

# 精神科医と診る 精神疾患ミミック

# 内科医と診る 器質性精神病

著

石田琢人

東京都立松沢病院 内科

中外医学社

# 序章

## はじめに

現在の医学は日進月歩で、専門家の存在感は以前よりも大きくなっていると感じます。生物学的製剤が増え、免疫チェックポイント阻害薬が使用されるようになり、血管内治療に新しいデバイスが使用できるようになって成績が上がり、複数の領域において治療の第一選択が変わり続けています。高い専門知識が要求される疾患が増えたことで、専門性の高い医師のニーズは今後も上がっていくことが予想されます。一方で、専門性が高い医師が増えることは、複数疾患を持っている患者さんにとっては必ずしもいいこととは限りません。

専門性が高くなればなるほど守備範囲が明確となるため、専門家同士のコミュニケーションは硬直したものになりがちで、結果的に専門領域間の隙間が広がっていきます。餅は餅屋といえは聞こえはいいですが、役所窓口でのたらいまわしと同じことがよく起こってしまうのが実態です。総合内科医の存在は、このたらいまわしを防ぐ意味で大きな意味を持ち、内科領域における隙間を減らす役割として機能していると思います。しかしながら、総合内科医の存在は万能の処方箋ではありません。

この本のテーマでもある“精神科と内科の隙間”は、今のところ広いままだと私は感じています。この原因は多数ありますが、一つには疾患に対する考え方の違いがあると思います。内科医からすると、原病のコントロール不良による病態や、治療による有害事象は原則的に主科が診療するという考えがあると思います。これは総合内科医でも同様の考え方を持っていると思いますし、特殊な疾患や生物学的製剤などの特殊な治療であればなおさらでしょう。同じように、摂食障害に起因するさまざまな病態や、向精神薬による麻痺性イレウス、悪性症候群などは、内科医からすれば精神疾患やその治療と密接に関連している“特殊な病態”であり、精神科

医がメインで診療するべきだ、と考えるのもうなずけます。しかし、大多数の精神科医は、身体的な問題なのだから内科医がみるべきだ、と考えています。こういった病態をどちらがみるべきか、ということについて多くの医師がさまざまな意見を持っていると思いますし、もちろん私にも個人的な意見がありますが、ここではあえて述べないでおきます。ただはつきりと言えることは、スポーツの試合（例えばテニスのダブルス）を考えてみると、二人の間にボールが来たとき、両方のプレイヤーとも“相手がボールを拾うべきだ”と考えていれば結果的にはどちらも手を出さずポイントを失うことになる、ということです。テニスであれば“勝ちたい！”という気持ちがモチベーションとなり相互コミュニケーションが進みますが、医療現場においてはモチベーションを高めてくれるものは特にありません。強い精神症状を呈している身体疾患の患者さんを診療するのは、内科医、精神科医のどちらにとっても不慣れなもので、不安を感じやすいと思いますし、内科病棟、精神科病棟、どちらにとっても負担が大きいものです。不安も負担も大きい状況でモチベーションを上げることは難しく、理想論や社会的意義をいくら語ったところでうまくいかないのが real world practice です。

本書ではこの難しい問題に取り組むうえで、内科医、精神科医とも積極的なモチベーションを持ちうる診療課題を考えてみました。私は内科医として勤務していますが、最もモチベーションが上がるのは“自分でシマウマ患者の診断をつけられた時”です。これは多くの内科医に共感していただけるのではないのでしょうか。もし、シマウマ患者をたくさん紹介してくれる医師がいたら、一緒に仕事をしたくなりませんか？ 実は精神科と内科の狭間には“器質性精神病”という一群が存在します。これは、身体疾患によって精神症状をきたす患者群で、ここには非常に多くのシマウマ疾患が含まれています。腕のいい精神科医は、精神症状から“器質性精神病”の患者さんある程度見分けることができます（と私は信じています）。シマウマ患者の事前確率を上げてくれる精神科医とであれば、一緒に仕事をしたくなるのではないのでしょうか。

精神科医視点では、器質性精神病の診療を積極的に行うことで内因性精神疾患との鑑別能力を上げることができますし（精神科症候学の詳しい知識が要求されます）、内科医と仲良くなる機会が増えます。気楽に相談できる内科医の存在は精神科医にとって非常に心強いものです。器質性精神病は基礎疾患によっては劇的に改善しますので、モチベーションも上がりやすいのではないのでしょうか。

精神科医からすると、器質性精神病の患者の診療においては“内科医が見逃した結果、自分が診療せざるを得なかった”という気持ちになることが多いかもしれません。ただ、私自身はこの意見にはあまり共感できません。内科医にとって精神疾患ミミックは、脳卒中ミミックなどの一般的なミミックよりも、見破ることがずっと難しいと思います。これには、内科と精神科の診断体系の違い、認知バイアス、稀な原因疾患が多いことなど、さまざまな要因が関係しています。本書では、興味深い器質性精神病の患者を提示するとともに、ステレオタイプな考えやミスコミュニケーションの背景を深掘りし、精神科医と内科医がどのように協力関係を構築していくのがよいかを考えていきたいと思います。

## 本書の構成

本書は症例パートと総論パートの2つに分かれています。症例パートではまず症例を提示し、症例と関連づける形で疾患の概論を述べ、その後症例のポイントについて、内科、精神科の視点を行き来するスタイルで記述しています。総論パートでは、各症例の臨床経過から見えてきた問題点をまとめる形で記述しています。これは通常の医学書の体系と大きく異なっていると思いますが、こういったスタイルを選択したのは理由があります。

私が精神科レジデントであった頃、器質性精神病の勉強をしようと思って教科書を開いた時に、まず目に飛び込んできたのが“精神症状をきたしうる身体疾患”の膨大な鑑別リストでした。次に各疾患について勉強しようと各論を見てみると、各疾患の一般的な説明と、きたしうる精神症状についての説明が記載されていました。しかしながら、精神症状の項目には、せん妄、うつ状態、不安、幻覚妄想状態、のいずれも呈することがある、認知症状をきたすこともある（要するにありとあらゆる精神症状が起こりうる）、と全ての疾患でほぼ同じ内容が記載されていました。器質性精神病の症候についてはせん妄、気分障害、幻覚妄想状態などについて記載されていましたが、最も大切な“どのような症候が器質性精神病を示唆する所見なのか”という点はほとんど記載されていなかったように記憶しています。珍しい疾患が原因となることが多い器質性精神病について網羅的に、できるだけ正確に記述しようと思うとこういったスタイルになってしまうのはやむを得ないことだと思いますが、教科書に記載されている知識を精神科医として臨床にどのように生かしたらよいかかわからず途方にくれたものでした。

非典型的な症候や珍しい疾患から臨床的な教訓を読み取ろうとする時には、症例

の詳細な検討と、そこから一般化できる要素を切り出すことが欠かせません。ですので、本書では症例パートと総論パートというやや風変りなスタイルをとることにしました。

一方で、この作業はどうしてもバイアスされやすいことから、症例報告がエビデンスレベルとして低く設定されているのは皆さんご存じの通りです。ですので、本書では疾患の知識を細かく記載することよりも、症例を取り巻く医療現場の臨場感を大事にしつつ、医師同士のコミュニケーションエラー、認知バイアスなど、疾患知識ではない部分に焦点をあてました。内科と精神科の狭間には多種多様な落とし穴が存在します。本書は、そういった落とし穴の発生要因と、落とし穴に落ちないための工夫について述べたものだと考えていただけますと幸いです。

注) ICD-11, DSM-5-TR 日本語版において、精神疾患の名前は原則的に、“～病”や“～障害”から“～症”に変更されました。ただ、本書においては、内科領域で仕事をされている先生方にも読んでもらいたいという思いから、一部の病名では、今も日常臨床で使用されている従来の病名表記を用いました。

# 健康な心と健康な体

私が小学生の頃，“健全なる精神は健全なる身体に宿る”という言葉を生からよく聞かされました。この言葉は、体を鍛えることで心も鍛えられるのだから一生懸命体を鍛えなさい、という押しつけがましいニュアンスで使われていた記憶があります。

この言葉は、ユウェナリスという古代ローマ時代の風刺詩人による『風刺詩集』という本の中の“Orandum est ut sit mens sana in corpore sano”という一節が訳されたものなのですが、実は誤訳だったということがわかっています。この文を直訳すると、“健全な身体の内には健全な精神があるように祈られるべきである”という意味になり、標語的なものではなく願望に近い表現だったことがわかります。この『風刺詩集』という本全体の論調から考えると、著者のニュアンスは現代的な意味とはむしろ真逆で、“体が健康な人は心も健康であってほしい……、実際はそうではないけれど”という主張なのではないか、と解釈されています<sup>1)</sup>。この言葉の一番の問題点は、体を鍛えないと心が健全にならないようなニュアンスを持っていることであり、実際、軍国主義の時代にこういった意味のスローガンとして使用された歴史があります<sup>2)</sup>。

この言葉のニュアンスにおける問題はさておき、慢性疾患が増えてきた今日の医療の中で心身相関の考え方は重要性を増しています。病気を得たときには精神的なダメージを受けやすくなりますし<sup>3,4)</sup>、精神的ストレスが疾患経過に影響を与えることも示されています<sup>3,5)</sup>。本章では少し変わった心身相関の形をご紹介します。

## ◆文献

- 1) 今泉隆裕, 桐蔭論叢. 2015; 32: 79-86.
- 2) Wikipedia. ユウェナリス. <https://w.wiki/5MAb> (2025/1/23 アクセス)
- 3) Eckerling A, et al. Nat Rev Cancer. 2021; 21: 767-85.
- 4) Janssens AC, et al. Acta Neurol Scand. 2003; 108: 389-95.
- 5) Mitsonis Cl, et al. Eur Psychiatry. 2008; 23: 497-504.

## 第2章

# 誰もがなる病気

みなさんはいろいろな病気の経過を見ていると思いますが、これだけにはかかりたくないという病気はあるでしょうか。診療科によって疾患の見え方も違うと思いますので、かなり意見がばらけるかもしれません。個人的には、劇症型溶連菌感染症にはかかりたくないと思います。救命のためにデブリードマンの範囲が広がっていくことが珍しくなく、かといって手足をあきらめても助からない時もあり、過程のつらさは想像を絶するものがあります。

アンケート調査による“なりたくない病気”のランキングを見てみると、一般の方でも、医療従事者でも、認知症がトップになっています<sup>1,2)</sup>。この結果は、認知症が身近でイメージしやすい病気であることと、生活全般に大きな影響を及ぼすことが関係しているのではないかと思います。ですので、テレビや雑誌では“認知症予防には〇〇が効く！”という特集がしょっちゅう組まれています。ただ、認知症の最も強力なリスク因子は加齢であり、90代における認知症有病率は50%以上になります<sup>3)</sup>。こればかりは誰にも逃れることができません。

そんなわけで、物忘れ外来には認知症を心配している患者さんが多く来院されます（プライマリ・ケア外来でも同様の相談がたくさんあると思います）。認知機能が正常範囲であることも少なくないので、そういった方には“認知症ではないので大丈夫ですよ”と伝えて安心してもらうのも大事な仕事です。一方で、認知機能が正常範囲にとどまっても、安心してもらうわけにはいかない場合もあります。本章では、日々の認知症診療の中に紛れ込んでくるシマウマをご紹介します。

### ◆文献

- 1) MS&AD インターリスク総研. 認知症に関する意識調査 認知症は最もなりたくない病気. 予防に関する理解が重要. <https://www.irric.co.jp/topics/press/2021/0308.php> (2025/1/23 アクセス)
- 2) 日本肥満症予防協会. 「食と認知機能」についての意識調査 医療従事者の8割が食事による認知機能の改善を期待. <http://himan.jp/news/2021/000468.html> (2025/1/23 アクセス)
- 3) 東京都健康長寿医療センター研究所. 超高齢期の認知機能～百歳までと百歳から. <https://www.tmgig.jp/research/topics/201712-539/> (2025/1/23 アクセス)

# カメレオンと緊張病 (カタトニア)

コラム「ミミックとカメレオン」(第1章コラム1 p.13)の中で、精神疾患ミミックを見抜くためには、精神症状をきたしている患者さんがなんらかの身体疾患のカメレオンではないかと疑ってみることが近道というお話をさせていただきました。このカメレオンの擬態先として頻度の高い状態像(言い換えると、精神疾患ミミックが多く含まれる状態像)が、緊張病状態です。ただ、精神科医以外からすると緊張病はだいぶイメージしにくい臨床像ではないでしょうか。

内科臨床における緊張病状態は、せん妄や意識障害に似ているけれど、よく知っている典型例とはだいぶ異なっている、という感じに見えると思います。例えば、開眼し手を挙げたままの状態ですべての反応がない、とか、同じ言葉をずっと繰り返してつづけて呼びかけても返事をしない、とか、ベッドの上で寝ていたかと思うと突然大声で叫びだし手足を激しく動かす、といった様子です。しかも、これらの状態像には移行があります。例えば、日中は全く反応がなかったのに、夜になったら暴れます、といった具合で、まさにカメレオンのように臨床像が変化していきます。

奇妙で、しかも短時間で変化していく臨床像は、“いかにも精神疾患っぽい”という印象を与えますが、意外なことにこの緊張病は精神疾患ミミックを多く含む症候群なのです。本章では緊張病という状態像のとらえ方や対応について考えたいと思います。

注) ICD-11において、“Catatonia”の訳語として“カタトニア”が正式名称として採用されました。これにより緊張病は正式名称ではなくなりましたが、日常臨床においては当面使用される可能性が高いため、本書では主に“緊張病”という表現を使用し、カタトニアを併記しました。