



Psychiatry In Primary Care

PIPCセミナー・ベーシックコース
テキスト

PIPC研究会

Introduction

Psychiatry In Primary Care



精神疾患を持つ患者の多くはそれと気付かず、身体愁訴を主訴にプライマリ・ケア医を受診します。

しかしながら、プライマリ・ケア医は精神疾患を診る訓練を受けていないので、精神疾患の患者をうまく取り扱うことができません。

患者は良くならないので不満を抱く。

医師は良くすることができないのでストレスを抱く。

こうした不幸の連鎖が絶えることなく続いているのが現状です。

PIPC(Psychiatry In Primary Care)はこうした患者と医師に対し、解決策を提供するために作られました。

第 I 章 基礎知識





われわれはなぜうつ病をはじめとする精神疾患を学ぶべきなのか？

1. 我が国における自殺とうつ病

1998年以降、わが国の年間自殺死亡者数は急激に増加し、10年連続で3万人を越え高止まりで推移しています。(図1)一方で自殺未遂者数はその十倍の30万人以上と推定されています。自殺はすでに日本での死因の第6位に位置し、今後その位置はますます上昇するのではないかと考えられています。

また、自殺率は、2004年の統計によれば世界101カ国中第9位、先進国の中では第1位に位置しており、人口10万人当たりの自殺死亡者数も日本24人に対し米国11人と、先進国の中でも極めて高くなっています。不景気と自殺死亡者数との関係も注目を集めており、昨今の厳しい経済状況の中では、日本に限らず世界中での自殺死亡者数の増加も懸念されています。

こうした自殺の背景には、種々のストレスに関連して発症した、うつ病の存在が指摘されています。自殺者の30～60%がうつ病に罹患していたとの報告もあり、自殺対策としてのうつ病への対応は、わが国の極めて高い自殺率を鑑みると急務といえます。

2. プライマリ・ケア医とうつ病

うつ病の生涯有病率は米国の統計によれば約16%で、男性の10人に1人、女性に至っては5人に1人が生涯に1回はうつ病に罹患するとされています。我が国では米国ほど大規模な統計はないものの、生涯有病率は8%に及ぶと報告されており、うつ病が想像よりずっと頻度の高い疾患であることがわかります。また、うつ病患者が、初診時に精神科や心療内科といった専門医を受診することはむしろまれで、90%以上の患者はプライマリ・ケア医や身体科専門医を受診することが知られています。(図2)

また、逆にプライマリ・ケア医を受診する患者の30%以上にうつ病をはじめとする精神疾患がみられ、そのうち少なくとも見積もっても5%がうつ病であるとの報告もあります。しかしながら、こうした患者のうちうつ病あるいはうつ状態と診断される割合は25%に過ぎず、残りは放置されているのが現状です。

これは、うつ病患者の多くが、初期には身体症状を主な訴えとし、患者自身も精神的疾患であることを自覚していないことを示唆しています。そして残念なことに、その多くは適切な診療を受けていません。うつ病は早く診断されればされるほど予後が良くなることが知られており、こうした『軽症うつ病』に対して適切な介入を行うことで、わが国におけるうつ病の予後が大いに改善されるのみでなく、自殺者数の低下に寄与できるのではないかと期待がよせられています。

したがって、プライマリ・ケア医は、その役割を適切に果たすため、うつ病など頻度の高い精神疾患に関し、診断と治療とマネジメントのための知識とスキルを学ばなければなりません。それは高血圧や糖尿病、脂質代謝異常症といった生活習慣病に関して学ぶことと何ら変わるものではないのです。

また、プライマリ・ケア医は、その地域や保健システムと強い絆を持ち、地域の事情に詳しく、患者を通じてその家族や親戚、友人、職場などさまざまな機関とも深い関係を有しています。このことは、うつ病をはじめとする精神疾患の治療にはきわめて有利な立場であると言えます。加えて、プライマリ・ケア医は地域における大きな信頼を基盤に、オピニオンリーダーとして啓発活動を含むうつ病対応を行うことができます。これは専門医にはできない、プライマリ・ケア医ならではの医療を通じた社会貢献です。

ゆえに、プライマリ・ケア医こそがうつ病診療および自殺予防のゲートキーパーなのです。

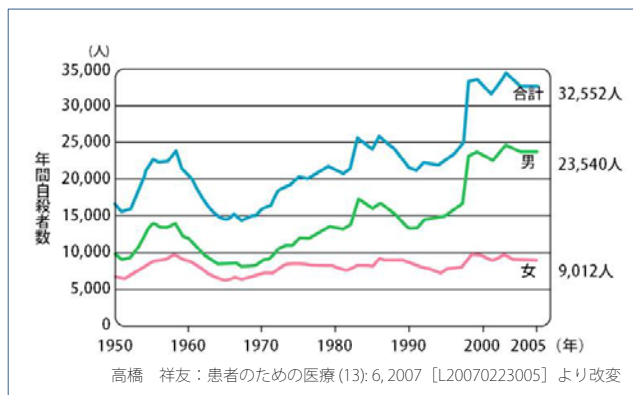


図1 わが国の年間自殺者数の推移

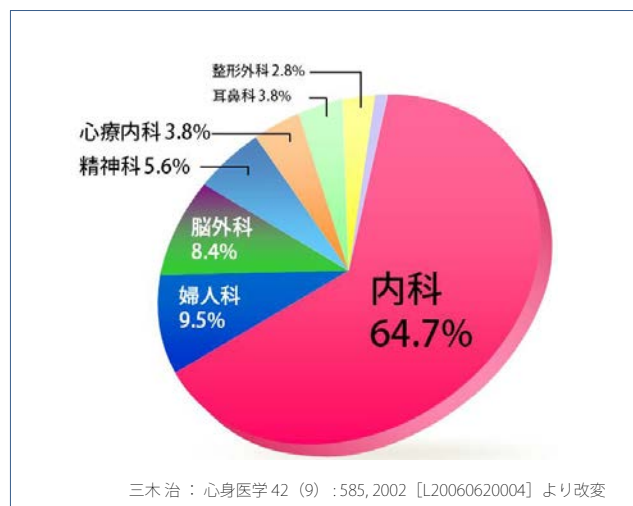


図2 うつ病患者が初診時に受診した診療科

1. プライマリ・ケア医の患者の30%以上が精神疾患に罹患し、少なくとも5%がうつ病である
2. うつ病診療、自殺防止のゲートキーパーはプライマリ・ケア医である

1. そこにいるのに見えない精神疾患の患者

先の章でプライマリ・ケア医を受診する患者のうちの約30%以上に精神疾患が認められ、うつ病も少なく見積もっても5%にのぼると書きました。しかしながら、そうした実感をお持ちのプライマリ・ケア医の先生は非常に少ないと思います。この乖離はどうして起こるのでしょうか？

それほど多いはずの精神疾患の患者はどこへ『消えて』しまったのでしょうか？

実は精神疾患の患者は、『そこ』にいるのです。先生の外来に。ただ、先生も患者もそのことに気がついていないだけなのです。これは先生が怠慢だからではありません。われわれ身体科医は常に身体疾患に『焦点』を合わせ、それを発見し、治療することに全力を傾注しています。そこには精神疾患という発想はほとんど入り込む余地がありません。そうした、『焦点』の違いが精神疾患を見えにくくしているのです。(図1)

ゆえに、精神疾患を発見し、診断するためには、少し焦点をずらして、積極的に精神疾患を疑う必要があります。

2. うつ病など精神疾患を積極的に疑うべき状態

うつ病などの精神疾患を積極的に疑うべき状況を表1に挙げました。

まず重要なのはうつ病などに多いとされる身体症状です。特に睡眠障害が最も頻度が高く注意を要します。睡眠障害はしばしば精神症状と勘違いされていますが、れっきとした身体症状です。睡眠障害を訴える患者に安易に睡眠導入剤などを投与してはなりません。必ずうつ病などのチェックを行いましょう。その他、食欲不振、体重減少、全身倦怠度が頻度の高い身体症状です。訴えが多彩なときに精神疾患の可能性が高いことは、身体科医なら誰しも実感していることではないかと思います。初診時に問診票を用いることでスクリーニングができます。必要と思われる検査を行っても異常が認められない症例では、うつ病など精神疾患の可能性を積極的に疑うべきです。ただし、見落としがちな全身性疾患もあり、注意が必要です。筆者は表2に示すような検査を行い、見落としを減らすように努力しています。

また、治療を行っても改善が認められない症例では、抗うつ薬を用いた治療的診断も考慮されるでしょう。プライマリ・ケア医は専門医に比べて患者や家族、地域との距離が近く、こうした『距離の近さ』が診断に結びつくこともしばしば経験されます。特に看護師などベテランのコメディカルスタッフから得られる情報は貴重です。こうした情報をフルに生かして、アンテナの感度を高め、積極的に精神疾患を拾い上げることこそ、プライマリ・ケア医の醍醐味とはいえないでしょうか？

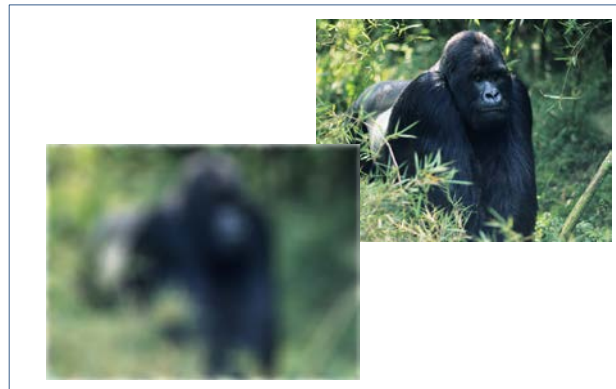


図1 焦点が合わないと見えない

1. 睡眠障害、食欲の低下などうつ病に多いとされる身体症状を訴える症例
2. 自律神経失調症、更年期障害、心身症などと診断されたことがある症例
3. 症状が多彩である、多系統にわたるなど単一の病因では説明が困難な症例
4. 必要と思われる検査を行っても、症状を説明できる異常が認められない症例
5. 身体疾患に対する治療を行っても、自覚症状の改善が得られない症例
6. 冠動脈疾患、脳血管疾患、がんなどうつ病が併存しやすい疾患に罹患している症例
7. 突然受診行動が変化したり、身体疾患で説明の付かない検査所見の変化がみられた症例
8. うつ病になりやすい背景を持つ症例
9. コミュニティーからの情報によりうつ病が疑われる症例

木村勝智：プライマリ・ケア医による自殺防止と危機管理
杉山直也ら編，2010，南山堂より改変

表1 積極的にうつ病を疑うべき状態

1. 全身の炎症性疾患：CRP
2. 甲状腺疾患：TSH
3. 副腎疾患：ACTH、コルチゾール
4. 鉄欠乏性貧血：フェリチン
5. 栄養障害：ビタミンB12、亜鉛
6. 電解質異常：Na、K、Cl、Ca

表2 身体疾患を見落とさないための検査

1. 焦点をあわせないと精神疾患はみつからない
2. プライマリ・ケア医だからこそ発見できることも多い

1-3 MUS (Medically Unexplained Symptoms)とは何か？

1. MUS (Medically Unexplained Symptoms)とは？

MUSとは、「何らかの身体疾患が存在するかわかせる症状が認められるが、適切な診察や検査を行っても、その原因となる疾患が見出せない病像」のことです。一般臨床医は日常診療でこのような病像にきわめて頻回に遭遇しますが、これまでこうした疾患に対する適切なカテゴリーは定義されてきませんでした。

これまで、こうした患者に対して身体科医は「心身症」や「自律神経失調症」といった曖昧な病名をつけたり、「プシコ」や「不定愁訴を訴える人」といった差別的で乱暴なラベルを貼ったり、「医学的には異常はない」と切り捨てたりしていました。

逆に、精神科専門医はそれに該当する適切な病名がないため、「身体表現性障害」という病名を比較的多くつける傾向がありました。

2. MUSと身体表現性障害

MUSと判断される患者の多くは、軽微な身体の不調を感じる「心気症レベル」の患者です。これをDSM-IVに厳密に当てはめると、多くの場合、それは「鑑別不能型身体表現性障害(Undifferentiated somatoform disorder)」となります。こうした診断名を依然として積極的に使用される精神科専門医の先生もいらっしゃいますが、その病像は古典的な身体化障害(somatization disorder)や、かつてのヒステリーである転換性障害のような「重症」な身体表現性障害とはかなり異なるため、精神科専門医の多くも違和感を感じているのが実情です。

したがって、こうした病像を「身体表現性障害」というカテゴリーで十把一絡げにしてしまうことには問題があると言わざるを得ません。

では、その中身は何であるかといえば、表1に示すように、様々な身体疾患と精神疾患が含まれるのではないかと考えられます。

したがって、MUSという概念／用語は、「心理・社会的問題を身体症状に置き換える現象」を意味する「身体化(somatization)」よりも広義の状態像をカバーし、軽微な身体の不調を感じるレベルから、多臓器に渡る複雑な症状を長期にわたり表出する重症な身体表現性障害に至る「一連の臨床的なスペクトラム」と考えるべきでしょう。

そして、MUSは身体科医がうつ病や不安障害といった精神疾患を疑う場合、しばしば、その「入り口」にあたる病像ではないかと思われます。



図1 MUSと身体科医、精神科専門医

1. 未知の疾患による身体症状
2. 医師の能力不足のために未診断のまま放置されている身体症状
 1. 身体症状を伴う精神疾患を見逃している場合
 - うつ病(特に軽症うつ病)
 - 不安障害
 - など
 2. 「心因性」と誤診して身体疾患を見逃している場合
3. 詐病および虚偽性障害
4. 身体表現性障害

宮崎 仁先生による(一部改変)

表1 MUSに含まれる疾患

1. MUSとは何らかの身体疾患が存在するかわかせる症状が認められるが、適切な診察や検査を行っても、その原因となる疾患が見出せない病像」のことである
2. MUSはしばしば精神疾患を診断するための「入り口」になる

われわれはなぜうつ病など精神疾患をうまく診断できないのか？

1. 身体疾患を診療する場合

身体科医は身体疾患に関しては十分な知識を持ち、しかもそれを体系的に分類して記憶しています。

したがって、例えば『胸痛』を主訴に患者が来院したとするなら、頭の中で胸痛を来す可能性のある疾患を瞬時にリストアップすることができます。これが『仮説』です。

次に、それらを鑑別するための質問や診察や検査を行うことができます。これが『検証』です。

つまり、『仮説→検証型』の診療を実行しているのです。(図1)

こうしたプロセスは非常に短い時間で、ほとんど無意識のうちに Rowe れます。また、『仮説→検証』を繰り返し行うことで、より精度の高い診断に到達することができます。

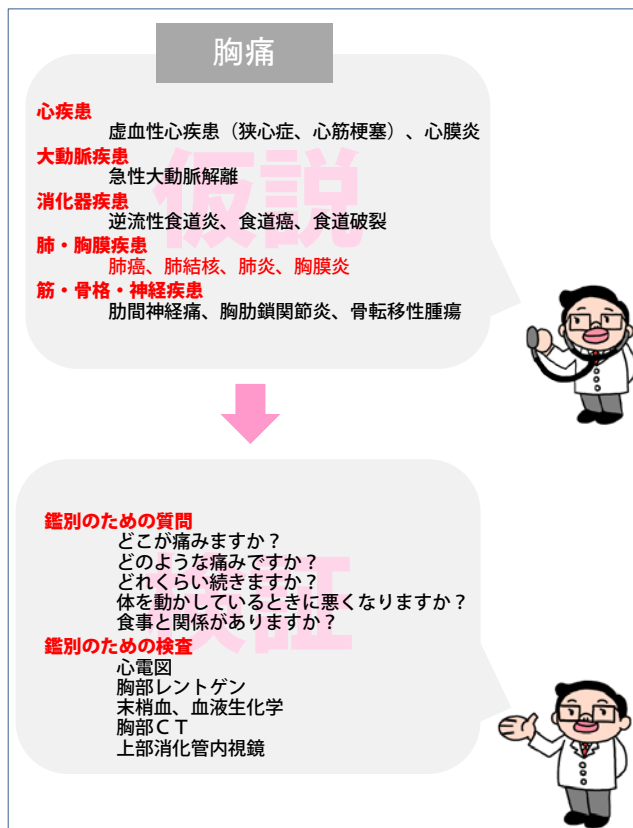


図1 仮説→検証型の診断システム

2. うつ病など精神疾患を診療する場合

ところが、身体科医の精神疾患に関する知識は不完全、不確実かつ断片的で、またしっかりと体系化されていません。不完全な知識が脳の中に断片的に漂っているだけです。(図2)

したがって、身体科医は精神疾患に対して、身体疾患のように妥当な『仮説』を立てることができません。

また、鑑別のための質問や検査に関する知識も不足しているので、効率よく鑑別を行うことができません。つまり『検証』も、うまく行えません。

結果として、正しい診断にたどり着けないだけでなく、精神疾患に対して苦手意識を持つようになります。

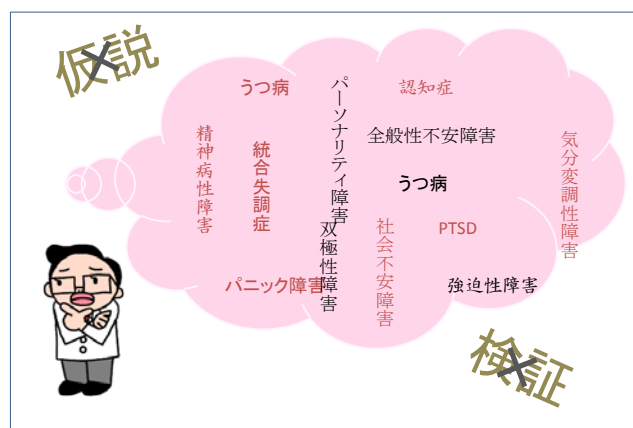


図2 身体科医が精神疾患を診断するとき

1. 身体科医は身体疾患に対しては『仮説→検証型』の診療を行う
2. しかし、精神疾患に関しては『仮説→検証型』の診療をうまく適用できない



PIPC (Psychiatry In Primary Care)とは何か？

1. PIPC (Psychiatry In Primary Care)とは何か？

PIPCとはPsychiatry In Primary Care(プライマリ・ケアにおける精神医学)の略です。精神疾患や精神的な問題を抱える患者に対して苦手意識を持つ身体科医に対する精神疾患診療の教育プログラムであり、「多忙なプライマリ・ケア医の日常診療において明日からすぐに役立つ」ことを目指しています。

米国内科学会(ACP)の公式な教育プログラムの一つで、内科専門医と精神科専門医の両方の資格を持つRobert K. Schneider (Virginia州立大学精神科准教授)が考案し、それを、井出広幸 (信愛クリニック院長)が日本語化し日本へ導入しました。

2. PIPCの特徴

定型化された問診のフォーマット

まず、PIPCでは定型化されたフォーマットに沿って問診を行うことを学びます。フォーマットは、効率よく問診が行えるように工夫されているだけでなく、問診が終わると同時に診断が下せるように体系化されています。フォーマットに沿って問診を行うことで、精神科診療に不慣れなプライマリ・ケア医でも聞き落としなく、疲れずに問診が行えるようになります。

MAPSOシステム

MAPSOは気分障害(Mood)、不安障害 (Anxiety)、精神病群 (Psychoses*)、物質関連障害 (Substance-induced)、器質性疾患/その他の問題(Organic/Other issue)という5大疾患群の頭文字をつなげたものです。数ある精神疾患の中で、プライマリ・ケア医が会える確率の高いものを選び、覚えやすくしました。MAPSOシステムを憶えれば、『仮説』を立てやすくなり、『仮説→検証型』の思考パターンを精神疾患の診療にも導入できるようになります。

*シュナイダーによる造語

疾患ごとに定型化された質問

PIPCではそれに加えて、疾患毎に定型化された質問を提供します。質問の内容は、基本的にはDSM-IVの診断基準に沿って構造化されていますが、質問は患者が理解しやすいように専門用語を避けて、日本語化されています。この定型化された質問を行うことで、鑑別診断、つまり、『検証』を行えるようになり、診断に至ることができます。

初診20分、再診5分を目標としており、多忙な外来においても、負担をかけないように配慮されています。



図1 PIPCのパイオニア達

右 Robert K. Schneider, MD. FACP

左 井出広幸 信愛クリニック 院長

主訴
標的症候
既往歴
心療既往歴
職業
家族構成
プライベート
服薬
飲酒

来院理由として患者が筆頭に挙げたもの
患者が最も改善したいと思っている症状
内科・外科・他科
病名と服用していた薬
業種・規模・人間関係
配偶者の職業・家族の状況・人間関係
彼氏・彼女との関係
現在の服薬
本当はどれくらい？

表1 背景問診

Mood 気分障害
うつ病、双極性障害
Anxiety 不安障害
GPOPS
全般性不安障害 (GAD)、パニック障害 (PD)、
強迫性障害 (OCD)、PTSD、社会不安障害 (SAD)
Psychoses 精神病群
精神病症状を呈する一群
Substance-induced 物質関連障害
薬物依存 etc
Organic / Other issue 器質性/その他の問題
老年精神医学、MUS(Medically Unexplained
Symptoms)、パーソナリティ障害、成人注意欠陥障害、
摂食障害、女性精神医学など

表2 MAPSOシステム

うつ病に関する質問の例
夜はよく眠れますか？
気分が落ちこんだり、憂うつになったりしませんか？
今まで楽しんでたこと(例えば、テレビや趣味など)も楽しめなくなりましたか？
いっそ逃げ出したいとか、消えてなくなりたいと思うことはありませんか？
全般性不安障害 (GAD)に関する質問の例
あなたは心配性ですか？
社会不安障害 (SAD)に関する質問の例
あなたはあがり性ですか？

表3 質問の一例

PIPCを導入することで精神疾患に『仮説→検証型』の診療システムを適用できるようになる

1. DSM-IV-TRとは何か？

DSMとは米国精神医学会が定めた”Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.”の略で、『精神障害の診断と分類の手引き』と訳されます。精神科医が患者の精神医学的問題を診断する際の指針を示したもので、現在は2000年に刊行された修正第四版(DSM-IV-TR)が主に使われています。

2. DSM-IV-TRの特徴

DSM-IV-TRの特徴としては、まず『多軸診断』が挙げられます。表1に示すように、5つの軸に分けて診断を行います。われわれにとって最もなじみの深い、精神疾患の診断は第1軸に属します。

次に、操作的診断の手法が全面的に取り入れられていることが特徴です。仮説を排して症候学的記述主義に徹する学派や経験年数を超えて受け入れられやすい記述症候学を重視し、精神医学の門戸を大きく開きました。

このような説明だけではわかりにくいと思いますので、うつ病学会理事長で防衛医科大学精神医学教室教授の野村総一郎先生が考案された、『ちょい悪オヤジ』の『伝統的診断』と『操作的診断』の例を右に示します。

DSM-IVにおける『疾患単位』は、基本的に『症候群』であって、いまそこにある症状を切り取ったものに過ぎないことには注意する必要があります。そこには一般的な『疾患』では必須である『病因』や『病態生理』といった『因果論的アプローチ』は欠如していることに注意が必要です。

3. DSM-Vについて

2013年5月に新しいバージョンのDSMであるDSM-Vが発表されました。しかしながら、DSM-Vの浸透までにはまだ時間がかかると予想されること、われわれが遭遇しやすい疾患に関しては大きな変更がなかったこと、DSM-Vの評価が定まるのはこれからであることなどより、本書では当面の間、引き続きDSM-IVを使用することとしました。

第1軸	臨床疾患 臨床的関与の対象となることのある 他の状態
第2軸	パーソナリティ障害 精神遅滞
第3軸	一般身体疾患
第4軸	心理社会的および環境的問題
第5軸	機能の全体的評価

表1 DSM-IV-TRにおける多軸診断



ちよい悪オヤジ

伝統的診断では

中年男性が、通常この年代にイメージされるような、まじめで社会的常識だけに従って生きるという面白味に欠けた退屈な人種ではない。おしゃれカジュアルな服装を愛用し、隠れ家的なバーをもっている事が多い。人知れず浮気するなど、女性に対しても何か危ないフンイキを醸し出すが、決して違法な行為はしない。

操作的診断では

以下のうち、4項目が少なくとも3年以上、
ほぼ毎日該当する。そのうち、少なくと
も1項目は1.である。

1. 40-60才の男性
2. 少なくとも1人以上の妻以外の女性の友人をもつ。
3. もみあげと連続したあごひげを有する。
4. 隠れ家的な行きつけのバーを持っている。
5. オープンカーか400cc以上のバイクを乗りこなす
6. ポール・スミスまたはパイパスブランドのオーバーオールを愛用する。

除外項目： 明確な犯罪行為

1. DSMとは米国精神医学会が定めた『精神障害の診断と分類の手引き』である
2. 多軸診断と操作的診断が特徴である

2. 大うつ病性障害 DSM-IV-TR

- A) 以下の症状のうち5つ(またはそれ以上)が同じ2週間の間が存在し、病前の機能からの変化を起している。これらの症状のうち少なくとも1つは、1.抑うつ気分、あるいは 2.興味または喜びの喪失である。

注：明らかに、一般身体疾患、又は気分不一致の妄想または幻覚による症状は含まない。

1. その人自身の証言(例：悲しみまたは空虚感を感じる)か、他者の観察(例：涙を流しているように見える)によって示される、ほとんど1日中、ほとんど毎日の抑うつ気分

注：小児や青年ではいらだたしい気分もありうる

2. ほとんど1日中、ほとんど毎日の、すべて、またはほとんどすべての活動における興味、喜びの著しい減退(その人の言明、または他者の観察によって示される)

3. 食事療法をしていないのに、著しい体重の減少、あるいは体重増加(例：1ヶ月で体重の5%以上の変化)、またはほとんど毎日の、食欲の減退または増加

注：小児の場合、期待される体重増加がみられないことも考慮せよ

4. ほとんど毎日の不眠または睡眠過多

5. ほとんど毎日の精神運動性の焦燥または制止(他者によって観察可能で、ただ単に落ち着きがないとか、のろくなったという主観的感覚ではないもの)

6. ほとんど毎日の易疲労性、または気力の減退

7. ほとんど毎日の無価値観、または過剰であるか不適切な罪責感(妄想的であることもある。単に自分をとがめたり、病気になったことに対する罪の意識ではない)

8. 思考力や集中力の減退、または決断困難がほとんど毎日認められる(その人自身の言明による、または他者によって観察される)

9. 死についての反復思考(死の恐怖だけではない)、特別な計画はないが反復的な自殺念慮、または自殺企図、または自殺するためのはっきりとした計画

- B) 症状は混合性エピソードの基準を満たさない。

- C) 症状は、臨床的に著しい苦痛、または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

- D) 症状は、物質(例：乱用薬物、投薬)の直接的な生理学的作用、または一般身体疾患(例：甲状腺機能低下症)によるものではない。

- E) 症状は死別反応ではうまく説明されない。すなわち、愛するものを失った後、症状が2ヶ月を超えて続くか、または、著明な機能不全、無価値感への病的なとらわれ、自殺念慮、精神病性の症状、精神運動制止があることで特徴づけられる。

こうやってみると、DSM-IV-TRはプライマリ・ケア医が使うにはかなり敷居が高いことが理解できると思います。実際に指針でも精神科専門医以外が使うことは推奨されていません。

第II章 診断





フォーマットに沿って話を聞くとはい？

1. 目標は初診20分、再診5分

目標はズバリ、初診20分、再診5分。この時間制限の中でいかに効率よく、妥当に、しかも患者満足度の高い問診を行うかがポイントです。

2. Open-ended questionが常に最適とは限らない

患者に自由な答えを求めて質問するOpen-ended questionこそが最良の質問方式である。教科書的には確かにそうです。しかし、これでは専門領域でない精神疾患の診療を行うにあたり、いつまでたっても診療が終わらないという事態になりかねません。

3. なぜフォーマットに沿って聞くのか？

『フォーマット/シナリオに沿ってこちらか質問していく』方式をとることが重要です。こうすることで短時間で、効率よく、疲れずに問診をとることができます。ほぼ全て医師が質問し患者がそれに答える形をとることがポイントです。医師が訊きたい話だけを聴くには、こうするしかありません。質問している側が会話の主導権を持ち、リズム良く、ポンポンと進める必要があります。

4. 長い話をうまくコントロールするには？

精神疾患へ取り組む意欲を阻害する最大の理由の一つが、「精神疾患の患者の話は長い」ということにあります。これはある意味事実です。精神疾患の患者にOpen-ended questionで聞いていくと、話はとても長くなりがちです。上で述べたようにフォーマットに沿って話を聞きつつ、長い話をうまくコントロールする必要があります。そのためには患者に診療に必要な長い話をさせないことです。必要ないと感じたら遠慮無く話を止め、本来のフォーマットに沿った質問へ引き戻しましょう。

ただし、患者との関係を壊さないようにいくつかの配慮が必要です。それを表1に示します。

「なるほど」と相槌を打つのがポイントです。こうすることで、患者は支持されていると感じ、関係が強化されます。というのがコツです。こうして流れを断ち切って、本来の質問へ引き戻しましょう。

また、患者の気持ちをねぎらう言葉を挟みながら質問して下さい。こうすることで、患者は自分の思いが承認されたと考え、医師を信頼するようになります。

実際にこういう形で問診を行うと、患者の満足度は極めて高く、しばしば「カウンセリングを受けた」と表現することに驚かされます。

初診20分**再診5分**

図1 目標は初診20分、再診5分

1. 効率よく話を聞ける
2. 聞き漏らしがない
3. 医師が疲れない

表1 フォーマットに沿って聞くメリット

1. 患者に診療に必要な話させない
必要のない話とは
 1. これまでの経緯
 2. こうなった理由の解釈
 3. 自分以外の人の話これらを話し始めたら止める
2. 患者の話の語尾に、相槌または質問をかぶせて止める
「なるほど！ところで〇〇はいかがですか？」
3. 必ず患者の気持ちをねぎらう
 1. 「それはつらかったですね」
 2. 「本当によく頑張りましたね」
 3. 「大変な思いをしてくたのですね」
 4. 「そのときはそうするしかなかったのですね」

表2 長い話のコントロールのしかた

1. フォーマットに沿って話を聞くことで効率よく問診することが可能である
2. 診療に不必要な長い話をうまくコントロールすることが重要である



1. 背景問診とは？

背景問診は原則として初診患者に使う問診です。内科診療と同じように、患者の背景をまず捉える問診です。既往歴や家族歴、飲酒、喫煙などを確認します。精神疾患診療全体の中で背景問診が持つ意味を図1に示します。

背景問診を実施しながら、患者と医師の信頼関係を創ります。患者の個別の事情も背景問診で捉えます。MAPSO問診では症候に焦点を当てるので、個別の物語性は浮かび上がりません。背景問診で信頼関係を築き→MAPSOで診断→信頼関係に基づいて治療の同意を得るという流れになります。

2. 背景問診の実際

1. 心療既往歴は重要です。

忘れずに訊きます。過去に通院歴があれば、今回も心理コンディションの悪化がある可能性は高いからです。

2. 家族心療既往歴も心療既往歴とセットで訊く

パニック障害、統合失調症、双極性障害などは家族歴が重要です。必ずチェックしてください。

3. 職業は詳細に突っ込む

会社員、だけでは何も訊いていないのと同じです。エンジニアなのか、営業なのか、経理なのか？会社の規模は？もっとも重要な質問は会社の人間関係です。人間関係に全く問題がなければ、会社領域での問題はないとしても良いでしょう。

4. 家族構成も人間関係を中心に

同居する家族を中心に訊きます。夫の職業は？そして夫との関係は？うまくいってますか？家族構成確認のポイントは、ストレスの原因となるような状況が家族内にあるのか？ということです。

5. プライベート（彼氏・彼女）の素情と人間関係を訊く

内科問診では到底訊かないような点まで突っ込みます。ストレスのほとんどは人間関係に由来しており、かつ親密な人間関係が一番重要だからです。

6. 飲酒と服薬の状況に関しても詳しく訊きます。特に実際の飲酒量はしっかり訊きます。

7. 標的症状とは

患者が一番気にしている症状です。患者がつかった言葉をそのまま用いてください。標的症状に触れると、2回目以後の診察時に短い時間で前回の続きに入れます。

こんなこと聞いて大丈夫かと思われるかもしれませんが。大丈夫です。過去2年間で背景問診を拒否した人は一人もいませんでした。むしろ積極的に話してくれる患者さんの方が多い印象です。

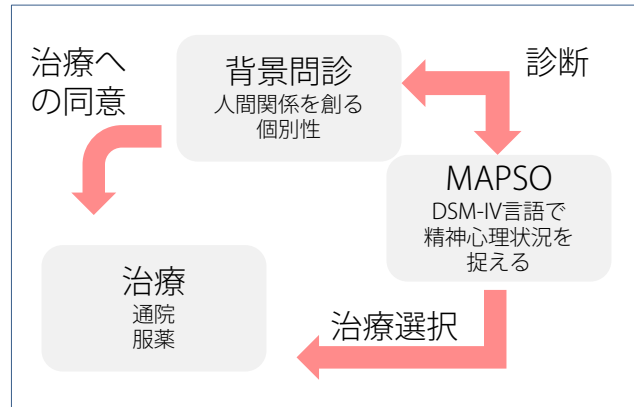


図1 PIPCの構造と精神疾患診療の流れ

【主訴】	来院理由
【既往歴】	内科・外科・他科の既往歴
【心療既往歴】	心療内科・精神科通院歴・治療歴・服薬歴
【家族心療既往歴】	血縁家族の精神科既往
【職業】	業種・規模・職場の人間関係・勤務労働状況
【家族構成】	配偶者の年齢と職業、同居家族の構成、同居家族との人間関係
【プライベート】	彼氏・彼女の存在の有無、パートナーの年齢職業、関係の良し悪し
【服薬】	現在の服薬状況
【飲酒】	怪しいときは詳しく
【標的症状】	患者が一番気になっている症状

表1 背景問診の内容

『お仕事は何をしていらっしゃいますか？』
『会社員です・・・』
『営業ですか？設計ですか？現場ですか？』
『システム・エンジニアです・・・』
『人間関係はどうですか？』
『・・・それは・・・』
『ストレスのもと上司ですか？同僚ですか？部下ですか？』
『上司です・・・』
『部長ですか？』
『いや、課長です』
『あなたは？』
『チームリーダーです』
『仕事の内容は悪くはないのですか？』
『・・・ええ、仕事は嫌ではないのですが・・・』
『課長が責めてくるのですか？』
『はい、何度今の人員では無理だといっても、しっかりやれとしかいってくれなくて・・・』

表2 職業に関する問診の実際

1. 背景問診とは患者の背景と個別の事情をとらえるための問診である
2. 背景問診を行うことで患者と医師の信頼関係を創ることができる



1. MAPSOシステムとは？

MAPSOはPIPCの原案者Robert K Schneider先生が考案したツールで、図1に示す5つのカテゴリーの頭文字を並べたものです。

Mood：気分障害にはうつ病、双極性障害、気分変動性障害が含まれます。双極性障害とはいわゆる躁うつ病のことです。

Anxiety：不安障害は以前は不安神経症と呼ばれていました。全般性不安障害、パニック障害、強迫性障害、外傷後ストレス症候群(PTSD)、社会不安障害に加えて特定の恐怖(高所恐怖など)が含まれます。

Psychoses：精神病群はSchneider先生の造語です。幻覚や妄想といった精神病症状を呈する一群です。統合失調症などの精神病性障害(Psychosis)、双極Ⅰ型障害の躁期、などが含まれます。

Substance induced：物質誘発性疾患 は薬物やアルコールによる障害です。わが国で問題にあるのはアルコールがほとんどでしょう。

Organic Other issue：器質性/その他の問題には、老年精神医学(認知症など)、パーソナリティ障害、成人注意欠陥障害、摂食障害、女性精神医学などが含まれます。

2. なぜMAPSOシステムを用いるのか？

精神疾患を診断するためのシステムとしては、DSM-IVが最も有名ですが、精神科専門医の為のシステムであり、プライマリ・ケア医が扱うには複雑すぎます。そこで、プライマリ・ケア医が遭遇すること可能性が高い疾患をピックアップし、覚えやすく整理したのがMAPSOシステムです、プライマリ・ケア医が遭遇するであろう精神疾患の80%は、MAPSOシステムで対応できるように設計されています。それだけでなく、この順番で診察してゆくことで、すばやく必要な精神科的状态をとらえ、プライマリ・ケア医として必要とされるレベルの診断や治療に至ることができます。MAPSOはあくまでもプライマリ・ケア医が使用するために創られたシステムであり、精神科専門医が使用するには、不適切です。プライマリ・ケア医が会える頻度の高い疾患に限定して整理されているからです。例えば、Psychoses(精神病群)には、精神病性症状を呈する数々の疾患が含まれますが、プライマリ・ケア医にとってそれらの疾患を鑑別診断する必要性はほとんどありません。『精神病性症状がある』ということさえわかればいいからです。それゆえ、一つのカテゴリーに分けられているのです。しかしながら、精神科専門医にとってはそういうわけにはいきません。

Mood
Anxiety
Psychoses
Substance induced
Organic / Other

図1 MAPSOシステム

Mood 気分障害
うつ病、双極性障害
Anxiety 不安障害
GPOPS
全般性不安障害 (GAD)
パニック障害 (PD)
強迫性障害 (OCD)
外傷後ストレス症候群 (PTSD)
社会不安障害 (SAD)
Psychoses 精神病群
精神病症状を呈する一群
精神病性障害(統合失調症など)
双極Ⅰ型障害の躁病期
パーソナリティ障害の一部
など
Substance-induced 物質関連障害
薬物依存、アルコール依存など
Organic / Other issue 器質性/その他の問題
老年精神医学
パーソナリティ障害
成人注意欠陥障害、
摂食障害
女性精神医学など

表1 MAPSOシステムに含まれる疾患

1. MAPSOシステムとは身体科で遭遇する頻度が高い精神疾患をまとめたものである
2. MAPSOシステムでは身体科で遭遇する精神疾患の80%が対応可能である



1. 気分障害とは？

気分障害には表1に挙げる疾患が含まれます。

なんといってもうつ病が最も重要です。うつ病は症状の程度により大うつ病性障害と小うつ病性障害に分けられますが、プライマリ・ケア医のレベルでは厳密な区別はあまり重要ではないと考えます。

双極性障害は躁エピソードをもつもので、従来は躁うつ病と呼ばれていました。明らかな躁状態を呈する双極Ⅰ型障害(BPⅠ)と軽躁エピソードを呈する双極Ⅱ型障害(BPⅡ)に分けられます。躁エピソードとは、気分が異常にかつ持続して高揚し、自己概念が高まり、易怒性がある状態が1週間以上にわたって続いていること、軽躁エピソードとは躁のようであるが程度はそれほどではなく、少なくとも4日以上症状が続く。通常の非うつ状態とは明らかに異なる、と定義されます。

気分変調性障害は従来は抑うつ神経症と呼ばれていたもので、小うつ病が2年以上続き、過去2年間に大うつ病のエピソードはなく、症状が2ヶ月以上消失している期間はないものと定義されます。

2. なぜ双極性障害が重要なのか？

躁エピソードを伴う双極性障害(従来の呼び方で躁うつ病)はうつ病とは明確に区別する必要があります。特に明らかな躁エピソードを伴う双極Ⅰ型障害を見逃してはいけません。なぜなら、双極性障害は多くの点で単なるうつ病とは異なる疾患だからです。双極性障害とうつ病の違いを表2に示します。双極Ⅰ型障害の治療に関しては、精神科専門医の先生にお願いする方が安全ではないかと思えます。双極性障害の頻度は従来考えられていたよりも高いとされており、疾患概念自体も拡大の傾向にあります。しかしながら、双極性障害の中でも多くを占める双極Ⅱ型障害の診断は必ずしも容易ではありません。軽躁エピソードの同定が容易でないからです。このあたりは精神科専門医の間でも未だ見解に相違がある状態ですので、身体科医があまり双極Ⅱ型障害を意識しすぎるのも問題ではないかと思えます。

抗うつ薬を投与したら、あまりに急速に症状が改善して元気が出てきた、あるいは抗うつ薬を投与しても今ひとつ改善が良くない、そうした症例では双極性障害の可能性を考慮して精神科専門医の先生に診察をお願いすることを考慮する必要があるでしょう。

1. うつ病
2. 双極性障害 (BP)
 1. 双極Ⅰ型障害 (BPⅠ)
 2. 双極Ⅱ型障害 (BPⅡ)
3. 気分変調性障害

表1 気分障害

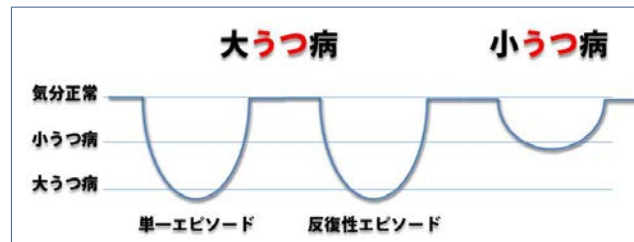


図1 うつ病

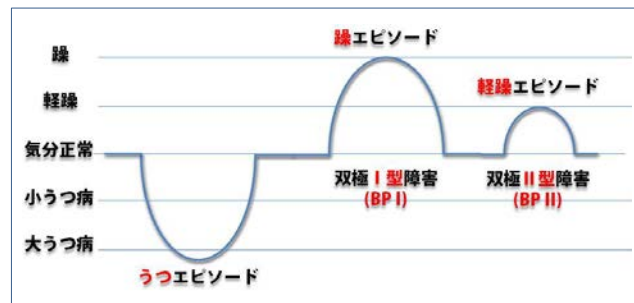


図2 双極性障害

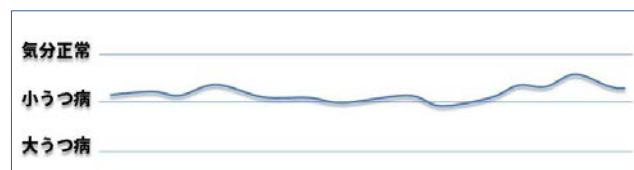


図3 気分変調性障害

1. 家族歴がある例が多い
2. より若年発症である
3. 予後が悪い ー自殺しやすい
4. 難治かつ再発しやすい
5. 治療が異なる
 1. 抗うつ薬の効果は限定的である
 2. 双極性障害に抗うつ薬を用いると、時に躁転することがある
 3. 抗うつ薬より気分安定化薬 (リーマス®、デパケン®、テグレトール®) などが治療の主体となる

表2 双極性障害の特徴

1. 気分障害にはうつ病、双極性障害、気分変調性障害が含まれる
2. うつ病と双極性障害は異なる疾患であるので注意が必要である



1. 2項目質問法とは？

DSM-IVにおけるうつ病の必須症状の2つを質問の形にしたものです。両方ともイエスであった場合は、約90%の確率でうつ病であるとされています。ただし、プライマリ・ケア医を受診するような軽症うつ病では、両方の症状がない症例も珍しくありません。ですから、これだけで診断することは難しいと考えます。

2. 気分障害の問診戦略とは？

うつ病など気分障害を疑った場合には、まず睡眠障害、食欲低下などうつ病で頻度が高い身体症状の問診から始めると、患者が抵抗感を感じずに、スムーズに問診へ入ることができます。

次に、抑うつ気分、喜び・興味の低下という2つの必須症状について尋ねます。

この時点でうつ病など気分障害の疑いが低いと判断されれば、ここで問診を終了してもかまいません。

疑いが残れば、その先へ問診を進めます。

希死念慮は必ずチェックして下さい。希死念慮や自殺について尋ねたからといって、自殺を誘発するものではありません。

最後に躁エピソード、軽躁エピソードを必ず忘れずにチェックして下さい。

2項目質問法（TQ）

1. 抑うつ気分
「ここ1ヶ月以内ほぼ毎日、気持ちが沈み込んだり、減入ったり、憂うつになったりしましたか？」
2. 喜び・興味の消失
「ここ1ヶ月以内ほぼ毎日、何をしても楽しくなかったり、今まで興味が持てたことにも興味が持てないでいましたか？」

表1 2項目質問法

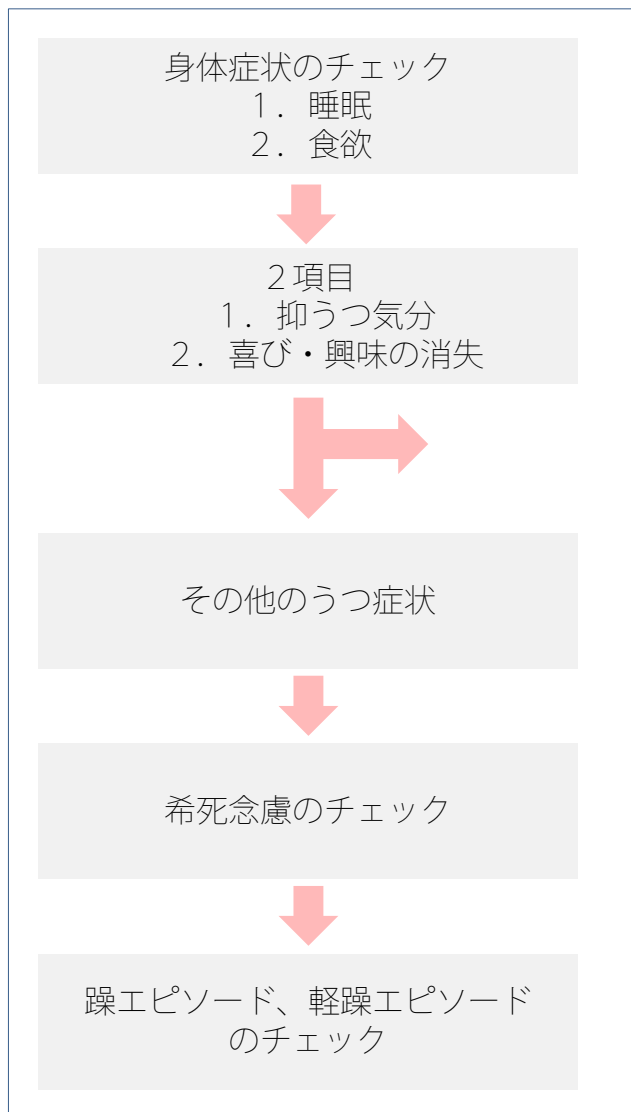


図1 気分障害に対する問診の進め方

1. 気分障害の問診は身体症状から始めるとスムーズに入れる
2. 希死念慮と躁エピソード、軽躁エピソードのチェックを忘れない



不眠

- ★「夜はぐっすり眠れてますか？」
 - 「寝つきはどうですか」
 - 「途中で目が覚めたりしますか」⇒（はいの場合）「またすぐ眠れますか」
 - 「朝早く目が覚めたりしますか」
 - 「朝起きた時によく寝た気がしますか」

体重減少

- ★「ご飯はおいしく食べれてますか？」
 - 「体重が減りましたか」

抑うつ気分

- ★「気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか」

喜び・興味の消失

- ★「何をしても楽しくなくなっていないですか、今まで興味が持てたことに興味が持てなくなっていないですか？」

倦怠感

- ☆「体がだるく感じたり、疲れやすかったりしますか」

集中力の低下

- ☆「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」

判断力の低下

- ☆「判断力が落ちていますか」
 - 「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

自責感

- ☆「よく自分を責めたりしますか」

苛立ち

- ☆「イライラしますか」

希死念慮

- （1から3のいずれかの方法を状態に応じて選択する）
- ☆1「いっそのこと死んでしまったら楽だなあ—と考えますか」
- ☆2「いっそ逃げ出したいとかいなくなりたいと考えますか」
- ☆3「もうほとんど希望を感じないですか」
 - 「いなくなっていきたいと思いますか」
 - 「死んでしまった楽だろうなあ—と思ったりしますか」
 - 「死ぬ方法について考えますか」
 - 「遺書を書きましたか」
 - 「死ぬことばかり考えていますか」
 - 「実際に死のうとしていますか」
 - 「自分でそれらを止められそうにないですか」



躁エピソード

★「ハイテンション！になったことはありますか」

「自分が大きく爽快に感じられて、どんどんアイデアがわいてきて、すっごくキレやすくなって（易怒性）、ずーっとしゃべりまくってることってありますか」

「眠るの必要がないように感じたことはありますか」

「気持ちが突っ走るように感じたことはありますか」

「いつものあなたではないような行動をしたことはありますか」

「そのような状態が何日か続いた経験は？」

「そのような状態を周期的に経験することがありますか」

「いつもの自分ではない状態と、落ち込んでいる状態を繰り返す気分の変動の波を感じたことがありますか」

「いつごろから、そのような波を感じ始めましたか」

「過眠や過食の症状を経験したことがありますか」

軽躁エピソード

★「程度はそれほどではなくても、普段の落ち込んでいる状態と明らかに違う状態になったことはありますか」

「その状態は、1日とか2日とか、何日か続きましたか」

躁エピソードは

DIGFAST (dig: 掘る、fast: 素早く)

という頭文字で覚えます。

Distractibility 注意散漫 話題がぼんぼん飛ぶ
Insomnia 不眠 寝るの必要を感じない
Grandiosity 誇大性 自分が大きく感じられる
Flight of ideas 観念奔逸 考えが次々とわいてくる
Activity 活動性亢進 じっとしてられない！

走り出したくなる気分

Speech 多弁 圧倒的なしゃべり方

Thoughtlessness 軽率 無分別な行動





1. 不安障害とは？

従来神経症と呼ばれていた疾患の多くが、ここに含まれます。表1にその分類を示します。われわれは代表的疾患の頭文字を並べて、G-POPSと呼んでいます。

不安障害が重要である理由としては

- 1) 非常に頻度が高い：うつ病の1.5～2倍
 - 2) うつ病との併存が多い(約85%以上) (図1)
- ことがあげられます。

したがって、うつ病を疑う場合には、必ず不安障害も一通りチェックする必要があります。

2. 全般性不安障害(GAD)

一言で言って、何でも不安な心配性の人です。プライマリ・ケア医の外来にも非常に多い印象があります。

3. パニック障害(PD)

突然の動悸や呼吸困難といったパニック発作とパニック発作が起こるのではないかと心配になる予期不安を呈します。パニック発作時には死んでしまう、発狂してしまうといった強い不安を伴います。プライマリ・ケア医の外来では『過換気症候群』や『心臓神経症』といった診断名がつけられていることがしばしばあります。

4. 強迫性障害(OCD)

強迫観念(Obsession)と強迫行為(Compulsion)のどちらか、通常は両方を有します。強迫観念を打ち消すために行う行為が強迫行為で、代表的なものに、確認する(checking)、手を洗う(washing)、数を数える(counting)があります。

4. 外傷後ストレス症候群(PTSD)

非常に強い心的外傷(トラウマ)後にフラッシュバックの発作を起こします。最も多いトラウマは親しい人間の死です。

5. 社交不安障害(SAD)

一言で言えば、ひどいあがり症の人です。赤面症やどもりといった病状もここに含まれます。

GAD	全般性不安障害
PD	パニック障害
OCD	強迫性障害
PTSD	外傷後ストレス症候群
SAD	社交不安障害
特定の恐怖	(高所恐怖など)

表1 不安障害の種類

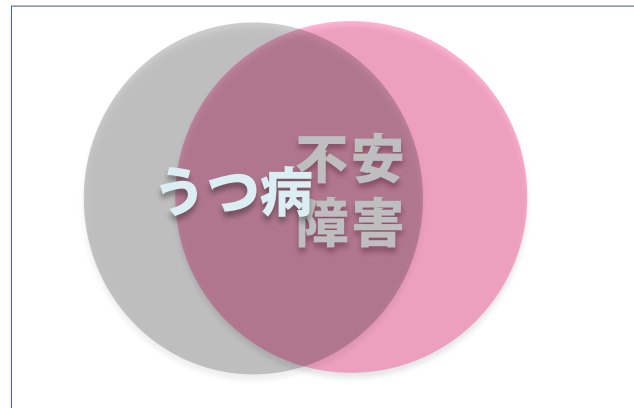


図1 うつ病と不安障害の併存

全般性不安障害(GAD)
あなたは心配症ですか？

パニック障害(PD)
心臓がドキドキしたり、息が苦しくなるようなパニック発作を起こしたことがありますか？
またなったらどうしようと思いますか？

強迫性障害(OCD)
長時間手を洗ったり、元栓や鍵の確認に戻ったりしますか？

外傷後ストレス症候群(PTSD)
トラウマがフラッシュバックしますか？

社交不安障害(SAD)
ひどいあがり症ですか？

表2 不安障害の問診フォーマット

1. 気分障害は非常に頻度が高く、うつ病との併存も多い
2. 全般性不安障害、パニック障害、強迫性障害、PTSD、社交不安障害などが含まれる

1. Psychoses(精神病群)とは？

幻覚や妄想といった精神病性症状(Psychosis)を呈する一群で、Schneider先生の造語です。代表的なものには統合失調症に代表される精神病性障害が挙げられますが、他にも表1に示すような種々の疾患が含まれます。身体科医にとって、精神病性症状を呈するそれらの疾患を鑑別診断する必要性はほとんどありません。精神病性症状がある、ということさえわかればいいからです。それゆえ、一つのカテゴリーに分けられているのです。

2. なぜPsychosesが重要なのか？

まずPsychosesを呈する患者の頻度が、身体科医が想像するより遙かに高い、ということが挙げられます。特に未成年や若年成人では要注意です。

次に重要なことは、Psychosesはこちらから訊かないと絶対にわからないということです。外見や第一印象では判断ができません。

最後は診断に与える影響です。Psychosesがあるということが必ずしも統合失調症であるということの意味するわけではありませんが、特に若年患者では統合失調症の確率はかなり高くなります。

3. Psychosesの間診手順

まず頻度が高い『着想化声』『被注察感』『構想伝播』をチェックします。この3つがない場合はPsychosesがある確率は非常に低くなります。もし、いずれかがあれば、下記のSchneiderの1級症状などをチェックしましょう。

- | | |
|---|---------------------|
| 1 | 精神病性障害
(統合失調症など) |
| 2 | 双極Ⅰ型障害の躁病期 |
| 3 | 器質精神病 |
| 4 | パーソナリティ障害の一部 |

表1 Psychoses(精神病群)に含まれるもの

着想化声

「あなたの考えが、頭の中で声になって響く感じはありますか？」

被注察感

「見知らぬ皆から監視されるように見られているように感じますか？」

着想伝播

「向こうから来た知らない人に、あなたの考えが見透かされたような感じがしたことはありますか？」

表2 頻度の高いPsychosesに関する問診

a. 〈着想化声〉

「あなたの考えが、頭の中で声になって響く感じはありますか？」

b. 〈問答形式の幻声(会話性幻聴)〉

「あなたの声でない声はしますか？」

「その声が勝手に会話していたり、あなたがその声と会話したりしますか？」

c. 〈自己の行為に随伴して口出しする形の幻声(実況中継性の幻声)〉

「あなたの行動に口を出してくるような声が聞こえますか？」

d. 〈身体への影響体験(被操作的体験)〉

「あなたの身体が、あなたでないものに操られているように感じることはありますか？」

e. 〈着想奪取やその他の思考領域での影響体験(着想奪取 着想吹入)〉

「考えが抜き取られるように感じることはありますか？」

「考えが急に差し込まれてきたように感じることはありますか？」

f. 〈着想伝播〉

「向こうから来た知らない人に、あなたの考えが見透かされたような感じがしたことはありますか？」

g. 〈妄想知覚〉

「テレビ番組の裏には何か意味があって、あなたへメッセージを発していると感じたことはありますか？」

h. 〈感情や衝動や意志の領域に現れるその他の作為・影響体験〉

「あなたの気持ちや考えが、あなたでないものに操られているように感じることはありますか？」

表3 Schneiderの1級症状

1. Psychosesは未成年や若年成人を中心に思いの外多い
2. Psychosesはこちらから訊いてみないとわからない

第Ⅲ章 治療とケア



1. 診断こそが治療の第一歩です

抗うつ薬の治療では、診断から薬物療法開始までの間にうつ病が改善傾向を示すことがよく知られています。これが何を意味するのかというと、「うつ病と診断されただけでうつ病は良くなる」ということです。特に長く身体症状に悩まされ、数多くの医療機関を受診したが良くならなかった、などという経験を持つ患者ではこの傾向が著明です。

2. 病状説明や疾病教育はどうすればいいのか？

軽症うつ病では、必ずしも薬物療法は必要なく、うつ病に関する説明や、教育、心理的な指導により改善が期待できます。

うつ病患者と会話するにあたっては「支持」的に話を聞き、「受容」し、「共感」し、患者に「承認」を与えることが重要です。口を挟んだり、説教したり、意見を述べることはしばしば逆効果をもたらします。支持的な会話の一例を表2に挙げます。このような言葉をかけられた患者は、しばしば外来で涙を流します。その瞬間、すでに治療は始まっているのです。

患者に対する教育の主な項目を表2に示します。

この中では特に休養が重要です。有給休暇を取らせたり、主婦の場合は家族と相談して、家事の負担を減らすようにします。

休養とは「できるだけ何もしない」のが原則で、気晴らしにリクリエーションをしたりするのは逆効果となります。

特に仕事がストレッサーとなっている場合には、休職が必要になる場合も多く、その場合は最低でも1ヶ月、通常は2～3ヶ月以上の休職が必要です。また、休職より復職のほうがより判断が難しく、慎重な対応を必要とします。休職や復職の判断に関して判断に迷う場合には、精神科専門医へ紹介するのも妥当な手段だと考えます。

3. 認知行動療法(Cognitive Behavioral Therapy: CBT)とは？

人は周囲の状況を客観的に認識するのではなく、その人固有のものの見方、考え方というフィルター＝『認知』を通して認識し、それに対する反応を感情や行動として表します。認知に際して条件反射的に浮かんでしまう考えを『自動思考』と呼びます。うつ病患者では、認知が歪んでおり、ネガティブな感情や行動へとつながりやすくなっています。こうした認知モデルを想定して、認知やそれに続く行動を修正しようとするものが認知行動療法（CBT）です。CBTは専門医の指示のもとで、心理士などによって施行されるべきです。ただし、プライマリ・ケア医における診療においても、「上司が話しかけてくれない（状況）」→「上司はきっと自分のことが嫌いに違いない（自動思考）」のように認知の歪みが感じられる場面があるので、その場合は「あなたが有能で仕事ができるから、あまり話をする必要がないのではないですか？」「上司はもともと無口な人ではないのですか？」などと検証することで修正がはかれる場合があります。

1. そうですか、それはつらい思いをされましたね
2. これまで本当によく頑張ってくださいましたね
3. それは大変だったでしょう…
4. そうですか、そうやって頑張ってくださいましたのですね
5. あなたは本当に精一杯やってきたのですね、そのときそうするしかなかった訳ですね

表1 患者を『支持』するための一言

1. うつ病は「心の風邪」といわれるほどありふれた疾患であり、特殊な病気ではない。
2. 心だけの問題ではなく、脳の病気でもあり、決して「怠け病」などではない。
3. 一進一退を繰り返すことはあっても、最終的には良くなる病気である。ただし、良くなるにはある程度の時間がかかるので、決して焦らない。
4. 心のエネルギーが切れている状態なので休養がとても重要である。
5. よく効く薬があるので、薬をしっかりと飲むことが重要である
6. 休職、退職、転職、転居、離婚など重大な決定は病気が良くなるまで行わない。

表2 うつ病患者に対する説明

患者本人に対する説明に加えて

1. 普段通りに接し、静かに寛容な態度で、温かく見守る。
2. 患者を責めたり、意見を差し挟まない。
3. 心の問題を真摯に聞いてあげる。
4. 「がんばれ」と安易に励まさない。

表3 うつ病患者の家族に対する指導

1. 適切に会話するだけでうつ病の改善が期待できる
2. うつ病では休養がとても重要である

3. 職場の指導・教育・啓蒙活動はどうか？

プライマリ・ケア医は地域に密着した医療を展開しているため、職場からアドバイスを求められることもしばしばあるのではないかと想像します。

うつ病では本人よりも職場など周囲の人間が先に気がつくことも多いため、職場の指導と教育・啓蒙活動はうつ病の早期発見という意味でも大変重要です。

職場教育の要点を表4に挙げます。

特に休職および復職の指導が重要です。とりわけ復職には細心の注意が必要で、焦って復職すると必ずと言っていいほど再発、増悪しますので、きわめて慎重に事を運ぶ必要があります。こうしたノウハウについてはプライマリ・ケア医の手に余る場合もしばしばありますので、精神科専門医と連携をとる方が無難だと思います。

4. 啓蒙書やパンフレットも有用です

患者や家族、職場の教育のためには啓蒙書が有用です。代表的な著作を右にご紹介します。

野村総一郎先生は防衛医大精神医学教室の教授で、わが国におけるうつ病の第一人者のお一人です。日本うつ病学会の理事長でもあり、新聞や雑誌の人生相談等でもご活躍中です。

大野裕先生は国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター所長(前慶応大学健康管理センター教授)で、認知行動療法の第一人者のお一人です。日本認知療法学会の理事長でもあります。

こうした本はプライマリ・ケア医の自己学習にも有用であり、ご一読をお勧めします。

また、抗うつ薬のメーカーを中心に、優れた教育用のパンフレットが用意されていますので、こういったものを用いることも有用であると思います。

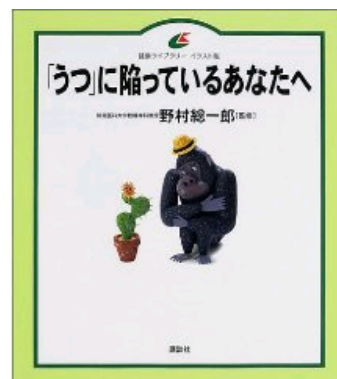
『患者本人への説明』

『家族への説明』

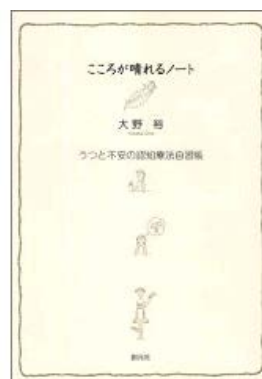
に加えて

1. 仕事のスピードが遅くなる、ミスが増える、休みや遅刻が多くなる、服装がだらしくなくなるなどの兆候に注意する
2. 様子の変化に気がいたら、まずよく話を聞いてあげる
3. 安易なアドバイスはしない
4. 専門医の受診を勧める
5. 休職の重要性を理解する
6. 復職は慎重に行う

表4 うつ病に関する職場教育



「うつ」に陥っているあなたへ
野村総一郎 著
講談社 2002



こころが晴れるノート
—うつと不安の認知療法自習帳—
大野 裕 著
創元社 2003

1. 職場の指導・教育・啓蒙も重要である
2. 啓蒙書やパンフレットも有用である



1. 不定愁訴の薬物療法は抗うつ薬が主体です

不定愁訴の多くは、軽症うつ病と不安障害と考えられます。しかも図1に示したように、うつ病と不安障害は高率に併存するので、この二つに効果的な薬物を選択することが重要です。

ベンゾジアゼピン系抗不安薬(BZDs)はきわめて有用な薬剤ですが、抗うつ作用はありません。したがって、うつ病には効果がありません。不安に対しては強い効果を持ち、しかも即効性がありますが、不安を予防する効果はなく、血中濃度の低下とともに抗不安作用は減弱してしまいます。しかも、安易に使用すると耐性や常用量依存を招きます。

2. 抗うつ薬の第一選択は？

プライマリ・ケア医にとって抗うつ薬の第一選択はセロトニン再取り込み阻害薬(SSRI)あるいは選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(SNRI)です。抗うつ作用は従来使われてきた三環系抗うつ薬(TCA)に比べてわずかに劣りますが、抗コリン作用をはじめとする副作用が圧倒的に少なく、プライマリ・ケア医でも使いやすいからです。

また、抗不安薬が「いまそこにある不安」に有効であるのに対して、SSRI/SNRIは「不安を予防する」効果を有しており、不安障害に対して第一選択薬となり得ます。

SSRI/SNRIについて、功罪の議論はありますが、この薬剤なしでプライマリ・ケア医のうつ病治療はありえないと考えています。

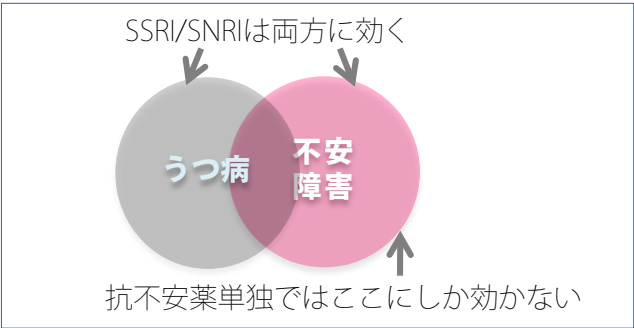


図1 うつ/不安とSSRI/抗不安薬の関係

- SSRI 不安にも有効
ルボックス®・デプロメール®
老人の妄想を伴ううつに有効
CYPを介した薬物相互作用が強い
- パキシル®
効果強い、不安にもよく効く
副作用がやや多い、薬物相互作用は中間
- ジェイゾロフト®
CYPを介した薬物相互作用は比較的少ない
効果は比較的穏やかで副作用も比較的少ない
- レクサプロ®
初期量でも効果が期待できる(増量も可能)
薬物相互作用は少ない
- SNRI
トレドミン®
不安に対する効果は弱い、意欲の向上が期待できる
CYPを介した薬物相互作用はない
- サインバルタ®
セロトニンとノルアドレナリン受容体の両方に対して有効で、不安にも効果的
疼痛に対する効果が期待できる

表1 SSRI/SNRIの比較

	初期量：1日量	最大量	うつ病・うつ状態以外の適応症
SSRI			
ルボックス®・デプロメール®	50mg(夕食後)	150mg(朝・夕食後)	強迫性障害、社会不安障害
パキシル®・パキシルCR®	10(CR12.5)mg(夕食後)	40(CR50)mg(夕食後)	強迫性障害、社会不安障害、パニック障害(パキシル®のみ)
ジェイゾロフト®	25mg(夕食後)	100mg(夕食後)	パニック障害
レクサプロ®	10mg(夕食後)	20mg(夕食後)	
SNRI			
トレドミン®	25mg(朝・夕食後)	100mg(朝・夕食後)	
サインバルタ®	20mg(朝食後)	60mg(朝食後)	

表2 わが国で使用可能なSSRI/SNRI

3. SSRI/SNRIの薬物相互作用は？

SSRIは肝臓の薬物代謝酵素であるチトクロームP450(CYP)に対する阻害作用を有し、併用薬物には注意が必要です。CYP阻害作用はルボックス®、デプロメール®が最も強く、次いでパキシル®であり、ジェイゾロフト®は比較的弱いとされています。SNRIのトレドミン®はCYP阻害作用がないため薬物相互作用が少ないのが利点です。

4. SSRI/SNRI どうやって始めるのか？

図1に示すようにSSRI,SNRIの副作用の多くは、投与開始後1～2週間以内に出現し、その後減弱します。逆に作用発現には時間がかかり、最低でも2～4週間が必要です。

副作用の発現を抑えるためには、少量から開始し、1～2週間以上の間隔をあけて徐々に増量することが重要です。投与開始後早期は増量すると同時に受診させ、状態を観察することが望ましいと考えます。

具体的な増量法の一例を図2に示します。

また、患者にも以下のごとく、よく説明しておく必要があります。

1. 早期に副作用が発現する可能性があること
2. 副作用は通常1～2週間で軽減すること
3. 作用発現までは最低でも2～4週間が必要なこと
4. したがって、安易に自己判断で中止せず、根気よく服用を続けることが重要である

SSRI/SNRIに共通する副作用として最も多いものは消化器症状（嘔気、胃部不快感、便秘、下痢など）で、次いで性機能障害です。ガスモチン®が消化器症状の緩和に有効なことがあります。

また投与開始後1週間以内の比較的初期に不安、焦燥、不眠、衝動行為などの症状を呈する賦活症候群(activating syndrome)が出現することがあります。賦活症候群の予防には抗不安薬やデジレル®・レスリン®の併用が有効とも言われています。賦活症候群が発生した場合はSSRI/SNRIを徐々に減量・中止しつつ、精神科専門医へ紹介することが望ましいと考えます。また、衝動性や自殺企図は24歳以下の若年者、特に未成年例で多いとされており、こうした患者への投与には注意が必要です。

SNRIにあってSSRIにない副作用としては、血圧上昇、頻脈、頭痛、尿閉などがあります。

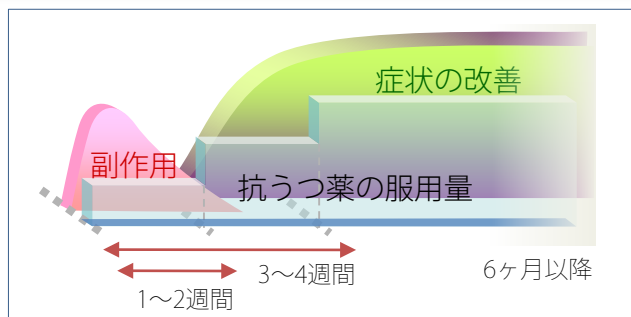


図1 抗うつ薬の処方と時間経過

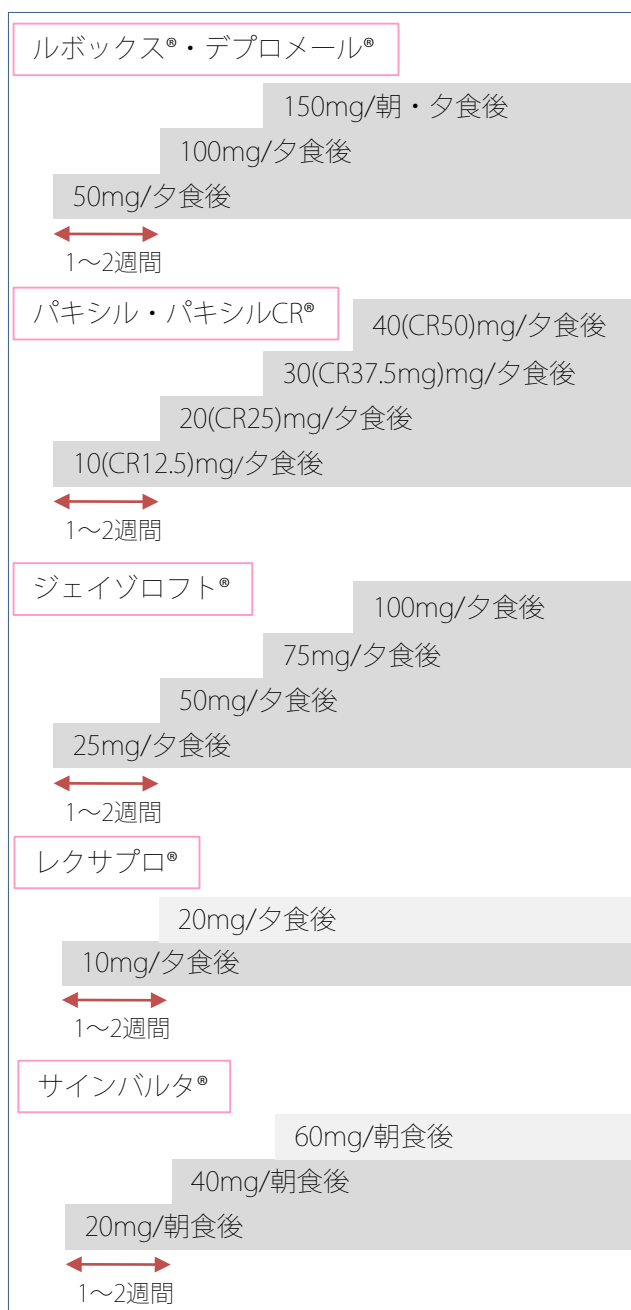


図2 SSRI/SNRIの漸増法の一例

1. SSRI/SNRIは少量から開始し漸増する
2. SSRI/SNRIを開始するときには患者によく説明することが重要である

5. SSRI/SNRI どこまで増量するのか？

うつ病の主要な症状がみられなくなることを寛解と呼び、治療の主たる目標となります。SSRI/SNRIは寛解が得られるまで増量する必要があります。効果が充分でないのに、中途半端な量をだらだら続けてはなりません。効果が不十分なら躊躇せずに通常最大用量まで増量すべきです。ただし、プライマリ・ケア医を受診するような身体症状の強いいわゆる軽症うつ病は、精神科専門医を受診するような典型的なうつ病に比べて、比較的少量の抗うつ薬にも良く反応すると言われており、自分の経験でも最大用量の半分程度の量で十分な効果が得られる例も多いと感じています。

睡眠障害、食欲低下など身体症状は比較的早くから改善し、抑うつ気分、喜び・興味の低下といった精神症状はそれより遅れて改善します。うつ病の患者さんは、実際には良くなっている、良くならないと訴えることがあるので注意を要します。身体症状などの改善を鋭敏にとらえて、積極的に患者にフィードバックすることが重要です。

最大用量まで増量しても効果が不十分な場合は、さらに増量する、他の抗うつ薬に変更する、炭酸リチウム、甲状腺薬、非定型向精神病薬など他の薬理作用を持つ薬を併用して強化療法(augmentation)を行うなどの方法があります。ただし、こうした方法は、プライマリ・ケア医の手には余ると思われるので、SSRI/SNRIを通常最大用量まで増量しても効果が不十分な場合は、精神科専門医へ紹介するのが無難ではないかと考えます。

6. SSRI/SNRI いつ、どうやって中止するのか？

寛解が得られたならば、その用量の抗うつ薬を最低でも6～9ヶ月、できれば1年は継続します。その後、症状を慎重に観察しつつ、減量・中止を考慮します。

SSRI/SNRIの服薬を急に中断すると、めまい、歩行障害、不眠、電気ショック様感覚といった症状を示す離脱症候群(withdrawal syndrome)を呈することがあります。(表2) したがって、SSRI/SNRIは徐々に減量・中止する必要があります。減量・中止は、増量する時よりも少量ずつ、ゆっくりと行います。したがって、患者には勝手に減量・中止しないように厳しく指導します。離脱症候群はパキシル®でやや多いとされ、緩和のため5mg錠も使用可能です。

またあまり早く減量中止するとうつ病の再燃を招きますので、減量するときにはうつ症状の悪化にも充分注意します。

1. 症状が改善するまで増量する
2. 中途半端な量でだらだら続けない
3. 最低でも6～9ヶ月、できれば1年は継続する
4. その後ゆっくりと減量/中止する
5. 減量/中止を急ぐと再燃しやすい

表1 SSRI/SNRIの増量/減量に関する注意点

1. 平衡機能障害
2. 感覚異常：しびれ感、電気ショック様の感覚
3. 傾眠、頭痛
4. 振戦、発汗
5. 食欲不振
6. 睡眠障害：不眠症、悪夢
7. 消化器症状：嘔気、嘔吐、下痢
8. 感情障害：易刺激性、不安、激越、抑うつ

表2 離脱症候群(Withdrawal Syndrome)の症状

1. SSRI/SNRIは寛解が得られるまで増量する
2. SSRI/SNRIは寛解が得られても最低6～9ヶ月は投与量を変えずに継続投与する
3. SSRI/SNRIはゆっくり減量・中止する

1. ベンゾジアゼピン系抗不安薬の功罪

ベンゾジアゼピン系抗不安薬(BZDs)、いわゆるマイナートランキライザーをめぐるは、いくつかの問題点が指摘されています。

その最大のものは、依存性と耐性です。

BZDsは「いまここにある不安」を軽減する力は強く、しかも即効性があります。服用すると15～30分程度で効いてきて、不安が和らいでいきます。しかしながら、不安を予防する効果はほとんどないので、血中濃度が下がってくると、また不安が襲ってきます。そうなるとしばしば患者は抗不安薬を再度服用します。服用すると不安が和らいで…、これを繰り返すと依存になります。また、耐性も出現して、効き目も弱くなってきます。こうした常用量依存や耐性の問題は欧米では非常に問題視されていますが、わが国では未だ認知度が低いのが実情です。

2. ベンゾジアゼピン系抗不安薬の上手な使い方

しかしながら、その特徴をよく理解して使えば、大変有用な薬剤だと思います。

■ うつ病に対して

不安・焦燥の強いタイプのうつ病やSSRI/SNRI導入時など治療早期では有用性が高いと思います。SSRI/SNRIは効果が発現に2～4週間程度必要とするため、この時期に効果の立ち上がり早いBZDsは有利であり、SSRI/SNRIによる賦活化症候群(activation syndrome)による不安・焦燥にも有効です。

こうした目的には、比較的血中半減期の長いBZDsが、依存性を生じにくく向いています。たとえば、メイラックス®、レスタス®、セパゾン®、リボトリール®(欧米では多用されていますが、本邦では抗けいれん薬としての適応しかない)などです。この場合もSSRIなどを併用して、4週間程度をめどに減量/中止を考慮しましょう。長期間漫然と投与することは避けるべきです。またSSRI/SNRIの賦活化症候群による不安・焦燥に対してもBZDsは同様に有効とされています。

■ 不安障害に対して

発作的に起こる不安に対して、BZDsはきわめて効果的で、屯用として用いるには最適です。たとえば、パニック発作などです。また社会(社交)不安障害を持つ患者が、人前で発表やプレゼンテーションを行う場合には、BZDsとβ遮断薬の併用がよく効きます。人前に出る30分程度前に服用させます。(表2：プレゼンテーションセット)

利点

1. 効果の発現がきわめて早い
2. いまある不安を軽減する力は非常に強い
3. 副作用が少ない

欠点

1. 抗うつ作用がないのにうつ病に単独投与されている例がかなりある
2. 依存性が生じやすい
3. 耐性が生じやすい
4. ゆえに、安易に処方すると減量/中止が困難になる
5. 不安を予防する効果はほとんどない

表1 ベンゾジアゼピン系抗不安薬の利点と欠点

長時間作用型

1. メイラックス®(2mg) 1錠 就寝前/夕食後
2. レスタス®(2mg) 1錠 就寝前/夕食後

不安発作に対する屯用

ソラナックス®(0.4mg) 1錠 屯用
(コンスタン®)

プレゼンテーションセット

ソラナックス®(0.4mg) 1錠
(コンスタン®)

+

インデラル(10mg) 1錠 屯用

表2 ベンゾジアゼピン系抗不安薬の使用例

1. 安易に投与しない
2. 安易に増量しない
3. 2剤以上同時に投与しない
4. できるだけ定期投与はしない
5. 不安に対しては屯用で用いる
6. 半減期の長い薬剤を使用する
7. 長期間の投与はできるだけ行わない(4週間以内)

表3 ベンゾジアゼピン系抗不安薬に対する依存や耐性を作らないために

1. 抗不安薬は「今にここにある不安」の軽減には大変有効だが、不安の予防効果はない
2. 抗不安薬の使用に際しては、依存性と耐性に注意する必要がある

1. その他の薬剤

ドグマチール®

本邦のみで使われている特異な抗うつ薬です。身体症状に対して特に効果的とされ、プライマリ・ケア医によるうつ病の診療には有用な薬です。用量を増やしても効果は増強せず、副作用のみが増える傾向にあります。至適用量は1日量にして30mg強との報告もあり、散剤で投与するか、50mg錠1錠/日を投与するのが良いと考えます。食欲増進作用があり、うつ病による食欲低下の治療にも向いています。副作用としては、乳汁分泌、無月経、体重増加などがあります。また、パーキンソニズムなどの錐体外路症状を来すことがあるため、高齢者では注意が必要です。

テトラミド®

四環系抗うつ薬の一つで、抗うつ薬としては弱いものの、眠気が強くでるため、不眠を強く訴える症例では睡眠薬としても有効です。

デジレル®・レスリン®

SSRIが出現する前までは欧米で最も多く使われていた抗うつ薬です。抗うつ作用は比較的弱いものの、鎮静作用が強く、不安・焦燥の強い症例でSSRI/SNRIと併用すると効果的なことがあります。また、SSRI/SNRIによる賦活化症候群の予防に有効であるとする意見もあります。また、テトラミドと同様に不眠を訴える患者で併用されることもあります。

リフレックス®・レメロン®

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(NaSSA)と呼ばれる新しい系統の薬剤です。わが国では2009年9月に承認されました。欧米ではすでに上市され、比較的高い評価を得ている薬剤です。基本構造は前述のテトラミドに類似しています。テトラミドと同様に眠気が強いため、不眠を強く訴える症例に向いていそうです。

2. 頑固な不眠に対して

テトラミド、デジレル/レスリン、リフレックス/レメロンは、いずれも頑固な睡眠障害、特に熟眠障害に有効ですので、こうした用途のために覚えておくと良いでしょう。

ドグマチール散®・アビリット散®

30mg (夕食後)
あるいは 50mg錠 1錠 (夕食後)

デジレル®・レスリン®

初期量 25mg (就寝前)
最大量 100mg (朝・夕食後)

テトラミド®

初期量 20mg (就寝前)
最大量 30~60mg (就寝前)

リフレックス®・レメロン®

初期量 15mg (就寝前)
最大量 45mg (就寝前)

表1 その他の薬剤の使用例

デジレル®・レスリン®

初期量 12.5~25mg (就寝前)
最大量 50mg (就寝前)

テトラミド®

初期量 10mg (就寝前)
最大量 30mg (就寝前)

リフレックス®・レメロン®

初期量 15mg (就寝前)
最大量 45mg (就寝前)

表2 頑固な不眠(特に熟眠障害)に対して

1. ドグマチールは最大量50mg/dayまで
2. 不眠にはテトラミド®、デジレル®、レスリン®、リフレックス®、レメロン®



1. 自殺について尋ねると自殺を誘発する？

プライマリ・ケア医がうつ病と聞いてまず心配するのは自殺です。まず強調しなければならないのは自殺について尋ねることはタブーではない、ということです。自殺について尋ねたことで、自殺のリスクが増すことは絶対にありません。また、希死念慮を抱くうつ病患者は少なくありませんが、実際に自殺を完遂する患者は少数です。したがって、希死念慮があるからといって、直ちに専門医へ紹介が必要というわけではありません。問題は自殺のリスクがどれくらいあるかということです。

表1に希死念慮のスペクトラムとそれを評価するための質問を示します。下へ行くほど希死念慮は強くなります。MAPSOシステムで示された質問で希死念慮があると判断されれば、上から順番に質問します。希死念慮が弱ければ必ずしも最後まで質問する必要はありません。

表2に自殺のリスクファクターを示します。促進因子が多いほど自殺のリスクは高くなります。

具体的に自殺の方法を考えているなど、自殺のリスクが高い場合には表3のように対応します。

うつ病患者は真面目で律儀な人が多く表のような『約束』が有効といわれています。この際に『指切りげんまん』など身体的なコミュニケーションを用いることも大変有効です。

入院などが必要になる場合も多いので、自殺のリスクが高いと判断された場合は専門医への紹介が望ましいと考えられます。

外来受診はできるだけ頻回とし、上記の『約束』を繰り返します。

2. 自傷行為と自殺は同じ？

一方、リストカットなどの自傷行為は自殺企図と異なり、境界性パーソナリティ障害(BPD)などを基礎に持つ患者に比較的多くみられます。自傷が直接自殺に結びつく可能性は低いものの、繰り返すうちに自殺に至る例もあり注意を要します。

自傷行為に遭遇したら、決してそれを責めてはいけません。自傷行為を告白してくれたことに感謝し、自傷に至った辛い感情に共感を示しましょう。その上で、対応には専門的知識を必要とするので、専門医への紹介が望ましいと考えます。

死んでしまったら楽だな、と思いますか？
死ぬ方法について考えますか？
ずっと死ぬことばかり考えていますか？
実際に死のうとしていますか？
自分でそれを止められそうにないですか？

下へ行くほど希死念慮は強くなり、自殺のリスクは増す。

表1 希死念慮のスペクトラム

慢性（素因）	急性（促進因子）	防御因子
男性 高齢（>65歳） 自殺企図の既往 精神障害 慢性身体疾患 自殺の家族歴 慢性疼痛 薬物依存	最近の喪失体験 精神障害の悪化 身体疾患の悪化 衝動性 自殺手段への接近 薬物依存 致死性の高い 自殺計画	結婚 信仰する宗教 家庭内の 子供の存在 積極的な 社会的支援

Robert K. Schneiderら：ACP 内科医のための「こころの診かた」
井出広幸、内藤 宏監訳、2009、丸善出版より改変

表2 自殺のリスクファクター

1. まず、希死念慮を告白してくれたことを患者に感謝する
2. 患者の境遇や感情に焦点をあて『共感』を表す
3. 自殺したくなるのはうつ病という病気のせいであること 病気は治療すれば必ず良くなり、死にたい気持ちもなくなることを説明する
4. 少なくとも次の受診日までは自殺するのは止めましょうと『約束』する（ゆびきりをする）
5. 自殺しようと思った場合は、必ず連絡するように『約束』する
6. 可能であれば家族に連絡し、患者を一人にしないように、また自殺の手段となるような物を患者から遠ざけるように要請する

表3 自殺リスクの高い患者への対応

1. 自殺について尋ねることはタブーではない
2. 自殺リスクが高いと判断したら、まずは自殺しない約束をする



1. 精神科専門医へ紹介した方が良い症例とは？

こういった症例は専門医へ紹介する方が望ましいのか？

逆に、こういった症例ならプライマリ・ケア医でも診てよいのか？

一定のルールはありません。個々の置かれた状況と経験値に応じて決めればよいと考えます。ただし、ある程度の目安が存在するのも事実ですので、それを表1と表2に挙げました。

希死念慮があるという理由だけで、精神科専門医へ紹介する必要はありませんが、自殺のリスクが高いと判断した場合は、やはり迅速に紹介すべきでしょう。比較的若年(思春期～20代前半)は統合失調症のような精神病性障害の可能性が否定できませんし、SSRIにより衝動性や希死念慮が悪化する可能性があります(もちろんPsychoses: 精神病群の除外はしっかり行うにせよ)、個人的には専門医の先生にお願いする症例が多くなっています。

2. 専門医への紹介に際して気をつけることは？

精神科専門医の先生方はとても多忙で、身体科医と同様に、一人の患者に割ける時間は限られています。ですから、「専門の先生はじっくり話を聞いてくれますよ」などと、精神科専門医の診療に過剰な期待を持たせるような発言はご法度です。

また、紹介する際には患者に「見捨てられ不安」を抱かせないような配慮も必要です。具体的には、「専門医の先生のご意見も聞いてもらった方がよいと思いますので、一度受診してみませんか？」といった表現を用いて精神科専門医への受診を勧め、「また、受診した感想を聞かせて下さいね」と話して併診という形をとるのが良いでしょう。次回受診の予約をとるというのも、見捨てられ不安を解消する良い方法です。

紹介の際には、背景問診、MAPSOシステムで聴取した心理コンディション、身体科的な検査結果などを診療情報提供書に記載しましょう。それに加えて、精神科専門医の先生方が、診療情報提供書に記載してほしいと考えている項目については、表4に示しました。

このような診療情報提供書を添えて精神科専門医の先生へ紹介すると詳細なお返事がいただけたり、患者さんを逆紹介していただけたり、その後も精神疾患の患者さんのことでなにかと相談にのっていただけたりと良いことが起きるに違いありません。また、地域の一般医・精神科専門医の連携に関する研究会などがあれば、積極的に出席して精神科専門医の先生とコネクションを作ることをお勧めします。

1. 強い希死念慮を抱き、自殺のリスクが高いと考えられる症例
2. 自殺企図、自傷行為の既往のある症例
3. 双極性障害
4. 精神病性障害やパーソナリティ障害が疑われる症例
5. 休職復職など、本人の人生に対して大きな判断を必要とする症例
6. 通常最大用量の抗うつ薬を使用しても寛解が得られない症例
7. 産後うつ病
8. 比較的若年の症例

表1 精神科専門医への紹介を考慮する例

1. 軽症うつ病、特に身体症状の強い症例
2. 不安障害
3. 身体疾患を合併した症例
4. 老年精神医学
5. 精神科専門医への受診を拒否した症例

表2 プライマリ・ケア医が診てもよい例

1. 「精神科専門医の先生はよく話を聞いてくれますよ」などと軽々しく言わない
2. 見捨てられ不安を抱かれないように配慮する
3. 併診という形をとる
4. 身体科的診療、検査の結果も申し添える

表3 専門医に紹介する際に気をつけること

1. 今回、精神科へ紹介したいと思った理由や問題点
2. 貴院受診の理由・主訴
3. 身体疾患の既往や治療歴
4. 精神問題での治療歴
5. 現病歴および治療経過
6. 疑われる病名
7. 処方内容・アレルギー・禁忌薬剤
8. 飲酒歴
9. 本人・家族への説明内容

阿瀬川孝治：プライマリ・ケア医による自殺防止と危機管理
杉山直也ら編，2010，南山堂より改変

表4 診療情報提供書に記載すべき項目

1. 精神科専門医へ紹介すべき症例もある
2. 精神科専門医へ紹介するときは見捨てられ不安などに注意する

プライマリ・ケア医が精神疾患を診るということ

プライマリ・ケア医は精神疾患を診るということに対して、
無意識のうちに怖れを抱いています。
できれば逃げ出してしまいたい。
でも、それはできません。
患者はあなたのところへ来てしまった。
あなたに助けを求めにきたのです。
他の誰が、彼/彼女を助けることができるのでしょうか？



精神疾患を診るということに対する怖れを手放せ！

**あなたにしかできない！
あなたならできる！**

背景問診チェックリスト

■ 主訴

これを最初に訊いてはいけません。問診表などで確認すること

■ 既往歴

今までにかかった、内科や外科などの病気について教えてくださいか？

■ 心療既往歴

これまでに、心療内科や精神科に通院したことはありますか？

どんな薬を飲んでいましたか？

その薬の効果は、あなたの身体にあっていましたか？

■ 家族心療歴

ご家族の中で、心療内科や精神科に受診されたことがある方はいらっしゃいますか？

■ 職業

お仕事は何をなさっていますか？

具体的にどんな仕事ですか？ 営業？設計？販売？ くわしく教えてくださいか？

職場の人間関係はどうですか？

仕事でストレスを感じますか？

自営業なら 立ち入って伺いますが、事業は順調ですか？

■ 家族構成

同居している家族構成を教えてくださいか？

ご家族のご職業を教えてくださいか？

ご家族の人間関係はどうですか？

■ プライベート 既婚者の場合は省略可

彼氏（または彼女）はいますか？

年齢は何歳で、何をしている人ですか？

彼氏（彼女）いない歴は、何年ですか？

彼氏（彼女）とは、うまくいっていますか？

■ 服薬

現在、何かお薬やサプリメントなどを飲まれていますか？

■ 飲酒

お酒は飲みますか？

とことん飲もうと思うと、どのくらい飲めますか？

最後にお酒を飲んだのはいつですか

■ 喫煙

たばこは吸いますか？

1日何本ぐらい吸いますか？

あいづちと承認の言葉を忘れずに！

- なるほど、それは辛かったですね
- なるほど、本当によくがんばりましたね
- なるほど、そのそきはそうするしかなかったんですね

MAPSO問診チェックリスト

うつ症状

■ 不眠

寝つきはどうですか？
途中で目が覚めたりしますか？
→はいの場合 またすぐ眠れますか？
朝早く目が覚めたりしますか？
朝起きた時にぐっすりと寝た気がしますか？

■ 食慾・体重減少

食事はおいしく食べられますか？
体重が減りましたか？

■ 抑うつ気分

気持ちが沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか？

■ 喜び・興味の消失

何をしても楽しくなくなっていないですか。今まで興味が持てたことに興味が持てなくなっていないですか？

■ 倦怠感

体がだるく感じたり、疲れやすかったりしますか？

■ 集中力の低下

なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか？

■ 判断力の低下

判断力が落ちていますか？
普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか？

■ 苛立ち

イライラしますか？

■ 自責感

よく自分を責めたりしますか？

■ 希死念慮 上から順番に聞いて、答えが**いいえ**になったところで終了

死んでしまったら楽だろうなーと思ったりしますか？

死ぬ方法について考えますか？

→はいの場合 具体的にはどういう方法ですか？

遺書を書きましたか？

死ぬことばかり考えていますか？

実際に死のうとしていますか？

自分でそれを止められそうにないですか？

躁・軽躁エピソード

■ 躁エピソード

ハイテンション！ になったことはありますか？

自分が大きく爽快に感じられて、どんどんアイデアがわいてきて、すっごくキレやすくなって、ずーっとしゃべりまくってることってありますか？

眠る必要性がないように感じたことはありますか？

気持ちが突っ走るように感じたことはありますか？

■ 軽躁エピソード

程度はそれほどではなくても、普段の落ち込んでいる状態と明らかに違う状態になったことはありますか？

その状態は、1日とか2日とか、何日か続きましたか？

不安障害 G-POPSと覚える

■ GAD 全般性不安障害

あなたはひどい心配性ですか？

■ PD パニック障害

心臓がドキドキして、もう駄目だ、死ぬかもしれない！ 狂ってしまうかもしれない！
と思ったことはありますか？

→はいの場合 またなったらどうしようと考えて、どうしようもなくなることは
ありますか？

■ OCD 強迫性障害

ガスの元栓、家の鍵の確認に時間がかかってしまったり、確認のために、また戻ってしまうようなことがありますか？

確認したり、手を洗ったり、数えたりが気になりますか？

■ PTSD 外傷後ストレス障害

フラッシュバックするようなトラウマ体験がありますか？

■ SAD 社交不安障害

あなたはあがり症ですか？

精神病症状

■ 考想化声

あなたの考えが、頭の中で声になって響く感じはありますか？

■ 考想伝播

向こうから来た知らない人に、あなたの考えが見透かされたような感じがしたことはありますか？

■ 被注察感

見知らぬ皆から監視されるように、見られているように感じますか？



■ 書籍

ACP 内科医のための「こころの診かた」－ここから始める！あなたの心療

ACP(アメリカ内科学会)より出版されたRobert K. Schneiderらによる“Psychiatry Essentials for Primary Care”をPIPC研究会で日本語訳しました。PIPCのエッセンスを詰め込んだ、心療に興味を持つ医師必携の書です。

Robert K. Schneider, MD, FACP James L. Levenson, MD 著

井出広幸(信愛クリニック院長) 内藤 宏(藤田保健衛生大学医学部精神医学教室准教授) 監訳
PIPC研究会 訳

東 理(かりゆしクリニック院長)
井出広幸(信愛クリニック院長)
井村 洋(飯塚病院総合診療科部長)
加藤秀章(名古屋市立大学大学院医学研究科講師)
紺谷 真(奈義ファミリークリニック/日本原病院)
孫 大輔(東京ほくと医療生協・北足立生協診療所)
野村祐二(南大沢メディカルプラザ副院長)
丸山文夫(藤田保健衛生大学血液内科・化学療法科准教授)
宮崎 仁(宮崎医院院長)
福本正勝(航空医学研究センター検査・証明部部長)

伊佐治 悟(白川村国民健康保険瀬瀬診療所所長)
井野晶夫(藤田保健衛生大学一般内科教授)
大中俊宏(愛媛県立中央病院総合診療科部長)
木村勝智(三好町立病院第二内科部長・検診科部長)
佐伯典子(愛媛県立中央病院発達小児科臨床心理士)
澤木秀明(大阪医科大学糖尿病・代謝・内分泌内科助教)
星誠一郎(星富久山医院院長)
溝岡雅文(広島大学病院総合診療科診療講師)
渡邊 真(藤田保健衛生大学消化器内科准教授)

丸善出版 A5判・350頁 定価5,250円(税込) ISBN978-4-621-08056-6



■ 書籍

プライマリ・ケア医による自殺防止と危機管理
～あなたの患者を守るために～

「死にたい」と言われてもうろたえない医師になる！

希死念慮なんて来ちゃっても大丈夫？
「リスク」の患者さんにどこまで自殺の心配はあるの？
診療時間外に混乱している患者さんから電話がかかってきた！
闘病に疲れた癌患者さんに「死にたい」と言われてしまった！
糖尿病患者さんにインシュリンを使って自殺を企てられてしまった！

井出広幸
信愛クリニック院長
河西千秋
横浜市立大学精神医学教室准教授
杉山直也
財団法人復康会沼津中央病院副院長
宮崎 仁
宮崎医院院長
編

南山堂
定価3,675円(税込)
ISBN978-4-525-20191-3



■ DVD

これならデキル！
内科医のための精神科対応“自由自在”

<上巻>

- 第1回 話を聴くということ
- 第2回 フォーマットで聴く
- 第3回 MAPSOとは？ その1

<下巻>

- 第4回 「MAPSOとは？」その2
- 第5回 治療編 その1
- 第6回 治療編 その2

講師
井出広幸
信愛クリニック院長

株式会社ケアネット
上巻
7,875円(税込)
下巻
7,875円(税込)



PIPC研究会では、その他メーリングリストなどを通じて学習活動を行っています。
セミナー・講演などの開催に関するご相談、セミナー・講演・メーリングリストなどへの参加のご希望、
その他、ご質問・ご意見・ご相談などございましたら、お気軽に下記メールアドレスまでご連絡下さい。

制作



**Psychiatry
In
Primary
Care**
PIPC研究会

ここから始める！あなたの心療

医学・医療プレゼンテーション革新集団



Toward the most beautiful and Innovative medical presentation

文責

木村勝智

みよし市民病院 内科・健診科

〒470-0224 みよし市三好町八和田山15番地

TEL 0561-33-3300 FAX 0561-33-3308

E-mail kkimura@hospital-miyoshi.jp