

東京の精神保健福祉

テーマ

薬をめぐる期待と不安

1 こころと薬 ～精神科医から知ってほしいこと～ ①

松島 英介 東京医科歯科大学医学部附属病院心身医療科
しろかねたかなわクリニック

2 薬をめぐる効能と誤解 向精神薬の正しい理解 ⑦

吉尾 隆 東邦大学薬学部医療薬学教育センター臨床薬学研究室 教授

1

こころと薬 ～精神科医から知ってほしいこと～

東京医科歯科大学医学部附属病院心身医療科
しろかねたかなわクリニック

松島 英介



からだの病気に薬を用いることは比較的容易に納得できても、こころの病気に薬を用いることには抵抗があるという人は多いと思われます。今回は「薬をめぐる期待と不安」

というテーマでお話をする機会をいただきましたので、こころの病気に薬が必要なことはあることを理解していただくために、精神科医の立場から皆様に知ってほしいことを述べてみたいと思います。まずは、こころの病気のために患者さんが精神科の外来を受診するときのことを再現してみます。

1. こころの病気というと、どんな症状で外来を受診するのか

こころの病気の症状として患者さんが訴える内容は、表1に示しましたように、「心配だ」、「落

ち着かない」といった不安、「気分が沈む」、「やる気が起きない」といった抑うつ、「なかなか寝付けない」、「夜中に何回も目が覚めてしまう」といった不眠、「お腹が空かない」「食べてもすぐに一杯になってしまう」といった食欲低下、「体のどこかが悪いのではないか」「重大な病気に罹っているのではないか」といった心気、「こんなに辛いのなら死んでしまいたい」「この世から消えてしまいたい」といった希死念慮、「息苦しくてどうかなってしまいそう」といったパニック発作、「(お酒やゲームなどを)どうしても止められない」といった依存、「手を何回も洗わないと気が済まない」、「ちゃんと鍵を閉めたか気になる」といった強迫、「皆が自分の噂をしている」「タンスにしまっておいた財布が盗まれた」といった妄想、「すぐに集中ができなくなる」「(一度に)あっちもこっちもはできない」といった不注意、「今日は何日だったか思い出せない」といった健忘など、さま

表1 こころの病気で受診する患者の主な症状

不安	パニック発作
抑うつ	依存
不眠	強迫
食欲低下	妄想
心気	不注意
希死念慮	健忘 など

ざです。

しかし、この中で精神科の外来で最も多く見られる症状は、不安、抑うつ、不眠で、もう少し詳しくそれぞれをみていくと、まず不安はそもそも漠然としてはっきりしない恐れが続く状態を指します。こうした不安が起こりやすい状況は、不確実な恐れに直面した際（例えば、これから先の情報が不足している時）です。また抑うつは、正常範囲を超えた悲しみややる気のなさなど、精神的な落ち込みが続く状態を指します。抑うつが起こりやすい状況は、実際に大切なものを失った体験または予期した際（例えば、親しい人を亡くした時や仕事を失った時など）です。さらに不眠は、寝つきが悪い、夜中に何回も目が覚める、朝早く目覚めるなど夜よく眠れないことで、過覚醒などが原因で起こりやすいと言われています。

2. 外来受診から薬が処方されるまで

こころの病気の診断には、図1のように、こころの症状とからだの症状の、それぞれの内容と程度（どのくらいの期間、どのくらいの強さで続いているか）や、これらの症状による日常生活への影響を加味して臨床診断をします。ほとんどのこころの病気は、患者さんやご家族との面談によって聴き取ることから始まり、場合によっては心理検査や脳波・脳画像（MRIやSPECT）などの生理機能検査を診断の補助として用いることがあります。

また、からだの病気が原因で起こるこころの病気を見分けるために、血液検査や尿検査などが必

患者や家族などとの面談

- こころの症状とからだの症状
- それぞれの症状の内容と程度
- これらの症状による日常生活への影響



心理検査や生理機能検査を補助として用いることも

臨床診断

世界的な診断基準の条件項目をどのくらい満たすかで、客観的に診断される。

- DSM-5（米国精神医学会）2013年
- ICD-10（世界保健機関）1992年

表2 こころの病気の主な治療

- 休息
- 精神・心理療法
- 環境調整
- 薬物療法

要なこともあります。そして、これらの情報が世界的な診断基準であるDSM-5（米国精神医学会、2013年）やICD-10（世界保健機関、1992年）の症状項目をどのくらい満たすかによって、客観的にこころの病気の診断をすることになります。こころの病気は検査データから直接診断することはないため、初診時には診断基準に合わせて症状を聞き出していくまでに、ふつう診察時間が30分～1時間程度かかります。

一方、こころの病気の治療には、表2のように、休息（こころを休めること）、精神・心理療法（患者さんの訴えを聴き、不安を和らげて、日常生活がうまくできるようにサポートすること）、環境調整（少しでもストレスから離れる環境にすること）、そして薬物療法（薬によりこころの働きを回復すること）などがあります。このうち、薬物療法については、多くの患者さんやご家族が薬の副作用を心配されますが、薬と同じように精神・心理療法にも適用を誤ると副作用が出ることはあります¹⁾。結局は、薬物療法と精神・心理療法などを適度に併用して、こころの病気を治療していくことが一般的と言えます。

では、こころの病気に対して薬が処方されるときはどんなときでしょうか。まず、こころの病気の種類によって薬が処方される頻度が異なります。処方する頻度が高い順にあげると、てんかんは発作を抑えることが最優先のため、患者さんのほとんどに抗てんかん薬が処方されます。次に、統合失調症や双極性障害（躁うつ病）も病勢を抑え患者さんの苦痛を取り除くため、抗精神病薬や気分安定薬などが処方されます。

さらに、うつ病や不安障害、適応障害や不眠障害などは、軽度の場合は薬を使用しなくても改善することがありますが、中等度以上の場合は苦痛を早く取り除くために、やはり抗うつ薬や抗不安薬、睡眠薬などが処方されます。ただし、これら

図1 こころの病気の診断

のこころの病気は、薬が必要な頻度が高いからといって、その病気が重いわけではありません。

また、同じ病気でもその症状によって薬が処方される度合いが違います。その目安のひとつは、症状が生命にどのくらい影響があるかによります。例えば、うつ病で食事も摂れない状態や死にたいと思う気持ち（希死念慮）が強い場合は、少しでも早く病状を改善しないと生命にかかわる問題になりかねないため、必ず薬が必要ですし、入院しての治療も考えられます。

目安の二つ目は、その症状が病気の予後（見通し）にどのくらい影響があるかによって薬を処方する度合いが異なります。認知症のように特に病気が進行性の場合、薬による治療が優先されます。さらに、目安の三つ目は、その症状が日常生活にどのくらい影響するかによっても左右されます。本人がひとりでいられない状況や大きな負担がかかる場合は、すぐにでも治療しないと後で本人や周囲の負担がさらに大きくなります。四つ目に治療に時間や費用がかけられるかによっても異なります。現状では精神・心理療法には保険適用が限られており、時間も費用もかかります。

このようなことを総合的に判断して、こころの薬を処方するかどうかを決めますが、実際に精神科の外来を受診するときには、こころの病気がかなり進んでいることが多く、薬が必要ない患者さんの割合は一般的には1割以下と考えられます。これと比較して、企業の健康管理室で「こころの相談」を受ける従業員では、産業医や看護師・保健師などの医療者がほとんど常にいたり、定期的健康診断時にストレスチェックを行っていたり、さらに上司などが仕事の進捗をみて問題がないか判断できることもあることなどにより、ある程度予防的に受診するため、こころの薬が必要ない患者さんの割合はもっと増えます。

3. こころの薬についてよく質問されること

外来でよく質問されるのは、こころの薬は脳に直接効くので、「脳の働きを薬によってコントロールされてしまうのが怖い」という訴えです。一般に、こころの薬は脳を介してこころの病気に作用しますし、からだの病気は直接からだに働きかけ

て効く薬が多いのですが、一部のからだの薬は脳を介してからだに効く薬もあるのです。たとえば、鎮痛薬、降圧薬、筋弛緩薬、呼吸刺激薬、制吐・鎮暈薬、鎮咳薬などの一部です。それに薬によってその人の意思や考えまで変えてしまうことはなく、むしろその人の本来のこころの働きを回復すると思っていただいた方がいいかと思います。

また、うつ病と診断されたのに、調剤薬局に行ったら統合失調症の薬をもらったということがあります。確かに、昔はうつ病には抗うつ薬、双極性障害（躁うつ病）には気分安定薬（や抗てんかん薬）、統合失調症には抗精神病薬、不安障害には抗不安薬、睡眠障害には睡眠薬とほぼ相場が決まっていました。しかし今は、うつ病には抗うつ薬だけでなく抗精神病薬や気分安定薬も使われますし、躁うつ病には気分安定薬（や抗てんかん薬）に加えて、抗精神病薬も使われます。

また統合失調症には抗精神病薬のほかに抗てんかん薬もよく使われますし、不安障害には抗不安薬よりはむしろ抗うつ薬が使われることも多くなってきました。そして、睡眠障害には睡眠薬はもちろん、抗うつ薬や抗精神病薬も処方されています（ただし、この中には一部保険適用外処方も含んでいます）。したがって、主治医の処方薬についての説明をよく聞いて、十分納得した上で服用していただく必要があります。

さらに、「どうせ薬を飲むなら、西洋薬よりは漢方薬の方がいい」と希望される患者さんもいらっしゃいます。理由を聞くと、「漢方薬なら安全ではないか」という答えが返ってきます。しかし、漢方薬にもそれぞれ副作用があり、患者さんによっては合わない人もいます。例えば、私の外来には妊産婦の方もいらっしゃいますが、精神科でよく使われる漢方薬の中には流産をきたす危険性がある成分が含まれたものもありますので、漢方薬がすべて安全と考えるのはかえって危険なこともあります。また、「睡眠薬を飲んで眠るのなら、お酒を飲んだ方が安心ではないか」という患者さんもおられ、実際日本人を対象にした研究では、週1回以上寝酒をする男性は48.3%、女性は18.3%いるといわれており、逆に睡眠薬を週1回以上使用する男性は4.3%、女性は5.9%であると報告されています²⁾。

図2のように、特に男性では55～59歳が寢酒のピークで、50歳以降は睡眠薬の使用が増えて行きます。一方、女性では40～44歳が寢酒のピークで、20歳代から睡眠薬の使用が増えているのがわかります。しかし、厚生労働省のホームページに掲載されている健康づくりのための睡眠指針2014～睡眠12箇条～³⁾によれば、アルコールは、入眠を一時的には促進しますが、実際には夜間途中ではつきりと目が覚めてなかなか眠れないこと（中途覚醒）が増えて睡眠が浅くなり、熟眠感が得られなくなります。またアルコールは、睡眠薬代わりに少し飲んでいる場合でも、慣れが生じて量が増えていきやすいことが知られています。このように、長期的には飲酒が睡眠を質・量ともに悪化させることが示されています。

4. 処方したところの薬はどのくらい継続してのまれているか

こうして処方されるところの薬が、実際どのくらい継続してのまれているのかを調査した報告があります。Sawadaら⁴⁾は、図3のように、外来のうつ病患者さんを対象として、いずれかの抗うつ薬の治療を継続できていた患者さんの割合について、治療開始から半年後まで経過を追って調べています。その結果、継続できていた人の割合は1か月後で72.8%、3か月後で54.0%、6か月後で44.3%でした。

また、患者さんが治療を中断した理由についてSawadaら⁵⁾は、表3のように、通っても症状がよくなるから35%、医師と相性が合わないから33%、症状がよくなったから32%、お金が

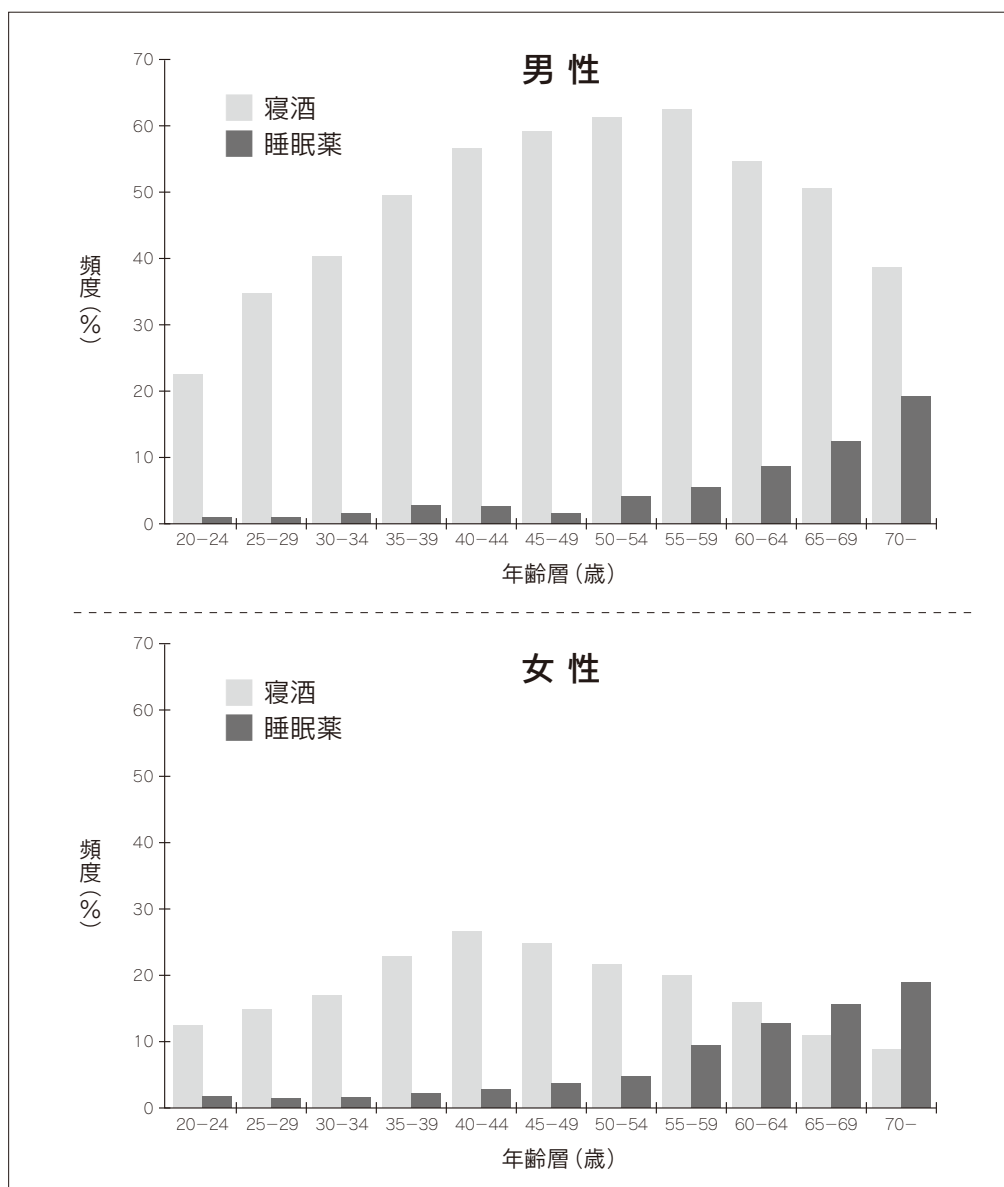


図2 日本人の不眠に対する寢酒と睡眠薬使用の頻度

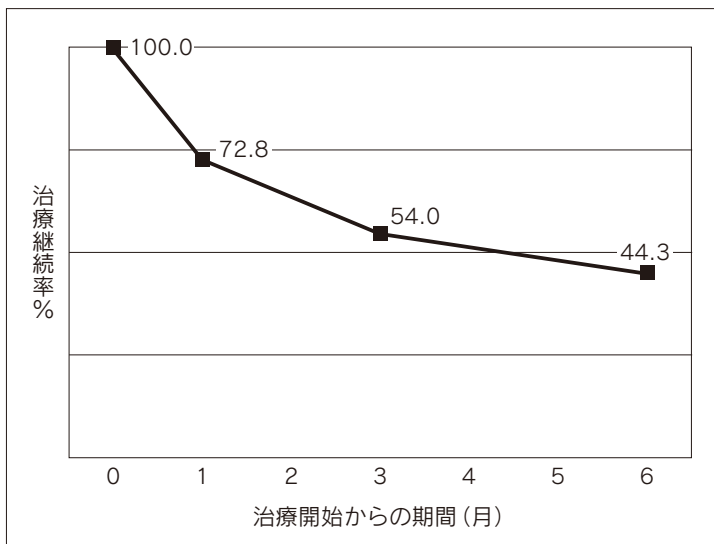


図3 うつ病の治療継続率の推移
(Sawada N et al. BMC Psychiatry 9: 38, 2009)

ないから27%、家から出たくなかった／出られなかったから19%、時間がないから／忙しいから18%などを挙げています。

さらに澤田⁶⁾は、うつ病の治療継続に関連する要因として、表4-1、表4-2のように、処方関連の要因、環境要因、患者要因、治療者要因の4つを報告しています。このうち、処方関連の要因として、薬物による不快感、副作用の出現頻度、治療初期の眠気・倦怠感、長期的な使用による体重増加、服薬回数・服薬錠数の煩雑さなど、環境要因として、家族や支援者からのサポートや助言の不足、家族の精神科治療に対する否定的な意見、医療費や経済的な問題など、患者要因としては、服薬することへの抵抗感、副作用や依存症への不安、

表3 患者がうつ病治療を中断した理由とその出現頻度

通っても症状がよくなりえないから…35%
医師と相性が合わないから…33%
症状がよくなったから…32%
お金がないから…27%
家から出たくなかった／出られなかったから…19%
時間がないから／忙しいから…18%
通いにくい場所だったから…16%
医師に話を聞いてもらえないから…16%
待ち時間が長いから…15%
薬で副作用が出たから…9%
引っ越したから…8%
周りに精神科に通っていると知られたくないから…7%
家族や知人に言われたから…4%

(Sawada N et al. J Clin Psychiatry 73: 311-317, 2012)

病状の重症度、病識欠如（病気に対する自覚がない）など、治療者要因として、治療的結びつきの乏しさ、説明の不十分さ、患者ニーズとのギャップ、コミュニケーション不足を挙げています。

このように、こころの薬が処方されても、その後の経過中に段々服用しなくなっていることがわかります。ここで例に挙げたうつ病は、ただ症状が改善するだけではなくて、その後も十分な社会機能が回復することが治療にとっては大事ですし、逆に中途半端な治療から再発しやすい病気でもありますので、患者さんやそのご家族に治療のことを十分説明する必要があります。しかし、これは何もこころの薬に限ったことではなくて、例えば糖尿病の治療薬などでもよく言われていることです。したがって、上に挙げたような要因を見直してみることで、少しでも服薬の自己中断から病気が再発してしまう危険性を防げるかもしれません。

5. 基本は患者と主治医とのコミュニケーション

患者さんが治療を中断する理由の中で、私が一番重要だと考える項目の一つは、患者さんと主治医とのコミュニケーション不足です。普段私は、がんの患者さんの精神的なケアを行っています。そのなかでコミュニケーションの重要性は特

表4-1 うつ病の治療継続に関連する要因①

➤ 処方関連の要因

薬物による不快感
副作用の出現頻度
治療初期の眠気・倦怠感
長期的な使用による体重増加
服薬回数・服薬錠数の煩雑さ
有効量以下あるいは過剰な投与量
治療効果の不十分さ
いつまで薬を飲めばよいかわからないなどの医療情報の不足

➤ 環境要因

家族や支援者からのサポートや助言の不足
家族の精神科治療に対する否定的な意見
医療費や経済的な問題
交通手段や病院・クリニックへのアクセス
待ち時間や通う時間がないなどの現実的な阻害因子

(澤田法英. 精神科30: 502-508, 2017)

表4-2 うつ病の治療継続に関連する要因②

➤ 患者要因

服薬することへの抵抗感
副作用や依存症への不安
病状の重症度
症状の自然軽快
病気の経過や再発についての知識が乏しいこと
初回エピソード、または抗うつ薬の使用歴がない
病識欠如
薬物依存症の合併
身体症状の合併
若年者
女性
患者の性格傾向（外向性、回避性、衝動性）

➤ 治療者要因

治療的結びつきの乏しさ
説明の不十分さ
患者ニーズとのギャップ
コミュニケーション不足

（澤田法英、精神科30: 502-508, 2017）

に大きな問題になりますので、参考のために紹介します。それは、がんの告知の問題です。

日本ではかつて、がんの告知は患者さんではなくて、そのご家族に行うのが普通でした。それが段々患者さん本人にするようになって来て、がん治療の主治医はしばしば、もしがんの患者さんが自分の病状を告げられたら、治療の結果に悪い影響を与えたり、患者さんが抑うつや不安などの重篤な精神医学的問題を生じたり、さもないと自殺を図るかもしれないと心配するようになりました⁷⁾。そこで、よく見られたのが病名の告知を主治医の側から一方的な形で行うことで、「不意打ちの病名告知」あるいは「不発の病名告知」と呼ばれました⁸⁾。

これは入院中の患者さんのベッドサイドに主治医が突然やってきて、「検査結果はやっぱりがんでした」と患者さんにとっては不意打ちの告知をしたり、外来で主治医が患者さんに検査結果を次々に説明し、「がんでしたから早速入院治療の予約を入れましょう」と一方的に告知をして、患者さんの質問も遮ってしまい、患者さんにとっては何が何だかわからないまま主治医の説明はいわば不発に終わるようなやり方をしたりする場合です。こうした背景もあり、2006年に成立した「が

ん対策基本法」では、すべてのがん診療に携わる医師が、緩和ケアの基本的な知識・技術・態度を習得することをがん医療の重要な課題とし、そのなかで、コミュニケーション技術を身につけることも必須とされるようになりました。

このため、日本のがん患者さんを対象に告知に対する希望を調査し、その結果として、

- ①告知の際には落ち着いた環境を整える
- ②患者さんの理解度をみながら意思を確認する
- ③患者さんが質問しやすい雰囲気を作り、日常生活や仕事についても話し合う
- ④患者さんの気持ちを理解し、適切な対応をする
- ⑤患者さんのご家族にも配慮する

など、告知をする際の効果的なコミュニケーションの方法を‘SHARE’⁹⁾としてまとめ、それを用いた研修が、がん診療に携わる医師に対し行われています。そのうえ、このSHAREによるコミュニケーション技術研修を受けたがん治療医から診察された患者さんは、同研修を受けなかった治療医から診察された患者さんに比べ、うつ状態になりにくいことがわかりました¹⁰⁾。

これはがん患者さんに対するコミュニケーションの重要性を見たものですが、その姿勢は一般の患者さんに対しても通じるものがあると思われ、精神科医にとってもとても参考になっています。

6. おわりに

そもそも「薬」という字は「艹（くさかんむり）」に「楽」と書きます。この場合の「楽」は「療」と同じで、「いやす」という意味だそうです。したがって、薬とは本来、からだやこころを癒すための草や木ということになります。この薬をうまく活かすには、患者さん一人ひとりが安心して服用できることが基本だと思いますし、そのためには、なんと言っても主治医との信頼関係がとれていることが第一ではないでしょうか。その意味でも、私ども医療者にとっては、患者さんとのコミュニケーションを大事にすることを心掛けています。

ましてやこころの病気の診断は検査が主体ではなくて、患者さんやご家族との面談がもとなるわけですから、患者さんが十分納得してこころの薬を服用できるようにするために、そして処方

出せばおしまいではなくて、治療が終わる日まで継続してこちらの薬を服用していただけるよう、精神科医は絶えず患者さんとのコミュニケーションを心掛けています。

文献

1. Scott J, Young AH. Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. Br J Psychiatry 208: 208-209, 2016.
2. Kaneita Y et al. Use of alcohol and hypnotic medication as aids to sleep among the Japanese general population. Sleep Med 8: 723-732, 2007.
3. 厚生労働省ホームページ
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-10900000-Kenkoukyoku/0000047221.pdf>
4. Sawada N et al. Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: a chart review. BMC Psychiatry 9: 38, 2009.
5. Sawada N et al. How successful are physicians in eliciting the truth from their patients? A large-scale Internet survey from patients' perspectives. J Clin Psychiatry 73: 311-317, 2012.
6. 澤田法英. うつ病のアドヒアランス再考と、スマートフォンのアプリケーションを活用した取り組み. 精神科30: 502-508, 2017.
7. Hosaka T et al. Disclosure of true diagnosis in Japanese cancer patients. Gen Hosp Psychiatry 21: 209-213, 1999.
8. 加藤 敏. がん患者のメンタルキャパシティへの配慮—不意打ちの病名告知、不発の病名告知—. 精神科治療学 26: 965-974, 2011.
9. 内富庸介、藤森麻衣子編. がん医療におけるコミュニケーションスキル. 悪い知らせをどう伝えるか. 医学書院, 東京, 2007.
10. Fujimori M et al. Effect of communication skills training program for oncologists based on patient preferences for communication when receiving bad news: a randomized controlled trial. J Clin Oncol 32: 2166-2172, 2014.

2

薬をめぐる効能と誤解 向精神薬の正しい理解

東邦大学薬学部医療薬学教育センター
臨床薬学研究室 教授

吉尾 隆



1. はじめに

向精神薬は、精神疾患の薬物治療の中心となる薬物です。しかし、当事者やご家族の方々をはじめ、一般市民の方々においても向精神薬に関する理解が十分であるとは言えません。向精神薬には依存がある、向精神薬で性格が変わってしまうのではないかと、副作用が心配等、様々な不安と誤解があります。本紙では、向精神薬を正しく理解し、安心して適切に使用するためのお話をさせていただきます。

2. 向精神薬の主な使われ方 (図1)

向精神薬は、抗精神病薬、気分安定薬、抗うつ薬、抗不安薬、睡眠薬等に分類されます。これらの薬剤はこれまで、基本的に抗精神病薬は統合失調症の治療に用いられ、気分安定薬や抗うつ薬は気分障害（躁うつ病、うつ病）の治療に用いられてきました。

また、ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬はそれぞれの精神疾患における不安・緊張や睡眠障害に使用されています。

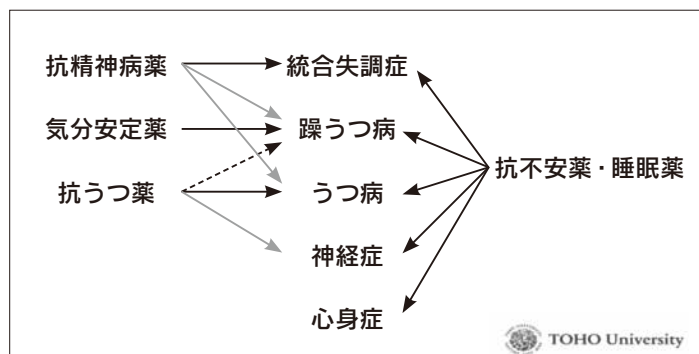


図1 向精神薬のおもな使われ方

しかし、この数年の間に、これらの基本的な使用方法のみではなく、様々な使用が行われるようになってきました。例えば、抗精神病薬は本来統合失調症の治療薬ですが、躁うつ病やうつ病の治療に使用されます。

また、抗うつ薬であるSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）は、うつ病以外にも強迫性障害やパニック障害などの神経症に使用されます。このような使用法は、第1世代抗精神病薬であるクロルプロマジン、レボメプロマジンやハロペリドールでも行われてきましたが、第2世代抗精神病薬においても適応症が拡大され、様々な精神疾患の治療に使用されるようになりました。さらに、抗てんかん薬として使用されているバルプロ酸やカルバマゼピン、気分安定薬である炭酸リチウムが統合失調症や気分障害に使用されます。

3. 向精神薬の使用上の注意

1) 抗精神病薬

統合失調症及び躁うつ病では、心血管系疾患危険因子の頻度は健常者に比べて高く、肥満、喫煙、糖尿病、高血圧症、脂質異常症、メタボリック症候群等が危険因子として報告されています¹⁾。

また、統合失調症患者における突然死の原因として最も多いのが、心・血管系の疾患であり、心筋梗塞が最も多かったとの報告があります²⁾。

したがって、抗精神病薬を安全に使用するためには、身体疾患のモニターが不可欠であり、心電図検査や血液検査を定期的に行うことが重要となります。

2) 抗うつ薬

抗うつ薬は現在、三環系、四環系、SSRI、SNRI（セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬）、NaSSA（ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬）等が使用され、SSRI、SNRI、NaSSAは三環系、四環系に比べ副作用が少なく安全性が高いと言われています。

また、抗うつ薬を使用する際には、急激な服薬中止による離脱症状と使用初期に生じる可能性のある易刺激症状（Activation syndrome）にも注意が必要です。減量・中止はゆっくりと行い、予

防的観点から、診断基準を満たさない軽症のうつ状態に対してはすぐに抗うつ薬を投与しないことも重要です。

3) 気分安定薬

気分安定薬として統合失調症、気分障害等にバルプロ酸やカルバマゼピン、炭酸リチウム等が使用されますが、国内での適応症は躁病および躁うつ病の躁状態であり、カルバマゼピン以外は統合失調症に適応症はなく、また、炭酸リチウムもうつ病に適応症はありません。

しかし、これまでに多くの有効性に関する研究が蓄積されており、各疾患の治療ガイドラインでは、これらの薬剤の使用が推奨されています。したがって、これらの薬剤が適応外で使用されることは多く、その際には、インフォームド・コンセントが重要となります。

4) ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬

ベンゾジアゼピン系抗不安薬は、①抗不安作用の強弱、②作用時間の長短、③力価により使い分けられます。基本的に、予期不安には短時間が短く抗不安作用の強いエチゾラム、ロラゼパム、ブロマゼパムなどを使用し、持続する不安には作用時間が長く抗不安作用の強いロフラゼパムエチルを使用します。また、抑うつのある場合には抗うつ作用を持つアルプラゾラムが使用されます。

抗不安薬の適応症としては、神経症での不安・緊張・焦燥・抑うつ、心身症での身体症状、不安・緊張・抑うつ、うつ病での不安・緊張などがあります。

ベンゾジアゼピン系睡眠薬は活性代謝産物を含めた生物学的消失半減期により、およそ超短時間作用型、短時間作用型、中間作用型、長時間作用型の4型に分けることができます。

不眠のパターンも入眠困難から中途覚醒、早朝覚醒、熟眠障害あるいは複数のパターンが混在したものなどに分けられ、これらの他に診断名、年齢、全身状態などにより使い分けられます。一般的に入眠困難には超短時間作用型あるいは短時間作用型を、中途覚醒や早朝覚醒、熟眠障害には中間作用型、長時間作用型を使用します。

ベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の使用に

際しては、脱抑制、常用量依存、認知機能障害など有害事象も多く、最小限の用量と期間での使用が推奨されています。また、ベンゾジアゼピン系薬非使用群と比べ、ベンゾジアゼピン系薬使用群では統合失調症の死亡率の上昇との間に有意な関連があったとの報告があります⁴⁾。バルビツール酸系薬に比べ依存性も少なく安全であると言われていますが、常用量での依存も生じることが報告されており、慎重な使用法が求められています。

症状が改善したら薬剤の減量・中止を検討し、減量・中止の際には離脱症状に十分注意し、長期連用を避けることが望めます。

現在、殆どのベンゾジアゼピン系薬は麻薬及び向精神薬取締法においてその取扱いが規制されていますが、未だ規制を受けていない薬剤もあり、使用に際しては十分注意する必要があります。

5) 抗パーキンソン病薬

抗パーキンソン病薬であるピペリデンなどの抗コリン性抗パーキンソン病薬は、抗精神病薬等により生じる錐体外路症状に対して使用されますが、統合失調症患者に対する抗パーキンソン病薬の併用は認知機能障害を引き起こす可能性があるため、長期間使用するべきではなく、症状が改善したら早期に減薬・減量し、中止を検討する必要があります。

また、抗コリン性抗パーキンソン病薬の減薬は、

コリン作動性リバウンド症候群（離脱症状）を生じるため、慎重に徐々に行う必要があります。

また、急激な抗パーキンソン病薬の中断により、精神症状の悪化と悪性症候群（Neuroleptic Malignant Syndrome）が生じることがあり、急激な中断をするべきではありません。

4. 精神疾患と薬物治療

1) 統合失調症

統合失調症では、ドパミンD₂受容体におけるドパミンの過活動や低下が考えられています（ドパミン仮説）。中脳辺縁系においてドパミンの働きが過剰になると陽性症状（幻覚・妄想など）が発症し、中脳皮質系でドパミンの働きが低下すると陰性症状（感情の平板化、引きこもりなど）が発症すると考えられています（図2）。

現在行われている抗精神病薬による薬物治療は、ドパミンD₂受容体におけるドパミンの働きを調整することであり、第1世代抗精神病薬と第2世代抗精神病薬に分類されます。クロルプロマジン、フルフェナジン、ハロペリドールなどの第1世代抗精神病薬は抗精神病作用を持っていますが、過鎮静や錐体外路症状を起こしやすく、リスペリドン、オランザピン、クロザピンなどの第2世代抗精神病薬は抗精神病作用に比べて、錐体外路症状を引き起こしにくいと言われています。

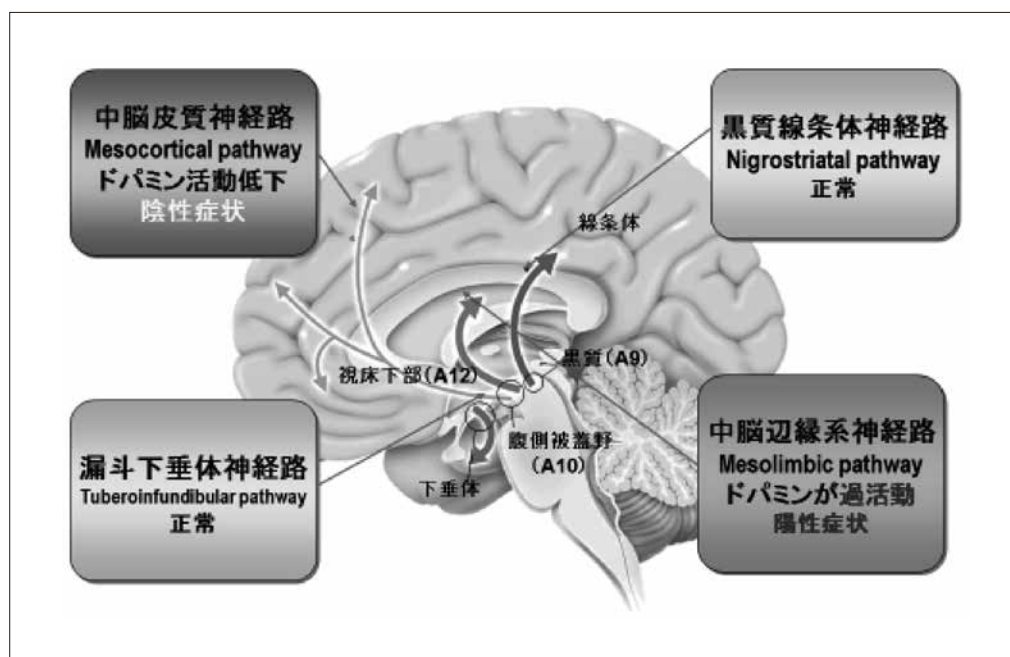


図2 統合失調症～ドパミン仮説～

2) 気分障害（うつ病、躁うつ病）

米国精神医学会による診断基準（DSM-5）では、現在、気分障害は大うつ病性障害（うつ病）害と双極性障害（躁うつ病）として別々に分類されています。これまで、うつ病のうつ状態と躁うつ病のうつ状態を初発の段階で見分けることが難しく、うつ病と診断された患者のうち、少なくとも20%、状況によっては50%が長期的には躁うつ病であったと報告されています⁵⁾。

米国における3年間の勤労者（3,378名）に対しての疫学調査では、躁うつ病患者で平均66日間、うつ病患者で平均27日間の休務日数があり、躁うつ病の方が社会的損失は大きいと考えられます（図3）。また、躁うつ病においてもうつ病と誤って診断される可能性が高い、双極Ⅱ型障害では、双極Ⅰ型障害に比べてうつ病相が長いことが判明しています（図4）。

うつ病の薬物治療には抗うつ薬以外にも気分安定薬をはじめ殆ど全ての向精神薬が使用されます。したがって、薬物治療の際には多くの向精神薬の副作用と共に相互作用にも十分な注意が必要になります。また、軽度から中等症の急性期うつ病に対しては薬物治療と共に心理療法が推奨されていますが、精神病性の特徴を伴わない重度、及び精神病性の特徴を伴う重度のうつ病では心理療法の単独治療は推奨されず、薬物治療との併用が推奨されています。また、抗うつ薬が無効である

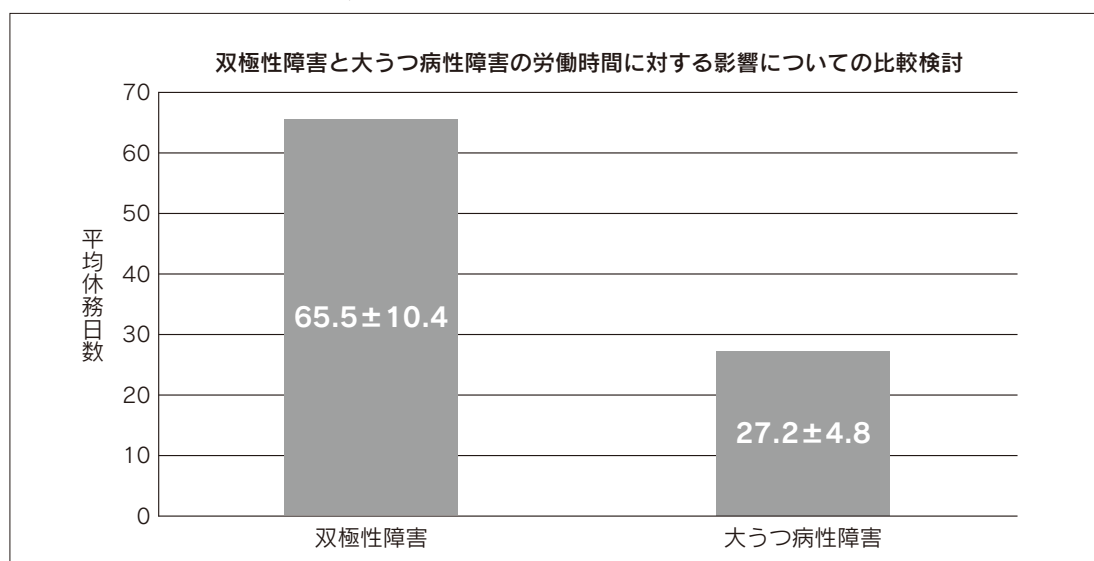
場合には、心理療法、2剤目の抗うつ薬、非定型抗精神病薬、炭酸リチウム等の併用による増強療法が推奨されています⁶⁾。

躁うつ病の薬物治療においても、うつ病と同様に気分安定薬以外にも殆ど全ての向精神薬が使用されます。したがって、薬物治療の際には多くの向精神薬の副作用と共に相互作用にも十分な注意が必要になります。躁うつ病の治療目的は躁病相の治療、うつ病相の治療、躁うつ両病相の予防（維持療法）となりますが、躁病相（急性期）では気分安定薬が使用され、軽症例には単独で十分効果的であるといわれています。重症例では抗精神病薬との併用が行われますが単独でも有効であり、第2世代抗精神病薬が鎮静効果もあり、今後は治療の中心となる可能性があります。

ベンゾジアゼピン系薬（特にクロナゼパム）は焦燥感が強い場合に使用されることがありますが、脱抑制となり、悪化させるリスクもあることに注意が必要です。うつ病相の薬物治療には、リチウムの単独投与、クエチアピン300mg/dayなど第2世代抗精神病薬単独投与が行われますが、抗うつ薬にリチウム、クエチアピン、オランザピン、アリピプラゾール等の併用が行われ、ラモトリギンも1日200mg程度で有効です。

しかし、躁うつ病のうつ状態に抗うつ薬を使用することには、急速交代（rapid cycling）化、病相の不安定化、躁転、躁転に類縁する慢性的な不

図3 勤労者（3,378名）に対しての疫学調査（アメリカ：2001－2003）



Kessler, RC. et al. : Am. J. Psychiatry, 163, 1561-1568, 2006

快気分、易刺激性、睡眠障害、混合性うつ病の悪化、自殺関連事象の悪化の可能性等、様々な問題点が指摘されています。

また、躁うつ病のうつ病相に対する抗うつ薬の有効性を検討したSTEP-BD試験⁷⁾では、気分安定薬に抗うつ薬を併用したことによる治療効果への違いは見られませんでした。したがって、現在は躁うつ病のうつ状態に対して抗うつ薬を使用することは基本的に推奨されていません。

3) 認知症

現在、認知症はアルツハイマー型認知症が約60%、脳血管性認知症とレビー小体型認知症がそれぞれ約20%といわれています。しかし、これらの認知症に対する治療薬は、ドネペジル、ガランタミン、リバスチグミン、メマンチンの4種類のみであり、これらの薬剤による薬物治療では中核症状（記憶力障害等）を改善することは難しく、症状の進行を抑制する効果しか期待できません。

また、錐体外路症状や消化機能障害等に注意が必要になります。周辺症状（妄想、攻撃性、不眠等）に対しては様々な向精神薬が使用されていますが、様々な副作用に注意が必要になります。

5. さいごに

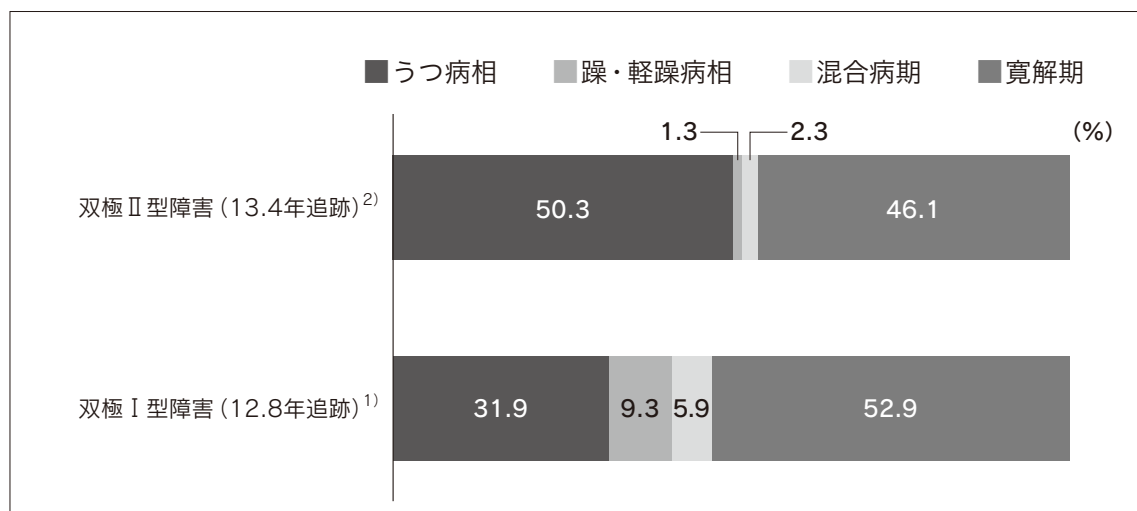
向精神薬を適正に使用するための注意点等につ

いて解説をしました。向精神薬には依存がある、向精神薬で性格が変わってしまうのではないかなど、様々な不安と誤解がありますので、正しい理解を目的にお話しをさせていただきました。確かにベンゾジアゼピン系抗不安薬・睡眠薬の様に依存があり、長期連用は避けなければならない薬剤もあります。また、抗精神病薬による錐体外路症状や抗パーキンソン病薬による認知機能障害には十分な注意が必要です。したがって、向精神薬を安全に効果的に使用するためには、医療者のみならず、当事者やご家族にも正しい理解が必要となります。

文献

- 1) De Hert M, et al., ; Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in health care. World Psychiatry. 2011 Feb;10(1):52-77.
- 2) Ifteni P, et al.; Sudden unexpected death in schizophrenia: Autopsy findings in psychiatric inpatients. Schizophrenia Research 155: 72-76, 2014.
- 3) Tiihonen, J. et al. :Polypharmacy with antipsychotics, antidepressants, or benzodiazepines and mortality in schizophrenia. Arch. Gen. Psychiatry, 69(5): 476-483, 2012.

図4 双極性障害の経過中に各気分エピソードが占める割合



1) Judd, et al. : Arch. Gen. Psychiatry, 59: 560-537, 2002 2) Juddb, LL et al. : Arch. Gen. Psychiatry, 60: 261-269, 2003

- 4) Angst, J. : The bipolar spectrum. Br. J Psychiatry. 190;189-191. 2007.
- 5) American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients With Major Depressive Disorder, Third Edition, 2010.

- 6) Sachs GS, et al.; "Effectiveness of adjunctive antidepressant treatment for bipolar depression". The New England Journal of Medicine. 356(17):1711-1722. 2007.

編集後記

こころの病気に限ったことではありませんが、個人にマッチした処方調整はそれぞれの病状・経過や薬への反応性等を随時確認しながら進められていきます。当然、そこには治療する側と受療される側の共同作業的な部分があります。今回、両先生によるご寄稿の中にはそういった「診察室での相互の会話」を豊かにする知見も沢山散りばめられておりますので、ご活用願えれば幸いです。(S.I)

法人会員情報

ご入会ありがとうございます

2019年9月末日現在

施設名

- | | |
|---------------------------|-------------------------------|
| 1 (一社) 東京精神神経科診療所協会 (中野区) | 6 (福) 鶴風会西多摩療育支援センター (武蔵村山市) |
| 2 (医) 光生会平川病院 (八王子市) | 7 (医) じうんどう慈雲堂病院 (練馬区) |
| 3 (医) 成仁 成仁病院 (足立区) | 8 (医) 樹会武蔵小金井南口心療クリニック (小金井市) |
| 4 (医) 鳶の木会 南晴病院 (大田区) | 9 (医) リラにしむらクリニック (国分寺市) |
| 5 (医) 敬聴会祐天寺松本クリニック (目黒区) | |

引き続き法人会員の募集をしています。詳しくは下記入会案内をご覧ください。

東京都精神保健福祉協議会 入会のご案内

精神保健福祉向上に協力の意思のある方は、どなたでも入会できます。
入会された場合、年2回のニュースレターや精神保健福祉に関する講演会
のお知らせなどをお送りします。

☐ 会費 (入会金は不要です。)

☐ 個人 1,000円 ☐ 法人 10,000円

多くの精神保健福祉に関心ある方や
施設・法人の入会をお待ちしています。

☐ 入会の方法 事務局にお問い合わせください。

お問い合わせ 東京都精神保健福祉協議会事務局 担当 南雲 真実

〒143-8541 東京都大田区大森西6-11-1

東邦大学医学部精神神経医学講座内

TEL ▶ 03-3762-4151 (6770) FAX ▶ 03-5471-5774

Mail ▶ tokyoshfk@gmail.com

登録番号 (31) 242
(通巻No.74) ISSN 1343-3830

発行

令和元年10月発行
東京都福祉保健局障害者施策推進部
精神保健医療課
〒163-8001
新宿区西新宿二丁目8番1号
TEL 03-5321-1111 (内) 33-171
FAX 03-5388-1417

編集

東京都精神保健福祉協議会事務局
担当 南雲真実
〒143-8541 大田区大森西6-11-1
東邦大学医学部精神神経医学講座内
TEL 03-3762-4151 (内) 6770
FAX 03-5471-5774

印刷

株式会社トリョウビジネスサービス