

サイカイアトリー・コンプレックス  
実学としての臨床

Psychiatry Complex

尾久守侑

Ogyu Kamiyu

## はしがき

「精神神経領域の、高齢者のマルチモビディティ」というのが、最初に設定されたテーマだった。高齢者は多疾患が併存することが多く、診療が難渋することが多いため、近年プライマリケア領域でこのマルチモビディティの研究が進んでいるらしい。「らしい」と述べたのはあまりよく知らないからで、この学問についても詳しくないし、高齢者のマルチモビディティの臨床研究にも一切携わっていない。しかし「多疾患が併存し臨床判断が容易ではない高齢者診療」というのは私の日常であり、これを読んでいる医師ないしは医療従事者の日常でもあるのではないだろうか。

「学問」ないしは「研究」という視座から複雑な事象を扱うとき、まず行うべきことは定式化のための現象の単純化である。これをしないと研究にならない。しかし、そのようにして得たアウトカムを臨床にもう一度返すとき、果たしてこの現場で、今この瞬間にそのエビデンスはどこまで適用可能なのかという判断を迫られることになる。もちろん、そのまま適用できることもあるだろうし、そうではないこともある。高齢者診療のような混沌とした問題が入り組む現場では特に、エビデンスの埒外で判断しないとまらないことのほうが、ひょっとして多いのではないかと思う。

本書では、「実学」という視座から高齢者診療を考えてみたい。医学は自然科学なので、科学の法則が意思決定の根拠になるわけだが、その科学現象たる疾患を取り巻く構造物は医者であり患者であり看護師であり、何にせよ生身の人間である。そこには不安に駆られた患者もいれば、寝不足により思考能力低下をきたした医師もいれば、息子の家庭内暴力にもややしなながら働く病棟スタッフもいるわけであり、これらがそれぞれ勝手に意思を持って動き、相互作用を及ぼし合って現場というものとは絶えず動いている。それを前提として、さらに患者には多疾患が併存し、ひどく混み合った病態を形成しているという実態が、高齢者の臨床である。

このような変数が極端に多い場で行われる一挙手一投足に、リニアに得られる解は存在しておらず、一つ一つの問題をおぼろげな部分を残しつつも何とか認識し、本当にこれでよいのかと迷いながら臨床判断を下していくしかないというのが、少なくとも私の目に映っている現実である。しかし、どこか最近の傾向として、エビデンスや、「〇〇理論」「〇〇モデル」といった一つの整った鑄型しょうけつを用いることで、この複雑系をコントロール可能と考える態度が猖獗を極めて思うように思う。

私にはこのような傾向が、複雑なことを複雑なままで扱わねばならない不安への防衛にみえなくもない。もちろんその鑄型には、全体を俯瞰する見取り図として作用するポジティブな側面もあることはよくわかっている。しかし、その鑄型からはみ出した部分をゴミとして切り捨ててしまうことで起きてくるネガティブな事象にどれくらいの人が目を向けているのだろうか。

本書は、実際に現場でどう考えどう動くかということについて、極めて個人的な考えを記した。個人的な考えというのは曲者で、極端なことになるとトンデモ医療とか、カルトみたいになってしまう危険性ははらんでいるのだが、そこは私の医師としてのまともさというか、常識の力

が問われていると思う。細かい部分で、読者と考えが一致しないということは、これはたくさんあるだろう。あくまで私はこう考えたというだけで、それが真理と言っているわけではないので、どうかご容赦いただきたい。

本書は3つの構成となっている。Part 1「診療感覚を練磨する」では、私が最も携わる機会の多い精神神経領域や内科領域の高齢者のケースをもとに、無自覚でいることで陥りやすい視点や、個人の中に診療感覚を育てていくことについて考えを記した。Part 2「表現形を読み解く」では、「診断」という鋳型ではなく「見立て」という視点をを用いて、患者の表現形をどのように読み解いていくかということについて記した。本書の肝はこの表現形の立式にあると言ってよい。難しいことだとは思うのだが、表現形を見立てることができれば、非精神科医であっても、“精神科的”な患者を「精神科の診断基準」を使わずに見立てることができると思っている。Part 3「実学としての治療」では、内科では必須の技術と言ってよい除反応や、治療抵抗性の“精神科的”な患者への介入方法、さらに薬を介した関わりの技術について記した。

どこかの教授でも臨床の大家でもない、ただの駆け出しの臨床医である私が、個の実感以外に何一つ裏打ちのない診療感覚を公開することなど恐怖でないはずがないが、この『サイカイアトリー・コンプレックス 実学としての臨床』という書名を持つ本書が、臨床を担う実務家一人一人の書棚で、速効性に遅効性に燃え始めることを、少なくとも今の瞬間は揺らぎなく信じている。

2021年7月

尾久守侑

はしがき ..... i

---

Part 1

診療感覚を練磨する

..... 001

**Introduction**

..... 002

---

Chapter 1

仮説に居つかない ..... 005

---

Chapter 2

未知を未知で説明しない ..... 025

---

Chapter 3

遅れるトリアージ感覚 ..... 037

---

Chapter 4

境界線を育てる ..... 051

---

Chapter 5

曇らない目はない ..... 065

---

Part 2

表現形を読み解く

085

**Introduction**

086

---

Chapter 6

診断という虚像 ..... 089

---

Chapter 7

表現のプリズム ..... 101

---

Chapter 8

「脆弱性 + 打撃 → 反応」の立式 ..... 115

---

Chapter 9

多重の嗅ぎ取り ..... 129

## 実学としての治療

.....	141
<b>Introduction</b>	142
.....	145
Chapter 10	145
除反応とファントム	145
.....	157
Chapter 11	157
システム崩し	157
.....	167
Chapter 12	167
鞘の内	167
.....	180
覚書	180
.....	182
参考文献など	182
.....	184
索引	184
.....	187
著者プロフィール	187

## Chapter 2

---

未知を未知で説明しない



我々は普段自分の専門領域の視点から患者を診るわけで、そこにはある偏りと、知識・経験の限界線のようなものが存在しています。これは誰にでも言える話で、たとえ総合診療医であっても総合診療医というある偏った視点と経験から診療をしているし、精神科と腎臓内科と消化器内科の専門医を持っている人が仮にいたとしても（実際そんな人いるのかは知りませんが）、そのカバーする範囲は広いかもしれませんが、必ず限界線はあるわけです。

例えば私は精神科医で、一般的な精神疾患はもちろん、精神症状でやってくる神経疾患を診る機会が比較的多く、さらに普段一般内科の外來を行っているので、内科外來にやって来る内科疾患に接する機会も多いです。そのような中に身を置いていると、脳神経内科や一般内科のすべてを網羅したかのようなデキレジ的万能感に襲われることがどうしてもあるのですが、実際は精神科医の視点から神経疾患や内科疾患を診ているに過ぎず、例えばこの間はおく普通の、脳神経内科医であれば何も考えずとも体が動くようなTIAのマネジメントがよくわからずに調べないといけなかったりしましたし、著しい高カルシウム血症の人をみたときにどう考えどう動くかというようなことも何となく方向性はわかりますが曖昧です。神経診察や身体診察だってよく突き詰めて考えると研修医に毛が生えた程度ですし、そう言い出すと精神科領域の中にだって知った気になってやっていることはたくさんあることに思い至ります。

我々が知っていること、できること、というのはとても狭い窓から覗いた外の風景のようなもので、一歩外に出ると思ってもいないような論理で思ってもいないような出来事が繰り広げられている可能性だってあるのです。とにかくそこに自覚的であること、どこが限界線なのかを意識しないと、大きな間違いを犯してしまう可能性があります。

限界線を自覚していないときに起こる、最もありがちな臨床上の誤謬として、「未知を未知で説明する」という現象があると思います。これは

未知であることを自覚できないために、それを未知で説明してしまうという思考過程を経ています。

なーんだバカなやつがいるな、と思うかもしれませんが、誰も「未知を未知で説明する」行為からは自由ではられません。未知は、既知だと思っている事柄の中に存在することが多いからです。時間のない中でも、現場で常に自分の思考過程をクリアにするという行為を疎かにしないこと、そして仲間との症例の頻繁な振り返りがこの事実気づかせてくれると思っています。ケースを使って考えていきましょう。

69歳男性。心窩部不快感や咽喉部の違和感が出現。内科を受診したが、検査で明らかな所見がなく、どちらかといえばストレスが大きいという話であったため、**身体症状症**として心療内科を紹介された。心療内科でスルピリド50mgが処方されたが、効果に乏しかったため徐々に増量され、外来のたびに増えて最終的に用量は600mgに達した。

症状は改善傾向にあったようだったが、ある日の受診日に、外来に入るなり「やあ、ここは大きな砂漠だ！ 砂漠とは大きな公衆便所のことです。なぜなら私は心を撒いているから！」と意味不明の発言をして、タップダンス様の動きをしたり、屈伸運動をしたりした。すぐに精神科外来に回されて、そのまま医療保護入院となり、精神科レジデントが主治医となった。

過去に精神疾患の既往はなく、前日まででは自営の店に出て働くなどできていた。

診察時、滝のような汗をかきながらタップダンスを続け、医師が挨拶をすると「よお佐々木、久保、ケンジ！ みんなで集まってどかんとやろう！ がちゃがちゃ」などと場にそぐわないことを言っ

た。体温は39℃もあった。また、医師が看護師に「とりあえず採血をしようか」「ルートをとって」と話しかけると、「採血をしようものなら男は一人で死んでいく」「ルート99をくだりながら生きていくんだよなあ佐々木!」と反響言語がみられた。血液検査ではCKが50,000 IU/Lと上昇しており、CRPが1点台だったが、他は大きな異常はなかった。精神科レジデントは、興奮+幻覚妄想状態なのではないかと思ったが、この状態像がいまひとつ理解できなかった。統合失調症らしき生活史もなく、急な発症であることから、ひょっとして、これが噂の自己免疫性脳炎というものではないかと考え、脳神経内科にコンサルトをした。

脳神経内科のレジデントが対応し、鎮静のうえ、髄液検査が行われたが、髄液蛋白が58と微増しているのみで、初圧や細胞数、糖は正常値であった。頭部MRIでも異常を認めなかった。脳神経内科レジデントは、「髄液細胞数が正常であり、意識も清明で神経症状もないため神経疾患は否定的です。精神疾患をご検討ください」と返信した。

精神科レジデントに相談された上級医は、本人を見た瞬間に「これは緊張病だよ。自律神経症状もあるから今日ECTをしよう」と言った。

## How to approach this case?

さて、実際には私一人で経験したケースですが、二人のレジデントと一人の上級医を登場させて脚色してみました。この症例をみて、精神科レジデントは、状態像が緊張病であることを把握できておらず「興奮+幻覚妄想状態?」などと思っています。そして、「統合失調症」という

既知の疾患では説明できないのではないかと考えを進め、「ひよっとして、これが噂の自己免疫性脳炎」ではないか、と考えました。「未知」の病態に対して、自分にとって「未知」の疾患で説明しようとしたわけです。ただ、そこで一人で突っ切らずに脳神経内科にコンサルトをしています。

これを受けた脳神経内科のレジデントは、普通に髄液検査をして、「初圧や細胞数、糖は正常値」であり、頭部MRIに異常がないことから脳炎を否定しています。そして、「こんなに精神症状がひどい脳炎はみたことがないし、検査異常もないし精神疾患だろ」と考えて返信をしています。これはこれで未知を未知で説明しているわけです。精神症状だけが際立ってひどい脳炎も実際は存在しているし（そのほとんどは精神科をまず受診するわけですが）、MRIや髄液検査にさしたる異常がない自己免疫性脳炎も存在しています。「脳神経内科にやってくる脳炎の典型像ではない」から、「精神疾患」と考えているわけですね。

病院で働いている精神科・脳神経内科の先生にはめっちゃめっちゃよくあるやつだなと思ってもらえると思います。症例に沿って細かくみていきましょう。

## 1) .....身体症状症

さて、順を追っていきましょう。まず心窩部不快感と咽喉部違和感で内科を受診し、身体症状症と診断されています。そこで、スルピリド(ドグマチール®) 50mgが処方されています。確かに心窩部不快感を訴える、非器質的な胃腸症の方にスルピリドは有効であることが多い印象がありますが、錐体外路症状を考慮すると、50mgでも注意したいところです。しかし、何を思ったのかはわかりませんが、600mgまで増量されています。高齢者の心窩部不快感にスルピリド600mgというのはちよつとあ

り得ない量だと私は思いますが、まあでも現実にはそういう診療がなされた。それで、予想されるのは構音障害とか、ひどいアカシジアとか、パーキンソニズムとか、そういう抗精神病薬の副作用なわけですが、この人ではそうではない反応が起きたわけです（そういう反応もあったかもしれませんが）。

## Lecture

### 高齢者の不定愁訴

高齢者の身体不定愁訴は特に一般内科の外来でよく目にします。心窩部不快感だけでなく、下痢や便秘、お腹の張りなどの腸の不調や、めまい感、頭痛、喉の辺りの変な感じ、手足のしびれ、動悸など他の自律神経症状を伴っているケースも多くみられます。これらは古典的には神経衰弱と呼ばれますが、それぞれの臓器ごとの担当診療科の医師によりそのメカニズムが研究され、特に消化器領域はいろいろなことがわかってきているようです。このように個々の臓器特異的な愁訴の患者さんを集めて臨床研究をすると多くが明らかになっていくのだと思いますが、個人的に重要だと思うのは、一人の患者さんに様々な症状が順番に出現すること、そしてその臓器の選択性にはバラつきがあるということです。遠目から見ると心因性の愁訴は神経症状だろうが自律神経症状だろうが同じルートを辿って出現しているように見え、それぞれ違う病名がついているので定式化するのが困難かもしれませんが、臨床医の目線としては、メカニズムを解き明かすにはそれらすべてをひっくるめた研究が必要な気がしています。

## 2) .....緊張病

この人は全く意味不明の発言をするようになります。ちょっとみてみると「やあ、ここは大きな砂漠だ！ 砂漠とは大きな公衆便所のことです。なぜなら私は心を撒いているから!」「よお佐々木、久保、ケンジ！ みんなで集まってどかんとやろう！ がちやがちや」「採血をしようものなら男は一人で死んでいく」「ルート99をくだりながら生きていくんだよなあ佐々木!」などと言っているのですが、あまりに場にそぐわないので、「様子がおかしい」「精神状態が正常ではない」ということは誰がみても明らかですが、これを「腹膜炎」とか「sudden onsetの頭痛」みたいに「医学の言葉」で切り取らないと、もう一步アセスメントが進まず、病態に辿り着くことができないわけです。

一つは精神科レジデントが考えたように「興奮」というのは正しい切り取り方でしょう。しかし、興奮だけではない。意味不明の言葉を叫んで興奮しており、この意味不明の言葉、というのは医学的に何というのかをもう少し詰めないといけません。そこで、レジデントが考えたように「幻覚妄想状態」という言葉をまず思いつくかもしれません。様子のおかしい人はみんな幻覚妄想状態と考えたくなるのはよくわかりますが、幻覚妄想状態というのは一体何なのか、ということを見ると、幻聴が聞こえたり、幻視があったり、妄想があったりということですよ。で、そういう幻聴や妄想に左右された行動をとっている人間は様子がおかしく見えるわけです。例えば虚空に向かって「いい加減黙れ！ うるせえんだよ!」と言いながらキョロキョロしている人を見たら幻聴があるのだなと思いますし、「先生、一体私に何を隠してるんですか？ NHKが一枚噛んでるんじゃないですか？ 知ってるんですよ？」などと話しかけられたら、何だかわからない妄想があって、それに基づいて話しているのだなということがわかります。

## 著者プロフィール

### 尾久守侑 (おぎゆう・かみゆ)

慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室

---

1989年、東京都生まれ。

2014年、横浜市立大学医学部卒業。国立国際医療研究センター病院で初期研修(2014～2016年)。現在は慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室所属し、慶應義塾大学病院、下総精神医療センターなどに勤務。精神保健指定医、精神科専門医。

著書に『精神症状から身体疾患を見抜く』(金芳堂・2020年)、『器質か心因か』(中外医学社・2021年)、詩集に『国境とJK』(思潮社・2016年)、『ASAPさみしくないよ』(思潮社・2018年)、『悪意Q47』(思潮社・2020年)がある。

2020年、第9回エルスール財団新人賞受賞。

サイカイアトリー・コンプレックス  
実学としての臨床

2021年8月16日 第1版第1刷 ©

著者……………尾久守侑 OGYU, Kamiyu

発行者……………宇山閑文

発行所……………株式会社金芳堂

〒606-8425 京都市左京区鹿ヶ谷西寺ノ前町34番地

振替 01030-1-15605

電話 075-751-1111 (代)

<https://www.kinpodo-pub.co.jp/>

印刷・製本……………モリモト印刷株式会社

デザイン……………宗利淳一＋齋藤久美子

落丁・乱丁本は直接小社へお送りください。お取替え致します。

Printed in Japan

ISBN978-4-7653-1874-7



〈(社)出版者著作権管理機構 委託出版物〉

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は、そのつど事前に、(社)出版者著作権管理機構

(電話 03-5244-5088, FAX 03-5244-5089, e-mail: info@jcopy.or.jp)の許諾を得てください。

●本書のコピー、スキャン、デジタル化等の無断複製は著作権法上での例外を除き禁じられています。

本書を代行業者等の第三者に依頼してスキャンやデジタル化することは、

たとえ個人や家庭内の利用でも著作権法違反です。