

状況別に学ぶ

内科医・外科医
のための
精神疾患
の診かた

加藤 温 ● 著

国立国際医療研究センター病院 総合診療科／精神科

Essentials of mental disorder
for physicians & surgeons

中山書店

序



日常診療において、統合失調症など精神疾患を有する患者の身体治療にかかわることや、身体治療中にせん妄やうつ状態などの精神科的問題が併発し、判断に困るようなケースを経験することは決して少なくないであろう。しかし精神症状があることだけで、何となく敬遠してしまいたくなることはないだろうか。そう感じてしまうのは「精神」という相手がよくわからないことが一番の理由である。逆にいえば、相手をよく知ることで、抵抗感が薄れ、距離を縮められる可能性がある。日々の臨床において、精神科的な問題を避けて通ることはできない。精神科的視点という軸が加わることによって診療における視野が広がり、新たな発見があるかもしれない。本書では、日常診療において必要とされる精神科の知識を扱っている。

対象とする読者は、精神科以外の医師すべてである。これを表す用語として、身体科医、非精神科医などがあるが、本書では「一般医」で統一した。臨床経験のある一般医向けではあるが、精神科のローテーション研修や、企業に勤務している産業医にも対応した内容となっている。

一般医を対象とした精神症状の見方や薬剤の使い方などに関する書籍や総説も少なくはないが、その多くは共著のため内容が断片的であったり、処方マニュアル的なものが多い。また、精神科医が使う用語や表現が一般医に理解しがたく、内容が十分に届いていない印象も受ける。筆者は、一般医と接する機会が多い総合病院精神科での勤務歴が長い。これまで受けたことのある質問を踏まえ、精神科医から一般医へ語りかけると意識のもと、日常診療で遭遇する精神科的問題をどう診て、どう考え、どう精神科医につなげたらよいのかという視点から執筆した。

内容について紹介する。一般医が精神科的問題に遭遇する場面は、ある程度パターンが決まっている。導入となる第1章では、8つのよくある場面をケースファイルとして提示し、考え方の道筋を示した。第2章では、一般医に知っておいてほしい精神科の基礎知識を扱った。患者との面接からはじまり、精神症状の見立て方、向精神薬の概要、代表的な精神疾患の見方のポイント等について述べた。第3章では、精神科との連携の観点から、精神科へのつなぎ方や精神科病、

精神保健福祉法等について扱った。最後の第4章では、一般医からの質問に答える形式で、分野を問わずQ&Aとしてまとめた。これらさまざまな観点から考えることで、精神科の理解が深まるかたちとした。

本書はいわゆるエビデンスを集めた書籍ではない。うつ病には〇〇、双極性障害には〇〇が効くというエビデンスを得ることは精神科医でなくてもできる。しかしうつ病や双極性障害がどのようなものかを捉えることができれば、その先の治療に関する議論は意味をなさなくなってしまう。一般医に求められるのは、その基礎となる精神科的問題の捉え方と初期判断・対応である。基礎を学んでいれば、エビデンスを有効に活かすことも可能となり、応用が利く。本書においては、一精神科医からの“直伝スタイル”をとった。筆者がこれまで学んだり経験してきたことを言葉で伝える形式である。筆者の過去を振り返ってみると、後々まで残っているのは、生きた言葉で教わったことである。

いわゆるエビデンスレベルの高さは、患者の個を消し、主観を排すことに比例するともいえる。この意味でのエビデンスは、独りよがりになることを防ぐ意味では重要であり、専門医には必要な知識である。しかし一臨床医の経験や語りが軽いかといえば、そうともいえない。そこには、さまざまな文献に当たったこと、諸先輩や同僚、後輩たちと議論したこと、うまくいったりいかなかったりと試行錯誤を繰り返したことですべてが含まれている。自身の専門以外を学ぶときには、経験からくる言葉のほうが理解しやすいのではないだろうか。

こうした背景のもと、一般医がどのように動いたらよいかという現場感が伝わるよう執筆したが、本文中の記載に疑問を覚えるところもあるかもしれない。その部分に関しては、個々で文献を調べたり、周囲の精神科医と話すきっかけにして頂き、精神科に対する理解を深めていってほしい。

本書が、皆さまの日々の診療に少しでも役に立ち、「精神科をもっと学んでみたい」と感じてもらえるきっかけとなることができれば望外の喜びである。

最後になるが、本書を作成する機会を頂き、企画段階から仕上げに至るまでアドバイスくださった中山書店の皆さま、内科医の視点を御教示頂いた吉澤篤人先生(岸病院)、執筆のヒントをくれた当科スタッフに、心より感謝申し上げます。

平成 28 年 4 月

国立国際医療研究センター病院 総合診療科／精神科
加藤 温

目次 | contents

第1章

CASE FILE

状況別に学ぶ精神疾患

外来編

- 初診患者
倦怠感など身体症状を訴えるも内科的には問題なさそう。
うつ病？ どう考える？ 2
- 初診患者
しびれで受診，よくきいてみると「電気をかけられている」という。
どう考える？ 8
- 通院患者
通院中の患者，最近眠れなくなってきた。 どう考える？ 16
- 救急外来
自殺未遂で救急搬送されてきた。 どう考える？ 24

入院編

- がんの治療中，気分が晴れず不安，よく眠れない。 どう考える？ 30
- 看護師から「〇〇さんが不穏です」と呼び出された。 どう考える？ 40
- アルコール多飲歴のある患者が入院してきた。 気を付けることは？ 48
- 高齢者が肺炎で入院してきた。 精神科的に気を付けることは？ 56

第2章 精神科の基礎知識

1. 患者との面接 64

- I 面接とは..... 64
- II 面接のコツ..... 65
- III 「精神療法」から学ぶ..... 70
 - 広義の精神療法..... 71
 - 狭義の精神療法..... 71

2. 精神疾患をいかに捉えるか 74

- I 精神科医は患者をどのように見立てるか？..... 74
 - 診察の下準備 一問診票と見た目..... 74
 - 診察に入る 一患者と対面する..... 76
- II 精神科診断とは..... 78
 - 伝統的診断 一古典的分類..... 78
 - 操作的診断 一新しい分類..... 80
- III 一般医にすすめる精神症状の見立て方..... 81
 - まずは身体因(身体疾患、薬物)の検討..... 81
 - 統合失調症、うつ病・双極性障害の可能性を検討..... 83
 - 心因性とその周辺の疾患を検討..... 84
 - 発達障害とパーソナリティ特性という視点..... 84

3. 向精神薬を理解する

89

I	向精神薬を使う際のポイント	90
II	向精神薬の種類	93
	抗精神病薬	93
	…定型抗精神病薬	95
	…非定型抗精神病薬	96
	抗うつ薬	99
	…代表的な三環系抗うつ薬	100
	…四環系抗うつ薬	101
	…選択的セロトニン再取り込み阻害薬	101
	…選択的セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬	102
	…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	103
	…その他	103
	抗不安薬	104
	睡眠薬	106
	気分安定薬	109
	抗認知症薬	111

4. 覚えておきたい精神疾患

113

I	統合失調症	113
II	うつ病・双極性障害	124
III	パニック障害	137
IV	身体表現性障害	142
V	認知症	150
VI	発達障害	161
VII	緊張病	168

第3章 精神科との連携

I 精神科へつなぐ	174
紹介先を間違えない —病状から判断する	174
精神科へのつなぎ方のコツ	177
入院患者のコンサルト	179
II 精神病床を知る —一般病床との違い	181
医療法上の病床区分が異なる	181
精神保健福祉法の下にある	182
III 精神科身体合併症を診る —一般医と精神科医の連携	185
精神科身体合併症の3パターン	185
精神科身体合併症の入院治療 —理想的な治療のかたちとは	187
IV 産業医として精神科医と連携する	188

第4章

Q&A
本当に知りたい精神疾患の疑問

- Q1 精神科と心療内科の違いは何でしょうか？ 194
- Q2 統合失調症の患者には、メタボリック症候群の方が多いような
気がします。どのような理由によるのでしょうか？
注意すべき薬剤はありますか？ 194
- Q3 うつ病は励ましてはいけないのですか？ 195
- Q4 身体症状が前景に立つうつ病を見分けるポイントは？ 196
- Q5 「新型うつ」って何でしょうか？
精神科医にも認知されているのでしょうか？ 196
- Q6 精神科医はなぜなかなか病名を記載しないのでしょうか？ 198
- Q7 一般外来においては、どのようなときに精神科に依頼すべきですか？ 199
- Q8 認知症になった家族をみている介護者へのアドバイスは？ 200
- Q9 幻覚や妄想がある患者にはどのように対応したらよいですか？ 200
- Q10 精神疾患の患者には喫煙者が多い気がします。禁煙支援が困難です。
どのように対応すべきでしょうか？ 201
- Q11 入院患者の不眠、不安、不穏時として適切な薬剤は？ 202
- Q12 手術や侵襲的な検査の同意は本人から取れれば問題ないのでしょうか？
うつ病の方に、最善と思われる治療法を勧めていたものの、
同意を得られない場合の対処も含め、教えてください。 203
- Q13 アルコールを睡眠薬代わりに飲むことの是非は？ 204
- Q14 精神疾患の遺伝性について、家族から相談されました。
本来は精神科の主治医に質問してもらうべきですが、
どのように返答すればよいのでしょうか？ 205
- Q15 ボーダーラインとは何ですか？ どうかかわればよいのでしょうか？ 205
- Q16 摂食障害を診る際の注意点は何か？ 206
- Q17 低活動性せん妄とはどのようなものですか？ どうか対応すればよいですか？ 207
- Q18 精神科医のカルテでみることがある「非定型精神病」って何ですか？ 208
- Q19 精神病理学とは、どのようなものですか？ 209
- Q20 医療機関以外で、精神的な問題を相談できる場所がありますか？ 209

Column

精神科医って近寄りがたい？	39
面接時に避けたいフレーズ	68
精神科医のカルテ	70
年齢という軸，時間という軸	88
スルピリド(ドグマチール®)の位置づけ	112
電気けいれん療法	123
軽度認知障害(MCI)とは？	160
精神科に対する誤解	179
診断書における「うつ病」「うつ状態」	190
精神科の名医って？	192

おすすめ書籍	211
--------	-----

参考文献一覧	214
--------	-----

索引	217
----	-----

著者略歴

加藤 温 (かとう おん)

略歴：

1994 年 日本医科大学卒業
1994 年 国立国際医療センター内科研修後，精神科レジデント
1999 年 東京都立松沢病院精神科
2002 年 国立国際医療センター精神科
2006 年 関東医療少年院神経科
2008 年 国立国際医療センター戸山病院精神科
2010 年 国立病院機構北海道医療センター精神科医長
2012 年 国立国際医療研究センター病院総合診療科医長，2014 年より同科科長
(精神科併任)

資格等：

精神保健指定医，日本精神神経学会(精神科専門医・指導医)，日本総合病院精神医学会(評議員，一般病院連携精神医学専門医・指導医)，日本病院総合診療医学会(理事，評議員，認定医)，日本医師会認定産業医

これまで総合病院を主な活動の場とし，日々の精神科臨床とともに，コンサルテーションリエゾン精神医学や身体合併症医療をテーマとして学会活動等に携わってきた。松沢病院では精神科救急や身体合併症医療システムを学び，医療少年院では矯正医療の現場を経験してきた。また北海道医療センターでは，身体合併症医療に特化した精神病床の新規開設を主導した。現在は，総合診療科医師に精神的なアドバイスを送りつつ，緩和ケアチームや精神科において診療を行っている。

第 1 章

CASE FILE

状況別に学ぶ精神疾患



倦怠感など身体症状を訴えるも内科的には問題なさそう。 うつ病？ どう考える？

Do & Don't

- まずは身体評価を優先で！ 安易に心因探しをしない
- 身体疾患では説明しがたい身体症状をみたら，うつ病を見逃がさない！ あとは焦らなくてよい
- はじめに食欲と睡眠状況の確認を．うつ病スクリーニングはその後でよい

どうアプローチする？

55 歳男性．この 1 か月くらい何となくだるくて本調子ではない．食欲も落ちて体重も減ってきた．気分もすぐれず，仕事に出かけるのもつらくなってきた．何か悪い病気でもあるのではないかと内科初診外来を受診した．ざっと身体診察したところ，あまり大きな問題はなさそうである．

▶ まずは身体評価を優先で！ 安易に心因探しをしない

気分が落ち込んで意欲もなくなるなどの抑うつ症状を認め，「これはうつ病かな」と考えたくところではある．しかし全身倦怠感，体重減少を認める症例であり，まずは一般医として十分な身体評価が求められる．この患者に「最近，職場でのストレスが多くて…」という情報が加わったらどうだろうか．ストレスによるものと結論づけたくるのではないだろうか．それに引っ張られてはいけない．「ストレスが原因だな」と思った瞬間，思考停止をきたしてしまう．ここはストレスをいったん横に置き，今一度，身体に目を向けてほしい．

我々はとかく心因論者であり，症状を説明する原因が見つからないと「ス

① うつ状態をきたしうる代表的な身体要因

- ▶ 脳神経系(脳血管障害, パーキンソン病, 脳腫瘍, 多発性硬化症など)
- ▶ 内分泌系(甲状腺機能異常, 副甲状腺機能異常, 下垂体機能低下症, Addison 病, Cushing 病など)
- ▶ 膠原病(全身性エリテマトーデス<SLE>, 関節リウマチなど)
- ▶ 感染症(脳炎, 肝炎, 肺炎, ヒト免疫不全ウイルス<HIV>感染, 感冒後など)
- ▶ 腫瘍(膵臓がん, 肺がんなど)
- ▶ 薬剤性(ステロイド製剤, インターフェロン, 降圧薬< β 遮断薬, カルシウム拮抗薬, レセルピン), 経口避妊薬など)

トレスが原因で身体症状が出てきていますね」というストーリーを作り上げたくてしまう。必要なのは心因探しではなく身体因探しである。身体因はいくら追いつめてもよいが、心因は追いつめようとすればするほど本来の病態から離れ、まったく違う方向にいてしまう危険性がある。「本当に身体因はないのだろうか？」という意識は常にもっておきたい。

④に本症例のような抑うつ症状を呈する代表的な身体因について提示する。とくに初めてのエピソードの場合には、より慎重さを要する。

▶ 身体疾患では説明しがたい身体症状をみたら、 うつ病を見逃がさない！ あとは焦らなくてよい

身体精査を行っても積極的に疑う身体因はなさそうという結論に至れば、次に「何らかの精神疾患はないか？」と考える。身体症状を呈する精神疾患は決して少なくない。そのなかでも日常診療においてよくみられ、見逃されやすいのがうつ病である。統合失調症では訴えが奇妙であることが多く、パニック障害では突然の動悸出現など症状の出方が明瞭である。うつ病の場合には、身体症状はゆっくりと出現し、次第にはっきりしてくることが多く、精神科の問題であることに気づかれにくいところがある。世界保健機関(WHO)のデータを利用した14か国のプライマリケア部門におけるうつ病

② よくみられるうつ病の身体症状

- ▶ 睡眠障害：中途覚醒、早朝覚醒タイプが多い、ときに過眠タイプもある
- ▶ 食欲減退：多くは食欲が減るが、ときに増えるタイプもある
- ▶ 味覚異常：「砂をかむ感じ」「味を感じない」という訴えが多い、亜鉛不足にも留意
- ▶ 性欲減退：なかなか聞きにくい質問だが、多い症状。聞きにくい質問はあっさり聞くのがよい
- ▶ 全身倦怠感：漠然とした重だるさ、エネルギーが足りないという印象
- ▶ 便秘：腸管の動きにも影響が出る
- ▶ 疼痛：原因不明の疼痛がある場合にはうつ病は鑑別に入れるべき

研究において、身体症状のみを訴える患者が69%におよぶという報告もある¹⁾。このようなケースでは、気分の落ち込みを訴えて精神科を受診するというよりも、身体症状が気になってむしろ内科を受診する。この場合、問診票には身体症状しか書かれないことがほとんどであり、疑ってかからないとうつ病を見逃しかねない。

身体疾患で説明しがたい身体症状がある場合には、まずはうつ病がないかと考えたい。うつ病の身体症状は②に示すように多彩であり、これらを複数認めることも多い。うつ病を見逃したくない一番の理由は、自殺につながるリスクがあるからである。また、うつ病に伴う身体症状に関しては、抗うつ薬など適切なうつ病治療を開始することにより、症状の改善を期待できる。治療対応の観点からも早目に見つけることが望まれる。

うつ病を除外できれば、あとはあまり焦る必要はない。残りは身体表現性障害に分類されることが多い。これはどちらかという患者自らが身体症状を積極的に訴え、身体症状にこだわる傾向があるため、医療者側が患者に対してやや陰性感情を抱きがちになる。これに対しうつ病(いわゆる「新型うつ」は除く)では「重大な病気がある」と確信して揺るがない妄想レベルか、そうでなければ控え目に症状を訴えることが多く、受ける印象が異なる。身体表現性障害は、うつ病と比べると薬物療法に反応しにくく、治療には難渋

③ うつ病(うつ状態)スクリーニング—2 質問法—

1. 「この 1 か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか？」
2. 「この 1 か月間、どうも物事に興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？」

することが多いが、緊急性がある病態ではなく時間的余裕はある。焦って精神科医に紹介しなくてもよい。しばらく付き合っていて困ることがあれば、精神科に相談するくらいでよい。むしろ一般医のほうがうまく付き合っているケースが多いようにも思う。

▶ はじめに食欲と睡眠状況の確認を。

うつ病スクリーニングはその後でよい

では、うつ病にはどのように迫っていけばよいのであろうか。うつ病といえば、気分が落ち込む、楽しめないなどの症状は思いつくであろう。うつ病のスクリーニングとして知られている 2 質問法(③)も、うつ病の中核症状(基本となる症状)といわれる抑うつ気分(落ち込む)、興味と喜びの喪失(楽しめない)を問うものである。2 質問法については、妥当性に関する検討も多くなされており、Arroll ら²⁾は、2 つの質問のうち、どちらか一方でもあてはまれば、感度 80%、特異度 70%をそれぞれ超えると報告している。しかし一般診療においていきなり 2 質問法を行うことは、患者に対してやや唐突な印象を与えないだろうか。もちろん抵抗なく聞ける関係や状況であれば問題はないが、医師側にとっても診察の流れを止めてしまう質問になり、現実的にはちょっと聞きにくさがあるように思う。

そこでおすすめなのが、うつ病の身体症状としてよくみられる食欲と睡眠状況についての質問である。これら 2 項目については、身体診察においても比較的尋ねやすいうえに、治療を要するうつ病においては、ほぼ必発に近い症状と考えてよい。これらの症状があると、精神科医は薬物療法の導入を考

えたくなる。不眠がある場合には、そのタイプも聞いておきたい。中途覚醒や早朝覚醒タイプの場合には、さらにうつ病らしさが高まる。

ここまで確認したうえで、2 質問法で問う中核症状の存在を確認したい。ここで 2 項目とも存在しないようであれば、うつ病診断は再考すべきであり、今一度身体因の検討に立ち返ることが必要になるかもしれない。一般医としては、原因に迫りきれない身体症状があり、食欲や睡眠に問題がある場合にはうつ病の可能性を疑い、2 つの中核症状を確認する習慣をつけておきたい。

2 質問法のほかにも、うつ病評価やスクリーニングを行うことができる質問紙法(PHQ-9, QIDS-J など)が存在する。これらは有用なツールではあるが、うつ状態を捉えることはできても、うつ病を確定診断できるわけではない。質問紙で引っかかったから「うつ病」と診断して抗うつ薬を処方した、という早まった判断だけは決してしないようにしてほしい。

では、うつ病が疑わしいとなった場合、次にどうしたらよいだろうか。米国予防医療研究班(2002)は、正確なうつ病診断と有効な治療が可能で経過観察できる施設においてのみ、成人患者に対するうつ状態のスクリーニングをすすめている。また、プライマリケア場面において、うつ病スクリーニングの実施だけで、その後のケアサポートがない場合には、うつ病患者の転帰の改善にはつながらないとのレビューがある³⁾。

一般医において大事なのは、うつ病を見逃さずに早期に治療介入することではなく、うつ状態にあることに気づき、そこに身体因が絡んでないかを検討し、治療につなげる方法を考えていくことである。



精神科からのポイントアドバイス

- 日常診療においてうつ病を疑うきっかけは、食欲と睡眠状況の変化である

身体要因を考えにくい身体症状をみた場合の考え方

症状の訴え方

- 身体症状の訴えが奇妙 → 統合失調症、妄想性障害
 - 突然動悸を訴える → パニック障害
 - 不安とともに発汗、振戦などの自律神経症状を訴える → 不安障害
 - 倦怠感や頭痛などの身体症状を訴える
 - ・ 何となく漠然とした症状 → うつ病
 - ・ 訴え方が執拗、医療を求める傾向 → 身体表現性障害
- ＊番外編として、虚偽性障害、詐病。

食欲：「食欲はいかがですか？」

さらに追加質問

「どんな食べ物が好みですか？ 最近食べましたか？ おいしく食べられましたか？」

→ 食に対する興味なども評価できる。興味と喜びの喪失の評価にもつながる質問

うつ病を
見逃さない

睡眠：「睡眠はいかがですか？」

さらに追加質問

「ぐっすり眠れていますか？」

→ うつ病では入眠困難よりも中途覚醒・早朝覚醒タイプが多い

「ぐっすり」という聞き方は後者タイプの検出率が高い

うつ病スクリーニング(2 質問法)の施行

うつ病の中核症状(①抑うつ気分②興味と喜びの喪失)の有無を確認。臨床現場では、スクリーニングの均一化が目的ではないので、質問内容を噛み砕いて質問してもよい。つまりは抑うつ気分、興味と喜びの喪失の有無がわかればよい。

①「この 1 か月間、気分が沈んだり、ゆううつな気持ちになったりすることがよくありましたか？」

→ 話の流れのなかで「このところ気分がすぐれませんか？」などと置き換えてもいい

②「この 1 か月間、どうも物事に興味がわからない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか？」

→ 「最近、新聞、雑誌、ネットやテレビはみていますか？」「最近、趣味に関してはいかがですか？」などの質問で興味と喜びの喪失を評価する



中山書店の出版物に関する情報は、小社サポートページを御覧ください。
<http://www.nakayamashoten.co.jp/bookss/define/support/support.html>

じょうきょうべつ まな
状況別に学ぶ

ない か い げ か い せいしんしつかん み
内科医・外科医のための精神疾患の診かた

2016 年 6 月 15 日 初版第 1 刷発行 © [検印省略]

著 者 ——— か とう おん
加藤 温

発行者 ——— 平田 直

発行所 ——— 株式会社 中山書店
〒112-0006 東京都文京区小日向 4-2-6
TEL 03-3813-1100(代表) 振替 00130-5-196565
<http://www.nakayamashoten.co.jp/>

本文デザイン — ビーコム

装丁 ——— ビーコム

印刷・製本 — 三報社印刷株式会社

Published by Nakayama Shoten Co., Ltd.

Printed in Japan

ISBN 978-4-521-74407-0

落丁・乱丁の場合はお取り替え致します

本書の複製権・上映権・譲渡権・公衆送信権(送信可能化権を含む)
は株式会社中山書店が保有します。

JCOPY (株)出版者著作権管理機構 委託出版物)

本書の無断複写は著作権法上での例外を除き禁じられています。

複写される場合は、そのつど事前に、(株)出版者著作権管理機構

(電話 03-3513-6969, FAX 03-3513-6979, info@jcopy.or.jp) の許諾を
得てください。

本書をスキャン・デジタルデータ化するなどの複製を無許諾で行う行為は、著
作権法上での限られた例外(「私的使用のための複製」など)を除き著作権法
違反となります。なお、大学・病院・企業などにおいて、内部的に業務上使用
する目的で上記の行為を行うことは、私的使用には該当せず違法です。また私
的使用のためであっても、代行業者等の第三者に依頼して使用する本人以外の
者が上記の行為を行うことは違法です。