

# うつ病の診断 / 治療ガイドライン

医療法人社団有朋会栗田病院 高橋 智之

## うつ病の疫学

精神疾患の患者数は近年増加を続けており、2011年には精神疾患が5大疾病の一つとして位置づけられている。その中で気分障害の患者数は1999年の44.1万人から2014年には約2.5倍の111.6万人と増加率の高さが目立っている。また気分障害の中ではうつ病の年間

患者数が73万人とその多くを占めている。

うつ病の生涯有病率は5～17%といわれ、女性では男性の2倍の有病率がある。患者の50%は20歳～50歳の間に発病するが小児や高齢者でも発病することがある。

## うつ病の症状、診断

精神疾患の診断において近年はDSMやICDといった、症状から診断をつける操作的診断が主流となっている。例としてDSM-5の診断基準を表1に示す。また診断基準に記載はないが、うつ病は身体症状を伴うことが多く(図1)、うつ症状を呈する患者の6割以上が最初に内科を受診するという報告

もある。

さらに重症化すると貧困妄想、罪業妄想といった妄想を伴うこともある。うつ病に至った原因を推測して内因性、心因性(反応性)、外因性と分類する従来型診断も治療を考える上で重要だが、これについては紙幅の都合上本稿では割愛する。

## うつ病の治療ガイドライン

日本うつ病学会により2012年に作成、16年7月に第2回改訂をされており、学会のホームページ(<http://www.secretariat.ne.jp/jsmd/>)から閲覧可能で書籍化もされている。治療のサマリーを表2、3に示すがうつ病治療を行う場合は全体を一読することが望ましい。

例では新規抗うつ薬が認知行動療法が必要に応じての推奨となっており、中等症では新規抗うつ薬に加えて三環系/非三環形抗うつ薬や電気けいれん療法が推奨されている。また一般科でも処方されることの多いベンゾジアゼピン系の抗不安薬は中等症・重症例に一時的かつ必要に応じて選択する、とされている。

具体的な方針は、全例に患者背景や病態の理解、支持的療法、心理教育を行った上で、軽症

## 抗うつ薬について

うつ病の薬物治療においては1990年代までは従来型と言われる三環系/非三環形抗うつ薬が中心だったが、現在はSSRI、SNRI、NaSSAなどの新規抗うつ薬が使われることが多い。投与法は原則少量から開始して1～2週かけて漸増し、途中で効果が得られなければ最大量まで増量する。十分量で4～8週観察して効果に乏しい場合は抗うつ薬の変更を行う。抗うつ薬の中止時は、離脱症状予防のために1～2週ごとに漸減して中止することを原則とする。副作用として多いのは投与初期の消化器症状(気分不快、嘔気、下痢など)だが、数日で自然に改善することが多く予め患者に説明しておくことと服薬自己中断を予防できる。

自殺企図などの自殺関連事象に繋がることがあるので、投与開始後にactivationが出現したら服用を中止し早めに再診するよう伝えておく。未成年者には保護者に説明した上で投与を開始する。他にも稀ではあるがセロトニン症候群やSIADH等の重篤な副作用を起こすことがあるため、抗うつ薬使用にあたっては薬剤添付文書に目を通しておくことが望ましい。SSRIの一つであるエスチロプラムはQT延長のある患者には禁忌となっている。また薬物相互作用の面で多くの抗うつ薬が肝臓の代謝酵素であるCYP450に作用し、さらにP糖蛋白を介して他剤の血中濃度に影響を与える可能性があるため、併用薬にも注意を要する。

また頻度は高くないがactivation syndrome(焦燥感や不安感の増大、不眠、パニック発作、アカシジア、敵意・易刺激性・衝動性の亢進、躁・軽躁状態などが出現する状態)を起こす可能性があり、特に24歳以下の若者ではこれが自殺念慮や

抗うつ薬で寛解が得られた際の維持療法については、ガイドラインでは寛解後4～9カ月、またはそれ以上の期間同用量で維持すべきとされ、再発例では2年以上にわたる抗うつ薬の維持療法が強く勧められている。

## ベンゾジアゼピン系薬の処方について

ベンゾジアゼピン系薬(以下、BZD)は常用量でも1ヵ月以上継続使用することで依存の危険が生じる。常用量依存になると減薬や薬剤の中断時に離脱症状(不眠、不安、頭痛、発汗、知覚過敏、離人感、振戦、けいれん等)が出現して減断薬が困難となる。その他にも耐性、認知機能障害、筋弛緩作用による転倒、奇異反

応といった副作用の可能性があるためBZDを漫然と長期に投与することは避けるべきである。

BZDの止め方としては1～2週ごとに1日量の1/4～1/2ずつ減らし、4～8週以上かけて漸減・中止する。また半減期の短いBZDはまず半減期の長いBZDに置換して漸減・中止する方法もある。

## 双極性うつ病について

診療時点でうつ症状を呈している患者であっても、実際は双極性障害(躁うつ病)のうつ状態である可能性がある。こういった例に不用意に抗うつ薬を投与すると躁転や、頻回に各種の病相を呈する急速交代化など、気分・行動・思考の不安定

さが増強されて経過が複雑化する恐れがある。その結果として自殺企図や自傷行為を含め行動面の問題が起り得るため、抗うつ薬の投与時には双極性障害の可能性について十分注意が必要である。

## 精神科医に紹介するタイミング

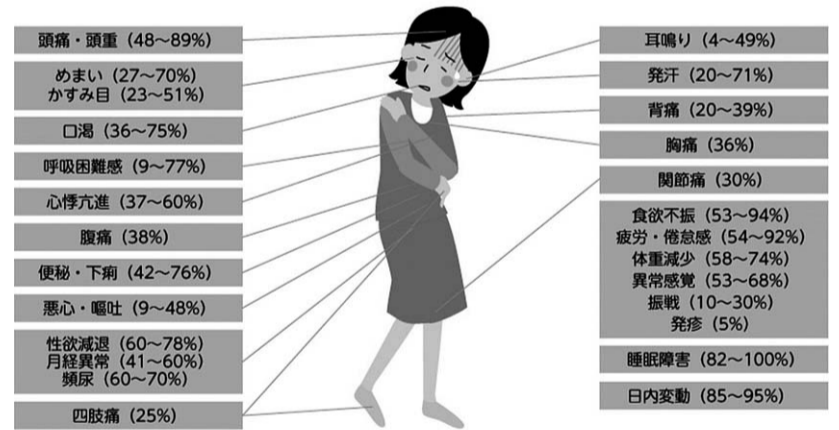
プライマリケア医の現場でうつ病の初期治療が行われた場合、1剤目もしくは2剤目の抗うつ薬で寛解に至らなかった時が、精神科医への紹介のタイミングと考えられる。

その他に考えられるタイミングと

して、診断に苦慮する場合、症状が重篤な場合、産後うつ病、躁状態がある/過去にあった場合、自殺念慮が強い場合、などが日本医師会編集の自殺予防マニュアルでは挙げられている。

図1 うつ病でよくみられる身体症状

うつ病の身体症状と出現頻度



更井啓介: うつ病の身体症状「躁うつ病の臨床と理論」(大熊輝雄編) 1990, pp.97-107, 医学書院より作成

表1 うつ病の診断基準

- 以下の症状のうち5つ以上が2週間存在して機能変化を起こしていること。  
(1)抑うつ気分 (2)興味・喜びの喪失 (3)体重減少/増加、食欲減退/増加 (4)不眠/過眠 (5)精神運動性焦燥/制止 (6)疲労感、気力減退 (7)無価値観、罪責感 (8)思考力や集中力の減退、決断困難 (9)自殺念慮、自殺企図(症状には1または2が含まれることが必要)
  - 症状により臨床的、社会的に障害を引き起こしている。
  - 物質の影響、他の医学的疾患によるものでない。
  - 精神病的障害(統合失調症および類縁疾患)ではうまく説明できない。
  - 躁病/軽躁病エピソードが存在したことがない。
- DSM-5® 精神疾患の分類と診断の手引きより引用、一部改変

表2 軽症うつ病の治療

- 全例に行う基礎的介入
    - ・患者背景、病態の理解に努め、支持的療法と心理教育を行う
  - 基礎的介入に加えて、必要に応じて選択される推奨治療
    - ・新規抗うつ薬(SSRI、SNRI、NaSSA)
    - ・認知行動療法
- うつ病治療ガイドライン第2版より引用

(4面からのつづき)

表3 精神病性の特徴を伴わない中等症、重症うつ病

■全例に行う基礎的介入

- ・患者背景、病態の理解に努め、支持的精神療法と心理教育を行う

■推奨される治療

- ・新規抗うつ薬、三環系 / 非三環系抗うつ薬、電気けいれん療法

■必要に応じて選択される推奨治療

- ・BZD (ベンゾジアゼピン系) の一時的な併用
- ・Li、T3/T4、気分安定薬による抗うつ効果増強療法
- ・非定型抗精神病薬による抗うつ効果増強療法
- ・治療効果のエビデンスが示されている精神療法 (認知療法・認知行動療法、

対人関係療法、力動的な精神療法、問題解決技法)

■推奨されない治療

- ・BZD による単剤治療
- ・中枢刺激薬
- ・精神療法単独による治療
- ・抗うつ薬の多剤併用、抗不安薬の多剤併用など、同一種類の向精神薬を合理性なく多剤併用すること

- ・スルピリドや非定型抗精神病薬による単剤療法
- ・バルビツール製剤 (ベゲタミンを含む)

うつ病治療ガイドライン第2版より引用