


A vibrant field of sunflowers under a clear blue sky. The sunflowers are in various stages of bloom, with bright yellow petals and dark brown centers. The background is slightly blurred, focusing attention on the foreground flowers.

平成23年度「精神科医と一般科医の連携強化事業」

**こころが動く、こころの為の
精神科・専門医との連携**
(かかりつけ医の対応、自殺防止、医療連携)

丸山文夫 MD, PhD, FJSIM, FACP
藤田保健衛生大学病院 緩和医療科
伏見ライフプラザ5階「鯨城ホール」
2011年12月11日



伝えたいこと

精神科的疾患に

- ・ 関心を持つ
- ・ 恐れを手放す
- ・ 出来るカモかもと思う

精神科医との連携

うまくいっていますか？



精神科医 かかりつけ医



精神科的診療

上手くいっていますか？

精神医学的問題

の現状



質問(1)



Q. 毎日、高血圧の患者さんを診ている

Q. 毎日、()の患者さんを診ている

質問(2)

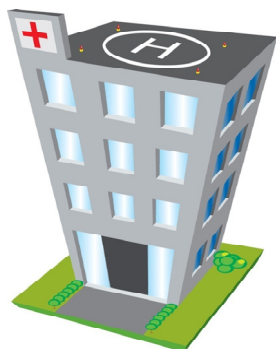


精神科的対応は

プライマリケアに於ける

うつ病の実態

10人に1人はうつ病患者（WPA）
高血圧患者より、うつ病患者が多い



内科受診の

1/3患者が

何らかの精神疾患を有する



うつ病患者は内科を受診

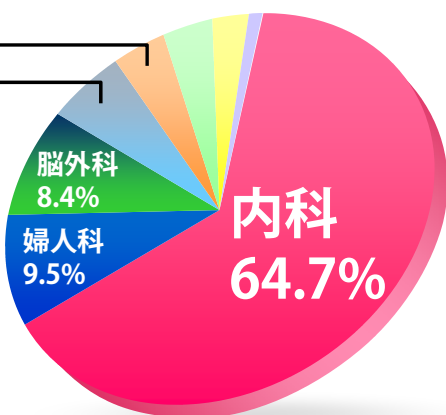
心療内科 3.8%

精神科 5.6%

脳外科
8.4%

婦人科
9.5%

内科
64.7%





精神科的対応が必要な
人多すぎ



精神科疾患を診るのは？

- 精神科
- 心療内科
- かかりつけ医

心身両面から同時に患者をみられる立場にある**General Physician**こそ、

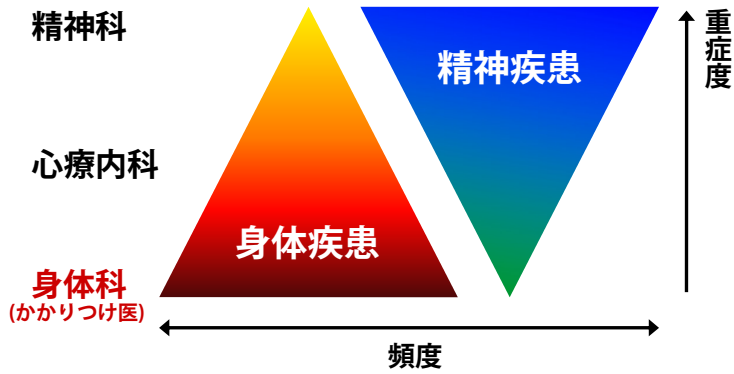
精神面しか扱えない精神科医よりも**common disease**の患者にとって、

より適切な**治療者**となりうる

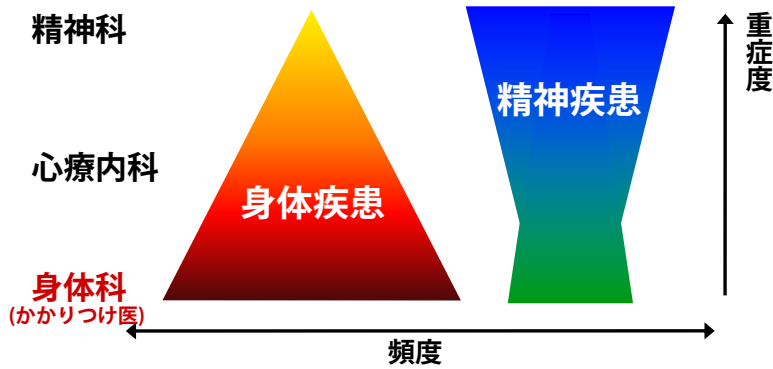
M.バリント



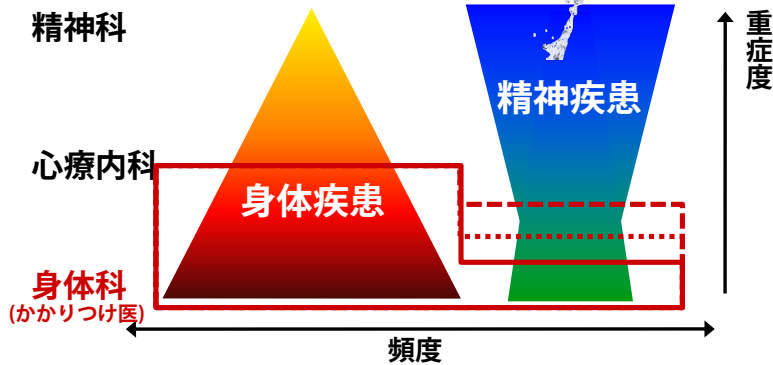
かかりつけ医に於ける精神疾患の
頻度と重症度



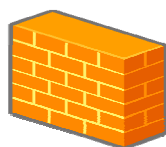
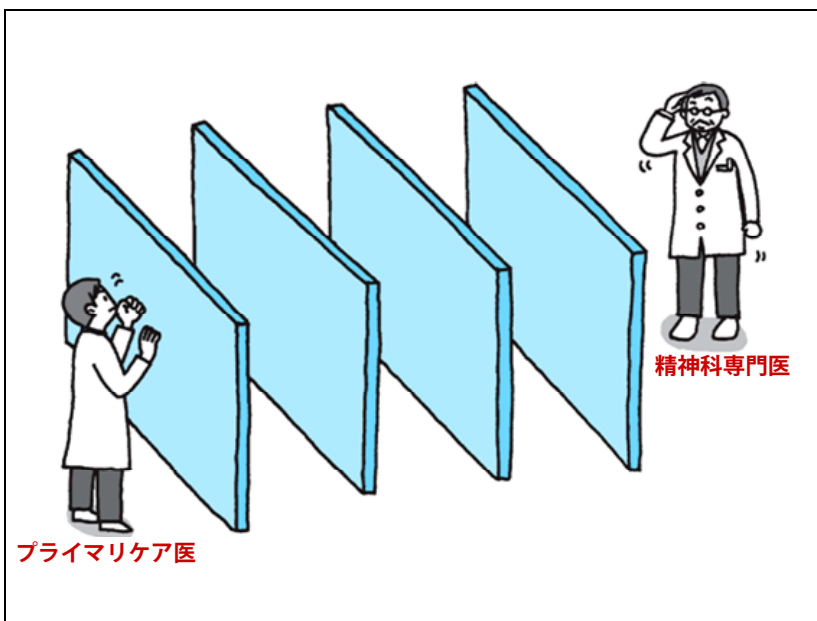
かかりつけ医における
精神疾患の実際



Gatekeeperとしての
かかりつけ医



プライマリケア医が
心療を実践する際に
直面する障壁

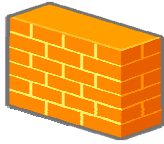


第1の壁

心療に対する
怖れ

時間がかかるのでは？
身体科医にとっての地雷

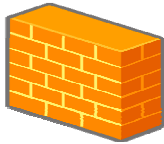
- 希死念慮、自殺企図、自傷行為
- 行動化
- 躁転・躁状態
- パーソナリティー障害
- 抗精神病薬の副作用



第2の壁

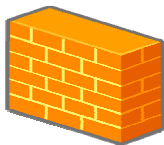
精神医療に対する スティグマ

患者の
家族の
医療者の



第3の壁

いつ、誰に、 紹介すればよい？



第4の壁


精神科初診までの 待機時間が長い

利用しにくい



第5の壁

受診したのに…



結局のところ、
私が診る
しかない？！



精神疾患は
お好き？

No!

- うまく取り扱えない
- 成功体験がない
- 長くかかる

地雷を踏んだ経験



私にもあなたにも
できる！…



Skill

診療スキル

やり方

も必要

短時間で終わるためには、
技術も必要

MAPSO

Mood
気分

Anxiety
不安

Psychoses
精神病群

Substances
物質による障害

Organic
器質的障害

Concept

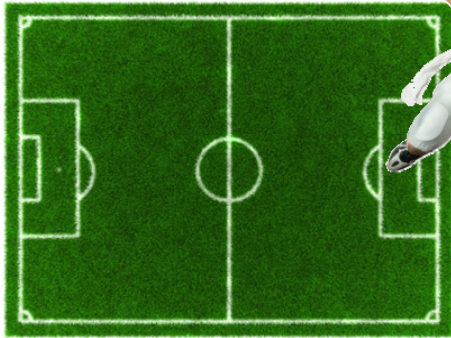
- 楽しい
- 長くかからない
- 評価される、満足する
- 標準化(共通のルールで)

DSM-IV



DSM-IV

同じルールで



DSM-IV

「米国 精神疾患の診断・統計マニュアル 第4版」

- 18の診断カテゴリー
- 6,000以上の徴候・症状を分類
- 均等な重みづけでカタログ的
- 症候をあつめて、診断基準を作成 (操作的診断)
- 精神医学的な診断は、総合的な臨床的な判断

DSM-IV



通常、幼児期、小児期、または青年期に初めて診断される障害



せん妄、痴呆、健忘性障害、および他の認知障害



一般身体疾患による精神疾患



物質関連障害



統合失調症および他の精神病性障害



気分障害



不安障害



身体表現性障害



虚偽性障害



解離性障害



性障害および性同一性障害



摂食障害



睡眠障害



他のどこにも分類されない衝動制御の障害



適応障害



パーソナリティ障害



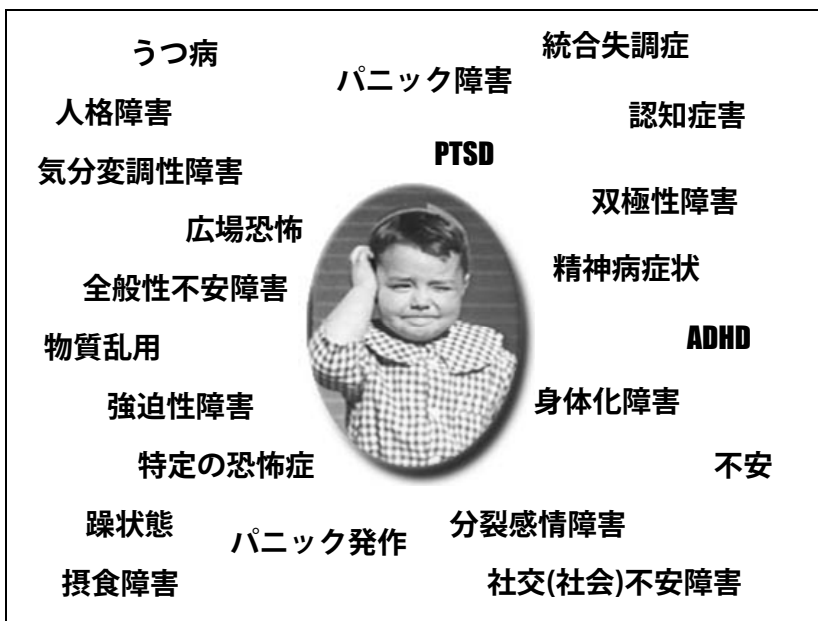
臨床的関与の対象となることのある他の状態



追加コード番号

大うつ病 DSM-IV-TR

- 症状のうち5つ以上が同じ2週間の間に存在
 1. 抑うつ気分
 2. 興味、喜びの著しい減退
 3. 食欲・体重の変化（減少・増加）
 4. 睡眠障害（不眠もしくは過眠）
 5. 精神運動性の焦燥もしくは抑制
 6. 疲労感あるいは気力の減退（倦怠感）
 7. 無価値観あるいは自責感
 8. 集中困難あるいは決断困難
 9. 自殺念慮
- 臨床的な苦痛、社会的、職業的な機能の障害
- 物質、一般身体疾患によらない



DSM-IV

高度なツールより

MAPSO

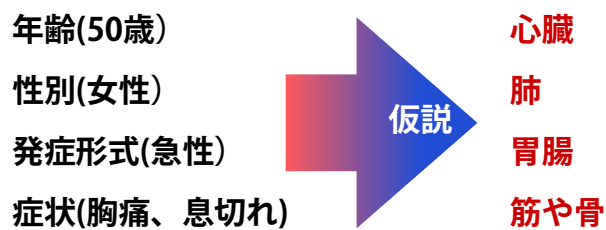
覚えやすく
使いやすい
ツール

MAPSO Concept

- DSM-IV準拠
- プライマリケアで遭遇しやすい疾患
- 2割の知識で現状の8割に対応



50歳女性、急性の胸痛と息切れ




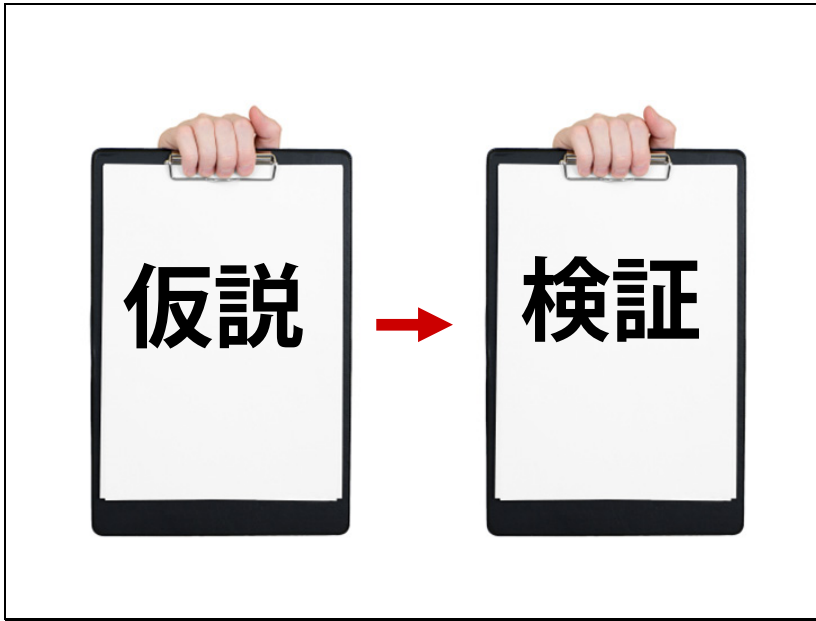
仮説→検証



検証型の問診

「動くと症状は悪化しますか？」
「締め付けられるように痛いですか？」





身体科と同じスタイルで

- **仮説→検証型**の問診
パターン認識による診察
- **用語を系統的にとらえる**
MAPSOによる理解
- **スクリーニングの質問**
心理的な症状をフォーマットで聴く



問診

背景問診

個別の事情、物語性
信頼関係を作る

MAPSOによる
心理コンディションのチェック



DSM-IVで精神心理状態を捉える



フォーマット
に沿って訊く

質問している側が
会話の**主導権**を持ち、
リズム良く進められる

- 効率よく聞ける
- 聞き漏らしがない
- 疲れない



長い話は聴かなくても良い

長い話を聴かないと

- 信頼関係がつかれない
- 癒しは得られない
- 個別の事情は把握できない
- 満足感が得られない

壁に向かって語っても癒されない

- 認める・褒める・支える・励ます
- つながりの確認
- 未来への希望
- 認知の転換



背景問診のフォーマット

主 訴	来院理由
既往歴	内科・外科・他科
心療既往歴	病名と服用していた薬
家族心療歴	心療内科・精神科通院歴
服 薬	現在の服薬
標的症状	最も困っている症状 (定量できる事が望ましい)
職 業	業種・規模・人間関係・状況
家族構成	配偶者・家族の状況・人間関係
プライベート	彼氏・彼女との関係

対人関係の『三界』

職場
家庭
プライベート

人間関係が
問題の大部分

誰との間の**人間関係**が上手くいっていないのか？
を聞き出せたら、ほとんど終了

職場編

- お仕事は何をしてらっしゃいますか？
- 製造・設計・販売営業、どんな？
- 人間関係はどうですか？

家庭編

- 家族構成について伺います
- 御主人との関係は？
(妻、姑、舅、子供)

プライベート編

- 彼氏/彼女は？ (いない歴は？)
- 何歳の何をやっている人ですか？
- ご結婚の予定は？

気持ちを ねぎらう

- それは辛かったですね
- 本当によく頑張りましたね
- 大変な思いをしてきたのですね
- その時はそうするしかなかったのですね



MAPSO

心理コンディション
の聴取方法

- **Mood** うつ
躁エピソードチェック
- **Anxiety** 不安 (6種)
- **Psychoses** 精神病群
- **Substance abuse** 物質誘発性(アルコールなど)
- **Organic/Other** その他

“映そう不安な精神”

Mood **気分障害**

- 大うつ病性障害
 - 初回エピソード
 - 再発エピソード
- 気分変調性障害
- 双極性障害
 - 双極性障害I型 = 躁 + (大うつ病)
 - 双極性障害II型 = 軽躁 + 大うつ病

大うつ病性障害

の診断基準(DSM-IV)

- 抑うつ気分
- 興味、喜びの著しい減退
- 食欲・体重の変化（減少・増加）
- 睡眠障害（不眠もしくは過眠）
- 精神運動性の焦燥もしくは抑制
- 疲労感あるいは気力の減退（倦怠感）
- 無価値観あるいは自責感
- 集中困難あるいは決断困難
- 自殺念慮希死念慮

内科の問診では・・・

- 食欲は？
(体のことを考えて・・・)3食は食べています
- 睡眠は？
(まあまあ・・・)眠れています
- 他に何か？
(体のことには関しては・・・)ありません

MAPSO的問診

- 食事は美味しく食べられますか？
美味しくありません
時間が来るので食べています
- ぐっすり眠れますか？
早く目醒めるようになりました
- 仕事や勉強の効率は？
全然集中できません、自信を失いました

さりげないチェック

睡眠の状況（眠れない）

- 食欲低下
- だるい・疲れやすい
- 集中力の低下
- 自信の低下
- 自責感・自己無価値感
- 気分の落ち込み
- 楽しみの消失
- **希死念慮**

希死念慮

↓
いなくなってしまうかと思ったり...
このまま目が覚めなかったら楽かな
どこかへ消えてしまったり、
どこかへ行ってしまった方が楽とか
いっそのこと死んでしまったら楽かなーなんて

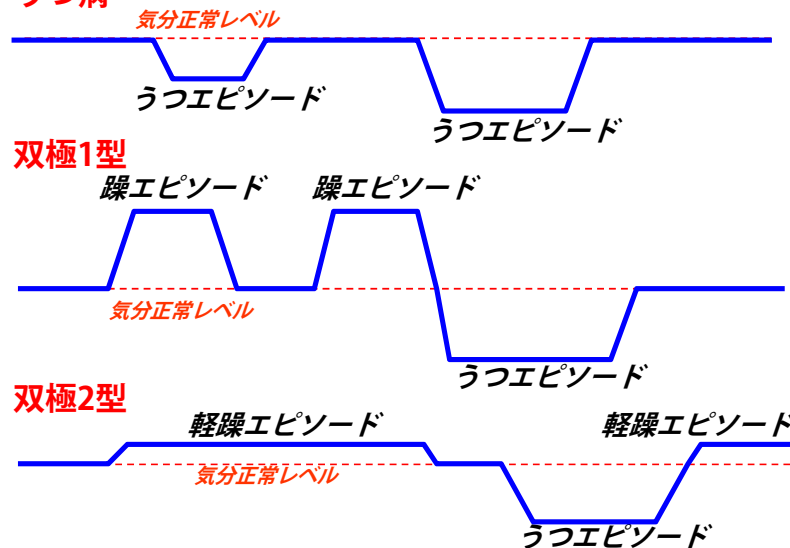
死ぬ方法について考えますか
死ぬことばかり考えていますか
実際に死のうとしていますか
それを止められそうにないですか

うつ

のスクリーニング質問

- 睡眠はどうでしょう。寝つきはいいですか？ (入眠障害)
- 途中で目が醒めたりしませんか？ (中途覚醒)
- 明け方に目覚めて眠れないということは？ (早朝覚醒)
- 集中力は落ちていますか？ (精神運動性の抑制)
- 判断力が落ちたりとか？ (決断困難)
- 自信がなくなっていましたか？ (集中困難)
- 自分を責めてしまったりは？ (自責感)
- 自分がつまらないものに思えますか？ (無価値観)
- 気分が落ち込こんだり、憂うつになったりしませんか？
- イライラすることは？ (精神運動性の焦燥)
- 今まで楽しんでいたことも楽しめなくなっていましたか？
- 食欲はどうか、美味しいものを美味しいと感じますか。
- 体重が減ってしまっていましたか？ (あるいは増えていませんか)
- いっそ逃げ出したいとか、消えてなくなりたいと思うことは？

うつ病



躁エピソード

DIGFAST

D istractibility	注意散漫
I nsomnia	不眠
G randiosity	誇大性
F light of ideas	観念奔逸
A ctivity	活動性の亢進
S peech	多弁
T houghtlessness	軽率

軽躁のスクリーニング質問

- 今までに、「気分がいい」「調子が高い」と感じたことは？
- 「ハイテンション！」になってしまったことは？
- もう、じっとしてらんない！！って感じになって、走り出したくなるような気分になったかとは？
- しゃべりまくって、なんでもドーンと来ーい！みたいな
- がーっと買い物したり、衝動買いなんかは？
- あれもやりたい、これもやりたい。良い考えがいくつも湧いてくるような感じとか？
- 夜なんか眠る必要なんかない！！って感じは？3時間眠っただけでも平気だったりとか。
- 調子の良いときに限って、すっごくイライラしてキレやすくなって、がんがん人とぶつかったり
- むちゃな運転とか、愛人がいたりとか(性的に乱れる)とか？

双極性障害

- 治療が異なる (気分安定薬)
- 躁転の危険
- スッキリは治らない事が多い



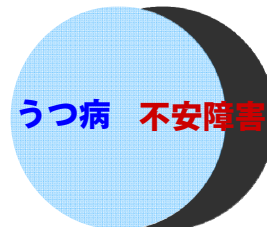
Anxiety 不安障害

- **GAD** 全般性不安障害
- **PD** パニック障害
- **PTSD** 外傷後ストレス症候群
- **OCD** 強迫性障害
- **Phobias** 特定の恐怖症
- **SAD** 社交(社会)不安障害

不安障害

なぜ重要か？

- 頻度が**高い**
(うつ病の1.5~2倍)
- うつ病との**併存**が多い
(約85%)
- うつ病と**治療**が共通



GAD

全般性不安障害

なんでも不安な人

Qあなたは心配性ですか？

PD

パニック障害

パニック発作
予期不安

Q 突然、心臓がドキドキしたり、息が苦しくなったり、死ぬかもしれないと思ったことはありますか？

OCD

強迫性障害

強迫観念
強迫行為

- Q ガスの元栓や家の鍵を何回も確認したり、確認して外出したのに、また戻って確認することがありますか？

Washing, Checking, Counting

PTSD

外傷後ストレス症候群

心的外傷後
トラウマの再体験
回避と麻痺
過覚醒

- Q フラッシュバックするようなトラウマ体験がありますか？

Phobias

特定の恐怖症

動物型 (クモ、ヘビ、犬)
自然環境型 (嵐、高所、水)
状況型 (エレベーター、飛行機)
血液・注射・外傷型 (医・歯科処置)
生涯有病率 3.5%

- Q エレベーターは怖いですか？
血液や注射器が怖いですか？

SAD 社交不安障害

人見知りがひどい あがり症

- Q あなたはあがり症ですか？
人見知りがひどいですか？

Psychoses 精神病群

- 感情障害
精神病性うつ病
双極性障害I型：精神病像を伴う躁病
- 器質性障害
類似した病態を呈する一般身体疾患
せん妄、認知症
物質誘発性精神病障害（中毒症、離脱）
- 類似した病態を呈する精神障害
PTSDと境界性パーソナリティ障害
精神病性障害
統合失調症、
失調感情障害、妄想性障害

考想化声

- Q 自分や他人の考えが頭の中で声になって聞こえませんか？

被注察感

- Q 見知らぬ人から監視されるように見られているように感じますか？

考想伝播

- Q 見知らぬ人とすれ違うときに、自分の考えが読み取られてしまったり、伝わってしまったように感じることがありますか？

Substance abuse 物質誘発性

- 処方箋薬
- OTC
- アルコール
- ニコチン
- カフェイン
- ハーブ
- 違法ドラッグ
- 嗜癖 (addiction)

Q カフェインを含んだ飲み物を飲みますか
アルコールを最後に飲んだのは何時ですか
タバコの本数が増えたり減ったりしませんか

Organic/other 器質的/その他

- 器質的
認知障害
外傷性脳障害
HIV
- 他の精神疾患
人格障害
身体化障害
ADD/ADHD

Q あなたや、あなたの周りの人があなたの記憶力が下がったことに気づいたことはありますか？

気を失うほどの怪我や打撲をしたことはありますか？

HIVに罹患するかもしれないような行動は？

常用薬はありますか？

ムカムカ しびれ

だるい 痛み

身体的問題 (高血圧、糖尿病)
 心理的問題 (うつ、不安)
 社会経済的問題 (金銭、独居)
 生命倫理的問題

身体症状は氷山の一角

良質な医療のためには
心も体も

家庭 糖尿病 お金
 かげ うつ病 高血圧
 不安障害 癌 パーソナリティ
 高齢 ???

専門医こそ
 精神科的対応が必要

身体疾患 **精神疾患**

心も体も



身体科医も
精神症状
について対応する

MAPSOの呪文を唱えると



連携の実際
症例

MAPSOの呪文で

見えてしまった!
さあ、どうする?

あなたならできる!
あなたにしかできない!



精神科専門医への 紹介

- 自殺企図の可能性が高い
- 躁転
- 診断に迷う、治療の方向が決まらない
- 回復のイメージがわからない
- 治療効果が乏しい
- 休職や復職の判断に迷う
- 治療関係がうまくできない
- 本人・家族が専門医受診を希望したとき

緊急時

医療機関

昼間： 精神科 専門病院の外来

夜間・休日： 精神科 当番病院

受診手段

家族

保健所(移送の依頼)

警察

EMERGENCY
EMERGENCY

精神科 当番病院を知る

精神科救急情報センター
24時間対応 (052-681-9900)

保健所

愛知県警察

愛知県救急医療情報センター



精神科 救急情報センター

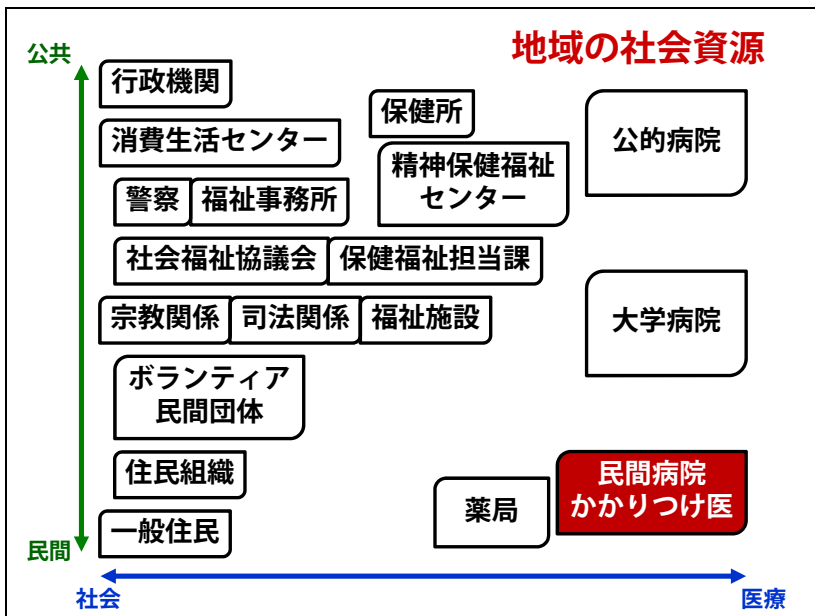
052-681-9900

24時間体制の電話相談口

- 緊急的な精神医療相談
- 緊急に受診が必要な場合には、医療機関の案内など、受診援助

相談体制

- 相談員
- 精神科医師(オンコール)



心療 対応能力

問題解決能力
24%アップ

30% × 80%

何らかの
精神疾患
を有する

パレードの法則

これまでの連携スタイル



同じ目線の高さで



かかりつけ医と精神科医が
ともに創造する連携



怖れを手放せ

ACP内科医のための「こころの診かた」
ここから始める！あなたの心療

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

監訳 井出 広幸
内藤 宏
訳 PIPC研究会

2009年4月刊行
定価5,250円（税込）

MARUZEN



プライマリ・ケア 医による

**自殺予防と
危機管理**

あなたの
患者を
守るために

〔編集〕 杉山直也 河西千秋 井出広幸 宮崎 仁



「死にたい」と言われても
うろたえない医師になる！

南山堂

ご静聴ありがとうございました

謝辞 Robert.K.Schneider 先生

信愛クリニック

みよし市民病院

宮崎医院

藤田保健衛生大学精神科

井出広幸 先生

木村勝智 先生

宮崎 仁 先生

内藤 宏 先生



PIPIC診断システム

丸山 文夫* 内藤 宏**

内容紹介

Psychiatry in primary care (PIPIC) は、一般臨床医が実際の臨床現場において、精神症状や精神疾患に気づき、それを診断し、治療できる能力を効果的・効率的に行うためのものである。PIPICでは、精神疾患に関するエッセンスを、精神疾患の軽症例が集積するプライマリケアの現場で出会う頻度を考慮して、システムティックかつコンパクトに絞りこみ、実戦で役立つ知識として工夫されている。中でも骨格をなすのは、「MAPSO」の配列で分類された診断システムである。本稿では、この診断システムを中心に紹介し、かかりつけ医の診療場面での一助になることを目的に、うつ病とうつ病に併存しやすい不安障害の診断と介入に焦点を当て解説した。

はじめに

かかりつけ医の診療場面でも、精神科的問題を抱えた患者が多数潜在していることが指摘されている¹⁾。しかし、身体症状への対応を求める患者は、精神的な問題には気付いていない。実際には、一般診療場面で遭遇する患者の多くは、精神科疾患としては確かに軽症かも知れない。しかし、かかりつけ医が、精神科的な知識と技術を、内科の専門分野に対するそれらと同じように扱えるようになれば、患者の訴えが解消され、患者の満足度も高くなり、訴えの多い患者に対する医師自身に対するストレスも少なくなることが期待される。直接的に精神科的治療を行うことへの躊躇はあっても、かかりつけ医がまずは精神科的診断やプライマリケアでの頻度の高さに興味を持つだけでも意味はあると筆者らは考えている。患者の症状を承認し、啓蒙的・教育的な対応を行うだけでも、患者の経過を変えることができるかも知れない。かかりつけ医の、うつ病をはじめとした精神疾患への対応力の向上は、自殺予防だけでなく、国民の良質な生活の維持や無駄な医療費の削減をも支えるものである。

I. 対象とする症例

うつ病の頻度は高血圧に次いで多く、臨床医は、毎日のようにうつ病の何らかの症状に接している。しかし、うつ病は診断されていないし、診断されても適切に治療されていないことが多い。例えば、頭痛、めまい、だるさを主訴とする患者を診たとして。身体所見や神経学的所見に異常がなく、血液検査も正常、耳鼻科的検査も問題なく、頭部 CT や MRI にも特に原因となる異常は認めなかったとする。この患者に対して、「検査では異常ありませんでした、あまり気にしないことです」と対応しても患者の症状が解消するわけではなく、患者は別の医療機関を受診することになる。また、「あなたの症状はストレスが原因かもしれませんので、精神科の専門の先生に診てもらってはどうでしょうか」と対応した場合には、自分は精神病扱いにされたと怒り出す患者がいるかもしれない。しかし、「食欲はありませんか？ぐっすり眠られますか？憂うつな気分は？気力がなくなったことは？楽しめなくなりましたか？」という僅かな質問を追加することができれば、うつ病によって身体症状が生じていることに気づき、適切な治療や紹介に繋ぐことができる。

II . PIPC (Psychiatry in Primary Care) について

PIPC (Psychiatry in Primary Care) は、内科専門医である Robert K.Schneider らによって作成され、米国内科医師会 (American College of Physicians :ACP) により提供された、内科医のための精神科的診療のプログラムである²⁾。このプログラムは、内科医が精神科医になることを目指している訳ではなく、頻度の高い精神医学的な症状について、内科医が患者と対話ができることを目標としている。

プライマリケアを担当する多くの臨床医は、ある程度の精神医学的な知識を持っているが、臨床医の使う精神医学的な用語と概念はあいまいで不完全であることが多い。このため、臨床現場では、「ストレスのため」とか「精神的な問題」など、あいまいな診断 (言葉) を口にすることは多いが、「大うつ病性障害」とか「全般性不安障害」といった明確な専門用語の診断をすることは少ない。また、一般的に臨床医は、「うつ病を始めとする精神的疾患への対応は、難しい、時間がかかる、早く専門医へ行ってほしい」と感じる人が多いだろう。このような状況で、PIPC は一般内科外来の中で遭遇する頻度の高い精神医学的な症状について、臨床医に必要なレベルの用語や概念を体系化した論理的なシステムを提供している。また、精神症状に気付いた際にも、たじろがずに対応できる診療のコツも教授している。

III . DSM-IV 診断と PIPC

DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders, Fourth Edition, 「精神疾患の診断・統計マニュアル第4版」) は米国の診断基準であるが³⁾、6,000 を越える徴候や症状を 18 の診断カテゴリーに詳細に分類している。DSM-IV は、精神医学的な診断の信頼性の向上に大きな貢献をしてきた素晴らしいシステムであることは間違いないが、18 のカテゴリーを均等な重みづけでカタログ的に羅列してあるので、臨床医にとって DSM-IV は詳しすぎて実用的とは言えない。これに対して PIPC では、精神症状と精神疾患を判り易く、使い易くするために、まず MAPSO という配列で構造化された診断分類を提示している²⁾。MAPSO とは Mood Dis-orders (気分障害)、Anxiety Disorders (不安障害)、Psychoses (精神病群)、Substance-induced disorders (物質関連障害)、Organic or Other disorders (器質性 / その他の疾患) という、精神障害の項目のイニシャルを重要度順に並べたものである。MAPSO は、「MAP SO : 地図ではこうなっている」 = 「精神医学的な体系ではこうなっている」という意味も現しているが、診断と治療のマトリックスでもある。

MAPSO では、用語と疾患概念が内科臨床の中で使いやすいように整理され、内科診療でみられる大部分の精神疾患を理解するために必要な精神科用語を解説し、内科診療で遭遇する頻度が高く、かつ治療が有効である疾患について扱っている。

DSM-IV では 18 もの診断カテゴリーがあるが、MAPSO はすぐに覚えることが可能である 5 つに分類しているため、一般内科外来の中で精神医学的な症状を取り扱う場合に精神医学用語が使い易くなっている。また、MAPSO が DSM-IV と異なる点は、基本的な症状カテゴリーの気分、感情、不安、精神病症状だけでなく、病因としての分類である物質誘発性障害、一般身体疾患によるなど器質性障害を取り込んだ点にある。本稿では紙面の都合で MAPSO の項目を簡単な説明を挙げるに留めた。

また、PIPC では、有病率や併存率などの事前確率を重視したパターン認識により素早く疾患の存在に気付けるようになっており、症状に気付くための具体的な質問の仕方（後述）まで取り上げている。詳細は ACP から出版されている「Psychiatry Essentials for Primary Care」の日本語翻訳版（丸善出版）を参照されたい⁴⁾。

IV. MAPSO 診断分類

M (Mood Disorders : 気分障害)

精神科の診断手順では、器質性疾患の除外が最重要とされ、外因性あるいは器質性の要因、即ちアルコールやトルエン等の物質関連や、身体疾患、医薬品、手術・透析等による器質性の精神障害の除外が求められる。しかし PIPC では、一般臨床医を対象にするために順序が前後し、頻度や重要度を考慮されて、先頭に位置するのは気分障害となっている。DSM-IV における気分障害の分類には、大うつ病性障害、気分変調性障害、双極性障害が含まれる。その中でも、大うつ病は最も多い気分障害であり、プライマリケアの現場で最も多く遭遇する精神障害と言える。大うつ病のスクリーニングとして最も感度の高い質問は、「憂うつで、悲しくて、気分が落ち込んでいますか？」と「以前は楽しめていたことに興味が湧かなくなったり、今では楽しめなくなったりしませんか？」という 2 質問技法である⁵⁾。

この2つの質問に陽性であれば、大うつ病性障害の診断感度は95%、特異度は90%と極めて高く、これを日常のスクリーニングに行えば、うつ病に気づく率が高くなるので、スクリーニングの基本の一つとなる。USPSTF (US Preventive Services TaskForce) は、内科の開業医において診断を行い、処方ができ、経過を観察して、必要であれば精神科専門医に紹介することができるのであれば、全例にスクリーニングを行うことを推奨している⁶⁾。

一方、双極性障害は、気分障害の中でも複雑で、治療が難しく、診断を誤ることが多い疾患である。また、うつ病エピソードの20～25%に於いて、そのうつ病エピソードは双極性障害の1病相を示していると言われていた。したがって、一般医がうつ病患者を評価する場合、過去における躁病あるいは軽躁病エピソードの存在の有無を必ずスクリーニングする必要がある。

A (Anxiety Disorders : 不安障害)

不安障害には、全般性不安障害、パニック障害、強迫性障害、外傷後ストレス障害、恐怖症(社会不安障害を含む)の5つを挙げている。すべての精神疾患に於いて身体症状を生じる可能性があるが、特に全般性不安障害やパニック障害では生じやすい。全般性不安障害では筋緊張(頭痛や肩こり)、倦怠感、不眠が、パニック障害では胸痛、呼吸困難、気道閉塞感、火照りなどを生じ、これらの身体症状はそれぞれの診断基準にも挙げられている。身体症状が前面にある為に、全般性不安障害やパニック障害の患者の多くがプライマリケアを受診することになる。しかし、患者の症状の原因が不安に起因しているとは思ってはいないので、患者自身にとっても臨床医にとっても診断が難しい。臨床医にとって、精神疾患の症候として身体症状が発現しているのではないかと疑い、背景にある精神疾患を見逃さないようにしなければならない。

恐怖症では、注射針恐怖、疼痛恐怖、血液恐怖、開放創を見ることへの恐怖、麻酔恐怖、歯科恐怖症などがプライマリケアで頻繁に経験されている。また、この症状のために医療機関を受診することができず、診断が遅れる事も少なくない。血液、注射、歯科恐怖症の生涯有病率は3.5%であり、通院中の医療関連の恐怖症の患者では、恐怖状態によって失神を生じる可能性が約50～70%と非常に高い。また、75%の患者では典型的な血管迷走神経反射を経験し、診療所内で発症していることが多い⁷⁾。これらの患者の半数以上では、主治医や医療従事者より「これが医療行為に関連した恐怖症である」と指摘されたことはなく、精神科的な治療を受けるようアドバイスされたこともないので注意が必要である。

P (Psychoses：精神病群^{*})

^{*}注釈：Psychoses (Robert K.Schneider による造語) という綴りで規定された、精神病症状を来しうる疾患の集まり

DSM-IVの疾病分類で分類される「Psycho-tic disorders (精神病性障害)」という言葉からは、統合失調症を思い浮かべる。しかし、精神病症状は、うつ病患者の15%に認められ他に、双極I型障害、物質誘発性障害、認知症などでも呈しうる。また、精神病症状が明らかでなくても、また、過去に精神病症状の徴候が記録されていなくても、全てのうつ病患者に対して精神病症状のスクリーニングを行うべきである。また、「統合失調症は精神科の病気」と思うだろうが、頭痛や不眠、不登校や欠勤などでプライマリケアを受診することも決して少なくない。特に若年者では、統合失調症の頻度が高いが、精神病症状のスクリーニングを行わない限りその存在に気付くことはできない。こうした精神病症状について、診療のどこかで気付くことは、患者への適切な対応を行う上で大切である。

S (Substance-induced disorders : 物質関連障害)

精神障害に関わる物質関連の問題は、物質乱用（広義の乱用と依存を含む）、中毒、離脱症候群、物質誘発性精神障害などを含んでいる。物質誘発性精神障害には、アルコールや違法な物質だけでなく、インターフェロンやステロイド剤などの処方された治療薬によるものがある。また、様々な医療薬品や市販薬（OTC）によっても生ずるし、カフェインの乱用やニコチン依存などもある。一方、鎮痛薬などに於いて、指示された投与量では十分に軽快しないので、症状を軽減させるために処方された薬を指示された量より増やして服用するような状況（仮性嗜癖）も含まれる。

O (Organic or Other disorders : 器質性 / その他の疾患)

脳の器質的障害によって生ずる精神症状の代表として、高齢者の精神医学的問題が挙げられる。高齢者では、特にせん妄 (Delirium)、うつ病 (Depression)、認知症 (Dementia) の「3つのD」の併存について理解が必要である。また、せん妄のリスク因子、特に抗コリン作用を有する医薬品と、その他の医薬品による有害反応を認識し、認知症、興奮状態、せん妄、そして遅発性うつ病に対する初期治療と介入方法が必要である。また、精神障害を有する患者に見られる医学的に説明しがたい症状 (Medically Un-explained Symptoms : MUS) も、プライマリケアでは経験することが多い。MUSには、心理社会的ストレスを身体的症状の形で生ずる「身体化」などを含んでいる。

併存症について

うつ病に内科的疾患やその他の精神疾患を合併することは多く、大うつ病性障害患者の75%でその他の精神障害を併存するとされている。また、一生涯の間に、うつ病患者が何らかの不安障害を合併する率は59%と高く、何らかの物質関連障害を合併する率も24%と決して低くない。合併症により治療方針が大きく異なってくるために、第2、第3の診断を念頭においたMAPSOによる積極的なスクリーニングを行うことが重要である。

V. 精神症状や希死念慮について患者と話し合うこと

内科医は、「患者は自分の精神症状についてと話し合うことを望んでいない」と考えがちであるが、それには根拠がない。WHOの研究では、「患者は自分の身体症状と同じように、自分の精神症状についても尋ねられたら答えることを望んでいる」とされている。患者が内科医に身体的な症状しか相談しないのは、「精神医学的な症状を内科医に話しても仕方がない」と感じているからである⁸⁾。また、患者は、内科医に対して精神医学的な症状について話すことに抵抗を感じているわけではなく、内科医自身がそれを嫌っているとも言える。同じくWHOの研究結果では、「医師－患者関係が良いほど身体的のみではなく精神医学的な症状についての会話が深い」と示されたことは当然とも言えよう。MAPSOを用いれば、精神医学的な症状について、患者は「自分の言いたかったことを医師が聴き出してくれた、自分のことを解ってくれた」と感じて、満足感を得ることになる。

かかりつけ医の多くは、患者に「死にたい」言われても自分ではどう対応して良いか判らずに困ってしまう、「死にたい」ことを尋ねたことをきっかけとして自殺してしまったらどうしよう、という恐れを抱いていることであろう。しかし、患者は、「死にたい」という気持ちを聴いてもらえた、判ってもらえたと感ずるものであり、「死にたい」と尋ねたことで自殺が増えることはなく、むしろ減少する方に作用する。また、リストカットを繰り返す境界型パーソナリティー障害患者を除けば、自ら「死にたい」と言ううつ病患者は殆ど無く、かかりつけ医より尋ねなければ希死念慮に気付くことはできないので積極的に質問しなければならない。唐突ではない上手な希死念慮の聴き方は、付録【2）自殺傾向】を参照されたい。

Ⅵ. スクリーニングのための質問の基本

DSM-IV の診断基準をスクリーニング用の質問として使うと、例えばうつ病に於いて、「抑うつ気分はありますか？」とか「興味、喜びの著しい減退はありますか？」というような、専門用語だらけで判りにくい質問になってしまう。また、表面的な質問では、十分に症状を聴き出すことはできない。例えば、

質問：食欲は？

→答：(体のことを考えて……)？食は食べています。

質問：睡眠は？

→答：(まあまあ……)眠れています。

質問：他に何か？

→答：(体のことには関しては……)ありません。と言った具合である。

これに対して、MAPSO では、精神疾患とその症状に対する基本的なスクリーニングのための質問を用意している。例えば胸痛の患者に対して、「坂道や階段で痛みがありますか」、「深呼吸すると痛みは強くなりますか」、「息切れはしませんか」などと普通に質問するだろう。これに相当するうつ症状に於ける良いスクリーニングのための質問とは、

質問：食事を美味しく感じますか？

→答：美味しくありません、無理矢理食べています。

質問：ぐっすり眠られますか？

→答：早く目醒めるようになりました。

質問：仕事や勉強の効率は？

→答：全然集中できません、自信を失いました。

といったように、それぞれ、食欲・体重の変化、睡眠障害、精神運動性の焦燥もしくは抑制を聴き出したことになる。

このような点を踏まえて、MAPSO では、付録に示す様な質問を用意している。付録には、M（気分）、A（不安）、P（精神病）について訊くべき質問の一部を示したが、詳しくは文献 4) を参照されたい。質問は、このまま読み上げても良い文章となっているが、地域に合わせた方言を取り入れて訊いても良いだろう。

おわりに

精神科疾患の診断は正直難しいし、軽症例では尚更である。かかりつけ医の診療場面では、一般身体疾患では説明が付き難い事例を発端に、MAPSOを導入することになる。さらに、興味があれば、DSM-IV等の診断基準を参考にすることも良い。しかし、頻度の高いうつ病、特に自律神経症状が前景のうつ病は、積極的にスクリーニングをかけ、勇気を出して希死念慮の有無を確認していただきたい。プライマリケアの現場において一般内科医が、「精神疾患に気づき、診断し、治療できる能力を、効果的・効率的に身につける」ことは重要である。本稿が、現場で適切な治療を提供したり、時には精神科専門医に相談したり、コンサルトをしたりすることの能力を身につける一助になれば幸いである。

文献

- 1) 内藤宏：一般医・コメディカルとうつ病診療：プライマリケア、上島国利他（編集）：気分障害、p593-601、医学書院、東京、2008.
- 2) Schneider RK, Levenson JL : Psychiatry essentials for primary care. American College of Physicians, Philadelphia, 2008.
- 3) (翻訳) 井上令一, 四宮滋子：カプラン臨床精神医学テキスト DSM-IV-TR 診断基準の臨床への展開第2版。メディカルサイエンスインターナショナル、東京、2004.
- 4) Robert K Schneider, James L Levenson 著、井出広幸、内藤宏監訳、PIPC研究会訳：ACP 内科医のためのこころの診かた。丸善出版、東京、2009.
- 5) WhooleyMetal: Case-finding instruments for depression :Two questions are as good as many. J Gen Intern Med 12 : 439-445,1997.
- 6) USPSTE. Screeningfor depression :Recommendation from the US Preventive Services Task Force. Ann Intern Med 136 : 760-764,2002.
- 7) Bienvenu OJ, Eaton WW :The epidemiologyof blood-injection-injury phobia. Psychological Medicine 28 : 1129-1136,1998.
- 8) Simon GE, VonKorff, PiccinelliMetal: An International study of the relation between somatic symptoms and depression.NEJM 341:1329-1335,1999.

患者を抽出するための具体的な質問の仕方

MOOD (気分障害)

1) うつ病

- 睡眠は、ぐっすり眠られますか？
 - 集中力は落ちていませんか？
 - 判断力は落ちていませんか？
 - 自信がなくなっていますか？
 - 自分を責めたりしないですか？
 - 自分がつまらないものに思えますか？
 - 気分が落ち込んだり、憂うつになったりしませんか？
 - 今まで楽しんでいたことも楽しめなくなっていましたか？
-

2) 自殺傾向

- あなたは人生に生きる価値がないと感じたことがありますか？
- あなたは「眠ったらもう目覚めなかつたら良いのに」と思ったことはありますか？
- あなたは「死」や「死ぬこと」について考えることが増えましたか？
- 自殺する方法について考えたことはありますか？
- あなたは今、自殺しようとしていますか？

3) 軽躁エピソード

- 気分が高揚したり、落ち込んだりすることが多いですか？
 - このような気分の変動は、原因もなく起こりますか？
 - 少ししか眠らなくても、平気ですか？
 - よく話し、誰彼となく話しかけますか？
 - いくつもの考えが次から次へと浮かびあがるように感じますか？
 - あなたやあなたの家族に不利な結果になる可能性が高いことでも熱中しますか（例えば、無謀運転、派手に金を使う、性的逸脱行為）？
 - あなたの変化に他人は気づいていますか？
-

Anxiety (不安障害)

4) 全般性不安障害

- あなたは心配性ですか？
- あなたは周りの人々からひどい心配性だと思われていますか？
- あなたは心配事について日に何度くらい考えますか？
- あなたは心配事を頭から消し去ることが難しいですか？
- 心配な時には、落ち着かなかったり、緊張したり、過敏な感じでしたか？
- 心配な時には、肩が凝ったり頭が痛かったりなどの、筋肉が張りつめた感じでしたか？
- 心配な時には、疲れ易い、弱々しいといった感じ、すぐに疲れ果ててしまうといった感じでしたか？

5) パニック障害

- 今までに、急に、心臓がドキドキしたり、息が詰まったり、吐き気がしたり、このまま死んでしまうのではないかという不安や恐怖を感じたことがありますか？
 - 発作の最初から一部始終をお話し頂けますか？
 - 何か発作のきっかけになったことはありましたか？
 - 発作はどれくらい長く続きましたか？
 - 発作が起こってどんな気持ちになりましたか？
 - 何かほかの症状や気分の変化はありましたか？
 - 発作が起こるようになってから、どこか怖いと感じる場所がありますか？
 - また何か起こるのではと、怖れていますか？
-

6) 恐怖症

- 何かの恐怖症のために、診療所に来るのが困難だと感じますか？
- 過去に…（例：採血、麻酔、手術）を受けたときに、何か起こりましたか？
- これまでこのような状況に、あなたはどのように対処してきましたか？

7) PTSD

- あなたは今までに自動車事故や暴行、または愛する人の突然の死といった大変非劇的な経験をしたことがありますか？
（もし患者が動揺したり涙を流したりしたら、患者の反応を承認するような言葉をかけるとよい）
- そのことについて話をするのはとてもつらいのですね。あなたが今までどうやってそれに対処してきたのかについて考えてみましょう。

Psychosis (精神病性障害)

8) 精神病性症状

- これまでに、他人に説明しにくいとか、信じがたいというような体験をしたことがありますか？
 - 他の人には聞こえない物音や声を聞いたことがありますか？
 - いつも誰かにみられているような感じがありますか？
 - 向こうの方で笑い声がすると、あなたのことが笑われているような感じがしますか？
 - 考えが、急に差し込まれてきたように感じることは？
 - 考えが、抜き取られるように感じることは？
 - からだや気持ちや考えが、あなたでないものに操られているように感じることは？
 - 音などに敏感になったと思いますか？
-