

良くならないうつ病患者にこそ 個別的対応が重要である

名古屋大学大学院医学系研究科
精神医学・親と子どもの心療学分野

尾崎 紀夫

特定機能病院の診療面での条件は、「高度の医療を提供する能力を有すること」と定義されており、したがって一般医療機関では対応困難な症例が紹介されてくるのが常で、紹介状を持たない初診患者からは選定療養費を徴収することになっている。特定機能病院である名古屋大学医学部附属病院精神科の初診患者も、他の医療機関では治療に難渋する症例をはじめとして、紹介患者が90%以上を占めており、「うつ病」の場合も例外ではない。

とは言え、「精神科専門病院ではない当科で、高度の精神科医療が提供できるのか」、自問自答するところである。確かにハードな精神科医療の提供は無理だが、初診に十分な時間をかけて患者との関係性を築きつつ、発達歴、生活歴、病歴、現在の状態(理学的所見を含む)を確認すること、加えて必要に応じ短期であれ入院の上で、画像、脳波、睡眠ポリグラフ検査、心理検査、一般身体検査、病棟内で日夜の行動観察、家族からの情報、他の診療科の診察をとおして診断と評価を再考すると同時に心理社会的な背景も把握して、各患者の個別性を明確にした上で治療方針を決定することこそ、一般精神科医療では提供できない高度精神科医療ではないだろうか。

この方針は、「よくならないうつ病患者」が受診した際も同様である。特に、(うつ病エピソードに合致する場合も)抑うつ状態を引き起こし得る因子は、極めて多岐にわたることを考えると、診断と評価の確認と各患者の個別性を明確化することが、とりわけ重要である。

第一に、他の医学的疾患や治療薬剤による抑うつ障害を見極めることが不可欠であるが、医療面接により本人および家族から得られた情報、加えて病棟内での行動観察の上で、検査の選択は考えるべきである。例えば、うつ病の既往があり、治療によっても改善しない摂食不良と抑うつ状態を訴える紹介患者に遭遇した¹⁾。本人および家族の話から、食事摂取の様子を確認する必要性を感じ、入院時に病棟内で医師が実際に観察したところ、上部消化管の通過障害の可能性を検討すべきと思われた。今回の症状出現後の1年前に内視鏡検査が内科ですでに実施されていたが、改めて食道アカラシアや消化管悪性腫瘍の鑑別が重要と考え、その旨を依頼箋に明示して消化器内科に依頼したところ、食道アカラシアと判明した。内視鏡的バルーン拡張術が施行され、通常の食事摂取が可能となり、抑うつ症状も消失した。

2016年、うつ病の治療ガイドライン改訂版²⁾が発表されたが、本ガイドラインで強調しているのは、うつ病エピソードに包含される患者の多様性を鑑み、個別化を企図した治療計画の立案である。治療ガイドラインは、標準的な診療方針は示すべきだが、治療者を縛り、治療の画一化に繋がるものであってはならないと考えており、例えば本ガイドラインは基本的にアルゴリズムを採用していない。

「よくならないうつ病患者」に遭遇した際、治療者はガイドラインや文献などを参考にしながら、診断と評価を見直し、さらに心理社会的な背景を理解し、個別的な対応が一層重要と考える次第である。

文献

- 1) 千石大介, 徳倉達也, 成瀬公人, 尾崎紀夫 (2014) 摂食障害疑いとして紹介受診された食道アカラシアの1例. 精神科 24: 253-257, 2014
- 2) 日本うつ病学会治療ガイドラインII. うつ病(DSM-5)/ 大うつ病性障害 2016. http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/mood_disorder/img/160731.pdf