

その不安，どう診る？

プライマリ・ケアにおける見きわめと対応



ひまわりクリニック/名古屋大学大学院医学系研究科総合診療医学

宮本侑達

2014年昭和大学医学部卒業。亀田ファミリークリニック館山，亀田総合病院在宅診療科，聖路加国際病院心療内科などを経て，2022年より現職。2023年より名古屋大学大学院医学系研究科博士課程総合診療医学に在籍。現在は訪問診療および心療内科診療に従事している。日本プライマリ・ケア連合学会メンタルヘルス委員会副委員長，プライマリ・ケア医のための家族支援研究所（ファミラボ）代表。メンタルヘルスおよび家族志向のケアに力を入れ，情報発信を行っている。編著書に『リーダーと事例から学ぶ家族志向のケア 家族療法の考え方とスキルをプライマリ・ケアに活用する』（中外医学社）など。

1 はじめに：なぜ「不安」はプライマリ・ケア医を悩ませるのか	p02
2 不安のメカニズム：不安をどう理解し，見立てるか	p04
3 不安の鑑別：その不安は医療的介入が必要か	p05
4 不安症への基礎的アプローチ：治療の前のできること	p08
5 不安症の治療：薬物療法と認知行動療法	p14
6 専門医への紹介基準：抱え込まないための判断軸	p21
7 まとめ：不安症を「治す」から「付き合う」へ	p21

ご利用にあたって

本コンテンツに記載されている事項に関しては，発行時点における最新の情報に基づき，正確を期するよう，著者・出版社は最善の努力を払っております。しかし，医学・医療は日進月歩であり，記載された内容が正確かつ完全であると保証するものではありません。したがって，実際，診断・治療等を行うにあたっては，読者ご自身で細心の注意を払われるようお願いいたします。

本コンテンツに記載されている事項が，その後の医学・医療の進歩により本コンテンツ発行後に変更された場合，その診断法・治療法・医薬品・検査法・疾患への適応等による不測の事故に対して，著者ならびに出版社は，その責を負いかねますのでご了承下さい。

アイコン説明

 注意事項/課題・問題点

 補足的事項/エッセンス

 お役立ち/スキルアップ



Link

関連情報へのリンク

HTML版

スマホでも読みやすいブラウザ表示です。本コンテンツ購入後、無料会員登録することでご利用いただけます。

無料会員登録

無料会員登録の手順の解説です。

オリジナルコンテンツ

日本医事新報社のオリジナルWebコンテンツや関連書籍を検索できます。

- 不安や恐怖は本来、生存に役立つ適応的な反応である。しかし、その影響が生活機能障害として現れている場合には、医療的介入を検討する。
- 不安症状をきたす薬剤や器質的疾患、他の精神疾患が存在する可能性があるため、これらを除外した上で不安症の診断を行う。
- 不安症の治療の目的は、不安症状そのものを消失させることではなく、不安によって生じる生活機能障害を軽減し、日常生活を取り戻すことである。そのため、薬物療法や心理療法を開始する前から、診察・評価の仕方や、患者への関わり方・伝え方を工夫すること自体が重要な介入となる。
- 不安症の治療は、薬物療法と認知行動療法（CBT）が主軸となる。薬物療法の第一選択薬は選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）/セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）であり、抗不安薬や睡眠薬はあくまで補助的に用いられる。
- プライマリ・ケア医は患者との距離が近いいため、不安を打ち明けられることが多い。一方で、継続的に関わることで生まれる安心感がある。不安症と向き合うときには、「治す」ことだけでなく、「付き合っていく」という視点を持つことが重要である。

1 はじめに：なぜ「不安」はプライマリ・ケア医を悩ませるのか

不安は誰にでも生じる普遍的な感情である。一方で、その程度が強くなると日常生活への影響は多様かつ深刻なものとなる。不安症状が増強するにつれて、身体機能、精神的健康、社会的役割といった生活機能が低下し、その影響は糖尿病や心疾患、うつ血性心不全の患者と同等のレベルに達することが報告されている¹⁾。その上、不安症状は欠勤や出勤時の機能低下とも関連し、生産性損失の増大にもつながる²⁾。

さらに、不安症は、うつ病や他の不安症、物質関連障害といった精神疾患に加え³⁾⁴⁾、消化器疾患、心疾患、呼吸器疾患、生活習慣病などの身体疾患を併存しやすい⁵⁾。また、不安症状そのものが、希死念慮や自殺企図、自傷行為のリスク上昇と関連することも報告されている⁶⁾。

不安は患者だけでなく、診療にも影響を及ぼす。不安は不定愁訴のように主訴を拡散させ、診療の焦点を定めにくくする。また、不安が強い患者では説明内容が伝わりにくく、面接が長引いたり、受診が頻回となったりすることで、医療者側に疲労感や陰性感情を生じさせることもある。さらに、不安は医療者にも伝播する。不安な患者と向き合う中で、「重大な疾患を見落としているのではないか」という医療者自身の不安が喚起される経験は、多くの医療者にとって身に覚えがあるのではないか。

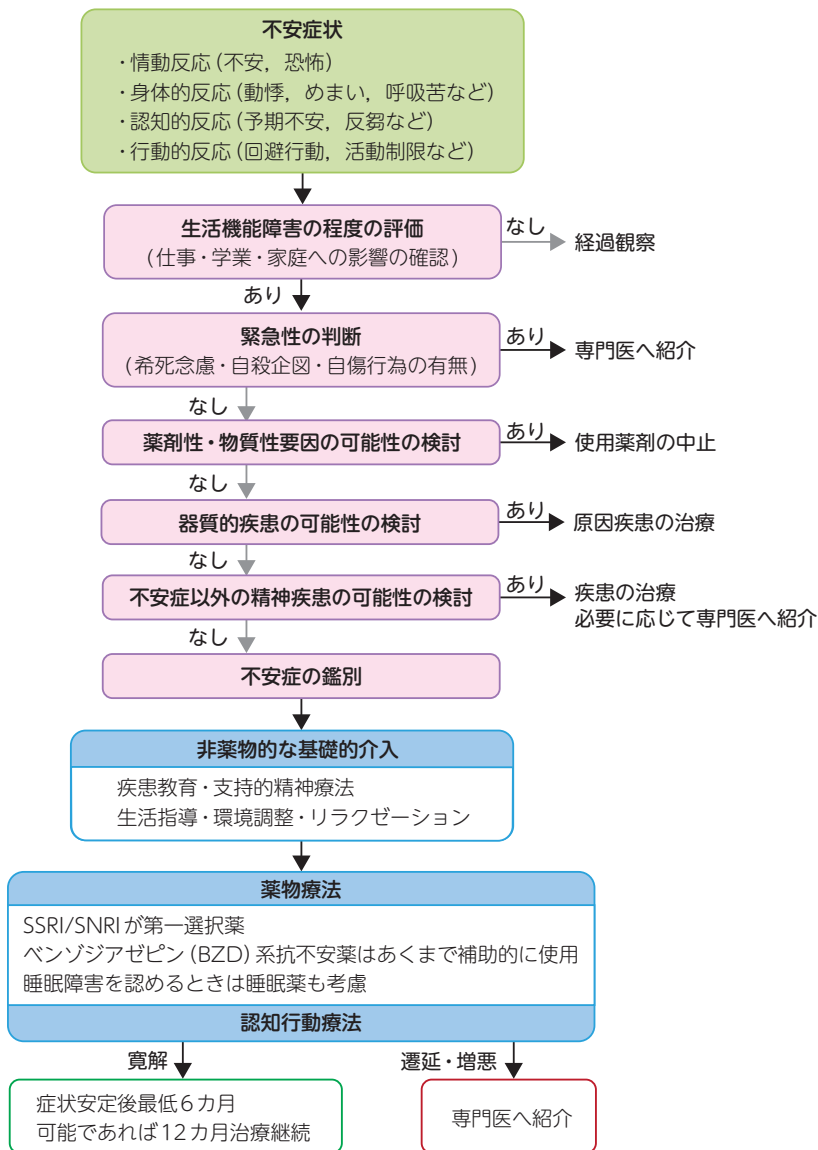
不安症の有病率は高い。米国では、不安症の12カ月有病率は約18%、生涯有病率は約29%とされ、精神疾患の中で最も頻度が高い⁷⁾⁸⁾。一方、日本の代表的な疫学調査では、不安症の生涯有病率は約8%と報告されてい

る⁹⁾。ただし、日本では診断に至る不安症の頻度は欧米より低いものの、診断基準を満たさない不安症状まで含めると、実際に不安を抱える人はより多いと指摘されている。

このように影響の大きい不安症であるが、プライマリ・ケアの現場では、「どこまで経過観察でよいのか」「どこから治療介入が必要なのか」「どの時点で専門医に紹介すべきなのか」と判断に迷うことも少なくない。本稿では、あいまいになりがちな不安症診療をできるだけ明確に整理し、明日からの臨床で活用できる視点を提示したい。

本稿で示す診療の流れを、**図1**にフローチャートとしてまとめた。まずは前提となる不安症のメカニズムを概説し、その上で鑑別および治療の考え方を述べていく。

図1 プライマリ・ケアにおける不安症診療フローチャート



「不安」をめぐる関連用語の整理

- ・不安(anxiety)：将来の出来事や不確実性に対して生じる情動反応を指す。質問票などの心理尺度を用いて評価される。
- ・不安症状(anxiety symptoms)：不安という情動反応そのものに加え、それに伴って出現する動悸、息苦しさ、めまいなどの身体的反応、予期不安や反芻といった認知的反応、回避行動や活動制限などの行動的反応を含む症状を指す。
- ・不安症(群)(anxiety disorders)：DSM-5における診断カテゴリーのひとつである。限局性恐怖症、広場恐怖症、パニック症、社交不安症、分離不安症、全般性不安症などが含まれる。従来は「不安障害」と呼ばれてきたが、近年は「障害」という表現を避け、「不安症」という用語が用いられることが増えている。
- ・全般性不安症(generalized anxiety disorder)：不安症と同一とされがちだが、不安症のうちの疾患のひとつである。「漫然とした・持続的な不安」を中核とし、複数の生活場面にわたって不安が持続することを特徴とする。

2 不安のメカニズム：不安をどう理解し、見立てるか

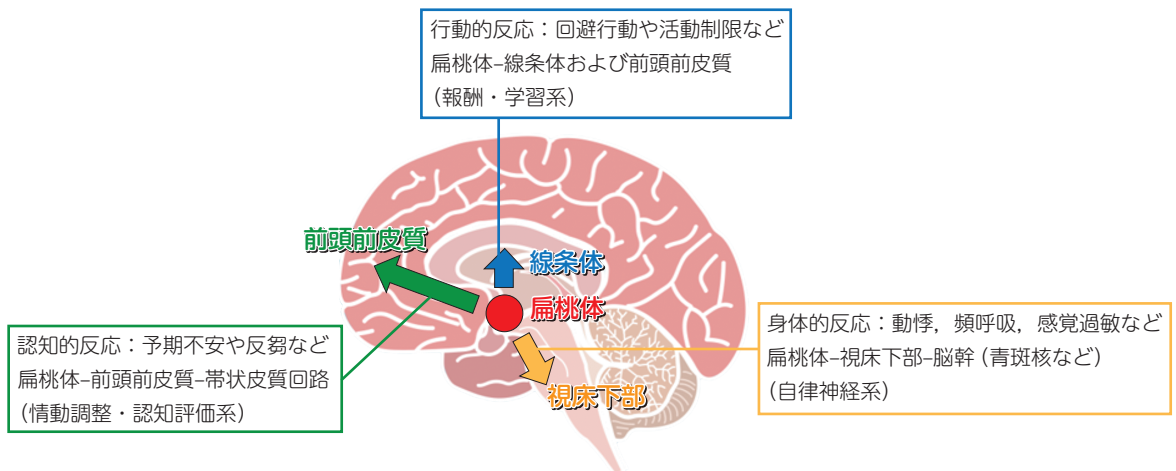
不安は、人間に備わった危険を察知するための、正常な感情反応である。不安があることで外界の脅威を察知し、「戦うか逃げるか (fight or flight)」という反応が出現することで、私たちは危険を回避することができる。つまり、不安そのものが異常というわけではない。

不安に伴う反応は、臨床的には「認知的反応」「身体的反応」「行動的反応」の3つの側面にわけてとらえることができる(図2)。認知的反応は、不安によって最悪の事態を想定し、状況を分析し続けるため、予期不安や反芻として現れる。身体的反応は、自律神経系の反応が前面に出ることで、身体が緊急事態に入ったかのように活性化し、動悸や頻呼吸、発汗、感覚過敏(音や光、平衡感覚などの身体感覚への過敏)といった反応が急激に現れる。行動的反応は、回避行動や活動制限によって、これらの反応を避けようとするものである。いずれの反応も、危険を回避するために本来備わっているものであり、必要不可欠な反応である。

脳の反応とメカニズム

不安に伴う脳の活動は、複数の神経回路が互いに影響し合って成り立っている(図2)。いずれの回路も扁桃体が中核的な役割を担っている。不安症の治療では、選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)/セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor: SNRI)が重要な治療に位置づけられるが、これはセロトニンは、扁桃体の過剰な反応や自律神経系の興奮を抑制する方向に働くためである。

図2 不安に対する3つの主な反応



不安が過剰または持続的になると、注意の範囲が狭まり、反芻や予期不安が強まって、かえって行動や判断を妨げるようになる。また、強い身体的反応そのものが不安や恐怖の対象となり、症状として固定化してしまうこともある。さらに、回避的な行動や活動制限によって不安はいっそう強まり、悪循環が形成され、持続的な問題となって臨床的介入が必要な状態にまで陥る。

同じ脅威検知システムの出発点である恐怖(fear)と不安(anxiety)の違いを理解すると、不安症の臨床像への理解がより深まる¹⁰⁾。恐怖は、対象が比較的明確であり、目の前の具体的な危険に向けられる感情である。自律神

呼吸法は、呼吸のリズムや深さに意識を向けることで自律神経の興奮を鎮め、心身を落ち着かせる方法である。漸進性筋弛緩法は、身体の各部位に一時的に力を入れてからゆるめることを繰り返し、筋肉が緊張した状態とゆるんだ状態の違いを体感することで、全身の緊張を和らげる方法である。



大阪府こころの健康総合センター：気軽にリラクセス



5 不安症の治療：薬物療法と認知行動療法

すべての不安に対して治療介入を行うのではなく、日常生活機能への影響が軽微な場合は、経過観察を選択することも重要である。一方で、症状の悪化や生活機能障害が明確な場合には、治療介入を検討する。治療には、各不安症の細かな違いはあるものの、多くのガイドラインに共通する基本的な方針が存在する。

不安症の治療の中心は、薬物療法と認知行動療法(cognitive behavioral therapy: CBT)である(図6)。不安症では、「認知的反応」「身体的反応」「行動的反応」が互いに影響し合い、不安を維持・増幅させる。薬物療法は、主に身体的反応を整えることで、全体の不安反応を緩和し、CBTは認知的反応や行動的反応へ働きかけることで、不安の悪循環を断ち切る役割を担う。以下、それぞれの治療について紹介する。

各不安症の治療方針の違い

不安症の治療選択の中心は薬物療法とCBTであるが、疾患ごとに優先される治療にはわずかな違いがある。限局性恐怖症および分離不安症ではCBTが優先され、薬物療法は原則として行わず、症状が強い場合にのみ考慮される。一方、パニック症、広場恐怖症、社交不安症、全般性不安症では、CBTとSSRI/SNRIが同等の治療選択肢となる。



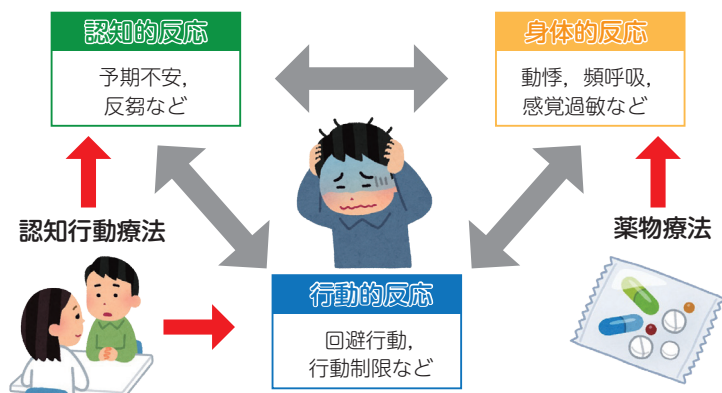
日本不安症学会/日本神経精神薬理学会：パニック症の診療ガイドライン



日本不安症学会/日本神経精神薬理学会：社交不安症の診療ガイドライン



図6 不安症の治療の概要



1 薬物療法

薬物療法の第一選択薬は選択的セロトニン再取り込み阻害薬(selective serotonin reuptake inhibitor: SSRI)/セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬(serotonin-norepinephrine reuptake inhibitor: SNRI)であり、ベンゾジアゼピン(benzodiazepine: BZD)系抗不安薬

や睡眠薬は補助的に用いられる。それぞれの特徴と、処方時の伝え方について整理する。

(1) SSRI/SNRI

不安症に対する初期の薬物療法では、第一選択薬はSSRI/SNRIであり、その有効性が示されている。セロトンは扁桃体の過剰な反応や自律神経系の興奮を抑制し、情動反応を安定化させる方向に働くことされ、不安反応の「ブレーキ役」となる。臨床的には、「不安はあるが、それに振り回されにくくなる」「まあいいかと受け流せる余地が生まれる」といった変化が、薬物療法によって得られる。また、三環系抗うつ薬と比べて鎮静や認知面の副作用が少なく、BZD系抗不安薬と比べて依存のリスクが低いという利点がある。

SSRI/SNRIは、不安症に対する効果はおおむね同等とされるが、日本では保険適用が定められているため、適応、副作用、併用薬、既往歴、患者の好みをふまえて選択する(表7)^{15)~18)}。SSRI/SNRIの治療効果の発現には通常数週間を要し、治療初期には悪心や下痢といった消化器症状に加え、不安症状の一時的な増悪や睡眠障害の増強がみられることがある¹⁹⁾。これは、薬理学的作用が安定して臨床的效果として現れるまでに時間を要するためと考えられている。

表7 不安症におけるSSRI/SNRIのガイドラインの推奨と日本の保険適用

		パニック症	広場恐怖症	社交不安症	全般性不安症
SSRI	エスシタロプラム	○	○	◎	○
	パロキセチン	◎	○	◎	○
	セルトラリン	◎	○	○	○
	フルボキサミン	○	○	◎	—
SNRI	ベンラファキシン	○	○	○	○
	デュロキセチン	—	—	—	○

◎ガイドラインの推奨あり、日本でも保険適用あり

(文献15~18より作成)

○ガイドラインの推奨はあるが日本では保険適用なし

—ガイドラインの推奨記載なし

このように、SSRI/SNRIは治療初期に効果よりも副作用が先行して目立ちやすく、自己中断率が高いことが知られている。先行研究では、SSRI/SNRI導入後1カ月以内に約20~30%が治療を中断すると報告されている²⁰⁾。特に不安症では、副作用への敏感さや不安が強くなる影響もあり、中断率がさらに高くなる傾向がある。

このような特性をふまえ、SSRI/SNRIの導入は、表8に示すように低用量から開始し、忍容性を確認しながら漸増するのが基本である。SSRI/SNRIの使用が困難な場合や、不眠や食欲低下が前景にある症例では、鎮静作用を有する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

関連コンテンツ

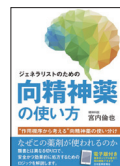


ベンゾジアゼピン(BZD)受容体作動薬の安全な使い方・減らし方：高江洲義和著、A4判、15頁。知っておくべき

BZD受容体作動薬の安全な使い方と減薬方法を、症例を挙げて具体的に解説。抗不安薬や睡眠薬を作用時間ごとに分類し、症状に応じた使いわけを提案。分服の効果は？頓服したいときは？併用療法の効果は？など、現場の疑問にも答えています。減らし方では、漸減法による減量方法をイラストで解説した上で、患者の動機づけにつながる具体的な説明方法についても触れています。不安や不眠への薬剤投与の際に、ぜひ一読下さい。



関連書籍



ジェネラリストのための向精神薬の使い方：宮内倫也著、A5判、320頁。内科医の先生方が向精神薬の薬理作用をきちんと理解し、根拠を持って処方できるよう解説。向精神薬を作用機序で分類し、「なぜこの薬剤が使われるのか」を掘り下げて説明。

