

日本予防医学会・メール配信
NO.13 2011.2.4

日本予防医学会 会員の皆様へ、

日本予防医学会・副理事長の、荻野景規です。
予防医学の普及をめざし、
今年もメール配信をしております。
よろしく願い申し上げます。

コラム——公衆衛生の学窓から——

どう読む？健康情報

バレンタインディがめぐってきました。
愛のデリバリーの開始です。

しかし、自分には、
愛を届けられない人が増え続けています。

.....

日本の気分障害患者数の年次推移
気分障害患者人数

1996	1999	2002	2005	2008
43万3000人	44万1000人	71万人	92万4000人	1041万人

3年ごとの厚生労働省調査から

日本の抗うつ薬市場の変化

売り上げ

1996	1999	2002	2005	2007
172億円	220億円	520億円	790億円	940億円

特に SSRI + SNRI の薬価ベース販売額は、2007 年度・900 億円と急増。

その使用が減少中の欧米と顕著な違いがあります。(注1)

現在、多くの日本人が、苛まされております、
うつ病、うつ傾向等は、自尊心の欠如が特徴の、
「こころの病」です。

いったい「こころの病」とは何を指すのでしょうか？
こころは脳の働きでしょうか？（もちろんです。）

「うつ病は従来脳内化学物質・モノアミンの
化学的不均衡によって起こる」という考え方が
一般的です。

最新の脳科学とはいえ、未解明部分が多いのに、

日本では
モノアミンを増やすための抗うつ剤の薬物治療が、
中心です。

「自殺予防のために」と、
初診のかかり付け医（多くは内科医）の処方まで、
広がっております。

うつで受診された患者様には、
軽度・中度・重度にかかわらず、
最初から、抗うつ剤の投与ありきとのことです（注2）

ところで、世界では、一般人にまで
衝撃の news が 2008. 2 月に、届きました。

① The Emperor's New Drugs: Exploding the Antidepressant Myth
Published October 19th 2009 by Bodley Head (注3)

Kirsch, I. , a professor of psychology, has written an exposé of the antidepressants industry by looking at the clinical trials that have been withheld from publication indicating that these medications are not much better than placebos, with serious side effects.

効果サイズ (メタ解析の 差の程度)

0.8 で非常に効果がある

0.3 以上で有効

薬物療法	心理療法	プラシボ	治療なし
1.56	1.6	1.18	0.39

確かに、うつ病には薬物療法も心理療法も、
効果は非常に大きい。

しかし、薬物・心理療法を受けた患者のそれぞれ
75%はプラシボ効果である。

つまり、抗うつ剤の効果の4分の3はプラシボ効果だ。

② 同 2008 年; N Engl J Med に掲載された

Selective Publication of Antidepressant Trials and Its Influence on
Apparent Efficacy

358:252-260.

<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMsa065779>

Erick H. Turner 博士も、

FDA にデータの開示要求を行い、

約半分の抗うつ剤が、プラシボとの比較対照試験において、
優位性なしの結果を発表しました。

③ もっとも、すでに 2005 年頃には、日本の
現場の医療者間では、

「化学物質不均衡説ではうつ病の説明はできない」ことは、
自明の理だったようです。

ある SNRI を中等度以上の外来うつ病患者

(HAM-D 18点以上)に8週間投与

	プラセボ群	実薬群
寛解率	66%	44%

http://homepage1.nifty.com/hharai/koen/45sinsin_depression.pdf
独立行政法人国立病院機構 菊池病院 原井 宏明

おそろべしプラセボ効果！！

逆に言う「心の病」はプラセボ効果が表れやすい病気といえます。

より簡単には、
抗うつ剤の効果が少ないことは、冒頭の表から、

日本では、抗うつ剤の急速な普及にもかかわらず、
気分障害患者数は減っていない。むしろ増えている。
自殺者人数は減っていない事実からわかります。

「うつは病気。ほったらかしはいけません。
早め早めに受診しましょう。
抗うつ剤で治しましょう。」キャンペーンが効き過ぎると、

結果的に
医師側も患者側も薬漬けになっていくという害、
多剤併用の深刻な害も出てきます。

カウンセリング軽視も薬剤多使用の原因です。(注4)

④ 現在日本で増加中のうつは
非定型うつ、軽症うつです。(注5)

2010年01月、米国医師会雑誌 JAMA に
米ペンシルベニア大学のジェイ・フルニエ (Jay Fournier) 氏の
チームの研究結果が発表されました。

Antidepressant Drug Effects and Depression Severity

A Patient-Level Meta-analysis

Jay C. Fournier,

Context Antidepressant medications represent the best established treatment for major depressive disorder, but there is little evidence that they have a specific pharmacological effect relative to pill placebo for patients with less severe depression.

<http://jama.ama-assn.org/content/303/1/47.abstract?etoc>

「非常に重度のうつ病には、効果が大きい一方で、軽～中～重度のうつ病には、抗うつ薬治療効果がほとんどない。別治療をした方が良い。」

.....

「軽症うつ」までを、すぐさま病気と診断し、投薬治療を開始する
日本の医療関係者に対して、「抗うつ剤は効かない人が非常に多い。そのうえ
変な副作用・離脱反応の問題もあって、難儀な薬剤であるから、一般医の安易な
薬物治療に苦言を呈する」という精神科専門医は多いです。(注6)

.....

薬物治療中心の日本に対し、

英米のうつ病診療ガイドラインでは、
最初から、抗うつ剤の投与を
推奨していません。(注7)

英国国立医療技術評価機構 (NICE) の

うつ病ガイドラインでは、

最初抗うつ剤は使用しない。

セルフケア・プログラム、軽い睡眠薬・運動・

カウンセリング・休息を促す。

英国は 2006 莫大な予算をかけて、認知療法専門家を大增員。

.....

認知療法は言語暗示で起こす心理現象です。
1 種のプラセボ効果。(注8)

軽いうつなら自分で治せるそうです。(注9)

治療はともかく、健康保険医療外の予防医療にメンタルヘルススキルを大いに活用すべきではないでしょうか。

一般の皆様が、

うつになる前にうつにならないようにするには、

認知療法的に言えば、
日々の生活の中で
誤った認知のパターンを修正し、
不快な感情の改善を図る不断の努力が
有効です。

うつもがんも生活習慣病。
いったん寛解したとしても
歪みを生みだす生活を続けていると
再燃は免れません。

日本予防医学会では精神科専門家のご指導のもとメンタルヘルス・スキルの講習を企画し、予防医学指導士を通して、セルフヘルプ・自助努力の普及に、貢献したいと考えております。

とどまるところを知らない医療費高騰の抑制には、病気予防の自助努力が1番です。

(注1) SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害剤)
SNRI (選択的セロトニンノルアドレナリン再取り込み阻害剤)

(注 2) 2010 年 1 月 6 日 03 時 03 分 読売新聞
医療情報部 高橋圭史、佐藤光展

海外では、軽症には薬物療法ではなく、カウンセリングや運動などを最初に勧める治療指針も多い。

渡辺衡一郎・慶応大専任講師は
「日本でも、まず抗うつ薬ありきという認識を見直す時期に来た」と話す。

(注 3) 日本語版は 「抗うつ薬は本当に効くのか？」
英国ハル大学理学部心理学科教授、
アービング・カーシュ博士著
石黒千秋訳、2010/01/25 出版 (株)エクスマレッジ

(注 4) Web で公開されております
「第 22 回今後の精神医療福祉のあり方等に関する検討会」
(H21.8.6) の資料
精神医療の質の向上について」
抗うつ薬多剤併用の実態調査から、

[http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/c09f8aee428c2a2c4925760e00249419/\\$FILE/20090810_3shiryu1_1.pdf](http://www.wam.go.jp/wamappl/bb16GS70.nsf/0/c09f8aee428c2a2c4925760e00249419/$FILE/20090810_3shiryu1_1.pdf)

2010.4 月から認知行動療法が保険適用になりました。
もっと多様な精神療法や、カウンセリングが健康保険で、
通るようになると、
医療費はうなぎのぼりでしょうが。

(注 5) 従来型うつ病（大うつ病・双極性障害など）とは別の
多様化する新タイプの非定型うつ病の呼称例を
一般書より拾ってみました。
診断の難しさ・混乱ぶりがうかがえます。

気分変調症

擬態うつ病・社内うつ・仮面うつ病・季節性うつ病

ディスチミア症候群・微笑みうつ病・30 代うつ・

逃避型抑うつ・軽症うつ病・新型うつ・うつもどき

1 ディスチミア型うつ病 2 非定型うつ病 3 発達障害型うつ病

(注6) 例：うつ病診療の混乱 北里大学精神科教授 宮岡等
『日本医事新報』No. 4362(2007年12月1日)
<http://alcoholdrugfreesociety.web.fc2.com/02-confusion-depression.pdf>

(注7) 富高辰一郎『なぜうつ病の人が増えたのか』
幻冬舎ルネッサンス、2009年より。
製薬会社のプロモーションの怖さを
再認識です。

米国・英国では離脱反応、自殺企図、虚偽宣伝などで、
製薬企業への訴訟が多くおこされている。
ニューヨーク州当局も
(有害作用の裏付けデータを隠ぺい・10代への薬効性なし)
としてグラクソ(GSK)社を提訴。
しかし、日本ではこれらの事実は知られておらず、
「副作用が少なく一般臨床医も使える薬」と処方が急拡大。
薬害オンブズパースン会議のHPより

(注8) うつ病は約半数が再発する慢性再発性の病です。
うつ病の再燃防止効果も抗うつ剤療法より、
認知療法が良好なようです。

井上 和臣著 「認知療法の世界へようこそ」より
岩波科学ライブラリー

	再燃率
薬物療法で症状が改善後、 4-5カ月以内に抗うつ剤を中断	50-70%
薬物療法で寛解後、 4-5カ月後も抗うつ剤を継続	0-20%
認知療法だけで症状改善後、 4-5カ月後も認知療法だけ	27%

(注9) 「心のつぶやきがあなたを変える」認知療法自習マニュアル

井上 和臣著 星和書店

なにしろ私も予防医学指導士として、
研修中の生徒です。
注だらけの今回のメールを
ここまで、
読んでくださって、
心より感謝いたします。

HP を通じて情報発信をしたい。
メールを配信したい。
他会員へのアクセスなど。
会員の皆様の積極的なご参与を、期待しております。
よろしく申し上げます。

●第2回予防医学指導士養成特別研修会のご案内

日時 2011年6月11日(土)午後 ~ 12日(日)午前
場所 東京医科大学

詳細はHPにて2月中旬にご案内の予定です。

●無料配信メールで、書いております。
読みづらいところが多々ありますことを
お詫び申し上げます。

ん？ 内容が読みづらい！ ご勘弁を。

●日本予防医学会のホームページ
<http://www.yobou-igaku.org/aim/index.html>

●配信済みのメールマガジンは、日本予防医学会のホームページで、

ご覧になることができます。

●配信メール先を変更する場合、
配信解除は、以下からお願いします。
public02@md.okayama-u.ac.jp

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科
公衆衛生学分野
日本予防医学会 事務局 荻野景規
〒700-8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1
TEL : 086-235-7184 FAX:086-226-0715
e-mail : public02@md.okayama-u.ac.jp