

I

うつ病とはどんな病気なのか

1 うつ病とはどのような病気なのでしょうか

(1) うつ病の原因と分類

うつ病は、気分を調節する脳機能の障害で起こると考えられている気分障害の一型です（表I-1）。うつ病は、さまざまな原因で起こることが推定されています。例えば、一般医療機関でよく用いられる医薬品がうつ病（二次性うつ病）を起こすことがあります（表I-2）。中でも、降圧薬（特にβ-ブロッカーが有名）、インターフェロンやステロイドホルモンによるうつ病の発症はよく知られています。また各種の内分泌・代謝疾患あるいは膠原病は疾患自体の症状として精神症状を伴う頻度が高く、うつ病の陰に甲状腺機能低下症や副腎皮質のアデノーマが隠れていることがあるので、注意が必要です（表I-3）。また脳の器質性変化（例えばアルツハイマー病やパーキンソン病のような変性疾患や頭部外傷や脳腫瘍など）でうつ病の症状が現れることもあります。最近では、脳血管性障害の後にうつ病になりやすいことや、無症候性脳梗塞の多発とうつ病とが密接に関係していることを示した臨床研究が報告されています。

一方、身体疾患や薬物・アルコールなどの物質と関係がなく発症する大部分のうつ病（一次性うつ病）については、推定される原因に従って分類しようとする試み

【表I-1】主な気分の障害（DSM-5の分類）¹⁾

- うつ病（DSM-5）
- 持続性抑うつ障害（気分変調症）
- 月経前気分不快障害
- 重篤気分調節症
- 双極I型障害
- 双極II型障害
- 気分循環性障害
- 物質・医薬品や他の医学的疾患による気分の障害
- その他

が古くから行われてきました。明らかな原因が見当たらず発症するうつ病を従来診断では“内因性うつ病”と呼んできました。内因とは、患者の素質的基盤のことです。うつ病の素質の詳細は未だ解明されていませんが、遺伝要因と幼少児期の環境要因が関与して作られるのだろう、と理解されています。内因性うつ病になりやすい人は、もともとの性格にも特徴があるようです。几帳面で責任感が強く、相手に気に入られたいと知らず知らずのうちに無理をしてしまう性格は、執着性格とかメランコリー親和型と呼ばれています。この性格はうつ病の発症リスクを高める素因と関係しているのではないか、とも考えられています^(注1)。“反応性うつ病”と呼ばれたうつ病は、死別体験のように誰にでも悲哀の気持ちを生むような体験が、特

【表1-2】うつ病の原因になりやすい主な薬剤³⁾

血圧降下薬	レセルピン、 α -メチルドパ、 β -ブロッカー
ホルモン剤	副腎皮質ステロイドホルモン
抗潰瘍薬	ヒスタミンH ₂ 受容体拮抗薬
抗結核薬	シクロセリン、イソニアジド、エチオナミド
免疫調整薬	インターフェロン
向精神薬	ハロペリドール、チアブリド
抗酒薬	ジスルフィラム

【表1-3】うつ病の原因になりやすい主な身体疾患³⁾

内分泌代謝疾患	甲状腺機能障害、副腎皮質機能障害、性腺機能障害、電解質異常 (特に低ナトリウム血症)
中枢神経疾患	パーキンソン病、多発梗塞性認知症、アルツハイマー病、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、多発性硬化症
その他	膠原病、インフルエンザ、肺炎、膵臓癌

(注1)

一方、最近の若年層にみられるうつ状態に共通する特徴は、規範に対して「ストレス」であると抵抗する、あるいは秩序への否定的感情と漠然とした万能感を認めることです。これらのうつ状態は、退却神経症（笠原）、逃避型抑うつ（広瀬）、未熟型抑うつ（阿部）、ディスチミア親和型（樽味）などと呼ばれます。抗うつ薬への反応は一般によくなく、精神科医による環境調整と精神療法が早期から必要になることが多い上、この年齢層のうつ病・うつ状態には、鑑別が難しい、適応障害、双極性うつ病、非定型うつ病、統合失調症、発達障害などがあり、診断にはかなり専門的な知識を要します。

定の人において、通常以上に強く長引く反応を引き起こす場合をさしました。「葛藤を生む体験が抑うつ症状を現した」とみなされるならば、“抑うつ神経症”と診断されました（単に軽いうつ病をさして用いられたりもしました）。

かつては、うつ病は、先に述べたような、発症の経過から推定される原因によって分類されていました。しかし長い間の議論のすえ、内因性うつ病と反応性うつ病あるいは抑うつ神経症は、診断の精度および診断の一一致度が高くななく、従来思われていたほどには明確に分かれなことが判明しました。例えば、内因性うつ病に類似したうつ病が近親者の死やリストラを契機に発症することは少なくありません。さらには、抗うつ薬の治療反応性（すなわち適応）を考える上でも、これらの従来診断は、さほど有用な分類ではないことが示されてきました。

最近の分類では、推定される原因で安易に分類することをやめ、診断の一一致度を高めることを重視するようになりました。そこで、一次性のうつ病に対して米国精神医学会（DSM-III）は、「大うつ病性障害」という新たな名称と診断カテゴリーを導入し、過去の混乱を一掃しようとしたのです。「大うつ病性障害」は、従来の内因性うつ病や反応性うつ病などの推定原因を問わず、一般身体疾患や薬物などの原因がない一次性のうつ病を対象として、症状の数とその持続期間を基準に診断します（表I-4）。現在この分類がWHOのICD-10と並んで国際的なスタンダードとなっています。最近では、「うつ病」は「大うつ病性障害」をイメージして使われることが多いようです。DSM-5（2013）の日本語訳では「大うつ病性障害」を「うつ病（DSM-5）」と翻訳することになりました。以下では、一次性の「うつ病」＝「うつ病（DSM-5）」として、説明します^{（注2）}。

（注2）

臨床的には未だに、「うつ病」「うつ状態」「抑うつ状態」といったさまざまな言い方がされます。「うつ状態」と「抑うつ状態」というのは基本的には同じ意味で、「うつ病」とは言えないまでも、ある程度精神的なエネルギーが低下し、「うつ病」の症状がいくつか認められる状態をさします。DSMやICD分類では、重い抑うつ状態が長く続いて、苦しい思いをしたり、生活に支障が生じたりしている場合に「うつ病」という表現が使われてきました。古典的な精神医学を学んだベテランの精神科医の中には、「うつ病」を内因性でかつ重篤な状態に限って用いる方もいます。

(2) うつ病の症状

まず、うつ病の症状を詳しく説明してみましょう。患者自身は、憂うつ、もの悲しさ、絶望感、気分の落ち込み、沈み込んだ気持ちが長く続いて苦しんでいます。自分に価値がないという思いが強くなり、ささいな出来事についても自分を責めるようになります。思考力や集中力が低下したと訴える患者も多く、例えば、「深く考えたりテキパキ決断したりすることができなくなり、新聞や雑誌を読んでも内容が頭に入ってこなくなる」と答えます。物事に対する興味や関心が低下し、「何もしたくないし、するのも億劫、無理にやってみても楽しめない」という経験をします。そして、その結果、患者は自分の世界に閉じこもるようになり、社会活動や人間関係にも支障が現れるようになっていきます。

周囲の人がこの状態にある患者をみると、全体のエネルギーが低下して、全体に動きが緩慢で、生き生きとしていないように見えます。表情が暗く、目に力がなく、肌や声に張りがなかったり、着衣や髪に乱れがあったり、(女性では化粧がいいかげん)、といった外見上の変化が目につくことがあります。気力が低下して疲れやすくなる、仕事でも日常生活でも作業能率が低下してくるので、「ミスが多い」「たるんでいる」「怠けている」とか「スランプなのか」などと映るかもしれません。



【表I-4】うつ病(DSM-5)の基準¹⁾

以下の症状のうち、少なくとも1つがある。

- 1 抑うつ気分
- 2 興味または喜びの喪失

さらに、以下の症状を併せて、合計で5つ（またはそれ以上）が認められる。

- 3 食欲の減退あるいは増加、体重の減少あるいは増加
- 4 不眠あるいは睡眠過多
- 5 精神運動性の焦燥または制止（沈滞）
- 6 疲労感または気力の減退
- 7 無価値感または過剰（不適切）な罪責感
- 8 思考力や集中力の減退または決断困難
- 9 死についての反復思考、自殺念慮、自殺企図

これらの症状がほとんど1日中、ほとんど毎日あり、2週間にわたっている。症状のために著しい苦痛または社会的、職業的、または他の重要な領域における機能の障害を引き起こしている。これらの症状はその他の医学的疾患や物質（薬物やアルコールなど）では説明できない。



このような症状ならば誰もが経験するのではないか、と思われるかもしれません。悲しいことが起きたとき、つらい思いをしたとき、誰もが抑うつ的な状態になります。病気と正常範囲の「抑うつ状態」とはどのように区別するのか、という疑問がわくでしょう。結論を先に述べますと、症状が重く、かつ症状のために障害が生じている場合に、病気と判断します。精神症状の重さはその症状の数と持続期間とで評価します。

例えば、米国精神医学会のDSM-5のうつ病エピソードの診断基準（表1-4）を見てください。基本的な症状として9つが挙げられています。中でも必須症状である、「抑うつ気分」または「興味または喜びの喪失」のどちらかの症状を含み、他にも全部で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、そのためには精神的ないし社会的な障害が生じている場合には、この診断が該当します。大うつ病にも、精神病症状（幻覚・妄想）が現れる場合、内因性うつ病の特徴を伴う場合（メランコリー型）（表1-5）、非定型的症状を現す場合（表1-6）などが分類されます。

一見すると診断は簡単ですが、その症状が「ある」とするか「ない」とするかは、血圧や血糖値のように、客観的・定量的に厳密には測定できないので、医師の経験に基づいて判断することになります。したがって、典型的な患者を数多く診察した経験が大切になります。最近では、模擬患者を診察している場面をビデオ録画した、貸し出し用のビデオ教材が製薬企業などから入手可能ですので、それを見ることも大いに役立つと思います。

このように精神医学では、正常と病気の区別は専門家でも困難な場合があります。うつ病は患者の自尊心や信頼、社会機能を大きく損ない、人生に大きな影響を与えます。しかも自殺の可能性も高い病気です。「正常範囲の抑うつ状態だ」として見落とすよりは、多少幅をもたせて診断しておくほうがよいでしょう。

（3）うつ病は再発しやすい

うつ病は寛解後の4～6か月間は再燃する率が高いことが知られています。この期間は抗うつ薬療法を継続することが推奨されています。さらに、大うつ病患者の50～85%は、回復しても生涯に少なくとも1回の再発を経験し、その多くは2～3年の間に起こるともいわれています。再発しやすいうつ病患者さんの治療では、数年にわたる抗うつ薬療法を行うことがあります。大まかに言うと、寛解とは症状が無くなって安定した時点、回復とは病相自体が治癒した時点を想定しています。

【表 I - 5】メランコリアの特徴の特定用語¹⁾

Melancholic Features Specifier

▶該当すれば特定せよ

メランコリアの特徴を伴うもの（大うつ病障害における現在のまたは最も新しい大うつ病エピソード、および双極Ⅰ型またはⅡ型障害における抑うつエピソードに対して、それが気分障害のエピソードの最も新しい病型である場合、適用することができる）

- A. 現在のエピソードの最も重症の期間に、以下のどちらかが起こる。
- (1) すべての、またはほとんどすべての活動における喜びの消失
 - (2) 普段快適である刺激に対する反応の消失（何かよいことが起こった場合にも、一時的にさえ、よりよい気分とならない）
- B. 以下のうち3つ（またはそれ以上）：
- (1) はっきり他と区別できる性質の抑うつ気分（すなわち、抑うつ気分は愛する者の死の後に経験されるような感情とははっきり異なるものとして経験される）
 - (2) 抑うつは決まって朝に悪化する
 - (3) 早朝覚醒（通常の起床時間より少なくとも2時間早い）
 - (4) 著しい精神運動制止または焦燥
 - (5) 明らかな食欲不振または体重減少
 - (6) 過度または不適切な罪責感

【表 I - 6】非定型の特徴の特定用語¹⁾

▶該当すれば特定せよ

非定型の特徴を伴うもの

- A. 気分の反応性（すなわち、現実のまたは可能性のある楽しい出来事に反応して気分が明るくなる）
- B. 次の特徴のうち2つ（またはそれ以上）：
- (1) 著明な体重増加または食欲の増加
 - (2) 過眠
 - (3) 鉛様の麻痺（すなわち、手や足の重い、鉛のような感覚）
 - (4) 長時間にわたる、対人関係での拒絶されることに対する感受性（気分障害のエピソードの間だけに限定されるものではない）で、著しい社会的または職業的障害を引き起こしている。
- C. 同一エピソードの間にメランコリアの特徴を伴うもの、または緊張病の特徴を伴うものの基準を満たさない。

2 うつ病を見落とさないための重要な知識：うつ病の鑑別診断

次に、うつ病を見落とさないための重要な知識を説明します^{3, 4, 5)}。うつ病にもさまざまな特徴があり、必ずしも、典型的な症状が現れるとは限らないからです。専門医に紹介したほうがよい場合については、61ページにまとめて解説しましたので参照してください。

(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(頭帽感)だと表現されることがあります。この他にも、肩こりや体の節々の痛み、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、さまざまな症状が現れます。

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。また医師はつい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」（心気症）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いう意味で、かつて「仮面うつ病」と呼ばれたことがあります。しかし最近では、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はじ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、一般に朝に悪化し、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（人によってはまった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はないから、うつ病ではなくて、気分の問題なんだ」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（という特徴）ですので、誤解しないように注意してください。逆に「この特徴がないから、本当のうつ病ではない」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、イライラ感が強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、性格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）に行動の問題が明らかになってきている場合にはうつ病などの精神疾患を、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性格の障害（パーソナリティ障害）を考えます。もちろん、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) 精神病症状（妄想や幻覚など）：統合失調症との鑑別

うつ病が重くなると、「自分が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、「（現実にはそうしたことはないのに）貯蓄が底をついてしまって自己破産をするしかない」「自分は何もできない無力な人間だ」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。稀ながら、幻覚が現れることもあります。

また、統合失調症の緊張病に似た症状が現れることもあります。例えば、昏迷といって、意識レベルは保たれているのですが、随意的な動きが取れなくなる状態に至ることもあります。最も難しいのが、統合失調症で見られる無為・自閉状態とうつ病との鑑別です。統合失調症では、症状（陰性症状）として、人生に目的を持つて、規則正しく、生き生きとした生活を送れなくなることがあります。家に閉じこもりがちになり、服装や清潔、あるいは身の回りに無関心になりがちです。抑うつ状態にあることは確かですが、気分の障害としての抑うつ状態とは違います。したがって、治療法や対応が異なります。統合失調症に特徴的な他の症状があれば鑑別しやすいのですが、意欲・関心の低下が主な患者では困難なことが多いのです。うつ病は中高年に多い病気で、統合失調症は思春期、若年期に多い病気です。また、うつ病は比較的急な経過で悪化しますが、統合失調症は年単位で経過します。これらのことがある程度参考になります。治療薬への反応なども手がかりになりますが、特に若年の患者では、長期的に経過を観察しなければ確かな診断が下せないこともあります。



(5) 不安症（不安障害）との合併

うつ病と不安症は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症および関連症には、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症（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不安症（全般性不安障害）があります。

逆に、これらの不安症が長く続き、精神的あるいは社会的障害が大きくなると、多かれ少なかれ抑うつ状態になっていきます。すなわち、不安症の人もやがてうつ病へと引きずり込まれてしまうのです。

不安症状と抑うつ症状は互いを増悪させてしまうため、悪循環を断ち切るために、両者への治療的介入が大切です。不安の症状は患者の訴えも強く、またはっきりしているため、容易に診断ができますが、抑うつ症状は目立たないため、うっかりするとうつ病を見落としてしまいます。しかし抑うつ症状を注意深く聞き出しさえすれば、不安症状の陰に隠れたうつ病を診断すること自体はけっして難しくはありません。

(6) 一般疾患との合併

従来、「病気を持っていれば、気持ちが落ちこむのは当たり前」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、うつ病が現れることがあります、周囲に気づかれないでいる場合があります。

(7) 高齢者・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認知症、パーキンソン病などの脳の器質性

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。うつ病の適切な治療を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。

よく知られているように、うつ病でも、仮性認知症と呼ばれ、認知機能の低下が著しく現れる場合があります。高齢者の場合、脳器質性の認知症と誤診しないことが重要です。仮性認知症では、うつ病による精神機能の低下のために、記憶力や判断力に障害が生まれます。患者は、記憶力や判断力の低下を強く訴えますが、見当識や記憶の検査時に、時間をかけて質問し、集中して答えてもらうようにすると、訴えとは異なり正確な答えが返ってきます。

(8) アルコール依存が疑われる場合

アルコール依存にはうつ病の合併が多く見られます。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、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も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、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控えてもらいますが、多量飲酒を制御できない場合、専門医への紹介を考えたほうがよいでしょう。

(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らうと安易にみなされがちです。更年期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。

(10) 産後うつ病

産後は精神障害の好発期です。大学病院精神科を受診した女性患者のうち、産後精神障害がしめる割合は2～5%といわれます。一般に産後の精神科的問題は以下の5つに分類されます。①マタニティー・ブルー ②産後うつ病 ③狭義の産後精神病 ④既往の精神疾患の増悪や再発 ⑤分娩に関連した脳器質疾患（シーハン症候群、脳動脈血栓など）です。

マタニティー・ブルーとは、産後3～4日頃から涙もろさを主とした軽度の情動変調が出現し、数時間～数日間持続して自然に消失するものであり、正常の反応と考えられています。出現頻度は25%前後で、日本では欧米に比べると低いようです。マタニティー・ブルーを経験した婦婦はこれを経験していない婦婦に比べて、産後うつ病になりやすいことがわかっています。

産後うつ病ですが、日本での出現頻度はおよそ3%とされ、初産婦に多く、産後1～3か月に頻発します。一般的に、育児に関する悩みが中心で、母親としての役割に対する不全感、自信欠乏感、愛情疎隔体験が認められ、不安、困惑、自責感、さらに希死念慮などの症状が強いのが特徴です。時に、幻覚・妄想、意識変容などの非定型精神病像を伴うこともあります。

母親が産後うつ病になると、育児怠慢や虐待、時には子どもを殺傷してしまうこ

とがあるので、専門家への紹介が必要です。

(11) 重症のうつ病の場合

うつ病が重症の場合、もしくは治療の経過中に重症化してきた場合には、直ちに精神科医に相談するのがよいでしょう。全体の印象も大切ですが、手がかりとして後述する診断のための質問項目が7個以上当てはまる場合は、重症と判断してください（次節参照）。また、焦燥感が強くなっている場合や、妄想や幻覚などの精神病症状が認められる場合、言動にまとまりがなくなってきた場合も同様に重症とみなすことができます。一般的に重症になると、自分がうつ病であるという病識や治療への動機付けが失われ、外来での内服治療は困難となります。

産後のうつ病の場合は、子どもの養育にも無視できない悪影響が及ぶことがあります。母子双方にとって環境調整が必要となりますので、より早期の精神科への紹介を考慮すべきでしょう。



(12) 慢性化している場合

“うつ病は心の風邪”というキャッチフレーズが広く喧伝され、一過性の疾患のように考えられる傾向があるかもしれません。ところが実際には、およそ2～3割の患者は慢性に経過すると考えられています。辛抱強く治療していくことが必要ですが、症状が長引いている場合（例えば診断時にすでに半年以上の明らかな症状が継続しているようなときや、第1選択薬による治療で2か月たっても症状の改善が見られないときなど）には、治療方針に関して専門家に相談するのがよいでしょう。

(13) 躁症状状が出現した場合

うつ病の治療をしているときに、改善してきたなと思っていると、やがて躁状態に移行することがあります。このことを躁転といいます。軽い躁状態の場合には気づきにくいのですが、普段よりも上機嫌でよく話し、自信に溢れ、意見が対立するときなどに怒りっぽくなります。人間関係上のトラブルが見られるようになったり、浪費傾向が出てきたり、睡眠時間（睡眠欲求）が短くなっていたりしていないかどうかをチェックして、そのような状態が4日以上続くときは軽躁～躁状態を疑い専門医に紹介するのがよいでしょう。治療法を再考しなければ状態が悪化する可能性があります。



3 うつ病を診断するための面接

以上、診察場面でうつ病を見落とさないための知識を紹介してきました。ここでは、実際にうつ病を診断するための面接について解説します。

こころの内面に立ち入った面接を行うためには時間や場所に余裕が必要です。その意味では、地域に密着し家族内の問題などを把握したかかりつけの医師には、うつ病の早期発見と介入が期待されているともいえます。

まず質問紙を用いたスクリーニング法を紹介します。2項目質問紙法といって、うつ病の診断に必須の2症状、「(1)抑うつ気分」と「(2)興味または喜びの喪失」があるかないかを自己記入してもらうものです⁶⁾。外来の待ち時間にこの質問紙を患者に渡してあらかじめ答えてもらいます。2項目両方に該当する場合には、うつ病の90%をスクリーニングできるという結果が得られています。

ただし、このスクリーニング法は患者がきちんと答えることが条件です。恥ずかしいとか偏見を持たれることを心配して正確に答えない場合もあります。他の身体症状の有無をチェックしてもらう包括的な健康状態の質問紙の中にこの2項目を潜ませておくと、比較的抵抗なく記入してくれます。しかし回答を鵜呑みにしないで、あくまで診察場面で「うつ状態」にあるかどうかを確認してください。質問紙以外に、診療室でうつ病を疑うちょっとしたコツを表1-7にまとめました。

うつ病が疑われたならば、さらに以下の質問 [(3)~(9)] に移って診断を確定してください^{4, 7)}。うつ病の診断には、「(1)抑うつ気分」か「(2)興味または喜びの喪失」のどちらかの症状があることが必須ですが、実際の面接では「食欲」や「睡眠」、「疲れやすさ」などの身体的な症状から尋ねるほうが、患者の抵抗感も少ないでしょう。

【表1-7】診察室でうつ病を疑うコツ

- 1) 目や声、姿勢が弱々しい。
- 2) 多彩な訴えがある。
- 3) とらえどころのない曖昧な症状がある。
- 4) 身体所見や検査結果に比べて、症状が強い。
- 5) すでにいろいろな検査をして異常がなく、しかも症状が長く持続している。
- 6) 「この症状さえとれたら、元気でやれそうな気がします」と答える。
- 7) 調子が悪くても、「休むことができません」と答える。

(1) 抑うつ気分

質問例

「気持ちが沈み込んだり、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」

うつ病の患者の多くは、気持ちが沈み込んで憂うつになっています。「憂うつだ」「悲しい」「何の望みもない」「落ち込んでいる」と思い悩んでいるのです。人によつてはこうした気持ちを表立つて口にしないこともあります、いまにも泣き出しそうな印象や、憔悴しきった雰囲気から気づかれることもあります。うつ病の症状は午前中にひどく、午後から夕方にかけて改善してくることがよくあります（症状の日内変動を参照29ページ）。

このように憂うつな気分を感じているときには、身体の痛みや倦怠感などの身体の不調が出てきたり、イライラ感が強くなつて怒りっぽくなつたりすることがあり、それが性格の問題と間違われて抑うつ気分が気づかれにくくなることがあるので注



意しなくてはなりません。

(2) 興味または喜びの喪失

質問例

「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」

これまで楽しんでできていた趣味や活動にあまり興味を感じられなくなった状態です。何をしても面白くないし、何かをしようという気持ちさえ起きなくなってしまいます。友達と会って話すのが好きだったのに、会っても面白くないし、かえってうつとうしくなってきます。運動が好きだったのに熱中できませんし、テレビでスポーツ番組やドラマを見ても面白くありません。音楽を聴くのが好きだった人が、好きな音楽を聴いてもちっとも感動しません。性的な関心や欲求も著しく低下してきます。このように何をやっても面白くないので、自分の世界に引きこもるようになります。その変わりぶりは、まわりの人から見れば、あんなに喜んでやっていたものをなぜやらなくなつたんだろう、と不思議に思えるほどです。

上記2項目の1つ以上に該当するならば、うつ病の可能性はかなり高いと思われます。

さらに確認するためには、以下の7項目について質問します。

(3) 食欲の減退または増加

質問例

「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、体重が増えていませんか」

一般にうつ病では食欲が低下してきます。食欲がなくなった患者は「何を食べても、砂を噛んでいるようだ」「食べなくてはいけないと思うから、口の中に無理に押し込んでいる」と訴えることがあります。1か月に4キロも5キロも体重が減少してしまうことも稀ではありません。

意外に思われるかもしれません、逆に食欲が亢進することもあり、甘い物など

特定の食べ物ばかり欲しくなることもあります。

(4) 睡眠障害（不眠または睡眠過多）

質問例

「睡眠の状態はいかがですか」（導入質問）

「ほとんど毎日眠れないとい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いうことがありますか」

うつ病では不眠がよく現れます。寝つきが悪くなるだけでなく、夜中に目が覚めて寝つけなくなったり、朝早く目が覚めてしまったりするのです。悪夢にうなされることもよくあります。

特に朝早く目が覚めるのはうつ病の睡眠障害の特徴です。目が覚めるのが午前4時であることも、5時であることもありますが、いつもよりずっと早く目が覚めてしまうのです。しかも、うつ病の患者は、このように早く目が覚めても熟眠感がなく、体調が優れないため、すぐに起きあがれるわけではありません。再入眠できず、布団の中で悶々と思い悩んでいるのです。

逆に、夜の睡眠が極端に長くなったり、日中も寝てばかりいるといった過眠症状



が現れることもあります。「寝ても寝ても倦怠感や眠気がとれない」と訴えます。

(5) 精神運動機能の障害 (強い焦燥感あるいは逆に精神運動機能の制止)

質問例

「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い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つたりすることが多くなっていますか」

うつ病になると、他の人から見てもすぐにわかるほど活動性が低下し、身体の動きが遅くなったり、口数が少なくなったり、声が小さくなったりすることがよくあります。このような状態を、専門的には精神運動制止（遅滞）と言います。

また、逆に、じっと座っていられないほど焦燥感が強くなったり、イライラして足踏みをしたり、落ち着きなく身体を動かしたり、歩き回ったりするようになることもあります。このように焦燥感が強くなっているときには、つらさを何とかしたいと焦って話し続けたりしますので、表面的には元気そうに見えてしまいがちで、うつ病だと気づきにくいので注意しなくてはなりません。

(6) 疲れやすさ・気力の減退

質問例

「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、感じることがありますか」

ほとんど身体を動かしていないのにひどく疲れたり、身体が重く感じられたりすることがあるのもうつ病の症状の1つです。気力が低下して何をする気も起きなくなりますし、朝起きて着替えるといった日常的なことにさえ時間がかかるようになります。何とかしなくてはならないと気持ちだけは焦るのですが、それをするだけの気力がわいてこないのです。

(7) 強い罪責感

質問例

「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」

うつ病になると、ほとんど根拠なく自分を責めたり、過去のささいな出来事を思い出しては悩んだりするようになります。1つのことをくよくよ考え込んで、何回も何回も他の人に確認をしたりするようになることもあります。こうした状態が進むと、会社のプロジェクトがうまく進まないことや、不況のために会社の成績が落ちていることまで自分の責任のように思えたり、さらには不況になったことまで自分のせいだと妄想的に思い込むようになったりもします。

(8) 思考力や集中力の低下

質問例

「なかなか物事に集中できなくなっている、とい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」

注意が散漫になって、集中力が低下してくることがあります。そのために仕事が以前のように進まなくなったり、学校の成績が落ちたりするようになります。また、決断力が低下して、大したことでなくてもあれこれ考えて何も決められなくなります。中年の方は、自分がボケてきたのではないかと心配しています。また、高齢者の場合には実際に認知症のように見えることがあります。しかし、真の認知症と違って、うつ病による認知症様の症状は治療によって改善するために、仮性認知症（前述32ページ）と呼ばれています。

逆に、認知症がうつ病と間違えられることもあるので注意が必要です。認知症の場合も、何となく元気がなくなり、記憶力が衰えてくるので、うつ病ではないかと思われるのです。また、高齢者の場合にはうつ病を契機としてだんだんと認知症が進んでいくこともあるので注意が必要です。

(9) 自殺への思い

質問例

「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いうことがありますか」

うつ病になると、気持ちが沈み込んでつらくてたまらなくなるために死んだほうがましだと考えるようになってきます。うつ病患者の生涯自殺リスクは、外来患者ではおよそ2%、入院治療歴のある患者ではおよそ4%、自殺企図で入院した既往のある患者ではおよそ8%と推定されています²⁾。うつ病のときには自分の気持ちを抑える力が弱くなっていますから、普通のときなら考えられないような思い切った行動をすることが多くなるのです。

一般的には、うつ病が少し良くなったときに自殺の危険性が高くなるといわれています。気分が沈み込んで何をする元気もなくなっているときには、死のうと思つてもそれを実行に移すだけの元気さえ出てきません。しかし、少し症状が良くなると、死にたいと考えれば、その気持ちを行動に移せるようになります。

しかも、こうしたときには患者の気持ちとまわりの人の考えとが食い違いややすくなっています。症状が良くなってくると、外見上は元気に見えるようになるので、まわりの人は安心してしまうのですが、本人は良くなったという自覚を持てないことが多いからです。しかも回復期には、気分の動搖も激しく、周囲の無理解やささいなストレスをきっかけに急に深く落ち込むことがあります。こうした場合に、患者は誰にもわかってもらえない、やはり治らないのではないかと絶望的になり、自殺を考えやすくなります。

焦燥感や絶望感が強く、じっとしていられない、と半ば興奮状態にあるときも、自殺の可能性が高い時期ですので、特に注意が必要です。「大げさに騒いでいるだけだ」と安易に決めつけないことが大切です。強い不眠で苦しい思いをしていると、否定的、絶望的な考えにとらわれて、夜間に衝動的に自殺を考えてしまいがちです。

○引用文献

- 1) American Psychiatric Association: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Fifth Edition, Text Revision, DSM-IV-TR, American Psychiatric Press, Washington DC, 2013. (日本精神神経学会用語監修、高橋三郎、大野裕監訳：DSM-5精神疾

患の診断・統計マニュアル、医学書院、2014年出版予定)

- 2) Bostwick JM et al. Affective disorders and suicide risk: A Reexamination. *American Journal of Psychiatry* 2000; 157: 1925 – 1932.
- 3) 宮岡等：内科医のための精神症状の見方と対応、医学書院、1995.
- 4) 大野裕他：うつ状態のスクリーニングとその転帰としての自殺の予防システム構築に関する研究、平成11－12年度厚生省障害保健福祉総合研究事業報告書、2001.
- 5) 野村総一郎：内科医のためのうつ病診療、医学書院、1998.
- 6) 鈴木竜世他：職域のうつ病発見および介入における質問紙法の有用性検討、精神医学 2003；45：699 – 708.
- 7) 神庭重信：うつ病の早期発見と介入のためのマニュアル—プライマリーケア医のためのマニュアル—、精神科 2003；5：441 – 448.

コラム② 海外における自殺予防対策（フィンランド、スウェーデン）

◎フィンランドの自殺予防対策

フィンランドでは1985年に自殺死亡率を20%減少するとの目標が設定され、4年間の調査研究の成果に基づいて1992－1996年に自殺予防対策が国レベルで実施され、さらに1997－1998年にその評価が行われた¹⁾。自殺予防活動は国から委託を受けたセンター(STAKES)によって運営され、関係者・関係機関とのネットワーク形成、講義・ワークショップの開催、自殺未遂者の支援等40のプロジェクトが実施された。最終的に自殺死亡率は対策実施前から9%減少した(最盛期に比べると20%の減少)。

◎スウェーデンの自殺予防対策

欧州の中で、自殺死亡率が高いスウェーデンにおいて、1993年、カロリンスカ医科大学（研究所）公衆衛生科学部内に「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」(The National Center for Suicide Research and Prevention of Mental Illness-Health)が設立され、政府による心の病に対する一般の理解とその予防、こうした活動を通じた自殺予防に関する積極的な対応が行われている。センターの役割は、研究者や医師のみならず国民に対する自殺予防対策等に関する普及・啓発である。スウェーデン「国立自殺と心の病に関する研究・防止対策センター」の主な自殺予防プログラムは、自殺予防の危機介入に従事している医師、心理学者、カウンセラー、ソーシャルワーカーや保健医療従事者に対する研修、精神科医や開業医のための専門的な自殺学講座等である。1990年頃の男性の自殺死亡率は、人口10万人対25人前後であったのが、2000年では20人まで下がった。

1) 大久保利晃、藤代一也、織田進「フィンランドにおける自殺予防（1986－1996）」平成13年度厚生労働省委託事業「労働者の自殺予防に関する調査研究II 研究成果報告書」産業医科大学、2002年、6-11ページ。

（出典：厚生労働省自殺防止対策有識者懇談会報告『自殺予防に向けての提言』平成14年12月：「参考資料海外等における自殺予防対策（第4回自殺防止対策有識者懇談会（川上委員）資料、第5回自殺防止対策有識者懇談会（金子氏）資料より一部抜粋）」）