

## CONTENTS

## 特 集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

【編集：笠井 清登, 村井 俊哉, 福田 正人】

序 文	笠井 清登	7
1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編		
1) 話をただで診断できるのですか？－統合失調症の疾患概念, 診断, 症状－	島本 禎子	9
2) お腹が痛いんですが, どうしたらいいですか？－インクルーシブな医療を目指して－	澤井 大和	13
3) 治りますか？－経過, 予後, 予防, パーソナル・リカバリーと臨床的リカバリー－	清野 知樹	17
4) 発達障害とどう違うのですか？－特に自閉スペクトラム症との関係－	濱本 優	21
5) 結婚を考えている人がいるのですが, ー人生の支援－	宇野 晃人	25
6) 薬を飲みたくないのですが, ー治療－	森田健太郎	31
7) 本当に狙われているんです, ー病識と妄想－	白井 香	37
8) 社会人としてみられたいのですが, ー社会とのかかわり－	山口 創生	41
2. 臨床研究者が基礎研究者に聞かれたら編		
1) 幻聴や妄想は言語を基礎としているので, マウス研究では解明できないですよね？ ーマウス研究の限界－	木内 拓	47
2) 統合失調症の基礎研究に役立つ原因遺伝子やバイオマーカーを見つけてもらえませんか？ ー生物学的要因－	田宗 秀隆	51
3. 精神科医が市民に聞かれたら編		
1) 統合失調症をもった人にどう接したらよいでしょうか？ ー精神疾患についての理解, アンチスティグマ－	宮本 有紀	55
2) 学会では何を目標しているのですか？－学会の役割－	金原 明子	61

## 研究報告

## ■ 臨 床

高齢者の転倒に対するオレキシン受容体拮抗薬の関連性の検討 ーケース・クロスオーバー法を用いた後ろ向き解析調査－	加藤 豊範	67
高トリグリセリド血症に対する高脂血症治療薬ベマフィブラートの12カ月投与の成績	高島 浩明	75
ライゾデグ®配合注(インスリンデグルデク/インスリンアスパルト配合注)の臨床的有用性	内本 定彦	83
2型糖尿病治療におけるイニシンク®配合錠の有用性	内本 定彦	89
糖尿病血液透析患者の血糖変動に対するオマリグリプチンの有用性	那須 由美	95

次号予告	66
ご執筆のしおり	102

## [編集委員]

中村 治雄, 島田 馨, 原澤 茂, 米本 恭三, 川越 光博, 渡邊 寛

## 序 文

Kasai Kiyoto  
笠井 清登<sup>1,4)</sup>Murai Toshiya  
村井 俊哉<sup>2,4)</sup>Fukuda Masato  
福田 正人<sup>3,4)</sup>

- 1) 東京大学大学院医学系研究科精神医学 教授
- 2) 京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座(精神医学) 教授
- 3) 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学 教授
- 4) 日本統合失調症学会

2004年の医師臨床研修制度の必修化において、精神科はすべての研修医が1カ月以上研修することとなった。2010年からいったん選択制になり、2020年から再必修化された。すべての医師が全人的医療を実践できるようになるために、人間の精神機能や行動について研修することの必須性の認識が、ようやく日本の医学界の中で定着してきたといえる。卒前教育においても、国際認証といった外圧によって初めて行動科学の必須性が日本の医学教育で認識されるようになってきた。しかしそもそも行動とは、病の名称にもなっている「生活習慣」や、より長期的な人生行動も含み、健康や医療とは切っても切り離せないものである。

従来の医学雑誌の特集では、各科の代表的な疾患について、その最先端の研究から実臨床のポイントまでを解説するのが常識であった。今回も編集者の私としては、それに「忠実に」従ったままであるが、特集のタイトルやラインナップをみて、おやっと思われた方が大半であろう。そして、そのまま本誌を閉じずに中身をバラバラと見ていただいたからこそ、この序文をご覧いただいているわけであり、私としては大変ありがたいことだと思っている。

本特集では、初期研修医が病棟、外来、当直などで、精神疾患をもつ患者さんやそのご家族に対応する場面を想定して章立てを組んでいる。身体、脳、精神、行動、社会の関係について医師として熟知するために最も貴重な体験となる「統合失調症」をテーマとして選んだ。統合失調症の臨床や研究について、これまでの医学雑誌の特集のような、既に明らかになっていることを、専門家が医師や研究者に向けて解説するのではなく、「重要だが解明されていないこと」を明示し、しかも「それが解明されていない理由」を含めて解説する、しかし「わかっていないことをわかっていないと潔く認めた上で、いますぐできることは何かを明示する」という、上述の「忠実に」と矛盾するようであるが、これまでの常識を覆す特集を目指して編集した。

そのために、もう1つ、こうした医学雑誌の特集としては常識破りな手段を必要があって採った。当事者・家族・市民の立場の方と専門家が共著となって執筆する形式を採らせていただいたことである。こうした、patient-public involvement (PPI) やco-productionと言われるプロセスを経ることで、専門家が自分たちの「暗黙の前提」としていたものを見直すきっかけとなる。本特集では、その企画の段階から、当事者家族や市民の立場の方々、専門家が一堂に会し(COVID-19流行の直前)、暗黙の前提を覆す問いを投げかけていただいた。特集の各総説のタイトルにそれらがそのまま反映されている。

「初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編」では、精神疾患における身体疾患治療の重要性、そ

の人らしい生活や人生の回復の支援，統合失調症と発達障害の共通点と相違点，医療者側の独りよがりの概念である「服薬遵守」や「病識」にまつわる患者と医師の主観や価値の違いなど，長年臨床に携わってもなお明確な答えを出せず，悩み続けるようなテーマについて扱った。

「臨床研究者が基礎研究者に聞かれたら編」では，身体疾患の研究で成功したパラダイムを当てはめようとする壁にぶつかる，精神疾患の研究者が共通に悩んでいる課題について，精神科臨床研修を経験してから基礎医学研究に従事する研究者の方々 (psychiatry-oriented neuroscientists : PSYONs) に執筆いただいた。

「精神科医が市民に聞かれたら編」では，精神疾患と社会の関係を扱った。日本の高等学校教育において，保健体育の教科書から精神疾患の記載が削除されてからおよそ50年ぶりに，2022年度から記載が復活することも念頭に置いた。さらに身体疾患名の冠のつく学会では考えもしないことかもしれないが，学会とはそもそも何だろうか，ということ問うてみた。

このような常識を覆す特集となってしまったが，こうした当事者や家族の声こそが精神医学研究や臨床の「最先端」であると考えており，10年，20年後には「常識」になっていることを期待している。一日の仕事を終えてへとへとになって控室に戻ってきた研修医が，雑誌架からふと本誌をめくったことをきっかけに，医療とはなんだろうか，人はどう生きているのだろうか，といった問いに想いを致す。人生を歩む中で病をもつという不条理と懸命に向き合っている人のために何ができるのか，生涯をかけて考え，行動するプロフェッショナルとして成長する。このことを何より当事者や家族が願って本特集に協力してくれたのだ，ということをかみしめたい。

(編者を代表して 笠井清登)

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

## 1) 話をしただけで診断できるのですか？

—統合失調症の疾患概念，診断，症状—

Shimamoto Sadako

島本 禎子<sup>1)</sup>

Mishima Ryo

三嶋 亮<sup>2)</sup>

Murai Toshiya

村井 俊哉<sup>2)</sup><sup>1)</sup>杉並家族会 <sup>2)</sup>京都大学大学院医学研究科脳病態生理学講座(精神医学)

## 概念

## Q1. 統合失調症はどのような病気でしょうか？

統合失調症は幻覚や妄想を主な症状とする精神疾患の1つです。青年期から成人期前期での発症が多く、国や地域によらず100人に1人近くが患う病気です<sup>1)</sup>。その割合から考えても決して珍しい病気ではないのですが、世間一般の人々からの認知や理解が十分得られていないことも統合失調症の特徴の1つと言えるでしょう。

## Q2. どうして統合失調症になったのでしょうか？

統合失調症の原因はいまだ解明されていませんが、脳の機能に変化が生じていることは多くの研究で示されています。ご本人は何か強いストレスが病気の原因ではないかと考え、ご家族は育て方に原因があったのではないかと悩まれ、医師は診察場面で質問されることがあります。現時点ではこうしたことが統合失調症の原因とは考えられていないので、「本人のせいでも親のせいでもありません、そのような考えで自らを責める必要はありません」とお伝えしています。

## Q3. 治る病気でしょうか？

日進月歩の医学であります。現段階では「完治します」「これで完治しました」と言いきることはできず、向き合い、付き合っていくことが大切な病気と言えます。このことは、糖尿病(2型)や高血圧症といった比較的身近な慢性疾患を考えてみるのが参考になります。こうした疾患では薬物治療のみならず、食事療法や運動療法を行いながら、その病気と付き合っていきます。ある時点で完治したので以後は食事などの生活習慣を好きなようにしていいです、とはなりません。統

合失調症も同様です。つまり、薬物治療により症状を治めること、また症状が再発しないように維持的な治療を考慮していくことで、統合失調症という病気を持ちながらも症状が軽減、消失した「寛解」の状態を保ちつつ、より良い日常生活、社会生活を送れるようになることが治療の目標と言えるでしょう。

## Q4. これまで通りの生活を送ることができるのでしょうか？

薬物療法が進んだ今日、通院治療を続けながら就学や就労を継続でき、家庭をもつ方も多くなりました。地域生活で新たな自分なりの生き方をみつけていくリカバリーや、社会でその地域生活を支える取り組みに関心が向けられてきているのは好ましい変化です。しかし残念ながら一部の患者さんでは、繰り返しや長期間の入院を要したり、日常生活や社会生活でも困難を抱えたりするケースがあることも見過ごせない切実な問題です。今後も医学的な面だけでなく、私たちの社会で創意工夫すべき課題はたくさんあると考えます。

## Q5. 統合失調症かなと思ったとき、本人や周囲はどのように対応すればいいのでしょうか？

ご本人が受診を希望する場合には、住んでいる地域の精神科の病院や診療所を探してみることがスタートになるでしょう。最近ではインターネットで調べる方も多いですし、地域の保健所や精神保健福祉センターで相談することもできます。受診には周囲の方が同伴して話を聞き、共有することも有意義かと思えます。ご本人が受診を希望しない場合であっても、家族からの相談に応じてくれる医療機関もあります。統合失調症では、幻覚や妄想の症状が出てから治療開始までの期

間が短いことがその後の回復によい影響を与えることが知られているため<sup>2)</sup>、発症早期の本人や周囲の対応は重要です。その一方で、精神科受診を躊躇され年月が経過している場合であっても、治療のみならず、福祉支援や家族会などにつながる機会を得ることもできるので、ぜひ勇気を出して医療機関へ相談に行かれることをお勧めします。

## 診 断

### Q6. 統合失調症はどのように診断されるのでしょうか？

現代の医学においても、統合失調症を含めた精神科で診る病気のほとんどは、内科などの診療科で診る他の多くの病気のように、血液検査や画像検査での異常といった結果を参照して診断がつくわけではありません。精神科受診の際に採血検査や頭部画像検査を行うことがありますが、その目的は、例えば甲状腺ホルモンの異常や、感染による炎症や腫瘍性の変化が脳にないかなど、精神症状の原因となり得る内科的な問題がないか、脱水や栄養状態などの問題を伴っていないかを確認するためです。それでは精神科の病気はどのように診断するのかというと、症状とその経過の丁寧な把握に基づいて診断をしています。そうした把握のためには、診察室で本人の様子に注意を向けることから始まり、患者さん自身やご家族から、これまでどのようなことがあったかを尋ねていくこととなります。統合失調症の診断でも同様です。病状とその経過を丁寧に把握していきながら、統合失調症でみられる諸症状の有無やその持続期間、その他の病気の有無などを確認して診断をします。こうした診断の基準として、アメリカ精神医学会による診断基準(DSM-5)<sup>3)</sup>(表1)や国際疾病分類(ICD)が広く用いられています。

### Q7. 精神科医と普通に話をしただけで診断できるのでしょうか？

診断における症状とその経過の丁寧な把握の重要性を述べましたが、そのために精神科医は患者さんへの尋ね方やそのタイミングを工夫します。統合失調症では幻覚、その中でも幻聴の訴えが多いのですが、例えば、統合失調症が疑われて初めて病院を受診する方に対して「幻聴がありますか」と直接的に尋ねたとしても、本人は「幻聴」という言葉自体を知らないのです。質問の意味がわからないかもしれません。そもそも幻聴というこれまでにない体験に困惑し、幻聴の内容によって被害的な思いを抱いている場合、初めて会う診察医に

表1 DSM-5における統合失調症の診断基準(一部省略して記載)

- A. 以下のうち2つ(またはそれ以上)、おのおのが1カ月間(または治療が成功した際はより短い期間)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)まとまりのない発語  
 (4)ひどくまとまりのない、または緊張病性の行動  
 (5)陰性症状
- B. 障害の始まり以降の期間の大部分で、仕事、対人関係、自己管理などの面で1つ以上の機能のレベルが病前に獲得していた水準より著しく低下している。

注：A, B基準の他に、持続期間やその他の病気や乱用薬物・医薬品などの影響がないことの除外規定があり、それらを満たした場合に統合失調症の診断となる。(文献3より引用改変)

対しても疑い深くなり、質問に答えることすら拒否的な思いが生じるかもしれません。ですから私の場合は、診察室で対面したときの自己紹介に始まり、「これまでにない体験で、怖い思いもしているかもしれませんが、今の状態を教えてください」とあらかじめ声をかけて、少しでも話しやすくなるように心がけをします。「幻聴」という言葉は使わずに、「人がいないのに声が聞こえたりしますか」と尋ねたり、診察場面でまさに幻聴が聴こえている様子であれば、「いま誰かの声が聴こえているのですか」「その声はどんなことを言っていますか」と尋ねることもあります。このように、患者さんが苦しみや辛さの中にあることを心に留めながら、体験されている内容や気持ちをできる限り教えてもらいます。また受診に同伴する方がいれば、周囲からみた様子の変化などの情報も詳しく聞くことで、症状を確認し診断していくこととなります。

### Q8. 本人が症状を話しながらない場合は診断できないのでしょうか？

ご本人が症状を全く話さない中で診断をつけることは困難ですし、慎重になる必要があります。しかしながら、診察場面の様子や家族の話から、どうやら幻聴が続いていて行動にまとまりが欠け、自宅で安全に過ごすことが難しいと考えられるような場合には、統合失調症と診断をして入院治療を開始することもあります。ただし、こうしたケースにおいても、ずっと話をしないということは滅多になく、治療が進み、患者と医師の関係ができてくる中で「実は…」と話をしてくれることがほとんどです。患者と医師の関係性はどの病

気の治療においても大切ですが、診断や症状の確認において本人から話してもらうことが重要である統合失調症においては、とりわけ両者の関係性は大事なことです。そのため治療者側も、患者自身が「この治療者なら話してもよい」と思えるような関係を構築できるように努め、また時には話してくれるのを焦らずに待つ、といったことも必要になります。初めて診断され病名を告げられるタイミングではなおのことですが、どのような場合であっても、ご本人やご家族が受診して良かった、また相談に来よう、病でも明日を生きようと思えるような対応や次のステップの提案をしていくことが望まれます。

## ●●●● 症 状

### Q9. 統合失調症の症状はどのようなものがあるのでしょうか？

統合失調症では様々な症状がみられます。診断基準にも記載されている幻覚や妄想、意欲欠如といった症状や、まとまりのない発話や行動や緊張病症状と呼ばれる症状、また、診断基準に明記されてはいませんが、気分症状や認知機能障害、睡眠障害などがあります。こうした症状は一度にすべてが揃って現れるものではありませんし、発症してからの時期や患者さんによっても現れる症状や度合いに違いがあります。

### Q10. 幻覚や妄想とはどのようなものなのでしょうか？

統合失調症の多くの方が経験する症状である幻覚や妄想は、それまではなかった症状がみられるようになったという意味で「陽性症状」と呼ばれています。幻覚とは、実際には目の前にいない人や物の姿が見えたり(幻視)、そこにはいない人の声が聴こえたり(幻聴)することです。統合失調症では幻覚の中でも幻聴が多いことが知られています。幻聴の内容は、自分自身を非難したり、行動を逐一実況中継したりすることが多いため、患者さんは強い恐怖や苦痛を感じます。幻覚と同じく主要な症状である妄想は、発症してからの時期や個人によっても様々です。統合失調症を発症して間もない時期や経過中に症状が悪化する時期は、被害的かつ些細なことが自分に関係しているといった内容の妄想が多く、例えば患者さんは、「誰かが自分のことを監視している。新聞やインターネットでも自分のことが言われている。さっき家の前に止まっていた車もそれに関係しているに違いない」といったように訴えます。時には、「自分は画期的な発明をした」といっ

た誇大的内容の妄想を語られることもあります。こうした幻覚や妄想の症状は同時期にみられたり、それぞれが関連していたりすることもあります。

### Q11. 自分自身では病気の症状と気づかないのでしょうか？

これはとても大事な質問で、専門用語で病識と呼ばれる問題です。病識とは、自分自身が病気の状態にあること、あるいは病気の症状への気づきのことです。幻覚や妄想が活発な時期にはこうした病識がないことが多いため、例えば「監視されている」という妄想によって、盗聴器やカメラが仕掛けられていないかと部屋中を探したり、時には「死ね」といった内容の幻聴に対して実際に自殺を試みようとしたりすることまであります。しかし、多くの患者さんでは治療の中で、幻覚や妄想に対して「これは病気の症状かもしれない」といった疑問、ある種の病識が生じてきます。そうなることで、幻覚や妄想の症状と距離をとったり、治療の場で症状として相談したりすることにつながります。病識が生じてくることは治療を続ける上でも重要なことなのです。

### Q12. 治療を受け、服薬をしても「幻聴が出て辛い」と訴えられるとき、周りの人はどうしたらよいのでしょうか？

ご本人が幻聴など症状の苦しみを周りの人に訴える場合、辛い状況にあることを聞いて理解してあげることが、何より本人の支えになるでしょう。「そんなことは現実ではない」「気にしない方がよい」などその内容を否定したり、訴えること自体を拒否したりしないことが大切です。そうでさえあれば、これは言うてはいけない、これは言わないといけないといったことに気を揉む必要はありません。また、症状の頻度や度合いによっては、治療者が服薬の調整を提案することもあるでしょう。ですから、「診察のときにこうした症状を伝えてみようか」などと声かけしてあげてもいいかもしれません。

### Q13. 「意欲が出ない」ことは症状なのでしょうか？

#### 本人の気持ち次第なのでしょうか？

幻覚や妄想が目立たなくなった時期にみられる症状として、喜怒哀楽といった情動表出の減少や、物事に対する意欲や自発性の低下があります。こうした症状は、これまでできていたことができなくなるという意味で「陰性症状」と呼ばれています。陰性症状は、幻覚や妄想といった陽性症状と比べて病気の症状だと受け止められにくく、ご家族からこの質問のように尋ねら

れることがあります。その際まず説明することは、統合失調症治療で服用する薬は主に陽性症状に対して効果があると同時に気持ちを落ち着かせてくれる鎮静作用をもつことが多いため、その影響で活気がなくなってしまう場合があるということです。また、治療のために入院をし、病気のためにこれまでの生活からの変化を余儀なくされる状況にあっては、気がふさいでしまうのは当然の心情かもしれません。こうした服薬の影響、心理的な影響も十分に考慮した上で、それらでは説明のつかない「病気の症状」として、陰性症状というものがあることを知っていただければと思います。

#### Q14. 「まとまりのない発語や行動、緊張病症状」とはどのようなものでしょうか？

これらも診断基準に含まれている症状ですが、陽性症状や陰性症状と比べて現れない方も多い症状です。思考や発話のまとまりを欠くことで、発話の話題が次から次に変わる「脱線」や、単語が脈絡なく発話されるような極端な場合には、「支離滅裂」や「言葉のサラダ」と呼ばれることもあります。周囲からは目的や意図がわからない行動として現れることもあります。緊張病症状とは、比較的稀な症状ですが、顕著な興奮から顕著な無反応までの幅がある複雑な状態を示します。不自然な姿勢保持あるいは指示に対する拒絶や、極端な場合には外部の刺激とは無関係に生じる激しい興奮（緊張病性興奮）あるいは外部の刺激に全く反応しない「昏迷」と呼ばれる病像を呈することがあります。

#### Q15. 診断基準に含まれない症状は大事ではないのでしょうか？

気分症状や認知機能障害、睡眠障害などは、統合失調症以外の病気でもみられる症状のため、統合失調症と診断する決め手とはならない症状です。しかし、統合失調症において出現頻度も高く、日常生活への影響もあるため大事な症状だと考えます。気分症状とは、気分の落ち込み、興味または喜びをもてないといったうつ状態や、気分の異常な高揚を示す躁状態のことをいいます。特にうつ状態は、統合失調症の診断に至る前の段階でみられることも多いため、はじめにうつ病と診断され、後になって統合失調症と病名が変更されることもあります。認知機能とは、記憶力や判断力など様々な知的機能のことを指します。統合失調症では、記憶や注意機能、目的ある一連の行動を行う能力である遂行機能などの認知機能がわずかに低下することがあります。こうした認知機能の症状は、幻覚妄想などの症状が目立たなくなった時期にも持続することがある

ため、就学や就業の妨げとなることがあります。睡眠障害に関しても、不眠や睡眠リズムの変化が、幻覚や妄想症状の悪化と関連することもあるので注意して経過をみていく必要があるでしょう。

#### Q16. 患者さんにより症状も様々というのであれば、その対応も変わってくるのでしょうか？

現れる症状には個人差や発症時期での違いがあります。また、その他の疾患が併存している場合、例えば発達障害の1つである自閉スペクトラム症をもつ場合など、それら疾患の症状と統合失調症による症状との区別も必要です。このような患者さんごとの症状を理解し、対応していくことはもちろん重要です。一方で、そうした違いに注目し過ぎることで基本的なことを見失わないことも大切です。すなわち、急性期や再燃時には幻覚妄想を伴うことが多く、薬物療法を行いながら病気と付き合っていくという統合失調症の基本的な理解や、食事や睡眠などの生活リズムを大きく乱さないといった基本的な対処が疎かにならないことが大切だと考えます。

## ●●● おわりに

本稿は、家族会の島本、精神科医の三嶋、村井が共同で執筆しました。患者家族からの質問に医師がただ回答するというだけでなく、家族の立場から強調してお伝えしたいことも回答として書いています。患者さんおひとりおひとは人生の途中でこの病に会い、戸惑い、苦悩し、闘病しています。そのことを治療者も忘れずに患者さんと向き合って欲しい、向き合っていきたい、これが本稿全体を通してのメッセージです。患者家族と医師の共同執筆という本特集の珍しい取り組みによって、読者の統合失調症理解の助けになれば嬉しく思います。

## ●●● 文 献

- 1) 村井俊哉：統合失調症，岩波書店，東京，2019.
- 2) 日本統合失調症学会監修：統合失調症，医学書院，東京，2013，pp640-644.
- 3) American Psychiatric Association：Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition. American Psychiatric Association, 2013/日本精神神経学会＜日本語版用語監修＞，高橋三郎ほか(監訳)：DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル，医学書院，東京，2014.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

2) お腹が痛いんですが、  
どうしたらいいですか？

—インクルーシブな医療を目指して—

Sawai Yutaka

澤井 大和<sup>1,2)</sup>

Kumakura Yousuke

熊倉 陽介<sup>3)</sup>

Ueda Taro

植田 太郎<sup>4)</sup><sup>1)</sup> 医療法人社団欣助会吉祥寺病院 <sup>2)</sup> 東京大学医学部附属病院精神神経科<sup>3)</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神保健学分野 <sup>4)</sup> 社会福祉法人巢立ち会

## はじめに

精神疾患をもつ患者では、精神的健康に加えて、身体的健康も損なわれやすいことが知られています。例えば、心血管疾患や代謝疾患の頻度は、一般人口と比較して1.4~2.0倍です<sup>1)</sup>。

しかし精神疾患をもつ患者では、身体的治療にアクセスする機会すら損なわれる場合があります。本稿では初期研修を想定して、救急外来や精神科病棟での患者・家族とのやりとりを挙げています。初めに「悪い例」をみながら問題点を整理し、精神疾患の有無を問わず平等に医療を提供するためのヒントを示していきます。

お腹が痛いんですが、  
どうしたらいいですか？

## 【ケース1：悪い例】

研修が始まって数カ月経ち、救急外来の当直にも慣れてきた頃、60代男性のAさんが深夜2時に来院した。

Dr 「今日はどうされました」

A 「お腹が、痛いんです」

Dr 「いつからですか」

A 「わかりません、ずっとです」

Dr 「どんな痛みですか？」

A 「ええ…。なんか全体的にムカムカして、さっき

は口から便が出ちゃいました」

Dr 「…。(問診表を見て)精神科にかかっているのですね。そちらのお薬の影響かもしれないですね。明日、精神科の先生に診てもらってください」

## 1. 身体科医師によるスティグマ

精神疾患をもつ患者は、受けることができるヘルスケアの質が低いことが指摘されています<sup>1)</sup>。重度の精神疾患患者は、プライマリケアにおいて体重や血圧などの身体診察を受けることが少ないのです<sup>2)</sup>。

また、精神疾患をもつ患者が、がんに罹患した場合の死亡率は、一般集団と比較して著しく高くなります。この要因として、がん検診を受けることが少ない<sup>3)</sup>、手術を受ける機会が少ない、手術まで長時間待つ<sup>4)</sup>、ということが挙げられます。

精神疾患をもつ患者が救急外来を訪れたなら、まず本人の訴えを丁寧に聴き、他の患者と同じように標準的な診療をしてください。

## 2. 地域の視点から

社会福祉法人巢立ち会は、精神科長期入院の解消を目指して1992年に事業を開始し、これまで300名以上の方の退院促進・地域定着支援を行ってきました。その中で、幾度となく利用者の早逝に直面してきました。巢立ち会の退院促進を利用して退院した254名の方を対象に、2016年に東京大学と協同で実施した調査では、2015年末までに亡くなった45名の方の死亡時の平均年齢は63歳と、一般人口に比べて20年以上平均余命が短



## ●●● 血糖値が高いのに食生活が乱れているの ですが、大丈夫ですか？

### 【ケース3：悪い例】

精神科研修の病棟にて、Cさんはグループホームで自立に向けた生活訓練を行っている30代男性。脱水となりぐったりしていたところ救急搬送され、身体加療後に休息のために精神科へ入院した。面会に来た家族から相談を受けた。

C母「糖尿病もあってお薬も飲んでるのに、一人だと毎日菓子パンばかり食べているみたいです。このままで大丈夫なんでしょうか？」

Dr「糖尿病のことは、内科の先生に聞いてください」

### 1. 身体科治療のアドヒアランス

精神疾患をもつ患者は、健康的でない生活習慣を送りがちになることがあります(精神疾患のために送らざるを得ない状況となることが多いです)。統合失調症をもつ患者では、喫煙、不活発な生活、不健康な食生活<sup>1)</sup>の頻度が高くなります。

医療従事者に「精神疾患をもつ患者は身体疾患治療についてのアドヒアランスが悪いにちがいない」という誤解がある場合もあります<sup>8,9)</sup>。しかし、糖尿病治療のアドヒアランスは健常者と同程度です<sup>10)</sup>。

生活習慣への多職種のケアや支援により、精神疾患の有無によらず、心血管・代謝系の死亡リスクが軽減されます<sup>11)</sup>。WHOガイドラインでは身体的健康のサポートのため、精神疾患をもつ患者に対しても、体重管理や、糖尿病の予防・治療などのケアを行うことを提唱しています<sup>12)</sup>。

身体的健康の格差を軽減する上で、一般的に推奨されているエビデンスに基づき、個人の生活習慣に対してケア・支援を実践することが必要です。健康診断や生活習慣改善の取り組み、身体疾患治療は、精神疾患の有無にかかわらず、平等に行われなければなりません。

### 2. 地域の視点から

グループホームや作業所の利用者さんを対象に行った調査で、「何歳まで生きたいか」という質問への回答は83.7(±19.5)歳と、日本人の平均寿命に非常に近い値でした。メタボリック症候群の有無を問わず、身体的健康の改善プログラムへの参加希望者は7割以上で、健康改善の意欲をもつ人が多いことがわかりました<sup>13)</sup>。

しかし、地域生活で食事や運動などの生活習慣を見

直すとき、「何か正解があって、それを理解してもらい、支援者がそこに導く」というモデルでは、うまくいきません。その人にとって、よりよい生は何か、について考えながら、生活習慣について意思決定を支援できるように心掛けています。

### 【ケース3：良い例】

C母「糖尿病もあってお薬も飲んでるのに、一人だと毎日菓子パンばかり食べているみたいです。このままで大丈夫なんでしょうか？」

Dr「食生活については、入院中に栄養士さんから栄養指導を受けられるようにしましょう」

C母「前の病院でも受けていたみたいですが、炊いたご飯を小分けにするように、と言われても面倒がって。結局、買ってきたものを食べてるんです」

Dr「最近では、バランスの取れたお弁当の宅配など、活用しやすいサービスもあります。そういったものも、栄養士さんからご紹介しますよ」

C母「一人で話を聞いてきても、結局長続きしないんですね」

Dr「では、お母さんもご本人と一緒に話を聞いていただくと、実家に外泊したときに振り返ったりできますね。お母さんの都合の良い時間に、栄養指導を頼みましょう」

## ●●● まとめ

救急外来や精神科病棟で起こり得る場面をみながら、精神疾患をもつ人の身体的健康について、問題点を概観しました。精神疾患の有無を問わず問診・診察を行い、家族や地域支援者の心配事・ニーズに耳を傾けながら、平等な医療を提供していきましょう。

## ●●● 文献

- 1) Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, et al : The Lancet Psychiatry Commission ; a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. Lancet Psychiatry 2019 ; 6 : 675-712.
- 2) Burns T, Cohen A : Item-of-service payments for general practitioner care of severely mentally ill persons ; Does the money matter? Br J Gen Pract 1998 ; 48 : 1415-1416.
- 3) Tuesley KM, Jordan SJ, Siskind DJ et al : Colorectal, cervical and prostate cancer screening in Australians

- with severe mental illness: Retrospective nation-wide cohort study. *Aust N Z J Psychiatry* 2019; **53**: 550-558.
- 4) Kisely S, Forsyth S, Lawrence D: Why do psychiatric patients have higher cancer mortality rates when cancer incidence is the same or lower? *Aust N Z J Psychiatry* 2016; **50**: 254-263.
  - 5) Kondo S, Kumakura Y, Kanehara A, et al: Premature deaths among individuals with severe mental illness after discharge from long-term hospitalisation in Japan: A naturalistic observation during a 24-year period. *BJPsych Open* 2017; **3**: 193-195.
  - 6) Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al: Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019; **394**: 939-951.
  - 7) 村井俊哉: 統合失調症, 岩波書店, 東京, 2019; p.111.
  - 8) Ayerbe L, Forgnone I, Foguet-Boreu Q, et al: Disparities in the management of cardiovascular risk factors in patients with psychiatric disorders: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med* 2018; **48**: 2693-2701.
  - 9) Viron MJ, Stern TA: The impact of serious mental illness on health and healthcare. *Psychosomatics* 2010; **51**: 458-465.
  - 10) Gorczynski P, Firth J, Stubbs B, et al: Are people with schizophrenia adherent to diabetes medication? A comparative meta-analysis. *Psychiatry Res* 2017; **250**: 17-24.
  - 11) Diabetes Prevention Program (DPP) Research Group: The Diabetes Prevention Program (DPP): description of lifestyle intervention. *Diabetes Care* 2002; **25**: 2165-2171.
  - 12) World Health Organization. Management of Physical Health Conditions in Adults with Severe Mental Disorders, Geneva: World Health Organization; 2018.
  - 13) 清野知樹, 植田太郎, 田尾有樹子: 精神疾患がある人は平均寿命を望んでいるが生活習慣病の治療は不十分である—社会福祉法人での調査結果. 第114回日本精神神経学会学術総会, 兵庫, 2018年6月.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

## 3) 治りますか？

—経過, 予後, 予防, パーソナル・リカバリーと臨床的リカバリー—

Kiyono Tomoki 清野 知樹<sup>1,2)</sup> Tao Yukiko 田尾有樹子<sup>2)</sup> Ueda Taro 植田 太郎<sup>2)</sup><sup>1)</sup>東京大学医学部附属病院精神神経科 <sup>2)</sup>社会福祉法人巢立ち会

## Q. 治りますか？

この質問は統合失調症の治療を行っていく上で非常に重要な質問になります。まず前提として、この質問に対して「常に正しい回答」というものはありません。多くの精神科医はこの質問を受けたときに、「さて、どのように答えようか」と返答に迷うこと(あるいは迷った経験があること)が多いです。逆に、精神科で研修中の読者の皆さんはもし患者さんからこの質問をされたらとすると、どのように感じるのでしょうか？

本稿では良くない回答例と良いかもしれない回答例をいくつか挙げてみて、それぞれの回答がどうしてよくないのか、何を精神科医が迷っているのか、をみていただければと思います。

## 【良くない回答例】

A1. 残念ですが、治らない病気なのでずっと治療を続ける必要があります。

このような回答をする精神科医はまずいないと思いますが、精神科医以外の方ではこのような考えをおもちの方もおられるので、あえてこの回答を書きました。では、この回答はどうしてよくないのでしょうか？まず、そもそも本当に治らない病気なのか考えてみたいと思います。確かに統合失調症は服薬を適切にしない場合に再発の多い病気です<sup>1,2)</sup>。また確かに歴史的には予後の良くない疾患とみなされてきました<sup>2)</sup>。しかしながら、最近の統計では約半数の患者さんは予後良好群とみなされるとの結果となっています<sup>2)</sup>。このため一律に治らない疾患ではそもそもないと考えられ

ます。後述のパーソナル・リカバリー<sup>3,4)</sup>という概念も考慮すると、それ以上が予後良好群とみなすことができるとされます。このため、そもそもこの回答は医学的に正しいとは言えないと思います。

また心理的な視点として、主治医に「治らない」と断言されたときの患者さんの気持ちはどうでしょうか？統合失調症は発症が思春期～青年期が多いこともあわせて考えてみてください。皆さんが10代・20代のときに突然「治らない病気にかかっている」と言われたと想像してみるといいでしょう。とてもガッカリしてしまうと思います。人によってはそこからうつ状態を併発してしまうことや、病気であることを認めたくないあまりに服薬をしなくなることもあるでしょう。これでは本人の病気がかえって悪くなってしまわないのでしょうか。

## 【良くない回答例】

A2. 統合失調症は良くなりますが、再発の多い病気です。再発予防を行う上では服薬治療を継続することが重要です。服薬を全くしない場合は半数以上の方が1年以内に再発しますが、服薬を継続することで再発を1/3～1/4程度まで減らすことができる、といった報告があります。

医学的・統計的には確かにその通りかもしれませんが、患者さんやご家族に、経過のどこかでは伝えることの多い情報ではあります。しかしながら、まずは患者さんの不安や思い、質問意図にもっと即した返答ができるかもしれません。

**【良いかもしれない回答例】****A3. 治ります.**

シンプルにこのように回答するのは悪くないことが多いです。患者さんが希望をもつことが非常に重要な疾患であるため、治ると本人が信じることはとても重要なことです。ではなぜ精神科医はこの回答をすることを躊躇しがちなのでしょうか。それはこの回答をすることで、患者さんの症状が良くなった後に、服薬をしなくなる可能性を増やすのではないかと心配をしてしまう場合があるからかもしれません。しかしながら、この回答が服薬アドヒアランスに影響する、といった報告はありません。服薬アドヒアランスには患者さんとの良好な関係性を構築することや、病気についての適切な情報を提供すること、後述のパーソナル・リカバリーの視点を説明すること、副作用の少ない薬剤を使用すること、適切な心理・社会的な支援を併用すること、といったことの方が影響します<sup>5)</sup>。あるいは精神科医はこの回答をすることで、後々何らかの理由でなかなか症状が良ならないときに、「先生は嘘つきだ」と責められることを心のどこかで恐れている場合もあるかもしれません。経験豊富な精神科医であるほど、症状がなかなか良ならないケースを多く診ているため、良くなる病気であるとのイメージがつきづらいという側面もあると言われていています(この現象は「臨床医の錯覚(clinicians illusion)」と呼ばれています<sup>4)</sup>。しかし実際のところは、臨床的リカバリーの視点で、あるいはパーソナル・リカバリーの視点で、良くなることが多い疾患であります。

**【良いかもしれない回答例】**

**A4. たとえ服薬を続けていたり、症状が残存していたりする状態であったとしても、〇〇さんの目標や希望、価値観に即した〇〇さんらしい人生の過程を進めていくことは今からでも可能です。私はその手伝いをしたいと考えています。**

これも1つの良い回答だと思います。こういった考え方を「パーソナル・リカバリー」(あるいは「人としてのリカバリー」と呼び、医学的な症状の軽快や消失を意味する回復や治癒(臨床的リカバリー)と区別されます<sup>3,6)</sup>。もともとパーソナル・リカバリーは患者さんたちの間から生まれた概念です<sup>3)</sup>。個人的な価値観や人生観を反映しているため、パーソナル・リカバリーの内容や最善の方法は患者さんごとに異なります<sup>3)</sup>。ま

た、明確な判定基準をもつ臨床的リカバリー(陽性症状を判定する複数の質問項目に対する回答の点数の合計点が特定の点数以下になる、など)とは異なり、パーソナル・リカバリーは人生の過程(プロセス)が進んでいくことを含む物語性をもった概念でもあります<sup>3)</sup>。パーソナル・リカバリーは患者さん自身の手で進めていくもので、治療者が与えるものではありませんので、「パーソナル・リカバリーを進めて行きましょう」と治療者が伝えることはおかしな話ではないかと時々思うこともあります。「医師から言われたくない。それは研究者に言い訳を与える。完全に病気を治すための研究をしてほしい」というご意見の当事者がいらっしゃることも事実です。その一方で、「なんだかこっちの治るの方が(臨床的リカバリーより)しっくりきます」とおっしゃる患者さんも多くいらっしゃいます。よく誤解されますが、統合失調症の症状が強いとパーソナル・リカバリーが目指せない、ということはありません。これまでの研究で、症状の強さとパーソナル・リカバリーには強い関連性はない、と報告されています<sup>6)</sup>。もっとも、臨床的リカバリーとパーソナル・リカバリーは相反するものではなく、相互に良い影響を及ぼし合うと報告されていますので、パーソナル・リカバリーを進める上でも、臨床的リカバリーを達成できるように医療者が適切な治療を行うことは重要です<sup>6,7)</sup>。

**【良いかもしれない回答例】**

**A5. 〇〇さんにとって治った状態とはどういうイメージでしょうか?**

質問に質問で返してしまっていますが、これもメリットの多い回答だと思います。患者さんによって「治ること」のイメージは違います。患者さんにとって「治る」ことは、つらい症状がなくなることかもしれないですし、自分のやりたい勉強や仕事ができている状態かもしれないですし、症状がなく治療薬を飲まずにいられる状態かもしれません。患者さん個人個人の良くなったイメージを明確にしながら、その目標に近づくためには具体的にどのような治療や心理・社会的支援が適切なのか、患者さんと一緒に考えていくきっかけとなる回答だと思います。


**Q. どのような経過の病気でしょうか?**

ここからは関連する質問について回答します。基本的に教科書的な内容になります。

症状が出現してから症状が収まって安定するまでの病気の経過を説明します。一般的に、この経過は前兆期、急性期、回復期、安定期(回復期の前に消耗期を入れる場合や安定期を維持期と呼ぶ場合もあります)に分けられることが多いです<sup>8)</sup>。

前兆期は急性期ほどではないものの、不眠や不安感、聴覚過敏、集中力の低下といった状態が出現してきている時期を指します。初めての発症であればこの時点で病気の前兆であることがわかりづらく、見過ごされていることも多いです。

急性期は幻聴や妄想といった陽性症状が最も強く出ている時期になります。安心できる環境での治療・支援が重要な時期です。

回復期(や消耗期)は治療を開始したことで急性期の陽性症状が減少傾向となってきた時期のことを指します。消耗期の名のつくとおり、疲労感が出やすい時期になります。無理のない範囲でリハビリテーションを開始しつつ、焦らず少しずつエネルギーを取り戻すことが重要な時期です。

安定期(維持期)は回復期よりも病状の安定感が増してきた状態です。症状が全くない場合もあれば、多少残存する場合があります。この時期は再発予防をすることや、本人のパーソナル・リカバリーを目指していくことが大切な時期といえます。

実際には後半の回復期と安定期(維持期)は明確に区別しづらいことも多いです。急性期が収まった後は、日によって良くなったり戻ったりしながら、全体としては色々な面でよくなっていきます。再発の場合も前兆期の特徴が急性期の前にみられることが多いです。このため前兆期であることに気づくことができるようになります(私は「黄色信号」と読んでいます)。大きな再発が起こる前に対処をすることができるようになるというようになります。

## Q. どのような予後の病気でしょうか？

前述のように、最近の統計では臨床的リカバリーの観点では約半数の患者さんは予後良好群とみなされるとの結果となっていますし、パーソナル・リカバリーを考慮すると、より多くの方がリカバリーの道を進んでいくこととなります。臨床的リカバリーの観点では、再発を繰り返すことで治療薬の量が多くなることや入院期間が長くなること、さらなる再発の可能性が増加すること、などが報告されているため、再発を極力減

らすことが大切と強調されています<sup>1)</sup>。

統合失調症の経過では再発予防をすることのほかに、身体疾患による死亡を防ぐこと、自殺を防ぐこともとても重要です。統合失調症のある人が死亡する場合は身体疾患による死亡や自殺が原因であることが多いと報告されています<sup>9)</sup>。自殺を防ぐためには、統合失調症に対する適切な治療・支援をすることに加え、併存しているうつ状態を適切に治療・支援することが重要です<sup>10)</sup>。また、発症直後や退院直後といった今後の生活や人生に不安や絶望が出やすい時期も慎重に治療・支援をすることが重要とされます<sup>10)</sup>。本稿を読んでいる当事者の方で悩んでいる方がいたら、ぜひ主治医の先生、看護師さん、地域の支援者など、誰でもいいので、話してみてください。

## Q. どうしたら再発予防ができますか？

統合失調症の再発予防を行う上では、服薬治療を継続することが重要です。服薬を全くしない場合は半数以上の方が1年以内に再発するのに対し、服薬を継続することで再発を1/3未満まで減らすことができる、といった報告もあります<sup>11)</sup>。もちろん、副作用がづらいと服薬をしなくなるのは当然です。このため、副作用の心配について遠慮なく主治医の先生と相談することが大切です。薬の量や内容を調整することで副作用が減ったり、なくなったりすることがあります。

また、服薬を継続することと同等に重要なことがあります<sup>12)</sup>。これは、再発しやすいパターンを自分で理解しておくことや、再発しそうなきに適切な支援や治療を受けることができるようにしておくことです。まずは病気について適切な知識を本人と周囲の人(家族など)が知っておくことが基本になります。前述の前兆期の個別特徴を明らかにして、自分で前兆期に気づけるようになることも大切です。あるいは、普段からストレスにいかに対処するかについての方法を習得することも良い影響があります。好きなことや気晴らしをすること、家族・友人・仲間・支援者との良好な関係をもつことも大切です。精神科医療では一般的な心理療法を受けることに加え、ストレス対処の方法や考え方を学ぶ認知行動療法(CBT)や、生活面で困りやすい出来事に対するスキルを学ぶソーシャル・スキル・トレーニング(SST)といったものも提供されています<sup>12)</sup>。こういったものも適宜活用してみてください。統合失調症の治療に関しては「薬を飲みたくないのです

が。」の稿もご参照ください。

## ●●● Q. 統合失調症の発症を防ぐことはできますか？

統合失調症は思春期～青年期に発症することが多いことから、思春期への支援をすることが重要なのではないかと考えられています<sup>2)</sup>。残念ながら現時点ではまだ100%発症を防げる方法は見つかっていませんが、思春期には統合失調症の症状以外にも抑うつや不安といった様々な精神的な不調が発生しやすい時期でもあることが知られています<sup>13-15)</sup>。このため、生活面・学習面・対人関係面といった多方面でのニーズや困りごとに支援をすることや、ストレス対処技術を獲得する手伝いをしていくことが良いのではないかと考えられています。この場合、原則的には服薬による治療から始めるのではなく、心理的な支援や社会的な支援を第一優先とするのがよいでしょう<sup>16)</sup>。幼少期から思春期の虐待やいじめ、大麻などのドラッグの使用も統合失調症を含む多数の精神疾患の発症リスクを上昇させ、病状に影響することが報告されています<sup>2, 17, 18)</sup>。このような状況から子供たちを守り、ケアをすること、社会全体としてこのような状況を減らす取り組みを進めていくことも非常に大切であると言えるでしょう。

## ●●● 文 献

- 1) Emsley R, Chiliza B, Asmal L, et al : The nature of relapse in schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2013 ; **13** : 50.
- 2) Jim Van Os S, Kapur S: Schizophrenia. *Lancet* 2009 ; **374** : 635-645.
- 3) Slade M. 100 Ways to Support Recovery 2013. (<https://www.rethink.org/advice-and-information/living-with-mental-illness/treatment-and-support/100-ways-to-support-recovery/>) (2021年3月5日閲覧) /日本語版: 本人のリカバリーの100の支え方(第2版). 2016. (<http://plaza.umin.ac.jp/heart/archives/100ways.shtml>) (2021年3月5日閲覧)
- 4) Davidson L, Schmutte T, Dinzeo T, et al : Remission and recovery in schizophrenia : Practitioner and patient perspectives. *Schizophr Bull* 2008 ; **34** : 5-8.
- 5) García S, Martínez-Cengotitabengoa M, López-Zurbaño S, et al : Adherence to antipsychotic medication in bipolar disorder and schizophrenic patients. *J Clin Psychopharmacol* 2016 ; **36** : 355-371.
- 6) Van Eck RM, Burger TJ, Vellinga A, et al : The relationship between clinical and personal recovery in patients with schizophrenia spectrum disorders : A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Bull* 2018 ; **44** : 631-642.
- 7) Roosenschoon BJ, Kamperman AM, Deen ML, et al : Determinants of clinical, functional and personal recovery for people with schizophrenia and other severe mental illnesses: A cross-sectional analysis. *PLoS One* 2019 ; **14** : 1-14.
- 8) 日本統合失調症学会監修: 統合失調症(福田正人, 糸川昌成, 村井俊哉, 笠井清登編集). 医学書院, 東京, 2013.
- 9) Piotrowski P, Gondek TM, Królicka-Deregowska A, et al : Causes of mortality in schizophrenia : an updated review of european studies. *Psychiatr Danubina Rev* 2017 ; **29** : 108-120.
- 10) Popovic D, Benabarre A, Crespo JM, et al: Risk factors for suicide in schizophrenia : Systematic review and clinical recommendations. *Acta Psychiatr Scand* 2014 ; **130** : 418-426.
- 11) Leucht S, Tardy M, Komossa K, et al : Antipsychotic drugs versus placebo for relapse prevention in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2012 ; **379** : 2063-2071.
- 12) Norman R, Lecomte T, Addington D, et al : Canadian treatment guidelines on psychosocial treatment of schizophrenia in adults. *Can J Psychiatry* 2017 ; **62** : 617-623.
- 13) Patel V, Flisher AJ, Hetrick S, et al : Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet* 2007 ; **369** : 1302-1313.
- 14) Malhi GS, Mann JJ : Depression. *Lancet* 2018 ; **392** : 2299-2312.
- 15) Stein MB, Stein DJ : Social anxiety disorder. *Lancet* 2008 ; **371** : 1115-1125.
- 16) The National Institute for Health and Care Excellence (NICE) : Psychosis and schizophrenia in children and young people. 2013. (<https://www.nice.org.uk/guidance/cg155/evidence/full-guideline-pdf-6785647416>) (2021年3月5日閲覧)
- 17) Read J, Van Os J, Morrison AP, et al : Childhood trauma, psychosis and schizophrenia : A literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatr Scand* 2005 ; **112** : 330-350.
- 18) Varese F, Smeets F, Drukker M, et al : Childhood adversities increase the risk of psychosis : A meta-analysis of patient-control, prospective-and cross-sectional cohort studies. *Schizophr Bull* 2012 ; **38** : 661-671.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

### 4) 発達障害とどう違うのですか？

—特に自閉スペクトラム症との関係—

Hamamoto Yu  
濱本 優<sup>1)</sup>Kano Yukiko  
金生由紀子<sup>1)</sup>Ueda Yukiko  
上田祐紀子<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科こころの発達医学分野 <sup>2)</sup> 患者家族

#### ●●● Q. 発達障害と統合失調症は何が違いますか？ 併存するのでしょうか？

歴史的にみると、最初に統合失調症の概念が生まれたときに発達障害の概念はまだありませんでした。1940年代に、代表的な発達障害である自閉症の概念が生まれ、それが徐々に認知されるに従い、統合失調症と診断されていた人たちの中に、発達障害の人たちがいたのではないかと考えられるようになってきました。

もともと、統合失調症の多くの発症は思春期以降で、主な症状は幻覚・妄想や自我障害である一方、自閉スペクトラム症では幼少期から症状がみられ、主徴はコミュニケーションにおける障害と強いこだわりなどで、その2つの疾患の区別はあまり問題視されていませんでした。

しかし、自閉症から自閉スペクトラム症へと概念が広がるにつれて、統合失調症と自閉スペクトラム症との区別が問題になり始めました。特に、自閉スペクトラム症の中にも思春期以降に不適応が目立ってきたり、また負荷がかかると幻覚・妄想のような症状がみられたりすることがあります(なお、自閉スペクトラム症の妄想の多くは、「状況依存的で体系化せず、一過性であり、状況の変化で急激に症状が軽減する」ことが特徴と言われます<sup>1)</sup>)。また、統合失調症も自閉スペクトラム症も、コミュニケーションが苦手に対人的な部分が問題になりやすく、2つの疾患で行動や言動が類似していることも問題になります<sup>2)</sup>。加えて、成人例などでは、両親が不在だったり幼少期のことをよく覚えていなかったりなど、幼少期のことを詳細に把握すること

が難しい場合もあり、さらに疾患の区別を難しくしています<sup>3)</sup>。

そして、「発達障害 or 統合失調症」という二者択一ではなく、「発達障害 and 統合失調症」という併存の考え方も一般的になってきました。実際のDSM-5での統合失調症の診断基準でも、発達障害との併存について、「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カ月(または、治療が成功した場合はより短い)存在する場合にのみ与えられる」と書かれており、併存が認められています。近年の研究では、自閉スペクトラム症と統合失調症に共通する、遺伝的異常や脳画像異常などが認められるようにもなっており<sup>4)</sup>、発達障害と統合失調症が完全に異なるものではなく、一部共通する部分ももっている疾患、と考えられてきています。

ただ、この併存が認められるようになってきたのは最近のことであり、まだまだわかっていないことも多く、現在も盛んに研究が続けられています。

#### ●●● Q. 発達障害と統合失調症が併存している場合、どちらかの影響でどちらかの性質が弱まったり強まったりすることはあるのでしょうか？ 発達障害が併存している人と統合失調症のみの人とでは、症状、治療、経過は違うのでしょうか？ 併存していることで統合失調症が治りにくい、また

## は治っているかわかりにくい、ということはないのですか？

発達障害(特に自閉スペクトラム症)と統合失調症の併存は複雑な問題で、実際の現場においても、判断に苦慮することが多く起こっています。例えばコミュニケーションにおいて、自閉スペクトラム症の患者さんでは「比喩や慣用表現の理解が苦手」ですが、統合失調症の患者さんでも「冗談が通じにくい、生真面目」などところがあり、双方の特性が重なると、より一層コミュニケーションが苦手になることがあります。併存することで、それぞれの症状は変わらないものの、どちらの疾患の症状がより強く表面に現れてくるかによって、人により症状はかなり異なってきます。治療についても、双方の治療法を組み合わせながらですが、少なくとも現時点では併存したケースに特化した治療法はなく、個々の治療法を状況に応じて組み合わせます。

自閉スペクトラム症などの発達障害を有している、そのコミュニケーションの苦手さなどから、自分自身の症状を他者に伝えることがうまくできなかつたり、自閉スペクトラム症そのものによっても被害的な思考が出たりすることがあります。そのため、発達障害と統合失調症のどちらの症状なのかわかりにくい、結果として全体で病状の改善がみえにくいということもあり得ると考えられます。

## Q. 統合失調症と診断されていますが、実はもともと自閉スペクトラム症で、併存しているのではないのでしょうか？あるいは診断が間違っているのではないのでしょうか？

どのような先生に診てもらっているか、どのような検査を行ったかなどによって状況は異なるかと思いますが、統合失調症と診断されたのは、一定の根拠があったことかと思われま

す。その上で、例えば統合失調症の症状が重篤なときには、幻覚や妄想などが重たいために、自閉スペクトラム症が存在していたかを判断することが難しいことがあります。統合失調症の病勢が落ち着いてきた際に、改めて診察や検査をすることによって、実は幼少期からの自閉スペクトラム症の傾向が明らかになることがあります。その場一度きりで判断するのではなく、経過の中で縦断的に診断を検討していくことが重要になり

ます。

## Q. 途中で診断が変わるのはなぜなのでしょう？

統合失調症は、前駆期や発症早期、慢性期など、臨床病期によって現れてくる症状が異なります。

また、発達障害も、生まれたときから特性を有していますが、例えば小学生、中学生、社会人のような発達の段階によって、あるいは夫婦関係、親子関係などの取り巻く環境の変化によって、出現する症状が変わります。

そのため、当初の診断では、例えば統合失調症の発症早期だと考えられていたものが、時間経過とともに別の症状が出現し、全経過を踏まえて判断すると発達障害と考えられ、診断の変更に至ることがあります(図1)。「いま・ここ」だけでみるとわからないものが、時間経過をみることでわかることがあるのです。

## Q. 診断が変わりましたが、今までの治療が無駄ではなかったのでしょうか？早く診断が変わればもっと良くなったのではないですか？本当はまた別の病気で、これからまた診断が変わるのではないのでしょうか？

診断が変わったとしても、環境調整や薬物療法でも共通するものもあり、決していままでの治療が無駄であった、ということにはなりません。例えば同じ統合失調症だとしても、前駆期と発症早期と慢性期では治療法が異なる部分もあります。そうであったとしても、統合失調症という診断が変わっていないため、不安感が少ないのだと思います。

発達障害と統合失調症の併存は研究が続けられている分野でもあり、今後診断が変わる可能性もあるでしょう。ただ、もし診断が変わったとしても、それぞれの疾患に共通する部分もあり、そのときそのときの最善の治療を目指すということが、全体でも最良につながっていくのではないかと思います。

発達障害などの他の疾患との併存も念頭に置きながら、より広い視野で、中長期的な視点を持ちながら当事者、医療者が治療を進めていくことが求められています。

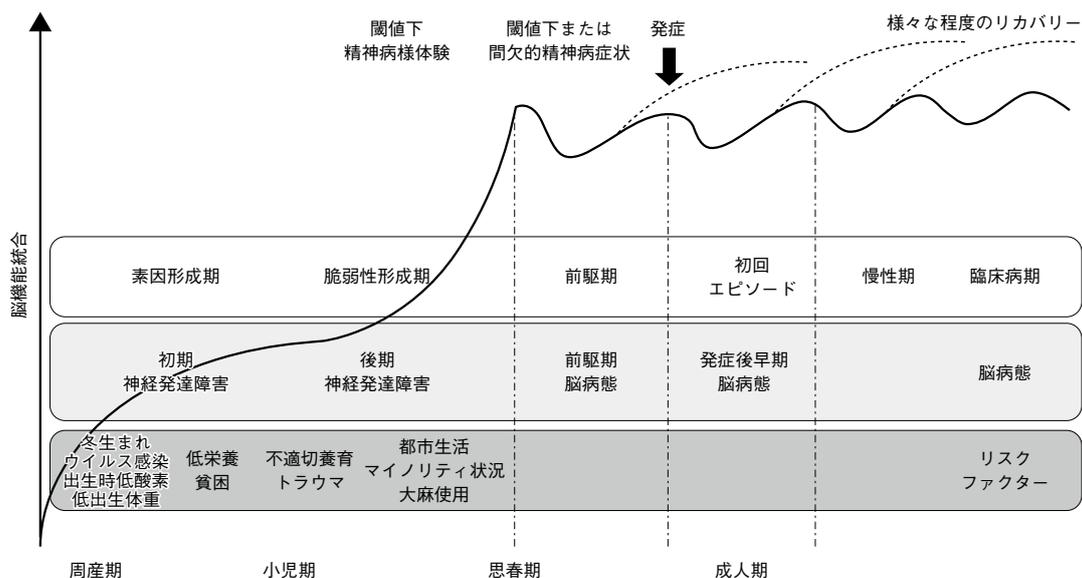


図1 統合失調症の臨床病期に即した脳病態とリスクファクターの解明

●●●  
●●●**Q. 統合失調症と自閉スペクトラム症では、治療法、サポートは違いますか？ また、他の疾患ではどうでしょうか？**

統合失調症は抗精神病薬が主に用いられます。また自閉スペクトラム症でも刺激への脆弱性に対して同じ抗精神病薬が用いられますが、統合失調症よりも少量のことが多いように思います。心理的なサポート、環境調整などサポートは重なる部分もありますが、それぞれにより適した治療法もあります。そのため、やはりその疾患を意識したサポートが重要となります。

●●●  
●●●**Q. 自閉スペクトラム症の人や自閉スペクトラム症の傾向のある人は統合失調症になりやすいのでしょうか？**

かつては、自閉スペクトラム症の人でも特に統合失調症は合併しやすいとは考えられていませんでしたが、近年では合併しやすいという報告が増えてきています。報告にもよりますが、7.8～30%の割合で統合失調症と自閉スペクトラム症が合併した、という報告もあります<sup>5,6)</sup>。前述したように、自閉スペクトラム症と統合失調症とで共通の遺伝的背景を有していることもあり、その点からも合併しやすいと言えると考えられます。

●●●  
●●●**Q. うつ病など他の病気とはどのように区別するのでしょうか？**

大きく、脳の傷に原因をもつ病気や脳に作用する摂取物質の影響との区別、うつ病・双極性障害との区別、いわゆる「神経症」との区別などが必要になります。

まず、脳の傷や物質の影響によって統合失調症のような症状が出現する場合があります。例えば、脳腫瘍や脳炎、一部のてんかんなど、あるいは麻薬や覚せい剤の使用によって幻覚や妄想が出現することもあります。そのため、脳画像検査や血液検査、また過去にそのような薬剤を使用していなかったなどを確認することが大切になります。

うつ病や双極性障害との区別は、症状が気分に関連するかどうか重要です。躁状態の極期には幻覚や妄想が出現する場合があります。ただ妄想の種類は、躁状態では誇大妄想、うつ病では貧困妄想や罪業妄想という種類の妄想で、統合失調症の妄想とは異なる傾向があります。気分障害と統合失調症の間のような、「統合失調感情障害」という疾患の概念もあり、厳密な区別は難しいです。また、近年の脳に関わる研究では、統合失調症と双極性障害は遺伝的にも似ているということが指摘されてきています<sup>7)</sup>。

また神経症は、誰もが抱く不安や悩みであってもその程度が著しいものですが、その中には統合失調型パーソナリティ障害の概念も含まれます。この場合には関係念慮と呼ばれる認知のゆがみがあり、社会的・感情的に



## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？



宇野 晃人

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

## 5) 結婚を考えている人がいるのですが、

—人生の支援—

Uno Akito

宇野 晃人<sup>1)</sup>

Okada Kumiko

岡田久実子<sup>2)</sup>

Fukuda Masato

福田 正人<sup>3)</sup><sup>1)</sup> 東京大学医学部附属病院精神神経科 <sup>2)</sup> 公益社団法人全国精神保健福祉会 <sup>3)</sup> 群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学

## はじめに

初期研修医の頃を思い出すと、患者さんやご家族の方から質問を受けるたび、とても緊張し身構えていた気がします。とりわけ、経験から述べざるを得ない部分が多くなると、自分の浅いキャリアゆえに間違っただけを伝えてしまわないかと不安でした。結婚という話題はその代表的なものだと思います。本稿は若手精神科医である宇野が初期研修医のときに知りたかった事柄を、経験のある福田の指導を受けながらまとめ、当事者の結婚を支援した家族の立場からのコメントを加えたものです。様々な視点から皆さんの臨床の一助になればと願っています。

## Q1. みなさん結婚されているのですか？

A1. 結婚して家庭生活を送っておられる方はいますが、一般人口と比べて少数に留まっているのが現状です。結婚というあたりまえの権利にチャレンジするための、多面的な支援が望まれます。

平成27(2015)年度の国勢調査によれば、15歳以上の一般人口で配偶者のいる割合は男性61.3%、女性56.6%です。一方で精神障害者の方の場合、『平成25年版障害者白書』では、外来に通う精神障害者の方で配偶者のいる割合が34.6%、統合失調症の方に限れば18.7%と報告されています。また、平成22年の全国精神保健福祉会(みんなねっと)による1,492人の家族会員(当事者の平均年齢は42.9歳、その82%が統合失調症)に対す

るアンケート調査<sup>1)</sup>では、配偶者のいる割合は8%という結果であり、一般人口と比べて相当低い水準にあります。

平成25(2013)年にわが国が批准した障害者権利条約では、第23条において、「自由かつ完全な合意に基づいて婚姻をし、かつ、家族を形成する権利を認めること」を締結国に求めています。統合失調症をはじめとする精神障害者の方で配偶者のいる割合が低い背景には、社会性の障害・意欲低下など病状による影響のみならず、病状悪化を懸念する本人や家族のあきらめ、支援者の悲観論や、治療環境を優先した病棟や居住施設での性愛行動の制限など、多様な要因が存在します<sup>2)</sup>。チャレンジはリスクを伴うものですが、リスクの中には経験によって避けることのできるものもあります。

結婚が人生においてどのような意味をもつかは、当事者やその家族によって様々です。それは人生の望みであったり、配偶者と暮らす幸せであったり、子どもをもつ喜びであるかもしれませんし、結果的に結婚しない選択に至るものかもしれません。各々の意味において結婚を体験することができるような、多面的な支援が望まれます。

## &lt;当事者の結婚を支援した家族からのコメント&gt;

精神疾患・障害がある人とその家族にとっては医療者(特に主治医)からの言葉の影響はとても大きいということを強調したいと思います。主治医に「無理はしない方がよい」と言われ、家族もそれに従って本人を説得し、仕方なく本人もあきらめるということが現実起きています。上記にあるような「病状悪化を懸念する本人や家族のあきらめ」が生じる大きな要因として「主治医の考え方」の影響があると

というのが精神科医療を利用している患者・家族の現状と感じます。これは、私自身の体験と10年以上家族相談員として相談を受けてきた実感です。わが家の長女は結婚・出産を強く希望していましたので、結婚前より結婚後の方が病状が格段に安定し、体調を整えるという自覚もしっかりと身につくようになりました。医学的見地からの助言は重要ですが、それがご本人の生き方・人生に大きな影響を与えることを常に念頭においていただくことを切望いたします。

## ●●● Q2. 相手には病気のことを伝えた方がいいですか？

A2. 伝えた方が結婚生活を維持しやすい場合が多いです。伝える際には、タイミングや方法に注意が必要です。

自分の病気に関する情報はプライバシーの代表的なものであり、それを開示するか否かを定めることは個人の本質的な権利です。一方で、病気のことを明かさず結婚することには、相手から隠れての通院・服薬を続けられずに再発してしまうことや、後になって病気のことが明るみに出ることによってトラブルになるなどの恐れがあります。統合失調症の方の結婚がタブー視される時代からその問題に取り組んできた生活臨床の立場では、双方が結婚を真剣に考えるようになった時点で病気を告知することが勧められています<sup>3)</sup>、当事者の実際の経験は参考になります(以下の家族からのコメント参照)。相手に病気を理解してもらうことで、通院・服薬の継続や、本人の状態に応じた配慮(例えば、不調時にどのような対応をすべきか、など)が得やすくなり、病状が安定することで結婚生活も維持しやすくなると考えられます。

病気の告知に際しては、統合失調症に関する適切な書籍(例えば文献4, 5)の力を借りるのも一案です。また、外来での診察にパートナーも同席するなどして、主治医や支援者に説明をお願いする方もいらっしゃいます。  
**<当事者の結婚を支援した家族からのコメント>**

長女の場合はお付き合いを始めて間もなく、あまり構えずに率直に病名を伝えていて、家族会内でも、そのような場合が多いと聞いています。その後、研修会に誘ったり、調子が悪いときの様子を伝えたりしながら、どのような病気なのかを知ってもらうこともできると良いと思います。診断名を伝えることにこだわらず、「病気=生活上の困りごとを含めたその人自身」を知ってもらうような時間とプロ

セスが大切だったと感じています。

少しハードルが高いのが、相手のご家族に伝えることだと思います。それは、二人の間で結婚という気持ちが固まったタイミングが良いと体験からも思います。相手の方から伝えてもらうのが良いか、二人で一緒に伝えるのが良いか、あるいは両親には言わない方が良いかという判断をする場合もあるかもしれません。正しい答えはないので、二人で良く話し合っ、また二人のことを応援してくれる人がいれば、その方にも相談したりして、二人で納得できる方法を見つけるのが良いと思います。

わが家の場合は、相手の方が自分から話すから…ということでお任せしたようです。子どもが生まれたときには、相手のご両親からは「病気があると聞いていたので孫の顔を見ることはあきらめていたけれど、産んでくれてありがとうね。」と、とても喜んでいただきました。

## ●●● Q3. 病気は子どもに遺伝しますか？

A3. 発症する可能性は高まりますが、遺伝だけで決まるわけではなく、様々な要因が少しずつ関与していると考えられています。

家族歴のある(家族に罹患者がいる)場合で統合失調症の発症リスクが上がるのは事実ですが、一方で症例の2/3程度は家族歴なしで散発的に生じると知られています。1960年代までは家庭環境の影響が大きいと考えられていましたが、養子を対象とした研究により、統合失調症のリスクは生物学的親に統合失調症が存在することと関係し、養親に統合失調症が存在することとは関係ない、と明らかにされています。

家族歴に関して、統合失調症を発症する生涯リスクは一般人口で約1%とされていますが、片方の親が統合失調症であると子の発症リスクは約13%、両親ともに統合失調症であると約46%になると報告されています<sup>6)</sup>。また、遺伝子が半分同じである二卵性双生児で片方が統合失調症であった場合、残る一方の発症リスクは10~15%、遺伝子が全く同じである一卵性双生児の場合では40~50%、と言われていています<sup>7)</sup>。逆に言えば、遺伝子が全く同じであっても100%発症するわけはありません。

生まれ(遺伝)にしても、育ち(環境)にしても、それ1つだけで統合失調症を発症させるような原因はこれまでの研究で見つかっておらず、様々な原因が少しずつ関与している、と考えられています。

#### <当事者の結婚を支援した家族からのコメント>

病気自体は遺伝病ではないのですが、病気になるやすさという体質はある程度遺伝すると聞きました。主治医からきちんと説明を受けて、最終的に産むかどうかを決めるのは親になる二人です。とはいえ、両家のご家族も心配されると思いますから、できれば、関係する人たちに主治医から説明をしてもらう機会をつくれたら良いと思います。

ちなみに、長女の子どもは元気に育って9歳になりました。将来のことは誰にもわかりませんので、長女も時々、自分と同じ病気になるかと心配を口にしますが、もしも病気になったとしたら、そのときに本気で心配しよう…と話合っています。

#### ●●● Q4. 妊娠を考えると、薬を飲み続けるのが心配なのですか？

A4. 一般的に、精神症状を安定させる薬は妊娠中にも飲み続けることが勧められます。

妊娠・出産を無事に行うために、母親の精神的な安定が重要であることは言うまでもありません。妊娠に向けた薬の調整に関しては、日本精神神経学会・日本産科婦人科学会から6つの原則が提唱されています<sup>8)</sup>。

- 1) 必要に応じた薬の変更を行う。
- 2) 少なくとも妊娠する3カ月前までには、精神疾患が安定していることが望ましい。
- 3) より多くのエビデンスがある薬を選択する。使用実績の少ない薬を使用する場合には、催奇形性など胎児への影響に関するエビデンスが不十分であることを考慮する。
- 4) 胎児が曝露される薬の種類・用量は最小限に抑える。
- 5) チーム医療とshared decision making (SDM)：妊娠成立後は、精神科、産科、小児科、保険行政などが合同して多職種でのカンファレンスを行うなど連携して、集学的に周産期管理を行うことが望ましい。また、家族も含めて、治療した場合と治療しない場合のそれぞれのメリット、デメリット、注意すべき再発徴候や症状について情報を提供しておく。基本的な姿勢として、SDMを大事にする。
- 6) 薬の使用など医療者が提案した方針について患者や家族の同意が得られない場合にも、支持的に対応する。同意しない理由を慎重に探りながら、他の方法を選択した場合のリスクを説明する。多診

療科、多職種が連携して説明すると理解が進むことが多い。

妊娠中の薬剤使用に関して、向精神薬で使用禁忌にあたるのはバルプロ酸<sup>注1)</sup>、炭酸リチウムなどの気分安定薬が主であり、統合失調症の主剤である抗精神病薬<sup>注2)</sup>を含む多くの薬剤では「リスクを考慮しても薬剤を投与することにより得られる効果が病態の改善にとって必要である」場合にのみ処方するという有益性投与の原則が適応されています。しかしながら、統合失調症は再発しやすい疾患で、抗精神病薬の中断後、1年間で78%、2年間で96%が再発したとされ<sup>9)</sup>、初発の患者が回復してからの5年間で薬を中断した場合の再発率は、薬を継続した場合の4.89倍であったという報告<sup>10)</sup>もあります。少なくとも、主治医に相談のないまま服薬を中断し再発する経過は避けるべきで、主治医も当事者が妊娠を望む気持ちに敏感である必要があります。

一般の妊娠における流産や児の奇形の頻度はそれぞれ約15%、2～3%といわれます。奇形全体のうち薬剤が原因のものは1%以下とされますが、これは抗てんかん薬のようにリスクが明らかでも服用を続けざるを得ない場合を含んだ数字になります<sup>11)</sup>。このような情報を共有した上で、納得して治療が続けられるような共同意思決定が望まれます。より専門的には、国立成育医療研究センターによる「妊娠と薬情報センター」などの機関に相談することも可能です。

出産後の授乳に関して向精神薬で使用禁忌となる薬剤はありませんが、母乳と人工乳の選択においては、薬剤の乳汁移行性や胎児への影響に加え、授乳行為自体の負担も考慮する必要があります。

なお男性に関しては、向精神薬投与による胎児への影響ははっきり指摘されたことはなく、考慮に入れなくてもよいとされています。

#### <当事者の結婚を支援した家族からのコメント>

わが家の長女の結婚が決まってからは、主治医から減薬の方向での治療を進めていただきました。主治医から、「この薬を飲み続けることで胎児に悪い影響が出たという報告は、いまのところないから安心してください。薬を止めてお母さんの具合が悪くなる方が胎児に悪い影響を与えるこ

注1：原則使用禁忌であるが、どうしても用いなければいけない場合は、低用量・単剤使用で薬酸を併用する<sup>12)</sup>。

注2：ハロペリドールは国内の添付文書で妊婦に使用禁忌であるが、米国食品医薬品局(FDA)基準では5段階中のC(危険性を否定することができない)であり、評価が一致しない。

とになります」と説明を受けたことで、長女は安心して服薬を継続することができました。事情により帝王切開でしたが、出産の前日から3日間は産科主治医の指示で(精神科主治医と連絡を取りながら)断薬をしました。特に調子を崩すこともなく、薬を飲まない不安よりわが子との対面の喜びの方が大きかったようでした。しばらくしてから1~2週間は産後うつのような気分の落ち込みがあったようですが、服薬調整で調子を大きく崩すことなくやり過ごすことができました。

## ●●● Q5. その「人」は実在するのですか？

Q1~4は当事者から支援者に向けられたものでしたが、このQ5は支援者から当事者に向けられるもので、実際に問いかけるというよりも、心構えに近いものです。目の前の当事者が「結婚を考えている人がいるのです」と嬉しそうに口にしたり、応援したくなる気持ちを支援者が抱くのは自然なことです。しかしながら対人支援を仕事にする専門職である以上、冷静に状況を評価する視点を欠かすことはできないと思います。もしも「結婚を考えている人」が実在しないとすれば、病状悪化による被愛妄想として、薬剤調整が最も本人のためになるのかもしれませんが、あるいは「結婚を考えている人」が実在したとして、その相手は当事者の少ない社会経験を利用しようとする悪意をもっているかもしれません。支援者がこうした可能性に気づきながら、「本人がそう言うのだから」と黙認することは正当化されるのでしょうか。これは、意思決定能力そのものが障害され得る精神疾患において、どこまでを病状とみつもり、本人の主体性とどのように折り合いをつけるか、精神科臨床で絶えず突きつけられる問題なのだと思います。この場合の病状とは診断名で割り切れる類のものではあり得ず、場面に応じた丁寧な評価が必要です。

他方、支援者には、専門職としての役割を離れ、インフォーマルな役割を担わざるを得ない状況があることも確かです。結婚のような話題においては、支援者よりも家族・友人などの関わりが中心であるべき、という考え方もあります。しかしながら、家族と絶縁状態で、地域社会での結びつきも乏しいような場合、当事者が頼れるのは支援者しかいません。

結婚という、あたりまえであるがゆえにメンタルヘルスの枠組では掬いきれない出来事を前にしたとき、支援者は当事者に対していかなる立場をとるべきか、

問いかけているのだと思います。

### <当事者の結婚を支援した家族からのコメント>

妄想だとしても、本人からの話は否定せずに「そうなのね」と受けることしかできないと思います。ただ、何か行動を起こし始めると困ったことにもなります。いろいろな家族の体験から、否定したり、現実気づかせようと必死になることで突飛な行動に移る傾向があるように感じます。長女も状態が悪いときに、「中学校時代に憧れた同級生が自分のことを好きだと言ってくる」ということを言い続けていた時期がありました。私は「そんな考えをやめさせたい!!」、何かあって苦情が来たら…と生きた心地はしませんでした。ことを荒立てない方が長女の気持ちが治まるのではと思います。必死に自分の気持ちを抑えていたというのが正直なところ。いつのまにか、そんな話もしなくなりました。人を好きになること、結婚を夢見ることは、精神障害がある人にとっても大切な心の動きと、肯定的な受け止めを心がけつつ対応することは大切なことではないかと感じています。

## ●●● おわりに

### <全体を通して、当事者の結婚を支援した家族からのコメント>

長女が結婚・出産を経験したことは、統合失調症からの回復に大きな影響をもたらしたと実感します。それができたのは、主治医が結婚・出産を心から喜んでくれたからだと感じています。親も不安でしたが、誰よりも大きな不安を感じていたのは結婚・出産を望んだ本人だと思います。その本人に主治医が「統合失調症で結婚して、子育てしている人はたくさんいるよ。子育ては大変だから調子が悪くなることもあるけど、皆それなりに頑張っって何とかやってるから大丈夫だよ」と、ご自身も双子の男の子がいて大変なんだよ…などと話してくださる診察室での一場面を、今でもはっきりと覚えています。「病気・障害をもちながら生きること」を応援してくれる医療者との出会いは、本人・家族にとって大きな希望につながります。

## ●●● 文 献

- 1) 全国精神保健福祉会連合会(みんなねっと)/池淵恵美 監修：精神障がい者の生活と治療に関するアンケート。全国精神保健福祉会連合会。2011。
- 2) 池淵恵美：精神障害者の恋愛・結婚・子育てをめぐる障壁。精神科臨床サービス 2013；13：286-291。
- 3) 伊勢田堯，小川一夫，長谷川憲一編著：生活臨床の基

- 本, 日本評論社, 東京, 2012.
- 4) 村井俊哉: 統合失調症, 岩波書店, 東京, 2019.
  - 5) 中村ユキ: わが家の母はビョーキです, サンマーク出版, 東京, 2008.
  - 6) ゴッテスマンII/内沼幸雄・南光進一郎訳: 分裂病の起源, 日本評論社, 東京, 1992.
  - 7) Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA: Schizophrenia, "just the facts" what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008; **102**: 1-18.
  - 8) 日本精神神経学会/日本産科婦人科学会: 精神疾患を合併した, 或いは合併の可能性のある妊婦の診療ガイド, 2020.
  - 9) Gitlin M, Nuechterlein K, Subotnik KL, et al: Clinical outcome following neuroleptic discontinuation in patients with remitted recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2001; **158**: 1835-1842.
  - 10) Robinson D, Woerner MG, Alvir JM, et al: Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1999; **56**: 241-247.
  - 11) 伊藤真也, 村島温子, 鈴木利人編集: 向精神薬と妊娠・授乳 改訂2版, 南山堂, 東京, 2017.
  - 12) 日本周産期メンタルヘルス学会: 周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド2017, 2017.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？



森田健太郎

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編 6) 薬を飲みたくないのですが。 —治療—

Morita Kentaro  
森田健太郎<sup>1)</sup>

Sasaki Rie  
佐々木理恵<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup>東京大学医学部附属病院リハビリテーション部 医師 <sup>2)</sup>同精神神経科 ピアサポートワーカー

### はじめに

「薬を飲みたくない」—これは、こころの病気に限らず、どのような病気をもつ方でも思うことではないでしょうか。

自分を助け、悪い点が1つもない”完璧な薬”は存在しません。薬を飲む・塗る・打つという作業や時間は必要であり、望まない作用(副作用)もあります。しかし、このように良い点もあれば悪い点もあることはお薬に限ったことではありません。

「良薬は口に苦し」や「いい薬になる」などの故事・ことわざで“薬”は、お薬以外にも体験や助言など、自分を助けてくれるもの全般を表しています。そして、“薬”は、決して自分にとって心地の良いものばかりではないことを伝えてくれています。治療を考える上でもお薬に限らず、リハビリテーションや心理療法であっても、良い点もあれば悪い点があることを知っておきましょう。

先にまとめてしまうと、『お薬には利点も欠点もあることを理解し、専門職(主治医)と話し合い、「薬を飲むか飲まないか」を一緒に考えることが大切』ということについてここでは述べます。

### Q. どうしてお薬が必要と専門職は言うの？

#### 1. お薬の期待される効果は何ですか？

お薬には症状を和らげる効果があります。特に、抗精神病薬には強い陽性症状(幻覚や妄想など)を和らげ

ることができます。また、抗精神病薬の内服によって陽性症状が弱い状態を維持できたり、陽性症状が再び強くなる状態(再発)を防ぐことができます。

抗精神病薬にどうして効果があるかは(仮説はありますが)まだ十分には解明されておりません。このような中で、お薬を勧める根拠となっているのは臨床研究です。お薬Aを内服したグループと内服しなかったグループを比較する研究などです<sup>1)</sup>。抗精神病薬の研究では多くの場合はプラセボ(偽薬)との比較が行われております。これまでに行われてきた167のプラセボ比較試験、約3万人分の結果をまとめると、抗精神病薬にはプラセボの倍程度で症状の軽減効果があったとされた一方で、その効果が“良い”と考えられる水準に達していたのは抗精神病薬を内服したグループの23%のみでした<sup>2)</sup>。抗精神病薬は有効ではあるものの、まだまだ改善の余地があると言えます。

#### 2. お薬の望まれない効果もあるでしょう？

お薬には望まれない効果、つまり副作用もあります。そのため、副作用も含めて、「今のお薬が合うか、合わないか」についても専門職と話すことが大切です。

抗精神病薬で考えると、体の動きに関連する錐体外路症状や太りやすさ、糖尿病リスクなどの代謝異常がよく知られ、出やすい副作用も抗精神病薬の種類によって異なります。副作用を減らすことを念頭に、抗精神病薬も少しずつ改良が行われてきました。古いタイプの第一世代抗精神病薬ではよくみられた錐体外路症状は、新しいタイプである第二世代抗精神病薬では少なくなったとされ、第二世代抗精神病薬を処方することが世界的に増えました。しかし、その後の検討で

表1 心理社会的支援法の例

心理社会的支援法	主な支援対象	主要要素	主な効果(アウトカム)
包括型地域生活支援 (ACT)	入院を繰り返す方や住まいを失った方	多職種によるチーム医療, 生活する地域での積極的なアウトリーチ活動	入院やホームレス状態の減少
支援付き就労	仕事をしたい方	カスタマイズされた仕事の開発, 迅速な求職活動, 継続的な仕事のサポート	就労
技能訓練	日常生活に必要な技能を伸ばしたい方	対人関係の技能に焦点をあて, ロールプレイやフィードバックなどを行いながら繰り返し練習する	生活技能の向上
認知行動療法	持続する症状や困難を改善したい方	グループまたは個別, 対象となる問題の特定, 対処するための具体的な認知・行動戦略を共同で開発する	症状の軽減
家族支援	親族などの重要な他者と継続的に会う機会がある方	家族に対する疾病教育, 機器介入, 問題解決技法の訓練	症状の軽減, 機能的職業的改善, 治療継続性や治療満足度の向上, 家族関係の満足度の向上
アルコールや物質使用に対する心理社会的支援	飲酒や物質使用に関連した困難がある方	動機づけと対処法のトレーニング, 再発予防トレーニング	飲酒や物質使用の減少, 機能的職業的改善, 症状の軽減
体重管理に対する心理社会的支援	太り過ぎや肥満の問題のある方	動機づけ, 栄養相談, カロリー計算やカロリーコントロールの心理教育	体重減少

(文献4をもとに作成)

第二世代抗精神病薬でも錐体外路症状の発症がゼロでないことが知られています。また、代謝異常など第一世代ではみられなかった、生活に支障をきたす副作用が出現する第二世代抗精神病薬もあることが知られています。このようなことから、近年では一人ひとりのニーズや困りごとに合わせたお薬の選択の重要性が強調されています。

### 3. 専門職は何を基準にしているの？

お薬の話からもわかるように、医療は常に進歩を続けています。研究から導き出される科学的な根拠のことを「エビデンス」と呼びます。エビデンスは少しずつ蓄積されていきますが、「治療法として、何を、どのように行うか」判断することは難しいことです。

新しいエビデンスが必ずしもいいものとは限りません。今行われた数十人が参加した研究の結果がよくても、5年後に行った千人規模の研究結果では結果がよくない、ということがあり得ます。このように、エビデンスの中でも強弱があります。また、たくさんのエビデンスの中から1つを探そうとすると、どうしても自分の考えと似たものを探してしまっています(選択バイアス)。そのため、意思決定の判断材料の1つとして存在するのが、ガイドラインです。

ガイドラインとは、確立された方法によって、支援法に関する推奨をまとめた声明集のことです。各国や

学会ごとにガイドラインが作られ、内容も少しずつ異なります。統合失調症に着目すると、多くのガイドラインでは陽性症状に対して、まず、お薬(多くは第二世代抗精神病薬)を推奨しているものの、内服を続ける期間などはガイドラインによって異なります<sup>3)</sup>。

日本における統合失調症に関連したガイドラインとして、統合失調症薬物療法ガイドラインや統合失調症リハビリ支援ガイドなどが存在し、どちらも一般に公開されています。ガイドラインは専門職だけのものでもなければ、絶対的なものでもありません。ガイドラインはあくまで専門職と当事者が治療を一緒に考えるための道標の1つとして存在し、今後も協働して改訂が進められることが期待されます。

### 4. お薬以外の治療の選択肢はあるの？

お薬以外の治療法も存在しますが、お薬に替わるものとは言い切れません。

心理社会的支援法は、特に陽性症状以外の困難(陰性症状や認知機能の困難など)に対する効果が認められています。2009年時点でアメリカで推奨されていた心理社会的支援法<sup>4)</sup>について表1にまとめます。これらのうち、包括的地域生活支援プログラム(ACT)、家族支援(家族心理教育:FPE)、支援付き就労(援助付き雇用プログラム:IPS)はプログラムとしてパッケージ化され、日本にも実施・普及ツールキットとして紹介され

ています。

心理社会的支援法の中でも個別認知行動療法は、陽性症状に対しても比較的エビデンスは多く<sup>5)</sup>、イギリスのガイドラインでも積極的な導入が勧められています。一部では、お薬を減らしたり飲んでいない場合でも効果が示されたり、直接お薬と効果を比較する臨床研究なども行われています<sup>6)</sup>。まだエビデンスが蓄積されている段階で、今後が期待されます。

心理社会的支援法について考える際、研究への忠実性に留意する必要があります。エビデンスがつくられる研究の場面と日常の臨床場面は異なります。ある支援法に対して研究と同じような資源(予算や時間、人員など)を臨床ではかけられない可能性があります。逆に、研究と同じ資源があっても、支援法の核となる中心的なモデルや理念が形骸化されて臨床に導入されてしまうことで、十分に効果が発揮されないこともあります<sup>7)</sup>。

国や文化の違いも、心理社会的支援法について考えるときには留意する必要があります。例えば、陽性症状に対する認知行動療法は2021年現在、日本で保険適用は認められておりません。文化に関しては、近年中国を中心に発展しているマインドフルネスに基づく心理教育の例が挙げられます。この心理療法は陽性症状以外の困難に対し、個別認知行動療法に匹敵する高い効果を発揮する可能性が示されています<sup>8)</sup>。マインドフルネスで扱われる内容は仏教の教えに通ずるところが多く、研究の多くが行われている中国だからこそ効果が認められるのではないかという意見もあります。しかし、心理社会的支援法のエビデンスはこれまで西洋諸国を中心に蓄積されてきたため、そこにはなかった新たな支援法の可能性とも考えられます。

心理社会的支援法のエビデンスを考える際、国による医療システムの違いや忠実性に留意する必要があります。陽性症状に対する認知行動療法は2021年現在、日本で保険適用は認められておりません。また、エビデンスがつくられる研究の場面と日常の診察場面は異なります。ある心理支援法に対して研究で行われているような予算や時間、人員がかけられないことや、逆に中心的なモデルや理念が形骸化されて導入されてしまうことで、十分に効果が発揮されないこともあります。

心理社会的支援法に関して、海外で行われているものが日本では十分に普及していないのは事実です。一方、日本で行われている良質な支援にエビデンスがまだ十分示されていない例もあります。心理社会的支援

法のエビデンスはまだ発展途上にあり、今後、個人のニーズに合わせて治療選択の幅が広がることにつながることを望みます。

## ●●● Q. 結局、お薬をやめることはできるの？

これはやはり難しい問題で、一般的な答えとして「はい」とも「いいえ」とも答えられません。

日本のガイドラインでは、初めて強い陽性症状が出現した場合(初発精神病性障害)には最低1年間抗精神病薬の服用を続けることを推奨しており、複数回強い陽性症状を経験している場合(維持期統合失調症)には服用を中断しないことが推奨されています<sup>9)</sup>。しかし、これを踏まえた上でも、どちらとも答えられない理由があります。

1つめの理由は、エビデンスの不足です。例えば、「最低1年間」という期間については、多くの臨床研究が1～2年で完了するため、それ以降のエビデンスがまだ乏しいことが理由に挙げられます<sup>3)</sup>。また、抗精神病薬の減薬に関する臨床研究はほとんど行われてきませんでした。服薬を中断すると再び強い陽性症状が出る可能性が高いと言われていました。しかし、これまでの研究における服薬中断には、ある日突然お薬をやめた人や病院に通うことをやめた人もいれば、専門職と話し合いながらゆっくりとお薬をやめた人も含まれます。オランダで行われた臨床研究では、計画的に減薬・中止したグループと維持的服用を続けたグループを比較し、減薬したグループでは症状再燃が早期で一時的に多くなるものの、3年後には差がなくなりました。さらに、7年後のリカバリー達成率は減薬したグループで高かったという結果を示しています<sup>10)</sup>。このような研究が火種となり、近年は計画的なお薬の中断を念頭においた臨床研究が海外でいくつか行われています<sup>11)</sup>。

2つめの理由は、研究における効果の決め方の偏りです。これまで紹介してきた研究のほとんどにおいて、効果は「症状が再発するか否か」で決められています。症状は回復の重要な要素であってもすべてではありません。社会生活を送れているか、人生を楽しめているか、「良くなっている」と自分が感じるかなど、様々な回復の定義が考えられます。「リカバリー達成率」を効果判定としていた点も、Wunderinkらの研究<sup>10)</sup>の特徴の1つです。新しい減薬の臨床研究の中には、計画の立案段階から当事者や市民がプロジェクトに参加して

表2 お薬の体験

お薬に関する良い体験		お薬に関する悪い体験	
8%	睡眠の改善 「飲み忘れると絶対に眠れない」など	16%	体の副作用 「太りすぎて妊娠線ができた」など
8%	症状改善 「幻聴を抑えて現実に戻してくれた」など	11%	心理社会的な副作用 「喜びも悲しみも感じられなくなった」など
84%	鑑別不能 「助かった」など	4%	長期的な影響 「やめて2年になるのにまだ睡眠障害がある」など
お薬に関する両価的な体験		5%	人間関係 「自分の家族と親しくなろうと思えなくなった」など
53%	短期的に良い、「悪さをしだすまでは長期的に悪い役に立っていた」など	2%	希死念慮 「アカシジアがひどくて死のうと思った」など
47%	鑑別不能 「必要だが、代価も大きい」	7%	副作用(鑑別不能) 「どのお薬も副作用が出てしまった」など
		23%	主治医との関係 「主治医がお薬を減らしてくれなかった。だから、自分でいっきにやめるしかなかった。」など
		26%	鑑別不能 「お薬を飲むのはとても怖い体験だった。もう二度とあんな思いはしたくない。」など

(文献11より改変)

いるものもあり<sup>11)</sup>、今後はこのような患者市民参画の研究が増えていくと考えられます。

お薬をやめるかやめないかについて、一般的な答えを出すことはできません。研究の不足以外にも治療の個別性が重要な理由として挙げられます。例えば、世界中の統合失調症当事者が参加する臨床研究が行うことが叶い、Xという支援法を行う方がXを行わないより効果があるとわかったとします。そうだったとしても、ある日相談に来た統合失調症の当事者の方の支援法にXを用いるとは必ずしも限りません。臨床研究は集団としての結果であり、目の前の方の統合失調症に合うか合わないかはわかりません。ほとんどすべてのガイドラインで、どのように治療を進めていくかについては当事者と専門職と一緒に考えながら協働して進めることが重要であることが強調されています。

### ●●● Q. ほかの当事者はどう思っているの？

お薬に対する思いは、人それぞれです。日本では2011年に全国家族会会員を中心にアンケート調査が行われています<sup>12)</sup>。このときは70%の方が「お薬が役に立っている」と回答していたものの、精神科医療への満足度は51%に留まりました。また、専門職にお薬に対する不満を伝えられている人は33%に留まり、お薬の変更などについて相談できたと答えている方は半数弱に留ま

りました。

最近では、海外で行われた調査の一環で、お薬に関する意見と自由記載を集めて検討した研究もあります<sup>13)</sup>。650人が参加した調査で、約70%の参加者がお薬に対して良くない印象をもっていました。さらに自由記載の内容をテーマごとに分類していくと、20%はお薬に対する良い意見が書かれていたのに対して、75%はお薬に対する良くない意見の記載でした。自由記載では、症状(睡眠や症状の改善、副作用や離脱症状)に関する体験が多い一方で、専門職との関係に関する悪い体験もみられました(表2)。お薬に関して先生との話しにくさを感じている方も多そうです。

### ●●● Q. 先生と何を話したらいいの？

#### 1. 知りたいことがあるのですが、どうしたらいい？

2011年の日本のアンケート調査では、お薬に関する情報のほとんどは、主治医や薬剤師などの専門職から得ていました。しかし、お薬に関する主治医の説明に満足していたのは半数程度で、説明不足や質問のしづらさを感じている人も少なくありませんでした<sup>12)</sup>。しかし、近年ではインターネットを用いて情報を集める方も多いのではないのでしょうか。

海外で行われたインターネット使用法についての調査では、自身の病気や治療をより深く理解するために、

知識や体験談を探ることが挙がりました。また、情報の質に対する懸念も挙げられる一方で、インターネットで得られた情報について、主治医の“権威を脅かさないように”得た情報については共有しないという意見もありました<sup>14)</sup>。

インターネットでは、安全で質の高い情報を探すように心がけましょう(文献1の「か・ち・も・な・い」などを参考に)。良質な情報がまとまったウェブサイトとして、こころの健康図鑑<sup>15)</sup>や厚生労働省「みんなのメンタルヘルス」のウェブサイト<sup>16)</sup>なども役に立つと思われます。

## 2. 先生と相談したいのですが、どうしたらいい？

診察の少ない時間の中で、相談をうまくできず、一方的な診察で終わってしまうと感じる方もいるかも知れません。このような問題に対して、日本で行われている試みとしてSHAREがあります。これは、ピアサポートワーカーと一緒に自分の希望する生活像や大切にしていることを共有・確認し、診察前に相談ごとなどを準備するシステムです<sup>17)</sup>。専門職と共同で意思決定が行いやすくなり、診察自体の満足度も向上することが示されています。ほかにも、質問促進パンフレットなどの共同意思決定ツールが存在します。

治療に積極的に関わるのが大切です。特に、専門職と当事者の関係を早期に作ってしっかりと話し、当事者が決定権をもつことはエンパワーメントにつながります。しかし、関係性が長くなる中で、当事者だけで決める意思決定よりも専門職と当事者がともに行う意思決定がリカバリーにつながることを示唆されています<sup>18)</sup>。

これからの診察では「薬を飲みたくないのですが、……」で始まる主治医と当事者の対話をぜひ楽しんで下さい。

## ●●● 執筆を終えて：著者体験談

**佐々木** 私自身、精神科の受診をはじめから約15年が経ちました。初診から7～8年の間は、薬に執着していた時期、丸ごと捨てていた時期があり、どちらも主治医に怒られないように「きちんと飲まない」と、「でもやっぱり飲みたくない」という気持ちの揺れの中での行為だったように思うのですが、そういった方は他にもいらっしゃいますか？

**森田** もちろんいらっしゃいます。時期やお話の切り出し方は様々でしたが、皆さんに共通していたのは、

「今の時点では、お薬を邪魔に感じる」ということのように思います。副作用が強いことやセルフスティグマにつながることを理由に挙げる方もいれば、海外赴任に向けてお薬は極力なくしておきたいという方もいらっしゃいました。

医師は処方を行う立場である以上、どうしてもお薬を続けるメリットとやめるリスクをお伝えする方に軸を置きやすいのですが、やはり「先生に怒られる」って思われているのですね。

**佐々木** 先生に怒られるかもしれない感覚ってどこからくるんでしょうね。先生っていうと子どもの頃の教師—生徒の関係性が頭に浮かぶのですが、宿題を出されたらやらないと怒られる、宿題はやるものだ、とかそういったことの延長線上の感覚なのかもしれない、いま思いました。あとは薬が飲めていない、飲みたくない、に関わらず自分ができていないと感じてしまう事柄って人に伝えづらいなとも思いますね。

**森田** なるほど、診察と診察の間の宿題になっているのですね。ただ、お薬の宿題の難しさは「続ける」というところですかね。身体の病気のお薬のように、終わりがみえていけば、もう少し取り組みやすいのかもありませんね。あとは、お薬を続けること自体が宿題ではなく、先生と話し合った“真の宿題”に向けての手段の1つとしてあればよいのですが。

**佐々木** “真の宿題”ですか、確かにそうですね。何のためにいまは薬なのか、または薬ではないのかなど、そのあたりを話せると良いですよ。その上で薬を飲むことについて、そもそもどんな見え方をしているかについて率直に話ができたらなと思います。飲む気がしなかったとか、やろうと思ったけど上手くできなかったとか。どうしてそう思ったのかなど。診察場面で「お薬飲んでいますか」と主治医に聞かれると、つい「はい」と言ってしまう人は沢山いらっしゃると思うんですよ。先生が忙しそうだと、手短かに話を終わらせないといけないと思ってしまった結果、「はい」と答えてしまうことがありました。いまは正直に「余っている」とか「飲めていない」とか言えますけども。森田先生は、診察場面では薬の話をすることも多いと思いますが、患者さんとはどんな話ができるかとお考えですか。

**森田** やはり話したいのは、生活の話ですね。前の診察からの間、どんなことを楽しみ、どんなことを苦しんだか。また、その中でお薬がどのように役立ちそうか、逆に邪魔をしていないか、教えてもらいながら一緒に探れるといいなと思います。佐々木さんが、先生と正

直に話せるようになったきっかけなどはありますか？

**佐々木** 多くの患者さんは薬の話だけになっていることを嘆いているので、森田先生のように生活の話もしたいと考えてくださることはとても心強く思います。私自身はいまの主治医と正直に話せるようになったのは、先生は飲めていると思って次の処方を出されますから薬のストックが膨大になってしまったことがあります。これ以上出されても本当に困ると思ったときが来たんですね。そこで始めて「飲めていない、大量に余っている」ということを伝えたときからだったように思います。それまで怒られると思っていただけに言えずにいましたが、でも怒られなかったですね。「あらあら～」というくらいでした。そこから少しずつ言いづらいことを言えるようになっていきましたね。いままではだいたい何でも話せる関係性になってきました。

**森田** とてもいい関係性ですね。最初からそのような関係になることは難しくても、少しずつ対話を重ねるうちに話しにくいことも話せるようになっていくのでしょうね。

患者さんはまず先生に質問していくことから、先生はまず患者さんから「教えてもらう」ことから始めるように意識していきましょう。



## 文 献

- 1) 健康を決める力“ヘルスリテラシーを身につける”. (<https://www.healthliteracy.jp/>) (cited 2021 Apr 18)
- 2) Leucht S, Leucht C, Huhn M, et al: Sixty years of placebo-controlled antipsychotic drug trials in acute schizophrenia: systematic review, bayesian meta-analysis, and meta-regression of efficacy predictors. *Am J Psychiatry* 2017; **174**: 927-942.
- 3) Hui CLM, Lam BST, Lee EHM, et al: A systematic review of clinical guidelines on choice, dose, and duration of antipsychotics treatment in first- and multi-episode schizophrenia. *Int Rev Psychiatry* 2019; **31**: 441-459.
- 4) Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, et al: The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements. *Schizophr Bull* 2010; **36**: 48-70.
- 5) Bighelli I, Salanti G, Huhn M, et al: Psychological interventions to reduce positive symptoms in schizophrenia: systematic review and network meta-analysis. *World Psychiatry* 2018; **17**: 316-329.
- 6) Morrison AP, Law H, Carter L, et al: Antipsychotic drugs versus cognitive behavioural therapy versus a combination of both in people with psychosis: a randomised controlled pilot and feasibility study. *Lancet Psychiatry* 2018; **5**: 411-423.
- 7) Burns T, Catty J, Dash M, et al: Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007; **335**: 336.
- 8) Mc Glanaghy E, Turner D, Davis GA, et al: A network meta-analysis of psychological interventions for schizophrenia and psychosis: Impact on symptoms. *Schizophr Re* 2021; **228**: 447-459.
- 9) 日本神経精神薬理学会: 統合失調症薬物療法ガイド—患者さん・ご家族・支援者のために—(2018年2月27日). ([https://www.jsnp-org.jp/img/csrinfo/szgl\\_guide.pdf](https://www.jsnp-org.jp/img/csrinfo/szgl_guide.pdf)) (cited 2021 Apr 18)
- 10) Wunderink L, Nieboer RM, Wiersma D, et al: Recovery in remitted first-episode psychosis at 7 years of follow-up of an early dose reduction/discontinuation or maintenance treatment strategy: long-term follow-up of a 2-year randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2013; **70**: 913-920.
- 11) Moncrieff J, Lewis G, Freemantle N, et al: Randomised controlled trial of gradual antipsychotic reduction and discontinuation in people with schizophrenia and related disorders: the RADAR trial (Research into Antipsychotic Discontinuation and Reduction). *BMJ Open* 2019; **9**: e030912.
- 12) 池淵恵美(監修): 精神障がい者の生活と治療に関するアンケート: より良い生活と治療への提言. 全国精神保健福祉連合会 2011.7. ([https://seishinhoken.jp/files/view/articles\\_files/src/3.pdf](https://seishinhoken.jp/files/view/articles_files/src/3.pdf)) (cited 2021 Apr 18)
- 13) Read J, Sacia A: Using open questions to understand 650 people's experiences with antipsychotic drugs. *Schizophr Bull* 2020; **46**: 896-904.
- 14) Aref-Adib G, O'Hanlon P, Fullarton K, et al: A qualitative study of online mental health information seeking behaviour by those with psychosis. *BMC Psychiatry* 2016; **16**: 232.
- 15) 本物だから役に立つ ころの健康図鑑, 2017. (<https://kokoro-zukan.com/>) (cited 2021 Apr 19)
- 16) 厚生労働省: みんなのメンタルヘルス. (<https://www.mhlw.go.jp/kokoro/>) (cited 2021 May 7)
- 17) Yamaguchi S, Taneda A, Matsunaga A, et al: Efficacy of a peer-led, recovery-oriented shared decision-making system: a pilot randomized controlled trial. *Psychiatr Serv* 2017; **68**: 1307-1311.
- 18) Loos S, Clarke E, Jordan H, et al: Recovery and decision-making involvement in people with severe mental illness from six countries: a prospective observational study. *BMC Psychiatry* 2017; **17**: 38.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？



白井 香

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編 7) 本当に狙われているんです。 —病識と妄想—

Usui Kaori

白井

香<sup>1,2)</sup>

Sakakibara Eisuke

榊原 英輔<sup>1)</sup>

Ishii Ayaka

石井 綾華<sup>3)</sup><sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野<sup>2)</sup> 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所地域・司法精神医療研究部<sup>3)</sup> 特定非営利活動法人Light Ring

### はじめに

統合失調症の症状の1つに妄想があります。DSM-5という精神疾患の診断基準をまとめた本<sup>1)</sup>の中で、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」と説明されています。妄想の内容は多様です。例えば、怪しい人影を頻繁に目撃するようになり、嫌がらせを受けていると感じるために「やくざに狙われている」と訴える方がいます。また、周囲の人の言動やテレビのニュースの内容が自分に関係しているように感じ、「テレビで自分のことが放送されている」と考える人もいます。

#### 1. 妄想と病識との関係

周りの人は、「やくざに狙われている」という訴えが、事実と異なることに気づき、「妄想」だと認識できます。しかし本人は、次々に生じる奇妙な現象によってそのように考えるようになったので、それを「妄想」だとは考えません。周囲の人が、「あなたは病気だから治療した方がよい」と勧めても、「本当に狙われているんです。何で信じてくれないんですか!」と怒りだしてしまうかもしれません。自分の病気や症状を、病気や症状として認識していることを「病識」と呼びます。妄想の内容を本当だと信じている人は、それを症状だと思っていないので、妄想があるということは、病識が不十分であるということと表裏一体の関係にあることになります。このため、妄想をもつ統合失調症の患者さんの場合、妄想は症状の1つであり治療が必要だと考える医師と、妄想の内容を信じている患者さんの間に意見

の食い違いが生じ、効果的な治療が行いにくくなってしまいます。

#### 2. 病識の3つの要素

とはいえ、妄想があり、病識が不十分であると、効果的な治療を受けられないのかということ、必ずしもそうではありません。病識は、症状を症状として認識することに加えて、具合が悪いという感覚や、治療への協力性という3つの要素からなるといわれています<sup>2)</sup>。妄想については症状だと認識していなくても、不眠や集中力の低下といった悩みを自覚しており、そういった悩みについて話し合い、治療者と良好な関係を築いている人も少なくありません。また、妄想があっても、本人の努力と周囲の人の理解によって、その人らしい生活を送ることができる人もたくさんいます。

### Q1. 精神科医は妄想があるとどうやって判断するのでしょうか？

#### 1. 妄想の定義

「妄想」という言葉は、「好きなアイドルとデートをすることを妄想する」というふうには、日常用語としても使われます。ですが、ここでいう「妄想」は、空想という意味であり、精神医学における妄想は「誤った信念」を意味するdelusionという英語に対応するものであるため、異なるものです。

しかし、日常の中にも、誤った信念はありふれているのではないのでしょうか。例えば、「お葬式の後に、けがれを祓うためにお清めの塩を撒く」という慣習は、日

本人にとってはなじみ深いものです。しかし、異なる文化圏の人からは、このような慣習には科学的な証拠がなく、誤った信念に基づいた奇行だと思われるかもしれません。

ここで、DSM-5の妄想の定義をもう少し詳しくみていくと、「特定の文化の中で共有されている信念は、その文化に属さない人にとって奇妙なものであったとしても、妄想とはみなさない」という但し書きが付け加えられていることがわかります。自分が属するグループの中で大勢の人が信じていることを、自分も同じように信じるようになるのは、正常な心の働きであり、そのグループに属する人々の連帯感を高める効果があります。そのため、病気の症状である妄想とは異なるものとして区別されているのです。

## 2. 病気としての妄想の見分け方

では、精神科医は、ある人の信念が妄想、すなわち病気の症状であるとどのように判断しているのでしょうか。身体の病気を診断する場合には、血液検査や画像検査などの検査で異常が見つかることが大切ですが、精神疾患を診断する場合には、患者さんの生活歴を聞くことが大切になります。精神科の診察では、患者さんの生活や心情や行動に、時間の経過とともにどのような変化が生じたかを詳しく聞いていきます。すると、ある時期から不眠、食欲低下、幻聴、集中力の低下などの心身の不調が出現してきたこと、仕事や学校に行けなくなる、家事ができなくなるなどの生活機能の低下がみられるようになったことがわかってきます。統合失調症では、ある時期から人が変わったようになってしまう、という生活上の不連続な変化がみられます。この変化に伴って、その人が「やくざに狙われている」と信じるようになったということが確認できると、そのような考えを抱くようになったことも、統合失調症の症状の1つだということがわかるのです。

## Q2. 妄想はどうやって生じてくるのでしょうか？

### 1. 妄想発生のメカニズムはいまだ不明

統合失調症での妄想が生じてくる原因には、脳機能の異常があると想定されています。妄想が生じるメカニズムの詳細はまだ明らかになっていませんが、脳機能の異常によって推論をする能力に異常が生じるという「異常推論説」と、脳機能の異常によって日常では体験しないような異常な経験が生じるという「異常知覚

説」という2つの仮説があります。

### 2. 異常推論説

異常推論説の一種として、統合失調症の患者さんにみられる妄想は誤った三段論法によって生じるという説が唱えられたことがあります<sup>3)</sup>。「AはBである」と「CはBである」という前提から、「AはCである」と誤って結論づけてしまうことで、妄想が生じてくると考えられたのです。例えば、「私は夕食を食べた」、「イエス・キリストも夕食を食べた」、ゆえに「私はイエス・キリストである」といったものです。

### 3. 異常知覚説

これに対して、異常知覚説では、統合失調症の患者さんには、病気の影響で知覚に異常が生じており、それによって生じた奇妙な経験をうまく説明してくれる仮説として、妄想が生じると考えます<sup>4)</sup>。異常な知覚には、自分のことをうわさしたり、自分に命令してきたりする、本人にだけ聞こえる声(幻聴)や、周囲の些細な出来事が何か特別な意味や重要性をもっているように感じられる体験などがあると考えられています。

異常推論説と異常知覚説のどちらが正しいか決着はついていませんが、後者のほうが有力視されています。その理由としては、妄想をもつ統合失調症の患者さんに、推論の誤りが多いわけではないということが分かってきたことや、推論を間違えやすいというだけでは1つの考えに固執するという妄想の特徴がうまく説明できないことが挙げられます。また、異常知覚説のほうが、妄想を抱く本人にとって受け入れやすく、また周囲の人にとっても、妄想を抱いている人の気持ちに共感しやすくなるという利点があります。

## Q3. 治療の中で妄想をどのように扱っていくのでしょうか？

### 1. 従来の妄想への関わり方

伝統的には、妄想については診察の中であまり主題にせず、患者さんと妄想の内容について議論をしないようにすることが精神医学では推奨されてきました。というのも、妄想について話し合うと、妄想がより強固になってしまうと考えられてきたからです。妄想について話し合う代わりに、眠れない、外に出るのが怖いなど、本人と共有しやすい治療のターゲットを定め、治療関係を築いていくことが重要であるとされてきました。統合失調症の妄想に対する治療は、脳や身体に働きかけるものが基本です。薬物療法や、休養や刺激

からの隔離、さらに電気けいれん療法などによって、統合失調症によって生じる異常な体験が軽減されてくると、多くの場合妄想も軽くなっていきます。

## 2. 有益な妄想への関わり方

しかし近年では、本人と妄想について話し合うことは、やり方さえ気をつければ、有益な場合もあることがわかってきました。妄想をもつ患者さんは、妄想の内容を否定されたり、妄想について「なぜそう思ったんですか？」と質問されたりすると、自分のことが否定されているように感じ、自分を守るために、妄想の内容が正しいことを示す証拠を自分で探すようになってしまいます。これが、「妄想について話し合うと妄想がより強固になってしまう」と従来考えられてきた理由だったのです。これに対して、「何があったんですか？」「どういったことからそうだとわかったんですか？」というように質問すれば、本人が否定されたという気持ちを抱かずに、妄想についての本人の考えに耳を傾けていくことができます。そして、「実はあのときから…」と本人が語ってくれたことに対して、奇妙で恐ろしい体験をしてきたことを労う言葉がけができれば、本人もつらい体験を聞いてもらえてよかったと思えるかもしれません。

## 3. 認知行動療法による新たな妄想へのアプローチ

さらに、心理社会的な治療の中で妄想を主題として取り扱う動きもあります。妄想に対する認知行動療法では、治療者が患者さんと一緒に、妄想の内容の妥当性を吟味していくことが試みられていて、一定の成果を上げています<sup>9)</sup>。ただし、妄想の内容の妥当性を吟味することが有効になるのは、患者さんと治療者の間に強い信頼関係があり、十分なトレーニングを受けた治療者が、患者さんの合意の上で行う場合に限られるでしょう。

## ●●● Q4. 「本当に狙われているんです」という本人に周りの人はなんと返したらよいのでしょうか？

### 1. 本人を孤立させない関わり方の重要性

それでは、本人が妄想の内容について話してきたら、周囲の人はどのように接するのがよいのでしょうか？妄想をもっている人は、周囲の人からは奇妙で誤った考えに固執しているようにみえるため、本人を否定したり非難したくなるのは自然なことです。しかし、本人にとっては、妄想は病気によって生じた異常な体験

のために、そうだとしか思えないものだというを理解することが重要です。妄想の内容は、周囲の人にとって受け入れがたいことが多いため、妄想をもつ人は社会的に孤立しがちです。孤立によって他の人とのコミュニケーションが少なくなると、妄想がさらに悪化することも示唆されています<sup>6)</sup>。そこで、妄想があっても、本人を孤立させない関わり方が重要になってきます。

そのためには、本人が妄想の内容を語ってきたときに、無視したり否定したりせずに、いったんはじっくり聞いてあげることが必要でしょう。もちろん、妄想の内容に賛同する必要はありません。しかし、「やくざに狙われていたら怖いよね」といったように、本人の気持ちに共感を示すことは大切です。さらに、妄想の内容について、自分は違う意見をもっているけれども、それでも私はあなたの味方だというメッセージを送り続けることも重要です。例えば、「私はあなたを狙っているやくざを見たことはないけれど、怪しい人を見かけたらすぐ教えるよ」と言えば、手助けをしたいという気持ちを本人に伝えることができ、本人の孤立感を和らげることができるかもしれません。

## 2. 精神科への受診のすすめ

このような言葉がけと同時に、本人を精神科での適切な治療につなげていくことも重要です。周りの人が病院への受診を勧めるときに、「やくざに狙われているなんて言うのはおかしいから、精神科に行こう」と言ってしまうと、本人を否定することになってしまいます。不眠や集中力の低下など、妄想以外の点で本人が困っていることを有し、病院でそれらの困りごとが相談できるという点を伝えるとよいでしょう。

とはいえ、周りの人がどれほど勧めても、治療の必要性を理解してもらうことが難しいこともあります。生活が立ち行かないほど具合が悪くなったり、自分自身や周囲の人を傷つけそうになったりした場合は、本人の同意が得られなくても、強制的に入院させる必要がある場合があります。

## ●●● Q5. 妄想があると回復したとはいえないのでしょうか？

### 1. パーソナル・リカバリーという支援目標

妄想は周囲の人との人間関係や治療の妨げとなるため、なくすことができればベストですが、妄想が慢性的に続いてしまうこともあります。このような場合、医

学的な意味では、症状が回復していないため、統合失調症が治ったとはいえないことになるでしょう。しかし近年では、患者さん本人の、個人としての回復(パーソナル・リカバリー)を重視した支援が注目されています。パーソナル・リカバリーは、新たな人生の意味や目的を見出し、充実した人生を生きていく、一人ひとりのプロセスのことです<sup>7)</sup>。症状の回復はパーソナル・リカバリーに必須のものではなく、症状が残っていても、自分らしい生き方や、自分にとって大切な社会的役割や人間関係を築いていくことは可能です。実際に、妄想が存在しても、生き生きと生活している人はたくさんいます。

## 2. 妄想がパーソナル・リカバリーに与える影響

妄想の存在がパーソナル・リカバリーにどのような影響を与えるのかについて、さらに詳しく考えていきたいと思えます。様々な精神疾患の患者さんにインタビューを行い、パーソナル・リカバリーの要素を探索した研究では、「エンパワメント(権限を与えること、能力を高めること)」、「他者とのつながり」、「将来への希望と楽観」、「生活の意義・人生の意味」、「アイデンティティ」の5つが、パーソナル・リカバリーの重要な要素として見出されました<sup>8)</sup>。

慢性的な妄想をもっている人の中には、妄想の内容が、発病後のその人のアイデンティティの一部になり、人生の意味と結びついていることがあります。また、「やくざに狙われている」という妄想は、もっていて心地がよいことは1つもないかもしれませんが、「自分は神に選ばれた超能力者だ」といった内容の妄想の場合は、妄想のおかげで将来に楽観的でいられる、ということがあるかもしれません。

これに対し、妄想は事実と合致せず、周囲の人から理解を得ることが難しいため、「エンパワメント」と

「他者とのつながり」の要素には悪影響を与え、孤立が進むおそれがあると考えられます。そのため、妄想をもちつつも本人の良い部分が発揮できたり、能力を高めていけたりする方法を模索し、妄想によってその人が孤立しないように一緒に考えていくことが大切です。症状が部分的に回復しなくても、本人が自分らしい生活を見出し、それに向けて進んでいけるように社会全体で支えていくことが大切です。

## 文 献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5<sup>th</sup> edition. APA, Washington, 2013. /日本精神神経学会(監), 高橋三郎・大野裕(監訳) : DSM-5精神疾患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 東京, 2014.
- 2) David AS : Insight and psychosis. Br J Psychiatry 1990 ; **156** : 798-808.
- 3) Von Domarus E : The specific laws of logic in schizophrenia. Language and Thought in Schizophrenia (Kasinin JS ed.), University of California Press, Berkeley, 1944 ; pp.104-115.
- 4) 村井俊哉 : 統合失調症, 岩波書店, 東京, 2019.
- 5) Peters E, Landau S, McCrone P, et al : A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy for psychosis in a routine clinical service. Acta Psychiatr Scand 2010 ; **122** : 302-318.
- 6) Miyazono K, Salice A : Social epistemological conception of delusion. Synthese 2020 ; Online first : 1-21.
- 7) Anthony WA : Recovery from mental illness : The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. Psychosoc Rehabil J 1993 ; **16** : 11-23.
- 8) Leamy M, Bird V, Le Boutillier C, et al : Conceptual framework for personal recovery in mental health : systematic review and narrative synthesis. Br J Psychiatry 2011 ; **199** : 445-452.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？



山口 創生

## 1. 初期研修医が患者さんや家族に聞かれたら編

## 8) 社会人としてみられたいのですが。

—社会とのかかわり—

Yamaguchi Sosei

山口 創生<sup>1)</sup>

Ogawa Tomoko

小川 知子<sup>2)</sup>

Mitsui Yukiko

三ツ井幸子<sup>3)</sup>

<sup>1)</sup>国立精神・神経医療研究センター 精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部 <sup>2)</sup>東京大学医学部附属病院こころの発達診療部  
<sup>3)</sup>22 HEART CLUB (22q11.2欠失症候群の子どもと親の会)

●●●  
はじめに

統合失調症の当事者(以下、当事者)から「社会人としてみられたい」「社会人になりたい」という旨の問いかけをされた経験をもつ精神科医は珍しくないと思います。他方、「社会人」が意味するものを明確に説明できる人は少ないかもしれません。実は「社会人」の定義を明示した研究はなく、その明確な範囲を規定することは困難です。辞書的な定義によると、「社会人」は「①学校や家庭などの保護を離れて自立している人、②実社会で働く人、③社会の構成員としての個人」などの形で表現されています<sup>1)</sup>。すなわち、「社会人」は社会とのかかわりをもつ人間を全般的に指す広い意味の言葉であり、例えば「一人で生活できること」や「自分で稼ぐことができる人」などのように、人の手を借りないという意味で人々を区別するために使われる言葉ではありません。そこで、本稿は精神科医が当事者から質問を受けた場合を想定して、当事者の多様な社会人としてのあり方や社会とのかかわり方を整理し、そのうえで社会とのかかわりの一例として一人暮らしや就労などの可能性について紹介することを目的とします。なお、本稿は当事者の社会参加への可能性を言及しますが、実際の支援の際には多職種による協働が欠かせません。社会とのかかわり方を考える際には、精神科医と同時に、地域の社会資源をよく知るソーシャルワーカーやそのほかの職種あるいは地域の担当者に相談することが、社会参加の近道となるかもしれません。

●●●  
なぜ、社会人としてみられたいのか？

## 1. 「社会人」と個別の価値観

統合失調症やそのほかの障害の有無にかかわらず、自立という意味で社会人としてみられたい人は多いかもしれません。同年代の友人がするように、生活し、仕事をしたいと思う気持ちをもつことは自然なことです。実際、当事者の家族の中にも、世間体や将来への心配から、当事者が病気を克服し親元から自立できる経済力や生活力をもつことや、結婚をして所帯をもつことが、社会人としての条件のように考える方もいるかもしれません。一方で、自分のペースやいきがいを大切にして生活したい人も多くいます。当事者や家族にも、その時々に必要な支援を得ながら生活や健康管理ができ、大きな苦痛のない範囲で社会とのつながりが保てることを大切にする人もいます。よって、ある人が就職を社会人の証として、他者に対してその価値を押し付けることは、当事者の主体性を阻害するものとなるでしょう<sup>2)</sup>。特に、治療や支援の場面においては、個々の当事者が有する価値観によって、社会人としての在り方や社会とのかかわり方が大きく異なることを前提として認識する必要があります。

## 2. 当事者と一緒に悩むことのできる関係の構築

当事者が社会人としてみられたいと思う背景には、「周りを安心させたい」、「家族からの期待に応えたい」、「早く以前の自分に戻りたい」などのはやる気持ちをもっている場合もあります。あるいは治療に専念することを勧める家族や周囲に対する反発などが見受けら

れる場合もあります。当事者の社会とのかかわりを考える際に、精神科医や支援者に求められる最も重要なことは、当事者にそのような葛藤を相談してもらえる関係性の構築といえるかもしれません。そして、最初に取り組むことは「そのように思ったのはなぜ？」という臨床的疑問をもつことであり、その上で当事者と一緒にその背景を考え、悩みながら、個々の当事者が望む「社会人」の形に近い社会とのかかわりや社会参加の方法を模索することにあると思われます<sup>3)</sup>。

## Q. 仕事以外でも、社会人になれますか？

精神科医は、このような当事者からの問いにどのように答えることができるでしょうか？ 筆者らは「人とのつながりや居場所をもつこと、その場所で自身の役割がみつげられることができれば、社会とのかかわっていることであり、社会の一員、つまり社会人といえます」という回答が一案になると考えています。

### 1. 多様な社会参加の形

現実世界において、社会とのかかわりをもつための社会参加の方法や手段は多様です(図1)。換言すると、私たちの社会は様々な参加形態の集合体として構成されています。具体的な社会参加の形には、フルタイム勤務での仕事、アルバイトの仕事、在宅ワーク、福祉事業所への通所、家事、家族の介護、ボランティアへの参加、趣味的活動への参加などが含まれます。仮にフルタイムのサラリーマンだけの社会が存在したとすると、目に見える経済的利益のない役割を担う者はごく稀となり、私たちの住む社会は地域ネットワークという側面で非常に貧しいものになると容易に想像ができます。

### 2. 社会参加とタイミング

社会参加は、お休みできることも重要です。統合失調症やそのほかの障害の有無にかかわらず、私たち人間は調子が悪いときには一度社会と距離を取り、心身の充電をすることが珍しくありません。あるいは、妊娠や出産などのライフイベントや、新型コロナウイルスといった社会情勢などの影響によって、自分の思い描いていたような形で社会参加できない時期もあります。社会参加を一時的に休むことは、社会参加をしていないということを意味しません。すなわち、多様な社会とのかかわり方には、参加形態だけでなく、様々なタイミングで社会参加できる適時性も含まれています。より具体的な例を挙げると、1年のうちの364日は

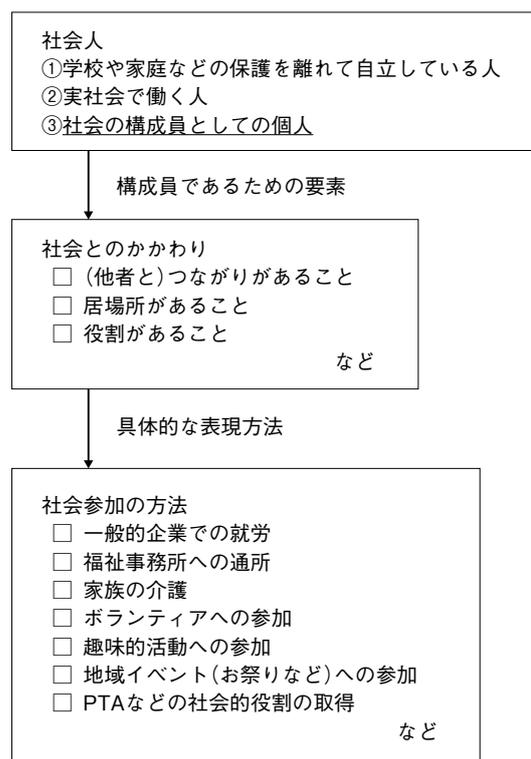


図1 社会人, 社会とのかかわり, 社会参加との関係

自宅に引きこもっていたとしても、アマゾンですべてのものを揃え、家事をある程度こなして、年に一度地域のお祭りでお手伝いをするという役割があれば、地域社会の一員となっているともいえます。当事者が自身の価値に合致する社会参加の方法やタイミングを模索する作業は、実際に上手くいくことだけではありませんが、それをサポートすることが精神科医を含む支援者の役目ともいえます。

## 精神科医療の外側における社会参加

多様な社会参加の形が存在する一方で、当事者をサポートする精神科医には留意すべき点もあります。それは、「価値ある社会的役割の多くは、精神科医療・精神保健福祉サービスの外側にある」<sup>4)</sup>ことを認識することです。多くの人が活躍する社会に当事者が参加したいと思うことは当然のことです。当事者が精神科医療(例:デイケア)や精神保健福祉サービス(例:就労継続B型)の外側に行きたいという希望やニーズを口にした場合、精神科医の役割はその是非を決めることではなく、可能な限りそのニーズの充足を支援することにあります<sup>5)</sup>。本稿では、社会参加の例として、一人暮らしと就労について紹介します。

## Q. 私は一人暮らしができますか？

精神科医は、この問いにどのように答えることができるでしょうか？ 筆者らは、「できる/できない」ではなく、「やってみたいということであれば、必要なことを一緒に考えてみましょうか」という形の問い返しができると考えています。

### 1. 人の助けが一人暮らしを楽しくする

一人暮らしに関しては、精神科医も当事者も忘れがちなことがあります。1つは「なんでもかんでも自分だけでできなくても、一人暮らしはできる」という点であり、もう1つは「周囲の人の助けを借りることで一人暮らしは楽しくなる」という点です。この2点は統合失調症の当事者に限ったことではありません。（社会人と呼ばれる）多くの人は、一人暮らしの中で程よく手を抜きつつ、自分でもできることを他人に手伝ってもらいながら、生活を楽しんでいます。逆に、もし一人暮らしを自立した人間としてのステータスとして考えた場合には、他人に頼ることが難しくなるかもしれません。「絶対失敗しない」ことを目標にするよりは、「できることをやってみて、うまくいかなかったときに対処していく」とする楽観的な視点も時に必要であり、無理なく一人暮らしを継続する秘訣であると思います。

### 2. 生活リズムについて

一人暮らしには留意点もあります。支援の視点からみる具体的なポイントとしては、「生活リズム」「病状と薬の管理」「家事」「経済的問題」などが挙げられます<sup>6)</sup>。「生活リズム」について、一人暮らしの最大の楽しみは好きなときに好きなことができることです。他方、それは睡眠時間や適切な食事の確保などが時に疎かになることと表裏一体でもあり、生活リズムの大きな乱れは症状にも悪影響を来す恐れがあります<sup>7)</sup>。生活リズムの確立には、時計やアプリを用いて自分自身の時間を管理すること、訪問型の支援の利用を含め毎週の予定を組み込むことなどが役立ちます。もし、生活リズムが崩れてこれまでできていたことができなくなってきたら、早めに担当の精神科医や支援者に伝え、その対処を考えることも重要です。

### 3. お薬について

一人暮らしをすることは、逆説的ですが、少なくとも入院していなくてよい状態にあるということであり、「病状と薬の管理」も必要です。そのためには、自分の「不調サイン」をあらかじめみつつけておき、そのサインを自分や周囲の人と共有していると、早めの対処がで

き、一人暮らしの継続に役立ちます<sup>8)</sup>。また、自由で楽しい一人暮らしを謳歌するためには、「手段として」治療や支援を利用することも重要です。実際には、日常生活の中で薬を飲み忘れる、飲みたなくなる、支援者に会いたなくなることも珍しくなく、その理由も個人によって様々です。そのような場合、当事者だけが薬や治療の管理についての責任を抱え込むのではなく、精神科医や訪問サービスの支援者と二人三脚で症状・服薬管理を行うことで、当事者が楽しい一人暮らし生活を送ることにより注意を向けられると思います。

### 4. 家事について

一人暮らしをためらう理由として、「家事」を挙げる当事者がしばしばいます。他方、炊事、掃除、洗濯などの家事は、手を抜いたり人に頼んだりしやすいことでもあります<sup>9)</sup>。具体的には、コンビニ、宅配サービス、訪問型サービス、デイケアやナイトケアといった様々な資源を利用することで家事負担を減らすことができます。自分ですること、しないこと、あるいは生活と健康のバランスを考慮した一人暮らしの在り方について模索すること自体を楽しむことが一人暮らしの醍醐味といえるかもしれません。

### 5. お金について

「経済的な問題」は自身の収入や支出の問題と公的制度や社会保障を利用する2つの側面があります。前者については仕事をすることや家計を見直すことなどができます。後者については障害年金の利用などがあります。経済的な問題は当事者一人だけで悩むと行き詰まってしまうこともあります。特に、公的制度は複雑で自身で調べると疲弊する可能性もあります。そこで、支援者と相談しながら解決の糸口を探すことも一案です。日常生活自立支援事業(社会福祉協議会で実施する福祉サービスの利用や金銭管理の支援など)を、生活が軌道に乗るまで利用するという方法もあります。

### 6. 不安を受けとめること、他職種と協働すること

上記、一人暮らしのポイントを列挙しましたが、不安から最初の一步を踏み出せない人も少なくありません。一人暮らしを望む当事者が精神科医に質問することは、当事者自身が不安や心配を抱えていることも多く、精神科医の最初の役割は彼らの不安を受けとめることといえるかもしれません。場合によっては、まずは単身生活よりも担当の支援者がより身近にいるタイプの支援付き施設(例：グループホーム)の利用から始めてみる選択を勧めることもできるでしょう。この施設を単身生活の練習の場とすることもできますし、

こういった支援付きの施設を自分の自立の場とすることもできます。当事者の一人暮らしの開始や継続を考える際、精神科医には当事者が「一人暮らしをしたい」という希望を言える存在になること、当事者が多少手を抜きながらも一人暮らしができるように応援する他の支援者と協働することが重要になると考えられます。

## ●●● Q. 私は仕事をすることができますか？

精神科医は、仕事に関する問いにどのように答えることができるでしょうか？ 筆者らは、「適切な支援があれば、多くの場合、就労することは可能である」と考えています。ここでは、当事者の就労に関すること、そして効果的な就労支援について紹介します。

### 1. 就労に関連する要因

「誰が就労できて、誰ができないのか？」、この質問はしばしば耳にする言葉です。過去の研究は、認知機能や就労経験などの個人要因が当事者の就職状況に「関連する」と報告しています<sup>10)</sup>。他方、どのような人が就職できるか否かを正確に予測できるツールは開発できていません。なぜなら、当事者の就職には、当事者本人の個人要因(認知機能など)のほかに、雇用する側のニーズや状況および利用しているサービスの質など環境要因の問題も非常に大きいからです<sup>11)</sup>。例えば、統合失調症によって重度の認知機能障害や妄想をもつ当事者であっても、人事権をもつ職員や社長に何らかのきっかけで気に入られた場合は、雇用される可能性が格段に高まります。よって、就労の可能性を個人要因のみで推測することは困難といつてよいでしょう。

### 2. 当事者にとっての就労の意義

支援者の中には、就労による当事者の症状の悪化を心配する者もいます。一方で、これまでの研究は、適切なサポートのもとでは、就労と症状の悪化との直接的な関連は弱いと一貫して指摘しています<sup>12)</sup>。当事者の就労が、彼らの社会機能や生活の質を直接的に向上させるかについては未知の部分が多いのですが、就労を通じた余暇活動の増加や自己肯定感および帰属意識の向上などの可能性が報告されています<sup>13,14)</sup>。すなわち、当事者の就労は当事者の人生や治療にとって万全薬とはいえないものの、彼らの生活を充実したものにすることがあるといえます<sup>15)</sup>。

### 3. 個別型就労支援と支援内容

それでは、どのような支援やサポートがあると、当事者の就労ニーズに応えることができるのでしょうか？

過去30年間における国内外の研究において、統合失調症の当事者に対する就労支援として効果的な支援は一貫して、就労支援と生活支援をセットにして、個別ニーズに丁寧に対応する個別型就労支援とされています<sup>16-19)</sup>。具体的には、個々のペースに合わせて、希望する就労先を整理し、当事者と支援者が二人三脚で就職活動をする支援が効果的とされています。そのような支援では、支援者は当事者と一緒にハローワークに行くこともありますし、一緒に職場の下見や面接に行くこともあります。なかなか希望する就職先が見つからないときには、当事者と支援者が一緒に喫茶店で愚痴を言い合いながら、モチベーションを保つこともあります。他方、当事者が一度就職すると、それまでの生活リズムが保てなくなり、家事などに手が回らなくなる場合もめずらしくありません。生活支援をセットにする個別型就労支援では、就労前から就労中まで継続的に生活支援を提供する中で、当事者の就労生活をサポートします。

### 4. 当事者中心の就労支援

個別型就労支援で重要なことは、当事者を既存のシステムや求人に合わせてのではなく、彼らのニーズから支援がスタートする点です。当事者によっては集団プログラムを希望する人とならない人がいます。当事者によっては障害の開示や障害者専用の求人を望む人と望まない人がいます。個別型就労支援では、支援者と当事者は一緒に就職活動をしながら、職種や収入、通勤場所、障害開示の有無などの希望に合致する、あるいは希望に近い仕事をみつけます。その過程で、当事者の希望も変化するかもしれませんし、当事者が就労以外の社会参加の方法を希望することもあり得ます。すなわち、就労支援と生活支援をセットにした個別型就労支援は、就労やその他の社会参加に関する当事者の希望に柔軟に対応する支援といえます。もし、当事者がそのような支援を受けることができれば、就労の確立はとて高くなると考えられます。

## ●●● おわりに

当事者の社会参加の形は様々です。精神科医の役割は、当事者が希望する社会参加の形を批評することや、「ダメ」「無理」「今は早い」などの言葉で否定することではありません。その役割は、統合失調症の症状の回復と両立できる社会との接点の形について当事者と一緒に探すことです。少なくとも、当事者の一人暮らし

や仕事の可能性を否定する時代は過ぎ去っており、私たちの支援次第でそれらが実現できる時代になっています。

## 文献

- 1) Weblio辞書. 社会人. 東京: Weblio; 2020[cited 2020 6th, November]; Available from: <https://www.weblio.jp/content/%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E4%BA%BA>.
- 2) Yamaguchi S, Shiozawa T, Matsunaga A, et al: Development and psychometric properties of a new brief scale for subjective personal agency (SPA-5) in people with schizophrenia. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; **29**: e111.
- 3) 山口創生, 安間尚徳, 藤井千代: 日々の診察の中で当事者と一緒に悩む—共同意思決定の研究からみえてきたこと. *こころの科学* 2020; **210**: 50-54.
- 4) Thornicroft G, Slade M: New trends in assessing the outcomes of mental health interventions. *World Psychiatry* 2014; **13**: 118-124.
- 5) 後藤雅博: <リカバリー>と<リカバリー概念>. *精神科臨床サービス* 2010; **10**: 440-445.
- 6) Suzuki K, Yamaguchi S, Kawasoe Y, et al: Development and evaluation of intensive case management screening sheet in the Japanese population. *Int J Ment Health Syst* 2019; **13**: 22.
- 7) Firth J, Solmi M, Wootton RE, et al: A meta-review of "lifestyle psychiatry": the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry* 2020; **19**: 360-380.
- 8) Molyneaux E, Turner A, Candy B, et al: Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open* 2019; **5**: e53.
- 9) 吉田光爾, 瀬戸屋雄太郎, 瀬戸屋希ほか: 重症精神障害者に対する地域精神保健アウトリーチサービスにおける機能分化の検討: Assertive Community Treatmentと訪問看護のサービス比較調査より. *精神障害リハ* 2011; **15**: 54-63.
- 10) Tsang HW, Leung AY, Chung RC, et al: Review on vocational predictors: a systematic review of predictors of vocational outcomes among individuals with schizophrenia: an update since 1998. *Aust N Z J Psychiatry* 2010; **44**: 495-504.
- 11) Charette-Dussault É, Corbière M: An integrative review of the barriers to job acquisition for people with severe mental illnesses. *J Nerv Ment Dis* 2019; **207**: 523-537.
- 12) Luciano A, Bond GR, Drake RE: Does employment alter the course and outcome of schizophrenia and other severe mental illnesses? A systematic review of longitudinal research. *Schizophr Res* 2014; **159**: 312-321.
- 13) Charzynska K, Kucharska K, Mortimer A: Does employment promote the process of recovery from schizophrenia? A review of the existing evidence. *Int J Occup Med Environ Health* 2015; **28**: 407-418.
- 14) Walsh FP, Tickle AC: Working towards recovery: the role of employment in recovery from serious mental health problems: a qualitative meta-synthesis. *Int J Psychosoc Rehabil* 2013; **17**: 35-49.
- 15) Drake RE, Wallach MA: Employment is a critical mental health intervention. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020; **29**: e178.
- 16) Suijkerbuijk YB, Schaafsma FG, van Mechelen JC, et al: Interventions for obtaining and maintaining employment in adults with severe mental illness, a network meta-analysis. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; **9**: CD011867.
- 17) Levinson W, Kao A, Kuby A, et al: Not all patients want to participate in decision making. A national study of public preferences. *J Gen Intern Med* 2005; **20**: 531-535.
- 18) Hayashi T, Yamaguchi S, Sato S: Implementing the individual placement and support model of supported employment in Japan: Barriers and strategies. *Psychiatr Rehabil J* 2020; **43**: 53-59.
- 19) Yamaguchi S, Mizuno M, Sato S, et al: Contents and intensity of services in low- and high-fidelity programs for supported employment: results of a longitudinal survey. *Psychiatr Serv* 2020; **71**: 472-479.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 2. 臨床研究者が基礎研究者に聞かれたら編

## 1) 幻聴や妄想は言語を基盤としているので、マウス研究では解明できないですよ？

—マウス研究の限界—

Kiuchi Taku

木内 拓<sup>1)</sup>

Jinde Seiichiro

神出誠一郎<sup>1)</sup>

Yagishita Sho

柳下 祥<sup>2)</sup><sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科精神医学分野 <sup>2)</sup> 同構造生理学部門

### Q. 幻聴や妄想は言語を基盤としているので、マウス研究では解明できないですよ？ (はじめに)

現在の医療では、血液や画像検査などの生物学的な指標によって統合失調症を診断する試みはまだ確立されていません。そのため統合失調症の診断に当たって、現在広く利用されている操作的診断基準と呼ばれるICD-10(世界保健機関(WHO)が作成した国際的疾患分類)やDSM-5(アメリカ精神医学会が作成した診断と統計のためのマニュアル)でも重きが置かれているのは、幻覚や妄想を含めて当事者による主観的な体験として言葉で語られた内容です。そのため質問のように言語を解さない動物を用いて統合失調症を研究するという事は、とても現実離れした話のようにみえるかもしれません。しかしながら、現在においても統合失調症モデル動物とされるマウスを用いて、病気が起こる仕組みの解明や将来の診断・治療法の開発につながるための研究などが多く行われています。その内容や取り組みについて、本稿で説明していきます。

### Q. 研究にマウスが広く利用されるのはなぜですか？

医学研究では長年にわたり、ヒトでは行い難い研究について、動物の犠牲を通じて行われる動物実験が大きな役割を果たしてきました。近年では世界的な動物実験の基本理念である「3Rの原則」(Replacement: 代替, Reduction: 削減, Refinement: 改善)のもと、倫

理的に認められた方法でモデル動物を用いた研究が行われています。なかでもマウス(*Mus musculus*)を用いた研究は、小型で繁殖が早く、遺伝子的にヒトと共通点が多い特徴から最も広く行われています。マウスは大型動物に比べると小さいスペースで飼育可能で、妊娠期間およそ22日で出産に至り、生後8週間程度で繁殖可能齢に至ります。この繁殖の早さを利用し、これまでにその系統内で遺伝的におおむね均一となった近交系と呼ばれるマウスの系統が確立されています。近交系のマウスを用いることで、上述のマウスの利点に加え、遺伝的な個体差をほぼ考慮せずに実験可能で、かつ遺伝子発現の操作が比較的容易という、他の動物種より大きな利点が得られます。現在においては、近交系マウスに様々な処置や遺伝子操作などを加えた、疾患モデルと呼ばれるマウスが作成され、様々な疾患の病因・病態の究明や診断・治療法の開発がなされています。なお、近年では脳の構造や社会性がよりヒトに近いマーモセットというサル的一种を用いた精神疾患研究も進められており、それぞれの研究目的に適したモデル動物が選択されています<sup>1)</sup>。

### Q. 疾患モデルマウスとは何ですか？

疾患モデルマウスとは、ヒトの疾患についてマウスで再現したモデルのことを指します。この際、そのマウスが疾患をどのようにモデルしているかということの妥当性についてはよく検証されなければなりません。精神疾患を含む疾患モデル動物においては、以下の3点を満たすことが理想的とされています<sup>2)</sup>。

- ①表面的妥当性：ある疾患において、観察される観測値・行動の異常がヒトの疾患で観察されるものと疾患モデル動物で観測されるものとの間で一致していること。
- ②構成的妥当性：ヒトにおいて、ある疾患を発症する生物学的基盤が疾患モデル動物の内部で同様に再現されていること
- ③予測妥当性：例えば、ある疾患に対する治療を疾患モデル動物に施した場合にヒトと同様の治療効果が得られるなど、その疾患の治療反応が一致していること。

神経疾患を例にとると、このようなモデル動物が少なからず確立されています。例えば、デュシェンヌ型筋ジストロフィーのモデルマウスとして利用されるmdxマウスは1984年に出生後早期から筋萎縮・高CK血症を発症する突然変異として見出され、実際のデュシェンヌ型筋ジストロフィーと同じくジストロフィンの遺伝子異常が存在することが明らかになりました。現在ではエクソスキッピング治療などの先端的な治療研究に役立てられ、その成果は実際に治療法として臨床応用が試みられています<sup>3)</sup>。

また1980年代から、病気につながる遺伝子の変異をより早く検索できるポジショナルクローニングという手法が開発され、神経疾患でも原因となる遺伝子変異の探索が行われてきました。その結果、ハンチントン病の原因であるCAGリピートの延長が1993年に明らかになりました。この結果を受けて、1996年には同様の遺伝子変異をもつハンチントン病モデルマウスR6/2系統が確立されました。このように上記の3つの疾患モデル動物としての妥当性を満たしたモデルマウスは多くの神経疾患において既に確立されています。

### ●●● Q. 統合失調症モデルマウスを作るために必要なこととその困難とは？

翻って統合失調症のモデルマウスについてはどうでしょうか。最初の質問にあるとおり、現時点で統合失調症を含む精神疾患について、上記3つの妥当性をすべて満たすことは困難です。理想的な統合失調症のモデルマウスは、ヒトにおける統合失調症の発症原因を再現し、その結果として統合失調症と同じ症状を発現すればよいでしょう。しかしながら現在のところ、統合失調症の発症原因は、遺伝的な脆弱性と環境因子などが相互に関連し合っているという仮説に留まってお

り、統合失調症のモデルマウス作成には以下のような困難が存在します。

遺伝的要因については、上に述べた神経疾患での成功を受け、統合失調症など精神疾患に関しても、病気の発症に関わる遺伝子変異が積極的に探索されてきました。現在までに多くの候補遺伝子が報告されましたが、いずれも決定的といえるほどの影響は見出されず、少なくとも単一の遺伝子変異で発症に大きく影響するものは明らかにされていません。また環境要因については、疫学的研究から例えば周産期のストレスや感染、不適切な養育環境といった要因が統合失調症の発症に関連することが示唆されています<sup>4)</sup>。しかしながらこのような環境要因についても発症に決定的といえるようなものは見つかっていません。このように環境要因と遺伝的要因が複雑に関連し合っている統合失調症においてはその構成的妥当性を担保することはとても困難という事情があります。

表面的妥当性を担保することもまた困難です。客観的・生物学的な指標が確立しておらず、現時点において統合失調症はその多くが当事者の主観に依拠した臨床症状と経過に基づいて診断が行われています。中心となる幻覚妄想の症状は、言語的な疎通の取れない動物を統合失調症モデルとする場合、厳密に定義・観測することは不可能です。また、統合失調症の症状や経過が多様であることも表面的妥当性の担保を困難にします。

### ●●● Q. モデルマウスを用いた統合失調症研究でできることは？

上記のとおり、統合失調症のモデル動物を作るに際して、先に挙げた3つのモデル動物としての妥当性を担保することはとても困難です。しかし遺伝的要因や環境要因などに関する様々な統合失調症の臨床研究から得られた病態生理に関する仮説を検証し、統合失調症が発症する仕組みや生物学的指標の解明に近づくことは喫緊の課題であり、ヒトの研究では解明できない研究分野があるため、様々な工夫を重ねた上でモデル動物は作成・利用されています。発症に関わる候補遺伝子や環境要因などの仮説に沿ったモデル動物が作成されることで構成的妥当性は部分的に満たされ、また言葉でなければわからない症状のモデル化は難しいものの、疾患に関連する行動面での解析から疾患に類似した行動異常を呈し、治療薬などで改善に至れば、表面的・予測妥当性も部分的に確保されると考えられま

す。言語以外の行動面の評価について、情動や社会性など、これまでのテスト法では評価が不十分だった部分に対しても、最近では技術の飛躍的進歩で大量の行動データ処理が可能になったことから、近い将来にこれまでは異なる視点による有効な指標の開発が期待されています。

その上で重要なことは、統合失調症を含む精神疾患モデル動物の研究はその結果を単純にヒトに外挿することができない、という点に留意することです。先ほど例に挙げた神経疾患のモデル動物は、その表面的妥当性、構成的妥当性をともに満たしており、その結果はヒトに外挿することが可能です。しかしながら統合失調症モデル動物は、仮説的な機構のもとに作出されます。ゆえにその研究結果は仮説の域を出ません。また、統合失調症のヒトで観察される症状がマウスで同じように観察されたからといって、そのマウスが統合失調症であると診断することは本質的に論理的誤謬を含みます<sup>5)</sup>。

したがって統合失調症の病態生理についてモデルマウスで解明するには、様々な仮説から各々に対応したモデル動物を作り、統合失調症“仮説”モデル動物<sup>6)</sup>として研究を進め、“仮説”モデル動物から得られた結果をヒトの研究から得られた結果と照らし合わせ、仮説の検証をもとに病態をより反映したモデルをさらに作成する、といった作業を地道に繰り返していく必要があります。

## Q. 実際にどのような統合失調症モデルが利用されていますか？

統合失調症の病態に関する様々な仮説を再現することで、現在までに多くの統合失調症モデルマウスが作成されています。上述のとおり、いずれのモデルマウスも部分的に統合失調症の構成的・表面的・予測妥当性を満たしていると考えられています。以下に代表的なモデルマウスを紹介します。

### 1. 薬物誘発モデル

統合失調症動物モデルとして最も初期から用いられてきたのは、薬物投与により統合失調症様の行動を誘発する薬物誘発モデルです。アンフェタミンなどの精神刺激薬は、ドーパミン作動性神経の過剰な興奮を引き起こすことで、幻覚妄想などの精神病症状を生じ、さらに統合失調症では症状を悪化させます。この作用をもとに、マウスに投与した場合には多動性および常同

行動の増加を引き起こし、アンフェタミン投与によるドーパミン神経系の過活動をマウスで再現したと考えられます。フェンサイクリジンなどのN-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体拮抗薬も慢性使用により統合失調症の陽性症状に類似した幻覚妄想や陰性症状・認知機能障害などを呈することから、そのモデルとしてNMDA受容体拮抗薬を投与した統合失調症モデルマウスが作出されています<sup>7)</sup>。いずれも統合失調症の病態の少なくとも一部を再現していると考えられており、抗精神病薬の開発・スクリーニングに利用されています。

### 2. 神経発達モデル

これまで多くの疫学的研究から統合失調症と周産期の産科合併症や母体の感染症などのストレスとの関連が疑われており、胎児脳に影響が加わることで神経発達が障害されるという神経発達障害仮説のもとでモデルマウスが作成されています。統合失調症の研究に用いられた最初の発生神経発達モデルの1つは、妊娠中のラットにDNAをメチル化する作用をもつメチルアゾメタノールの投与で、胎児の神経芽細胞の増殖に特異的に作用し、妊娠中のストレスを再現した動物モデルでした。他の神経発達モデルとして妊娠中の感染を模倣した母体免疫活性化モデルがあります。ウイルスを模倣したポリイノシンポリシジル酸(ポリI:C)のような薬剤を妊娠中のマウスに投与し、母体免疫活性化が誘導され、出生した仔マウスが統合失調症の神経発達モデルとして用いられます<sup>8)</sup>。母体免疫活性化を受けたマウスの仔が出生後に示す行動変化は、統合失調症だけでなく、自閉症を含む他の神経発達障害とも類似することを示す所見も集積されつつあります。

### 3. 遺伝モデル

これまでいくつかの統合失調症の集積する家系が見出されていること、一卵生双生児において発症率の顕著な上昇がみられることから、統合失調症の発症に何らかの遺伝的要因が関わっていると考えられています。これまでいくつかの統合失調症リスク候補遺伝子が見出されており、その多くは神経細胞の可塑性、グルタミン酸やドーパミンの機能、シナプス形成に関連しています。ヒトとマウスでは多くの遺伝子が共通しており、発症に関与する候補の遺伝子を改変した統合失調症モデルマウスが作成されています。例えば遺伝性の難病である22q11.2欠失症候群は統合失調症の発症リスクが高いことで知られており、ヒトの22番染色体に相同なマウスの16番染色体で遺伝子欠失を再現し

たモデルが作成され、統合失調症の病態解明に利用されています<sup>9)</sup>。

#### 4. ヒトの臨床症状の一部をターゲットにしたモデル

上記3つとは異なり、近年の技術的な進歩に伴い、統合失調症の幻覚妄想そのものでなくても、その基盤にある神経メカニズムに迫る研究も注目されています。統合失調症を含む精神疾患の病態に脳予測性の障害が関係すると言われています。最近の研究では、先駆的な技術を組み合わせ、マウスが報酬学習を行う際にまずドーパミンのD<sub>1</sub>受容体をもつ神経細胞が汎化的に学習し、その後でドーパミンのD<sub>2</sub>受容体をもつ神経細胞が現実に合わせて訂正する弁別学習を行うというメカニズムが明らかにされました<sup>10)</sup>。D<sub>2</sub>受容体をもつ細胞が過剰な予測を訂正する機序は、ドーパミン過多によって障害され、抗精神病薬により回復することから、この機序の破綻が統合失調症初期の妄想を説明する可能性について大きな関心を集めています。

統合失調症では幻聴を含めた聴覚の情報処理異常が知られ、なかでも特殊な周波数の音刺激を聞いた際に聴覚情報処理によって生じるガンマオシレーションという脳波反応に異常があることが報告されていますが、その詳細は不明でした。この反応について、マウスではありませんが、最近ラットで再現したモデル動物が確立され、情報処理の機序が明らかにされることが期待されます<sup>11)</sup>。

さらに近年、障害の社会モデルの考え方が重視され、様々な障害が社会側の要因によって作られる側面も注目されています。都市部と郊外で統合失調症の発症率の違いが明らかになり、その背景として都市化など社会の発展やそこでヒトが密集することによる負荷などが仮説として挙げられます。上述した遺伝的要因を含めた脆弱性と環境要因の相互の関連を明らかにするため、今後は社会環境が精神状態に及ぼす影響の研究が重要であり、このような研究の一部は慎重な行動学的研究のセッティングと緻密な解析によってマウスでも施行可能と考えられます。

## おわりに

統合失調症は19世紀末にクレペリンによってその疾患概念が確立され、以降100年以上にわたってその根本的な病態についての研究が続けられてきました。しかし、残念ながらいまだに断片的な知識の集積にとど

まっています。根本的な病態がわからず、かつ幻覚妄想といった言語に依拠する臨床症状の再現が難しい以上、妥当性をすべて満たすモデルを作ることは困難です。しかし、これまで多くの研究者の知恵と努力で様々な仮説に基づくモデルマウスが創出され、言語以外の症状・病態の再現や幻覚妄想の基盤となる神経メカニズムの解明が進められています。実際に患者さんから得られた所見とこれらの結果を慎重に検討し、新たな仮説とともに、今後より病態を反映したモデルマウスから統合失調症の病態に迫ることが期待されます。

## 文献

- 1) Okano H, Sasaki E, Yamamori T, et al: Brain/MINDS: A Japanese National Brain Project for Marmoset Neuroscience. *Neuron* 2016; **92**: 582-590.
- 2) Willner P: The validity of animal models of depression. *Psychopharmacology (Berl)* 1984; **83**: 1-16.
- 3) Tabebordbar M, Zhu K, Cheng JKW, et al: *In vivo* gene editing in dystrophic mouse muscle and muscle stem cells. *Science* 2016; **351**: 407-411.
- 4) Seltén JP, Termorshuizen F. The serological evidence for maternal influenza as risk factor for psychosis in offspring is insufficient: critical review and meta-analysis. *Schizophr Res* 2017; **183**: 2-9.
- 5) Sjöberg EA: Logical fallacies in animal model research. *Behav Brain Funct* 2017; **13**: 3.
- 6) 南学正仁: 仮説的類似モデルとしての精神疾患の動物モデル. 東京大学教養学部哲学・科学史部会 哲学・科学史論叢 2019; **21**: 75-101.
- 7) Nabeshima T, Mouri A, Murai R, et al: Animal model of schizophrenia: Dysfunction of NMDA receptor-signaling in mice following withdrawal from repeated administration of phencyclidine. *Ann NY Acad Sci* 2006; **1086**: 160-168.
- 8) Ozawa K, Hashimoto K, Kishimoto T, et al: Immune activation during pregnancy in mice leads to dopaminergic hyperfunction and cognitive impairment in the offspring: A neurodevelopmental animal model of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 2006; **59**: 546-554.
- 9) Xu B, Hsu PK, Stark KL, et al: Derepression of a neuronal inhibitor due to miRNA dysregulation in a schizophrenia-related microdeletion. *Cell* 2013; **152**: 262-275.
- 10) Iino Y, Sawada T, Yamaguchi K, et al: Dopamine D<sub>2</sub> receptors in discrimination learning and spine enlargement. *Nature* 2020; **579**: 555-560.
- 11) Kozono N, Honda S, Tada M, et al: Auditory Steady State Response: nature and utility as a translational science tool. *Sci Rep* 2019; **9**: 1-10.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？



田宗 秀隆

## 2. 臨床研究者が基礎研究者に聞かれたら編

## 2) 統合失調症の基礎研究に役立つ原因遺伝子やバイオマーカーを見つけてもらえませんか？

—生物学的要因—

Tamune Hidetaka  
田宗 秀隆<sup>1)</sup>Ikegame Tempei  
池亀 天平<sup>2)</sup>Yagishita Sho  
柳下 祥<sup>3)</sup>Kanehara Akiko  
金原 明子<sup>4)</sup><sup>1)</sup> 東京大学大学院医学系研究科神経細胞生物学分野 <sup>2)</sup> 同精神医学分野 <sup>3)</sup> 同構造生理学部門 <sup>4)</sup> 東京大学医学部附属病院精神神経科

## Q. モデル動物はどのように評価すればよいですか？（はじめに）

臨床研究者が基礎研究者に聞かれたら編に採録される本論文では、統合失調症研究における生物学的要因についてあらためて考えていきます。

「モデル動物はどのように評価すればよいですか？」という問い自体がモデル動物を扱う研究領域にとって本質的であり、簡単には解答を提示できない問いです。

事前にいただいた他の問いはむしろ、精神疾患を対象とする基礎研究者が市民から聞かれたら、という方がじっくりくるものばかりでしたので、この先はいくつかの質問に答える形で、研究者がどのように迷いつつ研究を進めているかをお伝えできればと思います。

## Q. 一部の患者さんで見つかった稀な遺伝子変異をヒントに、モデル動物を作成して研究すればわかるのではないですか？

## 1. 他疾患での成功例、脊髄性筋萎縮症治療薬

ご質問のとおり、多くの研究者が稀な遺伝子変異をもつモデル動物に期待していますが、統合失調症を完全に再現したモデル動物は現段階で存在しません。ここでは他疾患での成功例をみてみましょう。

20世紀後半から分子生物学と呼ばれる研究分野が発展し、遺伝子やタンパクの構造や機能が次々と明らか

になってきました。それに伴い数多ある病気のうち、一部は単一遺伝子の変異で説明できることがわかりました。そのような病気では、稀な遺伝子変異に着目してモデル動物を用いて研究することで治療が大きく進展した例があります。例えば、脊髄性筋萎縮症(SMA)で用いられるヌシネルセン(スピラザ®)の創薬があります。

SMAは、survival motor neuron(SMN)タンパクが欠乏することにより下位運動神経が変性し、四肢や体幹の筋萎縮をもたらす、乳児の死亡原因の中で最多の遺伝子疾患です。SMAの主要な責任遺伝子はSMN1であり、遺伝形式もわかっています。欠失型または変異型のSMN1遺伝子が2コピー受け継がれるとSMAを発症します。一方、SMAをもつ患者さんは一般的にSMN遺伝子の重複遺伝子であるSMN2遺伝子コピーを2個または3個有しています。SMN2遺伝子から転写されたmRNAはスプライシングという翻訳を受けるため、産生されたタンパクのほとんどは非機能的なものになります。

上記のメカニズムが解明されたため、スプライシングを修飾して正常なタンパクを作れば治療になるに違いないという発想で、アンチセンスオリゴヌクレオチドがデザインされたというのが本薬剤の開発経緯です。実際、ヒトの乳児型SMAの患者さんで実際に治療効果が確かめられた後、乳児型以外のSMAにも適応拡大され、現在は効能・効果が「脊髄性筋萎縮症」になってい

ます<sup>1)</sup>。

## 2. 単一遺伝子の変化では説明できない統合失調症

統合失調症においても、後に抗NMDA受容体脳炎として整理される病態が2007年に提唱され、自己免疫性の病態があたかも急性期統合失調症のようにみえることがあるということがわかりました<sup>2)</sup>。また、従来NMDA受容体阻害作用があるケタミンの反復投与が統合失調症のモデルとして研究の世界で用いられてきました。これらを総合すると、NMDA受容体は統合失調症の症状と何らかの関連があると推定されますが、すべての統合失調症の患者さんの脳内で起きているメカニズムがNMDA受容体と関連しているかはわかりませんし、そもそもNMDA受容体阻害と症状発現の正確な因果関係はわかりません。

一部の患者さんで見つかった稀な遺伝子変異をヒントに、モデル動物を作成して研究するというのは非常によい方法論なのですが、SMAのように遺伝子レベルから治療薬の開発までひとつながりで成功した例は統合失調症においてはまだありません。この理由の1つは、統合失調症のすべての症状を単一遺伝子の変化で説明するというのはおそらく困難だからです。

## Q. どうして統合失調症に関係する遺伝子は見つかりにくいのですか？

### 1. 多因子疾患としての統合失調症

大きな要因として、統合失調症は単一遺伝子病ではなく多因子疾患であると想定されること、また統合失調症とまとめられている“疾患”自体にそもそも異質性がある(ヘテロである)可能性などが考えられます。

双子研究や家族研究を通じて、統合失調症の遺伝率は80~85%とされています<sup>3)</sup>。一方、遺伝子としては全く同一である一卵性双生児での統合失調症発症の一致率は約50%です<sup>4,5)</sup>。よって、統合失調症発症には遺伝以外の要因、例えば環境要因も大きく関与することが想定されます。遺伝研究が進歩し、ゲノムワイド関連解析(GWAS)というゲノム全体をほぼカバーするような50万個以上の一塩基多型の遺伝子型を決定し、その多型頻度と疾患などの関連を統計的に調べる方法論も出てきました<sup>6)</sup>。

しかし、統合失調症研究においてGWASが導き出したcommon variants(よくみられる変異)の効果量は低く(相対リスクの中央値:1.08)<sup>7,8)</sup>、いくつかの例では再現性も疑問視されています。

## 2. 22q11.2欠失症候群

別の例として、22q11.2欠失症候群<sup>9)</sup>があります。本症候群(2015年より国の指定難病203)は、ヒトに23対46本ある染色体の22対目の片方の一部(長腕11.2領域)が欠失することによって定義づけられる、染色体起因疾患です<sup>9)</sup>。本症候群をもつ患者さんは統合失調症を発症するオッズが67.7倍と報告されており<sup>10)</sup>、22q11.2領域に存在する多数の遺伝子群が統合失調症の中核的な神経病理学的特徴におそらく関与していると考えられています<sup>11)</sup>。しかしながら、その遺伝子群のどれが精神症状の責任遺伝子なのかは研究グループによって一定しておらず、少なくとも単一遺伝子で説明されません。

冒頭で述べたとおり、統合失調症という疾患概念自体が臨床的症状を集めた症候群に過ぎず、異質性がある(ヘテロである)という指摘もあります。これと関係するテーマとして、精神疾患のカテゴリカルな分類とディメンショナルな分類について後述します。

## Q. バイオマーカーを見つけて研究することはできないのでしょうか？

### 1. SLC6A4遺伝子のDNAメチル化

世界中の研究者が統合失調症のバイオマーカーを探していますが、臨床現場で実用可能な単一のバイオマーカーは現在見つかっていません。著者らのグループは、神経細胞のシナプス前終末のセロトニントランスポーターをコードするSLC6A4という遺伝子のDNAメチル化が統合失調症をもつ男性において高くなっており、扁桃体の体積と逆相関していることを見出しました<sup>12)</sup>。しかしながら、この変化は多数の患者さんからいただいた検体を統計学的に処理して初めて明らかになったものであり、個々の患者さんのDNAメチル化を調べることで精神疾患の有無を判定できるというものではありません。

### 2. 多遺伝子性リスクスコア

近年、多遺伝子性リスクスコア(polygenic risk score)という層別化が着目されています。ゲノム上の数十~数百万箇所の小さい変異を総合して評価する方法を用いて、病気へのなりやすさなどを重み付けすることができます。例えば、22q11.2欠失症候群をもつ患者さん

注：22q11.2欠失症候群について研究や臨床的支援をすることについては、著者らの研究グループのWebsite<sup>9)</sup>や既報<sup>15,16)</sup>もご参照ください。

に対して、統合失調症に関連するスコアを用いることで、10段階で最も統合失調症を合併しやすい群は33%、最も合併しにくい群では9%と層別化できることがわかりました<sup>13)</sup>。しかし、本手法で得られた層別化の先に何らかの介入で改善を図ることが可能なのか、あるいは本手法が基礎研究に直接適応できるかなどは未知数です。

別の側面として、多遺伝子性リスクスコアには、異なる人種に適用できるかわからないといった課題や本来知らなくてもよい/知りたくない情報まで知ることができてしまうという倫理的課題もあります。遺伝子工学やビッグデータ解析手法がますます発展することは間違いありませんので、新たに出てくる課題に対して丁寧な議論を忘れない必要があります。

## Q. 別のタイプの基礎研究の進め方はないのでしょうか？

### 1. 疾患カテゴリーの存在を前提とした基礎研究の困難性

これまで説明してきた研究は、精神疾患に明確なカテゴリーが存在し、その疾患カテゴリーに対応する遺伝子変異などの病因があることを前提とした研究でした。ご質問のとおり、異なるタイプの基礎研究の進め方も模索されています。

精神疾患の分類基準として、従来はカテゴリカルな分類、すなわち、あるカテゴリーに当てはまるかどうかを判断するような基準が用いられてきました(アメリカ精神医学会のDiagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders(DSM)や、世界保健機関(WHO)の国際疾病分類(ICD)など)。つまり統合失調症かどうか、自閉症かどうか、というような判定をしていくという手法です。この分類では、統合失調症は、陽性症状(幻聴・妄想・まとまらない行動など)・陰性症状(意欲低下・感情の平板化など)・認知機能障害が特徴的な疾患ということになります。

しかし、これらの症状は他の疾患でもみられることがありますし、遺伝的な背景を同一としている一家系(例えばDISC1変異)の中でも、症状は多彩であり疾患名も1つには定まらないことがわかってきました。そもそも、症状をこの3つに区分するという理論的な裏付けもありません。

### 2. 行動や神経生物学的指標の次元に基づいた研究の枠組み：RDoC

そのような背景からアメリカの国立精神衛生研究所(NIMH)主導で生まれた考え方が、Research Domain Criteria(RDoC)です。RDoCは、行動や神経生物学的指標の次元(Domain/Constructs)に基づいて精神疾患を分類する研究的枠組みです。RDoCでは、それぞれの次元で症状の重症度を“症状なし”から“重度”まで点数化して評価することで、カテゴリー方式では閾値以下だった臨床的特徴も記述できる可能性があります<sup>14)</sup>。また、疾患名にこだわらず、疾患横断的な研究を推進できるのではないかという期待もあります。どちらかといえば臨床的なこの考え方を基礎研究でも適用することが考慮されてきましたが、必ずしも思惑通りには進んでいません。

### 3. 社会との接点に着目した研究の枠組み

上述のとおり、統合失調症を単一遺伝子や単一バイオマーカーに還元して理解しきるのは難しそうです。ここで大きく視座を変え、精神疾患は個人の中に存在するのではなく、社会との接点において顕在化すると捉えてみます。実際、統合失調症のヒト臨床研究において、児童期までの逆境体験や、思春期以降の心理社会的ストレスが発症に大きく寄与することが示されています。

従来のマウスモデルでの行動実験は、比較的単純な刺激とそのアウトカムをある疾患の行動指標と捉えてきました(例えば、強制水泳試験とうつ病)。これによって明らかになったことも多々ありますが、複雑な社会環境の適切なモデル化というには不十分と言わざるを得ません。

さらに、同じ社会環境であっても、ある特性をもつ個体にとっては大きなストレスになる一方で別の特性を持つ個体にとっては全くストレスにならないこともあり得ます。また、同じ行動指標であっても文脈や社会的要請によって解釈が異なることもあります。このような、基準が絶対的とは限らないことへの着目は新たな研究をもたらす可能性があります。

近年、大量の情報を収集した上で次元削減して分析する手法や技術が急速に進歩しています。これらの技術革新を活用し、統合失調症と総称される病態の多様性、数多の遺伝子および回路の関与・複雑な社会環境の影響などを同時に、しかも経時的に捉えることができるかもしれません。言い換えれば、統合失調症の症状の基盤を、疾患特異的な遺伝子変異や環境因子の影

響の結果としての脳回路変化と捉えるのではなく、脳・精神機能の特徴と社会構造・環境のアンマッチや相互作用の状況・過程として捉えるというモデルを、マウスを用いた研究にも適用していく方向性です。

この視点での研究が進展すれば、精神疾患に対して脆弱性を持つモデルマウスがどのような状況下では脆弱性を発露せずに済むのか、ひいてはどのように社会を変革するとよいのかという示唆が得られるような研究への発展も期待されます。

## まとめ

本稿では、統合失調症研究における生物学的要因の評価法について再考してきました。統合失調症の基礎研究に役立つ原因遺伝子やバイオマーカーが臨床的に発見できればよいのですが、難航しているというのが現状です。

冒頭に掲げた問い「モデル動物はどのように評価すればよいですか?」に戻りますと、研究の方法論自体に時に懐疑的なまなざしを向けつつ、メカニズム追求や治療介入につながるような知見の蓄積を目指すことが今後の研究に求められるのではないのでしょうか。

## 文献

- 1) バイオジェン・ジャパン：スピラザ®錠12 mgの適正使用のために。2020年3月改訂。(https://www.spinraza.jp/content/dam/commercial-jp/specialty/spinraza/hcp/ja-jp/pdf/rmp\_booklet-SPI500MA02.pdf) (Last accessed on May 13, 2021)
- 2) Dalmau J, Tüzün E, Wu HY, et al: Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol* 2007; **61**: 25-36.
- 3) Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC: Schizophrenia as a complex trait. *Arch Gen Psychiatry* 2003; **60**: 1187-1192.
- 4) Hilker R, Helenius D, Fagerlund B, et al: Heritability of schizophrenia and schizophrenia spectrum based on the nationwide Danish twin register. *Biol Psychiatry* 2018; **83**: 492-498.
- 5) McCutcheon RA, Reis Marques T, Howes OD: Schizophrenia - An overview. *JAMA Psychiatry* 2020; **77**: 201-210.
- 6) 池田匡志: ゲノムワイド関連解析. 脳科学辞典, 2012. (https://bsd.neuroinf.jp/wiki/ゲノムワイド関連解析) (Last accessed on March 30, 2021)
- 7) Falk A, Heine VM, Harwood AJ, et al: Modeling psychiatric disorders: from genomic findings to cellular phenotypes. *Mol Psychiatry* 2016; **21**: 1167-1179.
- 8) Schizophrenia Working Group of the Psychiatric Genomics Consortium: Biological insights from 108 schizophrenia-associated genetic loci. *Nature* 2014; **511**: 421-427.
- 9) 22q-pedia(にじゅうにきぺでいあ) ホームページ. (https://22q-pedia.net/) (Last accessed on March 30, 2021)
- 10) Marshall CR, Howrigan DP, Merico D, et al: Contribution of copy number variants to schizophrenia from a genome-wide study of 41,321 subjects. *Nat Genet* 2017; **49**: 27-35.
- 11) 廣井 昇, 吉川武男: 22q11.2欠失症候群および22q11.2重複症候群. 脳科学辞典, 2016. (https://bsd.neuroinf.jp/wiki/22q11.2欠失症候群および22q11.2重複症候群) (Last accessed on March 30, 2021)
- 12) Ikegame T, Bundo M, Okada N, et al: Promoter activity-based case-control association study on SLC6A4 highlighting hypermethylation and altered amygdala volume in male patients with schizophrenia. *Schizophr Bull* 2020; **46**: 1577-1586.
- 13) Davies RW, Fiksinski AM, Breetvelt EJ, et al: International 22q11.2 brain and behavior consortium, Bearden CE, Vorstman JAS. Using common genetic variation to examine phenotypic expression and risk prediction in 22q11.2 deletion syndrome. *Nat Med* 2020; **26**: 1912-1918.
- 14) 塩入俊樹: 操作的診断基準(精神疾患の). 脳科学辞典, 2012. (https://bsd.neuroinf.jp/wiki/操作的診断基準(精神疾患の)) (Last accessed on March 30, 2021)
- 15) 田宗秀隆, 越膳航平, 熊倉陽介: 22q11.2欠失症候群—精神・身体・知的の3障害の統合的支援. *医学のあゆみ* 2017; **261**: 981-987.
- 16) Tamune H, Kumakura Y, Morishima R, et al: Toward co-production of research in 22q11.2 deletion syndrome: Research needs from the caregiver's perspective. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; **74**: 626-627.

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 3. 精神科医が市民に聞かれたら編

1) 統合失調症をもった人に  
どう接したらよいでしょうか？

—精神疾患についての理解, アンチスティグマー—

Miyamoto Yuki

宮本 有紀<sup>1)</sup>

Ogawa Makoto

小川 亮<sup>2)</sup>

Fukuda Masato

福田 正人<sup>3)</sup><sup>1)</sup>東京大学大学院医学系研究科精神看護学分野 <sup>2)</sup>国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所 地域・司法精神医療研究部<sup>3)</sup>群馬大学大学院医学系研究科神経精神医学●●●  
●●●統合失調症をもつ人への接し方：  
●●●その現状と課題

## 1. 統合失調症はどんな病気か

統合失調症は、140人に1人(0.7%)くらいがかかる病気であり、また、様々な要因の組み合わせによっては誰もがかかり得る病気です。そして、この病気を持ちながら働いたり学校に行ったり、パートナーを得たり、自分の送りたい人生を送る、それぞれの「普通」の生活をしている方たちはたくさんいます。ここまで述べたような側面については、他の慢性疾患(生活習慣病など)と相通ずるところのある「普通の病気」という表現ができるかもしれません。ただし、ここで「普通の病気」と述べたのは、統合失調症をもったご本人に「何もない」というようなことを言いたいわけでは決してありません。統合失調症をもったご本人や、その人を大切に思う周囲の方にとって「辛い症状がある場合もあります。それでもそのような症状や症状によるつらさから、治療やその他の調整などにより回復することができる」ということもお伝えしたいと思います。

## 2. 統合失調症についての見方・接し方

先述のように他の慢性疾患に類する「普通の病気」という面をもつにもかかわらず、残念ながら今日の社会においては、統合失調症に対する誤解や、統合失調症をもつことに由来する周囲からの不当な扱いも存在し、そういった意味では、これまで、統合失調症に対する見られ方・扱われ方は、普通ではなかったと言える部

分もあります。私たちが上記のように「普通の病気」と述べたのは、こうした「普通ではない見られ方・扱われ方」(=差別や偏見)を変えたいという願いをもつてのことでもあります。村井<sup>1)</sup>は、保安の対象か保護(福祉や医療)の対象かの間で揺れ動いた統合失調症の歴史を振り返る一節において、統合失調症が「普通の病気」とあると言い切るのには「かなり思い切ったこと」とした上で、そう述べる理由を「そう述べる方が人道的な意味で正しいという信念があるから」(pp.138-139)と記していますが、私たちもそれに通底する思いで「普通の病気」という表現をしました。

## 3. 差別や偏見を減らすために

前述のような「普通ではない見られ方・扱われ方」、すなわち、精神疾患をもつ人に対する差別や偏見は、本人の生活に大きな影響を与えるため、こういった差別や偏見をどうしたらなくせるのかについての活動や、啓発方法に関する研究が続けられています。しかし、例えば、精神疾患を生物医学的モデルで説明する教育方法では、精神疾患に対する偏見の解消にはつながらず(むしろ増やしてしまうという結果もあり)<sup>2,3)</sup>、差別や偏見の根本的な解決には至っていないのが現状です。現在は、精神疾患をもつ人たちとの接触機会が増えることや、精神疾患をもつ人には力があるということに気付くこと、本人の権利や尊厳を確保・促進することが、差別や偏見を減らすことに重要なのではないかと考えられています<sup>3)</sup>。

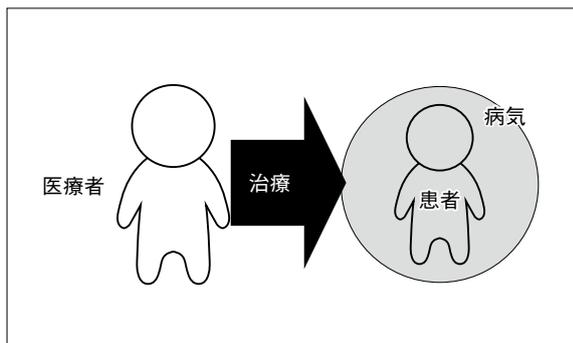


図1 本人が病気，本人を治療

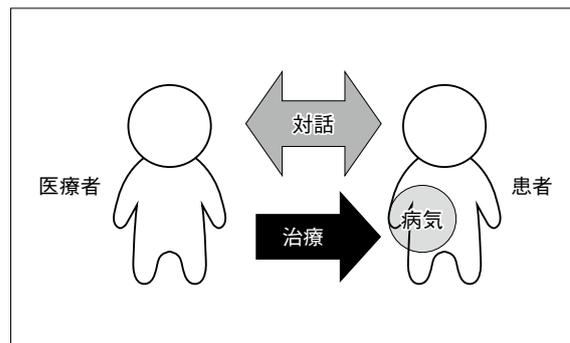


図2 本人が病気の状態をもっている，  
本人と話しながらか病気を治療

#### 4. 孤独を防ぐこと

また、孤独感と精神病症状とは関連があることが示されており<sup>4)</sup>、症状があることによって偏見をもたれたり、孤立してしまうというだけでなく、孤独感によって精神病症状が増強するということが報告されてきていますので、統合失調症をもつ人と、友好的な、安心できる関係を築くなど、孤独を防ぐことは重要なことと思われます。

### 「唯一の正解」ではなく、 一人ひとりが考える「きっかけ」として

#### 1. 統合失調症についての多様な見方・感じ方

上記を踏まえ、私たちは、医療者、周囲にいる人々、市民が差別や偏見にとらわれず統合失調症をもった人のおかれている状況を理解した上で接するようになり、統合失調症をもった人たちが孤立せずに豊かで幸せな生活をしやすい環境となるために少しでも資するところがあればという気持ちでこの稿を執筆しています。ただ、統合失調症に対しては多様な見方・考え方があり、私たちの考えが唯一の正解だと主張するものではありませんし、あくまで「自身にとっての正解」を考える「きっかけ」として活用していただければと考えています。

#### 2. 自分に役立つ考えを大切にす

それなので、こうしたことを述べるのは異例かもしれませんが、もし読者の方が、この原稿で示された内容と、ご自分の考えが違ふと感じたときも、決してご自分を否定することなく、ご自身にとっての真実や、ご自分の健康や豊かな生活にとって役に立つ考えを信じていただけたらと考えています。実は、筆者の内一人は精神疾患をもつ当事者でもあり、過去に精神疾患をめぐる文章を読んで自分とはまったく異なる考え方

にふれたとき、世間に流布している出版物にこう書かれているのだから自分が間違っているのではないかと思つた結果、自分を否定したり、自分の感じ方を信じられなくなつたりして、つらい気持ちで動けなくなつてしまったことがありました。そうした事態や、統合失調症に関してこんな風に思われているだなんて！とつらくなるようなことが生じないことを願ひ、冒頭でこのようなことをお伝えする次第です。

### どう接するとよいのかを考えるときの 大前提として： 「統合失調症」と一人の「人」との関係

#### 1. 病気だけではなく「統合失調症をもつ人」として見る

統合失調症の診断がついた人のことを、統合失調症の人、と総称してしまうことがあります。たとえば、骨折の場合、骨折の人、とくくってその人たちの人格などを総称するような表現はなされないのに、統合失調症では「統合失調症の人」とくくられてしまうことがあります。統合失調症に限らず、障害をもつ人に対してこのように総称され扱われてしまうことがよく起きていました。

病気や障害イコールその人なのではない、ある一人の人がいて、その人が疾患や障害をもっている、ということを表すためにも、近年では、〇〇障害者とか〇〇病者ではなく、〇〇障害・病をもつ人、〇〇の困難をもつ人(person with 〇〇)という表現がなされるようになっており、統合失調症についても、統合失調症患者という言い方ではなく、統合失調症をもつ人(person with schizophrenia)という表現をするようになっていきました。

これは、統合失調症という病気のみがその人のすべてということでは決してなく、そこに一人の人がいて、

その人が統合失調症と診断される状態をもっているということを表現するためです。そして、そのように表現することで、医療者はその人を病気そのものと見てその人を治療するのではなく、一人の人に、その人の体験していることについて聞きながら、医療者と患者で協力してともに治療していく(イメージ:図1ではなく、図2)ということがより明確になるように思います。

## 2. 言葉の力、アイデンティティへの影響

これは小さなことのようにですが、言葉には大きな力があり、その人のアイデンティティに大きな影響を与えます。医療者も、このことを意識した言葉を使い、統合失調症の人、ではなく、統合失調症をもつ、とか、統合失調症の症状が出ている、統合失調症の治療を受けている、という言い方をすることで、その人が病気そのものではないという認識を伝え続けることにつながると思います。

また、診断がつくということは、経験してきたことに名前がつき、本人の腑に落ちることにつながることもありますし、治療や支援を提供するためにも診断名が必要となることも多いのですが、医療者や周囲は、本人に診断名を受け入れさせようとするのではなく、本人にとっての意味や人生の中で大切なことに焦点を当て、支援するという姿勢が重要です<sup>5)</sup>。

どう接するとよいかを考える前提として、「統合失調症」という「病気」だけに目を向けるのではなく、統合失調症をもつ一人の「人」に対して接する姿勢が重要と思ひ、「病気」と「人」との関係についてまずは述べました。

## ●●● どう接したらよいのでしょうか？ ●●● 考えたり意思表示したりについてはどうでしょう？

### 1. 決めつけずに耳を傾ける

統合失調症にかかったら、もう一生何かができなくなるのではないかと、その人がその人ではなくなってしまうのではないかと誤解されることもあります。そんなことはありません。身体の痛みがとても強いときにいつも通りの行動をできないけれど、痛みがおさまればまた身体を動かせるようになるのと同じように、統合失調症も、症状が強いときには、いつものその人とは異なるように見えるかもしれませんが、その人はその人のままです。

統合失調症の症状や、その症状があることの影響により、思考やコミュニケーションに様々な困難が生じ

ることはあります。統合失調症の症状として、考えがまとまらなくなったり、全体的にとて疲れてしまい考えるどころではなくなったり、妄想と呼ばれるような、他の人に理解してもらいにくい思考が起きてとても怖い思いをしたり、考えに圧倒されたりということが起こり得ます。また、例えば幻聴と呼ばれる、他の人には聞こえない声が聞こえることで、思考が邪魔されたり、思考しすぎてほかのことにエネルギーを使えなくなったり、その声に抵抗することでへとへとになったりということが起こる可能性もあります。そしてそのような状態であるがゆえに、意思表示がなされなくなったり、その場にそぐわないように見える言動が生じる場合もあり得ます。そのときに本人の中で何が起きているかは、人によって違いますし、その人に聞かないとわかりません。

このような状態にあるその人を、外側(他者)から見ると、考えることができなくなっているように見えたり、意思表示ができなくなっていると思われてしまったりすることがあります。そして、そのような状態になっていないときにもそのように扱われてしまうことがあります。

これが繰り返されると、統合失調症の人自身が「自分は考えたり、意思表示したりできない存在だ」とか「そうする能力がない」、「そうする権利がない」と思い込んでしまう事態も生まれかねません。

本人にそのような不利益が及ぶことを避けるためにも、その人の意思を常に確認し尊重すること、意思がわからないように感じられる場面でも、その人が今体験していることや、思考やコミュニケーションのあり方がいかなる状態であるかに、耳を傾けたり、想像力を働かせたりすることで、その人その人の実情に即した関わり方を常に工夫していくことができます。また、仮にその場で話し合うのが難しい状況であったとしても、後でその人が安心できる状況になったときに、ご本人の感じ方を伺ってみる、という手段もあるかもしれません。

### 2. 孤立を防ぐ

また、残念なことですが、考えることができないように見えたり、意思表示ができない、コミュニケーションがうまく取れないような気がすると、私たちは、その人の意見を聞くことをしなくなったり、その人を意思をもつ一人の人として見ることがおろそかになるという事態が起こりやすくなるようです。あるいは、相手を理解できなかつたり、わからないと、その人のこ

とを避けたいと思ったり、怖いと思ってしまうこともあるようです。

そのように周囲から対応される、あるいはそのように対応されるのではないかと思うことで、医療を受診したり、職や教育の機会を得たり、他者との親密な関係を築いたりすることから遠ざかってしまうということも起きてしまいます<sup>6-8)</sup>。

統合失調症をもっていることに関連して、このように、本人が自分に力がないと思ってしまうたり、他者や社会と関わることを避けてしまったりする状況は、セルフスティグマと呼ばれる、自身に対するスティグマ(偏見)が生じていると考えられます。このようなセルフスティグマを減少させ、自身には力があると感じることに、心理教育や、ピアサポートなどが有効であるとされています<sup>7,9,10)</sup>。

本人が、自分の経験や思ったことを安心して話せる場があることは大きな力となりますので、医療者も含め、周囲の人は、本人の話や思いを聞くということとともに、例えば自助グループなど、似たような経験をしている人の支え合いの場を紹介したり、ピアサポーターへのアクセスの仕方を紹介したりということも有用です。

### 3. 「症状」とされることにどう耳を傾けるか

医療者や周囲がご本人の言葉に耳を傾けるに当たっては、統合失調症において、医療や周囲が「症状」として扱っている状態を違う視点から考えてみることも重要だと思います。笠井<sup>11)</sup>は、統合失調症の症状とは何か、ということに立ち返ることがなされていないことについて問題提起をしており、「症状とは、現実の生活や人生での行き詰まりを無意識下で処理しきれない場合、それが表象として外在化されたものであり、個人の適応努力の結果とみなせる」といった問いを設定することで統合失調症の理解が進む可能性について述べています。症状を、病気のしるしとして捉えるのではなく、その方の(無意識であったとしても)適応努力の結果であると捉えたとしたら、その方とのコミュニケーションのあり方が大きく変わると思います。また、症状を病気のしるし、あるいは病気そのものとして捉えると、症状をなくすことに着目しがちになりますが、症状を、生活や人生での行き詰まりに対する本人の適応努力の結果生じているのものであると捉えたなら、治療やケアをするに当たっては、本人がどのような経験をしているかに耳を傾け、本人との協働作業が不可欠であることがより意識されるように思います。

## 統合失調症という「病気」への思い込みを手放し、それをもつ「人」に向き合う

筆者らは、統合失調症は、他の慢性疾患とも相通ずる「普通の病気」という側面がある一方で、本人の意思などについての誤解や偏見に対し医療者や周囲ができる努力がたくさんあるという面では、普通でないところもあると考えています。その「普通でない」見られ方・扱われ方(=差別や偏見)が解消され、統合失調症という「病気」だけに目を向けるのではなく、その病気をもつ人を一人の「人」として尊重し、理解した上での接し方が実現されるにはどうすればよいか、考えるきっかけになればと願いつつこの稿を執筆してきました。

統合失調症の病因・病態にはまだまだわかっていないことがたくさんある上に、「統合失調症の人」という実体があるわけではなく、その人その人で異なります。先程述べたように、あくまで「〇〇さんは統合失調症をもっている」ということです。また、「統合失調症をもった〇〇さん」も固定的な実体ではなく、その人の今の状態は、その時点までの経験、接する人との関係性、疲れているかとか、眠れていないとか、嫌なことがあったとか、数え切れない要因によって、瞬間瞬間に変容していきます。

このため、統合失調症をもった人との接し方について、予断や先入観をもち過ぎず、五感と想像力を十分に働かせて、その瞬間の「〇〇さん」全体そのものに向き合っていきたいと考えています。それと同時に、接する側だけで考えたり決めつけたりするのではなく、その人が安心してありのままを話せるような関係性や環境の下で、時間をかけて対話を重ね、「今、ここ」でのその人の実像にたえず近づく努力を続けていきたいと思えます。これは統合失調症だけでなく、あらゆる精神疾患、あらゆる疾患や障害をもつ人について言えることですし、そもそも疾患や障害をもつ人だけでなくあらゆる人間関係において言えることだと思います。こうしたことを実践していくことが、統合失調症をもった人が少しでも安心できる社会につながると同時に、誰もが安心できる社会や関係性、コミュニケーションにつながるのではないかと考えています。

## 文 献

- 1) 村井俊哉：統合失調症，岩波書店，東京，2019。
- 2) Larkings JS, Brown PM : Do biogenetic causal beliefs

- reduce mental illness stigma in people with mental illness and in mental health professionals? A systematic review. *Int J Ment Health Nurs* 2018 ; 27 : 928-941.
- 3) Walsh DAB, Foster JLH : A call to action. A critical review of mental health related anti-stigma campaigns. *Front Public Health* 2021 ; 8 : 569539.
  - 4) Michalska da Rocha B, Rhodes S, Vasilopoulou E, et al : Loneliness in psychosis : A meta-analytical review. *Schizophr Bull* 2018 ; 44 : 114-125.
  - 5) Eads R, Lee MY, Liu C, et al : The power of perception : lived experiences with diagnostic labeling in mental health recovery without ongoing medication use. *Psychiatric Quarterly* 2020. (Epub ahead of print)
  - 6) Clement S, Schauman O, Graham T, et al: What is the impact of mental health-related stigma on help-seeking? A systematic review of quantitative and qualitative studies. *Psychol Med* 2015 ; 45 : 11-27.
  - 7) Corrigan PW, Druss BG, Perlick DA : The impact of mental illness stigma on seeking and participating in mental health care. *Psychol Sci Public Interest* 2014 ; 15 : 37-70.
  - 8) Thornicroft G, Brohan E, Rose D, et al: Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia : a cross-sectional survey. *Lancet* 2009 ; 373 : 408-415.
  - 9) Li X-H, Zhang T-M, Yau YY, et al : Peer-to-peer contact, social support and self-stigma among people with severe mental illness in Hong Kong. *Int J Soc Psychiatry* 2020 Oct 16 : 20764020966009.
  - 10) Tsang HWH, Ching SC, Tang KH, et al : Therapeutic intervention for internalized stigma of severe mental illness : A systematic review and meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2016 ; 173 : 45-53.
  - 11) 笠井清登：統合失調症の理解・支援に関する現状と課題。統合失調症(講座 精神疾患の臨床, 笠井清登編集), 中山書店, 東京, 2020 ; pp.2-7.

## 特集

## 統合失調症 あなたはどう答えますか？

## 3. 精神科医が市民に聞かれたら編

## 2) 学会では何を目標しているのですか？

## —学会の役割—

Kanehara Akiko  
金原 明子<sup>1)</sup>Kanata Sho  
金田 渉<sup>2)</sup>Nakano Akio  
中野 彰夫<sup>3)</sup>Kasai Kiyoto  
笠井 清登<sup>1)</sup><sup>1)</sup>東京大学医学部附属病院精神神経科 <sup>2)</sup> 帝京大学医学部精神神経科学講座 <sup>3)</sup> 有限会社カンファー●●●  
Q. この文章にはどんなことが書かれていますか？

学会のことを身近に感じている当事者・家族の方は、そう多くはないと筆者たちは感じています。たしかに、やまいをもつ方たちを傍目に、医学研究者たちがいわば「内向きの」活動をしてきた今までの学会のあり方を思えば、それは当然の感覚かもしれません。しかし、医学研究にとって何が大切なのかを誰より知るのは、やまいをもちながら生活をおくる当事者の方、あるいは周囲でケアをする家族の方に違いありません。研究活動を専門家が「独占」する学会から、当事者・家族と共有しつつ発展させていく「民主化」の時代へ。そのような変革が起こりつつあります。ここでは、研究者たちにもまた、みずからのアイデンティティを見つめ直すような主体的な変化が求められています。

●●●  
Q. 学会ってそもそも何をしていますか？

学会は、研究者たちが情報交換をしたり、共同研究を行ったりと、互いに研究を助け合うためのつながりから始まりました。現在の学会は大小様々に組織化されていますが、「研究者たち自身が運営していること」が共通する特徴です。学会の活動は多岐にわたります。学術誌を発行して、研究者(医学の領域では医療従事者たちも含みます)が研究成果を公表・検討したり、お互いの研究を建設的に批評したりします。学術集会を開いて最新の知見を共有したり、知識やスキルを向上さ

せたりする場としても機能します。昨今では、市民の方々・当事者の方々にとって最も信頼でき、わかりやすい情報を発信することも求められるようになっていきます。社会への説明責任を果たすべく、市民向けの講演会を開催したり、専門家集団として公的な意見を表明したりして、社会にはたらきかける機関としての役割も担うということです。

●●●  
Q. 学会は当事者・家族や市民にはあまり関係がないように思います

学会が研究に関わる集団なら、当事者・家族とはそれほど関係ない。そう思われる方も少なくないと思います。しかし今、少なくとも医学に関わる様々な学会や研究者は、当事者・家族の方と協力しながら、医学研究に取り組んでいくことが必要だと考えています<sup>1)</sup>。

## 1. 当事者中心のケアの原則

医学研究の領域では、研究者(主に医師)たちが「何が大切な研究か」を、なかば一方的に定めてきた歴史がありました。当事者・家族の方が医学研究を、やまいからの回復や日ごろの生活と直接には結びつかない、自分たちとは遠い世界の話だという感覚をいだくとしても、それはもっともなことかもしれません。しかし、当たり前前のことですが、そもそも医学研究とは「病気」についての研究です。「何が大切な研究か」を誰より知っているのは、ほかならぬ当事者・家族の方ではないでしょうか<sup>1)</sup>。近年、医療現場では、当事者中心のケア (person centered care) という原則が注目を集めています<sup>2)</sup>。様々な医療サービスから最大限の利益を受け

るべきは、医療を提供する側ではなく、当事者自身であるべきという考え方です。これを学会・研究という文脈に置き換えると、「医学研究においても、当事者・家族の方たちがその成果を実感できることが大切だ」ということになるでしょう。研究者たちにはなかなか知り得ない、生きた経験知が求められるようになってきています。

しかしそうは言っても、自身の体験を表明するのは簡単なことではないと思います。専門用語・技術が飛び交う世界で声をあげようとするとき、研究者から「的外れだ」「わかっていない」と言われるのではないかと足踏みをする気持ちもあるでしょう。しかしながら、当事者中心の研究がより促進されるためには、研究者と当事者がより活発に意見を交わしながら、公平な見地に立ちながら、学術的な専門知と当事者の経験やニーズの両者に基づいた体制をつくりあげていくことが重要です<sup>3)</sup>。

## 2. 研究者と当事者による共同創造に向けて

実際に、学会が運営や情報発信のやり方を見直す中で、当事者・家族の方たちが学会活動に参加する事例も増えてきています。例えば日本統合失調症学会は、「研究者が学問を発展させる学会」と「当事者や支援者に貢献できる学会」の両立を目指していくべく、当事者の方に学会に参加していただけることが必須であると考へ、様々な取り組みを行ってきました。2013年には、当事者研究発祥の地である北海島浦河町で大会を開催しました(第8回日本統合失調症学会学術集会)。2016年開催の第11回大会(群馬)で、会長講演のタイトルを「統合失調症学会のリカバリー」と題し、シンポジウムのテーマに当事者や支援者のニーズと関連する内容を取りあげ、演者として当事者や支援者にもご登壇いただき、研究者と当事者や支援者が同じ会場で共同創造(co-production)できることを目指しました。2022年開催予定の第16回大会(東京)では、その準備として、大会のコンセプトや内容を検討する大会アドバイザーボードに当事者・家族が加わっていただいています。当事者・家族・ケアラーの方も正会員として入会していただけるようにしました。今後も、当事者の方が学会や学術集会に参画しやすいように学会運営のあり方を検討し続けたいと思います。国外でもこのような流れはもちろん盛んです。国際早期精神病学会(Early Intervention in Mental Health: IEPA) Conferenceでは、学会自体への当事者・家族の参加が歓迎され、当事者・家族とのパートナーシップによる共同シンポジウムが

設けられています<sup>4)</sup>。統合失調症にも関わりの深い、22q11.2欠失症候群という症候群がありますが、国際22q11.2会議(International 22q11.2 Meeting)という学術集会ではFamily Meetingの日程が設けられています<sup>5)</sup>。

## Q. わたしたちは、具体的にはどのように研究活動に参加できますか？

医学研究への参加というと、読者の皆さんがまず思い浮かべるのは臨床研究(人を対象として行われる医学系研究)への参加ではないでしょうか。新たな治療薬や治療方法の効果を検討するための研究(治験)など、様々な医学データを得る研究に、その研究対象として参加することです。実はこのような参加は、医学研究において皆さんが果たしうる役割のごく一部です。研究の様々な段階に、より幅広いかたちで研究に参加していただくことが可能です。

### 1. ジェームズ・リンド同盟の活動

まずは1つ、やまいの当事者の方や、そのご家族たちが医学研究に参加することで大きな変革がもたらされた、英国のエピソードを紹介させてください。2007年から2011年にかけて、英国の公的機関であるジェームズ・リンド同盟(James Lindo Alliance)は、統合失調症の治療に関する未解明課題のうち、どれが重要なか話し合い「統合失調症研究10の優先課題」を発表しました。ここで画期的だったのは、この4年間にわたる合議のプロセスには、医師だけでなく当事者や家族・ケアラーも加わり、様々な立場から意見が提出されたことです。結果として、10の優先課題には当事者の生活実感から提示されたテーマが多く含まれていました。例えば「再発の初期サインにいち早く気付くには、どのようなトレーニングが有効なのか?」「向精神薬の副作用として生じる性機能の障害には、どう対応するのが良いのか?」という課題です。10の優先課題が発表された翌年、これらの研究テーマをかかげた研究計画の多くが米国国立衛生研究所(National Institutes of Health: NIH)に採択され、資金供出を受けることになりました。この一連の出来事は、世界でもっとも影響力の大きい学術誌の1つであるネイチャー誌(Nature)において「研究の民主化」と高く評価されました<sup>6,7)</sup>。「民主化」という表現の中には、学術的な重要さの決定権を、研究者がなかば「独占」してきたことへの反省が込められている点も、見逃されるべきではない

でしょう。

## 2. 当事者・市民参画の流れ

ジェームズ・リンド同盟の活動にみるように、当事者や市民が、研究対象という立場を超えて、より主体的に研究に加わることを、当事者・市民参画(Patient Public Involvement : PPI)といいます<sup>8)</sup>。PPIにおいて当事者や市民の皆さんは、生活者としての思いや経験知を提供し、研究者と対等なパートナーシップを築きながら、研究計画や実践のあらゆる段階に関わります。先に見た研究の民主化の例のように、研究者の視点では見過ごされがちな、生活実感を反映した重要テーマが選定されるようになります。研究協力者が実際に負担が少なく回答しやすい質問や、測定・面接スケジュールを提案することができます。研究の成果を、当事者や市民が理解しやすいかたちで発信して、社会に普及させられるようになります<sup>9)</sup>。

研究成果の発表の主要な場である学術誌や学術集会でも、当事者・市民参画を求める声が大きくなってきています。一例を挙げると、代表的な医学学術誌である英国医学誌(British Medical Journal : BMJ)は、投稿される論文の中に、「当事者・市民はいつ、どのようにして研究に参加したのか？」など、当事者・市民参画について記載することを必須化する声明を出しています<sup>10)</sup>。当事者の方が研究者としてみずからの体験を研究発表するところみもあります。Refocus on Recovery (リカバリー(回復)を見直そう)という英国の学術集会では、当事者が実施主体である研究についての成果発表が行われています<sup>11)</sup>。

## ●●● Q. 学会のこれまでと現在はわかりましたが、これからの学会はどうなっていくのか？

ここまでお答えしてきたように、学会・研究活動のあり方には「民主化」というキーワードに象徴されるような、大きな変化が生じつつあります。この変化は、統合失調症あるいは精神医学に限ったものではなく、医学の様々な分野で生じています。

### 1. 様々な診療支援ツールの作成と共同意思決定を目指すところみ

例えば、先程も紹介した当事者中心のケアや当事者・市民参画などの鍵概念は、本邦においてはがんについての医療現場/研究領域から広まってきました。がんをわずらう当事者やその家族たちが、自身の意向を十分

に尊重されながら治療方法が選択できるために、コミュニケーション促進ツールの作成など様々な活動が実践されてきました<sup>12)</sup>。統合失調症の領域でも、患者さんと医療者とのより良い関係のための診療支援ツールである、「質問促進パンフレット」が作成・公開されています<sup>13)</sup>。これをスマートフォン用のアプリケーションとして再構成した「診察サブリ」では、匿名で投稿し合った質問を、他のアプリ使用者と共有したり保存したりすることも可能です(Android版・iOS版ともに無料ダウンロード可能)。医学研究はこれまでも常に、医療現場で生じた医療従事者・研究者の疑問や気づきが原点になっていましたが、そこに当事者の視点が加わることで、より発展することが期待されています。

ここまで繰り返し述べてきたように、当事者と専門家がともに意思決定をしていくことを共同意思決定(shared decision making : SDM)と呼びます。まさにいま起こりつつあるこの大きな試みが、社会に根付き様々な医療サービスの現実に実装されるようにすることも、これからの学会/研究に課せられた役割の1つと言えるでしょう。例えば近年では、共同意思決定を目指すための先駆的なところみとして、統合失調症の治療・研究を共同創造していくためのガイドラインが公表されています<sup>14)</sup>。医学研究に携わる研究者は、可能なかぎり当事者や家族と対話をしながら研究を実施することが求められます。疾患の本態解明は常に中心的なニーズであること、これからの質の高い医学研究のためには、やまいの経験をもつ当事者の方の協力が欠かせないこと、両者は決して矛盾するものではないでしょう。

### 2. 研究者側の変化

最後に1つ付け加えるならば、筆者たちはここまでの回答に2点、不足している視点があると考えています。1点目は「研究者側の変化」という視点です<sup>14)</sup>。ここまでの回答は「当事者の人たちが主体的に参加することばかりを求めてきましたが、医学研究における当事者・市民参画を進めていくには、研究者側の視点・認識のアップデートが必要です。その視点とは、当事者の抱える生活や人生の困難もまた当事者からみた研究成果であるということです<sup>15-17)</sup>。日本の社会・文化・制度の影響を受けている当事者の個別の体験・個別の事実こそが研究成果であり、それらの方々から学ばせていただくという姿勢が重要であると考えます。また、共同意思決定(SDM)の理念に則るならば、「研究者や

医療従事者たちがどのように変化できるか?」という視点も同様に必要なはずで、協力し合う二者のうち、一方だけが変化する関係は、無意識のうちに従来の権力勾配を踏襲したものになりかねません。「リカバリーカレッジの10年史」に寄せられたピア講師(当事者としての支援者)の体験談によれば、当事者と専門家が役割やラベルを気にせず意見を出し合う中で、専門家のもつ見方もまた「リカバリー」に向けて変化していくと語られています<sup>18)</sup>。研究者らもまた、自らのいとなみを見直して価値観や実践をアップデートすることが求められているのです<sup>19, 20)</sup>。

### 3. 研究分野ごとに患者市民参画できる部分を模索

2点目は、研究分野により患者市民参画の程度を検討していく必要があるという視点です。人を対象として行われる医学系研究である臨床研究では、支援方法の開発など、その目的・方法・結果・いまを生きる当事者への臨床的な意義がイメージしやすく、共同創造や患者市民参画がしやすい研究分野であると考えられます。一方で、すぐには当事者の利益に直結しないものの、病態解明や抜本的な治療に結びつく可能性を秘める基礎的研究は、その研究の全工程における共同創造には困難が伴いますが、研究の目指す方向性自体は当事者・家族からも切望されている研究分野です。基礎的研究も出発点は当事者の切実なニーズであり、研究成果における臨床応用の可能性についても当事者と共有していく必要があると考えます。患者市民参画は相談型・協力型・当事者主導型の3つのアプローチを許容しており、研究のすべての段階で共同を課すものではないので、専門家が当事者に切実なニーズを伝えることや研究者が当事者に研究成果の説明の仕方に関する意見を求める「相談型」の患者市民参画は可能ではないかと考えています。このような観点を取り入れ、日本統合失調症学会では、当事者・ご家族・ケアラーのニーズに基づく研究の推進を目指す観点から、学術賞の応募フォームに「当事者・ご家族・ケアラー・一般向けの研究説明」記入欄を設け、その研究が統合失調症の治療にいつ頃どのように還元できる見通しであるのかを、一般の方にわかりやすく伝える工夫も、評価の対象としています。このように、一見、共同が困難であると考えられるが、当事者の切実なニーズや希望に基づく基礎的研究などについても、患者市民参画できる部分を模索していく必要があると考えます。

## Q. この文章が言いたかったことをまとめるとどうということですか?

この原稿では、おそらく当事者・家族の皆さんには馴染みのうすい「学会」をキーワードに、医学研究の世界に生じている変化を紹介してきました。つまり、研究者などの専門家が何が大切な研究かを一方的・独占的に決めるあり方から、当事者・家族の方たちと双方向的・民主的に決める、共同意思決定(SDM)への変化です。これは、何が大切な医療サービスであり医学研究なのかを誰より知っているのは、当事者・家族の方たちにはかならないという原則に立ち返ることで生じてきた変化です。とはいえ、当事者・家族の方たちが主体的に当事者・市民参画しやすい環境づくりはその端緒に就いたばかりです。また、当事者・家族の方への要求ばかりではなく、研究者が変容していくことも必要です。

## 文 献

- 1) Slade M : Implementing shared decision making in routine mental health care. *World Psychiatry* 2017 ; 16 : 146-153.
- 2) Légaré F, Thompson-Leduc P : Twelve myths about shared decision making. *Patient Educ Couns* 2014 ; 96 : 281-286.
- 3) Jørgensen R, Zoffmann V, Munk-Jørgensen P, et al : Relationships over time of subjective and objective elements of recovery in persons with schizophrenia. *Psychiatry Res* 2015 ; 228 : 14-19.
- 4) Early intervention clinical/research partnerships with people with lived experience, the 11th international conference on early intervention in mental health. (<https://www.eventbrite.com/e/early-intervention-partnerships-with-people-with-lived-experience-registration-49231357315?ref=ebtn#>) (2021年6月1日参照)
- 5) The 22q11.2 Society. (<https://www.22qsociety.org/meetings/>) (2021年6月1日参照)
- 6) Lloyd K, White J, Chalmers I : Schizophrenia : Patients' research priorities get funded. *Nature* 2012 ; 487 : 432.
- 7) Lloyd K, White J : Democratizing clinical research. *Nature* 2011 ; 474 : 277-278.
- 8) 国立研究開発法人日本医療研究開発機構 : 患者・市民参画(PPI)ガイドブック. 2019年4月. (<https://www.amed.go.jp/ppi/guidebook.html>) (2021年6月1日参照)
- 9) Brett J, Staniszewska S, Mockford C, et al : Mapping the impact of patient and public involvement on

- health and social care research: A systematic review. *Health Expect* 2014 ; 17 : 637-650.
- 10) BMJ : Reporting patient and public involvement in research. ([https://www.bmj.com/sites/default/files/attachments/resources/2018/03/PPI\\_in\\_Research.pdf](https://www.bmj.com/sites/default/files/attachments/resources/2018/03/PPI_in_Research.pdf)) (2021年6月1日参照)
  - 11) Refocus on Recovery 2019. (<https://www.researchintorecovery.com/ronr2019/>) (2021年6月1日参照)
  - 12) 国立がん研究センター東病院精神腫瘍学開発部編集：冊子「重要な面談にのぞまれる患者さんご家族へ」, 国立がん研究センター・がん情報サービス. ([https://ganjoho.jp/public/dia\\_tre/diagnosis/question\\_prompt\\_sheet.html](https://ganjoho.jp/public/dia_tre/diagnosis/question_prompt_sheet.html)) (2021年6月1日参照)
  - 13) 精神科外来における意思決定支援ツール開発・普及委員会:精神科外来での共同意思決定支援ツール「質問促進パンフレット」, 2016. (<https://decisionaid.tokyo/>) (2021年6月1日参照)
  - 14) 福田正人(研究開発代表者)：統合失調症リカバリー支援ガイド—当事者・家族・専門職それぞれの主体的人生のための共同創造(第1.1版), 2020. (<https://psychiatry.dept.med.gunma-u.ac.jp/wordpress/wp-content/uploads/2020/04/shienguide1-1.pdf>) (2021年6月1日参照)
  - 15) 長谷川寿一 監修/笠井清登, 藤井直敬, 福田正人ほか編集：思春期学(V 体験・現実を乗り越えて：第19章 回復とは何か——40年かけて「収まりがついた」私が思うこと(夏苺郁子), 第20章 病の受け入れに対する一般市民の潜在能力と可能性(石井綾華), 第21章「困ったときに人は助け合う」行動の科学——私はケアラーだったのだ！(堀江紀一)), 東京大学出版会, 東京, 2015.
  - 16) 福田正人：精神医学における研究成果の「体现者」, *日生物精医会誌* 2016 : 27 : 59.
  - 17) 笠井清登, 岡ノ谷一夫, 能智正博ほか編集：人生行動科学としての思春期学(V 生活の中で人生行動科学を体験する：第20章 精神障害の子どもの親の立場から(島本禎子), 第21章 医療を必要とする子供の家族の立場から(三ツ井幸子), 第22章 ユースメンタルサポート Colorの活動を通して(田尾有樹子)), 東京大学出版会, 東京, 2020.
  - 18) Perkins R, Meddings S, Williams S, et al : Recovery colleges 10 years on, *ImROC*, 2018. (<https://yaveelc-zwq2ianky1a2ws010-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2018/03/ImROC-Recovery-Colleges-10-Years-On.pdf>) (2021年6月1日参照)/小林伸匡, 大平道子翻訳, 近藤伸介, 熊倉陽介監訳：リカバリーカレッジの10年, 2018. (<https://sudachikai.eco.to/PDF/Recoverycolleges10yearsOn.pdf>) (2021年6月1日参照)
  - 19) Epstein RM, Street RL Jr : The values and value of patient-centered care. *Ann Fam Med* 2011 ; 9 : 100-103.
  - 20) Kasai K, Ando S, Kanehara A, et al : Strengthening community mental health services in Japan. *Lancet Psychiatry* 2017 ; 4 : 268-270.