

仁明会精神医学研究 第18卷2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 18, Number 2, March 2021



Jinmeikai Research Institute for Mental Health

思い出すままに (その三) —WHO の経験—



図1 WHO 西太平洋地域事務局

WHO



図4 WHO 本部 スイス・ジュネーブ

Six WHO Regional Advisors in Mental Health and Director MNH, New Dheli 1981



図6 WHO 精神衛生部部長及び6つの地域事務局の精神保健担当者 ニューデリーの地域事務局にて 1981年



図7 中国・北京 天安門広場 マルクス、エンゲルスの大きな写真がある

WHO/China Workshop on Child Mental Health, Nanjing November 1981



図8 中国政府 /WHO 兒童精神医学講習会 集合写真
中国・南京 1981年11月

WHO Workshop on Child Mental Health in Nanjing 1981



図9 中国政府 /WHO 兒童精神医学講習会 参加者

Four WHO temporary advisors Nanjing in 1981



図 10 中国政府 /WHO 児童精神医学講習会
4名のWHO 専門家 左から
A.Dupont, C.Sundelin, K.Ogura, B.Hamburg, 著者

Papua New Guinea Dr. Burton Bradley



図 12 バートン・ブラドレイ博士 現地の精神科看護師と

1982 WHO Workshop in Chengdu



図 14 中国 /WHO 講習会 一般医療における精神科疾患
集合写真 中国・四川省成都 1982年10月

Visit to Sichuan Medical University in 1982 with WHO Consultants



図 15 中国 /WHO 講習会 中国・成都 1982年10月
WHO 専門家及び中国側主催者と

With Vietnamese psychiatrists



図 17 Norman Sartorius 及びベトナムの精神科医と

Norman, Helen, Naotaka



図 18 Norman Sartorius 及び私の後任の Helen Herrman と
WPRO 事務室

仁明会精神医学研究 第18巻2号

Jinmeikai Journal of Psychiatry

Volume 18, Number 2, March 2021

巻頭言

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1

特別寄稿

- [Hans Berger の生涯とヒトの脳波の発見](#) 社会医療法人財団 松原愛育会 松原病院 山口成良 …… 2
[二冊の書物によせて—ゲシュタルトクライスとパトゾフィー—](#) 兵庫医科大学 名誉教授 守田嘉男 …… 8
[統合失調症の人の社会参加に向けた支援](#) 帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 池淵恵美 …… 14
[思い出すままに \(その三\) —WHO の経験—](#) 神戸大学医学部、ブックスクリニック 新福尚隆 …… 22

総説

- [アルツハイマー病アミロイドβのプリオン様伝播の可能性について](#)
 一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 48
- [中枢神経系および全身性疾患における大脳白質病変の臨床的意義](#)
[II. 大脳白質の組織病理と生理機能、および加齢と大脳白質病変について](#)
 医療法人桂信会 羽原病院、一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 江原嵩 他 …… 58
- [認知症に対する神戸市の取り組み —認知症「神戸モデル」—](#)
 神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 前田潔 他 …… 73
- [コロナ禍における精神障害—生物学的側面を中心に—](#)
 一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 …… 80
- [漢民族とオーストロネシア語族の視点から見た台湾の歴史](#)
 Department of Psychiatry, Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan
 Winston W. Shen …… 95

症例報告

- [環境調整と心理的アプローチにより著明に改善した高齢女性のうつ病の一例](#)
 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 櫻井正彦 他 …… 114
- [新型コロナウイルス流行による社会的要因により気分障害の増悪を認めた2症例](#)
 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 増田綾子 他 …… 118
- [妊娠後期に再発を呈した統合失調感情障害妊婦の一例](#)
[～産婦人科との連携と社会資源活用に焦点を当てて～](#)
 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 真殿茉莉 他 …… 122
- [治療導入に入院加療を用い奏功した児童期強迫症の一例](#)
 兵庫医科大学 精神科神経科学講座 荻野俊 他 …… 126
- [治療に難渋した成人期発症の回避・制限性食物摂取症の1例](#)
 一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子 他 …… 131

原典紹介

- [ストリンドベルク \(August Strindberg\) 自伝 アルフレッド ストルヒ \(Alfred Storch\)](#)
[—精神病理学的人格分析— その2](#) 仁明会クリニック 武田敏伸 他 …… 136

連載

- [森村茂樹伝 第6回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 ユニークな試み](#)
 作家 兵庫医科大学非常勤講師 松本順司 …… 151

- [仁明会精神衛生研究所年間業績報告 \(2020年1月～2020年12月\)](#) …… 167
- [仁明会精神医学研究・執筆規定](#) …… 172
- [編集後記](#) …… 174

Jinmeikai Journal of Psychiatry
Volume 18, Number 2, March 2021

Forewords	Yasushi MORIMURA (President, Jinmeikai Foundation) ····· 1
<hr/>	
Special Article	
The Lifetime of Hans Berger and the Discovery of Human EEG	
Nariyoshi YAMAGUCHI, MD, PhD (The Socio-Medical Corporation Foundation of Matsubara Aikukai, Matsubara Hospital)	····· 2
A Recommendation for Two Books: Der Gestaltkreis und Pathosophie.	
Yoshio MORITA, MD, PhD (Emeritus Professor, Hyogo College of Medicine)	····· 8
Supporting Persons with Schizophrenia towards Social Participation	
Emi IKEBUCHI, MD, PhD (Graduate School of Clinical Psychology, Teikyo Heisei University)	····· 14
My Experience at WHO-Personal Memory	
Naotaka SHINFUKU, MD, PhD (Kobe University School of Medicine, Boocs Clinic Fukuoka)	····· 22
<hr/>	
Review Article	
Possibility of Prion-like Transmission of Amyloid β in Alzheimer's Disease	
Koho MIYOSHI, MD, PhD (Jinmeikai Research Institute for Mental Health)	····· 48
Leukoaraiosis in Alzheimer's disease. II. Alteration of neural network mechanism by leukoaraiosis.	
Takashi EBARA, MD, PhD (Habara Byouin, Jinmeikai Research Institute for Mental Health) et al.	····· 58
The Dementia Kobe Model: Initiatives to promote a Dementia-friendly community in Kobe, Japan	
Kiyoshi MAEDA, MD, PhD (Kobe Gakuin University School of Rehabilitation) et al.	····· 73
Biological Perspectives of Mental Disorders under COVID-19	
Masatoshi TAKEDA, MD, PhD (Jinmeikai Institute for Mental Health, Osaka Kawasaki Rehabilitation University)	····· 80
A History of Taiwan from the Han Chinese and Austronesian Perspectives	
Winston W. Shen, MD (Department of Psychiatry, Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan, Department of Psychiatry, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan)	····· 95
<hr/>	
Case Report	
A case of elderly woman whose depression was successfully improved by environmental and psychological interventions.	
Masahiko SAKURAI, MD (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al.	····· 114
Two cases of exacerbated mood disorder due to social factors under COVID-19.	
Ayako MASUDA, MD (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al.	····· 118
A case of pregnant woman with schizoaffective disorder relapsed in her late pregnancy. ~ Focusing on cooperation with gynecology and utilization of social resources ~	
Mari MADONO (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al.	····· 122
A case of childhood obsessive compulsive disorder (OCD) utilizing our inpatient program as an initial intervention of his treatment	
Shun OGINO, MD (Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine) et al.	····· 126
A treatment-resistant case of adult-onset avoidant/restrictive food intake disorder	
Kanako SHINKADO, MD (Jinmeikai Hospital) et al.	····· 131
<hr/>	
Newly Translated Article	
Japanese Translation of "AUGUST STRINDBERG IM LICHT SEINER SELBSTBIOGRAPHIE"	
Toshinobu TAKEDA, MD, PhD (Jinmeikai Clinic) et al.	····· 136
<hr/>	
Series No.6. Biography of Prof.Dr.Med. Shigeki Morimura: From Mukogawa Hospital to Hyogo College of Medicine	
Junji MATSUMOTO (Writer, Lecturer of Hyogo College of Medicine)	····· 151
<hr/>	
Annual Activity (January 2020 – December 2020)	····· 167
Instructions for Authors	····· 172
Editor's Note	····· 173

巻頭言

趣味

一般財団法人仁明会 理事長 森村安史

この一年は明けても暮れても新型コロナ、COVID-19の話題ばかりで、私自身が何かスピーチをする機会や、このような文を依頼されたときに、思いつく話題はいつもこれしかなかった。自粛生活に飽きてきたのと同じように、広がらない思考にもあきれ果て、もう飽き飽きしてしまった。コロナと過ごした一年間には色々考えさせられることもあったし、不愉快な想いをしたこともあった。なににせよ話題が暗い方向へ、未来が見えない方向に進んでしまうことから、私の気持ちの中では文章として残しておきたくないことばかりである。もちろん自粛生活で得た副産物もあるのだが、それについてはまた時を改めて書く機会があると思う。そこで今回はコロナとは全くかけ離れた内容の巻頭言にすることにした。

幸いにこの雑誌の巻頭言は私の自由な表現の場として活用させていただくことが出来るので、時には「巻頭言」という表題にはそぐわない話題を書き記すことがあるのをお許しいただくことにして、今日は私の趣味について書いてみたいと思う。

あなたの趣味は何ですかと聞かれたときに、長いあいだ「私が人に語れる本当の趣味って何だろう？」といつも自問していた。長年ゴルフをやっているが、シングルプレーヤーにもなれず、休日の気分転換としての楽しいひとときに仕事を離れた仲間との時間は至福の時である。クラシック音楽を鑑賞したり、美術館に足を運んだりして美しいものや、こころを揺さぶってくれるものと接する時間もまた楽しい。しかし私には「これが趣味です」と胸を張っていえるほどには技量も知識もないものばかりなのである。若い頃には大量に読んでいた本も今では量が減り、読書が趣味ですとも言いがなくなった。カメラを持ちあちらこちらに出かけてみては雑誌の表紙に使ってもらえるような写真を撮ってくる。では写真が趣味かと聞かれるとこれもなんだか違う気がする。旅行に行ったときに感動した風景を小さな箱の中に納めることは出来ないかと思って撮っているだけでしかない。

私にとっての「趣味」という定義は「ひとから尋ねられた時には朗々と語ることができ、平均以上の技量をもっていること」だと勝手に決めているものだから、ゴルフも、芸術鑑賞も、読書も、写真もこれらのいずれもが自分から趣味と言うにはおこがましいと考えている。他人に負けない、対等に戦える趣味を持ちたいと思いながら今日まで過ぎてきているのだが、ここにきてどうやら誰にも負けない趣味が一つはあることに気がついた。それは旅行だ。国内はすべての都道府県をずいぶん前に制覇している。海外も出来るだけ多くの国に足を運びたいといつの頃からか思い始め、いまでは70カ国を超える国々を訪問した。この数字は旅好きの人にもなかなか負ける数ではない。しかし国連に加盟している国は196カ国であるから、まだ1/3にしかない。だが残された2/3の国を訪れるのは簡単ではない。コロナ禍がなくても海外危険情報が発出され、気楽に渡航できる場所は残りわずかなのである。逆に言うと安全に一般人が旅行できる場所は世界の半分も無いということである。世界はまだまだ貧困と戦乱など不安定な場所だらけである。海外に出ると自然に視野が広がる。世界史や世界政治の風景がより身近になり理解しやすくなる。それぞれの国の文化や自然に触れていく中で、様々な思想や宗教観の違いが起きてくる原点のようなものを感じる時もある。そして何より外から見て日本の良さを再認識させてくれるのである。旅行はただ単に見聞を広める経験値を上げることだけではなく、見たこと感じたことから多くを学ぶことが出来る行為なのである。日常から解き放たれ、日々の雑事を忘れることが出来る至福の時間である。この時間は私の感性に響き、新たな世界観をみせてくれる。このようなことが語れる旅行はどうやら他人に負けず、朗々と語ることが出来る私の趣味と言ってもいいのだろう。

コロナ禍が収束して再び自由に海外旅行に出られる日が一日も早く来ることを祈りながらこの粗末な巻頭言のまとめにしたい。

特別寄稿

Hans Bergerの生涯とヒトの脳波の発見

社会医療法人財団 松原愛育会 松原病院 山口成良

Key words: ヒトの脳波、 α 波、 β 波、感覚刺激、麻酔

electroencephalogram of man, alpha wave, beta wave, sensory stimulation, narcosis

I. はじめに

1929年、ドイツのイエナ大学精神医学・神経学教授のHans Berger²⁾が、Archiv für Psychiatrieに「ヒトの脳波について」という論文を発表した。その後、同じタイトルの論文を13篇発表している。すべてドイツ語で書かれていたために、初め注目がひかれなかったが、1932年にノーベル賞を受賞したAdrianとその共同研究者Matthews³⁾が、“Brain”に“The Berger rhythm: Potential changes from the occipital lobe in man”という論文を発表して以来、Bergerのヒトの脳波に関する研究が、世界的に知られるようになった。

なぜ生理学者でない精神医学者がヒトの脳波について研究したのか謎であるが、元来Bergerは脳生理学(Hirnpfysiologie)に興味をもっており、心臓疾患における心電図のごとく、中枢神経系の病的変化の客観的証拠を発見しようとして、ヒトの脳の電気活動に注目し、ヒトの脳波の発見という偉業を成し遂げたものと推察される。

以下、Bergerの生い立ちと性格、ヒトの脳波の発見に至る研究過程とその後のヒトの脳波に関する研究の発展について記してみたいと思う。

II. Bergerの生涯

Hans Berger(図1)は、1873年5月21日に、北バイエルンのCoburgの近くのNeusesという小

さな町に医師の息子として生まれた。Bergerの母は、詩人でまた東洋哲学の研究でも知られているFriedrich Rückertの娘であった。BergerはCoburgのGymnasium Ernestinumで学んだあと、ベルリン大学で天文学を勉強し、途中短期間兵役に服し、次いで医学をヴェルツブルク、ベルリン、ミュンヘン、キール、イエナの各大学で修め、1897年にイエナで州の医師試験に合格している。引き続いてすぐにイエナ大学の精神科神経科クリニックのOtto Binswanger教授の助手となり、1901年に講師(Privatdozent)、1906年に助教授(ausserordentlicher Professor)となり、第1次世界大戦後の1919年10月に、Binswanger教授が母国のスイスに帰国したあとを受けて、イエナ大学の精神医学・神経学の正教授(ordentlicher Professor)ならびに精神科神経科科長(Direktor)



図1 Hans Berger、52歳時(1925)の写真
この1年前からヒトの脳波についての研究を始めた。

The Lifetime of Hans Berger and the Discovery of Human EEG
Nariyoshi YAMAGUCHI, MD, PhD
The Socio-Medical Corporation Foundation of Matsubara Aikukai, Matsubara Hospital
〒920-8654 Ishibiki 4-3-5, Kanazawa, Ishikawa Prefecture
n-yamaguchi@matsuhp.jp

に選ばれ、1938年9月30日に退職するまで、その職にとどまった。その間、1927年から1928年にかけてThüringische Landesuniversitätの学長、1935年7月からイェナ大学を退職するまで大学総長代理の役もしていた。

家族構成としては、1912年に、Bergerの研究室の技術助手であった男爵令嬢 Ursula von Bülowと結婚し、一人息子の Klaus と3人の娘、Ruth, Ilse, Rosemarie を得ている。

1938年9月30日のイェナ大学の退職は、年齢からいえば停年退職であるが、Gloor¹²⁾の記載では、すでにナチスによる大学管理が行われていたため、床棟回診中「明日やめるように」という大学当局の、電話1本による無礼な知らせだったとしている。

イェナ大学退職後は、チューリンゲンの Bad Blankenburg という小さな町の私立サナトリウムの長となった。短期間の重病に罹患したあと、1941年6月1日に亡くなったと弟子の Boening¹⁰⁾ は追悼文に記載しているが、Gloor¹²⁾の記載では、Berger が自分では心臓病と思い誤ったうつ病に罹患し、その極において自殺したと記している。

III. Berger の性格

弟子の Boening¹⁰⁾ による Berger 教授への追悼文の中に、「Berger は厳しい臨床主任であった。コンファレンスや回診においては鋭かったが、医師としては公明正大な臨床家であった。そのきわだった几帳面さ(Ordnungsliebe)は、時には杓子定規(Pedanterie)とまでとられた。Berger の秩序を愛したのは、自分の功名心を満足させるためではなく、その義務の履行の万全をはかったという崇高な精神によるものであった。」とその性格の一面を記している。

アメリカから Berger のもとへ3年間(1929 - 1932)留学した Ginzberg¹¹⁾ は、Berger の勤務ぶりと性格を以下のごとく記載している。「季節によって違うが、大学への出勤は7時または7時半であり、教室勤務医は8時までに出勤することを義務づけられていた。9時からコンファレンスが

行われたが、Berger は急いで、ぶっきらぼうな足どりで、そして恐ろしい顔つきで、だれをみることもなく、テーブルのヘッドの位置にまっすぐに着き、それから医局員の着席が許された。カンファレンスは昨日から今朝までの病棟内の出来事が報告され、その後、病棟回診が行われるという画一的なスケジュールで、このスケジュールから、かつてずれがあったということを記憶していない。

われわれは、病院において、むしろ彼を恐れた。しかし、大学病院では拘束衣の使用を禁止し、患者ならびにその家族に対しては、思いやりのある温かい態度で接した。

Berger の元来の性格は、はにかみ屋で、無口で、遠慮がちで、かつ自制的な性格で、この内面の性格を外部的世界から徹底的に隠したものと思われる。』

IV. ヒトの脳波の発見

Berger²⁾の「ヒトの脳波について」と題した第1報は、1929年に発表され、その全訳が筆者²⁾によってなされた。

その第1報では、まず1875年のCatonの動物実験から説き起こし、続いて多数の研究者の研究結果にふれてから、自分の研究内容に入っている。すなわち、1902年のイヌの動物実験から始まり、ヒトについては、1924年7月6日に、穿頭術を受けた17歳の少年の、穿頭術の場所からEdelmannの弦電流計でもって、電気変動を観察することができたと報告しているが、1929年の論文の中には、その記録は見られない。やがて、骨欠損のない、intaktな頭蓋骨をもつ、健常人の頭皮上から脳波を導出することを企て、自分の息子の、当時15歳であったKlausの脳波(図2)を呈示している。脳波の構成成分として、平均90msecの持つ第一級の大きな波と、35msecの平均持続をもつ第二級の小さな波を区別した。

そしてBergerの脳波の記録に対する自問的な反論(Einwand)として、心電図をとらえているのではないか、血管壁への血流の摩擦による変動をと

らえているのではないか、筋の活動、瞬目その他種々の顔面ならびに頭部の運動をとらえているのではないかという、いろいろ考えられる自問のEinwandに対して、理論的考察よりも実験的検索で証明したいという意気込みで、いちいち、これらのEinwandを実験で確かめて自答している。

脳波の命名については、1925年にNeminskiがイヌの脳波について命名した「Elektrocerebrogramm (大脳電図)」は、ギリシャ語とラテン語の成分から混成された粗野な言葉使いであるから、言語学上の理由から自分としては「Elektrenkephalogramm (脳波)」の命名を提唱したいと述べている。かくして「Ich glaube also in der Tat, das Elektrenkephalogramm des Menschen gefunden und hier zum erste Male veröffentlicht zu haben (私はまた実際に、ヒトの脳波を発見し、ここに最初に発表したと信ずる)」という、感動的な、自信に満ちた言葉を披瀝している。

そして第1報の末尾には、「ヒトの脳波においてもまた、動物実験において確認されたごとく、末梢刺激の影響のもとに変化が生ずるかどう、覚醒状態と睡眠状態との脳波の差を説明しうるかどうか、麻酔において如何にふるまうか、知的な活動の影響を立証しうるのか、中枢神経系の活動における病的変化の客観的研究方法を発見しえたかどうか。上に示された問題の研究は、私に時間がゆるす限り、続けられるだろう。そして、私は、後にそれらについて報告しうることを希望する。」と結んでいる。

V. その後のBergerの脳波に関する研究の発展

「ヒトの脳波について」の第2報(1930)²⁾では、第1報で述べた第1級の波を α 波、第2級の波を β 波と命名し、ElektrenkephalogrammをE.E.G.と省略することを提言している。また図3に示したごとく、生理的な感覚刺激(触覚刺激)によって、 α 波が消失して β 波が現れる現象を呈示している。

次に麻酔の脳波に及ぼす影響について、Berger

の第3報(1931)⁴⁾において、図4に示したごとく、クロロホルム麻酔では、脳波の低電位化と α 波の消失に注目している。そして、Bergerの第8報(1933)²⁾では、睡眠薬は皮質睡眠薬(Rindenhypnotica)と脳幹睡眠薬(Hirnstammhypnotica)に分けられ、エーテル、クロロホルム、アルコール、モルヒネ、臭化物は前者に属し、大脳皮質活動の減衰をもたらす。一方、Luminal, Pernocton, Evipanは後者に属し、脳幹、特に視床の睡眠調節中枢に作用し、 α 波の振幅の増大と群化(Gruppenbildung)をもたらす。Bergerは、この現象を大脳皮質活動の脱抑制(Enthemmung)と解釈している。

次に脳波が知的な活動の影響を立証しうるのかということについて、Bergerの第4報(1932)²⁾で、図5に示したごとく、Bergerの14歳の娘Ilseの脳波で、図5Aの矢印Aのところ、暗算の $196 \div 7$ の問題が提示され、図5Bの矢印のところ、問題が正解したところを示してある。暗算による注意の強化によって、脳波の振幅の減少をきたしたとしている。

次に中枢神経系の活動における病的変化の客観的研究方法を発見したかどうかについては、Bergerはてんかんの脳波にそれを求めたのではないかと思われる。Bergerの第7報(1933)²⁾において、てんかんの患者では、図6に示したような、徐波化した脳波がよくみられるが、これは大脳の発作準備性(Anfallsbereitschaft)を脳波で示しているであろうと考察している。また、同じ第7報の中にてんかんのアプサンス(欠神)時の脳波を記録している。すなわち、18歳の女性のアプサンス中の脳波で、340から360msecの波が連続してあらわれ、26秒後に急に消失している。棘波(spike)はみられず、棘・徐波複合の形を成していない。Bergerは、自分達が見逃した頭の動きか、顔面の間代性収縮(Zuckung)を記録したものと解釈している。

Bergerの第9報(1934)²⁾では、てんかん患者に過呼吸(Hyperventilation)賦活を行ったときの脳波を呈示している。 α 波がその振幅を増大し、300

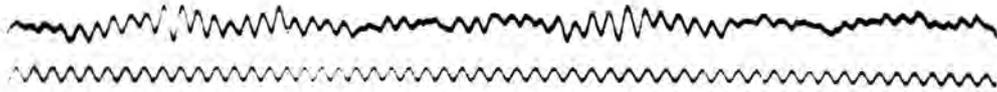


図2 息子 Klaus の 15 歳時の頭皮上脳波
上は鉛板電極で前頭と後頭からの双極導出による脳波。下のタイマーは 1 / 10 秒を示す。(Berger H: 1929²⁾)



図3 感覚（触覚）刺激による α 減衰
被検者は 30 歳男性医師。閉瞼状態での二重コイル電流計での脳波記録。前頭と後頭からの塩化銀電極による双極導出。B の矢印のところでガラス棒で右手背に触れた。上段は脳波、中段は心電図、下段は 1 / 10 秒のタイマーを示す。(Berger H: 1930³⁾)

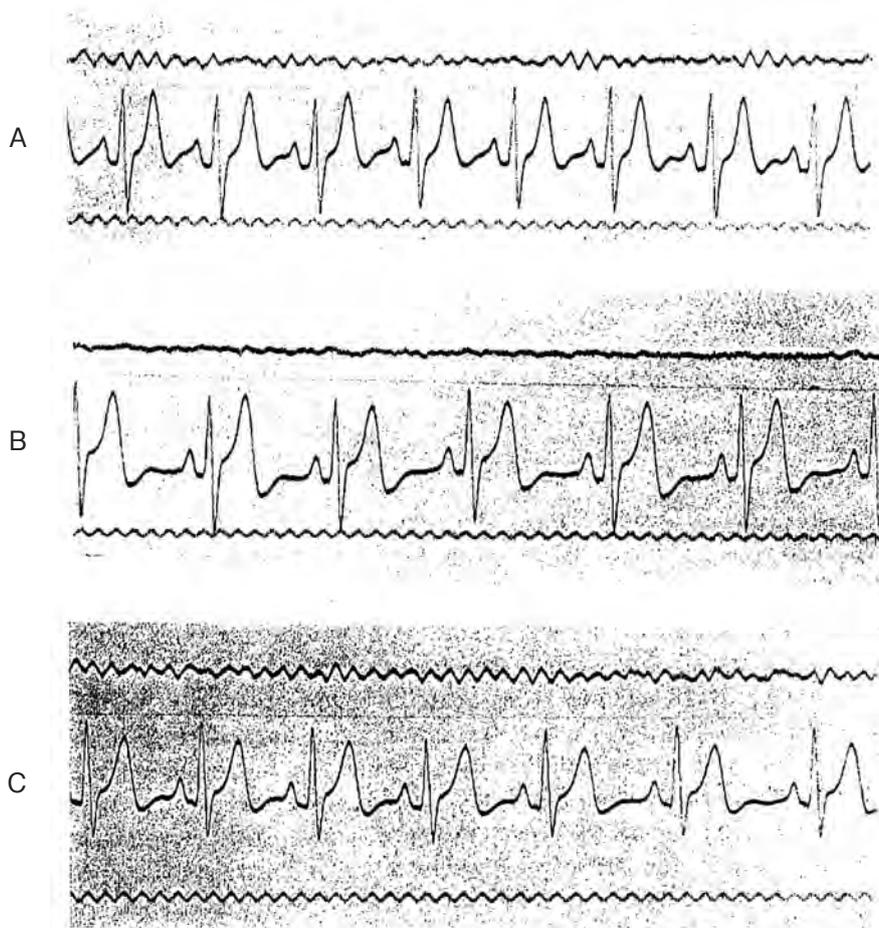


図4 クロロホルム麻酔による脳波の変化
17 歳男性。針電極による両側頭頂部からの双極導出。A はクロロホルム麻酔前。B は麻酔中。C は麻酔中止後 30 分の脳波。いずれの図も上段は脳波、中段は心電図、下段は 1 / 10 秒のタイマーを示す。(Berger H: 1931⁴⁾)

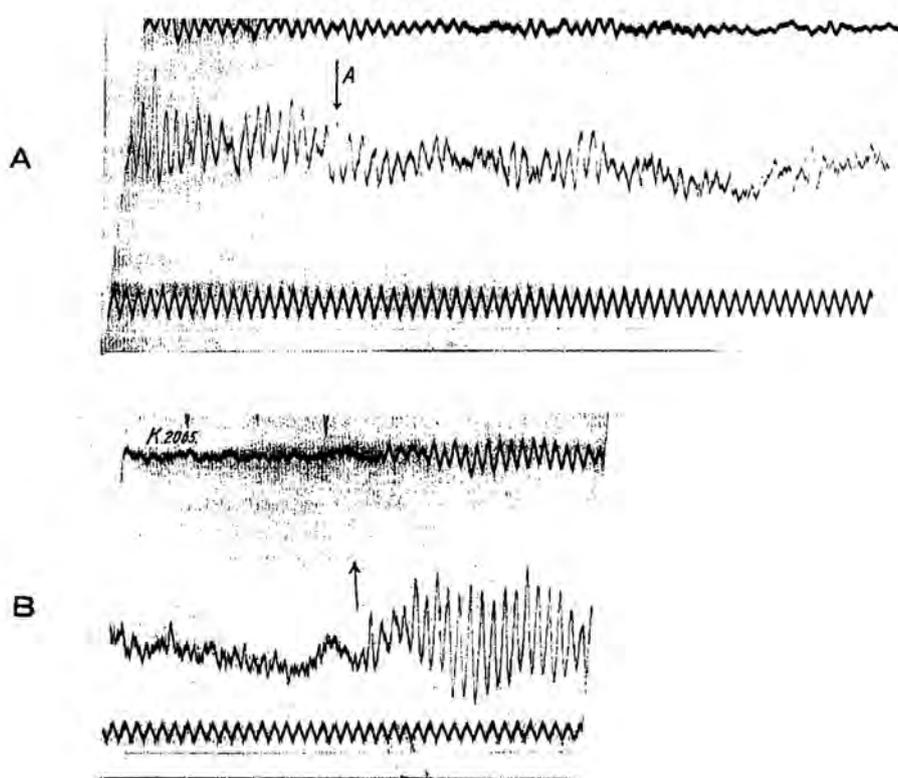


図5 14歳の娘、Ilseの暗算時の脳波

A図のAの矢印のところ、 $196 \div 7$ の暗算の問題が与えられ、B図の矢印のところで正答が得られている。その間 α 減衰を示す。A、Bいずれも上段はコイル電流計で記録された脳波、中段はオシログラフで記録された脳波、下段は1/10秒のタイマーを示す。前頭と後頭からの双極導出。(Berger H: 1932⁹¹)

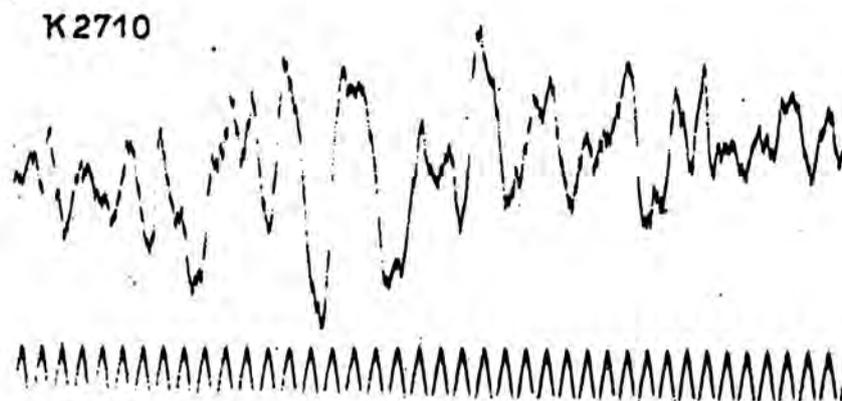


図6 真性てんかん患者(32歳、男性)の脳波

12歳時から多くの発作やもうろう状態がみられている。針電極での前頭と後頭からの双極導出。オシログラフによる脳波記録。下に1/10秒のタイマーを示す。この高電位脳波は大脳の発作準備性を示すものである。(Berger H: 1933⁹¹)

～500msecの持続をもつ群化をしていると報告し、過呼吸賦活は大脳皮質の脱抑制に導くとしている。

Bergerの第14報(1938)⁹⁾では、真性てんかん患者の発作直後の意識喪失状態中の脳波には α 波はみられず、低電位の β 波がみられ、意識回復後の脳波に平均165msecから250msecに及ぶ α 波(現在の術語では θ 波)がみられ、 α 波の遅延化は大脳皮質機能の障害を示すと述べている。

VI. おわりに

頭部CT、MRI、SPECT、PETなど、頭部画像診断法の最近のめざましい発展にもかかわらず、脳波は臨床的に意識障害、睡眠障害、てんかんなどの診断の補助診断法として、また神経生理学などの基礎医学的方面における研究手段として、現在も広く用いられており、1929年のBergerのヒトの脳波の発見の恩恵は測り知れないものがある。

Bergerのヒトの脳波の発見に至る過程ならびにその後の脳波の研究の発展には、人知れない努力と忍耐があったものと思われる。その努力と忍耐の精神は何によって培われてきたのか?それは座右の銘として自分の研究室に掲げてあった母方の祖父のRückertの以下の4行詩であると思う。

Vor jedem steht ein Bild

Des, was er werden soll.

So lang er das nicht wird,

Ist nicht sein Friede voll.

人それぞれに

成るべき理想像がある

人がそれに到達しないかぎりは

完全な心の安らぎは得られない

(筆者訳)

この詩の“理想像”を、「ヒトの脳波の発見」ととるか、人格の理想像を求めて生活する「生活信条」ととるかは、読者諸賢におまかせしたい。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) [Adrian E D, Matthews BHC: The Berger rhythm: Potential changes from the occipital lobes in man. Brain 57, 353-385, 1934](#)
- 2) [Berger H.: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Arch Psychiat Nervenkr 87, 527-570, 1929 — 山口成良 \(訳\), ヒトの脳波について. \(第1回, 第2回, 第3回\), 精神医学 23 : 829-838, 951-962, 1073-1081, 1981](#)
- 3) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Zweite Mitteilung. J Psychol Neur 40, 160-179, 1930](#)
- 4) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Dritte Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 94, 16-60, 1931](#)
- 5) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Vierte Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 97, 6-26, 1932](#)
- 6) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Siebente Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 100, 301-320, 1933](#)
- 7) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Achte Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 101, 452-469, 1933](#)
- 8) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen. Neunte Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 102, 538-557, 1934](#)
- 9) [Berger H: Über das Elektrenkephalogramm des Menschen XIV. Mitteilung. Arch Psychiat Nervenkr 108, 407-431, 1938](#)
- 10) [Boening H: Professor Hans Berger —Jenat. Arch Psychiat Nervenkr 114, 17-24, 1941](#)
- 11) [Ginzberg R: Three years with Hans Berger. A contribution to his biography. J Hist Med allied Sci 4, 361-371, 1949](#)
- 12) [Gloor P: Hans Berger and the discovery of the electroencephalogram. Electroenceph clin Neurophysiol Suppl 28, 1-36, 1969](#)

特別寄稿

二冊の書物によせて—ゲシュタルトクライスとパトゾフィー—

兵庫医科大学 名誉教授 守田嘉男

I. はじめに

書物には出会いの時があると思われる。作家の瀬戸内寂聴さんは、「イギリスの詩人の詩に若き日にバラを摘め」という言葉があります。それを教えてくれたのは、女子大の寮の上級生でした。前後は忘れたのに、その言葉だけは五十余年すぎた今も覚えているのです。四年ほど敦賀の女子短大の学長をした時私はこの言葉を学生に教えて喜ばれました。バラには棘があってそれを素手で摘もうとすると指を棘にさされて血が流れます。それでも若さというものは肉体にも心にも自然治癒力を持っていて、バラの棘の傷など、ちょっとなめておくだけで、いつのまにか跡形もなく治って消えてしまいます・・・」と若人の読書をすすめている¹⁾。

また私の選ぶ岩波文庫三冊という小冊子がある。選者は三百名で選んだ理由も付記してあったが、そこには若い日の読書に対する思いが込められていた。

ここでは新人の精神科医に薦める書物を問われたとして表題の著書とそれぞれの日本語訳を選ぶことにした。

これらの原著は私が医学部卒業直後の精神神経科学を学び始めたころ講読会で手にしたもので日本語訳は1975年と2010年に刊行されている。私がヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー博士の著書を選んだのはこれらの日本語訳が入手できるからであり、さらにゲシュタルトクライスについては自分で全文を筆写して少しではあるが内容の理解が進んだこともある。

また、パトゾフィーについては1970年当時ハイデルベルク大学に滞在されていた木村敏先生から講読会で教えていただくのなら日本語訳を書きとめるようにと諭されたのを思い出して2010年の出版時に求めて再読を試みたという事情がある。

ここでの目標はおもに日本語訳二冊の紹介にあるので、ゲシュタルトクライス—知覚と運動の一元論²⁾とパトゾフィー³⁾の日本語訳のあらすじをまとめる。両書^{4,5)}の訳注と解説は詳細でありゲシュタルトクライス第四版の序(ハイデルベルクにて、1948年12月)には著者らの業績論文も検索可能にしてある。

さらに添えられているアンリ・エー博士によるフランス語訳への序文『ゲシュタルトクライスについて』は濱中淑彦先生の翻訳で原典の理解を助けるし、パトゾフィー日本語訳解説では木村敏先生がヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー博士の生涯と「パトゾフィー」について分けて記されており読者にとっては有難いと思う。しかしここでもヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー博士への一言は必要と思われるのでPeter Hahn教授⁶⁾(ハイデルベルク大学総合内科学心身医療部門)による講演の図を用いて紹介しておきたい(この記録は濱中先生にいただいたものである)。

とくに精神分析と著者の深いかかわりについてはゲシュタルトクライス日本語訳の訳注329頁—336頁に詳しく解説してあり、また哲学についての項は「パトゾフィー」での訳者注でくわしく説明されている。図1はヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー博士の学問と生涯を描いておりとくにここでの二冊の書物との関係がよくわかると思う。

II. 「ゲシュタルトクライス」について

序文にある「生命あるものを研究するには、生命

A Recommendation for Two Books: Der Gestaltkreis und Pathosophie.
Yoshio MORITA, MD, PhD
Emeritus Professor, Hyogo College of Medicine
〒663-8501 1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya-City.

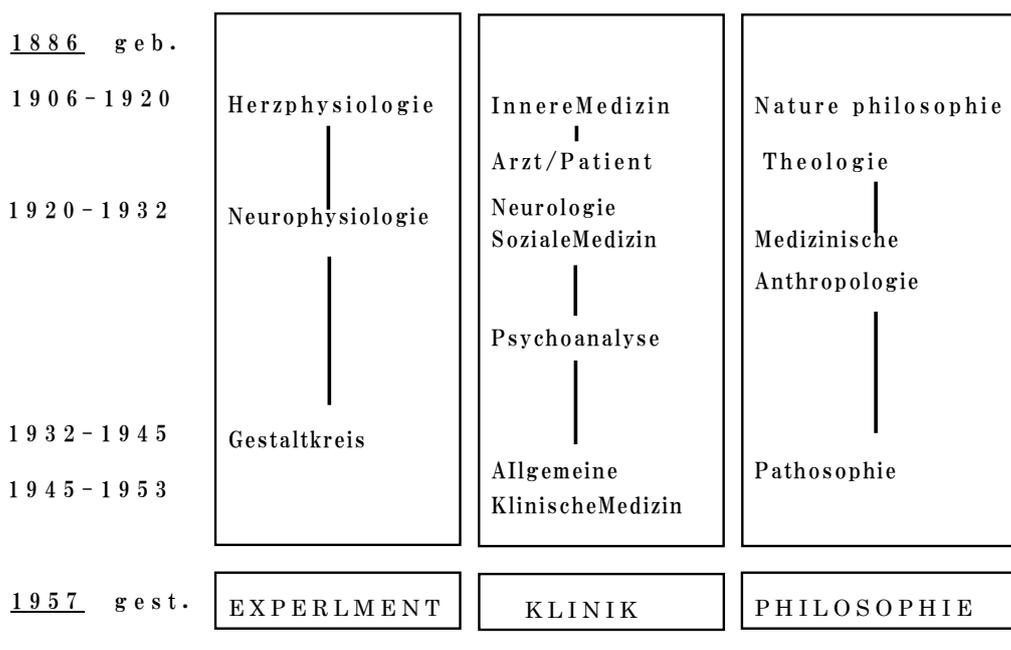


図1 ヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー博士の研究主題 (P.Hahn 教授)

と関りあわねばならぬ。生命あるものを生命なきものから導き出そうとする試みは、可能かもしれぬ。しかしそのような企ては、これまで成功してこなかった。或は学問においては自分自身の生命を無視しようとする努力も可能かもしれぬ。しかしそのような努力の中には自己欺まんが隠されている。』はこの著書の基本理念である。

本文は緒論、運動と知覚について、神経系の病的障害、知覚の諸条件、運動の諸条件、そしてゲシュタルトクライスの各章にわかれる。これらは全てゲシュタルトクライスの概念を理解するための手引きであると考えられる。そのため、はじめにゲシュタルトクライスとは「概念」であって静止した円環態のイメージではないとの前置きがある。

ついで論考に入るが運動と知覚については、著者の神経生理研究に基づいた、そしてそれらの集大成であると考えられる。とくに運動については生命あるものの運動であって任意の物体や考えられた物体の運動ではないこと、主体すなわち自己自身との関係において動作を行う存在の運動であることが述べられている。そして起立や歩行など

日常的に重要な自己運動を具体性をあげて分析している。

そして重要な反射の研究が作業を理解するためだけではなく、神経実質ことに中枢神経系の機能を知るために必要であることを身近に出来る簡易な検査で明らかにする。さらに正統的な神経生理学における感覚運動関連の知見を評価したうえで、筋肉系での聴覚や触覚の関係を説明し未解決の課題が残されていると述べている。

ついで神経系の病的障害についての解説に進むが、この章での重要概念は「機能変動」である。まず中枢系神経障害と末梢神経障害、また器質性や機能性そして心因性障害という神経系の病的障害の臨床症状について考察される。そして末梢神経機能の局所解剖的図式は完全であるからこの最も単純な脱落による障害について考察する。

この脱落症状を二群にわけると。第一群の実例は体感覚作業の研究で、第二群の事例は運動作業の研究で見出される。「機能変動」と密接なかわりがあるので訳文のまま引用する⁴⁾。

一. ある特定の神経がその機能を完全に中断しな

いで、単に機能を変えただけの場合、われわれはこの神経の分布領域あるいは支配領域に「機能変動」を見出す。

二. 傷害された神経に隣接する、それ自体全く冒されていない領域にも、この神経の脱落の結果として、それが完全に統合されている時とは異なった作業の現出が見られる。

さらに圧刺激が皮膚に与えられる場合の圧覚と触覚について、感覚生理学の分析と考察をし「機能変動」についての見解を記述する。

重複するが「機能変動」の定義として解説の訳文を引用して記載する。「ある種の機能の流れがそれと類似した、しかしながら時間的、空間的、質的にそれと異った一つの機能の流れによってとって代えられることであり、病的な機能変動は正常なしかしそれ自体やはり不安定な平衡状態にもとづいている。」

また臨床では知られていることではあるが、自分の手足が重いという感を訴える患者、自分で運動しながら知覚しない患者、自らの意志なしに運動してこれを外部からの影響と感じる患者に出会う。これは知覚や筋運動の障害ではなく、運動と知覚を相互に関係づけて対象を動かしたり知覚したりすることを可能とすること、この両者の「からみ合い」の障害なのである。力覚の使用にあたっては知覚と運動の全てが常にかみ合っているし、またからみ合いの障害はパーキンソニズムに罹患している患者の腕の筋強剛で現れるしパーキンソニズムに現れる機能変動もひろく知られている。

ところで知覚について述べてきたことがらを運動にも転用することは出来ないし、とくに環界への反応は知覚理論においても運動理論においても無視できないと著者は主張している。そして運動の生理学では歩行の説明をはじめとして意識要因の導入や中枢神経系における転換を導入についても考察する必要があるという。

ついで形式の発生について考える。自己運動は環界の力の成立に関与する。この形式関係についてはコヘレンツ(相即)の保存と破れについて言及

している。そして運動とはそのつど空間と時間の一定の関係を形づくるものであって、時間と無関係な空間的図形を形づくるだけでなくゲシュタルト形式の進んで行く発生的な構成を有すると述べている。

ゲシュタルトクライスは運動と知覚の両者を包括する問題であり、空間的見地から形式とは有機体と環界の出会いの場である。時間的からはその時その時の発生としてとれえられる。生物学的時間と同じく生物学的空間もそのつどのここからその後のゲシュタルト形成へと進んでいく発生的な構造を有してはならないと言ってもよいだろう。これらを著者はゲシュタルトクライスと呼ぶ。

第五章はゲシュタルトクライスについて叙述される。項目のみ転記すると 1. 異元的機能から相即原理へ、2. 主体の導入と行為の相補的一元性、3. パトスの範ちゅう、根拠関係、生の円環である。

第五章はこの著書の核心ではあるが、どの一部もゲシュタルトクライスとは何かを教えるものではないのでここでは医学徒に受け入れ易い言葉を引用しておく。

「ゲシュタルトクライスは生物学、医学、哲学のそれぞれと境を接している。その将来がいかなる方向に向うかは今後に残された問題であるけれども、現時点における著者の傾向からは臨床医学を中心とし、医学的人間学を目標とするような一つの活動が志向されている」。

碩学の代表的著書を臨床医学研修を始めた新人に紹介するために「ゲシュタルトクライス」(日本語訳)の梗概を要約するつもりであった。原著(ドイツ語)は1970年の講読会で指導を受けたので人文著書の紹介が難しいことを予期していなかった。しかし、緻密に叙述された書物をまとめるのに力量がいるのは当然であり、その結果の一つとして、訳文をたびたび文中に使わせていただくことになった。みずず書房の日本語訳は豊かな知がめられた良書であり、すぐれた医学書として推薦し

たいと思う。

Ⅲ. 「パトゾフィー」について

ヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼカー博士(原著者のかたかな表記を日本語訳のとおりに変える)によるパトゾフィー(第2版、1967)の講読終了は1970年11月であったと思うが、その後私はパトゾフィーを精読することはなかった。しかしこの書物を再読したいという思いがあったが、2010年に木村敏先生による日本語訳が出版されたことを知り入手することが出来た。ドイツ語原著400頁、日本語訳569頁の大著であるが訳者による解説があるので、ここではあらすじの紹介のみを目標とする。訳者の解説によれば本著は著者晩年の1948年ころ医学的人間学の総決算として書きはじめられたが、第四章で未完成のまま終わったと考えられる。また、パトゾフィーとは受苦の知の意味と知を受苦する意味がかさねられていると記されている。

第一部「存在とパトス」は序に続いて(一)から(九)までの章で組み立てられる。はじめにヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼカー博士の人間学と医学的人間学総論の短い文章が置かれて本書の読者には適切な心構えになっている。続く章の題目は非常に難解な印象を受けるが訳文は読みやすく工夫されている。抜き書きすると(一)自然の魔性、客観(もの)の悪意、物質の妄想、運動の情念と(九)まで続き、さらに「パトスの世界」という表題が入り(一七)までとなる。

(二)の表題「客観」にもふりかながそえられている。短文であるが主観/主体という表現に著者の思想が読みとれる。そして客観というのが臨床医学の疾病で何であるかが問題であるとの提起されている。

ついで(四)運動の情念では、運動は全て情念的運動であると述べる。(四、五、六)は人間的アプリアオリについての補足とされ、運動の情念をさらに考えるうえでのいくつかの特徴をあきらかにする。(七)機能の無分別では機能は身体機能であり

無分別は非悟性であると追加される。

第一部の「存在とパトス」後半はパトスの世界として(一〇)～(一三)まで短文であり、(一三)～(一七)は助動詞(動詞)を使った題目である。「してよい」、「せねばならぬ」、「しようとする」、「すべきである」、「できる」と日本語訳される。はじめに、「パトスのカテゴリーを個別に分析しつぎにそれらが五線星形として関連しあっている様子を探求する・・・」とするが語学の知識が必要な章である。

第二部は病気論総論の構想とされる。いわゆる医学概論ではなく病気論であり総論各論とも臨床医学の研修をはじめ医学徒には十分受け入れることが出来る。

病気論総論では広い範囲の課題が提示される。(一八)1. という番号を付して、食と性(一九)2. ノイローゼ、ビオーゼ、スクレローゼとされ(二五)ロゴファニーとエイドロギー-不可能性の定理-まで続く。

1. 「食と性」という主題が(a)～(f)に分けて叙述されている。食の病気論と性の病気論について、またこれらのかかわりについて総論の範囲内で考察されている。これらは現代の心身医学の主題としてたびたびとりあげられている。

(一九)2. ノイローゼ、ビオーゼ、スクレローゼは日本語訳でも頁数が増えているが平易な文であり訳者による補足もあるので理解しやすい。

続いて(3). 解剖学的構築、(4). 生理学的機能(5). 心的機能そして(二三)ニュアンス、(二四)「新しい世界像?」となる。(二五)は医学的概論としてまとまった著述であり、「だから病的なものを解明しようとするれば、ロゴファニー的、エイドロギー的な事象のあり方も研究しなくてはならない」と説く。

第三部の病気論各論の構想は副題として病理学/パトス学各論とされている。

各論のはじめに(二六)として次の分類を示す。

a)呼吸の病気、b)栄養の病気、c)消化の病気、d)物質代謝の病気、e)循環の病気、f)神経器官の病気とそしてまとめである。

これらは現在の心身医学とは当然こととなっているが、しかし充実した考察が展開されている。しかも心身症として臨床各科で認められていることがらである。

まとめはヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼカー博士の、「病気の始まりがほかならぬ今なのか」「病気の場所がほかならぬここなのか」という問いに対する解答であろう。

ついで(二七)は生活史法とされる。ここは広い視野での医学的人間学への導きである。

比較的短文であるが、今日私達が知っている範囲での生活史による診療方法であり、著者が医学部臨床講義で症例を提示する基本となっていたと思われる。

A 診察、B いわゆる生活史法、C 生活史的なものの働き、①生活史のプロレプシス(先取的構造と叙述され、おわりに結果と限界としてのまとめがある。なお訳注として、ヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼカー博士の関連著書が記載されている。

A では診察のときの、医者と患者の出会いについて語られている。C の生活史的なものの働きについては現在の精神科治療学総論であるが頁数も多くさかかかいて教えられる。そして①では病氣論として、病気の成立から病氣と症状の現す意味を考えることも求められている。

まとめとして、この方法の結果と限界を1から7の節に要約するが、さらに治療について身体と心の病氣について広い視野での提案がある。そして著者は個人が一生のうちにかかるさまざまな、あるいは全ての病氣を(いわゆる合併症まで含めて)、総合的に単一の経過原理から読みとるというのもひとつの実り豊かな考えであると述べている。

このあと第四部は百科全書の試みとされるが伝統的な知を求めるあり方であろう。体系的な人間学の探求ではなく百科全書の形式への復帰を提示する。体系への努力から百科全書の努力へと前進しようとする動機が述べられている。

(二八)から終章の(五七)まではパトゾフィーの形式がめだち、訳者によるとパトゾフィーは病氣

の知、受苦の知なのでしばらくは医学的人間学の叙述と考えられる。

(三一)の死については訳者による補記が詳細につけられている。この標題から予想されるがフロイト精神分析学をふまえた記述である。特別の予備知識や経験がなくても読了できると思う。

さらに(三五)痛み、(三六)めまいについては著者は「ゲシュタルトクライス」でも多くの記述がみられ、現代の心身医学の課題である。

さて、このあと(五七)までの百科全書の形式で考察が続くが、(四〇)の性/セクシュアリティは別格でありしかも広い読み手を対象とした論述となっている。訳文は40頁の大部であるが、ごく一部のみを引用させてもらう。

「フロイトがわれわれに残してくれた大きな功績は、彼が愛という言葉でなく、性/セクシュアリティという言葉を用いたことである。そしてわれわれは、彼が大きいほうの言葉「愛」をそれほどいたわり、小さいほうの言葉「性」を使うのに、あれほど恐れを知らなかったことに感謝しなくてはならない。しかしセクシュアリティとは何であるかの問いは依然として残っている。当時はほとんど探求されていなかったこの領域に、畏怖の念を抱いて、しかし恐怖を抱くことなく足を踏み入れること、フロイトが当時の人々に——立派な理由をもって——勧めたのはそのことだった」。

(四三)医者と患者と(四四)宗教—キリスト教的な医学は存在するかについては多くの医学徒はすでに考え始めているであろう。

(四六)自己知覚とゲシュタルトクライスは、著書ゲシュタルトクライスの要約としてパトゾフィーにおいても一つの章として叙述されている。

(五七)人間の理論、この章でひとまず第四部が終っている。医学的人間学から広く人間学の構想が残されたと思われる。

この原典紹介 ゲシュタルトクライスとパトゾフィーについてを作成しながら概念のあらすじを書き伝えることの難しさを知りたびたび躊躇した

が、しかし不思議な体験をすることが出来た。それは「読書をめぐる青春と老境のダイアログ」(亀山郁夫教授、ロシア文学)であり、現在の私にはふさわしい回想法であると思っている。

参考文献

- 1) [瀬戸内寂聴、若き日にバラを摘め
読書のすすめ 第3集、岩波書店 1994](#)
- 2) [ヴィクトール・フォン・ヴァイツゼッカー著
木村敏、浜中淑彦訳：ゲシュタルトクライス
知覚と運動の一元論：みすず書房、1975年](#)
- 3) [ヴィクトーア・フォン・ヴァイツゼッカー著
木村敏訳：パトゾフィー、みすず書房、2010年](#)
- 4) [Viktor von Weizsäcker : Der Gestaltkreis,
Theorie der Einheit von Wahrnehmen und
Bewegen Georg Thieme Verlag 1968](#)
- 5) [Viktor von Weizsäcker : Pathosophie,
Vandenhoeck & Ruprecht 1967](#)
- 6) [Peter Hahn : VIKTOR VON WEIZSÄCKER-
Leben und Werk heute.
VIKTOR VON WEIZSÄCKER ZUM 100.
GEBURTSTAG Beiträge zum Symposium der
Universität Heidelberg,1986](#)

特別寄稿

統合失調症の人の社会参加に向けた支援

帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 池淵恵美

抄録

薬物療法や心理社会的治療の発達によっても、統合失調症の社会参加はまだ不十分との事実がある。そこで本論では、社会機能の改善を目指す心理社会的介入についてその効果を概観したうえで、どのような介入戦略が有用か考察を試みた。認知機能リハビリテーションは、神経認知改善のエフェクトサイズは小～中程度、社会機能へのエフェクトサイズも小～中程度である。社会認知への介入は、表情認知など確立した評価方法がある領域では有意な効果が報告されているが、社会機能への影響は十分検証されていない。社会生活スキルトレーニングなどの対人スキルへの介入では、標的とするスキルや陰性症状の改善がみられるが、社会機能は小～中程度のエフェクトサイズである。課題遂行能力に関しては、働ける環境の提供とそこにおける能力を高める介入(援助付き雇用)の効果が明確である。意欲・発動性の低下及び陰性症状を改善する介入が報告されるようになってきている。家族・ケアする人たち・周囲への環境支援では、生活の質や再発防止などで効果が得られている。こうした結果から、社会参加をまず実現し、実世界での生活を直接支援し、その中で必要な機能の改善を図るモデルの有用性について述べた。また個々のプログラムの改善効果は大きくないため、社会参加を目指し、統合的な介入を計画していく必要があると考えられ、デイケアでのプログラムの工夫について触れた。さらに環境支援の開発・普及が望まれる。最後に具体的な実践例(デイケアで社会参加をサポートしつつ、その都度必要なスキルを学習していくモデル)を紹介した。

Abstract

Social participation of persons with schizophrenia has not been enough until now, although medication and psychosocial treatment have been developing.

Studies mainly involving meta-analyses of psychosocial interventions for schizophrenia were reviewed, and appropriate interventions to improve social functioning were discussed. The effect size of cognitive rehabilitation was small-medium for both neuro-cognitive functioning and social functioning. Concerning social cognitive interventions, their significant effects have been reported in domains such as the perception of facial expression, which have established assessment methods, while their effects on social functioning have been inadequate. Interpersonal skill interventions such as social skills training could improve in the target skills and negative symptoms, but the effect size for social functioning was small-medium. On task-related competence, provision of work places and interventions (supported employment) to enhance competences there had definite effects. In recent years, interventions to improve decreased volition/motivation and negative symptoms have been reported. Families, care providers, and environmental support had effects on the quality of life and prevention of relapse. Programs targeting multiple factors related to social functioning are expected to be able to improve social functioning. Our review could suggest that models that provide direct support in real life and aim at improvement in necessary functions simultaneously should be useful, as compared with real life placement after stepwise functional improvement. Since the effect sizes of interventions targeting are not large, comprehensive interventions aiming at improvement in social functioning in real life should be planned. Development and dissemination of environmental support are necessary. At last one case was presented who was placed at real world with support of social skills training, symptom-management skills, family psychoeducation, and so on.

Key words: 社会機能、統合失調症、認知機能、社会認知、心理社会的介入
social functioning, schizophrenia, cognitive functioning, social cognition, psychosocial intervention

Supporting Persons with Schizophrenia towards Social Participation
Emi IKEBUCHI, MD, PhD
Graduate School of Clinical Psychology, Teikyo Heisei University
170-8445 Higashi-Ikebukuro 2-51-4, Toshima-ku, Tokyo
e-mail PXM06766@nifty.com

I. はじめに

抗精神病薬の開発が進み、エビデンスに基づいた心理社会的治療プログラムも数多く報告されているが、統合失調症をはじめとする重い精神障害を持つ人たちが当たり前前に地域で生活できるようになっているだろうか。

統合失調症の長期的な転帰調査では、抗精神病薬の発達や地域ケアへと社会制度の変更が起こっているにもかかわらず、その前後で客観的なリカバリーの程度には大きな変化がないとする厳しい報告も見られる^{12,23)}。そこで本論においては、実際の社会生活で「当たり前の生活」をしていくための心理社会的介入の効果について概観し、その後現状ではどのような治療・支援が望ましいか、私見を述べたい。

II. 社会機能を改善するためのプログラムの効果

1. 社会機能に影響を与える要因

神経認知機能や社会認知が統合失調症の社会機能に影響を与えることについては、すでに多数報告されている^{10,14)}。Bowieら²⁾は、a. 神経認知機能と、b. 課題処理能力とロールプレイで評価する対人適応能力と、c. 実際の日常生活評価とを評価して、それぞれの関係についてパス解析を行っているが、神経認知機能は、2種類の能力(課題処理及び対人適応)を介在して、もしくは直接に、実際の日常生活に影響を与えていること、対人適応能力は日常の対人関係と、社会適応能力は地域生活や家事への従事と関連があることを報告している。さらに精神症状、中でも陰性症状が社会機能と強く関連しているという報告が多く見られる^{13,20)}。そこで社会機能に影響を与える要因の介入プログラムの効果について簡潔に整理する。

2. 神経認知機能への介入による社会機能の改善効果

神経認知機能への心理社会的介入である認知機能リハビリテーションは、反復練習や誤りなし学

習などの学習理論に基づいて、認知機能の直接的な改善、もしくは低下している機能を代償する方略の獲得をめざすものである¹¹⁾。

McGurk¹⁸⁾はこれまでの26件の無作為割り付け統制研究(RCT)をメタ解析し、改善効果のエフェクトサイズは概括的な認知機能が0.41、社会機能が0.36、精神症状が0.28であったとしている。Wykesらの39研究のメタ解析³⁰⁾では、概括的な認知機能のエフェクトサイズ0.45(follow-upでは0.43)、社会機能0.42(follow-up 0.37)と報告している。Wykesら^{28,29)}は認知機能の改善が社会機能に及ぶ広範なものであるときに、効果が持続する可能性があると述べている。認知機能リハビリテーションのこれまでの効果研究からは、介入前後で神経認知の総合機能については有意な改善があるが、エフェクトサイズは小～中程度であり、健常者の平均値にはまだ及ばない。そして社会機能へのエフェクトサイズは有意であるが、やはり小～中程度である。効果サイズが大きくないところから、包括的なリハビリテーションが必要と考えられる。

3. 社会認知への介入による社会機能の改善効果

社会認知は、“他者の意図や性質を理解する人間としての能力を含む、対人関係の基礎となる精神活動”と定義される²¹⁾。Fettら⁵⁾が52件の研究をメタ解析した結果では、統合失調症の社会機能は社会認知でよく説明できたと報告している。

Grantら⁸⁾は32研究についてレビューし、社会認知の個々の構成要素のうち情動認識と「こころの理論」に焦点を当てたプログラムで有意な改善が見られる傾向があるが、社会知覚と原因帰属バイアスについては効果が明確でないと報告した。また社会機能が改善するかどうかについては、まだ限られたエビデンスしかないとしている。Tanら²⁴⁾は2005-2015年に公表された社会認知への介入61研究についてレビューし、やはり情動認識とこころの理論については一貫して効果が確認できるが、社会知覚と原因帰属バイアスについてはそもそも測定されている研究が少なく、明確な効果が確認

できないとしている。

社会認知への介入は、表情認知などある程度確立した評価方法がある領域では有意な介入効果が報告されているが、標準的な評価方法がまだ存在せず、一貫した有意な結果が得られていない領域もあり、社会生活における重要性が強調されているものの、まだその改善効果についてのエビデンスが不十分と考えられる。

4. 対人スキルへの心理社会的介入の効果

Kurtz ら¹⁵⁾は、22件のメタ解析で、練習したスキルの獲得はエフェクトサイズが大きく(1.20)、全般的な社会的スキルや日常生活スキルや地域生活スキルの向上は中程度のエフェクトサイズ(0.52)があり、陰性症状の改善も中程度(0.40)であった。Turner ら²⁵⁾は27研究をメタ解析し、SSTは通常治療やほかのアクティブな治療法と比較して、陰性症状(エフェクトサイズ0.268)、社会機能(0.326)について有意な効果が報告した。これらの結果からは、対人スキルの改善を目指すプログラムでは、標的とするスキルの獲得がみられるが、社会機能の改善は小さい～中程度のエフェクトサイズと考えられる。

5. 課題遂行能力向上への心理社会的介入の効果

課題遂行能力に関しては、アウトカムを、一般の職場で就労していくことが可能かどうか絞っている介入研究がほとんどである。特筆すべきことは、まず就職してそのうえで援助を受けながら仕事を続けていく「援助付き雇用」(supported employment)が一般就労(障害者向けではなく一般の人も働ける仕事に雇用されること)には有用であるという明確なエビデンスがあることである。2001年にはCrowther ら²⁾が体系的なレビューを行い、重度の精神障害を対象とする援助付き雇用で、就労前のトレーニングや通常地域ケアに比べると、一般就労にいたる率が高かったとしている。さらに援助付き雇用の中でも Individual Placement and Support (IPS)が重度の精神障害

を持つ人にとって最も効果が明らかであるとしている。Hoffman ら⁹⁾は5年間の調査により援助付き雇用の効果は持続することを示した。

Wexler ら²⁷⁾は認知機能リハビリテーションとの包括的实施を試み、介入終了後の追跡期間において、援助付き雇用に認知機能リハビリテーションを付加した群において有意な効果が出現したとしている。McGurk ら¹⁷⁾も認知機能リハビリテーションを加える試みを行っているが、様々な就労の転帰指標で援助付き雇用+認知機能リハビリテーション群が優れていた。さらにMcGurk ら¹⁹⁾はこれまで援助付き雇用で就労に至らなかった人々を対象に認知機能リハビリテーションを実施して、その就労転帰の改善を報告している。

このように、働ける環境の提供とそこにおける能力を高める介入のほうが、福祉施設などでの就労能力を高める訓練よりも、効果が明確である。これは社会参加を高めるためには、環境支援が重要ということであり、能力を高めてそののちに社会環境を準備するというモデル(基本的な能力の訓練→社会機能の向上)が妥当であるのかについて疑問を投げかけている。

6. 陰性症状

Grant ら⁷⁾は、普段の生活の困難さから形成される失快楽状態であるとの一連の信念への認知行動療法を行い、通常治療と比較した結果、概括的な機能、意欲・発動性症状、陽性症状が有意に改善していた。Velligan ら²⁸⁾は陰性症状の改善を標的としたプログラム(MOtiVation and Enhancement training, MOVE)を開発し、重い陰性症状を持つ51名を無作為にMOVEと通常治療に割り付け比較したところ、陰性症状を評価する3つの尺度のうち2つで有意な改善が認められた。

Hogarty らが開発した認知強化療法(Cognitive Enhancement Therapy, CET)神経認知や社会認知などへの介入を含む総合的プログラムであるが、Eack ら⁴⁾はその効果を検証し、神経認知機能や情動処理機能の有意な改善と共に、陰性症状の改善

(エフェクトサイズ 0.61)を報告し、特に社会的な引きこもり、情動平板化、および運動抑制に対して効果があったとしている。Sanchezら²²⁾は、神経認知機能全般への介入と、SST、心理教育、生活する環境での活動支援、家族心理教育を統合的に行う REHACOP と呼ばれるプログラムの効果を検証し、神経認知機能(エフェクトサイズは機能領域により 0.51-0.88)、陰性症状(0.48)、解体症状(0.58)、情動的ストレス(0.47)、社会機能(GAF 0.61, DAS-WHO 0.57)が有意に改善していた。

このようにメタ解析の結果からはエフェクトサイズは大きくないものの、陰性症状の改善効果がみられている。社会機能が明確に改善するかどうかについては、まだ十分実証されていないと言えるだろう。

7. 環境への介入による社会機能の改善効果

家族心理教育による、統合失調症の再発防止効果はエビデンスが明確であり、しかもエフェクトサイズが大きいことが知られている。Gironら⁶⁾は50例の統合失調症を、家族支援を行う群と行わない群とに割り付けたが、家族介入を行った群では再発率、入院率、精神症状、対人スキル、周囲との関係性、雇用率、家族の負担感の面でより改善が見られていた。

Ashcraftら⁴⁾は統合失調症をケアしている人たちを対象とした心理社会的介入についてメタ解析し、通常の治療と比較して、入院(相対的リスク比 0.62, CI 0.46-084)、再発(相対的リスク比 0.58, CI 0.47-073)、治療や服薬順守(相対的リスク比 0.38, CI 0.19-074)において有意な改善が得られた。

環境への介入により、生活の質や再発防止に効果がみられており、当事者の社会機能に良い影響をもたらす可能性がある。しかし環境への介入を意図した研究報告が少なく、今後の課題となっている。

Ⅲ. 社会参加を進めていくための具体的な支援

社会機能を改善するさまざまなプログラムが開発されているものの、社会機能へのエフェクトサイズ

は控えめなものが多く、単独のプログラムでどの程度統合失調症の社会参加が進むかについては、疑問が残るのが現状である。その中で、社会参加を進めていく上で、必要な支援について考えたい。

1点目は、社会機能の改善後に社会参加を目指すよりも、まず社会参加できる状況を整えて、その生活を直接支援するほうが有用ではないか、という点である。

就労支援では、実際の職場での雇用を実現し、そこに本人と環境への支援を試みる援助付き雇用が明確な効果をあげている。同じことが仕事に限らず、学校や社会生活においてもいえる。たとえば米国ではすでに1990年代から「援助付き教育 supported education」¹⁶⁾が試みられ、成果を上げている。これは支援者が教育に関する目標設定や実際の学習のやり方について直接支援を行ったり、学校運営側や保健センター、教員などとの調整を行うものである。こうした手法では、当事者の動機付けが得られやすく、希望に添った方法といえよう。入院から、徐々に周囲のサポートが少ない住居へとステップを踏んでいくやり方に対しても、アパート生活を開始し、それをアウトリーチなどによって支える援助付き住居が米国などで試みられている。

一方では、社会生活を直接支援するためには、多職種チームが医療施設から街中に出て行くことが要請される。しかし例えばデイケアなどの診療報酬の要件は、施設内で一定の資格を持ったスタッフが働くことを想定している。そのため、デイケアスタッフがハローワークで仕事探しを行っても、診療報酬の対象にならない。アウトリーチへの診療報酬の付与が増加しているものの、「まず社会参加を始めて、それを支援していく」モデルを実行することは、医療経済上の困難がある。さらにわが国での社会生活の支援を考えると、医療と福祉とに分かれたサービス提供のシステムになっていることに気づかされる。この狭間を乗り越えていく必要があるだろう。

2点目としては、単独のプログラムはいずれも

効果量が大きくないため、包括的な介入戦略が必要であるという点である。例えば、デイケアで実世界の活動を目標として、複数の異なる標的を持つプログラムを有機的に組み合わせる方式など、現在の医療体制の中でも実現が可能な方法を模索する必要がある。

3点目として、環境支援の開発・普及が必要である。家族心理教育の効果にもみられるように、ケアしていく人々への支援も重要である。

4. 具体的な支援の例

*なおこの症例は、筆者がこれまで経験した複数の症例をもとに構成した架空のものである。

玲子さんは中学校の頃から、周りの目が気になるという、不登校となった。その後まもなく、幻覚妄想状態となり、精神科病院に入院した。感情が不安定で激しやすく、自殺企図も見られたため、その後も入退院を繰り返した。母親との軋轢が大きく、自宅で不安定になりやすいものの、家族と離れて生活するのは本人も望まなかった。そこでデイケアを利用することになった。スタッフの支えもあって、玲子さんは小学校以来初めて、友達と呼べる人ができ、明るく闊達な本来の玲子さんの片鱗がみられるようになった。デイケアでは家族心理教育に両親を導入し、父親が、母親の玲子さんへの対応を助けるようになった。被害妄想が持続していたが、症状に自己対処するための認知行動療法グループに参加し、それまでと違って、「症状」ということが理解できるようになった。同じような症状を持っている人がほかにもたくさんいる、という発見が一番大きかったかもしれない。「いつも誰かに見られているんですよ、つらいです。症状だとはわかるんですけど」と玲子さんは述べ、つらいときに取れる行動などを一緒に考えるようになった。2歳年下の妹さんが婚約することになって、お祝いしたい気持ちとともに揺れる気持ちから自傷行為をするなど、衝動的な行動がまだしばしば見られたが、その都度両親と本人とで問題解決グループを行い、不安定な行動への対

応を一緒に考えていった。

ある程度デイケアにも安定して参加できるようになったときに、玲子さんはそれまで自棄的になって取り組もうとしなかった、高校への進学を目標に掲げるようになった。スタッフが手伝って入りやすい通信制高校を探し、レポートなどもデイケアの実習生と一緒に取り組む姿が見られた。担任の教師ともデイケアスタッフが連携して、学校での状況を把握し、年齢の離れた友人たちとの会話がうまくいかないことがわかり、デイケアのSSTで練習した。学校の担任も、登校したときには必ず声掛けしたり、友達との橋渡しをしてくれるなど協力的だった。軽音楽部にあこがれていたが、ギターが弾けないとのことで、デイケアの心理師が教師役を務めるなどもした。そうして玲子さんは無事高校卒業となり、大きな自信をつけた。サポートしてくれる人たちに感謝するなど、人としての成長も見られた。

夢だった高校卒業の資格を得た後、玲子さんはデイケアの友人の影響で、就労を考えるようになった。しかしアルバイトも含め全く仕事の経験がなく、また作業療法でも、認知機能障害が明確で、デイケアの中でも作業能力は低いほうであった。そのため一般就労はかなりハードルが高いとデイケアスタッフは考え、本人や家族とも相談した結果、社会生活の練習をしてみるということで、デイケアの卒業生を受け入れてくれている個人商店で、1回2時間、週3回という短時間就労が試みられた。ご主人夫妻の次男が知的障害で施設入所しているということもあって、協力的で、玲子さんができそうな仕事をあれこれ工夫してくださった。お結びに巻く海苔を切る作業で、玲子さんはゆっくりゆっくりしかできなかったが、おかみさんは「玲子さんは仕事が丁寧だから、切りくずがあまり出ないですよ」とほめてくださった。ここで自信がついたとき、玲子さんはどんな次のステップを希望するだろうか。

持続的な精神病症状があり、認知機能の低下もあって作業能力が低いなど、ハンディがたくさん

ある場合、現状では最大限の治療を行っても障害は残らざるを得ない。本人の夢や希望に沿って将来の社会参加を想定しながら、そのために必要なスキルを学習していく方向が大切で、何らかの改善が見られたら次のステップに進むという段階論ではうまくその人の力を引き出すことができない。さらにその人なりに力が発揮できる環境を探して、支援者が粘り強くサポートしていくことが大切であると感じている。探してみると、その人それぞれに合った職場がある、というのが今までの筆者の経験である。その中で当事者の成長があり、人生への満足感が生まれてくる。「病気にならなかつたら、もっとよかったです」とちょっと本音を漏らしながらも、元気に生活できるようになっていく。

IV. おわりに

統合失調症はその影響が長い人生にわたってみられることから、継続的な治療が必要だが、病識の持ちにくさや、精神障害への偏見などから、治療が中断されやすい。そのために、当事者の希望する個別の生活・人生支援の目標を掲げて、積極的に関係性を維持し、社会参加を続ける中で、社会機能が磨かれていく。その人なりの価値観や主体性を基盤にして、未来に向けた行動を選び取っていく⁵¹⁾ことを支援するのである。さまざまな心理社会的介入は、そのための道具であることを忘れてはならない。

なお、本論文に関連して開示すべき利益相反はない。

また本論文は、以下の論文をもとに加筆・修正を行ったものである。

池淵恵美：神経認知機能や社会認知などに焦点をあてた心理社会介入によって統合失調症の社会機能はどこまで改善するか。精神神経学雑誌 121:759-776, 2019

文献

1) [Ashcroft, K., Kim, E., Elefant, E. et al: Meta-](#)

[analysis of caregiver-directed psychosocial interventions for schizophrenia. Community Ment Heal J, 54:983-991 2018](#)

- 2) [Bowie, C.R., Depp, C., McGrath, J.A. et al.: Prediction of real-world functional disability in chronic mental disorders: A comparison of schizophrenia and bipolar disorder. Am J Psychiatry, 167:1116-1124, 2010](#)
- 3) [Crowther, R.E., Marshall, M., Bond, G.R. et al.: Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. BMJ, 322:204-209, 2001](#)
- 4) [Eack, S.M., Mesholam-Gately, R.I., Greenwald, D.P. et al.: Negative symptom improvement during cognitive rehabilitation: Results from a two-year trial of cognitive enhancement therapy. Psychiatry Res, 209:21-26, 2013](#)
- 5) [Fett, A.K., Viechtbauer, W., Dominguez, M.D., et al.: The relationship between neurocognition and social cognition with functional outcomes in schizophrenia: A meta-analysis. Neurosci. Biobehav Rev, 35: 573-588, 2011](#)
- 6) [Giron, M., Fernandez-Yanez, A., Mana-Alvarenga, S. et al.: Efficacy and effectiveness of individual family intervention on social and clinical functioning and family burden in severe schizophrenia: a 2-year randomized controlled study. Psychol Med, 40:73-84, 2010](#)
- 7) [Grant, P.M., Huh, G.A., Perivoliotis, D. et al: Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low functioning patients with schizophrenia. Arch Gen Psychiatry, 69:121-127, 2012](#)
- 8) [Grant, N., Lawrence, M., Preti, A. et al.: Social cognition interventions for people with schizophrenia: a systematic review focusing](#)

- [on methodological quality and intervention modality. Clin Psycho Rev, 56;55-64, 2017](#)
- 9) [Hoffman,H., Jackel, D., Glauser, S. et al.: A randomized controlled trial of the efficacy of supported employment. Acta Psychiat Scand, 125;157-67, 2012](#)
- 10) [Huang, J., Tan, S., Walsh, S.C. et al.: Working memory dysfunctions predict social problem solving skills in schizophrenia. Psychiatry Res, 220;96-101, 2014](#)
- 11) [池淵恵美:統合失調症の認知機能リハビリテーション。精神神経誌, 120;313-320, 2018](#)
- 12) [Jaaskelainen, E., Juola, P., Hirvonea, N. et al.: A systematic review and meta-analysis of recovery in schizophrenia. Schizophr Bull, 39;1296-1306, 2013](#)
- 13) [Kalin, M., Kaplan, S., Gould, F. et al.: Social cognition, social competence, negative symptoms and social outcomes: inter-relationship in people with schizophrenia. J Psychiatr Res, 68;254-260, 2015](#)
- 14) [Kawakubo Y, Rogers MA, Kasai K: Procedural memory predicts social skills in persons with schizophrenia. J Nerv Ment Dis, 194;625-627, 2006](#)
- 15) [Kurtz,M.M., Mueser, K.T.: A meta-analysis of controlled research on social skills training for schizophrenia. J Counsel Clin Psychology, 76;491-504,2008.](#)
- 16) [Liberman, R.P. \(西園昌久総監修、池淵恵美監訳、ST 普及協会訳\) : 精神障害と回復。「援助付き教育」PP300-301、医学書院、東京、2011](#)
- 17) [McGurk,S.R., Mueser,K.T., Pascaris,A.: Cognitive training and supported employment for persons with severe mental illness: one-year results from a randomized controlled trial. Schizophr Bull, 31;898-909, 2005](#)
- 18) [McGurk,S.R., Twamley,E.W., Sitzer,D.I. et al. A meta-analysis of cognitive remediation in schizophrenia. Am J Psychiatry, 164;1792-1802, 2007](#)
- 19) [McGurk, S., Mueser,K.T., Xie,H. et al.: Cognitive enhancement treatment for people with mental illness who do not respond to supported employment: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry, 172;852-61, 2015](#)
- 20) [Menendez-Miranda, I., Garcia-Portilla, M.P., Garcia-Alvarez L et al.: Predictive factors of functional capacity and real-world functioning in patients with schizophrenia. European Psychiatry, 30;622-627, 2015](#)
- 21) [Pinkham, A.E., Penn, D.L., Perkins, D.O., et al. Implications for the neural basis of social cognition for the study of schizophrenia. Am J Psychiatry,160;815, 2013](#)
- 22) [Sanchez, P., Pena, J., Bengoetxea, E. et al.: Improvement in negative symptoms and functional outcome after a new generation cognitive remediation program: a randomized controlled trial. Schizophr Bull, 40;707-715, 2014](#)
- 23) [Shivashankar, S., Telfer, S., Arunagiriraj, J. et al.: Has the prevalence, clinical presentation and social functioning of schizophrenia changed over the last 25 years? Nithsdale schizophrenia survey revisited. Schizophr Res, 146;349-356, 2013](#)
- 24) [Tan, B.L., Lee, S.A., Lee, J.: Social cognitive interventions for people with schizophrenia: a systematic review. Asian J Psychiatry, 35;115-131, 2018](#)
- 25) [Turner, D.T., McGlanaghy, E.,Cuiipers, P. et al.: A meta-analysis of social skills training and related interventions for psychosis.Schizophr Bull, 44;475-491, 2018](#)

-
- 26) [Velligan, D.I., Roberts, D., Mintz, J. et al: A randomize pilot study of MOTiVation and Enhancement \(MOVE\) Training for negative symptoms in schizophrenia. Schizophr Res, 165;175-180, 2015](#)
 - 27) [Wexler, B.E., Bell, M.D.: Dognitive remediation and vocational rehabilitation for shizophrenia. Schizophr Bull, 31;931-41,2005.](#)
 - 28) [Wykes, T., Brammer, M., Mellers, J. et al.: Effects on the brain of a psychological treatment. Br J Psychiatry, 181;144-152, 2002](#)
 - 29) [Wykes, T., Reeder, C., Williams, C. et al.: Are the effects of cognitive remediation therapy \(CRT\) durable? Results from an exploratory trial in schizophrenia. Schizophr Research, 61;163-174, 2003](#)
 - 30) [Wykes, T., Huddy, V., Cellard, C. et al.: A meta-analysis of cognitive remediation for schizophrenia: methodology and effect sizes. Am J Psychiatry, 168;472-485, 2011](#)

特別寄稿

思い出すままに (その三) —WHOの経験—

神戸大学医学部、ブックスクリニック 新福尚隆

Key words: WHO, WHO 西太平洋地域事務局、WHO精神衛生部、国際公務員、WHO精神保健・麻薬問題担当官、アジア、南太平洋、中国精神医療
パプア・ニューギニア、アルコール関連問題、韓国地域精神医療、ベトナム精神医学、WFMH

I. はじめに

厚生省で医系技官として3年近くの月日が流れた。多彩な人生を背負った医系技官の仲間との付き合いは楽しかった。当時は、学生運動のため大学や病院を追われて行政にきた人、手術でB型肝炎などに罹患して臨床ができなくなって行政職に就いた人も少なくなかった。人生は思いもかけないことの連続である。臨床を離れるときには、予想すらしなかった事態が展開した。厚生労働省からの出向という形でフィリピン・マニラ市にある世界保健機・関西太平洋地域事務局 (World Health Organization Western Pacific Regional Office, WPRO) に国際公務員として赴任することになった。フィリピンはもちろん初めての経験である。国際公務員の仕事がどのようなものか見当もつかなかった。1981年5月31日、夕刻に到着したマニラ空港は、出稼ぎの家族、友人を迎える人々で混雑していた。蒸し暑く雑然としたマニラの空気は、清潔で爽やかな日本とは異なった南国のにおいがした。空港には、フィリピン大使館・医務官としてマニラに赴任していた国立療養所課時代の同僚、広瀬省先生が迎えに来てくれた。広瀬先生にはマニラでの生活を始めるに際して、夜の街の歩き方を含め貴重な助言をいただいた。着任してしばらくはWHOオフィスの近くのアパートでの单身生活を余儀なくされた。

10月には妻と子供3名が到着して、商業地区のマカティ地区 (Makati district) にあるサンロレンゾ・ビレッジ (San Lorenzo Village) 内の一軒屋に移った。周囲を壁で囲まれ、入り口に守衛のいる居留地である。治安のため、外国人の多くはこうした居留地に住居を構えていた。この時にはマニラに13年間の長きにわたり住むことになるとは予想もしなかった。ここでは、WHO西太平洋事務局、WHO精神衛生部の簡単な紹介、WHOに勤務するようになってから仕事に慣れるまでの1-2年の間に焦点を当てて、WHOの思い出を述べてみたい。

II. フィリピンと日本

フィリピンは、未だに発展途上国であるが、第二次世界大戦後は戦勝国としてアジアの輝ける星であった。WHOの地域事務局が1948年にフィリピンのマニラに置かれたのも、当時の欧米のアジアの将来に対する思いであろう。欧米は、戦勝国であるフィリピンを中心にアジアの再建を構想したのである。しかし、富裕層の大土地所有制、政治の混乱、マルコス長期政権の腐敗などで国の政治経済の発達は停滞したままである。その間、日本は、奇跡の経済発展を遂げた。日本の国際社会復帰はサンフランシスコ条約の締結された1952年である。日本の国際連合加盟が承認されたのは1956年である。

日本は、1964年にオリンピックを開催し、戦後20年を経ずして経済協力開発機構 (Organization for Economic Cooperation and Development: OECD) の加盟国となり、先進国の仲間入りをした。

フィリピンの通貨はペソであるが、ペソと日本

My Experience at WHO-Personal Memory
Naotaka SHINFUKU, MD, PhD

1) Kobe University School of Medicine

2) Boocs Clinic Fukuoka

3) 〒814-001 Sawara-ku, Momochi-hama, 1-7, 1-1104

円の関係を見てみると両国の戦後の発展の差がわかる。終戦直後は、1ドル2ペソ、1ペソは約180円であったという。このことを戦勝国代表として日本に駐留して、東京の帝国ホテルに長期滞在し優雅な生活を経験したというフィリピン人から聞いた。それが、私が赴任した1980年は、1ペソ30円であった。その後、1986年のマルコス政権崩壊を契機にペソは弱くなり、私が帰国する1994年には、1ペソ4円になっていた。現在は、1ペソ2円程度で動いているようである。貨幣価値は国の信頼度を示す。1971年 私がフランスに留学した時には、1ドル360円の固定相場制であった。語学研修をした地方都市のモンペリエの銀行では日本円はフランに交換できずパリの東京銀行で交換する必要があった。WHOなどの国際公務員の給料は、地域により大きな差がある。ニューヨークやジュネーブなどの大都会の地域手当は物価が高いということが多い。物価の安い途上国での給料は少なくなる。マニラの私の赴任時の給料は3,000ドル程度であった。1981年の1ドルは、日本円で273円であった。マニラに赴任する際に挨拶に行った厚生省の局長から「俺の給料より多いな」と言われたことを覚えている。帰国した1994年は、1ドル90円を切ってしまった。バブル崩壊前の日本円の最高値は79円であった。同じポストにいる私の、WHOのドルでの給料の額は13年間にほとんど変化しなかった。日本円に換算すると13年間で私の給料は約三分の一に減少した。円が強くなるにつれて、円に換算すると私の給料は少なくなったのである。子供たちの教育のため、日本に帰国していた家族から、この給料では生活できないと言われたのが帰国を考えた一因でもある。経済難民である。赴任時には、局長より多かった私の給料は、日本円に換算すると毎年減額されたこととなり部長、課長、課長補佐より少なくなった。

私が赴任した1981年当時のマニラは、停電、電話の不通、洪水による道路の冠水などが、しばしば起きた。13年間に、状況は随分と改善された。しかし、滞在中に数回、政治の混乱に遭遇した。マル

コス大統領の政敵である、ベニグノ・アキノ上院議員が、米国から帰国してマニラ空港で暗殺された事件を契機に反政府の運動が激化した。

1986年2月の「ピープルパワー革命」で20年続いたマルコス政権は倒れ、マルコス夫妻はハワイに亡命した。10万人以上の人々の集まったデモは、近くの大通りであった。

1987年8月には、ホナサン大佐を中心にフィリピン軍内の国軍改革運動によるクーデター未遂事件が起きた。1,700名の兵士が参加し、大統領府、軍基地の占拠を目指して銃撃戦がおきた。私の住んでいるマカティ地区は、反乱軍の兵士により占拠された。自宅にいるときに、娘が隣家の屋根の上に兵隊さんがいるよというので見てみると、銃を構えた反乱軍の兵士が屋根の上に並んでいた。近くで銃撃戦がおきた。WHOからの避難命令で、車を出し、近くに住むトルコ人職員一家も乗せて恐る恐る避難した。反乱が収まり、1週間後に自宅に帰ってみると驚いたことに自宅が全く荒らされていなかった。反乱軍は、フィリピンの兵士には珍しく規律が取れていたのである。

1991年6月、ピナツボ火山(Mt.Pinatubo)が大爆発した。20世紀最大規模の大噴火であり山岳地帯に住んでいた先住民をはじめフィリピンは甚大な被害を被った。噴火煙のため航空機の運航も不可能となった。たまたま出張中であつた私は香港で足止めを食らってしばらく帰国できなかつた。フィリピンは、台風、地震、火山噴火、洪水と自然災害の多い国であつた。13年間で日常生活も大きく変化した。

1981年に赴任したころは、大使館から日本国際協力事業団(Japan International Cooperation Agency ; JICA)の専門家や日本人滞在者の診療を時々依頼された。フィリピン生活で不適応を起こしたうつ状態、不眠、頭痛をはじめ様々な身体愁訴を訴える人が少なくなかつた。これらの依頼は、ラーメン屋、日本料理屋、日本人相手のカラオケバーの数が増えるとともになくなった。

外国に住む日本人の心の問題の解決には、精神

科の診療所を作るよりラーメン屋、日本語の新聞や雑誌の置いてある日本料理屋、カラオケバーのほうによっぽど効果的であることがわかる。現在、政変の当事者であったイメルダ・マルコス婦人は帰国し息子は上院議員になっている。ホナサン大佐も上院議員になり、Duarte 政権の閣僚を務めている。シンガポール元首相の Lee Kwan Yu (李光耀) が、フィリピンを訪問した時、「この国には、自由よりも規律が必要だ」と述べたという。

Ⅲ. 世界保健機関

3-1. 第二次世界大戦と世界保健機関

WHO は、健康に関する国連の専門機関である。第二次世界大戦後の 1948 年、「すべての人々が、最高の健康水準に到達すること」を目的に設立された。本部はスイスの、ジュネーブ (Geneve) にある。成立時には、加盟国数が 26、職員も 200 名足らずであった。WHO は、国際社会の支援を受けて年々拡大した。現在は、194 か国が加盟している。職員は約 8,000 名を抱える大きな組織になっている。ちなみに、日本の WHO 加盟は、1951 年である¹⁾。

WHO の歴史を見てみると、防疫を目的とした軍の組織形態を残していることがわかる。初代の事務局長はカナダの軍医少将の Brock Chisholm (1948-1953) である。彼は、精神科医であり第一次世界大戦に参加し、第二次世界大戦のときはカナダ軍の医務総監の役にあつた。WHO の名称、WHO 憲章の作成にも大きく貢献した。よく知られている健康の定義「健康とは完全な、身体的、精神的、社会的充足の状態であり単に病気や障害がないことを意味するものではない (Health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity)」も彼が演説の中で初めて用いた。

第二代は、ブラジルの疫学者の Marcelino Gomez Candou (1953-1973) で 20 年の長きにわたり事務局長を務めた。彼の時代は、天然痘、マラリア、オンコセルカ症 (河川盲目症) などの感染症の撲滅が主要な目標であった。

天然痘の撲滅は彼の後任である第三代事務局長のデンマークの Halfden Mahler (1973-1988) の時代に達成された。1980 年 WHO 総会で天然痘の撲滅が宣言された。天然痘の撲滅には、日本人職員の蟻田功先生が対策本部長として大きな功績をあげられた。天然痘の撲滅を除くと、感染症の個別の撲滅対策では世界の人々の健康の達成には限界があつた。第三代事務局の Halfden Mahler は、「世界の人々に健康を：Health for All」という目標を立てて健康の底上げに焦点をおいた「プライマリヘルスケア：primary health care (PHC)」を掲げた。これは、乳幼児へのワクチンの接種、きれいな水の確保、最低限の栄養、アクセス可能な医療資源の整備などを柱にするものであつた。これらの政策の結果、これ以降、肺炎や下痢症で死亡する乳幼児の数は急速に減少した。私が WHO に勤務したのは Mahler が第三代事務総長のときである。

私が赴任した 1981 年には、日本は先進国の仲間入りをしていた。日本の保健衛生問題を対象とした WHO のプログラムはなくなっていた。マニラの地域事務局で知り合ったベルギー人スタッフから、自分がかつて WHO の日本駐在代表をしていたことがある、沖縄のマラリア対策などを担当したという話を聞いた。私が小学生のころには、UNICEF の脱脂粉乳を、給食の時に鼻をつまんで飲んでしたが、日本は、WHO にもお世話になったのである。私が赴任して驚いたことは、日本の WHO への分担金の額である。米国が 25%、日本 20%、8-5% でドイツ、英国、スランス、イタリア、カナダなどが続いていた。ロシア、中国などは 10 位以下であつた。日本は世界第二位の経済大国であることを改めて思い知らされた。現在は、ビルゲイツ財団などからの任意供出金の割合が増加して、供出金額での日本の順位も下がっている。

3-2. 世界保健機関西太平洋地域と大東亜共栄圏

WHO は世界を 6 つの地域に分けて、地域事務局を置いている。本部は世界の保健医療に関する

情報の収集、安全基準の作成、世界の保健動向に関する統計、全体のプログラムの企画立案を行っている。地域事務局の業務は、加盟国からの要請に基づき、それぞれの国での個別の健康課題に関する技術援助、教育、訓練、資材の提供などを行っている。マニラに西太平洋地域事務局があることはあまり知られていない。



図1 WHO 西太平洋地域事務局（グラビア）

私の仕事は、精神保健・依存性薬物対策の西太平洋地区・地域顧問（Regional Adviser in Mental Health and drug dependence, 略称 RAM/NH）であった。顧問というより担当官という訳語の方が相応しい。WHO は、世界を6つの地域に地域事務局を置いている。発足当時は、国際的な交通の便も発達してなくジュネーブにある本部のほかに、世界の6つの地域に地域事務局を置く必要があったのである。

汎アメリカ地域事務局（Pan American Health Office: PAHO, 地域事務局, Washington D.C.）、欧州地域事務局（European Regional Office: EURO, Copenhagen）、東地中海地域事務局（Eastern Mediterranean Regional Office :EMRO, Alexandria）、南東アジア地域事務局（South East Asian Regional Office :SEARO, New Dheli）、西太平洋地域事務局（Western Pacific Regional Office, WPRO, Manila）である。地域事務局を拠点に、地域事務局がそれぞれ、国・エリアの保健衛生問題の解決を担当している。西太平洋地域に、所属するのは、中国、韓国、日本、モンゴル等の

東アジア、フィリピン、シンガポール、マレーシア、ブルネイなどのアセアン諸国、ベトナム、ラオス、カンボジアなどのインドシナ諸国、パプア・ニューギニア、フィジー、トンガ、サモア、ミクロネシア連邦などの南太平洋の島々、オーストラリア、ニュージーランドなどの国々で30数か国・エリアであった。西太平洋地域事務局の国々は、かつての大東亜共栄圏と不思議なほどに重なる。

WHO Western Pacific Region



図2 WHO 西太平洋地域事務局加盟国及び地域の地図（1981年度）

赴任する前には名前も場所もよく知らなかったが、南太平洋にはニューカレドニア、クック諸島、ニウエ、キリバスなどの加盟国があった。グアム、タヒチ、フレンチポリネシア、香港、マカオなどの植民地などはエリア（are）と称されて宗主国の、米国、フランス、英国、ポルトガルが加盟国であった。加盟国は、地域事務局長の選挙で一票を持つ。中国は1971年、台湾に代わり国連に加盟した。

WPRO加盟国(26)と地域(10)

- | | | |
|-------------|-----------|--------------|
| • オーストラリア | バブアニューギニア | • アメリカ領サモア |
| • ブルネイ | フィリピン | • 仏領ポリネシア |
| • 中国 | ポルトガル | • グアム |
| • クック諸島 | 韓国 | • 香港 |
| • カンボジア | サモア | • マカオ |
| • フィジー | シンガポール | • ニューカレドニア |
| • フランス | ソロモン諸島 | • ニウエ |
| • 日本 | トンガ | • トケラウ諸島 |
| • キリバス | ツバル | • 太平洋諸島信託統治量 |
| • ラオス | 英国 | • フリス及びフツナ諸島 |
| • マレーシア | 米国 | |
| • ナウル | バヌアツ | |
| • ニューージーランド | ベトナム | |

図3 WHO 西太平洋地域事務局加盟国及び10地域（1981年度）

私が、赴任した時の西太平洋地域事務局長は中島宏先生 (Hiroshi Nakajima) であった。

中島先生は、東京医科大学を卒業されたのちフランスに留学され、向精神薬の基礎的・臨床的研究に従事された。1973年にWHO本部に勤務、向精神薬の評価、薬物政策主任 (Chief Drug Policy) を歴任された。1979年西太平洋地域事務局長 (Regional Director: RD) に選出され、1983年に再選された。そののち、日本政府の支援で1988年 第4代WHO事務局長 (Director General: DG) に日本人として初めての国連専門連機関の長に就任された。中島先生の後、WPROで、Director Program Management (DPM, プラグラム担当部長) として実務を掌握されていた Song Tae Han (韓相泰) 先生が西太平洋地域事務総長に選出された。

WPROに精神衛生の担当官のポストが置かれたのは1977年である。

1976年2月から1978年月まで、デンマークの精神科医の Dr Morgen Nimb が麻薬問題担当官 (Intercountry staff for drug dependence) として採用された。1977年に、精神保健も加わり、名前も Regional Adviser in Mental health and drug dependence : (RA/MNH) となった。Dr Nimb が初代の RA/MNH である。

次いで、篠崎英夫先生が二代目の RA/MNH として、日本の厚生省から出向され1978年11月から1980年11月まで勤務された。私は三代目の RA/MNH として1981年6月から勤務を始めた。1994年5月まで、13年間の長きにわたりその職にあった。私の在任時の前半の地域事務局長は中島宏先生、1988年からは韓国の S.T. Han (韓相泰) 先生であった。

3-3. 戦略的思考

私は13年間のWHO勤務時に、それこそ数えきれないくらいほど多くのことを学んだ。

はじめに学んだことは、戦略的思考である。「ワークショップを開催する」、「専門家を雇用する」の様な企画にはすべて、背景 (Background)、

目的 (Objective)、目標 (targets)、アプローチ (Approach)、具体的活動 (Activities)、必要とされる予算 (Budget)、予想される成果 (Results)、評価方法 (Evaluation) の項目を記載することが必票とされた。13年間にわたり、戦略的思考の実践を学ばされたことになる。また、国際機関では自分で動かないと何も起きないことを学んだ。受身していると何事もおきない。WHOと第二次世界大戦の箇所でも述べたが、第二次世界大戦直後に設立されたWHOは、軍隊と共通の用語が少なからずある。WHOの用語、Headquarter (HQ, 本部)、Director General (総司令官)、Director (司令官) などがそうである。Regional Director はさしあたり方面軍司令官といった趣であろうか。また、戦略 (strategy) という用語も、WHOではしばしば使用した。世界戦略 (global strategy)、地域戦略 (regional strategy)、国家戦略 (national strategy) などである。

また、勤務初日に受けたのはブリーフィング (briefing) である。この言葉は、日本の企業でも一般に使用されるようになったが、もともとは軍事用語で、出撃直前の兵士に与える、簡潔な指令、要旨の説明である。ブリーフィングを受けることが、私のWHOでの任務の始まりであった。ブリーフィングは、2週間にわたりWPROの専門職員を回り、それぞれの仕事内容の説明をうけた。同時に自己紹介の機会でもあった。人事担当者からWHOの職員は、国際公務員として外交官と同じ待遇を受けることを知らされた。国連職員専用のパスポート (Laissez-passe) を受け取った。私は、非感染症部門 (Non-communicable division) に属し、母子保健、栄養、ガン、循環器、禁煙、生活習慣病、歯科衛生、看護担当の地域顧問 (Regional Adviser : RA) が仲間であった。

直属上司のDirectorは13年間で何人か交代した。公衆衛生や厚生行政の専門者が多く、国籍はマレーシア、日本、英国、インドの専門家であった。Directorの上がプログラムを総括する部長 (Director Program Management; DPM) であった

Song Tae Han（韓相泰）先生であった。韓国の元厚生省の局長で厳しかった。日本語も堪能であったが、仕事の上で日本語を使うことはなかった。

私はフランス語でWHO採用試験を受けた。しかし、WPROに来てみるとフランス語を使うスタッフはほとんどいなかった。下手な英語を思い出しながら話すしかなかった。3年近くのフランス留学で、耳が良くなっていた。会議の大きな流れは、おおよそが理解できた。最も解りやすい英語は、日本人、韓国人、中国人スタッフなどアジア人の英語である。ドイツ人、英国人の英語も分かりやすい。アメリカ人スタッフの英語は聞き取りづらかった。

3-4. 国際公務員の職場

多国籍の専門職員には、面白い人が多かった。

勤務してすぐに、部屋が近くのパoland人小児科医の母子保健担当顧問と仲良くなった。彼は、父親はパoland軍将校で、カチンの森の事件で第二次世界大戦中に、ソ連軍に銃殺されたと声を潜めて話してくれた。事件のことを、ソ連が公に認めて謝罪する随分前の話である。日本が日露戦争でロシアに勝利したことを嬉しそうに話してくれた。そうした経緯からか、すごく親日的であった。日系アメリカ人の職員は、第二次世界大戦中のアメリカで、強制収容所を体験されていた。聖人の様なイタリア人医師は、フィリピン人の孤児を10名近く引き取って育てていた。しばらくして、奥さんに逃げられ離婚した。子供を連れてイタリアに帰国したとき、幼児誘拐の疑いを受けて空港で調べられたそうである。

赴任前に、厚生省に帰省しておられた私の前任者の篠崎英夫先生に、精神保健部門の担当官として必要な心構えをうかがった。マニラは治安が悪く、職場は秘書と二人だけで孤独だよとの話であった。あまり楽しくはなさそうな印象であった。秘書を叱ると1-2日出勤しなくなるので叱らないよという有益な助言をいただいた。精神衛生部門の秘書は、フィリピン人のメリナ・アブラハム（Melina Abrahan：愛称 Lina）さんで、篠崎先生の時の秘書を引き継いだ。職場は、私の執務室と

隣の彼女の秘書室の二つである。ある意味では、孤独な職場である。窓から中庭と国連通り（United Nation Avenue）と名付けられた大通りが見える。リナさんは、仕事はよくできるが、気が強く、篠崎先生が「叱ると、翌日は休んで出勤しない」というのは、ささやかな抵抗の様であった。リナさんは、8年近く私の秘書を務めた。勤勉で上昇志向が強く、勤務の傍ら会計士の資格をとり、ジュネーブのWHO本部に採用された。そこでGeneral staff（一般職）からProfessional Staff（専門職）へと昇進した。GからPへ昇進するのは容易なことではない。フィリピンの女性は勤勉で、彼女らが外国で稼ぎ、国内へ送るお金が国家収入の重要な財源になっている。後ほど、ニューヨークを訪問した時、病院の看護師、技師などの医療技術者にフィリピン出身者が多いのに驚かされた。アラブの国へ行ったときにはホテルの受付係はフィリピンであった。彼女らの外国からの送金が国を支えているのである。彼女らを見ると親孝行な娘が、フィリピン国というだらしな親を養っているイメージが浮かぶ。

3-5. 世界保健機関・精神衛生部

WHOの本部はスイスのジュネーブにある。私は、プログラムの上では、本部の精神衛生部に属していた。当時、本部の部長であったノーマン・サルトウス（Norman Sartorius）は、精神衛生プログラムを本部、地域事務局、加盟各国で、共通の理念の下で、統一した方針で広めることに努めていた。

WHO

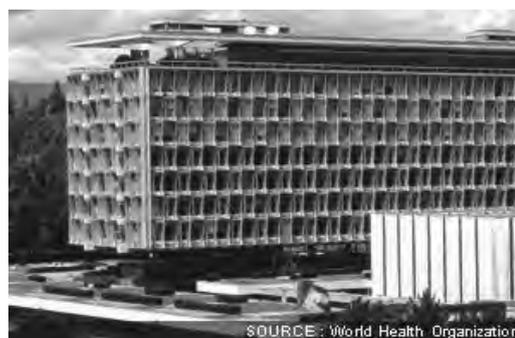


図4 WHO本部 スイス・ジュネーブ（グラビア）

WHO 初代事務局長の Brock Chisholm (1948-1953) は、精神科医であり、WHO が感染症対策のみでなく、非感染疾患や精神衛生プログラムを含めることを支持していた。

WHO の健康の定義「健康とは完全な、身体的、精神的、社会的充足の状態であり単に病気や障害がないことを意味するものではない。」も健康における精神保健の重要性を指摘したものである。専任スタッフも当初から一名置かれた。初期には各国の訪問、専門家の派遣、専門家委員会の報告書の作成 (Technical Report Series :TRS) などが行われた。戦後の日本の精神保健対策を勧告するために米国の精神科医がコンサルタントとして日本を訪問して勧告を行っている。1960年代の英国の Clark 博士の勧告はよく知られている²⁾。日本の私立精神科病院の人権侵害に注意を促し、地域精神医療の推進を勧告した Clark 勧告は、日本では受け入れられなかった。その後、日本は長期入院、隔離収容で特徴される精神病院中心の医療となり、地域精神医療を進める世界の流れとは大きく異なった。

私の在任時の WHO 精神衛生プログラムの発展に大きく貢献した Tsung-Yi Lin (林 宗義) と Norman Sartorius を紹介したい。

Lin は、日本占領下の台湾で生まれ、東京大学医学部を卒業し内村祐之教授のもとで精神医学を学んだ。戦後、帰国して台湾大学精神科教授に就任した。台湾での精神疾患に関する疫学研究が認められて、1955年 WHO 顧問として精神疾患の疫学調査に参加した^{3),4)}。1966年、Schizophrenia (当時、精神分裂病、2002年に統合失調症と呼称が変更) が世界各地で、存在するのか、どのように分布しているのか調べるために、International Pilot study of schizophrenia (IPSS) を企画した⁵⁾。IPSS は精神医学の分野で、世界初の大規模な国際共同研究であった⁶⁾。IPSS の結果、精神分裂病は世界各地で存在し、途上国での予後は先進国より良好であるという報告を行った。この結果は、精神分裂病の疫学的事実として長年にわたり信じら

れることとなった。Lin は、1969年 WHO を離職し、米国にわたりミシガン大学教授、1973年からカナダの British Columbia 大学に勤務した。中国が国連に参加し台湾が脱退するのは1971年のことである。国連に勤務していた台湾籍の職員は職場を追われることとなる。林宗義は、バンクーバーで地域精神医療を推進するとともに、世界精神衛生連盟 (World Federation of Mental Health: WFMN) の活動に積極的に関わるようになった。

彼は、私の WHO 赴任が決まった時に、真っ先に連絡をしてこられた。中国のコンサルタントの機会があれば、是非行きたいということであった。Lin には、WHO が1980年代に中国で精神医学・精神医療の改革を目指したプログラムを展開するにあたり大きな支援を頂いた。

Norman Sartorius (1935-) は、旧ユーゴスラヴィア、現在のクロアチア、ザグレブ生まれである。Zagreb 大学を卒業し英国ロンドンの精神医学研究所で2年間研修を行った。帰路、ジュネーブの WHO に立ちよった時に、当時 IPSS を世界各地で展開していた先の Lin と会って連絡先を渡したという。1967年、Lin から、突然電話があり、Head of the WHO Inter-regional advisory team on Epidemiology としてインド・ニューデリーの WHO 地域事務局での勤務を打診されて、即答したという。インドでの勤務のあと、しばらくして本部に移り1974年 Chief of the Mental Health Unit に昇任した。

WHO で、一般人口の精神保健の充進、麻薬やアルコール問題対策、精神および神経疾患の予防と治療の三つのプログラムを備えた精神衛生部ができたのは1978年のことである。

精神衛生部が成立するに際し、サルトリウス主任は部長 (Director of the Mental Health) となり、私がマニラで精神衛生担当の地域顧問として赴任した1981年時には精神衛生部・部長であった。彼は16年間、1993年までその職にとどまった。WHO を辞職した後は1993年から、1999年まで、世界精神に学会 (World Psychiatric Association:

WPA) 会長を務めた。私は、彼と WHO で出会い、上司としてあるいは同僚として 30 年以上にわたり一緒に仕事をすることができた。彼の様な優れた指導者のもので、仕事ができただけは望外の幸運であった。サルトリウス博士の WHO 本部部長としての目標の一つは、すべての地域事務局に精神保健の担当官を配備することであった。私の赴任には、そうした背景があった。

WHO Mental Health Program



図5 WHO 精神保健プログラム WHO 精神衛生部
1978年 部となる

IV. WHO での実際の活動：WHO 1 年目 1981 年度

1981年6月にWHOで勤務を始めて、12月までに、マレーシアのパナン、ジュネーヴのWHO本部、ニューデリーにある南東アジア地域事務局 (South East Asian Regional Office : SEARO) での会議に出張した。これらの会議へ参加は、WHO 地域の精神衛生；麻薬問題の担当官としての貴重な訓練学習の機会になった。12月には、初めて自分で企画して、南京で中国政府衛生部と共同で、児童精神医学のセミナーを開催した。

4-1. 世界精神保健連盟 (World Federation of Mental Health: WFMNH)

マニラの西太平洋事務局 (Western Pacific Regional Office: WPRO) に勤務を始めて二か月後の7月末、WHO 代表としてマニラで開催された世界精神衛生連盟の会議に出席した²⁾。WHO 代表として下手な英語で祝辞を述べたのが初めての公

的な仕事である。WFMH は、WHO と同じ 1948 年に創設された精神衛生の分野では歴史のある非政府組織 (Nongovernmental organization: NGO) である。会には精神科医のみでなく心理、看護、家族、元患者が参加している。

WFMH の創設は WHO の初代事務長を務めたカナダ人の精神科医、George Brock Chisholm の勧めによるものであった。彼は、国連組織のみでなく WFMH の様に、国際的な NGO の存在が、精神保健を推進し、精神障害者への偏見をなくするために必要と考えたのである。1948 年以降、二年ごとに世界大会を開催し精神保健に関する啓発活動を行っている。現在、90 か国に支部がある。WFMH の成立は、1950 年の WPA (World Psychiatric Association) の成立に先立つものである。1981 年のマニラでの WFMH 世界大会の主催者は、フィリピンの保健福祉大臣を務めた Dr Estefania Aldaba-Lin であった。会議で、先の Lin 先生、日本の浅井邦彦先生はじめ日本の代表団とお会いした。

私は、それまで 精神保健分野の世界的な NGO とは全く関わりもなく、その存在すらも知らなかった。WHO に勤務してから、WFMH, WPA などの世界的な 精神保健分野における NGO とかかわるようになり、彼らから多くの援助を得た。WHO の Section of mental health と WFMH は 1948 年以來密接な関係を保ちながら精神障害者の偏見の除去に努めてきている。Lin 先生は、WFMH の活動を支援され、1975 年から 1979 年は会長を務められカナダのバンクーバーに在住されていたとき世界大会を開催された。

4-2. アジアにおける麻薬対策

私の初めての出張 (duty travel) は、8 月のマレーシアのパナン島で開催された WHO の麻薬関連会議への参加である³⁾。会議のタイトルは「薬物依存症治療と管理法評価に関する会議」であった。臨床医として、日本で薬物依存症治療の経験は全くないに等しかった。シンナー中毒の患者と覚せ

い剤中毒の患者を少人数受け持った経験があるだけであった。

ペナンの町はヤシの樹木が多く南国情緒にあふれていた。マレーシア連邦からシンガポールの独立は1965年であるが、この時中国人の多いペナンもシンガポールと一緒にするという話があったことを聞いた。ペナンは、欧州とアジアを結ぶ船舶の寄港地として栄えていた。

アジアの国々では麻薬は大きな社会問題で、ことにアヘン、モルヒネ、ヘロインの乱用・依存は緊急の対応を必票とする問題であった。WHO マニラ事務所の私のポストも始まりは麻薬担当の専門官であった。精神保健分野は麻薬対策分野をもとに加えられた。これ以降、麻薬問題に関して学ぶことが多かった。

4-2-1. 代用麻薬

ペナンでの会議のメインテーマは、代用麻薬であるメサドン (methadon) の治療法としての評価であった。私には、初めて聞くテーマであった。現在、世界の多くの国で、モルヒネやヘロイン中毒の治療に代用麻薬が使われている。日本の麻薬政策は代用麻薬の使用に関して極めて厳しい。薬物問題の対策として三つの柱、すなわち、供給の軽減、需要の軽減、被害の軽減、(supply reduction, demand reduction, harm reduction) が良く知られている。日本の政策の主眼は、取り締まりと啓発で、供給と需要の軽減を主としている。芸能人や有名人が薬物使用で逮捕されニュース・メディアで報道されるのは、麻薬の危険性の啓発のための需要軽減政策である。

日本政府は、ヘロイン中毒患者の治療に代用麻薬を使用するとか、麻薬中毒患者の HIV や肝炎の予防のために、きれいな注射針を配布するとかの、被害の軽減策には消極的である。というより反対の立場を取っている。数年が経過した後で、WHO でプログラムの担当者 (operational officer) として麻薬問題に関する会議を主催した。すべての参加国が同意する勧告 (recommendation) の作成は

不可能であった。オーストラリア、香港などの国々は、被害軽減策の有用性を主張し、日本、韓国、中国は被害軽減策などとはとんでもないという立場であった。

ペナンにはマレーシア政府の運営する薬物に関する研究所があった。そこでは、世界中のモルヒネやヘロインの末端価格を調査していた。黄金の三角のタイ国境近くでのヘロインの価格は、バンコックに来ると10倍になり、ニューヨークやジュネーブでは100倍になった。麻薬の密売組織がなくなるのも当然である。どのようにして、末端価格を調べるかと聞くと、ヘロイン中毒患者の中に協力者がいて、彼らが実際に購入してその価格を、世界各地から報告してくれるのだという。ヘロインの世界各地の価格は、株価と同じく、それぞれの場所で毎日変動するのである。

4-2-2. 伝統的アヘン吸引者 (Rural opium smoker)

会議でのトピックの一つに“Rural opium smoker”の問題があった。芥子はもともとアジア各地に群生し、アヘンは医療資源の少ない地域で貴重な鎮痛剤、下痢止め、として利用されてきた。アジアの農村地帯、山岳地帯では、一日の仕事の終わりに喫茶店に行くように opium den (いわゆる麻薬窟) に行き、一服アヘンを吸引して一日の疲れをとる習慣があったのである。会議に参加していた人類学者によると、タイ、ラオス、ミャンマー、香港などのアジアの国々で opium den を閉鎖すると5年から10年すると、都市の若者の間でヘロインの静脈注射がみられるようになるということであった。

アヘンの吸引が法律で禁止され非合法になると、合法的な供給量が減少し、希少価値が生まれ、金になるために犯罪組織が介入するようになる。その結果、アヘンより依存性の強いモルヒネ、ヘロインの使用が、より依存性の強い方法、吸引より注射という形で、都会の若者の間で始まるとのことであった。Lin は WHO のコンサルタントとし

て1960年代に、タイ王国を訪問した際に“opium den”を閉鎖しないよう勧告したということを経験から聞いた。薬物依存の問題は、禁止すれば、それで解決するという簡単な問題ではないようである。アメリカでは1930年代、禁酒法の結果、アルカポネなどのマフィアが隆盛を極めるようになったことと同じである。

麻薬問題の主演は時代とともに移り替わる。芥子の主要な産地であった黄金の三角地帯（Golden Triangle）は、周辺のタイ、ミャンマー、ラオスなどの政府の努力の結果、芥子畑は茶畑や薬草の畑に代わっている。ヘロインやモルヒネ中毒はアジアの国々の依存性薬物の首座を降りてアジアの依存性薬物の最大の問題は日本発の覚せい剤に取って変わられている。

4-3. 途上国における精神医療の推進

9月にはジュネーブのWHO本部で開催された「精神医療サービスの拡大戦略に関するWHO国際共同研究」、「途上国における精神医療サービス研究－研究成果の批判と評価」の二つの会議に参加した^{9),10),11),12)}。多くの途上国では、精神医療は優先順位が低くほとんど顧みられていないというのが実情である。途上国の精神医療サービスとしては、植民地時代に建設された、隔離収容を目的とした閉鎖的な精神病院が存在するのみであった。

精神疾患に対しては強い偏見があった。一方、患者が一般医療で訴える身体愁訴の多くは、ストレス、うつ状態などの精神的問題が背景にある。こうした国々で、精神医療サービスを拡大する方法として、プライマリヘルス・ケア（primary health care: PHC）従事者に、基礎的な精神科医療知識を提供し、心理的ケアを提供、その結果を評価する国際共同研究が行われていた。アフリカ、南アメリカ、アジアの途上国からの研究者の発表があった。

結果は、現場の保健師、看護師、一般診療科の医師に、短期の精神医学的訓練を行うことで、PHCに訪れる患者の精神科的な背景を発見し、適切な介

入を行うことが可能であるということであった。また、この方法は、精神疾患に対する偏見を軽減するのに役立つということであった。日本の精神医療しか知らない私にとっては、眼を開かれる知見であった。フィリピンから、フィリピン大学の Lourdes Ignacio 博士が研究成果を発表した。

4-4. WHO 精神衛生プログラムの世界戦略

10月インドのニューデリーで開催された第4回のWHO精神衛生プログラム協議会議（4th Meeting of the WHO Global Coordinating Group for the Mental Health Program）に参加した¹³⁾。インドも初めての経験である。宿泊したホテルでクリーニングを頼むと黒くなって返ってきた。部屋の前にはいつも守衛の様なボーイが立っていて私が部屋を出たり入ったりするごとにチップを要求した。タンドリーチキンのレストランを出ると、チップをねだる人々の群れが並んでいた。強烈的な貧富の差を感じた。

会議は、東南アジア地域事務局で開催された。本部のスタッフと6つの地域事務局から6名の精神保健地域顧問が参加した。すべての地域事務所に精神衛生担当者をそろえることがサルトリウス精神衛生部長の目標であった。私の赴任で、6名の地域顧問（Regional Adviser: RA/MNH）がそろったことになった。6名の中で、39歳の私は、最も若い地域顧問であった。

Six WHO Regional Advisors in Mental Health and Director MNH, New Dheli 1981



図6 WHO精神衛生部部長及び6つの地域事務局の精神保健担当者 ニューデリーの地域事務局にて 1981年（グラビア）

サルトリウス部長は、途上国を含めてすべての国が精神保健のプログラムを整備すること、地域事務所、本部がそれを支援する体制を作ることを目指していた。そのために、**global coordinating group** を定期的開催していた。この後、それぞれの地域事務局があるコペンハーゲン、ワシントンDC、コンゴブラッサビルで開催された **global coordinating group** に参加した。私にとって最大の学習の機会であった。

途上国では、衛生部局の中に精神衛生を管轄する部局の存在しない国も多い。精神衛生法規が存在しない、あるいは、宗主国から受け継いだ精神保健法が存在しても、その存在すら知らない国も多かった。WHO は、各国が精神衛生政策を持つこと、地域精神医療を推進すること、PHC の一部として精神保健を提供することを推奨していた。精神医療資源の乏しい国では、こうした WHO ガイドラインが精神衛生政策の重要な指針となる。日本にも、1960年代にWHOのコンサルトが派遣され地域精神医療の推進、精神科病院の治療の質の向上などを勧告したが、日本政府は全く聞く耳を持たなかった。現在も、収容主義、病院中心主義の政策が続いている。

4-5. 中国の一人っ子政策と精神保健

1981年11月末に、中国の南京を訪問して中国政府衛生部と共同で「児童精神医学に関するセミナー」を、WHO側の責任者として開催した¹⁴⁾。中国は1960年代から文化大革命による混乱がおき、1977年毛沢東の死亡、鄧小平による開放政策が始まった。中国は1971年WHOに加入したものの、文化大革命の影響下で、しばらくはWHOの活動は皆無であった。中国においてWHOのプロラムが開始されるのは1979年からである。精神衛生のプログラムの開始も1980年からである。中国は、一人子政策 (One Child policy) を始めていた。児童の精神保健、児童の心理的発達に関する関心が生まれていた。中国政府から、この問題へのアドバイスの依頼がWHOになされていた。

WHO予算は2年ごとの予算であり1981年末で、1980-1981年予算は終了を迎える。年度末の剰余予算を利用して、急遽、中国での児童精神医学のセミナーを企画した。年度末に剰余予算が捻出できる事は、厚生省での行政官としての経験で知っていた。中国政府も同意した。本部のNorman Sartoriusに相談して、この分野での世界的な権威である、Dr Annalice Dupont (デンマークの精神疾患疫学者)、Dr Beatrix Hamburg (米国の児童精神科医)、Dr Claes Sundelin (スエーデンの小児科医)の三名の専門家を紹介された。日本から児童精神科医の小倉清先生 (Dr Kiyoshi Ogura) にご参加を依頼した。

WHOのマニラ事務局から母子保健のアドバイザーであるDr. K. Kalicinskyと私が参加した。合計6名のチームである。空から中国の赤い大地が見えた時の感激は忘れられない。北京空港に到着すると中国衛生部の車が迎えに来てくれた。舗装のしていない道を空港から北京市内まではのろのろ運転であった。1981年、天安門広場には、レーニン、マルクスの大きな肖像画が掲げてあった。



図7 中国・北京 天安門広場 マルクス、エンゲルスの大きな写真がある (グラビア)

車は少なく、自転車が必要な交通手段であった。人々の服装は灰色の人民服のみで、華やかな色の服はなかった。街頭は暗く、中国は中世の世界であるという感慨があったのを覚えている。ホテルは、ソ連が建設した友誼飯店 (Friendship Hotel) で、ソ連兵のために建設されたのかバスタブが大きく深くおぼれそうであった。

北京で6名がそろって、セミナーの開催される南京に空路でむかった。南京の空港に、南京児童精神科研究中心所長のTao Kuo Tai (陶 国泰) 教授が迎えにきてくれていた。セミナーには中国各地から、100名近い精神科医が集まっていた。

WHO/China Workshop on Child Mental Health, Nanjing November 1981



図8 中国政府/WHO 児童精神医学講習会 集合写真
中国・南京 1981年11月(グラビア)

セミナーが開催されたのは、南京児童精神科研究中心の附属施設で、小学校の講堂の様な粗末な建物であった。参加者は一言も聞き漏らさないように一心不乱にノートを取っていた。外国の新しい知識を吸収したという熱意に圧倒された。12月の寒い時期であった。揚子江の南にある南京には暖房の設備はないということで、一日中熱いお茶をふるまわれて体を温めた。

WHO Workshop on Child Mental Health in Nanjing 1981



図9 中国政府/WHO 児童精神医学講習会 参加者(グラビア)

4名の講師には、それぞれ4つの発表を依頼していた。2週間のセミナーで、英語のできる中国の精神科医が、同時通訳を行った。英語のできる

精神科医は、アメリカのイエール大学の姉妹校である湖南医学院の出身者が多かった。講師の発表は事前に中国語への翻訳されていた。

Four WHO temporary advisors Nanjing in 1981



図10 中国政府/WHO 児童精神医学講習会
4名のWHO 専門家 左から
A. Dupont, C. Sundelin, K. Ogura, B. Hamburg, 著者(グラビア)

中国の参加者は各省から推薦された精神科医で長老が多かった。当時、中国では自由に旅行することは難しく、国内旅行にも許可が必要であった。

WHOのセミナーは、彼らにとって旅行ができ、友人と再会できる貴重な機会であった。参加した中国の精神科医の多くは大学卒業後、政府により各地の精神科病院へ配属された。職場の選択の自由はなかった。その後互いに会うことのなかった精神科医が多かった。彼らにとってWHOセミナー参加は、勤務地を初めて離れて、昔の友達と会える機会であった。毎日のセミナー終了後には、毎晩のように旧交を温める同窓会と飲み会が開催された。これはWHOセミナーそのものより、中国の精神医学に対する重要な貢献であると思った。WHOのセミナーを彼らのためにも続けようと心に誓った。

4-6. 中国の精神医学

私が初めて訪問した当時の中国の精神医学は、三国志の時代であった。北京、上海、成都、長沙(湖南医学院)、南京(児童)といくつか大きな病院・研究所があり、それぞれが競合して対立関係にあった。お互いに協力しての活動は少なかったように

思えた。WHOのワークショップを一つの都市で開催すると、ほかの都市でも開催してほしいとの希望があった。1981年の南京に次いで、1982年に成都 (mental health in general health care)、1983年に北京と上海 (psychosocial aspects of primary health care)、1994年には長沙 (mental health training in primary health care) と異なる都市でWHOワークショップを開催した。トピックスは、WHOの精神医療に関する方針を反映したものであるが、それぞれ異なる側面に焦点を当てた。こうした、ワークショップを通して、WHOの精神衛生政策のメッセージを中国で広める努力をした。このような活動を継続して行うことでWHOは、競合的な関係にあった精神医学研究所の間に、協力関係を生み出す役割を果たしたように思う。

1981年時点で、中国の精神医学研究は、ソビエト精神医学の影響のもとに生物学的研究、遺伝学的研究がすべてであった。精神分裂病に対する社会、心理学的アプローチは存在しなかったといっても過言でないように思う。社会主義国において、家族に問題がある、社会に問題があるとの研究は危険であった。悪いのは、すべて個人であり、遺伝子である。各研究所で、研究の目玉として紹介されたのは、統合失調症 (当時は精神分裂病)、知的障害の遺伝研究であった。中国におけるWHOの活動は、中国精神科医の視野を広げる役割を果たした。参加者の年齢も年々若くなってきた。中国の医学は、精神医学も含めて1981年以降、年々目覚ましい変化を遂げた。

中国の精神医療にかかわるようになってしばらくして、中国には精神衛生を担当する独立した部署が衛生部には存在しないことが分かった。精神衛生法規もなかった。精神衛生サービスを担当する局は、公安部、衛生部、市政部の三つに分かれていて、触法精神障害者は公安部、急性患者は衛生部、慢性患者は市政部の管轄であった。RA/MNHに就任して、しばらくして西太平洋地域の国々の精神科医療資源を調べたいとおもった。こ

の過程で、中国の精神科病床、中国の精神科医師数を調べても、誰に聞いてもはっきりした数字が解らない。中国系豪州人の精神科教授である Tan Eng Seong (陳英雄) に依頼し、コンサルタントとして現場に行ってもらって中国の精神科医療資源を調べてもらった。彼が、中国に行けばしばらくして「中国の精神科病床数、精神科医師数が解った。誰も知らないことが解った」と国際電話で興奮気味に連絡してきた。中国は社会主義国で、精神科病床数などの数字はある意味で国家秘密であり、精神科医は、だれも危険を冒してそうした数字を集めようとはしなかったのである。

Lin先生は、WHOのコンサルタントとして12月に中国を訪問した。中国の精神医学教育に関する調査、勧告が盛り込まれた報告書を作成した¹⁵⁾。Linの父親の林茂生 (Lin Mosei) は、東京大学卒業生で、コーネル大学で哲学博士号を取得されている。教育者として台湾の指導者であった。しかし、戦後、1946年に台湾人が蒋介石軍に対して反乱を起こした「2-26事件」の際に大陸から来た蒋介石軍により殺されている。そうした背景もあったのか、精神科医としてのみでなく、政治的にも、中国政府から大歓迎された。彼をWHOコンサルタントとして派遣したことに対して、中国衛生部から感謝状が届いた。これは異例なことであった。Lin先生は、翌年も中国を訪問し、中国における地域精神科医療の推進に尽力された¹⁶⁾。

V. 1981年のクリスマス 半年が経過して

マニラは、11月の終わりごろからメリークリスマスの言葉が町でも職場でも飛び交う。WHOオフィスでもクリスマスのお祝いが続いた。マニラのWHOに勤務して半年、国際公務員としての仕事を経験した。面白くてやれそうな気がした。上司や、同僚ともうまくやれそうである。WHOは、2年ごとの、評価、契約雇用なので、更新には直属の部長と総括部長の承認が必要であった。2年ごとの契約雇用というのが、日本人に国際機関に勤務する人材が少ない一つの理由だといわれている。

国際機関の職員として、適切な条件はT字型であるということを知ったことがある。これは、深い専門性：T字の縦棒の部分、広い視野：T字の横棒の部分の両方を合わせ持つことである。私の精神科医師としての臨床経験、厚生省での行政官としての経験が思いもかけず、私の中でT字型の条件を備えるのに役立ったのであろうか。日本人でも国際機関の職員に向いている人とそうでない人がいるように思える。日本の大学や職場で好き勝手ばかりして扱いに困るような人が、WHOに来て、積極的に行動的だと評価される。日本で真面目で上司の指示に素直に従い、教授の覚えがめでたくWHOに推薦され採用されたひとが、何もできない、何を考えているか分からないと評価が低かったりする。日本で適応不全を起こしていた私には向いていたのか、WHOの仕事は楽しかった。

また、WHOの精神衛生部の理念と活動は、精神病院中心で閉鎖的な日本の精神医療の在り方に疑問を抱いていた私の“もやもや”を氷解するものであった。納得できた。ぜひ広めてゆきたいと思った。サルトリウス博士はじめ、WHO精神衛生部の本部、世界各地の地域事務局の精神衛生担当スタッフとの交流も楽しかった。

VI. WHO 二年目 1982年

WHOの会計年度は、2年度の予算である。したがって、1982年、1983年と新たな会計年度で、加盟国の要請や勧告に基づいた活動、会議の開催を実施する必要があった。南太平洋の国々がWHOに求めた技術支援の優先課題はアルコール問題対策であった。思いもよらないことであった。アルコール依存症は先進国の問題だと考えられていたが、途上国でアルコールが原因のアルコール問題が激増していたのである。私のアルコール問題に関する知識は極めて乏しいものであった。記憶にあるのは、フランス留学中に家庭訪問で目にした朝から安ブドウ酒を飲んで一人暮らしのおばあさん、肥前療養所で受け持ったアル中の小

学校長先生である。また、私の厚生省国立療養所課在任中に、国立久里浜病院がアルコールの専門施設として指定された。この過程でアルコール治療専門施設を数回訪問した。これらが、私の少ないアルコールとのかかわりであった。

6-1. パプアニューギニアとアルコール問題

1982年2月にパプアニューギニア (Papua new guinea :PNG) を訪問した¹⁷⁾。人口600万、800以上異なる言語、部族に分かれた国で、第二次世界大戦後はしばらくの間オーストラリアの委任統治の状態にあった。1975年9月に独立して主権国家になった。国も若い、人口も若い人が多い。

Stone age crisis PNG BB

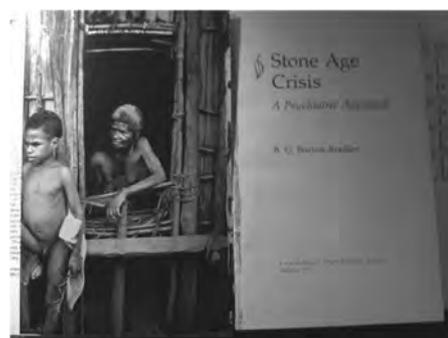


図11 パプア・ニューギニア 石器時代から近代への激変

PNGを訪問してはじめに、パプアに長らく住んで現地での精神医療体制を作ったバートン・ブラッドレー (Burton Bradley) 博士にお会いした。

Papua New Guinea Dr. Burton Bradley



図12 バートン・ブラドレイ博士 現地の精神科看護師と(グラビア)

彼は、オーストラリアの委任統治時代から、パプアに長らく住み、パプアの移り替わりを見てきた。“Stone age crisis”（石器時代の危機）という著書もある¹⁸⁾。PNGの医療の歴史に関して長年、研究が続けられている¹⁹⁾。槍と弓を持つての部族抗争を何百年と繰り返して来たパプア人にとっては独立後の社会変化はそれこそ、石器時代から現代への急激な変化である。首都のポート・モルスビー（Port Moresby）から、飛行機で高地にあるゴロカ（Goroka）の飛行場に到着した時には空港の周囲にペニスサックのみで裸で弓矢を持ったパプア人が、到着する旅客を興味深かそうに眺めていた。

バートン・ブラッドレー博士は、ポート・モルスビーの北の山々を指さして、日本軍はあそこまで来ていたと示してくれた。1941年、日本軍は、北からPort Moresbyを攻略するために山脈を越えようとして飢えとマラリアで多くの将兵を失った。大東亜共栄圏の最南端である。「死んでも帰れぬニューギニア」といわれた過酷な戦線であった。

彼によると、1975年の独立記念日にはバーの前に長い列ができたそうである。それまで、外国人、政府関係者などのごく一部のパプア人しか飲酒は許可されていなかった。一般のパプア人は、バーの中で何が起きているか、楽しそうな様子でバーから出てくる客の姿を見て興味津々であった。したがって、多くのパプア人にとって独立記念日はビールが飲めるようになった記念日であった。

ビールの飲酒が広まると、ビールが社会的ステータスになった。それまでは、社会的ステータスは、宴会を開いて豚をごちそうすることであった。何匹の豚をごちそうできるかでステータスが決まった。ビールが豚にとって代わった。貨幣経済が未熟な国で、金曜に週給をもらうとその日に、ビールを飲んでお金を使い果たして家庭に入れない。家庭内暴力が増える。ビールを酔いつぶれるまで飲んで喧嘩をする。バイクや車の飲酒運転で事故を起こす。アルコールによる、事故やけがで脆弱な医療施設がひっ迫する事態が起きた。石器時代

を生きてきたPNGの人々にとって社会変動の波は大きすぎたのである²⁰⁾。ビールはあまりにも刺激的過ぎたのである。このことが、パプアニューギニア政府が、アルコール問題の分野で、WHOに技術援助を要請した理由である。バートン・ブラッドレー博士によると、パプアの独立後、次第に治安が悪くなり彼の家も数回、泥棒に入られたそうである。泥棒が興味をもつのは、ビールやアルコールで、大切な本には全く手を付けないのでありがたいとの話であった。

私は、アルコール政策に関しては、何も知らないといっただけよかった。厚生省で学んだ教訓は、「自分で抱えるな、自分より優秀な専門家を探してボールを投げろ」であった。世界には、こうした分野の専門家が居ることがわかった。後日、アルコール政策に詳しい専門家に依頼してパプアのアルコール政策への勧告、訓練をお願いした。

国のアルコール問題の解決は、アルコール依存症が対象ではない。アルコールの輸入、販売、供給、啓発、教育、飲酒運転の規制、予防、治療、リハビリ、処罰と広い分野を含む。具体的には、輸入税、酒税の割合、醸造所の規制、販売時間の制限、販売場所の制限、未成年への販売禁止、飲酒運転の禁止、学校での禁酒教育、職場での禁酒教育、飲酒を繰り返す雇用者への支援（Employer Assistant Programme : EAP）などであった。

アルコールの問題は、パプアニューギニアのみでなく、南太平洋の島々の抱える共通の課題でもあった。国としてのアルコール政策の整っていない国へビールをはじめとしたアルコール飲料を輸出して利潤を上げる米国、豪州の酒造会社。運転訓練のための施設、免許制度の未成熟な国へのバイクの輸出で儲ける日本の会社。こうした先進国が問題の根源であった。南太平洋の国の救急治療室で最も多い患者が、アルコールが原因のバイクによる交通事故の関係者、飲酒運転や家庭内暴力の被害者になっていた。

WHO在任中、政府の依頼で、多くのマイクロネシアの国々でアルコール関連問題に関するワー

クシヨップやセミナーを開催するようになった。

アルコール問題のほかに、PNGの様な医療資源の少ない国で、どのような精神医療サービスを提供すべきかバートン・ブラッドレー博士の経験は興味深いものであった。彼は、パプアで初めてのラロキ精神科病院（Laloki Mental Hospital）を建設して、精神科看護師の訓練を長年されてきた。

Laloki psychiatric center in PNG



図13 ラロキ精神科センター 1972年開設

パプアは交通の便が悪いので、ゴロカ、マダン（Madan）などの大きな都市の病院に精神科患者を診療できる体制を整備する必要があった。精神科看護師が地方の病院に配備されていた。調整のためにパプアの衛生部に、精神衛生の部局もあった。

ポート・モルスビーの総合病院を訪問した。部族抗争で傷を受けた戦士が入院して、枕元には、妻と彼を守るための戦士が槍を持って立っていた。パプアでは、「やられたら、やり返せ」が、長年にわたり部族を支配してきた不文律である。かつて、あるWHO女性スタッフが、パプア人を交通事故で死亡させた。そのまま、車の近くで、救助を待っていたら、死亡させた部族の人々が集まり彼女に石を投げて殺したという事件があった。私は、PNGのWHO代表（WHO Representative: WR）からのブリーフィング（Briefing）で、事故をおこしたらすぐその場から立ち去るようにとの指示を受けた。

パプアに長年住んでいる人類学者に「最近治安が悪くなったのではないかと聞くと“Back to normal”と答えた。彼によると、数百年にわたり、

700もの部族が抗争を繰り返してきたパプアの社会では、抗争状態こそが安定した正常な状態で、外国からの介入で、抗争を止められた状態こそ abnormal だという。彼によると、抗争状態にも、幾つかのルールがある。例えば、部族の長は絶対殺さない。敵の長が、いなくなると抗争が成立しなくなる。700を超える部族が残っている秘密であろう。

私の第一回目の訪問の後、何名ものコンサルタントにパプア訪問をお願いし、アルコール問題、精神医療サービスの向上に関する指導や勧告をいただいた。世界的に高名で、多くの論文を書いている文化精神医学研究者（人類学者でもある）を一年間にわたり、現地に派遣した。彼のコンサルタントの終了後に政府から苦情がきた。写真とビデオばかり取ってなんの役にも立たないというものであった。彼はたくさん、論文がかけたかもしれない。有名な学者が、コンサルタントに相応しいわけではないことを教えられた。政府に最も評判の良いコンサルタントは、軍医であった人、行政の経験のある医師である。政策の実現の可能性に敏感である。学者は必ずしも適しない。

パプアのアルコール対策は必ずしも成功したとは言えなかった。長年にわたる政府やWHOの努力で規制に関する法律はようやく成立したが、骨抜きにされた。バーやレストランなどの販売場所の規制、販売場所の規制は容易ではなかった。原因は、国会議員の多くが、アルコールの輸入、販売に関わっていたからである。私が訪問した年には、まだ一人で通りを歩くことができた。現在は、治安の悪化が進み、一人では外を歩けなくなっているようである。治安の悪化には、アルコールの規制が十分にできなかった事も一因であろう。

6-2. 世界保健総会、アルコール関連問題に関する議論

毎年5月にWHO本部のあるジュネーブで世界保健総会（World Health Assembly: WHA）が1週間にわたって開催される。世界各国から代表が集

まり、世界の保健問題の対策を議決する WHO にとって最高の意思決定機関である。加盟国 190 か国、それぞれの国から厚生大臣を首席代表として 4-5 名の代表団が出席する。保健総会に合わせて、その時点の世界の保健に関する緊急のテーマに関して 予防、対策、国際協調のための議論が行われる。

1982 年の WHA には、西太平洋地域のアルコール問題の責任者として参加した²¹⁾。南太平洋の国々や、パプアニューギニアでアルコール乱用が、社会問題、治安問題、医療の分野でも大きな問題になっていることは先に述べた。だが、アフリカの途上国で問題はさらに深刻であった。1982 年の保健総会における緊急テーマは「アルコール関連問題 (Alcohol related problems)」であった。PNG を数か月前に訪問していたことが役に立った。

ここで関連問題というのは、アルコール依存症のみでなく、アルコールに起因する家庭内暴力、暴力沙汰、交通事故を含む事故、怠業による生産力の減少など多岐にわたる問題を含んでいた。アルコール問題は WHA で取り上げられるほどに最重要の健康問題として認識されたのである。途上国におけるアルコール、殊にビールの大量飲酒、それに関連しての暴力、事故、仕事能率の低下、貧困は看過できないものになっていたのである。

一方、先進国酒造企業から企業利益を求めての途上国へのビールをはじめとしたアルコール飲料の輸出には歯止めがかかっていなかった。アルコールの規制は、酒造会社にとって死活にかかわる大きな問題である。したがって、慎重な議論が必要であった。

この会議から使われるようになった用語は、「国のアルコール政策」(national alcohol policy), 「適正飲酒」(moderate drinking), 「賢明な飲酒」(sensible drinking) などである。タバコは WHO が旗を振り、禁煙は世界に広まった。タバコ製造会社は存亡の危機に陥った。アルコールに関しては、イスラム諸国では禁酒が原則であった。しかし、世界各国での全面的な禁酒は初めから選択肢には

なかった。1930 年代の米国での禁酒法の失敗の経験もあった。

この WHA では、イスラム諸国とスカンジナビア諸国が合同で、WHO の公式レセプションでは、ワインなどのアルコール飲料でなく非アルコール飲料を提供すべきだとの提案がなされた。きわめて珍しいとり合わせの国からの共同提案は否決された。代表団の皆さん、レセプションでは、シャンパンやワインは、飲みたかったのである。しかし、このあと、スポーツ行事で酒造企業によるビールなどのアルコール飲料の宣伝の禁止、アルコールの自動販売機の規制、闇での酒造 (moon shining) 禁止など、過度のアルコール飲酒に関して世界的な規制がなされるようになってきた。

6-3. 韓国の精神医療

1982 年 6 月、韓国のソウル、大邱、釜山を訪問した²²⁾。私にとって韓国の訪問は、初めてであった。私の前にも、1976 年以降、毎年 WHO の専門家、担当者が韓国を訪問して精神医療サービス、精神医学教育、精神衛生法の整備に関しての勧告を行っていた。

1976 年は、初代の WHO 西太平洋地域・精神衛生担当顧問の Dr Morgen Nimb (デンマーク)、1977 年、A Scott Henderson (オーストラリアの疫学者)、1979 年は、私の前任者の篠崎英夫氏 (日本)、1980 年は、小児精神医学分野の専門家である石原幸雄氏、日本の国立精神衛生研究所・所長の加藤正明氏、1981 年には、韓国の精神医学教育に関して、Dr Eng-Seong Tan (中国系オーストラリア人精神科医) がそれぞれ 2 週間以内の訪問を行っている。

プログラムの責任者やコンサルタントが、加盟国を訪問するに際しては、目的 (purpose of visit) を相手側政府と合意する必要がある。私の訪問の目的は 1) 医師の管理していない施設 (non-medical institution) を含む、韓国の精神医療サービスを調査すること。2) 精神衛生法の成立に関する従来の WHO 専門家の勧告の実施状況を検討す

ること。3) 精神衛生の分野での韓国政府と WHO の協力活動の優生課題を協議することの3つであった。

韓国は1910年から1945年まで日本の植民地であった。精神医学、精神医療は日本の植民地時代の遺産を引き継いでいた。1953年に朝鮮戦争の終了後も、軍事費に割かれる予算がおおく、医療福祉、とりわけ精神医療は未成熟であった。1982年、私の訪問時に精神科医数は約500名で、それ以外に150名が米国在住であった。国全体での、精神科医療施設は140か所で、内訳は、大学病院の精神科(22)、総合病院の精神科(22)、軍病院精神科(8)、単科の精神科病院(4)、20床程度の入院施設を備えた個人の精神科診療所(87)であった。精神科ベッドの総数は4,000床であった。半数はソウル市内にあった。都市化と工業化に伴い精神医療への需要は増加していた。

韓国にとって、大きな課題は医師の管理していない施設(non-medical institution)が多くあり、それらの施設に約5,000人の精神障害者が収容されていることであった。精神医療施設での治療が長引くと、入院費用の安いこうした non-medical institution へ患者が送られ、十分な手当てもないままに収容されるのが現実であった。non-medical institution で処遇されている患者の数は、精神科施設で治療を受けている患者よりも多かった。後年、こうした施設での悲惨な状況が報道され、1986年に、火事で鎖につながれたままの患者が死亡する事件が起きた。このことが、韓国で non-medical institution が医療の監視のもとに置かれ精神衛生法規が整備される契機となった。

ソウル国立精神病院の副院長とともに、ソウル国立精神科病院、ソウル大学精神科教室、宗教法人が経営する精神障害者のための non-medical institution を視察した。更に、釜山、大邱、慶州など地方の大学精神科、精神科病院を訪問した。いろんな国を WHO の担当官として訪問したが、韓国の訪問が、精神的に最も疲れた。対応する韓国の精神科医はすべて私より年長であった。ある

都市では、面と向かって「親父も兄貴も、日本軍に殺された。日本人は嫌いだ」と面と向かって言われたことがある。

コンサルタントが、訪問の結果、勧告(recommendation)として公式の報告書に書くような内容は相手国にはすでにわかっていることが多い。しかし国内では、様々な制約があり、実現不可能な事柄である。私の勧告は、国としての統一した精神衛生サービスの構築、政府部局内の精神衛生担当部署の設置、非医療施設(non-medical institution)への非常勤精神科医師の配置などでこれは、以前のコンサルタントの勧告とほぼ同じである。

韓国は精神衛生法規を作成するうえで、日本の精神衛生法を参考にしていた。1982年の訪問以降も、韓国への専門家の派遣、精神保健法作成のための支援を行った。1983年、1984年には、日本で地域精神科医療サービスを東京、埼玉、沖縄で構築された佐々木雄二先生(当時、東大保健学科教授)にコンサルタントとしての訪問を依頼した²³⁾。私の中で、病院中心の日本の精神科医療ではなく、地域精神医療サービスを韓国で広めたいという気持ちがあった。

6-4. WHO 中期プログラム(1984-1989) 作成に関する会議

1982年8月30日から9月3日まで、コペンハーゲンにある EURO で開催された WHO 中期プログラム(Medium term program)に関する会議に参加した²⁴⁾。WPRO の No.2 であるプログラム・ディレクター(Director of Programme Management : DPM)の Dr Han San Tae (韓相泰)のお供である。各地域事務局からプログラムの責任者と担当者が参加した。Health Promotion and Protection に関係する3つのプログラムの目的、目標、活動計画、予算、各プログラム間の連携等、中期戦略を決める会議であった。各地域事務局のプログラムディレクター(DPM)のほかに、非感染性疾患部門の部長、精神保健部門の部長、家族保健部門の部が部長参加した。それ以外にも、母子保健、

歯科衛生、家族保健、職業保健、精神保健の Regional Adviser も参加した。

Dr Han が議長を務めた。WHO のプログラムはこのような経緯を通して作成されることを知る良い機会になった。コペンハーゲンで、マニラの麻薬対策部門の初代の担当者であった Dr Mogen Nimb にお会いした。同郷の当時のジュネーブの WHO 事務総長 (Director General : DG であった、Dr Halfden Mahler に頼まれてマニラに赴任したのであろうか。マニラの生活は合わなかったのか、2年で帰国された。コペンハーゲンは、若者の間に静脈注射によるヘロインの中毒が広まっていた。

6-5. 中国四川省成都でのセミナー

1982年11月にWHOと中国政府衛生部が共同で開催した精神衛生分野でのセミナーの担当者 (Operational officer) として四川省成都に出張した²⁵⁾。

1980年代の初頭、中国は文化大革命の混乱からの再生期であった。文化大革命は、革命の名のもとに文化が抑圧された時代でもあった。抑圧が取れて、学術、国際交流が花開いた。

1982年10月ほぼ一年ぶりに北京を訪問した。その前年までは、天安門広場で見られたマルクスとエンゲルスの大きな肖像は取り外されていた。人々の服装は、軍服か、紺色か、カーキ色が多かったが、子供の服装には赤や黄色の華やかな色彩が混じるようになっていた。

中国は変わりつつあるのが感じられた。WHO の精神衛生セミナーは、中国政府と中国の精神科医の強い要望によるものであった。前年の南京での児童精神医学ワークショップに参加した中国の精神科医からは外国の学術知識を吸収したいという強い欲求が感じられた。そのあと、中国政府と協議をして四川省成都での WHO セミナーが計画された。中国の精神医学は、三国志の時代であった。北京、上海、成都の精神医学研究所が学問的覇権を目指して競っていた。北京、上海、南京の後で、

成都で WHO セミナーを開催したいという強い要望があった。北京からの成都までは、古い型の飛行機で4時間もかかった。蜀の国である。眼下の中国特有の赤茶けた土を見ると遠くまで来たという感慨に襲われた。

四川医学院で開催された WHO と中国共催のセミナーは 中国各地から 80 名を超える参加者があった。夫々の省から選ばれての参加であろう。この頃まで、まだ国内旅行は許可制であった。参加者は南京の時より少し若い参加者が増えた。会議のタイトルは “National seminar on mental health in general health care (一般医療における精神保健)” であった。

1982 WHO Workshop in Chengdu



図 14 中国 /WHO 講習会 一般医療における精神科疾患 集合写真 中国・四川省成都 1982年10月 (グラビア)

テーマは、一般医療で多く遭遇する精神科的な課題、ストレス、神経症、心身医学であり、それぞれの分野の専門家が4名 WHO temporary adviser (TA) として講義を行った。彼らは精神疾患の疫学研究、精神療法、心身医学分野で、世界的に高名な専門家であった。Dr John E Cooper (英国, 精神疾患の疫学)、Dr Issac Marks (英国, 精神療法家)、Dr Walter Poeldinger (スイス, Liaison Psychiatry 専門臨床家) がヨーロッパから、日本からは東京大学・心療内科の教授であった石川中先生に参加をお願いした。WHO 本部から Norman Sartorius、WPRO から私が参加した。WHO のセミナーは 生物学的研究、遺伝学中心であった中国の精神医学の枠を広げるのに効果があった。

1983年以降も、中国精神科医の要望で、中国各地で精神医学の様々な分野のセミナーやワークショップが毎年開催された。WPROの中国でのプログラムはLinをはじめ、優れたコンサルタントの援助を得て中国での地域精神医療の推進、研究の国際化に貢献した。また、WHOという外部が介入することで、対立関係にあった中国各地の精神医学センターの間に、協力関係を生み出すのに貢献したと思われる²⁶⁾。

Visit to Sichuan Medical University in 1982 with WHO Consultants



図15 中国/WHO 講習会 中国・成都 1982年10月
WHO 専門家及び中国側主催者と (グラビア)

6-6. ベトナム精神医療の再建

1982年12月、ベトナム政府の要請で2週間ベトナムを訪問した²⁷⁾。サイゴンが陥落して、ベトナム戦争が終結したのは1975年4月の末であった。その後、ベトナムは共産圏に属する国となった。WHOとベトナムの精神医療の分野での協力は、それまで皆無であった。

Viet Nam



図16 1982年12月 ベトナム出張
ハノイ及びホーチミン市 元気で明るい子供と

ハノイでは、当時、社会主義陣営の一員であるキューバが建設したホテル（タングロイホテル、勝利ホテル）に宿泊した。空港に並んでいる飛行機は、ほとんど共産圏からであった。レストランではロシアからの団体客が陽気に騒いでいた。バーで知り合った特派員は東ヨーロッパの国からであった。北朝鮮のビジネスマンもいた。当時、ベトナムには、日本人は12名しか住んでいないといわれた。10名が大使館員、1名が小松製作所の重機の保守を担当している人、あと1人が赤旗の記者であった。日本人の訪問者が多くないのか、ベトナム大使にお会いした。それ以外、ホテルで日本人の商社の方にお会いして話をきいた。

ロシア兵がベトナムに駐留して帰国する時、日本の電化製品をお土産に持って帰る。そうした電化製品の販売をしていた。商社員は、元共産党員が多く、3か月の短期ビザで滞在して短期で交代していた。ベトナム政府の高官と人脈を作りつつ、貿易の再開を待っていた。日本商社のすごさを感じた。屋台の様な場所に食事に行き、日本人だというと、日本のバイクは有名で、「Kawasaki, Honda」の名前を出してきた。親日的であった。

ベトナム政府は1982-1983年の予算で、精神衛生プログラムに10万ドルの予算を計上していた。トヨタのランド・クルーザー、向精神薬、医療用器具が主であったが、コンサルタントの派遣、短期留学も含まれていた。具体的な話を詰める必要があった。

ハノイとホーチミン市にある精神科施設、薬物の治療施設、地域精神医療施設、Cho Rai病院、リハビリテーションセンターなどを訪問した。訪問当時、ベトナムでは医学校が8つあり、2つの医学校では精神医学の講義は全く行われていなかった。ハノイ大学やホーチミン大学の精神科教室でも研究用資材はほとんどなく病院での患者用の敷布、毛布も十分でなかった。私の訪問時の、ベトナムの精神科病床数は4,600床、精神科医は200名であった。また、ベトナムには、身体障害、精神障害のための6つのリハビリテーション施設

があった。主にベトナム戦争により身体障害を受けた人を対象としていた。義肢や歩行器具を作成する工場に100名を超える職員が働いていた。義肢や歩行器具は、私の目から見ても極めて稚拙であった。東ドイツ（GDR）が技術援助をしていた。ベトナムでは東ドイツが最高の技術大国だと思われていた。ロシアの技術に比べれば優れていたであろう。

訪問中、ハノイ近郊の Thung Tin Mental Hospital を案内された。所長の Prof Nguyen Dang Dung 医師によると、ここはベトナム北部を管轄する病院である。ベトナム北部最大の精神科病院で500床を持ち患者の7割は統合失調症患者であった。職員は450名で医師は約40名であった。この病院で勤務する医師と話をして気づいたことは、年代により卒後養育の場所が、フランス、ソ連、中国、キューバ、東ドイツと異なることであった。政治に翻弄された精神医学の悲劇を感じた。精神医学の学術雑誌を読みたいが購入する資金がないとの訴えを受けた。

ハノイ大学の精神科教授 Prof Nguen Viet が付き添ってくれて飛行機でハノイからホーチミンへ飛んだ。旧ロシア製の今にも落ちそうな小型機で、昼食はバナナ一本の粗末なものであった。Nguen Viet 教授にとってホーチミン訪問は初めての様子であった。

ハノイとホーチミンが微妙な関係にあることに気づいた。戦勝したハノイの住民がホーチミン市に行くのには許可証が必要だが、負けた南ベトナムの人が北に行くのは自由であることであった。ハノイの宿泊先のタングロイホテルには南ベトナムからの観光客がいて奇妙に感じたがその理由が氷解した。ホーチミンの街で、Prof Viet と骨董屋を回って仏像などを見ていると骨董店の店主が私のところにきて、お前と一緒にいるのは北ベトナム人だろう。北ベトナム人がいると商売ができないから、後で一人で来てくれないかといわれた。“ぼる”のが目的かしのれないが、南ベトナムの人々の心の底流に流れる北ベトナムへの敵意の様なもの

を感じた。

ホーチミン市ではベトナム最大の Bien Hoa Hospital を訪問した。19世紀から20世紀にかけて、欧米の列強は、植民地にはじめは自国の精神障害者を、次いで植民地の精神障害者を隔離収容するための施設を作り、次第にそうした施設が巨大化した。Bien Hoa Hospital は旧宗主国であったフランスにより1919年に建設された。南ベトナム政権下で最大の精神科病院になり、多い時には2,100名の患者を収容した。

私が、訪問した時は1,600床、職員690名を抱えるベトナム最大の精神科病院であった。医師は、精神科専門医16名、非専門医37名であった。専門医の不足が最大の問題であった。というのは、サイゴン陥落時に南ベトナムの精神科専門医の多くが亡命した。私は、その後、1994年に帰国し神戸大学に勤務中に、米国で触法精神障害者を収容する専門施設や刑務所を訪問したことがある。その時に、ベトナム出身の精神科医がアメリカ人の医師があまり希望しないこうした施設で働いているのに出会った。

Bien Hoa Hospital は、南ベトナム16省を管轄していた。省により精神科医療資源はまちまちであった。精神科病床を全く持っていない省、精神科診療所のみのある省、総合病院に精神科病床を持っている所もあった。患者の3分の2は統合失調症患者で、700人余りの患者が10年以上入院していた。日本の精神科病院と同様である。Bien Hoa Hospital と各省の精神科施設の間には定期的な交流が行われて、治療の一貫性が保たれる努力がなされていた。

薬物依存者の社会復帰のための School of New Youth が、私の訪問先に含まれていた。

ベトナム戦争時は、サイゴンのヘロイン中毒者は20万人とも50万人とも言われた。ベトナムの統一後は、ヘロイン中毒者は激減した。しかし、リハビリテーションが必要とされる患者は残された。School of New Youth は、サイゴン陥落後、数か月して建設された、麻薬患者のためのリハビリ

リテーション施設である。政権変革後は、麻薬中毒者の大半を占めたヘロイン中毒患者は国外に逃亡したか田舎に帰還した。

私の訪問時の、中毒患者の多くはアヘンの吸引患者であった。School of New Youth を開始以来、私の訪問時までには 9,000 人の患者を治療したと報告された。84%は、16 歳から 35 歳と若い患者が多かった。80%は強制的な入院である。80%は新入で 20%は再発例であった。私の訪問時には 800 名の入所者がいた。プログラムは、離脱治療 1 か月、集団生活と訓練期間 6 か月で、入所者による自律的な、治療的共同体の生活様式が重視されていた。職員は医師一人を含む 35 名であった。

また、ホーチミン市滞在の最後の日には、ベトナム最大の総合病院である Cho-Ray 病院を案内された。予定外のことであった。この病院は、日本政府の援助で南ベトナムのために建設されたが、完成の数か月後にサイゴンが陥落した。病院を回っていると、日本語の話せる看護婦さんがいた。聞いてみると、Cho-ray 病院で働くため、日本の大学病院で数か月研修を受けたとのことであった。脳外科の病棟では、一つのベッドに二人に患者が寝ていた。交通外傷の患者が増えているとのことであった。

所長と脳外科の部長からの面談の申し込みがあった。病院の建設、医療器具はすべて日本製で、古くなったのを修理・交換したいが日本製でないとうまくゆかないという話であった。日本か、あるいは WHO を通しての援助を依頼できないかとのことであった。聞いてみると、赤旗、日本共産党を経由して依頼しているようであった。WHO では対応できないので、日本大使館を通しての公式ルートで要求を行うようにアドバイスをした。少しは役に立ったであろうか。日本人の医者が来るということで、私に頼むのは、よくよく困っていたのであろう。

ホーチミン市から、首都のハノイに帰り、最終日には、ベトナム厚生省において精神衛生を担当する疾病対策部長、国際部部長、担当者、WHO

ハノイ駐在代表、Prof Nguen Viet、Prof Nguyen Dang Dung と各施設訪問の報告、精神保健分野の 1982-1983 年の予算の計画、1984 年度の予算に関して協議を行った。コンサルタントに関してベトナム側は、ソ連邦からの専門家を主張したが、私は地域精神医療政策に詳しいフランスの専門医師を推薦した。話し合いの結果、ベトナム側は、フランスの精神科医を派遣することに同意をした。その後、フランスで地域精神科医療の推進に大きな役割を果たした Prof Pierre Bailly-Salin が、WHO コンサルタントとしてベトナムにおける地域精神科医療に尽力するになる。彼には、ラオスの地域精神医療サービスの整備のコンサルタントもお願いした。私は 在任中 ベトナムには数回、訪問した。サルトリウス部長とも一緒に訪問して、ベトナムにおける地域精神医療の推進に関しての勧告を行った²⁸⁾。

With Vietnamese psychiatrists



図 17 Norman Sartorius 及びベトナムの精神科医と (グラビア)

VII. WHO での二年目、1982 年を終えて

12 月 18 日 ベトナムでの業務を終えて、バンコック経由でマニラに帰り着いた。マニラの街はクリスマスの雰囲気でも盛り上がっていた。夕方には WHO 地域事務局のクリスマスパーティがあり、翌日は WHO 敷地内の芝生で WHO staff children Party があった。

我が家の三名の子供たちも楽しそうに参加した。子供たちもマニラの生活に慣れたようである。1982 年は、2 月のパプアニューギニアに始まり、

5月のジュネーブ、6月の韓国、8月のコペンハーゲン、10月の中国、12月のベトナムと出張が多い年であった。

1982年は、WHOのRAMNHの仕事に必要な、基本的な事柄を学んだ。WHOの職員として仕事を続けたいという気持ちが強くなった。家族にも異論はないようであった。

VIII. WHOでのその後

私はこの後、二年ごとの契約更新を繰り返し、1985年には出向という形で続いていた厚生省を正式に退職して国際公務員としてWHOに勤務することとなった。10年以上にわたり、西太平洋地域の国々での、精神医療の改善、地域精神医療の普及、アルコール問題の予防、麻薬対策などのプログラムを推進した。加盟国からの要請、地域委員会(Regional Committee)での勧告をもとに、事業を企画し、予算を獲得し、訓練、教育、研究などの活動を実行し、評価をするのに熱中した。一つのサイクルには3-4年の年月が必要であった。あっという間に10数年が経過した。充実した年月であった。紙数の関係で、十数年にわたる経験をここで書くことはできないのが残念である²⁹⁾。

1993年には、私が一緒に仕事をしてきたWHO本部部長のNorman SartoriusがWHOを辞職した。当時、WHOの事務総長であった中島宏先生とWHOの精神衛生プログラムに関する方針の相違が原因の一つであった。中島先生は、1988年第4代のWHO事務総長に就任し、五年の任期が終了し、1993年には二期目の再選を目指しての選挙運動中であった。日本政府は支援していたが、WHOの内部では彼の手腕に対しての批判も多かった³⁰⁾。私の立場は難しいものになっていた。

また当時、家族も子供の教育のために帰国しており、ドル建てのWHOの給料でマニラの私の生活と、円高の日本での家族の生活と二つの家計を維持するのが難しくなっていた。帰国を考えるようになった。日本では、国際保健に対する関心が起きて、国際保健学を教える講座の担当者を探す

大学から教授選への立候補を勧められた。1994年5月末で、13年間を過ごしたWHOを退職し、神戸大学医学部医学国際交流センターの疫学及び調査研究部門の教授として帰国した。

私が、医学部を卒業した年は大学紛争が盛んで、私はそれまで大学に勤務したことはなかった。助手も、講師も、助教授の経験もなかった。大学での初めてのポストが教授であった。

自分に勤まるか、何をすればよいのか不安であった。

IX. 終わりに

この原稿を書いている2020年11月は、新型コロナウイルスが世界的に広がり、日本でも千名を超える新規感染者が報告されるようになっている。政府の専門家委員会で活躍されている尾身茂先生、岡部信彦先生、押谷仁先生はWHO西太平洋地域事務局で感染症対策を担当された専門家である。尾身先生は1990年にWPROにポリオ撲滅プログラムの担当者として厚生省から派遣された。WPROでは、私の後輩で一緒によくゴルフをした仲間である。彼は、西太平洋地域からのポリオの撲滅を成功させた。1998年から10年間、WPRO地域事務局長を務められた。新型コロナ対策で、WHOで感染症対策の経験を積まれた日本人専門家が居ることで、日本はどれだけ「救われた」か解らない。

現在、WHOへの日本からの拠出金の額の世界的な割合は少なくなっている。残念な事である。日本政府はWHOをはじめとした国際機関へ、人的財政的支援を増やすべきである。WHOは、国際保健、公衆衛生を学ぶ絶好の職場である。日本の若い先生方にWHOをはじめ、国際機関での就職を選択肢の一つとして考えに入れていただきたい。また、WHOは、医療に関する自分の理想を、大きなスケールで実現できる場所でもある。

私は、日本での病院中心の精神医療体制に疑問を感じていた。WHOの方針に基づき、優れたコンサルタントの助けを借りて、アジアの国々、と

りわけ中国、韓国、ベトナム、ラオスで地域精神医療政策を推進することで、私の理想の一端を実現できたように思う。梃子の原理がある。近いところにおいては力を及ぼすのは難しい。WHOという、国の精神医療の実践から遠いところにいることで、それぞれの国の精神医療政策に影響を及ぼすことができたように思う。

WPROのRA/MNHの私の後任には、しばらくしてメルボルン大学のヘレン・ヘルマン（Helen Herrman）教授が就任された。私の在任中、彼女に、南太平洋諸国における精神医学教育に関してコンサルタントをお願いしていた。彼女は、WHOを経験された後で、世界精神医学会（WPA）の会長を務められた。こうした縁で、私は後ほどWPAの仕事に関わることとなった。

Norman, Helen, Naotaka



図 18 Norman Sartorius 及び私の後任の Helen Herrman と WPRO 事務室（グラビア）

今回、拙文を纏める機会をいただいた仁明会精神医学研究所所長・武田雅俊先生、論文作成に関して貴重な助言をいただいた津谷喜一郎・東京有明国際大学特任教授に深謝する。津谷先生は、WHO 西太平洋地域事務局で伝統医学を担当された同僚である。

記憶をもとに、思い出すままに書いたので独善的なところ、過ちも多いと思われる。ご指摘いただければ幸いです。

文献

- 1) [WHO: Introducing WHO, WHO 1976](#)
- 2) [Clark, D : WHO mental health consultant assignment report to Japan November 1967-February 1968, WPR, 210/68. Manila: WHO Regional Office for the Western Pacific. 1968.](#)
- 3) [Tsong-yi Lin, C.C. Standley: The scope of epidemiology in psychiatry, Public Health papers 16, WHO, Geneva,1962](#)
- 4) [井上新平：林 宗義－20世紀を駆け抜けた巨人－、シリーズ日本の精神医学を築いた人々、臨床精神医学 44-6, 879-883. 2015.](#)
- 5) [World Health Organization: International pilot Study of Schizophrenia, Vol 1. Geneva WHO Offset Publications, No 2.,1974.](#)
- 6) [World Health Organization: :Schizophrenia : A multinational study. Public Health Paper 63. Geneva 1975.](#)
- 7) [Shinfuku N : Report on attendance at the International Conference of the World Federation of Mental Health, 27 July-1 August 1981, WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1981.](#)
- 8) [Shinfuku N: Report on attendance at the WHO meeting on assessment of treatment management of drug dependence,17-21 August 1981, Penang, Malaysia. WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1981.](#)
- 9) [Shinfuku N : Report on attendance at the WHO collaborative study on strategies for extending mental health care, 7-11 September 1981, Geneve, Switzerland. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1981.](#)
- 10) [WHO expert committee on Mental Health: Organization of Mental Health Services in developing countries, WHO Technical](#)

- Report Serie No 564, WHO Geneva 1975.
- 11) Shinfuku N: Report on attendance at the Study group on mental health care in developing countries, a critical appraisal of evaluative research findings, 15-21 September 1981, Geneva, Switzerland. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1981.
 - 12) WHO Study Group : Mental Health care in developing countries : a critical appraisal of research findings. WHO Technical Report Series 698, WHO Geneva, 1984.
 - 13) Shinfuku N: Report on attendance at the fourth meeting of the Global Coordinating group for the Mental Health Programme, 22-28 October 1981, New Delhi, India. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1981.
 - 14) Shinfuku N. Kalicinski K : Report on attendance at the National Seminar on Child Mental Health 23 November-5 December 1981, Nanjing, China. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982.
 - 15) Tsung-yi Lin : Assignment report on Strengthening of mental health curricula in medical schools. People's Republic of China. 24-31 October 1981 and 20-25 November 1981. Manila, the Philippines. 1982.
 - 16) Tsung-yi Lin.: Field visit to the People's Republic of China. Report. 21-24 June 1982 and 4-5 July 1982. Manila, the Philippines. 1982.
 - 17) Shinfuku N: Field visit to Papua New Guinea, 19 February-3 March 1982, Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982
 - 18) Burton-Bradley B G: Stone age crisis, Psychiatric Appraisal, Vanderbilt University Press, Nashville, Tennessee, U.S.A. 1975
 - 19) 萩野恒一 訳石器時代の危機 星和書店 1979
 - 20) Burton-Bradley B G : A history of medicine in Papua New Guinea, Australasian Medical Publishing Company Limited, 1990
 - 21) Marshall M: Through a glass darkly: Beer and modernization in Papua New Guinea. Institute of Applied Social and Economic Research, Boroko, Papua New Guinea. National Library of Australia, 1982
 - 22) Shinfuku N: Report on attendance at the Technical Discussion, 35th World Health Assembly, Alcohol consumption and alcohol-related problems: development of national policies and programmes, 6-7 May 1982, Geneva, Switzerland. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982.
 - 23) Shinfuku N: Field visit to the Republic of Korea, 8-22 June 1982. Assignment Report. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982.
 - 24) Sasaki Y: Assignment Report to the Republic of Korea. Mental Health epidemiology. 30 January-28 February 1983, Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines 1983.
 - 25) Shinfuku N, Han S T: Notes on attendance at the consolidating meeting for the medium-term program for the objectives 8, 9 and 10 of the Seventh General Program of Work, 30 August-3 September 1982, Copenhagen, Denmark. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982.
 - 26) Shinfuku N: Report on attendance at the National seminar on mental health in general health care, 11-23 October 1982, Chengdu, China. Report WHO Western

Pacific Region, Manila, the Philippines. 1982.

- 26) 新福尚隆：WHO 精神衛生プログラムと中国における精神医療の展開、特集・中国における精神医学と精神医療、日中医学、2002.5: Vol17. No 1, page 7-12
- 27) Shinfuku N: Assignment report on the Field visit to Viet Nam. 7-18 December 1982. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. WHO Manila 1983.
- 28) Shinfuku N: Report on a field Visit to Viet Nam, in French, 25 March-3 April 1985. Report WHO Western Pacific Region, Manila, the Philippines. 1985.
- 29) 新福尚隆：1988年（昭和63年）12月 西太平洋地域におけるWHO精神衛生プログラム、精神医学 30（12）、1361-1370 頁
- 30) Tsutani K: Ambivalent View of Japanese over re-election of WHO Director-General. Lancet Vol 341, April 24, 1993.
津谷喜一路：WHO 事務総長再選に対する日本人のアンビバレントな見方、ランセット日本語版、1993年8月号 88 ページ

総説

アルツハイマー病アミロイド β のプリオン様伝播の可能性について

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰

抄録

近年、パーキンソン病における α -シヌクレイン、アルツハイマー病のアミロイド β やリン酸化タウなどがプリオン様性格を示すことが明らかにされている。これらのタンパクが培養細胞の間、あるいは遺伝子組み換えマウスにおける個体間で伝播することも知られている。ヒトにおけるアミロイド β の個体間での伝播に関しては、低身長に対する下垂体成長ホルモン投与、硬膜移植などによる医原性クロイツフェルド・ヤコブ病において、長期間の潜伏期のあとに認められたことが報告されている。これは、医原性CJDに付随しておこったことであるが、アミロイド β の伝播性を示すものとして、その意味するところはきわめて大きい。ただ、プリオン病がアルツハイマー型病変を引き起こす可能性も指摘されており、この場合のアミロイド伝播の意味については、なお慎重な判断が必要である。しかし、今後、万一にも医原性のアルツハイマー病が生じないように十分な対策がなされねばならない。

Abstract

Mounting evidence indicates prion-like properties of amyloid β , like seeding, aggregation, fiber-formation, cell-to-cell transmission, and transmission in animals. In contrast to prion disease, there is no distinct evidence of transmission of Alzheimer's disease in humans. The only studies, suggesting the possibilities of amyloid transmission in human, were neuropathologies in the cases of iatrogenic CJD with amyloidosis, induced by administration of contaminated cadaveric growth hormone or dura mater graft. However, according to the recent reports, comorbidity of prion disease and cerebral amyloidosis is not unusual, and prion itself could induce accumulation of amyloid β in animals. Therefore, we have to be cautious to draw conclusion that amyloidosis in iatrogenic CJD is an evidence of transmission of Alzheimer pathology in humans.

Even so, the possibility of amyloid transmission in humans is not negligible. Proper precaution is necessary to reduce the possible risk of iatrogenic Alzheimer's disease in the future.

Key words: アミロイド β 、プリオン様タンパク、個体間伝播、医原性プリオン病、アルツハイマー病プリオン仮説
amyloid β , prion-like protein, transmission, iatrogenic prion disease, prion hypothesis of Alzheimer's disease

I. はじめに

近年、多くの神経変性疾患(パーキンソン病、ハンチントン病、筋萎縮性側索硬化症など)が、タンパク質の異常な折りたたみ(ミスフォールディング)によるものであることが知られるようになり、

原因タンパクも次第に明らかとなった。シーディング、アミロイド形成、培養神経細胞における細胞間伝播や実験動物における個体間の伝播(感染性)など、多くの点でプリオンと共通の特徴があることが知られている。

タンパク・ミスフォールディングによって発症するとされるアルツハイマー病におけるアミロイド β やタウもプリオンと同様の性質を持つことが明らかになっている(プリオン仮説)。しかし、今まで、アルツハイマー病がヒトにおいて個体間伝

Possibility of Prion-like Transmission of Amyloid β in Alzheimer's Disease
Koho MIYOSHI, MD, PhD
Jinmeikai Research Institute for Mental Health, 4-31,
Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan. 662-0864

播(感染)があったとの報告はない。ただ、その可能性をうかがわせるものとしては、アミロイド β に関する伝播の可能性を示すものとして、下垂体抽出成長ホルモン、硬膜移植、外科手術などによる医原性クロイツフェルト・ヤコブ病(iatrogenic CJD: 医原性 CJD)において脳実質および血管壁のアミロイド β の沈着があったとの報告がある。これは、変性してシードとなったアミロイド β が何らかの経路で、ある個体に侵入した場合に、長い潜伏期間を経て、プリオン様の機序によって発症する可能性を意味している。これは、医原性 CJD に合併したアミロイド変性に限定しておこった事象であるかも知れないが、きわめて注目されるべきことである。

本稿では、最近報告されたアミロイド β のプリオン様の性質に関する知見を展望し、そのうちでも、とくに、その伝播性についての考察を行うものとする。

II. アミロイド β の伝播

1. ヒトにおける伝播

1959年から1985年まで、低身長に対する治療として、死後脳の下垂体抽出成長ホルモンが投与されていた。世界で1846人の小児がその治療を受けたとされるが、そのなかにのちに、医原性 CJD を発症した症例があった。この製剤のなかに、プリオンに汚染されていたものがあったためとされている。後には、硬膜移植、角膜移植、手術器具、検査器具の汚染によるものも報告された。

このような医原性 CJD において、脳内アミロイド蓄積(老人斑、アミロイド血管症)がみられる症例があった²⁷⁾。年齢は36 - 51歳と若く、潜伏期間は、平均33年で、後に、問題の成長ホルモンのバイアルからアミロイド β が検出され、それが、実験動物に伝播性を示すことも明らかとなった。その後、硬膜移植による医原性 CJD でも同様のアミロイド蓄積がみられたとの報告^{5,10,16,23,33,26)}がなされたが、その硬膜でもアミロイド β による汚染が証明された³³⁾。さらには、原因として外科手術の器

具の汚染が疑われる例^{28,17)}もある。ほとんどの例で、神経原線維変化は認められていないが、まれに神経原線維変化を伴った例も知られている^{10,13,48)}。その一方で、下垂体ホルモン投与例で、医原性 CJD の病変がみられないのに、アミロイド血管症や、老人斑(アミロイド斑)が認められたとの報告もある⁴⁸⁾。

死後脳の下垂体ホルモンの残されたバイアル⁴⁶⁾や硬膜³³⁾から、アミロイド β が検出されたとの報告があり、このような医原性 CJD におけるアミロイド病変の生成の直接の原因となった可能性は高い。

今日まで、このような医原性 CJD に関連したアミロイド β の伝播に関してはいくつかのまとまった報告がなされている^{10,13,17,29,36,48)}が、アルツハイマー病そのものが、ヒトの個体間で伝播したという報告はない。

2. 霊長類における伝播

チンパンジー、リスザル、クモザルなどへの孤発性アルツハイマー病脳ホモジネートの脳内接種ではアミロイド β の伝播はみられなかったが、家族性アルツハイマー脳接種では、18匹のうちの2匹において海綿状脳症がみられたとの報告がある²⁰⁾。一方、マーモセットによる脳内接種実験では、高頻度でアミロイド β 蓄積(プラーク、アミロイド血管症)が認められたと報告されている^{4,47)}。

3. 遺伝子組み替えマウスにおける伝播

実験動物における脳内接種でのアミロイド β の個体間伝播は、遺伝子組み替えマウスのようなアミロイド β が出現する可能性のある個体に限っており、野生型マウスでは成功されていない⁴⁴⁾。

遺伝子組替えマウス(APP-Tg)マウス(生後3ヶ月)の脳内にヒト・アルツハイマー病脳ホモジネートを1回接種することにより、5ヶ月後に老人斑様の変化と血管アミロイド病変がみられたとの報告がなされた³⁰⁾。しかし、野生型マウスでは病変がみられなかったことから、ホストとなる側

の個体の要因の関わりも大きいと考えられた。

その後、“遺伝子組換えマウス脳のホモジネート³⁹⁾”や“合成アミロイド β ”⁵³⁾、または“アルツハイマー病脳³⁹⁾”を遺伝子組換えマウス(APP23, CRND8)の脳内に接種”によって脳アミロイドーシスを認めたとの報告がなされた⁵³⁾。

また、ヒトの家族性アルツハイマー病の脳組織を、遺伝子組み換えマウス脳に接種することによって、継代伝播することが認められている⁶³⁾。

個体間伝播は脳内接種のみでなく、腹腔内接種や静脈注射によっても認められることが明らかにされた。ヒト・アルツハイマー病脳や遺伝子組換えマウス(APP-Tg)脳のホモジネートを遺伝子組換えマウス(APP23T)腹腔内に接種すると脳内接種と同様にアミロイド沈着の伝播がみられるが、発症は7ヶ月と遅れること、口腔、静脈、眼球、鼻腔などに接種しても発症しないことが明らかにされた¹⁰⁾、さらに腹腔内接種では、1ヶ月後には血液、肝臓、脾臓のマクロファージに認められ、その後、脳内に出現し、血管周囲にアミロイドのクラスターを形成することも報告された¹⁴⁾。また、静脈注射でもヒト・死後脳から遺伝子組み換えマウス(APP/PS1)への伝播がみられるが病変の形成は180日後、脳血管アミロイドーシスのかたちをとるとされた⁹⁾。

Ⅲ. 神経組織内での拡散

アミロイド β は、アミロイド前駆体タンパクからの生成過程からみても、神経細胞の外において蓄積されるのが自然である。実際、老人斑や血管のアミロイド変性は、神経細胞外の基質 neuropil において認められる。しかし、アミロイド β のオリゴマーは神経細胞内にも存在するし、軸索において順行、逆行性の輸送がなされる⁸⁾。

培養神経細胞においては、多くはシナプスの部分において細胞間の伝播が行われる^{42, 60)}が、それは、主として、アミロイド β のオリゴマーが、細胞内小胞(エンドソーム)に取り込まれ、細胞外にて細胞外小胞(エクソソーム)に包まれて、伝播す

る他の神経細胞の細胞膜を貫通して侵入するという機序によってなされる。フリーに細胞外に存在するアミロイド β オリゴマーが神経細胞の膜を貫通することもあるし、ナノチューブと呼ばれる細胞間に存在する通路を介する伝播もある。また、一部は、アミロイド β のシードを取り込んだマクロファージによって運ばれる。

細胞間伝播においてミクログリアの役割も注目されている。ミクログリアは蓄積したアミロイド β を貪食し処理する³¹⁾が、その一方で、ミクログリアから分泌されるアポトーシスに関連するタンパクが、アミロイド β 蓄積を促進させるとされている⁶⁰⁾。

Ⅳ. アミロイド β とは？

1. アミロイド β の生成

アミロイド β は、細胞膜受容体として正常に存在するアミロイド前駆体タンパク(amyloid precursor protein, APP)が、 β セクレターゼ、 γ セクレターゼによって切断され、40あるいは42アミノ酸からなるペプチドとなったものである。

アミロイド前駆体タンパク(APP)には、APP695, APP751, APP770, APP714, APP563の5種のアイソフォーム isoform がある。脳内で最も多いのは、695個のアミノ酸からなるAPP695であり、主として神経細胞において形成される^{11,45)}。APP751, APP770, APP563, は末梢細胞や血小板で形成されるが、そのなかにKunitz型のセリンプロテアーゼ阻害物質をコードするドメインがある¹⁾。そして、老人斑、血中、髄液には、タンパク分解酵素阻害物質である α_1 アンチキモトリプシンが存在することが知られている。

アミロイド前駆体タンパクは、まず、 β セクレターゼ(BACE 1)によってsAPP β (N末端側の細胞外ドメイン)とC99(C末端側の99アミノ酸断片)に分解され、後者はさらに γ セクレターゼによって38残基と43残基の間で切断されアミロイド β とAICD(膜貫通部分)に分解する^{11,45)}。

アミロイド β の部分が、 α セクレターゼで切断

されるとあるアミロイド β の部分が切断されて sAPP α (N末端側の細胞外ドメイン)と C83(C末端側の 83 アミノ酸の断片)になるという経路もある。これは、さらに C83は、 γ -セクレターゼによって P3 ペプチドと CTF(C末端断片)となる。この場合には、アミロイド β は形成されない。

アミロイド β はアミノ酸残基 40(A β 1 - 40)のものが最も多い。42 残基(A β 1 - 42)のものもあるが、これは凝集をおこしやすい。

2. アミロイド β の凝集と線維形成

アミロイド前駆体タンパク質より産生されたアミロイド β ・モノマーの 2 ~ 3 個が凝集し、オリゴマーとなる。さらに凝集は進行して、プロトフィブリルなどの中間体が形成される。アミロイド β は、神経細胞膜の GM1 ガングリオシドと結合することによって β シート構造が多くなり不溶性となり、これがシード(鋳型)となって可溶性アミロイド β を不溶性アミロイド β に変換し、アミロイド β の重合がなされるとされている⁶⁵⁾。その結果、最終的には巨大なアミロイド線維(PHF)が形成される³⁸⁾。

核磁気共鳴分光法(NMR spectroscopy)による検索では、アミロイド β ・ペプチド(1-40)は、15 - 36 残基の C-末端部分に α -ヘリックス構造をもち、25 - 27 残基の部分に屈曲点 kink をもつものの、1-14 残基の部分は棒状で無構造であって水溶性であるとされる¹²⁾。冷凍電子顕微鏡によって β -アミロイド(1-42)の立体構造は明らかにされている²¹⁾。モノマーは LS 型に配列した 42 個のアミノ酸から成り立っており、アミロイド線維の軸と直角に交わる平面に配列している。これが重層をなして 1 本のプロトフィラメントを形成するが、このようにして形成された 2 本のプロトフィラメントがジッパーのように絡み合っただけで結合しアミロイド線維となる。幅 10-15nm, 長さ数 μ m の針状構造である。

3. 変性したアミロイド β の処理

変性したタンパク質(アミロイド β 、リン酸化タ

ウ、 α -シヌクレインなど)は、本来は、タンパク質処理機構によって適切に分解処理され無害な存在となるが、蓄積する異常タンパク質の量は、その産生と除去のバランスによって決定される。

不要タンパク質の処理は、細胞内外におけるプロテアーゼで分解されるプロセスが一般的であるが、そのほか、ユビキチン-プロテアソーム系(ubiquitin-proteasome system: UPS)や、シャペロン・タンパクが、変性したタンパク質を正常に戻すのに関わるタンパク質品質管理システム、オートファジー・リソソーム系(autophagy-lysosome pathway; ALP)がある。このような変性タンパクの処理機構が障害されると異常タンパク質が蓄積することになる。

アミロイド前駆体タンパクのなかにプロテアーゼ阻害作用をもつ構造が組み込まれているものがある¹⁾が、これがアルツハイマー病の老人斑の形態の形成に関わっている可能性がある。タンパク質分解酵素であるロイペプチンや α -アンチキモトリプシンをラット脳内に持続投与することにより、神経軸索の膨化・変性と神経細胞内のセロイド・リポフスチンの過剰沈着、さらにはアミロイド様の線維形成など老人斑で認められる変性像が出現する^{54,55,56)}。

V. アルツハイマー病とアミロイド β

1. アミロイド仮説

アルツハイマー病におけるアミロイド β に関連する脳病変は、老人斑 senile plaques (amyloid plaques) とアミロイド血管症(amyloid angiopathy)である。

老人斑(アミロイド斑)は、主として大脳皮質、海馬や皮質下諸核においてみられる円形または花冠状の構造物である。中心に核(コア、実はアミロイド)があり、その周辺にやや疎な部分があり、その周りを密な組織(変性した神経突起やグリア)が取り囲んでいる。

アミロイド β は、アルツハイマー病の特徴的な病変のひとつ老人斑の形成に関わるアミロイドの成分となるペプチドである。細胞外で形成され遊離

したアミロイド β は、急速に分解される。しかし加齢あるいは病的な状態(ミトコンドリア異常、過酸化、炎症など)において分解能力が低下すると、神経組織に蓄積する。蓄積したアミロイド β 、ことにオリゴマーは神経毒となって、神経細胞死や神経変性を引き起こす。

このようなアミロイド β の蓄積は、タウの蓄積と共にアルツハイマー病の重要なプロセスである。アルツハイマー病では、アミロイド蓄積が主要な病変とするのがアミロイド仮説(amyloid hypothesis)^{46,51)}であり、アミロイド β の蓄積が先行し、それが、タウの病理の引き金になるというのがアミロイド・カスケード仮説(amyloid cascade hypothesis)である^{50,24)}。

家族性アルツハイマー病においてアミロイド前駆体タンパクの点突然変異が明らかにされているが、これはアミロイド β の過剰産生につながる。また、アポリポタンパク E の遺伝子型(APOE)のうちAPOE4をもつことは、孤発性アルツハイマー病の発症を早めたり、頻度を高めたりする危険因子であるが、この場合もアミロイド β の蓄積を促進するためとされている。

最近では、APOE4保有者では、シクロフィリンA(CypA)-マトリックスメタロプロテアーゼ9(MMP9)経路の脳脊髄液中の早期活性化が引き起こされることによって血液脳関門を破壊されることが、認知機能の低下の原因であると考えられ、APOE4と β -アミロイドやタウとの直接的な関連はないとする報告もある⁴⁴⁾。しかしAPOE4とアミロイド β (さらにはタウ)の増加とアルツハイマー病の早期発症との関係はアルツハイマー病のアミロイド仮説にとってはなお重要な根拠のひとつである。

2. アミロイド β 病変の進行のパターン

アミロイド β の蓄積は、神経細胞の胞体や神経突起ではなく、細胞外(基質)において認められる。タウほどには病変の進行に神経細胞間の伝播を推測させるような、特定のパターンは見られないも

の、それでも、まず前頭葉眼窩脳や側頭葉底面から始まった変化は新皮質全域に拡散し、続いて海馬、中脳、脳幹、小脳に及ぶという一定の傾向がある²⁾。

3. リン酸化タウとの関係

アルツハイマー病では、アミロイド β の蓄積による老人斑とともに、リン酸化タウからなる神経原線維変化が病理診断の標識となる。アルツハイマー病におけるタウは、3R-タウと4R-タウから成り立っている。リン酸化タウの蓄積はアミロイド β と関連しているとされており^{6,24,52,57,59)}、アミロイド β が炎症やシナプスの障害を引き起こし、それがタウのクロスシーディングの原因となる可能性も考えられている。また、APPがタウの変性と関連するとする報告もある²⁵⁾。

アルツハイマー病においてタウ蓄積は、青斑核にはじまり、皮質下神経核(上縫線核、前脳基底核の大細胞核、視床下部の結節乳頭核など脳幹部に拡がり、さらに神経細胞間の伝達によって内嗅皮質、海馬に及び、さらに大脳新皮質に拡がるとされている²⁾。この拡散のパターンは繋がった神経細胞間の伝播を示すものと考えられている。

VI. プリオンとの類似性

1. プリオン病

今日、ヒトにおける個体間の伝播があることが明確にされている神経変性疾患は、プリオン病のみである。プリオン病とは、クル、CJD(孤発性、遺伝性、医原性、変異性)、ゲルストマン・ストロイスラー・シャインカー病(GSS)、致死性家族性不眠、スクレーピー、ウシ海綿状脳症、伝染性ミンク脳症などである。

プリオンは伝染性タンパクであり、変性して異常なプリオンとなると、細胞内に存在する正常プリオンPrP^cを異常プリオンPrP^{sc}に変換することで増殖する。プリオンは、ほぼ142個のアミノ酸からなるペプチドで、27 - 30個集合してアミロイドを形成する。正常プリオンと異常プリオンは、

構成成分は同じであるが3次構造は異なり、前者は α -ヘリックスが多く、 β -シートが少ないが、後者はその逆で、 β -シートが多くプロテアーゼで分解されない。この構造変化がプリオン病の基本的な事柄である。

ここで注目すべきは、プリオン病では、アルツハイマー病様の病変を合併することはまれでないことである⁵⁸⁾。また、プリオン遺伝子の点突然変異のあるタイプのCJDでは、アミロイド β 沈着(58.3%)、神経突起へのリン酸化タウ沈着(92.3%)、神経原線維変化(38.4%)、レビー小体(15.4%)がみられるとの報告もある³²⁾。このように、プリオン病とアルツハイマー病と関係については、今後解明されるべき謎も大きい。

2. アミロイド β のプリオン仮説

近年、アルツハイマー病、パーキンソン病などの神経変性疾患において、タンパクの変性、立体構造の変化(ミスフォールディング)、異常となったタンパクが鋳型(シード)となって正常のタンパクを異常なものに変換(シードイング)、不溶化、凝集、線維化、アミロイド線維の形成、細胞間の伝播(transmission)などが生ずるというプリオン病と類似の現象がみられることが明らかになっている^{40,49,61,62,63)}。

また多系統萎縮症、前頭側頭葉変性症、皮質基底核変性症、進行性核上性麻痺、運動ニューロン病を伴う前頭側頭葉変性症、ハンチントン病、筋萎縮性側索硬化症、歯状核赤核淡蒼球ルイ体萎縮症などでは、異常タンパクの立体構造の変化が、線維構造物の蓄積をきたすことが知られている。そのため、これらの疾患は、タンパク・ミスフォールディング病、コンフォーメーション病、タンパク病などと呼ばれて、プリオン病との共通点が注目されている。

しかし、プリオン病は、異常プリオン PrP^{sc} を原因とする特定の疾患であり、仮に他の神経変性疾患にプリオン病と類似した特徴があるといっても、それは、あくまで異なった疾患である。その

ため、原因となるプリオン以外の異常タンパクを、プリオノイド prionoid²⁾、プリオン様タンパク Prion-like protein、プロパゴン Propagon³⁴⁾と呼ぶことがある。

3. アルツハイマー病の個体間伝播(感染)の可能性はあるか?

プリオン様性質をもつ変性タンパクがヒトにおける個体間伝播の可能性があるというのはいかなることを意味するものであろうか。

正常のプリオンタンパクは、何かの原因で変性し、3次構造に β シートを含む不溶性の異常タンパクとなると、それが鋳型となり、正常のプリオンをつぎつぎと異常なものに変換して行く。そして不溶化し、線維形成が行われ、蓄積して病変が形成される。もし、このプリオンタンパクが、何らかの経路で他の個体に侵入した場合には、その個体において、同様のプロセスが生じて発症に至る。これがプリオンによる個体間伝播である。

問題となる医原性 CJD の事例において、死後脳の下垂体ホルモンの残されたバイアル⁴⁶⁾や硬膜³³⁾から、アミロイド β が検出されたとの報告があることから、汚染の原因となった個体(ドナー)が、“アミロイド病変をともなったプリオン病”であった可能性はある。この場合、アミロイド β 病変を合併することの多い点突然変異のみられるプリオン(例えば、M129V,E200K など)の関わりも考慮する必要がある。また、近年、プリオン病でしばしばアルツハイマー型病変を伴うことが明らかになっている^{43,58)}、プリオン自体が細胞内のアミロイド β と結合して、エクソソームに取り込まれて分泌され易い形に変化することで、アミロイド β の蓄積をおこす引き金になるとさえ考えられている²²⁾。もし、プリオン感染がアミロイド β の蓄積を促進するのであれば、医原性に感染した個体においてプリオン病が発症した後に、アミロイド β 病変が形成(あるいは増強)される可能性もある。いずれにせよ、これがアルツハイマー病そのものの伝播であると結論づけるのは、いますこし慎重であるべきであ

と思われる。

ヒトにおけるアルツハイマー病そのものの伝播は報告されていないが、アミロイド β の個体間伝播に限定すれば、すでに述べたように、その可能性はある^{3,18,29,33,36}。最近の研究では、アミロイド β のプリオンに類似した性質についてのデータは蓄積している。今後、この領域での研究の展開によっては、個体間伝播を防ぐために、移植治療はもとより、輸血、手術器具、検査器具の汚染などあらゆる経路でのアミロイド β の侵入を防ぐ必要があるということになるかも知れない。

文献

- 1) [Abraham CR, Selkoe DJ, Potter H: Immunochemical identification of the serine protease inhibitor \$\alpha\$ 1-antichymotrypsin in the brain amyloid deposits of Alzheimer's disease. Cell, 52, 487-501, 1988](#)
- 2) [Aguzzi A, Rajendran L: The transcellular spread of cytosolic amyloids, prions, and prionoids. Neuron. 64, 783-790, 2009](#)
- 3) [Asher DM, Belay E, Bigio E, et al.: Risk of transmissibility from neurodegenerative disease-associated proteins. Experimental known and unknowns. J Neuropath Exp Neurol 79, 1141-1146, 2020](#)
- 4) [Baker HF, Ridley RM, Duchon DW, et al.: Induction of \$\beta\$ \(A4\) -amyloid in primates by injection of Alzheimer's disease brain homogenates. Mol Neurobiol 8, 25-39, 1994](#)
- 5) [Banerjee G, Adams ME, Jaunmuktane Z, et al.: Early onset cerebral amyloid angiopathy following childhood exposure to cadaveric dura. Ann Neurol 85, 284-290, 2019](#)
- 6) [Bolmont T, et al.: Induction of tau pathology by intracerebral infusion of amyloid- \$\beta\$ -containing brain extract and by amyloid- \$\beta\$ -deposition in App x Tau transgenic mice. Am J Path 171, 2012-2020, 2007](#)
- 7) [Braak H, Braak E: Neuropathological staging of Alzheimer-related changes. Acta Neuropath 82, 239-259, 1991](#)
- 8) [Brahic M, Bousset L, Bieri G, et al.: Axonal transport and secretion of fibrillar forms of \$\alpha\$ -synuclein, A \$\beta\$ 42 peptide and HTT Exon1. Acta Neuropathol 131, 539-548, 2016B](#)
- 9) [Bruwinkel M, Lutzenberger M, Heppner FL, et al.: Intravenous injection of \$\beta\$ -amyloid seeds promotes cerebral amyloid angiopathy \(CAA\). Acta Neuropath comm 6, 23, 2018](#)
- 10) [Cali I, Cohen ML, Halk S, et al.: Iatrogenic Creutzfeldt-Jakob disease with amyloid- \$\beta\$ pathology: an international study. Acta Neuropath Commun 6:5, 2018](#)
- 11) [Chen G, Xu T, Yan Y, et al.: Amyloid beta: structure, biology and structure-based therapeutic development. Acta Pharmacol Sinica. 38, 1205-1235, 2017](#)
- 12) [Coles M, Bicknell W, Watson AA, et al.: Solution structure of amyloid beta-peptide \(1-40\) in a water-micelle environment. Is the membrane-spanning domain where we thin it is? Biochemisgry 37, 11064-11077, 1998](#)
- 13) [Duyckaerts C, Sazdovitch V, Ando K, et al.: Neuropathology of iatrogenic Creutzfeldt-Jakob disease and immunoassay of French cadaver-sourced growth hormone batches suggest possible transmission of tauopathy and long incubation periods for the transmission of A \$\beta\$ pathology. Acta Neuropath 135, 201-212, 2018](#)
- 14) [Eisele YS, Obermueller U, Heilbronner G, et al.: Peripherally applied A \$\beta\$ -containing inoculates induce cerebral \$\beta\$ -amyloidosis. Science 330, 980-982, 2010](#)
- 15) [Eisele YS, Fritschi S, Hamaguchi T, et al.:](#)

- [Multiple factors contribute to the peripheral induction of cerebral \$\beta\$ -amyloidosis. *J Neurosci* 34, 10264-10273, 2014](#)
- 16) [Frontzek K, Lutz MI, Aguzzi A, et al.: Amyloid- \$\beta\$ pathology and cerebral amyloid angiopathy are frequent iatrogenic Creutzfeldt-Jakob disease after dural grafting. *Swiss Med Wkly.* 2016. PMID: 26812492](#)
- 17) [Giaccone G, Madena E, Marucci G, et al.: Iatrogenic early onset cerebral amyloid angiopathy 30 years after cerebral trauma with neurosurgery. Vascular amyloid deposits are made up of both A \$\beta\$ 40 and A \$\beta\$ 42. *Acta Neuropath Commun* 7:70.2019. PMID 31046829](#)
- 18) [Gomez-Gutierrez R, Morales R:The prion-like phenomenon in Alzheimer's disease. Evidence of pathology transmission in humans. *PLOS Pathogens*.16 \(10\) :e1009494 \(2020\)](#)
- 19) [Gotz J, et al.:Formation of neurofibrillary tangles in P301L tau transgenic mice induced by A \$\beta\$ 42 fibrils. *Science* 293, 1491-1495, 2001](#)
- 20) [Goudsmit J, Morrow GH, Asher DM, et al.: Evidence for and against the transmissibility of Alzheimer's disease. *Neurology* 30, 945-950, 1980](#)
- 21) [Gremer L, Schoetzel D, Schenk C, et al.:Fibril structure of amyloid- \$\beta\$ \(1-42\) by cryo-electron microscopy. *Science* 358, 116-119, 2017. doi:10.1126/science. aao2825](#)
- 22) [Haigh C: Doubling-down on prion protein function in Alzheimer's disease. *Science Translational Med* 03 Jul 2019. doi:10.1126/scitransmed. aay3567 \(2019\)](#)
- 23) [Hamaguchi T, Taniguchi Y, Sakai K, et al.:Significant association of cadaveric dura mater grafting with subpial A \$\beta\$ deposition and meningeal amyloid angiopathy. *Acta Neuropath* 132, 313-315, 2016](#)
- 24) [Hardy J & Selkoe DJ: Amyloid hypothesis of Alzheimer's disease: progress and problems on the road to therapeutics. *Science* 297, 353-356, 2002](#)
- 25) [Hasegawa M: Molecular mechanisms in the pathogenesis of Alzheimer's disease and tauopathies-prion-like seeded aggregation and phosphorylation. *Biomolecules*: doi. 10.3390/biom6020024. 2016. 6, 24](#)
- 26) [Herve D, Porche M, Cabrejo L, et al.: Fatal A \$\beta\$ cerebral amyloid angiopathy 4 decades after a dural graft at the age of 2 years. *Acta Neuropath* 135, 801-803, 2018](#)
- 27) [Jaunmuktane Z, Mead S, Ellis M, et al.: Evidence for human transmission of amyloid- \$\beta\$ pathology and cerebral amyloid angiopathy. *Nature* 525, 247-250, 2015](#)
- 28) [Jaunmuktane Z, Quaegebeur A, Taipa R, et al.: Evidence of amyloid- \$\beta\$ cerebral amyloid angiopathy transmission through neurosurgery. *Acta Neuropath* 135, 671-679, 2018](#)
- 29) [Jaunmuktane Z, Brandner S: The role of prion-like mechanisms in neurodegenerative diseases. *Neuropath appl Neurobiol* 46, 522-545, 2020](#)
- 30) [Kane MD, et al.: Evidence for seeding of \$\beta\$ -amyloid by intracerebral infusion of Alzheimer brain extracts in \$\beta\$ -amyloid precursor protein-transgenic mice. *J Neurosci* 20, 3606-3611, 2000](#)
- 31) [Keren-Shaul H, et al.: A unique microglia type associated with restricting development of Alzheimer's disease. *Cell* 169, 1276-1290, 2017](#)
- 32) [Kovacs GG, Seguin J, Quadrio I,](#)

- [Hoftberger R, et al. Genetic Creutzfeldt-Jakob disease associated with the E200K mutation: characterization of a complex proteinopathy. *Acta Neuropathol* 121:39-57. 2011](#)
- 33) [Kovacs GG, Lutz M, Ricken G, et al.:Dura mater is a potential source of A \$\beta\$ seeds. *Acta Neuropath* 131, 911-923, 2016](#)
- 34) [Kovacs GG, Rahimi J, Strobel T, et al. Tau pathology in Creutzfeldt-Jakob disease revisited. *Brain Pathol* 2016; PMID: 27377321](#)
- 35) [Kovacs GG:Can Creutzfeldt-Jakob disease unravel the mysteries of Alzheimer? *Prion* 10, 369-376, 2016](#)
- 36) [Lauwers E, Lalli G, Brandner S, et al.: Potential human transmission of amyloid \$\beta\$ pathology. surveillance and risks.*Lancet Neurol.* 19, 872-878, 2020](#)
- 37) [Matsubara T, Yasumori H, Ito K, et al.: Amyloid- \$\beta\$ fibrils assembled on ganglioside-enriched membranes contain both parallel \$\beta\$ -sheets and turns. *J Biol Chem* 293, 14146-14154, 2018](#)
- 38) [Matsuzaki K: How do membranes initiate Alzheimer's disease? Formation of toxic amyloid fibrils by the amyloid \$\beta\$ —protein on ganglioside clusters. *Acc. Chem Res* 47, 2397-2404, 2014](#)
- 39) [Meyer-Luehmann M, et al. Exogenous induction of cerebral \$\beta\$ -amyloidogenesis is governed by agent and host. *Science*313, 1781-1784, 2006](#)
- 40) [三好功峰：パーキンソン病のタンパク質ミスフォールディングとプリオン仮説。仁明会精神医学雑誌 18, 72-83, 2020](#)
- 41) [Montagne A, Nation DA, et al.: APOE4 leads to blood-brain barrier dysfunction predicting cognitive decline. *Nature* 581, 71-76, 2020](#)
- 42) [Nath S, Agholme L, Kurudenkandy FR, et al.: Spreading of neurodegenerative pathology via neuron-to-neuron transmission of beta-amyloid. *J Neurosci* 32, 8767-8777, 2012](#)
- 43) [Parovkova E, Zee Jvd, Dillen L, et al.: Sporadic Creutzfeldt-Jakob disease and other proteinopathies in comorbidity. *Front Neurol.* doi.org/10.3389/fneur.2020.59618 \(2020\)](#)
- 44) [Peng C, Trojanowski JO, Lee VMY: Protein transmission in neurodegenerative disease. *Nature Reviews Neurology* 16, 199-212, 2020](#)
- 45) [Penke B, Bogerr F, Fuelleop L: \$\beta\$ -amyloid and the pathomechanisms of Alzheimer's disease.A comprehensive view. *Molecules* 22, 1692; doi:10.3390/molecules22101692 \(2017\)](#)
- 46) [Purro SA, Farrow MA, Linehan J, et al.: Transmission of amyloid- \$\beta\$ protein pathology from cadaveric pituitary growth hormone. *Nature* 564, 415-419, 2018](#)
- 47) [Ridley RM, Baker HF, Windle CP, et al.:Very long term studies of the seeding of \$\beta\$ -amyloidosis in primates. *J Neurol Transm* 113, 1243-1251, 2006](#)
- 48) [Ritchie DL, Adlard P, Peden AH, et al.:Amyloid- \$\beta\$ accumulation in the CNS in human growth hormone recipients in the UK.*Acta Neuropath* 134, 221-240, 2017](#)
- 49) [Ruiz-Riquelme A, Lau HHC, Stuart E, et al.:Prion-like propagation of \$\beta\$ -amyloid aggregates in the absence of APP overexpression. *Acta Neuropath Comm* 6:26. doi.org/10.1186/ s40478-018-0529-x \(2018\)](#)
- 50) [Selkoe DJ:The molecular pathology of Alzheimer's disease. *Neuron* 6, 487-498,](#)

- 1991
- 51) [Selkoe DJ, Hardy J: The amyloid hypothesis of Alzheimer's disease at 25 years. EMBO Mol Med 8, 595-608, 2016](#)
- 52) [Sepulcre J, et al.: In vivo tau, amyloid, and gray matter profiles in the aging brain. J Neurosci 36, 7364-7374, 2016](#)
- 53) [Stohr J, Watts JC, Mensinger ZL, et al.: Purified and synthetic Alzheimer's amyloid beta \(A \$\beta\$ \) prions. Proc Natl Acad Sci USA 109, 11025-11030, 2012](#)
- 54) [Takauchi S, Miyoshi K: Degeneration of neuronal processes in rats induced by a protease inhibitor, leupeptin. Acta Neuropath 78, 380-387, 1989](#)
- 55) [Takauchi S, Miyoshi K: Cytoskeletal changes in rat cortical neurons induced by long-term intraventricular infusion of leupeptin. Acta Neuropath 89, 8-16, 1995](#)
- 56) [Takauchi S, Ikegami S, Miyoshi K: Neurofibrillary change in rat brain as a long-term effect by intraventricular infusion of protease inhibitor, leupeptin. In: Nicolini M, Zatta PF, Corain B \(eds.\) Alzheimer's disease and related disorders. pp.323-324, Selected communications. Pergamon Press, 1993](#)
- 57) [Therriault J, Benedet AL, Pascoal TA, et al.: APOE \$\epsilon\$ 4 potentiates the relationship between amyloid- \$\beta\$ and tau pathologies. Mol Psychiat doi.org/10.1038/s41380-020-0688-6 \(2020\)](#)
- 58) [Tousseyn T, Bajsarowicz K, Sanchez H, et al. Prion Disease Induces Alzheimer Disease-Like Neuropathologic Changes. J Neuropathol Exp Neurol 74:873-88, 2015](#)
- 59) [Vasconcelos B, et al.: Heterotypic seeding of Tau fibrillization by pre-aggregated A \$\beta\$ provides potent seeds for prion-like seeding and propagation of Tau-pathology in vivo. Acta Neuropath 131, 549-569, 2016](#)
- 60) [Venegas C, Kumar S, Franklin BS, et al: Microglia-derived ASC specks cross-seed amyloid- \$\beta\$ in Alzheimer's disease. Nature 552, 355-361, 2017](#)
- 61) [Walker LC, Schelle J, Jucker M: The prion-like properties of amyloid- \$\beta\$ assemblies. Implications for Alzheimer's disease. Cold Spring Harb Perspect Med. Doi:10.1101/cshperspect.a024398](#)
- 62) [Walker LC: Prion-like mechanisms in Alzheimer disease. Hndb Clin Neurol 153, 303-319, 2018](#)
- 63) [Watts JC, Condello C, Stohr J, et al.: Serial propagation of distinct strains of A \$\beta\$ prions from Alzheimer's disease patients. Proc Natl Acad Sci USA 111, 10323-10328, 2014](#)
- 64) [Watts JE, Prusiner SB: \$\beta\$ -amyloid prions and the pathology of Alzheimer's disease. Cold Spring Harb Perspect Med 2018;8: a023507 \(2018\)](#)
- 65) [Yanagisawa K, Odaka A, Suzuki N: GM1 ganglioside-bound amyloid \$\beta\$ -protein \(A \$\beta\$ \). A possible form of preamyloid in Alzheimer's disease. Nature Med 1, 1062-1066, 1995](#)

総説

中枢神経系および全身性疾患における大脳白質病変の臨床的意義 Ⅱ. 大脳白質の組織病理と生理機能、および加齢と大脳白質病変について

医療法人桂信会 羽原病院、一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 江原嵩
医療法人甲風会 有馬温泉病院 河上靖登
医療法人桂信会 羽原病院 羽原由恵

抄録

大脳は、大脳皮質と大脳深部神経核群に位置している神経細胞、両神経細胞体からの軸索と樹状突起の神経線維、樹状突起上の受容体に接続するグリア細胞のアストロサイト、内頸動脈と椎骨動脈から分岐する小動脈と微細静脈の脳小血管などで構成されている。なかでも、頭蓋内容積の約1/2以上の体積を占めるアストロサイトの線維は白色をしており、神経線維が存在する大脳皮質下と深部神経核群の周囲に存在し、各々、大脳皮質下白質および側脳室周囲白質と呼ばれている。しかるに、前頭葉・側頭葉・頭頂葉・後頭葉に分類されている大脳皮質の生理機能は、出生直後からの膨大な量の経験・学習・動作・思考などを記憶保持し、「一人の人間、すなわち『個人や人柄』」を形成している。一方、深部神経核群は、主に運動機能を司る錐体外路系を構成しており、両神経細胞体よりの神経線維は相互に連絡して「大脳皮質⇔他部位の大脳皮質⇔深部神経核群→脳幹→脊髄→末梢器官」の「神経伝達機構」を形成しており、『その個人』の総合的判断により行為が遂行される。それゆえ、大脳白質の一部分に微小な損傷・病変が発生した場合でも、神経ネットワーク機構は複数個所、および広範囲での作動不良状態に陥り、「非系統的 disorganized、白質統合性異常 loss of white matter integrity、不統合性 integrity disruptions」などと呼ばれる「大脳皮質局在論」に合致しない、すなわち本邦では「高次機能障害」と呼ばれている神経心理症候が発症する。

このような神経ネットワーク機構に関する膨大な臨床研究の中でも、各種の認知症や中枢神経系疾患などにおける頭部MRI脳拡散テンソル画像による神経ネットワーク機構の可視化と機能状況の数値化に基づく研究に期待が寄せられているのが現状であろう。

Abstract

The cerebral white matter is divided the subcortical white matter with the periventricular white matter. The cerebral white matter is composed of nerve fibers from nerve cells in the cerebral cortex, neuronal fibers from cerebral deep nuclear groups, various receptors connecting these neural fibers, and glial cells adjacent to the capillaries for nutrition and excretion of unnecessary products. Neuronal transmission is based on the neuronal network composed of nerve cells in the individual part of cerebral cortex and cerebral deep nuclear, and glial cells. Therefore, it is supposed that a spot of damage in neuronal network can take effect of tremendous affliction to the entire function of the system leading to high brain dysfunction, such as neuronal symptom, psychological abnormality, memory disturbance, and cognitive impairment simultaneously.

Key words: 大脳白質病変、大脳加齢性変化、神経ネットワーク機構、白質統合性異常、高次脳機能障害、頭部MRI脳テンソル画。

Leukoaraiosis, Aging Alteration of brain, Neuronal network mechanism, loss of white matter integrity, Clinical symptoms, Higher brain dysfunction.

Leukoaraiosis in Alzheimer's Disease. II. Alteration of Neural Network Mechanism by leukoaraiosis. Takashi EBARA, MD, PhD¹⁾³⁾, Yasuto KAWAKAMI²⁾, Yoshie HABARA¹⁾

1) Habara Byouin, 2) Arima Onsen Byouin, 3) Jinmeikai Research Institute for Mental Health

1) 〒598-0046 Department of Neurology, Habara Byouin, Osakafu Izumisano-shi 1-1-4.

TEL 072-466-3881. Fax 072-465-4001.

I. はじめに

大脳白質病変 leukoaraiosis は、大脳皮質下の白質と大脳深部の側脳室周囲に位置する深部白質において、死後剖検脳組織病理標本および頭部 MRI や CT などの脳形態画像に認められる加齢性(生理的)あるいは病的な所見であり、臨床医学の領域では“leukoaraiosis”¹⁰⁾¹⁵⁾²⁶⁾、脳組織病理学の領域では“white matter lesion”²³⁾³⁶⁾、頭部 MRI や CT などの脳形態画像の領域では“white matter hyperintensity”⁹⁾¹⁰⁾¹⁴⁾³⁰⁾⁴⁸⁾と呼ばれている⁹⁾¹⁰⁾¹⁴⁾³⁰⁾⁴⁸⁾。そして、大脳皮質(灰白質)は主に神経細胞体で構成されているのに対し、大脳皮質下白質は大脳皮質の神経細胞体からの神経線維(軸索と樹状突起)、大脳深部白質(側脳室周囲白質)は大脳深部神経核群の神経細胞体からの神経線維に加えて、微細な動脈と静脈¹⁹⁾⁴⁰⁾⁴²⁾、および大脳体積の約 1/2 以上を占めるグリア細胞 glia cell(神経膠細胞)のアストロサイト astrocyte から構成されている⁴⁰⁾。

しかるに、大脳白質病変と臨床症候の関係については、繰り返す脳卒中様発作や階段状増悪の進行経過をとる時もあるが、全経過においては難治性高血圧が発症に関与しており、緩徐進行性増悪の経過をとる脳血管性疾患であり、軽度の記憶障害と認知機能障害、および種々の重症度の自発性低下と抑うつ状態などの神経心理症候、加えて軽度の仮性球麻痺 pseudobulbar paralysis・錐体外路症状・パーキンソン症候群・小刻み歩行・歩行障害(易転倒性)・巧緻運動障害 elaborate movement disorder(運動拙劣症 clumsy)などの多彩な神経症候を示すピンスワンガー病 Binswanger disease 症例の死後剖検脳組織病理標本に「白質病変」として認められていた所見であることより、臨床的には Hachinski VC. (1986年)¹⁵⁾による“leukoaraiosis”の呼称が一般的に用いられている¹⁰⁾²⁶⁾。加えて、大脳皮質の損傷部位と臨床症候の関係については、限局性の頭部外傷や脳血管障害などの症例において「大脳皮質局在論」と題する幾多の研究が蓄積されている⁴⁰⁾。

II. 大脳白質病変とは

大脳白質の生理機能については、大脳皮質と大脳深部神経核群の各神経細胞 neuron を結ぶ神経伝達路、すなわち①大脳皮質各部位の神経細胞を相互に結ぶ神経伝達路、②大脳皮質各部位の神経細胞と大脳深部神経核群の神経細胞を結ぶ一方向性および双方向性の神経伝達路、③大脳深部神経核群内の各神経細胞を相互に結ぶ神経伝達路、④大脳深部神経核群の各神経細胞→脊髄→末梢器官を結ぶ神経伝達路、すなわち「神経ネットワーク機構 neural network mechanism, cerebral network mechanism, connectivity」として機能していると考えられ⁴⁰⁾、近年では死後剖検脳組織病理研究のみならず頭部 MRI や SPECT single photon emission CT などの脳形態画像検査や脳機能画像検査の分野からも多彩な研究結果が報告されている¹⁶⁾²⁹⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾。

その結果、大脳白質病変を示す疾患は、種々の原因による認知症・中枢神経系の変性疾患・脳血管障害・種々の遺伝性脳小血管病³¹⁾・頭部外傷²⁷⁾²⁸⁾³⁸⁾・各種の脳炎・低酸素脳症・一酸化炭素中毒症などの大脳への直接的侵襲により発症する疾患のみならず、糖尿病・慢性腎機能障害・慢性心不全・橋本病・免疫異常疾患・後天的免疫(機能)不全症候群 acquired immunodeficiency syndrome (AIDS 症候群、HIV 脳症)・中枢神経系梅毒などの全身性疾患、および統合失調症・感情障害(うつ病)などの機能性精神障害 functional psychosis・強迫性障害 obsessive compulsive disorder や、さらには慢性腎不全における慢性人工腎臓透析療法 chronic hemodialysis treatment¹²⁾などの多岐にわたっている。

III. 大脳白質の組織病理

1. 大脳の皮質と白質の構造

大脳皮質と大脳深部神経核群の神経細胞体と神経線維の軸索・樹状突起で構成されている神経細胞 neuron は、膨大な数の受容体で相互に接続しており、一方向性あるいは双方向性での情報伝達に携わっている⁴⁰⁾。しかるに、大脳皮質に限局的

な外傷性損傷を受けたヒトに見られる神経症候と神経心理症候、および大脳皮質損傷の動物モデルにおける行動変化などを基盤にした「大脳皮質局在論」の研究が、第一次世界大戦(1914～1918年)前後に飛躍的に発展した。そして、大脳皮質領域は、運動連合野(前頭葉)・運動野(中心前回)・体性感覚野(中心後回)・頭頂感覚野(上頭頂回)・視覚領野(後頭葉)などに分類・同定され⁴⁰⁾、前頭葉・頭頂葉・側頭葉などの大脳皮質領野と脳幹網様体・視床・線条体・基底核・上丘などの大脳深部神経核群を相互に連絡する神経回路網、あるいは神経伝達路(神経ネットワーク機構)を構成する組織が、大脳皮質下の「大脳皮質下白質」と側脳室周囲に存在する「大脳深部白質」あるいは「側脳室周囲白質」であると、Hachinski VC(1986年)¹⁵⁾以後に大略的ではあるが考えられるようになった²⁶⁾⁴⁰⁾。

それゆえ、両大脳白質に病変・損傷が発症した状態、すなわち神経ネットワーク機構に形態的・機能的な障害が発症した状態では、複数個所あるいは広範囲の大脳皮質における神経細胞の機能異常に加えて、複数の大脳深部神経核群の機能異常としての臨床症候が発症すると大略的に考えることができる。また、最近では頭部MRI脳機能画像検査の拡散テンソル画像diffusion tensor imaging、すなわち「大脳白質内の神経線維束の走行に沿った水分子の流れの方向性と拡散度」の画像化と自動解析による数値化により、大脳白質における神経線維束の走行方向と拡散の範囲、すなわち神経ネットワーク機構の伝達経路と伝達範囲の解明の研究が精力的に行われている¹⁶⁾²⁹⁾³⁹⁾⁴⁷⁾⁴⁸⁾。しかし、神経ネットワーク機構は複雑・膨大・全脳的な伝達路であるが故に、大脳皮質の個々の微細な部位と大脳深部神経核群の個々の神経細胞の相互伝達における細胞群単位での始起部-伝達路-到達部、すなわち神経ネットワーク機構の目視的同定は研究の緒に就いた現状であろう。

2. 死後剖検脳にみられる大脳白質病変の組織病理所見

中枢神経疾患の既往歴のない高齢者や、アルツ

ハイマー病を代表とする神経変性疾患の症例などにおける死後剖検脳組織病理標本に見られる皮質下白質と側脳室周囲白質の組織病理研究では、その病変は①両白質の粗鬆化・グリア細胞の瀰漫性変化・グリア細胞の異常増殖(神経膠症グリオシス gliosis)・髄鞘と軸索の変性と、②小動脈の硬化と数的減少・小動脈と微細静脈(毛細血管後静脈)の蛇行・血管周囲腔 perivascular space (Virchow-Robin 腔)の拡大、および微細静脈壁の肥厚・ラクナ梗塞(穿通枝の狭窄や閉塞)などに大別できる⁸⁾。そして、かかる小動脈と微細静脈における異常所見は、慢性血流障害(慢性虚血状態)や脳血液関門 blood-brain barrier の機能障害を惹起させる可能性を示唆している⁸⁾¹⁷⁾¹⁹⁾³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾。

すなわち、①大脳皮質と大脳深部神経核群の神経細胞体を起源とする軸索や樹状突起などから成る神経細胞 neuron の病理変化と、②小動脈と微細静脈の狭窄などの形態と機能の変化による慢性虚血性病変の混在である。但し、脳神経細胞、とりわけ神経線維における死後変化の進行は極めて速く、死後脳組織病理標本の観察時には、①基礎疾患による神経細胞の変性と②脳小血管病 cerebral small vessel disease 由来の病変が混在する白質病変になっているために、①神経細胞の変性所見と②脳小血管病由来の変性所見の先行発生順位は定かではない。なお、上述の小動脈と微細静脈における病変は「脳小血管病あるいは脳小血管症」と呼称されており、脳小動脈-毛細血管-微細静脈(毛細血管後静脈)の小径血管における異常を意味している¹⁷⁾¹⁹⁾²⁰⁾³¹⁾。

しかるに、前述のように大脳白質病変は極めて多彩な疾患において認められる疾患非特異的所見であるために、大脳白質病変の全身性疾患続発性あるいは中枢神経疾患原発性かの臨床的解釈においては、全身性基礎疾患による大脳白質への汚染的影響 contamination を考慮・除外する必要があると考えられる。そのためには、大脳のみへの単一発症原因により惹起された大脳白質病変を対象とした検討が適切であろう。

そして、この条件を満たす脳疾患には、とりわけ心身強靱に鍛えたスポーツ選手において発症した大脳白質病変の死後剖検脳組織病理研究などが最適であろう。すなわち、頻回かつ重度の頭部打撲を経験するボクシング・アメリカンフットボール・ラグビー・レスリング・アイスホッケーなどのスポーツ選手では、頭部打撲による脳震盪 *concussion* の発症頻度が極めて高く、かかる対象者における頭部 MRI 脳形態画像検査と死後剖検脳組織病理研究により、瀰漫性軸索損傷 *diffuse axonal injury* の概念に基づいた大脳白質病変と臨床症候の発症機序に関する数多くの研究がある²⁷⁾²⁸⁾³⁸⁾。その結果、脳震盪の臨床経過においては、頭部外傷受傷直後の意識障害を主症状とする「瀰漫性軸索損傷の急性期(脳震盪)」と、急性期からの回復過程においてパーキンソン症候群や歩行失調などの神経症候と記憶障害・認知機能障害・感情障害・人格変化などの神経心理症候が認められる「瀰漫性軸索損傷の慢性期 *chronic traumatic encephalopathy*」に分類されているが²⁷⁾²⁸⁾、慢性期の瀰漫性軸索損傷では脳形態画像検査と死後脳組織病理所見において大脳白質病変が高頻度に認められている²⁷⁾²⁸⁾³⁸⁾。そして、大脳白質病変の発症範囲は急性期より慢性期で拡大し、神経線維(軸索)の断裂と数적減少、白質の形態保持と機能維持に携わるグリア細胞のアストロサイトの瀰漫性増加(神経膠症 *gliosis*)、大脳皮髄境界組織の断裂や解離、神経線維の粗鬆化などに加えて、慢性期では「脳小血管病 *cerebral small vessel disease*」を示唆する小血管周囲組織の粗鬆化と⁷⁾⁸⁾²⁷⁾²⁸⁾、アルツハイマー病の診断に不可欠な神経原繊維変化と老人斑の出現も報告されている⁷⁾⁸⁾²⁷⁾²⁸⁾。

なお、瀰漫性軸索損傷に伴う大脳白質病変による臨床症候の発症機序については、①瀰漫性軸索損傷、②脳虚血、③脳出血、④脳浮腫、⑤神経伝達障害、⑥毒性物質 *toxic substance* などが考察されている²²⁾。また、急性期での頭部 MRI 脳形態画像検査と死後剖検脳においては、硬膜下血腫や大脳皮質と白質での小出血、とりわけ大脳内側

硬膜に接する部位における点状小出血が見られる症例も多い²⁸⁾。すなわち、脳震盪の急性期から慢性期に至る過程において、大脳深部白質病変の発症を意味する軸索の瀰漫性断裂(変性)と数적減少、白質内でのアストロサイトの瀰漫性増加(神経膠症)、および脳小血管周囲組織の粗鬆化が認められ、上述のような不可逆性臨床症候を含む脳震盪(瀰漫性軸索損傷)慢性期に至ると考えられている²⁷⁾²⁸⁾³⁸⁾。

IV. 加齢と大脳白質病変

ヒト頭蓋内臓器のごく一部、すなわち性腺刺激ホルモンの分泌や毛髪・皮膚の黒褐色化などに携わるメラニンの合成臓器である松果体 *pineal body* を除くと、頭蓋内の大部分の組織や臓器は出生直後より急速に発育・増大化し、40～50歳を過ぎると退化・萎縮が始まる経過を示す。すなわち、初老期以降の大多数の健常者高齢者においては、加齢性変化としての脳萎縮と脳機能低下に由来する臨床症候、すなわち歩行障害・易転倒性・巧緻運動障害などの軽微な神経症候や、記憶力減退(短期記憶障害)、抽象的や総合的な概念の理解能力低下や自己能力の評価ミスなどの認知機能障害、抑うつ・無気力・好褥・活動性減退などの心理症候が軽度ではあるが認められるようになる。

1. 大脳の加齢性変化

健常者における加齢に伴う大脳の体積と重量の変化については、死後剖検脳における実計測法と、頭部 MRI 脳形態画像の 1.5 テスラ T1 連続矢状断面画像における *voxel-based morphometry* などによる自動画像解析計測法で調べられている⁴⁸⁾。

とりわけ大脳の加齢性形態変化についての死後剖検脳組織病理研究の歴史は長く、①全大脳や大脳の灰白質と白質の重量を指標とした研究と、②神経細胞の加齢性変化についての顕鏡的研究などが蓄積されてきた。その結果の概略は、米国在住の健常者では 50～60 歳までは比較的に一定した経過で増大し、男性では平均 $1.320 \pm 77.9\text{g}$ 、女性では平均 $1.213 \pm 91.8\text{g}$ の最大脳重量に成長す

る³⁵⁾。また、脳内に病的異常所見のない本邦の高齢者における加齢性変化については、大脳重量は75歳頃から低下し始め、85歳以上では年間数%の優位な低下率を示し、側頭葉内側の海馬での顕著な重量低下が報告されている³⁵⁾³⁷⁾。加えて、本邦成人男性の脳重量は1,300g～1,400g、同女性の脳重量は1,200g～1,300gであり、20～40歳代をピークとして減少するが、前頭葉・側頭葉・頭頂葉での加齢性萎縮の程度は大きく、後頭葉と大脳深部の扁桃核・海馬・視床での加齢性萎縮は少ないが、尾状核・被殻・前章体・淡蒼球を合わせた基底核では加齢性萎縮が明確であるとされている²⁰⁾。また、85歳以上では65～85歳に比して脳重量は優位に軽量化しており、男性では前頭葉と側頭葉の皮質で減少し、女性では海馬・頭頂葉・後頭葉側の皮質で減少しているとの報告もある³⁷⁾。なお、大脳白質の加齢性変化については、皮質の加齢性萎縮の進行性拡大に比べると軽微であり、大脳白質は50歳までは重量増加を示し、以降は前頭葉の皮質下白質から重量減少が始まるとされている²⁰⁾。

頭部MRI脳形態画像におけるVoxel-based specific regional analysis systemによる海馬体積の自動解析での加齢性変化については、萎縮所見は50歳頃までは少ないが、50歳を過ぎると萎縮の進行は早くなるとされている⁴³⁾。同解析法による大脳体積の計測においては、大脳皮質は30～70歳では年間9%の減少率であり、50歳を過ぎると年間7%の減少率であるとされている³²⁾。また、地域住民1,600人における頭部MRI脳形態画像による頭蓋内容積に占める灰白質体積の割合は、20歳での55%を最高値とし、以降は1年間あたり0.45%の割合で減少するとされている。

一方、大脳白質の対頭蓋内容積比は20歳では35%であり、最高値を示す50歳までの増加率は年間0.35%とごく少なく、最高値となった50歳以降は減少するとの報告もある³⁵⁾³⁷⁾。なお、脳ドッグ1,674人における頭部MRI脳形態画像による大脳白質病変の加齢に伴う大脳白質病変の発症率調

査では、20歳代0%、30歳代1.4%、40歳代4.2%、50歳代20.9%、60歳代42.6%、70歳代73.9%であり、加齢に伴う大脳白質病変の発症率の上昇は明らかである²³⁾³²⁾。

なお、側脳室外側に位置する神経細胞体と神経線維が多い大脳基底核辺縁系では「加齢性変化は少ない」との報告があり²⁰⁾²³⁾、脳形態画像に見られる側脳室拡大の所見は、原因疾患の確定はできなくとも「明らかな異常」を示唆する所見との考え方が一般的である。

このように、大脳皮質の重量と体積の減少は加齢に伴って高度化し、大脳白質病変の発症頻度と体積増加が加齢に伴って高度化する経過は、「明確かつ非回避的である」と考えられる。そして、大脳体積の減少が顕著な脳部位は、男性では前頭葉と側頭葉の灰白質(大脳皮質神経細胞)、女性では海馬・頭頂葉・側頭葉の灰白質を挙げる報告が多い³²⁾³⁴⁾³⁶⁾。なお、アルツハイマー型認知症者と健常高齢者における海馬萎縮の加齢性変化の比較では、健常高齢者では明らかに軽度であり、両者の鑑別指標として臨床診療でも用いられている⁴³⁾。

健常者における頭部MRI脳形態画像による大脳白質の加齢に伴う重量変化については、50歳までは増加するが、それ以降は年間7%の重量減少の経過が報告されている³⁶⁾。そして、死後剖検脳病理検索による大脳灰白質の萎縮が強い脳部位は、前頭葉・側頭葉・頭頂葉などの大脳皮質の神経細胞であり、前頭葉皮質下白質での萎縮は広範囲ではあるが進行は緩徐で、灰白質よりも萎縮程度は少ないとの報告もある²⁰⁾。また、健常高齢者における頭部MRI脳形態画像による大脳白質病変面積の加齢性経過については、大脳白質病変の総面積は3年間で39.6%増加し、癒合傾向のある白質病変の総面積の増加速度は速いが、孤立性白質病変の総面積の経年的増加は認められず、両白質病変の発症機序における相違や、白質病変を来す非疾患的原因の違いに由来する可能性が考察されている³⁰⁾。

このように、健常高齢者における大脳白質病変は加齢に伴って面積・体積ともに増加する傾向に

ある。ちなみに、①健常高齢者、②アルツハイマー型認知症者、③脳血管性認知症者の3群における頭部MRI脳形態画像による大脳白質病変の体積比較では、アルツハイマー型認知症者では健常高齢者の2倍、脳血管性認知症者では健常高齢者の16倍の大きさであり、3者ともに前頭葉と頭頂葉で大脳白質病変が目立つとされている¹⁴⁾。すなわち、健常高齢者にも認められる大脳白質病変の体積は、アルツハイマー病性および脳血管性の認知症者に比べて明らかに少ない。

2. 大脳の加齢性変化に悪影響を及ぼす因子

治療の有無・治療の有効性・疾患の予後を問わず、一旦拡大した大脳白質病変の経過・予後については多数の報告がある。すなわち、頭部MRI脳形態画像による側脳室周囲白質病変の3年間の経過観察では、白質病変の拡大は39.6%の症例において認められ³⁰⁾、拡大因子には高年齢・喫煙・脳小血管病・高血圧症・糖尿病・高脂血症・肥満・ラクナ梗塞の存在・慢性心不全・慢性腎機能不全および慢性人工腎臓透析療法などが挙げられている⁴⁾⁶⁾¹²⁾¹⁶⁾¹⁹⁾²¹⁾。なお、大脳白質病変は健常高齢者の大多数にも認められると共に、大脳白質病変の拡大因子は脳小血管病・脳血管障害・アルツハイマー型認知症・脳血管性認知症などにおける発症・再発・増悪の危険因子とも共通している。それゆえ、アルツハイマー型認知症の発症機序の一つに脳小血管病が注目されている一要因ともなっている⁴⁾⁶⁾⁸⁾¹⁹⁾³¹⁾³⁹⁾⁴²⁾⁴⁷⁾。

3. 超高齢者の脳神経組織病理

大脳神経組織の生理的および病的な変化としての大脳皮質萎縮や大脳白質病変が加齢に伴って高度化し、アルツハイマー病などの中枢神経変性疾患に類似する死後剖検脳組織病理検索や脳形態画像検査における異常所見に発展・増悪し、強いてはアルツハイマー型認知症に至る可能性については一考に値するであろう。

しかるに、「加齢性大脳病変から認知症や神経変

性疾患への発展」の可能性を否定する極めて貴重な「超高齢者」の死後脳組織病理所見についての報告がなされている³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾。すなわち、100～110歳の百寿者 centenarian や110歳以上の超百寿者 supercentenarian における死後剖検脳組織病理研究では、超百寿者の女性12症例における脳重量はやや軽く、老人斑と神経原繊維変化のアルツハイマー病性変化は認められるが、その数量はアルツハイマー病と診断し得ない程度の少量である¹⁾³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾。すなわち、アミロイドβの沈着により惹起される老人斑は、海馬が位置する側頭葉内側に認められるが、アミロイドβ沈着の程度と老人斑の数量はアルツハイマー病における脳内分布の経過分類(表1)⁵⁾⁹⁾に重ね合わせると軽度である。また、リン酸化タウの沈着による神経原繊維変化も海馬と嗅内野に認められるが、リン酸化タウの沈着程度と神経原繊維変化の数量はアルツハイマー病における脳内分布の経過分類(表2)⁹⁾⁴¹⁾に比べて少ない¹⁾³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾⁴¹⁾。

なお、死後脳剖検がなされた100歳以上の症例においては、脳血管障害・脳腫瘍・アルツハイマー病などの組織病理所見を併せ持つ症例は少なく、その原因については、かかる脳疾患を併せ持つ症例では100歳以上の生存者が極めて稀であることが考察されている³⁴⁾。

表1 アルツハイマー病における老人班が拡大する経過と部位

第I期：新皮質への沈着から始まる。
第II期：嗅内野、海馬支脚、海馬CA1とCA3などの不統皮質。
第III期：視床、視床下部、線条体、前脳基底部コリン作動性神経。
第IV期：脳幹の神経核。
第V期：小脳。

文献5)より表化した文献9)より引用。

表2 アルツハイマー病における神経原繊維変化が拡大する部位と臨床症候

Stage I-II：嗅内野、海馬。	無症候期。
Stage III-IV：視床、線条体、辺縁系、脳幹など。	認知症の症状が起り始める。
Stage IV-VI：新皮質、小脳へ広がっていく。	明らかな認知症の症状を示す。

文献41)より表化した文献9)より引用。

V. 大脳白質の生理機能、神経ネットワークについて

大脳皮質と大脳深部神経核群に存在する数的表現が不可能に膨大な数量の神経細胞は、いずれも神経細胞体と神経線維(軸索と樹状突起)で構成されており、グリア細胞などと接している⁴⁰⁾。そして、各々の神経細胞は樹状突起に存在する複数の受容体で相互に接続しており、一方向性あるいは双方向性での情報伝達に携わっている。しかるに、大脳皮質の部位別機能については、極めて多くの頭部外傷者が発生した第一次世界大戦(1914～1918年)頃に発展した運動性失語症の「ブローカ Broca 中枢」や運動野の「ブロードマン Brodmann 〇〇野」などの「大脳皮質局在論」⁴⁰⁾に従って、発症している神経症候や神経心理症候などの臨床症候から大脳皮質の障害部位の推測が可能となり、現在においても医学教育と神経内科や脳神経外科の診療現場では重宝されている。

しかるに、大脳皮質(灰白質)は「大脳皮質局在論」に見られるように、運動連合野(前頭葉)・運動野(中心前回)・体性感覚野(中心後回)・頭頂感覚野(上頭頂回)・視覚領野(後頭葉)などに分類されているが⁴⁰⁾、かかる生理機能が異なる各大脳皮質の神経細胞 neuron を相互に連絡する神経伝達路を構成する組織が大脳皮質下に存在する「大脳皮質下白質」である。また、大脳皮質の神経細胞と大脳深部神経核群の神経細胞とを連絡する神経伝達路が「大脳深部白質(側脳室周囲白質)」とされており、かかる神経伝達路は「神経ネットワーク機構」と総称されている⁴⁰⁾。

そして、頭部 MRI や CT 脳形態画像検査機器と画像解析プログラムの目覚ましい開発・進歩により、脳形態画像に大脳白質病変を認める種々の疾患や症例にあっては、大脳皮質各部位の障害に基づいた「大脳皮質局在論」に合致しない臨床症候を示すアルツハイマー型認知症や中枢神経変性疾患の症例をはじめ、中枢神経疾患以外の全身性疾患や慢性人工腎臓透析療法⁴²⁾などの症例が多々存在することより、大脳白質は多種多様な機能に分化・

特化されている①前頭葉・側頭葉・頭頂葉・後頭葉などの大脳皮質神経細胞の相互伝達路、②大脳皮質の神経細胞と錐体路や錐体外路を形成する大脳深部神経核群の神経細胞との相互伝達路、③大脳深部神経核群→脳幹→脊髄→末梢器官の伝達路、すなわち「中枢神経系の複数の神経伝達路が同時に機能障害に陥っている」あるいは「神経ネットワーク機構が機能障害に陥っている」と考えられるようになった。

すなわち、かかる広範囲かつ多様な機能に携わっている「神経ネットワーク機構」としての機能を担う大脳白質に障害が発症すると、例えば部分的・微細な障害であっても、複数の大脳皮質間の相互伝達路や大脳皮質—大脳深部神経細胞群の伝達路が、極めて多くの個所で広範囲かつ同時に障害を受けている状態になる。その結果、「神経ネットワーク機構」の病変や障害にあっては、単独および単一の神経症候や神経心理症候の発症は極めて稀であり、「複数の神経症候と神経心理症候が『錯綜した・同時発症した・相互干渉した』非系統的 disorganized」との言語的表現が該当する「白質統合性異常 integrity disruptions」の臨床症状が惹起されると考えられる¹⁶⁾³⁹⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾。すなわち、頭部 MRI テンソル画像と心理検査の結果より、「前視床放線や上縦束などの前頭葉に投射する白質繊維の障害は、高齢者における思考機能と運動機能の総合的判断で行われる歩行遂行において、動作遂行と歩行速度の低下を発症させる」との表現での考察もなされている²⁹⁾。

このように、「大脳白質病変は、神経ネットワーク機構崩壊の視覚的現場である。」と換言できるであろう。しかし、その現場は微細な大脳白質病変の場合や、神経細胞が微細であるが故に、障害された神経細胞と健常な神経細胞との境界は不明確であり、頭部 MRI 脳形態画像でも「神経ネットワーク機構の全貌」は確定不能であった。しかし、近年、頭部 MRI 脳機能画像検査の拡散テンソル強調画像 diffusion tensor imaging による「大脳白質における神経線維の走行方向と走行速度(力強さ)」の目視

が可能となり、多数症例における「脳障害部位(病巣部位)、神経伝達方向と強弱、臨床症候の関連」の研究に期待が寄せられている¹⁶⁾³⁹⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾。

一方、上述のような機能障害にある大脳神経ネットワーク機構のもとで発症した特徴ある臨床症候、すなわち表3に一覧提示されている臨床症候は(表3)⁴⁵⁾、本邦では「高次脳機能障害 higher brain dysfunction」、英語圏の諸外国では「認知症に伴う行動と心理症候 behavioral and psychological symptoms of dementia」と呼称されている運動機能障害(神経症候)と認知機能障害を含む神経心理症候の錯綜・混淆した、あるいは同時発症している神経心理症候であり、ごく最近に用いられる用語に換言するならば「白質統合性異常 integrity disruptions」の臨床症状であろう⁹⁾³⁹⁾⁴⁵⁾。

なお、神経細胞の樹状突起に分布している神経受容体の神経伝達機能については、ノルアドレナリン(NA) noradrenalin・ドパミン(DA) dopamine・セロトニン(5HT) serotonin・アセチルコリン(Ach) acetylcholine・ギャバ(GABA) γ -aminobutyric acidなどの神経伝達物質が、興奮性あるいは抑制性に作用している化学的神経伝達が周知されている⁴⁰⁾。加えて、頭部外傷による脳損傷 brain damageの発症要素に、瀰漫性軸索損傷・脳虚血・脳出血・脳浮腫と並んで「毒性物質 toxic substance」が挙げられているが²²⁾、毒性物質とはタウ蛋白やアミロイド β 蛋白のみならず、上述のグリア細胞のアストロサイト内にある神経伝達物質の枯渇や過剰供給も含めた急性～亜急性の分泌異常と理解できる。この様に、大脳白質病変の発症による神経ネットワーク機構の損傷は、神経細胞の形態的および組織病理的な異常のみならず、生化学的な機能異常によっても惹起されると考えられる。なお、大脳体積の約1/2を占め、大脳白質を構成しているグリア細胞のアストロサイトは、①脳組織の構造保持、②毛細血管と神経線維の接続、③神経伝達物質などの貯蔵と供給、④毒性物質の産生と排泄に携わっているが、 β アミロイド蛋白などの不必要物質を脳脊髄液に排泄する「脳血液関門」の機能

にも携わっている¹⁷⁾¹⁹⁾²⁵⁾⁴⁰⁾。それゆえ、アストロサイトの損傷は大脳白質病変発症への悪影響がとりわけ大きいと考えられる。

VI. 大脳白質病変との関係が推測できる臨床症候

アルツハイマー型認知症では「神経症候の発症はない、稀である。」とも言われているが、大脳白質病変を伴っている疾患・状態においては、前述のように複数の神経症候と神経心理症候が非系統的・錯綜・混淆した臨床症候が発症する可能性が極めて高い⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾。しかるに、大脳皮質と大脳深部神経核群の両神経細胞に変性病変が発症し、神経症候と神経心理症候(心理状態)が同時に影響しあつた臨床症候を呈する中枢神経変性疾患の一つに「大脳皮質基底核変性 corticobasal degeneration」を掲げることができる。

すなわち、大脳皮質基底核変性症は、片側性の場合が多いが、両側の前頭葉と黒質・淡蒼球・視床下部の大脳深部神経核群の両者における神経細胞の変性によって惹起され、抑うつ・活動性減退・認知機能障害・運動性失語症・四肢の失行・他人の手徴候などの大脳皮質障害に由来する臨床徴候に加えて、四肢筋強剛・やや速い動きのジストニア様の不随意運動・動作緩慢・易転倒性・歩行障害などのパーキンソン症候群、すなわち主に錐体外路系の神経症候を同時に呈する神経変性疾患である²⁾³⁾³³⁾⁴⁴⁾⁴⁶⁾。そして、本疾患の30%の症例に認められる「他人の手徴候 alien hand sign」²⁾³⁾とは、病側の前頭葉と反対側の上肢、稀には上下肢に「運動速度が比較的速いジストニア様」の錐体外路系不随意運動に類似した運動で、意図的な動きができない肢節運動失行 limb-kinetic apraxia と呼ばれる症候を示す。すなわち、患者は、既に発症している上肢の運動を健側上肢で押さえて止めようと努力するが止められず、すなわち「止めようと努力する『精神活動の活性化』」が心理的要因となって、更に速く・大きな動作の不随意運動を示す神経心理症候が惹起される。すなわち、深部神経核

群(錐体外路)の病変に由来する不随運動に、前頭葉皮質由来の精神活動の活性化が加わり、不随意運動が増強されることより、高次脳機能障害の臨床症候である⁴⁴⁾⁴⁶⁾。なお、本疾患では、大脳深部神経核群の尾状核・被殻・淡蒼球・扁桃核・前章の総称である大脳基底核、および線条体(尾状核・被殻・淡蒼球・扁桃核)の神経核の総称であり、随意運動機能を調整する生理機能を持つ大脳基底核の尾状核は加齢に伴う萎縮性変化は少ないが、本疾患では、加齢性萎縮の強い被殻と淡蒼球を含む線条体の萎縮が顕著なために、脳形態画像においては側脳室前角の拡大により側脳室面積が顕著に拡大するとされている⁴⁴⁾⁴⁶⁾。

しかるに、56～80歳の大脳皮質基底核変性症の4症例報告では、発症後4年経過の高齢(76歳)女性症例の頭部MRI T2強調画像において、大脳深部白質と両側レンズ核(側脳室外側に位置する基底核の一部である被殻と淡蒼球を指す)に軽度の高信号域(白質病変)を認める報告もあるが⁴⁶⁾、一方では本疾患の頭部MRI脳画像には、大脳皮質萎縮と側脳室拡大は認められるが、「大脳白質病変は目立たない。」との報告や²⁾、大脳白質病変の記載が無い報告もあるように³³⁾、本疾患では大脳白質病変は重要視されていないようである。

また、前頭葉と側頭葉の限局性皮質萎縮、すなわち神経細胞の変性を組織病理的特徴として発症する前頭側頭葉変性症 front-temporal lobar degeneration や⁹⁾¹⁸⁾、大脳後方皮質萎縮症

posterior cortical atrophy を伴うアルツハイマー型認知症⁹⁾²⁴⁾においても、発症初期から神経症候(運動異常)と神経心理症候が錯綜した臨床症状が発症する。すなわち、前頭側頭葉変性症においては、自閉症や軽度の脱抑制・大声・衝動性などの神経心理症候や、常同症 stereotypy・口唇傾向 oral tendency・前頭葉性抵抗症 frontal paratony・スクミ足歩行 frozen gait・歩行障害 gait disturbance などの神経心理症候に修飾された前頭葉の機能障害に由来する神経症候、すなわち高次脳機能障害の「前頭葉性失行 frontal apraxia」⁹⁾¹⁸⁾を呈する症例が極めて多い。大脳後方皮質萎縮症では、視覚からの情報の正しい解釈ができないための行動異常である着衣失行、物品の扱い方が不適切になる観念運動失行の行動異常や単語がスムーズに続かない非流暢性言語などが見られる²⁴⁾。

さらに、「ボクサー脳症 punch-drunk syndrome, boxer encephalopathy」⁷⁾に代表される頭部外傷の反復により発症する「瀰漫性軸索損傷の慢性期」においては、認知症・失見当識・抑うつ・注意障害・感情不安定などの神経心理症候に加えて、前屈姿勢・全身性振戦・スクミ足歩行・抵抗症などのパーキンソン病性神経症候と酷似した前頭葉性失行が発症する場合は極めて多い⁷⁾²⁷⁾²⁸⁾³⁸⁾。

表3に認知症にみられる場合が多い神経心理症候、すなわち日常生活において認められる具体的な高次脳機能障害の臨床症候を一覧とした(表3)⁴⁵⁾。

表3 高次脳機能障害の臨床症候

認知障害	注意・集中力障害, 記憶障害.
	見当識・理解・理論的な考え方・抽象的思考などの障害.
	言語障害(失語症・知能低下に伴う言語の障害). 空間的認知の障害・半側空間無視など.
情緒障害	不安・抑うつ・不穏・焦燥・興奮など.
心理社会的障害	脱抑制(過食・過剰動作・大声), 暴力, 暴言.
	自発性低下, 徘徊・異食などの異常行動.
	周囲の状況に合わせて行動を修正できない. 行動を計画し, 手順に従って作業をすることが困難. 同時に並行した作業ができない.
	人間関係の維持・社会参加・コミュニケーション困難など.

文献 45)の一部を改変して引用。

VII. 考 察

大脳白質は、①「大脳皮質局在論」と呼称されている特異な機能を持つ前頭葉・側頭葉・頭頂葉・後頭葉の各大脳皮質における神経細胞を相互に結ぶ軸索と樹状突起の神経線維、②大脳皮質の神経細胞と主に運動機能に携わる大脳深部神経核群の神経細胞を結ぶ軸索と樹状突起の神経線維、③大脳皮質と大脳深部神経核群の神経細胞体からの樹状突起とグリア細胞のアストロサイトを結ぶ神経伝達受容体、④上述の神経細胞への栄養などの補給と不必要物質の排泄を司る脳小血管などから構成されている¹⁷⁾¹⁹⁾²⁵⁾⁴⁰⁾。すなわち、大脳皮質の各部位が持つ記憶保持・善と悪・協調や憎悪・状況判断・言語的疎通性・表情や態度の意味判断・数字の加減乗除・漢字の書き順や意味などの高度な精神機能と、課題の遂行手順の組み立てと運動・行動・姿勢などを組み合わせての具体的な連続的行動を発生させる大脳深部神経核群の神経細胞、および上述の各組織の構造保持も受け持つアストロサイトから形成されている。そして、思考・感情・記憶・行為の遂行などを司るための情報伝達路でもあり、「神経ネットワーク機構」と呼ばれている⁴⁰⁾。

しかるに、大脳白質の組織病理的構造と生理的機能においては、大脳皮質と大脳深部神経核群の各神経細胞体に端緒を發した軸索と樹状突起の神経線維は、アドレナリンやセロトニンなどの神経伝達物質で作動する多種多様な機能を持つ樹状突起に存在する受容体で相互に接続されている。加えて、大脳白質内の神経線維・受容体・脳微小血管などの構造的安定の保持と、脳微小血管と神経線維を結び神経伝達物質などの貯蔵と供給、酸素や栄養などの必要物質の供給、およびβアミロイド蛋白などの不要物質の排泄に携わる脳血液閥門機構を構成しており¹⁷⁾¹⁹⁾²⁵⁾、大脳体積の約1/2の容積を占める神経線維を持たないグリア細胞のアストロサイトで構成・構造保持がなされている⁴⁰⁾。

かかる組織構造と生理機能を有する大脳白質

が、物理的・化学的・代謝性・感染性・免疫性・遺伝性などの原因により障害を受け、目視できるようになった異常(病的)組織が「大脳白質病変」であり、その現場では、大脳皮質各部位の神経細胞の相互間・大脳皮質の神経細胞と大脳深部神経核群の神経細胞の相互間・大脳深部神経核群の神経細胞の相互間、すなわち大脳皮質⇔大脳皮質⇔大脳深部神経細胞群→脳幹→脊髓→末梢器官などの神経伝達路、すなわち「神経ネットワーク機構」が同時に複数カ所において機能障害に陥り、その結果として「混淆した・纏まりのない・非系統的 disorganized」との言語的表現が可能な「白質統合性異常 integrity disruptions」の神経症候と神経心理症候が重複・錯綜して発症し、自己の意思では制御不能な行動異常や神経症候(不随意運動、常同症、抵抗症など)と、運動緩徐・失行・遂行機能障害・認知機能障害・感情不安定・抑うつ・無気力などの高次脳機能障害と呼ばれる「大脳皮質局在論」⁴⁰⁾に合致しない臨床症候が発症することになる(表3)⁴⁵⁾。

しかるに、最近では神経ネットワーク機構における神経伝達路の可視化と機能状況の数値化を目的として、頭部MRI脳形態画像に大脳白質病変を示す症例において「拡散テンソル画像」による研究が進められている。すなわち、異方性比率 fractional anisotropy (FA 値)と平均拡散度 mean diffusivity (MD 値)より、大脳白質内の神経線維の走行に沿って移動している水分子の流れの拡散・方向・強弱を画像化・数値化し、大脳白質の神経ネットワーク機能の障害部位とその程度、すなわち機能状況を計測する方法であるが、大脳白質病変の発症後は言うまでもなく、大脳白質病変の発症前の機能的減弱状態および脆弱状態にある時期からも計測が可能になっている¹⁰⁾¹⁶⁾²⁹⁾³⁹⁾⁴⁸⁾⁴⁹⁾。加えて、最近の研究報告では、現在用いられている「大脳白質病変の機能障害」の用語に代わって、「大脳白質機能の不統合性」、あるいは「白質統合性異常 loss of white matter integrity」の用語が用いられるようになってきた¹⁶⁾²⁹⁾³⁹⁾⁴⁸⁾。

なお、頭部MRI検査の「拡散テンソル画像」の「テンソル tensor」とは、物理学の力学分野における「力の方向性(ベクトル vector)」の一表現用語であり、「力の方向と同時に生じる『力の量』」の意味でもある。加えて、力学分野では「個体内部の応力やヒズミ」を言い表す用語としても用いられている。そして、頭部MRIの「拡散テンソル画像」においては、上述のように「神経線維束の走行に沿って移動している水分子の流れの拡散性と方向性」を自動解析し、神経線維束における「神経伝達の方向と力の量」を意味する数値を表示しているため、「白質統合性異常」の局在と強さの程度などより「責任病巣の所在部位・大きさ・力量程度」や、関連する神経細胞群と神経ネットワークにおける伝達路が解明される可能性に期待が寄せられている。

「大脳白質病変」の発症原因は、脳震盪(瀰漫性軸索損傷)や脳炎などによる中枢神経への直接的損傷のみならず、高血圧症・糖尿病・不整脈・慢性心不全・慢性腎不全・免疫不全などの全身性疾患や、遺伝性の小血管症、および慢性人工腎臓透析治療¹²⁾などによる脳症 encephalopathy など多種多様である。なお、最近では糖尿病症例の拡散テンソル画像における「大脳白質機能の不統合性」所見と運動異常(神経症候)や認知機能障害の関係についての報告が増加している¹⁶⁾³⁹⁾⁴⁹⁾。

加えて、統合失調症や感情障害(うつ病)などの機能性精神障害や強迫性障害 obsessive-compulsive disorder においても大脳白質病変が認められており、拡散テンソル画像による神経伝達路が調べられている。

さらに、中枢神経系の疾患のみならず、健常高齢者においても加齢に伴って大脳白質病変の発症頻度とその体積は増加する²⁰⁾²³⁾。そして、百寿者や110歳以上の超百寿者と呼ばれている健常超高齢者の死後剖検脳組織病理標本において、アルツハイマー病の診断に不可欠な大脳組織病理所見とされている老人班や神経原線維変化が確認されている³⁴⁾³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾。しかし、百寿者や超百寿者の死後剖検脳組織病理標本に見られる加齢起因性のアル

ツハイマー病性変化と、アルツハイマー型認知症に認められるアルツハイマー病性変化の関係については、表1と表2にアルツハイマー病の進行段階と老人班・神経原線維変化の発生状況を示したが(表1, 表2)⁵⁾⁹⁾⁴¹⁾、超高齢者においてはアルツハイマー病症例に比べてアルツハイマー性脳組織病変は数量的に少なく¹⁾¹⁴⁾³²⁾³⁵⁾³⁶⁾³⁷⁾、臨床症候においても軽度認知機能障害の重症度に留まるとされている¹⁾⁹⁾²⁰⁾。

換言するならば、大脳白質病変が加齢性(生理的)変化の程度にある高齢者および超百寿者においては、軽度な神経症候¹¹⁾や記憶障害(記銘障害)が発症する可能性はあるが、軽度認知機能障害と言われる軽度症あるいは非病的の臨床症候にある可能性が高い。すなわち、日常生活における重大な考え違いや、金銭の計算・管理などには特別な理由がない限り困難・混乱は発生しないが、「テレビを見ながらの他人からの質問への返答」の記憶障害、「平坦に見える畳のへり・廊下・道路などでの躓き」などの易転倒性や「ボタンの掛け違い、手袋への指の入れ違い」などの巧緻運動障害、「ストレス閾値の低下に由来する易怒性・抑うつ・無気力」などの感情障害、「自己能力の評価ミスや状況の判断ミス」など、軽度症の認知機能障害・神経症候・高次脳機能障害などが発症する可能性はある。なお、日常生活に支障をきたす程度の中重度症以上の記憶障害や、頭頂葉や後頭葉の障害による人物誤認・地誌的見当識障害・夜間徘徊・鏡徴候 mirror phenomenon・パントマイム失行 pantomime apraxia などのアルツハイマー型認知症の中期以降に見られる高次脳機能障害(表3)⁴⁵⁾は発症しないと考えられる。

なお、大脳白質病変の発症原因や発症機序の究明、拡大あるいは縮小の経過観察、臨床症候との関連などの研究は、大脳白質病変を発症した基礎疾患と大脳白質病変に対する治療方法および臨床症候の軽症化、そして、可能であるならば治療による大脳白質病変の拡大停止と消失(治癒)に至る経過などとの関連において極めて重要な臨床的

テーマである。しかるに、現在では「大脳白質病変の発症に小血管病が関与している」との仮説¹⁷⁾¹⁹⁾²⁵⁾⁴¹⁾に基づいて、大脳白質病変拡大抑制を目的としての抗血小板薬の有効性検討が非盲検法でなされている¹⁹⁾。

VIII. まとめ

死後剖検脳組織病理観察および頭部 MRI 脳形態画像に見られる大脳白質は、「大脳皮質下白質」と「大脳深部白質、あるいは側脳室周囲白質」に大別されている。そして、大脳皮質と皮質下白質の組織病理所見については、大脳皮質各部位は神経細胞体からなり、その軸索や樹状突起の神経線維と大脳の構造保持などに携わり、頭蓋内容積の約 1/2 以上を占めるアストロサイトが両白質を形成している。大脳各部位の生理的機能については、前頭葉・側頭葉・頭頂葉・後頭葉に分類されており、その障害にあつては各部位に応じた臨床症候、すなわち「大脳皮質局在論」に合致した臨床症候が発症する。

また、主に運動機能に携わっている大脳深部神経核群の神経細胞体からも同様に神経線維が出ており、樹状突起上の「目的に応じた手技・技法・強弱・速度での神経伝達」を発生させるためのドパミンやセロトニンなどの化学物質作動性の受容体により、他の部位からの神経線維と神経伝達を行っている。加えて白質の構造保持・神経伝達物質と栄養の補給・不必要物質の排泄、すなわち脳血液関門機構などに携わるグリア細胞のアストロサイトなども、両白質の構成組織である。そして、両白質すなわち神経線維の生理機能は、「大脳皮質⇔大脳皮質⇔皮質下白質⇔深部白質→脳幹→脊髓神経→末梢器官」と大脳各部位の神経伝達を経て、さらには末梢器官に行為遂行のための指示を与える神経伝達を目的とした「神経ネットワーク機構」に携わっている。

かかる組織病理と生理機能のゆえに、大脳皮質各部位と大脳深部神経核群の神経細胞の損傷、および脳小血管に接続するアストロサイトの形態的

および機能的な障害の発生により白質機能は障害を受け、死後剖検脳や頭部 MRI 脳画像においては「大脳白質病変」が発症する。そして、大脳白質病変の存在は、大脳皮質と大脳深部神経核群の神経細胞 neuron とアストロサイトにおける形態的・機能的な障害の発生を意味しており、その結果として神経ネットワーク機構は機能障害に陥り、臨床的には混淆的・纏まりのない・非系統的 disorganized な神経症候と神経心理症候が、個別に発症する場合もあるが、多くの場合は同時に惹起される。そして、かかる機序により発症した臨床症候は、近年に「白質統合性異常 integrity disruptions」と表現されるようになった運動障害と神経心理症候が重複・錯綜して発症し、自己の意思では制御不能な異常行動・常同症 stereotypy・不随意運動・抵抗症 paratony・感情失禁(感情不安定)などの神経症候や神経心理症候、および行為遂行の障害などであり、「高次機能障害」と酷似した、あるいは同一の臨床症候である。

しかるに、神経ネットワーク機構に関する解剖的・組織病理的・生化学的・生理的、そして脳画像検査と臨床症候学の分野における膨大な研究が進められているが、なかでも各種の認知症・中枢神経系の変性疾患・糖尿病などの代謝性疾患・脳小血管病などを対象とした頭部 MRI 拡散テンソル画像による神経ネットワーク機構の可視化と機能程度の数値化に基づく研究が、極めて複雑な脳内神経伝達と臨床症候発症の関連を解明するものと期待されているのが現状であろう。

(なお、本論文に関する利益相反はない。)

謝意とお詫び

本総説をまとめるに当たり、「神経内科編集委員会編集：高次脳機能障害のすべて。神経内科 第 68 巻 特別増刊号、科学評論社、東京、2008 年」を参考にさせて頂きました。高次脳機能障害の発症機序に於いて、「失行の病巣は中心後回の皮質と白質・・・」、「全般性注意障害は神経回路のどこの障

害でも・・・]などの記載がありましたが、臨床的生理機能が未確定な「大脳白質病変」の用語使用を避けられたものと解釈しました。「神経内科 第68巻」の発刊から10余年が経過したこの度、高次脳機能障害の発症機序などについて、理論的推考は多々報告されていますが、直接的根拠が不明確な「大脳白質病変」の用語を用いて紹介しました。つきましては、「神経内科編集委員会」の諸先生方、ならびに各論を御執筆されました先生方の御許可なく、「高次脳機能障害」の発症機序などにおいて「大脳白質病変」の用語を使用しましたこととお詫びいたします。

令和2年12月10日 執筆者代表 江原 嵩

文献

- 1) [Abner EI, Kryscio RJ, Schmitt FA, et al.: "End-stage" neurofibrillary tangle pathology in preclinical Alzheimer's disease: fact or fiction? J Alzheimers Dis 25, 445-453, 2011](#)
- 2) 饗場郁子, 吉田眞理: 大脳皮質基底核変性症の臨床と診断. 老年精神医学雑誌 27 増刊号 - I, 88-95, 2016
- 3) [Armstrong MJ, Litvan I, Lang AE, et al.: Criteria for the diagnosis of corticobasal degeneration. Neurology 80, 496-503, 2013](#)
- 4) [Biessels GI, Staekenborg S, Brunner E, et al.: Risk of dementia in diabetes mellitus; A systematic review. Lancet Neurol 5, 64-74, 2006](#)
- 5) [Braak H, Braak E.: Staging of Alzheimer's disease-related neurofibrillary changes. Neurobiol Aging 16, 271-278, 1995](#)
- 6) [Cheng G, Huang C, Deng H, et al.: Diabetes as a risk factor for dementia and mild cognitive impairment; A meta-analysis of longitudinal studies. Intern Med J 42, 484-491, 2012](#)
- 7) [Corsellis J, Bruton C, Freeman-Browne D.: The aftermath of boxing. Psychol Med 3, 270-303, 1973](#)
- 8) [Doubal FN, Machullich AM, Ferguson KJ, et al.: Enlarged perivascular spaces on MRI are a feature of cerebral small vessel disease. Stroke 41, 450-454, 2010](#)
- 9) 江原 嵩, 羽原弘造, 河上靖登: アルツハイマー型認知症の多様性—前頭葉優位型や白質病変・正常圧水頭症・後方皮質萎縮症を伴う病型などについて—. 仁明会精神医学研究 16, 44-63, 2019
- 10) 江原 嵩, 河上靖登, 長谷川太郎: 中枢神経系および全身性疾患における大脳白質病変の臨床的意義 I. 大脳白質病変の歴史的事項、脳剖検組織病理所見、脳形態画像検査などについて. 仁明会精神医学研究 18, 84-89, 2020
- 11) 江原 嵩, 河上靖登, 香川 潔: アルツハイマー型認知症における運動異常を含む神経症候について. 仁明会精神医学研究 17, 47-60, 2020
- 12) [Fazekas G, Fazekas F, Schmidt R, et al.: Brain MRI findings and cognitive impairment in patients undergoing chronic hemodialysis treatment. J Neurol Sci 134, 83-88, 1955](#)
- 13) 藤田稠清: 血小板凝集能亢進の是正で白質病変の体積増加は1/3.9に抑制される—是正、非是正2群比較—. Dementia Japan 24, 46-56, 2010
- 14) [Gootjes L, Teipel SJ, Zebuhr Y, et al.: Regional distribution of white matter hyperintensities in vascular dementia, Alzheimer's disease and healthy aging. Dement Geriatr Cogn Disord 18, 180-188, 2004](#)
- 15) [Hachinski VC, Potter P, Merskey H: Leukoaraiosis: An ancient for a new problem. Can J Neurol Sci 13, 533-534, 1986](#)
- 16) 羽生春夫: 糖尿病と認知症—脳画像所見を中心に—. 老年精神医学雑誌 31, 255-263, 2020
- 17) 猪原匡史: アミロイドβの脳外排泄と末梢代謝.

- [Dementia Japan 29, 496-503, 2015](#)
- 18) 池田 学：前頭側頭型認知症の臨床。[Dementia Japan 20, 17-26, 2006](#)
- 19) 今泉俊雄：大脳白質病変の成因と臨床。脳卒中 38, 69-76, 2016
- 20) 北村総一郎, 岸本年央：脳の加齢（老化）とは。老年精神医学雑誌 29, 689-695, 2018
- 21) [Kivimaki M, Luukkonen R, Batty GD, et al.: Body mass index and risk of dementia; Analysis of individual-level data from 1.3 million individuals. Alzheimers Dement 14, 601-609, 2018](#)
- 22) [Langfitt TW, Gennareli TA, Obrist WD, et al.: Prospects of the future in the diagnosis and management of head injury: pathophysiology, brain imaging, and population studies. Clin Neurosurg 29, 353-376, 1982](#)
- 23) [Masana Y, Motozaki T.: Emergence and progress of white matter lesion in brain check-up. Acta Neurol Scand 107, 187-194, 2003](#)
- 24) 緑川 昌：Posterior cortical atrophy (PCA) とアルツハイマー病。老年精神医学雑誌 26, 859-866, 2015
- 25) 中根 一：脳脊髄液の機能。神経内科 87, 251-252, 2017
- 26) 中西雅夫：痴呆と白質病変：Leuko-araiosis, 白質痴呆について。Dementia 7, 336-342, 1993
- 27) 女屋光基：びまん性軸索損傷の神経病理。臨床精神医学 35, 189-196, 2006
- 28) 女屋光基：Chronic traumatic encephalopathy の神経病理。神経内科 88, 483-487, 2018
- 29) [Poole VN, Wooten T, Iloputaife I, et al.: Compromised prefrontal structure and function are associated with slower walking in older adults. Neuroimage Clin 20, 220-225, 2018](#)
- 30) [Sachdev P, Wen W, Chen X, et al.: Progression of white matter hyperintensities in elderly individuals over 3 years. Neurology 68, 214-222, 2007](#)
- 31) 齋藤理恵, 伊藤慎治, 野崎洋明, ほか：遺伝性脳小血管障害の神経病理。神経内科 88, 516-523, 2018
- 32) 櫻井圭太, 橋詰良夫, 住田 薫, ほか：神経画像からみた脳の加齢とは。老年精神医学雑誌 29, 704-711, 2018
- 33) 妹尾晴夫, 堀口 淳：大脳皮質基底核変性症の臨床。老年精神医学雑誌 24, 1258-1263, 2013
- 34) 高尾昌樹：超高齢者における神経病理。神経内科 88, 499-505, 2018
- 35) 高尾昌樹, 美原 盤, 能瀬聡一郎, ほか：脳神経病理学からみた脳の加齢とは。老年精神医学雑誌 29, 696-703, 2018
- 36) 高尾昌樹, 村上知之, 広瀬信義, ほか：超高齢期に発症する認知症と神経病理学。老年精神医学雑誌 30, 249-254, 2019
- 37) 高尾昌樹, 村山繁雄：高齢者の脳。老年精神医学雑誌 24, 26-34, 2013
- 38) 高岡 諒, 田伏久元, 中村賢二：びまん性軸索損傷の画像検査。臨床精神医学 35, 177-187, 2006
- 39) 田村嘉章, 下地啓吾, 荒木 厚：糖尿病における白質統合性異常と認知機能障害・フレイル。Dementia Japan 34, 239-245, 2020
- 40) 田代信雄：脳—その構造と機能。世界保健通信社, 大阪, 第1版, 1993
- 41) [Thal DR, Rub U, Orantes M, et al.: Phases of A \$\beta\$ -deposition in the human brain and its relevance for the development of AD. Neurology 58, 1791-1800, 2002](#)
- 42) 富本秀和：血管性認知症の臨床と病理。Dementia Japan 24, 461-468, 2010
- 43) 豊島 至：高齢者の神経画像・検査所見の診かた。脳神経内科 90, 304-314, 2019

- 44) [内原俊記：進行性核上麻痺と大脳皮質基底核変性症の臨床神経病理—CBD-plusの提唱. 神経内科 88, 459-467, 2018](#)
- 45) [上久保 毅：びまん性軸索損傷における高次脳機能障害. 臨床精神医学 35,167-176,2006](#)
- 46) [宇田川充隆, 井上輝彦, 吉牟田千賀, ほか：大脳皮質基底核変性症の4症例. 臨床精神医学 38, 387-843, 2009](#)
- 47) [van Dijk EJ, Prins ND, Vrooman HA, et al.: Progression of cerebral small vessel disease in relation to risk factors and cognitive consequences; Rotterdam Scan Study. Stroke 39, 2712-2719, 2008](#)
- 48) [安野史彦：老年精神医学分野におけるMRIを中心とした技術の発展. 老年精神医学雑誌 31, 219-226, 2020](#)
- 49) [Zhang J, Wang Y, Zhou X, et al.: White matter integrity disruptions associated with cognitive impairments; type 2 diabetic patients. Diabetes 63, 3596-2605, 2014](#)

総説

認知症に対する神戸市の取り組み —認知症「神戸モデル」—

神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 前田潔、相原洋子、梶田博之、福井則子

Abstract

We reviewed the dementia measures implemented in Kobe city. The initial phase intensive support initiative for dementia started in 2013 in Kobe city. Dementia care “Kobe Model” launched in 2019. This Dementia care “Kobe Model” has been utilized by many of the citizens of Kobe City. The reasons for the high uptake of these services by Kobe citizens is still unclear, but it seems possible that the combination of the two systems for support and insurance might be an incentive to encourage an early diagnosis. The diagnosis subsidy system will help people who might have dementia received at an early stage. The accident relief system will prevent accidents, consult at the time of accident, relief to cases where damages are expensive, relieve victims if perpetrators do not have liability, for we protect safe and secure living of people and their families. The diagnosis support system that leads to the early diagnosis of dementia, and special medical care consultation and daily living support to people who have been diagnosed as having dementia and their families. By the accident relief system, people with dementia and their families can live safely and securely. We will enrich the support from immediately after the diagnosis and will realise ‘Dementia Friendly City Kobe’. It is difficult to predict how the measures will develop in the future, but it is likely to be a good business model for early detection of dementia and early intervention.

Key words: 認知症のひとにやさしいまち、神戸市、認知症初期集中支援チーム、認知症診断助成制度、認知症事故救済制度
Dementia friendly community, Kobe city, Initial phase intensive support initiatives for dementia,
Subsidized system for dementia screening, Accident relief system

I. はじめに

「認知症のひとにやさしいまち」という理念は2015年にBart Deltourによって初めて提唱されたものである¹⁾。神戸市は2018年4月にわが国の政令市として初めて「認知症のひとにやさしいまちづくり条例」を制定した²⁾。著者の一人である前田は神戸市認知症対策監として条例制定に有識者の一人として参加した。本論文では条例制定を挟んで、その前後各3年間ほどの神戸市の認知症施策を紹介し、国および他の自治体の参考に供したい。

II. Dementia Friendly Community, 認知症のひとにやさしいまち神戸

ベルギーのBart Deltourによって提唱された「認知症のひとにやさしいまち、Dementia friendly community」の考え方は、「世界は認知症の治療薬の出現を待つだけでなく、認知症のひとが孤立も排除もされずに社会に包摂され参加できる社会を作る必要がある」というものである。神戸市における最近の認知症施策は2013年の国の認知症初期集中支援推進事業のモデル事業に応募したことから活発になったと言える³⁾。この認知症初期集中支援推進事業については次項で詳しく述べる。2016年になって、主要国首脳会議(G7)がわが国で開催されたが、保健担当大臣会合は9月に神戸市で開催された。そのなかで「神戸宣言」が発出さ

The Dementia Kobe Model: Initiatives to promote a Dementia-friendly community in Kobe, Japan
Kiyoshi MAEDA, MD, PhD, Yoko AIHARA, Hiroyuki KAJITA and Noriko FUKUI
Kobe Gakuin University School of Rehabilitation

れた⁸⁾。その内容は今後認知症対策が重要であり、認知症のひとの生活環境の改善をめざした対策は主要国で取り組むべき課題であるというものである。神戸市ではこの「神戸宣言」を受けて認知症の高齢者が電車事故などに遭った場合、損害賠償金を一部補助する「事故救済制度」の導入を検討すると発表した。各関係領域の専門家を集め有識者会議を開催し、2018年4月には政令市として初めて「神戸市認知症の人にやさしいまちづくり条例」を制定、施行した。(表1)

Ⅲ. 認知症初期集中支援推進事業

さきに述べたように神戸市では2012年から始まった国の認知症初期集中支援推進事業のモデル事業に2013年9月から参加した^{6.7.11.12)}。2013年に全国で14自治体においてこのモデル事業が実施され、神戸市はそのひとつであった。本事業は2018年4月から全国のすべての自治体において実施されている。この事業は英国において行われている「メモリーサービス」を参考に策定されたと言

われており、認知症の早期の診断とその後の支援を行うという点で両制度は似通っている。わが国の認知症初期集中支援推進事業は、認知症が疑われる人で、何らかの事情で医療や介護にかかっていない人を対象に、サポート医をはじめとする医療、介護、福祉の多職種が事例検討を行い、チーム員が自宅に訪問することにより、医療・介護・福祉につなげようとするものである。すでに全国で3年近くの歴史があり、神戸市においては5年の経験の蓄積がある。その蓄積から導かれた課題を整理したものが表2である。多くの課題はあるが、多職種が対象者を訪問して支援につなげるという点は今までになかった事業である。

Ⅳ. 認知症「神戸モデル」

2007年12月に、愛知県大府市において認知症の男性がJR東海の線路内に立ち入り、電車にはねられて死亡するという事故が起きた。JR東海は列車の運行遅延により生じた損害を賠償するよう、介護にあたっていた妻と長男に対し裁判を起こし

表1 神戸市認知症のひとにやさしいまちづくり条例

1. 2018年4月、「神戸市認知症のひとにやさしいまちづくり条例」を施行した。
2. 神戸市は、全国に先駆けて認知症の人が安全にかつ安心して暮らし続けられるまちを目指し、条例を制定する。
3. この条例には以下の条文が盛り込まれている
 - i. 「認知症と診断された者」による事故についての救済
 - ii. 早期受診につながる体制の確立
 - iii. 早期診断、適切な治療および介護の提供に必要な環境整備

表2 認知症初期集中支援推進事業の課題

1. 平成28年3月、国立長寿医療研究センター、初期集中支援チーム調査報告書では、認知症初期集中支援チームは「早期・事前的な」アプローチを担うものとして……と記載されているが、実際には対象者の多くは初期軽度の認知症ではなく、複雑困難事例である
2. 対象者の把握が課題となっている。地域で事例化したものが地域包括支援センター、医療機関、民生委員、警察などによって把握されている。そのため困難事例が多くなっている。当初の認知機能障害が初期、軽度の時にアプローチするということができにくい。
3. 多職種専門職の不足、特に地方で切実である。
4. 認知症サポート医、専門医による訪問医療の不足。訪問医療はこれらの宿主にとっては負担が大きすぎるとされている。
5. 障がい者福祉、精神保健福祉、ひきこもり支援担当課などとの連携不測の問題。困難事例ほど多部門の連携が必要となるが、他部門の多忙さ、理解不足、縦割り行政の弊害が認められている。

た。裁判所は一審では妻と長男両者に、また控訴審では妻に対し監督責任を認め損害賠償を命じる判決を出した。遺族は最高裁に控訴した。2016年3月最高裁は、遺族の一部監督責任はあるものの賠償責任はないとして請求を棄却した。この判決は多方面で歓迎された。認知症のひとがこういった事故を起こすことをおそれ、常に監視し、外出の機会を減らすような社会は、認知症のひととその家族が安心して暮らすことのできる社会、認知症のひととその家族にやさしい社会とは言えない。しかしながら、事故の被害者は被った損害を誰からも賠償されることなく泣き寝入りをする事となる。政府・厚労省はこの判決を受けて対策の検討を始めたが、こういった高額な賠償請求がなされる事故は多くないと公的な救済制度の導入は時期尚早、今後の課題とした。

一方、神戸市では2016年9月にG7保健担当大臣会合が開催され、そこで「神戸宣言」が採択された。そのなかで認知症が初めてテーマとなり、参加各国は認知症患者の生活環境の改善を目指した対策に乗り出すことなどが明記された。これを受けて神戸市では認知症のひとが起こした事故で、

損害賠償が派生した場合、賠償金の一部を補助する「事故救済制度」の導入を検討することとした。2018年4月、神戸市では「認知症のひとにやさしいまちづくり条例」を施行し、事故救済制度、診断助成制度およびそれらに関する環境整備を行うと盛り込まれた⁴⁾。そして2019年1月に診断助成制度¹⁵⁻¹⁷⁾が、2019年4月に事故救済制度^{9,10,16)}が開始されることとなった(図1)。

神戸市の認知症診断助成制度を利用して受診したものの特徴をまとめてみた。認知症診断助成制度が始まった2019年2月1日から4月末までの3か月間に神戸百年記念病院神戸市認知症疾患医療センターを受診した者の特徴を明らかにする目的で比較を行った。また、本制度開始1年前の2018年2月1日から4月末の3か月間に当院認知症疾患医療センターを受診した群、本制度開始1年後の2020年1月1日から3月末の3か月に本制度を利用して受診してきた群を比較した(表3)。本制度を利用して受診した群と本制度を利用せずに受診した群を比較すると、両群の間に年齢、性別、認知症と診断された割合に違いはなかった。MMSE および HDS-R2 の得点は、いずれも利用

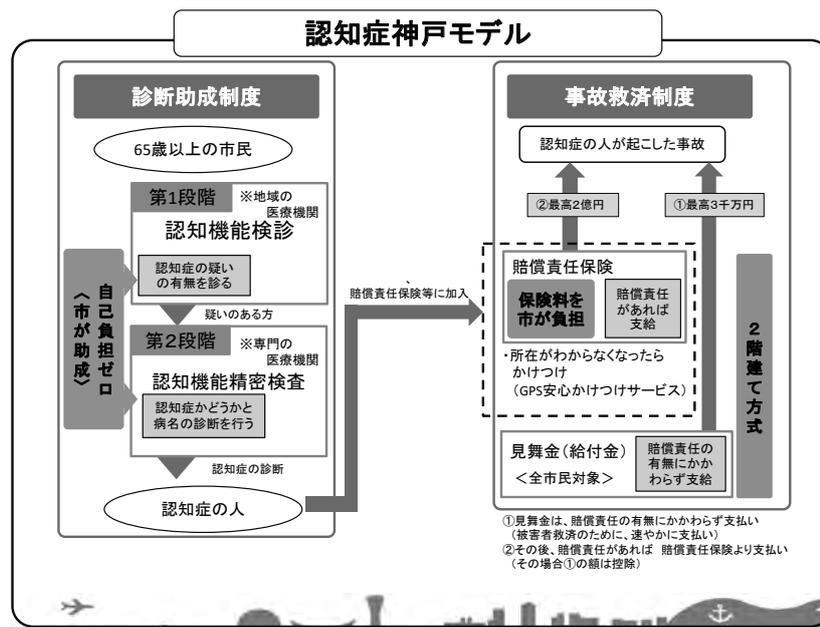


図1 認知症「神戸モデル」

表3 認知症診断助成制度を利用して受診してきた患者群の特徴

	MMSE*	HDS-R*	独居率**	介護認定率**	介護利用率**
利用群(47)	18.7(5.2)	16.5(5.2)	44.7	56.8	47.7
非利用群(56)	21.0(5.4)	20.4(5.8)	23.2	36.5	26.9
前年受診群(45)	21.8(5.5)	19.8(6.3)	37.8	52.3	47.7
1年後受診群(31)	21.2(5.0)	19.6(6.2)	51.6	54.8	51.6

*: mean±SD
**: %

表4 自治体による認知症診断助成制度

	開始年	スクリーニング検査	費用助成	精密検査費用助成
相模原市	平成27年	浦上式	—	—
さいたま市	平成28年	浦上式、BPSDチェックリスト	1987円	—
岡山市	平成29年	浦上式、DASC-21	—	—
福岡市	平成30年	浦上式	—	—
明石市	令和2年	認知症チェックリスト(DASC-21による自己チェック)	図書カード(500円)	初診料、画像検査費用など全額助成、認知症サポート給付金
神戸市	平成31年	HDS-R、DASC-21、	6500円	医療保険自己負担分
名古屋市	令和2年	HDS-R、DASC-21、	4147円	—
横浜市	令和2年	HDS-R、DASC-21、	3074円(精密検査不要の場合)、	7288円(精密検査要の場合)

群で有意に低かった($p < 0.05$)。利用群において独居者が多く($p < 0.05$)、介護保険の認定($p < 0.05$)および介護保険サービスを利用($p < 0.05$)しているものの割合が有意に多かった。

本制度の開始前2018年に受診した群と本制度の開始後2019年に、本制度を利用せずに受診した群を比較した場合、年齢、性別、診断、MMSE得点、HDS-R得点には両群で違いはなかったが、介護保険の認定($p < 0.05$)および介護サービス利用($p < 0.05$)において本制度開始後に受診した群において有意に低かった。受診の時期が本制度開始直後の群と、開始1年後に受診してきた群を比較すると、年齢、性別、診断において両群に差は見られなかったが、すべての認知機能検査(MMSE、HDS-R2、HDS-R1およびDASC-21)の得点はD群において有意に高かった(すべて p

< 0.05)。すなわち開始1年後に受診した群は認知機能正常～軽度低下のものが多かった。

表4は認知症診断助成制度を制定している自治体とその内容を表したものである。一定以上の市民による利用があるとされているのは神戸市のほかは名古屋市と横浜市である。明石市については制度が発足して間がないため、まだ十分な評価がなされていない。神戸市における2020年9月末現在の利用状況が図2である¹²⁾。自治体による事故救済制度については表5にまとめた。

V. 認知症「神戸モデル」と認知症施策推進大綱

2019年6月18日に国の「認知症施策推進大綱」(以下大綱)が公表された。これは2015年1月の「認知症施策推進総合戦略～認知症高齢者等にやさし

診断助成制度

BE KOBE

- 受診状況（2020年9月末現在）
 - 第1段階認知機能検診【449機関】20,110人（2020.9現在、32,964人）（疑いあり5,282人、26.3%）
 - 第2段階精密診断【73機関】3,755人（2020.9現在、5,750人）（認知症58.2%、MCI26.4%）

事故救済制度（2020年9月現在）

- 申し込み 5,404人
- GPS申し込み 138人

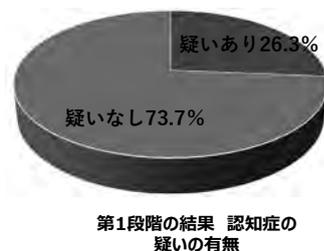


図2 認知症「神戸モデル」における認知症診断助成制度と事故救済制度における2020年9月末での利用実績

表5 自治体における認知症事故救済制度（2020年12月調査）

1. 賠償責任保険制度を実施しているのは全国で63自治体。政令市では神戸市のほか名古屋市、相模原市の3か所。
2. 名古屋市では賠償責任保険及び給付金の二本立て。加害者は事前加入が必要。神戸市では同じく二本立てであるが、事前登録不要で支給している。
3. 補償上限額は、1億円が39自治体、2億円が3自治体、3億円が16自治体、5億円が5自治体であった。
4. 55自治体では自己負担なしで加入できる。

表6 認知症施策推進大綱における早期診断、事故救済

第2 具体的な施策

4. 認知症バリアフリーの推進・若年性認知症の人への支援・社会参加支援

（1）「認知症バリアフリー」の推進

⑫ 認知症に関する様々な民間保険の推進

○認知症の人及びその監督義務者等を被保険者とする民間の損害賠償責任保険が普及していくよう、各保険会社の取り組みを後押しする。

○いくつかの自治体において、早期診断の促進や行方不明時の捜索などと合わせて、認知症の人の事故を補償する民間保険への加入を支援する取り組みが始まっている。これらの取り組みについて事例を収集し、政策効果の分析を行う。

表7 認知症施策推進大綱、「共生と予防」と、認知症「神戸モデル」

■「共生」

（認知症の人が、尊厳と希望をもって認知症とともに生きる。認知症があっても、同じ社会とともに生きる）

⇒ 事故救済制度：

- 損害保険に加入することで、認知症の人の社会参加を促し、同じ社会とともに生きる。

■「予防」

（「認知症になるのを遅らせる」「認知症になっても進行を穏やかにする」）

⇒ 診断助成制度、（診断後支援制度）：助成制度を利用して早期受診を促進し、

- MCIの段階で認知症に進行するのを遅らせる支援
- 認知症であっても進行を穏やかにする支援

表8 中・重度の認知症から逃げ切る ー最強の認知症予防ー

- 発症の先送り
- ポイントはMCI due to AD, amnesic MCI, single domain, early stage

認知症の

- 一次予防：MCIにならないこと
- 二次予防：MCIから認知症への進行抑制
- 三次予防：認知症の重度化抑制

い地域づくりに向けて～」(新オレンジプラン)以来の国の認知症政策の改定であった。大綱の中で「認知症の発症を遅らせ、認知症になっても希望をもって日常生活を過ごせる社会を目指し、認知症のひとや家族の視点を重視しながら、「共生」と「予防」を車の両輪として施策を推進していく」と謳っている。そのなかで「第2、具体的な施策、認知症バリアフリーの推進」として認知症の人等を対象として民間の損害賠償責任保険の普及を後押しするとなっており、神戸市等での取り組みを注視するとしている(表6)。大綱の「共生と予防」を認知症「神戸モデル」に当てはめてみると「事故救済制度」は「共生」と、「診断助成制度」は「予防」に繋がっていると言える(表7)。

予防には一次予防から三次予防までであるが、認知症予防については表8にあるようになる。大綱にあるように「認知症の発症を遅らせること(MCIから認知症への進行抑制)」、および重度化抑制がポイントとなる。認知症のひとを介護する家族が、「今のままで(軽度認知症)でだったらいいのですが…」と口にするが、「中・重度認知症から逃げ切る」ことが認知症のひとのQOLからも、介護家族の介護負担からも、また医療経済的にも重要なのではないかと考えられる。

本論文は第26回日本老年精神医学会(2020年12月20-22日、鳥取県米子市において開催)において、モーニングセミナー「認知症の早期診断に対する神戸市の取り組み、その後、ー自治体の実施する認知症診断助成制度はなぜ成功したかー」

として講演したものに加筆修正したものである。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) [Aihara, Y., Maeda, K.: Intention to use a subsidized system for dementia screening in primary care settings among community-dwelling older people. International J Geriatric Psychiatry, 35 \(9\) : 1036-1042, 2020.](#)
- 2) [Aihara, Y., Maeda, K.: Dementia literacy and willingness to dementia screening. Int J Environ Res Public Health. 2020, 17, 8134; doi:10.3390/ijerph17218134.](#)
- 3) [Deltour B.: Having dementia is very tough but having a city who excludes dementia-that is really tough Dementia Friendly Communities \(DFCs\) New domains and global examples <https://www.alzheimers.org.nz>, 2015.6.](#)
- 4) [長谷川典子、前田潔：神戸市における認知症施策の紹介、認知症の発症前と発症後、それぞれに対する神戸市の取り組み、地域住民対象の疫学研究から学ぶもの、認知症の最新医療、10\(2\): 78-83, 2020.](#)
- 5) [梶田博之、前田潔、久次米健市、真鍋ひろ子、朝熊香織、池畑清美、川敦子、尾寄遠見、岩蔭かをり、池田敦子：神戸市における認知症初期集中支援チームの活動ー平成25年9月～平成](#)

- 26年8月までの活動および今後の課題 - Dementia Japan 29 (4) : 596-604, 2015.
- 6) 梶田博之、前田潔：認知症初期集中支援チームにおける多職種協働 - 神戸市における活動から - Dementia Japan 30 (1) : 73-78, 2016.
- 7) 梶田博之、尾寄遠見、前田潔：認知症初期集中支援推進事業の自治体による比較 老年精神医学雑誌 27 (11) : 1215-1221, 2016.
- 8) 古和久朋：認知症になっても安心して暮らせるまちへ、医療介護関係者・行政・市民全員で支える神戸モデルの取り組み、監修、あかり、2019、3
- 9) 窪田充見：神戸市の「認知症のひとによる事故に関する救済制度」について - 「神戸モデル」の概要と意義 . 法律時報 2019; 91 (3) : 80-85.
- 10) 神戸新聞、神戸市における認知症事故救済制度が始まる . 2019年4月16日 .
- 11) 前田潔、梶田博之：認知症初期集中支援チーム：神戸市における活動の現状と今後の課題、 - 活動1年目と2年目の比較 - 特集、認知症初期集中支援チームの現状と課題、老年精神医学雑誌、26 (10) : 1131-1136、2015.
- 12) 前田潔、梶田博之：オレンジプラン、中間年の検証、地域連携、認知症初期集中支援チームの課題 - 神戸市における経験 - 精神神経学雑誌 118 (2) : 84-90、2016.
- 13) 前田潔、長谷川典子：特別寄稿 認知症「神戸モデル」 - 神戸市における認知症ケア施策、診断助成、事故救済、診断後支援 老年精神医学雑誌、30 (6) : 691-696、2019.
- 14) Maeda, K., Hasegawa, N.: The Dementia Kobe Model: initiatives to promote a Dementia Friendly Community in Kobe City, Japan. Psychogeriatrics 20 (3) : 353-354, 2020.
- 15) 前田潔、認知症「神戸モデル」、アンサンブル、27、2020. 10
- 16) 毎日新聞、神戸市における認知症のひとの事故救済制度 . 2019年2月28日 .
- 17) Yoshino, H., Kowa, H., Maeda, K., Takechi, H.: Eight months observation of check-up system "Kobe dementia model" of dementia in Kobe City", Psychogeriatrics, Accepted for publication.

総説

コロナ禍における精神障害—生物学的側面を中心に—

一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊

Key words: COVID-19, mental disorder, neuroinflammation, psychosocial stress, social isolation

I. はじめに

2019年12月に中国武漢市で発生したSARS-CoV-2ウイルス感染症(COVID-19)は、たちまちのうちに全世界に拡大し、世界の死者数は、2020年1月に百人、2月に千人、3月に1万人、4月に10万人を超え、9月には100万人を突破し、2020年末に死者数180万人となった。2020年末の世界の感染者数は8100万人を超えている、わが国においても、2020年末時点で感染者数は24万人、死者数3500人となり、人々の社会経済生活に大きな影響を与えている。(図1)

COVID-19パンデミックは、新型ウイルスへの知見の乏しさによる予測不能性と不確実性に加えて、感染拡大防止のためのロックダウンなどの社会経済活動の制限、人との接触を避けるための社会的距離の確保、医療体制の逼迫、経済崩壊などの社会現象を引き起こし、世の中を大きく変化させた。

わが国では、2020年4月7日から5月25日まで緊急事態宣言が発出され、教育機関を含めて多くの社会経済活動が停止された。筆者の所属する大阪河崎リハビリテーション大学においても4月と5月は遠隔授業に切り替えることを余儀なくされ、6月からは段階的に通常授業に戻した。後期授業は全面的に対面授業を開始し、12月からは感染第三波の到来に備えて、遠隔授業と対面授業を組み合わせたハイブリッド型で対応してきたが、その詳細については別に報告した¹⁾。

COVID-19パンデミックが拡大するに伴い、COVID-19による心理的ストレス、社会的隔離によるコミュニケーションの問題などメンタルヘルスへの影響が目立つようになってきており、本稿では、COVID-19と精神障害について概説したい。

II. ヒトコロナウイルス

ヒトコロナウイルス(H-CoV)は、哺乳類や鳥類に病気を引き起こす一本プラス鎖RNAウイルスであり、ウイルス粒子表面のエンベロープ(膜構造)上に突き出た花弁状の長いスパイク蛋白突起(S蛋白、約20nm)を持ち、外観が太陽の光冠(コロナ)に似ていることからその名が付けられた。コロナウイルスのゲノムサイズは約26-32キロベース(kb)、らせん対称性のヌクレオカプシドをもつ直径80-220nmの多形性エンベロープウイルスであり、RNAウイルスの中では最大である。

これまでに7種類のヒトコロナウイルス(HCov)が同定されており、早くから知られていた4種類(HCoV-HKU1、HCoV-NL63、HCoV-OC43、HCoV-229E)は、風邪の10~15%(流行期には35%)の原因となる。HCoV-229E、HCoV-OC43は1960年代に、HCoV-NL63、HCoV-HKU1は2000年代に同定された。風邪は人類全体に蔓延している毎年流行する疾患であり、感染者数は70億人と推定されている。潜伏期間は10-14日(HCoV-229E)であり、BSL2施設で扱い、わが国は感染症法での指定はない。

SARS(重症急性呼吸器症候群)は、2002年に新たに同定されたコロナウイルス(SARS-CoV)による感染症で、コウモリを自然宿主とする。2002年11月、中国広東省を起源とし中国を中心に全世界

Biological Perspectives of Mental Disorders under COVID-19
Masatoshi TAKEDA, MD, PhD
Jinmeikai Institute for Mental Health, Osaka Kawasaki
Rehabilitation University

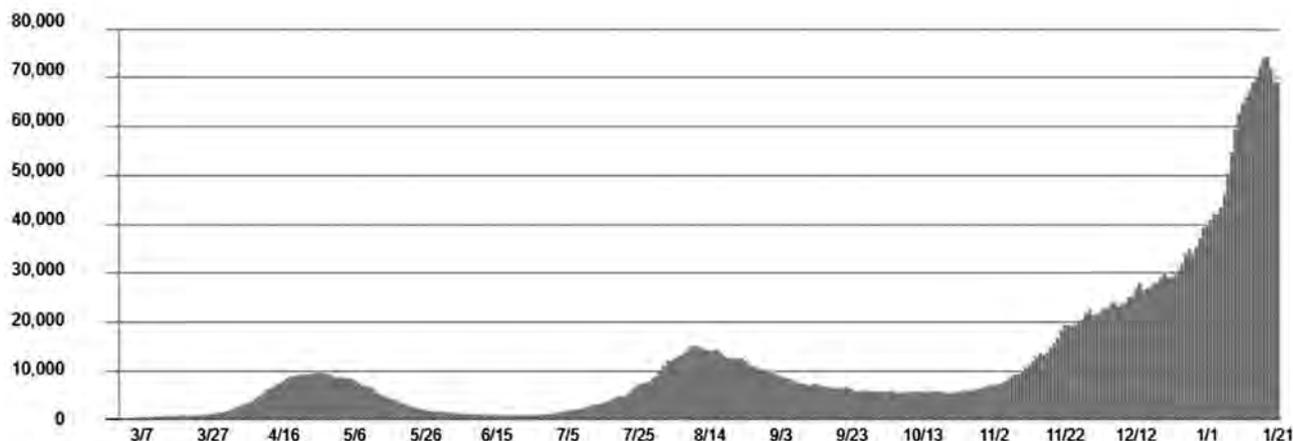


図1 我が国の新型コロナ感染者数の推移
2020年3月から2021年1月まで

に感染が拡大したが、2003年7月5日にWHOはSARS封じ込めの成功を発表した。最終的な罹患数は世界30ヶ国の8,422人で、916人が死亡した(致命率11%)。潜伏期間は2-10日、BSL3施設で扱う。感染症法で二類感染症に指定されている。

2012年にMERS(中東呼吸器症候群)の発生が報告された。MERSコロナウイルス(MERS-CoV)はヒトコブラクダを感染源として、ヒトに感染し重症肺炎を引き起こす。WHOによると2019年11月までに診断確定患者は2494人、死者は858人で、約27ヶ国に感染が波及した。特別な治療法やワクチンはなく、潜伏期間は2-14日、BSL3施設で扱い、感染症法で二類感染症に指定されている。

2019年12月31日に報告された新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)による急性呼吸器疾患はWHOによりCOVID-19と命名された。初発流行地は、中国湖北省武漢市であり、2020年2月には、中国国内と国外では規模に大きな差があるものの、東アジア、東南アジア、中東、ヨーロッパで感染拡大が続いた。2020年2月26日にブラジルでの感染者が出て、五大陸全てに感染が拡大してパンデミックとなった。

Ⅲ. COVID-19と精神障害の関係

COVID-19の原因ウイルスはSARS-CoV-2と命名されたが、わが国では新型コロナウイルスと呼

ばれることが多い。多くの感染者の症状は軽症であり、発熱、咽頭痛などの風邪に似た上気道感染症症状を呈し自然に完解するものの、重症者では肺炎を発症し、急性呼吸器障害症候群(acute respiratory distress syndrome; ARDA)と多臓器障害を惹起し死亡する場合もある。高齢者と、心循環系疾患、糖尿病、慢性呼吸器疾患などの基礎疾患を有する者は重症化しやすい。COVID-19の死亡率は2-3%であり、SARSより死亡率は低いとされているが、感染性はSARSよりも高い²⁾。

3.1 COVID-19による精神障害の発症と悪化

COVID-19は重症化して致命的となりうることから大きな心理的ストレスとなる。それだけでなくCOVID-19パンデミックに起因する心理的ストレスには、感染予防のための患者の隔離、孤立、家族や友人からの「社会的隔離」、経済活動の制限のための失業率の上昇、個人所得の減少、社会生活資源の不足によって引き起こされる不安定性、限られた病院のリソース、およびスティグマによって引き起こされる医療へのアクセスへの障壁など様々なレベルのストレスがある。このような心理社会的ストレスはメンタルヘルスに悪影響を及ぼすものであり³⁻⁵⁾、精神障害を有する人はより脆弱となりうる⁶⁻⁹⁾。COVID-19患者における精神病の発生率は0.9%から4%と推定されており、心理社

会的ストレスと精神障害の高いリスクとの相関関係も示唆されている¹⁰⁾。SARS-CoV-2流行地において精神障害の有病率が高いことが指摘されており、COVID-19の発生時に、強迫性障害(OCD)患者の強迫観念と強迫行為が発生前と比較して隔離の時期に増加することも報告されている¹¹⁾。

COVID-19感染拡大予防のために社会的隔離政策がなされると、慢性的な精神障害者は定期的に外来診療所を受診して向精神薬処方箋を入手することが困難となり、既存の精神障害が悪化・再発する場合があります。また、COVID-19感染自体、あるいは抗ウイルス薬の副作用として精神病患者の症状を悪化させる可能性もある¹²⁻¹⁴⁾。

COVID-19パンデミックにより社会経済活動が抑制され、社会との隔離、人的交流の制限などはメンタルヘルス上の大きな問題であり、COVID-19発生による不安や抑うつ症状の発生や、高い心理的ストレスレベルも報告されている¹⁵⁾。このようなストレスは、特に気分・情緒反応に対する脆弱性となって多くの人々に影響を与えており、「コロナうつ」のような言葉も多く使われている。さらにCOVID-19エピソードによるアルコール依存¹⁶⁾や摂食障害¹⁷⁾、COVID-19感染の疑いのある統合失調症入院患者の増加が報告されている。

3.2 精神障害は COVID-19 の罹患率と重症化率を高める

既存の精神障害がウイルスへの感受性を変化させる可能性があり¹⁸⁾、COVID-19エピソードにおいても、精神障害者は感染に対して脆弱とされている¹⁹⁾。COVID-19発症リスク、特に入院と死亡率のリスクが高いことが報告されている²⁰⁾。

精神障害者は、認知機能障害のために感染リスクを正しく認識できず、マスク、手洗い、社会的距離の確保などの感染予防措置を十分に確保することが困難であり、精神科病棟での制限などにより感染症のリスクを高める可能性がある^{21, 22)}。また、精神障害を持つ人は、精神障害に関する差別のために COVID 感染後に適切な医療にアクセス

することが困難となる可能性があり^{12, 23)}、臨床現場における精神障害についての知識やスキル不足のために、精神障害と COVID-19 を合併する患者では、その治療はより困難となる²⁴⁾。例えば、強迫性障害患者では、頻繁な体温自己モニタリングを繰り返したり、唾液を飲み込んで COVID-19 の症状である喉の痛みをチェックする行為を繰り返したり、COVID-19 感染予防のために手洗いを繰り返したりすることがある。基礎疾患(癌、心血管疾患、肥満、II型糖尿病など)を有する重度の精神障害患者は、COVID-19 感染症の重症化リスクが高いこと²⁵⁾、新たに精神障害と診断された人は COVID-19 感染による死亡のリスクが高いことが報告されている²⁶⁾。

IV. 精神症状を引き起こす要因

COVID-19パンデミックの精神医学的影響の要因として、脳感染症、脳血管障害、凝固亢進状態、薬物使用(コルチコステロイドまたは抗ウイルス薬など)、パンデミック関連のストレス反応(健康介入、社会的隔離または偏見)などを含む多彩な要因が考えられる²⁷⁾。

4.1 SARS-CoV-2 感染

SARS-CoV-2の脳内感染による脳機能への影響は、過度の身体的・心理的ストレスにより視床下部-下垂体-副腎系を刺激することにより、神経炎症をさらに悪化させる機序が考えられる。ストレスへの曝露期間と頻度は神経炎症の程度に影響を与えるが、強いストレスへの曝露が繰り返しまたは延長することでさらに悪化する可能性がある²⁸⁾。長期的なストレスへの曝露は炎症誘発性サイトカインを放出することにより増強する。実際、神経変性障害²⁹⁾、うつ病³⁰⁾、精神病³¹⁾、自閉症³²⁾、薬物乱用³³⁾、睡眠障害³⁴⁾など多くの精神障害の要因として神経炎症仮説が検討されている。

最近の報告では、74歳男性の COVID-19 患者の脳内にウイルスの神経浸潤と中枢への感染が示唆されており、脳組織の透過型電子顕微鏡観察によ

り患者脳内の前頭葉および内皮細胞の小さな小胞内の80～110nmのウイルス粒子による神経系への浸潤が示されている³⁵⁾。

SARS-COV-1ウイルスについても、感染から30～50ヶ月後に実施された神経精神医学的影響に関する調査では、対象者の40%に心的外傷後ストレス障害(PTSD)、36.4%にうつ病、15.6%に強迫性障害と不安障害など多くの神経疾患が報告されており、ウイルスの脳内感染による可能性が指摘されている³⁶⁾。

4.2 脳症と脳炎

COVID-19脳症は、神経浸潤による直接的なウイルスの作用、ウイルスによって引き起こされる免疫系の病理、ウイルスによる血液脳関門の機能障害、およびこれら三つの組み合わせにより起こる。ウイルスは、血液脳関門の内皮細胞、脈絡叢

の血液脳脊髄液関門の上皮細胞、あるいは、炎症細胞に感染して中枢神経系に侵入する(ミエロイド細胞輸送)^{37,38)}。そして、感染したウイルスは逆行性軸索輸送により中枢神経系に到達するが、このような逆行性軸索輸送は、嗅覚系、呼吸器系、腸管神経系のネットワークを介している。鼻細胞に感染したウイルスは、嗅球を介して視床や脳幹などの特定の脳領域に急速に広がり、炎症と脱髄反応を引き起こす³⁹⁾。実際、SARS-CoV-2は神経症状を呈する多くの患者の脳脊髄液に観察されており^{40,41)}、SARS-CoV-2が神経系に侵入している証拠とみなされている。

4.3 コロナ後遺症 (long COVID)

COVID-19は人類が初めて経験する感染症であり、その病態については不明な点も多い。COVID-19は、高齢者や基礎疾患を有する者では重症化する

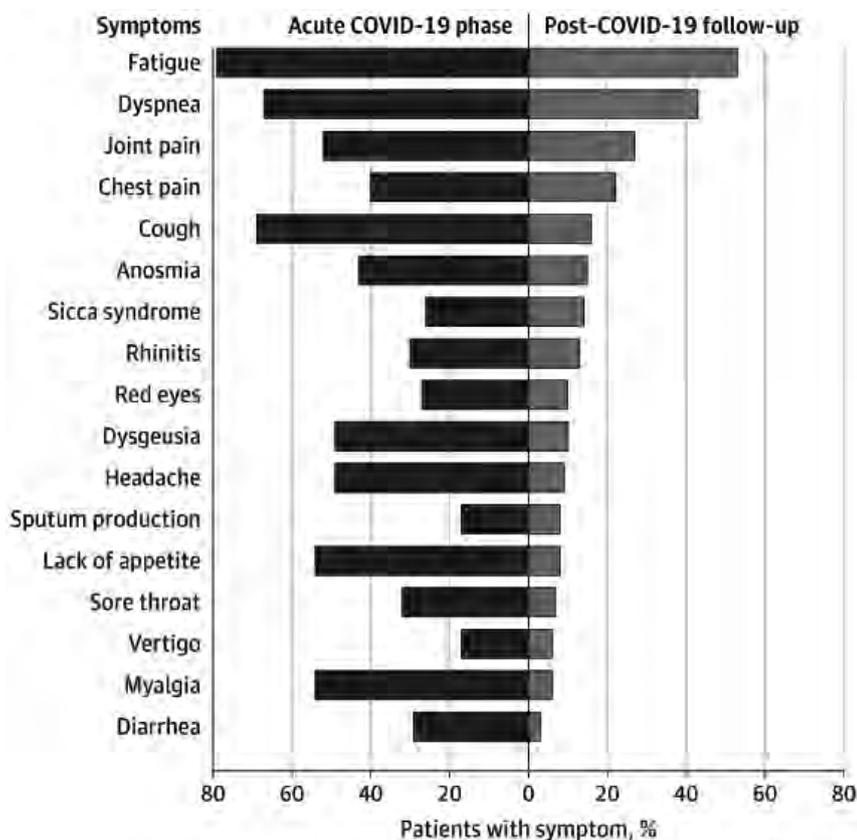


図2 long-covid 症状の発現率

る者が多いが、完全に回復する者も多い。しかしながら COVID-19 感染者の長期的な経過観察は十分にはなされていない。そのような中で、COVID-19 から治癒した後にも新たな症状に悩まされるコロナ後遺症(long-covid)が注目されている⁴²⁾。イタリアからの報告では、COVID-19 入院患者で完全に治癒して退院した患者の 87% が退院 60 日後にも症状を訴えており、そのうち 55% は 3 つ以上の症状を訴えていたという。主な症状は易労感(53%)、息切れ(43%)、関節痛(27%)、胸痛(22%)であり 2/5 の人が QOL の低下を感じていた。英国でもこのような long-covid を呈する人が感染者の 10% 程度に報告されており、COVID-19 から回復した人に対する精神科医、臨床心理士、理学療法士、看護師からなるチームによる long-covid への対策が始められている。また、Long Covid Support Group との名称の自助グループも立ち上げられているという。(図 2)

4.4 ステロイドやクロロキンなどの抗ウイルス薬

コルチコステロイドは強力な免疫抑制剤であり、その使用により精神症状が出現することは「ステロイド精神病」として知られている。その症状は多彩であり、うつ状態や、躁状態などの気分障害、精神病、せん妄などを呈する^{42,44)}。重症 SARS 症状と高用量コルチコステロイドは精神症状が出現するリスクと有意に関連している。

オセルタミビル(oseltamivir)やインターフェロンなど COVID-19 の治療に使用される薬の副作用としても精神症状が出現することが報告されており^{12,13)}、クロロキンの使用により、健忘症、せん妄、幻覚、うつ病、意識障害などが報告されている¹⁴⁾。

4.5 高齢者・認知症患者の社会的隔離

高齢者は重症化のリスクが高いことから、高齢者は自分が感染するかもしれないとの恐怖、身近な人を失うかもしれない恐怖、あるいは自分が周囲に感染を広げるかもしれないとの恐怖を抱いている⁴⁵⁾。このような恐怖から高齢者は自己隔離す

るようになり生活の維持が困難となりうる⁴⁶⁾。高齢者にとってこのような社会的隔離はメンタルヘル스에ネガティブな影響を及ぼす⁴⁷⁾。社会的隔離が続くと高齢者は、抑うつ、不安障害、精神病、適応障害などの精神症状を呈するだけでなく、自殺企画や視察念慮のリスクを高めうる⁴⁵⁾。感染や死亡への恐怖、身体的運動や社会活動からの隔離、家族や社会への重荷などの心理社会的理由により、不安障害や抑うつ症状を呈する。そして一定の閾値を超えると体系的な妄想を伴う精神病状態となりうる⁴⁸⁾。

4.6 パンデミックによる心理社会ストレスに対する反応

COVID-19 の感染拡大を防ぐための社会的距離や公衆衛生上の予防措置は、精神障害のリスクを有する人に直接的かつ長期的なストレスとして作用する可能性がある¹⁰⁾。COVID-19 パンデミックの期間、多くの国が公衆衛生上の対策として、検疫や隔離などの措置が取られたが、隔離的措置がなされた集団におけるうつ病と不安の発生率が高いことが報告されている⁴⁹⁾。

COVID-19 パンデミックにより、失業率が上がり、安定した収入、食料、住居、医療や薬へのアクセスが制限されると、精神障害者にとって交通機関・公共サービスの不足など、日常生活上の不便さにより、規則的な生活が営めなくなり、運動不足、不定期な食事などが起こりうる⁵⁰⁾。メタアナリシスにより、社会的孤立は、C 反応性タンパク質(CRP)レベルの上昇と関連することが示されており⁵¹⁾、より大きな社会的圧力にさらされている人は、より高い炎症反応を示す⁵²⁾。このような研究結果からは、社会的孤立は炎症の特殊な形態ということさえも可能である。COVID-19 により惹起される、恐怖、隔離、死別、ホームレス、離婚/別居、失業、経済的困難、暴力、身体的健康の悪化などの心理社会的要因は精神障害者に悪影響を与える可能性がある。

V. コロナに関連する精神障害の臨床病像

最近、加藤は「コロナ危機においてはじめて発症あるいは再発した精神障害－自殺予防に向けて」を公表し、コロナ関連精神障害を、広義の神経症事例と広義の精神病事例に区分して紹介している⁵³⁾。前者の症例として、不安障害・混合性不安抑うつ障害、適応障害、情緒不安定性パーソナリティ障害を、後者の症例として、気分障害、統合失調症圏を紹介している。筆者は、老年精神医学を専門としており、臨床においては高齢者や認知症患者を診察する機会が多いことから、加藤の提案に加えて、高齢者や認知症患者に認められる社会隔離に伴う認知機能の低下も重要な区分となると考えており、第三群として、社会隔離に起因する高齢者の認知機能低下を加えておきたい。

5.1 不眠・不安・抑うつ

COVID-19患者の精神症状のパターンは多彩であり、不眠症や不安症状から攻撃的な行動や精神病症状まで、さまざまな症状を呈しうる。急性呼吸器感染症(SARS)患者において、怒り、不安などの軽度な精神医学的問題から抑うつ反応、躁状態を思わせる気分変動、幻覚妄想のような重度の精神病状態まで多彩な症状が出現することが報告されている^{54,55)}。COVID-19患者の入院時に最も一般的な精神症状は不眠であり、その後に重度不安、攻撃的な行動、妄想反応などが続き⁵⁶⁾、さらに続いてうつ状態となる。このようなストレス反応ともいえる症状に加えてCOVID-19患者における物質関連障害および依存症⁵⁷⁾、摂食障害、強迫性障害、パニック発作、広場恐怖症、心的外傷後ストレス障害などが報告されている。

5.2 コロナ関連精神病

サイコーシス(精神病状態)は、個人が現実や社会からの切断を経験している状態である。現実または自我の境界の喪失は幻覚妄想として表現され、その代表的な疾患は統合失調症である。現在、統合失調症は他の精神病状態を含んだ統合失調症ス

ペクトラムとして理解されているが、COVID-19患者においても、統合失調症を中心とした他の精神病性障害に共通する特徴的な行動障害が報告されている。COVID-19患者における反応性精神病や統合失調症様サイコーシス^{10,15)}の病態メカニズムは未だ解明されていないが、神経炎症性による脳内炎症誘発性分子、反応性の神経膠細胞増加、神経伝達系の変化、ニューロンネットワークのリモデリングなどにその基盤が求められ、これらの変化は環境要因によるストレスを伴い、精神病理学的反応を来たしているものと考えられる。

5.3 高齢者・認知症患者の機能低下

COVID-19は、高齢者と基礎疾患を有する者に重症化のリスクが高いことが知られるようになり、在宅高齢者だけでなく、老健施設、高齢者グループホーム、特別養護老人ホームなどの高齢者施設では、感染予防のために最大限の注意がなされてきた。在宅高齢者の生活は、自主的に外出を控え、必要最低限の外出に限る生活となった。なかには病院への通院、デイサービスへの通所、趣味の集まりなどを控える人も多かった。このような人的交流が極端に少なくなった生活においては、運動の機会や他人との出会い・歓談の機会も大きく減少した。多くの高齢者施設では、感染防止のために、入所者の外出禁止、面会禁止などの措置がなされ、殆ど施設内だけの生活となり、「社会的隔離」とも表現される状態となった。

筆者は認知症患者の外来を担当しているが、高齢の患者は来診せず、患者の家族だけの来診が数か月間続く場合もあった。ご家族からの報告では、これまでの外出・面会が禁止となり認知機能が低下しているように思われるとの相談も数多く、ただでさえ運動や社会的活動が少ない高齢者にとってはコロナ禍における社会的隔離は多くの負の結果をもたらしていることが推察される。

近年、アルツハイマー病の進行には、アミロイド・カスケード仮説以外に多くの心理社会的要因が関与しており⁵⁸⁾、認知症の予防のために認知予備力

を高める方策が模索されている⁵⁹⁾。認知予備力とは、脳の老化、アルツハイマー病の病理過程に拮抗して、認知機能を維持する力のことであり⁶⁰⁾、運動、社会活動、趣味、生き甲斐など広い意味での社会的活動が認知予備力を高めることも知られるようになってきている⁶¹⁾。コロナ禍による「社会的隔離」は、高齢者の認知予備力を損なう結果をもたらしているように思われる。

VI. SARS-CoV-2 感染の病態生理と精神症状発症メカニズム

SARS-CoV-2 感染による精神症状の発症メカニズムは十分には解明されていないが、生物学的な病態機序として、ウイルス感染の直接的な結果、炎症反応、自己免疫、低酸素症、凝固亢進状態などが考えられる。

6.1 SARS-CoV-2 の感染性

SARS コロナウイルス(2002-2003 年流行)と SARS-CoV-2 のスパイクタンパク質には類似性があるが、SARS-CoV-2 の方がはるかにヒト細胞に

取り付きやすいことが報告されている⁶²⁾。SARS-CoV-2 ウイルス粒子にはスパイク(S)、エンベロープ(E)、膜(M)、およびヌクレオカプシド(N)という少なくとも4つの構造蛋白が知られているが、最近の研究では、一部のコロナウイルスではこれら4つの蛋白の全てを発現しない場合でも感染性ビリオンになることが報告されている⁶³⁾。(図3)

6.2 ACE2 受容体

SARS-CoV-2 が細胞に感染する際には、宿主のヒトアンジオテンシン変換酵素2(ACE2)受容体に結合して感染する。ACE2 受容体は、肺のI型およびII型肺胞上皮細胞、血管内皮細胞、心臓、肝臓、胃腸管、腎臓、睾丸など多臓器に分布しているだけでなく、中枢神経系にも分布しており、脊髄、皮質、海馬、および小脳に多く発現している^{64,65)}。

SARS-CoV-2 ウイルスのスパイク(S)蛋白が ACE2 受容体に結合する。スパイク蛋白には2つの機能ドメイン(S1、S2)があり、S1ドメインは

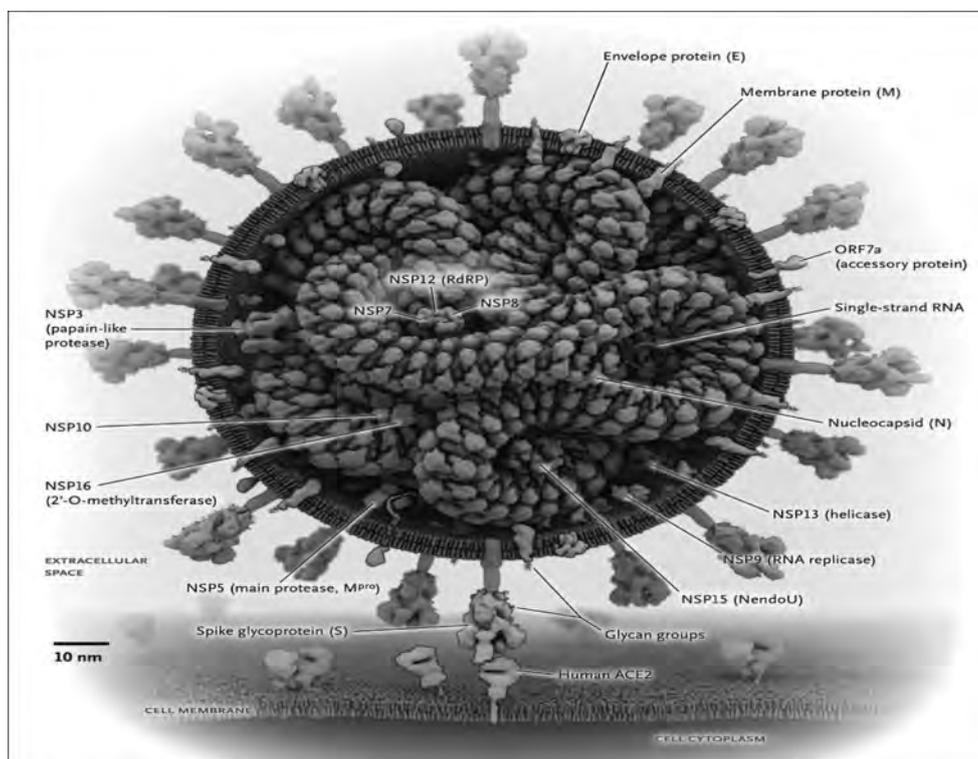


図3 SARS-CoV-2 ウイルスの構造

ACE2に結合する受容体結合ドメイン(RBD)を含んでおり、S2ドメインはウイルスと宿主細胞膜の融合を仲介する⁶⁶⁾。ACE2受容体の臓器分布はウイルス感染部位の決定に重要な因子となるが、ACE2受容体との結合は、スパイク蛋白を活性化し、そのS2ドメインと細胞膜の融合が起こり、SARS-CoV-2は形質膜上のACE2受容体への結合とそれに続くエンドサイトーシスにより細胞内に侵入する^{67,68)}。前述したようにACE2受容体は中枢神経系にも豊富に存在しており、血液脳関門を通過して、中枢神経系の内皮細胞に感染する^{69,70)}。また、ウイルス粒子の逆行性感染も示唆されており、末梢神経系に侵入したウイルスは、続いて中枢神経系に感染する^{71,72)}。一般的に、神経向性ウイルスは、逆行性および順行性に輸送されてニューロンに侵入し、神経細胞に感染したウイルス粒子は神経細胞骨格タンパク質との相互作用により放出され、隣接するニューロンやシナプス前ニューロンに拡大する⁷³⁾。

6.3 神経炎症反応

最近、COVID-19患者の精神障害の程度が炎症マーカーと相関していることが示唆されるようになり、COVID-19患者では、免疫系を活性化することにより、血清炎症マーカーが上昇している可能性が考えられる⁷⁴⁾。メタアナリシスでは、心的外傷後ストレス障害患者において、IL-6、TNF- α 、IL-1 β などの炎症誘発性分子が有意に上昇していることが示されている^{75,76)}。一般的に神経精神疾患の発症に炎症の病理が関与している可能性は示唆されているものの、COVID-19患者の精神症状に関する急性炎症病理の重要性については明確には示されていない。精神症状の発症は、全身性炎症病理の重症度だけでなく、ウイルスの脳内感染、パンデミックによる心理的ストレス因子など多面的な要因が関与していると考えられるからである⁷⁷⁾。最近COVID-19患者の精神病状態の症例が報告されており、これらの症例においては精神病症状の病因として過剰な炎症状態が関与している

とされている⁷⁸⁾。

このような神経炎症仮説は、うつ病⁷⁹⁾、統合失調症⁸⁰⁾、双極性障害⁸¹⁾などにおける神経炎症の関与と同様に、COVID-19の病状に寄与する生物学的要因の一つである可能性もある⁸²⁾。

6.4 自己免疫反応

SARS-CoV-2感染は、過剰な全身性免疫反応を惹起し急性呼吸器障害や敗血症性ショックにより死亡することがある⁸³⁾。このメカニズムは、自己免疫性疾患と共通しており、SARS-CoV-2感染によって引き起こされる免疫系の過剰活性化は「サイトカインストーム」として知られている。ウイルスは免疫系を刺激し、免疫系を攻撃することにより⁸⁴⁾、炎症性物質の産生と蓄積をきたし、インターロイキン、インターフェロン、単球、マクロファージが急激に増加し、炎症性蛋白、腫瘍壊死因子、過剰炎症反応を惹起する。この全身性炎症は重度の脳症を引き起こし、精神障害を惹起する可能性がある。COVID-19患者に報告されている、IL-1、IL-2、IL-6、IL-7、IL-10の上昇⁸⁵⁾、顆粒球を含む免疫メディエーターであるコロニー刺激因子(G-CSF)の上昇は、神経炎症と脳機能障害を引き起こす可能性を示唆している⁸⁶⁾。

6.5 低酸素症

重症COVID-19患者に特徴的な症状は急性呼吸窮迫症候群であり⁸⁷⁾、患者は呼吸機能障害による低酸素血症を呈する^{88,89)}。脳は呼吸不全に最も影響を受け易い臓器であり⁹⁰⁾、換気不全の結果として病態生理学的変化を来す。低酸素症により頭蓋内血管が拡張し、頭蓋内血流、脳毛細血管圧、組織液産生、脳フリーラジカル産生が増加する。膜脂質過酸化やエネルギー代謝が阻害され、^{91,92)}脳内の嫌気性解糖は乳酸の増加をもたらす。

低酸素症によって引き起こされる代謝性アシドーシスは脳血管れん縮を増加させ、酸素フリーラジカルと過酸化脂質、抗酸化システムの弱体化、血液脳関門の機能障害⁹³⁾ 間質性脳浮腫、頭蓋内圧

亢進症につながるにより⁹⁴⁾、ニューロンおよびアストログリアの壊死を引き起こし、神経認知障害におけるアポトーシスを促進する⁹⁵⁾。

6.6 凝固系亢進

COVID-19患者の臨床研究では、D-ダイマーの上昇⁹⁶⁾、プロトロンビン時間の延長が報告されている。COVID-19の患者では活性化部分トロンボプラスチン時間(APTT)とフィブリノーゲン上昇が見られ、血液は凝固亢進、血液凝固能が増加している。血中酸素の減少は、炎症性因子、カテコールアミン、血漿の増加を引き起こし、組織因子や⁹⁷⁾血小板凝集能の亢進を惹起する。この結果、毛細血管の血流が変化し、交感神経活動の増加、広範囲の微小内皮損傷により、虚血性損傷を引き起こす。血液凝固性⁹⁸⁾および毛細血管微小血栓症は⁹⁹⁾、脳内の小血管の障害を来し、精神病につながる可能性が考えられる。

VII. まとめ

COVID-19が長期化するに伴い、長期間にわたる精神症状への潜在的な影響が現れ続けるにつれて、既存の神経精神医学的疾患への対応の必要性和共に、あらたなコロナ関連精神疾患への対応が要請されるようになってきている。なかでもCOVID-19の神経精神医学的後遺症が、long-COVIDとして知られるようになり深刻な臨床的課題となっている。精神医学領域では、このような新しいタイプの精神障害に対して備えると共に、パンデミックが惹起した心理社会的課題に対しても十分な対策を講じる必要がある。

文献

- 1) [武田雅俊、新型コロナウイルス感染症（COVID-19）下における大阪河崎リハビリテーション大学の動き、大阪河崎リハビリテーション大学紀要、in press, 2021](#)
- 2) [Petrosillo N, Viceconte G, Ergonul O, Ippolito G, Petersen E. COVID-19, SARS and MERS:](#)

[are they closely related? Clin Microbiol Infect 2020;26\(6\):729-34.](#)

- 3) [Richardson S, Hirsch JS, Narasimhan M, et al. Presenting characteristics, comorbidities, and outcomes among 5700 patients hospitalized with COVID-19 in the New York City area. JAMA 2020;323:2052-9.](#)
- 4) [Myers LC, Parodi SM, Escobar GJ, et al. Characteristics of hospitalized adults with COVID-19 in an integrated health care system in California. JAMA 2020;323:2195-8.](#)
- 5) [Zhou F, Yu T, Du R, et al. Clinical course and risk factors for mortality of adult inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: a retrospective cohort study. Lancet 2020;395:1054-62.](#)
- 6) [Adhanom Ghebreyesus T. Addressing mental health needs: an integral part of COVID-19 response. World Psychiatry. 2020 Jun; 19\(2\):129-130.](#)
- 7) [Li J, Yang Z, Qiu H, et al. Anxiety and depression among general population in China at the peak of the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 2020;19:249-50.](#)
- 8) [Yao H, Chen JH, Xu YF. Patients with mental health disorders in the COVID-19 epidemic. Lancet Psychiatry 2020;7:e21.](#)
- 9) [Shinn AK, Viron M. Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with serious mental illness. J Clin Psychiatry 2020;81:20com13412.](#)
- 10) [Brown E., Gray R., Monaco S. L., et al. Thompson A., et al. The potential impact of COVID-19 on psychosis: a rapid review of contemporary epidemic and pandemic research. Schizophr. Res. 2020 08;222:79-87.](#)
- 11) [Davide P., Andrea P., Martina O., Andrea E., Davide D., Mario A. The impact of the COVID-19 pandemic on patients with OCD:](#)

- [effects of contamination symptoms and remission state before the quarantine in a preliminary naturalistic study. *Psychiatry Res.* 2020 09:113213.](#)
- 12) [Russell CD, Millar JE, Baillie JK, J.E., Baillie, J.K. Clinical evidence does not support corticosteroid treatment for 2019-nCoV lung injury. *Lancet.*2020 02 115:395 \(10223\) : 473–475.](#)
 - 13) [Cortegiani A., Ingoglia G., Ippolito M, Giarratano A., Einav S. A systematic review on the efficacy and safety of chloroquine for the treatment of COVID-19. *J.Crit. Care.* 2020 06;57:279–283](#)
 - 14) [Sato K., Mano T., Iwata A, Toda T. Neuropsychiatric adverse events of chloroquine: a real-world pharmacovigilance study using the FDA Adverse Event Reporting System \(FAERS\) database. *Biosci.Trends.* 2020;14 \(2\) :139–143.](#)
 - 15) [Mazza C., Ricci E., Biondi S., et al. A nationwide survey of psychological distress among Italian people during the COVID-19 pandemic: Immediate psychological responses and associated factors. *Int J Environ Res Public Health.*2020 05 02;17 \(9\)](#)
 - 16) [Sun Y., Li Y., Bao Y, et al. Brief report: increased addictive internet and substance use behavior during the COVID – 19 pandemic in China. *Am. J. Addict.* 2020 07; 29 \(4\) :268–270.](#)
 - 17) [Castellini G., Cassioli E., Rossi E., et al. The impact of COVID – 19 epidemic on eating disorders: a longitudinal observation of pre versus post psychopathological features in a sample of patients with eating disorders and a group of healthy controls. *Int. J. Eating Disord.*2020 11; 53 \(11\) :1855-1862](#)
 - 18) [Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, et al. Multidisciplinary research priorities for the COVID-19 pandemic: A call for action for mental health science. *Lancet Psychiatry.* 2020 06;7 \(6\) :547 – 560.](#)
 - 19) [Batty GD, Deary IJ, Luciano M, et al. Psychosocial factors and hospitalisations for COVID-19: Prospective cohort study based on a community sample. *Brain Behav Immun.* 2020 10;89:569-578](#)
 - 20) [Nudel R, Wang Y, Appadurai V, et al. A large-scale genomic investigation of susceptibility to infection and its association with mental disorders in the Danish population. *Transl Psychiatry.* 2019 11 11;9 \(1\) :283](#)
 - 21) [Xiao C. A Novel Approach of Consultation on 2019 Novel Coronavirus \(COVID-19\)-Related Psychological and Mental Problems: Structured Letter Therapy. *Psychiatry Investig.* 2020 Feb;17 \(2\) :175–176.](#)
 - 22) [Hamada, K., Fan, X. The impact of COVID-19 on individuals living with serious mental illness. *Schizophrenia research.* 2020 08;222:3-5.](#)
 - 23) [Muruganandam P., Neelamegam S., Menon V, et al. COVID-19 and Severe Mental Illness: Impact on patients and its relation with their awareness about COVID-19. *Psychiatry research.* 2020, 09;291: 113265.](#)
 - 24) [Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: what all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020 04;71:102211.](#)
 - 25) [Shinn AK, Viron M. Perspectives on the COVID-19 pandemic and individuals with](#)

- [serious mental illness. J Clin Psychiatry 2020;81:20com13412.](#)
- 26) [Wang Q, Xu R, Volkow ND. Increased risk of COVID-19 infection and mortality in people with mental disorders: analysis from electronic health records in the United States. World Psychiatry. 2020 Oct.07.](#)
- 27) [Wasserman D, Iouse M, Wuestefeld A, et al. Adaptation of evidence-based suicide prevention strategies during and after the COVID-19 pandemic. World Psychiatry 2020;19:294-306.](#)
- 28) [O'Callaghan JP, Miller DB. Neuroinflammation disorders exacerbated by environmental stressors. Metabolism. 2019 11;100S:153951.](#)
- 29) [Bright F, Werry EL, Dobson-Stone C, et al. Neuroinflammation in frontotemporal dementia. Nat Rev Neurol. 2019 09;15 \(9\) :540-555.](#)
- 30) [Bakunina N, Pariante CM, Zunszain PA. Immune mechanisms linked to depression via oxidative stress and neuroprogression. Immunology. 2015 Mar; 144 \(3\) :365-373.](#)
- 31) [Marques TR, Ashok AH, Pillinger T, et al. Neuroinflammation in schizophrenia: meta-analysis of in vivo microglial imaging studies. Psychol. Med. 2019;49:2186-2196.](#)
- 32) [Bjorklund G, Saad K, Chirumbolo S, et al. Immune dysfunction and neuroinflammation in autism spectrum disorder. Acta Neurobiol. Exp. \(Wars\). 2016;76 \(4\) :257-268.](#)
- 33) [Kohno M, Link J, Dennis LE, et al. Neuroinflammation in addiction: a review of neuroimaging studies and potential immunotherapies. Pharm. Biochem Behav. 2019 04;179:34-42.](#)
- 34) [Nadjar A, Wigren HM, Tremblay ME. Roles of Microglial Phagocytosis and Inflammatory Mediators in the Pathophysiology of Sleep Disorders. Front Cell Neurosci. 2017; 11 \(30 August\) :250.](#)
- 35) [Paniz-Mondolfi A, Bryce C, Grimes Z, et al. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 \(SARS-CoV-2\). J Med Virol. 2020 Jul; 92 \(7\) :699-702.](#)
- 36) [Troyer EA, Kohn JN, Hong S. Are we facing a crashing wave of neuropsychiatric sequelae of COVID-19? Neuropsychiatric symptoms and potential immunologic mechanisms. Brain Behav Immun. 2020 Jul; 87:34-39.](#)
- 37) [Li YC, Bai WZ, Hashikawa T. The neuroinvasive potential of SARS-CoV2 may play a role in the respiratory failure of COVID-19 patients. J Med Virol, 2020 06;92 \(6\) :552-555.](#)
- 38) [Toljan K. Letter to the editor regarding the viewpoint "Evidence of the COVID-19 virus targeting the CNS:tissue distribution, host-virus interaction, and proposed Neurotropic mechanism" ACS Chem Neurosci. 2020;11 \(8\) :1192-1194.](#)
- 39) [Bohmwald K, Gálvez NMS, Ríos M, Kalergis AM. Neurologic alterations due to respiratory virus infections. Front Cell Neurosci. 2018;12:386.](#)
- 40) [Andriuta D, Roger P-A, Thibault W, et al. COVID-19 encephalopathy: detection of antibodies against SARS-CoV-2 in CSF. Journal of Neurology. 2020 Oct;267 \(10\)](#)
- 41) [Virhammar J, Kumlien E, Fällmar D, et al. Acute necrotizing encephalopathy with SARS-CoV-2 RNA confirmed in cerebrospinal fluid. Neurology. 2020 09 08;95 \(10\) :445-449.](#)
- 42) [Carlos del Rio, Lauren F. Collins,; Preeti Malani, Long-term Health Consequences of](#)

- [COVID-19. JAMA. 2020;324\(17\):1723-1724.](#)
- 43) [Kershner P, Cheng RW. Psychiatric side effects of steroid therapy. Psychosomatics 1989; 30:135-139](#)
- 44) [Lewis DA, Smith RE. Steroid-induced psychiatric syndromes. J Affect Dis 1983; 5:319-332.](#)
- 45) [Banerjee D, The impact of Covid-19 pandemic on elderly mental health, International Journal of Geriatric Psychiatry, 1-2, 2020.](#)
- 46) [Banerjee D, Age and ageism in COVID-19: Elderly mental health-care vulnerabilities and needs, Asian Journal of Psychiatry, 51, 102154, 2020.](#)
- 47) [Mukhtar S, Psychological impact of COVID-19 on older adults, Current Medicine Research and Practice, 10, 201e202, 2020.](#)
- 48) [Parra A, et al, 2020, Psychotic symptoms in COVID-19 patients. A retrospective descriptive study, Psychiatry Research, 291 113254, 2020](#)
- 49) [Brooks S. K., Webster R. K., Smith L. E., et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. Lancet.2020 03 14 ;395 \(10227\) :912-920.](#)
- 50) [Lippi G., Henry BM., Sanchis-Gomar F. Physical inactivity and cardiovascular disease at the time of coronavirus disease 2019 \(COVID-19\). Eur J Prev Cardiol. 2020 06;27 \(9\) :906-908](#)
- 51) [Uchino BN, Trettevik R, Kent de Grey RG, et al. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: a meta-analysis. Health Psychol. 2018;37:462-471.](#)
- 52) [Busch EL, Whitsel EA, Kroenke CH, Yang YC. Social relationships, inflammation markers, and breast cancer incidence in the Women's Health Initiative. Breast. 2018;39:63-69.](#)
- 53) [加藤敏、コロナ危機においてはじめて発症あるいは札幌下精神障害-自殺予防に向けて、日本医師会 COVID-19 有識者会議、https://www.covid19-jma-medical-expert-meeting.jp/topic/3848](#)
- 54) [Lam MH, Wing YK, Yu MW, et al. Mental morbidities and chronic fatigue in severe acute respiratory syndrome survivors: long-term follow-up. Arch Intern Med. 2009;169:2142-2147.](#)
- 55) [Cheng SK, Tsang JS, Ku KH, Wong CW, Ng YK. Psychiatric complications in patients with severe acute respiratory syndrome \(SARS\) during the acute treatment phase: a series of 10 cases. Br. J. Psychiatry. 2004; 184:359-360.](#)
- 56) [Xie Q, Fan F, Fan XP, et al. COVID-19 patients managed in psychiatric inpatient settings due to first-episode mental disorders in Wuhan, China: clinical characteristics, treatments, outcomes, and our experiences. Transl Psychiatry. 2020 10 02 ;10 \(1\) :337.](#)
- 57) [Alexander GC, Stoller KB, Haffajee RL, Saloner B. An epidemic in the midst of a pandemic: opioid use disorder and COVID-19. 2020.](#)
- 58) [武田雅俊、サクセス古エイジング、老年精神医学雑誌 26 \(8\),850-852, 2015](#)
- 59) [武田雅俊、認知予備力、医学のあゆみ 270, 11, 1076-1077, 2019](#)
- 60) [Takeda M. Terayama K, Furui,T et al. Cognitive reserve and cognitive rehabilitation. Cognition & Rehabilitation1, 4-7, 2020](#)
- 61) [武田雅俊、認知症研究のこれからの方向性、老年精神医学雑誌 29, 87-95, 2018](#)

- 62) [Wrapp D, Wang N, Corbett2 KS, Goldsmith JA, Hsieh CL Abiona O, Graham BS, McLellan JS. Cryo-EM structure of the 2019-nCoV spike in the prefusion conformation. Science 367, 6483, 1260-1263, 2020;](#)
- 63) [Schoeman D, Fielding BC. Coronavirus envelope protein: current knowledge. Virol J. 2019 May 27; 16 \(1\) :69.](#)
- 64) [Xia H, Lazartigues E. Angiotensin-converting enzyme 2 in the brain: Properties and future directions. J Neurochem. 2008 Dec;107 \(6\) :1482–1494.](#)
- 65) [Buzhdygan TP, DeOre BJ, Baldwin-Leclair A, et al. The SARS-CoV-2 spike protein alters barrier function in 2D static and 3D microfluidic in-vitro models of the human blood-brain barrier. Rev Med Liege. 2020;75 \(S1\) :130-132.](#)
- 66) [Walls AC, Park Y-J, Tortorici MA, Wall A, McGuire AT, Veesler D. Structure, function, and antigenicity of the SARS-CoV-2 spike glycoprotein. Cell. 2020 04 16;181 \(2\) :281-292. e6.](#)
- 67) [Liu Z, Xiao X, Wei X, et al. Composition and divergence of coronavirus spike proteins and host ACE2 receptors predict potential intermediate hosts of SARS-CoV-2. J Med Virol. 2020 06;92 \(6\) :595-601.](#)
- 68) [Lu R, Zhao X, Li J, et al. Genomic characterisation and epidemiology of 2019 novel coronavirus :implications for virus origins and receptor binding. Lancet. 2020 02 22;395 \(10224\) :565-574.](#)
- 69) [Solomon IH, Normandin E, Bhattacharyya S, et al. Neuropathological Features of Covid-19. N Engl J Med. 2020;383:989-92.](#)
- 70) [Deffner F, Scharr M, Klingenstein S, et al. Histological Evidence for the Enteric Nervous System and the Choroid Plexus as Alternative Routes of Neuroinvasion by SARS-CoV2. Front Neuroanat. 2020;14:596439](#)
- 71) [Wang L, Shen Y, Li M, et al. Clinical manifestations and evidence of neurological involvement in 2019 novel coronavirus SARS-CoV-2: a systematic review and meta-analysis. J Neurol 2020; 267 \(10\) : 2777-89.](#)
- 72) [Paniz-Mondolfi A, Bryce C, Grimes Z, et al. Central nervous system involvement by severe acute respiratory syndrome coronavirus-2 \(SARS-CoV-2\) J Med Virol. 2020 Jul;92 \(7\) :699-702.](#)
- 73) [Butowt R, Bilinska K. SARS-CoV-2: Olfaction, Brain Infection, and the Urgent Need for Clinical Samples Allowing Earlier Virus Detection. ACS Chem Neurosci. 2020;11:1200-3.](#)
- 74) [Azkur A.K., Akdis M., Azkur D. et al. Immune response to SARS-CoV-2 and mechanisms of immunopathological changes in COVID-19. Allergy. 2020;75 \(7\) :1564–1581.](#)
- 75) [Lindqvist D, Dhabhar FS, Mellon SH, et al. Increased pro-inflammatory milieu in combat related PTSD-A new cohort replication study. Brain Behav. Immun. 2017;59:260–264.](#)
- 76) [Bersani FS, Wolkowitz OM, Lindqvist D, et al. Global arginine bioavailability, a marker of nitric oxide synthetic capacity, is decreased in PTSD and correlated with symptom severity and markers of inflammation. Brain Behav. Immun. 2016;52:153-160.](#)
- 77) [Northoff G. What catatonia can tell us about “top-down modulation”: a neuropsychiatric](#)

- [hypothesis. Behav. Brain Sci. 2002;25 \(5\) :555–577.](#)
- 78) [Kajani R., Apramian A., Vega A., Ubhayakar N., Xu P., Liu A. Neuroleptic malignant syndrome in a COVID-19 patient. Brain, Behavior, Immun. 2020;88: 28–29.](#)
- 79) [Beurel E, Toups M, Nemeroff CB. The bidirectional relationship of depression and inflammation: double trouble. Neuron 2020;107:234-56.](#)
- 80) [Müller N. Inflammation in schizophrenia: pathogenetic aspects and therapeutic considerations. Schizophr Bull 2018;44:973-82.](#)
- 81) [Benedetti F, Aggio V, Pratesi ML, et al. Neuroinflammation in bipolar depression. Front Psychiatry 2020;11:71.](#)
- 82) [Steardo L Jr, Steardo L, Verkhatsky A. Psychiatric face of COVID-19. Transl Psychiatry 2020;10:261.](#)
- 83) [Li G, Fan Y, Lai Y, et al. Coronavirus infections and immune responses. J Med Virol. 2020;92 \(4\) :424–432.](#)
- 84) [Guo XJ, Thomas PG. New fronts emerge in the influenza cytokine storm. Semin Immunopathol. 2017;39 \(5\) :541–550.](#)
- 85) [Wan S, Yi Q, Fan S, et al. Characteristics of lymphocyte subsets and cytokines in peripheral blood of 123 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus pneumonia \(NCP\). medRxiv. 2020;2020:2002. 2010. 20021832](#)
- 86) [Poyiadji N, Shahin G, Noujaim D, et al. COVID-19-associated acute hemorrhagic necrotizing encephalopathy: Imaging features. Radiology, 2020 08;296 \(2\) : E119-E120.](#)
- 87) [Murthy S, Gomersall CD, Fowler RA. Care for critically ill patients with COVID-19. JAMA. 2020;323 \(15\) :1499.](#)
- 88) [Wang D, Hu B, Hu C, et al. Clinical characteristics of 138 hospitalized patients with 2019 novel coronavirus-infected pneumonia in Wuhan, China. JAMA. 2020; 323 \(11\) :1061–1069.](#)
- 89) [Casella M, Rajnik M, Cuomo A, Dulebohn SC, Di Napoli R. Features, evaluation and treatment coronavirus \(COVID-19\). StatPearls Publishing; Oct 4, 2020. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554776/>.](#)
- 90) [Casas AI, Geuss E, Kleikers PWM, et al. NOX4-dependent neuronal autotoxicity and BBB breakdown explain the superior sensitivity of the brain to ischemic damage. Proc Natl Acad Sci U S A. 2017;114 \(46\) :12315–12320.](#)
- 91) [Mikhail Kellawan J, Harrell JW, Roldan-Alzate A, Wieben O, Schrage WG. Regional hypoxic cerebral vasodilation facilitated by diameter changes primarily in anterior versus posterior circulation. J Cereb Blood Flow Metab. 2017;37 \(6\) :2025–2034.](#)
- 92) [Numagami Y, Zubrow AB, Mishra OP, Delivoria-Papadopoulos M. Lipid free radical generation and brain cell membrane alteration following nitric oxide synthase inhibition during cerebral hypoxia in the newborn piglet. J Neurochem. 1997;69 \(4\) :1542-1547.](#)
- 93) [Rosenkrantz TS, Kubin J, Mishra OP, Smith D, Delivoria-Papadopoulos M. Brain cell membrane Na⁺, K^{\(+\)}-ATPase activity following severe hypoxic injury in the newborn piglet. Brain Res. 1996;730 \(1–2\) :52–57.](#)
- 94) [Boedtkjer E. Acid-base regulation and](#)

- [sensing: accelerators and brakes in metabolic regulation of cerebrovascular tone. J Cereb Blood Flow Metab. 2018;38 \(4\) :588–602.](#)
- 95) [Mallet RT, Ryou MG. Erythropoietin: endogenous protection of ischemic brain. Vitam Horm. 2017;105:197–232.](#)
- 96) [Tang N, Bai H, Chen X, Gong J, Li D, Sun Z. Anticoagulant treatment is associated with decreased mortality in severe coronavirus disease 2019 patients with coagulopathy. J Thromb Haemost. 2020 May;18 \(5\) :1094-1099.](#)
- 97) [Kammerer T, Faihs V, Hulde N, et al. Hypoxic-inflammatory responses under acute hypoxia: in vitro experiments and prospective observational expedition trial. Int J Mol Sci. 2020;21 \(3\) :1034. doi:10.3390/ijms21031034.](#)
- 98) [Toraldo DM, DE Nuccio F, DE Benedetto M, Scoditti E. Obstructive sleep apnoea syndrome: a new paradigm by chronic nocturnal intermittent hypoxia and sleep disruption. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2015 Apr; 35 \(2\) :69-74.](#)
- 99) [Suresh S, Rajvanshi PK, Noguchi CT. The Many Facets of Erythropoietin Physiologic and Metabolic Response. Front Physiol. 2019; 10:1534.](#)

総説

漢民族とオーストロネシア語族の視点から見た台湾の歴史

Department of Psychiatry, Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

Winston W. Shen

Abstract

Background: Since the 16th century, Taiwan has been also named as "Iha Formosa," meaning "beautiful island" in Portuguese language. Taiwan is located east of China, south of Korea and Japan, and north of the Philippines. The shape of Taiwan island is like the shape of a sweet potato. Like in any other countries, most versions of history of Taiwan have been written according to historian' political imperatives. The contents of the history depend heavily on writers' political viewpoints. **Methods:** Besides his birth and life-time experience in Taiwan, the author collected information from the literature pertinent to the history of Taiwan in writing this review. **Results:** The pre-history of Taiwan ended with the arrival of the Dutch East India Company in 1624. Since the people of Taiwan had been ruled by six foreign invaders; (a) the Dutch (1622 - 1662), (b) the Spanish (1626 - 1942), (c) the Cheng family (1662 - 1683), (d) the Manchu Qing Empire, (e) the Imperial Japanese (1895 - 1945), and (f) the authoritarian Chinese Nationalists Party (Koumington, KMT) regime (1945 - 1988). During the Dutch occupation in Taiwan, many male ethnic Han Chinese were actively recruited to immigrate to Taiwan for agricultural labors. Those Han Chinese males got married to local female Taiwanese aborigines. But their decedents identified automatically with a more with culturally dominant Han Chinese. "We have male ancestors from China, but not female ones from Taiwan" as stated in a commonly heard saying in Taiwanese. The native aborigines are Austronesian Taiwanese who are Formosan indigenous peoples of Taiwan, the "original" people living in Taiwan. About 2.3% of Taiwanese are the pure blooded Austronesian Taiwanese with the total population of 540,000, distributed in 16 distinguishable tribes including Amis (population 184,000), Paiwan (88,000), Atayal (80,000), Bunun (51,000), Truku or Taroko (26,000), Tao or Yami (3,900), etc. Indonesians, Malays, Philippines, the Malagasy people of Madagascar, and the many people of Oceanic islands of Micronesia, Melanesia and Polynesia (including the Hawaiians, the Rapa Nui of Easter Island, and the Maori of New Zealand) are also members of the Austronesian language family. This is the reason why some tribal Taiwanese aborigines can communicate with the people in Indonesia, Malaysia, and the Philippines, as well as why the aboriginal music share similar melodies heard in those areas. Since 2016 Taiwan government has been implementing the Southbound Policy in reaching people of the South East Asians countries, including Austronesian countries. The exchanges are involving in many aspects of the fields. The exchanges in psychiatry and mental health between Taiwan and Austronesian countries are described. **Conclusion:** Although Austronesian culture is an important part of Taiwanese heritage, it has been omitted in most versions of history of Taiwan. The author suggests that Austronesian heritage should be included in understanding the complete history about Taiwan,

A History of Taiwan from the Han Chinese and Austronesian Perspectives

Winston W. Shen, MD ^{1,2}

¹ Department of Psychiatry, Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan,

² Department of Psychiatry, School of Medicine, College of Medicine, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan

¹Corresponding author. No. 111, Section 3, Shing Long Road, Taipei 116, Taiwan

E-mail: Winston W. Shen <shenwinw@gmail.com >

Key words: colonizing history of the South East Asia, Sino-Tibetan language family,
Indo-European language family, Taiwan can help

“He who knows no foreign languages knows nothing of his own.”

- Johann Wolfgang von Goethe, 1749 - 1832

A German poet, dramatist and philosopher

「外国語を知らない人は自分のことも知らない」

ヨハン・ヴォルフガング・フォン・ゲーテ, 1749- 1832

ドイツの 詩人、劇作家、哲学者

“We are circulating with a different kind of blood.”

- Mary Lin

A Taiwanese pathologist, hematologist, and anthropologist

「私たちの体内には別の血が流れています」

(林媽利, 2010)

台湾の病理医、血液専門医、人類学者

I. 台湾の地理

6,000-7,000 年間、台湾はオーストロネシア人 (Austronesian) の故郷としての特有な原始社会を形作っていたが(杜 2003)、「オーストロネシア」とは、ラテン語で「南の島」という意味である。16 世紀以降、台湾はポルトガル語で「美しい島」を意味する「フィハ フォルモサ」と呼ばれるようになった (Mateo and Eugenio 2002)。

台湾は、中国の東、韓国と日本の南、フィリピンの北に位置している。台湾の面積は 35,808 km² であり (www.en.wikipedia.org/wiki/ Taiwan)、九州(36,782 km²) よりわずかに小さい(www.kids.kiddle.co)。台湾の南北長はその幅よりもやや長く、島の形は薩摩芋(サツマイモ)の形に似ていることから、台湾人は「私たちはサツマイモの島から来ました」と自分のニックネームを使って誇らしげに言うこともある (Cheng et al, 2016)。

台湾海峡(台湾人にとって「危険な黒い溝」)は、台湾とアジア大陸を隔てている幅 180 km の海峡である。ルソン(Luzon)海峡(バシ[Bashi] 海峡)は、台湾とフィリピン・ルソン島の間の 250 km の海峡であるが、フィリピン海と太平洋西部の南シナ海を結んでいる (Executive Yuan 2011)。台湾は、琉球列島から 111 km 離れており(花蓮市から日本の最西端である与那国まで) (Guide for Japanese Islands 2004)、台湾は太平洋の西端に

位置するアジア大陸の南東海岸にある島として東南アジアと東アジアとを結ぶ重要な位置を占めている (Cheng et al. 2016)。

台湾の約 3 分の 1 が平地であり (Cheng et al. 2016)、平地の大部分は台湾の西側にあるが、台湾の土地の約 3 分の 2 は森林に覆われた山地である。台湾には東から西に 5 つの主要な山脈がある (図 1)。島全体に広がる中央山脈は、島の東側と西側の川の境界線となっている。山脈を横切る輪

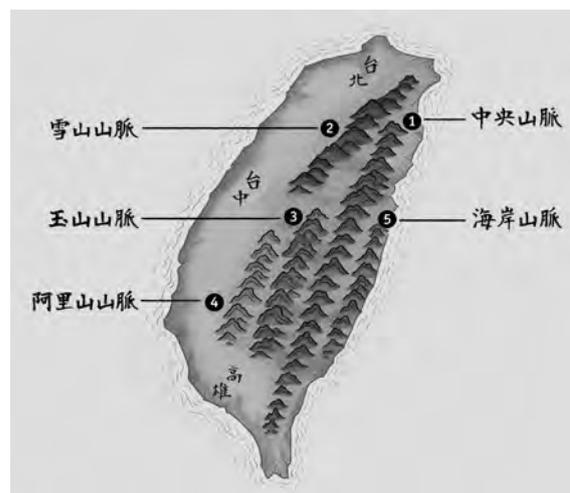


図 1 台湾の 5 つの山脈。

台湾には 5 つの山脈があり、286 の山頂がある。標高 3,000 メートルを超える山も数多くあちこちに存在している。三角形のサインが玉山(ぎょくざん)。1895 年から 1945 年まで日本人によって「新高山(にいたかやま)」と呼ばれた玉山は、台湾のほぼ中央部に位置し、標高 3,952 メートル (12,365 フィート) で台湾で最も標高が高い。北東アジアでも最高峰で、富士山(標高 3,776 メートル)よりも高いことから、当時日本一の山と称されていた。日本帝国軍は「新高山登れ 1208」をハワイの真珠湾のアメリカ基地を攻撃せよという意味の暗号電文として用いた。

送のために、雪山山脈、東海岸山脈、中央山脈（北端）を通過するトンネルが掘られている。2006年に台北首都圏と宜蘭県を結ぶ13 kmの高速道路には雪山トンネルが建設され使用されている。2031年までに台湾高速鉄道の南港駅を宜蘭県に延長するための並行ルートが完成する予定である。

II. 台湾の歴史

1. 原始社会時代

17世紀以前は、台湾にはオーストラリア人の祖先となった原住民が住んでいたが(杜, 2003)、この住民は、台湾中に散在する小さな部落での原始社会を形成し、組織化された州、王国、あるいは、帝国とよべるような社会はなかった。フィリピン、インドネシア、マレーシアや太平洋の島々に住む人たちは、台湾の住民が移住したという説があるが(杜, 2003)、台湾の原始人は文字を持っていなかったために、その記録は残っていない。長い間、台湾人は台湾国外の人々との交流なく孤立していたと思われる。記録された台湾の歴史は、1622年に始まったオランダ、スペイン、鄭成功(チェンコンチェン)、満州清王朝、大日本帝国、中国国民党と続く6回の外国からの侵略者の連続が記録されている(表1)。

このような歴史を経て、台湾は、現在では世界でも優れた多民族の民主的な国として認められているが、本稿では、台湾と関係の深いオーストロネシアの地理と歴史を述べながら、台湾の位置づけについて紹介する。

表1 台湾の6つの外国からの侵略者

オランダ人(1622-1662)
スペイン人(1626-1942)
鄭氏家(1662-1683)
満州清帝国(1683-1895)
帝国日本人(1895-1945)
権威的な中国国民党体制の統治(1945-1988)

2. 6つの外国からの侵略

表1に示すように、台湾は6回の外国からの侵

略者によって支配された(表1)。他国と同様、台湾の歴史は政治的要請に従って書かれており(Cheng, 2016)、歴史の内容は作家の視点により大きく異なることは言うまでもない。

1) オランダ人(1622-1662)

新発見と大航海時代になり、台湾は世界で重要な役割を果たし始めた。世界の貿易は、16世紀にはポルトガル人とスペイン人、17世紀にはオランダ人、18世紀と19世紀にはイギリス人によって支配されていた。

ポルトガル人は、中国との貿易の拠点として1557年に澳門(マカオ)を占領した(杜, 2003)。Ferao de Magalhaes(フェラオ・デ・マガリャエス)に率いられたスペイン人は太平洋を越えてフィリピンに到着した(杜, 2003)。1619年に東インド会社(United East Indian Company, Vereenigde Oostindische Compagnie, VOC)が設立され、本社がインドネシアのジャカルタ・バンタム(Bantam)に置かれた。東インド会社(VOC)は、1622年に日本と中国との貿易を促進するために、澎湖と台湾を侵略した(Blust, 1999)。

40年間のオランダ人による台湾占領(1622-1662)中に、オランダ人は漢民族の台湾への移住を奨励したが(Chen and Gardner, 2017)、台湾の農業労働力不足の問題を解決するためであったと考えられている(駱, 2013)。同時に福建省の漢民族が飢饉による社会不安のために、台湾への移民により良い生活の機会を見い出そうとしたのではないかと考えられている(駱, 2013)。台湾の農業労働力には大量の移民が必要であり、1640年だけで約1万人の漢民族が台湾に移住したとされている(杜, 2003)。(注目すべき点として、オランダの西インド会社は1600年にアフリカ人を農業労働のために米国に連れて行くことから始まったという事実がある(Delepeleire, 2004; den Heijer, 2002)。

オランダ人は台湾の原住民を「鎮圧」し、漢民族を連れてきて競争相手のスペイン人を退けた。オランダ人は、農業を近代化し、学校を設立し、食

糧を生産し、人々をキリスト教に改宗させるための窯(炉)を持ち込み、台南の安平近くのゼーランドディア砦(Fort Zeelandia)を建設した(Chen and Gardner, 2017)。当時、様々な商品の貿易と生産はすべてVOCによって管理されていた(Blust, 1999)。主な農産物は、米、砂糖(日本、ペルシャ、ヨーロッパに輸出)、鹿の皮であった(杜, 2003; 駱, 2013)。

2) スペイン人(1626 - 1942)

1626年にスペイン人が台湾北部に上陸し、基隆と淡水を占領し、その後10年間にわたり、淡水にSan Domino(サンドミノ)砦を含む4つの砦を建設した(Chen and Gardner, 2017)。フィリピン総督は、台湾北部でオランダ人が日本との貿易から得ていた利益には興味を示さず(駱, 2013)、スペイン人は基隆に撤退することを決めたが、1942年にオランダ人による襲撃を受け(Chen and Gardner, 2017)、1942年から1662年までオランダ人がほぼ台湾全土を支配していた。

3) 鄭氏家(1662-1683)

1662年、中国明代の商人/海賊で、長崎県平戸出身の日本人側室の息子であった鄭成功は、南京での戦いに敗れ、廈門と金門に撤退した。鄭氏は1662年にオランダ人を破り、台湾に拠点を設立した(Clemens, 2004)。鄭氏が台湾を統治するようになり、彼は台湾への中国文化の完全な移管を実施し、戒厳令を確立し、中国大陸を奪還するための任務を住民に言い渡した(Ross, 2016)。鄭成功は、38歳時におそらくマラリアのために亡くなった。鄭成功の息子はその後20年間台湾を支配したが、その孫は継承わずか1年後の1683年に、満州からの侵略者に降伏した(Ross, 2016)。

4) 満州清帝国(1683 - 1895)

その頃台湾の人口は急速に増加し、漢民族は西部平野と台北盆地に拡大して支配的な民族グループとなった。大陸の地方と比較して、台湾は満州清帝国によって緩やかに管理されていた。中国からの漢民族の移民は増加したが、男性だけが清政府によって台湾に来ることを許可されていた

(Cheng, 2016)。「私たちは男性の漢民族の祖先を持っていますが、女性の祖先はありません」と、今でも台湾人はよく言っている(Cheng, 2016)。男性と女性の不均衡は、秘密結社の形成を含む社会問題の増加につながり、苦情はしばしば暴力につながったと言う。家族の絆が欠けていた移民は、共有名、村の起源、民俗神の崇拝に基づいた社会構造を作り上げた(駱, 2014; Chen and Gardner, 2017)。台湾では福建の漳州出身の漢民族と泉州出身の漢民族の間に激しい競争や対立があったのも一つの例である。

1871年の牡丹(ムダン)事件は、船が難破して台湾南部に迷い込んだ54人の琉球の船員が清朝台湾により虐殺された事件であった。この時12人が漢民族によって救出され、琉球の宮古島に移送された。日本は1874年に台湾に軍隊を送り、16人の台湾原住民を殺害したが、6人の兵士が殺された(駱, 2014)。この事件は、清政府の弱点と台湾に対する支配力の無さを世界に知らしめることとなった。日本はこの事件を清朝の法廷に持ち込もうとしたが、清朝政府は、台湾の原住民は清朝の支配外であると返事をした(Chen and Gardner, 2017)。この事件により、日本は台湾との交流を始め台湾に関心を示すようになった(駱, 2014)。満州清帝国は台湾建設の重要性を認識し始め、台北府を設立して、後に島全体にまでその支配を広げた。1879年に、台湾南部に「恒春の門」城壁が建設された。当時の主な輸出品は、茶、樟脳、砂糖であった(駱, 2014)。

5) 大日本帝国(1895-1945)

先に示したように、大日本帝国は1874年に牡丹事件で台湾原住民との接触の歴史があった。満州と朝鮮半島での日清戦争の結果、1895年に台湾は大日本帝国に割譲された。その時、清朝の高官は、清の皇后に「男無情、女無義、鳥不語、花不香、瘴癘之地、割之可也(台湾の男性は責任感がなく、女性は情熱的ではありません。その鳥は歌いませんし、花は香りがしません。この場所を割譲します)」と報告したと言う(呂, 1979)。

東京で決定された19人の台湾総督が50年にわたる日本による統治期間中に任命された(Rubinstein, 2007)。後藤新平は、2人の総督の下で行政官(1998年-1906年)を務めたが、台湾を近代化する上で最も重要な日本人の1人と見なされている。後藤新平は、教育、鴉片の管理、個人習慣の育成、農業の経済発展、港湾や鉄道の建物に尽力し、台湾の発展を目指した詳細な青写真を提示した(Rubinstein, 2007)。後藤自身は医師であり、台湾の公衆衛生の基盤と伝統を築くことに貢献した(陳, 2003)。台湾産米、砂糖、樟脳が日本に輸出された(Takekoshi, 1907)。日本の統治の間に公衆衛生の水準は着実に改善され、マラリア、コレラなどの感染症が撲滅された。1905年の台湾人の平均寿命は約30年と推定されていたが、1935年には55歳に延伸した(胡, 2020)。

6) 権威的な中国国民党による統治 (1945 - 1988)

中国国民党 (Chinese Nationalists Party, Kuomintang, KMT) は中国共産党との内戦を戦ったが、1949年に中国大陸で敗北した。蒋介石が率いる KMT は中華民国 (Republic of China, ROC) を設立し南京を拠点として古風な時代遅れの憲法および民事、法制度を立ち上げた。中国国民党の軍隊は、1947年2月末で、1-3万人の台湾人を殺害するという大規模な虐殺を実行し(Durbin, 1947; Kerr, 1965)、中国国民党は台湾を統治するために戒厳令を宣言した。鄭成功が3世紀前に行ったように、蒋介石は中国大陸の文化と言語の台湾への移転を実施し、戒厳令の下で台湾人を中国大陸に戻すという任務を実行しようとした(Ross, 2016)。それ以来、ROC は台湾、澎湖、金門、馬祖、烏邱、および南シナ海の島々を含む地域の主権国として管轄してきた(Cheng, et al., 2016)。

権威主義的な中国国民党の支配下では、政治的見解が異なる国民は簡単に姿を消される可能性があった。政府の役所では、安全確保の名の下に、全従業員を注意深く監視するための第二人事務所の予算が組まれていた。学校の生徒は、中国大陸の歴史と地理を教えられたが、台湾の歴史と地

理はどの教科書からも削除された。台湾の主要都市の道路は、例えば、中山(孫文)、中正(介石)など中国大陸の地理名を使って命名された。また、中国国民党は、全台湾人は「中国人」と呼称されるべきと主張した(現在も当時も、孫中山が誰であるかを知っている台湾人は多くはなかったにも関わらず)。反中国国民党の見解を持つ一部の台湾人学生(主としてアメリカと日本に滞在していた人達)は、台湾に戻ることを禁止された。蔣氏は、彼の人生の中でいつか中国国民党軍を率いて中国大陸を奪還し、再び中国全体を統治することを信じていた。

1952年に日本はサンフランシスコ平和条約に調印し、台湾に対するすべての領土権を正式に放棄した(Jean-Marie, 1996; Price, 2001)。しかしながら、この条約では、台湾の所有者が誰であるかを明確に指定されていなかった。1947年以降、有能な政治的才能を持つ人はほぼ全員虐殺されていたため、民主主義改革が1980年代に蒋介石の息子であった蔣經国によって開始されるまで、中国国民党は台湾を40年間単一党国家として統治した。台湾はより民主的で自由になることへの期待が高まっていた。

3. 後戒厳令期間 (1988-2000)

李登輝は最初の台湾生まれの総統であったが、本当の意味での民主主義の産物ではなかった。李登輝は国民に選出されたのではなく、蔣經国に任命されて、1947年以来選挙で選ばれていない組織となっていた国民議会(National Assembly)での投票により選出された(Chen and Gardner, 2017)。非合法的な有権者による国民議会は、形式的には1947年から1988年までの40年間にわたって会期中であり、基本的には同一人物がその委員を務めていた。

李登輝総統は、最初の4年間の任期(1992-1996)中に、憲法改正を開始し、総統と立法院の直接選挙と台湾の国民議会の廃止を決定した。李登輝は、戒厳令と国民の自由の停止の他、中華民国と中国

の間の戦争状態を終了させた。李登輝は多くの台湾人を政府職員として採用した。李登輝は、オランダ、日本、多民族(ホクロ人、客家人、外省人、原住民、新移民)による歴史的・文化的な影響を強調した(Chen and Gardner, 2017)。(多民族グループについての説明は、次項目を参照)

そして李登輝は、台湾史上初めて台湾国民により直接投票された選挙により選出された。その選挙では3人の立候補者がいて、それぞれ40%、27%、3%の得票率となり、李登輝が總統に当選した。李登輝は第2期目の4年間(1996-2000)に民主的および市民的改革を継続し、台湾と中国には「特別な国家間関係」があることを宣言した。

4. 21世紀の台湾：2000-2020

1) 陳水扁總統の時代(2000-2008)

2000年に民主進歩党(民進党, Democratic Progressive Party, DPP)の新總統に選出された陳水扁は、蔣介石国際空港から桃園国際空港への名称変更など施設の名称変更を伴う台湾地域重視(localization)と非中国化(de-Sinicization)の政策を採用した。中国郵政公社から台湾郵政公社に名称を変更し、蔣介石記念堂(Chiang Kai-Shek Memorial Hall)の名称変更も試みた。陳水扁は總統選挙に勝利したが、民進党は立法院(国会)の過半数を占めることはできなかった。陳水扁總統の時代に、ほとんどの台湾人は「中国人」よりも「台湾人」と名乗り始めた。2000年に4番目の原発所建設を中止したことに加えて、陳水扁は、李登輝が採用していた中国に対するゆっくりとした慎重な投資アプローチから離れた政策を採用し、その結果中国へのビジネス、才能、投資の急速な流出を引き起こした(Chen and Gardner, 2017)。

陳水扁は第二期目の4年間(2004-2008)の再任選挙に勝利したが、總統選挙の前夜には、總統と副總統の両方が軽傷を負うという事件があった。民進党は国会の過半数を再び獲得しなかった。中国国民党の總統候補は總統選挙での敗北を認めず、数週間にわたる大人数の暴力的なデモを実施した。

陳水扁の2期目の總統職は、効果的な管理なしの不十分な承認であり、承認するとの評価は約20%であった(Chen and Gardner, 2017)。さらに、KMTが支配していた国会は、陳總統の意図した多くの政策を阻止した。陳水扁は、總統職を辞任し、總統としての法的免責を失ったことにより、マネーロンダリング、贈収賄、政府資金横領の容疑で逮捕された。

民進党による議会(2000年から2008年まで)で過半数を獲得できなかったにもかかわらず、陳水扁による8年間の總統職は台湾の民主主義の発展において重要であった。陳水扁總統は、台湾における中国国民党による51年にわたる支配独占を打ち破った。陳水扁は、台湾の民主主義の成熟を促進したとも言える(Young, 2021)。

2) 馬英九總統の時代(2009-2016)

2008年と2012年とに、中国国民党は国会で明確な勝利を収めた。香港生まれで台北市の市長を務めた馬英九は、二回の總統選挙で勝利した。馬英九は親中国政策を取り、台湾と中国を社会的および経済的に接近させた。馬英九總統は、施設名などの変更を元に戻し、例えば、台湾郵政公社に戻した。馬英九政策のハイライトは、2010年の貿易・金融・サービス・安全保障をカバーする中国との優先的な経済協力枠組協定(Economic Cooperation Framework Agreement, ECFA)への署名であった。この協定は、主権を失うという代償を払って香港やマカオと中国との間で締結されたものと同様であった。その結果、台湾では国民総生産が減少し、平均的な台湾人労働者の賃金が低下した。馬英九は、總統職を辞任する少し前に、シンガポールで中国主席習近平氏に会い、象徴的な歴史的な握手を交わした。

2014年の太陽花学生運動は、多数の中国国民党(KMT)国会議員が条項ごとの審議なしでECFA法案を可決することに抗議するために、立法院を取り巻く学生、学者、国民団体、および他の抗議者のグループの抗議行動であった。太陽花運動の抗議者は、中国とのECFAが台湾の経済を傷つけ、

中国からの政治的圧力に対して脆弱であると主張していた。2014年3月18日から4月19日までに、約300人の抗議者が立法院議会のフェンスを乗り越えて建物に入り、一晩で国会の会場を占拠し、警察による排除に抵抗して占拠し続けた。この事件により、台湾と中国の間のECFA調印が事実上中止された。

3) 蔡英文總統の時代 (2016 -)

民進党(DPP)が2009年と2013年の總統選挙で中国国民党に大きく敗北した後、客家と元住民(排湾族)の未婚の子孫である蔡英文が民進党に参加し、国会議長を務めて民進党を再編成した。太陽花学生運動の後、民進党は地方自治体および県庁の選挙で過半数を獲得した。民進党は、2017年には過半数の国会議員と總統職の両方を獲得した。蔡英文は2017年に発効した最初の4年間で、退職公務員の年金改革に成功した。国会が2018年に地方自治体と都道府県の選挙で後退した後、蔡英文は行政をより効果的に実行するために内閣を再編成した。

蔡英文總統の最初の4年間の任期の終わりに、最低賃金は著しく引き上げられた(2016年の月額NT \$ 22,000 [US \$ 634 / ¥66,400]から2021年のNT \$ 24,000 [US \$ 854 / ¥88,000]) または(2016年のNT \$ 133 [US \$ 5.7 / ¥590] 1時間から2021年のNT \$ 160 [US \$ 5.7 / ¥590]) (www.wikipediaen.wikipedia.org)。

2020年5月20日の2期目の就任式演説において、蔡英文總統は明らかに「1つの中国」の教義に異議を唱え、日本・米国・欧州連合(European Union, EU)その他の国などの同盟国と東南アジアなどの外交関係をさらに深めることを発表した。また蔡英文は、立法改革を継続し、投資家が台湾のハイエンドおよび基盤産業の工場を建設することを促進する政策を発表した。

蔡英文總統のリーダーシップの下で、台湾は武漢肺炎(新型コロナウイルス感染症)を制御することができた。台湾での感染症例は780例、死亡者は7例だけであった(Su, 2020)。台湾では、新型

コロナウイルス感染予防の間、学校・店・レストランの閉鎖は行われず、経済的活動が維持された。そして台湾は、2020年の最も優れた国に選ばれた(Country of the year, 2020)。2019年の台湾の国内総生産は+3.0であり、世界の平均GMPは+2.6であった。2020年の最初の3四半期で、台湾のGDPは+2.3%であり、世界の平均GDTは-4.0%であった(鄭, 2021)。台湾政府の主会計責任者である朱澤民は、投資環境に基づく台湾は今後も経済パフォーマンスで好調を維持すると予想している(鄭, 2021)

III. 台湾の民族グループ

台湾には5つの民族グループがあるとされ、福佬人、客家人、外省人、原住民、および、新移民に分けられている(Jacobs, 2014)。

1. 福佬人 (台湾人)

台湾人口の約70%は、17-19世紀の間に台湾に到着した中国の福建省南部(閩南)からの中国人男性移民の子孫である(Chen and Gardner, 2017)。満州清帝国の統治期間中は、男性の漢族中国人だけが台湾への移民を許可されており、漢族の中国人男性が台湾の原住民族の女性と結婚することとなった(Tai, 2007)。しかし、彼らの子孫は文化的に支配的であった漢民族として生活していた。「中国には男性の祖先はいるが、女性の祖先はいない」との台湾語でよく耳にする諺語がある。女性の祖先、つまり原住民の平原の遺産は、無視されるか最小限に抑えられている。

約300-400年前、台湾の原住民の女性は、漢族の男性と結婚していた。彼女らは、平原に住んで農作業で生計を立てていた。ほぼ姿を消した過去の平原の原住民は、「平埔族」または「熟番」と呼ばれていた(現在は「熟番」と「生番」の言葉は、無礼な意味合いのために推奨されていない)。また、地理的な場所によって特定の名前が異なっている(表2)。福佬人は北京話を話す、母語は福佬話(台湾語)である。福佬人は、台湾中に広く分布している。

表2 台湾における平埔族の分布

部族名	英語名	現在地
噶瑪蘭族	Kayalan	宜蘭県
凱達格蘭族	Ketagalan	台北市
道卡斯族	Taokas	桃園県、新竹県
拍瀑拉族	Papora	苗栗県
巴宰海族	Pazeh	台中市
貓霧揀族	Baboza	彰化県
洪安雅族	Hoanya	雲林県
西拉雅族	Siraya	嘉義県、台南市、高雄市
大武壠族	Taivoran	台南市、高雄市
馬卡道族	Makatao	屏東県

情報源：沈 2003

2. 客家人

人口の約15%を占める(Chen and Gardner, 2017)客家の男性漢族の祖先は、中国の広東省出身である。漢族の中国人男性が台湾の原住民族女性と多く結婚したことは、前に述べた(Tai, 2007)。北京話話すほかに、客家人は母語として客家語を使用する。福佬人の女性の祖先と同じように、彼らも原住民族の出身である。客家人の拠点としては、桃園市、新竹県、苗栗県、屏東県、台東県などがある。

3. 外省人

台湾人の約13%は、第二次世界大戦後に中国本土から移住した人々、および、1949年に中国共産党に敗北した中国国民党の軍隊とその子孫である。通常、外省人は台北市、高雄市、台中市などの都

市に住んでいる。1940年代から80年代までは、最も特権的で、高い教育を受け、仲間通しのつながりがあり、裕福な国民であった(Chen and Gardner, 2017)。

このグループ(外省人)は、その構成人口の高齢化により、その政治力は低下している。さらに、このグループの子孫は、中国人ではなく台湾人として自らを認識している。彼らの年金は最近の年金改革で削減されたが、このグループは、特に選挙期間中は依然として非常に声が大きくなる。

4. 原住民

約50万人の台湾の原住民として識別できる人が、現在も台湾に住んでいる。彼らは14の異なる部族からなるとされていたが(Covell, 1998)、その後、その部族数は正式に16に拡大された(表3)。阿美族(人口184,000)、排灣族(88,000)、泰雅族(80,000)、布農族(51,000)、特魯庫族または大魯閣族(26,000)、達悟または雅美族(3,900)、その他(Chen and Gardner, 2017)。

台湾と世界のさまざまな人種に関する一連のDNA研究の結果(林, 2010)によると、台湾原住民の祖先は約15,000年前に東南アジア(フィリピンやインドネシアなど)から来た人種と考えられている。世界の他地域からの長期間の隔離により、台湾人はユニークなDNA構成を示しており、台湾原住民とオーストロネシア(Austronesian)諸国のDNA構造は類似しているという(Chu et al.,

表3 台湾の原住民族(N=16)

部族名	英語名	部族名	英語名
泰雅族	Atayal	大魯閣族	Taruku
賽夏族	Saisiya	拉阿魯哇族	Saaroa
賽夏族	Seediq	卡那卡那富族 [§]	Kanakanavu
邵族	Thau	奇萊族 [§]	Sakizaya
鄒族または曹族	Tsou	噶瑪蘭族または加禮宛族	Kavalan
布農族	Bunun	阿美族	Amis
魯凱族	Rukai	卑南族	Puruma
排灣族	Paiwan	雅美族または達悟族	Yami

[§] 鄒族または曹族に分類され、2014年から認められている。

情報源：www.wikipedia.org/wiki/List_of_indigenous_peoples_of_Taiwan

2001)。林氏(2010)は、台湾原住民はこれらの東南アジア諸国から来ており、過去には台湾との人的交流があったと推測している。福佬人と客家人の91%のうち85%が原住民の血液を持っており、さらに台湾人のDNAは、中国北部の漢民族ではなく、中国南部の人種である百越族のDNAを持つと考えられている(林, 2010)。したがって、台湾人は、東南アジア人、原住民、南東の島民との混合により誕生した人種ということになる。

後で説明するように、台湾はオーストロネシア圏に属し、原住民が話す言語は、フィリピン・インドネシア・マレーシア・ニュージーランドのマオリ族が話す母語とよく似ている。祭英文總統の政府が掲げる「新南行政策」では、台湾と東南アジア諸国間の文化のおよび経済的交流を促進することが謳われている。



図2 台湾でウォーダンス(war dance)を行うケレツ(Keretu)からのマオリ(Maori)の訪問者(写真提供:台湾中央通訊社)

5. 新移民

過去20年間に数十万人の東南アジア人と中国人が台湾に移住した。その多くは台湾人男性の花嫁としての移民であった。少数の西洋人が台湾国民になり、何千人かが永住者となった(Chen and Gardner, 2017)。このグループは特に重要であり、台湾の総人口が減少し高齢化しているこの時期には必要なグループであると宣伝されている。

IV. オーストロネシア語族

世界の言語は13の言語族に分類できるとされて

いる(Ethnologue 22版、2019, www.ethnologue.com/sites/default/files)が、そのうちの上位5つの言語族は次のとおりである。

- ・ニジェール・コンゴ語(1,542言語)(世界言語の21.7%)
- ・オーストロネシア語族(1,257言語)(世界言語の17.7%)
- ・トランスニューギニア(482言語)(世界言語の6.8%)
- ・シナチベット語(455言語)(世界言語の6.4%)
- ・インド・ヨーロッパ語族(448言語)(世界言語の6.3%)。

ニジェール・コンゴ語族には、世界の言語の21.7%が含まれており、1,542の識別可能な個別の言語がある(www.ethnologue.com/sites/default/files)。オーストロネシア語族には1,257の言語があり、東南アジアと太平洋の島々、および、マダガスカル島(アフリカ大陸東の島)に広く分散しており、数人のメンバーがアジア大陸においても少数の部族で話されている。驚くべきことに、オーストロネシア語族の地域で話されている言語は、1つを除いて、全て台湾先住民のなかに、その言葉話す者を見つけることができるという。

オーストロネシア語族は、すべての大きな言語族の中でも最大の地理的分布領域を有している(図3)。オーストロネシア語族の中での上位6つの言語は、ジャワ語(1億)、マレー語(マレーシア語/インドネシア語7,700万人で合計約2億5,000万人); タガログ語(フィリピン語4,700万人、合計約1億人); ジャワの西3分の1のスンダ語(4,200万人); セブアノ語(ネイティブ1,900万人、合計約3,000万人); マダガスカル語(1,700万)である(www.wikipedia.com)。インド・ヨーロッパ語族(表4)と同様に、オーストロネシア語族の各言語は、明確な共通語の起源と説得力のある系図関係を持っている。(表5)

各言語には、文章中の単語の並びに適した語順がある。典型的な日本語文では、主語(S)が最初に来て、次に目的語(O)が示され、最後に動詞(V)

が続く。これとは異なり、台湾語、中国語、英語での語順は、通常はS-V-Oの規則に従う。

オーストロネシア語族の祖先として再建されたオーストロネシア祖語は、紀元前5,500-6,000年頃に、台湾で多様化し始めたと考えられている

(Blust, 2009)。その当時、オーストロネシア祖語の文章の好ましい順序はV-S-Oであったが、オーストロネシア語族の地域のほとんどの現地語は、後にS-V-Oの順序に変更された(Ross, 2006; Blust, 2009)。インドネシアの言語(例:マレー語、



図3 オーストロネシア語族の分布
(写真提供: Encyclopedia Britannica 転載の許可を得て)。

表4 インド・ヨーロッパ語族 (Indo-European language family) の支部である
ゲルマン語 (Germanic) のさまざまな国の言葉語族

英語	one	five	ten	mother	father
ドイツ語	ein	fünf	zehn	Mutter	Vater
オランダ語	een	vijf	tien	moeder	vader
スウェーデン語	ett	fem	tio	mor	far
ノルウェー語	en	fem	ti	mor	far
デンマーク語	en	fem	ti	mor	far
アイスランド語	ein	fimm	tíu	móðir	faðir

翻訳に www.google.translate を使用する。さまざまな言語間の明確な類似点が見られる。

表5 オーストロネシア語族の英語とさまざまな現地語の単語

英語	one	five	ten	mother	father
阿美族語	cecaiy	lima	polo	ina/wina	ama/wama
排灣族語	ita	Lima, rima	pulug, ta-pulug	kina	kan
フィリピン語	isa	lima	sampu	ina	ama
セブアノ語	usá	limá	napulo	inahan	amahan
ジャワ語	siji	lima	sepuluh	ibu	bapak
マレーシア語	salu	lima	sepuluh	ibu	bapa
マダガスカル語	isa	dimy	folo	reny	ray
ハワイアン語	e-kahi	e-lima	umi	makuahine	makuakāne
ハイチ語	yon sèl	senk	dis	manman	papa
マオリ語	kotahi	tokorima	tekau	whaea	papa

翻訳に www.google.translate および e-dictionary.apc.gov.tw/ を使用する。さまざまな言語間の明確な類似点が見られる。

インドネシア語、ジャワ語)の語順はS-V-Oであるが、ポリネシアの言語(例:ハワイ語)の語順はV-S-Oである。フィリピン語(セブアノ語、イロカノ語、タガログ語)とマダガスカル語は、SとOの規則なしに最初の語順として動詞(V)を保持している(www.mustgo.com/worldlanguages/austronesian-language-family)。

台湾人の中には、「妻の兄を尊敬する」、「ピンロウの実を噛む」、「丸ごとの豚一頭を神に捧げて感謝する」、「神輿を火の上に運ぶ」、「竹の棒を持って踊る」、「高層の住宅を建てる」、「結婚式でカップルの手を握る」など先住民から受け継いだ習慣を守っている(沈, 2003; 杜, 2003)。しかしながら、漢民族の文化は圧倒的であり、オーストロネシア語による書字記録は台湾で過去400年間に存在していなかった。残念ながら、台湾人はオーストロネシア語族からの言語遺産をほとんど継承することはなかった。

V. 代表的なオーストロネシア語族

1. マダガスカル

マダガスカル (Madagascar) は島国(人口2600万人、587,000平方メートル、首都で最大の都市はアンタナナビオ [Antananavio])で、アフリカ大陸の南東海岸に位置している。国連(www.un.org/ohrlls)によると、マダガスカルは後発開発途上国のグループに属しており、マダガスカル語(特にその主要な方言の1つであるメリナ語 [Merina])とフランス語はどちらも州の公用語である(www.wikipedia.com)。マダガスカルは、アフリカ大陸から約400km離れた場所にあるが、アフリカ系の人々ではなく、東に4,800 km以上離れたインドネシアの人々と深い関係がある。インド化したオーストロネシア人は、紀元前350年から西暦550年の間に、現在のインドネシアからカヌーに乗って到着してマダガスカルに定住したとされている。当時のインドネシアの宗教はヒンドゥー教と仏教であった(www.wikipedia.com)。マダガスカルの人々は自分たちをアフリカ人とは

見なしておらず、かつての植民地支配に起因するフランスとの継続的な絆のために、島は東アフリカのモザンビークなどのフランス語圏の国々と政治的・経済的・文化的なつながりを築いている(www.wikipedia.com)。

2. インドネシア

インドネシアは、2つの大陸と2つの海の間にある17,000を超える島々からなる。インドネシアは民族のおよび言語的に多様な国であり、300の異なる固有の民族グループがあり、マレー語、ジャワ語、サンダンス語、マドゥレー語、ミナンガカバウ語、バタク語、エース語、バリ語、ブギネス語を含む742の異なる言語と方言がある(Tanra and Roosdy, 2017)。インドネシアの人口は2億7500万人(国連データ)で、精神科医の数は1,000人と推定されている(Andi J. Tanraの私信, 2020年)。

3. マレーシア

マレーシアは、東南アジア本土の先端にあるマレーシア半島とボルネオ島のサバ州とサラワク州により構成されている(Mindin et al., 2018)。2020年のマレーシアの人口は3,260万人で(国連のデータ)、マレーシアでは137の言語が話されており、そのうち41はマレーシア半島(www.ethnologue.com)で使われている。多民族からなるマレーシアは、人々の間で調和のとれたバランスを維持することに成功したことで有名である(www.un.org)。マレー語と英語が2つの公用語で、マレーシアの3つの主要言語は、マレー語、北京語、タミル語 (Tamil) である。マレーシアの登録された精神科医の数は410人(Mindin et al., 2018)。

4. フィリピン

マニラを首都とする7,641の島々からなるフィリピンの人口は1億900万人である。総国土面積の約95%は、11の大島(ルソン、ミンダナオ、ビサヤ、パラワンなどを含む)にあり、この国には約

500人の認定精神科医がいる(Samaniego, 2017)。

エスノローグ(Ethnologue)には(www.ethnologue.com)、フィリピンの186の個別の言語がリストアップされており、そのうち182は今でも話されている生きた言語であるが、4つの言語は現在使う人がいない(www.wikipedia.com)。ほとんどの母国語は、オーストロネシア語族の支部であるマレーポリネシア(Malayo-Polynesia)語がフィリピンで分化した言語である。フィリピン語と英語が国の公用語。フィリピン語は、タガログ(Tagalog)語の標準化されたバージョンであり、主にマニラ首都圏(www.wikipedia.com)で話されている。過去の移民地支配者の主なものは、スペイン人、アメリカ人、そして日本人であった(Samaniego, 2017)。

5. ティンバーレステ

ティンバーレステ(Timber Leste, 15,000平方キロ、人口120万人、首都ディリ)は、インドネシア東部のティンバー島の東部にあるティンバーシーの北にある。完全に南半球に位置する東南アジア

の国である。過去にはポルトガル(1769-1975)とインドネシア(1975-1999)によって統治され、2002年に国連に加盟した(www.un.org)。ティンバーレステではポルトガル語とテトン語(Tetun, ポルトガル語の影響を受けたオーストロネシア語)が2つの主要な公用語となっている(www.ethnologue.com)。

6. 太平洋諸島

表6にミクロネシア(Micronesia)、メラネシア(Melanesia)、ポリネシア(Polynesia)の島々の名前を示す。これらの小さな島々は、欧米のさまざまな勢力によって殖民地化され、インドネシア、マレーシア、フィリピンなど他の大国に比べて、これらの島々にはオーストロネシア語を話す人は少ない。

7. ニュージーランド・マオリ語圏

過去200年間、マオリ語の歴史は何回かの浮き沈みを経験した(表5)。19世紀の初頭は、マオリ語はアオテアロア/ニュージーランドで話された

表6 オセアニア(Oceania)の国と地域

Micronesia	Melanesia	Polynesia
Mariana Islands*	Fiji*	American Samoa
Palau Island	Papua New Guinea*	Cook Islands ^{§, NZ}
Caroline Islands	Solomon Islands*	Easter Island
Marshall Islands	Vanuatu*	French Polynesia
Kiribati Island	New Caledonia	Hawaii ^{USA}
Federated States of Micronesia*	Papua*	New Zealand*
	West Papua	Niue ^{§, NZ}
		Norfolk Island
		Pitcairn Islands
		Rotuma ^{Fiji}
		Samoa*
		Tokelau
		Tonga*
		Tuvalu*
		Wallis and Futuna ^F

情報源: www.UN.org, * 主権国家, § 国連のオブザーバー, NZ ニュージーランドとの関連国, F フランスとの関連国, USA 米国との関連州

主要な言語であった。より多くの英語を話す人たちがニュージーランドに到着するにつれて、マオリ(Māori)語はますますマオリのコミュニティに限定されていった(www.nzhistory.govt.nz/culture/maori-language-week)。

近年、ニュージーランド北部のケレット(Keretu)に住むマオリの人々が台湾の花蓮に来て、両国の人々が同じ言語を共有していることに気づかれた。アミ族の人々(表5)にルーツを求められている。彼らは、彼らの先祖が花蓮からケレットまでの長いカヌーの旅により到着したと信じている。このようなことから、マオリのダンサーは、台北での文化祭典イベントや台中での花展のパフォーマンスのために台湾に数回招待されている(図2)。

8. ベトナムとカンボジア、およびミャンマーの一部のチャム地域

オーストロネシア語を話す人々には、ベトナム、カンボジア、ミャンマーの沿岸地域も含まれる(Blust, 2003; Cheke, 2010)。

VI. 台湾政府による新南行政策

1. 新南行政策の範囲

1988年から、李登輝總統以来、台湾政府の南行政策は、台湾の外交とビジネス空間を拡大するために提案されてきた。2016年、蔡英文總統は、總統選挙中に、重要政策の1つとして新・南行政策を発表した。蔡氏の政権には、貿易・教育・文化における台湾とこれらの国々との間の交流を促進し、教育・身体検査・医療・観光・投資などのために台湾に来る人々を引き付けるための新しい南行政策の事務所が置かれた(www.newsouthboundpolicy.tw)

台湾政府が南行政策の対象とする国には18カ国が含まれている。

- 1) 南アジア諸国には、パキスタン、インド、ナパル、ブータン、バングラデシュ、そしてスリランカ
- 2) 東南アジア諸国には、ミャンマー、タイ、ラオス、ベトナム、カンボジア、マレーシア、ブルネイ、

インドネシア、そしてフィリピン

3) オーストラリアとニュージーランド

台湾のすべての分野(技術、農業、医学など)は、オーストロネシア語族を含む南行きの国々で協力のための活動を開始することが奨励されている。技術、経済貿易、文化などを通じて、あらゆるレベルの政府および民間組織が、リソース、才能、市場を共有して、台湾人と18カ国の人々の双方にメリットのある状況を作り出すよう求められている(www.newsouthboundpolicy.tw)。

台湾科学技術省(Ministry of Science and Technology)からの寛大な助成金の支援を通じて、2017年にすべての組織が国際的な共同研究・教育を通じた新入訓練に参加し始めた。2019年の南行政策は、人から人への交換に焦点を合わせていた。政府は「創新、包容、永續發展」を中心に、2020年から新製品開発の創出と長期滞在による継続的な交流、相互の強みとニーズの理解を推進し始めた(www.newsouthboundpolicy.tw)。現在、台湾科学技術省は、以下の6つの主要な主題分野での交換に焦点を合わせている。— 生物医学、情報学およびデジタル科学、防衛産業、グリーン電力産業、創造的な生物医学、モノのインターネット化(IoT)および人工知能の6領域である(nsstc.narlabs.org.tw/)。

2. 新しい南行政策下での精神科医の交流

台湾のほとんどの病院は、新しい南行政策のプロジェクトに参加している。一部の病院は、特定の南行国での特定分野の専門トレーニングを提供している。一部の病院では、新しい南行政策の効果を、3年毎の病院認定評価の項目として提示している。本時の読者のために、著者はここで台湾の南行政策に関連する精神医学のいくつかの活動を説明しておきたい。

2009年から2016年まで、蔡篤堅教授は台北の私立医科大学である台北医科大学の医学人文科学教授に任命されていた。蔡氏は、台湾厚生省の前身である台湾保健福祉省(Ministry of Health and



図4 台北医科大学キャンパスで撮影された2009年11月の集合写真。

この時のワークショップのトピックは「アジア諸国における重度の精神障害者のためのメンタルヘルスシステムの開発：アジア太平洋地域における地域精神保健ケアのためのパートナーシップの構築」であった。左から5番目は蔡篤堅氏。写真提供：蔡篤堅教授辦公室。

Welfare)の助成を受けて、開発途上国における地域精神保健のための共同研究プラットフォームと専門的なトレーニング・ワークショップの開発プロジェクトを開始し、南東諸国と台湾の間で国際的な研究とトレーニングを行なった(Hsu et al., 2017)。ほぼ毎年、彼は南行の国々から約50人(精神科医または専門スタッフ(心理学者、看護師、作業療法士、ソーシャルワーカー)を招待した。当時、著者は、台北医科大学精神科を退位した主任教授であったが、毎回の基調講演者として蔡教授に招かれて、この招待者たちに講演した。

台北医科大学のキャンパスから始まり、招待者全員が台湾を見学旅行するスケジュールであった(図4)。台北医科大学の他に参加した病院または組織には、桃園精神科センター(図5)、高雄市立凱旋精神病院、花蓮県の玉里病院、台湾厚生省、台湾精神医学会が含まれていた(Hsu et al., 2017)。ツアーの間には、都合がつく限りセミナーとグループディスカッションがすべての病院で予定されていた。台湾の精神科医は、彼らの専門のトピックの講義に招待された。旅行中には外国人ゲストも全員講演を行なった(図5)。



図5 桃園精神病院での開発途上国における地域精神保健のための2012年専門ワークショップの写真。

当時福岡市西南学院人間科学部教授であった新福尚隆氏は、東南アジア諸国からのワークショップの参加者グループを対象に「東南アジアの地域精神保健」という講演を行うよう特別に招待された。数日前に、新福は台北医科大学のキャンパス(campus)で基調講演「日本の地域精神保健」も行なった。(写真提供：蔡篤堅教授辦公室。)

蔡教授のプロジェクトの初めに、当時凱旋精神病院の院長であり、台湾精神医学会の2期目(共4年間)の会長であった陳正宗氏は、蔡氏の南行政策のポリシーに非常に熱心に関与した。凱旋精神病院は、蔡氏の専門的なトレーニングワークショップグループの主要なホストの1つとなっていた。当時、台湾精神医学会会長であった陳氏は、2008年のメンタルヘルス法改正の大きな変更を主導し、

患者が公正に治療され、自分たちの地域社会で支援される権利を強調した(Hsu WT, et al., 2017)。陳氏自身も、後に台湾の保健福祉省の助成金の支援を受けて、台湾の国際メンタルヘルストレーニングセンターとして自身のプロジェクトを立ち上げ、指揮し始めた。このプロジェクトでは、凱旋精神病院のスタッフは、精神科医向けの実地研修や、フィリピン、ベトナム、タイ、マレーシア、インドネシアなど東南アジア諸国向けの専門的なメンタルヘルスを専門としていた(Hsu ST, et al., 2017)。スタッフが東南アジアの精神病院に行つて訓練のために一定期間そこに滞在すること、または彼らのスタッフが高雄に来て訓練のために一定期間滞在することを行った(図6と7)。



図6 マレーシアのバハギアウルキンタ病院 (Hospital Bahagia Ulu Kinta) で撮影された2019年の写真 台湾国際メンタルヘルス (mental health) 研修センターが訪問しました。左から前列: Lee Wong Yhu Voon (マレーシア)、Lee Wen Jih (マレーシア)、陳正宗 (台湾)、賴淑玲 (台湾)、Cheah Yee Chuang (マレーシア)、王淑慧 (台湾) と Siti Zubaidah Ismail (マレーシア)。(写真提供: 高雄凱精神病院。)



図7 第2回 フィリピンからのゲストによる ダンスパフォーマンスの写真 国際メンタルヘルス研修センターの研修成果報告、高雄凱精神病院。左からフィリピンからのゲスト: Katrina Mae Caille-Octaviano、Dennise Mari Dedal Malinao、Dreiza Castillo、Antonietta Escandar、Cristina Marie、Alissandra Villacorte Redubla、および Archie CabiasLastimado。(写真提供: 高雄凱精神病院。)

2019年、国立成功大学病院の楊延光教授は、台湾の保健福祉省の支援を受けて、「アジアのメンタルヘルスと精神医学をつなぐ研究教育センター (REBAMP) プロジェクトを開始した。このプロジェクトは、台湾と東南アジアの間の病院または大学の新しいつながりを探求するために計画された(図8)。最初の会議は2021年4月に台南で開催されたが、新型コロナウイルス感染のため、その活動は中断された。2021年以降、凱旋精神病院のスタッフはこのプロジェクトを継続して実施することになっている。



図8 2020年1月13日にインドネシアのジャカルタにあるインドネシア大学医学部で開催されたシンポジウム「精神医学のフロンティア - 新しいバイオマーカーの約束」で意向表明書に署名した後に撮影された写真。

この活動は、台湾の国立成功大学とインドネシアのインドネシア大学 (Universitas Indonesia) との間の研究協力を促進することを目的としており、REBAMP プロジェクト (project) によって後援された。左から: Khamelia Malik (インドネシア)、Nurmianti Amir (インドネシア)、Tjhin Wiguna (インドネシア)、Kristiana Siste Kurniasanti (インドネシア)、Ari Fahrial Syam (インドネシア)、Po See Chen (台湾)、Huai-Hsuan Tseng (台湾)、Mei Hung Chi (台湾)、と Po-Chiao Liao (台湾)。(写真提供: 国立成功大学病院精神科)。

2017年以来、蔡教授は屏東クリスチャン病院に移り、そこで彼のチームは、台湾科学技術省(www.nsstc.narlabs.org.tw)と台湾保健福祉省の支援の下でサウスバウンド、科学とテクノロジーの協力プロジェクトを継続している。彼はプロジェクト「台湾-タイ医療技術、科学、人文科学開発センター (2017-2020)」を終えたところである。現在は「台湾-カンボジア医学、人文科学、科学技術革新センター」(2020-2013)プロジェクトを実施している。新型コロナウイルス感染症のため、彼のワークショップはすべてキャンセルされたが、コロナウイルス感染が抑制さ

れた後にはプロジェクトが再開される予定である。

VII. 結語

本論文において著者は台湾の歴史について漢民族とオーストロネシア語族の両方の視点を提示した。少数民族の地位または台湾原住民の文化的影響力の書かれた書字言語の欠如のために、原住民の遺産としてのオーストロネシアの側面はこれまで見過ごされてきた。

李登輝總統(1988 - 2000年)は、客家人、客家人、外省人、原住民、新移民などの多民族政策を提唱し始めて政府を形成したが(Chen and Gardner, 2017)台湾で選出された總統として、初めて2016年に台湾で初年度の總統に就任した蔡英文總統は、政府から原住民への過去の虐待について部族代表に対して謝罪した(図9)。



図9 2016年8月1日、台湾の蔡英文總統が原住民族に謝罪した。(写真提供：台湾總統官邸。)

学校で母語(ホクロ言語、客家言語、原住民言語)を教えるとの法律が、台湾教育省によって実施される方針が決定された(吳, 2021)。2022年から、これらすべての母国語は中学校の最初の2年間(7年目と8年目)に義務教育として2年間、選択科目(9年目)として1年間教えらる。

2021年1月1日よりオーストラリア人は国歌*Advance Australia Fair*において先住民への敬意を表すために、「私たちは若くて自由である」という表現から「私たちは1つで自由である」の表現に変更したが、これからの台湾も多民族の国家政策を適応させる上で、正しい軌道に乗っていくことを

願っている。(www.abc.net.au/news/2020-12-31)。

精神医学領域における南行政策実施により、台湾の精神科医は蔡氏、楊氏、または陳氏が主導した東南アジア諸国からの訪問者への講義、トレーニングや、ホストとして非プロボノ(non pro-bono)の仕事をすることに熱心に取り組むボランティア活動をしている。私たち台湾の精神科医は、オーストラリア諸国の精神科医に広く受け入れられている。ここ数年、日本(図10)、韓国、東南アジア諸国からの観光客は著しく増加している。

2019年に中国政府は自国民が台湾を観光することを禁止したが、外国人観光客の総数は中国人訪問者の数を上回っていた。台湾を訪れる外国人観光客の総数は、2018年と2019年にそれぞれ1,197百万人と1,184百万人であった(www.admin.taiwan.net.tw/English)。

南行政策を通じて、台湾人は東南アジアおよび太平洋諸国に多くの友達を作りだしている(図10)。新型コロナウイルスの感染予防に成功した台湾は、「助けることができる国」とみなされており(Su, et al., 2020)、現代の台湾の国際的地位は上昇していると評価されている。



図10 2019年12月9日、桃園國際空港で、2019年の三口綾子(右から3人)からの幸運な200万人目の日本人女性訪問者の写真が黄勢芳氏(右から2人)に迎えられた。この女性は宮崎県出身で、家族4人と数日間台湾を旅行していた。彼女の台湾への最初の旅行であった。黄氏は台湾觀光局長。觀光局から、三口さんは目的地へのチャイナエアライン(China Airline)のチケット(tickets)2枚、台湾の高速鉄道の目的地への3日間パス(pass)2枚、台北マリオットホテル(Taipei Marriott Hotel) Mariotやパークビューホテル台北(Parkview Hotel Taipei)などのホテル運営者からのホテル宿泊と宿泊クーポン(coupon)を授与されました。(写真提供：台湾觀光局。)



図11 台湾行政院のスポークスマンであるコラス・ヨタカ、谷辣斯・尤達卡は、16の原住民の中で最大部族であるアミ族 (Amis) の初代大臣レベルの人。彼女はパラオ女王の招待によりパラオで開催された第25回メチェシルベラウ会議 (Mechesil Belau Conference) での2018年9月の基調講演において「ニューギニアパラオと台湾は太平洋によって隔てられているのではなく、結ばれている」と語った。ニューギニアパラオは日本語を公用語の1つとして使用している。(写真提供：台湾行政院。)

VIII. 謝辞

本論文の執筆に必要な資料を収集し適切な助言を頂戴した新福尚隆氏、武田雅俊氏、曾懷萱氏、王淑慧氏、および、陳舒嘉氏に感謝します。

IX. 財政支援と後援

なし。

X. 利益相反

本論文の執筆において潜在的な利益相反はない。

XI. 参考文献

- [Blust R. \(1999\). Subgroup circuitary and extinction: some issues in Austronesian comparative linguistics In: Zeitolln E, Li PJK \(eds\). Selected Papers from the Eighth International Austronesian Linguistics. Taipei: Academia Sinica.](#)
- [Blust, R \(2009\). The Austronesian Languages \(First Edition\), Canberra, Australia: Australian National University.](#)

- [Blust R \(2013\). The Austronesian Languages \(Revised edition\). Canberra, Australia: Australian National University.](#)
- [Central News Agency \(2019\). Taiwan welcomes year's 2-millionth Japanese visitor. Taiwan News, December 10.](#)
- [Cheke A \(2010\). The timing of arrival of humans and their commensal animals on Western Indian Ocean oceanic islands. Phelsuma 18, 38–69.](#)
- [Chen P, Gardner D \(2017\) Taiwan, London: Lonely Planet Global Limited, 2017.](#)
- [陳永興 \(2003\). 台灣醫療發展史。台北市：新自然主義。](#)
- [鄭琪芳 \(2021\). 由於投資擴增及產能回升台灣經濟成長優於全球：主計長預測將成常態。自由時報 1月3日。](#)
- [Cheng KD, Lin YC, Chen CC, Shen WW \(2016\). The care of the mentally ill in Taiwan \(Chapter 13\). In Bhugra D, Tse S, Ng R, Takei N: Roudge Handbook of Psychiatry in Asia, London: Roudge, pp. 143-154](#)
- [Chu CC, Lin M, Nagajima F, et al. \(2001\). Diversity of HLA among Taiwan's indigenous tribe and Ivatans in the Philippines. Tissue Antigens, 58, 9-18.](#)
- [Clemens J \(2004\). Pirate King: Coxingga and the Fall of Ming Dynasty. London: Muramasa Industries Limited.](#)
- [Country of the year \(admiration nation\). the Economist's annual award for the most improved country. Economist, Decemberr 19, 2020 – January 1, 2021.](#)
- [Davidson JW \(1903\). The Island of Formosa, Past and Present. London and New York: Macmillan.](#)
- [Delepeleire Y \(2004\). Nederlands Elmina: een socio-economische analyse van de Tweede Westindische Compagnie in West-Afrika in](#)

- [1715. Gent, Belgium: Universiteit Gent.](#)
- [Den Heijer H \(2002\). David van Nyendael: the first European envoy to the court of Ashanti. In: Van Kessel WMJ \(ed.\): Merchants, Missionaries and Migrants: 300 Years of Dutch-Ghanaian Relations. Amsterdam: KIT publishers. pages 41- 49.](#)
- [Durdin T \(1947\). Formosa killings are put at 10,000: foreigners say the Chinese slaughtered demonstrators without provocation. New York Times, March 29.](#)
- [Executive Yuan \(2011\). The Republic of China Yearbook \(in Chinese\). Taipei, Taiwan: Information Office](#)
- [Guide for Japanese Islands \(in Japanese\) \(2004\).Tokyo: Foundation of Japanese Outlying Islands, Inc.](#)
- [Hsu WT, Wu HC, Chou FC \(2017\). A history of changes of Mental Health Act in Taiwan. Taiwanese Journal of Psychiatry \(Taipei\), 31, 195-203.](#)
- [Hsu ST, Yang DW, Hsieh KY, et al \(2017\). Integrating into the global community: the international collaboration with Southeast Asia of Kais-Syuan Psychiatric Hospital. Taiwanese Journal of Psychiatry \(Taipei\), 31, 300-8.](#)
- [胡婉玲 \(2020\). 台灣公共衛生史 \(台灣演義節目\). 台北: 民視電視台。](#)
- [Jacobs JB \(2014\).Taiwan's colonial experiences and the development of ethnic identities: some hypotheses. Taiwane in Comparative Perspective 5, 47-59](#)
- [Jean-Marie H \(1996\). The International Status of Taiwan in the New World Order: Legal and Political Constitution. The Netherlands: Kluwer Law International.](#)
- [Kerr GH \(1965\). Formosa Betray Boston: Houghton Mifflin.](#)
- [Lee WS, Shen WW, Su YS \(2020\). 台湾における新型コロナウイルス感染症の予防対策－当事者/観察者からの報告. 仁明會精神醫學研究, 18, 1, 60-69.](#)
- [呂秀蓮 \(1979\). 台灣的過去與未來. 台北: 拓荒者出版社, 1979年, p56。](#)
- [林媽利 \(2010\) 我們流者著不同的血液. 台北: 台灣本舖: 前衛出版社。](#)
- [駱芬美 \(2013\). 被誤解的台灣史: 1553-1860 之史實未必是事實. 台北: 時報文化。](#)
- [駱芬美 \(2014\). 被混淆的台灣史: 1861-1949 之史實不等於事實. 台北: 時報文化。](#)
- [駱芬美 \(2015\). 被扭曲的台灣史: 1684-1972 撥開三百年的歷史迷霧. 台北: 時報文化。](#)
- [Mateo B, Eugenio J \(2002\). Spaniards in Taiwan Vol. II. Taipei: SMC Publishing.](#)
- [Midin M, Zainal NZ, Lee TC, Ibrahim N \(2018\). Mental health services in mlyasia. Taiwanese Journal of Psychiatry \(Taipei\), 32, 281-93.](#)
- [Not relying on China, Taiwan becomes number 1 in economic growth. \(2020\), 朝鮮日報, 12月31日](#)
- [Price J \(2001\). A Just Peace? The 1951 San Francisco Peace Treaty in Historical Perspective \(A Working Paper, No. 78\). Oakland, California, USA: Japanese Policy Research Institute.](#)
- [Ross JG \(2016\): The Dutch \(Chapter 6\). In: Ross JG \(ed\): Formosan Odyssey: Taiwan, Past and Present. Manchester, United Kingdom: Camphor Press Limited, 2016. Pp. 53-75.](#)
- [Ross M \(2006\). Reconstructing the case-marking and personal pronoun systems of Proto Austronesian. In: Chang HY, Huang LM, and Dah-an Ho DA \(eds\), Streams Converging into an Ocean: Festschrift in Honor of Professor Paul Jen-kuei Li on His 70th Birthday. Taipei: Institute of Linguistics.](#)

[Academia Sinica. Pp. 521-564.](#)

[Rubinstein MA \(2007\). Taiwan: A New History.](#)

[Armonk New York, USA: M. E. Sharpe.](#)

[Samaniego RM \(2017\). The evolution of psychiatry and mental health in the Philippines. Taiwanese Journal of Psychiatry \(Taipei\) 31, 101-14.](#)

沈建德 (2003). 台灣血統. 台北: 前衛出版社.

[Tai PT \(2007\). The Concise History of Taiwan \(Chinese-English bilingual\). Nantou City, Taiwan: Taiwan Historica.](#)

[Takekoshi Y \(1907\). Japanese Rule in Formosa. London: Longmans, Green, and Company.](#)

[Tanra AJ, Roosdy IC \(2017\). Challenge and opportunity of psychiatric care in Indonesia. Taiwanese Journal of Psychiatry \(Taipei\) 31, 183-94.](#)

杜正勝 (2003), 臺灣的誕生: 十七世紀的福爾摩沙. 台北: 多藝媒傳播股份有限公司。

吳柏軒 (2021) 本土語言納國一、二必修, 國三選修。自由時報 1月10日。

[Young S \(2021\). My assessment to Shu-Ban Chen's political contribution \(Translated into Chinese by Hon-Ta Chen\) Liberty Times, January 10.](#)

症例報告

環境調整と心理的アプローチにより著明に改善した高齢女性のうつ病の一例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 櫻井正彦、櫻井恵理子、前林憲誠、
湖海正尋、松永寿人

Key words: うつ病、高齢女性、環境調整、心理的アプローチ
depression, elderly female patient, environmental coordination, psychological approach

I. はじめに

厚生労働省の実施した全国調査では気分障害の総患者数は1996年には43.3万人であったが、2008年には108.8万人と12年間で約2.4倍に増加していた。患者数を性別・年齢階層別にみると、男性は40歳代にピークを迎えるのに対し、女性では30歳代だけでなく70歳代にも大きなピークが来ることが明らかになった。超高齢社会を迎えている今日、家族関係や健康面などを主とする多種多様なライフイベントを契機に抑うつ状態を呈する患者は年々増加していると思われる⁵⁾。

特に老年期のうつ病は「頭痛やめまい」「食欲不振」「肩こり」「吐き気」「耳鳴り」「しびれ」などの不定愁訴を頻繁に訴えることが多く、抑うつ気分などの精神症状は目立たない傾向にある。自律神経症状が主で不安・焦燥感が前面に出ることが多い。またうつ病の診断で重要とされる精神運動抑制は老年期では不安・焦燥感が強くあまり目立たないことが多いのが特徴である^{3),6)}。

また、老年期のうつ病は一般的に抗うつ薬などの薬物療法に対する反応性が不良で、治療に難渋するケースが多い。その一方、心理・社会的因子に関連してうつ状態を呈することも多く、その場

合には環境調整や精神療法をはじめとする心理的アプローチが重要な位置を占める^{4),6)}。

今回、環境調整と心理的アプローチにより著明に改善した高齢女性のうつ病の一例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。なお、患者の個人情報保護に配慮し、病歴の一部を主旨に影響しない範囲で変更している。

II. 症例 70代女性

【主訴】意欲低下、倦怠感

【生活歴】

発達発育に異常は指摘されていない。元来、活発で負けず嫌いな性格であり、学生時代の成績は上位であった。高校卒業後は服飾専門学校へ進学し、卒業後は百貨店のデザイナーとして2年間勤務した。退職後は、和装の着付けや生け花、料理など複数の習い事に通っていた。25歳時に結婚し、2子をもうけた。現在は夫と2人で暮らしている。

【家族歴】母：心臓病、脳梗塞

【既往歴】突発性難聴、緑内障

【現病歴】

X-17年12月、息子の結婚に反対し息子との折り合いが悪くなった。その頃より難聴を自覚するようになり、近医総合病院を受診し、突発性難聴と診断され加療された。聴力は徐々に回復したが、耳鳴りが治まらず、気分が落ち込むようになった。X-16年7月には動悸も出現し同病院を再度受診した。その際に更年期障害を疑われ、同病院精神科を受診し、不安神経症と診断された。その後近医

A case of elderly woman whose depression was successfully improved by environmental and psychological interventions. Masahiko SAKURAI, MD, Eriko SAKURAI, MD, Kensei MAEBAYASHI, MD, PhD, Masahiro KOKAI, MD, PhD, Hisato MATSUNAGA, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine, 1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya-shi, Hyogo, 663-8501, Japan.

心療内科を紹介され、通院加療継続にて精神状態は安定していた。

X-14年7月頃より歯科受診時のドリルの振動が耳鳴りに良くないと考え、歯科受診を自己中断した。歯槽膿漏が悪化し、それに伴い抑うつ気分が出現した。同年8月頃より食事摂取も困難となったために家族に説得されて歯科受診した。その際に歯槽膿漏の悪化から抜歯の必要性を告げられ、不安が強くなった。同月27日、手足の震え、めまい、動悸が出現したために近医総合病院に救急搬送され点滴加療された。精神科的加療を継続しながら、食事管理、歯科的処置可能な病院への入院を家族が希望したため、同年8月31日当科初診となった。不安が強く、抑うつ気分を認め、翌9月に当科任意入院となった。X-13年1月に退院後は、当科で通院加療を行いながら精神状態は安定していたが、X-9年には義理の娘が胃癌と診断されたことや母親が心筋梗塞で他界したことを契機に、X-8年には夫が狭心症で入院加療したことや義理の娘が他界したことを契機に、X-6年には緑内障罹患に伴い薬剤変更されたことを契機に抑うつ症状が再燃し、それぞれ当科での任意入院歴がある。最終的にはエスシタロプラム 20mgで精神状態は安定し、退院となった。

退院後は、月1回当科外来に通院し、旅行に出かけるなど精神症状は改善傾向で、薬剤減量を行われていた。X-1年2月には、本人と相談の上、エスシタロプラム 2.5mgまで減量した。その後もうつ病の再燃はなく経過したため、X年3月よりエスシタロプラムを中止した。しかし新型コロナウイルス感染拡大に伴い外出自粛要請がなされ、それに伴うストレスから、5月頃より抑うつ気分、意欲低下、食思不振、希死念慮が出現した。外来にてエスシタロプラムが再開され、20mgまで増量するも精神症状は改善せず、本人も入院加療を希望し、休養目的にてX年7月29日、当科任意入院となった。

【入院時現症】

精神医学的現症：抑うつ気分、興味・喜びの減退、

意欲低下、食欲低下、不安焦燥

身体医学的現症：緑内障、難聴

【入院時診断】

うつ病

【入院後経過】

入院時、表情は暗く不安気な面持ちであった。うつむき加減で口数は少なく小声であった。一方で診察上は明らかな見当識障害や記銘力の低下はみられなかった。またX-6年抑うつ症状再燃時に撮像された頭部MRIでは明らかな梗塞や出血の所見はなく、海馬を含め萎縮もみられなかった。その後のフォローでも特に器質的疾患は指摘されていない。

外来処方であるエスシタロプラム 20mgを継続し、入院環境下で休養を促した。入院翌日には睡眠も確保され、倦怠感や意欲低下は改善がみられた。第3病日からは作業療法を徐々に開始し、作品作りを楽しむ様子が観察されるようになった。

入院後2週間程経過した頃から「入院した時は体が重くて何もする気になれなかったけど、今はだいぶエネルギーがたまってきたような気がします。でも今無理するといけないのでゆっくり慎重に行きます。」と自身の病状に対する洞察も得られ始めた。

第27病日からは自発的に外泊訓練を開始し、自宅でも料理や園芸などに取り組んでいた。次第に「コロナ自粛で今まで出来ていたことができなくなって。友達と定期的にごはんに行ったり、お稽古していたことが全部なくなってしまっ。」と今回のうつ病再燃のきっかけとなる環境変化について自ら語ることも増えてきた。病棟内や外泊中も問題なく過ごすことができていたため、第49病日に退院となった。退院前に病室で実施したHDS-R、MMSEは共に満点であった。退院後は当科通院を継続している。

Ⅲ. 考察

本症例は抑うつ気分、興味・喜びの減退に加え、不眠、食欲低下、精神運動焦燥、気力の減退、思考・

集中力の低下の7項目を満たし、それらが2週間以上ほぼ毎日続いていたことから、中等症うつ病の診断に至った¹⁾。外来にて2ヵ月以上うつ症状の再燃はなく、完全寛解を維持していたが、今回コロナウイルス感染拡大に伴う活動自粛によるストレスから、うつ症状が再燃し、自宅での生活が困難となったため、入院に至った。入院後、外来処方継続の上、環境調整を行い、また睡眠覚醒リズムの維持のために精神科作業療法を導入した。比較的速やかにうつ症状は改善し、抑うつ気分や意欲低下も目立たなくなった。エスシタロプラムを20mgまで増量したことによる治療効果の影響とも考えられるが、比較的速やかに症状が改善していることから入院による環境調整が奏功したと考えられた。

本症例は閉経期の女性であるが、うつ病の有病率は女性が男性の2-3倍高く、女性に限ると閉経期、特に高齢期において発症率、有病率ともに高くなることが指摘されている。また、閉経期におけるうつ病の発症にはエストロゲン・プロゲステロンなどの性ホルモンの減少、甲状腺機能低下や脳血管性病変が関与しているとされており、さらに心理・社会的な要因としてライフイベントとして多くの喪失体験を経験することがあげられている²⁾。

本症例においては甲状腺機能低下や脳血管性病変は認めなかったが、これまでも母親や義理の娘との死別、夫の病気や自らの身体疾患の増悪などのライフイベントという心理・社会的因子を契機としてうつ病の再燃や増悪を繰り返していた。また高齢者のうつ病では前述の通り自律神経症状が表立つことが多いが、本症例でも頭痛や動機、発汗過多、顔面紅潮などが経過中にみられた。

閉経期のうつ病では上記のように心理・社会的要因が関与することが多く²⁾、これらに対する環境調整や精神療法を含めた心理的アプローチが重要である。可能な限り家族も含めた治療体制の構築が望まれる。

一方、薬物療法に関しては、閉経後の女性は閉

経前の女性と比べてSSRIの反応性が乏しかったという報告もあり¹⁾、閉経による抗うつ薬の反応性の違いが指摘されている。特にセロトニン作動性の抗うつ薬の反応性には女性ホルモンが影響を与えており、閉経後にはそのホルモンの減少により、抗うつ薬の治療反応性が低下する可能性が示唆されている。また治療抵抗性のうつ病の関連因子としてうつ病重症度、再発性うつ病、向精神薬の使用、精神科病棟への入院などが報告されている²⁾。

本症例においては、うつ状態が悪化した後、外来にてエスシタロプラムを20mgに増量されたが、効果が乏しく、今回入院に至っている。入院後も外来処方を継続しており薬剤に対する反応性の判断は難しいが、入院に至った背景因子としては上記の関連因子が該当していたことも考えられた。また前回入院まではエスシタロプラム増量に対する反応性は良好であったために、ストレス因子に対する心理的アプローチは十分ではなかった可能性も示唆された。さらに現在は夫との2人暮らしであり、夫は寡黙で仕事第一主義であり、本人がストレスにさらされた際には友人が主な相談相手であったが、今回自粛に伴いその機会が失われたことが、さらなるストレスの増大に繋がったと思われる。

今回の新型コロナウイルス感染拡大に伴う活動自粛によるストレスに関して、入院環境という環境調整下で支持的に傾聴を行いながら、心理的なアプローチを試みた。当初は口をつぐむ場面もみられたが、時間をかけて支持的傾聴に努めた。病状の改善に従い次第に自宅での暮らし、外出できないことや人と会えないことの辛さなどを語った。自宅での過ごし方や新型コロナウイルス関連の報道に対する捉え方、自宅のできる趣味について(土いじりなど)などを本人の気持ちに寄り添いながら思考を重ねた。

また今回の入院では本人に対する心理的アプローチと併せて、夫に対しても改めて疾病教育とうつ病再燃のパターンについて確認し合った。そ

こから再燃の兆しや、本人のストレス因に対する傾聴や趣味への共同参加などの家族としての接し方についても考察を重ねた。

今後は外来にて薬物療法を継続するとともに、今後起こりうる環境変化のストレスに対応できるように、支持的な精神療法、疾病教育、家族への働きかけなどを継続して行っていく予定である。

IV. さいごに

今回、環境調整と心理的アプローチにより著明に改善した高齢女性のうつ病の一例を経験した。老年期のうつ病は、若年者と比較して薬物療法への反応性が不良で、治療に難渋するケースも多いが、その一方、本症例のように明らかな誘因がある場合には環境調整や心理的アプローチにより速やかに改善する場合もある。うつ状態に至った背景や患者の置かれている環境を十分に検討することが重要であると考えられた。

参考文献

- 1) 馬場元：[女性のライフステージと精神医学：基礎と臨床 更年期と閉経期のうつ病：認知症との関係も含めて](#)．[分子精神医学 19 \(3\), 142-148, 2019](#)
- 2) [Frederikke Hordam Gronemanna, Martin Balslev Jorgensenb](#)：[Socio-demographic and clinical risk factors of treatment-resistant depression: A Danish population-based cohort study](#). [J Affect Disord 261, 221-229, 2020](#)
- 3) 藤井久彌子、下田 和孝：[高齢者と薬物治療（臨床薬理学的－観点から）](#) 4. [高齢者の薬物療法の問題点－精神科領域疾患](#)．[Jpn J Clin Pharmacol Ther 39 \(1\), 18-24, 2008](#)
- 4) [Hideyuki Hattori](#)：[Depression in the elderly](#)：[Nihon Ronen Igakkai Zasshi 45 \(5\), 451-461, 2008](#)
- 5) [日本うつ病学会治療ガイドラインⅡ](#)．[うつ病 \(DSM-5\) / 大うつ病性障害 2016](#)

- 6) [館野歩](#)：[老年期と心身医学：老年期のうつ病・抑うつ状態](#)．[Jpn J Psychosom Med 60, 304-309, 2020](#)
- 7) [Vivien K Burt, Kira Stein](#)：[Epidemiology of depression throughout the female life cycle](#). [J Clin Psychiatry 63 \(7\), 9-15, 2002](#)

症例報告

新型コロナウイルス流行による社会的要因により気分障害の増悪を認めた2症例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 増田綾子、西井理恵、清野仁美、宮内雅弘、
湖海正尋、松永寿人

Key words: 新型コロナウイルス流行、社会的要因、気分障害
COVID-19, social factors, mood disorder

【はじめに】2019年12月に報告された新型コロナウイルス(COVID-19)の流行は、世界的な脅威となり、社会生活や精神衛生にも重大な影響を及ぼす要因となった。当院当科でも、COVID-19流行の影響から精神症状が増悪し入院となった例を複数認める。今回、COVID-19流行による支援の減少を契機に気分障害の増悪をきたしたシングルマザーの2症例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。なお、報告にあたっては個人情報保護に配慮し、報告の趣旨に影響を及ぼさない範囲で変更を加えた。

【症例1】34歳、女性

【主訴】焦燥感、抑うつ気分、不眠、不安、子供に対してイライラする

【生活歴】同胞2名中第1子として出生。発達発育の異常を指摘されたことはない。母親は父親からDVを受けており、不仲な両親を見ながら育った。最終学歴は大学中退。恋人、夫からのDV歴があり、現在は離婚し生活保護を受け5歳の息子と2人で暮らしているが、母親はしばしば育児について過度に介入した。

【既往歴】特記事項なし

【家族歴】妹に心療内科の受診歴あり(詳細不明)

【現病歴】14歳時に特定の異性に好意を抱いたことがきっかけで過呼吸が出現するようになり精神科を受診した(詳細不明)。X-2年に祖母が亡くなってから抑うつ気分、不眠、意欲低下が出現した。近医精神科よりバルプロ酸ナトリウム500mg/日、デュロキセチン40mg/日、タンドスピロン12mg/日、フルニトラゼパム1mg/日、スルピリド50mg/日、クロチアゼパム5mg(不安時屯用)の処方を受けていたが、ほとんど内服しておらず自己中断していた。X年4月、COVID-19流行の影響で息子が通う保育園が閉園となり、育児の負担が大きくなったことで徐々に抑うつ気分が増悪し、将来への不安から焦燥的となり、息子を突き飛ばしたり、息子に対し暴言を吐いたりするようになった。X年7月、焦燥感、抑うつ、不眠の改善と母子分離目的に当院当科初診となり、同年9月任意入院となった。

【入院後経過】入院後、エシタロプラム5mg/日の投与を始め、副作用なく経過したため漸増し、第19病日には20mg/日まで増量した。集中困難、意欲低下、気分の低下、不安、緊張を呈し、外泊を誘因に不安や緊張が増悪したため効果不十分と考え、第38日にデュロキセチン20mg/日を追加した。第37病日に施行した心理検査では、SDS67点と抑うつ状態は高度であり、PFスタディ、文章完成テストでは社会適応はできているが情緒面が未成熟で、家族に依存的であり、主体的に物事を判断していく力が年齢相応に達していないとの結果であった。その後、家族との外出、外泊を繰り返

Two cases of exacerbated mood disorder due to social factors under COVID-19.

Ayako MASUDA, MD, Rie NISHII, MD, PhD, Hitomi SEINO, MD, PhD, Masahiro MIYAUCHI, MD, Masahiro KOKAI, MD, PhD, Hisato MATSUNAGA, MD, PhD
Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo 663-8501 Japan

返し、入院中息子の世話をしている両親が本人の意欲低下や抑うつを受け入れ、本人に普段通り過ごすことを求めず、育児をサポートするようになったことで、徐々に外泊中に両親と安定して過ごせるようになった。息子に対しても穏やかに接するなど意欲の改善がみられたため、デュロキセチンを増量し、第46病日には60mg/日まで増量した。一方で、病院内や駅、電車内では「子供の声を聴くと自分の子育ての後悔が襲ってくる」「人混みが自分に向かってくる気がする」「死んだおばあちゃんが呼んでいる気がする」などやや病的な不安の高まりを認め、アリピプラゾール2mgの屯用内服を必要とした。第56病日には多弁、気分高揚を認めたため、抗うつ薬による躁転を疑い、第62病日よりデュロキセチン40mg/日、エスシタロプラム10mg/日に減量した。その後も意欲低下、集中困難が持続するため効果不十分と判断し、第65病日にエスシタロプラム中止、デュロキセチンからベンラファキシン37.5mg/日に変薬した。日中の不安焦燥感に対しアリピプラゾール2mg/日を朝食後に定日内服とした。その後も不安・焦燥感の高まりは続き、第72病日には主治医との面談に間に合うかという心配から不安が増強し、外出中の駅から救急要請し救急車で帰院した。気分の変動や焦燥感による救急要請や、外出中に走行中の電車や自動車に飛び込みそうになる、家族に電話し「おばあちゃんは生きてる、電話に出して」と訴えるなどの衝動行為に対し、同日よりデュロキセチンを20mg/日に減量しバルプロ酸200mg/日を開始した。また、第67病日より対人関係スキルの向上、リラックス法の習得を目的に作業療法を開始したが、作業療法の時間いっぱい運動し続ける過活動を認めたため、第76病日にデュロキセチンを中止した。バルプロ酸ナトリウム200mg/日を追加したのちは、突発的な高揚感や気分の落ち込みなどの気分変動が減少し、「以前より気分の波がなくなっている感じがする」と本人も述べるようになった。また、「子供と過ごすことが負担にならなくなった」「家族といることがストレスに感じなくなった」

と述べるようになり、両親と同居することを決め、退院準備に入った。SNRI投与により躁転したことから、双極性障害と診断し治療を行っている。

【症例2】43歳、女性

【主訴】気分高揚、易怒性、観念奔逸、多動、多弁

【生活歴】同胞2名中第2子として出生。発達発育の異常を指摘されたことはない。学業成績は良い方で短期大学に進学後、介護ヘルパーとして働いた。X-12年に結婚し、X-8年に第1子を出産。第1子である娘は脳性麻痺で人工呼吸器を必要とする。X-5年に離婚し、現在は母と娘と共に3人で暮らしている。

【既往歴】てんかん(14歳～22歳)、右卵巣嚢腫、左卵巣チョコレート嚢腫

【家族歴】特記事項なし

【現病歴】X-15年、人間関係のストレスから不穏状態になり精神科を受診し、双極性障害と診断された(詳細不明)。他院で炭酸リチウムを中心に内服加療を行っていたが、X-7年に薬剤調整目的で当院当科に転医した。薬剤調整後は外来通院で安定して過ごしていたが、娘の介護の負担や保護者同士の人間関係のトラブルを契機に躁病エピソードを繰り返し、X-5年には他院、X-2年には当院にて入院治療を受けた。X年6月、COVID-19流行のため娘が養護学校で看護師のケアを受けられなくなり、娘に同伴し自身で日中のケアをしなければならなくなったため疲労が蓄積していた。同年9月に娘が急性膵炎で入院すると、不安の増強、被害妄想が出現し、徐々に気分高揚、易怒性、多弁、多動、不眠、観念奔逸を認めるようになったため、同年10月医療保護入院となった。

【入院後経過】入院当日は自室内で叫んだり、他患面談中の部屋に突然入室するなど、興奮が強く不穏状態であったため、ハロペリドール5mg、ピペリデン5mgを筋肉注射したところ入眠した。同日より、入院前より内服していた炭酸リチウム1200mg/日にレボメプロマジン50mg/日を追加した。攻撃性や衝動的な行為は認めなかったものの、多弁で落ち着きのない状態が継続した。第6病日

には当院小児科に入院していた娘の転院が決まったことを契機に何度もナースコールを行い、転院について一方的に看護師に語ることでより不安定となった。レボメプロマジンを75mg/日に増量したところ、第9病日には娘の転院準備のため姉の同伴で外出し、躁状態の増悪なく経過した。日によって焦燥感や多弁が顕著となることがあるものの、リスペリドン内用液2mLの屯用で自制内となり、「考えがどんどん浮かんでとまらなかった」「まったく休めていなかった」と一定の内省が得られるようになった。第23日目には、中途覚醒に対しフルニトラゼパム1mg/日を開始し、中途覚醒は夜間1回に減少した。病院内と自宅への何回かの外出を繰り返すも多弁や多動、易怒性、気分高揚などの躁症状が落ち着いた傾向が見られ、治療にも意欲的に取り組めるようになったため、第36病日任意入院に切り替え、第44日退院し、当院当科外来通院となった。「私がまた調子を崩してもいけないので、娘はショートステイに預かってもらいます」「今回の入院で、娘が調子を崩すと私も崩れることが分かった。これからは早めに周囲を頼りたい」と落ち着いて語り、娘の介護について焦燥的になることはなかった。

【考察】 COVID-19の世界的な流行に伴う、感染予防のための外出自粛や自己隔離は無力感や孤立感を生じさせ、長期化すると不安や、気分への影響、物質依存、思考障害などの精神障害のリスクを増加させるだけでなく、自殺のリスクも高めるとされている²⁾。しかし、これまでの報告には、感染対策や医療の最前線で働く医療従事者、感染した患者やその家族への精神的な影響とサポートについて記したものはあっても、COVID-19流行下での新たな生活様式で生活する人々の、どのようなタイプが精神的に脆弱であり、どのようなサポートが必要かということについて言及したものは知る限りではなかった。

一般的に、パンデミック下でのメンタルヘルス上の高リスク集団としては、感染者とその家族、医療従事者のほかに、低い社会経済的立場の者、

身体・精神障害者、高齢者、妊婦、小児などの支援やサポートを要するものなどが指摘されている³⁾。これに加えて、慢性疾患や身体的・精神的な障害、メンタルヘルス上の問題を抱えた人が、外出自粛や感染回避のために医療機関を訪れなくなったり、感染の恐怖から受診できなくなることで、通常のケアが提供されなくなることも懸念されている⁴⁾。特にうつ病、双極性障害などの気分障害を有する人はそうでない人と比較して心理的苦痛を感じやすいという報告⁴⁾があり、本報告の2例はどちらもパンデミック下での高リスク集団に属していた。また診断に関しては、症例1では再燃寛解を繰り返す抑うつ症状があり、抗うつ薬での躁転がみられ、気分安定薬で症状改善が得られたことから、双極性障害として加療中である。症例2については、躁病エピソードを繰り返しており、今回の入院以前に双極性障害の診断を受けている。

症例1では、10代の頃よりストレス耐性が低いことや、母子家庭で両親との関係も良好ではないという育児支援の少なさがベースにあり、COVID-19流行の影響で息子の通う保育園が閉園し、育児の負担が増大したことで抑うつや焦燥感などの症状の増悪が引き起こされた。症例2は、身体的・精神的な疲労から躁状態となり複数回の入院歴がある。今回は、感染予防のために娘の養護学校での医療的なサポートが受けられなくなったことにより育児負担が増大し、症状再燃の要因となった。2例とも精神科受診歴を有するなど元来脆弱性を有しており、母子家庭や児の介護などの問題から生活面でのサポートを必要としていたが、COVID-19流行の影響で平常時に受けていた支援が受けられなくなったことで精神状態が悪化し、入院治療を要した。しかし、入院により薬剤調整と母子分離を行ったことで症状は改善し、症例1では両親との同居、症例2ではショートステイの利用などの環境調整を行い、通常の生活に戻ることができた。

今回報告した例では、感染予防のための自己隔

離や、自身や家族の感染、濃厚接触など、流行している感染症と直接関連する要因ではなく、家族に提供されていたサービスの減少という間接的な要因が精神状態に大きく影響している。精神疾患の既往、母子家庭、日常の世話や介護を必要とする家族との同居など、本報告と類似する例は日常の診療の中でも多く見られるが、COVID-19 感染症流行の影響は間接的であるために、症状増悪の契機が発見されづらい。そのため医療や福祉の介入が遅れてしまい、入院治療を要するまでに精神症状が増悪したと考えられる。COVID-19 流行下での生活が長期になるにつれ、本報告のように通常のライフスタイルの変化による精神的負荷の増大から精神科への入院加療を要する例が増加することも予想される。その初期段階にある個人を早期に特定することは、効果的な治療及び社会的介入につながるため¹⁾、リスクの高いグループを見つけ、精神科医療と社会的資本の両面からの対策を考えることが今後の課題となるだろう。

【まとめ】今回我々は、COVID-19 流行による影響で、これまで介入・支援を受けていたサービスを受けられなくなったことにより精神状態が悪化した双極性障害の診断に該当する2症例を経験した。社会福祉資源が活用できなくなるという影響が家庭環境の変化をもたらし、さらには精神症状の悪化へと至ったと考え、今後の課題であることを痛感した。こうした症例に対して、入院加療は一定の効果と、精神状態の回復に有効であると考えた。

参考文献

- 1) [Salari et al.: Prevalence of stress, anxiety, depression among the general population during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. Globalization and Health, 2020](#)
- 2) [Sani, G., Janiri, D., Di Nicola, M., et al.: Mental health during and after the COVID-19 emergency in Italy. Psychiatry Clin. Neurosci., \(in press\), 2020.](#)
- 3) [重村淳ほか：COVID-19（COVID-19 感染症）が及ぼす心理社会的影響の理解に向けて．トラウマティック・ストレス 第18巻, 第1号 1-9 2020](#)
- 4) [Tamsyn E. Van Rheenen et al.: Mental health status of individuals with a mood-disorder during the COVID-19 pandemic in Australia: Initial results from the COLLATE project. Journal of Affective Disorders 275, 69-77, 2020](#)
- 5) [COVID-19 流行時のこころのケア Version 1.5. 緊急時のメンタルヘルスと心理社会的サポート \(MHPSS\) に関する機関間常設委員会 \(IASC\) リファレンス・グループ 2020](#)

症例報告

妊娠後期に再発を呈した統合失調感情障害妊婦の一例 ～産婦人科との連携と社会資源活用に焦点を当てて～

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 真殿茉莉、向井馨一郎、清野仁美、松永寿人

Key words: 統合失調感情障害、妊婦、入院治療

schizoaffective disorder, pregnant woman, hospitalization

緒言

統合失調感情障害は、統合失調症と気分障害の両方の特徴を併せ持ち、その予後は統合失調症よりも良好であり、残遺状態は少ないとされ、寛解に至るケースもみられる。社会生活機能も保たれ、妊娠・出産・育児を経験する統合失調感情障害女性は少なくない。寛解状態で妊娠が判明すれば、催奇形性などの影響を鑑みて薬物療法を継続するか否かの判断が迫られる。

しかしながら統合失調症、気分障害と同様に、統合失調感情障害は再燃・再発を繰り返し、慢性的な経過をたどる疾患である。周産期には、薬物療法の中断、内分泌・環境の変化など様々な要因によって再燃・再発が生じる可能性がある。そのため、妊娠・出産に際しては再燃・再発リスクや薬物療法のリスクとベネフィットについての十分な情報提供を行い、shared decision making (協働的意思決定; SDM) を図るとともに、精神科-産婦人科連携の下で周産期管理を行うことが求められる。さらに、部分寛解や症状の持続によって養育困難、児との愛着形成に支障をきたすなどの問題が生じうる。家庭状況などのサポート体制を検討し、ニーズに応じた適切な社会資源を活用し

て養育を支援する必要がある。¹⁾

今回我々は、妊娠後期に再発をきたした統合失調感情障害患者の入院治療を通して、産婦人科との連携による周産期管理と、社会資源を活用して児の養育支援を実施した症例を経験したので報告する。尚、症例提示にあたり、個人を特定されないように若干の加筆・修正を加えている。

症例 31歳 女性

主訴：不眠、気分高揚

既往歴：18歳 左膝十字靭帯損傷 手術

家族歴：自閉症(兄)

生活歴：同胞2名中第2子として出生。発達・養育に異常を指摘されたことはない。元来外向的で責任感の強い性格であった。高校を卒業後、大学の国際英文学部に入学するが、精神症状のため中退。カフェ店員などのアルバイトをしながら過ごしていたが、X-2年に結婚、X-1年8月に妊娠が発覚した。現在は夫と二人暮らし。

現病歴：

X-12年8月(18歳)、左膝十字靭帯の手術のため整形外科に入院した。入院中より面会に来た親に意気揚々と話し続けるなど気分高揚、多弁がみられた。症状は一旦消退したが退院後、「日本は終わった。アメリカに乗っ取られる」「情報が操作される」「私は死なないといけない」などと妄想にもとづく発言や、幻聴と会話する様子が見られた。同年10月、突然動かず、一言も話さない状態になり、両親に付き添われて当科初診となり統合失調

A case of pregnant woman with schizoaffective disorder relapsed in her late pregnancy.

～Focusing on cooperation with gynecology and utilization of social resources～

Mari MADONO, Keiichiro MUKAI, Hitomi SEINO, Hisato MATSUNAGA

Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine 1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan

Mail:mari.madono48@gmail.com

症の重昏迷状態と診断されて入院となった。オランザピン 20mg/日にて昏迷状態は改善し、妄想も消失し、同年2月に退院となった。退院後は近医に通院を継続し、気分症状や妄想の再燃はなく、カフェ店員のアルバイトなどをしながら安定した生活を送っていた。オランザピン 5mg/日まで徐々に減量したが、寛解状態は維持されていた。

X-2年に結婚、X-1年8月に妊娠が判明したため、主治医と相談の上、オランザピン 5mg/日は中止した。X年2月(妊娠29週)、感冒を契機に不眠を呈し、多弁、観念奔逸がみられるようになった。近医でオランザピン 5mg/日の内服を再開されたが改善がみられず、精神科、産婦人科診療連携が可能な総合病院での周産期管理目的にX年3月に当科紹介受診となった。オランザピン 20mg/日へ増量するも、興奮がみられ、会話内容は支離滅裂でまとまりを欠くようになり、同年4月当院精神科病棟に医療保護入院(妊娠37週)となった。

入院時現症：興奮、多弁、高揚気分、観念奔逸

入院後経過：

入院時、気分高揚、多弁、観念奔逸を認め「楽しいパーティ!」「ブラジルのみなさん聞こえますか!」などと支離滅裂な内容を一方的に話し続けるなど、興奮状態にあり、妊娠していることへの理解が欠いていた。まずは、経膈分娩可能な精神状態を目指し、オランザピン 20mg/日に加えてパリペリドン投与し、すみやかに12mg/日まで増量するも改善は得られなかった。分娩方法については、入院時から精神科、産婦人科、小児科、麻酔科スタッフで協議を重ね、分娩時にさらなる精神状態の悪化が予測されること、すでに正期産でありスタッフの少ない深夜などに陣痛発来となれば、安全に分娩管理を行うことが困難であることを鑑み、母体適応による選択的帝王切開を行うことになった。周術期の精神症状管理として、手術室入室前にハロペリドール経静脈投与による鎮静、術中は全身麻酔管理、術後は鎮静下にてICU管理

を行う方針とした。

第10病日(妊娠38週4日)に帝王切開を施行。手術直前に産婦人科主治医が訪床し、精神科主治医も交えて患者と家族に帝王切開術の説明を丁寧に行った。気分高揚や支離滅裂な言動は続いていたが患者は手術に応じる意思を示し、出棟前に施行予定であったハロペリドールによる鎮静を要さなかった。産婦人科主治医、精神科主治医、病棟看護師、手術室看護師、患者の母親付き添いにより患者はベッドで手術室に移動。手術室内でも気分高揚、多弁、支離滅裂な言動は続いていたが、顔見知りのスタッフの声掛けにより、指示に従って腰椎穿刺に応じることができ、麻酔科医の判断で脊髄麻酔が選択され手術開始となった。術中には患者が「トトロ!」と唐突に叫ぶと、手術室看護師が手術室のBGMをジブリ音楽に変更し、術者や看護師と一緒に歌うなど、終始患者とコミュニケーションをとりながら手術が進行した。執刀開始4分で胎児娩出(出生体重3300g、Apgar score 7/9)となり、その後、静脈麻酔による全身麻酔に切り替え、62分で閉創となり手術が終了した。気管挿管も要さなかったため、術後もICU管理とせず、精神科病棟に帰棟。術後1日目はベッド上安静保持に対する理解が困難であったため身体拘束を行った。授乳方法に関しては、患者自身が授乳できる精神状態にないと判断し、家族と話し合い、人工乳を選択することになった。児はNICUにて観察を行ったが新生児不適応症候群は認めず、健康状態に問題はないため、産後2日目に産婦人科病棟新生児室に転棟となり、助産師が夫と実母に調乳や沐浴などの育児指導を行った。患者は精神科病棟に入院継続のまま、生後6日目で児は退院となり急遽育児休暇を取得した夫が自宅で養育することになった。患者が入院継続中であるため、医療ソーシャルワーカーは夫が利用できる社会資源として、助産師の訪問指導、ショートステイや保育所などの情報提供を行い、その後、保育所入所の申請を行うことになった。

出産後は、オランザピン 10mg/日に加えて催奇

形性のために妊娠中は使用を避けていた炭酸リチウムの投与を開始した。800mg/日まで増量したところ徐々に多弁・気分高揚は改善し妄想にもとづく発言もみられなくなったため、薬剤調整目的に第71病日にパリペリドンを減量したところ思考途絶が出現した。再度増量、調整を行い第92病日に炭酸リチウムを1000mg/日まで増量したところまとまりが生じ始め会話可能となったものの、思考の緩慢さや自発性の低下が残存し、部分寛解状態であった。退院後の生活や育児を見据えて作業療法を導入しソーシャルスキルトレーニングを行った。その後、徐々に夫や両親との面会時に今後の生活や育児に関して具体的に話し合うことができるようになっていった。退院前には、自宅への外泊訓練の期間を設けた。帰院後には「赤ちゃんにミルクをあげたり抱いてあげたり・寝返りも見れたんです。可愛かった！退院してからが大変だと思えます」と笑顔を見せ、児への愛着を示し、退院後の生活の展望を語れるようになった。症状の再燃はみられず第172病日に退院となった。

考察

本症例は、妊娠後期に高揚気分・多弁・観念奔逸などの躁症状と同時期に妄想、まとまりのない言動を認めたが、初発時には気分エピソードがない状態で幻覚・妄想を伴った時期が2週間程度あったため、DSM-5の診断基準により統合失調感情障害と診断した。X-12年以降は長期にわたり寛解状態を維持していたが、薬物療法の中断後、妊娠後期に再発し、入院治療にて帝王切開による出産、薬物療法の再開、養育支援を行った症例である。

精神疾患患者の妊娠においては、妊娠、出産をめぐる不安や葛藤、催奇形性の憂慮から薬物療法を中断することが多い^{3,5,6}。さらに妊娠中の身体的変化の進行や内分泌学的変動、育児に伴う生活や役割変化など精神状況に負担を与える種々の要因があり、周産期は精神疾患の再燃リスクが高いと言われている^{5,6}。

本症例においては、長期にわたり寛解状態を維

持し、抗精神病薬の減量が慎重に行われ、妊娠判明後に主治医と相談の上、薬物療法中断となっている。その後も数カ月間は寛解を維持していたが、結果として妊娠後期に躁病エピソードを再発して入院に至り、オランザピンは妊娠前より高用量を投与、帝王切開を選択し、出産直後から母子分離せざるを得なくなった。薬剤による催奇形性のリスクやそれに伴う不安は存在すると思われるが、やはり、再発のリスクや周産期のホルモンバランスの変化による精神状態への悪影響を勘案した上で薬剤の調整を行う必要がある^{2,6}。本症例に投与されていたオランザピンは、胎児の先天性大奇形の有意なリスク増加は確認されていない¹が、妊娠中の体重増加、耐糖能異常などの代謝障害を呈しやすいという副作用がある^{2,5}。初回エピソードにおいても入院を要するほどの度であったことを鑑みると、妊娠中にオランザピンによる薬物療法を継続することの有益性は児への危険性を上回ると判断された。本症例のようにオランザピン投与を継続する場合、体重増加や妊娠糖尿病の発症に注意し妊婦健診におけるモニタリングや生活指導を行うことが望ましいと考えられた。

一方、分娩方法については精神症状により経膈分娩は断念したが、選択的帝王切開を行うことで、精神科、産婦人科などの多職種スタッフの連携によるサポートが可能になり、患者の手術への協力が得られやすい状態となった。さらに患者や家族との面談を重ね、その中で薬物療法あるいは分娩方法についてSDMを図るように努めた。このように入院当初から精神科・産婦人科スタッフが患者との関係性の構築に尽力したことで、帝王切開時は重度の精神病状態にあっても、コミュニケーションが維持されたと考えられる。それにより産婦人科医、麻酔科医は柔軟に対応し、予定していた全身麻酔下ではなく胎児娩出までを脊椎麻酔下で施術した。結果として胎盤から胎児に麻酔薬が移行し胎児の呼吸を抑制させるのを防ぐことが出来た。これには当院が精神疾患合併妊婦を多く受け入れているために、医療スタッフの連携の基盤

があり、熟練度が高いことも寄与していると思われる⁴⁾。このように、多職種連携により麻酔による胎児への影響、患者への身体的侵襲を最小限に抑え、術直後から精神科病棟での管理を可能にし、安全を確保することが出来た症例であった。

一方、本症例は、妊娠後期の精神状態悪化により妊娠しているという認識が乏しくなり、産後も抗精神病薬の中断で思考途絶が生じるなど薬剤調整に苦慮し精神科病棟に長期入院となったため、産後早期の母親役割の獲得や母子の愛着の形成が妨げられた可能性が考えられた。また、妊娠前には寛解状態で社会生活スキルは十分であったものの、産後は薬物療法によっても部分寛解にとどまり、養育スキルの獲得には困難さがみられた。産後より児の養育は育児休暇中の夫が担っており、夫に対して助産師が育児指導を行うなど支援を行い、保育所など社会資源の活用も進めていた。すでに夫を中心とした育児の基盤が出来つつある家庭に患者が退院するにあたっては、患者の母親としてのアイデンティティの獲得や養育スキルを補うための育児支援体制の構築が課題であった。そこで、作業療法でソーシャルスキルトレーニングを行いながら、夫と患者が退院後の生活について話し合う機会を設け、外泊訓練などを繰り返し、入院による長期間の母子分離によって獲得機会が得られなかった児への愛着や母親としての役割を得られるよう支援した。退院後も家族からのサポートや社会資源を活用し、病状の再燃なく経過している。

結語

統合失調症、気分障害の両方の特徴を合わせもつ統合失調感情障害患者に対する最適な周産期の精神症状管理の在り方はいまだ確立していない。統合失調感情障害は、経過中に寛解するケースもあり妊娠を機に薬物療法中断がみられやすい。一方、再発すれば急激な悪化をきたし、治療後も症状が残存するなど完全寛解に至らず、統合失調症と同様に社会生活スキルに支障を来すこともあ

る。本症例は、寛解していた統合失調感情障害妊婦の再発であったが、周術期に産婦人科と連携を取ることで、分娩時に母体と児に与える侵襲を最小限に抑えることができ、人的資源や社会資源を活用して養育を担う夫を支援しながら、患者の退院後の生活を見据えた介入を行うことで、患者は児への愛着を形成し育児参加も可能となった。統合失調感情障害の特性を考慮し、産婦人科との連携、社会資源を活用した周産期の精神症状管理が望まれると考えられた。

なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) 伊藤真也、村島温子、鈴木利人：向精神薬と妊娠・授乳改訂2版。pp121-126, 南山堂, 東京, 2017
- 2) 鈴木利人：特集11－妊娠と出産を巡る精神科臨床－何を理解し、どう関わるか？－I：精神科ユーザーの妊娠出産①統合失調症。精神科治療学 28 (5) :553-560. (2013)
- 3) 清野仁美、湖海正尋、松永寿人：特集周産期メンタルヘルス－妊婦の不安とどう立ち向かうか 出産後のメンタルヘルス精神疾患合併母体への養育支援－精神科主治医の立場から。周産期医学 44 (7) :971-974. (2014-7)
- 4) 清野仁美、湖海正尋、松永寿人：特集－妊娠と出産を巡る精神科臨床－何を理解し、どう関わるか？－産婦人科病棟での治療介入。精神科治療学 28 (5) :617-623. (2013)
- 5) 西澤治、近藤毅：他科エキスパートが教える 婦人科医のための合併症管理 13. 統合失調症。産科と婦人科 84 (6) :724-728. (2017)
- 6) 乃美志保, et al.: 統合失調症の周産期管理とその問題点。現代産婦人科 61 (2):201-204. (2012)

症例報告

治療導入に入院加療を用い奏功した児童期強迫症の一例

兵庫医科大学 精神科神経科学講座 荻野俊、向井馨一郎、松永寿人

Key words: 強迫症、入院加療、認知行動療法、セロトニン再取り込み阻害薬
obsessive-compulsive disorder, hospitalization, cognitive behavioral therapy,
selective serotonin reuptake inhibitor

I. はじめに

強迫症 (obsessive compulsive disorder : OCD) の治療において、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (selective serotonin reuptake inhibitor : SSRI) もしくは認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT)、およびその併用が推奨されている。この中で児童思春期症例においては、アクチベーションなどの重大な有害事象を伴う薬物療法の実施は慎重であるべきで、認容性の観点から認知行動療法 (cognitive behavioral therapy : CBT) が第一選択とされている。しかし、遠方からの受診患者に対しては、CBTの実施や継続が難しく、またSSRIを用いる場合も、有害事象のモニタリングなど、治療の安全性や効果の確認が困難なため、入院環境の活用も選択肢の一つとなりえる。児童思春期症例の入院治療では、就学への影響や病棟環境への適応に配慮した入院期間の設定に加え、退院後の治療を念頭にいた家族を含めた疾病教育、特にCBTに関する理解を深め、それが自宅でも継続できるよう準備しておくことなどが望まれる。今回我々は、当院から遠方に住む児童のOCD患者に対して、治療導入として入院加療を実施し、強迫症状の改善、そして退院後も寛解維持が可能であった一例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。なお、症例報告に当たり、個人を特

定されないように若干の修正を加えている。

II. 症例 13歳 男性

主訴：強迫観念への打ち消しや確認を繰り返すことで日常生活に支障を来す。

発達発育歴：瞬目チック(6歳から半年ほど)、音声チック(7歳から半年ほど)

既往歴：ラムゼイハント顔面麻痺

学歴：中学校(地元では優秀な進学校)在籍中

生活状況：両親、弟と同居

精神科的遺伝負因：特になし

現病歴：出生から幼少期は成長・発達や問題行動等の指摘はない。X-7年小学校入学時から瞬目チックと爪噛みが出現し、半年後には症状改善を認めた。学業成績は良く国語が得意で、卓球部に所属し交友関係も広がった。X-6年には音声チックを呈したが、半年ほどで自然に消退した。X-5年から「右足から踏み出さないと事故にあう」といった魔術的思考による「右足から踏み出す」儀式行為や、「トイレで下着が汚染された」という汚染恐怖から過度に心配し何度も着替える強迫行為が出現した。X-4年にA病院を受診しカウンセリングを主とした加療で一時落ち着いていたが、中学校の部活での人間関係上のストレスを契機に、X年3月頃より儀式行為や汚染恐怖に伴う行為が再度出現した。A病院でX年4月からアリピプラゾール3mg/日内服を開始し、6mg/日まで増量するが効果認めず、本人希望で中止となった。X年6月頃からは、会話中に相手の悪口が頭の中に浮かび、口に出てないか過度に心配するようになった。罪悪感から「違う」と頭の中で打ち消しを、決まった回数と順序で

A case of childhood obsessive compulsive disorder (OCD) utilizing our inpatient program as an initial intervention of his treatment

Shun OGINO, MD, Keiichiro MUKAI, MD, PhD, Hisato MATSUNAGA, MD, PhD

Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine
1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo 663-8501 Japan

(4回+3回+3回+4回)繰り返すようになった。また、他人を傷つける言葉を言ってしまっていないかと家族に繰り返し確認し保証を求めるといった巻き込み行為を伴った。中学校では、授業に集中できず注意散漫となり成績が低下した。交友関係においても患者自身の言動が相手を不快にさせていないかを気にするあまり、会話を避けるようになり生活で支障を認めた。夏季休暇に入り、療養目的にクラブ活動や学習塾などを休むことにより症状は少し落ち着いたが、2学期からの就学に向けてOCDの加療目的で当院当科を紹介され、本人や家族の希望のもと、X年8月5日に任意入院となった。なお入院期間については、就学にも配慮し、本人・母親と相談の上で夏休みを中心とした1ヶ月と設定した。

Ⅲ. 入院後経過

入院直後には、詳細な問診や入院中の生活を行動観察することにより、症状の把握を行った。同時に本人と母親に対しOCDの疾病教育ならびにCBTの説明を丁寧に行った。強迫症状は、「本人が好きなのに触れるとそれを失ってしまう。」という思考から不安がわき、この不安を緩和するため好きなものを複数回儀式的に触っていた。更に、「本人が大切な人と接したときに相手の悪口が頭に浮び、それを声にだしてしまったのではないか。」と不安が強くなり、「違う」といった頭の中での打ち消し行為を決まった手順で繰り返していた。入院時のChildren's Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (CY-BOCS)は、観念17点・行為18点(計:35点)と重症であった。また、既往にチック症があり、DSM-5に準じチック関連OCDと診断した。

診察中においても強迫観念により注意散漫であり、極度の疲弊状態からCBTの導入は難しく、まずは、薬物療法による症状緩和を図った。家族や本人にSSRIによる躁転や賦活のリスクの説明を行い、適用外使用の同意を得た上で、エスシタロプラムを10mg/日で開始した。また、休養・睡眠

確保のためにオランザピン5mg/日も併用したが、食欲亢進が著明となり中止した。その後、易刺激性、易怒性、興奮等のSSRIによるactivationを含めた有害事象がないことを確認しエスシタロプラムを20mg/日へ増量した。しかし、症状の自覚的な改善が乏しく、SSRIへの増強療法としてアリピプラゾール1mg/日を追加した。アリピプラゾール追加後に、一時は足のむずむず感を訴えたがすぐに消失し、それ以外の副作用は生じることなく経過した。その後、約1週間が経過し、強迫症状への疲弊が緩和され、強迫観念を訴える頻度の減少を認めた。また、作業療法を導入し、入院環境への適応もみられてきた。しかし、依然として、病院スタッフや他患者との会話中に「無意識に悪口を言ってしまい悪く思われるのではないか。」と不安になり、頭の中で「違う」と打ち消しを複数回繰り返していた。更に、面会に訪れた親に対し、他人へ失言していないかと確認を繰り返していた。第12病日よりCBT導入となった。反応妨害を主な介入方法とし、強迫観念が出現した際に、複数回繰り返していた打ち消し行為を、4回に固定するといった課題を設定した。また、不安の制御が困難なときは、呼吸に集中し、体の部位等へ意識を逸らすことも提案した。同時に、面会時に認めた親への巻き込み行為に関しては、本人・母親同席のもの、1日2回までとすることを課題として設定した。開始当初は打ち消し行為の回数を4回から減らすことに抵抗があったが、徐々に可能な頻度が増えてきたため、打ち消し行の回数を3回、2回と段階的に減じるよう課題設定を行った。強迫観念が出現する頻度も入院環境では1日10数回程から3回程と減り、親への確認行為も徐々に頻度が減少した。退院後の生活への移行としてCBTを意識して、外出や外泊を繰り返した。第32病日には、修学旅行や運動会の準備のために中学校へ登校した際、久しぶりの友人との会話で相手を傷つけてしまっていないかと強迫観念が沸き、打ち消す強迫行為が一過性に出現したが、以前のように生活に支障を来たすほどではなく、行為を自制すること

ができ第45病日に退院となった。退院時のCY-BOCSによるOCDの重症度評価は、観念4点・行為5点(計:9点)と74%の改善を認めた。退院後、9ヶ月が経過するが寛解状態を維持している。

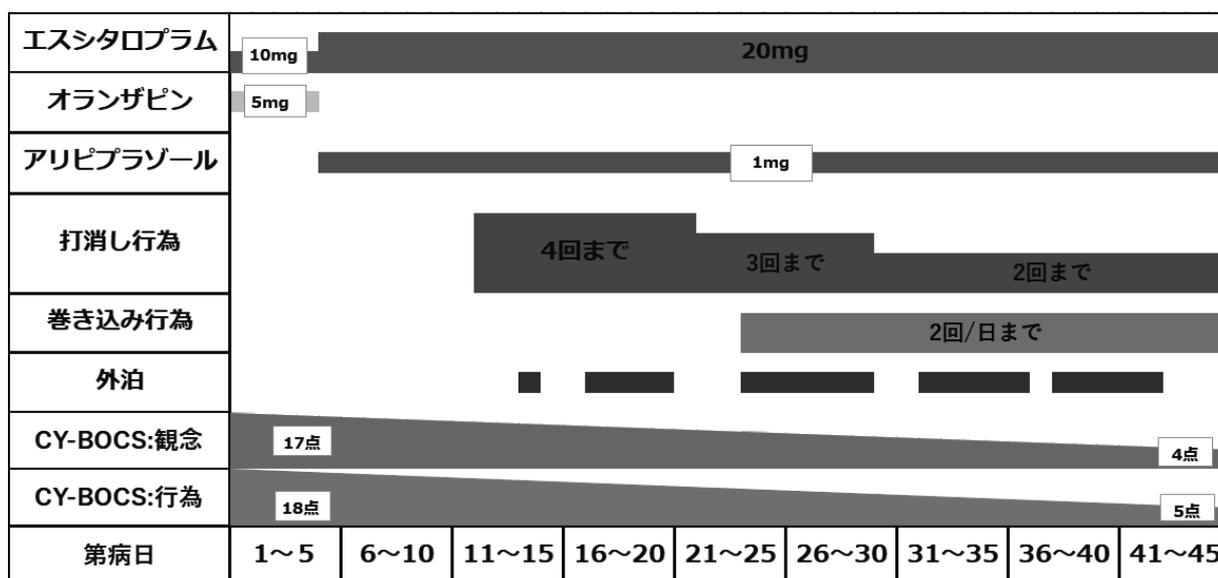
IV. 考察

本症例は、「相手の悪口が浮かび、それを相手に言ってしまうのではないか」といった強迫観念を主訴とする児童期発症のOCDの一例である。自宅が遠方であり、薬物療法の施行や通院の困難さなどの点から入院による加療を行うこととなった。児童期のOCD治療における薬物療法の注意点、入院加療における配慮などに焦点をあてながら考察をすすめる。

CBTをふくめた入院加療においては、①外来と比較し容易な症状把握と十分な診察時間の確保、②入院環境による治療構造の再構築や先行刺激の統制など悪化を抑制し課題達成を促進する環境の提供、③病棟スタッフから常時のサポートが可能などのベネフィットがある。一方で、入院環境でのリスクとして、①環境への過度な依存もしくは不適応、②就学からの離脱、③家族に疾病教育を行うことの難しさが懸念される¹⁾。入院加療の実施の際には、これらの短所と長所を勘案し、症状や患者の生活に配慮し、患者やその家族と相談の

上で判断する必要がある。OCDの入院加療は当院では多くは3ヶ月程度で実施しているが、本症例では、中学生であり、遠距離通院での負担・就学・学校行事等を考え、夏休みを含んだ1ヶ月程の短期入院とした。治療をサポートできるスタッフや環境のもと入院加療が行われた。また、作業療法の導入やスタッフ間での情報共有により入院環境への適応もはかり、面会に来た家族とも頻りに面談を行い、退院後を見据えての外泊訓練も繰り返した。このように社会的事情にも配慮した入院計画をたてることも重要である²⁾。

OCDの治療における第一選択は、SSRIを主とした薬物療法、もしくは、CBT、および両者の併用である。18歳未満にSSRIを使用する場合には、不安、焦燥、不眠、敵意、衝動性、易刺激性、アカシジア、パニック発作、軽躁、躁状態などの賦活症候群や自殺関連現象を生じる危険性が高いとされ^{3,4)}、児童においては安全面から薬物療法ではなくCBTが第一選択として推奨される。しかし、本症例のように生活に支障を来す重症例では、CBTの導入に当たり薬物療法などによる症状の緩和が必要な場合もある。ただ、その際には有害事象の発生に注意して、十分な説明や通院の間隔を狭めることが望まれる。この点においては、入院加療は頻回のモニタリングが可能であり密な薬物



調整が容易となる。本症例においては、入院直後からの CBT 導入は困難であり、薬物療法による強迫症状の緩和により CBT への導入が容易になったと考えられる。児童期の OCD に薬物療法を施行する際には、リスクとベネフィットを勘案した上で、入院や通院頻度を増やすなどの方策で、副作用モニタリングや有害事象発生時の対応などの安全性を確保した治療戦略を考慮する必要がある。

具体的な治療内容に関しては、本症例ではチック関連 OCD と同定し、アリピプラゾールによる SSRI への増強療法に加え、CBT では呼吸法などの技法を加えた。当院での OCD への入院加療^{5,6)}は約 3 ヶ月の期間で薬物療法と CBT の併用療法を軸に施行している。しかし、OCD の異種性に配慮した個別の症状や病態に合わせた治療が必要となることも少なくない^{2,7,8,9,10,11)}。児童期 OCD ではチック関連 OCD が多いとされ³⁾、薬物療法や CBT における治療内容や技法に相違があるために診断に時点でチック関連の同定はきわめて有用である。薬物療法は、SSRI に非定型抗精神病薬の付加投与等が推奨されている^{12,13,14,15)}。本症例では、過去にアリピプラゾールの単剤治療を受けているが効果はなく中止となっている。しかし、チック関連と同定し、SSRI に内服した上で、増強療法としてアリピプラゾールによる加療を行い一定の効果を得られている。また CBT においては、強迫観念が生じた際に他人を不快にさせる不安とともに、強迫行為を途中でやめることで気持ち悪さの感覚があると語っていた。チック関連では、不安を介せず不全感の解消やまさにぴったり感を求めて強迫行為を行うことが主とされており、CBT においてペーシングやハビットリバーサルなどの技法で制御を図ることが有効とされる^{12,13)}。本症例では、気持ち悪さという感覚に対し、気持ち悪さの緩和と感覚を逸らせることを目的に呼吸法を導入したことも CBT の効果を増強したのではないかと思われる。

最後に、退院後は、医療者が常にいる状態から離れることによって助言などの適切な支援を受け

られなくなることから、入院環境下で取り組んだ治療の内容や効果をいかに持続できるかが重要となる。具体的には、就学や友人との交流、家族との関係性など通院加療の生活環境下において一般化し継続することができるような支援を、退院前から行う必要がある^{2,16)}。これに関し、例えば入院中に親への巻き込み行為への介入を行い、CBT と同様に段階的に課題設定したが、母親の理解や協力のもとこれを順次達成することが可能であった。さらに外泊の機会を複数回設け、退院後を見据えた家族への疾病教育も行った。外泊の機会では、患者は自宅から中学校へも登校し、友達や親戚といった強迫が出現しやすい対象に対しても暴露し強迫症状が増悪することなく過ごせている。これにより入院から退院への生活の移行を段階的なものとするにより、退院後の生活に円滑な適応が図られたと考えられる。

V. 結語

本症例では児童期 OCD に対して、入院加療を行いその有用性を検討した。入院環境で慎重に薬剤調整を図れたことや、集中的な CBT の中で成功体験を重ねられたことはベネフィットと考える。リスクとして就学からの離脱や家族への疾病教育の困難さが予想されたが、家族は外泊や CBT に協力的で、退院後を見据えての入院加療の意義もあったと考える。しかし、これらの実施においては、本人の適応能力や家族の協力も必要であり、入院加療導入に当たりこれらを評価し、個々の状態や特性をも勘案して、必要に応じ動機付けや説明を施しておく必要がある。

文献

- 1) [Scahill L, Walker RD, Lechner SN, Tynan KE: Inpatient treatment of obsessive compulsive disorder in childhood: a case study. J Child Adolesc Psychiatr Ment Health Nurs, 1Jul-Sep;6 \(3\) :5-14 1993](#)
- 2) [橋本卓也, 上野克樹, 林田和久 et al." 強迫症に対して短期入院加療が奏功した二症例." 仁明](#)

- 会精神医学研究 16 (2) : 103-106. 2019
- 3) 金生由紀子;子どものチック障害および強迫性障害:児童精神医学とその近接領域 54(2);175-185. 2013
 - 4) 松永寿人, 切池信夫, 興野健也 et al." 児童青年期強迫性障害患者に対するセロトニン再取り込み阻害薬による薬物療法:25例の後方視的調査":臨床精神医学 36 (4) :435-444, 2007
 - 5) 向井馨一郎, 下村憲司, 林田和久 et al."入院プログラムにより改善に至った強迫性障害の一例."仁明会精神医学研究 11 (1) : 68-70. 2014
 - 6) 向井馨一郎, 岡崎敏馬, 徳谷晃 et al."臨床経験強迫症患者の入院治療における多職種連携モデル:その有効性や留意すべき点について."精神科治療学 32 (8) : 1099-1104. 2017
 - 7) 岡崎敏馬, 藤本梨沙, 松永寿人 et al."強迫症の患者に対する看護師による行動療法的介入."仁明会精神医学研究 15 (1) : 117-120. 2018
 - 8) 橋本彩, 林田和久, 松永寿人 et al."状況依存的な強迫症状に対して認知行動療法が成功した一症例."仁明会精神医学研究 13 (1) : 112-114. 2016
 - 9) 向井馨一郎, 林田和久, 松永寿人, et al."入院加療が疾病構造を崩す契機になった強迫症の一例."仁明会精神医学研究 15 (1) : 102-104. 2018
 - 10) 橋本卓也, 澤井幸代, 向井馨一郎, et al."併存したパニック症症状が経過や治療に悪影響を及ぼしていた強迫症の2症例."臨床精神医学 46 (3) : 339-346. 2017
 - 11) 向井馨一郎, 林田和久, 松永寿人."多剤併用により、多彩な精神神経症状を呈した医薬品誘発性強迫症の1症例."臨床精神医学 44 (12) : 1665-1669. 2015
 - 12) 松永寿人:強迫性障害の現在とこれから -DSM-5-に向けた今後の動向を踏まえて-:精神神経誌 114巻9号 2012
 - 13) 金生由紀子:チック障害との関連によるOCDの検討 精神神経誌, 111;810-815, 2009
 - 14) 林田和久, et al."トウレット障害を併存する強迫性障害の臨床像:第2報."精神医学 56: 1019-1026. 2014
 - 15) Veale, D., et al."Atypical antipsychotic augmentation in SSRI treatment refractory obsessive-compulsive disorder: a systematic review and meta-analysis." BMC Psychiatry 14 (1) : 317. 2014
 - 16) (Abramowitz, J. S., et al."Exposure and ritual prevention for obsessive-compulsive disorder: effects of intensive versus twice-weekly sessions." J Consult Clin Psychol 71 (2) : 394-398.) 2003

症例報告

治療に難渋した成人期発症の回避・制限性食物摂取症の1例

一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子
兵庫医科大学 精神科神経科学講座 宮内雅弘、山田恒、松永寿人

Key words: 回避・制限性食物摂取症、神経性無食欲症、神経性大食症
avoidant/restrictive food intake disorder, anorexia nervosa, bulimia nervosa

I. はじめに

回避・制限性食物摂取症(avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID)は、食物の摂取の回避、または制限を特徴とする摂食または栄養摂食行動の障害であり、アメリカ精神医学会の診断基準第5版(Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 5th Edition: DSM-5)より摂食障害群に加わった新たな精神障害である。DSM-IVまでは摂食障害は神経性無食欲症(anorexia nervosa: AN)と神経性大食症(bulimia nervosa: BN)とそれら以外の特定不能の摂食障害(eating disorder not otherwise specified: EDNOS)に分類されていた。ARFIDはDSM-IVまでの幼児期または小児期早期の哺育障害を引き継ぎ、それが拡大されたものである。不十分な食物摂取または食べることへの関心の欠如と関連した回避または制限は、通常幼児期または小児期早期に発症することが多く、成人期に発症することはまれであると言われていたが、最近では成人期発症の報告が増加している。ARFIDは、その患者像の不均一性も指摘されており、明確な臨床像や治療法なども未だ確立してない。今回、治療に難渋した成人女性のARFIDを経験した。従来の摂食障害であるAN

やBNとの相違点などを含め、若干の考察を加えて報告する。なお、症例呈示に際し、個人情報保護する観点から、主旨に影響しない程度の改変を加えた。

II. 症例

37歳、女性。未婚。同胞なし。元来、内気で神経質な性格。乳幼児検診にて発達発育の遅れを指摘されたことはない。幼稚園時に登園にしぶり、慣れるまでに時間がかかった。集団での行動は苦手であり、交友関係は乏しいものの、小・中学校までの適応に問題はなかった。高校2年時より学校に馴染めないという理由により不登校となる。以後自宅にこもり、就労経験はない。両親と3人暮らし。既往歴及び家族歴に特記事項なし。

1. 現病歴

19歳(X-18年)頃、髪ゴムのくくる回数を何度も確認するなど数字へのこだわりが強く、自宅へ入る際の足を踏み入れる順番や靴を脱ぐ順番は右足からなど儀式的な行動も見られ、A診療所を受診し、強迫症と診断されカウンセリングを受けた。しかし改善なく、X-15年にBクリニックに転院した。その頃より家族以外との交流が減り引きこもりがちとなり、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor; SSRI)を投与されたが、嘔気が出現し、本人が薬物療法を拒否したためその後の内服歴はない。X-3年より原因不明であるが突然食後に嘔吐を数回繰り返し、嘔吐への恐怖から食事が減少した。体重は減り続けたが痩せている自覚はあり、本人は体重

A treatment-resistant case of adult-onset avoidant/restrictive food intake disorder

Kanako SHINKADO, MD¹⁾, Masahiro MIYAUCHI, MD²⁾, Hisashi YAMADA, MD, PhD²⁾, Hisato MATSUNAGA, MD, PhD²⁾

1) Jinmeikai Hospital, 4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0864 Japan

2) Department of Neuropsychiatry, Hyogo College of Medicine. 1-1 Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo 663-8501 Japan

増加を望むものの豆腐やヨーグルトなど柔らかい食事以外は摂取しなかった。数年で50kgから27.4kgまで減少し、X年Y月に当院当科へ紹介受診となった。食べられるようになりたいという願望はあり、やせ願望や肥満恐怖、ボディイメージの障害はなく、回避制限性食物摂取症と診断されX年Y+4月に当科閉鎖病棟へ任意入院となった。

2. 入院時現症

精神医学的現症：自身の気に入った数字などを過剰に気になり、自身の行動をその気に入った数字の回数で止めるという、生活全般にわたる強迫観念と儀式行為を含めた強迫症状を認めた。明らかなやせ願望や肥満恐怖は認めず、食事を食べた後に吐いてしまうかもしれないという嘔吐恐怖を認めた。

身体医学的現症：身長：159cm、体重：27.4kg、BMI：10.7。

低体重、低栄養、肝機能障害。

血液検査：

Alb 4.2g/dL, Tp 6.1g/dL, T-Bil 0.8mg/dL, AST 239U/L, ALT 394U/L, ALP 201U/L, LDH 284U/L, γ -GT 114U/L, T-Cho 158mg/dL, TG 55mg/dL, Amy 168U/L, CK 186U/L, Cr 0.71mg/dL, eGFR 74mL/min, BUN 25mg/dL, UA 3.7mg/dL, Glu 80mg/dL, Na 144mEq/L, K 3.9mEq/L, Cl 105mEq/L, Ca 9.0mg/dL, P 3.1mg/dL, WBC 2510/ μ L, RBC 367×10^4 / μ L, Hb 12.3 g/dL, PLT 13.1×10^4 / μ L, TSH 0.623 μ IU/mL, FT4 1.24ng/dL

心電図：HR43/min、洞性徐脈

DSM-5に準拠した入院時診断：回避・制限性食物摂取症 (avoidant/restrictive food intake disorder: ARFID)、強迫症、限局性恐怖症(嘔吐恐怖)

3. 経過

るい瘦が著しく生命の危機的状態であったため、モニター装着の上、ベッド上安静とした。400kcal/日の経口栄養を開始するも全量摂取でき

ず、生命維持のため第2病日に経管栄養に変更し600kcal/日より開始したが、カロリー増量にあわせて肝機能障害も増悪し、一時的にAST:526U/L, ALT:652U/Lまで上昇した。低P血症などのRefeeding症候群を併発したため電解質の補正を開始し、連日の血液検査で適宜調整を行った。強迫症を併存していたが、数字へのこだわりはあるものの、明らかな強迫行為を認めることはなく、本人も強迫症による入院生活上の障害を訴えることはなかった。経管栄養後の胃部不快感が増悪したため、第36病日に中心静脈栄養に変更を行った。最終的には経口摂取での退院を目指し、中心静脈栄養と併せて経口摂取を促したが、「命に必要な栄養や食事だとはわかっていますが、食べると吐き気が起きると思うので食べることはできません」と頑な経口摂取への拒否が続いた。繰り返し主治医との面談を行うも、明らかなやせ願望や肥満恐怖を語ることはなかった。1500kcal/日の中心静脈栄養と電解質の補正のみを継続し、身体的な危機的状況を脱することができた。第56病日には体重:31.8kg、BMI:12.6まで改善。家族・本人に退院のリスクも十分に説明したが、家族・本人共に自宅退院を希望され第63病日に当院退院となった。退院後当院外来を通院開始し、血液検査で脱水と栄養不足はあるものの体重は急激に低下することなく経過している。自宅ではお粥やスープ、経口栄養補助飲料などを摂取し、嘔吐はなく経過しているが、嘔吐恐怖は持続しており食事量の変動はある。

Ⅲ. 考察

ARFIDのDSM-5の診断基準を図1に示す。診断基準Aに3つの主要な下位分類が示されており、各々内容が明記されている。すなわち、「食事や栄養摂取に無関心なもの」、「感覚的特徴に関係した限られた食事のみ受け入れるもの」、「食物の拒否が嫌悪すべき経験に関係しているもの」¹⁾などで構成されている。本例では食後の胸焼けや吐き気が気持ち悪いために食事拒否が続いており、基準A

回避・制限性食物摂取症

Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder

- A. 摂食または栄養摂取の障害(例: 食べることや食物への明らかな無関心; 食物の感覚的特徴に基づく回避; 食べた後嫌悪すべき結果が生じることへの不安)で、適切な栄養、および/または体力的要求が持続的に満たされないことで表され、以下のうち1つ(またはそれ以上)を伴う:
- (1) 有意の体重減少(または、子どもにおいては期待される体重増加の不足、または成長の遅延)
 - (2) 有意の栄養不足
 - (3) 経腸栄養または経口栄養補助食品への依存
 - (4) 心理社会的機能の著しい障害
- B. その障害は、食物が手に入らないということ、または関連する文化的に容認された慣習ということではうまく説明されない。
- C. その摂食の障害は、神経性やせ症または神経性過食症の経過中にのみ起こるものでなく、自分の体重または体型に対する感じ方に障害をもっている形跡がない。
- D. その摂食の障害は、随伴する医学的疾患によるものでなく、または他の精神疾患ではうまく説明できない。その摂食の障害が他の医学的疾患または精神疾患を背景として起きる場合は、その摂食の障害の重症度は、その状態または障害に通常関連するような摂食の障害の重症度を超えており、特別な臨床的関与が妥当なほどである。

図1 DSM-5 ガイドブック参照

の食べた後の嫌悪すべき結果が生じることへの不安により、体重減少、栄養不足、心理社会的機能の障害を起こし、明らかなやせ願望や肥満恐怖、過食エピソードなどを認めず、また消化器症状を説明しうる器質的な疾患がないことから、ARFIDと診断した。

鑑別診断としては、まずは嘔吐恐怖を含む限局性恐怖症が挙げられる。実際本例は、X-3年に突然嘔吐を繰り返したことを契機に、摂食制限や過度な偏食など食物摂取障害を来してARFID発症に至っている。両者の鑑別は困難なことが少なくないが(DSM-5)、たとえ嘔吐恐怖が持続していても、摂食の問題が臨床的関与の第一焦点となる場合、ARFIDの診断が適切とされ、本例もこれに該当すると考えられる。また数字へのこだわりや儀式行為などについて、以前に強迫症と診断された加療歴もあり、今回の入院時にもこだわりの持続を認めたが、低体重や摂食異常に直接関与するものではなく、また患者自身にとって自我親和的傾向が強いもので、入院生活で支障を自覚することはなかった。

治療経過について、入院日同日より経口摂取を

すすめるも、食後の胸焼けや吐き気を理由に食事摂取をすることを拒否しつづけた。しかし、他の摂食障害にみられるようなカロリー投与や増量には拒否なく、経管栄養や中心静脈栄養も受けることができた。しかしその後も経口栄養摂取をすることなく、家族と本人の強い希望で自宅退院となった。海外の小児ARFIDでの調査のなかで、若年齢ながら、比較的人数が多くANやBNと比較した図表2を示す²⁾。ANやBNと比較し、若年発症であり罹病期間が長期であり、男性に多く、うつ病などの気分障害の併存は少なく、不安障害などの併存が多いと報告されている。本症例のように強迫症を併存する割合が高いと報告したものや³⁾、自閉症スペクトラム障害との併存が多いことを報告しているものもあり⁴⁾、ANやBNと比較して男性優位であることや併存疾患パターンの差異的が特徴となる。低体重や栄養失調の程度としてはANと同程度であるとされるが^{4,5)}、ARFIDは罹病期間が長期であることを示すものもあった⁶⁾。このようにANやBNとは異なった精神病理が背景にあるが、ARFIDの治療経過中にやせ願望や肥満恐怖が出現し、ANなどへの診断変更さ

	ARFID (n=98)	Anorexia Nervosa (n=98)	Bulimia Nervosa (n=66)	Statistics (ANOVA)
Age	12.9 ± 2.5	15.6 ± 1.9 ^a	16.5 ± 1.3 ^a	F(2,259) = 71.2, p < .001
% Median BMI	86.5 ± 15.1	81.0 ± 9.2 ^a	107.5 ± 16 ^a	F(2,259) = 80.8, p < .001
Lowest Weight (lbs)	76.9 ± 26.2	91.0 ± 16.1 ^a	117.3 ± 21.0 ^a	F(2,247) = 64.7, p < .001
Highest Weight (lbs)	89.8 ± 33.1	118.7 ± 28.3 ^a	142.9 ± 27.2 ^a	F(2,245) = 59.1, p < .001
Duration (months)	33.3 ± 41.3	14.5 ± 12.2 ^a	23.5 ± 17.1	F(2,258) = 11.3, p < .001
Gender ^{a,b}				Chisquare (df = 2) = 15.0, p < .001
Female (%)	71.3	85.7	94.0	
Male (%)	28.6	14.3	6.0	
Mood Disorder ^b				Chisquare (df = 4) = 33.3, p < .001
MDD/Dysthymia (%)	7.2	19.4	23.1	
Other (%)	11.3	11.2	35.4	
None (%)	81.5	69.4	41.5	
Anxiety Disorder ^{a,b}				Chisquare (df = 6) = 23.4, p < .001
GAD (%)	28.6	14.3	7.6	
OCD (%)	6.1	8.2	1.5	
Other (%)	23.5	13.3	24.2	
None (%)	41.8	64.2	66.7	

ARFID = Avoidant / Restrictive Food Intake Disorder, OPD = out-patient department, PCP = primary care physician, BMI = Body Mass Index
MDD = major depressive disorder, GAD = generalized anxiety disorder, OCD = obsessive-compulsive disorder

^aSignificant difference from ARFID, p ≤ 0.05 by Tukey's HSD

^bSignificant difference between Anorexia Nervosa and ARFID by chi-square, p < .05 after Bonferroni correction

^cSignificant difference between Bulimia Nervosa and ARFID by chi-square, p < .05 after Bonferroni correction

図2 Jacqueline et al. 2017 一部改変

れた報告もあり²⁾、治療経過を注意してみていく必要がある。本症例では強迫症の併存だけでなく、執拗なこだわりや同年代との集団での生活に馴染めずに高校2年から不登校になり、自宅にひきこもっていた病歴などから、自閉症スペクトラムが併存している可能性が考えられ、外来にて心理テストなどを施行する予定である。もしこの併存があるなら、本症例が示したこだわりの強さ、摂食、あるいは数字などルールに関する徹底性、あるいは頑なな反復的行動様式などをより明確に説明しうる可能性がある。これらの併存疾患からも既存の報告と本症例は合致する。本邦においてARFIDに関する報告は極めて少ないが、思春期以降のARFIDとAN、BNとを比較検討したものでは、海外で報告されている小児期のARFIDの臨床症状とは異なり、調査したARFIDは全例で女性であり、罹病期間が短いなど欧米における既報告との相違点がみられた⁸⁾。ARFIDに対する明確な治療指針などはないが、健康な体重や食生活を改善し、心身両面の治療が必要であることは従来の摂食障害と同じである。しかし、自閉症スペクトラム障害や不安障害、強迫症などの併存疾患パター

ンなどの相違などから、今後の治療方のアプローチなどの知見の集積が望まれる。

IV. 結語

成人発症のARFIDの1例を経験した。ANやBNとは違い、肥満恐怖ややせ願望は認めず、食後の吐き気や不快感を理由に入院環境下においても一切経口からの食事摂取をすることはなかった。自閉症傾向や強迫症によるこだわりなど、併存疾患が頑なな食事摂取不良に影響を及ぼしているようであった。入院治療により、身体状態は改善し、現在も外来通院加療を受けている。なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない。

文献

- 1) [DSM-5 ガイドブック 診断基準を使いこなすための指針](#)
- 2) [Jacqueline Z, Fisher MD, et al: Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder \(ARFID\) : Curr Probl Pediatr Adolesc Health Care, April 2017](#)
- 3) [Fisher MM, Rosen DS, Ornstein RM, et al.](#)

- [Characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in child and adolescents: a “new disorder” in DSM-5. J Adolesc Health 2014; 55 \(1\) : 49-52](#)
- 4) [Nicely TA, Lane-Loney S, Masciulli E, Hollenbeak CS, Omestein RM. Prevalence and characteristics of avoidant/restrictive food intake disorder in a cohort of young patients in day treatment for eating disorders. J Eat Disord 2014;2 \(1\) : 21.](#)
- 5) [Fisher M, Gonzalez M, Malizio J. Eating disorders in adolescents: how dose the DSM-5 change the diagnosis? Int J Adolesc Med Health 2015; 27 \(4\) :437-41](#)
- 6) [Forman SF, Mckenzie N, Hehn R, et al. Predictors of outcome at 1 year in adolescents with DSM-5 restrictive eating disorders: report of the national eating disorders quality improvement collaborative. J Adolesc Health 2014; 55 \(6\) : 750-6](#)
- 7) [Norris ML, Robinson A, Obeid N, Harrison M, Spettigue W, Henderson K. Exploring avoidant/restrictive food intake disorder in eating disordered patients: a descriptive study. Int J Eat Disord 2014; 47 \(5\) : 495-9](#)
- 8) [中井義勝、任 和子、鈴木公啓：思春期以降の回避・制限性食物摂取症の臨床症状について： Jpn J Psychosom Med 57: 69-74, 2017](#)

Deutsch

Français

Español

Русский

中國語

原典紹介

ストリンドベルク (August Strindberg) 自伝 —精神病理学的人格分析— その2 アルフレッド ストルヒ (Alfred Storch) チュービンゲン

仁明会クリニック 武田敏伸
大原こころのクリニック 大原一幸
林三郎

解題

1921年、ストルヒ Alfred Storch(1888-1962)はストリンドベルク(注1)の病蹟学を発表した。1926年、ヤスパース Karl Jaspers(1883-1969)(1913年、著名な「精神病理学総論」を発表)が「ストリンドベルクとファン・ゴッホ：ヘルダーリンとスウェーデンボルクとの比較関連、病蹟学的分析、Strindberg und Van Gogh. Versuch der pathographischer Analyse unter vergleichende Heranziehung von Swedenborg und Hoelderline, 1926」(村上仁訳)を発表し、5年前に発表されたストルヒの「ストリンドベルク自伝」を批判した。ヤスパースは、精神病の精神症状を性格、状況から了解可能であるというストルヒに反対した。ヤスパースは精神病理学的に「了解可能 verstehbar」,「了解不能 unverstehbar」に鑑別し、統合失調症は了解不能と識別した。村上仁教授はこのヤスパースに対する批判は、穏当さに欠くと批判された。

ストルヒはガウプ Robert Gaupp 教授の弟子である。ガウプ(1870-1953。ウェルニッケの弟子)は有名なパラノイア、ワグナー症例を発表し、パラノイア Paranoia はその人の人格構造、体験から心理学的了解的に発生すると考えた。ガウプはウィーンの世界精神分析学のフロイト Sigmund Freud(1856-1939)の考えを、それなりに受け取っていた。ガウプは所謂チュービンゲン学派を形成し、ヤスパース、シュナイダー Kurt Schneider(1887-1967)らのハイデルベルグ学派と競合するようになった。

チュービンゲン学派のストルヒと同じ年の同僚であるクレッチマー Ernst Kretschmer(1888-1964)は精神病症状を人格(性格)構造、体験、環境(状況)、動機、反応(抑圧、衝動)から多次元的多面的(mehrdimensional)に理解、理解し、治療することを提唱した。

ストルヒは当然、このようなチュービンゲン学派の中でストリンドベルク自伝を発表したものである。

ストリンドベルク August Strindberg(1849-1921)はスウェーデンの作家で「結婚小話」で宗教を侮辱した廉で訴訟され、3回離婚し、「下女の女」、「父」、「廃人の告白」、映画化された「令嬢ユリエ」、「地獄」、「死の舞踏」、「不和」、「孤独」、「青書」などの作品を世に送り出し、1921年、63歳で胃癌、浮腫で死亡したと言われている。

(訳者注1)コトバンクやウィキペディアでは、「ストリンドベルク」は「ストリンドベリ」と表記されている。

Japanese Translation of "AUGUST STRINDBERG IM LICHT SEINER SELBSTBIOGRAPHIE"
Toshinobu TAKEDA, MD, PhD¹⁾, Kazuyuki OHARA, MD, PhD²⁾, Saburo HAYASHI, MD, PhD³⁾

1) Jinmeikai Clinic

2) Ohara Kokoro no Clinic

3) Past Associate Professor, Hyogo College of Medicine

1) 4-31 Koshimizu-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0864 Japan
oiouaea@msn.com

2) 1-13-22-115 Tanaka-cho, Higashi-nada, Kobe, Hyogo 658-0081 Japan

3) 6-8-302 Matsushita-cho, Nishinomiya, Hyogo 662-0962 Japan

目次

序論

1. 基本的人格
2. 精神病までの内的発展
 - 最初の統合失調症の増悪期
 - 24歳時の危機的状況
3. 恋愛体験
4. 統合失調性精神病
 - 経過の叙述
 - 形式的分析
 - 内容的分析
5. 終末状態

要約

精神医学的回顧と展望

本号では、目次の「精神病に至るまでの内的発展」の章と「恋愛体験」の章を翻訳する。

2. 精神病に至るまでの内的発展

若いストリンドベルクの内的発展は、後の章「下女の息子」や「魂の発展」の中にある自己叙述と関連して分析したいのであるが、一連のきわめて特徴的で相反する段階や、一部明確な病理学的特徴をもった極端な状態を通じて経過した。

発展の過程は、相互の戦いの中での相反する傾向が、順々に引き立ち、自身の優位性を引き裂こうとする、矛盾に満ちた対照の中におかれた性格の発達である。相反する力の戦いは、たびたび最新の世界観上の立場の間の対立の特徴を有している。このような世界観の形成や構築の際、その時流には、ストリンドベルクの発達過程に対する役割をここで個々において論じることのできない影響がある。

最初の危機は、思春期前の時期に起こった。早熟の性愛性のため、彼は激しい混乱と衝撃に陥った。最も早い恋愛体験において、羨望的な献身衝動は、自閉的な自己防衛傾向と戦った。恐怖と憧憬の間を行き来する9歳にとっては、死は、唯一の打開策のように思えた：彼の愛は、静かな悲哀の中に表現された。彼は彼女と話すことが出来なかったし、あえてそうしなかった。彼は彼女を恐れ、

そして憧れた。誰かが彼に「あなたは彼女の何が欲しいのか？」と質問したとするならば、彼は何も言うことが出来なかったろう。彼は彼女に何も望まなかった。「キスしたの?」「いいえ、彼の家族の中では、キスしなかった。」「触れたの?」「いいえ、あまり関係をもたなかった。」「関係?」「彼は彼女と何をなすべきなのか?」彼は、秘密を持っていると感じた。そのことが彼を悩ませ、煩い、彼の全生活が暗くなった。ある日彼はナイフを持って家に戻り、「首を切る」と言った。母は、彼が病気だと思った。それが何であったのかというのは、彼は言うことが出来なかった。その時、彼は9歳であった。死の思考は、12歳の20歳に対する静かな崇拜の中に混入していた。それは、ロマンチックで、距離のある愛で、情欲的なものもなく、希望もない、何も求めないマドンナ(聖女マリア)崇拜であった。生活の不安、現実からかけ離れた耽溺、病的な生贄衝動は、大きな生贄を持ってくる願望を目覚めさせた。それが、彼女のいる前で、海で溺死することであった。

強い性衝動の目覚めによる最初の自慰の満足は、不安と嫌悪を遺した。全ての性愛性が、秘めた恐怖という感情を目覚めさせた。彼はそのことを語

ることはできなかった。「彼が犯したいものがあった。しかしそのことを言えますか？いいえ。」売春宿で性交渉することを考えることで、彼は代理物として満たすことができた。兄が、娘のそばにいた時、彼は、反省的な同情の中で罪と見ることはあえてしなかった。同級生が彼に売春宿を教えた時、密かにそこに行き、何か怖いものを見るかのようにドア越しに覗こうとした。かつて見たことのある処刑の絵のように、彼は、心がそそり、衝撃を受けたのである。その全手順は彼にとっては恐ろしい形をとった。彼は、快樂ではなく驚愕のため震えた。

生活不安や性愛性に対する不安は、何度も繰り返し異性への接近を妨げた。身ざれいにし、取り巻かれ、微笑むような女性に対して、彼は物怖じした。彼女らは、獲物を狙うかのように見え、彼を貪り食おうとした。彼は、目が青か黒であり色白の女性を最も好んだ。その目は、病んでやつれているように見え、物乞うような視線を投げかけた。しかし彼は彼女らと話すことはできなかった。それにも関わらず、彼女らを好んで買い、抱くことで彼に快樂をもたらした。そのこと自体男性的なものであった。

15歳の時に、30歳の家主の娘を愛した際は、衝動は誤った方向に迷い込んだ。彼女は醜くて、大柄で、見た目は男ぽかった。遊びの格闘では彼女が優勢であった。一度、彼が優位にある時、彼女が仲間とふざけあっている際に、彼女は、罰を受けるために彼のもとにやってきた。それは彼女にとってある種の天罰であり、愛撫のように快かった。ある時、彼女は太りすぎて、母親のようになり、彼を敬虔主義的考えに改めようとした。彼は彼女にとって、ある時は厳格な教師であり、ある時は、罰せられる息子であった。

彼は彼女の体を見ることはなかった。彼女に触れることに恐怖を感じていた。隠れた欲望の恐怖ではなくて、嫌悪の恐怖であった。彼は彼女と一度ダンスしたが、それを再びすることはなかった。外に風が吹き、彼女の服が風になびいた時、彼は

目を背けた。

思春期の混乱と衝撃から、官能性に対するむなしい戦いから、小心翼翼とした倫理と抗しがたい性衝動との葛藤から、彼は、禁欲的な敬虔主義という孤立し思い上がった宗教的ロマン主義へと逃げ込んだ。(注1)彼が悪魔のせいになっている夜毎の性的な夢に対して、彼は救済者イエスと叫んだ。良心不安によって、放埒な自慰のために無限に充進した罪責意識を、自己苦惱的禁欲的贖罪行為によって軽くしようとした。“彼が祈り、苦しみ、卑下し、彼の自我が死ぬ。”彼は、其々の人の前を、歩道から降りて行ったのである。生活の不安、罪責意識、無価値意識から、彼の中には、理想主義的恍惚的宗教性が膨らんでいった。彼は礼拝を催し、敬虔主義の親族と天国について論争した。彼は神の子になり、キリストの教えを説き、全ての人間を純粹にした。

その後すぐに、突然の激変が生じた。彼の人格にある理想主義的傾向が優位になり、宗教的ロマン主義に勝利をした。神秘的宗教性が、合理的無神論に代わっていった。彼は、学校の朝の礼拝には現れず、敬虔主義的な友から引きこもったのである。

現実に満ちた生活に対する願望は、数年後に(1868年)小学校教師の人生行路から、医師としての人生行路へと駆り立てた。このような職業交代は殆ど実行されなかった。医学という汚い仕事から、非現実的でより良い役者の世界へ突然、奇妙に逃げ込んだのである。しかし彼の役者生活も短いエピソードに留まった。

役者を断念し、自殺企図が失敗に終わった後、短くて激しい危機が引き続いて起こった。そこから、彼が、予期せぬ文学的生産性に目覚めた後に、新たに獲得した生活力という感情が伴ってきたのであった。

その1年後に(1880年)キルケゴールに取り組むに際して、彼の本質の倫理的審美的対象から新たな衝撃が生じた。

キルケゴールの講義の後、彼は罪深く感じた。

自由で、心配も責任もない文筆活動を営む一方で、彼が生まれた下層階級が苦しまねばならないからである。彼は、享樂は罪であり、文筆活動は、途方もない享樂であると認識していた。キルケゴールが言う二者択一は、彼にとっては極めて個人的な問題であった。彼は絶望感で解決できない葛藤を体験した。彼はキルケゴールが奨励した選択を引き受けることができなかつたからである。(注2)

同じ年に(1870年)、彼は、友人の自殺の影響で、不安状態と自殺念慮を伴う短期間の病的反応を体験した。その後の2年(1872年)大学時代の終わりに、彼は試験で疲れた後に再び、短期間の病気の状態に陥った。それは、就労不能と、アパシー、不機嫌や不安の亢進で始まった。(注3)その後、彼には、過敏で不均一で決断力のなさが残存した。彼の本質の対照的な面の間の戦いが新たに再燃した。

彼はロマン派後の画家たちの中で、全く自閉的な作家の幻想の中に閉じこもった後に、夢から脱出した。その中で、新聞関係者や、商売人、現実の男たちとの接触を求めた。

24歳の時、新たに病的な危機を発症した。我々は、そのことを正確に考察しなければならない。

その病気は、金銭的な苦境の際、彼の負債を帝国銀行に返すことが出来ないことの両親の手紙から始まった。病気は、幻覚性のせん妄で始まった。ストリンドベルク自身は、熱の発作について語った。その中で彼は債権者に追跡されると思った。その幻想は、大きな家と赤い印鑑が中心であった。天井の湿気の染みの中に、法典の記章つまり剣、天秤の皿、東樺を持った帝国銀行の代表者を見た。有罪と、彼は自身の中から聞こえ、自身の外から帝国銀行の責任、恐怖の信奉者、国全体と聞こえた。彼は良心の呵責で憔悴した。信奉者はまさに金で養われている彼の身体の一部を所有していた。信奉者は、このように悩まされた身体から養われる魂を所有した。なぜ、正しくて安価な罪はもはや存在しないのか？信奉者は、扶養しているこの身体を所有した。なぜ、彼らは彼を監獄に入れない

のか？彼は、バランスをもとに戻すという本当の罰を受けたかった。そしてそれが良心の苦悩を和らげた。

しかしその時、奇妙な変化が後に続いた。“彼は自分の不幸に対する原因を探した。そして宗教を通じて、全てを自身の中ではなくて自身の外に求めることを学んだので、人間の運命を操る悪い神を作品に描いた。ホルムズとアーリマンに関する古代の回想が浮かび上がり、彼はそのシステムを完成させた。それは彼にとって非常に簡単に思えたので、嘘、欺瞞、苦痛の世界が、悪い力によって支配され、その最高のものが支配を委ねられるのである。彼は、悪と戦い、善なる神は腕を組んでそこに座り、見守っていた。”

疾患の深い精神的な前提条件を考慮しないとすれば、このような“宗教熱”の発生や、更なる病気の経過を理解できないであろう。

大学時代の終わりのすでに記述した病気の状態の間に、ストリンドベルクは、より一層強い懷疑主義に陥った。彼は哲学に取り組み、全てのシステムを同じ尺度で、有効か、無効かを見出した。

大学を去った後も彼は、過敏でムラがあり、優柔不断のままであった。この気分の中で、彼は、バックルの講義にかなり影響を受けた。その魂は、新しい教え(実証主義)を受ける準備が整っていた。彼は理想主義的宗教的な世界観を捨て、全ての真実は相対的なものであり、重要なのは、懷疑、批判、研究であるということを知った。しかしその時、矛盾に陥った。全て正反対のものは、法則に適った必然性のために、正反対であるということが分かつた。つまり彼は、反対者を許さねばならなかつた。というのは、彼らも彼と同様、行動において不自由だった。しかしそのことを彼はできなかつた。それは、全ての幸運の発生を阻止する犯罪者であった。彼はドラマを描き、その中で、そこから解放されるために彼の戦いと疑いを叙述した。そのドラマは認められなかつた。彼の財政状態が悪くなり、甲斐なく、田舎の劇場と契約を求めたが、極めて困窮し、その中で保険制度に対する雑誌の

編集者になった。

同じ時期に、彼は E. v. ハルトマンの哲学に精通した。そして全体は何もないという悲観主義的基本見解の妥当性を悟ったのである。生活の形を決定することなく、自身の中に全ての発達段階の地質学的な堆積物を発見した時は、自身の現存在が、彼にとって問題となった。彼は、遺伝した内なる暴君を転落させようとし、自身の中にある僧侶、狂信者、自己苦悩者をこすり落とし、物質主義者、懐疑者、否認者の役割を演じようとした。しかし、以前のコンプレックスが転覆の情熱に支配され、職業、高い課題、人類への愛に関する理想主義を詰め込んで、その想像物が、より良き人間であることを彼は信じた。結局彼は、解決できない対象を発見した。政治問題にかかわることで、彼は袋小路に追いやられた。彼は、本能からは民主主義者であるが、個人主義者として、大衆支配を恐れたに違いない。彼は、経済産業面での進歩が、いかに、工場奴隷やひどい貧困を生じさせているかを見てきた。悲観的な世界観は、彼にとって全体的には正しく思えたが、人間は生きねばならないとすれば、現実とかかわらなければならないし、別の日常的な観点も見出さねばならない。彼は、発病のずっと前に、このような見解に至った。1873年、彼の精神は、そのような溶けた状態の中で、形の中に何ももたらすことができないということと理解されたのである。古い考えが浮かび、教育は民主化できないのか、階級の相違を廃止し、人間が平等になることができないのかといった留まることのない問題が浮かび上がり、それに関して地球の和合と幸運が優勢になった。はっきりと彼は矛盾を見ていた。社会の進歩は、個人から機械の部分へ変質することで獲得された。今、各々の思考が彼の矛盾を目覚めさせ、全てが無限の矛盾になったのである。(注4)彼には矛盾を解決しようとする気持ちはあったが、そのような力はなかった。このような精神状態で、発病したのである。彼自身の現存在と生活の二律背反的な構造に対する絶望の中に、その最終的な精神的な発生原因が

あった。

その後の病気の経過は、尚も異様であった。彼は病気から癒えたが、勇気と就労欲を奪われ、“生存手段がない”状態であり、仕方なく新聞が届けられたに違いない。自殺するために、ボートで海に行った。しかし自己保存欲求が自殺願望より強くなり、ボートを転覆させようとしても、いつも助かったのである。その後、新しい生命欲求が目覚め、恋愛関係を結んだが、恋人の不実により、新たに大きな衝撃を受けた。私はさらに彼の自叙伝を辿った。：彼は、落ち着くために森に行った。しかし今、風景は、以前ほど、楽しみの源にはならなかった。彼は、色合いや模様を観察し、そして、いかに木が風に反して立っているか、いかにして地形が色づいているのかを調べる中で、彼は以前のように、全体を楽しめなくなっていた。それは彼に馴染めず、全てにとって主題や研究のみで、自然は、彼にとって死んだも同然だった。しかし彼が浜辺に沿って行き、牧草地を越え、森に入って行った時、模様や色彩は合わさりあい始めた。その時、彼は全てを涙ながらに見た。精神的な衝撃、良心の呵責、後悔、恥ずかしさが彼を溶かし始めた。意識は支離滅裂になった。彼が仕事を仕損じること、人間が、狂気と思い違いを患うといった古い考えが浮かんだ。その苦しみによって彼の自我は肥大した。悪い力と戦っている印象は、激しい反抗心に対する抵抗力を刺激した。運命に逆らって戦う気持ちに目覚めて、柴山から、何も考えずに、長く尖った枝を取った。その枝は、彼の手の中で槍となり、棍棒となった。彼は森に入り、黒く巨大なものと戦うかの如く、枝を切り倒した。非常に多くの小人の頭蓋骨を踏み倒すかの如く、彼は足でキノコを踏み潰した。彼は、オオカミやキツネを追い払うかの如く、叫んだ。立て！立て！立て！と叫び声が、トウヒの森に響き渡った。最終的に、彼は、壁のように立ちはだかるように垂直にそそり立った山の岩にやってきた。灌木が手の下でぽきんと音を立て、カサカサ音を立て、根元が引き抜かれ、山の背後で、石が落下した。彼

はビヤクシンの若木に足を置き、踏みつぶれた牧草のように、折れ曲ってしまうまで踏みつけた。彼は突き進み、山の台地に立った。島や海が素晴らしい展望をなしていた。彼は今、十分に空気を得ようとして、大きく息を吸い込んだ。枝の乱れた松が山の上に生えており、彼の背より高かった。彼は片手に槍をもってよじ登り、鞍を形成する梢の上に、騎手のように乗った。彼は体のひもをほどき、枝にぶら下がり、よじ登った。そして、大きな石を取りに行き、それを固く結んだひもの上に置いた。あたかも投石器のようであった。天空のみが彼の上に存在した。彼の下には、トウヒの森が、城に殺到する兵隊のようにひしめき合っていた。その背後で、海の波が砕けた。大波が彼に向ってきた。それはまるで、白い胸甲騎兵のようであった。その背後には岩がむき出しの島があり、軍艦艦隊のようであった。「来い！」と彼は叫び、槍を振り回し、「百も千もやってきた」と叫んだ。そしてその時、木製の背の高い馬に拍車を当て、槍を激しく振った。9月の風が海から吹き、太陽が沈んだ。彼の下に広がるトウヒの森は、ぶつぶつ言っている群衆となった。そして今彼は群衆に話しかけようとした。しかし彼らは訳の分からないことをぶつぶつ言っていた。そして彼が話しかけた時、「木！」とだけ答えた。「イエスカ、バラバか！」と彼は叫んだ。彼は答えに耳を澄ませた時、「イエスカバラバか？当然バラバだ。」と彼は自分自身で答えた。暗くなり、彼は再び不安になった。彼は鞍から立ち上がり、家に戻った。

これで急性発症は終わった。その後、彼には長期間、無力感が出現し、生活は彼にとって不快なものであり、彼は、あたかも個人的に悪い力によって迫害されていると感じていた。

心乱れ、意思なく、彼は、生活と創作を切り離すために、水先案内で逃亡することを望み、作家という職業を捨てた。テレグラフの仕事に弟子入りし、新聞の仕事を引き受けた。何度も繰り返し失敗し、酷い困窮と侮辱の時期の後、王立図書館司書の職で、生活の糧を得ることができた。

ストリンドベルクには、当初、この危機の病的な症状に対する病識は存在していたが、この病識は後にはますます、抑制されていき、事象を別の形で解釈しようとした。

「狂ったものが、森や島に関してそのように論理的に決して取り扱えなかつただろう。」と彼は議論した。その事象は、まさに彼の内的気分と決してそれほど一致しなかつたので、それは、かなりうまく出来上がった作品の題材になり得たのであった。そしてそれが幾分アレンジされたとしても、紙面上はかなりの出来栄えに見えた。狂った男は、敵を木の背後に見た。しかし、信奉者でもなく、思想的立場の敵でもなく、単に、全く単に敵であり、殺人者であった。敵は失った記憶を、恐らく、生じた出来事との関連においては、呼び起こすことができなかつたのである。彼は黒人あるいはホッテントット人を見たが、姿という言葉で、論理的に現実と関連なく、此の姿は、十分に身体的な形をとっており、その形は決して彼にとってはトウヒではなかつた。彼は作品を書いたが、それが全てであった。

我々は、これまで叙述された発達過程の全体における、この病理学的な危機の立場を現前化した。この危機には、一つの意味があり、内的欲求から生じたものであり、ストリンドベルクは、それがもたらした思考内容が内的欲求に一致することをはっきりと認識していた。彼は、気が狂ってしまうことを望んでいた。彼は、暗闇が彼の光を消すことを願った。というのは、暗闇を明るくできるという希望が見えなかつた。生活がとるに足らないことであると見通している彼の意識は、もはや見るつもりもなかつた。彼は、最早自身に責任がないと感じるために、狂ってしまいたかつた。責任感を遮断するために、悪い力への信仰が彼にとっては助けとなつたに違いない。この信仰は一種の慰めであった。彼は良心の苦悩を持ち、自分の罪に対し、自身を無実にした。罪責感が危機の出発点にあるのみならず、罪の克服がその内容を形成した。けれども危機の内容は尽きることがな

かった。特別な葛藤のみならず、ストリンドベルクの本質の全体的な相反性が、彼の中に、象徴的な表現として見い出された。(注5)

彼の人格の相反する力が、発病の直前にはさらに強くお互いにつつかり合った。それは、強固な観点を獲得できる可能性のない、対照的な世界観的態度の間を行き来する落ち着きなく激しい動きに至った。結局、各々の思考が、対立を呼び起こし、全てが無限の矛盾となってしまう中で、絶対的な懐疑主義の悩み多き状態に至った。その中で、夫々の強固な支えを破壊することで絶望を味わい、とうとう無限の危機の中でつつかりあう、相反する力が、解き放たれた。計り知れなく突進してくる人の群れとの闘いのイメージの中では、自身の内部の相反する力の戦いは、象徴的な具象化の中で行われた。危機は、逆説的な試みであった。それは、自身の内部の矛盾を、戦いの場に移すことを通じて、内的なものから、見えるものへと解決する試みであり、終わりのない二分裂性を、象徴的具象化の中で終わらせる試みであった。(注6)

次の年、ストリンドベルクは一時的に、社会主義に支えを見出した。それは、自身が以前に体験した苦悩に対する反省から生まれた同情気分から、そして自身が苦勞して切り抜けた下層階級に対する罪責感情から生じたものであった。社会主義への傾斜の中に、利他主義的な自己献身を望む彼の本質の力が表現されていた。しかし彼の個人主義は、その傾斜の発展を認めなかった。彼の中にある自己中心的な自己主張傾向は、ますます優位性を勝ち取ってきた。

36歳の時、彼は、厚情の摂理に対する最後まで振り絞った信仰心を失ったような、ひどく陰鬱な生活状況の影響下で激しい宗教的な危機に陥った。理想主義的な世界観は完全に崩壊し、キリスト教、両親や女性崇拜、ロマン主義と有神論、神、天国、永遠を捨て去らねばならなかった。自己的、原始的自我のみを信じる懐疑的無神論のみが残った。完全な虚無主義が彼を襲い掛かった。これは、統合失調症性精神病が発病する前のわずかな年月の精神的な状況である。

注1：敬虔主義へのさらなる動機は、【下女の息子】を参照してください。

注2：それは、それを妨げる彼の自閉的、自己中心的な態度であった。つまり、彼にとって—キルケゴールの観点から考えれば—主に審美的な態度を取るタイプは、全く個人的な相違の中で生きており、瞬間の気分の中に入り込むのであって、倫理的なものは、情熱や享楽衝動の反動よりも多く生活要素、連続的な課題、一般的に義務的な要求となることができる。倫理的なものは、彼の内面にある本質の表現ではなく、彼自身、何度も繰り返し、内的矛盾に対してそれを戦い取らねばならなかった。彼は倫理的な自己確実性に欠けており、キルケゴールに関して語るためには、倫理的なものを各々の些細なことの中に押しやっていた。その一方で、倫理的自己確実者は、無関心者に広く活動の余地を与えることができたのである。【キルケゴール、二者択一、2部、人格完成における審美と倫理の均衡、特に150、196、218頁】

注3：我々は、最初の病的状態を16頁で敏感反応と記載した。そのように、症状像は特徴づけられるが、その病像には全体として一貫した心理的理解性が欠けていた。その結果、敏感体験反応は病像において単に一つの特徴を表しているのにすぎず、全体として、自発的に生じた統合失調症の悪化としてみなすことができるであろうという見解を否定できない。「愚か者の告白」の中のストリンドベルクの回顧的な叙述は、後者の意見に相応する。「私が大学にいた時に、私の神経の興奮は、不安な出来事、友人の自殺、愛の怒り【419頁、問題は、片思いの恋と性衝動の不満足である】将来に対する不安を生じさせたので、全てのものが私に公然と猜疑心を植えて付けた。一人で自分の部屋に留まることに対する恐怖があった。私自身が見えた。私の友人は、私を順番で夜に見張らざるを得ないと考えた。一方で、ろうそくが燃え、暖炉の火がばちばち音を立てた。」

心理学的に了解しうる関連が全く欠けている2番目と名付けた病気の状態には、統合失調症の増悪とは別の解釈も容認されうる。多くの試験を受けたことで無理をして、彼は疲労困憊となり働けないと感じた。彼は灰色の汚い小都市から出ていきかけた。彼の精神は、錯乱状態になり、煙のように漂い、極めて過敏だった。緑の木や青い海に対する憧憬を冬の最中に満たすために、彼は閉じこもり、風景画を模写した。彼は、外で人が自分のことを話しているかのように聞こえ、人が自分のことを、精神を病んでいるとみなしていると信じ、そして確信した。彼は私立精神病院の院長に手紙を書き、落ち着かせるような返事をもらったのである。その後、内的興奮は消退した。けれども、彼には、過敏で、不均一で決断力のなさが残存した。

注4：プロイラーの意味での典型的、知的両価性である。プロイラーは、哲学の素養のある統合失調症者の言葉を引用している。それは、前述のものと殆ど一致している。：一つの考えが発せられるならば、対立した思考をいつも考える。：それが強くなり、早くなるので、どれが最初のものかわからなくなる。【統合失調症の否定主義に関する理論、精神神経学週刊雑誌 I 911-1910】

注5：臨床診断的には、記述された疾患は、統合失調質的人格の体験反応とも、統合失調症の増悪とも理解することが出来る。プロイラーは、原則的には、自発的に病気の過程によって生じた統合失調症の増悪と、統合失調症の体格を基盤とした患者の体験と運命の直接的な関連の中で出現する統合失調症の反応とは区別している。前述の症例は、後者の基準を示しており。我々の考えでは、体験反応と名付けることが出来るであろう。けれども問題は複雑である。というのは、ヤスパースが指摘するように、個々の例では、本質に従って自発的な病気の増悪は、後者の体験の内容の形を取り、その結果、反応は、増悪と区別することが出来ないのである。【ヤスパースの「全問題に関して」を参照してください：早発痴呆における運命と精神病との間の因果的、了解的関連、神経精神医学雑誌、原典 14.1913年】またヤスパースによって記述されたメンデル博士の症例においては、精神病の基本動機は、患者の悩み多き懐疑主義と統一形成への試みの中に存在する。同じく、個々で、ストリンドベルクの症例は、生活の矛盾を解決したい欲求が症状形成に決定的に影響している。

注6：このことは、罪の意識の心理学に関する詳細な論文で示したキルケゴールによれば、内的葛藤を、外的なイメージへと置き換えることの心理学的な動機であり、その実現に対して、当然今もなお生物学的メカニズムが仮定されるに違いない。キルケゴールは内的良心の葛藤のイメージ化について書いている。：それは、悲劇の中で、消えた時代のヒーローが、魂として、眠っているものに示しているかのようなものである。：観客は、魂を見るに違いない、それ自身が示すものが眠っているものの内面性である。そしてまた罪の意識に関しては：内面性は外面性となった。それゆえフリアを見ることが出来るが、しかしこのようにフリアの可視性によっては、内的なものはあまり驚かされなかった。まさにその可視性のために、それに対する限界が存在した。神殿の中では、フリアはやって来てはならないのである。それに対して罪の意識を、個々の罪の一つの部分としてとらえらるとするならば、この秘匿性は、驚くべきものである。：何故ならその部分を誰も見ることはできないし、その部分はドアの敷居を越えていくが、フリアを見ることは、象徴的には、内的なものとの外的なものの間を同じ尺度で測ることが出来ることを表現している。そのことによって、罪の意識を終わらせることが出来るのである。【キルケゴール、作品、図7ディーダーリッヒ版、イエナ 1910】【ヤスパース「世界観の心理学」247頁参照】

3. 恋愛体験

我々は、ストリンドベルクの恋愛体験の分析に目を向ける。

初恋を体験した思春期は既に叙述した。青年時代の数多くの小さな恋愛体験には、比較的瑣末なエピソードの特徴のみ存在していた。男爵夫人との出会いで初めて、彼の人生で重要な体験を経験した。ストリンドベルクが彼女の不幸な結婚から解放しようとして、結局彼女との不幸な結婚を始めてしまったという既婚女性とのこの恋愛の悲劇を、彼は、「痴人の告白」の中で叙述した。

最初の出会いから、恋愛と結婚の全ての喜びと苦悩を経て、最終的に関係が破綻するといったこの関係の極めて纏れた外面的な歴史をここでは当然再現することはできない。ストリンドベルクのこの女性に対する恋愛が支配し形成している心理学的な基本動機を浮き立たせ、この恋愛関係が他の全ての恋愛関係と同様に最終的に破綻を引き起しているに違いない内的関連を説明する試みがな

されるべきであろう。

ストリンドベルクの恋愛体験の破綻は、彼の愛した人を、現実の存在の中で愛したのではなく、幻想的な仮装の中で愛した点にあった。(注1)その根本は、彼の自閉的で理想主義的な態度の矛盾の中に求められる。彼に対する周囲のイメージが、いかに多く自閉的傾向によって彩られてきたか、そして自己感情の偶然の変動と自己高揚の欲求が、いかに他の人物の理解をいつも変えているのかを我々は見えてきた。そこでまた、愛する人への態度は、自閉的な自己評価欲求に依存していた。彼の自己感情の脆弱さや不確かさを克服するため、内にある空虚さを満たすための欲求から、彼は恋愛をした。彼は愛する人の中に、自身を補い、高めた。媒体としての彼女を用いて、自我を多様化し大きくしたのであった。彼は、女性を崇拜するつもりであったし、そうせねばならなかった。その崇拜は、今は神の概念を暗くする彼の弱さであった。彼は、自身を信ずるためには弱すぎた。そして彼が特に

畏怖の念を失くして以来、栄養にはならなかった崇拜感覚は、この熱狂的賛美の中に示された。もはや彼には友達はおらず、いかなる犠牲を払っても崇拜し、熱愛し、愛さねばならなかった。彼は、かつて子供の時、母親を仰ぎ見たように、救済の天使、母親的な保護者として女性を仰ぎ見た。“私が知っている保護者と言える最初の神は、私の母だった。” 恋人は、かつて母親が保持していた位置に入った。彼が愛した全ての女性の中に、母親の一部を見ていた。恋愛の中で、彼は自身と母親との間のちぎれた絆を再び結び付けようとした。
(注2)

彼の恋愛は、酩酊様の状態で始まり、その中で女性を崇め、全ての考えうる価値でおおわれていた。彼は現実と作品を区別することが出来ず、空しく自問した。「それは現実なのか、それとも単なる作品なのか。」彼は彼女の前で卑下し、彼女を自分より上に持ち上げた。彼は彼女を得ようとし、その中で、悪いものに取りつかれたと自分で言い、救済を求めた。彼は彼女を肥大化し、現実の人格と理想像との間の緊張を際限ないものとし、最終的に、自閉的な夢の像と現実との間の不一致を発見した。彼の自閉的自己高揚衝動の創作物である彼女が、彼と、自身の現存在権利を有した人格として対決する瞬間に、このことが生じた。その幻想が崩れてしまった。むき出しの現実を目の前にして、彼女が、彼が彼女に与えた力を乱用する恐怖に彼は襲われた。そして彼は、彼女とのバランスを取り戻すため、再び彼女の高さから引き下げ、貶めたいと望んだ。崇拜は脱価値へと転換し、恋愛は嫌悪へと転換した。荒々しい力の戦いは、感傷的な性愛性から出現した。彼女から離れようとする試みは、たいていは上手くいかなかった。彼は彼女と鎖でつながったままであった。彼女が彼自身の一部となり、拡大した自我となった。それ故、彼は常に彼女が彼から離れていくのではないかと恐れていた。常に彼女を疑い、彼女の貞操に対し疑い深くなり、殆ど常に病的な嫉妬観念の中で生きていた。彼女の喪失を彼は恐れていた。

彼は、彼の魂の欠片をこの女性の中に置いた。；彼は彼女を彼と同じように取り扱い、彼女の運命に興味を抱き、彼女に、彼女の好意に対する謝意を示した。このことで彼女は圧倒され、おそらくこの瞬間に彼女をおどけさせた。彼は自分の血と彼女の血を混ぜ、彼女に衝撃を与え、彼の神経の繊細な琴線が彼女のものと同化したので、彼らはお互いに必要としあった。今、見知らぬ人がやってきて、彼が整えようとするところで混乱し、電線を遮断し、琴線の調子が変わり、彼の仕事を壊し、彼の魂に不調和をもたらした。そして、彼は見通せず、一人の女性の上に接ぎ木した。それは彼の魂の複合体に生じた衝撃であった。それは、他者によって受け入れられる彼自身の一部であり、今、もてあそばれている彼の内臓の一部であった。

彼の伯爵夫人への愛は、全ての前述の奇妙さを示した。

最初の耽溺的で思い上がった愛は、母親的な女性に対する嫉妬と宗教的な崇拜欲求が入り混じっていた。

“私自身の中にある崇拜の感情が出現し、この尊敬を示したい願望も出現した。 宗教を追い払うことで生じた空虚さに自身が満たされた。；崇拜の欲求は、新たな形で出現した。

神が去り、女性が彼の場所を占めた。しかしその女性は、処女であり母であった。；私が彼女のそばで、小さな娘をじっと見つめた時、この誕生がいに起こりうるものなのかを理解できなかった。両方の夫婦の間の関係は、私に決して官能的な関係を思い起こさせるものではなかったのだとしたら、私には、その結びつきは身体的なもののように思えなかった。この瞬間から、この女性は、私に対して、一つの魂を具現化した。それは、純粹で近寄りたがたい魂であり、このように変容した身体を纏っており、その中で、聖書が物故した魂を纏っているのである。” “それは下層階級であり、それより高い人たちは、純粹の血を賛美する。(彼女がもはやそれほど高いところにいない日に終わる感情)；私がこの女性に対して感じていた崇拜は、

私を解放してくれる宗教のすべての点において同じなのである。私は、崇拜や、犠牲や、苦しみの享受以外の何かを得る希望なく、崇拜し、自らを捧げ、苦しんだ。”

彼女が、彼を女性的な愛情で接していたら、彼は心を開いたでしょう。この女性的な愛情については、その秘訣を母親的な女性だけがわかっているが、それは普通ではなく、彼は注目に値するほど敬意を払ったのであった。

その後の苦しみの期間は、彼にとっては甘い記憶によって明るいものとなった。というのは、彼女は、彼を小さな子供のように愛撫し甘やかす優雅で愛情深く女性的な母親であったからである。

けれども私は彼女を愛し、彼女を求めた。女性に対し、激しい情熱を持っていたつもりだ。衝動の例外はあるのか？私は自然の気分の産物なのか？私は母を所有したいので、私の感情は自然に反するものなのか？それは無意識の心の近親相姦なのか？(注3)

彼の現存在は、彼女の現存在の上に接ぎ木された。つまり、彼は自身には属していないということに気づいた。

この女性は、自分の血を私の血管の中に植え付けた。我々の神経の流れは、緊張状態に入った。彼女の女性としての卵は、彼の精液からやって来るに違いない活動的な生命力を求めていた。彼女の魂は、彼の魂と結びつこうとした。彼の魂は、彼の満足に向かって、このように弱い血管の中へと広がろうとした。

既婚の女性を自身の恋愛から守るために、彼は逃げるつもりであった。しかし逃走は失敗した。愛する人との別離は、激しい病理的反応の原因となった。旅行中に彼は、不安と絶望に襲われ、茫然自失の状態が彼に訪れたのであった。夢様の半睡眠体験の中で、愛する人と母のイメージが一緒になって逃げていった。彼は子供時代に戻されたように感じた。憧憬、献身衝動及び屈服衝動は、想像上の満足を見出した。

私は、この不幸な闘争に関する彼の叙述を簡単

に解説する。

汽船が出発する際、彼は、目的のない旅に対する突然の恐怖に襲われた。全く絶望的な現実には彼は気づき、荒れ狂った欲望が泳いで戻るかのように感じた。しかし、あまりにも無力で、願望を果たすことはできなかった。汽船が海を進んで行けば行くほど、内的な緊張は膨らんでいった。彼は完全に見捨てられたと感じ、孤立は、彼にありとあらゆるものに対する漠然とした恐怖を植え付けた。それは、将来であったり、異国であったり、乗組員に対するものであった。彼は、12歳の少年の時、行楽の旅で、母親への郷愁から弱々しくなった状態で涙を流した。気持ちを打ち明け、人の体の温かさを感じ、彼よりも強い魂を求めたいということ望みながら、船の中をあちこち歩きまわり、彼は年老いた貴婦人と出会った。彼女は、アーヴルにいる精神病の息子のところへ旅するところであった。彼女の話は彼に強い印象を与え、彼女は彼の病的な外観に気づき、彼の面倒を見、彼を寢床に連れていき、寝かせた。「彼女の柔らかな手に触れたことで、私は落ち着いた。そして2分後に、意識が遠のいた。私は乳児になったと思い込んだ。彼女が、ベッドメイクし私の面倒を見てくれたことで、再び母親をみた。(注4)次第に私の母と美しく髪を整えた男爵夫人の顔、私のもとを去った慈悲深い姉妹の表情を混同していった。(注5)このように私のところに現れた女性のもとで、私は色のように弱くなり、光のように消え、意識をなくした。私が目覚めた時、夢を思い出せなかったが、眠っている間に彼女が私に暗示したように、【男爵夫人に再び会うか、狂ってしまうか】という固定観念が私を追いかけた。」

その時、彼は、船が最後の春に男爵とその恋人が住んでいた保養地を通り過ぎたのを見た。彼は船長のところに行き、船をすぐに、そこに停めるように頼んだ。その土地に来て、彼は自分が狂ったのかと自問自答し、彼の人生に似たような出来事があったかを吟味した。そして彼は少なくともその瞬間、病的な精神障害に苦しんでいたことを

確信した。迷路から脱出するかのようになり、ためらいながら、彼は森へと逃げ込んで、そこに身を隠し、死期を悟った野生動物のようにそこで死のうとした。彼女に会いたいという際限のない熱情と無限の憧憬に彼は襲われた。彼はしかし、病気になって死ぬつもりでいた。病気になると、彼女にもう一度会い、別れを告げることができるからである。彼は水に飛び込み、肺炎にかかるつもりで、激しい秋風に最も晒されている岸壁の上に座った。その時、彼は男爵夫人に突然の発病について報告し、牧師を来させた。そして12時間の睡眠の後、彼は再び生命力を取り戻した。再び取り戻した男らしさの中で、彼は自身の弱さを恥じた。男爵夫人がやってきて、深い愛情や母性的な気遣いを示した。次の日に、彼は急速に回復した。「静寂で平穏な日々が続くことで、私は回復することができた。私を取り囲む風景は、敬愛する女性のお気に入りの色彩を帯びていた。私が煉獄の炎の時間を耐え抜いた森は、今私に微笑みかけた。私が朝散歩に行った時、痛ましい記憶の影は、私が人間の心のすべての地獄の悪魔と戦ったこの風景の片隅には最早存在しなかった。彼女の訪問と彼女と再会する確信が、私に同時に生命と理性を取り戻してくれたのである。」(注6)

この恋愛は失敗に違いないものであり、そしてこの女性との結婚は存在しえなかったということは、本質的には、彼の自閉的で現実を否認する女性に対する態度に基づいており、幻想上の過大評価と過小評価の間の絶え間ない変動に条件づけられ、相反する関係を必然的に曇らせ、歪曲するに違いない。(注7)

ストリンドベルク自身は、この危険を十分に見通せていなかったが、相反する関係における視覚的な錯覚を、女性の責任にしていた。

「彼女が私を愛撫する瞬間に、私は満足し、何も考えずに、私は彼女なしでいられない、私の現存在は、彼女が持つ糸玉の糸でつながっていると告白した。そして彼女はゆっくりとより高い種類の存在であるという信念に慣れていった。私は自発

的に彼女よりは低いということに由来する視覚的な錯覚の結果、私は、家の子になり、非常にしばしば、彼女は、お世辞だけで、私に近づいてきた。

彼女を抱擁するために、彼は、彼女が彼に負わせた罪を引き受けた。それは、彼が彼女の下に置かれるという楽しみであった。彼は彼女に劇芸術作品を教え、文学作品に対するインスピレーションを与えた。

彼女は生きた作品になる途上であった。彼女は、私の消えた才能の場所を占めた。彼女の人格は私の人格に接ぎ木され、私のところで、新しい器官を形成した。私は単に彼女を通してのみ存在した。私は、素晴らしい血統を発展させるために、太陽まで登るような血統を養う中で、私や母の根源は冥界の世界で暮らした。私は、このように借りてきた華やかさを別のところで誇り高く咲かせ輝かせるために、この華やかさを喜んだ。接ぎ木は、尽きた切り株から切り離される日がやって来ることを忘れていた。

彼女が彼の上に置かれているとするならば、彼は彼女に蔑まれ、踏みつけられたと感じ、尊敬は、急に敵意や嫌悪に変化した。彼は彼女をグロテスクな歪みの中で、フリヤや、ヴァンパイアとして見ていた。彼は、彼女の全ての下劣と下品を、生きる本質の単なる彼の性本能のせいにした。嫉妬と迫害の観念が彼の中に現れた。彼女は不実で、彼を嫌い、彼から解放された。(注8)目に見えない嫌疑の動機から彼はひどい結論を見出した。彼はこっそり探り、さらに新しい証拠を探し、彼女の疑わしい過去を掘り返し、彼は欺かれ。世界から嘲笑されていることを発見したと思った。彼女の推定上の不実に彼は怯え、それらは、彼の自我の大きな衝撃、彼の人格感情の致命的な傷つきを意味していた。

「家族は私にとって植物のような有機体となった。その構成要素が私である全体である。ただ私は存在することは出来なかった。母親のいない子供とだけでは、存在できなかった。私の血液の橋渡しは、大きな動脈を通じて行われ、心臓から流

れてきて、私の女の子宮に分岐し、私の子供の小さな体の中に広がる。それはお互いを巻き込んでいる一つの血管のシステムである。その一つだけが切断されたならば、砂が血を飲み込むことで、命が私から逃げていく。それゆえ人妻との姦通は、恐ろしい犯罪である。父が、ある良心のない母親から偽造された子孫を疑ったために死んでしまった場合、人は有名な作家の言葉『彼女を殺せ』に従いたい。」

「私が子供の中で生き延びるといふ希望が受け入れられた今、私は幽霊のように空中を漂い、私に属さない根を通じて息をする。」

嫉妬と迫害に対する不安は結婚の最後の年に、きわめて大きくなった。彼は、ヴァンパイアの方で、野生動物が取り囲んでいるかのように感じた。

「極めて弱々しく、私はソファの上で時間を過ごし、頭はマリアの膝の上に置き、ミケランジェロのピエタの姿勢で、私の腕を彼女の腰に回した。私は額を彼女の胸に押し付け、彼女は私を彼女の子供と名付けた。そして私は『そう、お前の子供』と繰り返した。男らしさは、女性であることをやめた母の腕の中で消えた。彼女は私を勝利者として見つめ、親しげな眼差しを私に向け、生贄に対して暴君に与えられた突然の愛情に襲い掛けられた。彼女は、夫によって受胎させられた後に、夫を貪り食うメスのクモのようであった。」

時折彼の男性感情が目覚め、彼の敵に反抗した。彼女は彼にとって彼女と同様男性を屈従させたい解放された同志の女性の代表者となった。彼は、女性が男性にとって必要な添え物である、男性の精神的な創造物であるといった考えを、男性つまり創造物の真の男性の立場に置き換えようとする解放者に対して戦った。女性解放者との闘いは、本質的には、推定上の抑圧者に対する自身の結婚上での戦いの中での不全感情に一致している。彼の過剰に刺激された人格感情の自己弁明は無限に充進した。彼の破壊を決心した全女性に対して逆上した。彼は圧倒的な敵に対して戦おうと思った。

「彼女は4つのスカンジナビアの国々を自由に行

き来していた。その中で、彼女は友人にのみ語った。それは、精神病院に送り込まれる患者、孤立、貧困に戦うためであった。彼の優勢な知性は、女性偶像視、この前の前の自由思考者の思い込みに反して、高く聳え立ったからである。」

この妄想的な立場は、一定ではなく、一時的に何度も繰り返し、相反する思考の方向性によって誘発された。状況は作り替えられたのである。

「青白い若い女性の幻影、純潔の母の蜃気楼が私の前に現れ、私は落ち着くことができなかった。挑発的な女優の像は、私の記憶から消し去られた。男爵夫人だけが記憶から現れ、美化し若返った。彼女のやつれた体は約束の地の禁欲者が夢見たように素晴らしい体が変わった。」「そして私がマイナス(熱狂した女)のもとで苦しめば苦しむほど、私は神通力で聖なるマリアの頭を金色に染めようと努力した。現実が私を滅入らせようとすればするほど、愛された女性から私が作り出した幻覚に熱中した。」「私の疲れ切った脳は、彼女を詩的に美化し、彼女の顔は、放たれた光輪で囲まれた。禁欲と憧憬は、彼女に、守護天使の白い衣装を纏わせた。すべての下劣、嫌悪、悪は消えた。私の初恋の夢の聖マリアが新たに現れた。」

この詩的な美化は、大抵は激しい衝撃、感覚的に彼女の存在が喪失した後に、生じた。彼の幻想は動きの中で生じ、記憶の中で満たすことができた。下品で、残忍で媚びた女性が消え、娼婦が、再び聖マリアに変わった。(注9)しかし、それに伴って再び彼女の現実の姿に対する憧憬は膨らんでいった。彼は彼女の体に対する郷愁に圧倒され、彼女を放てば、彼からは失われる鎖から解放しようとする努力は無駄に終わった。彼は戻ってきて、新たな循環が始まった。そして最終的に結婚は、嫌悪と別離で終わった。

最初の妻との別離の数年後に、ストリンデルは2度目の結婚をした。我々は、接近と突き放し、別れと再び一緒になることが交互に再々起こる外面的な新たな恋愛関係をたどるのではなく、初めから結婚後最初に別れるまでの経過の心理的な基

本線のみを観察した。我々は、すでに知られた心理的な基本動機によって支配された典型的な体験の結末に出会った。一人の女性は、とらえどころのない多様な形で彼を束縛した。彼は彼女の難しさを知り、自身の人格を失う恐れの中で生きるつもりでいた。彼はすぐに負けたことが分かった。彼女は彼の魂を自分の衣装カバンに入れ、潮あるいは溝に投げ込んだ。そのため彼は彼女をその時嫌いになった。しかし彼女を、彼が縛り付けたように感じるほど、しっかりと縛るために、彼はこっそりと彼女に近づき、自身を子供のように小さくし、彼女に憐れみを目覚めさせた。その憐れみは、慈悲深いほど大きく、引き裂かれた人間の魂とともに持たれるもので、もはや幸運を望めない地獄に落ちた人に対するものであった。彼女は、彼にとって、脅威的で不可避の悪魔の運命の力となった。彼は、彼女の存在の細かい毛根の網状組織が巻き付き、彼の存在の中に編み込まれるように感じた。好意と拒絶、愛と嫌悪の両極端の間を、彼は行き来しているように感じた。彼は彼の生命を彼女の生命と結びつけるつもりであるが、ただちに彼は、盲目の服従を強いたいフリエとしての彼女から逃げた。彼は彼女に対して不実となり、一つの関係をもう一つのものと結びつけ、けれどもそれを再び壊したのであった。彼は、根拠と反対の根拠を考慮して、それに賛成か、反対かを決定することが不可能であると感じていた。(注10)「私は結論を理解することは出来ない。なぜなら、一つの決定が何になるのか分からないからである。出来事の経過が私の運命を以前のように導いてくれるであろう。」

彼女との恋愛関係が現実には耐えることができないという予感、最終的に、生活は芝居として取り扱われている現実をまじめに考えない態度の土台の上で見出された。「生活はまさに単なる作品であり、足元のない硬い地面を探るように足を突っ込むことより、沼地の上を漂う方が、気持ちがいい。」「人生の不幸を非現実としてとらえることができないならば、それに耐えることができる。」そ

れらは、相反して、いつも新たに、いつも沢山の予期せぬ出来事であったとするならば、お互いに真面目にとらえることができない。遊び友達のように生きて、最もまじめな瞬間に、めいめいがほかのことについて尋ねる。「あなたはだれなのか、あなたはいったい何者なのか？」

婚約の後すぐに再発が生じた。芝居のように幻想的な自己欺瞞が消えた。自身が生活上の献身の中で消えてしまう不安が生じ、激しい抵抗に対する過敏な人格感情を刺激した。「根本的には我々はお互い嫌っていた。というのはお互い愛していたから。我々は自己を愛の同じような力によって失ってしまうのではないかと恐れた。」(注11)それゆえ、我々は、「私はあなたでないし、あなたは私でない」ということを感じるために時折対立しなければならぬ。このような認識は、混乱の精神や、自己正当性に対する自我の戦いには役立たない。彼女との結婚生活の中で、彼は一時的に彼女の愛の中で幸福を感じていたが、幸福の中で不安に陥り、不和を恐れた。彼は彼女と一緒に溶けてしまうように感じ、自身と自身の形を失った。自立した存在であることや、自身の現存在型の記憶はなおも存在しており、人格の自己保存衝動が目覚め、それぞれの彼の一部として取り戻そうとし、部分との闘いが生じた。解放の戦争が始まった。

嫌悪、忌避、敵意のある猜疑心が出現した。恐怖が、パラノイδικな迫害観念にまで充進した。(注12)彼は彼女を苦しめ、彼女から解放され、彼女を害虫のように叩き落とし、川に突き落とし、彼女がひどく苦しむことを願った。彼は逃げたかったし、幾分孤立して、自身が存在するものとして再現したかった。しかし彼は、自分が去れば、再びすぐに恋しくなるであろうことはわかっていた。彼は、完全に彼女の力の中にいることを感じていた。夜には、彼は考えを集め、自分の意のままになることを考え、彼女が眠っていると信じ、彼の心を広げ、暗闇の中に身を包んだ。そして冷たくて脅迫するような目から観察されることなく、思考する楽しみを感じた。しかし彼女は眠っていなかった。そ

して暗闇の中で彼女の声を聴いた。「あなたは寝ているの？」彼は、彼の魂をしっかりと吸い、彼の考えを監視するヴァンパイアを感じた。何故彼女が彼をスパイするのか、そうでないのなら、彼女は、彼の思考が静かに働くのを恐れていたからだ。彼女は彼が横たわりながら、彼女の網目から逃げようとしているように感じた。

結婚式の2か月後、愛は意味のない嫌悪に変わった。彼らは別れ、そして別れの瞬間に再び愛はそこにあった。彼がひとりの時、憧憬の苦痛、解放の幸運のみを感じた。何も見出せなかった。彼女の悪意に対するあらゆる記憶は、ずっと吹き続けるかのようにであった。(注13)恋愛体験における体験関連の詳細な研究は、すでに観察された基本人格の二律背反性に起因している。(注14)恋愛の中に、無条件に献身する憧憬は、自身が失われるといった不安を引き起こした。献身は、破壊され、

死をもたらすものとして体験され、恐れられた。自身が受精させた時に死ぬことを知っている蝶のように女性を恐れた。そして彼は、いつも新たに縛られるが、主に、自閉的な自己高揚衝動から何度も繰り返し愛を求めた。彼は、恋人に幻想的な価値を纏わせ、理想化し神格化し、その結果、彼の自我とともに高まるのである。彼女が飽きる瞬間に、彼の現存在の高揚に対する単なる手段と彼の固有の人格としての権利を主張する第二の自我は、その中に存在する愛であった。(注15)

その時、彼の理想的な女性の神格化は、パラノイド的な脱価値へと転換した。恋人は、彼にとって抑圧者、暴君、フリーアになった。彼女は、愛の破壊に責任があり、迫害者となり、それに対し、彼の刺激された人格感情が弁明し、男性の死、男性的な意思の墓場を意味する悪魔的な運命の力となった。

注1：ヤスパースは、幻想的な仮装を現実の恋愛と対比して特徴づけている。：世界観の心理学、112頁

注2：この態度は、ニーチェやフロイトによって発見された事実と一致する。つまり男性の恋愛選択は、母の幼少期でのイメージ【イマーゴ】によって導かれ、決定される。

注3：その後の性的発達における、近親姦姦幻想という事象とその影響に関するフロイトの見解を確認しているのは注目に値する。【フロイト、性愛理論における3部の論文、第4版、1920年、90頁参照】

注4：精神分析家によって報告されているように、幼児的態度が退行的に復活することが重要である。【例えば、ユングの精神分析理論の叙述の試みを参照してください】

注5：多くの人を夢様に濃縮するといった非常に綺麗な症例である。濃縮のメカニズムは、統合失調症者や統合失調質者の精神生活において、大きな役割を演じている。

注6：この疾患は、症状像におけるヒステリー性の特徴にもかかわらず、全体としても、統合失調症性体験反応としても、25頁の注釈の意味において理解されうる。

注7：ストリンデルクの女性に対する態度における精神分析的な意味が、幼児期に根源があるとするならば、畏怖や尊敬は、母親に対する強い固着から、そして母親の原型を恋人のイメージへと転移していることから説明されうる。【25頁の注を参照】幼児期の決定要素に対するその次の指摘は、強く発達したストリンデルクの恥の感情の中に存在する。それは、幼児期の性愛的体験に対する反応として解釈できる。少年の一定の行動様式は、この意味では、複合反応として理解されうる。：女中が彼を寝ている間に裸にし、そのことを後で弟から聞いた後、彼は竹の鞭で叩いた。女中と弟との間の似たような光景を見た後で、彼はその女中を父に罰してもらうことは出来なかった。彼は、傷つきやすい点に触れられることに恐れていたからに違いないからであった。

このような複合反応は、求められた幼児体験は、成熟した女性の看護者から誘惑され、犯されるという点にあるという考えによるものと推測される。この体験の固着した力は、一方では何度も繰り返し現れる弱者の役割に関する欲望と、他方、彼の男性性が強く強調される点において言及される。

注8：ストリンデルクの女性の本質や性格に関して最終的な判断を下すのは、私には今日でも不可能であろうと思える。彼女がどの程度までストリンデルクの女性のタイプを表しているのか、どの程度まで、ストリンデルクは、自身が求めかつ恐れた女性のタイプを単に彼女の中へのぞき込んでいたのかは未解決の問題である。

注9：非常に特徴的に、クレッチマーは、彼が最近出版し何度も挙げた「体型と性格」という本の中で統合失調気質の跳躍的で2者択一的な情動型と情動の中心の欠如について語っていた。

注10：合理的に解決できない衝動の対立が重要である。フロイトは強迫神経症者の際、全く類似の相同的な意思欠如を、愛と憎しみの両価性の結果として叙述している。【強迫神経症の一症例の所見、神経症学説に関する小論文集、3刊】

注11：我々はその他の点では、全くすべて彼の性愛理論の中で従うことができないが、フロイトは、愛と嫌悪の両価性に関して若い頃に書いた論文の中で記述している：愛の発生と関係の歴史によって、愛はしばしば両価的であって、同じ対象に対して嫌悪感を出現させることがある。愛に加わった嫌悪は、一部は完全に克服できない愛の全段階に由来するのであり、他方、自我衝動の拒絶反応によって根拠づけられる。そして、それは、自我の興味と愛の興味との間にしばしば起こる葛藤の際、現実で、実際の動機に基づきうるものである。両方の例においては、加えられた嫌悪は自己保存衝動の根源に由来する。嫌悪反応に対するモデルは、性愛生活からではなくて自己保存と自己主張との自我の戦いから生じていると主張できるであろう。

注12：いかに迫害妄想が統合失調質の基盤の上で生じているかはここでははっきりとわかる。この迫害妄想は、むしろ脆弱で異常で傷つきやすく、その際、秘密の誇大意識によって支配されて、常に推定上の脅威から守られている人格感情を基盤としている。その際、前述の例と同様に、外部から、今日人間との共同生活の中で脅迫されていると信じる社会的な人格がより問題であり、後のストリンデルクの統合失調性の精神病におけるのと同様に、内部から、自身の倫理的欠如の意識によって負担と感じる倫理的人格が問題である。両方の例において、迫害不安は、その隠れた価値意識や誇大意識の傷つきから生じており、自己満足や倫理的な完全性における自閉的な理想が満たされるのを妨害され、それによって押しえつけられると感じることである。

注13：3度目の結婚に関して、我々は、彼の自己叙述を所有していない。

注14：31頁3の注においても同様、幼児期の決定因子が考慮される。

注15：自閉的で自己中心的な特徴を特にはっきりと「伝説」からの次の文章が次の文章が例証している。：「我々は女性を愛し始め、その中で、我々は、彼に関して、我々の魂の一つ一つを下に置いた。我々は人格を強化し、これまで無関心で中立であった恋人が、我々の別の自我を装い始め、彼女は我々の二重身となった。我々の魂が死ぬことを彼女が思い出した時、その痛みは、非常に激しいもので、子を失った母親の痛みにも匹敵するものであった。空っぽの空間が生じ、男性に風が吹いたが、その男性は再び2つに分かれ始め、別の容器に満たすことのできる力を最早自由に使えなかった。恋愛は、男性自身が受胎させる一つの行為であって、それは愛するのが男性だからだ。彼が、そして彼の2番目の自我、彼自身の作品が女性から愛されるのは甘い幻想であった。【伝説6】

私は、青本【1906年】から一つの段落を引用した。それは、精神病がもたらした全ての変化にも関わらず、ストリンデルクの女性に対する態度は本質的には同じままであったことを示している。：一人の男が女性を愛し始めた時、トランス状態になり、詩人や芸術家になる。彼が作ることで個性化されていない星の素材から、彼は彼の思考形を作った。その中に彼自身の中に持っている最も美しいものを注いだ。彼は、二重身として採用した人体模型を作った。そしてそれで彼女は男性と接続された。しかしこの星の像は、おびき寄せるため、狩人が仕掛けた人形だった。彼女自身が装填された銃を持って、藪の背後に身を置き、獲物を待ち伏せした。男性の人形に対する愛は、しばしばすべての幻想を超えて生きた。彼は、恋人に対して極度の嫌悪を持ちえたが、二重身に対する愛は持続した。しかしこの仮面芝居は、深い不調と苦しみのきっかけとなった。彼は先を見通せず、重なり合わない二つの像を観察した。彼は雲を抱きしめようとしたが、一つの体をつかんだ。彼は自分の作品を聴くつもりだったか、それは自分とは別のものであった。彼は芸術作品を見ようとしたが、それは単なる木型であった。たとえ、世界が彼の幸運をつかまないとしても、トランス状態で幸せだった。彼は夢遊病から目覚め、彼の元のイメージが彼女と一致しなくなるにつれ、女性に対する嫌悪が膨らんだ。彼が二重身を殺した時、愛は去り、無限の嫌悪だけが残った。

訳者注：紙面の都合により当号は、3. 恋愛体験で終了し、次号に続く。

連載

森村茂樹伝 第6回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 ユニークな試み

作家 兵庫医科大学非常勤講師 松本順司

◇社会福祉学は全国でただ一つ

初代教授杉本照子

「創立の数年前、森村茂樹先生は、私を兵庫県医師会に演者としてお招きくださいました。医療におけるソーシャルワーカーの役割・医師と患者の対人関係がテーマでした。・会食の席で、森村先生は将来大学を創るからその時は教員として来てほしいと要請されました。当初は医療福祉の大学創設の計画を持っておられたと思います。それが医科大学の創設となってからも、創立の理念を「社会の福祉への奉仕」とされる卓越した先見性を持たれた方であった。

1970年春、私は完成したばかりの5階建て建物に入りました。これが、今日の医大5号館で社会福祉学研究室があるところです。会議室で兵庫医科大学設立第1回準備委員会が開かれました」

杉本はソーシャルワーカーについて説明する。「私たちの仕事はまさに目に見えないものに目を注ぐ仕事です。“他に認められたい”と、外へ外へ出ていくと、本来業務をどう実践しているのかの吟味がおろそかになりがちです。・内なる心の深みを極める。・命の唯一の目的が愛であり、その愛のために、私たちは力を用いる専門職種なのではないでしょうか？我々が謙虚に学ぶこと、そして、成熟することの大切さは強調してもしきれぬものではありません」

社会福祉界の指導者であり先駆者、淀川キリスト病院の岡村重夫は「1970年当時、日本の社会福

祉は、理論、実践ともに揺籃時代にあり、京阪神の病院も医療福祉の組織は数も少なく、規模も小さかったが、兵庫医科大はその当初から、病院福祉のみならず、医学部学科目として社会福祉学研究室の設置は、社会福祉の関係者に大きな衝撃を与えた大事件であった」と語っている。

杉本は言い切る。「兵庫医科大学の社会福祉は、日本全国でただ一つしかない稀な組織の形をしています。これこそ、医大創設者・森村茂樹先生の先見性と卓越した見識の賜物であります」

「兵庫医大福祉の原点に立って 人としてのソーシャルワーカーを育む」兵庫医科大学社会福祉同門会発会式、2003年(平成15)6月14日、関西学院会館での杉本照子講演から抜粋しました。

◇大学設立決まる

兵庫医科大学の設立は難産だったが、1971年(昭和46)10月14日に開かれた文部省の審議会で認可が決まった。内定が伝えられた時、森村は記者会見で決意を述べた。



西正門に校名板を掲げる

「学費と病院収益、公共的な寄付金で医大運営にあたり、最新式の医療機器を投入、最高級の医療

Series No.6. Biography of Prof.Dr.Med. Shigeki Morimura:
From Mukogawa Hospital to Hyogo College of Medicine
Junji MATSUMOTO
Writer, Lecturer of Hyogo College of Medicine
1-1, Mukogawa-cho, Nishinomiya, Hyogo, Japan
junji@kg7.so-net.ne.jp

センターにしてみせます」

内定が伝えられる前の10月5日、設立代表者森村茂樹の名前で審議会に誓約書を出している。

「学校法人兵庫医科大学設立に当たり入学条件となる寄附金は、名目のいかんをとわず今後ともとらないことを誓約します」

また、15日付けの神戸新聞では次のように語っている。

「文部省からもクギを刺されており、入学条件になるような寄付は一切取らない方針で、入学金は120万円程度に押さえ、授業料は60万円を予定している。経営が苦しくなると思いますが、不足分は病院収入でカバーして医師養成にがんばります」

これらの発言は、社会問題となった高額な寄付金に対する言い訳とも取れるが、最高の医療を提供する大学にしたいとの決意の表れであり、気負いはあまり感じられない。

兵庫医科大学の設置が正式に認可されたのは、1971年(昭和46)11月22日だった。『兵庫県医師会報』の10月5日号の編集後記に、森村は内定前だったが開学の挨拶ともとれる心境を書いている。当時、県医師会理事で会報の編集を担当していた。



阪神電鉄西宮駅上り線ホーム南側(昭和46年末)

「皆様もうご存知の私の今度の事業で、1年余りの間、何度かせっぱつまった時期があって、私としてもつらいら立った場面に立ったが、その場を今が融和の大事な時期と考えて言葉を慎んだ。このお陰かどうか目鼻もついてきた」

神戸新聞に開学を伝える10段広告を予定していた。実現はしなかったが、レイアウトが残っていた。上2段横一杯の見出しは「兵庫医科大学来春開校」下に小さく「文教都市西宮に誕生」とあった。他の見出しは「最高の医療センターめざす」、「最新式医療機器を整備」、「恵まれた環境」、「豊富な著名教授」、「進学課程校舎は完成」。3段写真の横には文部大臣高見三郎と兵庫県知事坂井時忠、下2段写真の下に理事長森村、学長辻昇三の顔写真と談話を囲み記事にしている。



掲載はされなかったが新聞広告のレイアウト

この年認可されたのは、兵庫医科大学と愛知医科大学、自治医科大学、埼玉医科大学、金沢医科大学、名古屋保健衛生大学医学部(現藤田医科大学)、福岡大学医学部の7校だった。

◇臨時総会

兵庫医科大学設立準備期成会の臨時総会が、認可通知があった2日後の1971年(昭和46)11月24日午前10時から12時まで新武庫川病院院長室で開かれた。

役員予定者は森村茂樹、辻昇三、古武彌正、田中英雄、園部雅一、松岡啓一、小林芳夫、中西一郎の8人、評議員予定者は吉村寿人、西林豊、岩谷信彦、山中要、松倉豊治、小林林之助、早川崇、林田悠紀夫、足高善雄の9人。総会には小林(芳)と中西、早川、林田、足高が委任状を提出、欠席した。

第1号議案、小林林之助の評議員選出する件

第2号議案、学校法人兵庫医科大学の登記事項について代表者に一任する件

第3号議案、認可に伴い設立期成準備会の総資産額60億7千万6002円、並びに学長に辻昇三及び、役員・評議員予定者、その他一切の申請認許可事項を法人登記日をもって学校法人兵庫医科大学に移管する件、を承認可決した。

引き続き学校法人兵庫医科大学創立評議員会が、同日午後1時から2時まで大学会議室で開催された。辻、古武、田中、吉村、松倉、西林、岩谷、山中、小林(林)、森村、園部の11人が出席、早川、小林(芳)、林田、足高は委任状を提出した。

議案は(1)理事長に森村茂樹を選任すること(2)(3)は臨時総会の追認となっている。

◇入試へゴー

入学試験まで日が迫っている。試験問題は一般教育科目を担当する予定の教授らが、1年以上前から構想を練っていた設問に目を通し、原稿用紙に朱を入れた。試験問題の印刷、募集要項の新聞広告掲載や全国の高校や予備校、自治体、医療機関などに発送、試験会場の借り受け、設定などスタッフは正月休みを返上、寝る間も惜しんで取り組んだ。入学試

験要項は、縦20cm、横14cmの小冊子、白地の表紙に赤字で『1972』、黒く「入学試験要項、兵庫医科大学」、その中央に大きく校章を配している。シンプルな中にも力強さを与える構成になっている。

「校章の原本は円形で素地は白色、中央にHYOGOの頭文字『H』を図案化、左半分の赤は動脈、右半分の緑は静脈、その配色が重なる中心部は心臓を表現、一説ではメディスンのMを図案化したとも言われている。その周りを金色の英語表記『HYOGO COLLEGE OF MEDICINE』が取り囲んでいる。原本は移転のどさくさで行方不明になった」

初代事務局長豊永実が兵庫医科大学広報第10号、1974年(昭和49)8月20日発行に寄稿している。また、校旗について兵庫医科大学父兄懇談会の機関誌『筈のたより』創刊号、1974年(昭和49)7月8日号には次のように書いてある。

「Hは大学のイニシャル、赤は動脈、緑は静脈、グリーンはスクールカラーを表す。周囲を取り囲むオリーブの葉は学術文化の象徴」

大学では開学25周年を記念して掲揚できる校旗を作成、1998年(平成10)度から5号館南側のポールに掲揚している。

校章考案者の葦原治は藤沢薬品宣伝部にいた。



入学試験要項とロゴ



校旗は昭和49年に制定された

◇ユニークその1 試験科目に小論文

「受験生が集まるだろうか」「やるだけやった」

スタッフの期待と不安がピークに達した1972年(昭和47)1月17日から書留速達便で願書が届き始めた。2月12日出願受付締め切り日を迎えた。募集定員100人、志願者は834人だった。大阪府、兵庫県を中心に京都府、和歌山県、奈良県、滋賀県の近畿地方から663人と約80%を占めているが、東京25人、北海道5人、台湾からも1人いた。志願者ゼロは岩手、秋田、山形、福島、茨城と沖縄の6県。

第1次の入学試験会場は間借りだった。2月27日、大学から南西へ徒歩15分、西宮市立西宮東高等学校と隣接する西宮市立浜甲子園中学校で行われた。757人が受験、数学(数Ⅰ、数ⅡB)、外国語(英語B)理科(物理B、化学B、生物から2科目選択)、小論文(800字以内)に挑んだ。第2次試験の面接と心理検査・身体検査は3月19日から3日間、大学で実施された。



第1回第1次入学試験は間借りだった
(昭和47年2月27日、西宮東高校で)

全国でも珍しい小論文を試験科目に取り入れたのは、医師になるのに相応しい人間性を見極めたいとする思惑があった。現在でも続けられており、推薦入学試験では450点満点のうち100点を配分、また一般入学試験では第2次合格者選抜の時に利用している。

◇ユニークその2 2次試験で面接

森村が2次試験に面接を導入したのは、権威的な医師ではなく患者に寄り添う医師になれるか、を本人から探り出したかった。当時、国公立大学は実施しておらず、私学でもほとんど例が無かった。現在は教授と准教授3人が面接官になり、1人10分から15分間充てている。的確に答えるか、医者になる信念はあるか、精神的に偏っていないか、挙動は自然か、元気があるか、積極性があるか、などから総合的に可否を判断する。問題が無ければ成績順に合格させる。

森村が兵庫県立第一神戸中学校(現神戸高校)に入学した1928年(昭和3)は、学科試験を行わず、初めて内申書と口頭諮問(面接)、身体検査だけになった。

志願者391人の面接が、3月20日から28日まで一人当たり8分ほどかけて行われ、250人が合格した。しかし人物を見極める困難さと試験期間が従来の3倍近くになるなどの弊害もあった。翌年に作文を加えるなどの改革を行ったが、程なく学科試験に戻った。

森村が卒業した1933年(昭和8)、上級学校に進んだ166人の内訳は三高29人、一高9人、四高5人、六高2人、七高1人、大阪高6人、大商予2人、県立神戸高商24人、神高工10人、姫路高3人、早稲田3人、慶応6人、専門学校・陸海軍諸学校66人で、現役95人、前年卒業41人と4年修了30人だった。試験入学した学年に比べ大きな成果を上げている

入学後の教育力の成果でもあるが、面接で受験生の能力を見抜いた担当者の眼力に負うところが多い。もちろん、その判断材料となる小学校の内申書が生徒の学力、運動能力などを正確に記載していたから可能となった点も見逃せない。

森村が兵庫医科大学の入学試験に全国的にも珍しい面接を導入したのは、神戸一中での経験が影響しているのだろう。

開学時の大学キャンパスは、6万1,892㎡の敷地に新武庫川病院を大学病院に改組した5階建て病

棟(2号館、延べ5,666㎡)と2階建ての総合診療棟(6号館、2,788㎡)、1971年(昭和46)4月に竣工した5階建ての第1校舎(5号館、6,111㎡)と平屋の4号館(280㎡)だけだった。病棟は一般342床、精神88床、結核38床で開設した。

◇設立時の職員録

兵庫医科大学設立時の職員録が残されている。表紙は「兵庫医科大学職員録 1972年(昭和47)7月1日現在」とあり、縦13センチ、横18センチ、ごく普通の紙を使い、表裏のカバーを除くと7ページ、全て手書きで一人ひとりの肩書、名前、住所、電話番号が1行で記載されている。名簿には看護婦はなかったが、非常勤を含めると95人だった。職員録はコピーで複製されている。住所と電話番号は省略した。

理事長 森村茂樹

学長 辻昇三

副学長 古武弥正

(進学課程部長)

学生部長 田中英雄

図書館長 松倉豊治

(進学課程)

心理学 教授 松永一郎、講師 久野能弘、

助手 小西賢三

社会福祉学 教授 杉本照子

数 学 教授 中村幸四郎、助手 土井正明
物理学 教授 佐藤輝夫、講師 小田進幸、
助手 前田耕一郎

科 学 授 野田幸直、講師 中井久純、
助手 磯部孝彦

生物学 教授 吉川秀男、(兼)教授 田中英雄、
助教授 藤岡喜愛、助手 西岡正仁

哲 学

倫理学 助教授 浅野楯英

文 学 助教授 川崎毓男

英 語 教授 川口徳彦、助教授 角野喜六

ドイツ語 教授 村井勇吾

歴史(非常勤講師) 今来陸郎、法学(ク) 米沢 明、

経済学(ク) 南 清彦、社会学(ク) 増田光吉、

数学(ク) 浦 太郎、仏語(ク) 中田 晃、

体育実技(ク) 岸井守一

(専門課程)

解剖学 教授 城 勝哉、助教授 坂上正義

生理学 教授 吉村寿人、講師 堀 清記

生化学 教授 斎藤嘉亮、助教授 神田正幸

薬理学 教授 山田 肇、助教授 永井和男

病理学 教授 森 芳茂、助教授 植松邦夫

医動物学 教授 田中英雄、助教授 西村 猛、

助手 西林 満

法医学 教授 松倉豊治

遺伝学 (兼)教授 吉川秀男



創立時のスタッフ (昭和47年1月4日)

内科学 教授 依藤 進、教授 永井清保、
助教授 松岡 瑛、助教授 岩崎忠
昭、助教授 垣下栄三、講師 原 宏、
助手 山根暁一、助手 山本忠生、
助手 森 俊雄、助手 森口尊文、
助手 井上聖士、助手 鷺尾四郎、
助手 申 曾珠、助手 小林 彰

眼 科 講師 可児一孝

医心理学 助手 木下 功、助手 内田照彦、
助手 橘高通泰、助手 佐々木由美子

生理教室 事務 奥原 幸、生化教室事務 鍛
示悦子

(事務部)

事務部長 豊永 実、副部長 角田英夫、庶務課
長補佐 金光宗明、事務員 北川悦哉、米田千恵子、
吉永好美、大江郁子

守衛長 浅見研寿、守衛 前田幸太郎、多田武一、
田沢富一

用務員 高原澄子、西垣悦子、竹田コノエ

秘 書 榎本順子

会計課長(兼)角田英夫、事務員 植村勝夫、加藤
明美

教務課長補佐 欠、係長 泉山 米、事務員 別
所弘子

学生部長(兼)田中英雄、学生課長補佐 小池一步、
係長 榛葉和子、事務員 竹原紀子、野村和子

図書館長(兼)松倉豊治 図書課長 欠、図書運用
係長 近藤輝明、事務員 中橋久馬、正木丈夫

事務員 井上湛水、井出唯敬、森村真喜子

大阪大学理学部。ノーベル賞に一番近いと言われ
た吉川秀男は63歳、生物学と遺伝学も担当、京都
帝国大学理学部。生物学の田中英雄は63歳、医動
物学も担当、京都帝国大学理学部。英語の川口徳
彦は43歳、言語学も研究、京都大学文学部。ドイ
ツ語の村井勇吾は67歳、外国語と外国文学の希少
本収集でも有名、東京帝国大学文学部。解剖学の
城勝哉は43歳、解剖学教育の基本的体制を構築、
大阪大学医学部。京都府立医科大学学長を務めた
吉村寿人は65歳、生理学、蛋白欠乏状態における
適応機構の研究、京都帝国大学医学部。生化学の
齋藤嘉堯は45歳、グラミシジンSの研究、大阪
大学医学部。薬理学の山田肇は64歳、京都帝国大
学医学部。病理学の森芳茂は44歳、京都大学医学
部。病理学の宮地秀樹は45歳、大阪大学医学部。
医事法学で注目を集めた松倉豊治は65歳、法医学、
大阪医科大学。内科学の下山孝は38歳、ヘリコバ
クター・ピロリの研究をリード、弘前大学医学部。
内科学の永井清保は50歳、血液学から免疫学、内
分泌学、核医学など担当、大阪帝国大学医学部。
麻酔学の石田博厚は44歳、神戸医科大学。整形外
科の中野謙吾は52歳、小児手の奇形に関する治療、
九州帝国大学医学部卒らである。

これまで度々取り上げた教授は、心理学の松永
一郎が43歳、自律訓練法を用いた心身症の改善に
関する研究した。古武彌正は45歳、実験心理学を
医学の体系に加えた医心理学講座を創設した。泌
尿器科学の生駒文彦は41歳、小児泌尿器領域のオ
ピニオンリーダー。前号で紹介した内科学の依藤
進は46歳だ。

◇錚々たる教授陣を迎えた

設立時の職員録と重複するが開学年度に着任し
た教授について年齢、主な研究・経歴、出身大学
の順で紹介する。

受験界では数学の参考書で有名な中村幸四郎が
着任したのは60歳、数学基礎論と数学史を専門、
東京帝国大学理学部。物理学の佐藤輝夫は48歳、
NASA等でVLF波動を研究、京都大学理学部。化
学の野田幸直は43歳、含イオウ化合物の代謝研究、

◇ユニークその3 社会福祉学と医療社会福祉部

「医療行為は人間の生物的側面への治療だけでは
十分ではなく、家庭生活、経済生活、教育生活へ
の配慮なくしては成立しえない」

我が国で初めて医学教育と病院サービスの中に
社会福祉を位置付け、社会福祉学専任の教員を置
き、その大学病院の臨床部門には医療社会福祉部

を設置した。これは患者の福祉を医療行為の根底に置く医師の養成を目指していた森村が創学した目的の1つで、コ・メディカルスタッフを尊重したチーム医療の必要性を見通していたことになる。

初代教授に杉本照子を迎え、1学年の教養科目となった。杉本は東京女子大学を卒業後、アメリカ・ビーヴァー大学とミシガン大学を卒業、日本とアメリカでソーシャルワーカーとして研鑽(けんさん)を積み1967年(昭和42)関西学院大学社会学部助教授に就任していた。森村の要請で開学の1年前から設立準備委員のメンバーとして参加している。

試行錯誤を続けた杉本の研究の方向性は、医療を予防から社会復帰までの一貫した総合的医療の概念で捉え、患者および家族の社会生活における心理社会的機能の向上を含めた全人的医療の実践への認識を広めることを目指した。そして、医療社会福祉部教授中島さつきとの編著『心理・社会問題を持つ患者への援助』を1977年(昭和52)に出版した。医療社会福祉部の協力を得て臨床実践活動の中から得た症例を中心に3年間の研究結果を理論的にまとめた。反響は大きく、新設医科大学だけでなく既設の大学病院から賛辞や問い合わせや見学が多くなり、大阪大学などからの実習も受け入れ、その後、医師国家試験にも社会福祉の問題が取り入れられるようになった。

中島さつきは1973年(昭和48)大学病院に設置した医療社会福祉部の初代部長として着任した。日本女子大学で社会福祉を学び、聖ルカ国際病院と東京都で医療ソーシャルワーカーとして勤務、50歳の時、国連世界保健機構からシドニー大学に派遣される。1982年(昭和57)9月厚生大臣から第34回保健文化賞を受賞した。

◇建学の精神

「社会の福祉への奉仕」

「人間への深い愛」

「人間への幅の広い科学的理解」

建学の精神について、このようにはっきりとした文章に表れたのは1975年(昭和51)発行の大学

案内だった。開学当初の1972年(昭和47)学生便覧には「高度の総合科学たる医学は、人間への科学的理解と人間への愛の上に立たなければならない」とあるが、「社会への福祉への奉仕」はなかった。以下に全文を掲載するが、そこに森村の思いが凝縮されている。

「人間とその社会、その進展と安定の一つの支点は、保健医療である。ことに、急速に開発せられつつある現代の日本とその社会は、高い水準の医学と医療を必要としている。而して、これらの基礎となるものは、高い水準の医学教育と医学研究である。ここに兵庫医科大学の創設の理由がある。

兵庫医科大学は、この社会の必要に即応し、これを基盤として創立せられた。社会の内に芽生えた。社会の手で、社会の力によって創立せられたのである。即ち、兵庫医科大学は、社会のため、その開発に貢献するために創られた最高学府である。

人類社会の内に、そのために、それによって創られたこの兵庫医科大学は、当然のこととして社会に向かって開かれた大学である。また、未来に向かっても大きく開かれていなければならない。医学の教育と研究は、大きく豊かな未来を有しているからである。

社会と未来に大きく開かれた兵庫医科大学は、三つの大きな礎石の上に据えられている。即ち、社会の福祉への奉仕と人間への深い愛、人間への幅の広い科学的理解である。奉仕と、愛と、科学の三つの精神、これがわが兵庫医科大学の礎石である。

かくして兵庫医科大学は、社会と未来とに向かい大きく開かれた優れた医家と医学者を世に送ることができるのである」

◇ユニークその4 僻地医療委託奨学生

第1回入学式は1972年(昭和47)4月10日午前10時から5号館(取り壊され現在、教育研究棟が建っている)の5階建て校舎屋上ホールで行われた。この日は朝から好天に恵まれ、最高気温13・9度となり、曇り空だった前日を3度近く上回った。1期生138人の中には兵庫県から推薦された奨学

生が5人いた。これは県内の僻地医療を支援するため兵庫医科大学が県と結んだ委託学生制度で、6年間の学費を免除される代わりに12年間の義務年限がある。卒業後すぐの2年間は兵庫県立尼崎病院でプライマリ・ケアの研修を行う。合計4年間の研修期間を除くと8年間の僻地勤務が義務付けられていた。この義務年限は1990年(平成2)度から12年間から9年に短縮された。

入学式で学長辻昇三は呼びかけた。

「医師不足が福祉国家建設のガンになっている。若い諸君は福祉国家建設の大きな力だ。兵庫医大は権威にとらわれず、社会の歩みとともに実質をつかむ関西人の生き方を積極的に取り入れていくつもりで、10年後の自分を見つめて勉強、研究を積んでほしい」

辻学長に続いて森村は理事長として壇上に立ち熱く訴えた。かなりの長文だが全て収録した。



入学宣誓式 (読売新聞提供)



入学式で森村理事長挨拶

「諸君がつくる伝統」

「本日ここに初めての入学式をするにあたりましては、これまで専門の役所である文部省、地方公共団体の兵庫県、あるいは西宮市その他医師会とか病院関係の諸団体それぞれに非常にお世話になりました、ここにこういうことが出来ました。また、金融機関とかあるいはこういう建設の業者の方々にも大変お世話をかけて、こういう風に入學式をすることが出来たのでございます。私この席をかりましてあらためて皆様方に厚くお礼を申し上げたいと思います。どうもありがとうございます。」

さて、学生諸君にでございますけれども、まあ諸君が第1回の学生として、この兵庫医科大学に入学して来られました。第1回の学生というものが、まあ私自身は非常に古い学校を出たものですからそういう考えがございませんのですが、いろいろそういう新しい学校を出られた方に聞いてみますと、第1回の学生というものが、第1回の卒業というものがその学校にとって非常に大事な学生さんであるという、まあそういう風にみんなとられます。この兵庫医科大学が将来どんな学校になっていくか、またその第1回の学生である諸君がどんな風に新しい伝統をつくって下さるか、それによってこの学校の運命が決まってくるのではないかと思います。それにつきましては諸君が、そういう自分の卒業した学校をどんな立派なものであるかということにするということは、大変君たちにとっても名誉のあることではないかと思います。そういう意味で、私はことに第1回の諸君に非常な期待を掛けておりますので、ひとつよろしく頑張ってくださいと思うのです。

先ほど申し上げました様に、こういう学校を創るに当たりましては、いろんな社会の各方向から、いろいろなお世話を受けておるわけでございます。そういうお世話を受けておる直接の恩恵を受けられておるのが、まず学生の諸君だと思うのです。そのために諸君はやはり社会に対してある意味のご恩返しを将来していただかなければならないと思うのです。立派な医者になって世の中のために

尽くす、そのためにはやはり立派な十分な知識をまず持っていたかなければならないし、また、立派な人間になっていただかなければならないと思います。先ず学校におきましては先生方が、それぞれいろいろな知識やまた人間的な影響も及ぼして下さるだろうと思います。しかし、みなさん方自身の相互の中でお互いが学び合うということも非常に大事だと思います。日常毎日ただぼんやりと友達とつきあっているいうのではなくて、1日、1時間、1分が友達とだべっておる時でもその友達の中からいい所を引き抜いて、そして自分の人格の糧としていただきたい。私はそれが非常に大事なことではないかと思うのです。ひとつつそういうつもりで諸君の将来は洋々たるものがあります。

またちょうど諸君の時期というものは人生において一番いろんなことが吸収できる時でもあります。立派なことを十分に吸収して将来の日本の医療というものに対しての中心になっていただきたい。それぞれの道においてその医者の中にもいろんな分野がございますが、例えば実際に診療をやっていかれる方も出てくるでしょう。また、いろんな医者との関係の行政というようなものの方にいかれる人も、あるいはまた、学問をこつこつとやっていかれる人もこの中からでてくるでしょう。それぞれの方面で自分というものを十分に発揮できる、その素地を6年間の間につくっていただきたいと思うのです。

そして、卒業されたらそれぞれ自分の思う分野で立派な業績を残して行っていただきたい。そして、この兵庫医科大学を出たということが将来みなさんの誇りである。そして、第1回の卒業生で2回以後の後輩達を十分に導いてやっていただけるような皆さんになっていただきたいと思います。ひとつよろしくお願いします。

また、関係の方々にはこれからもよくご後援いただきまして、この学生達が将来十分に伸びてまいりますようにご後援をいただきたいとお願いいたしまして、私のご挨拶に代えさせていただきます。どうもありがとうございました」

あいうえお順に名前が読み上げられ、最後に入学生代表の末広謙が進み出た。

「学則を守り学業に励みます」

末広は宣誓して宣誓文に署名、森村に手渡したが、森村からは高揚した張り詰めた気が伝わったという。この宣誓の内容は今も殆んど変わらない。

校風や伝統は我々がつくるのだ——教職員だけでなく学生の意識は高かった。リーダー的役割を果たしたのが他の大学を卒業した人や社会人経験者だった。しかも学生の数より教職員が多く、親密な交流から次々とユニークな企画が生まれた。学生会が初年度からスタートしたのをはじめ、クラブ活動は10月までに運動部が17、部員数216人、文化部が9、部員102人となっている。重複に入部しているので数字は合わない。さらに11月22日の創立記念日を中心に大学祭が学生会主催で開催された。前夜祭のコンサートが芦屋・ルナホール、22日の体育祭と23日の文化祭が本学で行われた。文化祭は10周年を迎えた1981年(昭和56)から「醫聖祭」となった。また森村が1967年(昭和42)に開設した砂子療育園の子供たちとの「もちつき大会」は12月に行われ、教職員だけでなく入院患者も参加して20年以上続く伝統行事にまでなった。



第1回大学祭(体育祭)宣誓、昭和47年11月22日

第1回「園遊会」が大学祭の一環として1974年(昭和49)11月に開催された。教職員と学生、父兄三者の親睦を図ろうと学生会が主催した。森村

邸の庭に紅白の幔幕を張り巡らせ、午後3時から5時までビールなどを飲み、から揚げやスナック菓子、寿司などつまみながら大学の未来など語り合った。またチャリティーバザーやオークション、ロータリークラブが協賛した抽選会も行われた。



第1回園遊会、森村邸で、昭和49年10月26日

創立当初から導入された「指導教員制度」(アドバイザーシステム)が、教員と学生の結びつきを一層強めた。学生10人ほどを1グループとして、それぞれ1人の教員を配置、カリキュラムを離れて自主的な研究から野外活動、悩み相談までアドバイスするもので、運用は教員と学生の自主性に委ねられた。ここから生まれたクラブもある。

新入生歓迎の学外オリエンテーションは、開学翌年から1泊2日の日程で和歌山県・高野山の遍照光院宿坊で行われるようになった。新入生と教職員だけでなく2年生、学生会、クラブ代表らも参

加するなど大学挙げての行事としてスタートした。

高野山でのオリエンテーションは、1974年(昭和49)と1976年には行われなかったが、1980年(昭和55)まで続けられた。しかし、参加者が400人近くにまで増えたため、1981年度の新入生は京都府綴喜郡の中心山荘に変更された。その後は兵庫県加東郡の社モーターボート会館、揖保郡の国民宿舎志んぐ荘、奈良市のホテル名月城、大津市の比叡山延暦寺会館などで開催されている。その間、兵庫医科大学オリエンテーションの聖地とも言える高野山が、1985年に1度だけ復活している。途中、学生会の主催となったが、現在は大学行事になっている。

◇豊かな教養と人格を育てる

森村の教育方針は明確だ。医師である前に豊かな教養と人格を身に付ける、としてカリキュラム編成では臨床講座の充実だけでなく一般教養と基礎講座にも力を入れた。

開学時の教員組織について第1期生に渡した教員名簿と担当教科、『兵庫医科大学誌』創刊号に掲載された1973年(昭和48)2月1日現在の人事と比較した。

一般教養科目は、人文系=5(心理学、哲学、倫理学、文学、歴史学)、社会系=4(社会福祉学、社会学、法学、経済学)、自然系=4(数学、物理学、化学、生物学)、外国語科目=3(英語、ドイツ語、フランス語)と保健体育科目=2(保健理論、体育実技)の18学科目。基礎講座は解剖学、生理学、生化学、薬理学、病理学、細菌学、衛生学、公衆



高野山でのオリエンテーション(遍照光院宿坊で)

衛生学、医動物学、法医学の10講座。臨床講座は、内科学、精神科学、小児科学、外科学、整形外科、皮膚科学、泌尿器科学、眼科学、耳鼻咽喉科学、産科婦人科学、放射線医学、麻酔学の12講座と自由選択講座の医学的心理学、遺伝学となっている。教員は教授、助教授、講師合わせて72人、そのうち基礎講座関係は26人を予定していた。

しかし、認可の1年遅れなどから開学年度に教壇に立つか着任したと思われるのは助手、非常勤を除くと教授25人、助教授14人、講師8人の47人とどまり、開講されたのは一般教養で11学科目、基礎では7講座となっている。その後も教員の補充は続けられた。『兵庫医科大学誌』通巻第2号によると、新たに73年8月1日までに着任したのは教授12人、助教授13人、講師15人の40人、合計で87人となり、森村の意図とした体制が整った。助手は同年8月31日現在で66人が在籍している。ちなみに看護婦と職員を含めると開学時の全スタッフは、490人だった。

コラム「嘘つき」

医師会での2年毎の行事である、役員改選が始まった。この雑誌の出る頃になると、郡・市や県の方は大体顔ぶれも決って、夫々の役員の方々には2年間御苦勞様を願わねばならない。医師会なんかの役員は、代議士や市会議員と違って、それが生計の資になる訳でもないし、特別な利権ともつながらないのだから、まして小さな器の中の人事だからよく性格も知っていることだし、大した争いにもならないだろうと思えるのにそうもいかないのは、どうしたことだろう。思いもかけないデマがとんだり、嘘だと分りきった噂が流される。お互いが自分の能力を覚り、他人の働きを認めたならば、こんな醜いことが起こらないですむのにと残念であるが、人間社会はそうもゆかないものらしい。

「嘘つき」という行為を精神医学的にみると大変面白い。子供が他愛もない嘘を平気でつく様

に、大人でも人格的に未熟な人は、如何に頭脳明晰であっても、時にとんでもない馬鹿げた嘘をつく性格がある。これは周りの人々にとっては大変迷惑だ。その人の性格をよく知っている人ならば、「ああ又か」で済ませるが、知らない人はその嘘を本当にしてしまう。世の中には、そういう「いざこざ」が大変多いものだ。Pseudologia Phantastica という学説まであるが、一種のヒステリーである。嘘だと気付くまでに、世間が、大騒ぎをさせられることがある。これなどは、しかしまあ悪気があるわけではないから、踊らされた方は、後になって自分の不明を悔やむより仕方がないが。その他軽躁状態になる時に話が多少、大きくなったり他人を利益誘導したりする。しかし中には本当に他人を陥れるためにだけ嘘を云う人がいるが、これは本当に悪質な人間だ。その他結局は、人間の言葉でも、実行の上でも、その儘の表現ということは出来ないのだから、多少は修飾があることは致し方がないが、良識ある医師会員はそういう嘘言には惑わされまいだろうけれど、無関心のために乗せられることがある。

森村茂樹先生が「兵庫県医師会報」第219号(昭和47)2月5日発行に書かれた編集後記から。

コロナ禍の今、フェイクニュースに惑わされないように注意したいと思う。

◇のびのび運動をさせたい

大学のグラウンドは、武庫川病院跡地につくられた4,000㎡ほどの第1運動場しかなかった。体育実技も運動クラブの練習も思うようにできない。生瀬のグラウンドは遠すぎた。武庫川河川敷を使うことで何とか決められたカリキュラムをこなしていた。こんな環境に心を痛めていた森村は、土地を物色した。大学と余り離れていては効果が半減する。狙いを絞ったのは1号館の北側、阪神電鉄神戸線を渡った線路沿いにあった中山製鋼グループの尼崎製鉄グラウンドだった。



尼崎製鉄の寮(左)とグラウンド(右側)。
現在、平成記念会館が建つ(昭和46年7月)

森村は財務局長青木峰男に調査を命じた。大阪生まれの青木は1950年(昭和25)京都大学を卒業、住友銀行から1973年(昭和48)大学に出向、当時46歳で不動産関係にも精通していた。

「こちらから買いたいと言えば、高くなる、さあどうする」

交渉の方法など考えていた1976年(昭和51)初頭、尼崎製鉄から買い取りを申し込んできた。まさに渡りに舟だった。周辺住民からも歓迎の声が上がリ、売買契約はスムーズに進み3月31日に取得した。その時、同製鉄はグラウンド北側に隣接する自社寮の買収も希望したが、大学の資金繰りなどから延期された。

第2グラウンドとして土の入れ替えなど整備、4月20日にオープンした。広さ7,480㎡、200mトラックが取れた。そして、2年後の1978年(昭和53)5月17日に寮を買収、全体の広さは1万444㎡となった。1981年(昭和56)12月には武道場とテニスコート2面、アーチェリー標的を新設、寮の一部に卓球場を移設した。運動部17、文化部8の全クラブが部室を確保した。現在、平成記念館が建っている。

森村は西日本医科学学生総合体育大会(西医体)の応援にも積極的だった。本学の西医体加盟申請が1972年(昭和47)7月12日に承認され、クラブが初めて正式に参加したのは翌年の夏、金沢市を中心に開催された第25回大会だった。卓球、軟式テニス、硬式テニス、準軟式野球、剣道、柔道、サッカー、

ラグビー、陸上競技、水泳、ヨットの11部、157人、写真撮影や応援を含めると200人ほどになり、全学生の8割近くが参加した。また、1977年(昭和52)冬季では、スキー部門を主管した。長野・戸狩スキー場でアルペンと距離競技が行われ、本学の学生会長、運動部を中心とする30数人と神戸女学院大学スキー部員が会場の設営から旗門員、計時員、記録係などを努めた。応援する森村、トロフィーを渡す森村、満面の笑みを浮かべた写真が残っている。



西医体スキー大会の表彰式

◇理事長と学長兼務

初代学長の辻昇三が、就任8か月後の11月20日体調不良で辞任、翌年4月4日に肺がんで逝去した。64歳だった。辻は神戸大学を退官する前から姻戚関係にある当時の大蔵省事務次官相沢英之への働きかけを行い、何度も東京へ足を運んでいた。兵庫医科大学設立に大きな功績があった、と言われている。

森村は理事長と病院長、さらに2代目学長を兼任することになった。病院長は1974年(昭和49)3月31日、耳鼻咽喉科学教授浅井良三にバトンタッチしたが、理事長と学長は1979年(昭和54)11月24日まで務めた。

◇地域医療の推進に大きな成果

それは1974年(昭和49)春、宝塚市から市民病院開設の依頼から始まった。大学から医師、看護婦、検査技師らスタッフ派遣によるもので、当時は大学

病院の整備、拡充すら思い通り進んでいなかったが、全面協力することにした。翌年4月1日、宝塚市小浜に「宝塚健康増進センター」が開設され、健康増進対策と疾病予防策等疾病の早期発見の手助けを始めた。1976年(昭和51)になって「宝塚市立健康増進センター」と名称変更され、運営が市に移管された。1984年(昭和59)4月宝塚市立市民病院となった。

兵庫県の僻地医療を担う医師養成は、すでに触れたが開学時から県の推薦制度として受け入れている。1979年(昭和54)まで毎年5人、翌年から1人になったが、2005年(平成17)に3人、そして2009年(平成21)から再び5人に復活した。この間、1992年(平成4)と2004年(平成16)は受け入れゼロだったが、これまで100人前後の医師が県内の日本海側から瀬戸内海の島々、山間部などで活躍している。

医療スタッフの派遣事業も県全域を視野に行っている。県最北端、日本海に面した浜坂町(現在は新温泉町)が、1973年(昭和48)に開設した公立浜坂病院が医療スタッフ不足からくる利用者の伸び悩みで経営が悪化した。県衛生部の要請で、1978年(昭和53)5月から病院長、内科、外科、眼科などの医師派遣を始めた。現在も中堅、若手の医師が順番に赴任、地域の核病院としての機能を維持している。また1980年(昭和55)から大阪・吹田市の長堀病院では内科から始まり、耳鼻科、眼科、整形外科医を派遣している。これらの実績は、国立篠山病院を建て直し系列化へとつながった。現在の丹波篠山市、篠山キャンパス・ささやま医療センターである。

コラム「雀のスズちゃん」

昨年の6月8日正午ごろだった。くちばしの黄色い小雀が、玄関前階段の踊り場でうずくまっていた。近づいても動かない。右足首に木の葉をくっつけた蜘蛛の糸が絡んでいた。動けないのだ。近くの電線には2羽の雀がピーピー、ピーピー鳴いている。小雀は鳴かない。

折れそうなほど細い足首から蜘蛛の糸を取っ

た。庭に放したが弱々しくピョンピョン跳ねるだけ。飛び立つ元気はないようだ。隠れて様子を見ていると、親鳥らしき雀がそばに降りた。口移しに何かを与えようとしているが、うまくいかない。



雀のスズちゃん

やがてモズが鳴き、カラスも飛び回る。

日差しが照りつける。午後3時ごろ保護することに決めた。切り刻んだ新聞紙を段ボール箱に敷いた。息子たちから「どこか怪我をしているかわからない。あまり触らないほうが良い」「米を砕いて与えるのも良いようだ」と心配するメールが入る。

綿棒に水を浸して与えようとしたが、うまくいかない。何度か挑戦しているうちに手の指に乗ってきた。綿棒を口元に寄せるとついばむ。何度も何度も。メダカの餌を練って与えた。少し食べた。夕方までうずくまっていた小雀がピーピー鳴きだした。外でもピーピー、しばらく続いた。暗くなると全く動かなくなった。

翌朝の5時ごろから家の中と庭で親子デュエットが始まった。小雀を庭に出した。すぐに親鳥が飛んできた。餌やりが始まった。10分間隔ほどで飛んでくる。餌がない時は様子を見に来て、また飛び去る。6回ほど続いた。その後、親鳥は近くの電線や木の枝から見守るようにピーピー。飛び立つように促しているのだろうか。

11時50分ごろ親鳥が小雀の横に降り、周りをピョンピョン。そして親子は相次いで庭木の枝に飛び上がり、別れの挨拶をしているのか、ピーピーピーピー。しばらくして元気に飛び去った。我々はスズと名付けて飼う気でいた・・・

あの日から雀がよくやってくる。きっとスズちゃんもいるのだろう。雀の寿命は3年ほどだという。コロナ禍に小さな楽しみとなった。

◇知的施設の骨格づくり

森村は病院、校舎などの建設改築、医学教育と研究、臨床を担う医科大学の知的施設の骨格づくりを急ピッチで進めた。



昭和53年の施設群



昭和53年ころの鳥観図①1号館(病院棟)②2号館③3号館④4号館⑤5号館⑥6号館⑦7号館⑧1号館付属棟⑨MR棟⑩第2グラウンド⑪クラブハウス

大学病院本館となる1号館が1973年(昭和48)に完成する。地上13階、地下1階、延べ床面積4万3,087㎡、総工費53億円。5月から外来診察部門、中央臨床検査部門の移転開業が始まり、翌年の4月5日には13階に第一内科単科棟が開かれ、全病棟が稼動した。10月には一般病床を1,024床に拡充して設置基準をクリア、既存の精神88床、結核38床を合わせると1,150床となった。

武庫川高等看護学院も拡充した。看護婦増員計画で1974年(昭和49)から1クラス38人を58人としたが、教室が足りない。兵庫医科大学1号館

3階を教室に、5階を実習室、5号館の1部を音楽室として使用した。

7号館(3階建て、1,456㎡)が1974年(昭和49)4月に完成、講義室と実習室を備えた3号館(5階建て、4,313㎡)とコバルト治療棟(2階建て、336㎡)が8月に竣工、12月には新武庫川病院の建物を利用して2号館(5階建て、延べ5,666㎡)の改装が終わった。1号館の完成に伴う工事で、基礎の教室と共同研究室に造り替えた。

共同利用施設の充実は開学当初からの目標でもあった。

森村は大学の柱の1つとして研究の重要性を認識していた。開学間もないころに共同研究室設置準備委員会を発足させ、最新の設備機器を集中的に配備、共同利用する場の構築を目指した。ここでは各講座、研究室の自主性を発揮しながら自由で活気に満ちた研究環境をつくり出したいという思いがあった。

共同研究施設の第1号は、1974年(昭和49)4月に完成した中央動物実験室(7号館3階建て、延べ1,456㎡)だ。同室は人工心臓装置を備える動物手術室、X線室を含む動物実験分野とイヌ、ネコ、サル、ウサギ、ラット、マウス、ハムスターなどを収容する飼育室が配置された動物飼育分野の2本柱であった。その後、1990年(平成2)に動物実験施設として分離独立した。

共同研究室が正式に開設したのは、2号館(5階建て、延べ5,666㎡)の改修を終えた1975年(昭和50)4月だった。形態学系分野、生理学系分野、生化学系分野、一般共通分野とRI-R実験室からなり、形態学系では電子顕微鏡、光学顕微鏡、組織培養室に絞った。形態学研究を行っていない人でも利用しやすいように超薄切片作製のためのミクロトームや光学顕微鏡用の特殊なミクロトームを設置した。生理学系は電気生理室、呼吸血液室、人工気象室、光弾性実験室、体力テスト室など。生化学系は分離用超遠心、分析用超遠心、液体クロマトグラフィー、ガスクロマトグラフィー分析、原子吸光、分光分析などの実験室や低温実験室を

造り、一般共通分野としてデータ処理室、工作室、写真室と蒸留水などの中央供給を配した。研究費は1講座当たり国公立大学医学部が20万円～30万円台だったころ100万円～200万円が支給された。

また、設立当初から研究者相互の交流を目的に始まったビールパーティー、実験動物慰霊祭と連動した忘年会は現在も続いている。

8号館建設が1978年(昭和53)4月から始まった。県と阪神間6市1町からの要請で第3次救命救急センターを併設するもので、地下1階、8階建て一部6階、延床面積は1万2,746㎡となる。地下に高エネルギー放射線治療部と一部機械室、1階は救急患者治療室と

ICU病室、2、3、4階が混合病棟と第3、第4内科病棟、5階から7階は医局研究室で、胸部外科、眼科、耳鼻咽喉科、整形外科、皮膚科、放射線科、第3、第4内科と第1内科が入る。最上階の8階には会議室とカンファレンス・ルームなどが設置された。



8号館(昭和55年1月竣工)

8号館は1980年(昭和55)1月31日に完成、2月1日に竣工式典が同館8階会議室で行われた。そこに森村の姿はなかったが、置き土産となった救命救急センターは同年4月に開設された。現在では阪神間7市1町、約158万人をカバーする3次救急医療機関として機能している。

これら施設の建設が、全てスムーズに進んだとは言えなかった。近隣住民からの苦情もあった。森村は情に流されやすい自分の性格を知っていた。直接話を聞くと進む話も進まなくなるといった。第三高等学校同窓会で良く顔を合わせる後輩の小

泉五郎に施設建設の現状を話した。森村が小泉に白羽の矢を立てたのは、小柄だが度胸もあり弁も立ち理論整然と話す事だけでなく、学生時代肺結核で3年間ほど療養した経験から弱者への思いやりがあり、相手の話しを真摯に聞いてくれるだろうと思った。小泉は京都出身、1948年(昭和23)京都大学理学部卒、高校教師や毎日放送の営業を経て、当時西宮・甲子園に住み建築設計事務所で働いていた。小泉は1973年(昭和48)施設部長として48歳で入職、住民折衝に当たった。

「森村先生から助けて欲しいと連絡を受けた。最終決定者である先生を交渉の場に出さない、これを基本に計画を練った。日照権、眺望権、騒音問題など世間で騒がれ始めたころだったが、病院での診療等を大学職員並みにする特典を住民に提示、了解を取った事もあった。この特典は、昭和55年ころ廃止された。先生は根っからのぼんぼん。多趣味で腹の大きい人だった」

これらの建物群で、2021年3月に現存するのは病院本館の1号館と2、8、9号館だけだ。3～7号館の跡地には17年(平成29)11月に教育研究棟が竣工、20年(令和2)末には立体駐車場が完成した。

◇視聴覚教育センター

医学教育は他の専門教育と比べて伝達する情報量が多く、多彩でありメディアとしての視聴覚教育は重要だった。センターの前身は1977年(昭和52)5月に誕生した「視聴覚準備室」、翌年に中央写真室と統合、電子画像から光学画像までの映像情報を扱う独自の施設に成長した。講義室や実習室、中央手術室などに視聴覚機器の導入とソフトの購入充実をはかり、その後1984年(昭和59)8月、9号館に移転拡充して「視聴覚教育センター」となった。スタジオは西日本でもトップ機能の設備を誇り、学会発表や講義用資料づくりなどに活用されている。

◇大学院開設

第1期生が卒業する1978年(昭和53)春の大学

院開設は、大学にとっての至上命題だった。構想は開学当時から掲げられているが、委員会を立ち上げ本格的に活動を開始したのは1977年初めだった。実務は学務部長角田英夫を中心に教務学生課長榎田順二が兼務、聖マリアンナ医科大学での経験を買われた施設部管財課飯田俊一が専任となり、準備室に異動した。

申請する大学院医学研究科には生理、病理、社会医学、内科、外科の専攻5系に30の授業科目が配置され、募集定員を60人とした。現職の教員は国立大学のOBが多く、年齢的にも兼務が難しく、ほとんど新規採用になった。1977年11月30日、大学院設置認可申請と寄附行為変更認可申請を提出した。角田は回想する。

「20キロを超す書類を運ぶとき、初めは森村先生の愛車、白のリンカーン・コンチネンタルにする事になったが、セキュリティ面で不安があると日本通運の現金輸送車になった」

文部省の事前審査は一筋縄には行かなかった。院生専用の居室はあるか、と言われ大至急改装するケースもあったが、特に問題にされたのが就任予定の(合)教員の業績だった。年齢だけでなく研究論文数は規定以上か、新規の論文はあるか、評価を得ているかなどだった。基礎系教員にもクレームがつく。新たな候補者を探す。だが、同じ年に開設した7大学も大学院開設を目指しており、実績のある教員は引く手あまた。難航したが、縁故をフル動員して人選を繰り返して再申請、またクレームがつく。再度提出する。

森村、角田らに大学認可1年延期の悪夢が蘇えてくる。

翌年1月14日に私立大学審議会が開かれ、15日には大学設置審議会が実地調査、さらに23日東京で大学設置審議会専門委員会による事情聴取が行われた。

悪夢は森村らの取り越し苦労に終わった。審議会から教員組織や所蔵図書、研究施設の優秀さなども評価され、申請している大学のトップを切って、3月24日付けで認可された。

「森村先生の喜びは半端ではなかった。2千人ほどの全教職員に1万円の祝儀をだしたほど・・・」

口頭試験で選抜した16人が、6月5日入学した。その中には森村の次女与喜子もいた。

◇地元の病院

「納涼盆踊り大会」が兵庫医科大学教職員共済組合主催で1975年(昭和50)8月に行われた。阪神電鉄の北側にある第2グラウンドに3層の櫓を組み、提灯と紅白の幔幕といった昔ながらの舞台を設置、ムードを盛り上げた。軽音楽部の演奏で幕を開け、日本民謡若杉会の三味線、太鼓、唄をバックに炭坑節や河内音頭などを踊る地域住民や大学職員、家族らの輪が二重、三重と広がり大盛況に終わった。開催場所は武庫川沿いの第1グラウンドに移されることもあったが、1977年(昭和52)夏の開催が最後になった。

この盆踊りは、武庫川脳病院時代の1947年(昭和22)夏、森村の母・豊の発案で始まり地域の名物行事になっていた。



武庫川病院時代から続く盆踊り(昭和50年8月5日)

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。記事のベースは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」(神戸新聞総合出版センター、「武庫川脳病院から80年」(財団法人仁明会仁明会病院赤い羽療園、2008年6月出版))などです。

仁明会精神衛生研究所 業績報告(2020.1～2020.12)

【論文・刊行物など】

1. 森村安史 コロナ禍の裏で忘れられた事件 日精協誌第39巻・第9号 2020.9
2. 三好功峰：パーキンソン病精神病(Parkinson's Disease Psychosis)とはなにか。仁明会精神医学研究 17,37-46,2020
3. 三好功峰：パーキンソン病のタンパク質ミスフォールディングとプリオン仮説。仁明会精神医学研究 18,72-83,2020
4. M Takeda, S Tagami. A History of Antidementic drug development in Japan. Taiwanese J Psychiatry,33,20,2020
5. Katsuhiko Yamasaki, Tomonori Hasegawa, Masatoshi Takeda. Serum level of soluble interleukin 6 receptor is a useful biomarker for identification of treatment-resistant major depressive disorder. DOI: 10.1002/npr2.12100, Neuropsychopharmacology Reports1-8, 2020
6. Masatoshi Takeda. Aiming for prosperous rehabilitation science. Cognition & Rehabilitation 1,1, 2020
7. Masatoshi Takeda, Kumiko Terayama, Toru Furui, Takeshi Kamishima, Kazuki Nomura, Misa Nakamura, Aoi Ashizuka. Cognitive reserve and cognitive rehabilitation. Cognition & Rehabilitation 1,4-7, 2020
8. Shinji Tagami, Masatoshi Takeda, Masayasu Okochi, Clinical trials for Alzheimer disease and perspectives. Cognition & Rehabilitation 1,12-19, 2020
9. Naotaka Shinfuku, Masatoshi Takeda. Neuroinflammation and plasmalogen hypothesis of Alzheimer's disease. Cognition & Rehabilitation 1,27-34, 2020
10. Seigo Minami. Masatoshi Takeda. Program for rehabilitation of the chronic severe hemiparesis upper extremity of cerebral stroke survivors; application of purposeful activities and an electrical stimulation therapy program. Cognition & Rehabilitation 1,74-82, 2020
11. Katsuhiko Yamasaki, Masatoshi Takeda. Pathophysiology of major depressive disorders related to the relationship between inflammation and the nervous system. Cognition & Rehabilitation 1,90-101, 2020
12. Masatoshi Takeda, Kenji Ishikawa, Takao Inoue, Junya Orui, Morihiro Okada, Takeshi Kamishima, Koichi Shimano, Maki Takei, Fumie Tazaki, Shunsuke Nakamatsu, Takako Mizuno, Seigo Minami, Eiji Taniguchi, Kumiko Terayama. Late-life Depression and Rehabilitation. Cognition & Rehabilitation 1,112-116, 2020
13. Masatoshi Takeda, Kayo Matsuo. Editor's Note. Cognition & Rehabilitation 1,122, 2020
14. 武田雅俊、認知症と精神疾患、188-202、大内尉義編集、標準理学療法学・作業療法学老年学第5版、医学書院、2020
15. 武田雅俊、SNS時代とゴールドウォータールール、医学のあゆみ、272(3),245-246,2020
16. 武田雅俊、公認心理師への期待と課題、医学のあゆみ、272(4),331-332,2020
17. 武田雅俊、認知症施策大綱と認知症対策官民イノベーション実証基盤整備事業、医学のあゆみ、272(6),545-546,2020
18. 武田雅俊、渡邊幹生、高橋泰子、SNS時代の選挙と精神医学、大阪河崎リハビリテーション大学紀要 14, 3-12,2020
19. 武田雅俊、渡辺幹生、アルツハイマー病の視覚障害と瞳孔対光反射、仁明会精神医学研究 17(2), 61-74, 2020
20. 武田雅俊、解題「精神薬理学の黎明期においてセレンディピティが果たした役割、仁明会精神医学研究 17(2), 144-145, 2020

21. 武田雅俊、編集後記、仁明会精神医学研究 17(2), 178, 2020
22. 武田雅俊、認知予備力と認知症予防、臨床精神医学 49(5), 573-582, 2020
23. 武田雅俊、編集後記、臨床精神医学 49(5), 692, 2020
24. 武田雅俊 解題「台湾における新型コロナウイルス感染症の予防対策」仁明会精神医学研究 18(1),70-71,2020
25. ラモンカカベロス、武田雅俊、ニューロン理論を確立し構造神経科学の基礎を築いた偉人サンティアゴ・ラモン・イ・カハールとその時代の神経科学業績、仁明会精神医学研究 18(1),116-122,2020
26. 武田雅俊、ラモンカカベロス、翻訳「大脳皮質の外傷性変性過程について」、仁明会精神医学研究 18(1),123-135,2020
27. 武田雅俊 解題「北京市高校生の人格障害の現状についての調査研究」仁明会精神医学研究 18(1),136,2020
28. 武田雅俊 編集後記、仁明会精神医学研究 18(1), 178, 2020
29. 武田雅俊、神庭重信先生への感謝と応援、神庭重信教授体感記念誌、28-29、九州大学大学院精神病理学、2020
30. Kazuo Abe. Phenotypic variability in ALS-FTD and effect on survival. Neurology Published Ahead of Print on April 10, 2020 as 10.1212/WNL.0000000000009398.
31. Kazuo Abe. Speech Disorders in Progressive Supranuclear Palsy Pages 30-33 International Journal of Speech & Language Pathology and Audiology DOI: <https://doi.org/10.12970/2311-1917>.
32. 月岡 裕司, 尼岸 正行, 阿部 和夫. 純粋中脳梗塞による複視により動揺性の歩行が出現した症例に対するリハビリテーション治療の経験. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine (1881-3526) 57 巻特別号 Page2-P2K-20-2.
33. 阿部和夫. 総論第2章 運動症状と薬物療法. パーキンソン病の理学療法第二版. 松尾善美、奈良勲、編. 医歯薬出版 pp30-36, 2020.
34. 阿部和夫. 総論第7章 疲労. パーキンソン病の理学療法第二版. 松尾善美、奈良勲、編. 医歯薬出版 pp71-76, 2020.

【社会貢献】

武田雅俊

日本精神神経学会認知症委員会委員長

日本精神神経学会代議員

PMDA 精神神経薬評価委員

AMED 認知症対策官民イノベーション実証基盤整備事業プログラムオフィサー

AMED 精神障害分野評価委員

AMED 慢性疼痛障害評価委員

自賠責保険紛争処理機紛争処理委員

感情行動認知(ABC)研究会代表世話人

臨床精神医学編集委員

先進医薬財団理事

【講演・口演など】

1. 森村安史 座長 令和元年度認知症初期集中支援事業 多職種研修「認知症と自動車運転～認知症専門医と兵庫県警、参加者で考える～」三木市教育センター 2020. 2. 2
2. 森村安史 座長 令和元年度認知症専門研修会「認知症における多剤併用のリスク」兵庫県医師会館 2020. 2. 22
3. 森村安史 Web セミナー司会 第13回西宮認知症ネットワーク講演会「認知症と関わる睡眠の問題

と治療」 配信拠点 兵庫医科大学 2020. 11. 7

4. 武田雅俊、「Nun Study が明らかにしたこと」、仁明会セミナー、仁明会病院、2020.01.20
5. 武田雅俊、論文紹介、CRRC セミナー、大阪河崎リハビリテーション大学 5F、2020.01.28
6. 武田雅俊、仁明会セミナー「neuromodulation と TMS、DBS」、仁明会病院、2020.05.11
7. 武田雅俊、論文紹介、CRRC セミナー、大阪河崎リハビリテーション大学 5F、2020.05.26
8. 武田雅俊、仁明会セミナー「新型コロナウイルス感染と ACE2 受容体」、仁明会病院、2020.06.01
9. 武田雅俊、仁明会セミナー「新型コロナウイルス感染症と RAAS と降圧剤」、仁明会病院、2020.07.06
10. 武田雅俊、ゼプリオン TRI 専門家協議、医薬品医療機器総合機構会議、リモート、2020.07.15
11. 武田雅俊、CRRC セミナー Covid-19 による multisystem inflammation syndrome、大阪河崎リハビリテーション大学、2020.07.28
12. 武田雅俊、仁明会セミナー「新型コロナウイルス感染症と精神症状」、仁明会病院、2020.08.03
13. 武田雅俊、「精神医学からみた脳神経内科学への期待と展望」第 61 回日本神経学会学術集会特別講演、岡山市、リモート、2020.08.31
14. 武田雅俊、仁明会セミナー「ベンゾジアゼピンは認知症のリスクを高めるのか」、仁明会病院、2020.09.07
15. 武田雅俊、仁明会セミナー「カンナビジオール(CBD)とサイケデリックスの精神科医療への応用」、仁明会病院、2020.10.05
16. 武田雅俊、FM 和歌山放送「大阪河崎リハビリテーション大学健康講座」、2020.10.05
17. 武田雅俊、CRRC セミナー 論文紹介、大阪河崎リハビリテーション大学、2020.07.28
18. 武田雅俊、仁明会セミナー「米国における自殺対策」、仁明会病院、2020.11.02
19. 武田雅俊、CRRC セミナー 論文紹介、大阪河崎リハビリテーション大学、2020.11.26
20. 武田雅俊、日本認知症学会シンポジウム座長、リモート、2020.11.27
21. 武田雅俊、日本精神神経学会シンポジウム座長、リモート
22. 武田雅俊、感情・行動・認知(ABC)研究会、シンポジウム座長、リモート収録新大阪ワシントンホテル、2020.10.08
23. 武田 敏伸 ロナセンター発表記念 精神科心療内科における地域連携を考える会
一般演題：施設取組紹介 座長 ホテル竹園芦屋 2020.1.18
24. 武田敏伸 尼崎医師会後援産業医講習会 「うつ病と自殺－自衛隊阪神病院の経験から」発表 尼崎産業会館 2020.1.25
25. 武田敏伸 吉富製薬 西宮市精神科医会学術講演会 座長 西宮医療会館 2020.2.1
26. 武田敏伸 社内勉強会講師 ヤンセンファーマ株式会社 「統合失調症患者の就労につながる LAI 活用について」仁明会クリニックよりオンライン配信 2020.8.27
27. 武田敏伸 大塚製薬 オリエンタルホテル旧居留地 DPA の適正使用を考える会 座長 2020.9.4
28. 武田敏伸 Meiji Seika ファルマ(株)阪神営業所会議室 社内勉強会講師 「剤型と安全性から考える抗精神病治療薬」 Meiji Seika ファルマ(株)阪神営業所会議室 2020.9.8
29. 武田敏伸 大塚製薬適応追加記念講演会「精神疾患の維持期を見据えた LAI の役割」 発表 生田神社社会館 2020.10.21

看護部の実績

著書

1. 大塚恒子：高齢者介護の現場における身体拘束の現状と考え方，認知症ケア 季刊誌秋号，日総研出版，P3-9，2020

看護研究発表

1. 大塚恒子、松尾結紀、奥田 仁：認知症の身体拘束を避けるケア方法～カンファタブル・ケアの検

- 証～, 第24回日本看護管理学会, インフォメーションエクステンジ(Web), 2020, 8
2. 西口典子: 精神科訪問看護における意思決定に関する課題～精神科訪問看護師の語りから～, 日本精神保健看護学会 第30回学術集会(Web), 2020, 8
 3. 大塚恒子: 臨床推論を認知症看護に活かす～原因疾患を見極め看護介入の修正をした事例を通して～, 第52回日本看護学会学術集会(誌上発表), 2020, 9
 4. 岩部政人、森川 晋、矢野優子、栗塚陽子、大塚恒子: 授業デザインと授業リフレクションを活用した実習指導, 第27回日本精神科看護専門学術集会(Web), 2020, 12
 5. 大塚恒子、矢野幸一(福岡県共同生活援助心の家—ほたるリゾート): 精神障がい者の地域包括ケアシステムとしてグループホーム職員への教育方法を考える, 第27回日本精神科看護専門学術集会(Web), 2020, 12
 6. 平松 悟、長富大輔、井本衣代: 行動制限最小化シート導入後の一考察, 日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会(Web), 神戸, 2020, 12
 7. 大塚恒子、前田幸史: 精神科訪問看護のGAF尺度を適正に評価する方法, 日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会(Web), 神戸, 2020, 12
 8. 大塚恒子、森川 晋: 脳の構造・機能を踏まえた臨床推論を精神科看護に活かす～病的体験から独善的で拒絶の強い統合失調症患者の看護介入を通して～, 日本精神科看護協会兵庫県支部看護研究発表会(Web), 神戸, 2020, 12

講演

1. 大塚恒子: 身体拘束回避につながる認知症の正しいアセスメントと対応, 日総研主催, 東京, 2020, 10
2. 大塚恒子: 主任に必要な看護管理技術と対人スキル, 日総研主催, 東京, 2020, 10

日本精神科看護協会の研修会の講演(協会本部と支部)

1. 大塚恒子: 認知症の理解とケア(診療報酬算定要件研修)(2日間), 兵庫県支部, 2020, 8・10
2. 大塚恒子: 認知症の理解とケア(診療報酬算定要件研修), 日精看(Web研修), 2020
3. 大塚恒子: 行動制限をなくすための認知症ケアのコツ, 兵庫県支部, 2020, 10
4. 大塚恒子: 精神科ナースの認知症ケアのポイント, 日精看(Web研修), 2020
5. 大塚恒子: 精神科看護管理セミナー リーダーシップのコツ, 日精看(Web研修), 2020
6. 大塚恒子: 看護研究発表講評認(Web), 和歌山県支部, 2020, 10

精神衛生研究所における講演

1. 外部講師: 行動制限に伴う法的根拠と倫理的課題, 2020, 8
2. 外部講師: 医療事故を予防するために看護職が備えるべき要件, 2020, 8
3. 大塚恒子: 身体拘束を回避する認知症ケア① 認知症疾患を理解する, 2020, 8
4. 大塚恒子、外部講師: 頭部打撲の医学的理解とその看護, 2020, 9
5. 外部講師: 組織の中で自分を生かすファシリテーション, 2020, 9
6. 大塚恒子: 看護補助者研修会① 認知機能低下の症状と認知症の区別, 2020, 9
7. 大塚恒子: 身体拘束を回避する認知症ケア② 周辺症状予防のケア, 2020, 9
8. 外部講師: 精神科薬物療法の知識から有効性と限界を学ぶ, 2020, 9
9. 外部研修: 気分障害の理解とケア, 2020, 10
10. 大塚恒子: 身体拘束を回避する認知症ケア③ 認知症と類似した病気の理解と対応, 2020, 10
11. 外部講師: 対応困難患者とのコミュニケーション方法, 2020, 11
12. 大塚恒子、外部研修: 脳の構造・機能の理解とケア, 2020, 11
13. 外部研修: 統合失調症の理解とケア, 2020, 11

14. 大塚恒子：看護補助者研修会② 高齢者や認知症患者にはいけない対応, 2020, 11
15. 大塚恒子：身体拘束を回避する認知症ケア④ 認知症患者を混乱させないカンファォータブル・ケアの実践, 2020, 12
16. 外部講師：訪問看護研修基礎編(診療報酬算定要件研修)3日間, 2020, 8・9・10

市民講座（心のコミュニティー）

1. 大塚恒子：認知症の周辺症状, 2020, 9
2. 大塚恒子：認知症の治療(薬物療法と非薬物療法), 2020, 10
3. 大塚恒子：高齢者や認知症患者への誤った対応, 2020, 11
4. 大塚恒子：認知症を介護する家族支援, 2020, 12

職能団体への支援活動

1. 岩部政人：西宮市医師会看護専門学校外部講師「精神科看護方法論Ⅱ」, 2020年度
2. 大塚恒子：西宮市医師会看護専門学校外部講師「精神科看護方法論Ⅱ」「看護管理論」, 2020年度
3. 大塚恒子：公益財団法人日本医療機能評価機構 精神科病院サーベイヤー 2020, 7, 2021・2

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、原典紹介、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. 論文題名、著者名、所属先、所属先住所、メールアドレスを日本語と英語でお付けください。
5. 300語以内の英文抄録をお付けください。
6. **Key words**(キーワード)を、日本語と英語で5-10個お付けください。
7. テキスト本文の章立てについては、「Ⅰ. はじめに」から始めて、以下の章立て番号は、「Ⅱ. ○○○」、「Ⅲ. ○○○」のように大文字のローマ数字を章立て番号としてください。
各段落内の章立ては、(第二段階)アラビア数字、(第三段階)アラビア数字片カッコ、(第四段階)小文字アルファベット片カッコ、(第五段階)小文字ローマ数字片カッコを使用してください。
第一段階 Ⅰ. Ⅱ. Ⅲ.
第二段階 1. 2. 3.
第三段階 1) 2) 3)
第四段階 a) b) c)
第五段階 i) ii) iii) (ローマ数字：小文字)
8. 図表については、図と表とのそれぞれに通し番号を付けてください。原則として、図のタイトルと説明は図の下に、表のタイトルは表の上に配置します。
9. 文献の記載は、日本語外国語を問わず筆頭著者名のABC順に並べ、番号を付けて記載してください。また、本文中の引用個所には肩番号を付してください。
10. 文献の表記は、以下の例に従ってください。
 - 1) 雑誌の場合
著者名：表題・雑誌名 巻(号)，頁 - 頁，発行西暦年
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) Tolin DF, Stevens MC, Villavicencio AL, et al.: Neuronal mechanisms of decision making in hoarding disorder. Arch Gen Psychiat 69, 832-841, 2012
 - 2) 単行本の場合
著者名：書名・版数・頁 - 頁，発行所，発行地，発行西暦年
著者名：論文名・(編者名)シリーズ叢書名巻数；各巻書名・頁 - 頁，発行所，発行地，発行西暦年

- 3) 三好功峰：大脳疾患の精神医学. 中山書店, 東京, 2010
- 4) 篠崎和弘、鷓飼聡、武田雅俊：高齢者の不安神経症. 精神科ケースライブラリー-高齢者の精神障害 (風祭元、武田雅俊編集). pp253-265, 中山書店, 東京, 1998
- 5) Miyoshi K, Morimura Y: Clinical Manifestations of Neuropsychiatric Disorders. In: Neuropsychiatric Disorders (eds. Miyoshi K, Morimura Y, Maeda K). pp.3-15. Springer, 2010

11. 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
一般財団法人仁明会 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

12. 利益相反について

利益相反について記載をお願いします。校正時に当方からお送りする利益相反申告書にご記入の上ご返送ください。利益相反がない場合には論文末尾に「なお、本論文に関して開示すべき利益相反はない」とご記載ください。

13. 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。

14. 編集委員会

武田 雅俊(編集長)、江原 嵩、大塚 恒子、武田 敏伸、前田 潔、松永 寿人、三好 功峰

令和2年3月改定

編集後記

2020年はCOVID-19が猛威を振るった一年であった。世界では1億人が感染し230万人が死亡した。本誌においても、18巻第1号には、「台湾のコロナ対策」、そして、本号では「コロナの精神障害」の総説を掲載した。

本号には、高名な三人の先生方からの特別寄稿を掲載した。山口成良先生は、1929年1月のお生まれで御年92歳の大先輩である。金沢大学精神科教授(1975-94年)の後、松原病院名誉院長として現在も診療を続けておられる。編集子が教授になった頃、金沢大学精神科は後任の越野好文先生であったが、今でも山口成良先生の背筋のピンとしたお姿を覚えている。勝手な想像であるが、姿勢の良い先生として山村雄一先生(阪大第三内科、総長)、祖父江逸郎先生(名大)、川北幸男先生(大阪市大精神科教授1966-92年)のお姿がすぐに思い浮かぶが、海軍での訓練の賜物であろうか。山口成良先生にはその後も精神神経学会などでご指導をいただいていたが、この度は脳波を開発したHans Bergerの生涯とヒト脳波発見の経緯についてご寄稿いただいた。世界で最初のヒト脳波の実例など脳波学創生記の様子についての生き生きとした描写はBergerの人となりと共に読者に感銘を与えることだろう。

守田嘉男先生は、三好功峰先生が京都大学教授として転出された後に、編集子と同じ頃に兵庫医科大学教授を勤められ、当時は年に二回はお会いしていたが、近畿精神神経学会などでの若い人への教育的配慮には常々敬服していた。ご定年後に故郷の鳥取市にお戻りになられたが、たびたび本誌記事についてご指導をいただいていた。この度、Weiszaecker博士の二冊をお選びになりGestaltkreisとPathosophieに関する論考をご寄稿いただいた。編集子も興味を持って再学習する良い機会となった。

池淵恵美先生は、昨年、帝京大精神科教授から平成帝京大学の臨床心理学研究科教授に移動されたが、精神科の心理社会的研究においては現役である。池淵先生には統合失調症の人の社会参加という先生の専門領域とかかわりの深い内容をご寄稿いただいた。全国の精神医学教室での数少ない女性教授であり、才色兼備の先生に対して、「群馬県は上州のからっ風と女性が逞しいことで有名ですね」と軽口をたたいたら、ニコリと優しい声でいなされたことがあった。

今回も台湾からのWinston Shen(沈武典)による野心作を掲載した。中国の経済発展と拡張主義により台湾の国際的地位が脅かされている現状を考えると、オーストロネシア語族という観点から台湾の国際関係を見直すことは、本誌の読者にも新しい視点を与えるのではないかと思う。編集子の個人的経験から言っても、親日家が多い台湾の人々が中国の覇権主義にどう対処するかは大きな問題であり、台湾を独立国として承認したいとの日本の世論は今後の台湾の繁栄に大きな力となりうるのではないかと思う。東沙諸島、尖閣諸島への中国による領有権の主張は、余りに極端すぎるのではないかとも思うが、いかがであろうか。

本誌の連載記事はなかなか評判がいい。本号の新福尚隆先生のWHO時代の活躍記事は秀逸であり、是非とも若い精神科医には読んでほしい。Norman SartoriusやHelen Herrmanなど見知っている人たちが登場していることもあり、興味深く読ませていただいた。国際機関で働く人に要求されるT字型の能力も初めて聞くアドバイスであったし、日本と国際機関で評価される人物像の違いも面白く読ませていただいた。戦略的思考の勧めも大変参考になった。企画書に①背景(background)、②目的(objective)、③対象(targets)、④アプローチ(approach)、⑤活動(activities)、⑥予算(budget)、⑦予想される成果(results)、⑧評価法(evaluation)を記載することの重要性を読んだ時にはなるほどと納得し、編集子も若い時期に戦略的思考を身につけていたら、幾分かは生産的なプロジェクトを遂行できたのではないかと思う。

第6回となる森村茂樹伝はいよいよ兵庫医科大学創設の項を迎えた。創設時のご苦労と秘話が散りばめられていて大変興味深い。新福先生の連載4回と松本順司氏による森村茂樹伝7回は次号で完結となる。次々号からは新連載を企画しているので、期待していただきたい。

また、本誌は読者からの要望もあり、より広く読んでいただくために、紙媒体からオンライン版への移行を進めている。

編集委員長 武田 雅俊

タイトル 「アルパカを抱く子供達」

撮影場所 ペルー

撮影年月 2010年6月

撮影者 森村 安史

コメント

クスコは3000mを超えるアンデスの高地に栄えた、古代インカ帝国の首都である。マチュピチュへの旅はこの街を起点にして出発する。町のバザールに行くとカラフルな民族衣装を並べたお土産物屋さんが軒を連ねている。子供達がお小遣い稼ぎに写真を撮らせてくれる。よく見るとこの三人は兄弟であろうか、それぞれが小さなアルパカの子供を懐に抱いているではないか。まるでぬいぐるみのようなモフモフしたアルパカのつぶらな瞳と、この子供達の人懐っこい瞳に、見知らぬ土地を一人で歩いていた私の心がホッと癒された瞬間であった。

仁明会精神医学研究
Jinmeikai Journal of Psychiatry

発行人：森村 安史

発行：一般財団法人 仁 明 会

発行日：2021年3月30日

編集委員会：武田 雅俊（編集委員長）

江原 嵩、大塚 恒子

武田 敏伸、前田 潔

松永 寿人、三好 功峰

（五十音順）

印刷：兵田印刷工芸株式会社

目次 仁明会精神医学研究 第18巻 (2) 2021年 3月

■ 巻頭言	一般財団法人仁明会 理事長 森村安史 …… 1
■ 特別寄稿	
■ Hans Berger の生涯とヒトの脳波の発見	社会医療法人財団 松原愛育会 松原病院 山口成良 …… 2
■ 二冊の書物によせて—ゲシュタルトクライスとパトゾフィー—	兵庫医科大学 名誉教授 守田嘉男 …… 8
■ 統合失調症の人の社会参加に向けた支援	帝京平成大学大学院 臨床心理学研究科 池淵恵美 …… 14
■ 思い出すままに (その三) —WHO の経験—	神戸大学医学部、ブッククリニック 新福尚隆 …… 22
■ 総説	
■ アルツハイマー病アミロイドβのプリオン様伝播の可能性について	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 三好功峰 …… 48
■ 中枢神経系および全身性疾患における大脳白質病変の臨床的意義 II. 大脳白質の組織病理と生理機能、および加齢と大脳白質病変について	医療法人桂信会 羽原病院、一般財団法人仁明会 精神衛生研究所 江原嵩 他 …… 58
■ 認知症に対する神戸市の取り組み —認知症「神戸モデル」—	神戸学院大学 総合リハビリテーション学部 前田潔 他 …… 73
■ コロナ禍における精神障害—生物学的側面を中心に—	一般財団法人仁明会 精神衛生研究所、大阪河崎リハビリテーション大学 武田雅俊 …… 80
■ 漢民族とオーストロネシア語族の視点から見た台湾の歴史 Department of Psychiatry, Wan Fang Medical Center, Taipei Medical University, Taipei, Taiwan Winston W. Shen …… 95	
■ 症例報告	
■ 環境調整と心理的アプローチにより著明に改善した高齢女性のうつ病の一例	兵庫医科大学 精神科神経科学講座 櫻井正彦 他 …… 114
■ 新型コロナウイルス流行による社会的要因により気分障害の増悪を認めた2症例	兵庫医科大学 精神科神経科学講座 増田綾子 他 …… 118
■ 妊娠後期に再発を呈した統合失調感情障害妊婦の一例 ～産婦人科との連携と社会資源活用に焦点を当てて～	兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 真殿茉莉 他 …… 122
■ 治療導入に入院加療を用い奏功した児童期強迫症の一例	兵庫医科大学病院 精神科神経科学講座 荻野俊 他 …… 126
■ 治療に難渋した成人期発症の回避・制限性食物摂取症の1例	一般財団法人仁明会 仁明会病院 新門加奈子 他 …… 131
■ 原典紹介	
■ ストリンドバルク (August Strindberg) 自伝 —精神病理学的人格分析— その2 アルフレッド ストルヒ (Alfred Storch) チュービンゲン	仁明会クリニック 武田敏伸 他 …… 136
■ 連載	
■ 森村茂樹伝 第6回 武庫川脳病院から兵庫医科大学 ユニークな試み 作家 兵庫医科大学非常勤講師 松本順司 …… 151	
■ 仁明会精神衛生研究所年間業績報告 (2020年1月～2020年12月) …… 167	
■ 仁明会精神医学研究・執筆規定 …… 172	
■ 編集後記 …… 174	