

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)

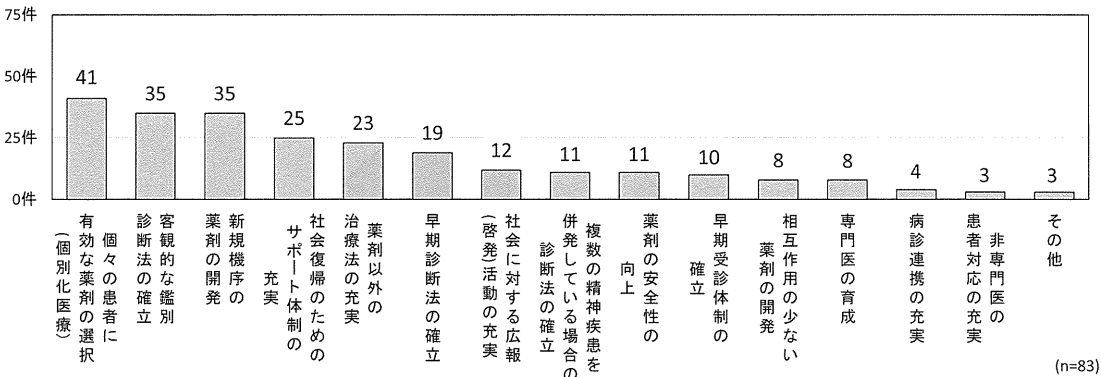
次に重要な項目	回答数	パーセント
客観的な診断法の開発	26	32.9%
有効性の高い治療法の開発	22	27.8%
疾患メカニズムの解明	19	24.1%
医師と患者のコミュニケーションの充実	18	22.8%
副作用のない治療法の開発	16	20.3%
専門医以外の医療従事者のうつ病等に対する理解	12	15.2%
コメディカルの充実	10	12.7%
診療・治療ガイドライン作成など、診断法や治療法の標準化	8	10.1%
既存の薬剤の適応拡大	5	6.3%
医療機器の普及	0	0.0%
その他	4	5.1%

(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）

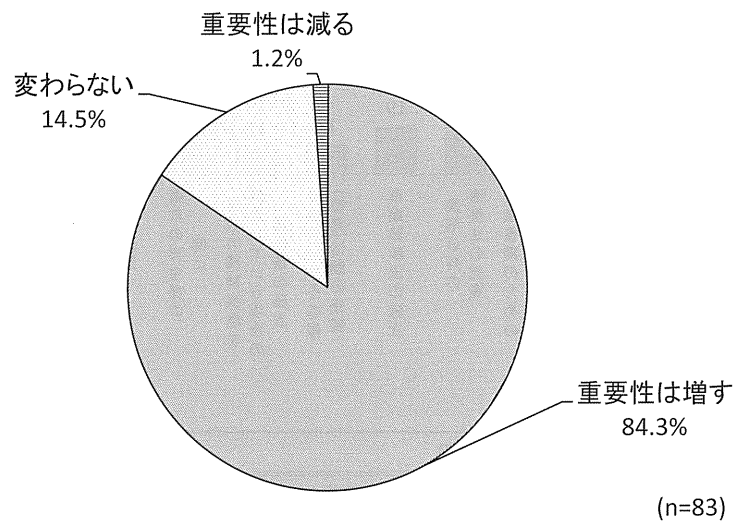


(n=83)		
項目	回答数	パーセント
個々の患者に有効な薬剤の選択(個別化医療)	41	49.4%
客観的な鑑別診断法の確立	35	42.2%
新規機序の薬剤の開発	35	42.2%
社会復帰のためのサポート体制の充実	25	30.1%
薬剤以外の治療法の充実	23	27.7%
早期診断法の確立	19	22.9%
社会に対する広報(啓発)活動の充実	12	14.5%
複数の精神疾患を併発している場合の診断法の確立	11	13.3%
薬剤の安全性の向上	11	13.3%
早期受診体制の確立	10	12.0%
相互作用の少ない薬剤の開発	8	9.6%
専門医の育成	8	9.6%
病診連携の充実	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%

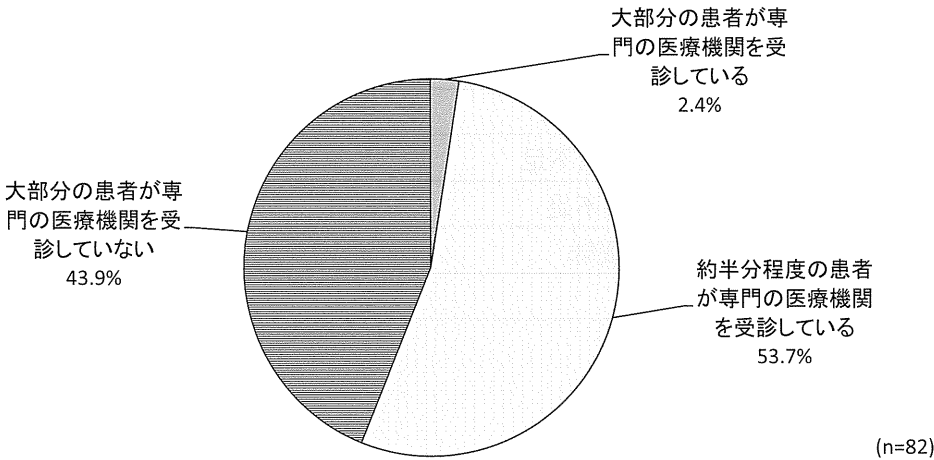
回答の理由	回答数
患者数の増加	15
社会環境の悪化（不況等）	13
ストレスの増加	7
社会的損失の増大	7
高齢化	4
疾患概念の拡大	3
その他	4

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）。

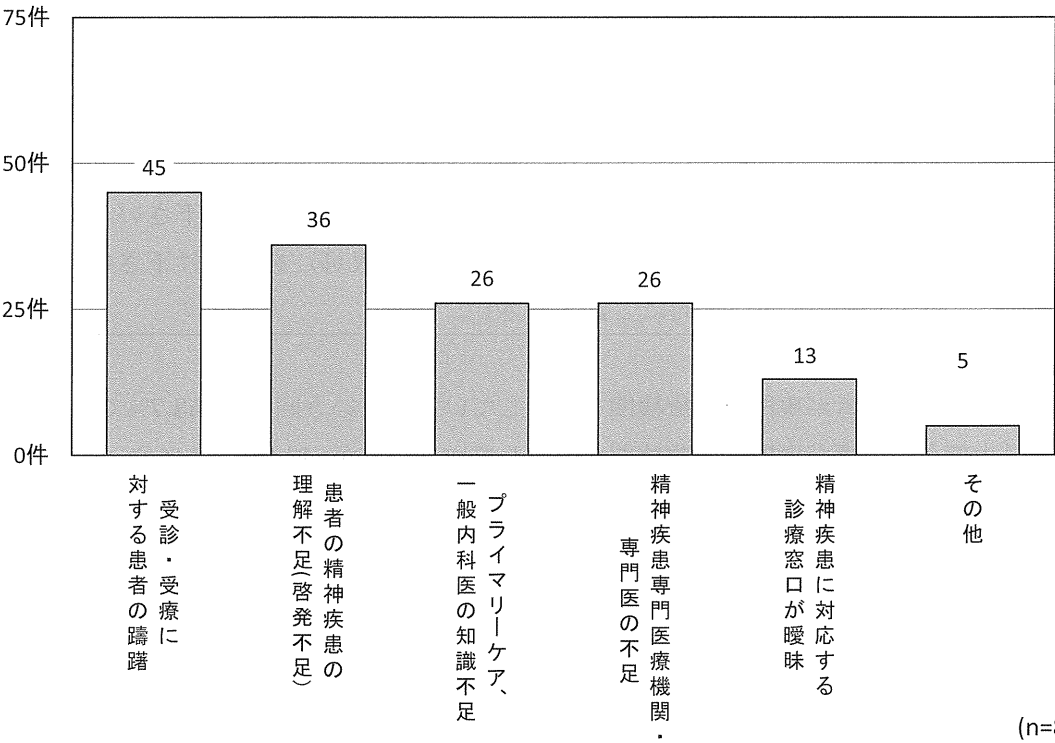
図表 2－2－27 専門の医療機関の受診（1つ選択）



(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)

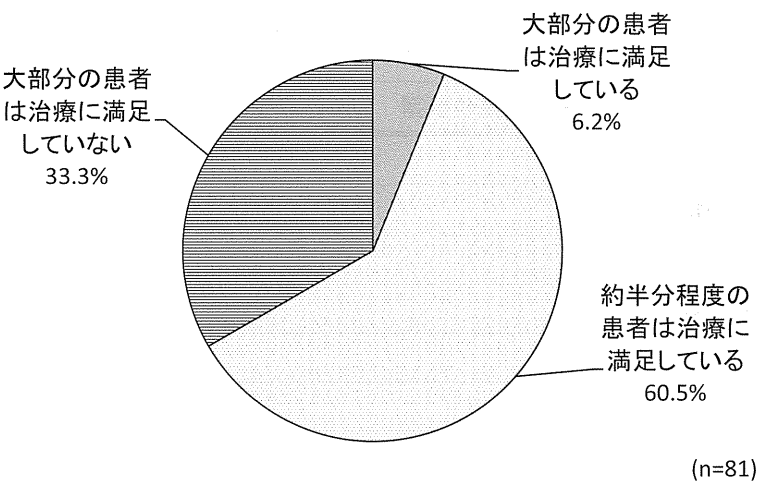
項目	回答数	パーセント
受診・受療に対する患者の躊躇	45	56.3%
患者の精神疾患の理解不足(啓発不足)	36	45.0%
プライマリケア、一般内科医の知識不足	26	32.5%
精神疾患専門医療機関・専門医の不足	26	32.5%
精神疾患に対応する診療窓口が曖昧	13	16.3%
その他	5	6.3%

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）



(n=81)		
項目	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。その中ではバイオマーカー、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 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 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 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、うつ病では満足の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、満足の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、指摘事項を踏まえて、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、その後治癒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、これまでの確か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。

メラン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りうる治療法であり、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、奏功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¹⁾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（これまでに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以上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。