学系神経精神医学講座

2) 富山県立中央病院精神科

**【はじめに】**2022 年時点における在留外国人は約 300 万程度人であり、COVID-19 の収束 5 類感染症への引き下げ、高齢化や労働力不足などの様々な問題要因から今後もさらに増加していくと考えられる。一方で外国人診療における情報や知識は少なく、行政マニュアルも十分に整備されていない。今回、外国人の非自発的入院症例を経験したため、外国人診療における問題と今後の課題について考察する。発表にあたり本人から同意を得た。

**【症例】**30 代男性。これまで精神科的疾患の既往歴はなし。北アフリカの大学を成績上位で卒業。ティーチングアシスタントを経て、X-3 年に留学目的で来日した。在学中に自国の両親が続けて病死したり、研究が思うように進まないストレス等から抑うつ状態となり X-2 年からはうつ病エピソードの診断で通院治療を行っていた。症状の増悪や家族の健康問題で一時帰国を繰り返すなど、通学も通院も不規則な状態が続いた。論文執筆が進まず、卒業が危ぶまれる状況の中で X 年 3 月 22 日に飛び降りを試みた。翌日に「胸が痛い」「死にそうだ」と叫び救急搬送となった。自国の妻と連絡が取れず応急入院も考慮されたが、

次第に興味が強まり自傷のおそれが高いと判断されたため緊急措置入院となった。入院後は抗うつ薬の調整を行い、食生活や文化的習慣に配慮した対応を取ることで少しずつ信頼関係を構築した。抑うつ状態は軽快し、大学院指導教官と退院後の生活について話し合いを行い、入院 23 日目に退院となった。

**【考察】**外国人に対する診療においては言語的、文化的、経済的理由などが入院形態や入院生活に影響を及ぼす。診療を行うにあたっては、国ごとの生活習慣や文化に配慮することで患者との信頼感の構築に繋がると考えられた。言語の問題に関しては自動翻訳機(ポケトーク等)の充実や多言語版の告知文書等の作成が求められる。今後は精神科医療に対応した外国人診療マニュアルの整備が課題となるだろう。

本演題発表に当たり COI はない。

## 11. 石川療育センターにおけるペアレント・トレーニングの取り組み

○柳下杏子、東真由美、鈴木弘美、柳下道子  
 (社会福祉法人松原愛育会石川療育センター)  
 ADHD 診断・治療ガイドライン第 5 版では、これまでと異なり重症度に応じた治療選択が明確になったと同時に、治療の第一段階としては薬物療法を行う前に「環境調整と心理社会的治療」を行うことが明示された。心理社会的治療にある親支援プログラムとして PT: ペアレント・トレーニング、PCIT: 親子相互交流療法、CARE: 子どもと大人の絆を深めるプログラムが紹介されている。当院では「ペ

アレンティング・プログラム」として PT、PCIT、CARE を導入している。PT は医療、福祉、教育、保育機関など様々な分野で行われている反面、PT の内容も独自のものになっていたことに問題があった。そのため、2020 年に我が国の PT 実施に必須となる「基本のプラットホーム」が「ペアレント・トレーニング実践ガイドブック」内で示された。プログラムの核である①「コアエレメント」、プログラムの枠組みとなる②「運営の原則」、実施者に求められる機能を示した③「実施者の専門性」が挙げられた。当院は医療機関と福祉機関の両方を兼ね備えているが、PT が開発元である米国において ADHD の疾病特徴に沿った形で作られていることを考慮した結果、医療機関として標準式である精神保健研究所方式（精健式）を用いることを選択した。PT 実施には参加スタッフが「コアエレメント」を十分に理解している、「基本のプラットホーム」に忠実に従うことなどが要求されるが、公認心理師、言語聴覚士、作業療法士、相談支援専門員の他職種が勤務する当院では職種を超えて PT を共通言語にしていくには多大な努力が必要であった。試行錯誤しながら、現在 7 グループが修了し、PT 導入による患者家族の変化だけでなく、当院スタッフの取り組み方にも変化がみられている。

## — 学 会 抄 録 —

### 第 202 回北陸精神神経学会

日時：令和 5 年 8 月 27 日（日）

午後 1 時 30 分より

会場：富山大学杉谷キャンパス

医薬イノベーションセンター

日医工オーディトリウム

（主催：富山大学）

### — 一般演題 —

#### 1. 広汎性拒絶症候群の外来治療：症例報告

○東琢磨<sup>1)2)</sup>、眞田陸<sup>1)2)</sup>、上野幹二<sup>1)</sup>、  
鈴木太<sup>2)3)</sup>、小坂浩隆<sup>1)2)</sup>

1)福井大学医学部精神医学

2)福井大学子どものこころ診療部

3)上林記念病院こども発達センターあおむし

**【はじめに】**広汎性拒絶症候群は、食べること・歩くこと・話すこと・セルフケアの回避によって表される激しい興奮と拒否、そして介助に対する頑なな抵抗によって定義される摂食障害であり、病態や有効な治療について知られていることは少ない(Jaspers, 2009)。系統的レビューによると、治療期間は平均 14 ヶ月で、予後は寛解が 77%と比較的良好であるが、多くの場合に長期の入院治療を要した(John Otasowie et al, 2020)。今回我々は比較的早期に退院し、外来治療で家族との関わりが有効に働き症状改善が続いている一例を経験したため報告する。

**【事例】**元々社会適応がよかった自閉スペクトラム症の男児。小学 4 年生の夏休み明けから登校

渋りが始まり、週 1 回程度学校を休むようになった。小学 5 年生の 5 月からは食事量が極端に減り、急速に体重が減少した。家で一日中横になり、会話や入浴、更衣を強く拒否するようになった。かんしゃくを起こすことが増えた。11 月には低栄養・脱水状態のため総合病院小児科に入院した。12 月に当院精神科紹介となり、著しい低体重および治療拒否のため、医療保護入院とした。経口摂取を強く拒否したため経鼻栄養を開始した。診断を検討したところ、DSM-5 では病態がうまく説明できる疾患がなく、文献検索を通じて、広汎性拒絶症候群と診断した。医療者は本人の拒否する素振りを宥めながら、入浴や更衣の介助や歩行を促すリハビリを忍耐強く行った。すると、患者は徐々に入浴や更衣、歩行の促しを拒否せず受け入れるようになり、軽作業も行えるようになった。しかし、自発的に行動をすることはほとんどなかった。また、経鼻栄養により体重は年齢標準 BMI まで回復したが、経口摂取は依然拒否した。適応的行動がさらに拡大するためには家族の関わりが強化する予想し、家族に経鼻栄養の手技を指導し、入院 3 ヶ月目で退院とした。退院後、家族は根気強くリハビリ促進に取り組み、患者は家族と毎日散歩に行き、発話が増え、兄弟と仲良く遊ぶようになった。

**【考察】**入院治療では速やかに体重回復を行い、早期に外来に移行し、家族との関わりを増やしたことでリハビリが促進され症状が改善した。今後は経口摂取再開に向けて外来治療を継続する。

倫理的配慮：匿名性の保持等について説明し、保護者に同意を得た。

## 2. てんかんを伴う前頭側頭型認知症が疑われた姉妹例

○坂本和巳、上野摩耶、湯浅悠介、笹林大樹、高橋努、鈴木道雄  
(富山大学学術研究部医学系神経精神医学講座)

前頭側頭型認知症(FTD)は主として初老期に発症し、前頭葉や側頭葉を中心に神経変性を来し人格変化や行動障害、認知機能障害などが緩徐に進行する。欧米では 30～40%程度で家族歴を有するが、本邦では少なく、9.5%程度とされている。今回、初診時にはてんかん精神病が疑われ、後に FTD の診断が考えられた姉妹例を経験したので報告する。妹は 40 代、女性。電気スイッチを押し続けるなどの異常行動が月に 1 回程度認められたため、受診した。複雑部分発作として、抗てんかん薬が使用されたが、異常行動の抑制は困難であり、徐々に認知機能低下、ADL 低下が顕著となり、FTD と診断された。姉は 50 代、女性。仕事に支障が生じ、同じく異常行動が認められたため、受診した。抗てんかん薬で異常行動はやや抑制されたが、徐々に認知機能低下、ADL 低下が認められ、FTD が想定された。本症例では、姉妹の他にも家族歴があることから、遺伝子異常が認められる可能性がある。また、てんかんと認知症が互いに影響している可能性についての報告もあり、てんかん発作の抑制が認知機能低下の進行抑制に寄与するかもしれないという目線で診療にしていきたい。

## 3. レビー小体病が疑われたうつ病の 1 例

○白藤憲太郎1)、土田航祐 2)、宮岸良彰 3)、菊知 充 3)

- 1) 医療法人社団青樹会 青和病院、
- 2) 金沢大学附属病院神経科精神科、
- 3) 金沢大学医薬保健研究域医学系精神行動科学

### 【はじめに】

レビー小体病は、Lewy 小体型認知症(DLB)や認知症を伴うパーキンソン病を包括する概念である。いずれの疾患も、神経病理学的には大脳皮質の神経細胞に  $\alpha$  シヌクレインを主成分とするLewy 小体が蓄積すること、臨床的にはパーキンソニズムと認知機能障害が生じることが共通の特徴である。両者は臨床経過によって区別されているが、病理学上の違いについては明らかになっていない1)。

DLB 患者では、精神症状、自律神経障害、嗅覚障害、レム睡眠行動異常などが認知機能低下より数十年から数年早く生じるとの報告がある2)。本発表では、認知機能低下のないうつ病患者にパーキンソニズムが出現し、核医学検査所見とあわせて DLB が考えられた症例を経験したため報告する。

### 【症例】

本症例は 70 代の女性で、入院時にパーキンソニズムを認めていたうつ病であり、食欲不振が強く薬物療法では改善が得られなかったため修正型電気けいれん療法による治療を要した。抑うつ症状の改善後に精査を行い、本患者は進行性の認知機能低下をきたしていなかったが、パーキンソニズムに加えて DAT スキャンと MIBG 心筋シンチグラフィでの取り込み低下があるた

め DLB が考えられた。そのため、DLB の前駆症状としてうつ病を発症していた可能性が考えられる。

#### 4.精神科領域で脳小血管病は適切に対応されているだろうか？脳微小出血をバイオマーカーとする早期の診断と対応

○林眞弘<sup>1)</sup>、東光太郎<sup>2)</sup>、小林克治<sup>3)</sup>

- 1) 医療法人社団浅ノ川桜ヶ丘病院神経科精神科
- 2) 医療法人社団浅ノ川浅ノ川総合病院放射線科
- 3) 医療法人社団澄鈴会栗津神経サナトリウム精神科

脳小血管病 (cerebral small vessel disease, CSVD) とは、表在・深部穿通枝が脳実質内で分枝化を重ね形成した脈管ネットワーク内における機能的・器質的障害を起因とする疾患である。脳小血管は小・細動脈から毛細血管、小静脈までの脈管であり、この領域は血液脳関門を有し、神経系へのエネルギー供給や老廃物のドレナージ機能をもち、神経・血管ユニットとして重要な役割を果たしている。CSVD の原因は多元性であるが、孤発性の場合にはアミロイド  $\beta$  蛋白の血管壁への蓄積を主因とする脳アミロイド血管症 (CAA) と、血管リスク因子などによる高血圧性細動脈硬化症 (HSVD) の 2 つがその主体をなす。近年 CSVD の画像所見や疫学的検討などから臨床像が明確化してきている。画像ではラクナ梗塞と大脳白質病変の古典的病変に加え、MRI の解析能の進歩により描出が可能となった脳微小出血 (cerebral microbleed, CMB)、血管周囲腔の 4 つの所見が重視されている。中でも CMB は MRI 磁化率

強調画像により、血管から漏出、貪食細胞に取り込まれたヘモジデリンが可視化され、直径約 2-5 mm (最大 10 mm) で円形・楕円形の輪郭の明瞭な像として描出され、定量的評価も可能である。また CSVD は、血管性認知症 (Vascular Dementia, VaD) の半数の原因疾患とされ、脳卒中の 2-3 割で関連性が指摘されており、さらに最近では、アパシーや歩行・バランス障害などの感情・運動障害との関連も注目されている。

今回、CSVD の 4 症例と心原性塞栓型の VaD 1 例、CSVD の合併が疑われる統合失調症の 1 例を報告した。CSVD は症状が潜行性で、臨床的把握や対応が遅れることも少なくない。CMB 所見は、脳内の出現量や分布のパターンから CAA、HSVD の鑑別にも有効であり、認知機能障害、脳卒中、てんかん発作やアパシー、歩行障害などの多くの臨床症状との結びつきも深く、CSVD の早期の把握や対応を可能にする有益な所見と考えられる。しかし統合失調症に CSVD が合併した際には、元来の症状や薬剤の影響から、CSVD により生じた症状との鑑別が難しくなることが想定される。統合失調症患者は血管リスク因子の暴露の頻度が高く、中年期以降は CSVD の合併も想定し、脳画像では CMB 所見を中心とする検索から、早期に CSVD の把握・対応を図る必要がある。

#### 5. 躁症状を呈した全身性エリテマトーデスの一例

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

(金沢医科大学精神神経科学)

**【症例】**40 代女性

**【病前性格】**穏やかで優しい

**【家族歴】**精神科的遺伝負因なし

**【既往歴】**10 代で虫垂炎手術、人工妊娠中絶

**【生活歴】**夫、長女と同居。工業高校卒後は歯科衛生士、現在は派遣社員として製造業

**【現病歴】**X-7 年、再生不良性貧血と抗核抗体陽性を指摘されるが治療は不要と診断。X-1 年 11 月、気分易変性、食欲低下、不眠が出現。X 年 3 月に食欲低下の遷延について内科へ検査入院しシェーグレン症候群を指摘されたが対症療法となった。その後も症状は増悪し、X 年 4 月には多弁、易怒性、自尊心の肥大、睡眠欲求減退が出現した。このため X 年 4 月に当院救急部を受診し、加療目的に当科医療保護入院となる。

**【入院時検査所見】**身体所見で微熱と蝶形紅斑。神経学的異常所見なし。血液検査で軽度白血球減少、CRP 軽度高値、血沈亢進。腎機能は正常。自己抗体で抗核抗体 80 倍以上の高値、抗 SS-A、SS-B 抗体陽性。髄液検査で細胞数、タンパクは正常も IL-6 が高値。脳波検査で異常所見なし。頭部造影 MRI 検査で頭蓋内の器質的な異常なし。

**【入院後経過】**入院日から隔離を開始し、躁症状に対してアリピプラゾール 24mg の経口投与を開始した。当院血液免疫内科、脳神経内科と連携し、全身性エリテマトーデスと診断した。躁症状の評価は YMRS を用いた。入院時は 38 点であったが病識を認め、隔離を解除した。入院 14 日目より 3 日間メチルプレドニゾン 1000mg/day のステロイドパルス療法とそれに続くプレドニゾロ

ン 40mg/day の経口投与による治療を行った。これにより入院 21 日目には 2 点と精神症状が改善した。プレドニゾロンを漸減し、自宅退院とした。退院後に過鎮静を生じたためアリピプラゾールを終結したが、それ以降も精神症状の再燃はみられなかった。

**【考察】**本例は全身性エリテマトーデスと診断された時点で躁症状を呈していた一例である。抗精神病薬による治療に加え、ステロイドによる治療を行ったところ、症状が改善した。原病治療後に過鎮静を生じた事は、精神症状は随伴症状であったことを示唆するとも考えられる。自己免疫疾患は、精神症状を呈する器質性疾患として常に鑑別診断として念頭に置くべきであると考ええる。

## 6. クロザピン使用中の治療抵抗性統合失調症に対して修正型電気けいれん療法を施行した 1 例

○加藤雅晃<sup>1)</sup>、前田泰之<sup>1)</sup>、佐野滋彦<sup>2)</sup>、  
宮岸良彰<sup>2)</sup>、菊知充<sup>2)</sup>

1) 金沢大学附属病院神経科精神科

2) 金沢大学医薬保健医学系精神行動科学

**【症例】**統合失調症のため 11 年前より精神科通院中の 40 代女性。クロザピン 400 mg を含む薬物治療により、幻聴は残存していたものの生活機能は保たれ、概ね安定していた。数カ月前より幻聴が増悪し、複数の非定型抗精神病薬が併用されたが、いずれも不応であり当科に入院となった。入院時より「おかずをつくれ」などの幻聴が持続しており、幻聴の影響で強い不安、焦燥も認めていた。修正型電気けいれん療法(以下、mECT)を施行して幻聴の大幅な改善を認め

不安、焦燥も消失したため合計 5 回の通電で mECT を終了し退院としたが、退院の数日後から幻聴、不安、焦燥が再燃し当科に再入院となった。再度 mECT を開始し 6 回の通電で前回退院時と同程度まで改善し、そのあと更に 3 回通電したが通電後の症状の変化がみられなくなり、合計 9 回の通電で mECT を終了し退院とした。退院から 2 カ月が経過し、幻聴は持続しているものの不安や焦燥は軽度で、外来通院にて治療を継続している。【考察】統合失調症のうち、複数の抗精神病薬を十分量、十分期間用いても症状の改善が乏しいものは、治療抵抗性統合失調症と呼ばれる。治療抵抗性統合失調症に対する最も効果的な薬物療法としてクロザピンが知られているが、クロザピンを用いても十分な改善が得られない症例が 40-70%程度存在し、クロザピン抵抗性統合失調症と呼ばれている。クロザピン抵抗性統合失調症に対し高い有効性を備えた薬物療法の報告はなく、一方で RCT を含む複数の研究により mECT の有効性が報告されているため、本症例においては mECT を施行した。クロザピン抵抗性統合失調症に対する初回 mECT 後の再燃率は 32%と高く、本症例においてもごく短期間で症状再燃を認め、mECT の再施行を要した。再入院後は、初回入院時よりも症状の改善持続期間が長く、mECT の施行回数を増やしたことが、症状再燃予防に寄与した可能性が考えられた。後方視的研究でクロザピン抵抗性統合失調症に対する急性期 mECT 後の症状改善の維持に maintenanceECT が有効であった可能性があることが報告されており、症例ごとに症状や患者の希望などを考慮し maintenanceECT の実施を検討する必要がある

と思われた。

## 7. ルラシドン単剤治療が奏功した思春期うつ病： 症例報告

○今成英司 1)2)、東琢磨 1)2)、眞田陸 1)2)、  
小坂浩隆 1)2)

- 1) 福井大学医学部精神医学講座
- 2) 福井大学子どものこころ診療部

【はじめに】抑うつエピソードの診断治療において、当初は単極性のうつ病と診断であったとしても、縦断的な経過で躁転を経験し、双極性障害と診断変更されることがある。児童思春期の臨床では特に患者の病歴が短く縦断的な情報が乏しいため、躁転を予測しながら治療を行うことが重要であると言える。この度我々は、単極性のうつ病の診断であったが、双極性障害の可能性に配慮した薬剤選択を行い、ルラシドンが奏功した思春期うつ病の一例を経験した。薬剤選択に関する Shared Decision Making のプロセスを含め、若干の考察を含め症例報告する。

【症例概要】気分の落ち込みや不登校を主訴に他院より紹介され当科にて入院加療した 14 歳女性。抑うつ気分が 1 年以上持続し、食欲不振・不眠・集中困難なども断続的に認められたことから、持続性抑うつ障害と診断した。家族歴として、母が未診断・未治療の双極性障害である可能性が高いことが伺われたため、患児本人は初回のうつ病エピソードではあったものの、双極性障害の抑うつエピソードを見ている可能性も考慮した方がいいと判断した。本人・家族にもうつ病・双極性障害のそれぞれの治療方針などをそ

それぞれのメリット・デメリットも含めて時間をかけて説明し、Shared Decision Making を行った。結果として本人・家族が双極性障害に準じた治療を選択したため、双極性障害に対する第一選択であるルラシドン単剤での治療を選択したところ、劇的に症状が改善した。

**【考察】**児童思春期の単極性のうつ病エピソードにおいて、躁転のリスクを想定し、双極性障害に準じた薬物療法を行うことが有効である可能性がある。また、児童思春期のうつ病の評価・治療においては、双極性障害の抑うつエピソードを見ている可能性も念頭におき、家族歴も含む詳細な情報収集を行うことが重要である。同時に、治療選択においては、こうした診察や問診内容に基づいて十分に検討した上で、治療の主体となる患者本人・ご家族と情報を共有し、十分な理解・納得の上で一緒に治療方針を決める Shared Decision Making のプロセスが重要であると考えられる。

## 8. 当院におけるクロザピン使用状況、特に血中濃度との関係について

○渡辺こころ、松原三郎

(社会医療法人財団松原愛育会 松原病院)

治療抵抗性統合失調症をクロザピンで治療する事は世界的に見れば標準的な治療であるが、2009年に本国でクロザピンが発売されてから現在まで依然として標準的な治療となっていない現状がある。そんな中で、令和4年4月の精神科救急の診療報酬改定において精神科救急病棟においてクロザピン導入件数が要件として追加されており、国としてもクロザピンの導

入の推進を推し進めている現実がある。それに加えてクロザピンの血中濃度測定についても診療報酬がとれるようになった。

このような流れの中で当院においても2015年よりクロザピン治療を行い、2023年5月までに204名の治療抵抗性統合失調症患者様へ導入を行い、中止・転院・休薬を除くと106名が現在も当院で内服を継続している。クロザリル使用中の外来患者数は年々増加し、現在71名となっている。臨床的にクロザピンの効果を強く実感している一方でより詳細な指標を用いた評価を行ってこなかった。そのため今回は2つの評価を行うこととした。

一つ目はクロザピン導入前後におけるPANSS陽性および陰性評価尺度の平均点の差についてt検定を用いての評価である。結果として全ての項目において有意である事が示され、特に陽性評価尺度においては“妄想”、“興奮”、“幻覚による行動”、陰性評価尺度においては“疎通性の障害”、“受動性/意欲低下による社会的引きこもり”、“情動の平板化”に対する効果が高い事が分かった。

二つ目はクロザピンの血中濃度 250-700ng/mL の対象者に対して陽性および陰性症状評価尺度の合計点の差の評価である。クロザピンの治療域についての報告はいくつかあるがその中で最も広いPazの報告1)を元に上限・下限を設定した。その結果250-550ng/mLに71%の患者が存在しており、効果が高い対象者もこの範囲内に集積していた。この事から250-550ng/mLが有効血中濃度のひとつの指標となりうる可能性が示唆された。しかし、除外した血中濃度が100ng/mL前後の症例においても著

しい効果を示した例がある事も確かでありその機序の検討が必要となるだろう。今後は性差や喫煙などの項目についての血中濃度との関連の評価や効果の高い対象者の特徴分析も行っていきたい。

1) Reimngton, G., Agid, O., Foussias, G. et al.: Clozapine and therapeutic drug monitoring: is there sufficient evidence for an upper threshold? *Psychopharmacology* 225(3): 505-518, 2013

## 9. 富山大学附属病院神経精神科におけるジェンダー外来の取り組み

○古市厚志<sup>1)3)</sup>、山浦千代美<sup>2)3)</sup>、鈴木道雄<sup>1)3)</sup>

- 1) 富山大学附属病院神経精神科
- 2) 富山大学附属病院医療福祉サポートセンター
- 3) 富山大学附属病院ジェンダーセンター

性別不適合とは、その人の実感しているジェンダーと指定された生物学的性に対する不一致が著しく持続することを特徴とする。当院では2021年10月にジェンダーセンターを開設し、性別不適合の診断や治療の窓口として神経精神科外来で患者を受け入れている。センター開設後、性別違和を主訴とした初診患者は増加しており、2021年は12名、2022年は31名、2023年は1～6月までで18名であった。富山県内だけでなく近隣県からの受診も増加しており、診断としてはトランス女性の増加が目立った。また、性自認が男性や女性にはっきりと区別できないノンバイナリーの方も一定の割合にみられた。生物学的女性は、生物学的男性よりも10代での受診が多かった。ジェンダー外来の役割は、ジェンダ

ーの悩みをもった患者さんの診断および精神的サポート(家族サポートも含む)、身体治療の判定会議におけるプレゼンテーション、周術期のリエゾン対応などがある。身体治療の妥当性の判断は、北陸GIDネットワーク(北陸地域の精神科医、産婦人科医、泌尿器科医、形成外科医、看護師、弁護士等が参加している)の判定会議に諮っている。患者の支援には他診療科、他医療機関との連携もしばしば必要となり、チーム医療を意識した診療が重要である。

## 10. 北陸 3 病院における統合失調症患者の BACS-J の結果の特徴 ～その1～

○荒井宏文<sup>1)</sup>、芹山尚子<sup>1)</sup>、榎村美智子<sup>2)</sup>、寺井真奈美<sup>2)</sup>、嶺藤 景<sup>2)</sup>、山崎健生<sup>2)</sup>、今井透<sup>3)</sup>、北谷真唯<sup>3)</sup>、橋本玲子<sup>3)</sup>

- 1) 国立病院機構北陸病院
- 2) 公立能登総合病院
- 3) 金沢医科大学病院

**【問題と目的】** 認知機能障害は統合失調症の中核症状であり(Green 1996 他)患者の社会機能に大きな影響を及ぼす(Green 1996 ; Green et al., 2000)。近年、統合失調症患者に対する認知機能リハビリテーションも広がりを見せており(Medalia et al., 2002 ; 中込・最上 2008 等)、その計画・実施に当たっては、社会機能の改善に関連する認知機能の評価が求められる。

統合失調症患者の認知機能評価ツールとしてKeefら(2004)によってBACSが開発された。兼田ら(2008)によって日本語版(BACS-J)が作成され、信頼性・妥当性が確認されている。本研究で

は、実施経験から生じた以下の臨床疑問を検証することを目的とした。

統合失調症患者の BACS-J 下位検査毎に、健常者群(兼田他 2013)との差の程度に違いがあるのではないかと。

認知機能リハビリテーションの立案時に注目すべき下位検査があるのではないかと。

### 【方法】

対象: 研究参加 3 病院において入院および外来で BACS-J を受検した統合失調症患者

調査期間: 2017 年 9 月～2022 年 6 月

対象年齢: 20 歳以上 65 歳未満

除外規準: アルコール依存症・知的能力障害

抽出データ:

個人属性: 評価時の実年齢、性別、教育年数、就労状況

認知機能評価: BACS-J、WAIS 知能検査

分析: BACS-J の素点および Z score の平均、標準偏差を算出。

個人属性と BACS-J の Z score について相関を算出。

**【結果】**BACS-J 各下位検査のうち『言語記憶』『トークン運動』『符号』において健常者群の各年齢平均よりも標準偏差が小さく、低下の傾向が示された。『ロンドン塔』においても低下が見られたが、標準偏差が大きかった。就労状況と『言語性記憶』の間に関連が見られた。WAIS との関連は認められなかった。

**【考察】**3 病院のデータの特徴から、統合失調症の認知機能障害では、一定して障害されやすい機能と、個人差の大きな機能がある可能性が示唆された。統合失調症患者の認知リハビリテー

ションを考える際には、WAIS による知的能力の評価のみに留まらず、言語性記憶機能等の認知機能評価を行うことが有用である可能性が示唆された。

## 11. 金沢医科大学病院睡眠医学センターにおける受診患者の動向について-2022 年の集計結果から-

○古田壽一<sup>1)</sup>、堀 有行<sup>1)</sup>、山本博之<sup>2)</sup>

1) 金沢医科大学病院睡眠医学センター

2) 金沢医科大学病院中央臨床検査部

金沢医科大学病院の睡眠医学センターは呼吸器内科と集学的医療部に個別に設置されており、呼吸器内科のセンターでは睡眠関連呼吸障害の診療を行っており、集学的医療部のセンターではそれ以外の主として精神神経系の睡眠障害(不眠症、中枢性過眠症、概日リズム睡眠・覚醒障害、睡眠時随伴症、睡眠関連運動障害)の診療を行っている。演者は集学的医療部のセンターでの診療を担当している。

2022 年の終夜睡眠ポリグラフィ(PSG)の施行件数は 206 件であり、そのうちの 75%が睡眠時無呼吸症候群(疑いを含む)であったことから、2 つの睡眠医学センター全体での初診患者の約 75%は呼吸器内科の睡眠医学センターの初診患者であったと考えられる。残りの 25%がそれ以外の睡眠障害が疑われる患者で集学的医療部の睡眠医学センターの初診患者であった。

集学的医療部の睡眠医学センターで演者が診療を行った 114 名の初診患者の約半数は 10 代から 20 代の若年者であり、中枢性過眠症が疑われる患者であった。睡眠表記録、アクチグラフィ、

PSG、反復睡眠潜時試験 (MSLT) などの諸検査の結果、診断として 10 代の中高中生では特発性過眠症が最も多く (34.7%)、次いで睡眠不足症候群、概日リズム睡眠・覚醒障害 (多くは睡眠覚醒相後退障害) が多かった (各々 17.4%)。

若年者の過眠症状の背景には現代の我が国における社会生活時間 (生活の夜型、睡眠時間の短縮) の問題があり、その影響で過眠症の病状を複雑化していると考えられた。

## 12. 初診患者が当院を選んだ理由: ある医師における 7 年間の結果

○棟居俊夫<sup>1)</sup>、川尻良太<sup>1)</sup>、和田有司<sup>1)</sup>、  
加賀良康武<sup>1)</sup>、喜多克尚<sup>1)</sup>、織田忠明<sup>1)</sup>、  
菊知充<sup>2)</sup>

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

本調査は倫理委員会に諮らずに行われた。扱った個人情報には患者 ID、市町水準の居住地、年齢である。そこで ID と居住地・年齢は連結可能として別々の電子ファイルに保存し、それぞれを別の場所に保管した。

受診する医療機関を決める行為の背景にはさまざまな要因があるだろうと思われる。筆頭演者は 2016 年度から当院に在籍しているが、初診患者に初めは何気なく、そのうちに日常的に、なぜ当院に決めたのかを尋ね、診療録に記載してきた。そこで 2016 年度から 2022 年度までに筆頭演者が診療した初診患者が当院を選択した理由、市町水準の居住地、年齢、受診年度を診療録から抽出した。再初診患者は除外した。総数 764 名が調

査対象となった。複数回答があったため選択理由は 796 個である。知人・教師・上司などから「勧められた」場合が最も多く、次いで「紹介状持参」であり、それぞれ 25% ほどであった。また距離が近い・前から知っていたので受診した「地元だから」の場合、「ホームページを見て」受診した場合がそれぞれ 15% ほどであった。居住地との関連は「地元だから」が当院の所在する加賀市在住の者が有意に多く、「ホームページを見て」は逆に加賀市以外に在住の者が有意に多かった。年齢との関連は「紹介状持参」に比べ「勧められた」、「ホームページを見て」が有意に若かった。受診年度との関連は、統計学的な検定はできなかったが、「ホームページを見て」と「地元だから」が年々増えていた。本調査には当院のある一人の医師の結果である、何らかの定型的な調査票に依った結果ではない、7 年という短い期間の結果であるという問題点がある。今回の結果から、「ホームページを見て」当院受診を決めた場合は、居住地がより広範囲で、年齢がより若く、その割合が年々増えている可能性が示唆される。

## 13. 石川県における精神障害者の生活実態調査結果報告

○松原三郎、中谷賢宗、道見藤治、松田茂喜、  
岩尾貴

(石川県における精神障害者への医療費助成の拡大を求める連絡協議会)

2018 年に石川県家族会連合会が中心となって、「石川県における精神障害者の医療費助

成制度の創設を求める連絡協議会」を立ち上げた。2019年9月に石川県は「障害のある人もない人も共に暮らしやすい石川県づくり条例」を制定し、さらに、2020年10月には、精神障害者保健福祉手帳で1級と判定された人達については、「心身障害者医療費助成制度」の対象とすると、精神障害者医療の改善に大きな一歩を踏み出した。しかし、精神障害者が訴えたいのは、精神に障害のある人達とその家族が低収入のもとで貧困にあえいでいること、そして、一般科受診費用の軽減策が行われていないことである。この点では、他の2障害との格差・差別が歴然と存在することである。その実態を明らかにするために、生活実態調査を行なうことになった。調査内容は16項目からなるもので、調査対象は、通院公費負担対象者(自立支援医療利用者ならびに精神保健福祉手帳保持者)、及び精神科病院入院者の中から市町ごとに5%を抽出し、1030人に回答を求めたところ、426件の回答があった(回答率41.4%)。426人の回答者のうち通院中が70.9%、入院中が23.7%であった。このうち手帳所持者は243人(63.6%)であった。収入面について分析すると、本人の年間収入では、80万円未満が49.1%で150万円未満が29.6%と合わせると全体の78.7%が非課税世帯に該当する低収入者である。自立支援医療は73.6%が利用しているが、上限額5,000円以下が63%にも及んでいる。年間収入が少ないことは、個々の暮らし様々な影響を与えるが、年収が80~150万未満では「生活費が不足~生活するのにぎりぎり」が38%であるが、年収80万円未満では66.3%が「生活が難しい」と答えている。手帳の等級で比

較すると2級所持者では50.4%が「生活するのにぎりぎり」と答えている。精神科通院では自立支援医療で医療費は軽減されるが、一般科では3割負担をしなければならない。経済的な負担が大きいために、23.3%の人達が「お金がないから」と言う理由で受診を控えていることが明らかとなった。

**(まとめ)**精神障害者の多くが低収入に苦しんでおり、手帳2級所持者では86.4%が年収150万円未満の低収入である。暮らし向きは苦しいだけでなく23.3%が一般科の受診を控えている実態が明らかとなった。低収入の改善も必要であるが、まず、手帳が2級と重症な人達の一般科受診には一定の減額が行われるように、早急な改善を求めたい。

#### 14. 安静時機能的結合をもちいた神経ネットワーク解析について

○川崎康弘<sup>1)</sup>、妹尾貴紀<sup>1)</sup>、大畑郁乃<sup>1)</sup>、小出蓉子<sup>1)</sup>、片岡謙<sup>1)</sup>、嶋田貴充<sup>2)</sup>、橋本玲子<sup>1)</sup>、長澤達也<sup>1)</sup>、上原隆<sup>1)</sup>

1)金沢医科大学精神神経科学

2)積仁会岡部病院

初期の脳画像、特に機能的磁気共鳴画像(fMRI)の研究の多くは、ある脳機能と特定の脳領域の間のマッピングを目的としていた。しかし、脳の多くの領域は複雑な課題になるほど様々な脳活動が複合しており、単独で単一の認知機能を担っているのではなく、他の脳領域と共に活動することで、認知機能の遂行を支えていることが示されている。このことは従来のマッピングというアプローチの限界を示しており、異なった脳

領域がどのようにネットワークを介して協調し、認知機能を実現しているかを探る新たな研究を促すこととなった。発表では演者らがおこなっている、安静時機能的結合をもちいた fMRI の技法を気分障害患者と健常者の比較研究を例に紹介した。患者と健常者全例の主成分分析により代表的なネットワークと空間的特徴が一致する成分が得られ、その成分の構成部位に患者と健常者では特性が異なることが示された。関心領域間の機能的結合の度合いを測定したところ、患者の症状の重篤度と関連する機能的結合部位が認められた。脳機能をつかさどる神経ネットワークは、安静時でも構成部位間における機能と相関することが示されており、脳の機能的結合を用いた安静時 fMRI 検査法は、魅力的な可能性を持った技法と言えるだろう。

## — 学 会 だ よ り —

## I. 役員 (2023年3月～2026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：岡田淳夫、金田礼三

会 計：奥田丈士

## II. 令和5年事業報告

## 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(日)

場 所：Zoomによるオンライン開催

演題数：12題

## ・特別講演：

「アルツハイマー病：疾患修飾へのアプローチ」

講師：金沢大学大学院医薬保健学総合研究科

脳神経内科学教授 小野賢二郎先生

## (2) 第202回北陸精神神経学会

日 時：令和5年8月27日(日)

場 所：富山大学杉谷キャンパス医薬

イノベーションセンター

日医工オーデトリウム

演題数：14題

## ・特別講演：

「思春期心性と思春期にみられる精神疾患」

講師：富山大学附属病院

こどものこころと発達診療学講座教授

辻井農丞 先生

## 2) 令和5年北陸精神神経学会 幹事会総会

日 時：令和5年3月10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37巻第1-2号合併号(2023年12月予定)

## V. 令和4年会計報告

別紙 表1の通り

## VI. 令和6年事業計画

## 1) 学会の開催

## (1) 第203回北陸精神神経学会

日時：令和6年3月17日(日)

場所：石川県立図書館 開催

主催：金沢大学

## (2) 第204回北陸精神神経学会(案)

日時：令和6年9月(未定)

場所：未定

主催：福井大学

## 2) 幹事会および総会の開催

令和6年北陸精神神経学会総会(予定)

日時：令和5年3月17日（日）

場所：石川県立図書館2F 研修室

（五十音順に掲載）

2) 令和5年度退会会員：5名

### 3) 機関誌の発行

北陸神経精神医学雑誌第37巻

（令和6年12月 発行予定）

## VIII. 会員の状況(令和5年10月)

総会員数：384名

### 1) 令和5年度新入会員：22名

浅岡 浩平	福井大学医学部附属病院
麻生義和	富山大学附属病院
稲田 惇一郎	松原病院
今成 英司	福井大学医学部附属病院
加藤 雅晃	金沢大学附属病院
川妻 加奈	福井大学医学部附属病院
木崎 裕哉	松原病院
小和田 航太郎	福井大学医学部附属病院
眞田 陸	福井大学医学部附属病院
白藤 憲太郎	金沢大学附属病院
芹山 尚子	国立病院機構北陸病院
宗宮 有佑	福井大学医学部附属病院
高嶋 祐大	松原病院
武田 卓朗	金沢大学附属病院
土田 航祐	北陸病院
鳥越 美沙子	富山大学附属病院
東 琢磨	福井大学医学部附属病院
平谷 清吾	松原病院
前田 泰之	金沢大学附属病院
山田 真平	金沢大学附属病院
吉岡 稔拓	松原病院
和田 侑也	金沢大学附属病院

表 1

## 北陸神経学会2022年収支決算報告書

(令和4年1月1日～12月31日)

(単位：円)

## 収入の部

項 目	内 容	金 額
会 費	2022年正規会員会費	681,000
	2022年臨時会員会費	1,500
	正規会員過年度会費	153,000
広 告 料	学会誌への広告掲載 36巻(8社)	150,000
雑 収 入	預貯金の利息	13
	著作権料、機関誌収入	5,910
繰 越	令和3年度繰越金	1,797,253
	収入合計：A	2,788,676

## 支出の部

項 目	内 容	金 額
通 信 費	査読依頼・学会誌郵送等	67,368
事 務 費	B5用紙他	40,811
慶 弔 費	2名(地引家、日野家)	30,372
199 回 学 会	学会費：福井大学 R4.3.13 WEB開催	413,040
200 回 学 会	学会費：金沢大学 R4.9.5 ハイブリット開催	994,067
201 回 学 会	学会費：金沢医科大学R5.3.5 WEB開催予定	250,165
学 会 誌 35 号	発送費用等 2021年12.28 発刊	14,860
	支出合計：B	1,810,683

収入合計：A	支出合計：B	=期末残高(A-B)
2,788,676	1,810,683	977,993

上記を令和5年度に繰り越す

令和5年 2月 18 日

事務局長 菊知 充

会 計 内藤 暢茂

奥田 文士

監 事 岡田 淳夫

金田 礼三



## 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、その了承をえたるものとする。
- (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 |
- (役員を選出)  
 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 役員任期は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「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。

3. 学術集会における参加者で今年度のみの参加を希望する場合、次の臨時会費を納めなければならない。

(臨時会費：社会人1500円、  
学 生1000円)

- ・ 2023. 3. 5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.  
Cloninger, 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、<sup>1)</sup>、<sup>2)</sup>、<sup>3)</sup>、<sup>4)</sup>、<sup>7)</sup>、<sup>8)</sup>、<sup>9)</sup>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) <sup>1)</sup>は……Bland ら <sup>1)</sup>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

まず令和6年1月1日に発生した能登半島地震において被災されました皆様には、この場をお借りして心よりお見舞い申し上げます。まだまだ厳しい日々が続いていますが、一日も早く、少しでも日常を取り戻していかれますことを日々心より願っております。

令和5年は約4年にわたって続いていたコロナ禍からようやく抜け出し、学会、研修会等でも対面開催が復活した1年となりました。そして例年通り、本学会機関誌の発行準備を進めておりました矢先の令和6年1月1日、令和6年能登半島地震が起こりました。発生から2週間余り経過した今、被害状況の調査が進み、今回の地震の被害の大きさ、深刻さも徐々に明るみに出てきております。本学会会員の皆様の中にも、自らも被災しながら、今も孤軍奮闘で能登の皆さんのために身を粉にして活躍されている方々がおられます。そのような皆様に改めて感謝申し上げます。

この度は北陸神経精神医学雑誌第37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201回及び第202回の北陸精神神経学会における特別講演要旨を掲載いたしました。また3篇の貴重な原著論文をご投稿いただき、『会員の声』にも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。  
(坪本 真)

### 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 坪本 真

北陸神経精神医学雑誌 第37巻 令和6年2月14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



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<sup>®</sup>SR カプセル 37.5 mg・75 mg

EFFEXOR<sup>®</sup> SR CAPSULES

ベンラファキシン塩酸塩徐放性カプセル

注意→医師等の処方箋による使用すること

新薬 処方箋医薬品

●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**

〒641-0045 大阪市中央区道修町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

**INVENTING FOR LIFE**

人々の生命を救い  
人生を健やかにするために、挑みつづける。

**MSD製薬**  
INVENTING FOR LIFE

MSD株式会社 [www.msdd.co.jp](http://www.msdd.co.jp) 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア

PROGRESS | Japan  
IN MIND | Psychiatry & Neurology  
Resource Center

精神医学・神経医学界を支援するための医学情報ウェブサイト

# Progress in Mind Japan Resource Center

精神・神経疾患領域に特化したルンドベックが最新の医学情報を提供

## 最新学術情報

国内外の医学誌・医学会における研究発表や注目のトピックスを日本語で紹介  
ジャーナルニュース/学会ハイライト/文献レビュー

## エキスパートによるインサイト

第一線で活躍されているエキスパートのインタビューシリーズ「精神医学クローズアップ」/  
オンデマンド動画/ウェビナー開催

## ナレッジライブラリー

精神科領域の評価尺度一覧/脳のイメージ素材集「Image Bank」/THINC-it®など



[japan.progress.im](http://japan.progress.im)

URLまたは2次元コードからご登録をお願いします



ルンドベック・ジャパン株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門四丁目1番17号 神谷町プライムプレイス

LwJ-B6-2022-PIIM



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、精神神経領域およびがん領域を重点疾患領域とし、これまで紡ぎあげてきた当社の経験と知識を最大限生かせるこれらの領域において、引き続き、医薬品、再生・細胞医薬、非医薬等の研究開発に挑み続けます。

 **Sumitomo Pharma**  
Innovation today, healthier tomorrows



詳しくはこちら

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、知っているに役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

検索

<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



## 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](http://www.takeda.com/jp)





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製圧活動を支援しています。

**TEIJIN**

Human Chemistry, Human Solutions

患者さんの  
Quality of Lifeの向上が  
私たちの理念です。



帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社

〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD005-TB-2103-1



メラトニン受容体作動性入眠改善剤

**メラトベル<sup>®</sup> 顆粒小児用 0.2%**

Melatobel<sup>®</sup> granules 0.2% for pediatric

製造販売元

メラトニン

処方箋を必要とする。処方箋の処方により処方すること。

**Nobel**pharma

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

- 「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。

2022年6月作成