

《処方例：パキシル®》

うつ状態に対して

37歳、男性。
半年前から不眠。数か月前より気力低下やうつ気分が続いていた。
本剤10mgより開始、1週間ごとに10mgずつ増量し、3週目に30mgまで増量した。4週目より症状の改善を認め、継続により6週目には症状の大半が改善した。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

13

SSRI

3)セルトラリン(ジェイゾロフト®)



- わが国で最も遅く使用できるようになったSSRI
- 他のSSRIに比べて弱いドパミン再取り込み阻害作用
⇒意欲減退や食欲低下を有するうつ病にも効果あり
- 心血管系への影響が少なく高齢者にも安全性が高い
- 用量
25mg/日から開始⇒<100mg/日で増減
150mg/日以上(強迫性障害、社交不安障害)
- 半減期:22~24時間 ⇒1日1回
- 副作用:嘔気、嘔吐、下痢(高用量投与にて)

14

《処方例：ジェイゾロフト®》

うつ病に対して

32歳、女性。
事務職として6年間就労している。2か月ほど前から、集中力が低下して、不安感が強くなり、気持ちが沈む。不眠、食欲不振もみられた。うつ病の診断で、本剤25mgを就寝前に投与した。1週間後、症状は特に変化なく副作用も認めなかったため50mgまで増量した。増量後約2週間で抑うつ感などの症状も軽快したとのことであった。
軽度の吐き気を認めたが、服薬に支障が出るほどではなかった。外来加療開始後、約3カ月で集中力も回復し、仕事も普通にこなせるようになった。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

15

SNRI

ミルナシブラン(トレドミン®)



- 抑制、意欲低下の強いうつ病の人に効果が高い
- 抗アドレナリン作用を有することから、うつ病の人が訴える様々な痛みにも効果があるという報告もある
- 肝臓のチトクロームP450(CYP)の代謝を受けない
⇒CYPで代謝される他の薬物の血中濃度に影響なし
- 用量
25mg/日から開始⇒<100mg/日で増減
- 半減期:8時間 ⇒1日2~3回
- 副作用:抗コリン作用(便秘、性機能障害)、頭痛、排尿障害(NA刺激による)⇒前立腺疾患による尿閉では禁忌

16

SNRI

デュロキセチン(サインバルタ®)



- 2010年4月より販売開始となった。
- 日本で2番目に承認されたSNRI
- 他のSNRIと比べるとセロトニン・ノルアドレナリンの再取り込み阻害の力価が高いことが特徴。
- プラセボに対する優越性が臨床試験で認められている。
- 疼痛に対する効果も認められている。
- 用量
20mg/日から開始⇒一週間以上の間隔を開けて20mgずつ増量する。

17

《処方例：トレドミン®》

うつ状態に対して

65歳、男性。
自営業を営んでいる。友人の病死をきっかけに、抑うつ感、食欲不振、不眠が出現し、精神科を受診した。本剤25mgを夕食後に投与したところ1週間後の外来受診時には不眠が軽快した。副作用は認められなかったため朝食後にも25mgを投与し、1日50mgに漸増した。4週間後には抑うつ感、不安感が軽快し、6週間後には仕事に関する書類にも目を通すことができるようになった。

こころの治療薬ハンドブック第6版より

18

NASSA

ミルタザピン(レメロン®、リフレックス®)

- 我が国では2009年から使用されるようになった
- 日本で初めてプラセボに対して抗うつ効果における優越性が検証された。
- 投与1週目から優位な改善効果が示され、長期投与試験においても、52週まで抗うつ効果が維持された
⇒効果の早期発現と長期維持を持ち合わせた薬といわれる
- 用量
15mg/日から開始⇒<45mg/日で増減
- 半減期:20~40時間 ⇒1日1回
- 副作用:吐き気や便秘、性功能障害は少なく、眠気、倦怠感、体重増加がみられる。

19

三環系抗うつ薬

セロトニントランスポーターとノルアドレナリントランスポーターに作用する以外に、 α 1アドレナリン受容体、H1ヒスタミン受容体、ムスカリン性アセチルコリン受容体遮断作用がある。

- ⇒起立性低血圧、体重増加、沈静、口渴、便秘、尿閉、霧視、記憶障害、心伝導障害(QT延長)、せん妄
- ⇒高齢者や前立腺肥大症、不整脈や緑内障などを合併している場合は使いにくい。

四環系抗うつ薬

- ・三環系抗うつ薬と比較して抗コリン作用が少ない。
- ・その鎮静作用を利用して睡眠薬として用いられる場合もある。

20

三環系抗うつ薬の特徴・使用方法・副作用

一般名	商品名	特徴・使用方法・副作用
イミプラミン	トフラニール®	・最もよく研究された三環系抗うつ薬で、気分改善作用が強い。 ・うつ病以外に躁病に対して有効性あり。 ・うつ病に対しては20~70mg/日を初期投与量とし、200mg/日まで漸増し分割投与する。 ・躁病に対しては30~50mg/日を症状及び年齢に応じて適量調整を行う。
クロミプラミン	アナフラニール®	・点眼投与が可能なため、自殺念慮が切迫しており急速な抗うつ状態の改善が望まれる症例や経口摂取が困難な場合に使用可能。 ・点眼投与をする場合には、せん妄を惹起する場合はあるのでゆっくりと行う。
アミトリプチリン	トリプタノール®	・薬効の強い抗うつ薬に対してよく用いられる。 ・本薬剤は三環系抗うつ薬のなかでは最も強い抗コリン作用がある。
アモキサピン	アモキサシ®	・H1受容体遮断作用があるため精神病的うつ病に有効であるとの報告や、効果発現も比較的早いという報告もある。 ・D ₂ 受容体遮断作用をするために躁病外傷症状が出現する場合は、パーキンソン病の症状に対する投与を要する。
ノルトリプチリン	ノルトレ®	・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用が強い薬物である。 ・比較的抗コリン作用も少なく、過剰投与による副作用も比較的少ないとされている。

四環系抗うつ薬の特徴・使用方法・副作用

一般名	商品名	特徴・使用方法・副作用
マプロチリン	ルジオニール®	・ノルアドレナリン再取り込み阻害作用が強い。 ・抗コリン作用は少ないが、高用量使用時の虚脱感や作用や効果の発現速度が高いとの報告がある。
ミアンセリン	テトラミド®	・シナプス間隙へのノルアドレナリンの放出を抑制しているシナプス前 α 2受容体を遮断してノルアドレナリンの放出を促進する。 ・高齢者に対して使用しやすい。 ・本薬剤は抗ヒスタミン作用があるため鎮静作用に優れ、せん妄にたいしても有効であるという報告もある。

22

気分安定薬

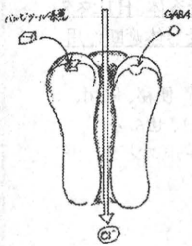
- 双極性障害(躁うつ病)に対して双方向性(抗躁、抗うつ)の作用をもち、また気分変動を抑制し、躁うつ両病相の予防効果をもつ薬物の総称。
- 薬理学的な作用機序は未だ明らかではない。
- 現在、日本で承認されている気分安定薬は、
①炭酸リチウム(リーマス®)
②カルバマゼピン(テグレート®)
③バルプロ酸ナトリウム(デパケン®)
- いずれも、双極性障害のうつ状態や病相予防効果についての承認は得られていない。

23

気分安定薬

- 有効性はそれほど高くない。
- ・リチウムの躁病相に対する治療効果⇒約50%
- ・リチウムの病相予防効果⇒2年間で約40~50%
- それぞれ気分安定薬の違いは？(エビデンスはないが...)
- ①リチウム...多幸感、爽快気分を伴う古典的な躁病相
- ②カルバマゼピン...精神病症状や錯乱が混在している場合
- ③バルプロ酸...不機嫌、相うつ混合状態、急速交代型
- 自殺関連行動への影響について
双極性障害患者における自殺率は高い。
・リチウム⇒自殺関連行動の防止効果がある
- ・カルバマゼピン、バルプロ酸⇒自殺企図の既往および自殺念慮のある躁病および躁うつ病の躁状態の患者への投与に対して注意喚起がなされている。

睡眠薬



- ・睡眠薬はその化学構造によって、
- ①バルビツール酸系薬物
 - ②非バルビツール酸系薬物
 - ③ベンゾジアゼピン系薬物
 - ④非ベンゾジアゼピン系薬物
- に分けられる。

・抑制性神経伝達物質であるγ-アミノ酪酸 (GABA) 受容体機能の増強。

・バルビツール酸誘導体が単独でGABA_A 受容体のCl⁻イオンチャネルを開きさせるのに対し、ベンゾジアゼピンは内因性のGABA存在下でのみ効果を発揮する。
⇒生体にもともと備わる内因性物質に効果が依存することが、高い安全性の理由。

25

ベンゾジアゼピン系睡眠薬

薬名	作用機序	半減期 (h)	覚醒時間 (h)
ゾルピデム	ベンゾジアゼピン系	2-4	6.25-6.5
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	4	7.5-10
エスズピロン	ベンゾジアゼピン系	2	5-10
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2
ゾレピドン	ベンゾジアゼピン系	8	1-2

非ベンゾジアゼピン系 (New !)
 ・ほとんどの睡眠薬は覚醒段階の時間を減らし軽睡眠期を増やす一方、深睡眠は減らす。
 ・これらは、深睡眠を増やす。
 ・筋弛緩作用に伴う副作用も少ない

26

結局、どう使い分けるのか？

	入眠薬 (短時間型、短時間型)	睡眠維持薬 (中間作用型、長時間型)
神経症的傾向(不眠の不安)が強い場合 (抗不安作用、筋弛緩作用が弱い薬物)	ゾルピデム(マイスリー) ゾピクロン(アモバン)	クアゼパム(ドラル)
神経症的傾向(不眠への恐怖)が強い場合 (抗不安作用、筋弛緩作用を持つ薬物)	トリアゾラム(ハルシオン) プロチゾラム(レンドルミン) エチゾラム(デパス)	フルニトラゼパム(サイレーズ、ロピノール) ニトラゼパム(ネルボン) エスタゾラム(ユーロジン)
腎機能障害・肝機能障害がある場合 (代謝産物が活性をもたない薬物)	ロルメタゼパム(エパメール、ロラメット)	ロラゼパム(ワイパックス)

本多 真 よくわかる精神科薬物ハンドブックより一部改変

27

新しい睡眠薬 (メタニオン受容体アゴニスト)

ラメルテオン(ロゼレム®)



- GABA受容体機能増強とは違う機序で働く。
- ヒトの視交叉上核に多数存在しているメタニオン受容体に選択的に結合して、薬理作用を発揮する。
⇒体内時計機構に働きかけ、睡眠・覚醒のリズムを整える。
- 反跳性不眠や薬物依存がなく、自然に近い生理的睡眠を誘導する。
- SSRIのフルボキサミン(ルボックス、デプロメール)との併用は禁忌！

28

参考図書・参考文献

- 富田真幸: 内科医が知っておくべき精神薬の知識、診断と治療 vol 95-No.12; 2083-2089, 2007
- よくわかる精神科薬物ハンドブック、風祭元著
- うつ病心療Q&A、樋口輝彦著
- こころの治療薬ハンドブック第6版

29

職場でよくみる精神科治療薬：学習のポイント

(スライドは管理監督者研修にも活用できます)

スライド番号2

産業医業務を行う上で、従業員との個別面談は労働衛生の3管理の中で健康管理に当たり、産業医としての主要な職務の一つである。

具体的には、健診後の事後措置としての面接指導、長時間労働者に対する面接指導、健康相談などがある。これらの面談の中で、従業員が内服している薬物について確認することがあるが、精神科治療薬についてはその効果や薬理学的な機序についてピンと来ないことが良くある。その一因として精神科的治療薬を実際に処方した経験が乏しいこと、精神科領域では複数の薬剤を併用されていることが良くあること、副作用が比較的少ない新薬の登場で治療薬選択のボーダレス化（抗うつ薬を不安障害治療に用いたり、抗てんかん薬を双極性障害に用いたりと当初の適応症以外の用途に使用すること）が進んでいることなどが挙げられる。

そうした中でも、産業医は面談相手の内服薬全般についてより深い知識を得ている必要があり、また、内服薬の種類から面談相手の病状や経過、主治医が処方した意図などを組み取れば、より良い対応ができるものと思われる。

今回は、「職場でよくみられる精神科治療薬」について、薬理学的な機序やそれぞれの特徴、使い分け方等についてその概要を述べる。

スライド番号3

人間の精神に作用して、普通はその異常を治療する目的で用いられる薬を向精神薬という。広義の向精神薬には、

- ①抗精神病薬
- ②抗うつ薬
- ③気分安定薬
- ④抗不安薬
- ⑤睡眠薬
- ⑥抗てんかん薬
- ⑦抗パーキンソン薬

などがあるが、これは治療の対象となる精神症状別に分類名がつけられている。しかし、実地臨床では、以前から用いられてきたさまざまな名称が今も使われておりこれらを一覧表にしたのが上図である。

また、実際には「抗精神病薬＝統合失調症の治療薬」、「抗うつ薬＝うつ病の治療薬」といった単純な図式は必ずしも成り立たず、病名ではなく精神的な状態像によって薬剤選択がされている。

更に、それぞれの薬による治療の経験が重なるにつれて、ある薬が最初の適応症と違う病気に効くことが分かる場合がある。

たとえば、はじめ抗てんかん薬として使われたバルプロ酸が、躁状態に有効であることが分かったり、抗うつ薬が抗不安薬に代わって不安障害治療のファーストラインになったりするなど、いわゆる治療薬選択のボーダレス化が進んできた。

以上のような背景から、精神科患者に対する処方はいよいよ一層複雑なものとなり、精神科専門医以外の医師にとってより理解しにくいものとなってきている。

しかし、このような現状においても、我々産業医は向精神薬の概要については理解しておく必要がある、これより産業医面談でよく目にする抗うつ薬、気分安定薬、睡眠薬について概説する。

スライド番号4

我が国のうつ病治療アルゴリズムでは、軽症から中等症のうつ病に対しては、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 selective serotonin reuptake inhibitor (SSRI) やセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 serotonin noradrenaline reuptake inhibitor (SNRI) のどちらか一方を2~4週間程度、十分量服薬することとなっている。

しかし、SSRI、SNRIのどちらを使用するか判断基準は示されていない。抗うつ薬の薬理作用機序については、モノアミン仮説、モノアミン受容体のダウンレギュレーション作用、海馬神経新生促進作用など、様々な仮説があり未だ解明には至っていないのが現状である。

今回は、モノアミンの薬理的観点から選択の根拠の指標を紹介する。

また、わが国では2009年から使用されるようになった、ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬 Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressant (NaSSA) についても、その特徴を紹介する。

最後に、古くから使われていて従来薬と称される、三環系、四環系抗うつ薬についても、その概要を述べる。

スライド番号5

セロトニンやノルアドレナリン、ドーパミン等の各種モノアミンは、それぞれにうつ病の症状と関連しているとされる。

セロトニンは不安、イライラ感(焦燥)、緊張感などと特に関連しており、ノルアドレナリンは意欲低下、興味の喪失と関連している。

また、ドーパミンの低下は快楽喪失、食欲、性欲低下などと関連しているとされており、全てのモノアミンは、認知機能低下、不機嫌等の精神症状との関連があるとされている。

スライド番号6

【SSRI と SNRI の使い分けについて①】

中村によると、うつ病はその症状から、不安や焦燥、心気症状が前景の焦燥型うつ病と、意欲低下や思考制止が前景の制止型うつ病に分類出来るという。

中村らは SSRI と SNRI のカテコラミン神経系への影響と治療反応性に関する検討を行い、フルボキサミン (デプロメール®) とパロキセチン (パキシル®) は焦燥型うつ病に、ミルナシプラン (トレドミン®) は制止型うつ病に効果があることを明らかにした。

また、ノルアドレナリンの主要代謝産物である血中 MHPG 濃度の基礎値から、SSRI と SNRI の使い分けが可能であることも示している。

つまり、フルボキサミンやパロキセチンといった SSRI では治療前の血中 MHPG が高く、不安や心気症状が前景の症状が前景の症例に対して有効性が高いこと、またミルナシプランでは、治療前の血中 MHPG 濃度が低く、精神運動制止症状が前景のうつ病患者に対して有効性が高かった。

スライド番号 8

【SSRI と SNRI の使い分けについて②】

また、類似点も多いが姫井によりセロトニンとノルアドレナリンが司る生理機能を考慮した使い分けが示されている。

姫井によると、“抑うつ気分”の症状が前面に出ている場合には SSRI を、“気力減退”の症状が前面に出ている場合には SNRI を選択しているという。

この“抑うつ気分”と“気分減退”が同じぐらいであるときは、**不安の症状について考慮し、強迫的で被害的な内容を伴う不安がある場合には SSRI を、衝動性を伴わない漠然とした不安のある場合には SNRI を選択している**ようである。

スライド番号 9

【SSRI と SNRI の使い分けについて②】

また、軽度なうつ病で症状が顕著でない場合には、更に大きな捉え方をし、

不安や余裕のなさが見られるときには SSRI を、やる気のなさや億劫感が認められるときには SNRI を選択している。

スライド番号 27

睡眠薬の治療薬選択は、まずは作用持続時間を参考にして行われる。

入眠が出来れば睡眠の維持と内容はほぼ良好という入眠障害型不眠症の治療には、入眠のみを改善させ、持ち越し効果を避けるため超短時間～短時間作用型の睡眠薬が用いられる。超短時間～短時間作用型薬物は急激な血中濃度低下により、中途覚醒と目覚めたときの不安を増強させる可能性もある。

そこで、中途覚醒型や熟眠障害型の不眠には短時間～中間作用型の睡眠薬、更に早朝覚醒型の不眠には長時間作用型の睡眠薬も選択肢に入る。

また、臨床的な薬剤選択法として、神経症的傾向の有無と、肝機能や腎機能障害の合併による使い分けが提案されている。

不眠症の中核をなす精神生理性不眠症は不眠への恐怖（神経症的傾向）と、緊張・過覚醒が病態の基礎となっており、抗不安作用・筋弛緩作用を併せ持つ睡眠薬の有効性が高い。

一方、高齢者などで転倒の危険がある場合は、 $\omega 1$ 受容体選択性が高く筋弛緩作用が少ない非BZ系睡眠薬が適切である。

肝機能障害合併時には、肝臓の薬物代謝酵素チトクロームを介さず、1回のグルクロン酸抱合で排泄され、活性代謝産物をもたないロルメタゼパム（エバミール®）が選択となる。

職場での精神障害
 心もろくに戻らない精神障害の害職労災
 労務
 精神障害に悩む
 害職労災
 労務

職場での精神障害
 心もろくに戻らない精神障害の害職労災
 労務

疾病性の気づき助ける管理監督者用 教材例

職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方

職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方

職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方

職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方
 職場での精神症状の出方

疾病性の気づき助ける管理監督者用教例
：職場での精神症状の出方

疾病性の気づき

- ・気分障害の疾病性の気づきおよび診断
- ・アルコール依存
- ・適応障害
- ・統合失調症

気分障害の疾病性の気づきおよび診断

▶ 大うつ病(主にメランコリー型うつ病)

- ◆ 残業が増え、遅刻や無断欠席が目立ってくる
- ◆ 作業能率が低下し、ミスが目立ってくる
- ◆ 朝方に気分が悪く、朝刊が読めないといった傾向がみられる
- ◆ 身だしなみが悪くなる
- ◆ 人と視線を合わせなくなり、会話も少なくなる
- ◆ 仕事への自信をなくし、周囲への迷惑を心配し、突然「やめたい」という。

もしもドラえもんが大うつ病になったら

- ▶ 四次元ポケットから取り出す道具に迷う。
- ▶ 四次元ポケットから取り出す道具を何度も間違える。
- ▶ 朝、元気がなくのび太の相手ができないが、下校後はそこそこ対応ができるようになっている。
- ▶ ひげが汚い
- ▶ のび太と目を合わせず、言葉数も少ない。
『ドラえもん!!』『……』『ジャイアンがいじめるんだ、なんとかしてよ!』『……どこでもドア……』『それじゃあ意味ないよお』『ご……ごめん……』
- ▶ 最近道具のチョイスに自信がないと言い始め、突然『未来へ帰る』と言い始める。

気分障害の疾病性の気づきおよび診断

▶ 双極性障害(躁病期)

- ◆ 同僚や上司のと口論やトラブルを起こす
- ◆ 上司の指示もなく、また心配もないのに長時間残業をし、なかなか帰らない
- ◆ 取引先とのトラブルを起こす
- ◆ 費用や会社の規模からは考えられないような契約を行う
- ◆ 気分が異様に高揚したり、怒りっぽくなったり、攻撃的になったりして、他人から明らかに「普段とは違う」と思われてしまう

もしものび太が双極性障害(躁病期)になったら

- ▶ 坂本先生と口論をしたり、ジャイアントケンカしたりする。
『ぼくは、ジャイアンなんか一瞬で勝てるぞお!』
- ▶ 先生が指示したわけでもないのに、学校に長時間残って勉強し、なかなか帰らない。
『寝なくて、ずっと勉強できるよ、ドラえもん!』
- ▶ スネ夫しか買えないようなヘリコプターのラジコンを買ってくる。
- ▶ いつもよりよく喋り、気分が高揚して「しずかは僕の女だ」と言ったり、ドラえもんを怒鳴ったり、ジャイアンに不必要に歯向かったりと、明らかに「普段とは違う」と思われてしまう。

アルコール依存症

アルコールを飲んでもなかなか酔った感じにならない・・・
アルコールが切れると禁断症状が出る・・・
飲むことを調節できない・・・

- ◆突然の遅刻や欠勤が目立つ
- ◆連休や休み明けに休みが多い
- ◆仕事中にアルコール臭をさせる。朝から臭う場合もある
- ◆職場や飲み会でよく喧嘩をする
- ◆飲み会のあとに事故にあったり、ケガをしたりする
- ◆取引先でトラブルを起こす

▶ 7

もしも、アンパンマンがアルコール依存症になったら

- ▶ 助けを呼んだものの、バイキンマンをやたらと待たせたり、結局助けに来なかったりする。
- ▶ 月曜日や連休明けは助けに来ないことが多くなった。
- ▶ 「僕の頭を食べなよ」と言うが、アルコール臭がキツくて子供には食べにくい。
- ▶ ジャムおじさんやバタコさんとしょっちゅう喧嘩をする。
- ▶ みんなで楽しくピクニックをした後に、帰宅する途中で飛べなくなったり、墜落してけがをしたりする。
- ▶ 協力するはずの食パンマンとトラブルを起こす。

▶ 8

適応障害

《適応障害が現れるケース》

- ◆新入社員などが新しい職場環境に適応できない
 - ◆専門家が期待される職務を果たせず、その後に不調を訴える
 - ◆昇進にともない責任が大きくなったものの、その職務を果たすことができず不調を訴える
- ⇒こうしたことが原因で以下のような症状が3カ月以内に現れる
- ・不安、抑うつ、イライラして過度に焦る
 - ・何らかの事柄に過度に敏感になる
 - ・無断欠勤、物を壊す、無謀運転、ケンカなどの行動異常

▶ 9

もしも孫悟空が適応障害になったら

- ▶ ナメック星に移動後、毎日不安や、イライラを訴える。
- ▶ 「地球の未来はお前にかかっている！」と言われ続け、数々の敵と戦ってきたが、最近は憂鬱になることが多く、テレビのニュースに過度に敏感になっている。
- ▶ ついにスーパーサイヤ人になれたが、思ったように敵を倒すことができず、最近は敵前逃亡したり、舞空術で蛇行飛行を繰り返したり、物を破壊したりするようになってきた。
- ▶ ベジータが戦闘に対する解説を始めても、イライラして過度に焦り、早く喋るようにせかすようになった。

▶ 10

統合失調症

- ◆職場で理由もなくひとりで笑ったり、ボンボンと独り言を言う
- ◆突発的な暴力、暴言、奇異な行為などの予期せぬ行動をとる
- ◆長時間、表情が乏しくてボーッとしている
- ◆周囲が理解できないような、上司・同僚からの被害を訴える
例) Aさんが生き霊になって襲ってくるんです・・・
- ◆上に上げられたこれらのことから、作業能力が低下し、集中できず、離席が目立つ

▶ 11

もしも、サザエさんが統合失調症になったら

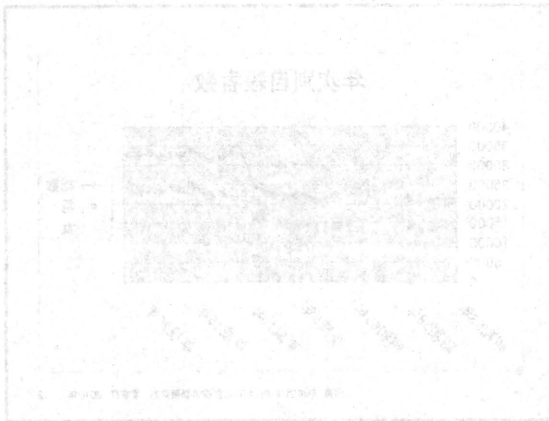
- ▶ 理由もなく、庭で笑ったり、キッチンでボンボンと独り言を言う。
- ▶ 突然、ほうきを振り上げ、タマに襲いかかったり、『コラ！タラオ！』とタラちゃんに暴言を吐いたりする。
- ▶ 居間集まっている時も、表情が乏しくボーッとしている。
- ▶ 「タイ子が生き霊になって襲ってくる・・・」といった、周囲から理解できないような被害を訴える。
- ▶ 上にあげたこれらのことから、作業能力が低下し、家事に集中できず、家の中をうろろしている。

▶ 12

疾病性の気づき助ける管理監督者用教材例：職場での精神症状の出方：学習のポイント
(スライドは管理監督者研修にも活用できます)

スライド13 症状から見た鑑別診断の考え方

面接中に ICD-10 や DSM-IV-TR などを参考にしながら面接をすることは困難であるが、宮岡により、精神症状からどのような精神疾患を考えるかの概要がフローチャートになっているので、明確に割り切れるわけではないが、面談時には利用できる。



精神科受診者
 精神科を受診する労働者の割合は、過去10年間で約2倍に増加している。

産業医・管理監督者向け教材例：

精神科救急に係る事項

自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

項目	内容
1	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
2	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
3	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
4	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
5	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
6	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
7	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
8	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
9	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
10	自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

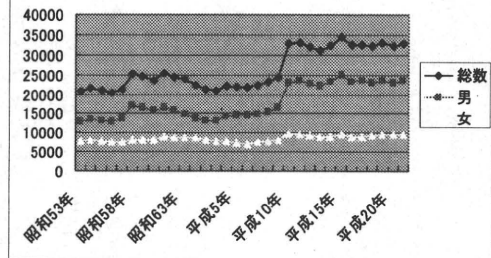
自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

- 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
1. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 2. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 3. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 4. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 5. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 6. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 7. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 8. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 9. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応
 10. 自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応

精神科救急

産業医・管理監督者向け教材例：
自殺の予防と自殺の可能性がある
労働者への対応

年次別自殺者数



出典：平成21年中における自殺の概要資料 警察庁、2010年 2

年齢別・職業別自殺者数

総数	少年		成人							不詳
	～19歳	20～29歳	30～39歳	40～49歳	50～59歳	60～69歳	70～79歳	80歳～		
32845	565	3470	4794	5261	6491	5968	3671	2405	230	

総数	自営業・家族従事者	被雇用者・勤め人	無職		不詳
			学生・生徒等	無職者	
32845	3202	9159	945	18722	817

出典：平成21年中における自殺の概要資料 警察庁、2010年 3

自殺の危険因子

- ①自殺未遂歴 自殺未遂はもっとも重要な危険因子（自殺未遂の状況、方法、意図、周囲からの反応などを検討）
- ②精神障害の既往 気分障害（うつ病）、統合失調症、パーソナリティ障害、アルコール依存症、薬物乱用
- ③サポートの不足 未婚、離婚、配偶者との死別、職場での孤立
- ④性別 自殺既遂者：男>女 自殺未遂者：女>男
- ⑤年齢 年齢が高くなるとともに自殺率も上昇
- ⑥喪失体験 経済的損失、地位の失墜、病気や怪我、業績不振、予想外の失敗
- ⑦性格 未熟・依存的、衝動的、極端な完全主義、孤立・抑うつ的、反社会的
- ⑧他者の死の影響 精神的に重要なつながりのあった人が突然不幸な形で死亡
- ⑨事故傾性 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない。慢性疾患への予防や医学的助言を無視
- ⑩児童虐待 小児期の心理的・身体的・性的虐待

出典：高橋科友「新訂増補 自殺の危険：臨床的評価と危機介入」(金剛出版、2008) 4

自殺予防の十箇条

(次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。早い段階で専門家に受診させてください。)

1. うつ病の症状に気がつける
2. 原因不明の身体の不調が長引く
3. 酒量が増す
4. 安全や健康が保てない
5. 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
6. 職場や家庭でサポートが得られない
7. 本人にとって価値あるものを失う
8. 重症の身体の病気にかかる
9. 自殺を口にする
10. 自殺未遂に及ぶ

5

うつ病の症状

【自分で感じる症状】

憂うつ、気分が重い、気分が沈む、悲しい、イライラする、元気がない、眠れない、集中力がない、好きなこともやりたくない、細かいことが気になる、大事なことを先送りにする、物事を悪いほうへ考える、決断が下せない、悪いことをしたように感じて自分を責める、死にたくなる

【周りから見てわかる症状】

表情が暗い、涙もろい、反応が遅い、落ち着きがない、飲酒量が増える

【身体に出る症状】

食欲がない、便秘がち、身体がだるい、疲れやすい、性欲がない、頭痛、動悸、胃の不快感、めまい、喉が渇く

6

自殺の直前のサイン

- 感情が不安定になる。突然、涙ぐみ、落ち着かなくなり、不機嫌で、怒りやイライラを爆発させる。
- 深刻な絶望感、孤独感、自責感、無価値感に襲われる。
- これまでの抑うつ的な態度とは打って変わって、不自然なほど明るく振る舞う。
- 性格が急に変わったように見える。
- 周囲から差し伸べられた救いの手を拒絶するような態度に出る。
- 投げやりな態度が目立つ。
- 身なりに構わなくなる。

7

自殺の直前のサイン

- これまでに関心のあったことに対して興味を失う。
- 仕事の業績が急に落ちる。職場を休みがちになる。
- 注意が集中できなくなる。
- 交際が減り、引きこもりがちになる。
- 激しい口論やけんかをする。
- 過度に危険な行為に及ぶ。(例: 重大な事故につながりかねない行動を短期間に繰り返す。)
- 極端に食欲がなくなり、体重が減少する。

8

自殺の直前のサイン

- 不眠がちになる。
- さまざまな身体的な不調を訴える。
- 突然の家出、放浪、失踪を認める。
- 周囲からのサポートを失う。強い絆のあった人から見捨てられる。近親者や知人の死亡を経験する。
- 多量の飲酒や薬物を乱用する。
- 大切にしていたものを整理したり、誰かにあげたりする。
- 死にとらわれる。

9

自殺の直前のサイン

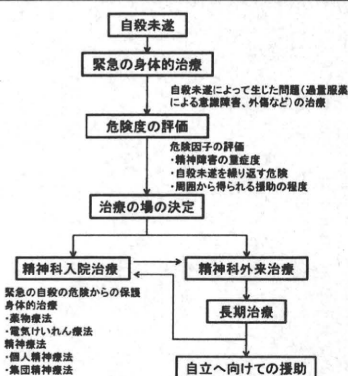
- 自殺をほのめかす。(例: 「知っている人がいない所に行きたい」、「夜眠ったら、もう二度と目が覚めなければいい」などと言う。長いこと会っていなかった知人に会いに行く。)
- 自殺についてははっきりと話す。
- 遺書を用意する。
- 自殺の計画を立てる。
- 自殺の手段を用意する。
- 自殺する予定の場所を下見に行く。
- 自傷行為に及ぶ。

10

自殺の予兆が見られる人への対応

- ① 真剣に話を聴く
- ② 言葉の真意を聞く
- ③ できる限りの傾聴をする
- ④ 話題をそらさない
- ⑤ キーパーソンとの連携
- ⑥ 専門医への受診を促す
- ⑦ 「自殺しない」約束をする

11



出典: 高橋祥友「医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント(第2版)」(医学書院, 2006)

12

自殺未遂が発生したら

- 産業医が把握しておいた方が良くいこと
 - バックグラウンドとして
 - ストレス
 - 動機(身体疾患、経済問題、職場問題、生活問題、人間関係など)
 - 自殺企図歴
 - 喪失体験
 - 自殺念慮
 - 精神疾患の既往
 - 家族歴
 - など

13

自殺未遂が発生したら

- 産業医が把握しておいた方が良くいこと
 - 今回の自殺(未遂)に関して
 - 手段
 - 重症度(バイタルサインなど)
 - 本当に自殺企図なのか
 - 発見状況
 - 遺書の有無
 - 周囲から見た直前の本人の状態
 - 計画性の有無
 - など

14

遺された人々の心理的反応

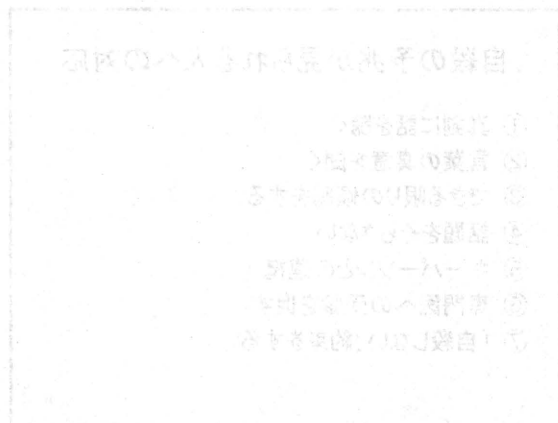
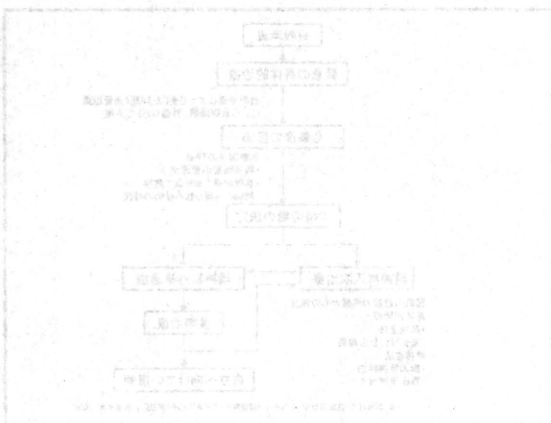
- 茫然自失、驚愕、疑問
- 否認、歪曲
- 離人感
- 怒り
- 自責、抑うつ
- 周囲からの非難
- 他罰
- 正当化、合理化
- 原因の追及
- 救済感
- 記憶の加工
- 不安
- 二次的トラウマ

出典:高橋祥友「低炭素社会における自殺のリスクマネジメント」(第2版)(医学書院, 2006) 15

ポストベンションの原則

- 関係者の反応が把握できる人数で集まる
- 自殺について事実を中立的な立場で伝える
- 率直な感情を表現する機会を与える
- 知人の自殺を経験した時に起こり得る反応や症状を説明する
- 個別に専門家による相談を希望する人には、その機会を与える
- 自殺に特に影響を受ける可能性のある人に対して積極的に働きかける
- その他

出典:厚生労働省「職場における自殺の予防と対応」(中央労働災害防止協会,2007) 16



自殺の予防と自殺の可能性がある労働者への対応：教育のポイント

タイトルスライド

職場におけるメンタルヘルス対策の中でも、自殺を中心とした精神科救急への対応について学習する。

スライド2

我が国の自殺者数の年次推移はグラフのようになっている。平成10年に32863人となつてからは、年間自殺者数は3万人台が続いている。

スライド3

平成21年の年間自殺者数を年齢別に見ると、50歳代が全体の19.8%を占め、次いで60歳代(18.1%)、40歳代(16.0%)、30歳代(14.6%)となっている。

また、職業別では無職者が全体の57.0%を占め最多、次いで被雇用者・勤め人(27.9%)、自営業・家族従事者(9.7%)となっている。

退職した高齢者の自殺が多いのは事実だが、就労者の自殺も多く、職場環境の様々な負荷が労働者の心の健康に重大な影響を及ぼしていることは明らかである。このような背景の中、職場におけるメンタルヘルス対策へのニーズは高まっている。

スライド4

自殺が起きる背景には、うつ病、統合失調症、アルコール依存症、人格障害等の精神科的疾患があることが圧倒的に多い。ところが、自殺行為に及ぶ前に精神科を受診していた人はごくわずかである。特に上記のような危険因子を持つ労働者に対しては、産業保健スタッフ等が積極的に精神科受診を勧めるべきであると考えられる。

スライド6

うつ病は自殺の背景にある精神疾患として多くを占める。うつ病の症状を認める場合も、精神科受診等の適切な対応が必要とされる。

スライド7

自殺の直前に現れる発現・行動の変化として、スライドのようなもの等が挙げられる。

こういったサインは、人生のある一時点で考えれば誰でも経験しうることもかもしれない。また、これらを認めればただちに自殺が起きると予測ができるというものではないため、総合的に判断する必要がある。先に述べたような危険因子をもっている労働者や、うつ病等の精神疾患で精神科・心療内科にかかっている労働者にこのようなサインを認めた際には、注意が必要

である。

スライド11

自殺をほのめかすような発言があった場合や、先に述べたような自殺の予兆がみられた場合、まずはなぜそのような気持ちになったのか等、積極的な傾聴が必要となる。その際にはできる限り聞き役に徹するようにし、すぐに自殺以外の事柄に話題をそらすようなことは避ける。

また、家族、上司、同僚、友人等、キーパーソンとの連携が必要となることも多い。日頃から本人との付き合いが深く、本人の置かれている状況や心情を理解している人を把握しておく、緊急時の対応もしやすくなると思われる。

専門医への受診を促す際には、本人にその必要性を丁寧に説明し、必要に応じてキーパーソンにも協力を要請する。職場のメンタルヘルス対策に理解のある専門医療機関を確保しておくことも必要である。

スライド12

自殺未遂者が救急病院へ搬送された場合、原則として図のような流れで治療が進められる。

1) 緊急の身体的治療

薬物の多量摂取による意識障害、刃物による切創など、まずは身体的治療が行われる。

2) 危険度の評価

自殺の手段によっては（普段より多めに薬を飲んだ、リストカットをしたなど）、医療者も含めた周囲の人々は「本気で死のうとしていないのでは」といった感情を抱く可能性もある。手段そのものよりも、自殺の危険因子の評価、自殺行動の背景に存在する可能性のある精神障害の重症度の判定、自殺行動を繰り返す危険の評価、周囲の人々からどの程度の援助が得られるのかなどから総合的に危険度の評価を行う。

3) 治療の場の決定

上記のような危険度の評価から、入院治療か外来治療か、治療の場を決定する。自殺行動を繰り返す可能性が非常に高い場合には、緊急の危険から保護するために入院治療が選択され、さほど高くない場合には外来での治療が選択される。

スライド13

自殺未遂が発生した場合には、その後の治療方針を決定するため様々な情報が必要とされる。しかし、実際に自殺未遂者が救急搬送された場合、本人は意識がなかったり「死にたかったのに」「余計なことをした」などと、治療に対し非協力的なことも多い。そういった場合には、家族や周囲の人々からの情報が非常に重要となる。

労働者において自殺未遂が発生した場合には、産業医がそれらの情報をできる限りあらかじめ収集しておくとその後の治療がスムーズに進むと考えられる。その際の情報として、具体的

にどのような情報が必要とされるかの例を表に示す。

このような情報を適切に救急医や精神科医に提供することができれば、その後の自殺の予防に産業医が大きな役割を果たすことができると言えるだろう。

スライド14

様々な自殺予防の対策を講じて、不幸にして自殺が起こってしまった場合、自殺は遺された家族・同僚など周囲の人々に心理的影響を及ぼす。その程度は、自殺した人との関わりの深さ・期間などによって異なる。

自殺の後に生じる心理的反応を表に示す。

場合によっては、遺された人がうつ病、不安障害、ASD（急性ストレス障害）やPTSD（外傷後ストレス障害）などの精神疾患に罹ってしまい、専門的な治療が必要になることもある。そのため、そういった心理的影響を極力少なくするための対策（ポストベンション）が必要となる。

スライド16

職場におけるポストベンションの原則を示す。万が一そのような事態が起こった時の対応の参考にしていきたい。

自殺に対するタブー感が強い我が国では、自殺が生じた際、その事実を隠そうとしてしまいがちであるが、そのことが遺された人々が受け入れることを妨げ傷口を広げてしまう可能性すらある。自殺が起きたという事実を淡々と伝え、それに動揺している人に対し個別に対応する方が賢明である。その際には、故人を非難したり、逆に美化しすぎたりせず、事実のみを淡々と伝える方がよいとされる。

前述のように、遺された人々は様々な心理的反応を示し、様々な感情を抱く。そういった感情をありのままに表現する機会を与えることもポストベンションの重要な目的である。複雑な感情を分かち合い、共有することで負担が軽くなる人も多いただろう。グループの枠組みを使ったポストベンションには、ある程度の経験が必要ともいわれる。状況によってはリスクが高いと目される同僚や上司との個別の面接を持つこともある。リスクグループの把握と、その後のフォローを重視するようにする。

自分になんらかの関わりのある人が自殺した場合、様々な精神症状・疾患が生じうるが、それらに関して説明し、そのような症状を自覚した時に気軽に相談できるようにしておくことも群発自殺の予防の観点からも必要である。その場合、専門家による相談体制があれば必要に応じて当然利用すべきである。また、特にハイリスクの人（例えば、故人と強い絆があった人、精神疾患にかかっている人、自殺未遂歴のある人など）に対しては、面談を行うなど、積極的な働きかけも必要となるだろう。

さらに、その他として、職場で自殺が起こってしまった状況はもちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。

職場で自殺が起こってしまった状況は、もちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。

職場で自殺が起こってしまった状況は、もちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。

職場で自殺が起こってしまった状況は、もちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。

職場で自殺が起こってしまった状況は、もちろん悲劇的な状況であるが、同時に職場の人々の自殺予防に対する関心が高まっている状況であると言える。自殺予防教育を行う機会としては非常に有効な教育が行える機会とも考えられる。