

仁明会精神医学研究 第16卷1号

Journal of Jinmeikai Research Institute for Mental Health

Volume 16, Number 1, December 2018



一般財団法人 仁明会

市民公開講座「心の問題 – 最新の知見」 2018年9月9日





巻頭言

国際生物学的精神医学会での市民公開講座によせて

一般財団法人仁明会 理事長 森村 安史

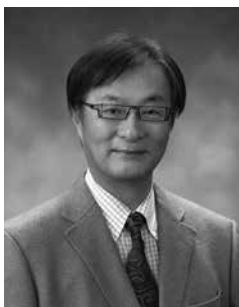
精神医学という言葉に皆様はどのような印象をお持ちでしょうか？精神科は外科や内科に比べると一般には少しわかりづらいところがあります。レントゲンや血液検査の結果を示されて「ここが悪くなっていますよ」と言われると納得しやすいのですが、精神科は数値や画像で異常をお示しすることがあまり得意ではありません。このたび神戸で開催された「アジア太平洋地域生物学的精神医学会国際会議」は精神医学が生物学に基礎を置いて研究されている学問であることを改めて思い出させてくれる学会でもあります。精神疾患は心の病とも言われ、ともすると生物学的にはなかなか解明されない領域のようにも見えます。しかし精神の病はどこかで生物学的な異常を伴っているとの考えが成り立っているのです。

2018年9月8-9日に神戸商工会議所において開催されましたアジア太平洋地域生物学的精神医学会国際会議は、仁明会精神衛生研究所の所長としてお迎えした武田雅俊先生が世界生物学的精神医学連盟理事長として、神戸大学精神科教授曾良一郎先生を大会長として開催されたものでありますが、おりしも関西地方を直撃した台風により関西国際空港が閉鎖となり、海外からの参加者が神戸に来ることができない事態となり、大会関係者はやきもきされたと伺っておりますが、最終的には約四百名の参加者を得て成功裏に終了したと聞いています。

このアジア太平洋地域生物学的精神医学会最終日の2018年9月9日に「心の問題-最新の知見」と題した市民公開講座を開催できましたことは、仁明会としても大変意義深いことと思っております。財団法人として活動してきた仁明会もこれでまた一段と市民の皆様役に役立つ活動に幅を広げたのではないかと思います。市民公開講座にご参加いただいた市民の皆様、準備に尽力された仁明会職員の皆さんに感謝を申し上げます。

一般財団法人仁明会は昭和28年からそれぞれの時代が抱える精神障害について、臨床の現場を通して治療、研究を行ってきました。しかし多彩な社会病理の中からも生まれてくる精神の病は、その多くが未だに解決できずに残されています。この度、一般財団法人仁明会は、少しでも役に立つことができればとの思いから、国際会議の場をお借りして市民公開講座をお手伝いさせていただくことになりましたが、この機会を通して、多くの方々に精神医学の知識を増やして頂き、そのことがひいては社会の中で精神障害者が暮らしやすい世界になることにもつながっていくと信じています。このような仁明会の活動が、精神医療・福祉の発展に少しでも役立つことができればこれ以上の幸せはございません。

仁明会精神医学研究所は、これまで15年間にわたり雑誌「仁明会精神医学研究」を発刊してまいりましたが、本年から仁明会精神医学雑誌の版型と表紙デザインを変更いたしました。さらに市民公開講座で内容のあるご講演を賜った三名の日本を代表する先生方と座長の労をお取りいただいた仁明会クリニックの三名の先生方にご寄稿をお願いして掲載させていただきました。新しくなった「仁明会精神医学研究」に適切な企画になったのではないかと思います。本号は、広く一般市民の方も含めて読んでいただきたいという思いもありましたので、寄稿していただいた先生方には解りやすく平易な内容を心がけてご寄稿お願いしたことを申し添え、素晴らしい内容の原稿をいただいたことに厚く御礼申し上げます。



一般財団法人仁明会 理事長

森村 安史 (もりむら やすし)

1979年北里大学医学部卒業 米国モンテフィオーレメディカルセンターにて研修。
医学博士、精神保健指定医、医療法人樹光会・一般財団法人仁明会理事長、
日本精神神経学会理事、兵庫県介護老人保健施設協会会長、兵庫医科大学非常勤講師、他役職多数。2014年5月兵庫県功労者（福祉功労）2018年10月
介護老人保健施設事業功労者厚生労働大臣表彰

仁明会精神医学研究 第16巻1号

Journal of Jinmeikai Research Institute for Mental Health

Volume 16, Number 1, December 2018

目 次

巻頭言	一般財団法人仁明会 理事長 森村 安史 ……	1
最近の思春期における人格形成をめぐる諸問題 －発達障害を視野に－	ホヅミひもろぎクリニック院長 牛島 定信 ……	3
発達障害と人格障害 －自閉症スペクトラム障害と境界性パーソナリティ障害を中心に－	仁明会クリニック院長 武田 敏伸 ……	8
今日のうつ病－その理解と対応	近畿大学医学部精神神経科学教室 白川 治 ……	14
うつ病と持続性抑うつ障害 (DSM-5)	仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊 ……	18
認知症でも安心して生活を続けるために：私たちの役割 お多福もの忘れクリニック／NPO 法人認知症ケア研究所	本間 昭 ……	25
正常老化と軽度認知障害 (MCI) の認知症との関連について	仁明会精神衛生研究所名誉所長 三好 功峰 ……	30
市民公開講座を振り返って	仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊 ……	36
武庫川脳病院から兵庫医科大学 森村茂樹伝	松本 順司 ……	43
編集後記		53
仁明会精神医学研究・執筆規定		54

最近の思春期における人格形成をめぐる諸問題

－ 発達障害を視野に －

ホヅミひろぎクリニック院長 牛島 定信

I. はじめに

私はここで「発達障害」を語ることになっているようですが、その前に、21世紀になって精神医学領域では病的状態が多様化してきて見分けが難しくなっていることを述べておきたいと思います。発達障害の診断がなされたとしても、果たして正しい診断であるかどうかの疑問は絶えず付きまとうのです。

それを多少とも明確にするには、私は、子どもの人格が大人の人格に成長する過程である思春期の発達が大きく様変わりしている実態をよく理解しておく必要があると考えています。現代の大人の人格のあり様が精神疾患のあり様に大きな影を落としているのです。私は臨床活動を始めて55年になりますが、それは三つの半世紀をじかに観察してきた証人であると考えています。その立場から、与えられたテーマを考えることにします。

II. 20世紀の思春期の発達

そもそも青年期 adolescence という概念が提唱されたのはスタンリー・ホール（1904年）によります。疾風怒濤の時期であるとされました。それまでは、子どもは短期間で大人になるとされました。元服、裳着の儀がそのよい例です。同じく、S・フロイト（1905）は、この時期を新しい対象の発見の時であるとししました。父親・母親・子どもの家庭内三者関係から抜け出して同世代の異性との関係を構築するときというのです。後に世代間境界という概念を生み出す契機となりました。ただ、この時代の思春期は3-4年、つまり14歳から16,7歳ごろまでとされました。父親を彷彿とさせる年配者との結婚を神経症的と呼ばせた根拠はこの理論にあります。精神医学的には、精神病と神

経症がはっきりと区別されることになりました。

ところが、20世紀後半になると、臨床現場では、思春期の発達が大きく変貌を遂げ始めました。EH・エリクソン（1959）は、文明が進んだ社会では自立した生活をする能力を得た年齢になっても若者に社会的センスをより磨かせるために社会的責務から解放する時間を与えるとして、モラトリアム（執行猶予期間）と呼びました。わが国では、高校生、大学生がそうです。その間に、幼児期から育んできた自分と社会が期待する自分を統合する課題を達成すると青年は「自我同一性」というあるべき姿に達すると云いました。P・ブロスはその考えに則って青年期発達段階の図式を描きましたが、それによると、10歳になると同性同年輩の仲間形成（ギャング）、次いで親友関係が形成され、高校になると異性への関心をもつようになり、大学生になるとさらに恋愛という関係が成立し、24歳になると「具体的な関係や提携を結び、例えそのようなかわり合いが重大な犠牲や妥協を要求しても、それらの関係を守り続ける道義的強さ」（結婚する能力）をもつに至り、ヤングアダルトと呼ばれるようになるとなりました。「親密さの獲得」と呼ばれるものです。

つまり、20世紀後半になると、思春期は長期化し、その間、曲折した同性・異性関係を経て大人になるというのです。そして、この過程がうまく進まないと同一年性拡散症候群という状態に陥ると考えられました。思春期発達不全症です。この概念に関して、E・ジェイコブソン（精神分析家）は単なる思春期問題だけではなく幼児期の母子分離の過程を考慮に入れるべきだ（自己対象世界）として幼児期の重要性を力説し、それを受けて、OF・カンバークが境界性パーソナリティ構造

(1968) を、H・コフォートが自己愛性パーソナリティ構造 (1972) を提唱したことは周知の通りです。ここで、境界水準で機能する人格という概念が提唱されたのです。境界水準とは、精神病がもつ荒唐無稽さはないが、神経症性人格とは違って常識外れの退行的行動障害に走る性向があるという意味です。

この状況はわが国ではどうであったか。それは、1960年に話題になった登校拒否 (男子)、思春期やせ症 (女子) が、70年代になると退却神経症 (男子)、手首自傷症候群 (女子) となり、さらに時代が進むと社会的ひきこもり (回避性パーソナリティ障害)、境界性パーソナリティ障害といった呼び名が出現するようになります。回避性も境界性も境界水準で機能する人格で、新しい疾患分類でパーソナリティ障害というカテゴリーで括られることになります。境界性パーソナリティ障害が世を席卷したのはよい例です。

Ⅲ. 21世紀の思春期発達

21世紀になると、思春期の子の間でイジメが蔓延するようになりました。20世紀後半に始まったイジメがいよいよ深刻になったのです。その問題を見事に突いたのが新潟の教育委員会が提示した「中1ギャップ」(2006)でしょう。小学校6年生までは何とかクラスのまとまりをみることができたが、中学1年生になると途端に不登校とイジメが急増することに気づいて、その対策の必要性を問うたのです。背景にあるのは、小学校6年間は担任教師の尽力で何とかまとまりを保っていたクラスが、中学生になると学科制のために担任教師の影響が隅々まで及ばずに生徒任せとなるための現象と考えられました。自分たちで集団を形成する能力が低下したためだとする見解です。さらには、すでに小学校1年生で友だち同士という横の関係が稀薄になったとの指摘が増えました。一人の生徒が明日の遠足の確認に「先生、明日は午前9時に新神戸駅の前に集合するのよね」と質問をしたとします。すると、2,3の質問の後に別の生徒

が同じ質問をするするという現象が繰り返されるという観察なのです (眞金)。確認の質問を他の生徒は聞いていないのです。生徒と先生の間にはできているのに、生徒同士の関係が稀薄になっていること示しています。さらに、小学生だけの問題ではなく、私は家庭の中の兄弟関係もまた稀薄になっていることを指摘しておきたいと思います。児童相談所関連の研究会で虐待を受けて登校できなくなった弟を横目にお兄ちゃんは毎日きちんと登校しているという報告は後を絶たないし、小6の不登校の兄のプレーセラピーに小3の妹が希望して一緒に治療を始めたなら小6の兄がすぐに登校し始めたという例も少なくありません。小5の不登校男子例で、母親と結びついて元気溘刺とした姉が弟をプライドばかりが高いつまらない存在という評価をしている家族内力動で、兄弟関係の希薄さを取り上げて問題の所在を明確にしたところ、母親が自分たちで考えてみますと云って帰った2週間後に登校するようになりましたと報告にきたケースもあります。両親を二階に上げて両親を批判する兄弟関係を見なくなりました。

私は、こうした青少年の心理形成の背後に青少年が心に描く家族像の変容があることを忘れてならないように思います。20世紀前半の家族像は家父長的な家族でしたが、1960年台になって登校拒否や思春期やせ症が登場してからは、マイファミリー、ニューファミリー、シングルマザーと時代とともに父権の失墜が進行していく家族の様子をケースの子どもたちが描く家族像にみることができましたが、21世紀になってさらに変化しているように思います。お示した新聞記事にあるような児童虐待と呼んでもよいような家族内力動をよく見かけます。暴力的で支配的な父親とそれに対して恨みを骨髓に入れている母親 (家庭内暴力) か、暴力的で支配的な母親 (モラハラ妻) と力のない父親 (フラリーマン・NHK) か、いずれも男と女の格闘を秘めた両親の夫婦関係の様相を、最近の子どもたちは見させられて育っているのです。20世紀後半で論じた、友を得、恋愛をし、親密さの能

力を獲得して結婚することができないままに結婚したかの感じを与えます。現在の思春期の子どもの心理を考えると、このこともまた心に留めておきたいものです。

ところで、家族に縛られ、かつて同年輩同棲関係（ギャング、親友）を通じて獲得していた社会感覚を身に着ける機会を断たれた現代の子どもたちはどのようにして社会感覚を身につけて育つのでしょうか。私の臨床経験では、つまりケースから学んだことは、地域社会が準備した地域のスポーツクラブや趣味のクラス、塾、ボランティア活動、お祭りなどの社会体験、あるいは学校の生徒会役員など大人が準備してくれた集団を通して社会を知ることが多いように思います。そのようにして、高校や大学へと進んでいきますが、本当に自分たちの力で作った同世代関係ではないが故に「仲間を得た」という実感はないようにみえます。本当に仲間を得た体験をするのは、大学を卒業して、大学院ないしは就職した後のようです。公務員や会社員の同期生感覚、女子会などがそうです。ただ、忘れてならないのは、本当の仲間体験を持つ前に、社会的に大人の役割を与えられ、異性関係をもつことを求められるために、男女関係もまた20世紀とは異質のものになっているかの印象を与えます。デイトバイオレンスなどはそのよい例です。恋人を慈しみ、大事にする心理よりは、付き合う、同棲する、結婚するという形式的な大人の姿だけが追及され、その内実は子どものままの印象がするのです。そのため、心理学的に思春期ケースと呼ばれる例で30代はざらで、時には40歳のことも少なくありません。いわば、最近の若者は、知的には社会を知っているかの印象を与えますが、本当の意味で社会感覚を身につけているとは言い難いのです。むしろ、社会性はひどく低下しているように思います。

IV. 21世紀の病態

ここで云う社会性とは、社会的活動における滑らかさだけでなく、人間にとって存在感の基盤

であり、もっとも処理することの難しい羨望（ナルシズム・プライド）と嫉妬（三角関係）の感情を成熟したかたちで対応できる能力とが含まれています。いわば、21世紀のケースでは難しい対人場面への対応だけではなく、その時に生じる感情の処理に艱難を持ちやすくなりやすくなり、そのために、臨床現場ではこれまであまり経験しなかった現象をみるようになりました。それは、発達障害が露呈しやすくなったこと、先述の境界水準で機能する人格を基盤にした病的な状態がより複雑になったこと、さらに精神病性人格（スキゾイド性格、サイクロイド性格）を基盤にした病的状態が増加したことがあります。臨床現場の様子が多様化し、診断の難しさが一段と上がったと云えます。

1. 発達障害

発達障害とは、広汎性発達障害と注意欠陥多動性障害、時に学習障害（読み、書き、計算の障害）、知的障害、ことに境界知能のいずれか、ないしはいずれかを合併した状態です。ことに、広汎性発達障害は、言葉の遅れ、情緒的相互交流の障害、異常に限局された興味、こだわりを主症状とする病態ですが、3歳までに発病する幼児自閉症と言葉の遅れが目立たないで思春期、成人期になって際立ってくるアスペルガー症候群とがあります。最近注目を浴びているのは後者のアスペルガー症候群です。最近、自閉スペクトラム症という呼び方が出てきましたが、実態に合わないので私は広汎性発達障害を採っています。ADHDもまた、21世紀になってモノ忘れ、物事への集中困難、衝動性を主症状に小児科、精神科を受診する小学生、さらには成人ケースが増えています。事実、ADHDに有効とされるコンサータ錠、アトモキセチンが発売されたのが、それぞれ2007年、2009年です。アスペルガー症候群との合併例も少なくありません。

ともあれ、三つの病態の一角をなすのはアスペルガー症候群です。この症候群の特徴は、やる気はあるが一方的な前進のために周囲との軋轢を生

じやすいが、それに無頓着であるが故に、周囲の制止的圧力に衝動的になって騒乱を起こしたり、抑うつ的になったりする特徴があります。そして、体験が学習されることがありませんので、同じことが繰り返される臨床的煩瑣があります。また、理解者を得ると社会的に安定し、途轍もない才能を発揮する個性豊かな人間になっていることも少なくありません。支持者に恵まれないとひどいこだわりを中心にしたひきこもりの状態に陥り、自立した社会生活を目標にした訓練的働き掛けを強いられ、パワハラ的扱いを受けたりして遺恨を残すようになった問題児も少なくありません。時には触法行動に走ることもあります。治療的には、自立を目指した生活技能の訓練を主たる目標にするよりも、不細工、不器用を大目にみてやる支持的な姿勢での生活訓練の方が安全な感じがしています。

2. 境界水準で機能するパーソナリティ構造

20世紀のひきこもり（回避性）や情緒不安定（境界性）の例では登校刺激、就労刺激で感情を爆発させやすい傾向がありましたが、21世紀になると、簡単なアルバイトを、長続きできないものの自ら進んでやりながら高い目標を実現できないままにひきこもるケースが増えました。ただ、自らの狭い世界を形成して、その中でみるからに過活動になったかと思うと、落ち込んだりするケースを見かけるようになりました。また、社会的にはしっかりした活動をしながら、役割を抱え込み過ぎて自滅し、感情を爆発させる家庭内暴力（夫へ、子どもに）ケースもまた増えてきました。

例えば、将来は家を継がねばならないという使命感を持ちながらも、アイドルの追っかけに熱中し、一番取りをしなければならぬ一方、母親に借りた金を返すと称してアルバイトもする、時に過活動になって双極性障害の診断で大量の抗躁薬を投与されているケースがあります。また、高校大学はそれなりの成績で就職したまではよいが、年齢相応に結婚をして、家庭を持ち、子育てをす

るようになって、社会人、妻、母親としての役割をきちんと果たせないとして自爆的な感情爆発をするといったケースもあります。家庭内の緊張不和に圧倒されてトラウマ的な環境に圧倒された中高生ケースもあるが、前二者は30代、時には40歳を超えていることが少なくありません。壮年、中年の思春期ケースです。

両者に共通する性格は、高い向上心と劣等感、他人の評価を気にする（自意識過剰）、分離不安（見捨てられ不安）と自己愛的怒り（対象支配）、完全癖と不全感、甘えの構造といった特徴を持っている境界水準の人格といえます。

3. 精神病水準の人格のパーソナリティ障害

これに該当するのは、スキゾイド性格、循環性格（サイクロイド性格）ですが、臨床で問題になるのは前者（スキゾイド性格）のストレス性反応のかたちで生じてくることが多いように見えます。アメリカの疾患分類ではスキゾタイプ（統合失調症型）パーソナリティ障害として記載されているものです。

スキゾタイプ障害は、職場での配転、上司の交替、ないしは対象喪失を契機にバランスを壊すことが多いようにみえます。新しい場面に馴れないというより、捌ききれない、どうしてよいのか分からないという心理が中心にあります。一般に落ち込みはつよくないが自殺念慮はつよいという印象を与えます。ひきこもり（不登校、欠勤）の傾向、さまざまな心身症（急な体重減少、疼痛症、胃腸・皮膚症状など）を伴うことも少なくありません。忘れてならないのは、対象との関係がうまくいくと能弁（回りくどい、細々とした口調）となり、万能感を伴った活動性がみられることです。ここにも浮き沈みの傾向があって、しばしば双極性障害の診断がなされています。忘れてならないのは、ある種の才能があって、中学もほとんど行っていないのに立派な英語をモノにした非凡さをもつ例などをみることも少なくありません。最近のスポーツ、芸術その他で若き天才を見ることが

増えましたが、背景にスキゾイド性格を感じることは偶然ではないように思っています。

ただ、サイクロイド性格を基盤にした病理は少ないので、ここでは割愛します。

V. 総括

20世紀前半では精神病と神経症（内面的な不安や悩み）との間をはっきりしていましたが、21世紀の後半になると、思春期の発達過程が長く複雑になったことと関係して、両者の間にパーソナリティ障害と呼ばれる中間領域の病理、精神病ほどに荒唐無稽ではないが常識外れの退行的言動を特徴とする病態が臨床で注目を浴びるようになりました。さらに21世紀になると、その思春期発達がさらに長期化して社会的人格の成長の遅れが顕著となり、精神病と神経症の中間領域の病理はさらに複雑になり、それに加えて、アスペルガー症候群を中心にした発達障害と精神病性の性格（スキゾイド性格）を基盤にした病態が入り混じり、臨床場面の事態は多様となり、複雑となりました。その中に、発達障害があるのです。つまり、21世紀になって、私たちは臨床的にこの三者の鑑別に心を配り、治療的な工夫を求められるようになったと云えます。

ただ、若い精神科医の間に境界水準のパーソナリティ障害の基盤には軽いながらも発達障害（アスペルガー症候群）があるという考えをもった人が少なくないようですが、何らかの根拠がある訳ではないし、私はこの考えに与しないことにしています。

また最近、臨床診断がチェックリスト、知能検査頼りの傾向があることを指摘しておきたいと思えます。本当の診断は、表面に現れた症状や行動障害だけでできるものではないことを力説しておきたいと思えます。ことに内向的な境界水準の人格のケースには、しばしば、自らチェックリストを記入して自らを発達障害にしたがっている患者が少なくないことも指摘しておきたいと思えます。

この際、性格診断が有用であることを申し上げておきます。性格診断では、まず、争うを好むかを訊く、それに「好まない」との返事があれば精神病性の性格と考えてよい。次なる質問「一人でいる方が楽か」にイエスとなればスキゾイド性格だし、ワイワイガヤガヤを好むかの質問にイエスならばサイクロイド性格と考えてよいでしょう。さらに、争うを好む、つまり、他人と自分を比較する、勝ち負けを気にしやすい（負けず嫌い）という傾向があれば境界水準の人格を考えてよいでしょう。多くは、分離不安（見捨てられ不安）や自己愛的怒り（自尊心、対象支配）を併せ持っている。ただ、発達障害もまた、個の境界水準の人格と同質の対象を自我の外に位置づける能力を持った人格ではあるが、分離不安（他人への配慮、思い遣り）を欠くことに注目する必要があります。

いずれにしても、DSMの操作的診断（チェックリスト）で、本日話題にしている三つの病態の診断ができる訳はなく、初診時のみならず、治療的経過の中で治療者が肌で感じる感覚と観察に基づいた全人的な判断の重要性は忘れるべきでないと考えています。



ホヅミひもろぎクリニック 院長
牛島 定信（うしじま さだのぶ）

1963年九州大学医学部卒業 東京虎の門病院でインターン。
福岡大学医学部精神医学教室教授、東京慈恵会医科大学精神医学講座教授等を経て2015年5月より、ホヅミひもろぎクリニック院長。
「思春期の対象関係論」「対象関係論的精神療法」「心の健康を求めて－現代家族の病理－」「人格の病理と精神療法」「境界性パーソナリティ障害の人の気持ちわかる本」「やさしくわかるパーソナリティ障害」「パーソナリティ障害とは何か」他著書多数。

発達障害と人格障害

ー 自閉症スペクトラム障害と境界性パーソナリティ障害を中心に ー

仁明会クリニック院長 武田 敏伸

I. はじめに

思春期、青年期における精神医学的な問題の理解を深めるためには、パーソナリティ障害と発達障害を理解することが重要だろうと思います。私が精神科医になりたての頃は、発達障害よりもむしろ境界性パーソナリティ障害の方が臨床現場では注目されていました。特に私が防衛医大の研修医の時や兵庫医大で研修した際には、非常に難しい境界性パーソナリティ障害の患者さんに出会いました。その当時は、パーソナリティ障害は精神科の治療対象外だと公言する先輩も多々おられました。私自身、目の前の境界性パーソナリティ障害の患者に振り回されながら、操作されながら、時には、自分の無力感を思い知らされ絶望感にひたりながらも患者さんと向き合っていました。

昔、牛島先生の講演を聞いたことがあります。治療技法のスキルアップにつながる内容で感銘を受けたことを覚えております。さらに今回の市民講座におかれましては内容が盛り沢山で非常に勉強になりました。今回の講演内容を復習されたい方は、講談社現代新書の「パーソナリティ障害とは何か」という本を一読されることをお勧めします。

発達障害とは、広汎性発達障害、注意欠陥多動性障害、学習障害などのことをいいます。2014年にDSM-5が翻訳され、上記は神経発達症群/神経発達障害群の中に分類され、広汎性発達障害は、自閉症スペクトラム症・自閉スペクトラム障害と呼称されるようになりました。発達障害という呼称の方が精神科医の間でもしっくりくると思われ、発達障害という方が皆様にも馴染みがあると思いますので、ここでは発達障害という呼称で論じたいと思います。

II. 発達障害、自閉症スペクトラム障害

そもそも発達障害とは何を指すのでしょうか。子供の発達には、定型発達と非定型発達があります。いわゆる健常児、健常者の発達パターンが定型発達で、神経学上の発達に偏りや不均衡が少ない場合をいいます。これに対して、発達障害児の発達パターンは非定型的と考えられます。神経学上、ある側面の発達は普通であるが、別の側面の発達が遅れているなどが見られます。

ある側面が異常に発達する場合があります。レインマンという映画に出てくるダスティン・ Hoffman が演じた主人公の兄は、自閉症なのに電話帳をみるだけで全ての電話番号を覚えてしまうという離れ業を行いました。このようにある側面が非常に発達しすぎる場合はサヴァン症候群と呼ばれます。

自閉症やアスペルガー症候群を含む多様な発達障害を、現在ではスペクトラム（スペクトル）としてとらえられるようになってきました。多様な色が紫外線領域から赤外線領域まで連続線上に並んで光のスペクトルを作っているように、従来、別々の疾患単位として扱われていたものが、それぞれに諸々の構成要素の濃淡はあっても、実は一つの連続体を成しているとみることができます。そして、その発達障害の本質といえば、社会性、コミュニケーション、想像力の問題にあるとされています。他者との関わりにおいて相互性が低く、言語的、非言語的なやりとりが不自然で、相手の気持ちが推測できないといったことがあります。

発達障害の中でも、自閉症に近いタイプは概してこだわりが強く、変化や不慣れな状況において不安を感じてパニックに陥りやすい傾向にありま

す。そのため、あたかも他者が存在していないかのような奇異な対人態度を示します。集中力が高い半面、同時にいくつかのことを考えるのが苦手であったりもします。物事に対する独特の理解の仕方や、聴覚、触覚、味覚の過敏性、視覚の優位性なども入り混じって、複雑な状態像を呈することがあります。

一方、注意欠陥多動性障害に近いタイプは、一瞬の集中力は高くても、注意の向く対象が次々に移り変わり、落ち着きがないなどがあります。つまり、関心や興味を引くものが「めまぐるしく」と表現するのがピツパリのようになり、激しく変転します。そのため、授業中に教室で静かに座っていることができなかつたり、周囲に物が散乱して片づけられなかつたりします。

発達障害のカテゴリーの中には、読字や書字や計算といった特定の学習領域において問題がみられる学習障害、進行性の経過をたどり重篤化するレット障害などもあります。またこれらの障害は複数重なって見られることも多いです。言語発達の遅れや知的障害は、ある場合もない場合もあります。知的障害のない発達障害はアスペルガー症候群と呼ばれることが多いです。また、発達障害には脳波異常やてんかん発作を伴うことも多々見られます。

発達障害は本来、いわゆる心の病気ではなく、脳の生物学的な問題であると言われています。しかし、空気が読めず、特有な対人関係をもつため、周囲から非難されたり、見捨てられたりすることもあります。子供のころからいじめの対象になりやすいし、大人になっても配偶者や子供、あるいは同僚や上司とのトラブルが多発することがあります。そこから2次的に心の問題を発生してくることになります。たとえば、皆が意地悪とか、迫害、冷遇、差別をするなど訴えてくるかもしれません。また適応障害、うつ状態をしめすこともよくあります。職場不適応となり、うつ症状を呈した患者さんの背景に、発達障害の問題を抱えていたというケースは多々あると思います。

私が、自衛隊で臨床をしていた時のことです。自衛官が幹部になるには、概ね2通りの方法があります。大学を卒業して直接幹部候補生として入隊する方法と、陸(海、空)士、陸(海、空)曹として入隊し、部内で選抜されて幹部となる方法です。陸(海、空)士、陸(海、空)曹の時は、上官から命令されたことだけをしっかりとっておけばいいのですが、幹部になると部隊(組織)を指揮する立場になります。

発達障害の方の中には、意外と常同で単純な作業に向いておられる方がいて、健常者以上にいい仕事をすることもあります。また部隊の規則や兵器の名前を覚えるのが得意であったりするので選抜試験に受かつたりします。そして幹部に任官して、いざ部隊を指揮したり、訓練の計画を立てたりするなどを要求されるようになると、ストレスから適応障害になったりうつ状態になったりして精神科を訪れることがありました。当然、幹部自衛官には、不測の事態を予測する想像力、指揮するに当たってはコミュニケーション能力が要求されますので、このような能力に問題のある発達障害の方では、幹部になることにより初めて問題が顕在化したのでしょう。

最近、自閉症スペクトラム障害の治療に関して興味深い研究が報告されています。オキシトシンというホルモンがあるのですが、女性の乳汁分泌促進や子宮平滑筋収縮作用に働くホルモンです。オキシトシンは脳内でも重要な働きをしていることが解ってきており、動物では親子の絆を形成するのに重要な働きがあるとのこと。オキシトシンを投与することによって、他者との有益な信頼関係を形成して協力しやすくなること、表情から感情を読み取りやすくなることなどが報告されています。

診断基準に満たさなくても、空気を読めない人をKYということもありますし、だれでも多少は発達の偏りはあるように思います。正常範囲と呼んでいいのか、その枠をはみ出るか、あるいは、すれすれの発達障害傾向のある人たちも、周りを

見渡せば、居られるように思います。その人たちは発達系とでも呼んでもいいのではないかと思います。そういう意味でもスペクトラム、連続体と言ってもいいのではないかと思います。

Ⅲ. 人格（パーソナリティ）障害

以前からよく使われてきた人格障害は、パーソナリティ障害と呼ばれるようになりました。DSM-5によりますと、パーソナリティ障害全般の診断基準は表のように定められています（表）。

表1 パーソナリティ障害全般の診断基準

A. その人の属する文化から期待されるよりも著しく偏った、内的体験及び行動の持続的様式。この様式は以下のうち2つ（またはそれ以上）の領域に現れる。 (1) 認知（すなわち、自己、他者、および出来事を知覚し解釈する仕方） (2) 感情性（すなわち、情動反応の範囲、強さ、不安定さ、および適切さ） (3) 対人関係機能 (4) 衝動の制御
B. その持続様式は柔軟性がなく、個人的及び社会状況の幅広い範囲に広がっている。
C. その持続的様式は、臨床的に意味のある苦痛、または社会的職業的またはその他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。
D. その様式は、安定し、長時間続いており、その始まりは少なくとも青年期または成人期早期にまでさかのぼることができる。
E. その持続的様式は、他の精神疾患の表れ、またはその結果ではうまく説明されない。
F. その持続様式は、物質（例：乱用薬物、医薬品）または他の医学的疾患（例：頭部外傷）の直接的な作用によるものではない。

パーソナリティ障害全般は、A群パーソナリティ障害、B群パーソナリティ障害、C群パーソナリティ障害及びその他に分類されます。

A群パーソナリティ障害は、どちらかという統合失調症に近いパーソナリティ障害です。遺伝的に統合失調気質を持っていることが多く、自閉的で妄想を持ちやすく、奇妙で風変わりな傾向があり、対人

関係がうまくいかないことがあります。ストレスが重大に関係することは少ないですが、対人関係のストレスには影響を受けます。A群パーソナリティ障害は、妄想性パーソナリティ障害（Paranoid Personality Disorder）、シゾイドあるいはスキゾイドパーソナリティ障害（Schizoid Personality Disorder）、統合失調型パーソナリティ障害（Schizotypal Personality Disorder）に分類されます。

B群パーソナリティ障害は、感情的な混乱の激しいパーソナリティ障害です。演劇的で、情緒的で、うつり気に見えることが多いです。そしてストレスにかなり弱い傾向があります。このグループに含まれるのは、反社会性パーソナリティ障害（Antisocial Personality Disorder）、境界性パーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder）、演技性パーソナリティ障害（Histrionic Personality Disorder）、自己愛性パーソナリティ障害（Narcissistic Personality Disorder）の4つです。

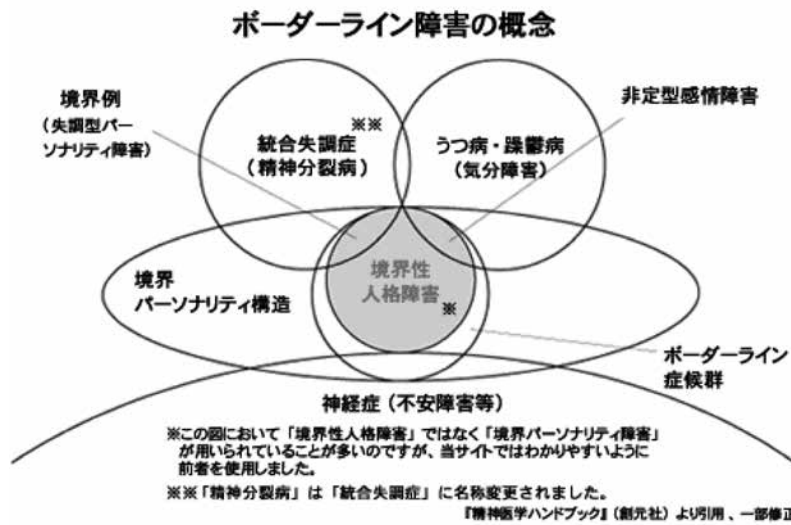
C群パーソナリティ障害は、不安や恐怖感が非常に強いパーソナリティ障害です。まわりに対する評価や視線などが非常にストレスになる傾向があります。どちらかという神経症に近いようなパーソナリティ障害です。このグループに含まれるのは、回避性パーソナリティ障害（Avoidant Personality Disorder）、依存性パーソナリティ障害（Dependent Personality Disorder）、強迫性パーソナリティ障害（Obsessive-Compulsive Personality Disorder）の3つです。

A群パーソナリティ障害はどちらかという統合失調症に近い群であり、C群パーソナリティ障害はどちらかという神経症（不安障害等）に近い群であると考えると理解しやすいと思います。

Ⅵ. 境界性パーソナリティ障害について

ここでは、臨床で比較的多くみられる境界性パーソナリティ障害について説明します。境界性パーソナリティ障害とほかの精神障害の関係については、図のように考えると理解しやすいと思います（図）。

図 精神障害の中での境界性パーソナリティ障害の位置づけ



境界性パーソナリティ障害は、人間関係、自己イメージ、感情の不安定さと激しい衝動性が持続することを特徴とする精神障害です。自殺企図(向精神薬、鎮痛剤の大量服薬いわゆる OD) や自傷行為(リストカットなど)で救急を受診した後に精神科医に紹介されたり、対人関係の問題で自己不全感を持ち、抑うつ的となって精神科外来に受診されたりすることもあります。

境界性パーソナリティ障害では、発達過程、養育環境の問題によって、安定した対人関係の形成が困難になっていることが考えられています。養育者、例えば母親、の態度を、愛情が不足しているとか過保護で支配的であるなど患者が訴えることはよくあります。

境界性パーソナリティ障害の臨床遺伝学研究では、家族にうつ病、反社会性パーソナリティ障害、薬物依存が多いということが繰り返し報告されています。また、境界性パーソナリティ障害においては、衝動性の亢進とセロトニン系の低下などの神経科学的所見との関連なども指摘されています。また、感情体験の特徴についての実験的研究では、境界パーソナリティ患者が複雑な感情に対処できず、感情への認識が乏しく、否定的な感情に対して過敏に反応する傾向のあること、自傷行為が痛覚閾値の上昇と関連していることなどが報

告されています。ストレス反応に関わる視床下部一下垂体一副腎系の機能低下がみられることもあります。

境界性パーソナリティ障害の患者は自傷行為を習慣的、嗜癖的に行う際、不安や痛みなどの不快反応を感じにくくなっていることが知られていますが、脳機能レベルにおいても痛みに対する体性感覚野の反応が低いこと、自傷行為により、扁桃体の反応が一時的に抑制されることが示されています。このことから、自傷行為を行うことにより、本能的に、気分調節を自己治療的に行っている可能性が示唆されています。なお、扁桃体という部位は、ヒトを含む高等脊椎動物の側頭葉内側の奥に存在する、アーモンド形の神経細胞の集まりです。情動反応の処理と記憶において主要な役割を持つことが示されており、大脳辺縁系の一部です。つまり不安が強いと扁桃体の反応が抑えられると考えられます。

また機能的核磁気共鳴画像法 (fMRI) を用いた研究では、境界性パーソナリティ障害者が正常対照群との比較において扁桃体の過敏性が示され、人の表情を用いた検査においては、表情の出現に対し左扁桃体の過活動がみられており、無表情の顔に対しても、過剰に反応し、それに対しては、「脅すような表情」をしていたと解釈していました。

また同様に、多くの神経心理学的研究や脳画像研究によりますと、大脳皮質の前頭前野機能の低下なども指摘されております。

治療につきましては、弁証法的認知行動療法が有効であるといわれていますが、患者数の割に専門的に行う施設は日本では少ないままです。やはり大半が、個人の精神療法家や精神科医が現場で治療しているのが現状です。また、パニック障害やうつ病などが合併することも多く、そうした場合には薬物療法も行っています。

V. 境界性パーソナリティ障害の薬物療法

最後に薬物療法について説明いたします。境界性パーソナリティ障害は、抑うつ症状や不安症状を呈することが多く、パロキセチンなどのSSRI（セロトニン再吸収阻害剤）を使用することが多く、衝動性、攻撃性の生物学的基盤にセロトニン神経系の低反応の関与が示唆されており、衝動性、攻撃性、焦燥感、自殺傾向及び抑うつ症状の改善効果が期待されます。しかし、昨今SSRIは賦活症候群（activation syndrome）のために、若年者において自殺傾向が高まる傾向があるともいわれています。根底にある「私はいらん子」といった感情は決して薬物治療で改善することはなく、むしろ行動面の賦活が自殺行動を助長する可能性があります。慎重に投与する必要があります。

ベンゾジアゼピン系の抗不安薬は、境界性パーソナリティ障害の訴える抑うつ様の訴えや不安感に対して投与されがちですが、奏功せずに多剤化、大量化しかねないという問題があります。また脱抑制を起し問題行動が顕著になる恐れもあります。睡眠剤を含めて過量服薬など行動化の頻度を高めてしまう可能性もあります。当然、抗不安薬に対する依存性も考慮していかなければならないと思います。

炭酸リチウムは、焦燥感、自殺傾向、易怒性に対して改善効果が期待されます。ただ境界性パーソナリティ障害の治療の際には過量服薬の危険があります。炭酸リチウムは血中濃度の増加により

容易に中毒を起こしやすいので、過量服薬による致死性を考慮するとよほど慎重に処方せざるを得ないと思います。

バルプロ酸、カルバゼピンなどの抗てんかん薬も、行動制御、衝動性、怒りのコントロールに対して改善効果があり、炭酸リチウムと同様に、境界性パーソナリティ障害と双極性障害の併存例に対しても有効であると考えられます。しかし、これらの薬剤も過量服薬の危険性を考慮しながら慎重に投与すべきです。また、同じ抗てんかん薬であるラモトリギンも近年は双極性障害に対して有効であるとされていますが、境界性パーソナリティ障害が示す怒りの治療に対して有効であるという報告もあります。双極性うつ病にも症状改善を示すことも多く、忍容性に優れ、比較的安全とされています。大量服薬が起こっても先に挙げた薬剤よりは安全性が高いです。しかし、ラモトリギンに関しては皮疹の副作用に注意しなければなりません。頻度はそれほど多くはありませんが、いったん起これば、皮膚症状が重症化しますので、プロトコール通り併用薬に注意しながら漸増していく必要があります。

近年、我が国においても、統合失調症の治療薬である第2世代抗精神病薬オランザピンは、双極性障害に対しても適応拡大されました。オランザピンにおいては、怒り、攻撃性、不安、抑うつ、ならびに対人関係の過敏性と妄想の改善が報告されています。境界性パーソナリティ障害に対しても使いやすい薬剤です。ただ副作用に体重増加があり、境界性パーソナリティ障害の患者から「太る薬は使わないでほしい」と言われることがあって使いづらい場合もあります。ただオランザピンは注射製剤が発売されており、境界性パーソナリティ障害患者の怒りや不穏興奮状態に対する即効的な治療が可能となりますが、注射製剤は統合失調症にのみ適応とされています。

同じく非定型抗精神病薬であるアリピプラゾールは、統合失調症の適応のみならず、高用量では躁状態の治療に有効であり、うつ病の増強療法に

も適応が広がっています。剤型も多くの種類があり、通常の錠剤だけでなく、口腔内崩壊錠や液剤があります。特に液剤は不穏時の頓服に使えます。体重増加の副作用がないこともあり、体重増加を気にする患者には使いやすいともいますが、アカシジア（静座不能）という副作用がでることもあります。



一般財団法人仁明会 仁明会クリニック 院長

武田 敏伸 (たけだ としのぶ)

1985年防衛医科大学卒業。医師免許取得後、防衛医科大学校病院及び自衛隊中央病院で初任実務研修。その後、兵庫医科大学精神科神経科で研修を経て、主に自衛隊阪神病院精神科で勤務（1999年より精神科部長）。2004年より兵庫医科大学精神科神経科非常勤講師、2012年4月より仁明会クリニック院長。精神保健指定医、医学博士、精神科専門医。

今日のうつ病 — その理解と対応

近畿大学医学部精神神経科学教室 白川 治

I. うつ病とその周辺：うつ状態とは？

うつ病の中核症状であるうつ状態・抑うつ気分（気持ちが沈みこんだり、ふさぎこんだ状態が続いている。悲しくなったり、減入ったり、落ち込んだ状態が続いている）は、うつ病にだけにみられるものではありません。たとえば、認知症の初期などの脳の異常や甲状腺機能低下症などの身体の異常、インターフェロンなどの医薬品が原因のこともあります。精神疾患にみられるうつ状態では、うつ病以外に、双極性障害のうつ状態（双極性うつ病）や統合失調症でもうつ状態がみられます。ストレス因がはっきりしていて一過性にうつ状態がみられ、うつ症状がうつ病ほど重くない場合には、適応障害とされます。うつ病にみられるほど重くないうつ症状が長く続く場合、気分変調症と呼ばれます。

うつ病には、内因性（メランコリー型）と非内因性に分けて考えることもできます。内因性うつ病とは、1) 大きなきっかけなく発症することも少なくない、2) より重症が多い、3) 気分の日内変動や早朝覚醒を伴うことが多い、4) 抗うつ薬が特に有効、5) 脳の機能的な失調が想定されているなどを特徴とし、古くはうつ病と言え、こうした病気を指していたのですが、近年は、診断基準の普及とともにうつ病をゆるやかに診断する傾向にあります（後述）。それとともに、パーソナリティや発達の問題を背景にしなが、若年で発症して

受診することも少なくなく、うつ病の遷延化、慢性化が問題となってきています。

II. うつ病の拡がりとその背景

近年、うつ病が増加したと指摘されることが多くなっていますが（図1）、その背景を考えてみましょう。かつては、真面目、几帳面で、折り目正しく仕事熱心な人がうつ病を発症しやすいともされ、中年のうつ病が中核とされましたが、最近では若い人のうつ病が増え（図2）、「現代型」とも称されるうつ病が問題となっています（表1）。

表1. 従来型うつ病と現代型「うつ病」

	従来型	現代型
年齢層	中高年齢層	若年齢層
性格	規範への愛着	自分自身への愛着
症状	疲弊と罪悪感	回避と他人への非難
治療	初期はうつ病の診断に抵抗	初期からうつ病の診断に協力的
薬物反応	良好	部分的効果

（神庭重信，2006）

その特徴は、1) 几帳面、真面目、他者配慮といった性格とは言えない、2) 誘因としてストレス状況があり、そこに向き合えず逃げている感じで、

図1. 精神疾患を有する総患者数の推移（疾病別内訳）

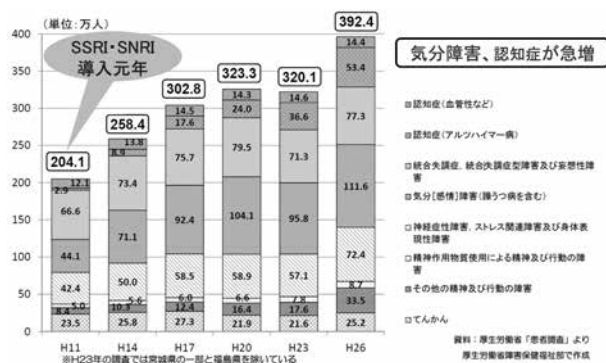
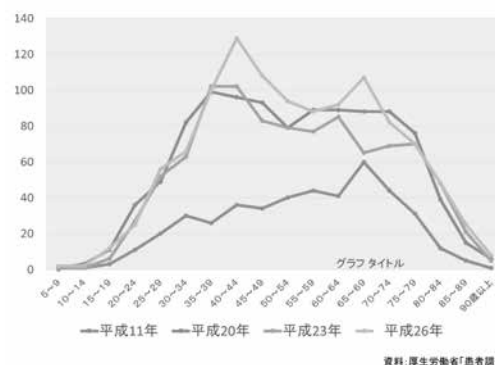


図2. 気分〔感情〕障害（躁うつ病を含む）患者推移（年代別）



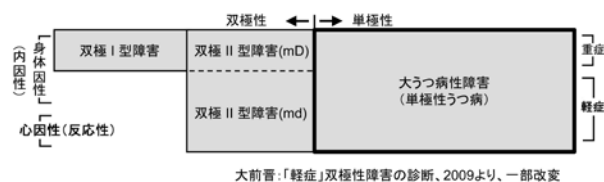
復職への危機意識にも乏しい、3) 自分に問題があるという認識をもつが、どこかに「被害者である」「損している」という認識がある。4) 状態は無気力、倦怠、仕事自体への興味関心が薄い、ネットやゲームといったデジタル世界に傾斜する傾向（いわゆるオタク的）、5) 治療者との関係は拒否的ではないが、置かれた状況への洞察は薄く、深まりにくいなどです（野村総一郎、2011）。若年者がうつ病を発症する場合、社会的自立・出立における病理、自己の確立をめぐる病理を背景として、対人過敏傾向（他者からの評価に対する過剰な反応、他者の反応への敏感さ、回避傾向）、自己優先志向（被害者意識、自己の優先、自己愛の強さ）が目立つとされます。

うつ病増加のもうひとつの要因は、抗うつ薬治療の主役が、三環系抗うつ薬から SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）や SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）などの新しいタイプの抗うつ薬に変わっていったことです。新しい抗うつ薬は、三環系抗うつ薬に比べて眠気、ふらつき、口が渇くなどの副作用が少なく、不安症状にも効果があるため、うつ状態を呈する人に広く投与されることになりました。

新しい抗うつ薬の導入と時を同じくして、うつ病啓発活動が活発化し、うつ病「心の風邪」キャンペーンに代表されるように、ストレスによって誰もがかりうる病気としての面が強調され、うつ病の社会的認知度が飛躍的に向上するとともに、うつ病に対するイメージは変化し、スティグマの軽減することで精神科への受診が促進されました。

次に、DSM-5（アメリカ精神医学会）をはじめとするうつ病の診断基準の普及が挙げられます（図3）。

図3. DSM-5 の分類とは？



- ストレス因の有無を問わない(心因・内因を棚上げ)
- 病前性格を問わない

こうした診断では、ストレス因の有無にかかわらず、一定の症状が一定期間続けば、うつ病と診断可能です。そのため、おのずとうつ病診断の枠組みが拡がることになりました。

このように、1990年代後半からわが国の精神科医療におきた大きな変動として、適応症の広いSSRIの登場（1999年）とDSMの流布・浸透（IV:日本語訳1995年）があげられます。こうした流れは、こころの問題の心理学化・医療化を加速し、うつ病に対するこれまでのイメージを払拭し、軽症のこころの失調を取り込むかたちで、精神科の外来医療が飛躍的に拡がりました。それは、精神科診療所の急速な増加にも反映されています（図4）。

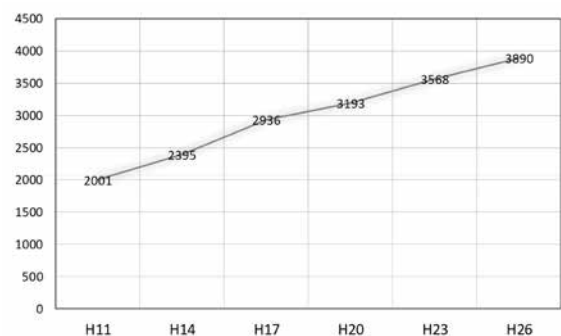
一方、うつ病増加の社会経済的な要因として、急速に進むICT革命、グローバル化は、労働環境を大きく変化させ（表2）、職場結合性うつ病（加藤敏）などのこころの失調を増加させたとする見解もあります。

表2. 労働環境の変化（1990年代後半から）

- 雇用システムの変化: 終身雇用制・年功序列制の終焉（「疑似家族システム」の崩壊）
- 対人関係の変化: 連帯感・直接的な対人関係の希薄化
- 多様な不安定な労働形態への変化: 非正規社員の増加
- 組織形態の変化: 「名ばかり管理職」の増加
組織のフラット化により部下の助言者としての管理者が減少
- 労働形態の変化: 裁量労働制の普及
- 評価システムの変化: 成果主義の台頭
- 仕事内容・場の変化:
「ものづくり」(第二次産業)から「サービス」(第三次産業)への移行
- 労働者に必要とされるスキルの高度化: グローバル化・ICT化

集約しますと、うつ病の軽症化・多様化とその背景の最も重要な要因は、受療の若年齢化とパーソナリティ特性・発達特性が関与する非内因性うつ病（うつ状態）の増加によると言えるでしょう。

図4. 精神科診療所数の推移



資料: 厚生労働省「医療施設調査」より作成

Ⅲ. 中核的うつ病の診断と治療・対応

それでは、中核的うつ病として、内因性・メラニコリー型うつ病を念頭に置いて解説したいと思います。うつ病の精神症状は、感情面の抑うつ気分にとどまらず、意欲の障害として、物事に対する興味・関心を失い、さらに思考面では、後ろ向きの考えにとられ、自分がいるだけで周囲に迷惑がかかる、こうなったのは全て自分に責任があるなどの考えに支配されるようになります。さらに、夜が眠れない、食欲がなくなる、疲れやすいなどの身体の症状も伴います。つまり、うつ病は、精神機能の失調に身体機能の失調を巻き込んだ生命力の低下状態と言えます。

それではどのような場合に、精神科受診を考慮すればよいのでしょうか。日常の仕事・家事がこなせていない、表情や行動が以前と明らかに違っている、不眠（以前より睡眠が2時間以上短く、眠りが浅い）が1週間以上続いている、身体症状（食欲不振、倦怠感、頭重感、関節痛など）が強いなどに着目すればよいでしょう。ところで、不眠を解消する身近な方法として、飲酒（寝酒）があります。しかし、アルコールに頼ると次第に飲酒量が増え、さらにお酒が気分変調の原因にもなりうるという悪循環に陥ることがあります。家族や職場での人間関係もギクシャクし始めます。さらに問題なのは、うつ病にアルコール問題が重なることで、自殺のリスクが一気に高まることです。

ご家族は、うつ病の患者さんをどのように支えたらよいのでしょうか。まず、うつ病とは、どのような病気かを知っておく必要があります。特別な接し方、声のかけ方を考えるよりも、安心して静養できるよう、暖かく見守ることが何よりも大切です。病状に一喜一憂することなく、治療に寄り添い回復を支えることです。回復期になると、生活習慣への着目が求められます。つまり、必要十分な睡眠時間が確保できているか、睡眠（覚醒）のリズムが乱れていないか、アルコールに頼ってはいないか、運動不足ではないかなどに気をつけましょう。

うつ病に対する代表的な精神療法として、認知療法があります。認知療法の基本は、認知（考え方、思考）が感情を規定するという視点にあります。うつ病の患者さんにみられる、良い出来事を無視してマイナス面ばかりにとられる、「すべし」思考・完璧主義的思考などの考え方の修正を図るこ

とで、抑うつの否定的な考え方（認知の歪み）を現実的で肯定的な考え方に置き換える治療的なアプローチです。軽症の非内因性うつ病が主な対象ですが、うつ病の回復期、再燃予防にも有用です。

うつ病に至る状況・きっかけには、1) 喪失状況（仕事・役割・財産・大切な人などを失う）、2) 慢性的負荷状況（過重労働など）、3) 荷おろし状況（定年退職、子どもの自立など）などがあります。うつ病は、誰しも経験するような人生における困難をどう受け止めるかの病理とも言えるわけです。うつ病から回復してくると、うつ病に至った経緯や原因をかなり冷静に受けとめることができるようになるので、ライフスタイルの問題点、ストレス解消法・対処法について考えてみるとよいと思います。何よりも、うつ病を発症したことで人生が台無しになったと考えるのではなく、生き方や考え方を変えていく機会を与えてくれたと考えることは、優れて認知療法的な思考と言えるでしょう。

次に、抗うつ薬治療についてです。以前は、三環系抗うつ薬が主役でしたが、口渇、便秘、眠気などの副作用が多いため、近年では、SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）などの新しい抗うつ薬が第一選択薬となっています。こうした新しい抗うつ薬にも吐き気などの消化器症状がみられることがあるので注意が必要です。

うつ病治療の柱として、1) 心身の休息、2) 環境調整、3) 精神療法・心理療法（認知療法）、4) 生物学的治療（抗うつ薬）が挙げられますが、特に回復期では、生活習慣（食生活、運動）と生活リズムへの着目も大切です。

Ⅳ. うつ病に至る病態とは？

最後にうつ病に至る病態について、説明いたします。うつ病発症に関連した生物学的要因の成立過程には、1) 遺伝子レベルで規定されているもの（素因、体質、気質など）、2) 幼少期のストレス（養育環境）によって形成されるもの：エピジェネティクス（遺伝環境相互作用）、3) 現在または最近のストレスによる負荷によるものの3つのステップが考えられます。特に、近年注目されている病因として、エピジェネティクスと呼ばれるものがあります。幼少期に過酷なストレスにさらされると、

遺伝子DNAに化学的な修飾が起こり、その影響は長期に亘ると考えられています。こうしたメカニズムは、うつ病をはじめとするところの失調の発症しやすさに関わっているとされています。

うつ病発症のプロセス（仮説）を図5～7に示しますので、参考にして下さい。うつ病発症には様々な要因が関わり、脳の機能的な失調がもたらされると考えられています。

うつ病治療の重要な柱である精神療法と薬物療法は、二者択一的ではなく相乗作用的であることが、最近の研究から示唆されています。つまり、うつ病における脳の機能的失調を、扁桃体の過活動

動がもたらす前頭前野機能の低下と捉えれば、抗うつ薬は、扁桃体の過活動を抑制することで前頭前野機能を活性化する一方、精神療法は、前頭前野の機能を活性化することで扁桃体の過活動を抑制するというものです（図8）。

最後に、うつ病を予防するためのセルフケアについて考えてみましょう。まず、何か（仕事・役割・物・人など）にこだわりすぎないことです。自分自身を知り、孤独を回避する、完全主義をやめる、物事に優先順位をつける、何でも自分だけで抱え込まないなども大切です。さらに、生活習慣（食生活、睡眠、運動）にも留意しましょう。

図5. うつ病の病態生理

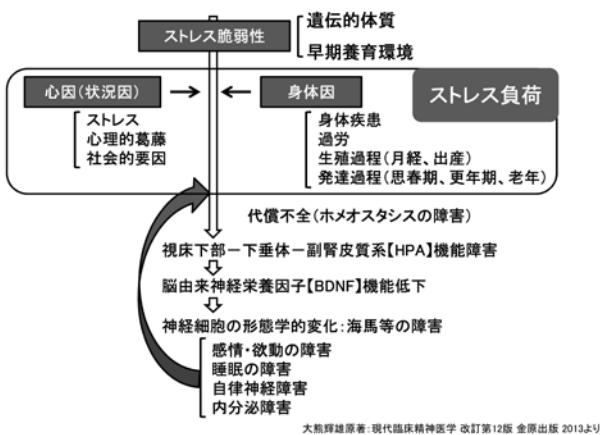


図7. うつ病の疾病モデル

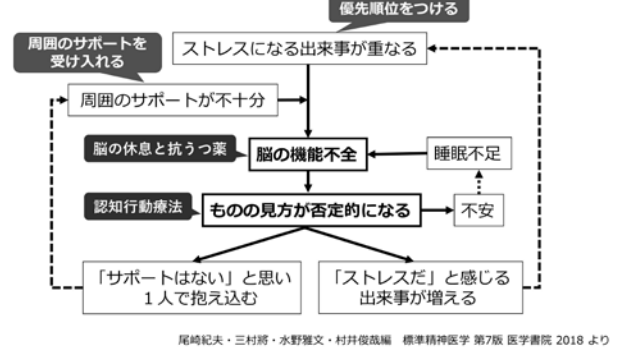


図6. うつ病の神経生物学的背景

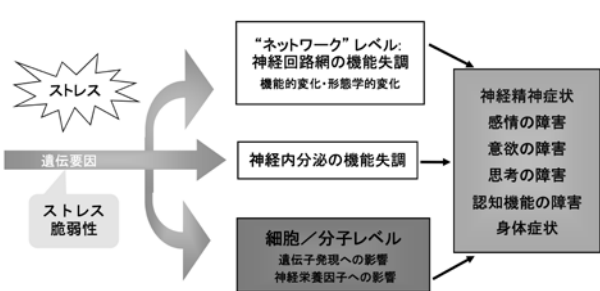
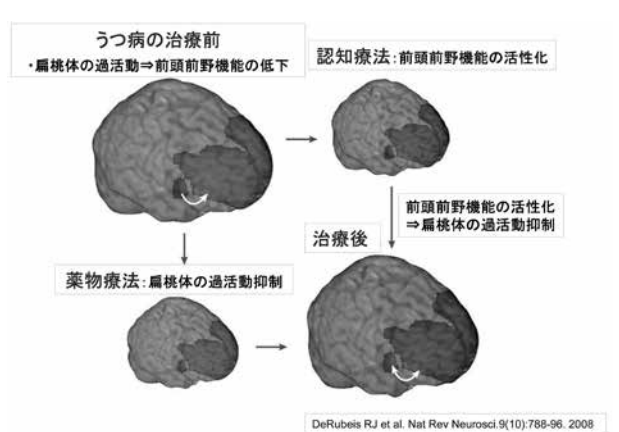


図8. 薬物療法と認知療法がもたらす脳神経活動の変化



近畿大学医学部精神神経科学教室 教授

白川 治 (しらかわ おさむ)

1980年神戸大学医学部卒業。兵庫県立尼崎病院、米国メリーランド精神医学研究センター、神戸大学医学部精神神経科等を経て2007年より近畿大学医学部精神神経科学教室教授。専門は双極性障害・うつ病の診断と治療、自殺研究、臨床精神薬理（精神科薬物療法）。日本うつ病学会理事、日本自殺予防学会理事、日本臨床精神神経薬理学会理事他役職多数。

うつ病と持続性抑うつ障害 (DSM-5)

仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊

うつ病は、古くから一般にも使用されている病名であり、抑うつ状態、大うつ病性障害などさまざまな名称で呼ばれてきました。ここでは米国精神医学会の最新診断基準である DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Version5) によるうつ病と持続性抑うつ障害との違いについて述べたいと思いますが、まず DSM-5 に至るまでのうつ病の概念の変化について説明します。

I. 伝統的精神医学におけるうつ病

DSM 導入以前のドイツ精神医学に影響されたわが国の伝統的精神医学では、表 1 に示すように、うつ病を、反応性うつ病、神経症性うつ病、内因性うつ病に分けていました。

表 1 ドイツ精神医学に基づくうつ病の分類

分類	精神病理の程度	心因	内因	推奨される治療法
反応性うつ病	軽症	++	-	環境調整
神経症性うつ病	中等症	+	+	精神・心理療法
内因性うつ病	重症	-	++	薬物療法

反応性うつ病は、強い心因やストレスにされされた場合に起こるうつ反応であり、どんな人でもこのような強いストレスにさらされた場合には起こると考えられる病態であり、特にその人の素因や性格に問題がなくても発症します。反応性うつ病はストレスに反応して起こる病態であることから、ストレスや心因がなくなることにより、うつ病から回復することが期待され、その治療法としては環境調整によりストレスや心因を除去することが有効とされます。このような意味では、うつ病の精神病理性は最も軽い病態とも言えます。

神経症性うつ病は、もともと神経症性格(素因)を有する人がたとえ些細なものであってもきっかけとな

るストレス(結実因子)が加わることにより、うつ症状が出現すると考えられる病態です。その発症原因としては、心因となりうるストレスと神経症的性格が相まって発症すると考えられていました。そして、その治療としては精神療法が有効と考えられていました。

これに対して内因性うつ病は、原因不明の内因により発症するうつ病であり、心因も神経症的性格もない人に、自然に起こるうつ病であり、その原因は不明とされ、その精神病理の深さも深く、難治性かつ反復性であり、そのための治療法として抗うつ薬が第一選択とされてきました。

このようなドイツ精神医学のうつ病の概念に対して、米国精神医学会による DSM は、精神内界の病理過程を推察することを極力排除し、客観的に確認できる疫学的知見、症状の組み合わせ、症状の経過、危険因子、予後などのパラメーターからなる知見を集積した操作的な診断基準を採用したことにより、うつ病についても、内因性、神経症性、内因性の区別をしなくなりました。

II. 気分障害 (DSM-IV) からの変更点

DSM-IV までは、気分障害に、双極性気分障害もうつ病(単極性気分障害)も含まれていました。DSM-5 では双極性障害とその関連障害は気分障害の枠を離れて独立した章となりましたが、これは大きな変化でした。したがって、DSM-5 における抑うつ障害群 (Depressive Disorders) には、1) 重篤気分調節症、2) うつ病、3) 持続性抑うつ障害、4) 月経前不快気分障害、5) 物質・医薬品誘発性抑うつ障害、6) 他の医学的要因による抑うつ障害、7) 他の特定される抑うつ障害、そして、8) 特定不能の抑うつ障害が含まれることになりました。

「重篤気分調節症」は、児童思春期における双極性障害の過剰診断への懸念から、かんしゃくと抑うつ気

分を症状とする病態を扱う疾患単位として新設されたものであり、主として12歳以下の児童を対象としたものです。「持続性抑うつ障害」は、カテゴリーとしては新設ですが、DSM-IVでの慢性大うつ病性障害と気分変調症とを合わせたものに相当する病態と考えてよいと思います。「月経前不安障害」はDSM-IV-TRでは今後さらに研究を要する病態として扱われていたのですが、今回の改訂で独立した疾患単位となりました。これらの新設カテゴリー以外の大きな変更点としては、死別体験の除外基準が削除されたことも実際の診療場面では使いやすい変更となりました。

Ⅲ. DSM-5の抑うつ障害群 (Depressive Disorders)

DSM-5における抑うつ障害群 (Depressive Disorders) に共通する特徴は、悲しく、虚ろな、あるいは易怒的な気分が存在し、身体的および認知的な変化を伴って、個人が機能する上での資質に重大な影響を与えていることを言います。抑うつ障害群に含まれる8障害のうち1)重篤気分調節症は12歳未満を対象としてDSM-5において新たに用意された診断名であり、基本的には児童を対象としたものです。4)月経前不快気分障害は女性のためのものであり、5)から8)は、抑うつ障害の原因についての項目ですので、ここでは、2)うつ病と3)持続性抑うつ障害について説明したいと思います。

DSM-5によるうつ病 (Major Depressive Disorder) の診断基準と、持続性抑うつ障害 (気分変調症) (Persistent Depressive Disorder (Dysthymia)) の診断基準からの抜粋を表2と表3に示します。

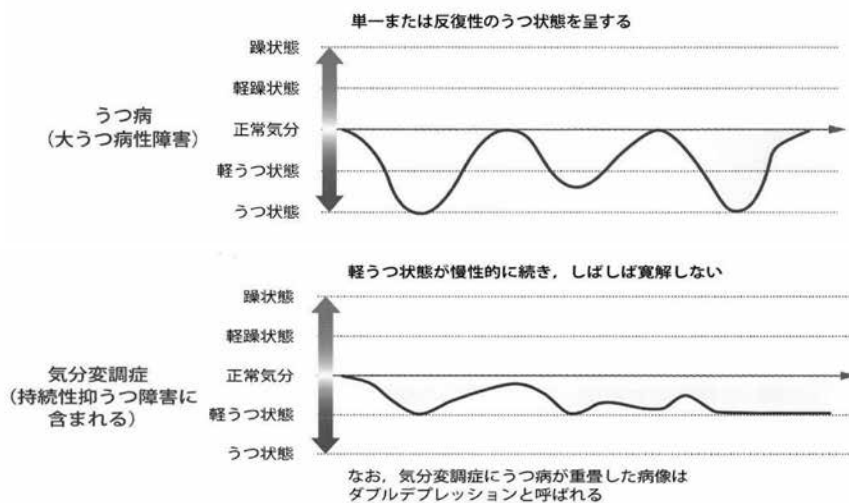
表2 うつ病 (DSM-5) ないし大うつ病性障害の診断基準

- A. 以下の症状のうち5つ以上が、同じ2週間に存在し、病前の機能からの変化を起こしている。これらの症状のうち少なくとも1つは(1)抑うつ気分、または、(2)興味・喜びの喪失である。
- (1) ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分
 - (2) ほとんど1日中、ほとんど毎日のすべての活動における興味または喜びの著しい減退
 - (3) 体重減少または体重増加、または、ほとんど毎日の食欲減退あるいは増加
 - (4) ほとんど毎日の不眠あるいは過眠
 - (5) ほとんど毎日の精神運動焦燥または制止
 - (6) ほとんど毎日の易労感または気力の減退
 - (7) ほとんど毎日の無価値感、または過剰な罪責感
 - (8) ほとんど毎日の思考力や集中力の減退、または決断困難
 - (9) 死についての反復思考

表3 持続性抑うつ障害 (気分変調症) の診断基準

- A. 抑うつは分がほとんど1日中存在し、そのない日よりもある日の方が多く、少なくとも2年間持続している
- B. 抑うつの間、以下のうち2つ以上が存在する
- (1) 食欲の減退あるいは増加
 - (2) 不眠または過眠
 - (3) 気力の減退または疲労感
 - (4) 自尊心の低下
 - (5) 集中力の減退または決断困難
 - (6) 絶望感
- C. この症状の2年間で、一度に2か月を超える期間、基準AおよびBの症状がなかったことはない
- D. 2年の間、うつ病の基準を持続的に満たしているかもしれない

図1 うつ病と持続性抑うつ障害の病期シェーマ



染谷俊幸、うつ病診療エッセンシャルズ、メディカルレビュー社、2017より¹⁾

IV. うつ病 (DSM-5)

うつ病は、うつ症状が重度であり、症状による著しい苦痛を伴っており、持続期間が2週間以上あり、生活機能の障害を引き起こしている状態をいいます。うつ病の症状は、おおまかに情動機能の異常、精神運動機能の異常、身体機能の異常に区分することができます。情動機能異常は、抑うつ気分、喜怒哀楽の喪失、自責感・罪業感・無価値感、自殺念慮などであり、精神運動機能の異常は、不安・焦燥感、興味・関心の低下、気力の低下、思考制止、決断力・判断力の低下などです。身体機能異常には、食欲、性欲、睡眠、自律神経症状、倦怠感・易労感などが含まれます。

多くのうつ病患者には、抑うつエピソードが繰り返して出現します。抑うつエピソードは前駆期、極期、寛解期からなるのですが、前駆期には、物事に興味が持てなくなり、注意散漫となったり、根気がなくなったりするとともに、精神身体的愁訴として、易労感、早朝覚醒、食欲減退が起きます。そして、抑うつ感がひどくなり、考え方がまとまらず、自信喪失、焦燥感が出現し、強い疲労感、不眠、体重減少、性欲低下が出現します。抑うつエピソードの極期には、著しいうつ状態となり、他人に援助を求めることさえできなくなり、焦燥感に代わり精神的苦痛が著しく、自責的となり、自殺念慮が生じます。気分はほぼ1日中落ち

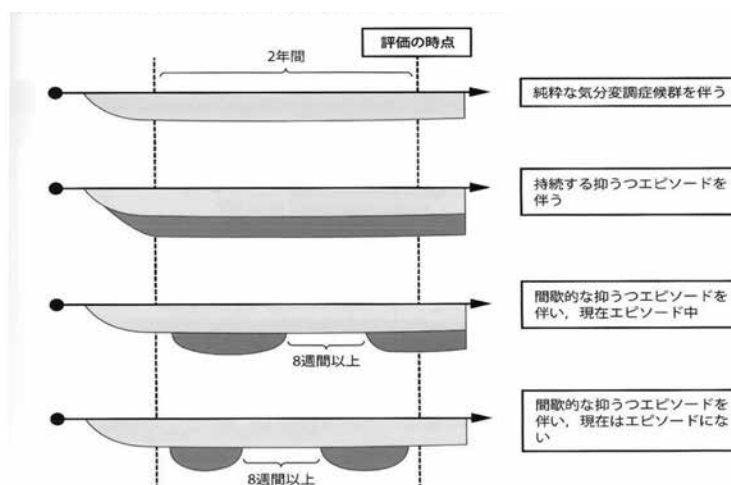
込んだままであり、自発性も失われます。寛解期にはいると、改善の兆しと共に気分変動の幅は大きくなり、焦燥感とともに神経質となり、活動性が出てくるが気分は落ち込んだままです。そして気分がよくなる時間が増えてきて、物事に対する興味がわくようになり、自信が生まれて、治りたいとの希望を抱くようになり、仕事もできるようになります。

抑うつエピソードの寛解期が2か月以上続くものを、完全寛解とし、診断基準を満たさないものごとく軽症の症状が残る状態は部分寛解と言います。抑うつエピソードは繰り返しやすい疾患であり、一般的に、抑うつエピソードは再燃・再発を繰り返すたびに重症化し、遷延化しやすいとされています。

V. 持続性抑うつ障害

持続性抑うつ障害は、抑うつエピソードの基準を満たさない軽い抑うつ症状が慢性的に持続する DSM-IV の気分変調症の概念を継承したものです。もともと気分変調症とは伝統的な精神医学においていわれていた神経症性うつ病を想定したものであり、この気分変調症の概念を継承した持続性抑うつ障害の基本的な病像は気分変調症と同じと考えてよいのですが、一部に慢性に経過するうつ病を重畳して包含されると

図2 持続性抑うつ障害のサブタイプ



いう点において気分変調症と異なります。持続性抑うつ障害は、その定義から2年以上の長期間の気分変調症の病像に、抑うつエピソードが重畳した病像を包含したものであり、慢性のうつ病の病像を除外していた気分変調所と比較して、持続性という観点から慢性のうつ病を含んだ幅広い概念となっています。

VI. うつ病と持続性抑うつ障害の違い

先に述べたように持続性抑うつ障害は、気分変調症を中心とした昔の神経症性うつ病に相当するもののことですが、ここで強調しておきたい点は、うつ病と持続性抑うつ状態（気分変調症）とはかなり異なる病像を呈するという点です。DSM-5におけるうつ病と持続性抑うつ障害の診断基準に掲げられた症状項目を比較するだけでは、持続性抑うつ障害の「自尊心の低下」「絶望感」を除く症状項目はうつ病の症状項目と同じですので、表面的にみると、持続性抑うつ障害はうつ病の軽症型のようにも見えるのですが、決してそのような単純なものではありません。持続性抑うつ障害の基本病像である気分変調症は、伝統的精神医学が

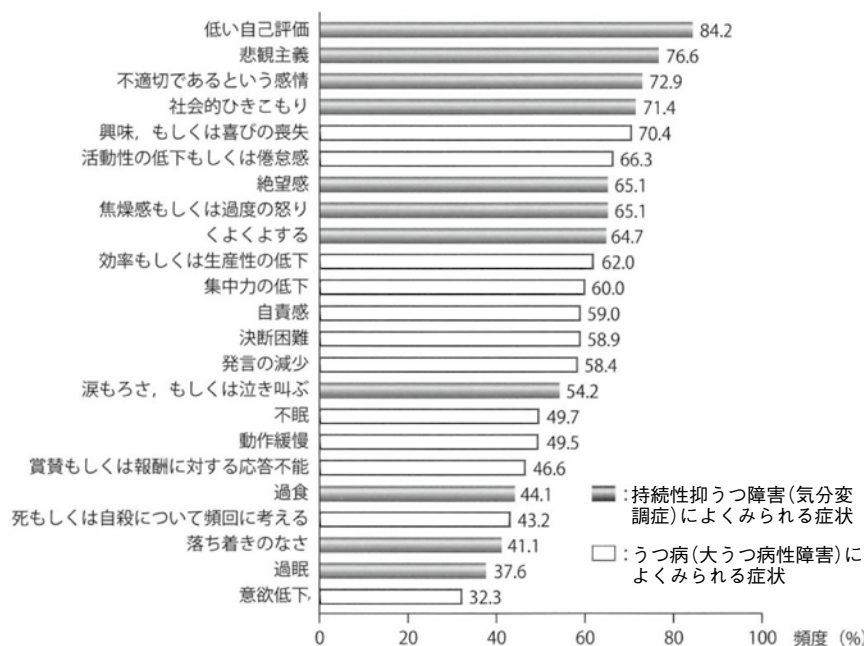
言ってきた神経症性うつ病を想定したものであり、その病因、発症様式、症状、経過は、うつ病とは異なるものであることを強調しておきたいと思えます。

気分変調症に多い症状は、低い自己評価（84.2%）、悲観主義（76.6%）、社会的引きこもり（71.4%）、絶望感（65.1%）、焦燥感と過度の怒り（65.1%）、くよくよする（64.7%）、涙もろさや泣き叫ぶ（54.2%）、落ち着きのなさ（41.1%）などです。一方、うつ病に多い症状は、興味喜びの喪失（70.4%）、活動性の低下（66.3%）、生産性の低下（62.0%）、集中力の低下（60.0%）、自責感（59.0%）、決断困難（58.9%）、発語の減少（58.4%）、不眠（49.7%）、動作緩慢（49.5%）、意欲低下（32.3%）であり両者を比較すると大きな違いがあります。このようなことを念頭に置いて、うつ病と持続性抑うつ状態とを鑑別することが必要です。

VII. 増加している持続性抑うつ障害

最近では、うつ病よりも持続性抑うつ状態の診断をする場合が多くなっているように思います。

図3 持続性抑うつ障害にみられる症状の発現頻度



Keller MB, et al. Am J Psychiatry 152: 843-849, 1995.³⁾

以前のような定型的なうつ病患者さんも増加しているのですが、それ以上に、持続性抑うつ障害（気分変調症を含む）の患者さんが増えているように思います。

些細な人間関係や仕事上のストレスを契機として、抑うつエピソードに陥ってしまい、ストレスがなくなった後もなかなか回復せずに、2年以上にわたって抑うつ状態を呈している症例を多く経験するようになりました。

ここで、DSM-5の抑うつ障害群のなかで、うつ病と診断される症例（症例1）と、当初はうつ病と診断されたもののその経過から考えると持続性抑うつ障害と診断される症例（症例2）とを提示します。

症例1 30歳男性 中等症うつ病エピソード

[初診時主訴] やる気が出ない、仕事上のミスが多い、頭痛、イライラ、不安感、食思不振、不眠

[家族歴] 無し

[既往歴] X-4年、逆流性食道炎

[成育・生活歴] 公務員の父親とパートの母親との間の3人同胞の長男。高専を卒業後に情報システム会社のシステムエンジニアとして就職。独身。

[病前性格] 陰気、短気、几帳面、非社会的、他人を気にする

[現病歴] X年5月頃から職場で上司からの指示が頭に入らなくなり、仕事上のミスが多くなり、上司から精神的不調を指摘され受診を勧められた。特に午前中の体調不良が続いており、業務に集中できず、職場ではいつもイライラしていた。休日は疲れ果てて一日中寝て過ごすことが多かった。食欲低下、不眠、全身倦怠感が続くようになり、突然に心悸亢進が起こるようになり、X年9月初診。

[初診時所見] 表情に活気がなく、小さな声でぼつぼつと話す。現在の会社に就職して7年目となるが、今の上司とそりが合わない。仕事上のミスが続いているが、自分が正当に評価されていないとの思いが強い。仕事に対する意欲が失せており、何事にも集中して取り組むことができなくなっ

た。以前の自分とは明らかに異なるが、自分ではどうしようもないと話す。

[診断と方針] 気分の落ち込み、悲観的な考え方、自律神経症状に加えて、食欲低下・体重減少・不眠などの身体症状があり、うつエピソードと考えられた。休業について相談したが、本人は仕事を休みたくないとの意向が強かったことから、外来での薬物療法と支持的精神療法にて経過を見ることとした。YG、CMI、Baum、SCTの心理検査を依頼し、パロキセチン25mg、エチゾラム0.5mgを開始した。

[鑑別診断と治療経過] 第二回目診察時(X年10月)には、YGでE型、CMIでIV領域であることから、もともとの性格傾向として非活動的・非主導的、情緒不安定なタイプであること、現在は中程度以上神経症領域にあることを説明し、服薬と通院の必要性を説明した。Baumからは自信のなさで自我の不安定性、SCTでは職場における人間関係に対する不満が読み取れた。第三回目(X年11月)には、不安と不満が少なくなり、仕事も休まずに行けていると話すようになり、パロキセチン50mg、エチゾラム1mgに増量した。第四回目診察時(X年12月)には、表情も幾分明るくなり、仕事に対して前向きな気持ちになれるかもしれないと話し、パロキセチン100mgに増量して経過を観察することとした。

症例1は、上司との人間関係を原因として職場不適応を起こし、うつ状態に陥った症例でした。初回からSSRIに加えてエチゾラムを開始することで本人の不安とイライラを抑えると共に、本人のうつ病親和性の性格傾向と神経症レベルを説明し、人間関係について立ち入った話を聴くことにより、本人の洞察を得ることができ、仕事を休むことなく、なんとか立ち直ることができた症例です。この症例では、幸いに持続性抑うつ状態へと移行することなく、一回のうつ病エピソードで完全寛解に達することができましたが、必ずしも。このようにうまくいく場合だけではありません。

症例2 (初診時50歳、男性、会社員)

[初診時主訴] やる気が出ない、めまい、けだるさ、イライラ、不安感、食思不振、不眠

[家族歴] 特記事項無し

[生活歴・現病歴] 大学卒業後、電気関係の会社に就職し、X-9年7月から現場監督として働いていた。X-6年4月に係長に昇進したが、同年4月に夜中に金縛り状態が起り、同年5月に顔面がびくびくと痙攣したことがあり、X-6年5月に心療内科を受診し「身体表現性障害の疑い」との診断を受けたことがあった。

X-6年6月に転勤となったが、必ずしも新しい職場に適應することができていなかったようである。X-6年6月以降、振替休日を取得しようと上司に休暇願を出すたびに断られることがあった。X-5年2月に早出残業の申請を出したところ上司から拒否された。また、X-5年2月から4月頃は会社の繁忙期にもかかわらず、新人派遣社員の指導のために負担を強いられ3割程度業務量が増加した。そして、X-5年4月頃から、めまい、けだるさなどを感じるようになった。X-5年6月から振替休日を取り、日本から離れたいと理由で2週間ほどタイに行った。そしてX-5年7月からは有給休暇を取り、実家に戻り心療内科クリニックを受診した。X-5年8月に退職し心療内科にて外来加療中であるが、抑うつ状態からなかなか回復することなく約5年間が経過している。

症例2では、初診時にうつ病(DSM-5)と診断され、SSRIを中心とする抗うつ薬、抗不安薬などによる湯薬物療法が開始されました。診断基準のうち、(1)抑うつ気分、(2)興味・喜びの喪失が、ほとんど一日中、そして、ほとんど毎日あれば、食欲低下、不眠、精神運動焦燥、易労感などが認められており、うつ病の診断を下すことに問題はありませぬ。そして、その対応として精神療法に加えて薬物療法が開始されました。

多くのうつ病患者は抑うつエピソードを繰り返すものですが、うつ病患者の5人に2人は発症後

3か月以内に回復し始め、5人に4人が1年以内に回復し始めることが言われています。そして、抑うつ症状が慢性化している場合には、パーソナリティ障害、不安症、物質使用障害が併存している可能性が高いことも指摘されています。

うつ病患者の80%では1年以内に寛解状態に達することが知られているのですが、症例2では発症後5年経過しても寛解状態とはなりませんでした。

症例2では、うつ病(DSM-5)による抑うつエピソードがどの程度持続していたかについては、細かく検討する必要があるかと思ひます。この症例は、もともと「神経質であり、まじめで気を使いすぎるところがある」という性格でした。このような性格を有する人が、職場での人間関係および職場での荷重が重なり、抑うつエピソードを呈したのですが、その後の経過は必ずしも順調ではなかったことを振り返って考えると、うつ病(DSM-5)の診断よりも、持続性抑うつ障害としての治療を進める方がよかつたのではないかと思ひています。症例2は、何度かの抑うつエピソードは繰り返したかもしれませんが、それ以外の期間は持続性抑うつ障害として、うつ病の診断基準を満たさない時期が相当期間あったものとも考えられます。そして、X-5年から現在に至るまで寛解状態に達していないという事実を考えると、持続性抑うつ障害という診断が妥当と考えられます。

症例1は、初回のうつ病エピソードを呈したうつ病であり、6か月の治療期間で寛解状態となりました。このような症例では、最初のうつ病エピソードを十分に治療して、寛解状態を維持するためにも、うつ病の症状が消退した後も十分な期間の薬物療法を継続することが重要となります。症例2は、最初のうつ病エピソードから持続性抑うつ障害に移行した症例ですが、初回エピソードの重症度や症状だけからは、症例1と区別することはできず、その後の経過を見て、持続性抑うつ障害と判断を変更することになります。臨床場面では、うつ病エピソードをできるだけ早く寛解に導

くことと同時に、持続性抑うつ障害への移行を防ぐことも求められます。

VIII. おわりに

抑うつ障害群のなかから、うつ病と持続性抑うつ障害とを選び、症例を挙げながら2つの病態の違いについて説明しました。症例1は、古典的なメランコリー型うつ病であり、症例2は持続性抑うつ障害と診断される症例です。白川先生のご講演で触れられた区分でいうと、症例1は従来型、症例2は現代型とに区分されるのではないかと思います。

白川先生の論文4)にある「現代型うつ病」は、ある意味では神経症性うつ病に近い病態であり、古典的な内因性うつ病とは異なる病態ですが、決して治りやすいものではありません。むしろ現代型うつ病は、最初のうつ病エピソードから治りきることに失敗して、持続性抑うつ障害に移行しやすい病態といえるのかもしれませんが。

抑うつ障害は、冒頭に述べたような古い考え方で言いますと、深い病理性を持つ内因性うつ病から、比較的中等症の神経症性うつ病、軽症の反応性うつ病までの幅広い病態を含んでいます。私たち臨床家は、それぞれの病態に対応して、薬物療法、精神療法、環境調整などを組み合わせて対応していきたいと思っています。

文献：

- 1) 染谷俊幸、うつ病診療エッセンシャルズ、メディカルレビュー社、2017
- 2) 鈴木勝昭、双極性障害とうつ病性障害より。森則夫ほか編著臨床科のためのDSM-5虎の巻、日本評論社、2014
- 3) Keller MB et al. Am J Psychiat 152, 843-849, 1995
- 4) 白川治 今日のうつ病 - その理解と対応 仁明会精神医学研究 16 (1) , 15-18, 2018



一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 所長
世界生物学的精神医学会 理事長

武田 雅俊 (たけだ まさとし)

1979年大阪大学医学部卒業。米国フロリダ大学およびバイラー医科大学に留学。1996年より大阪大学医学部精神医学教授。2015年より大阪大学名誉教授。藍野大学学長を経て、2018年より一般財団法人仁明会 精神衛生研究所所長。世界老年精神医学会理事長、アジア統合失調症学会理事長、日本精神神経学会理事長他役職多数。老年精神医学が専門。「老化の生物学と精神医学」「精神医学徒然草 教授室の窓辺から」他著書多数。

認知症でも安心して生活をするために：私たちの役割

お多福もの忘れクリニック／NPO 法人認知症ケア研究所 本間 昭

I. はじめに

認知症をめぐる課題は大きく分けて2つあります。2つの課題とも大きな地域差がありますが、1つは認知症の医療やケアを受ける側の一般の人たちの認識が必ずしも十分ではないこと、2つ目は、医療やケアを提供する側の認識です。いまや介護保険を利用している人たちのおよそ6割が認知症という時代であることを考えるとこれは大きな課題です。認知症があっても安心してそして安全に本人が望む生活が続けられるように支援することが医療やケアを受ける側と提供する側の最大の目標です。ここでは、地域で生活する私たちがそのためにできることを考えてみたいと思います。

II. 自動車運転と認知症

最近ではテレビでも高齢者の逆走がしばしば取り上げられています。自動車運転と認知症は最近のトピックの1つですが、まずその概略を解説します。平成29年3月から改正道路交通法が施行されました。従来の道交法と異なる主な点は、75歳以上で特定の違反を起こしたときには一定の認知機能検査を受けることが義務づけられました。また、従来は75歳の高齢者講習での認知機能検査で認知症が疑われ、一定の違反歴がある場合に、医療機関で認知症の有無についての診断を受けることとされていましたが、3月からは違反歴にかかわらず診断を受けることとなりました。

平成27年の75歳以上の高齢者講習受講者数は163万1千人で、そのうちの3.3%、つまり5万4千人が認知症の疑いとされました。このなかで認知症の有無の診断を受けた人は1,650人でした。また、警察庁のまとめでは、75歳以上の運転者による死亡事故に係る第1当事者の認知機能検査の結果では、約半数が認知症の疑いまたは

認知機能低下の疑いでした。高速道路の逆走事案に限ると、その割合は7割に達します。高速道路の逆走による死亡事故では逆走した認知症の運転者が不起訴となる場合がありますが、双方にとって悲劇でしょう。今回の法改正が高齢者、特に認知症の運転者の事故防止に有効であることが期待されます。

一方で、今回の改正に伴う課題がいくつか指摘されています。一つは認知症の診断をだれがどこでするのかということです。認知症の重症度が軽度であればあるほど慎重な診断が求められますが、軽度の認知症を診断できる医療機関あるいは専門医の人数が必ずしも十分ではないことです。都市部では十分な医療機関があるかもしれませんが、日本中どこでも同じ状況とはかぎりません。かかりつけ医にも一定の役割が求められますが、それぞれの地域に合った体制を考える必要があります。

もう一つの課題は、運転ができなくなるということは、日常の足がなくなることを意味します。買い物や通院、あるいは仕事が農業であったりすれば毎日畑に通う足がなくなり、ふだんの生活に支障をきたしてしまいます。運転免許証を返納すると、多くの自治体ではダイヤモンドタクシー券などが配付されたり、地域の交通機関の割引が受けられたりしますが、十分とは言えないでしょう。仮に、介護保険のサービスを利用できれば、ある程度はニーズに対応できるかもしれませんが、非該当の場合にはお手上げです。一朝一夕に解決できる問題ではありませんが、いまの時期は平成30年から3年間の第7次介護保険事業計画が作成され、それぞれの地域のホームページで公表されています。ぜひこのような課題も取り上げ、行政も含めた積極的な議論が必要ではないでしょうか。

マー型認知症は認知症の最も多い原因疾患の一つです。認知症やアルツハイマー型認知症であるかどうかを診断するときには、一定の基準が使われます。臨床的に使われている最も新しい基準に従って簡単にまとめると、まず認知症という状態であるかを判断し、それからその原因を見極める順番になります。認知症という状態であるかどうかは次の4つの条件を満たしているかになります。

- (1) 認知機能の障害がある（従来は記憶障害があることが必須でしたが、現在は記憶以外の段取りや計画を立てたりする能力、注意力を持続できる能力、言葉の理解や言い表したりする能力、空間的な位置関係を把握できる能力、社会的なルールを守る能力の6つの領域の1つの障害があれば条件を満たすことになりました）。
 - (2) そのために日常の社会生活や対人関係に支障をきたしている。
 - (3) せん妄状態（特に夜間に混乱状態が突然現れる状態）のときだけに現れるものではない。
 - (4) うつ病や統合失調症では状態が説明できない。
- アルツハイマー型認知症はさらに、2つの条件が必要になります。

- (1) 記憶と記憶以外の他の認知機能の進行性の悪化が見られる。一般的には半年程度でもご家族が気づく変化があります。
- (2) 他の認知症の原因（脳血管疾患やパーキンソン病などの他の変性疾患、脳腫瘍、正常圧水頭症、甲状腺機能低下症など）がないこと。

しばしば、CTやMRIなどの一般的な方法で撮影した画像で、脳の萎縮があるから認知症かもしれない、ないから認知症ではないと言われることがあります。一般的な画像検査は、認知症の原因の有無を調べるのが目的になります。脳の萎縮の有無だけで認知症を診断することはできません。その前に、本人と毎日接する家族や周囲が気づいてあげられる、ちょっとしたチェック機能があります。1つ例を示します。「うちのおばあちゃんは最近もの忘れがひどくて、よく捜し物をして

いる。そう言えば、2～3年前から徐々にもの忘れがあったみたいだ。この前も、銀行の通帳がみつからなくて、再発行をしてもらった」「買い物に行っても、行くたびに同じ物をよく買ってくる」「料理の味つけも、どうも最近は前に比べると塩辛くなってきている」「この前も、肉じゃがの肉じゃがもに芯があった。肉じゃがは得意だったんだけど…」「夜はよく寝ているし、近所の先生からは、内臓はどこも悪くないと言われている」といったようなお話。よく聞く類の話ではないでしょうか。さっきまでのことを忘れてしまうというもの忘れは代表的な変化です。料理の献立の変化（ワンパターンになる、味つけが濃くなったり、味がなかったり）や習慣的にしていた日課をしなくなったなど、気力の変化もあります。これだけの情報があれば、だいたい認知症だと判断できます。半年あるいは1年以上前と比べて、それまでできていたことができなくなったり、不得意になったりしてきたときには、高齢者ではまず認知症、特にアルツハイマー型認知症が疑われます。もの忘れがあまり目立たなくても、本人が失くしたにもかかわらず、だれかのせいにしたりすることもあります。これらに気づいたら、ただちに受診するタイミングです。

V. 認知症の人が感じる不安

認知症の人が感じる不安について考えてみます。認知症が軽くても重くても、この不安がその人の言動や行動に大きく影響していくからです。外来などでよく相談を受けることの一つに、「うちの父が最近、同じことを何回も言ったり聞いたりする。もしかしたら認知症の始まりかもしれない。なんとか病院に行って欲しいが、本人はなんともないと言って、家族が心配していることに一切耳を傾けない。何回も言うとも最後には怒りだしてしまう。どうしたら病院に行ってもらえるでしょうか？」ということがあります。また、「本には、認知症の始まりではもの忘れの自覚はあっても、病気かもしれないという自覚はほとんどないと書いてある

ので、そのせいで受診しないのでしょうか？」などの相談もあります。

最近、外来で経験した例を紹介しましょう。内科を開業している60歳代の医師が初診で受診しました。「どうも最近もの忘れがひどい、処方しようと思う薬の名前が出てこない、患者さんの訴えをカルテに記録しておいたと思っても、あとで見ると何も書かれていないことがある、去年はこんなことはなかった。もしかしたら、自分は認知症でアルツハイマー型なののでしょうか？ そうだとしたら、いつクリニックをたためばいいのでしょうか？」という訴えで、奥さまと一緒に受診されました。画像を含むいくつかの検査と日常生活の変化から、「残念ながらご心配のとおりです」と診断の結果を説明しました。結局、受診された方は診断の結果を聞いたあとで、クリニックをすぐに辞めることを決めました。自動車も運転していたので、免許証も返すことになりました。この方のように、自分からもの忘れを訴え、もしかしたら認知症かもしれないと思って受診される患者さんは、地域にもよりますが、まだまだ少ないのが現実でしょう。この方の場合には、多少のもの忘れは奥さまも気づいていましたが、診療に影響していることまではわからなかったようです。薬の名前が思い出せないというようなことが起きる前の、どうも最近もの忘れがひどいと本人が感じたころ、認知症かもしれないと本人は自覚していたそうです。患者さん自身が医師であり、ふだんから認知症に関心をもち勉強していたことが大きかったのではないのでしょうか。

ここで、私が強調したいことは、認知症にいちばん最初に気づくのは家族ではなく、やっぱり本人なのではないかということです。アルツハイマー型認知症では多くの場合、記憶障害から始まり、そのことが日常生活の変化として現れます。先の例のように男性で仕事をしている人であれば仕事の面で、女性であれば料理などの家事の面で現れることが多いでしょう。しかし、男性であっても、女性であっても、日常生活で、なんらかの

変化が現れてくる以前に記憶障害はあるわけですから、この時点で近親者が気づかなくても、本人が最初に気づいたり、感じたりするはずです。多くの場合、日常生活に明らかな変化として現れる前に、何回もガス栓や鍵を確かめたり、何となく元気がなくなったり、漠然とした不安を感じたりします。時期は長くても1～2年くらいかもしれません。前述の例では不安感が軽いにせよ、必要以上に何度も心配や確認するような行為がなかったため、家族が気づかなかったのかもしれない。

VI. 認知症の人が感じる受診後の不安

さきの例では受診する前にふだんから認知症に関心があったため、自分の生活に起こった変化を客観的に眺めることができ、本人の不安も前面に現れていなかったのかもしれない。現在、65歳以上の6～7人に1人が認知症という時代になっても、本人の認知症に対する理解が深く、みずから受診するという例は、あまり多くありません。裏を返せば、多くの方の認知症に対する理解は十分とは言えないということかもしれません。認知症に対する理解があれば、いままですぐに思い出せたことが思い出せなくなったり、30分くらいできていたことができなくなったりしてきた時点で、先程の例のように病気かもしれないと感じるかどうかは別にしても、なんとなくの不安をきちんと感じ取ることができるのではないのでしょうか。この不安感は、認知症が軽くても進行した場合でも、その人の言動や行動を理解するためのカギになります。しかし、普通は自分からは認めたくはないでしょう。日常生活の変化として現れるようになったときに、周りから病気かもしれないと言われれば、なおさらムキになって否定する方が多いはずです。それまで、あまり本人との接触がなかったりすれば、なおさら否定してしまうでしょう。そんなときは、病気かもしれないとか、認知症かもしれないということにはまったく触れずに、あくまで本人の不安に寄り添い、心配しているという気持ちを伝えることができれば、受診につな

げることができるはずですが。このような時期であれば、認知症と診断されても、きわめて軽い時期ですから、病気についての説明を本人にすることもできますし、本人の気持ちを聞きながら家族の役割を考え、家族も含めて将来のことを主治医と相談することができます。

万が一、アルツハイマー型認知症などと診断された場合に、本人と家族を支えるという主治医と医療・介護関係者の役割はとて大きくなります。本人は認知症であることをなかなか受け入れられないものですし、将来どうなっていくのか、家のこともわからなくなってしまうのかなど、夜も眠れないくらいの不安な状態が続いたりします。そのようなとき、主治医や関係者がなんでも話すことができる存在であれば、この不安を少しは軽くできます。認知症では、何回も同じことを言ったり聞いたりすることが、しばしばあります。認知症と診断され、症状などの説明を受けても、家族も自分の配偶者や親が認知症であることは、なかなか受け入れられません。そのため、本人の言うことを訂正しようとしたり、言い聞かせようとしたりすることが多くなります。一生懸命に説明し、少しでも本人がわかってくれれば、認知症がよくなると思うこともあるでしょう。しかし、本人の不安はますます強くなります。このことが本人によい影響をもたらすとは考えられません。認知症をきちんと理解することはむろんですが、家族を含めて認知症の人に接する関係者には、ぜひ本人の不安を理解してほしいと思います。さらに、家

族が本人の認知症をどのように認識し、対応するかによりますが、家族も不安が募り相談したいと思ったときに、主治医やケアマネージャーなどの関係者にすぐに話をできれば気持ちも楽になるはずですが。家族が心配なときにすぐに相談できる相手がいることが、在宅で長期間にわたって介護を続けることができた理由のなかでいちばん大きかったという調査結果もあります。

VII. おわりに

最近、各地で介護保険で提供されるサービスとは別にいわゆる「認知症カフェ」と呼ばれる認知症の当事者と地域の人たちの交流スペースが設けられるようになってきています。そういうところで、コーヒーでも飲みながらゆっくり話をしてみる機会を持たれてはいかがでしょうか。さっきのことを忘れてしまうことはあるかもしれませんが、ふつうの高齢者と変わらないなあと改めて思われるでしょうし、なにか得られるあるいは気づかされることがあるはずですが。



お多福もの忘れクリニック 院長
NPO 法人認知症ケア研究所 代表

本間 昭 (ほんま あきら)

1973年慈恵会医科大学卒業。デンマークオーフス州立細胞遺伝・疫学研究所研究員、聖マリアンナ医科大学大学院、同神経精神科講師、東京都老人総合研究所精神医学研究部長、認知症介護研究・研修東京センター長などを経て2009年より現職。専門は老年精神医学。かかりつけ医のための認知症診断技術向上、抗認知症薬の薬効評価法、認知症ケアの標準化の検討などに取り組み、日本認知症ケア学会理事長、厚生労働省社会保障審議会介護保険部会臨時委員などを務めた。

正常老化と軽度認知障害（MCI）の認知症との関連について

仁明会精神衛生研究所 三好 功峰

I. はじめに

老年期にしばしば経験される軽度の記憶障害が、認知症につながるものか否かは、本人、家族、それに臨床医にとって、きわめて重要な意味を持ちます。このような軽度の記憶障害の原因には、正常老化や軽度認知障害（MCI）がありますが、これらは、認知障害のレベルが軽度であり、日常生活の自立を妨げられることがないという意味で認知症にまでは至っていないとされます。とくに正常老化による認知機能の低下は、だれでも経験するような、いわば“正常”のできごとであるとして、研究課題として取り上げられることが少なかったテーマです。一方、軽度認知障害は、正常老化と認知症の中間に位置するもので、認知症の原因となる疾患の最も初期の段階とも考えられています。どのような症状が、認知症へと進行してゆくサインであるか、進行を止める手段があるか、といったことに対して広く関心が持たれてきました。ここでは、これらの認知障害の特徴について述べ、認知症との関連について考察したいと思います。

II. 正常老化

1. 正常老化の認知機能低下

高齢者で、きわだった記憶障害ではありませんが、軽度の断続的な物忘れがみられることがあります。例えば、よく知った人の名前が急に思い出せないが、あとになって思い出す、といったものです。これは、“正常老化 normal ageing”（あるいは、“正常認知老化 normal cognitive ageing”¹⁾，“年齢に関連した認知減退 age-associated cognitive decline”²⁾）と呼ばれるものです。臨床認知症評価尺度 Clinical Dementia Rating, CDR では、障害なし（CDR0）に相当します³⁾、また、全般機能低下尺度 Global Deterioration Scale⁴⁾では、ステージ1（正常の高

齢者で異常なし）とステージ2（高齢者のきわめて軽度の認知機能障害）に該当します。

老年期には、認知機能が低下するとされていますが、若い人たちと比べて優れた面もあります。人生経験を通してさまざまな経験が蓄積されることにより、これらの知識を必要とする創造的な知的作業においてより良い成果を得ることができます。このような知的能力は、結晶化知能 crystallized intelligence と呼ばれます。一方、必ずしも経験によらない問題解決や合理的思考、実行能力、作業スピード、記憶、精神運動性能力などは、20歳台においてピークがあるとされ、これは流動性知能 fluid intelligence と呼ばれます¹⁾。高齢者で障害されるのは、おもにこの能力です。

認知機能というのは、かつては知的能力と呼ばれたものですが、認知症で障害される機能としては、記憶、言語、運動機能、感覚機能、実行機能（計画を立てる、組織化する、順序立てる、抽象化する）などが含まれているとされてきました。今日では、1) 複雑注意（注意を持続し、適切に対象を選択し、配分する能力）、2) 学習と記憶（新しい情報を覚え込み、保ち、再生する能力）、3) 実行機能（作業を計画し、抽象的、組織的に考え、合理的に物事を進める能力）、4) 言語（言葉を使い、理解する能力）、5) 知覚—運動（視知覚、視覚構成など）、6) 社会的認知（他人の情動を理解し、その精神状態や体験を考慮する能力）などの機能に区分されています（DSM-5）⁵⁾。

正常老化というのは、認知症ではないということが強調されますが、実際にどの程度のものをそのように呼ぶのか明確でないところがあります。ここでは、英国アルツハイマー協会のホームページに掲載されている具体的な記述を引用します⁶⁾。

- 1) 複雑注意や見当識に関することがらとしては、「曜日や週を取り違えることがあるが、あとで気付く」、「仕事の途中に、ふっと、“いま、なにをしていたか”、と思う」、「なぜ、その部屋に入ったのか理由を忘れるが、すぐに思い出す」など。
- 2) 記憶に関しては、「ときにひとの名前や約束を忘れるが、後で思い出すことができる」、「ときにひとから聞いた話の内容を思い出せない」。「ときに、携帯電話、眼鏡、TVのリモコンなどを置き忘れるが、行動を思い出して探すことができる」など。
- 3) 実行機能については、「計画、問題解決において全体を見通すのに、やや時間がかかる」、「とくに気が散っているとき、複数の仕事を同時に行う能力が低下する」、「計画、問題解決、意思決定に際して一度ならず良くない決断をする」、「ときに、家計の処理を間違える」^{1,2)}。
- 4) 言語に関しては、「会話において、ときに、適切な言葉を探すことが困難である」、「会話を続けるのに、かなりの集中が必要である」、「気が散っているときや、同時にひとが話しているとき、会話の流れが分からなくなる」。
- 5) 視空間能力は、加齢による影響を受けることはほとんどないとされている。
- 6) 社会的認知については、「ときに仕事、家族、社会の義務にうんざりする」、「ときに、すこし気分が落ち込み、不安となる。自分勝手なやり方をする、あるいは、通常のやり方で、うまくゆかないときにイライラする」など。

加齢による脳の変化の代表的なもののひとつは脳萎縮です¹⁾。加齢の脳への影響は必ずしも一定ではありませんが、多くの場合、おもに、前頭葉⁷⁾、側頭葉、海馬、海馬傍回⁸⁾に萎縮がみられます。正常老化における大脳皮質の萎縮は、酸化ストレス oxidative stress による神経細胞死⁹⁾やシナプス密度、樹状突起の突起、スパインの減少などによるものとされています¹⁾。つまり、正常老化の脳変化は、加齢による非特異的なものと考えられ、認知症の原因となる神経変性疾患(例えば、アルツハイマー病¹⁰⁾、レビー小体病、プリオン病、前頭側頭葉変性症など)や、脳血管性病変などが発症したためではありません¹¹⁾。

ただ、アルツハイマー病の病変に関しては、 β アミロイドの蓄積は、壮年期から見られるとされています¹²⁾。この時期にすでに軽微な長期記憶の低下がみられるとの報告¹³⁾もありますが、一般的

には、前臨床段階 preclinical stage¹⁴⁾で認知障害は認められません。ただ、このような脳の変化が正常老化における認知障害となって現れるか否かは今後の研究によって解明される必要があります。

以上のことをまとめると、正常老化における認知機能低下は、高齢者において、一時的に自覚される最も軽微な障害であり、その後も長年にわたって目立った悪化はなく、日常生活の自立が妨げられることはありません。臨床認知症評価尺度ではCDR 0に相当し、認知機能検査では、認知能力の低下が客観的に認められることもありません。自覚的な障害があっても、非特異的な大脳の加齢性変化が原因となっていると考えられます。

Ⅲ. 軽度認知障害 (MCI)

1. どのような状態か

認知症とまでは言えないレベルの軽度の認知障害に、軽度認知障害 mild cognitive impairment, MCI^{15, 16, 17)}と呼ばれるものがあります。最近では、軽度神経認知障害 mild neurocognitive disorder (DSM-5⁵⁾, ICD-11) という名称も用いられています。臨床認知症評価尺度 Clinical Dementia Rating, CDR では、“認知症の疑い (CDR 0.5)”に相当します。また、全般機能低下尺度⁴⁾のステージ3 (認知症ではない軽度の認知機能障害)の状態です。

軽度認知障害についての当初の報告^{15, 16)}では、1年で14%、4年で40%が認知症となるとされました。今日では65歳以上の軽度認知症の14.5%は2年間で認知症に進行するとの報告があります¹⁷⁾。軽度認知障害の予後については、同じレベルの障害が続くもの、認知症に進行するもの、軽快するものなどの3つのグループに分けられます。このように、認知症に変化しない場合もあるとされ、認知症の初期というよりも、特別な病態であると考えられました。そのため、この概念が提唱されてから、この状態から認知症に転換しやすいグループと認知症になりにくいグループの間に、いかなる要因が存在するか、広く関心を持たれ、多くの

研究がなされました。コリンエステラーゼ阻害薬による薬物療法や、知的トレーニングや体操などによって認知機能の改善を図るという試みがあります。しかし残念ながら、いずれも効果があるとの確証は得られていないのが現状です¹⁷⁾。今日では、軽度認知障害は、認知症の前段階、あるいは初期の段階ながら認知症の原因疾患がすでに発症している可能性が高い、と考えられています。

もともと、軽度認知障害は、記憶障害のみが注目されました^{15, 16)}が、これは、今日では、記憶障害性軽度認知障害 **amnesic MCI** と呼ばれるものに相当するもので、アルツハイマー病による認知症に先駆するタイプのものです。そのほか非記憶障害性単一領域軽度認知障害 **single non-memory domain MCI** (前頭側頭型認知症、パーキンソン病、レビー小体病、クロイツフェルト・ヤコブ病、アルツハイマー病など)、多領域性軽度認知障害 **multiple domains MCI** (血管性認知症、アルツハイマー病など) と呼ばれる類型があります。このように認知症の原因疾患の特徴を反映した症状が出現することは、すでにこのような認知症性疾患が発症している可能性を示しているものと思われま

す。また、軽度認知障害では、不安、抑うつ、不機嫌、アパシー、焦燥、不眠、幻覚、パーキンソン症状などの精神症状がみられることもあります。これらは、認知症へ進行する予兆であるとみなされています¹⁸⁾。

米国精神神経学会の診断基準 (DSM-5) には、軽度神経認知障害での認知障害について、以下のような具体的な例があげられています (三好訳¹⁹⁾)。

- 1) 複雑注意に関する障害のため、「通常の作業が以前より時間がかかる」、「機械的になされるような作業でも間違いが多くなるので二重のチェックが必要になる」、「TVを見ながら、あるいはラジオを聴きながら会話、携帯電話、運転をしながら考えることが困難となる」などのことがある。
- 2) 学習と記憶については、「最近の事柄を思い出すことが困難となり、メモやカレンダーに頼りがちとなる。映画や小説の登場人物についてメモや読み返しが必要となる」、「何週間も同じ人に同じことを繰り返して言ったりする」、「請求書の

支払いを済ませたかどうか思い出せない」などが見られる。

- 3) 実行機能については、「複雑な、何段階もある計画の遂行において、これまで以上に努力が必要となる」、「複雑な仕事をこなすとか、来客や電話で中断された仕事を再び始めることが困難となる」、「仕事の段取りをつけ、計画し、決断するのに余分の努力が必要となり、疲れやすいと訴える」、「大きな社交的な集まりで話題の変化についてゆくのにならざるを得ない」などのことがある。
- 4) 言語の面においては、「言葉を思い出すことが難しい」、「特定の用語を一般的な言葉で代用することが目立つ」、「面識のあるひとの名前を呼ぶことを避ける」などのことが見られる。
- 5) 知覚—運動機能の障害のため、「方角を知るのに地図に頼る」、「新しいところに行くのにメモに頼る、あるいは誰かについて行く」、「集中しないと道に迷ったり、道を引き返したりする」、「自動車の駐車が正確にできなくなる」、「空間的な仕事 (大工、組み立て、裁縫、編み物など) をするときには大きな努力が必要である」といったことが認められる。
- 6) 社会的認知力の低下のために、行動や態度の微妙な変化がみられるようになり、「しばしばパーソナリティの変化がみられる」、「例えば社会的にははならないとされることに気付くとか、ひとの表情をみて状況を察することが障害される」、「共感が乏しくなり、過度に内向的あるいは外向的となることもある」、「アパシーや不穏などもみられる」といったことが目立つ。

IV. 認知症

1. 認知症の認知障害

認知症では、認知機能の著しい障害があり、そのことは、臨床心理検査で客観的に示されます。認知症の原因となる脳障害は、脳の広範な病変を引き起こす神経変性疾患 (アルツハイマー病、前頭側頭葉変性症、レビー小体病、パーキンソン病、プリオン病、ハンチントン病など)、脳血管性障害、外傷、HIV 感染症、物質・医薬品使用などです。それぞれの原因疾患により認知症としての症状は異なりますが、共通点は、認知機能障害と日常生活能力の低下、それに行動・心理症状が出現することです^{19, 20)}。

認知症の重症度は、記憶、見当識、判断力と問題解決能力、社会活動、家での生活・趣味、日常生活能力などの障害の程度により、軽度認知症 (CDR1)、中等度認知症 (CDR2)、重度認知症

(CDR3)に分けられています³⁾。また、全般機能低下尺度⁴⁾では、認知症はステージ4～7の4段階に相当します。

認知症の診断基準(DSM-5)⁵⁾では、認知障害の程度とともに、日常生活の自立性が“妨げられている”という点が診断のための重要なポイントとなっています。日常生活能力の評価には、道具を用いる日常生活能力尺度 Instrumental Activities of Daily Living Scale, IADLS²¹⁾が広く用いられていますし、日常生活の自立度に関しては、我が国には、認知症日常生活自立度判定基準(厚労省、平成15年)が考案されています。また、米国では、同様の目的で、入浴、着衣、清潔、移動、失禁、摂食に評点をつけ数値化する評価(Katz Index)²²⁾が用いられています。

認知症でみられる認知障害は、具体的には以下のようなかたちで現れます(DSM-5⁵⁾、三好訳²⁰⁾。

- 1) 複雑注意(意識障害による単純注意ではなく、意識の清明なときの周囲に対する注意)の障害は、「複数の刺激(テレビ、ラジオ、会話など)が同時にあるとき、作業し、記憶することが困難となる」といったかたちで現れる。
- 2) 記憶と学習の能力に関しては、「しばしば同じ会話のなかで繰り返しがあがる」、「買物や日常生活のなかの計画において、いくつかの物品が覚えきれない」、「仕事をするのにメモが必要となる」。
- 3) 実行機能は、目標を決め、計画を立て、必要な情報をすべて念頭において、試行錯誤をしながら間違いを訂正し、果たすべき課題に柔軟に対応することが必要であるが、認知症では、「しばしば複雑な行動を諦め、人に会う、決断するなどの場面で人の援助が必要となる」。
- 4) 言語については、「自発的に言葉を話したり、人の言葉を理解したりすることが困難になる」、「会話において、固有名詞より代名詞がおおくなる」、「重度になると、親しい友人や家族の名前が思い出せない」、「間違った言葉の使い方、文法的な間違い、無意味な言葉、言葉の省略もみられる」、「重度になると、言葉を発することが無くなるが、その前に、常同的、反響的に同じことを繰り返しかえす」ことが特徴的である。
- 5) 知覚—運動(視覚などの知覚による立体的な判断や行動の能力)の障害によって、「よく慣れた環境でも日常器具などの道具の使用が困難になる」。
- 6) 社会的認知の障害によって、「社会から受け入れられる範囲を越えた態度がみられる」、「衣服、政治、宗教、性的な会話など、皆に関心のない話題にこだわる」、「家族や友人の

反対を無視する行動、安全を無視した決断をする」、社会的な基準に鈍感な行動がみられる。

2. 認知症の行動・心理症状

認知症では、認知機能の障害のほかに、行動・心理症状 behavioural and psychological symptoms of dementia, BPSDが見られます。ICD-11(2018)では、認知症にみられる行動的または心理的症状 (behavioural or psychological disturbances in dementia)と呼ばれています。その症状は、精神病様症状、気分症状、不安症状、アパシー、興奮または攻撃性、脱抑制、徘徊などですが、これらは、治療的介入によって改善する可能性のある症状であり、日常臨床において重要な治療の目標となっています。

V. 正常老化や軽度認知障害は、認知症とどのような関連があるか？

正常老化が、認知症(ことにアルツハイマー病)と連続したものか(連続移行 continuous transition)、あるいは、まったく異なったものか(非連続移行 discontinuous transition)については、これまで長い論争がありました²³⁾。ただ、正常老化というのは、当初は、認知症に対比して用いられてきた用語であって、Petersen, RC (1999)¹⁵⁾によって軽度認知障害(MCI)の概念が提唱されるまでは、正常老化のなかに含まれていたものと思われています。今日、正常老化と軽度認知障害を区別するとすれば、すでにアルツハイマー病などの認知症性疾患の病理が現れているか否か、という点にあるかと思えます。したがって、正常老化は、非連続移行であり、直接的に認知症に移行して行くものではありません。一方、軽度認知障害では、すでに認知症性疾患の発症があるとすれば、連続移行ということになって、ときにまったく進行がないように見える場合でも、やはり、認知症につながるものであると言えます。

今日、軽度認知障害は、WHOによるICD-11、米国精神医学会のDSM-5において、認知症とは別

の項目に分類されていますが、今日のように、認知障害の予防や治療の決め手を欠く状況では、当初考えられたほどには、軽度認知障害を認知症と区別する意義は大きくないと言わざるを得ません。しかし、将来、基礎疾患の治療や予防の方法が開発されるようになったときには、軽度の認知症に対して早期治療を始める手がかりとなるという意味で、重要な意義を持つことになると思われます。

VI. おわりに

世界生物学的精神医学会と仁明会精神衛生研究所が主催した市民公開講座「心の病をめぐる最新知見」において本間昭氏の認知症に関する講演の座長をさせていただきました。その講演に関連するテーマとして、軽度の認知障害と認知症との関係について書かせて頂きました。近年、「物忘れ外来」における臨床場面で、軽い記憶障害が認知症へ進行する可能性について判断を迫られることが少なくありません。とくに、正常老化による認知障害は、老年精神医学における重要な課題であるにもかかわらず、これまで取り上げられることの少なかったテーマです。ここでは、軽度の認知障害の理解に役立てて頂くことを目的としました。

要約

正常老化は、老年期にみられる最も軽度の認知障害であり、認知機能検査で正常範囲の値を示すものです。正常老化でみられる記憶障害や行動面におけるミスは、認知機能のひとつ複雑注意に影響されるところの大きなもので、多くは可逆的です。認知症疾患でみられる病変とは異なる非特異的な変化によるものと考えられます。一方、軽度認知障害は、認知機能検査で、軽度ながら客観的な低下が認められ、多くの場合、きわめてゆっくり、何年もかけて進行する経過をとりますが、軽度認知障害の段階で、すでに原因疾患が発症している可能性があります。認知症では、認知機能検査で客観的な低下が明らかで、日常生活の自立が妨げられるレベルの著しい障害です。原因疾患に特有

な認知障害に加えて、しばしば、行動や心理面での症状（不安、うつ気分、アパチー、幻覚、妄想、パーソナリティ変化など）を伴います。

以上、老年期にみられる軽度の認知障害である正常老化と軽度認知症（MCI）の特徴と、認知症との違いについて述べました。将来、認知症の予防や治療において有効な方策が開発されるようになれば、ここで述べた軽度の認知障害についての知見はきわめて重要なものとなるものと思われます。

文献：

- 1) Harada CN, Natelson Love MC, Triebel K: Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med.*29,737-752,2013
- 2) Deary JJ, Corley J, Gow AL, et al.: Age-associated cognitive decline. *Brit Med Bull.*92,135-152,2009
- 3) Hughes CP, Berg L, Danziger WL, et al.: A new clinical scale for staging dementia. *Brit J Psychiat* 140,566-572,1982
- 4) Reisberg B, Ferris SH, de Leon, et al.: The global deterioration scale for assessment of primary degenerative dementia. *Am J Psychiat*,139,1136-1139,1982
- 5) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th Ed. (DSM-5)*. American Psychiatric Publishing 2013
- 6) Alzheimer's Society: Normal ageing vs dementia. <https://www.alzheimers.org.uk/>
- 7) Salat DH, Kaye JA, Janowsky JS: Prefrontal gray and white matter volumes in healthy aging and Alzheimer disease. *Arch Neurol* 56,338-344,1999
- 8) Rigalski E, Stebbins GT, Barnes CA, et al.: Age-related changes in parahippocampal white matter integrity. A diffusion tensor imaging study. *Neuropsychologia*. 50,1759-

- 1765,2012
- 9) Uttara B, Singh AV, Zamboni P, et al.: Oxidative stress and neurodegenerative disease, a review of upstream and downstream antioxidant therapeutic options. *Current neuropharmacology* .7,65-74,2009
- 10) Braak H, Braak E: Evolution of neuropathology of Alzheimer's disease. *Acta neurologica scand. suppl.* 165,3-12,1996
- 11) Dickson DW, Crystal HA, Mattiace IA, et al.: Identification of normal and pathological aging in prospectively studied nondemented elderly humans. *Neurobiology of aging*. 13,179-189,1992
- 12) Rodrigue KM, Kennedy KM, Park DC: Beta-amyloid deposition and the aging brain. *Neuropsychology Review*.19,436-450,2009
- 13) Weston PSJ, Nicholas JM, Henley SMD, et al.: Accelerated long-term forgetting in presymptomatic autosomal dominant Alzheimer's disease. a cross-sectional study. *Lancet Neurol* 17,123-132,2018
- 14) Sperling RA, Aisen PS, Beckett LA, et al.: Toward defining the preclinical stages of Alzheimer's disease. Recommendations from the National Institute on Aging and the Alzheimer's Association workgroup. *Alzheimer's Dementia*. 7,280-292,2011
- 15) Petersen RC, Smith GE, Waring SC, et al.: Mild cognitive impairment. *Clinical characterization and outcome*. *Arch Neurol* 56,303-308,1999
- 16) Petersen RC, Stevens JC, Ganguli M, et al.: Practice parameter. Early detection of dementia. Mild cognitive impairment (An evidence-based review) . *Neurology*, 56,1133-1142, 2001
- 17) Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, et al.: Practice guideline update summary. Mild cognitive impairment. *Neurology* 90,126-135,2018
- 18) 三好功峰：軽度認知障害における神経精神症状は認知症への転換の予知徴候である。老年精神医学雑誌 20,320-323,2009
- 19) 三好功峰：大脳疾患の精神医学。神経精神医学から見えるもの。中山書店 2009
- 20) 三好功峰：認知症。正しい理解と診断技法。中山書店 2013
- 21) Lawton MP & Brody EM: Assessment of older people. Self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 9,179-186,1969
- 22) Katz S, Downs TD, Cash HR, et al.: Progress in development of the index of ADL. *Gerontologist* 10,20-30,1970
- 23) Spaan, PEJ & Dolan, CV: Cognitive decline in normal ageing and early Alzheimer's disease. A continuous or discontinuous transition? *Behav Neurology*.23, 216-233,2010



一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 名誉所長

三好 功峰 (みよし こうほう)

1960年京都大学医学部卒業。京都大学医学部附属病院、米国コロンビア大学神経学教室を経て兵庫医科大学教授、京都大学大学院教授、兵庫県立高齢者脳機能研究センター所長、一般財団法人仁明会精神衛生研究所所長などを歴任。国際神経精神医学会元理事長。専門は老年精神医学。2018年より一般財団法人仁明会精神衛生研究所名誉所長。

市民公開講座を振り返って

仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊

仁明会精神衛生研究所と世界生物学的精神医学会の共催による市民公開講座にご参加いただきました皆様に心より御礼申し上げます。

世界生物学的精神医学連盟は英語では World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP) と申しますが、世界中の生物学的精神医学会 (Society of Biological Psychiatry) から構成される世界連盟です。私は五年前から世界生物学的精神医学会連盟の理事長を勤めておりますことから、本年9月7-9日に神戸商工会議所においてアジア太平洋地区西部学的精神医学会を開催いたしました。そして、その学会の最終日に市民公開講座「心の問題 - 最新知見」を開催できたことを嬉しく思っています。

一般財団法人仁明会は、甲山の仁明会病院と越水町の仁明会クリニックを運営していますが、仁明会クリニックには仁明会精神衛生研究所が併設されています。本年4月から仁明会精神衛生研究所長として勤務させていただいていることもあり、今回の市民公開講座は、仁明会と世界生物学的精神医学会との共催になりました。

公開講座の折に申し上げましたように、市民公開講座の講演内容を仁明会精神医学研究誌に掲載してお届けすることになりました。心の問題について一般市民の関心が高まり、市民の精神衛生に少しでも貢献できるものとなれば、仁明会精神衛生研究所長として望外の喜びであります。市民公開講座では時間的な制約のために質問の時間をとることができませんでしたので、質問のある方には、アンケート用紙に質問を記載していただくという方法をとらざるを得ませんでした。複数の聴講者の方から寄せられた質問に対するお答えを掲載して市民公開講座の質疑応答の一部とさせていただきます。

質問1 なぜ「生物学的精神医学」が分かれて活動しているのか

A. ご承知のように、精神医学は精神疾患・精神障害を対象とする診療科です。精神科は大変間口が広く、児童の発達障害、思春期の統合失調症をはじめとして、双極性障害、抑うつ障害、不安障害、強迫性障害、ストレス関連障害、解離性障害、身体表現性障害、摂食障害、排泄障害、睡眠覚醒障害、性機能障害、性別違和、衝動制御の障害、物質嗜癖障害、認知症、パーソナリティ障害、パラフィリアなど多くの疾患・障害を対象にしています。

このような多彩な精神障害に対するアプローチの手法も沢山あり、大きく生物学的方法、心理学的方法、社会学的方法に分けることができます。それぞれが「生物学的精神医学」、「心理学的精神医学」、「社会学的精神医学」と呼ばれ、それぞれの領域での学会が活動しています。

世界生物学的精神医学連盟 (WFSBP) は二年ごとに世界大会を開催してきました。パリ (2009)、プラハ (2011)、京都 (2013)、アテネ (2015)、コペンハーゲン (2017) での世界大会に続いて、来年はバンクーバ (2019) 世界大会が予定されています。私は2013年に京都で開催された世界生物学的精神医学連盟世界大会の大会長を勤めましたが、天皇皇后両陛下のご参列をいただき、大変盛大な学会であったことを覚えています。両陛下のご臨席を仰ぐことは大変名誉なことであり、大会長には学会の前に皇居にて両陛下にお目にかかり、どのような学会なのかをご説明申し上げる機会が与えられました。私は皇居に参内して精一杯自分の言葉で生物学的精神医学とは何かをご説明申し上げて、精神障害の現状や精神医学の課題についてご説明申し上げました。天皇陛下からお言葉があり、なぜ生物学的精神医学が必要なのかとご質問を受けたとき

に、ちゃんと答えられたのかどうか今振り返っても自信はありません。天皇陛下の鋭いご質問は、物事の本質をついたものであり、重大な問題をご指摘いただいたと思っています。生物学的精神医学だけが重要なのではなく、精神医学全体が発展していくことがより重要なことと今では思っています。

質問2 生物学的精神医学とはどのような学問ですか

A. 生物学的精神医学についてご説明いたします。精神医学は、心と精神の問題を取り扱う診療科ですが、社会の複雑化に伴い間口の広い診療科となりました。本日の市民公開講座で取り上げた発達障害、うつ病、認知症をはじめとして、統合失調症、PTSD、人格障害、睡眠障害、摂食障害、性的障害など多くの障害を対象としていますが、精神疾患・障害を理解するためには、生物学的側面、心理学的側面、社会学的側面のいずれも重要です。そのことを各疾患について説明したいと思います。

発達障害には遺伝的要因が大きなウェイトを占めており、出生後まもなく症状が出現します。これは脳の発達分化やシナプス・神経回路の生物学的な構成に問題があるからですが、そのために障害児は注意や衝動性に問題があり、心理学的に特徴ある発達を呈します。そして、この発達障害による症状の多くは、スムーズな対人関係に影響を与え、多くの発達障害の人が、他人への気配りや人間関係の構築に困難を感じており、心理学的な問題を抱えています。そしてその結果としての社会的な障害を経験しています。

うつ病の原因はまだ解っていませんが、脳内の神経炎症、コルチゾール値異常、セカンドメッセンジャーとしてのカルシウム代謝、神経伝達物質としてのドパミン系・セロトニン系の異常など多くの生物学的知見が明らかにされています。また、同時に心理的ストレスによりうつ病が起こることも事実です。また、うつ病が発症すると、気分の落ち込みのために、意欲や気力をなくし、悲観的な考え方となり、心理的に大きな苦痛を経験します。そして、うつ病の症状により行動抑制が起こり、

社会性が低下することも知られています。

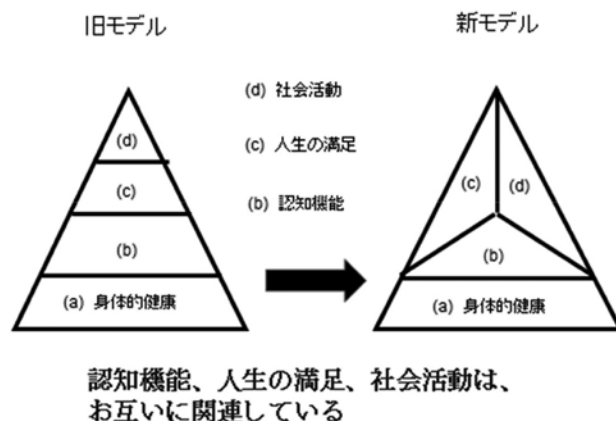
では、認知症はどうでしょうか。認知症の中でも過半数を占めるアルツハイマー病はアミロイド沈着、神経原線維変化、神経細胞の変性脱落という三つの知見が知られています。このような生物学的知見に基づいて、認知症の診断マーカーや薬剤の開発などを目指した研究が続けられています。しかしながら生物学的知見だけでは十分ではありません。認知症の人が示す心理的行動異常(BPSD)の軽減のためには、認知症の人の心理学的な側面を理解することは必須でしょうし、認知症の人が社会で共生できるようになるためには、もちろん社会学的側面を十分に理解することが重要です。

このように精神医学は、大きく生物学的精神医学、心理学的精神医学、社会学的精神医学に分けることができます。これまでも、生物学的精神医学は、脳科学の臨床的応用を目指して大きな役割を果たしてきました。遺伝子・蛋白レベル解析、脳内神経ネットワーク解析などの知見を活用して、精神疾患・障害の診断法の開発、薬剤の開発、治療法の開発など精神疾患の克服を目標として大きな力となってきました。私たちは、生物学的精神医学は、精神医学臨床の基本でもあり、生物学的精神医学の知識と技術を発展させることにより、精神疾患・傷害の克服を目指した努力を積み重ねていきたいと思っています。

質問3 認知症の予防法について教えてください

A. 高齢者の最大の特徴は個人差が大きいことです。人は皆、似たような赤ん坊として生まれ落ちますが、さまざまな環境における人生を経験し、異なる家庭・教育・経験・就労を体験しながらそれぞれの人生を経験します。数十年の異なる生物・心理・社会的経験の結果として高齢期を迎えることから、高齢者では個体差は最も大きくなるといえるでしょう。

望ましい高齢者を表す用語として「サクセスフル・エイジング」が提唱されています。そしてサクセスフル・エイジングを構成する要件として、



(a) 身体的健康、(b) 正常な認知機能、(c) 人生の満足（ウェルビーイング）、(d) 社会活動・社会的生産性の四つをあげられることが多いようです。

認知予備力が高い個体においては、アルツハイマーの病理があったとしても認知機能を維持できる可能性があることが知られています。認知症の防御因子（resilience factor）として社会活動、運動、食事など数多くのことが言われてきましたが、これらのうちのいくつかは、アルツハイマー病理を防御するというよりも、アルツハイマー病理に拮抗して認知機能低下を来さない認知予備力を高めるのに役立っているものも多いと考えられます。

これまでは、認知機能が維持できることが、人生の満足の条件であり、さらに人生の満足があることが、社会活動をなすための要件であると考えられ、図の左に示すような階層構造で理解されてきましたが、我々の研究を含めた認知予備力について検討からは、(b) 正常な認知機能、(c) 人生の満足（ウェルビーイング）、(d) 社会活動・社会的生産性の間

にはお互いに相互関係があり、必ずしも単純な階層構造ではないことが明らかにされつつあり、右図に示すようなモデルが妥当と考えられるようになりました。このような検討から、認知症の予防には認知予備力を高めることが最も有効と考えられています。

質問 4 認知症のリスク因子と防御因子について教えてください

A. 図に示すような認知症のリスク因子と防御因子が知られています。リスク因子の中には、糖尿病、高血圧症、高脂血症などの生活習慣病が含まれており、中年期以降の生活習慣を正しいものにして、これらの生活習慣病にかからないようにすることが認知症予防の第一と考えられます。右側に示した防御因子についてはいろいろなことが言われています。一言で言う「認知予備力」を維持することが、認知症予防に重要であることは正しい表現ですが、どのような因子が最も大きな効果を持つかについてはこれからの検討が必要でしょう。

アルツハイマー病の発症に関係する因子

リスク因子 (vulnerability)

糖尿病
高血圧症
高脂血症
肥満
うつ病
不活発
喫煙
高ホモシステイン血症

防御因子 (resilience)

高い教育歴
刺激的な仕事
精神機能を活性化させる趣味
脳トレーニング
社会的交流
有酸素運動
散歩
指先の運動
昼寝
地中海食などの食事スタイル
緑黄色野菜
カロリー制限
ポリフェノール
不飽和脂肪酸（ $\omega 6$, $\omega 3$ ）

質問5 認知症患者と生活環境の変化について

A. 物忘れだけでは、認知症とは言いません。図に示すように、すべての人が40代以降には物忘れを感じるようになります。皆さんも若い時と比べると、物覚えが悪くなったと感じておられると思います。この時期を主観的認知障害 (Subjective Cognitive Impairment; SCI) と言います。そして、客観的な検査で記憶障害が認められるようになると、軽度認知障害 (Mild Cognitive Impairment; MCI) となり、そのような経過を経て、判断力の低下と共に日常生活に大きな障害がみられるようになると、認知症 (Dementia) と呼ばれるようになります。

図には、軽度認知障害 (MCI) で、約束を忘れてたり、予定を忘れてたりすることにより社会的な問題が出てくることを社会的な生活障害として示しました。認知症 (Dementia) では、これに加えて、自分の身の回りのことができなくなり、個人的生活能力が障害されます。

認知症では、慣れ親しんだことや、今まで習慣としてしてきたことは続けることができます。似たような環境での生活は継続することができます。しかしながら新しいことを覚えることができなませんので、環境が変わると、それを契機として大きく生活障害があらわれることがあります。長い期間住み慣れた自分の家では、何がどこにあることがわかっており、生活の手順も同じですから、ちゃんと自分の身の回りのことができるのですが、新

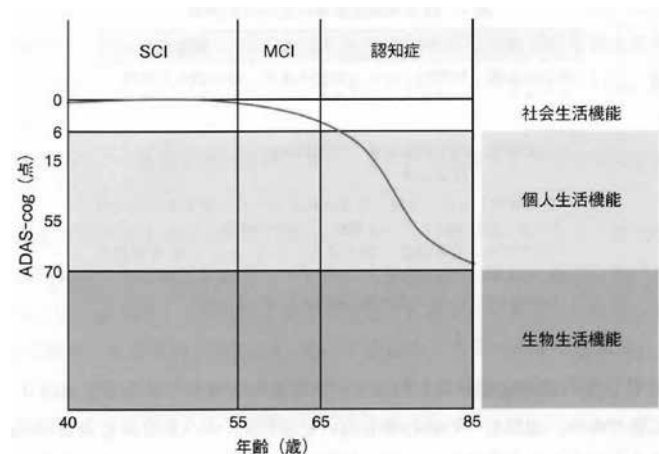
しい環境ではどこに何があるのかを新たに覚えなくてはならないために、途端に自分の身の回りのことができなくなってしまいます。

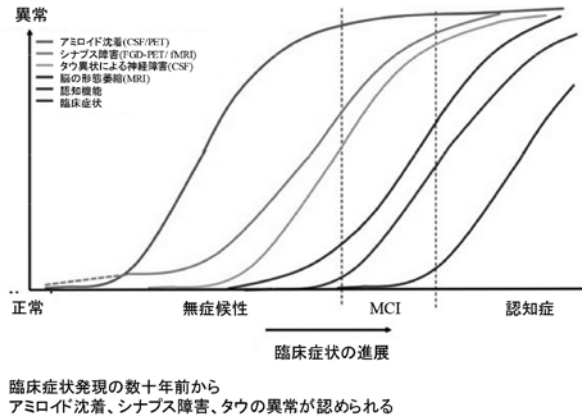
質問6 認知症に気づく最初の症状はどんなことでしょうか

A. 高齢者では物忘れが出てきます。40代以降に記憶力は低下し始めますので、なかなか新しいことが覚えられなくなり、人の名前が出てこない、うっかりすると先ほどのことを覚えていないということも起こります。このような記憶力の低下だけでは、認知症とは言いません。

認知症とは、認知機能低下により適切な判断ができなくなり、社会生活や日常生活が困難になることを言います。単純に言うと、記憶力や認知機能が低下しても、それが社会生活・日常生活に障害がなければ、認知症とは言いません。一定の記憶力の低下がある状態は軽度認知障害 (MCI) と言われていますが、MCIの約10%が一年間で認知症に進行し、5年間ではMCIの約40%が認知症に進行するといわれています。発症した記憶障害が、MCIでとどまるのか、そのうちに認知症に進展するのかが大きな問題です。

一方、多くのタイプの認知症は、ゆっくりといつの間にか発症します。そして、多くの認知症の始まりは記憶力の低下であることも事実です。このような意味から、最初に現れる認知症症状は記憶の低下ということができます。





一般に高齢になって発症する認知症はゆっくりと進行しますが、若い時に発症した認知症の進行スピードは速いようです。したがって若い時期にみられる記憶力の低下は、そのまま認知症に進展する可能性が高いと考えられます。

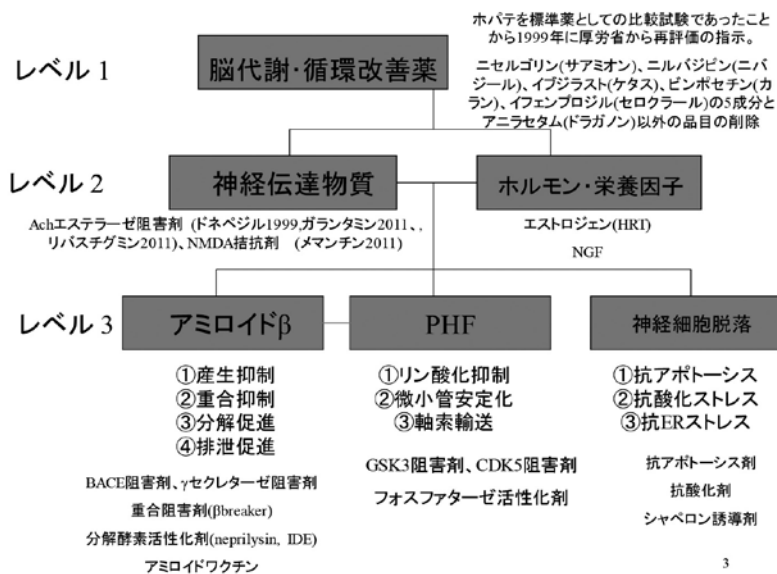
最近の研究により、認知症の症状が発現する10-20年前から脳内には変化が生じていることがわかってきました。図に示すように、臨床症状がでてくる以前から、脳内のアミロイド沈着、脳内シナプス障害などを示す知見が多く集積されています。このような検査によって知ることができるパラメーターが最初の変化ということができます。

糖尿病や高血圧症と同じように、検査値異常の段階で将来認知症になる可能性の高い人を選び出して、認知症の発症を防ぐための戦略が開発されようとしています。

質問7 認知症の治療薬の状況について教えてください。

A. 現時点では、図のレベル2に示したアセチルコリンエステラーゼ阻害作用を有する三種類（ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン）の薬剤とMND/A拮抗作用を有するメマンチンとが認可されています。これらの薬剤は症状の進行を遅らせる作用が知られています。

しかしながら、服用していても一年間経過すると認知機能は服用前のレベルを超えて低下していきますので、ある意味では対症療法的な薬剤です。したがって認知症の根治療法を目指してさらにレベル3の薬剤の活発さが急がれています。

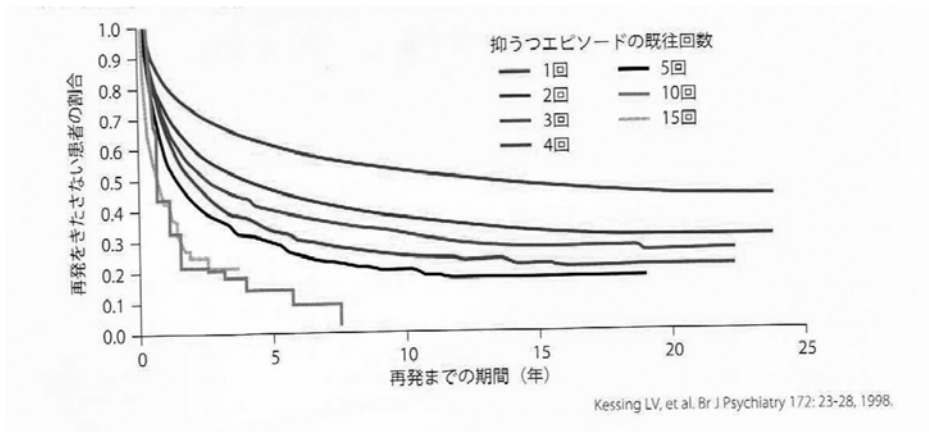


うつ病は再燃/再発のリスクが高い

うつ病は寛解/回復したとしても、再燃/再発を繰り返しやすい。

抑うつエピソードを繰り返すと再発のリスクが高まる

1回エピソード後の再発率は50-60%、2回エピソード後70%、3回エピソード後90%



抑うつエピソードを繰り返すと再発までの期間が短縮する

質問8 うつ病は治りますか

A. 一般的に初回うつ病の80%は1年以内に治るといわれています。うつ病エピソードが治ることを「寛解」と言いますが、いったん緩解したうつ病を繰り返すことが多いことも事実です。初回のエピソードの再発率は50-60%とされています。これは、うつ病になりやすい条件を持った人には、いったんうつ病エピソードから治っても、その約半分の人に第二回目のうつ病エピソードが起こることを示しています。さらに第二回のうつ病エピソードを繰り返した後の再発率は70%、第三回のうつ病エピソードを繰り返した後の再発率は90%とされています。そして、抑うつエピソードを繰り返すと再発までの期間が短くなることも知られています。

質問9 うつ病エピソードの症状について詳しく教えてください。

A. うつ病エピソードは、前駆期、極期、寛解期に分けることができます。前駆期には、物事に興味がなくなり、注意散漫となり、根気がなくなります。そして気分の落ち込みを感じるようになり、

一日の中でも気分変動が大きくなります。考えがまとまらないようになり、自信がなくなり、いろいろな身体的な症状が出てきます。

うつ病エピソードの極期には、気分の落ち込みがさらに強くなり、活動きも少なくなり、考えが進まないようになります。自分でもどうしたらいいのかわからなくなり、他人に助けを求めることも少なくなります。自発性が低下し自分から行動を起こすことが困難になります。

うつ病エピソードの寛解期は、気分の落ち込みから抜け出し始める時期です。落ち込んだ状態から少しずつ気分の上昇がみられるようになりますが、同時に焦燥感も強くなります。この時期は、自殺が最も起こりやすいといわれています。一言で言うと、気分の落ち込みは続いており、考えや行動が少しずつ出てくるものの、今なお悲観的な考え方に支配されている時期とすることができます。そして、少しずつ気分がよい時期が増えていき、自信が出てきて普通の活動ができる状態となり、うつ病エピソードから脱することになります。

質問 10 高齢者のうつ病には、どのような特徴がありますか。

A. うつ病は、高齢者に多い疾患です。患者数でいうと認知症より多いかもしれません。65歳以上の高齢者の約15%はうつ状態にあり、大うつ病の有病率は6%とされています。

高齢者は生活の中で多くの喪失体験を経験します。身体機能の衰えとともに健康の喪失、退職や子供の自立などによる社会的喪失、それに伴う収入の減少による経済的喪失、そして、家族や友人の死による人間関係の喪失などが代表的なものです。このような喪失体験により高齢者はうつ病に陥りやすいこと、さらに加えて、

高齢者における脳血管障害によりうつ病を起こしやすいとされています。

高齢者は、感情表出が若い人ほど激しくありません。自分の気分が落ち込んでいても、その苦しさや辛さを外に出すことが少ないようです。そのために、高齢者のうつ病には以下のような特徴がみられるようになります。

1. 高齢者のうつ病は、いらいらしやすい
 2. 高齢者のうつ病では身体的訴えが多い
 3. 高齢者のうつ病は、認知症との区別が困難な場合がある
 4. 高齢者のうつ病では、妄想が多い
- このような特徴を図にまとめました。

高齢者のうつ病は典型的なうつ病とは違う

1. 身体合併症を持つことが多い
2. 環境・心因からの影響が大きい
3. 病像が非定型である
4. 薬剤の副作用が出やすい



タイプ	症状の特徴	心がける対応
激越うつ病	イライラ感・不安が強い	自殺のリスクが高い
仮面うつ病	身体症状が強い	専門医への受診が遅れる
妄想を伴ううつ病	妄想が強い	罪業・貧困・心気妄想への対応
仮性認知症	認知障害が前面にでる	認知症との区別

連載 1

武庫川脳病院から兵庫医科大学 森村茂樹伝

作家 兵庫医科大学非常勤講師 松本 順司

「仁明会精神医学研究」の刷新にあたり一般財団法人仁明会の生みの親であり、兵庫医科大学の創設者でもある森村茂樹先生の足跡を7回にわたり紹介します。ベースは2014年（平成26）4月に出版した拙著「兵庫医科大学創設 森村茂樹 奉仕と、愛と、知と」ですが、新たに見つかった資料と先生を知る人々の証言を組み入れて構成しました。森村先生のエピソードだけでなく、少し横道にそれた話題もコラムにする予定です。文中の敬称は省きました。主な資料提供は兵庫医科大学アーカイブ室です。

◇精神科をめざした理由

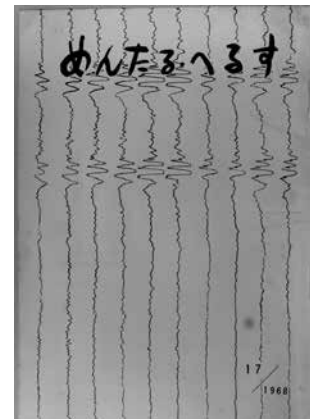


兵庫医科大学理事長時代の森村茂樹

森村茂樹が精神科を選んだのは、先駆的な精神科医で患者に寄り添った治療を实践した父真澄の存在である。しかし、東京帝国大学医学部に入学した当初から精神科を目指したのではなかった。徳島県衛生協会が1968年（昭和43）に発行した機関誌『めんたる・へるす』17号に、森村は「思い出の記」のタイトルで寄稿、進路を精神科に決めた理由を明らかにしている。

「私は昭和16年3月、東大医学部を卒業し、そのまま、当時名前がどうであったか忘れていましたが、今という精神医学教室に入れていただきました。父が小さな精神病院をやっておりましたが、必ずしもそんなものやるつもりもないまま、学生時分お世話になっていた解剖の小川教授の純粋な学究的気分にも惹かれて、脳の解剖学という考えもあり、また、太田正雄（木下空太郎）教授の下で、レプラでもやってみようかという気もありました。また今でいう農村医学か、社会医学という考えから、どこか田舎へでも入りこんでやろうかという若い情熱ももっておりました」

ここからが精神科に進路を定めた決定的出来事を書いている。



「めんたる・へるす」

「ある時、『脳炎後の障害』とでもいうべき臨床講義が、偶然に精神科の内村教授と、内科の呉教授と続き、その講義内容に精神科が脳の器質的障害を精神作用という点にまで降り下げて観ておられるのに反し、内科は唯、精神的な面だけの観察しかない、やっぱり精神科の方が面白そうだ、という気が起こって入局をお願いいたしました」

内科の呉建は1940年（昭和15）6月、54歳で亡くなっている。森村は翌年に卒業、内村祐之の教室に入っており、進路を精神科に決めた“ある時”は少なくとも1940年6月以前である。

森村が魅力を感じる先生は、もちろん人格的な面もあるだろうが医学プラス何かを持っている人のようだ。小川は小川鼎三のこと。教授になったのは1944年（昭和19）で、当時は助教授だった。脳比較解剖学の大家となり、しかも医学史の発展にも寄与している。鯨博士と言われ、またある時はヒマラヤ雪男捜索隊を結成するなど幅広い活動を行った。太田正雄は水虫の原因が白癬菌であると日本で初めて特定、レプラ（ハンセン病）の治療法を発見するための菌培養実験を続けた。一方、画家や文学者になることを夢見た太田は、木下空太郎のペンネームで絵画から戯曲、随筆、小説、評論、翻訳など多くの作品を残している。特に新詩社同人のころは北原白秋と並び称された。呉は中枢神経生理学の権威で、1930年代には6度のノーベル生理学・医学賞候補となっている。さらに心電図等の導入で循環器病学の発展に尽くした。また、洋画を描いて帝展、文展に6回入選している。内村については後ほど詳しく取り上げる。

◇第三高等学校でも進路に悩む

森村が精神科に決めた理由は以上だが、第三高等学校（現京都大学）でも進路で悩み迷走している。1933年（昭和8）4月、三高の理科甲類に入学したが、1936年（昭和11）3月理科乙類で卒業した。入学したのは文科、理科合わせて8クラス288人だった。

当時の学級編成は文科甲類（英語法科、英語文科、政治科、経済科）2クラス74人、乙類（独語法科、独語文科）1クラス37人、丙類（仏語法科、仏語文科）1クラス38人と理科甲類（工科、理科、農科、医科の薬学科）3クラス112人、乙類（医科）1クラス37人となっている。

森村が3年生に進級する時、理科甲類から乙類にコース変更をしたのは、医学部に進みたいからだと思われる。しかし、卒業したその年、1936年（昭和11）は京都帝国大学文学部哲学科に合格したが、通学した形跡はない。その後、森村家から寄贈された資料の中に大学から真澄宛てに出された督促状「3月31日までに入学手続きをしてくだ

さい」が見つかった。さらに残された手紙類から森村は入学しないで、しばらく母豊（とよ）の弟で京都・左京区の岡崎義郎方に下宿していたことが分かった。夏休み前に武庫川の実家に戻っているが、この3か月間何をしていたのか分からない。しばらくして大阪の予備校に通い始めた。

兵庫県立第一神戸中学校（現神戸高校）の同級生西林豊が「戦前、大阪・渡辺橋の上で偶然森村に会った。彼は“東大の医学部を目指して浪人中や”と言った」と神戸一中の同窓生に語っている。東大医学部受験へと舵を切ったのは、もちろん両親と相談したのだろうが、疑問は残る。なぜ、最初から医学でなく哲学科を受験したのか、なぜ数か月間で再び医学部へと方向転換したのか。

森村の考えを押し量る。豊は現代の教育ママで、しかもスパルタだった。“医者になりなさい”“病院を継ぎなさい”日ごろから言われている。反発したい。だが、父の病院を守りたい。そこで出した結論は、哲学なら医者になっても役に立つ、途中でコース変更しても無駄にはならない、とのしたたかな読みがあった。

真澄から京大受験の許可を取ったが、豊は簡単にあきらめる性格ではない。願書を出すまで「お父さんの病院が無くなってもいいの」と情で訴えたが、無駄だった。森村は京大を受験した。合格通知が来た。どうしてもあきらめ切れない豊が、最後の手段として「入学金も授業料も出さない」と脅したのかもしれない。当時の三高生の多くは、家庭教師などのアルバイトをして学費を稼いでいるが、森村は一度もしていないようだ。お金を稼ぐ自信がない。3か月間ほど、叔父の家に留まったのは、ささやかな抵抗だったのかもしれない。いずれにしても豊の兵糧攻めが功を奏したのだが、親孝行の森村が折れたのだろう。

豊は森村をどうしても医師にしたかっただけでなく、一人っ子の森村に協力してくれる人を身内で確保するため、甥の岡崎功に医学部進学を勧めたりもしている。

森村は予備校に通うため、1936年（昭和11）9月東京・杉並区に転居している。



森村が4歳ころか、両親と



東大に合格した昭和12年、両親と

がしゃくにさわって仕方がない」と八つ当たりもしている。

森村茂樹の簡単な経歴を紹介するが、小・中・高・大学と軍隊については別の機会にする。

森村は1916年（大正5）3月21日、兵庫県川辺郡尼崎町ノ内尼崎町字宮内町14番地、現在の尼崎市開明町で真澄、豊の1人息子として生まれる。尼崎市第三尋常小学校（後の開明小学校、現明城小学校）、兵庫県立第一神戸中学校、第三高等学校を卒業、1年浪人して1937年（昭和12）東京帝国大学医学部に入学した。4年後の1941年（昭和16）3月同医学部を卒業、精神病学教室主任教授で東京府立松沢病院長を兼務していた内村祐之の指導を受け、4月から東大病院精神病学講座の副手嘱託となった。1958年（昭和33）には教室名が精神医学教室に改称された。

森村の医師免許は第97606号だ。

◇真澄、尼崎で精神科医院を開業

森村に最も大きな影響を与えたであろう真澄は、1889年（明治22）7月25日兵庫県川辺郡伊丹町で大川芳造、よしの四男として生まれる。11歳の時、滋賀県甲賀郡水口町の森村太兵衛の養子となる。遠縁の医師青木亮貫と隠岐敬治郎兄弟の下で研鑽を積み、1906年（明治39）京都薬学校卒業、最初に1908年（明治41）4月大津で行われた医術開業前期試験に及第、そして1914年（大正3）3月大阪での医術開業後期学説試験、10月の医術開業後期実地試験に合格、医師免許を取得した。同年末、川辺郡尼崎町ノ内尼崎町字宮町14番地（現尼崎市開明町）に精神科の医院を開業した。なぜ精神科だったのか分からない。師である亮貫が水口病院に精神科を併設する2年以上前だった。1916年（大正5）岡崎豊との婚姻届を出した。

豊の戸籍謄本には次のように記載されている。

岐阜県不破郡荒崎村大字十六 69 番地

戸主岡崎安の長女

大正5年1月27日森村丑松と婚姻届出、

同日入籍

◇コラム あだ名は「なまず」

森村が小学生のころのあだ名は「なまず」でした。6年生の作文『僕の頭』に書いてあった。家族と親しい人の中だけの事らしいが、理由は頭が大きいから、母豊と叔父がつけた。

「学校で5番目の大きさ。お母様が“頭ばかり発育して他のものは少しも大きくなる”と言われるので僕は“これは即ち智慧の増す証拠なり”と弁解してやる」

森村は冷静に分析、反論もしている。それでも最後に「明治節祈念の写真を書いた時、僕の頭ばかりが非常に大きく、他の所（生徒）が小さく写って居る。お父様やお母様は“やっぱり福助じゃなあ”と言われるので、写真屋

本名の丑松から真澄への変更届が、1930年（大正5）3月6日水口町に受理されている。医師の名前として野暮ったく思ったのかもしれないが、豊の意見を受け入れたとする方に説得力があるような気がする。真澄は1927年（昭和2）11月21日義父太兵衛の死去により家督を相続した。

真澄が尼崎に開業した理由は、亮貫に勧められたのか、生まれた伊丹に近く縁故もあり、土地勘も若干あったからか、ハッキリしない。

医院の規模や建物の外観など分からないが、診察室の定員は1人だったと推測される。その根拠として、診察はマンツーマンで行うこと、さらに東京帝国大学が1916年（大正5）5月に設けた精神病科外来診療室の定員は、勤務医師の数に比例して13人、入院4床だった。

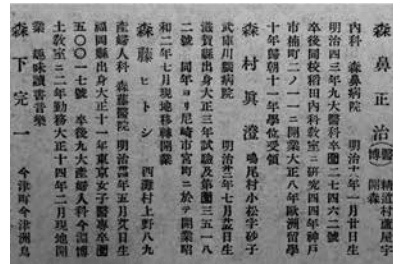
森村が1924年（大正13）第三尋常小学校3年の時に書いた作文「私の内（家）」がある。

要約すると表には畑があり多くの木が植えられ、自宅は中庭に面して座敷、横に居間と森村の勉強室、玄関がある。医院には漆喰を塗った入口があり、玄関の南が薬局、北に待合室と診察室、その裏口から出ると長屋があり、畳敷きの部屋に車夫が寝ている。また、1926年（大正15）5年生の日記「我が家族」の欄には父母の他に女中みつ19歳、看護婦岸本15歳、車夫関戸30歳か29歳が同居となっている。

「私の内」には女中と看護婦が使っていた部屋のこと、廊下や台所、風呂などの記述は無く、建物の配置や広さは分らない。しかし、3棟あったことや中庭には大木となる桜や桑、ツツジなどが植えられ、小さな泉水には金魚や4、5匹の鯉が泳いでいる、とあった。

亮貫もそうだが、当時の開業医はオールマイティーだった。精神科だけでは病院の維持も家族を養うことも出来なかった。だからあらゆる治療を行っていた。医院はかなりの広さがあり、敷地は数100坪あったと思われる。

醫事時論社が1930年（昭和5）3月に発行した『日本医籍録』第5版の兵庫県武庫郡に真澄の経歴が紹介されている。



医籍録には昭和2年、鳴尾に移転とある



日本医籍録
（昭和5年年発行）

森村真澄 鳴尾村小松字砂子

武庫川脳病院 明治二十二年七月二十五日生
滋賀県出身大正三年試験及第登三五八二号
同年ヨリ尼崎市宮町ニ於テ開業
昭和二年七月現地移転開業

◇武庫川脳病院を開設



武庫川脳病院の遠景。白い塔と赤い屋根のモダンな外観

真澄が14年間も宮町で診療を続けられたのは、当時の主流だった保護と監禁だけでなく、患者に対する思いやりと適切な科学的治療があった。周辺住民からも受け入れられていた証でもある。しかし、周囲に人家が増えたことと、精神疾患に対する偏見から起こる色々な問題が出始めた。さらに真澄自身が通院治療だけに限界を感じていたことが、移転をする動機となった。

環境面だけでなく入院出来る十分な広さのある土地を求めた。豊と遠出したり、散歩を兼ねて歩き回った。武庫川河畔にやって来た。キラキラ輝く水面、黒々と続く土手の松林と桜並木、遠く

六甲山を望むその手前にはイチゴと綿畑と湿地帯が見渡す限り広がる静かな環境だった。春にはレンゲと菜の花のジュウタン、ヒバリのさえずり、初夏には蛙が鳴く絵本か童謡の世界だった。縁故も無い初めての土地だった。

患者にとってプラスになる。真澄は確信した。

そこは兵庫県武庫郡鳴尾村小松字砂子、現在の西宮市武庫川町、兵庫医科大学があるその場所だ。そして、1927年（昭和2）7月に精神科30床の「武庫川脳病院」を設立した。資金援助は豊の実家岡崎家からもあった。森村11歳の時である。

鳴尾村は武庫川と支流の枝川・申川に挟まれた全域を指す。全域が両川の三角州にあり、砂地で排水が良く自然の衛生環境に恵まれていた。そのお陰で赤痢や疫痢、チフスなどの伝染病患者は、他の地域と比較すると極端に少なく、1891年（明治24）から1919年（大正8）までの患者は79人、年間3人足らずだった。真澄がこの土地の状況を知って選んだのか、偶然だったのかは分からない。

◇研究・論文発表にも情熱

精神科での治療、入院を希望する人が次第に増えて行ったが、当時は精神医療の黎明期で、まだまだ呪術的な治療や私宅監置などがなされていた。それほど社会の認識は低かった。真澄が病床を増やそうとするたびに周辺住民から反対の声が上がった。真澄は「精神病院を刑務所的に考えたのは数年前までのことで、今やこの種の病院は立派に医療を施して病院としての機能を発揮しております。治療法も次第に研究されて早期に医療が加わると多くの患者を治療することができる」と説明するなど、理解を得ながら1941年（昭和16）4月には205床にまで施設を拡充した。

真澄は病弱で伏すこともあったが病院運営と診察だけでなく研究や論文発表にも取り組んだ。新たに見つかった履歴書と研究記録によると1930年（昭和5）1月から京都帝国大学医学部に勤務、1932年（昭和7）に「Die Wirkung verschiedenier Ole,Alkohole und ihrer Derivate bei Nerveninjektion」（神経

注射時の様々な油やアルコールや、またその派生物の効用）の論文を発表、1934年（昭和9）8月13日「神経注射知見補遺」で京都帝国大学から博士号の学位を取得した。同年10月から再び医学部に勤務、1935年（昭和10）には「Beitrage zur Nerveninjektion,Arbeiten aus der III .Abteilung des anatomischen Institutes der Kaiserlichen Universitat,1935（神経注射について帝国大学の解剖学研究所の第三部門における研究成果）を発表している。また、「尿注射に依る甲状腺組織像の変化の知見補遺」、「早発性痴呆マンガン療法に関する実験的理論的並びに臨床的考察」などの論文が残されている。

京大での勤務状況はわからないが、病院経営を行いながら決められた日に出勤していたと思われる。

真澄は1935年（昭和10）11月12日、心筋梗塞で急死した。53歳だった。

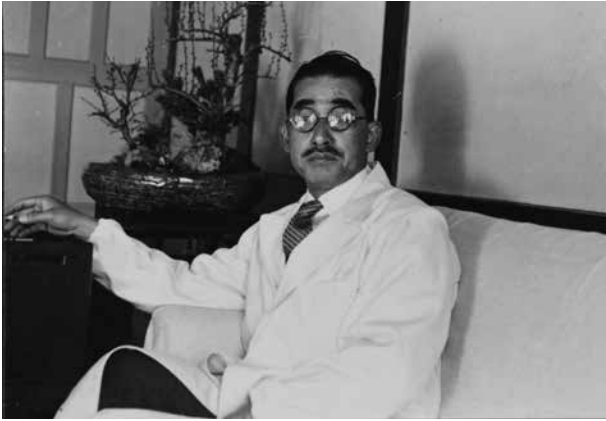
最後の論文「早発性痴呆のマンガン・・・」は、結核治療において従来の塩化カルシウムの代わりに果糖リン酸カルシウムを用いる方法で成果を上げていることに着目、早発性痴呆症の治療にマンガン果糖リン酸を試みた。この論文の日付は1941年（昭和16）5月と記されており、没する半年前にまとめられたものだった。

◇真澄の人柄

真澄の若かりし頃の写真をみると面長で太い眉、鼻筋が通り、見事な口ひげを蓄えたかなりの男前だ。色黒だが、腺病質のためかどの写真も体つきはきゃしゃだ。森村の豊かな髪の毛と近視は父譲り、がっしりした体つきは誰に似たのだろうか。

真澄の人柄についての資料はほとんど残されていない。豊に医学部進学を持ちかけられた甥の岡崎功は1933年（昭和8）生まれだが、真澄のことをはっきり覚えている。

「かっこよくてソフト、年少の者に対しても分け隔て無く話をする。我々親類の若者の憧れ、もちろん女性からも人気があった。伯母豊がメロメロだったような気がする」



タバコを持つ真澄、何となく森村と似ている



内村裕之、森村の恩師



ショートピースが好き(昭和48年1月17日、神戸新聞写真部撮影)



白衣をきた森村、東大研究生時代か

◇内村祐之あつての森村茂樹

公私にわたって森村を指導、援助した内村祐之の存在は大きい。

無教会主義で思想家の内村鑑三、しづの長男として1897年(明治30)11月12日、東京・渋谷に生まれる。1911年(明治44)独逸学協会学校中学(現独協中学)、1916年(大正5)第一高等学校三部(医科志望)、1918年(大正7)東京帝国大学医科大学に入学、精神医学を専攻、1923年(大正12)から松沢病院の医員となる。1925年(大正14)からドイツ・ミュンヘンにあるドイツ精神医学研究所(現マックスプランク研究所)に留学、1927年(昭和2)北海道帝国大学教授として赴任、1936年(昭和11)東京帝国大学精神科教授に就任、1949年(昭和24)まで府立松沢病院長を兼務する。1975年(昭和55)9月17日死去した。

森村は『めんたる・へるす』17号に内村の指導の様子を書いている。

「なかなかきびしく躰けていただきました。新入局者のためにそれぞれ先輩を動員してクルズス(授業・講義)を開かれ、先生自らは病理組織を受けもたれて、ノルマの代わりとして分裂脳をいただき、標本作りから組織像まで、また進行麻痺の脳を病的脳の代表として手をとって教えていただきました。・・・また、これは先輩をも含めて、精神医学史を、ドイツを中心としてその思想の流れを何回かにわたって講義していただきました。・・・また、ときどき教室中を廻られ、ブムケの教科書なんかを開いていると、もっとツァイトシュリフトを読めといわれるし、ツァイトシュリフトを開いていると、患者をみろ、病室では、実験の勉強をと、次々尻をたたかれました」

内村は学究肌で基礎医学にも強い関心を寄せていた。その上、神経系統、ことに脳に興味を持っていたので、卒業後に志望を精神科に向けた、と内村自身が語っている。

内村の医学面での業績は多い。

北海道帝国大学時代に取り組んだ「アイヌ婦人のイムバッコ研究」では、ヒステリーと同じような精神反応ではなく、むしろ原始反応であり動物の防御反応と人間のヒステリー反応の間にある1つの残遺反応と位置付けた。

東大時代の「傑出人脳の研究」は、疾患の最初期、または疾患がごく軽く経過するときには、活動性と創造性が高まることがあるが、疾患が重くなったとき、また脳に大きな欠陥を残したときには、例外なく能力が低下する。

海軍省からラバウルに派遣されて行った調査「航空兵の精神疲労の実態」では、精神疲労を克服するために気分転換をはかる交代制を進言した。

「双生児の研究」は、素質か環境かの最後の研究方法として1942年（昭和17）夏、軽井沢で第1回双生児集団の研究調査を実施した。一卵性双生児と二卵性双生児間の相似性と不相似性とを度合いを比べ、素質と環境のそれぞれが持つ力を割り出していこうとした。

「被爆犠牲者脳の研究」は、日本人の手による唯一の研究だった。各種の病的所見が見出されたにとどまり、脳組織に及ぼす放射能の直接の影響を厳密に研究する資料としては適当ではなかった。

「狂犬病予防接種後脳炎の研究」では、接種の副作用で重篤な脳病が発生する。その患者の脳に見出される変化は、多発性硬化症の脳の変化と酷似していることを明らかにした。

狂犬病研究と同じ時期に帝銀事件の被疑者平沢貞通の精神鑑定を依頼された。この事件は1948年（昭和23）、厚生技官を装った男が帝国銀行椎名町支店を訪れ赤痢の予防薬だとして青酸カリを飲ませ、行員12人を殺害、16万円を奪って逃走した。逮捕されたのは画壇の雄・平沢貞通だった。23年前に重い脳疾患を患い、その後、記憶を喪失するコルサコフ症を経過していた。平沢が発病の2か月ほど前、犬に足をかまれて狂犬病予防接種を受けていた。発病の様子、症状の経過から接種後脳炎と酷似していることを内村らは突き止めた。裁

判では判断能力について争われたが、病気に罹ったのは20年以上も前で精神的に漸次回復し、時たま多少の奇行があったとしても、彼は正常人に準じて取り扱うべきである、と判断した。

◇森村も平沢貞通の精神分析

森村も平沢貞通の精神分析について神戸新聞に投稿している。1948年（昭和23）10月25日付け全文掲載するが、学問的、研究的関心だけでなく精神障害者による犯罪の予防的な措置についても言及している。現在では不適切な表現もあるが原文通りに掲載する。

平沢の精神鑑定を新聞に寄稿
(1948、昭和23年10月25日付、神戸新聞)



——平沢がこれまでの自供をひるがえして弁護人に対し「自分は真犯人ではない」と語ったという事実は、すでに一部にはそうなるのではないかという予感があっただけに、いよいよ来るべきものが来たとの感が深い。ところで問題の金の出所についての彼のいう新事実が調査の結果、やはりウソの場合でも彼の精神状態が平常のものでないことだけは判然とするわけで、これまでの彼の一切の自供はこの精神異常者のタワ言であるとし、弁護人側としては彼の精神鑑定の必要を主張するにちがいないが選ばれた鑑定者がどんな鑑定を下すか、と学問的な興味もつけ加わって来る。

——新聞によると取り調べの途中、平沢には「コルサコフ氏病」という既往症があって、そのため

精神鑑定うんぬんという記事があったようだ。このことについて私はこれまでも幾人かの人に質問を受けたのであるが、その意味がよく分からない。というのは「コルサコフ氏病」という病気はなくて、酒精中毒とか頭部の外傷とか、あるいは重い伝染病のときなどに随伴する健忘症候群を「コルサコフ氏症候群」と呼ぶのであるが、平沢の場合、この元になる病気が何であるか今まで私が読んだものには何も書いていなかった。

——またこの症候群は、記銘力障害を中軸とし、それに失見当識・作話症等を随えるもので、つまりこの症状が現われているときにはその当時の事態の記憶が全然なく、また自分自身が何処にどうしているかというような了解が全然できない。その話のつじつまを合わせる方向にその場当たりのデタラメのウソをいう「コルサコフ」とはこんな状態であるから、既往にそんなことがあったとしても犯罪当時とは全然関係がない。平沢の精神状態が問題になるとすれば、生来性の精神病質的人格があったか。あるいは、これは「コルサコフ」と無理に関係づけるとすれば、その症状をひき起こした病気のために何等かの性格の異常が発来したか、という点である。いずれにしても、私たちは現在（犯行当時を含めて）の彼の精神状態を冷静に観察する必要がある。

——精神鑑定が実施されるとき鑑定人は豊富な資料を集め十分な用意をして、責任ある判断を下すよう最新の努力をされるのであるから、簡単な新聞報道によるだけの私が思いも及ばない新事実が現われてくるかもしれないが、一応こんなことはいえるのではないかと思う。まずあれほどの大殺人を個人の手で計画し実行し、しかも犯行後はゆうゆうとその犯跡をくらすよう手配したという彼の犯罪に対する冷静さ、これは到底健康人の良く出来ることではない。また、これほどの大事件を取り調べられているときの彼の答弁に対する周密さ、自白後の平静な生活、これらは情性脱失者と呼ばれている犯罪者性格の1つではないかと考えられる。



平沢貞通の精神分析について投稿した昭和23年ころ

——次に彼は取調べ中、非常に巧みにウソをついたそうだ。この場合もちろん自分の犯行への追及を脱れようとしての苦しさはあったであろうけれど普通人はあんな上手にウソをつけるものではない。「コルサコフ」のときのウソなんか、それこそ子供だましであるからもちろん問題にならない（コルサコフ氏症状が起きているときにあのような知能的な犯罪は決して犯しえない）。それと、伝えられるテンペラ画に対する抱負、その実現方法なんかをよく吟味してみると、普通人でも多少はもっている虚栄虚言癖等、ヒステリー的傾向が常人よりはかなり強いようである。

——もし平沢の鑑定が、この程度の精神病質者として断ぜられた場合はどうであろうか。私個人の意見としては、この程度ならば今日の日本の刑法では、責任能力はほぼ完全と見られるのではあるまいか。もし責任能力不十分という断案が下された場合はどうであろうか。現在の日本の実情では、この犯人は刑期を短縮せられ、早々に社会へ帰ってくることになる。

◇森村は「大都会に於ける精神疾患頻度に関する調査」などに参加

内村は平沢鑑定の他、食料買出しを餌に女性10人を殺害した小平義雄事件と極東国際軍事裁判で発病した大川周明の精神鑑定を行っている。

先で少し触れたが、内村最大の関心ごとの1つは素質と環境という、人間の形成にあずかる2つの主要因子の相互関係の問題だった。教室員を総動員、八丈島や三宅島などの離島と都内の1地区の精神健康調査を進めた。

森村は1941年（昭和16）夏、教室全員が交替で信州・小諸で行った精神障害の有病率の個別調査に参加しているが、研究発表には名前は無い。その後、教室は「大都会に於ける精神疾患頻度に関する調査」結果を1942年（昭和17）1月28日発行の『精神神経学雑誌』第44巻に発表した。メンバー7人の中に森村の名前が載っている。調査は東京・池袋の1町内537戸を対象とした。食料その他の生活必需品の配給や防災訓練などの伝達を通して国民を統制するために1940（昭和15）に制度化された隣組制度が効果を発揮、疑問を口にする人もいたが、ほぼ100%の回答を得ている。精神疾患の発現頻度や実数など2年前に発表した東京・八丈島、三宅島と比較、分析している。ある病気の出現頻度は、種族により、風土により、生活様式によって異なる。精神疾患も例外ではない、と結論づけた。

◇コラム 「ボク、認知症」

「長谷川式簡易知能評価スケールの生みの親」である聖マリアンナ医科大学名誉教授の精神科医・長谷川和夫さんが、読売新聞朝刊の「時代の証言者」で「ボク、認知症」のタイトルで2018年8月11日から22回連載された。長谷川さんは、2017年（平成29）10月、自ら認知症であることを公表した。89歳でした。その中から普通の私が「そうなんだ」と印象に残った部分を2回に分けて紹介する。

年を取るのは自然の経過なのだから、「ああ、自分もなったんだな」と受け入れて、付き合いながら生きていく。その方がいいと思うんだよね。それと、人にもちゃんと言って。実はボク、認知症なんだって。そう言える社会であることが大事。だって、認知症というのは暮らしの障害。暮らしというのは、周囲の

人との関わりのよってすごく変わってくるものだからです。2018年8月14日付け。

認知症になると、周囲はこれまでと違って人に接するかのようになり、叱ったり、子ども扱いしたりしがち。だけど、本人にしたら自分は別に変わっていないし、自分が住んでいる世界は昔も今も連続しているんです。確かに、失敗や間違いは増えるけど、認知症でない人も間違えますよね。8月18日付け。

◇内村はスーパースター

内村祐之は第一高等学校のスーパースター、しかも100mでオリンピック国内予選の優勝候補3人に入ったほどの俊足だった。小学生の草野球から始まり、野球部が廃止されていた独協中学では、校外にクラブをつくって試合を重ねた。第一高校入学間もないころ新入生と上級生の寮生との試合で好投、それをきっかけに野球部に入った。恒例の三高戦が1917年（大正6）春、京都で開催されたが、2回で10点近く取られノックアウトされた。翌年春、猛練習と研究を重ねた内村は雪辱に燃えて登板した。サウスポーから繰り出す得意のカーブが決まり、三振9個を奪う好投、10対1で大勝した。さらにこの年、早稲田大学を7対0、慶応戦では17奪三振を記録して4対0で完封、両校に勝利したのは18年ぶりだった。

東京帝国大学進学後は勉学、研究に専念していたが、東大に教授として復帰した戦争中、東大野球部長となり東京六大学野球連盟理事、理事長にもなった。しかし、各大学が学生獲得や待遇で、セミプロ化の傾向を示すようになったのと戦況の悪化などでリーグ戦が中止になった機会に学生野球から手を引いた。再び野球とかかわりを持ったのは、戦後『ベースボール・マガジン』への寄稿依頼だった。そして野球が唯一の趣味と言う内村は、学生野球の弊害を嫌いプロ野球に近づいた。1950年（昭和25）セパ両リーグが発足の年、初代コミッショナーの第1候補に挙げられたが応じなかったが、コミッショナー顧問となり、1962年（昭和37）から3年間コミッショナーに就任した。

内村裕之、第一高校のエース



メーカーで異なるボールの芯の規格を決め、表皮を牛から馬に変えるなど細かな改良をしたが、内村が最も重視した要望は実現できなかった。

「オーナーたちにプロ野球が担っている社会教育的意味を知ってもらうこと、球団や選手の品位を高め、彼らをアイドルとする無数の年少者を失望させぬよう協力を求めたが、それはむなしい努力に終わった。オーナーにとってそれはわずらわしい声に過ぎないようだった。彼らは世間の手前、飾り物としてのコミッショナーを欲していたのだ」

◇内村と森村の宗教観に共通点

内村は鑑三の1人息子である。鑑三の教育方針は、あるワクの中での放任主義だった。少年期に守るべきことは教会の日曜学校に行く、朝食前に感謝の祈り、金曜日の夜は家庭のキリスト教的集會に出る。長じては禁酒禁煙と日曜日に野球をしないノーサンデーゲームが、そのワクである。

“鑑三先生のご息子なら、あなたもクリスチャンでしょうね”と聞かれることが多い。内村は次のように答えている。森村の宗教観との共通点がある。

「森羅万象の偉大さと精巧さを知るたびに、神の存在を信ぜざるを得ない。私は教会や寺院の中で祈りや読経を心を澄まして聞くことが好きである。それゆえ私が全く無宗教だとは絶対に思わない。またキリストが人の形をとった神の子であり、人類の罪はキリストが十字架上で流した血によってあがなわれるということが、キリスト教信仰の中心だと言われると、どうも私はクリスチャンを自称できないのである。ただし、キリスト教の持つ倫理性、また人類愛の精神といったものを高く評価するには私はやぶさかでない」



作家 兵庫医科大学非常勤講師

松本 順司 (まつもと じゅんじ)

1970年関西大学経済学部卒業。1999年12月末、読売新聞大阪本社を54歳で早期定年退職、執筆活動に入る。

著作：「原老柳の生涯 幕末大坂の名医」（創元社）、「八十歳の軍師 寺井玄溪 赤穂藩医」（新風書房）、「全身麻酔の魁 高嶺徳明」（琉球新報社）、「軍靴とタカラヅカ 鳴り続けたアメリカ生まれのピアノ」（新風書房）、「兵庫医科大学創設 森村茂樹 奉仕と、愛と、知と」（神戸新聞総合出版センター）、共著「兵庫医科大学40年史」「兵庫医科大学 開学40年史別冊」（神戸新聞総合出版センター）
現在：森村茂樹先生とマスコミ1、2 原老柳の生涯をテーマに講義を行っている。

編集後記

2004年に創刊された「仁明会精神医学研究」には珠玉の論文が収録されており、雑誌の到着を心待ちにしているファンも多いと聞いている。これまで小生も隠れファンの一人であり、毎年送付される本誌を熟読して勉強させていただいた。「仁明会精神医学研究」の魅力は、掲載論文の上質さにあるが、これは創刊以来15年間編集委員長を勤められた三好功峰先生の貢献が大きかったと思っている。

2018年4月に三好功峰先生から本誌の編集長を引き継いだ。本誌の質を貶めないことが第一の責務と思っている。そうはいっても小生には三好功峰先生ほどの見識も学識も持ち合わせない。どのような形で後を汚さないで役目を引き継げるかを考えてきたが、「精神医学において輝かしい業績を残された先生にご研究の一端を解り易く執筆していただく」という三好功峰先生の方針を踏襲させていただいくことにした。同時に、小生なりにできることを加えて、本誌の読者に提供したいと思っている。

まず、本誌の体裁が大きく変わった。これまでの15巻は仁明会病院建物と西宮市民のシンボルである甲山の写真をデザインしたB5判であったが、本号から国際的基準に合わせて、ウェブ上での公開も考えてA4判に変更した。そして表紙のデザインも一新することになった。

仁明会理事長の森村安史先生の趣味は写真である。仁明会病院の周囲は自然に恵まれており、四季を通じての風景は心を和ませてくれる。春の桜、初夏の新緑、秋の紅葉、冬の雪など、いずれも素晴らしい自然風景である。本誌のデザイン用に、初夏の新緑に満ちた甲山の写真を撮影していただくことを森村安史先生にお願いしたらどうかなど思っていたが、いつの間にか新緑の季節は過ぎてしまった。そんな中で、森村安史先生が撮り溜められた写真があるという話が伝わってきた。そこで、森村安史先生に本誌の写真を提供していただくことをお願いしたところ、今回の写真をご提供いただいた。森村安史先生の手元にはこれまで撮り溜められた写真が保管されているとのことなので、本誌の表紙写真は定期的に新しい写真に差し替えたい。

本年9月に神戸商工会議所において小生が理事長を勤める生物学的精神医学連盟(WFSBP)によるアジア太平洋地域生物学的精神医学会(Asia Pacific Regional Congress of Biological Psychiatry)が曾良一郎先生(神戸大学精神医学教授)を大会長として開催された。そして、その最終日にWFSBPと仁明会の共催による市民公開講座「心の問題-最新の知見」を開催する機会があり、多数の市民の参加を得ることができた。市民公開講座では牛島定信先生、白川治先生、本間昭先生からいずれも内容のあるご講演を頂戴し、仁明会の人たちが座長をさせていただいた。そこで、本誌においてご講演に基づいた論文を掲載して読者に提供しようと考えた。このような経過で掲載した論文であることから、読者として一般市民をも含むこととなり、解り易くを心掛けた論文にさせていただいた。このような願いを聞き入れて内容のある論文をご執筆いただいた三先生には心から御礼申し上げたい。

また、新しい試みとして、「兵庫医科大学創設 森村茂樹 奉仕と、愛と、知と」を上程された松本氏による連載を掲載することになった。森村茂樹先生は、兵庫医科大学を創設された森村安史現理事長のご尊父であるが、1979年に63歳の若さで急逝された。松本氏によると、上記書には記載できなかった内容を、特に精神医学に関係する事項を連載記事として連載したいとのことである。

第16巻第1号はこのような事情から、これまでご厚誼を頂戴してきた施設・機関に加えて、印刷部数を増やして市民公開講座に参加いただいた一般市民にも送付することになった。例年通り、三月末には「仁明会精神医学研究」雑誌第16巻第2号をお届けする予定である。

武田 雅俊

仁明会精神医学研究・執筆規定

1. 精神医学に関する総説論文、原著論文、症例報告、学会記事などを掲載します。
2. 原著論文においては編集委員会の依頼する査読者による査読を行った上で、編集委員会において掲載の可否を決定します。
3. 症例報告については編集委員会において掲載の可否を決定します。
4. 文献の記載は以下の例に従ってください。
 - 1) 森村安史：認知症における精神科病院の役割. 仁明会精神医学研究 10, 6 - 11, 2013
 - 2) 三好功峰：大脳疾患の精神医学. 中山書店. 東京 2010
 - 3) Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, et al.: Neuronal mechanisms of decision making in hoarding disorder. Arch Gen Psychiat 69,832-841,2012
 - 4) Miyoshi K, Morimura Y: Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. In : Neuropsychiatric Disorders (eds. Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K) . pp.3-15. Springer 2010
5. 原稿の送付先
 - 1) Email:
rijicho@ohmura-hp.net
 - 2) 郵送：
662-0864 兵庫県西宮市越水町 4-31
仁明会精神医学研究所 仁明会精神医学研究編集委員会
電話 0798-75-1333
6. 利益相反について
「仁明会精神医学研究：自己申告による COI 報告書」を御提出ください。（自己申告書は仁明会精神医学研究編集委員会にご請求ください。）
7. メディカルオンライン掲載に伴う著作権について：
本誌に掲載される論文はメディカルオンラインに掲載されます。
そのために、本誌はメディカルオンラインの著作権の一部である「医学文献電子配信許諾」を譲渡する必要があります。本誌の発行母体である（一般財団法人）仁明会に掲載論文の著作権を帰属させていただくことをご了承ください。

タイトル 「地中海の青い光」

撮影場所 チュニジア共和国 シディ・ブ・サイド

撮影年月 2006年10月

撮影者 森村 安史

コメント

バルドー国立博物館で武装した男2人組が日本人3名を含む外国人観光客を襲った事件は記憶に新しい。さて、チュニジアにはカルタゴやエル・ジェムといった古代遺跡が数多く残されており、遺跡に立つとフェニキア人やハンニバルたちが活躍した時代に思いをはせることができる。シディ・ブ・サイドは北アフリカの数ある地中海リゾートの中でも、とりわけヨーロッパ人に愛されてきた街のひとつだ。やわらかな光に包まれた美しい海を臨むこの地は、昔から文豪や画家たちに愛されてきた。この街でひときわ目に付くのが白漆喰の壁に嵌め込まれたチュニジアン・ブルーのドアである。街を歩くと、個性的な幾何学模様の美しいドアが道行く者たちの目を楽しませてくれる。

仁明会精神医学研究

Journal of Jinmeikai Research Institute for Mental Health

発行人：森村 安史

発行：一般財団法人 仁明会

発行日：平成30年12月28日

編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）

江原 嵩、武田 敏伸

大塚 恒子、前田 潔

松永 寿人、三好 功峰

印刷：兵田印刷工芸株式会社



一般財団法人 仁明会

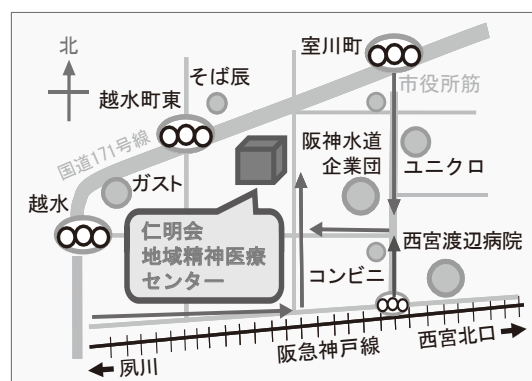
仁明会病院



仁明会病院

■ 重度認知症デイケアひまわり
〒662-0001 兵庫県西宮市甲山町53-20
TEL. 0798-71-3001(代)
FAX. 0798-72-6004

仁明会地域精神医療センター



仁明会クリニック診療担当医 ★…女性医師

	月	火	水	木	金	土
午前	武田(雅)	田伏★	老松	三好	森村	高橋★
9:30	武田(敏)	武田(敏)	武田(敏)	武田(敏)	武田(敏)	
12:30	田伏★		田伏★	橋本	田伏★	
午後		田伏★	老松			
14:00	武田(敏)	武田(敏)		武田(敏)	武田(敏)	
16:00	田伏★		田伏★	橋本	田伏★	

仁明会クリニック

■ デイケアとも
■ 訪問看護ステーションはんず
■ 精神衛生研究所
〒662-0864 兵庫県西宮市越水町4-31
TEL. 0798-75-1333(代)
FAX. 0798-75-1339

詳しくは 仁明会ホームページへ <http://www.jinmeikai-hospital.or.jp>

目次

第16巻 (1) 2018年12月

■ 巻頭言	一般財団法人仁明会 理事長 森村 安史 … 1
■ 最近の思春期における人格形成をめぐる諸問題－発達障害を視野に－	ホヅミひろろぎクリニック院長 牛島 定信 … 3
■ 発達障害と人格障害 －自閉症スペクトラム障害と境界性パーソナリティ障害を中心に－	仁明会クリニック院長 武田 敏伸 … 8
■ 今日のうつ病－その理解と対応	近畿大学医学部精神神経科学教室 白川 治 … 14
■ うつ病と持続性抑うつ障害 (DSM-5)	仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊 … 18
■ 認知症でも安心して生活をするために：私たちの役割	お多福もの忘れクリニック/NPO法人認知症ケア研究所 本間 昭 … 25
■ 正常老化と軽度認知障害 (MCI) の認知症との関連について	仁明会精神衛生研究所名誉所長 三好 功峰 … 30
■ 市民公開講座を振り返って	仁明会精神衛生研究所長 武田 雅俊 … 36
■ 武庫川脳病院から兵庫医科大学 森村茂樹伝	松本 順司 … 43
■ 編集後記	53
■ 仁明会精神医学研究・執筆規定	54
