

参 考 資 料

平成21年3月 広島県地域保健対策協議会自殺(うつ病)対策専門委員会作成

「かかりつけ医のための自殺(うつ病)予防の手引き」から以下を抜粋

- ④うつ病の診断
- ⑤うつ病の治療
- ⑥うつ病の経過・予後
- ⑦専門医へ紹介するタイミング

かかりつけ医のための 自殺(うつ病)予防の 手引き

目次

①	広島県における自殺の現状	1
②	自殺対策の基本認識	4
③	自殺予防は医療者全体の問題	5
④	うつ病の診断	6
⑤	うつ病の治療	8
⑥	うつ病の経過・予後	11
⑦	専門医へ紹介するタイミング	11
⑧	相談窓口一覧	12

平成21年3月

広島県地域保健対策協議会
自殺(うつ病)対策専門委員会

4

うつ病の診断

1 定義・概念

うつ病は脳機能の障害で起こると考えられている気分障害の一種です。気分障害とは、通常ではみられない程の抑うつ、あるいは高揚した感情が体験され、しかもその症状が一定期間持続し、社会生活や日常生活に大きな障害をもたらすという精神障害のカテゴリーです。米国精神医学会の診断基準（DSM-IV-TR）によると気分障害はさらに細かく分類され、抑うつのみが存在するものは大うつ病性障害や気分変調性障害、また躁状態が存在するものは双極性障害に分類されます。ここでは大うつ病性障害について、プライマリケアで要求される水準の診断・治療について概説します。

2 うつ病の診断

「大うつ病エピソード」は、一般身体疾患や薬物などの原因がない一次性的うつ病を対象として、症状の数とその持続期間を基準に診断します（表1）。

スクリーニングの方法としては、「二質問紙法」が簡単に有用です。これは、「抑うつ気分」と「興味や喜びの喪失」があるかないかを自己記入してもらう方法で、2つとも存在する場合には、うつ病の90%以上をスクリーニングできると報告されています。他の身体症状についての質問の中に「気分はいかがですか？」「今まで楽しんでいたことが同じようにできていますか？」などの質問を追加して行えば、限られた診療時間の中でもスムーズにスクリーニングが行えます。

他のうつ病の自記式調査票（質問票）の代表的なものとして、BDI（Beck Depression Inventory）、SDS（Zung Self-Rating Depression Scale）があります。

表1 大うつ病エピソードの基準（DSM-IV-TR）

以下の症状のうち、少なくとも1つがある。

- ①抑うつ気分
- ②興味または喜びの喪失
- ③食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
- ④不眠あるいは睡眠過多
- ⑤精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
- ⑥易疲労感または気力の減退
- ⑦無価値感または過剰（不適切）な罪責感
- ⑧思考力や集中力の減退または決断困難
- ⑨死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

さらに、以下の症状を併せて、合計で5つ（またはそれ以上）が認められる。

- ③食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
- ④不眠あるいは睡眠過多
- ⑤精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
- ⑥易疲労感または気力の減退
- ⑦無価値感または過剰（不適切）な罪責感
- ⑧思考力や集中力の減退または決断困難
- ⑨死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

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。症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。

これらの症状は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。

※大うつ病エピソードの重症度

軽症；当てはまる症状の数は診断を下すのに必要な数（①と②のうち1つ、①～⑨のうち5つ）と同じかほんの少し多いだけである。また、その症状のために起こる職業的機能、平常の社会的活動、他者との人間関係の障害はわずかでしかない。

中等症；症状または機能の障害は軽症と重症の間にある。

重症；診断を下すために必要な症状の数より数個多く当てはまり、しかも、その症状による職業的機能、平常の社会的活動、または他者との人間関係の障害が著しい。

うつ病が疑われたら、以下の質問に移って診断を確定してください。実際の面接では「食欲」や「睡眠」、「疲れやすさ」などの身体的な症状から尋ねる方が患者の抵抗感も少ないでしょう。

①抑うつ気分

「気分が沈み込んだり、減入ったり、憂うつになったりすることはありますか。」

「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。」

「今まで好きだったことを、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

「いつもより食欲が落ちていますか。」

「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睡眠障害（不眠または睡眠過多）

「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ということがありますか。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）

「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つたりすることが多くなっていますか。」

※ 診察時に静かに座っていられない、皮膚や服をひっぱったりこすったりするなど

「話し方や動作が普段より遅くなっていたり、言葉がなかなか出てこないこと、それを人から指摘されるとということがありますか。」

※ 会話、思考、体動の遅いこと、応答の前の時間が長くなるなど。

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感じることがありますか。」

⑦強い罪責感

「自分は価値のない人間だと感じたり、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

「死について何度も考えるようになっていませんか。」

「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。」

※うつ病患者の生涯自殺リスクは、外来患者ではおよそ2%、入院治療歴のある患者ではおよそ4%、自殺企図で入院した既往のある患者ではおよそ8%と推定されています。一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。焦燥感や絶望感が強く、じっとしていられない、と半ば興奮状態にあるときも、自殺の可能性が高い時期ですので、特に注意が必要です。強い不眠で苦しい思いをしていると、否定的、絶望的な考えにとらわれて、夜間に衝動的に自殺を考えてしまいがちです。

うつ病の診断を確定するための検査は残念ながら存在しませんが、器質的疾患の鑑別診断のために、一般血液検査、生化学検査、甲状腺機能などの内分泌検査、頭部CTやMRIなどの脳画像検査が必要です。身体症状によっては、循環器系、消化器系、呼吸器系などの検査も必要です。

種々の身体疾患がうつ状態を呈することが知られています(表2)。この場合、うつ病よりも身体疾患の治療が優先、あるいは並列して治療を行います。また、身体疾患の治療中に抑うつ状態となった場合、薬剤の副作用の可能性も考える必要があります(表3)。薬剤による精神症状の診断には与薬との時間的關係、用量の増減による変動、症状の特徴などが参考になります。

表2 うつ病の原因となりやすい主な身体疾患

- **内分泌代謝疾患**
甲状腺機能障害(機能低下症), 副腎皮質機能障害, 性腺機能障害, 電解質異常(特に低ナトリウム血症)
- **中枢神経疾患**
パーキンソン病, 多発梗塞性認知症, アルツハイマー型認知症, 正常圧水頭症, 慢性硬膜下血腫, 脳腫瘍, 多発性硬化症, 脳外傷後遺症, 脳炎後遺症
- **その他**
膠原病, 感染症, 糖尿病, 更年期障害, 悪性腫瘍(膵臓がん・肺がん等)

表3 うつ病の原因になりやすい主な薬剤

- 血圧降下剤** レセルピン, α -メチルドパ, β -ブロッカー
- ホルモン剤** 副腎皮質ホルモン, 女性ホルモン製剤
- 抗潰瘍薬** ヒスタミンH2受容体拮抗薬
- 抗結核薬** シクロセリン, イソニアジド, エチオナミド
- 免疫調整薬** インターフェロン
- 抗がん剤**
- 抗精神病薬** ハロペリドール, チアプリド
- 抗酒薬** ジスルフィラム

5 うつ病の治療

1 治療の目標

うつ症状の消失だけでなく、病前と同じ生活ができるようになるまで回復することが、うつ病の治療目標です。抑うつ症状の消失から機能の回復まで一般的には数ヶ月のタイムラグがあります。また、うつ病は自殺という手段で死に至る病気ですので、自殺念慮の有無には常に注意をしておく必要があります。

2 治療ガイドライン

治療については、最近の臨床知見を比較的良好に反映し改訂されているNational Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)のうつ病プライマリケア向けガイドラインを、本邦で利用可能なものを中心に抜粋し紹介します。

① 軽症うつ病

軽症うつ病で、患者自身が治療を希望しないか治療なしでも回復が予想できる患者については、2週間程度経過を観察します。

睡眠の改善や不安のコントロールのために、アドバイスやベンゾジアゼピン系薬剤の処方を行います。また、あらゆる年齢の軽症うつ病に対して、運動療法が有効と言われています。うつに効果的な運動は、45～60分の運動を1週間に3回まで、10～12週間行うことが必要です。ガイドブックや携帯サイトを利用した認知行動療法の自助プログラムを紹介することも有用です(表4)。

表4 うつ病のガイドブック

「こころが晴れるノートーうつと不安の認知療法自習帳」大野 裕/創元社
 「うつ・不安に効く7つのステップ」大野 裕/大和書房
 うつ・不安に効く.com(携帯サイト) <http://cibtjp.com>

軽症うつ病では、10～12週間かけて6～8回の心理療法（問題解決療法，短期認知行動療法およびカウンセリング等）を行うことも考慮します。患者は物事を否定的に考えるなど特有の認知の歪みを有することも多く，その歪みに気づき，是正し，行動を変えていく技法が認知行動療法です。広島で集団認知行動療法のプログラムを行っている医療機関を表5に示します。利用のための条件など詳細は各医療機関にお問い合わせください。

表5 集団認知療法を行っている医療機関

- 広島大学病院 精神科 うつ病のグループセミナー
<http://www.hiroshima-u.ac.jp/hosp/seishinka/utsuseminar/index.html>
- 広島県立総合精神保健福祉センター うつ病デイケア(基礎コース)
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/mhwc/shisetuannai/utubyoudeikea.htm>
- 草津病院 <http://www.kusatsu-hp.jp/>

上に述べたような治療を行ってもうつ症状が持続している場合や，過去に中等度もしくは重症うつ病の病歴を持っている場合には，抗うつ薬の使用を考えます。

抗うつ薬を使用する場合には，選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）あるいはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）は三環系抗うつ薬（TCA）と同等の効果があり，副作用のため中断することが少ないので，第一選択薬となります。

②中等症・重症うつ病

中等症以上のうつ病に対しては，全ての患者に抗うつ薬治療を行います。通常SSRIかSNRIが第一選択薬となります。効果発現に少なくとも2週間はかかることを説明し，薬物アドヒアランス（積極的な服薬継続性）を保つため，あるいは自殺企図を危惧して，まず1週間投与を行います。副作用がないことを確かめ，症状が改善したところで2週間毎の通院に切り替えます。

自殺の危険性が高いと思われる場合や30歳以前の症例では，危険性がなくなったと判断されるまで，頻回に診察を行います。また，ケアスタッフとの接触や電話を利用したサポートも考慮します。

3 薬物療法

現在，わが国で使用可能なSSRI，SNRIを表6に示します。

表6 抗うつ薬の分類と名称

分類	一般名	薬剤名	初期用量	維持用量
SSRI	フルボキサミン	デプロメール・ルボックス	50mg	150mg
	パロキセチン	パキシル	10～20mg	20～40mg
	セルトラリン	ジェイゾロフト	25mg	100mg
SNRI	ミルナシبران	トレドミン	50mg (高齢者は30mg)	100mg (高齢者は60mg)

①急性期治療

SSRI・SNRIは初期投与量から開始し，2～4週経過して効果が不十分である場合には，2～4週間，できれば6週間かけて維持量まで増量します。副作用として胃腸障害の頻度が高く，程度が強い場合は胃腸薬も同時に処方します。また，必要に応じて血液・生化学検査なども行い，副作用に注意を払いつつ投与量を調節します。第一選択薬を十分量，十分期間用いても改善しない場合は，他のSSRI・SNRIに変更します。それでも効果のない場合は，三環系抗うつ薬や，炭酸リチウム（リーマスなど）による増強療法の選択となりますが，専門的な管理が必要とな

るため専門医の受診を勧める方がよいでしょう。

基本的には抗うつ薬による単剤治療を行います。不眠、不安、焦燥の強い症例では、ベンゾジアゼピン系薬物の併用を考慮します。抗うつ薬の効果が発現した後は、ベンゾジアゼピン系薬物を漫然と投与せず、常用量依存などの問題を考慮し、漸減中止します。

抗うつ薬は依存を引き起こすことはありませんが、服薬中止、服薬忘れ、時に用量の減量により離脱症状（めまい、異常知覚、睡眠障害、悪夢、不安、焦燥、興奮、嘔気、振戦、錯乱、発汗、頭痛、下痢等）をきたす場合があることを伝えておきます。このような症状は通常軽症で自然に消失しますが、急に中止した場合には重症となることがあります。重度の離脱症状の場合には、一旦元の投与量に戻した上で、症状をモニターしながらさらに緩徐に減量します。

②継続、維持療法

寛解(治療により大うつ病エピソード前の正常状態に戻った時点)後、寛解を維持するための治療を継続療法といい、16~20週は必要といわれています。寛解後、早期の抗うつ薬の減量・中止は、うつ症状再燃の大きなリスクとなるため、副作用が管理できれば、寛解後6ヶ月以上は急性期と同用量で維持することが必要です。

寛解状態を16~20週持続した時点を回復といい、回復後の再発予防目的の治療を維持療法といいます。特に反復性うつ病の場合は、再発を繰り返すごとに再発するリスクが高くなるため、再発を予防するために忍容性の問題がなければ、急性期用量で年単位の長期にわたる維持療法を行う必要があります。減量の際には、離脱症状に注意しつつ、2~4週間ごとに総量の1/4ずつ減量します。

処方例

治療開始時

①(以下のいずれかを選択)

- ・パキシル錠(10mg)1錠 分1 夕食後
- ・ルボックス錠 または
デプロメール錠(25mg) 2錠 分2 朝夕食後
- ・トレドミン錠(25mg)1~2錠 分2 朝夕食後
- ・ジェイゾロフト錠(25mg)分1 夕食後

左記に加え、必要に応じて以下の②~④を処方

②不安、焦燥が強い場合(いずれかを選択)

- ・ワイパックス錠(0.5mg)3錠 分3 食後
- ・ソラナックス錠(0.4mg)3錠 分3 食後

③不眠が存在する場合(いずれかを選択)

- ・マイスリー錠(5/10mg) 1錠 分1 就寝前
- ・レンドルミン錠(0.25mg)1錠 分1 就寝前

④胃腸障害の副作用が出現、もしくは予想される場合

- ・ガスモチン錠(5mg)3錠 分3 食後

上記投与量では十分な改善を認めない場合

①の抗うつ薬を下記の投与量を最大として、効果があるまで漸増

投与開始後、2~4週間継続して薬剤の効果が不十分であるときには、2~4週間、できれば6週間かけて徐々に維持量まで増量

- ・パキシル錠(20mg)2錠 分1 夕食後
- ・ルボックス錠 または デプロメール錠(50mg)3錠 分2 朝 夕 食後
- ・トレドミン錠(25mg)4錠 分2 朝 夕 食後

■高齢者に対する投薬の注意点

- ・高齢患者に対しては、SSRI、SNRIともに最少投与量から開始し、増量もよりゆつくりと行う
- ・抗不安薬、睡眠導入薬により、眠気、転倒、せん妄などが出現しやすく、十分注意する

4 精神療法、休養・リハビリ

うつ病は病識に乏しいことが多く、抗うつ薬も効果発現までに時間がかかります。そのため薬物コンプライアンスを上げるために良好な治療関係を構築することが重要です。治療に先立って、患者の訴えを十分に傾聴したうえで、病気の説明、治療方針の説明を行うことは治療関係を築いていくために必要です。続いて、速やかに十分な休養がとれる状況への調整を図ります。十分な休養のためには、身体的な休養だけではなく、心理的な負担軽減といった“こころ”の休養が大きな部分を占め、早期からキーパーソンに対して心理教育を行うこと、必要ならば診断書を作成し休職を指導することも必要です。自宅で十分な休養のとれない症例は入院の適応となることもあります。

うつ病患者の自殺率は、一般人口のそれよりも20倍も高いといわれており、プライマリケアにおけるうつ病治療の際にも、希死念慮、自殺企図には注意をしておく必要があります。特に、治療開始直後や回復期の初めには、慎重な観察が必要です。不安・焦燥感が強い場合には、特に自殺の危険性が高く、専門医への紹介が望ましいと思われます。自殺のリスクが高いと判断される症例は、入院施設のある専門機関へ紹介する必要があります。

ある程度、うつ症状が消失し、自覚的なおっくう感が主体となってくると、休養からリハビリに段階的に移行します。生活リズムを整え、軽作業や軽い運動を始めます。その中で、具体的な達成可能な小目標を患者とともに話し合いの上で設定し、日常生活の中で小さな達成感を積み重ねることができるようになります。

6 うつ病の経過・予後

うつ病の多くは睡眠障害、食欲不振などから始まり、徐々に抑うつ気分、意欲の低下などの精神症状が出現し、大うつ病エピソードを満たすようになります。適切な治療を行えば、多くの症例は3ヶ月前後でうつ症状が改善し、6ヶ月以内に約半数は回復します。一方、2年経過しても回復しない症例が2割あります。うつ病の20~30%は、失職、離婚などの長期的には不良な転帰を経験するという報告もあります。また、うつ病は再発率が高く、50~60%が再発すると言われています。

7 専門医へ紹介するタイミング

うつ状態・うつ病は、身体疾患のために病院に入院している患者はもちろん、一般外来患者にも多くみられます。推定では医師に診断を受けた患者のおよそ20~30%がうつ病に罹っていると報告されています。したがって、精神科以外の医師もうつ病を診断し、治療していく必要があります。しかし、病状や経過などから専門医へ紹介したほうが治療がうまくいくことがありますから、その場合の判断基準を示します。

- 診断に迷う
- 若年者
- 脳の器質的障害が疑われる
- うつ症状が重症
- 入院が必要だと考えられる
- 焦燥感が強い
- 精神病像がある
- 自殺の危険性が高い
- 躁症状の既往がある
- アルコール依存症が疑われる
- パニック障害が疑われる
- 第一選択の抗うつ薬で効果がない
- 環境調整が困難
- うつ症状が慢性化している