

教育講演 (1)

社会に貢献する矯正医療臨床研究

高松少年鑑別所 池田 正行

高松少年鑑別所医務課の池田と申します。矢野先生には私のほうから無理を言いまして、私が自分で自己紹介をするとしておりますので、そうさせていただきます。

社会に貢献する 矯正医療臨床研究

我々自身が矯正医療に魅力を感じられるようになるために

高松少年鑑別所
(高松刑務所併任)
池田正行

今日の副題としては「我々自身が矯正医療に魅力を感じられるようになるために」、香川先生が仲間を大切にするというテーマでお話しいただいたと思うのですが、では我々がその大切な仲間をふやすためにはどうしたらいいかということをお話ししたいと思います。

私の学生時代(40年前入学)

—初めから「裏道」志向だった—

- 偏差値が高いという理由だけで医学部へ
- 卒後への不安感で一杯
- 「人助けをしたい」と公言して憚らない医学生を馬鹿にしていた&羨ましかった
- 自分は命と金のやりとりなんてやくざな商売には向いていないと思っていた
- 患者さんの転帰は期待通りに行かない場合の方が多くことももちろん知っていた
- 生きている人間と事故と裁判とを恐れていた
- 卒後の進路は病理か法医学と決めていた

これが随分前からの自己紹介になるのですが、決して矯正施設が裏道ということではないのですが、偏差値が高いというだけで私は医学部へ行きました。卒後への不安でいっぱい、人助けをした

いという公言をして憚らない医学生を馬鹿にしていた、そして羨ましかった。そういう意味で非常にひねくれた、シニカルー辺倒の学生でした。自分は、命とお金のやりとりなんて、やくざな商売に向いていないと思っていた。患者さんの転帰は期待どおりにいかない場合のほうが多いことももちろん知っていた。生きている人間と事故と裁判を恐れていた。生きている人間は怖い、御遺体は安心と思って卒後の進路は病理か法医学を考えていた。そういう非常にひねくれた学生でした。

17枚の在職証明書: キャリアのADHD?

- 1976: 医学部入学(臨床をやる自信はなかったが)
- 1982: 内科一般研修
- 1984: NTT東日本関東病院(神経内科)*
- 1986: 国立精神神経センター研究所(神経科学)←
- 1988: 旭中央病院(神経内科)*
- 1990: グラスゴー大学(神経科学)←
- 1992: 東京医科歯科大学助手(神経内科)*
- 1993: 埼玉県立嵐山郷(知的障害・自閉症)
- 1999: 国立厚済病院(自閉症・精神疾患・神経病理)
- 2003: 厚生労働省(新薬承認審査・薬事行政)
- 2007: 国立秩父学園(自閉症・発達障害)
- 2008: 長崎大学(新薬開発・レギュラトリーサイエンス)
- 2013: 法務省(思春期・高齢者・臨床研究)

3

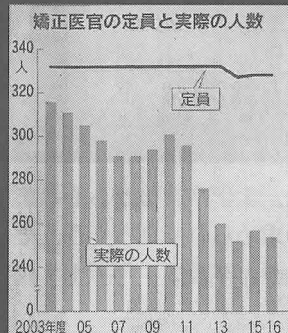
法務省に入省する前に、大学卒業後からそれまでのすべての在職証明書を求められてびっくり、そして取り寄せてまたびっくり。卒後31年で17枚の在職証明書でした。

82年に卒業後内科一般研修2年、それから神経内科の後期研修を2年やりましたが、やはり自分は医者には向いていない。でも、ネズミのお医者さんなら何とかできるだろうと思って、国立精神神経センターの中でも精神科医ばかりの中でマウス相手の基礎研究を2年間やって学位を取りました。その後、いわゆるお礼奉公で850床の病院で神経内科医1人というすさまじいところに送られましたが、2年も経たないうちに音を上げて、グラスゴーという、スコットランドの中でも非常に個性的な町で、2年間アルツハイマー病の研究ができたのも、精神科の先生方とのご縁があったからです。グラス

ゴーから戻ってきた母校の神経内科では、私が学位をいただいた教授が定年退官後、新任の教授がいらっしゃったのですが、1年余りでセクハラスキャンダルでやめるといふ重大事故に見舞われ、医局が大変なことになったので、大学を去り、重度知的障害・自閉症者の施設に赴任しました。そこで6年勤めた後、新潟県は上越地域で精神疾患診療の中心になっていた国立さいがた（犀潟）病院で4年間、精神科病棟の患者さんの内科疾患管理をしながら、精神疾患、認知症、そして知的障害者・重度心身障害者の診療を学びました。

次に移った厚生労働省では新薬審査といたしまして、新薬の認可が遅いと外からやんややんや言われる中で4年間必死で働いた後、もうこのぐらいいいだろう、現場に戻ろうということで、発達障害者診療の現場に戻ったのですが、熱帯医学研究所を持つ長崎大学から、「厚労省の経験を生かして、 Deng熱ワクチンの開発をやってみないか」と、たまたまお誘いがあったので、5年間勤めた後、めでたく任期満了退職して法務省に入省して現在に至ります。このように非常に奇妙な経歴の持ち主であります。

矯正医官の定員・現員の推移



- 充足率の低下は臨床研修必修化だけでは説明困難
- おそらく複数の要因が関与
- 我々自身に問題はないのか？
- 自分の仕事に興味を失っていないか？

我々自身のほうに話を戻します。充足率の低下は臨床研修必修化だけでは説明困難です。確かに臨床研修必修化でいったん下がっているけれども、持ち直してからまた下がっている。それ以外の要因も関与しているであろうということです。

そのときに、充足率の低下に対して、我々自身に何かできることはないか、ふだん働いている中で自分の仕事に興味を失っていないか、日々の診療で、とてもおもしろいものがあるはずなのに、それを諦めてしまっていないかということをご自分で考えてみたいのです。

我々自身が矯正医療に魅力を感じられるようになるために

一般社会で悩んでいる、つまり回答が得られない問題に対して



収容施設でしか得られないエビデンスを提供する！

我々自身が矯正医療に魅力を感じられるようになるために、一般社会で悩んでいる、つまり回答が得られない問題に対して、矯正施設でしか得られないエビデンス、おもしろさを提供できないか。皆さん御存じのように、塙の中というのは塙の外の縮図です。だったら矯正施設で得た知見を塙の外に外挿できるのではないかと思うわけです。

矯正医療における臨床研究の優位性

- 一般社会の縮図→一般社会では10年経ってもできない研究が1週間でできる
- 研究費がない→研究費がなくてもできる研究が考えられる環境が確保されている
- 被収容者生活習慣のコントロール
– 未決→既決の変化もあり
- 社会の厳しい目があるので被験者の人権が堅く守られる

そういう立場で矯正医療における臨床研究の優位性を考えてみます。矯正施設は一般社会の縮図、つまり特定のことが濃縮している。そこに注目すれば、一般社会では10年経ってもできない研究が1週間でできるのではないか。また研究費がないことは、研究費がなくてもできる研究が考えられる環境が確保されていることを意味します。

また、被収容者の生活習慣が厳しくコントロールされている。そのコントロール状態は、未決から既決で劇的に変化するから、前後比較もできる。社会の厳しい目があるので被験者の人権は堅く守られる。このように臨床研究をする上でたくさんの優位性がある。だから、矯正施設で臨床研究ができないはずがない。



これは2015年の6月27日、なでしこジャパンがオーストラリアに快勝して4強進出を決めた試合です。当時バイエルン・ミュンヘンに所属していた岩渕が終了間際の87分に、シュートを決めて1対0で勝ったわけです。ここにも我々の臨床研究の成果が生かされています。

矯正医療における臨床研究の成果

FIFA女子ワールドカップ カナダ2015で大会連覇に挑むなでしこジャパンは6月27日、エドモントンで行われた準々決勝でオーストラリアと対戦し、途中出場の岩渕真奈選手(FCバイエルン・ミュンヘン)の87分のゴールで1-0の勝利を収め、2大会連続でベスト4進出を決めました。昨年5月のAFC女子アジアカップ決勝の再演となったオーストラリア戦は、当地では5年ぶりという猛暑(最高気温29度、最高湿度88%)の中で始まりました。ノックアウトステージ1回戦でブラジルに勝って勢いに乗り、日本戦へ強い意気込みを見せていたオーストラリアでしたが、日本は立ち上がりから暑さを厭わない運動量とテンポの良いパスワークで相手を圧倒しました。

これは当時の報道です。FIFA女子ワールドカップ・カナダ2015で大会連覇に挑むなでしこジャパンは、カナダのエドモントンで行われた準々決勝でオーストラリアと対戦し、途中出場の岩渕真奈選手の87分のゴールで1対0の勝利を収め、2大会連続でベスト4進出を決めました、とあります。2014年5月のAFC女子アジアカップの決勝で日本に負けたオーストラリアにとってリターンマッチとなり、絶対に勝ちたかった試合でした。

当地エドモントンは5年ぶりという猛暑、最高気温29度、最高湿度88%の中で試合は始まりました。ノックアウトステージ第1戦でブラジルに勝って勢いに乗り、リベンジしたいオーストラリア……、何か古舘伊知郎みたいになってきましたけれども、日本戦への意気込みを見せていたオーストラ

監督はわかっていた

Alan Stajcic オーストラリア代表監督より良いチームが勝ったということです。日本は技術も忍耐力もあってチーム構成もよく、我々は守備をしなくてはいけないのに、最初の20分でかなりのエネルギーを消耗して良い判断ができませんでした

リアでしたが、日本は立ち上がりから暑さを厭わない運動量で、テンポのよいパスワークで相手を圧倒しました。

勝負は試合前に決まっていた

- 2015年6月27日、エドモントン(カナダ)準々決勝
- ブラジルに勝って勢いに乗るオーストラリア
- 5年ぶりの猛暑(最高気温29度、最高湿度88%)

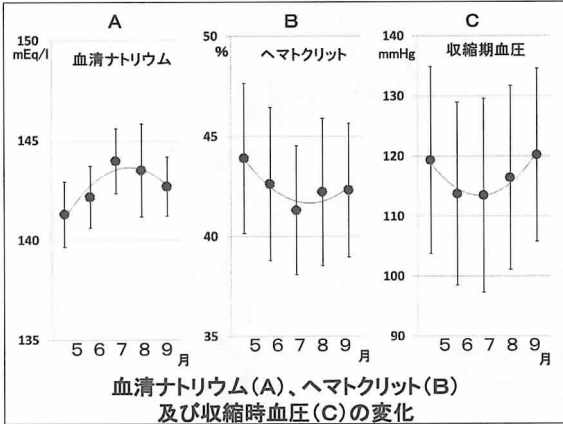
(各都市の6月27日の)	最高気温
エドモントン(当日)	29度
エドモントン(平年)	22度
シドニー(平年)	17度
東京(平年)	28度

エドモントン:北緯53度 稚内:北緯45度

オーストラリア代表監督 Alan Stajcic は敗因をわかっていたのです。日本は技術も忍耐力もあってチーム構成もよく、我々は守備をしなくてはいけないのに、最初の20分でかなりのエネルギーを消耗してよい判断ができませんでした、と言っています。いつも90分戦っているはずのイレブンが、なぜ最初の20分でエネルギーを消耗してしまったのでしょうか？

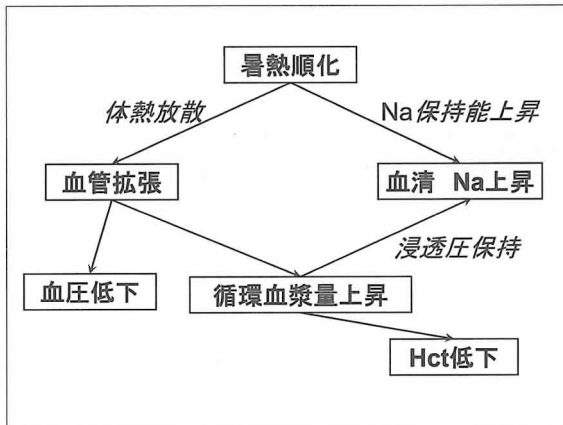
勝負は試合前に決まっていた。6月27日という日付、エドモントンという土地、準々決勝まで厳しい試合をこなし続けているオーストラリア。そこへ5年ぶりの猛暑、最高気温29度、最高湿度88%、これが試合前の状態です。

では、その6月27日というのはどういう日なのか、見てみます。各都市の6月27日、これは平年と当日を両方示しています。6月27日の何十年か平均した最高気温は22度、当日エドモントンは29度、7度高い。では6月27日のシドニー、平



年の最高気温17度、東京の6月27日の平年の最高気温28度。日本チームは日本にいて暑熱順化できていた。

一方悲しいことにオーストラリアは、17度、6月27日は晩秋、もうすぐ冬がやってくる季節です。そこから移動して暑熱順化できるわけがない。高松刑務所の臨床研究の成果がそう教えてくれます。暑熱順化は時差ボケ解消のようにはいきません。もっとももっと時間がかかるのです。



5月から7月にかけて暑い夏に備えて血清ナトリウムが上がる。ヘマトクリットは下がる。これはなぜかという、暑い夏に備えるために血管が広がる。体熱を放散しなくちゃならないから。血管が広がるからその血管床に水が入る。となると相対的にヘマトクリットは下がる。でもただ薄まるだけならば、ナトリウムは下がるはずですよ。けども逆に上がっている。これが暑熱順化です。この暑熱順化が3カ月かけて起こるわけですよ。

シドニーからエドモントンへの移動、3カ月前に来るわけではないですよ。暑熱順化というのは、高地に順応するときのヘモグロビンの酸素カーブの

変化のように、非常に時間がかかるわけですよ。だからオーストラリアは戦う前から負けと決まっていた。監督が言っていたでしょう、最初の20分で消耗してしまった。無理もないんですよ。神様ではないんだから、3カ月かかることを1週間か2週間でできるわけがない。

Exertional Hyponatremia

- Dilutional decrease in serum sodium concentration during physical activity caused by:
 - Over hydration
 - Salt losses in sweat
 - Fluid retention enhanced by increased ADH secretion during running
- Incidence
 - 12.5% of marathon runners.
 - London Marathon
 - Br J Sports Med. 2011 Jan;45(1):14-9. Epub 2009 Jul 20.

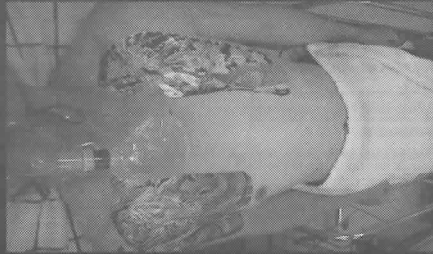
暑熱順化、体熱放散、血管拡張、それで血圧低下します。血管床が広がれば循環血漿量は上昇する。一方で、幾ら血管床が広がって循環血漿量が上がろうと、人間にとって絶対必要なホメオスタシスとしての浸透圧を維持するために、血清ナトリウムは上がる。ただしこれは一朝一夕にはできない。何カ月もかかってやること。だからオーストラリアはどうしようもなかった。

暑熱順化とはまた別に、運動性の低ナトリウム血症という問題があります。この低ナトリウム血症はナトリウムの喪失もさることながら、薄められて血清ナトリウムが下がると考えられています。運動した時に汗をかくて水よりもナトリウムの方が余計に失われる、そこへ水分を積極的に摂取すれば、むしろオーバーハイドレーションになる。おまけに、走っているときにADHの分泌が増加して体液量を保とうとする。こうした機序によって運動誘発性の低ナトリウム血症が起こると言われています。これはマラソンランナーの12.5%に起きる。ロンドンマラソンの結果です。はっきり論文になっています。このほかにもたくさん論文があります。

マラソンするのはみんな若い人ですが、若い人でも血清ナトリウムを上げるのには何カ月もかかるわけですよ。何カ月もかかるところに、汗でナトリウムが失われる、スポーツ飲料がぶがぶ飲む、そこにいくらナトリウムが入っていても、腎尿細管からの排泄閾値は簡単に変わらない、おまけに運動すれば

ADH 分泌が増加する。当然低ナトリウムになるわけです。高松刑務所での臨床研究は、こういう運動性の低ナトリウム血症を説明するデータにもなるわけです。

目の前にこういう患者さんが来たら？
昏睡だったら？吐血だったら？



鑑別診断として何を考えるか？その根拠は？

これは今日小野宏人さんが発表してくれた研究結果です。この研究を提案したのは私です。入れ墨を入れた患者さんが多い地域にある病院、麻生飯塚病院で研修医を指導した時の経験に基づいた研究です。

研修医にいじられるドクターG: その1
(とある有名研修病院での救急外来教育)

- この地域は刺青を入れた患者さんが多いな
- それが診療とどう関係あるんですか？
- たとえば、昏睡の患者さんが来院した場合、昏睡の原因として何を考える？
- 脳卒中、髄膜炎、低血糖、尿毒症、電解質異常
- 結構。でも患者さんに刺青があった場合、肝性昏睡の事前確率がぐんと上がるよね？
- そのぐらいわかりますけど、一体どれぐらい上がるんですか？

「昏睡の患者さんが来院した場合、その原因として何を考えるか」と尋ねると、研修医からは「脳卒中、髄膜炎、低血糖、尿毒症、電解質異常・・・」と、どんどん鑑別診断が出てきます。そこで、「でも患者さんに刺青があった場合、刺青がない場合に比べて肝性昏睡の事前確率はぐんと上がるよね？」と問いかけると、研修医のほうは、「そのぐらいわかりますけれども、一体どれぐらい上がるのですか？」と切り返されたのです。ドクターGとしてはこの答えを出さなくてはいけない。

吐血の患者さんでも同様に問われます。「患者さんに刺青があった場合、刺青がない場合に比べて

研修医にいじられるドクターG: その2
(とある有名研修病院での救急外来教育)

- この地域は刺青を入れた患者さんが多いな
- それが診療とどう関係あるんですか？
- たとえば、吐血の患者さんが来院した場合、原因として何を考える？
- 消化性潰瘍、マロリー・ワイズ、喀血との鑑別
- 結構。でも患者さんに刺青があった場合、食道静脈瘤の事前確率がぐんと上がるよね？
- そのぐらいわかりますけど、一体どれぐらい上がるんですか？

食道静脈瘤の出血の事前確率はどの程度上がるのか？」これに対して臨床研究でエビデンスを出す必要があるのだけれども、何せ刺青をした患者さんの数の問題で一般社会では不可能です。

この8集団のデータが必要

	T+D+	T+D-	T-D+	T-D-
HCV+	1	2	3	4
HCV-	5	6	7	8

C型肝炎に対する、刺青・覚醒剤使用歴の診断性能を検討するためには、C型肝炎のある人だけではなく、ない人についても刺青と覚醒剤使用歴の病歴をあるなしで、このように8群全部調べる必要があります。そうして初めて感度、特異度、尤度比を出すことができる。そう考えて今回の検討では小野君を中心に高松刑務所のスタッフ、それから四国4県の皆さんに御協力いただいてきたわけです。

これは、小野君が先ほど示したデータですが、もう少し厳密な考察を加えて論文にしたいと思っています。

このスライドで何が言いたいかというと、北大の精神科の久住教授が私の大の親友でありまして、彼が札幌に私を呼んでくれて、若手に向けた精神科医のキャリアパスの話を神経内科医である私にさせてくれたのです。それが自慢したいのでこのスライドを出しました。このフロアの中には精神科の先生方

刺青・覚醒剤は診断をどう変える？

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 刺青・覚醒剤歴なし – 昏睡の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 脳卒中 50% • 肝性脳症 5% • その他 45% – 吐血の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 消化性潰瘍 50% • 食道静脈瘤 5% • その他 45% | <ul style="list-style-type: none"> • 刺青・覚醒剤歴あり – 昏睡の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 脳卒中 ?? • 肝性脳症 ?? • その他 ?? – 吐血の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 消化性潰瘍 ?? • 食道静脈瘤 ?? • その他 ?? |
|--|--|

刺青・覚醒剤は診断をこう変えた！

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • 刺青(－)覚醒剤(－) – 昏睡の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 脳卒中 50%程度 • 肝性脳症 5%程度 • その他 45%程度 – 吐血の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 消化性潰瘍 50%程度 • 食道静脈瘤 5%程度 • その他 45%程度 | <ul style="list-style-type: none"> • 刺青(＋)覚醒剤(＋) – 昏睡の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 脳卒中 10%以上 • HCVが関係？～80% • その他 10%以上 – 吐血の原因 <ul style="list-style-type: none"> • 消化性潰瘍 10%以上 • CVが関係？～80% • その他 10%以上 |
|--|--|

職を転々とする：私にとっての意味 —精神科医のキャリアパスを考える—

法務技官・矯正医官 池田正行 先生
高松少年鑑別所(高松刑務所併任)

北海道精神医学オースタムセミナー 特別講演
2016年9月25日(日)
於 ホテルポールスター札幌
座長久住 一郎先生
北海道大学大学院医学研究科
神経病態学講座 精神医学分野 教授

が数多くいらっしゃると思いますが、実は私、日本でもまれな、精神科の先生方とまともにお話ができる神経内科医です。神経内科医と精神科医は伝統的に仲がよくないということになっておりますけれども、私は違います。

これはもう1つ自慢で、私の博士論文です。筆頭著者は私で、第2著者が群馬大学の精神科教授を先年定年退官なさった三國雅彦先生。次が医科歯科大精神科の西川徹教授です。最後は高橋清久国立精神

PubMed
Brain Res. 1989 Aug 28;495(2):337-48.
A neurochemical study of a new mutant mouse presenting myoclonus-like involuntary movement: a possible model of spontaneous serotonergic hyperactivity.
Ikeda M¹, Mikuni M, Nishikawa T, Takahashi K.
Author information
¹Division of Mental Disorder Research, National Institute of Neuroscience, Tokyo, Japan.
Abstract
The involuntary movements resembling the serotonin (5-HT) syndrome induced by 5-HT agonist, which is composed with symptoms such as head twitch, hind leg abduction and so on, are neurochemically evaluated in the new mutant mouse, Wriggle Mouse Sagami (WMS). Ritanserin (5-HT2 antagonist) and prazosin (alpha 1-adrenergic antagonist) both inhibited the symptoms, had a decrease in the number of times they fell down and prolonged the duration of sitting up, while SCH 23399 (adenosine antagonist) and VM-DRB1 (5-HT_{2A} antagonist) did not affect them. 5-Hydroxytryptamine (5-HT) and 5-HTT antibodies
Brain Res. 1989 Aug 28;495(2):337-48.
A neurochemical study of a new mutant mouse presenting myoclonus-like involuntary movement: a possible model of spontaneous serotonergic hyperactivity.
Ikeda M¹, Mikuni M, Nishikawa T, Takahashi K.
Author information
¹Division of Mental Disorder Research, National Institute of Neuroscience, Tokyo, Japan.

神経センター名誉総長で、全て精神科の大御所です。

矯正医療現場の研究課題 —社会と密接に関係—

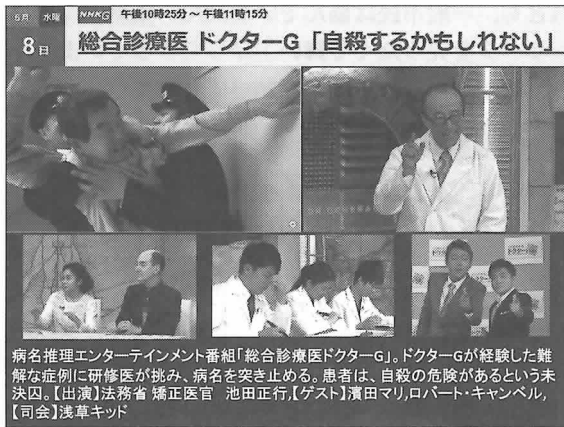
- 成人
 - 万引き・窃盗の鑑別診断
 - 道路逆送事例の基礎疾患
 - 前頭側頭型認知症
 - アルツハイマー病
- 少年
 - 注意欠陥多動症の過剰診断
 - 少年非行におけるdyslexiaの疫学

残りの時間を使って、矯正医療と密接に関係する社会問題がそのまま矯正医療での研究課題となることをお話しします。

成人の場合には、万引き・窃盗の鑑別診断、道路逆送事例の基礎疾患、これは前頭側頭型認知症とアルツハイマー病を主に考える。少年施設の場合ではADHDの過剰診断、少年非行におけるディスレクシアの疫学、これらの問題に対しては、まだ私は手をつけていません。いませんけれども、どれも一般社会に生かせる、矯正医療でできる、矯正医療でしか出せないデータ、矯正医療でしかできない臨床研究の提案であります。ぜひとも皆さん、御協力いただきたいと思います。

万引きの鑑別診断については、その一例を、ことしの6月8日に放送された総合診療医ドクターGの中で提示しました。これは前頭側頭型認知症による窃盗犯の事例であります。

万引き・窃盗の鑑別診断について、皆さんにはおなじみなのですが、こういう知識は市民一人一人にも是非とも知ってもらって、不幸な事例を避



万引き・窃盗の鑑別診断 一般市民と法曹に対する教育活動

- 知的障害
 - 自主的に窃取
 - 他者より指示されて窃取
- アルツハイマー病
- 前頭側頭型認知症
- 複雑部分発作(精神運動発作)
- 窃盗依存症(クレプトマニア)

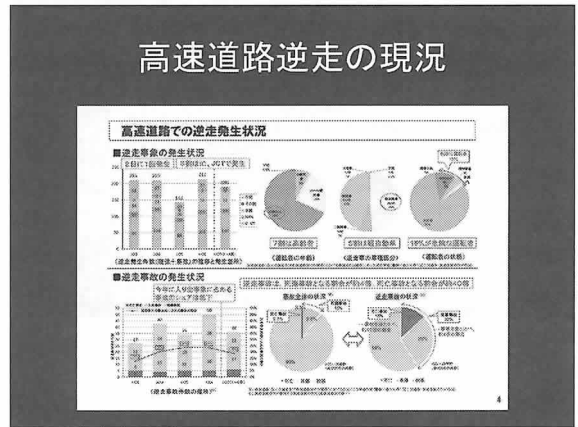
ける必要があります。一般市民と法曹の双方に対して万引き・窃盗の鑑別診断のような知見を社会に向けて発信し、教育活動をしていくことは、我々矯正医官にとって非常に重要な仕事です。

万引き・窃盗の鑑別診断としては、知的障害の場合は、自主的に窃取する場合と、他者より指示されて窃取する場合があります。それからアルツハイマー病。お金を払うのを忘れれば簡単に窃盗になります。前頭側頭型認知症の場合、テレビで紹介したのは、いつも決まった時間にコンビニにやってきて、決まった戸棚から決まった焼酎を、おもむろに隠しもしないでレジの前をスタスタと通って呼びとめられるという典型事例でした。前頭側頭型認知症の場合にはこういう特徴的なパターンを知っていれば、ほかの鑑別診断ときれいに区別することができます。

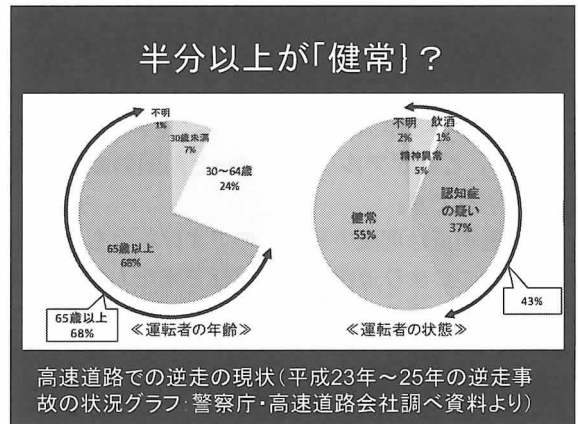
次に複雑部分発作。やはりぜひとも窃盗の鑑別診断の中で考えておく必要があります。自分が何をやっているかわからないわけですが、ただ、人から見ると、目をぱっちりあけて何か合理的なことを考えてやっているように見えるのがやっかいな点で

す。複雑部分発作の場合には、本人は全然覚えていない点が本来鑑別診断のポイントになるのですが、うそをついているのだからとか、しらばっくれているんだらうと必ず誤解を受けます。ですから、そのところを見極めて助言するのが我々の大切な仕事です。

最後に、皆さん御存じのクレプトマニア。万引き・窃盗でも、これだけ鑑別診断が挙がるわけですから、今まで随分と不幸な事例が起きているはずですが、それを減らしていくのが我々の大切な仕事です。

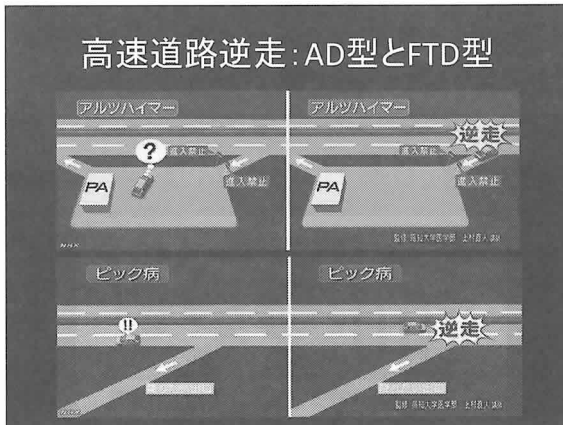


次に道路逆走事例の基礎疾患を考えてみましょう。道路逆走事例に高率に認知症があるということは皆さん御存じなのですが、それがどのぐらいの頻度で起こって、その基礎疾患って一体どうなっているのか、誰もデータを持っていないのです。ちょっとスライドが細かくて申しわけないですが、道路公団のデータによれば、高速道路での逆走発生状況は、非常に頻度が高く、2日に1回発生しています。



ところが、認知症の疑いが37%しかないというのは、どうでしょう。より感度のいい診断バッテリー

を使えばもっと高くなる可能性が十分あります。このように認知症はもっと多いだろうと思っても、頑健なデータがありません。それからただ認知症と一くくりしてくるだけなので、アルツハイマーなのか前頭側頭型なのか、あるいはそれ以外のものなのかということについても、誰もデータを持っていません。



これは高知大学医学部精神科講師の上村先生がNHKの番組でお示しになった図ですが、アルツハイマー病の場合には当然予想されるがごとく、ここから入ってきたはいいけれども、出口がどこかわからないで徘徊しているうちに、こっちに出ていってしまう。この場合にアルツハイマー病の視覚認知の欠陥が起きまして、一時停止のこれなんか見えていないのです。見えていないから、こっちへ行ってしまふんです。

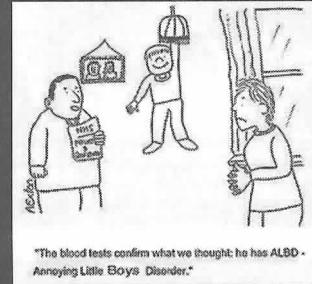
一方で、これはピック病と書いてありますが、前頭側頭型認知症のことでですね。FTD、前頭側頭型認知症の場合には、ここを通り過ぎた、ああしまった、戻らなくてはということで、確信犯でどおーんと行くのです。ここまで行くと何を考えるかという、「対向車が来る、なぜみんな逆走しているのか?」と逆走している本人が言うのです。文字通り Going my way。ここがアルツハイマーと前頭側頭型認知症の鑑別点です。

この鑑別点は理論でわかるのですけれども、本当に出口で、つまり道路交通法違反で来た人たちをまとめて、認知症があるのかないのか、認知症だったらどういうタイプなのかというデータを出せる可能性を持っているのは日本中で我々矯正医官だけです。

次に少年のほうにいきます。注意欠陥多動症の過剰診断、これは非常に皆さん悩んでいることですが

れども、一般市民は悩んでいません。薬屋さんがコンサータを売りたいくて舞い上がっちゃっていますから、なかなか一般市民はわかってくれません。

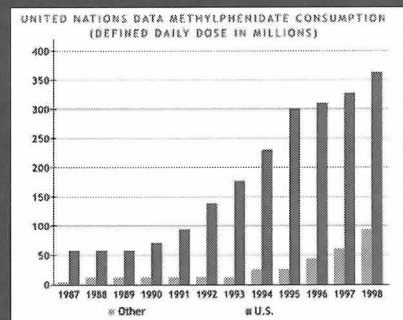
ALBD: Annoying Little Boys Disorder



ADHDの過剰診断は洋の東西を問わず起きている

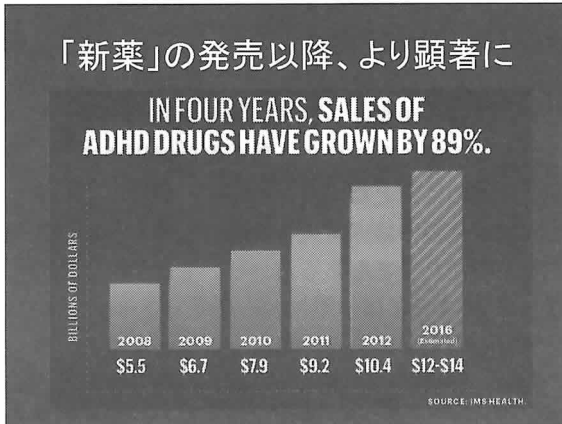
これは過剰診断を象徴する漫画ですね。「Annoying Little Boys Disorder」となっていて、これがほとんど今日本ではADHDになっているわけです。これを見てください。この漫画は「NHS」と書いてあります。NHSというのは英国の公的医療保険制度です。だからADHDの過剰診断は洋の東西を問わず起きているということが、これからわかります。

過剰診断は前世紀に始まった



これはアメリカのデータですが、過剰診断はリタリンが使えなくなった以降の日本だけで起きているわけではありません。アメリカで、ADHDの頻度が高くなり出したのが90年代、前世紀からもう始まっているのです。これがアメリカの現状です。先ほどの漫画はイギリス。どこでも起きているのです。

新薬の発売以降、ADHDの増加はより顕著になっています。これもアメリカの例ですが、2008年から順調に伸びていますね。もうADHD



- 17枚の在職証明書: キャリアのADHD?
- 1976: 医学部入学(臨床をやる自信はなかったが)
 - 1982: 内科一般研修
 - 1984: NTT東日本関東病院(神経内科)*
 - 1986: 国立精神神経センター研究所(神経科学)←
 - 1988: 旭中央病院(神経内科)*
 - 1990: グラスゴー大学(神経科学)←
 - 1992: 東京医科歯科大学助手(神経内科)*
 - 1993: 埼玉県立嵐山郷(知的障害・自閉症)
 - 1999: 国立厚済病院(自閉症・精神疾患・神経病理)
 - 2003: 厚生労働省(新薬承認審査・薬事行政)
 - 2007: 国立秩父学園(自閉症・発達障害)
 - 2008: 長崎大学(新薬開発・レギュラトリーサイエンス)
 - 2013: 法務省(思春期・高齢者・臨床研究)
- 35

は感染症じゃないかと思うぐらいです。
最後に、例数は少ないですけども、恐らく児童精神医学の方は非常に興味を持っていらっしゃると思うのですが、「少年非行におけるディスレクシアの疫学」ですね。

少年非行におけるdyslexiaの疫学

- 「学習障害」や「知的障害」と誤診されている？
- 心理技官とどう連携し、協力を得るか？
- 少年期に正しく診断されずに社会の中に埋もれてしまう例が多いという仮説の検証も必要
- そもそも日本語話者におけるdyslexiaは妥当性が検証された基準により検証されているのか？

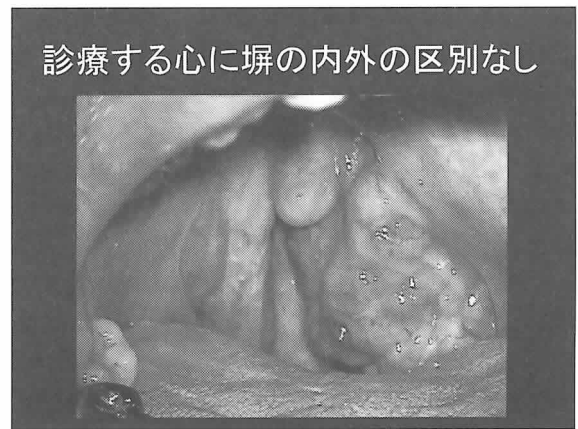
少年非行におけるディスレクシアの疫学、学習障害・知的障害と誤認されている。心理学・疫学とどう連携して協力を得るか。少年期に正しく診断されずに社会の中に埋もれてしまう例が多いという仮説の検証も必要です。それから、そもそも日本語話者におけるディスレクシアが、妥当性が検証された基準により診断されているのかという問題はどうか。私はディスレクシアのことをほとんど勉強していないのですが、こういう基本的なところさえ問題になっているのではないかと思っています。このあたりに興味を持っている先生方がいたら、ぜひとも共同研究したいと思っています。
こういう取りとめもない経歴ですので、結局こんな話にならざるを得なかったわけですけども。
私はかつて極端な医師不足に悩んでいた組織にいました。平成15年7月1日に8人目の医師として

極端な医師不足に悩んでいた

- 平成15年4月1日: 医師6人
- 平成15年7月1日: 医師8人←池田入省
- 平成19年4月1日: 医師20人
- 平成28年4月1日: 医師80人

Pmda 独立行政法人
医薬品医療機器総合機構
Pharmaceuticals and Medical Devices Agency

入省した時、米国のカウンターパートであるFDAには400人の医師が在籍していました。ところが今ではその数は10倍にふえています。13年の時間がかかりましたけれども、医師80人。日本ではこれだけあれば十分です。これがPMDA、独立行政法人医薬品医療機器総合機構ということなんです。魅力を示せば幾らでも人は来るという見本です。
なぜPMDAにこれだけ人が来たかということ、臨床試験、臨床研究のことを学びたい、歩いて30秒



あれば一流の生物統計家とディスカッションができる、そういう環境です。だからみんな来たくなるのです。

これは最後のスライドです。あした高松刑務所からプレゼンテーションがあります。これは、その予告編です。これはある非常に特殊な腫瘍ですけども、この人に自覚症状はなかった。嚥下障害なし、喉の痛みもなし、何もなかった。ではなぜこれが見つかったか。「必ず穴のあいているところはのぞけ」という香川先生の教えがあったからです。私はPMDAで1万人を超える大規模治験のデータを見ていました。そこで何が勝負だったか。まれな副作用を見つけるにはどうしたか。カルテを1枚1枚というか、症例表ですね、一つ一つが勝負だったわけです。臨床研究というと、何十人、何百人、何千人揃えないと研究できないのだと思っている素人がたくさんいますけれども、絶対にそんなことはありません。どんなに数が多くても一例一例が勝負です。その心に塀の内外の区別はありません。

御清聴ありがとうございました。(拍手)

○矢野座長 私たちが、研修医のとき、あるいは駆け出しの医者のかのきを思い出してドクターGの御講義を拝聴することができました。先生、ありがとうございます。

先生が東京医科歯科大学を出られて神経内科医を目指され、それから留学をされ、さらには厚生労働省に行かれて、多種の経験をされた目線、神経内科、精神科、総合診療医、そういった目線の中でこういう矯正の医師になられて、私たちは矯正の中で、医師というのは何となく日々の臨床に埋没してしまっていて、矯正施設の臨床研究をすることで、それに還元するものがたくさんあると。ひいてはそれは施設に還元でき、さらには一般社会に還元できる、そういった目線を教えていただけたように思います。

先生、最後に一つメッセージ、私たちは日々の生活に疲れて、時には一般国民からも、一部の職員からも、医師に対する非常に厳しい目線をいただくのですが、先生が医官になられて、私たち医官にエールを送っていただけるような、一つメッセージをいただけませんか。

○池田 私この業界に入って3年半ですけども、私たちの今やっていること、私たちの日々の診療に、おかしなところはどこにもありません。それだけにはっきり言えます。おかしなことは決してやらないのです。「清く貧しく美しく」仕事をすることを強いられている私たちが、おかしなことができるわけがないのです。

○矢野座長 ありがとうございます。(拍手)