

特別展



東京大学医学部・医学部附属病院
健康と医学の博物館



健康と医学の博物館
Museum of Health and Medicine



ごあいさつ

この度は、特別展「私たちのこころの医学」をご訪問いただきありがとうございます。

精神疾患の患者さんは近年増加しており、「がん」「脳卒中」「急性心筋梗塞」「糖尿病」の4大疾病に加えて新たに5つ目の疾病として、地域医療の基本方針となる医療計画に盛り込むべき疾患に指定されました。精神疾患は誰にとっても非常に身近な病気であり、正しく理解し、困っている方々やその周囲が早期に適切に行動していくことが大切です。

今回の特別展では、乳児期から成人期の各ライフステージに沿った精神・心理機能の発達や特徴とそれをとりまく環境の変化と各ライフステージに関連のあるいくつかの疾患について取り上げます。また、精神的な不調をきたしやすい思春期・青年期を主なターゲットにしたAYA世代センター・東京ティーンコホートや、うつ病や不安症を持つ方を対象としたリカバリーセンター、といった東京大学における取り組みもあります。他にも、「こころとからだ」や、精神疾患を持つ当事者がその人らしい生活や人生を送るためにはどのような支援が必要か、その具体的な取り組みのひとつである「『価値』にもとづく精神医学」も紹介します。

この特別展が、精神疾患についての理解を深めていただくための一助となれば望外の喜びです。

この特別展は、精神神経科(科長:笠井清登)をはじめ、関係者が監修しました。

目次

ごあいさつ	・・・P1
目次	・・・P2
ライフステージ全体図	・・・P3-4
精神疾患を取り上げている書籍・絵本(展示)	・・・P5
東大病院精神神経科における当事者中心のアプローチ 「脳と生活と人生の総合的理解に基づくリカバリー」(映像)	

ZONE 1 乳児期～学童期

愛着と共同注意を形成する乳児期	・・・P6
自立への歩みと集団生活が始まる幼児期	・・・P7
社会的交流の始まる学童期	・・・P8
好きなことはありますか？	・・・P9

ZONE 2 思春期・青年期

脳とところが急激に変化する思春期・青年期	・・・P10
統合失調症	・・・P11
心身を回復し、自信をつけるための 東大精神神経科 ティホスビタル	・・・P12
思春期の悩みやこころの不調への理解を促進するための副読本	・・・P13
こころの副読本アプリ(体験)	・・・P14
AYA世代センター	・・・P15
東京ティーンコホート 一思春期の成長を、科学的に支援する一	・・・P16
「東京ティーンコホート」プロジェクト紹介(映像)	・・・P17

ZONE 3 成人期

成人期	・・・P18
気分障害	・・・P19
不安症	・・・P20
光トポグラフィー検査(抑うつ状態の鑑別診断補助)	・・・P21
リカバリーセンター	・・・P22

ZONE 4 こころとからだ

てんかん	・・・P23
長時間ビデオ脳波モニタリングユニット	・・・P24
身体疾患の治療をサポートする リエゾン精神医学	・・・P25

ZONE 5 「価値」にもとづく精神医学

「価値」にもとづく精神医学を目指して	・・・P26
こころをあつかう支援者の柱となる3つの基本素養(TICPOC) ～「価値」にもとづく支援の実践～	・・・P27
共同意思決定：患者と医療従事者が一緒に治療方針を決める	・・・P28
共同意思決定支援ツール：質問促進パンフレット、診察サブリ	・・・P29
質問促進パンフレット、診察サブリ(体験)	・・・P30
ピアサポート 一似たような困難を有する当事者が支えあうこと一	・・・P31

展示風景	・・・P33-34
本企画展の協力者	・・・P35

人のこころの成長を見てください！ ライフステージとこころの健康

こころの発達

取り巻く環境

不調の例

乳児期

生まれてから1歳までは、大切な人とのあいだで愛着を築き、他人への信頼感を獲得する時期です。信頼できる存在と一緒に何かを見つめる経験は、他者のこころを理解する基礎となります。



環境

親や保護者に食事・睡眠・排せつ・安全の確保など身の回りの世話を全面的に依存します。

幼児期

言葉でのやりとりが始まり、自分の意思を主張するようになります。家庭外での集団生活も始まり、他の子との遊びやいざこざを通して役割分担やルールを学びます。



環境

幼稚園や保育園などで集団生活を体験し、親や保護者以外の大人や子どもへの関心を持ちます。

学童期

他者の視点でものを考えたり、社会的なルールの理解や善悪の判断ができるようになる時期です。大人の見ていないところでの仲間との行動が始まります。

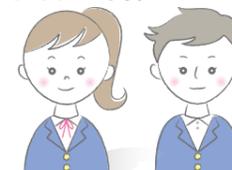


環境

家庭と学校が生活のほとんどですが、家族よりも仲間との関係を優先するようになります。

思春期・青年期

自分がどういった人間であるかという自我同一性を確立させ、自尊心とともに悩みや葛藤を抱えながら社会における役割を探索します。この時期は延長傾向にあるともいわれています。



環境

保護された環境から離れて、同世代の仲間との関係を築いたり、性的な関心が出てきます。

成人期

人生でもっとも長く、成人してから最期のときまで続きます。生きることは唯一無二の創造的な作業であり、人は生涯をかけて発達し続けるともいえます。



環境

さまざまなライフイベントが人生を方向づけ、成長の機会になる一方で、ストレスや苦悩をもたらすことにもなります。

発達障害（自閉症スペクトラムなど）

二次障害（うつ・不登校など）

不安症

気分障害（うつ病・双極性障害）

統合失調症

心身の衰え

認知症

てんかん

展示

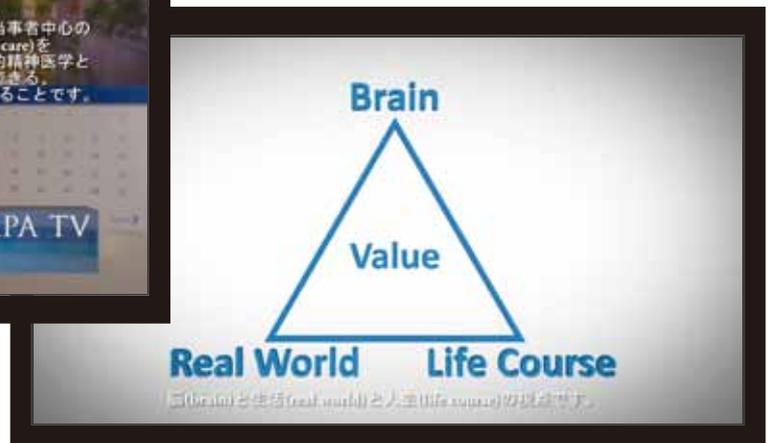
精神疾患を取り上げている書籍・絵本



左上：「お母さんどうしちゃったの・・・」プルスアルハ・著 ゆまに書房 / 右上：「発達凸凹なボクの世界」プルスアルハ・著 ゆまに書房
左下：「うつヌケ」田中圭一・著 KADOKAWA / 中央：「ツレがうつになります。」細川 紹々・著 幻冬舎
右下：「わが家の母はビョーキです」中村ユキ・著 サンマーク出版

映像

東大病院精神神経科における当事者中心のアプローチ 「脳と生活と人生の総合的理解に基づくリカバリー」



提供：APA-TV

愛着と共同注意を形成する乳児期

Infancy, a period to nurture attachment and develop joint attention



誕生から1歳までの乳児期に、親や保護者との愛着を築き、共同注意が出現します。愛着と共同注意は、情緒の安定や他人への信頼感、他者の視点やところを理解する基礎となり、子どもが外の世界を探索する基地となります。

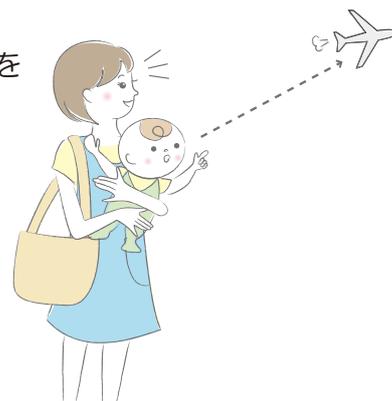
私たちのところは、脳の働きであると考えられます。脳神経は妊娠のごく早期から形成され始め、最も遅くまで成熟します。最初は単純な管のような構造の神経管として発生し、神経細胞の増殖・遊走などにより複雑な折れ曲がりが出現し、誕生時には成人の脳とよく似た形態となります。神経細胞の増殖や神経細胞同士の接続を増やすだけでなく、一部の神経細胞があえて死滅するアポトーシスや、不必要な神経線維を取り除くシナプス刈り込みも大事な役割を果たしています。

乳児は、親や保護者に食事・睡眠・排せつ・安全の確保などを全面的に依存します。自分の世話をしてくれる人との間に情緒的な絆である愛着（アタッチメント）を築きます。乳児の感覚は発達途上ですが、親の顔や声を早い時期から識別します。愛着が深まると情緒が安定し、他人への信頼感が芽生えます。9ヵ月頃からは親が見ているものに注意を向ける、親に見てほしいものに目を向けるよう指さす・視線で促す、といった乳児と親以外のものを介したコミュニケーションである「共同注意」がみられるようになります。共同注意は他者の視点やところを理解する、ところの理論の基礎となります。

このような乳児期のところの発達を足掛かりとして、その後のライフステージにおける人間関係を発展させ、ストレスなどの環境変化へ柔軟に適應する力であるレジリエンス（回復力）を獲得して

いきます。その一方で、乳児期に十分な愛情・保護を受けられなかった子どもは、他者への信頼を持ってないため、安定した対人関係を築きづらく、自己肯定感が得られず情動が不安定になる場合が多いことがわかっています。乳児期は誕生から死へといたる人生の中で最も急激に神経が発達する時期であり、最近その重要性が明らかになりました。

◎興味があるものを指さして伝える



◎親の笑顔に微笑み返す



自立への歩みと 集団生活が始まる幼児期

Childhood, to take a step toward gregarious life and independence



幼児期には自立に向けた歩みが始まり、自己主張するようになります。目の前にないものをこころの中に描き、言葉で考えるようになります。集団生活が始まり、役割分担や集団でのルールを理解するようになります。

幼児期には、自分で移動できるようになります。周囲の環境に自分で手を触れ働きかけができることが新鮮で、棚やタンスなど高いところによじ登り、引き出しを開け、容器に入った液体をこぼしたりします。このような「いたずら」に親や保護者は驚き困惑しますが、これらの探索行動は幼児が周囲の世界への理解を深める基盤となります。

乳児期には食事、排せつ、睡眠、衣服の着脱などすべてにわたって親の世話を受けていましたが、少しずつ自分でできるようになり、食事や睡眠などの生活リズムが定着します。二語文を話し、「おやつ、ほしい」などと意思表示ができるようになります。急速に語彙が増えて、それまで親から子どもへ一方的だったやりとりが、双方向なものへ変化します。自己主張が増え、なんでも「自分でやる!」と主張し、親や保護者の言うことに耳を貸さなかったり、口答えすることもあります。この時期は「いやいや期」とも言われ、自我の芽生えを示しています。また、目の前にないものをこころの中に思い描き、積み木を電車として走らせる、折り紙をおにぎりとして食べる真似をする、などの見立てができるようになります。言葉で考える能力も芽生えます。

多くの子が幼児期までに、幼稚園や保育園で家庭外での集団生活を経験します。3~4歳は、同年齢の子が同じ場所にいてもそれぞれ好き勝手に遊ぶだけで、やりとりをしながら一緒に遊ぶ関係が成立するのが難しく、並行遊びと呼ばれます。5~6歳になると、お母さん役・赤ちゃん役などと役割分

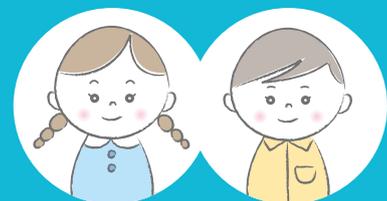
担してまごごとをしたり、ルールに則った遊びができるようになります。

集団生活が始まる幼児期には、その子の個性・特性が明確になります。他人との接し方が未熟なため、幼稚園・保育園ではおもちゃの貸し借りも上手にできず、他の子とよくケンカをします。たたき合いになることも頻繁です。いったん遊びに夢中になると次の行動に移れず、無理に引き離そうとすると癇癪かんしゃくを起こしたように泣き出すこともあります。静かにして欲しいところで騒いだり走り回ったりして大人が困ることもあります。子どもによって成長もさまざまで、小学校に入る前に前述のすべてができるようになるとは限りません。このような行動・特性の多くは心配のいらぬものですが、発達障害として療育などの対応が必要な子もいます。



社会的交流の始まる学童期

School age, to boost social interaction



学童期にも、幼児期に引き続いてころとからだが大きく成長します。学童期を通じて親や保護者の保護下を少しずつ離れ、友達集団を大切にできるようになります。

小学校の低学年で、やってはいけないことを意識し、先生や親の言いつけなどを守るなど、社会的なルールについての理解や善悪の判断が始まります。それでも善悪の基準は先生や親などにあり、自分で判断することはあまりありません。他の子とルールのある遊びをするようになりますが、特定の友だちを作るよりは、たとえば、公園に行ったときに、その場にいる子と遊ぶのが中心です。集団で遊ぶとしても、個々が好き勝手に振る舞い、まとまりはありません。

小学校3～4学年になると、抽象的な概念の理解が始まり、その場にはない物を想像することや、自分を他の子と比べることができるようになります。集団生活では、規則を尊重し、主体的に関わる、自分たちでルールを作るといったことが可能になります。友だちとの仲間意識を強め、集団で行動することも多く、ギャングエイジとも呼ばれます。また、大人の見えていないところで仲間と行動するようになり、親や先生の言うことを聞かず、口答えすることもあります。一見、反抗期のようなようですが、自立が進んでいる証です。その一方で、善悪の判断が未熟で、その場の雰囲気流されやすいため、イジメが始まることがあります。

小学校高学年になると身長が伸び、身体的な性差がはっきりとして、男子も女子も相手を異性として意識し始めます。この時期は、女子の方が男子より早熟な傾向があります。交友関係は広がり、家族よりも仲間との関係を優先するようになり、学校では学級会・委員会活動などで集団運営を始めます。また、抽象的な思考が深まるため、授業内容も高度になります。小学校高学年はまさに思春期の入り口ですが、友達関係のトラブル・親や先生との衝突・学習内容の遅れなどの悩みが増えます。

少しころの成長がゆっくりしている発達障害の子どもたちが、自分と周囲の友だちとの違いに気づく時期でもあります。そのため小学校高学年は不登校・ネット依存などの問題や、発達障害の二次障害が起きる可能性が増えます。



好きなことはありますか？

Do you have a love for something in particular?

自閉症スペクトラムの人には、人付き合いやコミュニケーションの独特さ、変化や新しいことが苦手・音や匂いなど感覚への過敏・鈍感、と大きく分けて2つの特性があります。幸せな社会生活を送るために、苦手なところをうまく補い、好きなところを活かす方法を考えます。

人付き合いやコミュニケーションが独特で、場の空気を読むのが苦手

乳児期に抱っこしても抱かれる姿勢をとらない、言語発達の遅れがある、場面に合わせた言葉の使い分けができない、視線が合わない、ひとり遊びや大人との遊びを好むなどが、人付き合いやコミュニケーションの特性です。特性の表れ方はさまざまで、口数の少ない人も饒舌な人もいますし、ひとりで過ごすのが好きな人も人付き合いが好きな人もいます。

こだわりがある・変化が苦手・感覚への過敏・鈍感

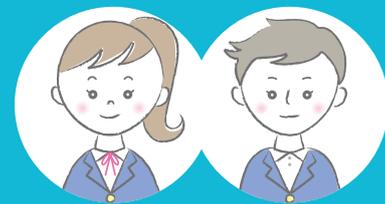
特定のことに強く関心を持ち、大人が驚くほどの知識を得て、電車博士・恐竜博士などと呼ばれる子がいます。急な予定変更や初めて行く場所が苦手で、休みの日など予定がない時間に不安やイライラが強くなることがあります。子どもの歓声や、洋服のタグなど本来無害な聴覚・触覚などの刺激を苦痛に感じたり、体を強くぶつけても痛みが気にならなったり、感覚への過敏さ・鈍感さがあります。

幸せな社会生活のために

自閉症スペクトラムの特性は必ずしも障害になるわけではありません。好きなことを深く追求し、考え方が変わらず周りに流されにくいことを活かして、主に専門家として活躍する人がたくさんいます。その一方で、環境になじめず苦悩する人も多います。特性を治すのではなく、療育などで人付き合いのスキルを身につけたり好きなことや得意なことを活かし、その人固有の特性を補い、活かす工夫を行います。



脳とところが急激に変化する 思春期・青年期



Adolescent and Young Adulthood (AYA); Dynamic change of brain and mind

思春期とは、身体的成熟が始まり完成に向かう10歳から20歳くらいまでを指します。身体的成長が止まり、成人期に移行する25歳くらいまでを青年期と呼びます。

思春期や青年期の定義は学問分野によって異なりますが、ここではおおよそ10歳から20歳までを思春期、続く25歳くらいまでを青年期と考えます。発達心理学の立場では、思春期を自我同一性の確立の時期と考えます。この時期になると子どもたちは、物事を客観的にとらえ、自分の内面の世界に気づき始めます。周囲との違いに敏感になり、悩みや葛藤を抱えながら、生き方を模索していきます。そして青年期で進路や社会における役割などを探索し、成人期に移行していきます。

思春期・青年期の脳とところの発達

ヒトの思春期は他の霊長類と比べると際だって長いのが特徴です。裏返せば思春期は、「ヒト」という生物が「人間らしさ」を成長させるために極めて重要なライフステージといえます。

ヒトの脳は10歳くらいまでに大脳辺縁系などが発達し、その後の15年間で前頭前野がゆっくりと成熟していきます(右図を参照)。

前頭前野は、自我、社会性、価値形成といった高次機能を司ります。思春期・青年期では、人間関係の中心が、それまでの親子のものから、仲間へと移っていき、性的な関心も出てきます。相手からどう思われるか(社会性)に関心をもつだけでなく、自分自身がどういう人間か(自我)、どうなりたいか(価値形成)などを、言語を用いてところのなかで考えられるようになります。

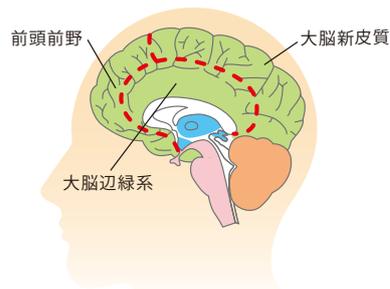
こうした言語による抽象的な思考が自我の発達を促し、それが前頭前野の成熟につながり、さらに言語の抽象化を促す、という、脳とところを発達させていくループができあがります。この自律的なループが、自我や価値の形成を進めていくのです。

若者の成長と危機を支えるために

このようにヒトは思春期・青年期に心身ともに成長しますが、必ずしも順風満帆ではありません。人間関係や体、脳とところの急激な変化をたったひとりで初めて受け止めるライフステージには危機も多く、精神的な不調を来しやすい不安定な時期でもあります。精神疾患の発症時期を調べた研究では、1/2の方が14歳までに、3/4の方が24歳までに発症していたという結果が出ています。

思春期・青年期は、1人ひとりの子どもが豊かな人間性を育み、活力にあふれる若者へと成長する無限の可能性を持つ時期です。子どもたちがこの不安定な時期を順調に乗りこえられるよう、ときには辛抱よく見守り、ときには手をさしのべることも必要です。

◎脳の構造



統合失調症

Schizophrenia

自分だけに声が聞こえたり、嫌がらせを受けているのに信じてもらえないなどの体験がありますが、症状は患者さんによって様々で、始まりははっきりしないこともあります。

およそ100人に1人がかかる身近な病気

統合失調症はおよそ100人に1人がかかる身近な病気で、日本には約80万人の患者さんがいると言われています。10代後半から20代の思春期・青年期に発症することが多く、40代以降は頻度が減っていきます。統合失調症と診断される前に、不眠や疲労感、集中力低下などがみられることもめずらしくありません。それまでできていた勉強がうまくできなくなり周囲から孤立し不登校になったり、仕事や人間関係がうまくいかず引きこもりになったりする若者にも、統合失調症の前段階にある人が含まれる可能性があります。

統合失調症の治療は以前より進歩しており、早い段階での変調を家族や周囲が察知して相談や医療につなぐことができれば、統合失調症の早期治療と、回復、社会復帰につながります。

脳の神経伝達物質に変化がみられる

統合失調症の原因は解明されていないことが多いのですが、生来の素因と、ストレスなどの環境的な要因の両方が影響していることがわかってきています。脳内のドーパミンという神経伝達物質の過剰が幻覚や妄想につながることや、セロトニンやグルタミン酸、GABAなどの神経伝達物質の関与も示されています。脳の一部（前頭葉や側頭葉）に体積変化がみられるとの報告がありますが、大集団の解析でわかる違いで、個別の患者さんの診断には現時点では適用できないくらいのわずかな変化です。

幻聴や妄想など、症状は様々

統合失調症の症状には、他の人には聞こえない音や声が聞こえる「幻聴」、他の人からするとあり得ないようなことを信じる「妄想」、自分の殻に閉じこもる「自閉」、判断力や集中力などが下がる「認知機能障害」などがありますが、症状や程度は患者さんによってさまざまです。また、これらの症状はほかの病気の患者さんや健康な方でも見られることがあり、当てはまる場合でも必ず統合失調症という訳ではありません。自分や身近な方の状態について気になる点があれば、専門の医療機関を受診することをお勧めします。

薬と心理社会的治療 ～治療の二本柱で回復へ～

統合失調症になっても、治療により回復可能です。統合失調症の治療薬（抗精神病薬）にはいろいろな種類があり、症状に応じて選択します。薬で神経伝達物質のバランスを整えることによって症状を抑え、再燃を予防することができます。薬と並んで重要なのが、心理社会的な治療です。病気や症状をよく理解し、再燃を防ぐ術を身に付けたり、社会復帰するためのデイケアや作業療法に参加し、対人関係の能力や集中力を高めたりすることができます。家族など身近な方々の理解と支援が重要な言うまでもありません。

心身を回復し、自信をつけるための 東大精神神経科 デイホスピタル

UTH Day Hospital: Rehabilitation through the recovery of self efficacy and confidence

こころの不調になった後、こころのリハビリが必要になることがあります。精神神経科デイホスピタルでは、集団活動を通して、自分らしく人生を送るための準備を行います。

こころが不調になったあと、うまく治療が進んでも、コミュニケーションに不安を感じたり、学校や職場に行く自信を持てなかつたりすることがよくあります。そんなときに、社会生活に復帰するためのステップとしてデイケアがあります。

精神科デイホスピタル(DH)もデイケアのひとつです。職場や学校でもない場所に通いながら、心身を回復させて、こころの不調を体験した仲間とともに、自分らしく人生を送るための準備を行う場所になります。

🧠 DHでの実践の特徴

DHでは、特に思春期・青年期の方のサポートを行っています。軽作業やゲームなど誰でも参加できるたくさんのプログラムがあります。

DHの利用者(メンバー)は役割分担をして、主体的にプログラムの運営を行います。仲間のなかで活動し、役割や責任を果たしていくことで、少しずつ自信を回復します。メンバーは平均1~2年でDHを卒業します。

🧠 スタッフと二人三脚で進めるリカバリー

DHには、スタッフとしてさまざまな専門家がいます。メンバー1人ひとりに担当スタッフがついて、DHに初めて参加するところから「卒業」まで担当します。スタッフは、その人に合ったリハビリの目標を見つけ、それを達成する手伝いをします。

📅 精神科デイホスピタル プログラム

	月	火	水	木	金
AM	軽作業	スポーツ	料理 会食	休み	ゲーム 系活動
PM	自主 プログラム 係活動 軽作業	SST MCT 症状自己管理 プログラム 就労準備 プログラム	茶話会 みんなの 時間		スポーツ

MCT:メタ認知トレーニング

🧠 心理社会的な支援も大切

専門家による教育的なプログラムもあります。

- **生活技能訓練(SST)**: 対人スキルを身につけるためのプログラム
- **症状自己管理モジュール**: こころの不調や症状について理解し、再燃の注意サインや対処法を学ぶプログラム
- **家族心理教室**: 家族自身にも健康でゆとりのある生活を送るため、こころの不調や支援方法を学ぶ場

📅 教育プログラム(SST)の様子



🧠 メンバーとともに成長するDHへ

DHもメンバーとともに成長できるように、新しい試みに取り組んでいます。こころの不調を経験したピアスタッフとともに、よりよい支援の形を模索しています。DHの運営やプログラムの構造などにおいても、メンバーとスタッフ双方の強みを活かせるよう検討を進めていきます。

思春期の悩みやこころの不調への理解を促進するための副読本

A supplementary book of mental health for junior high school students

東大病院では、中学生向けに悩みとこころの不調について正しく理解するための読み物『こころの健康副読本』の作成に協力しました。中学生を主人公にしていますが、どの年代の方にも役に立つ内容です。
※この冊子はインターネットからダウンロードできます。

悩みは誰でももつものであり、悩みやこころの不調を感じている本人はもちろん、家族や友人など周囲の人たちも、いつもと様子が違うことに気付いたら、場合によっては専門家に相談したりする方が良いということを知っておく必要があります。

東大病院精神神経科では、中学校関係者、医療者、支援者(こころの健康副読本編集委員会)らで、メンタルヘルスに関する実践的な内容を漫画を通して伝える中学校保健体育副読本「悩みは、がまんするしかないのかな？」を編集しました。

このなかでは、思春期に多い悩みのパターンや、自分自身や友だちのいつもと違う様子が気づいたときの対処方法などのヒントが示されています。最終ページには「自分でできること」、「周りの人ができること」というワークが設けられています。

この冊子を読むことで、「悩みをもつことや、こころの不調を感じることは、みんなが経験すること」、「悩みやこころの不調は、さまざまな方法で改善したり、やりすごしたり、うまくつきあうことができること」を学ぶことができます。

さらに、うつ病や統合失調症に関する説明も載せています。

◎こころの健康副読本



『こころの健康副読本』はサイト「悩みは、がまんするしかないのかな？」(<https://psycience.com/>)からダウンロードできます。

また、この副読本をアプリ版として、スマートフォンなどで閲覧できるように再編しました。

Android版



自分の感じたことや気分を入力し整理するワーク機能付き

Android以外の端末向け



スマホ最適化サイト
<https://m.psycience.com>

※ご利用の端末やOSのバージョンによって、上手く見ることが出来ない場合もございます。

体験

こころの健康副読本



AYA世代センター

Center for AYA with Schizophrenia

統合失調症^{アヤ}AYA世代センターは、2018年4月に新設された10代～20代（広く30代までを含むこともある）にあたるAYA(Adolescent and Young Adult: AYA)世代の統合失調症をもつ患者さんの治療に特化したセンターです。

AYA世代の特徴と精神不調

AYA世代は、これまでの家庭や少人数の友人関係から、より広い社会に関係を広げ、さまざまなことを経験する中で成長や自己実現を遂げていく大切なライフステージです。一方で、新たな事へのチャレンジをするために心理的な負担も大きく、精神不調の生じやすい世代でもあります。

この時期に深刻な精神不調があると、本人の希望する歩みをさまたげ、自信や希望を失うこともあります。

さらに精神不調により、実際に就学や就労などを経験しづらくなる結果、社会生活のスキルの学びが不足し、同世代の仲間と自分を比較して自信や希望を失っていくという負のスパイラルが生じかねません。

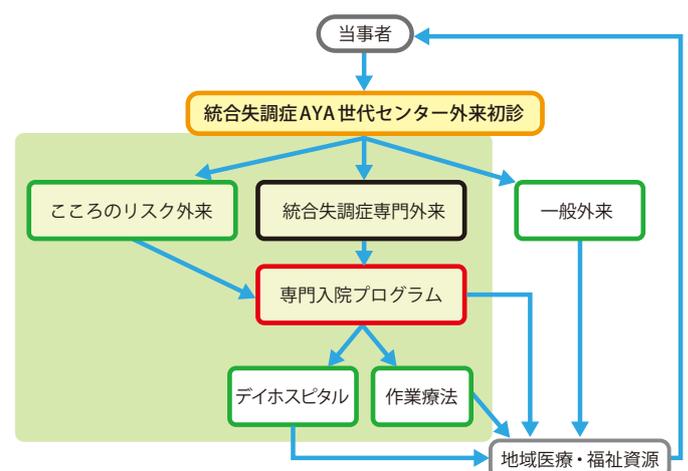
本人、家族と話し合い、多職種で連携した治療と支援

AYA世代の統合失調症をもつ患者さんには、症状を軽くするための狭い意味での医療だけでは十分とは言えません。東大病院精神神経科ではAYA世代特有の特徴を踏まえて、本人、家族の希望を伺い、医師、看護師、ピアサポートワーカー、臨床心理士、作業療法士、精神保健福祉士など、多職種が本人や家族と対話しながら治療方針や必要な支援を考えていきます。

統合失調症の発症から回復期までの包括的な治療と支援

東大病院におけるAYA世代センターと関連した機能として、外来診療では一般の外来に加えて、統合失調症の発症前駆期状態と考えられる方対象の「こころのリスク外来」や、統合失調症の診断を受けている方対象の「統合失調症専門外来」があります。また、東大病院リハビリテーション部には、精神科デイケア(DH)や作業療法といったリハビリテーションがあります。さらに必要に応じて、病院外の機関とも連携を行います。これらの診療を組み合わせることで、統合失調症の発症から回復期までの包括的な治療と支援を行っています。

◎統合失調症AYA世代センターの概念図



東京ティーンコホート —思春期の成長を、科学的に支援する—

Tokyo Teen Cohort study –To support adolescent development scientifically–

精神科領域において、思春期という期間は特に重要視されています。子どもたちのこころとからだの成長過程に着目し、健康的な発達・発育のためには何が必要なのかを調べるために、東京ティーンコホートを立ち上げました。

🧠 本邦初となる思春期コホート調査

コホート調査とは、ある集団を定期的に調査することで、疾病や症状の発生に関連する要因を調べる研究手法です。同じ集団を何年にも渡って調査し続けることで、周囲を取り巻く環境が個人の身体や精神におよぼす影響を明らかにすることができます。東京ティーンコホート(Tokyo Teen Cohort study)は、子どもたちのこころとからだの成長がどのように行われるかを調べるために発足した、本邦初となる一般思春期児童を対象とするコホート調査です。

🧠 思春期の成長を科学的に捉える

思春期はこころとからだの急激に成長する時期として注目されています。一方、これまでに思春期を対象としたコホート調査は少なく、心身の発達や環境から受ける長期的影響については未解明な部分が多くあります。現代の子どもたちがどのようなストレスにさらされているのか、そしてどう適応しようとしているのかを調査することで、より健康的な「大人への道のり」を歩むにはどうしたらよいか、というこれまで明らかになっていない成長過程の疑問に答えを見出すことができます。



🧠 こころとからだを多角的に評価する

東京ティーンコホートでは、思春期の子どもをもつ都内の約3000世帯にご協力いただき、これまで8年間にわたり調査を行っています。調査の方法は、情報収集、環境評価、サンプル調査の3つがあります。1つ目は、こころの健康度のアンケート調査、自宅に訪問しての面接調査、身長・体重の測定など幅広い情報収集です。また、2つ目として養育者から、養育過程や社会的状況などの子どもを取り巻く環境の評価を実施します。3つ目として、脳のMRIや脳波検査、唾液や尿中のホルモン検査などを行うサブサンプル調査も同時に行い、環境が心身の健康にどのような影響を及ぼすのかを明らかにしようとしています。

🧠 科学的調査の結果を政策に活かす

東京ティーンコホートで培われた知見は、未来を担う若者たちに対して、社会がどのように支援できるのか、その方策づくりのための科学的資料として役立てられます。今後さらに調査を重ね、思春期の健康を支える方法を解明することで、次の世代の子どもたちへの最良の橋渡しを行うことが可能となるでしょう。



東京ティーンコホートのこれまでの研究成果は、こちらのサイトからご覧いただけます。また、これまでに多くの著名人から本調査に対して応援メッセージをいただいております。



東京ティーンコホート ウェブサイト

映像

「東京ティーンコホート」プロジェクト紹介



成人期

Adulthood



成人期は人生でもっとも長く、成人してから最期のときまで続きます。身体的には成長・成熟を経て老化・衰弱へと推移していきますが、心理・社会的には生涯をかけて発達し続けるともいえます。個人差が大きいのは言うまでもありませんが、ここではこころの健康という観点から成人期に共通のポイントを取り上げます。

心と体のつながり

成人期には、就労・転職・恋愛・結婚・離婚・出産・育児・転居・退職・闘病・死別など、人生上の重要な出来事に遭遇することになります。ライフイベントと呼ばれるこうした重要な出来事は、人生を方向付けるかけがえのないテーマで、大きな成長の機会になると同時に、ストレスやトラウマをもたらすものでもあります。避けようがないものも多く、経験しないことも苦悩をもたらすことがあります。こうした人生の節目は、精神・身体を問わず変調をきたしやすい時期です。たとえば、統合失調症では自立に伴う急激な生活の変化が、うつ病では突如降りかかる喪失体験が、発病のきっかけになりえるといわれてきました。

精神疾患の経過と好発年齢

精神疾患の多くは思春期以降どの年齢層でも発症しますが、統合失調症・気分障害は20～30歳代が好発年齢です。この時期は環境の変化が大きく、病状が不安定になったり治療が中断してしまい、再発や入院などを繰り返すこともしばしばです。親が健在であれば家族の理解も治療経過に影響します。中高年になると親の支援は望めなくなり、セルフケアや生活のスキルが経過に大きく関係してきます。さらに高齢になると多疾病・多障碍^{がい}を有するようになり、1つひとつの病気の治療法を足し

算してもうまくいかず、精神・身体・環境が不可分に影響しあっていると捉えてバランスのとれた治療・ケアを見つけていく必要があります。

また、こころの変調がもたらす自殺はいずれの年齢層にもみられます。痛ましいことにわが国の10歳から40歳までの死因の第1位は自殺によるものです(平成29年人口動態調査)。40代以降になるとがんや心臓病などによる病死が増えますが、自殺が減るわけではありません。

ライフサイクルと世代交代

成人期後半は、次世代を育てて世代交代をしていく時期です。ライフサイクルと呼ばれるのは、人生を個々の一生に限定して捉えず、世代を超えて季節のように巡る円環的な営みとして捉えるからです。

人生100年時代といわれるようになり、引退や老後という概念自体が変容しようとしています。いくつになっても若々しく活動するアクティブシニアという生き方が理想的かもしれませんが、その一方で、身体機能の低下や所属する場が狭まることによる焦りや苦悩を乗り越えた先にも穏やかな心理状態があるといわれています。「老年的超越」と呼ばれる心理状態です。活動や役割、常識から解放されたあり方で、超高齢者・百寿者の心理発達段階として注目されています。

気分障害

Mood Disorders

一時的に憂うつな気分になったり、^{たかぶ} 昂ったりすることは誰にでもありえます。しかし、医学的な診断名としての気分障害はこうした一過性の気分変動ではなく、社会生活に支障が出る程の症状が気分・意欲・思考・行動・自律神経機能など幅広い領域に持続的に現れるものを指します。

うつ病とは？

うつ病は端的に言えば、生命力のSOS状態です。子どもから高齢者まで、あらゆる年代、性別、文化を超えて誰でもかかる可能性があります。うつ病にかかると、気分が沈み、ひどい場合は感情がなくなることもさへあり、何もする気が起こらず、食欲や睡眠もうまくとれず、生きていく自信すら失う状態が続きます。通常、検査を受けても異常は出ませんが、苦痛の程度は周囲の理解を超えています。周りの人の励ましや慰め、気分転換などの常識的なアドバイスが通用せず、かえって裏目に出してしまうときが専門的治療を受ける目安です。

発病には体質・環境・トラウマ・薬物(アルコールを含む)・身体疾患などが影響することがわかっており、多くの場合、孤立・喪失・敗北・消耗といった心身の状況が直接の引き金になります。治療の原則は心身の休養です。休まらないところを休めるようにするのは実際には簡単ではなく、個別の状況を踏まえた丁寧なケアが必要です。薬も主に心身を休める目的で慎重に用います。自身の身に起こったことを理解して養生することが先決です。一方で、重度になると、自殺の衝動がおさえられない危険な状態に至ったり、外界の刺激にまったく反応しなくなる昏迷状態に至ることもあります。まれではありますが、幻覚や妄想を抱く人もいます。また、こうした重症うつ病や精神病性うつ病は、日常語としての憂うつとはかけ離れた状態で、ただちに精神医学的治療が必要になります。

双極性障害とは？

双極性障害は、うつ状態と躁状態^{そう}という対極の病像を示す再発性の病気です。うつ病から診断が変更されることもあります。実際には躁とうつが交互に現れるとは限らず、両者が混ざり合ったり、急速に入れ替わったり、幻覚や妄想を伴う場合もあって、活動期の病態は刻々と変化していきます。躁状態では、エネルギーが満ちあふれて何でもできるような気分になり、喜怒哀楽が激しく不眠不休でも疲れ知らずになります。衰弱した様子が明らかになつ状態とちがいで、自信に満ちた言動で周囲とトラブルになる躁状態は本人も周囲も病状だと認識しにくく、受診と治療の継続が最大のハードルともいえます。人間関係・金銭問題等で今までにないトラブルが続いたときは、受診の目安です。

双極性障害では心身のエネルギーの安定を保つことが難しくなるため、急性期を脱した後は、生活リズムを安定させる工夫、耐久性を高めるリハビリ、引き金となる原因の振り返りなどを通して時間をかけて安定を目指します。重症度によって薬物療法の長期維持が必要な場合もあります。



*気分障害は、主にうつ病と双極性障害の2つに大別されますが、この2つに入らない病態もあります

不安症

Anxiety Disorders

突発性の不安発作や特定の対象や状況に対する強い不安や恐怖が生じ、不安や恐怖を引き起こす場面を避けようとして行動範囲が徐々にせばまり、生活が著しく妨げられてしまう精神疾患です。

🧠 成人期によく見られる不安症の種類

◎パニック症 (Panic Disorder)

原因となる身体的な病気がないのに、動悸、息苦しさ、めまい、冷や汗、吐き気・嘔吐、手足のしびれなどの突然起こる不安発作が繰り返されるのが特徴です。自分は大きな病気にかかっていて死ぬのではないかと強い恐怖を感じ、救急車で運ばれることもあります。病院に到着する頃には収まっていて、検査をしても大きな異常が見つかりません。



◎広場恐怖症 (Agoraphobia)

パニック発作を何度か経験すると、また発作が起きるのではないかと不安になり、電車やバス、エレベーターのなかなどの閉鎖空間、歯科医院、美容院、劇場、高速道路などの逃げ場がない状況を特に避けるようになります。パニック症がない人でも広場恐怖症になる人はいるようです。

◎社交不安症 (Social Anxiety Disorder)

人前で話したり、字を書いたり、食事をしたりする際に、周囲の人に注目され、自分が変にみられているのではないかと意識しすぎてしまいます。そのために赤面、どもり、汗、手の震えなどが悪化し、

さらに自分がうまくできていないと考え、人目を避けるようになります。10代前半から発症する方が多いことが分かっています。



◎全般不安症 (Generalized Anxiety Disorder)

家族、人間関係、仕事や学業、健康問題など特定の状況に限局されないさまざまな出来事についての過度な不安から、将来生じうる潜在的な危険について考えを巡らせたり、インターネットなどで調べ物をしたりすることに長時間を費やし、筋緊張、不眠、易疲労感^{いひろうかん}、いらいら感などで悩みます。

🧠 原因と頻度

不安症の発症には遺伝の影響も多少ありますが、それ以上に環境の要因が大きいことが双子研究から判明しています。日本人は、生涯のうちに何らかの不安症にかかる割合は8%程度とされています。

🧠 薬物療法と認知行動療法で治療する

不安症に対しては、薬物療法と心理療法の組み合わせが効果的です。抗うつ薬の選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI) やベンゾジアゼピン系の抗不安薬が有効であり、あわせて心理療法の一種である認知行動療法を行うことが一般的です。

光トポグラフィー検査 (抑うつ状態の鑑別診断補助)

Optical Topography for an Auxiliary Laboratory Test for Differential Diagnosis of Depressive State

2014年4月より、光トポグラフィー検査が「抑うつ状態の鑑別診断補助」として保険適用となり、精神疾患のための臨床検査としての大きな一歩となりました。

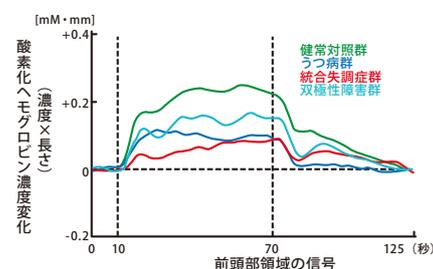
光トポグラフィー検査について

光トポグラフィー検査では、近赤外光という可視光線よりも波長の長い光を頭の表面から大脳皮質に向けて照射し、頭表に返ってきた光を分析することで脳機能を測定します。この検査は脳画像検査の1つですが、ほかの検査と比べて自然な姿勢・環境で簡便に行うことができることから、精神疾患を有する患者さんでも比較的少ない負担で検査できる利点があります。



多チャンネル光トポグラフィー装置(日立メディコ社:ETG-4000)

こういった知見をもとに、本検査は「抑うつ状態の鑑別診断補助に使用するもの」として保険適用となりました。ただし、保険適用となっている検査は、うつ病として治療されているもので統合失調症や双極性障害との鑑別が必要な場合に行うものであり、その他にも検査を行うためのいくつかの基準が定められていることから、実際に検査を行う際には、主治医と相談し慎重に検討する必要があります。また、現時点における精神疾患の診断の軸となるのは、あくまでも面接による病歴聴取や、患者さん自身によって語られる体験、または周囲からの情報による行動や状態の把握であり、本検査はあくまでも鑑別診断「補助」としての位置づけである点に注意が必要です。



Takizawa et al., 2014. Figure 3Aを一部改変

うつ病、双極性障害、統合失調症における波形パターンの違い

過去の研究から、指示された頭文字で始まる言葉について口頭でなるべく多く答えるという課題中(60秒間)の前頭葉領域の反応パターンが、うつ病、双極性障害、統合失調症において異なることがわかっており、さらに「うつ病」と「双極性障害・統合失調症」を、約7~8割程度で判別できるという結果が示されています。

東大病院精神神経科における「こころの検査入院」

東大病院精神神経科では、光トポグラフィー検査を含む4日間の検査プログラムを行っています。同プログラムでは、光トポグラフィー検査以外に、短時間の外来診療では難しい病歴の詳細な聴取や、各種の身体検査、心理検査などを集中的に行い、診断や治療の見直しや進展に繋げることを目指しています。(http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/kokoro/)

リカバリーセンター

U-Tokyo Hospital Recovery Center

精神疾患をもつ人が、症状や障害が続いていてもその人らしく社会参加し充実した人生を送る「リカバリー」を支援するため、東大病院精神神経科ではうつ病・不安症をもつ方を対象にリカバリーセンターが付設されています。

🧠 できることから着実に。 社会参加への橋渡しをするアプローチ

治療は症状改善のみではなく、患者さんが回復したと実感できることを目指す必要があります。そこで、東大病院では従来の医学モデルを補完するアプローチとして、農作業・身体活動・集団認知行動療法・マインドフルネスなど、心身両面に働きかける多彩なグループワークを組み合わせた「リカバリーセンター」を立ち上げました。利用する方が受け身の姿勢でサービスを待つのではなく、多職種スタッフ（精神科医・臨床心理士・作業療法士・精神保健福祉士、ピアサポートワーカーなど）と協働して、プログラム運営に主体的に参加することが特徴です。グループ内でのこうした体験が、不安の克服、意欲の向上、自信の回復につながり、社会参加への橋渡しになることを目指しています。

🕒 リカバリープログラムのスケジュール例

	月曜午後	水曜午後	木曜午後
13:00	ミーティング	ミーティング	ミーティング
13:15	農作業/運動	農作業/調べもの	農作業/運動
14:30	集団認知行動療法	読書/話し合い など	マインドフルネス/ ダイアログ
16:00	終了	終了	終了

🧠 東大病院で野菜を作る

リカバリープログラムでは、身体活動を積極的に取り入れています。なかでも農作業に力を入れており、限られたスペースながらもキャンパス内で野菜を育てています。これは、頭で思い悩むことから離れて、実際に体を動かして感じる体験的ワークを重視しているためです。農作業のプロはいない分、利用者と専門職と一緒に調べながら試行錯誤し、待つことが必要な野菜作りを経験するプロセスを大切にしています。丹精こめて育てた野菜は皆で収穫して一緒に調理し、ゆっくり味わいます。



リカバリーセンター(recovery center)の「r」、「e」、「c」を凶案化しつつ、回復と農園をイメージした新身を重ねました。新緑の緑がイメージカラーです。ワンポイントに配した葉の上のナナホシデントウは、希望や目標を表しています。

🕒 心身両側面からのアプローチを提供します

① 集団認知行動療法

利用者が「自身に問題や困難を生じさせる考え方(認知)や行動のパターン」に気づき、認知・行動を変えていく方法を学ぶ。

② マインドフルネス

瞑想やヨガなどを行い、「今、ここでの感覚、思考、感情」に気づく練習を通して、柔軟な心を養うトレーニング。

③ ダイアログ

自由な交流を行うためのグループワークで、対話による交流をはかることで参加者同士の関係を深め、それぞれが自分の過去、現在、未来を見つめなおす。

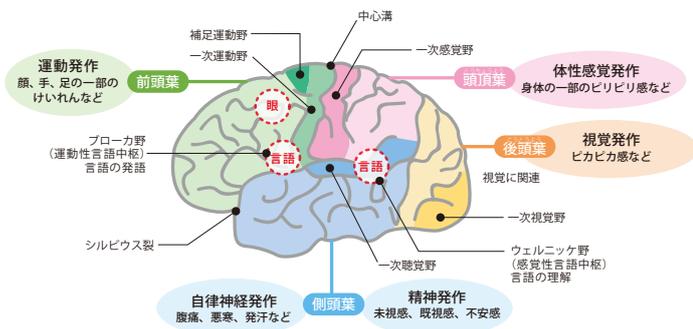
てんかん

Epilepsy

てんかんとは、大脳の神経細胞が過剰に興奮するために脳の症状(てんかん発作)が反復性に起こる、脳の病気です。子どもから高齢者まであらゆる年齢で発症し、およそ100人に1人が患っています。

てんかん発作の症状

大脳は部位によってそれぞれ異なる機能をもっているため、てんかん発作もその興奮が起こった場所によって症状が異なります。ある人は意識を失い、けいれんする発作であり、別の人は一瞬だけを見つめてボーっとしたまま呼びかけに反応しなくなるだけの発作である場合もあります。このような個別の症状を特に誘因なく繰り返すのが特徴です。



てんかんの診断

まず、てんかん発作の症状をきちんと評価するのが大切です。そのため本人や目撃者から詳しく問診をして、診断します。さらに脳波やMRIなどの検査を加えることで診断はより正確なものになります。

てんかんの原因

脳卒中や頭部外傷など脳に傷ができた場合、出産時の酸素不足、脳の発達障害、脳腫瘍、認知症

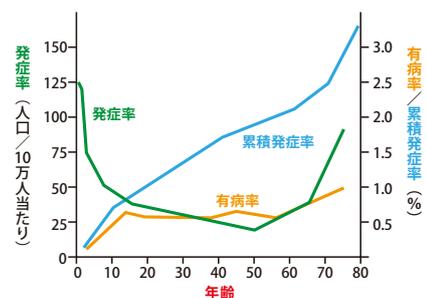
あるいは先天性の要因など、原因は多岐にわたりますが、不明な場合も多いです。

てんかんの治療

てんかんの治療は薬物療法が主体です。現在わが国では、20種類以上の抗てんかん薬を使用することが可能であり、およそ60%の人の発作がおさまります。薬でコントロールがつかない発作の場合は外科手術が検討されます。てんかんの原因である場所を切除する根治外科によって、最終的には70～80%の人の発作が抑制されます。

てんかんのある人には、てんかん発作以外にも精神・身体的合併症や心理社会的問題が伴うことが少なくありません。これらの問題が、ときにはてんかん発作以上に、てんかんのある人の生活の質(QOL)や日常・社会生活に大きな影響を及ぼすことがあります。そのため、単なる発作のコントロールではなく、「てんかんのある人が、てんかんが理由で制限されることなく、その人らしい充実した人生・生活を送れること」こそが今日のてんかん治療のゴールと考えられています。

てんかんの年代別発症率



出典: Anderson VE, Hauser WA, Rich SS. Adv Neurol 44:59, 1986

長時間ビデオ脳波モニタリングユニット

Epilepsy Monitoring Unit: EMU

東大病院では、2014年に精神神経科病棟の1個室に長時間ビデオ脳波モニタリングユニット（Epilepsy Monitoring Unit: EMU）を開設しており、「難治性てんかん」の診断・治療に役立てています。

EMU検査入院の対象

てんかん発作や、てんかん発作類似の発作性症状で困っている方が対象になります。長時間ビデオ脳波検査は、通常の脳波検査と同様に電極を取り付けて行います。通常数日間連続して記録を行うため、患者さんの理解や協力が必要です。

EMU検査入院の目的

EMU検査の最大の目的は、長時間ビデオ脳波モニタリング中に、患者さんの発作症状を記録し発作症状を解析することです。

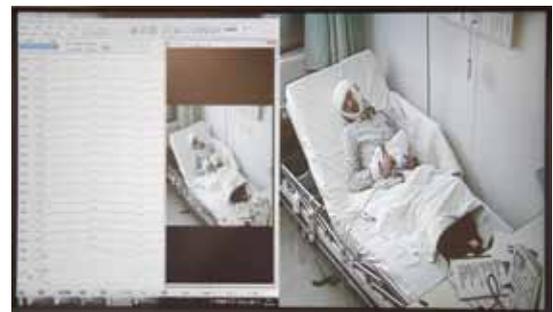
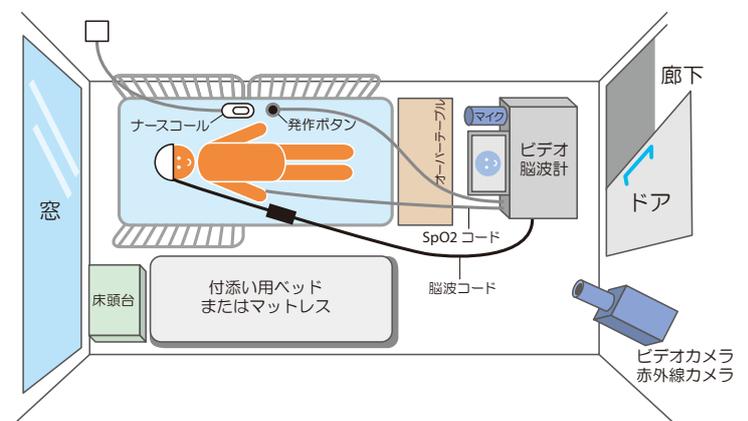
解析では、まず発作症状がてんかん発作なのか否かを調べます。抗てんかん薬が効かない、「難治性てんかん」と考えられていたうちの約3割が実際にはてんかん以外の原因で類似の症状（心因性非てんかん性発作や失神など）が起きていることがあります。このような非てんかん性発作には抗てんかん薬は無効であり、原因に応じた治療や支援が必要です。発作症状がてんかん発作か否かを診断することは、その後の適切な治療のためにとっても重要です。

また、てんかん発作だとしたら、発作は脳のどこで起きていてどのような症状なのかを調べます。医療者は目の前で発作症状を観察することができません。よって、脳波記録をつけたまま発作症状を始まりから終わりまでビデオ記録することで、各個人

の発作症状を詳しく知ることができます。その結果、発作症状に適した抗てんかん薬を選択することができるようになります。さらに画像検査などを加えることで外科手術の可能性を検討することができます。

2種類以上の抗てんかん薬で治療を行っていても発作が抑制されない場合には、長時間ビデオ脳波検査を受けるのが望ましいと考えられます。東大病院では精神神経科以外にも脳神経外科、小児科、そして脳神経内科病棟において、長時間ビデオ脳波検査を受けることができます。

◎東大病院精神科病棟EMUの構成



長時間ビデオ脳波検査の画面
(スタッフが患者さん役をやっています)

身体疾患の治療をサポートする リエゾン精神医学

Consultation-Liaison Psychiatry

コンサルテーション・リエゾン精神医学は、1900年ごろより米国ではじまりました。コンサルテーションは、他科からの依頼に応じて専門的な視点から意見を述べることで、リエゾンはあらかじめチームを組んで、予防的に関わることを指します。こころと体、患者さんと各医療スタッフをつなげるという意味でフランス語のリエゾン (liaison) という言葉が使われています。

こころと体をつなげる

身体疾患の治療を行っているときに、不安や不眠などの精神症状がみられる場合があります。たとえば、高齢者が入院すると「せん妄(※)」状態となることがあります。そんな時には、治療が円滑に進むように、リエゾンチームが精神面からのアプローチを行います。

また、慢性の精神疾患をもつ人が身体疾患で入院する場合には、担当科の医療者が精神疾患の特性を踏まえて対応できるよう、あらかじめ助言を行います。

ときには、各科から処方された薬が多くなりすぎて、「せん妄」などの不調につながることもあります。リエゾンチームがかかわることは、こうした「多剤併用」を見直すきっかけにもなっています。

※せん妄は、身体的不調に環境変化などが影響して起こる意識の変調です。

◎身体疾患における精神疾患の重要性

(No health without mental health: Lancet, 2007)

- 精神疾患は身体疾患のリスク要因となる
喫煙、肥満、高血圧
うつ病：内分泌、炎症、免疫系への影響
- 身体疾患は精神疾患を伴いやすい
糖尿病とうつ、心疾患とうつ
- 精神疾患の存在は、身体疾患の予後を左右する
発見、治療の遅れ
身体疾患の治療が十分に受けられない(精神病、認知症、薬物依存症)
身体疾患治療への自発的取り組み、予防が不十分



医療スタッフをつなげる

医療の場では、医師、看護師、薬剤師、検査技師、栄養士、心理職、リハビリテーションスタッフ、ソーシャルワーカーなどがチームを組んで活動しています。関係者が集まって患者さんの今後の方向性を話し合うカンファレンスに、リエゾンチームも参加し、精神的な視点から治療をバックアップしています。

◎東大病院精神神経科リエゾンチームの主な活動内容

- 1 救命救急センターに入院した自殺未遂者への介入
- 2 他科入院患者の精神的評価やスタッフに対する介入
- 3 補助人工心臓装着重症心不全患者・家族へのサポート
- 4 移植(心・肝・肺)登録に関する精神医学的評価
- 5 精神疾患併存患者の産後・周術期管理
- 6 チーム医療合同カンファレンスへの参加
- 7 せん妄、向精神薬、禁煙などに関する研修講師

東大病院では2007年よりリエゾン活動が行われており、現在は各診療科から1年間におよそ800件の依頼を受けています。

リエゾン精神医学のこれから

現在のリエゾン活動は、主に入院治療の場で行われていますが、在宅医療の進化に伴い、今後は地域での活動も期待されます。

「価値」にもとづく精神医学を目指して

Toward Value-Based Psychiatry

当事者のリカバリー（回復）を実現するためには、それぞれの人の中にあり、生活や人生における行動を、その人らしく固有の方向に突き動かしていくもの、すなわち「価値」を支えることが重要です。

人間は脳と身体をもって生まれ、人生を通じて生活の中で「価値」を形成する

人は身体と脳と精神にもとづいて行動を起こします。日々の生活や人生における行動を、その人らしく固有の方向に突き動かしていくもの（「価値」）は、どのように形成されていくのでしょうか。

長期的人生行動をその人らしく能動的に選択するよう突き動かす
駆動因＝価値



「価値」は、児童期には親子関係を通じて世代間で伝達されます。思春期には、反抗や葛藤が生じると同時に、仲間との関係が重要となり、共有される「価値」が個人の内面に取り込まれていきます。やがて、自分の将来の希望といった、より内発的な要素が「価値」の形成に影響を及ぼすようになると考えられます。こうして、人は「価値」を、社会との相互関係の場である生活（暮らし）の中で、人生を通じて形成・発展させながら、次第に個人に特有の主体的なものとしていくのです。

価値はいつどのように個人に固有のものとなるか？



「価値」にもとづく支援の重要性 —「こころの健康社会」の実現のために—

こうした「価値」の形成・発展について理解し、当事者の「価値」を中心に支援し、また、人生の行動を「価値」が突き動かしていることを熟知して支援することが、精神的不調や精神疾患からのリカバリーを支援する上でも重要です。当事者の「価値」を支えることこそが、いわゆる「当事者中心の医療」「ニーズにもとづく支援」といったアプローチの本質であると考えています。

「価値」にもとづく精神医学の理念は、コミュニティーで生活する主体としての1人ひとり支援する上で欠かせないものです。また、個人へのリカバリーに向けた支援を行うための素養をもって初めて、地域レベルでの精神保健に変化をもたらすことが可能となります。さらには、「こころの健康社会」の実現に向けて、精神保健・予防が溶け込むコミュニティーデザインとはなにか、という国レベルでの包括的なまなざしを得ることにもつながっていくと考えています。（参考：APA-TVセクション）

ここをあつかう支援者の柱となる3つの基本素養 (TICPOC)～「価値」にもとづく支援の実践～

TICPOC (Trauma-Informed Care, Co-production, Organizational Change)
- Three essential capabilities for Value-Based Practice -

東大病院精神神経科では、「価値」にもとづく支援を実践していくためには、精神科医療に携わるスタッフが3つの素養 (TICPOC) を備えておくことが重要であると考えており、そのような人材の育成にも取り組んでいます。

🗣️「価値」にもとづく支援の実践において重要と考える3つの基本素養 (TICPOC)

東大病院精神神経科では、Trauma-informed Care (トラウマ・インフォームド・ケア)、Co-production (コ・プロダクション)、Organizational change (オーガニゼイショナル・チェンジ) という3つの素養 (TICPOC) が「価値」にもとづく精神医学の実践に繋がると考えています。

“Trauma-informed care”：トラウマ (精神的な傷つき) に配慮して支援できる

PTSD (心的外傷後ストレス障害) の専門的治療とは別に、「トラウマを熟知したケア」を意味します。人はトラウマを経験していることがまれではなく、その体験が行動や周囲との関係性に影響をおよぼすことがあります。すべての精神保健スタッフがこのことを熟知して当事者の支援に取り組む必要があります。

“Co-production”：当事者と共同創造できる

専門家とサービス利用者である当事者が、対等な相互作用の中で共にサービスなどを作り上げていくことを指します。Co-productionの中で「ピアサポートワーカー」が果たす役割は大きく、専門家の「専門知」と同等の価値がある「経験知」を活かして、専門家とともにリカバリーに向けた支援を行います。

“Organizational change”：これらの実現のため組織の治療文化を変革できる

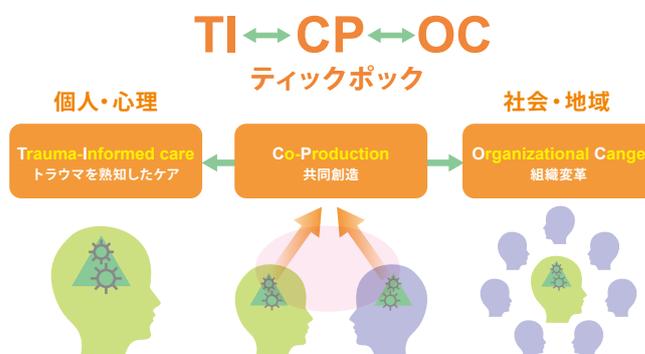
当事者のリカバリーを目指してCo-productionを実践するには、当事者と専門家の関係性をパラダイムシフトしていく必要があります。そのためには専門家個人のみならず、組織構造の風土や理念も変えなければならぬため、組織変革への抵抗が必然的に生じますが、ここでもピアサポートワーカーが変革のための重要な役割を果たします。

🗣️東京大学職域・地域架橋型「価値に基づく支援者育成プログラム」

東大病院精神神経科では文部科学省より支援を得て、3つの素養 (TICPOC) を備えた人材の育成にも取り組んでいます。職域や地域を超えて「価値」にもとづく支援ができる、指導的人材を全国に輩出することを目指しています。

(※詳細はこちら：<https://co-production-training.net>)

◎ここをあつかう支援者の3つの基本素養



共同意思決定：患者と医療者が一緒に治療方針を決める

Shared Decision Making : collaborative process in which both a patient and medical professionals make a medical decision together.

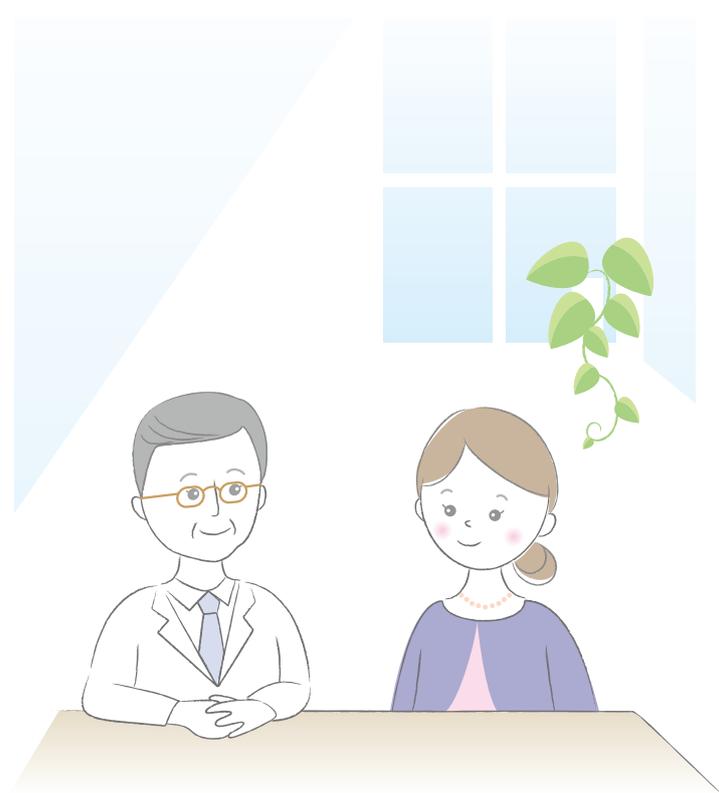
近年、医療における意思決定において、患者さんのもつ固有の価値観や希望がより重要であるという認識が高まっています。

これまでの診療では、治療方針や投薬をはじめとするさまざまなことについて、患者さんの同意を得ながら主治医が主導して決めていくことが一般的でした。しかし近年では、医療における意思決定において、患者さんの固有の価値観や希望がより重要であるという認識が高まっています。東大病院精神神経科では、患者さんと医療者が一緒に必要な情報を共有し、患者さんの想いや希望に沿って共に治療方針を決める、「共同意思決定（SDM：Shared Decision Making）」を実践していきたいと考えています。

このためには、患者さん自身が「治療にはどんな選択肢があるのか、それによって生活はどう変化するのか」などを理解しやすいように、医療者がより丁寧に説明する必要があります。それと共に、患者さんが生活や人生において、どのようなことを大切に想っていて、医療に何を望んでいるのかを、医療者が理解することも求められます。そうしたことを共有し、患者さん自身の価値観や人生観に沿った意思決定を行えるように支援していくことが大切になります。

また、患者さんの価値観や希望を尊重した診療を実現するためには、医師だけではなく、看護師、

ソーシャルワーカー、心理職、作業療法士、薬剤師、栄養士、ピアサポートワーカーなどの多職種がそれぞれの視点からの判断や情報を共有して連携する必要があります。



共同意思決定支援ツール：質問促進パンフレット、診察サプリ

Tools to Support Shared Decision Making: Question Prompt Sheet, Medical Care Supplement.

共同意思決定のために精神科外来で役に立つ「質問促進パンフレット」と、スマートフォン・タブレットアプリ「診察サプリ」を紹介します。

どんな治療をするのか、どんな生活をしていくのかを、自らの考え方や価値観、人生観に沿って、周りのサポートを受けながら、主体的に意思決定していくことを支援するためのさまざまな工夫やツールのことを、「意思決定支援ツール (Decision aid)」と言います。

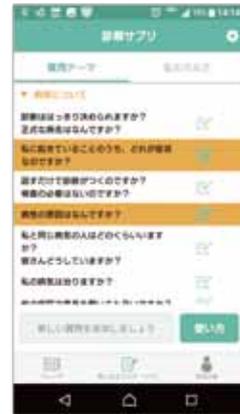
がん医療の領域などを中心に、意思決定支援ツールの一つである「質問促進パンフレット (Question Prompt Sheet)」が開発され、注目を集めています。東大病院精神神経科では、精神疾患をもつ人が精神科外来で主治医に聞きたいことを聞き、よりよいコミュニケーションを支援するための「質問促進パンフレット (Question Prompt Sheet)」を作成しました。多くの患者さんやその支援者の意見を元に、改訂を重ねたものです。

また、さまざまな形で、患者さんと医療者との間のコミュニケーションを促進し、一緒に治療方針を決めていくための「共同意思決定支援ツール」の開発と普及を行うことも大切な役割であると考えています。質問促進パンフレットを元に、スマートフォンやタブレットで使用しやすいように、「診察サプリ」というアプリ開発を行いました。新たな質問を追加し、ユーザー同士で質問を共有することができます。「こたえ」ではなく、他の患者さんはこういうことをきいているという「問い」を共有し、医療者と相談しながら自分なりに「こたえ」を考えてメモできるようになっています。ぜひ手に取って、実際の診察の場面でお役立てください。

◎質問促進パンフレット



◎診察サプリ



スマートフォンで、こちらを読み取ってご利用ください。



※ご利用の端末やOSのバージョンによって、上手く見ることが出来ない場合もございます。

体験

質問促進パンフレット・診察サプリ



ピアサポート—似たような困難を有する当事者が支えあうこと—

Peer Support – Offering and receiving help, based on shared understanding of similar mental health problems or symptoms –

近年、困難の経験を有する当事者同士が支えあうピアサポートが注目され、仕組みが整えられつつあります。東大病院でも、ピアサポートワーカーの雇用及び教育・養成に取り組んでいます。

精神障害の領域におけるピアサポートの拡がり

「ピア(peer)」とは、「仲間」「対等者」などを意味します。ピアサポートを通じて似たような辛い体験を持つ人同士がその体験を共有することで、互いに勇気づけられることや、再び夢や希望を抱くことにつながります。

新たなポジション:ピアサポートワーカー

支援の受け手でありまた送り手(スタッフ)でもある人で、かつそれを仕事として賃金を得ている人のことをピアサポートワーカーと呼びます(ピアスタッフ、ピアサポーターなど名称は様々です)。これまでの「支援する人—支援される人」しかなかった支援の場において、ピアサポートワーカーというのは、新たなポジションといえます。

精神科医療や福祉などの支援の場でピアサポートを活かす実践として、退院に向けた支援を受けた経験を元に相談に応じたり、院外活動の際の同行や各種プログラムの運営などにかかわったりします。

ピアサポートワーカーの活躍がもたらす効果

ピアサポートワーカーの働きは、既存の専門職スタッフや精神保健システムにも効果をおよぼします。

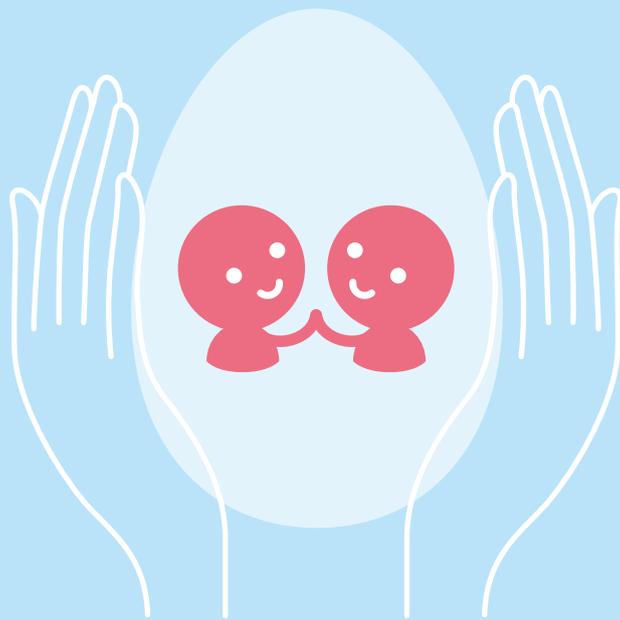
スタッフの精神疾患への理解をより深め、日々の実践や治療に関するインフォームドチョイス(医師から十分な説明を受けたり情報を集めたりした上で、患者さんが方針の選択まで行うこと)の方法などの理解も高まります。

ピアサポートワーカーは「経験の専門家」と言われるのに対して、専門職は「知識の専門家」と呼ばれ、等しい価値があります。

専門性の違う者同士が共に力を合わせることを「Co-Production: 共同創造」と呼び、Co-Productionしていくことがより良いサービス提供につながっていきます。さらに、精神保健システム全体や個々の施設の組織変革(Organizational Change)をもたらし、これまでの精神保健領域の文化や姿勢を幅広く変えていくと考えられています。

精神保健システム全体の変革





本企画展の協力者

東京大学医学部附属病院

精神神経科

統合失調症AYA世代センター

リハビリセンター

こころの発達診療部

リハビリテーション部（デイホスピタル）

てんかんセンター



健康と医学の博物館
Museum of Health and Medicine

