

各論 1-1

うつ病

うつ病の特徴と診断

要約

- I. 周産期うつ病とは？：産後うつ病を含めた周産期うつ病の有病率は約15%と高く軽視できない。精神科以外の医療者、行政関係者などは精神医学的な診断よりも「普段と様子が異なり生活に支障のある状態」を察知し、精神科受診につなげることを考える。
- II. どのような疾患との鑑別が必要なのか？：抑うつ状態の原因や程度は多様で、援助開始時に鑑別診断（併存症を含め）が必須であり、特に双極性障害の可能性に注意する。
- III. どのように対応するのか？：具体的な対応法について、本ガイドの該当部分を示しているので、それぞれ参照されたい。

解説

I. 周産期うつ病とは？

周産期うつ病（産後うつ病を含む）の有病率は日本でも約15%と高く、また経産婦より初産婦に多い<sup>5)</sup>。産後を含め周産期全体でうつ病の発症や再発が生じやすく<sup>3)</sup>、胎児の発育不全、分娩時合併症の増加、養育能力の低下や物質乱用・自傷・自殺、児童虐待などにつながりうるため注意する（総論4「自殺念慮のある妊産婦への対応」参照）。

うつ病の主症状である抑うつ状態とは気分・思考・行動の3領域すべてが病的な状態になったものだが、病的な状態から正常範囲のものまで程度も、あるいは原因も多様なため十分な検討が必要である。本項では主に『うつ病治療ガイドライン』（日本うつ病学会<sup>4)</sup>）を参照しつつ、うつ病

支援の要点を述べる。

まず以下のように「DSM-5<sup>2)</sup>」の診断基準を理解することが、うつ病の治療・支援に役立つ。

1. DSM-5 でうつ病が満たすべき基準

まず、抑うつ状態の主たる以下の構成要素9つのうち、5つが存在する。

- ①気分の憂うつさ：気分が滅入る・落ち込むと患者が語るか、あるいは暗く沈んだ表情、涙もろさなどが観察される。
- ②趣味・娯楽・教養・仕事・学業など、かつては楽しみ・興味・関心・やりがいをもっていた事柄にも、それらを感じるができなくなっている。
- ③食欲の低下（もしくは亢進）、あるいは、体重減少（も

しくは増加)が目立つ。

- ④不眠(入眠困難, 中途覚醒, 早朝覚醒のいずれもありうる)もしくは過眠が目立つ。
- ⑤周囲からみて, 動き・会話が減る(抑制), もしくは落ち着かず無目的な動きが増える(焦燥)。
- ⑥疲れやすい・億劫・やる気が出ない・気力がわかないという感覚が強まる。
- ⑦自己評価が極端に下がり, 「自分はまったく役立たずの人間だ」「罪深く皆に申し訳ない」といった極端な考え方が生じる。
- ⑧考えが進まない, 集中できない, 迷って決められないといった感覚が強まる。
- ⑨死にたい・消えたいという強い感覚, あるいは自殺の具体的な計画やその企図がみられる。

(観察・聴取方法の具体例として, 総論3「精神症状を呈した妊産婦への対応—精神科への橋渡し—」も参照のこと。)

そして同時に, これらによる苦痛や支障が治療の必要なレベルとなり, かつそれが薬剤性でなく, 身体疾患や他の精神疾患(統合失調症や双極性障害など)によるものではないと確認できることも求められる(詳細はDSM-5本文でご確認いただきたい<sup>1)</sup>)。

このように症状の個数を数えるだけではうつ病の診断にはつながらない。したがって周産期に頻用されるエジンバラ産後うつ病自己評価票(Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS)もスクリーニングに過ぎず, その高値のみでは診断できない(総論2「周産期うつ病に対するエジンバラ産後うつ病自己評価票(EPDS)の使用法」)。精神科以外の医療者, 行政関係者などにとっては診断そのもの(疾病性)よりも「いつもと様子が異なり, 生活に支障が出ている状態」(事例性)を早めに感知して支援につなげることが重要なので,

- ・暗い表情, 活気のなさ, 動作の遅さ, 身なりの整わなさ(観察する)
- ・睡眠不良, 食欲減退, 疲労感(尋ねる)

などに着目し, うつ病か否かにこだわらず精神科受診の勧奨を考える(総論3「精神症状を呈した妊産婦への対応—精神科への橋渡し—」)。

## II. どのような疾患との鑑別が必要なのか?

精神科領域では, 患者の抑うつ状態の性質(上記DSM-5の基準A)・機能障害の程度(基準B)の検討のため, 以下のような点を把握する。

- ・現症
- ・生活歴: 発達歴, 学歴, 職歴, 結婚歴
- ・病前の適応状態: 家庭, 学校, 職場など
- ・現病歴: 初発時期, 再発時期, 病相の期間, きっかけ・悪化要因として挙げられるもの
- ・生活上の不都合(人間関係, 仕事, 家計など)

また, 一見抑うつエピソードのようでも脳炎・脳症・脳腫瘍・神経変性疾患・自己免疫疾患・栄養障害など明確な身体疾患によるもの(他の医学的疾患による抑うつ障害)や処方薬・嗜好品・乱用薬物などの影響によるもの(物質・医薬品誘発性抑うつ障害)がありうるため, 以下を検討する(基準C)。

- ・既往歴: 身体疾患
- ・生活歴: 飲酒歴, 薬物使用歴(治療, 乱用含め)
- ・現症: 言い間違い・迂遠さなど意識障害や認知機能の低下を疑わせる所見の有無, 一般的身体診察所見(神経学的所見含め)
- ・血液尿検査, 頭部画像検査, 脳波検査  
周囲の関係者からの情報収集も心掛ける。

さらに双極性障害や統合失調症など精神病性障害も抑うつ状態を呈することがあり, 抗うつ薬の投与で悪化するため両者を鑑別する(基準D・E)。そのため以下のような点を把握する。

- ・既往歴: 過去の精神疾患の有無
- ・家族歴: 精神疾患, 自殺者の有無(配慮を要する情報なので医師患者関係の形成度合いを勘案して尋ねる)
- ・現症: 精神病症状の有無

うつ病の精神病症状には以下のような「気分一致する(うつ病患者が示す過度に否定的なとらえ方の延長にある妄想)」ものが特徴的である。

- ・心気妄想: 重い病気にかかったに違いない
- ・罪業妄想: 重い罪を犯したに違いない
- ・貧困妄想: お金がなくて生きていけないに違いない

しかし, 時にこれらとは異なる被害妄想など「気分一致しない」もの(例: 他者から加害される, 思考や行動を操作される)が生じることもあり, 統合失調症との鑑別が

重要になる（特に若年者）。

双極性障害との鑑別のため、過去の軽躁状態（社会的な逸脱に至らない程度の高揚）の有無を把握する。それについては本ガイド各論2「双極性障害」を参照されたい。

さらにうつ病では以下のような精神科的併存症が少なくない。その場合、これらも視野に入れて対応する（該当する各論を参照されたい）。

- ・不安症、強迫症、心的外傷後ストレス障害
- ・神経発達症（発達障害）（自閉スペクトラム症、注意欠如・多動症）
- ・パーソナリティ障害
- ・アルコール・薬物などの使用障害
- ・原発性睡眠障害、他

DSM-5に沿って、うつ病の重症度の例を以下に示す<sup>2)</sup>。重症度を考慮しての対応が求められる（各論1-2「うつ病の治療と対応」参照）。

**軽症**：上記の構成要素9つ中5つをおおむね超えない程度に満たし、苦痛はあるが対人関係上・職業上の機能障害は軽度（例：不調でもこれまで通りの家事・育児が何とかできる）。

**中等症**：軽症と重症の中間に相当（例：家事・育児の遂行に支障が出てきているが、患者自身の身の回りのことはできる）。

**重症**：構成要素9つ中5つをはるかに超えて満たし、苦痛はきわめて大きく機能障害も著明（例：自身の身の回りのこともできなくなる）。

### III. どのように対応するのか？

周産期うつ病への対応において、産科医療機関が精神科

医療機関とどのように連携し役割分担を進めるべきかについては、本ガイド総論3「精神症状を呈した妊産婦への対応—精神科への橋渡し—」に述べている。また新生児科と連携すべきケース、および授乳の取り扱いについては、同じく各論1-2「うつ病の治療と対応」に挙げているのでそれぞれ参照されたい。

さらに、特定妊婦登録や個人情報保護に配慮した患者情報の提供、また医療-行政連携による診療加算（ハイリスク妊産婦連携指導料）などの点も考慮する必要がある。これについては同じく各論13-1「医療・保健・福祉の連携 アウトリーチ」の項をご参照いただきたい。

#### 文献

- 1) American Psychiatric Association : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed (DSM-5). American Psychiatric Publishing, Arlington, 2013 (日本精神神経学会 日本語版用語監修, 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, 東京, p.160-167, 2014)
- 2) 同書, p.186
- 3) Malhi, G. S., Bassett, D., Boyce, P., et al. : Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for mood disorders. Aust N Z J Psychiatry, 49 (12) ; 1087-1206, 2015
- 4) 日本うつ病学会 気分障害の治療ガイドライン作成委員会 : 日本うつ病学会治療ガイドラインII. うつ病 (DSM-5)/大うつ病性障害 2016 (<https://www.secretariat.ne.jp/jsmd/iinkai/katsudou/data/160731.pdf>) (参照 2021-06-24)
- 5) Tokumitsu, K., Sugawara, N., Maruo, K., et al. : Prevalence of perinatal depression among Japanese women : a meta-analysis. Ann Gen Psychiatry, 19 (1) ; 41, 2020