うつ病患者に対する介入マニュアルの作成に関する研究、及び、認知療法的介入の有用性に関する研究

分担研究者　大野裕　慶應義塾大学専任講師

研究要旨
うつ病は有病率が高く、うつ病にかかることで死亡率が高まり、医療経済的にも大きな負担になることが明らかになり、世界的に注目されていることから、先行研究を検討し、より少ない質問項目でスクリーニングするとともに、ライフイベンツやうつ病と他の精神医学的障害の併存など、他の要因を加味したスクリーニングを行う必要性を指摘した。さらに、地域だけではなく、プライマリーケア場面でのスクリーニングも重要であることを示し、それらの際の介入プログラム案を提示した。

A．研究目的

うつ病は有病率が高く、うつ病にかかることで死亡率が高まり、医療経済的にも大きな負担になることが明らかになり、世界的に注目されている。ちなみに、欧米の報告では、うつ病の時点有病率は、うつ病性障害の生涯有病率は、米国精神医学会の診断分類マニュアルである「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」(American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (4th edition revised). American Psychiatric Association, Washington, DC 1994 (高橋三郎、大野裕、染矢俊幸訳「DSM-IV 精神疾患の診断・統計マニュアル」、医学書院、１９９６）によれば、男性で５％から12%、女性で10%から25%であり、時点有病率は3%から7%である。

また、プライマリーケアの臨床場面では 5－10%、入院患者では 10-14%の本患者がうつ病性障害にかかっていると推定されている。しかも、大うつ病性障害の診断基準を満たさない軽症うつ病の患者はその 2 倍から 3 倍に上るとされている。

世界精神医学会は、こうした問題を受けてプライマリーケア場面での介入が重要と考え、発展途上国を中心にプライマリーケア医に対する教育的支援を行い、うつ病の診断と治療の技能向上を図るプログラムを実施している。こうした試みはこのほかにも、英国をはじめとする様々な国で行われている。

このようにうつ病に対する治療効果を高めようとする試みは、うつ病によって日常の機能障害が引き起こされることはもちろん、自殺の危険性を高めるためでもある (Conwell Y, et al.: Relationships of age and Axis I diagnoses in victims of completed suicide: a psychological sutopsy study. Am J Psychiatry 153:1001-1008, 1996)。このようにうつ病が高齢者の自殺の危険因子であることは広

く認められている。米国においては加齢とともに自殺率が上昇することがわかっており、同様の傾向は日本でも認められている (Takahashi Y, et al.: Suicide and aging in Japan: an examination of treated elderly suicide attempters. International Psychogeriatrics 7:239-251, 1995)。ちなみに、米国の白人男性の場合高齢者の自殺率は一般人口の6倍にもなるとされている。また、うつ病を有する高齢者は、一般臨床医を受診することが多いことが明らかになっている。

こうした状況を考えると、うつ病を早期に発見し、的確に治療することが極めて重要であることがわかる。例えば、スウェーデンのゴットランドで行われた研究によれば、一般医をトレーニングする導入することによって、自殺を減少させたと報告されている。

そこで、本研究では、地域に介入することによってうつ病を早期に発見し、その転機としての自殺を予防するためのマニュアル作成の基礎的調査を行った。

B．研究方法

これまで発表された論文をもとに、うつ病のスクリーニングとその転機としての自殺を予防するためのマニュアル作成の基礎となる情報を収集した。

C．研究結果

German ら (German et al.: Mental health of th eelderly: use of health and mental services. J Am Geriatr. Soc. 1985;33:246-252) によれば、高齢者のうつ病は診断されることが少なく治療されることも少ないという。そこで、早期に抑うつ者を発見して介入することが重要になるが、

すでに我が国では、新潟県東頸城郡松之山町において長年にわたる老人自殺予防活動を行い、高い成果を上げている (高橋邦明他：における老人自殺予防活動一老年期うつ病を中心に一、精神神経学雑誌 100:469-485, 1998)。

これは、1986年11月から1996年12月まで行われた活動であり、まず同地域の老人のうつ病と自殺の実態調査が行われた。ついで、スクリーニング方法として用いられた自己評価うつ病尺度（ＳＤＳ）の得点が60点以上であった老人、および診療所医師や保健婦が危険性が高いと判断した老人に対して、研究用診断基準（ＲＤＣ）を用いて診断面接を行った。その結果、自殺の危険性が高いと判断された老人に対して一定の治療方針が立てられ、診療所医師によって治療が、保健婦によって保健福祉的ケアが行われた。その結果、自殺予防活動前17年間の老人自殺率が434.6人/10万人であったのに対し、活動開始後10年間の老人自殺率は123.1人/10万人と激減した。ちなみに、活動中に自殺した老人13人中9人が診断面接の対象になっており、そのうち7人がうつ病であったという結果も得られている。

こうしたことから、地域の自殺予防の成果を上げるためには、地域の行政機関、保健婦、地域の医師が協力してうつを早期に同定し治療的介入を行うことがきわめて重要であること、そして地域でうつ病や自殺などの精神保健に関する問題を積極的に話し合えるような雰囲気を作り上げていくことが重要であることが指摘されている。

この研究では、スクリーニングとして修正版のＳＤＳ（須賀良一、他：新潟大学式うつ病自己評価尺度（ＮＳＤＳ）の老年期うつ病のスクリーニングテストとしての有用性について、臨床精神医学 19:279-286, 1990) が使われているが、このほかにも Beck Depression Inventory、CES-D (Center for Epidemiologic Studies Depression Scale) 、General Health Questionnaire、Geriatric Depression Scale、

Hamilton Rating Scale、Hopkins Symptom、IDS (Inventory for Depressive Symptomatology)、Zung Depression Scale (SDS)、Hospital Anxiety Depression Scale (HADS)など、様々な時期評価尺度が開発されている。

また、より簡便にうつ状態を評価しようという試みも行われており、Berwick DM ら(Berwick DM, Murphy JM, Goldman PA, et al.: Performance of a five-item mental health screening test. Medical care 29:169-176, 1991) は、以下に挙げたような、Mental Health Inventory の短縮版である Mental Health Inventory 5項目版 (MHI-5) を用いることによって、Diagnostic Interview Schedule (DIS) で評価される精神医学的障害をスクリーニング可能であることを報告している。

1. (過去1ヶ月間) 非常に不安な人間だということが (どの程度ありましたか) ? (不安)

2. (過去1ヶ月間) 落ち着いていて穏やかに感じることが (どの程度ありましたか) ? (全般陽性感情)

3. (過去1ヶ月間) 落ち込んでいて暗い気持ちになることが (どの程度ありましたか) ? (うつ)

4. (過去1ヶ月間) 幸せな人間だということが (どの程度ありましたか) ? (全般陽性感情)

5. (過去1ヶ月間) 落ち込みが強くて、なにをしても元気にならないということが (どの程度ありましたか) ? (行動/情緒コントロール)

なお、Berwick DM らによれば、大うつ病のスクリーニングするには、「3. (過去1ヶ月間) 落ち込んでいて暗い気持ちになることが (どの程度ありましたか) ?」という1項目で充分であるという。

また、Parkerson Jr. GR ら(Parkerson Jr. GR, Broadhead WE, Tse C-K J: Anxiety and depressive symptom identification using the Duke Health Profile. J Blin Epidemiol 1996;49:85-93) は、Duke Anxiety-Depression Scale (DUKE-AD) と State Anxiety Inventory (SAI) と CES-D の得点を比較することによって、DUKE-AD がプライマリケアの患者のうつと不安の同定に有用であることを示している。DUKE-AD で取り上げられている7項目を以下に挙げる。これは3段階評価である。

1. 簡単にあきらめてしまう。
2. なかなか集中できない。
3. 人と一緒にいると気が楽だ。
4. 睡眠
5. 疲れやすい
6. 憂うつ、悲しい
7, 神経質

このほかにも、少ない項目でうつをスクリーニングする方法が様々に検討されており (Broadheal WE, et al.: Development and validation of the SDDS-PC screen for multiple mental disorders in primary care. Archives of Family Medicine 3:65-85, 1995 ; Steer RA, et al.: Differentiation of depressive disorders from generalized angiety by the Beck Depression Inventory. J Clinical Psychology 42:475-478, 1986 ; Rost K, et al.: Development of screeners for depressive disorders and substance abuse history. Medical Care 31:189-200, 1993 ; Wyshak G, et al.: Relationhsip between patient self-ratings and physician ratings of general health, depression, and anxiety. Archives of Family Medicine 3:419-424, 1995 ; Iliffe S, et al.: Evaluation of the use of brief screening instruments for dementia, depression, and problem drinking among elderly people inf general practice. Br J of General Practice 44:503-507, 1994 ;

Gold I, et al. Psychiatric screening in the emergency department: its effect on physical behavior. Annals of Emergency Medicine 18:875-880, 1989;Loke B et al.: Screening for depression: clinical validation of geriatricians' diagnosis, the Breif Assessment Schedule depression cards and the 5-item version of the Symptom Check List among non-demented geritaric inpatients. International Journal of Geriatric Psychiatry 11:461-465, 1996;Herman N et al.: A validation study of the Geriatric Derpession Scale short form. International Journal of Geriatric Psychiatry 11:457-460, 1996)、我が国でも、我が国の実状にあった簡易スクリーニング方法を開発する必要性があると考えられる。

なお、こうした自記式の質問票に先立って、うつ病や自殺の危険因子を同定することも重要である。Steffens DC ら (Steffens DC, Hays JC, George LK, Krishnan KRR, Blazeer DG: Sociodemographic and clinical correlates of number of previous depressive episodes in the depressive elderly. J Affective Disorders 1996;39:99-106) は、自記式のうつ病尺度のひとつであるＣＥＳ－Ｄを用いて、再発の予測因子について検討し、若年、若年発症、気分変調症、自殺可能性、ソーシャルサポートの自覚的な欠如、がその因子と考えられることを報告している。再発の回数の多い患者は重篤である可能性が高く、積極的な治療をする必要があり、その際にこうした要因を明らかにすることが有用である。

また、前述した松之山町の調査では、ＳＤＳの得点が60点以上であることの他に、以下に挙げる状況が存在する場合には自殺の危険が高いと判断して積極的に介入しているという。

1） 過去にうつ病相があった老人
2） 自殺をほのめかしている老人
3） 配偶者が死亡した直後の老人
4） 医療機関から退院直後の老人
5） 最近、親族や近隣に自殺が発生した老人

また、Maier & Falkai (aier & Falkai: The epidemiology of comorbidity between depression, anxiety, and somatic diseases. Intenational Clinical Psychopharmacology 1999, 14(supple2):S1-S6) によれば、うつ病、全般性不安障害、身体表現性障害はプライマリーアでも一般人口でも多い障害であり、併存していることが多いという。しかも、こうした障害が併存している場合には、（1）心理社会的な機能が障害される、（2）自殺企図・既遂の危険性が高まる、（3）治療反応性が低下し、予後が悪くなる。以下に、自殺の危険性を表示する。（表1）

以上のことからも、併存を知り治療することが重要であることがわかる。また、多い報告では自殺者の３分の２が死の一ヶ月以内に医師を受診しているが、抑うつ患者が自分から自殺念慮について医師に話すことはなく、医師が注意することが重要であると指摘されている。つまり、自殺患者の多くが自殺前に医師のもとを受診してることを考慮すると、早期に介入して治療お骨を行うことが重要である。しかし、自ら自殺念慮があることを訴える患者が少ないことを考えると、地域および医療機関での積極的な介入が必要になるのである。

こうした先行研究の成果をふまえて Hirschfeld RMA & Russel JM (Hirschfeld RMA & Russel JM: Assessment and treatment of suicidal patients. New England Journal of Medicine 337:910-915, 1997) は、うつが疑われた場合に自殺の危険性を同定するための段階

的な介入プログラムを提示している。ここでの質問の内容は、Spitzer らがプライマリケア医のために開発した PRIME-MD (Spitzer RL, et al.: Utility of a new prodedure for diagnosing mental disorders in primary care: the PRIME-MD 1000 study. JAMA 272:1749-1756, 1994) に基づいている。

A）社会的危険因子を評価する
高齢
未婚
白人
男性
独居

B）ストレス因子について質問する
健康状態
経済状態
夫婦関係
家族状況
法的な問題の有無
職業上の問題の有無

C）うつおよびそれに随伴する不安もしくは焦燥感をスクリーニングする
悲しみ、暗い気持ち、空虚感を体験したか?
この2週間に、以下の項目の少なくとも2つを満たしているか?
入眠障害、途中覚醒
けん怠感、エネルギーの欠如
食欲低下もしくは過食
ものごとをすることにほとんど関心がなく、喜びを感じない
自分自身について悪く考える
集中困難
落ち着きのなさ
不安、神経質、いらいら感を感じていましたか?
不安発作かパニック発作が最近ありましたか?

D）アルコール乱用をスクリーニングする
お酒の量を減らさないといけないと感じていますか?
お酒を飲み過ぎると他の人から非難されたことがありますか?
お酒を飲むことについて罪悪感を感じたほどがありますか?
気持ちをつけたり、二日酔いを抑えるために、朝まず最初にお酒を飲むということがありましたか?
(2 つ以上を満たせばアルコール乱用の可能性がある)

E）自殺の危険性を評価する
死ぬこと、自殺をすることについて考えたことがありますか?
はいの場合には以下の質問をする：

計画を立てていますか?
それは実行可能ですか（銃や毒が手元にある）
自殺をする練習をしてみましたか?
自殺しようという気持ちはどのくらい強いものですか?
自殺をしたいという気持ちに抵抗することができますか?
自分自身を傷つけたり殺したりするようにという声が聞こえたことがありますか?
過去の自殺企図について質問する。特にその気持ちの強さについて尋ねる。
家族の自殺について尋ねる。

なお、米国での報告であるが、プライマリーケア医は以下のような場合に専門医への紹介を考えることが望ましいとされている。

1）抗うつ薬を２種類試してみて効果がなかった場合。

2）　自殺念慮が強い場合

3）　不安障害を合併しているなど、多剤を併用する必要がある場合

4）　焦燥感が強く、ＥＣＴを考慮する必要がある場合

5）　診断がはっきりしないとき（例：うつ病の既往がなく、植物神経症状がはっきり認められず、不定愁訴を調べても器質的な要因がはっきりしない場合）

D．考察

自殺した人の９割以上が精神学的障害にかかっていたという報告が一般的である。特に、若年者では精神分裂病、中年ではアルコール乱用、そして高齢者ではうつが自殺の前に存在していることが多いということが明らかになっている。また、うつとアルコール乱用が併存している場合、およびうつと不安が併存している場合には自殺の危険性が高まるとされており、こうした精神症状を簡便に同定することが有用と考えられる。

しかし、うつ状態を同定しても、医療機関の受診や向精神薬の服用を躊躇する患者は少なくない。そこで、以下にうつについて保健婦等の地域医療従事者がうつ病について地域住民に説明する場合のポイントを記載した。

1）うつ病の説明（案）

うつ病に対する一般の人の認識はずいぶん変わってきてはいるが、いまだに抵抗感を示す人が少ないのも事実である。とくに、精神的な問題が存在するという指摘は、自分が精神的に弱い人間だと決めつけられたように感じられやすい。したがって、患者や家族にはまず、うつ病は性格の欠陥や人間的な弱さを意味するものではないということを説明するようにする。そして、「医学的治療の対象となる病気である」ということを理解してもらうようにするのが望ましい。そのときに、人間の感情や思考は脳のなかの神経の働きで起こっていて、うつ病はその神経と神経を結ぶ神経伝達物質と呼ばれる化学物質のバランスが崩れて生じているといった説明をするのも一つの方法である。こうした理解は、受診動機を高めるためだけではなく、薬物療法を行う際の服薬順守性を高めるためにも重要である。抗うつ薬など精神科の薬を服用することに抵抗感を持っている患者の数はかなりの数に上るが、そうした患者に、脳内で起きている化学物質のこうした変化について説明しながら薬の効用について話をすることによって、患者の協力がえられやすくなる。

さらに、このような脳内物質の変化がおこるときには、「ストレス因子となるようなきっかけがある場合が多い」という話をする。これは、環境調整などの社会的治療や、気持ちの切りかえなど心理的な治療を行う上で重要である。しかし、ときにはきっかけがない場合もあり、ストレスがないからといってうつ病を否定することはできないという話をしなくてはならないこともある。

うつ病について説明するときには治療可能性についても同時に話しておくようにする。つまり、うつ病には「有効な治療法がある」し、「たくさんの選択肢のなかから」適切な治療法を選んで治療をすれば「必ず治る」病気だと伝えるのである。ただ、治療の経過は「人によってさまざま」なので、辛抱強く治療に取り組んでいってほしいということも伝える必要がある。また、治療を受けて症状が改善してきた患者には、うつ病は再発しやすい病気なので、良くなったからといってすぐに薬をやめたりするなど、「自己判断で薬を調節しない」で、「何でも相談するように」伝えることが望ましい。

2）服薬指導

かりに医療機関を受診したとしても、向精神薬をを続けることに抵抗感を抱く人は少なくない。「薬を飲んで本当に役に立つんですか」と尋ねる人や、「薬を飲んでも、どうせ何も変わりませんよ」と決めつけてしまう人が少なからず存在する。そうした人たちに対しては、「飲んでみないと、役に立つかどうかはわかりませんが、飲む前から役に立たないと決めつけてしまうのは、マイナス思考すぎるのではないでしょうか」と話すようにする。認知療法の基本的な理解からもわかるように、気分が沈み込んでくるとすべてにマイナス思考になり、薬物療法をはじめとする様々な治療法に対しても悲観的になりやすいからである。そのために、薬物療法に対しても実際に服用する前から効果がないと決めつけることがあるのである。

しかし、たとえ試しにでも、薬を飲むことに不安を感じる人も少なくない。臨床場面では、「薬を飲み始めるとやめられなくなるのではないか」「どんどん薬の量が増えていってしまうのではないか」と心配して質問する人が多い。精神に作用する薬物ということで、自分の精神機能が変えられて別の人間になってしまうかのような不安を感じている。「薬に頼らないといけないほど弱い人間じゃありません」と言う人もいる。

こうした人に対しては、骨折などにたとえて話をすると受け入れられやすいことがある。つまり、脚の骨を折ったときに、筋肉を強くしなくてはいけないからといってその脚を使って歩こうとするとかえって障害が進むのと同じように、服薬をしないで自分の力だけでがんばろうとすると精神的なつらさがましてくるという話をする。薬物療法は、骨折した骨を固定して安定させるギプスのようなもので、それをどのように利用するかが大切だと言うような形で指導を行う。

もちろん、薬に頼ってしまうと、自分の力で問題を解決できなくなる危険性があり、望ましくない。薬に対する期待感が強すぎて、薬を飲むとすぐに効果が現れて楽になるのではないかと考え、すぐに効かないとがっかりしてのむのをやめてしまう人もいる。しかし、抗うつ薬は飲んですぐに効果が現れるわけではなく、効果発現までに時間がかかることを伝えることも重要である。

また、抗うつ薬の服用を嫌って、代わりにアルコールを飲用する人もいる。しかし、アルコールは、やめられなくなるという依存性や量を増やさないと効果が薄れるという耐性が強く、アルコール依存なまで発展してしまう危険性さえある。これは重要なことだが、うつ病とアルコール依存の併存は自殺の危険性を高める。したがって、そうした依存性物質を用いた自己治療は避けるように指導する。

（参考）

うつ病の精神療法として注目されている認知療法は、上記のような介入に際しての技法として有用である。以下に、認知療法について説明する。

認知療法 Cognitive Therapy とは、人間の情緒が認知のあり方によって大きく影響を受けるという理解にもとづき、認知のあり方に働きかけることによって情緒状態を変化させることを目的とした短期の精神療法である。認知療法は、うつ病に対する精神療法として開発されたが、その後、神経症性障害、ストレス関連障害、精神病性障害、さらにはリエゾン・コンサルテーション領域などその適用範囲は広がりを見せている。また、リハビリテーション場面における

気持ちのコントロールや、行動への働きかけの際にも有用なアプローチである。
認知療法の基本的な考えは、ものの考え方や受け取り方を変えることによって抑うつ感や不安感をやわらげようとするところにある。認知療法の近縁の治療法のひとつに、行動療法的技法を重視する認知行動療法があるが、認知療法は行動療法だけでなく、精神分析療法などの精神力動的精神療法なども取り入れた統合的な精神療法である。

うつ病患者が悲観的な考え方をすることは臨床的によく知られた事実であったにもかかわらず、それが精神科治療で本格的に利用されるようになったのは、アーロン・ベックが抑うつ状態と歪曲された認知過程との関連、とくに彼が否定的認知の３徴と呼ぶ自己、世界、将来の３領域における悲観的な考えとの関連を明らかにしてからのことである。

人間は、自分が置かれている状況を絶えず主観的に判断し続けている。これは、半ば自動的にそして適応的に行われているが、強いストレスを受けるなど特別な状況下では非適応的な反応を示すようになってくる。そして、そのために抑うつ感や不安感が強まり、さらに認知の歪みを引き起こすことになる。
たとえば、自分の努力が報いられず大切なものを失ったと考えた場合には、気持ちが沈み込んでくる。そして気持ちが沈み込んだ結果、考え方や受け取り方がますます悲観的になり、行動が非適応的になり、それがまた気分に影響するという悪循環が生まれる。不安は、危険に直面しているという考えと、その危険に対処するだけの力が自分にないという判断から生じてくる。他の人から不公平な扱いを受けたと判断すると、怒りを感じる。

こうした反応は現実に基づいている場合もあるが、かなり主観的に現実を歪曲している場合もある。その思考／認知過程の歪曲は、大きく二つのレベルに分けて考えていく。それは、自動思考 automatic thought と、仮定 assumption もしくはスキーマ schema である。自動思考というのは、ある状況で自然にそして自動的に沸き起こってくる思考およびイメージである。つまり人は、意識する意識しないにかかわらず、その状況や自分の態度を自分なりに分類し、解釈し、評価し、意味付けしている。そして、それによって、その個人の行動的および情緒的反応が規定されてくる。

一方スキーマは、生得的要因と環境的要因の影響を受けながらそれまでに体験したことがらに基づいて形成された、心の底に気づかれないまま存在しているすぐれて個人的な確信である。そしてこれが、周囲からの情報を取捨選択する基準を提供する。「自分には力がない」と思っている人は他の人からの支えに敏感になるし、「自分は強い」と確信している人は危険に対する評価が甘くなる。「世の中は危険だ」と考えている人は危険の兆候を見逃さないようにしようとするし、「世の中の人はみんな優しい」と信じている人は、他人の否定的な反応も肯定的に解釈しがちになる。「人から愛されなければ生きている価値がない」と思うと愛に対して過敏になるし、「人から嫌われてもどうってことはない」と考えると人の反応に鈍感になる。

上述したような思考－感情－行動の悪循環を断ち切るためには認知過程の修正が必要になる。その認知過程の修正を、できるだけ短期で、しかも以下に述べるような構造化された形で行うのが認知療法である。症例によっては長期にわたることも少なくないが、いずれの場合も、精神療法の全体的な流れは「起承転結」の形で考えることができる。「起」の段階では、問題点を洗い出して治療方針を立てることが主要な課題になる。次の「承」の段階では、自動思考に焦

点をあて後述するような認知の歪みを修正していく。

1）根拠を探す（「そう考える根拠はどこにあるのか」）

まず第一に、気持ちが動揺したときに患者が考えていたことを少し丁寧に見返すようにすすめる。そして、「いったい何を根拠に自分はこのように考えたんだろう」、「それを裏付ける事実にはどのようなものがあるんだろうか」、「逆の事実はないものだろうか」と心に問いかけてみて、そのように考える根拠を探してみるのである。そうすれば、考えが少しずつ現実的なものになり、視野が広がってくる。

2）結果について考える（「だからどうなるというんだ」）

しかし、どうしても自分の判断が正しいように思えるときがある。その場合には、結果について再検討する。「それが本当だとして、どんなひどいことが起こるんだろう」「それはどの程度重要なんだろう」「違った行動をすれば、何か困ったことが起きるんだろうか」と、考えてみるのである。客観的に考えることで対処法を見つけだすようにするのである。

3）代わりの考えを探す（「別の考え方はないものだろうか」）

そして、最後に、いままでの硬直化した考えから解放されて、現実的で柔軟な考え方を見つけだすようにする。そのときには「五つのコラム法」が役に立つ。それは、紙に線を引いて五分割にし、第一のコラムにその場の状況を、第二のコラムにそのときの感情や気持ちを、第三のコラムにそのとき瞬間的に浮かんでいた考えを、第四のコラムにはその自動思考に代わる考えを、第五のコラムには考えを変えて気持ちがどのように変化したかを書き込んでみて、ものの見方や考え方をより現実的なものに変えていくようにする。

最後になるが、一般的にはこうした精神療法的アプローチだけでなく、薬物療法も同時に行う方が望ましい。なお、薬物療法に導入する際にもうつ病患者は、「こんなやり方で治るはずがない」、「薬は効かないに決まっている」など、治療に関してもゆがんだ認知をしていることが多いことから、薬物療法などの治療に関する悲観的な認知を修正して治療順守性を高めるためにも認知療法は有効であると考えられている。

そして、「転」の段階では、より心の奥底にあるスキーマに焦点を当て、「結」の段階で治療終結に向けて進んで行くことになる。もっとも、実際の治療では、「起承転結」ときれいに分けられることはまれで、それぞれに重複しながら進んでいくものである。

なお、一回の面接の中でも、こうした起承転結の流れを頭において話を進めて行くのがよい。このとき、セッションで話し合う話題が拡散するのはできるだけ避けるようにして、一つか二つの話題について集中的、多面的に話し合った方が良い。また、認知療法ではセッションとセッションの間に患者が行動し体験することを重視するので、面接の終わりにはその回に話し合われたことを生かすようなホームワークを出すこともある。

最後になるが、認知療法のような問題解決指向的な精神療法では、良好な治療関係を維持することがとくに重要になる。そして、患者を暖かく受け入れると同時に、患者の考えや思いこみを治療者と患者が一緒になって「科学者」のように検証していく協調的実証主義と呼ばれる関係を強調する。患者は、「今度の失敗は致命的だ」「友達は自分のことを疎ましく思っているにちがいない」といった極端な考えに支配されて

いる。そうした考えの妥当性を、治療内外での患者の体験を通して一緒に検証し直すのである。そのときに治療者は、ソクラテス的質問と呼ばれるような、患者が自分で答えを見つけだしていけるような形の質問をしていく。そのためには、患者が自分の意見を表現しやすい雰囲気を作り出すように配慮することも大切である。治療者の言葉、態度に対する患者の反応に気を配りながら、暖かい雰囲気の中で相互交流を促進するようにするのである。

E. 結論

簡易質問紙を中心にスクリーニングを行い、うつ病及び自殺の危険性のある患者に対していり的な視点を入れながら介入し、医療機関の受診と服薬遵守性を高める方法についてまとめた。

表１
うつと不安障害とが併存している場合の自殺の危険性

	生涯の自殺企図
ECA study - Johnson et al. (1990)	
Depression (uncomplicated)	7.9%
Panic disorder (uncomplicated)	7.0%
Depression + panic disorder (comorbid*)	19.5%
Zurich study - Angst et al. (1992)	
Depression	18.0%
Panic attacks	5.0%
Depression + panic disorder (comorbid*)	29.0%
Lepine et al. (1993)	
Panic disorder (uncomplicated)	17.0%
Ppanic disorder + major depression(comorb	50.0%

*一部は第３の障害（アルコール依存症）の併存による
ECA: Epdemiological Catchment Area Study

地域疾患登録及び国保連レセプト等とのレコードリンケージに関する研究

分担研究者　三田禮造　弘前大学医学部

研究要旨
うつ病は、他の疾患の罹患率や死亡率を高めることが明らかになっている。それは、自殺を介した死亡率の上昇によるだけでなく、他の疾患に対する直接的な影響も関連しているからである。本研究では、うつ病性障害と一般身体疾患の関連について検討し、うつ病が、主要な生活習慣病の発病率や予後に影響することを明らかにした。今後は、倫理面を充分に考慮しながら、地域疾患登録及び国保連レセプト等とのレコードリンケージも視野に入れながら、らに研究を進める必要がある。

A．研究目的

うつ病は、他の疾患の罹患率や死亡率を高めることが明らかになっている。それは、自殺を介した死亡率の上昇によるだけでなく、他の疾患に対する直接的な影響も関連している。
米国の一般住民 2980 人を対象にした調査によれば、大うつ病性障害を有する患者の機能障害の程度は 4.78 であり、小うつ病性障害の機能障害は 1.55 であった。しかも、小うつ病性障害は有病率が高いために、大うつ病性障害よりも 51%も障害率が上昇すると推計されている。

また、Penninx BWJH ら (Penninx BWJH, Geerlings SW, Deeg DJH, van Eijk JTM, van Tilburg W, Beekman ATF: Minor and mahor depression and the risk of death in older persons.ArcGen Psychiatry 1999;56:889-895) は、オランダの５５歳から８５歳までの３０５６人を５０ヶ月フォローアップし、一般の高齢者のうつと mortality との関係を調べた。その結果、小うつ病：男性では死の危険性が１．８倍になり、大うつ病：男女ともに１．８３倍になることが明らかになった。つまり、うつ病は、心理的健康観、身体機能、罹患率、病院の利用に影響するだけでなく、死亡率にも影響する。

その第一の原因は自殺である。そのほかに、大うつ病では心血管系の疾患、大うつ病では呼吸器疾患で亡くなることが有意に多かった。うつ病に比べれば、喫煙や運動不足などの不健康な行動は弱い相関しか認められなかった。うつにかかると医療機関も受診することが少なくなるために改善に好ましくない影響を与えることが分かっている。以上のことから、うつ病を適切に治療することによって、地域住民の健康を向上させ、より適切な受療行動を促進することが可能になると考えられる。

こうした視点から、地域疾患登録及び国保連レセプト等とのレコードリンケージの可能性を探る予備的な調査として、うつ病の身体疾患への影響を調べた。

B．研究方法

先行研究を、文献を通して調査した。

C．研究結果

うつ病にかかることによって死亡率や、他の一般身体疾患の罹患率が上昇するということも明らかになっている。27年間にわたる追跡調査を行った研究（Barefoot &Schroll）によれば、抑うつ度の評価で高得点であった群では、死の危険性が59%上昇し、心筋梗塞に罹患する危険性が71%上昇することがわかっている。また、10年間の追跡調査を行った研究（Morris et al.）では、脳卒中の2週間後に大うつ病もしくは小うつ病にかかっていた患者の53%が死亡していた。年齢、性別、社会階級、脳卒中のタイプ、病巣部位、社会機能を統制した上でのうつ病患者の死亡危険率は、非うつ病群に比べると3.4倍になっていた。また、一般身体疾患の重症度にかかわりなくうつは死亡率を高めるという報告（Koenig et al.）もある。以下に、主要な各疾患についての研究をまとめた。

a）心筋梗塞

心筋梗塞の後には、うつや不安を感じやすくなる。1980年以来さかんに行われるようになった多くの研究からは、心筋梗塞の患者さんの20%近くが治療の必要性のあるうつ病性障害にかかっていることがわかっている。小うつ病性障害などの軽度うつ病まで含めると、その数はさらに高くなる。

心筋梗塞にかかった患者がうつ病になると、精神的な苦痛を感じるのはもちろん、心疾患の治療にも支障が生じてくる。心筋梗塞という生死に関わる問題に直面すると生活や仕事を立て直さなくてはならなくなるが、気分が沈み込んでいるとそうした場合に適切な判断ができなくなる。これまでの研究では、心筋梗塞にかかって少し気持ちがふさいだだけでも、日常生活がうまく送れなくなるということがわかっている。

抑うつ症状のために気力がわかなくなると、医師から説明された治療法を守ることが難しくなる。積極的に身体を動かすように言われても、不安で動けないままでいることもある。そのため、ほかの身体疾患を併発する可能性も高くなる。

また、うつ病自体が心筋梗塞の危険因子になるとも言われているし、うつ病では心筋梗塞の死亡率が高まるという報告もある。900人近くの急性心筋梗塞で入院した患者さんを、ベックうつ病尺度 Beck Depression Inventory の得点が10点以上の抑うつ群とそれ以下の非抑うつ群に分けて一年後に調査したカナダの研究（1999）では、女性の場合、非抑うつ群の患者の死亡率が2.7%だったのに対して、抑うつ群の患者さんでは8.3%であったという結果が得られている。男性の場合も、非抑うつ群の患者の死亡率が2.4%だったのに対して、抑うつ群の患者さんでは7.0%です。このように、うつ状態が強いと、心疾患で亡くなる確率が有意に上昇することがわかっている。

そこで、以下に、主要な一般身体疾患とうつ病の関係について概説することにする。

b）糖尿病

糖尿病の患者のうつ病の有病率は、一般人口の2倍以上になると報告されている。例えば、米国の研究では、成人の糖尿病患者の15-20%が大うつ病性障害にかかっていると報告されている。このように糖尿病の人にうつ病が多いのは、糖尿病にかかったことを悩んで落ち込むというよりも、むしろ共通する生物学的な原因があるのではないかと考えられている

糖尿病は20歳以下で急激に発症することが多く、インシュリンと食事療法で治療するインシュリン依存性糖尿病（I型）と、三十五歳以上の肥満者にゆっくりと発症してきて経口糖尿病薬や食事療法、運動療法で治療するインシュリン非依存型糖尿病（II型、成人発症型糖尿病）とに分けられる。そのうち、インシュリン非依

存型糖尿病の 80-90%の人が発症に先だって抑うつ症状が存在していたという報告もあり、うつ病はその危険因子のひとつだと考えられるようになっている。

うつ病は糖尿病の治療にも影響を与える。うつ病にかかると血糖のコントロールがうまくいかず、合併症が起こりやすくなる。また、糖尿病の程度とはあまり関係なく日常生活に支障が出てきて、生活の質が低下してくる。一方、抗うつ薬などで治療してうつ病が改善すると血糖のコントロールが改善するし、合併症の頻度も低下してくる。

c）がん

がん患者における慢性うつ病の有病率は、20-25%であると報告されている。しかも、末期になるとその割合は 23-58%と高くなる。とくに、過去にうつ病にかかったことのある人は抑うつ的になりやすい。がんの経過が良くない場合、再発を繰り返している場合、転移が起きている場合、痛みがコントロールできていない場合には特に、抑うつ的になる可能性が高くなる。がんが原因で起こる高カルシウム血症などの代謝の障害もうつの要因になりうるという指摘もある。

がん患者のよくうつ症状は、睡眠障害、興味の喪失、不安、イライラ感、集中力低下、自殺念慮などで、適切な治療によって改善する可能性が高いことがわかっている。しかし、そうした場合でも、それらの症状が、がんにかかったことによる気持ちの問題だと考えて、うつ病にかかっていることに気づかないまま、現実的にも精神的にも苦しみながら生活を送っているばあいがほとんどである。

d）脳血管障害

脳内出血や脳梗塞などの脳血管障害もうつ病の原因になりうる。急性期の脳血管障害の患者の半数近くが治療の必要なうつ状態になっていて、そのうち大うつ病性障害が 27%、気分変調性障害が 20%だったという報告もある。こうしたうつ状態は手足のマヒなどの機能障害があるかないかにかかわらず現れてくる。しかし、脳血管障害のために機能障害が残って生活に支障が出てくると自殺念慮が現れやすくなるので注意しなくてはならないとされている。

なお、脳血管障害の後にうつ状態になる可能性が高いのは、機能障害が強く残っている場合に加えて、過去に精神医学的障害にかかったことがある場合、以前に脳血管障害にかかったことがある場合、家族や親族に気分障害の人がいる場合、離婚していたり老人ホームで生活したりしている場合、アルコールをたくさんのんでいた男性の場合などである。

D. 考察と結論

このように、うつ病は、主要な生活習慣病の発病率や予後に影響することが明らかになった。ただ、我が国でＣＥＳ－Ｄを用いた研究（井原一成：地域高齢者の抑うつ状態とその関連要因に関する疫学的研究、日本公衛誌 40:85-94, 1993）では、日常生活動作能力や動脈硬化の眼底所見はうつとの関連が認められたが、高血圧や心疾患の既往とは関連が認められなかったという報告もあり、さらに検討を進める必要がある。

そのためには、地域疾患登録及び国保連レセプト等とのレコードリンケージが行われることが望ましいが、個人のプライバシーなど倫理的な側面も考慮しながら慎重に検討を進めなくてはならない。