

あたりまえのことを丁寧に

— 精神科面接と療養指導 —*

井原 裕

獨協医科大学越谷病院こころの診療科

Practical sleep and alcohol education for patients with mild depression

Hiroshi Ihara

Department of Psychiatry, Dokkyo Koshigaya Hospital, Dokkyo Medical University

Abstract

This paper deals with the psychiatric practice of treating mild depression and anxiety, based on the author's personal experience. His approach to clinical practice involves creating a balance between pharmacotherapy and psychotherapy. Since many patients with mental problems also suffer from circadian rhythm disturbances, an approach guided by basic sleep and alcohol education is employed. Maintaining regular rhythm in daily activities can reduce symptoms of depression and anxiety, build up mental resilience against psychosocial conflicts, and improve quality of life. Keeping this in mind, mental symptoms such as depression and anxiety cannot be treated with medication alone, despite their biologically based nature. Hence, lifestyle alteration and the development of consistent habits are proposed, such as sleeping, waking, and eating meals at regular hours and working and exercising on a routine basis. Abstinence from alcohol is also recommended, particularly during medication.

Key words

lifestyle education, depression, anxiety, sleep, alcohol

Rinsho Hyoka (Clinical Evaluation) 2013 ; 40 : 407-13.

* 本稿は、第108回日本精神神経学会シンポジウム25(2012年5月25日(金)11:00~13:00,札幌コンベンションセンター 大ホールAB)「患者にやさしい医療面接」から「こころを癒す精神療法」への口演内容を整理して論文化したものである。

1. はじめに

本論は、薬物偏重の精神科臨床の現状に一石を投じたいという思いが私にはあり、非侵襲的な治療法の一つの試みとして実践してきたことをまとめたものである。その骨子は、精神科面接のなかに療養指導の要素を組み込むことで、結果として、薬物療法の比重を最小化しようとするものである。

一臨床医にすぎない私に語れることは「私の面接」だけである。私は、現在、非精神病圏を中心に毎月50人前後の初診患者を診ている。「私の面接」は、実地の臨床に基づいたものであり、活字から得た知識ではない。本を読んでから始める行動というのは底の浅いものであり、患者との激しい交錯を通して自ずから培われた経験知 (Polanyi Mの「暗黙知」¹⁾) にこそ、精神科面接の真髓があると私は考える。

真髓といっても小論で述べるのは特別なことではない。むしろ、陳腐なことにはすぎない。「寝不足だと疲れが抜けない」、「時差ぼけだと体調が悪くなる」、「飲み過ぎはからだに良くない」という一般常識を、メンタルヘルスに適用しているだけである。小論は、あたりまえのことを、おろそかにしないで、丁寧に行うこと以上の何ごとも主張しない。

2. 勤務地の現状

私の診療活動は、勤務地の条件に制約されている。

現在の奉職先は、723床の総合病院。東西に走るJR武蔵野線の南越谷駅と南北に走る東武スカイツリーラインの新越谷駅の両駅から徒歩5分の地に位置する。現在の診療スタッフは、常勤医師が私ひとり。そこに30代の常勤臨床心理士1人、同じく30代の非常勤医師1人が加わる。埼玉県東部地域には、かつて、草加、越谷、春日部の各都市の総合病院に精神科医が常勤していたが、数

年前にすべて退職した。私は、190万人の巨大医療圏における唯一の総合病院精神科医となってしまった。

日々の仕事は、午前中は外来の診療、午後は各診療科からの診察依頼にこたえるコンサルテーション業務である。午前中の外来は、「1日3人」の初診枠と再来患者である。初診は、紹介患者と20歳未満の患者に限定している。初診枠については、院内他科からの依頼については「1日3人」枠とは別に診ている。その結果、1日の初診が合計5～8人に及ぶこともある。

このような状況なので、当科にできる仕事を限定させていただいている。地域の同僚医師の皆様には、総合病院と一般医療機関、精神科専門医療機関との機能分担にご理解をいただき、当科の方針にご協力を賜っている。

初診患者は制限しているが、それでも引きも切らない。2011年1月から12月までは、合計660人、そのうち286人(43.3%)が20歳未満であった。総合病院精神科という事情もあって、紹介元は精神科以外の診療科が過半をしめる。思春期を診ることを看板にしているのも、小児科からの依頼は多い。

常勤医が私ひとりという状況で、1ヵ月に50から60もの初診患者を診ていかねばならない。ほかに代わりの医師もいないので、簡単に病気で休めるものでもない。このような条件下にあっては、精神科医としての志は控えめなものとならざるをえない。それは、「治せなくていいから害をなさず」である。

3. 療養指導中心の方針

「治せなくていいから害をなさず」原則にしたがい、当科では療養指導を治療の中心にすえている。薬物療法については、効果があることが予想される場合(統合失調症が疑われるケースやうつ病の重症例)に限っている。療養指導には副作用がない。薬物療法には副作用がある。効果が似たようなものであれば、無害なほうをとりたい。

私自身の役割は、治すことではなく、患者にセルフ・ケアの方法を提案することである。そのため、初診時に「私は治しません」、「患者さんがご自分で治っていくお手伝いをさせていただきだけ」とお伝えしている。そして、患者に主体的に治療に取り組むようお願いするとともに、私自身はアドバイザー役としての立場にとどまることとしている。

つねに注意していることは、患者をして治療者に過大な期待を抱かせないようにすることである²⁾。療養指導中心の治療の場合、ひとたび患者が治療者に期待してしまうと、生活を変える努力をしなくなる。「医者自ら助くる者を助く」であり、自助努力をしない患者は治らない。患者が医者に治療を託すような受動的な姿勢になれば、治療は成功しない。そのため、「治すのはあくまでもあなた自身」と何度も言う。ときには、「私は治せません」、「私は治したことがありません」とすら言う。治療者としての私は、「患者を安心させる」とか、「癒しを与える」といった意識をもっていない。根拠のない安心に浸りきった患者は、しばしばきわめて治療抵抗性である。患者に一定の危機感をもたせ、自らの努力で生活を変えない限り事態は変わらないことに気付かせるよう心掛けている。

4. 常用量依存と中止後発現症状

外来患者の大半は、非精神病圏、非器質疾患圏である。この人たちに対して、向精神薬を効果が疑わしいのにあえて投与することは控えている。ベンゾジアゼピン系には常用量依存があり、選択的セロトニン再取り込み阻害剤 (SSRI)、セロトニン・ノルアドレナリン再取り込み阻害剤 (SNRI) 等には中止後発現症状がある。どちらもいったん服用を始めたら、容易にはやめられない。患者側は、有効性が疑わしくてもやめることができず、その結果、漫然と通い続ける。医師側は、処方することで治療者責任を果たしている気になって、療養指導の努力を怠る。効かない薬を飲み続ける

患者と、効かない薬を出し続ける医師との共同作業によって、無意味な薬物療法が長期間にわたって続けられることとなる。

ひとたびごまかしの薬物療法を行ってしまえば、ただ薬を求めるだけのために通い続ける患者が累積していく。ついには再診患者の「do処方」(前回と同じ内容の処方) だけで一日の外来が終わってしまい、初診患者を診られない事態にいたる。実際には、精神科外来における治療ニーズは、すべての患者において初診が最大であり、2回目以降で減少する。診療に要するエネルギーは、医療ニーズに応じて比例配分されるべきであろう。総合病院勤務医として避けるべきは、医療ニーズがかなり下がっている「do処方」患者を多数抱え込み、喫緊のニーズをもつ初診患者を長期にわたって予約待機させることであろう。

必要のない薬を不用意に出してしまえば、無意味以上の弊害を生む。それは、医師の処方行動をもって患者が「この先生、治してくれる」といった外的な期待を医師に対して抱くことである。他力本願の患者は、自助努力を怠りがちで、生活を変えることを勧めても耳を貸してくださらない。薬剤の効果に過度に期待して、一層の増量と調整を要求する。本人が生活習慣を変える努力を怠れば、治療の行く末は厳しいものとなる。

これらの事情を考慮して、統合失調症やてんかんはともかく、非精神病圏の病態においては、「do処方」の無意味な継続は避けるべく努めている。

5. 外来患者の4割は「薬なし」

毎月のレセプト総数に占める「薬物療法なし」の割合は、2012年は40-48%程度で推移して、12月は49.6%と最高値を記録したが、それでも過半数に届かなかった。逆にいえば、半数以上の患者に何らかの薬物を投与している。すなわち、当科の診療の実態は「薬に頼らない治療」ではあっても、「薬を使わない治療」ではない。必要な患者に、必要な薬物を、必要な期間に限って投与することには、いささかの躊躇もない。

もっとも、「薬物療法なし」が多くなる理由は、統合失調症が少なく、うつ病も重症例が少ないせいもある。思春期症例のなかに統合失調症が混じってくるが、初期の薬物療法にとどめ、その後の長期継続治療は地域の精神科病院、もしくは、そのサテライト・クリニックをお願いすることになっている。当院に精神科病床がなく、急性増悪に対応できないからである。統合失調症の可能性がなければ、思春期には原則として薬剤は投与しない。

うつ病圏に関しては、Kirsch, et al.³⁾, Fournier, et al.⁴⁾ の2本のメタ解析論文以降、私自身の治療方針は変化した。じつは、それまでにも効果に疑問を感じて、定石通りにSSRIを出すことを控えていたこともあったが、薬物療法積極派の同僚の視線が気にはなっていた。Fournier, et al.以降、自信をもって「使わない」という選択肢をとれるようになった。

薬を控えめにしているのです、服薬指導や副作用チェック、漸増・漸減等のための話し合いに費やす時間が減った。多忙な日常では、非効率なものは削るべきで、頼りにならない薬物への未練は捨てることにした。実際、総合病院精神科を訪れるうつ病・うつ状態患者のほとんどは、軽症、中等症レベルであり、SSRIを使うことに利益は少ない。一方で、睡眠量、睡眠相、飲酒、運動などの生活習慣に関しては、改めるべき点が多々あり、そちらに対する療養指導を行えば、抗うつ薬の付加価値相当の効果は十分取り返せる。

6. 睡眠量・睡眠相・節酒

まず生活習慣を変える。それで効果がなければ初めて薬物療法を考える。それが私の方針だが、異論のある患者は少ない。その理由は、当科を訪れる患者の多くが、受診前にホームページを見てきており、当科の方針に理解のある人ばかりが訪れるからである。

生活を変えるポイントは、三点だけである。十分な睡眠量、安定した睡眠相、アルコールの制限、

それだけである。

なお、この論文は、私の面接の様子を具体的に記すことを目的としており、症例報告を目的とはしていない。以下に記すのは実際の症例をもとに改変したモデル症例である。さらに詳しい具体的な方法については、他に譲ることとする^{5~7)}。

<症例 A 13歳, 男子, 中学1年生>

9月以降朝方きまって腹痛を起こす。便秘と下痢を繰り返すも市販の整腸剤にて改善。しかし、今度は倦怠感、悪心、めまい、ふらつきなどを訴え、総合病院耳鼻科を受診。諸検査で異常なく、小児科にまわされ、「起立性調節障害」との診断で<midodrine 2mg 2錠, 分2>にて無効。近医精神科に転医し、<sertraline 25mg 1錠, 分1, 夕食後>投与にて無効。転医希望にて当科初診。

療養指導の成否は、生活習慣上の問題を発見できるかにかかっている。上記の病歴を読めば、直ちにストーリーが推測できる。「夏休みに宵っ張りの朝寝坊の生活を繰り返した結果、睡眠相後退が生じた。9月になって、入眠時間が依然として後退したまま、起床時刻だけを早めようとしたため、睡眠不足となり午前中の体調不良が生じた。症状は当初は消化器系、その後、自律神経系の不定愁訴として変転。小児科医は起立時の血圧に注目して『起立性調節障害』と診断し、精神科医は不定愁訴をうつ病の身体症状と解釈して『うつ病』と診断した。両者とも睡眠相後退を是正する指導はしなかった」である。

そこで、生活の実態について尋ねてみた。夏休みの宵っ張りの朝寝坊は予想通り。連日10時、11時に起床。2学期に入って、一応、0時には起床して、7時に母親に起こされて起床していた。中学生にとっての必要睡眠時間は、個人差はあるが8時間程度であり、この少年の場合、平日は1時間ほど足りない計算になる。朝方きまって頭痛、ふらつき、倦怠感があるとのことなので、睡眠量が足りないせいではないかと推測される。この点を指摘しても、母親は「私だって7時間程度ですよ。足りないのですか?」と怪訝な表情で

あった。睡眠時間については、個人差とともに年齢による差も考慮すべきで、成人にとって7時間睡眠は十分でも、13歳の身には不十分かもしれない。

その点を検証するために、平日と休日の起床時刻の時間差を見た。平日は、目覚まし時計や母親の声掛けにより、自然な睡眠を中断させて覚醒していた。休日は自然に目が覚めるまで、身体が求めるまま眠りたいだけ眠る。その際、睡眠不足を補うべく代償性の過眠が生じ、平日よりも遅く覚醒しているはずである。本人に日曜の起床時刻を尋ねてみると、予想通り11時起床であり、日曜日に限っては頭痛もふらつきも倦怠感も認められなかった。

原因は単純である。平日の睡眠量が足りていなかったのである。もし平日の睡眠時間が十分であれば、休日の朝に代償性の過眠は生じるはずがないし、多少生じたとしても、起床時刻が平日から4時間も遅れることはない。平日の睡眠が、身体の求める本来の長さに比して短すぎるから、休日にプラス4時間もの長い眠りを必要とするのである。

そこで、初診時に課題を課すこととした。第一に「睡眠日誌」をつけること。第二に、睡眠の目標を「午前7時起床、午後11時就床」とすることである。この患者の場合、初診日の前日は休日で午前10時まで眠っていた。それが、初診当日は受診のため、午前7時に起床していた。この点を考慮すれば、初診日こそ睡眠相を前倒しする好機であり、第三の指示として「今日は日中眠くても眠らないように」と指示し、「その代わり夜は少々早くてもいいから」と伝えた。そして、第二回目の外来を3日後の午前9時とし、「学校に行く準備をして来院するように」と述べた。午前9時としたのは、通院することをもって概日リズム調整のペースメーカーとするためである。

<症例 B 24歳、男、銀行マン>

有名私大では体育会系で活躍。卒後大手銀行へ。2年目に県庁所在地店へ。9月ごろより倦怠

感、頭痛、頭重感、肩の張りを自覚。某日行内で起立直後に転倒。顔面蒼白。神経内科を経て当科初診。採血にて γ GTP軽度上昇以外に特記すべきことなし。「大丈夫です」を繰り返すも、前傾、両手を下げ、憔悴した表情であった。「最近眠れないので毎日飲酒している」とのこと。

激務で疲労困憊なのであろうとは、予想がつく。実際、生活の実態を尋ねてみれば、平日は2時近くに寝酒で入眠。6時半起床。週末は10時起床。午後から出社して雑務処理。さらには、社内試験のため午前2時まで勉強といったハードスケジュールであった。

原因は単純である。平日の睡眠量の不足、それを補うための週末の過眠が睡眠相の後退をもたらし、入眠困難を解消しようと連日飲酒することで睡眠の質が低下し、疲労が抜けなくなったのである。

そこで、「酒は2日連続して飲まないこと」とした。本当は完全断酒を求めたかったが、初回から厳しい目標を課すと、耐えかねて脱落する可能性もある。「休肝日に眠れないなら睡眠導入薬を」と述べて、zolpidem 5mg1錠を不眠時頓用として処方。そして、週末の過眠による睡眠相後退を防ぐために、「週末の起床時刻は8時半以前」、すなわち、平日プラス2時間に留めるようにし、「睡眠不足は土日の早め就床によって補うように」と指導した。また、「平日は忙しいだろうけれど、7時間眠って、残りの17時間を有効に使うべきだ」とも告げた。それでも平日の7時間睡眠は実行困難な様子であったので、「せめて、平日の半ばに早め就床日を一日でいいから設けてほしい」と述べた。

抗うつ薬はすぐには出さなかった。あたり前のことだが、抗うつ薬は4、5時間しか眠らない人の抑うつを解消することはない。十分な睡眠をとらなければ効かない。軽率に抗うつ薬を出して「疲労感を一気に解消させる薬」と誤解されても困る。短時間睡眠を改めない人にSSRIを出すと、アクティベーションを起こすリスクもある。そこで、まずは薬に頼らず、自身の生活習慣を変える

ことで体調をもどすことを経験させようとした。また、週末の起床時刻の遅れは月曜日に時差ぼけ状態をつくるので、週末・平日の起床時刻時間差を短縮することで、睡眠相を安定させることとした。

アルコールは深睡眠を減らし、睡眠の質を損なう。それに、当然ながら、向精神薬はエタノール併用療法を許容するものではない。完全断酒が実現できそうにないなら、抗うつ薬投与は見送った方がいい。私としては、習慣飲酒者に対しては、まず「週3日の休肝日」を指導し、それで7日後に依然抑うつ的なら、今度は完全断酒を課す。完全断酒を7日間実行して、かつ、依然として抑うつ的なら、そこで初めて抗うつ薬の投与を考えることにしている。

7. 宿題を中心に展開する外来治療

薬物療法中心の外来治療の場合、面接の最後に「それではお薬を出しておきます」といって、薬物の種類と量、副作用等の話をして終了となる。そして、次の外来では、薬物の効果、副作用の話から面接が始まるであろう。

これに対して、療養指導中心の外来治療の場合、薬ではなく、宿題を中心に面接が展開する。面接の最後に、「それでは次回までどう過ごすか考えましょう」などと言う。そして、「毎日『睡眠日誌』をつけてくること」、「セブン&イレブンのリズム（7時起床、11時就床）で過ごそう」、「一度上司と会って復職の相談をすること」などの具体的な課題を出す。そして、次の外来では開口一番、「『睡眠日誌』見せてください」とか「セブン&イレブン実現できてます?」とか「上司と会ってみてどうでした?」とかいった課題達成状況の確認からはいるのである。

8. 薬物療法と療養指導

療養指導は、薬物療法と矛盾するものではなく、むしろそれを補うものである。

そもそも、療養指導は、生活習慣病においては常識であった。第一になすべきは療養指導であり、それが効を奏さないときに初めて薬物療法に踏み切るものであった。それに、たとえ薬物療法に踏み切った場合でも、それによって療養指導の意義がなくなるわけではない。糖尿病の場合、食事の制限と適度の運動を続けて初めて、薬物療法も意味をなす。

うつや不安も同じである。「すぐ薬」ではなく、まず、生活習慣の是正を促したい。生活習慣の是正を行って、なお依然として改善が見られないときに、薬物療法を試みればいい。それに、抗うつ薬は、寝る時間も起きる時間もてんでばらばらの不規則な生活を送っている人を元気はつらつにする薬ではない。抗不安薬も4時間しか眠らない人の不安発作を予防できるものではない。睡眠薬も、毎日、昼近くまで眠っている人の入眠を促すものではない。精神科薬物療法は、適切な療養指導があって初めて効を奏するものである。

9. おわりに

私は、薬物療法偏重の精神科臨床の現状に疑問を感じる。そのため、侵襲の少ない方法として療養指導中心の臨床を試みている。ただし、私が行っているのは、精神科医でなくてもできそうなことばかりである。薬物療法の超絶技巧を駆使しているわけでも、精神療法のカリスマ性を発揮しているわけでもない。あたりまえのことをおろそかにせず、少し丁寧に行っているにすぎない。小論では、そのような私の診療の様子を述べさせていただいた。

文 献

- 1) Polanyi M. *Personal knowledge : Towards a post-critical philosophy*. Chicago : University of Chicago Press ; 1958. [高橋勇夫, 訳. 暗黙知の次元. 東京 : 筑摩書房 ; 2003.]
- 2) 井原 裕. うつ病臨床における「えせ契約」(Bogus

- contract) について. 精神神経学雑誌. 2010 ; 112 (11) : 1084-90.
- 3) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: a meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Med.* 2008 ; 5 (2) : 260-8.
- 4) Fournier JC, DeRubeis RJ, Hollon SD, Dimidjian S, Amsterdam JD, Shelton RC, Fawcett J. Anti-depressant drug effects and depression severity: a patient-level meta-analysis. *JAMA.* 2010 ; 303 (1) : 47-53.
- 5) 井原 裕. 「生活習慣病」としてのうつ病. In : 野村 総一郎, 編. 精神科臨床エキスパートシリーズ 多様化したうつ病をどう診るか. 東京 : 医学書院 ; 2011. p. 67-96.
- 6) 井原 裕. 治療以前に療養指導 — 寝不足なら寝ればよい. 特別企画 心理療法以前. *こころの科学.* 2011 ; (160) : 29-36.
- 7) 井原 裕. 薬のまえに療養指導. *精神科治療学.* 2012 ; 27 (2) : 171-8.

* * *