メンタルヘルス・フォーラム紙上講演会

統合失調症の現状と治療

主催・大阪精神科診療所協会

精神疾患の患者数が増え続けている。うつ病や認知症の増加が大きい要因だ。一方で精神疾患に対する偏見はまだ残り、患者や家族を取り巻く環境は厳しい。なかでも統合失調症はかつて、「怖い」「不治の病」などの間違ったイメージを持たれていたが、副作用が少なく高い有用性を示す薬も出て、社会復帰する人も多い。第一線で患者、家族と向き合う専門医5人に集まってもらい、統合失調症の現状と治療法、地域との連携などについて講演と質疑を行い、紙上講演会としてまとめた。　【藤原規洋】

「その人らしく」を大切に

統合失調症とは

医療法人適水会つつみクリニック院長

堤俊仁さん

20代までが発病ピーク

統合失調症は、100人に1人弱がかかる病気です。「普通の話も通じなくなる」という誤ったイメージがありますが、心の働きの多くは保たれ、多くの患者さんが回復して社会生活が可能になっています。

発病ピークは10代後半から20代です。医学的原因は解明されていません。進学や就職、独立、結婚など思春期や人生の進路における変化が、発症のきっかけになることが多いようです。

症状は前駆期、急性期、消耗期（休息期）、回復期とたどります。前駆期は、眠れない、音に敏感になる、焦りが強まるなどの症状が出ます。急性期には神経が休まらなくなる過覚醒状態になり、不眠や幻覚・幻聴、妄想、興奮などの症状が表れます。

消耗期とは病み上がりで元気のない状態です。活動性に欠けたり感情が鈍くなる、注意力や集中力の低下などの陰性症状も表れ、食事の支度、家事や買い物など、当たり前にやっていたことがしづらくなります。この時期にしっかり休むことが重要です。気持ちにゆとりが出てくると回復期が始まります。ただ、回復は大変緩やかで、年単位で考える方がいいでしょう。

良くなったり悪くなったりを繰り返す例が多いことも知っておくべきです。80～90％が5年以内に何らかの再発をします。それでも25％が完全回復、50％が社会生活に戻れるようになります。一方、自殺や突然死する人が10％程度いるのも事実です。

肝心なのは、早期発見・治療と、治療の継続です。中心となるのは薬物療法です。薬の作用で神経の働きを調整し、睡眠を確保し、緊張感をほぐします。治療の目的は、その人らしい生活を実現すること。薬を飲まなくなることを目指すのではなく、上手に薬を使いながらのびのび生きることを目指しましょう。

持効性注射剤の役割

関西医科大学教授

木下利彦さん

「飲み忘れ」防ぎ再発抑制

統合失調症の治療の理想は、前駆期に抑え込むことですが、これがなかなかできない。そして、発症すると8～9割の患者さんが5年以内に再発します。再発すると、地域社会に戻るのに膨大なエネルギーが必要で、支えてくれた人たちの失望を招きます。さらに、抗精神病薬の効果が弱まって、より多くの薬が必要になり、再発を繰り返す度に社会復帰が難しくなります。

ですから、社会復帰できる状態につなげるためには、より早期から再発をしにくい治療をすることが重要になってきます。

一方、薬をきちんと飲んでいれば再発を抑える効果が高いことがはっきりしています。ですから、再発を減らすためには薬を指示通りに飲むことが大事です。それでも薬を飲まずに余ってしまうこともあります。全国精神障害者家族連合会と聖マリアンナ医大の調査によると、薬が余る最多の理由は「飲み忘れ」で、5割近くにのぼります。

このため、毎日服用する飲み薬ではなく、2～4週間効果が持続する注射剤（デポ剤）が注目されています。デポ剤を使うと、入院期間も短くなることが確認されています。

統合失調症再発予防研究会の患者1270人が対象の調査では、デポ剤を「知っている」と答えた人は47％いましたが、71％が「勧められたことがない」と回答。しかし、「勧められたことがない」患者でも56％が詳しい説明を聞きたいと望み、40％が試したいと答えています。デポ剤経験者は、効果や飲まなくてもいいことを評価するようで、継続率も高くなっています。

新しい第2世代のデポ剤も出てきています。主治医が治療実績をよく説明すれば使用率は高まると思います。デポ剤に関心があれば、医師や看護師に相談されるといいでしょう。

五大疾病への位置づけと治療環境

医療法人河崎会水間病院院長

河崎建人さん

支援拡充へ地域と連携

厚生労働省は一昨年、重点的に対策を進めるがん、脳卒中、心筋梗塞、糖尿病の「四大疾病」に、精神疾患を加えて「五大疾病」としました。背景に精神疾患患者が四大疾病いずれの患者より多いという現実があります。

厚労省の調査では、医療機関にかかっている精神疾患の患者数は、2002年258万人、05年302万人、08年323万人と増え続けています。このうち、統合失調症と統合失調症型障害、妄想性障害は53万人から61万人に増加しました。

一方、入院患者は減る傾向です。平均在院日数も、11年は298日で、20年前の492日から40％近く短くなっています。別のデータでは、10年に精神科病院に入院した新規患者のうち58％が3カ月未満で、88％が1年未満で退院しています。

薬や治療法の進歩に加え、社会や家族の考え方が変わったことが背景にあると思われます。入院したらなかなか退院できないということはなく、地域でどう支え、どんなシステムをつくるかが大事になっています。

厚労省は今年10月、精神保健福祉法改正を受けて「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針案」の中間まとめを公表し、退院支援や地域における生活支援の推進を掲げています。

具体的には、患者が早期に退院できる体制を確保し、多職種による質の高いチーム医療を提供するとともに、地域の相談支援専門員などと連携する。さらに、24時間対応できる精神科救急医療システムや相談窓口の整備、在宅精神障害者への訪問支援強化などを強調しています。

既に今年4月にスタートした地域保健医療計画にも精神障害者対策が盛り込まれており、地域での取り組みが今後さらに加速すると考えられます。

多機能型精神科診療所の役割

三家クリニック院長

三家英明さん

社会復帰までサポート

統合失調症をはじめとした精神疾患の方を生活の場で診ながら支えようと、32年前に大阪府寝屋川市で開業しました。最初は、患者さんの居場所のために談話室をつくりましたが、就労など社会復帰を最終目標として、地域社会につなぐ役割を考え続けた結果、現在は多職種・多機能型診療所となりました。

クリニックの診療体制は、外来診療や往診、訪問看護を行う診療部門▽医療福祉相談室▽デイケア・ナイトケア▽訪問看護ステーションの構成で、連携して患者さんに対応しています。

大きな特徴は、医療福祉相談室の担当精神保健福祉士（PSW）が、回復・自立まで患者さんに伴う体制をとっていることです。PSWは、経済問題や就労支援、本人と家族間の調整、関係機関との連絡調整など、多岐にわたってサポートします。

デイケア・ナイトケアでは複数のプログラムを用意し、最初は場や人、集団に慣れる小グループ、次に余暇を楽しんだり自信をつけてもらうためのグループ、最後は社会参加や就労準備のプログラムへと移ります。デイケアでの仲間たちとの出会い、つながりは回復を後押しする大きな力になります。また、社会復帰した先輩の話を聞くことにも力を入れています。

この結果、2010～12年にデイケアを退所した人のうち、就労や就学、作業所入所などを理由とした人が、全国平均を大きく上回る36％になりました。

患者さんのもとへ出向く往診や訪問看護、訪問支援などのアウトリーチ（手をさしのべる、の意）は重要です。ただ、医療機関だけでは難しい。多機能型精神科クリニックが地域の基盤となり診療所のネットワークを組むとともに、ヘルパーさんなど医療機関以外の施設との連携が欠かせません。

質疑

「治る病気」の理解、不足

川澄　堤先生から統合失調症全体について話していただき、早期診断の重要性を強調されましたが。

木下　早期に治療を始めることと同時に、続けることが大事です。

河崎　それは大事です。薬物療法は開始までの時間が短いほどいい。

木下　欧米では予防学的見地からの取り組みが進み、疑わしきは薬を出して、完全な発症を抑えるという効果が確認されています。

堤　問題は前駆期なんです。若い子の多くがイライラしているような時代ですから、この時期に来院しても、なかなか統合失調症だと言い切れない。眠れるための薬だけ出すような対応になりがちです。

河崎　気軽に相談できるところに患者さんや家族がアクセスできるか。社会全体の体制が重要です。

堤　急性期になると家族にもただ事ではないとわかり、受診させようとします。服薬すれば1週間で落ち着くこともあり、落ち着くともう大丈夫だと思いたいので、治療中断も珍しくありません。統合失調症と診断されると、人生が終わってしまう気になる人が多いと思います。社会全体が、「治る病気、安定する病気」だと理解する必要があります。

治療環境 10年で向上

川澄　河崎先生は、国や自治体の新たな取り組みが始まったというお話でした。補足があれば。

河崎　統合失調症の治療環境はこの10年でずいぶん変わりましたが、法改正により、さらなる変化、進歩を推進する体制が示されたわけです。我々もそのことを十分認識しながら充実策を考えていかなければなりませんね。

木下　20世紀と21世紀では統合失調症に対する考え方が違います。外来診療で支えてもらえる体制ができてきています。患者さんは、罹患したことだけでも不幸と考えているのですから、それに加えて、この国に生まれてきたことも不幸と感じさせないような取り組みが必要でしょう。

副作用少ないデポ剤

川澄　木下先生は、デポ剤の有用性を説明されました。ご質問は。

河崎　治療に入った時から使用するのがいいのですか？

木下　そうです。

河崎　説明すると理解してもらえますか？

木下　いつまで続けるのかと言われますね。特に初発の時には。社会全体の啓発が必要だと思います。

河崎　打ち切りの目安は？

木下　ありません。それは経口剤も同じです。

堤　当院でも7、8％の患者さんに非定型のデポ剤を使っています。経口剤では安定しなかった人が、デポ剤で安定する結果は出ています。

木下　第1世代と言われる定型薬に対して90年代から第2世代の非定型薬が出てきたんですね。定型薬に比べて副作用が減った。デポ剤でも第2世代が登場していますが、国内ではまだ種類が少なく、日本の精神科医のデポ剤に対する関心は欧米に比べて低いようです。筋肉注射への抵抗などがあるようですね。

患者ごとにプログラム

コーディネーター

かわすみクリニック院長

川澄伸樹さん

川澄　三家先生からはクリニックの実践例をお聞きしました。

河崎　デイケアは大事な治療で、中でも重要なのは、患者さんの居場所を確保することだと思います。でも、それならデイサービスと同じで医療じゃないという声が出てきます。それに加えて治療を行うのが、望むべきデイケアだと思うのです。

三家　私もそこが大事だと思います。私たちは、プログラムをたくさん用意して、患者さんの意向に沿って選べるようにしています。3～6カ月ごとに面談して達成度を調べています。一応2年がメドです。

川澄　クリニックが、患者さんが地域社会に出て行く出撃基地みたいだなという印象ですね。

堤　同じようにしたいと考えても十分なスタッフがいないという問題もあります。また、市町村によって姿勢がずいぶん違いますね。

三家　医療機関だけでは無理です。行政とのタイアップが必要です。

河崎　精神科の医療費は医療費全体のわずか7％で、外国に比べて少ない。国の施策として財源を投入していかなければならないでしょう。