

厚生労働科学研究費補助金（創薬基盤推進研究事業）  
政策創薬マッチング研究事業（調査研究）

平成 24 年度（2012）

## 国内基盤技術調査報告書

「気分障害に関する医療ニーズ調査」

財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団

## はしがき

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団（HS 財団）では、厚生労働省の厚生労働科学研究費補助金（創薬基盤推進研究事業）の交付を受けて実施する「政策創薬マッチング研究事業」のうち、我が国の先端的・基盤的技術に関する実態調査として医療ニーズ調査を実施しております。

本調査報告書は、当 HS 財団開発振興委員会国内基盤技術調査ワーキンググループが、2012 年度に実施した「気分障害に関する医療ニーズ調査」の結果をまとめたものです。本年度は、一昨年度、昨年度の調査「2020 年の医療ニーズの展望」、「2020 年の医療ニーズの展望Ⅱ【分析編】」で課題が残る重要な領域として挙げられた精神疾患のうち、休業、退職する労働者の増加や自殺等により特に社会的に問題が大きいと考えられるうつ病を中心に気分障害を取り上げて、専門医にアンケート調査とヒアリング調査、そして文献調査を行いました。

その結果、現在、気分障害の診療において最も解決が望まれている課題は「新たな診断法の開発」であることが明らかになりました。現在用いられている操作的診断は生物学的観点を反映した診断法に整理し直す必要があるのではないかと考えます。さらに鑑別診断に応用可能なバイオマーカーの開発も期待されます。次に、より奏効率が高く、再発率を低下させる「新しい機序の薬剤の開発」も強く望まれていることが明らかになりました。また、気分障害では、多くの慢性疾患と同様に定期的に通院し病状をコントロールすることで、日常生活および社会生活に支障がない状態にすることが可能であることも分かりました。したがって、より健康的で満足できる生活を送るためには、早期に診断を受け、治療を継続することが重要です。一日も早く気分障害のメカニズムが解明され、より効果が高くアドヒアランスを良好に維持できるような医薬品や医療機器等の開発が進むことを期待します。

ご多用のところ、本調査にご協力いただきました各位に深甚の謝意を表します。また、本報告書が、関係する多くの分野でご利用いただければ幸いに存じます。

2013 年 3 月

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団

調査・執筆担当者

財団法人ヒューマンサイエンス振興財団

開発振興委員会国内基盤技術調査ワーキンググループ

|                |                          |                        |
|----------------|--------------------------|------------------------|
| アステラス製薬株式会社    | 研究本部<br>研究推進部            | 玉起 美恵子<br>(リーダー)       |
| 旭化成ファーマ株式会社    | 医薬事業推進総部                 | 佐々木 康夫<br>(開発振興委員会委員長) |
| 旭化成ファーマ株式会社    | 診断薬製品部                   | 森本 晃史                  |
| 株式会社エスアールディ    |                          | 田澤 博実                  |
| 独立行政法人科学技術振興機構 | イノベーション推進本部<br>産学連携展開部   | 清水 正樹                  |
| 慶応義塾大学         | 先端生命科学研究所                | 栗本 忠                   |
| ゼリア新薬工業株式会社    | 中央研究所<br>コンシューマーヘルスケア研究部 | 鈴木 将光                  |
| 第一三共株式会社       | 研究開発本部<br>研究開発企画部        | 西田 健一                  |
| 中外製薬株式会社       | プライマリ・ライフサイクルマネジメント部     | 小久保 博雅                 |
| 中外製薬株式会社       | プライマリ・ライフサイクルマネジメント部     | 磯野 裕之                  |
| テルモ株式会社        | 研究開発本部<br>開発戦略部          | 加藤 泰憲                  |
| 東レ株式会社         | 医薬研究所                    | 新田 亜衣子                 |
| 東レ株式会社         | 医薬企画部                    | 木綿 しのぶ                 |
| 株式会社野村総合研究所    | サービス・産業ソリューション第二事業本部     | 正路 章子                  |
| 持田製薬株式会社       | 研究企画推進部                  | 天野 賢一                  |
| 公立大学法人横浜市立大学   |                          | 上西 憲明                  |
| 株式会社シード・プランニング | リサーチ&コンサルティング部           | 中村 誠                   |
| 株式会社シード・プランニング | リサーチ&コンサルティング部           | 山下 あゆみ                 |
| ヒューマンサイエンス振興財団 | 研究企画部                    | 山下 剛一<br>(事務局)         |

調査にご協力いただいた先生方（施設名の五十音順、敬称略）

|                                 |           |        |
|---------------------------------|-----------|--------|
| 群馬大学大学院<br>医学系研究科神経精神医学         | 准教授       | 福田 正人  |
| 国立下総精神医療センター                    | 院長        | 野島 照雄  |
| 国立精神・神経医療研究センター                 | 理事長<br>総長 | 樋口 輝彦  |
| 国立精神・神経医療研究センター<br>神経研究所疾病研究第三部 | 部長        | 功刀 浩   |
| 東京厚生年金病院<br>精神科・心療内科            | 主任部長      | 大坪 天平  |
| 防衛医科大学校病院                       | 病院長       | 野村 總一郎 |

## 目次

|                                    |    |
|------------------------------------|----|
| 第1章 はじめに.....                      | 1  |
| 1-1 調査の背景と目的.....                  | 1  |
| 1-2 調査の方法.....                     | 1  |
| 1-3 本調査における対象疾患.....               | 1  |
| 1-4 調査の概要.....                     | 2  |
| (1) アンケート調査(第2章).....              | 2  |
| (2) ヒアリング調査(第3章).....              | 2  |
| (3) 文献情報(第4章).....                 | 2  |
| (4) まとめ(第5章).....                  | 2  |
| 第2章 アンケート調査.....                   | 3  |
| 2-1 アンケート調査方法.....                 | 3  |
| (1) 調査の方法.....                     | 3  |
| (2) 調査実施時期.....                    | 3  |
| (3) 調査対象.....                      | 3  |
| (4) 回収状況.....                      | 3  |
| 2-2 アンケート調査結果.....                 | 4  |
| (1) アンケート回答者の属性.....               | 4  |
| (2) 日常診療について.....                  | 7  |
| (3) 検査・診断について.....                 | 17 |
| (4) 治療について.....                    | 23 |
| (5) 治療の満足度と薬剤の貢献度.....             | 33 |
| (6) 今後取り組むべき課題について.....            | 38 |
| (7) 要望(患者、医師および医療従事者、行政、医療産業)..... | 43 |
| (8) 自由意見.....                      | 46 |
| 第3章 ヒアリング調査.....                   | 47 |
| 3-1 ヒアリング調査方法.....                 | 47 |
| (1) 調査の目的.....                     | 47 |
| (2) 調査対象.....                      | 47 |
| (3) 調査内容.....                      | 47 |
| (4) まとめ方.....                      | 48 |
| 3-2 ヒアリング調査結果.....                 | 49 |
| (1) 診療の現状について.....                 | 49 |
| (2) 診断について.....                    | 49 |
| (3) 治療について.....                    | 51 |

|                              |    |
|------------------------------|----|
| (4) 気分障害の医療ニーズについて.....      | 53 |
| (5) まとめ.....                 | 54 |
| 第4章 文献情報.....                | 55 |
| 4-1 気分障害について.....            | 55 |
| (1) 気分障害の分類.....             | 55 |
| (2) 気分障害の診断基準.....           | 57 |
| (3) 気分障害の検査.....             | 59 |
| (4) 気分障害との鑑別が課題と考えられる疾患..... | 60 |
| 4-2 気分障害の治療.....             | 67 |
| (1) 薬剤による治療法.....            | 67 |
| (2) 薬剤以外の治療法.....            | 68 |
| 4-3 気分障害に関する統計データ.....       | 70 |
| (1) 患者数.....                 | 70 |
| (2) 精神科病院・病床数.....           | 70 |
| (3) WHOによるDALY調査.....        | 71 |
| 4-4 精神疾患に関する国の施策.....        | 74 |
| (1) 医療計画.....                | 74 |
| (2) 診療報酬改定.....              | 74 |
| (3) 自殺・うつ病対策.....            | 74 |
| (4) 総合科学技術会議のアクションプラン.....   | 76 |
| 第5章 まとめ.....                 | 79 |
| (1) 日常診療について.....            | 79 |
| (2) 検査・診断について.....           | 79 |
| (3) 治療について.....              | 81 |
| (4) 治療の満足度と薬剤の貢献度.....       | 81 |
| (5) 非定型うつ病について.....          | 82 |
| (6) 今後取り組むべき課題について.....      | 82 |
| (7) 気分障害における医療ニーズについて.....   | 83 |
| 付属資料：調査票.....                | 85 |

## 第1章 はじめに

### 1-1 調査の背景と目的

本調査は、HS 財団が、厚生労働省の厚生労働科学研究費補助金（創薬基盤推進研究事業）の交付を受けて実施する「政策創薬マッチング研究事業」のうち、我が国の先端的・基盤的技術に関する実態調査として実施している。

本年度は、一昨年度、昨年度の調査「2020年の医療ニーズの展望」、「2020年の医療ニーズの展望Ⅱ【分析編】」で課題が残されている重要な領域として挙げられた精神疾患のうち、休業、退職する労働者の増加や自殺等により特に社会的に問題が大きいと考えられるうつ病を中心に、気分障害を取り上げて調査を行った。

### 1-2 調査の方法

本調査では、精神疾患の専門家を招いて勉強会を行い、気分障害の現状、日常診療、検査・診断、治療、課題、行政や企業に対する要望等について理解を深めるとともに、文献調査を進め、より効果的な調査方法、調査対象、項目等について検討した。

それを受けて、現状の把握を主な目的に、精神科関連学会の役員、評議員、日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設、大学医学部・附属病院、精神科病院、一般病院、クリニックの精神科医、心療内科医を対象にアンケート調査を実施し、分析を行った。また、アンケート調査結果を基に、気分障害に高い見識をもつ専門家にヒアリング調査を実施し、調査結果に対して考察を加えた。これらに加えて、気分障害の理解に役立つと思われる情報等について文献やインターネット等の公開情報による調査を行い、その結果を整理した。

### 1-3 本調査における対象疾患

本調査では気分障害を大きく「うつ病性障害」と「双極性障害」に分けた。さらに、「うつ病性障害」のうち「非定型うつ病」（診療時の病相）は別に扱った。

非定型うつ病：通常のうつ病は不眠、食欲減退、性欲減退などの身体症状を高頻度を示すが、ときに過眠、過食、性欲亢進といった逆転した自立神経症状を示し、強い倦怠感、抑制あるいは不安症状、ヒステリー性格などの性格病理をもつこともある一群は非定型うつ病と呼ばれ、DSM-IVにも採用された。若者に多く、双極Ⅱ型の経過も取る。

出典：「TEXT 精神医学」（南山堂、1998年）、262ページ

## 1-4 調査の概要

### (1) アンケート調査 (第2章)

気分障害の現状、日常診療、検査・診断、治療、課題、行政や企業に対する要望等を把握するために、精神科関連学会の役員、評議員、日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設、大学医学部・附属病院、精神科病院、一般病院、クリニックの精神科医、心療内科医を対象としたアンケート調査を実施した。

調査項目は、問 1：日常診療について、問 2：検査・診断について、問 3：治療について、問 4：治療の満足度と薬剤の貢献度、問 5：今後取り組むべき課題について、問 6：医療の現状について、問 7：要望（患者、医師および医療従事者、行政、医療産業）、問 8：自由意見、とした。

回収した回答を集計、整理した結果について、結果に対する考察とともに第 2 章で設問項目ごとにまとめた。

### (2) ヒアリング調査 (第3章)

アンケート調査結果の深掘り調査として、5 名の専門医を訪問してヒアリング調査を実施した。アンケート調査結果の分析と今後取り組むべき課題等について考察を行った。

### (3) 文献情報 (第4章)

気分障害の分類、診断基準、検査、気分障害との鑑別が課題と考えられる疾患、気分障害の治療、気分障害の患者数や国の施策等の気分障害に関するトピックスを文献情報から整理した。

### (4) まとめ (第5章)

最後に、これらの結果を取りまとめるとともに、今後の気分障害における医療ニーズについて展望と提言を行った。

## 第2章 アンケート調査

### 2-1 アンケート調査方法

#### (1) 調査の方法

精神科関連学会の役員、評議員、日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設、大学医学部・附属病院、精神科病院、一般病院、クリニックの精神科医、心療内科医に対する郵送アンケート調査

#### (2) 調査実施時期

2012年10月26日～2012年12月18日

#### (3) 調査対象

アンケート調査対象者選定にあたり、調査協力依頼のはがきを送付した。調査協力依頼の対象者（下記）から無作為抽出にて、2,100名を選定した。調査協力依頼のはがきを送付し、120名の同意を頂いた。この120名に加えて、調査協力依頼の対象者から無作為抽出にて251名を選定し、合計371名をアンケート調査対象者とし、調査票を送付した。

- ・ 日本精神神経学会、日本うつ病学会、日本総合病院精神医学会、日本精神科病院協会の役員、評議員
- ・ 日本精神科診療所協会の役員、地区会長
- ・ 日本精神神経学会精神科専門医制度研修施設
- ・ 国公立大学医学部、附属病院の精神科医、心療内科医（医育機関名簿より）
- ・ 精神科のある病院院長（一般病院名簿より）

#### (4) 回収状況

本アンケート調査は、郵送発送、郵送回収により実施し、配布総数371名に対し回答は86名であった。回収率は23.1%であった。

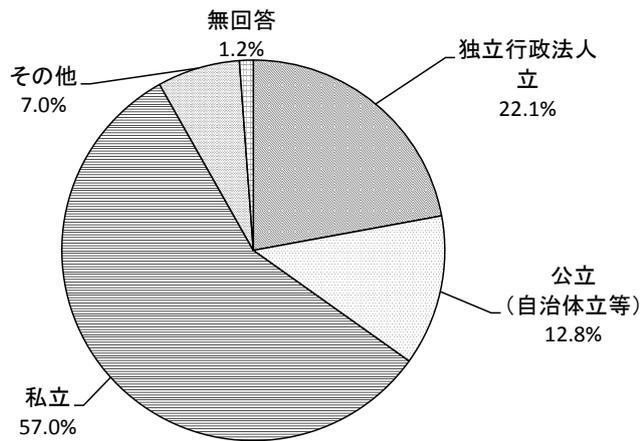
## 2-2 アンケート調査結果

### (1) アンケート回答者の属性

#### 1) 所属機関の設置主体

回答者の所属機関の設置主体は、「私立」が最も多く（57.0%）、次いで「独立行政法人立」（22.1%）であった。

図表 2-2-1 所属機関の設置主体（単一回答）



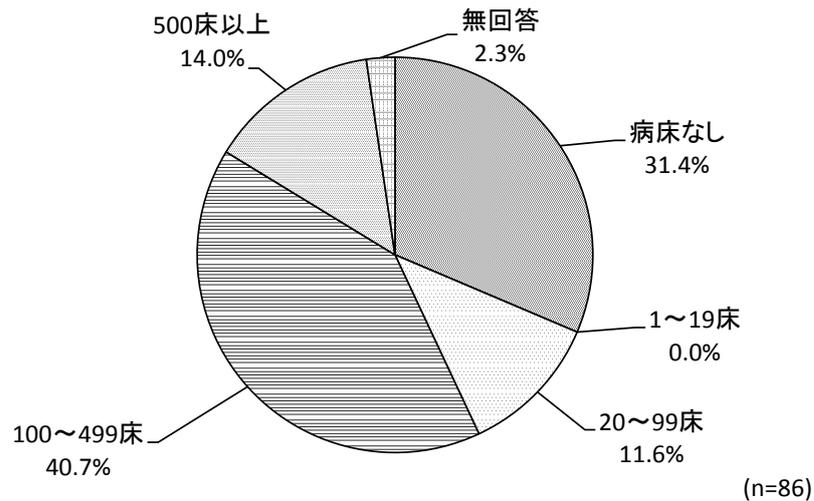
(n=86)

| 項目        | 回答数 | パーセント  |
|-----------|-----|--------|
| 独立行政法人立   | 19  | 22.1%  |
| 公立(自治体立等) | 11  | 12.8%  |
| 私立        | 49  | 57.0%  |
| その他       | 6   | 7.0%   |
| 無回答       | 1   | 1.2%   |
| 合計        | 86  | 100.0% |

## 2) 所属機関の病床数

回答者の所属機関の病床数は、「100～499 床」が 40.7%と最も多く、次いで「病床なし」(31.4%)、「500 床以上」(14.0%)、「20～99 床」(11.6%) の順であった。「1～19 床」の回答はなかった。

図表 2-2-2 所属機関の病床数 (単一回答)

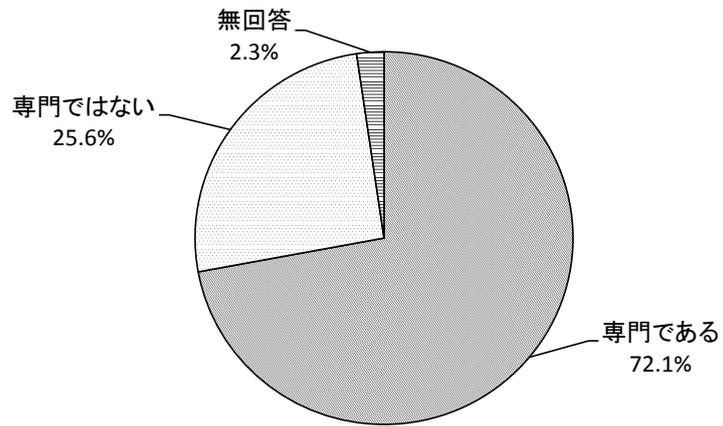


| 項目       | 回答数 | パーセント  |
|----------|-----|--------|
| 病床なし     | 27  | 31.4%  |
| 1～19床    | 0   | 0.0%   |
| 20～99床   | 10  | 11.6%  |
| 100～499床 | 35  | 40.7%  |
| 500床以上   | 12  | 14.0%  |
| 無回答      | 2   | 2.3%   |
| 合計       | 86  | 100.0% |

### 3) 専門

気分障害が「専門である」とした回答者が 72.1%、「専門ではない」とした回答者が 25.6%であった。

図表 2-2-3 回答者の専門（気分障害）（単一回答）



(n=86)

| 項目     | 回答数 | パーセント  |
|--------|-----|--------|
| 専門である  | 62  | 72.1%  |
| 専門ではない | 22  | 25.6%  |
| 無回答    | 2   | 2.3%   |
| 合計     | 86  | 100.0% |

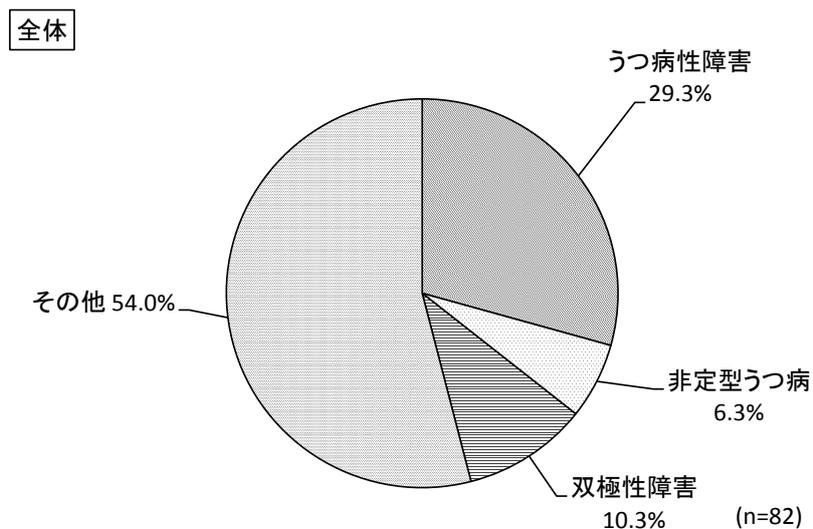
## (2) 日常診療について

Q1.1 先生が診療している全ての患者についてお聞きします。患者の割合 (%) をお書き下さい。

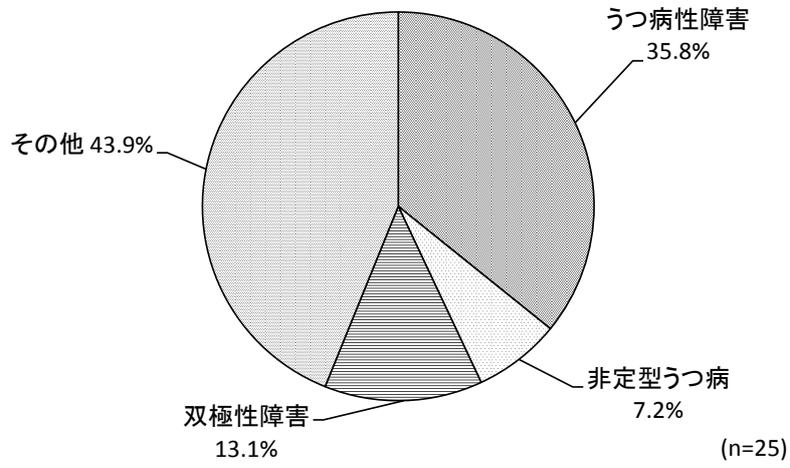
この質問では、回答者が診療している「うつ病性障害」、「非定型うつ病」、「双極性障害」、「その他」の患者の割合を数値で記入していただき、それらの数値の平均値を算出した。本調査で取り上げた 3 疾患のうちで最も割合が高かったのは「うつ病性障害」(29.3%) であり、次いで「双極性障害」(10.3%)、「非定型うつ病」(6.3%) の順であった。

所属機関が「病床なし」と「病床あり」で回答を比較すると、「うつ病性障害」の割合は「病床なし」の方がやや高く、「その他」の割合は「病床あり」の方がやや高かった。「非定型うつ病」と「双極性障害」の割合には、目立った差はみられなかった。

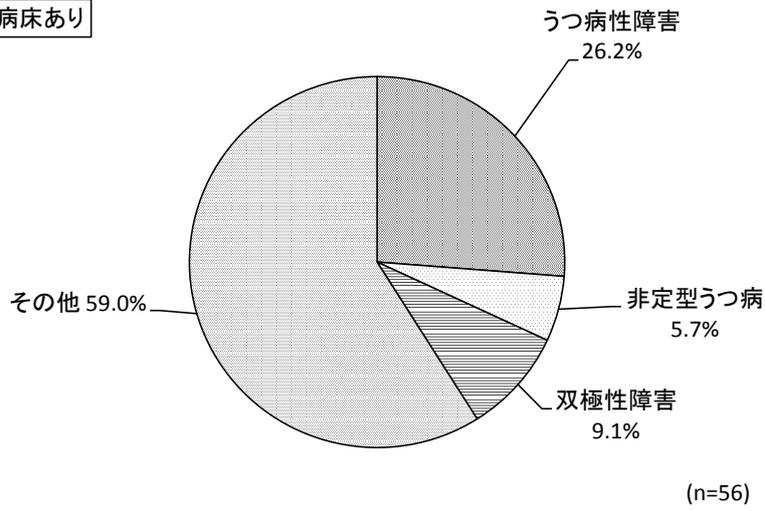
図表 2-2-4 診療している患者の割合 (平均値)



病床なし



病床あり

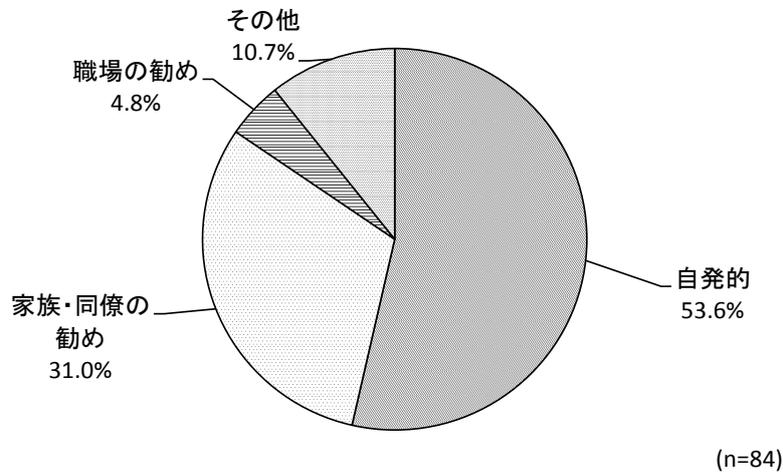


|        | 全体<br>(n=82) | 病床           |              |
|--------|--------------|--------------|--------------|
|        |              | なし<br>(n=25) | あり<br>(n=56) |
| うつ病性障害 | 29.3%        | 35.8%        | 26.2%        |
| 非定型うつ病 | 6.3%         | 7.2%         | 5.7%         |
| 双極性障害  | 10.3%        | 13.1%        | 9.1%         |
| その他    | 54.0%        | 43.9%        | 59.0%        |

**Q1.2** 先生が診療している気分障害の患者は主にどの様なきっかけで受診しましたか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

気分障害の患者が受診するきっかけでは「自発的」が最も多く（53.6%）、次いで「家族・同僚の勧め」（31.0%）であった。半数以上の患者が自発的に受診を決めている。また、「その他」には、「他科や他病院からの紹介」という回答が7件（8.3%）あった。

図表 2-2-5 受診するきっかけ（1つ選択）

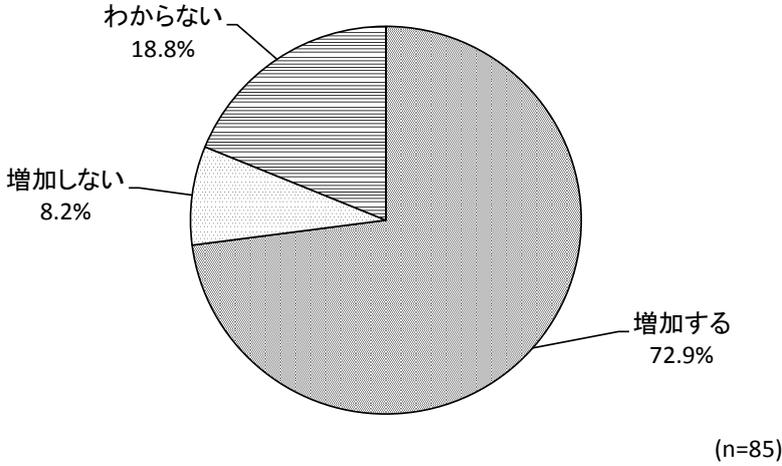


| (n=84)   |     |       |
|----------|-----|-------|
| 項目       | 回答数 | パーセント |
| 自発的      | 45  | 53.6% |
| 家族・同僚の勧め | 26  | 31.0% |
| 職場の勧め    | 4   | 4.8%  |
| その他      | 9   | 10.7% |

Q1.3 今後、気分障害の患者は増加すると思いますか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。

7割以上（72.9%）の回答者が、気分障害の患者は今後「増加する」としており、「増加しない」とした回答者は8.2%であった。気分障害の患者が増加すると多くの回答者が考えている。

図表 2-2-6 患者数の動向（1つ選択）



(n=85)

| 項目    | 回答数 | パーセント |
|-------|-----|-------|
| 増加する  | 62  | 72.9% |
| 増加しない | 7   | 8.2%  |
| わからない | 16  | 18.8% |

**Q1.4 先生が診療している気分障害の患者の重症度の割合（％）をお書き下さい。**

この質問では、本調査対象の 3 疾患について、回答者が診療している「軽度～中等度」と「重度」の患者の割合を数値で記入していただいた。それらの数値の平均値を算出するとともに、「0～20%」、「21～40%」、「41～60%」、「61～80%」、「81～100%」に分類して層別集計を行った。

うつ病性障害

「軽度～中等度」の患者の割合の平均値は 81.5%、「重度」の患者の割合の平均値は 18.5%であった。

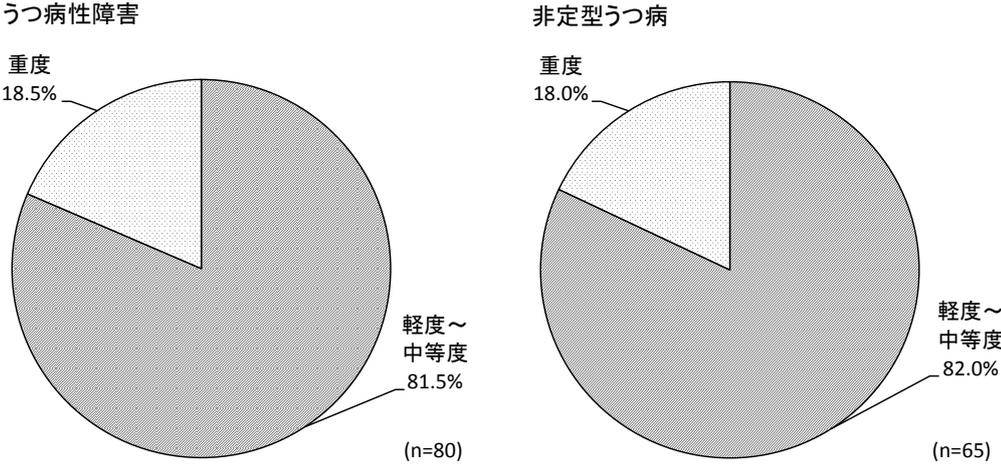
非定型うつ病

「軽度～中等度」の患者の割合の平均値は 82.0%、「重度」の患者の割合の平均値は 18.0%であった。

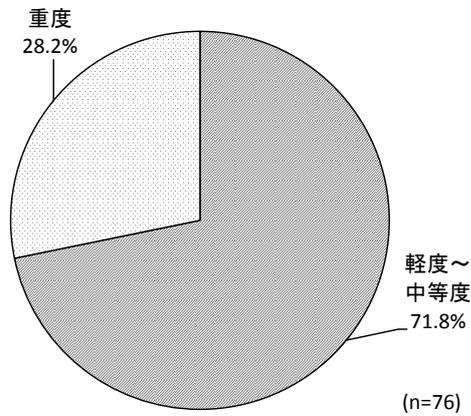
双極性障害

「軽度～中等度」の患者の割合の平均値は 71.8%、「重度」の患者の割合の平均値は 28.2%であった。他の 2 疾患と比較して重度の患者の割合が高いと感じていることがうかがわれた。

**図表 2-2-7 重症度の割合（平均値）**



双極性障害



|               | 軽度～中等度    |            |            |            |             |       | 重度        |            |            |            |             |       |
|---------------|-----------|------------|------------|------------|-------------|-------|-----------|------------|------------|------------|-------------|-------|
|               | 0～<br>20% | 21～<br>40% | 41～<br>60% | 61～<br>80% | 81～<br>100% | 平均    | 0～<br>20% | 21～<br>40% | 41～<br>60% | 61～<br>80% | 81～<br>100% | 平均    |
| うつ病性障害 (n=80) | 1.3%      | 2.5%       | 8.8%       | 36.3%      | 51.3%       | 81.5% | 73.8%     | 18.8%      | 3.8%       | 2.5%       | 1.3%        | 18.5% |
| 非定型うつ病 (n=65) | 4.6%      | 6.2%       | 10.8%      | 12.3%      | 66.2%       | 82.0% | 75.4%     | 4.6%       | 12.3%      | 4.6%       | 3.1%        | 18.0% |
| 双極性障害 (n=76)  | 9.2%      | 5.3%       | 15.8%      | 28.9%      | 40.8%       | 71.8% | 59.2%     | 15.8%      | 13.2%      | 3.9%       | 7.9%        | 28.2% |

Q1.5 先生の診療における気分障害の患者の平均的な診療時間をお書き下さい。

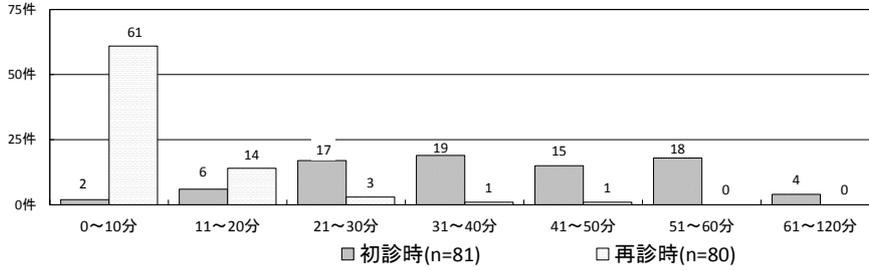
この質問では、本調査対象の3疾患について、初診時および再診時の平均的な診療時間を数値で記入していただいた。それらの数値の平均値を算出するとともに、「0～10分」、「11～20分」、「21～30分」、「31～40分」、「41～50分」、「51～60分」、「61～120分」に分類して層別集計を行った。

うつ病性障害、非定型うつ病、および双極性障害のいずれの場合も、初診の際の診療時間で最も多かったのは「31～40分」であり、次いで「51～60分」であった。

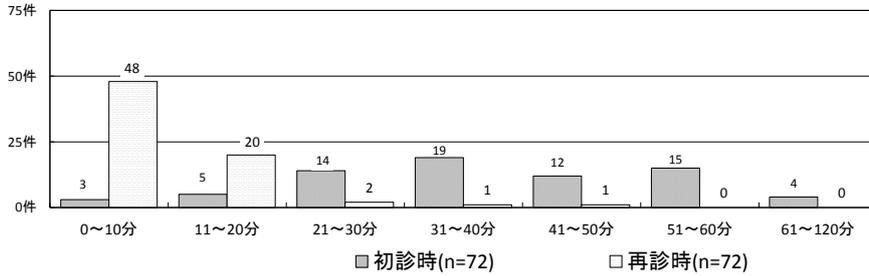
うつ病性障害、非定型うつ病、および双極性障害のいずれの場合も、再診の際の診療時間で最も多かったのは「0～10分」であり、次いで「11～20分」であった。

図表 2-2-8 診療時間

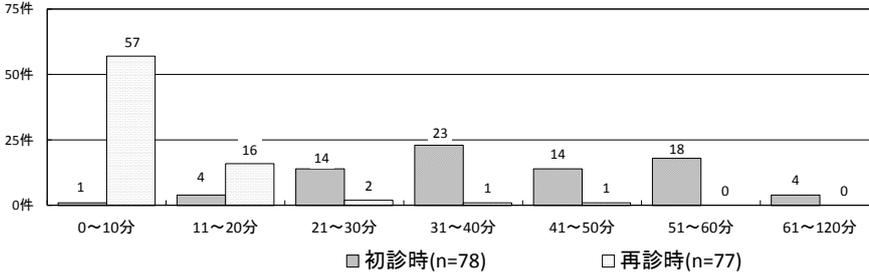
うつ病性障害



非定型うつ病



双極性障害



診療時間（初診時）

|               | 0~10分 | 11~20分 | 21~30分 | 31~40分 | 41~50分 | 51~60分 | 61分~120分 | 平均時間  |
|---------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|-------|
| うつ病性障害 (n=81) | 2     | 6      | 17     | 19     | 15     | 18     | 4        | 43.9分 |
| 非定型うつ病 (n=72) | 3     | 5      | 14     | 19     | 12     | 15     | 4        | 43.4分 |
| 双極性障害 (n=78)  | 1     | 4      | 14     | 23     | 14     | 18     | 4        | 45.4分 |

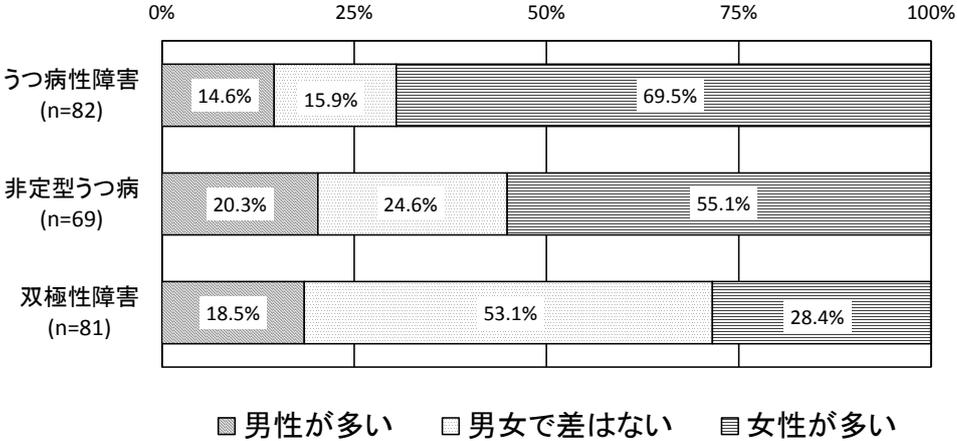
診療時間（再診時）

|               | 0~10分 | 11~20分 | 21~30分 | 31~40分 | 41~50分 | 51~60分 | 61分~120分 | 平均時間  |
|---------------|-------|--------|--------|--------|--------|--------|----------|-------|
| うつ病性障害 (n=80) | 61    | 14     | 3      | 1      | 1      | 0      | 0        | 11.0分 |
| 非定型うつ病 (n=72) | 48    | 20     | 2      | 1      | 1      | 0      | 0        | 11.8分 |
| 双極性障害 (n=77)  | 57    | 16     | 2      | 1      | 1      | 0      | 0        | 11.2分 |

Q1.6 先生が診療している気分障害の患者の性別について該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。

うつ病性障害については回答者の約 7 割が「女性が多い」としており、患者の性別に偏りがあることがうかがわれる。非定型うつ病については、回答者の半数強が「女性が多い」としていた。また、双極性障害については回答者の半数強が「男女で差はない」としていた。

図表 2-2-9 患者の性別（1つ選択）



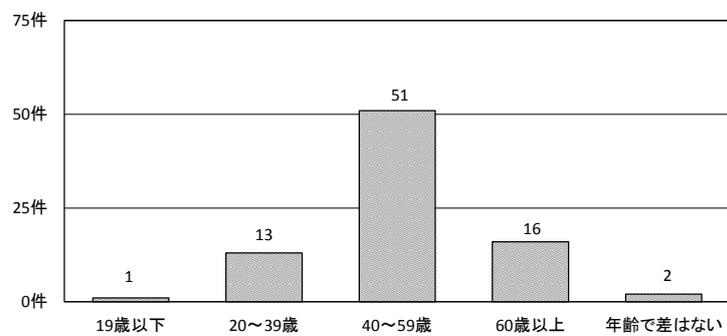
|               | 男性が多い |       | 男女で差はない |       | 女性が多い |       |
|---------------|-------|-------|---------|-------|-------|-------|
|               | 回答数   | %     | 回答数     | %     | 回答数   | %     |
| うつ病性障害 (n=82) | 12    | 14.6% | 13      | 15.9% | 57    | 69.5% |
| 非定型うつ病 (n=69) | 14    | 20.3% | 17      | 24.6% | 38    | 55.1% |
| 双極性障害 (n=81)  | 15    | 18.5% | 43      | 53.1% | 23    | 28.4% |

**Q1.7** 先生が診療している気分障害の患者はどの年齢層が多いですか。最も多い区分に◎印（1つ）、次に多い区分に○印（1つ）をお付け下さい。なお、年齢で差がない場合には「年齢で差はない」に○印をお付け下さい。

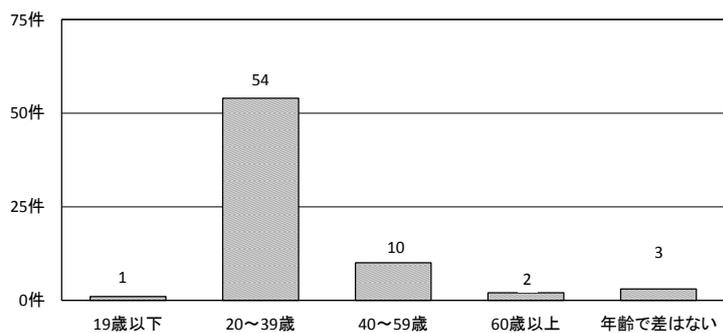
最も多い患者の年齢層は、うつ病性障害では「40～59歳」、非定型うつ病では「20～39歳」であった。双極性障害では「20～39歳」との回答が最も多く、次いで「40～59歳」であったが、両者の間にほとんど差はなかった。

**図表 2-2-10 患者の年齢層（最も多い区分（1つ選択））**

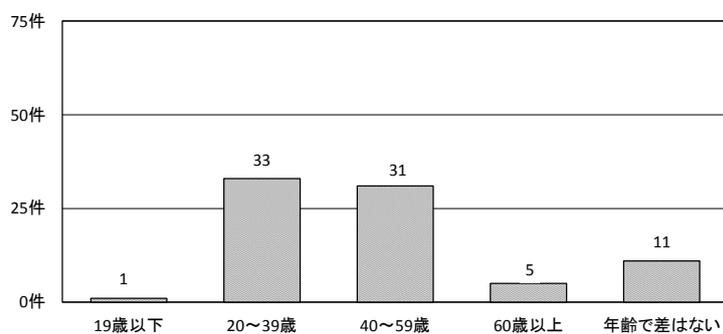
うつ病性障害 (n=83)



非定型うつ病 (n=70)



双極性障害 (n=81)



うつ病性障害

|             | 19歳以下 |      | 20~39歳 |       | 40~59歳 |       | 60歳以上 |       | 年齢で差はない |      |
|-------------|-------|------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|---------|------|
|             | 回答数   | %    | 回答数    | %     | 回答数    | %     | 回答数   | %     | 回答数     | %    |
| 最も多い (n=83) | 1     | 1.2% | 13     | 15.7% | 51     | 61.4% | 16    | 19.3% | 2       | 2.4% |
| 次に多い (n=37) | 2     | 5.4% | 12     | 32.4% | 11     | 29.7% | 12    | 32.4% | 0       | 0.0% |

非定型うつ病

|             | 19歳以下 |       | 20~39歳 |       | 40~59歳 |       | 60歳以上 |      | 年齢で差はない |      |
|-------------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|-------|------|---------|------|
|             | 回答数   | %     | 回答数    | %     | 回答数    | %     | 回答数   | %    | 回答数     | %    |
| 最も多い (n=70) | 1     | 1.4%  | 54     | 77.1% | 10     | 14.3% | 2     | 2.9% | 3       | 4.3% |
| 次に多い (n=28) | 4     | 14.3% | 3      | 10.7% | 20     | 71.4% | 1     | 3.6% | 0       | 0.0% |

双極性障害

|             | 19歳以下 |      | 20~39歳 |       | 40~59歳 |       | 60歳以上 |       | 年齢で差はない |       |
|-------------|-------|------|--------|-------|--------|-------|-------|-------|---------|-------|
|             | 回答数   | %    | 回答数    | %     | 回答数    | %     | 回答数   | %     | 回答数     | %     |
| 最も多い (n=81) | 1     | 1.2% | 33     | 40.7% | 31     | 38.3% | 5     | 6.2%  | 11      | 13.6% |
| 次に多い (n=33) | 1     | 3.0% | 7      | 21.2% | 20     | 60.6% | 5     | 15.2% | 0       | 0.0%  |

### (3) 検査・診断について

Q2.1 気分障害の診断を行う際に、難しいと感じる点は何ですか。対応もお書き下さい。

診断を行う際に難しいと感じる点については 69 名から 81 件の回答があった。「単極性と双極性の鑑別」を挙げた回答が 26 件と最も多く、次いで「少ない判断材料」(16 件)という意見が多かった。「その他」には、「うつ病性障害と非定型うつ病の鑑別」、「前医と診断が異なる場合の説明」、「DSM-IV と病理のくい違い」などの意見があった。気分障害の患者は多様であり、また鑑別の対象が多いが、判断材料が少なく、確定診断までに時間がかかるために診断が難しいと感じていることがうかがわれた。

対応については 22 名から 29 件の回答があった。「時間をかけて診断」を挙げた回答が 11 件と最も多く、次いで「使用薬剤の調節」(6 件)という意見が多かった。「その他」には、「双極性症状の例を挙げて問診」、「心理専門職の設置」などの意見があった。

図表 2-2-11 診断で難しいと感じる点と対応

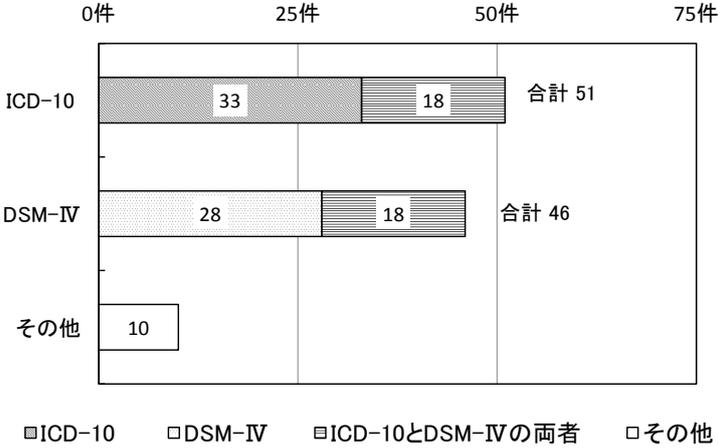
| 難しいと感じる点         | 回答数 |
|------------------|-----|
| 単極性・双極性の鑑別       | 26  |
| 少ない判断材料          | 16  |
| 患者の多様性           | 9   |
| 気分障害以外の疾患との鑑別    | 7   |
| 確定診断まで長時間        | 6   |
| 原因の見極め(性格、環境、薬剤) | 6   |
| 正常との鑑別           | 5   |
| その他              | 6   |

| 対応          | 回答数 |
|-------------|-----|
| 時間をかけて診断    | 11  |
| 使用薬剤の調節     | 6   |
| 患者以外からの聞き取り | 2   |
| その他         | 10  |

**Q2.2** 普段の診療でよく使う（公的文書作成等を除く）気分障害の診断基準として何を用いていますか。該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

83名の回答者のうち79名は、ICD-10および/あるいはDSM-IVを診断基準として用いていた。このうち一方のみを用いると回答した者は、ICD-10が33名、DSM-IVが28名であり、両者の間に大きな差はみられなかった。両者を併用すると回答した医師は18名であった。ICD-10、DSM-IVを基準に診断を行っている回答者が多いことがうかがわれた。

図表 2-2-12 診断基準（複数選択）



(n=83)

| 項目               | 回答数 | パーセント |
|------------------|-----|-------|
| ICD-10のみ         | 33  | 39.8% |
| DSM-IVのみ         | 28  | 33.7% |
| ICD-10とDSM-IVの両者 | 18  | 21.7% |
| その他              | 10  | 12.0% |

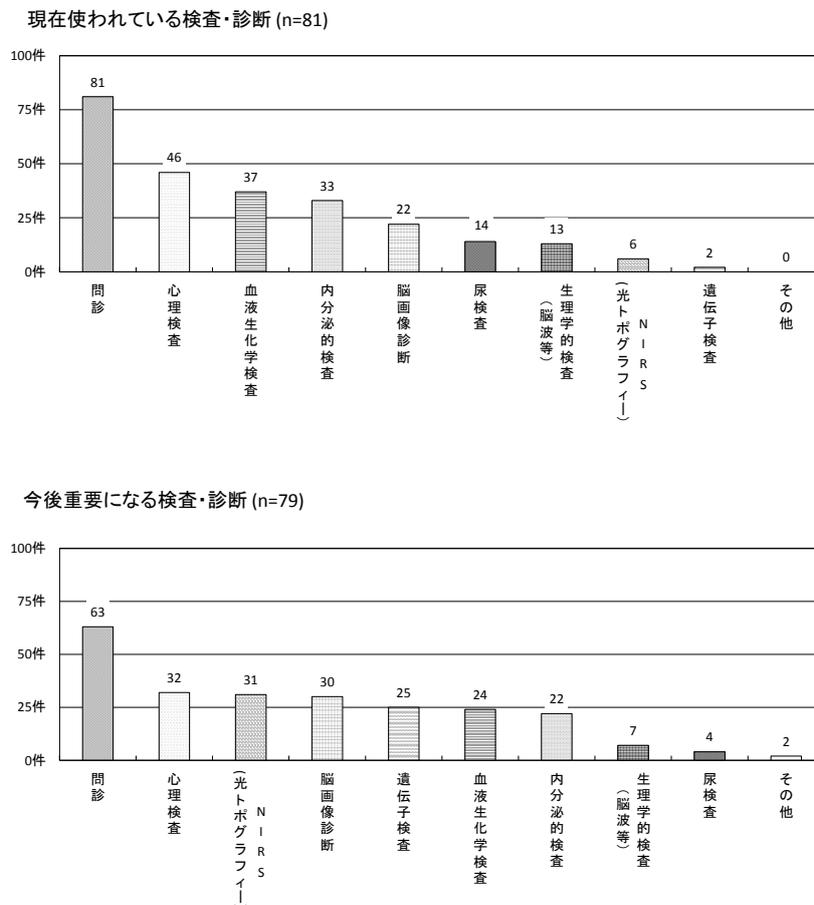
**Q2.3** 現在先生が使われている検査・診断、および今後重要になるのではないかとと思われる検査・診断に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

現在使っている検査・診断については 81 名から回答があった。最も回答が多かったのは問診（81 件、100%）であり、次いで心理検査（46 件）、血液生化学検査（37 件）、内分泌的検査（33 件）、脳画像診断（22 件）の順であった。一方、今後重要になる検査・診断については 79 名から回答があった。最も回答が多かったのは問診（63 件）であり、次いで心理検査（32 件）、NIRS（光トポグラフィー、31 件）、脳画像診断（30 件）、遺伝子検査（25 件）の順であった。

いずれにおいても、1 位が「問診」、2 位が「心理検査」であり、現在も今後も両者の重要性が高いと考えられている。

「NIRS」および「遺伝子検査」は、現在使っているという回答は 1 割にも満たなかったが、今後重要になるという回答は 3 割を超えていた。この結果は、客観的な指標への期待の表れであると考えられる。

図表 2-2-13 現在使われている／今後重要になる検査・診断（複数選択）

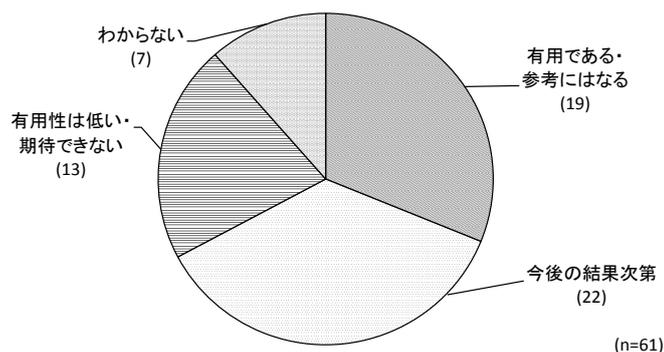


|                | (n=81)            |        | (n=79)           |       |
|----------------|-------------------|--------|------------------|-------|
|                | 現在使われている<br>検査・診断 |        | 今後重要になる<br>検査・診断 |       |
|                | 回答数               | %      | 回答数              | %     |
| 問診             | 81                | 100.0% | 63               | 79.7% |
| 心理検査           | 46                | 56.8%  | 32               | 40.5% |
| 血液生化学検査        | 37                | 45.7%  | 31               | 39.2% |
| 内分泌的検査         | 33                | 40.7%  | 30               | 38.0% |
| 脳画像診断          | 22                | 27.2%  | 25               | 31.6% |
| 尿検査            | 14                | 17.3%  | 24               | 30.4% |
| 生理学的検査(脳波等)    | 13                | 16.0%  | 22               | 27.8% |
| NIRS(光トポグラフィー) | 6                 | 7.4%   | 7                | 8.9%  |
| 遺伝子検査          | 2                 | 2.5%   | 4                | 5.1%  |
| その他            | 0                 | 0.0%   | 2                | 2.5%  |

Q2.4 「先進医療」として承認された NIRS（光トポグラフィー）の有用性について  
ご意見をお書き下さい。

61 名から回答があった。「今後の結果次第」との意見が最も多く（22 名）、次いで「有用である・参考にはなる」（19 名）、「有用性は低い・期待できない」（13 名）の順であった。可否の見解を提示している回答者の中では肯定的な意見の方が多かったが、最も多かったのは「今後の結果次第」であり、現時点では評価は定まっていないようであった。

図表 2-2-14 NIRS（光トポグラフィー）の有用性について



| NIRS の有用性     | 回答数 |
|---------------|-----|
| 有用である・参考にはなる  | 19  |
| 今後の結果次第       | 22  |
| 有用性は低い・期待できない | 13  |
| わからない         | 7   |

**Q2.5** 鑑別診断が課題であると感じられる項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。また、その他に気分障害との鑑別が重要であると思われる疾患がございましたら3つまで挙げて下さい。

鑑別診断が課題であると感じられる項目については、78名から125件の回答があった。

「Q2.1」でも挙げられていたように、「うつ病と双極性障害」の鑑別診断が課題であるとの回答が最も多かった（64件）。躁病相が認められなければ、現在の診断方法では両者の鑑別は困難であることから、多くの回答が集まったのではないと思われる。

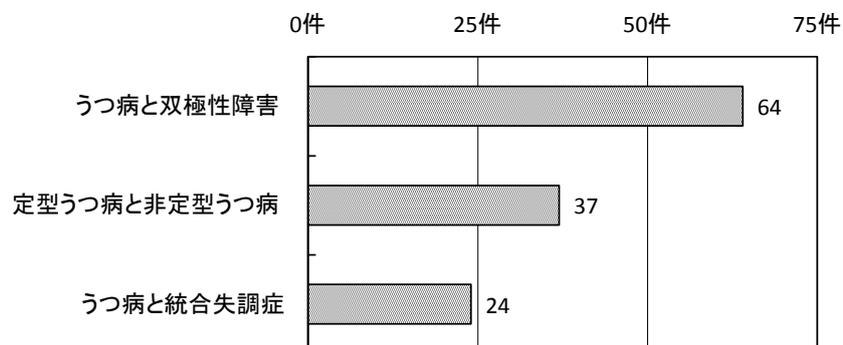
次いで鑑別診断が課題であるとの回答が多かったのは「定型うつ病と非定型うつ病」であった（37件）。定型うつ病の症状が改善していく段階や、治療薬の副作用で非定型うつ病の症状がみられるため、鑑別が課題であると考えられているのであろう。

「うつ病と統合失調症」の鑑別診断が課題であるとの回答は24件あった。抗うつ薬を使用すると統合失調症は増悪するため、両者の鑑別が重要であるが、幻覚や妄想がなければ判断が難しいことから、課題と感じられているのではないかと推察される。

自由記述では、鑑別が重要であると思われる疾患について52名から84件の回答があった。その中では「認知症」との回答が最も多く（18件）、次いで「適応障害」（13件）、「人格障害」（8件）、「発達障害」（8件）の順であった。

気分障害と認知症の鑑別は高齢者で重要となると考えられる。認知症の抑うつ、気分障害、および認知症に気分障害を合併しているケース等を鑑別することは、有効な治療法の選択のために重要であろう。また、適応障害の治療では、まず原因となっているストレスを除去する必要があり、薬物療法だけでなく環境調整や心理療法も重要であるため、気分障害との鑑別が重要になると考えられる。

図表 2-2-15 鑑別診断の課題（複数選択）



(n=78)

| 項目           | 回答数 | パーセント |
|--------------|-----|-------|
| うつ病と双極性障害    | 64  | 82.1% |
| 定型うつ病と非定型うつ病 | 37  | 47.4% |
| うつ病と統合失調症    | 24  | 30.8% |

図表 2-2-16 上記以外に気分障害との鑑別が重要である疾患

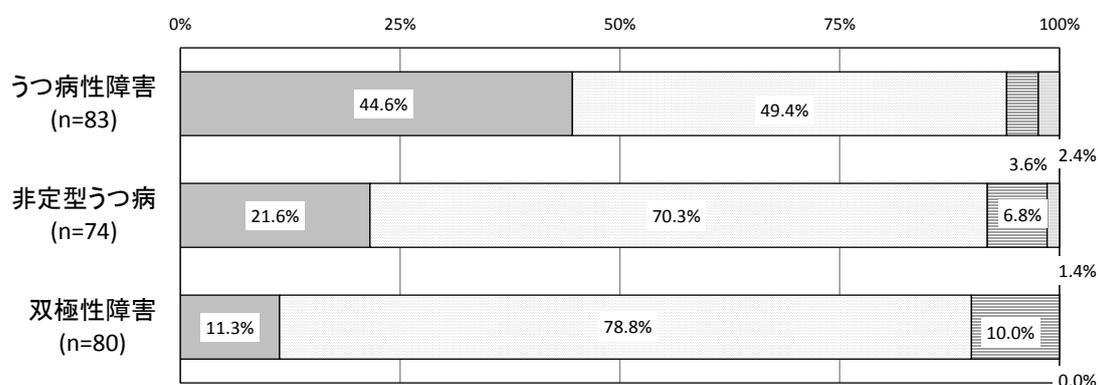
| 気分障害との鑑別が<br>重要である疾患 | 回答数 |
|----------------------|-----|
| 認知症                  | 18  |
| 適応障害                 | 13  |
| 人格障害                 | 8   |
| 発達障害                 | 8   |
| 不安障害                 | 6   |
| 依存症（薬物・アルコール）        | 6   |
| 正常心理                 | 5   |
| 器質性疾患（脳腫瘍等）          | 5   |
| 内分泌疾患                | 4   |
| 抑うつ神経症               | 2   |
| その他                  | 9   |

(4) 治療について

Q3.1 気分障害の治療の目標をどこに置いていますか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

うつ病性障害では、半数近い回答者が「完全治癒」を目標に設定しているのに対し、双極性障害や非定型うつ病で「完全治癒」を目標としている回答者は1～2割程度と少なかった。双極性障害や非定型うつ病では、7～8割の回答者が「日常生活および社会生活にほぼ支障がない」ことを治療の目標に設定しており、両者の治療がうつ病性障害の治療に比べて難しいことがうかがわれる。

図表 2-2-17 治療の目標（1つ選択）



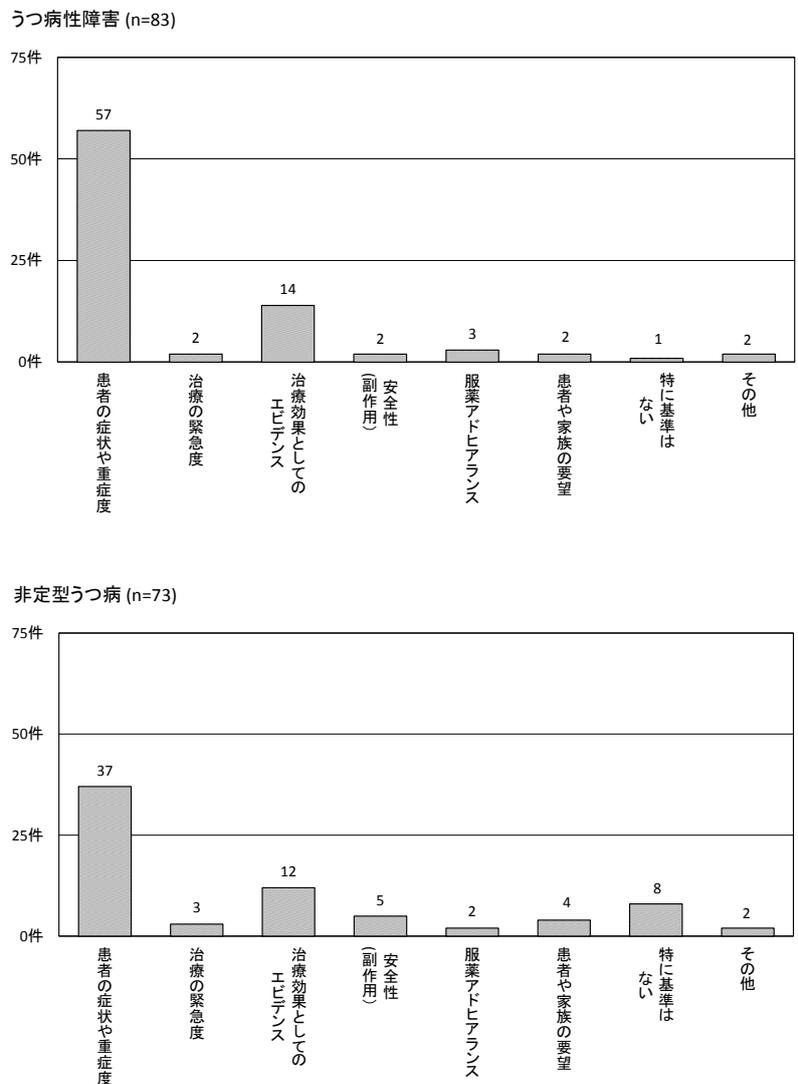
- 完全治癒(治療の必要がない、あるいは通院の必要がない)
- 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活および社会生活(職場復帰等)にほぼ支障がない
- 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活にほぼ支障はないが社会生活(職場復帰等)には支障がある
- その他

|               | 完全治癒(治療の必要がない、あるいは通院の必要がない) |       | 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活および社会生活(職場復帰等)にほぼ支障がない |       | 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活にほぼ支障はないが社会生活(職場復帰等)には支障がある |       | その他 |      |
|---------------|-----------------------------|-------|---|-------|--|-------|-----|------|
|               | 回答数                         | %     | 回答数   | %     | 回答数  | %     | 回答数 | %    |
| うつ病性障害 (n=83) | 37                          | 44.6% | 41  | 49.4% | 3  | 3.6%  | 2   | 2.4% |
| 非定型うつ病 (n=74) | 16                          | 21.6% | 52  | 70.3% | 5  | 6.8%  | 1   | 1.4% |
| 双極性障害 (n=80)  | 9                           | 11.3% | 63  | 78.8% | 8  | 10.0% | 0   | 0.0% |

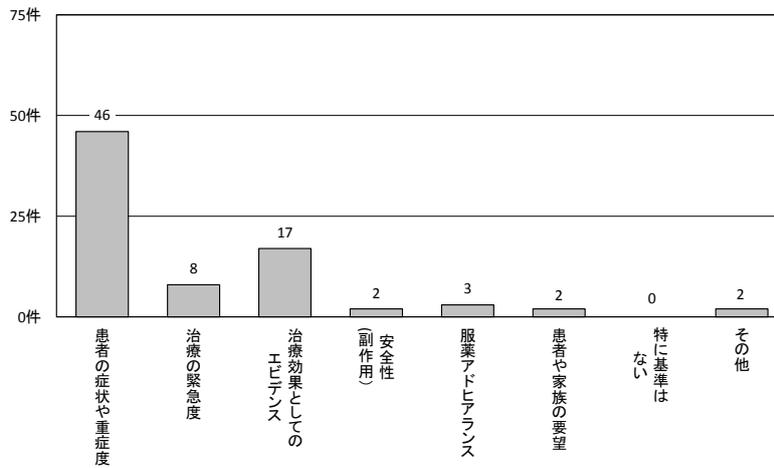
**Q3.2** 気分障害の治療で先生が薬剤を選択する場合に何を重視していますか。最も重視する項目に◎印（1つ）、次に重視する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

本調査の対象である3疾患のいずれにおいても、薬剤を選択する際に最も重視しているのは「患者の症状や重症度」であり、次いで「治療効果としてのエビデンス」であった。「患者の症状や重症度」を最も重視すると回答した者は、いずれの疾患でも半数を超えていた。「安全性（副作用）」については、いずれの疾患においても「最も重視する項目」として選択した回答者は少なかったが、表に示すように「次に重視する項目」とした回答者は最多であり、最優先ではないものの重要度は高いと考えられていることがうかがわれた。

**図表 2-2-18 薬剤を選択する場合に最も重視する点（1つ選択）**



双極性障害 (n=80)



うつ病性障害

|                 | 患者の症状や重症度 |       | 治療の緊急度 |       | 治療効果としてのエビデンス |       | 安全性(副作用) |       | 服薬アドヒアランス |      | 患者や家族の要望 |       | 特に基準はない |      | その他 |      |
|-----------------|-----------|-------|--------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|----------|-------|---------|------|-----|------|
|                 | 回答数       | %     | 回答数    | %     | 回答数           | %     | 回答数      | %     | 回答数       | %    | 回答数      | %     | 回答数     | %    | 回答数 | %    |
| 最も重視する項目 (n=83) | 57        | 68.7% | 2      | 2.4%  | 14            | 16.9% | 2        | 2.4%  | 3         | 3.6% | 2        | 2.4%  | 1       | 1.2% | 2   | 2.4% |
| 次に重視する項目 (n=69) | 6         | 8.7%  | 8      | 11.6% | 20            | 29.0% | 23       | 33.3% | 4         | 5.8% | 7        | 10.1% | 0       | 0.0% | 1   | 1.4% |

非定型うつ病

|                 | 患者の症状や重症度 |       | 治療の緊急度 |      | 治療効果としてのエビデンス |       | 安全性(副作用) |       | 服薬アドヒアランス |      | 患者や家族の要望 |      | 特に基準はない |       | その他 |      |
|-----------------|-----------|-------|--------|------|---------------|-------|----------|-------|-----------|------|----------|------|---------|-------|-----|------|
|                 | 回答数       | %     | 回答数    | %    | 回答数           | %     | 回答数      | %     | 回答数       | %    | 回答数      | %    | 回答数     | %     | 回答数 | %    |
| 最も重視する項目 (n=73) | 37        | 50.7% | 3      | 4.1% | 12            | 16.4% | 5        | 6.8%  | 2         | 2.7% | 4        | 5.5% | 8       | 11.0% | 2   | 2.7% |
| 次に重視する項目 (n=53) | 5         | 9.4%  | 4      | 7.5% | 12            | 22.6% | 21       | 39.6% | 5         | 9.4% | 4        | 7.5% | 1       | 1.9%  | 1   | 1.9% |

双極性障害

|                 | 患者の症状や重症度 |       | 治療の緊急度 |       | 治療効果としてのエビデンス |       | 安全性(副作用) |       | 服薬アドヒアランス |       | 患者や家族の要望 |      | 特に基準はない |      | その他 |      |
|-----------------|-----------|-------|--------|-------|---------------|-------|----------|-------|-----------|-------|----------|------|---------|------|-----|------|
|                 | 回答数       | %     | 回答数    | %     | 回答数           | %     | 回答数      | %     | 回答数       | %     | 回答数      | %    | 回答数     | %    | 回答数 | %    |
| 最も重視する項目 (n=80) | 46        | 57.5% | 8      | 10.0% | 17            | 21.3% | 2        | 2.5%  | 3         | 3.8%  | 2        | 2.5% | 0       | 0.0% | 2   | 2.5% |
| 次に重視する項目 (n=69) | 9         | 13.0% | 8      | 11.6% | 20            | 29.0% | 20       | 29.0% | 7         | 10.1% | 4        | 5.8% | 0       | 0.0% | 1   | 1.4% |

**Q3.3** 薬剤以外の治療法で現在先生が取り入れている項目、および今後取り入れたい項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的に  
ご記入下さい。

現在取り入れている薬剤以外の治療法については 59 名から回答があった。最も多かった回答は「認知行動療法」(35 件)であり、次いで「通電療法」(26 件)と「職業リハビリテーション」(24 件)がほぼ同程度であった。

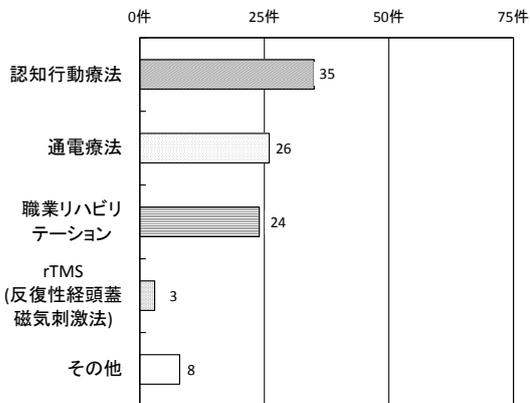
今後取り入れたい薬剤以外の治療法については 68 名から回答があった。最も多かったのは「認知行動療法」(45 件)であり、次いで「職業リハビリテーション」(34 件)、「通電療法」(23 件)の順であった。

「通電療法」と「職業リハビリテーション」は現在は同程度に実施されているが、今後の注目度では「職業リハビリテーション」が上回っている。

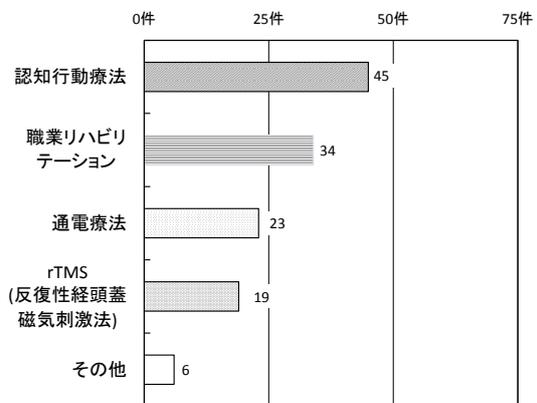
また、「rTMS (反復的経頭蓋磁気刺激法)」は、現在取り入れているとの回答は約 5%と少なかったが、今後取り入れたいとの回答は 3 割程度あった。

図表 2-2-19 薬剤以外の治療法（複数選択）

現在取り入れている薬剤以外の治療法 (n=59)



今後取り入れたい薬剤以外の治療法 (n=68)



|                   | (n=59) |       |
|-------------------|--------|-------|
|                   | 回答数    | %     |
| 認知行動療法            | 35     | 59.3% |
| 通電療法              | 26     | 44.1% |
| 職業リハビリテーション       | 24     | 40.7% |
| rTMS(反復性経頭蓋磁気刺激法) | 3      | 5.1%  |
| その他               | 8      | 13.6% |

|                   | (n=68) |       |
|-------------------|--------|-------|
|                   | 回答数    | %     |
| 認知行動療法            | 45     | 66.2% |
| 職業リハビリテーション       | 34     | 50.0% |
| 通電療法              | 23     | 33.8% |
| rTMS(反復性経頭蓋磁気刺激法) | 19     | 27.9% |
| その他               | 6      | 8.8%  |

Q3.4 先生が気分障害の治療に使われる薬剤について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

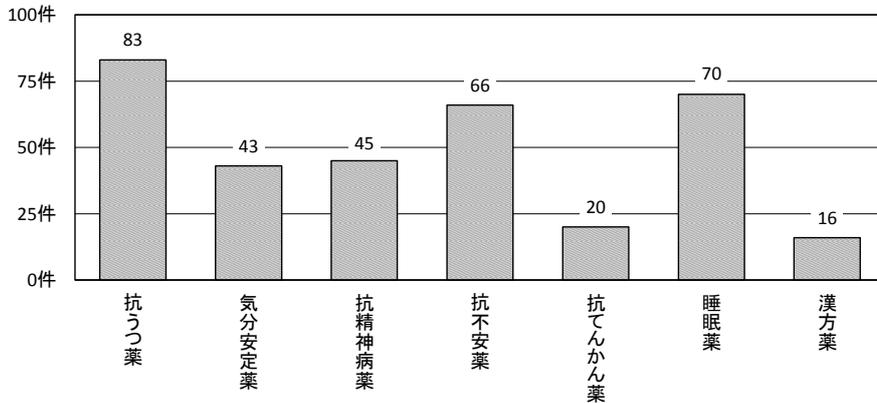
うつ病性障害ではすべての回答者が「抗うつ薬」を使用しており、次いで「睡眠薬」、「抗不安薬」の順に多かった。

非定型うつ病では「抗うつ薬」、「睡眠薬」、「抗不安薬」の順に回答が多く、主にうつ病性障害と同様の薬剤が使用されていた。

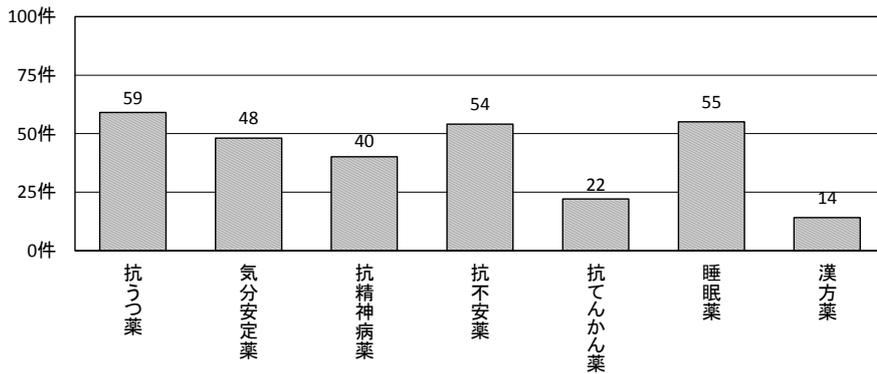
双極性障害ではすべての回答者が「気分安定薬」を使用しており、次いで「抗精神病薬」、「睡眠薬」の順に多かった。

図表 2-2-20 治療に使われる薬剤（複数選択）

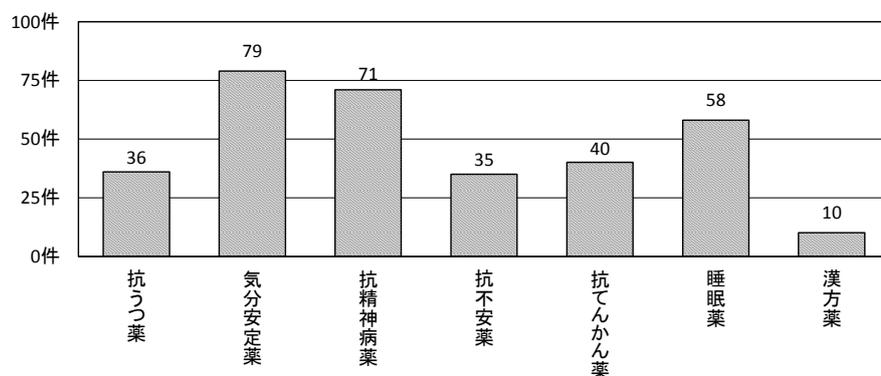
うつ病性障害 (n=83)



非定型うつ病 (n=73)



双極性障害 (n=79)



|               | 抗うつ薬 |        | 気分安定薬 |        | 抗精神病薬 |       | 抗不安薬 |       |
|---------------|------|--------|-------|--------|-------|-------|------|-------|
|               | 回答数  | %      | 回答数   | %      | 回答数   | %     | 回答数  | %     |
| うつ病性障害 (n=83) | 83   | 100.0% | 43    | 51.8%  | 45    | 54.2% | 66   | 79.5% |
| 非定型うつ病 (n=73) | 59   | 80.8%  | 48    | 65.8%  | 40    | 54.8% | 54   | 74.0% |
| 双極性障害 (n=79)  | 36   | 45.6%  | 79    | 100.0% | 71    | 89.9% | 35   | 44.3% |

|               | 抗てんかん薬 |       | 睡眠薬 |       | 漢方薬 |       | その他 |      |
|---------------|--------|-------|-----|-------|-----|-------|-----|------|
|               | 回答数    | %     | 回答数 | %     | 回答数 | %     | 回答数 | %    |
| うつ病性障害 (n=83) | 20     | 24.1% | 70  | 84.3% | 16  | 19.3% | 0   | 0.0% |
| 非定型うつ病 (n=73) | 22     | 30.1% | 55  | 75.3% | 14  | 19.2% | 0   | 0.0% |
| 双極性障害 (n=79)  | 40     | 50.6% | 58  | 73.4% | 10  | 12.7% | 0   | 0.0% |

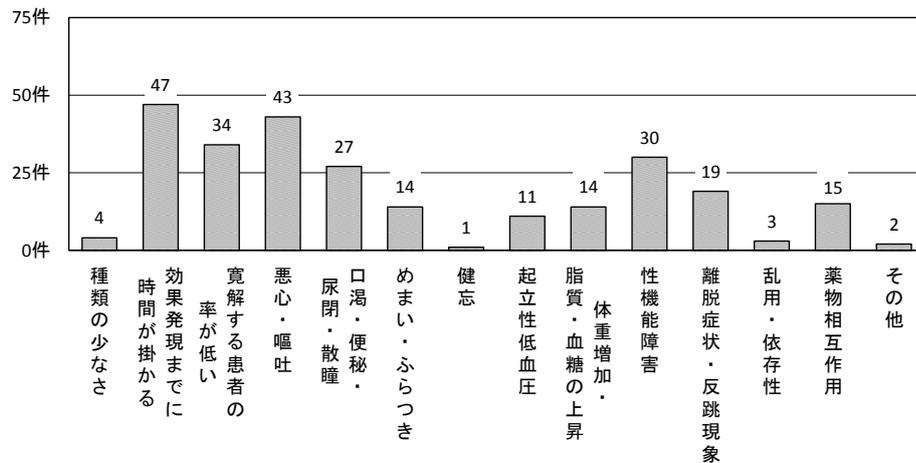
**Q3.5** 各治療薬の現在不満足な点について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は枠内に具体的にご記入下さい。

抗うつ薬

不満足な点としては、「効果発現までに時間が掛かる」を挙げた回答が最も多く（47件）、次いで「悪心・嘔吐」（43件）、「寛解する患者の率が低い」（34件）の順であった。

図表 2-2-21 治療薬の不満足な点（複数選択）

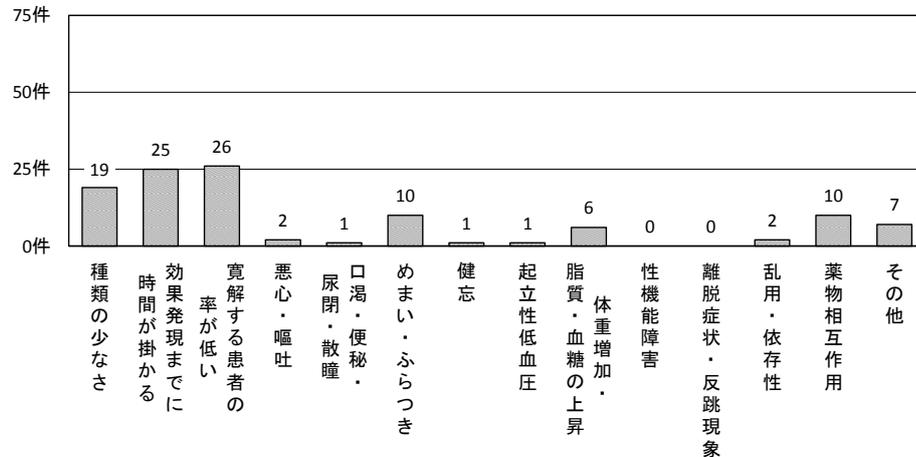
抗うつ薬 (n=80)



気分安定薬

不満足な点としては、「寛解する患者の率が低い」という回答が最も多く（26件）、次いで「効果発現までに時間が掛かる」（25件）、「種類の少なさ」（19件）の順であった。上位3項目の回答はいずれも3~4割程度であり、他の薬剤と比較して不満が少ないことがうかがわれた。

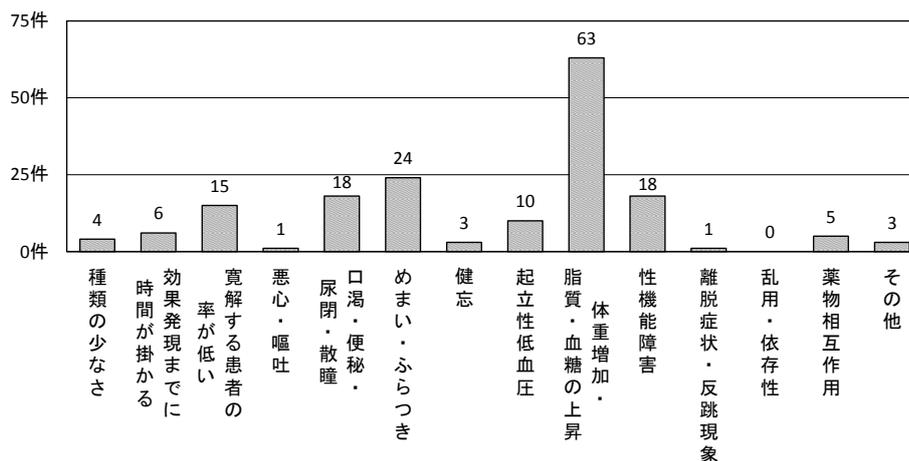
気分安定薬 (n=65)



## 抗精神病薬

不満足な点としては、「体重増加・脂質・血糖の上昇」という回答が最も多く（63件）、次いで「めまい・ふらつき」（24件）、「口渇・便秘・尿閉・散瞳」（18件）、「性機能障害」（18件）の順であった。「体重増加・脂質・血糖の上昇」が約8割であり、多くの回答者が特にこの点に不満を感じていることがうかがわれた。

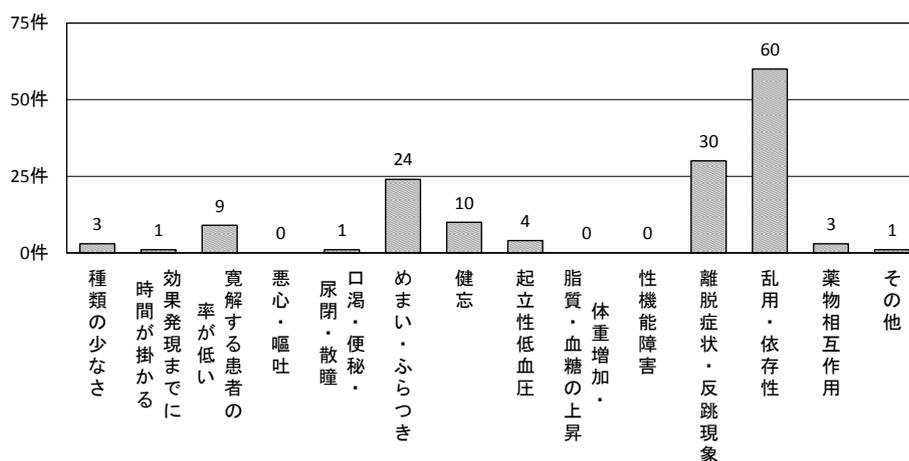
抗精神病薬 (n=79)



## 抗不安薬

不満足な点としては、「乱用・依存性」という回答が最も多く（60件）、次いで「離脱症状・反跳現象」（30件）、「めまい・ふらつき」（24件）の順であった。「乱用・依存性」の回答が8割であり、多くの回答者が特にこの点に不満を感じていることがうかがわれた。

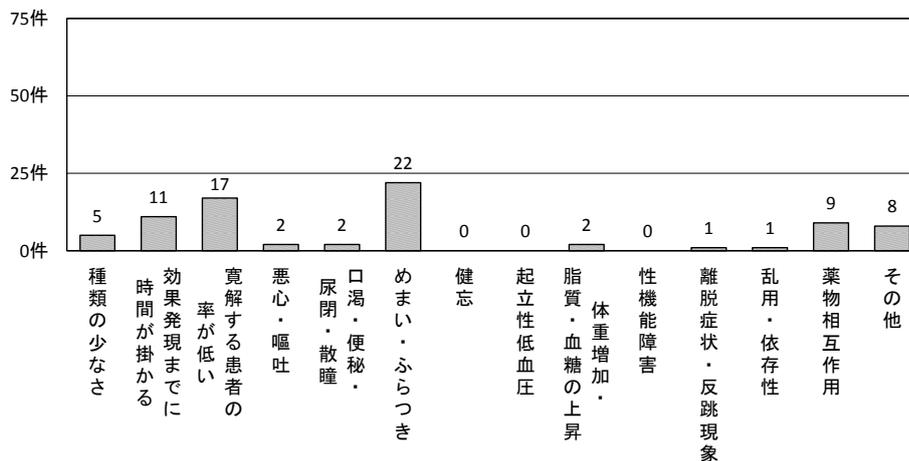
抗不安薬 (n=75)



### 抗てんかん薬

不満足な点としては、「めまい・ふらつき」という回答が最も多く（22件）、次いで「寛解する患者の率が低い」（17件）、「効果発現までに時間が掛かる」（11件）の順であった。他の薬剤と比較して不満が少ないことがうかがわれた。

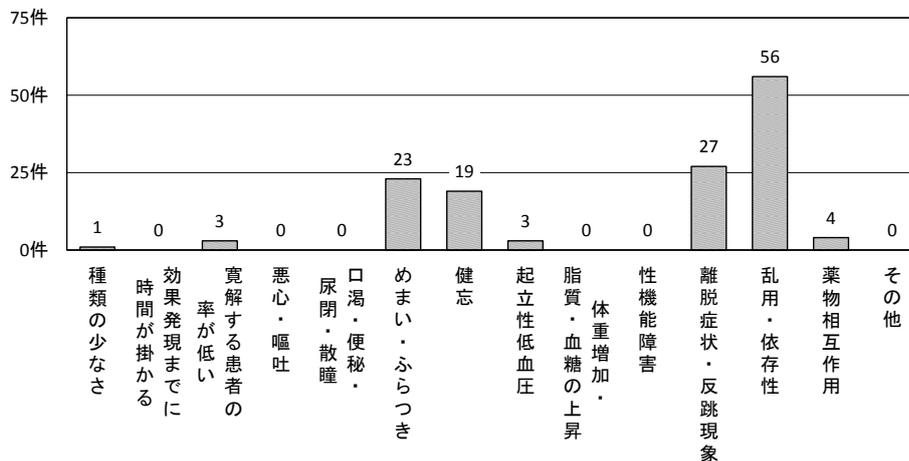
抗てんかん薬 (n=56)



### 睡眠薬

不満足な点としては、「乱用・依存性」という回答が最も多く（56件）、次いで「離脱症状・反跳現象」（27件）、「めまい・ふらつき」（23件）の順であった。「乱用・依存性」の回答が約8割であり、多くの回答者が特にこの点に不満を感じていることがうかがわれた。

睡眠薬 (n=72)

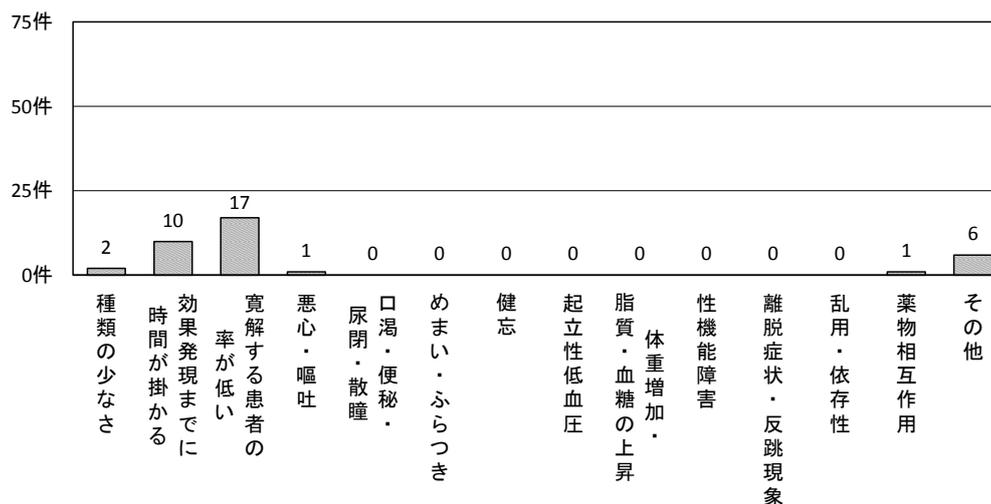


## 漢方薬

回答者は32名であり、抗うつ薬の回答者数の4割と少なかった。

不満足な点としては、「寛解する患者の率が低い」という回答が最も多く（17件）、次いで「効果発現までに時間が掛かる」が多かった（10件）。

漢方薬 (n=32)



|               | 種類の少なさ |       | 効果発現までに時間が掛かる |       | 寛解する患者の率が低い |       | 悪心・嘔吐 |       | 口渇・便秘・尿閉・散瞳 |       | めまい・ふらつき |       | 健忘  |       |
|---------------|--------|-------|---------------|-------|-------------|-------|-------|-------|-------------|-------|----------|-------|-----|-------|
|               | 回答数    | %     | 回答数           | %     | 回答数         | %     | 回答数   | %     | 回答数         | %     | 回答数      | %     | 回答数 | %     |
| 抗うつ薬 (n=80)   | 4      | 5.0%  | 47            | 58.8% | 34          | 42.5% | 43    | 53.8% | 27          | 33.8% | 14       | 17.5% | 1   | 1.3%  |
| 気分安定薬 (n=65)  | 19     | 29.2% | 25            | 38.5% | 26          | 40.0% | 2     | 3.1%  | 1           | 1.5%  | 10       | 15.4% | 1   | 1.5%  |
| 抗精神病薬 (n=79)  | 4      | 5.1%  | 6             | 7.6%  | 15          | 19.0% | 1     | 1.3%  | 18          | 22.8% | 24       | 30.4% | 3   | 3.8%  |
| 抗不安薬 (n=75)   | 3      | 4.0%  | 1             | 1.3%  | 9           | 12.0% | 0     | 0.0%  | 1           | 1.3%  | 24       | 32.0% | 10  | 13.3% |
| 抗てんかん薬 (n=56) | 5      | 8.9%  | 11            | 19.6% | 17          | 30.4% | 2     | 3.6%  | 2           | 3.6%  | 22       | 39.3% | 0   | 0.0%  |
| 睡眠薬 (n=72)    | 1      | 1.4%  | 0             | 0.0%  | 3           | 4.2%  | 0     | 0.0%  | 0           | 0.0%  | 23       | 31.9% | 19  | 26.4% |
| 漢方薬 (n=32)    | 2      | 6.3%  | 10            | 31.3% | 17          | 53.1% | 1     | 3.1%  | 0           | 0.0%  | 0        | 0.0%  | 0   | 0.0%  |
| その他 (n=0)     | 0      | 0.0%  | 0             | 0.0%  | 0           | 0.0%  | 0     | 0.0%  | 0           | 0.0%  | 0        | 0.0%  | 0   | 0.0%  |

|               | 起立性低血圧 |       | 体重増加・脂質・血糖の上昇 |       | 性機能障害 |       | 離脱症状・反跳現象 |       | 乱用・依存性 |       | 薬物相互作用 |       | その他 |       |
|---------------|--------|-------|---------------|-------|-------|-------|-----------|-------|--------|-------|--------|-------|-----|-------|
|               | 回答数    | %     | 回答数           | %     | 回答数   | %     | 回答数       | %     | 回答数    | %     | 回答数    | %     | 回答数 | %     |
| 抗うつ薬 (n=80)   | 11     | 13.8% | 14            | 17.5% | 30    | 37.5% | 19        | 23.8% | 3      | 3.8%  | 15     | 18.8% | 2   | 2.5%  |
| 気分安定薬 (n=65)  | 1      | 1.5%  | 6             | 9.2%  | 0     | 0.0%  | 0         | 0.0%  | 2      | 3.1%  | 10     | 15.4% | 7   | 10.8% |
| 抗精神病薬 (n=79)  | 10     | 12.7% | 63            | 79.7% | 18    | 22.8% | 1         | 1.3%  | 0      | 0.0%  | 5      | 6.3%  | 3   | 3.8%  |
| 抗不安薬 (n=75)   | 4      | 5.3%  | 0             | 0.0%  | 0     | 0.0%  | 30        | 40.0% | 60     | 80.0% | 3      | 4.0%  | 1   | 1.3%  |
| 抗てんかん薬 (n=56) | 0      | 0.0%  | 2             | 3.6%  | 0     | 0.0%  | 1         | 1.8%  | 1      | 1.8%  | 9      | 16.1% | 8   | 14.3% |
| 睡眠薬 (n=72)    | 3      | 4.2%  | 0             | 0.0%  | 0     | 0.0%  | 27        | 37.5% | 56     | 77.8% | 4      | 5.6%  | 0   | 0.0%  |
| 漢方薬 (n=32)    | 0      | 0.0%  | 0             | 0.0%  | 0     | 0.0%  | 0         | 0.0%  | 0      | 0.0%  | 1      | 3.1%  | 6   | 18.8% |
| その他 (n=0)     | 0      | 0.0%  | 0             | 0.0%  | 0     | 0.0%  | 0         | 0.0%  | 0      | 0.0%  | 0      | 0.0%  | 0   | 0.0%  |

## (5) 治療の満足度と薬剤の貢献度

Q4.1 「治療の満足度」と「薬剤の貢献度」について該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。また、現在、薬剤以外の治療法が主体の場合には○印をお付け下さい。

### 1) 治療の満足度

うつ病性障害について、「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 7.4%、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 84.0%であり、治療満足度は 91.4%であった。

非定型うつ病について、「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 1.4%、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 41.1%であり、治療満足度は 42.5%であった。

双極性障害について、「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 5.1%、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 70.9%であり、治療満足度は 75.9%であった。

いずれも「十分満足のいく治療が行えている」との回答は1割にも達しておらず、解決すべき課題があると考えられる。

非定型うつ病については治療満足度が 50%にも達しておらず、3疾患の中で最も課題が多いといえる。

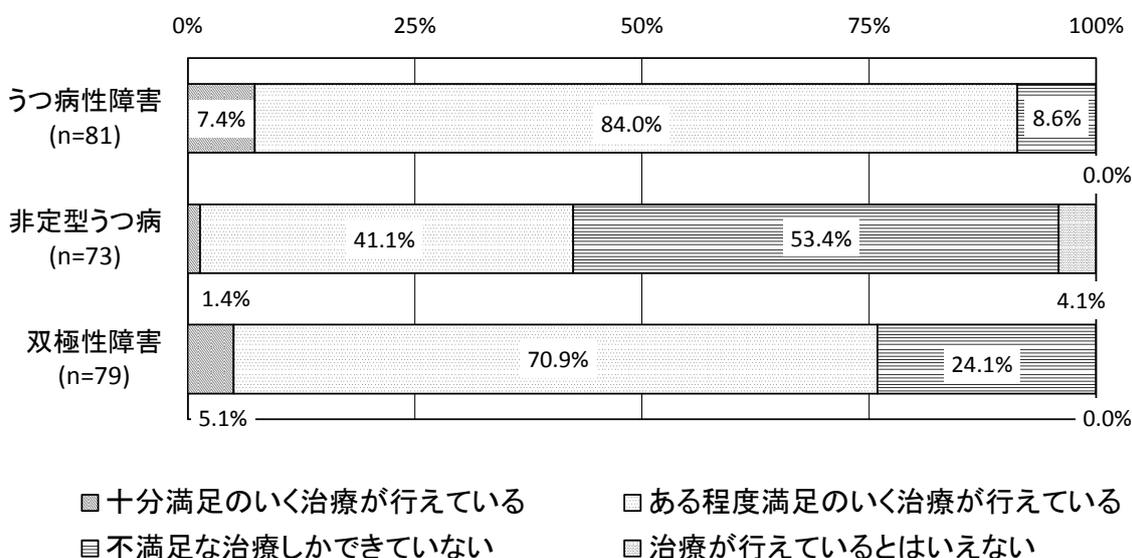
2010 年度に HS 財団が一般内科医を対象に調査した結果（国内基盤技術調査報告書「2020 年の医療ニーズの展望」<sup>1)</sup>）では、うつ病について、「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 2.6%、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 41.9%であり、治療満足度は 44.4%であった。今回、精神科医および心療内科医を調査対象とした治療満足度は 91.4%であり、一般内科医の調査と比較して高かった。

ただし、本調査と 2010 年度の調査のいずれにおいても、「十分満足のいく治療が行えている」との回答は1割にも達しておらず、解決すべき課題がまだ多いと考えられる。

---

<sup>1)</sup> 「国内基盤技術調査報告書 — 2020 年の医療ニーズの展望 —」（ヒューマンサイエンス振興財団、2010 年）

図表 2-2-22 治療の満足度（1つ選択）



|               | 十分に満足のいく治療が行えている |      | ある程度満足のいく治療が行えている |       | 不満な治療しかできていない |       | 治療が行えているとはいえない |      | 合計     | 治療満足度 |       |
|---------------|------------------|------|-------------------|-------|---------------|-------|----------------|------|--------|-------|-------|
|               | 回答数              | %    | 回答数               | %     | 回答数           | %     | 回答数            | %    |        | 回答数   | %     |
| うつ病性障害 (n=81) | 6                | 7.4% | 68                | 84.0% | 7             | 8.6%  | 0              | 0.0% | 100.0% | 74    | 91.4% |
| 非定型うつ病 (n=73) | 1                | 1.4% | 30                | 41.1% | 39            | 53.4% | 3              | 4.1% | 100.0% | 31    | 42.5% |
| 双極性障害 (n=79)  | 4                | 5.1% | 56                | 70.9% | 19            | 24.1% | 0              | 0.0% | 100.0% | 60    | 75.9% |

## 2) 薬剤の貢献度

うつ病性障害について、薬剤が「十分に貢献している」との回答は 28.9%、「ある程度貢献している」との回答は 71.1%であり、薬剤貢献度は 100.0%であった。

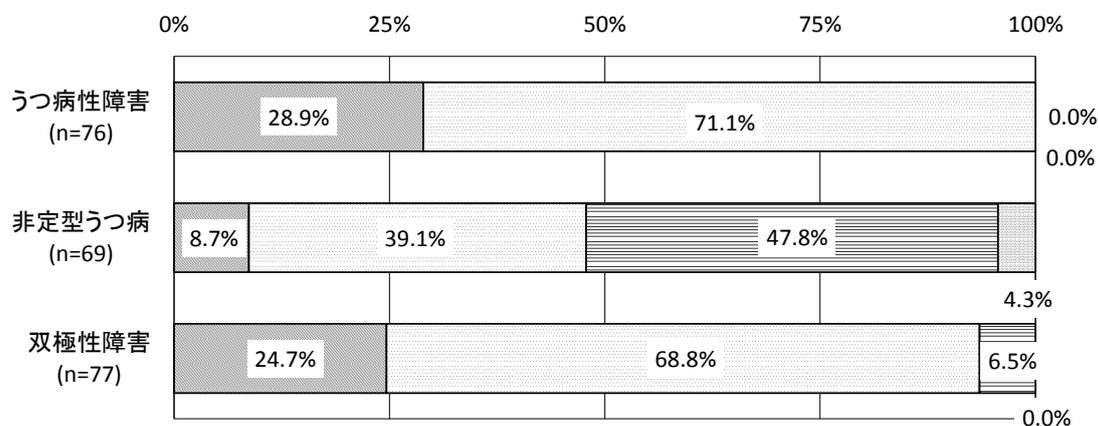
非定型うつ病について、薬剤が「十分に貢献している」との回答は 8.7%、「ある程度貢献している」との回答は 39.1%であり、薬剤貢献度は 47.8%であった。

双極性障害について、薬剤が「十分に貢献している」との回答は 24.7%、「ある程度貢献している」との回答は 68.8%であり、薬剤貢献度は 93.5%であった。

2010 年度に HS 財団が一般内科医を対象に調査した結果（国内基盤技術調査報告書「2020 年の医療ニーズの展望」）では、うつ病について、薬剤が「十分に貢献している」との回答は 8.1%、「ある程度貢献している」との回答は 72.1%であり、薬剤貢献度は 80.2%であった。今回、精神科医および心療内科医を調査対象とした薬剤貢献度は 100.0%であり、一般内科医の調査と比較してやや高く、特に「十分に貢献している」と回答した割合が一般内科医よりも高かった。しかし、「十分に貢献している」との回答は 3 割にも達しておらず、解決すべき課題がまだあると考えられる。

なお、今回の調査において、「うつ病性障害」と「非定型うつ病」でそれぞれ1名から「薬剤以外の治療法が主体」との回答があった。

図表 2-2-23 薬剤の貢献度（1つ選択）



■十分に貢献している □ある程度貢献している ▨あまり貢献していない □効く薬がない

|               | 十分に貢献している |       | ある程度貢献している |       | あまり貢献していない |       | 効く薬がない |      | 合計     | 薬剤貢献度 |        |
|---------------|-----------|-------|------------|-------|------------|-------|--------|------|--------|-------|--------|
|               | 回答数       | %     | 回答数        | %     | 回答数        | %     | 回答数    | %    |        | 回答数   | %      |
| うつ病性障害 (n=76) | 22        | 28.9% | 54         | 71.1% | 0          | 0.0%  | 0      | 0.0% | 100.0% | 76    | 100.0% |
| 非定型うつ病 (n=69) | 6         | 8.7%  | 27         | 39.1% | 33         | 47.8% | 3      | 4.3% | 100.0% | 33    | 47.8%  |
| 双極性障害 (n=77)  | 19        | 24.7% | 53         | 68.8% | 5          | 6.5%  | 0      | 0.0% | 100.0% | 72    | 93.5%  |

Q4.2 気分障害の治療の満足度を向上させるため最も重要と思われる項目に◎印（1つ）、次に重要と思われる項目に○印（2つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

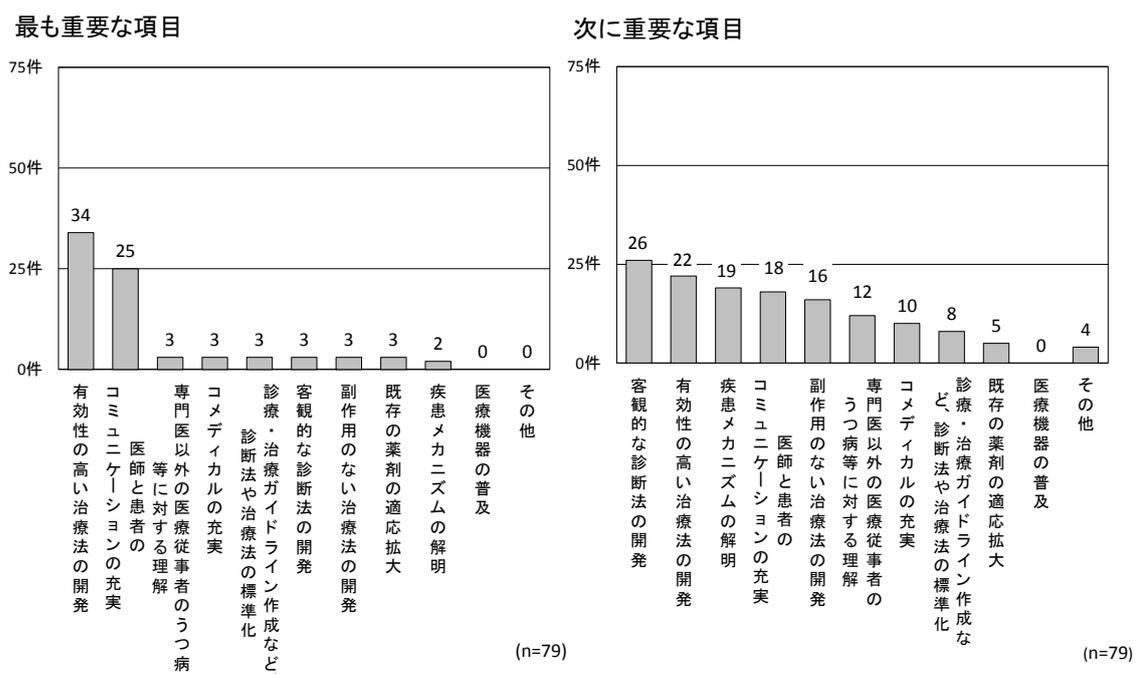
治療満足度を向上させるために最も重要な項目としては、「有効性の高い治療法の開発」を挙げた回答が最も多く（34件）、次いで「医師と患者のコミュニケーションの充実」が多かった（25件）。それ以外の回答はいずれも3件未満であった。

次に重要な項目としては、「客観的な診断法の開発」という回答が最も多く（26件）、次いで「有効性の高い治療法の開発」（22件）、「疾患メカニズムの解明」（19件）、「医師と患者のコミュニケーションの充実」（18件）、「副作用のない治療法の開発」（16件）が多かった。選択肢10項目のうちで20%を超えるものが5項目、10%を超えるものが8項目あり、最重要項目の場合とは異なり回答が分散していた。

しかし、いずれにおいても「医師と患者のコミュニケーションの充実」と「有効性の高い治療法の開発」は上位になっており、回答者が特に重要視していることがうかがわれる。治療法以外に「医師と患者のコミュニケーションの充実」が重要であると考えられている点は注目すべきである。

次に重要な項目として、多くの回答者が「客観的な診断法の開発」を挙げている点も注目すべきである。客観的な診断法は、最重要ではないがニーズは高いと考えられる。

図表 2-2-24 治療の満足度を向上させるために重要な項目



最も重要な項目（1つ選択）

(n=79)

| 最も重要な項目                     | 回答数 | パーセント |
|-----------------------------|-----|-------|
| 有効性の高い治療法の開発                | 34  | 43.0% |
| 医師と患者のコミュニケーションの充実          | 25  | 31.6% |
| 客観的な診断法の開発                  | 3   | 3.8%  |
| 副作用のない治療法の開発                | 3   | 3.8%  |
| 専門医以外の医療従事者のうつ病等に対する理解      | 3   | 3.8%  |
| コメディカルの充実                   | 3   | 3.8%  |
| 診療・治療ガイドライン作成など、診断法や治療法の標準化 | 3   | 3.8%  |
| 既存の薬剤の適応拡大                  | 3   | 3.8%  |
| 疾患メカニズムの解明                  | 2   | 2.5%  |
| 医療機器の普及                     | 0   | 0.0%  |
| その他                         | 0   | 0.0%  |

次に重要な項目（2つ選択）

(n=79)

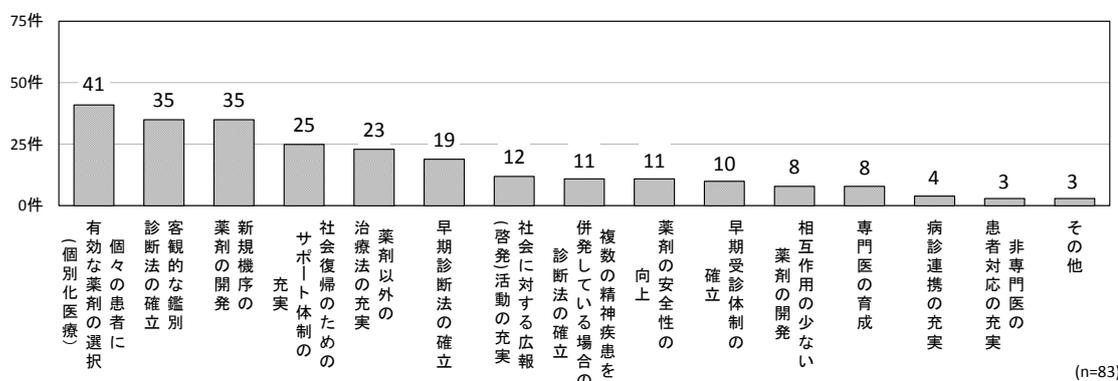
| 次に重要な項目                     | 回答数 | パーセント |
|-----------------------------|-----|-------|
| 客観的な診断法の開発                  | 26  | 32.9% |
| 有効性の高い治療法の開発                | 22  | 27.8% |
| 疾患メカニズムの解明                  | 19  | 24.1% |
| 医師と患者のコミュニケーションの充実          | 18  | 22.8% |
| 副作用のない治療法の開発                | 16  | 20.3% |
| 専門医以外の医療従事者のうつ病等に対する理解      | 12  | 15.2% |
| コメディカルの充実                   | 10  | 12.7% |
| 診療・治療ガイドライン作成など、診断法や治療法の標準化 | 8   | 10.1% |
| 既存の薬剤の適応拡大                  | 5   | 6.3%  |
| 医療機器の普及                     | 0   | 0.0%  |
| その他                         | 4   | 5.1%  |

(6) 今後取り組むべき課題について

Q5.1 気分障害に関して今後取り組むべき課題として、特に重要と思われる項目に○印（3つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

今後取り組むべき課題として最も多かった回答は「個々の患者に有効な薬剤の選択（個別化医療）」であり（41件）、次いで「客観的な鑑別診断法の確立」（35件）、「新規機序の薬剤の開発」（35件）であった。

図表 2-2-25 今後取り組むべき課題（3つ選択）



(n=83)

(n=83)

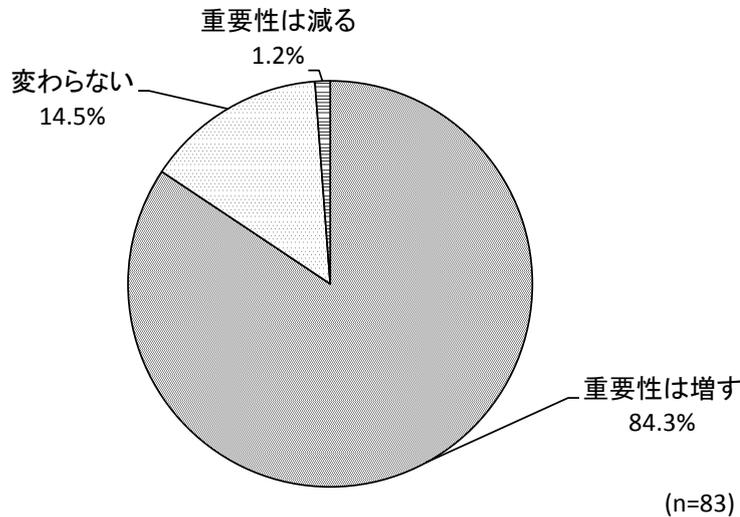
| 項目                      | 回答数 | パーセント |
|-------------------------|-----|-------|
| 個々の患者に有効な薬剤の選択(個別化医療)   | 41  | 49.4% |
| 客観的な鑑別診断法の確立            | 35  | 42.2% |
| 新規機序の薬剤の開発              | 35  | 42.2% |
| 社会復帰のためのサポート体制の充実       | 25  | 30.1% |
| 薬剤以外の治療法の充実             | 23  | 27.7% |
| 早期診断法の確立                | 19  | 22.9% |
| 社会に対する広報(啓発)活動の充実       | 12  | 14.5% |
| 複数の精神疾患を併発している場合の診断法の確立 | 11  | 13.3% |
| 薬剤の安全性の向上               | 11  | 13.3% |
| 早期受診体制の確立               | 10  | 12.0% |
| 相互作用の少ない薬剤の開発           | 8   | 9.6%  |
| 専門医の育成                  | 8   | 9.6%  |
| 病診連携の充実                 | 4   | 4.8%  |
| 非専門医の患者対応の充実            | 3   | 3.6%  |
| その他                     | 3   | 3.6%  |

Q6.1 日本において今後 10 年間で気分障害は重要性を増すと考えますか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。また、回答の理由等を自由にお書き下さい。

今後 10 年間で気分障害の重要性が増すと回答した者は 8 割を超えていた。

その理由については 45 名から 53 件の回答があり、「患者数の増加」（15 件）、「社会環境の悪化（不況等）」（13 件）、「ストレスの増加」（7 件）、「社会的損失の増大」（7 件）の順に多かった。

図表 2-2-26 気分障害の重要性（1つ選択）



| (n=83) |     |       |
|--------|-----|-------|
| 項目     | 回答数 | パーセント |
| 重要性は増す | 70  | 84.3% |
| 変わらない  | 12  | 14.5% |
| 重要性は減る | 1   | 1.2%  |

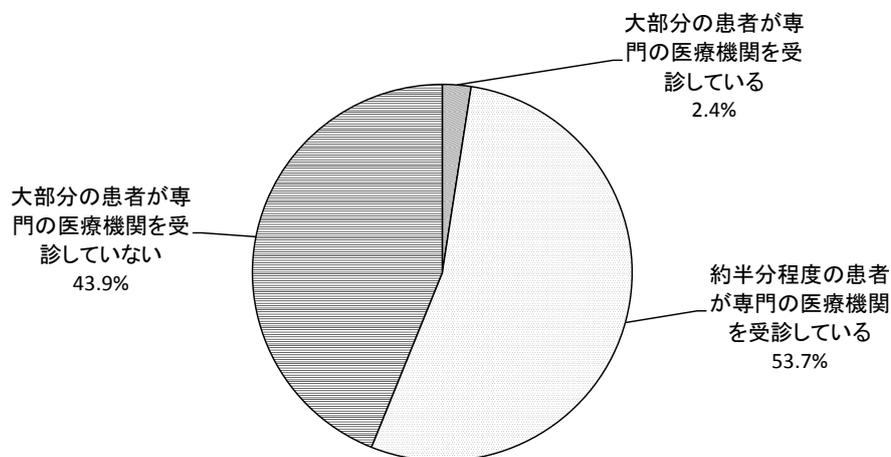
| 回答の理由        | 回答数 |
|--------------|-----|
| 患者数の増加       | 15  |
| 社会環境の悪化（不況等） | 13  |
| ストレスの増加      | 7   |
| 社会的損失の増大     | 7   |
| 高齢化          | 4   |
| 疾患概念の拡大      | 3   |
| その他          | 4   |

**Q6.2** 日本で気分障害を抱えている人々は、専門の医療機関で適切な治療を受けているとお考えでしょうか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。また、選択した理由として該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

「約半分程度の患者が専門の医療機関を受診している」という回答が 53.7%で最も多く、次いで「大部分の患者が専門の医療機関を受診していない」が 43.9%であった。回答者の大部分が、専門の医療機関で適切な治療を受けている患者の割合は低いと考えていることがうかがえる。

その理由として最も回答が多かったのは「受診・受療に対する患者の躊躇」であり（45件）、次いで「患者の精神疾患の理解不足（啓発不足）」が多かった（36件）。

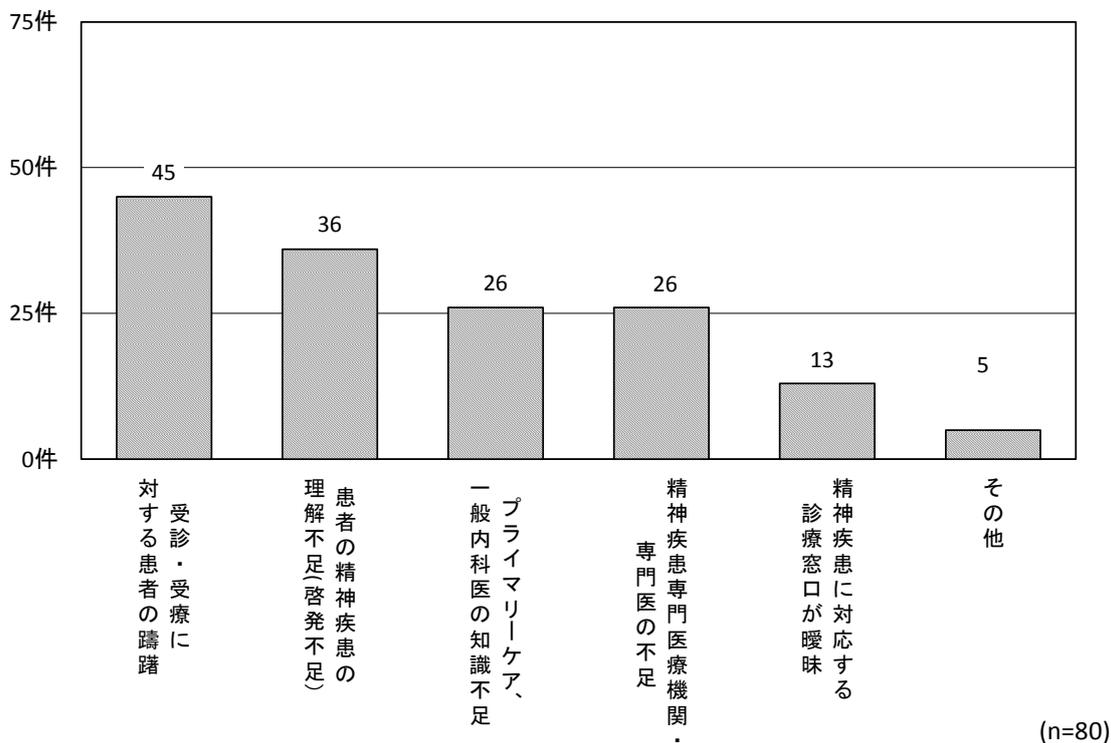
図表 2-2-27 専門の医療機関の受診（1つ選択）



(n=82)

| 項目                      | 回答数 | パーセント |
|-------------------------|-----|-------|
| 大部分の患者が専門の医療機関を受診している   | 2   | 2.4%  |
| 約半分程度の患者が専門の医療機関を受診している | 44  | 53.7% |
| 大部分の患者が専門の医療機関を受診していない  | 36  | 43.9% |

図表 2-2-28 上記回答の理由（複数選択）



(n=80)

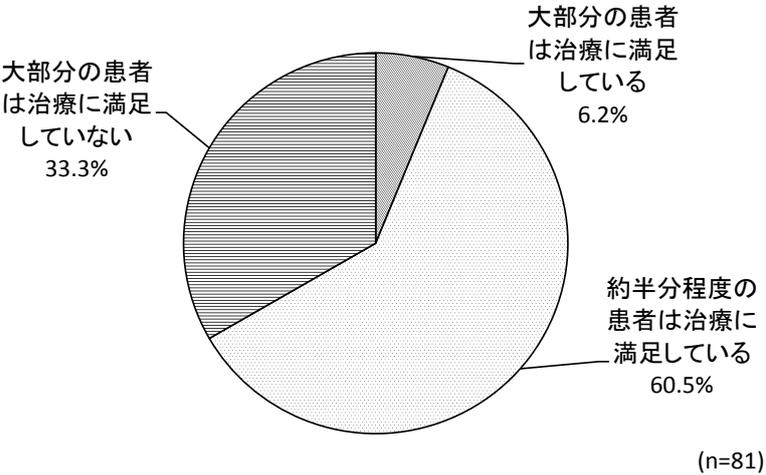
| 項目                  | 回答数 | パーセント |
|---------------------|-----|-------|
| 受診・受療に対する患者の躊躇      | 45  | 56.3% |
| 患者の精神疾患の理解不足(啓発不足)  | 36  | 45.0% |
| プライマリーケア、一般内科医の知識不足 | 26  | 32.5% |
| 精神疾患専門医療機関・専門医の不足   | 26  | 32.5% |
| 精神疾患に対応する診療窓口が曖昧    | 13  | 16.3% |
| その他                 | 5   | 6.3%  |

**Q6.3** 日本で気分障害の治療を受けている患者は治療に満足しているとお考えでしょうか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。

日本で気分障害の治療を受けている患者のうち「約半分程度の患者は治療に満足している」という回答が最も多く（60.5%）、次いで「大部分の患者は治療に満足していない」が多かった（33.3%）。

Q4.1 で、うつ病性障害、双極性障害の治療満足度がそれぞれ 91.4%、75.9%であったことと比較すると、回答者が考える患者の満足度は低く、大きな乖離がある。患者の満足度を上げることが今後の課題であると考えられる。

図表 2-2-29 日本における治療の満足状況（1つ選択）



| 項目                 | (n=81) |       |
|--------------------|--------|-------|
|                    | 回答数    | パーセント |
| 大部分の患者は治療に満足している   | 5      | 6.2%  |
| 約半分程度の患者は治療に満足している | 49     | 60.5% |
| 大部分の患者は治療に満足していない  | 27     | 33.3% |

(7) 要望（患者、医師および医療従事者、行政、医療産業）

Q7.1 気分障害に関して患者、医師および医療従事者、行政、製薬メーカー、医療機器メーカー等に対するご意見やご要望がありましたら、自由にお書き下さい。

1) 患者への意見や要望

33 名から 36 件の回答があった。患者に対する要望で最も多かったのは「疾患理解」（10 件）であり、次いで多かったのは「正しい情報判断」（5 件）と「専門医受診」（5 件）であった。「服薬の継続」、「早期受診」、「周囲の疾患理解」という意見も、それぞれ 3 件あった。正しい情報判断のもとに病気を理解し、早期に専門医を受診してほしいと望んでいることがうかがわれる。また、「その他」には「生活習慣の修正」といった意見もみられた。

図表 2-2-30 要望（患者、医師および医療従事者、行政、医療産業）

| 患者への意見や要望 | 回答数 |
|-----------|-----|
| 疾患理解      | 10  |
| 正しい情報判断   | 5   |
| 専門医受診     | 5   |
| 服薬の継続     | 3   |
| 早期受診      | 3   |
| 周囲の疾患理解   | 3   |
| その他       | 7   |

2) 医師および医療従事者への意見や要望

36 名から 45 件の回答があった。医師および医療従事者に対する要望で最も多かったのは「適切な投薬・治療」（19 件）であり、次いで「丁寧な診断」（9 件）、「適切な疾患理解」（8 件）であった。疾患を正しく認識し、丁寧に診断を行い、適切な投薬・治療を行うことが望まれている。「その他」には、「受け入れ体制の整備」、「専門医への紹介」といった意見もみられた。

| 医師および医療従事者への意見や要望 | 回答数 |
|-------------------|-----|
| 適切な投薬・治療          | 19  |
| 丁寧な診断             | 9   |
| 適切な疾患理解           | 8   |
| 非専門医の専門教育受講       | 4   |
| その他               | 5   |

### 3) 行政への意見や要望

33 名から 36 件の回答があった。行政に対する要望で最も多かったのは、時間をかけた診療が可能となるような「医療保険制度の充実」(9 件) であり、次いで多かったのは、「啓発活動」(5 件)、地域連携などの「システムの整備」(5 件) であった。「研究助成の充実」、「自殺対策」、「患者サポート」、「適応外処方への認可」を望む意見もそれぞれ 2 件挙げられていた。「その他」には、「高齢者の気分障害対策」、「精神疾患予防への注力」といった意見もみられた。

| 行政への意見や要望 | 回答数 |
|-----------|-----|
| 医療保険制度の充実 | 9   |
| 啓発活動      | 5   |
| システムの整備   | 5   |
| 適切な薬剤の承認  | 3   |
| 研究助成の充実   | 2   |
| 自殺対策      | 2   |
| 患者サポート    | 2   |
| 適応外処方への認可 | 2   |
| その他       | 8   |

### 4) 製薬メーカーへの意見や要望

29 名から 30 件の回答があった。製薬メーカーに対する要望で最も多かったのは「新薬の開発」(12 件) であり、次いで「正しい情報提供」(7 件)、「利益優先主義からの脱却」(4 件) であった。「その他」には、「薬剤間比較試験実施」、「適応拡大」といった、市販後の対応に関する意見や、「バイオマーカーの開発」という意見もみられた。

開発を望む新薬の内容については、8 名から 10 件の具体的な記載があった。最も多かった意見は「副作用の少ない薬」(3 件) であり、次いで「即効性がある薬」(2 件)、「新たな作用機序の薬」(2 件) であった。

| 製薬メーカーへの意見や要望 | 回答数 |
|---------------|-----|
| 新薬の開発         | 12  |
| 正しい情報提供       | 7   |
| 利益優先主義からの脱却   | 4   |
| その他           | 7   |

| 開発を望む新薬     | 回答数 |
|-------------|-----|
| 副作用の少ない薬    | 3   |
| 即効性がある薬     | 2   |
| 新たな作用機序の薬   | 2   |
| 有効性が高い薬     | 1   |
| 投与回数が少ない薬   | 1   |
| 非定型うつ病に有効な薬 | 1   |

#### 5) 医療機器メーカーへの意見や要望

12名から15件の回答があり、そのうち12件は開発に関するものであった。その中にはバイオマーカー、画像システムなど、「診断技術に関する開発」が9件と最も多かった。「その他」には、「海外からの積極的な医療機器の導入」といった意見もみられた。

| 医療機器メーカーへの意見や要望 | 回答数 |
|-----------------|-----|
| 診断技術に関する開発      | 9   |
| 治療技術に関する開発      | 2   |
| 新規開発・研究         | 1   |
| その他             | 3   |

## (8) 自由意見

Q8.1 気分障害の予防、診断、治療等において現在満たされていない医療ニーズ (unmet medical needs) について、先生が診療されている気分障害の患者の特徴的なところ、最近、気になる点や注目される点等について、自由にお書き下さい。

34名から45件の自由意見があった。

診断治療マニュアルの整備等の「疾患概念の整理が必要」という意見が最も多く(14件)、次いで医療従事者の増員、患者支援プログラムの充実などの「患者受入体制の整備が必要」(10件)、バイオマーカーのような明確な診断方法の開発などの「技術の進歩が必要」(6件)の順であった。「その他」では、「自殺対策の推進」、「疾患啓発の推進」、「薬剤の適正使用」など、Q7.1と重複する意見が目立った。

図表 2-2-31 自由意見

| 自由意見         | 回答数 |
|--------------|-----|
| 疾患概念の整理が必要   | 14  |
| 患者受入体制の整備が必要 | 10  |
| 技術の進歩が必要     | 6   |
| 周囲の疾患理解が必要   | 4   |
| 医療保険制度の充実が必要 | 3   |
| その他          | 8   |

## 第3章 ヒアリング調査

### 3-1 ヒアリング調査方法

#### (1) 調査の目的

今回実施したアンケートの調査結果を解釈、分析する上で、結果の妥当性、およびその結果の背景にある事実や要因等について専門医の意見を得る必要があると考えたため、ヒアリング調査を実施した。

#### (2) 調査対象

以下の専門医5名に対してヒアリングを行った（施設名五十音順、敬称略）。

|                                 |      |        |
|---------------------------------|------|--------|
| 群馬大学大学院<br>医学系研究科神経精神医学         | 准教授  | 福田 正人  |
| 国立下総精神医療センター                    | 院長   | 野島 照雄  |
| 国立精神・神経医療研究センター<br>神経研究所疾病研究第三部 | 部長   | 功刀 浩   |
| 東京厚生年金病院<br>精神科・心療内科            | 主任部長 | 大坪 天平  |
| 防衛医科大学校病院                       | 病院長  | 野村 總一郎 |

#### (3) 調査内容

今回のアンケート調査結果について、専門医の視点による確認が必要な点やさらに考察を深めるべきと思われる点についてワーキンググループで議論し、その項目について各専門医に直接面談を行い、意見を求めた。アンケート調査結果等の資料は、事前に調査対象者に配布した。ヒアリング質問票を以下に示す。

#### 1. 診断について

- 気分障害の鑑別診断における課題について、先生のお考えをお聞かせ下さい（アンケート結果では、双極性障害の鑑別の難しさを挙げた回答が比較的多めでした）。
- 特に、どのような場面で課題や困難があるでしょうか。今後の検査・診断への期待も含め、お教え下さい。

#### 2. 治療について

- 専門医のお立場から、治療目標はどこに置かれていますか。疾患によって、また重症度によって、違いはありますでしょうか。
- 今回のアンケート結果では、90%以上の回答者が、うつ病では満足 of いく治療が行えていると回答していました。この結果について、先生のお考えをお聞かせ下さい（なお、2010年度に一般医を対象としたアンケート結果では、満足 of いく治療が行えているとの回答者は44%でした）。
- 上記の医師の治療満足度と、実際の患者の満足度は一致しているとお考えになりますか。また、原因や必要な対策について、お考えをお教え下さい。

#### 3. 医療ニーズについて

- 気分障害の医療ニーズとして、現在、または将来的にどのような点が重要とお考えでしょうか。

#### 4. 対象疾患の定義について

- 本調査では、近年増加が指摘されている新しいタイプのうつ病として「非定型うつ病」を対象疾患に加えました。この点について、お考えをお聞かせ下さい。
- 「非定型うつ病」を加えた事により、特に回答傾向を解釈する上で、考慮すべき点はありますでしょうか。

#### 5. その他

- 本調査に関して、先生のお考えやご意見がありましたら、どうかお聞かせ下さい。

#### (4) まとめ方

各専門医に対するヒアリングを通じて得られた数多くの貴重な意見、指摘事項を踏まえ、本ワーキンググループのメンバーによってアンケート調査結果の解釈、分析を行い、本ワーキンググループの意見として取りまとめた。

### 3-2 ヒアリング調査結果

#### (1) 診療の現状について

気分障害全体で患者数が増加する傾向にあると考えられるが、増加した患者の多くは数十年前には来院しなかった軽症の患者であり、入院が必要な重症患者の数には変化がないと考えられる。また、今後気分障害の啓発が進めば、受診者数も増加するであろう。精神科を受診することに抵抗がなくなってきており、一般内科での精神疾患の治療薬の処方数も増加している。

受診患者の属性に関しては、医療機関の所在地の影響が出ることも予想される。例えば、オフィス街に立地する医療機関では、「うつ病性障害」でも男性の割合が多いという回答に繋がると考えられる。「非定型うつ病」に関しては、30代までの発症が多く、その後治療せずに慢性化するケースが少なくない印象である。

#### (2) 診断について

##### 1) 鑑別診断の現状と課題

###### ① 操作的診断

米国精神医学会の DSM-IV は、診断する医師が異なっても同じ患者であれば同じ診断結果が得られることを意図した診断ツールであり、この基準の導入・改定により操作的診断は容易になった。これにより、診断方法の教育を行った上である程度の時間をかければ、診断ができるようになった。しかし、従来の難治性うつ病と DSM-IV の「大うつ病性障害」は必ずしも一致しない等、この方法による診断と疾患概念にはなお乖離があり、その結果、治療が必ずしも奏功するとは限らない。同一診断名でありながら薬剤反応性が異なる症例を分けるため、生物学的な観点も反映して、必要に応じて改定すべきと考えられる。気分障害の生物学的基盤・背景に関しては研究が進展し、解明されている点もあるが、未解明の点も多い。

ICD-10 も同様の操作的診断であり、アンケート結果でも DSM-IV に次いで使用率が高い。研究論文では主に DSM-IV が用いられ、公的資料では ICD-10 が用いられている。診療においては、使い慣れたいずれかを用いる場合が多いようである。ただ、DSM-IV の診断結果と ICD-10 の診断結果には乖離がある場合もあると考えられる。さらに、これら以外の診断基準を用いている場合もあり、複数の基準が使われている。

###### ② 鑑別が困難な疾患

操作的診断ではその時点の診断結果が得られるが、経過を観察しないと明確な鑑別診断ができない場合も多い。「双極性障害」と「うつ病性障害」の鑑別診断を考えた場合、「双極性障害」ではうつ状態を呈して 10 年以上経過してから初めて躁病相が認められる患者も少なくなく、現在の診断方法では双極性障害と正しく診断されない可能性が高い。また、「統合失調症」の患者が抗うつ薬を服用すると症状が増悪するため、「うつ病性障害」と

の鑑別が重要であるが、明瞭な幻覚・妄想が現れなければ「うつ病性障害」と診断されて治療が継続される懸念もある。高齢者では、「認知症」の初期にうつ症状が観察されることもあり、一時点での症状で診断することの危険性が考えられる。

また、薬剤反応性の有無による鑑別も難しい。「うつ病性障害」患者であっても抗うつ薬が奏功するのは約 3 割、またある程度効果が見られるのが約 3 割と報告されている。薬剤反応性が異なり、なおかつ個人差が大きいことがより鑑別診断を複雑化していると考えられる。

「統合失調症」と「双極性障害」は、合併・併発による症状のオーバーラップや発現している遺伝子のオーバーラップといった類似性が認識されている。また、「適応障害」は、抗うつ薬でなく環境調整・心理療法で対応すべきであり、「うつ病性障害」との鑑別が重要になる。

### ③ 近年治療対象となった疾患

「非定型うつ病」は、操作的診断基準により診断が可能になった。抗うつ薬に対して反応性があることから、実際に生物学的背景も存在すると考えられるが、疾患概念にはなお曖昧な点も多い。「非定型うつ病」に該当する症状は、「うつ病性障害」が軽快する段階で現れることがあり、また抗うつ薬や抗精神病薬の過剰投与の副作用としても観察されるため、より一層生物学的背景を明らかにすることが重要である。本来、「非定型うつ病」はモノアミン酸化酵素阻害薬への反応性が高いタイプのうつ病として識別されてきたが、最近ではこの疾患概念が疑問視されてきており、今後疾患分類が見直される可能性もある。

「非定型うつ病」は数十年前には治療対象とされていなかったが、薬剤で症状の改善が認められることから治療の対象と考えられるようになった。これに対して「新型うつ病」は造語であり、社会現象として一括りに表現されることが多く、疾患名と混同すべきではない。

## 2) 新しい診断方法・技術への期待

遺伝子検査、血液生化学検査、内分泌的検査等、バイオマーカーを探索する試みは過去 40 年にわたり続けられているが、これまでの確なバイオマーカーの発見には至っていない。脳において発現する遺伝子の数が非常に多い点、また、脳は他臓器に比べて個人差が大きい点が、有用な遺伝子検査の開発につながっていない要因となっている。さらに、時間の経過によって新たな症状が現れるため、バイオマーカーも症状により変化している可能性もある。しかし、症状に基づく診断だけでは鑑別が困難なことも多く、バイオマーカーは薬剤反応性・有効性の判定において重要であり、近年の脳科学の進展に伴い、今後も引き続き期待される分野である。

NIRS（光トポグラフィー）は、実臨床で用いている施設もあるが、特異度が低いこと、自律神経の活動状況を測定している、あるいは皮膚血流を測定している、などの理由から、

「うつ病性障害」の診断における有効性には一致が見られていない。しかし、多忙な医療現場においては、簡便で短時間で結果が得られる診断方法の導入には意義があり、有効性が確かめられて保険適用されれば実臨床でも普及すると予想される。

心理検査について、双極性障害とうつ病性障害の鑑別に関する報告がなされていることから、今後重要な診断方法になる可能性がある。

### (3) 治療について

#### 1) 治療目標の考え方

基本的には、日常生活に支障がなく職場復帰・社会復帰などができることを重視する。アンケート結果において、疾患ごとに「完全治癒を目指す」との回答の割合が異なるのは、症状や薬剤反応性、重症度など、患者の状態に応じて治療目標を設定するためであろう。

治療目標の設定に関しては、「治療開始時には完全治癒を目指し、再発後には治療を継続しながら日常生活に支障が生じないという目標を再設定する」など、経過に応じて変更されているものと考えられる。また、症状の改善が困難であっても、ケアを受けつつ日常生活・社会生活を送る、という選択肢もあるだろう。「双極性障害」は、一般的に再発率が高いことが知られていることから、アンケート結果では「日常生活および社会生活にはほぼ支障がない」ことを治療目標にしている回答者の割合が比較的高かったと考えられる。

一般的に、どの疾患でも軽症だからといって治癒率が高いとは限らない。「非定型うつ病」も同様で、症状としては軽度であっても治療には抵抗性を示すと考えられる。治療目標に関するコンセンサスが低いという可能性もある。

#### 2) 治療方法の現状と課題

##### ① 薬剤による治療法

特に、各薬剤に反応する疾患・症状を識別して薬剤を選択・処方することが重要であり、そのためのバイオマーカーの開発も期待されている。

「うつ病性障害」において、抗うつ薬により 4~6 週間でうつ症状が改善する場合もあるが、むしろ改善しない場合のほうが多い。日本における抗うつ薬の用量は海外と比較して少ない傾向も指摘されており、増量によって治療効果が現れるという指摘もある。

「非定型うつ病」に対しては「うつ病性障害」の治療法・治療薬が用いられているのが現状であるが、反応性は良好ではないと考えられる。

「双極性障害」のうつ症状に対しては、以前は抗うつ薬も多用され、抗うつ薬が有効である患者もある程度存在するが、一般的に有効性が低く、選択肢が少ない。抗精神病薬で「双極性障害」に保険適用のある薬剤も使用されている。

併用する場合における薬剤の種類は、一般的に 2 剤程度とされているが、4~5 剤を併用する医師も少なくない。それにより症状が悪化する場合や診断が困難になる場合もあることから、薬剤の処方には的確な判断が望まれる。

薬物療法においてアドヒアランスは重要であり、患者は気分の改善を重要視し、それがアドヒアランスを左右することから、その患者にとって効果がある薬物療法の実践が重要であろう。

SSRI（セロトニン再取り込み阻害薬）は、以前に使われていた薬剤と比較して、副作用が改善されているが、患者の副作用軽減への要望も厳しくなっている印象もある。

精神疾患の症状は多様であることから、ある一つの受容体に基づいて症状の全体像を説明するのは困難であると考えられる。どの症状にどの薬剤が有効であるかの情報を得るためには、治験だけでなく実臨床における情報を活用する必要がある。

## ② 薬剤以外の治療法

全体としては、薬剤以外の治療法は十分に活用されていないと考えられる。

「認知行動療法」や「職業リハビリテーション」はともに手間のかかる方法であり、実施可能な施設は限られることから、実際には薬剤以外の治療法を実施している医師の割合は、アンケート結果の数値より低いであろう。回答の中には診療報酬で規定されている内容には満たない事例が多く含まれていた可能性が考えられる。

メラニコリック型の一部の患者では、薬物療法よりも心理学的治療などの精神療法が望ましいが、精神療法によって症状が悪化する患者が存在することにも留意すべきである。

「通電療法」の治療効果は高いが、設備投資が必要であること、手間が掛かることから、今後普及する可能性は必ずしも高くないと考えられる。一方、「反復経頭蓋磁気刺激法（Repetitive transcranial magnetic stimulation、rTMS療法）」は薬物療法の代替となる治療法であり、外来でも実施可能なため、治療の選択肢増という点でも期待される。

将来的には、iPS細胞による再生医療などについても期待したい。

## 3) 治療満足度と薬剤貢献度

アンケート調査結果では、90%以上の回答者が、「うつ病性障害」の治療について「十分満足」あるいは「ある程度満足」と回答した。この結果については、実際よりも高いとの印象であるが、内訳はほとんどが「ある程度満足」であり、精神医学的に元の状態に戻ってはいるものの、患者自身にとっては元通りの社会生活を送りたい、副作用がある、本当は服薬を止めたい、通院を止めたい等、理想の状態ではない状況を反映していると考えられる。また、薬剤反応性などの回答者自身が行っている処置・治療に対する自己満足度について回答している可能性も考慮すると妥当な結果であると考えられる。精神科には様々な患者が来院し、疾患、重症度、病態、満足の定義も異なるため、それぞれにある程度対応できていれば満足と回答している可能性もある。

一方、2010年度に実施した一般医を対象とした調査結果では、44%の回答者が、「うつ病性障害」の治療について「十分満足」あるいは「ある程度満足」と回答した。今回の調査結果よりも低いことに関しては、一般内科医の印象と考えられ、妥当な結果といえるの

ではないか。一般内科医にとって、うつ病性障害の治療は必ずしも容易ではないと推察される。

「非定型うつ病」に関しては、「不満足な治療しかできていない」との回答が半分以上を占めており、今後の病態解明と治療法の改善が求められる疾患であると考えられる。

アンケート結果で、医師の治療満足度に比べて医師が考える患者の治療満足度の方が低くなっていた理由は、患者自身の治療満足度がより低いと想像される。医師の治療目標は現実的であるが、患者の目標はより理想的であり、治療しなくてもよい寛解の状態を望む場合が多い。また、精神疾患においては患者が多様性を示すこと、診療経験のウェイトが大きいことなどから、診療を担当する医師によっても、患者の治療満足度は異なるであろう。したがって、アンケート結果にみられた医師が推測する患者の満足度は妥当であると考えられる。

薬剤貢献度では、薬物療法の内容が類似している「うつ病性障害」と「非定型うつ病」の間に差が認められ、現状をよく反映している印象である。また、「双極性障害」では、躁病相に対しては有効性の高い薬剤が存在するものの、うつ病相に対する抗うつ薬の有効性が低いことが、治療満足度の低さにつながっていると考えられる。

治療満足度の向上に重要な点としては、十分な時間をかけた診察、患者からの情報収集、精神科医・精神医療への信頼の回復などが挙げられる。そのためには診療時間を十分に確保しやすい制度や体制も重要である。

#### (4) 気分障害の医療ニーズについて

##### 1) 新しい診断法・治療法について

生物学的背景を持つ疾患分類の実現に向けて、鑑別診断を可能にするバイオマーカーの発見が期待される。有効な薬剤の選択、また治療効果の評価の観点からも、客観的な指標としてのバイオマーカーの開発が望ましい。これについては数十年前から取り組まれているが、必ずしも的確なバイオマーカーは見つかっていない。しかしながら、近年の脳科学の進展に伴い、今後も引き続き期待される分野である。

薬物療法に関しては、新しい機序の薬剤も望まれる。急性期のうつ症状や躁症状は薬剤である程度改善され、薬剤の選択肢も充実してきている。しかし、再発率が依然として高く、再発予防が重要である。また、奏効率の向上も必要である。各薬剤の効き方や効果のある症状の違いについて情報があれば使い勝手が向上するであろう。一方、製薬企業は、気分障害の現状や現場の医師や患者が求めている薬剤について、必ずしも十分に把握できていない印象もある。製造販売後調査などを活用し、医師や患者の要求を的確に把握し、現場の要望を新薬開発につなげることが重要である。

欧米のうつ病治療のガイドラインでは代替医療も規定されており、実際に食事、運動、ハーブなどの代替療法が普及している。日本においても、これらの代替療法の普及や充実およびガイドライン化も望まれる。

臨床心理学的研究や疫学研究などに基づく、世代ごとの疾患・病態の生物学的特徴、併発・原因疾患の解明等、生物学的背景解明の取り組みも期待される。

## 2) 医療提供体制・医療制度について

専門の医療機関を受診していない患者が多いことから、疾患の更なる啓発活動や受診勧奨も必要である。受診へ抵抗感を抱いている患者や、集団健診の対象外である主婦などでは受診の機会を失い、診断や治療がなされていない患者も多いと考えられる。

医療提供体制全体として、病院内のケア・福祉セクションとの連携の強化などの機能向上も重要であると考えられる。

医療制度に関しては、新しい治療技術の活用をサポートする制度の充実が望まれる。また、行政としても、現場の医師や患者の要望を新薬開発に反映できる仕組み作りを支援することも重要であろう。

「双極性障害」では自殺率が高く、「うつ病性障害」の数倍との報告がある。また、先進国では、全疾患分類の中で精神疾患の DALY (Disability-Adjusted Life Years、障害調整生命年) が最も高いとする報告もある。気分障害の患者には若年者が比較的多いため、就業困難になった場合の社会的損失も大きい。症状が改善しても社会生活や家庭生活に支障がある場合もあるため、治療の目標は症状の改善だけでなく、他の指標や項目も考慮する必要がある。現状では病院における診察時間が十分でないことも多く、治療後も継続的にケアすることができる体制も重要である。

### (5) まとめ

気分障害の診療における課題としては、診断基準と疾患概念の乖離、また、それによって治療法が十分に確立できていないこと、薬剤の奏功率が高くないこと、さらに多剤投与が挙げられる。また、疾患の啓発、操作的診断基準と副作用の少ない薬剤の普及により、一般内科で気分障害の患者の診療が増加している点について、一般内科医は精神科専門医と異なり、多様な患者の診療経験や症例情報が必ずしも豊富でないこと、経過把握に重要な医師と患者との関わりが必ずしも十分でないことなどから、懸念する意見があった。

治療満足度に関しては、医師は患者の重症度や薬剤反応性、再発の状況など様々な要因を勘案して最善の選択を行うことを目指す一方で、患者は発症前の状態に戻ることを求める傾向があることから、医師よりも治療満足度が低いと考えられる。治療満足度の向上には、医師と患者の信頼関係の構築が重要であり、そのためにはある程度時間をかける必要がある。

将来的には、生物学的背景の研究やそれに対応した疾患分類の構築と、疾患分類や診断基準へのコンセンサスの実現、またそれに沿った診断・治療法の開発が重要である。また、新しい治療技術開発、早期受診や社会復帰・日常生活の回復などの場面で行政の支援も望まれる。

## 第4章 文献情報

### 4-1 気分障害について

#### (1) 気分障害の分類

ある程度の期間にわたって持続する気分（感情）の変調によって苦痛を感じたり、日常生活に何らかの支障をきたしたりする状態のことを気分障害という。うつ病や双極性障害など広範な精神疾患がこれにあてはまる。文字どおり気分が沈んだり、昂揚したりする疾患で、以前は感情障害と呼ばれていた。笑ったり泣いたりする感情の病気というよりも、もっと長く続く身体全体の調子の病気ということで、気分障害と呼ばれるようになった。

精神疾患の主要な分類法には ICD-10（WHO の診断基準）と DSM-IV（米国精神医学会の診断基準）があるが、細かな分類に異なる点があるものの概念はほぼ同じである。ICD-10 と DSM-IV における気分障害の代表的なものとしてはうつ病性障害、非定型うつ病や双極性障害がある。なお、この分類の詳細については、次項の「気分障害の診断基準」で述べる。

#### 1) うつ病性障害（大うつ病性障害）

うつ病性障害とは、抑うつ気分や不安・焦燥、精神活動の低下、食欲不振、不眠症などを特徴とする精神疾患である。DSM-IV では「大うつ病性障害」と呼ばれているが、この「大」は *major* の訳で、気分の落ち込み方が大きいという意味ではなく、「主要な」とか「中心的な」という意味である。

DSM-IV では、うつ病性障害を「ある程度症状の重い大うつ病」と「軽いうつ状態が続く気分変調症」の2つに分類している。うつ病性障害の成因から、「心理的誘因が明確でない内因性うつ病」（狭義の「うつ病性障害」）と「心理的誘因が特定できる心因性うつ病」（狭義の「適応障害」）に分類する方法もある。前者は客観的であることから研究には優れているものの、臨床現場ではなぜうつ病性障害になったのかという心理的誘因の評価を欠かすことができない。その意味で、後者は治療を進めて行くに重要であると考えられる。従来診断では「こころの病気」である神経症性のうつ病と、「脳の病気」である内因性うつ病とが別々に分類されていたが、現在の診断ではうつ病性障害は脳と心の両面から起こるとされている。

厚生労働省<sup>1)</sup>によると、うつ病性障害の12ヶ月有病率（過去12ヶ月間に経験した者の割合）は世界的に見ると1~8%であるのに対して、日本では1~2%と低くなっている。また、生涯有病率（これまでうつ病性障害を経験した者の割合）は世界では3~16%であるが、日本では3~7%と低い。この日本における有病率や生涯有病率の低さは、受診率があまり高くないためといわれる。うつ病性障害は一般的に女性や若年者に多いといわれるが、日本では中高年でも頻度が高く、社会経済的影響が大きい。

## 2) 非定型うつ病

うつ病性障害は気分が落ち込む状態が長期にわたって持続し、気分が明るくならない。これに対して、好きなことをしているときなどは気分が明るくなるタイプのうつ病性障害がある。これを非定型うつ病といい、一般的なうつ病性障害の半分くらいはこの非定型うつ病といわれる。非定型うつ病は次に述べる双極性障害の初期症状と区別しにくいために、特に親族に双極性障害の患者がいる場合は注意が必要といわれる。非定型うつ病は圧倒的に女性が多く、10～30代女性のうつ病の多くはこれではないかともいわれている。

以下に「非定型うつ病とうつ病性障害の主な特徴」を示す。

図表 4-1-1 非定型うつ病とうつ病性障害の主な特徴

|        | 非定型うつ病                            | 従来うつ病                      |
|--------|-----------------------------------|----------------------------|
| 気分反応性  | 強い。良いことがあれば気分が良くなり、悪いことがあれば強く落ち込む | ない。ほとんど全てのことに関心を失い、喜びをもてない |
| 抑うつ気分  | 了解可能な憂うつ                          | 了解が困難な病的な抑うつ               |
| 睡眠     | 過眠、睡眠覚醒リズム障害(昼夜逆転)、朝の目覚めが悪い       | 入眠障害、中途覚醒が多い               |
| 食欲・体重  | 過食、体重増加が多い                        | 食欲低下、体重減少が多い               |
| 疲労感    | 強い。手足が鉛のように重くなる                   | 全身倦怠感がしばしばある               |
| 気分の変動性 | 夕方から夜にかけて悪い                       | 朝方が悪い                      |
| 基本的心性  | 過敏。他人の顔色をうかがう                     | 他人配慮的、罪悪感を持ちやすい            |

## 3) 双極性障害(躁うつ病)

うつ状態だけが起こるのがうつ病であるが、このうつ状態に加えてその対極の躁状態も現れ、これらを繰り返す慢性的な病気が双極性障害である。従来は躁うつ病と呼ばれていたが、両極端な病状が起こるという意味の「双極性障害」と呼ばれるようになった。躁状態だけの場合もあるが、経過の中でうつ状態が出る場合が多く、躁状態とうつ状態の両方が出る場合とは特に区別せずに、双極性障害と呼んでいる。

うつ状態に加えて、激しい躁状態が起きる双極性障害を「双極Ⅰ型障害」といい、軽い躁状態が起こる双極性障害を「双極Ⅱ型障害」という。双極性障害は、うつ状態では死にたくなるなど、症状によって生命の危機をもたらす一方で、躁状態ではその行動の結果によって社会的生命を脅かすことがあるため、重大な疾患であると認識されている。

双極Ⅰ型障害の発症率は欧米では1%前後といわれ、Ⅱ型と合わせると2～3%程度になるといわれる。それに対して日本では、Ⅰ型とⅡ型を合わせても0.7%程度といわれる。日本では双極性障害が少ないように思われるが、文化的・社会的な違いも大きいために一概に比較はできない。日本には数十万人の患者がいると見積もられるが、本格的な調査が少なく、明確なことはいえない状況である。

双極性障害は精神疾患の中でも治療法や対処法が比較的整っているといわれ、薬剤でコントロールすれば通常の生活を送ることが十分に可能である。

## (2) 気分障害の診断基準

### 1) ICD-10<sup>2)</sup>

ICD とは WHO において定められた分類であり、正式には「疾病および関連保健問題の国際統計分類 : International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems」という。国際的に統一した基準を設けることにより時系列の比較や国際比較が可能となり、一般疫学全般や健康管理のための標準的な国際分類となっている。日本では、2006 年 1 月から、ICD-10 (2003 年版) 準拠を適用している。ICD-10 分類の気分障害の項目を以下に記載する<sup>3)</sup>。

図表 4-1-2 ICD-10 分類の気分障害の項目

| 気分【感情】障害 (F 30-F 39)                  |
|---------------------------------------|
| F 30 躁病エピソード                          |
| F 30.0 軽躁病                            |
| F 30.1 精神病症状を伴わない躁病                   |
| F 30.2 精神病症状を伴う躁病                     |
| F 30.8 その他の躁病エピソード                    |
| F 30.9 躁病エピソード、詳細不明                   |
| F 31 双極性感情障害<躁うつ病>                    |
| F 31.0 双極性感情障害、現在軽躁病エピソード             |
| F 31.1 双極性感情障害、現在精神病症状を伴わない躁病エピソード    |
| F 31.2 双極性感情障害、現在精神病症状を伴う躁病エピソード      |
| F 31.3 双極性感情障害、現在軽症または中等症のうつ病エピソード    |
| F 31.4 双極性感情障害、現在精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード |
| F 31.5 双極性感情障害、現在精神病症状を伴う重症うつ病エピソード   |
| F 31.6 双極性感情障害、現在混合性エピソード             |
| F 31.7 双極性感情障害、現在寛解中のもの               |
| F 31.8 その他の双極性感情障害                    |
| F 31.9 双極性感情障害、詳細不明                   |
| F 32 うつ病エピソード                         |
| F 32.0 軽症うつ病エピソード                     |
| F 32.1 中等症うつ病エピソード                    |
| F 32.2 精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード           |
| F 32.3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード             |

|        |                               |
|--------|-------------------------------|
| F 32.8 | その他のうつ病エピソード                  |
| F 32.9 | うつ病エピソード、詳細不明                 |
| F 33   | 反復性うつ病性障害                     |
| F 33.0 | 反復性うつ病性障害、現在軽症エピソード           |
| F 33.1 | 反復性うつ病性障害、現在中等症エピソード          |
| F 33.2 | 反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴わない重症エピソード |
| F 33.3 | 反復性うつ病性障害、現在精神病症状を伴う重症エピソード   |
| F 33.4 | 反復性うつ病性障害、現在寛解中のもの            |
| F 33.8 | その他の反復性うつ病性障害                 |
| F 33.9 | 反復性うつ病性障害、詳細不明                |
| F 34   | 持続性気分「感情」障害                   |
| F 34.0 | 気分循環症<Cyclothymia>            |
| F 34.1 | 気分変調症<Dysthymia>              |
| F 34.8 | その他の持続性気分「感情」障害               |
| F 34.9 | 持続性気分「感情」障害、詳細不明              |
| F 38   | その他の気分「感情」障害                  |
| F 38.0 | その他の単発性気分「感情」障害               |
| F 38.1 | その他の反復性気分「感情」障害               |
| F 38.8 | その他の明示された気分「感情」障害             |
| F 39   | 詳細不明の気分「感情」障害                 |

## 2) DSM-IV <sup>2)</sup>

DSM とはアメリカの精神医学会が定める精神疾患や障害に関する分類や診断基準であり、正式には「精神障害の診断と統計の手引き : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders」という。2000 年に最新版である第 4 版の修正版が公表され、DSM-IV-TR と呼ばれている。DSM-IV-TR 分類の気分障害の項目を以下に記載する <sup>4)</sup>。

図表 4-1-3 DSM-IV-TR 分類の気分障害の項目

|                                    |
|------------------------------------|
| 6. 気分障害                            |
| 双極性障害                              |
| I 型双極性障害・・・躁病とうつ病                  |
| II 型双極性障害・・・軽い躁症状とうつ症状             |
| 気分循環性障害・・・軽い躁症状と軽いうつ症状             |
| 特定不能の双極性障害                         |
| うつ病性障害                             |
| 大うつ病性障害・・・いわゆるうつ病。軽度、中等度、重度に分けられる。 |

気分変調性障害・・・軽いうつ症状が2年以上続く（抑うつ神経症）  
特定不能のうつ病性障害（DSM-IV-TR の試案では「抑うつ関連症候群」）  
抑うつ関連症候群（DSM-IV-TR の試案）  
一般身体疾患を示すことによる気分障害  
特定不能の気分障害

### （3） 気分障害の検査

#### 1) 血液・尿検査<sup>5)</sup>

主に一般的身体状態の把握と身体合併症の鑑別のために、以下のような検査を行う。

- 血算、白血球分画、AST、ALT、 $\gamma$ GTP など
- 尿定性検査、尿沈渣

また、血液中のリン酸エタノールアミン（PEA）の濃度を測定することで、適応障害、健常者、パニック障害とうつ病を区別することが約 9 割可能であるという報告がある。PEA はうつ病の重症度とも関係している可能性が報告されている<sup>6)</sup>。

#### 2) 生理学的検査<sup>5)</sup>

向精神薬、特に三環系抗うつ薬等には心筋伝導障害をきたす可能性のあるものが含まれるため、問題となる変化の有無を既往歴で聴取し、必要な場合は心電図などによって確認する。また脳波は、てんかんや一般身体疾患に伴う気分障害の鑑別に有用である。

#### 3) 内分泌的検査<sup>5)</sup>

内分泌疾患（Cushing's syndrome、Addison's disease、hypoglycemia、hyper-hypothyroidism、hyper-hypocalcemia）に伴う気分障害の鑑別に有用である。

#### 4) 心理検査<sup>5)</sup>

うつ病相の重症度を数値化する意味で、Beck Depression Inventory（BDI）、Self-rating Depression Scale（SDS）、Social Adaptation Self-evaluation Scale（SASS）などの質問紙は補助診断ツールとして有用である。

#### 5) 遺伝子検査<sup>7)</sup>

BDNF（脳由来神経栄養因子）遺伝子のメチル化に、うつ病患者だけに特有の変化パターンがあることが報告されている。

#### 6) 画像検査<sup>5)</sup>

頭部 CT（または MRI）は、中枢神経系器質疾患の鑑別の必要性が高い場合には、何れかの時点で実施する。高齢者では、脳血流シンチグラフィ（SPECT）を実施することが

認知症との鑑別に有用である。

## 7) NIRS（光トポグラフィー）<sup>8)</sup>

光トポグラフィー検査による脳機能評価を精神疾患へ応用することで、うつ病（大うつ病性障害）、双極性障害、統合失調症のいずれの可能性が高いかが示唆される。ただし、結果は確定診断ではなく、あくまで臨床症状にもとづく鑑別診断の補助として用いる。

### （４）気分障害との鑑別が課題と考えられる疾患

アンケートの回答結果などから、気分障害との鑑別が課題である疾患として、統合失調症、認知症、適応障害、人格障害（パーソナリティ障害）、発達障害、不安障害および内分泌疾患の7つが考えられる。これらの疾患の概要について、以下にまとめた。

なお、厚生労働省のホームページ「こころの病気を知る メンタルヘルス」では、「こころの病気」として16疾患（アルコール依存症、うつ病、解離性障害、強迫性障害、睡眠障害、摂食障害、躁うつ病（双極性障害）、適応障害、統合失調症、認知症、パーソナリティ障害、発達障害、パニック障害・不安障害、PTSD、薬物依存症、性同一性障害）が挙げられている。

## 1) 統合失調症

幻覚や妄想という症状が特徴的な精神疾患で、そのために人々と交流しながら家庭や社会で生活を営む機能が障害を受け（生活の障害）、「感覚・思考・行動が病気のために歪んでいる」ことを自分で振り返って考えることが難しくなりやすい（病識の障害）、という特徴を併せ持つ。従来は「精神分裂病」と称されたが、「統合失調症」へと名称が変わっている。多くの精神疾患同様に慢性の経過をとりやすく、その間に幻覚や妄想が強くなる急性期が出現する。新しい薬剤の登場と心理社会的ケアの進歩で、初発患者のほぼ半数は完全かつ長期的な回復を期待できるようになった。

厚生労働省による患者調査<sup>9)</sup>から、受診中の患者数は80万人程度と推計される。世界各国の調査結果から生涯罹患率は人口の約0.5～1%程度と見積もられる。発症は思春期から青年期（10代後半～30代）が多いといわれ、10代後半から20代にピークがあると思われる。男女の発症率の差はないといわれてきたが、診断基準に基づいた詳しい調査では男性に多い傾向にあるとされる。また、男性の発症年齢は女性よりも遅めという。

統合失調症の原因は明確ではないが、進学、就職、独立、結婚などの人生の進路における変化が、発症の契機となることが多いようである。ただし、それらはあくまでもきっかけであって、原因ではないと考えられている。原因には遺伝などの素因と環境の両方が関係している。また、統合失調症患者では、脳にいくつかの変化が生じていることが明らかとなっている。有力な仮説としては、神経伝達物質のひとつであるドーパミンの作用が過剰となると、幻覚や妄想が出現しやすくなることが知られている。さらに、セロトニン、

グルタミン酸や GABA などの神経伝達物質も関与していると考えられている。

症状としては、「幻覚」と「妄想」が代表的である。幻覚とは実際にはないものが感覚として認められるもので、特に聴覚についての幻覚（幻聴）が代表的である。妄想とは明らかに誤った内容であるのに信じてしまい、周りが訂正しようとしても受け入れられない考えである。迫害妄想、関係妄想、注意妄想および追跡妄想が、その代表といわれる。このような幻覚、妄想とともに、生活に障害が現れることも統合失調症の特徴である。引きこもり、抑うつ、無関心などは陰性症状と呼ばれるが、幻覚や妄想に比べて病気による症状とは分かりにくいのが特徴である。周囲から、「社会性がない」、「常識がない」、「心配りに欠ける」、「怠けている」などと誤解されることも多い。

統合失調症の治療は、薬物療法と心理社会的治療を組み合わせで行われる。心理社会的な治療とは、精神療法やリハビリテーションを指す。薬物療法と心理社会的治療を組み合わせると、相乗的な効果が得られることが明らかとなっている。

## 2) 認知症

認知症とは、正常に働いていた脳の機能が低下し、記憶や思考への影響が見られる疾患である。認知症には、アルツハイマー型や血管性などいくつかの種類が知られている。一番多いのがアルツハイマー型で、脳神経が変性して脳の一部が萎縮していく過程で起きるとされる。次に多いのが脳梗塞や脳出血などの脳血管障害によって生じる血管性である。日本ではこれまでは血管性の方が多かったが、このタイプは減ってきている。

認知症は年齢とともに有病率が増加し、65 歳から 70 歳未満の有病率は 1.5%であるのに対して、85 歳では 27%に達している<sup>10)</sup>。日本における認知症患者は既に 240 万人を超えているという推計があり、団塊世代が 65 歳以上となる 2015 年には 250 万人、2020 年には 300 万人を超すという予測もされている。一方で若くても脳血管障害や若年性アルツハイマー病により発症することもあり、65 歳未満で発症した認知症を若年性認知症と呼んでいる。

認知症の症状としては、障害の中核となる記憶などの認知機能障害と、かつて辺縁症状（周辺症状）と呼ばれた行動異常・精神症状に大別できる。行動異常や精神症状としては、不安、焦り、睡眠障害、徘徊、家族への依存・暴力やせん妄などがある。

認知症のサインとしては「もの忘れ」があるが、正常なもの忘れとの区別がつきにくいのが現状である。認知症に気が付くためには、次のような目安がある。

- ・もの忘れのために日常生活に支障をきたしているか？
- ・本人が忘れっぽくなったことを自覚しているか？
- ・もの忘れの範囲は全体か？

また、正常なもの忘れと認知症によるもの忘れを比較すると、次頁のようになる。

図表 4-1-4 正常なもの忘れと認知症によるもの忘れを比較

|         | 正常なもの忘れ                        | 認知症によるもの忘れ   |
|---------|--------------------------------|--|
| もの忘れの範囲 | 出来事などの一部を忘れる<br>例：何を食べたか思い出せない | 出来事などの全てを忘れる<br>例：食べたことそのものを忘れる                    |
| 自覚      | もの忘れに気づき、思い出そうとする              | もの忘れに気づかない   |
| 学習能力    | 新しいことを覚えることができる                | 新しいことを覚えられない                                       |
| 日常生活    | あまり支障がない                       | 支障を来す  |
| 幻想・妄想   | ない                             | 起きることがある   |
| 人格      | 変化はない                          | 変化する<br>例：暴言や暴力をふるうようになる<br>怒りやすくなる<br>何ごとにも無関心になる |

認知症を完全に治す治療法はないため、症状軽減や病状の進行速度を遅らせることが治療の目的となっており、近年複数の新薬が国内でも処方可能となった。非薬物療法は症状を抑えることが主な治療となっており、患者を刺激しない、規則正しい生活を送るように心がける、環境を急に変えないなどが基本となる。また、認知能力を高めるために、リアリティ・オリエンテーション、簡単な楽器演奏や運動などで刺激を与える、過去を回想するなどの療法を行うこともある。

アルツハイマー病は脳内にアミロイドβタンパク質が蓄積して、それが神経細胞変性に関与すると考えられている。したがって、アミロイドβタンパク質蓄積の阻害薬が治療薬となりうるという仮説から、多くの臨床開発が進められたが当初期待した効果は認められていない。ただし一部軽症患者への有効性が示されていることから、早期発見・早期治療が重要であると思われる。

### 3) 適応障害

適応障害とは、ICD-10によると、ストレス因により引き起こされる精神面や行動面の症状で、社会的機能が著しく障害されている状態と定義される。言葉を換えると、ある特定の状況や出来事その人にとってとてもつらく耐え難く感じられ、そのために気分や行動面に症状が現れるものである。発症は通常生活の変化やストレス性の出来事が生じて1ヶ月以内であり、また、ストレスがなくなってから6ヶ月以上症状が続くことはないと言われている。

適応障害と診断されても、5年後には40%以上の人うつ病などの診断名に変更されている。つまり、適応障害はその後の重篤な病気の前段階の可能性もあるといえる。統合失調症、うつ病などの気分障害や不安障害などの診断基準を満たす場合には、そちらを優先

する。

適応障害の症状としては、抑うつ気分、不安、怒り、焦りや緊張などの情緒面の症状が認められる。一方で行動面では、行きすぎた飲酒や暴食、無断欠席、無謀な運転やケンカなどの攻撃的な行動が見られることがある。子供の場合は、指しゃぶりや赤ちゃん言葉などのいわゆる「赤ちゃん返り」が見られることがある。不安が強く、緊張が高まると、ドキドキや発汗、めまいなどの症状が見られることもある。ストレスがなくなると、一般的には症状の改善が多く見られる。

治療の第一は原因となるストレスの除去で、ストレス因に対して本人の適応力を高めるようにする。具体的には環境を変えたり、原因を除いたりする。また、ストレスの受け止め方には個人のパターンがあるので、このパターンに対してアプローチしていくのが認知行動療法と呼ばれるカウンセリング法である。さらに、現在抱えている問題と症状自体に焦点を当てて協同的に解決方法を見出していく、問題解決療法もある。

その一方で、情緒面や行動面での症状に対しては、薬物療法が用いられる。ただし、対症療法が主体となるために、薬物療法だけではうまくいかない場合も多い。そのため、環境調整やカウンセリングが重要となる。

#### 4) 人格障害（パーソナリティー障害）

ICD-10 や DSM-IV などによると、人格障害とは「その人の属する文化から期待されるものより著しく偏った内的体験および行動の持続的パターンであり、ほかの精神疾患に由来しないもの」とされている。ここでいう人格（パーソナリティー）とは、心理学的な意味での人格や一般的な意味での「個性」に近い人格とも異なる点に注意が必要である。

人格障害にはいくつかのタイプがあり、例えば ICD-10 では 8 種、DSM-IV では 10 種が挙げられている。DSM-IV では、大きく次の 3 つに分けている。

- ・ A 群（奇妙で風変わりなタイプ）
- ・ B 群（感情的で風変わりなタイプ）
- ・ C 群（不安で内向的であることが特徴）

人格障害の原因はまだ十分に明らかとなっていないが、生物学的特性や発達期の危難の体験が関連していることが分かっている。治療としては、支持的療法、認知行動療法、精神分析的療法などの精神療法やカウンセリングが行われる。また薬物療法では、感情調整薬や SSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）などが症状を軽くするのに有効なことが分かっている。従来は人格障害はなかなか改善せず、長期間にわたって患者を苦しめると考えられていた。しかし近年の研究では、人格障害の特徴の多くは年齢とともに軽快することが明らかとなっている。

## 5) 発達障害

発達障害は、自閉症、アスペルガー症候群、注意欠如・多動性障害（ADHD）、学習障害やチック障害などに分類されている。生まれつき脳の一部の機能に障害がある点が共通しており、同一人に複数のタイプの発達障害が見られることも珍しくない。また、個人差が非常に大きいことも特徴となっている。

自閉症、アスペルガー症候群、その他の広汎性発達障害は、国際的診断基準では同一のカテゴリーである自閉症スペクトラム障害となっている。最近では約 100 人に 1～2 人存在するといわれ、男性は女性よりも数倍多いといわれている。

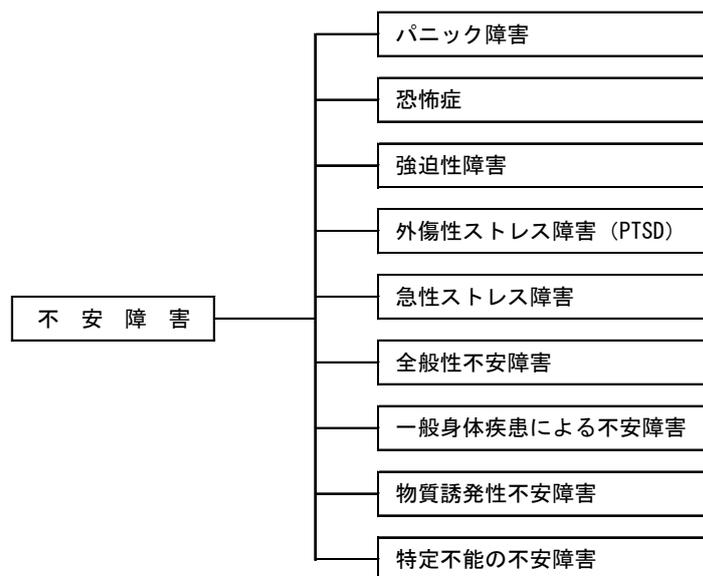
注意欠如・多動性障害とは、多動－衝動性、あるいは不注意、またはその両方の症状が 7 歳までに現れるもので、学童期の子供には 3～7%程度存在するという。男性は女性よりも数倍多いといわれるが、男性の有病率が青年期には低くなるのに対して、女性では年齢を重ねても変化しないと報告されている。

学習障害とは、全般的な知的発達には問題がないのに、読む、書く、計算するなどの特定の事柄のみがとりわけ難しい状態をいう。調査法にもよるが、一般に有病率は 2～10%といわれている。特に読みの困難については、男性が女性よりも数倍多いと報告されている。

## 6) 不安障害（パニック障害）

不安障害というのは、精神疾患の中で不安を主症状とする疾患群をまとめたもので、下図のように分類されている。

図表 4-1-5 不安障害の分類



不安障害は、理由もなく突然に動悸やめまい、発汗、吐き気、手足の震えといった発作を起こし、そのために生活に支障が生じるものである。この発作は、死んでしまうのではないかと思うほど強くて、自分ではコントロールできないと感じてしまう。そのために、発作が起きたらどうしようかと不安になり、発作が起きやすい場所や状況を避けるようになる。不安障害では、一般に後述するパニック発作を繰り返し、最初は驚いた周りの人たちも「またか」となってしまうことも多い。しかし、不安障害は決して珍しい病気ではなく、一生の間にこの症状が現れるのは100人に1人か2人といわれている。

火事や地震などの突発的な生命の危機に瀕したとき、多くの人にはパニック状態となる。鼓動が早くなり、血の気が引いて、冷静に物事が考えられなくなってしまう。人によってはこの状態が何でもないときに起きることがあり、パニック状態で見られるような症状を呈してしまう。これをパニック発作というが、発作を繰り返すうちに、発作のないときに予期不安や広場恐怖といった症状が現れるようになる。場合によっては、うつ症状をとまなうこともある。

※予期不安：発作を繰り返すうちに、発作のないときも次の発作を恐れるようになる。

そのため、「また起きるのではないか」、「次はもっと激しい発作ではないか」や「今度こそ死んでしまうのでは」という不安が消えなくなってしまう。これが「予期不安」で、不安障害の症状の一つである。

※広場恐怖：発作が起きたとき、「そこから逃げられないのではないか」、「助けを得られないのではないか」と思える苦手な場所ができてしまい、その場所や状況を避けるようになる。これを「広場恐怖」というが、人によって恐怖を感じる場所はさまざまである。他に、外出恐怖や空間恐怖ということもある。

不安障害の治療には、薬物療法と精神療法的アプローチがある。薬物療法の目的はパニック発作を起こさなくすることで、予期不安や広場恐怖もできるだけ軽減させるようにする。ただ薬物療法だけでは限界があるため、精神療法の併用も重要となる。認知行動療法は、薬物療法同様に治療効果があるといわれている。

## 7) 内分泌疾患

内分泌疾患とは、ホルモンの異常によって起きる病気である。ホルモン量の異常によって起きる場合がほとんどであるが、ホルモンの働きが異常になることで起きる場合もある。内分泌疾患は、大きく次の3つに分類される。

- ・ ホルモンが過剰である（甲状腺機能亢進症など）
- ・ ホルモンが不足である（甲状腺機能低下症など）
- ・ ホルモンは正常だが、内分泌臓器に腫瘍がある（脳下垂体、甲状腺、副腎など）

内分泌疾患には非常に多くの種類があるが、比較的頻度の高い疾患としては次のようなものがある。

- 甲状腺：バセドウ病（甲状腺機能亢進症）、橋本病（慢性甲状腺炎）、甲状腺機能低下症、亜急性甲状腺炎、甲状腺の腫瘍（結節）
- 副甲状腺：副甲状腺機能亢進症、副甲状腺機能低下症
- 脳下垂体：先端巨大症（末端肥大症）、クッシング病、プロラクチン産生腫瘍、非機能性下垂体腺腫、下垂体機能低下症、頭蓋咽頭腫、尿崩症
- 副腎：副腎偶発腫瘍、原発性アルドステロン症、クッシング症候群

## 4-2 気分障害の治療

ここでは、うつ病性障害および双極性障害の治療について治療法別に概略を記した。詳細は日本うつ病学会治療ガイドラインのうつ病性障害<sup>5)</sup>および双極性障害<sup>11)</sup>を参照されたい。

### (1) 薬剤による治療法

#### 1) 抗うつ薬

三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、SSRI、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）などの種類がある。軽症うつ病においては、忍容性の面からは、SSRI、SNRI、ミルタザピン（四環系抗うつ薬）などの新規抗うつ薬の使用が推奨される。中等症以上のうつ病における抗うつ薬の有効性は確認されている。

双極性障害におけるうつ病相に対する抗うつ薬の効果に関するエビデンスとしては、フルオキセチン、パロキセチン、イミプラミン、トラニルシプロミンがプラセボよりも有効であるという報告がある。しかし、うつ病相の急性期の治療薬として抗うつ薬を用いる際には、躁転あるいは急性交代化のリスクを常に考慮すべきである。

#### 2) 気分安定薬・抗てんかん薬

リチウム (Li) の抗うつ効果増強作用は、ランダム化比較試験で支持されている。また、Li 併用による再発予防効果を示すメタ解析がある。Li の双極性障害における抗躁作用が報告されたのは 1949 年であるが、それ以降およそ 60 年にわたって Li は躁病治療の第一選択薬とされてきた。最近のメタ解析で Li がプラセボよりも有意な抗躁効果を発揮することが再確認されている。

バルプロ酸およびカルバマゼピンは、どちらもメタ解析によりプラセボより有意な抗躁効果を発揮することが確認されている。

また、Li、ラモトリギン、バルプロ酸およびカルバマゼピンは、小規模の試験も含まれるものの双極性障害治療に有効であったという報告がある。

#### 3) 抗精神病薬

非定型抗精神病薬による新規抗うつ薬の増強は、統合失調症の症状が確認できない症例でも増強が得られることがあり、一定の評価を受けている。アリピプラゾール、クエチアピン、オランザピン、リスペリドンによる増強効果が報告されている。

双極性障害において、オランザピン、アリピプラゾール、クエチアピンおよびリスペリドンは、プラセボより有意な抗躁効果を発揮することが確認されている。また、クエチアピンおよびオランザピンは、うつ病相の急性期の治療薬として有効とのエビデンスがある。

#### 4) 抗不安薬

ベンゾジアゼピン系抗不安薬（BZD）と抗うつ薬の併用が、治療初期には抗うつ薬単剤よりも治療効果が高いことが示されている。中等症以上では不安、焦燥、不眠への対処にBZDが必要となることが多い。しかし、脱抑制、興奮といった奇異反応の出現に十分注意すべきであるほか、乱用や依存形成に注意し、安易な長期投与は避けることが望ましい。

#### 5) 睡眠薬

ゾルピデム、エスゾピクロンなどベンゾジアゼピン受容体作動薬を中心とした睡眠薬を抗うつ薬と併用することにより、うつ症状改善効果が報告されている。

### （２）薬剤以外の治療法

#### 1) 通電療法

電気けいれん療法（ECT）は、頭部に通電することで人為的にてんかんと同様の電気活動を誘発する治療法である。また、修正型ECTは全身麻酔と筋弛緩剤を使用してECTを行うことをいう。米国の大規模な多施設共同研究によれば、ECTには即効性と高い反応率・寛解率が期待され、自殺抑制効果がある。数種類の薬物療法が無効で、症状が重い場合に適応となることがある。

#### 2) 認知行動療法<sup>12),13)</sup>

認知行動療法は、近年発達してきた情報処理モデルないしは認知モデルを基盤にした治療法である。人は自分が置かれている状況を半ば自動的にそして適応的に判断し続けているが、強いストレスを受けるなど特別な状況下ではその判断に偏りが生じ、非適応的な反応を示すようになる。その結果、抑うつ感や不安感が強まり、非適応的な行動が引き起こされ、さらに認知の歪みが強くなるという悪循環が生じる。認知行動療法では、「自動思考」と呼ばれる、様々な状況でその時々自動的にわき起こってくる思考やイメージに焦点を当てて治療を進める。治療の流れは、①患者を一人の人間として理解し、患者が直面している問題点を洗い出して治療方針を立てる、②自動思考に焦点をあて認知の歪みを修正する、③より心の奥底にあるスキーマに焦点を当てる、④治療終結、となる。

#### 3) 職業リハビリテーション<sup>14)</sup>

障害をもっているために職業に就くことが困難になっていたり、維持していくことが難しくなっている人に、職業を通じた社会参加と自己実現、経済的自立の機会を作り出していく取り組みのことである。わが国の「障害者の雇用の促進等に関する法律」では、職業リハビリテーションを、「障害者に対して職業指導、職業訓練、職業紹介その他、この法律に定める措置を講じ、その職業生活における自立を図ること」と定義している。

#### 4) 反復性経頭蓋磁気刺激法 (rTMS) <sup>15)</sup>

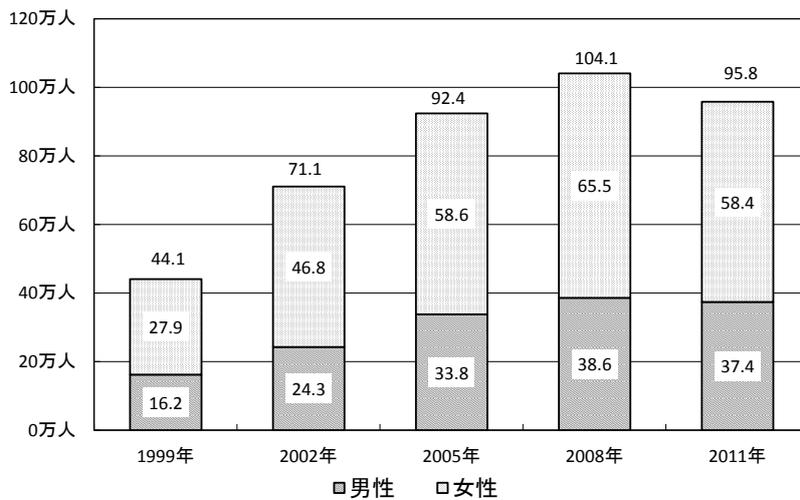
rTMS は磁気エネルギーを用いて脳の局所を電気刺激する方法である。rTMS によって前頭前野を刺激することにより、薬物療法の効果が十分でないうつ病症例に対して薬物療法と同等の有効性が確認されている。その他、脳の検査、パーキンソン病や脳梗塞、慢性疼痛などの治療にも研究的に用いられている。米国やカナダ、オーストラリアなどでは既にうつ病に対する治療法として保険適用の対象となっているが、日本では未承認である。

### 4-3 気分障害に関する統計データ

#### (1) 患者数

3年ごとに厚生労働省が行っている患者調査によると、双極性障害を含む気分障害の患者数は図表 4-3-1 のとおりである。2008年までは増加傾向で、2008年に100万人を超えた。2011年では初めて減少している。男女比を見ると、男性がおよそ4割で女性は6割と女性患者が多い。

図表 4-3-1 気分障害（双極性障害を含む）患者数（単位:千人）



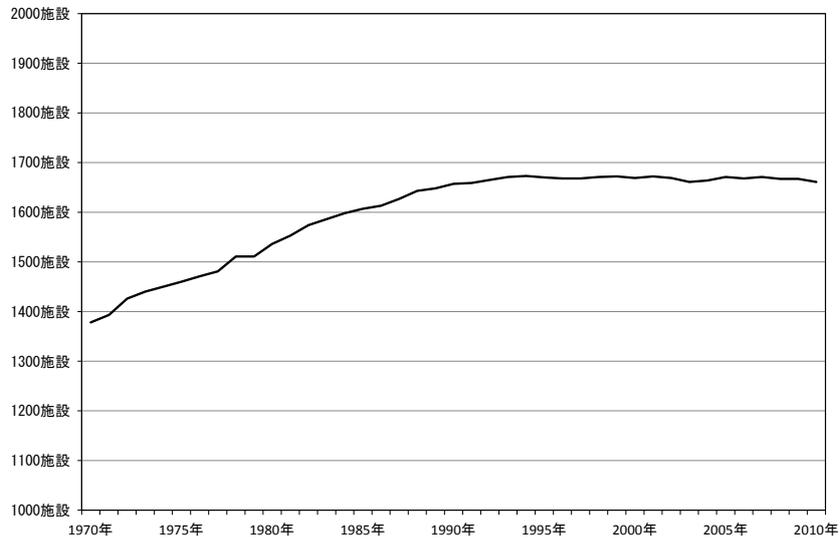
#### (2) 精神科病院・病床数

気分障害の患者が入院治療を受けるのは、主として精神科病院である。図表 4-3-2 に精神科病院数を、図表 4-3-3 に精神科病床数の推移を示す<sup>16)</sup>。

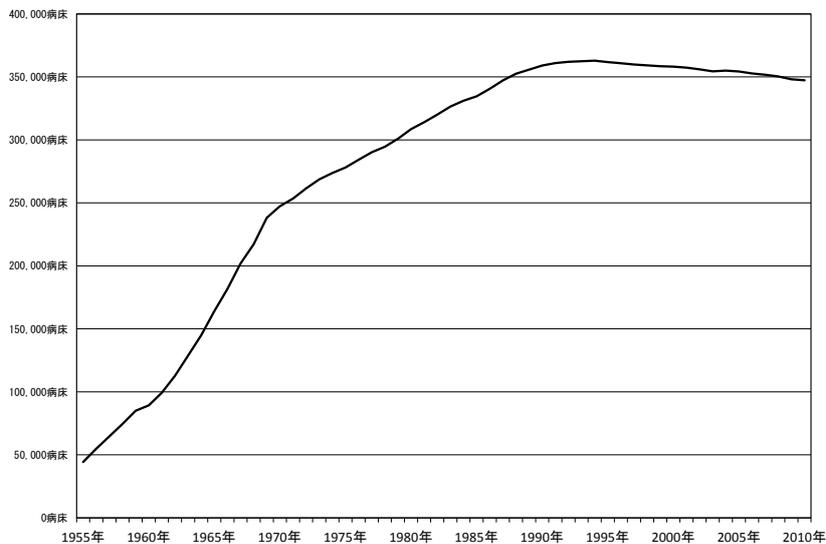
精神科病院数は1990年代前半までは増加しており、1970年に1,368ヶ所であったものが1985年には1,600ヶ所を超えるまでになっている。しかし、その後はほぼ横ばい状態で、1990年代後半以降はほぼ1,670ヶ所となっている。

また、1954年にはわずか38,000床弱しかなかった精神科病床数は年を追う毎に急激に増加し、四半世紀後の1979年には8倍近い30万床を超えるに至っている。この増加傾向も1995年を境に減少へと移り、その後は一転して緩やかながら減少傾向にある。

図表 4-3-2 精神科病院数



図表 4-3-3 精神科病床数



### (3) WHOによるDALY調査

DALY (Disability-Adjusted Life Year、障害調整生命年) とは、WHO の定義によると、「死が早まることで失われた生命年数と健康でない状態で生活することで失われている生命年数を合わせた時間換算の指標」である。言い換えると、病気などにより寿命が短くなった「寿命ロス年数」と病気などによる健康損失を健康寿命換算した「健康ロス年」の合計である。

これまでは健康の損失は単一の指標である損失生存年数 (YLL : Years of Life Lost) の

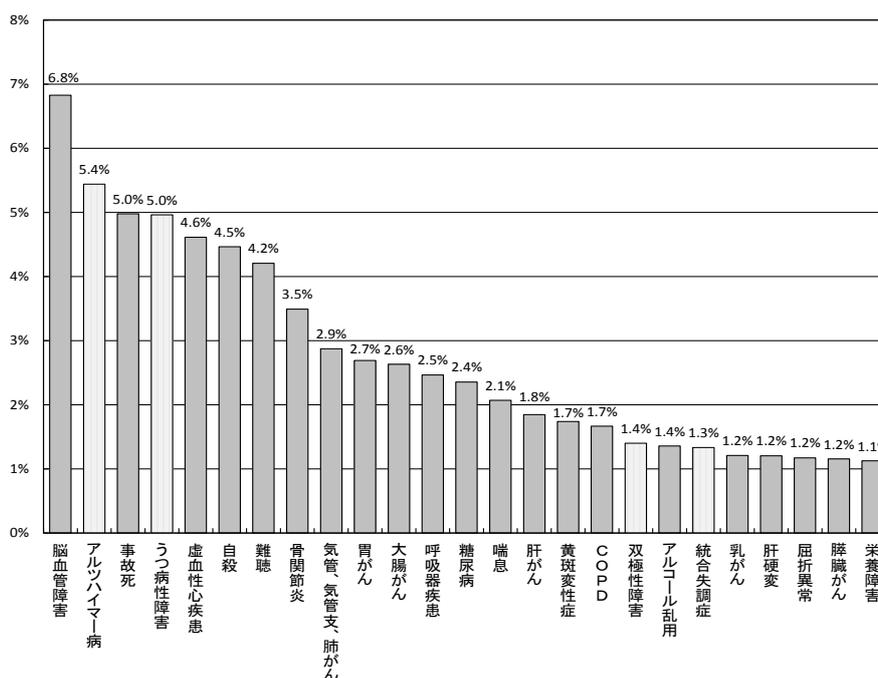
期待値（平均値）で示されてきたが、これには障害生存年数（YLD : Years Lived with Disability）が考慮されていない。DALY はこれら 2 つの要素の和で、次の式で示される。

$$\text{DALY (障害調整生命年)} = \text{YLL (損失生存年数)} + \text{YLD (障害生存年数)}$$

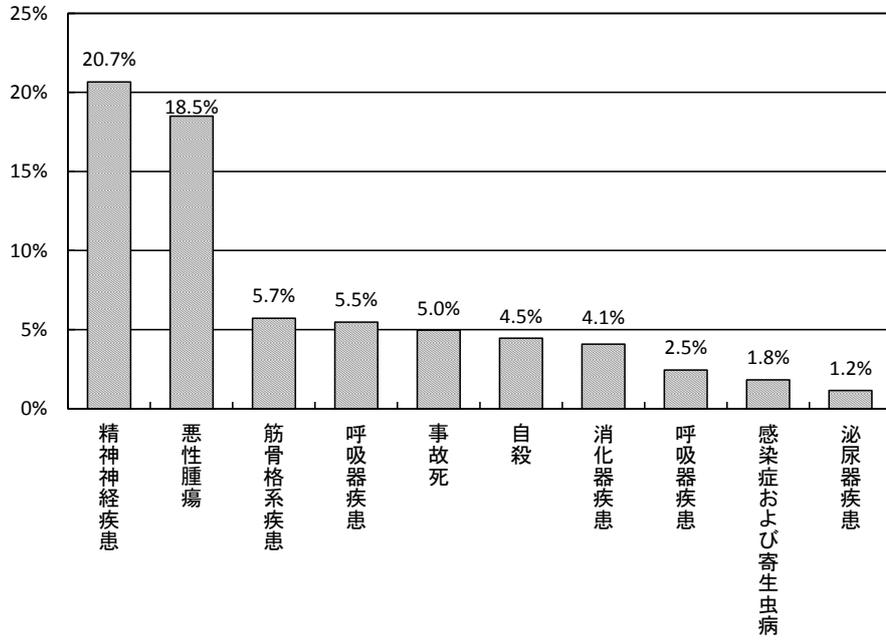
2004 年に WHO は世界的な規模で DALY の調査を行った<sup>21)</sup>。このうち日本の結果を図表 4-3-4 に示す。これは各疾患が DALY 全体のうちのどれだけを占めるかを、その割合の大きな順に並べたものである。脳血管障害（6.8%）とアルツハイマー病（5.4%）が 1 位と 2 位を占めるが、事故死（5.0%）と並んでうつ病性障害（5.0%）がその次となっている。さらに、双極性障害（1.4%）や統合失調症（1.3%）も 20 位までに入っている。

また、疾患群毎に DALY 全体に占める割合が大きい順に並べると、図表 4-3-5 になる。精神神経疾患を合計すると 20.7%と全体の約 1/5 を占めている。がん（18.5%）よりも精神神経疾患（20.7%）の方が占める割合が大きく、生命や健康寿命のロスに精神神経疾患が大きく関わっていることが分かる。

図表 4-3-4 各疾患が DALY 全体に占める割合（日本、2004 年）



図表 4-3-5 DALY 全体に占める疾患群の割合（日本、2004 年）



#### 4-4 精神疾患に関する国の施策

##### (1) 医療計画

2012年3月、厚生労働省は各都道府県知事に対して、医政局長名で「医療計画について」という文書を発出した<sup>17)</sup>。「医療計画」とは地域で適切な医療が切れ目なく提供されるように、各都道府県が病院の連携体制や数値目標を設定するものである。2013年4月からの適用を目指している新しい医療計画では、これまでの4大疾病（がん、脳卒中、急性心筋梗塞および糖尿病）に精神疾患を新たに加えて5大疾病としている。具体的には、以下の点を新たに求めている。

- ・精神疾患を既存の4疾病に追加し、医療連携体制を構築する
- ・精神疾患の医療連携体制に求められる機能を明示する

こうした背景には、主として次の2つの要因がある。

- ・2008年に実施された厚生労働省の患者調査によると、精神疾患の患者数は約323万人で、これまでの4大疾病で最も患者数が多い糖尿病（約237万人）を大きく上回り、がん（約152万人）の2倍以上である
- ・自殺者は年間3万人以上も出ているが、そのうちの90%以上が何らかの精神疾患にかかっていた可能性があるという研究結果がある

##### (2) 診療報酬改定

精神疾患に対する医療を充実させるために、2012年には以下の診療報酬改定が実施された。

- ・精神療養病棟入院料が1日あたり1,050点から1,061点に増額となった。また、重症者加算もこれまでの1日につき40点であったのが、精神科救急医療体制の確保に協力している医療機関に対しては60点（ただし、機能の全体的評定尺度による判定が30以下）となった。
- ・早期退院を推進するために、退院支援部署による支援で退院した場合の加算（退院調整加算500点）を新設した。

##### (3) 自殺・うつ病対策

1997年までは年間2万人台前半で推移していた自殺者数が、1998年に初めて3万人を超えた。その後も高い水準が続いている<sup>18)</sup>（図表4-4-1）。

警察庁の発表によると、2009年の自殺者数は32,845人で、自殺死亡率（人口10万人あたりの自殺者数）は25.8となっている。交通事故死者数の4,914人に比べても、非常に大きな数字となっている。

図表4-4-2に示す通り、自殺の原因・動機を特定（一人について原因・動機を3つまで計上）することができた自殺者についてみると、2011年でうつ病は6,060人（26.1%）で

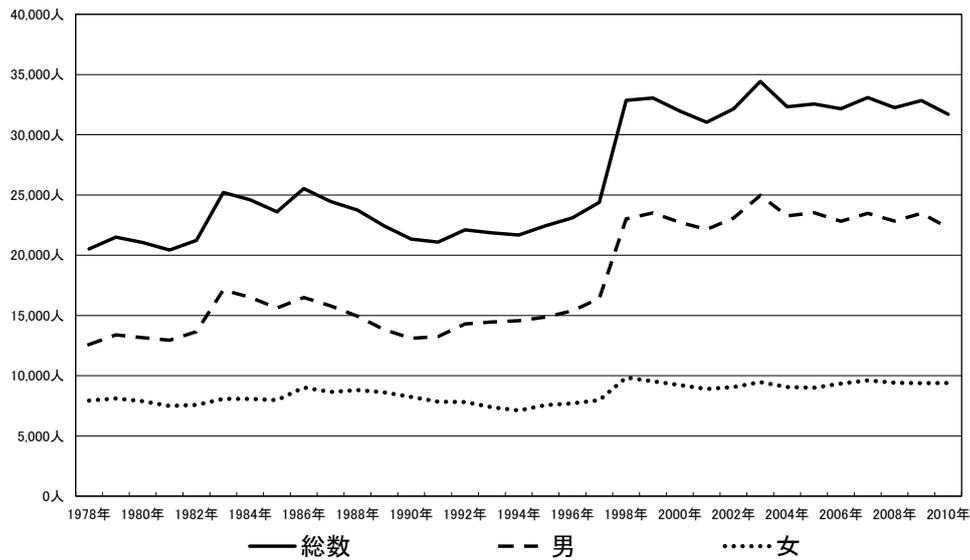
あった。

厚生労働省ではこれまでもさまざまな自殺対策をとってきているが、このような状況を受けて 2010 年 1 月に「自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム」を立ち上げた<sup>19)</sup>。このチームの報告に基づいて、今後の厚生労働省の対策として次の 5 つの柱を示している。

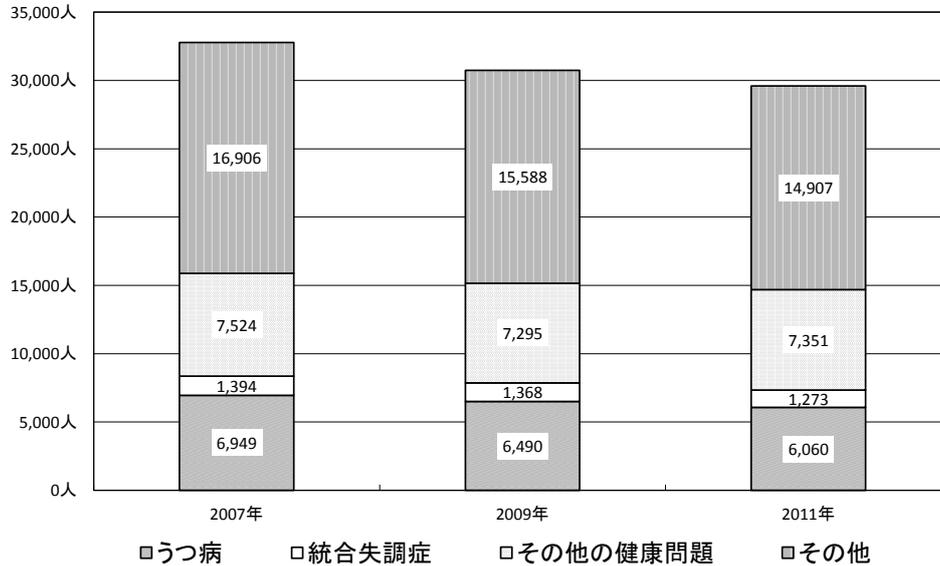
- 1) 普及啓発の重点的实施
- 2) ゲートキーパー機能の充実と地域連携体制の構築
- 3) 職場におけるメンタルヘルス対策・職場復帰支援の充実
- 4) アウトリーチ（訪問支援）の充実
- 5) 精神保健医療改革の推進

このなかで「精神保健医療改革の推進」として、認知行動療法の普及や自殺未遂者に対する医療体制の強化など、質の高い医療提供づくりを進めるとしている。

図表 4-4-1 自殺者数の年次別推移



図表 4-4-2 自殺の原因・動機



(4) 総合科学技術会議のアクションプラン

2012年7月に総合科学技術会議により定められた「2013年度科学技術重要施策アクションプラン」<sup>20)</sup>によると、「復興・再生並びに災害からの安全性向上」、「グリーンイノベーション」および「ライフイノベーション」の3つを重点対象として設定している。

このうち「ライフイノベーション」については、図表4-4-3に示すような「政策課題」および「重点的取組」を決めている。この重点的取組のひとつとして、「うつ病、認知症、発達障害等の革新的な予防・診断・治療法の開発」が取り上げられている。その取組の内容、目標および実現に向けた関連施策は次のとおりである。

1) 取組の内容

科学・技術の観点から10年後の出口を見据え、前駆症状を含む早期発見による初期段階での医療・措置提供のためのシステムや新規治療法の開発、脳科学等の基礎研究、病状のコントロール、社会・職場復帰など、現在進められている研究開発をさらに加速する。併せて、うつ病・認知症等の精神・神経疾患の病態を再現するモデル動物の開発についても取り組む。

2) 取組の目標

予防医療（先制医療（早期医療介入））により、社会的に重要な疾患の罹患率を低下させる。

### 3) 実現に向けた関連施策

ゲノム情報および EHR (Electronic Health Records) を含む医療にかかる個人情報の研究開発における利活用の倫理的検討

図表 4-4-3 2013 年度アクションプラン・ライフイノベーション

| 将来の社会像                 | 政策課題                        | 重点的取組   |
|------------------------|-----------------------------|---|
| 心身共に健康で活力ある社会の実現       | がん等の社会的に重要な疾病の予防、改善及び治癒率の向上 | ① 個人の特性に着目した予防医療（先制医療（早期医療介入））の開発             |
|                        |                             | ② がんの革新的な予防・診断・治療法の開発                         |
|                        |                             | ③ 生活習慣病の合併症に特化した革新的な予防・診断・治療法の開発              |
|                        |                             | ④ うつ病、認知症、発達障害等の革新的な予防・診断・治療法の開発              |
| 心身共に健康で活力ある社会の実現       | 身体・臓器機能の代替・補完               | ⑤ 再生医療の研究開発                                   |
|                        | 革新的医療技術の迅速な提供及び安全性・有効性の確保   | ⑥ レギュラトリーサイエンスの推進による医薬品、医療機器、再生医療等の新たな医療技術の開発 |
| 高齢者及び障がい児・者が自立できる社会の実現 | 少子高齢化社会における生活の質の向上          | ⑦ 高齢者及び障がい児・者の機能代償・自立支援技術の開発                  |
|                        |                             | ⑧ 小児期に起因する疾患の予防と予後の改善等に関する研究開発                |

## 引用文献

- 1) 気分障害について [www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7c\\_0001.pdf](http://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/06/dl/s0604-7c_0001.pdf)
- 2) 「こころの病気について」大阪府こころの健康総合センター・松浦玲子著
- 3) 厚生労働省「疾病、傷害および死因の統計分類」  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/sippe/index.html>
- 4) メンタル・ヘルス・ネット <http://www.mh-net.com/lecture/disorder/bunrui.html>
- 5) 日本うつ病学会治療ガイドライン II. 大うつ病性障害、2012年7月26日作成
- 6) Human Metabolome Technologies ホームページ  
<http://humanmetabolome.com/06/3946>
- 7) 広島大学ホームページ  
[http://www.hiroshima-u.ac.jp/top/koho\\_press/press/h2301-12/p\\_cjllfa.html](http://www.hiroshima-u.ac.jp/top/koho_press/press/h2301-12/p_cjllfa.html)
- 8) 東大病院ホームページ  
<http://www.h.u-tokyo.ac.jp/patient/depts/kokoro/index.html>
- 9) 厚生労働省患者調査  
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/10-20.html>
- 10) 認知症有病率に関する厚生労働省のデータ  
[http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail\\_recog.html](http://www.mhlw.go.jp/kokoro/speciality/detail_recog.html)
- 11) 日本うつ病学会治療ガイドライン I. 双極性障害 2012、2011年3月10日作成
- 12) 国立精神・神経医療研究センター病院ホームページ  
<http://www.ncnp.go.jp/hospital/sd/seishin/qanda.html>
- 13) うつ病の認知療法・認知行動療法治療者用マニュアル（厚生労働科学研究費補助金こころの健康科学研究事業「精神療法の実施方法と有効性に関する研究」）
- 14) 日本職業リハビリテーション学会ホームページ <http://vocreha.jp/>
- 15) 神奈川県立精神医療センター 芹香（きんこう）病院 ストレスケア医療ホームページ  
<http://www.kinkou.org/rTMS.html>
- 16) 目でみる精神保健医療福祉（国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所のデータ）  
<http://www.ncnp.go.jp/nimh/keikaku/vision/pdf/medemiru7.pdf>
- 17) 「医療計画について」  
[http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou\\_iryuu/iryuu\\_iryuu\\_keikaku/](http://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/kenkou_iryuu/iryuu_iryuu_keikaku/)
- 18) 警察庁の白書・統計のページ <http://www.npa.go.jp/toukei/index.htm>
- 19) 自殺・うつ病等対策プロジェクトチーム報告  
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jisatsu/torimatome.html>
- 20) 2013年度科学技術重要施策アクションプラン  
[http://www8.cao.go.jp/cstp/budget/h25ap/h25ap\\_honbun.pdf](http://www8.cao.go.jp/cstp/budget/h25ap/h25ap_honbun.pdf)
- 21) WHOによるDALY調査（2004年）  
[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates\\_country/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates_country/en/index.html)

## 第5章 まとめ

これまで HS 財団で行った医療ニーズ調査では、まだ解決すべき課題が残されている重要な領域として精神疾患が挙げられていた。本年度は、精神疾患のうち、近年増加している労働者の休業や失業、あるいは自殺の原因となる等、社会的に影響が大きいと考えられるうつ病を中心に、気分障害を取り上げて専門医へのアンケート調査、ヒアリング調査および文献調査を行った。本調査では気分障害を大きく「うつ病性障害」と「双極性障害」に分け、さらに「うつ病性障害」のうち「非定型うつ病」（診療時の病相）は別に取り扱った。

### （1） 日常診療について

精神疾患領域の医師が日常的に診療している患者の割合は、うつ病性障害 29%、非定型うつ病 6%、双極性障害 10%と、気分障害の患者が占める割合は約 45%で、約 55%はその他の疾患であった。この診療患者の割合は、病床なしの施設のほうが気分障害の割合が若干高く、その他の疾患が低い傾向にあったが、大きな相違ではなかった。

患者が受診するきっかけは、約半数が自発的であり、次いで約 3 割が家族・同僚の勧めであった。回答した医師の 70%以上が気分障害の患者数は今後増加すると考えていた。現在、受診している気分障害の患者のうち、うつ病性障害と非定型うつ病では約 8 割が軽症から中等度であり、約 2 割が重症であった。双極性障害では約 3 割が重症であった。今後気分障害の疾患啓発が進み、受診する患者は増加すると考えられるが、その増加する患者の多くは数十年前には来院しなかったような軽症の患者が中心であり、入院が必要な重症患者の数には大きな変化はないであろうと考えられた。

診療時間については、いずれの気分障害でも初診時は平均で 45 分程度、再診時で 11 分程度であった。初診時の診療時間は 30 分から 60 分にわたり回答に幅があったが、再診時の診療時間は 10 分前後と一定していた。

受診している患者の性別は疾患によって異なる傾向があり、うつ病性障害では約 7 割の医師が女性が多いと回答しているが、非定型うつ病では女性が多いと感じている医師は約 55%であり、約 25%が男女で差がないと感じていた。一方、双極性障害では半数以上の医師が男女差はないと感じていた。患者の年齢については、うつ病性障害では 40～59 歳の層が最も多く、次いでその前後の年齢層が多いと考えられていた。非定型うつ病では 20～39 歳の比較的若い層の患者が多く、次いで 40～59 歳で多く、30 代までに発病して慢性化するケースも少なくないと考えられていた。また、双極性障害では、20～59 歳と幅広い年齢層の患者が多いと考えられていた。

### （2） 検査・診断について

気分障害の診断を行う上で難しいと感じている点は、「単極性・双極性の鑑別」や「少ない判断材料」を挙げた回答が最も多かった。他に「気分障害以外の疾患との鑑別」や

「正常との鑑別」といった、鑑別に関する回答も多かった。

ほとんどの医師は、診断基準として ICD-10 または DSM-IV、あるいはこの両者を用いていた。これらの診断基準は、診断する医師が異なっても同じ患者であれば同じ診断結果が得られることを意図した診断ツールである。ある程度時間をかければ診断は容易になったが、このような操作的診断と疾患概念にはまだ乖離があり、同一診断名でありながら治療反応性が異なるケースを分類するため、生物学的な観点も反映した診断基準にさらに改訂される必要がある。

現在使われている検査・診断法で最も多いのは問診（100%）、次いで心理検査（57%）、血液生化学検査（46%）、内分泌的検査（41%）、脳画像診断（27%）等であった。今後重要になると考える検査・診断法でも問診（80%）と心理検査（41%）が多く、気分障害の検査・診断では将来にわたってこれらによる診断が重要であると考えられていた。一方、NIRS（光トポグラフィー）と遺伝子検査は、現在行っている医師は 1 割未満であったが、30%以上の医師が将来は重要となると期待していた。遺伝子検査については脳において発現する遺伝子の数が非常に多い点、また他臓器に比較して個人差が多い点があるが有用な遺伝子検査を開発できない要因となっている。さらに気分障害では時間の経過とともに新たな症状が現れるように、バイオマーカーも疾患の経過により変化している可能性もある。しかし、バイオマーカーによる鑑別診断、並びに治療反応性や薬剤有効性の判定は、近年の脳科学の進展に伴い、今後も引き続き期待される分野である。

NIRS の有用性については、「今後の結果次第」とする意見が最も多く、次いで「有用である、参考になる」といった肯定的意見や「有用性は低い、期待できない」といった否定的意見があり、評価は定まっていなかったようであった。NIRS は「統合失調症、統合失調症型障害および妄想性障害に分類される疾病および気分（感情）障害に分類される疾病のいずれかの疾病の患者であることが強く疑われる者に対するうつ状態の鑑別診断補助」として先進医療に承認されているが、現時点では実施できる施設が限定されている。今後エビデンスが集積すれば簡便な方法であり普及する可能性があると考えられた。

気分障害の鑑別診断で重要な疾患として、最も多く挙げられたのは「うつ病と双極性障害」、次いで「定型うつ病と非定型うつ病」であった。他に「認知症」や「適応障害」、「人格障害」および「発達障害」を挙げる意見もあった。DSM-IV 等の操作的診断では診断時点の結果は得られるが、気分障害には経過を観察しないと鑑別診断ができない場合も多い。双極性障害ではうつ状態を呈して 10 年以上経過して初めて躁病相が認められる患者も少なくない。また、統合失調症では明確な幻覚・妄想病相が現れなければうつ病と診断されて抗うつ薬が処方される可能性があるが、統合失調症は抗うつ薬で症状が増悪する可能性がある。気分障害は、単に一時点の症状で診断することには危険性があり、時間をかけた診断が重要である。

### (3) 治療について

気分障害の治療の目標は、うつ病性障害では治療の必要がない、あるいは通院の必要がない「完全治癒」と病状をコントロールできていて「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 5 割ずつであった。一方、非定型うつ病では「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 7 割、双極性障害では「通院の必要はあるが日常生活等にほぼ支障がない」が約 8 割に増加しており、非定型うつ病や双極性障害の治療の難しさがうかがえた。

治療目標は「完全治癒」を目指すことが理想であるが、気分障害では日常生活に支障がなく職場復帰や社会復帰できることを重視し、症状や治療反応性、重症度等、患者の状態に応じて治療目標を設定していると考えられた。また、気分障害は再発率が高く、疾患の経過とともに治療目標を変更することもあり、治療が困難な場合はケアを受けつつ日常生活や社会生活を送ることも選択肢となっている。

気分障害の治療で薬剤を選択する際に重視する点は、うつ病性障害、非定型うつ病および双極性障害でほとんど違いはなく、「患者の症状や重症度」を挙げる回答者が多く、次いで「治療効果としてのエビデンス」や「安全性（副作用）」が挙げられていた。薬剤以外の治療法では「認知行動療法」、「通電療法」および「職業リハビリテーション」を現在用いている、あるいは今後取り入れたいと考えている医師が多かった。

気分障害の治療に使われる薬剤は「抗うつ薬」、「気分安定薬」、「抗精神病薬」、「抗不安薬」、「抗てんかん薬」、「睡眠薬」および「漢方薬」と幅広い薬剤が使用されていた。うつ病性障害および非定型うつ病では「抗うつ薬」、「抗不安薬」および「睡眠薬」が比較的多く使用されていたが、双極性障害では「気分安定薬」、「抗精神病薬」および「睡眠薬」が多かった。各薬剤の不満足な点として半数以上の医師が挙げたのは、抗うつ薬では「効果発現までの時間」および「悪心・嘔吐」、抗精神病薬では「体重増加、脂質・血糖の上昇」、抗不安薬および睡眠薬では「乱用・依存性」であり、これらの改善が期待されている。

### (4) 治療の満足度と薬剤の貢献度

うつ病性障害では、「十分満足のいく治療が行えている」および「ある程度満足のいく治療が行えている」を合わせた治療満足度は 91%、また、薬剤が「十分に貢献している」と「ある程度貢献している」を合わせた薬剤貢献度は 100%であり、いずれも高かった。2010 年度に HS 財団が一般内科医を対象に調査した結果では、うつ病の治療満足度は 44%、薬剤貢献度は 80%であった。「十分満足のいく治療が行えている」との回答は 3%で、今回の専門医の回答の 7%と同様に低かったが、「ある程度満足のいく治療が行えている」との回答は 43%であったのに対して今回の専門医では 84%であった。一般内科医では薬剤の効果はある程度認めつつ、うつ病性障害の治療の難しさを感じている一方、専門医は治療にある程度の手応えを感じていることがうかがえた。

双極性障害の治療満足度は 76%、薬剤貢献度は 94%と比較的高かった。一方、非定型

うつ病の治療満足度は43%であり、「不十分な治療しかできていない」との回答が53%と本調査対象3疾患の中で最も多かった。薬剤貢献度も48%と低く、非定型うつ病ではうつ病性障害に比較して有効な薬剤が不足していること、また、現状では治療が困難であることがうかがえた。

治療満足度について「十分満足のいく治療が行えている」との回答は、うつ病性障害で7%、非定型うつ病で1%および双極性障害で5%といずれも低く、気分障害の治療にはまだ解決すべき課題が多いと考えられた。気分障害の治療満足度を向上させるために重要な項目としては、「有効性の高い治療法の開発」および「医師と患者のコミュニケーションの充実」が多く挙げられていた。次いで「客観的な診断法の開発」を挙げた医師が多かった。

#### (5) 非定型うつ病について

近年治療対象となった疾患である非定型うつ病は、操作的診断基準により診断が可能で、抗うつ薬にもある程度の治療反応性があることから、一定の生物学的背景が存在すると考えられる。しかし、非定型うつ病に対する有効な治療法や治療薬が必ずしも存在するわけではなく、通常とうつ病の治療法や治療薬が用いられているのが現状で、治療効果は必ずしも良好ではない。非定型うつ病に該当する症状は、うつ病が軽快する段階や抗うつ薬や抗精神病薬の過剰投与の副作用としても観察される症状であり、より一層、生物学的背景を明らかにすることが重要である。

「非定型うつ病」に対して「新型（現代型）うつ病」という言葉は、疾病と社会現象を一括りに表現しているような造語であり、治療対象となる疾患と混同すべきではない。

#### (6) 今後取り組むべき課題について

8割以上の医師が、今後10年間で気分障害の重要性は増すと考えており、その理由として「患者数の増加」、「社会環境の悪化（不況等）」および「ストレスの増加」等が挙げられていた。

今後取り組むべき課題として、治療薬に関して「個々の患者に有効な薬剤の選択（個別化医療）」および「新規機序の薬剤の開発」、診断法に関して「客観的な鑑別診断法の確立」および「早期診断法の確立」が多く挙げられていた。また、「社会復帰のためのサポート体制の充実」や「薬剤以外の治療法の充実」も今後重要な課題であるとの意見もあった。

気分障害患者の専門医療機関への受診状況について、大半の専門医は「約半数程度の患者が受診している」または「大部分の患者が受診していない」と考えており、その理由として「受診・受療に対する患者の躊躇」や「患者の精神疾患の理解不足（啓発不足）」等が挙げられていた。

気分障害の治療を受けている患者の治療満足度について治療をしている大半の専門医は、

「約半分程度の患者は満足している」または「大部分の患者は満足していない」と回答しており、多くの患者は治療に満足していないであろうと感じていた。医師の治療目標は現実的であるが、患者の治療目標はより理想的であり、治療しなくてもよい寛解状態を望む場合が多く、医師と患者の治療満足度にはギャップがあると考えられた。

## (7) 気分障害における医療ニーズについて

精神疾患領域の専門医へのアンケート調査およびヒアリング調査をもとに、気分障害における医療ニーズについて考察した。

### 1) 新たな診断法の開発

現在用いられている DSM-IV 等の操作的診断法では、教育を受けてある程度時間をかければ比較的容易に診断できるようになった半面、従来の難治性うつ病と大うつ病性障害は必ずしも一致しない等、診断と疾患概念に乖離がある場合もある。また、十分に病相を把握しないまま短時間の機械的な診断の結果、誤った処方が継続される等、不適切な治療がなされる可能性もあり、より生物学的な観点も反映した診断法に整理し直す必要がある。生物学的背景を持つ疾患分類の実現に向けて、鑑別診断に応用可能なバイオマーカーの発見が期待される。また、気分障害の重要な治療法の一つである薬剤の選択、用量の設定、治療効果の評価等の客観的指標としてのバイオマーカーの必要性も高い。これまで数十年間の取り組みでは有用なバイオマーカーの確立に繋がっていないが、近年の脳科学の進展に伴い有効なバイオマーカー発見への期待は大きい。

### 2) 新たな治療法の開発と既存治療法の適正化

薬物療法に関しては新しい作用機序の薬剤の開発が望まれる。急性期のうつ病性障害や双極性障害に対する薬剤の選択肢は充実してきているが、再発率が依然として高く、再発予防が重要である。非定型うつ病はモノアミン酸化酵素阻害薬に対して反応性の高いタイプのうつ病として識別されてきたが、最近ではこの疾患概念が疑問視されている。今後、疾患概念が見直される可能性があり、有効な治療法が開発が望まれる。また、気分障害をはじめとして精神疾患の症状は患者ごとに多様であり、同じカテゴリーの薬剤でも同じ反応を示すとは限らない。薬物療法では患者のアドヒアランスが重要であり、個々の患者にとって効果がある薬物療法を実践するためには、個々の薬剤ごとにどのような症状に効果があるか等、市販後の実臨床に沿ったきめ細かな薬剤情報の提供が医療現場では求められている。

薬剤以外の治療法として、認知行動療法や職業リハビリテーション等が挙げられるが、治療に手間が掛かる割に診療報酬の評価が低いことから十分に活用されていない可能性がある。また、欧米では代替療法もガイドラインで規定されており、食事、運動、ハーブ等の代替療法が普及している。日本でもこれら薬剤以外の治療法に対する診療報酬の充実お

よびガイドライン化等の普及推進の施策が望まれる。

### 3) 気分障害に関する疾患の啓発

気分障害は高齢で発症する認知症等に比較して若い時期に発症し、生産年齢層の患者が多い。また、気分障害は自殺の原因となるばかりではなく、患者は就業困難となる等、社会的損失の大きな要因となっている。気分障害は一旦軽快しても再発を繰り返したり、新たな病相を呈したりすることも多く、また、一般的に軽症でも治癒率が高いわけではない。気分障害の治療は、早期に専門医を受診し、長期に疾患と付き合いながら社会生活や日常生活を継続することが重要である。近年、気分障害の患者が増加しているにもかかわらず、専門の医療機関を受診している患者はまだ少ないと考えられることから、一般の人たちや専門医以外の医療関係者に対して、このような疾患の概念や治療法についての啓発が必要である。

最後になりましたが、ご多用中にも関わらず、アンケート調査およびヒアリング調査にご協力いただきました医師の方々に感謝いたします。今回の調査結果が今後の企業の研究開発、アカデミアの基盤的研究や橋渡し研究および行政の施策に反映され、我が国の医療の発展に役立つことを願っています。

付属資料：調査票

1. 日常診療について

Q1.1 先生が診療している全ての患者さんについてお聞きします。患者さんの割合 (%)をお書き下さい。

|                    | 回答欄 (%) |
|--------------------|---------|
| うつ病性障害 (非定型うつ病を除く) | %       |
| 非定型うつ病             | %       |
| 双極性障害              | %       |
| その他                | %       |

Q1.2 先生が診療している気分障害の患者さんは主にどの様なきっかけで受診しましたか。該当する項目に○印 (1つ)をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|             | 回答欄 |
|-------------|-----|
| 1. 自発的      |     |
| 2. 家族・同僚の勧め |     |
| 3. 職場の勧め    |     |
| 4. その他 ( )  |     |

Q1.3 今後、気分障害の患者さんは増加すると思いますか。該当する項目に○印 (1つ)をお付け下さい。

|          | 回答欄 |
|----------|-----|
| 1. 増加する  |     |
| 2. 増加しない |     |
| 3. わからない |     |

Q1.4 先生が診療している気分障害の患者さんの重症度の割合 (%)をお書き下さい。

|                    | 軽度～中等度 (%) | 重度* (%) |
|--------------------|------------|---------|
| うつ病性障害 (非定型うつ病を除く) | %          | %       |
| 非定型うつ病             | %          | %       |
| 双極性障害              | %          | %       |

\*：入院を要する、または、同等の重い症状

Q1.5 先生の診療における気分障害の患者さんの平均的な診療時間をお書き下さい。

|                    | 初診時 (分) | 再診時 (分) |
|--------------------|---------|---------|
| うつ病性障害 (非定型うつ病を除く) | 分       | 分       |
| 非定型うつ病             | 分       | 分       |
| 双極性障害              | 分       | 分       |



Q2.3 現在先生が使われている検査・診断、および今後重要になるのではないかとと思われる検査・診断に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|                   | 現在 | 今後 |
|-------------------|----|----|
| 1. 問診             |    |    |
| 2. 血液生化学検査        |    |    |
| 3. 尿検査            |    |    |
| 4. 生理学的検査（脳波等）    |    |    |
| 5. 内分泌的検査         |    |    |
| 6. 心理検査           |    |    |
| 7. 遺伝子検査          |    |    |
| 8. 脳画像診断          |    |    |
| 9. NIRS（光トポグラフィー） |    |    |
| 10. その他（ ）        |    |    |

Q2.4 「先進医療」として承認された NIRS（光トポグラフィー）の有用性についてご意見をお書き下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

Q2.5 鑑別診断が課題であると感じられる項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。また、その他に気分障害との鑑別が重要であると思われる疾患がございましたら 3つまであげて下さい。

|                 | 回答欄 |
|-----------------|-----|
| 1. うつ病と統合失調症    |     |
| 2. うつ病と双極性障害    |     |
| 3. 非定型うつ病と定型うつ病 |     |

【上記以外に気分障害との鑑別が重要である疾患】

|    |
|----|
| 1. |
| 2. |
| 3. |

### 3. 治療について

Q3.1 気分障害の**治療の目標**をどこに置いていますか。該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|  | うつ病性障害<br>(非定型うつ病を除く) | 非定型<br>うつ病 | 双極性障害 |
|--|-----------------------|------------|-------|
| 1. 完全治癒（治療の必要がない、あるいは通院の必要がない）                             |                       |            |       |
| 2. 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活および社会生活（職場復帰等）にはほぼ支障がない      |                       |            |       |
| 3. 通院の必要はあるが病状をコントロールできていて日常生活にはほぼ支障はないが社会生活（職場復帰等）には支障がある |                       |            |       |
| 4. その他（ ）  |                       |            |       |

Q3.2 気分障害の治療で先生が**薬剤を選択する**場合に何を重視していますか。最も重視する項目に◎印（1つ）、次に重視する項目に○印（1つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|                        | うつ病性障害<br>(非定型うつ病を除く) | 非定型<br>うつ病 | 双極性障害 |
|------------------------|-----------------------|------------|-------|
| 1. 患者さんの症状や重症度         |                       |            |       |
| 2. 治療の緊急度              |                       |            |       |
| 3. 治療効果としてのエビデンス       |                       |            |       |
| 4. 安全性（副作用）            |                       |            |       |
| 5. 服薬アドヒアランス           |                       |            |       |
| 6. 患者さんや家族の要望          |                       |            |       |
| 7. 特に基準はない（この場合○は1つだけ） |                       |            |       |
| 8. その他（ ）              |                       |            |       |

Q3.3 **薬剤以外の治療法**で**現在**先生が取り入れている項目、および**今後**取り入れたい項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|                      | 現在 | 今後 |
|----------------------|----|----|
| 1. 通電療法              |    |    |
| 2. 認知行動療法            |    |    |
| 3. 職業リハビリテーション       |    |    |
| 4. rTMS（反復性経頭蓋磁気刺激法） |    |    |
| 5. その他（ ）            |    |    |

Q3.4 先生が気分障害の治療に使われる薬剤について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|                       | 抗うつ薬 | 気分安定薬 | 抗精神病薬 | 抗不安薬 | 抗てんかん薬 | 睡眠薬 | 漢方薬 | その他<br>( ) |
|-----------------------|------|-------|-------|------|--------|-----|-----|------------|
| うつ病性障害<br>(非定型うつ病を除く) |      |       |       |      |        |     |     |            |
| 非定型うつ病                |      |       |       |      |        |     |     |            |
| 双極性障害                 |      |       |       |      |        |     |     |            |

Q3.5 各治療薬の現在不満足な点について該当する項目に○印（複数選択可）をお付け下さい。その他の場合は枠内に具体的にご記入下さい。

|         | 種類の少なさ | 効果が掛かる<br>時間が短い | 寛解する患者の<br>率が低い | 悪心・嘔吐 | 尿閉・散瞳 | 口渇・便秘・<br>ふらつき | めまい・<br>ふらつき | 健忘 | 起立性低血圧 | 質・血糖の上昇<br>体重増加・脂 | 性機能障害 | 反跳現象 | 離脱症状・<br>性機能障害 | 乱用・依存性 | 薬物相互作用 | その他 |
|---------|--------|-----------------|-----------------|-------|-------|----------------|--------------|----|--------|-------------------|-------|------|----------------|--------|--------|-----|
| 抗うつ薬    |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 気分安定薬   |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 抗精神病薬   |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 抗不安薬    |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 抗てんかん薬  |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 睡眠薬     |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| 漢方薬     |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |
| その他 ( ) |        |                 |                 |       |       |                |              |    |        |                   |       |      |                |        |        |     |

#### 4. 治療の満足度と薬剤の貢献度

Q4.1 「治療の満足度」と「薬剤の貢献度」について該当する項目に○印（1つ）をお付け下さい。また、現在、薬剤以外の治療法が主体の場合には○印をお付け下さい。

|                       | 治療の満足度                          |   |                                    | 薬剤の貢献度                             |                           |                                | 現在、薬剤以外の治療法が主体 |
|-----------------------|---------------------------------|---|------------------------------------|------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|----------------|
|                       | 十分満足<br>のいく<br>治療が<br>行えて<br>いる | ある程度<br>満足<br>のいく<br>治療<br>が行<br>えて<br>いる | 不満足<br>な治療<br>しか<br>でき<br>てい<br>ない | 治療<br>が行<br>えて<br>いる<br>とはい<br>えない | 十分<br>に貢<br>献し<br>て<br>いる | ある<br>程度<br>貢<br>献し<br>て<br>いる |                |
| うつ病性障害<br>(非定型うつ病を除く) |                                 |   |                                    |                                    |                           |                                |                |
| 非定型うつ病                |                                 |   |                                    |                                    |                           |                                |                |
| 双極性障害                 |                                 |   |                                    |                                    |                           |                                |                |

Q4.2 気分障害の治療の満足度を向上させるため**最も重要**と思われる項目に◎印（1つ）、**次に重要**と思われる項目に○印（2つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|   | 回答欄 |
|---|-----|
| 1. 医師と患者とのコミュニケーションの充実                        |     |
| 2. 専門医以外の医療従事者のうつ病・双極性障害に対する理解                |     |
| 3. コメディカルの充実                                  |     |
| 4. 診療・治療ガイドライン作成など、診断法や治療法の標準化                |     |
| 5. 客観的な診断法の開発                                 |     |
| 6. 有効性の高い治療法の開発                               |     |
| 7. 副作用のない治療法の開発                               |     |
| 8. 既存の薬剤の適応拡大                                 |     |
| 9. 医療機器の普及                                    |     |
| 10. 疾患メカニズムの解明                                |     |
| 11. その他（ <span style="float: right;">）</span> |     |

## 5. 今後取り組むべき課題について

Q5.1 気分障害に関して今後取り組むべき課題として、**特に重要**と思われる項目に○印（3つ）をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|   | 回答欄 |
|---|-----|
| 1. 早期診断法の確立                                   |     |
| 2. 客観的な鑑別診断法の確立                               |     |
| 3. 複数の精神疾患を併発している場合の診断法の確立                    |     |
| 4. 新規機序の薬剤の開発                                 |     |
| 5. 相互作用の少ない薬剤の開発                              |     |
| 6. 薬剤の安全性の向上                                  |     |
| 7. 個々の患者に有効な薬剤の選択（個別化医療）                      |     |
| 8. 薬剤以外の治療法の充実                                |     |
| 9. 専門医の育成                                     |     |
| 10. 病診連携の充実                                   |     |
| 11. 非専門医の患者対応の充実                              |     |
| 12. 早期受診体制の確立                                 |     |
| 13. 社会に対する広報（啓発）活動の充実                         |     |
| 14. 社会復帰のためのサポート体制の充実                         |     |
| 15. その他（ <span style="float: right;">）</span> |     |

## 6. 医療の現状について

Q6.1 日本において今後 10 年間で気分障害は重要性を増すと考えますか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。また、回答の理由等を自由にお書き下さい。

|           | 回答欄 |
|-----------|-----|
| 1. 重要性は増す |     |
| 2. 変わらない  |     |
| 3. 重要性は減る |     |

【回答の理由等】

Q6.2 日本で気分障害を抱えている人々は、専門の医療機関で適切な治療を受けているとお考えでしょうか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。また、選択した理由として該当する項目に ○印 (複数選択可) をお付け下さい。その他の場合は括弧内に具体的にご記入下さい。

|                              | 回答欄 |
|------------------------------|-----|
| 1. 大部分の患者さんが専門の医療機関を受診している   |     |
| 2. 約半分程度の患者さんが専門の医療機関を受診している |     |
| 3. 大部分の患者さんが専門の医療機関を受診していない  |     |

| 【選択した理由】               | 回答欄 |
|------------------------|-----|
| 1. 患者の精神疾患の理解不足 (啓発不足) |     |
| 2. 精神疾患に対応する診療窓口が曖昧    |     |
| 3. 受診・受療に対する患者の躊躇      |     |
| 4. プライマリーケア、一般内科医の知識不足 |     |
| 5. 精神疾患専門医療機関・専門医の不足   |     |
| 6. その他 ( )             |     |

Q6.3 日本で気分障害の治療を受けている患者さんは治療に満足しているとお考えでしょうか。該当する項目に ○印 (1つ) をお付け下さい。

|                         | 回答欄 |
|-------------------------|-----|
| 1. 大部分の患者さんは治療に満足している   |     |
| 2. 約半分程度の患者さんは治療に満足している |     |
| 3. 大部分の患者さんは治療に満足していない  |     |

## 7. 要望（患者、医師および医療従事者、行政、医療産業）

Q7.1 気分障害に関して患者、医師および医療従事者、行政、製薬メーカー、医療機器メーカー等に対するご意見やご要望がありましたら、自由にお書き下さい。

|              |
|--------------|
| 【患者】         |
| 【医師および医療従事者】 |
| 【行政】         |
| 【製薬メーカー】     |
| 【医療機器メーカー】   |

## 8. 自由意見

Q8.1 気分障害の予防、診断、治療等において現在満たされていない医療ニーズ（unmet medical needs）について、先生が診療されている気分障害の患者さんの特徴的なところ、最近、気になる点や注目される点等について、自由にお書き下さい。

|  |
|--|
|  |
|--|

**平成 24 年度 (2012)**  
**国内基盤技術調査報告書**  
**—気分障害に関する医療ニーズ調査—**

発行日：平成 25 年 3 月 19 日

発行：財団法人 ヒューマンサイエンス振興財団  
〒101-0032

東京都千代田区岩本町 2-11-1  
ハープ神田ビル

電話 03(5823)0361 / FAX 03(5823)0363  
(財団事務局 担当 山下 剛一)

印刷：タナカ印刷株式会社

発行元の許可なくして無断転載・複製を禁じます