

# **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12月9日（火）19：00

場所：福岡県医師会館 5階研修室



# 令和7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12月9日（火）

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：産業医科大学精神医学

助教 右田 香奈枝 先生

（C C : 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（診断・治療編）」

講師：産業医科大学精神医学

助教 利田 征光 先生

（C C : 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) 』

産業医科大学精神医学

助教 右田 香奈枝



# 一般診療における うつ病の治療と対応

産業医科大学 精神医学教室

右田 香奈枝

## 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

# 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

## うつ病患者の初診動向

多くの患者は精神科ではなく身体科を受診する

- うつ病患者の約65%が、初診で内科などのかかりつけ医を受診している
- 精神科・心療内科を受診するのは全体のわずか1割未満
- 患者は「うつ」を自覚しておらず、身体の不調として認識していることが多いのが現状

# なぜ身体科を受診するのか

## 患者の心理と受診のバリア

### 身体症状の優位性

「眠れない」「疲れが取れない」「胃が痛い」といった身体の不調が最も辛いため

### スティグマ（偏見）

「精神科に行くのは恥ずかしい」「自分は心が弱いわけではない」という心理的抵抗

### 身体疾患への帰属

「風邪が長引いているだけ」「内臓が悪いに違いない」という思い込み

### アクセスの良さ

かかりつけ医への信頼感と受診のしやすさ

## 診断の遅れが招くリスク

早期発見が予後を大きく左右します

休職・自殺リスク  
社会機能の低下

負の連鎖

重症化・慢性化  
未治療期間の長期化

内科を受診  
身体症状の出現

ドクターショッピング  
原因不明

## ゲートキーパーとしての機能

身体評価と症状が合致しない場合



背景に精神疾患がある可能性を疑う

## 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

## 2大中核症状

以下の症状のいずれかまたは両方が2週間以上続くことが診断の必須条件

### 1. 抑うつ気分

一日中気分が沈む、悲しい、虚しい、涙もらい、希望が持てない

### 2. 興味・喜びの喪失

今まで楽しかった趣味や活動に興味がわかない、何をしても楽しくない

### 確認のポイント

「最近、気分が沈むことはないか」「趣味を楽しめているか」と具体的に尋ねる

## 精神症状（行動・思考の変化）

気分の落ち込み以外にも、様々な変化が現れる

### 意欲・行動

億劫で動けない、身だしなみが乱れる、  
仕事の能率低下、口数が減る

### 思考・認知

頭が回らない（思考制止）、  
決断できない、集中力低下

### 自己評価

自分はダメだ（無価値感）、  
申し訳ない（自責感）、自信喪失

### 感情

不安、  
焦燥感（イライラしてじっとしていられない）

# 身体症状の多様性

「仮面うつ病」を見逃さないために

- ・ 「仮面うつ病」とは、身体症状という仮面の下にうつ病が隠れている状態
- ・ うつ病患者の多くは、精神症状よりも先に**身体症状**を自覚する
- ・ 全身倦怠感、睡眠障害、食欲不振、頭痛、胃腸症状など、症状は全身に及ぶ

## 主な身体症状①

生命維持に関わる基本的な機能の障害

### 睡眠障害

入眠困難（寝付けない）

中途覚醒（何度も目が覚める）

早朝覚醒（朝早く目が覚める・典型的）

### 食欲・全身

食欲不振（味がしない、砂を噛むよう）

体重減少（1ヶ月で数kg減ることも）

易疲労感（休んでも疲れが取れない）

性欲減退

## 主な身体症状②

検査で異常が出ない「痛み」や「不快感」

### 疼痛

頭痛・頭重感（帽子を被ったような）

肩こり・腰痛

背部痛・関節痛

### 消化器・その他

胃痛・腹部不快感

便秘・下痢

めまい・耳鳴り

動悸・息苦しさ

## 症状の特徴：日内変動

「朝が悪く、夕方楽になる」リズムが典型的です

明日の不安で眠れない  
入眠困難

少し動けるようになる  
夕方の改善

典型的な  
リズム

暗いうちに目が覚める  
早朝覚醒

気分・身体が最悪  
午前中の不調

## 重症度と精神病症状（妄想）

重症化すると現実検討能力が障害され、妄想が出現することも

微小妄想  
(精神病性症状)

罪業妄想「罪を犯した」  
貧困妄想「破産する」  
心気妄想「不治の病だ」

重度うつ病

食事・水分が摂れない、  
昏迷状態、強い希死念慮

中等度～軽度

日常生活に支障はあるがなんとか可能

## スクリーニング検査

自記式

- SDS（自己評価式抑うつ性尺度）
- PHQ-9
- QIDS-J（簡易抑うつ症状尺度）

他記式

- HAM-D（ハミルトンうつ病評価尺度）

## SDS (自己評価式抑うつ性尺度)

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

項目番号	抑うつ状態像因子	応答欄(評価点)			
		めったくない	ときどき	しばしば	いつも
1 憂うつ、抑うつ、悲哀	1	2	3	4	
2 日内変動	4	3	2	1	
3 哭泣	1	2	3	4	
4 睡眠	1	2	3	4	
5 食欲	4	3	2	1	
6 性欲	4	3	2	1	
7 体重減少	1	2	3	4	
8 便秘	1	2	3	4	
9 心悸亢進	1	2	3	4	
10 疲労	1	2	3	4	
11 混乱	4	3	2	1	
12 精神運動性減退	4	3	2	1	
13 精神運動性興奮	1	2	3	4	
14 希望のなさ	4	3	2	1	
15 焦燥	1	2	3	4	
16 不決断	4	3	2	1	
17 自己過小評価	4	3	2	1	
18 空虚	4	3	2	1	
19 自殺念慮	1	2	3	4	
20 不満足	4	3	2	1	

40-47点 : 軽度      48-55点 : 中等度      56点以上 : 重度

## PHQ-9

過去2週間で、次の問題のいずれかに悩まされた頻度はどれくらいですか?	全く違います	諸日	半日以上	ほとんど毎日
一. 何かをすることにほとんど興味や喜びを感じない	0	1	2	3
二. 落ち込んだり、落ち込んだり、絶望したりしている	0	1	2	3
三. 落ちる、眠り続ける、寝すぎない	0	1	2	3
四. 疲れている、または体力が足りない	0	1	2	3
五. 食欲不振や過食	0	1	2	3
六. 自分自身に申し訳ないと感じたり、自分が失敗者だったり、自分や家族を失望させてしまったと感じたりします	0	1	2	3
七. 新聞を読んだり、テレビを見たりするなど、物事に集中できない	0	1	2	3
八. 他の人が気づくほどゆっくりと動いたり話したりしますか?あるいはその逆で、とてもそわそわしたり落ち着かなかったりして、いつもよりずっと動き回っている	0	1	2	3
九. 死んだ方がまだと思ったり、何らかの形で自分を傷つけたりする考え	0	1	2	3

5-9点 : 軽度

10-14点 : 中等度

15-19点 : 中等度～重度

20-27点 : 重度

# うつ病（大うつ病性障害）の診断基準 DSM V-TR

「抑うつ気分」または「興味・喜びの喪失」のいずれかを含む**5つ以上**の症状が**2週間以上**続くことが必要。

## ★抑うつ気分

疲労・気力の減退

## ★興味・喜びの喪失

無価値感・罪責感

食欲・体重の変化

集中力・思考力の低下

睡眠障害

自殺念慮

精神運動性の変調

除外: 身体疾患（甲状腺機能低下症など）や物質（薬物・アルコール）によるものではない  
躁病エピソードがない（双極性障害ではない）

## 本日の流れ

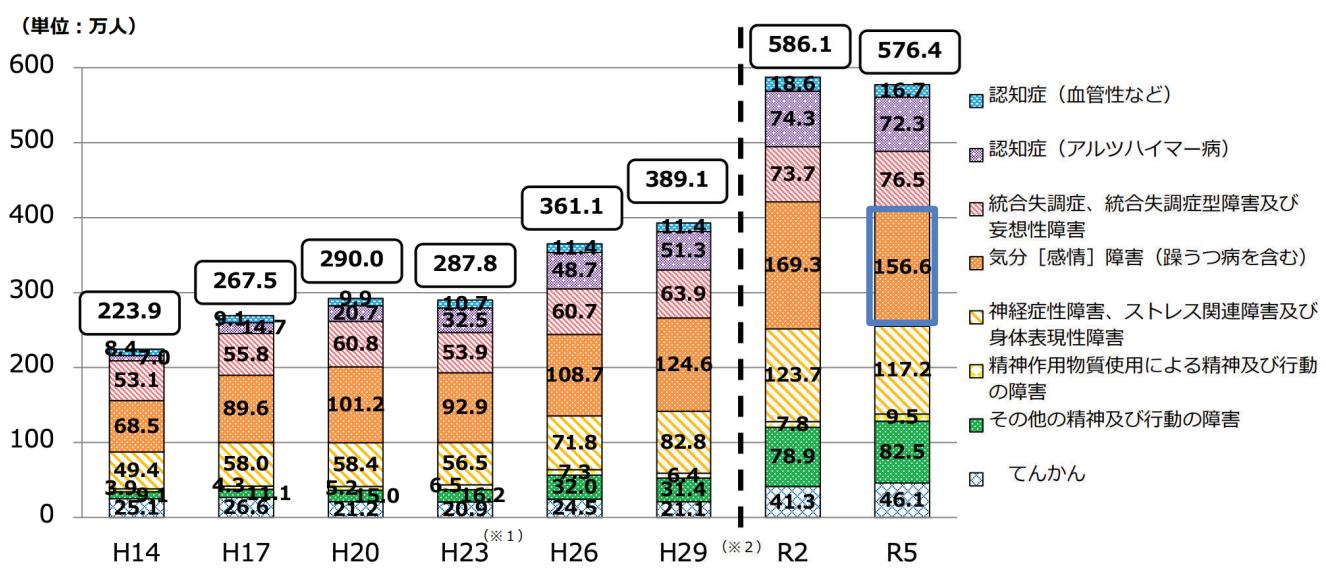
1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

## うつ病の有病率



精神疾患の有病率等に関する大規模疫学研究：「世界精神保健日本調査セカンド」（2016年）より

## 精神疾患患者数の推移



（※1）H23年の調査では宮城県の一部と福島県を除いている。

（※2）R2年から総患者数の推計方法を変更している。具体的には、外来患者数の推計に用いる平均診療間隔の算出において、前回診療日から調査日までの算定対象の上限を変更している（H29年までは31日以上を除外していたが、R2年からは99日以上を除外して算出）。

資料：厚生労働省「患者調査」より厚生労働省障害保健福祉部で作成

# 患者増加の背景

社会環境の変化が大きく影響

## 啓蒙活動

うつ病に対する認知度が上がり  
受診しやすくなった

## 診断基準

操作的診断基準（DSM等）の確立と普及

## 社会環境

ライフスタイルの変化、核家族化、  
孤立、経済的不安

## 現代型うつ

従来のメランコリー型とは異なる  
新型うつの増加

# 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

# 負のサイクル

身体疾患とうつ病は相互に悪化させる



## 身体疾患別のうつ病合併率

疾患	精神疾患合併率
外来患者	2-15%
癌	6-39%
心筋梗塞	15-20%
▶ Parkinson病	10-37%
▶ 脳血管障害	22-50%
▶ Alzheimer病	17-22%
HIV/AIDS	4-35%
糖尿病	11%
関節リウマチ	12%

脳・神経系疾患では  
特に高率

## 身体疾患別のうつ病合併率

疾患	精神疾患合併率
外来患者	2-15%
▶ 癌	6-39%
▶ 心筋梗塞	15-20%
Parkinson病	10-37%
脳血管障害	22-50%
Alzheimer病	17-22%
HIV/AIDS	4-35%
▶ 糖尿病	11%
関節リウマチ	12%

特に合併が多い  
内科系疾患

## 慢性疾患患者の心理

なぜうつ病になりやすいのか

**喪失感:** 健康、社会的役割、将来の展望の喪失

**恐怖:** 死への恐怖、再発への不安、身体的な不自由への恐れ

**負担:** 長期間の治療、経済的負担、家族への申し訳なさ（罪悪感）

**生物学的要因:** 慢性炎症によるサイトカインの影響、ホルモンバランスの変化

# うつ状態の原因になり得る薬剤

改めて処方薬を確認することも重要

薬剤分類	具体的薬剤名
降圧薬	βブロッカー、レセルピン、αメチルドパ
ホルモン剤	副腎皮質ステロイド（プレドニン等）、経口避妊薬
免疫調整薬	インターフェロン（C型肝炎等で使用）
その他	抗パーキンソン薬（L-DOPA）、抗結核薬、H2ブロッカー

## 心身症とうつ病の違い

混同しやすい「心身症」の定義を整理

心身症	うつ病
本体は身体疾患	本体は精神疾患（脳機能障害）
ストレスが発症・経過に関与	身体症状はその一部
例：胃潰瘍、気管支喘息	例：うつ病に伴う胃痛
治療：身体治療+心理的配慮	治療：抗うつ薬、休養などが主体

# 鑑別の全体像

「うつ状態」 = 「うつ病」とは限らない

## 双極性障害

躁・軽躁エピソードの既往があるか

## 認知症

認知機能低下が先行しているか（高齢者の場合）

## 器質性精神障害

脳腫瘍や甲状腺機能障害など、身体的な原因がないか

# 最重要：双極性障害との鑑別

抗うつ薬単剤での治療は危険な場合がある

## うつ病（単極性）

抑うつエピソードのみ

抗うつ薬が第一選択

持続的な抑うつ

## 双極性障害

躁・軽躁の既往あり

抗うつ薬で躁転のリスク

気分安定薬が必要

家族歴があることが多い

# 高齢者：認知症との鑑別

うつ病による「仮性認知症」を見逃さない

うつ病（仮性認知症）	認知症
進行が比較的急速	進行は緩やか
「分からぬ」と答える	取り繕う、言い訳をする
記憶障害を自覚し悩む	記憶障害を認めない
治療で改善する	見当識障害が目立つ

## 器質性精神障害

身体疾患が直接の原因で精神症状が出る場合

**定義:** 脳や身体の疾患により、二次的に精神症状が出現する状態

**原因疾患例:** 脳腫瘍、脳炎、甲状腺機能低下症/亢進症、全身性エリテマトーデス（SLE）など

**対応:** 原因となっている身体疾患の治療が最優先

# パニック障害

身体症状が目立つため、救急外来を受診しやすい

**特徴:** 突然の動悸、呼吸困難、発汗などの自律神経症状（パニック発作）

**予期不安:** 「また発作が起きるのではないか」という強い不安

**疫学:** 若年女性に多く、100人に1人程度が罹患する

## 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

## アルコールとうつ病の「悪循環」

飲酒が一時的な気晴らしとなり、症状を長期的に悪化させる

セルフメディケーション：抑うつ気分や不安を和らげるために飲酒を開始・増加する

症状の悪化：アルコールは中枢神経を抑制し、長期的には抑うつ症状を悪化させる

治療遵守率の低下：飲酒による服薬忘れや、抗うつ薬との相互作用で治療効果が減弱する

自殺リスクの増加：飲酒は判断力を低下させ、衝動的な行動（自殺企図）のリスクを大幅に高める

## アルコールとうつ病の「悪循環」



# アルコール依存症の兆候

以下の状態が見られたら要注意

## 渴望

酒を飲んではいけない状況でも強い飲酒欲求を感じる

## コントロール障害

飲む量や時間を自分で制御できず、予定より多く飲んでしまう

## 離脱症状

アルコールが切れると手の震え、発汗、イライラなどが出る

# アルコールによる障害

ビタミンB1欠乏による重篤な障害

## Wernicke脳症

眼球運動障害、意識障害、運動失調  
緊急治療が必要

## Korsakoff症候群

Wernicke脳症の後遺症  
重度の記憶障害、作話、見当識障害

身体合併症：肝機能障害、肺炎、糖尿病、高血圧、多発神経炎など

治療：断酒が基本だが、近年は減酒治療というアプローチも

# 本日の流れ

1. うつ病患者の受診実態
2. うつ病の基礎知識と診断
3. うつ病患者の疫学と実態
4. 身体疾患との密接な関係・鑑別診断
5. アルコール関連問題
6. 自殺予防と緊急時対応

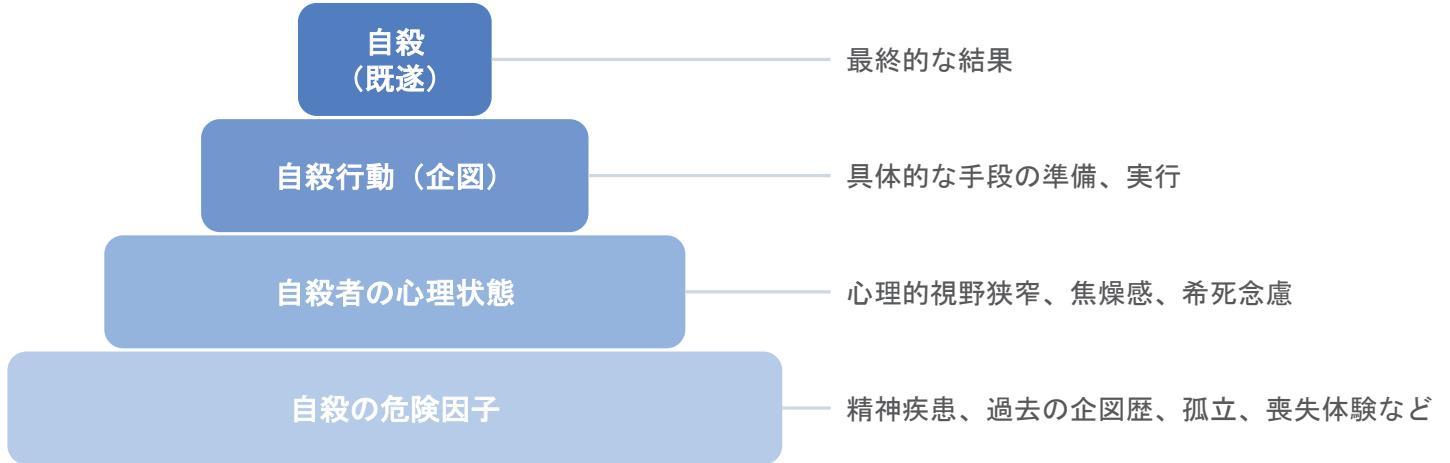
## 自殺と医療機関受診

自殺既遂者の多くがうつ病などに罹患しており、  
その約半数が**自殺実行前1ヶ月以内に**  
**プライマリ・ケア医を受診していた**

厚生労働省：自殺総合対策大綱（関係資料）より

# 自殺行動の階層モデル

自殺は突然起きるのではなく、段階を経て進行する



## リスク評価 : SAD PERSONS

自殺の危険因子

Sex (男性) / Age (若年・高齢) / Depression (うつ状態)

Previous Attempt (自殺企図の既往)

Ethanol abuse (アルコール乱用)

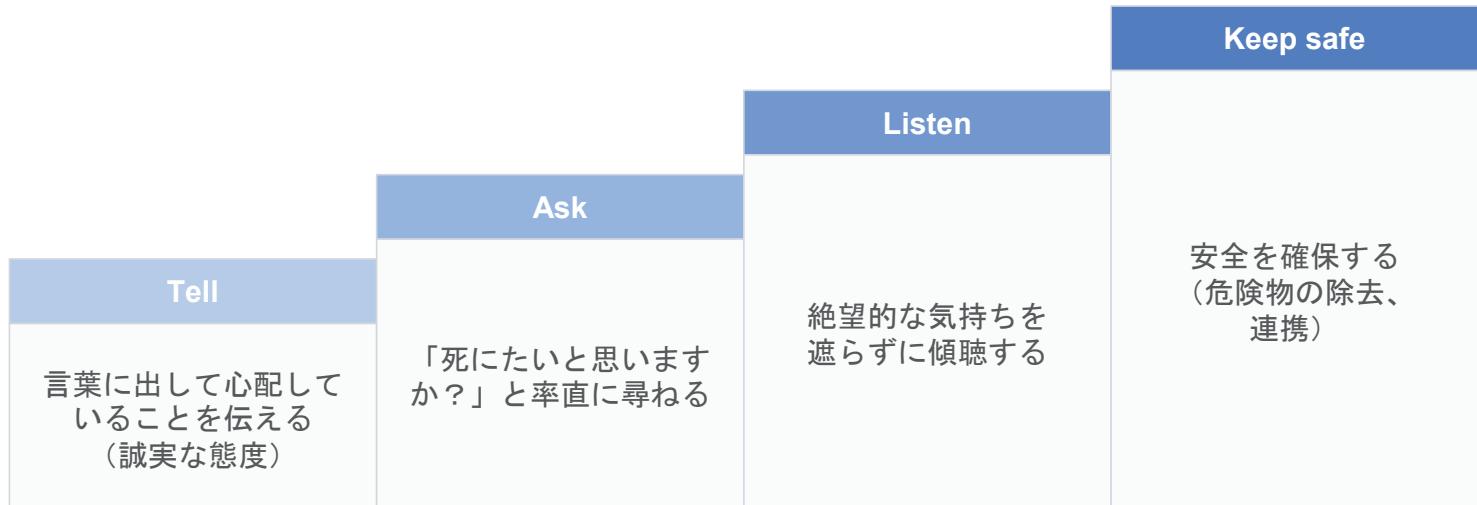
Rational thinking loss (理性的思考の喪失・精神病状態)

Social support deficit (孤立)

Organized plan (計画の具体性) / No spouse (配偶者なし) / Sickness (身体疾患)

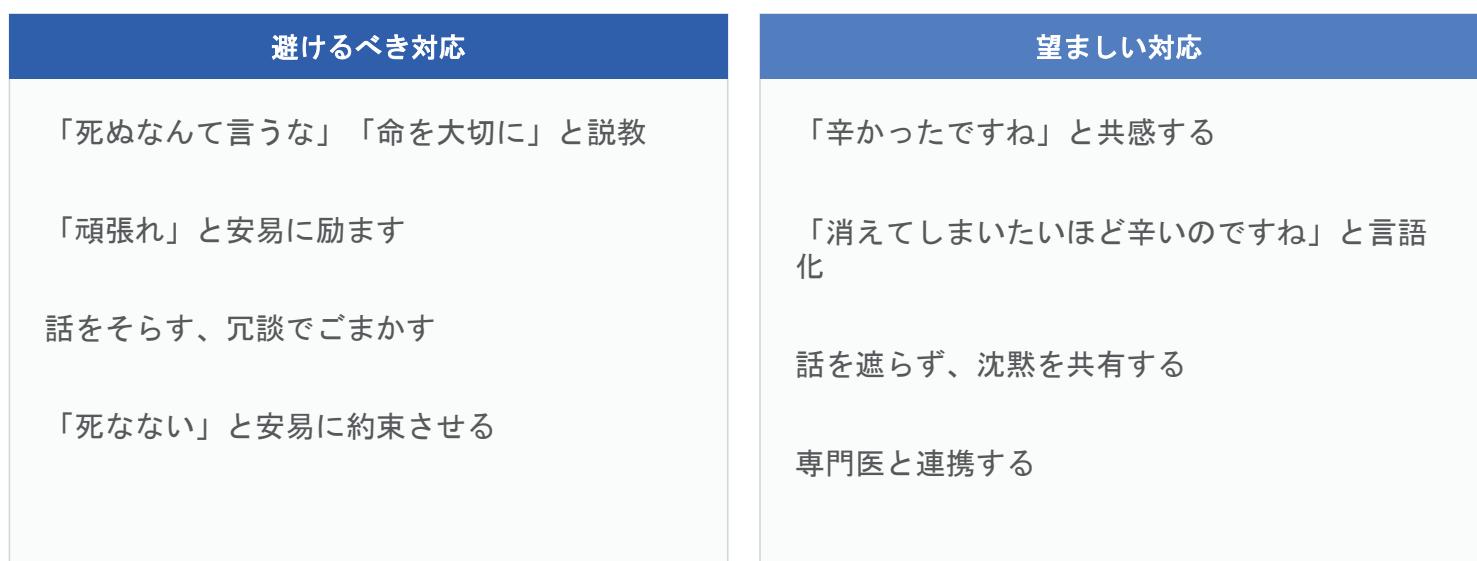
# TALKの原則

自殺のリスクがあると思われる患者への接し方



## もし「死にたい」と言われたら

励ましが逆効果になることもある



# 具体的な安全確保 (Keep Safe)

自殺手段を遠ざけ、各方面と連携を

**手段の除去:** 刃物、ロープ、過量服薬可能な薬剤を患者の手の届かない場所へ

**処方管理:** 薬を家族管理にする、日数制限をする、致死性の低い薬に変更する

**環境調整:** カーテンレールやドアノブの対策（入院時など）

**連携:** 緊急性が高い場合（具体的な計画がある等）は、1人で抱えず専門医や家族、警察と連携する

## 専門医への紹介タイミング

以下の場合は速やかにご紹介ください

自殺リスクが高い

希死念慮が強い

具体的な自殺計画あり

精神病症状（幻覚妄想）

双極性障害の疑い

治療がうまくいかない

## 本日のまとめ

プライマリ・ケア医はうつ病診療のキーパーソンです

- うつ病患者は**身体症状**を主訴に受診する。身体所見と合わない不調はうつを疑う
- **2大症状**（抑うつ、興味喪失）と**日内変動**、**睡眠障害**の確認が診断の第一歩
- **身体疾患**（脳卒中、がん等）とうつ病は合併しやすい
- 自殺リスクが高い場合は、速やかに**専門医と連携**する

◆MEMO◆

講 演

『一般診療におけるうつ病の治療と対応

(診断・治療編)』

産業医科大学精神医学

助教 利田 征光



# 一般診療におけるうつ病の治療と対応 ～治療編～

令和7年度 かかりつけ医心の健康対応力向上研修 2025.12.9  
産業医科大学 精神医学 助教 利田征允

## 本日の内容

- 1 急性期治療の開始と戦略
- 2 継続期治療と社会復帰への支援
- 3 維持期治療と再発予防戦略
- 4 非精神科専門医による診療と連携

## うつ病治療の全体像：3つのフェーズ

うつ病治療は「急性期・継続期・維持期」の3段階で構成される

急性期治療（1～3ヶ月）

継続期治療（半年～1年以上）

目標：症状の寛解

目標：再燃の予防

中心：薬物療法、支持的精神療法、休息

中心：服薬継続、精神療法、  
リハビリテーション・リワーク支援

演者作成

2

## うつ病の治療方針における重症度別の原則

日本うつ病学会治療ガイドラインに基づいた、重症度に応じた治療選択の指針

すべての患者へ

支持的な態度で接し、十分な心理教育を行う

中等症・重症

薬物療法が治療の中心的な役割を果たす

軽症以下の課題

安易な薬物療法は避けつつも、重症化リスクを考慮し治療をためらわない

演者作成

3

# 01

## 急性期治療の開始と戦略

演者作成

4

### 急性期治療の基本原則：休息と環境調整

回復の土台となる「休息」と「ストレッサーからの隔離」を行う

#### 休息の重要性

回復のため、重症度に応じた**休養計画**を立案

#### 環境調整

仕事や学校などの**ストレッサー**からの隔離

#### 関係者連携

職場・学校・家族と連携し、  
**休養の必要性**を明確に伝える

演者作成

5

# 支持的精神療法と心理教育：初期対応で伝えるべきこと

患者が安心し、治療に希望を持てるように初期段階で伝えるべき重要なメッセージ

患者の苦痛を否定せず、受容と共感の姿勢で接する

「うつ病は治る可能性のある病気である」ことを伝え、治療のゴールを明確にする

うつ病は「気の持ちよう」ではないこと、脳の機能的な疲れであることを説明する

抗精神薬には依存性がないものもあることを理解してもらう

演者作成

6

## 最重要課題：自殺リスクの評価と対応

初診時および治療経過を通して、自殺リスクの評価は全ての診療科で必須



演者作成

7

# 自殺ハイリスク時の対応手順

直ちに行動に移すべき4つのステップ

1 緊急時の連絡先を患者・家族に明記する

2 家族に危険性を説明し見守りを依頼する

3 入院も視野に入れ、専門医へ早急に紹介する

4 危険物（薬物、刃物）は本人から隔離する

演者作成

8

# 初診時のコミュニケーションのポイント

限られた時間の中で患者に安心感を与える

時間確保

焦らず話を聞く姿勢を見せ、安心感を与える

情報提供

病気と治療法について分かりやすい情報を提示

治療への参加

患者と治療目標を設定し、主体的な参加を促す

診断の確定

安易にうつ病と決めつけず、鑑別疾患を考慮しつつ慎重に進める

演者作成

9

# 02

## 薬物療法の進め方と戦略

演者作成

10

### 薬物療法の目標設定

単に症状を和らげるだけでなく、社会生活の質を回復させることが重要

目標1

寛解達成

症状の完全な消失

目標2

再発予防

寛解状態の長期維持

目標3

機能回復

社会生活の質(QOL)向上

演者作成

11

## 抗うつ薬の特徴：SSRI (選択的セロトニン再取り込み阻害薬)

副作用が比較的少なく、うつ病治療の第一選択薬の一つ

### 効果・メリット

安全性が高く、抗コリン作用などの副作用が少ない

### 注意点

初期の吐き気などの消化器系副作用や賦活症候群に注意

### 選択

不安症状の強い症例や副作用を懸念する場合に選択

演者作成

12

## 抗うつ薬の特徴：SNRI (セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬)

ノルアドレナリン作用により、意欲・活動性の改善に期待できます。

### 効果・メリット

意欲・興味の低下が目立つ「非定型うつ病」などにも有効

### 注意点

用量依存的な血圧上昇や排尿障害に注意が必要

### 選択

SSRIで効果不十分、または意欲低下が主訴の場合

演者作成

13

## 抗うつ薬の特徴：NaSSA (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)

鎮静作用が強く、**不眠・不安**が強い症例に有効

効果・メリット

鎮静・催眠作用が強く、**不眠**を伴う症例に極めて有効

注意点

強い眠気と体重増加・食欲亢進の副作用に注意が必要

選択

不安・不眠が強く、**食欲も低下**している場合

演者作成

14

## 旧来の抗うつ薬：三環系・四環系の位置づけ

近年は副作用プロファイルの観点から、第一選択となることは稀

### 三環系抗うつ薬 (TCA)

効果は強力だが副作用も強い

特に**抗コリン作用** (口渴、便秘) に注意

過量内服時の致死量が少ない

→**自殺リスクが高い**症例では非推奨

### 四環系抗うつ薬 (TeCA)

主に**不安・不眠**に用いられる

抗ヒスタミン作用が強く、鎮静作用が目立つ

演者作成

15

## 薬物療法の進め方：初期用量と漸増

効果が得られるまで、副作用に配慮しつつ用量を段階的に増やしていく

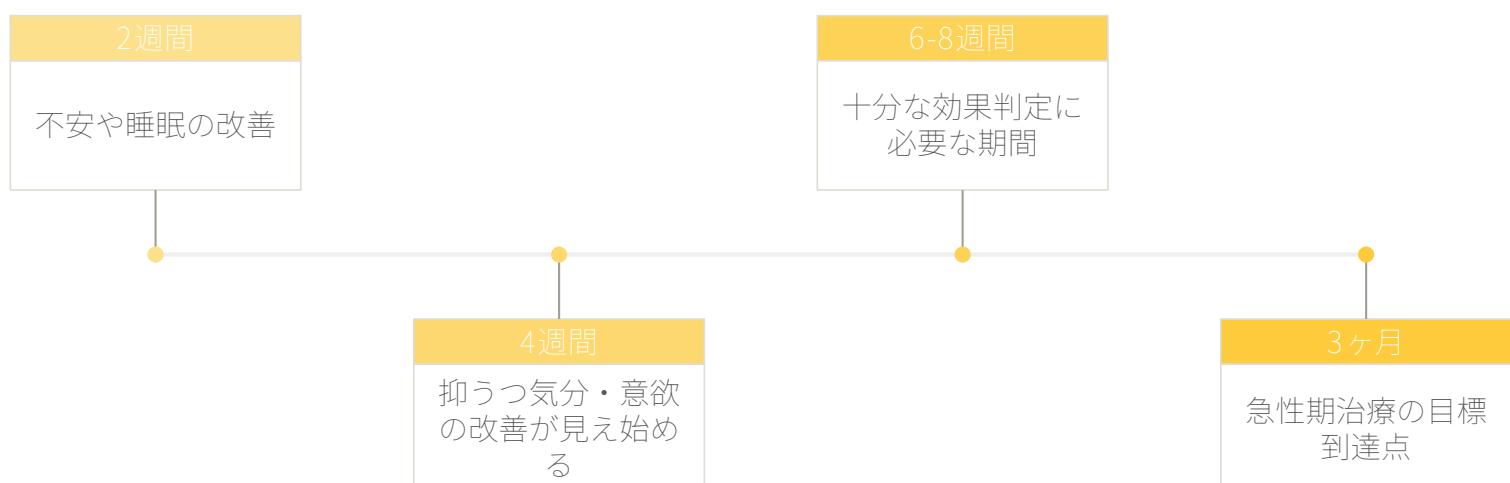


演者作成

16

## 薬物療法の効果発現スケジュール

抗うつ薬の効果を評価するには最低でも6～8週間が必要



演者作成

17

## よくある副作用とその対応：消化器系・性機能障害

副作用への適切な初期対応は服薬アドヒアラנסを維持するために不可欠

Q. 吐き気・胃部不快感は？

A. 食後の服用や制吐剤で対応 数日から2週間で改善することが多い

Q. 性機能障害がみられたら？

A. 薬剤の変更を検討 NaSSAやボルチオキセチンなどはリスクが低いとされる

演者作成

18

## よくある副作用とその対応：眠気・不安・賦活

生活に影響の大きい副作用には、投与タイミングや併用薬の調整で対応

副作用	主な原因薬	具体的な対応策
眠気・だるさ	NaSSA、四環系など	夜間服用に変更 減量を検討
服用初期の不安・焦燥	SSRI、SNRIなど	初期はベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用
賦活症候群	SSRI（特に若年者）	専門医へ紹介 速やかに減量・中止

演者作成

19

# 03

## 治療抵抗性への対応と専門的治療

演者作成

20

### 治療抵抗性うつ病 (TRD) の定義

適切な治療にもかかわらず、寛解に至らない場合を指す（明確な定義はない）

適切な用量の抗うつ薬で、十分な期間（6～8週間）行った

それにもかかわらず、症状の寛解に至らない場合、診断の再評価や専門医への紹介を強く推奨

演者作成

21

## 効果不十分と判断した場合の次のステップ

専門的な治療に進む前に、見落としがないかを必ず確認

- 1 服薬アドヒアランス（飲み忘れなど）を再確認する
- 2 診断の再評価（特に双極性障害など）を行う
- 3 薬物変更または増強療法を実施する
- 4 非薬物療法（精神療法、電気けいれん療法など）を検討する

演者作成

22

## 治療抵抗性への診断再評価の視点

うつ病以外に潜む、治療反応性の低い原因を検討します。

### 身体疾患の除外

甲状腺機能低下症や貧血など、  
身体疾患による抑うつ状態がないか

### 双極性障害の鑑別

過去の軽躁・躁エピソードの有無を  
詳細に聴取する

### 薬剤性うつ病

ステロイドやインターフェロンなど、  
薬剤による影響をチェック

演者作成

23

## 非薬物療法①：認知行動療法 (CBT)

患者の思考パターンや行動に働きかける精神療法

適用

軽症・中等症のうつ病、または薬物療法と併用

目標

ネガティブな自動思考を修正し、抑うつ感を軽減する

留意点

実施には専門的な技術と時間が必要なため、専門機関を紹介する

演者作成

24

## 非薬物療法②：専門施設での高度な治療法 (ECT/rTMS)

難治性のうつ病や緊急性の高いケースで、専門医が実施する

ECT (電気けいれん療法)

重症・難治性うつ病や自殺リスクが高い症例に適用

即効性があり、高い有効性を持つ

rTMS (反復経頭蓋磁気刺激)

非侵襲的な磁気刺激による治療法

専門施設での実施が必要であり、薬物療法の効果不十分な場合に検討

演者作成

25

## 薬物療法の増強・併用戦略

単剤で効果不十分な場合、他の薬剤を少量加える戦略です。

併用薬	目的	注意点
非定型抗精神病薬	抗うつ作用の早期増強	錐体外路症状、体重増加、代謝系副作用
リチウム	自殺リスク低減効果、抗うつ作用増強	中毒域が狭いため、血中濃度測定が必須
甲状腺ホルモン(T3)	治療抵抗性症例での増強	甲状腺機能検査、心機能への影響

演者作成

26

## まとめ：急性期治療の最重要ポイント

急性期は「安全確保」と「治療の土台作り」が最優先

安全確保：自殺リスク評価とハイリスク例は早急に専門医へ紹介する

休息と心理教育：治療の土台を築き、患者に治療による希望を持たせる

薬物療法：少量から開始し、副作用に配慮しながら段階的に增量する

効果判定：6～8週間の服薬継続後に十分な評価を行う

演者作成

27

# 04

## 継続期治療と社会復帰への支援

演者作成

28

### なぜ継続期治療が必要なのか？

急性期治療終了直後は再燃リスクが最も高い期間



演者作成

30

## 継続期に必要となるソーシャルワークと支援体制

経済面・生活面・家族面からの多角的なサポートが必要

### 経済的支援

自立支援医療制度、傷病手当金などの情報提供

### 生活支援

訪問看護、デイケアなど社会資源の活用を支援

### 家族支援

病態、対応方法について家族教育を行う

演者作成

31

## 社会復帰に向けた段階的リハビリテーション

復職や社会生活への復帰は、段階的な負荷が原則

### ステップ1

自宅での規則正しい  
生活リズムの確立

### ステップ2

デイケア・作業所など  
への短時間参加

### ステップ3

専門のリワーク  
プログラムへの参加

### ステップ4

職場への復職準備  
(試し出勤など)

演者作成

32

# 職場復帰（リワーク）の適切なタイミング

主治医が復職可能と判断するための評価基準の一例

復職可能な状態

時期尚早な状態

十分な時間と質

睡眠

不眠が続いている

趣味や活動への興味回復

意欲

何も手につかない

新聞や本が読める

集中力

読めない/理解できない

通勤が可能

通勤訓練

朝起きられない

演者作成

33

## まとめ：復帰支援におけるプライマリ・ケア医の役割

継続期における我々の役割は「治療の継続」と「社会資源との連携」

服薬継続：再燃リスクを説明し、服薬アドヒアラנסを維持する

機能回復の評価：睡眠、集中力、意欲など生活機能を客観的に評価する

環境調整の支援：職場や家族と連携し、復職に向けた環境を整える

ソーシャルワーク：患者のニーズに応じた社会資源（リワーク、デイケア）への橋渡しを行う

演者作成

34

# 05

## 維持期治療と再発予防戦略

演者作成

35

### 治療の最終目標：真の寛解とは何か

症状の消失だけでなく、発症前レベルの機能回復を意味します。

抑うつ症状

ほぼ消失

ハミルトンうつ病  
評価尺度などで低値

社会機能

発症前  
レベル

仕事や家事への復帰

QOL

満足いく  
状態

生活の質が向上

自己評価

病気前の  
状態

患者本人の自覚

演者作成

36

## 治療を終結するための3つの条件

薬物療法の終了を判断するための客観的な基準

寛解の安定

維持療法を適切な期間継続し、寛解が安定している

セルフケア

医療に頼らず、自分で病状の管理やセルフケアが可能な状態

社会的サポート

職場以外に相談相手やサポート体制がある

演者作成

37

## ガイドラインに基づく維持療法の期間

再発予防のためには、症状消失後も一定期間の服薬が必要

1 初回エピソードの寛解後：4～9ヶ月の維持療法

2 再発例（2回目以降）の寛解後：1～3年の維持療法

3 薬の減量は段階的に行い、急激な中止は避ける

演者作成

38

## 薬物の中止・減量時の注意点

離脱症状と再燃の可能性を区別し、患者とのコミュニケーションが重要

急激な中止は再燃リスクを大幅に高めるため、極めて緩徐に行う

中止・減量時に出現する離脱症状（めまい、吐き気など）を事前に説明する

症状の振り戻しを再燃と誤認しないよう、患者と密に連携をとる

演者作成

39

## 再発を告げる初期サイン

早期に気づき対応できるよう、患者にセルフモニタリングを促す



演者作成

41

## 患者への再発予防教育

ストレス耐性を高め、病気を管理する能力を養う

ストレス管理

ライフイベントによるストレスを避け、適切な対処法を習得

セルフケアの継続

規則正しい生活、運動、食事などのセルフケアを習慣化

サインへの対応

再発の初期サインが出たら早期に医療機関へ連絡

演者作成

42

06

非精神科専門医による診療と連携

演者作成

43

# プライマリ・ケア医によるうつ病診療の必要性

様々な理由から、非専門医によるうつ病対応は不可避となっている。

患者はあらゆる診療科を訪れる

地域差や精神科医不足が存在する

演者作成

44

# 非精神科医が行うべきうつ病治療のステップ

非精神科医による初期ステップと、その後の連携

1 早期発見とリスク評価（特に自殺リスク）

2 初期対応（休息指導、支持療法、心理教育）

3 専門的治療（薬物療法・精神療法）の開始または連携

4 維持期の再発予防フォローアップ

演者作成

45

## 専門的治療を自ら行う際の要件

専門医以外が薬物療法を主導する際に満たすべき4つの条件

### 自己学習

地域の勉強会参加など、自己学習の機会を持つ

### 精神療法

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

### 薬物知識

複数の抗うつ薬の用法・副作用を熟知している

### 危機対応

自殺関連行動に関する知識と、適切な対応能力を持つ

演者作成

46

## 精神科専門医への紹介基準

治療を円滑に進めるために、適切なタイミングでの紹介を検討していただく

### 紹介を検討すべきケース

治療開始後6～8週間で効果不十分である

診断に迷いがある（特に双極性障害の鑑別）

合併症や重度の不安を伴う

患者または家族からの強い希望がある

### 直ちに紹介すべきケース

自殺念慮が強い、または計画性がある

精神病症状（妄想・幻覚）を伴う

重度の拒食・衰弱が見られる

激越・興奮状態が強く、安全確保が困難である

演者作成

47

## 精神科専門医との円滑な連携

情報の共有と役割分担の明確化が、患者の不利益を防ぐ

### 紹介状

これまでの治療経過、診断根拠、服薬情報を明記

### 役割分担

治療のゴールを共有し、  
一般診療と専門治療の役割を明確化

### 逆紹介

安定期になったら逆紹介を受け、  
維持療法を主導

演者作成

48

## プライマリ・ケア医の役割

うつ病診療において、非精神科医が担うべきアクション

第1層：安全の確保

自殺リスクの評価とハイリスク例の即時専門医紹介

第2層：土台作り

休息と心理教育による治療への動機付けと安心感の提供

第3層：初期治療と連携

適切な初期薬物療法の開始と、効果不十分時の柔軟な専門医連携

演者作成

49

ご清聴ありがとうございました

---