

# うつ病対策の総合的提言

2009年7月11日

2010年11月1日 改訂

日本生物学的精神医学会  
日本うつ病学会  
日本心身医学会

日本生物学的精神医学会誌 別刷  
21(3): 155-182, 2010

## うつ病対策の総合的提言

2009 年 7 月 11 日  
2010 年 11 月 1 日 改訂日本生物学的精神医学会（武田雅俊 理事長）  
日本うつ病学会（野村総一郎 前理事長、  
神庭重信 理事長）  
日本心身医学会（久保千春 理事長）

## うつ病対策ワーキンググループ委員

尾崎 紀夫<sup>1)</sup> 笠井 清登<sup>2)</sup> 加藤 忠史<sup>3)</sup> 神庭 重信<sup>4)\*</sup> 功刀 浩<sup>5)</sup>  
久保 千春<sup>4)</sup> 小山 司<sup>6)</sup> 白川 治<sup>7)</sup> 西田 淳志<sup>8)</sup> 野村総一郎<sup>9)</sup>  
福田 正人<sup>10)</sup> 元村 直靖<sup>11)</sup> 山脇 成人<sup>12)</sup> (五十音順 \*委員長)

## 目 次

1. うつ病対策の提言
2. うつ病の事実
3. うつ病対策の重要性
4. 各論
  - I. 国民への啓発
  - II. 自殺対策とうつ病対策
  - III. 研究
  - IV. 学校教育
  - V. 職域
  - VI. 医療
  - VII. 心理療法・社会的支援
5. 参考資料

## 1. うつ病対策の提言

## I. すぐにでもできること

## (1) 啓発活動

うつ病は、病気による生活障害の最大の原因であり、自殺の要因としても重要であるなど、まさに国民病というべき病気である。しかし、うつ病に対する正しい知識が普及していないため、国民の多くが適切なうつ病治療を受けられず、発見、治療が遅れている。うつ病に関する啓発は、国家的課題として

取り組むべきことであり、学会としても強力に進めて行きたい。さらに、数十年先を見越して、国民全員を対象とした大規模で継続的な啓発活動を行うには、例えばうつ病啓発に特化した組織を設立するといった方法も、大いに有効であろう。

## (2) 研究推進

うつ病はその重要性にもかかわらず、研究が遅れているために、科学的な診療を行うことが難しい。うつ病の研究が遅れている原因としては、研究費額が少ないこと、研究リソースが不足していることなどが考えられる。

抗うつ研究開発 10 カ年計画を開始するといった

<sup>1</sup> 名古屋大学, <sup>2</sup> 東京大学, <sup>3</sup> 理化学研究所, <sup>4</sup> 九州大学, <sup>5</sup> 国立精神・神経医療研究センター, <sup>6</sup> 北海道大学,  
<sup>7</sup> 近畿大学, <sup>8</sup> 東京都精神医学総合研究所, <sup>9</sup> 防衛医科大学校, <sup>10</sup> 群馬大学, <sup>11</sup> 大阪医科大学, <sup>12</sup> 広島大学

形で、大規模なプロジェクト研究により研究を推進したり、うつ病をはじめとする精神疾患のブレインバンクやゲノムリソースの集積を推進するなどのサポートがあれば、学会としては、全力で研究を進めたい。

### (3) 学校教育におけるメンタルヘルス

増加する児童・青少年のうつ病に対しては、保健の教科書にメンタルヘルスの項目を加えるといったメンタルヘルス教育を、学校教育課程において積極的に導入することが、大いに有効であろう。

また、教員の病気休職者の多くがうつ病であることから、教員免許取得および更新に際して、メンタルヘルス教育を必須にしたり、メンタルヘルスチェック等の予防プログラムを導入したりすることも、有意義である。

教員のメンタルヘルスを改善するには、教員がその本務に専念できることが重要である。児童、生徒のメンタルヘルス問題への対応が迅速かつ有効に行えれば、児童、生徒のメンタルヘルス向上だけでなく、教員の負担軽減にもつながる。しかし、現在、児童精神科医が不足しており、迅速に児童精神科医療を提供できていない。例えば、児童精神医学の大学院講座および診療部を増設してさらに機能を高め、人材育成を進めるなど、抜本的な対策によって児童精神科医を増員することができれば、教員のメンタルヘルス改善にもつながるであろう。

### (4) より質の高い医療の実現

精神科では、現在、少ないスタッフでぎりぎりの診療を行っており、質の高いうつ病診療の提供は容易ではない。精神科の診療報酬体系が見直されれば、コメディカルスタッフをはじめとした人的資源をより充実させることができ、うつ病をはじめとした精神疾患の診療の質の改善につながるであろう。

また、心理専門職を医療の中に明確に位置づければ、適切な心理療法がより受けやすい環境が整うことであろう。さらに、心理教育、心理専門職による心理療法、職場復帰プログラムなど、薬物以外のうつ病診療が保険診療に組み込まれるようになれば、学会としても、さらに良質なうつ病診療の提供に全力を尽くすことができるであろう。

また、例えば国立精神・神経医療研究センター内にうつ病センターを設立するなどして、うつ病の専門医療機関を設置すれば、専門的治療と臨床研究が推進されるであろう。

## II. 長期的な展望

より長期的な展望に立てば、うつ病研究の進展によって、現在行われている通常診療だけでなく、うつ病の脳病変を診断する方法、より確実に速い効果が期待できる画期的新薬、一度の治療で長期に有効な再生医療など、先進医療が開発できるだろう。

うつ病の原因が明らかとなり、早期発見・早期治療法が確立すれば、うつ病をはじめとする精神疾患に対する偏見も解消され、当事者、家族にとって過ごしやすい社会が実現するであろう。

こうしてうつ病を克服できれば、自殺者も半分に減らすことが可能であろう。

うつ病の克服は、国民の幸福を実現するだけでなく、うつ病による多大な社会経済的損失を取り戻し、国と地域の活力を回復させることにもつながるだろう。

さらなる研究の進展と啓発の広がりによって、うつ病の発症予防もいずれは可能となるであろう。うつ病の発症予防が可能となれば、青少年の健全な精神の育成につながるだけでなく、医療費も大きく削減されることだろう。

## 2. うつ病の事実

- 1) うつ病は、がんに次ぐ社会的損失の原因となっている病気です。
- 2) 生活の障害を来す疾患として最大の原因がうつ病です。
- 3) 国民の40人に1人は自殺で亡くなっています。
- 4) 国民の12人に1人が、現在精神疾患にかかっています。
- 5) うつ病になるとがんによる死亡率が高まります(乳がんの場合3.5倍)。
- 6) うつ病になると糖尿病や心筋梗塞にかかりやすくなります。
- 7) ノルウェーの元首相は、在任中うつ病にかかり、休職後、復帰して、自らのうつ病体験を語りました。
- 8) イギリスにおける国会議員への調査では、議員の19%が精神保健の問題を抱えたことがあると答えています。

### 3. うつ病対策の重要性

#### —精神疾患に国が政策として取り組むべき根拠—

近年、先進諸国においては、「精神疾患」を「がん」、「心臓疾患」とならぶ三大疾患と明確に位置づけ、国の政策的な最優先課題の一つとしている。うつ病をはじめとする精神疾患に、国が政策として積極的に取り組むべきと考えられるのは、次に挙げる理由からである。

#### 1) うつ病をはじめとする精神疾患は国民の多くが体験する

第一は、精神疾患の頻度が多いことである。一般人口における生涯有病率（これまでに病気にかかったことがある割合）をみると、日本の統計では、うつ病 6.7%、双極性障害が 0.7% であり（川上憲人、医学のあゆみ 219：925-929, 2010）、一生の間に気分障害にかかるリスクは 14.1%、何らかの精神疾患にかかるリスクは 24.4% に及ぶと見積もられた（Kessler et al, World Psychiatry 6：168-176, 2007.）。つまり、国民の 4 人に 1 人が一生のうちに最低一度は、精神疾患を体験するのである。アメリカの統計では、一生涯のなかで何らかの精神疾患を罹患する人々の割合は 46.4% にもおよび、半数近い人々が一生のうちに最低一度は、精神疾患を体験する可能性が示唆されている（Archives of General Psychiatry 62：617-627, 2005.）。

また、日本では、この 1 年に気分障害（うつ病、双極性障害など）にかかった人の率（12 ヶ月有病率）は、3.1% であった（Psychiatry and Clinical Neuroscience 59：441-452, 2005.）。アメリカの統計では、12 ヶ月有病率は、うつ病 6.7%、気分障害 9.5%、何らかの精神疾患 26.2% である（Archives of General Psychiatry 62：617-627, 2005.）。しかも、これらはいずれも認知症・統合失調症・広汎性発達障害を含まない数値である。

#### 2) うつ病をはじめとする精神疾患は生活障害の最大の原因であり自殺の重要な要因である

第二は、精神疾患は病気による生活障害の最大の原因であり、しかも自殺の背景として重要な要因であることである。病気が健康におよぼす影響は、命を失うこと（years of life lost, YLL）、生活に障害を受けること（years lived with disability, YLD）の大きく二つに分けることができる。世界保健機関

WHO や世界銀行は、この両者を合計した障害調整生命年（disability adjusted life years, DALY）を政策の優先度を判断する指標として用いている。日本における障害調整生存年（DALY）では、1 位のがん（19.6%）に次ぎ、うつ病が 2 位（9.8%）となっている（[http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21\\_11/s0.html](http://www1.mhlw.go.jp/topics/kenko21_11/s0.html)）（1993 年）。1984 年から始まり、現在第 3 次となっている「対がん 10 年総合戦略」の成果によるがん診療の進歩を考えると、その後、うつ病をはじめとする精神・神経疾患の社会負担の比重はますます高まっていると考えられる。高所得国における YLD を全疾患についてみると、第 1 位うつ病（全体の 11.8%）、第 2 位認知症（同 8.9%）、第 4 位アルコール症（同 5.3%）と精神神経疾患の比率が最大である（世界銀行 Global Burden of Disease and Risk Factors, 2006 年）。

また日本においては、年間 3 万人以上の自殺が 10 年以上にわたって続いており、自殺は死亡原因の第 6 位であり、実に国民の 40 人に 1 人は自殺で亡くなっている。重大な自殺を図った者の 75% に精神疾患があり、その 46% はうつ病である（精神神経学雑誌 96：415-443, 1994.）。

#### 3) うつ病は身体疾患を悪化させる

第三に、うつ病は、身体疾患の経過に悪影響を与える。うつ病では内分泌系、免疫系が変化し、これが身体疾患に影響すると考えられる。うつ病は 2 型糖尿病の発症を約 2 倍前後高め、糖尿病患者の死亡率も高める。うつ病は、動脈硬化をすすめ、血液凝集能を高める。うつ病により、冠動脈虚血性疾患の発症は 1.2 ~ 3.9 倍に高まり、心筋梗塞発症後 1 年間の心血管死、心筋梗塞再発などの心血管イベントのリスクは、抑うつ症状がある患者では 1.4 倍となる。うつ病は脳梗塞のリスクも高める。また、乳がん患者では、うつ病の合併により、がん死亡率が 3.6 倍となる。

このように、うつ病が身体疾患の発症を高め、予後に影響することは明らかであり、身体疾患を予防しその予後を改善する上でも、うつ病の早期診断・早期治療は重要である。

#### 4) うつ病をはじめとする精神疾患患者の多くは十分な治療を受けていない

第四に、精神疾患をもつ国民が正しい診断を受けていなかったり、治療を受けていないという現状がある。総合病院の内科外来を受診した患者のうち、内科医から正しくうつ病と診断を受けることができ

表1 精神疾患の罹患患者数と現在および将来のコスト（イングランド）（1£ = 160円として換算）

精神疾患	人数 (100万人)		サービスコスト (兆円)		労働収益の損失 (兆円)		トータルコスト (兆円)	
	2007	2026	2007	2026 *	2007	2026 *	2007	2026 *
うつ病	1.24	1.45	0.27	0.47	0.93	1.47	1.20	1.94
不安障害	2.28	2.56	0.20	0.33	1.23	1.94	1.43	2.27
統合失調症圏障害	0.21	0.244	0.36	0.59	0.28	0.45	0.64	1.04
躁うつ病関連障害	1.14	1.23	0.26	0.42	0.57	0.89	0.83	1.31
摂食障害	0.117	0.122	0.003	0.004	0.006	0.008	0.009	0.012
人格障害	2.47	2.64	0.11	0.18	1.15	1.79	1.25	1.97
児童・思春期精神障害	0.61	0.69	0.02	0.04	0	0	0.02	0.04
認知症	0.58	0.94	2.38	5.57	0	0	2.38	5.57
合計	8.65	9.88	3.6	7.6	4.2	6.6	7.8	14.2

\* 2026年時点におけるコスト

●日本に置き換える際、約2倍のコストが推定される（イングランドの人口が日本の約40%、GDPが日本の約50%を考慮）

例：2007年における「合計コスト（サービスコスト+労働収益の損失）」7.8兆円×2 = 15.6兆円

たのは、実際の患者の19%に過ぎなかった（WHO国際共同研究における日本のデータ）。またアメリカのデータでは、精神疾患をもつ患者のうち何らかの医療を受けているのは20.1%に過ぎない（New England Journal of Medicine 352 : 2515-2523, 2005）。日本の疫学調査では、うつ病患者のうち、受診している者の率は18.6%と報告されている（川上憲人 ころの健康についての疫学調査報告書2006年）。こうした未診断・未治療のうつ病は、その後、重症化・慢性化することが多く、労働力の低下、社会保障費の増大など、膨大な社会経済的損失を生んでいる（King's Fund, Paying the Price : The Cost of Mental Health Care in England to 2026, 2008）。

そうしたなかでも、日本においては精神疾患のため医療機関を受診している患者数は、この30年間で4倍の300万人以上になった（厚生労働省平成17年患者調査）。最近の1999年から2005年のわずか6年間だけで1.6倍に増えるという急増で、いまや国民の40人に1人が精神疾患のために医療機関を受診中である。

##### 5) 精神疾患は「三大疾患」の一つである

以上のようなことから、国民の精神的な健康を増進することは国家の精神的な富 the mental wealth of nation であると考え、イギリス政府は精神疾患をがん、心臓疾患とならぶ三大疾患の一つと位置づけてその取り組みを急速に強めている（Nature 455 : 1057-1060, 2008）。

その背景には、国民経済においても精神疾患の比

重が大きいことがある。イングランドについての統計では、精神疾患の医療・福祉・保健などにコストとしてかかる費用が年間225億ポンド（約3兆円強、表1の“サービスコスト”）、労働力低下による損失がそれを上回る年間261億ポンド（約4兆円、表1の“労働収益の損失”）、合計で年間486億ポンド（約8兆円弱、表1の“トータルコスト”）の影響が国家経済におよんでいるという（人口約5000万人で日本の約40%、GDP約2.2兆ドルで日本の約50%）。この数字は、20年後の2026年には884億ポンド（約14兆円）まで増加すると見込まれている（ヘルスケア・サービスの向上を目的として運営されている1897年設立の独立系非営利財団 King's fund が2008年に発表した“Paying the Price: The Cost of Mental Health Care in England to 2026”）。

日本でも、精神疾患のために1か月以上休業している国民が約47万人おり、それによる逸失利益だけでも9500億円にのぼるとされている（島悟 平成14～16年度厚生労働科学研究費補助金「うつ病を中心としたころの健康障害をもつ労働者の職場復帰および職場適応支援方策に関する研究」総合研究報告書）。また、国立社会保障・人口問題研究所によれば、日本国内の自殺とうつ病による経済損失は、年間2兆7千億円と推計されている（2010年9月報告）。アメリカでは、うつ病による経済損失は5兆円におよぶと試算されており、その内訳は生産性低下53%、医療費28%、自殺17%であった（Hall & Wise, Psychosomatics 36 : S11-18, 1995）。



図1 Kjell Magne Bondevik 前首相（ノルウェー）  
2007年英国訪問の際、英国議会において自らのうつ病体験を語り、議員自らがうつ病について積極的に語るこそが、国民に対する啓発となると述べた。英国議会、英国王立精神医学会、英国の当事者・家族会から賞賛を受けた。



図2 『メンタルヘルスに関する超党派議員団による報告書』

この報告書は、英国王立精神医学会（Royal College of Psychiatrists）と英国の3つの当事者・家族団体（Rethink, Mind, Stand to Reason）のサポートを受けた「メンタルヘルスに関する超党派議員団」が国会議員等を対象に行った精神保健に関する無記名調査の結果をまとめたものである。

## 6) 国の優先課題として取り組む必要性

以上で述べたように、精神疾患は国民の多くが罹患する極めて普遍的な疾患であり、さらに、国家や地域社会の繁栄に大きな影響を与える重大な問題である。こうした事実を踏まえ、各国では、政策的リーダーシップにより、うつ病をはじめとする精神疾患についての啓発、サービス、研究に関する対策が進められている。しかも各国では、議員など政策関係者自らが、精神疾患対策を率先して推進している状況がある。

例えば、ノルウェーのKjell Magne Bondevik前首相は、首相在任中の激務により、うつ病となった体験を隠すことなく自ら広く国民に伝え、国民の誰しものが「うつ病」になりうることを、そして、うつ病をはじめとする精神疾患に関する誤解・偏見の除去が極めて重要な課題であることを率先して啓発している（図1）。

2007年にBondevik首相が、英国議会を訪問した際に、自らのうつ病の体験を語り、議員自らが、積

極的にうつ病について語ることで、啓発において重要と述べた。

Bondevik首相の英国議会における講演は、大きな反響を呼び、英国では「メンタルヘルスに関する超党派議員団」が結成され、イギリス国会議員、および政策秘書等を対象とした精神保健に関する無記名調査が行われた（図2）。その結果、「精神保健問題を抱えた家族や友人がいる」97%、「議会業務によって精神的不調を抱えた人々に遭遇したことがある」100%、「精神保健的問題を抱えたことがある」19%という数値が報告され、精神的な健康は国会議員にとっても切実な問題であることが判明した。この調査は、英国の国会議員や議会関係者が精神疾患対策について強い関心を持つ重要な機会となったと言われている（回答者：下院議員94名・上院議員100名；Mental Health in Parliament: Report by the All-Party Parliamentary Group on Mental Health, 2008）。

英国では、ブレア政権下で行われた大規模な医療



図3 Time to Change: イングランドにおける精神疾患を持つ人々への差別，スティグマの解消を目指す大規模キャンペーン。国，地方自治体，メディア，教育機関，医療機関等あらゆる組織が協力して推進するプロジェクト。  
<http://www.time-to-change.org.uk/>

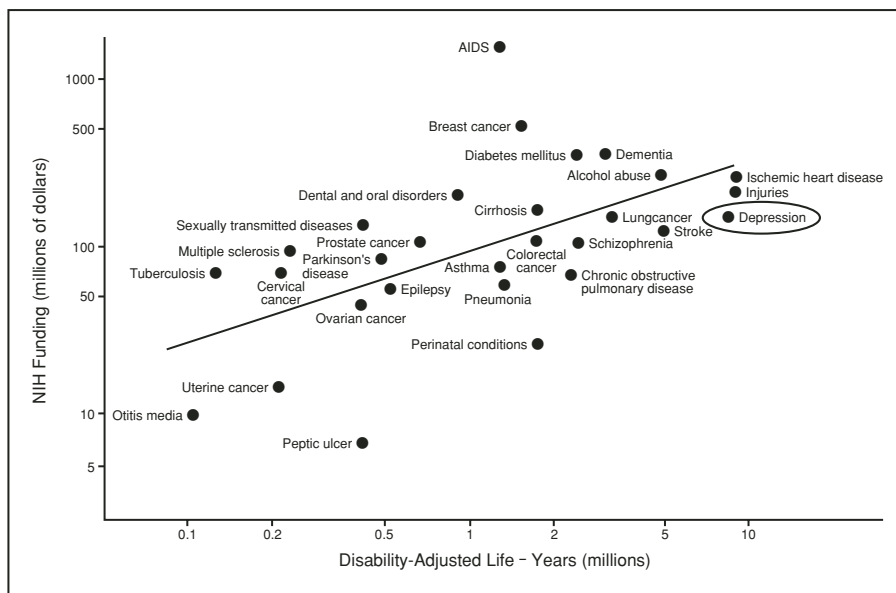


図4 米国国立保健研究所 (NIH) における疾病別研究費と DALY との関係

改革において、「精神疾患」は、「心臓疾患」と並ぶ二大疾患として、「がん」よりも政策的優先度の高い疾患として位置づけられ、1999年以降この10年間にわたって精神保健医療への投資が1.5倍に増額されてきた (National Service Framework of Mental Health, Department of Health, UK 1999)。

また、2009年1月には、精神疾患を持つ人々への差別やスティグマの解消を目的とした過去最大規模 (世界最大規模) の国家啓発プログラム “Time to Change” がイングランド全土で開始され (図3)、2011年9月までの間におよそ1800万ポンド (約30

億円弱) の資金が投入される (Lancet 373 : 1928-1930, 2009)。精神疾患を持つ人々への差別，スティグマを解消することに国全体で積極的に取り組もうとしているのである。

また、近年、諸外国では、障害調整生命年 (disability adjusted life years, DALY) に基づき、国民の生命・健康・生活に影響を与える程度の大きい疾病に対して、優先的に研究費が投入されるようになっている。米国の国立保健研究所 (NIH) の疾病別の研究費の分配も、DALY に基づいて行われているため、うつ病をはじめとする精神疾患に関する研

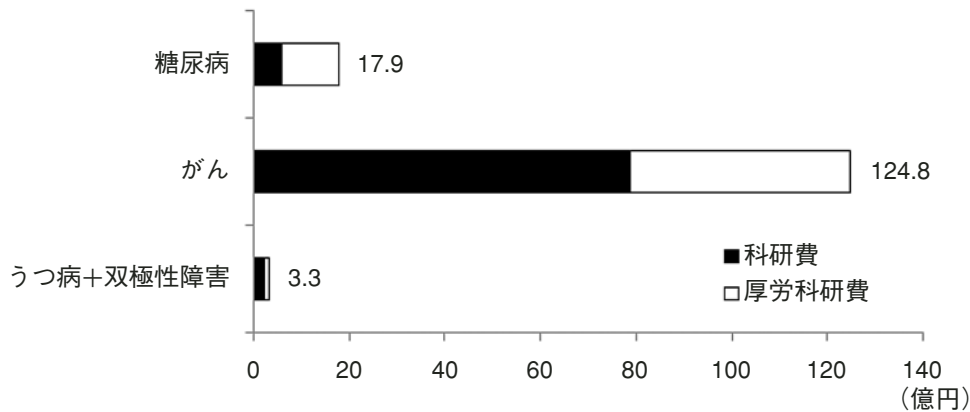


図5 文部科学省科学研究費および厚生労働科学研究費の金額

文部科学省科学研究費データベース、および厚生労働科学研究費成果データベースを使用。タイトルに「がん」「癌」「糖尿病」「うつ」「気分障害」「双極性障害」を含む課題を2008年の課題より選び、無関係な課題を除外した。2008年度の金額(間接経費を含む)を積算した。

究に対して、大規模な投資が行われている(New England Journal of Medicine 340:1881-1887, 1999:図4参照)

以上の根拠ならびに各国における取り組みを踏まえ、我が国においても、今後、うつ病をはじめとする精神疾患対策の優先度を高め、啓発、サービス、研究に関する包括的対策を推進する必要がある。その際の政策的なリーダーシップが不可欠である。

現状では、2008年度の「うつ」「気分障害」「双極性障害」をタイトルに含む文部科学省科学研究費および厚生労働科学研究費は、合計3.3億円(計123件)であり、がんの124億8484万円(2184件)とは比較に及ばず、DALY 12位である糖尿病の17億9063万円(268件)と比べても、はるかに低い額となっている(図5)。

## 4. 各 論

### 1. 国民への啓発

#### ■ 日本における現状

うつ病をはじめとする精神疾患に罹患している国民は多いが、医療機関を受診していない、あるいは受診しても正しい診断にもとづく適切な医療を受けていない患者が多く、しかも本人自身がそのことに気づいていない場合も多い。そのために日常生活や社会生活の障害が引起され、また自殺の背景ともなっており、それらすべてが国家としてのさまざまな損失の要因となっている。

#### ■ 国民啓発の進め方のポイント3点

これらの現状を変え、あるべき姿に近づけていくための国民啓発の進め方を考えるうえでは、次の3点について考慮する必要がある。

第一に、対象は国民全員であり、数としても膨大でありニーズも多彩であるということである。政府が一律に行う施策とともに、その効果の限界を補うことができる仕組みも考えておきたい。

第二に、数十年先までを見越した継続的な取組が必要である。精神疾患の多くは慢性疾患であり、その背景には青少年の頃からの発達・教育の積み重ねがある。したがって一時的な対応では限界があり、人間の成長に沿った長期的で継続的な取組が重要となる。

第三に、人材育成の重要性が挙げられる。医療のなかでもとくに精神保健は、人と人との関わりのウェイトが大きい。したがって、制度を確立し、場所や建物を準備するだけでなく、さまざまな専門家を幅広く育成することが重要となる。

#### ■ 世界のベストプラクティスに学ぶ

以上の3点を考慮して具体的な取組を考えるうえでは、世界のベストプラクティスと言えるオーストラリアの非営利組織NPO「beyondblue」(ブルーな気持ちを越えて)(図6)の活動が参考になる(<http://www.beyondblue.org.au/index.aspx>)。beyondblueは「national depression initiative」という位置づけからわかるように、うつ病の予防と治療を国全体および地域社会が推進するために有用なさまざまな援助を提供することを目的として、2000年に設立された組織である。オーストラリア政府や



図6 オーストラリアの非営利組織 NPO「beyondblue」(ブルーな気持ちを越えて)のホームページ。2008年にはオーストラリアにおける健康や医療についてのホームページの「No.1 ヒット」に選ばれている。  
<http://www.beyondblue.org.au/index.aspx>

各州政府からの資金を中心に、寄付により運営されている。独立した運営を保つため、製薬会社からの寄付は受入れないことを方針にしている。

#### 【beyondblueの活動内容】

beyondblueの活動内容としては、うつ病などの精神疾患についての情報提供と偏見解消、患者の受診や回復の援助、予防活動や早期発見治療活動、プライマリケア専門家の援助、研究の促進と成果の還元、精神疾患に関連するさまざまな団体との連携、などがある。こうしたさまざまな内容の活動をいろいろな組織がそれぞれ個別に行うのではなく、beyondblueというひとつの組織が全国的に展開していることが特徴である。Beyondblueという組織が国民に広く知られること自体がうつ病についての啓発活動になっている点が、世界のベストプラクティスへと成長できた秘訣と考えられる。今後の日本の啓発活動を進めるうえで参考にするべきポイントでもある。

#### 【インターネットを活用した普及】

beyondblueは情報を広く提供するためにインターネットの活用にも力を入れている。2008年には

オーストラリアにおける健康や医療についてのホームページの「No.1 ヒット」に選ばれており、国民に広く知られ、また有効に利用されていることがわかる。国民からは、「かっこいい」という良いイメージで受けとめられているようであり、そのような受けとめ方をされること自体が国民の啓発になっている。このように、行政の支出と民間の取組みをうまく組み合わせることで、上記の3点に応えられるような有効で有用な取組ができるものと考えられる。

#### 【学校・職場における認知の重視】

こうした啓発活動を発展させるために、学校教育や職場との連携を重視している点も特徴である。小学校向けの“Kids Matter”, 中学・高校向けの“youth beyondblue” “Mind Matters”, 職場向けの“National workplace program”というプログラムを用意し、生徒・教師・両親・地域住民・職場に向けてさまざまな情報や教材を提供するとともに、マスメディアへのキャンペーンも展開している。国民への啓発をすすめるうえで、こうした学校や職場での取組みは有効性と効率の良い方法である。

### ■ 短期的な目標：

日本版 beyondblue 組織の準備と設立

- 1) 準備と設立の具体的内容
  - ・ スタッフの確保
  - ・ 組織の立ち上げ
  - ・ 他団体との協議
  - ・ 予算の確保
  - ・ ホームページ開設
  - ・ 「顔」となっていただけの著名人に協力を依頼する
- 2) 啓発の内容
  - ・ 精神疾患の重要性について
  - ・ 精神疾患の現状について
  - ・ 精神疾患に気づく方法について
  - ・ 精神疾患の予防・診断・治療のためのアクセス方法
  - ・ 精神疾患への偏見解消
- 3) 学校教育における啓発の準備
  - ・ 精神保健・精神疾患教育の、学校教育における正式な位置づけ
  - ・ 教育指導要領への導入の準備

### ■ 中期的な目標：

日本版 beyondblue 組織の認知度の向上と活動の定着

- 1) 日本版 beyondblue の認知度の向上
 

そのひとつとして、「誰もが知っているシンボルマーク」
- 2) 日本版 beyondblue 組織の定着と発展
  - ・ 組織の整備と具体的な活動の展開
  - ・ ホームページの充実
  - ・ 他の専門団体との連携の確立
  - ・ 日本のニーズに合った研究の推進
  - ・ 運営の人的・経済的基盤の拡充
- 3) 学校・職場における啓発活動との連携の確立

### ■ 長期的な目標：

うつ病についての国民啓発の達成

- 1) 啓発の指標
  - ・ うつ病の認知度の向上
  - ・ うつ病の未受診者の減少や未治療期間の短縮
  - ・ 国民の生産性の向上
  - ・ 自殺率の低下
- 2) 日本版 beyondblue 組織の自立的な発展，活動の検証

## II. 自殺対策とうつ病対策

### ■ 自殺対策の現状

我が国の自殺者数は 1998 年以降 3 万人を越え、欧米の先進諸国と比較しても突出して高い水準で推移しており、その主な要因は中年男性の自殺者の増加である。こうした状況に対して、2006 年 10 月の自殺対策基本法施行、2007 年 6 月の自殺総合対策大綱策定（2008 年 10 月一部改正）など、国を挙げて自殺対策に総合的に取り組んでおり、厚生労働省が主導する自殺対策のための戦略研究として、救急医療施設における自殺予防研究（ACTION-J）ならびに地域介入（NOCOMIT-J）なども実施中であるが現時点ではその成果は確定していない。

自殺に心理社会的要因が関与することは言うまでもないが、自殺の背景として精神疾患の存在が重視されている。特に、中高年ではうつ病の関与が大きいため、うつ病の早期発見と適切な対応への啓発、相談・治療機関の充実が重要である。我が国では精神疾患や精神科医療に対する偏見が根強く、相談することへの抵抗感から問題が深刻化しがちで、自殺を凶った人が精神科医等の専門家を受診している例は十分とはいえない。

### ■ 現状の分析

自殺対策では、社会経済的視点に加えて、背景としてのこころの健康問題に着目した精神保健的な視点が不可欠である。自殺の背景として精神疾患に罹患していることが多く、中でもうつ病の割合が高いこと、うつ病等については有効な治療法が確立していること、諸外国や我が国の一部の地域ではうつ病対策の実施により自殺予防の効果をあげていることから、うつ状態にある人の早期発見、早期治療を図るための取組、すなわちうつ対策が重要である。そのためには、うつ病に関する啓発活動を通じて、精神疾患、自殺への偏見をなくしていき、精神科等の専門医療の受診や相談をしやすい環境づくりが求められる。また、自殺の危険性の高い人を発見する機会の多い、かかりつけの医師等をゲートキーパーとして養成するとともに、自殺のハイリスク者に十分対応できるよう、精神科医療を軸とした体制の整備・充実を図る必要がある。国民全体に対し、命の大切さの理解を深めるとともに、悩みを抱えたときに気軽にこころの健康問題の相談機関を利用できるよう、自殺や精神疾患に対する正しい知識を普及啓発し、偏見をなくしていく取組も重要である。困ったときは誰かに助けを求めることが適切な方法であ

ることなどを周知する必要がある。心理的な悩みを引き起こす様々な要因に対する適切な介入により、また、うつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺は防ぐことができる。

一方、同じような過酷な心理社会的状況におかれても、あるいはうつ病に罹患しても、自殺に至る人とそうでない人に分かれるのも事実で、特定の精神疾患の枠を越えた自殺に至る生物学的要因の存在も知られている。こうした自殺の生物学的要因を明らかにしようとする試みは、心理社会的な理解に加えて自殺の生物学的・医学的な理解への道を切り拓くものである。自殺のなかには医療の介入が必要とされる“病的”状態がある、とする見方が広がることで、相談機関や医療機関の利用が促進すると考えられる。さらに自殺予防に向けた新たな向精神薬の開発、向精神薬の適切な投与方法の開発等が可能となるであろう。社会的心理的なアプローチに生物学的アプローチを取り入れた、より統合的な自殺予防プログラムの構築が実現できる。

#### ■ あるべき姿と対策

- 1) うつ病についての正しい知識の普及および偏見をなくすための啓発活動を通じた、自殺予防に関する正しい理解の普及・啓発
- 2) 心の健康づくりとメンタルヘルス対策
  - ・ 職場におけるメンタルヘルス対策推進
  - ・ 地域・学校における心の健康づくり推進
- 3) 早期対応の中心的役割を果たす人材（ゲートキーパー）や危機介入しうる専門家の養成と資質向上
  - ・ かかりつけ医等によるうつ病等の精神疾患の診断・治療技術の向上
  - ・ 教職員への普及啓発
  - ・ 地域保健スタッフの研修・資質向上
  - ・ 産業保健スタッフの研修・資質向上
- 4) 適切な精神科医療を受けられるようにするための施策
  - ・ 精神科医療体制充実のための心理職等の人材養成ならびに診療報酬上のサポート
  - ・ うつ病等の精神疾患についての正しい知識の普及および偏見をなくすための啓発活動を通じた早期発見・早期受療の推進
  - ・ 精神科医療機関を含めた保健・医療・福祉の地域ネットワークの構築
  - ・ かかりつけ医・産業医・精神科専門医との連携強化
- 5) 自殺未遂者の再企図予防のために救急医療施設

における精神科医が関与する診療体制の整備・充実

- 6) 地域・職域における相談体制の整備・充実
- 7) 遺族への相談体制の充実と遺族ケア支援体制の整備
- 8) うつ病の病態を脳科学等多角的なアプローチにより解明し、治療法の開発を進めるとともに、自殺に対してもその生物学的側面を明らかにすることにより、予防に有効な希死念慮・衝動性等の軽減法を確立する。

#### ■ 短期的な目標：

- 1) 総合的自殺予防対策の実施
- 2) 自殺者3万人の減少

#### ■ 中期的な目標：

- 1) 総合的自殺予防対策の問題点抽出と継続
- 2) 自殺者の減少傾向維持

#### ■ 長期的な目標：

- 1) 総合的自殺予防対策の発展的継続
- 2) 自殺者3万人の半減
- 3) うつ病・自殺者脳の研究支援

### III. 研 究

#### ■ 日本におけるうつ病研究の現状

うつ病は、双極性障害（躁うつ病）と並ぶ、主要な気分障害であり、自殺実態白書2008でも、自殺の最大の要因がうつ病であることが明らかにされている。日本では最近自殺者が毎年3万人を超え、先進国のうち最悪となっている。白書によれば、自殺者282人中、58%は、精神科での治療を受けていたことから、専門的な医療を受けていてもなお、自殺を完全に予防することは困難なのが現実である。より速効的で有効性の高い治療法が求められている。

現在、うつ病をはじめとする精神疾患の診療において、保険適応となっている検査は一つも存在しない。また、抗うつ薬は効果発現に1～2週間以上、うつ病の完治には3ヶ月（中央値）かかるうえ、難治化するケースも多く、その社会経済的負担は大きい。

日本におけるうつ病研究は、海外でも注目されるような良質の研究も報告されている一方、論文数が世界の第8位に甘んじており、世界第2位の論文数であるがんと比して、その量において著しく遅れを

取っている。その原因は、主としてうつ病をはじめとする精神疾患に対する研究費額が少ないためと考えられる。

## うつ病研究の現状

### 1) うつ病の亜型

うつ病は、遺伝、養育環境など、さまざまな要素によるストレスに対する脆弱性を元に、ストレス、身体因などが加わって発症すると考えられ、さまざまな角度からの研究が必要となる。また、単一の疾患ではなく症候群であり、さまざまな病因による亜型を含むと考えられる。現在のところ、メランコリー型、非定型、季節型などに区分されている他、血管性、双極スペクトラム、認知症前駆うつ病など、さまざまなタイプの存在が推定されており、亜型間で治療反応性に違いがあると考えられるが、これらの診断信頼性は高くなく、生物学的な診断法の開発が望まれている。

### 2) 抗うつ薬研究と動物モデル

うつ病の理解は、抗うつ薬の発見とともに進歩してきた。抗うつ薬は偶然に効果が発見され、これらの薬剤がセロトニン、ノルアドレナリンなどの神経伝達物質を増加させる作用を持つことが注目された。その後、抗うつ薬と電気けいれん療法が、ともに脳由来神経栄養因子 (BDNF) を増加させることが判明した。これらの抗うつ作用は、BDNF 増加による神経細胞新生促進を介しているのではないかと、という方向での基礎研究が盛んに行われている。

こうした研究では、学習性無力、慢性軽度ストレス、強制水泳など、ストレスなどによるうつ病の動物モデルに加えて、遺伝要因や養育環境などのストレス脆弱性とストレス負荷を組み合わせた動物モデルも検討されている。

これらのうつ病モデル動物を用いて、分子細胞生物学的な研究も行われ、神経新生の低下や樹状突起スパインの減少など、神経細胞の形態学的変化がうつ病と関連している可能性が指摘されている。しかしながら、こうした動物モデルにより得られた研究成果が実際のうつ病患者に該当するかどうかについては、不明な点が多い。

### 3) ゲノム研究

うつ病は、遺伝環境相互作用が関与し、異種性の高い、すなわちさまざまな亜型が含まれる疾患である。そのため、ゲノム研究でも、地域を代表する多数例のサンプルにおける前向き研究によって、ストレス要因などの評価とゲノム解析を同時に行い、遺伝環境相互作用を解析する必要がある。

欧米からは、2000 名近い患者と対照群の比較による全ゲノムでの遺伝子多型解析をもとに、6000 名以上の患者における遺伝子解析を行った研究が報告されているほか、7000 名以上の地域を代表するサンプルでうつ病の有無を評価し、遺伝子解析を行った研究、1000 名以上のパースコホート (生まれた子どもの全数調査) において、うつ病発症における遺伝-環境相互作用を解析した仕事なども報告されている。

一方、日本からの研究は、多くても 3~400 名の患者を対象としており、数個の遺伝子を解析した論文にとどまっている。

うつ病患者の中には、潜在的な双極性障害患者が少なからず存在するが、双極性障害には遺伝要因が関与することがわかっており、その治療は大きく異なることから、双極性障害の遺伝要因を明らかにすることは、うつ病の原因解明の中でも少なからぬ比重を占める。

欧米では、5000 名近い双極性障害患者と 5000 名を超える対照群と比較した、全ゲノム中 50 万個の遺伝子多型に関するゲノム解析が報告されている。一方、日本では、各群 600 名程度で調べた論文が最大である。

このように、遺伝子関連研究においては、その量、質ともに、欧米にはるかに水を開けられているのが現状である。英国では、Wellcome Trust Case Control Consortium という 17000 名を対象とした遺伝子関連研究プロジェクトで、主要 7 疾患の中に、糖尿病 (I 型, II 型)、脳血管障害、慢性関節リウマチ、クローン病、高血圧と共に双極性障害が含まれていた。しかし日本では、5 万人を目指すゲノムバンクの対象疾患 9 疾患 (高血圧症・糖尿病・高脂血症・肥満・脳卒中・心筋梗塞・慢性閉塞性肺疾患・慢性腎不全・肝炎) に、精神疾患がひとつも含まれていなかったことに加え、上記のような研究費の不足もあり、DNA サンプルの集積が遅れたことが原因と思われる。

しかし、こうした困難の中でも、日本では独自の発想に基づく遺伝子研究が成果を上げている。

これまでにうつ病および双極性障害の発症に大きな影響を与える遺伝要因については、未だ結論は得られていないが、今後、ハイスループットシーケンサーなどの先端技術を用いて、まれな変異を探索する研究により、影響の大きな遺伝子変異が発見される可能性が期待されている。双極性障害やうつ病の原因に関連することが示唆される遺伝子を対象とした基礎研究は、大学の研究室や理化学研究所脳科学

総合研究センターなどで行われている。

#### 4) 心身医学的研究

一般科入院患者では、うつ病が高頻度に見られることから、心身医学的研究も重要であり、身体疾患によるうつ病、あるいはうつ病が身体疾患に与える影響などの研究が行われている。こうした研究では、うつ病によりがん患者のQOLが著しく低下し、生命予後も不良となること、潜在性脳梗塞がうつ病のリスクを高める一方、うつ病により脳梗塞のリスクが増加すること、うつ病により心筋梗塞による死亡率が増加すること、インターフェロンによるうつ病の予防に抗うつ薬が有効であることなどが明らかにされている。また、うつ病と糖尿病の合併も多く見られ、その関係についても研究が進められている。

#### 5) 治療法の研究

新規抗うつ薬の開発研究および臨床試験は、製薬会社主導で行われているが、我が国で開発された新薬でさえ、まず海外で臨床試験を行わざるを得ない現状がある。精神疾患の臨床試験においては、診断、評価において、言語に頼る面が多く、国際共同研究への参加には困難な面もあるが、困難の中でも、国際共同臨床試験への参加が始まっている。

非薬物療法としては、電気けいれん療法(ECT)が確立した治療法として広く行われ、その作用機序に関する研究が行われている。特に、ECTは、抗うつ薬に比してその効果発現が速く、自殺が切迫している場合などにも効果を発揮することから、速い効果発現のメカニズム解明が期待される。また、迷走神経刺激、経頭蓋磁気刺激、深部脳刺激などの臨床試験が行われている。

認知行動療法を含め、心理社会的治療の効果に関する実証的研究も行われている。認知療法については、その作用メカニズムに関して、脳機能画像法を用いた研究も進められている。

#### 6) 診断法の研究

バイオマーカー研究としては、末梢血液中BDNF、デキサメサゾン抑制試験などの生化学的試験の研究が、大学や国立精神・神経医療研究センターなどで行われている。

遺伝子発現解析、プロテオミクス解析などの網羅的解析法により、新たな診断マーカーを探索する研究も進められている。

陽電子断層画像法によるセロトニントランスポーター結合能、ファンクショナルMRI、光トポグラフィ(近赤外スペクトロスコピー、NIRS)による前頭葉血流動態測定の脳画像法、脳波などが、我が国でも検討されている。特にNIRSは、うつ状態

の鑑別診断補助法として、既に先進医療の指定を受け、さらなる研究が進められており、多数例での大規模な臨床研究により、その診断的意義を確立する研究が待たれている。

#### 7) 予防法の研究

一方、うつ病を早期発見し、介入し、予防する研究、あるいは再発予防法などについては、社会的対策、心理的対応が中心となっているが、研究は進んでいないのが現状である。

うつ病発症の危険因子としては、遺伝的要因の他、妊娠中に母親が受けたストレス、新生児期から思春期にいたるまでの心理社会的環境、不飽和脂肪酸を含む栄養面などの食生活、生活リズム、そして、発症の誘因となった心理社会的要因および身体的要因など、さまざまな要因とその相互作用が関与する可能性が考えられる。こうした要因の影響について科学的な知見を得るには、比較的短期に結果が得られる地域疫学研究に加え、長期のコホート研究が重要である。特に、遺伝的要因と環境的要因を区別して検討するには、多数の双生児を対象としたコホート研究が有効である。

#### 8) 死後脳研究

一方、うつ病患者の死後脳を用いた研究はほとんどなく、特に神経細胞の形態学的変化がうつ病で存在するかどうかについて検討した論文はわずか2本しかない。

海外では、米国では100以上の脳バンクが活動しているが、多くは自施設での研究のために集積されたものである。また、欧州やオーストラリアにも、大規模な脳バンクがある。

米国のスタンレー脳バンクは、自殺者を含め、司法解剖を受けた者を対象として、遺族の同意により脳サンプルを多く集め、世界の研究者に配付する事業を行っている。こうした活動により、死後脳研究が増加しているものの、多くの研究者に配付できるサンプルは、前頭葉などの大きな部位に限られているため、研究内容には制約もある。

日本では、監察医務院で解剖された方の脳が遺族の同意なく研究に使われた事件があつて以来、こうした研究は盛んではない。日本では、うつ病患者の死後脳を集めている施設はほとんどなく、日本人うつ病患者を対象とした死後脳研究の発表もほとんどない。

日本で運営されている精神疾患の脳バンクとしては、福島医科大学の精神疾患ブレインバンクがある。生前登録制を基本とし、当事者、家族とともに運営する開かれたブレインバンクを目指しており、既に

80 名以上が登録し、30 名以上の脳が保存されており、既に他の研究者にもサンプルが提供されている。ただし、ほとんどが統合失調症患者であり、うつ病患者の脳はまだ集められていない。

日本で脳バンクとして機能しているサンプルを広く供与している施設としては、認知症患者を含む高齢者の脳を集積している、東京都高齢者ブレインバンクがある。このバンクは、認知症や加齢の研究のため、多くの施設にサンプルを供与している。

#### 9) 日本における研究の必要性

このように、うつ病研究の多くの領域で、我が国は世界的に遅れをとっている。特に日本では、医療の根幹となるような研究、すなわち、医学の基本となる疫学研究、薬物療法の基本となる二重盲験比較試験、疾患概念の基本となる病理学的な研究（死後脳研究）が乏しいのが現状である。

しかしながら、例えば遺伝学研究では、BDNF、セロトニントランスポーターなどの研究に示されているように、我が国と欧米で逆の結果がでることもしばしばである。また、双極性障害の発症年齢についても、幼稚園児から小学生における発症が多くみられるとする米国と、早くても中学生とする我が国では大きな開きがあるなど、環境因の違いがある可能性も示唆されている。このように、欧米の研究データを日本人にそのまま適応することは難しい。

#### ■ 対策

今後は、医学の基本となる疫学研究、臨床試験、病理学研究などを充実させる必要がある。また、生物学的研究としては、遺伝学研究、死後脳研究の充実が必要であり、これらの研究のためのリソース（DNA リソース、死後脳バンク）の確立が必要である。

これらの活動のためには、国民の理解が重要であり、研究の必要性に関する啓発活動を含め、当事者、家族と研究者の連携も必須である。

こうした生物学的臨床研究においては、構造化面接を用いた操作的診断が用いられるが、臨床の片手間で行うことは困難であり、研究に従事する心理系研究者あるいは技術者が増えることにより、研究は促進される。

一方、分子生物学、脳科学領域における基礎研究は、日本の医学研究の中でももっとも競争力がある分野であり、うつ病を標的とした基礎研究に力を入れることは、日本のこれまでの脳科学の蓄積を社会的意義あるものに変えていくことにつながるであろう。

ところが、研究を行うための研究者の数が、圧倒的に不足しており、研究費の少なさと相まって、日本におけるうつ病研究の量的な乏しさに繋がっている。主要大学精神医学教室に、医師以外の研究者（PhD）を含め、研究専任のポストを増やすことにより、こうした問題は解消される。

また、臨床試験のみならず、遺伝学研究、死後脳研究などにおいても、統計学やバイオインフォマティクスの知識と経験が必要不可欠となっており、これらの知識と経験を持つ研究者の充実も重要である。

さらに、精神疾患は人権侵害や差別など歴史的にもさまざまな社会的問題を抱えてきた疾患であり、脳やゲノムの研究を行うことに関しては、十分な倫理的配慮が必要である。法・倫理学者との連携、および国民との対話を通じた研究倫理の確立と徹底が不可欠である。

#### ■ 短期的な目標：

- 1) うつ病の原因解明と根本的治療法・診断法・予防法開発のための総合的計画（抗うつ研究開発 10 年計画）を開始（たとえば、がんの半分であれば年間 60 億円規模）
- 2) 大学精神医学教室への研究専任ポストの配置による研究者、実験技術者人口の増加
- 3) 大規模疫学研究、コホート研究、双生児コホート研究の開始
- 4) 大規模ゲノム研究に向けた DNA サンプル収集
- 5) 先端医療と生物学的臨床研究を行う「うつ病センター」を設立し、ここには臨床研究に専念する「臨床研究ユニット」を設置し、生物学的臨床研究を推進する
- 6) 高度な臨床試験の知識と経験を持つ治験責任医師の育成
- 7) 全国約 10 ヶ所に死後脳バンクを設立すると共に、生前登録に向けた啓発を行う
- 8) うつ病の基礎研究の研究室を、たとえば国立精神・神経医療研究センターや理化学研究所脳科学総合研究センターのような専門の研究所に設置
- 9) 大規模臨床研究によるバイオマーカーの研究

#### ■ 中期的な目標：

- 1) 疫学研究による環境危険因子の同定
- 2) 全ゲノム解析による、まれだが影響の大きなうつ病、双極性障害の遺伝要因の発見
- 3) うつ病患者死後脳の収集と脳バンクのネットワ

ーク化

- 4) うつ病の治療選択に有用なバイオマーカーの確立
  - 5) 国際共同臨床試験の実施体制の整備
- 長期的な目標：
- 1) 死後脳の病理学的所見に基づくうつ病の疾患概念と生物学的分類の確立
  - 2) うつ病の各病型に対する即効的・根本的治療法の開発
  - 3) 気分障害の脳病因を直接捉える診断法の開発
  - 4) 気分障害による自殺を防ぐより確実な治療法の開発
  - 5) 国際共同臨床試験による我が国発の画期的新薬の臨床開発
  - 6) 気分障害の発症予防法の確立

#### IV. 学校教育

##### ■ 現状とあるべき姿

学校に通う児童・生徒・学生および教職員のメンタルヘルスが問題となっており、特にうつ病対策は急務の課題である。あらゆる機会をとらえて、児童・生徒・学生、教職員および保護者に、メンタルヘルス教育を行うことが肝要である。さらに、学校で過ごす時間が長い児童・生徒・学生のなかで、メンタルヘルスのハイリスク群を抽出し、学校で可能なうつ病予防および介入のプログラムの開発と施行が望まれる。また、教員のストレスを減らすためには、教員の仕事負担を減らすことが最も有効である。さらに、教員のうつ病に対する早期発見および早期治療のプログラムの開発と施行が望まれる。

##### A) 児童・生徒・学生のメンタルヘルス

##### ■ 児童・青少年のうつ病に関する現状

児童・青少年のうつ病の問題は、世界的に多大な関心を集めている。児童・青少年のうつ病の時点有病率は、児童期で1～2%、青年期1～7%とされている。わが国においても、12～14歳のうつ状態の時点有病率は4.9%、14歳までのうつ状態の生涯有病率は8.8%であることが報告されている。また、思春期以降の中学生・高校生・大学生（短大・専門学校）などの若者は、特にうつ状態を呈しやすく、18歳までにその15～20%がうつ状態を体験すると言われている。治療を受けずに放置された場合、児童・青少年のうつ病は回復後も再発のリスクが高

い。うつ病を体験した児童・青少年は成人後においてもうつ病を罹患しやすく、生涯にわたる脆弱性を抱える可能性も指摘されている。

児童・青少年のうつ病は学業不振や対人関係の悪化など日常生活上の機能低下を引き起こすことが知られている。

##### ■ あるべき姿と対策

あらゆる機会をとらえて、児童・生徒・学生、および教職員にメンタルヘルス教育を行う必要がある。すでに、現行の学校保健安全法に基づき、教員がうつ病をはじめとする児童・生徒の心身の健康問題を早期発見するための「健康観察」が重視され、『健康問題早期発見マニュアル』が文部科学省から全国学校の教職員に配布されるなど、教員向けの啓発的取り組みが政策的に進められている。今後、教員向けのメンタルヘルス啓発をさらに進めるとともに、児童・生徒に対する直接的なメンタルヘルス教育を行う必要もある。そのためには、たとえば、学習指導要領を改定し、保健や総合的学習の時間を増やし、うつ病をはじめとするメンタルヘルスの教育を行う。また、保健の教科書にうつ病をはじめ精神疾患の項目を入れ、心理教育的なカリキュラムを導入する。また、メンタルヘルス用のホームページを立ち上げて、うつ病対策のイーラーニングを行う。

児童・生徒・学生に症状のチェックリストを施行し、ハイリスク群を把握する。学校現場におけるうつ病の児童・生徒・学生たちのための心理学的予防および介入プログラムの開発をおこなう。その場合、海外のプログラムが参考になる。たとえば、オーストラリアの小学生向け“Kids Matter”や思春期青年期向けの“youth beyond”, “Mind Matters”などが参考になる。

高機能の広汎性発達障害を抱える児童・生徒、さらには、高校生・大学生などは、不適応反応としてうつ病を呈しやすく、うつ病のハイリスク群と言える。現行の小中学校における特別支援教育等の対策に加え、発達障害を抱える高校生や大学生に対するうつ病予防的な支援を積極的に提供していくための対策も必要である。

児童・生徒・学生のうつ病に対する相談体制を確立する必要があるが、その際重要なことは、児童・生徒を単に学校カウンセラーに任せるのではなく、保健所や病院などの医療関係施設とより密接な連携のもと様々な資源を利用できるようにすることである。

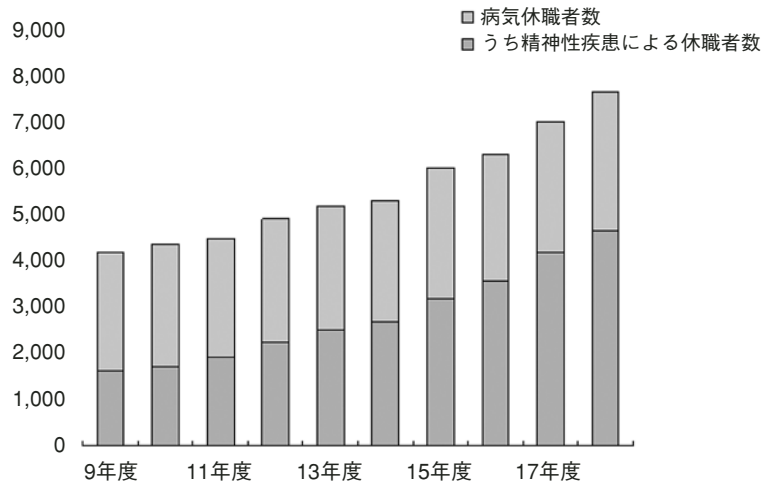


図7 公立小中高校の教員の病気休職者数，ウエルリンクより引用 <http://wellink.co.jp>

### ■ 短期的な目標：

児童・生徒・学生のうつ病の理解促進

- 1) 教育課程における精神保健カリキュラム導入の検討
- 2) 児童・生徒・学生を対象としたメンタルヘルスリテラシー全国調査の実施

### ■ 中期的な目標：

児童・生徒・学生のうつ病の早期発見・早期治療

- 1) スクールカウンセラー，スクールソーシャルワーカーの配置基準等の見直し
- 2) 養護教諭，スクールカウンセラー，スクールソーシャルワーカー，教育相談所相談員を対象とした精神保健専門研修の導入
- 3) 教員免許取得・更新講習における精神保健科目の必修化
- 4) 高校・大学等における広汎性発達障害を抱える若者へのうつ病予防対策

### ■ 長期的な目標：

児童・生徒・学生のうつ病の発症予防

- 1) 精神保健，精神疾患についての教育カリキュラムの継続的实施，学習指導要領の改訂
- 2) 児童・生徒・学生，教職員のメンタルヘルスリテラシーの向上

## B) 教職員のメンタルヘルス

### ■ 教職員のメンタルヘルス現状

学校現場では，教員は様々な対人関係を巡るストレス状況に曝されている。第1に，校内暴力，学校不適応などの生徒指導上の様々な問題に追われ，心

身ともに疲労した状態に陥りやすいこと。第2に，学校での受験指導面での高度の技量が要求されること。第3には教員は教育活動を行う上で保護者や地域住民から批判を受けやすいこと，第4に公務が適切に分担されていなかったり，教員相互の協力が十分でない結果，誠実で責任感の強い教師が多くの仕事を抱え込みやすいことが指摘されている。

教員に見られる精神疾患として最も多く見られるのは，うつ病・うつ状態であるとされている。平成18年に休職した全国の公立小中高校などの教員は，全教員の0.83%にあたる7655人であり，9年前の平成9年度（1609人）と比べると約2.9倍となっている。また，精神疾患で休職した全国の公立小中高校の教員が，過去最高の4675人であり，前年度比497名増である。そのうちほとんどがうつ病・うつ状態であるとされる（図7）。とても疲れると回答する教員が45%であり，強い疲労を訴える教員は一般企業の3倍以上に及び，児童生徒の訴えを十分に聞く余裕のない教員は6割以上に及び，うつ傾向は一般企業より平均2.5倍も多いとされている（図8）。

普通学級にいる発達障害のおそれのある児童は6%といわれており，その対応も教員の負担となっている。そのため，発達障害児童の対策や，教員への発達障害の対応の教育・啓発も，教員メンタルヘルスへの寄与が大きい。

発達障害児童の診療は，児童精神科という専門性の高い領域であるため医師の数が不足している。現在，日本児童青年精神医学会の認定医はわずか169名（2010年4月1日）であり，多くの児童精神科外来は，初診まで数ヶ月待たねばならないのが現状である（図9）。そのため，教員が発達障害児童に

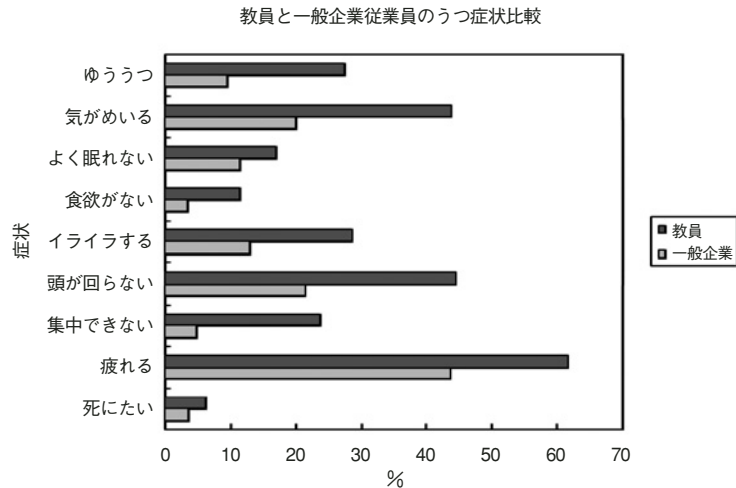


図8 うつ病と関係が深い自覚症状を訴える教員は一般企業の2.5倍に及ぶ(一般企業, N=1000 教員, N=1142) ~ 各質問に「あてはまる」「まあ、あてはまる」など、自覚症状があると答えた人の比率 ~ ウェルリンクより引用 <http://wellink.co.jp>

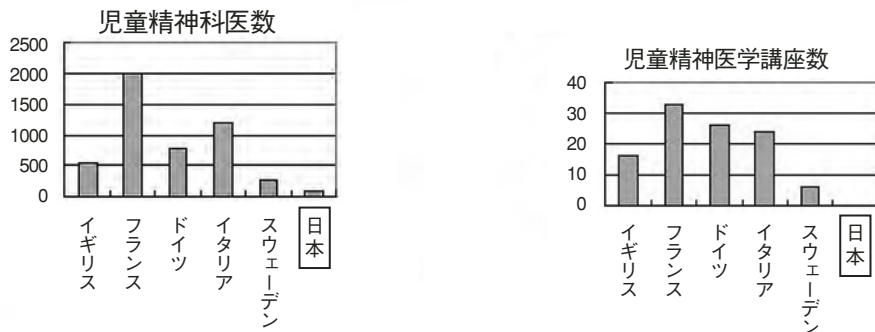


図9 日本における児童精神科医の不足

ついて、気軽に専門家に相談できない状況にある。

■ あるべき姿と対策

日本の学校教職員は諸外国の教員と比べて過重な負担を強いられていると思われるので、学校教員の職務が軽減できれば、うつ病予防には最も効果があると思われる。

あらゆる機会をとらえて、教職員にメンタルヘルス教育を行うことも有効である。その為には、教員免許取得のためにうつ病をはじめとするメンタルヘルス教育を必須にする。さらに、10年目の教員免許更新時にはメンタルヘルスの単位を必須とする。また、メンタルヘルス用のホームページを立ち上げて、うつ病対策のイーラーニングを行う。

定期的なメンタルヘルスチェックリストをおこなうことにより、スクリーニングを行うとともに、教員向けの心理学的予防、介入およびリワークプログラムを開発し実践する。また、教員向けの電話相談や教員のカウンセラーの充実など相談体制を確立す

る。この場合、保健所や病院などの医療関係施設とより密接な連携のもと様々な資源を利用できるようにする。

発達障害児童の相談ができる児童精神科専門医を増やすため、基幹大学に児童精神科を新設する。

■ 短期的な目標：

教職員のストレスの軽減

- 1) 教職員を対象とした精神保健啓発
- 2) 学校保健への産業精神衛生専門家の関与

■ 中期的な目標：

教職員のうつ病の早期発見、早期治療の実践

- 1) 教職員、スクールカウンセラー、スクールソーシャルワーカーの配置基準の見直し
- 2) メンタルヘルス講習・研修の必修化(免許取得時・更新時)
- 3) 教職員を対象とした精神保健相談の体制整備
- 4) 地域精神科医療機関による学校精神保健コンサ

## ルテーション事業の導入の検討

## ■ 長期的な目標：

教職員のうつ病による休職等の減少

- 1) 教員向けの心理学的予防, 介入およびリワークプログラムの開発, 導入
- 2) 児童精神医学の大学院講座, 診療部の設置 (児童精神科医の増加)

## V. 職 域

## ■ 現状

仕事に関して不安やストレスを感じている労働者が60%を越え, 自殺する労働者も年間8000-9000人に達し, 1ヶ月以上の休務を引きおこす原因の第一位も精神障害が占めている。また, 精神障害ならびに自殺に係わる労災への請求および認定数も増加傾向にある (厚生労働省 2009年6月)。すなわち, 職域においてうつ病を中心とした精神障害への対策を講じることは極めて重要な課題となっている。

このような事態を鑑みて, 厚生労働省は「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を公布し, 各職域でメンタルヘルスケアの実施により, うつ病を中心とした精神障害への対応方針を示している。本指針においては, 「メンタルヘルスケアを推進するための教育・研修」が, 「職場環境等の把握と改善 (発症の一次予防)」, 「メンタルヘルス不調の気づきと対応 (早期発見による二次予防)」, 「職場復帰における支援 (再発を防止する三次予防)」の根幹に位置づけられている。しかしながら, 誰が実際に教育・研修を行うのかが明確化されておらず, 教育・研修の内容に関してうつ病等精神障害に関する情報提供を行うことも明記されていない。

## ■ あるべき姿と対策

これまでの研究成果によれば, 疾病教育は教育を受けたものの行動変容が必要であることが判明しており, 単なる知識伝授型の教育・研修ではなく, 発生した事例に則して助言を行い, 事例への対応方を身につけることを目的とすべきである。したがって, メンタルヘルスに通暁した専門家が教育・研修を行うのみならず, 職域で生じたうつ病の症例に関する相談の受け皿として機能することが求められる。このような教育・研修を実施することによって, 初めて職域のうつ病の早期発見 (二次予防), 職場復帰 (三次予防) に繋がることが期待される。

また, うつ病の早期発見から治療導入を実現するには, 専門医療機関の拡充が欠かせないが, 多くの精神科専門医療機関は予約待ちが長く, 治療導入が円滑になっていないのが現状であり, 早期介入を実現するには精神科専門医の増加が必要である。

真の職場復帰を達成するには, 休務中と出勤後の二段階にわたる十分なリハビリテーションを実施することが重要である。すなわち, 生活リズムの安定化, 作業能力の回復, 対人的ストレスへの対処といった目標を達成できる職場外でのいわゆるリワークプログラムと, 出勤後に再発を予防しつつ段階的な業務付与を行い各勤労者が持つ本来の就労能力を発揮するに至るといふ, 職場内外の連続した職場復帰プログラムが一般化することも必須である。

また, 一次予防対策に関しては, 勤労状況を変化させるという, 企業にとっては経営上のリスクが存在する決定を下すには, より実証的な説得力のあるデータを示す必要がある。

## ■ 短期的な目標：

うつ病患者の職場復帰の促進

- 1) 「労働者の心の健康の保持増進のための指針」を遂行できる産業精神衛生専門家の育成
- 2) 精神科専門医の育成
- 3) 職場復帰プログラムの拡充

## ■ 中期的な目標：

職場のうつ病の早期発見・早期治療

産業精神衛生専門家の関与による「労働者の心の健康の保持増進のための指針」の遂行と見直しに向けたデータ収集

## ■ 長期的な目標：

職場のうつ病の予防

データに基づく発症予防, 早期発見, 再発予防施策の立案と実行

## VI. 医 療

## ■ 日本における現状

## うつ病を巡る現状

1998年以降, 「年間自殺者数3万人」時代が続いている。自殺激増の要因として, 社会経済, 社会心理的観点から説明付けられるが, しかし同時に, 精神医学観点から忘れてはならないことは, 精神疾患

の介在である。自殺者の多くが自殺時に精神疾患を有していたという文化・時代を超えた事実が存在する。

精神疾患のなかでも重視されるのがうつ病であることは、これまでの自殺研究が明らかにしてきた真実である。うつ病は自殺の介在要因として重要なだけでなく、疾患にともなう作業能力の低下、求職、失職、学業不振、退学等、生活適応面に及ぼす影響も甚大である。WHO と世界銀行の協力で考案された障害負担度の指標である障害調整生命年 (DALYs) でみても、うつ病は虚血性心疾患に次いで第二位であるが、2030 年の予測では第一位にランクされると予測されている。今やうつ病対策は国家の健康行政の喫緊の課題であると言える。

わが国では、こうした現状を踏まえ、2001 年、厚生労働省がはじめての自殺予防対策事業を構築し、様々な研究調査を実施し、2003 年度には「うつ病対策検討会」が開催され、都道府県・市町村職員を対象とした「うつ病対策推進方策マニュアル」と、健康医療従事者を対象とした「うつ病対応マニュアル」が作成された。さらに厚労省は、2005 年度から5年間の予定で、成果目標を設定した大規模な戦略研究である「自殺予防対策のための戦略研究」を開始した。ここでもうつ病と自殺の関連が深いことが前提になっており、うつ病患者の地域でのケアに関する研究と、うつ病者で自殺未遂した人のケアに関する研究の二つが含まれている。

このように厚労省は実践と研究の両面から自殺防止対策を進めている。

### うつ病治療の現状

うつ病の治療には、支持的療法や心理教育などの基本的療法、認知行動療法や対人関係療法などのより専門的な療法、抗うつ薬療法、電気けいれん療法などが用いられる。その他、季節性うつ病に対しては光療法、双極性スペクトラムうつ病には気分安定薬、難治性うつ病にはリチウム、甲状腺ホルモンも用いられる。また、妄想、幻覚などの精神病症状に対しては、抗精神病薬も用いられる。

抗うつ薬は、旧来の三環系抗うつ薬、SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬) の他、さまざまな種類がある。いずれも副作用が強く、三環系では口の渇き、尿閉、立ちくらみなどが多く、SSRI では吐き気、食欲不振などが見られ、多くの抗うつ薬

では、副作用発現率が50%を超える。また、患者によっては、抗うつ薬により焦燥などの精神症状が悪化したり、自殺念慮が悪化するケースもあることが指摘されている。また、抗うつ薬治療中に躁状態となり、双極性障害 (躁うつ病) へと診断が変更されるケースも少なくない。抗うつ薬の効果発現は、1週間以後に見られる。抗うつ薬の有効率は、およそ60~70%である。

電気けいれん療法 (Electroconvulsive therapy, ECT) は、頭部への通電により、脳内にけいれん発作を誘発することで治療効果を得るものである。現在では、多くの場合、麻酔の上、筋弛緩薬を用いてけいれんが起きないようにして治療を行うため、修正電気けいれん療法 (modified ECT, mECT)、あるいは通電療法とも呼ばれる。

治療期間は、中央値でおよそ3ヶ月とされるが、半年以上改善しないケースが3分の1以上あるとの報告もある。適切な治療によっても長期に改善しない場合、難治性うつ病と呼ばれることもある。

入院は、休養目的で選択されるほか、自殺念慮、低栄養状態、顕著な焦燥などが見られる場合には積極的な適応となる。

軽症のうつ病では、抗うつ薬と認知行動療法の有効性には差がないとされているが、日本では、軽症うつ病でもまずは抗うつ薬治療が行われる。これは、医療経済学的問題<sup>2)</sup>や、認知行動療法ができる心理専門職の不足などによる面が大きい。

### ■ あるべき姿と対策

以上を踏まえて、うつ病医療の改善について以下のような方策が考えられる。

#### 国民レベルの「うつ病治療推進事業」の展開

自殺の心理的剖検研究によると、精神疾患が介在していてもその約20%しか受療していない。また、うつ病による重大な適応困難に直面していても医療機関にかからない、あるいは、精神科以外の身体科に受診していたが精神面のことを見逃されていたうつ病患者が数多く存在する。

すでにうつ病に関する国民への啓発活動は古くから行われているがその実効性は十分とは言えない。より実効性のある注意喚起を促すために、国民行事として「うつ病治療推進週間」を設定し、地域保健・産業保健担当者、精神科医が協賛し、その対策

注 昭和23年施行の医療法の精神科特例により、精神科のみが少ないスタッフでもよいとされている。このことが、スタッフ数を制限し、質の高いうつ病診療の提供を困難にしている面もある。

も地域のみならず職場，一般診療科にも拡大する。その活動内容も，啓発や相談サービス，スクリーニングの機会に加え，一般診療科の医師や保健行政スタッフが受療者のうつ病を把握し，必要に応じて精神科を紹介できることを目的に，医師教育や医療機関間の連携が推進されることが期待できる。

こうした国家レベルの対策として，米国の Depression/Awareness, Recognition and Treatment (D/ART) や，英国の Defeat Depression Campaign が有名である。また，自殺予防を目的としたうつ病治療推進運動が功を奏した例として，有名なスウェーデンのゴットランド研究がある。

### うつ病センターの設置

現在，うつ病治療の発展はめざましいものがある。薬物療法の進歩のみならず，認知行動療法，対人関係療法等の有効性のエビデンスが蓄積されている。また，自殺の危険等の高い重症うつ病に対する修正型電気けいれん療法のような専門性の高い治療法の開発も進んでいる。うつ病の臨床研究，先端医療の開発，成人および小児のうつ病に対する高度な専門的診療，治療水準の向上を目指した専門医の育成，およびコメディカルの人材育成などの機能を持ち，それに相応しいマンパワーと最先端の設備を備えた「うつ病センター」を，例えば国立精神・神経医療研究センターの中などに設置する。

### うつ病を含めた精神科医療の診療報酬の見直し

うつ病の専門治療には，それ相応の診療報酬の裏付けが必要なのは言うまでもない。精神科医療における長年の課題として医療法特例という優遇措置の問題がある。1948 年施行の医療法の精神科特例によって，精神科病院では一般病院の 3 分の 1 の医師と，3 分の 2 の看護師でよいとされている。その分，精神科医療の診療報酬のみが不当に低く抑えられてきた。これが，本来，最先端の精神科医療の展開が期待されるべき総合病院精神科が不採算部門の汚名を甘んじて受けざるをえない要因である。スタッフ不足の状態では，細心の注意をもって診療すべき自殺のリスクのあるうつ病患者を，安心して受け入れることができない。

このような医療差別が現在までまかり通っている事実は国民にはよく知られていない。2006 年に成立した「自殺対策基本法」の実効性を保証するためにも，わが国のうつ病治療水準の向上は最重点課題と言えるだろう。

### ■ 短期的な目標：

- 適切なうつ病診療の供給
- ・医療法精神科特例の撤廃

### ■ 中期的な目標：

- 専門うつ病診療の供給
- ・国立うつ病センターの設置

### ■ 長期的な目標：

- 根本的治療の実現
- ・抗うつ研究開発 10 カ年計画の実現

## VII. 心理療法・社会的支援

### ■ 現状

薬物療法などの生物学的治療法と，精神療法などの心理学的治療法は車の両輪であり，両者がそろって初めて最適な治療となることは論を俟たない。また，患者のみならず，その家族に対する心理社会的支援は，家族の負担感を軽減するとともに，患者本人の回復にも大きく寄与することが知られている。

昨今のわが国の現状では，心理療法や家族に対する支援・介入が十分に行われていない現状があるが，これには以下のような要因が絡んでいると思われる。

- ・抗うつ薬を主体とした薬物療法が進歩した結果，患者・医師双方にとって複雑，時に難解で時間のかかる精神療法を行わなくても，薬の服用のみで十分という風潮が生じたこと
- ・薬物療法に比べて，精神療法の有効性についてのデータが相対的に少なく，積極的な精神療法への動機付けが乏しいこと
- ・患者数の著しい増加により，一人の患者に十分な時間がかけにくいこと
- ・精神療法に支払われる医療費が低く，医療経済的に困難なこと
- ・精神療法の研修を行える場が減り，本格的な精神療法を行うことのできる精神科医の数が相対的に減ったこと
- ・心理専門職の国家資格化が行われず，経済的な面も含めて精神医療現場への参画が遅れていること
- ・患者の家族に対する相談・支援，心理教育等の機会を提供する人材の不足，および提供体制（保険診療化など）が十分に整備されてないこと

しかし比較的最近になって，欧米を中心に気分障害に対する精神療法（たとえば，認知行動療法，対

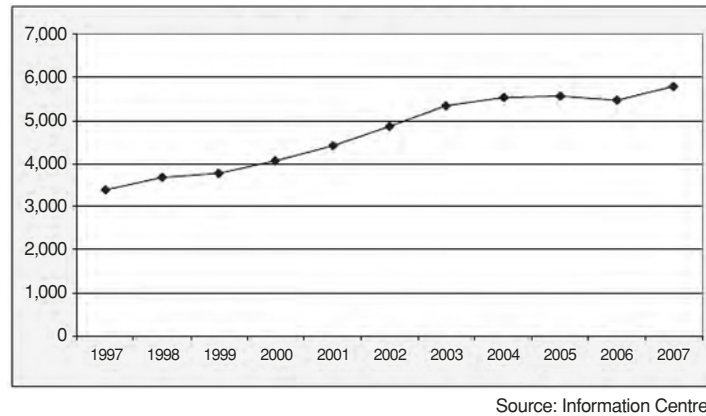


図 10 イギリスにおける心理専門職の増加

人関係療法, 問題解決療法など) や家族心理介入の有効性についてのエビデンスが次々と発表されるようになってきている。軽症例については薬物療法を推奨せず, 精神療法単独で十分な効果があると記されているガイドラインが提案されたり, たとえ重症例であっても薬物療法と精神療法, さらに家族心理介入の併用により, 有効性が高まると言うエビデンスも示されている。わが国でも精神療法や家族心理介入の有効性を示すデータは徐々に蓄積されるとともに, 薬物療法の限界が強調される傾向とも相俟って, それらの必要性が見直されている。

特に, 近年, 各国において, うつ病や不安障害の未診断・未治療による重症化・慢性化による治療コストの増大, ならびに労働収益の損失によって, 極めて大規模な経済的損失が国や地域にもたらされていることが問題となっている。イギリスの統計によるとうつ病に罹患している国民の3人に1人, 不安障害に罹患している国民の4人に1人しか, 治療につながっておらず, 未治療者の早期発見・早期治療が重要な課題となっている。うつ病, 不安障害を抱えながらも薬物療法に対して不安を感じ, 治療につながらずにいる人々に対して, 薬物療法と同等の効果があるとされる心理療法を提供する機会を拡充することで, 早期治療を促進することが重要と考えられている。

実際に, イギリスでは, その対策として, 専門的心理療法へのアクセスを改善するための国家プロジェクト IAPT (Improving Access to Psychological Therapies) が行われ, この10年間で専門的心理療法を提供する心理専門職の数を倍増させ (図10), アクセスを改善させている。すなわち, 専門的心理療法へのアクセスの拡充は, うつ病をはじめとする精神疾患の早期介入において不可欠な対策となる。

一方, 我が国では, うつ病が長期にわたる場合に

は, その障害の程度に応じて, 精神障害者としての認定が行われ, 精神障害者福祉手帳の交付を受けることができる。受けられる福祉サービスは自治体によって異なるものの, 税の控除や減免, 交通運賃や公共施設利用料の割引など, さまざまなサービスが受けられるようになってきている。また, 申請に応じて, 障害年金が支給されるほか, 自立支援医療制度により, 通院医療費の一部が国費により負担される。このように, 精神障害者と認定された精神疾患患者に対しては, さまざまな福祉対策が講じられている。

#### ■ あるべき姿と対策

以上を踏まえて整理すれば, 心理および社会的な支援・治療については以下のような方向性が有効であろう。

- 1) 精神科医に対して, 気分障害の治療における精神療法の必要性を再確認させる啓発活動
- 2) 精神科医に対する簡易精神療法を中心とした教育, 訓練の場を確保する。特に後期研修課程においては, それを必修とする。習得に対する評価も行い, これに合格した場合には認定証を発行する。それは医療情報として公表する。
- 3) 精神療法を十分に行える診療時間を確保し, 上記認定資格をもった医師に対しては精神療法の十分な医療経済的な裏づけを行う。
- 4) プライマリケア医に対しても, 精神療法への理解と初歩的な技法を教育する場を設ける。
- 5) 心理療法を専門性をもって行える心理専門職の資格を国家資格とし, 気分障害の医療により積極的に参加させる。これへの教育・訓練, 経済的な裏づけを行う。
- 6) 精神科医, 精神保健福祉士, 心理専門職等が行う家族等に対する心理的介入, 相談・支援に対

し、教育・訓練、医療経済的裏づけを行う。

#### ■ 短期的な目標：

精神科医による精神療法、家族に対する支援・心理的介入の充実

- 1) 精神科医の精神療法研修の充実、認定資格化
- 2) 精神科医の行う精神療法に対する医療経済的裏づけの強化
- 3) 家族に対する効果的な支援・心理的介入を行う人材の育成研修

#### ■ 中期な目標：

心理専門職による心理療法の提供  
・心理専門職の国家資格化

#### ■ 長期的な目標：

心理専門職による心理療法の幅広い供給  
・心理専門職による心理療法の診療報酬点数化

## 5. 参考資料

### うつ病とは何か

#### ■ 概念

「うつ状態」「うつ」は患者の状態像であり、「うつ状態」を呈する疾患にはさまざまなものがある。その代表的なものが、「大うつ病」と「双極性障害(躁うつ病)」である。このように、「うつ状態」または「躁状態」を呈する疾患群を、「気分障害(あるいは感情障害)」と呼ぶ。

うつ状態の中でも、大うつ病や双極性障害の特徴として見られる本格的なうつ状態が、DSM-IV 診断基準では「大うつ病エピソード」と呼ばれる。

#### ■ 診断

大うつ病エピソードにおいて、重要な症状は、大きく分けると抑うつ気分または興味・喜びの喪失と

いう中核症状、食欲低下、睡眠障害、制止、易疲労性などの身体症状、そして罪責感、思考力低下、希死念慮などの精神症状である。これらのうち、抑うつ気分または興味・喜びの喪失という中核症状のどちらか一つが大うつ病エピソードの診断に必須である。DSM-IV 診断基準では、必須症状を含め、5つ以上の症状が2週間以上続いた場合を、大うつ病エピソードと呼ぶ。

軽い抑うつ的な気分は、誰でも経験しうるものであるが、誰でも経験しうる抑うつ気分は、このように長期に続くことはなく、症状面でも、気分や意欲の変化にとどまり、身体的な症状を伴わないことがある。大うつ病エピソードは、うつ病を経験したことのない人の想像を超える重症なものである。

現代の日本において、「うつ病」と言えば、ほぼDSM-IV による「大うつ病」を指すと考えてよい。しかし、「大うつ病」は、「重症のうつ状態」を指す仮の診断分類であって、大うつ病という確固とした病気(疾患)が存在するわけではない。

精神疾患では、病理学を基盤とした疾患概念は完成しておらず、確固たる外部妥当性を保証する脳病変は見出されていないため、病理学的基盤に代わる基準として、評価者間一致度(診断一致度)が高い大うつ病という基準を用いている。

#### ■ 疫学

日本における大うつ病の生涯罹患率7%、12ヶ月有病率2.9%と報告されている。大うつ病の発症率は、女性で約2倍と高い。また、社会階層、人種、時代によって発症率が異なることが示唆されている。近年、うつ病の罹患者が増加していることが複数の疫学研究によって報告されている。

#### ■ 成因

うつ病は、ストレス、養育環境、遺伝子、身体要因、性格傾向など、多彩な危険因子の組み合わせにより発症する疾患と考えられているが、その原因には不明な点が多い。



## うつ病の現状と「うつ病対策の総合的提言」の背景

武田雅俊（日本生物学的精神医学会理事長）

神庭重信（日本うつ病学会理事長）

野村総一郎（日本うつ病学会前理事長）

日本生物学的精神医学会では、うつ病対策ワーキンググループ（神庭重信委員長）による「うつ病対策の総合的提言」を取りまとめ、その全文を本誌に掲載した<sup>1)</sup>。また、その要約ともいべき内容の「うつ病に関する関連学会共同宣言」を関連四学会（日本精神神経学会、日本生物学的精神医学会、日本うつ病学会、日本心身医学会）にて取りまとめ、日本精神神経学会の最終日（2010年5月22日）に広島市にて記者会見の場を設けて「うつ病対策を国家的課題として啓発と対策に取り組むべき」とする共同宣言の内容を発表した<sup>2)</sup>。うつ病の問題について精神医療に関わる学会がこのような公式見解を出すのは初めてのことであり、社会的にも注目された。うつ病対策の必要性について理解を得たいとの思いを込めて、我が国におけるうつ病の現状と提言の取りまとめに至った背景について記しておきたい。

### 1. 障害調整生命年（Disability Adjusted Life Year : DALY）から見たうつ病

それぞれの時代と社会の動向に応じて疾患構造は変化する。保健医療政策は、疾患の患者数、罹病期間、社会的損失などの評価に基づいて立案される。近年は、外傷・感染症のように外的要因により発症し比較的短期間に治癒する疾患よりも、精神疾患・悪性腫瘍・生活習慣病を含む慢性に経過する疾患の重要性が指摘されるようになった。これに対応して、保健医療政策の基礎となる資料についても、死因別死亡率などで示される疾病構造のデータよりは、死因とはならないが健康上の問題として大きな社会的損失を生じうる慢性疾患を含んだデータに基づいた資料が利用されるようになった。このような指標として障害調整生命年（Disability Adjusted Life Year : DALY）が用いられている。DALYは障害発生数と死亡数、障害発生または死亡の年齢、障害罹患期間、障害の重さによって規定される指標であ

り、早死による損失生存年数と障害による損失生存年数とを足し合わせて算出される。

2010年に公表されたWHO資料から、DALY値による損失生存年数の大きな疾患を見ると、うつ病は、我が国において、社会的損失の大きな疾患の第一位に位置づけられる<sup>3)</sup>。うつ病は我が国だけでなくOECD諸国を通じて最大のDALY値を呈する疾患である。表1に示すように、トップテンの中に脳血管障害（425）（カッコ内は人口10万人当たりDALY値）、自殺（423）、認知症（247）、統合失調症（194）、双極性障害（187）と精神神経疾患が6個も含まれていることも大きな特徴である（表1）。

我が国においてうつ病のDALY値が最大となったのはつい最近（2004年以降）のことであり、以前は脳血管障害が第一位であった。うつ病のDALY値の増加は、主として患者数の増加によると考えられるが、うつ病のDALY値とGDPで見た各国の経済力との相関を見ると、興味深い事実気づく。図1左は、うつ病・双極性障害のDALY値を縦軸に、1人当たりGDP値を横軸にプロットしたものである。うつ病・双極性障害による健康損失の絶対水準（人口10万人当たりの損失年数）とGDPとの相関は見られない。うつ病・双極性障害による社会的損失の大きな国として、ブラジル、米国、インド、バングラデシュ、チリなどがあるが、その中には経済的に豊かな国もあれば貧しい国もある。日本は豊かな国に属するが、うつ病による社会的損失は最少の水準にある。豊かな国であっても米国やフィンランドのようにうつ病による社会的損失が大きな国もあれば、日本やギリシャのようにうつ病による損失の小さい国もある。ところが、図1右に示すように、うつ病・双極性障害による損失が全ての原因による寿命・健康の損失全体に占める比率を縦軸にGDPを横軸にプロットしてみると、両者の間に明らかな相関が浮かび上がってくる。感染症を中心とした一般の疾患については、その国の経済

表1 疾患別に見た障害調整生命年 (DALY)

順位	疾患	DALY 値 (日本人 10 万人当たり 2004 年)
1.	うつ病	531
2.	脳血管障害	425
3.	自傷	423
4.	喘息	290
5.	虚血性心疾患	274
6.	聴覚障害	264
7.	認知症	247
8.	骨間接症	224
9.	統合失調症	194
10.	双極性障害	187
11.	糖尿病	172
12.	交通事故	172
13.	他の事故	169
14.	胃がん	162
15.	肺がん	162
16.	大腸がん	160
17.	呼吸器感染症	141
18.	閉塞性肺疾患	128
19.	偏頭痛	136
20.	アルコール	118

(WHO 2010 年資料より)

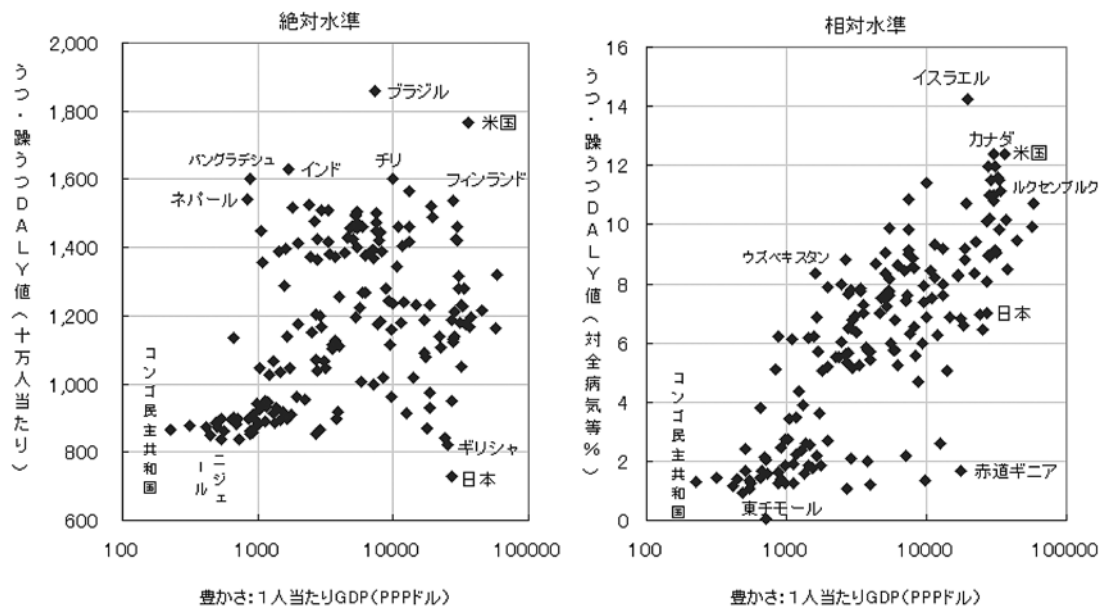


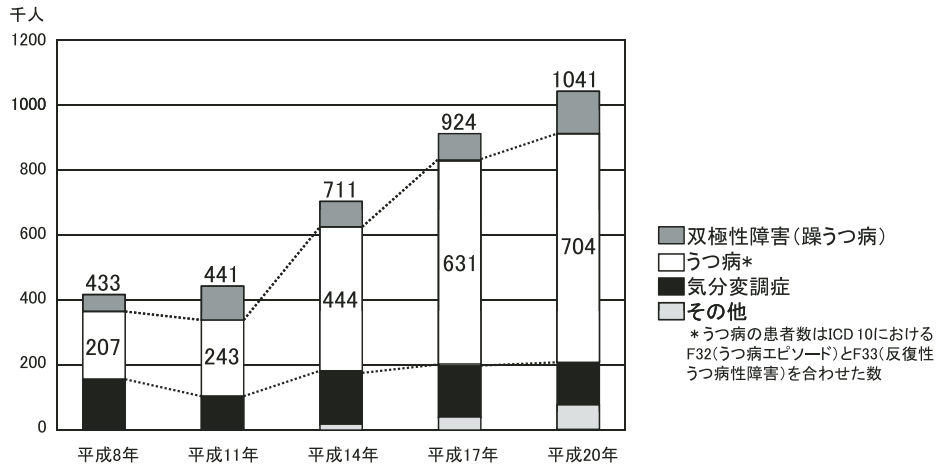
図1 うつ病・双極性障害のDALY値とGDPの国際比較

(注) DALY 値は病気等の寿命短縮年数と健康損失の健康寿命換算年数の合計。2002 年推計データ。

(資料) WHO, Causes of death and burden of disease by country (GDP は WDI Online 2009.3.15)

が発展し所得が向上するにつれて、低栄養状態が改善され、上下水道などの公衆衛生が発達し、医療へのアクセスが向上して、寿命・健康損失が改善されるが、うつ病・双極性障害は、経済発展に比例して

その対応が改善されないために、疾患・障害全体に占める比率が経済発展によってむしろ高まっていくものと考えられる。



【出典】厚生労働省患者調査

図2 気分障害患者数の推移

## 2. うつ病・双極性障害患者数

厚生労働省により3年ごとに全国の医療施設に対して行われている患者調査により、気分障害(F30-F39)と診断された患者数を示す(図2)。1996年に43.3万人であったうつ病・双極性障害の患者数は、1999年には44.1万人とほぼ横ばいであったが、その後、2002年には71.1万人、2005年には92.4万人、2008年には104.1万人と9年間で2.4倍に増加した。我が国においては、それまで一定であったうつ病・双極性障害患者数が、21世紀に入ると共に明らかな増加傾向に転じている。その内訳をみると、双極性障害や気分変調症の増加はさほど見られないが、うつ病の患者数の増加が特徴である。

うつ病・双極性障害の患者数を男女別にみると、男性より女性の方が1.7倍と多く、年齢別にみても、いずれの年齢層でも女性が男性を上回っている(図3)。男性は40歳代が最も多く、30歳代がこれに続く。女性では60歳代、70歳代が多い。女性では高齢者にうつ病・双極性障害の患者が多いことが特徴的である。

うつ病・双極性障害患者数が増加した1999年から2008年にかけての男女・年齢別の増加数を見ると、男女とも30歳代の増加が最も多い(表2)。若い世代のうつ病の増加は社会経済的に大きな問題であり、就労人口に対するうつ病対策の必要性がこのような数値からも示唆される。

## 3. うつ病の増加とその背景

我が国の精神医学は伝統的にドイツ精神医学の影

表2 男女・年齢別の気分障害総患者数の増加数 (単位:千人)

	2008年10月		1999年10月		増加数	
	男	女	男	女	男	女
20歳未満	6	9	2	2	4	7
20歳代	25	60	12	18	13	42
30歳代	79	102	25	31	54	71
40歳代	84	105	31	40	53	65
50歳代	71	97	31	52	40	45
60歳代	59	120	36	64	23	56
70歳代	46	118	19	56	27	62
80歳以上	15	46	3	15	12	31

(注) (資料)

【出典】厚生労働省患者調査

響を受けてきた。ドイツ精神医学の診断体系では、うつ病を大きく内因性、神経症性、反応性に区分してきた。内因性うつ病は、外因(心因)とは無関係に内因により発症するうつ病であり、周期的に再発を繰り返し、その症状は重症であり、抗うつ薬による治療が必要となることが多い。神経症性うつ病は、もともと神経質である人が、些細な心因に誘発されてうつ病を発症するものである。うつ病になり易い素因を有している人が、大部分の人には負担とならないような些細なことでうつ病を発症するものであり、その治療には精神療法的なアプローチが必要となる。反応性うつ病は、内因とは無関係に強力な外因に遭遇した際に発症するうつ病のことであり、このような強いストレスに晒されたならば多くの人がうつ病を発症すると考えられる強い外因がその原因であり、その治療には発症の原因となった外因を調整して取り除くことが最も有用と考えられる。

伝統的な精神医学が取ってきたこのようなうつ病の区分は、うつ病患者脳内の病態を実際に診て診断するものではなく、診察者の主観的判断による部分が多いことから、1980年代から我が国の精神医学においては、米国精神医学会によるDSM-III、あるいはDSM-IV診断基準が広く使用されるようになった。DSMの診断体系は、診察者の主観的な判断をできる限り排除して客観的な診断を下すことを目的とした操作的診断体系である。DSMの導入は、従来よりも客観的な診断を可能にした反面、うつ病の発症経過や要因についての関心を失わせることともなった。DSM-IVによる大うつ病エピソードは、(1)抑うつ気分、(2)興味・喜びの喪失、(3)体重と食欲減退(増加)、(4)不眠(睡眠過多)、(5)精神運動性の焦燥・制止、(6)易疲労性、(7)無価値観・罪責感、(8)注意集中・決断の困難、(9)死についての反復思考の9項目のうち5項目以上〔(1)または(2)のいずれかは必須〕が2週間以上持続して認められる場合に大うつ病エピソードと診断するという取り決めである。DSMに歩調を合わせてICD-10の診断基準も操作的な診断体系となった。気分障害(F3)は、躁病エピソード(F30)、双極性障害(F31)、うつ病エピソード(F32)、反復性うつ病性障害(F33)、持続性気分障害(F34)に区分されている。このような操作的な診断基準の採用により、うつ病の診断法が大きく変化したことは、うつ病患者数に大きな影響を与えることとなったし、またうつ病の理解にも大きな変化をもたらすこととなった。

精神医療の現場では1950年代後半から抗うつ薬が使用されてきた。第一世代の抗うつ薬はイミプラミン(1959年)、アミトリプチリン(1961年)などの三環系抗うつ薬であり、第二世代の四環系抗うつ薬とともに広くうつ病患者に使用され、臨床的にも大きな有用性が認められている。しかしながら、抗うつ薬の効果発現までに10～14日間を要すること、抗うつ薬に多くの副作用があることは大きな問題であった。三環系あるいは四環系の抗うつ薬には、抗コリン作用による口渇、便秘、眠気、低血圧などの副作用がほぼ必発であり、このような副作用を伴う抗うつ薬は、その効果と副作用のバランスを考えた場合には、重症のうつ病患者でないと使用できない状況であった。

このようなうつ病患者の薬物療法は、SSRI(serotonin specific reuptake inhibitor)の導入により大きく変化した。我が国においてはフルボキサミン(1999年)を嚆矢としていくつかのSSRI, SNRI

(serotonin noradrenarine specific reuptake inhibitor)が開発されており、2010年の時点で、ミルナシプラン(2000年)、パロキセチン(2000年)、セルトラリン(2006年)、ミルタザピン(2009年)、デュロキセチン(2010年)が上市されている。SSRIあるいはSNRIは、うつ病に対する抗うつ効果そのものの切れ味というよりは、その副作用が大幅に軽減されたという面においての貢献が大きかった。第一世代および第二世代の抗うつ薬は、その副作用のために専門医でなければ使いこなせない薬物であったが、SSRIあるいはSNRIは、その副作用が大幅に軽減されており、使用しやすい薬物であることから、以前には薬物療法の対象となりえなかった軽症のうつ病患者に対しても広く薬物療法が行われるようになった。別の言葉で言うと、SSRIあるいはSNRIなどの新しい抗うつ薬の使用とあいまってうつ病と診断される患者数が増加している側面がある。しかも、新規抗うつ薬の発売とともに盛んになったうつ病啓発により、受診率が上がったことも受診患者数の増加に関係しているだろう。

#### 4. 社会の変化

我が国の社会構造は経済成長と共に大きく変化してきた。戦後の敗戦のどん底から、朝鮮特需を経て高度経済成長期(1955～1973年)を迎え、1968年には我が国の国民総生産(GNP)は世界第二位となった。そしてその後の安定成長期は1991年のバブル崩壊とともに終了し、それ以降の日本経済は、失われた10年(1991～2001年)あるいは失われた20年とも呼ばれている。このような経済的局面を経過しながら、我が国の平均寿命は世界のトップレベルにまで延長し、世界最低レベルの出生率とあいまって少子超高齢社会を形成している。このような社会の構造・経済の変化は、うつ病の病態にも大きな影響を与えている。

現在、日本人の多くが第三次、第四次産業に従事しており、会社の一員として勤務している。日本の会社には、時として日本独自ともいわれるような労働環境がある。残業時間1つを見てみても日本の会社では残業が当たり前ともいような勤務状況になっており、世界でもずば抜けて残業者の割合が多い(図4)。1ヵ月に100時間以上の残業はメンタルヘルスへの影響があるとして労働災害の認定についても見直しが行われた。労働者健康状況調査(平成19年)によると、「仕事や職業生活に関して強い不安、悩み、ストレスがあるとする労働者」の割合は

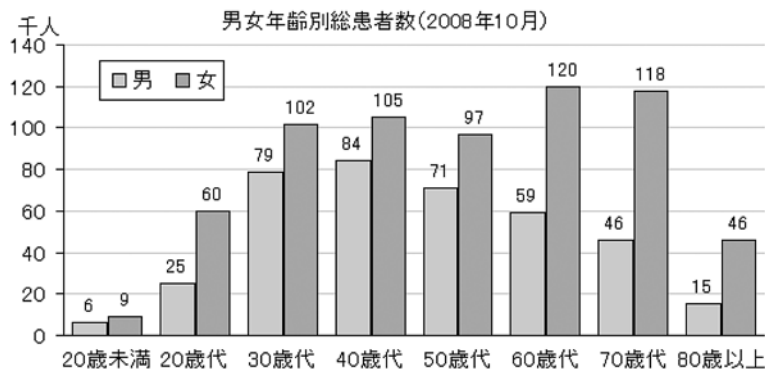


図3 気分障害患者の年代別・性別の分布

(注) 「気分〔感情〕障害(躁うつ病を含む)」(ICD-10:F30-F39)の総患者数であり、うつ病および躁うつ病(双極性障害)の患者が中心。総患者数とは調査日に医療施設に行っていないが継続的に医療を受けている者を含めた患者数〔総患者数=入院患者数+初診外来患者数×平均診療間隔×調整係数(6/7)〕(資料)厚生労働省「患者調査」

約58%に上り、また、「過去1年間にメンタルヘルス上の理由により連続1ヵ月以上休業又退職した労働者がいる事業場」の割合は約8%であった。こうした状況の中で、精神障害等による労災請求件数は、平成17年度の656件から平成21年度は1,136件へと増加し、労災支給決定件数は平成17年度の127件から平成21年度の234件へと増加している<sup>4)</sup>。

### 5. うつ病の変化

従来からうつ病になり易い病前性格として、テレノバハの「メランコリー親和型 *typus melancholicus*」や下田の「執着気質」が言われてきた。このような性格を持つ人は、極端に几帳面・まじめで責任感が強く、与えられた仕事に熱心に取り組む人である。バブル崩壊後のリストラ時代(1990年代)にうつ病になった中高年の多くは、こうしたタイプの人たちであったろう。当時のうつ病患者には自責感が強い人が多く、なすすべのない事象に対しても自分のせいと思いこむ傾向が強く、極端に自分を責めてメランコリー型うつ病に陥った人も多かった。

最近、若年層に増加しているうつ病は、メランコリー型うつ病とはずいぶん異なっている。「逃避型抑うつ」「未熟型うつ病」「ディスチミア親和型うつ病」「現代型うつ病」などとして検討されてきた。これらのうつ病の特徴として、①自己中心的、②他罰的、③低いストレス耐性などが指摘されている。これらのうつ病の患者は、毎朝同じ時間に起きて会社に行き、指示された仕事をする、という社会人としての規範をストレスに感じ、それを続けること自

長時間労働者比率(2000年)



図4 国別長時間労働時間の比較

(注) 米データは1998年。米国と日本は49時間以上働いた比率。

原資料はILO, "Working Time and Workers' Preferences in Industrialized Countries: Finding the Balance" (2004)

(資料) 内閣府「平成18年版国民生活白書」

体が抑うつの要因になりうる。自己愛とプライドが高いために、意に介さない仕事をさせられたり、上司に注意されたりするだけで抑うつになりうる。さらに、自分に対して自己愛的といえるほど甘く、他罰的傾向が強く、周りを責めることで苛立ちと抑うつを深めていく。秩序を守れず、無気力、逃避的、他罰的という、90年代に多かったメランコリー型うつ病とは、正反対の特徴を持っている。

メランコリー型うつ病の多くは、きちんと休養を

とり、服薬や規則正しい生活パターンを回復することにより快方に向かい、認知療法により自責的な考え方やマイナス思考を改めることによりうつ病から回復し、職場に復帰することが可能である。しかし、現代型うつ病者は、もともと無気力で逃避的な考え方を持っており、うつ病に親和性を持っていることから、慢性化しやすい。

若年層に増加しているうつ病は、メランコリー型うつ病と対比して、DSM-IVにおいては「非定型うつ病」に分類されているものに近い。この種のうつ病の特徴として、良いことや楽しいことがあると気分が晴れること、過眠・過食傾向、鉛のような身体の重さ、夕方に調子が悪くなること、対人関係に過敏であることなどが指摘されている。発症年齢が16.8歳とメランコリー型うつ病の発症年齢32.3歳と比較して発症年齢が若いこと、女性に多い（男性の2～3倍）こともその特徴とされている。

## 6. おわりに

上に概説したような「うつ病」を巡る状況の変化を踏まえて、日本生物学的精神医学会では、うつ病対策の重要性を広く国民に訴えることが重要であると考えて、2010年4月にうつ病対策ワーキンググループ（神庭重信委員長）を立ち上げた。そして、その議論を踏まえて「うつ病対策の総合的提言」を

発表した。この直接の契機は、2010年3月に報道されたうつ病に対する理解が不十分であることを示唆する新聞報道であったが、精神障害の生物学的理解と研究の推進を目標とする日本生物学的精神医学会として、うつ病対策の必要性を広く国民に訴えかけることが必要と判断したからであった。議論を繰り返しながら「うつ病対策の総合的提言」を取りまとめたいただいたうつ病対策ワーキング委員、「うつ病に関する関連学会共同宣言」の採択にご尽力いただいた関連学会の方々に御礼を申し上げたい。「総合的提言」も「共同宣言」も本学会ホームページに掲載されているので、広く活用していただければ幸いである。

## 文 献

- 1) 日本生物学的精神医学会うつ病対策ワーキンググループ：うつ病対策の総合的提言. 日本生物学的精神医学会雑誌 21 (3), 155-177, 2010
- 2) うつ病関連四学会：うつ病に関する関連学会共同宣言. 日本生物学的精神医学会雑誌 21 (2), 巻頭綴込, 2010
- 3) WHO : World Health Statistics 2010, 2010/09/06
- 4) <http://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/2r98520000006kgm-img/2r98520000006kks.pdf>