

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

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



1

急性期治療の開始と戦略

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

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

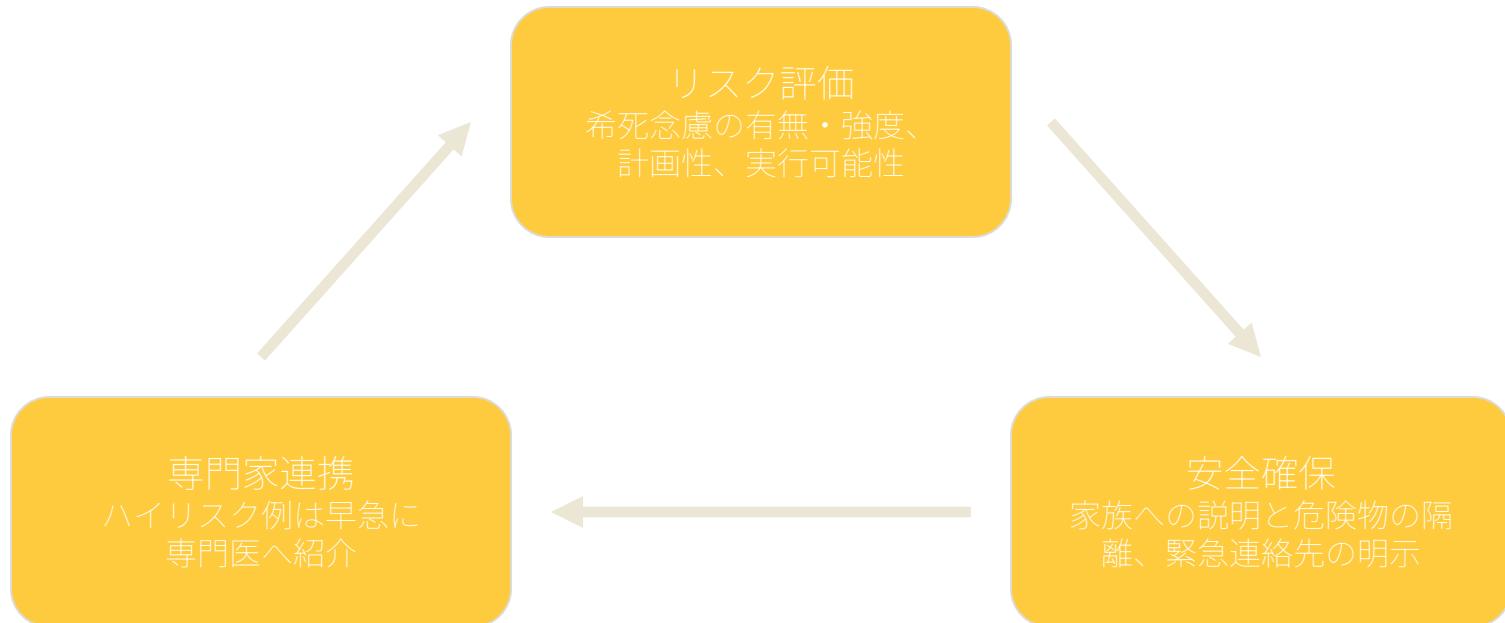
「うつ病は治る可能性のある病気である」ことを伝え、治療のゴールを明確にする

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

向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

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



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

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

0

2

薬物療法の進め方と戦略

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

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

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

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

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

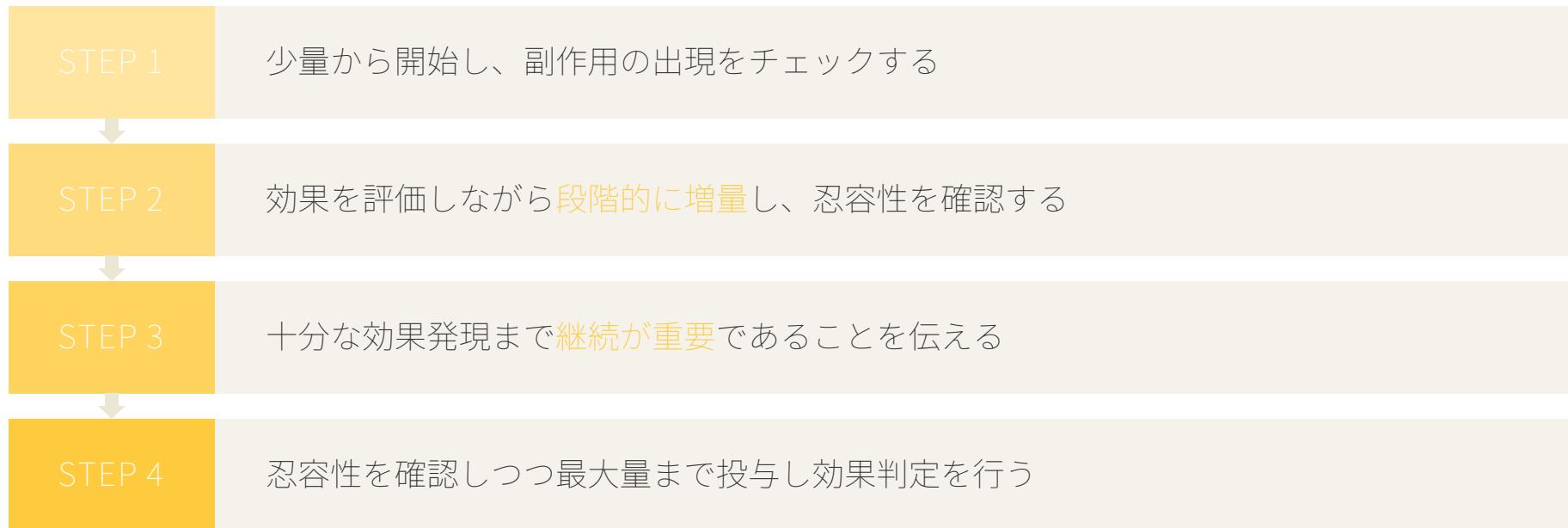
四環系抗うつ薬 (TeCA)

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

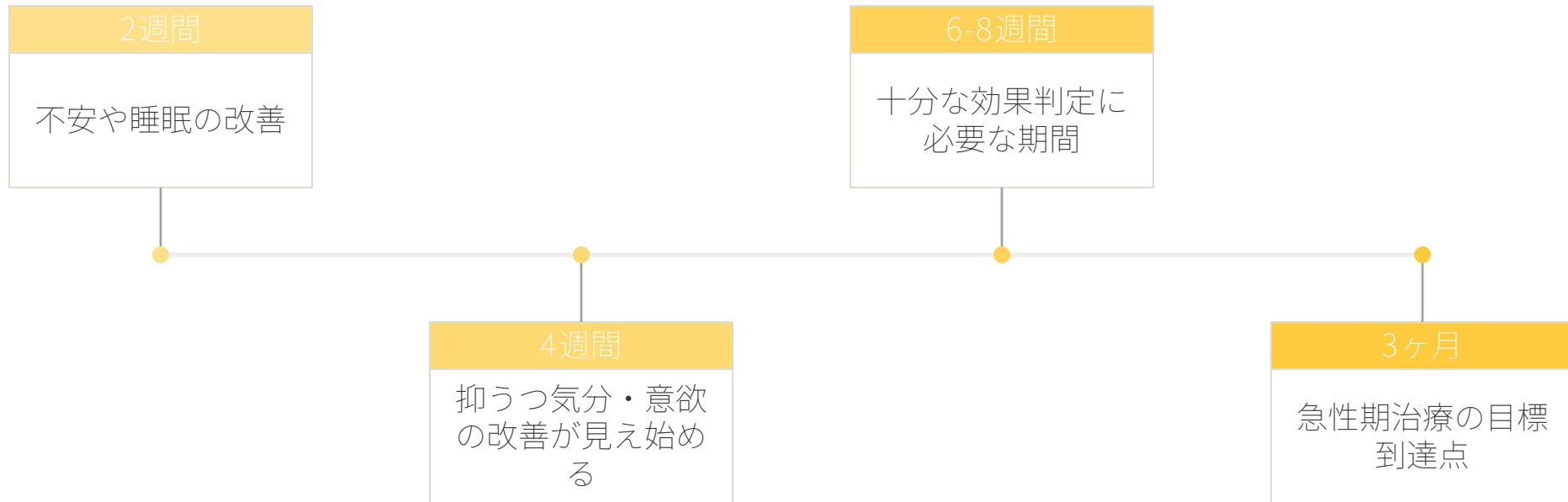
薬物療法の進め方：初期用量と漸増

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



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



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

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

03

治療抵抗性への対応と専門的治療

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

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نس（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

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

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

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

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

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

04

継続期治療と社会復帰への支援

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



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

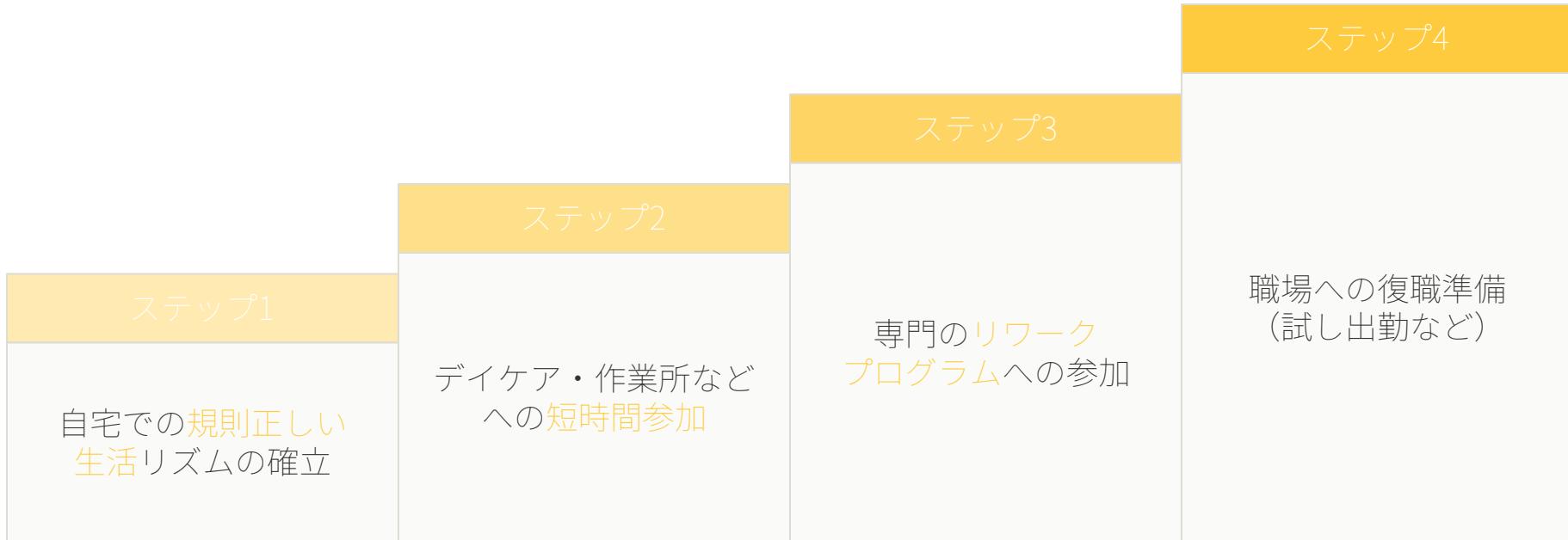
訪問看護、デイケアなど社会資源の活用を支援

家族支援

病態、対応方法について家族教育を行う

社会復帰に向けた段階的なりハビリテーション

復職や社会生活への復帰は、段階的な負荷が原則



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

十分な時間と質

睡眠

時期尚早な状態

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

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、服薬アドヒアランスを維持する

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

05

維持期治療と再発予防戦略

治療の最終目標：眞の寛解とは何か

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

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

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

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

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



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

06

非精神科専門医による診療と連携

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

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

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

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

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

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

ご清聴ありがとうございました