

■第42回日本社会精神医学会(仙台)：教育講演5

精神医療の気になる課題

宮岡 等

抄録：

大学を定年退職して約4年経ったが、鈴木大会長の勧めで、筆者の退任講義「精神医療・精神医学の気になる課題」から特に若い精神科医に伝えたい部分を述べた。1. 精神科病院の入院患者数がなかなか減少しない理由と対策, 2. 与薬の医療倫理, 3. 精神保健指定医の役割と倫理, 4. Disease mongering, 5. 利益相反(conflict of interest : COI), 6. 精神療法の乱立と評価, 7. 精神医療における evidence-based medicine, である。

筆者が教員時代に最も口にし、自分が主催する学会でも何度かタイトルとしたのは「精神医療の透明化」である。透明化を目標とすれば解決される課題は多いように思う。

日社精医誌 33 : 396-400, 2024

はじめに

大学を定年退職して約4年経った。北里大学在籍時は一般的な精神科医療、精神科医教育、学生教育に加えて、精神科救急、児童精神科、認知症疾患医療センター、アルコール依存や行動嗜癖、治験、精神医療審査会、学会関係では専門医、薬事関係や利益相反の委員会など、広い領域に関わってきた。そんななか、退任後は精神医療をできるだけ外から見たいと考え、以前から関心のあった産業医活動に力を入れている。

本学術大会の前に、北里大学にも勤務歴があり、大学の実情をよく知っている鈴木大会長と話すなかで筆者の退任講義「精神医療・精神医学の気になる課題」で取り上げた問題に、退職後に外から見て新たに考えた課題を加えて、本大会で発表してはどうかという提案をいただいた。そこで本講演では退任講演で取り上げた話題(表1)のなかで、精神医療全体が持つ問題から個々の精神科

医が心がけるべき問題まで、特に気になる点のいくつかを大まかに述べたいと思う。若い精神科医にこういう点は頭に入れておいて欲しいという筆者の願いでもある。

1. 精神科病院の入院患者数

日本における人口あたりの精神病床数、精神病床の平均在院日数は減少、短縮しつつもなお多くの外国諸国に比べて多いことはよく知られている。その主な理由と対策として表2のようなことがあげられることが多い。

これまであまり表立ってメディアや専門誌で取り上げられなかったが気になるのは、日本精神科病院協会の政治団体「日本精神科病院協会政治連盟」の政治献金である。2021年分の収支報告書で報告されている政治活動費は、このような表の見方に自信はないが、51,008,753円である(https://www.soumu.go.jp/senkyo/seiji_s/seijishikin)

表 1 精神医療の気になる課題

1. 精神医療全般
a. 精神科病院の入院患者数
b. 医療倫理
OD 錠, 貼付剤, LAI/隔離・拘束/疾患喧伝/利益相反
c. 厚労省との関係
2. 精神科治療
a. 精神療法の副作用と効果のエビデンス
b. 適応障害という診断の社会への影響
3. 精神科教育
a. 精神医療における evidence-based medicine の効用と限界
b. ガイドラインのあり方
4. 精神医療における透明性の担保

OD 錠：orally disintegrating tablets(口腔内崩壊錠), LAI：long acting injection(持続性注射剤)

表 2 病床数が多く、入院日数が長くなる理由と対策

理 由
・ 社会の偏見, 受け入れにくさ
・ 退院時の経済的生活支援
・ 長期入院の場合：家族の受け入れにくさ
・ 認知症入院の増加
・ 精神科病院の収益性(私立病院が多い)
対 策
・ 訪問看護の活用
・ 退院後の経済的生活支援(障害福祉サービス, 介護保険サービスなど)
・ 精神科病院への行政の補助
・ 社会の偏見をどうなくすか
・ (今後の入院)入院時に治療目標, 退院指標を明確化した インフォームドコンセントや家族への説明

/contents/SS20221125/3187800018.pdf)。他の精神科関連学会(日本精神神経学会, 日本精神科診療所協会, 日本総合病院精神医学会など)はこのような政治献金はないと聞いている。政治献金が政策決定に微妙な影響を及ぼしているのは自明であるし, 精神医療のなかでもかつて政治献金の影響があったのではないかと疑いたくなる行政判断があったように思う。

本当はマスメディアにもっと積極的に動いて欲しいがあまり期待できない状況のなか, 筆者は社会精神医学会にも期待したい。

2. 与薬の医療倫理

2011 年に発売された認知症に対する貼付剤はずいぶん普及してきた。本剤は「介護者の負担を軽減する」, 「投与が簡便」などとしばしば宣伝される。しかし, これは服薬の必要性を十分に理解していない, あるいは服薬を望んでいない患者に服薬させているという面があるかもしれないことを忘れてはならない。

また, 精神症状が著しく, 薬物療法が必要な患者が服用を拒否する場合, 精神医療では家族などへの説明と同意, 法律面の問題を十分に考慮した上で, 薬物を用いて治療に当たる。この場合も,

患者本人の症状が改善した時点で、判断能力が不十分であった時期に薬剤を用いたこととその必要性、今後の治療でも必要なことなどを説明し、改めて本人の同意を得ることが必須である。薬物療法はこれらを前提として成り立っている。

自らの病気に対する判断能力が十分でない患者に対し、十分な同意を得ないまま薬物投与を行うことに関する倫理面の責任は重い。特に、認知症では、回復して薬剤の意義を自ら理解できるようになることは通常ない。そのため、後で説明して同意を得ることはできないことも頭に入れておく必要がある。

もう一点、注意すべきはOD錠(orally disintegrating tablets: 口腔内崩壊錠)、服薬ゼリーの使用である。確かに「飲みやすい薬」ではあるが、「飲ませやすい薬」であるともいえ、患者の同意を得ないで投与されやすい。

医学部の教員を経験して医療倫理に関する教育が乏しいのが気になっている。医療にほとんど接していない医学部1、2年生に講義されている一方、上級学年では国家試験対策で倫理面の教育は少なかったりする。精神医療における認知症治療薬、OD錠、LAI使用についても、「常に考えて対応しないとイケない問題」とであるという教育がもっと必要であろう。

3. 精神保健指定医の役割と倫理

もう50年も前になるが1970年代の中頃、カレンさん事件(<https://ja.wikipedia.org/wiki/カレン・クインラン>)に続いて、安楽死に関する議論があった。当時の筆者のメモには、「倫理的な問題は、明確な判断の基準を作って、それに機械的に従って医療行為を実行したらかえって危険である。常に現場で関係者が十分に議論し、悩んで決定し、決定してもふりかえって悩み続けるのが求められる状態ではないか。倫理面が関係する問題では、家族や他のメディカルスタッフと同じスタートラインに立ち、医師がより強い決定権を持つべきではない」などと書いてあるのを最近見つけた。これは現在の安楽死や尊厳死の議論にもあ

てはまると思う。

これをふりかえって気になったのが、非自発的入院、隔離、拘束などについて、国から特別な権利と資格を与えられている精神保健指定医である。精神保健指定医は、精神保健福祉法に従って、倫理的な問題への対応まで求められているといえる。病院によっては指定医がいれば医療保護入院、隔離、拘束ができるという安易な考え方が広まっているのではないか。倫理的な問題であるのに指定医なら判断してよいと考えて、あまり悩まず決断している指定医も少なくないように思う。しかも、指定医資格の有無で精神科医自身が差別化され、判断の重んじられ方に差がつき、収入まで違っている。

近年、精神保健指定医制度が見直されてきたが、尊厳死判定医などという資格は作りようがないことを考えると、指定医という資格も本当に重要な役割を果たしうるのであろうか。長所と短所をよく勘案しなければ、指定医制度は精神医療をかえって不適切な方向に導くかもしれない。

4. Disease mongering

1) 概念

Disease mongering²⁾に明確な定義も定訳もないが、日本では池田が「病気の売り込み行為」という用語を用いて、「製薬会社などがその販路を広めるために、医学界と共同歩調を通して、特定の病気をより重要な課題として社会問題化し、治療的介入を進め、その治療薬と特定の病気の知名度が上がることをさす」(<https://navymule9.sakura.ne.jp/070123DMonger.html>)としている。井原は「疾患喧伝」という訳語を用いて「薬剤の販売促進を意図して、早期診断、早期治療の大義の下で疾患概念を拡大することで、商業主義が批判される場合に用いる。積極的な意義が強調される時はdisease awareness(疾患啓発)と呼ばれる」としている¹⁾。

日本では「うつはこころの風邪」というパキシル®の宣伝文句が出た頃からdisease mongeringという考え方が目立ってきたように思う。薬が効

くというデータに乏しい軽症のうつ状態に対しても抗うつ薬を積極的に勧めるという宣伝方法に疑問を抱いた精神科医も多かった。

2) Disease mongering が疑われる薬剤

Disease mongering を考えるべき薬剤の販売戦略には、軽症のうつ状態に対する抗うつ薬、性格傾向か精神疾患かを慎重に鑑別すべき状態に対する抗躁薬、ADHD(注意欠如多動性障害)治療薬、子どもの行動の問題に対する抗精神病薬、実際の効果が疑われる認知症治療薬などがある。環境への働きかけが重要な状態も多く、薬剤の宣伝がかえって適切な治療を妨げることも多い。精神科医には安易な薬剤の宣伝を信じないことが求められるし、製薬企業がスポンサーとなる講演会などで講師を務め、オピニオンリーダーとみなされやすい専門家は治験データなどに忠実に、偏らずしゃべる責任がある。

5. 利益相反(conflict of interest : COI)

利益相反とは、外部との経済的な利益関係などによって、公的研究で必要とされる公正かつ適正な判断が損なわれる、または損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態をいう。「損なわれるのではないかと第三者から懸念が表明されかねない事態」というのは重要で、昔であれば、診察室の机のボールペンに薬の名前が書いてあれば、患者は「ああ、この先生はこの薬のメーカーと何か関係があるのかなと考える」と教えられた。最近でも講演会中や後に弁当の提供や飲食をともなう情報交換会を目にすれば同様のことが起こる。学会発表や講演会ではCOIを示すことが義務づけられることが多いが、目にもとまらぬスピードでCOIを記載したスライドが流れるし、COIの額までは示されないことが多い。

製薬メーカーから個々の医師に提供される講演料や研究委託費の額について、最近製薬マネーデータベース「YEN FOR DOCS」(<https://yenfords.jp>)で誰でも調べられるようになったこ

とは、透明化が進んで好ましいことと思う。

若い医師にとって気の毒なのは、医師になった途端、COIの意味もわからないままに接待を受けてしまうことである。上級医師がそれを問題と感じていないことも多い。若い精神科医には十分に実態を知っておいて欲しいと思う。

6. 精神療法の乱立と評価

向精神薬も次々に発売されるが、精神(心理)療法でも多くの技法が提唱されている。精神療法については以下の点が気になっている。

①薬物療法に比べて副作用のデータが少ない。②治療において「副作用」、「治療しなくて改善する可能性」、「治療によってかえって症状が増悪する可能性」などを含めたインフォームド Consent が不十分なまま治療に導入されやすい。③症状増悪や副作用が疑われる経過をとった時、技法自体でなく治療者の技術の問題に帰する傾向がある。④技法ばかり教育されて、極端な場合、適応かどうかの検討なしに自分の得意な技法を用いているかのように見えることがある。⑤技法によってはその習得に高額を要する講習会などが必要ながあり、時に閉鎖的で透明性を欠く。

若い精神科医には技法と同時に上記のような問題点があること、精神療法によってかえって症状が増悪することも珍しくないことを伝えておきたい。

7. 精神医療における evidence-based medicine

Evidence-based medicine(EBM)という考え方が一時大流行したが、最近は批判的な論考も増えたように思う。精神医療という領域が特に、EBMの考え方だけを目標にできないことは多くの精神科医がかつてより気付いていたが、いまなお臨床研究の方法論には迷いがあるように思う。ウルバンヴィーディングによる「倫理的観点からとらえたEBM」(<http://www.ethics.bun.kyoto-u.ac.jp/fine/tr3/wiesing.pdf>)を一部参考

にすると、常に以下のような問題を頭に入れておく必要がある。

①EBMを「科学的根拠」と訳すと、医科学的な実証的データしか考慮されず、「患者の価値観」などの、必ずしも実証的だとは言い難い観点が軽視される傾向が生じる。特定の outcome 指標を置くことの適切性も議論すべきであろう。②EBMでは多数例研究が重視されるが、多数例研究は経済的にゆとりのある製薬メーカーがスポンサーになりがちである。利益相反を十分に考慮しなければ結果の解釈を誤る。③EBMは、集団的に平均的な『誰にでも効果のある治療法』と、個人差のある『その患者に有効な治療法』を標準化の枠に押し込める可能性がある。④面接での情報収集は面接者の能力に左右され、評価者間一致度を高めようとするとう得られる情報が少なくなる。評価者間一致度という信頼性を高めることのマイナス面は精神科では特に重要な課題である。

集団、個人、いずれも極端に追わないで、臨床のデータを得ることはこれからの課題であろう。

おわりに

大学での教員生活を終え行った退任講演のなかから、特に若い精神科医に伝えたいことを簡略化して述べた。筆者が教員時代に最も口にし、自分が主催する学会でも何度かメインタイトルとしたのが「精神医療の透明化」である。本論で述べた問題も透明化を目標とすれば解決に近づくと思う。

このような機会を与えてくださった鈴木映二大会長に深謝する。

文 献

- 1) 井原 裕：早期発見・早期治療と疾患啓発・疾患喧伝. 精神科治療学 28：1495-1499, 2013
- 2) 宮岡 等：Disease mongeringとその周辺. 精神科治療学 39：961-964, 2024