

精神科領域におけるギャップの克服をめざして

神庭 重信 Shigenobu Kanba
日本精神神経学会参与・前理事長

英国での医学研究，臨床試験の領域で始まったとされる患者・市民参画（patient and public involvement：PPI）という動きがある。医学研究の目標を研究者だけで決めるのではなく，当事者や市民と対話をしながら課題を設定し，その研究成果や意義をわかりやすく伝え返し，彼らの視点で医療を捉え直し，作り変えていくことをめざす取り組みである。

わが国でも，日本医療研究開発機構（AMED）がPPIガイドブックを公開し（2019年），研究プロジェクトの申請に際してPPIの取り組みを記載させるようになった。またAMEDのプロジェクトとして精神医学分野の研究班が立ち上がり，本学会を含む多くの精神医学の関連学会が協力してPPIの導入に向けた活動を開始した。精神医学はいまだ，がん研究のように研究室での発見を短期間のうちに革新的な治療法として当事者に届けられる水準にあるとは必ずしもいえない。疾患研究と臨床応用の間にはギャップがある。それだけに精神医学研究は，当事者・家族との協働をより一層必要としているのではなかろうか。

また精神医学自体にも，生物学的研究と心理社会的な研究との間にギャップが内在している。生物学的還元主義であれ心理社会的な還元主義であれ，単一の方法論で精神疾患の実像に迫ることはできない。なぜならば精神疾患は，多くの場合，素因（nature）と，生い立ちから連続して現病歴につながる環境（nurture）との間で繰り返される相互作用の累積として現れる多因子性疾患だからだ。素因は，例えば統合失調症に同定された100以上の頻度の高い遺伝子多型や頻度の低い変異のように，客観的な生物医学の対象である。一方，環境は物質から意識，主観，さらには社会的文脈や文化までを扱うことが求められる。このため環境の探求は決して容易ではないだろう。しかし環境は，遺伝子の発現から神経回路の機能や構造を変化させる力をもっている。それぞれの研究から対岸へ向けて架橋をめざす研究が進むことを期待したい。

次に，精神医療，保健，福祉間のギャップである。これらのケアの提供を地域で強化する体制が，このたび「精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討

会」報告書（2021年3月）としてまとめられた。この厚生労働省の検討会では，筆者が座長を務め，構成員には家族会，ピアサポーター，多職種を含む多くのステークホルダーが参加し，共に制度設計にたずさわった。これもギャップを埋めるための取り組みの一部であり，いわゆる共同創造（co-production：CP）に向けて，まことに小さいながらも，一歩前へ踏み出したといえよう。しかしシステムの社会実装にあたっては，当事者のニーズをさらに重視した制度とするために，これまでの先駆的な取り組みを糧として，多職種間のギャップを理解しながら連携を強化しなければならない。

PPIにしてもCPにしても，臨床における共同意思決定（shared decision making）と底流の理念を共有している。筆者は，学会運営にもこの理念を導入したいと思い，前理事会では精神医学・精神医療に関するパラダイムシフト調査班を立ち上げた。当事者・家族が本学会に望んでいることで，委員会や理事会が気づかないことは多いはずだ。ならば当事者・家族がどのような体験をしているのか，何を期待しているのか，そして当事者の視点から精神医学，精神医療，精神科医がどのように見えているのかを知り，学会活動に活かさないかと考えたからである。これまで，当事者学の専門家から連続して講義を受けてきたが，毎回目が覚めるような話を聞いた（詳細は機会を得て紹介したい）。健常者が当事者に向けてきた偏見，差別といった，両者の間に歴史的，文化的に形成されたギャップ，さらには当事者・家族と学会との間にあるギャップを埋めていくための貴重な示唆を得ることができた。

以上，気になっている精神科領域におけるギャップのいくつかを紹介し，克服に向けた本学会の取り組みに触れた。これらのギャップをなくしていくことができるのは，多分野の会員が属している日本精神神経学会において他にはない。理事，副理事長，理事長を務めた13年間を終える今，やり残したことの多さを痛感しつつ，本学会がギャップの克服をさらにめざしていくことを切に願っている。