

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²⁾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-10²⁾

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³⁾。

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-IV²⁾

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⁴⁾。

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⁵⁾

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、 γ 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⁶⁾。

2) 生理学的検査⁵⁾

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⁵⁾

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⁵⁾

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⁷⁾

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⁵⁾

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）⁸⁾

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⁹⁾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」、「気配りに欠ける」、「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¹⁰⁾。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付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 正常なものの忘れと認知症によるものの忘れを比較

	正常なものの忘れ	認知症によるものの忘れ
ものの忘れの範囲	出来事などの一部を忘れる 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 例：食べたことそのものを忘れる
自覚	ものの忘れに気づき、思い出そうとする	もの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 例：暴言や暴力をふるうようになる 怒りやすくなる 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的那个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、支持的精神療法、認知行動療法、精神分析的な精神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。

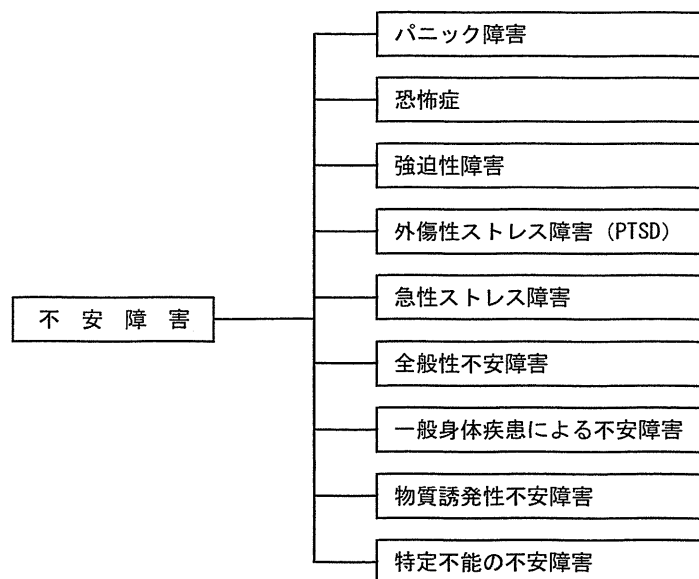
注意欠如・多動性障害とは、多動－衝動性、あるいは不注意、またはその両方の症状が 7 歳までに現れるもので、学童期の子供には 3～7%程度存在するという。男性は女性よりも数倍多いといわれるが、男性の有病率が青年期には低くなるのに対して、女性では年齢を重ねても変化しないと報告されている。

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」となってしまいうことも多い。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、多く的人是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、うつ症状をともなうこともある。

※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⁵⁾および双極性障害¹¹⁾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も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、プラセボよりも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^{12),13)}

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¹⁴⁾

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) ¹⁵⁾

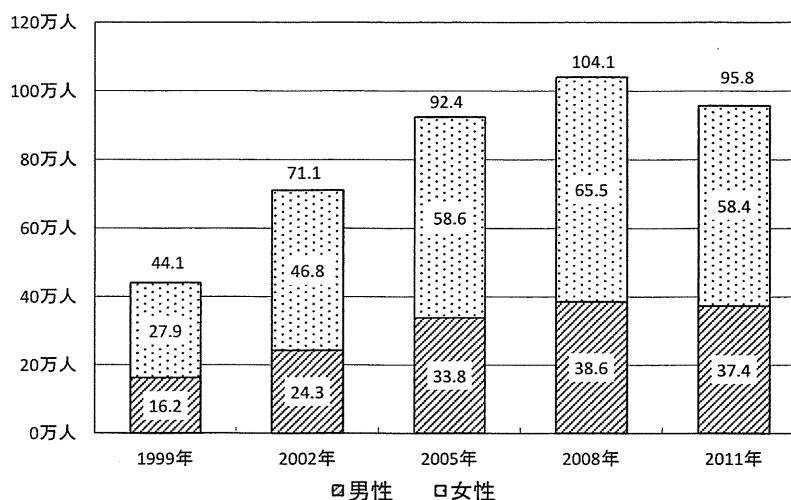
rTMS は磁気エネルギーを用いて脳の局所を電気刺激する方法である。rTMS によって前頭前野を刺激することにより、薬物療法の効果が十分でないうつ病症例に対して薬物療法と同等の有効性が確認されている。その他、脳の検査、パーキンソン病や脳梗塞、慢性疼痛などの治療にも研究的に用いられている。米国やカナダ、オーストラリアなどでは既にうつ病に対する治療法として保険適用の対象となっているが、日本では未承認である。

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）



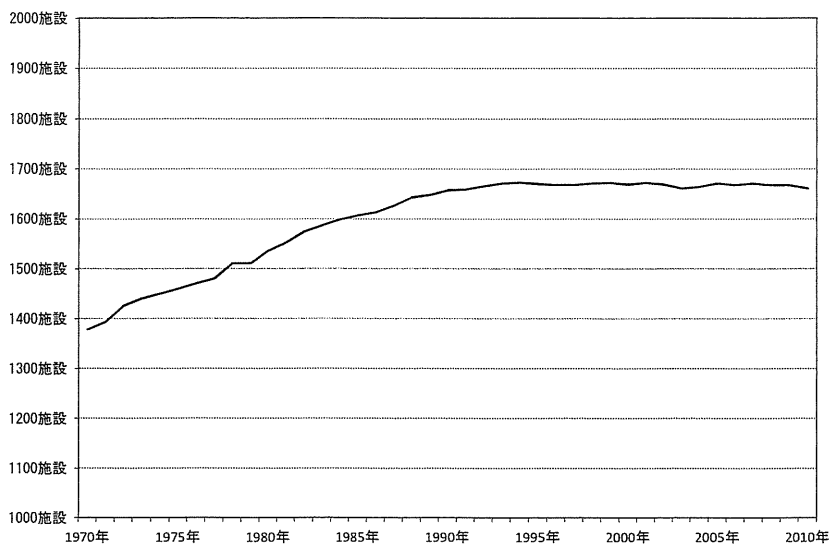
(2) 精神科病院・病床数

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¹⁶⁾。

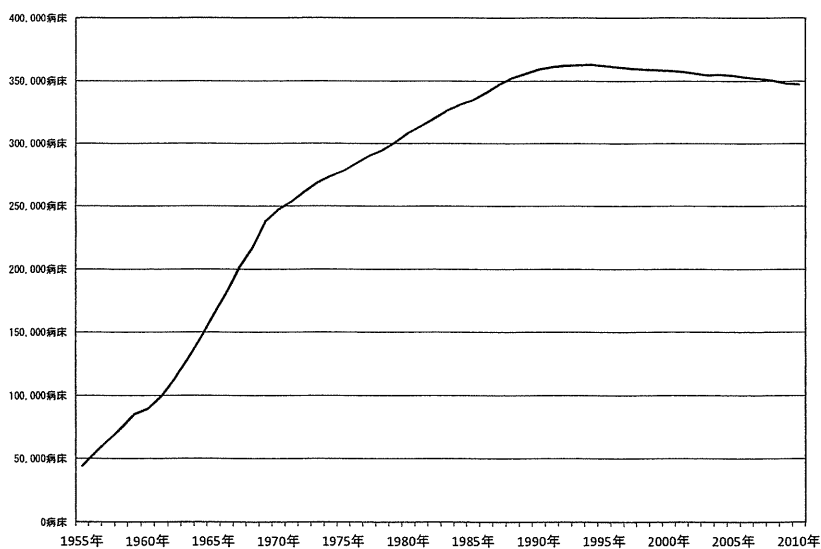
精神科病院数は1990年代前半までは増加しており、1970年に1,368ヶ所であったものが1985年には1,600ヶ所を超えるまでになっている。しかし、その後はほぼ横ばい状態で、1990年代後半以降はほぼ1,670ヶ所となっている。

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

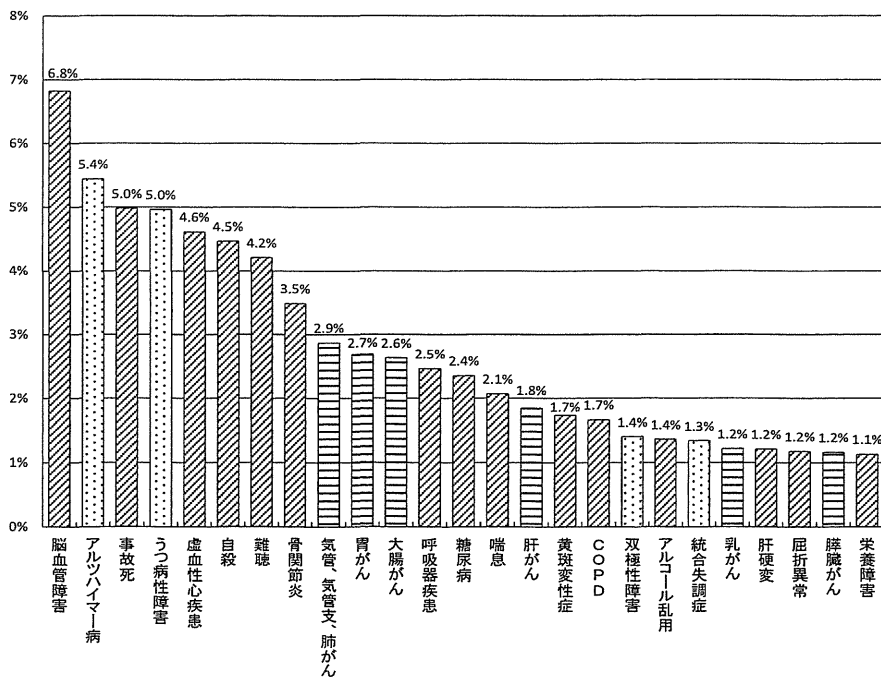
期待値（平均値）で示されてきたが、これには障害生存年数（YLD : Years Lived with Disability）が考慮されていない。DALY はこれら 2 つの要素の和で、次の式で示される。

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

2004 年に WHO は世界的な規模で DALY の調査を行った²¹⁾。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）

