

精神医学の最近の動向

大野 裕* 西村 由貴*

著者らは、以下の2つの研究について実施中であり、その中間結果をまとめたので、ここにその概要を報告する。

1 研究概要

まず第1に、1992年日本精神神経学会では、精神障害者家族会連合会から極めて社会的な差別・偏見を強く受けている「精神分裂病」の呼称を変更して欲しいという申し入れを受け、「疾患概念と用語に関する委員会」を設置した。中でも偏見の強い「精神分裂病」については「精神分裂病の呼称を検討する小委員会」を下部組織として設置し検討を行ってきた。2001年第4期目にいたっては、小委員会を「精神分裂病の呼称を変更する委員会」として独立させ、具体的な変更呼称案を委員会から理事会に提案し、社会に対して差別・偏見除去のための第一歩を踏み出すべく活動を行ってきた。このために精神科医（日本精神神経学会評議員調査、学会員調査）に意見調査を行った。同委員会では最終的に、① 統合失調症（概念をわかりやすく表記する）、② スキゾフレニア（言語のカタカナ表記）、③ クレペリン・プロイラー病/症候群 Kraepelin-Bleuler-Syndrom, KBS（発見者の固有名称を表記する）の3つを代替案として検討し、最終的に統合失調症とすることが2002年1月26日の日本精神神経学会理事会で可

決された。同年8月26日の総会で承認され、厚生労働省からも全国の都道府県に対し、診療録をはじめとする各種書類において精神分裂病に代わって「統合失調症」と記載するべく局長通達が出された。

従来、こうした差別・偏見を根拠とする疾患名の変更はらい病を「ハンセン氏病」と改めたこと、「癲癇」を「てんかん」と表記するべく改めたこと、「精神発達遅滞」を「知的障害」と改めたことなど枚挙に暇がないが、専門家が使うことを前提に検討されてきた。今回われわれは、当事者らが「精神一分裂一病」という呼称により受けると感じている差別・偏見、その結果として受ける社会的不利益について実態調査を行った。さらに呼称の変更によってそれが改善されるか否かについて実証的根拠をえることを目的として、本調査を行った。

第2に、2000年に日本精神神経学会において「治療ガイドライン策定委員会」が設置され、著者らはその委員となっており、とりわけ気分障害についての小委員会を分担することとなった。2001年4月より、厚生労働省より厚生科学研究費補助金を受け「精神疾患の治療ガイドラインの策定に関する研究」を同委員会が実施することとなった。厚生労働省では、かねてより evidence based medicine (EBM) に重点を置

* 慶應義塾大学保健管理センター

いており、各種疾患を選定してエビデンスに基づいた治療ガイドラインの策定を目指してきた。これまで行われてきた治療効果に関する研究成果 evidence と現実の臨床実践の間に開きがあるのも事実である。研究者が科学的かつ客観的であろうとすると臨床の現実との解離を起こしてしまう危険性が高くなっていく。とりわけ臨床家が判断に迷うような困難な状況ではその危険性が一層高くなる。

米国で開発されたエキスパート・コンセンサス・ガイドラインは、臨床試験の知見と日常的な経験とのこうしたギャップを埋めながらよりよい治療方針を立てるためのガイドを提供する目的で、困難な治療の局面における専門家の判断を実証的に調査して開発されたものである。その基本的な発想は、臨床家が日常臨床で出会った際に判断に困らないしは戸惑いを覚える様な状況において、優れた専門家がどのような判断を下すかを、客観的な形で提示しようというものである。診断基準やガイドラインは、その使い方によって臨床活動を形式的なものにしてしまう危険性をはらむと同時に、他の専門家の意見を知ることによって臨床場面の視野を広げるものにもなる。

当学会委員会では、統合失調症および気分障害を対象として治療ガイドラインを策定するための研究を3カ年計画で実施することとなり、著者らは気分障害について、わが国の臨床経験豊かな精神科医専門家 expert が行う治療を数量的に評価し、その理想とする治療のためのコンセンサス・ガイドラインを作成するべく調査を開始することとした。

2 精神疾患の呼称変更効果に関する研究

1) 方 法

対象：平成12年に届出がなされている全国の社

会復帰施設に入所ないしは通所している統合失調症の当事者を対象とした。該当施設（1つの住所地に入所施設と通所施設を併設している機関は1件と数えた）は519件存在し、1施設あたり10名を目標とした。

方法：「精神分裂病の呼称変更委員会」の委員5名が本調査の作業班として調査票の作成に当たった。本調査票は15項目、86変数からなり、日本精神神経学会の理事会にかけられ承認を得たものである。調査票の作成に当たっては、世界精神医学界 World Psychiatric Association (WPA) が「精神分裂病に対するスティグマおよび差別と闘う世界プログラム」の第I相として実施したカナダでの調査を参考とした。回答は、一般市民が当事者に抱いているとされる差別偏見を当事者がどの程度感じているかについて5問尺度法（1＝殆ど感じない、5＝強く感じる）で尋ねた。また、① 統合失調症、② スキゾフレニア、③ クレペリン・プロイラー症候群の3つの呼称案を示し、各呼称のイメージについて尋ねた。

対象となる施設に1施設あたり10組の自記式質問紙調査票を郵送した。各施設の作業指導員に「調査協力をお願い」という文書を精読の上、調査に同意の得られた該当者に質問紙を配布し、無記名で回答の上、回収後返送を求めた。1991件の回答が得られた。

2) 結 果

前述のように、本調査票の理事会での承認が平成13年12月下旬となったため、本調査の発送が1月となり、回収期間を1ヶ月と設定して2月末日を期限とした。しかし実際には回収も大幅に遅れ、最終的に入力作業に入ったのが4月の中旬から5月上旬となり平成13年度の報告には結果はでなかった。

分析は、数値データのみを対象としており、

平成14年度の厚生労働省の年度末報告会にて報告する予定である。

3 うつ病のコンセンサス・ガイドライン作成

1) 方 法

対象：日本精神神経学会（学会員中精神科医師 8517 名）の評議員 149 名全員に対して、調査協力依頼状と共に自記式質問紙表を送付した。この結果55名（36.9%）の評議員より回答が得られた。今回この55名を対象にデータ分析を行った。

方法：回答者の人口統計学的データと背景（性別、年齢、職業、精神科医になった年、臨床経験年数、主な勤務先、1週間あたりの気分障害の患者数）、「精神疾患の診断・統計マニュアル第4版 DSM-IV-TR」（医学書院）の診断基準に基づいて作成した気分障害の病態像12パターンについての治療方法、治療薬の増減の方法・時期を尋ねる310項目からなる質問紙票を作成した。すなわち

- ① 大鬱病性障害の診断基準を満たさない鬱病性障害の初診時
- ② 軽度の抑鬱症状と不安症状を同時に示している混合性不安抑鬱障害患者の初診時
- ③ 抑鬱症状が前傾に立っている大鬱病性障害患者の初診時
- ④ 意欲の低下が前景に立っている大鬱病性障害患者の初診時
- ⑤ 大鬱病性障害患者が強い不安焦燥感を示している時
- ⑥ 殆ど総ての活動に興味をなくして、周りの刺激に反応しない重症の大鬱病性障害（精神症状を伴わない）患者の初診時
- ⑦ 重症で幻覚や妄想などの精神症状を伴う重症大鬱病性障害患者の初診時
- ⑧ 大鬱病性障害と診断された妊娠中の女性

患者

- ⑨ 大鬱病性障害と診断された出産後の女性患者
- ⑩ 月経前不快気分症状が強く現れる特定不能のうつ病性障害
- ⑪ 気分変調性障害患者の初診時
- ⑫ 気分が動揺しやすく、過眠・過食が見られる非定型の特徴を伴ううつ病性障害患者の各状況についての治療選択の望ましさについて、9間尺度法（1＝不適切：自分なら決して行わないだろう～9＝極めて適切：最善の治療といえよう）で尋ねた。更に薬物の増量と変更の方法論について病態と使用効果を提示し、対応策の選択、治療薬の投与量、その治療維持期間、新規薬剤の導入方法についても同様に9間尺度法で回答を求めた。ここでは自分が臨床上実際に行っているのではなく、「この評価を行う際、費用を考慮に入れず、また先生が勤務されている施設で実施可能かどうかを判断をいれずに、望ましい方法かどうかについてご検討下さい」と記載して、将来の治療選択に利用できるような理想的と考えられる治療法が選ばれるようにした。

統計：SPSS ver 10.0 を用いて記述統計、相関分析、カイ二乗検定を行った。

2) 結 果

今回は大鬱病に至らないうつ病、大鬱病エピソードを伴うケース、気分変調性障害について紹介を行う。

まずうつ病の病態（タイプ）によって望ましいとされる治療法に大きな相違は認められなかった。ただし、妊娠中のうつ病では精神療法がやや高く評価された。治療選択として①薬物治療、心理的治療、社会的治療（環境調整）がいずれも高く評価された。

薬物療法では、種々の病態によらず基本的に抗うつ薬の単剤使用が高く評価された。次いで

抗うつ薬と抗不安薬の2剤併用療法が支持されていた。ただし、幻覚妄想を伴う重症の大うつ病性障害については抗うつ薬と抗精神病薬ないしは抗うつ薬・抗精神病薬・抗不安薬の多剤併用療法が必要と判断されていた。

薬物の選択：新世代の抗うつ薬とされる serotonin selective reuptake inhibitor (SSRI) serotonin and nor-epinephrin reuptake inhibitor (SNRI) が極めて高く評価されていた。次いで三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬の順であった。SSRI 単剤使用を強く支持される一方、SNRI も含め四環系抗うつ薬の使用との相関が認められた。

精神療法の選択：支持的精神療法が最も高い評価を得ていた。次いで認知（行動）療法、対人関係療法が評価されていた。精神分析的精神療法はうつ病の精神療法として全般的に評価は得られなかった。

電気けいれん療法：一定の見解は得られず評価は様々であった。

3) 考 察

今回の結果から、評議員のうち回答が得られたのが36.9%であった。このことから、調査票の長さや求められる回答の緻密さに、取り組みへの抵抗感が助長された可能性が示唆された。その一方で、調査票自体に対して若干の内容に関する指摘はあったものの概ね全質問に対する適切な回答を得ており、質問の構成は妥当であったと考えられた。結果も、変数が膨大な量に上ったにも関わらず一定の傾向が得られた。このことから、本調査の知見を重ねることにより、わが国における一定の治療指針を打ち出すことができるであろうことが示唆された。次の段階として、本結果の更なる分析を行うこと、教育普及効果をもっている専門家の意見を集約することで、今回評議員との相違点の有無、種類について更に分析を進め、最終年度にわが国にお

ける治療ガイドライン作成を行っていくものとする。

4 ま と め

著者らは、以上のような研究から、学校教育における精神疾患への差別・偏見の除去に取り組む、「メンタル・ヘルスケア」として受診しやすい保健管理センター業務を推進していくことを目指している。また、プライマリー・ケアの第一線にある保健管理センターの医師に対して、学校教職員および生徒・学生において極めて重要な疾患の一つである気分障害を有する当事者への対応にあたり、治療のスタンダードとなるガイドラインを提示するべく治療ガイドライン策定の研究を活用していく予定である。

謝 辞

本研究の前者は、日本精神神経学会における委員会活動としての助成および、平成13年度「精神疾患の差別偏見除去に関する研究（H13-障害-028）」および平成14年度「精神疾患の呼称変更と効果に関する研究（H14-障害-009）」厚生科学研究費（障害保険福祉事業）補助金を受け行われている。後者については平成13年度および14年度「精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究（H13-障害-019）（H14-こころ-005）」厚生科学研究費（障害保険福祉事業）補助金および厚生科学研究費（こころの健康科学事業）補助金を受け行われている。

文 献

- 1) 主任研究者鹿島晴雄：精神疾患治療ガイドラインの策定に関する研究。平成13年度総括・分担研究報告書：厚生労働省研究費補助金障害保険福祉総合研究事業。2002
- 2) 主任研究者佐藤光源：精神障害者の偏見除去等に関する研究。平成13年度総括・分担研究報告書：厚生労働省研究費補助金障害保険福祉総合研究事業。2002