

うつ病

防衛医科大学校病院病院長

野村 総一郎

（聞き手 齊藤郁夫）

齊藤 うつ病というテーマで野村先生におうかがいたします。

日本で最近うつ病のガイドラインが出たということですが、どういった特徴があるのでしょうか。

野村 日本うつ病学会が、うつ病の治療ガイドラインを出しました。従来はさじかげんの医療と申しますか、うつ病には抗うつ薬がよく効く、いろいろ抗うつ薬があるけれども、効きそうな薬を適当に混ぜて使えば、それでいいではないか、どう組み合わせるかは各自の経験に従ってやればいいという考え方でした。しかし、世界的に精神科でも、EBM（証拠、データに基づく医療）という考え方が非常に進んできて、エビデンスを集めてガイドラインを作って、それをもとに各自の薬物療法を組み立てようという考え方になってきて、学会としても日本で初めてのガイドラインを作ったということです。

齊藤 患者さんも多いということですし、いろいろなレベルの先生もいらっしゃるということで、その辺をガイ

ドラインである程度まとめようということでしょうか。

野村 そのとおりです。標準化。エビデンスをもとにした医療をみなで共通認識として臨床に応用しようということです。

齊藤 ガイドラインで最近変わった点にはどういうことがあるのでしょうか。

野村 幾つかあるのですが、まず一番目立つのは、軽症うつ病に対する治療法というものがちょっと変わってきているという点があります。うつ病が軽症である場合には必ずしもあせって抗うつ薬を用いる必要がないという考え方が世界的な主流になってきたということです。

日本ではこれまで、まずまず重さのある中等症うつ病とごく軽い軽症のうつ病というのは同じようなものだというふうにならずと考えられてきました。それはどちらも同じように、SSRIとかSNRIなどの抗うつ薬を積極的に使えば、それでいいのだという考え方だったのですけれども、最近欧米で出てい

る大規模なメタ解析の結果を見ますと、軽症うつ病については抗うつ薬の効果はプラセボと差がないのです。特に初期のうつ病の場合には、じっくりと、いわゆるカウンセリング的な治療をしたり、休養をしっかりと取るとか、軽い運動をすとか、あるいはうつ病についてのパンフレットを渡して啓発したりするだけで効果があるというふうに、欧米、特にイギリスのガイドラインなどには明確に書いてあります。

もちろん、これにも多少異論があった、日本では軽症を薬なしで放置していたら、悪化してしまって中等症になってしまうのではないかという説もあるし、軽症の場合でもやはり抗うつ薬は意味があると言う人はいます。しかし世界的な主流とすれば、軽症には抗うつ薬を、少なくとも何も考えずに、うつ病だというだけで機械的に出すのはあまりに安易だという傾向にあるのは確かで、このガイドラインにもそのことが書いてあります。

齊藤 薬によらない治療を行って、経過を見ていくということになるのでしょうか。

野村 そうですね。軽症の場合はそういうことです。もちろん、メンタルなケアをしながらですね。

齊藤 だいたいどのぐらいの期間、経過を見ていくのですか。

野村 それは一定しないと思います。ケースによって見ていくということ

しょうね。中等症への移行ということがありますから、ちょっと慎重になったほうがいいでしょうね。特に、なかなか治らない、軽症のままですと継続するような場合は、ある段階で抗うつ薬に踏み切ったほうがいいのかもしれない。

齊藤 薬を使うとなると、どういったことが新たにいわれているのでしょうか。

野村 中等症とか重症のうつ病の場合は、躊躇なく積極的に抗うつ薬を使用したほうがいいということは世界中のあらゆるガイドラインが推奨しているところです。ただ、使う抗うつ薬というのは、よほど理由がないかぎり1種類だけの抗うつ薬でスタートすべきだ、と。2種類以上、ましてや3種類以上の抗うつ薬を混ぜて使っても、治療効果が増すというエビデンスはほとんどないのです。ただ、副作用は増すというエビデンスはたくさんありますので、百害あって一利なしと言ったら言い過ぎですけども、多剤を併用することは意味がないのです。

日本の精神科医というのは、もちろん人によって違いますが、概していえば、抗うつ薬を多剤併用するという問題点がずっと指摘されているのですが、なぜそういうふうになるかという、うつ病の人は難治化する方が多くて、医師としては何とか治そうと、苦し紛れといっってはなんですけども、どん

どん薬を増やしてしまう。その結果、多剤併用になってしまうというケースが多いということです。ですから、治りにくいうつ病をどうするかということもあるのですけれども、それは治らないから抗うつ薬の数をどんどん増やすというのではなくて、抗うつ薬を1種類にとどめながら、種類を替えていくという方向にしたほうがいいのではないかという感じになってきているのです。

齊藤 多剤併用ではなくて、スイッチしていくということですね。

野村 そうですね。そういうことだと思います。ではどの抗うつ薬を使うかということですが、それははっきりしたエビデンスがないのです。ある特定の抗うつ薬がほかより有効性が高いという明確なデータは出ていません。ここは経験論に従って、私は各医師が使い慣れた抗うつ薬を1つ持っておいて、それからスタートしていくということでもいいのではないかと。それで効かないときに替えていくということだと思います。

ただ、非常に古いタイプの三環系抗うつ薬がありますので、これはいくら使い慣れているといっても、非常に副作用が大きいきなりこれを使うということはずまいと思うのです。おそらくSSRIかSNRIのような薬になるのがまずは常識的なのかなという感じがします。

齊藤 2014年4月の診療報酬改定で少し変化があったのですか。

野村 これは初めてのことなのですが、4種類以上の抗うつ薬を併用処方した場合には処方料が削減されることが盛り込まれました。これは多剤併用をやめるようにする適切な政策誘導だと思います。

また抗うつ薬の有効性をめぐる話ですが、同じうつ状態といっても、うつ病ではなくて、双極性障害によるうつ状態というものがある、うつ病の場合は今まで申し上げたように抗うつ薬を基本的に出すのですが、双極性の場合には抗うつ薬を出してもあまり効果がないというエビデンスがすぐ出てきているのです。では何を使うのかというと、非定型抗精神病薬といわれるカテゴリーの中のオランザピンが日本では、双極性障害のうつ状態に対する保険適用になっています。この薬はいろいろ副作用もあって、ちょっと使いにくい薬なのですが、ただ、国際的には例えばリチウムとかセロクエルとか、クエチアピンですが、そういう薬も双極性障害のうつ状態に有効なことがわかっていますから、これらを含めて使うべきだと思うのですけれども、これは残念ながら保険適用ではないのです。リチウムなども古い薬ゆえに治験がされていないため保険適用がないのですが、リチウムを使うというのが国際的には一番オーソドックスだと思います。

齊藤 併用などもあるのでしょうか。

野村 これはちょっと少数派の意見になっているのですけれども、リチウムとかオランザピンなどと併用して抗うつ薬を上乗せして使うと有効率が高まるという意見も根強くあるので、このガイドラインにもそれも可能であるということが書いてあります。

齊藤 いずれにせよ、鑑別が重要ということですね。

野村 双極性障害のうつ状態とうつ病とはあまり区別がないのですけれども、一番わかるポイントは、双極性障害のうつ状態の場合には双極性の家族歴がかなりあるということとか、病前の性格がもともと非常に活発な方で、ハイテンションな方といいますか、非常に活発な人がうつ病になったときは、これは双極性障害のうつ状態の可能性が強いという説がかなり強くなってきています。これが本当なのかどうか、今最も関心が持たれているトピックと

いってもいいかもしれません。

齊藤 先ほどの薬の使い方が違っていているということですね。

野村 そのとおりです。

齊藤 双極性障害のうつ状態のほうに抗うつ薬をばんと使うとよろしくないということでしょうか。

野村 そうですね。効果がないし、副作用があって、躁転といって、逆に躁状態を誘発してしまうのです。そういう意味でもよくないということです。

齊藤 鑑別が重要ということですね。新たにうつ病ガイドラインができて、そういったものを幅広く先生方がお使いになることが望ましいということでしょうか。

野村 学会のホームページでもこのガイドラインは出ていますので、それを参考にさせていただいてもいいと思います。

齊藤 どうもありがとうございます。