

Talk Schizophrenia

Issue 44

鼎談「精神医療と精神医学の 現状と今後の展望」

昭和大学 名誉教授

上島 国利

社会医療法人北斗会 理事長

澤 温

名古屋大学大学院医学系研究科
精神医学・親と子どもの心療学分野 教授

尾崎 紀夫

昭和大学
名誉教授

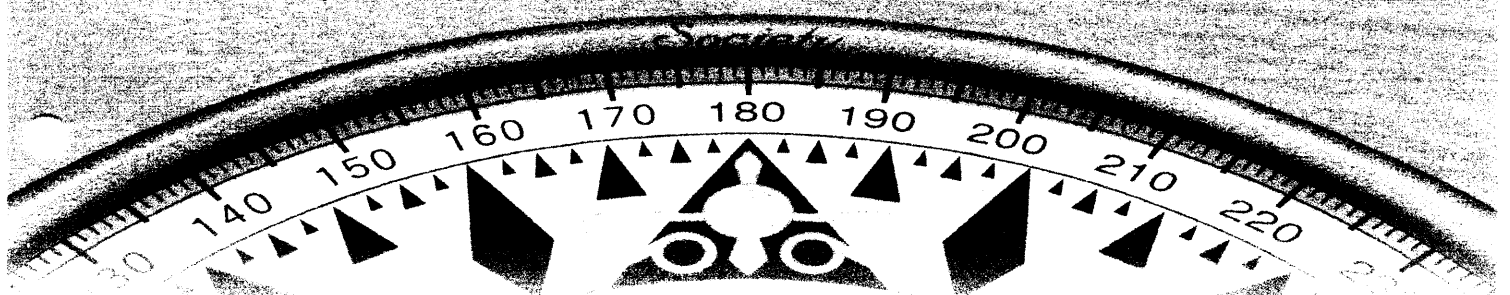
上島 国利

社会医療法人北斗会
理事長

澤 温

名古屋大学大学院医学系研究科
精神医学・親と子どもの心療学分野 教授

尾崎 紀夫



Discussion

The Journal of the Japanese Association of Child and Adolescent Psychiatry

座談「精神医療と精神医学の現状と今後の展望」



名古屋大学大学院医学系研究科
精神医学・親と子どもの心療学分野 教授

尾崎 紀夫

昭和大学 名誉教授

上島 国利

社会医療法人北斗会 理事長

澤 温

■ Talk Schizophrenia 誌について

【上島】平成16年8月創刊の本誌ですが、諸般の事情により本号をもって最終号となります。読者の先生方には約15年間のご愛読に感謝いたします。創刊当時を顧みますと、平成14年に精神分裂病という病名呼称が統合失調症へ変更され、様々な試みがなされている変革の時期にあり、基礎から臨床までの様々な話題について議論をしたいという気運が高まっていました。そのような状況で、専門分野の先生、臨床で活躍されている先生に、また先生方を通じて当事者やその家族に情報を発信していただく議論の場として本誌を刊行することとなり、尾崎先生のご発案で、皆が発言するという意味を込めて「Talk Schizophrenia」と命名しました。

既報の内容を概観しますと、精神医療（18%）、精神医学（16%）、地域社会（11.3%）、法律・規制や行政（11.3%）など多岐にわたる話題があり、それらは教科書に記載さ

れていない、統合失調症の奥深さや不可思議さを彷彿とさせるものもございました。最終号ではテーマを精神医療と精神医学に大別し、それぞれの現状や将来の展望などを伺いたいと思います。

■精神医療 —退院促進について

【上島】最初に、厚生労働省により3年に1回実施されている患者調査¹⁾の結果を紹介したいと思います。15年前の平成11年データと現時点で最新の平成26年データを比較しますと、精神障害全体の患者数が204.1万人から392.4万人へと明らかに増加しています。外来患者数が増加していますが、入院患者数は34.1万人から31.3万人へ減少しています。統合失調症のみをみますと、総患者数は66.6万人から77.3万人へ増えていますが、平成14年以降からは大きな増加はなく、入院患者数が21.4万

人から16.6万人へと明らかに減少しています。精神病床における退院患者の平均在院日数についても、平成元年での496日から平成26年には281日へと大幅に減少しています²⁾。また、平成23年のデータでは、新規入院者の87%が1年未満で退院しています³⁾。

このように、精神科病院からの退院が促進されていることを示すデータが多くありますが、精神保健医療福祉改革において平成16年に掲げられた「入院医療中心から地域生活中心へ」という基本方針が実行されていると考えてよいでしょうか。

【澤】はい、実際に進んでいると感じます。若年の精神科患者さんが地域に戻っているという点はすばらしい成果だと思います。一方で、精神科病院の患者さんのうち65歳以上の方が半数を占めると言われていますので、入院中に亡くなられたり、介護施設へ移られたりする方が含まれています。また、平成24年に精神科入院医療の方向性として、「精神科の入院患者は、『重度かつ慢性』を除き、1年で退院させ、入院外医療へ移行させる仕組みを検討する」という方針がまとめられましたが、入院外医療には介護施設も含まれますし、必ずしも地域ではないとも考えられます。住み慣れたところを地域と呼ぶならば、長年入院されていた方にとっては元々住んでいた地域から離れてしまっていることも多いと思いますし、高齢の患者さんにとっての地域とは何かということを我々は考えなければならぬでしょう。

一 地域移行・地域生活支援について

【上島】平成26年の調査結果¹⁾によると、精神病床における退院患者さんは、在院期間が3ヵ月未満の方では80.1%が家庭に戻っていますが、5年以上の方ではその割合が14.3%へ激減し、家庭に戻ることが難しくなっています。実際、患者さんが地域に戻るにあたって障害となっていることは何ですか。

【澤】患者さんにとって一番大きな障害は、疾患があることを地域の方がさりげなく認めて、迎え入れてくれるかという点です。これが実現されて初めて、本当の意味で地域に戻ったと言えるのではないのでしょうか。

【上島】退院した患者さんの行き先については、高齢者ではグループホームやサービス付き高齢者向け住宅（サ高住）が多いように思われますが、実際に、退院後に心豊かな生活を送られていますか。また、退院後のケアはどのようななされていますか。

【澤】患者さんの自由度が高く、必要にして十分なサービスが提供されるという点ではサ高住はよい選択肢かと思っています。ただ、退院後の医療以外のサービス、すなわち訪問看護、ホームヘルプサービス、就労支援事業などがすべてセットで用意されていることも多いので、かえって患者さんの地域生活を管理し過ぎることのないよう配慮すべきです。私は、訪問看護等の回数を不必要に増やさず、患者さんの自立性を落とすことがないように気を付けています。

【尾崎】私の場合、どちらかというと患者さんよりも患者さんのお世話をされている母親等を支えてもらうようにしています。

【澤】それも訪問看護の一つの力ですからいいですね。

【上島】重症患者さんが地域で安心して暮らせるような取り組みの一つとして、海外では包括型地域生活支援プログラム（Assertive Community Treatment: ACT）があり、日本でも導入されましたが、現状はいかがでしょうか。

【澤】ACTは米国で地域のソーシャルワーカーを中心としたケアマネジメントから発展してきたもので、様々な職種の専門家から構成されるチームが支援を提供するプログラムです。日本では歴史的背景が異なることから、ACTとしての活動はさほど進展していないようにみえます。医療関係機関や医療関係者を中心に、診療所が訪問看護ステーションを併設して同様の活動が行われているのではないかと考えられます。

なお実情として、日本ではもともと入院費が安いという背景があり、また一人あたりの地域移行にかかる費用が特に重症患者さんでは高額であるため、費用を重視する国の行政機関はACTや地域移行という課題に対して本気で取り組む姿勢がないように思われます。個人的には、1年以上開放処遇の患者さんはすべて地域に戻した方がよいと考えています。

【上島】患者さんが地域に戻った時に、現在制限されている事項の中で今後認められるようになればよいと思われることはありますか。

【尾崎】地域移行後の問題点の一つとして、日本では薬剤服用による車の運転がSNRI以外では添付文書によって禁止されているということがあげられます。日本の添付文書が地域移行を阻んではなりません。

【澤】そうですね。以前本誌でも特集を組みましたが、地方在住の患者さんでは車の運転が日常生活に必須であり、死活問題だと述べました。現在もほぼ改善されていません。

【尾崎】 欧米だけではなく韓国・台湾などのアジア諸国でも、抗精神病薬の添付文書記載は「服用が患者に鎮静やめまいを引き起こした場合」に限り運転中止を求めています。抗精神病薬服用中は継続的に運転中止を求めている我が国の状況が特異的であることに鑑みて、今後、添付文書記載が何らかの形で改訂されることを切望しています。

一医療連携について

【上島】 地域の病院や施設との連携についてはいかがでしょうか。以前は、身体合併症を有する精神疾患患者さんの受入れ先の確保にケースワーカーが難渋していましたが、東京都の23区外でも身体科や精神科の先生が協力して、そうした患者さんに対応するシステムを構築中の病院があるという話を聞いています。



【澤】 そうですね。平成21年の消防法改正以降、そのような体制が整備されてきました。また救急現場において精神科医が不在の状況でも、身体科の医師がそのような症状を呈する患者に標準的な対応ができるガイドブック「PEEC (Psychiatric Evaluation in Emergency Care)」も作成されており、前向きに進んでいるところもあると思います。

【尾崎】 残念ながら、私の地域では、未だ精神科救急体制が不十分な点もあり、全国で均てん化が必要だと感じます。

一災害時の精神医療について

【上島】 昨今、日本中で災害が多発しており、災害時の精神医療に対しても非常に関心が集まっています。澤先生は率先して様々な活動に携わられていらっしゃるようですが、精神科医を含む多職種で構成される災害派遣精神医療チーム (Disaster Psychiatric Assistance Team: DPAT) というのがありますね。

【澤】 はい。DPATは都道府県等によって組織されている班で、災害発生から概ね48時間以内に活動できる班がDPAT先遣隊に指定されています。厚生労働省の委託事業を受託した日本精神科病院協会がDPAT事務局を運営しており、被災都道府県からの要請に基づいてDPAT先

遣隊が被災地へ派遣されます。もともとは東日本大震災で、精神科医療および精神保健活動の支援を行う専門的なチームが編成されたのがきっかけで誕生しました。

【上島】 実際にはどのような活動をされるのでしょうか。

【澤】 被災直後の倒壊の危険がある精神科病院の入院患者さんを、医療保護入院、措置入院等の精神保健および精神障害者福祉に関する法律に基づき速やかに転院搬送させるための支援が中心で、この点ではよく機能していると思います。その一方、法律上、転院の際に再度同意書を取得するよう求められるかもしれません。災害等の緊急時では迅速な対応が求められるため、法的手続きの面では改善の余地があるでしょう。

【上島】 さわ病院は「災害拠点精神科病院」に認定されているようですが、災害発生時にどのようなことを行うのでしょうか。今までに実際に活動された経験はありますか。

【澤】 大きく述べますと、大阪府内や隣接する県での災害発生時に精神疾患患者さんの受入れ拠点や一時的避難場所になるという役割を果たしますが、幸い、これまでのところは経験していません。今後は、水や食料などの物資の備蓄についても考慮し、日本精神科病院協会が設置する「災害時支援中心病院」の機能とすり合わせてうまく連携していく必要があると思います。

■精神医学

一統合失調症の教育について

【上島】 高校での統合失調症の教育はどのような状況でしょうか。

【尾崎】 1980年代ごろまでは、中学・高校の教科書に統合失調症に関する記載がありました。しかし90年代以降は、統合失調症に限らず精神疾患に関する記述がすべてなくなっていました。そして数十年ぶりようやく、平成30年度の学習指導要領改訂により、高校の保健体育の教科書で「精神疾患」の項目が盛り込まれることになりました。

そのような教育の必要性を実感したエピソードとして、私の勤務する大学で、学生たちに試験後に感想文を書いてもらう機会があったのですが、「講義を受けるまでは精神疾患が医学的対象の疾患だと考えていなかった、講義を聞いて初めてわかった」という回答がありました。中学・高校で精神疾患について全く教わってこなかったために、医学部生として大学に入るまでこのような考えを持っていたという事実に危機感を覚えました。日本で

は精神疾患の教育に対する取組みが遅れてしまったというのが現状で、患者さんの地域移行や、精神疾患に対する誤解・偏見といった問題解決には、教育現場との連携が不可欠だと思います。

【澤】教科書にはどのような表現が盛り込まれるのでしょうか。

【尾崎】まだ具体的には決定していませんが、学習指導要領解説では、うつ病、統合失調症、不安症、摂食障害の4疾患について具体名をあげて理解されるように指導することが求められています。

【上島】おっしゃるとおり、一般の高校生への教育という面で重要だと思いますが、自らが発症した際にも、精神疾患に対する正しい認識を持っていたり、対応を知っていたりすると非常に役に立つのではないのでしょうか。

【尾崎】そう思います。先ほど申し上げた精神疾患はどれも高校生の年代でも発症しやすい疾患で、特に摂食障害が含まれているのはその点が考慮されてのことだと思います。また、平成30年に育成基本法が制定されたことに伴い、成長過程にある者の心身の健やかな育成のための教育・普及啓発という施策も反映されているのかと思います。

【上島】教育面ではようやくいい方向に動き始めたということですね。

—統合失調症の診断について

【上島】2013年のDSM-5（『精神疾患の診断・統計マニュアル』第5版）の導入後、統合失調症の診断には何か変化があったのでしょうか。

【尾崎】DSM-5からはローマ数字を用いず、アラビア数字の5が用いられました。これは、そう遠くない時点でDSM-5.1が出版されるためだったと言われていたのですが、未だ刊行されていません。また、統合失調症の診断についてはDSM-5から妄想型、破瓜型、緊張型といった亜型分類が廃止されたのが大きな変更点です。DSM-IV発刊の際は、全4巻に及ぶ大部のDSM-IV SourceBookとして、各診断基準の改訂が如何なる文献的な証左に基づいてなされたかをAmerican Psychiatric Associationが解説書を発刊しておりましたが、DSM-5では刊行されておらず、改訂の経緯が明確にはされていません。

統合失調症と自閉スペクトラム症との関係からみると、DSM-IV-TRまでは自閉スペクトラム症で緊張病症状を呈するという記載がなく、緊張型という亜型分類の

存在から、緊張病症状を呈した場合には統合失調症と診断されてしまうという問題がありました。この点ではDSM-5から、自閉スペクトラム症であろうが、統合失調症であろうが、他の疾患であろうが、緊張病症状が該当するなら特定するというspecifierとして付けられるようになったのは進歩だと思います。

【澤】DSM-5では統合失調症に複数の併存疾患名をつけられるようになりましたが、統合失調症に双極性障害やうつ病は併存しないなど、一般の精神科医にとってはわかりづらく、診断の際に迷う場面が多いのではないかと思います。



【尾崎】「我が国にDSMは導入されたが、使い方は導入されなかった」と言われるくらいですからね。また、世界保健機関のICD-10（『国際疾病分類』第10版）も、併存疾患としてつけることができない点に関する説明がほとんどなく、混乱を招く原因になっているかと思います。しかし、DSMを一読し、きちんと理解しておくことは重要です。特に、DSM-5からは別売りのハンドブック内に掲載されるようになってしまいましたが、鑑別診断の流れを示したディシジョン・ツリーの表の使い方は知っておくといでしょう。

【上島】シュナイダーの一級症状はDSM-5ではあまり重視されていません。その背景にはどのような議論がなされたのでしょうか。

【尾崎】亜型分類と同様に、なぜ廃止されたかといったDSM-5改訂経緯を解説したSourceBookはありませんが、シュナイダーの一級症状がそれほど統合失調症に特異的ではないという論文が発表され、それに基づいて改編されたのではないかと推測します。

【上島】統合失調感情障害については、統合失調症状と感情症状の両者が同時に存在しなくても診断がつけられるようになりました。

【尾崎】そうですね。しかし、これについても根拠が明確に示されておらず、American Psychiatric Associationは何らかの形で説明すべきかと思います。

—ゲノム解析研究について

【上島】2003年にはヒトゲノムの全配列の解読が完了し

たというニュースがありました。統合失調症に関連したゲノム解析研究の最新の知見で統合失調症の治療法、または発症を未然に防ぐ、あるいは遅らせるといった先制医療に役立つ可能性はありますか。

【尾崎】 国家プロジェクトとして、がん・難病の全ゲノム解析の実行計画が現在とりまとめられています。将来的には、対象疾患の範囲が精神疾患にまで広がっていくことに期待しています。



また、治療・予防法の手がかりを得るために、未診断疾患イニシアチブ（Initiative on Rare and Undiagnosed Diseases：IRUD）というすでに進行中の国家プロジェクトがあります。まずは、通常の医療の中で診断がつかずに様々な症状に悩んでいる患者さんに対して、ゲノム解析結果を含めた総合的な診断確定を行うことを目指しています。

ゲノム解析によって診断が確定できた経験を紹介しますと、初診の患者さんで、双極性障害との診断で4種類の薬剤を服用されている一方、子どものころからピストル音で驚愕反応が強く起こるとのことでした。ゲノム解析を行うと、抑制性に働く機構のグリシンに異常が認められ、過剰驚愕症であることがわかったため、「グリシンに効果のない一部の薬剤は不要」と説明することができました。

【上島】 遺伝相談やカウンセリングについては、精神科では難しい面があり、本誌でも以前に特集しましたが、現状はどうでしょうか。

【尾崎】 まず、遺伝専門医が全国に数百名いますが、そのうち精神科の遺伝専門医は10名のみで、あまりにも少ないという問題があります。ご存知のとおり、統合失調症の親をお持ちの方や患者さんは遺伝に関する悩みを抱えていることが非常に多いです。統合失調症患者さん約500名を対象に「服薬開始と同時に諦めたこと」に関する調査が2010年ごろに実施され、最も多かった回答が「結婚」で、「出産」や「異性との付き合い」も上位でした。つまり、統合失調症という自らの病気を受容して治療を始めた一方で、自分はもしかしたら出産できないのではなかと悩み始めるわけですが、その時に遺伝専門医によるカウンセリングで、「そうではないよ」という話ができるのが理想でしょう。各大学病院の精神科に数名の遺伝専門医がいるというレベルにまで増やしていくことが望

まれており、今後はそのための対策も必要かと思われます。なお米国では、このような遺伝相談・カウンセリングの際に医師は少し関わる程度で、基本的に遺伝カウンセラーや遺伝看護師が対応します。日本では遺伝カウンセラーや遺伝看護師の数も非常に少なく、ようやく遺伝看護師を資格化しようという話が出てきたところで、全く追いついていない状況です。

【上島】 カウンセリングの際には、患者さんの画像データや遺伝子データなどの資料をすべて揃えた上で行うのでしょうか。

【尾崎】 ケース・バイ・ケースです。先日私の勤務する大学病院で出産された双極性障害の患者さんの場合では、特にゲノム解析などは行わずにカウンセリングを行いました。

【上島】 血液や唾液を海外に送付して、ゲノム検査結果のレポートが届くといったサービスが昨今ありますが、その後のカウンセリングはどのように行うのかといった基準が曖昧なままサービスが提供されるおそれがあります。

【尾崎】 まず考えられるのは、二次的所見に関する問題です。例えば、特定の疾患の遺伝子を調べたところ、意図せずある薬剤で重篤な副作用が発生する可能性が高いこともわかったとしたら、受診者は予防上その事実を知りたいですよね。それをきちんと遺伝カウンセリングをしながら、ゲノム情報を意義づけて、受診者にわかる形で結果を伝えないといけません。

【上島】 海外の話ですが、遺伝子検査で子どもにハンチントン病の遺伝子の存在が判明した際そのことを告知することが問題となったことがありましたね。

【尾崎】 検査を受ける前に、良くない結果がわかった時に、教えて欲しいかどうかを明確にしておくことが重要です。さらに、その結果に対する予防法があるものなら教えて欲しい、今のところ予防法のないものについては教えて欲しくない、あるいは今のところ予防法がわからないが、将来はわかるかもしれないなら教えてほしいといった点についても確認しておくとうよいと思います。

■終わりに

【上島】 最後になりますけれども、今後、精神科を志す先生方にアドバイスをお願いします。

【澤】 研修医によく話をするのは、精神科の学問は、いわゆる「バイオ・サイコ・ソーシャル（生物・心理・社会）」

という考え方で成り立っていて、それを面白いと思うか否かは人によって違いますが、どこからでも入ることができるよということです。バイオ-サイコ-ソーシャルのそれぞれによって解釈できる部分は非常に興味深いですが、一人一人の患者さんを診ていると、実は私たちの関わりはそれほど大きくないように感じます。患者さんが悪化したといってもこちらの見誤りか、退院して家族や友達と何かを話し合った途端に落ち込んだのか、よくなったといってもこちらが行ったカウンセリングよりも他の患者さんが言ってくれた一言のおかげといった場合もあり、様々なファクターが存在しています。そういった非常にファジーなものの全体に対し、自分で興味・関心を持ちながら患者さんと一緒に歩めるような方が精神科医に向いているだろうと伝えています。私としてはそこそ町医者のような感覚で、思春期から高校、大学とずっと一緒に年を重ねていくのをみていくというスタンスです。

【尾崎】 私の場合、フロイトに関心があって医学部に入りました。最初の研究テーマは腎移植に伴う精神医学的問題で、日本の場合は親子間での移植が多いのですが、臨床の場でどのように子どもが親から受け取った腎臓を心身両面で統合するのかといった過程や、移植を通して露呈する親子葛藤について検討しましたが、基本的なスタンスはこのころと今も変わっていません。

現在は、患者さんから根本的治療を求められることも多く、バイオロジーに関する研究にも携わっています。当然バイオロジーのみでわからないところがある一方、前述した過剰驚愕症の例のようにバイオロジーでわかるところまではわかろうというような考えでいます。また、過去の号で特集した22q11.2欠失症候群を例にひきますと、22q11.2の欠失を有する患者間でも表現型がばらつき、系統が同じで環境も同じに整えられたマウスでもばらつきが認められます。こういった点はサイエンスでどこまで迫れるかですが、迫れないところでもあります。

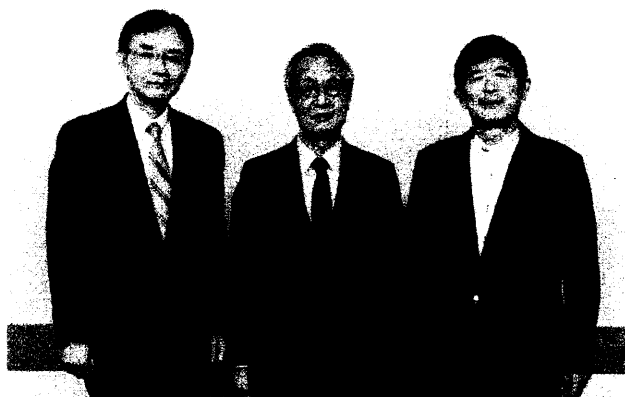
【上島】 最終号は、統合失調症に関して精神医療と精神医学の側面から、過去の特集も回顧しながら話していただきました。それぞれに進歩はしていますが、未解明なところも多く、まだまだ十分な成果が伴っていない面も明らかにになりました。今後の発展が待たれるとともに、先

生方が指摘された問題点に対して、我々も日々考えていかなければなりません。

また本日のお話でもあげられていたとおり、一人一人の統合失調症の患者さんに対して、医師のみではなく、多くのメディカルスタッフの方々も様々な場面で関わるチーム医療が必須となっていくでしょう。それにより、チームの中心である患者さんがより健康でQOLの高い、そして心安らかに希望を持って生きられるような日々が送れるように願っております。今までご愛読いただきまして、ありがとうございました。

参考文献

- 1) 厚生労働省「患者調査」より。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihofukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf [Accessed December 2, 2019]
- 2) 厚生労働省「病院報告」より。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihofukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf [Accessed December 2, 2019]
- 3) 厚生労働省。第1回これからの精神保健医療福祉のあり方に関する検討会資料、参考資料。 https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokushougaihofukushibu-Kikakuka/0000108755_12.pdf [Accessed December 2, 2019]



アステラス製薬の医療関係者向け会員制ホームページ
Astellas Medical Netにて、本誌のバックナンバー
(文献紹介を除く)を閲覧できます。
<https://amn.astellas.jp/>