

2022年度 東京都地域自殺対策強化補助事業 若年層対策事業  
若年者の自殺対策のためのメンタルヘルスの推進事業



JDC メンタルヘルスセミナー 2022  
**若年者の自殺対策のための  
メンタルヘルスの推進**

一般社団法人 日本うつ病センター (JDC)®

# CONTENTS

第 1 回  
2023.01.14

## 02 新型コロナ禍における メンタルヘルス不調への対応

講師 中尾 智博 先生 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 教授

## 10 発達障害と気分障害 —自殺対策の視点から

講師 岩波 明 先生 昭和大学医学部精神医学講座 主任教授  
昭和大学附属烏山病院 院長

第 2 回  
2023.02.04

## 18 コロナ禍の職場のうつと自殺対策

講師 井上 幸紀 先生 大阪公立大学大学院医学研究科神経精神医学 教授

## 25 不眠症とうつ病の関係 —自殺対策を視野に入れて

講師 井上 雄一 先生 医療法人社団絹和会 睡眠総合ケアクリニック代々木 理事長  
東京医科大学睡眠学講座 教授

第 3 回  
2023.02.25

## 34 ひきこもりの多面的理解とその対応

講師 加藤 隆弘 先生 九州大学大学院医学研究院精神病態医学 准教授  
九州大学病院気分障害ひきこもり外来

## 42 双極性障害の理解を深める

講師 加藤 忠史 先生 順天堂大学医学部精神医学講座  
大学院医学研究科精神・行動科学 主任教授

第 4 回  
2023.03.04

## 50 うつ病ガイドラインについてわかりやすくご紹介

講師 渡邊 衡一郎 先生 杏林大学医学部精神神経科学教室 教授  
日本うつ病学会 理事長

## 56 抑うつ的な妊産婦のこころを理解して支える

講師 尾崎 紀夫 先生 名古屋大学大学院医学系研究科精神疾患病態解明学 特任教授

第 5 回  
2023.03.18

## 65 自分らしいストレス対処法を見つけよう

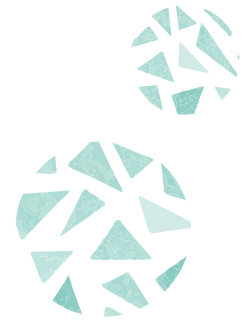
講師 久我 弘典 先生 国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長

## 70 精神保健の観点から職場の 生産性低下（プレゼンティズム）の予防を考える

講師 井上 猛 先生 東京医科大学精神医学分野 主任教授  
東京医科大学病院メンタルヘルス科 科長

第 1 回 2023.01.14

# 「新型コロナ禍におけるメンタルヘルス不調への対応」



## 中尾 智博 先生

九州大学大学院医学研究院精神病態医学 教授

COVID-19 によるコロナ禍で、皆さんは非常にストレスフルな日々を送られているかと思います。ちょうど私が教授になった 2020 年にコロナ禍が始まり、今もまた第 8 波が来て感染が拡大しています。

コロナ禍のメンタルへの影響は非常に色々な要素があります。最初は、どんな感染症か判らないということがありました。ダイヤモンド・プリンセス号の頃です。重症化して、あっという間に亡くなる方もいましたので、感染の不安とか、死ぬかもしれない恐怖とかが、私達を襲いました。

そして、非常に感染力が強いということで国が打ち出した方策が、ソーシャル・ディスタンス。これは人と人との距離を取って感染を防いだり、防御したりする方法でした。一定の効果はあったと思うのですが、その反面、人間関係が非常に狭くなって、孤独を感じたり、孤立感が出たりとか、そういう時期が結構続きました。

それから 3 年近くが経ち、最近は経済活動優先になっていますが、一時期はお店も閉じる、移動も制限される、という状況でした。そうすると休業・廃業の増加や、新しい雇用が生まれず、雇い止めになる、などの経済的な問題が大きくなりました。お金の問題というのは、経済的な不安や将来への不安を引き起こしますので、非常に多くの人の精神的不調につながりました。

コロナ禍で起こる様々な不安や悩みをもう一度整理すると、「重症化して、死んでしまうのではないか」「大

切な人に、自分が移ってしまった」「感染したことで周りの人たちに非難された」「仕事が雇い止めになり、経済的に苦しい」「仕事がりモートになって人間関係が希薄だ」「ずっと気分が落ち込んで、眠れない」「たえずイライラしている」「感染後心身不調が続き、慢性的な倦怠感がある」などが挙げられます。

コロナ禍でのメンタルヘルス問題は、世界的にも色々な報告がされています。「精神疾患の既往や災害による収入の減少が、精神疾患の発症リスクを高めている」(Breslau J,2021,米国)、「精神障害患者の精神症状増悪、医療保健従事者の抑うつ、不安、強迫の各症状の増加、一般市民における不安抑うつの増加、幸福度(well-being)の低下がみられる」(Zhou,2020,中国)、「精神的苦痛を感じる人の割合は市民の約 45%に及ぶ」(Kantor BN,2020,米国)、「強迫症外来患者の 64%に症状増悪を認め、インターネットニュースの確認強迫、家族の巻き込み、希死念慮の出現などを認める」(Benatti B,2020,イタリア)などです。

私が経験したケースを改変して、少しご紹介します。孤独感を訴える ASD(自閉スペクトラム症)の 30 代男性のケースです。この方は知的にはかなり高く、大学卒業後、会社に就職しました。しかし発達特性のことがあって人間関係がうまくいかず、短期間で退職することになります。それ以後、仕事がなかなかうまくいかず、25 歳で私のところに来ました。そしてこの方は ASD という診断がつけました。

社会資源を使いながら適応力を上げていこうという

ことで、NPO 法人での就労訓練を受けて障害枠で文書管理の職に就き、適応は良好でした。更に、この方は向上心が高く、医療系の資格を取って病院に就職しましたが、対人関係の不調から半年と経たずに退職してしまいます。そしてまた、データ入力関係の仕事を行う会社に入り、良好に務めていました。

そうした中で新型コロナのパンデミックになって、ほぼリモートでの在宅勤務となりました。当初は私に「こんな素晴らしい生活はない。本当に気が楽。ずっとこの生活が続いて欲しい」と言い、人間関係の煩わしさが無いことをプラスに捉えていました。ところが半年、1年とそうした生活が続く中で、だんだんと寂しさや孤独を訴えるようになり、診察の時に「前の診察の時から誰とも会っていない」とおっしゃいました。抑うつになっていたため、私のところのデイケアに週1回来ていただくことをお勧めしました。そこでの、人とのある程度の接触や交流によって気持ちの面が改善し、うつも取れていきました。ASD でコミュニケーションに悩む方ですが、それでもやはり、コロナ禍で人間関係が失われることには非常につらさを感じた、というケースです。

コロナに感染した後、精神疾患の発症リスクが高まるという報告もあります。インフルエンザ感染や他の呼吸器感染症よりも、精神疾患（精神病、気分障害、不安障害）の発症リスクが有意に高いことが示唆されています。また、私たちが厚生労働省の研究として2021年に取り組んだ「DPCデータを用いたCOVID-19感染者に対する向精神薬の処方状況調査」（福岡県内の急性気道感染症入院1656件とCOVID-19入院1656件を比較）でも、COVID-19による入院では、他の呼吸器感染症による入院よりも睡眠薬と抗うつ薬の使用頻度が高いことが分かりました。感染によって、不眠、うつ、不安がより生じやすいことが示唆されたのです。

更に、COVID-19で入院した人のうち、精神科を受診した221人の診療録を用いて精神症状調査を行ったところ、軽症46人、中等度92人、重症83人となり、混乱や不眠といった症状は重症になるほど強く出現することが分かりました。一方で、不安、抑うつ、易怒性（怒りやすさ）は、むしろ軽症や中等度の方に目立つことも分かりました。こうしたことから、

コロナの感染の程度が、出現する精神症状にも関係するのではないかと示唆されました。

また、ICD（国際疾病分類）という診断基準を基にした診断別でみると、器質性精神障害は重症になるほど出現しやすい一方で、重度ストレス反応（神経症、不安、適応障害）は重症度を問わずに出現することが示唆されました。器質的な疾患はコロナ感染の直接的な影響であり、重度ストレス反応はおそらく心理的な要因がかなりあるのではないかと考えられます。

最近、コロナ感染後のロング・コビット（Long COVID）とか、罹患後症状としてよく言われるのが、体のだるさ、関節痛、味覚障害などですが、それにプラスして不安、うつ、不眠といったメンタルの不調も罹患後にみられるという報告が上がっています。先ほど挙げた私たちの調査は感染中の症状なので、これが感染後も持続するのか、それとも感染後に新たに出てくるのか、ということは新たな調査が必要です。現在それも取り組んでいますので、何らかの機会にご報告したいと思います。

本邦における自殺者数は、ここ20年くらいでずいぶん減少してきました。年間3万人以上だったのが、2万人くらいに減りました。しかし、コロナ禍で増加の兆しがみえます。特に女性が増加傾向に転じているのが特徴で、これも色々な要因があるのだと思います。

こうしたことから、私たちは「新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題への対応マニュアル」を2年前に作りました。コロナ禍でどういうことが起きているのか、研究対象施設へのアンケート調査を行って、それを基に色々な対策について解説したガイドブックです。精神保健福祉センターなどでメンタルヘルス相談にあたる精神保健福祉相談員向けです。このマニュアルの内容を、この後にご紹介していきます。

マニュアル作成にあたり、最初に行ったのがアンケート調査です。全国の精神保健福祉センター69施設と、精神科医療機関931施設、計1000施設を対象に郵送によるアンケート調査を実施しました。その結果、2020年の月ごとの精神保健福祉センターへの相談件数は、1回目の緊急事態宣言後に急増したこと

が分かりました。感染者数には多い少ないという波があり、この波に合わせるようにして、相談数が増えたり減ったりしていました。

感染者、感染者家族、医療関係者、一般住民からの相談内容としては、「自身が感染することへの不安・恐怖」「家族や同僚などに感染させてしまう不安・恐怖」「予防行動による疲労」「職場環境の変化（リモートなど）による負担・疲労」「偏見や差別」「コロナ感染症に関する情報不足」「人間関係（家族・友人・同僚との関係）の困難」「仕事や経済的状況の困難」「学業の困難」「精神症状について」など多種多様な相談が寄せられています。

精神的な症状としては、不安と抑うつとの相談が非常に多くありました。それから不眠であるとか、自殺願望が出てしまうとか、PTSD（トラウマ）とか、過食・拒食、イライラ・怒りっぽい、心身不調、対人関係や子どもに関する事とか、色々な相談が寄せられました。

このように、多くの方が不調になっている状況に対して、AMED（日本医療研究開発機構）の研究「COVID-19 等による社会変動下に即した応急的遠隔対応型メンタルヘルスケアの基盤システム構築と実用化促進にむけた効果検証」が行われ、私たちも参加しました。代表施設は国立精神・神経医療研究センターで、中込和幸先生が班長をされています。メンタルヘルス不調者に対応するシステムを作るための研究です。

このシステムにはスマートフォンからアクセスして、メンタルヘルスの不調がないかどうかをチェックするページを開きます。そして、希望があれば対話型の AI で認知行動療法（CBT）を体験できる「こころコンディショナー」を利用できます。ただ、AI だけではまだ難しい面もありますので、そういう方に対しては、先ほどご紹介したマニュアルでトレーニングを行った相談員が直接対応し、「RAPID PFA」という相談介入方法を用いながら面接を行います。

AI とオンラインによるこのメンタルヘルス相談には、ココロボ（KOKOROBO）という名前がついています。QR コードなどでスマホからアクセスすると、

こころのチェックを行うことができ、ご希望があれば AI による CBT を受けられるようになっています。これは社会実装に向けた試験運用中で、東京、横浜、名古屋、福岡など一部地域で対応しています。ご興味のある方はアクセスしてみてください。

マニュアルの中身について話を続けます。メンタルヘルスを維持するための予防的な取り組みとして、①生活リズムを整える、②睡眠をしっかり取る、③運動をする、④アルコールとのつきあい方、⑤レジリエンスを高めるために、という項目ごとに情報提供やアドバイスをしておく内容になっています。

それと、メンタルヘルス・トリアージも紹介しています。災害が起きた時、救急医療の現場でトリアージが行われますが、これのメンタルヘルス版です。「緊急入院が必要か」「即時に、メンタルヘルス専門家の紹介が必要か」「今後発展するリスクを持つ個人やグループを同定すること」などの判断を行います。特に、自傷他害の危険性がある場合は、即時に精神科医療機関に依頼・相談が望ましいとされています。

また、極度のパニックがある、新型コロナで直接的な命の危険にさらされた、などの要素をチェックして、精神科につないだ方がいいかを判断します。メンタルヘルス・トリアージの場面を再現した動画も作られています。お話を聞きながら、メンタルの不調の程度を推し量っていきます。

電話や ZOOM によるオンライン相談も多いので、その場合の注意点もマニュアルに書いています。すべきこととしては、「プライバシーを守る」「偏見や先入観を持たない」「相手に関心を持って聴いていることが伝わるように対応する」「相手の気持ちを受け止め、ねぎらう」「興奮されていても忍耐強く冷静に対応する」などがあります。

また、すべきでないことは、「聴いたことを相手の許可なしに別の人に話さない」「無理に話をさせない」「話をさえぎらない、急かさない」「価値判断を押しつけない」「『もともとこういう人だ』という決めつけをしない」「押しつけがましい助言や、心に土足で踏み込むようなことをしない」などです。電話対応では、安心して話せる関係づくり（共感・沈黙を大切に）

や、状況の確認（表情が見えない分、重症度の確認をしっかりと行う）などが大事になります。

マニュアルでは、いろいろな症状に対する心理的介入方法もある程度ご紹介しています。うつへの対処法としての行動活性化、強迫への対処法としての心理教育と曝露法、不安への対処法としての呼吸法、不眠への対処法としての CBT-I、アルコール問題への対処法としての簡易減酒支援です。これらを簡単にご紹介していきます。

まず、行動活性化についてご説明します。うつ状態になると、何もできません、家事もできません、というふうになりがちですが、実は、何らかの活動をするとうつが軽くなるかもしれません。どういう活動がいいかは個人差がありますが、「気分は行動の影響を受けて変動する」という考え方です。行動活性化は認知行動療法のひとつの方法です。

一日中、寝て過ごすような行動をすると、気分の落ち込みがますます強まります。そこで、どういう行動が気分をどのくらい影響するのかということ、まずモニタリングします。そして、こういう行動をしようつは軽くなる、こういう行動をすると逆にうつは悪くなる、というように、気分と行動がどう対応しているのかを詳しくみていきます。

例えば、コーヒーを飲んだりネットをしたりすると気分が改善すると分かった場合は、これらを、気分を切り替えるきっかけにつかいます。コーヒーをいれるだけでなく、おいしそうなお豆を探す、ふだんの店だけでなくネットとかでも探す、などです。そうすると、ネットをダラダラと流し見している時よりも、いろんなサイトで豆の説明を読んでいる時の方がもっと気分が良い、などと気がきます。このようにして、気分が上がる活動を少しずつ日常に取り入れていくやり方が、行動活性化です。取り組みやすいので、認知行動療法の中でもかなり注目されているやり方です。

続いて、強迫症 (OCD) の対処法についてです。これは手洗いや鍵の確認などを過度に繰り返す病気ですが、コロナ禍によって強迫症患者の病状が悪化しているという報告も出ています。どんなふうが悪くなっているのか、20 代女性の模擬ケースをご紹介します。

この方はもともと心配性で、潔癖症の傾向がありました。コロナの流行下で感染不安が強まって手洗いが増え、身の回り品の除菌・洗浄も念入りになりました。このあたりはマスメディアで盛んに言われ、実際に必要なこともあるのですが、この方はそれがエスカレートしてしまいました。外出するのが怖い、外から持ち帰ったものや着ていた衣類を全て玄関に置いてすぐにシャワーを浴びる、長男の保育園通園を止める、ご主人は外で何を触ってくるかわからないと感じて別居する、などというふうになり、妹さんが「これはやり過ぎだ」と思って当科に連れてきました。

診察時も感染の恐怖を口にし、どれだけ予防を徹底しても感染する不安が拭えない、などと述べました。ここまでくると、強迫症という病気になります。この方の場合には SSRI という抗うつ薬を使い、それと同時に心理教育を行いました。どの程度の感染予防が要るのかということや、それを超えると強迫行為となって生活の質がだいぶ落ちてしまうこと、などをお伝えしながら治療を進めていきました。

例えば洗浄強迫の人は、トイレのドアノブを触るという刺激によって、手はもうきれいだと思っても、便や尿の汚れがついて汚いという考えが頭から離れなくなり、手洗いを繰り返してしまいます。すると一時的に不安が減るので、また洗いたくなってしまいます。そして、洗わないと不安だという悪循環に陥り、トイレだけでなくテーブルなども「汚れているのでは」と感じるようになり、汚いと思う場面がどんどん増えていきます。これが強迫観念と強迫行為のメカニズムです。

そこで、心理教育が大事になります。「新型コロナウイルスの感染経路に関する心理教育」「なぜ過剰な手洗いや消毒を行ってしまうのかについての心理教育」「過剰な手洗いや消毒を行わないためのルール作り」などです。ルールの例としては、基本的に手洗いは 1 回で済ませる、手を洗うタイミングを決める、家庭内の消毒は直接手が触れる手すりやドアノブ、リモコンだけにする、などが挙げられます。

強迫症に対しては、曝露法というやり方もあります。汚いと感じるものにあえて触れて、そのあと手洗いをせずに過ごすようなやり方です。本当に汚いものに触

れるわけではなく、ふつうは汚いと感じないようなもののなのに、汚いと感じているものに触れます。例えば、テーブルの上をトイレの便座の上と同じくらい汚いと感じてしまうので、その場合はテーブルに触れた後、不安が下がるのを待ちます。これが曝露反応妨害法というやり方です。不安に対する慣れが生じてきて、不安の山が低くなり、不安の下がり方も速くなっていきます。

続いて、不安に対してはリラクゼーション法を推奨しておりまして、呼吸法（10秒に1回の腹式深呼吸で交感神経の興奮低減）や、漸進的筋弛緩法（筋肉の緊張を強めてからすっと力を抜く）などを提案しています。それから不眠に対しては、薬物療法以外の方法としては、まず認知行動療法的なやり方で睡眠障害のパターンを把握します。そして心理教育を行います。睡眠に関する心理教育で最も大事なものは「日中に支障（眠気や集中力低下）がなければ不眠症と考えなくてよい」「眠気を催してから寝床に入る習慣をつける」という点です。

睡眠スケジュール法についても簡単にご説明します。寝付けられないという入眠障害は、認知行動療法でかなり治せます。ベッドの上にいる時間に対する実質睡眠の割合を睡眠効率といいますが、入眠障害の人はこの効率が悪過ぎるのです。実際に寝ている時間が6時間であれば、ベッドの上にはその6時間しかいないようにします。そうすると理論上は、ベッドに行ったらボタンと眠れるはずですが、実際は、そううまくはいかないのですが、85%くらいの睡眠効率にもっていくと入眠障害がだいぶ改善して、睡眠の質が良くなっていきます。

それから、アルコールの問題についてです。9%のストロング系チューハイは、アルコール依存のゲートウェイと言われていまして、飲みやすくグイグイいけるのですが、かなり大量のアルコールが体に急速に入ってしまうので警鐘が鳴らされています。

アルコールの過剰摂取は依存と抑うつを引き起こします。アルコール・うつ・自殺は死のトライアングルと言われ、非常に併発が多いことが知られています。大量飲酒者でアルコール依存症になった人がうつ病を発症（併発）するリスクは、依存症でない人の約4

倍に跳ね上がります。逆のパターンで、うつ病の人がアルコール依存症になることも多くて、特にうつ病を未治療の人が依存症になっていきます。アルコールで何とか気分を紛らわそうとしているうちに、依存症にもなってしまいます。自殺者の約3分の1が直前に飲酒をしているというデータもあり、うつ病患者の自殺リスクを飲酒行動がより高めている可能性があります。自殺対策ではアルコール問題を考えることも大事なことだと感じています。

アルコール問題への対処法として、簡易断酒支援というものがあります。飲酒量に問題がありそうな人を対象としています。「リーフレットを渡して内容を短く伝える」「具体的な飲酒量のフィードバック（1日あたり男性4ドリンク以上、女性2ドリンク以上は黄色信号）」「具体的な目標をたてる」「具体的な対処法の策定（食事でおなかを満たす、炭酸水を飲むなど）」「飲酒量に問題がある場合はAUDIT-Cによる評価」「介入効果不十分の場合は専門医療機関でのアルコール依存症の治療」という段階で支援していきます。

最後に、サイコロジカル・ファーストエイド（PFA）についてふれます。これは災害精神医学の領域で半世紀以上の歴史があります。大災害や戦争などで、非常に大きなストレスにさらされた被災者への支援法をまとめたものがPFAです。「押しつけがましくない、実際に役立つケアや支援」「ニーズや心配事の確認」「水や食料など基本的ニーズが得られるような支援」「無理強ひせず、傾聴する」などの方法がまとめられていて、ボランティアの人も使える内容になっています。

私たちが用いたのはその最新版「RAPID PFA」で、米国のジョーンズ・ホプキンス大学のグループが作りました。介入や心理的アセスメントといった専門的要素が強まっています。ラポール（相互の信頼関係）を作る、トリアージを行う、実践的心理的介入を行う、解決への手助けとフォローアップを行う、などの内容を含んでいますが、ある程度トレーニングをすることで、みなさんが使えるようになっていきます。コロナ禍によって「自分のせいで友人が感染した」などと深く悩む人もいて、RAPID PFAを用いた面接も行われています。

まとめますと、コロナ禍で生じているメンタルヘルスの問題は多様であり、その程度にも幅があります。予防的な取り組みに始まり、RAPID PFA や CBT による心理的介入など、様々な支援が今後必要になってくると思います。



Q.

希死念慮のある社員への対応について教えてください。家族につながりたいのですが、本人が拒否した場合はどのように対応したらよいですか

ケースバイケースではありますが、まずは切迫の度合いを知る必要があります。「もう消えてなくなりたい」などの消極的な考えで止まっているのか、それとも実際に方法を考えたりしているのか、確認することで緊急性がわかってきます。その上で、この問題は専門家につなぐのがよいと思います。ただ、ご本人が拒否した場合は、匿名でかけられる「いのちの電話」やNPOの相談電話などがありますし、今日紹介したココロボもありますので、ご本人が受け入れやすい手段を見つけて勤めてあげるのがよいと思います。

Q.

メンタルヘルス・トリアージはどういった場所で行われているのでしょうか

今回ご紹介したマニュアル（新型コロナウイルス流行下におけるメンタルヘルス問題への対応マニュアル）は精神保健福祉センターを中心に配布しましたので、そういう所に相談を寄せていただくと、トリアージもできるのではないかと思います。

Q.

食べることに依存することもあるのでしょうか

もちろんあると思います。ストレスによる過食が生じて、そこから摂食障害のようになる人もいます。飲食以外にも、ストレスから逃れるためにゲーム、ギャンブル、ネットなどに頼りたくなり、それがエスカレートしていく人たちがいます。依存はいろいろな対象物で起きているのではないかと思います。

Q.

精神疾患に罹患している友人に八つ当たりされました。LINEで怒った感情をぶつけられたので、『最近様子が荒れているけど、どうしたの』と尋ねて、いつも通りに接しました。これでよかったのでしょうか

この対応は、私はよかったのではないかと思います。患者さんはいろんな感情が渦巻いて、自分がそういうふうになってしまったことについて、八つ当たりもしたくなるのだと思います。でも、ある期間を過ぎると落ち着いて気持ちが変わってくると思うので、売り言葉に買い言葉にならないようにするのは大事なことだと思います。

Q.

自殺者の3分の1が飲酒者というお話でしたが、近年多くなっている女性の自殺者にもこれは当てはまるのでしょうか

私は詳しい統計を持っていないのですが、今の状況で増えがちなひとりでの家飲みはストップが効き難いので、その女性にもし未治療のうつがある場合は、自殺のリスクが高まるのではないかと思います。

Q.

コロナ禍におけるレジリエンスを高める方法にはどのような方法があるでしょうか

マニュアルの一部を下に記します  
精神医学や心理学の領域で用いられる用語に、レジリエンス (resilience) やネガティブケイパビリティ (negative capability) という言葉があります。前者は、困難な状況に負けずなんとか適応し、回復するための精神的な能力のことを指し、後者は、全ての物事がすぐ解決できるものではないということを受け入れ、耐える能力のことを指します。コロナ禍で対人交流も豊かには行えず、移動にも制限がかかり、多くのストレスを受ける現在の生活でこれらの能力はとても大事になってきます。レジリエンスやネガティブケイパビリティと関連する心理特性として、肯定的で未来志向的な考え、感情をコントロールする能力、興味や関心の多様性、忍耐力、などが挙げられます。決して投げやりにならず、規則正しい生活を送り、適度な運動や趣味の活動を取り入れながら1日1日を丁寧に過ごしていくことが大事になってきます。

Q.

自殺念慮のある学生から相談を受け、保護者にそのような状態であることを相談するように助言しましたが、なかなか相談できないようです。どのような助言が必要でしょうか

自殺念慮の強さにもよりますが、何度か相談に応じることで、ご本人の気持ちも変わってくる可能性がありますので、可能であれば、相談を継続されてはいかがでしょうか。

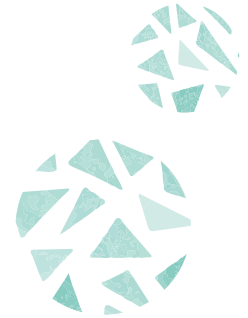
Q.

社員からメンタル相談を受け、話を聞いて精神科の産業医の診察にも繋がったのですが、話を聞いてくれない、何のアドバイスもなかったもう会社には頼らないといわれてしまいました

それは残念でした。医者との相性などもありますので、可能なら別のクリニックやカウンセラーを勧めてみられてください。

第 1 回 2023.01.14

# 「発達障害と気分障害 —自殺対策の視点から」



## 岩波 明 先生

昭和大学医学部精神医学講座 教授

昭和大学では、世田谷区の烏山病院が精神科の本拠地になっており、発達障害の診療も行っています。そのほかに、精神科急性期治療や認知症専門の病棟なども持っています。

私の前任者の加藤進昌先生が烏山病院に赴任された時に、発達障害の専門外来と発達障害に特化したデイケア、ショートケアを開設されました（2008年）。この時期は、いわゆるアスペルガー症候群、今でいう自閉症スペクトラム障害（ASD）が診療の中心で、それに対する臨床研究も行っていました。

そして ASD の研究や診療をする中で、実は注意欠如・多動性障害（ADHD）の問題が非常に大きくなってきました。有病率からすると当然なのですが、ADHD の患者さんが非常に多く受診されて、ASD と診断されている人のかなりの割合が、実は ADHD だとわかってきたのです。

そこで、もう 7、8 年前になりますが、ADHD の専門外来と ADHD に特化したショートケアを立ち上げました。現在では外来以外のデイケア専門プログラムとしても、ASD に特化したプログラムと ADHD に特化したプログラムの両方を行っています。

本日は発達障害の概念、ADHD 診療の留意点、発達障害とうつ病、発達障害と双極性障害、の順番でお話をさせていただきます。

発達障害は、あたかも「発達障害」という疾患があるかのように報道されることが多く、そういう風に理

解している人は多いと思います。しかし、医学的には「知的能力障害群」「コミュニケーション障害群」「自閉症スペクトラム障害（ASD）」「注意欠如・多動性障害（ADHD）」「限局性学習障害（LD）」など、多種多様なものが含まれています。生まれつきの特性により、脳機能の偏りがみられるということでは、これらは一致していますが、個別の診断ごとに症状や特性は違っていることをまず押さえるのが重要だと考えています。

ここ 5 年から 10 年あまり、精神科の臨床や一般社会においても発達障害が目立つようになりました。しかしながら、発達障害の概念、診断、治療方法などについて、一般の方や医療者の中でも、今申し上げたように理解が十分でないところがあります。

診療における問題点としてまず挙げられるのが、ASD も ADHD も基本的な病態仮説がパラダイムチェンジしているという点です。例えば ASD は、当初は統合失調症にかなり近いものだと考えられていましたが、それが否定されるような変化がありました。あるいは、当初強く信じられていたのは、「親の養育が良くないので ASD になる」ということです。今は完全に否定されています。ADHD についてもいくつか大きな変化がありました。基本的な考え方自体が、この 20～30 年で変更されているのです。そのため、現在の考え方がなかなか浸透していないということがあると思います。

呼称も何度か変更されています。特に ASD 関連は、ひとつ前の診断基準では PDD（広汎性発達障害）と

という病名でした。それが、自閉症スペクトラムと全く変わってしまった。これも混乱の原因になっています。

そして実地臨床や外来において一番重大な問題は、ASD と ADHD の関連について、実は確定的な結論が得られていないということにあります。これについても重大なパラダイムシフトがありました。以前の診断基準 (DSM-IV) までは、この 2 つは全く別の疾患であり、併存しないと考えられていました。似ていても、たまたま似ていただけであるという考え方が主流でした。それが現在の診断基準 (DSM-5) では、併存もあるとしており、研究者の中にはバイオロジカルな面で共通性があると言う人もいます。

臨床現場の感覚としては、基本的な症状を文字に書いてしまうと全く違うのですが、我々の目の前に来る患者さんたちは、症状や問題となる行動パターンが似ているのです。それは見かけの類似性ということになります。空気が読めないとか、場の雰囲気がかからないとか、ASD の典型的な特徴だと言われてますが、実は ADHD の人も対人関係が悪い例があります。ADHD の人は本質的に場の空気が読めないのではなく、読もうとしない、周りの事を気にせずに自分勝手に発言してしまうことがあるので、一見すると似たような行動パターンを示すのです。その辺で、なかなか見分けが付きにくい所があります。

ASD にしても ADHD にしても、うつ病、双極性障害、不安障害などの他の精神疾患の併存率が非常に高くなっています。ASD や ADHD ではない人の 2 倍以上の併存率という報告があります。うつ状態が重症な時、背後の発達障害が覆い隠されて診断されないと、適切な対応が難しくなります。更に、自殺のリスクが高まるうつ病や双極性障害を発症、併存しやすいため、ASD や ADHD は自殺のハイリスク群にもなっています。

先ほど申し上げたように、ASD (自閉症スペクトラム障害、あるいは自閉スペクトラム症) は PDD (広汎性発達障害) から名称変更されました。さらに、PDD の下位区分にあったアスペルガー障害 (アスペルガー症候群) や自閉性障害 (自閉症) を現在は使わなくなりました。

ASD の症状 (診断基準) は、①対人関係、社会性の障害②常同的、強迫的行動 (同一性へのこだわり) ③言語発達の遅れ、があります。③は必須ではありませんが、①と②は必須の症状です。①は、対人関係が不得手で孤立傾向が強い、ノンバーバル (非言語) なコミュニケーションが苦手である、というような性質があります。しかし、これだけでは診断がつきません。②の常同的、強迫的行動パターンの有無をみる必要があります。例えば、特定のものに対する興味の偏りです。小学生の男の子であれば、乗り物に強い興味を惹かれてミニカーを集めたりとか、車の車種をたくさん暗記したりとか、いわゆるマニアック、オタク的な行動パターンです。

これはモノに対する場合だけでなく、自分の行動に対する場合もあります。自分の中にマイルールを持っているのです。それは年代と共に形を変えるので分かりづらいのですが、例えば歩く道順が決まっているとか、服を着る順番が決まっているとか、朝に出かける前のルーティンが決まっているとか、そういったことです。一見すると強迫症状にも似ています。そうしたこだわりの症状が年代を通してあるということが、診断のために必須になります。ところが、ここをきちんと評価していないケースが非常に多く、①だけで ASD だと判断されている例が、精神科の先生方においても時々ありますので注意が必要です。

というのは、対人関係の障害というのは ASD だけでなく、幅広くいろんな精神疾患で生じるからです。統合失調症でも、うつ病でも、神経症圏の社交不安障害などでもあるので、それだけでは診断をつけられないのです。

ASD の行動上の特徴をもう少しご説明します。①の対人関係の障害の程度は様々です。これまでの人生で友人が全くいない例から、何となく受け入れられているけれど孤立している例まで、色々です。それから、診断名に「自閉症」とついていますが、彼らは必ずしも「自閉的」ではありません。その場の空気を無視して一方的な発言をするなど、積極的な行動パターンもあるのです。そして、ADHD に類似した不注意症状が結構あります。忘れてしまうというよりも、興味がないとやらないという行動パターンが不注意に見えるのです。ADHD に類似した衝動的な行動パターンも

結構みられます。それから先ほど申し上げたように、興味の偏りによってマニアックな行動パターンを示します。

続いて ADHD の症状についてです。ASD よりもわかりやすく、①多動②衝動性③不注意の3つです。ただ、多動に対する一般の人の理解はわりとワンパターンで、学校で席から立ちあがるのが多動だと理解している人もいます。そういうケースもあるのですが、それほど多くはありません。不注意症状としては、ケアレスミスが多い、忘れ物が多い、などが典型的です。こういうふうに書くと、ASD と ADHD は異なっているようにみえますが、実は症状の重なりが大きく、類似しているので判断が難しいのです。

少し歴史を遡ります。ASD については、有名なレオ・カナリー先生が 1943 年に指摘した「早期幼児自閉症」が基本文献と言われます。しかしカナリーさんは当時、統合失調症が早期発症したものだと考えていました。これは、現在では否定されています。その後、英国のローナ・ウィング先生がアスペルガーの文献を取り出してアスペルガー症候群を再評価し、ASD の概念を広めました。ASD は、どちらかという統合失調症のような内因性の疾患と捉えられてきました。

一方、ADHD は英国のジョージ・スティール先生が 1902 年に、脳炎や脳腫瘍の既往歴があって、衝動行為や不適切な認知がある病気（後のスティール病）を発表しました。この出発点で、ADHD は脳に器質性の問題があるものとされたので、ASD とは基本的な病態が異なると考えられてきたのです。スティール病はさらに MBD（微細脳機能障害）という概念に発展しました。ADHD の人の多くは脳の器質的な障害がないので、これも現在は否定されていますが、1980 年代くらいまで生き残っていました。

我々が行った症状の評価を少しご紹介します。ASD の 63 人と ADHD の 66 人の自覚症状を自記式の簡単なスケールで比較しました。共に成人で 30 歳前後、IQ は正常な人たちです。結果を見ると、不注意症状（27 点満点）は ADHD が 18.5 ですが、ASD も 14.7 と高く、健常者の 5.8 点とかなりの差になりました。多動でも同じ傾向がみられました。ですから、ASD の人でも一定の ADHD 症状がみられ、ADHD

の人では一定の ASD 症状がみられて、実はなかなか区別が難しいのです。

そこで、構造化面接という時間をかけた面接を用いた「ADOS」という ASD の診断システムを使って、ADHD の人を評価したらどうなるかという研究を行ったことがあります。その結果、対象とした ADHD の成人 56 人（臨床的に ASD ではない人たち）の 23・3% に ASD の診断がついてしまいました。ただし、先ほど申し上げた診断基準②の常同的、強迫的な行動の部分では、あまり特定が付きませんでした。ですから、かなりしっかりした診断手順を使っても、ASD と ADHD の区別はつきにくい場合があるので

ここでちょっと話は変わりまして、なぜ今、発達障害が社会的にクローズアップされているのか考えてみました。まず、不登校やひきこもりのベースに ASD や ADHD があるケースがかなり多いとわかってきたのです。ある統計では 3、4 割はそうじゃないかとされています。加えて現在は、職場の管理が非常に厳しくなったことで、不適応を起こす人が増えている背景もあります。ASD や ADHD の人は、職場での型にはまった行動ができづらいので、そこから弾かれてうつ病や不安障害をきたし、不適応につながっていきます。また、精神疾患全般に対する社会的な関心の高まりもあり、発達障害がクローズアップされているのだと考えられます。

1 例をご紹介します。うつ状態の 20 歳くらいの男性で、ASD ではないかと近医から紹介されてきました。ところが、最初に答えを言ってしまうと ADHD でした。割とこういうパターンが多いのです。紹介状によると、この男性は小中学校の時にいじめの対象になっていて、相手に負けずけともの言ってしまうのでよくトラブルになっていました。勝手な行動をしたり、冗談を理解できなかつたりすることもありました。調理場のアルバイトでは仕事の手順を覚えられず、うっかりミスや物忘れなどの不注意症状もありました。そして本人は「人と関わるのが嫌になった、周囲と馴染めずうつになった」と言っていました。

しかし、改めて生活歴を聞いてみると、幼児期から衝動的な行動パターンがあり、小学校では実は友達か

結構いたというのです。ただ、片付けが苦手な忘れ物やケアレスミスが多い。よく転んでケガをする。授業中に話を聞いておらず、4年生からいじめの被害に。中学でも忘れ物が多かったようです。その後、栄養士の専門学校に行ったのですが、集団行動が苦手な、指示されたことが理解できずに失敗を繰り返しました。そしてうつ状態となり、精神科を受診したとのことでした。

この例のポイントは、「対人関係の障害」は実は思春期以降に出現しているという点です。それから、常同的な行動パターンについては、はっきりしたものはありませんでした。一方、不注意症状は小児期から現在まで顕著に持続していました。それがうつ状態の原因になったので、この人のメインの診断はADHD、二次的にうつ状態になっている、と考えました。こうしたパターンの人は学生さんにも社会人にも多いので、注意してみることが大事だと考えています。

繰り返しになりますが、ASDもADHDも他の精神疾患が併存する頻度が非常に高くなっています。中でも、気分障害、不安障害の併存が多くみられます。こうした症状で受診する場合、背後にある発達障害を見逃してはなりません。しかし実際の臨床では、発達障害が背景にある一過性のうつ状態や気分変動を、うつ病や双極性障害などと診断する例が多いので注意が必要です。

次に、ADHD診療の留意点についてご説明します。発達障害の中で、これまで主に取り上げられてきたのは自閉症やアスペルガー症候群などのASDで、ADHDはあまり注目されてきませんでした。しかし、ADHDは非常に有病率が高く、成人期の発達障害診療のメインは、実はADHDなのです。ところが先ほどの例の男性のように、本来はADHDなのにASDと診断される例が多くあります。またADHDはうつ状態や気分変動を伴いやすく、一見したところ躁状態のようなことも事実としてあります。

ADHDの有病率は、Springerの教科書を見ると子どもが4～8%、大人が3～5%となっており、相当な率です。こうしたことからADHDは成人期において、もっとも時点有病率が高い精神疾患のひとつだと言われています。

社会人の症状のパターンは似ていて、ほとんどの人は不注意症状が中心です。ミスが多い、口頭での指示が抜けてしまう、マルチタスクが苦手、などが非常に共通します。衝動性は、ある人となない人がいるのですが、ADHDの人は思ったことをすぐ口に出す、相手の話を聞かずどんどん話す、といったことが職場で起こりやすいので、上司からよく思われずに関係を悪くしがちです。

またADHDは、衝動性に基づく問題行動の背後に隠れていることもあります。自殺企図・自傷行為や、買い物・過食・薬物・アルコール・ギャンブル・インターネットなどの依存症の背景にも、ADHDがあることが少なくないのです。こうした場合は、ADHDの特性を抑えながら依存症の治療もすることになります。

ASDかADHDかで、よくある診断の誤りをもう一度整理します。「対人関係が悪いからASD」と決めつけるのは良くありません。また「空気を読めないからASD」という決めつけも良くありません。ADHDは空気を読もうとしないので、空気を読めないかのようにみえることがあります。気分障害との関係のみみると、「気分の波があるから双極性障害」との見方も要注意です。ADHDの方は、診断基準にはないのですが、感情不安定、情動不安定みたいなことが実は頻繁に起こります。だから病相の一定以上の持続がないと、双極性障害と診断してはいけないのではないかと思います。また、リストカットが頻繁だと境界性パーソナリティ障害の診断がつくことがありますが、単に衝動行為によるリストカットはADHDでもよくみられます。対人的な操作性があるかどうかで診断を検討する必要があると考えています。

続いて、発達障害とうつ病の関係についてご紹介します。ADHDやASDと、うつ病が本当に併存する例と、併存症は2次障害として発現したとみられる例があります。この区別は難しいのですが、経験的にはADHDやASDがメインのケースが多いようです。米国で行われた併存症に関する調査を見ると、ADHDについては不安障害（社交不安障害など）が47.1%、気分障害（うつ病、双極性障害など）が38.3%と、併存率が高くなっています。

ここで、ASDの精神症状と問題行動について、烏

山病院で行った調査のデータをお示しします。5 割弱がいじめの被害を受けており、不登校や自殺関連行動なども 2 割弱にありました。症状としては、抑うつ、不安、気分変動、過敏性、被害念慮、不注意、多動、不眠など多彩な精神症状を示しました。

次は ADHD ですが、烏山病院に通院する成人 39 例（平均年齢 30 歳代）を対象とした研究では、不安の状態がかなり高く、日々緊張状態にあることがわかりました。こうしたことから 2 次障害を起しやすいのではないかと考察しています。この調査は今後、対象を増やしていきたいと思っています。

1 例をご紹介します。高学歴の男性の例です。ADHD がメインですが ASD 傾向もあります。能力は高いがオーバーワークで、対人関係の問題をきっかけにうつ状態を発症し、精神科を受診。うつ病と診断され、休職を繰り返すようになりました。奥さんからみると、この男性は被害的な発言が多く、常同的な行動パターン（毎朝の身支度の順番が一緒、米粒や消しゴムのカスなどをいつも丸めている等）があり、攻撃的になることもあるようです。ただ実際に会ってみると、決して暴力的な人ではなく、むしろ子どもっぽい感じがする男性です。

生育歴をみると、発語の遅れがあったようで、これは ASD 傾向かもしれません。子どもの頃から感情的になりやすく、他児とうまく付き合えずに嫌われたこともあったそうです。家族に対しても突然怒り出すことがあり、不注意症状もみられたようです。本人は、自ら進んでハードワークをして、その結果、痼癢を起しているとみていて、この繰り返しで心身ともにだいぶ消耗しているようでした。

この人は自ら「発達障害かもしれない」と思って受診されました。衝動性や不注意は継続してあり、対人関係は良好ではなく、常同的な症状がありました。ただ、それなりに会社でやれているし、面接場面ではあまり ASD らしさはみられませんでした。どちらかというとなら ADHD メインかなという感じでした。いずれにしても、能力の高さでいろいろな所をカバーし、ハードワークで乗り切ってきたのですが、壁にぶつかりやすい人なのです。ASD と ADHD の併存で、2 次的にうつ病を発症した、と診断しました。最初は状態の説

明だけ行ったのですが、ADHD の服薬もしてみたいとのことでした。そこで、少量の投薬をするとかなり奏功し、重要なプロジェクトの責任者としても活躍するようになりました。今でも管理的な業務は苦手なのですが、特性を理解してうまく適応できたケースになりました。

最後は、発達障害と双極性障害の関係についてです。発達障害がある人の一過性の気分変動をどう捉えるか、難しい問題です。診断基準上も、ADHD とうつ病、そう状態、境界性パーソナリティ障害にはかなり共通点があるので、区別がつきにくい面はあります。

ADHD がメインと思われるのに、双極性障害と診断された女性の例をご紹介します。この人は米国育ちで、10 歳までいた米国での生活は「楽だった」と言っています。しかし、帰国後の日本で不適應になりました。他の子にきついことを言ってしまう、問題児扱いされるようになったのです。忘れ物などの不注意症状も頻繁にありました。有名な女子校に入りますが、友人ができずに非行グループに入ったりして転校しました。結局、米国に一時留学し、戻ってきて有名私大に入学。司法試験の勉強をしたものの合格できず、地方公務員として働き始めました。

現病歴としては、大学 2 年の時に勉強がうまくいかず、うつ状態に。一過性の気分高揚もあったようです。28 歳の時、上司との折り合いが悪くてまたうつ状態になり、休職。精神科を受診して双極性障害と診断されました。気分安定薬などの薬はしっかり飲んでいなかったようです。

退職が決まった後、当院を受診しました。自然に意欲が出て集中力が向上しますが、アルバイトや勉強で頑張り過ぎて疲労感が強くなってしまいます。うつ状態の訴えがあり、断続的に受診するようになりました。この人はクリアな診断はつかないのですが、ADHD の特性があるのは確かです。これに伴ってうつ状態、高揚感が出てくると考えられます。気分症状に明確な病相はなく、生活上の出来事によって反応性に出現していました。そのため、うつ病や双極性障害とつけるよりは、ADHD における気分変動ではないかと考えました。現在は、投薬はしてなくて、また海外に行くとおっしゃっていました。

こういうタイプの人ばかりとよく受診されます。もちろん、気分安定薬が効く例もあるとは思いますが、ADHD の特性をご説明して、本人がそれに納得して行動を変えていくことが基本的に重要なと思っています。

考えられます。

もうひとつ、境界性パーソナリティ障害 (BPD) として治療されてきた例をご紹介します。あるクリニックから紹介されてきた 42 歳の女性。大学生の時に自殺企図があり、24 歳の時には飛び降り自殺をやって多発骨折の重傷を負いました。その後、結婚してお子さんができましたが、子どもの教育問題をきっかけに情緒不安定になりました。そして 39 歳の時、不安と抑うつ状態でクリニックを受診し、通院を継続しました。しかし希死念慮が出てきて、ある病院に緊急措置入院しています。退院後はしばらく安定していましたが、また自殺企図をして緊急措置入院になりました。

そして当院に紹介されてきたのですが、「本当にこの人は BPD なのか」と疑問を感じました。自殺企図に对人操作性はなく、衝動的なものにとどまっているのです。お父さんは研究職で、児童期はわりと安定していたのですが、ケアレスミスが多い、忘れ物が多い、などの不注意症状が明らかにありました。衝動性や過剰集中の傾向もありました。国立大工学部修士課程を卒業し、広告代理店などに勤務。仕事の能力はあってもマルチタスクが苦手で、パニックになりやすい傾向がありました。

診断的には、児童期から不注意・衝動性がみられて現在まで継続していること、不適応は持続してみられず対人的な操作性も認めないこと、などから BPD は誤りで、ADHD と診断しました。この人には ADHD の治療薬を投与して、衝動的な言動がなくなったということで、今は経過をみているところです。自殺関連行動の背後に、実は ADHD があったというケースをご紹介します。

まとめますと、本日は成人期の発達障害と気分障害の関連について、自験例を含めて検討を行いました。ASD、ADHD とともに、うつ病などの併存症がまれではないのに、ベースにある発達障害が見逃されている例が少なくありません。患者さんの適切な治療のためには、正確な診断を行うことが何よりも重要であると



**Q.** 衝動性のコントロールはどのように行うことが多いのでしょうか

例えば、上司に対して思ったことをどんどん言ってしまうとか、上司や同僚の間違いをみんなの前で指摘して白い目で見られるとか、そうした会社の中での行動パターンについて患者さんから相談を受けると、僕は「会社では喋らないこと」を勧めます。できるだけ聞くだけにします。どうしても発言したければ、相手の話を全部しっかり聞いて、その上で言葉を選んで少しだけ言う。このような人は喋れば喋るほど、自分の立場を悪くすることが多いので、日本的な会社ではそのように振る舞った方が失敗しないと思います。

ただ、その程度の衝動性であれば自分でコントロールできると思うのですが、過食や買い物の症状がひどい人とか、ギャンブルや薬物への依存がひどい人などは、自分でコントロールが効かない場合もあります。そういう人に ADHD 治療薬を投与すると、ある程度の効果が得られることがあります。

**Q.** 自閉症スペクトラムの人は積極的な言動もみられるとお話でしたが、ではなぜ「自閉症」という病名がついたのでしょうか

おそらく最初につけた経緯は、他と交わらないということなのでしょうね。活動したり、ひとりじゃべったり、一方的に言ったり、お子さんで最初つけたのだと思います。知的レベルがある程度以上の自閉症の人は、成長すると少しずつでも社会に交わろうとして、そうでなければいけないという気持ちを持つわけなので、成人の人の場合は「自閉」という言葉のイメージとはちょっと違っていることがあるように思います。

**Q.** ADHDの友人がいます。怒りっぽくなるからノルアドレナリンの薬が嫌いだと言っています。これが副作用だとすれば、この薬はどのような部分に効果があるのでしょうか

その薬はたぶんストラテラ、アトモキセチンだと思います。注意集中を改善し、衝動性を和らげ、気分を安定化するというケースが多いのですが、確かに一部の人では逆にイライラが昂じる場合もあります。その場合は減量したり、他の薬物に変更したりということでも対応させていただく場合が多いと思います。

**Q.** 発達障害は職場環境によって後発達障害にもなるのでしょうか。そうした場合の注意点を教えてください。それから、発達障害の人は学校でもいじめられやすいようですが、教育現場ではどのような支援、接し方が必要でしょうか

会社では、上司などの対応によって大きく変化します。そのため、その人に合った適正な配置、異動が必要となります。職場での援助者の在り方も重要で、常に対象者に寄り添う姿勢を持てるか、ということがポイントになります。また学校では、特に ASD がいじめの原因となっています。これには教員個人の努力よりも、まずクラスを少人数にすることが必要です。

**Q.** ADHDの薬物療法を行っても、症状が改善しない人がいます。その場合、他にどのような治療が考えられますか。また、発達障害の2次障害はどう治療すればいいのでしょうか

投薬については量が十分でないため、効果がないこともよくみられます。一般的には、環境調整、本人の生活習慣の見直し、グループ療法の導入などを考えます。2次障害にも精神的な対応をすることになりますが、基本的な症状については、当院などのデイケアで改善をはかっていきます。

Q.

生活リズムが整わない ADHD の方がいます。睡眠薬を飲んでも眠れなかったり、逆に寝過ぎたりしてしまいます。どうしたらよいでしょうか

ADHD では過眠症も併発しやすいので、投薬の工夫が必要になります。

Q.

うつ病などの 2 次障害のある発達障害の人に、認知行動療法などの心理療法は有効なのでしょうか。ASD 特性で苦手だったりするのでしょうか

ASD 特性のある人の場合、心理療法の有効性は低くなるケースが多いようです。

Q.

統合失調症とアルコール依存症と診断されている 30 代の患者さんが、以前にクリニックでコンサータ（ADHD の治療に用いる薬）を処方されてから、コンサータ依存になってしまいました。ドクターショッピングを繰り返して対応に苦慮しております

このようなケースについては、薬物依存として扱うことが重要かと考えます。

Q.

発達障害や精神疾患の診断を難しくしている要因として、病態解明が十分進んでおらず、診断のためのバイオマーカーが存在しないことがあると思います。生物学的に診断、治療ができるようになるのはいつ頃と思われますか。また、そのために必要なブレークスルーは何だとお考えでしょうか

このご質問は多くの精神疾患にあてはまる内容ですが、現在のサイエンス全体が違った次元にまで進歩することが必要でしょう。

Q.

会社で産業医をしております。発達の問題を疑っても、診断や治療をしてくださる医療機関を見つけられません。どうすればよいのでしょうか

地域の精神保健福祉センターや大学病院の精神科などが情報を持っていると思います。

※ JDC 事務局補足情報

各都道府県や指定都市には、発達障害者支援法に基づき、都道府県・指定都市に発達障害児(者)への支援を総合的に行うことを目的とした専門的機関として、「発達障害者支援センター」が設置されております。そちらでも、医療機関に関する情報提供や発達障害に関する相談支援等を行っております。<http://www.rehab.go.jp/ddis/action/center/>

第 2 回 2023.02.04

# コロナ禍の職場のうつと自殺対策

## 井上 幸紀 先生

大阪公立大学大学院医学研究科神経精神医学 教授

今日お話しするのは、コロナ禍以前の職場のメンタルヘルスと、それがコロナでどう変わったのか、そして自殺対策についてです。

精神科というのは、昔は敷居が高かったのですが、2011年に厚生労働省が精神疾患を「5大疾病」のひとつとしたことをきっかけに、メンタルヘルスが職域で注目されるようになりました。ではなぜ、4大疾病（糖尿病、がん、脳卒中、心臓病）に精神疾患を加え、5大疾病としたのでしょうか。

精神疾患の患者さんの数は2000年頃から急に増えて、10年間で約1.6倍となりました。このまま放っておくと、医療費削減にならないわけです。ですから精神疾患を5大疾病に入れて、国が対策に乗り出したということになります。

では、精神疾患の中で何が増えたのでしょうか。児童精神科の領域とか認知症とか、増加要因はいろいろ考えられるのですが、私たち（大阪公立大学医学部の前身の大阪市立大学医学部）は、働いている人たちのメンタルヘルスが悪くなったのではないかと考えて、2000年から2004年と、2010年から2014年のそれぞれ5年間、大阪の職場でメンタルヘルス現状調査（大阪産業保健推進センターとの共同調査）を行いました。

その結果、大阪府下の事業所における精神疾患病名での休職者数は、うつ病が5年で5倍、15年で8倍に増えていました。ですから、先ほどお示した10年で1.6倍なんてものではないのです。それ以外の

様々な精神疾患を加えた全体でみても、5年で3.5倍、15年で6倍になっていました。

この調査でも、働いている人のうつ病が2000年くらいから急に増えていました。ではなぜ、この時期から増えたのでしょうか。正直、私も分からなかったので、職場におられる産業医の先生たちにこのデータをお示して、「なぜですか」とお伺いしました。すると、皆さんからよく似た答えが返ってきました。それは、IT化だそうです。

IT化は社会を便利にして、人を幸せにするものです。オンラインでどこでもつながり、家にも仕事ができるようになります。しかしその反面、仕事とプライベートの区別がつかなくなってしまいます。能力のある人は、日本の仕事が夜に終わったらヨーロッパが昼になりますし、その次はアメリカが昼になりますので、24時間ネットで仕事ができます。そのため、語学が堪能でコンピューターを使える人が、個人としてすごく仕事が増えて、頑張り過ぎて燃え尽きてうつになってしまうのです。

逆に、昔のような年功序列・終身雇用は崩壊してきたので、コンピューターをうまく扱えない人は仕事が減ってしまい、そういう人もまたうつになる。そのような二極化が進んでいます。昔は、集団や規律が基本になっていましたので、失敗しても成功しても集団でそれをシェアしていました。しかし最近、個人や多様性が尊重されるようになりました。それは決して悪いことではないのですが、学生時代にそうした個性や能力でチャホヤされていた人も、職場ではきつくな

られて、うつになることもあるようです。

ですから、うつ病は表現型がいろいろ変わったと言われています。新型うつ病というのが一時、流行りました。そういう名前は医学的にはありませんが、ディスチミア親和型、現代型、職場結合型うつ病など、従来型のうつ病とはちょっと異なるうつ病が増えてきたと言われています。

従来型のうつ病は、壮年期の人に多く、几帳面・忠実・努力家・倏約家といった真面目な人が燃え尽きてなると考えられていました。そしてうつになると、「みんなに迷惑をかけているオレが悪い」「会社に迷惑をかけている」というような自分を責める傾向（自罰的傾向）が多くみられました。

ところが、従来とは違う最近のうつ病は若い人に多く、能力があるがゆえに学生時代はわりと自由に過ごしていたのに、職場に入って少しきつくあたられて、不適応になる。そして、「こんなにオレが落ち込んだのは会社のせいだ」という他罰的な傾向が出てきます。他人にではなく、自分に迷惑がかかっていると考えられるのです。

ですから、対応方法も我々も変えています。従来型のうつ病であればまず、「お休みしてください」「お薬を飲んでください」と勧めます。そして、「みんなに迷惑をかけているから職場に早く戻りたい」という声には「無理はしないで」「少し短く頑張るよりも長く頑張らしましょう」と説明していました。

ただ最近の若い人は、うつになって休職しても「会社のせいでオレは病気になったのだから、会社が変わらないと仕事には戻れない」と訴える人が目立ちます。このような場合は、お薬だけでなく精神療法（カウンセリング）を入れていく必要があります。従来型の人に対しては「ガンバレ」は禁句ですが、最近の型の人には、何のために働くのかというお話をした上で、「前向きに生きましょう」と言うことがあります。

ただ、われわれ精神科医にもこの区別はなかなか難しいのです。最近のタイプだと思って「ガンバレ」と言って、それがもし、従来型の人だと、頑張れない自分を責めて自殺をされる恐れもあります。様々なうつ

病の型が出てきたけれども、落ち込んでいる人にはやはり従来型のうつ病を念頭に置いた対応が必要であるといえます。ただ、周囲の人が「あれ？」と思った時には主治医の先生と連携した上で、対応を考えていただくことが必要なのだと思います。

治療は、従来型（いわゆる内因性うつ病）では薬物療法が中心ですが、適応障害に近い型のうつ病の場合は、職場環境調整や精神療法なども薬物療法に合わせて大切になります。

コロナ禍前は、先ほどお話したように社会が急に変わってきていました。ところが2019年末から予想外の新型コロナ問題が起こり、これでまた社会が大きく変わってきました。コロナ禍はまだ終わっていませんが、SARSやMERSも参考に、コロナによる精神症状の推移を考えますと、コロナ禍の最初の頃は不眠、不安、抑うつなどが皆さんにどっと起こりました。そして2021年や2022年になると、疲労、記憶障害、イライラなどが起こってきたといわれています。そしてパンデミックが終わった後にも、心的外傷後ストレス障害や抑うつ、不安などが続く人が多いのではないかと心配されています。女性、若者、教育歴が低い人、低所得者などが、精神症状を起こしやすいハイリスク群と考えられています。そのため女性や若年への対応が必要だと言われています。

コロナ禍はもうだいぶ続きました。そのことでまた、メンタルヘルスの状況がかなり変わっています。最もわかりやすい例が、在宅勤務だと思います。これまではあまりなかったのですが、コロナ禍で一気に広がりました。通勤時間も感染の危険もなく、うまくやれば公私の両立が可能です。働き方改革を進めたい国の方向性にも合っています。このような様々なことで、在宅勤務はうまくいったはずなのですが、やはり急に導入されたことで、様々な問題点が出てきています。

例えば、こうした状況が長期化することで、飲食・旅客・医療職などの特定業種が疲弊してきました。経済が回らなくなり、非正規雇用、若年者、女性などが疲弊し、様々なメンタルヘルス不調が出てきました。また最近では、マスクをする、しないということでも考えの違いが浮き彫りとなり、相互の違和感が生じています。在宅勤務が常態化し、在宅日数の違いによる不

公平感や、人との関わりが減ったことによる不安・焦燥が出てきています。ストレス発散ができないことで、飲酒やゲームなどの依存系の問題も生じています。社会が大きく変わりつつあることで、皆さんの動揺がかなり起こり、それが結果的にメンタルヘルス不調につながっているのです。

2021年と2022年の職場調査を比べてみると、コロナ禍による不安などは減少方向にあります。「コロナ収束後もテレワークを続けたい」という割合は、労働者側も会社側も少し下がっています。これからは、少しリアルな社会に戻るようにならなっていくと思っています。

このような中で、我々精神科医が気になるものとしては、自殺があります。自殺死亡率と失業率にはすごく深い関係があります。この2つは相関しているのです。では、今からどうなるのかというと、飲食を中心に失業される人が増えていますので、我々は自殺に関してとても気を配っています。

コロナ禍の初期には「移ったらどうしよう」という感染恐怖があり、それに応じて在宅勤務が始まるなど社会が変わりました。そして我々は、飲みに行くのを止めたり、習慣を変えたり、というふうに関わりを変えて無理やり状況に合わせていきました。そしてコロナ禍が長期化した最近では、適応に疲れる人が多くなっており、失業が増えてくると自殺率が増加するのではないかと危惧しています。2023年5月には、新型コロナウイルスの感染症法上の位置づけを2類から5類に変えるという方針が示されており、それは経済対策としては良いのですが、そこでまた社会の混乱が多少起こると思いますので、そこでも自殺を気にしておく必要があると考えています。

2022年の自殺の状況は、2023年1月21日の新聞報道によると、男性が13年ぶりに増え、女性は少し減ったと書いてあります。しかし、これには違う側面もあります。女性の自殺はそれ以前に2年連続で増えていたのです。コロナ禍が拡大した時に、最初に影響を受けるのは女性や若者、非正規の人であり、そういう人たちの自殺が増えていたのです。ですから、2022年の女性の自殺率が少し減ったからといって、女性が良い環境にあるわけではなく、男性も女性も今

は凄くつらい時期にあるとご理解いただきたいと思います。

このように自殺のリスクが増えていることを背景として、2022年10月14日、「自殺総合対策大綱～誰も自殺に追い込まれることのない社会の実現を目指して～」が閣議決定されました。この大綱は、大きく分けると柱が4つあります。「子ども・若者の自殺対策の更なる推進・強化」「女性に対する支援の強化」「地域自殺対策の取組強化」「総合的な自殺対策の更なる推進・強化」の4つです。この4本の柱が更に分類されて、13の項目が出されています。本日はそのうち、働いている人についての2つの項目をご紹介します。

まず、「心の健康を支援する環境の整備と心の健康づくりを推進する」という項目を取り上げます。職場、地域、学校、被災者などのメンタルヘルス対策を推進するための項目で、まず、「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」を挙げています。過労死などの防止、「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発、ストレスチェック制度の実施の徹底、働き方改革、パワハラ等対策の周知広報、などを含んでいます。自殺対策大綱の中で、職場におけるメンタルヘルス対策というものがこのように提案されているわけです。

もうひとつは「勤務問題による自殺対策をさらに推進する」という項目です。ここでは「長時間労働の是正」「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」「ハラスメント防止対策」というポイントが挙げられています。過労死を防止するために労働時間の制限を行うとか、勤務間インターバル制度を導入するとか、テレワークの適切な運用、といった話がここに出ています。先にふれた項目と同じ「職場におけるメンタルヘルス対策の推進」が、ここでも書かれています。この点を国がとても重視していることがわかります。この中では「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の普及啓発、ということが書かれていて、私はここがすごく大事だと思っています。

2000年以降、働く人の心の健康についての様々な指針や手引きが出されるようになりました。主なものを挙げると次のようになります。

2000 年  
事業場における労働者の心の健康づくりのための指針

2004 年  
心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の  
手引き（数回改訂）

2006 年  
医師による面接指導の新設（過重労働、うつ病）

2006 年  
労働者の心の健康の保持増進のための指針

2011 年  
心理的負担による精神障害の労災認定基準

2015 年  
ストレスチェック制度の実施義務化

2018 年  
働き方改革関連法（2024 年から医師の働き方改革）

2019 年  
パワハラ防止法（改正労働施策総合推進法の通称）

この中で、2000 年に出た指針は実は組織論でした。心の健康づくりのための対策として、「セルフケア」（労働者本人のストレス対策、ストレス発散）、「ラインによるケア」（管理監督者が行う職場環境などの改善と相談への対応）、「事業場内産業保健スタッフ等によるケア」（産業医などによる専門的ケア）、「事業場外資源によるケア」（事業場外の専門機関によるケア）の 4 つのケアを挙げていました。この 4 つのケアが連携を持って、組織の中で動くこと、それが心の健康づくりのために良いということで、こうした指針が作られたのです。

セルフケアの方法としては、横浜労災病院の山本晴義先生がコロナ前に、スポーツ、トラベル、レクリエーション、イーティング（みんなで楽しむ食卓）、シンギング（大きな声で歌う）、スリープを挙げていました。これらの頭文字を取って、「STRESS」解消法と呼んでいました。ところがコロナ禍になって、これらは全て 3 密なので不適切とされ、できなくなってい

まいました。ですから新たなストレス発散法について、みなさんにご検討いただきたいというのが昨今の状況です。

そうするとやはり、部下のことをしっかり見るラインケアが重要になります。ただ、上司は医者ではないので、部下が病気かどうかはわかりません。では、どういうふうに部下をみればいいのかというと、「いつもと一緒に」「いつもと違うのか」というすごくシンプルな視点が大事です。いつもと違うことを事例性と言います。事例性に注目して、彼はいつもと違うなと思ったら、産業医の先生につなげるようにします。そのためにも上司の人たちは、ふだんの部下の様子を知らないといけないので、日ごろからコミュニケーションをはかったうえで、「あれ？」と思ったら声をかけて、プライバシーを尊重しながら話を聞いて、それを抱え込まずに産業医の先生などと連携して対処します。そういうものがラインケアになります。

ラインケアでの「いつもと違う」という気付きは、自殺を防ぐためにも大切です。厚生労働省は、こういうことがあったら自殺に結び付きやすいので注意して欲しいというポイントを、次に示す「自殺予防の 10 か条」にまとめています。

- 1 うつ病の症状
- 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 仕事の負担が急増、大きな失敗、失職
- 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（職など）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 自殺未遂におよぶ

2 の「原因不明の身体の不調」は、メンタルヘルスの不調から生じている可能性があり、精神科受診をお勧めしています。ストレスからきている胃潰瘍も胃薬で改善しますが、ストレスが解消しないままだと今度は喘息が起こったりします。狭心症などを起こすと突然死の恐れもあり、それが過労死ということにもなりますので、メンタルヘルスの不調を疑うことが大事なのです。

4の「安全や健康が保てない」というのは、「持病を管理できていた人が薬を飲まなくなる」「真面目な社員が借金をする」「何の連絡もなく失踪する」「性の逸脱行為」「ギャンブルにのめり込む」などの行為を指します。将来に向けて生きていこうとしていなくて、投げやりになっている状況です。また、7の「本人にとって価値のあるものを失う」というものの中には、周囲にはそれほど価値があるようにはみえないのに、その人にとっては非常に大切なものを失う、ということを含みます。個人の価値観を考慮することが大事になります。

時々、「自殺直前のサインは何かありませんか」と聞かれることがありますが、これはすごく難しいのです。先ほどの10項目が多くあてはまる人に、何か変化が表れたのならば、それが自殺直前のサインと考えるべきだと思います。ですが、長期に「死にたい」と言っている人の場合、自殺の直接の契機は大きなことではなく、むしろ周囲からみると些細なものに思える出来事である場合の方が、圧倒的に多いことが知られています。

では、自殺を打ち明けられた時はどうしたらよいでしょうか。自殺をしようとする人の多くは、本当に信頼できる人に事前に打ち明けています。「死にたい」と聞いたらびっくりするのが普通ですが、「この人は私を信頼して言ってくれたんだ」と考えた上で、まず徹底的に聞き役に回ります。批判したり、安易な激励をしたりするのではなく、「そんなにつらいの」「ああ、そうなの」という形で真剣に話を聞いて、その上で、産業保健スタッフや専門の医師に相談することを促していただきたいと思います。また「自殺をしない約束をしてね」と言って、約束してくれた場合はリスクが多少低くなります。

企業における心の健康相談体制をきっちりと整備していただくことは重要です。多くの相談窓口を作っていただきたいと思います。中小企業では難しいと思われるかもしれませんが、「いのちの電話」の電話番号を掲示するだけでも意味のあることです。電子メールの活用や、社外の機関との契約などで体制を組むこともできます。企業、組織として、困っている人に手を差し伸べる体制をぜひ作っていただきたいと思います。

さて、パワーハラスメントという言葉の暴力や体への暴力を考えがちですが、それだけではありません。人間関係からの切り離し、過大な要求、過少な要求、個の侵害（私的なことに過度に立ち入ること）もパワハラになります。熱烈な上司の場合は個の侵害をしやすいですし、パワハラと言われることを恐れて人間関係の切り離しや過少な要求をしたことで、それがハラスメントとなって自殺が起こることもあります。パワーハラスメントにも様々な形があることを理解した上で、ご対応いただきたいと思います。

IT化でもメンタルヘルス不調がすごく増えましたが、今回のコロナ禍でメンタルヘルス不調がまた増加しています。しかし、産業保健体制が在宅勤務などの環境の変化に追いついておらず、労働者の自殺が懸念されます。ですから職域では、先にご紹介した4つのケア、特にラインケアを充実させて、労働者が笑顔で働き続けられる環境をぜひ作っていただきたいと思っています。

Q.

コロナ禍やIT化で在宅勤務が増えています。在宅勤務の人がストレスケアのために留意した方がいいポイントを教えてください

在宅勤務は通勤時間もなく、すぐメリットがあります。でも、家で仕事をしていると決まった休憩時間や終業時刻もないので、朝起きた時から晩まで、真面目な人はやり過ぎてしまいます。オンラインでも仕事の開始と終了時に、企業によっては短い会議を持って、これ以上はコンピューターをつながないように呼び掛けることもあります。オンとオフをつけていただき、お昼ごはんの時間には画面から離れるとか、外に食事を買いに行くとか、ティータイムを作って人とのコミュニケーションを確保するとか、そういうことがすごく大事になると思います。

Q.

ストレスケアチェックが導入されましたが、それでも職場のうつ病や労災認定がじりじりと増えています。そのような状況での産業カウンセラーの役割や適切なケアについて教えてください

産業精神医学をやっている精神科医は決して多くありません。数が足りないので、産業カウンセラーや保健師などとの連携が大事だと思っています。我々が医者として対応するのと、産業カウンセラーや保健師が各々の専門性で対応するのでは、価値観などの微妙なズレが起こってきますので、ぜひチームとして一緒にいただければ医者としても心強く思います。

Q.

お話に出た4つのケア以外に、同僚によるケアも大事だと思うのですが、その位置づけはどのように考えたらよいのでしょうか

時間の関係で本当に短くお答えすると、ラインケアと一緒にいいと思います。上下ではなく水平でも構わないと思います。

Q.

上司のパワハラがひどくてラインケアどころではないのですが、どうしたらよいでしょうか

そういう上司はまだおられますね。あくまで理想論ですが、社長も味方につけてしまうのが一番だと思います。この問題はトップを含む組織全体の啓発が必要なので、上司のひとつ上の立場にある人に「パワハラになってしまいますが、あなたは上の立場としてそれでいいのですか」と上げていくことが大事ですし、社長も巻き込んでおくとよい方向にいくと思います。

Q.

コロナ禍で若年層のメンタルヘルスが悪化したという話を聞きます。原因・対策等を教えてください

悪化のひとつの要因として、孤独・孤立が挙げられています。実際に会うことを含めて、交流を持てる環境構築が望ましいと考えています。

Q.

職場スタッフのメンタルヘルス不調に気付いても、上司にあたる私に話したがらず、ケアについて迷うことがあります。どうしたらよいのかアドバイスをください

直接の上下関係は時に利害が絡み、心を開きにくいことがあるかもしれません。そのような場合は、本人が受け入れやすい食欲不振や不眠、明らかな事例性などを取り上げたり、事業場内外の専門スタッフへの相談を助言されたりするのも対応のひとつかと思います。



Q.

多様な課題への対策として、とりわけ職場での信頼関係の醸成と余暇の重要性が大事だと思うのですが、先生のアドバイスを拝聴したいです

信頼関係は一朝一夕に構築できませんので、普段からのコミュニケーションが重要です。その中で、余暇の重要性などは言葉よりも上司が態度で示す（積極的にオンオフを付ける）ことが望ましいと思っておりますが、いかがでしょうか。

Q.

在宅勤務は管理者の目が行き届かないことから、さぼるための隠れ蓑になってしまいます。どのように対応すればよいでしょうか

在宅勤務には上司、労働者ともに様々な長所短所があります。目が行き届かないことを上司は欠点の一つと考えますが、自分のペースで仕事ができることは労働者にとっての長所かもしれません。共通のアウトプットをもって評価（成果主義）するのも一案かと思えます。

Q.

「2000年以降に精神疾患が増え、産業医たちはその原因を「IT化」とみているとお話でした。しかし、アルバイトや派遣社員はそもそも産業医の診察を受けられません。非正規雇用労働者における精神疾患の増加率を社会学の研究者と組んで研究していただけますか。正規雇用と非正規雇用の精神疾患の増加率の違いを知りたいです。また、非正規雇用労働者への支援策について、ご意見があれば知りたいです。派遣社員などは、うつ病になったと知られた段階でクビになることが多いです」

研究テーマについて貴重なご助言をいただきありがとうございます。今後の課題とさせていただきます。職場には安全配慮義務がありますので、非正規雇用であっても、上司や産業医、小さな組織であれば衛生管理者等、あるいは派遣元のこれら職種と連携されてはいかがでしょうか。厚生労働省の総合労働相談コーナーなど、公的機関への相談を勧めるのも一案かと思えます。

第 2 回 2023.02.04

# 「不眠症とうつ病の関係 —自殺対策を視野に入れて」



## 井上 雄一 先生

医療法人社団絹和会 睡眠総合ケアクリニック代々木 理事長  
東京医科大学睡眠学講座 教授

世界の不眠症の有病率をみると、睡眠障害の中では不眠症が一番多くて、文明国では慢性不眠の人が1割程度います。カナダ 11%、アメリカ 10%、ブラジル 15%、日本 11%、中国 12%などとなっています。その中で、およそ半分以上の人が睡眠薬服用者であることもわかっています。

このように先進国の慢性不眠は1割ですが、データのある南米のボリビアやアフリカのナミビアでは2%と急に下がります。不眠症というのは高齢者にかかり多いので、高齢人口が少ない発展途上国は有病率が低くなると考えられます。また、不眠は24時間社会で生活リズムが不規則になると起こりやすいのですが、ボリビアやナミビアなどは24時間化が進んでいないことも、有病率が低いことに関係していると思われる。

この20年ほどの研究でよくわかっているのは、不眠は、眠気、集中困難、作業能力の低下、記憶障害、抑うつ、痛み（痛みの閾値を下げた痛みが強くなる）、骨格・筋症状の悪化、などの中枢神経系の症状を起こす他に、自律神経系・心血管系の症状（心拍数上昇、起立性低血圧、交感神経活動の増加、高血圧リスクの増加など）を起こしたり、内分泌系や免疫系への影響を及ぼしたりすることです。新型コロナ罹患者の重症化には、不眠が関係するという論文も出ています。

この中で僕らが一番気になるのは、寝不足になると「ものの覚えが悪くなる」「不快な情動が活発になる」「ひとの表情（空気）がよめなくなる」「注意力が落ちる」「短気になってキレやすくなる」という傾向がみられるこ

とです。この時、頭の中では良い記憶が減り、中間的な記憶も減るのに、嫌な記憶はあまり減らないという事が起こっています。そうすると、相対的な比率としては嫌な記憶が一番増えてしまい、常に嫌なことを考えてしまう傾向になります。

更に、不快な気分というのは脳の扁桃体で主に形成されて、これを前頭前野が抑制しているわけですが、睡眠不足になると前頭前野の抑制が効かなくなるために、扁桃体が過活動になって嫌な気分になり、キレやすくなります。そうした生理学的な特徴もあるわけですが。

不眠と自殺を結びつける仮説（シエーマ）もあります。不眠になると抑うつ気分が増加し、夢内容が悪くなる。セロトニン系の活動が減り、問題解決機能も落ち、悪夢が起こってくる。こうしたことが、自殺念慮や自殺企図につながっていくという仮説です。コロナ禍で自殺が増えているのは全世界的な現象ですが、4大要因として、疾病不安の問題、社会的隔離をされてしまうこと、経済的な損失、そして不眠の悪化が挙げられています。

こうした条件がハイリスク群（精神疾患の既往がある人、レジリエンスが低い人、感染恐怖が高い地域の人、コロナで親しい人を亡くした人）に被ってくると、精神疾患が悪化したり発症したりします。それで自殺が増えるというスキームもみられます。このように不眠は自殺と結びつくのですが、何と言っても精神疾患、特にうつ病、不安障害との結びつきが極めて強いと考えられています。

不眠とうつとの結びつきを考える上で、まず、うつ病の基本症状としての睡眠障害を考えてみたいと思います。睡眠障害は、自殺企図のあるうつ病でより顕著となります。不眠は差し迫った自殺の危険因子になると言われており、更に、悪夢の存在はメランコリーの特徴を持つうつ病患者の自殺の危険因子になるとも言われています。

うつ病患者に不眠症があった場合、（不眠症のないうつ病患者と比較して）自殺率がどれくらい変わるのかというと、メタ解析による研究では自殺リスクは2.45倍上がると考えられています。どういうプロセスで自殺リスクが上がるのかというと、不眠があって悪夢が形成されることで、慢性的に疲労感が強まり、自殺につながる。あるいは、悪夢というものの自体の直接的な影響もあります。不眠、悪夢形成、疲労という3つが、自殺リスクと非常に強い関連を持っているように見受けられます。

鳥取県の大山町の住民（2443人）を対象とした調査では、悪夢と不眠が併存すると、抑うつは重症化することがわかりました。ですから、不眠症状をきちんと抑制することと、その際に悪夢の存在を確認しながら治療や予防をしていくことが極めて重要であると考えられます。

次は、うつ病の前駆症状としての不眠について考えます。うつ病の病相が始まる時に、不眠が出ることはよく知られています。初発うつ病では、不眠がうつ病よりも前に起こる人が4割、うつ症状と不眠が同時に起こる人が3割、不眠がうつ症状よりも遅れて起こる人が3割となっています。ですが再発うつ病の場合、うつ病よりも前に不眠が出現する人は6割弱（56.2%）で、再発すればするほど、うつ症状よりも不眠の出現が早くなります。うつ病の長期間のマネジメントをする上では、不眠が起こってきたら危ないと思って、そこで治療的な対応をすることが重要だと思われれます。

不眠は再発予防の手がかりになるわけです。双極性障害の躁転でも同じようなことがあり、病相の入り口をつかむ上で、不眠は極めて重要です。うつ病相の前駆期は、一般的な不眠症と比べて悪化が急速で、睡眠薬への反応性もわりと低いので、極めて慎重に、こま

めに対応していくことが望まれます。

次は、うつ病の残遺症状としての不眠についてです。うつ病は、症状が長く残ってしまう人が多くいます。残遺症状の3大症状は、睡眠障害（48%）、倦怠感（38%）、興味関心の低下（27%）です。そして残遺症状があると、再発リスクが3倍から5倍になると言われています。

うつ病の残遺不眠の特徴は、慢性不眠の症状とほとんど同じで、なかなかわかりません。しかも、1回目の病相よりも2回目、3回目となるほど薬への反応が悪くなり、睡眠薬の用量が増える傾向があります。日本の医療で睡眠薬の使用が多いことを問題視する人もありますが、このポイントが非常に重要です。これからお話しする認知行動療法（CBT-I）を、効果的に取り入れる必要があると考えられています。

うつ症状の再発と関係する因子をみた海外の研究では、「くよくよと心気的な傾向」「食欲不振」「イライラや不安」と共に、「不眠」が病相の再燃に関係するとされています。特に、夜間後半の不眠や早朝不眠（早朝覚醒みたいなもの）が、病相再燃に関与していると考えられています。また、三島和夫先生たちの論文では、うつ病の病相回数を重ねると睡眠薬用量も増えることが指摘されています。まとめますと、うつ病残遺不眠は、睡眠薬の反応性が良くありません。症状構造としては、神経質と緊張感が目立ち、これは一般的な慢性不眠症と酷似しています。不眠に対する認知行動療法もあり、これを薬と併用することも検討する必要があります。そして、残遺不眠はうつ病の再発危険因子と考えておくべきです。

続いて、うつ病発症の危険因子としての不眠を取り上げます。私たち精神科医が行ってきたこの10年、15年の研究は、不眠がうつ病発症の危険因子になることを示しています。欧米の研究でも、慢性不眠がうつ病のリスク要因であることが示されています。全体的にみると、そのオッズは2.1です。リスクが2倍以上ということになります。

僕たちが鳥取で行った調査では、初回調査時点での不眠の存在は、2年後のうつ状態の後発と関連することがわかりました。では、どのくらいのレベルの重症

度の方が2年後にうつになるのかということ、中等度くらいの人でした。入眠障害や中途覚醒があり、日中に少し集中力が落ちる、疲れやすい、という位の人です。ですから日本でも、不眠はうつ病のリスクファクターになっていると考えられます。

ただ、慢性不眠から発展したうつ病の臨床特性は、まだきっちりとは調べられていません。混乱が主体という指摘もありますが、まだ確立されていません。不眠はもともと神経症的な色彩が強いの、それと抑うつが混在しているのかどうか。その不眠の正体は何なのか。睡眠の質・量ともに明らかに不足している「他覚的不眠」なのか。他の人からみると眠れているのに眠れていないと思う「自覚的不眠」（逆説性不眠、睡眠状態誤認）も含んでいるのか。そして、こうした慢性不眠から生じたうつ病の治療には何をを用いるべきなのか。鎮静性抗うつ薬がいいのか。睡眠薬をどう使い分けるのか。そうしたことの戦略がまだ立っていないのです。正直、僕らなどは手探りでやっているのですが、おそらくここが、今後の重要な課題だろうと思います。

それともうひとつ、不眠とすごく近い存在である睡眠リズムの問題に少しふれます。今日特に述べたいのは、睡眠相後退症候群（DSPS）です。寝る時刻が午前3時くらいになって、起きるのが昼前になってくるような障害です。若年者に多いのですが、コロナ禍の期間にこの病態がかなり増えてきています。こういう人は、自律神経や身体機能の日内変動が狂ってくるので、非常に倦怠感が強くなりますし、うつも非常に多いことがわかっています。

こうした人たちの抑うつ症状の特徴は、精神運動性減退、混乱、不決断が症状のトップ3になる典型的なうつ病とは異なり、日内変動（朝から昼は気分が最悪なのに夕方になるとエンジンがかかる）、睡眠感が極めて悪い、疲労感が非常に強い、がトップ3になります。ですから、これもうつということで表現されますが、動けない、眠れない、起きられない、という人がコロナ禍でかなり増えていきますので、リモートワークがこれから減ってくると、元の時間に出勤できない人が続出する可能性があるので注意が必要です。

うつ病とは少し離れるのですが、僕たちが行った

1万人くらいのWeb調査の結果、1割にあたる約1000人が不眠症状をもっていました。その1000人のうち、8割は薬を使っていなかったのですが、1割は単剤（1種類の睡眠薬）を使い、2剤以上使っている人もやはりいたわけです。更に詳しくみると、2剤以上使っている人は、睡眠リズムが明らかに後ろにずれている傾向がみられました。寝る時刻も後ろ、起きる時刻も後ろになっているのです。

2剤飲んでから朝まで残ってしまっただけで起きられず、結果的に後ろにずれているという見方もないわけではありませんが、こういう人は睡眠薬の効きが悪いために、睡眠薬の量が増えていったということもあり得るわけです。リズムが悪いとうつにもなりやすいし、お薬も効きにくい。そう考えると、睡眠習慣をきちんと見直すことが重要だろうと考えられます。

僕たちが不眠の患者さんを診る時に、注意している点をお話します。患者さんは「眠れない」ということばかり考えているので、日中の生活のことをあまりおっしゃいません。そこで、昼間にどのくらいのことのできるのか、不眠以外に何に困っているのか、ということ聞いていく必要があります。それから、不眠が良くなった後も調子が悪いということがあれば、うつ病かもしれないと注意する必要があります。不眠の人は、眠れた日にはご機嫌でかなり変化しますが、眠れてもダメな場合はうつ病とか、別の精神疾患を考える必要があります。

それと、患者さんは「眠れさえすればいい」「眠れないから全て悪いんだ」という方に思考が向きやすく、自分の睡眠に毎日点数を付ける人もいます。眠る、眠れないとかではなく、日中の過ごし方に目を向けてもらうことが大切です。睡眠状態誤認がある人は、「眠れない」と思っているにもかかわらず、全体状況をみて治療することが必要だろうと思います。

睡眠薬の話をちょっとします。日本で使われているベンゾジアゼピン系の睡眠薬は、1967年にニトラゼパム（ベンザリン）が出たのが最初です。そのあと出たのが、非ベンゾと言われる薬で、ゾルピデム（マイスリー）、ゾピクロン（アモバン）、エスゾピクロン（ルネスタ）などがこれにあたります。これらの薬は

GABA 受容体の作用を増強し、鎮静作用を発揮します。考えてみると、こうしたベンゾジアゼピンに関係した薬剤と、僕らは 50 年以上も付き合っているわけです。

2010 年には、メラトニン受容体に働いて睡眠と覚醒のリズムを整える薬が出てきて、2014 年にはオレキシン受容体をブロックして覚醒システムの働きを抑制する薬が出てきました。これは、睡眠と覚醒のシステムを切り替えるような薬剤です。しばしば、悪い睡眠薬として新聞に叩かれたりするのはベンゾジアゼピン系の類です。単剤を使っているだけでは問題ないのですが、量が増えてきたりすると色々な弊害が起こるので注意が必要です。

睡眠薬は作用機序が様々です。例えばベンゾジアゼピン系の薬剤は、認知・情動系や、大脳皮質・辺縁系に効きます。いくつか警告みたいなものが出ていますが、気分の抗不安作用・静穏化みたいな作用があるので、不眠患者さんの緊張感や不安感を減らすにはやはり必要だろうと思います。だから、なくなることはないと思います。

オレキシン受容体のアンタゴニスト（拮抗薬）は、視床下部にある睡眠覚醒のスイッチを入れ替えます。また、メラトニン受容体の作動薬は、体内時計を変えていきます。先ほどお話しした睡眠リズムが狂っているような人たちには、この系統の薬剤が必要だろうと考えます。

睡眠薬は、不眠治療においてどういう役割をしているのかとよく聞かれます。睡眠薬は睡眠を誘発するための薬剤ですから、飲むと不眠症状はかなり抑えられます。それが全てではなく、不眠患者さんの一番の問題点は不眠に対する不安や緊張ですから、これが収まってくるにつれて減薬とか中止をします。すると、少し跳ね返り（軽度の離脱症状）があるけれども、ひどい所まではいかずに収まってきます。だから、睡眠薬は不眠症治療薬というよりも、不眠症の症状を抑え、その間に患者さんの自己治癒を促すための薬剤だと考えられると思います。

ただ、先ほど「警告がある」と言いましたが、患者さんが抱く不安とその理由について調べると、依存性

の問題とか、効果がなくなって量が増える（耐性の問題）、などの不安を抱いている人が多く、こうしたことは払しょくされないわけです。では、本当に耐性ができるのか、できないのか。僕らの大学病院の精神科患者さん（約 2000 人）の睡眠薬投与量を調べたところ、右肩上がりになることがわかりました。特に 1 年を超えたあたりから顕著に増えるのがわかりました。つまり、効きが悪くなってくる（耐性ができてくる）のはおそらくこの辺りからで、そのために量が増えているのではないかと考えられます。

ベンゾジアゼピンの依存に関するスケールがあるのですが、これを使ってベンゾジアゼピンの依存者を調べました。僕らの外来では約 8% のベンゾジアゼピン依存者があったのですが、この調査で、不眠症状の得点が高いことと、ベンゾジアゼピンの用量が高いことが依存の原因とわかりました。まとめますと、ベンゾジアゼピンは長期間使うと薬の耐性ができて用量が増えてしまう。そして用量が増えてしまうと依存の傾向がある、ということです。個人的には、僕は単剤、1 種類の睡眠薬であればそんなに危ないとは思っていないのですが、それをキープするためには工夫が必要だろうと考えています。

睡眠薬を止められない人にはどういう特徴があるのかを、スケール（PSQI）などを使って調べると、寝つきの良し悪しや睡眠の頻度などはあまり関係ありませんでした。関係していたのは、睡眠の質が悪い、睡眠の持続時間が短い、睡眠効率が悪い、ということでした。こうした睡眠維持障害が、薬物治療の長期化と関係していることがわかりました。ベンゾジアゼピンや受容体のアゴニスト（作動薬）は、寝つきは良くしてくれるのですが、睡眠の持続性に対する効果は劣ります。睡眠薬を使っていて、中途覚醒が多いからといって、作用時間の長い薬剤に変えたり、強くしたりしても、中途覚醒はとれません。それで朝にはお薬が残って眠いということがよくあります。だから、睡眠持続性に対する効果は、過去の睡眠薬は十分ではなかったということになり、先行する睡眠薬の使用があると、新しい睡眠薬を使っても無駄になります。A という薬を使っていたから B に替えた、B もだめだったから C に替えた、という形はおそらく耐性ができていて、あまりよろしくありません。治療の作戦をかなり変えないといけません。

それと、自殺との関係でしばしば言われますが、ゾルピデムという睡眠薬の使用が自殺企図、ないしは死亡と関係するとの報告があります。特に服用量や日数が多いほど、ハイリスクになるというメタ解析データもあります。なんでそうなったのか。明らかに自殺目的で計画的に服用したのか、奇異反応（リラックスする本来の効果とは逆に働く）による衝動性亢進が起こったのか、感情の脱抑制（酩酊状態）が起こって行為に至ったのか、意識障害が起こったのか、こういった所が推測されますが、前方視的な調査はできないので原因はわかっていません。こうした睡眠薬と自殺の関係は、ベンゾなどの GABAA 受容体作動薬に特異的なのか、新世代の睡眠薬でも起こるのか、ということもまだわかっていません。今後注意してみたいべき点だろうと思います。

不眠に対して、薬を使って寝ることも大事なのですが、入眠障害型不眠症の場合には、体内時計のリズムが後ろにずれている例が多いので、リズムをうまくキープすることが大事です。例えば、朝方に光を浴びたり、軽い運動をしたりして、体内時計のリズムを前にもっていくことをしないと、薬を重ねてもあまり意味を持たないと考えられています。

不眠の患者さんは、次のような思考回路になりがちです。

ストレスフルな体験⇒極端な考え方の形成⇒不安不眠があらわれる⇒過剰な対処行動（すごく早い時間に寝ようとする、過度な休息をとる）⇒過覚醒がひどくなる⇒不眠が強くなる

こういったプロセスをバラしていかないといけません。そこで、不眠のための認知行動療法 (CBT-I) が用いられています。これは、欧米の睡眠学会では第一選択としています。まず、患者さんの生活習慣や行動パターンなどの中で、睡眠に悪影響を及ぼすものを特定します。そして、新たな睡眠習慣を身につけるための適切な練習や経験を積み重ねて、最終的にはセルフコントロールができるようにします。50 分くらいのセッションを 4 回から 6 回くらい行います。うつ病の人に行う認知行動療法よりも、かなり短い回数になっています。

そのセッションでは、リラクゼーションの方法を教える、睡眠スケジュールの調整、認知的な部分に対するアプローチ、などをしていきます。例えば、寝室は不眠の人にとっては眠れない拷問の場所ですので、こういう時には「寝室を出る」ということを積極的にやります。「15 分眠れなかったら寝床を出しましょう」というふうに、寝室という刺激から離れるアドバイスをします。これを刺激制御療法と呼んでいます。

睡眠スケジュール法では、例えば床の上に 10 時間いて 6 時間しか眠っていない人（睡眠効率 60%）の場合、床にいる時間の前と後ろを削って、6 時間にもっていきます。それで睡眠効率が 85% 以上になったら、床上時間を 15 分ずつ延ばしていきます。こういうふうに関わり縮めて、中身を濃くしてから、だんだん延ばしていくやり方をします。これを丁寧に行っていると、結構意味があります。

この CBT-I と睡眠薬は、かなり近い効果を持っています。睡眠薬に比べると、CBT-I は効果の発現がちょっと遅れるのがウィークポイントで、実施にはマンパワーが要するという課題もあります。しかし、副作用の点で考えると、CBT-I は非常に好ましいと思っています。不眠を伴ううつ病の患者さんに CBT-I をやったら、不眠も抑うつ症状も両方良くなり、寛解も結構あったという研究報告（寛解者：不眠 50%、うつ 50%）もあります。これは主に、残遺不眠を持っていた人だろうと考えられます。

僕たちは、CBT-I を使うことで睡眠薬の減薬や中止が得られるのか調べました。現在では、睡眠薬の使用と CBT-I を平行し、途中から睡眠薬を減らしていくやり方が結構多いです。僕たちはそういうケースをかなり蓄積してきました。

不眠治療のゴールとは、日中機能が正常に保たれることです。高齢者の場合、どうしても途中覚醒や早朝覚醒が起こりがちですが、これに振り回されて薬を増やしてしまうと持ち越し効果が出てくるので、これには十分留意すべきです。それから、不眠症は慢性障害になりやすく、4 割が慢性化します。1 回よくなった後も、再発がしばしばあります。僕自身は、患者さんが良くなったら薬をどんどん減らしていき、止めてしまうこともあります。その代わり、負荷がかかった時

には薬を少し上乘せすることもあります。いずれにせよ、薬は長期間使うと効果が薄れることを考えると、1年というスパンを視野に入れて、それまでに減薬しておくのがよいと思います。

不眠対策が自殺対策にどれくらい貢献するかというのは、前方視的な研究がまだ少ないので結論づけることはできません。しかし現状では、うつ病、自殺、不眠の3つはかなり相互方向に影響し合っていると思うので、より効果的な対応を図るべきだと思います。

**Q.** 悪夢をみて辛いという人には、どのように対応されますか

悪夢はレム睡眠の時の生理現象のひとつです。ストレスフルなことがあって悪夢をみる時には気分転換が大事ですが、悪夢は生活リズムが狂うと増えていきます。レム睡眠は持続時間が延びると、最初はいい夢だったのが、だんだん悪く変わっていく性質を持っています。

ですから、まずは睡眠リズムを正常に保つことが大事です。レム睡眠は一晩に3回、4回出るようになっていて、睡眠リズムが狂うと回数が少なくなり、1回のレム睡眠が長くなっていきます。それで悪夢に変わっていくことがあるのです。生活習慣を整えることと、アルコールなども悪夢形成に関わりますので、嗜好品を摂り過ぎないようにすることから始めるのがいいと思います。

**Q.** 悪夢を消すのに睡眠薬は役立つのでしょうか

あまりにひどい場合は睡眠薬を使います。ですがまずは、身近な所からと考えています。睡眠薬も使い方や選択を考えないと、かえって悪夢を助長することがありますので、お薬がベリベストとは言えないと思います。

**Q.** 何年も習慣的に睡眠薬を飲んでいる人に対して、医師としてあまり必要性を感じない場合、減らしていった方がいいのか、量が増えていないから処方が続けた方がいいのか、ご本人も止めたがらないので悩む場面によく遭遇します。離脱の問題も含めて、先生はどのように対応されていますか

単剤1錠だったら、止めなければいけないとは考えていません。ただ、勤労者であれば週末とか、翌日のことを気にしないでいいような場合は、そこは1錠を半分にしましようとか話をして、基本的には続けて飲んででもいいとお伝えしています。ただ、これが2錠、3錠と増えている場合には、後々よろしくないので、認知行動療法などを併用して減らすことを試みています。

**Q.** 作用機序が異なる睡眠薬が増えてきましたが、どのような順で試すのがベストでしょうか。あるいはケースバイケースなのでしょう

入眠障害ならこれが合うとか、中途覚醒ならこれが良いとか、そのようなガイドラインはあります。ただ、不眠症状の構造だけでなく、患者さんの背景に注目した方がよい場合が多いです。例えば、神経質で緊張感が強い人は、従来の睡眠薬の方がやりやすいと思います。一方で、心理的な傾向よりも加齢とリンクした不眠などの場合は、新世代の睡眠薬の方が副作用の面も含めてマネージしやすいと思います。



Q.

シフト勤務に合わせて生活リズムができてしまっている場合、短時間睡眠で活動できていればそれによしと考えて、睡眠薬を使う必要はないのでしょうか

シフトワーカーでは、勤務が終わった日の夜に眠れなくて困るという人の場合は、睡眠薬を使うことがあります。ですが、シフト勤務に長く適応している人は、適応力が高くて強い人が多いので、あまり深追いしないケースが多いように思います。

Q.

仕事が忙しくて、どうしても睡眠時間を確保できないのですが、休日の寝だめはよくないのでしょうか。平日の昼寝等で補うのがよいのでしょうか

これは臨床場面でもよく聞かれるのですが、勤務の時に短時間の仮眠が取れるのであれば、それに越したことはありません。休日に睡眠負債を返すことは、これも良いのですが、その時のひとつのコツは、2時間多く眠る場合は、1時間早く寝て1時間遅く起きる。4時間増やす場合は、2時間早く寝て2時間遅く起きる。そのようにして、リズムが大幅に狂わないような寝方で増やすのがいいと思います。夜更かしのまま、起きる時間をだいたい遅くすると体内時計のリズムが急に後ろにずれて、「社会的時差ボケ」を招いて、月曜日に「マンデーうつ病」の状態になりかねません。そういうことが起こらないような回復の仕方を狙うのがよいと思います。

Q.

睡眠を促すためのリラクゼーションを効果的に行うタイミングがあれば教えてください

原則的なものはないのですが、だいたい1時間から30分くらい前から、ぼちぼち緩めていただくということで、よいのではないかと思います。

Q.

適度な運動は睡眠にもよいと思いますが、適切な時間帯はありますか

以前に高齢者の運動と睡眠の研究をやっていた時に、時間帯を変えていろいろやってみました。理論的には、夕飯の前後にさせていただくのがよいかと思ったのですが、意外と朝方の運動でも夜は眠れるという結果が出ました。あまりタイミングにこだわる必要はないと思います。ただ、眠る直前に運動してしまうと深部体温が上がり、眠れなくなります。運動は寝る2時間前までには終わるようにした方がよいと思います。

Q.

自律訓練法やマインドフルネスは不眠に効果的でしょうか

これは、うちの心理の人たちともよく話をしますが、必ずしも効果を100%得られるものではないと思います。ケースバイケースだと思います。

Q.

スマホやパソコンを寝る前に見ると眠れなくなると言われていますが、どうでしょうか

スマホやPCから出る光は青い周波数の光が多く、これを続けて見ていると自律神経が興奮しますし、リズムも後ろにズレやすくなります。寝る予定時刻の1時間半くらい前には、液晶デバイスの使用を止めるのがよいと思います。仕事上、どうしても使わなければならない場合は、ブルーライトカットのメガネなどを装着させるのがよいと思います。

Q.

不眠症の定義を教えてください

不眠症の症状は、夜間に寝付けない、途中で目が覚める、朝が早すぎる、というような夜間の症状を指すのですが、疾患というのはそれによって、集中力が続かない、疲れやすい、など日中の生活に悪影響が及んだ時に、不眠症という疾患になります。夜間の症状に加え、日中の機能を総合的にみて不眠症と判断します。

**Q.** 生活リズムに個人差は無いのでしょうか。例えば、もともと夜型の人は存在しないのでしょうか

もちろん生活リズムには個人差があり、夜型の人は少なくありません。

**Q.** 睡眠教育、不眠の予防は、やはり基本的な生活習慣（労働時間適正化、食事や運動、ストレス解消）ということでしょうか

そうですね。生活習慣の調整とストレス対応が基本と思います。

**Q.** スマホや PC のブルーライトは睡眠によくないとのことですが、テレビの光はどうなのでしょう

短距離で直視はよくないですが、1 m 以上離れていれば大丈夫だと思います。

**Q.** 仕事に追われる、なかなか終わらない、失敗を叱責される等の夢も悪夢の範囲に入りますか

3 か月以上持続し、かつ日常生活に悪影響がある場合には、悪夢障害と診断され、治療の対象になることがあります。

**Q.** 悪夢も睡眠の質の検討ポイントと仰っていましたが、睡眠時間は確保できていても悪夢が続く場合は、どのように介入するのでしょうか

まずはストレス要因の有無、飲酒の影響をチェックして、苦痛感が3か月以上続く場合には医療機関の受診を考慮してよいと思います。

**Q.** かつて持続睡眠療法に用いられていた催眠剤は、不眠に対する薬とは別のものでしょうか

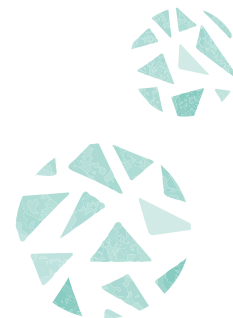
持続睡眠療法に用いられた薬剤も睡眠薬ですが、呼吸抑制などの副作用が強いため、現在では使われなくなっています。

**Q.** 睡眠障害がうつ病のリスク要因になるとのことですが、自律神経失調から睡眠障害、うつになる場合もあると思います。その場合、どの疾病を中心に治療したほうがよいのでしょうか（自律神経調整法等も含めて）

これは一番困っている症状を対象として治療し、かつ根源になっている病態にもアプローチするのがいいと思います。

第3回 2023.02.25

# 「ひきこもりの多面的理解と その対応」



## 加藤 隆弘 先生

九州大学大学院医学研究院精神病態医学 准教授  
九州大学病院気分障害ひきこもり外来

本日は「社会的ひきこもり」の理解と、具体的な支援についてご紹介します。「社会的ひきこもり」はかつて、「20代後半までに問題化し、自宅に6か月以上ひきこもって社会参加をしない状態が持続し、ほかの精神障害がその第一の原因とは考えにくいもの」とされていました。しかし2010年、齋藤万比古先生らの厚生労働省のグループが、新たな「社会的ひきこもり」の定義をまとめました。「社会的参加を回避し、6か月以上にわたって概ね家庭にとどまり続けている状態」で、原則として「非精神病性の現象」ですが、「実際には精神疾患の可能性も低くない」とも指摘し、これ以降、「精神疾患との併存を考えていくことが重要だ」と言われるようになりました。

2016年に内閣府が公表した「若者の生活に関する調査報告書」では、15歳以上39歳以下の人口3445万人のうち、ひきこもりの人は54万人位いると分かりました。更に、内閣府から2019年に、中高年のひきこもりのデータも出ていて、61万人と分かりました。合わせると110万人以上の方が、日本国内でひきこもり状態にある、ということになります。またこの調査では、ひきこもりが始まるのは若い年代だけでなく、40代、50代、60代からひきこもる人もいると分かりました。

こうしたことから今、8050問題（80代の親が50代のひきこもり者を支える）という非常に深刻な事態が起こっています。私たちの外来にも80代の親御さんが来て、50代、60代のひきこもりの息子、娘について「どうしたらよいでしょうか」というご相談が日々寄せられています。

ここから、ひきこもりの評価に関して少しお話します。先ほどの内閣府の調査では、「自室からは出るが、家からは出ない。あるいは自室からほとんど出ない」「普段は家にいるが、自分の趣味に関する用事の時だけ外出する」という質問をし、当てはまる人をひきこもり状態と定義していました。しかし、この2つだけでは厳密な定義とはいえないので、より厳密な診断基準とその評価方法が必要になりました。

そこで、私たちがひきこもり研究を始める時にまず始めたのが、ひきこもりの定義の厳密化です。大きく分けて次の4つのポイントを挙げました。

- ① 物理的な自宅への閉じこもり（外に出ない）
- ② 社会的参画（仕事・学校）をしていない・人づきあいを避ける
- ③ 6か月以上
- ④ 社会機能障害あるいは苦悩の存在

こうした状態があって初めて、「病的な」「支援が必要な」ひきこもりといえるのだと我々は定義しました。この定義を用いて、国内外のひきこもりの実態を調べたところ、アメリカ、韓国、インドでも日本と同様のひきこもりの人がいることが明らかになりました。さらに東アジアをみると、香港では約2%の人、50人に1人がひきこもっていることが分かりました。中国本土でも「宅男」「宅女」と呼ばれるひきこもりの人が存在することがSNSの調査で明らかになりました。ヨーロッパの中では、特にラテン系の国々でひきこもりが注目されています。イタリアの北部では、診断と治療法を早く使いたいということで、私も

2022年に訪れました。

そして精神医学の世界でも画期的なニュースがありました。2022年の春に出版されたDSM-5-TR(日本語版は2023年に出版予定)に、ひきこもりが「Hikikomori」という形で初めて掲載されたのです。つまり、これまでひきこもりは、日本の文化に根差した日本的な、病気とは言い難いような曖昧なものでしたが、DSM-5の改訂版に掲載されたことで、国際的にも大事な疾患と位置付けられたのです。

それではなぜ、人はひきこもりになるのでしょうか。私たちはひきこもりに限らず、様々な精神疾患について次のように考えるようにしています。性格や気質の多少の影響に加え、精神疾患、社会的要因、文化的要因のコンビネーションが、ひきこもりを誘発するのではないかと。

九州大学病院では、現在は日本うつ病センター理事長を務める神庭重信先生の在任時(2012年)に、主にうつ病に対応する気分障害外来を作ることになり、私が担当になりました。すると、ひきこもりの人が多くなってきて、2014年に「気分障害ひきこもり外来」と名前を変えました。

ただ、この外来を始めた当初は、ひきこもりの人に病院に来てもらうことが難しく、福岡市のひきこもり支援ネットワークに私が通って相談を受けるようになりました。今も、福岡市精神保健福祉センターや、福岡市ひきこもり成年地域支援センター「よかよかルーム」に月1回行って、ここでまず親御さんや当事者とお会いして、医療的支援が必要と思ったら私たちの外来に来てもらう、という連携体制を作っています。そして、いろいろと評価した上でお薬を出したり、一部の人には精神療法も提供したりしています。

私たちの外来では、ひきこもりの背景にどのようなものがあるのか、かなり細かく聴取しています。加えて、血液バイオマーカーの研究のため採血もしていて、その成果も後ほど少しお伝えします。

初期の頃のデータですが、ひきこもりの人に精神医学的な診断がつかないかどうかを調べるため、22人にインタビューしました。その結果、様々な精神疾患の併存が分かりました。パーソナリティ障害、う

つ病、PTSD、社交不安障害などです。この調査では統合失調症を最初から除外していたのと、発達障害は評価していなかったため、そうした人たちも、もちろんいます。

今、私たちの外来を受診するひきこもりの人に多いのは、統合失調症、気分障害(特に、うつ病)、不安障害(特に、社交不安障害)、発達障害です。そのほか、体の病気によるひきこもりや、社会的状況によるひきこもりもあります。このように、ひきこもりには多様な背景があることを知っていただきたいと思います。

ひきこもりとの併存がよくみられる社交不安障害は、外に出ることがとても怖くて、それで人付き合いを避ける病気です。特に、恥をかくことを恐れて社会回避し、ひきこもるケースが少なくありません。

発達障害も重要な疾患群で、2010年に作成した「ひきこもりの評価・支援に関するガイドライン」で既に載せています。自閉スペクトラム症(ASD)の人たちは、人付き合いの難しさが原因でからかわれたり、孤立したりして、ひきこもりにつながりやすくなってしまいます。注意欠如・多動症(ADHD)でも、多動や衝動性、不注意のために適応が悪くなり、疎外されて2次的にうつになったりして、ひきこもるケースが少なくありません。

では、うつ病とひきこもりはどれくらい関係があるのでしょうか。うつ病は、抑うつ気分や意欲の低下などいろいろな症状が出てきますが、こうした症状がひきこもりに直結します。例えば、「以前は楽しめていた活動が楽しめず、興味がもてない」という症状は、外に行く意味を見出せなくなるので外出困難につながります。また、うつ病では「死にたい」という気持ちになりやすく、2019年の疫学調査では、ひきこもりの人は自殺のリスクが高いといわれています。うつ病になると出てきやすい睡眠障害も、昼夜逆転・出社登校困難につながって、ひきこもりやすくなります。

九州大学病院気分障害ひきこもり外来を受診したうつ病患者67人のうち、ひきこもりの状態にある24人の特徴をみたところ、教育歴が短い、過去のうつ病の既往、希死念慮が強い、社会的な繋がりが乏し

い、報酬依存性が低い、自己志向性が低い、という傾向がありました。特に、希死念慮が強いことは要注意です。

性格的な側面としては、日本の文化的な影響として「恥」が関係していると思われます。「顔で笑って心で泣く」という美德を持っている社会では、自分が不調になった時にも恥を意識して、「人前でネガティブな気持ちを口に出せない」「みっともない姿では外に出られない」という心境になります。これが我慢の限界を超えた時に、「恥をかくくらいなら世の中から姿を消した方がいい」となってひきこもりにつながり、更にこの状態が強まると、自殺につながるのではないかと懸念しています。

こうした「恥」に敏感なうつ病としては、九州大学精神病学教室の2代目教授を務めた下田光造先生が、うつ病の病前性格として指摘した「執着気質」が知られています。凝り性な人たちが、ポキッと骨が折れたようにうつ病になるのだと提唱しました。

しかし今は、こうしたうつ病だけでなく、「現代うつ」「新型うつ」が目立つようになりました。若い人に多く、「自分は重いうつ病であり、休みが必要だ」と強く自覚しているものの、うつ症状が表れるのは主に職場や学校に限られており、その他は割と元気に過ごせる特徴があります。こうした人たちは、私たちの外来にも診断書を求めてよくやって来ます。それで診断書を書くと、そのまま来なくなる。結局、「診断書」で元気になった、という感じです。職場や学校側からは「怠け病」に見えるのですが、他方で自殺する人もいますので、私たちはきちんと対応すべき病態だと考えています。

私たちの外来での知見を踏まえると、新型・現代型の人が学校や会社から逃げるように回避して、この状態が長期化したものが、ひきこもりの一群だと思っています。ですから、早期の対応が非常に大事になってくると思っています。

ひきこもりの背景にある心理的要因として「恥」意識を紹介しましたが、ここでもうひとつ重要なのが、低い自己肯定感です。自分はダメだという思いが強いのです。相互依存的な社会（甘え）や母子密着などの

社会文化的要因も、多少は関係あるかもしれません。最近では、インターネットやIT社会の登場で、ひきこもっても快適に過ごせるようになり、これも要因として挙げられます。また、神経伝達物質などの生物学的な要因も、私たちは大事だと考えています。

それでは、ひきこもりをどうやって評価すればよいのでしょうか。先ほどお話ししたように、私たちは8年ほど前、厚生労働省の定義を基に、社会的ひきこもりを評価する上での4つの重要なポイントを提示しました。ただ、最近のひきこもりの人には、「回避」しているかどうかの評価が難しい人がいます。このような人は「人を別に避けてはいません。ただ、することがないから家にいるだけ」と言います。人付き合いについても、「ネットゲームでたくさん友達があります。毎日会話しています」と答えます。確かに、今のゲームはライブで会話ができるのです。ただ、こうした人たちは何も支援がいらぬのかというと、そうではないと思います。そこで、新たな定義が必要になってきます。

私たちは2020年に、ひきこもりについてのより厳密な定義「改訂版・九大&OHSUひきこもり国際診断基準」を作りました。まず、外出の頻度を同定します。週4日以上は問題なく、週2~3回外出が軽度、週1日以下の外出は中等度、週1日以下の外出で自宅からほとんど出ない場合が重度、となります。近くのコンビニへの買い物などは外出に含めません。ですから毎日コンビニに行っても、それ以外はどこにも行っていないければ、中等度か重度になります。

それ以外は必須項目ではありませんが、社会参加の頻度、直接的な交流の頻度、間接的な交流の程度、どれくらい本人が困っているか、機能障害の程度、などをみて評価します。6か月以上をひきこもり、3か月以上をプレひきこもりとしています。精神疾患の有無は原則問わず、あってもなくても病的なひきこもりはあり得るということにしています。

では、ひきこもりの重症度はどう測るのでしょうか。私たちは米国オレゴン健康科学大学の先生たちと一緒に、自記式のアンケート（HQ-25）を作りました。これに答えることで、自分のひきこもり度がどの程度か、ということが分かります。更につい最近、PCN

という雑誌に、HQ-25 を用いて直近 1 か月のひきこもり傾向をみる「1 か月のひきこもり傾向チェック」が掲載されました。私たちはコロナ禍でひきこもりのになりやすい状況にあるので、自分の状況がどの程度、病的なひきこもりなのかを測れるツールとして開発しました。ひきこもり研究ラボ@九州大学の Web ページで皆さんもできますので、ご興味があればやってみてください。

続いて、ひきこもりには生物学的な基盤があるのか、ということを考えてみたいと思います。まず、うつ病における生物学的な基盤を探るため、神庭先生と一緒に私たちが続けてきた研究をご紹介します。うつ病の患者さんから血液を採取して、血中成分を測ります。すると、3 ヒドロキシ酪酸 (3HB) が抑うつ重症度に最も関係していると分かりました。このほか、死にたい気持ちに関係する血中物質 (キヌレニン系代謝物) も見出しました。これを 2017 年の元旦に日経新聞に報道していただいたところ、これを読んだ患者さんから、次のようなお手紙をいただきました。

「これまで妻がうつ病で、ついに私もうつ病になりました。うつ病はこころの病と言いますが、それって結局は『自分の問題だ!』とされているみたいです。でも、血液でうつ病が評価できるようになると、からだの病気と一緒にになるので、うつ病に対する偏見がなくなると思います」

私はこのお手紙を読んで、生物学的な研究による知見は、やはり「こころの病」に対するスティグマや偏見を除去するものなのだと思います。これはうつ病に限らず、ひきこもりにも当てはまると思います。こうした背景があり、私たちはひきこもりの人たちからも採血をさせていただくようになりました。

その結果、男性のひきこもりの人では尿酸値が低く、女性のひきこもりの人では HDL コレステロール (脂質) が低い傾向が確認されました。更に最近の研究では、コンビニや自販機でも売っている栄養ドリンクに含まれるアルギニンが、ひきこもりの人では明らかに低いことが分かりました。

ひきこもりはまだ十分な治療法が見出されていませんが、将来は、うつ病とひきこもりでの血液バイオマ

ーカー研究を踏まえた採血と問診から、AI などを使いながら層別化し、アルギニンが低い人には栄養療法を勧めるなど、個々の状態に応じた治療法を提案できるのではないかと考えています。

発達障害の人の血液研究も進んでいます。発達障害があり、ひきこもりになっている人の特徴として、尿酸値が低いことを我々が最近報告しました。体の病気が影響していて、アトピー性皮膚炎を合併している人がひきこもりやすいことも分かっています。

最後に治療的介入についての話をさせていただきます。私たちは今、外出頻度とか、親と同居しているかどうかなどで、ひきこもりのステージ分類をしています。本人がまだ、医療機関や心理相談、サイコセラピーなどの支援機関に行けない人には、家庭訪問などでの家族へのアプローチがまず必要になります。将来的には、遠隔ツールの活用も大事になると思います。

厚生労働省のガイドラインに載っているひきこもり支援のステップ (4 段階) でも、最初に行うのは「家族へのアプローチ」とされています。しかし、ご本人に限らずご両親も、精神疾患への偏見やスティグマをお持ちの場合が多く、それがひきこもり支援の難しさにつながっています。こうした気持ちは、多くの人が持っているものだと思います。「精神科に連れていくと、息子や娘が精神病として扱われるのではないか」「まさかうちの子が精神病のはずはない」「どう対応したらよいかわからない」という思いがあり、見て見ぬふりをしているうちに長期化してしまいます。ですから本人だけでなく、親御さんの苦悩も本当に大きいものがあると思います。

そこで私たちはまず、親御さんの支援者になって、親御さんが相談できるようになるシステムを作っています。これは、メンタルヘルス・ファーストエイド (MHFA) という精神疾患の早期支援プログラムをベースにしています。「息子・娘のイエローサインに気づく」「声をかけ、リスクを評価し、その場でできる支援開始」「批判・判断せず、話を聴き、コミュニケーションをとる」「安心につながる情報提供」「専門家のサポートを勧める + その他のヘルプ (家庭での取り組み)」という、ご家族がひきこもりの人に寄り添うためのステップを示しています。こうした関わり方を

学ぶための親御さん向けの5回版プログラムを九州大学で行っています。これは、かなりの効果をあげています。

このようにして私たちが作ってきたプログラムを少し改良し、2022年1月、ひきこもり家族支援に特化した新たな5つのステップを提案しました。それが、家族が最初の支援者になるための5つのステップ「ひきこもり」です。①「ひきこもり：評価：ひきこもり状況の理解」、②「ひきこもり：傾聴による相談しやすい居場所づくり」、③「ひきこもり：適切な声かけによるポジティブな行動変化」、④「ひきこもり：状況に応じて専門家に支援を求める」、⑤「ひきこもり：リラックスできる家庭での取り組み」ということで、情報提供しています。

これを基に、「ひきこもり研究ラボ@九州大学」のホームページで、オンラインでの家族向け教室を随時やっています。ご興味があるご家族は、ぜひ参加していただきたいと思っています。

③「ひきこもり：適切な声かけ」について少しご説明します。親御さんはどうしても「みんなはもう働いているのよ」「いい加減これから先のことを考えたら」などと言ってしまいがちです。そこで私たちの家族教室では、肯定的なコミュニケーションを学んでいきます。「『私』を主語にして話す」「具体的に話す」「自分の感情に名前をつける」などの練習を行います。「みんな」という言葉を使わずに、「私」を主語にすると、言葉が柔らかくなります。例えば、「ずっと家にいるときつくなるんじゃないかって、(私は)思うんだけど、どうかな?」という具合に、「(私が)心配だという気持ち」を伝えるようにします。こうした言葉かけのちょっとした変化で、ひきこもりの人の様子も柔らかくなっていきます。

④「ひきこもり：状況に応じて専門家に支援を求める」に関しては、例えばうつ病かもしれないと判断したら、その可能性を相手に伝えることが大事になってきます。「ひきこもりたくなることは誰にでもある」「ひきこもりの背後に『うつ』がよくある」などの情報提供をして、「弱さや性格の問題ではない」「怠け病ではない」などと、うつ病の説明を丁寧に、「うつ病の治療をすると気分が良くなり、ひきこもりからも回復できる」ということを伝え

ます。安心して、望みが持てるような情報提供を心がけます。

ひきこもりの当事者や親御さんの多くが、「薬は怖い」と感じています。そこで私たちの家族教室では、薬に関してもかなり丁寧に説明しています。きちんと診断された統合失調症やうつ病では、薬が有効だということをお伝えしています。「薬漬けになるのでは」と心配される人も多いのですが、副作用や治療の方針を私たちから提示して、ご本人とご家族の意見も取り入れた上で、共同の意思決定で薬が出されるということをお伝えすると、ちょっと安心されます。私たちは、臨床でよく使う82の薬剤についてわかりやすく解説した「精神系のくすり」という本も出しています。この本を実際にお見せして、薬について分かりやすくご説明すると、安心して薬を飲むようになってきます。

ひきこもりの理解でもうひとつ大事なことは、精神疾患が無くても、グレーゾーンに入る人たちが多く存在することです。外にいると不調なのですが、家にいると割と落ち着いているので、この人たちは今まで軽症だと思われていました。しかし、グレーゾーンの人たちこそ「生きづらさ」を抱きやすいのかもしれないと、診断がなくても治療していくことが重要ではないかと最近考えています。ですので、私たちの専門外来では、精神疾患のないグレーゾーンの人でも「親切に対応します」という一言を添えて、来ていただいています。

ひきこもっている当事者の中にも、実は治療を求めている人が多くいます。個人精神療法や、薬物療法と精神療法の併用を希望する人が少なくないというデータも、我々は報告しています。グレーゾーンの人たちは、すぐに薬というよりも、精神療法的な関りが重要だろうと考えています。

幻覚・妄想などの明らかな精神病症状に対しては薬が大事ですが、ひきこもりに至るような性格傾向や対人関係の在り方に関しては、認知行動療法などのサイコセラピーを組み合わせることが重要です。ひきこもりの人は「何もできない」という思いが強いので、認知を変えることで、できる自分を発見してもらい、自信を回復できるように支援します。

私が専門とする精神分析は、今や世界で最も流行らな

い精神療法で、日本には専門家が30人しかいないのですが、「無意識こそが、我々の日頃の情動・行動を左右する」と考えます。ひきこもりの人の場合は、自分が何でひきこもっているのかわからず、奥にある無意識を知ることによってひきこもりの所以に気づき、回復していきます。こうした精神分析を活かしたサイコセラピーを、ひきこもりの人のごく一部に行っています。毎週やっているグループ療法（木曜の会）の中でも、精神分析の手法を活用しています。

ひきこもりの人の中には、その前までは元気過ぎて、ひきこもりなんて無縁だと思っていた人が多くいます。つまり、寂しい、怖い、だめだ、こもりたい、という気持ちに蓋をして見えなかったのです。しかし、何らかの失敗やいじめなどを契機として、これまでの元気な自分は撤退して、蓋をしていたネガティブなものがあふれ出てきます。この時に、こうした自分の姿は見せたくないということで、ひきこもりにつながっていく。これが精神的な理解です。

私は当初、ひきこもりモードからひきこもり無縁モード（前の状態）に戻すことが治療だと思っていました。しかし今はそうではなく、意識と無意識との会話が進み、元気で憂鬱、温和と不安など、ネガティブな気持ちまでも意識できるようになると、「ひきこもる能力」を体得して回復していくのだと感じています。

まとめますと、ひきこもりの人は「恥」の影響が大きいのですが、薬が効くケースは少なくありません。ひきこもりは悪だと考えている人が多いですが、私はライフスタイルのひとつとも考えています。日本にひきこもりが多いのは、画一的な教育システムや受験競争など、答えがひとつの社会だからだと思います。多様な生き方の存在と意義を教育することが重要だと考えています。ひきこもりの本人や親御さんには、小説家やライター、研究者、仙人など、ひきこもらないといけない仕事もあると言って応援しています。

実際、ひきこもり支援で大事なものは、ひきこもりのポジティブな面にまず目を向けることです。物理的にひきこもらざるをえない心境にあることへの共感を示し、治療の要は、心の中に安心してひきこもってよい場所を作ってあげることです。外にいても心の中に安心な場所があると、物理的に自宅にひきこもる必要

がなくなります。

2050年には、ネット社会の深化や核戦争などで、みんなひきこもっているかもしれません。そうした未来の視点から今を見ると、ひきこもりの人たちは最先端の未来人かもしれないわけで、そうした視点からも彼らを応援してあげて欲しいと思っています。



Q.

新型コロナのパンデミックはひきこもりの状況にどのように影響したのですか

私たちは前向きなオンライン調査を行っていきまして、コロナ禍前の2019年にはふつうに外出していた人の3割が、コロナ禍で週3日以下の外出になったことがわかっています。少なくとも物理的には、ひきこもりライクな行動になっています。その中の多分何割かは病的なひきこもり状況になっているのではないかと思います。実際、私の外来でも入学直後からオンライン授業になった学生さんなどが訪れます。友達もできずに学生生活が終わってしまった人たちは、うつや自殺のリスクもあるかもしれないので、きちんとフォローする体制をつくるのが重要だと思います。

Q.

易怒性の高い未治療のひきこもり者への介入によい方法があればご教示ください

私たちが家族教室で親御さんにまずアドバイスするのは、暴力的な子どもさんからなかなか離れないことが多いので、少し距離を置くことを伝えるようにしています。また医療につながると、気分安定薬などの少量投与で情動が安定してきて、落ち着かれることが多いと思います。

Q.

ひきこもっていると心身の健康状態の確認が難しいと思いますが、どのように健康管理をされているのでしょうか

私たちは2つ考えています。ひとつは、同居するご家族に確認していただくこと。もうひとつは、オンラインで当事者にアクセスしていただける機会を作っています。将来的には、アバター等による遠隔相談の体制をつくりたいと考えています。

Q.

『こころの中に作るひきこもれる場所』について、もう少しご説明をお願いします

これは精神分析の理論を基にしています。小児科医だったイギリスの精神分析家ドナルド・ウィニコットが、「独りでいられる能力」というのを提唱しました。お母さんと一緒にいても安心できない子どもは、ひきこもれるような安心できる場所がこころの中にできず、お母さんが安心できるような環境を作ってあげると、ひとり立ちできる。このコンセプトを基に、ひきこもりの人たちへの精神療法を行っています。簡潔な言葉で説明するのは難しいので、2020年に出した「みんなのひきこもり」（木立の文庫）という本を読んでいただけたらうれしいです。

Q.

30年間ひきこもっている人の支援をしています。20代の時に医療機関に相談に行きましたが、初診の医者が合わなかったようで、それ以来、医者嫌いになってしまいました。こうした場合、どのように医療につなげたらよいでしょうか

私も相談機関でこうしたケースにたくさん出合っています。今は難しいのですが、将来的にひきこもり外来が全国にできれば、そうした人たちを幻滅させないような対応ができると思います。もし福岡におられたら、私の外来に来ていただけたらとグレーゾーンにも対応しています。

Q.

知り合いに明らかに精神疾患と思われる子どもがいます。両親が認めていないのですが、うまく受診を勧めていくにはどうしたらよいでしょうか

こうしたケースも非常に多いです。そうした家族は夫婦間でも意見が違うことが多いので、私たちの家族教室ではメンバー全員で来て話を聴いてもらうようにしています。精神疾患に対するスティグマなどご家族の苦悩を押し量って対応していくと、徐々に柔らかくなって、支援や治療が必要だというふうに変わりやすいかと思えます。

Q.

産業カウンセラーをしていますが、コロナ禍の中で大学に入学した子どもが、授業に全く出ていないことが分かったとカウンセリングで相談がありました。アルバイトはしているため完全なひきこもりではないのですが、どのようなアプローチが有効でしょうか

私も学生時代は親に言わずに、ほとんどひきこもっていました。この人はバイトもしているし、僕はこういう人には、最低限の単位を取っていく術を具体的に伝えたいと思います。もしよければ、私たちが作った HQ-25 のスケールとかを使って、どういうタイプのプレひきこもりなのかを確認していただけると、もしかしたら心理療法などが適切かもしれません。

Q.

ひきこもりの人の血液検査でみられた傾向は、ひきこもった結果として表れたものか、ひきこもりになりやすい前体質としてとらえるべきか、ご教示ください

この点に関しては、まだ前向きの研究をしていませんので結論は出ていません。私たちは、おそらくどちらでもあると考えています。例えば、コレステロールや尿酸値が低いというのは、そもそも、そうした栄養分を摂っていないということかもしれません。ただ、それを改善させてあげることが、栄養療法的な治療につながる可能性があるのではないかと考えています。

Q.

生物学的な特徴として、ひきこもりの人には3ヒドロキシ酪酸が低いとお話がありました。3ヒドロキシ酪酸を高めるためにはどうすればよいのでしょうか。研究は進んでいるのでしょうか

3ヒドロキシ酪酸(3HB)に関しては、うつ病の重症度と関連することを PLOS ONE という論文で以前に報告しています。ひきこもりとの関連はまだわかっていません。3HBは、ケトン食(低炭水化物高脂肪食)で補うことができます。うつ病患者さんへの3HBの投与に関しては、鳥取大学で臨床試験がはじまっています。

第 3 回 2023.02.25

# 「双極性障害の理解を深める」

## 加藤 忠史 先生

順天堂大学医学部精神医学講座  
大学院医学研究科精神・行動科学 主任教授

本日の内容は、「双極性障害とは」「双極性障害の診断」「双極性障害の治療」「治療薬の作用メカニズム」の順番でいきたいと思います。

双極性障害とは、ハイな状態（躁状態・軽躁状態）と、うつ状態を繰り返す、その間には特に症状がないという病気です。はっきりとした躁状態が出れば双極Ⅰ型障害となり、軽躁とうつ状態があれば双極Ⅱ型障害となります。躁と軽躁の違いは、本人も周囲の人もかなり困るのが躁状態で、本人も周囲の人もあまり困らないのが軽躁状態です。

双極性障害は 100 人に 1 人くらいの有病率で、知り合いに 1 人もいないということはまずありません。寛解期には特に症状がないのも、この病気の特徴です。そのため、症状は治まるのだから軽い病気だし、たいしたことはないというのが 30 年前の認識でした。しかし、躁状態の時にやってしまったことは消えずに残ります。また、うつ状態になって休職を繰り返すと、失われた期間は戻りません。このように、躁やうつ状態の間に社会的なダメージが残りがねない病気なので、しっかり予防した方がいいということになります。

予防のために使われる薬の代表が、リチウムという気分安定薬です。この薬などを使った薬物療法と、心理社会的な治療を車の両輪のようにうまく組み合わせると、コントロールできるケースがほとんどになります。

この病気の歴史を紐解くと、2000 年以上の前の紀元前に遡ります。メランコリーという言葉聞いたこ

とがあると思いますが、もともとは、メランは黒、コリーは胆汁という意味で、黒胆汁という意味になります。ヒポクラテスなどの時代には、体液の中の黒胆汁が暴れると、うつ状態になると考えられていました。その当時、興奮する状態をマニーと呼んでおり、このメランコリーとマニーが同じ人に現れる場合があることも知られていました。双極性障害は、この当時から存在が知られていた病気なのです。精神疾患の中では、最も歴史が古い部類に入ると思います。

中世には一旦忘れられたのですが、19 世紀にフランスで「循環精神病」「重複精神病」として再発見され、重い精神病を「統合失調症」と「躁うつ病」の 2 つに大別する考えが出てきました。ただ、この時には、うつ状態だけのうつ病も躁うつ病に含まれるという考えもありました。ところが、やはり躁とうつがある場合と、うつだけの場合はだいぶ経過が違うと指摘されるようになりました。一度でも躁状態や軽躁状態があると再発を繰り返す、うつだけだと 1 回で終わる場合も多かったのです。そこで前者を双極性、後者を単極性として区別するようになりました。そして 1980 年、米国精神医学会の診断基準 DSM - III で双極性障害という名前になり、1994 年の DSM- IV では、双極Ⅰ型障害と双極Ⅱ型障害の 2 つに分けることになりました。実はこの時、双極Ⅱ型障害が登場したことで、双極性障害の範囲が少し広がった感じがあります。

2023 年 5 月頃に、DSM-5-TR(DSM-5 の改訂版)の日本語版が出る予定ですが、この中で「双極症」という言葉に訳語が変わります。変えた理由は、障害という言葉が誤解を招きやすいためです。英語では

Bipolar disorder といい、disorder は秩序が乱されたということなので、障害されているという意味で翻訳したのですが、実は別の英語も障害と訳されているのです。それは、disability です。身体障害とか知的障害というふうに、ハンディキャップみたいな意味で障害と訳されます。

精神障害は、身体障害、知的障害と共に3障害として厚生労働省は扱い、福祉施策が進められています。ところが、精神疾患が全て障害 (disability) かということ、治るものも多いわけです。そこで誤解を招かないように、disorder という病気の方なのです、とはっきりさせるために、双極症という名前に変えることになりました。

まだ5月ではないので、本日は双極性障害としますが、実際のケースを少しご紹介します。まずは、双極Ⅰ型障害の患者さんの例 (症例1) です。21歳の男性。元来は内向的、神経質な性格で、友人は少なかったといいます。専門学校卒業後、洋服店に勤めています。高校2年の頃に、特に誘因なくうつ状態となりました。人と話すのが怖くなり、自宅で1日中寝ていて、テレビを見ても人と話をしても内容が頭に入らない感じだったといいます。食欲はむしろ亢進し、過食のため体重が増加しました。近医を受診して投薬を受けると2週間ほどで軽快。その後、年に1、2回、同様のうつ状態となりましたが、2週間ほどで自然に軽快したため通院はしませんでした。

21歳の時にまたうつ状態となって、2週間ほど家にこもったあと回復しましたが、回復の2日後より逆に調子が良くなり、多弁で、夜も1時間半程度しか眠らなくなりました。勤務先の店でもはしゃぎ過ぎた様子で、客に冗談を言うなど様子がおかしいため、上司より「皆から浮いているぞ」と休養を勧められました。以前からバイクが好きで、欲しかったバイクをローンで購入、他にも消費者金融でローンカードを作って100万円ほどの買い物をしました。家でも遅くまで友人に電話して、電話中に感極まって泣き出したり、音楽をかけてひとりで踊ったり、今までしなかったようなことをするようになりました。親に何も言わずに外泊し、繁華街の路上で寝たりとか、足を血だらけにしてマメを作って帰ってきたりしました。様子が明らかにおかしいので、両親に連れられて精神科を受

診しました。

受診時はサングラスをかけ、Tシャツ姿、表情は豊かでした。声の大きさや速さは中等度で抑揚豊かですが、話の内容はどんどん飛び、会話中に、感極まったように泣き出しました。身振り手振りは多いものの、席に座って話していました。

「こんな自分になったのは初めて。幸せです。いい面が変わることができた」「街を歩いていると菅田将暉みたいに女の子たちに注目されている感じ」「海外に行きたい。今までは外人は全くだめだったけど、英語もしゃべれるようになる」「プラス思考で持ちになる」「路上で寝ていた時、血が出ているのに気づいたけど痛くなかった。気功で血を止められると思った」「仕事をやめて芸能界に入る」と話していました。

入院を勧めたところ、本人は最初「絶対嫌です」と激しい口調で述べていましたが、説得しているうちに「入院なんて悔しい」と泣き始めました。ある程度は納得した様子だったので、関連の精神科病院に紹介し、即日入院してもらいました。1週間ほど保護室に入ってもらって治療し、1か月後に退院しました。退院後、すぐにうつ状態となり、1か月ほど寝込んだ後、回復しました。

次に、双極Ⅱ型障害の患者さんの例 (症例2) をご紹介します。21歳の女性。中学の頃より、学校に居場所がないと感じ、バンド活動に熱中して学校に行かなくなりました。何とか高校に入学したものの、気分が落ち込み、朝起きられなくて学校に行けなくなり、次第に昼夜逆転の生活になりました。半年で退学して通信制高校に移り、卒業しました。

大学入学後、友達もできてしばらく調子が良く、軽音サークルの活動などに熱中していましたが、半年程度で調子が悪くなって、数か月通えなくなり、その後また行き始めるということを数回繰り返しました。結局留年して、2年目はほとんど通えていません。その2年目もまた気分が落ち込み、何も興味が持てない状態となってクリニックを受診。うつ病と診断されましたが、あまりよくなる気がして、数回で受診を止めてしまいました。

実家に戻ったものの、やはり調子が悪いため、実家近くのクリニックを受診。問診で「以前によい考えが次々と浮かんで、4、5日間、2～3時間の睡眠で音楽制作に熱中した。深夜に作成中の曲をLINEで友達に次々と送ったこともあった」と話したところ、気分高揚と抑うつを繰り返しているということで、双極Ⅱ型障害と診断されて処方が始まりました。そして色々薬を変更しているうちに、量が増えていきました。双極性障害に対する気分安定薬に加え、抗うつ薬、非定型抗精神病薬2種類、ベンゾジアゼピン系抗不安薬2種類、ベンゾジアゼピン系睡眠薬2種類などが処方されました。

双極性障害に対しては、基本的に抗うつ薬は使わない方がよいです。抗うつ薬を使うと、逆に不安定化してしまうことがわかっています。双極性障害では、気分安定薬と抗精神病薬を組み合わせることは、しばしば必要なことがあります。ただし、抗精神病薬を2種類飲むのは勧められず、できれば1種類にした方がよいと思います。ベンゾジアゼピン系の薬も、同じ種類を4つも飲むのは多過ぎです。そもそも、双極性障害ではベンゾジアゼピン系の薬は飲まない方がよく、飲み続けることで不安定化するリスクがあります。

治療を受けても気分変動が止まらないため、当科を受診されました。双極Ⅱ型障害と診断し、薬の調整が必要と考えて、気分安定薬（リマス）1種類、非定型抗精神病薬（ラズダ）1種類、睡眠薬（オレキシン受容体阻害薬）1種類、というふうに処方を整理しました。その後、意欲が湧いてきたと言い、大学に通うようになりました。新しい友達もできて、忙しく疲れがちではあるものの、その後は安定して大学に通い、落ち着いた生活を送っていらっしゃいます。

双極性障害にみられるうつ状態は、うつ病とほとんど区別が付きません。ただ、双極性障害では「食欲がなく体重が減る」という抑うつ状態の症状が、「食欲が亢進して体重が増える」となる場合があり、「眠れない」という症状が「寝過ぎる」となる場合もあります。躁状態・軽躁状態では、気分が高揚して爽快な気分になる、発想があふれて集中できない、自信満々、止めどなくしゃべり続ける、食事もせずに活動し続ける、何百万円も無駄遣いする、一晩中寝なくても平気で活動する、などの症状が表れます。こうした行動に

よって、社会的に問題になるような状態が躁状態で、それほど問題ではない状態が軽躁状態です。

こういった症状は、抑うつ状態も躁状態も同様に、1日中、何日も続くことが診断の条件です。軽躁の場合は4日以上、躁であれば7日以上、うつであれば2週間以上続きます。ネットなどに載っているうつ病チェックを見ると、症状の多くが当てはまるように思えてきますが、1日の中で一瞬、嫌な気持ちになったり落ち込んだりすることは誰でもあります。それが1日中、毎日続く場合が病的とされます。

次に、双極性障害の診断についてお話しします。双極性障害とよく対比される病気が、うつ病です。躁状態や軽躁状態に全くなかったことがなく、抑うつ状態だけが続きます。うつ病の薬物療法では抗うつ薬を使い、双極性障害の薬物療法では気分安定薬を使います。この2つの病気で一番違うのは、治療の目標です。うつ病は10人に1人くらいの人になる非常に頻度が高い病気で、誰でもなりうる病気です。なったとしても、一生に一度で終わる場合がかなり多いのです。ですから、うつ病の治療の目標は、うつ状態を治すということになります。

一方、双極性障害はほとんどの場合、再発を繰り返します。うつ状態を治そうと思って治療しても、躁状態になってしまい、躁が治ったらまたうつになったりして、なかなか安定しません。ですから、双極性障害は予防を重視し、治った状態（寛解状態）を維持することが治療の目標になります。この2つの病気は全然違うのです。

しかし、実はうつ病の中には双極性障害の人の初回うつ状態（まだ躁や軽躁が出る前の初めてなったうつ状態）が含まれています。それは現状では、うつ病と診断されています。最初からなんとか区別したいのですが、うつ病には「メランコリー型（性格、ストレス）」「非定型（パーソナリティー障害、不安障害、虐待）」「季節性」「血管性」「認知症前駆」など色々なタイプがあり、その中から「この人は双極性障害の初回うつ状態だ」と特定するような診断はできないのです。

そのため、双極性障害は診断の難しい疾患であり、正しく診断されて予防療法を受けるまでに平均9・6

年（2013年の論文）がかかっているとされます。最近の論文でも、6年くらいかかっているといわれています。ごく稀な遺伝子疾患などではなく、100人に1人がかかるような病気なのに、診断に10年かかるというのは驚きです。そういうことがなくなるように私も研究を続けています。

双極性障害はほとんどの場合、最初はうつ病やうつ状態と診断されるわけです。なぜこんなにも診断に時間がかかるのかというと、まだ躁が出ていない場合は仕方ないのですが、躁が出ているのに診断されないことも多いのです。診断を受けるまでに時間がかかってしまった人に、「どうしてこんなに時間がかかったと思いますか」と聞くと、「躁の症状を病気と思わず医師に伝えなかったから」「自分が双極性障害を知らなかったから」という回答が最も多くなりました。

うつ病に関しては多くの人がかかっていると思いますが、双極性障害は「何それ？」という状況なのです。どうしてこんなにも知られていないのでしょうか。1つの理由は、躁状態になった人が、自分がどんな状態だったのかを語りたがらない点にあると思います。自身が双極性障害でもある芥川賞作家の糸山秋子さんが、この理由について「自分が躁状態だった時のことをまざまざと思い出すことはこの病気が一番つらいこと」「躁病のエピソードで話しやすいのは笑い話にできる程度のこと」と書かれています。躁状態では、その人がふつうはやらないようなまずいことを、いろいろやってしまうのです。だから思い出したくないのです。

双極性障害診断の重要性としては、うつ病とは治療方針が全く異なる、ということがまず挙げられます。双極性障害に対して、抗うつ薬は「慎重投与」となります。同じようなうつ状態を呈する病気なのに、片方でファーストチョイス（第一選択）の薬が、片方では原則的に使ってはいけないという真反対になるのです。そこで、うつ病を診断する時には、初診の段階で双極性障害を除外する必要があります。とはいえ、まだ躁や軽躁が出ていない人の初発のうつ状態は、うつ病と診断するしかありません。これが現代精神医学の限界と言わざるを得ません。

実際、うつ病と診断された人の中で、どのくらいの

人が双極性障害の診断に変わっていくのかというと、どのようなうつ病の人を調査対象にするかで結果は変わってきますが、多くの統計では15%から20%くらいの間となっています。決して少なくありません。

双極性障害は、抑うつ状態を繰り返す病気という側面もあります。双極Ⅰ型障害の場合は3分の1の期間、双極Ⅱ型障害の場合は50%の期間で、何らかの抑うつ症状を伴います。家族から見ると、期間は短いのに躁状態ばかりが目立つのですが、ご本人にしてみれば、長い抑うつ症状に困っているのです。ご本人とご家族の間で意見が対立しがちになるところも、この病気の難しさです。

抑うつ状態の患者さんが受診した時、どうやってうつ病の診断に至るかということ、まずは甲状腺機能障害や脳梗塞などの身体疾患が原因ではないかを確認し、除外します。その次には、ホルモン療法の薬、リウマチの薬、脱毛症の薬、やせ薬、たばこを止めるための薬など、治療薬による物質・医薬品誘発性抑うつ障害ではないかをチェックします。抑うつを引き起こす薬は山ほどあり、アルコールの多量摂取が原因でうつになることもあるので、これらを除外していきます。そして診断基準を満たしていることを確認し、統合失調症の鑑別も行って、躁状態や軽躁状態がなければ、そこで初めてうつ病と診断します。双極性障害を除外せずに、うつ病の診断はできないのです。

先ほど、うつ病の人の15%から20%が双極性障害になっていくと言いました。では、どういう人がそうなるのかということ、双極性障害の家族歴（父母や兄弟が双極性障害の場合）、若年発症（25歳未満）、精神病性症状（幻聴や妄想などがある）という因子があると、双極性障害になるリスクが高くなります。

今まで、躁状態とうつ状態は対照的なものだとして説明してきました。しかし実は、この2つが混ざることもあります。躁状態なのに気分が鬱陶しいとか、うつ状態なのにじっとしていられないとか、そのような混ざった状態を混合状態といいます。混合状態は治療が難しく、普通の治療では治しにくく、高い自殺のリスクがあります。死にたい気持ちが強いうつ状態なのに、じっとしていられない状態は、非常に危ないわけです。再発のリスクも高く、予後が不良で、スイッチ

(躁転、うつ転)のリスクも高くなります。リチウムに反応しにくく、オランザピンやバルプロ酸が有効な場合もあります。

次に治療についてです。双極性障害はどこで治療すればよいのでしょうか。うつ病は、プライマリーケアでも診療していますが、双極Ⅰ型障害の場合は、本人が治療したくないとおっしゃる場合もあるので、精神科医でないと治療が難しいことがあります。双極Ⅱ型も精神科医の領域です。薬物療法だけでなく、パーソナリティー障害も念頭に置いて、心理社会的治療を含めた幅広い観点での総合的な治療が必要になるためです。

心療内科はどうかというと、内科の先生が心療内科をされている場合もあります。すると双極性障害は守備範囲外であることが多いので、精神科を選ぶか、精神科医で心療内科を標榜している所を選ぶのがよいと思います。

双極Ⅰ型障害の治療目標は、①再発を防ぎ社会生活を送れるようにする②躁状態を早期にコントロールし、社会生活への影響を最小限にとどめる③自殺を予防する(うつ状態、混合状態)④うつ状態の苦痛を取り除く、となります。

実際の治療では、薬物療法と心理社会的治療が両輪です。薬物療法では、気分安定薬(リチウム、ラモトリギン、バルプロ酸、カルバマゼピン)を基本とします。もともとは統合失調症の薬として開発された抗精神病薬(オランザピン、クエチアピン、アリピプラゾール、ルラシドン)にも、双極性障害に対して予防効果があったり、うつ状態に効果があったりするので、使われるようになりました。それに加えて心理社会的治療として、心理教育(疾患の受容)と、対人関係・社会リズム療法(生活のリズムを保つ)を行います。

躁状態の時は、本人が病気ではないと思っていることが少なくありません。ですから「寝てないんじゃないですか」とか、「こんなに寝ないで動いたら体が参ってしまいますよ」とか、そういうことからアプローチするのがよいと思います。本人が信頼している人(直属の上司ではない人)から説得してもらったり、初発で中等度以上の躁病では入院を原則として、早期に入

院適応を判断したりする、ということが大事です。入院を決めたら妥協せずに説得します。しかし、内科に行くといって精神科に連れていくなど、騙してはいけません。信頼関係を失ってしまいます。

治療薬は、躁状態では気分安定薬とか抗精神病薬など色々な薬があり、どれを使ってもそれなりに良くなります。それに比べると、うつ状態では有効な薬が少なく、クエチアピン、オランザピン、ルラシドンなどを使います。予防薬としては、リチウム、ラモトリギンが使われます。躁状態を繰り返す場合で、どうしても薬がなかなか飲めない場合には、アリピプラゾールの注射剤を月に一度使うことで予防できます。

ただ、どの薬も色々な副作用があります。リチウムは特に副作用が強く、手が震えたりします。ラモトリギンは発疹が出たり、オランザピンは糖尿病になりやすくなったりします。こうした副作用のために薬を止める人が多いのですが、手が震えるのと、うつ状態の地獄の苦しみを繰り返すのとでは、どっちが本当に苦しいのか。そういう究極の選択をしなければならぬ時もあります。第一選択薬のリチウムは歴史が古く、予防効果があって、うつにも躁にも効きます。ただし、治療濃度と中毒濃度が近いために、血中濃度を測りながら使うこととなります。

心理社会的治療には、心理教育(疾患の受容)、対人関係・社会リズム療法(生活のリズム)、家族療法(悪循環の打破)、認知行動療法(うつへの効果)などがあります。リズム療法では、1日の中で起きる時間や寝る時間を一定にしていきます。それをするために、睡眠・覚醒リズム表を使います。自分の病気を振り返っていくライフチャートも活用します。

双極性障害治療の心構えとしては、本人・家族が病気をよく理解する、病気を受容し再発予防の薬を服用する、正しい薬の作用・副作用の知識を持つ、100%を目指さない、再発の初期徴候を知る、自分のストレスを知り色々な対処法を持つ、生活のリズムを守る、などが挙げられます。日本うつ病学会が作成したパンフレット「双極性障害(躁うつ病)とつきあうために」などを参考にしていただけるとよいと思います。

双極性障害は、ゲノム(DNA)の要因によって、細

胞内のカルシウムイオンがちょっと高くなりやすく、そのために神経細胞が興奮しやすくなります。特に、感情に関わる神経回路が興奮しやすくなるため、情動と認知のバランスが情動側に傾いてしまう病気だと考えられます。リチウムは細胞内のカルシウムを下げる薬で、抗てんかん薬は神経細胞の興奮性を下げる薬です。非定型抗精神病薬は、感情に関係する神経回路の中の伝達物質（セロトニン）を遮断する薬です。また認知行動療法は、乱れてしまった情動と認知のバランスを戻すような治療法です。こういった治療の適切な組み合わせが、双極性障害の予防に有効です。より詳しくは、私が書いた「双極性障害（第2版）」（ちくま新書）などを参考にいただければと思います。



**Q.** 双極性障害の人には織細さんが多いように思います。両者の間に関連はありますか

HSPというやつですね。しかし、これは学術的な用語ではなく、メディア用語と言っているようなものです。どういう人が織細さんなのかというのは、人によって受け止め方が違ってバラツキがあるので、研究できるような形では定義されていません。そのため、研究もされていないと思います。

双極性障害は、特定のパーソナリティーの人がかかるというよりは、誰でもかかる可能性がある病気だと考えられるので、パーソナリティーとの関係ははっきり指摘されているわけではないと思います。

**Q.** 双極性障害の人が併発する傾向が強い精神疾患やその他の障害があれば教えてください

アルコール症は、躁状態でお酒を乱用することで起こりますし、アメリカなどではドラッグを使ってしまう人も多いです。双極Ⅱ型でよく併発するのは、パニック症、不安症、強迫症、摂食障害、PTSD などです。また最近よく言われるのは、大人の発達障害で双極Ⅱ型を併発するケースです。そうした併発症がある場合は、治療にかなり苦勞されるケースが少なくありません。

**Q.** 双極性障害の幻聴と、統合失調症の幻聴を見分けるポイントがありますか

双極性障害でみられる幻聴は多くの場合、気分に関与した精神病症状と呼ばれます。例えば、躁状態で自分は天才だと思っていたら、「あなたは天才です！」という声が聞こえてくるとか、うつ状態の時に不治の病にかかったと考えて落ち込んでいると、「お前はもうすぐ死ぬ」と聞こえてくるとか、その時の気分に関与した幻聴です。ところが、統合失調症の幻聴というのは、「今、ペンを持ったな。何をやる気だ」というふうな、自分が行っている行動に対してコメントしたりするので、気分と関係ありません。幻聴といっても、病気によってだいぶ違ってきます。

**Q.** 双極性障害と発達障害を同時に患っている人が多いように感じます。接し方などのアドバイスを頂けないでしょうか

この2つの併発は多いことは間違いありませんが、私自身もまだ試行錯誤の段階です。一番典型的なのは、大人の自閉スペクトラム症で、うつ状態を繰り返して、時に軽躁もあるケースです。この場合は、自閉スペクトラム症のため職場でうまくいかず、2次障害的な形で双極Ⅱ型が出ているケースが結構あるのではないかと思います。その場合の接し方の工夫は、自閉スペクトラム症の人への対処の仕方でのよいのではないかと思います。指示を文章にして伝えるとか、その人の障害の特徴に合わせた関わりをすることで、2次障害を最小限にできるのではないかと思います。

**Q.** 職場で双極性障害を早期発見するためのポイントがあれば教えてください

軽躁だけであれば、それは病気にはあたりません。軽躁に加え、うつ状態が出てきて初めて双極Ⅱ型障害と診断されます。軽躁を早期発見して対処する必要はそんなにないと思います。ただ、躁病になると周りの人たち全員が翻弄されるくらいになりますので、それが病気であることに気づいて、早めに医療につなげることがよいと思います。

**Q.** 双極性障害の人への CBT（認知行動療法）では、何かポイントがありますか

行動療法的な部分としては、生活のリズムを守るとか、そういうことが結構重要なポイントです。うつ状態の時の CBT は、うつ病の時とほぼ共通と考えてよいと思います。

**Q.** 躁状態を悪化させないために在宅でできる支援のポイントを教えてください

躁状態の悪化を防ぐのは難しいです。脳が暴走している状態で、接し方だけではどうにもならないので、薬物療法をしっかりと続けるためになんとかする、ということになります。この時の支援というのは、医療につなげることではないかと思います。

第4回 2023.03.04

# 「うつ病ガイドラインについて わかりやすくご紹介」



## 渡邊 衡一郎 先生

杏林大学医学部精神神経科学教室 教授  
日本うつ病学会 理事長

まず、診療ガイドラインとはどのようなものか、お話をさせていただきます。こうしたガイドラインは、科学的根拠などに基づいて最適と考えられる治療法を提示する文書のことです。これを医療者が一方的に出せばよいというものではなく、当事者と医療者が、治療法などについて意思決定をする際の重要な判断材料となるのが診療ガイドラインです。

例えば、胃の検査として胃カメラかX線検査か、あるいは治療法として外科手術か薬物療法か、を選べる場合、複数の検査法や治療法の科学的根拠、検査や治療に伴う益（利益）と害（弊害）のバランス、当事者の価値観と希望、経済的視点（コストや負担）などを考慮して、最適と考えられる方法を「推奨」という形で示す文書が診療ガイドラインです。

わが国の精神科領域における初のガイドラインは、2011年に日本うつ病学会が出した双極性障害ガイドラインです。2012年には、日本うつ病学会がうつ病治療ガイドラインを出しました。その後、2017年に日本神経精神薬理学会が統合失調症薬物治療ガイドラインを出し、2021年に日本不安症学会と日本神経精神薬理学会が社交不安症診療ガイドラインを出しています。

それぞれ改定が進んでいて、双極性障害ガイドラインは、2023年3月1日に大改定が完了しています。これは日本うつ病学会のホームページからご覧いただけます。うつ病治療ガイドラインの方は現在、大改定を進めています。来年の夏以降にご紹介できればと考えています。統合失調症薬物治療ガイドラインは

2022年に大改定版が発表済みで、日本不安症学会はパニック症や強迫症ガイドラインの準備を進めています。ガイドラインはただ出すだけではなく、情報の定期的なアップデートが求められています。

こうしたガイドラインが出てくるまでのお話しをします。1996年、厚生労働省で医療技術評価の在り方に関する検討会が開かれ、エビデンス（EBM）に基づいたガイドラインの使用が推奨されました。精神科領域にとどまらず、全ての医療領域でガイドラインが作られる運びとなっていったわけです。

わが国では1998年、気分障害薬物治療アルゴリズムが発表されました。ただ、その後に出てくるガイドラインと比べて、薬物治療偏重ではないかという批判を受けました。海外のガイドラインは、薬物療法だけでなく色々な方法が書いてあり、わが国でもそのようなガイドラインが必要ではないかと言われました。そして実際に、海外の有名なガイドラインが注目されるようになったわけです。ただ、海外とわが国の利用可能な薬剤は現在においても違います。海外では、精神療法が非常に手ごろな価格で広く使える国もあると聞きますが、わが国での精神療法は、以前よりはアクセスしやすくなったものの、まだ海外との違いがあります。医療サービスや保険制度の違いなどもあるため、海外のガイドラインの記載内容をそのまま導入することはできません。

そこで、私たちが日本で作らなければいけないということになりました。ちょうどその時期にあたる2000年代後半、抗うつ薬の副作用としてアクチベ-

ション症候群（とても怒りっぽくなる、暴力行為につながる等）が注目されました。現在では各診療科が非常に気を付けて抗うつ薬を処方するようになったので、ほとんど聞かなくなったのですが、当時は社会問題となりました。さらに、双極性障害との鑑別も注目を集めました。当時は、うつ病だったらなんでも抗うつ薬でいいのではないかと考えられていましたが、抗うつ薬を続けていると軽躁を繰り返してしまい、うつ状態がなかなか良くならない双極Ⅱ型障害の人いることが分かってきました。そのため、うつ状態でも双極性障害の可能性を考えなければならないと言われるようになったのです。

こうしたことを受けて2012年に発表されたのが、うつ病治療ガイドライン（ガイドライン大うつ病性障害2012 ver.1）です。当時の日本うつ病学会の策定メンバーとして、神庭重信先生（当時の理事長）、野村総一郎先生（ガイドライン策定委員会委員長）、尾崎紀夫先生（「治療計画の策定」を担当）たちが参加し、私は「軽症」のパートを担当させていただきました。この最初のガイドラインは「治療計画の策定」「軽症」「中等症・重症」「精神病性うつ病」という4つの章から成っていました。

「治療計画の策定」の章では、把握すべき情報のリストを挙げていました。うつ状態があると、すぐにうつ病だというわけではなく、診断のためにはきちんとしたプロセスを踏まなければいけないというのが、このガイドラインの前半に書いてある非常に大切な部分です。家族歴や既往歴、生活歴などをきちんと聞いていきます。更に、病前のパーソナリティ傾向、睡眠の状態（睡眠時無呼吸症候群があると昼間にぼーっとして、それがうつ状態に見えたりする等）、認知機能障害の有無（認知症の一部はうつ状態から発症する場合がある等）、知的な問題、女性患者の場合（月経周期に伴う気分変動等）などをきちんと鑑別しなさい、ということが書かれています。

更に、注意すべき徴候のリストもあります。自殺念慮・自殺企図の有無と程度、一般身体疾患による気分障害の除外（甲状腺機能低下・悪性腫瘍・脳梗塞などの体の病気に伴ううつ状態などの除外）、身体合併症・併用薬物の有無と状況、併存症（不安症、自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症、パーソナリティ障害）

の評価、双極性障害の鑑別の注意点、妄想などの精神病症状を伴ううつ病の評価（通常のうつ病とは治療法が変わるため）などにも注意しなさい、ということが書いてあります。

続いて、「軽症うつ病」の章についてお話しします。うつ病の症状はそんなになく、学校や仕事を休むほどではないが、うつ病といえる状態に対してどう対応するべきか、ということが書いてあります。海外では、軽症の場合は薬よりも精神療法できちんと対応することで、ある程度よくなるのではないかとされていました。しかし日本では、軽症でも薬が良いのではないかという議論がそれまでありました。

そのような中でガイドラインでは、「基礎的介入」が何よりも重要であることを強調しました。患者さんの背景や病態、なぜそのような病状になっているのかを理解した上で、支持的療法（当事者が訴える内容を支えるように傾聴し、苦しいことに共感を示し、問題点を一緒に整理する取り組み）と心理教育（現在のうつ病の病態や予想される改善までの経過、治療選択肢とそれぞれの特徴などを十分に説明する）を全例にやりましょう、と書いています。これをやるだけで、軽症の人はある程度よくなることもあります。それをやった上で、もし必要であれば新規抗うつ薬（SSRI等）と認知行動療法を、それぞれのメリット、デメリットを想定した上で考えたらどうですか、ということに記載しています。

続いて「中等症・重症」の章です。うつ病の症状がはっきりあって、その症状のために仕事や学校を休まなければいけないような障害が出ている状態が、中等症以上になります。推奨される治療は薬物療法がメインで、新規抗うつ薬、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬を使います。より重症な人には、電気けいれん療法（ECT）が良いと考えられています。そして必要に応じて推奨される治療法として、抗不安薬の一時的な併用、気分安定薬などを使った抗うつ薬効果増強療法、非定型抗精神病薬による抗うつ効果増強療法、エビデンスに基づいた精神療法の併用、などが示されています。このように、うつ病の治療では軽症と中等症以上を分けて取り組むのがポイントになります。

2016年には改定が行われました。先の4つの章の

アップデートに加えて、2つの新しい章が加わりました。「児童思春期」のうつ病と、うつ病における「睡眠障害」です。児童思春期のうつ病は、抑うつ症状よりも、怒りっぽい、イライラする、という変化が特徴とも言われています。そうした特徴や情報を把握し、的確に診断するための留意点が記載されています。さらに、注意欠如・多動症や自閉スペクトラム症の併存障害、重篤気分調節症や双極性障害との鑑別も大切だと書いてあります。治療については、薬を使うことで賦活（アクチベーション）が生じ、かえって怒りっぽくなることもあるため、薬物療法よりも心理・社会的治療が重要で、関わり方や家族へのサポートにも言及しています。

睡眠障害に関しても、様々な原因や鑑別のポイントを紹介しています。そして、うつ病の不眠の特徴と、治療（睡眠衛生指導や認知行動療法的アプローチ、薬物療法）について記載しています。非定型うつ病（典型的ではないうつ病）では、不眠ではなく過眠や過食が起こるため、そうしたことにも焦点を当てています。これらの章も全てダウンロードできますので、お時間のある時にご覧ください。

しかし、まだ足りないものがあり、新しい試みを続けています。その一つが「高齢者」のためのガイドラインです。日本医療研究開発機構（AMED）の支援をいただき、2020年に発表しました。非常に読み応えがあるもので、これもダウンロードできます。高齢者のうつ病はどのような特徴があるか、認知症などとの鑑別、薬物療法・電気けいれん療法・磁気刺激療法等の説明、などが記載されています。

ただ、うつ病ガイドラインの問題点として、時々ご批判を受けることがあります。当事者の人たちからは「字が多すぎて読みにくい」というご意見が寄せられますし、精神科以外の診療科の医師や他の職種の人たちからも「なかなか難しい」というご意見がありました。そこで、これも AMED の支援を受けて 2018 年、コメディカルスタッフのためのガイドライン第 1 弾「作業療法士版」を作りました。リワークや院内・外来の作業療法を通じて、患者さんに積極的に関わっていく人たちに役立つうつ病のガイドラインを作ったのです。更に 2020 年、「看護師版」を作りました。看護の人たちから見たうつ病の捉え方や、関わり方など

を記載しています。

当事者の方々に対しては、これも AMED の支援をいただき、文字だらけのガイドラインを読んでもらった上で、「何の情報が足りないでしょうか」と聞きました。地域精神保健福祉機構（コンポ）のご協力ですべて 300 人弱に参加していただきました。ご意見で多かったトップ 4 をご紹介します。

- ①うつ病の悪化や再発を防ぐための日常生活の心得やヒント、自分でできる対処法を知りたい（260 人・95.2%）
- ②抗うつ薬など薬物療法の副作用への具体的な対策を説明して欲しい（253 人・92.7%）
- ③復職や就労も含めて、地域や社会から受けられる援助やサービスを教えて欲しい（239 人・87.5%）
- ④職場や家族、友人など周囲に病気を理解してもらう方法、症状や状態の伝え方を教えて欲しい（237 人・86.8%）

①と②でわかるように、当事者の人たちは医者頼りではなく、自分で出来ることを自分で何とかしたいと思っているのです。最近、当事者の人たちが自分で自分のことを決めたい、自分で生き生きと感じたい、というパーソナルリカバリーという考え方が主流になってきていますが、うつ病でもそうした考えが大切なのだということが明らかになりました。

この 4 つについて、エキスパートの先生たちに回答を書いていただきました。これを後半部分に入れて、当事者の人たちにも色々書いていただき、2022 年、「当事者・家族のための わかりやすいうつ病治療ガイド」を作成しました。うつ病ガイドラインをかみ砕いて、平易な言葉で分かりやすく書いてあります。図や表、イラストを多用し、見やすい工夫もしています。Amazon で 1430 円（+送料 290 円）で購入できます。この本は心理教育にも使えると思っています。

こうした取り組みをしてきましたが、残念ながらガイドラインによる治療が日本全国に行き渡ったわけではありません。そこで、今から 5、6 年前に「精神科医療の普及と教育に対するガイドラインの効果に関する研究」（EGUIDE 研究）が立ち上がりました。4 学会（日本うつ病学会、日本神経精神薬理学会、日本臨

床精神神経薬理学会、日本精神神経学会)が参加したこの研究は大きなムーブメントになり、現在、44大学と全国279医療機関が参加しています。主に、若手の先生たちにガイドラインの内容をしっかりと学習してもらい、そこでの学習や意見交換によって、処方行動や考え方がどう変わるかということを見るプロジェクトです。

ガイドライン講習プログラムは朝の10時から始まり、午前中はガイドラインの章立てについて非常にわかりやすく、予備校の講義のようにポイントを押さえながら解説していきます。午後は2つの症例を学びます。ガイドラインの応用編として、症例に応じてどう考えればいいのかなどを、4、5人のグループに分かれてディスカッションし、発表と意見交換をします。コロナ禍ではWeb(Zoom)で行うようになり、それがうまくいきましたので、昨年も全てWebで行っています。今年は10回くらい全国を回って行くのですが、対面を増やしていこうという流れになっています。

実際にこうした試みをしたことで、参加した先生たちの病院の処方が非常に綺麗になったとか、うつ病の重症度をきちんと評価するようになったとか、結果として出ています。こうした活動を含めて、うつ病ガイドラインの内容が少しでも多くの人たちに浸透するような試みを今日まで続けています。

ここで、2016年に出た日本うつ病学会治療ガイドライン(Ⅱ.大うつ病性障害)の序文をご紹介します。「治療方針の決定において、当事者や家族、専門家と共に双方向性に決定する手法、Shared Decision Making(SDM: 共同意思決定)が広まりつつあるが、本書はこのSDMをより円滑に進めるための情報提供の役割も担う。うつ病に関わるすべての方へ適切な情報提供が可能となることを願っている」。このガイドラインによって、当事者の人たちの今後の治療について、より具体的に、厚みをもった会話ができるようになればいいと願っています。

この共同意思決定とはどういうものでしょうか。従来型の意味決定は、偉い先生が治療方針を決めていました。偉い先生の意思が100%採用されていたのです。現代の医療において当たり前のように「良い」とされているインフォームドコンセントでは、医師が複数の

治療選択肢のメリットとデメリットを紹介します。その上で、当事者が誰かに相談したりして、意見を決めます。当事者の意見が100%採用されることになるわけです。これは良いことに思えるのですが、一部の当事者はとても悩みます。自分では選択できずに医師に相談しても、「あなたの治療ですからあなたが決めてください」と言われてしまいます。そこで路頭に迷ったり、医師の対応が冷たいと感じたりする人も一部いるのではないかと思います。

そのような中で生まれ、糖尿病や乳がんの治療で注目され始めたのが共同意思決定です。これは治療者と当事者が対等なパートナーシップを描いて、双方がそれぞれ自由に意見を言います。そうしたことを行った上で、意思決定のための判断材料となるのがガイドラインという考え方になります。

では、うつ病で好みの治療を受けるのと受けないのとは、違いが出るのでしょうか。米国の研究をご紹介します。薬物療法か認知行動療法か、患者さんの意見を無視して振り分けてやってもらったところ、希望した治療を受けられた人と、希望ではない方を受けた人とは、治療効果には差がなかったのですが、治療を続ける度合いに大きな差が出ました。当たり前ではありますが、好みの治療を受けると治療が続けられる、ということがわかったのです。

共同意思決定には3つのステップがあると言われていています。まず、「あなたに決めてもらうのですよ」と選択の必要を説明した上で、各選択肢を検討して理解する時間が大切です。当事者は、AとBなどの選択肢のメリットとデメリットの説明を受けます。そして好みを明確にして、最終的に「これにします」という決定になるわけです。こうした意思決定をサポートする仕組みが重要で、Decision Support といいます。これは後でご紹介します。

私たちは以前に研究で、うつ病治療ガイドラインの内容に基づくデシジョンエイドを作成しました。共同意思決定を円滑に進めるための視覚的な資料として、「軽症」と「中等症・重症」に分けて2つのパンフレットを作ったのです。先ほども申し上げましたが、当事者は自分でできる対処法を非常に重視されますから、「休んでください」「こうやったらいいですよ」という

ことを書いています。

ご自身の気持ちを点数でモニタリングする説明とか、薬物療法で使う SSRI は 4 種類、SNRI は 3 種類あるとか、そのようなことを書いています。実際にこれを使う時は全部読み上げるのではなく、余白にメモを書き加えたり、「この辺は後で読んでおいてくださいね」と伝えたりします。「では、あなたの場合はこのお薬を使いましょう」と印をつけたりもしています。これが、意思決定を支援するツール、デシジョンエイドだと思っていただければよいと思います。

例えば、私の外来を受診した患者さんにうつ状態（非定型）であると説明し、診断を受け入れていただいて治療法を提案する場面では、薬とカウンセリングの 2 つの方法があることをお伝えします。そして、薬を使うなら 2 種類あり、それぞれの特徴（飲み方、作用／副作用）を説明します。これをデシジョンエイドに書き加えたりするわけです。そして、「デシジョンエイドも読んで、よく検討してみてください」とお伝えします。

それでも「色々言われてよくわからないです。先生が決めてください」という人が時々います。そういう人には数日や 1 週間の考える時間をとると、その間に調べたり、人に聞いたりもして、ご自分の考えをまとめられることがあります。

私たちは SDM をやる群と、やらない通常の群に患者さんをランダムに分けて、違いをみる研究を行いました。SDM の群では 1 週間後に方針を決定することにして、その中日に保健師との面接を入れました。そこでいろいろなことを話し合った上で、意思を決めるというやり方にしました。その結果、SDM 群では 2 割強の人が薬以外の選択肢を希望されました。それに対して、通常の群では薬以外の選択肢は 8 %にとどまりました。

SDM の群では会話が活発になったとか、決定に自信が持てたとか、そういった変化もみられました。更に SDM の群では 1 週間後、治療開始前にも関わらず抑うつが有意に改善していました。このことは、共同意思決定で診察していくこと自体が、うつ病の改善にある程度寄与することを示していると考えています。

そして今、関西医科大学の加藤正樹准教授ら次世代のエースたちを中心に、うつ病ガイドラインの大改定が始まっています。従来の章に加えて、新しく「維持療法」（うつ病が良くなった後で治療をどこまで続けられればいいのか、どんな薬や治療が継続にいいのかなど）、「二次治療」（最初の一手が効かなかった時の次の選択など）、「治療抵抗性」（治療してもなかなか良くならない場合どうすればいいか）の章を加えました。「二次治療」は海外のガイドラインでも個別に扱ったものではなく、画期的だと思います。更に、「臨床的な特徴・前景のあるうつ病」（不安・混合性・非定型・緊張病・精神病性・認知機能・身体症状・季節性など）も章立てしています。

大改定のガイドラインは、うつ病臨床における、あらゆる場面を想定した完璧な章立てで作成しています。来年には完成すると思いますので、ぜひお楽しみにしてください。更にトピックとして、薬同士の飲み合わせの話とか、精神療法のこととか、妊娠・授乳、漢方薬、今後期待される治療（薬物療法・栄養などの非薬物療法・ニューロモデュレーション）なども入れています。更に、医師だけでなく様々な医療従事者、当事者、家族の意見も反映して、それぞれの章でどういうことを取り上げるべきか、どういうことが考えられるべきか、何を推奨するか、何番目に推奨するか、などに関しても決めていくやり方も考えようと思っています。

Q.

共同意思決定は、医師による一方的な決定とインフォームドコンセントの中間のようなイメージでよろしいのでしょうか

インフォームドコンセントは、「医師が情報を提供する。でも決めるのは当事者や家族だけ」という流れですが、共同意思決定は、決める段階で治療者が意見を言います。昔の医者のようにごり押しするわけではありませんが、「僕があなたの立場だったらこうするかもしれない」というような、インフォームドコンセントではあまり言わないような医者の個人的な意見が推奨されます。

Q.

お話しがあったガイドラインの詳細はどこで見られますか

日本うつ病学会のホームページで見られます。

Q.

必ずしも病態が解明されていない精神疾患について、SDMによって患者や家族に治療法を決めさせるのは無理があるのでしょうか

私たち研究者の力が及ばず、うつ病も「こういう原因でこうだ」ということがわかっていません。ただ、少なくともある程度の効果がある治療法は広く知られていますので、各治療法の良い点、悪い点、費用などを紹介した上で、どうやって取り組みましょうか、というやり方になっています。その中で、当事者のご意見もそれなりに反映されることはよいのではないかと考えています。

Q.

自分に合った対処法、治療法を見つけるための手引きのようなものはお考えではないのでしょうか。私は産業保健師をしていますが、ガイドラインは保健師版もぜひ作成してください

おっしゃる通りで、企業の産業保健師のニーズがあることを担当者に伝えます。より多くの人向けに、今後もやっていきたいと思っています。それから対処法については、今回のガイドラインには書いていないのですが、患者さんたちの最も知りたいことのダントツトップが対処法でした。本当に大切なことだと思います。これはコーピングという名前がついていて、統合失調症では結構研究された時期もあったのですが、うつ病ではありませんでした。実は杏林大学では、コーピングに焦点を当てて調べ始めているところで、ある程度結果が揃ったら皆様に広くお伝えしたいと思っています。



第4回 2023.03.04

# 「抑うつ的な妊産婦のこころを 理解して支える」

## 尾崎 紀夫 先生

名古屋大学大学院医学系研究科精神疾患病態解明学 特任教授

本日は、妊娠・出産に関するガイドをなぜ作ったのか、という経緯からご説明します。2017年に出た妊産婦の死因に関する日本での報告は、我々医療関係者にとって大きなショックでした。これは、東京都内の10年間の調査をまとめた報告で、妊娠出産の時期にお亡くなりになられた女性の4分の3近く(89人中63人)が自死だったのです。妊娠中23人、産後40人で、産後自死の人の6割に精神疾患がありました。また約3割は産後うつ状態にありました。

もうひとつ大きな問題は、精神疾患ではない(診断がついていない)群の半分は、育児で悩んでいることを周囲が確認していたのに、ご本人が精神科診療を拒否していたことがわかりました。精神科は敷居が高いと感じて受診を拒み、そのまま自死をされてしまう。10万人あたりの妊産婦自死数は、日本は8.7人で、同様の調査があるスウェーデン(3.7人)、英国(2人)と比べて非常に高くなっています。この状況を国も大いに懸念し、産後のうつ病をきちんと把握して対応するという事で、健診事業が始まっています。これは全国的にもかなり進んできていて、出産の2週後、4週後からの健診事業が始まっています。ただし、抑うつのだと分かった時にどうしたらいいのか、あるいはもう少し早めに何かやることはないのか、ということが課題になります。

こうした状況を踏まえて、日本精神神経学会と日本産科婦人科学会が合同で医療者向けのガイドをつくり、2020年、2021年と発表をしてみました。精神疾患をお持ちの人や、かつて精神疾患になったことがある人が妊娠出産をご希望された場合、共同意思

決定を主にしてお話しをしていくことになります。当事者、ご家族、一般向けの版を本年発表予定ですが、ほぼできあがってきましたので、本日はその一部もご紹介します。

私が現在受け持っている双極性障害の患者Aさんが、妊娠中と出産後に語った言葉をご紹介します。ご本人が、こういう話をきちんと世の中に公開したいということで、精神科の専門誌に掲載される予定の言葉です。

「双極性障害である私が、『妊娠・出産』に対して望むことはもちろん、口に出しては絶対にいけないように感じていました。その理由として、第一にネットで検索するとネガティブな内容しか見つからなかったことがあります。例えば、『精神科薬を服用しながらの妊娠では、障害のある子が産まれてしまう』、『子どもは親を選べない』、『双極性障害のある親では子育てできない』等と書かれていました。また、前主治医に『子どもがいない人生もあるから』、『妊娠出産が女性の全てではない』などと妊娠出産に対してあまりよく言われなかった点もあります」

私が関係しているノーチラス会(双極性障害の当事者会)は、「精神疾患でも出産は出来るという事実をもっと周知させたい」という思いで活動しています。先ほどのガイドを作るにあたってノーチラス会の人にも参加していただき、色々なご意見をいただきました。この当事者、家族向けの版は、今年(2023年)の夏くらいには発表できると思います。特に、診断を受けている当事者が、妊娠・出産・子育てを迎えるにあた

り、適切かつ妥当に診療やサポートを受けることが可能になる情報の提供を目的としています。

もちろんそれだけではなく、精神疾患の既往がない人が妊娠から出産を経て発症することもあるので、こうした人たちにもできるだけ配慮するようにと、特に産科の先生たちから言われており、そういうことも企図しています。当事者にとって有用と思われる内容を、現時点で最も信用性が高いと考えられる「精神疾患を合併した、或いは合併の可能性のある妊産婦の診療ガイド・総論編および各論編」（医療者向けのガイド）を主な情報源として、Q and A 方式でまとめています。当事者がどのような疑問を持っているのか、そこを何度もお尋ねして、お答えする形で構成しています。作成過程では、当事者の作成協力メンバーと作成委員会の間で情報を共有しながら、議論と推敲を重ねてきました。

例えば、「こころの不調や病気に悩む方に知っていただきたい妊娠・出産の知識と妊娠の準備に関する Q and A」の章では、妊娠・出産に関する項目、将来の妊娠を考えた生活や疾患との向き合い方に関する項目、こころの薬（精神科の薬）と妊娠・出産・授乳に関する項目、妊娠・出産・子育てについて相談できる人や場所に関する項目、などを設けて情報提供しています。

これらの中から、質問と回答の例をご紹介します。将来の妊娠を考えた場合、「妊娠前に精神科の薬を調整した方がよいですか」というご質問に対しては、「今飲んでる薬にもよりますが、妊娠してからも飲み続けられるように変更したほうがよいことがあります」「精神科医（心療内科医）に、妊娠を考えていることを伝えてみましょう」「今の薬が、妊娠してからも飲み続けられるものか聞いてみましょう」「妊娠がわかったときに、自分の判断だけで薬を中断したり、減らしたりせずに、まずは相談してみましょう」「周囲の方どなたかと一緒に相談するとさらによいでしょう」「かかりつけ医が妊娠前の相談に対応していないこともあります。対応してくれる医療機関を紹介してもらいましょう」などと答えています。

また、「精神科の薬を飲みながら妊娠できますか」というご質問に対しては、「精神科の薬は一部を除き、

赤ちゃんに危険を及ぼすことがないと考えられています」と答えていますが、その「一部」の薬を具体的に挙げて次のように説明しています。

「以下の薬を飲まれている方は、危険性があるとまでは言えませんが、妊娠前あるいは妊娠が分かった後にも、できるだけ早く精神科と相談するとよいでしょう。炭酸リチウム（リーマス、リチオマール、炭酸リチウムなど）、バルプロ酸（デパケン、セレニカ、バルプロ酸など）、カルバマゼピン（テグレート、テレスミン、レキシ、カルバマゼピンなど）、睡眠薬および抗不安薬」「精神科の薬は、人によっては月経の不調や性的興味の減退などの作用を伴うものがあります。このような症状が妊娠を妨げていると思われる場合は、医師と相談して調整することが望ましいでしょう」

これに関して私の経験をお話しします。医師とのコミュニケーション、共同意思決定のためには、医師に薬に関する相談をしていただくことがとても大事です。しかし、なかなか相談できないことがあります。私たち医師は効果と副作用を天秤にかけて薬を出しているのですが、副作用の中には精神疾患の症状に似ていて区別がつきにくいものがあり、あれもこれも副作用ではないかと患者さんから思われることもあります。したがって、「副作用に関する心配は主治医に相談してみましょう」と呼びかけており、そのために SST（対人技能訓練）でロールプレイを行っています。例えば、私の患者さんである Cさんと Dさんが、医師役と患者役を務め、Dさんが医師役の Cさんに向かって、「先生、この薬はこういうことで困っているんです」と明かします。このようにして複数の患者さんが打ち明けた悩みで特に目立ったのは、性機能障害に関するものでした。なかなか言えなかったのだと思います。

精神科の薬の中には、ホルモン的一种であるプロラクチン（PRL）の値が高くなるタイプの薬があります。これを使うと月経が止まってしまうなど性機能障害が起こりやすくなります。さらに、乳がんを起しやすくなったり、妊娠出産をしていないのに乳汁が出てきたり、男性なのに乳房が大きくなったりすることもあります。また、高齢者に高プロラクチン血症が続くと、骨密度の低下や肥満、心血管性疾患などにつながる

がりやすくなります。こうしたことが起こりうるので、妊娠出産をお考えの人は高プロラクチン血症のチェックをご検討になるとよいですよ、先ほどのガイドは書いています。

「症状を持ちながらの子育てに不安があります。両親にもサポートは頼みづらい状況です。今後の出産・育児についてどんな準備をしたらいいですか」というご質問には、行政に色々なサービスがあることをお伝えしています。「役所や信頼できる周囲の方、相談員や看護師などにも相談し、サポートやアドバイスをいただくとういでしょう」「公的に利用できるサポートもいろいろあります」「役所の窓口（子育て世代包括支援センターなど）で相談するとよいでしょう」と記しています。

「妊娠中や産後に起きたころの不調は、どこに相談すればよいですか」とのご質問には、「精神科や心療内科に相談されるとよいでしょう。見つからない場合は、産科や小児科、保健センターなどにお尋ねください」「受診に抵抗がある、周囲の方が相談したい（医師の診察を初めて受ける場合は、本人が受診しなければなりません）などの場合は、地域の保健センターの保健師に相談するのもよいでしょう」「保健センターを知らない方は『市町村の名前』と『保健センター』というキーワードで検索するか、都道府県のホームページなどで最寄りの保健センターを見つけることができます」「『こんなことで相談してよいのか』とためらったり、精神科や心療内科の受診は『なんだか怖い』『抵抗がある』などと思ったりする気持ちは当然ですが、ころの不調や悩みで日常生活などに支障をきたしている場合は、精神科や心療内科の受診をお勧めします」などと書いています。

「子育てで悩んだり、育てる自信がなくなったりしたとき、どこに相談すればよいですか」というご質問には「保健センターの他には、子ども家庭総合支援拠点（子ども家庭支援センター、児童家庭支援センターなどの名前の地域もあります）や児童相談所などをお勧めし、「児童館」「おでかけひろば」「保育園」「民生委員・児童委員・主任児童委員」などにも相談して、信頼できる相談員を見つけるとよいと書いています。また、もともと精神疾患をお持ちの場合、主治医が一筆書くと「精神科訪問看護」を利用できます。看

護師のほか、場合によっては精神保健福祉士や作業療法士などの有資格者が自宅などに訪問して相談を受けたり、助言・援助などのサポートをしたりしますので、そうしたこともご紹介しています。

「妊娠中には、どのような体のトラブルが起こりやすいか」とのご心配に対しては、「ホルモンの変化によって、次のようなことが起こりえます」として、例を挙げています。「からだのあちこちのむくみ：ひどくなると顔や手足がパンパンになることがあります」「胃腸の動きが悪くなる：重いつわり（悪阻）や強い便秘症になります」「肌が弱くなる：体中のかゆみ・発疹が強くなると内臓に影響がでることがあります」「食後の血糖値が上がる：突然糖尿病を発症することがあります」。また、「赤ちゃんを育てるために血液の量が増え、次のようなことが起こりえます」として、「妊娠高血圧症候群を突然発症して、まれに脳卒中を起こすことがあります」「大きい子宮によって下半身の血のめぐりが悪くなると、エコノミー症候群となり、まれに肺や心臓に血が詰まってしまうことがあります」「突然気が遠くなって倒れてしまうことがあります」と書いています。

妊娠中は、何となくでも調子がおかしかったら、産科医、助産師、看護師などに聞いていただくことがとても大事です。その時、精神科医と産科医が連携をとりながら、お薬の調整もやる必要があると思っています。

「精神科通院中です。妊娠に向けて、自分の生活で気をつけたいことはありますか」というご質問には、「禁酒、禁煙、食生活の改善など、生活習慣を見直してみましよう」「バランスのとれた食生活をこころがけてみましよう」「やせ体格では、早産などのリスクが高くなるといわれています。日本では、若い女性にやせ体格が増加していることが問題となっています」「肥満の体格の方では、妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病などの様々な妊娠合併症にかかる確率が高くなります」などと書いています。生活習慣の見直しや改善はひとりだけでは難しいので、周囲の人たちと一緒に取り組んでいただくとよいと思います。

体重とお薬のことについて補足します。たくさん  
の研究結果をまとめて 2010 年に発表された研究結果

によると、抗うつ薬の種類によって体重の増えやすさに違いがあり、リフレックス・レメロン、トリプタノール、パキシルは体重が増える傾向があることがわかりました。また、イギリスでたくさんの人の医療情報をもとに行われた研究では、長く抗うつ薬を服用すると多くの薬で体重増加が起こると指摘されました。このあたりも主治医と相談しながら調整していただきたいと思います。

統合失調症や双極性障害、あるいはうつ病の患者さんの一部も飲んでいる抗精神病薬でも、複数研究をまとめた2020年発表の研究により、代謝性副作用に基づく比較・順位付けが行われています。体重、BMI、血糖、LDL、コレステロール、HDL、中性脂肪について、薬ごとの代謝性副作用の起こりやすさが示されました。(ジプレキサやクロザリルなどの)代謝性副作用が大きい薬は、妊娠前になんとか切り替えられるとよいでしょう。また、薬以外にも、統合失調症、双極性障害、うつ病という病気自体にも2型糖尿病のリスクがあるらしく、再発を繰り返すとリスクが上がります。抗精神病薬間のリスクの差異も報告されていますので、これも主治医と相談しながら、糖尿病を起こしにくいようなタイプの薬に切り替えていただくことが大事だと思います。

妊娠中には睡眠の問題も起こりがちです。妊娠の特に後期には、閉塞性睡眠時無呼吸症候群が起こりやすくなります。これは妊娠高血圧症や妊娠糖尿病とも関連するといわれています。妊娠中にホルモンの変化が起こると、体液が貯留してむくみが生じます。赤ちゃんを育てるために血液の量が増え、これによっても浮腫が起こりやすくなります。これが首の周りにも起こると、のどの奥が閉まってしまい、上を向いて寝ている時に息が止まりやすくなります。おなかが大きくなると横隔膜が押し上げられて呼吸がしにくくなりますし、肺の中にも水が多くなって気管径が狭くなることなども相まって、睡眠時の無呼吸が起こりやすくなります。

閉塞性睡眠時無呼吸症候群によって、途中覚醒、熟眠感低下、昼間の眠気、集中力の欠如、疲労感、頭痛などが起こってきます。睡眠中に酸素不足になると困りますから、体は少ない酸素をなんとか体中に送り出そうとして交感神経を高め、心臓をたくさん打たせ

ようとしてノルアドレナリンやアドレナリンを増やします。それで心拍が増加するのですが、一方でインスリンの働きが抑えられるので血糖の上昇につながります。更に酸素不足が毎晩続くと、体内の赤血球が増えて多血症につながり、血管が詰まりやすくなります。この時に眠れないからといってベンゾジアゼピン系睡眠薬を使用すると、首の周りの筋肉の緊張が落ちるので、無呼吸がむしろ悪化します。睡眠時無呼吸症候群を放っておくと死亡リスクが増加しますので、きちんと診断を受けて治療されることが大事です。

妊産婦さんにとっても睡眠は大切ですが、実際の睡眠時間よりも総睡眠時間を短く推定していたり、逆に長く推定していたりする場合があります。睡眠状態誤認には、生理学的要因、心理・社会的要因が関連しています。

睡眠の途中で目が覚める中途覚醒時間の誤認も起こります。うつ病や双極性障害でよく起こるのですが、これがどのくらい、どういうふうになっているのかわからないので、我々で確認してみました。その結果、やはり結構起こっていました。途中で目が覚めたとはあまり思っていないのだけれど、朝眠くてしょうがないというケースは、睡眠時無呼吸の人に多いことが確認できました。中途覚醒を過小評価しているのです。一方、気持ちが落ち込んでいると、客観的にはそれほど中途覚醒ではないのに、「途中で目が覚めて悶々としていた」と過大にとらえる人が多いことがわかりました。こうしたことも起こるので、できれば妊娠前から無呼吸が起こっていないかどうかを確認することが大事だと思います。

精神疾患を持つ女性の治療計画のためのおおよそのルールとして、イギリスの医師会雑誌が次のように書いています。

- ①可能であれば、妊娠前に薬剤変更を行う。その結果、胎児が曝露される薬剤数を最小化し、母親の気分安定を促進する
- ②理想的には、少なくとも妊娠前の3か月間は、精神医学的に安定していること
- ③少ないデータでも、これまで利用されている幾つかのエビデンスがある。エビデンスが存在する薬剤から選択する

- ④胎児が曝露される薬剤数は最小限に抑える
- ⑤チームアプローチ
- ⑥患者が勧めに反対するときも支持する

③については、妊娠中なのでランダム化比較試験はできないのですが、世界中の色々なデータを集めると、それなりにきちんとした調査になります。これを集めてガイドに反映しています。⑤のチームアプローチでは、産科や小児科など多職種の医療スタッフと連携しながら、ご本人やご家族に情報をお伝えします。そして⑥が特に大事で、我々の勧めとは異なる当事者の意見も受け入れて、ご本人の意向を尊重し、支え続けます。ここが非常に重要な共同意思決定のポイントだと思っています。

最初にご紹介した双極性障害のAさんは、プレコンセプションケアにより大過なく妊娠出産しました。妊娠前から関わることで、我々との関係がきちんでき、ご本人の病像やご家族の状況もよくわかりました。そして、改めて双極性障害やそれに伴う妊娠出産に関する情報をお伝えして、遺伝のことについてもカウンセリングをしました。薬剤変更もできたことで、妊娠前にある程度の安定期間を得られました。そしてチームアプローチによって、我々は妊娠確認直後から産婦人科の医師と方針の確認ができ、共同で関わることができました。

次は、もともとは問題がなかったのに、産後にうつ病になったBさんのケースをご紹介します。Bさんは長らく妊娠できなかったのですが、妊娠後の経過は順調で、精神的にも安定していました。ところが産後の翌日から、非常に怒りっぽくて気分が不安定になりました。ご主人の勤務先に「すぐ来て欲しい」と泣いて電話をかけたかと思えば、急いで駆けつけたご主人を「疲れているのでお見舞いはいらない」と拒むこともありました。ですが、こういった不安定さは間もなく一旦落ち着きました。

ところが出産1か月後くらいから、「頭がぼんやりして家事がてきぱきこなせない。何をするのも億劫で、子どもの世話まで面倒くさいが、そんな風に考えてしまう自分が情けない。自分は母親として失格」「他院の精神科でうつ病と診断されていたが、検査で数値が出るわけでもないのに、どうしてうつ病だと診断でき

るのか」「実家の母は自営業で大変なので負担をかけたくない」などとおっしゃるようになりました。

その後、ご本人とすり合わせをしながら治療を進めると、回復後にごうおっしゃいました。「最初は自分に余裕がなくて、『母は自分のことをケアしてくれない』と思っていました。でも今は自分自身が母になり、考え方が変わりました。以前は夫が手伝おうと哺乳瓶を洗ってくれても、洗い方が気に食わず、自分で全てやろうとしていました。今は夫の助けを借り、無理のない範囲で育児をしています。以前はどうしてあんなにカリカリしていたのでしょうか。病気だったのですね」。

ここで、うつ病治療導入時の留意点をご紹介します。まず、否定的認知があることを念頭に置いてください。「病気ではなく怠け」「母親として失格だ」「どうせ薬なんか効かない」というような極端なとらえ方をしていることがあります。一方で、お困りの点が必ずあります。そこに十分な理解を示しながら、困っている点に焦点をあてて、「医療も何らかの役に立つかもしれない」というとらえ方をさせていただくことを目指します。

そのために、心身両面を支えるというスタンスを提示します。「身体的問題が見出せないから精神科受診」という説明では、「見捨てられた」という気持ちを引き起こす可能性があります。あくまで「専門家の助言をきくため」というスタンスをとり、主治医が変わるわけではないことを丁寧に説明します。

例えば、不眠で困っている人には、「病気かどうかはさておき、眠れないとそれだけで疲れやすいし、集中力が落ちるでしょう」と共感し、心の病と言われることへの不安を持つ人には「診断を受けて、別に問題ないということがわかれば、私も安心できるから」などと共感し、その上で精神科の受診を勧めます。

続いて、うつ病の経過と治療のプロセスをご説明します。導入期には、私は「病気だ、病気だ」とあまり言わないようにしています。患者さんが現在置かれている状況であれば、不安に思ったり落ち込んだりするのは無理ありません。「なるほど」「無理もない」と私が感じたことについて、「それは病気ではなく健

康な部分ですよ」と認めて、「そこはそのままがいいのですよ」と患者さんにお伝えします。一方で、その後の共同意思決定に至る過程では、「この部分はどうでしょうか」という話をします。その上で、必要であれば徐々に薬物療法という流れになります。

要するに、病気ではなく怠けだと思っているご本人の気持ちをまずは汲む姿勢で臨むことが大事なのです。一方で、ご本人の物事のとらえ方についての話をしたうえで、療養中は人生の大決断をしないこと（うつ病で強化された極端なとらえ方による決断は後悔のもと）を約束してもらい、ご家族にも一緒に来てもらうなど関係性を大事にしなが、自己破壊的な行動をしないことを約束してもらいます。さらにご家族には、励ましや気晴らしは逆効果であることを理解してもらいます。

うつ病の患者さんは、元気な時は周囲のサポートがたくさんあると思っているのに、抑うつになると否定的なとらえ方が強まり、周囲のサポートがあまりないと思うようになります。そして「母である私が全てやらねば」などと思い、ひとりで抱え込んでいきます。子育ての負荷は誰でも当然あるわけですが、普段気にならなかったことまでも、「大変だ」と感じるようになります。先ほどのBさんの例では、ご主人の哺乳瓶の洗い方が気にいらないということがありました。ちょっとした汚れが気になって仕方なくなり、ますます「大変」だと思ってしまうようになります。

ちょっとしたことで「私、大丈夫かしら」と不安に思う。これは私たち生き物が、外的から身を守って生き抜くための重要なサインで、その時には脳が活発に働きます。そして、不安な時には眠らないシステムが働き出します。このようなことを踏まえて、うつ病で生じる悪循環とその解消法をご説明していきます。

ストレスになる出来事が重なり、そこに出産後のホルモンバランスの変化が起こると、ストレスに耐える脳の力が低下します。そのような状態で、周囲のサポートが十分ではない子育てが続くと、睡眠が減って脳機能の回復が不十分になり、脳機能の変化が起こってしまう。そのためにものの見方が否定的になり、「母である私がやらねば」とひとりで抱え込む。同時に「あれもこれも大変」という思いが強まり、不安でますま

す眠れなくなる。「こういう悪循環が起こっていないですか」と私は尋ねていきます。うつ病だという前に、この悪循環を説明しています。

そうすると、まずは睡眠をなんとか確保できないかという話になります。周りでご相談いただいて、優先順位をつけて、これだけは母親としてやりたいと思う健康な部分は続けていただきます。一方で、こころや脳の休息をとるため、やむをえない場合は薬も使しましょう、ということになります。否定的なものの見方を変えるために、認知行動療法も選択肢として用意します。

ガイドでは「精神科の薬を飲みながら母乳を与えることはできますか」という問いに対して次のように書いています。「できます。しかし、最近は人工乳の良さも見直されてきています」「ほとんどの薬は、飲みながら母乳を与えることができます。母乳を希望されることを産科医や精神科医と話し合えば、状況に合わせて協力してくれるでしょう」「赤ちゃんに、よく吐く、何となく元気がない、体重が増えないなど気になることがある場合は、いったん人工乳に切り替えて、産科医や精神科医に相談するとよいでしょう」「沢山の種類の薬を飲まれていたり多量の薬を飲まれていたりする方や、赤ちゃんに薬が行くことが気になる方などは、母乳と人工乳を交互に与える方法（混合栄養と呼ばれています）や初乳のみ与え、それ以降は人工乳にする方法などもあります」。

授乳が負担とを感じる場合は、人工乳だけで育てても問題はありませぬ。実は私も、早い段階で人工乳に切り替えられた人間ですので、「僕くらいでよければ」という話もします。授乳することがつらい時は、周囲の人に凍結した母乳や人工乳を与えてもらう方法もあります。母乳を与えない場合、途中でやめる場合などは、乳腺の炎症などを予防するために産科医や看護師、保健師などに相談するとよいでしょう、ということもガイドに書いています。

その上で、こころを理解してどういうふうを支えたらよいのか。先ほどのBさんは私たちの研究にも参加くださいました。実はBさんは、子どもの頃の母による養育に関して、妊娠初中期には「過干渉はなかった」と評価していましたが、出産後は「母から過

干渉を受けていた」と思うようになりました。一方、子どもの頃の母からのケアについては、妊娠中期は「ケアされていた」と評価していましたが、出産後は評価が低下したことがわかりました。

妊娠出産を支えてくれる人の数は、非抑うつ群（一般の人）では産後やや増えたと感じる人が多いのですが、Bさんは産後、支えが少なくなったようにとらえていました。妊娠中に抑うつ傾向があれば、おせっかいになりすぎないように注意しながら、サポート人数を増やすことが大切なのです。

お子さんに対する愛着は、非抑うつ群では妊娠中より出産後の方が強まりますが、Bさんは産後に愛着が落ちていました。こういうことが起こるのが、産後のうつ病です。こういう状態の人を周囲は励まそうと思うのですが、急性期のうつ病患者には、励ましと気晴らしは逆効果です。どう頑張ってもよいのかわからないので、励まされて頑張ろうとしても空回りします。頑張れない自分をダメな人間ととらえるため、励まされると「やはり自分は怠けていると思われている」と否定的にとらえてしまいます。気晴らしも、この時期は何に対しても興味関心がなくなっているの、楽しめません。だから気晴らしに誘われると、「他者に嫌われるのではないかと無理をして、心身ともにヘトヘトになってしまいます。精神的な休息の確保はなかなか難しいので、この辺を配慮していただくと大変な難く思います。

優先順位がつかず、段取りがつかないお母さんにとって、子育て以外にも大変なのが料理です。料理をするためには、献立を考え、買い物をして、複数の台所仕事をする必要があります。そのため、どこから始めたらよいのか判断できず、どれも手につかなくなってしまう。うつ病の主婦には料理は困難度が高い家事であることを、周囲の人たちも理解していただくと有り難いです。うつ病がよくなったある主婦は、「一時は、何もおいしくなくて、おいしいものが食べたいとも思いませんでした。その頃は料理が嫌で、できない自分をもっと嫌でした」と大変だった時を振り返り、でも今は夫から『料理の味が以前に戻ったね』と言われます」と話してくれました。こういうのが、ある種のリカバリーということになります。

一方、社会復帰期のうつ病患者には、励ましと気晴らしに意味があります。何をすべきかの優先順位をつけて、「これだけはやってみよう」と励まします。行動することで、「自分もやれる」というとらえ方が回復します。やれたことを周囲が評価し、ご本人と相談して、次に「やること」を確認します。気晴らしは、「本当にやりたいのか」をご本人に確認していただいた上で、「やれそうなこと」を半分だけ（1時間やれそうならば30分）やってみます。やった後、楽しさと疲れを確認します。うつをコントロールするコツは、健康行動を増やすことだと、認知行動療法の大家である大野裕先生はおっしゃっています。無理のない昼間の身体的活動は、睡眠にもプラスになります。

妊産婦さんの不眠の問題は結構多いです。特に妊娠後期は睡眠時無呼吸と、むずむず脚（レストレスレッグス）症候群が起こりやすくなります。脚など（手や体幹部のこともある）の不快感・異常感覚と、脚などを動かしたい強い欲求が出てきます。動かない時に症状が生じたり強まったりします。動かすと少し楽になりますが、夕方から夜にかけて症状が強まる場合が多いです。こうした不快感・異常感覚は、「チクチク」「チリチリ」「うずく」「痛い」などと様々に表現されます。これは鉄欠乏でも起こるので、有病率は女性で高くなっています。血液検査でフェリチンのチェックなどをします。

睡眠を改善するための生活習慣としては、日中の適度な運動と、太陽光に午前中あたることが大事です。光を午前中に目から入れると、そこから15時間後くらいに体温が下がり、体は睡眠の準備に入ります。赤ちゃんの手が温かいのは、深部体温を下げるために放熱しているからです。冷え性の人の寝つきが悪いのは、放熱が十分にできず熱が逃げにくいからです。したがって放熱しやすいように、末梢の血管は少し温めた方がよいです。まずは早寝をしようと思わずに、早起きから始めることも大事です。昼寝は午後3時まで、30分から1時間とると睡眠にとってプラスになります。

最後に、妊娠・出産を経験した双極性障害当事者Aさんの思いをご紹介します。

「妊娠から出産までは長くても10か月です。しか

し出産してからの育児には終わりはありません。自分の体内から出てきたはずの生き物が意思を持ち、自分では考えられない動きをします。楽しいと思えるまでには時間がかかります。今となってはあの時にもっと楽しめばよかったな、なんて思えますが、そんな余裕はありませんでした」

「妊娠中は『早く出産したい』と思い、出産後は抱いているのが大変で『早く歩かないかな』と思い、歩き出したら『いうことをきかない』となりました」

「今は、子どもが保育園に行っていますが、保育園の中で自分の意志とは関係なしにできてしまう『ママ友』に悩まされ、本当に色々なことが起きます。その都度、その都度、B 医師に話を聞いてもらい、しっかり服薬し睡眠をとり、安定して生活することが私の子育てには欠かせないものだと思います」

「落ち着いたから大丈夫。子育てがあるから通院できない。ではダメです。自分がいるから子どももいます。自分を大切にすることが大事だと学びました」



Q.

この領域における遺伝カウンセリングの役割について教えてください

精神疾患をお持ちで、遺伝のことで悩んでいる人は極めて多いです。日本精神神経学会のホームページに、「こころの病気と遺伝」という一般向けのページを作りました。そこを一度ご覧いただくとよいと思います。

Q.

在留外国人の人は文化や宗教の違いから日本人以上に産後うつ病のリスクが高いのではないのでしょうか。しかし日本では、EPDS（エジンバラ産後うつ病質問票）の多言語版の活用は進んでいません。そうした中での在留外国人への対応について教えてください

確かに EPDS 多言語版をしっかりと使えている段階ではないのですが、名古屋大学病院で妊娠出産される人の中には、いろんな国の人があります。我々の精神科や産婦人科にかかっている人の中にも、いろんな国の人があります。各地区の大学病院等はいろんな国の人に対応していますので、そうした病院を受診していただくとよいと思います。

Q.

双極性障害の当事者です。日本の研究は世界的にみて進んでいるのでしょうか

日本では、大規模な、多数例のデータを解析する研究が不足しています。この部分は欧米に圧倒的されています。遺伝子解析などでも同様です。しかし、その解析結果に基づいて、当事者の iPS 細胞を使わせていただいたり、モデルマウスを使ったりした解析など、海外であまりやっていないユニークな研究が日本で行われています。

第5回 2023.03.18

# 「自分らしい ストレス対処法を見つけよう」



## 久我 弘典 先生

国立精神・神経医療研究センター認知行動療法センター センター長

本日は、認知行動療法の考えを用いたストレス対策についてお話しをさせていただきます。私が勤務している国立精神・神経医療研究センターは、東京都心部から電車に乗って1時間から1時間20分くらい西に行った小平市にあります。敷地内には季節ごとに様々な花が咲く緑豊かなところですよ。

コロナ禍が長引く中で、あまり外に出られなかったり、飲みに行けなかったり、コロナに感染したり、2022年はアントニオ猪木さんから有名人が亡くなったりと、いろいろなことがあって気分が優れず、ストレスが溜まっている人が多いのではないかと思います。そのような中で、自分のこころの健康を保つために必要な対処法について、科学的にも心理学的にも効果のある方法をお伝えしたいと思います。

認知行動療法という言葉聞いたことがある人は多いと思います。認知行動療法の中で、その日その日に話し合うテーマをアジェンダと呼びます。このアジェンダには「①セルフモニタリングを知る」「②ストレスコーピングを知る」「③日常生活の中でセルフケアに生かす」の3つがあります。

私たち人間は、メンタルをうまくコントロールすることがすごく難しいのです。なぜかという、人は思いがけないことに会って緊張したりすると、ネガティブに考えてしまうからです。これをネガティブバイアスと言ったりします。例えば、夜中に家の庭でゴソゴソと音がしていたら、サンタクロースや自分と仲の良い人が来たとはあまり考えず、泥棒とか熊が外にいるのではないかと考えると思います。やはり悪

いことを想像してしまうと思います。

それ自体は自然なことで、人間は悪いことに対して備えようとしますので、よくわからない物音をストレスに感じます。それはアラームなのです。そのアラームに気づかないと、いつか本当に悪いことが起きてしまいます。まずは、ストレスを感じていることにしっかり気づいて、自分が置かれている状況と心身の状態をしっかり知る、客観的に把握する、というのがセルフモニタリングになります。次のストレスコーピングは、ストレスへの対処法を学ぶ、ということです。そして、学んだセルフケアを日常生活の中でしっかり生かすことが大事になります。

まず、セルフモニタリングから詳しくご説明します。ストレスを感じたり、感情が動いたりした時に、自分の状況を客観的に把握するための方法です。このセルフモニタリングを行う時には、認知行動療法の考え方が非常に役立ちます。この認知行動療法を一言で言うと、「現実の受け取り方」や「ものの見方」といった認知に働きかけて、こころのストレスを軽くしていく治療法です。気持ちを楽にする治療法なのです。うつ病、不安障害などの精神疾患だけでなく、慢性疼痛、過敏性腸症候群、慢性疲労などの身体疾患の改善にも効果があるため、世界中で使われています。

認知行動療法には、基本モデルといわれるものがあります。皆さんがストレスを感じた時に、まず自分の状態を把握してストレスを軽くするのに、基本モデルを図で表した「こころの仕組み図」が役立ちます。出来事、認知、気分・感情、行動、身体反応がそれぞれ

れどのように結びついているのか、図示されています。

例えば、ここ1、2週間でストレスだった場面、がっかりした場面、心配や不安に思った場面、などを「出来事」（いつ、どこで、誰と、何をしているとき）の部分に書いていきます。例えば、「グループLINEで投稿したのに誰も返事をくれない」という場面を想像してみてください。これを出来事の部分に記入します。続いて「認知」の部分に、「①私はみんなに嫌われている」「②みんな忙しくてみていない」「③答えにくい質問をしてしまったかもしれない」など、自然と頭に浮かんだ考え（自動思考）を書き込みます。

そうすると気分が落ち込んだり、寂しく感じたり、不安になったりします。人によっては胸が痛くなったり、ドキドキしたりするかもしれません。そうしたことを「気分・感情」「身体反応」の部分に書き込みます。そして、その結果どんな行動が起きるのかということ、を、「行動」の部分に記入します。例えば「スマホが気になるけれど見ないようにする」「もう一度質問してみる」などです。何か出来事が起こった時に、考え（認知）と気分・感情、行動、身体反応というのは非常に繋がっているのです。

人間の4大感情のうち、「喜び」というポジティブな感情以外の3つがネガティブな感情です。これは、過去に起こったことに対する「うつ」、今まさに起こっていることに対する「怒り」、将来起こるかもしれないことへの「不安」です。「気分・感情」の部分に書き込むのは、そうしたひとことと言えるものです。そして、それぞれの気分・感情について、今までで最も強まった時を100とした場合、今回はどれくらいなのか、数字を書き込みます。例えば、「落ち込み(80)、寂しさ(10)、不安(40)」などと書きます。

そのような「気分・感情」によって「行動」が起こるわけですが、これは自分の意思で行うものです。自分の意思でスマホを見ないようにするとか、もう一度質問してみようとか、そういうものです。「身体反応」は、自然に生じる身体の変化であり、胸が痛い、ドキドキする、手に汗をかく、などの反応が表れます。ある出来事が起きた時に、それをどう受け止めたり、考えたりするかという「認知」が、「気分・感情」「行動」「身体反応」に変化を及ぼすのです。こうした流れを自分

で客観的にみられるようにするのが、セルフモニタリングです。これができるようになるだけでも、ストレスが少し解消します。

今回の講演では、この「こころの仕組み図」を配布しましたので、書き込んでみてください。まず、1、2週間の間に小さなストレスを感じたり、がっかりしたり、心配したりした場面について、5分間、書けるところまで書いてみてください。

ストレスは外部からの刺激によって生じます。刺激を受けて緊張状態が続くと、私たちには様々なサインが表れます。厚生労働省のメンタルヘルス系の情報サイトには、食欲が出ない、眠りが浅くなっている、眠れない、気分が落ち込む、イライラするなど、色々なストレスサインが載っています。個人特有の痛み（腰痛など）や耳鳴りなどもストレスサインとして表れます。ここで大切なのは、自分に出やすいストレスサインをしっかり知ることです。それが表れ始めたら、早めに休息するとか、気分転換をするとか、そのような対処を行います。

こころの仕組み図に書き出すことで、自分の今の状態を客観的に見られるようになります。認知（考え）、気分・感情、行動、身体反応の中で、変えようと思って意識して変えやすいものがあります。それは認知と行動です。気分・感情は認知の影響を受けやすく、身体反応は自然に起こってしまいますので、意識では変えにくくなっています。

では、考え方や行動をどう変えたらよいのでしょうか。その方法はいろいろあるのですが、今日はストレスコーピングというセルフケアの方法をご紹介します。ストレスコーピングのコープ(Cope)は、英語で「困難に対処する」という意味があります。ストレスにうまく対処することをストレスコーピングといいます。無意識に悪循環を繰り返していくのではなく、ストレスを感じていることに気づいて自覚的に対処していくための方法です。ストレス反応に気づき、ストレスとなる状況に対処していきます。

ストレスコーピングには2種類あります。認知コーピングと行動コーピングです。認知コーピングは、考えやイメージを使ったストレス対処法です。行動コ

ーピングは、何か行動を起こすことによるストレス対処法です。いい思い出やいい事を想像するだけで、気持ちが軽くなる体験は皆さんもされたことがあると思います。ヨガをすとか、何かの行動をすることで、心が軽くなった体験もあると思います。

そこで、皆さんが思いつく認知コーピングと行動コーピングのコーピングリストをつくることをお勧めしています。行動コーピングでは、簡単で効果があって、他の人の都合に左右されず、ひとりでするものをリストアップするのがポイントです。

例えば、認知コーピングでは「温泉に行くことを想像する」「以前に訪れたお気に入りの場所の事を考える」「好きな飲み物を飲むことを想像する」「好きな人が応援してくれているところを想像する」「可愛い動物のことを考える」「自分を励ましてくれる言葉を思い出す」「自分が信頼する〇〇さんだったらどう考えるだろうかと想像する」「問題が全て解決したらやりたいことを想像する」「起きた問題について改善策を考える」「自分の大切な存在がうまくいくことを想像する」などとリストをつくっていきます。アメリカのニュージャージー州にある大学の研究では、自分が楽しかった時のことをムービーで再生するかのように10数秒間、全力で思い出すと、ストレスがかかった時に副腎から出るコルチゾールが15%くらいまで減った、という研究もあります。

また行動コーピングでは「ゆっくり腹式呼吸する」「日記を書く」「友人に話を聞いてもらう」「ヨガをする」「散歩に行き、緑の中を歩く」「読書をする」「好きな歌を聴く」「動物に触れる」「瞑想をする」「入浴剤を入れてお風呂に入る」「触り心地のいいタオルにふれる」「サイクリングする」「やりたいことリストを書いたり見たりする」などという具合にリストをつくります。

ミシガン大学の調査では、1日30分くらい読書をする、ストレスが60数%カットされるという結果が報告されています。また、森に散歩に行くと緑の中を歩くと良いとも言われています。私はアメリカに行っている時、精神科の病棟のデイケアセンターでヨガを見学する機会があって、一緒にやっていると心が非常に軽くなる体験をしました。認知行動療法の中で、他人の幸せを願う慈悲に目を向けた瞑想も有用と言わ

れています。140人くらいを対象にした2008年の研究では、他人の幸せを願った時に、幸福度が上がったり、ありのままの自分を認める気持ち（自尊心）が高まったりすることが分かりました。そんなこともあって、慈悲が最近注目されています。

ストレスコーピングを教育や人事の現場などで紹介する場合、5分とか10分の時間をとって参加者にコーピングリストをつくってもらい、できたリストを見せ合うなどしながら、自分にとって良いコーピングに気づいていただく機会にします。ストレスを感じて疲れている時はこうしたリストも作る気にならないので、元気な時に作成しておくとういと思います。ストレスコーピングでインターネット検索するとたくさんの言葉が出てきますので、そちらも参照するとよいと思います。APAというアメリカ心理学会は、効果のあるストレスコーピングリストをサイトにたくさん載せています。

ストレス対策の中で、こういう認知コーピングや行動コーピングを実践する時間をつくるのが大事だといわれています。例えば1日、20分から30分、ストレスコーピングのための自分だけの時間をつくるのが大事です。忙しい時こそ、こうした時間をつくっていただきたいと思っています。そして、作成したところの仕組み図の中から、認知や行動の部分に着目して、使ってみたいコーピングを選び、それをいつ使ってみるか、ということを考えます。1週間以内に使うような形にしていればよいと思います。

行動コーピングとして、腹式呼吸を挙げる人は多いと思います。呼吸は非常に面白い現象で、意識して行うこともできるし、無意識のうちに行うこともできます。それゆえに呼吸は、意識と無意識の間を司るような生理現象だ、ということが心理学の中でいわれています。呼吸は、吸う時は交感神経が働いていますが、吐く時は心が落ち着くような副交感神経に支配されています。基本的に、自律神経は自分の意思で動かすことは難しいのですが、このような呼吸法で自律神経をある程度支配することができると言われています。

深呼吸する時に、吐く時間を吸うよりも少し長めに延ばすことで、副交感神経優位になります。副交感神経が優位になるとリラックスできるので、ストレス

対策に非常に有用です。私たち国立精神・神経医療研究センターの認知行動療法センターは、YouTubeに「不安を下げリラックスする呼吸法」の動画を上げていますので、ご興味があればご視聴いただき、やってみていただくとよいと思います。何気なく行っている呼吸を1日2、3分、腹式呼吸に変えるだけでも、ストレス対策になると言われています。

ストレスをまず感じられるかどうか。それをセルフモニタリングできるかどうか。そして、ストレスを感じていることに気づいたら、ストレスコーピングのリストづくりに取り組んでみる、という流れを進めていきます。そして、1週間以内に試してみます。セルフモニタリングで自分の状態に気づき、ストレスコーピングで自分をいたわり、セルフケアをしましょう。

今、厚生労働省が「こころサポーター」の養成事業を行っています。その講座の中の選択研修の1つに、「コーピングでセルフケア」が加えられています。今はまだ、養成研修は一部の地域のみで行われていますが、皆さんの地域でも開催されるかもしれませんので、ご興味があればご参加ください。

**Q.** 社員に向けてセルフケア勉強会を開催していく予定です。コーピングリストをそのまま使わせていただいても問題ありませんか

使っていただいて全然かまいません。更に、社員の方々が自分用に変えていきながら、使っていくとよいのではないかと思います。

**Q.** 呼吸法の動作について教えてください。息を吐く時は口でと聞きますが、その根拠はあるのでしょうか。鼻でも口でもどちらでもよいと言われたこともあるので、疑問に思っています

鼻でも口でもどちらでもよいと書いてある本もあると思います。どちらがやりやすいか、ということだと思います。吐く時は口の方がやりやすいとよく言われますので、私たちの動画でもそのようにしていますが、基本的にはやりやすい方でやるのが一番大事なことだと思います。

**Q.** 若年層のメンタルヘルスは、自殺者が過去最大の人数となっており、重要なことと思います。若年層にメンタルヘルスについて伝える上でのポイントを教えてください

若年層というのがどれくらい若い人なのかにもよりますが、私たちのワークショップは中学や高校でもやったことがあります。その際にコーピングリストに関しては、どんなことを考えたら楽しいかとか、どんなことをやったら気分が晴れるかとか、少し簡単な言葉を用いています。大きな違いはないと思うのですが、中学生に対して行う時は、中学生が答えやすいようなやり方を考えています。自殺者数についてはおっしゃる通りで、若年層のメンタルヘルスは大事なことだと思います。精神疾患になる前にストレスケアを行うことは若年層でも大切ですので、気軽にできるような社会になればよいと思っています。

**Q.** 呼吸法の解除はどのように行うのでしょうか

呼吸法を実際にやっていただいて、少しリラックスした状態になれば、呼吸をやめます。それが解除ということになるかと思います。リラックス後の注意点としては、すぐに動くなど忙しくすると、ストレスが緩和した状況が元に戻ってしまいます。そのため、呼吸法は夜寝る前などにやるといいと言われています。

第 5 回 2023.03.18

# 「精神保健の観点から職場の生産性低下（プレゼンティズム）の予防を考える」



## 井上 猛 先生

東京医科大学精神医学分野 主任教授  
東京医科大学病院メンタルヘルス科 科長

職場の生産性低下というと、企業の努力はもちろん重要なのですが、実は精神保健が生産性にかなり影響するということが、諸外国の研究などでも明らかになっています。そこで、これまでの代表的な研究や私たちが出したデータなどをご紹介します、プレゼンティズムを改善することが精神保健の観点から可能かどうか、ということをお話したいと思います。

まず、職場のストレスとプレゼンティズムについてです。2015年12月からストレスチェック制度が始まり、職場のストレスについて調査するようになりました。皆さんも毎年1回は、このストレスチェックをなさっていると思います。この制度が始まる20年ほど前、東京医科大学精神医学教室で私の4代前の教授をされていた加藤正明先生が、旧労働省の研究で「職場におけるストレス」を研究されました。その結果が、現在のストレスチェック制度に反映されています。本日は、このストレスチェック制度をどういうふうにご利用できるか、ということも少しお話ししたいと思います。

ストレスチェックでは、「職業性ストレス簡易調査票」という質問用紙を使います。Aの17項目では、一生懸命働かなければいけないとか、他の部署とウマが合わないとか、そういった職場のストレスについて聞いています。続くBでは、心身のストレス反応を聞いています。活気がわいてくる、ゆううつだ、めまいがする、食欲がない、など29項目の質問があります。そしてCでは、上司、同僚、家族などによるサポートがどのくらいあるかを聞き、最後のDでは満足度を聞いています。これは、ストレス(A)がストレス反応(B)を悪化させて、周囲のサポート(C)はスト

レス反応(B)を軽減する、というモデルです。この3つの因子が相互に関係して、職場におけるストレスを形作っている、という考え方です。

日本におけるうつ病の経済損失/疾病費用は、樋口輝彦先生の論文を引用させていただくと、2008年に1兆2900億円とされました。入院や外来による医療費、自殺による損失などもあるのですが、欠勤による損失(アブセンティズム)が6554億円と非常に大きな比重を占め、能率低下による損失(プレゼンティズム)も1534億円と大きな値になっています。こうした欠勤と能率低下による経済損失(2つ合わせると全体の63%を占める)は、うつ病の予防や十分な治療を行うことで改善できるのではないかと。そのために、この分野に十分な資源を配分すべきではないかと。そのようなことを樋口先生と奥村泰之先生が論文でお書きになっています。

ここで、アブセンティズムとプレゼンティズムについて少しご説明します。アブセンティズムとは欠勤・休職の状態を指します。うつ病などの精神疾患や身体疾患によって、仕事に来ることができていない状態です。プレゼンティズムとは、出勤はしていても労働遂行能力が低下している状態をいい、これはずいぶん大きな問題だと思っています。この2つを改善することで、企業の生産性や日本国の生産性が向上するわけです。うつ病でいうと、アブセンティズムが大きな比重を占めるのですが、健康関連コスト全体で見ると、実はプレゼンティズムのコストが一番大きいということも、海外の研究者が報告しています。

プレゼンティズムはどのように評価するのでしょうか。よく使われるのが、WLQ というプレゼンティズムの自己記入式質問紙です。海外で開発されたものですが、この2週間の健康状態について、短縮版では次の8つの質問をします。「仕事開始から精力的に仕事をこなす」「職場に着いてすぐ、仕事を始める」「仕事に集中する」「会議または電話で人と直接話をする」「要求された仕事をこなす」「要求された仕事を期限どおりに終わる」「仕事中に15分以上座っている、立っている、または同じ姿勢でいることができた」「仕事中に同じ動作を何度も繰り返すことができた」。こうした質問に対して、「いつもむずかしかった」「むずかしかったことは全くなかった」「あてはまらない」などの6択でチェックしていきます。それを計算して、生産性低下の程度を出します。この計算方法は少し難しく、もし使う場合はWLQの開発者に連絡して、使用料を少し払うと使うことができます。日本語訳も作成されています。

プレゼンティズムは職場のストレスで悪化します。仕事の要求度、コントロール、報酬、周囲のサポートの有無。これらがプレゼンティズムに影響するといわれています。また私たちのグループの研究では、仕事のストレス要因と周囲のサポートが、心身のストレス反応に影響することによって、間接的にプレゼンティズムに影響することがわかりました。睡眠の問題への対処が、プレゼンティズムの改善に影響を与えるとの研究結果もあります。これは、プレゼンティズムは職場だけの問題ではなく、個人の生活を工夫することで改善することを示しており、大変重要な所見だと私は思います。

そこで、プレゼンティズムと睡眠の問題についてお話しします。先ほどお示したように、職業性ストレスは「仕事のストレス要因」が「心身のストレス反応」を増強して、「周囲のサポート」は逆に「心身のストレス反応」を改善します。ですから、会社はできるだけ残業などを少なくして、周りに声かけしながら温かくサポートしていくと、労働者の心身のストレス反応は低下します。職業性ストレスが低下すると、プレゼンティズムは低下します。つまり生産性が向上するわけです。職業性ストレスをコントロールすることが、個人個人の健康を良くするだけでなく、その会社や団体の生産性向上につながるということなのです。

実は、この職業性ストレスとプレゼンティズムの関係に、睡眠の問題が影響しています。なかなか侮れない影響を示しています。3000人くらいの労働者のストレスチェックデータなどを使って解析した研究では、睡眠の問題は、仕事のストレス要因や周囲のサポートの少なさで悪化していました。そして睡眠が悪化することによって、間接的にプレゼンティズムも悪化していました。ストレスとプレゼンティズムの関連の間に、睡眠が関わっているのです。ですから介入としては、職場のストレス環境の改善はもちろん重要ですが、個々人の睡眠の改善によってもプレゼンティズムは改善するのです。

睡眠というと、「睡眠薬を処方する」という話になりがちですが、最近はあまり睡眠薬を使わない方向になっています。認知行動療法や睡眠衛生指導などによって、睡眠を改善する対応が増えています。睡眠衛生指導では、「必要以上に寝かさない」「眠れない時間帯に無理に寝かさない」ということが大事です。それから、睡眠妨害要因を除去します。カフェイン、アルコール、光（スマホの光も）などが代表的な睡眠妨害要因です。「眠れない」と言って受診する患者さんの話をよく聞くと、意外と睡眠妨害要因のことをわかっていないので、そこから説明する必要があります。アルコールは、飲むと眠れると思っている人がいますが、寝つきはよくなっても途中で目が覚めてしまいます。ずっと飲んでいるとだんだん効かなくなってきたり、しまいには依存症になって、より仕事のパフォーマンスが落ちてくるわけです。

睡眠障害の対応と治療のガイドライン「睡眠障害対処12の指針」というのがあります。これは皆さんもインターネットなどから入手可能で、個々人で睡眠改善に応用されると、とても有用だと思います。最近の研究では、野菜の摂取不足や食事の不規則さも睡眠と関係することが指摘されています。

この指針は厚生労働省の研究委託費で作成されました。

- ①睡眠時間は人それぞれ、日中の眠気で困らなければ十分
- ②刺激物を避け、寝る前には自分なりのリラックスマethod
- ③眠たくなってから床に就く、就床時刻にこだわりすぎない



- ④同じ時刻に毎日起床
- ⑤光の利用でよい睡眠
- ⑥規則正しい3度の食事、規則的な運動習慣
- ⑦昼寝をするなら、15時前の20～30分
- ⑧眠りが浅いときは、むしろ積極的に遅寝・早起きに
- ⑨睡眠中の激しいイビキ・呼吸停止や足のびくつき・むずむず感は要注意
- ⑩十分眠っても日中の眠気が強い時は専門医に
- ⑪睡眠薬代わりの寝酒は不眠のもと
- ⑫睡眠薬は医師の指示で正しく使えば安全

睡眠薬はできるだけ使わないに越したことはないのですが、最近は安全性の高い薬も出ています。こうした12のポイントを理解すると、睡眠はずいぶんよくなります。そして睡眠がよくなると、プレゼンティズムも改善します。

続いて、プレゼンティズムと生活習慣についてお話しします。最近、生活様式（生活習慣）の観点から、精神疾患の発症、増悪、治療、予防を考える研究が行われるようになり、これをライフスタイル精神医学（Lifestyle Psychiatry）と呼んでいます。生活習慣は私たちの健康に影響しますし、職場のストレスや生産性にも影響します。私たちの教室のデータでは、食事の時間が不規則になると、「高ストレス」（ストレスチェックで心身のストレス反応が強い）のリスクが2.5～4.7倍になります。また、野菜を食べる頻度が少ないと、「高ストレス」になるリスクが1.9～2.9倍になります。寝酒もかえってストレスを上げて、「高ストレス」のリスクが1.9～3.1倍になります。家計の赤字も「高ストレス」のリスクを2.6倍上げてしまいます。そして睡眠は、仕事と同程度以上に心身に影響を与えます。

私たちの教室のデータでは、食事時間が不規則だと心身のストレス反応が強くなり、睡眠も悪くなって、この両方を介してプレゼンティズムが悪化することが示されました。これを間接効果といいます。食事時間が不規則なだけでもプレゼンティズムを悪化させますが、食事時間が不規則だと心身のストレス反応に影響して、さらにプレゼンティズムに影響します。それから、食事時間が不規則だと睡眠の問題が悪化して、プレゼンティズムに影響します。このようにして、3者の間に相関関係があることが示されています。このよ

うなことから、プレゼンティズムを改善しようとする、「食事時間は規則的にしましょう」と労働者の人たちに指導することも大事ですし、「睡眠を改善しましょう」と呼びかけるのも有効な手立てではないかと思えます。

コロナ禍になってリモートワークがずいぶん多くなっています。満員電車に乗らなくてもいいとか、比較的自由に仕事ができるとか良い面もあると思いますが、一方でリモートワークによって様々なストレスが生じて、かえって生産性が低下する側面もあるようです。東京近郊の第三次産業23社、約3000人の社員（コロナ禍前には在宅勤務ではなかった人たち）を対象とした私たちの教室の調査では、53.9%の社員が在宅勤務を体験し、週5日ともリモートワークの人はプレゼンティズムが有意に悪化していました。できれば週1日くらいは会社に行った方がよいのかもしれませんが、なぜ週5日だと悪化するのか、このデータだけではわからないのですが、生活習慣に悪影響を及ぼしたり、心理的な影響を及ぼしたりするのかもしれませんが、リモートワークは仕事の仕方ではありますが、生活習慣、生活様式にも影響するものかと思えます。

次に、プレゼンティズムと小児期体験・パーソナリティ特性についてお話しします。職業性ストレスという職場の問題と思いがちですが、労働者は人間ですので、それぞれの家庭やこれまでの生い立ちなども影響しています。そこに会社が介入するのはなかなか難しいと思いますが、それぞれの労働者の職業性ストレスやプレゼンティズムを改善しようすると、それに合った助言の仕方が重要になると思います。そこで、個人的な影響がどのくらい影響するのか、知っておくことも大事ではないかと思えます。

児童相談所が対応する児童虐待相談の件数は近年すごく増えています。社会問題と考えてもよいのではないのでしょうか。平成12年（2000年）に児童虐待防止法が施行され、その後に対応件数が急増しました。令和2年度（2020年度）には年間20万件もの対応件数がありました。この急増については、近年確かに増えているという見方だけでなく、わが国には以前から児童虐待が多くあったのに認知されず、法律ができたことによって広く認知されるようになった、という考え方もあると思います。おそらくこの両方が影響して

いるのだと思います。現時点では、わが国は諸外国と比べて児童虐待が少ないわけではありません。

どのような虐待が多いのかというと、性的虐待はあまりなく、叩くなどの身体的虐待が約4分の1、無視したり暴言を吐いたりする心理的虐待が半分を占めています。放置して子育てをしないネグレクトもかなりあります。虐待をしているのは実母が多いのですが、コロナが流行してからは実父が増えています。在宅ワークが多くなったことも関係しているのかもしれませんが。現在は実母、実父が半々くらいです。虐待を受けている児童の年齢は、就学前の小さな子供が半分弱を占めますが、小学生や中学生、高校生も虐待を受けています。

こういった虐待は、もちろんうつや不安に影響するのですが、プレゼンティズムにも影響することがわかってきています。当教室が2022年に論文で発表した研究の内容を少しご紹介します。東京とその周辺の労働者469人に質問紙で調査を行いました。その結果、小児期虐待を受けた人は、主観的社会的地位が下がり、他の人に比べて社会的地位が低いと思っていました。この主観的社会的地位が低いと、特性不安（不安になりやすい性格傾向）が高く、これがプレゼンティズムを悪化させていることがわかりました。主観的社会的地位は精神疾患の人では低くなりやすく、特性不安が高いとうつになりやすいことが知られています。

労働者が受けた小児期虐待は、子どもの時の体験ですから我々は介入し難いのですが、主観的社会的地位や特性不安であれば、それを改善することは可能です。特性不安は運動をすると下がります。ハラスメントを受けると特性不安はますます上がりますので、そういう上司からは離してあげることも大事です。主観的社会的地位に関しては、収入が上がればもちろん上がりますが、自尊感情を上げることで上がります。こうした媒介因子への介入は可能なのです。

もうひとつ、いじめの問題もお話しします。いじめの認知件数は、平成20年（2008年）くらいまでは少なく、わが国ではいじめはそれほど多くないと考えられていました。平成25年（2013年）に「いじめ防止対策推進法」が成立して、この前後でいじめの定義が変わっています。以前はいじめとされなかったもの

も、新しい定義ではいじめとされるようになりました。その結果、いじめの認知件数が急増し、令和元年（2019年）には小学校で年間50万件くらいのいじめがありました。中学校でも10万件くらいあります。こうしたいじめも、精神保健に悪影響を及ぼして、プレゼンティズムにも影響します。いじめは学校や家庭の問題だけではなく、企業の生産性にも影響してきます。

いじめに関する研究結果（対象は一般労働者443人）も、当教室が2022年に発表しています。小中学校の時にいじめを受けると、不安になりやすかったり、イライラしやすかったりする性格傾向である神経症的特質が強まり、職業性ストレス（仕事のストレス要因）も強くなり、プレゼンティズムが悪化していました。以前に受けたいじめが、間接的にいろいろな要因を介して、職場の生産性を低下させているのです。

いじめや虐待の防止は重要ですが、いじめを受けた人たちが回復不可能であるかといえば、そうではありません。神経症的特質も運動で下がりますし、職場のハラスメントから離してあげることで下がります。性格傾向だからといって、後天的に治らないというものではなく、後天的にも変わるものだと考えていただきたいと思います。ひとことで言うと、神経症的特質の人ではできるだけ優しく、真綿で包むようにして周りの人たちが対応すると、あまり神経質ではなくなっていくと思います。職業性ストレスも、職場の工夫でストレスを下げるができると思います。

プレゼンティズムに影響する諸要因としては、通常は職業性ストレス（仕事のストレス・心身のストレス反応）が悪化要因と考えられていますが、実はその背景には、養護、過干渉、虐待、いじめ、性格傾向などがあり、生活習慣（食事時間の不規則さ、夜型・朝型、睡眠の問題など）がプレゼンティズムに影響するのです。単に職場だけの問題ではなく、社会全体として生活習慣を変えていくことが有効なのではないかと考えています。

最後に、プレゼンティズムと認知機能についてお話しします。北海道大学と一緒に行った研究をご紹介します。一般成人勤労者476人を対象としています。こういうふうにいる人たちのうつ傾向（病的で

はない)をみたところ、少うつになると認知機能(記憶や集中力)が低下して、職場の生産性が低下することがわかりました。ストレスを減らすとか、抑うつを改善することも大事ですが、認知機能を改善するにはどうしたらよいでしょうか。

精神科治療でいうと、様々な薬物が認知機能を悪化させます。例えば、抗コリン作用を有する薬物、ベンゾジアゼピン系薬剤(睡眠薬、抗不安薬、安定剤)などです。必要な時は服用すればよいのですが、可能であれば減量や中止をした方がよいです。過度の飲酒も認知機能を悪化させます。昔は少しの酒は健康に良いという話がありましたが、最近のデータでは、酒は全く飲まない方が健康に良いとも言われています。

眠気や鎮静を起こさない薬物療法が大事だといっても、春の季節に飲む人が多い花粉症の薬はどうしても眠くなりますので、認知機能も少し悪化するかもしれません。それから意外と見逃されがちなのが、睡眠時無呼吸です。肥満がない人でも起こり、夜中に低酸素の状態が続くと認知機能が悪化します。検査してみると、夜中に酸素飽和度が80%まで下がっているような例もあります。私たちが息を止めてこらえても、せいぜい92%くらいまでしかありません。80%というとはとんど死にそうな状態、重症の肺炎で苦しくてたまらない状態ですので、そんな状態が続くと脳に悪影響が及んで認知機能が悪化します。検査できる施設は、現在は多くありますので、早期発見と治療をお勧めします。

本日の講演をまとめます。一般勤労者において、食事時間の不規則さや睡眠の問題などのライフスタイルが、直接的あるいは間接的にプレゼンティズムを悪化させます。ですから、生活習慣を指導することは非常に有効だと思います。それから、抑うつ症状は認知機能障害を介してプレゼンティズムを悪化させます。できるだけ憂鬱にならないように、ストレス対処法を身に着けることが大事だと思います。規則正しい生活、睡眠衛生指導、うつ症状改善、認知機能改善などが、プレゼンティズムを改善する可能性が示唆されています。

私は精神科医ですので、本日は精神保健の観点から、職場の生産性低下を改善する方法がないかどうか、

データを示しながらご紹介しました。

Q.

不規則勤務のため睡眠がうまくとれていない病院職員がいます。そこから精神的不調を招いて休職につながるケースもあるため、保健指導に使用できる睡眠に関する教材や資料があればご教示ください

先ほどご紹介した「睡眠障害対処12の指針」は、スイミンネットというインターネットからダウンロードできます。もともとは厚生労働省の研究班が作成したものです。それから、睡眠に関する一般書でも、この12の指針は取り上げられていると思います。そちらを使われるのが一番よろしいかと思います。

Q.

プレゼンティズムでは周囲の職員への悪影響が懸念されます。自記式のチェックと合わせて客観的な評価方法はありますか

私はあまりよく知らないのですが、おそらく客観的なプレゼンティズムの評価方法もあるかと思えます。ただ、職員それぞれのプレゼンティズムが悪化しているかどうかを簡便に調べるには、WLQがよろしいかと思えます。ご指摘のように客観評価ももちろん必要だと思えます。

Q.

ストレスチェックを双極性障害の躁状態の時に受けた場合、高揚感から満たされる項目もあると思います。そのために高ストレス該当者にあてはまらず、本人も会社も気づかないことがあるように感じます。そのような隠れ高ストレス者を見つけるにはどのようなことに注意すればよいでしょうか

双極性障害の人が躁状態になりますと、周りが非常に強いストレスを受けますので、周囲の人たちが高ストレスになります。それから、双極性障害は躁状態の後に必ずうつになりますので、高ストレス者として認知されるようになると思えます。

Q.

睡眠障害対処12の指針は、すでにうつ病を患っている人に対しても実践可能でしょうか。例えば、指針の中にある『同じ時刻に毎日起床』について、本人が起きられない時、無理に起こすようなことをして問題ないでしょうか

入院して薬物調整をしますと、夜10時に寝て朝6時くらいに起きるといふ睡眠になります。昼間に寝る患者さんはあまりいらっしゃいません。つまり、自宅にいる時は様々な要因が過眠に影響しているのだらうと思えます。特に、過度に睡眠薬を飲んでると寝過ぎますから、起きられない人は特に、できるだけ睡眠薬を出さないようにしています。それから、過鎮静になるような薬を止めるようにします。意外と飲酒している人もいて、お薬との相互作用もありますので、うつ病の治療中は飲酒しないことがすごく大事です。そのほか、家の中に籠ってしまつて光を浴びていない人もいますので、光を浴びたり、あるいは日中散歩したりするとか、そうした工夫によって、できるだけ睡眠覚醒リズムが正常化するように指導していくのがよいと思えます。私は、患者さんに睡眠リズム表を毎日付けてもらつて、外来に来た時に必ず、何時に寝て何時に起きたか、というのを見ます。意外とこれは有効で、特に几帳面な人は早寝早起にだんだんっていきます。これも一種の行動療法かと思えますので、うつ病の人にも当てはまると思えます。ぜひ応用していただければと思えます。

Q.

ストレスチェックの際、悪くとらえられないように答える人もあり、高ストレス者にならず見逃してしまう可能性もあると思います。対処方法などがあれば教えてください

これはなかなか難しい問題で、おそらくストレスチェックだけだと、こうしたことが起こるのではないかと思います。今日お話ししたように、ストレスチェックに悪影響を及ぼす要因というのが多々あります。例えば食習慣や睡眠などで、睡眠が悪化しているかどうかを一緒に調べるとよいのではないかと思います。睡眠にもし問題があると、結構なストレス状態になっている可能性があると思います。自記式ですので、正直につけていると信じたいところではあります。ご指摘の通りかだと思います。複数の質問紙を用意した方がよろしいのではないかと思います。

Q.

就労支援の職場で働いています。利用者の多くがいじめや虐待を経験されています。就職に踏み切れないのは、自己肯定感の低さによって職場でのプレゼンティズムが低くなるだろうと推測し、それにより周囲からの攻撃を不安視しています。何かよいアドバイスがあればご教示ください

とても重要な問題だと思います。おっしゃる通り、いじめや虐待を受けていると自己評価が低くて、対人関係が敏感になりますので、過度な恐怖感を持ちます。そこで、彼らの助けになるのは就労支援の方々だと思います。彼らに優しく、温かく接して下さって、いい職場を紹介して下さって、そこで優しい人たちに囲まれて就労していきますと、自信につながって回復される人を私も何人もみてきています。就労支援の人たちが利用者の人たちを助けてくださると、過去のいじめや虐待を克服できるのではないかと考えています。