

巻頭言

No Mental Health without Physical Health

尾崎紀夫

Norio Ozaki

医師臨床研修制度は、5年毎に実施される見直しの時期を迎え、精神科がどのように位置づけられるか関心を集めている。心循環系疾患や耐糖能異常といった身体疾患は精神疾患を伴う頻度が高く、精神疾患の合併が身体疾患の予後（例えば、死亡率や再発率）に悪影響を与えることが実証され、その結果、“No health without mental health”の標語のもと、身体疾患の治療においても精神医学的な介入が重要視されている²⁾。この考え方が、わが国の臨床研修において「いかなる診療科の医師であろうと研修の過程で、精神科を経験すべき」との意見につながるのは当然である。

同時に、精神疾患は身体疾患発症のリスクファクターであることや、身体疾患の合併が精神疾患の予後悪化因子であることも確認されている。例えば、統合失調症では自殺のみならず心循環系疾患による死亡率も高く、欧米のデータによると、平均余命が一般人口では徐々に長くなっているにもかかわらず、統合失調症患者では変化がなく、結果的に平均余命の一般人口との差が拡大傾向にあり、「この現象は統合失調症患者が医療の進歩の恩恵に浴していないことに起因する」と問題視されている。

また、精神科診断の第一歩は、「精神症状を呈する一般身体疾患の鑑別」である。ここ数年以内に、精神病症状を伴う躁状態と神経梅毒、統合失調症と抗NMDA受容体脳炎、不安障害と甲状腺機能亢進症、転換性障害とWernicke脳症、転換性障害とCreutzfeldt-Jakob病との鑑別を要し、いずれも「一般身体疾患による精神症状」であること

が確認された症例が当科に入院した。「精神症状を呈する一般身体疾患」であるとの診断が遅れることは、生命の危険や不可逆的な障害を残すことにつながり得るだけに的確な診断は極めて重要である。

以上を考慮すると、「精神科医になる医師も、初期研修では必ず内科、救急などの診療を経験」することは重要であり、精神科医になっても、鑑別診断の実施、患者の身体的側面への配慮、合併身体疾患の有無の確認、身体疾患が合併する場合への対応、が求められる。Nature誌の“Democratizing Clinical Research”と題する文章では、「患者の意見を入れた臨床研究を推進すべき」とした上で、「統合失調症研究における10の優先課題」が記載され、この10課題中4項目を治療薬の副作用を含む身体的問題が占めていた¹⁾。

我々精神科医は、精神疾患患者から、効果的な精神医学的治療とともに、身体面への配慮も期待されていることを踏まえ、将来精神科医になる研修医には他の診療科を十分に研修することを奨励するとともに、生涯学習において医学一般に関する研鑽を積み、さらに精神疾患に伴う身体的問題に関する臨床両研究によってその対応策を作り出すことが求められている。

1) Lloyd, K., White, J.: Democratizing clinical research. *Nature*, 474; 277-278, 2011

2) Prince, M., Patel, V., Saxena, S. et al.: No health without mental health. *Lancet*, 370; 859-877, 2007