

平成30年度 思春期・青年期のこころの健康づくり講演会 精神疾患の早期発見・早期治療 「心の病、初めが肝心」

日時：平成30年7月24日（火）14：00～16：00

会場：大田区立消費者生活センター2階大会議室

講師：東邦大学医学部精神神経医学講座教授 水野 雅文氏

精神疾患は、思春期・青年期と呼ばれている年代、15歳から30歳位でかかりやすいので、早くから正しい知識を身につけて、もしも病気になってしまった場合には、適切に行動できるようにすることが大切です。

もう一つは、誰でもなり得る病気だということから、「心の病なんか私は大丈夫、根性で治るんだ」という問題ではないということです。誰もがなり得るんだから、かかっていたら適切に行動するし、またなった方に対しても、特殊な目で見るとはなくて、誰もがなり得るのだというコミュニティをつくっていくことが大切です。大きくはその二つの視点が、この問題においてとても大事な取り組みではないかと思っております。そういう意味で、少し早目にこの病気のことを知っていこうということでお話をさせていただきます。

今日の大まかなあらすじですが、その前に、少子超高齢社会がもたらすものということで前置きをさせていただきますが、超高齢社会・少子化が声高に言われているのは、皆様もよくご存じのとおりです。

少子化ということで、これからこの方たちが一人残らず元気に成人していただいて、ぜひ社会のためにも、ご自身の自分らしい人生のためにも、健康長寿を全うしていただきたいと思うわけなのですが、人口構成が変わってくると、昔とは大分違いますよね。寿命も違いますし、社会を構成する人の数が違う。将来2100年になると、予測では四千数百万人にまで減ってしまうわけですが、今の半分以下ですよ。1880年、この時四千万人切っているから、ああ、同じじゃないと。ですが、当時は半分が若者です、若者というか子どもですよ。半分为働き盛り、残り、高齢の方がこの人達に支えられているという構造で、全然社会の若々しさが前と違うということは、これは明らかでありまして、そうなると、形が変わった、プロポーションが変わった社会の中を、どうやって同じような活気とか生きがいとか働きがいを維持するような、何かAIとか含めて代替手段の中で、新しい未来をつくっていくかということが大事な課題になるのかなと思っております。

そういう意味でも、若者の健康を大事に考えるのはすごく大切なのではと思うのですが、このDALYsという聞きなれない言葉がございます。DALYsとは、Disability-Adjusted Life Yearsといいまして、障害、疾病によって失われた生命や生活の質を包括的に測定するための指標、意味だと書いてあります。どういうことかといいますと、誰かが病気・けがになりますと、当然治療費がかかってきますね。これは直接的な医療費のお値段だとして、その方はふだん健康で働いていますから、普段の稼ぎ、それから、その方がもしかして介護とか誰かの応援を必要とすると、その応援する人も休まなくて

はならない、お仕事を休まざるを得なかった人のふだんの生産性も失われますから、さまざまにロスが重なっていくので、そういうものを全部足し算して比較できるようなスコアはないかといって考え出されたのが、DALYsです。

これはWHOなどの国際機関が好んで使っている数字です。お見せしていますのは、日本におけるDALYsという数字です。これでよく見ると、45歳位がDALYsが大きくなって、つまり働き盛りの人が病気をすることによって非常に全体的な損失が大きいということがよくわかります。その中身は、循環器疾患とか、あるいは悪性腫瘍、要するに心臓、血管系の病気と悪性腫瘍ですからがんですね。15歳から30歳、全体としては、基本的には健康なわけですから、そんなにDALYsが大きいわけじゃないですが、中身を見ると、ほとんど黄色になっているということに気づいていただけたと思います。これは男女とも同じです。つまり、15歳から30歳位の方の健康問題で失われる損失の中身というのは、ほとんど精神疾患によるものであるということがおわかりいただけると思います。ですから、若い世代の方が、一月以上にもわたって長く仕事を休む時は、大抵このメンタルの問題が関係しているということがここに示されています。そして精神疾患というのは、病気にもよりますけれども、その後長くその方の人生に大きな影響を及ぼすことになります。やはりこの時点でなってしまうと、その後の就学・就労に非常に大きな影響を与えるということは大体の想像どおりであります。

15～30歳でこの病気をコントロールできるといいのですが、次の表は、2011年日本の死因と書いてあります。日本人の死亡原因について5歳刻みの年齢階層別にあらわしたものです。20歳から40歳のところの死因第1位を見ると、自殺ですね。ですから、数少ない若者が自殺で亡くなってしまう。2位が事故です。それから、悪性新生物、がんですね。

他の国と比べてみますと、15歳から、こちら35歳、死因の上位3位は、いわゆるG7と言われているフランス、ドイツ、カナダ、アメリカ、イギリス、イタリア、日本ですね。お隣の韓国も入れてみると、1位が自殺の国というのは日本と韓国だけで、他の国は事故。ですから、バイクの事故とか車の事故とか、何かスポーツの事故などで亡くなっていると。ところが、日本は1位が自殺という非常に残念な結果になっていまして、働き盛りの方が自ら命を絶つのが死因の第1位というのは、非常に残念です。

実は自殺は、日本で非常に一時問題になりました。ピークは、2005、6年からの自殺者数が年間3万5,000人、これは実は論文のコピーですが、先ほどから子どもが減っている話をしました。このグラフは中学生と高校生の自殺者数を、1978年からずっと1年ごとに追っていった数で、左側は人数です。大体毎年200人から300人の子どもが自殺で死んでいるんですね、中高生、日本全国で。ところが、子どもは年々減っています。折れ線グラフは中高の子どもさんが10万人に対して何人自殺して亡くなっているかというのが、この右側のほうに数字が書いてありますけど、その割合がどんどん増えていることがわかります。

ここに3万5,000人と書いてありますが、自殺者が日本で一番多かった2005～2006年頃

です。ここから自殺対策基本法という基本法が国会で通って、いろんな努力をして、今、自殺者数は2万人位に減ってきています。ですから、新聞もメディアも、自殺が多いということは新聞ではあまり騒がないです。それから、報道の仕方随分工夫がされました。ただ子どもの自殺は増えていることは専門誌にしか出てこない。

3万人というのは、大変な数でありまして、3万5,000ですから、およそ3万6,000と仮にしますとね、1年365日ですから、簡単に言えば1日に100人、1時間に4人の人が死んでいるわけです。15分に1人、日本のどこかで誰かが自殺、既遂を遂げているという、そのぐらい沢山の人が自殺をしていたという事態です。これは既遂者ですから、この周りには大体数倍の助かった、自殺未遂の人がいるということが自殺学の常識ですが、そのころは本当に自殺の問題は数の上でも深刻だったのですが、それ以上に今なお若い人、子どもさんとかが自殺をするというのは、まだまだこの問題が解決してないということがおわかりいただけだと思います。

それでは、大人の自殺問題は本当に解決したのかということ、一昨年秋に日本財団から発表された自殺に関する意識調査ですが、「過去1年以内で自殺について本気で考えたことがありますか。」というアンケート調査に対して、「あります」と答えた方、20代男性で30%、女性で40%近くの方が自殺を本気で考えたことがあると答えています。この質問に対しても、年が上がっていくと減ってくるわけですが、若い人ほど本気で考えたという人の割合が高いということは、若者にとって、何か消えていなくなりたくなっちゃうような、将来に対する不安でありますとか、現状に対する不安でありますとか、そういったことがどうもあるのではないかなど。このあたりのことは、みんなで考えていかないといけないのではないかと感じがしているところであります。

さて、高知大学下寺信次先生らによる調査(2009年)によれば、若い人はこころとからだの健康問題についてどんな理解、認識を持っていたらっしゃるかというアンケート調査で高知県のほとんどの高校生に参加していただいて調査をした結果です。「他の人に聞こえない声を聞いたことがある」のは、8.5%。これはそんなに驚くほどのことではありません。その他に、「この1年以内に自分を故意に傷つけたことがある」が7%です。「この1年以内に家族や友人、他人に暴力を振るったことがある」が17%。「気持ちが落ち込んだり、精神的につらくなったりした際に、誰にも相談しない」が4人に1人、24%。「ストレスや精神的な問題で今困っています」が12%、「心配事のために眠れない日がありました」という人が25%。

高校生が非常に悩んでいることが良く分かるのですが、それでは、「自分達若者がかかりやすいこころの病気の名前について知っていますか。」と聞きました。うつ病を聞いたことがない人は、1.6%。ですから、もう今や日本の高校生はうつ病の名前は知っている。摂食障害32%、それから、統合失調症、これについては6割の方が知らない、聞いたことがない、対人恐怖症15%ですね。薬物依存、これは3%だけなので、みんな結構知っています。アルコール依存も含めてでしょう。それから、パニック障害というのは15%ぐらいの方が知らないと言っています。

こういうふうな基本的な病気に対しての知識の上で、「何か精神的不調で困った時に相談しようと思う相談相手はいますか。」というと、誰に相談するか、学級の担任の先生に相談する子は

わずか5%ですね。多いのは友達63%、家族も45%。かかりつけの近所の内科の先生1.9%ですから、それから精神科クリニック3.5%、お医者さんに相談するというよりはむしろ、学校の先生ではなくて、友達に相談するという子が多いですね。保健室の先生5%ということですが、結構大勢来ているけど5%ということですね。

それで、統合失調症の今度症例のシナリオを見せていますね。例えば「声が聞こえてきました」とか、「何か誰かに責められているような、そんな気持ちがありました」何か書いてあるようなものを見せて、病名を当てられた子は7%、こんなの病気じゃないよといった子が5%ということですから、実は統合失調症というのは15歳から30歳位でなる病気ですけども、それについての十分な知識がある方は少ないということがわかってまいりました。

これが全国の平均かどうかはわかりませんが、高校生の段階では十分な知識がないということがおわかりいただけだと思います。

そういう中で、自殺までいかななくても自傷行為、自分を傷つける行為ですね。これについては、各国で比較できるデータがありまして、大体10代、ティーンエイジャーですよ、イギリス、アイルランド、オランダ、ベルギー、ノルウェー、ハンガリー、オーストラリアとありますが、日本も入っています。約1割、日本の場合ですね、男子の7.5%、女子の12.1%が自傷行為の経験があると答えています。つまり、何となくリストカットというと、私の勝手な先入観ですけど、女子が多いのかなと、多いことは多いんですが、決して女子だけではなくて、男子も7.5%いるんですね。そして、1回以上の自傷行為の経験者の半数以上が10回以上やっているということですが、要するに1回やっただけでは終わらなくて、いろんなときにいろんなところをリストカットしているという子かなりの数いるのだということが、これでわかっていただけだと思います。

自傷行為をする理由ですが、これは答えるタイミングとか、その人たちの気持ちの状態にもよるので難しいのですが、国立精神・神経センターの松本俊彦先生の著書によると、「不快な感情を、不快な気分、罪悪感ですね、つらい気分をすっきりさせたくて」と答えた子が57%と書いてありますね。「自殺しよう」と思ってやったという子は18%で、ですから、リストカットというのは何となくアピールだなというイメージが先立つ部分でもあるのですが、アピールでやったという子は2割程度で、他の2割は本当に死のうと思っているわけ。それから、何より自分の気持ちの処理、自分の気持ちの整理のために一人で手首を切ってみましたという子が結構多いということがわかってまいります。

言ってみれば気持ちを伝える先がなく、誰にも相談できないまま、対処方法として自傷行為というのを選んでしまっている子が実際にはかなり多くて、ある意味、孤独感ですよ。孤独の対処法、誰かに相談したりとか、つながっている感というのが持てない人は、沢山います。

これは、若者だけではなくて、高齢の方も、やはりこの孤独というのは今、日本だけではないとは思いますが、今日の社会を覆っている一つのキーワードです。昔のようにface to faceのコミュニケーションが非常に減っていますし、逆にすごく遠くの人と突然つながってしまうことがある。LINE等ですね。偶然ネットでつながって、自殺行為まで至る事件というのが後を絶たないですよ。

個人の内面の体験としてみると孤独で、その孤独をもてあますというのは、多分みんなの共通項で、

それをどう解消するかというときに言葉を選び切れなくて、行為として自傷行為で解消している人がいるのです。

養護教諭の先生たちに自傷する生徒さんの対応経験を伺うと、小学校の養護教諭の方が6割ですけど、中学校以降の養護教諭の方はもう100%、皆さん、養護教諭の方は自傷行為を目の当たりにして、大変という経験を積んでいらっしゃいます。

非常に若者の心の問題というのは難しいと思いますが、ここで英語のキーワードで、mental health literacyという言葉を紹介したいと思います。平たく言えば精神疾患ですね、知識ですが、JORMというのはオーストラリアのこの分野の大先生ですけど、精神疾患への気づきと対処、予防を支える知識や考え、このmental health literacyがしっかりとあると、心の病や精神疾患に早く気づいて対処できるし、あるいは予防に対しての備えができるんじゃないかと、きちんと知識をある程度持っていたほうが良いという、そういう意味でのmental health literacyということが大事だということを主張するためのキーワードですね。

また、KUTCHER先生は自分のメンタルヘルスを良好な状態に保つための知識や、精神疾患に対処するための知識、本人の行動上大事な知識であると同時に、精神疾患に対する偏見がないということですね。あるいは、不調時に自分以外の人に援助を求められるという、社会の中での人の行動に対してまで、もとの知識というのは影響を与えるのだということを言っています。ですから、正しい知識が広がることで、社会の中にも、最初に二つお話ししましたが、偏見の問題ですね。これが減ることが期待されて、そうすることによってみんなの、ちょっとメンタルで調子が悪いのよというふう比較的早くヘルプを求めるような行動がより速やかにとれるように、そういうことが期待できるのじゃないか。そういう意味では、リテラシーをどう広げていくかというのは、実は非常に重要だというのが今の最近の主張であります。

こちらの図は、アメリカのケスラーという疫学の統計学の先生がいろいろ研究した結果、精神疾患のかかりやすい年齢を示した図ですが、ここが思春期・青年期というところですね。ここに大体の精神疾患があるわけです。つまり、非常に若い方がなりやすい病気だということがおわかりいただけだと思います。認知症、これは人数も多いから大問題で政府も非常に焦っています。何とか発病からの後の経過をおくらせようとか、お薬以外の方法で何とかコントロールできないかということも含めて、総動員体制という感じで力を注いでいます。ただ、60歳、70歳を過ぎてからの病気で、若者にとっては、自分が結婚して家族を持って、親が高齢になった頃にちゃんと知識を持って、たまにふるさとに電話をしたら、どうも認知症っぽいぞと、もしかしたら始まったかなということで、ぱっと気がつけるというぐらいのところまでまだ間に合うかもしれない。

ところが、精神疾患に関しては、学校を終えて就職したら、目の前にこういう精神疾患があるわけですね。あるいは学校時代、中学校、高校の時になる方がいらっしゃると思うと、早目にまず自らが病気として知るべきは、若いうちになるはずの病気じゃないかなと思うわけです。発達障害の問題は

少し意味が違うので、また後ほどご説明できると思いますが、ここにあります統合失調症、気分障害、うつ病、摂食障害、それから不安症、このあたりの病気というのは、特に高校生ぐらいの方にはしっかりと勉強していただくということ。

物質使用障害は何かというと、依存症とか嗜癖（しへき）というものです。ですから、依存症というのは薬ですよ、脳に直接働きかけるもの、というのはアルコールやカフェインのような依存性物質。それから、嗜癖とって、いわゆる癖（はまる）ということですね。パチンコ依存・買い物依存・ギャンブル依存等ありますが、その中でも今問題になっているのがゲーム障害ですね。子どもの、思春期の方の中では非常に問題になっていて、ICDという疾病分類にゲーム障害を入れたので、ゲームをつくっている会社の方からしてみれば、依存性物質をつくっているわけではない、それはもう本当に頭の体操になっていい機械なのに何だという意見もあります。今日はあまり触れないですが、この四つの病気とかゲーム障害、あるいは発達障害も含めた若者の病気に対してどうかかわっていくかということが大事です。

先ほど10人に1人ぐらいの方は、誰もいないところで声が聞こえてきたことがあるという話をしました。これはニュージーランドのダニーデンという町で、コホートとって生まれたばかりの子どもさんをずっと追跡していく研究で、11歳のお子さん711人にいくつか質問をしています。4番目に、「聞こえないはずの誰かほか人の声が聞こえたことがありますか」という質問が入っていて、「ある」と言った子は15%ぐらいいる。11歳の時点で病気だったわけではないですけど、その子達を追跡すると、15年後の26歳の時点で統合失調症っぽいなという、そういう診断基準に当てはまる子が、聞こえてない子と聞こえた子を比べると、聞こえたことがありますって言った子のほうが16倍いるところがわかった研究があります。

11歳位の時に少し変わったことがあると、将来の精神疾患を予測できるのかという研究でもあるんですけども、全員が病気になるわけじゃないので、そういう意味では、聞こえる人というのは、実は世の中に結構いるのだなということがわかった研究でもあります。日本でも、その時に11歳の子どもを検査しましたら、2割の子が「聞こえている」と答えています。

心の病は、子どもの頃が非常に大事だということで、厚生労働省のホームページの中に「こころもメンテしよう～ご家族・教職員の皆さんへ～」というホームページがあります。非常にいいホームページで、中身も充実しているのですが、厚生労働省のサイトの奥深く掘っていくとここにたどり着くのです。ですから、高校生がこのページにいきなりたどり着くということはないので、皆さん、もしよろしければ、これ、リンクでも張っていただくと、このサイトも息を吹き返すんじゃないかと思います。この中には、例えば回復へのマイ・ステップというところもありまして、心の病を、不幸にしてかかってしまった方が、いやいや、かかったとはいえ、そこからちゃんとリカバリーをして、こんなふうに自分らしく自立した人生を送っていますよということをご本人が、ここでビデオで語ってらっしゃる、そういうページであります。

ですから、とにかく精神疾患の早期発見・早期治療が大事だということを強調いたしますと、一方で、なっちゃったら残念じゃないかってね。気づいたのが遅かったらそれで残念なのかという話になってしまうのですが、そうではなくて、精神疾患について重要なのは、予防と回復というのは、先ほど高校の学習指導要領のテーマにもありましたように、予防も大事だけれども、もう一つ新しいこの

時代の知見が、回復可能性ということで。40年、50年前の教科書には、将来なかなか大変だとか、社会生活も困難だとか、厳しいことが書いてあった時代もあるのですけれども、医療、医学の進歩で、きちっと治療して日常生活をこんなふうにコントロールしていくと、その人らしい人生がちゃんと獲得していただけますよということも一つの重要なメッセージだとして、そういう意味では、回復へのマイ・ステップ、今でいえばリカバリーですね。その人らしく生きていくにはどういうふうにやっていったらいいかということについてのキーワードもちりばめられております。

若者サイトということで、東邦大学大森病院のイルボスコという若者向けのデイケアがありますので、同じサイトつながりということでご紹介させていただきます。

利用者の方を15歳から30歳の、比較的病気になりたての方とか、あやうくなってしまいそうな、At Riskといいますけど、そういう方に対しての何か予防策をできるような、そういうデイケアをつくれないうこと、いわゆる早期発見・早期治療センターです。精神科の早期精神科のデイケアセンターというタイトルにすると、精神科デイケアセンターに行っているぞということになってしまうと言いつらい場合がある。「デイケアに行ってきます。」と言うより「イルボスコに行ってきます。」と言ったほうが、何か何だかよくわからなくて、しゃれていていいかなと。小さなことですが、イメージとして、受け手側の見せ方の努力というのは、実は大事じゃないかなというふうに思っているところです。

この中には、15歳からの精神科入門なんていうタイトルで、いろいろ精神疾患に対してのご説明も載っておりますので、もしよろしければまたお時間がある時にでも見ていただければと思います。

思春期ならではの対応、あるいはもしかしたら病気かなと思ったときにチェックするこういうPRIME-Jというんですけど、セルフチェックシートですか。そんなものも載っております。

それで、こういう、何かもしかしたら怪しいぞという方に対するアプローチの仕方、精神疾患というのは、実は非常に多くの方がなる病気なものですから、最初の頃の症状を上手に見つけて、そこに対して何とか治療的なアプローチをしていくのがいいじゃないかというのが精神疾患の早期の治療の戦略です。実はこのスライドに書いています精神保健における予防と早期発見と書いてありまして、Prevention、予防ですね、それから、治療、Treatment、それから、持続的なケアということで、再発予防ということになると思うのですが、精神保健をこの地域の中で充実させていくための戦略として、この予防が非常に比重としても大きいのですが、その中でも、Indicated Preventionとありますね。これは何かというと、Indicationというのは、指標です。何かサインがあるということですね。そのサインって何かというと前駆症状というのですが、例えば注意や集中が弱く低下しているとか、動機づけが、いわば発動性、意欲が低下している、憂鬱だとか眠れないとか不安とか、それから社会的ひきこもりだから学校に行かなくなっちゃうとかとかですね。そんなようなことが何かあったときに、そのIndicated Preventionですから、そういうサインに対して集中的に働きかけて、重症になっていくのを防ぐというのがIndicated Preventionという戦略があります。

これが今の精神科の予防策の主流で、何か症状があったらこれを何とかしましょうというふう

考えていますけども、さらに広げるには、ここにある Universal とか Selective というのがありますね。この Universal Prevention というのは、一番代表的なのはインフルエンザの予防注射ですね。単価が安くてもみんなやれば予防できる。別のものというと、車のシートベルトです。車の本体に比べたらずっと安いですけど、車に乗ったら誰だって、もらい事故も含め事故の可能性があります。誰でもなるようなものに対してはできるだけ安く広げられるものというのが予防の原則で、インフルエンザの予防注射とか治療薬も同様です。それに対して、Selective な Prevention って何かというと、誰でもなるわけじゃないですよ。例えば黄熱病の予防注射は、アフリカの流行地域に行く人だけが受ければいいのですが、1本30万円。ただ、行く人は、打って行ってほしい。だけど、要らない人は打つ必要はないというのは Selective Prevention ですね。ですから、例えば精神疾患でいうと、例えばご家族が、赤ちゃんが生まれたけど、ご両親が精神疾患になって、なかなか十分な養育までし切れないときに、最初からうまくサポートに入りましょうという場合も、それに入ってくるかもしれません。ここは重点的にいこうかと、こういうのが Selective Prevention ですね。ですから、今は精神疾患も Indicated Prevention で、早く見つけて早くに対処することですが、行く行くは Universal に、つまり、できるだけ、精神疾患の領域で何が Universal かといたら、先ほどお話ししたリテラシーの問題で、やはり早くから知識を持って、情報を持っているなら情報を持っているということを通じてなるべく早く対応がとれるところが、現状精一杯でもあるのですが、対応といっても、必ずしも病気になってからの対応ではなくて、もっと日ごろからのストレスマネジメントっていいですね、食事、運動、睡眠ですよ。そうしたものをきちっとやっていけるような生活習慣を身につけるといことが、単に体の健康だけじゃなくて心の健康にも重要だということを知りながら日々の生活を送れるというのは非常に大事なことでして、そういうことを全体的にやっていくのが、またやっていけるような社会構造をするということが Mental Health Promotion ではないかというふうに考えられているというわけです。

ここに出てきたのはトーマス・インセル先生というアメリカの先生ですけど、これは TED というユーチューブでやっている、要するに名演説番組ですね。有名人が出てきて、自分の専門分野について15分ぐらい話している。非常に明晰な方で、私もこの番組大好きで何度も見たのですが、この中で彼が早期回復が大事だと言っていますけど、精神疾患というのは三つの特徴がありますと言っています。一つは、誰でもかかるということで、アメリカの場合は一生涯のうち5人に1人が何らかの精神疾患にかかる、現役の人達、5人に1人ですよ。WHOは2人に1人と言っています。それから、残念なことに、20人に1人は何かの障害を残す。ですから、逆に言えば、20人に19人の方はリカバリーしているわけですけど、少し長く苦戦する人も中にはいるということを知っておく。

そして、もう一つ大事なことは、若年発症なのですね。24歳までに75%の人がかかってしまうということです。

生涯に5人に1人がかかると言っているのに、24歳まででそのうちの75%の人がかかるという

ことはどういうことかという、このグラフですが、年齢が横に並んでいて、縦が精神疾患にかかった累積です。80%の人がかかるのが26歳まで。こういうグラフが出ているのですね。ですから、この緑で囲った、この10歳過ぎから26歳ぐらいまでが一気に精神疾患にかかる人が増えるということで、一番最初にお見せしましたように、この年代の人というのは、やっぱり一番気をつけるべきはメンタルヘルスの問題だということがおわかりいただけるかと思います。

病気になってしまったらどうしようかという話になりますが、この分野で大事だと言われていることは、大きく分けて研究的に二つありまして、一つは、病気になってから治療にかかるまでの遅れ、ロスタイムですね。昨日なって今日病院に行くという、これ一番早いわけですけど。虫歯が痛い、歯が痛いなどわかってから、でももう諦めて歯医者さんに行くまでの間にいろいろ葛藤あるじゃないですか。いや、これはただ過敏なだけじゃないかとか、水が冷たかったんじゃないかとか、何かちょっと歯を磨き過ぎたんじゃないか、もう少し根性で治るぞと思って頑張るわけですけど、最後諦めて歯医者に行きますね。その間に虫歯って大きくなっているわけです。それはみんな知っていますよね。それと精神疾患、実は同じでありまして、もう聞こえてきて、もうちょっと何か気味悪くて困ったなど。それで、すぐ精神科に行って相談していただく、あるいは憂うつで憂うつで消えていなくなりたいなんて言っている時に早く相談に来ていただければいいんですけども、いやいや、心の病、私は心の病になんかならないぞ、根性あるのに、そんなこと人には言えない、近所の精神科なんかに行くのは大変とかですね。

そんなふうにして時間がたっていくような、この治療開始のおくれ、これのことをDUP (Duration of Untreated Psychosis) というんですね。未治療の精神疾患の期間という、精神病未治療期間といいますけど、結構長いんですよ。これを短くすることがやっぱり大事だということと、それから、治療には旬がある、Critical Periodといいます、やっぱり脳という臓器がリカバリーするためには、やっぱり若いほうが回復しやすい。回復しやすさはやっぱり障害を受けて間もなくのころのほうが早いわけで、そういうわけでは病気になってから数年間の治療が非常に大事ですというのが、このCritical Period説であります。

治療開始の遅れを解消しようというのが一つのアプローチで、もう一個は、これやや研究的ですけども、発症の頓挫になります。これは危ないというときにうまく介入することで、発病させないということができないかということです。

これは、DUPについて詳しくご説明した図がありまして、左が健康な時です。途中で病気が始まって、ARMSは、At Risk Mental Stateの略ですけど、要するに危ないぞ、何か眠れないとか、不安でいららるとか、学校行かなくなってきたとか、そんな時期ですね。あるところで、このエピソードが始まりって書いてありますけれども、明らかに幻覚、妄想状態になって、子どもさん、机を蹴飛ばしたり、ひとり言を言ったり、風呂に入らなくなっちゃったり、もう誰が見ても少し病気だぞと、そこから病院に行って初めてちゃんとした治療を受けるまでの、この期間のことをDUPと呼んでおります。ちなみに、Early Psychosisと書いてありますが、これは日本語では早期精神病と略してありますが、この早期とはどういうことかと

いうと、生涯初めて精神病になって、この最初のエピソードですね。うつとか統合失調症の最初のエピソードの治まるぐらいまでのところをE a r l y P s y c h o s i s、なぜかという、最初調子が悪いときは、これは明らかに何とか病だ、うつ病だとか躁うつ病だとか統合失調症だとかいうことがはっきりわかるような状態にはなくて、何か月、あるいは最初の数年様子を見てみると、ああ、やっぱり何とか病だったんだなというのがわかるような、ちょっと区別のつかない時期があるものですから、P s y c h o s i sと言っております。

P s y c h o s i sのときに、どういうふうに関わったらいいかというのは、後々重要になってくるわけですが、実はこの日常期間について、もう10年前になります、日本の七つの大学で共同して研究をしたことがあります。その年、300人の方が生涯初めて統合失調症圏の病気になって、七つの大学病院とその関連施設を受診されました。300人ですから、その150番目ってつまり真ん中の方ですよ。が、このDUPどのぐらいだったかというのを調べてみますと、2.7カ月、約3カ月ですね。ですから、初日に来てくれる人もいれば、360カ月なんて書いてありますから、病気になって30年放置されていて、何かごみ屋敷だか騒音苦情だか、何かそういうことで保健所の方が訪問して、初めて治療にかかりましたなんて方まで含めて、300人の中で150番目に早く来た方というのは大体3カ月で病院に来ていると。平均で出すとすごく、もう30年放置なんかもいるので17カ月という数字になっているんですが、いずれにしても精神病圏の症状が出てから、今の日本でもう3カ月も半年も、あるいは1年も病院にかからずにいるというのは、ちょっと残念なことではないかなというふうに感じております。

しかも、もっと残念だったのは、この300人の方の中で、初めて医者にかかる時点で、29人の人が自殺未遂の既往があったんですね。幸いこの方たちは未遂ですから、助かったから病院に来たわけですが、中には自分が病気だということに気づかずに命を断たれた方もいたに違いないわけですし、そういう意味では、何とかこの数字を減らす意味でも、早く来ていただければいいなというふうに感じております。

C r i t i c a l P e r i o dというものについて、とてもいい図があるのでご説明しますと、これは統合失調症の経過研究でして、1987年に出た論文です。これは横1本がお一人ずつです。1人目から140人目の方まで、1958年から1962年の4年間に群馬大学の精神科病棟を退院した140人の統合失調症の患者さんを、地元の保健師さん達が延々と5年、10年、20年、25年、そして、この研究は40年まで続いているのですが、地元の地域の中でずっと追跡調査をして、この図を書き上げた大研究です。これは、実はゼロが退院したときです。この白が完全にセルフサポートといいますか、自立しています。黒がホスピタライズ、入院です。グレーが、いろんなハーフウェイ・ハウスであるとか、あるいはデイケアやいろんな支援を受けながらどうにか生活できている、地域で生活できている、そういうものになります。

そうすると、下が黒いですね。ずっと黒い人というのは、つまり退院してからすぐ再入院して、ずっと入院している人ですね。入院している人がいっぱいいて、確かにこの3分の1ぐらいの人は、真っ黒。だから、学校で習ったとおり、統合失調症というのは3分の1の方は慢性の経過をたどります。確かにそうです。

上を見てください。大体この半分から上を見ていただくと、ほとんど白いんですよ、全体が。つまり、白という部分は完全に治っている、寛解している、ないしはこの辺なんて治癒と呼んでもいいでしょうね。これ追跡しているからわかっていることですが、この辺の人たちは非常に予後がいいので、病院に来ません。そうすると私たち専門家は、ここの人たち（スライド黒い部分）にばかり毎日会うわけです。ですから、ああ、統合失調症にならずずっと入院とかですね。地域の中でもすごく大変だって、こういうふうな、ある意味治療的先入観がつけられてしまって、統合失調症ってつい大変と身構えるわけですが、確かに大変な方もいらっしゃるんですけど、実は、きちんと良くなっている人もいっぱいいるわけですよ。ですから、統合失調症というだけで悲観的になることはなくて、半分ぐらいの人はちゃんと社会生活をしっかり送っている。

これは1960年スタートですから、今やもうこれから50年、60年たって、新しい治療法がたくさんできて、さらにこの頃はもっとDUPが長かったと思いますね。

赤く囲んであるところ、これ5年です。だから、ここの中が実はCritical Periodという話ですけど、予後が悪い患者さん、この方たちは、赤く囲った中だけ見ても、結構黒いということにお気づきいただけるとと思います。予後のいい人達は、この赤枠の中も白いです。ということは、今、長期入院の方を退院させろと言っているわけですね、精神科のベッドが多過ぎるから退院させろ、といってもこういう慢性期の方を白にする、これ実はすごく大変です。30年、40年入院しておられるわけですから。それよりは、やっぱりこの5年のところで、黒を白にできなければ、年月が経ってから黒を白にすることは難しい。やっぱりこの最初の数年間にもっと資源を集中して、ここの脳の柔軟性、可塑性といいますけども、可塑性のあるうちに、年齢でいうと、これが大体多分20歳から30歳ぐらいの人たちですよ。そして、その後の人生50年間を黒でなく白くするためには、ここに資源を集中する以外に方法はないと私は思っています。

病院の診察料の医療費は、3日前になった人も30年前になった人も同じですね。時間も何もないです。それでは、やはりこの若い人、まだ回復可能性のより高い人に対して、より集中した治療というのは、できないわけでありまして、そういったこともより丁寧に見ていくといろいろ気づくところが出てまいりますので、ぜひこの早期の治療に対してエネルギーを注ぐ必要があるのではないか。もっと早いほうがいいという話になりますが、その証拠は、この写真にございまして、これはこのARMSというリスク状態の診断基準というところですね。もう一息で危ない人、つまり、何か少し聞こえているという、でもはっきり幻聴というほどじゃないけど、弱い陽性症状、精神症状があるとか、あるいは1週間ぐらい明らかに幻聴があって、何かぶつぶつ言ったり、何かうるさいなど思ったりするんだけど、時折すつとよくなっちゃうという感じですね。それから、あとは古典的な意味で遺伝、家族歴があって、持続的な機能低下が起こってくるというような、そういうような方を1年間診てみますと、大体4割の方が精神疾患になっていく、精神病になっていく、そういうことが1998年の論文で分かり、そう言われていました。

これは、そういう基準を満たした方達をメルボルン大学で受診した人達に、1回目に来たときにMRIを撮り、1年後再度MRIを撮らせていただいたんですね。100人の方にご協力いただくと、40人の人が1年後には精神病かなという、60人の人は治っているという中で、この精神疾患に

ならなかった人たちと、なってしまった人達の1年前の画像を比較したときに、実は既に、その時は区別がつかないのですけども、後で見て、病気になった人とならない人を2つに分けて比較をすると、黄色い印のついているところは、既に後で病気になる人の場合、小さくなって萎縮があったということがわかったわけです。これは、2003年に論文で発表されました。

これは、後で発病した人の1年前と1年後の写真を比べた時に、1年間の間に縮んだ場所を指しています。つまり、最初は怪しいぞ、二度目はもう完全に病気だぞ、この期間、つまりみんなが臨床診断をして、この方は精神疾患になっていますねというよりも前から、実は脳は萎縮を始めているということが、この研究でわかりました。

このことは精神科の領域では非常に大きな出来事でありまして、この図だと更に良くわかるのですが、危ないぞという診断がついてから、明らかな精神病状態になるまでの間に、この赤が強いところがどんどん萎縮しているのですね。ただし、萎縮するといっても認知症のように大きく萎縮するのではなくて、ほんの数%、4%ぐらいの萎縮だろうというふうに言われております。ただ、昔は精神疾患というのは、脳そのものを研究しても、なかなかここが原因だとか、ここが縮んでいるというような証拠がなかったのです。今はMRIによって、生きて髄液の中に浮いた状態で脳を詳しく見る事ができるので、寸法を図っております。どこがどれだけずれたかということを見て、数%のゆがみを検知することができるようになってまいりました。まだ、一人の人を見て、この人が発病するかどうかということまではいってないのですが、集団で見ると明らかに発症している人はわかるような時代になってまいりました。

先ほどお話ししましたように、At Risk Mental Stateの時に、放置していくと4割の人は発病する。6割の人は発病しないわけですが、理想的にはこういうふうにもとに戻る。ですから、例えば思春期ですと、反抗期というか、急に引きこもったりとか、家族としゃべらなくなったりとか、少し怪しいぞとはいっても、いわゆる反抗期的一幕で、見ているうちに治るのか、それともそのまま何か精神疾患になっちゃうのか、なかなか区別がつかないですね。ですから、本当に生物学的な病気で発症するおそれがあるから、きっちりとした薬物療法、その他の治療をして介入をしなきゃいけないのか、それとも、単なる一過性のものだから、安心して見てればいいのかと生物学的に決着が着くようなりトマス試験紙のようなものができればいいなと。これがこれからの研究課題になるのですけども、現状は、症候学的に診るしかないので、こっち（図の真の陽性部分）に行く人は4割、こっち（図の偽陽性の部分）に行く人は6割です。実はもう一個微妙な問題があります。こっち（図の偽陽性の部分）に行く人に対し、絶妙な介入をする。いい環境調整、ストレスフリーにする。そうすると昔は、1998年当時は放置すると4割の人が精神病になると言われていたのが、今は手を尽くし、いろんなことをやると、10%ぐらいまで下げられるということがわかってきました。残りの人達は、実は発症するかなと思ったら、何とか発症しないで済ますことができるというので、こっちが偽陽性ならば、こっちは偽陽性の偽陽性だから偽偽陽性なんていう名前がついていますけども、うまく介入すると、本当は何ともなかったのではないという人と区別がつかないわけです。これは本当は良いことで、我々としては、臨床医は何かいろいろやっただ、無事に元気になってよかったなと喜んでいただければそれでいいわけです。もう一つは、10%だと本当にずっと10%で済むのかという問題ありまして、少し先に行きますと、みんなが

みんな完全に回復するばかりではなくて、実は少し長く、今のこのAt Riskの状態がずっと続いてしまう人が一定数いるのですね。ですから、そういった方々に対してどんな支援をしていくのか、これからの課題と言われております。

平均して発病する4.8年、中央値で2年ぐらい前から、ほとんど眠れないとか、不安だとか、学校行かなかったとかいう、いろんな変化はどうもあるのです。そして、最終的に、幻覚、妄想状態になるというまでの間にもう結構時間があつたので、こここのところでうまく介入すると、本格的な発病は防げるのではというのが最近のトピックスでありまして、何とか早く見つけて早く対処しましょうというふうに考えているところです。

実際に先ほど来、DUPを短くしたいと言っていますけれども、なぜ出来ないのかと考えたいと思います。まず、かかりつけの先生にもう一度よく精神疾患についての初期のサインについて勉強し直していただくとありがたいなということです。その早期のサインについて、皆さんによく見直していただいて、地域社会で、例えばフィンランドはかなり一生懸命キャンペーンをやって、例えば映画館の最初のコマーシャルのところプライマリケア、地域の方々に精神疾患の早期サインについてのコマーシャル番組を流したりとか、アドバルーンを上げて徹底的に広げると、このDUPが短くなるという調査もごさいます。それから、精神疾患に対するスティグマを全体的に減らすというので、このリテラシーの問題、理解を深めるということが一つ大事でありますし、精神科の専門医への紹介を増やしておりますね。やっぱり精神科に気安くかかっただけのように専門家も説明をして、そんな怖いところじゃありませんよということを十分ご説明して理解をしてもらおう。

そして、このアクセスのしやすさと書いてありますが、精神科のクリニックは、非常に予約が困難で何カ月も待ちます。特に子どもの精神科に関しては、どこへ行っても3カ月、半年待ちはよくあります。しかし、3カ月、半年待てるのだったら、そんなに深刻な病気ではないのではないかという話になってしまいます。もっと素早く、あるいは往診も含めた、柔軟な対応ができるようなサービスづくりを考える必要あるのではないかと考えております。

メリットと書いてありますが、病気が軽く済むし、なってからも早く治るし、予後も良いし、ソーシャルスキル、社会生活する技能も維持できるし、家族にも見せないでいいしということで、入院もしなくて済むわけです。

こういうふうに、本当は早く治療するといいいことづくめのはずですよ。

早くサインを拾い合う。でないと、治療が遅れるとどのようなことになるかという、治りが悪くなるとか、自殺がふえると、社会からだんだん遠ざかっていってしまう、これはわかりやすいと思います。ここでご注意いただきたいのは、物質乱用というのがあります。これも主観的体験の話につながるのですが、まず、人によると、精神病になる前というのは頭が薄ぼんやりとするそうなんですが、うつもそうなんです。そうすると顔を洗ったりする人もいられませんか、コーヒーを飲みませんか、とりあえず。たばこを吸いませんか。要するにカフェインとかニコチンというのは、覚醒作用があるわけです。ですから、もうちょっと頭がしゃきとすればいつもの自分に戻れるなど

思うと、がぶがぶと飲みます。しかし、それでも間に合わないとなると、次はどうするかというと、大麻です。日本で、もう全然外国と変わりませんから。大麻でありますとか、人によっては覚醒剤でありますとか、要するにビジランスを上げる、頭をしゃきっとさせるようなことをしないではいられなくなって、その物質乱用が実は最後のとどめというか、これは頭には悪いわけですから。アルコールやニコチンもそうですけども、その結果、発病を促進してしまうことがございます。

そういうわけで、いろんな妨害因子がある中でも、ぜひ皆さんに安心して精神科を、必要な時は受診していただきたいですけど、世の中には精神科に行くとか薬漬けにされるという神話がございまして。これは間違いなく神話で、「いや、うそつけ」という人がいるかもしれませんが、これは心ある精神科医は薬漬けにはしておりませんで、何となくなっちゃったということはあるかもしれませんが、これは決して目指しているものではないです。なぜかといえば、今はもうお薬をたくさん出したからといって、もうけが多いという時代ではなく、多く出そうが少なく出そうが同じ。最近では、出したいところを出さずに我慢すると点数がついてくるという点数のつけ方さえ始まり出しましたので、これから改善されるとは思いますが、実は精神科の治療というのはお薬だけではないですね。もともと、例えば認知行動療法とかストレスマネジメントとかと書いてありますが、こういった非薬物の、要するに言語とか行動によって行動変容をさせようというのが、精神科の治療の非常に大きな部分でありますので、もちろんお薬によって鎮静をかけようとか、あるいは気分の改善をしよう。つまりケミカルな物質によって人の行動を変えさせようというプロセスが、もちろん薬物療法の基本ですけども、別に薬物を使わなくても人の行動というのは変わるわけですよ。何より証拠は、ギャンブル依存ですよ。それから、ゲーム障害ですね。刺激というのは、薬物というのは、脳にバインディングしないものによって人の行動はすっかり変わってしまうわけです。ですから、それほど強力なものではないにしても、精神療法、カウンセリング、あるいは認知行動療法によって人の思考パターンとか行動パターンというのは変わっていき得るものだという事は、まず間違いのないことです。

ですから、そういったものを目指す治療として、精神科にはいろいろと実はあるのですが、最後にもお話ししますが、やっぱり現状の保険点数のつき方では、そこに対して非常に配置をたくさん、じっくり時間をかけるということにはできないですね。ですから、ついその薬物療法という、飲めば済むではないかということに頼りがちになるのですけれども、その中でさえも、自然界由来の物質というのがあるんですね。

例えば躁鬱病で使うこの炭酸リチウムというお薬ですけど、これはリチウムですから、そこらの土を掘れば出てきます。そういったものも薬物療法として使われておりますし、それから、EPAとかDHAとかいうもの、魚の青油というやつですね。あれも脳の保護作用があるということで、非常に有効だという実験の報告も出ております。盛んに追試が行われていて、かなり大量に飲まないといけませんけれども、抗炎症作用を初めいろんな効果があるかもしれないということで、今、盛んに研究がされています。

そんなわけで、いろいろと社会の装置も活用しながら、何とか精神疾患を早く防ぎたいなという願いは強いですが、外国でもそういう動きは非常に盛んで、これは先ほどご紹介したメルボルン大学

の先生方がつくったEPPICという、これは早期介入センターで、うちもこれを真似してイルボスコをつくったわけですが、そういう若い人だけが一緒にサッカーをやっている。つまり、若者が好むようなプログラムでデイケアをやるべきだというのがそもそもの発想です。

これは香港のポスターですけども、香港の駅の電子掲示板、日本でいうと伊勢丹のような場所にポスターが張ってあって、思覚失調って、これ中国語の統合失調症ですね。ここに書いてあるのが、日本でいったらフリーダイヤルで、香港シティーのマークがついていまして、中を見ると、何か幻覚とか妄想とかの状況になったら、早く気がつく効果がいいとかということが、適切な治療をしなさいということが書いてあります。相談電話番号が書いてあるということが、まちの中にたくさん出ています。これは香港のチムサーチョイという日本で言うところの銀座四丁目みたいな中心地の地下鉄の入り口で、突き当たりのこの一番目につくところにこのポスター、思覚失調と書いてある。先程の電話番号が書いてあって、何かあったらここに電話しましょうね。これ画面が変わると、今度、これは実は、紫色の何となくおどろおどろしいところに女の人が一人でうずくまっています、これは自殺予防のポスターですけども、非常に人通りが多いところでも、こういうメンタルヘルスのリテラシーを高めることが盛んに行われております。

シンガポールでもやっぱり早期介入で、若者を中心にとというそういうポスターだったのですが、シンガポールの大通りに、日本の伊勢丹百貨店があります。その1本裏のほぼ目抜き通りの中に日本のアイドルのグッズを販売しておるビルがありますが、その2階の中にこういうチャットというルームがあって、いわゆるPSWの若者が何人かいて、若者がちょっと寄って、いろんなメンタルの相談をしたりとか、何か不安なことを相談できるようなのがまちの中にあります。

オーストラリアに行くと、実はヘッドスペースといって、また公設民営の、そうした精神科だけでなく婦人科なども入っているような、若者がちょっと立ち寄れるようなものが用意されていて、若者支援についていろんな町ぐるみでサポートしようということが盛んに取り組まれております。

これは先ほどの厚労省の、こころもメンテしようのホームページですけど、学校の問題、最後、少しまとめようと思います。

これは学習指導要領です。日本の国の教育基本法に基づいた、学校で一体何を教えるかということを決めた、これ法律のようなものでありますが、小学校、中学校、高等学校は、この学習指導要領に基づいて、いろんな国語や算数とか音楽の授業が行われているわけです。去年、平成29年の段階で小・中学校の改訂が行われて、保健の科目が心身の機能と発達と心の健康というのが、中学校でストレス対処についてしっかりと教えましょうねというふうなことが書かれて。小学校では体の発達・発育の一般的な現象とか個人差とか、思春期の体つきの変化や初経、精通について学習している。中学校では、より具体的に精神保健について学ぶような構造になっています。

高校の学習指導要領の中に精神疾患の予防と回復という項目が明記されたのが今年発表になりました。この精神疾患の予防と回復には、運動、食事、休養、睡眠の調和のとれた生活を実践するとともに、心身の不調に気づくことが重要であるということをやちゃんと教えなさい。それから、

疾病の早期発見により、社会的な対策が必要であるということも教えることになりそうです。

たったこの3行ですが、これが入ることにより中身についての説明文である学習指導要領解説がつい先週発表になりました。この中身について詳しく書いておりますが、精神疾患の予防と回復という中から二つ、精神疾患の特徴という項目と精神疾患への対処という二つに分けて指導をするようにということが具体的に書かれております。

ですから、これをもとに教科書がつくられるわけですがけれども、ここに、精神疾患の特徴の中に、うつ病、統合失調症、不安症、摂食障害などを適宜取り上げ、若年で発症する疾患が多いとか、誰もが罹患し得るとか、適切な対処により回復が可能であるとか、そういうことをきちんと教えるように書かれていますね。ですから、うつ病、統合失調症、不安症、摂食障害、この四つについては、これは平成34年からですがけれども、高校1年生は、日本中の高校生がきちんとこれについて授業で学ぶということが実現されることになりました。まだ数年ありますけども、そうすることによってリテラシー、まず自分たちが一番心配しなきゃいけない病気について、きっちり知識を持っていただくということが実際に行われる。高校生レベルですから、疾患各論について知るだけじゃなくて、やっぱり社会としてどうあるべきかということについても考えるべきだということで、精神疾患について正しく理解するとともに、専門家への相談や早期の治療などを受けやすい社会環境を整えることが重要だということ、偏見や差別の対象ではないことなどを理解できるようにしなさいというふうに言っているところまでございまして、ここまでセットで教えるということです。これ、保健体育ですので、ご存じのように体育の先生が教えますね。大変なことだとは思いますが、ぜひ体育の先生ご自身の精神保健上も検討していただくといいかなと思っていますところですよ。

最近では発達障害の問題が注目されていますが、発達障害は定義が難しく、ご存じのように、健康保険で受診するからには、病院にかかると私達は何かの病名をつけないといけないですね。ですから、病名無しでお帰しするわけにはいかないの、来れば必ず何かの病気にはすると。ここが実は落とし穴でして、そうすると何か言わなきゃいけないので、一番近いものは、これはうつ病かなと、「うつですね」などという説明があるので、うつが増加した時期があったのですが、今はこれは発達障害バブルでございまして、子どもが病院に来ると、もう一番近いのは発達障害というのは間違いないので、大体この発達障害ということになります。ここにありますように健常から自閉症まで、発達関係の機能の分化って非常に連続性があります。発達障害と言わざるを得ない特徴的な所見の方もいるのですが、健常な方にほぼ近いような、本当の狭い意味での定義は満たさないけど、多少そういう傾向ありますねという人は結構な数いらっしゃる。それはもちろん人間というのは非常に個性というのが幅広なものですので、間をとるのは切りがなくて、そういった方たちがごくごく特徴的な部分だけを読んで、私も精神疾患かしら、私も自閉症かしらとか、私も発達障害かしらなんていって病院に来ると、ますますその数が増えて、みんな発達障害。それは必ずしも外れてなくて、みんなそれっぽいことは多少なりともあるわけですが、典型的な狭い意味での治療対象になるような方というのは、ごく限られていると思います。

ましてや、年をとってくると、小さい頃からだんだん思春期、青年期になってくると、発達障害の症状そのものが特徴的というよりは、それがあつたために社会生活でいろいろと不自由が起つてストレスを感じて、二次障害なんて言い方をしますけど、ついでにうつが出てきたり、あるいは

なかなか溶け込めないでストレスが増して、体の症状が起こってきたりとかいうようなことが起こってくることは一つの大きな問題点になっております。しかし、それについては、本来はあまり病気として、もともとの病気として扱うというよりは、さまざまな環境調整とか、適応の仕方を工夫することによって変わってくるかなということでは、いろんな工夫が待たれるところです。

ご清聴まことにありがとうございました。