

研修会レポート

令和3年8月18日（水） 19:30～21:00

研修委員 山口由弥

* 特別講演 『うつ病治療について～統合的アプローチでリカバリーを目指す～』
社会医療法人一陽会 一陽会病院 副院長 星野研洋 先生

うつ病とは

心理社会的機能を著しく制限し、生活の質を低下させる状態

WHOは2030年には大うつ病は世界の疾病負担の第一位になると予測

経過や予後が予測しにくい疾患

生涯有病率 男性5～12% 女性10～25% ホルモンの影響？社会構造的要因？

重度身体疾患の患者のうつ病併発率：20～25%

うつ病による社会的損失 2005年：2兆円

内訳・罹病費用9200億 作業効率の低下など。隠された費用だが最も大きい割合

- ・死亡費用8800億

- ・直接費用1800億 治療費

うつ病治療における成功とは？

1970年代：治療反応がある状態を成功としていた→多くの症状が残存

1990年代：寛解を成功としていた→一部症状が残存

現在：症状がほとんどなく、病前の機能状態に戻ることを成功としている。機能回復（リカバリー）へのハードルが高くなっている。

リカバリーの過程（CHIME）

Connectedness 仲間（PEER）、支援、コミュニティ

Hope and optimism about the future 変化への動機付け、アスピレーション

Identity 反スティグマ、肯定的アイデンティティ

Meaning in life 困難の有意味性、QOL、生活の再建

Empowerment 責任、処理可能感、強みの自覚

うつ病の発症について

素因（性格や遺伝など）に環境要因（人間関係など）と身体要因（疲労、疾患、出産など）

が影響し発症する。最近増加している理由として、行き過ぎた成果主義や不安定な雇用形態、核家族化などが挙げられる。コロナウイルスが脳に影響を与えているということも。

うつ状態≠うつ病

診断基準、マニュアル的に診断できるわけではない。

・身体疾患の可能性・双極性障害との鑑別・不安障害、発達障害やパーソナリティ障害との鑑別・薬物性、アルコール性を考慮。

診断の決め手となる検査はない

・生活歴、家族歴、職歴、人間関係など、経過を追わないと診断がつかないこともある。

アルコールとうつ病

・アルコール依存とうつ病の合併頻度は高い

・自殺の3分の1は直前に飲酒

治療中は基本アルコールを飲まないよう指導している…睡眠に悪影響 薬との相互作用

うつ病の大半は不眠

不眠の治療介入でうつ病を早期改善に

・不適切な生活習慣（飲酒、喫煙、夜間のスマホなど）

・不安や日中の活動低下

アドヒアランスについて

6か月の抗うつ薬継続率はわずか4割

・よくなったと自己判断で中止 ・依存性が心配で中止 ・副作用が出たが相談なし

・いつまでのんでいいかわからず ・お金の問題で中止

→丁寧な聞き取りや服薬指導で離脱を回避。アドヒアランスがリカバリーには必要

笠原の小精神療法

1) うつ病は病気であり、単に怠けではないことを認識してもらう

2) できる限り休養をとることが必要

3) 抗うつ薬を十分量、十分な期間投与し、欠かさず服用するよう指導する

4) 治療にはおよそ3ヶ月かかることを告げる

5) 一進一退があることを納得してもらう

6) 自殺しないように誓約してもらう

7) 治療が終了するまで重大な決定は延期する

うつの3分の1は難治性

難治性うつへの介入：認知行動療法 ものの考え方や受け取り方(認知)に対して、また、何

らかの行動に対して働きかけることで、気持ちを楽にしたり、ストレスを軽減させたりする

治療方法

一陽会病院のリワークプログラム

- ・症状の回復≠復職 リハビリが必要
- ・診察室だけで復職可能かの判断は難しい
- ・考え方の問題に気づくことができる

内容

カウンセリング 医師、コメディカルによる講義 スポーツ グループワーク

オフィスワークなど

メリット

病気を理解し受け入れる

生活リズム、スケジュールをつくる

自己理解、問題解決

感情に流されない、行動で気分をコントロール

周囲と折り合いをつける

コロナ禍でのうつ

- ・諸外国では自殺率は増加していない
- ・日本では2020年以降にダイナミックに変化 一時減少したが、その後大幅に増加
- ・雇用形態の悪化や、ソーシャルディスタンスによる心理的社会的距離が離れている
- ・個人として生きていけるようなシステムの強化、孤立しても生きていけるような環境が必要