

プライマリアケアにおけるうつの診療～問診・治療・連携について～

筑波技術大学保健学部保健学科 准教授
佐々木 恵美

うつ病の生涯有病率は男性の10人に1人、女性の5人に1人といわれ、決して稀な病気ではありません。うつ病の患者さんの90%以上がプライマリアケア医や身体科をまず受診するといわれています。プライマリアケア医こそ、うつ病診療や自殺防止のゲートキーパーといえるでしょう。

1. うつ病について

うつ病では、身体の不調（だるい、疲れる、食欲低下、頭痛、腹痛など）、睡眠障害から始まることが多く、次第に気分が落ち込む（特に午前中）、喜びや興味・関心の喪失、物事がおっくうになる、優柔不断になる、考えがまとまらなくなる、注意・集中力が低下して物忘れしやすくなる、不安感や焦りが出る、悲観的になる、過度に心配する、罪責感を持つ、死にたい気持ちになる等の症状が出現します。こうした「うつ症状」はうつ病だけでなく、双極性障害（躁うつ病）、適応障害、統合失調症、認知症の初期、PTSD、発達障害、パーソナリティ障害、甲状腺機能低下症や脳梗塞などの身体疾患、アルコール依存、薬物依存等、さまざまな疾患で見られる症状です。近年、操作的診断の広がりによりうつ病が過剰診断さ

<p>表1 症状把握のための具体的な質問</p> <ul style="list-style-type: none">不眠 「夜はぐっすり眠れていますか？」 入眠困難、中途覚醒、早朝覚醒、熟眠感について尋ねる 体重減少 「ご飯はおいしく食べられていますか？」「体重が減りましたか？」 抑うつ気分 「気持ちが沈んだり、減入ったり、憂うつになったりすることがありますか？」 喜び・興味の消失 「何をしても楽しくないと感じますか？」 「今まで興味が持てたことに興味が持たなくなっていますか？」 倦怠感 「体がだるく感じたり、疲れやすかったですか？」 集中力の低下 「仕事に集中できますか？」 判断力の低下 「物事を今まで通り決断できますか？」 自責感 「よく自分を責めますか？」 苛立ち 「イライラしますか？」 <ul style="list-style-type: none">希死念慮 「死にたいほどつらい気持ちになることはありますか？」 「逃げ出したい、いなくなりたいと考えることはありますか？」 自殺企図 「死ぬ手段について考えたりしましたか？」 <ul style="list-style-type: none">躁状態、軽躁状態の既往 「普段よりもハイになったことはありますか？」 「いつも以上に気分がよい状態が続いたことはありますか？」 「眠らなくても大丈夫と感じて、睡眠時間を削ってまで行動していたことはありますか？」 「気持ちが突っ走るように感じたことはありますか？」 「次から次へと考えが浮かぶことはありましたか？」 「そのような状態は何日続きましたか？」 <p>躁・軽躁は本人が自覚していない事も多いので、家族にも確認する。</p>
--

2. うつ病の問診・治療について

1) 問診
うつ病を疑った場合でも、身体症状から問診を開始する方が、患者さんも話しやすいでしょう。身体症状のチェックは2項目、「睡眠」と「食欲」です。うつ病では不眠（朝早く目が醒める、寝つきに時間がかかる、夜中に何度も目が醒める）と食欲低下が非常に多いためです。非定型うつでは反対に過眠、過食になる場合もあります。

精神症状もまず2項目、「抑うつ気分」と「喜び・興味の消失」をチェックします。具体的な質問の仕方は**表1**に挙げます。次に、その他のうつ症状、今までに躁・軽躁状態がなかったかを尋ねます。そして重要なのは希死念慮のチェックです。死にたいかどうか尋ねることを躊躇する先生方は多いのですが、自殺防止の観点からも希死念慮について確認しておくことは大変重要なことです。以上の症状の把握にBDI（Beck Depression Inventory、ベック抑うつ評価尺度）やSDS（Self-rating Depression Scale、うつ病自己評価尺度）などの質問紙を用いることも有用です。

「精神科の患者さんは話が長く診療時間がかかる」と敬遠されがちですが、ポイントを押さえて問診すること

では可能です。長時間の診察はうつ病の患者さんも疲れます。病歴を聴取する際は「つらかったですね」「よく今まで我慢してきましたね」とねぎらいながら、**表2**に挙げた項目を確認します。ご本人やご家族からの話が長い場合は、「わかりました。ところで」と医師主導で要点をまず確認するようにします。

うつ病の予後は比較的良好ですが、30%が難治化、慢性化するとされています。難治例の中には双極性障害のケースも含まれていることがあります。妄想など精神病症状がない、症状が軽い、発症年齢が遅い、良好な対人環境を持つ例は、予後が良いとされています。

<p>表2 病歴聴取のポイント</p> <ul style="list-style-type: none">いつから、どのような症状 ぎっかけの有無 今までに同じような症状が出たことはないか 精神科・心療内科への通院歴の有無 家族・遺伝歴、身体疾患の有無 薬物の使用、アルコール摂取など 躁・軽躁の既往の有無 <p>表情、口調、態度、身なりなどチェックしながら</p>
--

(5) できるだけ**休養**が必要です。
(6) 重要な**問題の決断**は先延ばしで。後で後悔しないように良くなってからにしましょう。
(7) 無理なことはやらないでゆっく**り**
しましょう。やりたいと思うことがあれば、無理しない範囲で。
(8) 自殺はしないと約束してくだ**さい**。

はっきりとした希死念慮がある場合は、ご家族にも注意して見守っていた**だ**くよう伝えます。

3) 薬の使い方

第1選択は安全性・副作用の面で優れるSSRI、SNRI、NaSSAですが、重症例、入院例には三環系抗うつ薬が用いられる場合もあります。また、抗精神病薬、睡眠薬なども使われます。抗不安薬は安易には投与しない方が**良**いです。不安の発生源であるうつ病を治療しない限り不安は改善しませんし依存性もあります。基本的には抗うつ薬が効くまでの間、あるいは不安時屯用として用いた方が**良**いでしょう。

抗うつ薬は効果発現するまでに1-2週間は要します。SSRIは投与初期に嘔気をきたしやすいことは知られていますが、不安、焦燥、易刺激性、衝動性といった activation syndrome をきたすことがあり、とくに若年者で注意を要します。また、離脱症状（めまい、頭痛、不眠、易刺激性、不安、振戦など）に留意し、減量は徐々に行います。

抗うつ薬の使い分けは、薬の特徴、併用薬や合併症の有無、症状や効果を見ながら行います。以下、各薬の特徴について述べます。

・SSRI

パキシル、パキシルCR:不安によく効く。他の不安障害（パニック症状など）を合併するうつに良い。社会不安障害、強迫性障害にも適応あり。CRは唯一の徐放性製剤で、血中濃度を一定に保てること、飲み始めの消化器症状を軽減するなど利点あり。
レクサプロ:切れ味よく、効果発現まで早い。12-17歳の児童思春期には唯一有効性が確認されている。
CYP阻害作用が比較的小ないため、緩和ケア病棟、身体疾患を持つ症例等でも使いやすい。QT延長には注意を要する。

ルボックス・デプロメール:鎮静効果が高く、焦燥感の強いうつに良い。CYPを介した相互作用が強い（テルネリン併用禁）。
ジェゾプロフト:比較的穏やかに効き副作用も少ない。薬物相互作用も少ない。ドーパミンへの作用もあり。非定型うつに良いとされる。

・SNRI

トレドミン:薬物相互作用が少ない。意欲向上が期待できるが、不安が強い症例では焦燥感が強まることもあり。
サインバルタ:意欲向上が期待できる。疼痛にも有効。

・NaSSA

レメロン・リフレックス:高齢者の不眠や食欲低下を伴う症例に良い。効果発現が早い。過鎮静、眠気、食欲増進、体重増加があり、若年層ほど眠気が強く出る。

4) 自殺の徴候がみられたら

目を離さず人の手をできるだけ多く動員することが必要です。家族に協力を要請し、紐状のものや薬や刃物など危険物は本人の手の届かないところに隠し、専門医療に結びつけます。死にたいと訴える患者さんには穏やかな口調で話しかけ、道徳的な説教はせず、訴え

を傾聴するようにします。うつ病は発病初期、回復期に自殺が多いため注意が必要です。

3. 精神科との連携について

軽いうつ病は一般科で治療は可能ですが、中には精神科に紹介すべきケースがあります。

診断が困難な例（幻聴など異常体験が存在する、認知症も疑わしいなど）、重症例（希死念慮が強い、焦燥感が強い、自殺企図、昏迷、妄想など）、第1選択の抗うつ薬2-4週投与に反応しない、産後のうつ病、双極性障害疑い、です。すなわち、死にそう、症状が重い、良くならない、こうした場合は精神科医と連携します。

連携の際には、患者さんの精神科診療への偏見や見捨てられ不安に配慮し、「一度専門家の意見も聞いてみましょう」と伝え、しばらくは併診という形をとるのも良いでしょう。