

外見から推定されるうつ状態・うつ病

- 服装： 普段よりだらしなく見える
- 姿勢： 前屈姿勢になりがち
- 振る舞い： 緩慢、自発性に乏しい・
 落ち着きがなくいらしている
- 表情： 苦しそうな・悲しそうな・憂鬱そうな
- 話し方： 口数が乏しい、声が小さい
- 話の内容： 悲観的・否定的

など

B) うつ病になりやすい人は(心理的要因)?

- まじめ
- 几帳面
- 状況に合わせるのが苦手
- 柔軟性に欠ける、など

うつ病の原因は
何ですか?

C) うつ病の誘因・きっかけは?

- 引越し
- リストラ・定年・同僚との折り合いの悪さ
- 転職・転勤・昇進・栄転
- 病気・事故・配偶者の死・親しい者との別れ
- 結婚・出産
- 子供の結婚・独立
- ささいな出来事も引き金になりうる

うつ病の原因

A) 生物学的要因
B) 心理的要因
C) 家族や職場を含めた環境要因

などの相互作用にあると考えられています。

クイズ③

うつ病は良くなると思いますか?

良くなると思う方は○を、
そう思わない方は×をあげてください

A) うつ病の生物学的要因とは?

- 生物学的要因とは、脳内の神経伝達物質の異常です。
- うつ病では、神経終末のシナプス間において放出されるノルアドレナリン、セロトニンの量が減少していることが知られています。

クイズ③

こたえ ○
(うつ病は適切な治療で良くなります)

うつ病の約80%の方は
適切な治療で良くなります

うつ病の治療とは？

- A) 薬物療法
- B) 精神療法
- C) 環境調整

⇒ これらのバランスをとること

C) 環境調整

- 自宅静養か入院加療か判断
- 家族間の調整
- ご本人と職場の上司や学校関係者間の調整
- ストレスの原因が明らかであれば解決できるような工夫を一緒に考えます

A) うつ病の薬物治療

第1選択は、

SSRI(選択的セロトニン再とりこみ阻害薬)、
SNRI(セロトニン・ノルアドレナリン再とりこみ阻害薬)

- 単剤で用いられる事が多く極量まで増やします。
- 主な副作用は消化器症状。数日で改善することがほとんど。
- 効果が現れるまで7～10日はかかります。

身近な人の「うつ病」に どのように対応すればいいですか？

- 本人の気持ちをよく受け止めてあげましょう
- ゆっくり休める環境をつくりましょう
- 相談機関に話してみましよう
- 医療機関へ通院できるように配慮しましょう

安易な励ましは禁物です

相談機関にはどのようなものがありますか？

- 医療機関
心療内科・精神科のある病院
かかりつけ医
- 盛岡いのちの電話
- 行政機関
岩手県久慈保健所
市町村保健センター
岩手県精神保健福祉センター

B) うつ病の方への精神療法

1. 病気であることの説明
「怠慢ではない」
2. 必ず治る病気であることの保証
「不安が解消される」
3. 治すために必要なことは何かを明らかにする
「まずは休息」
4. 重要な決定は病気が良くなってから行うように指導する
「判断が消極的、否定的になりがち」
5. 患者を励ましたり、元気づける試みは避ける
「負担を増すだけで、逆効果になる」

- 岩手産業保健推進センター
盛岡市マリオス12階 019-621-5366
- 二戸・久慈地域産業保健センター
二戸市 0195-23-4466
- 二戸労働基準監督署
- 岩手労働局安全衛生課

早い時期の対応、相談はよい経過をもたらします

早めの治療で良くなった Bさん(45歳男性)の場合 を見てみましょう

- 妻は患者と対照的に明るく物事を気にしない性格であったが「そんなに具合悪いなら明日病院にいきましょう」と総合病院にBさんを連れて行った。精神科を受診することになり、うつ病と診断され薬物療法を開始した。同時に一ヶ月の休暇をもらい、自宅療養した。
- 一ヶ月ですっかり元気になり、職場復帰ができるようになった。「こんな事ならもっと早く病院にすればよかった。あのままだったら自殺していたかもしれない。」とBさんは話している。

Bさん(45歳男性銀行員)の場合

- 元来神経質で他人のことを気にし、気分転換が下手で、いつまでもよくよする性格だった。
 - 昨年、ある企画の責任者に任命され、忙しい時期が続いた。しばらくしてから不眠、食欲低下、気持ちの落ち込みが生じてきた。
- その企画は無事に終了したが、その後も気持ちの落ち込みは続き、朝起きるのがつらく、出勤が苦痛だった

もしもうつ病を 過小評価すると……

うつ病がもとでいろいろな問題がおこります。

- 人間関係がうまくいかなくなる
- 仕事にならない日数の増加・社会経済的損失
(世界銀行の調査1993)
- 全うつ病患者の10~15%が自殺し3分の2が自殺念慮をしめす (KaplanおよびSadock)

- 一つ年上の兄に悩みを話すも「考えすぎ」「気合が足りない」「皆も大変なんだから」などと言われた為、自分が悪いんだと考えるようになった。
- そのうち死にたい気分も生じるようになり、職場で人と話すのもいやになってきた。ある日の夕食時、妻に「この頃生きるのが疲れてきた」ともらした。

うつ病は心身の危機サイン！

- 早期発見早期治療が重要。
- 地域・職域全体の取り組みで乗り越えましょう。

あなたがBさんの奥さんなら
どう対応しますか？

① うつ病教育 帳票一覧表 (本プログラム例)

番号	スケジュール (担当者)	資料ID	ページ	題名	ファイル
1	8週間前 (打合せ日設定:)	A1-1	1	打合せ依頼文	北リアス健康塾帳票.fp5
2		A1-2	1	リーダー記入用紙	北リアス健康塾文書.doc
3		A1-3	1	講演タイトルリスト	講演タイトルリスト.xls
4		A1-4	1	会場調査用紙	北リアス健康塾文書.doc
5	6週間前 (打合せ:)	A2-1	1	打合せ用紙	北リアス健康塾帳票.fp5
6		A2-2	1	出席者リスト用紙	北リアス健康塾文書.doc
7	5週間前 (講師・日程調整:)	A4-1	1	講師日程伺い	北リアス健康塾帳票.fp5
8		A4-2	1	講師・日程通知	北リアス健康塾帳票.fp5
9	5週間前 (チラシ・ポスター作成:)	A5-1	1	チラシ・ポスター	北リアス健康塾チラシ.doc
10	4週間前 (講師に確認:)	A6-1	1	講演依頼文	北リアス健康塾帳票.fp5
11		A6-2	1	講師問い合わせ用紙	北リアス健康塾帳票.fp5
12	1週間前 (配付資料作成:)	A8-1	1	プログラム	北リアス健康塾帳票.fp5
13		A8-2	2	アンケート	事前アンケート.doc 事後アンケート.doc
14	開催後 (アンケート集計:)	A10-1	1	アンケート集計用紙	アンケート集計用紙.xls

③ 教材(パンフレット一部)例

□ うつ病の症状にはどのようなものがありますか？



② 打ち合わせ表 (本プログラム例)

「北リアス健康塾」開催のための打ち合わせ

日時；平成15年 月 日

場所；

担当者；

1・目的

健康づくりについて楽しく学んでもらい、心の健康について考えてもらうこと。

2・対象

18歳以上の地区の住民(40人程度)

3・日時 平成15年 月 日 ()

4・場所 ()

1) 住所

2) 電話番号

5・内容

1) [地域の健康課題] (約10分) 「 () 」 () 先生

2) 「見つめよう いのちとこころ」 (約40分) 「 () 」 () 先生

3) 座談会・懇談会(約40分)

6・開催までの準備

1) 募集方法 ()

2) ポスター・チラシのデザイン・枚数・日時(約1ヶ月前)等

ポスター () 枚、() 日まで、コピー紙A3 () 色

チラシ () 枚、() 日まで、コピー紙A4 () 色

3) 資料 () 部、() 日まで (パンフレット3点セット)

4) 看板：横「北リアス健康塾」・縦「 () 」

5) 申し込み締め切り日 (月 日)

6) 人数確認 出席予定者全員(スタッフも含む) FAX 52-3919

7) 出席予定者名簿作成(お菓子・お弁当注文)

8) アンケート用紙・プログラム・講師プロフィール・講師用地図

9) 懇談会の準備 (お茶 ・ お菓子 ・ お弁当)

7・会場準備

日時 : 月 日 時 : 当日 (受付2名)

スクリーン (有・無) 延長コード (有・無)

CDラジカセ (有・無) プロジェクター(有・無)

問い合わせ：電話 ○○ E-mail ○○ 担当 ○○

④ 評価アンケート (本プログラム事前アンケート)

第 回北リアス健康塾参加者アンケート

性別 男 ・ 女
 年齢 20代・30代・40代・50代
 60代・70代・80代

本日はご参加戴きありがとうございます。今後の参考資料として以下のアンケートにご協力くださいますようお願いいたします。

A・事前アンケート

(講演をお聞きになる前のあなたのお考えをお答えください)
 あてはまるものに○をつけてください。

- | | | | |
|-------------------------------------|----|-----|-------|
| 1. うつ病は薬で
治すことが出来る。 | はい | いいえ | わからない |
| 2. うつ病は自殺に
つながりやすい病気だ。 | はい | いいえ | わからない |
| 3. 久慈地域は他の
地域より自殺率が高い。 | はい | いいえ | わからない |
| 4. 気分が落ち込んだら
精神科を受診してみよう
と思う。 | はい | いいえ | わからない |
| 5. 心の問題は保健所や
市町村の窓口でも
相談出来る。 | はい | いいえ | わからない |
-

住民対象うつ病教育の効果的手法の検討 ～自殺多発地域における中高年を対象とした地域介入研究より～

1) 黒澤美枝, 板井一好 2) 酒井明夫 3) 西 信雄, 4) 岡山 明

1) 岩手医科大学衛生学公衆衛生学講座, 2) 同 神経精神科学講座,
3) 広島放射線影響研究所, 4) 国立循環器病センター予防検診部

1. 目的

我々は岩手県K医療圏(1985年から1999年の自殺SMR:男2.6、女2.4)で、隣接するM医療圏(同男1.8、女1.4)を対照地域として、自殺予防の為の大規模地域介入研究を平成14年度より開始している。介入の一環として同地区保健所と各市町村と連携し、住民対象にうつ病教育を実施している。本報告ではうつ病教育の効果的手法の検討を目的に、うつ病教育参加住民のうつ病関連の意識・知識の受講前後の変化とプログラムの内容との関連について検討した。

2. 対象と方法

調査(平成15年3月から12月)対象は、K医療圏の住民430名で、A地域(5箇所214名)には、基本プログラム(うつ病の講義とグループ討議)の働きかけを行い、B地域(7箇所216名)には基本プログラムに加えて他の健康課題に関する講義を行った。教育前後に、うつ病関連の意識・知識、教育に対する満足、意見・要望(自由回答)をアンケート調査し解析した。

3. 結果

(1) 回答者属性

回収数(回収率%)は、A地域 事前/事後:207/206(96.7/96.3)、B地域 事前/事後:197/184(91.2/85.2)であった。対象者の内訳(事前)は、女性がA地域143(75.7%)、B地域172(91.5%)と多かった。年齢分布(事前)は「60歳代」がA地域57(27.8%)B地域59(30.4%)で最も多かった。

(2) A地域・B地域の比較

教育前後の比較では、「うつは薬で治すことができる」と回答した者は、A地域は事前62(30.2%)/事後197(95.6%)、B地域は事前71(36.8%)/事後174(95.6%)であった。A・B地域とも全ての設問項目で教育後の知識や意識の有意な向上が見られた。A地域とB地域の変化の差はなかった。

事後のみの調査項目では、「理解するのに十分な時間があった」とA・B地域共に100%の者が答えた。自由回答である「意見・要望」のコメント数は、A地域/B地域(27/9)であった。

4. まとめ

「基本プログラムのみ働きかける」地域と「基本プログラム+他の健康課題の講義を働きかける」地域共うつ病教育前後で知識や意識の変容があり、プログラムの有効性を示唆していると考えられた。両地域の教育前後の変化の差と事後評価「教育に対する満足感」の差はなかったが、「基本プログラムのみ」の地域の意見・要望(自由回答)のコメント数は多かった。本プログラムは、地域の実情に合わせて、他の優先的健康課題の講義と同時に二部構成の開催でも有効であるが、基本プログラムだけに集中した方が住民の意見や要望の反応を多く引き出せると推測された。

自殺予防をめざしたメンタルヘルスサポートネットワーク研修事業について

○ 松川久美子、小本和恵、中島あや子、稲田昌博、橋本功（岩手県久慈保健所）
黒澤美枝（岩手医科大学医学部衛生学公衆衛生学）

1 目的

久慈地域の自殺 SMR(標準化死亡比)では地理的な自殺の集積性がみとめられており¹⁾、地域保健においても自殺予防対策は取り組むべき重要な課題である。

岩手県久慈保健所では、自殺者の低減を図ることを目的に、市町村や岩手医科大学と協力し地域住民に対する一次予防事業と併せ、二次予防としての相談支援体制の整備を図るため、地域の相談関係者を対象とした研修会を開催した。参加者は、自殺予防のための相談のモチベーションが高まり、研修会終了後は相談関係者の連絡会として継続されている。

今回、研修事業の評価と経過の分析から、相談ネットワークの形成についての知見を得たので紹介する。

2 事業の概要

(メンタルヘルスサポートネットワーク研修会)

地域保健・医療・福祉・教育等の相談関係者を対象に、48 相談機関に対しプログラムを郵送し、参加者の募集を行い、25 相談機関から、36 人が受講した。内訳は、男性 6 人、女性 30 人。平均年齢 46±9.7 歳。職種は、保健師 14 人(管内の約半数)、消費生活相談員・婦人相談員・家庭相談員・心配ごと相談員等の相談員 8 人、看護師 3 人、PSW・施設の指導員・事務各 2 人、スクールカウンセラー・薬剤師・消防士・警察職員等各 1 人であった。

研修会は、平成 15 年 11 月～平成 16 年 3 月の毎月 1 回、午前 10 時から午後 3 時半、全 5 回開催した。内容は、自殺ハイリスク者の早期発見と自殺未遂や自殺者遺族からの相談に適切な対応ができる知識と態度の習得とし、グループワークや演習により参加者が交流できる場面を設定した(表 1)。

3 方法

(1) アンケートによる評価

研修会の対象者に対し、研修前に事前アンケート(自由記載)により研修に対する期待と、毎回の研修受講後に事後アンケート(自記式・5 段階)により研修事業の評価を調査した。項目: Q1 テーマへの関心、Q2 内容の理解、Q3 実践に役立つか、Q4 新しい学びや発見、Q5 主体的に参加できたか、Q6 ネットワークの形成に役立つか。

(2) 経過の分析

研修プログラムと対比し、受講者の意見やアンケートにより経過を分析した。

4 結果

(1) 事前アンケート

回答があった 20 人の研修に対する期待は、①こころの相談一般に関する知識の習得、②うつや自殺予防に対応するための知識の習得、③複雑あるいは多様な相談への対応のため、④他機関との連携のため、⑤相談の専門性を高めるためであった。

(2) 事後アンケート

研修事業の評価を 5 段階の平均で見ると(表 2)、Q3 は 4.4 と高く、Q6 は 3.9 と最も低かった。特に、第 4 回の内容は、生と死の教育、死別体験者の支援について学び、受講後のアンケートでは「内容が濃い研修だった」「共感するということの難しさを具体的にわかりました。」等、第 4 回-Q3 は 4.7 と最も高かった。個別の評価では、1.0 から 5.0 まであり個人差が大きかった。

(3) 経過

初回のグループワークは、異職種のグループ編成とし、地域の現状と課題について話し合い、「いろいろな職種の方と話す機会となり有意義だった。」「関係者からの意見・考えがわかり今後の参考になった。」等

表1 こころの健康づくり推進事業「メンタルヘルスサポートネットワーク研修会」プログラム・参加者状況

		プログラム内容	講師・助言者	参加者
1	講義 グループワーク	自殺と関連疾患 地域の現状と今後の対策	精神科医師（大学）	参加者延数 173人 実人員 38人 全回出席者率 78.0%
2	講義 演習	うつ病のスクリーニング スクリーニングの実際	精神科医師（大学）	
3	講義 演習	カウンセリングの基本 自殺ハイリスク者の相談	大学講師（心理） いのちの電話相談員 精神科医師（大学）	
4	講義 演習	遺族の心理と支援 ～死別の悲しみへの支援～	大学講師（心理）	
5	講義 グループワーク 全体討議	こころの健康づくりとしての自殺予防 グループ発表と助言指導	精神科医師（精神保健セ ンター、臨床医）、 保健師	

表2 研修評価（5段階評価の平均）

	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	N
1回	4.3	3.9	4.4	4.2	4.2	4.1	26
2回	4.3	3.7	4.2	4.0	4.1	3.8	27
3回	4.6	4.2	4.6	4.6	4.5	4.1	18
4回	4.4	4.4	4.7	4.5	4.3	3.8	25
5回	4.3	4.0	4.4	4.4	3.9	4.1	25

相互理解と連携についてあげられていた。各講師からは、テーマに対応する演習をしていただき、理解と態度が深まった。

最終回のグループワークでは、市町村での地域実践活動についての講義内容を踏まえ、同職種グループ編成とし、日常の相談業務で自殺予防の可能性について話し合い、全体討議により共有した。その結果、

『こころの健康』は、住民にとって大切なテーマだ。」と認識され、「学んだことを各々が実践して、事例として検討し、支え合えたら良い。」「今回出席した人のネットワークづくりが大切。」という感想があげられた。研修会参加者の発言から、自殺予防をめざしたこころの健康づくりのためには、研修会終了後も参加者の集まりを継続していくことが全体討議の場で確認された。

5 考察

地域の相談関係者等を対象とした研修会

が契機となり、自殺予防をめざしたこころの健康づくりを推進する相談関係者の連絡会に発展した。研修会の成果としては、相談員の知識や技術の習得のみならず、地域のネットワークの形成に寄与する効果があったと評価できる。その要因については、次のことが考えられた。○グループワークで、具体的に地域の課題や方策を検討できた。○もともと相談員には他職種との連携のニーズがあった。○多職種と出会い、相互理解が図られた。○大学の協力により専門的な研修となった。○講師から先事例を学び具体的な目標ができた。○相談の心構えができ、更に関係者の連携やコンサルテーションの必要ができてきた。

6 まとめ

地域の関係者が、自殺予防のための相談について学び、地域の課題や方策について共有することによりネットワークにつながった。今後は、ネットワークを継続し実際の相談場面での展開に役立てていきたい。

参考文献・引用文献

- 1) 野原勝・小野田敏行・岡山明「自殺の地域集積とその要因に関する研究」厚生省の指標, 2003.6
- 2) 高橋祥友「医療者が知っておきたい自殺のリスクマネジメント」医学書院, 2002.8
- 3) 自殺防止対策有識者懇談会報告「自殺予防に向けての提言」, 2002.12

Evaluation of methods for educational programs on depression in communities (1)

Objective: This study aimed at evaluating the short-term effectiveness of educational programs on depression in communities.

Subjects: Subjects consisted of 895 residents of the Kuji District in Japan, who participated in 18 educational programs on depression for suicide prevention held from December 2003 to April 2004, as well as 85 staff members.

Methods: Subjects were given questionnaires regarding their knowledge of and attitudes towards depression before and after the program. Staff members were also given a questionnaire concerning program evaluation after the program.

Results: The questionnaire response rate for participants was 93% before the start of the program and 89% after it. Twenty nine percent of responders were male, 63% were female, and 8% were unknown. Regarding age, 8% were under 40, 22% were in their 50's, 27% were in their 60's, and 26% were over 70. The response rate for staff members was 100%.

The number of subjects who answered that "depression can be treated by medication", that "depression is likely to lead to suicide", that "I will see a psychiatrist when I get depressed" and that "local governments offer mental health consultation" was 42%/94%, 71%/90%, 56%/88% and 65%/93%, respectively (before /after the program).

With regards to program evaluation, 93% of participants answered that "the content of the program was both informative and interesting", 94% answered that "the content was easy to understand" and 83% answered that "there was enough time to understand everything". On the other hand, the number of staff members who answered "yes" to those items was 95%, 50%, and 64%, respectively.

Conclusion: Improvement in knowledge of and attitudes towards depression among participants was observed in all items answered on the questionnaire after the educational program, indicating that the program was effective. Differences were observed in evaluation between the participants and staff members, with participants rating the program more positively than the staff members.

Evaluation of methods for educational programs on depression in communities (2)

Objective: This study aimed at examining methods for educational programs on depression in communities.

Subjects and methods: Subjects consisted of 600 residents (124 males, 476 females) of the Kuji District in Japan, who participated in 13 educational programs on depression held from March 2003 to November 2003. In order to understand the function of the educational program and participants' responses during the sessions, comments written in the questionnaires and opinions recorded by a nurse during the discussion were analyzed using the KJ method.

Results: The number of completed questionnaires was 549 (91.5%). Respondents consisted of 95 males (17.3%), 324 females (59.0%), and 130 unknowns (23.7%). The highest frequency was observed in the 60's age group (N=176, 32.1%).

There were 133 oral comments (60 opinions and 73 questions) and 45 written comments (40 opinions and 5 questions) from participants. The average number of oral and written comments per session was 10.2 and 3.5., respectively. Comments were categorized into 12 groups and key words, such as "requests to society and education on depression," "awareness of depression prevention (including treatment) and suicide," "expressing emotions," and "reconstruction of self," were extracted. Those who had experienced a suicide-related bereavement made only written comments. There were no negative comments made during the educational sessions.

Discussion: This educational program stimulated participants' responses and opinions; indicating it was effective. Lecturers taking part in this program were expected to be familiar with depression and its treatment. To have the program accepted by communities, it is important that staff members consider the feelings of those who have experienced a suicide-related bereavement, accept requests for continuing the program, and examine the support system in communities, responding to the enhanced attitudes of residents towards depression. Furthermore, the meeting drew out participants' satisfaction or negative feelings and functioned as an opportunity for reconstruction of the self. Therefore, the program is expected to be applied to other related fields, for example, socializing the elderly.

症 例

潰瘍性大腸炎経過中にうつ症状を呈した1例

千葉俊美 折居正之 久多良徳彦 佐藤正樹
照井虎彦 安孫子幸人 塚原光典 斎藤慎二
柴田 将 千島雷太 猪股正秋 鈴木一幸

消化器心身医学

第9巻 第1号 別冊
平成14年4月発行

症 例

潰瘍性大腸炎経過中にうつ症状を呈した 1 例

千葉俊美 折居正之 久多良徳彦 佐藤正樹
 照井虎彦 安孫子幸人 塚原光典 斎藤慎二
 柴田 将 千島雷太 猪股正秋 鈴木一幸

要 旨 症例は27歳，女性。平成4年より潰瘍性大腸炎（UC）で加療中であった。平成11年10月上旬に頻回の下血と発熱を認め当科入院となった。当科入院前より，ステロイド抵抗性で治療に難渋していた。ステロイド漸減療法を施行していたが，10月下旬に発熱および頻回の下血が持続し，気分がふさぎ込みがちとなり当院精神科よりうつ状態の診断にて抗うつ剤の処方を受けた。1ヵ月後，うつ症状は改善し，投薬を中止した。UCは免疫抑制剤の静脈投与にて緩解し退院となった。退院後，ステロイドおよびサラゾピリンの内服加療を行っていたが，平成12年12月，下血に伴って意欲低下が出現した。再び抗うつ剤の処方を受け改善した。また，SF-36によるQOLの評価でも改善していた。1回目の発症は発熱の時期と一致しており，身体の消耗やステロイドの関与が疑われた。2回目の発症は下血が誘因となった可能性があった。

Key words : 潰瘍性大腸炎, うつ症状, QOL

はじめに

潰瘍性大腸炎は，原因の特定できていない根本的治療法のない，長期にわたる慢性の再発・再燃性疾患の代表であり，手術を余儀なくされ

る場合がある。発症が若年であることなどから，身体および精神的側面の負担は大きいものと想定される。本稿では，潰瘍性大腸炎経過中にうつ症状を呈した症例を呈示し，QOLについても検討したので文献的考察を加えて報告する。

Toshimi Chiba, Seishi Orii, Masaki Sato, Norihiko Kudara, Torahiko Terui, Yukito Abiko, Mitsunori Tsukahara, Shinji Saito, Syo Shibata, Raita Chishima, Masaaki Inomata, Kazuyuki Suzuki
 岩手医科大学 第一内科
 (受理日 2002年1月7日)

症 例

症 例：29歳，女性（事務職）

主 訴：下血

既往歴，家族歴：特記事項なし

現病歴：平成4年より潰瘍性大腸炎の診断に

てサルファピリジンにて近医加療中であった。しかし平成11年10月上旬に頻回の下血と発熱を認めるため当科紹介入院となった。

1) 入院時現症

身長162 cm, 体重48 kg, 体温36.5 °C, 脈拍102/分, 整。眼瞼結膜に軽度の貧血を認めるも, 眼球結膜に黄疸認めず。表在リンパ節は触知せず。胸部理学的所見に異常所見を認めず。腹部は平坦であるが, 腹部全体に軽度の圧痛を認める。筋性防御は認めず。肝, 脾, 腎および腫瘤は触知せず。

2) 入院時検査所見 (表1)

血液一般検査では, RBC $248 \times 10^4 / \mu\text{l}$, Hb 6.7 g/dl と貧血を認めた。

血液化学検査では, TP 4.4 g/dl, Alb 2.9 g/dl と低蛋白血症を認め, CRPの軽度上昇を認めた。また, 便潜血反応は (3+) であった。

3) 入院時大腸内視鏡所見 (図1)

直腸から下行結腸に連続した易出血性, 浮腫およびびらんが多発し, 活動期の所見であった (MattsのGrade 4)。

4) 臨床経過

当科入院前よりステロイド抵抗性の病態であり, 治療に難渋していた。入院時の重症度は重症型であった。中心静脈栄養管理とし再度ステロイド漸減療法を施行していたが, 10月下旬に38 °C台の発熱と頻回の下血の持続を認めた。その頃から気分がふさぎ込みがちとなり, 本学精

表1 入院時検査所見

Urine	Blood Chemistry	Na 141 mEq/l
Protein (-)	T-Bil 0.20 mg/dl	K 4.2 mEq/l
Sugar (-)	GOT 11 IU/l	Cl 104 mEq/l
Stool	GPT 10 IU/l	CRP 1.4 mg/dl
Occult blood (+)	ALP 185 IU/l	Coagulation Test
Hematology	LDH 118 IU/l	PT 100 %
WBC 6690 / μl	γ -GTP 15 IU/l	Fbg 195 mg/dl
RBC $248 \times 10^4 / \mu\text{l}$	TP 4.4 g/dl	FDP 3.0 $\mu\text{g/dl}$
Hb 6.7 g/dl	Alb 2.9 g/dl	Serology
Ht 24.1 %	BUN 12.2 mg/dl	CEA 1.9 ng/ml
Plt. $33.0 \times 10^4 / \mu\text{l}$	Cr 0.6 mg/dl	CA19-9 < 2.0 ng/ml

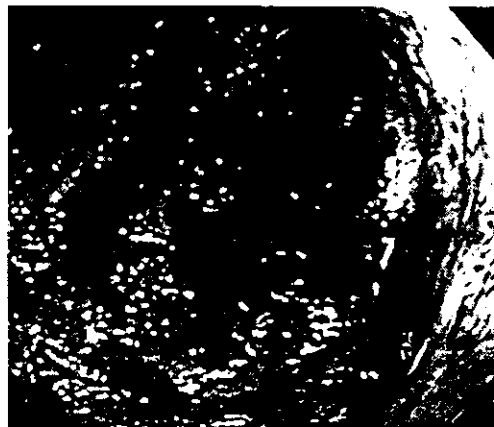


図1 入院時大腸内視鏡所見

直腸から下行結腸に連続した易出血性, 浮腫およびびらんが多発し, 活動期の所見 (MattsのGrade 4) であった。

神科よりうつ状態診断にて向精神薬（マレイン酸セチプチリン、クロキサゾラム）の処方を受けたところ、内服開始後1ヵ月に改善を認めた。潰瘍性大腸炎の病期は依然として活動期であり、免疫抑制剤（Cyclosporine）持続静脈投与にて緩解を得ることができ、平成12年1月退院となった（図2）。退院時は向精神薬および免疫抑制剤の処方ではなかった。その後外来にてステロイドおよびサラゾピリンの内服加療を行っていた。しかしながら、同年12月に下血の出現に伴って意欲低下を認めたため本学精神科より抑うつ状態の診断にて向精神薬（ロフラゼブ酸エチル、フルボキサミン）の処方を受けた。ステロイド剤の内服は抑うつ症状出現の1ヵ月前に中止としていた。向精神薬内服再開後1ヵ月でうつ症状の改善を認め、現在も消化器症状の副作用の出現が少ないといわれている塩酸パロキセチンに変更し内服を継続している（図3）。また、潰瘍性大腸炎は緩解期を維持している。

5) SF-36サブスケールによるQOLの評価 （図4）

外来通院時うつ状態に陥った時期（平成12年

12月）と抗うつ剤投与により精神状態の安定した時期（平成13年8月）でのQOLをSF-36を用いて国民標準値との差得点により各サブスケールの評価をした^{1)~3)}。その結果、RP（役割の制限）以外の項目ですべてにおいて国民標準値より低下しており、特にRE（精神状態の変化による役割制限）、SF（健康状態の変化による社会機能の制限）、VT（活力）およびMH（メンタルヘルス、精神状態）において大きく低下していた。また、抗うつ剤投与により症状の改善した時期では、GH（全体的な健康感）とBP（体の痛み）で国民標準値より低下したものの、いずれの項目においても向精神薬内服前より内服後は改善傾向を示した。

考 察

潰瘍性大腸炎患者のQOLと性格特性について厚生省特定疾患研究班から報告されており、SF-36質問表を用いたQOLの評価では、国民標準値を基準対照として潰瘍性大腸炎患者のスコアとの差（差得点）による検討では、身体機能（PF）を除くすべてのサブスケールで低く、国民標準値との間に有意差を認めている。また、精

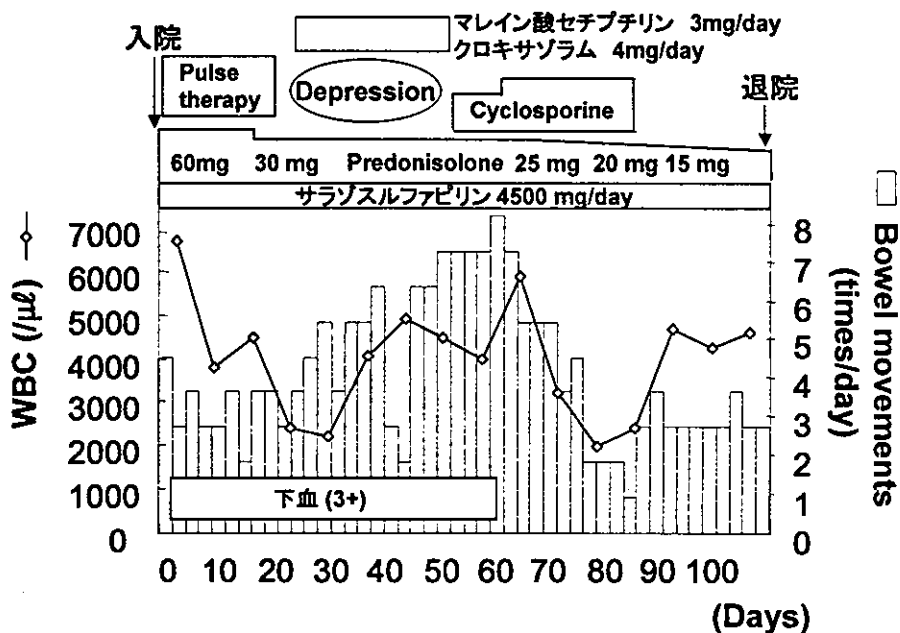


図2 入院時臨床経過

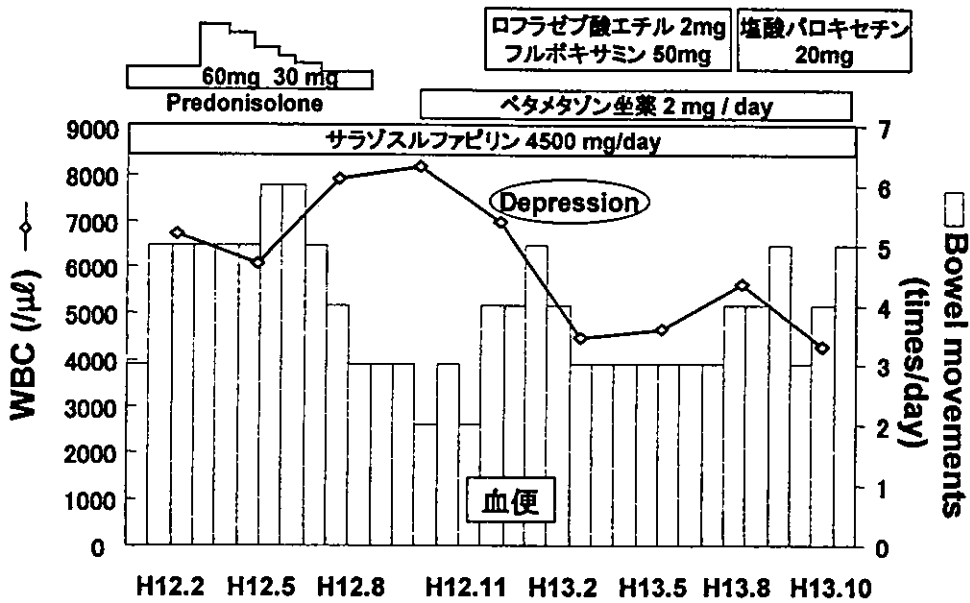


図3 退院後臨床経過

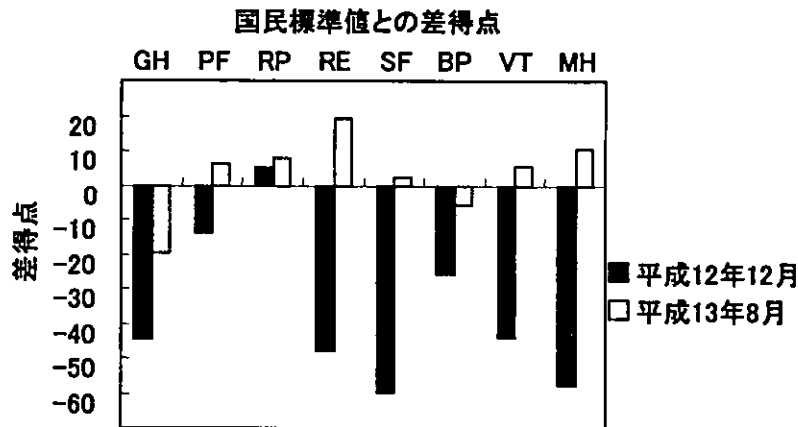


図4 SF-36サブスケールによるQOLの評価

神状態の変化による役割制限 (RE) やメンタルヘルス (MH) に影響を与える臨床症状について、粘血便、腹痛、排便回数 (3回以上) およびステロイド離脱困難が優位にQOL低下の重要因子であると報告しており、潰瘍性大腸炎を含む炎症性腸疾患を診療するうえで主症状である長期に持続する排便異常、腹痛などが如何に社会生活の質の低下をもたらし、また潰瘍性大腸炎の心身相関、身体症状に起因した情動の変化に影響を与えるかについて再認識する必要があり、治療面での配慮が必要であるとしてい

る^{4)~6)}。本症例において、RPの低下は認めなかったが、RE、SFおよびMHにおいて標準値より大きく低下したことは、本症例のうつ状態は身体機能不全による役割制限は正常人とは変わらないにも関わらず、精神状態の変化による役割制限、健康状態の変化による社会機能の制限、活力およびメンタルヘルス、精神状態に深く影響を与えていることが示唆された。

潰瘍性大腸炎患者の性格特性についてBig Fiveに基づいて測定すると、慢性持続型や再燃緩解型の患者が、初回発作型の患者に比較して

開放性と安定性が低いことが認められた。このことは、慢性難治性疾患患者が心氣的になり、抑うつ状態に陥りやすいことを反映しているものと考えられる。また、性格特性とQOLの間にも関連を認め、安定性と外向性の低い人ほどQOLが低い傾向が認められている⁶⁾。本症例は、ステロイド抵抗性の病態であったため、入院当初は治療法を模索する必要があった。このことが、患者に不安を与え、さらに下血や発熱に伴ってうつ症状が出現したと考える。ステロイド投与を受けている患者は受けていない患者に比較してQOLが低下しており、このことは、ステロイドがQOLを低下させているのではなく、QOLが低下しているような症例にはステロイド投与が必要となっている可能性がある⁷⁾。また、入院中において、一般に発症年齢が比較的若年のこともあり、患者同士のコミュニケーションを図る場の設置や炎症性腸疾患患者教室などを開催し、孤独感をできるだけ排除できるように配慮することが必要と考える。

潰瘍性大腸炎患者に伴って出現するうつ症状の治療は、最近ではSSRIやセロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害薬 (serotonin-noradrenaline reuptake inhibitor; SNRI) などの投与が試みられているが、下痢などの腹部症状を再発する可能性があるとの報告もみられるため、その有効性についてはいまだ明らかになっていない⁸⁾。本症例においてはSSRI投与後に潰瘍性大腸炎の増悪や下痢症状は認めておらず、うつ症状に対して有効性を示している。

今後は、患者の性格も含め、潰瘍性大腸炎のみならずクローン病患者を治療面で考える際には心身両面を十分に認識する必要があると考える。

まとめ

重症潰瘍性大腸炎にうつ状態を呈した症例を報告した。うつ症状の治療にSSRIが有効であつ

た。SF-36におけるQOL尺度による評価ではRE, SFおよびMHにおいて標準値より大きく低下していた。治療面では心身両面を十分に認識する必要がある。

文 献

- 1) Fukuhara S., Bito S., Green J., et al. : Translation, adaptation, and validation of the SF-36 Health Survey for use in Japan. *J. Clin. Epidemiol.*, 51 : 1037-1044, 1998.
- 2) Fukuhara S., Ware J.E., Kosinski M., et al. : Psychometric and clinical tests of validity of the Japanese SF-36 Health Survey. *J. Clin. Epidemiol.*, 51 : 1045-1053, 1998.
- 3) 福原俊一, 鈴嶋よしみ, 尾藤誠司, 他 : SF-36 日本語マニュアル (ver.1.2). (財)パブリックヘルスリサーチセンター, 東京, 2001.
- 4) 岩男泰, 宮原透, 福原俊一, 他 : 潰瘍性大腸炎のQOLにおよぼす諸因子の検討. 厚生省特定疾患研究班 社会医学部門 特定疾患に関するQOL研究班 平成8年度報告集. p27-37, 1997.
- 5) 宮原透, 河野俊彦, 福原俊一, 他 : 潰瘍性大腸炎患者のメンタルヘルスにおよぼす諸因子の影響. 厚生省特定疾患研究班 社会医学部門 特定疾患に関するQOL研究班 平成8年度報告集. p169, 1997.
- 6) 宮原透, 和田さゆり, 三浦総一郎 : 潰瘍性大腸炎. *臨床消化器内科*, 13 : 1741-1747, 1998.
- 7) 櫻井俊弘, 長浜孝, 八尾恒良, 他 : クローン病患者のQuality of Life. 厚生省特定疾患研究班 社会医学部門 特定疾患に関するQOL研究班 平成9年度報告集. p26-30, 1998.
- 8) Trindade E., Menon D., Topfer L.A., et al. : Adverse effects associated with selective serotonin reuptake inhibitors and tricyclic antidepressants : a meta-analysis. *CMAJ*, 159 : 1245-1252, 1999.

Ulcerative Colitis Accompanied by Depression

Abstract A 27-year-old woman with an 8 year history of ulcerative colitis (UC) was receiving maintenance therapy with sulfasalazine and complained of frequent bloody diarrhea and high fever, suggesting severe active disease, which was confirmed by endoscopic findings. She was treated with intravenous prednisolone and steroid pulse therapies in addition to sulfasalazine. However, her symptoms persisted thereby indicating steroid refractory disease, then she showed depressed mood. After she was treated with antidepressant for 1 month, her symptoms of depression diminished. She was also given intravenous cyclosporine for UC, achieved clinical remission and was discharged. Eleven months after being discharged, she complained of loss of energy with bloody diarrhea. She has been treated again with anti-depression therapy (SSRI) for 1 year, and is in good health now. After treatment for depression, her QOL improved on a scale of SF-36. The causes of depression during her hospitalization are suspected to be associated with steroid therapy or her weakened conditions over 1 month, and the second occurrence of depression considered to be related to the recurrence of UC with frequent bloody diarrhea.

Key words : Ulcerative colitis, Depression, QOL

過敏性腸症候群のQOLおよび High Sensitive CRPの意義

千葉俊美 久多良徳彦 佐藤正樹 安藤達也
猪股正秋 折居正之 鈴木一幸

消化器科 第36巻 第5号 別刷

2003年5月発行

東京都千代田区神田司町2-10-8

科学評論社

電話 03(3252)7741 (代表)

特集I

機能的腸管障害の病態生理と治療

過敏性腸症候群のQOLおよび
High Sensitive CRPの意義*

千葉俊美**
 久多良徳彦**
 佐藤正樹**
 安藤達也**
 猪股正秋**
 折居正之**
 鈴木一幸**

Key Words : irritable bowel syndrome, quality of life, high sensitive CRP, calcium polycarbophil

はじめに

過敏性腸症候群(IBS)はさまざまな病因が関与しており, そのなかには心理的因子, 消化管の運動異常, 消化管の知覚過敏, 脳腸相関(brain-gut interaction)および消化管の炎症などが注目され, それらにより生じる消化管の運動異常および知覚過敏がIBSの病態を形成していると考えられている。また, 疫学的調査においては, IBSの有病率は, おおむね人口の10~15%, 1年間の罹患率は1~2%と概算されており¹⁾, IBSの成因と病態生理は, おもに病院受診者を対象に追求されている²⁾。IBSは現在Rome II基準で診断されることが多くなっており³⁾, この基準は, 腹部症状, 排便回数および便性状を中心とした診断基準で, この基準の中には心理社会的要因は含まれていない。

QOLの評価の1つとしてSF-36(the Medical Outcomes Study Short Form-36 health survey)が使用され, 日本語版にて国民標準値を得られている^{4)~7)}。IBSにおけるQOLの検討では, SF-36を用いてIBS患者, IBS非患者(IBS症状があるが医療機関での治療を受けていないもの)および健常コ

ントロール間でQOLの比較を行ったところ, QOLの障害は, IBS患者, IBS非患者, 健常コントロールの順であったと報告され⁸⁾, 本邦における検討でも同様の結果が報告されている⁹⁾。

疾患特異的なQOL質問票はIrritable Bowel Syndrome Quality of Life Questionnaire (IBS-QOL) やFunctional Digestive Disorders Quality of Life (FDQOL)などが開発されている。これらを用いた評価でもIBS患者のQOLの低下が報告されている¹⁰⁾¹¹⁾。また, IBSのQOLは患者の自覚的IBS重症度との相関を認めているが, IBS治療の満足度指標は確立されていない¹²⁾。さらに, IBS治療薬の1つであるポリカルボフィル製剤は, IBS患者の腹部症状を改善し¹³⁾, 大腸輸送時間, 排便回数, 便性状および腹部症状を改善すると報告されている¹⁴⁾。

IBSの病態背景の1つに消化管, とくに回腸末端や大腸粘膜の微小炎症の存在も示唆されており¹⁵⁾¹⁶⁾, 急性腸炎後に一定の割合でIBSが発症し, IBS発症群は炎症罹患時の心理的異常(抑うつと不安)の関与も示唆されている¹⁷⁾。血中High sensitive CRP(H-CRP)は, 慢性炎症を急性炎症と鑑別するために必要な条件として設定され, 心血管疾患の発生率と血中CRP濃度との相関が報告されている¹⁸⁾。また, アルコール摂取とH-CRPの相関の報告や¹⁹⁾, 慢性炎症疾患のスクリーニングなどに有用性が示唆されている。

* Quality of life and high sensitive CRP in patients with irritable bowel syndrome.

** Toshimi CHIBA, M.D., Norihiko KUDARA, M.D., Masaki SATO, M.D., Tatsuya ANDO, M.D., Masaaki INOMATA, M.D., Seishi ORII, M.D. & Kazuyuki SUZUKI, M.D.: 岩手医科大学第一内科(〒020-8505 盛岡市内丸19-1); First Department of Internal Medicine, Iwate Medical University, Morioka 020-8505, JAPAN