

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

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

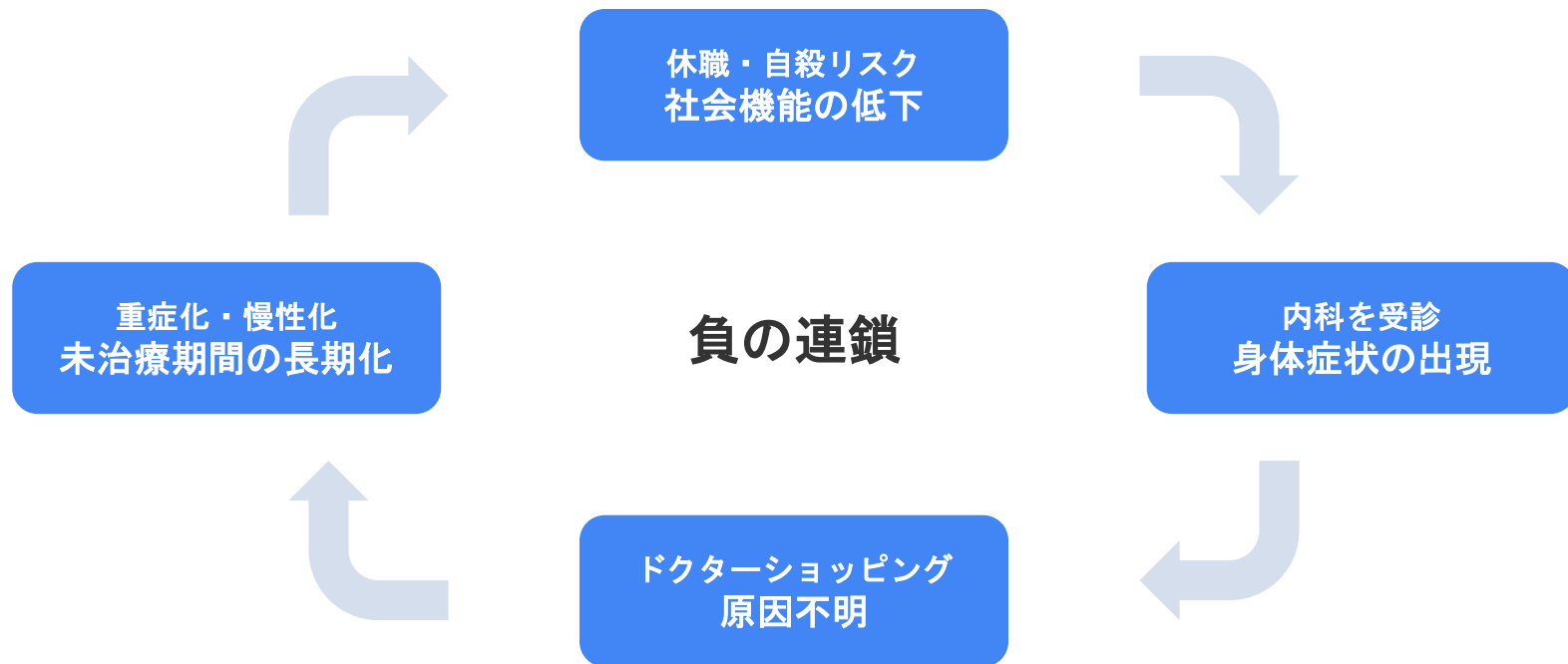
「風邪が長引いているだけ」
「内臓が悪いに違いない」
という思い込み

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



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、涙もろい、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らない、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

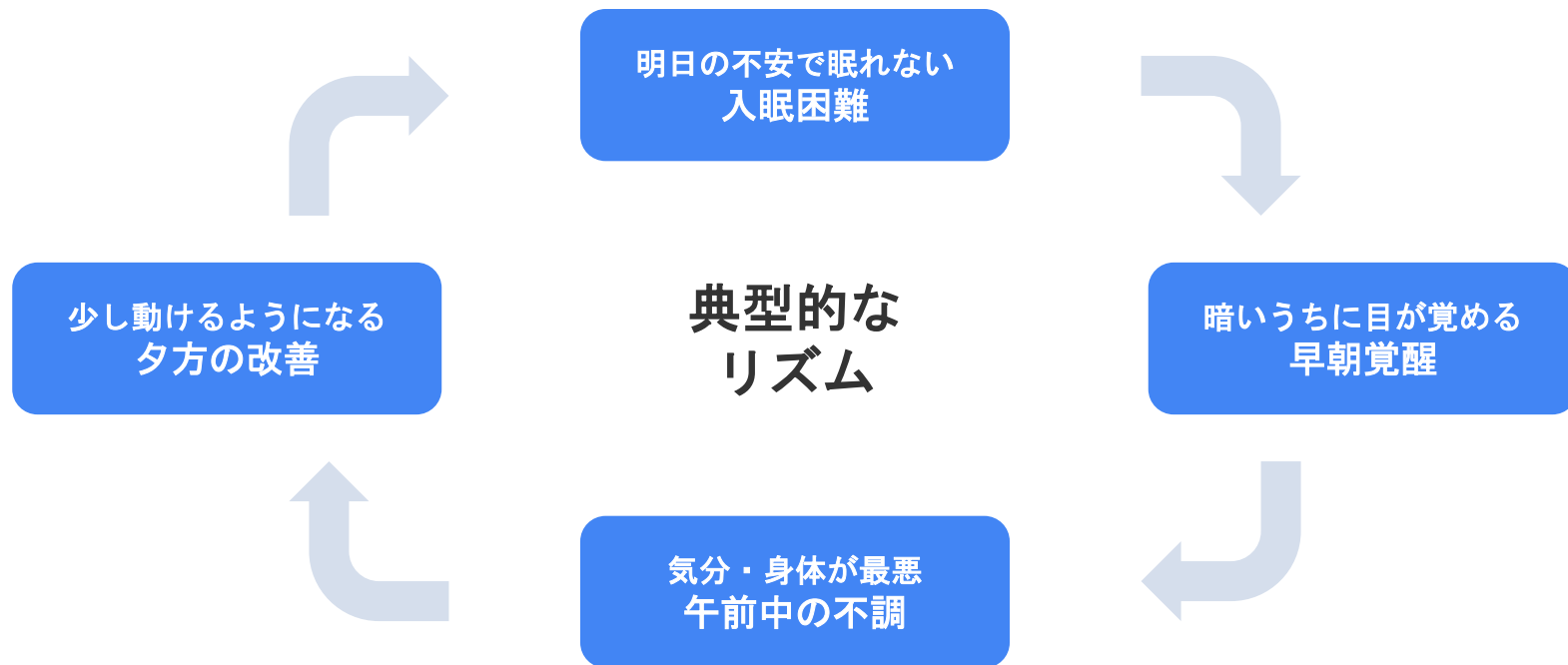
便秘・下痢

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



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 何となく 疲れる
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 いろいろする
16 たやすく 決断できる
17 役に立つ 働ける人間だと思う
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	めったにない	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	啼泣	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. 死んだ方がましだと思ったり、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

生涯有病率（日本）

約5.7%

18人に1人が経験

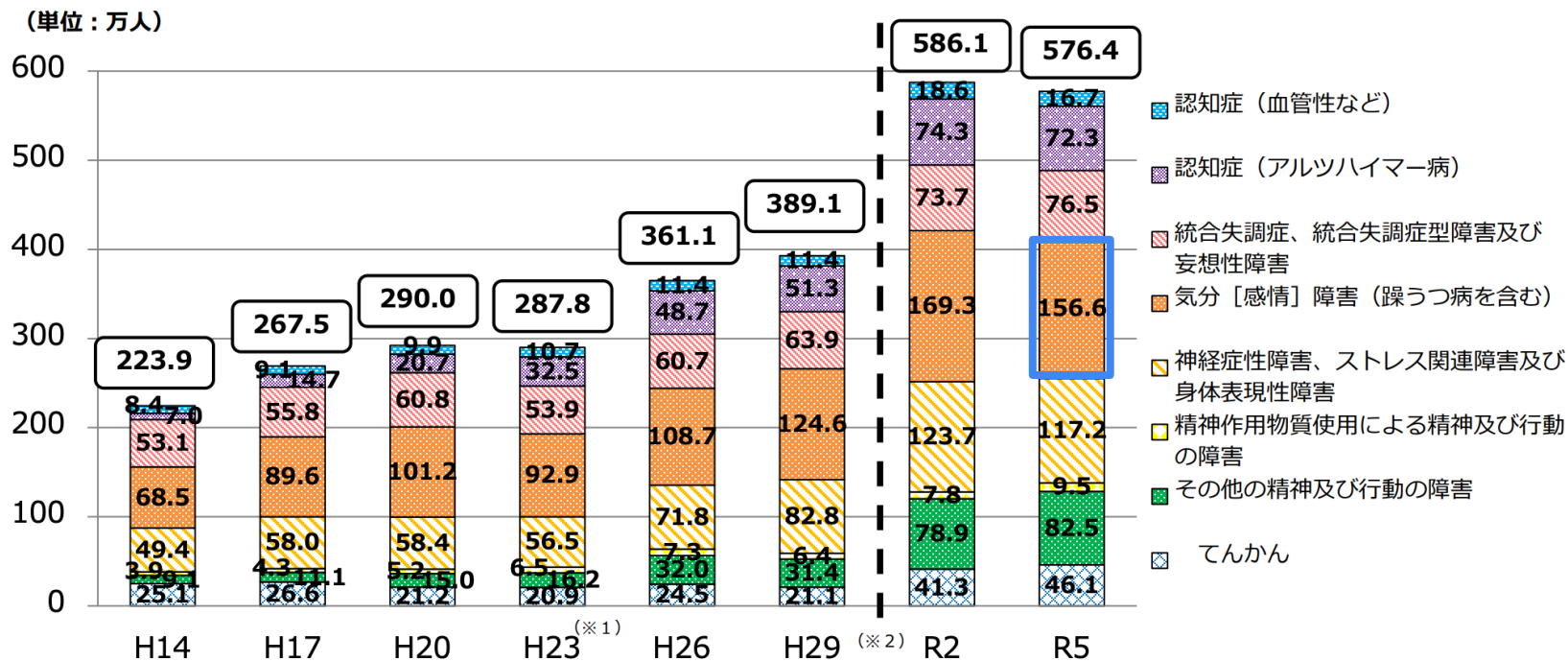
男女比

1 : 2

女性の方が発病しやすい

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

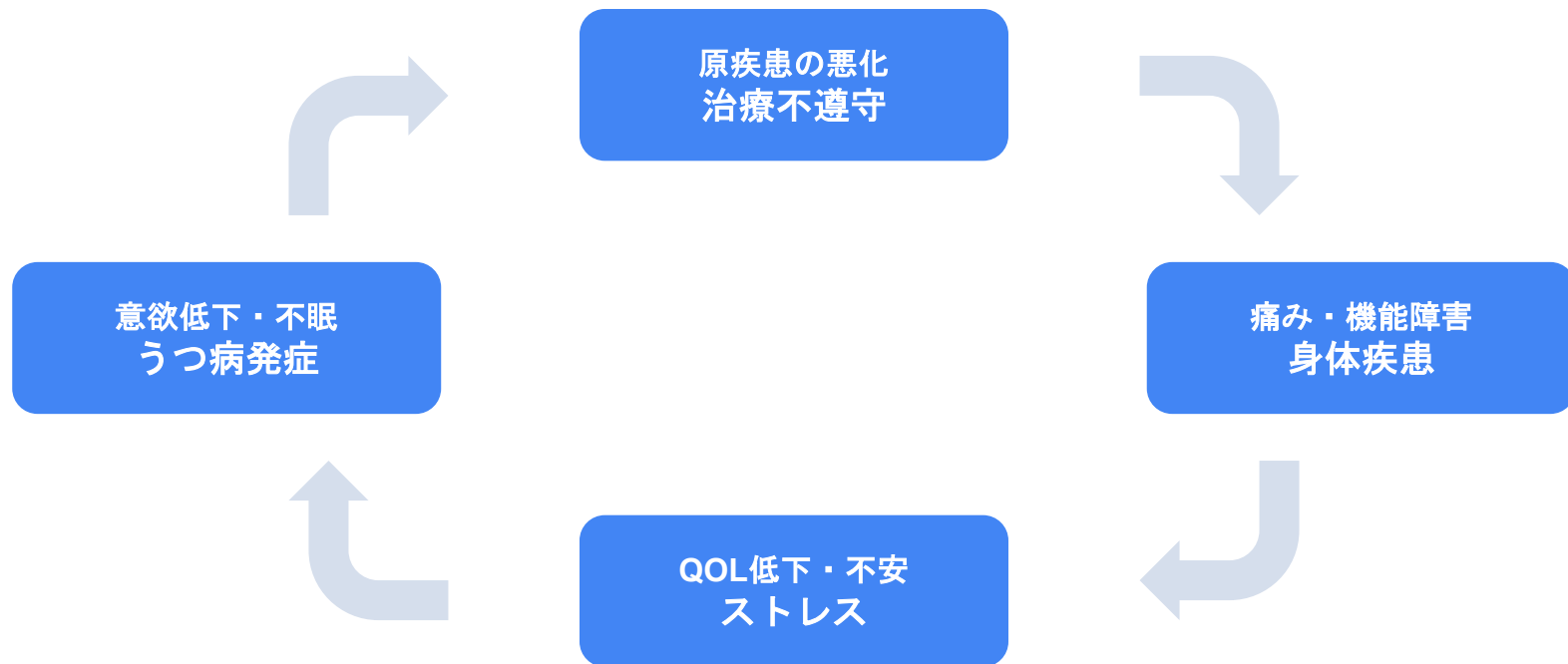
従来のメランコリー型とは異なる
新型うつの増加

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

本体は**身体疾患**

ストレスが発症・経過に関与

例：胃潰瘍、気管支喘息

治療：身体治療＋心理的配慮

うつ病

本体は**精神疾患**（脳機能障害）

身体症状はその一部

例：うつ病に伴う胃痛

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）

進行が比較的急速

「分からない」と答える

記憶障害を自覚し悩む

治療で改善する

認知症

進行は緩やか

取り繕う、言い訳をする

記憶障害を認めない

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、膵炎、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

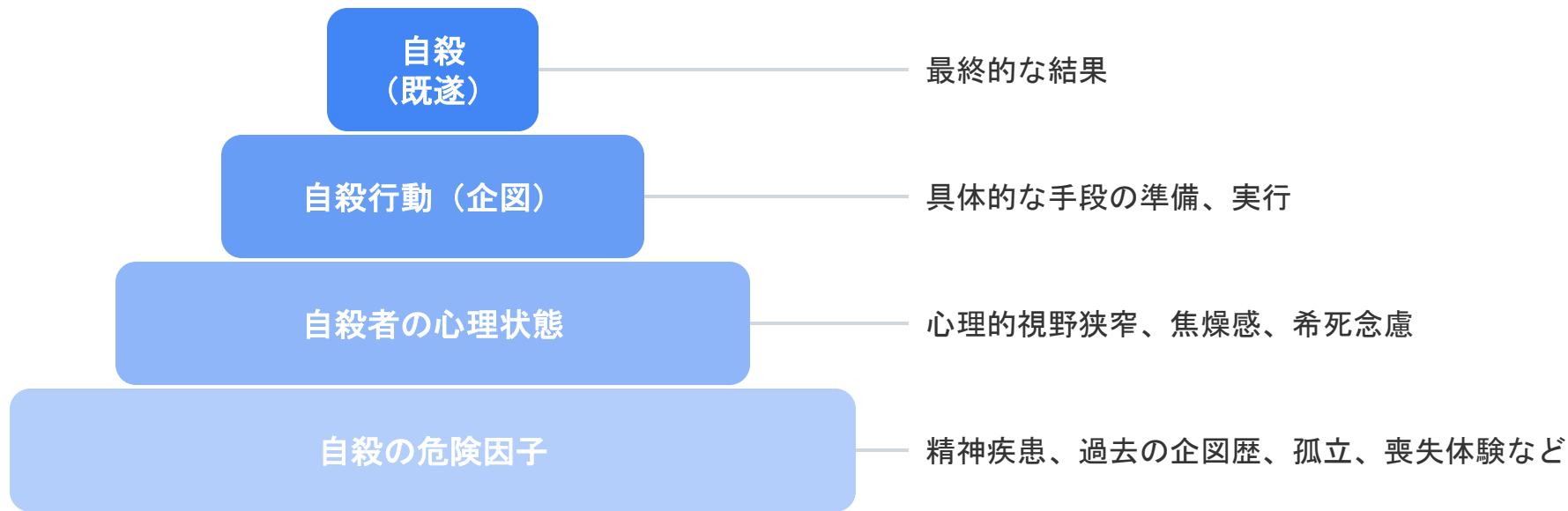
自殺と医療機関受診

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） / **A**ge（若年・高齢） / **D**epression（うつ状態）

Previous Attempt（自殺企図の既往）

Ethanol abuse（アルコール乱用）

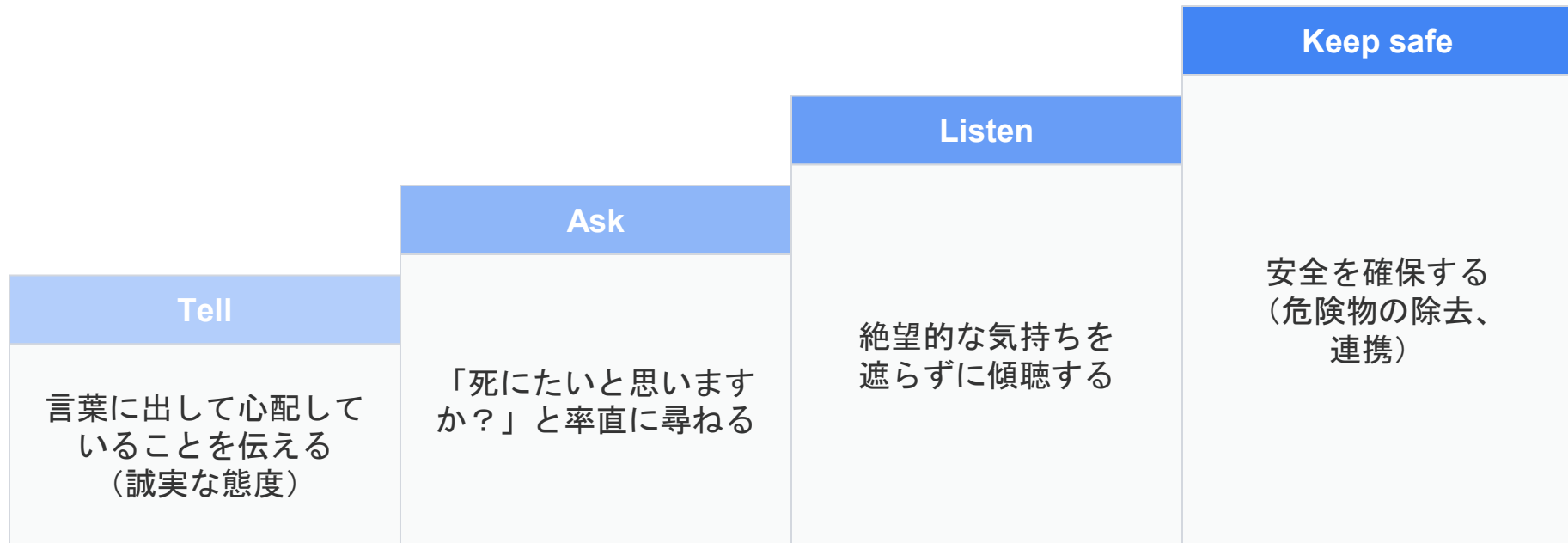
Rational thinking loss（理性的思考の喪失・精神病状態）

Social support deficit（孤立）

Organized plan（計画の具体性） / **N**o spouse（配偶者なし） / **S**ickness（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

避けるべき対応

「死ぬなんて言うな」「命を大切に」と説教

「頑張れ」と安易に励ます

話をそらす、冗談でごまかす

「死なない」と安易に約束させる

望ましい対応

「辛かったですね」と共感する

「消えてしまいたいほど辛いのですね」と言語化

話を遮らず、沈黙を共有する

専門医と連携する

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

以下の場合に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