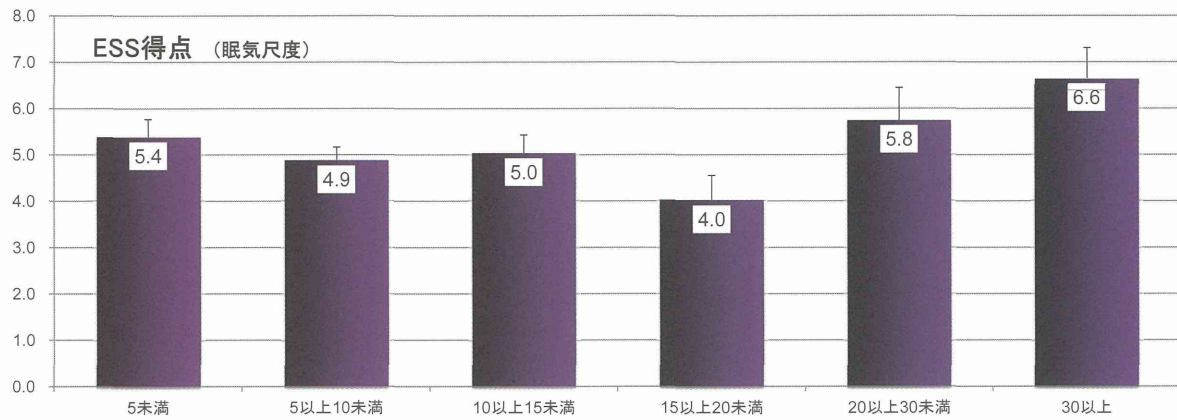
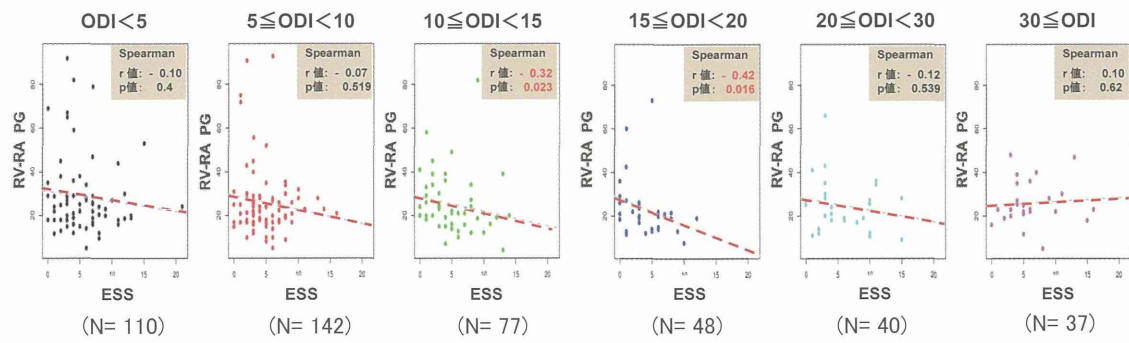


# ESSと右室-右房圧較差の相関 (3%ODI別) n=454



循環器疾患における不安・うつ症状のマネジメントにおける認知行動的アプローチの動向に関する研究

研究分担者 鈴木 伸一

早稲田大学人間科学学術院 教授

研究要旨

**研究目的**：近年、欧米諸国では、身体疾患が抱えるうつ症状や不安のマネジメントに認知行動療法の有効性が示されてきた。そこで、循環器疾患における不安・うつ症状のマネジメントにおける認知行動的アプローチの動向を検討し、我が国における介入アプローチの示唆を得ることを目的とした。

**研究方法**：本研究班において、循環器疾患患者が抱える心理社会的問題について情報の整理を行った。また、欧米諸国で実施された循環器疾患患者の不安・うつ症状に対する認知行動療法的アプローチについて情報収集を行った。

**結果**：1) 循環器疾患患者が抱えるストレスおよび不安、抑うつ感などの心理社会的因子は数多く存在し、循環器疾患の発症、経過や予後を左右する重要な因子といえた。2) 循環器疾患患者の不安・うつ症状に対する認知行動療法的アプローチについては、ストレス管理、リラクセーション、心理教育、認知行動療法が実施され、効果が認められていた。

**まとめ**：循環器疾患患者が多くストレスや不安、抑うつという問題を抱えていることが明らかとされた。欧米諸国では、このような心理的な問題に関して、認知行動療法的アプローチが実施され、その有効性が示された。今後は、我が国における循環器疾患患者に対して認知行動療法的アプローチの検討が必要と考えられる。

研究協力者氏名・所属施設名及び職名

松岡 志帆 東京女子医科大学看護学部  
助教

## A. 研究目的

近年、うつ病とそれに伴って生じるさまざまな生活上の問題の改善に有効なアプローチとして、認知行動療法が注目を集めている。認知行動療法は、人間の思考・行動・感情の関係性に焦点をあて、学習理論をはじめとする行動科学の諸理論や認知・行動変容の諸技法を用い、思考・行動様式を修正し症状や問題を解決していく治療法であり、これまでにうつ病、パニック障害、不安障害、強迫性障害、PTSDなどの治療に用いられ、多くの効果が実証されてきた。また、近年では、身体疾患が抱えるうつ症状や不安のマネジメントに認知行動療法が有効であることがガイドラインに記載された<sup>1)</sup>。

そこで、本研究は、循環器疾患における不安・うつ症状のマネジメントにおける認知行動的アプローチの動向を検討することを目的とした。

## B. 研究方法

本研究班において、循環器疾患患者が抱える心理社会的問題について情報の整理を行った。また、循環器疾患患者の不安・うつ症状に対する認知行動療法的アプローチについて検討を行った。

## C. 研究結果

### 1) 循環器疾患患者の心理社会的問題

循環器疾患は、各疾患の病態と重症度にもよるが、突然の発作によって強い苦痛や死の恐怖を感じたり、心肺機能の低下や運動・食事制限などによって日常生活機能や就労状態の大きな変化を余儀なくされることがある疾患である。このことから、患者は、不安やイライラ、落ち込みなどさまざまなストレスを経験することになる。多くの患者の場合、これらのストレス症状は病態の改善とともに収束していくが、一部の患者においては、ストレス症状はむしろ増大する方向に変化し、不安障害やうつ病へと発展していく。

たとえば、虚血性心疾患患者のうつ病の発症リスクは、2.8倍(95%CI:1.9-4.2)であることが明らかにされた<sup>2)</sup>。うつ病の発症と維持のメカニズムは、精神的、肉体的ストレスは、虚血性心疾患の発症に関する要因であり<sup>4)</sup>、虚血性

心疾患に罹患したことで、治療のために生活習慣の改善を余儀なくされ、新たなストレスに曝される。このように、抑うつ症状などの心理的問題が、虚血性心疾患を引き起こし、疾患に罹患することでうつ病のリスクが高くなるという悪循環が生じている。

心不全患者においては、その治療上、食事・水分摂取や体重コントロールおよび生活活動範囲、さらに排泄に至るまで細かい日常制限がある。また、入院および治療の長期化に伴い社会的接触が減少し、社会的疎外感を感じるようになる。さらに、長い闘病生活に伴う経済的負担も生じる。このような心理、社会、経済的ストレス状況により、心不全患者のうつ病の罹患率は、21.5%と高い確率を示している<sup>3)</sup>。

さらに、不整脈患者の中でも、比較的生命予後がよいとされている心房細動患者においても、発作への不安や外出恐怖を強く感じており、CMI (Cornell Medical Index) において神経症傾向を示す者(Ⅲ、およびⅣ領域)が患者の約3割を占めることが明らかにされている<sup>4)</sup>。このような患者の中には、平常時から不安を強く感じている、家に閉じこもりがちである、安心できる人が一緒にないと外出できない、不安の起りそうな状況からの回避行動が習慣化している、という者が含まれる。

加えて、植え込み型除細器(以下、ICD)などのデバイスを植え込んだ患者は、不安症状の出現率が高いとされている。たとえば、ICDは電気ショックを発生させるため、胸痛や強い衝撃を伴い、患者に恐怖心を与える<sup>5)</sup>。先行研究の展望論文によれば、ICD患者のうち、24-46%が抑うつ、24-87%が不安のカットオフ得点を超過しているとの知見が得られた<sup>6)</sup>。なかには、ICDのショック作動の経験を契機に、侵入思考やフラッシュバックなどのストレス症状、作動が起きた場所や状況に対する回避行動が顕著となる症例も多く、外傷後ストレス障害(Post Traumatic Stress Disorder: PTSD)やパニック障害(Panic Disorder: PD)などの精神疾患を発症する可能性も高いことが報告されている<sup>6,7)</sup>。

2) 循環器疾患患者の不安・うつ症状に対する認知行動療法的アプローチについて

#### ① ストレスマネジメント・リラクゼーション

循環器疾患患者においては、疾患そのものがストレス状況であるだけでなく、日常生活上の制限もストレス状況を作り出している。そこで、このように慢性的にストレス状況下におかれる循環器疾患患者に対しては、ストレス状況とストレス反応との関係を整理し、ストレスマネジメントを実施することが、ストレス反応、不安や緊張の軽減につながるといわれている。ストレスマネジメントの1つの手法としては、リラクゼーション法の指導があげられた。このリラクゼーション法には、いくつかの方法が存在するため、患者の状態に合わせた方法を選択し指導することが可能となる。患者はリラクゼーション法を実践することで、自律神経系や筋緊張などの身体の状態をある程度コントロールすることができるようになる。

#### ② 心理教育

心理教育は、循環器疾患患者に対する多くの心理的介入プログラムにみられる方法である。心理教育を行うことによって、心理社会的な問題に関して、正しい知識や情報を得て、心理的問題に対する対処方法を習得し、患者が主体的に療養生活を送れるようになることを目指している。しかしながら、先行研究では、心理教育のみの介入では心理状態およびQOLの改善がみとめられないことが示された。たとえば、Kuhlら<sup>9)</sup>は、ICD植込み患者を対象に、認知行動療法に基づく心理教育を実施した。その内容は、コーピング、感情、人間関係、デバイス機能についてのトピックスや深呼吸のデモンストラクションがあり、患者は個々の状況に合わせて学習するプログラムであった。1ヶ月後評価の結果、不安およびQOLのスケールで有意差はみとめられなかった。

#### ③ 認知行動療法

認知行動療法は循環器疾患患者の抑うつ症状や不安症状に有効な介入方略であることが明らかにされている。特に、認知行動療法は、ICD植込み患者の心理状態の改善、ICD植込みに関

連した不安の軽減が期待できる方略の1つと考えられている。Searsら<sup>9)</sup>は、少なくとも1回のICD作動を体験した患者を対象に、心理的状态およびQOLの改善を目的とした6週間の認知行動療法プログラムを提供した。週1回90分のグループセッションを実施し、内容はICDに関する患者教育、リラクゼーションとストレスマネジメントトレーニング、認知行動療法、ソーシャルサポートからなる。4ヶ月後の結果では、不安とQOLに効果がみとめられた。

また、ICD植込み患者に限らず、「このまま死んでしまうのではないか」という不安が強い患者や、「もう、いままでのような生活ができない」と漠然とした不安をもつ患者など、精神症状が重篤であり、継続的なケアが必要な患者には、認知行動療法の適応が有効であった。

### D. 考察

本研究は、循環器疾患患者が抱える心理社会的問題を概観した上で、循環器疾患患者の不安とうつ症状に焦点をあて、これらの問題に対する認知行動療法的アプローチに関する情報を集めた。これまで、循環器疾患患者に対してさまざまなテクノロジーや医療技術を駆使した先端医療の発展が進み、患者の生命予後を改善してきた。その一方で、本研究の結果、循環器疾患患者が多くストレスや不安、抑うつという問題を抱えていることが明らかとされた。欧米諸国では、このような心理的な問題に関しては、認知行動療法的アプローチが実施され、その有効性が示された。今後は、我が国における循環器疾患患者に対する疾患治療の中に、認知行動療法的アプローチを含めたメンタルケアプロトコルを確立し、広めていくことが必要と考えられる。

#### 【引用文献】

- 1) National Institute for Health and Clinical Excellence: Depression in adults with a chronic physical health problem: Treatment and management. British Psychological Society and Gaskell, London. 2009.
- 2) Kendler KS, Gardner CO, Fiske A, et al.: Major depression and coronary artery disease in the Swedish twin registry. Arch Gen Psychiatry 66(8): 857-863, 2009.

- 3) Rutledge T, Reis VA, Linke SE, et al.:  
Depression in heart failure a meta-analytic review of prevalence, intervention effects, and associations with clinical outcomes. *J Am Coll Cardiol* 48 (8): 1527-37, 2006.
- 4) 鈴木伸一, 笠貫宏, 大西哲: 発作性心房細動および慢性心房細動患者における基礎疾患の有無からみたQOLおよび発作不安根の検討. 第51回循環器心身医学会研究会会合記録: 9-11, 1997.
- 5) Heller SS, Ormont MA, Lidagoster L, et al.: Psychosocial outcome after ICD implantation: a current perspective. *Pacing Clin Electrophysiol* 21(6): 1207-15, 1998.
- 6) Sears SF, Conti JB: Quality of life and psychological functioning of icd Patients. *Heart* 87 (5): 488-493, 2002.
- 7) Lemon J, Edelman S, Kirkness A: Avoidance behaviors on patients with implantable cardioverter defibrillators. *Heart Lung* 33(3): 176-182, 2004.
- 8) Kuhl EA, Sears SF, Vazquez LD et al: Patients- assisted computerized education for recipients of implantable cardioverter defibrillators: a randomized controlled trial of the PACER program. *J Caediovasc Nurs.* 24: 225-231, 2009.
- 9) Sears SF, Sowell LDV, Kuhl EA et al. The ICD shock and stress management program: a randomized trial of psychosocial treatment to optimize Quality of life in ICD patients. *Pacing Clin Electrophysiol.* 30: 858-864, 2007.

## E. 研究発表

### 論文発表

- 1) 松岡志帆, 鈴木伸一: 心臓疾患患者の不安とそのマネジメント, *精神科* 21 (5), 584- 589, 2012.
- 2) 松岡志帆, 鈴木伸一: 循環器心身症への認知行動療法: 不安・抑うつへのマネジメントを中心に, *日本心療内科学会誌* 16 (1) 37-44, 2012.
- 3) 松岡志帆: 急性心不全ケアにおける心理的支援, *HEART*, 2 (10) 62-67, 2012.

かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する

地域連携のあり方についての研究

研究分担者 稲垣 正俊

独立行政法人国立精神・神経医療研究センター

研究要旨

**研究目的:** 日本の各地で、かかりつけ医-精神科医連携（G-P ネット）の構築を目指した活動が始まっているが、全ての地域でG-P ネットが目的とした効果を発揮しているとはいえない現状がある。活動は、かかりつけ医と精神科医双方の知識・感情・行動（態度）に基づく活動を構築する必要がある。そこで、本分担研究では、先駆的なG-P ネット活動に参加した身体科医師のうつ病に対する態度および日常のうつ病診療との関連を検討した。

**研究方法:** G-P ネットに参加する身体科医師に郵送で、うつ病に対する態度、うつ病診療を望むか否か、うつ病診療が可能か否か、医師の認識しているうつ病患者診察数・精神科への紹介数についての調査を行った。

**結果:** 57名から結果を得た。多くの医師が「うつ病は一般診療の対象ではない」と考えていた。一方、66.7%の医師は、日常診療においてうつ病診療は実施可能と回答した。しかし、22.8%のみしか日常診療でうつ病診療を希望すると回答していなかった。うつ病は一般診療の対象ではないと考える医師は、うつ病診療は可能でない（ $p<0.01$ ）、うつ病診療を希望しないと回答し（ $p<0.01$ ）、精神科へ紹介したうつ病患者数が少なかった（ $p<0.05$ ）。

**まとめ:** 身体科医師がうつ病患者を必要に応じて精神科医に紹介するためには、少なくともうつ病を発見する必要がある。しかし、多くのうつ病が見逃されているという実情を考慮すると、「うつ病は一般診療の対象ではない」という考えから、「少なくとも、うつ病を発見し」、「一部は身体科診療科で症状モニタリング、治療・ケアの提供を考慮する必要がある」と認識を変える必要があるかもしれない。

## A. 研究目的

我が国の自殺死亡率は、人口 10 万人当たり年間約 25 人と、諸外国と比較しても非常に高い値で推移している。このような背景もあり、自殺総合対策大綱が閣議決定され、我が国の自殺対策が推進されてきた。

自殺死亡のほとんどに精神障害が関連する。これら精神障害の中でもうつ病を含む気分障害が大きな比率を占めている。このことから、うつ病患者に対して適切な治療・支援を提供することの重要性が認識されている。

また、うつ病自体による生活の質の低下も大きな問題である。世界保健機関の調査によると、先進国では既にうつ病が健康損失の最も大きな原因であり、発展途上国を含めても 2030 年にはうつ病が最も健康を損失する疾患となると予測されている。我が国においてもうつ病による損失が非常に大きいことが示されている。

うつ病患者を適切な治療・支援へと導入するにあたり、我が国では、いくつか克服すべき問題がある。地域住民を対象とした調査では、うつ病にもかかわらず、適切な相談や治療を受けていない人が多いことが示されている。これらの認識されていない、未治療のうつ病患者を同定し、適切な治療・支援を提供することが重要となる。

これとは別に、慢性身体疾患にうつ病が合併しやすいことが既に知られている。かかりつけ医制度や一般医制度を取り入れている諸外国の調査によると、これら場面におけるうつ病有病率は、一般人口における有病率よりも高いことが知られている。この背景としては、先述の慢性身体疾患にうつ病が高率に合併することに加え、うつ病

による身体症状（倦怠感、不眠、食欲不振、不定愁訴）のためにかかりつけ医療機関をうつ病患者が受診しやすいためとも言われている。

これらのことから、かかりつけ医療場面において、うつ病患者を発見し、適切な治療・支援に導入することが重要である。諸外国においてもこの重要性が認識されており、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と治療導入、さらには、必要に応じて精神科に適切に紹介・相談する体制の構築が試みられている。

前述の自殺総合対策大綱の中では、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と治療導入、かかりつけ医と精神科医の連携の促進が謳われている。

本分担研究では、かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見と精神科医療との連携のあり方について検討する。具体的には、先駆的なかかりつけ医と精神科医との連携体制の構築活動を実践している取り組みについて情報を集約し、実施可能性の高い効果的なモデルを検討する。

近年、様々な地区で、かかりつけ医-精神科医連携（多くの場合、G-P ネットと呼ばれており、本報告書でも以下 G-P ネットと記述する）構築のための様々な活動が実施されはじめている。各地の事情に合わせ、様々な工夫をこらし、活動を開始しているが、一方で、すべての活動が効果的に実施できているとはいえない現状もある。そこで、我が国の G-P ネット活動として、先駆的に実施してきた活動の状況を検討するために、G-P ネット参加の精神科及び心療内科以外の医師（以後、身体科医師と記述す

る)に対して、うつ病診療に関する調査を行った。

本分担研究から得られる結果は、現在各地で始まりつつあるG-P ネット活動を、参加するかかりつけ医および精神科医の認知・感情・行動(以下、態度と呼ぶ)に基づき行動科学的に最適化し、計画するために必要な情報である。

## B. 研究方法

「一般医-精神科医ネットワーク(G-P ネットワーク)」に所属する210名の医師のうち、あらかじめ調査の実施への許可が得られている150名に調査票を郵送した。対象者には背景情報(性・年齢等)、日常診療情報(診療科、医師の認識している1週間あたりの総診療患者数、同・うつ病診察患者数、同・抗うつ薬処方患者数、同・精神科紹介患者数等)、医師のうつ病に対する態度(Depression Attitude Questionnaire 自己記入式質問紙)、うつ病診療状況(うつ病診療を望むか否か、うつ病診療が可能か否か、を[はい]、[どちらでもない]、[いいえ]で回答)を調査した。うつ病に対する態度は、以前の研究から得られた、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」、「病因や病態に関する先入観」の3因子のスコアを算出した。返信のあった対象者のうち、精神科を専門とする医師を除いた身体科医師を本研究の対象とした。身体科医師におけるうつ病診療状況と関連する要因の探索を行った。

(倫理面への配慮)

本研究は国立精神・神経医療研究センタ

一の倫理審査委員会により審査され承認された後に実施した。また、あらかじめ調査の同意が得られている対象者に調査への協力を依頼し、研究の内容を説明し、本調査の趣旨を理解し、調査への参加に同意した場合にのみ回答し無記名での返信を依頼した。

## C. 研究結果

150名のうち79名(52.7%)から回答を得た。そのうち、精神科を専門とする医師16名および回答に不備があった6名を除外し、57名の身体科医師を本研究の対象とした。40名(71.4%)が男性、47名(82.5%)は内科医であり、49名(87.5%)は常勤、47名(83.9%)が診療所で診療していた。平均年齢(SD)は50.5(10.6)歳、医師の経験年数は24.0(10.3)歳であった。1週間あたりの平均診察患者数は147.4(95.4)人であり、同・うつ病診察患者数は5.2(4.8)人、同・抗うつ薬処方患者数は3.2(3.5)人、同・精神科紹介患者数は0.7(0.9)人であった。

また、うつ病に対する態度の各因子の得点の中央値(範囲)は、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」は64.8

(17.3-98.0)、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」は32.8(0.5-74.3)、「病因や病態に関する先入観」は48.0(0.1-96.4)であった。

57名の身体科医のうち、38名(66.7%)は日常診療においてうつ病診療は実施可能であると回答した。一方、7名(12.3%)は可能でないと回答しており、そのうち2名は精神科の支援があれば可能であると回答した。



また、57名の身体科医のうち13名(22.8%)は日常診療でうつ病診療を希望すると回答した。一方、10名(17.5%)は希望しないと回答しており、そのうち2名は精神科の支援があれば希望すると回答した。

うつ病診療状況と関連する因子の探索において、うつ病診療の実施可能性と背景要因等とは関連が見られなかった。一方、うつ病に対する態度のうち、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」とは関連がみられ、それぞれの考えがあるほど、うつ病診療は可能でないと回答していた( $p<0.01$ ,  $p=0.04$ )。

うつ病診療の希望と背景要因等との関連は見られなかった。一方、うつ病に対する態度のうち、「うつ病は一般診療の対象ではないとする考え」、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」とは関連がみられ、それぞれの考えがあるほど、うつ病診療を希望しないと回答していた( $p<0.01$ ,  $p=0.03$ )。

また、日常のうつ病診療情報と関連する因子の探索において、男性医師は女性医師に比べより抗うつ薬を処方していた( $p<0.05$ )。内科医は他の専門医に比べうつ病患者を認識していなく( $p<0.01$ )、精神科医への紹介人数も少なかった( $p<0.01$ )。診療所で診察している医師は病院の医師に比べうつ病診察患者数が少なく( $p<0.01$ )、精神科医への紹介も少なかった( $p<0.01$ )。経験年数が多い医師はうつ病患者の認識が少なく( $p=0.03$ )、精神科医への紹介も少なかった( $p<0.05$ )。うつ病に対する態度のうち、「うつ病は一般診療の対象ではない」とより強く考えている医師は精神科医へ紹介したうつ病患者数が少なく( $p<0.05$ )、

「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」が強い医師ほどうつ病を認識していなかった( $p<0.01$ )。

#### D. 考察

今回の調査は、先駆的な取り組みを行っているG-Pネットに参加する身体科医師を対象とした。このことは、G-Pネットに参加していない、全ての身体科医師に一般化できる結果ではないが、逆に、G-Pネットに参加する、かかりつけ医-精神科医の連携の必要性を認識している医師に対する結果とも言える。この、必要性を認識している医師においても、「うつ病は一般診療の対象ではない」とする考えが多いこと、日常診療においてうつ病診療は可能であるが、必ずしもうつ病診療を希望するわけではない、という結果を解釈すると、身体科医は、少なくとも日常臨床の中で、顕著な症状のためにうつ病を疑わせる患者を、専門科である精神科医に容易に紹介可能となることを期待しているのだろう。しかし、その場合においても、全てのうつ病疑いの患者が精神科への紹介を希望するわけではなく、一般医と精神科医の連携構築だけではこの問題は解決しないかもしれない。

一方で、「うつ病やその治療に関する悲観的な考え」があることと日常診療においてうつ病診療は可能でないこと、希望しないことが関連していた。うつ病やその治療に関する正しい知識の普及が更に進み、悲観的な考えが訂正されれば、身体科医師がうつ病診療を希望し、かつ可能だと考えるようになるかもしれない。身体科医師が精神科への紹介受診をすすめるにもかかわらず、精神科の受診を希望しない、もしくは、拒

否するうつ病患者に対する支援の一つの方法として、身体科医師によるうつ病診療が有用かもしれない。

また、日常診療においてうつ病診療は可能でない、希望しない、と回答した人の中には精神科の支援があれば可能、希望する、との回答も見られた。このような回答をした医師はうつ病に気づいても対処できないと考えているために、うつ病を同定していない、結果として見逃している可能が考えられる。身体科で適切に対応可能なうつ病患者か否かの判断ができ、必要に応じて身体科医師が相談可能な、もしくは適切に紹介できる精神科医療があれば、少なくとも身体科でうつ病の早期発見、適切な治療への導入が可能になるかもしれない。

自殺総合対策大綱で謳われている、かかりつけ医のうつ病診療の技術の向上やかかりつけ医と精神科医の連携の構築の背景として、かかりつけ医療場面において発見されていないうつ病を発見し、適切な治療に導入することで、自殺の危険を減らすことが意図されている。身体科医師がうつ病患者を必要に応じて精神科医に紹介するためには、少なくともうつ病を発見する必要がある。しかし、多くのうつ病が見逃されているという実情を考慮すると、「うつ病は一般診療の対象ではない」という考えから、最終的には「まずは、うつ病を発見し、精神科による治療に導入する」ための環境を整える必要がある。しかし、まずは、少なくとも「まずは、うつ病を発見し」、そして、現状では「一部は身体科診療科で症状モニタリング、治療・支援の提供を考慮する必要がある場合がある」と認識を変える必要があるだろう。これらの態度が変容すれば、

かかりつけ医-精神科医の間の患者の紹介・連携が真の効果を発揮するであろう。

#### E. 結論

G-P ネット活動をより効果的とするためには、まずは、かかりつけ機能を有する身体科診療科場面を受診する患者のうつ病を発見し、適切な治療に導入する仕組みを構築する必要がある。

#### F. 健康危険情報

なし

#### G. 研究発表

##### 1. 論文発表

1. Inagaki M, Ohtsuki T, Yonemoto N, Oikawa Y, Kurosawa M, Muramatsu K, Furukawa TA, Yamada M. Prevalence of depression among outpatients visiting a general internal medicine polyclinic in rural Japan. *General Hospital Psychiatry*. in press.
2. Ohtsuki T, Kodaka M, Sakai R, Ishikura F, Watanabe Y, Mann A, Haddad M, Yamada M, Inagaki M. Attitudes toward depression among Japanese non-psychiatric medical doctors: a cross-sectional study. *BMC Res Notes*. 2012 Aug 16;5:441.
3. Kodaka M, Inagaki M, Postuvan V, Yamada M. Exploration of factors associated with social worker attitudes toward suicide. *Int J Soc Psychiatry*. 2012 Apr 9. [Epub ahead of print]

##### 2. 学会発表

なし

H. 知的財産権の出願・登録状況

なし

# かかりつけ医療場面におけるうつ病患者の発見と支援に関する地域連携のあり方についての研究 ～パス初版に代えて：連携パス構築に向けての必要な体制～

- **かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見**
- **かかりつけ医療場面における**
  - 評価
  - モニタリング
  - **かかりつけ医療場面におけるケア**
- **必要に応じて精神科へ紹介**
- **精神科医療場面における診断と治療方針の決定**
- **継続的なケアの提供**
  - 精神科医療場面におけるケアの継続とかかりつけ医との連携
  - **かかりつけ医療場面におけるケアの継続と精神科医による助言**

- **かかりつけ医療場面に対する**
  - うつ病スクリーニング支援
  - 評価・モニタリング・ケアの支援
- **精神科医によるかかりつけ医療スタッフに対する専門的助言体制の構築**
- **精神科の紹介患者受け入れ態勢の強化**

赤字部分が、必須項目

青字部分が、赤字部分実施に必要な体制構築

黒字太字部分は、実は、赤字部分が可能となって初めて必要となる部分

かかりつけ医療場面におけるうつ病の発見とケアへの導入支援が優先実施すべき項目

## 慢性心不全に合併したうつ病と運動介入についての研究

研究分担者 木村 宏之

名古屋大学大学院医学系研究科

細胞情報医学専攻脳神経病態制御学講座精神医学分野 講師

### 研究要旨

**研究目的**：慢性心不全患者において、うつ病の合併は再入院率や死亡率の増加と関連し、患者の生活の質（quality of life : QOL）や生命予後を悪化させる。本研究では、慢性心不全（Chronic Heart Failure : CHF）とうつ病の合併率および関与する生物心理社会的因子の同定を目的とする。本年度は、循環器疾患の中でも CHF 患者の人格傾向について Temperament and Character Inventory (TCI) を用い検討を行った。

**研究方法**：2011年7月から2012年3月の期間、名古屋大学医学部附属病院にて CHF で治療を受けた入院患者のうち、50歳以上の男性患者15名（CHF群）を対象とした。対照群は、CHF症状を有さず、CHF群と年齢と性別を一致させた27名（健常群）。人格傾向の評価として TCI を使用した。

**結果**：CHF群は健常群に比べ、固執（ $p=.024$ ）と協調性（ $p=.031$ ）が、健常群に比べ有意に低く、物事への持続性や忍耐力に欠け、利己的で周囲への寛容さに欠ける傾向があることが示唆された。しかし、横断面のみの評価であり、この人格傾向が発症前から存在したか否かは不明である。

**まとめ**：当院における、男性 CHF 患者の人格傾向が明らかとなった。今後、リミテーションを考慮した研究デザインに基づき、CHF患者特有の人格傾向が治療経過にどのような影響を及ぼすのか、検証を継続する予定である。

### 研究協力者氏名・所属施設名及び職名

足立康則 名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程

佐藤直弘 名古屋大学大学院医学系研究科 博士課程

## A. 研究目的

循環器疾患の発症や予後と人格傾向の関連について、タイプA行動やタイプDパーソナリティ等多くの研究が行われ、発症・予後との関連が指摘されている。Cloningerが開発した気質と人格の7次元モデルに基づくTemperament and Character Inventory (TCI)を用いた検討でも、人格傾向が冠動脈疾患の危険因子との結果も報告されているが、既報の知見は一致していない。そこで、循環器疾患の中でもCHF患者の人格傾向についてTCIを用い検討を行った。

## B. 研究方法

2011年7月から2012年3月の期間、名古屋大学医学部附属病院にてCHFに対する治療を受けた入院患者のうち、50歳以上の男性患者15名(CHF群)を対象とした。対照群は、CHF症状を有さず、CHF群と年齢と性別を一致させた27名(健常群)。人格傾向の評価としてTCIを使用した。TCIの下位尺度として、幼少期から顕れる気質(Temperament)の4次元(新奇性追求/損害回避/報酬依存/固執)と環境の影響が関与する性格(Character)の3次元(自己志向/協調/自己超越)がある。

(本研究は、名古屋大学大学院医学系研究科及び医学部附属病院生命倫理委員会の承認内容に則り、文書による説明と同意を得た患者を対象として、個人情報の保護に配慮して、遂行している。)

## C. 研究結果

対応のないt検定を用いて、CHF群とControl群のTCIの下位尺度の比較検討を行ったところ、CHF群は健常群に比べ、固執( $p=.024$ )と協調性( $p=.031$ )が、健常群に比べ有意に低かった。

## D. 考察

CHF群は、健常群に比べ、物事への持続性や忍耐力傾向や、利己的で周囲への寛容さに欠ける傾向があることが示唆された。このような傾向は、当院の患者において治療アドヒアランスが低く、入退院頻回な男性患者が多いという臨床時間と臨床時間と重なるところがある。しかし、サンプルサ

イズが小さく、当院の診療特性などのサンプリングバイスなど幾つかのリミテーションがある。さらに、横断面の評価のみであり、この人格傾向が発症前から存在したか否かは不明である。今後、CHF患者特有の人格傾向が治療経過にどのような影響を及ぼすのか、検証を継続する予定である。

## E. 結論

当院における、男性のCHF患者の人格傾向が明らかとなった。今後、リミテーションを考慮した研究デザインに基づき、CHF患者特有の人格傾向が治療経過にどのような影響を及ぼすのか、検証を継続する予定である。

## F. 健康危険情報

本研究で実施された質問紙や構造化面接に伴う有害事象は認められなかった。

## G. 研究発表

### 1. 論文発表

なし

### 2. 学会発表

第69回日本循環器心身医学会総会

## H. 知的財産権の出願・登録状況

### 1. 特許取得

なし

### 2. 実用新案登録

なし

### 3. その他

なし

## 脳卒中患者のための地域連携クリティカルパスの開発

研究分担者 木村 真人

日本医科大学千葉北総病院メンタルヘルス科 部長・病院教授

### 研究要旨

**研究目的**：脳卒中地域連携クリティカルパス（パス）にうつ病評価尺度を付け加えた新たな地域連携パスの作成と精神科との連携による運用。

**研究方法**：脳卒中後にうつ病に罹患することによる問題点を明確にして、すでに運用されている脳卒中地域連携パスに、うつ病評価尺度として、より簡便で適切な評価尺度を使用し、精神科との連携を含めた実際の運用方法を検討する。

**結果**：脳卒中後のうつ病評価尺度として、患者さんの健康に関する質問票-9（PHQ-9）を用いて、急性期担当計画管理病院、回復期担当医療機関等、維持期担当医療機関等のいずれの時点でも、随時うつ病を評価し、精神科と連携して、抗うつ薬治療を促進する。

**まとめ**：脳卒中地域連携パスに PHQ-9 によるうつ病評価尺度を加え、急性期、回復期、維持期で随時評価を行うことで、脳卒中後うつ病を見逃さず、精神科と連携して、診断治療を促進する。

### 研究協力者氏名・所属施設名及び職名

小林 士郎	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 部長・教授
水成 隆之	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 准教授
駒場 祐一	日本医科大学ちば北総病院 神経内科 准教授
下田 健吾	日本医科大学千葉北総病院 メンタルヘルス科 講師
大村 朋子	日本医科大学千葉北総病院 脳神経センター 助教
秋山 友美	日本医科大学千葉北総病院 メンタルヘルス科 臨床心理士
鈴木 順一	日本医科大学千葉北総病院 医療連携支援センター マネジメントサポート・スタッフ

## A. 研究目的

現在の使用されている脳卒中地域連携クリティカルパス（パス）にうつ病評価尺度を付け加えた新たな地域連携パスを作成し、精神科医との連携を含めた運用方法を構築する。

## B. 研究方法

脳卒中医療に関わる医療・看護スタッフ、介護者、自治体の担当者に、脳卒中後のうつ病罹患に伴う問題点を明確にして、脳卒中地域連携パスに、より簡便で適切なうつ病評価尺度を付け加え、評価の仕方や治療への導入、精神科との連携をいかに図るかを検討する。

## C. 研究結果

脳卒中後のうつ病評価尺度として、患者さんの健康に関する質問票-9（Patient Health Questionnaire : PHQ-9）を用いて、急性期担当計画管理病院、回復期担当医療機関等、維持期担当医療機関等のいずれの時点でも、随時うつ病を評価し、精神科と連携して、抗うつ薬治療を促進する。

## D. 考察

脳卒中後には急性期、慢性期にかかわらず、約40%の患者がうつ病に罹患する。未治療の場合ADLの回復が遅延し、認知機能が増悪し、死亡率が3倍以上増加することが報告されている。一方、脳卒中後のうつ病を見逃さずに適切な診断と治療を行うことでADLや認知機能ばかりでなく生存率までも改善することが示されており、見逃さずに診断治療を行うことが重要である。

日本医科大学千葉北総病院では、平成20年より脳卒中地域連携パスの運用を開始しており、連携医療機関は69施設で、年間のパス適用者数は脳卒中患者の約40%に及んでいる。当初使用されていた印旛脳卒中地域連携パスでは、療養施設・かかりつけ医から急性期医療機関への連携パスに精神科医療で用いられる精神疾患簡易構造化面接法（Mini-International

Neuropsychiatric Interview : MINI）によるうつ病評価尺度を用いて、脳卒中後うつ病の評価を試みていたが、十分実施されていないのが実状であったため、平成22年に千葉県共用脳卒中地域連携パスに移行された時点で、うつ病評価尺度は省かれてしまっている。

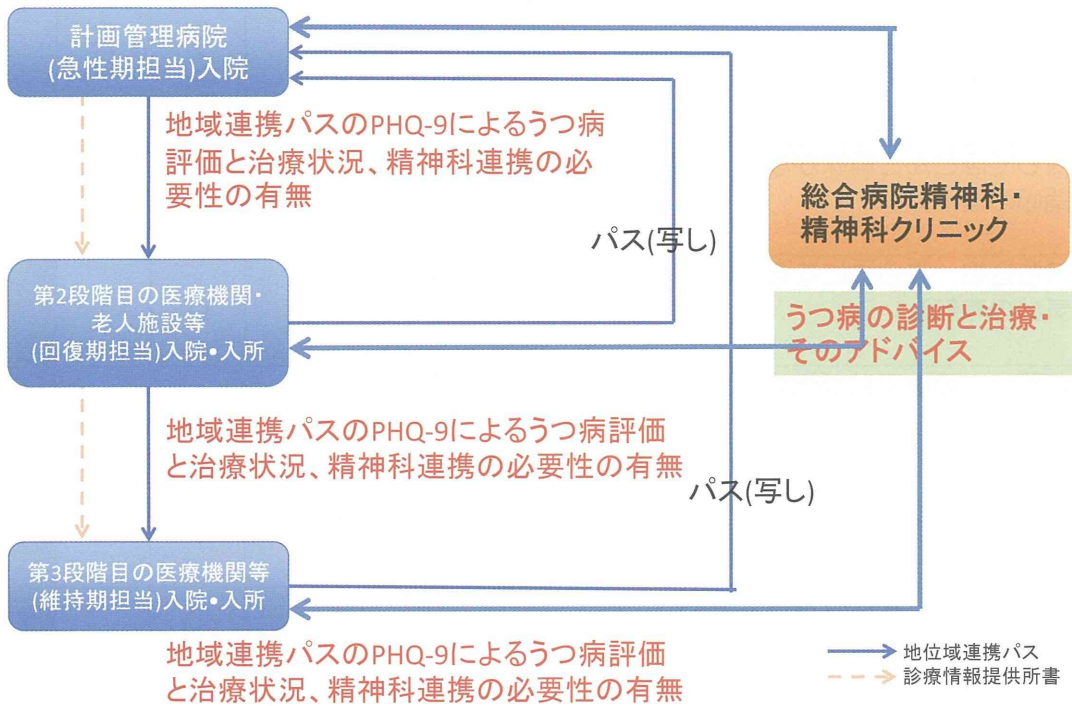
今回 MINI に比べるとより一般化された PHQ-9 を用い、急性期担当計画管理病院を含め、回復期担当医療機関等、維持期担当医療機関等のいずれの時点でも、随時うつ病を評価し、精神科との連携を図ることで、見逃されることの多い脳卒中後うつ病の診断と治療への導入を促進できることが期待される。

## E. 結論

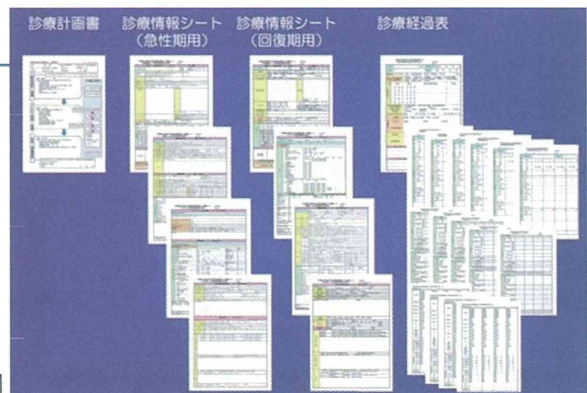
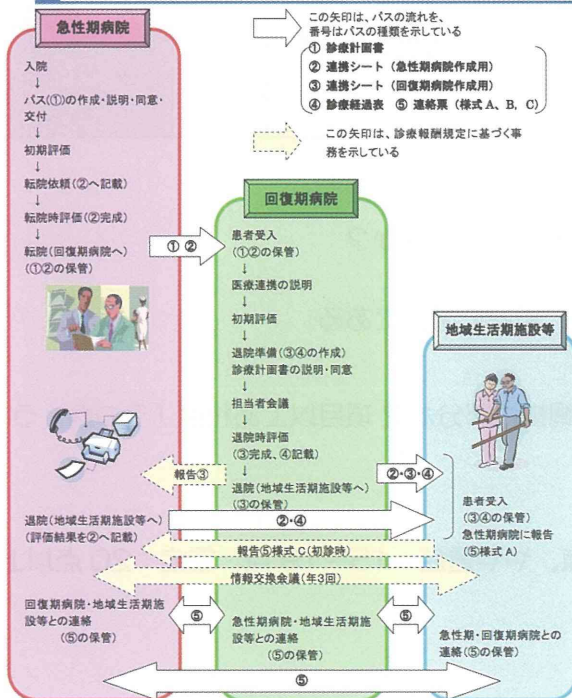
脳卒中後のうつ病評価に PHQ-9 を用いた脳卒中地域連携パスを作成し、精神科との連携を図ることで、脳卒中患者の予後の改善とともに QOL の向上を目指すことが重要である。



# 脳卒中地域医療連携パスにおけるうつ病評価と精神科との連携



## 千葉県共用脳卒中地域医療連携パスのなかでのうつ病評価 (PHQ-9)



患者ごとの連携に関する取組 (PHQ-9)

項目	急性期	回復期	維持期
① 診療計画書の作成	○	○	○
② 連携シートの作成	○	○	○
③ 連携シートの作成	○	○	○
④ 診療経過表の作成	○	○	○
⑤ 連絡票の作成	○	○	○
⑥ 連携票の作成	○	○	○
⑦ 連携票の作成	○	○	○
⑧ 連携票の作成	○	○	○
⑨ 連携票の作成	○	○	○
⑩ 連携票の作成	○	○	○
⑪ 連携票の作成	○	○	○
⑫ 連携票の作成	○	○	○
⑬ 連携票の作成	○	○	○
⑭ 連携票の作成	○	○	○
⑮ 連携票の作成	○	○	○
⑯ 連携票の作成	○	○	○
⑰ 連携票の作成	○	○	○
⑱ 連携票の作成	○	○	○
⑲ 連携票の作成	○	○	○
⑳ 連携票の作成	○	○	○
㉑ 連携票の作成	○	○	○
㉒ 連携票の作成	○	○	○
㉓ 連携票の作成	○	○	○
㉔ 連携票の作成	○	○	○
㉕ 連携票の作成	○	○	○
㉖ 連携票の作成	○	○	○
㉗ 連携票の作成	○	○	○
㉘ 連携票の作成	○	○	○
㉙ 連携票の作成	○	○	○
㉚ 連携票の作成	○	○	○
㉛ 連携票の作成	○	○	○
㉜ 連携票の作成	○	○	○
㉝ 連携票の作成	○	○	○
㉞ 連携票の作成	○	○	○
㉟ 連携票の作成	○	○	○
㊱ 連携票の作成	○	○	○
㊲ 連携票の作成	○	○	○
㊳ 連携票の作成	○	○	○
㊴ 連携票の作成	○	○	○
㊵ 連携票の作成	○	○	○
㊶ 連携票の作成	○	○	○
㊷ 連携票の作成	○	○	○
㊸ 連携票の作成	○	○	○
㊹ 連携票の作成	○	○	○
㊺ 連携票の作成	○	○	○
㊻ 連携票の作成	○	○	○
㊼ 連携票の作成	○	○	○
㊽ 連携票の作成	○	○	○
㊾ 連携票の作成	○	○	○
㊿ 連携票の作成	○	○	○

⑤に挿入することを検討

## 患者さんの健康に関する質問票-9 (PHQ-9)

患者氏名 \_\_\_\_\_

施行年月日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

	○入院後に次のような状況がありますか。(1週間～2週間の間)	全 く な い	数 日	半 分 以 上	毎 日  ほ と ん ど
A	物事に対してほとんど興味が無い、または楽しめない (意欲関心の低下)	0	1	2	3
B	気分が落ち込む、憂うつになる、または絶望的な気持ちになる (うつ気分の有無)	0	1	2	3
C	寝つきが悪い、途中で目が覚める、または逆に眠りすぎる (睡眠障害)	0	1	2	3
D	疲れた感じがする、または気力がない (易疲労感・気力の低下)	0	1	2	3
E	あまり食欲がない、または食べすぎる (食欲の異常)	0	1	2	3
F	自分はダメな人間だ、人生の敗北者だと気に病む、または、自分自身あ るいは家族に申し訳ないと感じる (罪責感)	0	1	2	3
G	新聞を読む、またはテレビを見ることなどに集中することが難しい (集中力の低下)	0	1	2	3
H	他人が気づくぐらいに動きや話し方が遅くなる、あるいは反対にそわそ わしたり、落ちつかず、普段よりも動きまわることがある (動作の緩慢または焦燥感)	0	1	2	3
I	死んだ方がまだ、あるいは自分を何らかの方法で傷つけようと思った ことがある (希死念慮の有無)	0	1	2	3

上記の項目で1つでもあてはまる方に質問です。

当てはまる状況はどの程度日常生活、入院生活に影響を与えていますか？

0. 全く困難なことはない 1. やや困難 2. 困難 3. 極端に困難である

A、Bのどちらか1項目以上が2点以上、かつA～Iの網掛け部分が2項目以上あれば「うつ病、うつ状態」そ  
の他は「非うつ状態」となります。

うつ病の重症度：軽症：9点以下、中等症：10～14点、やや重症：15～19点、重症：20点以上

うつ病の治療： 有 ・ 無

精神科連携の必要性： 有 ・ 無

がん患者のための地域連携クリティカルパスの開発

研究分担者 小川 朝生

独立行政法人国立がん研究センター東病院臨床開発センター

精神腫瘍学開発分野 ユニット長

研究要旨

**研究目的:** 本研究の主たる目的は、がん患者を対象とした精神疾患（うつ病）に対して、治療担当科と精神科との連携を促進するための連携マニュアルと地域連携パスの作成を目指すことにある。

**研究方法:** 包括的マネジメントシステムを構築し、その実施可能性を検証することをめざし、地域連携の経験を有する緩和ケア医と精神科医、看護師、薬剤師、心理療法士によりレビューをおこない、うつ病治療上連携する上で共有が必須となる情報の構成要素についてコンセンサス形成をおこなった。

**結果:** 地域連携の経験者によるコンセンサス形成により、医療情報としては薬剤、有害事象、アドヒアランス管理、患者の意向の4点が抽出された。上記内容を含めたPHRを、うつ病の行動記録法を参考に作成した。

**まとめ:** 包括的マネジメントシステムのうち、精神症状緩和に関する情報共有システムの原案を作成した。

## 研究目的・背景

本研究の主たる目的は、がん患者を対象とした精神疾患（うつ病）に対して、治療担当科と精神科との連携を促進するための連携マニュアルと地域連携パスの作成を目指すことにある。

## 研究方法

がん患者においては、その治療経過のなかでさまざまな身体・精神症状が出現する。国内外の研究により、疼痛・抑うつをはじめとする身体症状・精神症状は、治療のあらゆる段階をとおして60-80%の患者が経験する。がん治療をおこなう上で身体機能にあわせた調整とより細かなモニタリング、治療内容の修正が必要となる。

がん患者の身体症状・精神症状に対して、がん治療と一体となった症状マネジメントの重要性が指摘されてきた。とくにわが国においては、がん対策のグランドデザインであるがん対策推進基本計画において、「診断時からの緩和ケア」として、全体像を見据えた包括的なアプローチが望まれている。実際、Temelらは、進行肺がん患者に対する診断後早期から包括的な緩和ケア介入を行うことの有効性を無作為化比較試験で検討し、緩和ケア介入群は対照群と比較してQOLの有意な改善に加えて、副次評価ではあるが生存期間中央値の延長したことを報告している。

このような連携を必要とする包括的マネジメントが有効に機能するためには、3つの要件がある。すなわち①一貫した目標の設定、②包括的ケアの視点として社会的要因に配慮をしたサービスの編成と提供体制の最適化、③変化を見逃さないモニタリングシステムが埋め込まれていること（連携の空白を作らない）、である。

また早期検出・簡便診断に基づいたマネジメントを実施するためには、複数の医師が連携するだけではなくとの連携だけではなく、看護師による各専門職の役割の調整や、定期モニタリング機能を有する専門職と患者・家族との密接な接触など、多様な連携が必要である。

しかし、上記の有効要件が明らかとなったとしても、モニタリングを定期的に行うには労力がかかりアドヒアランスが確保しづらいこと、治療との調整に時間がかかること、連携したマネジメントは困難であった。事実、がん患者の身体・精神症状に対する多職種協同介入プログラムの有効性は示されてはいるが、運用に必要とする人的・時間的・金銭的問題から臨床応用には至っていない。

近年、ICT (Information and Communication Technology)技術が進歩し、医療の領域においては従来の電子カルテを越えた情報共有・連携システムとして機能する可能性が指摘されている。わが国においても厚生労働省と総務省を中心に医療・福祉情報のサービスを検討する委員会が構成され、クラウド等医療情報を外部に保管するガイドラインも策定され、施設を越えて医療情報を共有する情報プラットフォームが開発され導入されつつある。この情報プラットフォームを用いることで、①リアルタイムに情報を共有することが可能となる、②電話と異なり患者の自由な時間にモニタリングをする事が可能となり患者の負担が軽減すること、③簡便な介入を少ない労力でできること、などの利点がある。その結果、従来医療資源上の制約で実現が困難であった多職種協働マネジメントシステムがより少ない資源で実現可能となる。

そこで、われわれは、わが国でも可能となったクラウドタイプの情報共有プラットフォーム