

論点に関する医学的知見

- 1 長時間労働と精神障害等の関連について
 - 「精神疾患発症と長時間残業の因果関係に関する研究」
主任研究者 黒木 宣夫
 - 「労働者の自殺予防に関する介入研究」主任研究者 島 悟
 - ① 分担研究報告書「職域における睡眠教育における介入研究」
研究代表者 柿沼 充、加藤 憲忠
 - ② 分担研究報告書「労災請求された自殺事例の分析」
分担研究者 黒木 宣夫
- 2 ライフイベント法による調査期間について
 - Kate L. Harkness : Life events and hassles. In Risk factors in depression, edited by Keith S. Dobson and David J. A. Dozois, Elsevier Inc. : p317-341 (2008)
- 3 増悪について
 - ① 「「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解」日本産業精神保健学会 精神疾患と業務関連性に関する検討委員会
 - ② 「ICD-10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン (新訂版)」融道男、中根允文、小宮山実、岡崎祐士、大久保善朗 監訳
 - ③ 「DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き (新訂版)」高橋 三郎、大野裕、染矢俊幸 訳
- 4 療養について
 - 「現代臨床精神医学」 大熊輝雄

平成 15 年度災害科学に関する研究：

精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究概要

今年度の各分担研究者の調査研究の概要を報告する。

①睡眠と精神障害との関係に関して：

国立精神・神経センター 内山真

睡眠不足および睡眠障害と精神疾患との関係について文献調査を行うとともに、日本の一般人口を対象に行った睡眠習慣と睡眠障害に関する疫学調査のデータ解析を行い不眠、睡眠不足が心身の不調に及ぼす影響について検討した。その結果、これまでの文献検索から慢性的な不眠症はうつ病のリスクファクターとなることがわかった。労働条件などによる睡眠不足がうつ病のリスクファクターになるかについては、明らかにならなかった。交代勤務従事者は睡眠不足を来しやすいことが報告されているが、交代勤務に従事した年数がうつ病発症の危険率を高めることがわかった。日本における一般人口を対象の疫学からは、不眠がやる気の低下、くよくよ、いらいらとともに多くの身体的愁訴と関連していることが明らかになった。自覚的な睡眠不足感、寂しい、気持ちにゆとりがない、退屈などの精神的な愁訴のリスクファクターにはなっていたが、身体的訴えについては、不眠と比べ関連が少なかった。以上より、慢性的な不眠は、うつ病のリスクファクターになりうるということが考えられるが、睡眠不足がうつ病などの精神疾患のリスクファクターになりうるかについては、今後さらなる検討が必要と考えられた。

②長時間労働と精神障害発病との関連に関する文献研究：

独立行政法人産業医学総合研究所 原谷隆史

長時間労働と精神疾患との関連を明らかにするために文献研究を行った。まず文献データベースとして、医学中央雑誌 Web と PubMed を使用して関連文献を検索した。精神医学的研究では、精神科の患者を対象にして残業時間などの発症要因や病前性格などが検討され、消耗性うつ病などのように長時間労働や過労と精神疾患との関連性が示されている。質問紙を用いた横断的研究では、長時間労働は抑うつなどの精神健康に悪影響を及ぼすことが報告されているが、仕事量や負担感のような主観的評価に比べると客観的な労働時間との関連は弱い。縦断的研究では長時間労働の精神疾患発症との関連は一部で示唆されるが、一貫して統計学的に有意な結果は見あたらなかった。長時間労働と精神疾患の発症との明確な関連性はまだ十分には示されていない。

③精神障害発病と長時間労働との因果関係に関する調査研究：

こうかん会鶴見保健センター 廣尚典

精神科クリニック(1,070)および総合病院精神科(680)に勤務する精神科医に 2 種類の質問票調査(就労中の患者に関する調査、精神科医の考え方を問う調査)を実施、計 143 名の精神科医より回答が得られた。精神障害の発病と長時間労働および睡眠時間との関連について、次の点が明らかになった。(1)長時間労働が精神疾患の発症に関与していると判断された例では、1 日の平均残業時間は 4 時間～5 時間が多かった。(2)発症前に十分な睡眠時間が確保されなかった例が約 4 割みられ、うち半数近くが仕事と強い関連があると判断された。その睡眠時間は 4～5 時間が多か

った。(3)発症直前に睡眠時間が顕著に不足したと判断された例も 50 例以上報告された。

④勤労者における労働時間と精神健康度及び睡眠時間の関連の調査：

東京大学保健センター 大久保靖司

対象は、関東地区にある製造業従業員 2505 名(男性：2231 名、40.6±10.5 才、女性：274 名、35.8±9.9 才)である。調査方法は質問紙法を用い、性別、年齢、勤務形態、勤務日の平均的な労働時間、月間の休日日数、平均的な睡眠時間、労働省版職業性ストレス調査、抑うつ度調査 (SDS) を調査した。一日の労働時間が長くなるに従い、SDS 得点は上昇していた。しかし、月間労働時間及び月間拘束時間では一定した関連は認められなかった。仕事の負担及び自覚的な身体的負担度は、一日の労働時間、月間労働時間及び月間拘束時間が長くなるに従い得点は低下していたが、対人関係上のストレス、職場環境によるストレス及び自覚的な仕事の適性度と労働時間指標と関係が認められなかった。

⑤長時間残業と業務上の出来事との関係に関して： 大阪樟蔭女子大学人間科学部 夏目誠

2001 年から 2002 年度までに大阪府こころの健康総合センターのストレスチェック)に受検した勤労者 832 (男性 430) 名を対象に、長時間労働とライフイベント法との関連性について調査を行った。長時間労働とライフイベントにおける両指標との関連性を認めた。すなわち平均残業時間が増加すればライフイベントの両指標は増加していくのに対して睡眠時間や過去 1 年間の有給休暇取得日数は減少する。休養が取れていないと考えた。次に平均残業時間とライフイベントの項目で「多忙による心身の過労」や「仕事に打ち込む」、「仕事のペース、活動の増加」、「収入の増加」は強い関連性 (0.1%で有意差) があつた。「300 万円以上の借金」や「レクリエーションの減少」、「多忙による心身の過労」も関連性を認めた。

⑥労災認定された自殺事案における長時間残業の調査：

東邦大学佐倉病院精神神経学研究室 黒木宣夫

過去に労災認定された 51 例に関して時間外労働が 44 時間以内、45～79 時間、80～99 時間、100 時間以上に分類し検討を加えると同時に 100 時間を境に 99 時間以内 (I 群)、100 時間以上 (II 群) と二つに分類して検討を加えた。今回の対象事案の 53% (27) に 100 時間以上の時間外労働がみられ、管理職と専門技術職の両者で全体の 74% (38) を占めた。ノルマの未達成が関与して業務上と認定された事例は 61% (31) をも占めていた。I、II 群の比較では II 群は 6 ヶ月以内に 96% (26 例) が発病しているのに対し、I 群は 71% (17) が発病していた。重度の精神症状や行動症状を伴った事例は I 群の方が II 群に比較して有意に高いという結果が得られた。

<研究概要の総括>

「精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究」を総括すると、原谷は「質問紙を用いた横断的研究では、長時間労働は抑うつなどの精神健康に悪影響を及ぼすことが報告」と述べ、大久保は「一日の労働時間が長くなるに従い、SDS 得点は上昇していた。」と報告、内山も「実験的睡眠不足状態において、4 時間睡眠を 1 週間にわたり続けると健常者においてもコルチゾール分泌過剰状態がもたらされるという実験結果もある。これらを総合すると、4-5 時間睡眠が 1 週間以上続き、かつ自覚的な睡眠不足感が明らかな場合は精神疾患発症、とくにうつ病発症の準

備状態が形成されると考えることが可能と思われる。」と報告、夏目も「長時間労働とライフイベントにおける両指標との関連性を認めた。」と報告、廣も「1.長時間労働が精神疾患の発症に関与していると判断された例では、1日の平均残業時間は4時間～5時間が多かった。2.発症前に睡眠時間が確保されなかった例の約4割の半数近くが仕事と強い関連があると判断された。その睡眠時間は4～5時間が多かった。」と報告しており、黒木は「過去の自殺の認定事例を99時間以内(I群)、100時間以上(II群)に分類した比較調査でII群は6ヶ月以内に96%(26例)が発病しているのに対し、I群は71%(17)が発病」と報告している。

以上より長時間残業による睡眠不足が精神疾患発症に関連があることは疑う余地もなく、特に長時間残業が100時間を超えるとそれ以下の長時間残業よりも精神疾患発症が早まるとの結論が得られた。

平成19年度労働安全衛生総合研究事業
「労働者の自殺予防に関する介入研究」
分担研究報告書

「職域における睡眠教育における介入研究」
研究代表者 柿沼 充、加藤 憲忠
(抄)

D. 考察

先行研究では⁶⁾ 睡眠時間が7時間以上8時間未満ではCES-Dの得点が最低を示し、7時間より短くなればなるほど、また8時間より長くなればなるほどCES-Dの得点は上昇していた。本研究においてもほぼ同様の結果が得られたが、本研究の場合は睡眠時間が6時間以上7時間未満の場合CES-Dの得点が最も低かった。先行研究においても年代別(30代)に分けると本研究(平均年齢34.9才)と同様の結果であり、これにより睡眠不足はうつ頻度を高めることがわかった。よって、自殺予防の観点からも7時間睡眠を心がけ、6時間を切るような生活、特に5時間未満の睡眠は避けるよう指導すべきと考えた。

分担研究報告書
「労災請求された自殺事例の分析」
分担研究者 黒木 宣夫
(抄)

I. 8年間の労災請求事例調査

C. 研究結果

18. 100時間残業の有無(表18)

発症前1ヶ月間に100時間以上の残業時間が発生していた事例は、認定事例75.7%(20)、非認定事例3.5%(3)であった。

表18 100時間残業の有無

	非認定 事例数(%)	認定 事例数(%)	総件数 事例数(%)
100時間以上	3(3.5)	28(75.7)	31(25.2)
99時間以内	31(36.0)	6(16.2)	37(30.1)
なし	52(60.5)	3(8.1)	55(44.7)
計	86(100.0)	37(100.0)	123(100.0)

TABLE 14.2 Methodological Details of Studies Comparing Melancholic and Non-Melancholic Depression using Checklist Assessment of Life Events

Authors	Diagnostic criteria	Life event assessment	Results
Leff <i>et al.</i> (1970)	Melancholic: psychomotor retardation, self-blame, morning mood worsening, weight loss, global severity, and early morning awakening (<i>n</i> = 13) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 27)	Chart Review 12mos < "breakdown"	No significant group differences (Descriptive statistics not provided)
Forrest <i>et al.</i> (1965)	Melancholic: 4 of retardation, terminal insomnia, impaired concentration, diurnal variation, guilt or self-reproach (<i>n</i> = 62) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 43)	12-item checklist past 3 years	60% non-melancholic vs. 65% melancholic had "social factors in environment" (ns)
Thomson & Hendrie (1972)	DSM-II (APA, 1968) criteria for manic-depression (<i>n</i> = 27), involuntal psychosis (<i>n</i> = 5), or psychotic depressive reaction (<i>n</i> = 13) vs. reactive-neurotic depression (<i>n</i> = 29)	SRRS	No significant difference in total stress scores (<i>M</i> _s = 250, 202; <i>SD</i> _s = 147, 113)
Monroe, <i>et al.</i> (1985)	RDC melancholic (<i>n</i> = 26) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 24)	PERI 12mos < treatment	No significant differences in stress scores (<i>M</i> _s = 40.67, 44.86; <i>SD</i> _s = 37.79, 27.07) or event numbers (<i>M</i> _s = 8.92, 9.38; <i>SD</i> _s = 7.06, 5.35)
Turkcapar <i>et al.</i> (1999)	Various psychiatric criteria	No information	71% (<i>n</i> = 31) non-melancholic vs. 47% (<i>n</i> = 32) DSM-III-R melancholic had "stressor" prior to onset
Robins, Block & Peselow (1990)	RDC melancholic (<i>n</i> = 53) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 27)	SRRS	Non-melancholic reported significantly more events than melancholic (<i>M</i> _s = 3.9, 2.0; <i>SD</i> _s = 3.8, 2.1)
Cornell <i>et al.</i> (1985)	RDC melancholic (<i>n</i> = 42) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 25) vs. psychiatric control (<i>n</i> = 33)	SRRS 12mos < onset	Non-melancholic had more events than melancholic (<i>M</i> _s = 4.28, 2.12)
Kohn <i>et al.</i> (2001)	DSM-III-R melancholic (<i>n</i> = 40) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 44)	15-item list 12mos < onset	Non-melancholic reported significantly more events than melancholic (<i>M</i> _s = 1.48, 1.03; <i>SD</i> _s = 1.19, .89)

Note: SRRS – Social Readjustment Rating Scale; RDC – Research Diagnostic Criteria; PERI – Psychiatric Epidemiology Research Interview.

TABLE 14.3 Methodological Details of Studies Comparing Melancholic and Non-Melancholic Depression using Interview Assessments of Life Events

Authors	Diagnostic criteria	Life event assessment	Results
Benjaminsen (1981)	Melancholic: 2 of retardation, terminal or middle insomnia, lack of reactivity (<i>n</i> = 21) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 68)	RLE 6mos < onset	90% non-melancholic vs. 81% melancholic had a severe event (ns)
Perris (1984)	"Bipolar" (<i>n</i> = 16) vs. "Unipolar endogenous" (<i>n</i> = 58) vs. "Reactive-neurotic" (<i>n</i> = 81) vs. "Unspecified" (<i>n</i> = 51)	Life Event Interview (Perris, 1984) 3mos < onset	Reactive-neurotic had significantly more events than unipolar endogenous (<i>M</i> _s = 5.7, 3.6; <i>SD</i> _s = 3.4, 2.5; <i>F</i> = 7.0, <i>p</i> < .05)
Zimmerman <i>et al.</i> (1986)	Various psychiatric criteria	Positive & Negative Events Inventory (Zimmerman, 1982) 12mos < admission	Newcastle criteria only: Non-melancholic (<i>n</i> = 63) had significantly more events than melancholic (<i>n</i> = 26) (<i>M</i> _s = 14.6, 11.2; <i>SD</i> _s = 8.3, 8.6; <i>t</i> = 2.16, <i>p</i> < .05)
Bebbington <i>et al.</i> (1988)	"Delusional" (D; <i>n</i> = 8) and "Retarded" (R; <i>n</i> = 58) vs. "Neurotic" (N; <i>n</i> = 56) from PSE	LEDS 6mos < onset	32.8% N vs. 27% D and R had a severe event (ns)
Brown <i>et al.</i> (1979)	D (<i>n</i> = 62) vs. N (<i>n</i> = 49) from PSE	LEDS 6mos < onset	65% N vs. 58% D had a severe event (ns)
Brugha & Conroy (1985)	R (<i>n</i> = 19) vs. N (<i>n</i> = 22) from PSE	LEDS 6mos < onset	84% N vs. 85% R had an undesirable event (ns)
Dolan <i>et al.</i> (1985)	D (<i>n</i> = 6) and R (<i>n</i> = 33) vs. N (<i>n</i> = 29) from PSE	LEDS 6mos < onset	50% N vs. 43% D and R had a severe event (ns)
Brown <i>et al.</i> (1994)	RDC melancholic (<i>n</i> = 60) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 67)	LEDS 6mos < onset	No difference between groups among those on a first-onset. Among those on a recurrence, significantly more non-melancholic than melancholic had a severe event
Frank <i>et al.</i> (1994)	RDC melancholic (<i>n</i> = 56) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 34)	LEDS 6mos < onset	65% non-melancholic vs. 43% melancholic had at least one severe event (<i>c</i> ² = 4.04, <i>p</i> < .05)
Harkness & Monroe (2006)	RDC melancholic (<i>n</i> = 27) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 23)	LEDS 3mos < onset	
Matussek & Neuner (1980)	RDC melancholic (<i>n</i> = 90) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 38)	Interview of loss events 12mos < onset	63% non-melancholic vs. 37% melancholic had depression onset in year following event (<i>p</i> < .01)
Paykel <i>et al.</i> (1984)	RDC melancholic (<i>n</i> = 39) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 101)	RLE 12mos < onset	64% non-melancholic vs. 23% melancholic had a chronic difficulty (<i>p</i> < .05)
Roy <i>et al.</i> (1985)	DSM-III melancholic (<i>n</i> = 20) vs. non-melancholic (<i>n</i> = 20)	RLE 6mos < onset	Non-melancholic had significantly more events than melancholic (<i>M</i> _s = 39, 21; <i>t</i> = 2.71, <i>p</i> < .01)

Note: RLE – Recent Life Experiences Interview; PSE – Present State Examination; LEDS – Life Events and Difficulties Schedule; RDC – Research Diagnostic Criteria.

「過労自殺」を巡る精神医学上の問題に係る見解
日本産業精神保健学会 精神疾患と業務関連性に関する検討委員会
(平成18年12月)
(抄)

<議論の内容>

4 自殺についての裁判では、脳心臓疾患の“自然経過を超えて「憎悪」し発症した”のと同じように理解しているのか、“精神障害が発症後、増悪して、自殺した”と判断している例が多い。精神障害発症後の心身の負荷をどのように評価するのか、そして、精神医学として「増悪」をどのように理解するのが正しいのかが問題となる。

意見書は、「精神障害発病後業務が原因となって精神障害を増悪させ、その結果自殺した場合にも業務起因性があるとする改正をおこなうこと」を提案する。

意見書は「典型的な精神障害であるICD-10の「うつ病エピソード」は、症状の程度により、①軽症、②中等症、③重症に分類され、軽症は通常症状に悩まされて日常の仕事や社会活動が続けるのに幾分困難を感じるが、完全に機能できなくなることはない、中等症は職業的あるいは家庭的活動を続けていくのにかなり困難、重症はごく限られた範囲のものを除いて社会的、職業的、家庭的な活動はほとんどできないとされている。」とし、軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に「増悪」し、自殺した場合、当初の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとしている。

この点に関して、ICD-10の軽症、中等症、重症うつ病の区分によれば、「現在の症状の数とタイプおよび重症度を含む複合的な臨床判断に基づく。日常の社会的、職業的な活動の幅は、しばしばエピソードがどのくらいの重症度であるかを知るために有用な一般的指標となる。しかし、個人的、社会的、文化的な影響により、症状の重症度と社会的活動とは必ずしも平行しない。・・・社会的活動を重症度の必須基準に含めることは賢明でない。」とも記載されている。したがって、既に精神障害を発病したものが、周囲に気づかれることなく業務に従事していたからといって必ずしも軽症うつ病であるとは診断できないことをまず確認しなければならない。

次に、ICD-10の軽症、中等症、重症うつ病の区別は、自殺念慮の発生との観点から作成されているものではないことを理解すべきである。すなわち、軽症、中等症、重症の区別は、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な3症状および他の症状として例示された7症状(①集中力と注意力の減退、②自己評価と自信の低下、③罪悪感と無価値感、④将来に対する希望のない悲観的な見方、⑤自傷あるいは自殺の観念や行為、⑥睡眠障害、⑦食欲不振)のうちいくつかの症状が認められるか、そしてその程度はどうかによって決まるのであり、確かに他の症状の数(7症状)が多いほど自殺念慮の症状が

7症状の一つとしてカウントされる確率は高くはなるのではあるが、軽症うつ病には自殺念慮が生じず、また、中等症、重症うつ病に進むに従って自殺念慮が生じ、自殺率も高まるという医学的知見は存在しないし、必ずしも意見書の見解の精神障害の「増悪」の結果自殺に至るというものではないことを確認しなければならない。この点に関して、当学会が行った「精神疾患発症と長時間残業との因果関係に関する研究」（平成15年度厚生労働省委託研究）において報告したが、平成14年度に労災認定を受けた事案（13年度認定分も一部含む。）51例中、うつ病は45例で自殺者中実に88%で、このうち、うつ病の症状の程度の確認できた12例の内訳は、軽症2例、中等症2例、重症8例であった。確かに重症うつ病の自殺者数が多いが、軽症、中等症うつ病は同数であった。日常臨床上、自殺企図は、希死念慮が持続して高まり自殺企図に至るものから、頻回に衝動的に自殺企図を繰り返し救急外来を受診する者、また今までに精神疾患既往がなく、医療機関を受診せず家族に気付かれずに自殺企図に至る者までさまざまである。たとえば、家族と団欒していて、いなくなったと思ったら別の部屋で自殺企図を起こしていた事例などに遭遇することがあるが、家族は一切気づいていない場合もある。したがって、自殺企図に至る事例が、全て病態が重症というわけではないことを確認しておく必要がある。

こうしたことを踏まえ、精神医学における増悪の概念、増悪要因、増悪と自殺の関係、意見書に対する見解について述べることとする。

（1）精神医学における増悪の概念

精神医学において重症度の判断は症状の数で判定するのが一般的である。前述のとおりICD-10もそのような考え方であり、DSM-IVも同様である。ICD-10DCRではA基準（全般基準）、B基準（中核症状）、C基準（付加的症状）の数の組み合わせにより重症度が判定されている。また、臨床治験においても、ハミルトン、CES-D、モンゴメリー尺度等では症状の数を点数化して把握している。

一方、症状の数が少なくても1つ1つが重い場合には重症ということもあり得るし、精神症状の数だけではなくて、本人の日常生活や行動の障害の程度、精神病症状が出現しているか否か、精神症状は少ないが、一つ一つの精神症状の程度が重く持続長期化している場合なども加味して増悪、重症化を判断すべきであるとする考えもある。

しかし、客観的に判断する必要性から、ICD-10診断ガイドラインが示すように重症化の判定は前述のとおり症状の数で判定するのが精神医学上一般的となっており、ここではこの見解に立って論を進める。（なお、症状の数については当該症状が2週間以上持続することが必要である。一時的に不安定な病状が数時間から数日続いたとしても、それは増悪とは言わず、一般的にエピソード中に認められる範囲の変動と判断されるからである。）。

うつ病エピソードは、軽症うつ病、中等症うつ病、重症うつ病に区分される。軽症うつ病であっても、ケースによっては中等症へ、さらには重症うつ病へと進行することも臨床

的によく経験される(なお、うつ病はクレイネスの曲線で示されるように、その症状の現れ方や程度について病期により異なるが、その一連の病相経過がうつ病の特徴であり、前述のとおり、ここでは症状の数により客観的に重症度を判断することとしていることから、症状の数には変化がなくその程度がうつ病特有の変動(気分の落ち込み等)と判断される場合であっても、この病相の変化自体をここでは増悪とはいわない。)

ICD-10は、軽症、中等症、重症うつ病の区別を、前述のとおり現在の症状の数とタイプ及び重症度を含む総合的な臨床判断に基づくとしており、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、易疲労性という典型的な3症状及び他の症状として例示された7症状のうちいくつかの症状が認められるか、そしてその程度はどうであるかによって決まる。

このように精神障害は、診断基準に示される症状の数、頻度、その程度によって具体的に把握されるのであって、増悪は自殺念慮との関係をいうものではない。

(2) 発病・増悪要因

精神障害、特にうつ病の発病に関しては、以下に述べる生物学的 biological、心理的 psychological、社会的 social 側面が絡み合って発病することが精神医学の通説となっている。増悪についても、この3つの要因が絡み合って起きてくるものと考えてよい。

イ 生物学的要因

生物学的要因については、近年、生化学・薬理学・分子生物学・遺伝学などの研究が盛んに行われている。セロトニン、ノルアドレナリンなどの脳内アミン減少等の脳神経化学的要因について追求されているが、未だに解明されていない部分も多く、日常臨床面では、内因性精神障害、心因性精神障害、器質性精神障害という従来診断が便宜上使用されている。なぜなら、治療を開始する際に環境心的要因が強い病像であるのか、あるいは環境心的要因の影響の少ない病像であるのか、という判断は治療を開始する際に、抗うつ剤や向精神薬を選択するうえで非常に重要であるからである。診断学的には内因性(個体に内在する要因)、心因性(心理的要因)にこだわらず、ICD-10(WHO)やDSM-IVで診断されることが通常となっているが、精神科治療上は、心的因子が病像にどの程度影響を与えているかの判断は不可欠であり、薬物に対する個体の反応性並びに心的因子の整理や本人が抱えている心的問題の解決の状況により精神医学的な病態水準を把握することは、精神科臨床医であれば日常臨床の基本となっている。

なお、現在のところ遺伝的脆弱性¹⁾を証明する方法はなく、家族歴などから判断せざるを得ない。遺伝的脆弱性とは、何らかの脳内の機能的変化をもたらしやすい傾向を遺伝情報として有しているということである。ESSENTIAL PSYCHOPHARMACOLOGY(Stephen M. Stahl 2002)によれば、統合失調症の一卵性双生児の一方が同疾患発病の確率は50%、二卵性では15%、躁うつ病は一卵性の同疾患発病の確率80%以上、二卵性は8~10%であると記載されている。また、藤岡は「自殺者における生前の社会的心理的・身体的背景—福島県下における1年間の自殺者の全数調査—」<精神神経学雑誌(106)第1号17~3

1>の中で警察署へ届け出があり、自殺と認定された事案523例(1997年7月17日方1年間)の分析を行っているが、この中で「家族に自殺歴があることは重大な自殺のリスクファクターとして知られている。本調査でも自殺者のうち6.2%において自殺の家族歴が明らかになっている。・・・本調査の家族歴はかなり高率と考えると支障ない」と報告している。

ロ 心理的要因

心理的要因としては性格傾向、問題が生じたときの処理の悪さなどが上げられる。性格要因は遺伝のほか、発達期に受けたストレスが性格傾向形成に大きく関係してくるとされている。

ハ 社会的要因

社会的要因には、失業、経済的な困難さ等が上げられる。

- 1) 遺伝的脆弱性:精神薬理学エッセンシャルズ - 精神科学的基礎と応用 - (第2版)、p102、メディカル・サイエンス・インターナショナルズ、訳:仙波純一、2004. 11

(3) 病気の増悪と自殺の関係

先に述べたとおり、意見書の精神障害者の自殺が精神障害の増悪の結果であるという見解は、精神医学上、必ずしも正しくはない。

日常臨床で自殺企図者の対応で経験するところでは、自殺を決行するきっかけとなったのは些細な事柄であることが多く、強いストレスが自殺の決行の原因となるということは必ずしも多くないということが知られており、精神障害発病者の自殺が常に強いストレスと関連しないという複雑さをもっている。この点に関連し、「自殺企図の要因の解析に関する研究」(平成15年度厚生労働科学特別研究事業)において黒木は、医療機関へ入院した自殺企図患者を分析し、「その原因が職場問題と回答した事例49例が経験した出来事について、判断指針に示されたストレス強度に当てはめて検討したところ、ストレス強度Ⅰ46%(30例)、ストレス強度Ⅱ43%(28例)、ストレス強度Ⅲ10.8%(10例)であった。また、企図前6ヶ月において1ヶ月の残業時間が80時間以上の長時間残業を行った事例の記載が2例しかみられなかったことから考えても、業務過重性の強い事例は少なく、軽度～中等度のストレスによって自殺企図に至った労働者が9割近くであった。」と報告しているが、自殺企図患者に関しては、多くは強いストレスが認められない状態で自殺企図に至っていることが示唆されている。

なお、ここではクレイネスの曲線で示されるうつ病の病期による病相の変化は増悪とはいわないこととしたが、クレイネス曲線で示される病期と自殺企図との関係では、うつ状態が明らかとなった発症時点と症状の軽快過程で現実との直面化が行われた場合が多く、最も状態の悪化した段階では逆に起こりにくい(自殺するエネルギーがないから)とされている。自殺というものは合目的に遂行しなければ成功しないもので、精神的に大きなエネ

ルギーを必要とするからであるとされている。

以上述べたように、自殺は、精神障害がもたらす最悪の結果ではあるが、精神障害が増悪した結果として必ずしも自殺があるのではないことを理解する必要がある。

(4) 意見書に対する見解

意見書は、軽症うつ病が業務によるストレスを原因により中等症、重症うつ病に移行し、自殺した場合、当初の軽症うつ病が業務以外の原因によるものであっても業務起因性を認めるべきであるとしている。

本節の冒頭述べたように、精神医学的には「軽症」から「中等症」「重症」に増悪したか否かについては、患者を直接診察する医師が、その診療経過から症状の確認をして判断することはできる。

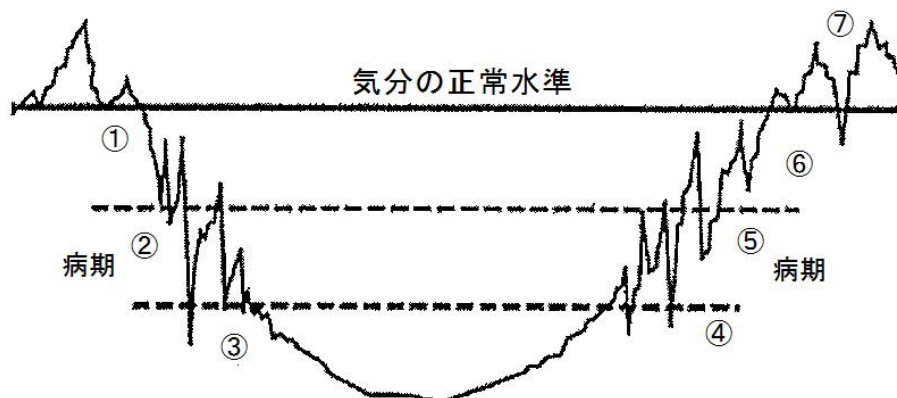
しかし、精神障害を既に発病した者における具体的出来事の受け止め方については、臨床事例等から正常人の場合とは異なる。既に精神障害を発病した者にとって、些細なストレスであってもそれに過大に反応することはむしろ一般的である。これは、発病すると、病的状態に起因した思考により、自責・自罰的となり、客観的思考を失うからとされている。すなわち、個体の脆弱性が増大するためと理解されている。

したがって、既に発病しているものにとっての増悪要因は必ずしも大きなストレスが加わった場合に限らない(むしろストレス強度ⅠやⅡの方が多いということは前述した。)のであるから、これを意見書の主張のとおり、正常状態であった人が精神障害を発病するときの図式に当てはめて業務起因性を云々することは大きな誤りであることを指摘したい。

意見書が指摘するようなケースについては、精神健康上問題のある労働者に対して、企業は、家族、上司、同僚等周囲の理解・協力の下にメンタルヘルス対策を適切に実施していくことが求められているのであり、このようなケースを労災補償の問題として提起することは、精神障害者の雇用の面からも慎重でなければならないと考える。

うつ病の経過(クレイネス博士による)

<http://www.jah.ne.jp/~hayaoki/utsuprocess.htm>より引用



前駆期 第①段階：気力が衰え、生活がだらだらする。不眠、口渇、胃腸の不快感、手足のしびれ、冷汗などが生じる。

第②段階：気分、症状が激しく変動。憂うつ感、イライラ感が顕著に。不眠、食欲・性欲不振、強度の身体的不調に悩まされる。自殺を企てることもある。

極期 第③④段階：最も重症の時期。抑うつ感、不眠、食欲不振、心気・貧困・被害妄想が著しい。起きていられず、寝たきりになる。希死念慮くどくどと同じ訴えをする、焦燥感や怒りの気持ちはなくなる、自問傾向形成、自殺願望は強いエネルギーがないためその危険性は少ない。

回復期 第⑤段階：病気改善のきざし。症状は第②段階に似ているが、気分変動はさらに著しい。再発を恐れることから、自殺が最も生じやすい時期である。

第⑥段階：気分症状の変動が減り、自信が出てくる。正常に見えるが、疲れやすい。再発を防ぐためにも完治してから社会復帰をすることが重要。

中間期 第⑦段階：うつ病とうつ病の間で、気分のいい時は全く健康人である。・・・

これらの各段階には明確な境界線はありません。ひとつの段階の持続期間も一週間のこともあれば、重症なときは半年以上も続くことがあります。すべての人がこの典型的な段階を経るわけでもありません。

(編注) 本文中の「意見書」とは、「精神障害・自殺の労災認定に関する意見書」(過労死弁護団全国連絡会議、2004年11月22日)を指す。

「精神障害・自殺の労災認定に関する意見書」
(過労死弁護団全国連絡会議、2004年11月22日)
(抄)

第4 被災労働者が精神障害発病後、業務が原因となって精神障害を増悪させ、その結果自殺した場合につき、業務起因性があると判断するよう認定指針を改定すること

現行認定指針は、発病前の業務による心理的負荷と当該精神障害発病との相当因果関係が認められない限り、発病後の業務による心理的負荷と精神障害の増悪・自殺との相当因果関係が認められても「業務上」と判断することを閉ざし、これらを「業務上」と取扱わないこととしている。

しかし、労災認定で問題となる精神障害・自殺事件の多くは、被災労働者が精神障害を発病し、適切な精神科の診療を受ける必要があったにもかかわらずこれを受けず、発病後も引き続き業務に従事して精神障害を増悪させ、ついには自殺に至っているのである。典型的な精神障害であるICD10の「うつ病エピソード」は、症状の程度により、(1)軽症、(2)中等症、(3)重症に分類され、軽症は通常症状に悩まされて日常の仕事や社会的活動を続けるのにいくぶん困難を感じるが完全に機能できなくなることはない、中等症は通常社会的、職業的あるいは家庭的な活動を続けていくのがかなり困難になる、重症はごく限られた範囲のものを除いて社会的、職業的あるいは家庭的な活動はほとんどできないとされている。

したがって、被災者が業務に起因しない軽症うつ病エピソードを発病し、適切な精神科の診療を受けさせる必要があったにもかかわらず事業者がこれを受けさせず、発病後も引き続きこれを増悪させる業務に従事させて中等症もしくは重症を増悪させ、自殺するに至らせた場合には、発病後の業務による心理的負荷とうつ病の増悪もしくは自殺との相当因果関係は認められ、「業務上」と扱うのが相当というべきである。

「ICD-10精神および行動の障害 臨床記述と診断ガイドライン（新訂版）」

融道男、中根允文、小宮山実、岡崎祐士、大久保善朗 監訳

（抄）

臨床記述と診断ガイドライン

F 3 2 うつ病エピソード Depressive episode

以下に記述される3種類すべての典型的な抑うつのエピソード〔軽症（F 3 2. 0）、中等症（F 3 2. 1）、および重症（F 3 2. 2とF 3 2. 3）〕では、患者は通常、抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および活動性の減退による易疲労感の増大や活動性の減少に悩まされる。わずかに頑張ったあとでも、ひどく疲労を感じる事がふつうである。他の一般的な症状には以下のものがある。

- (a) 集中力と注意力の減退。
- (b) 自己評価と自信の低下。
- (c) 罪責感と無価値観（軽症エピソードにもみられる）。
- (d) 将来に対する希望のない悲観的な見方。
- (e) 自傷あるいは自殺の観念や行為。
- (f) 睡眠障害。
- (g) 食欲不振。

気分の落込みは日による変化が少なく、しばしば環境に対しでも無反応であるが、しかし、日がたつにつれて特有な日内変動を示すことがある。躁病エピソードと同じように、臨床像には明らかな個人差があり、とくに思春期には非定型的な症状を示すことがふつうである。症例によっては、時に不安、苦悩および精神運動性の激越が抑うつ症状よりも優勢であったり、易刺激性、過度の飲酒、演技的行動、そして以前から存在していた恐怖症や強迫症状の増悪、あるいは心気症的とらわれなどの症状が加わることによって、気分の変化が隠されたりすることがある。うつ病エピソードは、重症度の如何に関係なく、ふつう少なくとも2週間の持続が診断に必要とされるが、もし症状がきわめて重症で急激な発症であれば、より短い期間であってもかまわない。

上記症状のいくつかが際立っていたり、特別に臨床的な意義があると広く認められている特徴的な症状を現すようになることがある。このような「身体性」症状（122ページのこの節の序論を参照）の最も典型的な例は、次のものである。ふつうは楽しいと感じる活動に喜びや興味を失うこと。ふつうは楽しむことができる状況や出来事に対して情動的な反応性を欠くこと。朝の目覚めがふだんより2時間以上早いこと。午前中に抑うつが強いこと。明らかな精神運動制止あるいは焦燥が客観的に認められること（他人から気づかれたり報告されたりすること）。明らかな食欲の減退。体重減少（過去1カ月間で5%以上と定義されていることが多い）。明らかな性欲の減退。通常、この身体性症候群は、これらの症状のうちおよそ4項目が明らかに認められた場合、存在するとみなされる。

以下に詳しく記述される軽症うつ病エピソード(F 3 2. 0)、中等症うつ病エピソード(F 3 2. 1)および重症うつ病エピソード(F 3 2. 2とF 3 2. 3)のカテゴリーは、単一(初回)のうつ病エピソードにのみ用いるべきである。その他のうつ病エピソードは、反復性うつ病性障害(F 3 3. -)の亜型の1つに分類すべきである。

これらの重症度は、さまざまな形の精神科的実践において遭遇する広範囲な状態に及ぶように特定されている。軽症うつ病エピソードの患者はプライマリケアや一般診療科で多くみられ、一方精神科入院施設では主に重症な患者が扱われる。

気分(感情)障害に結びついた自傷行為は、たいていは処方された薬物による服薬自殺企図であるが、ICD-10の第XX章(X 6 0 - X 8 4)における付加コードを利用して記載すべきである。これらのコードは、自殺企図と「偽装自殺(parasuicide)」との区別を含んでいない。というのは、それらは自傷という全般的なカテゴリーの中に含まれているからである。

軽症、中等症、重症うつ病のエピソードの区別は、現在の症状の数とタイプおよび、重症度を含む複合的な臨床判断に基づく。日常の社会的、職業的活動の幅は、しばしばエピソードがどのくらいの重症度であるかを知るために有用な一般的指標となる。しかし、個人的、社会的、文化的な影響により、症状の重症度と社会的活動とは必ずしも並行しない。そのような影響はふつうにみられ、かつ強力なので、社会的活動を重症度の必須基準に含めることは賢明ではない。

認知症(F 0 0 - F 0 3)あるいは精神遅滞(F 7 0 - F 7 9)があっても、治療可能なうつ病エピソードの診断は除外されないが、言語的交流が困難であるから、精神運動制止、食欲と体重の減少、睡眠障害などの客観的に観察できる身体性症状に、より多く頼ることが必要になってくる。

<含>以下の単一エピソード:抑うつ反応、大うつ病(精神病症状を伴わない)、心因性うつ病あるいは反応性うつ病(F 3 2. 0、F 3 2. 1、あるいはF 3 2. 2)

F 3 2. 0 軽症うつ病エピソード Mild depressive episode

診断ガイドライン

抑うつ気分、興味と喜びの喪失、および易疲労性が通常うつ病にとって最も典型的な症状とみなされており、これらのうちの少なくとも2つ、さらに129ページ(F 3 2. -)に記載された他の症状のうちの少なくとも2つが、診断を確定するために存在しなければならない。いかなる症状も著しい程度であってはならず、エピソード全体の最短の持続期間は約2週間である。

軽症うつ病エピソードの患者は、通常、症状に悩まされて日常の仕事や社会的活動を続けるのにいくぶん困難を感じるが、完全に機能できなくなるまでのことはない。

第5桁の数字は、身体性症候群の有無を特定するために用いることができる。

F 3 2. 0 0 身体性症候群を伴わないもの

軽症うつ病エピソードの診断基準を満たし、身体性症候群はほとんどないかまったくないもの

F 3 2 . 0 1 身体性症候群を伴うもの

軽症うつ病エピソードの診断基準を満たし、かつ身体性症候群が4つ以上存在するもの(もし2つか3つの身体性症候群であっても、それが非常に重いものであれば、このカテゴリーを使ってよい)。

F 3 2 . 1 中等症うつ病エピソード Moderate depressive episode

診断ガイドライン

上記の軽症うつ病エピソード(F 3 2 . 0)にあげた最も典型的な3症状のうち少なくとも2つ、さらに他の症状のうちの少なくとも3つ(4つが望ましい)が存在しなければならない。そのうちの一部の症状は著しい程度にまでなることがあるが、もし全般的で広汎な症状が存在するならば、このことは必須ではない。エピソード全体の最短の持続期間は約2週間である。

中等症うつ病エピソードの患者は、通常社会的、職業的あるいは家庭的活動を続けていくのがかなり困難になるであろう。

第5桁の数字は身体性症候群の有無を特定するために用いることができる。

F 3 2 . 1 0 身体性症候群を伴わないもの

中等症うつ病エピソードの診断基準を満たし、身体性症候群はたとえあってもごくわずかなもの。

F 3 2 . 1 1 身体性症候群を伴うもの

中等症うつ病エピソードの診断基準を満たし、身体性症候群が4つ以上存在するもの(もし2つか3つの身体性症候群であっても、それらが非常に重症のものであれば、このカテゴリーを使ってよい)。

F 3 2 . 2 精神病症状を伴わない重症うつ病エピソード Severe depressive episode without psychotic symptoms

重症うつ病エピソードでは、抑制が顕著でなければ、患者は通常かなりの苦悩と激越を示す。自尊心の喪失や無価値観や罪責感をもちやすく、とくに重症な症例では際立って自殺の危険が大きい。重症うつ病エピソードでは身体症状はほとんど常に存在すると推定される。

診断ガイドライン

軽症および中等症うつ病エピソード(F 3 2 . 0、F 3 2 . 1)について述べた典型的な3症状のすべて、さらに少なくとも他の症状のうちの4つ、そのうちのいくつかが重症でなければならない。しかしながら、もし激越や精神運動抑制などの重要な症状が顕著であれば、患者は多くの症状を詳細に述べることをすすんでしようとしないうか、あるいはでき

ないかもしれない。このような場合でも一般的には、重症エピソードとするのが妥当であろう。うつ病エピソードは通常、少なくとも約2週間持続しなければならないが、もし症状がきわめて重く急激な発症であれば、2週間未満でもこの診断をつけてよい。

重症うつ病エピソードの期間中、患者はごく限られた範囲のものを除いて、社会的、職業的あるいは家庭的な活動を続けることがほとんどできない。

このカテゴリーは精神病症状のない単一の重症うつ病エピソードだけに用いるべきである。2回目以降のエピソードには、反復性うつ病性障害(F 3 3. -)の下位分類を用いるべきである。

<含>以下の単一エピソード: 激越うつ病、メランコリー、または精神病症状を伴わない
 生氣うつ病

F 3 2. 3 精神病症状を伴う重症うつ病エピソード Severe depressive episode with psychotic symptoms

診断ガイドライン

上記のF 3 2. 2の診断基準を満たす重症うつ病エピソードに加えて、妄想、幻覚あるいはうつ病性昏迷が存在する。妄想は通常、罪業、貧困、切迫した災難、自責に関するものである。幻聴や幻嗅は通常、中傷や非難の声、汚物や肉の腐った臭いのようなものである。重い精神運動抑制は昏迷にいたることがある。もし必要ならば、妄想や幻覚が気分一致するかどうかを特定することができる(F 3 0. 2を参照)。

【鑑別診断】 うつ病性昏迷は、緊張型統合失調症(F 2 0. 2)、解離性昏迷(F 4 4. 2)、および脳器質性昏迷と鑑別しなければならない。このカテゴリーは精神病症状を伴う重症うつ病の単一エピソードだけに用いるべきである。2回目以降のエピソードには、反復性うつ病性障害(F 3 3. -)の下位分類を用いるべきである。

<含>以下の単一エピソード: 精神病症状を伴う大うつ病、精神病性うつ病、心因性抑うつ精神病、反応性抑うつ精神病

F 3 2. 8 他のうつ病エピソード Other depressive episodes

F 3 2. 0 - F 3 2. 3のうつ病エピソードの記述に適合しないが、全般的な診断的印象からその本質において抑うつ的と示唆されるエピソードはここに含めるべきである。例としては、緊張、困惑、苦悩といった診断を決定づけられない症状を伴う抑うつ症状(とくにさまざまな身体症状)が動揺性で混合しているものや、器質的原因にはよらない頑固な痛みや、疲労を伴う身体性抑うつ症状が混合しているもの(時に総合病院の医療でみられることがある)などである。

<含>非定型うつ病

特定不能の「仮面」うつ病の単一エピソード

F 3 2 . 9 うつ病エピソード、特定不能のもの Depressive episode, unspecified

<含> 特定不能のうつ病

特定不能のうつ病性障害

「DSM-IV-TR 精神疾患の分類と診断の手引き（新訂版）」

高橋三郎、大野裕、染矢俊幸 訳

（抄）

○ 本書の使用法とDSM-IV-TRの分類

・ 本書の使用法

重症度と経過の特定用語

DSM-IV診断は、通常、その患者に現在みられる状態について適用され、すでに回復してしまった過去の診断を示すためには使用されない。以下のような重症度と経過を示す特定用語を診断の後に記しておくこともある：軽症、中等症、重症、部分寛解、完全寛解、既往歴。

軽症、中等症、重症などの特定用語は、現在、その疾患の基準すべてが満たされている場合に用いるべきである。現在の状態が、軽症、中等症、または重症と記すべきものか否かを決定するには、臨床家は、その疾患の徴候と症状の数と強さ、その結果生じた職業的社会的機能の低下を考慮に入れるべきである。大多数の疾患に対して、次の指針が用いられる：

軽症 その診断を下すために必要な数より余分の症状があっても、それは少数で、また、その症状によって社会的または職業的機能に軽度の障害しか起こっていない。

中等症 症状または機能障害が“軽症”と“重症”の間にある。

重症 その診断を下すために必要な数より余分の症状が多数あり、またはいくつか特に重症の症状が存在している、または、その症状によって社会的または職業的機能に著しい障害を起こしている。

部分寛解 過去にその疾患の基準すべてを満たしていたが、現在はその疾患の徴候や症状のいくつかが残存しているだけである。

完全寛解 その疾患の症状や徴候はまったく存在していないが、なお、その疾患を記しておくことに臨床的意味がある——例えば、以前に双極性障害のエピソードのあった人がこの3年間リチウム投与で症状が消失している場合。完全寛解が一定期間続いた後には、その人が回復してしまっているため、その疾患を現在の診断としてコード番号をつける臨床家はいないであろう。完全寛解と回復との区別には多数の因子を考慮することが必要であり、例えば、その疾患の特徴的経過、障害の最後の期間からの経過時間、障害の全持続期間、経過観察または再発予防治療の必要性などがある。

既往歴 その人が疾患から回復したとみなしうる場合でも、目的によっては、ある疾患の基準を満たしたことがあると記しておくことが有利な場合がある。このような過去の精神疾患の診断を示すために既往歴という特定用語が用いられる（例：「分離不安障害、既往歴」は、分離不安障害の前病歴がある人で現在何の障害

もないか、または、現在パニック障害の基準を満たすものに使用)。

軽症、中等症、重症を定義するための基準が、次の各疾患で用意されている：精神遅滞、行為障害、躁病エピソード、大うつ病エピソード。部分寛解と完全寛解を定義するための基準は、次のものに用意されている：躁病エピソード、大うつ病エピソード、物質依存。

○ 診断カテゴリー

6 気分障害

<p style="text-align: center;">現在のまたは最も新しいエピソードを記述する特定用語 Specifiers Describing Current or Most Recent Episode</p>

診断の特異性を増し、より均一な病型を作り、治療選択を手助けし、予後予測を改善するために、気分障害に対する多くの特定用語が用意されている。重症度／精神病性／寛解の特定用語は気分障害の現在の臨床的状态を記述する。以下の特定用語は現在の気分エピソード(または現在どのエピソードの基準も満たしていない場合は最も新しい気分エピソード)の症状や経過の特徴を記述する：慢性、緊張病性の特徴を伴うもの、メランコリー型の特徴を伴うもの、非定型の特徴を伴うもの、産後の発症。重症度、寛解、および精神病性の特徴を示す特定用語は、気分障害のほとんどに対して診断コード番号の第5位数字に記録することができる。他の特定用語にはコード番号をつけることができない。表1は、どのエピソードの特定用語がそれぞれの気分障害に適用できるかを示している。

表1 気分障害に適用されるエピソードの特定用語

	重症度/ 精神病性/ 寛解	慢性	緊張病性 の特徴を 伴うもの	メランコ リー型の 特徴を伴 うもの	非定型の 特徴を 伴うもの	産後の 発症
大うつ病性障害, 単一エピソード	×	×	×	×	×	×
大うつ病性障害, 反復性	×	×	×	×	×	×
気分変調性障害					×	
双極Ⅰ型障害 単一躁病エピソード	×		×			×
双極Ⅰ型障害 最も新しいエピソード が軽躁病						
双極Ⅰ型障害 最も新しいエピソード が躁病	×		×			×
双極Ⅰ型障害 最も新しいエピソード が混合性	×		×			×
双極Ⅰ型障害 最も新しいエピソード がうつ病	×	×	×	×	×	×
双極Ⅰ型障害 最も新しいエピソード が特定不能						
双極Ⅱ型障害 軽躁病性						
双極Ⅱ型障害 うつ病性	×	×	×	×	×	×
気分循環性障害						

現在の(または最も新しい)大うつ病エピソードの重症度／精神病性／寛解の特定用語
Severity/Psychotic/Remission Specifiers for current (or most recent) Major Depressive Episode

注：第5位数字にコード番号をつけて記録すること。軽症、中等症、重症、精神病性の特徴を伴わないもの、および重症、精神病性の特徴を伴うものは、現在大うつ病エピソードの基準を満たしている場合にのみ適用される。部分寛解、完全寛解は大うつ病性障害における最も新しい大うつ病エピソードと、それが最も新しい気分エピソードの型である場合に限って、双極Ⅰ型またはⅡ型障害における大うつ病エピソードに適用される。

- ． x 1 **軽症**：診断を下すのに必要な症状項目数以上で余分があることはほとんどなく、また、その症状のために起こる職業的機能、日常の社会的活動、または他者との人間関係の障害はわずかでしかない。
- ． x 2 **中等症**：症状または機能障害は、“軽症”と“重症”の間にある。
- ． x 3 **重症、精神病性の特徴を伴わないもの**：診断を下すために必要な症状項目数より数個の余分があり、しかもその症状によって職業的機能、日常の社会的活動、または他者との人間関係が著しく障害されている。
- ． x 4 **重症、精神病性の特徴を伴うもの**：妄想または幻覚。可能であれば、その精神病性の特徴が気分一致しているか、気分一致していないかを特定せよ。
 - 気分一致した精神病性の特徴**：妄想や幻覚で、その内容が個人的不全感、罪責感、病気、死、虚無感、または報いとしての処罰、など典型的な抑うつ性の主題と完全に合致しているもの
 - 気分一致しない精神病性の特徴**：妄想や幻覚で、その内容が個人的不全感、罪責感、病気、死、虚無感、または報いとしての処罰、など典型的な抑うつ性の主題を含んでいないもの。これには被害妄想(抑うつ性主題とは直接関係のない)、思考吹入、考想伝播、および被支配妄想などの症状が含まれる。
- ． x 5 **部分寛解**：大うつ病エピソードの症状は存在しているが、基準を完全に満たさないか、または大うつ病エピソード終了後、大うつ病エピソードのはっきりした症状がどれも存在しない期間は2カ月未満である(大うつ病エピソードが気分変調性障害に重畳していた場合、いったん大うつ病エピソードの基準を完全に満たさなければ、気分変調性障害のみの診断が与えられる)。
- ． x 6 **完全寛解**：過去2カ月間に、この障害のはっきりとした徴候や症状がみられない。
- ． x 0 **特定不能**

現在の(または最も新しい)躁病エピソードの重症度／精神病性／寛解の特定用語
Severity/Psychotic/Remission Specifiers for current (or most recent) Manic Episode

注：第5位数字にコード番号をつけて記録しておくこと。軽症、中等症、重症、精神病性の特徴を伴わないもの、および重症、精神病性の特徴を伴うものは、現在躁病エピソードの基準を満たしている場合にのみ適用される。部分寛解、完全寛解は躁病エピソードが気分のエピソードの最も新しい型である場合にのみ、双極Ⅰ型障害における躁病エピソードに適用できる。

- ・ x 1 **軽症**：躁病エピソードの最小限の症状の基準を満たす。
- ・ x 2 **中等症**：活動性の著しい増加、または判断の障害
- ・ x 3 **重症、精神病性の特徴を伴わないもの**：自己または他者に対する身体的傷害を防ぐため、ほとんどいつも監視を必要とする。
- ・ x 4 **重症、精神病性の特徴を伴うもの**：妄想または幻覚。可能であれば、精神病性の特徴が気分一致したものか、気分一致しないものかを特定せよ。
 - 気分一致した精神病性の特徴：妄想や幻覚で、その内容が肥大した価値、権力、知識、身分、または神や有名な人物との特別なつながりなど、典型的な躁病性の主題に完全に合致しているもの
 - 気分一致しない精神病性の特徴：妄想や幻覚で、その内容が肥大した価値、権力、知識、身分、あるいは神や有名な人物との特別なつながりなど、典型的な躁病性の主題を含まないもの。これには、被害妄想(誇大的な観念や主題と直接関係のないもの)、思考吹入、および被支配妄想などの症状が含まれる。
- ・ x 5 **部分寛解**：躁病エピソードの症状は存在しているが、基準を完全に満たさないか、または躁病エピソードのはっきりとした症状のない期間が、躁病エピソード終了後2カ月に満たない。
- ・ x 6 **完全寛解**：過去2カ月間に、この障害のはっきりした徴候や症状がみられない。
- ・ x 0 **特定不能**

現在の(または最も新しい)混合性エピソードの重症度/精神病性/寛解の特定用語

Severity/Psychotic/Remission Specifiers for current (or most recent) Mixed Episode

注：第5位数字にコード番号をつけて記録しておくこと。軽症、中等症、重症、精神病性の特徴を伴わないもの、および重症、精神病性の特徴を伴うものは、現在混合性エピソードの基準を満たしている場合にのみ適用される。部分寛解、完全寛解は混合性エピソードが最も新しい型の気分エピソードである場合にのみ、双極Ⅰ型障害における混合性エピソードに適用できる。

- ・ x 1 **軽症**：躁病エピソードおよび大うつ病エピソードの両方の基準を満たす最小限の症状しかない。
- ・ x 2 **中等症**：症状または機能障害が“軽症”と“重症”の間にある。

- . x 3 **重症、精神病性の特徴を伴わないもの**：自己あるいは他者に対する身体的傷害を防ぐため、ほとんどいつも監視を必要とする。
- . x 4 **重症、精神病性の特徴を伴うもの**：妄想、または幻覚。可能であれば、精神病性の特徴が気分一致したものか、気分一致しないものかを特定せよ。
 - 気分一致した精神病性の特徴：妄想や幻覚で、その内容が典型的な躁病性またはうつ病性の主題と完全に合致しているもの
 - 気分一致しない精神病性の特徴：妄想や幻覚で、その内容が典型的な躁病性またはうつ病性の主題を含んでいないもの。これには、被害妄想（誇大性または抑うつ性の主題と直接関係のない）、思考吹入、および被支配妄想などが含まれる。
- . x 5 **部分寛解**：混合性エピソードの症状は存在しているが、基準を完全には満たさないか、または混合性エピソードのはっきりした症状のない期間が、混合性エピソード終了後2カ月に満たない。
- . x 6 **完全寛解**：過去2カ月間に、この障害のはっきりした徴候や症状がみられない。
- . x 0 **特定不能**

第2編 各論

第7章 統合失調症、妄想性障害と気分障害

F 経過

気分障害の特徴は、気分(感情)障害を主徴とすること、多くの場合病相期が周期的に反復し、病相期以外の間欠期には完全に正常な状態に回復することである。しかし、なかには躁病相あるいはうつ病相が一生に一度しか出現しないもの(図7-20 a、g)、軽い躁状態あるいはうつ状態が長期遷延して出現するもの(図7-20 f、m)もある。エピソード間に完全な回復を伴わないもの、躁病、うつ病エピソードに持続性気分障害が合併しているものもある。

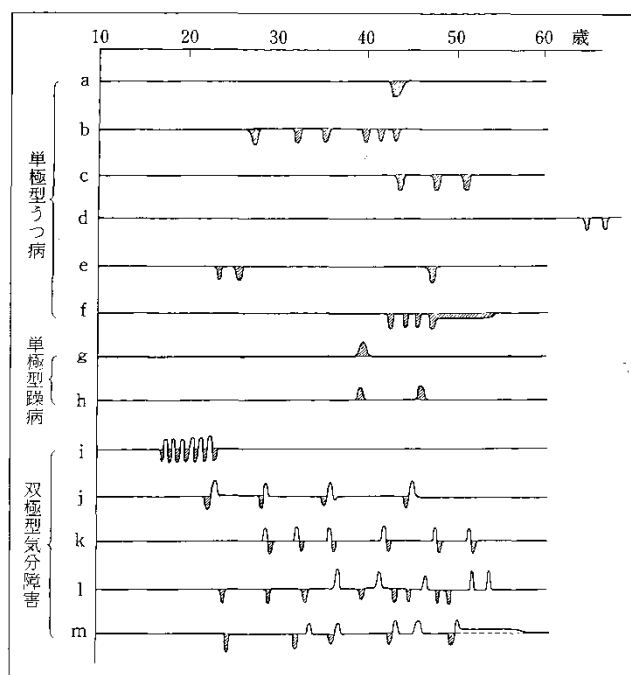


図 7-20. 気分障害の経過模式図

気分障害の経過は、病相の種類、初発年齢、病相出現終了年齢、病相期の長さなどの要素の組み合わせから考えることができる。病相の種類からみると、単極型にはうつ型(うつ病相)が多く、双極型でもうつ病相のほうが多い。初回の病相は、うつ病相が圧倒的に多い。

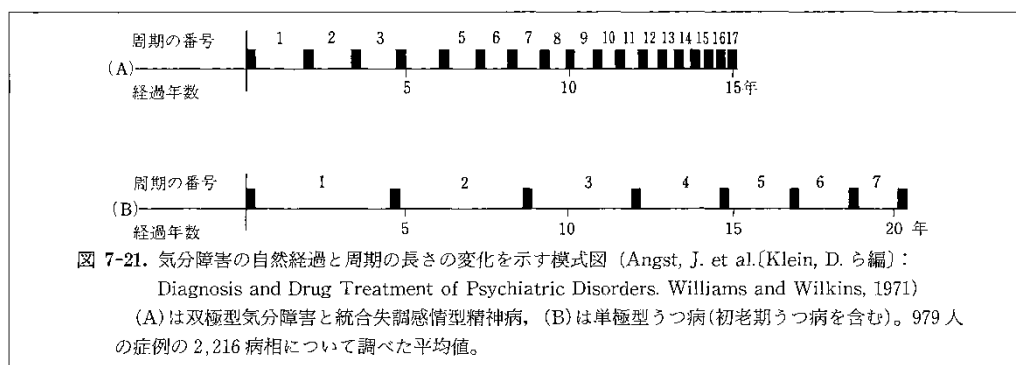
単極型うつ病では、20歳代あるいは30歳代に発病して、数カ月ないし数年の間欠期を隔てて病相を反復するものが多く、周期性うつ病periodic depressionあるいは反復性うつ病recurrent depressionと呼ばれる(図7-20 b)。初老期あるいは老年期になってうつ病相を単発あるいは反復するものもある(図7-20 c、d)。女性では、出産後と更年期

期とにうつ病相を示す例があり、このような症例では内分泌機能の変動が発病の誘因になっていると推定される。うつ病相を何回か反復しているうちに、軽いうつ状態が遷延して持続する症例もある(図7 - 20 f)。

単極型躁病はきわめてまれで(図7 - 20 g、h)、最初は躁病相だけを反復していても、そのうちに双極型に移行するものが大部分なので、ICD - 10などでは単極型躁病という類型はなく、すべて双極型とすることになっている。

双極型症例は、最初から双極型のもの(図7 - 20 i、j、k)と、最初はうつ病相あるいは躁病相の単極型で始まり双極型に移行するもの(図7 - 20 l、m)とがある。若年で発病する双極型では、数日から数週の比較的短い躁うつ病相を反復する症例がある。1年に4回以上病相を反復するものは急速交代型と呼ばれる。双極型で48時間周期で両病相を反復する症例も報告されている。若年で初発する双極型症例は循環性人格者が多く、遺伝負因が高率にみられるが、予後は比較的良好である。躁うつ両病相を長い期間にわたって反復していると、持続性の軽躁状態に移行したり(図7 - 20 m)、人格障害(人格の平板化)を残したりすることもある。

1回の病相期の長さは、単極型うつ病では治療されない場合は6～13カ月、治療された場合にも3カ月は続く。患者の20～30%では抑うつ症状が数カ月～数年残存することがあり、遷延うつ病と呼ばれる。躁病相は2週～3カ月ぐらい続く。病相期の長さは病相をくり返すとともに、すなわち高年齢になるにつれて延長する場合が多い(図7 - 21)。



病相と病相の間欠期の長さは、ほとんど間欠期がないものから30～40年に及ぶものまでである。単極型うつ病では平均5年前後で、双極型では1～3年のものが多い。双極型感情障害、単極型うつ病とも、経過とともに間欠期が短縮するものが多いが、双極型ではその傾向が著しい(図7 - 21)。

感情障害の診断や治療にあたっては、各症例の病歴に、1年を1行にした図7 - 20のような経過模式図を画いてゆくと、治療経過を観察できて便利である。