

# うつ病診療の要点-10

JDC

JDC

BEYOND  
MIND  
THE  
BLUE

# 目次

## はじめに

「うつ病診療の要点-10」発刊にあたって

「うつ病診療の要点-10」の改訂第三版発行にあたって

「うつ病診療の要点-10」の改訂第四版発行にあたって

## うつ病診療の要点-10

1. わが国のうつ病患者数と受診率
2. 自殺者の推移とうつ病
3. うつ病診断の進め方
4. うつ病診断時の注意点
5. うつ病の4つの治療目標と治療法
6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴
7. 薬物療法以外の治療法
8. うつ病患者とその家族・周囲の方への指導
9. 専門医紹介における注意点
10. うつ病の発症予防と再発防止

## はじめに

### 「うつ病診療の要点-10」の発刊にあたって

「一般診療科におけるうつ病の予防と治療のための委員会」(JCPTD)は、その名の通り一般診療科およびプライマリ・ケアにおけるうつ病の予防と治療にかかわる作業を目的にして、一般診療科およびプライマリ・ケアでのうつ病診療に関する啓発に取り組むとともに、更に一般住民に対するうつ病への理解や認識を高める普及啓発活動を行ってきました。そうした活動が30年を迎えるにあたって、これまでに行ってきたJCPTDの作業を振り返ってまとめるとともに、一般診療科医にとって役立つ情報を改めて提供することに致しました。

うつ病に罹患する人たちは、西欧諸国と同様に、日本においても発現の頻度や臨床症状に大きな差異のないことが分かってきました。しかし、彼らへの診療状況については必ずしも万全といえず、その数の増加や自殺者が少なくないことなどから、国内では大きな話題になってきて、西欧諸国と同様なサポートシステムの必要性が認識されています。ただ、適切に対応できるためのスタッフ不足は現実問題として大きく立ちはだかっており、一般診療科医あるいはプライマリ・ケア医の協力が必須と考えられています。うつ病に苦悩する人たちが安心して受診でき、必要な医療の提供が準備できるステップの一つとなることを考えて、ここに診療の要点としてまとめました。

うつ病が従来云われてきたものから最近大きく変化してきて、「非定型うつ病」という用語がしばしば使われるように聞きます。非定型というと、定型でないもの全てを含みますから、いろんなタイプのものがあるのですが、それは時代的背景というか心理社会的要因によって認知されるようになったものかも知れませんが、出来ればまず定型的なうつ病をしっかりと診断できる必要があるように考えます。ここには、全てを記載できないので、定型的なうつ病を、一般診療科医とプライマリ・ケア医を対象に説明します。さらに、臨床研修医にとっても研修上で参考になるように考えました。臨床実践において、全ての情報を熟知することは大変だと考え、うつ病診療にとって必要な情報と、余裕があれば参照する情報の2段階に分けているところもあります。

平成20年 夏 JCPTD代表世話人 中根允文

### 「うつ病診療の要点-10」の改訂第三版発行にあたって

私ども一般社団法人「うつ病の予防・治療日本委員会、JCPTD」は、「うつ病診療の要点-10」を平成20年夏に発刊いたしました。6年を経過する間に、年間自殺者数は3万人を下回るようになり、うつ病そのものに関わる認識や理解が少しずつ改善すると共に、治療の仕方にも若干の変化が現れてきたと思います。そこで、今回は幾つか新しい情報に手直しするべく、さらに改訂いたしました。これまで以上に、色々な場面で活用していただければ幸いです。

平成26年 秋 JCPTD代表理事 中根 允文(長崎大学名誉教授)

※平成22年 一般社団法人化に伴い、名称変更致しました。

## 「うつ病診療の要点-10」の改訂第四版発行にあたって

2010年に「うつ病の予防・治療日本委員会 JCPTD」は衣替えをして一般社団法人日本うつ病センター JDCとして活動を始めました。その目的は、一般開業医、産業医および精神科・心療内科以外の診療科の医師およびコメディカル・スタッフへのうつ病に関する情報提供およびうつ病などの病気に悩む一般市民の方々への適切なアドバイス・支援の方法を伝えることにあります。その目的のひとつである一般医へのうつ病診療の要点を提供する活動をJCPTDの時代から続けてきましたが、今回、新しい情報を加えて改訂いたしましたので、お届けいたします。日常の診療にお役立ていただければ幸甚です。なお、JDCは2015年に千代田区六番町に六番町メンタルクリニックを開設し(野村総一郎所長)、産業メンタルセンター(中村純所長)と精神療法センター(濱田秀伯所長)を併設して診療、企業のメンタルヘルスサポートなどの活動を展開しています。どうぞご利用ください。

平成29年 夏 JDC代表理事 樋口 輝彦(国立精神・神経医療研究センター 名誉理事長)

## うつ病診療の要点-10

|    | 要点-10   | 補足情報   |
|----|---|--|
| 1  | わが国のうつ病患者数と受診率  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診パターン：初診診療科</li> <li>・一般国民のうつ病認知度</li> </ul>  |
| 2  | 自殺者の推移とうつ病  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・自殺危険因子、自殺前兆候</li> <li>・自殺防止のための質問法</li> </ul>  |
| 3  | うつ病診断の進め方   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・気分障害の分類</li> <li>・古典的分類とICD-10、DSM-5分類との比較</li> <li>・診断基準（操作的診断法：ICD-10、DSM-5）</li> <li>・患者用スクリーニング票、重症度評価尺度</li> </ul>  |
| 4  | うつ病診断時の注意点  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ病診断の面接の進め方と質問例</li> <li>・診断時の3つの注意点 <ul style="list-style-type: none"> <li>○うつ病を見逃さないための鑑別診断</li> <li>○他の疾患との鑑別診断<br/>（身体疾患・精神疾患・コモビディティ・薬剤）</li> <li>○高齢者・女性・子どもの特徴</li> </ul> </li> </ul>  |
| 5  | うつ病の4つの治療目標と治療法<br>a. 4つの治療目標<br>b. 4つの治療法  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ病患者のQOL</li> <li>・うつ病患者の仕事ができなかった日数</li> </ul>   |
| 6  | うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴<br>a. 薬物療法<br><input type="checkbox"/> 急性期治療<br><input type="checkbox"/> 継続治療<br><input type="checkbox"/> 維持治療<br>b. 抗うつ薬の特徴 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・うつ病治療経過の定義<br/>（反応、寛解、回復、再燃、再発）</li> <li>・うつ病（軽症・中等症）の治療アルゴリズム</li> <li>・一般医におけるSSRI、SNRI、NaSSAの初期投与量、増量の目安（成人）</li> <li>・SSRI、SNRI、NaSSAの用法用量と効能効果・注意</li> <li>・SSRI、SNRI、NaSSAの主な副作用</li> <li>・セロトニン症候群、アクチベーション、中止後症候群</li> </ul> |
| 7  | 薬物療法以外の治療法  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・支持的精神療法</li> <li>・認知行動療法</li> <li>・プライマリ・ケアでもできる認知行動療法</li> </ul>  |
| 8  | うつ病患者とその家族・周囲の方への指導   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・患者への説明例</li> </ul>   |
| 9  | 専門医紹介における注意点  |  |
| 10 | うつ病の発症予防と再発防止<br>a. うつ病の発症予防<br>b. うつ病の再発防止   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・受診者・地域一般住民に対する啓発の要点</li> <li>・職場における啓発指針</li> </ul>  |

# 1. わが国のうつ病患者数と受診率

## 有病率

わが国で、一般住民を対象とした気分(感情)障害に関する大規模調査の結果、うつ病の生涯有病率は6.6%、12ヶ月有病率は2.1%である。

平成14年以來数年間に亘って行われてきた世界保健機関(WHO)共同研究において、日本では13～15人に1人が一生涯に、また40～50人に1人が過去12ヶ月間に、いずれかのタイプ(重型)のうつ病を経験したことになる。

男女の性別比較で、生涯有病率は女性9.1%、男性3.7%と女性が約2.5倍、12ヶ月有病率では女性3.0%、男性1.0%であり、女性が3倍と頻度が高い(表1)。これは、女性に頻度が高いとする欧米と同様の結果である<sup>1)</sup>。

年齢別では、欧米では若年者に頻度が高いとされているが<sup>2)</sup>、日本では若年者とともに中高年でも高い傾向がみられている(表2)。

なお、諸外国の地域住民におけるうつ病の平均的な頻度は、生涯有病率で4～9%、12ヶ月有病率で2～6.6%とされている<sup>3)</sup>。

## 受診率

上記の大規模調査では、うつ病を発症していながら受療する頻度(受診率)が約29%と低いことも明らかにしている。つまり、うつ病罹患の経験がある者(期間を限定しないで)のうち精神科を受診したもの18.6%、一般診療科を受診したもの12.6%であり、医師を受診したものは計28.5%であった。また過去12ヶ月間にうつ病と診断されたものに限ると、精神科を受診したものの13.8%、一般診療科を受診したものの8.0%であり、医師を受診したものは合計21.8%であった(表3)。

## 受診パターン:初診診療科

うつ病患者の診療希求行動(help seeking pattern)は、世界的に関心の高い話題である。

日本では、プライマリ・ケア医を受診後に心療内科を受診した161名のうつ病患者について分析したところ、初診の診療科は内科64%、婦人科10%、精神科6%、および心療内科4%であった(図1)。大学病院総合診療部においてうつ病、うつ状態と診断された35名のうち、以前に医師を受診していたのは45.7%(1～11名の医師を受診)であり、その診療科は81%が内科であった<sup>4)</sup>。

2001～2002年における米国での疫学調査<sup>5)</sup>では、過去12ヶ月間でうつ病と診断されたもののうち精神科を受診したものの31.6%、一般診療科を受診したものの27.2%であり、これと比較するとわが国の受診率は明らかに低い。この原因の一つとして、「精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究」の結果<sup>6)</sup>が示唆するように、国民のうつ病に関する理解や認識が低いことが考えられる。

## 気分障害の大規模調査

平成14年度厚生労働省科学研究費こころの健康科学研究事業「こころの健康に関する疫学調査の実施法に関する研究」(主任研究者:吉川武彦)および同じく特別研究事業「心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究」(主任研究者:川上憲人)は、岡山市、長崎市、鹿児島県(串木野市、吹上町)の合計3地区4市町村で疫学調査を実施した。対象は20歳以上の住民を無作為選択した合計1,664名であり、WHO統合国際診断面接(CIDI)2000年版を使用して、訪問面接法によって調査した。この調査は、WHOの世界保健調査(28ヶ国による国際共同研究)の一環として実施された。

表1 わが国の一般住民におけるICD-10F診断による「気分障害」の生涯および12ヶ月有病率(%)

| ICD-10F診断   | 生涯有病率           |                 |                 | 12ヶ月有病率         |                 |                 |
|-------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|-----------------|
|             | 男性<br>(n=1,871) | 女性<br>(n=2,263) | 合計<br>(n=4,134) | 男性<br>(n=1,871) | 女性<br>(n=2,263) | 合計<br>(n=4,134) |
| 重症うつ病エピソード  | 1.5             | 3.7             | 2.7             | 0.4             | 1.4             | 1.0             |
| 中等症うつ病エピソード | 1.3             | 3.7             | 2.6             | 0.5             | 1.2             | 0.9             |
| 軽症うつ病エピソード  | 0.9             | 1.7             | 1.3             | 0.1             | 0.4             | 0.3             |
| 全てのうつ病エピソード | 3.7             | 9.1             | 6.6             | 1.0             | 3.0             | 2.1             |
| 躁病エピソード     | 0.5             | 0.5             | 0.5             | 0.2             | 0.3             | 0.2             |
| 軽躁病         | 0.2             | 0.1             | 0.1             | 0.1             | 0.1             | 0.1             |
| 気分変調症       | 0.6             | 1.3             | 1.0             | 0.3             | 0.5             | 0.4             |
| いずれか気分障害    | 4.6             | 9.9             | 7.5             | 1.4             | 3.4             | 2.5             |

(川上憲人(主任研究者):厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」、平成18年度総括・分担研究報告書、2007.)

表2 年齢別に見たICD-10F診断による「全てのうつ病エピソード」の生涯および12ヶ月有病率(%)

| ICD-10F診断 | 20~34<br>(n=683) | 35~44<br>(n=617) | 45~54<br>(n=785) | 55~64<br>(n=844) | 65歳以上<br>(n=1,205) |
|-----------|------------------|------------------|------------------|------------------|--------------------|
| 生涯有病率     | 9.2              | 7.5              | 8.4              | 7.0              | 3.3                |
| 12ヶ月有病率   | 4.5              | 1.8              | 2.7              | 2.0              | 0.6                |

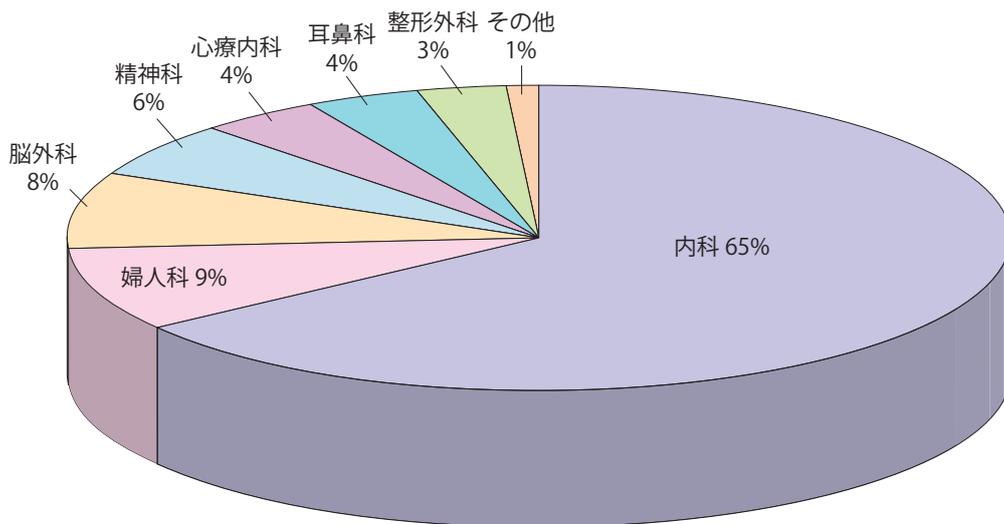
(川上憲人(主任研究者):厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」、平成18年度総括・分担研究報告書、2007.)

表3 ICD-10Fによる診断別のこころの健康に関する受診・相談行動の頻度(%)

|             | これまでの生涯受診率<br>(n=111) | 過去12ヶ月間の受診率<br>(n=40) |
|-------------|-----------------------|-----------------------|
| 全てのうつ病エピソード |                       |                       |
| 精神科医        | 18.6                  | 13.8                  |
| 一般医         | 12.6                  | 8.0                   |
| 医師合計        | 28.5                  | 21.8                  |
| その他の専門家     | 7.3                   | 4.6                   |
| その他の相談先     | 7.7                   | 4.6                   |
| 相談先合計       | 34.7                  | 23.1                  |
| いずれかの気分障害   |                       |                       |
| 精神科医        | 20.3                  | 13.5                  |
| 一般医         | 13.9                  | 8.7                   |
| 医師合計        | 30.3                  | 21.2                  |
| その他の専門家     | 8.7                   | 4.8                   |
| その他の相談先     | 8.4                   | 4.8                   |
| 相談先合計       | 36.8                  | 24.0                  |

(川上憲人(主任研究者):厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「こころの健康についての疫学調査に関する研究」、平成18年度総括・分担研究報告書、2007.)

図1 うつ病患者の初診診療科



(三木治:プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療、心身医学、42:585-591、2002.)

## 精神保健の知識と理解に関する日豪比較研究

日豪保健福祉協力による日豪両国の一般市民を対象とした精神保健の知識と理解に関する地域調査であり、日豪で開発した調査票を用いて、平成15・16年度に日豪両国で実施した。

うつ病(希死念慮を訴えない事例と希死念慮を訴える事例のうち1例)のヴィネットを、被験者(一般市民)に示し、そのヴィネットの病的な状態を「うつ病」と的確に認識できた率は、希死念慮のないうつ病事例でオーストラリアでは65.3%であったのに対して日本で22.6%、希死念慮ありの場合にはオーストラリアで77.3%、日本は35%と、いずれも日本人のうつ病の認識率は極めて低く、心理的な問題とかストレス状態だとあいまいに見ていた(表4)。

表4 紹介事例における問題の認識のされ方、日豪比較

|         | うつ病事例(%) |      |        |      |
|---------|----------|------|--------|------|
|         | 希死念慮なし   |      | 希死念慮あり |      |
|         | 日本       | 豪州   | 日本     | 豪州   |
| うつ病     | 22.6     | 65.3 | 35.0   | 77.3 |
| 統合失調症   | 2.2      | 0.0  | 1.2    | 0.5  |
| 神経症性的問題 | 2.0      | 0.7  | 2.6    | 1.6  |
| 心理的な問題  | 29.4     | 4.5  | 24.8   | 6.0  |
| 心の病気    | 9.2      | 3.0  | 10.2   | 5.5  |
| ストレス    | 25.0     | 13.6 | 19.8   | 10.9 |

(中根允文他:厚生労働科学研究費補助金 ころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」、平成17年度総括・分担研究報告書、2006.)

- 1) Schulte W : Nichttraurigseinkommen im Kern melancholischen Erlebnis. Nervenarzt 32: 314-320.
- 2) Bland RC, Newman SC, Orn H : Age of onset of psychiatric disorders. Acta Psychiatr Scand 77 (Suppl. 338) :43-49, 1988.
- 3) 川上憲人:諸外国の精神疾患の疫学—精神分裂病、感情障害、神経症—。精神医学レビュー、24 : 46-53,1997.
- 4) 津田司他:プライマリ・ケアにおけるうつ病の検討。日本医事新報、No.3117、47-50、1984.
- 5) Kessler RC , Berglund P , et al. : The epidemiology of major depressive disorder: result from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). JAMA. 289: 3095-3105, 2003.
- 6) 中根允文(主任研究者): 厚生労働科学研究費補助金、ころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」、平成17年度総括・分担研究報告書、2006.

## 2. 自殺者の推移とうつ病

### 自殺者数の推移

わが国の自殺者数(自殺既遂者)は、1998年(平成10年)から30,000人を超え、2012年(平成24年)から30,000人以下へ減少し、2016年(平成28年)には21,897人に減少している(図1)。

40歳代、50歳代、60歳以上の自殺死亡率は、ピーク時から大幅に低下している。一方、20歳未満では平成10年以降おおむね横ばいで、20歳代や30歳代は、ピーク時から低下がみられるものの、減少率は40歳代以上と比べて小さくなっている(図2)。

WHOの報告によると、世界的には毎年約100万人が自殺し、2020年には150万人の自殺者を見ることになるであろうと予測されている。自殺未遂は女性に多いとされ、自殺(既遂)率の男女比では1950年に3:1であったが1995年には5:1となるなど、既遂自殺は明らかに男性に多い。自殺未遂者は既遂者の少なくとも10倍いるとされ、自殺未遂や既遂の1件当たり、強い絆のあった人の最低5人が多大な心理的影響を受けるとの推定もある。

### うつ病と自殺

2006年における自殺者の約3分の1である10,466人に遺書が残されているが、それによると自殺の原因とみなされるものとして、健康問題が41.5%、経済・生活問題が28.8%であった<sup>1)</sup>。

うつ病患者の10人に1人が真剣に自殺を考えたことがあり、40～50人に1人が自殺を計画したりないしは企図したりしている。過去12ヶ月間に限っても、70人に1人が自殺を真剣に考え、250～500人に1人が自殺を計画ないし企図したとしている<sup>2)</sup>。

海外諸国におけるうつ病の自殺率は約15%とされていたが、最近の報告では59/100,000と極めて低く推測されている<sup>2)</sup>。WHOの多国間共同調査(日本は不参加)による一般住民および精神科入院患者を合わせた自殺者15,269例の調査では、気分障害の患者が30.2%と最も多く、自殺前に治療対象となる何らかの精神疾患の罹患率は90%以上である(図3)。実際に精神疾患に罹って自殺に至る可能性の高い人は様々な身体症状を訴えて精神科以外を受診することが考えられるが、WHOによると自殺前に適切な治療を受けた自殺者は約20%に過ぎないとしている。

うつ病の治療開始から最初の数ヶ月間は、自殺のリスクが非常に高いとされる<sup>3)</sup>。

### 自殺企図への対応

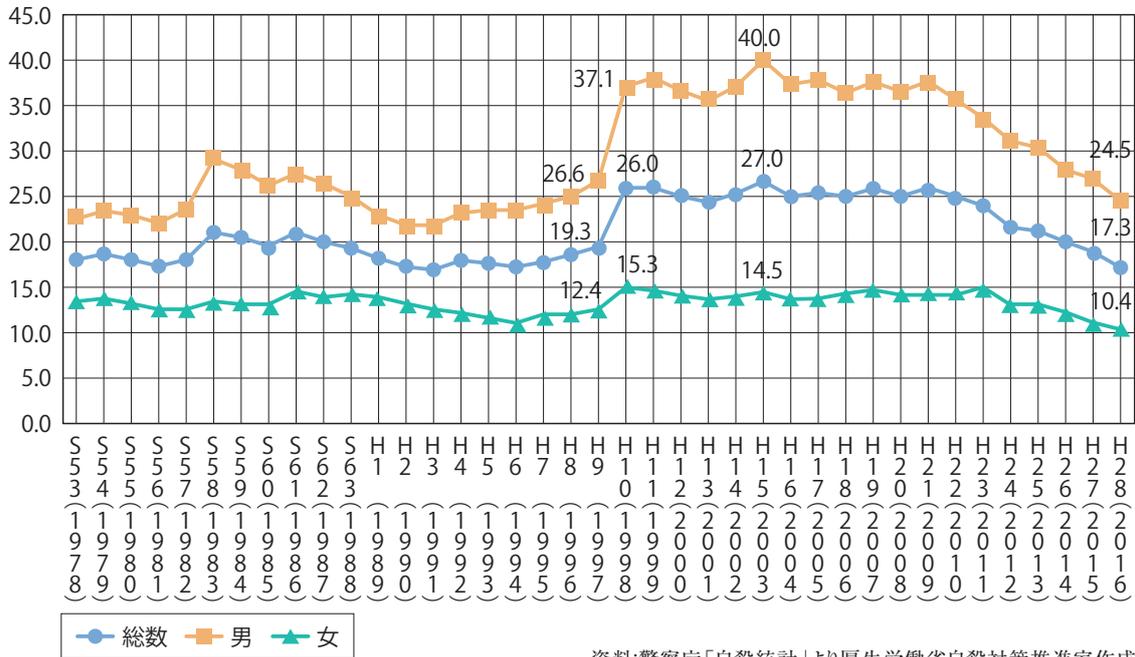
医療者は、自殺防止の重責を担っており、うつ病患者には自殺の可能性が高いことを常に認識しておくことが重要である。

自殺の危険因子は、自殺企図歴、精神疾患罹患、サポートの不足(孤立状況)にあるなどである(表1)。また自殺前兆候として、死にたいなどの「言語的兆候」、刃物や薬物入手といった「行動的兆候」、うつ状態など「精神症状」がある(表2)。自殺前兆候を認め自殺の危険があると感じたときは、自殺念慮(希死念慮ともいう)の有無を確認できるまで「自殺防止のための質問」をし、自殺のリスクを減らし(表3)、自殺防止に努めることが望まれている。

厚生労働省の労災補償状況報告によると、平成10年以降、労災に認定された精神障害の件数および精神障害に伴う自殺者(未遂を含む)が共に増加し、全体の自殺者数が減少し始めた平成24年以降も減少が見られない傾向にある(図4)。

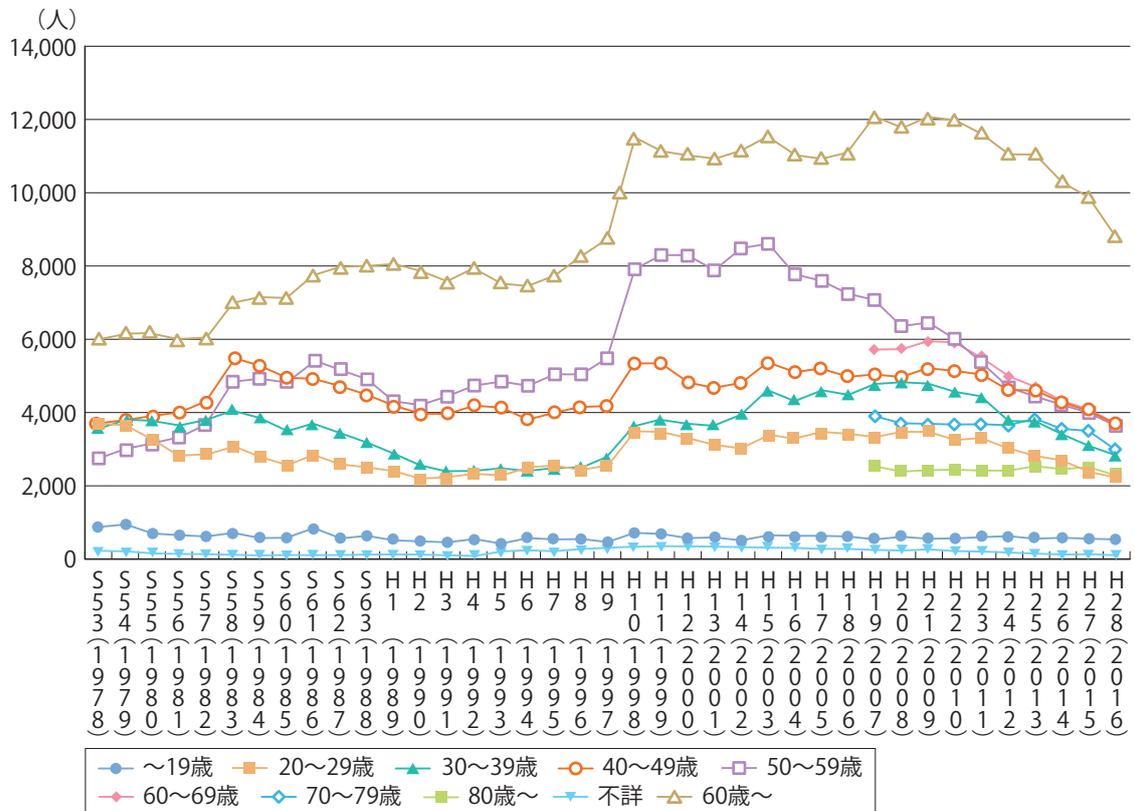
これらのことから、自殺企図者は、精神科医への紹介が望まれよう。

図1 年次別自殺者数の推移(平成元年から平成28年まで)



資料:警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

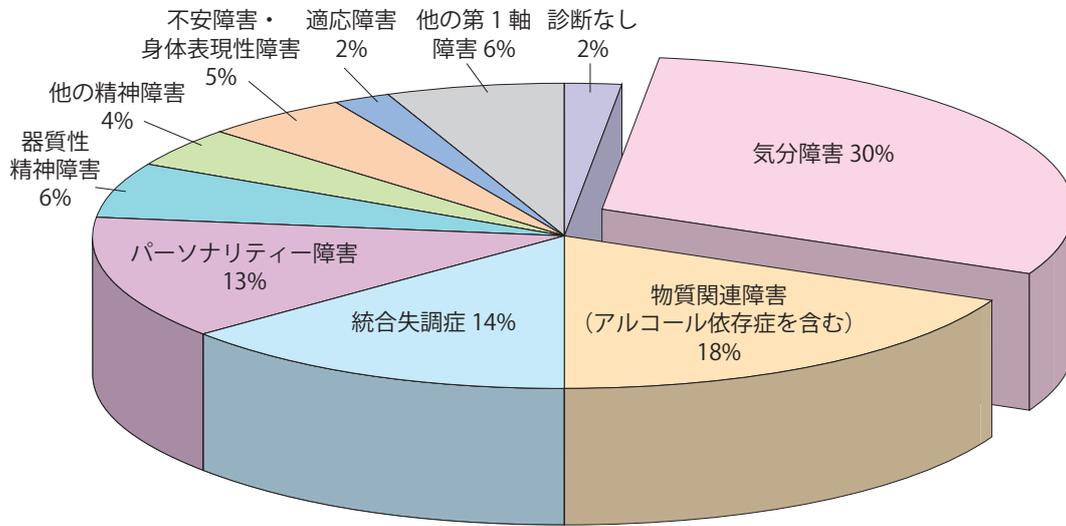
図2 年齢群別自殺者数(平成28年)



注)平成18年までは「60歳以上」だが、19年の自殺統計原票改正以降は「60~69歳」「70~79歳」「80歳以上」に細分化された。

資料:警察庁「自殺統計」より厚生労働省自殺対策推進室作成

図3 自殺の背景としての精神疾患



Bertolote, J. M. and Fleischmann, A. : Suicide and psychiatric diagnosis : a worldwide perspective. WPA, 1(3) : 181-185, 2002.

表1 自殺の危険因子と考えられているもの

|         |  |
|---------|--|
| 精神疾患の既往 | 気分障害、統合失調症、パーソナリティー障害、精神作用物質(アルコール・薬物等)依存症<br>複数の精神疾患に同時に罹患していると、危険度は更に高まる |
| サポートの不足 | 未婚、離婚、配偶者との離別<br>近親者の死亡を最近経験   |
| 性別      | 自殺既遂者： 男>女<br>自殺未遂者： 女>男   |
| 年齢      | 年齢が高くなるとともに自殺率も上昇する  |
| 喪失体験    | 経済的損失、地位の失墜、疾病や受傷、訴訟を起こされる   |
| 自殺の家族歴  | 近親者に自殺者が存在する(知人に自殺者を認める)   |
| 事故傾性    | 事故を防ぐのに必要な措置を不注意にも取らない<br>慢性疾患に対する予防や医学的助言を無視する                            |

(高橋祥友:自殺とその予防 精神科治療学、17(増)、2002.)

表2 自殺前兆候と考えられているもの

|       |                                     |
|-------|-------------------------------------|
| 言語的兆候 | 直接的な発言:死にたい<br>間接的な発言:世の中が嫌になった     |
| 行動的兆候 | 直接的な行動:自殺企図、刃物や薬物の入手<br>間接的な行動:身辺整理 |
| 精神症状  | 抑うつ状態<br>急性幻覚妄想状態<br>せん妄            |

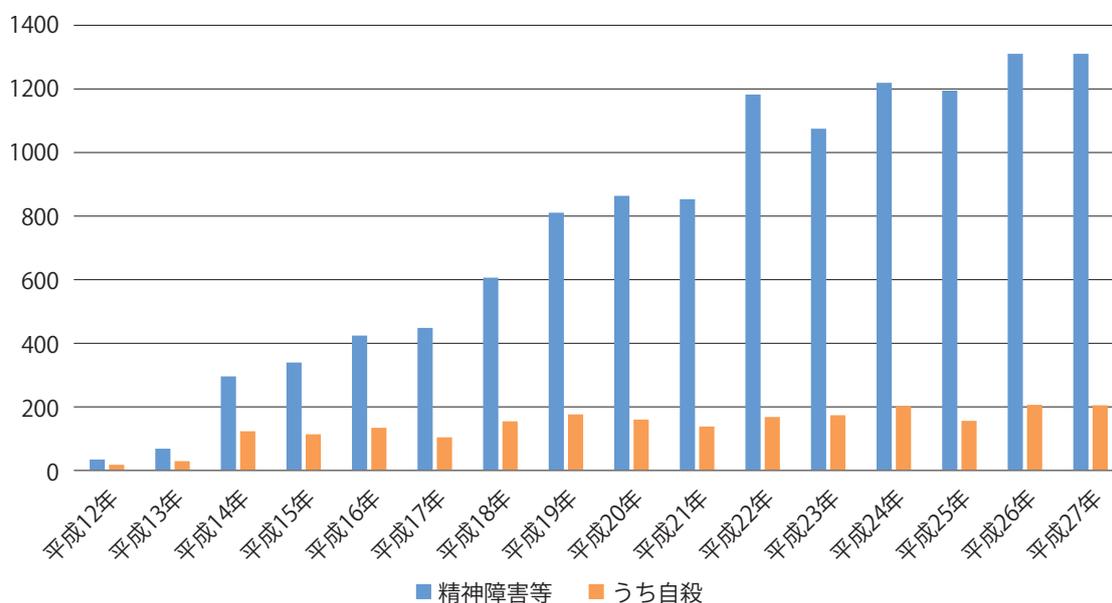
(堀川直史:プライマリ・ケアのための精神医学、標準精神医学 第2版 医学書院、412-414、2010.)

表3 自殺に至るリスクを減らすために、外来患者の診療として行うべきこと

|    |  |
|----|--|
| 評価 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・正確に患者を診断すること</li> <li>・系統的な自殺リスクの評価を行うこと</li> <li>・以前の治療記録を得ること</li> </ul>   |
| 治療 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・包括的で、合理的な治療計画を計画し、記録し、提供すること</li> <li>・適切に患者の自殺のリスクを評価すること</li> <li>・切迫した自殺のリスクのある患者を任意、あるいは強制的に入院させること</li> </ul> |
| 対処 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・安全な処置をすること(利用可能な救急を確保する、受診回数を調整する)</li> <li>・家族のサポートや患者の自殺の危機のときに有効な他のサポートと連絡をとったり、指示を得ること</li> </ul>              |

(Simon RI. Assessing and managing suicide risk: American Psychiatric Publishing, 2004.)

図4 労災認定件数の推移(支給決定件数)



(厚生労働省労働基準局労災補償部、平成25年度「脳・心臓疾患と精神障害の労災補償状況」まとめ、平成26年6月27日、及び厚生労働省労働基準局補償課、平成27年度「過労死等の労災補償状況」平成28年6月24日から作成)

### 自殺防止のための質問法

自殺に係る危険因子のうち重要なものは、自殺企図歴があること、精神疾患に罹患していること、サポートの不足(孤立状況)にあることなどである。特に、自殺企図歴のある人が、その後自殺によって死亡する危険率は、企図歴のない人の50~150倍に達すると考えられている。しかし、一方では、初回の自殺企図で既遂の結果に至る場合の多さが指摘されつつあることも見逃せない。

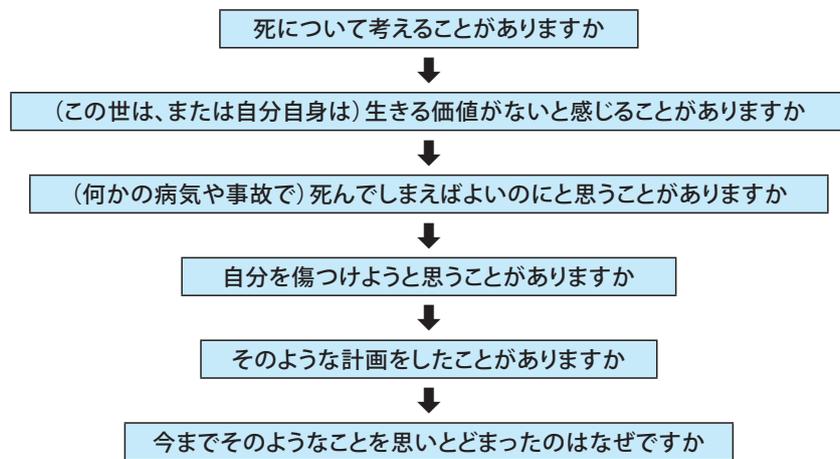
自殺前兆候として記載される精神症状のなかでは、抑うつ状態や幻覚・妄想状態が特に重要である。抑うつ状態については、特に不安・焦燥感が強いときとか、孤立感や自分自身に関する無価値感が強く、患者との接触性が深まらないときなどは危険性が高いと考えておくべきである。

自殺前兆候がみられるなど、自殺企図の危険性を感じたときは、丁寧に、しかし素直に「気持ちが減入っているのではないか、死にたいほどつらいのではないか」と尋ねることが必要である。このような質問によって、自殺企

図の意志がさらに強固になることはなく、むしろあいまいなままに放置され、周囲の援助が得られず、さらに孤立していくことの方がはるかに危険である<sup>4)</sup>。

面接場面では、自殺に対する偏見のない雰囲気をつくったうえで、死についての一般的な考えを聞く質問から、自殺念慮に関する具体的な質問に移り、最終的に患者が具体的な自殺計画を立てたか否かを探っていく(図5)。患者がこのような流れの質問に抵抗を示した場合は、しばらく話題から離れた後に再度行い、十分な回答が得られたと確信するまで質問し、自殺に関する危険性の評価を行う。受診者の家族や同伴者から情報を得ることも重要である。

図5 自殺の危険性の評価



(WPA/PTD うつ病性生涯教育プログラム:NCM Publishers,Inc.New York, 1998,JCPTD訳責)

- 1) 内閣府自殺対策推進室・警察庁生活安全局生活安全企画課:平成25年中における自殺の状況、平成26年3月13日
- 2) 川上憲人、大野裕、宇田英典他:地域住民における心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究:3地区の総合解析結果 平成14年度厚生労働科学研究費補助金 心の健康問題と対策基盤の実態に関する研究分担研究報告書、2004.
- 3) Nemeroff CB, ComptonMT, Berger J: The depressed suicidal patient: assessment and treatment. Hendin H and Mann JJ, eds., The clinical science of suicide prevention.1-23, The New York Academy of Science, New York, 2001.
- 4) 堀川直史:プライマリ・ケアのための精神医学、標準精神医学第2版 医学書院、412-414、2010.

### 3. うつ病診断の進め方

うつ病の患者が、初診医（「1. わが国のうつ病患者数と受診率、[図1](#)参照）を受診した時に、うつ病・うつ状態と診断・説明されたのは11%であり、反面異常なしとされたものは9%であった（[図1](#)）。またプライマリ・ケア医で、うつ病の基準を満たす患者がうつ病と正しく診断されたものは約50%に過ぎないとされている<sup>1)</sup>。特にわが国では、国際比較において、正しくうつ病を診断できた率が20%以下に止まっていることも指摘されている（[表1](#)）。したがって、身体症状、精神症状を訴えてくる患者の面接において、まず「うつ病を疑う」ことも必要かと思われる。

#### うつ病（気分障害）の分類

従来からの病因論に立つと、内因性うつ病と軽症で慢性経過をとる抑うつ神経症、神経症性うつ病といった心因性うつ病に大別されていたが、DSM-III分類が公表されて以来、操作の手順を採用した新たな「うつ病分類」が導入された。つまり、大きく「気分障害」というカテゴリーが設けられ、その中で双極性障害（躁うつ病）とうつ病性障害（単極性うつ病）、そして持続性気分（感情）障害に分類される。

DSM-5においては「気分障害」というカテゴリーがなくなり、双極性障害および関連障害群と抑うつ障害群の二つのカテゴリーに分けられた。双極性障害および関連障害群は「統合失調症スペクトラム障害および他の精神病性障害群」の章と「抑うつ障害群」の章の間におかれているが、これは双極性障害および関連障害群はこれらの2つの群を症候論、家族歴、そして遺伝学的な観点から橋渡しする位置にあると考えられたからである。

双極性障害および関連症候群は双極I型障害、双極II型障害、気分循環性障害、物質・医薬品誘発性双極性障害および関連障害、他の医学的疾患による双極性障害および関連障害、他の特定される双極性障害および関連障害、特定不能の双極性障害および関連障害である。

抑うつ障害群には重篤気分調節症、うつ病、持続性抑うつ障害（気分変調症）、月経前不快気分障害、物質・医薬品誘発性抑うつ障害、他の医学的疾患による抑うつ障害、他の特定される抑うつ障害、そして特定不能の抑うつ障害が含まれる。重篤気分調節症は子どもの双極性障害の過剰診断と治療の可能性に関する問題に取り組むために新たな診断として抑うつ障害群に追加された。うつ病の特徴は感情、認知、および自律神経機能の明確な変化を伴った、はっきり区別できる2週間以上続くエピソードとエピソード間の寛解である。単一エピソードでも診断は可能であるが、この障害では症例の大半が反復性である。持続性抑うつ障害は気分の障害が成人では2年以上、子どもでは1年以上続くときに診断される。DSM-5で新しくできたこの診断はDSM-IVにおける慢性の大うつ病性障害と気分変調性障害の両者を含んでいる（[図2](#)）。明確な抑うつ症状そのものに関しては、双極性障害のうつ病相と大うつ病のうつ病エピソードの間に大きな違いを見ない。

神経症圏内に含まれていた関連疾患について、古典的分類とICD-10F、およびDSM-5分類の比較を[表2](#)に示す。

## 診断基準

近年は**操作的に診断**可能な方法として、ICD-10 (表3)やDSM-5(表4)の診断指針や診断基準があり、診断にとって有用とされている。たとえば、DSM-5の診断基準の研究では、「抑うつ気分」および「興味または喜びの喪失」の2つの基本症状があれば、約90%がうつ病としてスクリーニングできるという。診断に際して、患者自身が記入する**スクリーニング票**の併用も有用である。

しかし、診断にあたって注意を要するのは、「頭痛や腰痛など**身体症状**が存在すると、それらを強く訴え、必ずしも精神症状を訴えるとは限らない」ため、「**精神症状**が見逃がされてしまいがちである」ことである(4. うつ病診断時の注意点:うつ病を見逃さないための鑑別診断)。

特にプライマリ・ケア医を受診する患者の中には、精神症状より身体症状を訴えて受診する患者が多く、うつ病患者の80%が身体症状を主訴としていたとの報告もある<sup>2)</sup>。

### うつ病を疑うコツ

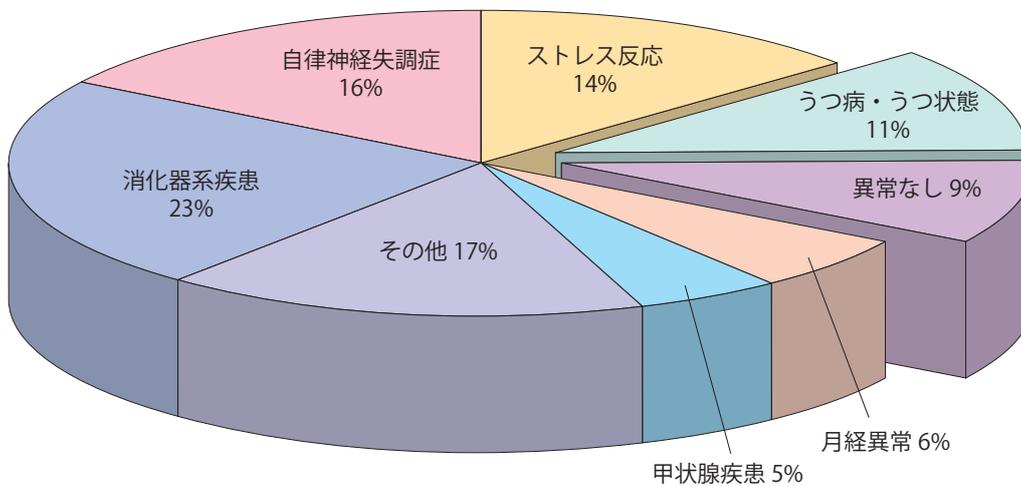
- 多彩な訴え
- とらえどころのないあいまいな症状
- 身体所見や検査結果に比べて症状が強い
- 既に行われた様々な検査に異常を見ず、しかも長く持続する症状
- 「この症状さえ取れたら、元気でやれそうな気がします」との答え
- 調子が悪いのに「休むことができません」との答え

などが診察室でうつ病を疑うコツである<sup>3)</sup>。

### 操作的診断法

精神疾患は、従来は原因的要因を前提に、外因性、内因性、心因性と仮定して分類していた。しかし、現実に病因論的分類の難しさは明らかであり、さらに通常的自由面接に基づく診断法にあっては、その精度や一致度が高くないことが課題であった。そこで、米国精神医学会（APA）はDSM-IIIの開発をきっかけに殆どの精神疾患について、原因論的アプローチを排除して、臨床症状とその持続期間から診断するという方針を打ち出した。つまり、各疾患に見られる症状の数とその持続期間をもとに診断を下すこととした。これがWHOのICD-10（表3）およびDSM-5（表4）に引き継がれ、国際スタンダードとなっている。

図1 うつ病診断の現状：うつ病・うつ状態患者の初診医による診断または説明



(三木治:プライマリ・ケアにおけるうつ病の実態と治療、心身医学42:585-591、2002)

図2 国際疾病分類 (ICD-10FおよびDSM-5) に見る「気分障害」

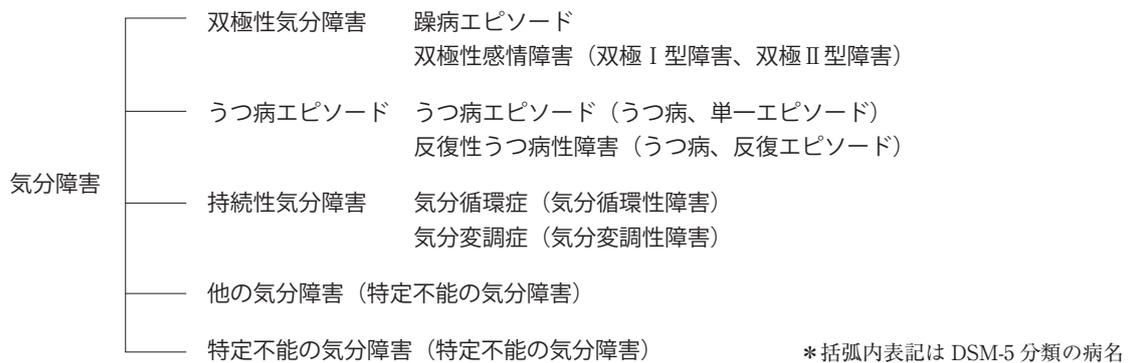


表1 一般医の精神障害の認識率

| ICD-10F診断 | 長崎   | マンチェスター | シアトル  |
|-----------|------|---------|-------|
| アルコール依存   | 0.0% | 66.1%   | 44.3% |
| 現在のうつ病    | 19.3 | 69.6    | 56.7  |
| 全般性不安障害   | 22.5 | 72.3    | 46.8  |
| パニック障害    | 0.0  | 70.6    | 31.9  |
| 神経衰弱      | 10.9 | 49.8    | 76.9  |
| 他の疾患      | 18.3 | 62.9    | 56.9  |

(Üstün TB, Sartorius N: Mental Illness in General Health Care, An International Study, New York, John Wiley & Sons, 1995.)

表2 神経症圏内の古典的分類とICD-10、DSM-5分類との比較・対応

| 古典的分類 (ICD-9)    | ICD-10  | DSM-5   |
|------------------|---|---|
| 恐怖症 (300.2)      | 恐怖症性不安障害 (F40)  | 不安症群/不安障害群<br>広場恐怖症、パニック症<br>限局性恐怖症<br>社交不安症/社交不安障害 |
| 不安神経症 (300.0)    | 他の不安障害 (F41)<br>パニック障害 (F41.0)<br>全般性不安障害 (F41.1)                           | 不安症群/不安障害群<br>パニック発作<br>全般不安症/全般性不安障害               |
| 強迫神経症 (300.3)    | 強迫性障害 (F42)   | 強迫症/強迫性障害   |
| ヒステリー神経症 (300.1) | 解離性(転換性)障害 (F44)<br>運動および感覚の解離性障害<br>身体表現性障害 (F45)<br>身体化障害 (F45.0)         | 解離症群/解離性障害群<br>身体症状症<br>変換症/転換性障害<br>身体症状症          |
| 心気神経症 (300.7)    | 身体表現性障害 (F45.2)<br>心気障害<br>身体表現性自律神経機能不全 (F45.3)<br>ほか                      | 身体症状症<br>変換症/転換性障害<br>病気不安症<br>身体症状症 疼痛が主症状のもの      |
| 離人神経症 (300.6)    | 他の神経症障害 (F48)<br>離人・現実感喪失症候群 (F48.1)  | 解離症群/解離性障害群<br>離人感・現実感消失症/<br>離人感・現実感消失障害           |
| 抑うつ神経症 (300.4)   | 重度ストレス反応および適応障害 (F43)<br>適応障害 (F43.2)<br>持続性気分(感情)障害 (F34)<br>気分変調症 (F34.1) | 抑うつ障害群<br>持続性抑うつ障害(気分変調症)                           |

(中根允文・小澤寛樹:精神障害の分類システム、2006、WHO地域協力センター長(私費出版))※DSM-5部分一部改訂

表3 ICD-10 の診断基準

|   |
|---|
| <p><b>基本症状</b></p> <p>以下のうち少なくとも2つがみられること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1) 抑うつ気分</li> <li>2) 興味と喜びの喪失</li> <li>3) 活力の減退による易疲労感の増大、活動性の減少</li> </ol> <p><b>他の症状</b></p> <p>以下のうち少なくとも2つがみられること</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>a) 集中力と注意力の減退</li> <li>b) 自己評価と自信の低下</li> <li>c) 罪責感と無価値感</li> <li>d) 将来に対する希望のない悲観的な見方</li> <li>e) 自傷あるいは自殺の観念や行為</li> <li>f) 睡眠障害</li> <li>g) 食欲不振</li> </ol> |
| <p>身体性症候群(以下のうち4項目以上認められる場合、身体性症候群が存在するとみなす)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・通常楽しいと感じる活動への喜びや興味の喪失</li> <li>・通常楽しむことができる状況や出来事への情動的な反応性の欠如</li> <li>・早朝覚醒(普段と比べ2時間以上)</li> <li>・日内変動(午前中に抑うつが強い)</li> <li>・明らかな精神運動制止または焦燥(他者から気づかれたり報告されたりすること)</li> <li>・明らかな食欲の減退</li> <li>・体重減少(過去1ヶ月に5%以上)</li> <li>・明らかな性欲の減少</li> </ul>  |

表4 DSM-5の診断基準

|  |
|--|
| <p><b>【2つの基本症状】</b></p> <p>以下の症状のうち、<b>少なくとも1つ</b>がある。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 抑うつ気分</li> <li>2. 興味または喜びの喪失</li> </ol> <p><b>【7つのよくある症状】</b></p> <p>さらに、1～9の症状を併せて5つ(またはそれ以上)が認められる。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>3. 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加</li> <li>4. 不眠あるいは過眠</li> <li>5. 精神運動焦燥または制止</li> <li>6. 疲労感または気力の減退</li> <li>7. 無価値感または過剰であるか不適切な罪責感</li> <li>8. 思考力や集中力の減退または決断困難</li> <li>9. 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図</li> </ol> <p><b>これらの症状がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間にわたっている。</b></p> <p>症状のために著しい苦痛、社会的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起している。これらの症状は他の躁病エピソード、または軽躁病エピソードが存在したことがない一般身体疾患や物質(薬物やアルコールなど)では説明できない。</p> |
|--|

## 診断に参考となる評価票

### 1. うつ病の診断が疑われる患者のためのスクリーニング

うつ病であるとの診断を行う前に患者に記入してもらうものとして、厚生労働省は「心の健康度自己評価票」(表5)を提案している。A項目、B項目、およびC項目合わせて8問からなる。これを一次スクリーニングとして、二次スクリーニングを図3のように示した。その際、精神疾患簡易構造化面接法(MINI:Mini-International Neuropsychiatric Interview)などでも活用される2症状、すなわち「1. うつ気分(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続」と「2. 興味や喜びの喪失(ほとんど毎日、ほとんど一日中の持続)が2週間以上持続」の存否は重視されるべきであろう。

ただ、一般的には、ツェン自己評価式抑うつ尺度(Zung's Self-rating Depression Scale, SDS)(表6)や、ベックのうつ病調査表(Beck Depression Inventory, BDI)(表7)があり、さらに最近R. L. Spitzerらによる“PRIME-MD-PHQ9(Primary Care Evaluation of Mental Disorders-Patient Health Questionnaire 9)”の日本版である「こころとからだの質問票(表8)」も開発されている。ベックの尺度は、必ずしも一般診療科での有用性は確立されていない。しかし、あくまで自己評価は診断にとって補助手段であり、綿密な臨床面接によって診断は確定されるべきである。

自己評価尺度ではなく、スクリーニング法でもないが、専門医師用にうつ病の重症度を評価するためのものとしてハミルトン抑うつ評価尺度(Ham-D、HRS)(表9)がある。うつ病診療に当たって話題にすべき症状の分布を把握する上で参考になると考え、提示しておく。

表5 心の健康度自己評価票

| 『心の健康度自己評価票』  |       |        |
|---|-------|--------|
|   | 年     | 月      |
|   |       | 日      |
| 最近のあなたのご様子についてお伺いします。次の質問を読んで、「はい」「いいえ」のうち、あてはまる方に○印をつけてください。 |       |        |
| <b>A項目：</b>   |       |        |
| 1. 毎日の生活が充実していますか   | 1. はい | 2. いいえ |
| 2. これまで楽しんでやれていたことが、いまも楽しんでできていますか                            | 1. はい | 2. いいえ |
| 3. 以前は楽にできていたことが、今ではおっくうに感じられますか                              | 1. はい | 2. いいえ |
| 4. 自分は役に立つ人間だと考えることができますか                                     | 1. はい | 2. いいえ |
| 5. わけもなく疲れたような感じがしますか   | 1. はい | 2. いいえ |
| <b>B項目：</b>   |       |        |
| 6. 死について何度も考えることがありますか  | 1. はい | 2. いいえ |
| 7. 気分がひどく落ち込んで、自殺について考えることがありますか                              | 1. はい | 2. いいえ |
| <b>C項目：</b>   |       |        |
| 8. 最近ひどく困ったことやつらいと思ったことがありますか                                 | 1. はい | 2. いいえ |
| 「はい」と答えた方は、さしつかえなければ、どういことがあったのか、ご記入ください。                     |       |        |

図3 心の健康度自己評価票を活用したスクリーニングのフローチャート（厚生労働省による）

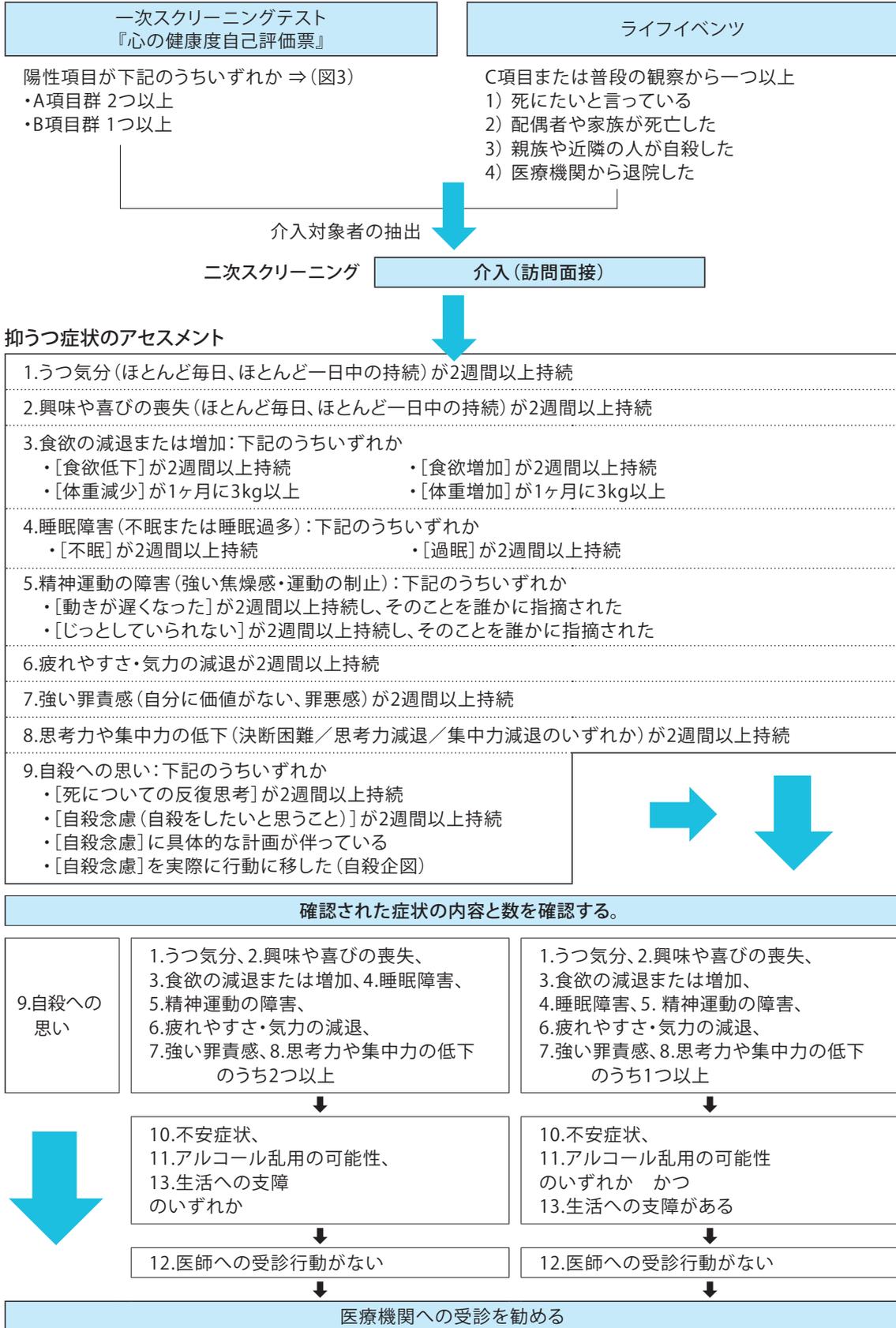


表6 Zung うつ病自己評価尺度 (SDS)

Zung W. A self-rating depression scale. Arch Gen Psychiatry 12: 63-70, 1965.

日本版SDS(Self-rating Depression Scale:Zung法)構成:福田一彦・小林重雄、構成発行:三京房

次の質問を読んで 現在あなたの状態にもっともよくあてはまると思われる欄に○印をつけてください。すべての質問に答えてください。

|                             | ないか、<br>たまに | ときどき | かなりの<br>あいだ | ほとんど<br>いつも | 点数 |
|-----------------------------|-------------|------|-------------|-------------|----|
| 1.気が沈んで憂うつだ                 | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 2.朝がたは いちばん気分がよい            | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 3.泣いたり、泣きたくなる               | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 4.夜よく眠れない                   | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 5.食欲は ふつうだ                  | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 6.まだ性欲がある(独身の場合)異性に対する関心がある | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 7.やせてきたことに 気がつく             | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 8.便秘している                    | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 9.ふだんよりも 動悸がする              | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 10.なんとなく 疲れる                | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 11.気持ちは いつもさっぱりしている         | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 12.いつもとかわりなく 仕事をやれる         | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 13.落ち着かず、じっとしてられない          | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 14.将来に 希望がある                | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 15.いつもより いらいらする             | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 16.たやすく 決断できる               | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 17.役に立つ、働ける人間だと思う           | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 18.生活は かなり充実している            | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 19.自分が死んだほうが ほかの者は楽に暮らせると思う | 1           | 2    | 3           | 4           |    |
| 20.日頃していることに 満足している         | 4           | 3    | 2           | 1           |    |
| 素点の合計                       |             |      |             |             |    |

福田一彦・小林重雄の使用手引によると、総合得点を百分率に換算(1.25を乗じた数)したSDS指数(SDS index)と呼ぶ考えもあるが、あえて換算する理由はないので、粗点をもとに考えて構わないとしている。日本版(粗点)において、正常者の平均(±標準偏差)は35±8、神経症者49±10、うつ病者60±7であり、うつ病においては殆ど性別差を見ない。

下記のような点数分布もよく利用される。

SDS粗点:

| 粗点    | 評価         |
|-------|------------|
| -49   | 正常範囲       |
| 50-59 | 軽度のうつ状態    |
| 60-69 | 中等—高度のうつ状態 |
| 70-   | 極度のうつ状態    |

**表7 Beckのうつ病自己評価尺度 (Beck Depression Inventory)**

Beck A.T, Ward C H., Mendelson M., et al:  
An Inventory for Measuring Depression. Arch Gen Psychiatry 4: 53-63, 1961.

次の21の質問について、最近のあなたの気分にもっともあてはまるものを選んでください。  
全ての項目に答えてください。

|            |    |                                 |
|------------|----|---------------------------------|
| A<br>気分    | 0  | 気分が沈んでいない                       |
|            | 1  | 気分が沈んでいる                        |
|            | 2a | いつも気分が沈んでいて悲しみから抜け出せない          |
|            | 2b | ひどくつらくて不幸なので大変苦痛である             |
|            | 3  | ひどくつらくて不幸なので、もう耐えられない           |
| B<br>悲観    | 0  | 将来について特に悲観も失望もしていない             |
|            | 1  | 将来に対して失望的である                    |
|            | 2a | 将来に対する希望が無い                     |
|            | 2b | 悩みから開放される時はないと思う                |
|            | 3  | 将来に対する希望はまったく無く、よくなる事はないように思う   |
| C<br>失敗感   | 0  | 自分がしてきたことに失敗だったという感じはない         |
|            | 1  | 普通より失敗が多かったと思う                  |
|            | 2a | 今までに価値ある事や意味ある事は殆どしてこなかったように思う  |
|            | 2b | 自分の人生を振り返ってみると、失敗ばかりしてきたように思う   |
|            | 3  | 人間として(親として、夫として、妻として)完全な落伍者だと思う |
| D<br>満足の欠乏 | 0  | 以前と同じように満足している                  |
|            | 1  | ほとんどいつも退屈している                   |
|            | 2a | 以前のように物事に楽しみがもてない               |
|            | 2b | 何事にも、もう満足感がえられない                |
|            | 3  | すべての事が不満である                     |
| E<br>罪責感   | 0  | 特に罪悪感を感じない                      |
|            | 1  | ほとんどの時、私は自分が悪いとか値打ちの無い人間だと思いがちだ |
|            | 2a | 私はひどく罪悪感を感じる                    |
|            | 2b | 私はこのごろいつも自分が悪いとか価値の無い人間だと思う     |
|            | 3  | 私は大変な悪人で価値の無い人間のように思う           |
| F<br>被罰感   | 0  | 罰を受けるとは思わない                     |
|            | 1  | 何か自分に悪い事が起こるような気がする             |
|            | 2a | 私は何かバチがあたっているとかあたりそうだと思う        |
|            | 2b | 私は罰されるに値する人間だと思う                |
|            | 3  | 私を罰してほしい                        |
| G<br>失望感   | 0  | 自分に失望してはいない                     |
|            | 1  | 自分に失望している                       |
|            | 2a | 自分が好きではない                       |
|            | 2b | 自分が嫌いだ                          |
|            | 3  | 自分自身を憎む                         |
| H<br>自尊心   | 0  | 他の人より自分が劣っているとは思わない             |
|            | 1  | 自分の欠点やあやまちに対し批判的である             |
|            | 2a | 自分の失敗に対していつも自らを責める              |
|            | 2b | 私はあやまちだらけの人間だと思う                |
|            | 3  | 何か悪いことが起こると、自分のせいだと自らを責める       |

|                  |                         |   |
|------------------|-------------------------|---|
| I<br>希死感         | 0<br>1<br>2a<br>2b<br>3 | 傷付けようとか自殺しようと思わない<br>死にたいと思うことはあるが、自殺を実行しようとは思わない<br>死んだほうがマシだと思う<br>自殺しようとする計画を持っている<br>チャンスがあれば自殺するつもりである |
| J<br>涕泣          | 0<br>1<br>2<br>3        | いつも以上に泣くことはない<br>以前よりも泣く<br>いつも泣いてばかりいる<br>以前は泣くことができたが、今はそうしたくても泣くこともできない                                  |
| K<br>焦燥          | 0<br>1<br>2<br>3        | イライラしていない<br>いつもより少しイライラしている<br>しょっちゅうイライラしている<br>現在はたえずイライラしている  |
| L<br>社会的引籠り      | 0<br>1<br>2<br>3        | 他の人に対する興味・関心を失っていない<br>以前より他の人に対する関心がなくなった<br>他の人に対する関心をほとんど失った<br>他の人に対する関心を全く失った                          |
| M<br>優柔不断        | 0<br>1<br>2<br>3        | いつもと同じように決断することができる<br>以前より決断をのばす<br>以前より決断がはるかに難しい<br>もはや全く決断することができない                                     |
| N<br>ボディ<br>イメージ | 0<br>1<br>2<br>3        | 以前より容貌が変わったとは思わない<br>老けて見えるのでないか、魅力がないのではないかと心配である<br>もう自分には魅力がなくなったように感じる<br>自分は醜いにちがいないと思う                |
| O<br>作業抑制        | 0<br>1a<br>1b<br>2<br>3 | いつもどおりに働ける<br>何かやり始めるのに余分な努力が必要である<br>以前のように働けない<br>何をやるのにも大変な努力がいる<br>何をすることもできない                          |
| P<br>睡眠障害        | 0<br>1<br>2<br>3        | いつもどおりよく眠れる<br>いつもよりも眠れない<br>いつもより1～2時間早く目が覚め、再び寝つくことが難しい<br>いつもより数時間も早く目が覚め、再び寝つくことができない                   |
| Q<br>疲労感         | 0<br>1<br>2<br>3        | いつもより疲れた感じはしない<br>以前より疲れやすい<br>ほとんど何をやるのにも疲れる<br>疲れて何もできない  |
| R<br>食欲低下        | 0<br>1<br>2<br>3        | いつもどおり食欲はある<br>いつもより食欲がない<br>ほとんど食欲がない<br>全く食欲がない   |

|           |   |                                  |
|-----------|---|----------------------------------|
| S<br>体重減少 | 0 | 最近それほどやせたということはない                |
|           | 1 | 最近 2 kg 以上やせた                    |
|           | 2 | 最近 4 kg 以上やせた                    |
|           | 3 | 最近 6 kg 以上やせた                    |
| T<br>心気観念 | 0 | 自分の健康のことをいつも以上に心配することはない         |
|           | 1 | どこかが痛いとか、胃が悪いとか、便秘など自分の身体の調子を気遣う |
|           | 2 | 自分の身体の具合のことばかり心配し、他のことがあまり考えられない |
|           | 3 | 自分の身体の具合のことばかり心配し、他のことを全く考えられない  |
| U<br>性欲減退 | 0 | 性欲はいつもとかわりない                     |
|           | 1 | 以前と比べて性欲がない                      |
|           | 2 | 性欲がほとんどない                        |
|           | 3 | 性欲が全くない                          |
| スコア       |   |                                  |

| 点数      | うつ状態のレベル                  | 備考  |
|---------|---------------------------|---|
| 0 ~ 10  | この程度の落ち込みは正常範囲で、ただの憂うつな状態 | 正常範囲。時には気分転換したり、信頼できる人と時間を共に過ごすことがベター。                          |
| 11 ~ 16 | 軽いうつ状態                    | 危険信号。悩みごとがあるとき、信頼できる人、又は精神科医に相談することがベター。                        |
| 17 ~ 20 | 臨床的な意味でうつ状態との境界、専門家の治療が必要 | 点数が非常に高くても余り悲観的にならないように。このテストはあくまで診察の材料であり、診断結果ではない。精神科医などの診断を。 |
| 21 ~ 30 | 中程度のうつ状態、専門家の治療が必要        |   |
| 31 ~ 40 | 重いうつ状態、専門家の治療が必要          |   |
| 41 以上   | 極度のうつ状態、専門家の治療が必要         |   |

表8 こころとからだの質問表 (PHQ-9)

K.Muramatsu, K.Kamijima, H.Miyaoka, Y.Muramatsu et.al  
Psychological Reports, 2007, 101, 952-960.

| この2週間、次のような問題に<br>どのくらい頻繁に悩まされていますか？ |   | 全くない | 数日 | 半分以上 | ほとんど毎日 |
|--------------------------------------|---|------|----|------|--------|
| 1                                    | 物事に対してほとんど興味がなく、または楽しめない                                      |      |    |      |        |
| 2                                    | 気分が落ち込み、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる                                  |      |    |      |        |
| 3                                    | 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる                                    |      |    |      |        |
| 4                                    | 疲れた感じがする、または気力がない   |      |    |      |        |
| 5                                    | あまり食欲がない、または食べ過ぎる   |      |    |      |        |
| 6                                    | 自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または自分自身あるいは家族に申し訳がないと感じる               |      |    |      |        |
| 7                                    | 新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい                                |      |    |      |        |
| 8                                    | 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいはこれと反対に、そわそわしたり、落ちつかず、ふだんより動き回ることがある |      |    |      |        |
| 9                                    | 死んだ方がましだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思ったことがある                         |      |    |      |        |

※上の1~9の問題によって、仕事をしたり、家事をしたり、他の人と仲良くやっていくことがどのくらい困難になっていますか？  
全く困難でない  やや困難  困難  極端に困難

評価

|                                       |            |
|---------------------------------------|------------|
| 半分以上、ほとんど毎日で5つ以上<br>(そのうちの1つは質問1または2) | 大うつ病性障害    |
| 半分以上、ほとんど毎日で2~4つ<br>(そのうちの1つは質問1または2) | その他のうつ病性障害 |

\* 9は半日以上、半分以上、ほとんど毎日のいずれも1つと数える

\* 大うつ病性障害、その他のうつ病性障害は、死別にもなう正常の反応性うつ状態、躁病エピソードの既往、身体疾患、薬物に伴うものを除外して評価する

\* 質問※からおおよその生活機能全般の困難度を評価する

## 2.重症度評価尺度

患者自身による自己評価のスコアを参照しながら、国際的な疾患分類の診断指針あるいは診断基準に則って、うつ病の診断は可能である。さらに、うつ病の臨床症状を総合的に把握するとか、その状態の重症度を評価しようとするときには、ハミルトン抑うつ評価尺度 (Ham-D, HRS (表9) がある。この尺度は、1-17項の評価に限る17項目版と、1-21項の全てから評価する21項目版の2通りの利用が可能であるが、一般には17項目版が用いられる。本評価尺度を使う場合は、事前に若干の演習を行うことが勧められている<sup>4)</sup>。

表9 Hamilton抑うつ評価尺度 (Ham-D, HRS)

Hamilton M:A rating scale for depression. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 23: 56-62, 1960.

| 番号 | 項目                     | 重症度評価のための指標とレベル  |
|----|------------------------|--|
| 1  | 抑うつ気分<br>0 1 2 3 4     | 憂うつ、厭世感、悲壮感を示す<br>泣く傾向<br>悲壮感その他が認められる (1)<br>時々泣く (2)<br>しばしば泣く (3)<br>極度の抑うつ状態 (4)               |
| 2  | 罪業感<br>0 1 2 3 4       | 自責感、罪業念慮、この病気は何かの罪である、罪業妄想、<br>罪業幻覚  |
| 3  | 自殺<br>0 1 2 3 4        | 生きるだけの価値がないと思う、死んだほうがまだ、自殺念慮、自殺企図  |
| 4  | 入眠障害<br>0 1 2          | 入眠困難   |
| 5  | 熟睡障害<br>0 1 2          | 夜間落ち着かず睡眠が途絶えがち  |
| 6  | 早朝睡眠障害<br>0 1 2        | 早朝覚醒し、再び眠ることが出来ない  |
| 7  | 仕事と趣味<br>0 1 2 3 4     | 無能力感、無気力、優柔不断、不決断、<br>趣味に対し興味喪失、社会活動の減退、能率の減退、職業放棄(この<br>病気のため) (4) (治療、回復後も仕事をしないものには低い点をつ<br>ける) |
| 8  | 精神運動抑制<br>0 1 2 3 4    | 思考、会話活動性の抑制、無感情、昏迷、<br>面接時軽度精神運動抑制 (1)<br>面接時明らかに精神運動抑制 (2)<br>精神運動抑制が強く面接困難 (3)<br>昏迷状態 (4)       |
| 9  | 激越<br>0 1 2 3 4        | 不安を伴った落ち着きの無さ  |
| 10 | 精神的不安<br>0 1 2 3 4     | 緊張、焦燥感、些細なことに対する心配、懸念、恐怖   |
| 11 | 身体についての不安<br>0 1 2 3 4 | 消化器系: 放屁、消化障害<br>循環器系: 頻脈、頭痛<br>呼吸器、生殖器、泌尿器など各系  |
| 12 | 消化器系の身体症状<br>0 1 2     | 食欲減退、腹の重い感じ、便秘   |

| 番号 | 項目                | 重症度評価のための指標とレベル   |
|----|-------------------|---|
| 13 | 一般的な身体症状<br>0 1 2 | 四肢の倦怠感、頭重、背中の重い感じ、背痛、易労性、無気力感   |
| 14 | 生殖器症状<br>0 1 2    | 性欲減退、月経異常   |
| 15 | 心気症<br>0 1 2 3 4  | 体のことばかり考える、健康に気をとられる、くどくど言う態度、心気妄想  |
| 16 | 体重減少<br>0 1 2     | 具体的に何Kg ですか   |
| 17 | 病識<br>0 1 2       | 病識欠如 (2)<br>病識の部分的欠如又は疑わしい (1)<br>病識あり (0)                                    |
| 18 | 日内変動<br>0 1 2     | 症状が朝か晩かにより悪化する(どちらかを記入) <input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 夕 |
| 19 | 離人症<br>0 1 2 3 4  | 現実感喪失、虚無的な考え<br>(詳しく記入)   |
| 20 | 妄想症状<br>0 1 2 3 4 | 疑惑的、関係念慮、関係妄想、被害妄想、<br>被害的な幻想(これらの症状はうつ病的性格を持たないもの)                           |
| 21 | 強迫症状<br>0 1 2     | 患者の苦しんでいる強迫観念、脅迫行為  |

重症度評価のための指標とレベルについては、5段階評価である場合には原則として「4」は重度、「3」は中等度、「2」は軽度、「1」は確かでない(または、少しあり)、「0」はなしであるとされる。また、3段階評価である場合は、原則として「2」は明らかにあり(高度)、「1」は確かでない(少しあり、または軽度)、「0」はなしとされる。

Ham-Dの総得点から重症度を評価するとき、幾つかの提案があり、17項目版において、「23点以上」は最重症、「19-22点」は重症、「14-18点」は中等症、「8-13点」は軽症うつ病とされ、「7点以下」を正常範囲とする。また、21項目版では「20点以上」を重度、「11-19点」を中等度、「5-10点」を軽度とする報告もある。この総合的な重症度評価における境界点は、必ずしも未だ確立されておらず、同じ21項目版で「25点以上」「17-24点」「16点以下」に分ける考え方もある。

- 1) Üstün TB, Sartorius N: Mental Illness in General Health Care. An International Study, New York, John Wiley & Sons, 1995.
- 2) 津田司他:プライマリ・ケアにおけるうつ病の検討.日本医事新報, No.3117, 47-50, 1984.
- 3) 自殺防止マニュアル「一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」, 26.日本医師会編, 明石書店, 2004.
- 4) 中根允文・Janet BW Williams(共著):HAM-D構造化面接SIGH-D, 星和書店, 東京, 2004.

## 4. うつ病診断時の注意点

### 診断を困難にする要因

プライマリ・ケア医においては、下記の要因がうつ病の診断を困難にしていると考えられる。

- 性別を問わず成人と（一般には女性に多い）、また年齢的に子どもから高齢者まで罹患する
- 成人と子どもや高齢者、女性と男性では様相が異なること
- 診察時、患者はしばしば「人前では常を感じよく、ニコニコして」いること（smiling depression）があること
- 偏見にとらわれて「精神疾患でありたくない」などという思いが強いこと
- 抑うつ状態における軽度から重度までの重症度や、1日のうちでの症状の変動、および病相の期間などの境界が不明確なこと
- うつ病には多彩な症状があること
- 精神科受診者では「憂うつ」を主訴とすることも多いが、プライマリ・ケア受診者では「身体症状」を主訴としたり、あるいは強調したりすること
- 身体疾患と合併したうつ病と、身体疾患としてのうつ症状の区別ができていく場合があること
- 他の精神疾患と併存したうつ病と、精神疾患の症状の区別がつきにくいこと
- 診断に至るまでの十分な診察時間が得られないこと
- 精神医学・医療に関する教育の少なさが現実にあること

### 面接の進め方

正確な診断、また患者との信頼関係を築くために面接が重要であり、できるだけ多くの情報を得る。「うつ病診断のための面接の進め方と質問例」および「精神疾患の面接時の具体的な注意点」を示す。なお、面接において収集すべき基本的な情報項目は次のとおりである。

- 症状（精神症状、身体症状、過去のエピソード、日内変動、自殺企図）
- 生活歴、家族歴、身体疾患歴、薬物歴
- 家庭・社会環境
- 性格特徴

### 診断時の4つの注意点

診断時は次の4点に注意を要する。

#### 1. うつ病を見逃さないための鑑別診断

うつ病にはさまざまな症状があり、診断基準に記されている典型的な症状だけが現れるわけではなく、診断基準にない症状も現れる。しかも症状の現れ方が典型的ではないこともある。

#### 2. 他の疾患との鑑別診断

脳器質性疾患や精神疾患などにともないうつ症状がみられることがある。

診断が困難な場合には専門医への紹介を勧める。

#### 3. 「高齢者」、「女性」、「子ども」の特徴

高齢者、女性、子どもの基本症状は成人と同様であるが、それぞれ症状に特徴がある。

#### 4. 既存治療で十分な効果が得られない場合

既存の抗うつ薬で十分な反応が得られない場合は日本うつ病学会の治療ガイドラインに沿って観察を行うと共に専門医への紹介を考慮する。

## 面接の進め方

### 1. うつ病診断のための面接の進め方と質問例

#### a. うつ病診断のための面接の進め方

精神科では、精神科受診の動機となる主訴は「憂うつ」であろうと考えて、抑うつ状態であるか否かをストレートに質問しやすい。しかし、精神科でも軽症の場合は「憂うつ感」のないことも少なくない(特に慢性化している場合)。内科などの一般科では、主訴の多くはなんらかの身体愁訴である。したがって、身体疾患がない場合はもちろん、身体疾患があっても(身体疾患にうつ病の合併)、「抑うつ」を「掘り出して」みつけるといふ考えが必要である。ここに一般科診療におけるうつ病診断の難しさがある。

プライマリ・ケア外来者で最も多い主訴は「疲労感」である。身体的検索は必須である。しかし身体的に異常があったとしても、身体的疾患にうつ病が合併していることもあり(身体疾患による入院患者の2割強)、ただちにうつ病を否定することにはならない。

身体的愁訴、特に倦怠感、易疲労感が長く続き、加えて「いかにも活気がなく、小さくボソボソしゃべる」、「動作が鈍く、つらそう、表情が暗い」などが目立てば、うつ病の可能性は高まる。ただ、うつ病であってもニコニコしていること(smiling depression)はあり、これは「症状をごまかす」というのではなく、「人前では常に感じよく」と考えるうつ病者の性格特性による。

「眠れるか」、「食欲はあるか」の質問は必ず行い、不眠と食欲不振が強ければ、うつ病の可能性が高まる。

次に、「最近、仕事(家事)はできていますか」、「気力が落ちていますか」、「人に会いたくない、人と話したくないですか」など、精神的な面の質問をするとよい<sup>1)</sup>。

#### b. うつ病診断のための症状別質問例

診断の進め方として、下記に示す質問例を参考に、まず「うつ病といえるレベルの抑うつ状態があるか」を判断する<sup>2)</sup>。

##### 1) 抑うつ気分

「気分が落ち込んだり、減入ったり、憂うつになったりすることがありますか」  
「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」

##### 2) 興味または喜びの喪失

「仕事や、趣味など普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」  
「これまでに好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」

##### 3) 食欲の減退または増加

「いつもより食欲は落ちていますか」  
「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」  
「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」  
「食欲が非常に増進して、体重が増えていませんか」

#### 4) 睡眠時間

「睡眠の状態はいかがですか」(導入質問)  
「ほとんど毎晩眠れないことがありますか。寝つきが悪かったり、夜中に何度も目が覚めたり、非常に朝早く目が覚めたりしますか」  
「眠気が強くて、毎日眠りすぎているということがありますか」

#### 5) 精神運動機能の障害(強い焦燥感あるいは逆に精神運動機能の制止)

「話し方や動作がふだんより遅くなっていたり、言葉がなかなか出てこないことがあったり、それを人から指摘されることがありますか」  
「じっとしていられず動き回っていたり、じっと座っていられなかったりすることが多くなっていますか」

#### 6) 疲れやすさ、気力の減退

「いつもより疲れやすくなっているとか、気力が低下しているとか、感じることはありませんか」

#### 7) 強い罪責感

「自分は価値のない人間と感じたり、悪いことをしたと罪悪感を感じたりしていますか」

#### 8) 思考力や集中力の低下

「なかなか物事に集中できなくなっている、ということがありますか」  
「普段より考えが遅くなったり、考えがまとまらなくなったりしていますか」  
「普段なら問題なく決められることが、なかなか決められなくなっていますか」

#### 9) 自殺への思い

「このまますーっと消えてしまいたいと感じますか」  
「死んだら楽だろうなあと思うことがありますか」  
「死について何度も考えるようになっていますか」  
「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えるということがありますか」

## 2.精神疾患の面接時の具体的な注意点

精神疾患の面接は下記を参考として進めるとよい<sup>3)</sup>。

### 1)座る位置と視線

医師は患者の真正面に座るのではなく、直角に座るほうが患者への圧迫感を減らすことが多い。医師と患者は、できるだけ同じ高さの視線にするようにする\*。

(\* : American Board of Psychiatry and Neurology面接試験の項目)

### 2)面接の進め方

#### (1)相手を確認し、自己紹介する

初診の場合:

「〇〇さんですね。私は〇〇と申します」と自己紹介することにより、患者間違いを防ぎ、また患者をリラックスさせることになる。同伴者がいる場合は、「ご家族の方ですか? どういう間柄ですか?」と関係を確認しておく。

再診の場合:

患者を待たせたときは、「長い時間お待たせしましたが、よく辛抱されましたね」といった言葉が患者をリラックスさせる。言いわけよりも、患者の反応を認め、受容するほうが好ましい。

#### (2)面接の目的と所要時間を明確に

面接の目的と、おおよその時間を説明するとよい。「どのように調子が悪いか教えてください。その後どうしたらよいか一緒に考えましょう」などと導入する。

同席面接で家族が先に答えようとしてしまう場合は、「まずはご本人からみてどうだったかをお聞かせください」などといって交通整理する。逆に家族面接では「ご本人から大体の様子をお伺いしていますが、ご本人からみてご家族からみてとは違いがあることもあります。今日はご家族からみてどんな経過であったかをお聞きしたくてご足労いただきました」などと説明する。

80%は患者に話しをさせる(治療面接ならその割合は90%)というつもりでいるべきである。

#### (3)専門用語は使わない

もしどうしても専門用語を使うならば、しっかりと説明する\*。

漢語は読みやすいが、弁別が困難であり、大和言葉を使うほうがよい。例えば「出生地を教えてください」ではなく「お生まれはどちらですか」、「最終学歴はなにですか」ではなく「学校は、最終はどちらまで出られましたか」、「家族構成をおしえてください」ではなく「何人家族でいらっしゃいますか」などがよい。

#### (4)Open questionを重視する

はい／いいえで答えられるような質問をclosed question、これに対して文章で答えなくてはならない質問をopen questionと呼ぶ。

「親子関係は良好でしたか」よりも「子どもの頃、親子関係はどんなふうでしたか」、「普段よりも2時間以上も早く目が覚めてしまって、あと寝付けないことはありましたか」ではなく「最近睡眠のほうはいかがですか」のようにopen questionのほうが良質の情報が得られる。特に面接の最初は(初回面接だけではなく)「調子はいかがですか」と聞くのがよい。患者の話を止めず、できるだけ長く患者自身の言葉で語ってもらう。

#### (5)やがてclarifying question (semi-open question)を用いる

「神経がびりびりして」とか「頭がボーとして」などとあいまいな言葉に対しては、ひと通りの陳述が済んだときに「神経がびりびりすると先ほどおっしゃいましたが、そのときはどんな気持ちかももう少し詳しくお話していただけますか」などのsemi-open questionを使うとよい\*。

(6)「感情」に焦点を

Open questionの多用や「そのときはどんな気持ちでしたか」と感情を直接問う質問に加えて、

- ・現在の患者の感情を言語化する(「その当時のことを思い出すのは、つらそうですね」)
- ・事実関係を詰問せずに当時の感情を解釈する(「それはご両親があなたを扱った接し方と似ていますね」)
- ・共感、思いやり、関心を表明する(「お母様が亡くなられたときと相前後して、そんなことが起こったのでは、さぞかし大変だったでしょう」)ことが重要である。

(7)そしてやがてclosed question

Closed questionも重要である。とくに面接半ばで、患者自身の語りがある程度聞いたうえで、「体重は減りましたか」など診断の確定のためには必要なことが多い。

(8)医師主導であること

いついかなる場面でも大部分は患者が話しているのがよいが、常に医師が面接をコントロールする。

## 診断時の3つの注意点

### 1. うつ病を見逃さないための鑑別診断

うつ病の症状は、中枢神経系の症状としての「精神症状」、および自律神経系の症状を主体とした「身体症状」の2つに分けられる。特に身体症状が存在すると、患者は身体症状を強く訴えるために抑うつ症状が目立たなくなり、一方、医師も身体疾患の診断に注意を払いがちで、精神症状を見逃すことがある。その結果、心気症などとみなしがちである。

#### 1) 精神症状

代表的な症状を列記する。患者による症状の訴え方や表現の仕方はさまざまであると考え、表情や態度にも注意しておくべきである<sup>4)</sup>。

抑うつ気分

気が沈む、気がめいる、落ち込む、憂うつ、おもしろくない、喜怒哀楽の感情がわからない、感動がない、哀しい、ひとりで涙が流れる

思考の制止(抑制)

考えが浮かばない、考えが進まない、考えがまとまらない、頭の動きが鈍い、決断力が低下(返事に時間がかかる、生気のない話し方、話のテンポが遅い、内容も乏しい)

微小妄想

- ・取り返しのつかないことをした、過去の小さな過ちを悔やむ、自分を責める、周りに申しわけない(罪業妄想)
- ・不治の病にかかっている、もう助からない、癌にかかった、胃腸がすっかり駄目になっている(心気妄想)
- ・お金がない、貧乏で入院費も払えない、土地・財産を手放さなければならない(実際にはそのような状況にはない) (貧困妄想)

精神運動抑制

やる気がない、おっくう、気力がわからない(なにをするにも時間がかかる、日常的なことをするにもおっくう、寝てばかりいる)

不安・焦燥

イライラする、落ち着かない、不安である

## 2) 身体症状

代表的症状を列記する。しかし、さまざまな身体的愁訴、身体症状が現れうることを考えておくべきである<sup>5)</sup>。

### 睡眠障害

睡眠障害はほぼ全例にみられ、不眠が大部分(特に早朝覚醒が典型的であるが中途覚醒、入眠困難もみられる)、逆に過眠をとまなうこともある。寝起きがよいと患者が感じていれば、それだけでうつ病は否定できよう。

### 消化器系症状

食欲低下、体重減少が代表的な症状である。患者は「何を食べてもおいしくない」あるいは「味がなくて砂をかんでいるような感じがする」などと表現する。

便秘や下痢、吐き気、腹痛、腹部不快感(腹部膨満感など)を訴えることもあり、機能的胃腸障害、過敏性腸症候群と診断されていることもある。

### 疼痛

痛みは外科系を受診することが多い。うつ病患者では午前中に症状が重く、夕方から夜にかけて軽くなる(日内変動)。レントゲン検査、MRI検査で骨や神経に異常がない場合にうつ病が疑われるが、異常があってもうつ病を合併していることがある。

鎮痛剤が無効だったり、痛みが日内変動がある場合には治療的診断として抗うつ薬を投与し、その効果を確認することでうつ病を診断することもある。

### 全身倦怠感あるいは疲労感

よくみられる症状である。通常の過労との違いは、うつ病ではいくら休養しても疲労感が抜けない。日内変動があり午前中に症状が強く、夕方にかけて軽減する。

### めまい、耳鳴り

メニエル病、良性発作性めまい症と診断されることがある。疼痛と同様に抗うつ薬で改善することも多い。

### その他の自律神経症状

動悸、発汗、しびれ感など多彩な自律神経症状がみられる。

### 性欲減退

男女ともに性欲は減退し、男性ではインポテンスとして現れる。女性は更年期障害との鑑別が必要なこともある。

## 症状の日内変動

うつ病の症状には日内変動がみられ、一般的には午前中が悪く、午後から夜にかけて徐々に改善する。一日中落ち込んでいるわけではないために、うつ病ではなく「やる気の問題」と思われることが多い。しかし、日内変動がないから、うつ病ではないとはいえない。

## 2.他の疾患との鑑別診断

### 1) 身体疾患

多くの身体疾患にうつ病が高率に合併し、うつ病の治療が身体疾患の予後を改善することが明らかになっている。またQOL向上の観点からも、身体疾患患者のうつ病の早期発見と早期介入は重要である。特に高齢者は、うつ病の存在が周囲の人に気づかれないことが多く、注意を要する。

精神症状と身体疾患との因果関係には次の3つの可能性がある。

#### 1) 身体疾患そのものが精神症状を直接引き起こしている

例) 甲状腺機能低下症がうつ病の原因となっている

#### 2) 身体疾患に対する心理的な反応として精神症状が引き起こされている

例) がん患者が、その予後についてあるいは疼痛に対して心理的に反応してうつ病になっている

#### 3) 両者に因果関係はない

したがって、1)の場合は身体疾患の治療を優先するが、2)、3)の場合は身体疾患と精神疾患の治療が並行してなされるべきである。

身体疾患の症状としてのうつ状態と、身体疾患にうつ病が合併した場合の区別は困難であるが、身体疾患がある場合は先ず、前者を疑ってみる必要がある。診断にあたっては器質因子を除外することが重要である。

〔代表的な疾患〕

- 神経疾患:脳血管障害、認知症、パーキンソン病、頭部外傷など
- 内分泌疾患:甲状腺疾患、副甲状腺疾患、副腎疾患など
- 循環器系疾患:虚血性心疾患(特に心筋梗塞)
- 消化器系疾患:膵臓疾患、過敏性腸症候群、潰瘍性大腸炎など
- 膠原病:関節リウマチ、SLEなど
- 悪性腫瘍
- 更年期障害
- 睡眠時無呼吸症候群

### 2) 精神疾患

他の精神疾患との鑑別は困難なことが多く、精神疾患が疑われる場合は精神科へ紹介することを勧める。

〔代表的な疾患〕

- 双極性障害(躁うつ病)
- 統合失調症
- 認知症
- 不安障害(全般性不安障害、パニック障害、特定の恐怖症、広場恐怖、単一恐怖、社会不安障害、PTSD)
- 身体表現性障害
- 摂食障害
- 適応障害

### 3) コモビディティ(併存、共存、併病)

操作的診断分類法では、複数の疾患の診断基準を満たせば自動的に複数の診断がつく。精神疾患に限らず2つあるいはそれ以上の相互に独立した疾患が存在することをコモビディティ(併存、併病)という。

うつ病と不安障害には共通してみられる症状が多く(表1)、うつ病と不安障害をみわけて適切な治療をする必要がある。例として、睡眠障害はうつ病では早朝3、4時に目が覚める早朝覚醒が特徴であり、不安障害では頭に浮かぶ心配事で睡眠が妨げられる入眠障害が多い。集中困難は、うつ病では気力・意欲、興味・関心の低下のためであるが、不安障害では頭に浮かぶ心配事のために注意の集中が妨げられる。

うつ病と不安障害の併存率は調査結果(表2)によって異なるが全体としてみると、

- うつ病と不安障害との間に強い一貫した関連がある
- パニック障害は、恐怖症や全般性不安障害よりもうつ病との併存率が高い
- 恐怖症のなかでは、社交(社会)不安障害が最もうつ病との併存率が高いと報告されている。

不安障害の発症がうつ病に先行する例が多い。不安障害の発症からその後のうつ病発症までには多くが10年を経過しているが、パニック障害と全般性不安障害で1.5年と短い(表3)。

うつ病と不安障害が併存すると、それぞれに単独に罹患するよりも症状がより重篤、自殺企図率が高いとされ、転帰や治療への反応が悪く、生活機能の障害も強いなどの傾向があるといわれている<sup>7)</sup>。不安障害はうつ病発症の危険因子であり適切な治療が求められる。

### 4) 薬剤

薬剤によるうつ状態もしばしばみられる。

[代表的な薬剤]

- 降圧薬(レセルピン、プロプラノール、メチルドパ、クロニジン)
- 副腎皮質ホルモン
- インターフェロン
- 抗パーキンソン薬
- 抗がん剤
- 経口避妊薬 など

表1 不安と抑うつ症状

| 不安障害とうつ病に共通してみられる症状  | うつ病に主にみられる症状   | 不安障害に主にみられる症状   |
|--|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・睡眠障害</li> <li>・集中困難</li> <li>・食欲の変化</li> <li>・疲労感や無気力感</li> <li>・心循環器系、呼吸器系、胃腸管系の訴え</li> <li>・パニック</li> <li>・自殺念慮ないし自殺企図</li> <li>・不安・緊張</li> <li>・焦燥感</li> <li>・易刺激性</li> <li>・配慮・心配</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抑うつ気分</li> <li>・いつもの活動への興味の消失</li> <li>・喜びを感じられない</li> <li>・無価値感</li> <li>・決断困難</li> <li>・早朝覚醒ないし過眠</li> <li>・日内変動</li> <li>・慢性または反復性の痛み</li> <li>・体重の増加・減少</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入眠困難(初期不眠)</li> <li>・自律神経緊張亢進(頻脈、振戦、めまい感)</li> <li>・呼吸障害</li> <li>・予期不安、恐怖感</li> <li>・広場恐怖</li> <li>・恐怖症性の回避行動</li> </ul> |

(越野好文:うつ病のComorbidity.精神科臨床ニューアプローチ2-気分障害 133 Medical View、2005)

表2 世界各地での大うつ病と併存疾患のオッズ比

|            | バーゼル<br>n=470 | 米国<br>n=12,668 | ミュンヘン<br>n=483 | プエルトリコ<br>n=1,551 | チューリッヒ<br>n=591 |
|------------|---------------|----------------|----------------|-------------------|-----------------|
| すべての不安障害   | 3.0           | 6.7            | 5.5            | 14.9              | 2.7             |
| 全般性不安障害    | 7.4           | -              | -              | -                 | 4.1             |
| パニック障害     | 13.5          | 12.2           | 9.0            | 30.0              | 2.7             |
| 恐怖症        | 2.5           | 3.7            | 5.0            | 12.2              | 2.5             |
| 広場恐怖       | 1.3           | 4.5            | 5.0            | 12.2              | 2.7             |
| 単一恐怖       | 3.7           | 2.7            | 5.5            | 9.0               | 1.8             |
| 社交(社会)不安障害 | 2.2           | 5.0            | 6.7            | 18.2              | 2.7             |

(Kessler RC : Comorbidity of unipolar and bipolar depression with other psychiatric disorders in a general population survey. Marcel Dekker, New York, 1-25, 1999.)

\* オッズ比は、2つの疾患が併存する相対的リスクを示す。併存のリスクがなければ1で、数字が大きくなるほど併存のリスクは大きくなる

表3 原発性疾患と続発性大うつ病の時間間隔

|            | 続発性大うつ病の頻度(%) | 平均間隔(年) |
|------------|---------------|---------|
| 全般性不安障害    | 9.4           | 1.5     |
| 広場恐怖       | 9.4           | 10.6    |
| 単一恐怖       | 21.9          | 13.6    |
| 社交(社会)不安障害 | 22.4          | 11.9    |
| パニック障害     | 2.3           | 1.5     |
| 外傷後ストレス障害  | 11.2          | 11.6    |
| いずれかの不安障害  | 67.9          | 11.2    |

(Wittchen H-U, Kessler RC, Pfister H et al: Why do people with anxiety disorders become depressed? A prospective-longitudinal community study. Acta Psychiatr Scand 102 (Suppl 406):14-23, 2000.)

### 3. 「高齢者」、「女性」、「子ども」の特徴

#### 1) 高齢者のうつ病

加齢は生物学的・心理的・社会的 (bio-psycho-social) な変化をもたらす。たとえば、高齢になるにつれ、配偶者あるいは友人の死、自らの退職や失職など喪失体験を主としたさまざまなライフイベントが増え、心身の生物学的な退行の傾向も増強してくる。また、高齢者のうつ病は認知症と並んで頻度の高い精神障害でありながら、医師、家族に見逃されていることが多い。

#### 〔疫学〕

高齢者の有病率は2%~3%とされているが<sup>8)</sup>、加齢とともに有病率が上昇するかについては一定した結果は得られていない。また高齢者の約2%が気分変調症、約4%が抑うつ気分をとまなう適応障害を有しているとされている。

#### 〔特徴〕

症状は基本的には成人と変わらないが、いくつか異なっている。抑うつ気分は認められるが、患者の主たる訴えは頭痛、めまい、口渇、動悸、便秘・下痢、しびれなどの身体症状である。うつ症状としては、集中力低下、快感消失、食欲低下、不眠が多く、不安や焦燥が強いことも特徴的である。

高齢者では抑うつ気分を訴えることをためらい、身体症状のみを現しやすい傾向がある。高齢者では妄想や興奮症状、せん妄などの精神症状をみる重症例も少なくないが、このような場合は専門医への紹介が勧められる。

高齢者がうつ病になったとき、物忘れや日常生活動作の障害がでるなど、認知症を疑わせる症状がみられることがある。したがって、本人ならびに周囲の人からの詳しい現病歴の聴取が重要である。老年期うつ病と認知症の鑑別のポイントを表4に示す。

自殺の可能性が高いことも特徴とされ、自殺念慮を有する高齢者は専門医への紹介などの配慮が必要である。

#### 〔治療〕

SSRIは三環系(四環系も含む)抗うつ薬と同等の効果がある。代謝機能の低下など副作用が発現しやすいので、低用量から開始して、ゆっくりと増量する。

不安、焦燥が強い時にはベンゾジアゼピン系抗不安薬、不眠にはベンゾジアゼピン系睡眠薬が有効であるが、長期投与は避けることが望ましい。

認知機能が低下している高齢者のうつ病患者では、必要量を服薬できなかつたり、過量に服薬するなどの問題が起こりやすいので注意を要する。

表4 老年期うつ病と認知症の違い

|      | 老年期うつ病   | 認知症   |
|------|--|---|
| 発症   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・家族などの喪失</li> <li>・居住環境の変化など</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・アルツハイマー型認知症は比較的緩やか</li> <li>・脳血管性認知症の場合は脳梗塞などのエピソードなど</li> </ul>  |
| 症状   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抑うつ気分(若年者より目立ちにくい)</li> <li>・身体愁訴</li> <li>・睡眠障害(中途覚醒、早朝覚醒)</li> <li>・食欲低下</li> <li>・意欲低下</li> <li>・妄想(心気・罪業・貧困・微小妄想など)</li> <li>・希死念慮</li> <li>・認知機能低下(思考抑制によるものが大きい)</li> <li>・視覚構成機能は低下しない</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知機能の低下(失見当識・記銘力障害)</li> <li>・抑うつ気分(活動性の低下に伴い現れることが多い)</li> <li>・病識・自覚症状に乏しい</li> <li>・睡眠障害(主に昼夜逆転・夜間せん妄として現れることが多い)</li> <li>・アルツハイマー型認知症の場合は視覚構成機能の低下</li> <li>・脳血管性認知症の場合は病変部位によって麻痺などが出現</li> </ul> |
| 日内変動 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・朝方に症状が悪い</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・個人によって異なる(せん妄の場合は夕方から夜に多い)</li> </ul>   |
| 治療法  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・抗うつ薬が中心</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>・認知症薬が中心</li> </ul>  |

(白井樹子、本間昭:老年期うつ病と痴呆の見分け方 COMMUNITY CARE、5: 26-28、2003より一部改変)

## 2) 女性のうつ病

性ホルモンのバランスが変化する産褥期、月経前、更年期(閉経前)の3つの時期にうつ状態を含むうつ症状が多くみられる。マタニティーブルー、産褥期うつ病、月経前症候群、更年期うつ病がある。

出産2週間以後から数ヶ月程度に起こってくる産後うつ病は、マタニティーブルーに比べて症状が重いことが多く、治療が必要となる。症状は基本的に他の時期に起こってくるうつ病と相違はないとされているが、不安、焦燥が強く、抑うつ感情などが隠蔽されていることが多い。また産褥期には一過性の精神病状態も呈しやすく、錯乱や幻覚・妄想状態がみられることもあるので、注意が必要である。これらはいずれも出産にともなうホルモン分泌の大きな変化が関係しているとされているが、環境の変化、授乳や夜間の新生児の世話などによる睡眠不足なども要因と考えられる。この時期のうつ病はその後の母子関係に与える影響も考慮し、見過ごさず積極的に治療を行うことが必要である。薬物治療は、SSRIが主流であるが、エストロゲンや甲状腺ホルモンも有効である。

### マタニティーブルー

マタニティーブルーは、産後3～5日頃をピークとして発症する。気分の不安定、涙もろさ、周囲への敵意、新生児への陰性感情、不眠、集中困難、不安などの症状が出現する。ほとんどの例では治療を受けなくとも2週間以内に自然消退するが、5%程度は産後うつ病に進展するとされている。出現頻度は欧米では褥婦の約半数でみられるとされているが、わが国ではより少ない(約25%)といわれている。

### 月経前うつ病:月経前不快症候群

月経の前に抑うつ症状や意欲・関心の低下などがみられ、家事などの日常生活に影響を及ぼす。抗うつ薬が有効とされている。

### 更年期障害

#### 〔特徴〕

閉経前後における女性ホルモン(エストロゲン)減少を主要原因とする様々な症状を更年期障害と呼び、この時期はうつ症状がよく現れる時期であるとされている。更年期は一般的に閉経前後の各5年間で計10年間を指すが、必ずしも時間にこだわるよりも各個人の病態に応じて認識した方が良いと考えられる。この時期では加齢に伴い急速に性腺機能が低下し、これに伴いエストロゲン分泌が低下し、月経異常、ほてり、のぼせ、泌尿生殖器症状、骨粗鬆症、高脂血症、動脈硬化などの症状が見られる。

このエストロゲン低下は中枢神経系の機能にも影響を与える。また閉経による女性性の喪失感、子供の成長による母性性の喪失感、パートナーとの一体感の喪失などこの時期の女性に起こりやすい環境の変化も影響し、不眠、うつ症状などが出現する。

#### 〔治療〕

エストロゲン補充療法(女性ホルモン補充療法)が有効であることを示すデータもある。ただし副作用への注意は必要。この他、精神症状には抗不安薬や抗うつ薬が用いられることもある。また漢方薬による治療が行われることも多いようである。

### 3)子どものうつ病

最近、子どものうつ病は、一般に考えられているよりもかなり多く存在するのではないかといわれている。その6ヶ月有病率は児童期(12歳未満)で0.5~2.5%、思春期以降(12~17歳)で2.0~8.0%の範囲にあるとされている<sup>9)</sup>。

#### 〔特徴〕

子どもの場合も、うつ病症状は成人のものと基本的に同じといえるが、いくつかの特徴がある。子どもでは抑うつ気分を積極的に口にすることは少なく、また表情や行動などにも現れにくいとされている。重症のケースでは成人同様に憂うつな表情をし、口数も少なく、みるからに元気がないといった様子がみられるが、軽症例では一見したところ、少し元気がない程度にしかみえないことも多い。また不安や抑うつ気分が、イライラする、怒りっぽくなる、落ち着きがなくなるなどの形で表現されることも多い。

身体症状が多くみられることも、子どものうつ病の特徴である。頭痛や腹痛などの症状がよくみられる。また食欲不振のために期待されるような体重の増加がみられない場合も、うつ病である可能性がある。

子どものうつ病を考える際には、不登校との関連も考慮に入れる。不登校を訴えて精神科、児童精神科を受診する小児のなかにうつ病の症状がみられ、抗うつ薬の投与により症状が改善し再登校に至るケースもあるが、短絡的に「不登校=うつ病」という考え方をすることは危険である。

#### 〔治療〕

子どもに対する薬物療法は慎重になされるべきで、子どもへの抗うつ薬使用について十分なエビデンスが蓄積されているとはいえない。子どもへのSSRIやSNRI投与が、うつ病における自殺や自傷行為のリスクを高めるのではないかと危惧もあり、現在、日本ではSSRI、SNRIともに「抗うつ薬の投与により、18歳未満の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、抗うつ薬の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること」とされている。

三環系抗うつ薬でも、子どもでは副作用が出現しやすく、個人差も大きいので、少量から開始し、漸増していく投与法が勧められている。

精神療法的なアプローチは、子どもの発達段階に応じて行う必要がある。学校や家庭などの環境要因が、発病や経過に強く関与している場合もあるので、積極的に環境の調整を図る必要がある。

#### 4. 既存治療で十分な効果が得られない場合

##### 1) 既存治療で十分な効果が得られないうつ病

うつ病治療研究で国際的に著名な米国のThaseとRushによる、抗うつ薬への治療反応性によるうつ病のステージ分類を表5に示す<sup>9)</sup>。彼らは、抗うつ薬治療反応性に応じてステージ0～5の6段階に分類した。ステージ0には、副作用のため十分な用量を服薬することができない薬物不耐性、服薬アドヒアランスが不良な例や治療側が抗うつ薬を十分量・十分期間処方していない(不適切な治療)症例が含まれる。

表5 抗うつ薬への治療反応性に基づいたうつ病のステージ分類

| ステージ | 治療反応性                           |
|------|---------------------------------|
| 0    | 十分な抗うつ薬治療を受けたことがない              |
| 1    | 1種類の十分な抗うつ薬治療に非反応*              |
| 2    | 2種類の異なる薬理学的特性の抗うつ薬による十分な治療に非反応* |
| 3    | 1種類の増強療法に非反応*(リチウム、甲状腺ホルモンなど)   |
| 4    | 2種類の増強治療に非反応*                   |
| 5    | 電気けいれん療法(ECT)に非反応*              |

\*非反応:信頼できる評価尺度による総点が治療開始時と比較して50%未満の減少

##### 2) 既存治療で十分な効果が得られないうつ病と判断するために

抗うつ薬に十分に反応しないうつ病の前提となる標準的かつ十分な治療を行うためには、エビデンスに基づいた治療ガイドラインが必要である。日本うつ病学会治療ガイドライン<sup>10)</sup>では、抗うつ薬を低用量から開始して反応がない場合は、有害作用が臨床上前問題ない範囲で十分量まで増量を行い、4-6週間(場合によっては8週間)の観察を行うこと、またその際には、服薬アドヒアランスの確認を併せて行うことを推奨している。また、現在の診断が正しいか、併存障害の見落としがないかについて繰り返し検討する重要性を指摘している。

- 1) うつ病のすべて—早期発見から治療まで—編集鹿島晴雄、宮岡等、永井書店、310-312、2003。
- 2) 自殺防止マニュアル「一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」、日本医師会編、明石書店、2004。
- 3) 古川嘉亮:「精神科面接法」、精神科診療診断学エビデンスからナラティブへ 4-6 医学書院、2003。一部抜粋、改変
- 4) 野村総一郎、樋口輝彦:標準精神医学第5版266医学書院、2012。
- 5) 山岡昌之:一般医がうつ病に気づくために、精神科臨床ニューアプローチ2—気分障害 9 Medical View、2005。一部抜粋
- 6) 越野好文:うつ病のComorbidity。精神科臨床ニューアプローチ2—気分障害 133 Medical View、2005。一部抜粋、改変
- 7) 加田博秀、笠原洋勇:気分障害と認知症の疫学、精神科治療 20: 881-886、2005。
- 8) Harrington R: Affective disorders. In: Rutter M, Taylor E, Hersov L (Eds) : Child and Adolescent Psychiatry : Modern Approaches, 3rd Edition, Chapter 19. Blackwell Science, Oxford, pp 330-350.
- 9) Thase, M. E., Rush, A. J. : Treatment-resistant Depression. Psychopharmacology. The Fourth Generation of Progress, edited by Bloom, F. E., Kupfer, D. J., Raven Press, New York, 1995
- 10) 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 「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年7月31日)

## 5. うつ病の4つの治療目標と治療法

### うつ病の経過

うつ病の経過はさまざまであるが、一般的に未治療例では6～12ヶ月続いた後に自然に消退するとされている。薬物治療など適切な治療を受ければ、多くが3～6ヶ月で回復する。

発病年齢が遅いほど、病相期間は長い傾向があり、また再発を繰り返すにつれて長期化する。逆に病相と病相の間の寛解期は繰り返すにつれて短くなる。うつ病は再発率が高く、その多くが寛解から2年以内に再発する。また若年発症者では再発率が高いとされる。うつ病を経験した患者の約60%が2度目のエピソードを経験する。さらに2度経験した患者の約70%が3度目の経験を、3度経験者の90%が4度目を経験するとされ、慢性化する。症状が改善し、自殺の実行に必要な気力が回復した時に自殺の危険性が高くなる。

### a. 4つの治療目標

うつ病の治療には4つの目標がある。

1. うつ病のあらゆる症状を軽減し、最終的に取り除く(寛解)
2. 発症前の心理社会的要因および職業的機能を回復する(リカバリー、回復)
3. 再燃および再発を防止する
4. 自殺を防止する

#### ■ 再燃、再発防止

薬物療法によってうつ病の症状がある程度軽快すると、患者は満足しそれ以上は抗うつ薬の増量—それどころか服薬そのもの—を望まないことが少なくない。医師の方もある程度の改善でそれ以上処方量を増さない傾向がある。事実、2005年に行われた精神科医へのアンケート調査<sup>1)</sup>では、急性期うつ病の治療目標として、「寛解—症状がすべて消失」を目指している医師は約3割に過ぎず、約6割は「症状の8割改善—ほぼ改善しているが、症状がまだ残存している状態」、そして1割は「症状の5割改善」が目標であった。症状の軽快や不完全寛解では残遺症状が残る。残遺症状は再燃・再発のリスク因子である。残遺症状のない患者に比べて、それらの症状のある患者では再燃率が高く、しかも速やかに再燃することが知られている。また、QOLの低下も高度である。残遺症状として抑うつ症状に加えて、不安、いらいら感、および対人関係摩擦、コミュニケーションの阻害などの症状がみられる。後の2つがもたらす社会的適応の障害がうつ病の長期予後を不良なものにする<sup>2)</sup>。うつ病の治療目標は、寛解、さらにその先の回復を達成することである。従って、軽快・不完全寛解で満足することなく、薬物療法においては適切な用量で、十分な期間の治療を常に心がける必要がある(6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴:急性期治療)、(10. うつ病の発症予防と再発防止)。

#### ■ 自殺防止

自殺を防ぐことはうつ病治療の最重要課題の一つである。一般に自殺について質問するのが躊躇されることが多い。しかし、自殺防止のためには自殺について思っていることを率直に語ってもらう必要がある。うつ状態にあれば、「死んだ方が楽だ」「ずっと消えてしまいたい」という思いが浮かぶことはありふれたこ

とであって、少しも特別なことではないこと、ましてや恥じることでも、罪なことでもないことを患者本人そして家族に理解してもらうことが必要である。

しかし、家族や周囲の方は自殺という言葉に敏感に反応する。大いにうろたえ、そんなことをいうものではないと、患者の口を封じようとするのが少なくない。死ということが思い浮かぶくらいつらいのだということが周囲の人に理解されることは患者にとって大きな救いである。自殺したいという思いを口に出せないこともたらずデメリットは大きい。自殺についてうろたえることなく話し合うことで自殺の決意の程度がわかり、その結果、専門医の助力が必要かどうかを判断できる(2. 自殺者の推移とうつ病:自殺防止のための質問法)。

## b. 4つの治療法

次の4つを組み合わせることにより、効果的な治療が可能となる。

### 1. 治療関係の確立

治療関係は即座にできるものではなく、治療の過程で徐々に醸成されるものであるが、治療関係の確立がうつ病治療の基本である。特に初期の対応が重要である(8. うつ病患者とその家族・周囲の方への指導)。

- 十分に話を聞く
- 十分に病気の説明をする

### 2. 休養

心身の休養は治療の基本であり、治療効果を上げる最大の要因である。勤務者であれば業務内容を変更する、仕事を休む、主婦であれば家事を誰かに代わってもらうなど、とにかく心身を休ませることである。したがって職場や家庭で、一定期間十分に休養できる環境作りの支援が重要であり、必要に応じて一定期間入院することも考慮すべきである。うつ病患者のQOL(図1)、就業率(図2)は、ともに低下している。

### 3. 薬物療法

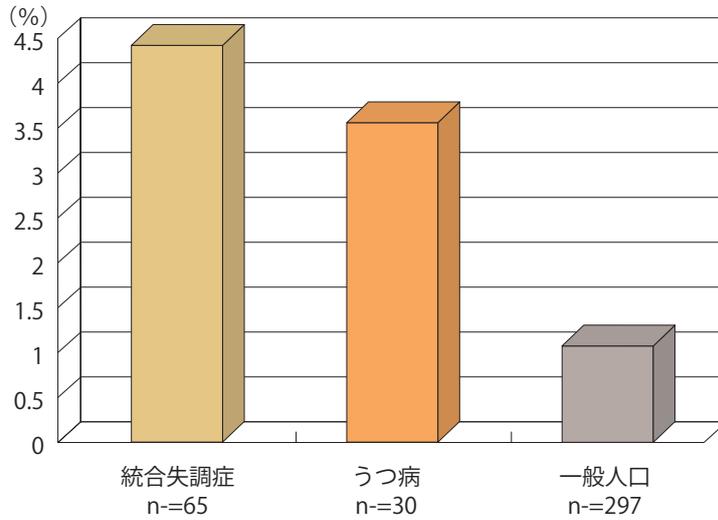
中等症以上のうつ病では、SSRI、SNRIなど新規抗うつ薬が第一選択薬とされており、うつ病患者の約70%に有効とされている。しかし2剤以上の抗うつ薬併用の効果は限定的であり、多剤併用は避けるべきである(6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴)。

最近では、既存治療で十分な効果が認められないうつ病・うつ状態に対する増強療法(47ページ2)治療効果がみられない場合を参照)が承認を得ており、抗うつ薬効果が部分反応であったり、残遺症状がみられるような場合には有効な治療法である。

### 4. 精神療法

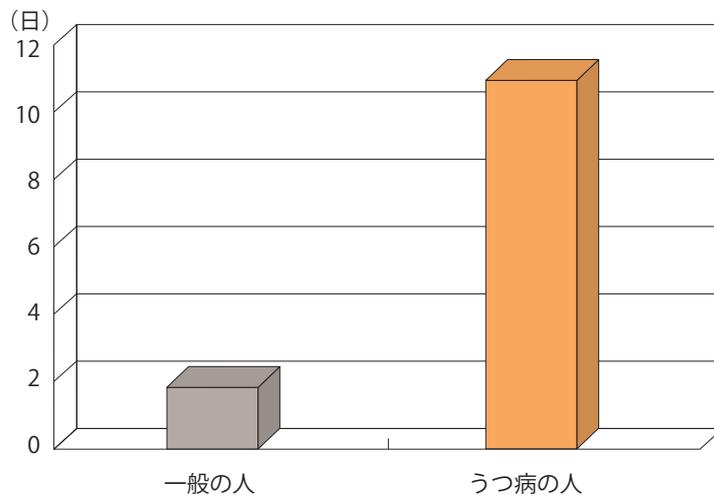
「支持的**精神療法**」や「**認知行動療法**」など精神療法は、軽症では単独でも有効であり中等症以上のうつ病においては薬物治療と併せて実施することで治療効果を上げることが確認されている。支持的**精神療法**はプライマリ・ケアにおいても容易に実施でき、また**認知行動療法**は患者自ら実施可能であり積極的な実施が望まれる(7. **薬物療法以外の治療法**)。

図1 GHQ-12(全般健康質問票)による精神障害者のQOL



(中根允文ほか精神障害者におけるQOL評価の研究. 平成11・12年度科学研究費補助金研究成果報告書)

図2 過去90日間で活力が減退して仕事ができなかった日数



(WPA/PTD うつ病性生涯教育プログラム: NCM Publishers, Inc. New York, JCPTD訳責)

- 1) 上島国利、樋口輝彦、神庭重信:「うつ病の薬物療法についての考え方」実態調査結果とそれを受けての提言. 日本医事新報 4262:18-24,2005.
- 2) Fava GA, Ruini C, Belaise C: The concept of recovery in major depression. Psychol Med 37:307-317,2006.

## 6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴

### a. 薬物療法

ここでは、まずDSM-5の診断基準を満たす大うつ病性障害を中心にして述べ、ついでプライマリ・ケア領域のうつ病についても述べる。

#### 5つの経過

うつ病の治療経過は、「反応」、「寛解」、「回復」、「再燃」、「再発」の5つに分けられ、その定義は統一されているが(表1)、臨床において明確に判断・区別することは困難なことが多い。

#### 3つの治療期

うつ病の薬物療法は、概念的に

急性期

治療開始から寛解まで

継続治療期

寛解から回復まで

維持治療期

回復後の再発防止

の3つの治療期に分けられる(図1)。

急性期治療による症状消失後の約8週間は再燃しやすく、中等度以上のうつ病の場合、寛解した後も「再燃防止」のために4～9ヶ月にわたる「継続治療」を行うべきである。さらに複数回の再発を繰り返した患者では、「再発防止」のために数年から生涯にわたる「維持治療」が求められる(10. うつ病の発症予防と再発防止)。

#### 薬物の選択

抗うつ薬には、多くの種類(次項)があり、個々の患者に応じた選択肢がある。

抗うつ薬の効果は約60～70%とされ、クラス間(例えば三環系とSSRI)またはクラス内(SSRIのなかの異なる薬剤)で大差はないとされている。うつ病の薬物治療には、抗精神病薬にも適応を有するものがある(APZの表を参照)。副作用、禁忌を考慮して適切な薬剤選択を行う。

#### 軽症・中等症の治療アルゴリズム

軽症・中等症の治療アルゴリズム(図2)では、抑うつのみならず不安、恐怖など他の症状への作用や副作用を考慮してSSRI、SNRIが第一選択薬とされてきたが、最近の日本うつ病学会の治療指針では、軽症うつ病治療の基本は支持的精神療法と心理教育を行うことであり、安易に薬物療法や体系化された精神療法を行うことは慎むべきであるとしている。したがって、このアルゴリズムは「中等症の治療アルゴリズム」と読み替えるべきである。

#### 薬物投与の開始時および中止時の注意

投与量は表2に示す初期投与量を参考として、副作用、反応を見極めながら漸増する。高齢者の場合は、初回投与量および最終投与量ともに成人より少なめの量を目安とする。

投薬中止時は、投薬中止にともなう再燃、あるいは中止後症候群の防止のために漸減する。

## b. 抗うつ薬の特徴

### 抗うつ薬の分類と薬理学的特性

抗うつ薬は、三環系、四環系、トリアゾピリジン系、SSRI、SNRI、NaSSAの6つに分類される。これら抗うつ薬のうち、三環系の一部、四環系、NaSSAを除きいずれもが、ノルアドレナリンやセロトニン(加えてある程度のドーパミン)の再取り込み阻害作用を有している。そのモノアミンに対する再取り込み阻害作用の強さにより、薬物学的特性(特に副作用)の違いがある。軽症例にはスルピリド(抗うつ薬の分類には含まれない)が使用されることも多いが適応があるのはわが国のみである。

#### ■ 三環系、四環系

強弱の差はあるが三環系はノルアドレナリンとセロトニンの再取り込み阻害作用を有するのに対して、四環系はセロトニン再取り込み阻害作用がなく、 $\alpha_2$ 自己受容体の阻害を通してノルアドレナリンの細胞外濃度を増加させる。

#### ■ SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitor)

SSRIは、セロトニンの再取り込み阻害作用が選択的かつ高力価であることから「選択的セロトニン再取り込み阻害薬」とよばれる。

#### ■ SNRI (Serotonin Noradrenaline Reuptake Inhibitor)

SNRIは、ノルアドレナリンとセロトニン再取り込み阻害作用が選択的かつ高力価であることから「セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬」とよばれる。

#### ■ NaSSA (Noradrenergic and Specific Serotonergic Antidepressants)

シナプス前 $\alpha_2$ アドレナリン自己受容体、セロトニン神経終末の $\alpha_2$ ヘテロ受容体を遮断することにより、脳内ノルアドレナリン、セロトニンの遊離が促進される。

### SSRI、SNRI、NaSSAの適応症

SSRI、SNRI、NaSSAは、抗うつ作用のほか抗不安作用などを有していることからうつ病以外の適応症もあり、剤形、用法用量とともにその一覧を表3に示した。

### わが国で使用されている抗うつ薬と副作用

抗うつ薬の副作用は、脳内モノアミンすなわちセロトニン、ムスカリン、 $\alpha_1$ -アドレナリン、ヒスタミンなどに対する阻害あるいは刺激作用の有無、強弱の差によるところが大きい。一般的には以下の副作用として出現する。

- セロトニン受容体の阻害:眠気、鎮静作用など
- ムスカリン受容体の阻害:口渇、便秘、頻脈、視力調節障害、失見当識、記憶障害など
- アドレナリン受容体の阻害:起立性低血圧、めまい、失神など
- セロトニン受容体の刺激:悪心、嘔吐、便秘など
- ヒスタミン受容体の阻害:体重増加、眠気など

### SSRI、SNRI、NaSSAの主たる副作用

24歳以下の若年者では抗うつ薬投与による自殺関連行動の増加が指摘されている。

また、いわゆる**アクチベーション**による衝動性の亢進や他害のリスクあるいは**中止後症状**などの問題があるので注意深い観察が必要である。しかし、これらはいずれも新規抗うつ薬に限った副作用ではなく、抗うつ薬全体に共通するものであることへの理解も必要である。

SSRI、SNRI、NaSSAの副作用の詳細を表4に示した。

SSRI、SNRI、NaSSAは、三環系に比べて抗コリン作用、鎮静作用、心伝導系への作用などともなう副作用が明らかに少なく、安全かつ長期的な投与に適している。ただし、逆に消化管のセロトニンに対する刺激作用を有するために、投与初期(約1週間)に消化器系の副作用が発現しやすい。なおセロトニン症候群や投薬中止時に中止後症状が稀にみられることがある。

## うつ病の薬物療法

### 1. 急性期の治療

#### 1) 薬物治療の導入

重症度によって薬物療法の導入の仕方、薬剤選択の内容などは異なる。軽症の場合については、薬物療法以前に支持的な精神療法および心理教育を十分行なうべきであり、安易な抗うつ薬治療には慎重でなければならない。

ここでは中等症のうつ病を想定して薬物治療の導入について記す。

まず、軽症・中等症治療アルゴリズム(図2)(中等症治療アルゴリズムと読み替える)を基準として、SSRIかSNRI、NaSSA(ミルタザピン)のいずれかの抗うつ薬を決定する。初回は、表2に示す初期投与量を参考として開始し、副作用が現れない場合には2~4日毎に増量し、6~12日で常用量まで上げていく。高齢者の場合は、初回投与量および最終投与量ともに成人より少な目の量とする。

抗うつ薬の十分な効果発現には4~6週間を要するとされている。患者にもこの点を十分に理解させ、決して自分の判断で服薬の変更、中断をしないよう指導する。

また、不眠、不安、焦燥をとまなう患者には、抗うつ効果発現までベンゾジアゼピン系の抗不安薬、睡眠薬を処方し症状改善をはかることは有用である。しかし、依存性があるので、長期投与は避ける。また鎮静作用、筋弛緩作用による眠気、ふらつきがあり、運転、転倒による骨折などに注意を要する。

[注意]

患者および家族に、次の点を説明し、十分な理解を得る(8. うつ病患者とその家族・周囲の方への指導)。

- 治療計画
- 漸増スケジュール
- アドヒアランス

・抗うつ薬の十分な効果発現には4~6週間を要すること。

・SSRI、SNRI投薬時は、投与初期に下痢、便秘等の消化器系副作用が発現する可能性のあることを十分に理解させ、決して自分の判断で服薬の変更、中断をしないよう指導する。

#### 2) 治療効果がみられない場合

治療に十分に反応せず、6~12ヶ月以上にわたって遷延する例がうつ病全体の10~15%にある。4~6週間過ぎても効果が現れない場合は、治療を再評価し、薬剤の変更や増強療法を検討する。

##### ■ 治療全体の再評価

- アドヒアランスは (服薬遵守されていないことが多い)
- 用量は十分か (患者によっては推奨用量の最大限まで増量すること)

- 抗うつ薬以外の処方薬の悪影響はないか
- 家族・周囲の方の理解・支援は十分か
- 併存精神疾患(コモビディティ)の再評価

#### ■ 薬剤の変更

再評価に問題がなければ、薬剤変更あるいは抗うつ効果増強療法を行う。しかし、いずれも利点、欠点があり(表5)、必要に応じて専門医へ紹介することを勧める。

- 抗うつ薬の切り替え
  - ・ 系統(薬理的特性)の異なる抗うつ薬へ変更する。
  - ・ 2剤以上の抗うつ薬の併用が有効とするエビデンスは乏しく、むしろ治療を複雑にする、副作用の出現の予測や対応がより困難になることから、多剤併用はなるべく避ける。

最低2種類の抗うつ薬の変更でも効果がないときは、精神科医に紹介する。精神科医は次の「抗うつ効果増強療法」を行うなどの方法を考慮してくれる。

- 抗うつ効果増強療法
 

非定型抗精神病薬に抗うつ効果増強作用があることが検証されてきた。わが国ではアリピプラゾールに適応が認められている。アリピプラゾールの薬理学的特性はドパミンD2/D3受容体およびセロトニン5HT1A受容体への部分アゴニスト作用、セロトニン5HT2A受容体へのアンタゴニスト作用を併せ持つ薬剤であり、ドパミン神経ならびにセロトニン神経への作用が期待できる。主な副作用はアカシジアや振戦などの錐体外路症状、体重増加、傾眠、不眠、便秘、口渇などが生ずることがある。

また、炭酸リチウムや甲状腺ホルモン、バルプロ酸などの気分安定薬を併用して、通常の抗うつ薬の作用増強をはかる。

### 3) 薬物治療の終了

#### ■ 治療薬の漸減

薬物治療を終了する場合は、再燃、**中止後症候群**の予防のために、数週間をかけて3/4、1/2、1/4量と漸減する。

#### ■ 家庭・職場復帰の指導

職場や家事への復帰時は、抑うつ症状の再発への注意が必要である(10. うつ病の発症予防と再発防止)。

患者本人には、性格に起因する「焦り」がみられやすく、また受け入れ側もその対応への困惑がある。職場への復帰時は、しばらくは半日出勤する、残業を制限する、個人のペースでできる仕事、ノルマのない仕事など個々人と職場の状況に応じた対策が求められる。産業医のいる職場の場合は、産業医との連携が重要である。家事にあっても徐々に作業量を増やすなどの対応が求められる。

近年、うつ病から回復した人が職場に戻る前にデイケア等でリワークプログラムを体験することで、スムーズな職場復帰が可能になること、復帰後早期の再燃を防ぐ上で有効であることが知られるようになり、リワークプログラムを実施するデイケア等が増加している。

また、休業者の職場復帰をいかに進めるかについて、「患者の職場復帰の意思表示」と「主治医による職場復帰の判断」を基本とした「心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き」(参考資料1)が厚生労働省より出されている<sup>1)</sup>。なお、各地域に「地域で生活する精神障害者(主に統合失

調症、うつ病)の日常生活の支援、日常的な相談への対応や地域交流活動などを行うことにより、精神障害者の社会復帰の促進と自立と社会参加の促進をはかる」ことを目的とする「精神障害者地域生活支援センター」が設立されており、利用されることを勧める。

## 2. 継続治療期

再燃は寛解してから8週間以内に多いとされる<sup>2)</sup>。再燃防止のための継続療法期は、大うつ病性障害の場合は、完全またはほぼ完全な症状寛解時から一般的には約4～9ヶ月間である<sup>3)</sup>。

- 寛解後では原則として急性期の治療と同じ薬剤を同じ量で継続する。
- 十分な期間の服薬継続後に薬物投与を中止する際は、数週間かけて漸減する。急激な服薬中止は、再発、中止後症状の原因となる。

## 3. 維持治療期

再発の恐れがある患者への維持治療は、継続治療後に始まり一般に5年以上のものをいう。無期限のおそらくは生涯にわたる再発予防を要することもある(10. うつ病の発症予防と再発防止)。

- 原則、継続治療期と同じ薬剤を同量で継続する。
- 長期投与時の特に問題となる副作用は、体重増加と過鎮静である。

表1 うつ病治療経過の定義

| 分類 | 定義   |
|----|--|
| 反応 | 治療開始後十分な改善が生じ、症候学的には診断基準をもはや満たさないが、まだ有意な症状が残存している時点                      |
| 寛解 | さらに改善が進み、ごく軽微な症状しか残存しないようになった時点  |
| 回復 | 寛解が一定期間以上持続すると「回復」とされる。この場合、回復は疾病そのものからの回復という意味ではなく、疾病エピソードからの回復と考える     |
| 再燃 | 一旦治療に反応したが、回復が宣言される前に、大うつ病の診断基準を満たす状態に戻った場合を「再燃」と呼び、これは同一のうつ病エピソードとみなされる |
| 再発 | 一方、回復が宣言された後に、大うつ病の診断基準を満たすような状態が出現した場合を「再発」という                          |

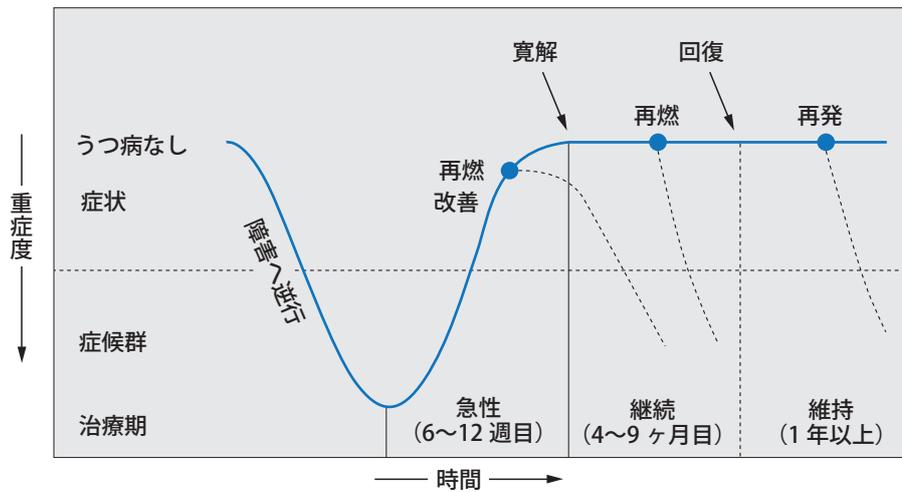
(古川壽亮、神庭重信:精神科診察診断学 エビデンスからナラティブへ、258-260 医学書院、2004.より作表)

表2 一般医におけるSSRI、SNRI、NaSSAの初期投与量、増量の目安(成人)

| 分類      | SSRI      |           |           |         | SNRI     |           |               | NaSSA   |
|---------|-----------|-----------|-----------|---------|----------|-----------|---------------|---------|
|         | パロキセチン    | フルボキサミン   | セルトラリン    | エスタロプラム | ミルナシプラン  | デュロキセチン   | ベンラファキシン      | ミルタザピン  |
| 一般名     | パロキセチン    | フルボキサミン   | セルトラリン    | エスタロプラム | ミルナシプラン  | デュロキセチン   | ベンラファキシン      | ミルタザピン  |
| 剤形      | 10mg、20mg | 25mg、50mg | 25mg、50mg | 10mg    | 5mg、25mg | 20mg、30mg | 37.5mg、75.0mg | 15mg    |
| 初期投与量/日 | 10mg      | 25mg      | 25mg      | 10mg    | 25mg     | 20mg      | 37.5mg        | 15mg    |
| 常用量/日   | 20～40mg   | 75～150mg  | 50～100mg  | 10mg    | 75～100mg | 40mg      | 75mg～150mg?   | 15～30mg |
| 最大投与量/日 | 40mg      | 150mg     | 100mg     | 20mg    | 100mg    | 60mg      | 225mg         | 45mg    |

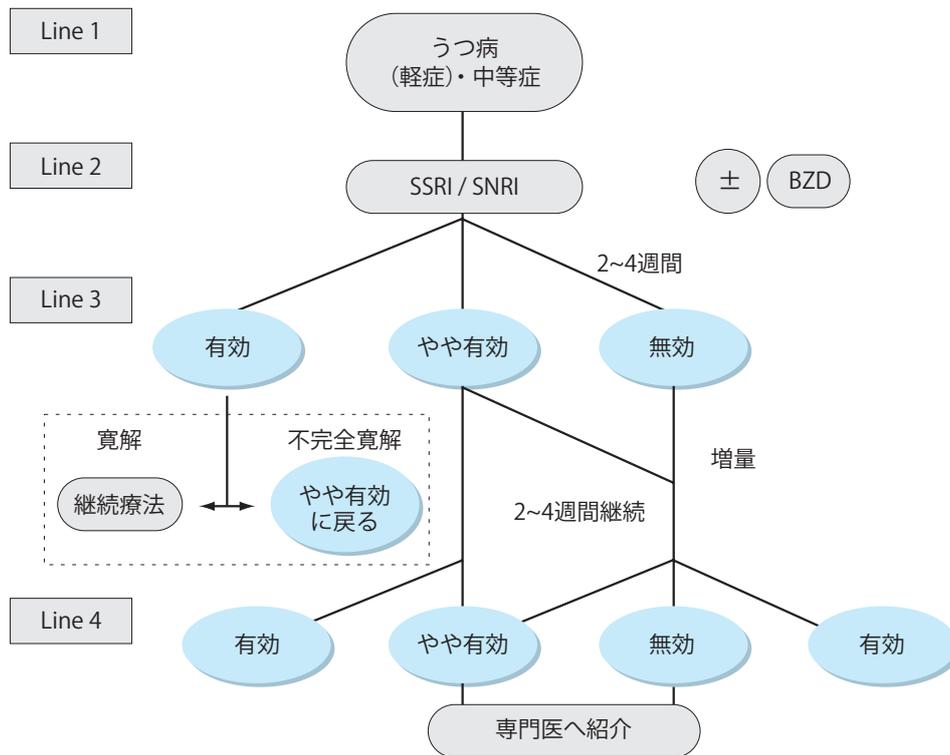
(JCPTD作成)

図1 3つの治療期



Prien RF, Kupfer DJ : Continuation drug therapy for major depressive episode ; how long should it be maintained ? Am J Psychiatry 143 : 18-23, 2002.

図2 うつ病(軽症)・中等症)の治療アルゴリズム(改訂)



\* : 「有効」と判定した場合は「寛解」と評価する  
 BZD : ベンゾジアゼピン系抗不安薬  
 SSRI : 選択的セロトニン再取り込み阻害薬  
 SNRI : セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬

(塩江邦彦他:大うつ病性障害の治療アルゴリズム、精神科薬物療法研究会 編(責任編集:本橋伸高)、気分障害の治療アルゴリズム,じほう社,19~4,2003、一部改変)

表3 わが国におけるSSRI、SNRI、NaSSAの用法用量と効能効果・注意

| 分類   | 一般名・商品名                      | 剤形  | 用法用量   | 効能効果・注意  |
|------|------------------------------|---|--|--|
| SSRI | パロキセチン<br>・パキシル              | 5mg、<br>10mg、<br>20mg錠<br>12.5mg<br>25mgCR<br>錠 | 〔うつ病・うつ状態〕<br>通常、成人には1日1回夕食後、パロキセチンとして20～40mgを経口投与する。投与は1回10～20mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。なお、症状により1日40mgを超えない範囲で適宜増減する。<br>〔パニック障害〕<br>通常、成人には1日1回夕食後、パロキセチンとして30mgを経口投与する。投与は1回10mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。なお、症状により1日30mgを超えない範囲で適宜増減する。<br>〔強迫性障害〕<br>通常、成人には1日1回夕食後、パロキセチンとして40mgを経口投与する。投与は1回20mgより開始し、原則として1週ごとに10mg/日ずつ増量する。なお、症状により1日50mgを超えない範囲で適宜増減する。 | うつ病・うつ状態、パニック障害、強迫性障害、社会不安障害、外傷後ストレス障害<br>警告<br>海外で実施した7～18歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照試験において有効性が確認できなかったとの報告、また、自殺に関するリスクが増加するとの報告もあるので、本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。<br>* 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。 |
|      | フルボキサミン<br>・デプロメール<br>・ルボックス | 25mg、<br>50mg、<br>75mg錠                         | 成人への投与<br>〔うつ病・うつ状態、強迫性障害、社会不安障害〕<br>通常、成人にはマレイン酸フルボキサミンとして、1日50mgを初期用量とし、1日150mgまで増量し、1日2回に分割して経口投与する。<br>小児への投与<br>〔強迫性障害〕<br>通常、8歳以上の小児には、フルボキサミンマレイン酸塩として、1日1回25mgの就寝前経口投与から開始する。その後1週間以上の間隔をあけて1日50mgを1日2回朝及び就寝前に経口投与する。年齢・症状に応じて1日150mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として25mgずつ行うこと。   | うつ病・うつ状態、強迫性障害、社会不安障害<br>* 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>* 類薬において、海外で実施された18歳以下の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。                                    |
|      | セルトラリン<br>・ジェイゾロフト           | 25mg、<br>50mg、<br>100mg<br>錠、OD錠                | 通常、成人にはセルトラリンとして1日25mgを初期用量とし、1日100mgまで漸増し、1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により1日100mgを超えない範囲で適宜増減する。  | うつ病・うつ状態、パニック障害、外傷後ストレス障害<br>* 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>* 海外で実施された6～17歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。                                       |

| 分類   | 一般名・商品名            | 剤形                                 | 用法用量   | 効能効果・注意  |
|------|--------------------|------------------------------------|--|--|
| SSRI | エスシタロプラム<br>・レクサプロ | 10mg錠                              | 通常、成人にはエスシタロプラムとして10mgを1日1回夕食後に経口投与する。なお、年齢・症状により適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて行い、1日最高用量は20mgを超えないこととする。  | うつ病・うつ状態、社会不安障害<br>*1. 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>2. 海外で実施された6～17歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において、6～11歳の患者で有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を12歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。                                      |
|      | ミルナシبران<br>・トレドミン | 12.5mg、<br>15mg、<br>25mg、<br>50mg錠 | 通常、成人には、塩酸ミルナシبرانとして1日50mgを初期用量とし、1日100mgまで漸増し、食後、分割経口投与する。<br>なお、年齢・症状により適宜増減する。ただし、高齢者には、1日30mgを初期用量とし、1日60mgまで漸増し、食後、分割経口投与する。   | うつ病・うつ状態<br>* 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>* 類薬において、海外で実施された18歳以下の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。   |
| SNRI | デュロキセチン<br>・サインバルタ | 20mg、<br>30mgカ<br>プセル              | (うつ病・うつ状態、糖尿病性神経障害に伴う疼痛) 通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして40mgを経口投与する。投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。なお、効果不十分な場合には、1日60mgまで増量することができる。<br>(線維筋痛症に伴う疼痛、慢性腰痛症に伴う疼痛、変形性関節症に伴う疼痛) 通常、成人には1日1回朝食後、デュロキセチンとして60mgを経口投与する。投与は1日20mgより開始し、1週間以上の間隔を空けて1日用量として20mgずつ増量する。 | ○うつ病・うつ状態<br>○下記疾患に伴う疼痛<br>糖尿病性神経障害<br>線維筋痛症<br>慢性腰痛症<br>変形性関節症<br>1. 抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>2. 海外で実施された7～17歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。 |

| 分類    | 一般名・商品名                    | 剤形                       | 用法用量  | 効能効果・注意  |
|-------|----------------------------|--------------------------|---|--|
| SNRI  | ベンラファキシン<br>・イフェクサー        | 37.5mg<br>75mgSR<br>カプセル | 通常、成人にはベンラファキシンとして1日37.5mgを初期用量とし、1週後より1日75mgを1日1回食後に経口投与する。なお、年齢、症状に応じ1日225mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として75mgずつ行うこと。 | うつ病・うつ状態<br>1.抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告がある。また、本剤の投与により、特に18歳未満の大うつ病性障害患者では、プラセボと比較して自殺念慮、自殺企図のリスクが高くなる可能性が示唆されているため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>2.海外で実施された7～17歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。 |
| NaSSA | ミルタザピン<br>・リフレックス<br>・レメロン | 15mg                     | 通常、成人にはミルタザピンとして1日15mgを初期用量とし、15～30mgを1日1回就寝前に経口投与する。なお、年齢、症状に応じ1日45mgを超えない範囲で適宜増減するが、増量は1週間以上の間隔をあけて1日用量として15mgずつ行うこと。         | うつ病・うつ状態<br>1.抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤の投与にあたっては、リスクとベネフィットを考慮すること。<br>2.*海外で実施された7～17歳の大うつ病性障害患者を対象としたプラセボ対照臨床試験において有効性が確認できなかったとの報告がある。本剤を18歳未満の大うつ病性障害患者に投与する際には適応を慎重に検討すること。   |

表4-1 SSRI、SNRI、NaSSAの主な副作用

|       | 副作用  |
|-------|--|
| SSRI  | 嘔気、悪心、口渇、便秘、眠気、睡眠障害、頭痛、めまい、ふらつき、倦怠感、動悸、振戦、焦燥感、不安感、性機能異常、セロトニン症候群など |
| SNRI  | 嘔吐、悪心、口渇、便秘、腹痛、頭痛、倦怠感、排尿障害、痙攣、めまい、発疹、多汗、動悸、頻脈、起立性低血圧、性機能異常など       |
| NaSSA | 眠気、傾眠、口渇、倦怠感、便秘、めまい、頭痛、動機、吐き気、腹痛、手のふるえ、頻尿、体重増加、血圧上昇                |

(JCPTD作成)

表4-2 既存治療で十分な効果が認められない場合適応が認められている抗精神病薬

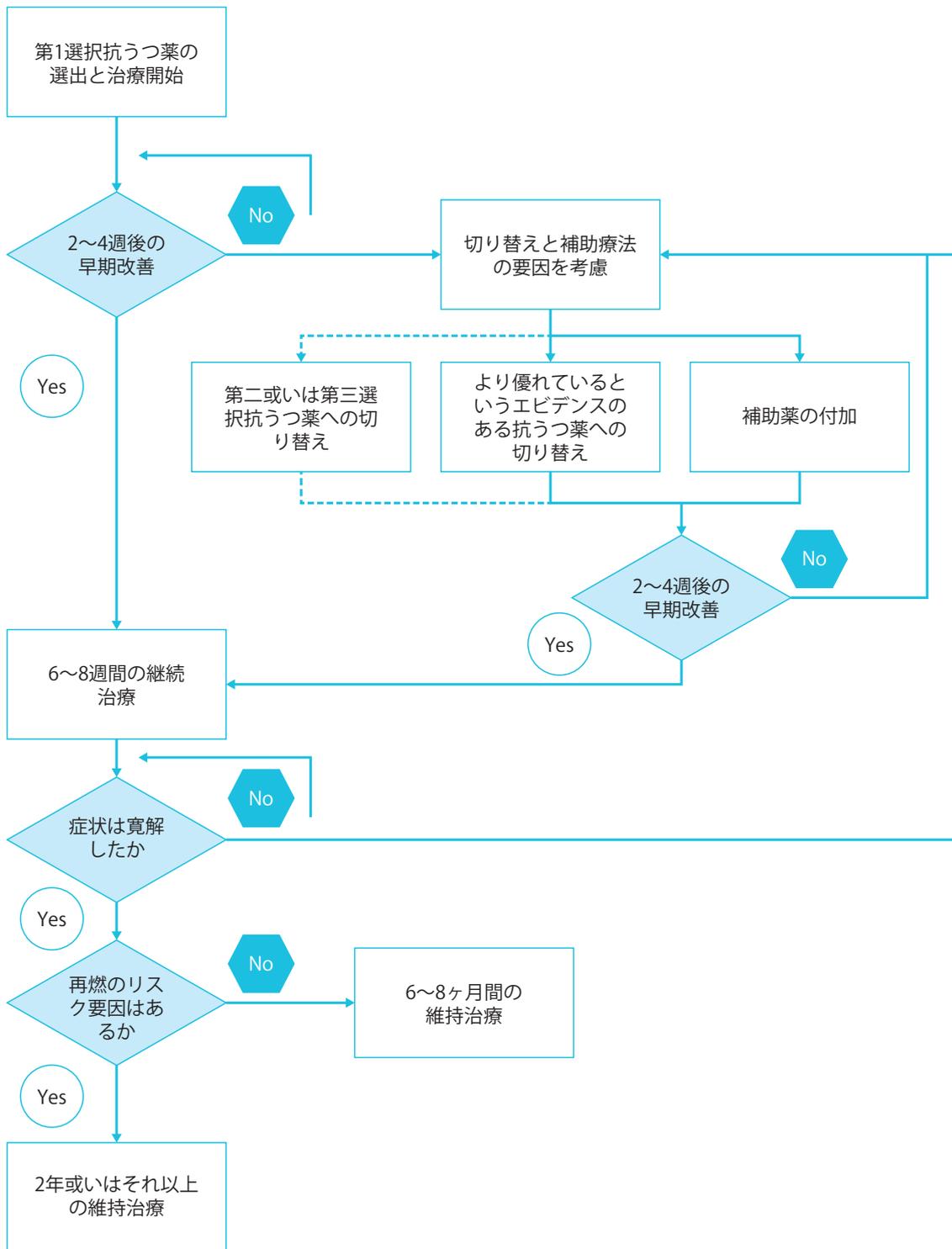
| 分類    | 一般名・商品名         | 剤形                                     | 用法用量   | 効能効果・注意   |
|-------|-----------------|--|--|---|
| 抗精神病薬 | アリピプラゾール・エビリファイ | 1mg、3mg、6mg、12mg<br>(錠剤、内用液、口腔内崩壊錠、散剤) | 通常、成人にはアリピプラゾールとして3mgを1日1回経口投与する。なお、年齢、症状により適宜増減するが、増量幅は1日量として3mgとし、1日量は15mgを超えないこと。 | うつ病・うつ状態(既存治療で十分な効果が認められない場合に限る)。SSRI又はセロトニン・SNRI等による適切な治療を行っても、十分な効果が認められない場合に限り、本剤を併用して投与すること。<br>抗うつ剤の投与により、24歳以下の患者で、自殺念慮、自殺企図のリスクが増加するとの報告があるため、本剤を投与する場合には、リスクとベネフィットを考慮すること。 |

表5 うつ病治療における切り替えあるいは増強療法のメリットとデメリット

|             | 切替  | 増強療法  |
|-------------|---|---|
| 介入の時期       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・忍容性の問題</li> <li>・反応がない</li> </ul>                       | 最小限あるいは部分反応   |
| 可能性のあるメカニズム | 神経伝達系の回復  | 抗うつ効果の促進  |
| メリット        | <ul style="list-style-type: none"> <li>・薬物相互作用を最小限にする</li> <li>・低コスト</li> <li>・単純な処方</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>・早い反応と寛解</li> <li>・部分反応の維持</li> </ul>              |
| デメリット       | <ul style="list-style-type: none"> <li>・効果発現は遅い</li> <li>・1剤目の抗うつ薬による部分的なメリットが損なわれる</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>・追加の費用</li> <li>・規制問題</li> <li>・副作用の可能性</li> </ul> |

Pae et al, CNS Drugs 2011; 25: 109-127

図3 抗うつ薬の効果が不十分な場合のアルゴリズム<sup>1)</sup>



うつ病患者の医療コストを試算した米国の研究では、治療に抵抗性を示す患者の方が身体疾患の合併率や精神疾患の併存率が高く、非治療抵抗性のうつ病患者群に比べて、治療抵抗性のうつ病患者群が外来患者で1.6倍、入院患者で6.5倍の医療費負担を抱えると報告されている<sup>2)</sup>。重大な転帰として、治療抵抗性うつ病は高頻度に再発を繰り返し、慢性的経過を辿り様々な障害や死亡リスクと関連していることが報告されている<sup>3)</sup>。例えば、治療抵抗性うつ病では、就労に関わる活動が軽度から中等度に障害されている<sup>4)</sup>。また、治療抵抗性うつ病は非治療抵抗性のうつ病に対して、心筋梗塞後の死亡リスクは1.71(95%信頼区間:1.05-2.79)であり<sup>5)</sup>、自殺企図率も15.4%に対して31%と約2倍高い<sup>6)</sup>。治療に抵抗性を示すうつ病患者は心身的苦痛に加え、経済的にもさらなる苦痛をしいられていることから、早期に寛解に達して社会活動が可能となるよう、個々の患者に対する治療方法を工夫していくことが重要である。

- 1) Kennedy SH, Lam RW, McIntyre RS, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) 2016 Clinical Guidelines for the Management of Adults with Major Depressive Disorder: Section 3. Pharmacological Treatments. Can J Psychiatry. 61: 540-60, 201
- 2) Crown, W. H., Finkelstein, S., Berndt, E. R. et al. :The impact of treatment-resistant depression of health care utilization and costs. J. Clin. Psychiatry, 63(11), 963-971, 2002
- 3) Fekadu A, Wooderson SC, Markopoulou K, et al. What happens to patients with treatment-resistant depression? A systematic review of medium to long term outcome studies. J Affect Disord. 2009 Jul;116(1-2):4-11.
- 4) Petersen T, Papakostas GI, Mahal Y, et al.: Psychosocial functioning in patients with treatment resistant depression. Eur Psychiatry. 2004 Jun;19(4):196-201.
- 5) Scherrer JF, Chrusciel T, Garfield LD, et al.: Treatment-resistant and insufficiently treated depression and all-cause mortality following myocardial infarction. Br J Psychiatry. 2012 Feb;200(2):137-42
- 6) Amital D, Fostick L, Silberman A, et al.: Serious life events among resistant and non-resistant MDD patients. J Affect Disord. 2008 Oct;110(3):260-4.

## SSRI、SNRI、NaSSA以外の薬剤

スルピリド(ドグマチールなど)

統合失調症治療薬として使用されるドパミン受容体阻害薬であるが、軽症うつ病では50mg～150mgの低用量で使用される。これは低用量であれば、むしろドパミンを遊離することで抗うつ効果を発現することによる。また、三環系・四環系と異なり抗コリン作用がないため口渇、便秘などの副作用がないとされている。しかし、漠然と長期間使用すると振戦や小刻み歩行など錐体外路症状や肥満などの副作用が発現することがあり注意を要する。特に高齢者で発現しやすい。また高プロラクチン血症のために乳汁漏出、月経異常が、男性では女性化乳房を起すことがある。

## セロトニン症候群

セロトニン症候群は、セロトニン作動薬(主に抗うつ薬のSSRI、SNRI)投与によって、脳内の細胞外セロトニン濃度が極端に高まり発症する。時には重篤で致死的な副作用となることがある。MAO阻害薬あるいはセロトニン再取り込み阻害作用の強いクロミプラミンやトラゾドンなどとSSRIを併用投与するときに起こりやすく、またリチ

ウムもセロトニン濃度を上げる作用があり、やはりSSRIとの併用時にセロトニン症候群が起こることがある。

多くは原因薬剤の開始・増量から24時間以内に、表6に示す中枢神経系や自律神経系などの症状が発現する。

治療は、原因薬剤の投与中止と補液などの一般身体的な治療が行われる。多くは、予後は良好で、症例の70%が24時間以内に回復するとされている。

表6 セロトニン症候群の診断基準

|  |           |
|--|-----------|
| A. セロトニン作動薬の追加投与や投薬量の増加と一致して、次の少なくとも3つを認める |           |
| 1. 精神症状の変化(錯乱、軽躁状態)                        | 6. 悪寒     |
| 2. 興奮                                      | 7. 振戦     |
| 3. ミオクローヌス                                 | 8. 下痢     |
| 4. 深部腱反射亢進                                 | 9. 協調運動障害 |
| 5. 発汗                                      | 10. 発熱    |
| B. 他の原因(感染、代謝疾患、薬物乱用または離脱)が否定されること         |           |
| C. 上記の症状が発現するまえに抗精神病薬は開始も増量もされていないこと       |           |

(Sternbach, 1991.)

### アクチベーション

抗うつ薬の投与初期に現れる症状であり、鎮静作用のないあるいは弱い抗うつ薬で出現しやすい。具体的な症状としては、焦燥感・不安感の増大、不眠、パニック発作、アカシジア、敵意・易刺激性・衝動性の亢進、躁・軽躁状態などである。

### 中止後症候群(断薬症候群)

SSRIの退薬症状は特異的で、依存による退薬症状ではないことから、中止後症状(断薬症候群: Discontinuation syndrome)といわれている。平衡感覚の異常、知覚の異常、衝動的な行動などが現れる(表7)。

同じSSRIの再投与により、72時間以内に症状は消失する。

表7 断薬症候群の診断基準試案

|  |
|--|
| A. SSRIを少なくとも1ヶ月以上投与後、中断あるいは減量している。  |
| B. 以下の2つ以上の症状がAの基準後1~7日以内に出現している。<br>めまい、頭がふらふらする、回転性のめまいあるいは失神しそうな感覚、ショック様感覚あるいは感覚異常、不安、下痢、疲労、不安定な歩行、頭痛、不眠、焦燥、嘔気/嘔吐、振戦、視覚障害 |
| C. Bにあげた症状により、社会的、職業的あるいはその他の重要な機能領域において臨床的に重大な問題あるいは障害が起きている。   |
| その症状は身体疾患によるものではなく、SSRIが処方された疾患の再発ではうまく説明できない。またほかの向精神薬を中止(あるいは減量)したことにより出現したものではない。   |

(Black K, et al: Psychiatry Neurosci. 25: 225-261, 2000.より改変引用)

- 1) 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き.厚生労働省労働基準局、平成24年.
- 2) Prien RF, Kupfer DJ : Continuation drug therapy for major depressive episode ; how long should it be maintained ? Am J Psychiatry 143 : 18-23, 2002.
- 3) Peselow ED, Difiglia C, Fieve RR : Relationship of dose to antidepressant prophylactic efficacy. Acta Psychiatr Scand 84 : 571-574 .1991.

## 7. 薬物療法以外の治療法

### 精神療法

精神療法は、薬物療法とともにうつ病治療において有効性が認められている。軽症～中等症のうつ病に対しては、短期精神療法は単独で薬物療法と同等の効果を示しており、慢性化していない例に対しては、むしろ抗うつ薬より推奨されている<sup>1)</sup>。再発防止効果は薬物療法に優り、抑うつ症状が残存している部分寛解例には特に有効とされている<sup>2)</sup>。

精神療法とは、「精神医学的治療の1つで、言語的、非言語的な対人交流を通して精神的な問題を解決し悩みを軽減することを目的とした精神医学的および心理学的治療法である」と定義することができる<sup>3)</sup>。精神療法と心理療法は同じものであり、Psychotherapyの日本語訳として精神科医は精神療法、心理領域では心理療法という用語を用いることを慣用としている。

主な精神療法を挙げる。

- 支持的精神療法
- 認知行動療法
- 対人関係療法
- 精神力動的な精神療法
- その他の精神療法

家族療法/夫婦療法、自律訓練法、バイオフィードバック法、森田療法、集団精神療法、生活(社会)技能訓練、など

### 身体療法

身体療法として次のような方法がある。

- 修正型電気けいれん療法 (Modified electroconvulsive therapy : m-ECT)
- 経頭蓋磁気刺激 (transcranial magnetic stimulation : TMS)
- 高照度光療法
- 断眠療法
- 運動療法

### 支持的な精神療法

うつ病患者に対する精神療法の基本は、「安心感、安定感」を提供することである。患者は「将来を悲観し、自らに対する評価も定まらず、ひどく落ち込んだり、少し浮き上がった」といったことを繰り返す。したがって、まず患者の苦痛に耳を傾け、患者の気持ちや考えなどに共感することが大切である。その後、現在の状態は病気であり治療の対象であることをはっきりと告げることが必要である。これによって、患者は一人きりで状況に対処するというのではなく、治療者や周囲の人の援助が受けられるということを保証される。また「気のゆるみや怠けなどではない」ということをはっきりさせることで、自責の気持ちを和らげることも大事である。

次に「うつ病は回復する病気であること」、できれば「治療の見込み期間」を知らせておく。患者は悲観的になりがちで今の状況がずっと続くのではないかと、もっと悪くなるのではないかと感じており、これに対して治療期間の見通しなどを伝えておくことで「治療に対する意欲」をもってもらうことが望まれる。「治療期間」としては初発

の比較的軽症のうつ病であれば、約3～6ヶ月と伝えておくのがよい。一般に病気の治癒期間をあらかじめ伝えることには困難がともなう。うつ病の場合でも一定の割合で遷延するケースがあり、必ずしも見込み通りに行かないこともあるが、それでもまず見込み期間を伝えることの意味は、大きいと思われる。「自殺を防ぎ、治療への意欲を保つために、治癒を保証する」ことは有効である。

見立てを伝え、治療の見込みを伝えた上で、「自殺などの自己破壊的な行動をしないことを約束」してもらおう。必ず治るのだからということを繰り返しながら、それまでに思い切ったことをしないようにということを、繰り返し約束していく。

うつ病患者の話は時に回りくどく、同じ話を繰り返すことにもなりがちである。それに対してあれこれと手をかえるのではなく、やや愚直なくらいに「同じ態度で、同じ内容を繰り返す」ことで、揺れ動く患者に対して定点を提供するのがよい。

### 認知行動療法

「認知療法」は、うつ病に対する代表的な精神療法であり、認知とは「ものの考え方」や「受け取り方」を意味する。うつ病患者では、自分に対する認知、自分を取り巻く世界に対する認知、将来に対する認知に歪みがあると言われている。うつ病患者に見られる認知の歪みとして、以下のようなものがあげられている。

- 過度の一般化(一回の悪い出来事から、それがいつも起こるだろうなどと考えてしまう)
- 破局的思考(ちょっとした困難を大変な災難のように考える)
- 恣意的な推論(証拠がないにもかかわらず、独断的に判断してしまう)
- 「～すべし」という思考(「～すべき」と考えるために自分を追い込んでしまう)
- 誇張と矮小化(自分に取って良くないことを過大に考え、良いことを過小評価してしまう)
- 全か無かの思考(90%のでき具合でも、100%でないのでまるでダメと考えてしまう)
- 個人化(自分に関係ないことも、自分に関連づけてしまう)
- 選択的抽出(自分の考えを支持するような、数個の論拠だけを選び出し、他の証拠を無視してしまう)

こうした認知の歪みがうつ病患者には多くみられ、そのために患者自身を苦しめ、うつ病からの回復を遅らせる。そのことを指摘し、是正しようというのが認知療法である。患者の考えが正しいのかどうか、証拠を探しながら検討したり、推論が飛躍していないか考えたり、他の考え方がないか探してみたりする。場合によっては患者自身に、思考の記録をつけてもらうこともある。これらを繰り返すことで、患者に自分の陥りやすいものの見方、考え方のパターンに気づいてもらい、それを是正していく方法を身につけてもらうことになる。

うつ病患者の行動の変容を目的とするのが「行動療法」である。さまざまな場面でどのように振る舞えばよいかを考え、患者自身が適応的な行動を身につけられるよう援助していく。具体的には患者に日常の活動記録をつける、症状に応じて段階的な行動の課題を割り当て実行する、ロールプレイ等を通していろいろな場面での適切な対応を学ぶ、などの技法を通じて行動の変容をはかることになる。場合によってはリラクゼーション、呼吸法の訓練等を行うこともある。

### プライマリ・ケアでもできる認知行動療法

このような認知行動療法を、プライマリ・ケアの中で実行するには、まず回復期にある患者に認知の歪みのチェックリストを渡して書いてもらい、どのような歪みがあるかをチェックする。歪みがあれば、その考えの歪みが病気の回復を遅らせていることを伝え、患者向けの認知療法の本を読んでもらう。以後の外来では、日常の思考や行動について日誌に書いてもらい、それを基に話し合いながら考えや行動の歪みの是正法に気づいてもらう。

こうすることによって治療遷延例の回復や、回復した例の再発防止に役立つ。

参考までに、医師向け、患者向けの簡易な認知療法参考書を提示した。

### 〔プライマリ・ケア医、患者が利用できる参考書〕

#### 医師向け

- 認知行動療法トレーニングブック 短時間の外来診療編(医学書院) Jesse H Wright, Donna M Sudak et al (大野裕訳)
- 認知療法・認知行動療法 治療者用マニュアルガイド (星和書店)大野 裕

#### 患者向け

- うつからの脱出 プチ認知療法で「自信回復作戦」(日本評論社) 下園壮太
- ところが晴れるノート うつと不安の認知療法自習帳(創元社) 大野 裕  
ほか

- 1) American Psychiatric Association : Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, 2nd ed. 2000.
- 2) Fava GA, Grandi S, Zielanzny M et al : Cognitive behavioral treatment of residual symptoms in primary major depressive disorder. Am J Psychiatry 151 : 1295-1299, 1994.
- 3) 野村総一郎、樋口輝彦: 標準精神医学 第2版、136-147、医学書院、2001.

## 8. うつ病患者とその家族・周囲の方への指導

うつ病治療の経過・予後および自殺防止における患者、家族・周囲の方への指導・援助は極めて重要である。うつ病患者に対する精神療法の基本は、「安心感、安定感」を提供することであり、支持的療法が有用である。家族・周囲の方へも患者と同じ情報を提供し、理解を得るとともに支援を依頼する。

プライマリ・ケアの日常診療においても認知行動療法は可能でありその概要はすでに述べた(7. 薬物療法以外の治療法)。

### 患者への指導

うつ病、およびその治療について理解するように適切な情報を伝え、説明すること<sup>1)2)3)</sup>。

#### ■ 治療開始時(支持的療法)

##### □ 診断、見通しの説明

##### ○ 病気であること、どのような病気であるかの説明

- ・「心身ともにエネルギーが低下した状態」あるいは、「ガソリン欠乏になった自動車と同じ状況」である
- ・ 病気であって単なる疲れではないし、ましてや、決して怠けているのではない
- ・ 「うつ病」は、今の現代社会にあってはありふれた病気となっている
- ・ 患者の心が弱いためになったのではない

##### ○ 治療すれば治る可能性の高い病気であること

- ・ 通常、薬物治療によって3～6ヶ月で回復する

##### □ 睡眠・休養の重要性

治療の基本は心身の休養であることを理解させ、可能な限り仕事を休ませ、十分な睡眠と休養をとらせる。休養が保証されない家庭や職場環境の場合は、入院治療を考慮する。

##### □ 治療方針

- ・ 一般に内服治療は漸増方式であるため、当初は頻回の受診が必要であること
- ・ 服薬継続の重要性(効果発現には少なくとも1～2週間を要すること)
- ・ 副作用(特にSSRI、SNRI投与初期の消化器症状など)
- ・ 無効の場合は、専門医へ紹介することがありえること

#### ■ 治療期間

##### □ 重要な決定はしない

うつ状態では自分に自信がもてず悲観的になっており、物事の判断も消極的で、否定的になりがちである。この時期に重大な決断をして、回復したときに後悔することのないよう、退職など重要な判断や決定は回復後に延期させる。

##### □ 自殺しないことを約束させる

##### □ 再発の可能性があること

■ 一般的には、

- うつ状態・うつ病は、怠けているとか気弱になっている状態ではない、最善を尽くそうとしても病気のためにできない
- うつ状態・うつ病は、よく見られる様態であり、有効な治療法がある
- うつ状態・うつ病の治療にとって、もっとも大切なのは休養と治療である

■ 寛解後

- 再発防止のための注意
- うつ状態・うつ病の治る過程は一直線ではなく、一進一退を繰り返しながら改善に向かう

### 家族・周囲の方への指導

「うつ状態になった人に対する家族の態度は、患者本人の治療効果に大きな影響を与えるので、うつ状態に対する正しい理解と家族の支援・協力が必要である」と伝え、その内容として下記のことを説明する。

- 同席する家族に対しては、原則として患者への情報と同じ内容を伝える
- 現在の状態が「うつ病」によって引き起こされたものであること
- できるだけ休養がとれるようにする
- むやみに励まさない
- 無理に旅行や食事、買い物などに誘わない
- 焦らずに余裕を持って対応する
- 根気よく治療が続けられるように援助する
- 死にたい気持ちに気を配り、自殺を防ぐように注意する
- 自信の回復につながることを少しずつ計画していく

### 患者・家族への告知

精神科医が説明する場合は、当初より「うつ病」と告知して構わないであろうが、よほど重症のうつ病で精神科医に直ちに紹介する場合以外は、一般科医が初診時に「うつ病」とは告知しないのが普通である。患者は、一般の身体科を受診するにあたり、自分はどこか身体の一部が悪いとの強い疑いを抱いている。一通りの検査を進めていくなかで、器質的異常が発見されなかったり、患者の呈する身体症状を説明できるだけの他覚的所見に乏しい場合に、うつ病に関する診断を行う。そのうえで「うつ病」と診断がつくまでは身体症状に見合った病名を伝えておくことが一般的であろう。もちろん、前医からの検査データや情報がすでにそろっていて、「うつ病」と診断が速やかにつく場合はその限りではない<sup>3)</sup>。

告知をするかしないかは、そのメリットデメリットを考えて決定する。

### 説明の具体例

プライマリ・ケアにおける患者へのアドバイス例を示す(表1)。

表1 患者へのアドバイス

1. 「自分を励まし、鞭打っていませんか？」  
→ 「これまでずっと自分を励まして生きてきたのだから、今は自分をゆっくり休ませてあげてくださいね」
2. 「考えが頭の中をぐるぐる回っているだけで出口がないのでは？」  
→ 「考えが浮かんできたら、棚の上に上げる、金庫に入れて鍵をかけておくイメージを」
3. 「マイナス思考しか今できないので、大切なことは元気になってから結論を出してくださいね」
4. 「毎日、何でもいいから身近なことで一つだけ楽しいことをしてみてくださいね。たとえば、いつもの喫茶店へコーヒーとショートケーキを食べに行こうとか」
5. 「薬は元気になってきても、自己判断で勝手に止めないようにしてください」
6. 「元気になってきたのに、昼間眠気が強くなってきたら、治ってきた証拠ですので、おっしゃってくださいね。薬を減量する時期ですから」

(中井吉英他:内科、Vol.92.No4.649-653、2003.)

- 1) 長崎大学医学部精神神経科学教室 社会精神医学研究班:WHO Educational Package Mental Disorders in Primary Care (プライマリ・ケアにおける精神障害)、ライフサイエンス出版、東京、2000.
- 2) 中根允文、吉武和康、園田裕香:プライマリ・ケアにおける精神疾患の診断と診療指針 (Diagnostic and Management Guidelines for Mental Disorders in Primary Care: ICD-10 Chapter V Primary Care Version, WHO)、ライフサイエンス出版、東京、2000.
- 3) 山岡昌之:一般医がうつ病に気づくために、上島国利 監修、朝田隆 編集、精神科臨床ニューアプローチ2、気分障害、メジカルビュー社、8-15、2005.

## 9. 専門医紹介における注意点

### 専門医紹介にあたっての注意点

#### ■ 紹介への準備

- 普段から信頼できる専門医との連携を維持する  
専門医と普段から緊密な関係を築いておく。必要に応じて相談でき、また患者を前にして電話で紹介、予約をとることなどにより、患者にとっても安心して受診できるようになる
- 治療開始時に、専門医の診療を受けることがありえることを予め伝えておく

#### ■ 紹介時の患者への対応

- 患者の希望を確認する
- 患者に見捨てられたという感覚をもたせない
- より専門的な診察と治療が必要であることを具体的に説明する
- 問題が解決したらまた継続して診療することを伝える

#### ■ 紹介後

- 患者によっては、専門医と連携しつつ診療を再開・継続する

### 専門医へ紹介したほうが良い場合

以下の項目のうちいずれか一つが見られる場合には考える。

- 精神病性症状を伴っている
- 希死(自殺)念慮を伴うよううつ病の既往がある
- 以前に精神科医の介入を要したエピソードの既往がある
- 自殺企図が認められた
- 軽症うつ病であるがエピソードが遷延している
- うつ病そのものは軽症であるが、社会的機能に重大な支障がある
- 家族の支援が欠けている
- 第一選択の抗うつ薬治療への反応が見られなかった(標準的な抗うつ薬治療への抵抗性)
- 他の精神疾患の治療と併用を要する場合にアドバイスが必要なとき
- 他の状態の併存が考えられる
  - ・ 躁状態
  - ・ アルコール・薬物乱用
  - ・ 産後うつ病
  - ・ 器質性の疾患
- 診断に疑いがある
- 再発防止の点から、他の集中的な治療(認知行動療法など)が必要と考えられたとき

(WPA/PTDのすすめ)

## 10. うつ病の発症予防と再発防止

### a. うつ病の発症予防

わが国でのうつ病に関する認識度は諸外国と比較して低く、それに比例して受診率も低い状況にある。一方、自殺者は先進国の中ではロシアを除き最も多く、その大きな原因である「うつ病」に対する対策が国家プロジェクトとなり、厚生労働省を中心として地域、職場での啓発活動が推進されている。

#### ■ 受診者・地域一般住民に対する啓発の要点

受診者や地域一般住民に対するうつ病の予防および早期発見・早期受診に関する医師による健康教育は効果的かつ重要である。

啓発の要点は、心の病気は誰もがかかる可能性があり、自ら関心を高め、日頃から気をつけること、さらに周囲の方の心の病気にも積極的に関与、支援することが求められる。したがって「見ざる、言わざる、聞かざる」ではなく、自分に対しても、また周囲の方に対しても心を開き「観て、言っ、聴いて」、ストレスへの対応、うつ状態・うつ病の気づき(自己診断)、周囲への相談、早期受診・治療といった行動の変化が求められていることを理解させることにある。

啓発の一例を、3つの観点から説明の要点として挙げた。対象あるいは教育時間等に応じて組み合わせて説明する<sup>1)</sup>。

- うつ病は誰もがかかる可能性のある病気である
- うつ病は当人・家族だけではなく、社会的にも多大な損失をもたらす病気である
- うつ病は予防も治療もできる病気である

#### ■ 職場における啓発指針

職場におけるメンタルヘルスの具体的な進め方として「事業場における労働者の健康づくりのための指針」(参考資料2)が厚生労働省より出されており、発症予防(一次予防)と早期発見・早期治療(二次予防)のためにセルフケア、組織のラインによるケア、保健スタッフによるケア、専門機関によるケアで構成されている。

#### ■ うつ病にならないための7つのストップ

カナダのうつ病自助組織が作成したものである。

- 完全主義をやめる
- 自分のミスに厳しすぎるのはやめる
- すべてをコントロールしようとするのはやめる
- 余計なかかわりを持つのをやめる
- 自分の体調や健康を無視するのはやめる
- 見栄をはって助けを求めないのをやめる
- 自分や家族に時間をとるために、他をやめる

## b. うつ病の再発防止

初回のうつ病を経験した患者の半数以上がうつ病を再発するとされており、多くは2～3年以内に再発する。寛解を維持している患者でも再発防止的な薬物治療あるいは認知行動療法を継続すると再発のリスクが軽減することが確認されている<sup>2)3)</sup>。薬物治療のみでは不十分であることが多く、再発のリスクが高いあるいは再発を繰り返す患者は、専門医への紹介を勧める。

### 7つの再発防止要点

- 治療目標  
急性期うつ病の治療目標として、「寛解」を目指す。  
「5. うつ病の4つの治療目標と治療法:再燃・再発防止」
- 適切な服薬量  
症状に合わせて漸増し、十分な用量で、必要であれば最大用量まで増量する。  
「6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴:急性期の治療、表2.SSRI、SNRI、NaSSAの初期投与量、増量の目安」
- 十分な治療期間  
寛解に至っても、同じ薬剤を同量で数ヶ月継続する。  
「6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴:継続治療期」
- 漸減する  
急激な投与中止は、再発の原因ともなるので、薬物投与を中止する際は、数週間かけて漸減する。  
「6. うつ病の薬物療法と抗うつ薬の特徴:継続治療期」
- 認知行動療法  
認知行動療法は再発防止にも有効とされている。患者自身で実施可能な簡単な方法もあり、積極的に試みる。  
「7. 薬物療法以外の治療法」
- 環境調整  
ストレスを受ける環境を継続的に改善・維持する。
- 気づき  
うつ病的な症状がでたら早期に再受診するよう勧める。  
「10. うつ病の予防、受診者・地域一般住民に対する啓発の要点:自分で気づくうつ病の2つの基本症状、自分で気づく7つのよくある症状」

### 受診者・地域一般住民に対する啓発の要点

- うつ病はだれもがかかると可能性のある病気
  - 心の病気にかかる率  
日本人は一生のうちにうつ病、不安障害、統合失調症など心の病気に5人に1人がかかる。これは他の病気と比較して高率である。

- うつ病にかかる率
  - うつ病に一生のうちにかかる率は6.5%であり、これまでにうつ病を経験した人は約13~15人に1人となる。またこの12ヶ月間にうつ病を経験した人は2.2%、40~50人に1人であり、心の病気の中でも高率である。
- うつ病は本人・家族だけではなく、社会的にも多大な損失をもたらす病気
  - 本人および家族における損失
    - 作業能率の低下、就業率の低下を来す
      - うつ病が進行すると就業にも影響を及ぼし、90日間のうち就業が障害される日数は一般集団の2日に比較し、うつ病群は11日と5倍以上である。
    - 生活の質(QOL)の低下を来す
      - 休業による収入の低下などにより、通常からすると大きくQOLが低下する
    - 自殺企図による損失
      - 家族にとって心理的負荷が顕著であるだけでなく、経済的損失も膨大である。
  - 社会的損失
    - 就業率の低下、失業率への影響
      - 生産性の低下や治療費の増加などマイナス的側面
    - 自殺と心の病気の関連についての認識の必要性、うつ病と希死念慮など
      - 日本人自殺者の75%が心の病気を有し、その45%がうつ病である。うつ病患者の3分の2が希死念慮を持ち、10~15%が自殺を試みる。
      - うつ病は、このように生活に多大な影響を及ぼし、自殺の原因ともなる。
- うつ病は予防も治療もできる病気
  - うつ病とは
    - (例)「長期にわたる過度のストレスにより、憂うつで、なにごとにも興味がなく、動きたくとも動けず、自殺したいとの感情を強く持つ心の病気である」
    - しかし、うつ病は予防も治療もできる心の病気である。
  - うつ病とストレス
    - うつ病の誘因となるストレスには、心配事で不安、眠れないなどの軽いストレスから、配偶者の死、退職、人間関係、経済的問題などの強いストレスがある。国民生活基礎調査では、12歳以上の49.1%が人間関係、健康、病気などの悩みやストレスがあると回答している。
  - ストレスの早期解消
    - 休養、地域で仲間をつくる、仲間と一緒に運動する、趣味を持つなど自分なりのストレス解消法を日頃から見出す。また一人で考え込まずに家族、知人、周囲の方に相談し、早期に問題解決をはかることがうつ病の予防となる。
  - うつ病の気づき
    - しかし上手くストレスを解消できず、うつ状態・うつ病になることがあり、早期に自分で気づく、あるいは家族・周囲の方が気づくことが重要となる。
  - 自分で気づく「うつ病の2つの基本症状」
    - 自分で気づくうつ病の2つの基本的な症状は、「抑うつ気分」と「興味・喜びの喪失」である。この2つの基本症状があればうつ病の可能性が非常に高い(約90%)。

\*気がめいる、憂うつ、感情がわからない、好きだったことにも関心がないなど具体的な症状を平易に表現する。地域においては方言が理解されやすく、適宜表現を変更することが有効であろう。

自分で気づく「うつ病の7つのよくある症状」

その他の症状として、食欲減退・増加、睡眠障害、強い焦燥感・精神運動機能の制止（気力・意欲・活動性の低下）、疲れやすい、強い罪責感、思考力・集中力の低下、自殺念慮の7つがある。高齢者では認知症と類似した症状があり注意を要する。また、抑うつ症状が頭痛などの疼痛として、あるいは、過敏性腸症候群などの消化器症状として現れることがある。

これら9つの症状は、本人のみならず、家族・周囲の方にとってもうつ状態、うつ病の判断基準にもなる。

自己チェックリストの活用

自分で自分の症状をチェックし、うつ病の可能性をある程度判断するための自己チェックリストが開発されている。「[3. うつ病診断の進め方](#)」を参照

症状への気づきと相談・受診

9つの症状のうち、いくつかは数週間続く場合は、精神保健福祉センター・保健所などへの相談、あるいは内科、専門医である心療内科、精神科を積極的に受診、相談する。しかし、現状ではうつ病患者の4分の3が未受診である。

万一うつ病であれば、治療の基本は①休養、②薬物療法である。

休養

心身の休養が最も重要であり、まず休む。周囲もずる休みではないことを理解し、環境を調整し、休養を勧める。

薬物療法

最近の抗うつ薬は副作用も少なく、効果発現までに数週間を要するが有効性は約70%である。早期に治療を開始するほど予後は良い。精神療法を併せて行くと治療効果が高まる。

## 参考資料

参考資料1 心の健康問題により休業した労働者の職場復帰支援の手引き  
(平成16年10月、改訂平成21年3月、改訂平成24年7月)

平成24年 改訂版)(概要)

### 職場復帰支援の基本的考え方

#### ア 職場復帰支援プログラム

- ・ 職場復帰支援プログラムには、職場復帰支援の標準的な流れを明らかにするとともに、それに対応する手順、内容及び関係者の役割等について定める。
- ・ 職場復帰支援プログラムを円滑に実施するために必要な関連規程等や体制の整備を行う。
- ・ 職場復帰支援プログラム、関連規程等及び体制については、労働者、管理監督者及び事業場内産業保健スタッフ等に対し、教育研修の実施等により十分周知する。

#### イ 職場復帰支援プラン

実際の職場復帰支援では、職場復帰支援プログラムに基づき、支援対象となる個々の労働者ごとに具体的な職場復帰支援プランを作成する。その上で、労働者のプライバシーに十分配慮しながら、事業場内産業保健スタッフ等を中心に、労働者、管理監督者が互いに十分な理解と協力を行うとともに、主治医との連携を図りつつ取り組む。

#### ウ 主治医との連携等

心の健康問題がどのような状態であるかの判断は多くの事業場にとって困難であること、心の健康問題を抱えている労働者への対応はケースごとに柔軟に行う必要があることから、主治医との連携が重要となる。

また、職場復帰支援においては、職場配置、処遇、労働条件、社内勤務制度、雇用契約等の適切な運用を行う必要があることから人事労務管理スタッフが重要な役割を担うことに留意する必要がある。

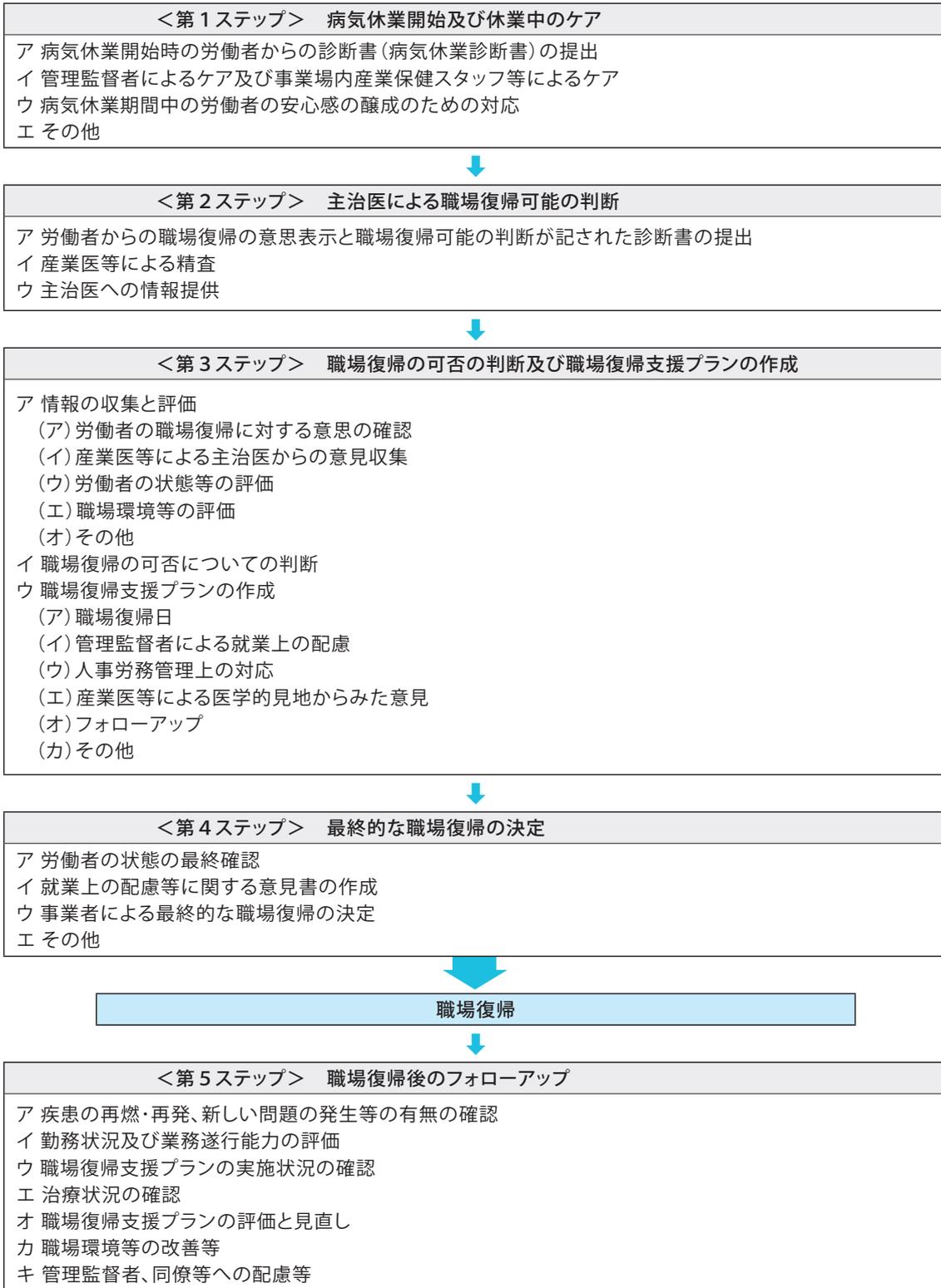
### 職場復帰支援に当たって留意すべき事項

職場復帰支援に当たっては、特に以下の点について留意する必要がある。

- ・ 心の健康問題の特性として、健康問題以外の観点から評価が行われる傾向が強いという問題や、心の健康問題自体についての誤解や偏見等解決すべき問題が存在していることに留意の上、心の健康問題を抱える労働者への対応を行う必要があること。
- ・ 事業場においては、計画的にストレス及びメンタルヘルスケアに関する基礎知識や心の健康問題に対する正しい態度など、メンタルヘルスケアを推進するための教育研修・情報提供を行うことが重要であること。
- ・ 職場復帰支援をスムーズに進めるためには、休業していた労働者とともに、その同僚や管理監督者に対する過度の負担がかからないように配慮する必要があること。
- ・ 家族の理解や協力も重要であることから、家族に対して必要な情報を提供する等の支援が望まれること。

## 改訂版 5つのステップ

### 職場復帰支援の流れ



参考資料2

平成12年8月に策定した「事業場における労働者の心の健康づくりのための指針」を見直し、労働安全衛生法第70条の2第1項に基づく指針として、新たに「労働者の心の健康の保持増進のための指針」が策定された(平成18年3月31日健康保持増進のための指針公示第3号)

指針内容

| 項目     | 区分                      | 内容   |
|--------|-------------------------|--|
|        | 衛生委員会での調査審議と「心の健康づくり計画」 | 事業者は、労働者の意見を聴き、産業医など産業保健スタッフ等の助言を得ながら、衛生委員会等において心の健康づくり計画を策定する。  |
| 4つのケア  | セルフケア                   | 労働者がみずからの心の健康のために行うもの<br>1 自分のストレスへの気づき<br>2 ストレスへの対処法の理解と実行   |
|        | ラインによるケア                | 職場の管理監督者が労働者に対して行うもの<br>1 職場環境等の改善<br>2 労働者に対する相談対応  |
|        | 事業場内産業保健スタッフによるケア       | 事業場内の産業保健スタッフ(産業医、衛生管理者等、保健師等)、心の健康づくり専門スタッフ(精神科・心療内科等の医師、心理職等)、人事労務管理スタッフ等が行うもの<br>1 セルフケア、ラインによるケアに対する支援の提供(相談対応や職場環境等の改善を含む。)<br>2 心の健康づくり計画に基づく具体的なメンタルヘルスケア実施の企画立案<br>3 メンタルヘルスに関する個人情報の取扱い<br>4 事業場外資源とのネットワークの形成とその窓口となること。 |
|        | 事業場外資源によるケア             | 都道府県メンタルヘルス対策支援センター、地域産業保健センター、医療機関他、事業場外でメンタルヘルスケアへの支援を行う機関及び専門家とのネットワークを日頃から形成して活用すること。  |
| 具体的進め方 | 教育研修・情報提供               | 1 労働者への教育研修・情報提供<br>2 管理監督者への教育研修・情報提供<br>3 事業場内の産業保健スタッフ等への教育研修・情報提供  |
|        | 職場環境等の把握と改善             | 1 職場環境等の評価と問題点の把握<br>2 職場環境等の改善  |
|        | メンタルヘルス不調への気づきと対応       | 1 労働者による自発的な相談とセルフチェック<br>2 管理監督者、事業場内の産業保健スタッフ等による相談対応<br>3 労働者の家族による気づきや支援の促進  |
|        | 職場復帰における支援              | 1 職場復帰プログラム(復職の標準的な流れ)の策定<br>2 職場復帰プログラムの体制や規程の整備<br>3 職場復帰プログラムの組織的、計画的な実施<br>4 労働者の個人情報への配慮及び関係者の協力と連携   |

表の出典:川上憲人、産業医の職務Q&A第8版(財)産業医学振興財団、185ページ、2006。(一部改変)

その他

労働安全衛生法の一部を改正する法律が、平成26年6月25日に公布された。

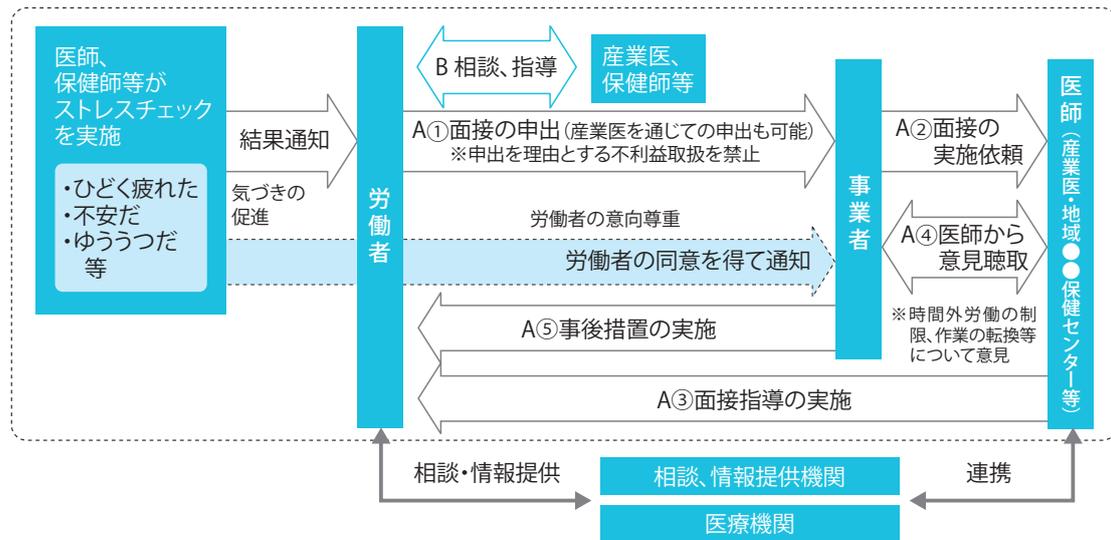
職場のメンタルヘルス対策に関しては、新たに**ストレスチェック制度**の創設がある。施行期日は、公布日以降1年6か月を超えない範囲において政令で定める日となる。

### ストレスチェック制度の創設

○精神障害の労災認定件数が3年連続で過去最高を更新するなど増加  
(21年度：234→22年度：308→23年度：325→24年度：475)

- 労働者の心理的な負担の程度を把握するための、医師、保健師等による検査(ストレスチェック)の実施を事業者が義務づける。ただし、従業員50人未満の事業場については、当分の間努力義務とする。
- ストレスチェックを実施した場合には、事業者は、検査結果を通知された労働者の希望に応じて医師による面接指導を実施し、その結果、医師意見を聴いた上で、必要な場合には、作業の転換、労働時間の短縮その他の適切な終業上の措置を講じなければならないこととする。
- 国は、ストレスチェックを行う医師、保健師等に対する研修の充実・強化、労働者に対する相談・情報提供体制の整備に努めるものとする。

### ストレスチェック制度の概要



- 1) 太田一夫, 中根允文他:厚生労働科学研究費補助金 こころの健康科学研究事業「精神保健の知識と理解に関する日豪比較共同研究」、平成17年度総括・分担研究, 2006.
- 2) Kupfer DJ, Frank E, Perel JM, et al : Five-Year outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 49 : 769-773, 1992.
- 3) Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, et al : Three-Years outcome for maintenance therapies in recurrent depression. Arch Gen Psychiatry 47 : 1293-1099, 1990.

## うつ病診療の要点-10

---

発行 初版 平成20年8月 1日  
改訂第二版 平成22年6月10日  
改訂第三版 平成26年9月25日  
改訂第四版 平成29年10月10日

企画 一般社団法人日本うつ病センター(JDC)

編集 樋口輝彦  
野村総一郎  
田中克俊

発行者 一般社団法人日本うつ病センター(JDC)

製作 株式会社 メディシンラトル