

<資料2>

一般診療所配布用の住民向け
「うつ病チェック」表

うつ病の自己チェック

最近（ここ2週間ほど）こんなことが続いていませんか？

- 1 毎日のように、ほとんど1日中ずっと気分が沈んでいる。
- 2 ほとんどのことに興味を失い、楽しめなくなっている。

この項目が1つでも当てはまる方は、医師に相談してください。

そのほかに、以下のような症状がありましたら医師に伝えてください。

- 3 食欲の低下または上昇、あるいは体重の急激な増減がある。
- 4 睡眠の悩みがある。（寝付けない、寝過ぎる、深夜や早朝に目が覚める）
- 5 話し方や動作が鈍い。あるいはイライラしたり落ち着きがない。
- 6 疲れを感じたり、気力がわからない。
- 7 「自分は価値のない人間だ」「悪いことをした」などと感じる。
- 8 仕事でもプライベートでも、集中したり決断することが難しい。
- 9 「死んだほうがましだ」「生きていたくない」などと考える。

1, 2のどちらかが「○」で、さらに1～9で5つ以上「○」の場合

うつ病の可能性がります

かかりつけ医や専門医に相談しましょう。

「一般医療機関におけるうつ状態・うつ病の早期発見とその対応」より

あなたの大事な人の うつのサインをチェックする

- 以前と比べて表情が暗く、元気がない
 - 体調不良の訴え（身体の痛みや倦怠感）が多くなる
 - 仕事や家事の能率が低下、ミスが増える
 - 周囲との交流を避けるようになる
 - 遅刻、早退、欠勤（欠席）が増加する
 - 趣味やスポーツ、外出をしなくなる
 - 飲酒量が増える など
 - もう疲れた、もう自分はダメだなどと悲観的な、言葉を漏らす
- 最近（ここ2週間ほど）こんなことが続く場合は、早めにかかりつけ医や専門機関に相談するよう勧めあげてください。

うつ対策推進マニュアル—都道府県市町村のために—より

お父さん

**こころとからだ
こんなことはありませんか？**

- 毎晩のように眠れない
- 食欲がなく体重が減ってきた
- だるくて意欲がわからない



**もしかしたら「うつ」かもしれません。
「うつ」は、気力や頑張りで克服するのは困難です。**



このいずれかが
2週間以上続くようなら早めに
かかりつけ医や専門機関にご相談下さい。

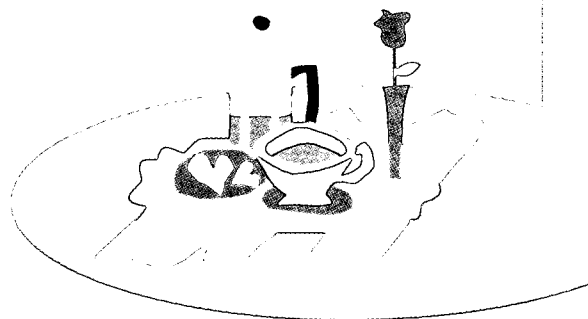
大津市医師・大津地域産業保健センター・滋賀県大津健康福祉センター

<資料3>

平成19年度厚生労働科学研究費補助金〔障害保健福祉総合研究事業〕

大津地域うつ病の早期発見・治療体制
一般診療科医・精神科医
医療連携のために

障害者自立支援法を踏まえ大津市民福祉センター、
保健所の役割と機能強化についての精神医学福祉政策研究

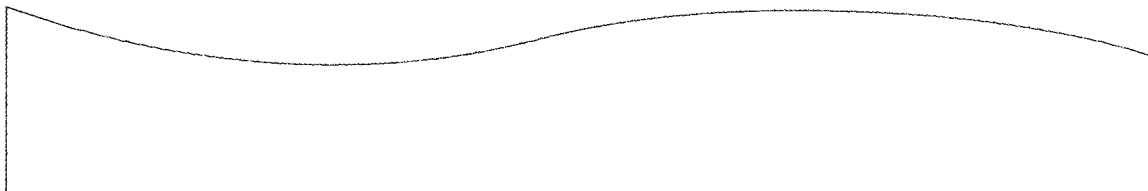


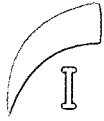
2007 分担研究班
一般診療科・精神科連携指針検討委員会

C O N T E N T S

も く じ

I	はじめに	1
II	なぜ、このパンフレットを作成したのか	2
	1 背景	
	2 大津地域の現状	
	3 大津地域うつ病の早期発見・早期治療体制のイメージ	
	4 精神科医への紹介 10のポイント	
III	うつ病とはどんな病気か	7
	1 診断基準	
	2 うつ病の症状と回復過程	
	3 鑑別診断	
IV	うつ病の治療	12
	1 うつ病対応の原則	
	2 薬物療法	
	3 精神療法・専門療法	
V	精神科紹介のタイミング	16
VI	関係機関一覧	18





I はじめに

バブルの崩壊や近年の競争社会などに影響されて、世の中全体にストレスを感じる人が増加しています。内科医である私の診療所の患者さんの中にも、心の悩みを抱えて受診される方が増えてきました。近隣の会社の嘱託産業医もしていますが、企業においてもうつ病で休職する従業員はあとを絶たず、その対策は最重要の課題となっています。わが国の自殺者数は平成10年から毎年3万人を超えています。原因はさまざまですが、自殺をする人はその直前に、かなりの割合でうつ病にかかっていることが指摘されています。ところが、実際にうつ病として精神科に通院して治療していた人はむしろ少数であるとも指摘されています。うつ病に伴う身体症状を主訴に、精神科以外の診療科に受診している可能性が高いと言われていています。

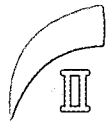
昨年度、大津保健所からの呼びかけにより、うつ病とその重症化を防ぐ対策を考える目的で大津市医師会、大津地域産業保健センター、行政担当者が集まり協議を重ねました。まず、大津市医師会会員を対象としてうつ病診療の経験をアンケート調査を行いました。精神科以外の会員のなかで実に約7割が「今までにうつ病を疑ったり、うつ病と診断したことがある」「内容によって、一部は治療も行った」と回答されました。また今後への希望として、精神疾患についての基礎知識を身に付ける機会や、従来は同じ地域で診療していても接する機会が少ない地域の精神科医との、顔の見える連携を希望する意見もありました。

うつ病の重症化を防ぐためには、日ごろ地域で医療に携わっている私ども一般診療科の医師が、まずはうつ病の早期発見のための知識を学習し、可能な症例は初期治療を行い、症例によっては適切なタイミングで専門医へ紹介するこつを身につけることが、有意義であると思います。

今年度、厚生労働科学研究費助成金を受け、新たに大津市医師会会員から一般診療科医、精神科病院と滋賀医科大学の専門医の諸先生方により検討委員会を組織しました。検討の結果、一般診療科と専門医の連携を円滑に行えるようパンフレットを作成いたしました。ご参考の上、今後の病診・診診連携にご活用いただければ幸いです。

一般診療科・精神科連携指針検討委員会委員長

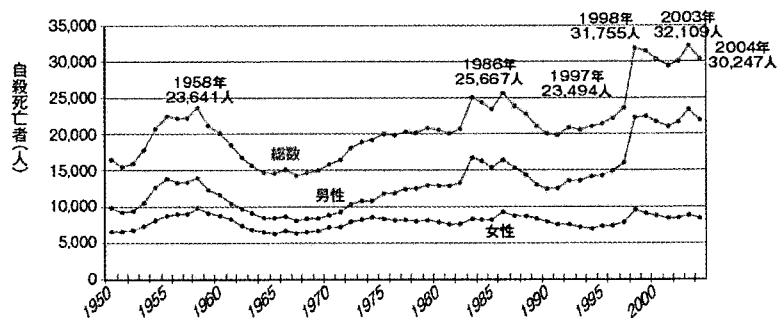
(大津市医師会副会長) 饗庭昭彦



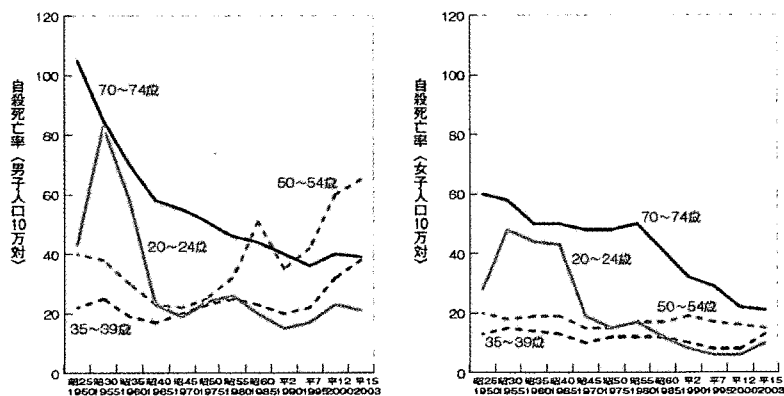
なぜ、このパンフレットを作成したのか

1 背景

生きやすい社会の実現を目指して、自殺総合対策要綱（内閣府）が策定され、自殺を社会全体の問題と考え、みんなでその予防に取り組むこととなりました。



□ 図1：自殺死亡の年次推移：自殺死亡数（厚生労働省人口動態調査）



□ 図2：性・年齢別自殺死亡率（人口10万対）の年次推移（厚生労働省人口動態統計特殊調査）

自殺を図った人の直前のこころの健康状態を見ると、大多数が精神疾患に罹患しており、なかでもうつ病の割合が高いと言われています。

Ⅱ なぜ、このパンフレットを作成したのか

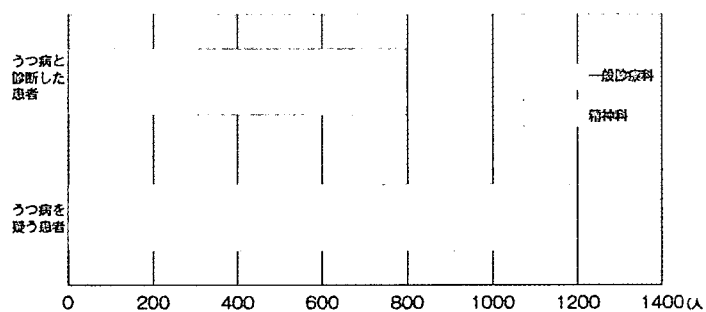
自殺に至る前のうつ病等の精神疾患に対する適切な治療により、多くの自殺を防ぐことができますとされています。

うつ病については、有効な治療が確立している（WHO）ことからうつ病の早期発見、早期治療の体制づくりが重要です。



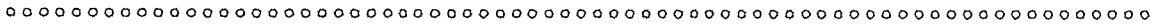
② 大津地域の現状

うつ病等の初期には、身体症状が出ることも多くあることから一般診療科を多く受診されています。

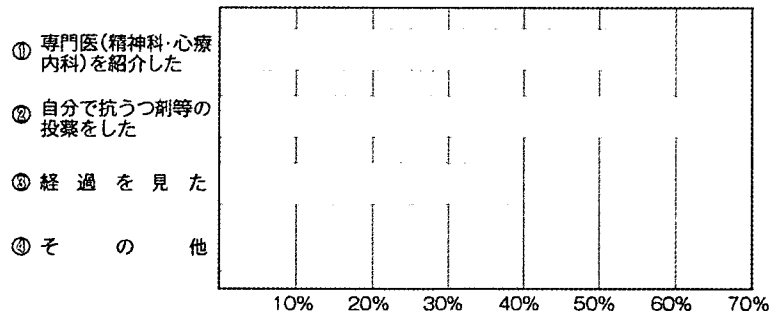


□図3 過去6ヶ月間うつを疑う・うつと診断した患者数





一般診療科でうつ病患者を診断した医師の6割は引き続き投薬などの治療をしています。



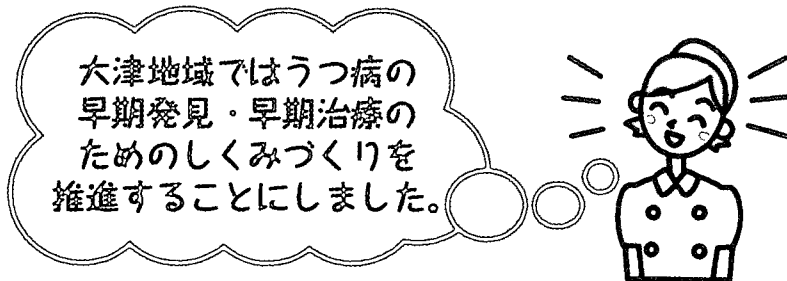
□ 図4：一般診療科医におけるうつ病を診断した時の対応(複数回答)

うつ病の早期発見・早期治療のしくみをつくるためには、一般診療科におけるうつ治療の適切な導入と、精神科医との連携が重要です。

- ① 一般診療科と専門医の連携 (61.0%)
- ② 職場の理解とサポート (41.9%)
- ③ 一般診療科での早期発見のシステム (41.2%)
- ④ 早期発見のためのシステム(職場検診や住民検診) (39.0%)
- ⑤ 医療機関以外に気軽に相談できる場 (36.8%)

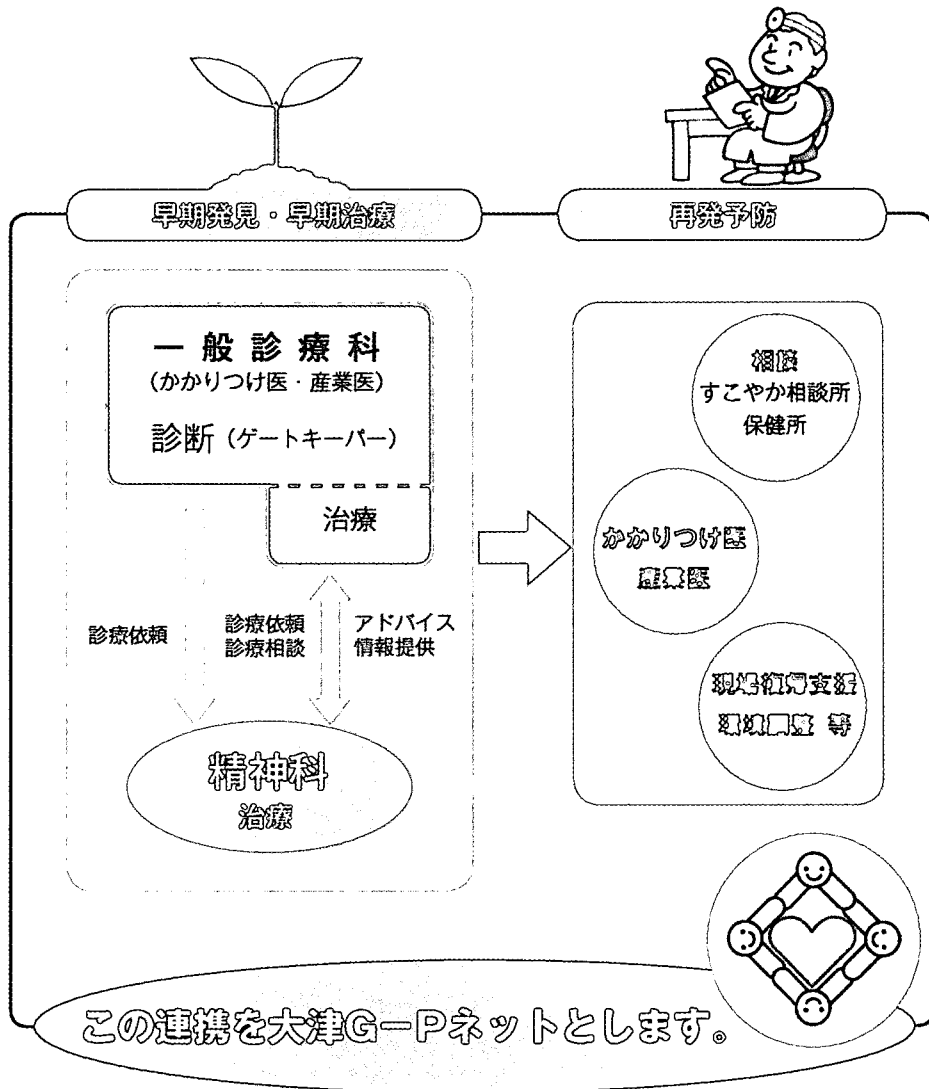
□ 表1：必要と考える支援体制(複数回答)

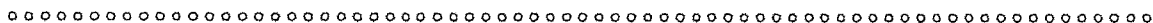
(平成18年度大津地域うつ予防対策事業 診療所におけるうつ治療の現状に関する調査報告書より)



③ 大津地域うつ病の 早期発見・早期治療体制のイメージ

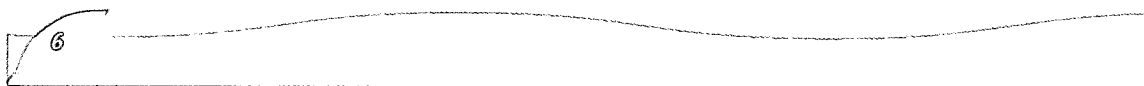
大津地域で目指しているうつ病の早期発見・早期治療のための連携体制を表しています。
一般診療科（かかりつけ医・産業医）においてうつ病の早期サインに気づき、適切な対応を図ることができる「ゲートキーパー」としての役割が重要です。





④ 精神科医への紹介……………10のポイント

- ① 2週間以上続く不眠はうつ病のチェックをしましょう。
- ② 診断に苦慮する場合は精神科に相談をしましょう
- ③ 抗うつ剤で2か月以上うつ症状の改善がなければ精神科医に相談しましょう
- ④ 自殺念慮が強い場合は精神科に紹介しましょう
- ⑤ 幻覚や妄想等がみられるなど、うつ病が重症の場合は精神科医に紹介しましょう
- ⑥ 躁状態が出現した場合は精神科医に紹介しましょう
- ⑦ 精神科に紹介する場合
例えば「心の不調があるかもしれないので、専門家に診てもらいましょう」などと説得してみましょう。
- ⑧ 精神科に紹介した後も、安定したら一般診療科でも対応可能であることを伝えましょう。
- ⑨ 症状が安定し、かかりつけ医にもどった後も再発予防のために精神科医と相談しながら治療していくようにしましょう。
- ⑩ 医療連携はお互いの顔と顔が見える関係づくりが基本です。





うつ病とはどんな病気なのか

① うつ病の診断基準 ○大うつ病エピソードの基準 (DSM-IV)

質問例

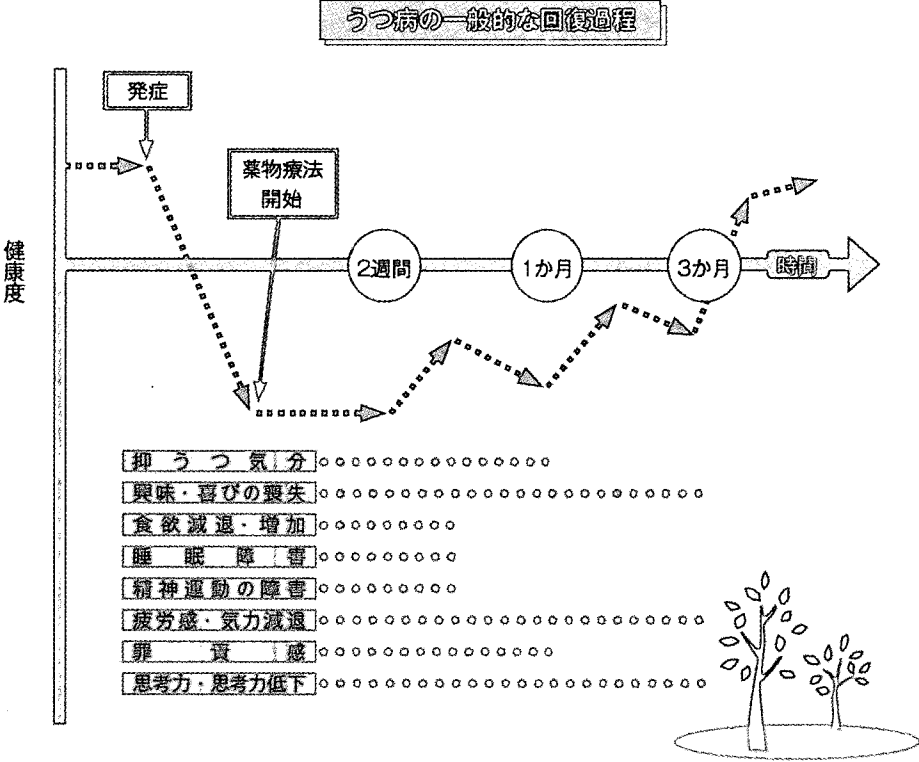
1 抑うつ気分	「気持ち沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることがありますか」「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか」
2 興味または喜びの喪失	「仕事や趣味など、普段楽しみにしていることに興味を感じられなくなっていますか」「今まで好きだったことを、今でも同じように楽しくできていますか」
3 食欲の減退あるいは増加 体重の減少あるいは増加	「いつもより食欲が落ちていますか」「減量しようとしていないのに、体重が減っていますか」「いつもよりずっと食欲が増えていませんか」「食欲が非常に増進して、体重が増えていますか」
4 不眠または睡眠過多	「ほとんど毎晩眠れないと言うことがありますか。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言うことがありますか」
5 精神運動性の焦燥または制止	「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言うことがありますか」「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ったりすることが多くなっていますか」
6 易疲労感または気力の減退	「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か、感じるがありますか」
7 無価値感または過剰な罪悪感	「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 思考力や集中力の減退、または決断困難	「なかなか物事に集中できなくなっている、と言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 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図	「死について何度も考えるようになっていますか」「気分がひどく落ち込んで、自殺について考えると言うことがありますか」

1、2の項目のどちらかを含んで5つ以上の症状が、

ほとんど毎日1日中、しかも2週間以上持続していて、そのため精神的ないし社会的な障害が生じている場合。

(日本医師会編纂 自殺予防マニュアルより)

② うつ病の症状と回復過程

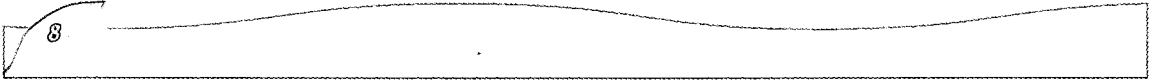


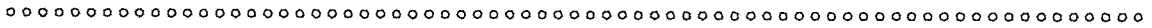
うつ病には治癒する経過があります。焦燥感や不安が強い時期を経て、抑うつを中心とした状態、さらに抑制や億劫感が強い時期から、およそ3か月間程で治っていきます。

食欲・睡眠障害・精神運動の障害は比較的早く回復しますが、疲労感・気力の減退や思考力低下は3か月近くまで回復しないことがあります。

したがって、その時期に応じた対応が必要となります。

また、うつ病は再発率の高い病気です。症状が改善した後も、再発の可能性を考慮して、経過を見ていくことが重要となります。昇進、転職、就職 結婚、婚約 死亡 別居 誕生 同居人の増減、身体疾患、あるいは負傷、出産、転居、改築、留学、喪失体験など、再発のリスクが高くなる場合があります。





③ うつ病の鑑別診断

1 身体症状

うつ病のために、痛みや倦怠感などの身体の不調が現れたりすることがあります。頭痛や腰痛などの症状は、特によく見られます。重く締めつけられるような頭の痛みはうつ病の人に特徴的といわれ、教科書的には鉢をかぶったような重さだと表現される事があります。この他にも肩こりや身体の節々の痛み、食欲不振や胃の痛み、下痢や便秘などの胃腸症状、発汗、息苦しさなど、様々な症状が現れてきます。

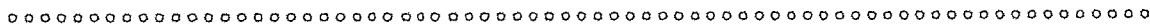
こうした身体症状が存在すると、患者は医師に身体症状を強く訴えるために、抑うつ気分が目立たなくなるのです。また医師は身体疾患の診断に注意を払うために、精神的な症状を見逃してしまいがちです。そして診察の結果、身体疾患が同定されないと、「気のせい」とみなしがちです。こうした状態を、うつ病の症状が身体症状の仮面に隠れていると言う意味で、仮面うつ病と呼ばれてことがあります。しかし最近は、仮面うつ病という用語は用いられない傾向にあります。仮面うつ病も、うつ病には変わりありませんので、注意深く診察すれば、患者は、抑うつ気分を始め抑うつ症状を数多く持っているからです。

2 症状の日内変動

うつ病の症状は、一般に朝悪化し、午後から夜にかけて徐々に改善する、という日内変動が見られることがよくあります。夕方から夜にかけて元気になる（人によっては全く普通に活動できることもある）ために「ずっと落ち込んでいるわけでないから、うつ病ではなくて、気分の問題だ」とか「午前中具合が悪いのは学校（職場）に行きたくないからだ」と考えられてしまうこともあります。しかし、これはうつ病によく見られる日内変動ですので、誤解しないように注意して下さい。逆に「この特徴がないから、本当にうつ病ではない」と決めつけることもできないのです。

3 行動の変化：性格の障害との鑑別

普段の行動と違い、イライラ感が高まり衝動的な行為をしたり、他人に対して批判的で攻撃的な態度が目立つようになる患者もいます。こうした場合には、パーソナリティの問題と誤って判断してしまうことがあるので注意が必要です。ある特定の時点から急性（亜



急性)にこれらの問題が明らかになってきている場合にはうつ病をはじめ何らかの精神疾患を、そして思春期などの発達早期から長期間行動の問題が続いている場合にはパーソナリティの障害を考へます。むしろ、パーソナリティ障害を持つ人がうつ病になることもあります。この鑑別は難しく、精神医学の専門家に任せるのがよいでしょう。

4 精神症状 統合失調症との鑑別

うつ病が重くなると「自分のまわりから意地悪をされている。」ように感じたり「目に見えない力が自分を迫害しているように感じる」などの被害妄想や、「貯蓄が底をついてしまって自己破産するしかない」などと、自分のことや自分の能力を極端に低く見る微小妄想が認められることがあります。希ながら幻覚が現れることもあります。

5 不安障害との合併

うつ病と不安障害が合併することが多いので、うつ病を見落とさないことが大切です。うつ病と合併しやすい主な不安障害には、①動悸や過呼吸などの自律神経失調症状が突然現れて強い不安におそわれるパニック発作②本人はばかばかしいと思っていながらも、ささいなことが、意志に反して繰り返し頭に浮かんでくる強迫性障害③強い不安感がいつも離れず自分では制御できないと感じる全般性不安障害があります。

6 一般疾患との合併

従来「病気を持っていれば、気持ちが落ち込むのは当たり前」と考えられて、身体疾患に伴ううつ病が見過ごされてきました傾向があります。しかしながら、近年多くの身体疾患にうつ病が高率に合併すること、さらに合併するうつ病が一般疾患そのものの予後にまで影響を与え、うつ病に対する介入が身体疾患の予後を改善することが明らかにされてきました。また、うつ病とQOLが密接に関連しますので身体疾患を持つ患者のうつ病を早期発見し早期介入することはQOL向上の観点からも重要です。

また、ありふれた病気や怪我での入院をきっかけに、特に高齢者では、うつ病が現れても、周囲に気づかれていない場合があります。



7 脳の器質的な障害が疑われる場合

高齢者では脳梗塞やアルツハイマー型老年認知症、パーキンソン病などの脳器質性疾患のために抑うつ症状が現れることがあるので注意が必要です。しかも認知障害や運動障害がはっきりしてくる前段階で抑うつ症状が現れることもあります。

うつ病を治療しても症状が改善しない場合には、脳の器質性疾患が何らかの影響を及ぼしている可能性があります。特に診療所で十分な検査ができない場合には病院の一般診療科経由で、もしくは直接、精神科や心療内科に紹介することも考えてください。

8 アルコール依存症が疑われる場合

アルコール依存にはうつ病の合併が多くみられます。両者を合併していると自殺率がさらに高くなります。この場合はアルコール依存を問題とせずに、うつ病の治療だけをして根本的な問題解決にはなりません。また、アルコール摂取は、治療依存に加えて、向精神薬との相互作用の問題があります。うつ病のつらさをまぎらわせる自己治療手段として多量飲酒するようになることもあります。この場合には、うつ病が改善するとアルコールの飲酒量をコントロールできるようになります。うつ病の治療中は原則として、アルコールの摂取はひかえてもらいますが、多量飲酒を制御できない場合は、専門医への紹介を考えた方がよいでしょう。

9 月経前や更年期の症状

月経の前に抑うつ気分や意欲・関心の低下が起こり、家事などの日常生活が満足にできなくなり、生理が始まると速やかに調子がよくなる人がいます。いわゆる月経前緊張症とは違い、抑うつ症状の数が多く程度も重い月経前不快気分障害と呼ばれるものです。この状態には、抗うつ薬が効果的です。

更年期に発症するうつ病は、いわゆる更年期障害の症状だろうと安易にみなされがちです。更年期にはうつ病の好発時期でもありますので、鑑別には細心の注意が必要です。

(日本医師会総集 自殺予防マニュアルより)





IV うつ病の治療

薬物治療を中心にプライマリーケアでのうつ病治療の方法について説明します。

うつ病の軽症例、中等症の症例の多くはプライマリーケア医療での治療で回復が期待できます。



1 うつ病対応の原則

- ①しっかりと患者さんの話を聞くこと
- ②うつ病はなまけではなく病気であること、治療をすれば治る病気であることを説明する
- ③励ますとより症状が悪化するため励ましは禁物
- ④うつ病の改善のためには、休養が第一であることを理解せさせる
- ⑤うつ病は病気だから薬の服用が必要であることを伝える

2 薬物療法

1. うつ病治療に使用されている一般的薬物とその使用法の留意点

うつ病に治療適応を有する薬物には、その薬理学的性質や化学構造から分類され、三環系抗うつ薬、四環系抗うつ薬、選択的セロトニン再取り込み阻害剤（SSRI）、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）、トラゾドン（トリアゾロピリジン誘導体）、スルピリド（ドパミンD2受容体阻害薬）などがあります。しかしながら、これらの薬剤がすべて均一に用いられるのではなく、現在の多くの精神科医はSSRIやSNRIを第一選択薬とし、単剤で2～4週間使用して効果判定を行い、有効でないと判定すれば、増量、変薬、加薬などの次の選択を行っている。日本不安・抑うつ精神科ネットワークの「うつ病

に対するあるべき薬物療法」に関する提言（日本医事新報 No4262、2005年12月31日）によれば、維持療法として、寛解後の再発再燃防止のため、急性期と同量で少なくとも6か月間以上継続することが望ましいとしています。

新旧いずれの抗うつ薬も血中濃度の個体差が大きく、5-10倍のばらつきの報告や、数十倍にもなるという報告もあります。つまり作用・副作用ともに個体差があることに注意を払うべきであり、患者の訴えの細部にも耳を傾け適切な投与量を決定せねばなりません。また、各薬剤の化学構造・薬理学的特性・受容体親和性などの相違により、標的症状には相違が多い。かといって、患者の症状の細部にとらわれすぎると、うつ病全体の改善が得られにくくなったり、複数薬を併用する結果を招き副作用が出現しやすくなったりするため注意を要します。また、各薬剤の有効性については、様々な研究がなされているが、大きく分けて、三環系や四環系抗うつ薬と、新規抗うつ薬（SSRIとSNRI）と比べた場合、両群間に有用性に差はないようです。（環系薬剤に比べ、SSRIといっても各薬剤の薬理特性は相違が大きく、SSRIであるからといって単純に一まとめにできないことに注意する必要があります。）

2. うつ病治療薬の副作用や離脱症状について

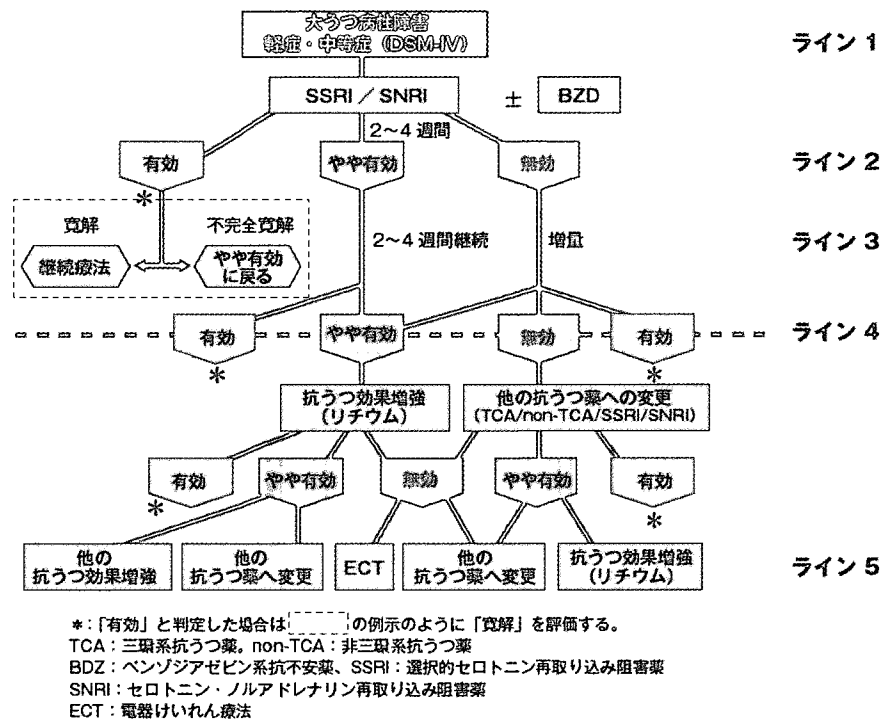
三環系や四環系抗うつ薬の主たる副作用は、抗コリン作用による口渇、便秘、視力調節障害、排尿困難などや、起立性低血圧、徐脈、伝導障害などの循環器系への障害などです。これらに対して、新規抗うつ薬であるSSRIやSNRIに分類される薬剤は、抗コリン作用が弱く上記が現れにくいです。かわりに、セロトニン受容体刺激作用と考えられる嘔気、下痢などの消化器症状が副作用として発現します。勃起不全、射精障害などの性功能障害もみられます。重篤な副作用としては、新旧いずれの薬剤においても、悪性症候群、セロトニン症候群があり致死的な症例もあるので注意を要します。

SSRIでは、離脱に伴い「めまい、嘔気・嘔吐、不眠、起立性低血圧、下痢、焦燥、失神しそうな感じ、倦怠感、視覚障害、ショック様感覚、頭痛、不安定歩行、振戦、異常感覚、不安」などの症状が出現するため、中止する場合には漸減する必要があります。

*アクティベーションシンドローム

SSRIやSNRIなどの抗うつ薬を投与中に、不安、焦燥感、自傷行為、パニック発作、不眠、易刺激性、敵意、衝動性、アカジジア、軽躁、躁状態のいずれか、あるいはいくつかの症状が起こることがあり、人格障害や躁転と間違われやすく注意が必要です。

大うつ病（軽症・中等症）のアルゴリズム（改訂版）



(塩江邦彦ほか：気分障害の薬物治療アルゴリズム)

第一選択薬はSSRIあるいはSNRIとなっており、症例によってはベンゾジアゼピン系抗不安薬を併用するか、適宜追加投与します。第1選択薬による治療を行って2ヶ月間を過ぎても改善がない場合は専門医に紹介するとしています。

したがった、ライン4までは非専門医でも治療可能と考えられます。

現在国内で承認されている薬（2007年11月現在）

- 1 選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）
フルボキサミン パロキセチン セルトラリン
- 2 セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）
ミルナシبران

③ 精神療法・専門療法

1. 支持的精神療法

特別な技法があるわけではなく、患者との信頼関係を作ることに主眼があります。症状と病気の説明、治療方法、経過と見通し、家族の接し方などを丁寧に説明することを通じて、患者・家族との関係を構築していきます。

説明の骨子を以下に記載します

- ① 病気であることを説明する
- ② 必ず治る病気であることを保証する
- ③ 休息と薬物の必要性を理解してもらう
- ④ 重要な決定、決断は病気が回復してから行うよう説明する
- ⑤ 自殺しない約束をさせる
- ⑥ 家族には本人を励ましたり、無理に外に連れ出したりすることは逆効果であることを理解させる

支持的精神療法は全ての患者に対してなされるものであり、初期治療の原則的方法です。

2. 認知行動療法

認知行動療法においては、うつ病患者では非合理的な信念と自分や環境または将来に対する誤った認識が、抑うつ的な感情を生み出す誘因となっていると考えます。これらの認知の歪みを患者自身に修正させて、抑うつ症状を軽減させようとする方法です。

3. 心理教育 (本人・家族)

うつ病の性質や対処法等、療養生活に必要な正しい知識・情報を提供し、ご本人や家族が主体的に治療に取り組めるよう、援助します。

4. 電気けいれん療法 (ECT)

薬物療法あるいは精神療法、その併用などの治療に反応しないうつ病の治療法として有用です。また、自殺の危険性が極めて高い場合、拒食などで体力が衰えている場合、副作用などのため薬物が使えない場合電気けいれん療法が第1選択になります。

(専門医をめざす人の精神医学第2版 医学出版社 2004 より)