

精神科医と一般かかりつけ医の連携強化事業
"かかりつけ医こころを繋ぐ研修"

日常診療で遭遇するうつ病、 精神科専門医が診るうつ病

(診断と治療・復職支援と自殺防止、医療連携)



藤田保健衛生大学医学部
精神神経科学 内藤 宏

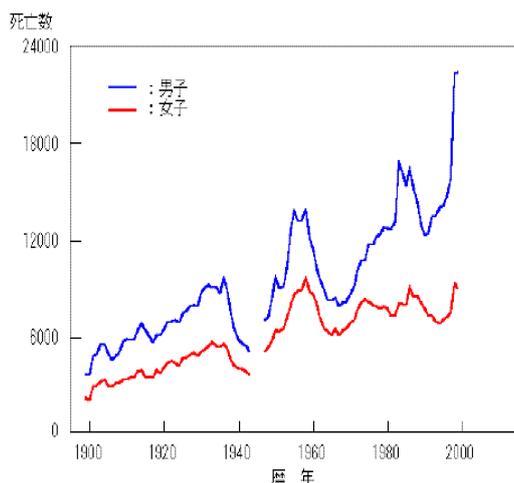
2011年11月20日 かかりつけ医こころを繋ぐ研修

日常診療で遭遇するうつ病、 精神科専門医が診るうつ病

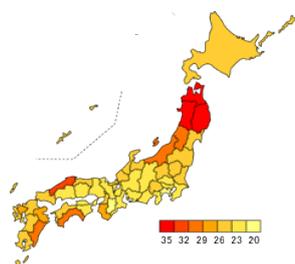
(診断と治療・復職支援と自殺防止、医療連携)

- 自殺の背景としてのうつ病
- うつ病の発症と重症化への過程
- 自律神経症状とうつ病
- うつ病の診断
- 双極性障害との鑑別
- うつ病の治療とケア
- コミュニティーモデルの視点から

第101回国家試験問題：C44

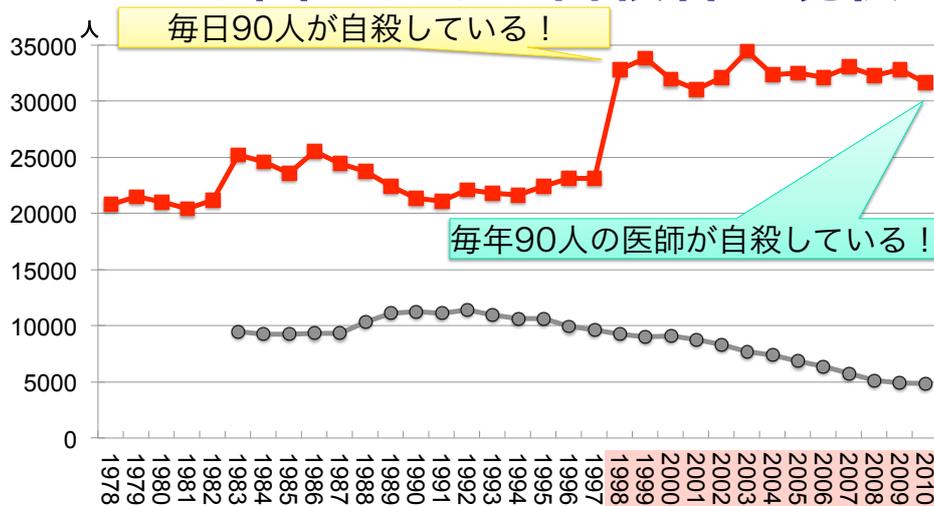


ある死因の性別年次死亡者数推移と都道府県別死亡率とを示す。死因はどれか。

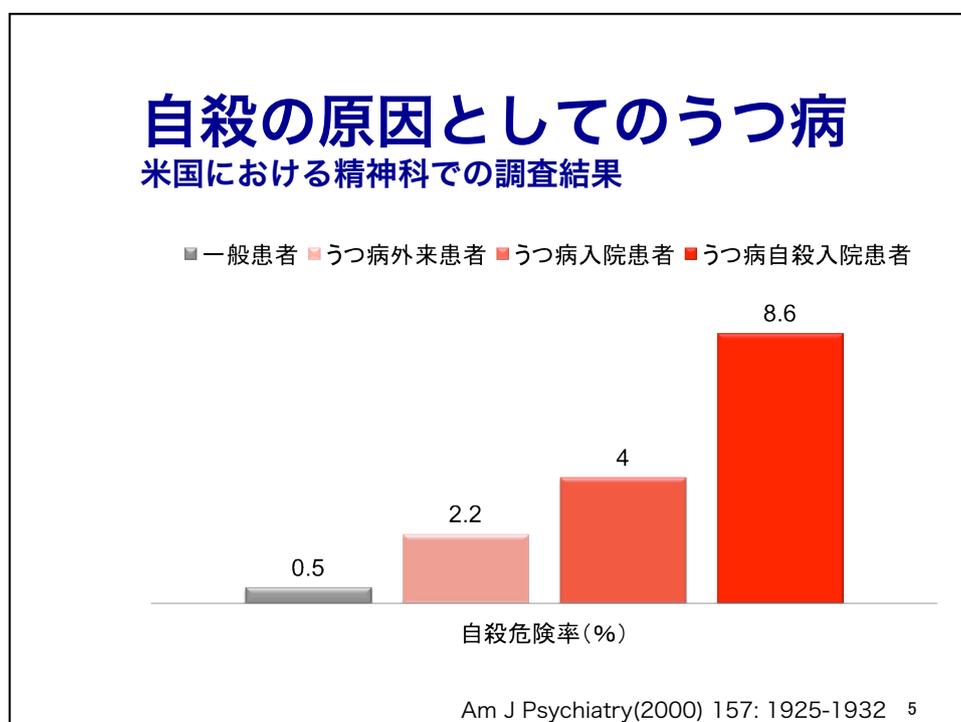
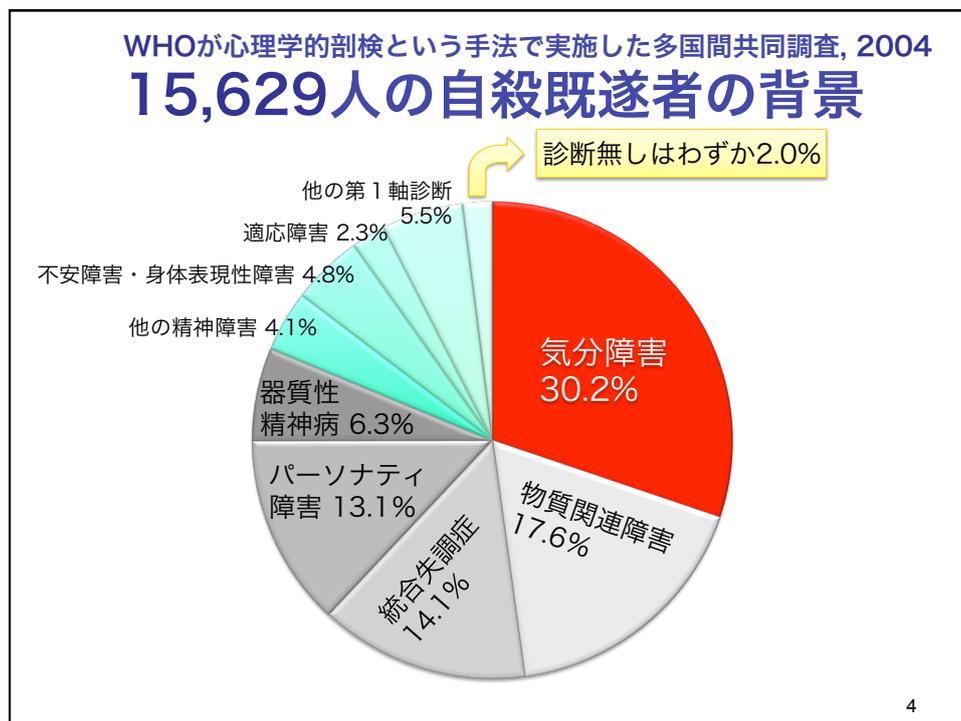


2

わが国における自殺者の現状

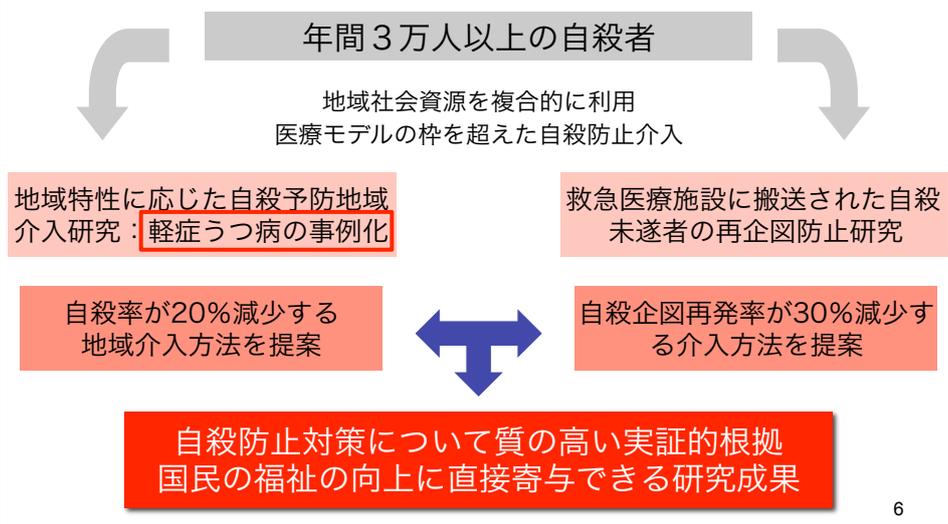


2011.3. 警察庁生活安全局生活安全企画課



厚生労働省：戦略研究の概要

戦略研究（2005年から5年計画）：自殺関連うつ対策 2億円



6



旭化成

7

例：頭頸部の不定愁訴

軽度の炎症や生活習慣
(喫煙や疲労、ストレス)
が契機

繊細な感覚器



**抑うつと不安が
症状を修飾？**

双極性感情障害

大うつ病性障害

咽喉頭異常感症

耳鳴
眩暈

咽喉頭異常感
口腔異常感
舌痛症
味覚障害など

背景には身体疾患
あるいは精神疾患？

10

同じ病態でも異なる診断？

過敏性腸症候群

男性更年期障害

BLACK DOG INSTITUTE

線維筋痛症？

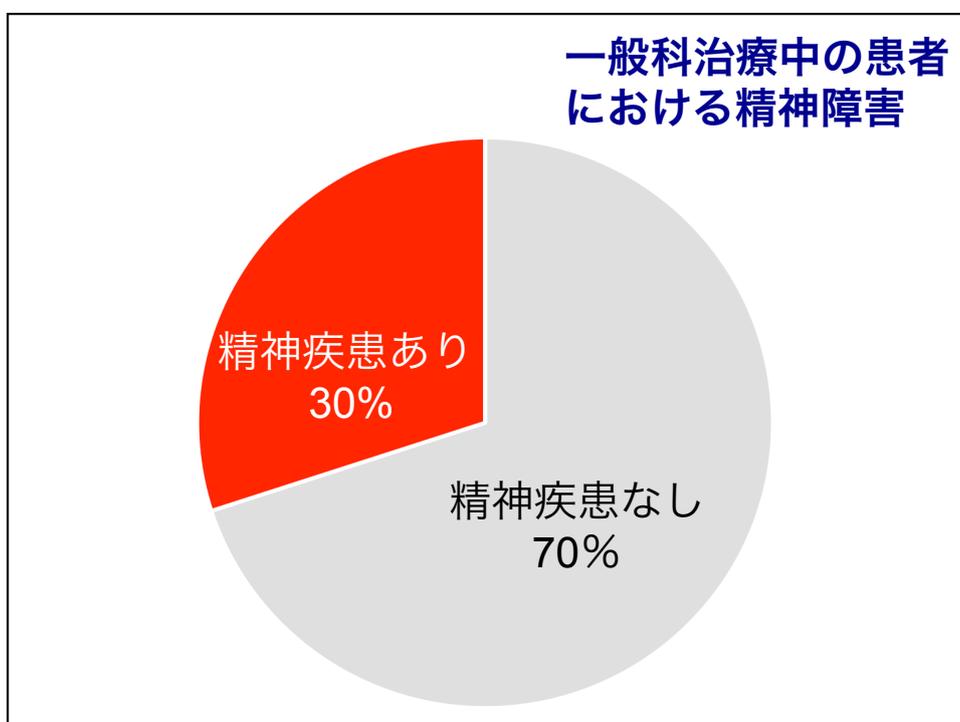
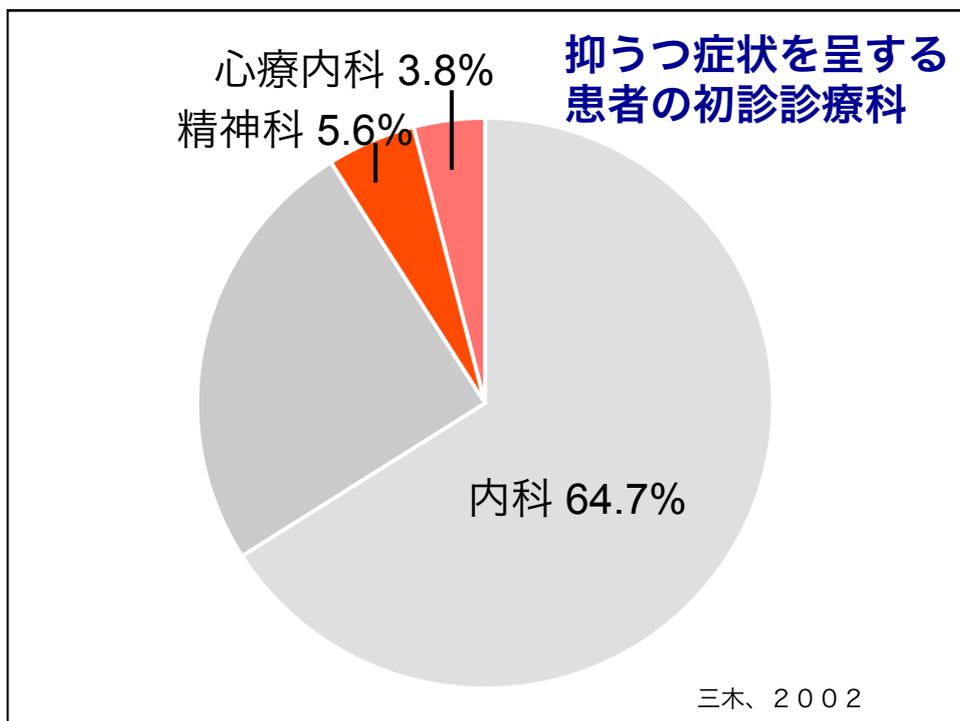


→不安障害
パニック障害
全般性不安障害
社交不安障害

→気分障害
大うつ病性障害
双極性障害

→身体表現性障害
疼痛性障害
気分障害
大うつ病性障害
双極性障害

11



自律神経症状を呈する精神疾患

- **気分障害 (Mood Disorder)**
大うつ病や双極性障害など
- **不安障害 (Anxiety Disorder)**
パニック障害、全般性不安障害など
- **精神病 (Psychosis)**
統合失調症や妄想性障害の心気妄想
- アルコールなどの薬物の離脱症状
- 身体表現性障害(転換性障害、疼痛性障害、心気症)など



14

うつ病の身体症状

- 不眠
 - 入眠障害、途中覚醒、早朝覚醒
- 食欲低下・体重減少
 - 何を食べてもおいしくない
- 性欲減退
- 様々ないわゆる自律神経症状
 - 頭痛、動悸、めまい、吐き気、便通異常、腹部不快感、口渇、口咽頭違和感、頻尿、熱感、疼痛、倦怠感、疲労感、微熱・・・



15

2週間以上続く自律神経症状、 あるいは仕事や勉強の効率低下？

不明熱？
自律神経失調症？
更年期障害？
血の道？



軽症うつ病

不安障害
(パニック障害
全般性不安障害
社交不安障害)

16

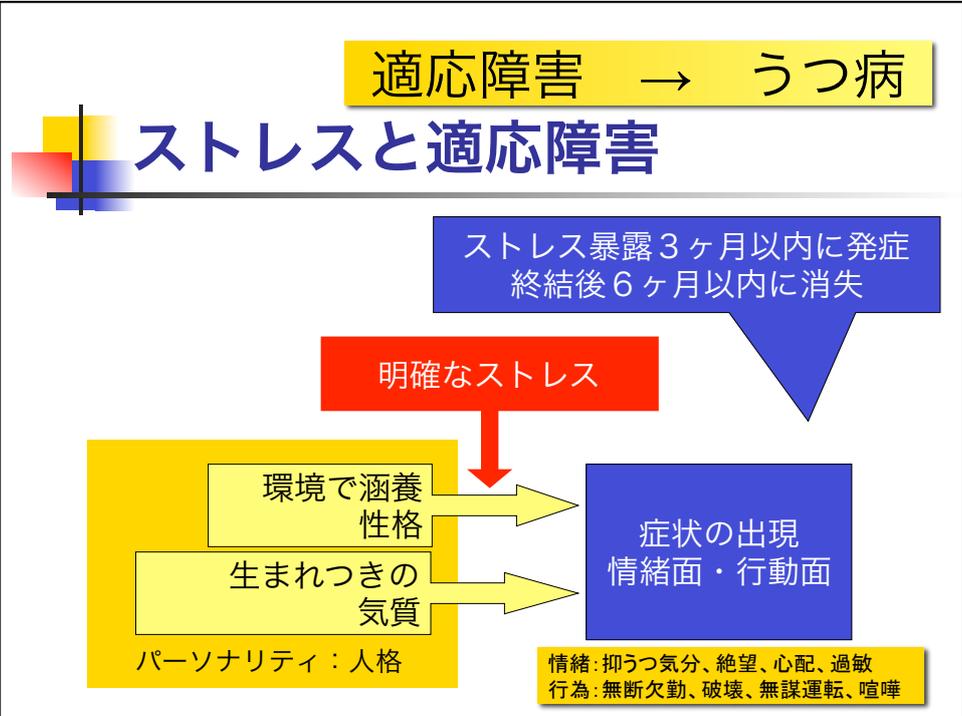
「病気への気づき」の欠如

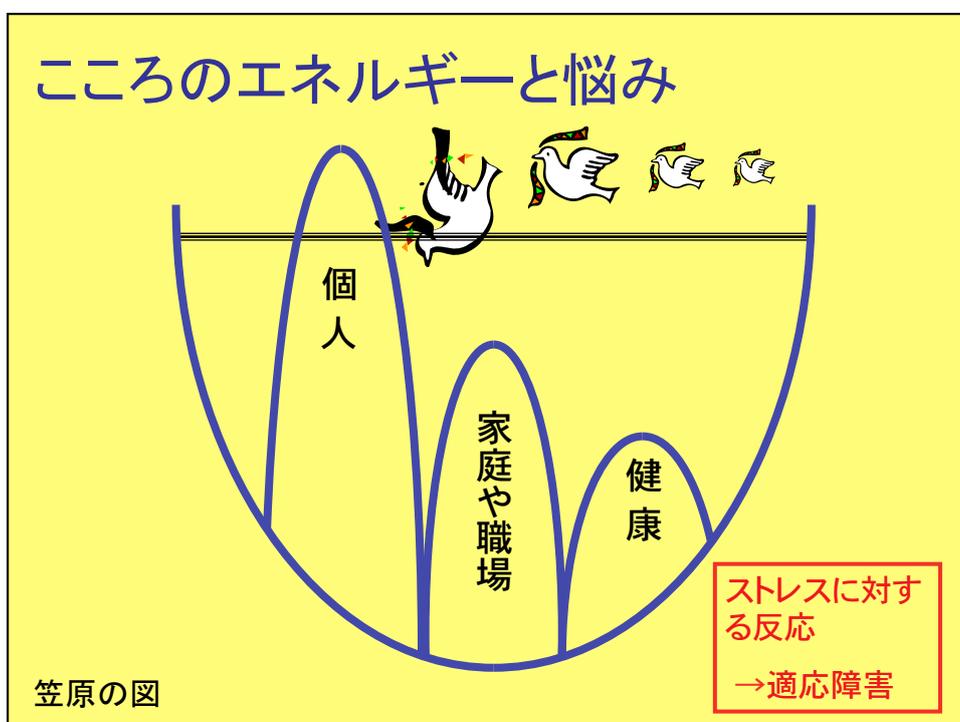
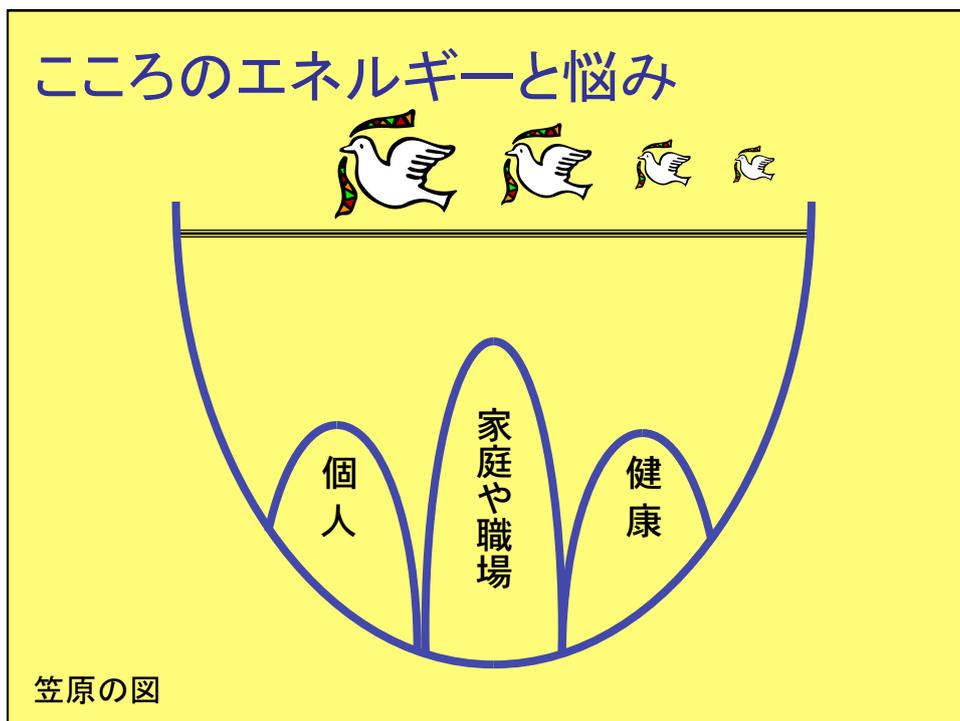
- 自分がこころの病気だと気づいていない
 - 身体面への症状の表出
 - 身体面の違和感
 - 身体科への受診を経て、精神科を紹介
 - 行動面への症状の表出
 - 仕事ぶりや態度の変化（勤務状態・効率）
 - 職場で気づかれ、精神科紹介

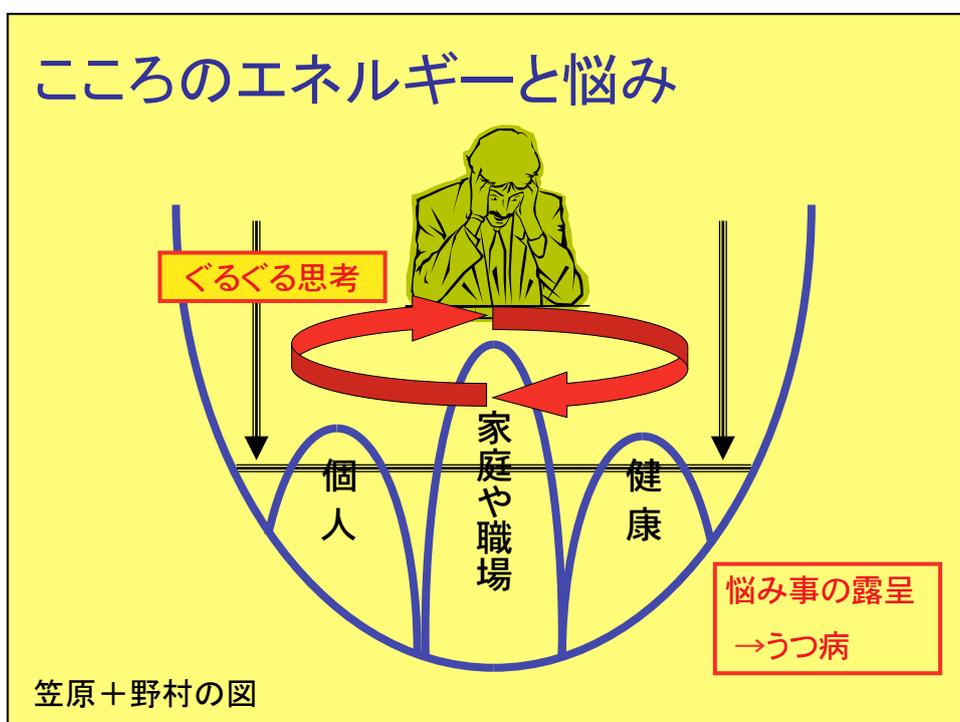
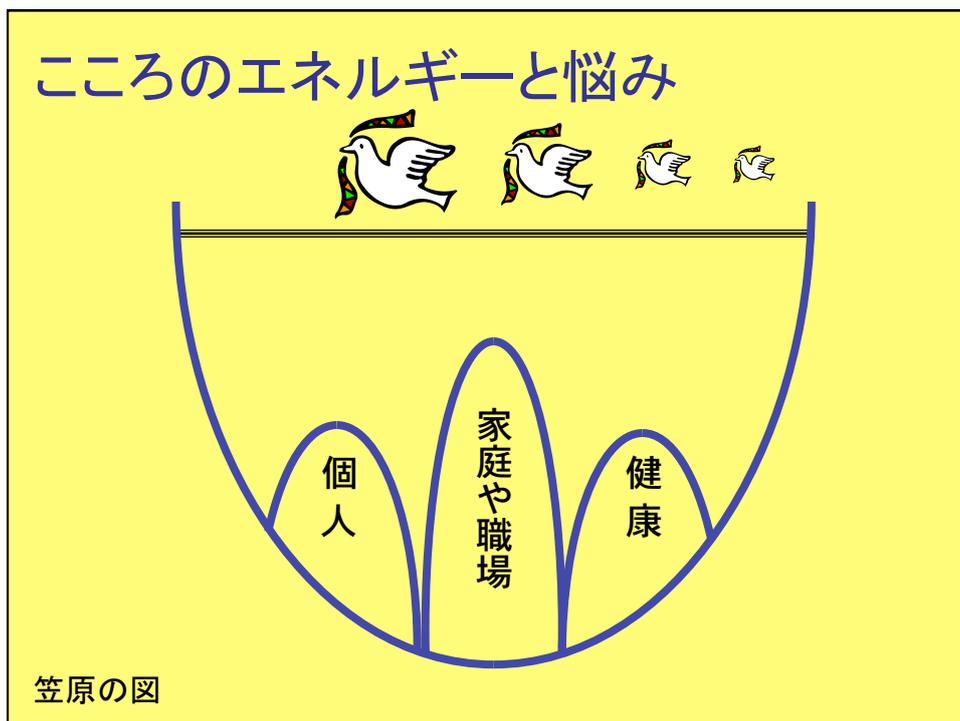


うつ病こそ早期発見が必要！

- うつ病の発症により、職場でも家庭でも二次的に状況が悪化し、うつ病の予後が悪くなることを防ぐ
 - うつ病のために、感情的に不安定になったり
 - うつ病のために、被害的に考えたり
 - うつ病のために、失敗が増えたり
 -
 - うつ病のために、離婚、喧嘩、失職・留年







うつ病の診断基準

大うつ病エピソード (DSM-IV) 操作的診断



1. 抑うつ気分
2. 興味ないし喜びの著しい減退
3. 食欲・体重の変化 (減少・増加)
4. 睡眠障害 (不眠もしくは過眠)
5. 精神運動性の焦燥もしくは抑制
6. 疲労感あるいは気力の減退 (倦怠感)
7. 無価値観あるいは自責感
8. 集中困難あるいは決断困難
9. 自殺念慮

8. 集中困難あるいは決断困難

仕事や勉強の効率が低下し自信を失う

5項目以上が同時に
2週間以上続く

うつ病の知識（頻度・持続）

大うつ病性障害（DSM-III R）の診断基準による米国での調査結果

16パーセント



16週間

二項目質問紙法

コミュニケーションスキル

Two-question case-finding instrument

以下の質問にお答え下さい

（当てはまる方に○をつけてください）

1. この1ヶ月間、気分が沈んだり、憂うつな気持ちになったりすることがよくありましたか。
A はい B いいえ
2. この1ヶ月間、どうも物事に対して興味がわかない、あるいは心から楽しめない感じがよくありましたか。
A はい B いいえ

2項目両方が当てはまる場合88%はうつ病！

27

うつ病の診断基準

大うつ病性障害 (DSM-IV) の診断基準

1. 抑うつ気分
2. 興味ないし喜びの著しい減退*
3. 食欲・体重の変化 (減少・増加)
4. 睡眠障害 (不眠もしくは過眠)
5. 精神運動性の焦燥もしくは抑制*
6. 疲労感あるいは気力の減退 (倦怠感)*
7. 無価値観あるいは自責感
8. 集中困難あるいは決断困難*
9. 自殺念慮

*抑制症状
(精神運動抑制)

仕事や勉強の効率が
低下し自信を失う

5項目以上が同時に
2週間以上続く

コミュニケーションスキル

問診仕方で変わる患者の返答

■ 内科

- 食欲は？
(体のことを考て・・・)
三食食べています。
- 睡眠は？
(まあまあ・・・)
眠れています。
- 他に何か？
(体のことには関して
は・・・)
ありません

■ 精神科

- 御飯は美味しいですか。
食欲はありません。無理
して食べています。
- ぐっすり眠れていますか？
早く目覚めるようになり
ました
- 仕事や勉強の効率は？
全然集中できません。
自信を失いました。

うつ病との鑑別

- 身体疾患に伴ううつ状態
- 医薬品によるうつ状態
- 認知症を含む器質性の疾患
- 統合失調症
- 適応障害
- 不安障害
- アルコール依存
- 双極性障害

うつ病へ移行
うつ病の見逃し

うつ病を併存

うつ病と誤解

30

25歳会社員 その1

- 地元の大学・大学院時代を通じ成績も優秀。友人も多く、後輩からも慕われていた。
- 学位の目途が立った頃より、多数のバイトを始めスキーにも熱中したが、睡眠時間が短縮しても生活に支障はなかった。
- X年4月、希望の会社への就職を機に当地に転居。新入社員の研修期間が修了し、同年9月より現部署に配属。勤務態度良好。
- X年12月頃より遅刻や早退、仕事でのミスが増え、心配した上司の薦めで健康相談に訪れた。

31

25歳会社員 その2

- 勤労者によれば、1週間ほど前に他部署との折衝の中で厳しい言葉を浴びせられ、以来、不安、焦燥、不眠、抑うつ気分が続いているという。希死念慮はない。
- 「叱責されるまでは、至って元気だった」と語った。
- 適応障害が疑われるが、うつ病も否定できない。休養を心がけ、1週間で症状が改善しなければ、精神科的治療を薦める。本人の同意を得た上で、上司にも状況を説明。

32

25歳会社員 その3

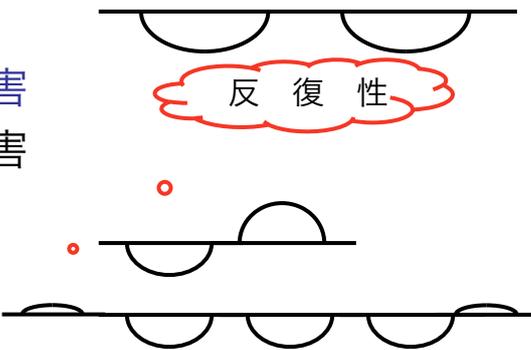
- 1ヶ月後：「不調。配慮があるにも関わらず、応えられず情けない。」「配置直後から仕事に身が入らなかった」
- X年1月MC受診。うつ状態を認め、業務が複雑で責任が大きいため、休務を指示された。
診断名：適応障害
- BDZで不眠、焦燥は軽快したが、抑制症状は悪化し、あるとき大量内服でER受診。診断名：うつ病
- X年3月、身内の葬儀で躁転。その後うつ状態遷延。診断名：双極性障害

33

気分障害：Mood Disorder

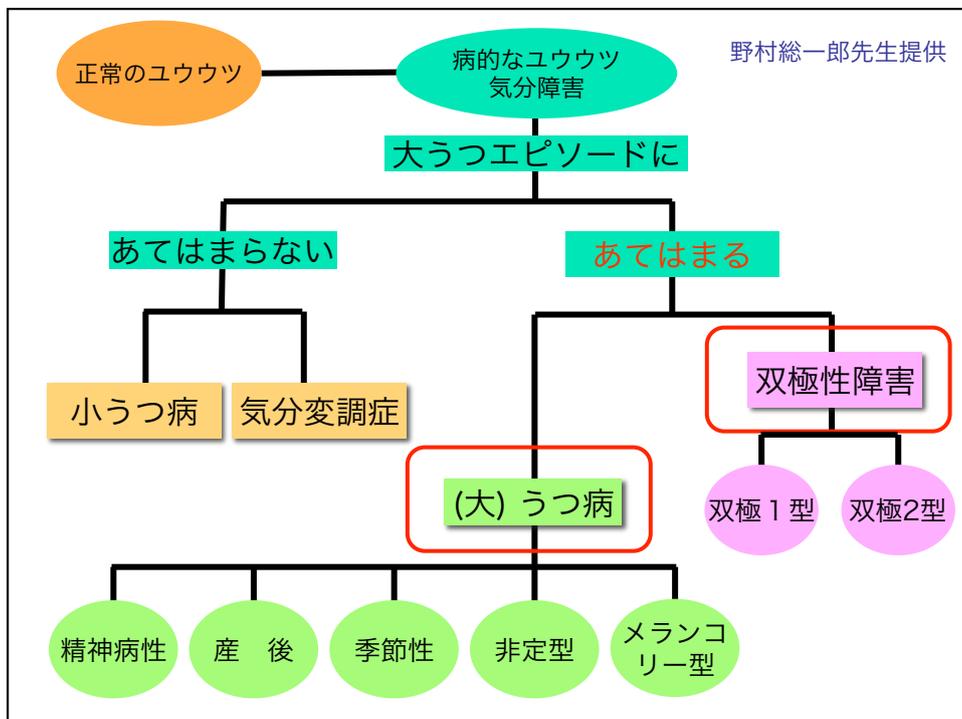
DSM-IV

- うつ病性障害
 - 大うつ病性障害
 - 気分変調性障害
- 双極性障害
 - 双極Ⅰ型障害
 - 双極Ⅱ型障害
- その他の気分障害（一般疾患・物質誘発性）



※甲状腺機能低下症や正常圧水頭症、統合失調症や認知症でも、気分障害に類似した症状を呈することがある。

6



初診時に診断をこだわる意義

- 双極2型障害は経過中に、長期に渡る著しい気力の低下に加え、依存症、自傷行為、自殺企図、解離を呈し易く、しばしば境界性パーソナリティ障害と誤診される。
- 双極2型障害に安易に抗うつ薬を投与すると、短期的なうつ病相の治療には有効かも知れないが、長期的には抗うつ薬の使用は予後を悪化させる。

36

大うつ病と双極性障害の身体療法

- 大うつ病(major depressive disorder)
 - **抗うつ薬**、電気けいれん療法・・・
- 双極性障害のうつ病相(bipolar depression)
 - **気分安定薬**
 - Li、VPA・CBZ・CNZP等の抗てんかん薬、非定型抗精神病薬、甲状腺ホルモンなど
 - 必要な場合は抗うつ薬を控えめに併用
 - SSRIsを使用し、三環系抗うつ薬は避ける
 - 併用が有効な場合は、慎重につづける？

- Practice guideline for the treatment of patients with bipolar disorder (revision).
Am J Psychiatry. 2002
- Bipolar disorder., Lancet.2002

37

少し前まで
頑張りすぎていた 「うつ」のあなたへ。

**こんな状態になったことは、
ありませんでしたか？**

- 睡眠時間が短くても、疲れを感じない。
- 良いアイデアが次々と浮かぶ。
- 仕事がバリバリ出来る。
- ふだんより、自信がもてる。よく話す、
……でも、
- 何だかイライラして腹が立つこともある。

↓

心あたりがあるなら、あなたの調子の良い状態は、
軽い「躁」状態だったかもしれません。

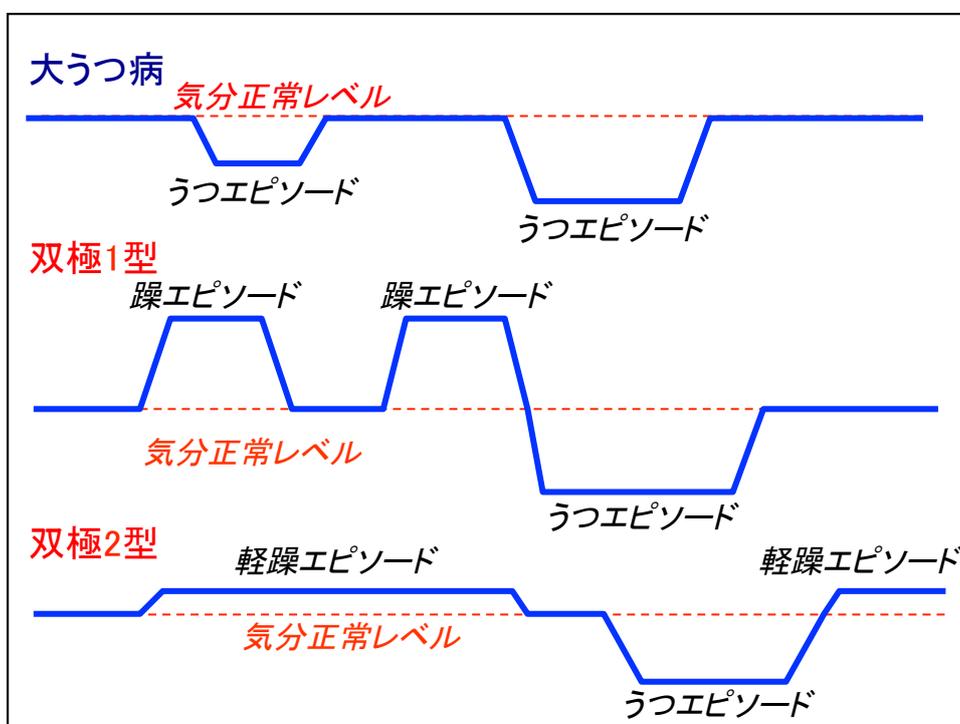
**● 「うつ」だけの場合と、「うつ」と「躁」を繰り返す場合では、
治療方法や使うお薬が異なります。**

診察時、ドクターにご相談ください。

監修：名古屋大学大学院 医学系研究科 精神医学分科 教授 稲岡紀光先生

1. 啓蒙用ポスター
2. 心理教育冊子

協和発酵キリン



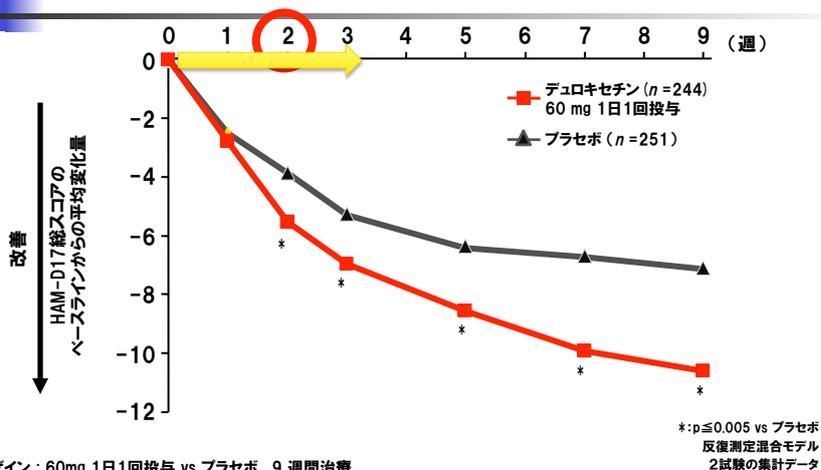
休 養

- 休養だけでも4割が自然に回復する
 - うつ病についての正しい理解：体の病気として受け止める
 - 安静を心がける：気晴らしは逆効果
- 心理教育を受けるだけでも休養といえる
- 自宅での療養
 - 診断書：2ヶ月程度は必要
- 入院



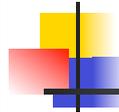
海外臨床試験

デュロキセチンの60mg1日1回投与は
2週目から HAM-D17の症状を有意に改善する



Brannan S. K. et al. : J Psychiatr Res. 2005, 39 (2), 161, 改変

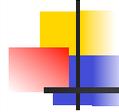
43



抗うつ薬

- スルピリド（ドグマチール®50mg錠1T）
- SSRI：ルボックス®・デプロメール®、パキシル®、ジェイゾロフト®、レクサプロ®
- SNRI：トレドミン®、サインバルタ®

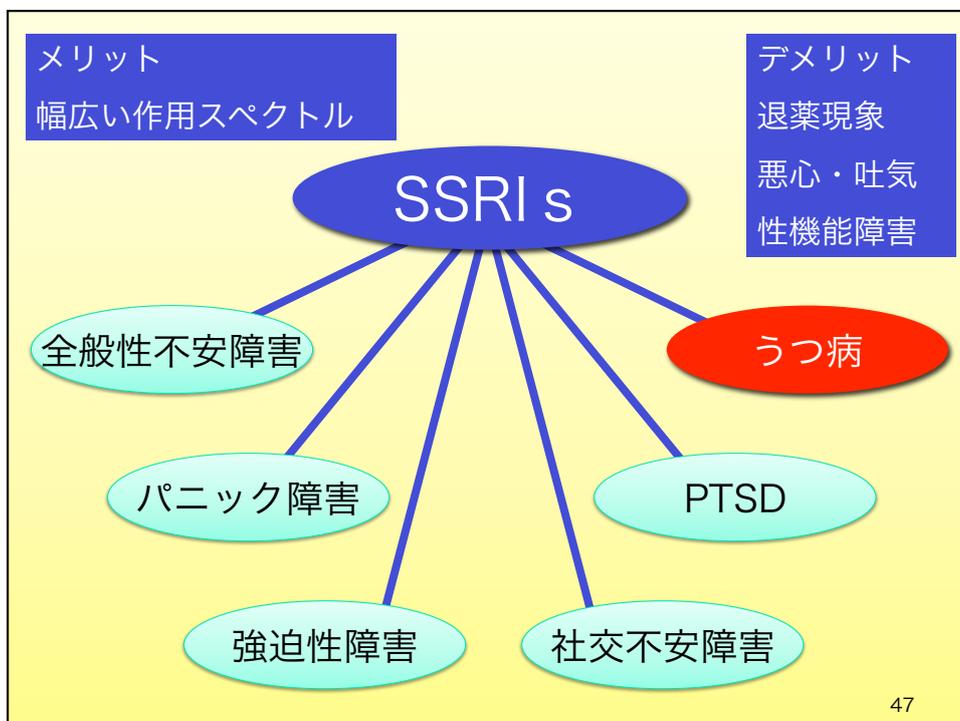
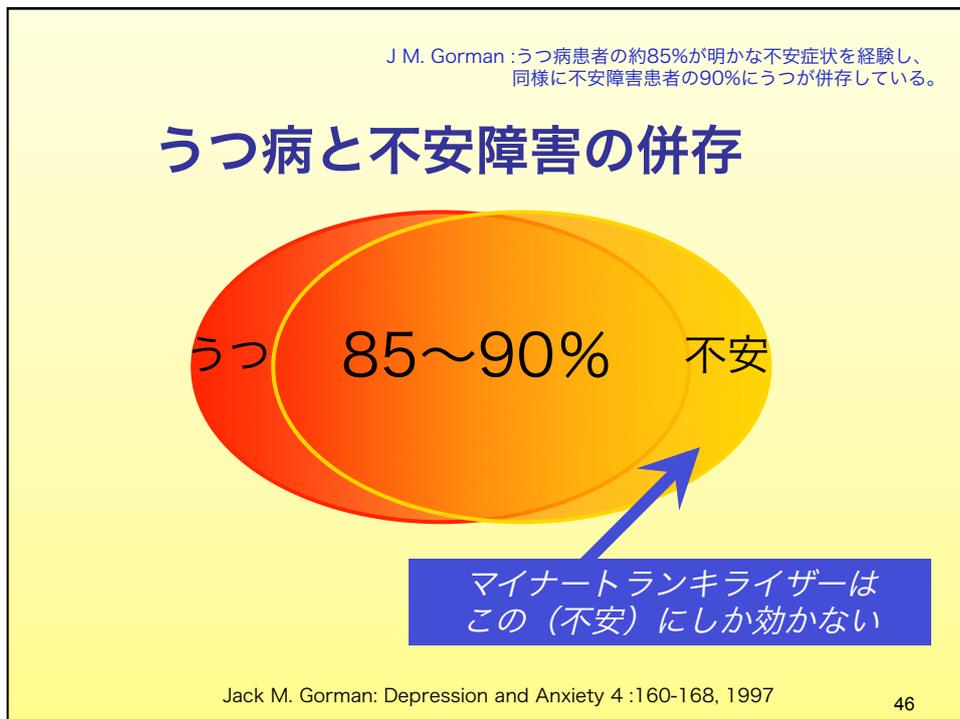
44

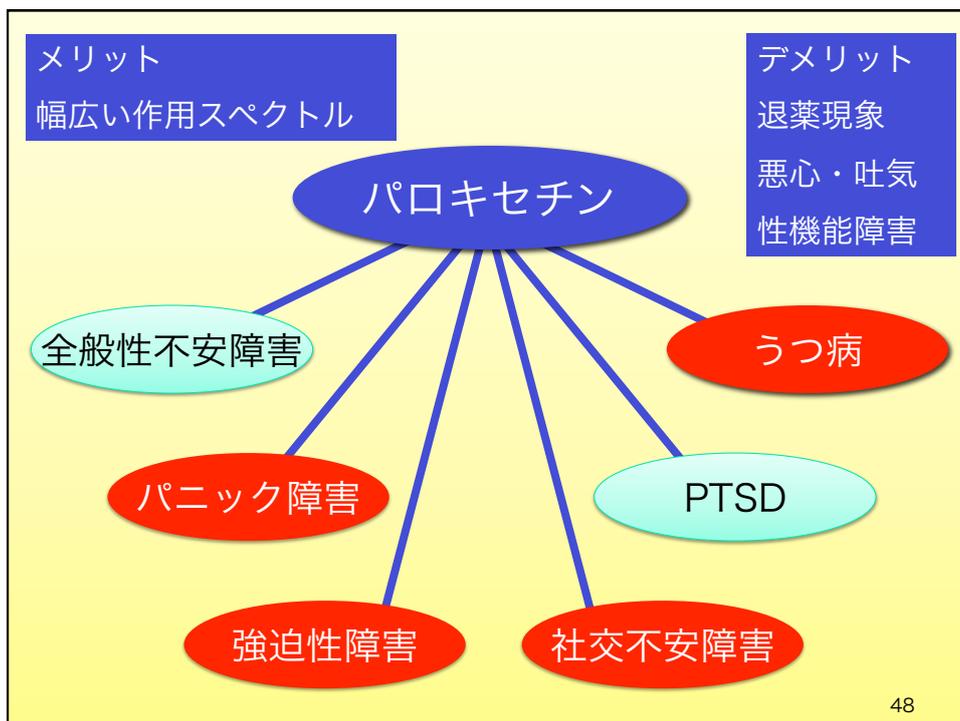


抗うつ薬による治療

- 約70%の症例で有効
- 服薬開始後1-2週間してから効果が発現
- 症状改善後も用量を減量せず6ヶ月間は維持
- 中止するときは中止後症状を避けるため漸減中止
- 不安感には抗不安薬、不眠には睡眠導入剤を短期間併用することもある

45



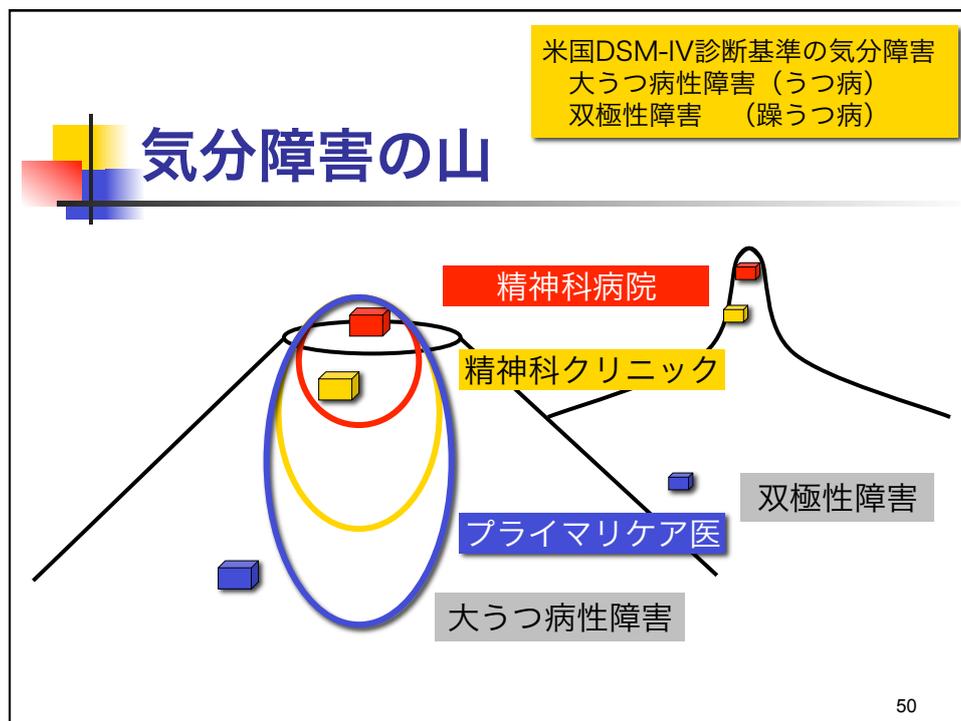


修正型電気けいれん療法

野蛮な大発作からの解放

全身麻酔→筋弛緩薬→通電
週3回、合計9回を1クール

49



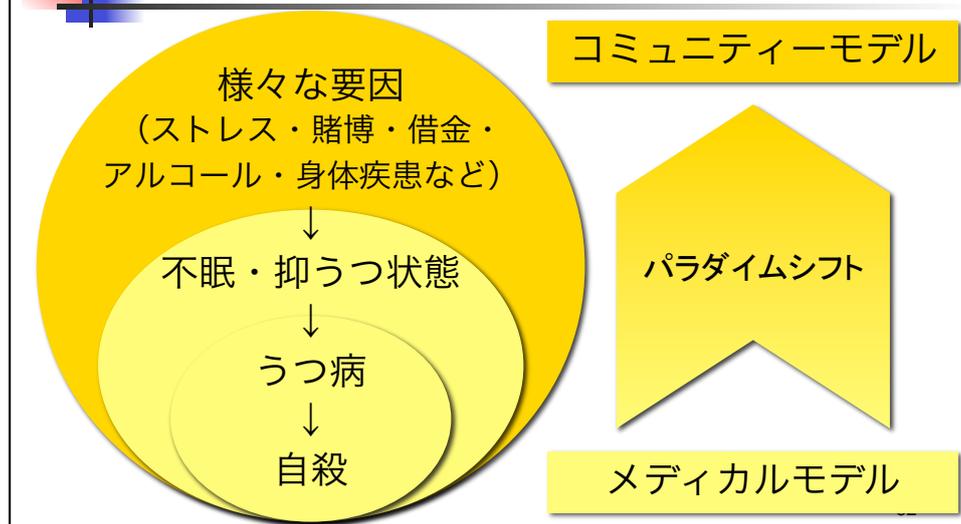
日常診療で遭遇するうつ病、 精神科専門医が診るうつ病

（診断と治療・復職支援と自殺防止、医療連携）

- 自殺の背景としてのうつ病
- うつ病の発症と重症化への過程
- 自律神経症状とうつ病
- うつ病の診断
- 双極性障害との鑑別
- うつ病の治療とケア
- **コミュニティーモデルの視点から**

51

メンタルヘルスの悪化は QOLの低下、ひいては自殺へ



自殺についての誤解

- 誤解：患者に自殺について質問すると、かえって自殺行動を引き起こしてしまう。
- 真実：自殺について質問するとしばしばその感情に伴う不安感が和らいでいく。患者は安心し、理解されたと感じる。
- 誤解：自殺について語る患者は滅多に自殺しない
- 真実：自殺する患者は普通前もって何らかのサインを発している。自殺をするとほのめかすような場合は真剣に受け止めるべきである。

WHO による自殺予防の手引き：高橋祥友 53



自殺予防の原則

- 自殺を積極的に話題にして良い
- 自殺したいと打ち明けられたら、時間をかけて真剣に傾聴する
- 病気の症状である可能性を告げ、治療方法が有ることを伝える
- 「自殺をしない約束」を取り付ける
- ごまかし、励まし、なれなれしい対応は禁物
- 患者と関わりを保証し専門医を紹介する

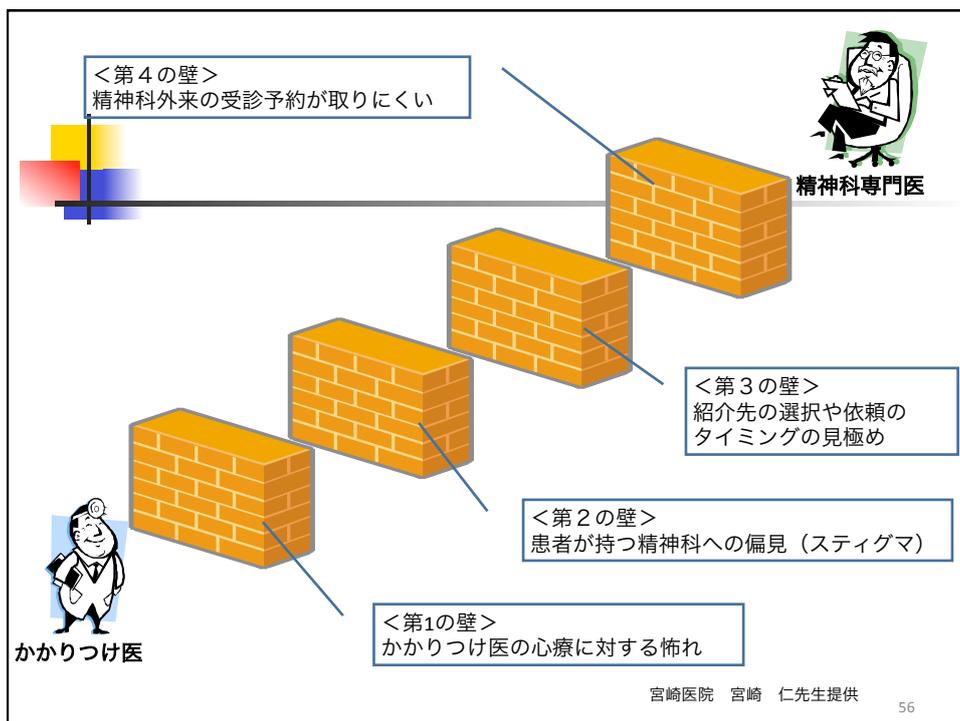
54



速やかな対処が必要な場合

- 心気・貧困・罪業妄想：現実離れした心配で他人の説得によっても容易に訂正されない
- 深刻な自殺念慮・自殺企図
- 強い不眠を伴った躁状態（眠らなくても平気）
- 家族が途方に暮れている

55



まとめ

- かかりつけ医への期待
 - 自殺のリスクが高いうつ病対応の一端を担う
 - うつ病軽症例へのかかりつけ医による初期介入
- うつ病患者の多くが身体症状を理由にかかりつけ医を最初に受診
 - 自律神経症状からのアプローチ
 - 仕事や勉強の効率や人間関係に関心を向ける
- 初期対応
 - 抗うつ薬の処方にも至らなくとも、疾病教育や休養の指導を行う
 - コミュニティーモデルという視点

58

PIPC ; Psychiatry in primary care

R.K.Schneider



ACP

内科医のための「こころの診かた」

ここから始める! あなたの心療

井出広幸・内藤 宏 監訳

PIPC研究会 訳

5250円(2009年)

M MARUZEN

59

59