

第2部：パネルディスカッション



【パネリスト】

松本 昌泰 氏

(広島大学 医学部医学科長)

井原 康夫 氏

(同志社大学 生命医科学部 教授)

樋口 輝彦 氏

(国立精神・神経センター 総長)

【コーディネーター】

前野 一雄 氏

(読売新聞東京本社 編集委員)

【前野】 第1部では脳卒中、アルツハイマー、うつ病のそれぞれの病気に対しての基本知識とともに、今の研究のトピックスを各スペシャリストの方たちからお伺いしました。第2部では、皆さんが先生方にお聞きしたいことを中心にお話ししていきたいと思います。

まず脳卒中についてです。松本先生、「脳卒中治療ガイドライン」が昨年末に出ましたが、そこで脳ドックにおける未破裂脳動脈瘤、頸動脈狭窄症など無症候性脳血管障害について治療の考え方が出たそうですね。

【松本】 基本的にドックというのは、人間ドックもですが、安心を得るために受けるものです。でも、脳ドックの場合はかなりの率で何らかの異常が見つかることが多いです。その中で未破裂脳動脈瘤も、未破裂という言葉だけを聞いていかにも破裂しそうということで怖い。非破裂動脈瘤という方が良いのではないとも言われますが、いずれにしてもサイズと場所と数、ご親族の中に破裂した方が本当にいらっしゃる

かどうか等により危険度が違ってきます。従ってそういう病変があって、手術などをしなければならぬ時には、セカンドオピニオンとして、ぜひとも専門の先生によくお聞きになってください。これが極めて大事です。

一般的には5ミリを超えない場合はあまり心配ないと言われますが、逆に3ミリでも破裂する場合があります。細かく病気のことを勉強されていると、本当に夜寝られないぐらい心配になる方がいらっしゃいます。でも、ちょっとお考えください。例えば生涯、毛穴の数を勘定するだけでも生きていくことはできます。あるいは毛が抜けるのが心配で毎日勘定していたら、一生数え続けた人として生きることもできるでしょう。でも、老いとともに病や死は必ず来ます。100年先にここにいる人はほほいないということで、かかりつけ医とのより良いコミュニケーションを持つように、そして適度に勉強し続けることが大事ではないでしょうか。

頸動脈についても、高度な狭窄等があると——狭

窄とは狭くなることです。80%狭くなるとやはり治療で直す方法もあります。ただ、何かをするということは副作用を伴いますので、皆さん方はウルトラマンをいつ呼ぶか、呼んだらビルも壊れますということで、手術を受けるなどの積極的な選択をすることは次なるステップではありますが、まず初めに、よく周りの方と相談したり、よく調べるのが大事です。

【前野】 私事になりますが、私は17年前、読売新聞で長期連載している「医療ルネサンス」の中で脳ドックを体験取材して、未破裂脳動脈瘤が見つかってしまいました。当時はまだ脳ドックが出来たてで、どれがより危険でより安全なのか、あまりよく分かっていなかった。それであちこちの先生にお聞きしました。それも「医療ルネサンス」に書いていきましたが、その結果半年かかって、結局手術した方が良かったらということ、当時は開頭手術で頭を大きく開けて、クリッピングという「洗濯ばさみ」のようなもので動脈瘤を挟む手術をしました。その後、頭を開けない血管内治療がかなり普及してきたので、これなら開頭しなくていいわけです。かなり色々な治療法、治療の診断方法、またどれを治療したほうがいいのか、危険性などが蓄積されてきました。先ほどのホームページに出ているわけですね。

【松本】 そうですね。

【前野】 蛇足になりますが私の体験からいうと、仮に脳ドックで見つかったも慌てる必要はないので、知識を十分取った上で判断することをお勧めします。

脳卒中についての最近のトピックでは、t-PAが早期の脳梗塞に非常に有効という点です。ただし発症後2時間以内に病院に入らなくてはいけないということですが、それ以外に病院自体にCT等の検査機器がないとできないのでしょうね。

【松本】 もちろんそうです。t-PA治療ができる病院は現在、例えば先ほど広島県の事例を示しましたが27施設で、その中でもずっと使っているところは十何施設に限られてきます。というのは、24時間CTスキャンができること、あるいは脳卒中の専門医がいることなど条件があります。かつて私たちが卒業したころ、心筋梗塞の治療は不十分で、どこに行ってもあまり

変わらないという時代がありましたが、現在では24時間365日対応するCCUで治療するのが当たり前になってきました。それは治療が進歩し専門的に特化していくということですので、その意味で脳卒中の治療は今まにかつての心筋梗塞の治療にあったように、体系的なことが求められる時代に突入したと思います。

【前野】 救急車であればそういう施設に収容してくれるというシステムは出来上がりつつあるのでしょうか。

【松本】 P S L S (Prehospital Stroke Life Support) および I S L S (Immediate Stroke Life Support) と言いますが、実は2000年から米国のG2000で脳卒中が救急部門に入ってきました。アメリカの場合はt-PAという治療法ができて、それをどう広げていくかというときに、救急と脳卒中の専門医の間でタッグを組む価値がどの程度あるか検討しました。それは病そのものの頻度が多くなければ、そこまでのタッグの意義は少ないなど戦い方を考えるわけです。その中でP S L Sというのは、一般の方々にこの症状だったら脳卒中だということを熟知してもらうことが極めて大事です。例えば、心筋梗塞の場合、胸に痛みがあることが多く、症状が共通で比較的シンプルです。ところが脳卒中の場合は多様な症状があるので、それを勉強しておかないとそれと分かりません。これが極めて大事なので、ブレイン・アタックキャンペーンという形で、脳卒中になったことのある方々が私はこうだったということをメディアでいろいろ語られて啓発しています。

今は救急医学会との関係で始まっていますが、かつて日本でt-PA治療が始まった3年ぐらい前は救命救急室と救急隊の方々も脳卒中の知識が不十分で、確か大阪でも、連絡があったときにTrouble talkingと言いますが、失語症で言葉が変になっていたため、いたずら電話と間違えて3回ほど電話を切ったという話がありました。当時の救急では心臓の救急には熱心でも、脳の方は不十分だったということで、現在はそれらについて私どもは救急隊の方々への教育もしていますし、一般の方々への公開講座も行っています。それにより周りの皆さんが気付いて、この人は脳卒中ではないかと言ってくることが大事



です。私どもの大学でも、入学された医療系の学生全員に脳卒中の症状などに関する講義を入学した月にしました。そのようにみんなで守るという戦い方をしないとはいけません。武士だけが戦う医療ではなくてみんなが加わる奇兵隊で国を守るように、一般の方々も一緒に戦ってもらわないとこうした大きな病との戦いには勝てません。

今申したように、症状を熟知していただくように啓発していくことを若い頃からやらないといけません。日本脳卒中協会でアンケート調査をしましたが、一番頼りにならないのが基本的には息子でした。娘は父親が倒れたときによく見てくれるし、伴侶がいると気付かれて比較的早く運んでもらえます。だから息子しかいない場合は、倒れて言葉が話せず電話がかけられなくても自分で全部できるようにしておかないと、寝たきり状態になってしまいます。例外はもちろんあります。優しい息子もいますので、誤解のないようによろしくをお願いします。

【前野】 それでは、アルツハイマーの方に移ります。井原先生のお話の中で、アルツハイマー病の増加は個体の

寿命が神経細胞の寿命に近づいたために起こった現象といえると。まさに言い得て妙ですが、片方で若年性も増えているような気がします。いかがでしょうか。

【井原】 恐らく「若年性」と言われているものは基本的には増えてない、以前からあったと思います。気付かなかった、または社会的な関心がなかっただけだと思います。

それは何故かと言うと、「若年性」を50歳代以前と定義すると、遺伝的なものが相当多いです。それは専門用語でいうと、PS1のミューテーション（変異）が多く、それからアポリポタンパク質E ϵ 4を持つ人があり、そういう遺伝子変異の確率というのはもちろん数万年以上の期間には変わりますが、恐らくこの数十年で変わっているとは思えません。ですから、恐らく頻度的には変わっていないと思います。社会的な関心がこちらに向くようになったためだろうと思います。

【前野】 個人的に安心しました。老人斑のアミロイドの部分に関して、もし β が発現する前にアミロイドが検査できれば、将来、予防につながるのではないかと思いますのですが、今の検査方法は簡便ではないのでしょうか。

【井原】 今はPIB-PETと言いますが、アミロイドのPETを用いるのが一番確かです。これはまだ色々な問題があって注意しなければいけません、私費でやっている病院、またやっている病院があることは確かです。ただそこで、陽性になったけれど、今は正常です、しかし将来なりますと宣告されても困るわけです。その辺のケアが、少なくとも今の日本の状態ではまだ十分にできていません。ですから、自分にアミロイドがたまっているかどうか告知する、知ることに関しては、色々な指針があってしかるべきですので、やはりそれを待ってから検査される方が良いと思います。

それからもう一つは、簡便な検査が今ものすごい勢いで進んでいますので、恐らく近いうちに出てくると思います。例えば血液を使う検査が出てくると思います、そうするとだいぶ違ってくると思います。アミロイドPETの場合は、私費で恐らく30万円は

ど掛かると思いますが、それだけ払って、なおかつアミロイドがたまっていますと言われても治療法が確立していない現状では立っ瀬がないような気がします。

【前野】 もう一つ。皆さんが驚かれたのはワクチンだと思います。海外では早ければ今年中に使えると言われてましたが、ワクチンの見通しをもう少し詳しくお願いします。日本の現状を交えてお聞かせください。

【井原】 A β ワクチンは1999年にElan（エラン）社のデル・シェンクという人が開発して、非常に大きなトピックでした。なぜそんなにみんながびっくりしたかというと、頭の病気にワクチンを使うという発想はまず生まれません。なぜかという、ワクチンは体の中に抗体を作らせますが、抗体は頭の中にはほとんど入っていきません。ですから、少なくとも日本の医学教育を受けた者にとっては、頭の病気にワクチンを使うという発想はまずできません。彼は、抗体の0.1～0.01%が頭の中に入れば充分と考えたのです。これがワクチンが成功した理由で、非常に大きな影響を及ぼしました。2000年からは対象が人に移りまして、フェーズIIの臨床試験まで行きました。そのフェーズIIで5%の人に脳炎症状が出るのが分かり中断されました。ヨーロッパでは、その位のパーセンテージは良いのではないかと許容する態度でしたが、アメリカは5%いると裁判でとても戦えない、とても払い切れないということで、A β を注射することはやめて、今度はA β に対する抗体を注射する形（受動ワクチン）になりました。これはフェーズIIである程度効果があって、そして今最終段階で、フェーズIIIが恐らく今年中には終わるでしょう。ということは、ワクチンは一両年中に少なくともアメリカでは市場化されます。

そしてこれはそんなに公表してないと思いますが、今日本の中でも色々なワクチンの治験が始まっています。ということはどういうことかという、あと数年先には恐らくワクチンは我々が頼めばやれるようになるでしょう。

【前野】 今の方法のワクチンというのは、1回投与して終わるものですか。

【井原】 先ほどスライドでお見せしたA β を打つものは、1

～2回打てばずっと抗体ができ続けるので大体数回で十分ですが、今度の受動ワクチンは抗体を打ちますから、抗体はすぐに分解されて体の外に出ますので、色々なやり方があると思いますが、私が聞いているのは3カ月に1回ぐらい注射するような形になっています。

【前野】 近い将来、非常に有望になり得ると期待できる？

【井原】 治療法としては、恐らく数年以内に確立すると思います。

【前野】 うつ病に移ります。先ほど、うつ病の治療を受けている患者が日本でも100万人を超えたと伺いました。この数は10年前より2.4倍増えているそうです。それにはSSRIなどの新薬が登場したことが背景にあると言われていますが、いわゆる一時的な気分の落ち込みまでうつ病を心配する風潮が社会にできているのではないかと指摘する方もおいでですが、いかがでしょうか。

【樋口】 この100万人という統計は、医療機関に受診をしている方ということです。一時的にうつの気分になったり、元気がなくなったりというのは誰でもある話で、うつ病というのはそういう一時的なものではなくて、最低2週間とか一月、うつうつとした状態が続く、それだけにとどまらず例えば睡眠障害や食欲の障害など、色々な身体症状を伴ってきます。ですから、少なくとも専門的なトレーニングを受けて診療しているドクターに関しては、そういう診断をしていると思われます。この100万人以外のところで、例えば最近では雑誌などにセルフチェックが出ていますね。自分でチェックしてみて、「当てはまった、私はうつかもしれない」というのはどうかと思いますが、その100万人に関しては、少なくともそういった一過性のものは含んでいないと推定できます。

【前野】 うつ病といいますと、一般的には「きまじめで責任感の強い人」が陥りやすいと言われますが、最近では自分よりも他人を責めたり、職場以外では元気だといううつ病もあり、非常に多岐にわたっています。今は色々パターンが広がっていると見てよろしいのでしょうか。

【樋口】 おっしゃるとおりです。現代型うつ病という言葉が最近使われていて、それに相対するものを古典的

うつ病と呼びます。

古典的うつ病というのは、先ほどおっしゃったように非常に几帳面で、生真面目で、責任感が強く、非常に信頼が厚く、会社などでは優等生と言いますか、間違いのない仕事ができる方がうつ病になりやすいと言われていましたが、最近は若い世代を中心に、少し違ってきているのではないのでしょうか。最近色々なところで聞くのは、古典的なタイプの方は、私がうつ病になってしまっただけで周りにご迷惑をかけて大変申し訳ないというパターンでしたが、最近はこんなうつ病にしたのはお前のせいだと会社を非難する方が出てきたということです。

これはもう少しきちんと研究を重ねなければいけないと思いますが、1つはうつ病の概念が、昔私たちが古典的なうつ病をうつ病と呼んでいたものから、かなり広がりました。それはアメリカ精神医学が広げたという言い方もできるかもしれませんが、そこが関連している部分があると思います。

それからもう一つは、やはり精神的な病気の場合、その時代の文化の影響を受けます。よく言われる几帳面、生真面目と言うのは、ある意味では日本の戦後社会のけん引者となった人の性格傾向でした。全く組織に忠実な人たちが日本のけん引者だったわけです。そういう時代にはそういう人が圧倒的に多かったけれども、だんだん価値観が変わり、時代が変わり、組織が変わってきて、そういう人たちが多くなっているというバックグラウンドも関係するのではないかとされています。

【前野】 先ほどのお話では、うつ病は客観的な診断がなかなかできないので、臨床症状の組み合わせだということでした。その結果、診断自体がかなり広がって、ある意味では投薬、薬物療法がかなり安易にされているのではないかと精神科医の先生が指摘されることが多いのですが、それはいかがですか。

【樋口】 私どももそういう側面は否定できないと思っています。これは日本の精神医療のシステムといいますか、医療制度とも非常に関係が深いと思います。

海外に行きますと、例えば精神科医1人が10人位の患者さんを受け持つとすると、日本は精神科医1人で50人受け持っています。それはなぜかというと、

医療費に端を発するわけで、精神科の医療費は昔から非常に低く抑えられていますので、1人の精神科医がたくさんの患者さんの診察をしないと成り立っていないところがあります。そうすると、本来はじっくり話を聞いて、色々な心理的なことにも思いを寄せながら診療しなくてはいけないのにそれができない。5分間診療になってしまう。そうすると5分間診療の中でやれることは、薬を処方することしかできない。極端に言うとうつ病という側面があるのも確かだと思います。

【前野】 ここに日本の医療の問題点が浮き彫りにされているわけですね。

今までは客観的な診断ができていなかったけれど、NIRSや血中proBDNFのマーカーによってこれから診断ができるのではないかという感じがしますが、NIRSは今国内に機械はどの位あるのでしょうか。

【樋口】 NIRSの機械自体は既にかかなり昔から使われています。実はこれは神経内科の領域でも使われていましたし、機械そのものは随分昔からあります。それを精神科のうつ病の診断の補助に使ったのは、先ほどのような精神的な作業をしてもらって脳の血流の変化を見るという方法で使ったのが初めてでした。ですから機械はあちこちにあるので、その施設基準を満たすことができる場所は、これからどんどん手を挙げて申請されると思います。今のところ聞いたところではまだ5カ所ぐらいだと思います。これは去年10月に先進医療として認められたばかりですので、これからだと思います。

【前野】 proBDNFはいかがですか。

【樋口】 これはまだ全く研究段階で、診断に用いることができるようになるかどうか、まだちょっと見えないところです。

【前野】 まだまだ先ですか。

【樋口】 まだだいたい先の話です。

【前野】 ありがとうございます。さて、皆さまから質問をお受けしたところ、135通いただきました。その中から私が選びまして、先生方にお伺いしたいと思います。まずはアルツハイマーです。東京の54歳の教員です。最近記憶力が極端に低下しています。若年性

アルツハイマー痴呆症ではないかと不安です。どのような病院で、どのような検査を受ければ良いでしょうか。

【井原】 現在2つの学会で認知症の専門医制度を施行しています。1つは日本認知症学会で、ホームページには各都道府県専門医の名前が全部出ています。もう1つは日本老年精神医学会で、ここにも専門医の名前が全部出ています。できたらそういう専門医の方に診ていただくとまず心配ないというか、正確な診断、治療または方針を決めていただけたと思います。もしそういう先生方が近くにいないければ、大きな病院の「メモリークリニック」、または「物忘れ外来」に行かれると良いと思います。

【前野】 千葉県的女性の方です。アルツハイマーの薬が今出ていますが、薬だけで進行を抑えることができるのでしょうか。

【井原】 質問がどの程度のところを聞かれているのか分りかねるところがありますが、もしAβの蓄積を止めるところで薬を使うのであれば、研究者のレベルでいえば、かなり効くのではないかと考えています。ただ、認知機能が正常でAβがたまっている人は病気ではないので、臨床試験の概念が変わってきますから、今の日本では新しい組み立てをしないと、そういうことを確かめるわけにはいかないと思います。

【前野】 東京都的女性の方です。アルツハイマーについて周囲の家族の方が異変に気付いた場合、いつの段階で受診させたらいいのか。また、本人の気持ちをへこませずに受診させる方法やコツはありますか。これは井原先生の専門ですが、良いアドバイスはないでしょうか。

【井原】 私は今臨床をほとんど診ていませんので一般的なことしか言いませんが、やはり何といっても正確な診断が一番重要です。非常にまれに、アルツハイマー病に似たような症状を出しながら、脳外科的な手術をして非常に良くなるケースがありますので、やはり正確な診断を最初にしてもらうことが非常に重要です。

それから、説得して連れていくのは結構大変なことです。これも良く分かりますが、粘り強くやるより

ほかないと思います。そういう点では、ご夫婦が多いと思いますが、常に夫婦間でクリエイティブな喧



嘩をしていただくこと位だと思います。あまりお答えにならなくて、すみません。

【前野】 樋口先生、アルツハイマー型認知症と老人性のうつ病が非常に似通っているという指摘がありますが、その辺をお聞かせください。

【樋口】 老人性のうつ病に限らないのですが、老年期に入ってから記憶力が落ちた、物忘れをするようになった、知的な作業ができなくなったということをしばしば経験されて、訴えてこられる方がいます。それは昔からよく知られていて、仮性痴呆と言います。仮の痴呆（認知症）です。それは一見診たところは、例えば記憶の検査をしてもやはり確かに少し落ちてくるところはありますが、うつが良くなると必ず記憶力も戻り、知的作業も普通にできるようになります。逆に言うと、そこでしか区別できないところも確かにあります。

ただ、最近また色々言われるようになってきたの

が、アルツハイマーの始まりの段階で、うつ状態のように見える方がいるという報告もされています。これはうつ病だろうと思ってうつ病の治療をしてい



ても一向によくならない。むしろだんだん記憶が落ちていって、「ひょっとしたら……」というケースもありますので、決め付けてしまうことはできませんが、うつ病がはっきりしている方を診ると、今言った仮性痴呆という格好で経過することはあります。

【前野】 アルツハイマーは高齢者が多いと思いますが、その中かなり老人性のうつが含まれていると見ていいのでしょうか。

【井原】 まずあまり含まれてないと思います。アルツハイマー病の初期の段階はやはり自分の記憶力の減退を自覚しますので、大体うつ状態になります。しかしその後さらに進むと、うつ状態は取れてきます。だからうつ病とは全然違います。

それから1つだけ申し上げておくと、記憶力の減退は初期症状ですが、記憶力の減退というのは我々の度忘れではありません。エピソード記憶の減退とい

て、自分の周囲に起こったことをすっぱり忘れてしまいます。例えば昨日の夕飯は何を食べたか思い出せない。または夕飯を食べたかどうか思い出せないという形で、全然違います。度忘れに比べてはるかにひどいものです。しかし、そういう記憶力の減退だけのときでも社会的に独立して生活できるので、認知症ではありません。記憶力の減退に、専門用語でいうと大脳皮質の症状が加わると初めて1人では生活できなくなり、認知症になります。

我々が思っている記憶力の減退と、本当の病気の始まりの記憶力の減退はだいぶ違うので、度忘れぐらいは何も心配する必要はないと思います。

【前野】 井原先生、もう一つお願いします。東京都の男性の方です。レビー小体型認知症について、治療法などお聞かせください。

【井原】 脳血管性認知症を除いて、変性性認知症の中では恐らくアルツハイマー病に次いで多い疾患です。これは横浜市立大学の小阪憲司前教授が初めて記載されて、それ以降日本で精力的に研究され、その臨床像が明らかになってきました。症状自身はアルツハイマー病とそんなに違いませんが、幻視が出ます。幻視とは見えないものが見えてきます。これが非常に大きな特徴です。それからそれに関係したもので、被害妄想的なものが相当出ます。ところが面白いことに、保険適応になっていませんがアリセプトが非常に効果があります。ですからレビー小体型認知症と正確に診断してアリセプトをやると、見違えるほど良くなる場合があります。これは重要な点だと思います。

【前野】 診断は比較的容易なのでしょう。

【井原】 小阪憲司先生の言葉によると、小阪先生の外来には患者さんが非常に多いらしいのですが、それは他の医師とところでアルツハイマー病として診断されたけれど、家族の方がどうも私は納得できないと連れてくるらしいです。ですから、家族の方は普通の医者よりはるかに勉強していると小阪先生はいつも言われます。

【前野】 アリセプトの他には、漢方薬が周辺症状に良いと言われていますね。

【井原】 周辺症状というのはBPSDといって、徘徊（はい

かい）や攻撃性など介護で一番困ることです。物忘れは中核症状で、これは必須で中核症状になります。BPSDの中で比較的効く漢方が見つかってきました。恐らく今、日本の神経を専門にやっている人の話題だろうと思います。これは使えますので、先生方と相談されればいいと思います。

【前野】 抑肝散ですか。

【井原】 はい。

【前野】 うつ病に移ります。うつ病の質問は非常に多く、その中から幾つか選びます。うつ病で休職しています。うつ病の症状が良くなってきたら薬を止めることも



あると思っていますが、止めることによって副作用が出るのではないかと心配です。

【樋口】 うつ病が良くなってきて、どの時点で薬をやめるかという判断は、よく通院されている方からも聞かれます。これにはエビデンスがある程度ありまして、世界的にも大体共通した認識ですが、良くなってすぐに薬をやめるとぶり返す確率が非常に高いです。良くなってから最低半年近くは継続した後、特に症

状の再燃等がなければ、そこから徐々に薬をやめていくのがやめ方の原則になります。

今のご質問は、薬をやめたときに何か副作用が出るのではないかということですが、実は特に最近の抗うつ薬SSRI、SNRIは、急にやめると離脱症状といってもいいと思いますが、それまで体に入っていた薬が急になくなったので、体の方が色々な反応を起こしてしまい、例えば発汗、ふらつき、不眠などの症状がやめて2日目位から出ることがあります。そうすると、病気が悪くなったと誤解される方も多いのですが実はそうではなくて、それは急に薬をやめたからそうだったので、そのまましばらく何もしないで様子を見ていれば、1週間位するとそういう症状はなくなります。どうしても不安な場合は一度薬を元に戻して、原則的にはやはり徐々に薬を切るということです。突然やめることが関係しますので、徐々に減らしていくことでかなりの部分は防ぐことができると思います。

【前野】 長男が8年前からうつ病と統合失調症で治療しています。2年前からはクリニックに通院していますが、現在は15種類の薬を服用しています。いかがなものでしょうか。15種類という多さに驚いてしまいますが。

【樋口】 この方がどういう状態なのか、あるいは経過がどうか分からないので、ごく一般的なお話をしますと、確かに日本は世界的に向精神薬といいますが、精神科のお薬の使い方がちょっと特殊といいますが、昔から漢方的な使い方をしていました。漢方はさじ加減で、色々な漢方のお薬を混ぜ合わせて処方します。それに非常に影響を受けたのか、いつの間にかそういう使われ方が定着してしまったところがあって、今学会を中心にして、できるだけ原則1種類の薬でいきたいと思います。1種類というのは、例えば抗うつ薬を1種類、場合によって眠れないという方は不眠の薬は別に使う、不安がある方は不安の薬を使ってもいいのですが、少なくとも1つの効能効果に関しては1種類でいきたいと思います。今若い人たちに指導していますが、まだまだそれが定着していない、浸透していないということが1つあると思います。

それからもう一つは、精神的な病気の中には例えば躁うつ病だけの方と、うつ病だけの方と、統合失調症と躁うつ病が混じり合ったような病気の方もいらっしゃる。これは大変難治で、コントロールがなかなか十分うまくいきません。いきおい単剤だけではとても対応できなくて、数種類の薬を組み合わせさせて使わざるを得ないことも確かにあります。

ですから、そういうために使っているのか、それともお医者さんが漢方的な発想で次から次へと足して使っているのか見極めることが必要です。このケースは分かりませんが、一般的にはそのようなことが言えると思います。

【前野】 天気や気圧の変化でうつ気分が強まることがありますか。

【樋口】 天気、気圧ではきちんとした調査がありませんが、冬になるとうつになるタイプがあるということははっきりしています。成因も分かってきて、日照時間との関係でうつが起こるという一群があります。日本だけだとそんなに多くなくて、300～400人位しかいないようです。日照時間と関係しますので、緯度が高い地域に発生しやすい。要するに冬になると日が落ちるのが極端に早くて夜中が長い、朝もなかなか明るくならない地域で、冬にだけうつになるというタイプがあり、それを冬期うつ病と呼びます。気圧や天気の関係は、一般的には病気では無くて我々の日常的な気分を左右していることがありますので、それがうつの方についても同じように影響する場合がありますと思います。

【前野】 主治医に正確に自分の体調を伝えることの難しさを日ごろ感じています。お医者様の立場から患者の状態を理解しやすい言葉、症状に関する表現方法はこういったものが望まれますか。これは樋口先生と、松本先生をお願いします。

【樋口】 ご自分の症状やご自分の状態を言葉で表現することが苦手な方もたくさんいます。それで私たちの診察では、そういう方の場合にはメモを書いてきてくださいという方法を用いています。言葉ではその場でなかなか表現できないけれども、文章にして表すとある程度その中身を伝えられます。また私たち精神科の場合、アルツハイマーとは共通するかもしれま

せんが他の科と違うのは、家族からの情報とご自身からの情報を両方抱き合わせでいただくことが診断等には役立つと思っています。

【松本】 人によって随分異なりますので、今お話がありましたように、記録してきていただくことが非常に大事です。大阪の場合は、「何時間待ちましたので、その分取り戻させていただきます」と言って症状が滝のように落ちてくる方がいますので、大阪にいたときは私どもはひたすら聞いていましたが、やはり地域によって随分異なってきます。滝に打たれながら我慢して「出ていっていただけますでしょうか」と言わないと出ていっていただけないような方もいました。

医療はやはりお互いのコミュニケーションですから、相手を非難し続ける方は必ず自分も良くないところがあります。まずは信頼しないといけません。だからドクターのところに行かれるときは、まさにタクシーに乗ったときと想像してください。そのときに運転手を信頼しなければ、とてもじゃないけれど自分の目的地には行けません。危ないと思ったら早く降りることです。あまり相手の気分を害するような質問をしすぎるとかえって事故に遭うでしょう。

【前野】 最後の質問です。最近脳によいという触れ込みでサプリメント（栄養補助食品）が各種ありますが、果たして効果はあるのでしょうか。

【松本】 日本ぐらいです。ドリンク剤でも色々なものが並んでいる国はありません。私もずっと飲んできました。効果があるかどうかは気分的なものもあるでしょうが、あまり高価なものは効果がないと思っていたできつつ、データが十分に出ていないのが実情ですから、だまされないようにしてください。広告費を相当使っているものは怪しいと考えたほうがよろしいのではないのでしょうか。

【前野】 本日のフォーラムの抄録が、読売新聞の yomiDr. (ヨミドクター) というサイトに載ります。まだまだ話したいことはたくさんありますが、ここでお開きしたいと思います。皆さん、どうも有り難うございました。