

「3つの初期症状が2週間つづいたら」（「名医が答える55歳からの健康力」 文春新書）

Q1 岩波先生は東京大学医学部を卒業後、精神科医として都立松沢病院や昭和大学病院、東大病院などで患者さんを診てこられました。うつ病の薬物療法などがご専門で、近著『うつ病 ——まだ語られていない真実』（筑摩書房）では、「うつ病を『心の風邪』などというのは、本当の臨床を知らない人々によるたわごと」と強く警鐘を鳴らしておいでです。

うつ病が「風邪」にたとえられるのは、だれでもかかる可能性があるという意味あいからだと思いますが、そもそもうつ病とは、どんな病気ですか。

「一般的にうつ病は精神科の病気と認識されていますが、精神的な面だけではなく、身体的にも内的なエネルギーがある限界点をを超えて低下した状態であり、全身的な疾患と考えることが必要です。うつ病は単に一時的な気分の問題ではありません。身体的もかなり衰弱した状態であるため、生命的な危機に直結しやすいものです。うつ病の概念はギリシアのヒポクラテスまでさかのぼることができますが、疾患として確立したのはおよそ一世紀前のドイツの精神医学者クレペリンの功績です。

うつ病は世間に広く認知されて『心の風邪』と呼ばれるようになり、簡単に治るという印象を持つ人も多いですが、それは大きな間違いでしょう。うつ病は死を招く恐ろしい病気です。自殺や心中（拡大自殺）にいたることもまれではありません。一九九八年から現在まで、日本の自殺者数は年間三万人を超えています。その多くにうつ病やうつ状態が関連していると考えられています。うつ病にかかることは、風邪などというありふれた出来事ではなく、人生の重大事だと認識してほしいですね。

WHOは2020年における「健康生活に支障を来す原因」の予測を発表していますが、うつ病は虚血性心疾患に続いて2番目にあげられています。全般的な医療政策という観点においても、うつ病は最も重要な疾患の一つであることを医療行政に携わる方には理解してほしいと思います」

Q2 日本では現在どのくらい患者さんがいますか。実際、増えているのでしょうか。

「患者数については正確なデータが存在していません。医学的に有病率を調べるには、ある地区で無作為抽出した人を対象として長時間面接する必要がありますが、日本では精神疾患に対するタブーが強かったため、きちんと調査がされていないのが現状です。

公式なデータとしては、ある一日の受診者数を調べた厚生労働省の患者調査があります。この調査から総患者数を概算すると、平成十一年には外来と入院をあわせて約四四万人でした。それが平成一七年の調査においては約九十二万人となり、この間に倍増していることとなります。このデータは「気分障害」の患者数を示したものですが、気分障害の大部分はうつ病患者ですので、このデータはうつ病の顕著な増加を反映していると考えられます（WHOなどによる公式の診断基準においては、うつ病と躁うつ病およびその関連疾患を総称して「気分障害」と呼んでいます）。

こうしたうつ病の最近の増加については、ほとんどは外来患者の増加によるものです。

その背景には精神科関係のクリニックの急増があります。精神科に通いやすくなったということで、潜在的な患者さんを掘りおこした効果はあると思いますが、その点を考慮に入れても、臨床的な印象ではうつ病の患者さんは確実に増えています。

欧米先進国の調査によれば、うつ病の有病率はおおむね三～五%ですから、日本の人口からするとおよそ三〇〇万人～六〇〇万人の患者さんが存在すると考えられます。ですから、実際に治療を受けている人の数倍以上の人が、いまだに未治療なわけです。うつ病であることを気づいていない場合や、精神科の受診に抵抗感があるケースなど、いろいろな理由で受診していない患者さんがかなりいると思われれます。

Q3 海外の傾向は。

「海外においては、過去の調査に比べ最近うつ病の有病率が増えているというデータが多くみられます。またうつ病の発症年齢の低下も指摘されています。さらに若い世代ほど、うつ病に罹患する可能性が高いことが報告されています」

Q4 人種や民族、性別、年齢によってかかりやすさの違いはありますか。北欧など日照時間が短い地域でうつ病が多いというのは俗説でしょうか。

「人種については、明確に差があるというデータはありませんが、欧米の調査より、アジアでの調査に低い数値がでる傾向がみられます。うつ病と関連の大きい自殺率についての研究では、アメリカの調査では人種差がかなりみられ、黒人やヒスパニックと比べると、白人の自殺率は2倍以上という報告があります。

性別では、女性のほうが一・五倍～二倍あまり有病率が高くなっています。この理由として、女性は一度発症すると治るまでの持続期間が長く、再発が多いためだといわれています。また女性の内分泌的特性が関連しているという指摘もみられます。年代に関しては、小児から高齢者までばらつきなく分布しています。

地域的な要因として、数は少ないですが、『ウィンター・デプレッション（冬季うつ病）』という季節性うつ病が報告されています。これは北欧などでよくみられるものですが、日照時間に影響を受けるうつ病で、日本でも冬にうつ状態が悪化するケースが報告されています」

Q5 うつ病の原因は。

「現在のところ、うつ病の原因は解明されていません。うつ病においては脳の構造自体に変化があるという報告も一部にありますが、一般的には回復可能な脳の機能的異常であると考えられています。また近年、うつ病の原因遺伝子を求める分子生物学的研究がさかんに行われましたが、はっきりとした成果はみられていません」

Q6 原因不明だとしても、関連が指摘される要因はありますか。

「うつ病においては、情動や意欲などに関連している脳内の神経伝達物質セロトニンとノルアドレナリン系の機能障害がみられると想定されています。これは抗うつ薬が脳内のセロトニンやノルアドレナリンの濃度を上昇させることから類推された仮説です。ただこのモノアミン仮説は、十分に証明されているものではありません。最近では、細胞内のシグ

ナル伝達や遺伝子発現調整といった分子レベルの研究に注目が集まっていますが、うつ病の詳しい病態の解明にはまだ時間がかかると思います」

Q7 疫学的に、環境要因やストレス要因としてあげられているものはありますか。

「さまざまな心理・社会的な要因が、うつ病の発症や再発と関連することが明らかになっています。たとえば家族関係では、配偶者との死別、離婚、別居などがうつ病と関連しています。また低い経済的状态とうつ病が関連するという研究もみられます。ただこうした要因がうつ病の発症や悪化の危険因子なのか、逆にうつ病のため問題が生じやすいのかはわかっていません。居住地に関して都市部と周辺部とでは、都市部の有病率が高いという報告が多くみられます。

ほかの危険因子として、親族にうつ病患者がいること、小児期における両親との死別や離別、不適切な養育環境などが指摘されています。さらに、過重な職務などストレスの多い生活上の出来事(ライフイベント)は、うつ病の発症を促進することが知られています。この場合、ストレスによってうつ病を引き起こす脳の機能障害が生じていると考えられます。最近の研究では、ライフイベントの影響を受ける遺伝子が同定されています」

Q8 ヘミングウェイ一家にうつ病患者が多くいたのはよく知られています。遺伝と環境の割合は。

「うつ病にはある程度の遺伝性があり、親族にうつ病がいる場合、発症する可能性は高くなります。しかし、決定的に高率になるわけではありません。また孤立して発症するケースもあります。これまでの報告では、うつ病患者の親族においてうつ病のある時点での有病率は11~15%程度であり、対照群の5~7%に比べて高い値を示しています。しかしながら、双生児研究においては、一卵性双生児の一致率は48~53%であり、二卵性双生児の28~42%と比べて差は小さくうつ病の発症には環境要因が大きく影響していると考えられます」

Q9 うつ病に典型的な性格、なりやすい性格はありますか。

「うつ病の病前性格として代表的なものに、『執着気質』と『メランコリー親和型性格』があります。前者は仕事熱心、凝り性、徹底的、几帳面、強い正義感や義務感などが特徴で、周囲から確実な人として信頼され、模範青年、模範社員とみなされる場合が多くみられます。後者も似ているものですが、秩序を重んじる性格で、対人関係では摩擦を避け強い責任感がみられます。このような性格傾向は、日本人にみられる勤勉さや秩序を重んじ自己主張を避ける傾向にあてはまる部分が少なくありません。

この他にうつ病の病前性格として、循環気質が知られています。これは社会的で親しみやすく、他の人と同調する傾向があり、現実的に環境に適応しやすい性格を示しています」

Q10 ITによるストレスやリストラ、派遣労働などは新たな要因となっていないですか。

「統計的なデータはありませんが、臨床的にはIT業界で働く人にうつ病が多いのは事実です。IT業界では納期が決まっているため、不眠不休のオーバーワークになることが珍しくありません。このため、以前の用語になりますが、『疲憊性うつ病』に相当するケース

がしばしばみられます。つまり疲労困憊してうつ病を発症するわけです。リストラや派遣労働のストレスも発症のきっかけにはなることが、しばしばみられます。不当なリストラとそれに伴う会社ぐるみのいじめがきっかけでうつ病を発症し、損害賠償を求めた裁判例も報告されています」

Q11 子供でもうつ病が増えているというのは本当ですか。

「子供においても、成人と同様にうつ病は発症していますが、症状が典型的でないため、周囲にわかりにくい場合が多いようです。うつ状態よりも不安感やいらいら感、あるいは不登校や身体的な訴えが中心となることもよくみられます。海外のデータになりますが、小児におけるうつ病の増加に加えて、最初にうつ病を発症する年齢（初発年齢）が低下する傾向が指摘されています。また最近生まれた人ほど、うつ病を発症する可能性が高くなっています。その理由としては、若年者ほどストレスに対して脆弱になったということかもしれませんし、現代のほうがストレスが多面的で大きいという可能性も考えられます。

臨床的にも、明らかにうつ病と診断するしかない若年患者が増えています。『気分変調症』という軽度のうつ状態も含めれば、十代から三十代のうつ病、うつ状態の数は急増しているといっていいいでしょう。

登校拒否などのケースも、きちんと診察をすれば小児のうつ病である可能性は十分あります。ただ、日本では児童思春期精神医学の専門医が少ないので、相談する場所が非常に限られているのが現状です」

Q12 うつ病を予防する方法はありますか。

「一般的な注意になりますが、オーバーワークを避け、十分な睡眠や休養をとることが最も重要です。過度の飲酒はストレスに対する抵抗力を下げますし、睡眠の質が悪くなるので要注意です。飲酒によって不安感や焦燥感が出現し、うつ病発症のきっかけになることもあります。

再発予防という面では、抗うつ薬を少量でも飲んでいれば、有効性が高いことが実証されています。数年にわたり、中等量以上の服薬継続をすすめる研究者もいます。もともと、発症する前から予防のために抗うつ薬を飲むことはありません」

Q13 ビタミン不足など偏った食生活や運動不足を指摘する人もいます。食事や運動はうつ病と関連しますか。

「ビタミンも運動不足も、それが誘因となってうつ病を発症するというデータはありません。軽症のうつ病や、軽度のうつ状態ですがうつ病とは診断できない人ケースに対してプラセボ（偽薬）効果のようなかたちで運動などが有効な可能性はあるでしょうが、中等症以上のうつ病に対して無理に運動させることはむしろ逆効果でしょう」

Q14 うつ病とほかの病気との相関は。

「一般に身体の病気がみられる場合、うつ病の発症率は高くなります。その要因はいくつかありますが、まず身体疾患がストレスになる場合があります。また全身疾患では病気そのものがうつ病を誘発する場合もみられ、これを『症状精神病』あるいは『症候性精

神病』と呼ぶこともあります。甲状腺機能障害や膠原病、糖尿病、狭心症などの虚血性心疾患の場合にしばしばうつ病がみられます。さらに、治療薬の副作用によるものがあります。たとえば、C型肝炎の治療薬であるインターフェロンは、高い頻度でうつ病を誘発することが知られています。

身体疾患で、特に問題なのはがんの場合です。進行がんにおいては、一〇～三〇%以上にうつ病を合併するといわれています。最近では、精神科からがん専門の治療部門が独立して『サイコオンコロジー（精神腫瘍科）』という部門が設立されるところが多くなっています。

逆に、うつ病だから体の病気になりやすいとはいわれていません。睡眠障害や食欲不振はうつ病の症状としてほぼ必発で、病気の初期には疲労倦怠感などの身体的訴えが中心になることも珍しくありませんが、身体的な検査では通常異常はみられません」

Q15 自殺者三万人が社会問題になって、その背景にうつ病があるから治療をしっかりせよという声がある。実際、うつ病患者の自殺率は高いのでしょうか。

「いろいろなデータがありますが、うつ病患者において自殺企図は二〇～四〇%でみられると報告されています。うつ病における自殺率は、一般人口より数十倍高いだろうと推定されていますが、はっきりしたデータはありません。

自殺を減らすには、精神科における治療を充実させるべきだという意見があります。それはもっともな見解ですが、自殺未遂で救急センターに運ばれてくる人はうつ病よりもパーソナリティ障害や神経症の人が多いの現状です。自殺するうつ病患者さんは病院に受診さえしていない場合が多いわけです。そういう人をどうやってすくい上げるかが大きな問題で、医療だけでなく行政や職場の体制も変えていく必要があります。やはり一番重要であるのが、家族の役割です。本人が受診を嫌がる場合でも、家族が協力的であれば治療がスムーズにいき自殺を防げる場合も多いと思います」

Q16 過労自殺の背景にうつ病があると指摘されますが、本当ですか。労働時間や睡眠時間、役職、職業との関連はありますか。

「過労自殺した人のほとんどがうつ病か、うつ状態であったと考えられます。多くの場合が、長時間労働と睡眠不足がきっかけになっています。月に何時間以上超過勤務をしたら危ないというラインは特にいわれていませんが、自分の裁量で労働時間をきめられない人のほうがリスクが大きいと言えます。ほかの要因としては、本人の病前性格があげられます。まじめで責任感が強く、仕事を断れない、決められた仕事をしっかりしようとする人が過労自殺まで至る場合が少なくありません。役職や職種はさまざまです。若手の社員からOL、派遣労働者、管理職、海外勤務者、医師などの専門職まで過労自殺の報告がみられています」

Q17 「ひょっとしてうつ病？」と本人や家族が気づく兆候はありますか。

「決め手になる兆候はないのですが、疲れやすいとか吐き気がするなど、まず初めに精神的な面よりも、体の不調を訴える人が多いことが特徴ですね。こうした場合、多くの患者

さんは内科など精神科以外の科を受診しています。また睡眠障害は、初期からよくみられます。

うつ病の症状はさまざまなものがありますが、大きく三つに分けると考えやすくなります。一つは、睡眠・食欲を中心とした身体的な症状です。疲労感や倦怠感が伴うこともしばしばです。二つ目は、「うつ」の気分を中心としたものです。悲しく気分が晴れず不安が強くなり、将来に対して悲観的となり、これがさらに進むと自殺を考えるようになります。三つ目は見過ごされがちですが、「抑制」と呼ばれる症状です。思考や判断力、あるいは注意集中力が落ち、行動が全体に抑制されて遅くなったり、動けなくなったりします。仕事や趣味など多くの面で意欲を失い、何をしても楽しさが感じられません。さらに重症になると「昏迷」といって、ほとんど周囲に対して無反応になることもあります。他にも症状はありますが、この三つの側面からみるとわかりやすいでしょう」

**Q18** 職場で上司が部下の異変に気づくには。

「まず、遅刻や欠勤が目立つようになります。これまで無欠勤だった人が、遅刻が多くなったり、急に休むことが増えた場合は要注意です。それから、人づきあいを避ける、あとは、細かいミスが増えてくる、パフォーマンスが落ちるなどの変化が病気の兆候としてとらえることができるでしょう」

**Q19** 「怠け」や「単なる疲れ」との区別は。

「病気との境目が難しい場合がありますが、うつ病の診断基準においては、特徴的な症状が二週間以上持続してみられるということが記載されています。怠けとか疲れの場合は日々変化したり、数日で回復したりしますので、しばらく経過をみれば病気かどうかはつきりするでしょう」

**Q20** 患者や家族が使える診断チェックリストはありますか。

「一例として南フロリダ大学でつくったMINI問診表があります(表)。最後の問いの答えが『はい』の場合、うつ病の疑いがありますから早めに専門医に診てもらうことをお勧めします。その他に自分で症状をチェックするリストとして、うつ病自己評価尺度(SDS)などがよく用いられています」

**Q21** スタンダードの診断基準はありますか。「〇〇うつ病」といった俗語も多く、分類がわかりにくい気がします。

「現在の診断は、WHOによる国際疾病分類であるICD-10やアメリカ精神医学会によるDSM-IV-TRの分類が基準になっています。従来は原因によってうつ病を『内因性うつ病』と『反応性うつ病』の二つに分けていましたが、現在の診断基準においては、両方を合わせて『大うつ病(メジャー・デプレッション)』という言葉を使っています。これが一般的にいううつ病に相当しています。内因性うつ病とはより病気の要因の強いものですが、反応性うつ病は個人的な状況や環境的な要因によって発症するものです。現在ではこの二つをはっきり区別することは難しいと考えられています。

大うつ病の診断をするには、さきほど述べたような症状が、2週間以上継続して出現す

ることが必要です。特に重要な症状として、「抑うつ気分」と「興味と喜びの喪失」があげられています。

うつ病は症状の重症度によって、軽症、中等症、重症に分類されます。ほかに、先ほどの『季節性』とか『精神病性』『非定型』といった特殊なものも一部みられます。うつ病の一部においては、妄想や幻覚を生じるものがあり、これを精神病性うつ病あるいは妄想性うつ病と呼んでいます。また気分が反応性に變化し、食欲亢進や体重増加、過眠、体の麻痺状態、対人関係の過敏さなどを伴う一群が非定型うつ病です」

Q22 「介護うつ」とか「定年退職うつ」を指摘する精神科医もいます。

「うつ病は、状況因によって誘発されることもあります。これには『引越うつ病』や『昇進うつ病』『産後うつ病』などが以前より指摘されています。こうした場合、個人的な体験や仕事に関する出来事が、本人にとってどのような意味を持っているかが重要になります。重いストレスから解放されほっとしたときに起こるうつ病を、『荷下ろしうつ病』と呼んでいます。まわりの状況が大きく変わったとき、それが昇進など本人にとってよいことであっても、新しい状況に適応できなくなることが発症のきっかけとなるわけです。

Q23 気分変調症とは。

「以前は『神経症性うつ病』あるいは『抑うつ神経症』と呼ばれたグループは、現在の診断基準における分類には『気分変調症』にほぼ相当しています。かつて、この疾患は性格的な問題とみなされることが多かったのですが、最近の研究の結果からは、うつ病の軽症型と考えられています。その特徴として、症状の持続期間が長いこと、神経症の症状を伴う場合が多いことなどがあげられます。最近増加がみられ、経過がかんばしくない事が問題です。気分変調症は女性に多く、男性の三倍以上という報告もあります」

Q24 皇太子妃雅子様への適応障害は、うつ病とどう違うのですか。

「両者に重なっている部分が少なくありません。適応障害は、重大なストレスによって感情面などの障害がおこり、社会的機能が損なわれたものですが、通常は短期間で回復します。適応障害の定義は、従来の反応性うつ病と類似しています。環境的要因によって一時的にうつ状態になるものを適応障害と呼んでいるわけですが、実際は軽症のうつ病もふくまれている可能性があります。ただ、適応障害の場合は不安感が中心の場合など、様々なケースが存在しています」

Q25 うつ病かもしれないと思ったとき、何科を受診したらいいですか。精神科と心療内科との違いは。

「医師が〇〇科というのを標榜するのは自由なため、これまでは精神科がタブー視されてきましたから、精神科医でも精神科の看板を掲げないで心療内科とか神経科と称している場合が多くみられています。メンタルヘルス科などと、称していることもあります。特に個人開業のクリニックの場合は、精神科医であっても、心療内科や神経科と標榜していることが多いですね。

心療内科というのは本来内科寄りの診療科で、心身相関的な発想から、喘息など心理的

な要因によって症状が影響を受ける身体疾患を診ていく分野です。実際には、精神科に行きたくない人が心療内科を受診するケースが多くみられています。

実は、うつ病の患者さんの九割は、初診で精神科を受診していないという調査があります。約六五％は内科をまず受診しています。初診以降も精神科に通院する人は一〇％程度といわれていますから、精神科医にかかっている患者さんはまだ少ないのが現状です」

**Q26** うつ病の専門医はいますか。認定制度はありますか。

「今のところうつ病に関する専門医制度はありません。精神科の専門医制度自体も学会で準備中の状況です」

**Q27** 患者が医師のよしあしを判断する材料がないということですか。

「個人的な意見としては、うつ病は数が多いメジャーな疾患なので、経験のある精神科医なら、通常かなりの診療経験を持っています。治療法も比較的定まっているので、あまり医師にこだわる必要は少ないでしょう。また必ずしも大病院の診療内容が、すぐれているということもありません。

ただ、内科医ではなく、精神科医を担当医にするべきです。特に重症例の場合は、精神科受診が必要です。自殺未遂が起こったり、妄想を伴うケースもみられます。そういう例についてはやはり臨床経験の豊富な医師に診療してもらうべきでしょう」

**Q28** 避けたほうがいい医師は。

「一般的な話になりますが、年配の医師は新しい薬をあまり使わない傾向があります。最近の主流であるSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）やSNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）などの新規抗うつ薬が日本で使われるようになったのは、ここ五年から十年前後ですから、ベテランの医師は苦手になっていることがあります。

また面接時間の長い医師が、必ずしもいい診療をするとも限りません。特に急性期においては、簡潔で的確な指示が重要です。患者さんや家族が納得されるまで病気の性質や治療法について説明することは必要ですが、患者さんの対人関係を解釈したり、人間関係のあり方を細かく指示するような場合、特に治療の初期においては、かえって症状を悪化させることがあります。

まれなケースですが、精神科の診療経験がない医師が、心療内科や精神科を標榜していることがあり、注意が必要です」

**Q29** 軽いうつ病の段階では、どんな対処法がありますか。

「初期においても、心身の休息と十分な睡眠が最優先されます。軽症で睡眠障害がみられる場合は、抗うつ薬を服用しなくても、睡眠薬を飲むだけでかなり改善する可能性があります。

食欲は低下している場合が多いですが、通常の半分くらい食べていれば過度に心配することはないでしょう。運動、趣味、人づきあいなどは負担になるため、できるだけ避けるようにします。仕事を早めに切り上げて家に帰り、早めに寝るようにすること、休日は外



出せずに自宅で休むことをすすめます。趣味の山登りや観劇など、通常だったら気分転換になるようなことが気分転換にならずむしろストレスになるので、無理せず休息をとることが大事です。家族が旅行などをすすめることも、マイナスです。こういう対処を一、二カ月続けると、回復してきたという自覚が出る場合が多いですね」

**Q30** うつ病治療の基本は。

「繰り返しになりますが、十分な休養をとることと適切な薬物治療です。ストレス要因、たとえば職場などから離れることも必要となる場合もあります。治療の開始段階では、病気に対するご本人の理解が不十分なことも多いので、病気の性質や治療について十分説明します。

いちばん心配なのが自殺のリスクです。自殺の可能性が心配される場合は、治療によって改善することを保証するとともに、自分自身を傷つけないことを面接で約束していただきます。うつ病の患者さんは一回決めたことはしっかり守る律儀な方が多いので、こうした約束が、自殺を予防するきっかけになることも多いですね。同時に医師の側が責任を持って治療を行うという姿勢が、安心感をもたらす面もあるようです」

**Q31** スタンダードの薬物治療はありますか。患者が入手できますか。

「これまで薬物治療のアルゴリズムや指針などが、精神科医の研究グループによって複数発表されています。医師向きに書かれた専門書になりますが、書店で入手できますし、内容はそれほど難しくないと 생각합니다。たとえば、厚生労働省の研究班による治療手順などが利用可能です」

**Q32** 薬にはどんなものがありますか。

「うつ病、うつ状態に効果がある薬を『抗うつ薬』と総称します。これには多くの種類がありますが、従来からある三環系抗うつ薬およびその類似薬と最近の新規抗うつ薬とに大きく分けられます。三環系というのは、化学的にベンゼン環を含む環状構造を三つ持つことからそう呼ばれています。さまざまな副作用がみられるので投与が難しいことがありますが、現在も難治例を中心に使われています。

その後、第二世代の四環系抗うつ薬が出ましたが、三環系と有効性に大きな差はみられませんでした。一九九〇年代以後に開発された薬物が、SSRI、SNRIと呼ばれる新規抗うつ薬です。従来の薬物と比較して重大な副作用が少ないのが特徴です。現在推奨されている治療法として、SSRIかSNRIを第一選択薬として投与することがすすめられています」

**Q33** 抗うつ薬の作用は。

「現時点では、抗うつ薬がどのようなプロセスで効果をあらわすのかについて明確に解明されていませんが、大部分の抗うつ薬は脳内の神経細胞の接合部（シナプス）に作用し、シナプスへのセロトニンやノルアドレナリンの再取り込みを阻害したり、直接受容体に作用することによって、脳内のセロトニンやノルアドレナリンの濃度を上昇させる作用を持っています。SSRIにおいては、この作用がセロトミン系にのみみられるのに対し、S

NR I ではセロトニン系とノルアドレナリン系の両方に作用します」

Q34 薬物治療が中心ということですが、薬の効果はどれくらいありますか。特効薬といえるのでしょうか。

「どの抗うつ薬も、一つの薬がうつ病患者さんに有効である確率は六〇～七五%程度です。逆にいうと、二五～四〇%の患者さんには効果がないということになります。従って、ある薬で効果がない場合は別の種類の薬を投与することが必要です。複数の抗うつ薬による有効性は、最終的には九〇%以上といわれています。さらに抗うつ薬に加えて、睡眠薬や抗不安薬を併用することがよく行われています。

新薬の臨床試験におけるデータを見ると、プラセボ（偽薬）を投与しても約四〇%の患者さんは回復します。いいかえると、抗うつ薬の効果はその差の二〇%程度にすぎないという見方もできます。しかし同時に、临床上はこの二〇%が大きな意味を持つわけです。ただし注意する必要がある点は、臨床試験におけるプラセボ効果は高目になる点です。まったくの自然経過におけるうつ病の改善率は、プラセボ効果の半分以下と考えられています」

Q35 複数の抗うつ薬を投与しても効果がみられない患者さんには、ほかに治療法がありますか。

「通常の抗うつ薬で改善がみられない場合、甲状腺ホルモン、炭酸リチウム、抗てんかん薬などを抗うつ薬に追加して、薬の作用を増強する『増強療法』を行うことがあります。このような薬物治療の工夫で、大部分のうつ病患者さんは回復できます。

しかし薬が効かない人もたしかにいます。ただこの場合、実は薬の量が不十分だったり、診断が違っていたりという場合があるわけですね。あるいは、職場などの環境要因が劣悪な場合もなかなか改善がみられません。

薬物療法の無効例などにおいては、ECT（電気けいれん療法）を行うこともあります。ECTは希死念慮の強いケースに有効性が高いことが知られています」

Q36 なぜプラセボ効果が出るんですか。

「きっちりした枠組みによる臨床試験において、なぜ高いプラセボ効果が出るかという点、スケジュールを管理して、医療者と頻繁に面接することがかなり影響を与えているようです。定期的に血液検査、心電図検査などを行うことも、関連があるのでしょうか。このことは、うつ病の治療においては、『時間はかかるかもしれないけど、きちんと治療すれば治りますよ』と伝え、安心感を与えることが大切であることを示唆しています。このような医療側の心理的なサポートの役割は、うつ病に限らず高い重要性を持っています」

Q37 そういう意味では、患者さん本人の意識と行動にはたらきかける認知療法を提唱する精神科医もいますが、効きますか。

「うつ病の患者さんは、物事を否定的、悲観的にとらえる傾向がありますが、治療者との面接などを通して自らの認知や思考のバイアスに気づいてもらうというのがこの認知療法の基本です。ただ現実には、認知療法にはかなりの時間がかかります。実際の臨床場面に

においては、ゆっくりと治療していけないことの方が多いわけです。まず患者さん自身が不安定で、夜眠れなかったり、不安が強く落ち着かなかつたりすると、「あなたの認知の仕方にずれがある」といっても、理解はしてくれますが、それより早く元の状態まで治して欲しいというでしょう。したがって認知療法の対象になるのは、うつ病の慢性例で、外来にひんぱんに通える時間的余裕のある患者さんになります。そのため対象者は、かなり限定されてしまうのが現実です」

**Q38** 薬の量と飲む期間、効果が出るまでの時間は。

「標準的な治療においては、一つの抗うつ薬を十分量服用して二～四週間経過をみるようにします。もし効果がない場合には、他の薬にスイッチングします。ただ、患者さんに時間的、経済的余裕があればゆっくり待てますが、迅速な効果が必要なときには早めに他の薬を追加投与して、同時に量も増やしていくこともあります。

たとえば、SSRIであるフルボキサミンを例にとると、初期の量は一日五〇～七五ミリグラム程度にしますが、その後、状態に応じて一五〇～二〇〇ミリグラムまで増やします。極量以上が必要なときもあります。抗うつ薬の併用では、新規抗うつ薬を組み合わせる場合と、新規抗うつ薬と三環系抗うつ薬を併用する場合があります。

一般に、抗うつ薬の効き目があらわれるには二週間以上必要です。一カ月ほどかかるケースもあります。十分な量を投与していないと、さらに時間が必要なこともあるので、患者さんにご家族には副作用の説明とともに効果がみられる時期についても事前に十分説明しておくようにします。おおよそでも改善の目安がわかれば、安心してもらえます。治療が失敗するのは、薬の量が不十分だったり、服薬が不規則な場合が多いですね

二～四カ月程度、十分量を投与した後、症状の改善に伴って薬物の減量を行います。減量は時間をかけて慎重に行うことが重要です」

**Q39** 第一選択とされるSSRIとSNRIは表のように四種類ありますが、「この症状にはこの薬」といった使い分けはできるのですか。

「患者さんの症状による使い分けのデータは今のところありません。そこは医師の裁量次第ですね。どの薬を選ぶかは臨床経験が左右する部分が大きく、あとは副作用を考えて決めることが一般的です。第一選択薬の四種類の薬は共通する部分が多いですが、個人的な印象では、パキシル（パロキセチン）は抗うつ効果にすぐれ、トレドミン（ミルマシプラン）は効果出現が早い印象があります。またデプロメールとルボックス（フルボキサミン）、およびジェイゾロフト（セルトラリン）は、副作用が出現しにくい印象があります」

**Q40** アメリカなど諸外国と、薬の用い方に違いはありますか。

「諸外国にくらべると、日本で認可されている薬の種類は非常に少ないのが現状です。選択の幅が限られていて、一時もっともシェアが高かったSSRIであるプロザックも日本では使えません。日本の医師は薬の選択について保守的で、従来之三環系を使う方がいまだに多いのが特徴です。さらに、複数の抗うつ薬を少量重ねて使うことが多くみられますが、世界的に推奨されているのは、一剤を最高量まで使う方法です。どちらの有効性が高

いかは、一概にいい悪いはいえません」

Q41 再発するのはなぜですか。防ぐには。

「いったんうつ病を発症すると、様々なストレスに対して脆弱になります。うつ病の約半数が再発するという報告もあります。また個人差が大きいです。病前の精神的・身体的なエネルギーを十分に回復できない場合もあるようです。このため仕事の上で以前はストレスにならなかった業務が、十分にこなせないこともあります。再発を防ぐには、抗うつ薬の持続的な服用は有効です。少量でも薬を飲み続けると、再発は明らかに減少します。未服薬の状態ですと五年以内に七十%以上が再発するというデータがありますが、服薬を継続すると再発率は半分以下になります」

Q42 患者さんが勝手に薬をやめてしまうのは、副作用や習慣性をおそれてのことではないですか。

「抗うつ薬は比較的安全な薬ですが、それでもさまざまな副作用があります。従来のも三環系抗うつ薬には、心毒性、不整脈、起立性低血圧、口渇、便秘などの副作用がひんぱんにみられました。三環系抗うつ薬は、高齢者に対しては投与が難しい薬物でした。また比較的副作用が少ないとされるSSRIなどの新規抗うつ薬でも、吐き気や下痢などの消化器症状がしばしば出現し、性機能不全などが生じることも報告されています。

うつ病を改善し自殺のリスクを減らすはずの抗うつ薬に、逆に自殺を促す作用があるのではないかと一時、問題になったことがありました。特に新規抗うつ薬によって青少年の自殺リスクが増えるという報告が二〇〇〇年代はじめに見られたため、欧米の当局は慎重な投与を呼びかけました。しかしその後の研究においては必ずしも同様の結果は得られず、逆に新規抗うつ薬は自殺の減少に有効であるという報告もみられています。このため現在では、すべての抗うつ薬についての一般的な注意に変わり、若年者に対して投与初期に慎重な観察を行うことが指示されています。

そもそもうつ病の治療初期は、いろいろな面で不安定な時期です。症状がよくなったことでかえって現状を認識してしまい、自殺に走るという例もみられます。以前から治療の初期と回復期は、自殺に注意する必要性が指摘されていました。これは薬物によって自殺のリスクが増すというよりは、うつ病という病気そのものの危険性によるところが大きいと思われます。ただし、薬の副作用によって不安感や焦燥感が強くなる例はみられます。この場合は薬剤を変更する必要があるでしょう。

抗うつ薬には習慣性はありませんので、安心して服用できます。長期に服用しても、安全です」

Q43 休職の判断は。休職期間の目安はどれくらいですか。

「うつ病の症状が中等症以上のケースでは、休職が必要となる場合が多いでしょう。休職するかどうかの判断は最終的には、個々の職場の状況次第の面もありますが、病院を受診した時点においてすでに会社を休みがちになっている場合が少なくありません。普段真面目な人が休みがちになって、上司から受診をすすめられてきたケースもみられます。こう

した場合はきちんと手続きをとって、休職することを勧めますね。中途半端に仕事を続けるのは、病気が慢性化する原因になります。症状に応じて、半日勤務や残業禁止などの制限勤務の扱いをすることもあります。

休職期間は、経験的には、一カ月から二カ月程度が一般的です。ただ回復に時間がかかる場合など半年から一年近くになる人もいますので、個人差があります。たとえば二カ月の休職は長いと感じるかもしれませんが、後半は職場復帰に向けての準備をする必要があります。本を読んで活字に慣れたり、外出を繰り返してもらいます。ですから、純粋に休める期間はそれほど長くはありません」

Q44 入院が必要な場合とは。

「精神科への入院が必要となるケースとして、第一に自殺のリスクが高い場合があげられます。自殺企図をしたばかりとか、自殺の方法をかなり具体的に考えている際には、入院が必要です。もう一つは、栄養状態が悪い場合です。食欲不振でほとんど固形物が食べられず、顕著に体重が減少しているときは、身体的な面から入院が必要となります。さらに、精神症状のため、外来ではなかなか治療が始められない場合もあります。通常うつ病の患者さんはある程度自分の病気を理解してくれますが、精神病性うつ病という幻覚や妄想がともなううつ病においては、精神科の受診や治療そのものを拒否することがしばしばあります。その場合には、本人の同意が得られなくてもご家族の同意によって入院することが可能です。このシステムを法的には、保護者の同意による医療保護入院と言います。一般に入院期間は短くて一カ月ぐらいですが、長い場合は三カ月から半年ぐらいになることもあります」

Q45 休職や入院となるとお金が心配です。治療に保険はきくのですか。

「うつ病の治療は、保険が使えます。正社員であれば、有給休暇を使って休職できますし、会社によっては、有給以外に休暇が認められているケースもあります。さらに傷病手当金の制度がありますので、有給期間が過ぎても、一定期間は通常の給与に近い額が保障されます。通常は1年半支給が可能です」

Q46 上司や同僚は、職場でどのように接したらいいですか。「頑張れ」といってはいけないのでしょうか。また復職した社員に対してどのようなケアが必要ですか。

「治療中の方に対しては、仕事の質と量に、常に配慮をしてほしいと思います。たとえば、医師の診断書などによって残業禁止になっているようなケースでも、本人が周囲に気兼ねしてなかなか定時で帰れないことが多いわけです。そういうときには、上司がちゃんと声かけして帰してあげることが必要です。仕事の量は、復職時点から徐々に増やすのが原則です。復職して1～2カ月は、以前のペースで仕事をするのは難しいでしょう。企業によっては、この期間について「リハビリ入社」という制度を設けているところもあります。また本人を激励したり、無理に気分転換させたりしようとするのは、かえって逆効果になるので注意が必要です。

その辺は、特に管理職にきちんと情報を与えることが必要ですね。管理職に対するうつ

病を中心としたメンタルヘルスに関する教育は、今後重要性を増すでしょう。

復職後はきちんと働ける場合が大部分です。ただやはり、常識的にみているとハードすぎる職場もあるわけで、そういうところにおいては、部署を異動する必要も生じてきます」

Q47 職場でのメンタルヘルス教育は効果がありますか。気をつけるべきことは。

「第一には従業員のためですが、企業は自己防衛のためにもメンタルヘルスの強化は必要です。従業員に対する安全配慮義務は、今度さらに強く求められるでしょう。メンタルヘルス教育に真剣にとりくめば、うつ病の早期発見から自殺予防まで、効果はかなりあるはずですが。ただしアリの的にやっても無意味です。企業の内部に、雇用者である患者さんの視点に立った部署やポジションが必要です。そこには会社の組織をよく理解し、人事的な力もある人物を配置することが望まれます。というのは、病状によっては本人を異動させることが必要になりますので。

臨床的な経験からも、うつ病になりやすい人のタイプから考えても、まじめで仕事熱心な社員が病気になっている場合が多いわけです。ですから会社の戦力としてみた場合、一時期休んだとしても、長期的にみれば貴重な人材です。いまだに、うつ病になった社員に対して急に冷たく対応する会社もありますが、経営的にも長期的な視点で見れば、そういう社員を大事にすることが会社にとってプラスになると思います」

Q48 家族や恋人が注意すべきことは。

「周囲の人は本人が病気であることを認識し、怠けとか性格ではないということを理解することが重要です。ご本人は目一杯頑張って病気になってしまったわけです。休んでいるときはだらしくなくていいわけです。一日中ごろごろ寝ていても構わないし、ある程度食事をして薬を飲んでいれば、それが休養になるので、家族は日常生活の負担を減らすことを考え、あまりかまわないで遠巻きにみているぐらいがちょうどいいでしょう。周囲の方は心配でしょうが、失われたエネルギーを回復している時期だと認識することが大事です。

また、うつ病患者さんにはまじめな人が多いので、きちんと仕事ができない状態になると、会社や同僚に申し訳ないからと辞職しようとする人もいます。そういう重要な決定はすぐにさせないようにしてください。大事な決定は先のばしにして、病気がよくなってからあらためて考えることが原則です。

薬の効果があらわれるには、多少時間がかかる場合もあります。よくなる過程でも一進一退があるので、週単位で少し長い目でみてあげる、ということでしょう」

Q49 禁句はありますか。

「実は、周囲の家族も苦しいんですよ。しかし、そのことを患者さんに言ってはいけません。特に病気が慢性化、長期化したケースにおいては、『あなたのせいで、どんなに苦労しているかわかっているの?』などといいたくもなくなってしまいます。これは、患者さんにとって非常に辛い一言になります。怠けだと思わないようにしても、大の男がずっと家にいて朝起きてこない、そのくせあれこれ注文をつけるとなると、愚痴の一つもいいたくありません。ですから、ご家族のケアも重要なテーマです。その辺の視点は、日本

ではまだまだ不足していると思います」

**Q50** 休職中、休養のほかに気をつけることはありますか。消化のいいものを食べるとか。

「食事に関しては、特別注意すべきことはありません。家にいて動かなければ、それほどエネルギーを使わないので、通常の一食より少な目でもさほど心配はありません。ただし、アルコールは控えるべきです。一時的に気分がよくなっても、その後かえってうつ病を悪化させることも少なくありません。アルコール依存がうつ病に合併することが多いので、注意が必要です」