

# パート 1 統合失調症の治療計画策定

## 第 1 章 統合失調症の診断と鑑別診断

### 1. はじめに

統合失調症には、診断に役立つ身体症状や検査所見、さらには病勢を反映するバイオマーカーについてはいまだに確定的なものは発見されていないので、その診断は精神症状に頼らざるを得ない<sup>1)</sup>。統合失調症には歴史的に特徴的とされる精神症状、例えばブロイラーの 4A 症状やシュナイダーの統合失調症一級症状があるが、これらは疾患概念であり診断基準ではない<sup>2)</sup>。診断として感度、特異度の点から統合失調症と断定できる単一の精神症状は存在しないものの、統合失調症の臨床診断に役立つ特徴的な精神症状としては、主要精神症状のほか、自我障害、疎通性の障害および病識欠如がある<sup>1)</sup>。自我障害は統合失調症に特有のものであり、この自我障害を中心にしたシュナイダーの統合失調症一級症状は統合失調症の診断にとって役立つことが多い。自我障害以外では疎通性の障害が重要である。疎通性の障害のある患者と面接した精神科医は、患者との意思の疎通、感情的共感が得られず、拒絶的あるいはプレコックス感とよばれる独特の印象を受ける。さらに病識欠如も統合失調症診断に役立つ。とはいえ、プレコックス感は現れないことがあるし、病識欠如は他の器質性脳疾患や精神疾患の際にも認められることがある。一方、統合失調症でも軽症例ではある程度自分の異常さに気づき、病感をもっていることもあるため病識欠如だけをもって統合失調症の診断はできない。さらには、近親者に明らかな統合失調症や何らかの精神疾患の遺伝要因があることも統合失調症診断の一助になる。

#### ブロイラーの 4A 症状<sup>1)</sup>

- 思考障害における連合弛緩（思考のまとまりのなさ）
- 感情障害（感情の鈍麻、異常な敏感さなど）
- 自閉（外界との接触を避け自分の殻に閉じこもる傾向）
- 両価性（同一の対象に相反する感情を同時に抱くといった矛盾した感情の働き）

#### シュナイダーの統合失調症一級症状<sup>1)</sup>

- 考想化声
- 話しかけと応答のかたちの幻聴
- 自己の行為に随伴して口出しをするかたちの幻聴
- 身体への影響経験

- 思考奪取やその他思考領域での影響体験
- 考想伝播
- 妄想知覚
- 感情や衝動や意志の領域に現れるその他のさせられ体験・影響体験

## 2. 診断と評価のポイント

統合失調症の診断は、本人または家族との問診を中心に進められる。問診では、下記の項目などを中心に問診を行う。

- ①どのような症状が現れたか
- ②症状はいつから始まったか
- ③症状がどのように経過したか
- ④社会・生活にどの程度の支障がみられるか

このほかにも、精神的現症として、意識、見当識、知的水準、思考、感情なども問診の中で評価する。成育歴、既往歴、家族歴、物質使用歴などの情報も診断には重要である。本人に病識がなく、意思の疎通が図りにくかったり、対人不信が強く拒否的な態度が往々にしてみられたりする場合、特に興奮状態にあると本人への問診が困難となることがある。その場合、家族への問診を中心に進める。さらに、身体的健康状態を確認するために、身長、体重、バイタルサイン、理学所見、神経学的所見などを評価する。ルーチンに行う検査としては、血液、尿検査、心電図などがある。

## 3. 診断基準

診断基準としては米国精神医学会の「DSM-5」と世界保健機関（WHO）の国際疾病分類である「ICD-10」の2つがある。

身体疾患による精神疾患を除外するための以下のような検査は、問診・身体所見に応じて行うべきである。具体的な身体疾患に関しては鑑別診断で述べる。

- 血液検査（甲状腺機能、梅毒反応など）や尿検査
- 脳波検査（意識水準の評価など）
- CTやMRIによる脳画像検査
- その他（髄液検査など）

(1) DSM-5<sup>2,3)</sup>

- A. 以下のうち2つ以上、おのものが1か月間ほとんどいつも存在する。これらのうち少なくとも1つは(1)か(2)か(3)である。
- (1) 妄想
  - (2) 幻覚
  - (3) 解体した言語
  - (4) 著しく異常な精神運動行動、例えばカタトニア
  - (5) 陰性症状、すなわち制限された情動、あるいは意欲喪失／社会性喪失
- B. 社会的・職業的機能の低下が認められる。
- C. 何らかの徴候が6か月以上続く。
- D. 統合失調感情障害と、「抑うつ障害または双極性障害、精神病性の特徴を伴う」が除外できる。
- E. 物質（例：乱用薬物、医薬品）または他の医学的疾患の生理学的作用によるものではない。
- F. 自閉スペクトラム症や小児期発症のコミュニケーション症の病歴があれば、統合失調症の追加診断は、顕著な幻覚や妄想が、その他の統合失調症の診断の必須症状に加えて少なくとも1か月存在する場合にのみ与えられる。

**妄想**：妄想とは、相反する証拠があっても変わることのない固定した信念である。その内容には多様な主題が含まれる（例：被害、関係、身体、宗教、誇大）。妄想と強固な考えとの区別は難しいことがある。そのような信念が真実であるということに矛盾するような、明白なまたは合理的な証拠があるにもかかわらず、その信念がどの程度の確信度で信じられているかが、妄想と強固な考えとの区別を決める1つの要素となる。

**幻覚**：幻覚は、外的刺激がないにもかかわらず起きる知覚様の体験である。幻覚は鮮明で、正常な知覚と同等の強さで体験され、意思によって制御できない。

**解体した言語**：まとまりのない思考（思考形式の障害）は一般にその人の会話から推測される。その人は、ある話題から別の話題にそれることがある（脱線または連合弛緩）。質問に対し、関係の少ない、またはまったく関係のない答えをすることもある（接点のないこと）。

**著しく異常な精神運動行動**：子どものような“愚かな”行動から予測できない興奮に至るまで多様なかたちで現れる。問題はあらゆる目標指向的な行動の中で見出され、日常生活の活動を遂行することさえ困難になる。

**陰性症状：**情動表出の減少と意欲欠如という2つの陰性症状が統合失調症で特に目立つ。情動表出の減少には、顔の感情表出、視線を合わせる、発語の抑揚（韻律）などの低下、会話の中で感情を強調するために通常みられるような手や首、顔の動きの減少が含まれる。意欲欠如は自発的な目的に沿った行動が減少することであり、長い時間じっと座ったままであったり、仕事や社会活動への参加に興味を示さなかったりする。

## (2) ICD-10<sup>4)</sup>

統合失調症性障害の一般的特徴は、思考および知覚の基本的で特徴的な歪曲であり、感情の不適切または鈍麻である。通常は意識清明で知的能力は保たれているが、時間の経過とともに何らかの認知的欠損が発現し進展していくことがある。最も重要な精神病理学的症状としては考想化声、考想吹入または考想奪取、考想伝播、妄想知覚およびさせられ妄想、影響されまたは動かされる体験のかたちで患者本人を批評したり、話題にする幻声、思考障害および陰性症状がある。統合失調症性障害の経過は、持続性であるか、または挿間性であって進行性または継続性の欠陥を伴うか、あるいは完全または不完全な寛解を伴う1回または複数のエピソードがあるかである。

顕著な抑うつ性または躁性の症状がある場合には、感情障害に先行して統合失調症症状があったことが明白でない限りは、統合失調症の診断をしない。また明らかな脳疾患が存在したり、あるいは薬物中毒または離脱状態の間も、統合失調症と診断しない。統合失調症に類似する障害がてんかんまたはその他の脳疾患、精神作用物質による類似の障害がある場合は別の疾患とするべきである。

## 4. 鑑別診断<sup>1)</sup>

DSM-5でもICD-10でも統合失調症の診断を下す前に鑑別すべき疾患を除外することを求めている。以下に鑑別診断を挙げる。

### (1) 短期精神病性障害との鑑別

この障害では統合失調症に似た症状が強いストレスの後2週間以内にみられるが、1日～1か月程度しか持続しない。原因は不明で、強いストレスによって引き起こされる場合が明らかに認められる。症状は幻覚や妄想が優勢で統合失調症に類似するが、思考の障害はあまり認めない。急性かつ一過性に起こるのが特徴で、薬物治療を受けても受けなくても回復することも多い。一方、短期精神病性障害と診断された患者のおよそ30%が3年後に統合失調症に移行する。

## (2) 統合失調症様障害との鑑別

統合失調症に似た症状が1か月以上続き、短期精神病性障害の診断基準を満たさなくなると統合失調症様障害と診断される。症状が6か月以上続くと統合失調症の診断を満たすが、双極性障害や統合失調感情障害に移行する場合もあり、暫定的な診断としての意味合いが強い。最終的に統合失調症様障害と診断された1/3の症例は6か月以内に回復し、2/3の症例は統合失調症あるいは統合失調感情障害と診断される。

## (3) 妄想性障害との鑑別

妄想が持続的にみられるが、妄想以外の精神症状がほとんど認められない。妄想の内容はあまり突飛ではなく、後をつけられる、毒を入れられるといったように現実であり得るものであったり、妄想の内容に関連する幻覚はあっても一過性であったり、断片的である。妄想の直接的な影響を除けば、心理社会的機能の障害は、統合失調症など他の精神病性障害にみられるものより限局しており、行動は奇異なところや、奇妙なところは目立たない。

## (4) 統合失調感情障害との鑑別

統合失調症の活動期と気分エピソードが同時に存在する。気分症状が活動期全体の半分以上の期間において存在する必要がある。疾病の生涯持続期間中に気分エピソードを伴わない2週間以上の妄想や幻覚が存在する。陰性症状や病識欠如は統合失調症より軽い。

## (5) 気分障害との鑑別

双極性障害の躁状態が陽性症状に、うつ状態が陰性症状に類似することから、ときに鑑別が難しい場合がある。大きな違いは統合失調症が「思考」の障害であるのに対して躁うつ病は「気分」の障害であることから、症状が気分に関連して変動する場合には双極性障害として鑑別が可能である。

## (6) パーソナリティ障害との鑑別

パーソナリティ障害には、社会的・感情的に他人を拒絶し、思考や認知、会話にみられる奇妙さを示す統合失調型パーソナリティ障害がある。ときに統合失調症に似た症状を現すことがあるが、症状の程度は統合失調症のそれよりも軽症で、統合失調症の診断基準を満たさない。統合失調症の発症前に基準が満たされている場合には「統合失調症型パーソナリティ障害(病前)」と記載される。その他のパーソナリティ障害についても、一時的に幻覚や妄想を呈する場合があり、鑑別が必要である。

### **(7) 身体疾患から生じる精神症状との鑑別**

脳腫瘍、ウイルス性脳炎、側頭葉てんかん、せん妄、甲状腺疾患、一酸化炭素中毒などの身体疾患から統合失調症に似た精神症状が現れる。これらの身体疾患は脳画像検査や髄液検査などを行うことで明確に診断できることが多い。てんかんのもうろう状態には、統合失調症に似た幻覚妄想状態が出現することがあり、精神運動興奮、昏迷などもみられることがある。もうろう状態が数日、数週など長く続くときには統合失調症との鑑別が困難となることがある。脳炎や一酸化炭素中毒による急性期の精神運動興奮が緊張型統合失調症との鑑別が困難となることがある。特に若年女性の抗 NMDA 受容体脳炎の初期には、抑うつ、無気力などが生じ、その後統合失調症に似た幻覚、妄想、痙攣、記憶障害、健忘が生じてくるため統合失調症と区別がつけにくい。脳炎後遺症ではパーキンソニズムによる仮面様顔貌、運動減少や、ときにみられる幻覚、妄想から統合失調症との鑑別が困難となることがある。認知症による物盗られ妄想や精神運動興奮などから統合失調症と鑑別が困難となることがある。

### **(8) 物質（薬物、アルコール、向精神薬など）の使用から生じる精神病症状との鑑別**

コカイン、ニコチン、カフェイン、アンフェタミンやメタンフェタミンや MDMA、メチルフェニデートなどの精神刺激薬の使用によって幻覚や妄想が引き起こされることがあるため、薬物の使用歴が重要な情報となる。メタンフェタミンなどのいわゆる覚醒アミンによる中毒精神病では、意識障害はほとんどなく、精神病症状も統合失調症のそれに酷似している。疎通性障害が統合失調症よりも少ないなど多少の差異はあるが、精神病症状だけからでは鑑別が困難な場合が多い。アルコール、有機溶剤、ベンゾジアゼピン受容体作動薬、ヘロインやアヘン、モルヒネといったオピオイド系の薬物や大麻などは中枢神経抑制薬に分類され、意識障害が軽い場合には統合失調症との鑑別が困難となることがある。さらに副腎皮質ステロイドや H<sub>2</sub> ブロッカーなどせん妄を誘発しやすい薬や、抗うつ薬やベンゾジアゼピン受容体作動薬など向精神薬の使用により精神病症状が出現することがあるため薬歴の聴取は重要となる。

### **(9) 解離症との鑑別**

解離症の際には幻覚妄想状態や昏迷が出現することがあり、これらは統合失調症との鑑別を必要とすることがある。この種の解離症は、普通の社会生活の中でも起こるが、刑務所などにおける拘禁反応として出現することが少なくない。解離症では、精神的原因があり、その後の症状の推移が周囲の状況の変化に並行すること、病像に誇張的、被暗示性亢進など、心因反応の特徴が多少ともみられることなどにより鑑別できる。

### **(10) 知的障害・発達障害との鑑別**

軽い知的障害患者は心因により解離症を起こしやすく、ときに緊張病性興奮や昏迷に似た状態を呈することがあるが、精神遅滞の存在や心因の存在、精神症状があまり長く続かないことなどから鑑別できる。知的障害の上に統合失調症が発生した接枝統合失調症と上記の解離性障害の鑑別は必ずしも容易でない場合があるが、統合失調症に固有の諸精神症状の確認によって鑑別する。

発達障害には、自閉スペクトラム症（autism spectrum disorder：ASD）や注意欠如・多動症（attention-deficit/hyperactivity disorder：ADHD）などがあるが、いずれも基本的には幼少期から症状がみられる。一方、統合失調症は思春期以降に、それ以前にはみられなかった統合失調症に特徴的な症状が現れる。発達障害でも幻覚や妄想がみられるが、一過性のことが多く、統合失調症のように持続しない。

## 5. 下位分類

統合失調症の治療方針の策定のために重要な下位分類としては、治療抵抗性統合失調症の有無、認知機能低下の有無などがある。これらについては、この有無によって推奨される治療が異なるため、評価を行う必要がある。これらの評価の詳細及び、治療法については、パート2の該当するCQを参照していただきたい。

## 6. おわりに

統合失調症の診断は、医師が主に臨床経過と精神症状を評価することにより行われているが、精神症状の評価が難しい場合も少なくない。よって、統合失調症の特徴を客観的に評価できる補助診断法の開発が望まれている。また、病識に乏しい統合失調症患者は、医師が診断の根拠とする幻覚や妄想などの精神症状を患者の主観的体験に基づき事実として認識するため、医師の診断を信じて治療を受けることが困難となる場合がある。このような客観的な補助診断法が開発されれば、統合失調症患者がより納得してより早期に治療を受けることができるようになることが期待される。

### 【参考文献】

- 1) 大熊輝雄（原著），「現代臨床精神医学」第12版改訂委員会（編）：現代臨床精神医学 第12版. 金原出版, 東京, 2013
- 2) 日本統合失調症学会（監），福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 他（編）：統合失調症. 医学書院, 東京, 2013
- 3) American Psychiatric Association（原著），日本精神神経学会（日本語版用語監修），高橋三郎, 大野 裕（監訳），染矢俊幸, 神庭重信, 尾崎紀夫, 他（訳）：DSM-5 精神疾患の診断・統計マニュアル. 医学書院, 東京, 2014
- 4) 融 道男, 中根允文, 小見山 実, 他（監訳）：ICD-10 精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライ

ン 新訂版. 医学書院, 東京, 2005