

**福岡県医師会**  
**かかりつけ医 心の健康対応力向上研修**

日時：令和7年1月23日（木）19：00

場所：福岡県医師会館 5階研修室



**令和6年度  
かかりつけ医 心の健康対応力向上研修（ハイブリッド開催）**

1. 開 会

2. 講 義

【1日目】令和7年1月23日（木）

1) 「**基礎知識**」編 19:00～20:00

演題「一般診療におけるうつ病の治療と対応～基礎知識編～」

講師：福岡大学医学部精神医学教室

助教 林 礼雄 先生

（CC：20「不眠」1単位）

2) 「**診断・治療**」編 20:00～21:00

演題「一般診療におけるうつ病の治療と対応～治療編～」

講師：福岡大学医学部精神医学教室

助教 畑中 聡仁 先生

（CC：69「不安」1単位）

3. 閉 会



講 演

『 一般診療におけるうつ病の治療と対応

～基礎知識編～ 』

福岡大学医学部精神医学教室

助教 林 礼雄



# 一般診療における うつ病の治療と対応

基礎知識編

福岡大学病院 精神医学教室  
林 礼雄

## はじめに

- うつ病は不定愁訴を訴え、精神科以外の科を初診となることが多い疾患である
- うつ病の基礎的な知識や自殺のリスク評価、対応について述べる

## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクのある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

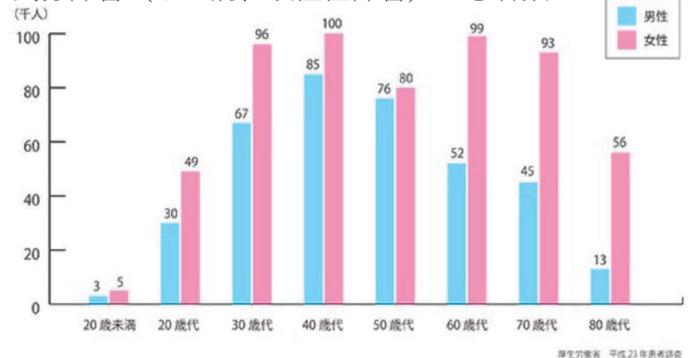
## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクのある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

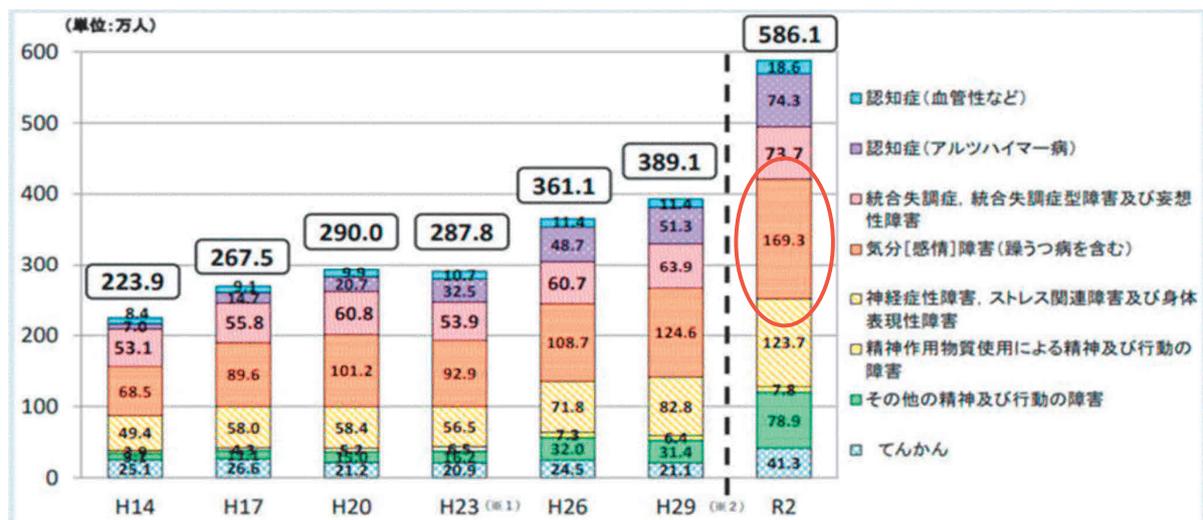
## 日本のうつ病について

- DSM-IV（米国の診断基準）による大うつ病性障害の有病率は2.2%、生涯有病率は6.5%である
- 女性は男性の2倍程度、うつ病になりやすい

気分障害（うつ病、双極性障害）の患者数



## 精神疾患を有する外来患者数の推移



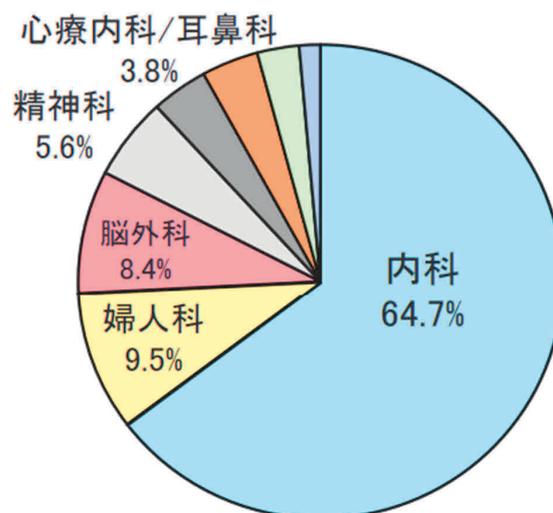
令和6年度版厚生労働白書

## うつ病患者の増加の背景

- 操作的診断基準の確立
- うつ病の啓蒙活動
- 新規抗うつ薬の開発
- 時代変化に沿ったうつ病の変化  
 ライフスタイルの変化  
 孤独感とソーシャルメディア  
 現代型うつ病

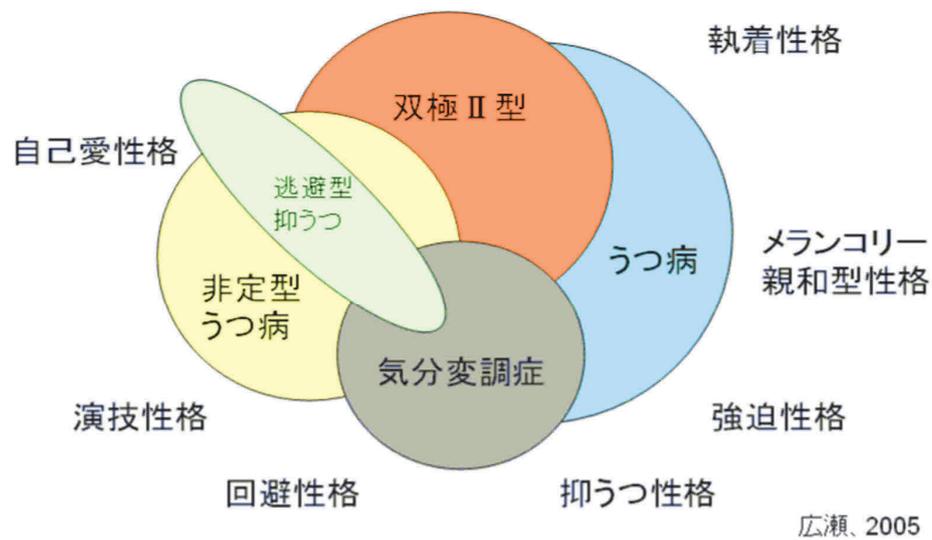


## うつ病患者の初診診療科



➤ 身体評価と身体症状が合致しない場合には  
 精神疾患が背景にある可能性がある

# 気分障害と病前性格



## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクのある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

# うつ病の精神症状

## 気分の障害

- 抑うつ気分
  - －気が滅入る
  - －気が沈む
  - －気が晴れない
  - －憂うつ
  - －うつとうしい
  - －挫折感、絶望感
- 興味・関心、喜びの喪失
- 無価値観、自信喪失
- 不安・焦燥
- 気分の日内変動

など

## 意欲の障害

- 億劫
- 仕事・家事の能率低下
- 社会的活動性の低下
- 行動が緩慢になる
- 言葉数が減る

など



## 思考の障害

- 思考制止  
(頭の回転が普段よりも遅くなる)
- 自責感・罪責感
- 希死念慮(自殺念慮)

など



坂元 薫: 今日のうつ病, アルタ出版, 2005, p.20

# うつ病の精神症状

## 微小妄想：重症のうつ病に伴う妄想

### 罪業妄想

他人に対して大変失礼なことをしたとか、他人を病気にさせたと思い込む

### 心気妄想

自分が癌などの大変な病気にかかっていると思い込む

### 貧困妄想

お金は十分あるのに暮らしていけないと思い込む

## うつ病の身体症状



## うつ病の診断基準 (DSM5)

①	抑うつ気分
②	興味（または喜び）の著しい減退
③	著しい体重減少（ときに増加），または食欲不振（ときに増加）
④	不眠（ときに過眠）
⑤	焦燥感，または意欲の低下
⑥	易疲労感，または気力の低下
⑦	無価値感，または自責感
⑧	集中力の低下，または決断困難
⑨	死について繰り返し考える，自殺念慮，または自殺企図

- ①または②を含んで5つ以上の症状が同時に2週間以上存在し、病前からの機能の変化を起こしている
- この大うつ病エピソードが1度以上存在し、その病態が他の精神疾患では説明できず、躁病エピソードの既往がない場合は大うつ病性障害と診断される

## 診断に関わる情報

- 理学的所見
- 既往歴
- 家族歴
- 生活歴、発達歴
- パーソナリティの傾向
- 病前の適応状態
- ストレス因子の評価
- (女性であれば) 月経の周期、妊娠の有無

## 鑑別 (精神疾患)

- 適応障害 : ストレスとの因果関係の確認
- 双極性障害 : 躁病エピソードの確認
- 統合失調症 : 陽性症状 (幻聴、妄想) の確認
- アルコール依存症 : CAGEテストの施行
- 神経発達症群 : 生活歴・学歴の聴取
- パーソナリティ障害群 : 社会適応の聴取

## 鑑別（身体疾患）

疾病	除外方法の1例
・甲状腺機能低下症	頸部診察で腫脹なし、血液検査でTSH, T4の異常なし。
・睡眠時無呼吸症候群	自覚症状（日中の眠気、重度のいびき）なし、Mallampati I, II。
・更年期障害	自覚症状なし、ホルモン低下なし。
・脳腫瘍	神経所見なし（Barre 徴候陰性や腕回し正常）。
・パーキンソン病	Myerson 正常、振戦なし、歩行正常。
・てんかん	発作歴なし、意識消失発作歴なし。
・貧血	CBC 正常、Hb 正常、鉄動態正常。
・ビタミン欠乏	ビタミン B <sub>1</sub> , B <sub>6</sub> , B <sub>12</sub> 正常。
・認知症	Mini-Cog 正常、MMSE 正常。
・リウマチ性多発筋痛症	炎症所見なし、CRP 正常。

Jpn J Psychosom Med 60:44-49, 2020

## 慢性疾患はうつ病を併発しやすい

身体疾患	有病率 (%)
クッシング症候群	67
多発性硬化症	6~57
パーキンソン病	28~51
てんかん	55
悪性腫瘍	20~38
甲状腺機能異常	31
慢性疼痛	21~32
脳血管障害	27
糖尿病	24

➤ 死への恐怖、身体的な不自由・苦痛、治療期間が長い、改善の希望を持ちにくい

越野 好文：臨床と研究 78 (12) : 2167, 2001

## うつ状態の要因になり得る薬剤

血圧降下薬	レセルピン、 $\alpha$ -メチルドパ、 $\beta$ -ブロッカー
ホルモン製剤	副腎皮質ホルモン、黄体卵胞混合ホルモン
消化性潰瘍薬	ヒスタミンH2受容体拮抗薬
抗結核薬	シクロセリン、INH、エチオミド
抗パーキンソン薬	塩酸アマンタジン、L-DOPA
免疫調整薬	インターフェロン
向精神薬	ハロペリドール、チアプリド
抗酒薬	ジスルフィラム

## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクのある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

# スクリーニング検査

- SDS（自己評価式抑うつ性尺度）
- QUIDS-J(簡易抑うつ症状尺度)
- PHQ-9
- HAMD（ハミルトンうつ病評価尺度）

## SDS（自己評価式抑うつ性尺度）

	めったにない	ときどき	しばしば	いつも	項目番号	抑うつ状態像因子		応答欄(評価点)			
	めったにない	ときどき	しばしば	いつも			めったにない	ときどき	しばしば	いつも	
1 気が沈んで憂うつだ					1	憂うつ、抑うつ、悲哀	1	2	3	4	
2 朝がたは いちばん気分がよい					2	日内変動	4	3	2	1	
3 泣いたり 泣きたくなる					3	啼泣	1	2	3	4	
4 夜よく眠れない					4	睡眠	1	2	3	4	
5 食欲は ふつうだ					5	食欲	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					6	性欲	4	3	2	1	
7 やせてきたことに 気がつく					7	体重減少	1	2	3	4	
8 便秘している					8	便秘	1	2	3	4	
9 ふだんよりも 動悸がする					9	心悸亢進	1	2	3	4	
10 何となく 疲れる					10	疲労	1	2	3	4	
11 気持は いつもさっぱりしている					11	混乱	4	3	2	1	
12 いつもとかわりなく 仕事をやれる					12	精神運動性減退	4	3	2	1	
13 落ち着かず じっとしていられない					13	精神運動性興奮	1	2	3	4	
14 将来に 希望がある					14	希望のなさ	4	3	2	1	
15 いつもより いらいらする					15	焦燥	1	2	3	4	
16 たやすく 決断できる					16	不決断	4	3	2	1	
17 役に立つ 働ける人間だと思う					17	自己過小評価	4	3	2	1	
18 生活は かなり充実している					18	空虚	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					19	自殺念慮	1	2	3	4	
20 日頃していることに 満足している					20	不満足	4	3	2	1	

➤ 40～47点を軽度、48～55点を中等度、56点以上を重度

# PHQ-9

PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) 日本語版 (2018)

この2週間、次のような問題にどのくらい頻繁(ひんばん)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
(A) 物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(B) 気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(C) 寝付きが悪い、途中で目がさめる、または逆に眠り過ぎる……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(D) 疲れた感じがする、または気力がない……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(E) あまり食欲がない、または食べ過ぎる……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(F) 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……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(G) 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……	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(H) 他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対に、 そわそわしたり、落ちつかず、ふだんよりも動き回ることがある……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(I) 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……………	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	0	1	2	3

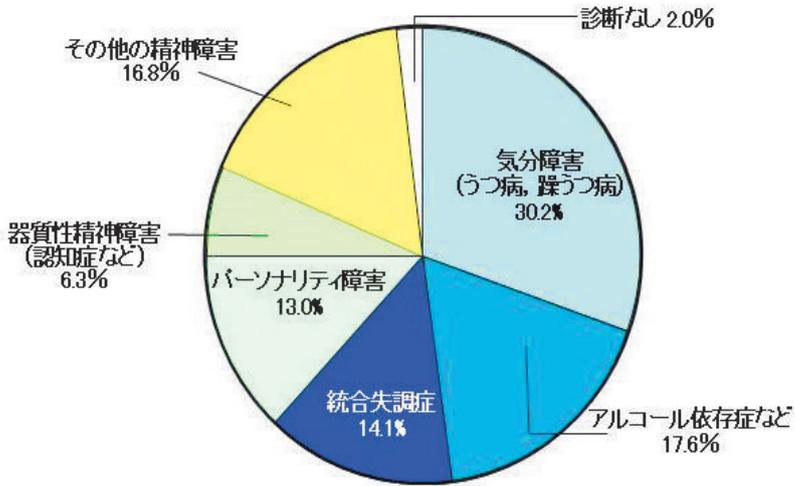
5～9点：軽度うつ状態  
10～14点：中程度  
5～19点：中度から重い  
20～27点：重度

## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクのある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

# 自殺と精神疾患

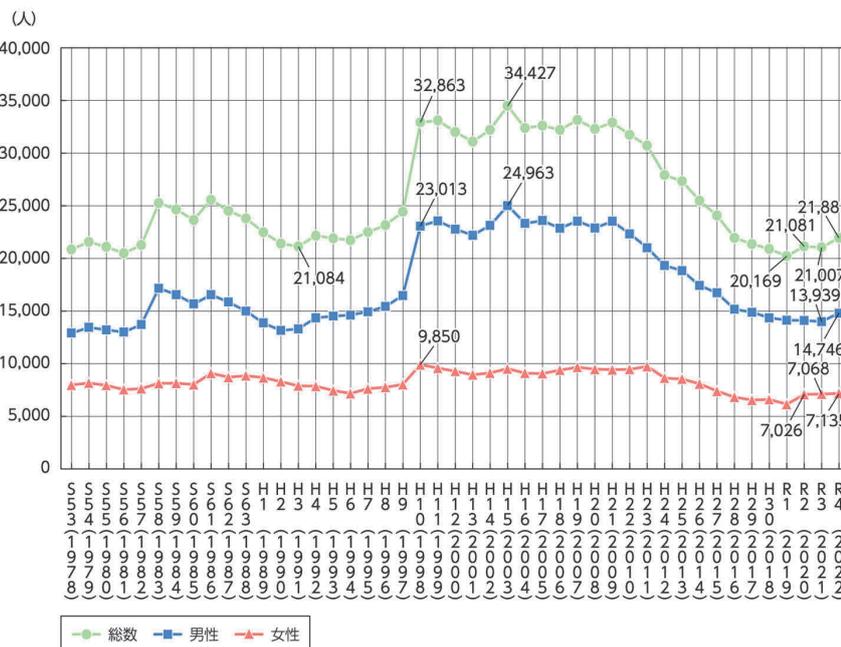
## 自殺既遂者と精神疾患



自殺企図者に共通する  
3つの心理状態

- 心理的視野狭窄
- 動揺する希死念慮
- 焦燥感

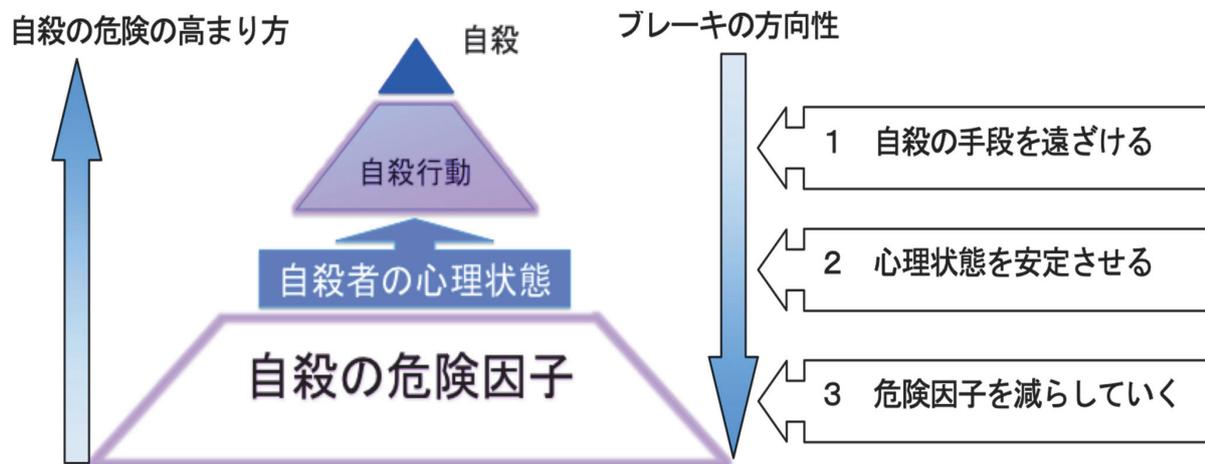
## 自殺者数の推移



- 2010年以降の自殺者数は10年連続の減少
- コロナ禍前後で自殺者数は増加に転じている。

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

# 自殺行動の階層モデル



出典 衛藤暢明「自殺予防には人材教育が不可欠！当院の自殺予防人材養成プログラムの要点を具体的に紹介します。」精神看護 14(6):11-25, 2011

## 1.自殺の手段を遠ざける

(救急搬送後の対応)

- 刃物や薬剤をすぐ手が届く範囲に置かない
  - 向精神薬を本人管理とせず、医療者が管理する
  - ナースコールを短くする、ひも類を近くに置かない
- 今にも自殺行動に移ろうとしている場合は、あらゆる可能性を考え自殺の手段を遠ざける

## 2.心理状態を安定させる

### TALKの原則

T	Tell	誠実な態度で話しかける
A	Ask	希死念慮について尋ねる
L	Listen	相手の話を傾聴する
K	Keep safe	安全を確保する

## 3.自殺の危険因子の評価

表1 SAD PERSONS スケール

SAD PERSONS スコア 10 項目	
<input type="checkbox"/> SEX	男性
<input type="checkbox"/> Age	20 歳未満と 45 歳以上
<input type="checkbox"/> Depression	うつ状態
<input type="checkbox"/> Previous Attempt	自殺企図の既往 自殺企図 自傷
<input type="checkbox"/> Ethanol abuse	アルコール・薬物の乱用
<input type="checkbox"/> Rational thinking loss	幻覚・脳器質症候群, 精神病状態
<input type="checkbox"/> Social support deficit	社会的援助の欠如 職場での孤立 乏しい家族関係 失業 社会的地位の低下 経済的損失 病気怪我による生活への影響 予想外の失敗 配偶者のドメスティックバイオレンス 他者の死の影響 不安定で乏しい治療関係
<input type="checkbox"/> Organized plan	組織的な計画性 致死性の高い手段 (縊首, 飛び降り, ガス etc) 複数の手段の併用 手の込んだ計画・強い/ 動揺する自殺念慮
<input type="checkbox"/> No spouse	配偶者がいない 未婚 離婚 別居 配偶者との死別
<input type="checkbox"/> Sickness	身体疾患 慢性消耗性の疾患 生活に大きな支障がある 大きな苦痛を感じている

➤特に重要なのは

- P (自殺企図の既往)
- D (うつ状態)
- E (アルコール・薬物の乱用)
- R (精神病状態)

➤ 自殺リスク

- 0～4 : low
- 5.6 : medium
- 7～10 : high

## 本日の話題

1. うつ病の基礎知識
2. うつ病の症状、診断、鑑別
3. うつ病のスクリーニング検査
4. 自殺リスクある患者の評価、対応
5. うつ病患者の入院適応、入院形態

## うつ病患者の入院適応

- 自傷、自殺のリスクが高い
- 食事、睡眠が不良である
- 外来治療期間が長引いている、症状が悪化している
- 休養（自宅療養が困難）

## うつ病患者の入院形態

- 著しい自傷・他害のリスクがある →措置入院
- 本人が治療の必要性を理解できない →医療保護入院
- 本人が治療の必要性を理解し同意している →任意入院

## まとめ

- うつ病の基礎的な知識や診断、重症度の評価について述べた
- うつ病（うつ状態）は自殺の危険因子の1つであり、早期に適切な対応や治療を受けることが重要である

◆MEMO◆

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

-----

講 演

『 一般診療におけるうつ病の治療と対応～治療編～』

福岡大学医学部精神医学教室

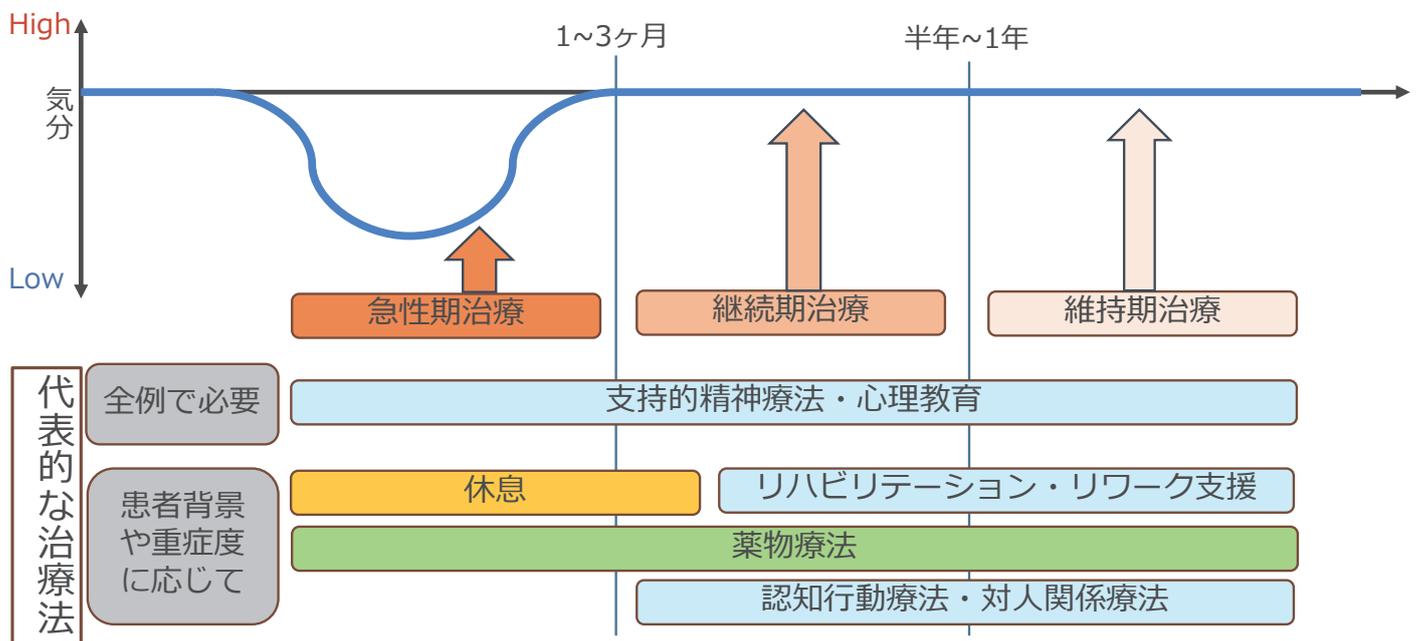
助教 畑中 聡仁



# 一般診療における うつ病の治療と対応 ～治療編～

福岡大学医学部精神医学教室  
畑中 聡仁

## うつ病治療の全体像



# うつ病の治療における重症度と治療方針

## 1. 支持的態度と心理教育

すべての患者に**支持的な態度**で接し、十分な**心理教育**を行う

## 2. 中等症・重症の治療

薬物療法が中心的な役割を果たす

## 3. 軽症以下の治療方針の課題

### 1. 薬物療法を控えるリスク:

治療をためらうと、重症化の恐れがある

### 2. 安易な薬物療法の問題:

無用な有害事象や患者の能動性低下を招く可能性がある

## 4. 精神療法の適用

認知行動療法は患者の背景に応じて慎重に適用する必要がある

日本うつ病学会治療ガイドライン より

# 本日の流れ

## 1. 急性期治療

1.1 初期治療の基本原則

1.2 薬物療法

1.3 薬物療法の効果がない場合（認知行動療法、ECT、rTMS）

## 2. 継続期治療

2.1 ソーシャルワーク

2.2 リハビリテーション・リワーク

## 3. 維持期治療

3.1 再発予防と治療の終結

3.2 うつ病の再発

## 4. 非精神科専門医とうつ病診療

# 1.急性期治療

1.1 初期治療の基本原則

1.2 薬物療法

1.3 薬物療法の効果がない場合（認知行動療法、ECT、rTMS）

## 1.1 初期治療の基本原則

### ▶治療の基本理念

患者理解と納得の重要性

- 患者が病気や治療について十分理解・納得すると、治療効果が向上し、進行が円滑になる

### ▶治療者-患者関係の重要性

受診に消極的な患者への対応

うつ病患者は否定的認知により「医療は役に立たない」と考えることがある

→良好な治療者-患者関係を構築することが診療の基盤となる

## 1.1 初期治療の基本原則

### ▶治療が必要かどうかを判断する

→病状がうつ病の診断基準に合致するかどうか

うつ病の診断 = 診察 > 検査所見

→どのくらい経過と症状に関する情報を患者から読み取り、聞き取ることができるか

## 1.1 初期治療の基本原則

### ▶治療開始のタイミングは？

→治療実施を決めたら開始は早いに越したことはない

仕事や学業が思うようにならない期間が延び社会生活上の支障が大きくなる

→患者を取り巻く環境は悪化し心理や病状が複雑化し簡単に治すことができなくなる

# 支持的な精神療法の実施

**支持的な精神療法**：患者の感情やストレスに寄り添いながら安心感を与え、治療関係を構築する。患者が自主的な問題解決に向かうよう支えていく

## 1. 信頼関係の構築

受容：患者の気持ち・考えを評価を加えずに受け入れる

傾聴：話を否定せず、遮らずじっくり聞く

共感：患者の気持ちを理解し、理解したことを伝える

## 2. 自主的な問題解決を求める

説明：医学的状況を説明する

保証：事実を伝えることなどにより患者を安心させる

助言：患者にとって望ましいと思われる方法を提案する

# 治療者・患者関係の構築

## ▶初期面接での対応

- 患者の気がかりな点を明確化し、体験・感じ方・感情を傾聴する
- 患者の状況に共感し、「**妥当性の承認 (validation of perception)**」を行う
- 例：「仕事へのやる気が失せ、注意も集中できず、業務がはかどらない状態では、『みんなに迷惑をかけている』と自分を責めてしまうことも、無理のないことだと思います」

## ▶うつ病の症状の説明（心理教育）

- 関係性構築後に、「やる気が失せる」「注意集中できない」「自責感」がうつ病の症状であることを説明
- 患者がうつ病を客観的に捉えられるよう促す

# 診断確定後の治療導入時の配慮

## ▶否定的認知への対応

- 抑うつ状態では「治療は役立たない」「性格の問題」など否定的認知に陥りやすい。
- 患者の困惑に共感しつつ、極端な因果律には巻き込まれないよう注意。
- 例：「気分と眠りを改善する手助けとして、薬を試してみてもはどうですか？」

## ▶重症例の対応

- 重篤な抑うつ症状では治療者の意図が理解されにくい場合がある
- 必要性を説明しつつ、共感的態度と妥当性の承認を維持
- 自殺企図など切迫した場合には**非自発的入院**を検討

# 治療場面の選択

## ▶外来か入院か？

精神症状、身体症状、重症度、治療反応性、環境面から総合的に判断する

## ▶入院の場合は自発的か非自発的か？

抑うつなどの精神症状を評価し、同意能力や判断能力があるかどうかで判断する

## ▶入院提案時の表現

「大変苦しい中、よく頑張って耐えてこられました。」

「心のエネルギーが枯渇し、限界に達しつつあるようです。」

「心の休息とエネルギーを回復させるために、入院を検討されてはいかがでしょうか？」

# 心理教育の実施

**心理教育**：精神科における「疾病教育」に相当する。患者の心理的・精神病的側面に配慮した教育。

## ➤心理教育の内容

- ①診断告知と病態説明 ②休養の指示 ③治療法と代替治療法の説明
- ④経過見込みと療養方法の説明 ⑤自殺予防措置
- ⑥共同意思決定（患者と医療者の共同による治療方針決定）

## ➤心理教育の役割

- ・回復期：リハビリテーションや社会復帰の準備
- ・回復後：再発予防
- ・経過の節目ごと：目的を持って繰り返し実施

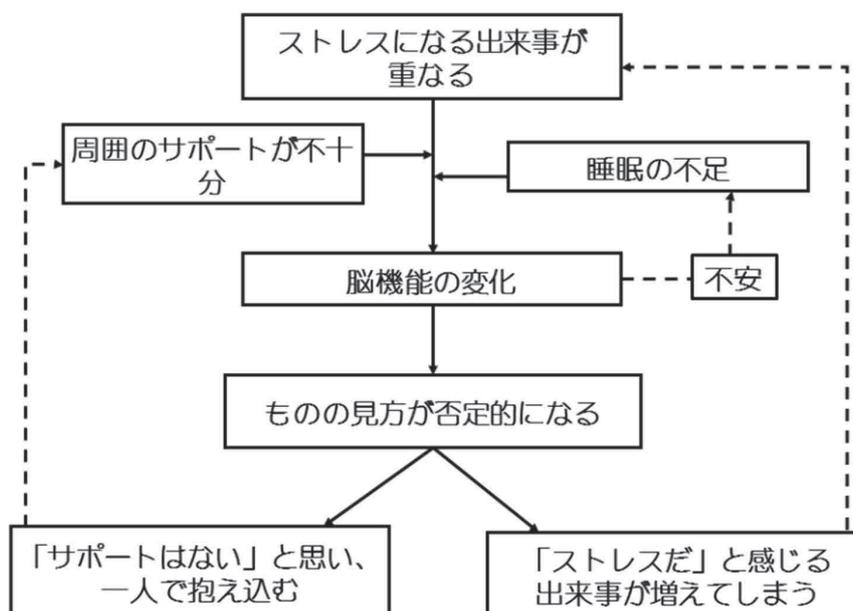
# 心理教育の具体例

医師→患者への説明	理由
今の状態は「うつ病」という病気によるものであり、あなたが悪いわけではありません	うつ病患者は「怠け者である」などと否定的な捉え方をする場合が多く、自分を責めないように伝える必要がある
うつ病はある出来事のストレスなどによって起こる脳の機能不全が回復しにくい状態にあります	患者自身が納得しやすいかたちで「うつ病とは何か」という疾患概念を伝え、治療への共通理解へつなげる
脳の機能不全を改善するために、十分な休息と薬物療法などを取り入れていきましょう。うつ病は長期経過を辿ることもありますが、治る病気です。	患者にうつ病の治療内容、経過、目標を正しく理解してもらうことで治療の指示を守り、治療に対する疑問点や要望、不安は相談するよう促す
重大な決定（離婚、退職など）は延期してください	うつ病患者の療養中の決断は、偏った捉え方によりなされる可能性があり、寛解後に後悔する可能性が高い
自殺をしないことを約束してください（自殺をしたくなったらいつでも相談に乗ります）	うつ病の自殺リスクは高い。この約束は患者・治療者の信頼関係がある場合は意味を持つ

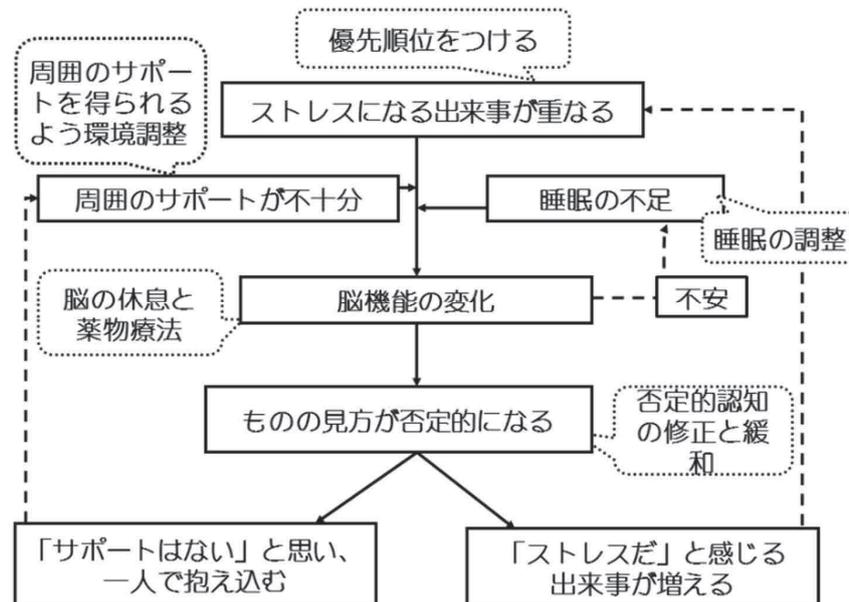
## 心理教育の具体例

医師→周囲の人への説明	理由
安易に患者を励ましたり、気晴らしに連れ出さないでください。温かく見守りましょう	患者本人にとっては責められている感じ、無力感を覚える場合もある。また気晴らしも辛いと感じる場合がある
うつ病という病気について理解してもらえると患者の支えになります	うつ病を正しく理解することで患者の支えになる
可能な範囲でご一緒に来院して患者の様子やあなたのお悩みについてお話ししましょう	周囲の人間にも負担が重いことが多く、支援が必要になる

## うつ病発症に至る「脳」と「環境」の関係と悪循環



## うつ病で生じている悪循環を遮断するための介入



## 1.2 薬物療法～その前に～

### ➤ 軽症うつ病における抗うつ薬の有効性？

- ① 抗うつ薬はプラセボと同等の効果しかない
- ② 抗うつ薬は有効

心理教育や支持的精神療法を基本として、その基礎介入なしに薬物療法を行うことは**推奨されない**

### ➤ 中等症以上のうつ病における抗うつ薬の有効性は確か

- 実際の臨床では軽症と中等症かの線引きは困難な場合も多い
- 初診時からの投与は慎重に行う
- 心理教育、精神療法、環境調整を行ってから判断でも良い

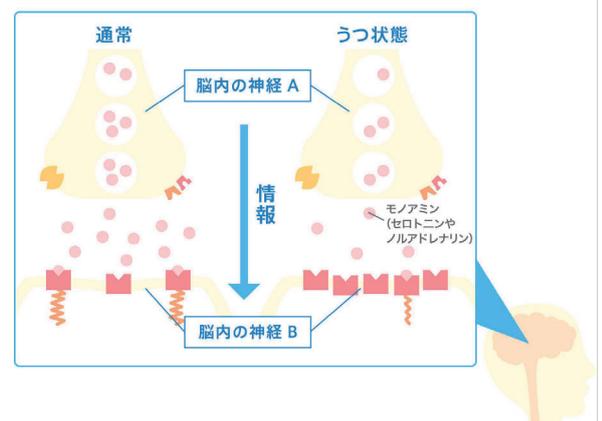
## 1.2 薬物療法

- うつ病の薬物療法では抗うつ薬を中心に使用する
- 薬理作用の理論上は効果に差がありうるが、新規抗うつ薬であればその効能に大差はない（CANMAT2016）
- 副作用を優先して選択し、患者ごとに効果を確認する

古典的な抗うつ薬	新規抗うつ薬
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 三環系抗うつ薬</li> <li>• 四環系抗うつ薬</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SSRI</b>: 選択的セロトニン再取り込み阻害薬</li> <li>• <b>SNRI</b>: セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬</li> <li>• <b>NaSSA</b>: ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬</li> <li>• <b>S-RIM</b>: セロトニン再取り込み阻害・セロトニン受容体調節薬</li> </ul>

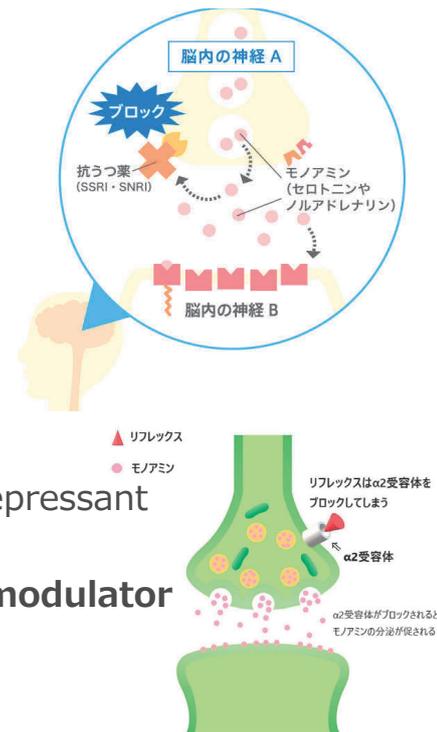
## 抗うつ薬の薬理作用

- うつ状態の脳内ではモノアミンが枯渇している
- 抗うつ薬はシナプス間隙のモノアミンを増加させることで抗うつ効果を発揮
- ◆三環系/四環系抗うつ薬：モノアミン再取り込み阻害作用+抗コリン作用/ $\alpha$ 1受容体遮断作用/H1受容体遮断作用
- 副作用が強い
- ✓抗コリン作用…口渇、便秘、排尿困難、眼圧上昇など
- ✓ $\alpha$ 1受容体遮断作用…起立性低血圧など
- ✓H1受容体遮断作用…過鎮静など
- ◆新規抗うつ薬：モノアミン再取り込み阻害作用に特化
- 副作用が少ない



# 新規抗うつ薬

- ◆ **SSRI: Selective Serotonin Re-uptake Inhibitor**  
(選択的セロトニン再取り込み阻害薬)  
…セロトニン再取り込み阻害作用に特化
- ◆ **SNRI: Serotonin Noradrenaline Re-uptake Inhibitor**  
(セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)  
…セロトニンとノルアドレナリンの再取り込みを阻害
- ◆ **NaSSA: Noradrenaline and Selective Serotonergic Antidepressant**  
(ノルアドレナリン作動性・特異的セロトニン作動性抗うつ薬)
- ◆ **S-RIM: Serotonin Reuptake Inhibitor and serotonin modulator**  
(セロトニン再取り込み阻害・セロトニン受容体調節薬)



## 抗うつ薬の副作用

### • セロトニン症候群

…脳内のセロトニンが過剰となることで、自律神経症状（発熱、発汗、血圧上昇、頻脈など）、神経・筋肉症状（手足の震え・ぴくつき、顎をがちがちさせるなど）、精神症状（興奮、錯乱など）が出現することがある

### • 中断症候群

…抗うつ薬を減量あるいは中止した際に、不眠、吐き気、手足の震え、めまい、耳鳴、電気ショック様感覚、ふらつき、混乱などの症状が出現することがある

### • 不整脈

…三環系抗うつ薬やSSRIのエスシタロプラムはQT延長を引き起こすことがある（\*特に三環系抗うつ薬の過量服薬の際は致命的になりうるため注意）

# 抗うつ薬の副作用

- 賦活化症候群（アクチベーション症候群）

…抗うつ薬服用開始時あるいは増量の際に不安、焦燥、不眠、攻撃性、衝動行為（**自傷や自殺行動**など）、躁状態の症状などが出現することがある

\* 特に若年者では出現頻度が高いため注意

- 躁転

…双極性障害のうつ状態に対して抗うつ薬を使用した際に、躁状態が誘発されることがある

\* 特に三環系抗うつ薬は躁転のリスクが高い

## 副作用については伝える？

➤ 前もってある程度説明しておく  
説明しておくことで信頼関係を築くやすくなる

➤ 患者が副作用とみなす症状でも実際にはうつ病の身体症状である場合もある

# 新規抗うつ薬の副作用

SSRI	SNRI	NaSSA
・ 消化器症状	・ 消化器症状	・ 過鎮静、眠気
・ 性機能障害	・ 血圧上昇	・ 食欲亢進、体重増加
・ セロトニン症候群	・ 排尿障害	・ <b>賦活化症候群</b>
・ 中止後症候群	・ 中止後症候群	
・ <b>賦活化症候群</b>	・ <b>賦活化症候群</b>	

- ✓ SSRI、SNRIはいずれも服用開始時の消化器症状（悪心・嘔吐など）が主な副作用
- ✓ SSRIは性欲低下や性機能障害、SNRIはノルアドレナリン関連の副作用（血圧上昇・頻脈、排尿障害など）が出現しうる
- ✓ NaSSAはH1受容体遮断作用を有することから過鎮静や傾眠が生じうること、5-HT<sub>2C</sub>受容体遮断作用により食欲亢進、体重増加につながる場合がある

## 抗うつ薬の使用法

### 投与開始時

- ・ 少量から開始、副作用の出現に注意
- ・ 効果発現には2～4週間かかること、副作用は早期から出現することを説明

### 継続維持（初発の場合は4～9ヶ月間）

- ・ 効果をみながら、寛解が得られる十分量で維持・継続する

### 投与終了時

- ・ 寛解状態が十分期間継続持続できていれば抗うつ薬の終了を検討
- ・ 数ヶ月かけて漸減する
- ・ 減薬中に抑うつ症状が悪化した場合は減量前の用量に戻す

## 1.3 薬物療法の効果がない場合

### 効果判定のチェックポイント

- 適切な用量を十分期間投与できているか
- 処方通りに確実に服用できているか
- 効果発現には2～4週間、可能であれば8週間程度の経過観察

### 抗うつ薬の変更

- 新規抗うつ薬の併用ではなく変更を行う
- 複数の抗うつ薬を使用して効果がなければ古典的な抗うつ薬への変更を考慮

### 他の薬物を併用

- 非定型抗精神病薬、気分安定薬、甲状腺ホルモン薬の併用を考慮

## 1.3 薬物療法の効果がない場合

### うつ病の診断が正しいか再検討する

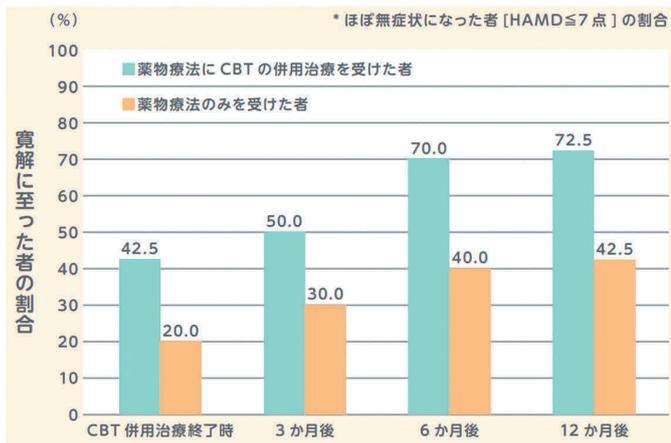
- 特に双極症の可能性を再検討する

### 他の治療法の導入を検討する

- 認知行動療法などの精神療法によるアプローチ
- 電気けいれん療法
- 反復経頭蓋磁気刺激療法

# 認知行動療法

否定的な認知-気分-行動の悪循環から抜け出すために、柔軟な考え方やこころのストレスを軽くする行動が出来るように治療者との対話を重ねて修正を図っていく



慶應義塾大学医学部精神・神経科学教室：認知行動療法について うつ病編より

# 反復経頭蓋磁気刺激療法 (rTMS)

非侵襲的な磁気刺激で特定の脳領域（左前頭前野）を調整し、うつ症状を改善する  
 \* 2019年より以下の条件で保険適用が認められた

## 対象患者

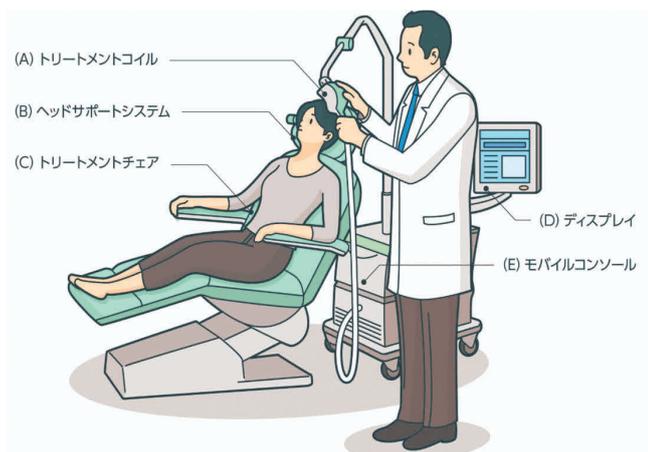
- 成人のうつ病患者で抗うつ薬による治療の効果が不十分
- 中等度のうつ病
- 精神病症状や明確な希死念慮を伴わない

## 治療要件

- 指定されたTMS機器を使用する
- 6週間以内に30回の治療セッションを実施する
- 2ヶ月間の入院治療が可能である

## 治療の流れ

- 適応確認とベースライン評価
- 脳刺激（1回40分、週5回、3~6週間）
- 副作用管理（軽度の頭痛や頭皮の違和感）



# 電気けいれん療法（ECT）

専用の治療器を用いて頭部へ約8秒程度電気を流し、さまざまな病状を改善する治療法。全身麻酔下で、身体に痙攣が起きないように筋弛緩薬も併用する。麻酔科医と精神科医との連携が必要な治療のため施行できる施設は限られる。術前検査、施行期間を含めて1ヶ月～2ヶ月程度の入院を要する。

## 適応

- 自殺の危険や身体的な衰弱がある
- 薬剤の副作用のために薬物療法ができない
- 昏迷状態（極度に混乱や緊張が強い状態）など重症で早急な改善を要する
- これまでにECTが有効であった



第115回 医師国家試験より

## 2. 継続期治療

### 2.1 ソーシャルワーク

### 2.2 リハビリテーション・リワーク

## 2.1 ソーシャルワーク

### ▶ソーシャルワーク

患者さんや患者さんの家族の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決を援助すること

→主に医療ソーシャルワーカー（MSW）や精神保健福祉士（PSW）の業務

### ▶社会生活上の問題解決はうつ病治療において非常に重要

→医師も患者さんの医学的治療だけでなく、患者さんが病気を抱えていることで生活に支障が出てはいないかといつも気にすべき

→解決に役立つような助言や社会資源社会制度の導入を図る

→導入した制度が利用されたか、状況が改善されたのかなどを確認する

## 2.2 リハビリテーション・リワーク

**目的：**社会機能や体力の回復だけでなく弱点を克服し新たな自分に成長する

### 種類

1. 医師の助言により自宅で行うリハビリテーション
2. 精神科作業療法、あるいは精神科デイケア
3. リワーク・デイケア

## 2.2 リハビリテーション・リワーク

### 1. 医師の助言により自宅で行うリハビリテーション

- ①生活リズムを取り戻す→起床時間と食事時間、入浴時間や就寝時間を固定化する
- ②自分の時間をつくる→読書や趣味を再開する
- ③作業能力を高める→家事を分担する、新聞を精読する、テレビのニュース番組を見る、目的意識をもって文書を作成する
- ④コミュニケーション能力を回復する→家族以外の人と会ったり話したりする機会をつくる
- ⑤体力の回復を図る→散歩をしたり体操やトレーニングを導入する

## 2.2 リハビリテーション・リワーク

### 2. 精神科作業療法、あるいは精神科デイケア

場所：精神科病院、クリニック、公的機関

内容：軽作業やスポーツ、芸術活動などのプログラムを通じて社会復帰を支援する。患者は生活リズムを整え、参加が模擬登校や出勤の役割を果たす。

### 3. リワーク・デイケア

場所：病院や公的機関

内容：休職中の勤労者が復職を目指す支援プログラム。参加対象は家庭生活が自立している人。内容は心理教育や集団認知行動療法、職場での対人関係を想定した訓練など、就労に特化したプログラムが中心。集団リハビリによりモチベーションが高まり、自己省察や自律性が重要視される。

## 3.維持期治療

### 3.1 再発予防と治療の終結

### 3.2 うつ病の再発

## 3.1 再発予防と治療の終結

### ▶うつ病の再発シナリオ

前に発病した時と似たような経過で同じように発病する

### ▶再発予防に必要なこと

- ①うつ病の理解に基づく病識の獲得
- ②以前の発病を省察し理解している
- ③うつ病に傾きやすいパーソナリティ傾向を自覚している
- ④過剰ストレスに陥らない工夫や陥った場合にも自覚できる
- ⑤メンタルヘルス不調のサインを自覚できる
- ⑥日頃からストレス対処法を持っていて活用することができる
- ⑦職場と職場以外に相談相手がいる

### ▶治療終結の条件

医療に頼らずセルフケアが可能な状態

ガイドラインでは寛解後4～9ヶ月の維持療法（再発例では1～3年）

## 3.2 うつ病の再発

### ▶再発とは

1度寛解に至ったが再び抑うつエピソードを寛解後1年以内の再発→約50%

### ▶再発のリスク

繰り返しの回数が多いほど、再発リスクは高まる  
4回目→約90%  
→初回エピソード以降の再発を食い止める

## 4.非精神科専門医とうつ病診療

### ▶非精神科専門医によるうつ病診療

- ①患者はあらゆる診療科を訪れること
  - ②プライマリ・ケアの必要性
  - ③地域差や精神科医不足
- これらの理由で非専門医が対応する場面は不可避

### ▶うつ病治療のステップ

- ①早期発見と初期対応
- ②専門的治療

# 精神科専門医以外が専門的治療を自ら行う際の要件

1. 地域の精神科医療機関における症例検討会参加などの自己学習機会をもつ
2. 心理教育を含む精神療法を実施する時間を診療時間内に確保できる
3. 複数の抗うつ薬の用法、副作用、薬物動態と薬理作用を熟知している
4. 自殺念慮を含む自殺関連行動に関する知識と、自殺危険度を含めたこれらの事柄についてのアセスメント法を知っている
5. 生活問題や職業問題に助言をすることができる
6. 都道府県の精神保健福祉センター、あるいは市町村の精神障害・福祉の担当部署を知っている
7. 地域の精神科医療機関（クリニック、病床を有する精神科病院と連携できる

(プライマリ・ケアでうつを診たら：羊土社)

# 精神科専門医以外のうつ病治療の限界点

1. 患者さんに病識がなく治療導入が困難
2. 重症のうつ病症状がすでに遷延化しているか、自らの治療下で遷延している
3. 自殺危険度が高い
4. 頻回に病相をくり返している、あるいはこれまでに再発をくり返している
5. 向精神薬の副作用が問題で十分量の抗うつ薬を使用できない
6. 合併精神疾患を他に有する
7. 患者さんの周囲に支援者が全くいない
8. 軽躁エピソード・躁病エピソード

(プライマリ・ケアでうつを診たら：羊土社)

## 精神科医との連携

- ▶ 中等症以上のうつ病患者は精神科医へ紹介する  
限界設定を踏まえて判断
- ▶ 紹介する場合の紹介状  
初診時の現症、発病の経緯、家庭や職場の状況などを記載  
患者への説明の詳細（病名告知や治療法の説明内容）
- ▶ 普段から顔の見える関係の精神科医を確保する  
各種研究会や研修会などに参加する
- ▶ 精神科に患者を紹介した後も関係を維持する  
精神科に紹介することで見放されたと思う患者がいる  
「何か心配なことがあればいつでも来てくださいね」

## 参考文献

- 日本うつ病学会治療ガイドライン
- プライマリ・ケアでうつを診たら（羊土社）
- こころの健康がみえる（MEDIC MEDIA）

# うつ病の治療の流れ

- i) 病気の告知と心理教育
- ii) 休養の指示
- iii) 人生にかかわる重要な決定をしないことの指示
- iv) 自殺予防の措置
- v) 環境調整（家庭・学業・職場など）
- vi) 抗うつ薬・睡眠薬などの投与
- vii) 先の経過・見込みの説明
- viii) 一般精神療法・認知行動療法の継続実施
- ix) 身体療法（重症の場合や薬物が使用できない場合など）
- x) リハビリテーション
- xi) 社会復帰のためのサポート・調整
- xii) 再発予防のための心理教育・精神療法・薬物療法・助言など