

実地診療に役立つうつ病診断のポイント

Point of Diagnosis of Depression in Primary Care Practices

医療法人五省会出島診療所 所 長 中根 允文
長崎大学 名誉教授

気分障害の分類

うつ病は、国際疾病分類第10版（ICD-10、WHO）にせよ、精神疾患の分類と診断の手引第4改訂版（DSM-IV-TR、APA）にせよ、気分障害の1つの亜型であり、それぞれに診断指針ないし診断基準が詳細に提案されており、それらを活用すれば診断できそうである。ただ、1つの亜型であるから、他の亜型にも目配りをし、さらには他の精神疾患との鑑別をしておかないと、治療およびその結果に相応の影響をみると知っておくべきである。換言するなら、まずは精神疾患全体の中での大まかなポジションを、ついで気分障害の中の位置を把握しておくことが大事である。表1には、ICD-10Fにおける精神疾患の2桁分類を挙げているが¹⁾、これだけではそれぞれにどのような疾患名が具体的に含まれているのか判明しないであろう。実際には、3桁分類および4桁分類、

中には5桁、6桁分類まで準備されているので、臨床現場では少なくとも3桁分類の活用が勧められる(表2)²⁾。

うつ病を含む気分障害ICD-10：F3（F30-F39）は、双極性障害と単極性障害および持続性の気分障害に大き

表1 ICD-10F精神・行動の障害の2桁分類

code	疾患群
F0	症状性を含む器質性精神障害
F1	精神作用物質使用による精神および行動の障害
F2	統合失調症、統合失調型障害および妄想性障害
F3	気分（感情）障害
F4	神経症性障害、ストレス関連障害および身体表現性障害
F5	生理的障害および身体的要因に関連した行動症候群
F6	成人のパーソナリティおよび行動の障害
F7	精神遅滞 [知的障害]
F8	心理的発達の障害
F90-F98	小児期および青年期に通常発症する行動および情緒の障害
F99	特定不能の精神障害

文献1)より作成

表2 ICD-10FとDSM-IV-TRにおける気分障害関連の分類表

ICD-10F	DSM-IV-TR
F30 躁病エピソード	
F30.0 軽躁病	軽躁病エピソード（コード番号なし）
F31 双極性感情障害（躁うつ病）	・双極性障害
	296.40；-.4x；-.5x；-6x；-.7 双極Ⅰ型障害
	296.89 双極Ⅱ型障害、うつ病
	・うつ病性障害
F32 うつ病エピソード	
F32.0 軽症うつ病エピソード	} 296.2x 大うつ病性障害、単一エピソード
F32.1 中等症うつ病エピソード	
F32.2 重症うつ病エピソード（精神病症状なし）	
F32.3 重症うつ病エピソード（精神病症状あり）	
F33 反復性うつ病性障害	296.3x 大うつ病性障害反復性
F33.0 現在軽症エピソード	
F33.1 現在中等症エピソード	
F33.2 現在重症エピソード（精神病症状なし）	
F33.3 現在重症エピソード（精神病症状あり）	
F34 持続性気分障害	
F34.1 気分変調症	300.4 気分変調性障害
F41 他の不安障害	
F41.2 混合性不安抑うつ障害	311 特定不能のうつ病性障害
F43 重度ストレス反応および適応障害	
F43.2 適応障害	309.x 適応障害
F43.20；.21 短期・遷延性抑うつ反応	309.0 抑うつ気分を伴うもの
F43.22 混合性不安抑うつ反応	309.28 不安と抑うつ気分の混合を伴うもの

文献2)より作成

く3分される、ただDSMシステムでは双極性障害をさらに細かくⅠ型・Ⅱ型に分類している。単極性障害のうつ病については、多くは初発のうつ病エピソードの時に利用する単一のエピソード（F32）であるか、反復性のエピソード（F33）であるかに分けられ、ICDシステムでは認められる症状数および精神病性症状の有無などから重症度や合併症状による亜型分類がなされる。つまり、うつ病だけ（F32、F33）であるか、躁病性の様相を含む（F31）か否かが、その後の診断に影響すると知っておくべきであろう。薬物療法から考えると、ふつう、前者は抗うつ薬が、後者は気分調整薬が適応となる。表2にみるように²⁾、気分障害関連の章はICDとDSMの間で必ずしも十分にマッチしているわけではなく、特にICD-10Fでは、F4で不安を伴う抑うつも1つの亜型として呈示されている。

うつ病の臨床症状

診断に当たって重要なのは、抑うつ症状の確認である。代表的な精神症状³⁾は、抑うつ気分（落ち込んだ気分、悲しい、楽しめない等）、思考の制止・抑制（考えが進まない、まとまらない、優柔不断等）、精神運動抑制（気力がわかない、おっくう等）であり、さらに睡眠障害や痛み症状、全身の倦怠感といった身体症状を伴う。こうした症状が、ほぼ2週間以上、毎日持続していた場合には、うつ病性の障害が示唆される。本人の訴えに加えて、関連の状態が周囲の情報からも確認できれば、うつ病の診断に至る。

鑑別診断の重要性

当該者に対してうつ病に関わる質問紙票（自記式アンケート）への記入を依頼したり、症状評価チェックリストに従って症状の有無を確認したりすることがしばしば行われるが、診断を確定するためには本人の表情や態度、および面接における言動反応のありようを観察しておくことが重要である。他の精神疾患と同様に、いわゆる身体医学的な理学検査で診断が確定されるわけでない、ある程度の時間をかけて面接する必要がある。

精神科や心療内科以外の一般診療科では、多くが身体的な懸念で受診することになるので、身体疾患罹患の有無や重症度は確認されるが、精神的な問題は等閑視されることがまれならずある。そこで精神的な問題の有無を探るために、筆者らは教育パッケージ⁴⁾の中で、①この1カ月間に原因がはっきりしない持続的な痛みや身体症状に悩まされていませんか、②最近の睡眠の具合はいかがですか、③この1カ月間で少なくとも2週間、気分が落ち込んでいたり、以前は楽しかったことに興味をなくしたり、いつも疲れていると感じたり、不安を感じたり、あるいは物事にくよくよ悩んだりしましたか、④最近

1日にどのくらい、お酒を飲みますか、などの問いかけを、うつ病症状をより詳細に確認する前に尋ねてみることを勧めている。

特定の身体疾患や精神疾患を基盤にして、うつ病が併発してくることがあるので、これも鑑別されるべきであろう。例えば、内分泌疾患（更年期障害を含む）や悪性腫瘍、あるいは神経疾患（パーキンソン病、脳梗塞など）や表2以外の精神疾患〔F0（F03）認知症、F2（F20）統合失調症、F6パーソナリティ障害〕でも抑うつ症状を発現してくることが少なくない。

プライマリケアを受診する患者の中には、不安症状を伴う場合が多いことが知られ、ICD-10Fでは、この両者の識別が困難な場合を想定して「混合性不安抑うつ障害」の範疇（F41.2、F43.20、F43.22）を提案している。ただ、不安と抑うつのいずれが先行したか、またはいずれが日常生活の支障に強く関わっているかを把握しておくのは治療上重要である。

非定型うつ病

近年、うつ病の非定型化がしばしば言及される。非定型うつ病について、DSM-IV-TR⁵⁾では、気分反応性の有無や過食・過眠傾向を重視している。つまり、定型的なうつ病症状に加えて、気分反応性（何か良いことが起こったり、起こる可能性があることに反応して、気分が明るくなること）や過眠傾向、明らかな体重増加または食欲亢進を認める場合には非定型のうつ病ないしは双極Ⅱ型であることを考えるべきとされる。ただ、外来診療では定型うつ病が一般的で、補足的に2、3項目の問いかけをする注意が必要であるということであろう。

定型うつ病にとって重要な問いかけは、ICD-10Fの診断基準に則れば「①明らかに異常で著しい抑うつ気分が、周囲の状況に影響されることなく、少なくとも2週間のほとんど毎日かつ1日の大部分続く、②ふつうだと楽しいはずの活動における興味や喜びの喪失」である。面接時間が十分に確保できないと、質問紙票調査を行うことになるだろうが、やはり必要な質問をしながら抑うつ症状の有無と重症度を聞き出しておくことが重要である。うつ病では、憂うつ気分、貧弱な言語表現などが代表的とされるが、うつ積した抑うつではいらいら感や不機嫌・焦燥感などが目立つこともある。

（文 献）

- 1) 融 道男, 中根允文, 小見山実, 他 監訳: ICD-10精神および行動の障害—臨床記述と診断ガイドライン—. 医学書院（東京）: 2005.
- 2) 中根允文, 小澤寛樹 監: 精神障害の分類システム. ICD-10、ICD-9とDSM-IV-TRの対照表. 私費出版（長崎）: 2006.
- 3) 中根允文, 吉武和康, 園田裕香 訳: プライマリケアにおける精神疾患の診断と診療指針. ライフサイエンス出版（東京）: 1998.
- 4) 長崎大学医学部精神神経科学教室社会精神医学研究班: WHO Education Package Mental Disorders in Primary Care プライマリ・ケアにおける精神障害. ライフサイエンス出版（東京）: 2000.
- 5) 高橋三郎, 大野 裕, 染矢俊幸 訳: DSM-IV-TR精神疾患の分類と診断の手引. 医学書院（東京）: 2003.