

①
地域医療を担う医師への
うつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために

自殺予防 マニュアル

【第3版】



公益社団法人 日本医師会 [編集] 西島英利 [監修]



明石書店

刊行にあたって

わが国では、高齢化の進行に伴い増加する認知症患者への対応や、うつ病患者の増加に伴う若年層ならびに中高年男性の自殺に対する問題、さらには児童虐待や少年による凶悪犯罪への対策など、すべての世代において、こころの健康への対応が課題となっています。

とくに自殺の問題は深刻で、年間の自殺者が平成10年に急増して以来、一昨年、実に15年ぶりに3万人を下回るも、依然として、その数はまだまだ高い水準にあります。

従来、自殺の動機、理由としては「健康問題」「経済・生活問題」「家庭問題」などがありますが、なかでも精神疾患、とくにうつ病であった者の割合が高いことが指摘されています。また、自殺者の多くが、生前、何らかの身体症状を訴え、地域における精神科以外の医療機関を受診している事実が多くみられます。

...このようなことから、すべての医師が、日常診療の場において、うつ状態・うつ病についても念頭においていただき、うつ病を早期に診断し、適切な治療に結びつけることが、自殺予防のために重要であると認識しています。

日本医師会では、西島英利小倉蒲生病院理事長の監修、神庭重信九州大学大学院教授、高橋祥友筑波大学医学医療系教授、中村純産業医科大学教授のご執筆により、平成16年に『自殺予防マニュアル』を刊行し、平成20年には「自殺対策基本法」の成立、公布、「自殺総合対策大綱」の閣議決定などを踏まえ、第2版を刊行いたしました。その後、平成24年8月に「自殺総合対策大綱」が見直され、また、平成25年6月の「精神保健福祉法」の一部改正に伴い、国によって「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められたことなどから、このたび、第3版として、『自殺予防マニュアル——地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために』を作成いたしました。

本マニュアルは、精神科以外の地域医療を担う医師にも、うつ状態・うつ病について正しく理解していただき、うつ病を早期に診断、治療するとともに、必要に応じて専門医に紹介することにより、自殺者の減少に資することを目的としておりますので、日常診療の場において、ぜひご活用いただくことを切にお願いしたいと思います。

あらためまして、本マニュアルの刊行にあたり、ご執筆いただいた先生方をはじめとして、関係者の皆様に深謝申し上げます。

平成26年5月

日本医師会会長 横倉 義武

自殺予防マニュアル [第3版]
地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために

目次

- 刊行にあたって (横倉義武)..... 1
- はじめに (高橋祥友)..... 7
- 1 自殺の現状 7
- 2 自殺予防は医療者全体の問題 9
- 3 自殺の危険因子 12
 - (1) 自殺未遂歴
 - (2) 精神疾患の既往
 - (3) 事故傾性 (accident proneness)
 - (4) 周囲からサポートが得られない状況
- 4 「自殺したい」と打ち明けられたら 15
- まとめ 17
 - コラム① 海外における自殺予防対策 (アメリカ) 19
- I うつ病とはどんな病気なのか (神庭重信)..... 21
- 1 うつ病とはどのような病気なのでしょうか 21
 - (1) うつ病の原因と分類
 - (2) うつ病の症状
 - (3) うつ病は再発しやすい
- 2 うつ病を見落とさないための重要な知識：うつ病の鑑別診断 28
 - (1) 身体症状
 - (2) 症状の日内変動
 - (3) 行動の変化：性格の障害との鑑別
 - (4) 精神病症状 (妄想や幻覚など)：統合失調症との鑑別
 - (5) 不安症 (不安障害)との合併
 - (6) 一般疾患との合併
 - (7) 高齢者・脳の器質的な障害が疑われる場合
 - (8) アルコール依存が疑われる場合

- (9) 月経前や更年期の症状
- (10) 産後うつ病
- (11) 重症のうつ病の場合
- (12) 慢性化している場合
- (13) 躁症状が出現した場合

3 うつ病を診断するための面接 36

- (1) 抑うつ気分
- (2) 興味または喜びの喪失
- (3) 食欲の減退または増加
- (4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）
- (5) 精神運動機能の障害（強い焦燥感あるいは逆に精神運動機能の制止）
- (6) 疲れやすさ・気力の減退
- (7) 強い罪責感
- (8) 思考力や集中力の低下
- (9) 自殺への思い

コラム② 海外における自殺予防対策（フィンランド、スウェーデン） 44

●●● II うつ病の治療（中村純）……………45

はじめに 45

1 精神療法の原則 45

- (1) 話を聞くこと
- (2) うつ病は治る病気
- (3) 休養が第一
- (4) 病気だから薬が必要
- (5) うつ病の治療過程と重要な症状
- (6) 精神療法で重要なこと
- (7) 自殺念慮を訴える人への注意

2 認知療法 50

- (1) うつ病患者の認知
 - 1) 恣意的推論
 - 2) 二分割的思考
 - 3) 選択的抽出
 - 4) 拡大視・縮小視
 - 5) 極端な一般化
 - 6) 自己関連づけ
 - 7) 情緒的理由づけ（取り越し苦労）
- (2) 認知の歪みをどのように修正するか

3 リラクゼーションの技法 52

4 薬物療法 52

- (1) SSRI
- (2) SNRI
- (3) ミルタザピン
- (4) スルピリド

コラム③ 海外における自殺予防対策（イギリス、オーストラリア） 60

●●● III 専門医へ紹介するタイミング（中村純）……………61

はじめに 61

1 専門医へ紹介したほうがよい場合 61

- (1) 診断に苦慮する場合
- (2) SSRI、SNRI、スルピリドを投与しても症状が改善しない場合
- (3) うつ病が重症の場合
- (4) 産後うつ病
- (5) 躁状態
- (6) 自殺念慮が強いうつ病

2 専門医と一般診療医あるいはかかりつけの医師、産業医との連携 64

おわりに 65

●●● IV 自殺未遂が起きた時の具体的な対応（高橋祥友）……………67

1 自殺未遂に対しては厳重な警戒を 67

2 治療の原則 69

3 群発自殺 70

まとめ 72

コラム④ 複合的地域自殺対策プログラムの自殺企図予防効果の研究結果 73

参考文献 74

資料 自殺総合対策大綱（平成24年8月28日 閣議決定） 76

●●● あとがき（西島英利）……………93

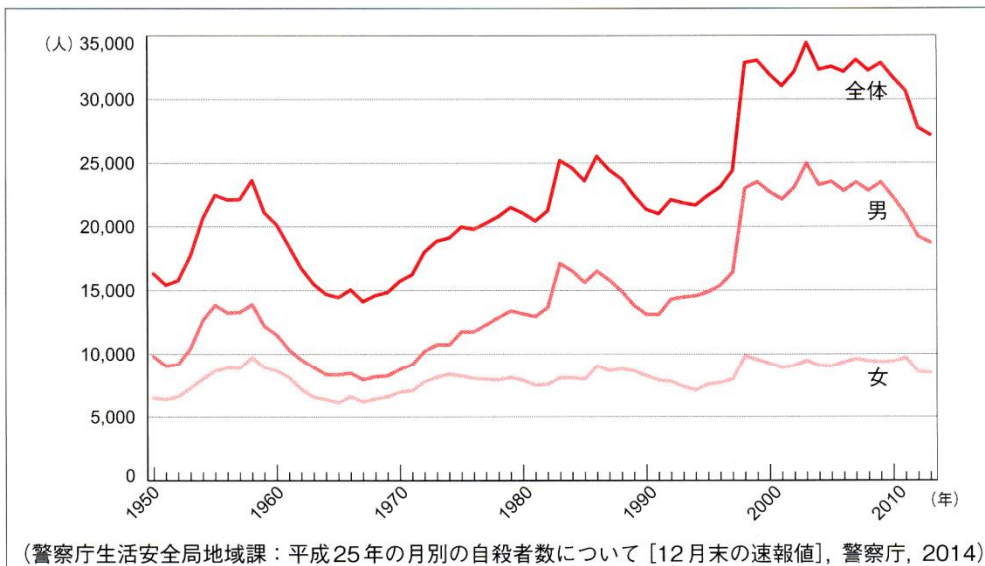
はじめに

1 自殺の現状

わが国では自殺が深刻な社会問題になっています。警察庁の統計をもとに、図1に年間自殺者数の推移を示しました¹⁾。1988年から1997年までの10年間には年間平均自殺者数は2万2,410人でしたが、1998年には年間自殺者数は3万2,863人になりました。その後も年間自殺者3万人台という深刻な事態が続きました。2012年には十数年ぶりに3万人を切ったものの、それでも自殺者数は交通事故死者数の6倍を超えていて、40～50歳代の働き盛りの世代が34%となっています（2012年時点）。

さらに、自殺未遂者は少なく見積もっても既遂者の10倍は存在すると推定されています。また、既遂自殺や未遂自殺が1件生じると、強い絆のあった人の最低5人は深刻な心理的影響を受けると考えられています。したがって、自殺は死にゆく人約3万人だけの問題ではなく、わが国だけでも毎年百数十万人を巻き込む深刻な問題になっているのです。

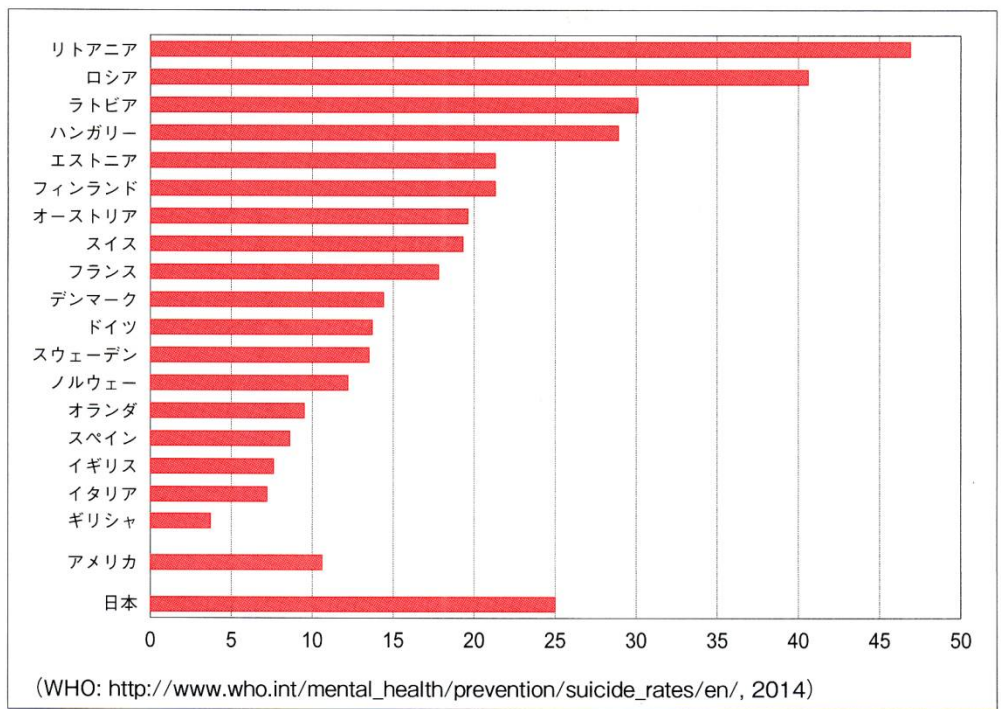
【図1】わが国の年間自殺者総数の推移



さて、わが国の現状は、世界の国々と比べてどうなのでしょう。なお、自殺はある程度、経済的に安定した国でようやく関心が払われる問題です。飢餓や単純な感染症で多くの人々が亡くなっている国では十分な関心が払われていないのが現状です。21世紀の今でもアジアやアフリカの多くの国からは自殺に関する正確な統計がWHOに提出されていません。図2は日本と世界の自殺率を比較しています(すべての国の自殺率を図示することはできないので、代表的な値を示しています。毎年自殺率をWHOに報告している国ばかりではないので、2010年前後の数値ととらえてください)²⁾。

自殺率は人口10万人あたりの年間自殺者数で示します。わが国の自殺率は2006年には人口10万人あたり約25でした。日本よりも自殺率が高い国となるとリトアニア、ロシア、ラトビア、ハンガリー、スリランカ、韓国などわずかしきありません。わが国だけでも年間約3万人、世界中では約100万人が自殺で命を失っていて、自殺は世界的にも深刻な問題であるのです。

【図2】各国との自殺率の比較 (日本と欧米、WHO) 人口10万人あたりの自殺率

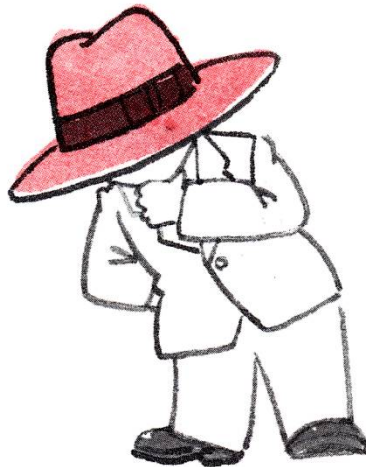
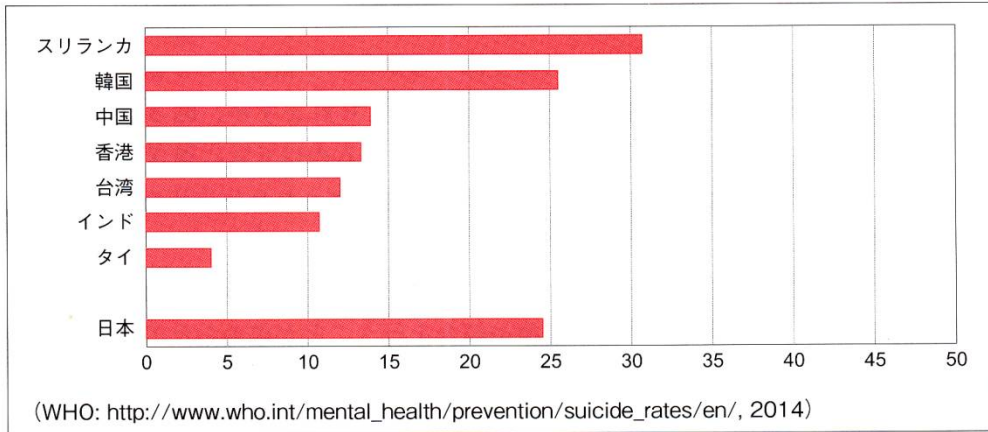


8

■ ■ ■ ■ ■ はじめに

【図2(続)】自殺率の比較(日本とアジア、WHO)

人口10万人あたりの自殺率



2 自殺予防は医療者全体の問題

自殺予防というと精神科独自の問題と考えられがちですが、実際は医療従事者全体に深く関わる問題です。残念ながらわが国では未だに精神疾患に対する偏見が根強いために、こころの問題を抱えているのではないかと薄々気づいても気楽に精神科を受診できないといった風潮があります。自殺の危険の高い人が直ちに精神科に相談に行くのではなく、しばしば身体症状を訴えて他の科を受診しています。

自殺した人の半数以上は、自殺を実行する1か月以内に何らかの身体症状を訴えて、精神科以外の医療機関を受診しているという報告があります。したがって、自

殺予防について、精神科医だけでなく、医師一般が果たす役割もきわめて大きいのです³⁾。

うつ病を発病した人が最初は何の科を受診するかという報告がわが国でもあります。うつ病の治療というと精神科と一般的には考えられますが、図3に示すように、実際にはうつ病患者が最初から精神科を受診するのは6%に過ぎないのです(心療内科を加えても1割程度です)。大多数は、さまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の科を受診しています⁴⁾。

アメリカなどでは、精神科を専門としない医師であっても、うつ病をはじめとする精神疾患を正しく診断し、適切な治療や紹介を行うことが求められています。

わが国の過労自殺に関する訴訟を検討しても、大多数の例でうつ病であったことが明らかになっています。ところが、その中で精神科を受診していた人となると1割程度に過ぎません。そして、約半数は何らかの身体的な問題を訴えて、内科をはじめとするさまざまな科を受診しています。しかし、残念なことによりうつ病が的確に診断されず、治療を受ける機会も得られないままに、悲劇が生じているのが現状です。

うつ病の患者が身体症状を訴えて、精神科以外の医師のもとをしばしば受診しているとすでに指摘しました。うつ病の生涯有病率は、女性で10～25%、男性で5～12%です。時点有病率は、女性で5～9%、男性で2～3%という報告もあります。うつ病はけっして稀な病気ではありません。そのうえ、重症の身体疾患の患者



■ ■ ■ ■ ■ はじめに

にうつ病が合併する率は20～25%とさらに高くなります⁵⁾。もともと身体的な問題で治療を受けていた患者が、その問題のために抑うつ的になることもしばしばあるのです。表1に示すように、さまざまな身体疾患に罹患した患者の自殺率が高いことを各種の調査が指摘しています⁶⁾。

このような事実を考えると、精神科を専門としない医師であっても精神疾患（とくにうつ病）に対する正しい知識を持つ必要があるのです。

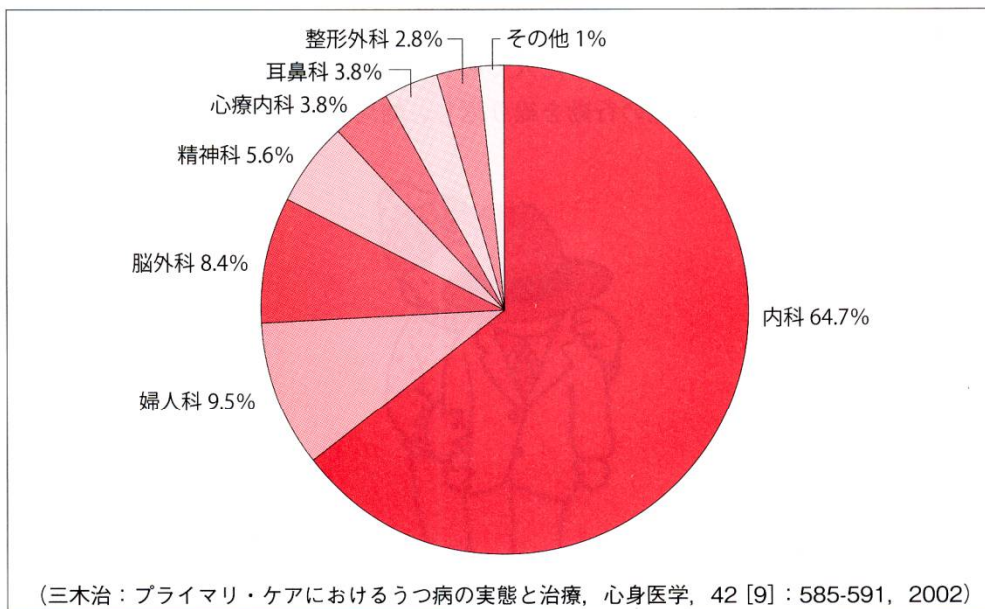
…なお、「日常の診療で忙しすぎて、とても精神疾患まで診る余裕がないし、その関心もない」という声も時々耳にします。たしかにこれは現実の問題でしょう。専門分野の治療に専念するというのは立派な見識であると言えるでしょう。そこで、

【表1】身体疾患と自殺の危機

| 診 断 | 一般人口との比較(倍) |
|-------------|-------------|
| 慢性腎不全 | |
| 人工透析 | 14.5 |
| 腎移植 | 3.8 |
| 癌 | |
| 頭頸部 | 11.4 |
| その他の部位 | 1.8 |
| HIV 陽性、AIDS | 6.6 |
| SLE | 4.3 |
| 脊髄損傷 | 3.8 |
| ハンチントン病 | 2.9 |
| 多発性硬化症 | 2.4 |
| 消化性潰瘍 | 2.1 |

(高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入 第3版，金剛出版，2014)

【図3】うつ病患者の初診診療科



精神疾患の治療を自分では実施しないとしても、診断を下して、早期の段階で適切な紹介をするということをぜひ行ってください。そのためにも紹介先のネットワーク作りをしておく必要があります。

また、ある程度までは自分でうつ病などの精神疾患を治療してもよいと考える医師は、どこまで自分の手で診療に当たるのか、どの程度まで悪化あるいは慢性化したら、精神科に紹介するのかという限界を見極める点についても検討しておいてください。

最近では、静岡県富士市の「連携システム」や大阪府の「GP ネット」などをはじめとして、地域のかかりつけ医と精神科医の連携を図ろうとする動きが各地に出てきています⁷⁾。これは自殺予防にとって重要な動きであると考えます。とくに両者の間で「顔の見える関係作り」が必要であると指摘されています。

3 自殺の危険因子

表2に自殺の危険因子を挙げておきます⁸⁾。その中でもとくに重要な因子を解説しますので、自殺の危険がどの程度迫っているのかスクリーニングするひとつの方法と考えてください。

(1) 自殺未遂歴

自殺を図ったものの幸い救命された人であっても、適切なケアを受けられないままであると、その後も、同様の行動を繰り返し、結局、自殺で死亡する危険は一般



【表2】自殺の危機因子

| | |
|----------|--|
| ①自殺未遂歴 | 自殺未遂はもっとも重要な危険因子 自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討 |
| ②精神疾患の既往 | 気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用 |
| ③サポートの不足 | 未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立 |
| ④性別 | 自殺既遂者：男＞女　自殺未遂者：女＞男 |
| ⑤年齢 | とくに中高年（男性）で自殺率は最高 |
| ⑥喪失体験 | 経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗 |
| ⑦他者の死の影響 | 精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡 |
| ⑧事故傾性 | 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患に対する予防や医学的な助言を無視する |

（高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入 第3版，金剛出版，2014）

人口よりもはるかに高いのです。自殺未遂に及んだ人が、その後、自殺してしまう確率は、自殺未遂を認めない人に比べて、数十倍から数百倍高いとされています。したがって、これは最も重要な危険因子と言えます。たとえ、薬を余分にのむ、手首を切るといった、それ自体では死に直結しない自傷行為であっても、深刻にとらえなければなりません。

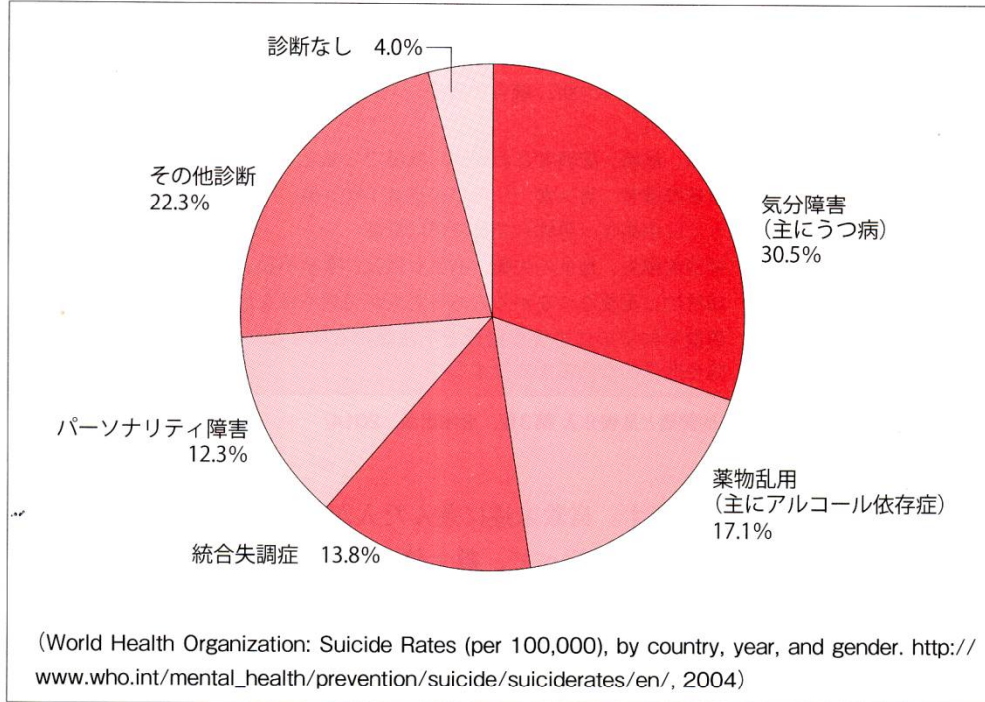
（2）精神疾患の既往

自殺した人の大多数は最後の行動に及ぶ前に、気分障害（主としてうつ病）、物質関連障害（主としてアルコール依存症）、統合失調症、パーソナリティ障害などの診断に該当していたという報告が数多くあります（図4）⁹⁾。しかし、そのほとんどは適切な治療を受けることなく、自殺に至っています。精神疾患を早期に発見し、適切な治療に導入することが自殺予防につながる余地は十分にあると WHO は指摘しているのです。

とくにうつ病に対しては今では有効な治療法があります。うつ病を早期に診断し、適切な治療に結び付けることが、自殺予防の鍵であると WHO も強調しています。自殺予防のために、最初のターゲットとして、うつ病を早期発見し、適切な治療を実施することが有効であると世界的にも広く認められています。

なお、中高年の自殺やうつ病に関連して、飲酒量が増加する傾向についても注意する必要があります。これまでとくに飲酒上の問題がなかったのに、徐々に酒量が増えていく人がいます。明らかなアルコール依存症の診断に当てはまらなかったと

【図4】自殺と精神疾患



しても、注意が必要です。飲酒すると気分が多少改善することを経験的に知っているために、つい酒量が増えてしまう人がいます。睡眠薬よりもアルコールのほうが安全だと信じている人もいます。飲酒によって、気分も多少は晴れるし、熟睡できると多くの人が信じています。

しかし、これは非常に危険な誤解です。アルコールは中枢神経系を抑制する作用がありますし、睡眠の質を落とすばかりか、うつ病をさらに悪化させてしまいます。また、酩酊して自己の行動をコントロールする力を失った状態で自殺行動に及ぶ人も少なくありません。このような理由から、飲酒の問題を抱えた人は、潜在的な自殺の危険が高いと考えてください。

(3) 事故傾性 (accident proneness)

自殺はある日突然何の前触れもなく起きるというよりは、それに先行して自らの安全や健康を保てなくなるという無意識的な自己破壊傾向がしばしば現れてきます。医学的な助言を守れなかったり、自己の安全を保てないといった行動の変化を認め

■ ■ ■ ■ ■ はじめに

るようになります。たとえば、糖尿病であっても、それまでよくコントロールされていた人が、食事療法・運動療法・薬物療法を守れなくなってしまう、あるいは、多量のインスリンを注射するといったことで、事故傾性に気づかれることがあります。腎不全の患者が人工透析を受けなくなったり、移植後の患者が免疫抑制剤を服用しなくなるといった例もあります。

一般の職場では、真面目な社員が突然失踪したり、多額の借金をして無謀な株式投資に打って出たり、事故を繰り返すといったことで、事故傾性に気づかれることもあります。このように日頃の行動と明らかに異なる言動を認めるようになったら、その意味を検討しておく必要があります。

(4) 周囲からサポートが得られない状況

自殺は孤独の病であると述べた精神科医もいるほどです。未婚者、離婚者、最近配偶者と死別した人は、結婚し家族のいる人に比べて、自殺率は3倍も高いのです。患者は周囲からどの程度のサポートが得られるかという点について十分に情報を得ておかなければなりません。

以上のような点に注意を払いながら、自殺の危険をスクリーニングしていきます。

4 「自殺したい」と打ち明けられたら

患者から「もう死んでしまいたい」「自殺したい」などと打ち明けられた場面を想像してみてください。

その時の対応として、まず忘れてはならないのは、誰でもよいから、たまたまある医療者に「自殺したい」と打ち明けたのではけっしてないという点です。これまでの関係から「この人ならば、私の絶望的な気持ちをきっと真剣に聞いてくれるはずだ」との思いから、意識的・無意識的に特定の人物を選び出しています。

したがって、絶望的なまでの救いを求める叫びを真正面から受けとめてください。



それがうまくいかないと、自殺が起きてしまうかもしれません。

真剣に訴えに傾聴する姿勢があるならば、自殺を話題にすることは決して危険ではありません。問題を言葉に出して表現し、それを真剣に聞いてもらえると、問題を冷静にとらえるきっかけにもなります。

もちろん、「自殺」を訴える人に冷静に対応することは簡単なことではありません。話をそらしたり、叱ったり、社会的な価値を押しつけようとしたり、性急に助言しようとしがちです。「死ぬ気があるならば何でもできる」「家族のことも考えなさい」「命を粗末にしては駄目だ」などと色々な言葉が浮かんでくるでしょう。しかし、このような言葉は禁物です。

重要なのは徹底的に聞き役に回ることなのです。十分に時間をかけて、相手の訴えに耳を傾け、そのうえで助言をしても遅くはないし、そうしなければ相手も聞く耳を持ちません。

… なお、自殺の危険が高いと思われる人へどのように対応したらよいかということ



■■■■ はじめに

をカナダの自殺予防のグループが「TALKの原則」とまとめています。TALKというのは、Tell、Ask、Listen、Keep safeの頭文字をとっています。

T：相手のことを心配しているということをはっきりと言葉に出して伝えます。

A：自殺のことをうすうす感じているならば、はっきりとその点について尋ねてください。真剣に対応するなら、それを話題にしても危険ではなく、むしろ自殺の危険を評価し、予防のための第一歩になります。

L：傾聴です。まずは、相手の絶望的な気持ちを真剣に聞いてください。

K：危ないと思ったら、その人をけっしてひとりにしないで、安全を確保したうえで、必要な対処をします。危険だと考えられる人については、確実に精神科受診につなげてください。

前項で取り上げた自殺の危険因子をいくつも満たすような危険度の高い患者に対しては、自殺願望を打ち明けてくるのを待たずに、医療者の側からはっきりと言葉に出して質問しても構いません。傾聴するという態度を忘れずに、真剣に相手を思いやる態度で自殺願望の有無について尋ねてください。

まとめ

年間自殺者約3万人という緊急事態が続いています。自殺者の大多数は最後の行動に及ぶ前に精神疾患にかかっていたことを数々の調査が明らかにしています。しかし、自殺の背後に潜む精神疾患が正しく診断され、適切な治療を受けていた例はきわめて少ないのが現状です。患者が早期の段階から精神科に受診してくることは稀で、むしろ、最初はさまざまな身体症状を訴えて、精神科以外の科をしばしば受診しています。したがって、自殺予防は単に精神科だけの問題ではなく、医療従事者一般にとって重要な問題なのです。危険因子を的確にとらえるとともに、患者の訴える希死念慮に対応し、適切な精神科治療に結びつけることが自殺予防につながります。

○引用文献

- 1) 警察庁生活安全局地域課：平成25年の月別の自殺者数について（12月末の速報値）、警察庁、2014.
- 2) World Health Organization: http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide_

rates/en/, 2014

- 3) Murphy, G. E.: The physician's role in suicide prevention. In Roy, A. (Ed) *Suicide*, pp.171–195, Williams & Wilkins, New York, 1986.
- 4) 三木治：プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療，*心身医学*，42（9）：585-591，2002.
- 5) American Psychiatric Association: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders IV-TR*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press, 2000. (高橋三郎、大野裕、染谷俊幸訳：DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル新訂版，医学書院，2003.)
- 6) Harris, E. C.: Suicide as an outcome for medical disorders. *Medicine*, 73(6), 281–296, 1994.
- 7) 松本晃明：うつ自殺を止める；〈睡眠〉からのアプローチ，ちくま新書，2011
- 8) 高橋祥友：自殺の危険；臨床的評価と危機介入 第3版，金剛出版，2014.
- 9) World Health Organization : *Preventing Suicide: A Resource for General Physicians*. WHO/MNH/MBD/00.1, World Health Organization, Geneva, 2000.

18

■ ■ ■ ■ ■ はじめに

コラム① 海外における自殺予防対策（アメリカ）

●米国のうつ病の教育・啓発事業（Depression/Awareness, Recognition and Treatment : D/ART 事業）

1988年から米国国立精神保健研究所（NIMH）によって実施されているうつ病の教育・啓発事業。①うつ病の症状とこれに対する治療があることを一般住民に知ってもらう、②一般住民のうつ病に対する態度や偏見を変えて、うつ病を「人間としての弱さ」ではなく病気としてとらえることを促す、③一般住民と専門家のうつ病に関する行動（受診行動や診断・治療）を変えることを目標とした¹⁾。全米の18か所で保健医療スタッフに対する2日間の講習会が実施された。アイオワ州の事例では、医師を含む1,221名の保健医療スタッフへ講習会が実施され、保健医療スタッフのうつ病に対する知識が改善した²⁾。うつ病の一般医での診断や診療が推進される等の成果があがった。

●米国のうつ病のスクリーニング事業（National Depression Screening Day）

1991年に米国精神医学会とマククリーン病院とによって開始され、毎年実施されている、「自発的な参加者に対する」うつ病のスクリーニング事業。1994年には全米50州の2,000か所（多くは病院）でうつ病のスクリーニングを実施。数多くの参加者が専門的診断を受けるように勧められ、うち6割が医療機関を受診し、受診した者の8～9割がうつ病の診断を受けている³⁾。1996年には2,800か所で実施され、8万5,000人が参加し同様の効果があった⁴⁾。

1) Regier DA, Hirschfeld RM, Goodwin FK, Burke JD Jr, Lazar JB, Judd LL. The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis. *Am J Psychiatry*, 1988; 145(11): 1351-7.

2) O'Hara MW, Gorman LL, Wright EJ. Description and evaluation of the Iowa Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program. *Am J Psychiatry*, 1996; 153(5): 645-9.

3) Greenfield SF, Reizes JM, Magruder KM, Muenz LR, Kopans B, Jacobs DG. Effectiveness of community-based screening for depression. *Am J Psychiatry*, 1997; 154(10): 1391-7.

4) Greenfield SF, Reizes JM, Muenz LR, Kopans B, Kozloff RC, Jacobs DG. Treatment for depression following the 1996 National Depression Screening Day. *Am J Psychiatry*, 2000; 157(11): 1867-9.

（出典：厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』平成14年12月：「参考資料海外等における自殺予防対策（第4回自殺防止対策有識者懇談会〔川上委員〕資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会〔金子氏〕資料より一部抜粋）」

I うつ病とはどんな病気なのか

1 うつ病とはどのような病気なのでしょうか

(1) うつ病の原因と分類

うつ病は、気分を調節する脳機能の障害で起こると考えられている気分障害の1型です(表1-1)。うつ病は、さまざまな原因で起こることが推定されています。例えば、一般医療機関でよく用いられる医薬品がうつ病(二次性うつ病)を起こすことがあります(表1-2)。中でも、降圧薬(特にβ-ブロッカーが有名)、インターフェロンやステロイドホルモンによるうつ病の発症はよく知られています。また各種の内分泌・代謝疾患あるいは膠原病は疾患自体の症状として精神症状を伴う頻度が高く、うつ病の陰に甲状腺機能低下症や副腎皮質のアデノーマが隠れていることがあるので、注意が必要です(表1-3)。また脳の器質性変化(例えばアルツハイマー病やパーキンソン病のような変性疾患や頭部外傷や脳腫瘍など)でうつ病の症状が現れることもあります。最近では、脳血管性障害の後にうつ病になりやすいことや、無症候性脳梗塞の多発とうつ病とが密接に関係していることを示した臨床研究が報告されています。

一方、身体疾患や薬物・アルコールなどの物質と関係がなく発症する大部分のうつ病(一次性うつ病)については、推定される原因に従って分類しようとする試み

【表1-1】主な気分の障害(DSM-5の分類)¹⁾

| |
|------------------------|
| うつ病(DSM-5) |
| 持続性抑うつ障害(気分変調症) |
| 月経前気分不快障害 |
| 重篤気分調節症 |
| 双極I型障害 |
| 双極II型障害 |
| 気分循環性障害 |
| 物質・医薬品や他の医学的疾患による気分の障害 |
| その他 |

が古くから行われてきました。明らかな原因が見当たらず発症するうつ病を従来診断では“内因性うつ病”と呼んできました。内因とは、患者の素質の基盤のことです。うつ病の素質の詳細は未だ解明されていませんが、遺伝要因と幼少児期の環境要因が関与して作られるのだろう、と理解されています。内因性うつ病になりやすい人は、もともとの性格にも特徴があるようです。几帳面で責任感が強く、相手に気に入られたいと知らず知らずのうちに無理をしてしまう性格は、執着性格とかメラニコリー親和型と呼ばれています。この性格はうつ病の発症リスクを高める素因と関係しているのではないかと考えられています^(注1)。“反応性うつ病”と呼ばれたうつ病は、死別体験のように誰にでも悲哀の気持ちを生むような体験が、特

【表1-2】うつ病の原因になりやすい主な薬剤³⁾

| | |
|---------|--|
| 血圧降下薬…… | レセルピン、 α -メチルドパ、 β -ブロッカー |
| ホルモン剤…… | 副腎皮質ステロイドホルモン |
| 抗潰瘍薬…… | ヒスタミン H_2 受容体拮抗薬 |
| 抗結核薬…… | シクロセリン、イソニアジド、エチオナミド |
| 免疫調整薬…… | インターフェロン |
| 向精神薬…… | ハロペリドール、チアプリド |
| 抗酒薬…… | ジスルフィラム |

【表1-3】うつ病の原因になりやすい主な身体疾患³⁾

| | |
|----------|---|
| 内分泌代謝疾患… | 甲状腺機能障害、副腎皮質機能障害、性腺機能障害、電解質異常 (特に低ナトリウム血症) |
| 中枢神経疾患…… | パーキンソン病、多発梗塞性認知症、アルツハイマー病、正常圧 水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、多発性硬化症 |
| その他…… | 膠原病、インフルエンザ、睽炎、睽臓癌 |

(注1)

一方、最近の若年層にみられるうつ状態に共通する特徴は、規範に対して「ストレス」であると抵抗する、あるいは秩序への否定的感情と漠然とした万能感を認めることです。これらのうつ状態は、退却神経症(笠原)、逃避型抑うつ(広瀬)、未熟型抑うつ(阿部)、ディスチミア親和型(樽味)などと呼ばれます。抗うつ薬への反応は一般によくなく、精神科医による環境調整と精神療法が早期から必要になることが多い上、この年齢層のうつ病・うつ状態には、鑑別が難しい、適応障害、双極性うつ病、非定型うつ病、統合失調症、発達障害などがあり、診断にはかなり専門的な知識を要します。

■ ■ ■ ■ ■ I うつ病とはどんな病気なのか

定の人において、通常以上に強く長引く反応を引き起こす場合をさしました。「葛藤を生む体験が抑うつ症状を現した」とみなされるならば、“抑うつ神経症”と診断されました（単に軽いうつ病をさして用いられたりもしました）。

かつては、うつ病は、先に述べたような、発症の経過から推定される原因によって分類されていました。しかし長い間の議論のすえ、内因性うつ病と反応性うつ病あるいは抑うつ神経症は、診断の精度および診断の一致度が高くなく、従来思われていたほどには明確に分かれないことが判明しました。例えば、内因性うつ病に類似したうつ病が近親者の死やリストラを契機に発症することは少なくありません。さらには、抗うつ薬の治療反応性（すなわち適応）を考える上でも、これらの従来診断は、さほど有用な分類ではないことが示されてきました。

最近の分類では、推定される原因で安易に分類することをやめ、診断の一致度を高めることを重視するようになりました。そこで、一次性的うつ病に対して米国精神医学会（DSM-III）は、「大うつ病性障害」という新たな名称と診断カテゴリーを導入し、過去の混乱を一掃しようとしたのです。「大うつ病性障害」は、従来の内因性うつ病や反応性うつ病などの推定原因を問わず、一般身体疾患や薬物などの原因がない一次性的うつ病を対象として、症状の数とその持続期間を基準に診断します（表1-4）。現在この分類がWHOのICD-10と並んで国際的なスタンダードとなっています。最近では、「うつ病」は「大うつ病性障害」をイメージして使われることが多いようです。DSM-5（2013）の日本語訳では「大うつ病性障害」を「うつ病（DSM-5）」と翻訳することになりました。以下では、一次性的「うつ病」＝「うつ病（DSM-5）」として、説明します^{（注2）}。

（注2）

臨床的には未だに、「うつ病」「うつ状態」「抑うつ状態」といったさまざまな言い方がされます。「うつ状態」と「抑うつ状態」というのは基本的には同じ意味で、「うつ病」とは言えないまでも、ある程度精神的なエネルギーが低下し、「うつ病」の症状がいくつか認められる状態をさします。DSMやICD分類では、重い抑うつ状態が長く続いて、苦しい思いをしたり、生活に支障が生じたりしている場合に「うつ病」という表現が使われてきました。古典的な精神医学を学んだベテランの精神科医の中には、「うつ病」を内因性でかつ重篤な状態に限って用いる方もいます。

(2) うつ病の症状

まず、うつ病の症状を詳しく説明してみましよう。患者自身は、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、沈み込んだ気持ちが長く続いて苦しんでいます。自分に価値がないという思いが強くなり、ささいな出来事についても自分を責めるようになります。思考力や集中力が低下したと訴える患者も多く、例えば、「深く考えたりテキパキ決断したりすることができなくなり、新聞や雑誌を読んでも内容が頭に入ってこなくなる」と答えます。物事に対する興味や関心が低下し、「何もしたくないし、するのも億劫、無理にやってみても楽しめない」という経験をします。そして、その結果、患者は自分の世界に閉じこもるようになり、社会活動や人間関係にも支障が現れるようになっていきます。

周囲の人がこの状態にある患者をみると、全体のエネルギーが低下して、全体に動きが緩慢で、生き生きとしていないように見えます。表情が暗く、目に力がなく、肌や声に張りがなかったり、着衣や髪に乱れがあったり、(女性では化粧がいいかげん)、といった外見上の変化が目につくことがあります。気力が低下して疲れやすくなる、仕事でも日常生活でも作業能率が低下してくるので、「ミスが多い」「たろんでいる」「怠けている」とか「スランプなのか」などと映るかもしれません。



【表1-4】うつ病 (DSM-5) の基準¹⁾

以下の症状のうち、少なくとも1つがある。

- 1 抑うつ気分
- 2 興味または喜びの喪失

さらに、以下の症状を併せて、合計で5つ（またはそれ以上）が認められる。

- 3 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
- 4 不眠あるいは睡眠過多
- 5 精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
- 6 疲労感または気力の減退
- 7 無価値感または過剰（不適切）な罪責感
- 8 思考力や集中力の減退または決断困難
- 9 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

これらの症状がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間にわたっている。症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。これらの症状はその他の医学的疾患や物質（薬物やアルコールなど）では説明できない。



このような症状ならば誰もが経験するのではないか、と思われるかもしれませんが。悲しいことが起きたとき、つらい思いをしたとき、誰もが抑うつ的な状態になります。病気と正常範囲の「抑うつ状態」とはどのように区別するのか、という疑問がわくでしょう。結論を先に述べますと、症状が重く、かつ症状のために障害が生じている場合に、病気と判断します。精神症状の重さはその症状の数と持続期間とで評価します。

例えば、米国精神医学会のDSM-5のうつ病エピソードの診断基準（表1-4）を見てください。基本的な症状として9つが挙げられています。中でも必須症状である、「抑うつ気分」または「興味または喜びの喪失」のどちらかの症状を含み、他にも全部で5つ以上の症状が、ほとんど毎日1日中、しかも2週間以上持続していて、そのために精神的ないし社会的な障害が生じている場合には、この診断が該当します。大うつ病にも、精神病症状（幻覚・妄想）が現れる場合、内因性うつ病の特徴を伴う場合（メランコリー型）（表1-5）、非定型的症状を現す場合（表1-6）などが分類されます。

一見すると診断は簡単そうですが、その症状が「ある」とするか「ない」とするかは、血圧や血糖値のように、客観的・定量的に厳密には測定できないので、医師の経験に基づいて判断することになります。したがって、典型的な患者を数多く診察した経験が大切になってきます。最近では、模擬患者を診察している場面をビデオ録画した、貸し出し用のビデオ教材が製薬企業などから入手可能ですので、それを見ることも大いに役立つと思います。

このように精神医学では、正常と病気の区別は専門家でも困難な場合があります。うつ病は患者の自尊心や信頼、社会機能を大きく損ない、人生に大きな影響を与えます。しかも自殺の可能性も高い病気です。「正常範囲の抑うつ状態だ」として見落とすよりは、多少幅をもたせて診断しておくほうがよいでしょう。

(3) うつ病は再発しやすい

うつ病は寛解後の4～6か月間は再燃する率が高いことが知られています。この期間は抗うつ薬療法を継続することが推奨されています。さらに、大うつ病患者の50～85%は、回復しても生涯に少なくとも1回の再発を経験し、その多くは2～3年の間に起こるともいわれています。再発しやすいうつ病患者さんの治療では、数年にわたる抗うつ薬療法を行うことがあります。大まかに言うと、寛解とは症状が無くなって安定した時点、回復とは病相自体が治癒した時点を想定しています。

【表1-5】メランコリアの特徴の特定用語¹⁾

Melancholic Features Specifier

▶該当すれば特定せよ

メランコリアの特徴を伴うもの（大うつ病障害における現在のまたは最も新しい大うつ病エピソード、および双極Ⅰ型またはⅡ型障害における抑うつエピソードに対して、それが気分障害のエピソードの最も新しい病型である場合、適用することができる）

A. 現在のエピソードの最も重症の期間に、以下のどちらかが起こる。

- (1) すべての、またはほとんどすべての活動における喜びの消失
- (2) 普段快適である刺激に対する反応の消失（何かよいことが起こった場合にも、一時的にさえ、よりよい気分とならない）

B. 以下のうち3つ（またはそれ以上）：

- (1) はっきり他と区別できる性質の抑うつ気分（すなわち、抑うつ気分は愛する者の死の後に経験されるような感情とははっきり異なるものとして経験される）
- (2) 抑うつは決まって朝に悪化する
- (3) 早朝覚醒（通常の起床時間より少なくとも2時間早い）
- (4) 著しい精神運動制止または焦燥
- (5) 明らかな食欲不振または体重減少
- (6) 過度または不適切な罪責感

【表1-6】非定型の特徴の特定用語¹⁾

▶該当すれば特定せよ

非定型の特徴を伴うもの

A. 気分の反応性（すなわち、現実のまたは可能性のある楽しい出来事に反応して気分が明るくなる）

B. 次の特徴のうち2つ（またはそれ以上）：

- (1) 著明な体重増加または食欲の増加
- (2) 過眠
- (3) 鉛様の麻痺（すなわち、手や足の重い、鉛のような感覚）
- (4) 長時間にわたる、対人関係での拒絶されることに対する感受性（気分障害のエピソードの間だけに限定されるものではない）で、著しい社会的または職業的障害を引き起こしている。

C. 同一エピソードの間にメランコリアの特徴を伴うもの、または緊張病の特徴を伴うものの基準を満たさない。

2 うつ病を見落とさないための重要な知識：うつ病の鑑別診断

次に、うつ病を見落とさないための重要な知識を説明します^{3, 4, 5)}。うつ病にもさまざまな特徴があり、必ずしも、典型的な症状が現れるとは限らないからです。専門医に紹介したほうがよい場合については、61ページにまとめて解説しましたので参照してください。

(1) 身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰痛などの症状は、特によく見られます。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さ(頭帽感)だと表現されることがあります。この他にも、肩こりや体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、さまざまな症状が現れてきます。

こうした身体症状が存在すると、患者は医師に身体症状を強く訴えるために、抑うつ気分が目立たなくなるのです。また医師はつい身体疾患の診断に注意を払うた



■ ■ ■ ■ ■ I うつ病とはどんな病気なのか

めに、精神的な症状を見逃してしまいがちです。そして診察の結果、身体疾患が同定されないと、「気のせい」（心気症）とみなしがちです。こうした状態を、うつ病の症状が身体症状の仮面に隠れているという意味で、かつて「仮面うつ病」と呼ばれたことがあります。しかし最近では、仮面うつ病という用語は用いられない傾向にあります。仮面うつ病も、うつ病には変わりありませんので、注意深く診察すれば、患者は抑うつ気分をはじめ抑うつ症状を数多く持っているからです。

(2) 症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝に悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善する、という日内変動が見られることがよくあります。夕方から夜にかけて元気になる（人によってはまったく普通に活動できることもある）ために、「ずっと落ち込んでいるわけではないから、うつ病ではなくて、気分の問題なんだ」とか「午前中具合が悪いのは学校（職場）に行きたくないからだ」と考えられてしまうこともあります。しかし、これはうつ病によく見られる日内変動（という特徴）ですので、誤解しないように注意してください。逆に「この特徴がないから、本当のうつ病ではない」と決めつけることもできないのです。

(3) 行動の変化：性格の障害との鑑別

普段の行動と違い、イライラ感が強まり衝動的な行為をしたり、他人に対して批判的で攻撃的な態度が目立つようになる患者もいます。こうした場合には、性格の問題と誤って判断してしまうことがあるので注意が必要です。ある特定の時点から急性（亜急性）に行動の問題が明らかになってきている場合にはうつ病などの精神疾患を、そして思春期などの発達早期から長期間行動の問題が続いている場合には性格の障害（パーソナリティ障害）を考えます。むろん、パーソナリティ障害を持つ人がうつ病になることもあります。この鑑別は難しく、精神医学の専門家に任せるのがよいでしょう。

(4) 精神病症状（妄想や幻覚など）：統合失調症との鑑別

うつ病が重くなると、「自分がまわりから意地悪をされている」ように感じたり、「目に見えない力が自分を迫害しているように感じる」などの被害妄想や、「（現実にはそうしたことはないのに）貯蓄が底をついてしまって自己破産をするしかない」「自分は何もできない無力な人間だ」などと、自分のことや自分の能力を極端

に低く見る微小妄想が認められることがあります。稀ながら、幻覚が現れることもあります。

また、統合失調症の緊張病に似た症状が現れることもあります。例えば、昏迷と違って、意識レベルは保たれているのですが、随意的な動きが取れなくなる状態に至ることもあります。最も難しいのが、統合失調症で見られる無為・自閉状態とうつ病との鑑別です。統合失調症では、症状（陰性症状）として、人生に目的を持って、規則正しく、生き生きとした生活を送れなくなることがあります。家に閉じこもりがちになり、服装や清潔、あるいは身の回りに無関心になりがちです。抑うつ状態にあることは確かですが、気分の障害としての抑うつ状態とは違います。したがって、治療法や対応が異なります。統合失調症に特徴的な他の症状があれば鑑別しやすいのですが、意欲・関心の低下が主な患者では困難なことも多いのです。うつ病は中高年に多い病気で、統合失調症は思春期、若年期に多い病気です。また、うつ病は比較的急な経過で悪化しますが、統合失調症は年単位で経過します。これらのことがある程度参考になります。治療薬への反応なども手がかりになりますが、特に若年の患者では、長期的に経過を観察しなければ確かな診断が下せないことも少なくありません。



(5) 不安症（不安障害）との合併

うつ病と不安症は合併することが多いので、うつ病を見落とさないことが大切です。

うつ病と合併しやすい主な不安症および関連症には、①動悸や過呼吸などの自律神経失調症状が突然現れて強い不安におそわれるパニック発作、②本人はばかばかしいと思っていながらも、ささいなことが、意志に反して繰り返し頭に浮かんでくる強迫症（強迫性障害）、③強い不安感がいつも離れず自分では制御できないと感じる全般不安症（全般性不安障害）があります。

逆に、これらの不安症が長く続き、精神的あるいは社会的障害が大きくなると、多かれ少なかれ抑うつ状態になっていきます。すなわち、不安症の人もやがてうつ病へと引きずり込まれてしまうのです。

不安症状と抑うつ症状は互いを増悪させてしまうため、悪循環を断ち切るために、両者への治療的介入が大切です。不安の症状は患者の訴えも強く、またはっきりしているため、容易に診断ができますが、抑うつ症状は目立たないため、うっかりするとうつ病を見落とししてしまいます。しかし抑うつ症状を注意深く聞き出しさえすれば、不安症状の陰に隠れたうつ病を診断すること自体はけっして難しくはありません。

(6) 一般疾患との合併

従来、「病気を持っていれば、気持ちが落ちこむのは当たり前」と考えられて、身体疾患に伴ううつ病が見過ごされてきた傾向があります。しかしながら、近年、多くの身体疾患にうつ病が高率に合併すること、さらに合併するうつ病が一般疾患そのものの予後にまで影響を与え、うつ病に対する介入が身体疾患の予後を改善することが明らかにされてきました。また、うつ病とQOLが密接に関連しますので、身体疾患を持つ患者のうつ病を早期発見し早期介入することは、QOL向上の観点からも重要です。

また、ありふれた病気や怪我での入院をきっかけに、特に高齢者では、うつ病が現れることがあり、周囲に気づかれないでいる場合があります。

(7) 高齢者・脳の器質的な障害が疑われる場合

高齢者では脳梗塞やアルツハイマー型認知症、パーキンソン病などの脳の器質性

疾患のために抑うつ症状が現れることがあるので注意が必要です。しかも認知障害や運動障害がはっきりしてくる前段階で抑うつ症状が現れることもあります。うつ病の適切な治療をしても症状が改善しない場合には、脳の器質性疾患が何らかの影響を及ぼしている可能性があります。特に、診療所で十分な検査ができない場合には病院の一般診療科経由で、もしくは直接、精神科や心療内科に紹介することも考えてください。

よく知られているように、うつ病でも、仮性認知症と呼ばれ、認知機能の低下が著しく現れる場合があります。高齢者の場合、脳器質性の認知症と誤診しないことが重要です。仮性認知症では、うつ病による精神機能の低下のために、記憶力や判断力に障害が生まれます。患者は、記憶力や判断力の低下を強く訴えますが、見当識や記憶の検査時に、時間をかけて質問し、集中して答えてもらうようにすると、訴えとは異なり正確な答えが返ってきます。

“(8) アルコール依存が疑われる場合

アルコール依存にはうつ病の合併が多く見られます。両者を合併していると自殺率がさらに高くなります。この場合、アルコール依存を問題とせずに、うつ病の治療だけをしても根本的な問題解決にはなりません。また、アルコール摂取は、依存に加えて、向精神薬との相互作用の問題があります。



■ ■ ■ ■ ■ I うつ病とはどんな病気なのか

うつ病のつらさをまぎらわせる自己治療手段として多量飲酒するようになることもあります。この場合には、うつ病が改善するとアルコールの飲酒量をコントロールできるようになります。

うつ病の治療中は、原則として、アルコールの摂取は控えてもらいますが、多量飲酒を制御できない場合、専門医への紹介を考えたほうがよいでしょう。

(9) 月経前や更年期の症状

月経の前に抑うつ気分や意欲・関心の低下が起こり、家事などの日常生活が満足にできなくなり、生理が始まると速やかに調子がよくなる人がいます。いわゆる月経前緊張症とは違い、抑うつ症状の数が多く程度も重い月経前不快気分障害と呼ばれるものです。この状態には、抗うつ薬が効果的です。

更年期に発症するうつ病は、いわゆる更年期障害の症状だろうと安易にみなされがちです。更年期はうつ病の好発時期でもありますので、鑑別には細心の注意が必要です。

(10) 産後うつ病

産後は精神障害の好発期です。大学病院精神科を受診した女性患者のうち、産後精神障害がしめる割合は2～5%といわれます。一般に産後の精神科的問題は以下の5つに分類されます。①マタニティー・ブルー ②産後うつ病 ③狭義の産後精神病 ④既往の精神疾患の増悪や再発 ⑤分娩に関連した脳器質疾患（シーハン症候群、脳動静脈血栓など）です。

マタニティー・ブルーとは、産後3～4日頃から涙もろさを主とした軽度の情動変動が出現し、数時間～数日間持続して自然に消失するものであり、正常の反応と考えられています。出現頻度は25%前後で、日本では欧米に比べると低いようです。マタニティー・ブルーを経験した褥婦はこれを経験していない褥婦に比べて、産後うつ病になりやすいことがわかっています。

産後うつ病ですが、日本での出現頻度はおよそ3%とされ、初産婦に多く、産後1～3か月に頻発します。一般的に、育児に関する悩みが中心で、母親としての役割に対する不全感、自信欠乏感、愛情疎隔体験が認められ、不安、困惑、自責感、さらに希死念慮などの症状が強いのが特徴です。時に、幻覚・妄想、意識変容などの非定型精神病像を伴うこともあります。

母親が産後うつ病になると、育児怠慢や虐待、時には子どもを殺傷してしまうこ

とがあるので、専門家への紹介が必要です。

(11) 重症のうつ病の場合

うつ病が重症の場合、もしくは治療の経過中に重症化してきた場合には、直ちに精神科医に相談するのがよいでしょう。全体の印象も大切ですが、手がかりとして後述する診断のための質問項目が7個以上当てはまる場合は、重症と判断してください（次節参照）。また、焦燥感が強くなっている場合や、妄想や幻覚などの精神病症状が認められる場合、言動にまとまりがなくなってきた場合も同様に重症とみなすことができます。一般的に重症になると、自分がうつ病であるという病識や治療への動機付けが失われ、外来での内服治療は困難となります。

産後のうつ病の場合は、子どもの養育にも無視できない悪影響が及ぶことがあります。母子双方にとって環境調整が必要となりますので、より早期の精神科への紹介を考慮すべきでしょう。



(12) 慢性化している場合

“うつ病は心の風邪”というキャッチフレーズが広く喧伝され、一過性の疾患のように考えられる傾向があるかもしれません。ところが実際には、およそ2～3割の患者は慢性に経過すると考えられています。辛抱強く治療していくことが必要ですが、症状が長引いている場合（例えば診断時にすでに半年以上の明らかな症状が継続しているようなときや、第1選択薬による治療で2か月たっても症状の改善が見られないときなど）には、治療方針に関して専門家に相談するのがよいでしょう。

(13) 躁症状が出現した場合

うつ病の治療をしているときに、改善してきたなと思っていると、やがて躁状態に移行することがあります。このことを躁転といいます。軽い躁状態の場合には気づきにくいのですが、普段よりも上機嫌でよく話し、自信に溢れ、意見が対立するときなどに怒りっぽくなります。人間関係上のトラブルが見られるようになり、浪費傾向が出てきたり、睡眠時間（睡眠欲求）が短くなっていたりしていないかどうかをチェックして、そのような状態が4日以上続くときは軽躁～躁状態を疑い専門医に紹介するのがよいでしょう。治療法を再考しなければ状態が悪化する可能性があります。



3 うつ病を診断するための面接

以上、診察場面でうつ病を見落とさないための知識を紹介してきました。ここでは、実際にうつ病を診断するための面接について解説します。

ここらの内面に立ち入った面接を行うためには時間や場所に余裕が必要です。その意味では、地域に密着し家族内の問題などを把握したかかりつけの医師には、うつ病の早期発見と介入が期待されているともいえます。

まず質問紙を用いたスクリーニング法を紹介します。2項目質問紙法といって、うつ病の診断に必須の2症状、「(1)抑うつ気分」と「(2)興味または喜びの喪失」があるかないかを自己記入してもらうものです⁶⁾。外来の待ち時間にこの質問紙を患者に渡してあらかじめ答えてもらいます。2項目両方に該当する場合には、うつ病の90%をスクリーニングできるという結果が得られています。

ただし、このスクリーニング法は患者がきちんと答えることが条件です。恥ずかしいとか偏見を持たれることを心配して正確に答えない場合もあります。他の身体症状の有無をチェックしてもらう包括的な健康状態の質問紙の中にこの2項目を潜ませておくと、比較的抵抗なく記入してくれます。しかし回答を鵜呑みにしないで、あくまで診察場面で「うつ状態」にあるかどうかを確認してください。質問紙以外に、診療室でうつ病を疑うちょっとしたコツを表1-7にまとめました。

うつ病が疑われたならば、さらに以下の質問 [(3)~(9)] に移って診断を確定してください^{4, 7)}。うつ病の診断には、「(1)抑うつ気分」か「(2)興味または喜びの喪失」のどちらかの症状があることが必須ですが、実際の面接では「食欲」や「睡眠」、「疲れやすさ」などの身体的な症状から尋ねるほうが、患者の抵抗感も少ないでしょう。

【表1-7】診察室でうつ病を疑うコツ

- 1) 目や声、姿勢が弱々しい。
- 2) 多彩な訴えがある。
- 3) とらえどころのない曖昧な症状がある。
- 4) 身体所見や検査結果に比べて、症状が強い。
- 5) すでにいろいろな検査をして異常がなく、しかも症状が長く持続している。
- 6) 「この症状さえとれたら、元気でやれそうな気がします」と答える。
- 7) 調子が悪くても、「休むことができません」と答える。

(1) 抑うつ気分

質問例

「気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか」
「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

うつ病の患者の多くは、気持ちが沈み込んで憂うつになっています。「憂うつだ」「悲しい」「何の望みもない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によってはこうした気持ちを表立って口にしないこともあります。いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。うつ病の症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（症状の日内変動を参照 29ページ）。

…このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなって怒りっぽくなったりすることがあり、それが性格の問題と間違われて抑うつ気分が気づかれにくくなることがあるので注



意しなくてはなりません。

(2) 興味または喜びの喪失

質問例

「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」
 「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしても面白くないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってきました。友達と会って話すのが好きだったのに、会っても面白くないし、かえってうっとうしくなってきました。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見ても面白くありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやっても面白くないので、自分の世界に引きこもるようになってきます。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなったんだろう、と不思議に思えるほどです。

上記2項目の1つ以上に該当するならば、うつ病の可能性はかなり高いと思われます。

さらに確認するためには、以下の7項目について質問します。

(3) 食欲の減退または増加

質問例

「いつもより食欲が落ちていますか」
 「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」
 「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」
 「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。食欲がなくなった患者は「何を食べても、砂を嚙んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがよくあります。1か月に4キロも5キロも体重が減少してしまうことも稀ではありません。

意外に思われるかもしれませんが、逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など

特定の食べ物ばかり欲しくなることもあります。

(4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

質問例

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎日眠れないということがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」

「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

…特に朝早く目が覚めるのはうつ病の睡眠障害の特徴です。目が覚めるのが午前4時であることも、5時であることもありますが、いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病の患者は、このように早く目が覚めても熟眠感がなく、体調が優れないため、すぐに起きあがれるわけではありません。再入眠できず、布団の中で悶々と思い悩んでいるのです。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状



が現れることもあります。「寝ても寝ても倦怠感や眠気がとれない」と訴えます。

(5) 精神運動機能の障害(強い焦燥感あるいは逆に精神運動機能の制止)

質問例

「話し方や動作が普段より遅くなっていたり、言葉がなかなか出てこないこと、それを人から指摘されるということがありますか」

「じっとしてられず、動き回っていたり、じっと座ってられなかったりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、他の人から見てもすぐにわかるほど活動性が低下し、身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止(遅滞)と言います。

また、逆に、じっと座ってられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたり、歩き回ったりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときには、つらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元気そうに見えてしまいがちで、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

(6) 疲れやすさ・気力の減退

質問例

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の1つです。気力が低下して何をする気もおきなくなりますし、朝起きて着替えるといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけの気力がわいてこないのです。

(7) 強い罪責感

質問例

「自分は価値のない人間だと感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去のささいな出来事を思い出しは悩んだりするようになります。1つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回も他の人に確認をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、さらには不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思い込むようになってたりもします。

(8) 思考力や集中力の低下

質問例

「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」
「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の人は、自分がボケてきたのではないかと心配していたりします。また、高齢者の場合には実際に認知症のように見えることがあります。しかし、真の認知症と違って、うつ病による認知症様の症状は治療によって改善するために、仮性認知症（前述 32 ページ）と呼ばれています。

逆に、認知症がうつ病と間違えられることもあるので注意が必要です。認知症の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機としてだんだんと認知症が進んでいくこともあるので注意が必要です。

(9) 自殺への思い

質問例

「死について何度も考えるようになっていませんか」

「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらなくなるために死んだほうがましだと考えるようになってきます。うつ病患者の生涯自殺リスクは、外来患者ではおよそ2%、入院治療歴のある患者ではおよそ4%、自殺企図で入院した既往のある患者ではおよそ8%と推定されています²⁾。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通するときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をやる元気もなくなっているときには、死のうと思ってもそれを実行に移すだけの元気さえ出てきません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちを行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには患者の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いやすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるので、まわりの人は安心してしまおうのですが、本人は良くなったという自覚を持ってないことが多いからです。しかも回復期には、気分の動揺も激しく、周囲の無理解やささいなストレスをきっかけに急に深く落ち込むことがあります。こうした場合に、患者は誰にもわかってもらえない、やはり治らないのではないかと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

焦燥感や絶望感が強く、じっとしてられない、と半ば興奮状態にあるときも、自殺の可能性が高い時期ですので、特に注意が必要です。「大げさに騒いでいるだけだ」と安易に決めつけないことが大切です。強い不眠で苦しい思いをしていると、否定的、絶望的な考えにとらわれて、夜間に衝動的に自殺を考えてしまいがちです。

○引用文献

- 1) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2013. (日本精神神経学会用語監修、高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5精神疾

■ ■ ■ ■ ■ I うつ病とはどんな病気なのか

患の診断・統計マニュアル, 医学書院, 2014年出版予定)

- 2) Bostwick JM *et al.* Affective disorders and suicide risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry* 2000. 157: 1925 – 1932.
- 3) 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応, 医学書院, 1995.
- 4) 大野裕他：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究, 平成11 – 12年度厚生省障害保健福祉総合研究事業報告書, 2001.
- 5) 野村総一郎：内科医のためのうつ病診療, 医学書院, 1998.
- 6) 鈴木竜世他：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討. *精神医学* 2003 ; 45 : 699 – 708.
- 7) 神庭重信：うつ病の早期発見と介入のためのマニュアループライマリーケア医のためのマニュアル. *精神科* 2003 ; 5 : 441 – 448.

コラム② 海外における自殺予防対策（フィンランド、スウェーデン）

●フィンランドの自殺予防対策

フィンランドでは1985年に自殺死亡率を20%減少するとの目標が設定され、4年間の調査研究の成果に基づいて1992 - 1996年に自殺予防対策が国レベルで実施され、さらに1997 - 1998年にその評価が行われた¹⁾。自殺予防活動は国から委託を受けたセンター(STAKES)によって運営され、関係者・関係機関とのネットワーク形成、講義・ワークショップの開催、自殺未遂者の支援等40のプロジェクトが実施された。最終的に自殺死亡率は対策実施前から9%減少した(最盛期に比べると20%の減少)。

●スウェーデンの自殺予防対策

欧州の中で、自殺死亡率が高いスウェーデンにおいて、1993年、カロリンスカ医科大学(研究所)公衆衛生科学部に「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」(The National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Illness-Health)が設立され、政府による心の病に対する一般の理解とその予防、こうした活動を通じた自殺予防に関する積極的な対応が行われている。センターの役割は、研究者や医師のみならず国民に対する自殺予防対策等に関する普及・啓発である。スウェーデン「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」の主な自殺予防プログラムは、自殺予防の危機介入に従事している医師、心理学者、カウンセラー、ソーシャルワーカーや保健医療従事者に対する研修、精神科医や開業医のための専門的な自殺学講座等である。1990年頃の男性の自殺死亡率は、人口10万人対25人前後であったのが、2000年では20人まで下がった。

1) 大久保利晃、藤代一也、織田進「フィンランドにおける自殺予防(1986-1996)」平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究II 研究成果報告書」産業医科大学、2002年、6-11ページ。

(出典：厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』平成14年12月：「参考資料海外等における自殺予防対策(第4回自殺防止対策有識者懇談会〔川上委員〕資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会〔金子氏〕資料より一部抜粋)』)

Ⅱ うつ病の治療

はじめに

うつ病の治療で重要なことは、他の精神疾患患者への対応と同じく、患者の訴えをまず十分に聞くことです。

さらに、うつ病の治療は他の精神疾患と同様に薬物療法だけでなく、精神療法や認知療法、自律訓練法などのストレス対処法を包括的に行うことが大切です。特に軽症のうつ状態・うつ病には抗うつ薬の効果は限定的と考えておいたほうが良いでしょう。発症の要因や精神症状の程度などをよく考えて薬物を用いるべきです¹⁴⁾。

1 精神療法の原則¹⁻⁴⁾

(1) 話を聞くこと

患者から話を聞く態度としては穏やかな共感的、受容的な態度で症状や本人が思っている誘因などについて積極的に聞くことです。したがって、面接する場所の雰囲気づくりや守秘義務についての保証をしっかりとしておく必要があります。大勢の人がいる所やプライバシーが守れない場所での面接では精神内界には立ち入れません。ゆっくりと話ができる環境が必要です。要領よく情報を得ることも大切ですが結論を急がず、時間をかけて情報を得ることにつとめ、一度の面接ですべての情報を得る必要はないと思います。

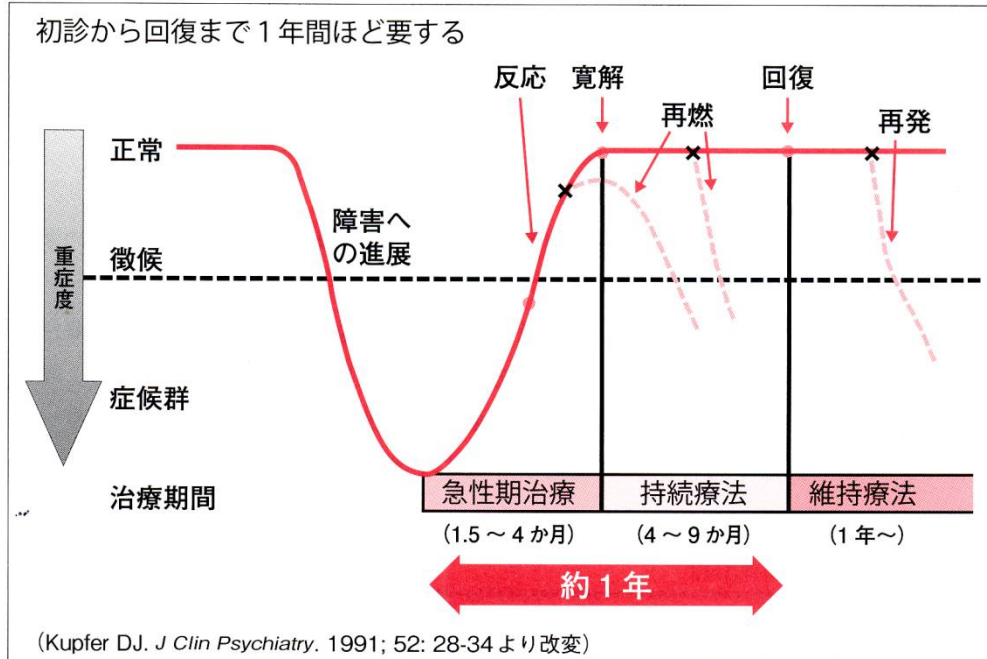
具体的には、まず不眠や食欲など身体的な状況について尋ね、次いで精神症状について質問するほうが自然と思われれます。

(2) うつ病は治る病気

典型的なうつ病患者への精神療法で重要なことはうつ病が「治る」病気であること、しかし「再発する」可能性もあることをたびたび確認する必要があります。最近、WHO もうつ病を「糖尿病」や「高血圧」と同じような慢性疾患と捉えて、治療に臨むことを勧めています。これは一旦うつ病が発症したら、ある程度長期間、

AA

【図II - 1】うつ病の経過⁵⁾



継続的な治療が必要なことを示しています。最近では発症して寛解するまでにおよそ3か月、その後、継続的な薬物療法は9か月間、減量せずに維持する必要があるとされています。したがって、発症から治療が終結するまでに少なくとも1年間かかる疾患と考えていたほうが良いでしょう。

但し、うつ病を慢性疾患と本人に伝える場合は慎重に対応する必要があります。またうつ病が「治る」病気だといっても数週間ですっかり治るうつ病は少なく、寛解するまでにおよそ3~4か月間かかることを伝えることが必要です。さらに高齢者やストレス要因が大きい症例では遷延することも多く、このような場合にも面接ごとに「治る」ことを確認することが大切です。抗うつ薬は効果を示すのに2週間程度はかかるものですから、薬を投与した数日後に回復するうつ状態や休職したらずぐに元気になる人はうつ病というよりは適応障害である可能性があります。うつ病はむしろ緩徐に回復するほうが予後は良いとされています。うつ病の一般的な経過を示すことも有益かも知れません(図II-1)⁵⁾。

ストレス要因が強い適応障害によるうつ状態・うつ病の場合は、その要因を取り除くことや、環境を変化させることができれば良いのですが、状況的に不可能なこ

とも多いようです。しかし、その要因を支持的に理解し、十分に傾聴することができれば、その要因に対する構えや対応が変化し、うつ状態が改善することもあります。「いわゆる現代型うつ病あるいは新型うつ病」とされる人たちの多くは、適応障害によるうつ状態と思われれます。

(3) 休養が第一

うつ病は「怠け」ではなく脳の「病気」です。仕事をしている人に対しては休養あるいは休職を積極的に勧め、主婦に対しては家事を他の家人に分担してもらうなど、心身の負担を減らすように家族に説明します。しかし、勤労者が休職する場合、自宅がほんとうに休める環境であるかは検討する必要があります。また仕事を休む程ではなくても仕事量や就業時間を減らすことを勧め、肉体的、精神的に負担を減らす工夫が必要です。この時、本人自身から仕事量を減らすことが困難である場合には、医師あるいは産業医が介入したほうが休養はとりやすいと考えられます。また休職の診断書は期間が短か過ぎないような注意が必要です。具体的な休職期間については本人と主治医とがよく話し合った上で決定したほうが無難です。典型的なうつ病の場合は、概ね3か月程度と思われれます。回復が順調であれば、診断書に書かれた期間よりも短い期間で復職してもよいと考えられます。逆に回復しないからといって、少しずつ期間を延ばすことは職場にとっては迷惑ですが、休職日から1年間など長い休職期間を記載した診断書は、受け取る側からすると非常識と思われれます。そして、休職期間中には産業医や人事労務担当者が本人の状況を把握する必要があります。

うつ病の治療は、治療者もあまり張り切り過ぎないほうが良いと思います。患者は焦り、結論を急ぐ傾向があるので、肩の力を抜いて、頑張らないように指導します。

(4) 病気だから薬が必要

うつ病は病気であるから身体の病気と同様に薬物の服用が必要であることを伝えます。うつ病は心因性だから薬物療法の対象ではないと考えている人もまだ多いので、困っていることに焦点をあて、「薬も効くかもしれない」という認知の転換を図ります。典型的なうつ病に抗うつ薬を用いることに異論を唱える精神科医はいないと思います。しかし、うつ病は薬物療法だけで治療することも精神療法だけで治すことも難しいものです。精神科で使用される薬物には誤解があり、薬が依存を起

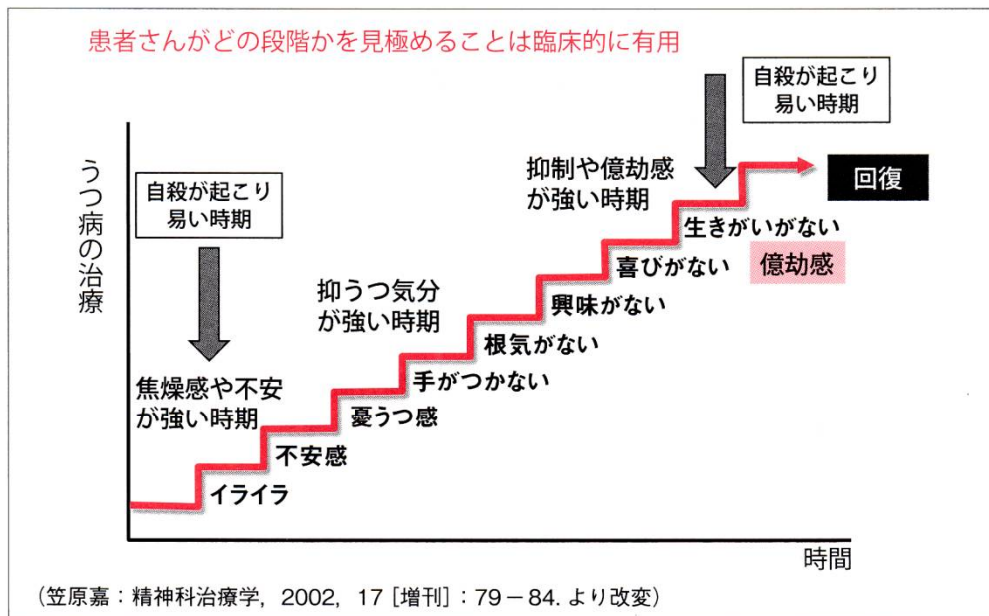
こすのではない、脳に変化を起こすのではないかとの不安を訴え、アドヒアランス（能動的な服薬継続性）がしばしば低下します。したがって、薬物療法を継続するには抗うつ薬の作用、副作用を十分説明して医師と患者の治療同盟を築く必要があります。

(5) うつ病の治療過程と重要な症状

うつ病には治癒する過程があります。すなわち、図II-2³⁾のように焦燥感や不安が強い時期、抑うつを中心とした状態、さらに抑制や億劫感が強い時期を経ておよそ3か月間程で治っていきます。患者の中には数週間で治る人も半年を過ぎても改善しない人もいます。したがって、その時期に応じた対応が必要となります。特に焦燥感（イライラ）が強い時期にはうつ病の診断さえ困難なこともあり、そのような時期に復職を勧めてもほとんど意味はありません。この時期は、自殺を起こしやすい時期でもあります。

職場復帰訓練は億劫感が出現した頃に始めるのが最も適切な時期と考えられます。なお職場復帰訓練については、制度が整っている企業とそうでないところがあるので職場の実情に合わせた対応が必要です。億劫感とうつ病の初発症状ともされてお

【図II-2】うつ病が回復する過程³⁾



り、「疲れやすい、仕事をしたくない、なんとなく億劫でやる気がない」などと訴える人もいます。この時期は、病初期の不安、焦燥感の訴えが強い時期と同様に、これまで自殺念慮があっても思考抑制のために行動ができなかった人が自殺企図を起こすこともあるので注意する必要があります。

(6) 精神療法で重要なこと

うつ病では重大な決断をしないことを約束させる必要があります。うつ病の誘因が割合明確な症例では、その誘因と思われる事項が解決できればうつ病が治ると考えて、その誘因と思われることを直接的に解決しようとする人がいます。

例えば、うつ病の認識がなく仕事の負荷が大きいということで、仕事を辞める人もいますが、辞めてしまった後に経済的なことが不安となって、さらにうつ病が重症化し遷延することがあります。また、配偶者との関係が悪く、離婚すれば解決できると考えて離婚する人もいますが、一人になって益々孤独感が増強することがあります。重大な決断は先延ばしするように指導するのが原則です。

(7) 自殺念慮を訴える人への注意

うつ病で最も恐ろしい結末は自殺です。治療中は自殺をしないことを繰り返し約束させます。自殺念慮について質問することに抵抗感を有する人もいるかもしれませんが、むしろ質問することが自殺企図に対する抑止になると考えられており、率直に自殺念慮について尋ね、治療中は自殺しないことを約束させて治療を継続することが大切です。

また、うつ病の患者が自殺するのは前述したように病初期とうつ状態が重篤な時期ではなく、むしろ回復期の多少改善した時期とされています。抑制が強い極期では自殺念慮はあっても、自殺企図までの行動に至らないと考えられています。自殺企図は、不安・焦燥が強い時期、うつ病が多少改善した時期、睡眠薬を服用後、あるいは飲酒後など意識がやや低下したもうろう状態で実行されることが多いとされています。しかし、実際には専門家である精神科医にも自殺の予測はほとんど不可能ではないかと思われまます。

患者は物事をすべて否定的に考える認知の歪みを有することが多く、精神療法の技法として次に述べる認知療法を個人精神療法あるいは集団精神療法の一環として行うこともあります。



2 認知療法

認知というのは、ものの考え方とか受け取り方という意味です。健康な時には、それぞれの経験や知識などを総動員して主観的な判断でものごとを見えています。そして健康な人はさまざまな状況に応じて瞬時に判断して適応的に行動しています。

しかし、うつ病になると悲観的、否定的な考えが支配的になり、考え方の柔軟性が失われます。悪い方にばかりに目が行って、わずかな解決法や見方にとられるようになる悪循環が起こります。このようにうつ病で起こる自己、世界観、および将来に対する考え方の偏り（これをベックは否定的認知の3徴と言っています）を指摘し、是正しようとするのが認知（行動）療法です。

具体的な認知の歪みのパターンは次の7項目に分類されています。

(1) うつ病患者の認知

1) 恣意的推論

証拠が少ないにもかかわらず、独断的に判断する状態です。例えば、好きな人からの連絡がないと、勝手に嫌われていると思ってしまうような状態です。

2) 二分割的思考

灰色（曖昧な状態）に耐えられず、白か黒かという極端な考え方でないと気が済まない状態です。このような気持ちが強いと、仕事を辞めればうつ病が治ると考えて、実行してしまった人のような例があります。

3) 選択的抽出

自分の限られた判断だけで結論を急ぐ状態です。健康状態が気になると、どこか体の不調ばかりに目が行くようになり、あちこちの病院を受診するような行動が起こります。

4) 拡大視・縮小視

うつ病の時には自分の関心が強いことだけに目が行き、反対に自分の考え方や予測があわないことに対しては、ことさら小さく見てしまう傾向があります。気持ちが減入ってくると、うまくいかなかったことばかりに気がとられ、うまくいったことは忘れてしまうこともあります。

5) 極端な一般化

ごくわずかな事実をとりあげて、結論を決め付けてしまうことです。例えば、一度失敗しただけで「何をやっても自分はだめだ」と決め付けてしまうようなことです。

6) 自己関連づけ

自分の責任を過度に感じて、皆で取り組んでいた仕事が行きづまった時、「自分のせいでこのようになった」と考え込んでしまうような場合です。

7) 情緒的理由づけ（取り越し苦労）

自分の感情で誤った判断をしてしまうことです。例えば、仕事内容が理解できないと、初めての仕事で不安であるとは考えられず、「自分が不安だから今度の仕事は難しい」と考えてしまうような場合です。

以上のような認知の歪みを多くのうつ病患者に見受けるので、それを指摘し修正するのが認知療法です。

(2) 認知の歪みをどのように修正するか

基本的には、現実を目を向けて具体的に問題を考えていく態度を身に付けるように指導していくことになります。

「そう考える根拠はどこにあるのか」「だからどうなるのだ」「別の考え方はないだろうか」と自問自答するように指導します。

この時、自分の心の中に自然とよぎる考え方に注意を払います。気持ちが動揺している時に、同時に何かを感じ、考えることを「自動思考」といいますが、この自動思考には認知の歪みを修正するヒントがあるとされており、うつ病患者ではこの自動思考の流れが、先に示した7項目のような不適応的な流れになっています。したがって、この自動思考に反論するように指導しながら、否定的な考えを修正していくのが認知療法です。

否定的な考えの「根拠を探す」「結果について考える」「代替りの考えを探す」手助けをするのが認知療法です。多くの典型的うつ病患者は几帳面、仕事熱心で、責任感が強く完璧主義的などころがあるので、思考に柔軟性がなく1つの結論から別の結論へ導くことができないことが多いようです。認知療法はさまざまな課題を提

示しながら、個人療法で行うことも、うつ病患者を集めた集団で行動療法を併用した形で行うこともあります。一般診療科で行うことは難しいかもしれませんが。心理士や看護師などの力を借りてチームで行う方法もあると思われます。

3 リラクゼーションの技法

気持ちを安定させるリラクゼーション技法として筋弛緩法や自律訓練法などを用いることもあります。

筋弛緩法は不眠が続き、眠れないことへの恐怖などが起こっている時、体が緊張しているので体をリラックスするために行います。肩や首の周りの力を抜く目的で肘を曲げ、腕を乗せて反対の腕を引きながら、腕を伸ばす、あるいは首を回す運動をします。さらに両肩を上げたりして力を抜く運動を行い、一度力を入れて、4～5秒間それを続け、力を抜く時には一度に普通の状態に戻す運動などで筋弛緩を行います。筋肉の緊張がとれてくると、気持ちもゆったりとしてくるものです。1日数回このような運動を繰り返すことにより、体は自然とリラックスしてきます。

自律訓練法も気持ちを落ち着かせる方法としては有用と考えられます。仰向け、あるいは椅子に座って、全身の力を抜いて、眼を閉じます。そして頭の中で例えば「右手が重い」という言葉をゆっくり繰り返し、その状態をイメージします。実際に重く感じるようになったら「左手が重い、右足が重い、左足が重い」「右手が温かい、左手が温かい」と暗示をかけます。このように自分自身に暗示をかけることにより、気持ちをリラックスさせる訓練です。

このような方法だけでうつ病が改善するわけではありませんが、不安や落ち着きのなさを改善し、発汗や便秘などうつ病によって起こっているさまざまな自律神経症状を改善させることはできると考えられます。

4 薬物療法

軽症うつ病で不安が強い場合は抗不安薬を投与するだけで症状が軽快する患者もいますが、うつ病であれば抗うつ薬を投与するのが原則です。

抗不安薬には依存性の問題（抗不安薬の大部分を占めるベンゾジアゼピン系薬剤にはバルビツール系睡眠薬のように使用を続けていくうちに用量が増えることはないと言われています。しかし、減量は難しく常用量依存あるいは臨床用量依存がある

とされます)や、本来の薬理作用とは逆に焦燥感を訴え、攻撃性などが起こる奇異反応、あるいは健忘(服薬後のことを覚えていないという前向き健忘)、さらに抗不安薬中止時に起こる離脱症状として反跳性不眠、反跳性不安発作が起こることがあるため、できるだけ長期間は投与せず、頓用で投与するか、症状が改善したら漸減中止するようにします。例えば、不眠など患者が最も困っている症状に焦点をあて、「薬は効く」という認知の転換をするために急性効果が出やすい抗不安薬と抗うつ薬との併用を行い、「自分に薬が効いた」という実感を持たせることも大切と思われます。いずれにしても、安易な抗不安薬の使用は慎むべきです。

また抗うつ薬の副作用とうつ病による身体症状との鑑別が困難なために十分量の抗うつ薬が投与されていないことが多いことが推定されています。したがって、抗うつ薬を投与する場合には、それぞれの薬剤の主な作用、副作用について十分説明を行う必要があります。

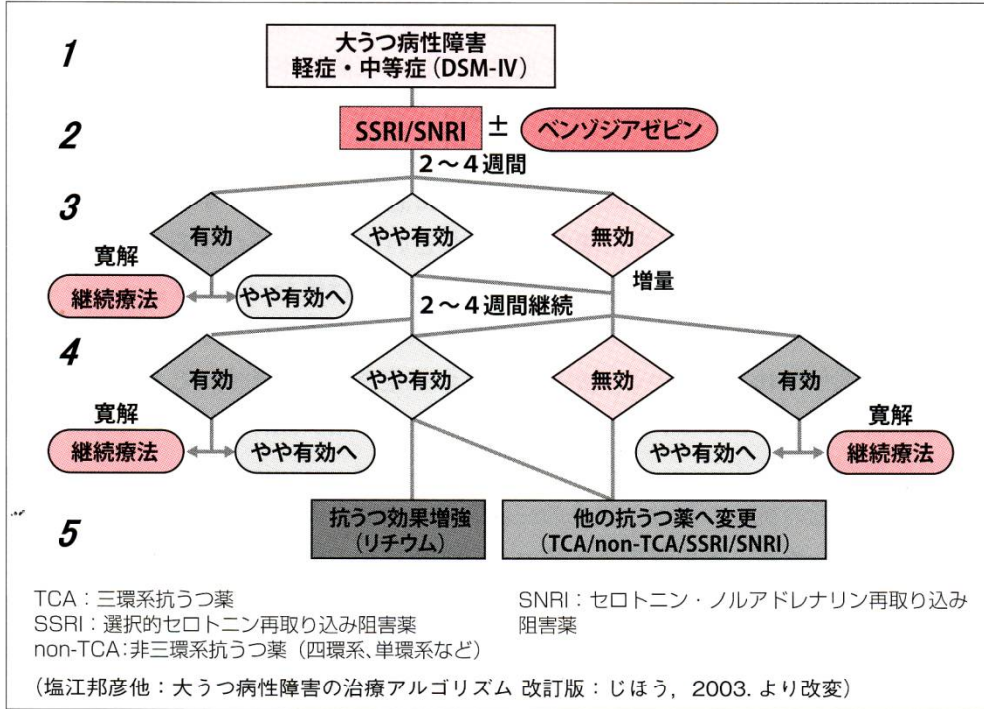
ところで最近の抗うつ薬は、従来の三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬に比べて便秘、口渇、イレウス、排尿障害など抗コリン作用による副作用が軽減された選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor: SNRI)、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(noradrenergic and specific serotonergic antidepressant: NaSSA)が、わが国でも使用できるようになり、一般診療科の医師にも容易に使用できるようになってきました。

これらの薬剤は、単剤で使用されていれば、自殺目的に大量服薬されてもほぼ安全とされています。もちろん抗うつ薬が抗不安薬や睡眠薬、さらに身体疾患のための薬物と併用されていれば安全ではありません。

図II-3に示したように塩江ら⁶⁾がまとめた大うつ病性障害の治療アルゴリズムによれば、第1選択薬はSSRIあるいはSNRIとなっており、症例によってはベンゾジアゼピン(BZ)系抗不安薬を併用するか、適宜追加投与します。特に不眠、不安、焦燥を伴うタイプのうつ病では治療導入時期にBZ系抗不安薬を併用することが多いとされています。神庭ら⁷⁾は第1選択薬による治療を行って2か月間を過ぎても改善がない場合には専門医へ紹介するとしています。したがって、Line 4Lまでは非専門医でも治療可能と考えられます。

抗うつ薬投与時の一般的な注意事項として、①抗うつ薬は治療開始時から効果発現までに少なくとも2週間はかかること、②薬物アドヒアランス(積極的な服薬継

【図II-3】 大うつ病性障害の治療アルゴリズム⁶⁾



続性)を保つため、あるいは自殺企図を危惧して(うつ病患者はいずれの時期にも自殺の恐れがあるため)、まず1週間抗うつ薬投与を行い、副作用がないことを確かめ、症状が改善したところで2週間毎の通院に切り替えます。さらに慎重に考える人は3日間投与して経過を診るといった人もいます。

なお、三環系抗うつ薬を含めたわが国で使用されている抗うつ薬(スルピリドを除く)の使用については、抗うつ薬そのものによる賦活作用のために自殺を増やすことが危惧されており、24歳以下のうつ病の人にはリスクとベネフィットを考慮して慎重に投与するように指導がなされています。これは、特にSSRIの投与初期や用量変更時に不眠、不安、パニック発作、焦燥感から易刺激性、敵意、衝動性亢進、アカシジア、躁状態、自傷・自殺企図などのactivation symptoms⁸⁾(賦活症状)が発症する可能性が指摘されたことが背景になっています。

症状が寛解したら、抗うつ薬は睡眠薬と併用して4週間以内での投与が可能です。そして、不眠が改善してきたら睡眠薬は漸減中止するようにします。

(1) SSRI

現在わが国で使用できる SSRI には 4 種類あります。フルボキサミン(デプロメール[®]、ルボックス[®])、パロキセチン(パキシル[®])、セルトラリン(ジェイゾロフト[®]) およびエスシタロプラム(レキサプロ[®])です。SSRI は共通に不安や焦燥が強いうつ病に効果がある^{9, 10)}とされていますが、そのような薬物選択は困難という人もいます。

フルボキサミンはうつ状態・うつ病に対して、1日50mgを初期用量として50～150mg(分)を2～3回に分けて投与します。副作用として腸管のセロトニン受容体を刺激して嘔気、嘔吐が起こる人がいますが、この副作用は投与開始1週間以内だけ出現することが多いので、制吐剤と併用することもあります。

パロキセチンは1日1回20～40mg、主に夕食後投与するのが原則ですが、投与初期量は10～20mgとなっています。パロキセチンはまれに不眠を起こすこともあり、そのような場合には朝食後の1回投与とします。副作用としてはフルボキサミンと同様に嘔気、嘔吐を訴える人がいますが、この場合にはフルボキサミンと同じく制吐剤を併用します。しかし、この副作用はフルボキサミンに比べると少ないようです。最近、腸溶錠(徐放剤 control release 錠: CR 錠)が開発されて、さらに副作用は軽減されています。

セルトラリンもパロキセチンと同様に SSRI の中でも抗うつ効果が著明で、世界的に使用されている抗うつ薬の1つです。セルトラリンは1日25～100mgを主に夕食後に投与するか、朝夕に分けて投与します。セルトラリンも他の SSRI と同様な副作用を起こすことがあり、特に高用量投与中の人には下痢などの消化器症状が出現することがあります。そして、増量や効果発現に時間がかかりますが、副作用が比較的少ないため高齢者にも使い易い抗うつ薬となっています。

エスシタロプラムは、SSRI の中でもわが国では最後に上市されたものですが、4剤の中では最もセロトニントランスポーターへの選択性が高く典型的な SSRI とされています。1日1回10mgを夕食後投与し20mgまで増量することができることになっています。エスシタロプラムは、海外の臨床試験において優れた効果と忍容性が報告された薬剤であり、12の新規抗うつ薬に対するメタ解析を実施した Cipriani ら¹¹⁾の報告では有効性で2番目、受容性で1番目に位置づけられています。副作用は、他の SSRI と同様に消化管のセロトニン受容体を刺激して発症する嘔気、嘔吐以外に高用量になると心電図の QT 延長を起こすことがあるので投与前、増量

54

時などで心電図検査をする必要があります。

ところで、いずれの SSRI も投与初期の賦活症状や中止時の離脱によるめまい、ふらつき、嘔気・嘔吐、倦怠感、頭痛、不眠、抑うつ感の増悪、反跳性不安など多彩な症状が出現し、SSRI の再投与により、72時間以内にこれらの症状が消退する離脱症候群^{12, 13, 14)} が危惧されています。この SSRI による賦活症状や離脱症候群の発症機序に関しては諸説があり、薬物の半減期の長さやセロトニン再取り込み阻害作用によるなどの説がありますが明確ではありません。賦活症状が疑われる場合は、原因薬剤を漸減、中止することが原則ですが、投与に際して、緩徐な増量を行うことが重要と思われます。そのためにパロキセチンには腸溶錠（control release：CR 錠 徐放錠）製剤が上市され、急激に血中濃度が上昇しないような工夫がされています。基本的には BZ 系抗不安薬や睡眠薬と同様に、中止する場合は漸減していく方法で離脱症候群の発症を予防します。患者・家族に抗うつ薬投与時、賦活症状（症候群）や離脱症候群についての説明も必要と思われます。

(2) SNRI

わが国で使用できる SNRI は現在ミルナシプラン（トレドミン[®]）、デュロキセチン（サインバルタ[®]）の2つです。セロトニンおよびノルアドレナリンのトランスポーター部位でのそれぞれの伝達物質の再取り込み阻害が作用機序とされており、それぞれの神経伝達物質の機能を高めることや臨床的なエビデンスから、抑制が強く、意欲低下が著しいうつ病に対する期待が示唆されています¹⁰⁾。ミルナシプランの臨床用量は1日50mgを初期用量として100mgまでを食後分割投与しますが、高齢者の場合は1日30mgを初期用量として60mgまでとなっています。また、デュロキセチンは、通常、1日1回朝食後20mgから開始し、1週間以上空けて効果が不十分な場合には60mgまで増量します。SNRIは、セロトニンだけでなくノルアドレナリンの作用を強めるために慢性疼痛や意欲の面で効果があるとも言われています。

なお、SSRI、SNRI 両薬剤ともに従来の抗うつ薬に比べて副作用は少ないとされていますが、消化器症状や性機能障害、頭痛、心血管系の副作用を生じることがあります。そこでこれら抗うつ薬の投与前および投与後は副作用に関する問診だけでなく、定期的な一般検血検査、心電図検査が必要です。また、SSRI、SNRI 両薬剤ともに臨床現場での経験はまだ不十分であり、適切な用量および症状に応じた薬剤選択はまだ明確ではありません。



(3) ミルタザピン

ミルタザピン(リフレックス[®]、レメロン[®])はノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬(noradrenergic and specific serotonergic antidepressant: NaSSA)とされており、セロトニンおよびノルアドレナリンの作用を高めるとされ、夕食あるいは就寝前に15mgから45mgまで増量できる薬剤です。したがって、SNRIと同様な抗うつ効果が期待されますが、他の抗うつ薬に比べて抗ヒスタミン作用が強く、その眠気や体重増加のために中止せざるをえない人もいます。しかし、この眠気も数日間で軽減してきます。逆に不眠が強く、食欲低下の訴えのある人には有効です。

(4) スルピリド

スルピリド(ドグマチール[®])は欧米では抗うつ薬に分類されていませんが、わが国では軽症うつ病に対して比較的よく用いられる薬剤です。ドーパミン(D₂)受容体阻害作用を有することから高用量は統合失調症治療薬として用いられますが、50～150mg以下の低用量であれば、前シナプスに存在するD₂受容体を阻害して、むしろ神経終末からドーパミンを遊離することによって、抗うつ効果を示すとされています。したがって、作用機序を考慮するとスルピリドによる抗うつ効果が十分でない場合、用量を増やしても意味はなく、150mg以下を投与します。

スルピリドには三環系抗うつ薬や四環系抗うつ薬が有する抗コリン性副作用がないために繁用されています。特に食欲低下が強い抑うつ状態には4～5日で効果を示すことがあります⁹⁾。

ただし、スルピリドはD₂受容体阻害作用を有するので、漫然と長期間投与すると、人によってはアカシジア(落ち着かず、同じ場所にじっとしてられない状態)や振せん、小刻み歩行などの錐体外路系副作用、またプロラクチンが上昇することによって起こる乳汁分泌、月経停止、肥満などの副作用を起こす人がいるため、薬物投与に関しては十分な説明が必要です。

薬物療法はうつ病治療には重要です。典型的なうつ病の人を薬物療法なしで治療することは非常に困難です。先に述べたように精神科薬物療法には大変な誤解があり、依存に対する恐れや薬が脳に直接作用することから服薬を嫌う人もいます。また、カウンセリング(精神療法)だけで治してほしいという人もいますが、薬をまった

く使用しないで治すことは難しいと思われます。しかも抗うつ薬の効果は服薬を始めてから10日程度を要することから、十分量、十分な期間、服用するように説明しておくことが重要です。

SSRI や SNRI を十分量、4週間投与しても症状に変化がなければ、他の SSRI あるいは SNRI への変更、あるいは作用機序が異なる薬剤の追加が必要であり、これらの治療抵抗性のうつ状態・うつ病に対しては、抗うつ薬の効果増強療法として炭酸リチウム、バルプロ酸、ラモトリギン（ラミクタール[®]）などの気分安定薬やアリピプラゾール（エビリファイ[®]）などの抗精神病薬を付加投与する方法をとりますが、この時は専門医への紹介時期ではないかと思われます。

なお、抗精神病薬の中でアリピプラゾールだけが SSRI や SNRI を投与しても効果が不十分な症例に付加的に投与できる適用があります。

特に、うつ状態だけの単極性うつ病と躁状態とうつ状態とを繰り返す双極性障害（躁うつ病）では薬剤選択が保険上でも異なっており治療も異なります。診断が双極性障害と変更された場合や双極性障害である可能性のある人にはむしろ抗うつ薬は投与しない方針とする精神科医が多くなっています。なお、日本うつ病学会の治療ガイドラインでは、SSRI や SNRI などの抗うつ薬の中で、どの薬剤が第一選択薬にすべきかなどのエビデンスは現段階ではなく、推奨もしていません¹⁵⁾。

ところで抗うつ薬はいつまで服用するのかというのは重要な課題です。最近の報告では再発の可能性を考えて、寛解後の少なくとも半年間は同じ用量を継続することを勧める人が多いようです。1年間程度安定した状態が続いた後も時折面接を繰り返し、症状が安定していることを確かめ、抗うつ薬は就寝前に1回投与するなどの工夫をしながら漸減していきます。少量でも抗うつ薬を継続していると予防効果があるとされています。なお積極的に治療している時期も薬剤によっては、朝夕1回から2回投与などの処方を行い、服薬アドヒアランスを維持させる工夫をします。

○引用文献

- 1) 笠原嘉：うつ病（病相期）の小精神療法。精神療法 1978; 4(2):118 - 124.
- 2) 笠原嘉：うつ病の小精神療法—薬物療法を補完する精神療法。治療学 1997; 31 : 63 - 66.
- 3) 笠原嘉：薬物療法を補完する小精神療法と社会復帰療法。精神科治療学 2002; 17 (増刊) : 79 - 84.
- 4) 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応。医学書院。1995.
- 5) Kupfer DJ.: Long term treatment of depression. *J Clin Psychiatry*. 1991; 52: 28 - 34.

■ ■ ■ ■ ■ II うつ病の治療

- 6) 塩江邦彦、平野雅己、神庭重信：大うつ病性障害の治療アルゴリズム（改訂版）。厚生労働省「感情障害の薬物治療ガイドライン作成とその実証的研究」班編，気分障害の薬物治療アルゴリズム，じほう，2003.
- 7) 神庭重信、大野裕、本橋豊他：うつ病の早期発見と早期介入のためのマニュアルプライマリーケア医師用一。うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究総括・分担研究報告書（主任研究者神庭重信），平成14年度厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業別添資料2，2002: 1 - 16.
- 8) 辻敬一郎、田島治：抗うつ薬による activation syndrome. 臨床精神薬理 2005; 8: 1697 - 1704.
- 9) Ueda N, Yoshimura R, Shinkai K et al: Plasma levels of catecholamine metabolites predict the response to sulpiride or fluvoxamine in major depression. *Pharmacopsychiatry* 2002; 35:175 - 181.
- 10) Shinkai K, Yoshimura R, Ueda N. et al: Associations between baseline plasma MHPG (3-methoxy-4-hydroxyphenylglycol) levels and clinical responses with respect to milnacipran versus paroxetine treatment. *J Clinical Psychopharmacology* 2004; 24(1): 11 - 17.
- 11) Cipriani A, Furukawa TA, Salanti G, et al: Comparative efficacy and acceptability of 12 new-generation antidepressants: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet* 2009; 373: 746 - 758.
- 12) Haddad PM: Antidepressant discontinuation syndromes. *Drug Safety* 2001; 24: 183 - 197.
- 13) Black K, Shea C, Drusun S, et al: Selective serotonin reuptake inhibitor discontinuation syndrome: proposed diagnostic criteria. *J Psychiatr Neurosci* 2000; 25: 255 - 261.
- 14) 加藤忠史、福田倫明、工藤耕太郎他：Paroxetine 離脱症候群を呈した5例。精神医学 2003; 45 (7) : 743 - 747.
- 15) 気分障害の治療ガイドライン作成委員会編集，日本うつ病学会監修：大うつ病性障害・双極性障害治療ガイドライン。医学書院，2013.

コラム③ 海外における自殺予防対策（イギリス、オーストラリア）

●英国のうつ病対策キャンペーン（Defeat Depression Campaign）

王立精神科医協会（Royal College of Psychiatrists）と王立家庭医協会（Royal College of General Practitioners）が中心となって1992 - 1996年の5年間に実施された全国レベルのうつ病対策キャンペーン。①うつ病に対する一般市民の理解を促し、受診行動を促進する。②一般医に対するうつ病の診断と治療に関する教育、③うつ病に対する偏見をなくすことを目標とした。一般市民に対する小冊子、カセットテープの配付、新聞、ラジオ、テレビのメディアによる情報の提供（うつ病経験者の出演を含む）、「老年期のうつ病」「職場のうつ病」「産後うつ病」等のテーマごとの出版物、うつ対策強化週間（Defeat Depression Action Week）の開催を実施。一般医に対しては、うつ病の診断治療のための本や教育用ビデオの配付等。これらの活動により、期間中にうつ病に対する偏見が減少、一般医への受診に対する認識が向上した¹⁻³⁾。一部の地域では自殺死亡率の減少も観察された。

●オーストラリアの自殺予防対策

1992年に国の第一次精神保健対策に始まり、一環として自殺予防対策も行われた。1998年の第二次精神保健対策では、精神保健対策が国の優先事項と位置づけられ、2000年から自殺予防対策が強化された（Living Is For Everyone: LIFE）。自殺予防の正しい知識の普及・啓発、一般医や保健医療従事者、少年院職員や児童生徒に関わる者への研修等を行っている。また、学校における自殺予防教育のための教材や自殺予防対策のハンドブックを作成し、普及している。自殺予防に関してメディアの影響力が大きいため、ジャーナリズムを学ぶ生徒やメディアの仕事に関わる人に対しての自殺予防や精神疾患等の情報を提供している。自殺予防対策と同時に、2000年からうつ病対策（beyondblue）も行っている。

- 1) Paykel ES, Tylee A, Wright A, Priest RG, Rix S, Hart D. The Defeat Depression Campaign: psychiatry in the public arena. *Am J Psychiatry*. 1997; 154(6 Suppl): 59-65.
- 2) Paykel ES, Hart D, Priest RG. Changes in public attitudes to depression during the Defeat Depression Campaign. *Br J Psychiatry*, 1998; 173: 519-22.
- 3) Rix S, Paykel ES, Lelliott P, Tylee A, Freeling P, Gask L, Hart D. Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign. *Br J Gen Pract*. 1999; 49(439): 99-102.

（出典：厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』平成14年12月：「参考資料海外等における自殺予防対策（第4回自殺防止対策有識者懇談会〔川上委員〕資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会〔金子氏〕資料より一部抜粋）」

Ⅲ 専門医へ紹介するタイミング

はじめに

うつ状態・うつ病は、身体疾患のために病院に入院している患者はもちろん、精神科や心療内科以外の一般外来患者にも多く見られます。慢性疾患の患者、繰り返し身体症状を訴える高齢者、または慢性疼痛を訴える患者の中に、うつ病患者は潜在する可能性があります。推定では医師に診断を受けた患者のおよそ20～30%がうつ病に罹っていると報告されています。また患者は不眠、頭痛、腰痛など身体的訴えだけでまったく基礎となる身体疾患がないにもかかわらず、内科、婦人科、皮膚科などを受診しており、精神科や心療内科を初診時から受診する人はわずかに10%程度に過ぎないという報告¹⁾もあります。というのも上記のような身体症状が前面にでているいわゆる仮面うつ病の人が多いためです。したがって、精神科以外の医師もうつ状態やうつ病を診断し、治療していく必要があります。

しかし、病状や経過などから専門医へ紹介したほうが治療がうまくいくことがありますから、その連携の時期、方法について述べます。

1 専門医へ紹介したほうがよい場合

(1) 診断に苦慮する場合

専門医以外の医師がうつ病を診断すること自体は困難ではありませんが、幻聴などの異常体験の訴えがある人、見当識障害を有し認知症との鑑別が必要な症例など、診断に苦慮する場合には専門医への紹介が必要です。

脳梗塞などの脳血管障害後遺症、アルツハイマー型認知症、パーキンソン病などの脳器質性疾患ではうつ状態を呈することがありますし、また本質はうつ病であるにもかかわらず認知症状を呈する仮性認知症の場合もあります。これらの鑑別が困難でCT検査などの検査が十分できない場合は、精神科専門医へ紹介すべきです。ところで、最近では高齢患者の増加もあって、うつ病から認知症へ移行する症例も結構多いことが報告されています。

また、うつ病はさまざまな精神疾患との合併がある病態です。統合失調症、アルコール依存症、境界性パーソナリティ障害、不安障害（パニック障害）、強迫性障害（強迫神経症）、甲状腺機能低下症やインターフェロン投与後などの症状性精神病、認知症など器質性精神障害でもうつ病は併発することがあります。このようなうつ病（うつ状態）に対しては、原疾患の治療が最優先されるべきですが、うつ状態が重症であれば精神科医との共診で治療することになります。

(2) SSRI、SNRI、スルピリドを投与しても症状が改善しない場合

最近の抗うつ薬は従来から用いられてきた三環系抗うつ薬に比較すると副作用がかなり少ないために、精神科以外の医師も容易に抗うつ薬の処方ができるようになりました。

SSRI；選択的セロトニン再取り込み阻害薬：フルボキサミン（デプロメール[®]、ルボックス[®]）、パロキセチン（パキシル[®]）、セルトラリン（ジェイゾロフト[®]）、エスシタロプラム（レクサプロ[®]）、SNRI；セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬：ミルナシبران（トレドミン[®]）、デュロキセチン（サインバルタ[®]）、NaSSA；ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬：ミルタザピン（レメロン[®]、リフレックス[®]）、ドーパミン阻害薬：スルピリド（ドグマチール[®]）をそれぞれ単剤で4週間、適応の最高用量まで増量して、経過をみます。但し、スルピリドの場合は、前述のように高用量になると作用が異なりますから抗うつ薬としては150mg／日までを用います。

しかし、いずれの抗うつ薬も反応率はおよそ6割とされています。そこで、これらの抗うつ薬での効果が期待できないと判断した場合は、専門医への紹介時期となります。

(3) うつ病が重症の場合

うつ病そのものが重症である場合は精神科へ紹介します。特に幻覚や妄想など精神病像を伴ったうつ病は、専門医による治療がなされるべきと考えられます。うつ病で最もよくみられる妄想は、心気妄想、罪業妄想、貧困妄想です。これらをうつ病の三大妄想といいます。これらの妄想は、気分の状態によって変化する二次性妄想と考えられています。

心気妄想は、例えば本当は癌ではないのに癌ではないかと思いついでいる状態です。また罪業妄想は、今の状態は自分が過去に犯した過ちのために起こっていると

考えるようなものです。貧困妄想は、実際には経済的な問題などがないにもかかわらず、自分には財産が無くなったなどと考えることです。その他、幻聴、妄想、特に被害妄想などがあれば他の精神障害との鑑別がなされなければならないので、専門医へ紹介すべきだと思われま

(4) 産後うつ病

産後うつ病も、子どもへの影響などを考慮して、早期より精神科医が診るべき病態と思われま

(5) 躁状態

躁状態を呈した場合も専門医への紹介が必要と思われま

うつ病の人の中には、やや軽躁状態になって初めて治ったと自覚する人がいます。これは双極Ⅱ型障害（いわゆる軽躁状態を呈する躁うつ病）に入る病態と考えられ、自分はうつ病と考えている人の中にも案外多いのではないかと考えられています。最近

また抗うつ薬投与による躁転もあります。いずれにしても、非定型的な経過と状態を示すうつ病は専門医の指導を受けるべきと考えられま

(6) 自殺念慮が強いうつ病

死について繰り返し訴えるよううつ病の人、また実際に自殺企図やその既往が

あれば専門医へ紹介するのが原則でしょう。また、大量服薬のために救急救命センターに搬入された人の中には、救急処置を終えたらそのまま退院する人も多く、精神科医の関与がなされず同じ状況を繰り返すことがあります。さらに自殺企図を起こす疾患は、境界性パーソナリティ障害やアルコール依存症、統合失調症者にもみられるので、それぞれの疾患との鑑別も必要です。

うつ病で焦燥感が強い時や不安（パニック）発作がある人は、発作的に自殺企図を起こす人がいます。特に高齢者の中で心気的な訴えや焦燥感の強い患者はうつ病自体の診断も困難であり、自殺企図を起こしやすいので注意を要します。

ところで、うつ病患者に自殺企図の既往や自殺念慮について質問することに抵抗があるようですが、「自殺するような気持ちになったことがあるのか」、「実際にそのような行動をとったことがあるのか」を率直に質問するほうがよいとされています。というのは自殺念慮について質問して、「自殺をしないことを約束する」ことが、むしろ自殺企図の抑止になると考えられるからです。

いずれにしても自殺企図を有し、重症で症状が遷延している症例は入院が必要と考えられ、専門医が診るべきと思われます。

2 専門医と一般診療医あるいはかかりつけの医師、産業医との連携

病院の中に精神科外来が設置され、また各地域に精神科診療所が開設されて精神医療への敷居は随分低くなってきましたが、まだ精神科医と一般診療科の医師あるいはかかりつけの医師、産業医との連携は十分ではありません。その背景には、精神科への偏見が、患者やその家族だけでなく、医療従事者にもあることが大きいのではないかと考えられます。

精神科医と他科の医師との連携にはいくつか方法が考えられます。連携の一般的な方法として、精神科外来へ紹介する、精神科医が他科を訪問する、精神科医が他科の病棟に常駐する場合などがあります。

まず、病院内での連携について述べます。精神科医が恒常的に他科の医師との連携をはかるためには精神科医が各診療科、緩和ケア病棟（緩和ケアチーム・症状マネジメントチーム）あるいは救命救急センターなど、他科の病棟に常駐するのが理想的です。その場合はそれぞれの病棟において専門性を生かした活動が可能です。そこで最近では、救命救急センターに精神科医や精神保健福祉士を置いている医療機関もでてきました。

■ ■ ■ ■ ■ Ⅲ 専門医へ紹介するタイミング

他科を訪問する場合、定期的に病棟を訪問して問題の症例を掘り起こす方法があり、依頼された患者の治療構造や環境を精神科医は直接把握することができるという利点があります。一方、単に他科の依頼によって訪問する場合は、精神科医の態度が受身になることが多く、基本的には精神科外来で身体疾患が重症であるために患者が外来受診できず、訪問の形をとっているだけのことになります。

精神科医が一般診療科へ関与する場合には、患者の診断はもちろんですが、一般病棟での管理がその精神症状のために困難であることから依頼されることが多く、精神症状の程度、病棟の状況や家族、主治医あるいは看護者との人間関係などを含めた包括的な把握をしなければいけません。定期的な他科への訪問や常駐制度による精神科医の関与は連携として最も有効な方法ですが、精神科医の数が十分でなければ困難です。

精神科医が他科の医師と連携を行う場合は、他科の医師の依頼内容を吟味し、直ちにその課題を解決しなければならないために、身体疾患がない精神症状を有する人を診るよりは、より高度な精神医学の知識と技術が要求されます。したがって、連携（リエゾン）に関与する精神科医は相当期間の臨床経験が必要です。

他科の病棟で精神科医が直接患者と面接することも多いのですが、前もって主治医より紹介がなされなければ混乱を招くこともあります。また、それまでの経緯や状況などが一般診療科の医師によって精神科医に十分に伝達されることも必要ですが、うつ病に関しても診断、治療する場合には医師だけでなく、看護師を含めた医療チームによる情報収集と関与が重要です。

産業医の場合には、企業内で精神的な不調を見つけて専門医へ紹介することもあります。休職の診断書が企業に提出された時点で本人の不調に初めて気づくことも多いと思います。その時から復職のことを考慮して治療医と連携をすることが理想的ですが、実際には困難なことが多いようです。しかし、少なくとも復職可能との診断書を書く1～2か月前には主治医との連携が必要と思われます。そして、治療医は休職している人の職場環境や職位などをよく理解して診断書を書いたほうが復職は円滑にいくと思われます。精神科医などの治療者とかかりつけ医、産業医との連携は日頃の医師会活動や講演会、さらに臨床活動を通して「なじみの精神科医」をつくっておくことが現実的な方法と考えています。

おわりに

うつ病の知識および経験を一般診療科の医師やかかりつけの医師のみならず産業

医が持つことは、これからの医療には必要となっています。そこで、平成16年度に開始された新医師臨床研修制度においても精神科は選択必修となっています。また、平成26年度中にも労働安全衛生法が改正されて健診の中に「心理的負荷の程度を把握するための検査」が導入されようとしていますので、さらに産業医や健診医、かかりつけの医師にも労働者のうつ状態・うつ病などの人への実践的な対応が要求されてくると思われます。

また高齢化社会になって、うつ病は増加しています。高齢者にはさまざまな身体合併症があり、それ自体が喪失体験になりますが、老化による体力の衰えの自覚、退職、配偶者の死、子供の出立、転居なども喪失体験となり、それを契機にうつ病が発症します。したがって、一般診療科の医師あるいはかかりつけの医師を訪れる人の中にうつ病はけっして珍しい疾患ではありません。

しかし、精神疾患の治療となるとやはり相当の経験が必要です。したがって、専門医以外の医師は精神疾患の早期発見の技術を身に付けることが目標と考えられます。最近では、企業に勤務する産業医の業務にもうつ病患者への対応が増えてきています。特に復職判定に際しては、企業人事部と共に重要な役割を果たさねばなりません。そこで、うつ病対策としては、精神科医と一般診療科の医師やかかりつけの医師、さらには産業医とが連携を通して解決するのが現実的な方策と考えられます。

また、かかりつけの医師は、身体疾患で病んでいる患者に対して、身体症状だけにとらわれず、精神を含んだ体全体を診るように心がけ、看護師や心理士を含んだチーム医療を通した包括的医療を進めていく役割が課せられていると思われます。その具体的方法として、うつ病患者には初診時から、その誘因となったライフイベントへの理解や家族への指導を行う目的で、看護師や心理士が介入する方法もあると考えられます。

○引用文献

- 1) 三木治：プライマリーケアでみるうつ病. 最新精神医学 1996; 1(2):157-164.
- 2) 神庭重信、大野裕、本橋豊他：うつ病の早期発見と早期介入のためのマニュアループライマリーケア医師用一. うつ病による自殺の予防を目的としたスクリーニングと介入の研究 総括・分担研究報告書（主任研究者 神庭重信）、平成14年度 厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業別添資料2, 2002;1-16.

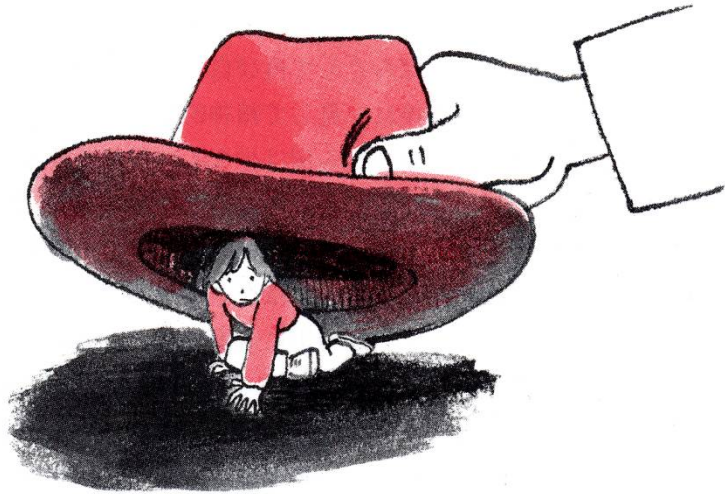
IV 自殺未遂が起きた時の具体的な対応

1 自殺未遂に対しては厳重な警戒を

「はじめに」でも指摘したように、自殺未遂はもっとも重要な危険因子です^{1, 2)}。自殺未遂があったという事実を真剣に受け止めてください。そして、原則的にはかならず精神科医による診察を受けられるように手配すべきです。単に精神科に紹介するだけではなく、確実に診察を受けられるようにしてください。もしも、本人が拒否的な場合は、家族に対して十分にその危険性を説明して、精神科受診につなげてください。

そして、自殺未遂に関しては医療者の目を曇らすような事態がしばしば起きます。まず、未遂に用いられた手段だけを見て、将来の危険性を判断しないでください。電車で飛び込み重傷を負ったものの何とか救命された場合や、高所から飛び降りたものの奇跡的に助かったような場合は、その人が深刻な気持ちで死にたいと考えていたことを誰も疑わないでしょう。

ところが、手首を浅く切る、睡眠薬を数錠余分ののむといった行為に及んだ場合、しばしば医師や看護師でさえ、「こんな方法では死ねない。死ぬつもりはなかった」「狂言自殺だ」などと、患者の意図を疑うことがあります。しかし、たとえ死に至



らないような自傷行為に及んだ人であっても、適切なケアを受けられないままであると、その後も同様の行動を繰り返し、結局、自殺で命を失ってしまう確率は、そのような行為を認めなかった人に比べると、はるかに高いのです。

そして、自殺未遂に関して注意しなければならない点がもうひとつあります。自殺未遂直後の表面上に現われた感情だけを見て、将来の危険性を判断しないという点です。自殺を図った直後の人が抑うつ的で絶望感に打ちひしがれていたり、不安焦燥感が強い場合ばかりではありません。それどころか、外見上はけっして抑うつ的には見えないことさえしばしばあります。命を救われたことに対してあからさまな敵意を示す場合は、まだ自殺願望が誰の目にも明らかです。しかし、本人が自殺の意図を否定し、まるで他人事のように自殺未遂について語ったり、それどころか、どこか妙に昂揚した気分であることさえめずらしくありません。自殺未遂がカタルシスの作用をもたらし、一時的に不安や抑うつが軽快することはしばしばあるのです。

…このため、自殺をする気はなかったと医師が判断してしまうことさえあります。さらに、家族や知人は専門的な知識も乏しく、自殺未遂が起きたことに対する自責感を晴らそうとするあまり、本人の死の意図を頑なに打ち消そうとする傾向が一層強いのです。

そして、医師の判断や家族の希望から、また本人自身の主張から、身体的な治療を済まされただけで、精神科治療を受けられないこともよくあります。自殺未遂の結果、身体的な問題（薬物の多量服用による昏睡や手首の自傷）のために、まず救急病院に未遂者が連れて行かれ、そのような施設には精神科医がいない場合も少なくありません。自殺を図った人がそれまでに置かれていた環境、問題を抱えやすい性格、精神症状などに対して救いの手が差し伸べられずに、身体的な処置だけされて、以前と同様の環境に戻ると、しばらくして再び自殺の危険が高まるという例はめずらしくありません。自殺未遂直後に一見して精神的な問題がないような状態の人でも、自殺未遂によって環境の改善される例は少なく、現状のままかむしろ増悪する例も多いのです。自殺未遂者に対して身体的な治療を実施するだけでは、問題の根本的な解決には程遠いのです。身体の治療だけをして、こころの治療をしないままでは、自殺の危険を本当に治療したことにはなりません。

誰かが自らの手で命を絶とうとしている現実と直面すると、強い不安がわきあがるのが普通です。医療関係者でさえも、患者が抱く自殺の意図を無意識的に否定しようとする心理が働くことさえあります。患者が抱く自殺願望は医療者の全能感に対する大きな挑戦となります。その結果、自殺未遂が事故や単なる偶然であると無

■ ■ ■ ■ ■ IV 自殺未遂が起きた時の具体的な対応

意識のうちに解釈されかねません。一見、単なる偶然や、死ぬ危険がそれほど高くない事故のように見える出来事に直面した場合であっても、それが確実に自己破壊行動ではないとわかるまでは、自殺を図った可能性を安易に否定してはなりません。

自傷行為に及んだ患者に遭遇した場合、原則的には専門の精神科医による治療につなげてください。そして、精神科治療に導入するまでは、患者の安全の確保について十分に注意を払う必要があります。

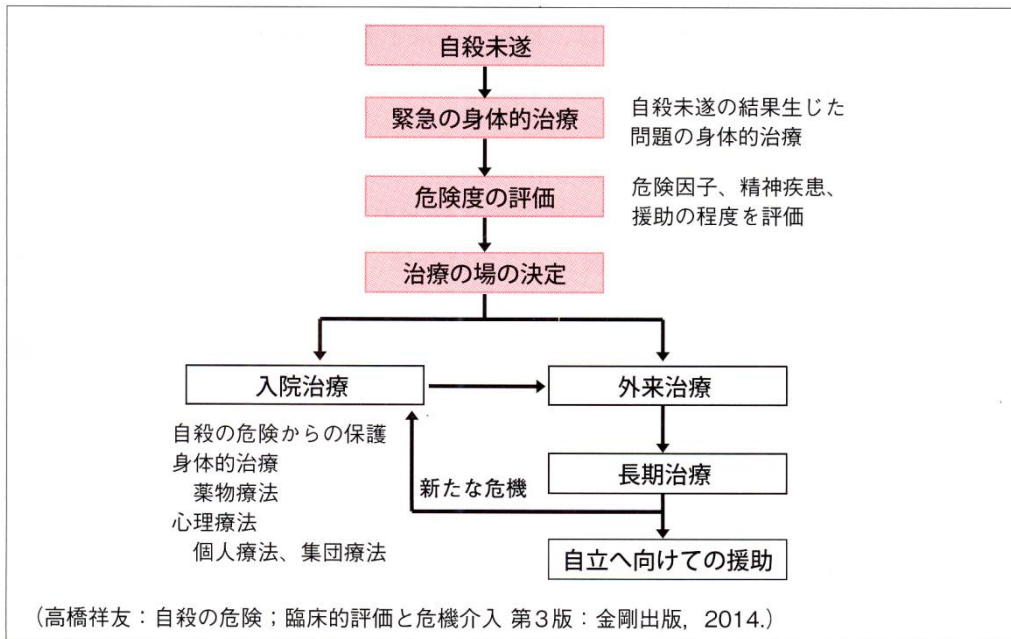
2 治療の原則

図 IV - 1 に自殺の危険の高い人に対する治療の流れをまとめておきました。専門の精神科医による治療についてですが、その概要について理解しておいてください。

自殺の危険の高い患者の治療には次の3つの柱を組み合わせる治療方針を立てていきます。すなわち、①薬物療法、②心理療法、③周囲の人々との絆の回復です。

自殺の危険の背後に精神疾患が存在する場合は、正確な診断やその重症度に基づいて、集中的かつ長期的な治療を実施します。自殺が生ずる危険のある状態は一度だけで終わることはむしろ稀で、繰り返し生ずることが多いのです。したがって、

【図IV - 1】自殺の危険が高い人に対する治療の流れ



そのような事態に備えた治療計画を立てます。

外来と入院の間で密接に連絡の取れる場で治療し、治療に一貫性を持たせることが理想的です。自殺の危険の高い患者の治療はかなり長期間にわたることを最初から念頭に置いておく必要があります。

自殺の危険がただちに迫っている場合には、入院治療に踏み切る判断もくださなければなりません。その場合は、まず患者の安全を確保することが優先されますが、危機が去って状態が安定してきたら、精神療法的接近が重要になってきます。日常的な場面で問題を抱えたときに、自殺行動という非適応的な問題解決に打って出る傾向を少しずつ修正していくのです。認知行動療法的なアプローチもこの段階になると可能になり、十分時間をかけることによって、効果が期待できます。自殺の危険の高い患者の治療には、精神症状の緩和ばかりでなく、これまでに身につけてこなかったスキルの獲得や、次に危険な事態が生じた時に自殺以外のより適応度の高い対処法について検討しておくといった働きかけが必要です。

さらに、自殺の危険の高い人には周囲の人々との絆を自ら断ち切ってしまう傾向がしばしば認められるので、周囲の人々との絆を回復するように働きかけていくことも重要になります。

また、自殺の危険の高い患者はしばしば家族の病理を代表して、自殺行動として体現しています。その意味でも家族を治療同盟に加えることは欠かせません。「精神疾患＝自殺」という理解だけでは、自殺予防は十分に効果が上がらないのです。精神疾患とともに、その人が社会の中で抱えている孤立感に働きかけていく必要があるのです。

ある程度安定した段階では、外来で治療を続けていきます。そして、患者が日常生活で抱えやすい問題は何か、他の解決策にはどのようなものがあるかをともに探っていきます。また、新たな危機が生じた場合は、一時的に入院治療に戻す必要も出てきます。

いずれにしても、自殺の危機に対処するには一朝一夕で済むものではなく、長期的な取組が必要なのです。

3 群発自殺

ある人物の自殺が生じた後に、他の複数の自殺が引き続き生じる現象が知られています。それは群発自殺 (clustered suicide) と呼ばれています³⁾。群発自殺への

■ ■ ■ ■ ■ IV 自殺未遂が起きた時の具体的な対応

対応となると、一般の医療従事者の守備範囲を超えてしまうかもしれませんが、このような現象があることだけは知っておいてください。この種の緊急事態では専門の精神科医の協力が必要になります。

病院、学校、職場で起きたさまざまなタイプの群発自殺の事例が報告されています。もちろん、自殺予防に全力を尽くすべきですが、それでも不幸にして自殺が起きてしまう場合もあるのです。

そのような時には、遺された家族、他の患者、知人などに対して適切なケアをすべきです⁴⁾。そして、これまで治療や看護に当たってきた医療スタッフに対するケアも忘れてはなりません。

直後は気丈にふるまっているように見えた人でも、長期間経過した後に、不安障害、うつ病、PTSD（心的外傷後ストレス障害）などを発病して、精神科治療が必要になることさえ稀ではありません。

なお、心の問題ばかりでなく、身体の問題が出てくることもあります。喘息や高血圧症といった持病の悪化や、胃潰瘍の再発などがあり、遺された人に対しては心身ともにケアをする必要があります。



さらに、患者に自殺されてしまった医療スタッフが、専門家としての自信をすっかり失うということが起こる可能性もあります。そこで、適切なサポートを差し伸べて、貴重な人的資源を失わないようにすることも、自殺が起きた際の危機管理の一環と考えるべきです。また、スタッフ全員で症例を振り返り、死からしか学ぶことのできない教訓を得るといった姿勢も、今後、同様の悲劇を繰り返さないようにするために重要です。

まとめ

自殺が未遂に終わり、幸い救命されたとしても、適切なケアを受けられないと、将来も同様の行為を繰り返して自殺で命を落とす危険は非常に高いのです。自殺未遂の直後には、患者は不安・焦燥感が表面的には軽快しているように見える場合もめずらしくないので、緊急度の判断を誤らないようにしなければなりません。自殺未遂が起きた場合は、原則的には精神科医による症状の評価や治療に結びつけるようにしてください。

○引用文献

- 1) 高橋祥友：自殺の危険：臨床的評価と危機介入 第3版. 金剛出版, 2014.
- 2) 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版. 医学書院, 2006.
- 3) 高橋祥友：群発自殺：流行を防ぎ、模倣を止める. 中央公論新社, 1998.
- 4) スモーリン, A. & ガイナン, J. (柳沢圭子訳)：自殺で遺された人たちのサポートガイド；苦しみを分かち合う癒やしの方法. 明石書店, 2007.

21

コラム④ 複合的地域自殺対策プログラムの自殺企図予防効果の研究結果

自殺の背景には様々な社会的要因が複雑に関係しており、予防対策の実施に当たっては多角的な検討と包括的な対策が必要となるが、これまでは対象地域が限られていたり、対象に偏りがあったり、活動の事後評価が行われなかったりするなど、効果的な複合的自殺予防対策のあり方に注目した科学研究および施策は不十分であった。そこで国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センターでは、自殺死亡率が長年にわたって高率な地域において、一次から三次までの自殺予防対策を複合的に組み合わせた自殺予防対策プログラムを介入地区で実施し、通常の自殺予防対策を行った対照地区と比較して、自殺企図の発生（自殺死亡者および自損行為による救急搬送者の頻度）に効果があるかどうかを検討し、加えて、自殺が近年増加している都市部地域においても同様の検討を行った。

その結果、3.5年間の地域介入により、自殺死亡率が長年にわたって高率である地域（青森地域、秋田地域、岩手地域、南九州地域）においては、自殺企図の発生率が対照地区と比較して男性で約23%、65歳以上の高齢者で約24%減少し、強い予防効果が得られた。しかしその一方で、女性および若年者でははっきりとした効果は認められなかった。なお、これらの地域でのプログラム実施率は対照地区よりも明らかに高かった。

また、人口規模の大きな都市部（仙台地域、千葉地域、北九州地域）では自殺企図の発生率は対照地域と比較して同等であったが、これらの地域でのプログラム実施率も対照地区と有意な差がなく、そのことが今回の結果に影響している可能性が示唆された。

プログラムを実施するうえで都市部における人的資源や地域におけるネットワークの不足など地域の特性が影響している可能性が考えられるが、さらに研究を進めて課題を解明していく必要があると同センターでは考えている。また、近年自殺者が増えている女性および若年者に対しては、これまでの自殺対策では効果が期待できないことが明らかになったため、啓発活動が女性および若年者に対しては自殺を誘発するリスクを伴う可能性への考慮も含めた、新しい対策の検討が必要であろう。

本研究によって、自殺予防対策における自殺企図予防効果が性別・世代、地域の特性によって異なることが明らかにされた。今後の、科学的根拠に基づく我が国における地域の特性に根ざした自殺対策の政策立案と実践に役立つものと期待される。

自殺予防対策プログラムの内容など本研究の詳細については、国立精神・神経医療研究センターのプレスリリース (http://www.ncnp.go.jp/press/press_release131010.html) に掲載されている。

参考文献

○ 第 I 章

- Furukawa TA, Streiner DL, Young LT: Antidepressant plus benzodiazepine for major depression. *Cochrane Database Syst Rev.*, 2001;(2): CD001026, Review.
- World Health Organization: *Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care; ICD-10 Chapter*, Primary Care Version, 1996. (中根允文、吉武和康、園田裕香訳：ICD-10プライマリーケアにおける精神疾患の診断と診療指針。ライフサイエンス出版, 1998.)
- World Health Organization: Department of Mental Health: *Preventing Suicide; a resource for general physicians*. World Health Organization, Geneva, 2000.
- World Psychiatric Association: *WPA/PTD educational program*, NCM Publishers, Inc., New York, 1997.
- 尾崎紀夫、鈴木竜世、野畑綾子：職域におけるうつ病の早期発見と社会復帰を目指したサポート。産業精神保健 2002；10（4）：324-328.
- 笠原嘉：うつ病（うつ状態）に対する一般臨床の限界。桂戴作編，プライマリ・ケアにおけるうつ病（うつ状態）診療のポイント，トア総合企画社，1996；85-92.
- 神庭重信編：気分障害の診療学—初診から治療終了まで。松下正明総編集，新世紀の精神科治療，2，中山書店，2004.
- 神庭重信：気分障害。武田雅俊、加藤敏、神庭重信著。Advanced Psychiatry, pp.117-194. 金芳堂。2007.
- 塩江邦彦、平野雅己、神庭重信：大うつ病性障害の治療アルゴリズム（改訂版）。厚生労働省「感情障害の薬物治療ガイドライン作成とその実証的研究」班編，気分障害の薬物治療アルゴリズム，じほう，2003.
- 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応，医学書院，1995.

○ 第 II 章

- 井上和臣：心のつばやきがあなたを変える—認知療法自習マニュアル。星和書店，1997.
- 大野裕：「うつ」を治す。PHP新書，2000.
- 笠原嘉：退却神経症—無気力・無関心・無快楽の克服。講談社，1988.
- 笠原嘉：新・精神科医のノート。みすず書房，1997.
- 島悟編：変貌する職場のメンタルヘルス。現代のエスプリ（402），至文堂，2001.

■ ■ ■ ■ ■ 参考文献

- 徳永雄一郎、中村純：ストレス専門医の処方せん—うつ状態・うつ病の実際と治療。昭和堂、2002。
- バーンズ、デビッド・D。（野村総一郎、夏刈郁子、山岡功一他訳）：いやな気分よさようなら—自分で学ぶ「抑うつ」克服法。星和書店、1990。

○ 第IV章（さらに学びたい方のために日本語で比較的手に入りやすい本を中心に挙げておきます）

- 樋口輝彦編：自殺企図—その病理と予防・管理。永井書店、2003。
- 樋口輝彦、神庭重信編：双極性障害の治療スタンダード。星和書店、2002。
- 上島国利編：今日のうつ病治療。金剛出版、1990。
- 上島国利、樋口輝彦、野村総一郎編：今日のうつ病—治療と研究への最新アプローチ。アルタ出版、2004。
- 笠原嘉：軽症うつ病—「ゆううつ」の精神病理。講談社現代新書、1996。
- 柏瀬宏隆：うつ病・躁病を治す。保健同人社、1995。
- 黒沢尚：捨てるな！命—自殺予防への対話と握手。弘文堂、1987。
- 中河原通夫：こころの治療薬。弘文堂、1993。
- 野村総一郎：「心の悩み」の精神医学。PHP 選書、1998。
- 大野裕：「うつ」を生かす—うつ病の認知療法。星和書店、1990。
- 大野裕：「うつ」を治す。PHP 新書、2000。
- 大原健士郎：うつ病の時代。講談社現代新書、1981。
- スモーリン、A. & ガイナン、J.（柳沢圭子訳）：自殺で遺された人々へのサポートガイド—苦しみを分かち合う癒しの方法。明石書店、2007。
- 高橋祥友：自殺の心理学。講談社現代新書、1997。
- 高橋祥友：群発自殺—流行を防ぎ、模倣を止める。中公新書、1998。
- 高橋祥友：自殺、そして遺された人々。新興医学出版社、2003。
- 高橋祥友：自殺予防。岩波新書、2006。
- 高橋祥友：老年期うつ—見逃されやすいお年寄りの心。講談社、2006。
- 高橋祥友：医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント 第2版。医学書院、2006。
- 高橋祥友：自殺の危険—臨床的評価と危機介入 第3版。金剛出版、2014。
- 高橋祥友、福岡詳編：自殺のポストベンション—遺された人々への心のケア。医学書院、2004。
- 徳永雄一郎、中村純：ストレス専門医の処方せん—うつ状態・うつ病の実際と治療。昭和堂、2002。
- 渡辺昌祐、光信克甫：プライマリケアのためのうつ病診療Q & A 改訂第2版。金原出版、1997。
- 渡辺昌祐：うつ病は治る—患者さん・ご家族のために。保健同人社、2006。

資料

自殺総合対策大綱

～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～

(平成24年8月28日閣議決定)

| | | | |
|--------------------------------------|----|---|----|
| 第1 はじめに | 77 | 〈自殺未遂者〉 | |
| 〈誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指す〉 | | 8. 国、地方公共団体、関係団体、民間団体、企業及び国民の役割を明確化し、その連携・協働を推進する | 82 |
| 1. 自殺総合対策の現状と課題 | 77 | 〈国〉 | |
| 2. 自殺総合対策における基本認識 | 78 | 〈地方公共団体〉 | |
| 〈自殺は、その多くが追い込まれた末の死〉 | | 〈関係団体〉 | |
| 〈自殺は、その多くが防ぐことができる社会的な問題〉 | | 〈民間団体〉 | |
| 〈自殺を考えている人は何らかのサインを発していることが多い〉 | | 〈企業〉 | |
| | | 〈国民〉 | |
| 第2 自殺総合対策の基本的考え方 | 79 | 第3 自殺を予防するための当面の重点施策 | 83 |
| 1. 社会的要因も踏まえ総合的に取り組む | 79 | 1. 自殺の実態を明らかにする | 83 |
| 〈社会的要因に対する働きかけ〉 | | 2. 国民一人ひとりの気づきと見守りを促す | 84 |
| 〈うつ病の早期発見、早期治療〉 | | 3. 早期対応の中心的役割を果たす人材を養成する | 85 |
| 〈自殺や精神疾患に対する偏見をなくす取組〉 | | 4. 心の健康づくりを進める | 86 |
| 〈マスメディアの自主的な取組への期待〉 | | 5. 適切な精神科医療を受けられるようにする | 87 |
| 2. 国民一人ひとりが自殺予防の主役となるよう取り組む | 80 | 6. 社会的な取組で自殺を防ぐ | 88 |
| 3. 段階ごと、対象ごとの対策を効果的に組み合わせる | 80 | 7. 自殺未遂者の再度の自殺企図を防ぐ | 90 |
| 4. 関係者の連携による包括的な生きる支援を強化する | 80 | 8. 遺された人への支援を充実する | 90 |
| 5. 自殺の実態に即した施策を推進する | 81 | 9. 民間団体との連携を強化する | 91 |
| 6. 施策の検証・評価を行いながら、中長期的視点に立って、継続的に進める | 81 | 第4 自殺対策の数値目標 | 91 |
| 7. 政策対象となる集団毎の実態を踏まえた対策を推進する | 81 | 第5 推進体制等 | 91 |
| 〈若年層〉 | | 1. 国における推進体制 | 91 |
| 〈中高年層〉 | | 2. 地域における連携・協力の確保 | 92 |
| 〈高齢者層〉 | | 3. 施策の評価及び管理 | 92 |
| | | 4. 大綱の見直し | 92 |

あとがき

平成11年の衆議院厚生委員会における精神保健福祉法の一部改正案の審議に、参考人として出席した私は、我が国の自殺者の多さを指摘し、自殺を社会問題であると強調しました。平成9年の自殺者が2万4,000人であったのが平成10年の自殺者は一挙に3万人を越え、その後13年間は連続して3万人を越える痛ましい状況でした。

厚生労働省の行った「自殺防止対策有識者懇談会」では自殺した人の約7割が何らかの精神疾患を有しており、自殺を防止する対策として医療の関わりが重要であることが指摘されました。さらには自殺する前に大半の人が何らかの病状を訴え、精神科以外の診療科を受診していたことが分かりました。そこで一般診療科の医師に少なくとも、うつ病関係の知識を理解していただくことが必要と考え、平成16年に日本医師会は『自殺予防マニュアル』を刊行し、平成20年には『自殺予防マニュアル——地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針』として第2版を発行しました。また各地域の医師会においても自殺防止のためのうつ病の研修会を積極的に開催していただきました。自殺者の数もようやく平成24年に2万7,858人と3万人を切り、現在に至っています。

平成16年から私自身が1期6年間参議院議員になり、その間に「自殺対策基本法」が平成18年6月に成立し、担当省が内閣府になり、国全体で自殺対策に取り組むこととなりました。さらには「自殺総合対策大綱」が閣議決定され、これらも自殺者数の減少に大きく寄与していると考えられます。しかし、うつ病の患者数が増加し、医療機関への受診数も増加した現在、医師による薬剤処方の方にも大きな変化が指摘されるようになり、また、国によって「良質かつ適切な精神障害者に対する医療の提供を確保するための指針」が定められたことを踏まえ、このたび、日本医師会から、直近の知識を交えた『自殺予防マニュアル——地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために』を第3版として発行する運びとなりました。医療機関におけるうつ状態・うつ病への対応力が向上することにより、ひいては社会全体にまだ残っているうつ病に対する偏見をなくし、こころの健康問題についての正しい知識の普及、啓発を進めることがさらなる自殺者の減少につながると確信します。本マニュアルがその役割を果たすことができれば、このうえない喜びであります。

執筆者をはじめとして、本マニュアルの作成に御協力いただいた関係者の皆様に心から御礼申し上げます。

平成26年5月

小倉蒲生病院理事長 西島 英利

○ 監修者紹介

西島英利 (にしじま ひでとし)

小倉蒲生病院理事長・元参議院議員
(略歴)



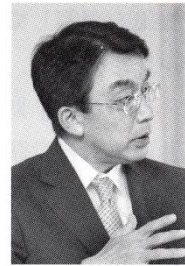
昭和52年 日本医科大学卒業
昭和59年 小倉蒲生病院理事長
昭和60年 久留米大学非常勤講師 (医学部神経精神科)
平成10年 日本医師会常任理事
平成16年 参議院議員 (1期)
平成16年 産業医科大学非常勤講師 (医学部精神医学)
平成26年 日本医師会総合政策研究機構 非常勤研究員
厚生労働省社会保障審議会障害者部会委員、中央社会保険医療協議会委員等を歴任

○ 執筆者紹介

神庭重信 (かんばん しげのぶ)

九州大学大学院教授 (精神病態医学)
(略歴)

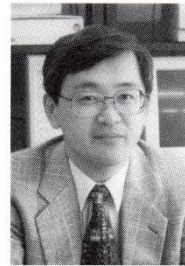
昭和55年 慶應義塾大学医学部卒業
昭和57年 米国メイヨ・クリニック精神薬理学研究室フェロー、同精神科レジデント、アシスタント・プロフェッサー
昭和62年 慶應義塾大学医学部精神神経科学教室
平成5年 慶應義塾大学医学部講師
平成8年 山梨医科大学精神神経学教室教授
平成15年 現職



高橋祥友 (たかはし よしとも)

筑波大学医学医療系教授 (災害精神支援学)
(略歴)

昭和54年 金沢大学医学部卒業
昭和54年 東京医科歯科大学研修医・医員
昭和58年 山梨医科大学助手・講師
昭和62～63年 フルブライト研究員 (UCLA)
平成3年 東京都精神医学総合研究所精神病理研究部門副参事
平成14年 防衛医科大学校教授 (防衛医学研究センター行動科学研究部門)
平成24年 現職



中村純 (なかむら じゅん)

産業医科大学教授 (医学部精神医学教室)
(略歴)

昭和50年 久留米大学医学部卒業
昭和54年 久留米大学大学院医学研究科博士課程修了
昭和54年 米国テキサス大学ガルベトン校薬理学教室留学
昭和59年 久留米大学講師 (医学部神経精神科)
平成6年 久留米大学助教授 (医学部神経精神科)
平成10年 現職



93

自殺予防マニュアル 【第3版】

地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と早期治療のために

2004年3月1日 初版第1刷発行
2008年3月1日 第2版第1刷発行
2014年5月1日 第3版第1刷発行

編集 横倉 義武
公益社団法人日本医師会
〒113-8621 東京都文京区本駒込 2-28-16
事務局 地域医療第3課
TEL 03-3942-8181
FAX 03-3946-2684
<http://www.med.or.jp/>

監修 西島 英利
執筆 神庭 重信
高橋 祥友
中村 純

発行者 石井 昭男
発行所 株式会社 明石書店
〒101-0021 東京都千代田区外神田 6-9-5
TEL 03-5818-1171
FAX 03-5818-1174
振替 00100-7-24505
<http://www.akashi.co.jp/>

本文・表紙イラスト 市川 興一
組版/装丁 明石書店デザイン室
印刷・製本 モリモト印刷株式会社

(定価はカバーに表示してあります)

ISBN978-4-7503-4006-7

©日本医師会 2014 Printed in Japan

JCOPY (社) 出版者著作権管理機構 委託出版物

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。複写される場合は、そのつと事前に、(社) 出版者著作権管理機構 (電話 03-3513-6969、FAX 03-3513-6979、e-mail: info@jcopy.or.jp) の許諾を得てください。