

図9 病床の機能分化のイメージ

①②③は、病棟・ユニット単位で分化の促進および評価を進めていく。

（厚生労働省「精神保健医療福祉の改革ビジョン」資料、2004、より）

の治療においては、精神症状が治療困難である事例が多い。このために、薬物療法が重要な役割を果たすものと考えられるが、それと同時に「多職種がかかわった治療」がきわめて有用であることが示されている。

わが国では、入院1年後の残留率が14.1%であるが、他方では、急性期と回復期で比較的人員基準が高い環境下で治療を行っている医療機関では、1年後の残留率5%以下を達成している。年間5万人程度が残留していくものを2万人以下に抑えるためには、現状よりもさらに急性期・回復期治療に特化していくことが必要になる。このためには、医師・看護師・PSWなどの人員を急性期・回復期に移動する必要がある。結果として病床の機能分化を促進する必要がある。

他方、1年以上の長期入院者では、日精協の調査結果が示すように、(A)「精神症状が重度で退院が困難な群（長期重症者群、精神症状が4～6）」、(B)「ADL^{*14}、IADL^{*15}が低下し、さらに、慢性合併症をもち、日常生活に介護を要する群（要介助群、能力障害が4～5）」、さらに、(C)「精神症状・能力障害がともに軽度で看護・介護の密度が少なくすむ群（軽症群、精神症状3以下で、なおかつ能力障害が3以下）」の3群に分けることができる。最近の調査結果では、長期入院者を1～6群に分けているが、(A)約18%、(B)38%、(C)44%が予測される。しかし、この数字で

* 14 ADL (activities of daily living)
日常生活動作。食事摂取、移動、排泄など、日常生活を行ううえで必要な基本的動作能力。

* 15 IADL (instrumental activities of daily living)
手段的日常生活動作。掃除をする、電話をかける、金銭を管理する、食事の仕度をするなど、ADLを応用しながら、日常生活の活動を拡げる能力。

1. わが国の精神科医療とその課題

2軸評価による群分け

	精神症状1	精神症状2	精神症状3	精神症状4	精神症状5	精神症状6			
能力障害1	1群		2群	4群					
能力障害2									
能力障害3	2群		3群						
能力障害4	5群						6群		
能力障害5									

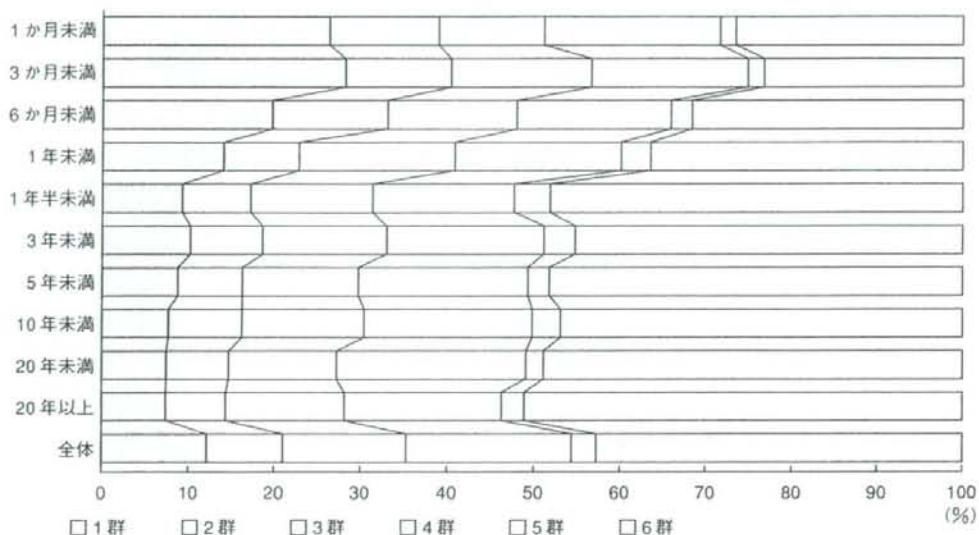


図10 2軸評価による群別にみた入院期間別の割合

(2007〈平成19〉年度厚生労働科学研究「精神病床の利用状況調査」より)

は、長期軽症者群の範囲、長期重症者群の範囲が不明確であり、今後、議論を要するところである(図10)。

退院促進の課題

ケアマネジントを基本とした退院促進

長期入院から地域に移行した人たちは、適切なケアマネジメントが行われ、さらに、居住面・生活支援面で、十分な援助を受ければ、退院当初には混乱しても次第に地域のなかで安定した生活を送ることができる。初期において十分な支援が受けられるように、本人の希望を重視したケアマネジメントが必要である。

スタッフによるきめ細かな支援サービスは、医療機関周辺では高い密度で行うことができるが、離れたところでは十分なサービス提供は困難である。したがって、病院周辺への退院促進が主流とならざるをえない。遠隔地で、保健センターやその他のサービスを利用しながら行うことは困難が伴うのが現状である。現在のわが国の社会復帰は医療機関に依存している場合が少なくない。今後はさらに、地域住民が主体となった地域支援体制の整備が必要になる。

また、回復の過程においては、リカバリーモデル (recovery model, Anthony 1993) を基本として、その人の「wellness」に焦点を当てた対応が求められる。エンパワメントを引き出すようにきめ細かなケアマネジメントが求められる。

居住施設の不足

前述したように、1年以上入院群では、退院後は自宅以外を選ぶ必要がある。単身アパート生活はむしろ、援助的生活を経た後に行うほうが安定的である。援助的生活の主たるものは、ケアホーム、グループホームであるが、障害者自立支援法導入後は、むしろ減少の傾向にある。また、これに付随した生活介護・生活訓練、居宅支援、訪問看護などの枠組みについても各事業者で検討の段階である。今後、十分な量が確保されるように、建築・改修の費用補助などの施策が求められる。

また、精神症状や生活障害の程度が中等度（精神症状3、能力障害3程度）以上の人たちは、いきなりグループホームやケアホームに移行することは困難な場合が多い。この点では、従来の生活訓練施設や福祉ホームは比較的容易に移行が可能であった。グループホーム、ケアホームあるいはアパート生活への移行を促進するために、過渡的に利用できる職員人員基準が高い社会復帰施設（昼夜一体型）が必要であると思われる。

生活支援サービスの充実

障害者自立支援法によって、生活介護、生活訓練、居宅支援サービスなどの枠組みが明確になった。しかし、訪問看護、デイケアなど医療保険サービスの重要性は減るところかますます重要になってきている。

特に訪問看護は、諸外国に比較してそのサービス量は圧倒的に少ない。イギリス等では、多職種で構成している精神障害者地域支援チーム (Community Mental Health Team: CMHT) が果たしている役割は大きい。わが国では保険診療上での評価が低いためにほとんどの医療機関では赤字運営が余儀なくされている。また、採算をとるためには、訪問看護ステーションとした場合には、逆に多職種チームが構成できなくなるなどの矛盾点が指摘されている。

また、精神科デイケアでは、初期のプログラムの充実が必要ではあるが、

I. わが国の精神科医療とその課題

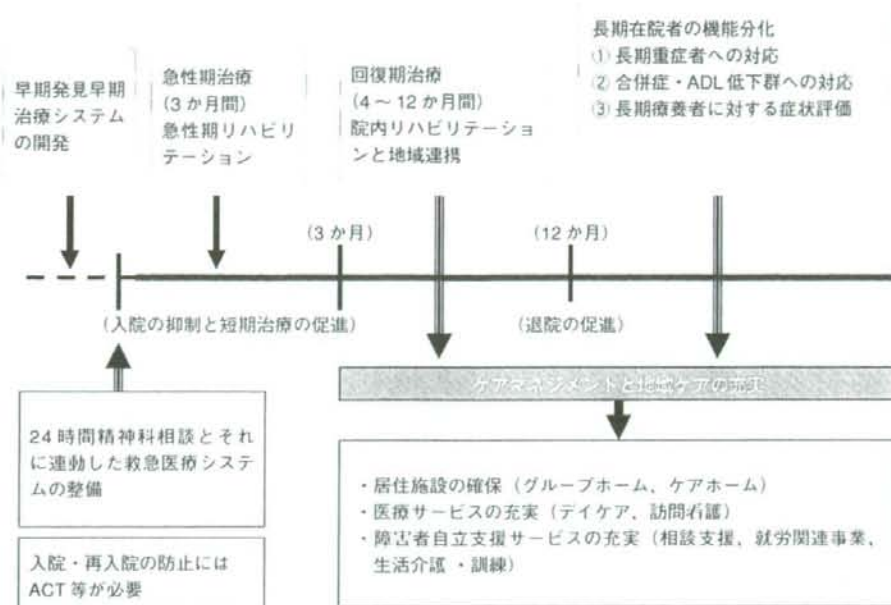


図 11 わが国の精神科医療の現状と課題

ACT: assertive community treatment (包括型地域生活支援)。

同時に長期間にわたって継続的に通所が行われ、その結果安定が図られている事例が少なくないことも考慮されるべきである。

わが国では、精神科病床数が多いことが常に問題としてあげられている。しかし、わが国では健康保険制度が発達しており、この結果、一定水準以上の医療を比較的安価に受けることができる。この結果、精神科病床は社会復帰施設的な機能までももち、さらに、これに打ち勝てるだけの社会復帰施設や居住施設が整備されてこなかった。諸外国では、逆に、必要な精神科医療を安心して受けられるシステムが十分に整備されていないことも指摘されている。わが国では、単に精神科病床の数を比較するのではなく、むしろ、整備された医療施設を利用しながら、どのようにして精神障害者の地域生活を援助するシステムを医療と福祉の連携できめ細かくつくっていくかを検討すべきではないか。現状では、地域生活が可能と思われる精神障害者であっても、地域での居住施設や生活支援サービスが不足しているために、入院生活を余儀なくされている部分があることは確かである。精神障害者が尊厳をもって地域で生活できるように、医療保険面と障害者自立支援サービスの双方が連携しながらサービス内容を高める必要がある。

また入院治療においては、急性期・回復期治療の充実、わが国の精神医療にとっては早急を実現しなければならない施策である。しかし、これを実現するためには、急性期・回復期において医師やコ・メディカルスタッフを充実させる必要がある。前述したように、1年以上の長期入院者には「長期重症者群」「ADL等低下群」が70%以上を占めるために、医療費の削減は困難であるが、長期入院病床の機能分化を進め、同時に医師・看護師・介護者の再配置を進めることで、結果として、急性期・回復期治療の充実が実現できるものとする（図11）。

（松原三郎）

引用文献

- 1) 精神保健福祉研究会（監）、我が国の精神保健福祉（精神保健福祉ハンドブック）平成18年度版、東京：太陽美術；2007。
- 2) 大島 巖、長期入院精神障害者の退院可能性と、退院に必要な社会資源およびその数の推計—全国の精神科医療施設4万床を対象とした調査から、精神経誌1991;93(7):582-602。
- 3) 黒田研二、長期入院患者の退院可能性とリハビリテーションニーズに関する調査—調査結果の速報、精神経誌1999;101(9):762-776。
- 4) 日本精神科病院協会、精神障害者社会復帰サービスニーズ等調査事業報告書、2003。
- 5) 日本精神科病院協会、平成14年マスタープラン調査データ集、2003。

1. 精神科プライマリ・ケアの 必要性と役割

近年、心の問題が社会的に取り上げられ、精神科受診患者も急増している。ところが、この10年間における自殺者数は3万人以上で推移し、この自殺者の多くがうつ病をはじめとする精神疾患に罹患しており、適切な精神科受診がなされていない可能性がある。また、精神科診療の対象となる者は小児から高齢者、また短期の医療で回復する場合から長期の医療を要する場合、そして外来のみで終結する場合から入院治療を必須とする場合など、さまざまな診療技法とも相まって精神科診療は多彩である。このような多彩な精神科診療を適切に受療するには、入口となる専門家が必要となる。

日本プライマリ・ケア学会*1は基本概念として「患者が最初に接する医療の段階」であること、そして理念として、Accessibility（近接性）、Comprehensiveness（包括性）、Coordination（協調性）、Continuity（継続性）、Accountability（責任性）を掲げている。複雑化した精神医療においてもこの概念や理念に当てはまる診療を行う専門家が必須であろう。ここではそれを精神科プライマリ・ケアと呼び、その必要性や適合性について検討した。

*1
<http://www.primary-care.or.jp/>

はじめに

精神科での治療の対象は小児から高齢者、また社会生活への不適応から意識障害に基づく精神行動の問題、自ら行動を起こせない昏迷状態から過活動・興奮状態、病識があり治療意欲がある人から病識がなく治療への同意が取りがたく医療および保護の必要性から患者の意志に反した行動制限を課すことがある患者、類似の症状にもかかわらず器質的検査で異常がない疾患から器質的変化に基づく疾患、そして長期の治療を要する患者やリハビリテーションを要する患者などさまざまである。また、精神障害者は差別の対象となることもある。さらに薬物療法も精神療法も発展がみられ、従来では治療困難であった病態も改善させられることが増えてきている。施設においても市中の精神科診療所から単科精神科病院、総合病院精神科と複数の形態があり、病棟においても開放病棟、閉鎖病棟、別の視点では精神科救急病棟から急性期病棟、療養病棟、身体合併症治療病棟など多様である。さらに、コ・メディカルにも精神保健福祉士、心理士、精神科作

業療法士と精神医療に比較的特化した専門職が存在し、多職種による共同した診療やリハビリテーションが行われる。

このように病態、診断法、治療方法や治療形態がさまざまであり、それぞれに高い専門性が求められる精神科医療に、精神科的問題を抱えた人どのようにアプローチすればよいのか、精神科受診が社会である程度認知されてきたとしても、他科の医師も含めて、多くの人たちはこのような多様性についての知識はない。また、精神疾患には慢性の経過をたどる患者も多く、社会生活に影響を与えることなく医療が継続でき、患者一人ひとりが生活状況に合った適切なアドバイスを受けられる体制や、地域社会で精神保健の中心となる医師が必要である。したがって、精神医療への入口として、また地域の精神保健活動の中心として、精神医療福祉に対して深い見識を要する精神科医の存在が重要である。

プライマリ・ケアの基本概念について日本プライマリ・ケア学会は、「国民の健康や福祉に関わるあらゆる問題を、総合的に解決して行おうとする、地域での実践活動のこと」とし、「国民のあらゆる健康、疾病に対し、総合的・継続的に、そして全人的に対応する地域の政策と機能」と考えている。そしてその医療における位置づけとしては、「患者が最初に接する医療の段階」で、それが身近に容易に得られ、適切に診断処置され、また以後の療養の方向について正確な指導が与えられることを重視するものであり、それを提供するために訓練された一般医・家庭医（プライマリ・ケア医）がその任にあたるものとしている。そしてこれらを実践するにあたり、5つの理念を掲げている（表1）。すなわち、I. Accessibility（近接性）、II. Comprehensiveness（包括性）、III. Coordination（協調性）、IV. Continuity（継続性）、V. Accountability（責任性）である。近接性とは患者が医療に接するのに地理的にも経済的、時間的、精神的にもアクセスしやすいということである。包括性とはまさに疾病からみると予防から治療、リハビリテーションまでを手がけ、しかも全人的医療を提供し、また common disease を中心とした全科の医療を提供するとともに、小児から老人にまで医療を提供することを意味している。一方、医療をプライマリ・ケア医一人で提供するのではなく、協調性をもって医療に当たる、すなわち、専門医との密接な関係を保ち、チーム・メンバーや住民と協調して、社会的医療資源を活用するものである。また、プライマリ・ケア医は患者に対して「ゆりかごから墓場まで」、病気のときも健康なときも継続的にかかわり、病気のときは外来-病棟-外来へ途切れることのない医療を提供する（継続性）。さらに医療内容の監査システムや生涯教育、患者への十分な説明に対して責任を負う者としている（責任性）。

本書では精神科プライマリ・ケアおよび精神科プライマリ・ケア医という言葉を使用している。ここでは、特に上記に掲げられる I～IV のようなプライマリ・ケアおよびプライマリ・ケア医という概念や理念が精神科

表1 プライマリ・ケアの5つの理念

I. Accessibility (近接性)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 地理的 2. 経済的 3. 時間的 4. 精神的
II. Comprehensiveness (包括性)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 予防から治療, リハビリテーションまで 2. 全人的医療 3. common disease を中心とした全科的医療 4. 小児から老人まで
III. Coordination (協調性)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 専門医との密接な関係 2. チーム・メンバーとの協調 3. patient request approach (住民との協調) 4. 社会的医療資源の活用
IV. Continuity (継続性)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 「ゆりかごから墓場まで」 2. 病気のときも健康なときも 3. 病気のときは外来-病棟-外来へと継続的に
V. Accountability (責任性)	<ol style="list-style-type: none"> 1. 医療内容の監査システム 2. 生涯教育 3. 患者への十分な説明

(日本プライマリ・ケア学会)

領域に特化して応用することが適切かどうか, または有用かどうかについて考察する。

精神科受診患者の増加と「近接性」

近年, 精神科外来受診者数が急増している(図1)。たとえば, 通院患者数は1999年が170.0万人, 2002年が223.9万人, 2005年が268.6万人と年々増加していると推定されており, このことは精神障害者通院医療費公費負担制度の利用者数についての報告でも, 制度創設時(1966年)には約3万人であったものが, 1999年には63万人, 2003年には約76万人と急増している状況からも理解できる。この理由の一つには社会の変化に伴い精神的問題を抱える人の数が増えていることが考えられる。また, 芸能人がうつ病体験を出版したり, マスコミで公表したりすることにより, 精神科への敷居が低下していることも考えられる。そして, 従来は受診していなかった人たちが受診するようになってきていることは想像にたたくない。

一方, 厚生労働省が発表した人口動態統計(概数)によると, 10年連続で自殺者数は3万人を超えている。そして自殺前に精神科以外の医療機関を受診していた人たちが多く, しかもこれら自殺にはうつ病などの精神疾患が関係していると考えられている。このことから適切な診療が提供されていなかった可能性が推測される。三木¹⁾によれば, うつ症状を呈する患者で精神科や心療内科を受診する割合はわずか10%であり, その他の

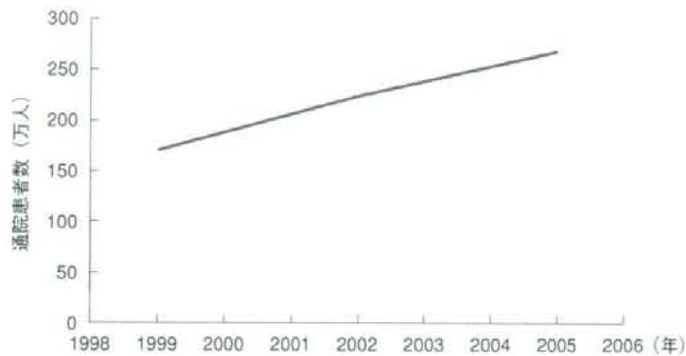


図1 精神科通院患者数推移

表2 国際疾病分類第10版 (ICD-10) 精神および行動の障害

- F0 症状性を含む器質性精神障害 (F00-F09)
- F1 精神作用物質使用による精神および行動の障害 (F10-F19)
- F2 統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害 (F20-F29)
- F3 気分 (感情) 障害 (F30-F39)
- F4 神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害 (F40-F48)
- F5 生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群 (F50-F59)
- F6 成人のパーソナリティおよび行動の障害 (F60-F69)
- F7 精神遅滞 [知的障害] (F70-F79)
- F8 心理的発達障害 (F80-F89)
- F9 小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害 (F90-F98) および特定不能の精神障害 (F99)
- *G4 挿間性および発作性障害 (G40-G47)

(融 道男, ほか(監訳), ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン, 1993²⁾)

人たちは内科や婦人科、脳外科などを受診している。ところで2005年の厚生労働省の発表では、精神科診療所は5,144か所、神経科は2,839か所、心療内科は3,092か所と診療所は多く存在するようになった。このような市中の診療所の増加はプライマリ・ケア学会が掲げる「近接性」という視点では地理的、経済的、時間的な点は満たしてきているだろう。しかしながら、精神的な「近接性」の不足が長期にわたる多数の自殺者数に至っている原因の一つかもしれない。一般市民や身体科への精神疾患についてのさらなる啓発が必要であることが示唆され、地域精神保健活動などはすでに行われているが、さらに「協調性」を高めることも必要と思われる。

精神科診療の多様性

国際疾病分類第10版 (ICD-10)²⁾ では、精神科がかかわる可能性のある疾病である「精神および行動の障害」の中分類でF0からF9と10に分類され、さらにG4のてんかんやナルコレプシーなどの睡眠障害も診療の対象として加わる (表2)。さらに、たとえば近年増加しているといわれ

表3 気分(感情)障害 (F30-F39) (ICD-10)

F30	躁病エピソード
F30.0	軽躁病
F30.1	精神病症状を伴わない躁病
F30.2	精神病症状を伴う躁病
F30.8	他の躁病エピソード
F30.9	躁病エピソード、特定不能のもの
F31	双極性感情障害 [躁うつ病]
F31.0	双極性感情障害、現在軽躁病エピソード
F31.1	双極性感情障害、現在精神病症状を伴わない躁病エピソード
F31.2	双極性感情障害、現在精神病症状を伴う躁病エピソード
F31.3	双極性感情障害、現在軽症あるいは中等うつ病エピソード
F31.4	双極性感情障害、現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード
F31.5	双極性感情障害、現在精神病症状を伴う重症うつ病エピソード
F31.6	双極性感情障害、現在混合性エピソード
F31.7	双極性感情障害、現在寛解状態にあるもの
F31.8	他の双極性感情障害
F31.9	双極性感情障害、特定不能のもの
F32	うつ病エピソード
F32.0	軽症うつ病エピソード
F32.1	中等症うつ病エピソード
F32.2	精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード
F32.3	精神病症状を伴う重症うつ病エピソード
F32.8	他のうつ病エピソード
F32.9	うつ病エピソード、特定不能のもの
F33	反復性うつ病性障害
F33.0	反復性うつ病性障害、現在軽症エピソード
F33.1	反復性うつ病性障害、現在中等症エピソード
F33.2	反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴わない重症エピソード
F33.3	反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード
F33.4	反復性うつ病性障害、現在寛解状態にあるもの
F33.8	他の反復性うつ病性障害
F33.9	反復性うつ病性障害、特定不能のもの
F34	持続性気分(感情)障害
F34.0	気分循環症 (cyclothymia)
F34.1	気分変調症 (dysthymia)
F34.8	他の持続性気分(感情)障害
F34.9	持続性気分(感情)障害、特定不能のもの
F38	他の気分(感情)障害
F38.0	他の単一 [単発性] 気分(感情)障害
F38.1	他の反復性気分(感情)障害
F38.8	他の特定の気分(感情)障害
F39	特定不能の気分(感情)障害

(融 道男, はかく監訳). ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン, 1993²⁾

る気分障害 (F3) をみると, 小分類 (ICD-10 の3桁) で7つに分かれ, それらの病態は躁病エピソードとうつ病エピソードにみられるようにまったく異なるものが含まれ, さらにそれらは軽躁病と躁病というような重症度や, 精神病症状を伴わない躁病と伴う躁病というような異質性から分類される (表3). このように精神疾患といってもきわめて多様で, 重症度

表 4 症状性を含む器質性精神障害（抜粋）(ICD-10)

- F01 血管性認知症
- F01.0 急性発症の血管性認知症
 - F01.1 多発梗塞性認知症
 - F01.2 皮質下血管性認知症
 - F01.3 皮質および皮質下混合性血管性認知症
 - F01.8 他の血管性認知症
 - F01.9 血管性認知症、特定不能のもの
- F06 脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他の精神障害
- F06.0 器質性幻覚症
 - F06.1 器質性緊張病性障害
 - F06.2 器質性妄想性（統合失調症様）障害
 - F06.3 器質性気分（感情）障害
 - F06.4 器質性不安障害
 - F06.5 器質性解離性障害
 - F06.6 器質性情緒不安定性（無力性）障害
 - F06.7 軽度認知障害
 - F06.8 脳損傷、脳機能不全および身体疾患による他に特定される精神障害
 - F06.9 脳損傷、脳機能不全および身体疾患による特定不能の精神障害
- F07 脳疾患、脳損傷および脳機能不全によるパーソナリティおよび行動の障害
- F07.0 器質性パーソナリティ障害
 - F07.1 脳炎後症候群
 - F07.2 脳震盪後症候群
 - F07.8 脳疾患、脳損傷および脳機能不全による他の器質性のパーソナリティおよび行動の障害
 - F07.9 脳疾患、脳損傷および脳機能不全による特定不能の器質性のパーソナリティおよび行動の障害

（融 道男，ほか〔監訳〕，ICD-10 精神および行動の障害：臨床記述と診断ガイドライン，1993²¹）

も異なり，それらへの治療方法や必要とされる治療環境なども異なることから，精神疾患の診療にはさまざまなアプローチが必要となる。

補助診断法（脳波，画像，他身体疾患）

精神疾患では症状としては抑うつ状態や幻覚妄想状態であっても，疾患としては異なることが多い。そしてなかには身体疾患や脳器質性疾患に伴うもので，適切な身体疾患の検索と治療を要することもある。たとえば，ICD-10において直接的な脳の器質的な障害に基づく精神障害だけでも表4に示すような鑑別を要する。したがって，これらの疾患の診断には脳波検査や頭部X線CTをはじめとした画像診断などの補助診断が必要であり，また身体科による治療を主体としなければならない。しかしながら，多くの精神科診療所ではこれらの医療機器を有しておらず，検査や診療のために他科の専門医または総合病院を紹介することが必要となる。

治療法および治療形態の多様性とリハビリテーション

●治療法

精神科疾患の治療は大別すると薬物療法と精神療法，物理的療法に分類される。そしていずれも年々進歩しているといえるであろう。薬物療法に

表5 精神科診療形態と機能分化

診療所	プライマリ・ケア 専門診療
精神科病院	精神科救急 精神科急性期 精神科療養病棟 心神喪失者等医療観察法の指定医療機関 アルコール・薬物依存症専門 児童思春期精神科病棟 老年期精神医療病棟 うつ病やストレス関連障害
総合病院精神科	症状、器質性精神障害の診断と治療 身体合併症治療 リエゾン・コンサルテーション 精神科救急

においては統合失調症の治療薬の中心である抗精神病薬に新しい非定型抗精神病薬が次々に上市され、うつ病や不安障害の治療にも選択的セロトニン再取り込み阻害薬やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬が上市されてきている。これらは従来の薬物に比べ、深刻な有害作用が少なく、またたとえば統合失調症の陰性症状に対する効果など従来薬では期待されなかった作用を有している。精神療法においても、たとえば不安障害やうつ病、統合失調症に対する認知療法や行動療法が有用であることが示され、わが国でも活用されてきている。さらに電気けいれん療法（electroconvulsive therapy: ECT）においても全身麻酔下における無けいれん電気ショック療法が広がり、また、従来のサイン波治療器とは異なる短パルス矩形波治療器が導入され、安全性が上昇した。このような新しい薬物、精神療法、ECTの導入により、精神障害への治療は改善してきている。

●診療形態

精神疾患の診療形態としては、大きく分けて外来のみの診療を行う診療所（クリニック）、入院施設を有する精神科病院、総合病院精神科の3種類がある（表5）。

診療所は街中にあることが多く、患者の生活圏にあるため、通院に便利で、また気軽に受診しやすいという特徴がある。そのため診療所は比較的軽症の精神症状を有する人たちが受診すると思われる。一方で近年の長期入院患者の地域移行にも代表されるように、統合失調症などで従来は長期入院していた患者を地域でケアする地域精神医療システムの構築が必要となっている。デイケアやナイトケア、ショートケアを併設する診療所も増えてきていると思われる。

精神科病院は入院施設も備えており、さまざまな症状、重症度の患者に対応できるものが多い。多くは閉鎖病棟と開放病棟を有し、医療および保護を要する精神症状にもかかわらず本人の同意が得られないような状態の

患者、または自傷他害の危険が切迫しているような状態の精神障害者の診療は閉鎖病棟で行われることが多い。

総合病院精神科は外来と病棟を有する形態と外来のみのものがある。便利さや他科との連携が期待されることからさまざまな精神症状を有する患者が受診するとともに、身体合併症のある精神障害者や他科入院中の患者の精神的ケアを行うリエゾン・コンサルテーションが重要な役割としてあげられる。さらに麻酔科医との連携による無けいれん電気ショック療法も総合病院にて行われることが多い。

一方で、精神疾患は慢性疾患であり、精神科救急病棟、急性期病棟、療養病棟などそのステージによって救急からリハビリテーションまでさまざまな診療形態が必要となる。精神科リハビリテーションでは作業療法などが取り組まれている。

さらに、2005年7月から施行されたいわゆる心神喪失者等医療観察法による入院診療を行う指定入院医療機関や外来診療を行う指定通院医療機関といった司法精神医療を担う医療機関もある。神経症圏の診療についてもプログラム化された専門的入院診療が行われ、入院森田療法はこの診療形態のわが国での先駆的な存在であろう。近年では入院による重症神経症圏に対する集中的な認知行動療法が行われることもある。また、疾患や年齢の特殊性から、アルコール・薬物依存症治療専門施設や児童思春期精神医療専門施設、神経症圏治療専門施設が設けられている。

「最初に接する精神医療の段階」と「協調性」「包括性」

以上のように精神科診療は診断、重症度、治療およびケアシステムにおいてきわめて多様である。このような多様な診療体系に一人の精神科の問題を抱えた人が適切な診療を受けていくには、「最初に接する精神医療の段階」がきわめて重要となるであろう。そして他科または他の診療形態である精神科医療施設との「協調」は患者に適切な診療を提供するのにきわめて重要となる。

この「最初に接する精神医療の段階」はいわゆるプライマリ・ケアと救急であろう（図2）。近年、精神科救急の重要性は認知され、地域の精神科救急システムの構築が行政も含め進められてきている。一方で、精神科におけるプライマリ・ケアという役割を担った専門家の存在が必要であるにもかかわらず、わが国でこの認識は一般化していない。

一方で、精神医療には地域精神保健活動を通じた精神疾患の啓発活動による予防や早期発見への貢献や、精神科疾患のなかの common disease だけでなく、精神障害者の common disease のケアが求められる。そして、精神障害は小児から高齢者までにみられる障害でもあり、包括的な役割を果たすプライマリケア医としての地域の精神科医が必要である。

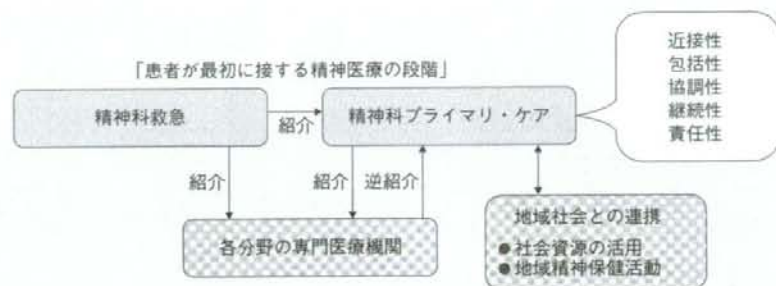


図2 精神科プライマリ・ケアの位置づけ

ところで他科診療においても同様と考えられるが、いわゆる総合病院受診者数は多く、精神科においても総合病院精神科外来受診者数の増加は総合病院精神科医の疲弊を招き、最近大きな問題となっている。総合病院精神科の特徴としては高度な診断機器を有することと他科との連携が便利であることであるが、その機能も果たせない状態となっている。また、単科精神科病院や精神科の特定分野の疾患を専門にして病床を有する病院の外來は、それらの入院治療に深くかかわる精神科疾患の診療が中心となる。したがって、たとえば、適応障害や軽症のうつ病、気分変調症など、精神科的に考えられる「common disease」を診療し、またさまざまな病態や年齢を対象とした地域ケアを提供する「包括性」のある、精神科領域におけるプライマリ・ケア医の浸透が重要であろう。

慢性疾患としての精神疾患と「継続性」

近年増加しているといわれるうつ病は、再発予防のためにも長期に服薬を継続することのメリットが示唆されている³⁾。また、統合失調症の最も重要な再発危険因子は服薬中断といわれており、服薬中断により月に13%再発するとの報告⁴⁾もあり、長期の通院・服薬の重要性が強調されている。これらに代表されるように、再発予防も含めると多くの精神疾患は長期間にわたる治療を要する。実際、精神障害者通院医療費公費負担制度の対象者は、精神障害のために継続的な通院医療を要する者とされ、また、現在病状が改善していても、その状態を維持し、かつ再発を予防するために、なお通院医療を継続する必要がある場合に対象となるとされているが、先にも述べたように利用者数は膨大な数に上り、多くの精神障害者が長期の医療を必要とすることが理解される。症状が激しいときだけでなく、症状が軽減、寛解して地域での生活を送れるような状態になっても、通院医療を長期に要することが多いのである。精神疾患にかかわらず、慢性疾患の治療では高い服薬アドヒアランスが重要であることが報告されて

おり、精神科診療での外来治療の重要性が認識される。

ところで通院患者は、精神科訪問看護やデイケア、作業所など精神保健福祉的サポートを要する人から、社会的に自立している人までさまざまである。精神医療はこのような精神疾患を有する人の地域生活をサポートする必要がある。現在のところ精神科医は精神医学的視点から症状や生活能力を判断して適切な支援プログラムを提供する中心的な役割を担っている。また、診療時間を工夫して、自立している人たちに対しては社会的な活動を妨げないように配慮することも要求されることが多い。

このように精神疾患は長期の経過をたどることも多く、時に入院を要するほどの重症となる場合があり、また入院短期化や長期入院患者の退院促進などから、外来-入院-外来と継続した医療が必要となる。したがって精神科診療では、「継続性」がきわめて重要となる。そして継続するためには、近接性にあげられるような地理的、経済的、時間的な利便性が必要であり、また一人の精神科医、または一つの診療施設にて診療を受けることに基づく、「精神的」な近接性による安心感も必要となる。さらに、精神科診療の機能分化に基づく専門性の広がりからみた精神医療施設・精神科医との、そして身体科疾患の専門医との「協調性」が要求される。精神障害の地域での診療には、心理療法士、精神保健福祉士、保健師などとの連携や、作業所やグループホーム、デイケア施設などの社会医療・福祉資源の活用が重要であり、また地域の人々の理解が必要となり、地域との「協調性」が必須であろう。

精神科プライマリ・ケアを担う人

精神科診療ではそのニーズの高さと多様性から「患者が最初に接する精神医療の段階」の必要性は高く、またそれらは日本プライマリ・ケア学会が提唱している理念にも一致するものである。現在わが国の精神医療において精神科プライマリ・ケアの役割を主に担っているのは市中の精神科診療所と総合病院精神科外来と考えられる。しかし、その設備や他科との連携から総合病院精神科は必ずしも精神科プライマリ・ケアを担うべき立場になく、また病院経営や外来患者数の多さからくる精神科医の疲弊から危機的な状況となっており、いわゆるプライマリ・ケアを多くの市中の診療所が担っているように、精神科診療においても市中の精神科診療所が精神科プライマリ・ケアも主に担っていくものと考えられる。

先に、近接性、包括性、協調性、継続性についてふれたが、精神科プライマリ・ケア医としての責任性についてふれたい。身近な精神科医として、また精神科診療の入口を担う医師として患者への十分な説明に対して責任を負う必要がある。一方で、多くの精神科診療所では一人または少数の精神科医で診療を行っているために、その医療内容についてのチェックや、

多様で流動的な現在の精神医療の変化についていくための精神科医として生涯学習を続けていく責任があろう。

次に精神科領域における common disease とは何か。失恋や身近な問題での、一時的な気分の落ち込みや不安、不眠などは誰にでも起きる可能性があり、精神科プライマリ・ケア医の診療対象となると思われる。病的な気分の落ち込みを伴う「うつ病」とは異なり、ちょっとした風邪に抗生物質を使用しないように、精神科プライマリ・ケア医も抗うつ薬や抗不安薬の使用には慎重であるべきであろう。

本書では精神科プライマリ・ケアを行う、または行おうとする精神科医に身につけておいてほしい精神科診療についてさまざまな視点から取り扱った。地域の精神保健のためにも、また精神障害者への誤解をなくすためにも精神科プライマリ・ケア医の役割は今後ますます大きくなるものと考えられる。

(伊豫雅臣)

引用文献

- 1) 三木 治. プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療. *心身医学* 2002; 42 (9): 585-591.
- 2) WHO. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines. Geneva: WHO; 1992/ 齋 道男, ほか (監訳). ICD-10 精神および行動の障害: 臨床記述と診断ガイドライン. 東京: 医学書院; 1993.
- 3) Schatzberg AF. New paradigm for treating recurrent depression: From symptom control to managing enduring vulnerabilities. *CNS Spectr* 2006 Dec; 11 (12 Suppl 15): 22-27.
- 4) Odegard PS, Capoccia K. Medication taking and diabetes: A systematic review of the literature. *Diabetes Educ* 2007; 33 (6): 1014-1029; discussion 1030-1031.
- 5) Kothawala P, et al. Systematic review and meta-analysis of real-world adherence to drug therapy for osteoporosis. *Mayo Clin Proc* 2007; 82 (12): 1493-1501.

4

統合失調症患者が未治療や治療中断後、入院してきた場合に、リスペリドンで治療開始するかオランザピンにするか迷いますが、この使い分けを教えてください。

答える人 渡邊博幸 伊豫雅臣

千葉大学大学院医学研究院精神医学

ここがPOINT!

- ▶まず、患者の病期、標的症状や予想される副作用、退院後の生活プランなどを把握し、薬物治療の目標を明確にします。
- ▶急性期症状、特に幻覚や妄想などの陽性症状に対しては、有効性はほぼ同等と考えられます。
- ▶生じやすい副作用については両者で大きな違いがあり、この観点から使い分けるのが、今のところ現実的と言えます。
- ▶最近の大規模な臨床研究で、服薬中止率に両者で差があることが示されました。維持期の薬剤選択上で無視できない知見です。
- ▶薬剤の効果が得られないときに、切り替えと増量のどちらを選択するかの判断が両者で異なります。
- ▶また、薬物動態・代謝の振る舞いに違いがあり、高齢者や身体合併症がある人に対しては、より思慮深い選択が必要といえます。

KEY WORDS : リスペリドン/*risperidone*, オランザピン/*olanzapine*, 最大効果近接用量 *NMEDR* /*Near-maximal effective dose range*, CATIE試験/*Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness*

ANSWER

はじめに

リスペリドンとオランザピンは、現代の統合失調症の薬物治療において、中心的な役割を担っています。リスペリドンは、2007年8月現在、錠剤のほか細粒、内用液、口腔内崩壊錠など、多彩な剤形を選ぶことができます。オランザピンも同様に、錠剤、細粒、口腔内崩壊錠の3剤形があります。

従来型抗精神病薬に対しては、同じ非定型（新規）抗精神病薬という名で、一括りにされる両者ですが、その治療効果、生じやすい副作用、薬物動態・代謝などについて、異なる特徴があります。両者の性格をよく理解し、患者の個別の状態や治療目的に合わせて上手に使い分けることが、これからの統合失調症の薬物療法の基本手法となるで

しょう。

I. 薬物治療の目的をはっきりと定めましょう

はじめに、患者の病期を現病歴から速やかに把握しましょう。初発・急性増悪といった急性期なのか、回復期なのか維持期なのか等です。今回の設問では、未治療・治療中断後の入院なので、急性期治療を想定しますが、実際の診療においては、「急性期治療に一番の重きをおくが、回復期、維持期にもある程度の配慮をする」というような重要性の配分をしているはずで

続いて、薬剤選択につながる患者の様々な状態を評価します。①患者の疎通性、治療的接近の可能性（興奮敵意、拒絶など）の把握は、治療手法の選択に不可欠です。すなわち、内服治療が可能なか否かということです。②それと同時に、患

者が何に一番苦しんでいるのか、どのような症状を軽減できそうかという標的症候を見定めます。③続いて、身体的な背景や基礎疾患から、抗精神病薬導入により予想される副作用を見積もります。④さらに入院中の日常生活動作のレベルはどの程度かなど、入院中の生活支援を組む上で有用な情報を把握します。さらに患者が退院後にどのような生活に戻る予定・希望なのかを、当事者を含めた様々な意見からまとめ、薬物治療の組み立てに生かしていきます。日常生活での服薬アドヒアランスの維持も重要な視点です。

以下では、いくつかの評価の観点からリスベリドンとオランザピンの相違を明らかにして、両者の使い分けを考えます。

Ⅱ. リスベリドンとオランザピンの使い分け

1. 標的症候への有効性の観点から

両者とも、様々な二重盲検比較対照試験において、陽性症状、陰性症状、認知の症状、感情症状、攻撃性/敵意といった、5つの症状群それぞれで、第一世代薬（主としてハロペリドール）よりも有効性が高いという結果を得ています。また、これらの試験の結果をまとめた大規模なメタ解析²⁾の結果では、リスベリドン、オランザピンはほぼ同等の有効性（実際はeffect sizeという計算値で表現している）であり、クロザピンに続いて、第2位集団を形成しています³⁾。また、両者の直接比較のメタ解析では、両者に有効性の差がなかったと結論しています³⁾。

上記から考えると、活発な幻聴や妄想などの陽性症状が目立つ急性期に対しては、両者とも第一選択として推奨できる薬剤といえます。

精神運動興奮状態や、拒絶が激しい場合などでは、従来は、ハロペリドールなどの筋肉内注射、静脈注射が選択されていましたが、現在は、何とか服用が可能であれば、内用液や口腔内崩壊錠が推奨されるようになってきました。

リスベリドン内用液は、内服しやすく、錠剤や細粒に比して吸収と血中濃度の上昇が速く、急性期精神症状に対する作用発現が速いと考えられています（リスベリドン1mg未変化体の薬物動態における最高血中濃度到達時間（ T_{max} ）は、錠剤 1.4 ± 0.7 に対し、内用液 1.07 ± 0.35 と短縮しています）。

それに対し、オランザピンは、錠剤でも口腔内崩壊錠でも、薬物動態的な振る舞いに大きな違いはありません。またリスベリドンに比べると効果発現や副作用発現が緩徐であるといえます。しかし、オランザピン口腔内崩壊錠は、かすかな甘みがあり、また崩壊性が高く、口の中に入れると瞬時に溶けてしまい、拒薬や吐き出しが極めて少ないというメリットがあります。リスベリドン内用液は、グレープフルーツのような苦味があり、拒絶が強かったり、疎通が取れないくらい病的体験に左右されている場合は、服薬をしても吐き出しでしまい、確実な投与ができないことがあります。

2. 副作用の観点から見た使い分け

リスベリドンとオランザピンは副作用プロファイルの点で大きな相違があり、このことが両者の薬剤の個性を特徴づけ、薬剤選択に大きな影響を与えます。

リスベリドンは、ドパミンD2受容体への強い親和性と持続性を持っており、ハロペリドールに代表されるブチロフェノン系抗精神病薬同様のD2受容体遮断作用による副作用が生じ得ます。急性ジストニアやアカシジア、パーキンソンニズム、また遅発性ジスキネジアの頻度は、オランザピンに比べて高く、とくに高用量（大体6mg以上）の場合は、抗コリン薬併用を余儀なくされます。また、同じくドパミンD2遮断作用による高プロラクチン血症、続発性無月経、乳汁分泌などのリスクも高いといえます。

これに対して、オランザピンは、体重増加、血糖値上昇、血清総コレステロール値・トリグリセリド値上昇などの代謝障害が、リスベリドンに比べ顕著です³⁾。

特に体重増加は、内服10週間には平均4.15kg（リスベリドンは2.1kg）という統計もあり、注意が必要です¹⁾。また本邦では、2002年に糖尿病性ケトアシドーシスによる死亡例が出たことをきっかけに、糖尿病の既往歴がある場合、オランザピンは禁忌となっており、使用することはできません。高脂血症の既往と家族歴、偏食や清涼飲料水多飲傾向がある患者も、オランザピンを使うのは慎重にすべきです。

本人や家族から、患者背景情報が十分取れないとき、つまり、糖尿病のリスクがはっきりしないときは、リスベリドンが選択しやすいと思います。

しかし、脳器質的疾患の既往、知的障害などがあると、錐体外路症状が強調されやすく、リスベリドンは使いにくくなります。

このように両者には副作用プロファイルに大きな相違があるのですが、完全に白黒分かれているものではありません。リスベリドンは血糖値上昇のリスクはありますし、従来薬に比べれば、体重増加も明確にあります。オランザピンも、錐体外路症状は少ないとはいえ、アカシジアに関しては、比較的高頻度に出現します。

対象患者の特性や希望により、より副作用の少ない薬剤を選択するのは当然ですが、従来薬に比べ起こりやすい副作用があることを理解し、副作用に対するの備えを習慣化しましょう。入院時の迅速血糖測定や初期からの栄養指導を行い、体重増加や血糖値上昇を慎重にモニターすることです。

3. 服薬アドヒアランスと維持期治療の観点から

維持期の治療目標は、服薬アドヒアランスの維持と再燃・再発・再入院の予防です。全米規模で行われたCATIE試験では、18ヵ月という比較的長い期間での服薬中止率という総合的な評価方法を用いて、各薬剤の評価をしています¹⁾。その結果は、18ヵ月服薬継続率として、リスベリドンは26%、オランザピン36%でした。

このことから、維持療法ではオランザピンが優れると結論づけるのは時期尚早です。剤形によってもアドヒアランスは変化するかもしれませんが、長期の副作用について未知のこともあります。データを鵜呑みにせず、今後も広く臨床知見に当たる必要があります。

4. 切り替えを念頭に置いた使い分け

メタ解析の結果から、その薬剤が最大の効果を発揮する処方量が計算されます。それを『最大効果近接用量』と言いますが、リスベリドンは最大効果近接用量が4 mg、オランザピンは>16mgと算定されています²⁾。これは言い換えれば、リスベリドンは4 mg以上を用いても、それ以上の治療効果の上乗せは多くは期待しにくいことを示し、一方オランザピンは16mgを超えて使わないと、薬の持つ最大効果が得られない可能性があることを表しています。

この指標は薬物治療が奏効しない場合、次にどのような治療選択をするかについて、有益な情報を提供します。すなわち、リスベリドンは4 mg使

って反応がなければ、比較的早い段階で他剤への切り替えを試みても良いかもしれません。対してオランザピンは、至適用量を定めるのに時間がかかります。オランザピンの効果が不十分なとき、あきらめて他剤へ切り替えを行うか、増量すべきか、熟慮が必要です。

これらの意思決定の違いは、「どのくらいの期間、患者を入院治療構造の中で抱えていけるのか」ということにも密接に関わっています。すなわち、急性期病棟のように短期間で有効な治療を行い、在院日数をできるだけ少なくしたい場合、見切りが早く迅速な置換ができるリスベリドンが適していそうです。しかし、十分な治療期間が許される環境であれば、オランザピンで陰性症状の改善も踏まえた治療を計画できるといえます。

5. 薬物代謝の違いによる使い分け

未処理体のリスベリドンの半減期は 3.2 ± 1.0 hrと短いのですが、その1次代謝産物の9-ハイドロキシリスベリドンは、 18.2 ± 3.1 hrと長い半減期と未処理体同等の薬理活性を持っています。しかもこの代謝産物は腎臓で排泄されるので、生理的に腎機能が健康成人の1/2程度になる高齢者や腎機能障害のある患者については、活性産物の蓄積が生じ、有害作用が強調されることがあるので注意すべきです。リスベリドンをこのような患者に用いる時は、錐体外路症状のリスクを回避するため、初回投与量を少なくする、増量の仕方も慎重にする必要があります。

それに対して、オランザピンは高齢者や腎・肝機能障害の患者に対して、薬物体内動態に変化がないとされます。しかし、高齢者に元来生じやすい代謝障害のリスクがありますので、患者の基礎疾患に応じて、使い分けるべきでしょう。

まとめ

入院治療の導入をリスベリドンにするかオランザピンにするかは、そのときの患者の病期や症状、身体的背景、治療構造などで異なります。単に薬剤の評価のみを鵜呑みにするのではなく、個々の治療目標を設定して、それを最大限に満たす薬剤を選ぶことがもっとも大切な考え方だと思います。

文献

- 1) Allison, D.B., Mentore, J.L., Heo, M., et al.:

- Antipsychotic-induced weight gain : a comprehensive research synthesis. *Am. J. Psychiatry*, 156 : 1686-1696, 1999.
- 2) Davis, J.M., Chen, N., Glick, LD. : A meta-analysis of the efficacy of second-generation antipsychotics. *Arch. Gen. Psychiatry*, 60 : 553-564, 2003.
- 3) Davis, J.M., Chen, N. : Dose response and dose equivalence of antipsychotics. *J. Clin. Psychopharmacol*, 24 : 192-208, 2004.
- 4) Lieberman, J.A., Stroup, T.S., McEvoy, J.P., et al. : Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia. *N. Engl. J. Med.*, 353 : 1209-1223, 2005.
- 5) Tandon, R., Jibson, M.D. : Efficacy of newer generation antipsychotics in the treatment of schizophrenia. *Psychoneuroendocrinology*, 28 (Suppl. 1) : 9-26, 2003.
- 6) 渡邊博幸, 伊豫雅臣 : 急性期治療の観点からみた統合失調症の合理的な薬物療法. *精神科*, 4 : 148 - 157, 2004.