

わかりやすい！

実践的 うつ病診療

編集

渡邊 衡一郎

杏林大学医学部
精神神経科学教室教授

坪井 貴嗣

杏林大学医学部
精神神経科学教室准教授

櫻井 準

杏林大学医学部
精神神経科学教室准教授

中外医学社

序

うつ病診療は、この十年で大きく変化してきた。かつては、抗うつ薬を中心とした比較的画一的な治療が主流であったが、その後、うつ病の多様性や双極症との鑑別、不安症・発達特性・パーソナリティ特性の併存、さらには難治性の問題などが広く認識されるようになった。現在のうつ病診療では、単に症状を軽減するだけでなく、当事者一人ひとりの背景や価値観、生活機能を踏まえながら、当事者自らが満足するリカバリー（回復）を支援していく姿勢が求められている。

そのような中、2025年12月、日本うつ病学会より『うつ病診療ガイドライン2025』が発表された。本ガイドラインでは、心理教育や支持的精神療法に加え、Measurement-Based Care（MBC：測定に基づく診療）による適切な評価、そしてShared Decision Making（SDM：共同意思決定）を診療の基本姿勢として明確に位置づけている。また、重症度のみならず、不安性の苦痛などの特定用語や周産期などのライフステージといった観点も含め、多角的にうつ病を捉えることが重視されている。さらに、初期治療だけではなく、その後の治療変更や難治性抑うつ例への対応、その先の維持治療など、実際の臨床経過に即した内容へと発展している。

一方で、ガイドラインは限られた紙面の中でエビデンスを整理し提示することを目的としているため、実臨床において「どのように考え、どのように進めていくか」という臨床的な経験知までを十分に記載することは容易ではない。例えば、診断に迷う場面で何を手掛かりにするのか、当事者との信頼関係をどう築くのか、薬物療法をどのように調整していくのか、あるいは治療が停滞した際に何を見直すべきかといった点には、日々の診療の中で培われた実践知が大きく関わると言えよう。

本書は、そのような「実際の診療で役立つ視点や工夫」を共有したいという思いから企画した。具体的には、初診の診立てや診断のつけ方、他疾患との鑑別、そしてMBCに基づく評価や自殺念慮への対応、薬物療法だけでなく精神療法やニューロモデュレーションなどの治療選択肢とSDM、さらに

は治療困難例への対応や日常診療で遭遇するさまざまな場面・状況別のテーマについて、当教室の教室員・出身者・関連施設のスタッフらが、それぞれの専門性と経験をもとに執筆している。医師だけでなく看護師や心理士，作業療法士など，我々の教室ならではの多職種の視点を盛り込めたことも本書の特徴である。

本書が，うつ病診療に携わる医療者にとって，ガイドラインをより深く理解し，日々の臨床実践へとつなげる一助となれば幸甚である。そして，目の前の当事者と共に考え，悩みながら診療を進める際の一冊となることを願っている。

2026年5月

杏林大学医学部精神神経科学教室
渡邊衡一郎

初診の見方

本項のまとめ

- ▶ 初診で行う診療行為は多岐にわたり、精神科診療において最も大事な場面のひとつである。
- ▶ 精神医学的な考察をしつつ、心理的な配慮のもと聴取を行う。
- ▶ 治療関係の構築と、治療や今後の生活において何かしらの希望や期待を共有することが目標である。

A 意識しておくべき点

1. 初診がなぜ重要か

日々多くの患者に接して感じるのは、精神科医療の個別性である。短時間の診察で満足する患者もいれば、不満に思われることもある。また何らかの指導を毎回要求する患者もいれば、そのような提案を疎まれることもある。良好な治療関係を構築するには、このような個別性を如何に感じ取り、自身のチャンネルを目の前の患者に適切に合わせられるかが鍵なのではないかと思う。

良好な治療関係ともっとも相関が高いのは、共感性や誠実性や受容性についての治療者の自己評価や、実際の診療行為に対する行動評定ではなく、「患者が治療者のことを実際にどう感じていたのか」である¹⁾。患者が持ち出す内容に言葉のみでなく態度も交えて関心を示すといったような応答性が重要であり、それには患者が何を期待しているのか、何を求めているのかを見極める必要がある。

2～8割という初回面接以降の脱落率を考えると、初診の重要性はより浮き彫りになる²⁻⁴⁾。自身が直接耳にした、患者が経験したことのある初診診察の不満については、

- 10分程度の間診で薬を処方されて終了になった。
- 診断やどういう状態なのかの説明がなかった。
- どういう経過が予想されるのか知りたかったが返答があいまいだった。
- チェックリスト形式で診断し薬を出すだけなら自分でもできると思った。
- 自分自身の課題を指摘され、辛くなってしまった。

というような内容が多かった。精神医療に対する失望、落胆は、何らかの助けを求める思いが強ければ強いほど医療不信につながりやすい。そのような体験がきっかけとなり、治療が必要であるにも関わらず受診を拒み、長期にわたる病状の遷延や社会機能の低下につながってしまいかねない。患者の人生へ与える影響を考えると、少なくとも「治療によってこれから良くなっていける」という期待を持ってもらうことが、初診における最も肝心なミッションであると考ええる。

一方で、安請け合いも禁物である。実現可能な範囲以上の保証をしてしまうと将来的に失望につながるおそれがあり、難しい要望については率直にその旨を話した方が却って信用につながりやすい。

初診からの外来診療をある程度経験すると、2回目の再診時の入室時の表情で、初診の面接がどうであったのかについておよそ把握できるだろう。まだ病状が芳しくなくても微笑みながらこちらに期待のまなざしを向けられていると、治療が円滑に進んでいるという手ごたえを感じ、以降の治療も順調に進むものである。

ポイント <治療同盟>

- ▶ 回復への期待を後押しするよう関わる。
- ▶ 現実的ではない過度の期待については、率直に限界を説明したほうが信用につながりやすい。

2. 時間の制約

実務上避けては通れないのが時間的な制約である。初診面接は概ね30分、長くて1時間という医療機関が大多数であるが、経験豊富な精神科医は全体の流れがスムーズであり、過不足なくこの時間で診察を終える技量を身につけている。面接時間が長ければその分得られる情報も増え患者の満足度も高まりや

▶適宜，メモや冊子，視覚情報などを活用する。

2. 薬物療法について

現在，向精神薬に関する多くの情報が出回っており，内服を不安に感じている患者のほうがマジョリティであるくらいである。そもそも，勧められるがまま内服に応じるには主治医への信頼が不可欠であり，薬物療法については丁寧な説明が要求される。

薬物療法の基本的なスタンスは，「内服薬で全て解決するわけではありませんが，少なくとも背中を支え，患者さん自身の回復の後押しとなることは期待できます」であると思う。

そのうえで，初診時に説明しておくべき項目を下記に挙げる。

- 副作用が先に出やすく，効果は有効用量に達してから1～2週後と徐々にあらわれる。
- 副作用回避のため，初期用量と増量のスケジュールが定められている。
- 3人に2人は改善が期待できるが，うまく効かなかつたり副作用で継続できない可能性があり，調整には1～3か月ほどかかる見込みである。
- 寛解してからも再燃再発を防ぐため一定期間の維持治療を行う。

薬物療法を望まない場合はその意向を尊重すべきであるが，本人が適切に意思決定を行えるよう薬物療法，非薬物療法それぞれの特徴，メリット・デメリット，限界について説明できるようにしておく。

3. 療養の指導

およそ重症度ごとに療養上の目標が異なる。重症度のほか，患者の主観的評価（本来の心的エネルギーを100%とした現在の状態など）も参考にしながら指導を行う。経過や予後については，「順調に改善しているときでも日によって波があるため，調子が悪い日があっても落胆しないように，週，月の単位でじんわり回復が進むため，寛解に近づくまで改善を自覚できないこともある」と伝える⁸⁾。その際，**図1**のような経過表を提示すると理解が得られやすい。

養生のポイントは経過により変化するため再診で主に扱うテーマであり，また高いハードルを課してしまうと治療から脱落してしまうおそれもあるため，

ポイント <類似疾患との鑑別>

▶ 鑑別すべき代表的な類似疾患は持続性抑うつ症と適応反応症。

B ICD-10 と診断基準

1. ICD とは

「疾病及び関連保健問題の国際統計分類」ICD（International Classification of Diseases）は、世界保健機関（WHO）が作成している全世界共通の病気の分類体系である。医学的診断だけでなく、医療における保険請求や統計など様々な目的で使用される。ICDには精神疾患も含まれていて、その分類と診断基準が「精神および行動の障害（Fコード）」としてまとめられている。そしてICD-10（第10版）は、1990年にWHOが発表され、今日でも本邦では使用され続けている。一方で、2019年にWHOはICD-11（第11版）⁴⁾を発表し、国際的には使用されているものの、「Fコード」の日本語訳が正式発表されていないのが現状である。

2. うつ病の診断基準におけるICD-10とDSM-5-TRの違い

ICD-10とDSM-5-TRは発表された年次がかなり異なることから、相違が生じており、この点について以下に概説したい。まず再発性のうつ病に関して、DSM-5-TRでは再発も1つの障害としてカウントするのに対し、ICD-10では再発を反復性うつ病性障害とエピソードによりFコードを変更しているのが特徴である。次に主症状に関しては、DSM-5-TRにおいて抑うつ気分と興味・喜びの喪失の2つをあげていたのに対し、ICD-10では易疲労感も主症状としてあげている。そして各診断項目を見ると、ICD-10では「将来に対する希望のない悲観的な見方」という項目が存在するのに対し、DSM-5-TRではこれに直接的に該当する症状がA項目にない。また、DSM-5-TRでは身近な人などの死を誘引とした抑うつ状態でもうつ病の診断基準を満たせばうつ病と診断するのに対し、ICD-10では喪失反応がうつ病から除外されている。このように両者にいくつかの相違点があるが、うつ病の概念の根本は変わらないことも

B 抗うつ薬の使い分け

現在、一般的に使用される抗うつ薬は、選択的セロトニン再取り込み阻害薬 (SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (SNRI)、ミルタザピン、ボルチオキセチン等の新規抗うつ薬である。三環系抗うつ薬 (TCA) や四環系抗うつ薬等はその忍容性や有効性から第一選択としては使用されない。21種類の抗うつ薬について抗うつ薬同士もしくはプラセボ対照の二重盲検無作為化比較試験をまとめたネットワークメタ解析で¹⁾、本邦で発売されている新規抗うつ薬のうち、ミルタザピン、デュロキセチン、ベンラファキシンの有効性が比較的高かった。しかしその差はわずかであり、抗うつ薬間での有効性に関しては明確な優劣がない。一方で忍容性と強く関連する副作用の特性は後述のようにやや異なるため、それに着目した抗うつ薬の使い分けがなされる。また、過去の治療反応性も重要となるため、反復性うつ病の場合は過去に効果のあった薬剤を治療選択肢として考慮する。また、日本臨床精神神経薬理学会のエキスパートコンセンサスでは、前景となる症状から各薬剤を使い分けることを紹介している (表1)²⁾。

表1 本邦のエキスパートによるうつ病の症状ごとの抗うつ薬の選択

		不安	興味喪失	不眠	食思不振	焦燥・激越	自殺念慮
SSRI	エスシタロプラム	最善	2	2	2	2	2
	セルトラリン	1	2	2	2	2	2
	フルボキサミン	意見不一致	2	2	2	2	2
	パロキセチン	2	2	意見不一致	意見不一致	意見不一致	意見不一致
SNRI	デュロキセチン	2	1	意見不一致	2	2	2
	ベンラファキシン	2	1	意見不一致	2	2	2
	ミルナシプラン	2	意見不一致	3	2	3	2
	ミルタザピン	2	2	最善	最善	1	1

1：一次選択治療，2：二次選択治療，3：三次選択治療
(Sakurai H, et al. J Affect Disord. 2020; 266: 626-32²⁾ より作成)