

第104回日本精神神経学会総会

シンポジウム

うつ病の広がりはどう考えるか

コーディネーター 宮岡 等

日本における気分障害患者数は1996年には43.3万人であったが、2005年には92.4万人となった。患者の年齢分布をみると40歳以下の占める割合の増加が目立つ。従来の好発年齢よりも若い世代で発症するうつ病が増加している点は、異なる特徴を有するうつ病が生まれつつある可能性を示しているかもしれない。一方、抗うつ薬の国内における売り上げは、フルボキサミンが日本で最初のSSRI（選択的セロトニン再取り込み阻害薬）として発売された1999年以来、著しい増加を示し、1998年の172億円が、SSRIの高い薬価も影響し、2007年には1100億円を越えたと言われる。当初の予想より売り上げが大幅に伸びた医薬品の薬価を引き下げる市場拡大再算定という規定があるが、SSRIはアンギオテンシンII受容体拮抗型血圧降下剤とともに2008年4月1日に約10%の薬価引き下げとなった。このような近年の変化はうつ病の診断方法や治療指針の変化と密接な関係を有する。

臨床現場ではすでに問題が起こっているように思う。例えば、抗うつ薬の効果が乏しいと予測される患者に対して「うつ病は休養をとって、抗うつ薬を飲めば必ず治る」との説明の下で、性格や環境面に対する対応はないままに抗うつ薬が処方される場面が増えている。うつ病に含めるかどうかという診断だけの議論であれば問題は小さいかもしれないが、不適切な説明や治療は医師の責任

や患者の不利益につながる。うつ病には内因性うつ病と神経症性うつ病があり、主な治療法が異なるのでできる限り鑑別するという方針はどこに行ったのであろうか。一方、うつ病の広がりが社会やプライマリケアにおける精神障害の早期発見に貢献していることも否定できないが、広がっているわりに本当に治療しないといけない人が受診していないのではないかという疑問もある。

うつ病の広がりについては、精神科医間での議論が不十分なままに、医学教育や社会への啓発がなされ、さらには精神科医の診療にすら混乱を生じているのではないかと。本シンポジウムは、異なる専門の立場からうつ病の診療に当たっておられる5人の先生方の考えを聞き、今後の議論の糸口になればと考えて企画した。シンポジストはうつ病の広がりに対して臨床重視の立場から発言されるのを企画者が聞いたことのある先生にお願いした。

シンポジストの発表内容は掲載された論文を参照していただくとして、誤解があるかもしれないが、司会者としての理解を簡単に述べたい。中安は状態像診断と疾患診断を混同する、大うつ病性障害を「うつ病」と言い換えるなどにおいてDSMの責任が重いとした。これに対して討論の中で坂元（東京女子医大）から「DSMはきちんと適用すればそれほどの問題はない。DSM自体よりも使用方法の問題ではないか」との指摘があ

った。仙波はうつ病診断の現状を分析し、操作的診断基準の妥当性、endophenotypeの採用、アウトカム評価などがより検討されるべきであるとした。田島は多様化したうつ病には新たな回復モデルが必要であるとした。司会者には、安易な抗うつ薬の使用、抗うつ薬に頼る治療モデルに強い警鐘を鳴らしたように思えた。うつ病の広がりや職域の相互作用について述べた松崎の発表は、うつ病を広げすぎるのはよくないと考えながらも、広げざるを得ない社会状況に立たされた時の精神科医の苦悩のようにも聞こえた。張はうつ病診断の閾値を低くし、早期に治療することが自殺予防

につながることを述べ、うつ病の広がりを肯定的にとらえる方向性を示した。

シンポジウムを終えて、医学教育や社会への啓発の前に精神科医の中で議論すべき課題が多いことを実感した。土曜の午前という時間帯にもかかわらず立ち見の方も出るという盛況は、専門医制度のせいであろうが、司会者席からみて聴衆が真剣な目で聞いてくださり、居眠りをしている方を見つけることができなかったことは本シンポジウムの意義を少しは認めていただいたと自負している。