

かかりつけ医のための 自殺(うつ病)予防の手引き

目 次

1	広島県における自殺の現状	1
2	自殺対策の基本認識	4
3	自殺予防は医療者全体の問題	6
4	うつ病の診断	6
5	うつ病の治療	10
6	うつ病の経過・予後	13
7	専門医へ紹介するタイミング	14
8	相談窓口一覧	15

平成 21 年 3 月

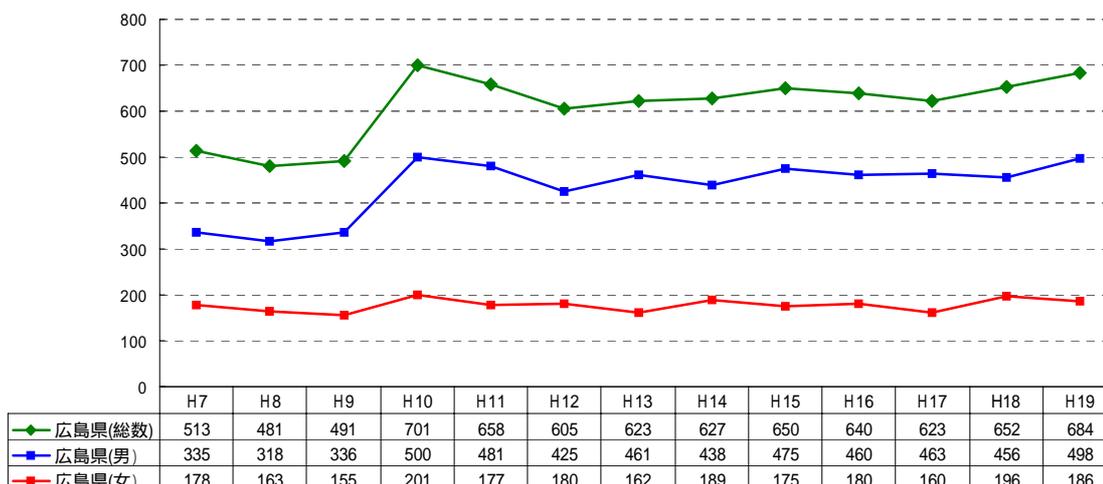
広島県地域保健対策協議会
自殺(うつ病)対策専門委員会

1 広島県における自殺の現状

(1) 自殺者数の推移

自殺者数については、平成9年までの500人前後から平成10年に701人に急増し、以後10年連続して600人を超える状態が続いています。男女別にみると、男性については、平成9年の336人から平成10年に500人に急増するなど概ね総数と増減の動きは一致しています。女性については、概ね小幅な変動で推移しています。また、男女別の割合については、近年は男性が概ね7割以上で推移しています。

図1 自殺者数の推移(平成7年～19年・広島県)

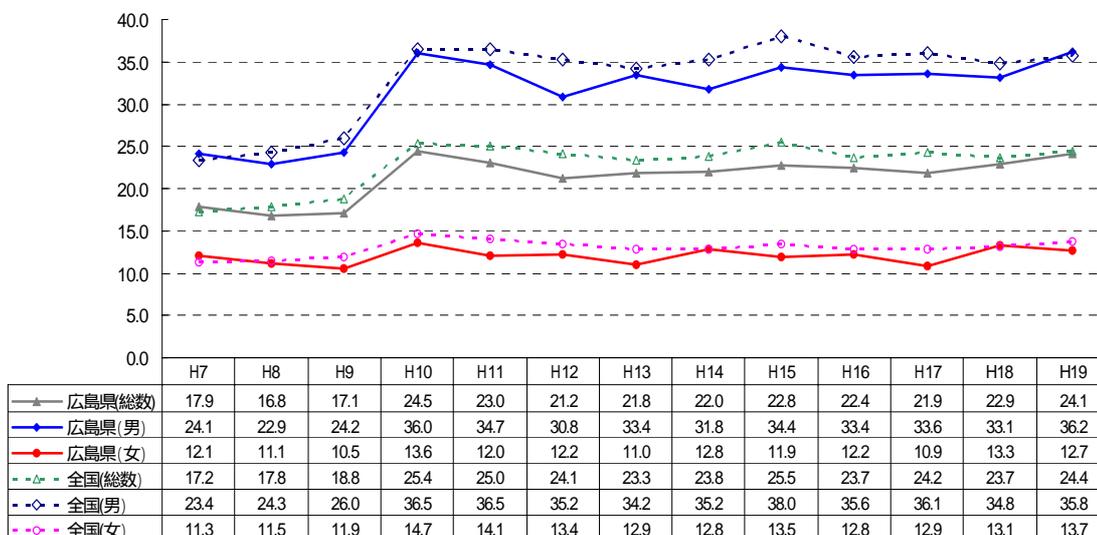


資料 人口動態統計

(2) 自殺死亡率の推移

人口10万人当たりの自殺者数(以下「自殺死亡率」という。)については、本県では全国の動きと同様な推移を示しており、平成9年の17.1から平成10年に24.5に急上昇し、その後も高い水準が続いています。男女別にみると、男性については、平成9年の24.2から平成10年に36.0に急上昇し、以後は30以上の高い水準で推移しています。女性については、平成10年に13.6に上昇したものの、男性ほどの大きな変動はなく推移しています。

図2 自殺死亡率の推移(平成7年～19年,人口10万人対・広島県)

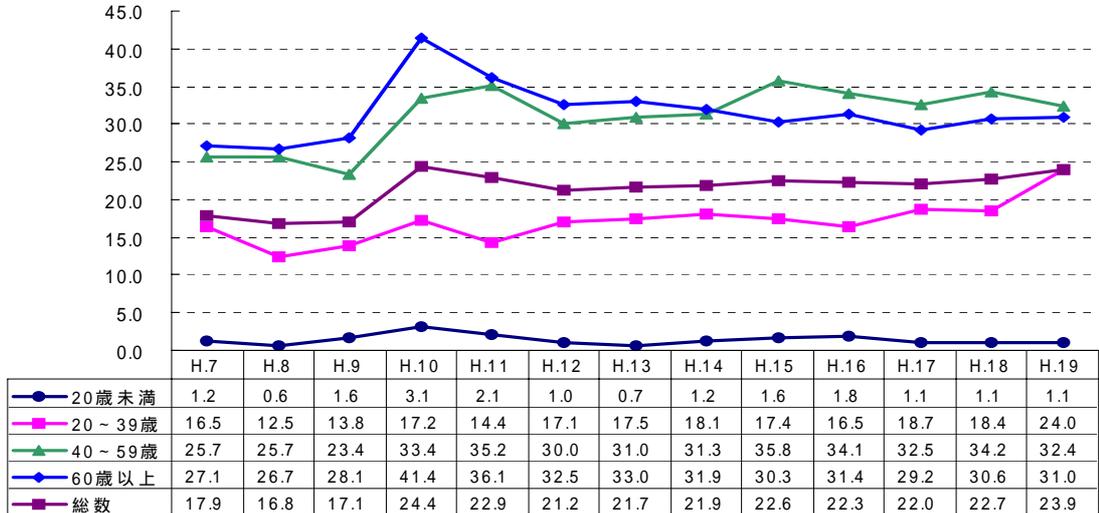


資料 人口動態統計

(3) 年齢階級別の自殺死亡率の推移

年齢階級別の自殺死亡率については、40～59歳及び60歳以上の年齢層において、いずれの年も県平均自殺死亡率を上回って推移しています。20～39歳は、平成18年まで総数の自殺死亡率を下回っていたが、平成19年にこれをわずかに上回っています。

図3 年齢階級別の自殺死亡率の推移(人口10万人対・広島県)



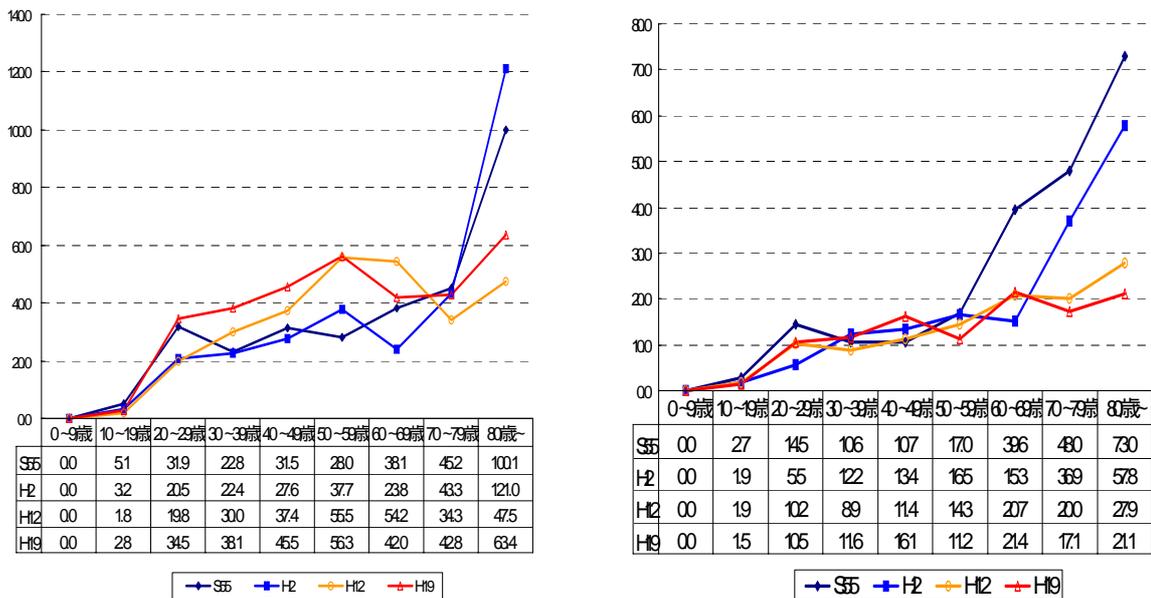
資料 人口動態統計

(4) 男女別年齢階級別の自殺死亡率の推移

男性の年齢階級別の自殺死亡率についてみると、平成19年は昭和55年、平成2年、12年に比べ50歳代までの各年齢階級で最も高くなっていますが、60・70歳代では昭和55年、平成2年とほぼ同率となっています。

女性の年齢階級別の自殺死亡率についてみると、50歳代までの各年齢階級では、年による著しい変動はありませんが、70歳代、80歳以上の年齢階級では、大きく低下しています。

図4 男女別年齢階級別の自殺死亡率の推移(人口10万人対・広島県)
(男性) (女性)

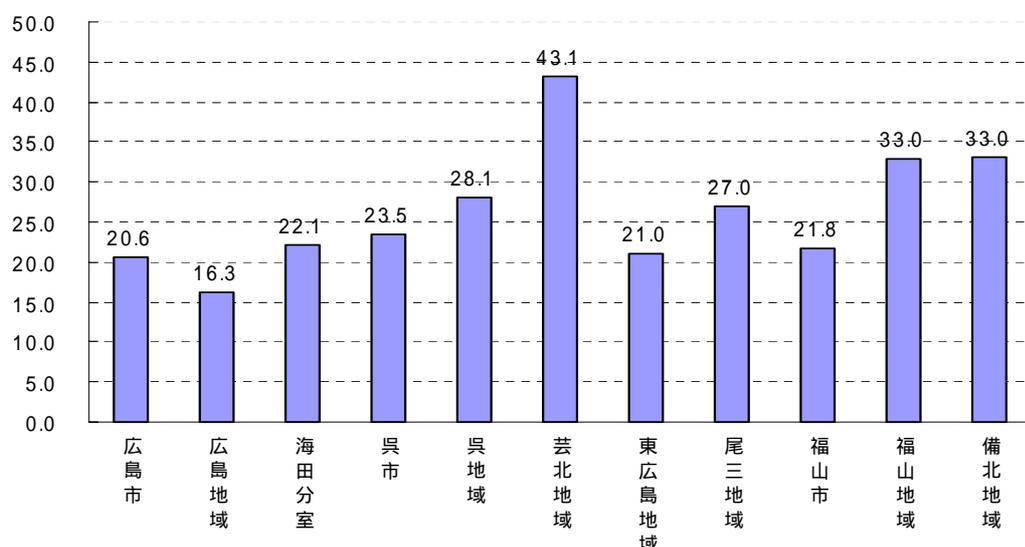


資料 人口動態統計

(5) 地域（保健所）別の自殺死亡率の状況

地域（保健所）別に平成17年～19年の3年間の平均自殺死亡率をみると、芸北地域が43.1で最も高く、次いで備北地域と福山地域（福山市を除く）の2地域がいずれも33.0となっています。

図5 地域（保健所）別の自殺死亡率(人口10万人対・広島県)



資料 人口動態統計

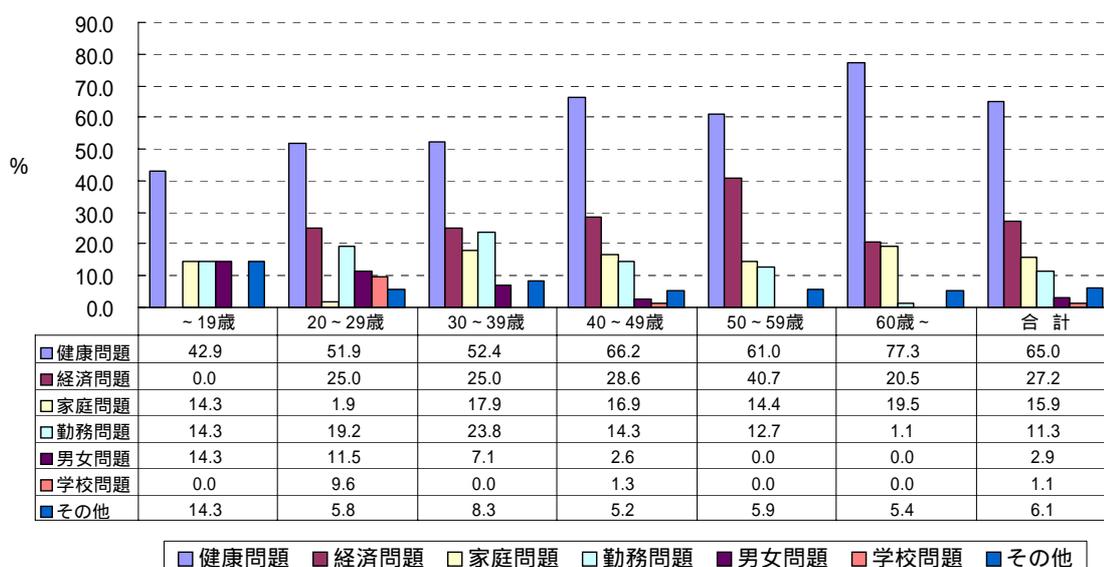
(6) 原因・動機別の自殺者の割合（平成19年）

自殺の原因・動機について、警察から情報提供された資料により平成19年の状況をみると、原因・動機特定者は523人で全体の71.1%となっています。

原因・動機にみると、「健康問題」が65.0%（340人）で最も割合が高く、次いで「経済問題」が27.2%（142人）となっています。

年齢階層別にも、「健康問題」がいずれの年齢階層においても最も割合が高くなっています。また、「経済問題」は、20歳以上の各年齢階層で「健康問題」に次いで高い割合になっていますが、中でも50歳代では40%を超えています。

図6 原因・動機別の自殺者の割合(平成19年・広島県)



注) 平成19年の統計から原因・動機を最大3つまで計上することとしている。

資料 広島県警

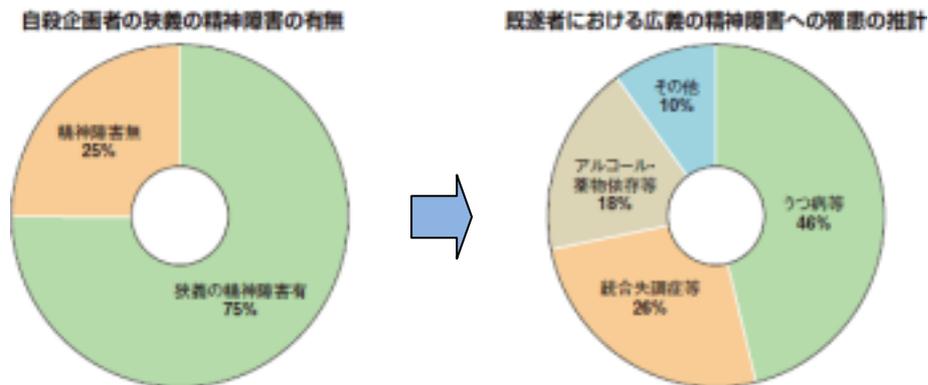
2 自殺対策の基本認識

(平成 20 年版自殺対策白書より抜粋)

(1) 自殺は追い込まれた末の死

自殺者の家族等身近な人に対する調査により、大多数の自殺者は、その直前に、何らかの精神科診断が認められることが明らかになっています。救急病院に搬送された死に至る可能性の高い手段による自殺未遂者に対する調査では、75%に狭義の精神障害が認められました。また、この調査のデータに基づいて、同調査と同一地域の既遂者における広義の精神障害への罹患状況を推測してみると、その半数近くがうつ病に罹患している可能性があります(図7)。

図7 自殺の背景としての精神障害



注意：論文では、「狭義の精神障害」と「広義の精神障害」が次のように定義されている。なお、分裂症、人格障害という名称は、それぞれ統合失調症、パーソナリティ障害と変更され、現在は使用されない。

狭義の精神障害

分裂病・妄想性障害、うつ病、精神作用物質性障害(アルコール症、覚せい剤、有機溶剤)

広義の精神障害

抑うつ性障害圏(うつ病、反応性・神経症性抑うつ状態など)、精神病圏(精神分裂病、分裂・感情障害、

分裂病型人格障害、妄想性障害、その他の近縁する精神障害など)、

物質乱用性障害圏(アルコール症、覚せい剤、有機溶剤などに関連する精神障害)

資料：自殺の危険因子としての精神障害 - 生命的危険性の高い企図手段をもちいた自殺失敗者の診断学的検討
- 飛鳥井望(精神神経誌 96: 415-443, 1994)

このように、自殺する人は、必ずしも十分な判断力を持って自殺という自己決定を行っているわけではなく、耐え難い心の痛みの故に、その痛みから逃れるために、また、精神医学的にみれば、多くの場合は、うつ病等の精神疾患の影響により正常な判断を行うことができない状態で、客観的には到底最上とは認められない選択肢を選んでしまったという「追い込まれた末の死」と言えます。

(2) 自殺は防ぐことができる

世界保健機関が、「自殺は、その多くが防ぐことのできる社会的な問題である。」と明言したように、自殺は社会の努力で避けることができる死であるということが、世界の共通認識となりつつあります。

第一に、人々を自殺に追い込んでいる様々な要因に対し、そのような要因を生み出している制度や慣行そのものを見直すこと、また、様々な要因で追い込まれている人に対し、相談・支援体制の整備・充実という社会的な取組により自殺を防ぐことが可能です。

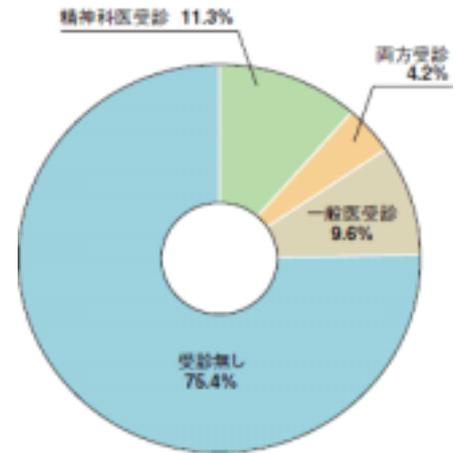
第二に、多くの自殺者は、うつ病等の精神疾患に罹患しているなど精神医療上の問題を抱えています。そのほとんどが、医療機関を受診していないか、受診していたとしても、適切な医療を受けていないことが考えられます。例えば、うつ病などの経験のある人の約25%しか医療機関を受診しておらず、そのうち精神科の受診は15%しかいない(図8)という調査結果があります。

図8 精神障害者の医療機関の受診状況

(3) 自殺を考えている人は悩みを抱えながらもサインを発している

自殺を考えている人も、意思が完全に固まっている人はまれで、多くの場合、心の中では「生きたい」という気持ちとの間で、死の瞬間まで死のうか止めようかと激しく揺れ動いています。心理的に自殺に追い込まれていく中で、救いの入るのを待ち望む心が、言葉や行為の形で死の予告を発信させています。これが、自殺のサインです。

自殺を予防するためには、一人ひとりの身近にいる人の自殺のサインに対する気づきを問題に応じた専門家へつなげていくことが課題です。



心の健康問題と対策基盤の実態に関する6研究
主任研究者 川上重人
〔平成14年度厚生労働科学特別研究事業〕

図9 自殺のサイン(自殺予防の十箇条)

自殺のサイン(自殺予防の十箇条)

(次のようなサインを数多く認める場合は、自殺の危険が迫っています。)

- 1 うつ病の症状に気をつけよう(気分が沈む、自分を責める、仕事の能率が落ちる、決断できない、不眠が続く)
- 2 原因不明の身体の不調が長引く
- 3 酒量が増す
- 4 安全や健康が保てない
- 5 仕事の負担が急に増える、大きな失敗をする、職を失う
- 6 職場や家庭でサポートが得られない
- 7 本人にとって価値あるもの(職、地位、家族、財産)を失う
- 8 重症の身体の病気にかかる
- 9 自殺を口にする
- 10 自殺未遂におよぶ

3 自殺予防は医療者全体の問題

自殺予防というと精神科独自の問題と考えられがちですが、実際は医療従事者全体に深く関わる問題です。残念ながらわが国では未だに精神疾患に対する偏見が根強いために、こころの問題を抱えているのではないかと薄々気づいても気楽に精神科に受診できないといった風潮があります。自殺の危険の高い人が直ちに精神科に相談に行くのではなく、しばしば身体症状を訴えて他の科を受診しています。

このような事実を考えると、精神科を専門としない医師であっても精神疾患(特にうつ病)に対する正しい知識を持っていただく必要があるのです。

なお、「日常の診療で忙しすぎて、とても精神疾患まで診る余裕がないし、その関心もない」という声も時々耳にします。たしかにこれは現実の問題でしょう。そこで、精神疾患の治療を自分では実施しないとしても、診断を下して、早期の段階で適切な紹介をするということをぜひ行ってください。そのためにも紹介先のネットワーク作りをしておく必要があります。

また、ある程度までは自分でうつ病などの精神疾患を治療してもよいと考える医師は、どこまで自分の手で診療に当たるのか、どの程度まで悪化あるいは慢性化したら、精神科に紹介するのかという限界を見極める点についても検討しておいてください。

4 うつ病の診断

(1) 定義・概念

うつ病は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。気分障害とは、通常ではみられない程の抑うつ、あるいは高揚した感情が体験され、しかもその症状が一定期間持続し、社会生活や日常生活に大きな障害をもたらすという精神障害のカテゴリーです。米国精神医学会の診断基準(DSM-IV-TR)によると気分障害はさらに細かく分類され、抑うつのみが存在するものは大うつ病性障害や気分変調性障害、また躁状態が存在するものは双極性障害に分類されます。ここでは大うつ病性障害について、プライマリケアで要求される水準の診断・治療について概説します。

(2) うつ病の診断

「大うつ病エピソード」は、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1)。

スクリーニングの方法としては、「二質問紙法」が簡単で有用です。これは、「抑うつ気分」と「興味や喜びの喪失」があるかないかを自己記入してもらう方法で、2つとも存在する場合には、うつ病の90%以上をスクリーニングできると報告されています。他の身体症状についての質問の中に「気分はいかがですか?」「今まで楽しんでいたことが同じようにできていますか?」などの質問を追加して行えば、限られた診療時間の中でもスムーズにスクリーニングが行えます。

他のうつ病の自記式調査票(質問票)の代表的なものとして、BDI(Beck Depression Inventory), SDS(Zung Self-Rating Depression Scale)があります。

表1 大うつ病エピソードの基準 (DSM - - TR)

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 易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。

これらの症状は一般身体疾患や物質（薬物やアルコールなど）では説明できない。

大うつ病エピソードの重症度

軽症；当てはまる症状の数は診断を下すのに必要な数（1と2のうち1つ、1～9のうち5つ）と同じかほんの少し多いだけである。また、その症状のために起こる職業的機能、平常の社会的活動、他者との人間関係の障害はわずかでしかない。

中等症；症状または機能の障害は軽症と重症の間にある。

重症；診断を下すために必要な症状の数より数個多く当てはまり、しかも、その症状による職業的機能、平常の社会的活動、または他者との人間関係の障害が著しい。

うつ病が疑われたら、以下の質問に移って診断を確定してください。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方が患者の抵抗感も少ないでしょう。

抑うつ気分

「気分が沈み込んだり、滅入ったり、憂うつになったりすることはありますか。」

「悲しくなったり、落ち込んだりすることがありますか。」

興味または喜びの喪失

「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。」

食欲の減退または増加

「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。」

睡眠障害（不眠または睡眠過多）

「睡眠の状態はいかがですか。」（導入質問）

「ほとんど毎晩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。」

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）

「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ったりすることが多くなっていますか。」

診察時に静かに座っていられない、皮膚や服をひっぱったりこすったりするなど

「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。」

会話、思考、体動の遅いこと、応答の前の時間が長くなるなど。

疲れやすさ・気力の減退

「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感じることがありますか。」

強い罪責感

「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。」

思考力や集中力の低下

「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。」

自殺への思い

「死について何度も考えるようになっていきますか。」

「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。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。焦燥感や絶望感が強く、じっとしてられない、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。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。

うつ病の診断を確定するための検査は残念ながら存在しませんが、器質的疾患の鑑別診断のために、一般血液検査、生化学検査、甲状腺機能などの内分泌検査、頭部CTやMRIなどの脳画像検査が必要です。身体症状によっては、循環器系、消化器系、呼吸器系などの検査も必要です。

種々の身体疾患がうつ状態を呈することが知られています(表2)。この場合、うつ病よりも身体疾患の治療が優先、あるいは並列して治療を行います。また、身体疾患の治療中に抑うつ状態となった場合、薬剤の副作用の可能性も考える必要があります(表3)。薬剤による精神症状の診断には与薬との時間的關係、用量の増減による変動、症状の特徴などが参考になります。

表2 うつ病の原因となりやすい主な身体疾患

内分泌代謝疾患	
甲状腺機能障害(機能低下症)、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、アルツハイマー型認知症、正常圧水頭症、慢性硬膜下血腫、脳腫瘍、多発性硬化症、脳外傷後遺症、脳炎後遺症	
その他	
膠原病、感染症、糖尿病、更年期障害、悪性腫瘍(膵臓がん・肺がん等)	

表3 うつ病の原因になりやすい主な薬剤

血圧降下剤	レセルピン、 -メチルドパ、 -ブロッカー
ホルモン剤	副腎皮質ホルモン、女性ホルモン製剤
抗潰瘍薬	ヒスタミンH2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
抗がん剤	
抗精神病薬	ハロペリドール、チアプリド
抗酒薬	ジスルフィラム

5 うつ病の治療

(1) 治療の目標

うつ症状の消失だけでなく、病前と同じ生活ができるようになるまで回復することが、うつ病の治療目標です。抑うつ症状の消失から機能の回復まで一般的には数ヶ月のタイムラグがあります。また、うつ病は自殺という手段で死に至る病気ですので、自殺念慮の有無には常に注意をしておく必要があります。

(2) 治療ガイドライン

治療については、最近の臨床知見を比較的良好に反映し改訂されている National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)のうつ病プライマリケア向けガイドラインを、本邦で利用可能なものを中心に抜粋し紹介します。

軽症うつ病

軽症うつ病で、患者自身が治療を希望しないか治療なしでも回復が予想できる患者については、2週間程度経過を観察します。

睡眠の改善や不安のコントロールのために、アドバイスやベンゾジアゼピン系薬剤の処方を行います。また、あらゆる年齢の軽症うつ病に対して、運動療法が有効とされています。うつに効果的な運動は、45～60分の運動を1週間に3回まで、10～12週間行うことが必要です。ガイドブックや携帯サイトを利用した認知行動療法の自助プログラムを紹介することも有用です(表4)。

表4 うつ病のガイドブック

「こころが晴れるノート - うつと不安の認知療法自習帳」大野裕 創元社
「うつ・不安に効く7つのステップ」大野裕 大和書房
うつ・不安に効く.com(携帯サイト) <http://cibt.jp.com>

軽症うつ病では、10～12週間かけて6～8回の心理療法(問題解決療法、短期認知行動療法およびカウンセリング等)を行うことも考慮します。患者は物事を否定的に考えるなど特有の認知の歪みを有することも多く、その歪みに気づき、是正し、行動を変えていく技法が認知行動療法です。広島で集団認知行動療法のプログラムを行っている医療機関を表5に示します。利用のための条件など詳細は各医療機関にお問い合わせください。

表5 集団認知療法を行っている医療機関

広島大学病院 精神科 うつ病のグループセミナー
<http://www.hiroshima-u.ac.jp/hosp/seishinka/utsuseminar/index.html>
広島県立総合精神保健福祉センター うつ病デイケア(基礎コース)
<http://www.pref.hiroshima.lg.jp/mhwc/shisetuannai/utubyoudeikea.htm>
草津病院
<http://www.kusatsu-hp.jp/>

上に述べたような治療を行ってもうつ症状が持続している場合や、過去に中等度もしくは重症うつ病の病歴を持っている場合には、抗うつ薬の使用を考えます。

抗うつ薬を使用する場合には、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）あるいはセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬（SNRI）は三環系抗うつ薬（TCA）と同等の効果があり、副作用のため中断することが少ないので、第一選択薬となります。

中等症・重症うつ病

中等症以上のうつ病に対しては、全ての患者に抗うつ薬治療を行います。通常 SSRI が SNRI が第一選択薬となります。効果発現に少なくとも2週間はかかることを説明し、薬物アドヒアランス（積極的な服薬継続性）を保つため、あるいは自殺企図を危惧して、まず1週間投与を行います。副作用がないことを確かめ、症状が改善したところで2週間毎の通院に切り替えます。

自殺の危険性が高いと思われる場合や30才以前の症例では、危険性がなくなったと判断されるまで、頻回に診察を行います。また、ケアスタッフとの接触や電話を利用したサポートも考慮します。

(3) 薬物療法

現在、わが国で使用可能な SSRI，SNRI を表6に示します。

表6 抗うつ薬の分類と名称

分類	一般名	薬剤名	初期用量	維持用量
SSRI	フルボキサミン	デプロメール・ルボックス	50mg	150mg
	パロキセチン	パキシル	10～20mg	20～40mg
	セルトラリン	ジェイゾロフト	25mg	100mg
SNRI	ミルナシプラン	トレドミン	50mg (高齢者は30mg)	100mg (高齢者は60mg)

急性期治療

SSRI・SNRIは初期投与量から開始し、2～4週経過して効果が不十分である場合には、2～4週間、できれば6週間かけて維持量まで増量します。副作用として胃腸障害の頻度が高く、程度が強い場合は胃腸薬も同時に処方します。また、必要に応じて血液・生化学検査なども行い、副作用に注意を払いつつ投与量を調節します。第一選択薬を十分量、十分期間用いても改善しない場合は、他のSSRI・SNRIに変更します。それでも効果のない場合は、三環系抗うつ薬や、炭酸リチウム（リーマスなど）による増強療法の選択となりますが、専門的な管理が必要となるため専門医の受診を勧める方がよいでしょう。

基本的には抗うつ薬による単剤治療を行います。不眠、不安、焦燥の強い症例では、ベンゾジアゼピン系薬物の併用を考慮します。抗うつ薬の効果が発現した後は、ベンゾジアゼ

ピン系薬物を漫然と投与せず，常用量依存などの問題を考慮し，漸減中止します。

抗うつ薬は依存を引き起こすことはありませんが，服薬中止，服薬忘れ，時に用量の減量により離脱症状（めまい，異常知覚，睡眠障害，悪夢，不安，焦燥，興奮，嘔気，振戦，錯乱，発汗，頭痛，下痢等）をきたす場合があることを伝えておきます。このような症状は通常軽症で自然に消失しますが，急に中止した場合には重症となることがあります。重度の離脱症状の場合には，一旦元の投与量に戻した上で，症状をモニターしながらさらに緩徐に減量します。

継続，維持療法

寛解(治療により大うつ病エピソード前の正常状態に戻った時点)後，寛解を維持するための治療を継続療法といい，16～20週は必要といわれています。寛解後，早期の抗うつ薬の減量・中止は，うつ症状再燃の大きなリスクとなるため，副作用が管理できれば，寛解後6ヶ月以上は急性期と同用量で維持することが必要です。

寛解状態を16～20週持続した時点を回復といい，回復後の再発予防目的の治療を維持療法といいます。特に反復性うつ病の場合は，再発を繰り返すごとに再発するリスクが高くなるため，再発を予防するために忍容性の問題がなければ，急性期用量で年単位の長期にわたる維持療法を行う必要があります。減量の際には，離脱症状に注意しつつ，2～4週間ごとに総量の1/4ずつ減量します。

【処方例】

治療開始時

（以下のいずれかを選択）

- ・ パキシル錠（10mg）1錠 分1 夕食後
- ・ ルボックス錠 または デプロメール錠（25mg） 2錠 分2 朝夕食後
- ・ トレドミン錠（25mg）1～2錠 分2 朝夕食後
- ・ ジェイゾロフト錠（25mg）分1 夕食後

上記に加え，必要に応じて以下の～を処方

不安，焦燥が強い場合（いずれかを選択）

- ・ ワイパックス錠（0.5mg）3錠 分3 食後
- ・ ソラナックス錠（0.4mg）3錠 分3 食後

不眠が存在する場合（いずれかを選択）

- ・ マイスリー錠（5/10mg） 1錠 分1 就寝前
- ・ レンドルミン錠（0.25mg）1錠 分1 就寝前

胃腸障害の副作用が出現，もしくは予想される場合

- ・ ガスモチン錠（5mg）3錠 分3 食後

上記投与量では十分な改善を認めない場合

の抗うつ薬を下記の投与量を最大として，効果があるまで漸増

投与開始後，2～4週間継続して薬剤の効果が不十分であるときには，2～4週間，できれば6週間かけて徐々に維持量まで増量

- ・ パキシル錠（20mg）2錠 分1 夕食後
- ・ ルボックス錠 または デプロメール錠（50mg）3錠 分2 朝 夕 食後
- ・ トレドミン錠（25mg）4錠 分2 朝 夕 食後

高齢者に対する投薬の注意点

- ・ 高齢患者に対しては，SSRI，SNRI とともに最少投与量から開始し，増量もよりゆっくりと行う
- ・ 抗不安薬，睡眠導入薬により，眠気，転倒，せん妄などが出現しやすく，十分注意する

（4）精神療法，休養・リハビリ

うつ病は病識に乏しいことが多く，抗うつ薬も効果発現までに時間がかかります。そのため薬物コンプライアンスを上げるために良好な治療関係を構築することが重要です。治療に先立って，患者の訴えを十分に傾聴したうえで，病気の説明，治療方針の説明を行うことは治療関係を築いていくために必要です。続いて，速やかに十分な休養がとれる状況への調整を図ります。十分な休養のためには，身体的な休養だけでなく，心理的な負担軽減といった“こころ”の休養が大きな部分を占め，早期からキーパーソンに対して心理教育を行うこと，必要ならば診断書を作成し休職を指導することも必要です。自宅で十分な休養のとれない症例は入院の適応となることもあります。

うつ病患者の自殺率は，一般人口のそれよりも20倍も高いといわれており，プライマリケアにおけるうつ病治療の際にも，希死念慮，自殺企図には注意をしておく必要があります。特に，治療開始直後や回復期の初めには，慎重な観察が必要です。不安・焦燥感が強い場合には，特に自殺の危険性が高く，専門医への紹介が望ましいと思われれます。自殺のリスクが高いと判断される症例は，入院施設のある専門機関へ紹介する必要があります。

ある程度，うつ症状が消失し，自覚的なおっくう感が主体となってくると，休養からリハビリに段階的に移行します。生活リズムを整え，軽作業や軽い運動を始めます。その中で，具体的な達成可能な小目標を患者とともに話し合いの上で設定し，日常生活の中で小さな達成感を積み重ねることができるようになります。

6 うつ病の経過・予後

うつ病の多くは睡眠障害，食欲不振などから始まり，徐々に抑うつ気分，意欲の低下などの精神症状が出現し，大うつ病エピソードを満たすようになります。適切な治療を行えば，多くの症例は3ヶ月前後でうつ症状が改善し，6ヶ月以内に約半数は回復します。一方，2年経過しても回復しない症例が2割あります。うつ病の20-30%は，失職，離婚などの長期的には不良な転帰を経験するという報告もあります。また，うつ病は再発率が高く，50～60%が再発するとされています。

7 専門医へ紹介するタイミング

うつ状態・うつ病は、身体疾患のために病院に入院している患者はもちろん、一般外来患者にも多くみられます。推定では医師に診断を受けた患者のおよそ20～30%がうつ病に罹っていると報告されています。したがって、精神科以外の医師もうつ病を診断し、治療していく必要があります。しかし、病状や経過などから専門医へ紹介したほうが治療がうまくいくことがありますから、その場合の判断基準を示します。

- ・ 診断に迷う
- ・ 若年者
- ・ 脳の器質的障害が疑われる
- ・ うつ症状が重症
- ・ 入院が必要だと考えられる
- ・ 焦燥感が強い
- ・ 精神病像がある
- ・ 自殺の危険性が高い
- ・ 躁症状の既往がある
- ・ アルコール依存症が疑われる
- ・ パニック障害が疑われる
- ・ 第一選択の抗うつ薬で効果がない
- ・ 環境調整が困難
- ・ うつ症状が慢性化している

【参考文献】

- 高橋三郎 他訳:DSM-IV-TR 精神疾患の診断・統計マニュアル 新訂版.医学書院,東京,2004.
岡本泰昌:うつ病.泉孝英編 ガイドライン外来診療 2009, p380, 日経メディカル, 2009
NICE うつ病プライマリ・ケアガイドライン <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG23>
(社)日本医師会編集 西島英利監修 高橋祥友・神庭重信・中村純執筆 (株)明石書店出版
「自殺予防マニュアル(第2版)地域医療を担う医師へのうつ状態・うつ病の早期発見と対応の指針」
内閣府編集「自殺対策白書(平成20年版)」

8 相談窓口一覧

区分	相談窓口名称	電話番号	開設時間	定休日	備考(特徴など)
精神科 救急情報	精神科救急情報センター (広島県精神保健福祉協会)	082-892-3600	電話 24時間受付	なし	精神疾患の急発や急変で速やかな医療が必要な方やその家族の方から電話相談、情報提供等
精神保健福祉	精神保健福祉相談 (広島県立総合精神保健福祉センター)	082-884-1051	面接相談(予約制) 9:00~17:00	土,日,祝日, 年未年始	精神的悩みや心の病気,ひきこもりに関する相談,アルコール,薬物への依存など幅広い相談
	こころの電話 (広島県精神保健福祉協会)	082-892-9090 メール:mha-kokoro@do4.enjoy.ne.jp	9:00~12:00 13:00~16:30	土,日,祝日, 12/29~1/3	こころの健康に関する問題などについての電話相談及びメール相談
	精神保健福祉相談 (広島県西部保健所)	0829-32-1181	毎月1~2日相談日時を 定め面接相談(予約制)	土,日,祝日, 年未年始	精神科医師及び保健師による,こころの病気やひきこもりに関する相談,アルコール,薬物への依存など幅広い相談
	精神保健福祉相談 (広島県西部保健所広島支所)	082-513-5521			
	精神保健福祉相談 (広島県西部保健所呉支所)	0823-22-5400			
	精神保健福祉相談 (広島県西部東保健所)	082-422-6911			
	精神保健福祉相談 (広島県東部保健所)	0848-25-2011			
	精神保健福祉相談 (広島県東部保健所福山支所)	084-921-1311			
	精神保健福祉相談 (広島県北部保健所)	0824-63-5181			
	精神保健福祉相談 (広島市精神保健福祉センター)	082-245-7731	電話相談 8:30~17:00 面接相談(要予約) 9:00~17:00	土,日,祝日, 年未年始,8月6日	精神的悩みや心の病気,ひきこもりに関する相談,アルコール,薬物への依存など幅広い相談
	精神保健福祉相談 (広島市中保健センター)	082-504-2109	精神科医による相談 面接 毎月1~2日 (要予約) 13:30~15:00 相談員による相談 電話・面接(要予約) 8:30~12:00	土,日,祝日, 年未年始,8月6日	精神科医師及び精神保健福祉相談員による,こころの病気やひきこもりに関する相談,アルコール,薬物への依存など幅広い相談
	精神保健福祉相談 (広島市東保健センター)	082-568-7735			
	精神保健福祉相談 (広島市南保健センター)	082-250-4133			
	精神保健福祉相談 (広島市西保健センター)	082-294-6384			
	精神保健福祉相談 (広島市安佐南保健センター)	082-831-4944			
	精神保健福祉相談 (広島市安佐北保健センター)	082-819-0616			
	精神保健福祉相談 (広島市安芸保健センター)	082-821-2820			
精神保健福祉相談 (広島市佐伯保健センター)	082-943-9733				
精神保健福祉相談 (呉市保健所)	0823-25-3525	電話等相談 8:30~17:30 精神科医相談(第1・3火) 事前電話予約制	土,日,祝日, 年未年始		
精神保健福祉相談 (呉市東保健センター)	0823-71-9176	電話等相談 8:30~17:30 精神科医(第4火) 事前電話予約制			
精神保健福祉相談 (福山市保健所)	084-928-3421		土,日,祝日, 年未年始		
精神保健福祉相談 (各市町)	各市町の精神保健福祉担当課にお問い合わせください。	同左	同左		精神的悩みや病気に関する相談など幅広い相談
死にたい気持ち	広島いのちの電話	082-221-4343	24時間 年中無休		あらゆる悩み事の相談

区分	相談窓口名称	電話番号	開設時間	定休日	備考(特徴など)
子育て	子ども何でもダイヤル (広島県西部こども家庭センター)	082-255-1181	電話 9:00 ~ 17:00	年未年始	子育てや子ども自身の悩みについての電話相談
	各市町の母子保健相談窓口 (各市町)	各市町の児童家庭相談窓口・母子保健担当課にお問い合わせください	各市町の児童家庭相談窓口・母子保健担当課にお問い合わせください	土、日、祝日、 年未年始	子どもに関する相談
児童虐待	児童相談 (広島県西部こども家庭センター)	082 - 254 - 0381	電話、面接(要予約) 8:30 ~ 17:30	土、日、祝日、 年未年始	18歳未満児童の育児・非行・いじめなどの相談
	児童相談 (広島県東部こども家庭センター)	084 - 951 - 2340	電話、面接(要予約) 8:30 ~ 17:30		
	児童相談 (広島県北部こども家庭センター)	0824 - 63 - 5181 内線 2310, 2311	電話、面接(要予約) 8:30 ~ 17:30		
	児童相談 (広島市児童相談所)	082-263-0694	電話、面接(要予約) 8:30 ~ 17:15	土、日、祝日、 年未年始、8月6日	18歳未満の子どもに関する様々な相談 虐待の通報、相談は24時間受付
	各市町の虐待相談窓口 (各市町)	各市町の児童虐待担当課にお問い合わせください。	各市町の児童虐待担当課にお問い合わせください。	土、日、祝日、 年未年始	子どもへの虐待に関する相談
	子どもの人権110番 (広島法務局人権擁護部)	0120-007-110	8:30 ~ 17:15	土、日、祝日、 年未年始	子どもの人権に関する相談
いじめ	いじめダイヤル24 (広島県立教育センター)	082-420-1313	直接相談対応 (平日) 9:00 ~ 19:00 留守番電話対応 (平日)19:00 ~ 9:00 (休日)24時間		いじめに関する相談
	「いじめ」110番 (広島市青少年総合相談センター)	082-242-2110	面接(要予約) 9:00 ~ 17:00 電話 24時間		いじめに関する相談
	大竹市こども相談室 (大竹市青少年育成センター)	0827-54-0021	8:30 ~ 17:30	土、日、祝日、 年未年始	子ども自身からの相談
	少年相談電話ヤングテレホン広島 (広島県警本部少年対策課)	電話 082-228-3993 FAX 082-225-3993	24時間		少年をめぐる相談全般
家庭内暴力	女性に関する相談 (広島県西部こども家庭センター)	082-254-0391	来所又は電話 10時 ~ 17時	面接:土、日、 祝日、年未年始 電話:年未年始	配偶者からの暴力
	女性に関する相談 (広島県東部こども家庭センター)	084-951-2372	来所又は電話 10時 ~ 17時	土、日、年未年始	
	女性に関する相談 (広島県北部こども家庭センター)	0824-63-5181(代) 内線2313	来所又は電話 10時 ~ 17時	土、日、年未年始	
	配偶者からの暴力休日夜間電話相談 (広島県西部こども家庭センター)	082-254-0399	電話相談 月 ~ 金 17時 ~ 20時 土・日・祝 10時 ~ 17時	年未年始	配偶者からの暴力
青少年問題	青少年に関する相談 (広島市青少年総合相談センター)	082-242-2117	電話・面接(要予約) 9:00 ~ 17:00	土、祝日、年未年始、8月6日	反社会的行動やいじめ、不登校など思春期適応上についての相談
	青少年に関する相談 (呉市青少年指導センター)	0823 - 25 - 3519	9:00 ~ 17:15	土、日、祝日、 年未年始	
	青少年に関する相談 (三原市青少年女性課)	0848 - 64 - 7201	月 ~ 金10:00 ~ 18:00 土9:00 ~ 17:00	日、祝日、年未年始	
	青少年に関する相談 (尾道市教育委員会)	0848 - 37 - 2983	9:00 ~ 16:00	土、日、祝日、 年未年始	
	青少年に関する相談 (福山市青少年センター)	084 - 928 - 1046	8:30 ~ 17:30	土、日、祝日、 年未年始	
	青少年に関する相談 (三次市子ども応援センター)	0824 - 65 - 0277	8:30 ~ 17:30	土、日、祝日、 年未年始	
	青少年に関する相談 (青少年育成府中市民会議)	0847 - 41 - 8977	8:30 ~ 17:00	土、日、祝日、 年未年始	

区 分	相談窓口名称	電話番号	開設時間	定休日	備考(特徴など)	
仕事・職場	勤労者こころの電話相談 (中国労災病院・電話のみ)	0823 - 72 - 1252	14:00 ~ 20:00	土,日,祝日, 年末年始	勤労者のこころの健康に関する相談や情報提供	
	広島地域雇用労働情報 コーナー(広島県労働福祉課)	082 - 513-3411	9:00 ~ 16:00	土,日,祝日, 年末年始	労働相談,雇用相談など	
	福山地域雇用労働情報 コーナー(広島県労働福祉課)	084-921-1411	月火木金 9:00 ~ 16:00	水,土,日,祝日, 年末年始	労働相談,雇用相談など	
	広島労働局総合労働相談 コーナー(広島労働局)	082 - 221 - 9296	8:30 ~ 17:00	土,日,祝日, 年末年始	労働相談など	
	窓口相談(広島産業保健推進センター)	082-224-1361	9:00 ~ 17:00	土,日,祝日, 年末年始	原則、労働者数50人以上の事業場、衛生スタッフ等からの相談が対象となります。また、相談日については、受付時にご確認ください。	
	メンタルヘルス対策支援センター (広島産業保健推進センター)	082-223-6617 (082-224-1361)	9:00 ~ 17:00	土,日,祝日, 年末年始	従来の事業場、産業保健スタッフ等からの相談の他、労働者およびその家族等からの相談にも対応。また、職場復帰等にもなる労務管理についての相談にも対応。必要に応じて事業場を個別訪問し支援を行う。	
	健康相談窓口 (呉地域産業保健センター)	0823-22-2326	月6回(不定期,事前に連絡要) 休日相談日 第1日曜日 13:30 ~ 16:30 夜間相談日 第1木曜日 18:30 ~ 21:30	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (福山地域産業保健センター)	084-926-9601	水曜日 13:00 ~ 15:00	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (三原地域産業保健センター)	0848-62-0467	木曜日 13:30 ~ 16:30	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (尾道地域産業保健センター)	0848-23-2277	木曜日 13:30 ~ 16:30	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (三次地域産業保健センター)	0824-64-1314	木曜日 13:30 ~ 15:30	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (広島北地域産業保健センター)	082-873-7960	奇数月の第4木曜日 14:00 ~ 16:00 偶数月の第2月曜日 13:00 ~ 15:30	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
	健康相談窓口 (府中地域産業保健センター)	0847-45-0313	水曜日 13:30 ~ 16:00	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談	
健康相談窓口 (佐伯地域産業保健センター)	0829-20-0032	水曜日 13:00 ~ 15:00	土,日,祝日, 年末年始	労働者数50人未満の事業場の事業者及び労働者からの相談		
経済問題	多重債務相談 (広島県生活センター)	082-223-8811	9:00 ~ 12:00 13:00 ~ 16:00	土,日,祝日,年 末年始	多重債務の解決などの相談 相談内容により,更に専門の 相談窓口を案内	
	多重債務相談 (各地域県民相談室)	呉 0823 - 22 - 5400 東広島 082 - 422-6911 尾三 0848 - 25 - 2011 福山 084 - 931-5522 北部 0824 - 62 - 5522				
	広島市消費生活センター	082-225-3300	10:00 ~ 19:00			火,年末年始
	多重債務相談 (各市町)	各市町の消費者行政担当課にお問い合わせください	各市町の消費者行政担当課にお問い合わせください	各市町の消費者行政担当課にお問い合わせください		
	広島弁護士会紙屋町法律 相談センター (広島弁護士会)	082-225-1600	9:30 ~ 16:00	火,お盆,年 末年始		多重債務やヤミ金融などに関する 弁護士による面接相談 ・予約制,有料
	環境犯罪・悪質商法相談電話 (県警本部生活環境課)	082-221-4194	電話 24時間受付	なし		産業廃棄物の不法投棄事犯等の環境犯罪に関する相談, 悪質な貸金業やヤミ金融に関する相談

区分	相談窓口名称	電話番号	開設時間	定休日	備考(特徴など)
介護	認知症・高齢者の権利擁護相談 (広島県介護予防研修相談センター)	082-254-3434 (相談専用)	電話相談:月~金 9:00~16:30 <専門相談> 認知症介護相談:第1・3 金曜日 14:00~16:00(予約制) 高齢者虐待相談:第2・4 木曜日 14:00~16:00(予約制) 高齢者の権利擁護相談: 第1火曜日 14:00~16:00(予約制) 成年後見制度相談:第3 火曜日 14:00~16:00(予約制)	土,日,祝日, 年末年始(12月 28日~1月4日)	認知症介護や判断能力が不 十分な方の財産管理,高齢者 虐待に関する相談など
	福祉用具・住宅改修相談 (広島県介護予防研修相談センター)	082-254-1166	9:00~16:30	土,日,祝日, 年末年始(12月 28日~1月4日)	本人の自立を高め介護負担軽 減につながる環境整備のボイ ントを紹介する。相談には作業 療法士,理学療法士が対応
	地域包括支援センター (各地域包括支援センター)	各市町の地域包括支援セ ンター(各地域包括支援セ ンター)担当課に,当該セン ターの電話番号等をお問い 合わせください。	各地域包括支援センター にお問い合わせください。	同左	高齢者や家族に対する総合的 な相談・支援 高齢者虐待の防止,早期発見 等の権利擁護 ケアマネージャーの支援,関係機 関との連携・協力
遺された方	精神保健福祉相談 (広島県立総合精神保健福 祉センター)	082-884-1051	面接相談(予約制) 9:00~17:00	土,日,祝 日,年末年始	精神的悩みや病気に関する相 談など幅広い相談
	精神保健福祉相談 (広島市精神保健福祉セン ター)	082-245-7731	電話相談 8:30~17:00 面接相談(要予約) 9:00~17:00	土,日,祝 日,年末年始, 8月6日	
地域生活の さまざまな 問題	警察安全相談電話 (県警本部警察安全相談 課)	082-228-9110 #9110(携帯,デジタル回線 のみ)	電話・面接 8:30~17:30 (時間外は当直が対応)	土,日,祝日, 12/29~1/3	犯罪被害・防犯に関する相談
	犯罪被害相談 (広島被害者支援センター)	082-544-1110	電話月・水・木・土 10:00~16:00	火,金,日, 8/13~16, 12/28~1/4	犯罪被害に関する相談
	生活・福祉に関する困りご と相談 (各市町社会福祉協議会)	各市町の社会福祉協議会 にお問い合わせください。	各市町の社会福祉協議会 にお問い合わせください。	同左	生活・福祉に関する困りごと相 談
地域生活の さまざまな 問題	県民相談 (広島県生活センター)	082-223-8811			
	県民相談 (各地域県民相談室)	呉 0823 - 22 - 5400 東広島 082 - 422-6911 尾三 0848 - 25 - 2011 福山 084 - 931-5522 北部 0824 - 62 - 5522	9:00~12:00 13:00~16:00	土,日,祝日,年 末年始	行政相談,民事相談,家事相 談,交通事故相談
	消費生活相談 (各市町)	各市町の消費生活室,セン ター等にお問い合わせくださ い。	各市町の消費生活室に お問い合わせください。	土,日,祝日, 年末年始	消費生活に関する相談
法的問題	法テラス広島 (日本司法支援センター広 島地方事務所)	050-3383-5485	面接相談/毎週火・木 13:30~16:30 事前電話予約制	土,日,祝日, 年末年始	離婚,相続,損害賠償,クレ ジット・サラ金相談など民事全 般 収入・資産が一定基準以下の 方対象 相談時間は30分程度 相談回数に制限あり 出張相談なし